



www.dlibra.wum.edu.pl



CHOROBY SKÓRY

DR. ROBERT BERNHARDT
ORDYNATOR SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W WARSZAWIE



BIBLIOTEKA
Szpitala im. Kopernika i Mikołaja Kopernika
ul. Długa 1
Nr. 339

CHOROBY SKÓRY

Z 139 RYCINAMI W TEKŚCIE



~~334
1156, 1157~~
432, 1156, 1157

NAKŁADEM TRZASKI, EVERTA I MICHAŁSKIEGO
WARSZAWA, HOTEL EUROPEJSKI,

1 9 2 2



WSZELKIE PRAWA PRZEDRUKU I PRZEKŁADU
ZASTRZEŻONE

KLISZE WYKONAŁ ZAKŁAD ST. WELANYKA W KRAKOWIE
ODBITO W DRUKARNI NARODOWEJ W KRAKOWIE

Biblioteka Główna
WUM



S P I S R Z E C Z Y

	Str.
Rozdział I: SYMPTOMATOLOGJA OGÓLNA CHORÓB SKÓRY.	1—20
Rozdział II: CHOROBY PRZEROSTOWE NASKÓRKA (KERATOSES).	
Modzel i odcisk. Róg skóry. Skóra rybia. Wrodzona skóra rybia. Wrodzona erytrodermia ichtvotyczna. Choroba Meledejska. Łuszczenie się skóry u noworodków. Rogowiec dziedziczny dłoni i podeszwy. Rogowiec nabyty. Liszaj mieszkowy. Rogowacenie torebki włosowej. Liszaj kolczasty. Choroba Darier'a. Zrogowacenie ciemne. Zrogowacenie kanalikowate.	21—60
Rozdział III: CHOROBY POLEGAJĄCE NA WADLIWYM ROGOWACENIU NASKÓRKA (PARAKERATOSES).	
Łuszczyca. Łupież różowy.	61—80
Rozdział IV: CHOROBY WŁOSÓW.	
I. Choroby włosów pochodzenia niepasorzytniczego.	
Siwizna. Uwłosienie nadmierne. Włosy paciorkowate. Włosy pętlkowe. Wyłysienie wrodzone. Wyłysienie przedwczesne. Wyłysienie starcze. Wyłysienie łupieżowe, (łojotokowe). Wyłysienie plackowate. Wyłysienie pochodzenia nerwowego. Wyłysienie objawowe.	81—102
II. Choroby włosów pochodzenia pasorzytniczego.	
Grzybica guzkowa włosów. Włosy rdzawe. Węzłowaty rozszczep włosa. Figówka pospolita. Figówka bliznowaciejąca. Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych. Rzekome wyłysienie plackowate.	103—112
Rozdział V: SCHORZENIA PAZNOKCI.	
Brak paznokci. Oddzielanie się paznokci. Kruchość paznokci. Prążkowanie poprzeczne paznokci. Wgłębienia kropkowe paznokci. Bielactwo paznokci. Nadmierne rogowacenie podpaznokciowe. Wylewy krwi podpaznokciowe.	113—117
Rozdział VI: SCHORZENIA GRUCZOŁÓW ŁOJOWYCH.	
Łojotok. Trądzik pospolity. Trądzik ospowaty. Trądzik różowaty.	118—135
Rozdział VII: SCHORZENIA GRUCZOŁÓW POTOWYCH.	
Poty nadmierne. Brak potu. Poty cuchnące. Poty barwne. Poty mocznicowe. Poty krwawe. Prosówka właściwa. Żarnice (potówki). Czerwona ziarnistość nosa.	136—145

Rozdział VIII: ZAPALENIE SKÓRY POCHODZENIA ZEWNĘTRZNEGO. (DERMATITIS DE CAUSA EXTERNA).

Zapalenie skóry urazowe. Zapalenie skóry pochodzenia chemicznego. Oparzenie. Rumień słoneczny. Piegi. Opryszczki krowiankowate. Odmrożenie. Rogowiec krwawy. Zapalenie skóry pochodzenia rentgenowskiego. Rad. 146—167

Rozdział IX: ZAPALENIE SKÓRY POCHODZENIA WEWNĘTRZNEGO. OSUTKI Z ZATRUCIA. (DERMATITIS DE CAUSA INTERNA S. TOXICA. — TOXIDERMIA).

Osutki z pokarmów. Rumień lombardzki. Osutki lekowe. Osutki, powstające pod wpływem działania surowic, szczepionek i jądów bakteryjnych. Osutki, pozostające w związku z cierpieniami narządów wewnętrznych i z chorobami przemiany materji. Osutki z zatrucia pochodzenia nieokreślonego. Plamice. 168—188

Rozdział X: ZAPALENIE SKÓRY ZGORZELINOWE (DERMATITIS GANGRAENOSA).

Niesztovice zgorzelinowe dzieci. Zgorzel policzków. Zgorzel warg sromowych. Rozsiana zgorzel skóry pochodzenia nerwowego. 189—195

Rozdział XI: SCHORZENIA TYPU UOGÓLNIONEGO ZACZERWIENIENIA SKÓRY ZŁUSZCZAJĄCEGO (ERYTHRODERMIAE EXFOLIATIVAE GENERALISATAE).

Powrotny płonicowaty rumień złuszczejący. Uogólnione zapalenie skóry złuszczejące typu Wilson-Brocq'a. Łupież czerwony (Hebra). Złuszczejąca erythrodermia blaszkowata. 197—211

Rozdział XII: SCHORZENIA SKÓRY TYPU POKRZYWKI I RUMIENIA.

Pokrzywka. Pokrzywka barwikowa. Liszaj pokrzywkowy. Świerzb-
biączka. Wysiękowe rumienie wielopostaciowe. Wysiękowy rumień
wielopostaciowy typu Hebra'y. Rumień guzowaty. 212—236

Rozdział XIII: SCHORZENIA SKÓRY TYPU PĘCHERZYKA.

Opryszczki pospolite. Pasówka. Pryszczycza pospolita czyli prawdziwa. Pryszczycza pa-orzytnicza (Grzybica naskórkowa Unna'y). Osutka pęcherzykowa rąk. 236—301

Rozdział XIV: SCHORZENIA SKÓRY TYPU PĘCHERZA.

Pęcherzyca ostra. Pizewlekła pęcherzyca pospolita czyli prawdziwa. Pęcherzyca złuszczejąca. Opryszczkowate zapalenie skóry Dühring'a. 302—329

Rozdział XV: SCHORZENIA SKÓRY TYPU GRUDKI. LISZAJE (LICHENES).

Czerwony liszaj kończysty. Czerwony liszaj płaski. Pospolity liszaj przewlekły. Liszaj łśniący. Liszaj paciorkowaty. Liszaj pstry. Przewlekły łupież liszajowaty. 330—353

Rozdział XVI: NERWICE SKÓRY. (NEUROSES CUTIS).

Swędzenie samoistne. Czerwony odczyn skóry. Pokrzywka wywołana. Ostry obrzęk skóry odgraniczony. Erytromelalgia. Zamartwica miejscowa i zgorzel umiarowa kończyn (choroba Raynaud'a). Wrzód drażący stopy. Ainhum. Zmiany barwikowe skóry. Plamy piegowate. Ostuda. Choroba Addison'a. Bielactwo wrodzone i nabyte. Umiarowe zapalenie skóry w miesiączkowaniu bolesnem. 354—376

Rozdział XVII: PRZEROSTOWE ZMIANY SKÓRY WŁAŚCIWEJ (głównie tkankotącznowe).

Twardzina noworodków. Twardzina skóry. Słoniowacina . . . 377—395

Rozdział XVIII: ZANIKOWE SCHORZENIA SKÓRY. (ATROPHIAE CUTIS).

Wrodzony zanik skóry. Nabyty zanik skóry. Starczy zanik skóry. Samoistny zanik skóry postępujący. Plamisty zanik skóry. Pręgi zanikowe. Skóra przestronna. Skóra kręta ciemienia. Pergaminowa skóra barwikowa. Marskość sromu. Prosak klejowaty. Rzekome kępki żółte. 396—412

Rozdział XIX: PASORZYTNICZE SCHORZENIA SKÓRY. (DERMATOSES PARASITARIAE).

Liszajec. Liszajec pospolity. Liszajec pospolity noworodków. Złuszczające zapalenie skóry noworodków — Ritter. Grudkowaty rumień po-nadżerkowy niemowląt (Choroba Parrot'a). Liszajec krostkowy czyli gronkowcowy Bockhart'a. Czyrak. Wrzodziańka. Bliznowaciejące zapalenie torebek włosowych karku. (Trądzik bliznowcowaty). Szypulkowaty ziarniniak łagodny (Botryomykoza). Liszajec opryszczkowaty. 413—434

Rozdział XX: PASORZYTNICZE SCHORZENIA SKÓRY. (DERMATOSES PARASITARIAE).

Gruźlica skóry. Wilk pospolity (Toczeń). Brodawkowata gruźlica skóry. Gruźlica rozplywna. Wrzodziejąca gruźlica skóry. Rozsiana gruźlica prosówkowa skóry. Liszajc żółzowy. Tuberkulid grudkowato-krostkowy. Rumień stwardniały. Sarkoid Boeck'a. Liszajc rumieniowaty (Wilk rumieniowaty). Trąd. Twardziel nosa. Nosacizna. Wąglik. Czarna krostka. Guzek alepski. 435—521

Rozdział XXI: LIMFATYCZNE SCHORZENIA SKÓRY.

Grzybica guzowata (Ziarniniak grzybiasty). Białaczka skóry. Ziarninowość limfatyczna (Lymphogranulomatosis). Mięsakowatość tkanki chłonnej (Lymphosarcomatosis). 522—535

Rozdział XXII: GRZYBICE SKÓRY. (DERMATOMYCOSES).

Łupież pstry. Liszajc wyłysiający (strzygący). Strupień (Parch). Grzybica sporotrychowa. Grzybica drożdżowa. Promienica. Grzybica maderska. 536—572



**Rozdział XXIII: CHOROBY SKÓRY POWSTAJĄCE Z PASO-
RZYTÓW ZWIERZĘCYCH. (DERMATOZOONOSES).**

I. Gromada zwierzęcych pasorzytów naskórnych. (Epizoa).

Wszawica. Pchła ludzka. Pluskwa domowa. Komar.

II. Gromada zwierzęcych pasorzytów skóry. (Dermatozoa).

Świerzba. Kleszcz kręgowcowy. Kleszcz psi. Kleszcz gołębi. Ptaszyniec. Świądzik jesienny. Nużeniec. Muszyca. Larwa wędrująca. Tasiemiec. Nitkowiec. Glista robaczkowa.

673—690

Rozdział XXIV: GROMADA ZNAMION. (NAEVI).

Płaskie znamię barwikowe. Z. amię miękkie. Znamię twarde. Znamiona gruczolakowe: znamię łojowe (gruczolak łojowy), gruczolakowaty nabłoniak torbielowy, torbielowy gruczolak potowy. Znamię systemowe. Znamię białe.

591—599

**Rozdział XXV: ŁAGODNE NOWOTWORY SKÓRY.
(NEOPLASMATA CUTIS BENIGNA).**

I. Nowotwory tkankolącznowe. Włókniak. Bliznowiec. Tłuszczak. Kępkki żółte.

II. Nowotwory naskórkowe. Brodawczak. Brodawki. Zaraźliwy nabłoniak skóry. Gruczolak skóry. Torbiele skóry. Torbielak potowy. Prosak. Kaszak. Torbiel skórzasta.

III. Naczyniak krwionośny. Naczyniak chłonny. IV. Mięśniak.

V. Piaszczak.

600—631

**Rozdział XXVI: ZŁOŚLIWE NOWOTWORY SKÓRY.
(NEOPLASMATA CUTIS MALIGNA).**

Mięsak. Pierwotny mięsak skóry. Pierwotny czerniaczkowy mięsak skóry. Śródbłoniak skóry. Samoistne mięsaki mnogie. Samoistne mnogie mięsaki barwikowe skóry. Rak skóry. Płaski nabłoniak skóry (wrzód żrący). Własciwy rak skóry. Rak brodawkowy. Choroba Paget'a.

632—652



ROZDZIAŁ I.

Symptomatologia ogólna chorób skóry.

Choroby skóry rozpoznajemy głównie na zasadzie zmian anatomicznych, dostępnych dla badania wzrokiem i dotykiem, a występujących w różnych warstwach skóry oraz w narządach w niej zawartych (torebki włosowe, włosy, gruczoły łojowe i potowe). Z sumy tych zmian składają się obrazy kliniczne. Poszczególne zmiany skóry nazywamy wykwitami (efflorescentia), ich zaś zbiorowisko — wysypką lub osutką (eruptio, exanthema).

W każdym obrazie klinicznym, nawet bardzo złożonym, zawsze można odnaleźć pewien typ zmian skóry, który stale i wszędzie się powtarza i widocznie znamionuje daną sprawę chorobową. Takie zmiany nazywamy wykwitami pierwotnymi (efflorescentia primaria) i odróżniamy je od wtórnych (effl. secundaria), będących następstwem dalszego rozwoju, powikłań i spraw wstecznych, występujących w wykwitach pierwotnych.

Dokładne poznanie wykwitów pierwotnych i wtórnych stanowi abecadło dermatologii, umiejętność zaś rozkładania skombinowanych obrazów klinicznych na ich poszczególne części składowe możnaby nazwać sztuką czytania dermatologicznego. Nie należy jednak mniemać, że ustalenie rozpoznania morfologicznego rozwiązuje wszystkie kwestje związane z wszechstronnym oświetleniem spostrzeżeń. Przeciwnie, uświadomić sobie trzeba, iż jest to tylko pierwsza część naszego postępowania rozpoznawczego, część anatomiczno-patologiczna, po której nastąpić winno określenie przyczyn i sposobów powstawania zmian spostrzeganych w skórze. Gdy wszystkie te kwestje zostały rozstrzygnięte, wówczas dopiero można mówić o właściwym rozpoznaniu danego schorzenia.

Sprawa częstokroć bywa bardzo złożona i wymaga dokładnego zbadania całego ustroju, dłuższego spostrzegania chorego i ścisłych pomocniczych poszukiwań pracownianych. Przyznać niestety trzeba, iż pomimo to wszystko bardzo często nie potrafimy odpowiedzieć na liczne nasuwające się pytania. Pamiętać bowiem należy, że

przyczyny bardzo wielu chorób skóry są dotychczas zupełną zagadką, że różne czynniki szkodliwe mogą powodować powstawanie w skórze zmian jednakich i że jedna i ta sama przyczyna nieraz powoduje do życia bardzo rozmaite pod względem morfologicznym wykwity.

Jeżeli zatem rozpoznawanie chorób skóry nie zawsze bywa rzeczą łatwą, to tembardziej powinniśmy nauczyć się cenić fakty udowadniające, że częstokroć możemy ustalić bardzo dokładne rozpoznanie li tylko na zasadzie zmian anatomicznych. Dla przykładu wystarczy przytoczyć liszajce, świerzbę, strupień, liszaj strzygący, gruzlicę skóry i t. d., które w przeważającej większości przypadków rozpoznajemy napewno powodując się jedynie charakterystycznym wyglądem wykwitów. W przypadkach takich odrazu staje się zrozumiała przyczyna i sposób powstawania choroby nawet bez uciekania się do bardziej złożonych metod badania. W innej znowu grupie faktów, dotyczącej głównie schorzeń skóry o jeszcze nieokreślonej etiologii, dokładne rozpoznanie anatomiczne pozwala ująć w odpowiedni sposób całokształt sprawy a także przewidzieć dalszy przebieg, wypowiedzieć się co do rokowania i zalecić odpowiednie, nieraz bardzo wydajne leczenie. Tak się rzeczy mają np. w liszaju czerwonym płaskim Wilson'a, w łupieżu różowym Gibert'a, w łuszczycy i we wielu innych chorobach skóry. Wreszcie w pewnej liczbie spostrzeżeń zdołamy prawdopodobnie zdecydować się tylko na rozpoznanie grupowe. Zatem ustalimy, że dane schorzenie należy do grupy ziarniniaków lub grzybic skóry, podczas gdy rozpoznanie szczegółowe postaramy się rozstrzygnąć dopiero później drogą badań histopatologicznych, bakterjologicznych, serologicznych i t. p.

Jak widać, poruszone tu kwestje mają bardzo ważne znaczenie w działalności praktycznej lekarza a właściwie ich ujęcie nieraz posiada dla chorych wagę pierwszorzędną. Chcąc jednak osiąść umiejętność rozpoznawania anatomicznego chorób skóry, lekarz powinien przede wszystkim zapoznać się jaknajdokładniej z morfologią zmian pierwotnych i wtórnych. Umiejętność ta nie jest tak łatwa, jakby się zdawać mogło na pierwszy rzut oka. Należy przyglądać się chorej skórze często i szczegółowo, należy wyrabiać w sobie pamięć wzrokową, należy nauczyć się patrzeć okiem dermatologa, które powinno „widzieć“ nawet spoistość wykwitów i umieć ocenić wiele rzeczy bez pytania się chorego. Trzeba nauczyć się pamiętać nie tylko kształty, spoistość, wielkość, różne odcienie zabarwienia wykwitów i ich umiejscowienie, lecz dokładnie z dnia na dzień śledzić za ich rozwojem, zmianami wstecznymi i zejściem ostatecznym,

aby w każdej chwili orjentować się co do okresu, przebiegu i czasu trwania wysypki. Należy też dokładnie zapoznać się z odmianami wykwitów typowych i zwrócić baczną uwagę na zmiany, którym one podlegają pod wpływem różnorodnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Wreszcie nadmienić muszę, że każdemu, kto rzeczywiście pragnie nauczyć się dermatologii, gorąco polecam jaknajpilniejsze studja histopatologiczne. Bez nich rozpoznanie kliniczne zawsze musi być mniej więcej powierzchowne i niedokładne. Jak rozpoznawać niechybnie guzeczki wilkowy, gdy się ma bardzo pozbieżne wiadomości co do histologicznej budowy gruzelka w skórze? Stąd też wynika, że częstokroć używa się określeń bez głębszego zrozumienia ich znaczenia. Mówi się np. o znacznym nacieczeniu skóry właśnie tam, gdzie mamy do czynienia z nadmiernym i wadliwym rogowaceniem. Używa się wyrażen: parakeratoza, akantozia nie wiedząc dokładnie, na czym te sprawy polegają. Przykładów tego rodzaju można przytoczyć nie mało. Omyłek takich nie popełni ten, kto zapozna się z histologją chorej skóry. Studja te znakomicie pogłębią jego wiadomości kliniczne, poszerzą widnokrąg myślowy. Na zmiany skóry pocznie on patrzeć zgoła innem okiem, łatwiej zrozumie sposób powstania niektórych spraw chorobowych i celowość wielu leków dermatologicznych .

Co się więc tyczy wykwitów pierwotnych (efflorescentia primaria), to zaliczamy do nich 9 typów zmian skóry, a mianowicie:

- plamę (macula)
- grudkę (papula)
- guzek (tuberculum)
- guz (tuber, phyma)
- bąbel (urtica)
- pęcherzyk czyli pryszczyk (vesicula)
- pęcherz (bulla, phlyctena)
- krosta (pustula)
- torbiel (cystis).

Plamą (macula) nazywamy wykwit, powstający wskutek zmiany warunków zabarwienia skóry. Taki wykwit nie wznosi się ponad powierzchnię otoczenia a skóra w jego obrębie posiada spójność prawidłową. Wielkość i kształty bywają nader różnorodne, skala zaś barwikowa waha się w granicach bardzo szerokich. Zarysy bywają ostre lub bardziej zatarte.

Pochodzenie plam bywa bardzo rozmaite. Można je podzielić na kilka kategorii.

A) Plamy powstające wskutek przekrwienia głównie warstwy brodawkowej skóry.

Przekrwienie może być czynne lub bierne. W przypadku pierwszym zabarwienie zwykle bywa różowe, żywoczerwone i czerwone, w drugim — ciemnoczerwone, czerwonosinawe i sinoczerwone. Wykwity znikają przy ucisku palcem lub szklą (diaskopia) i pozostawiają słabe zabarwienie żółtawe tylko wówczas, gdy przekrwieniu towarzyszy wysięk. Objaw taki zazwyczaj znamionuje pewien stan zapalny skóry, częstokroć zresztą spostrzegany w plamach. Po nim więcej dłużej trwaniu plamy ustępują bez śladu albo też powodują złuszczenie naskórka.

Plamy kształtu okrągłego, owalnego, podłużnego, rzadziej nieprawidłowego, wielkości ziarna soczewicy do paznokcia nazywamy różyczką (roseola). Spostrzegamy je w liczbie mnogiej w postaci osutki (exanthema) w schorzeniach skóry z zatrucia, w chorobach zakaźnych i t. p.

Plamom przekraczającym wymiary paznokcia nadajemy miano rumienia (erythema). Występują one najczęściej w kształcie blaszek znacznej nieraz wielkości o niewyraźnych i nieostro zarysowanych granicach.

Otoczką czyli obwódką (areola, halo) nazywa się plama obejmująca pierścieniowo jakikolwiek inny wykwit skóry.

We wszystkich tych plamkach sprawa anatomiczna polega głównie na rozszerzeniu i przekrwieniu naczyń krwionośnych brodawek i warstwy podbrodawkowej. W wielu razach można jednak stwierdzić słabo zaznaczone objawy zapalne (p. wyż.).

Jeżeli plamy czerwone powstają nie tylko z powodu trwałego rozszerzenia i przekrwienia naczyń, lecz także wskutek ich nowotworzenia, to wtedy takie zmiany skóry określamy jako plamy nacyniowe (Maculae sanguineae, taches vasculaires). Typowym ich przedstawicielem jest zwykły naczynek płaski, t. zw. płomień (angioma planum, naevus sanguineus).

B) Plamy tworzące się wskutek wylewów krwi posiadają tę cechę, że nie giną przy ucisku palcem lub przy diaskopji. Barwa ich bywa początkowo czerwona, ciemnoczerwona i stopniowo przechodzi w sinoczerwoną, zielonkawą, żółtawą, żółto-brunatną a wreszcie znika zupełnie. W zależności od kształtu i wielkości odróżniamy:

1) Petocie czyli przystudzienice (petechiae s. petiulae) —

okrągłe, owalne lub okrągławe wylewy krwi wielkości łepka szpilki do paznokcia.

2) **Pręgi** (vibices) występujące w kształcie rysy, smugi, taśmy lub pasa.

3) **Wybroczyny** (ecchymosis) — znamionujące rozległe wylewy krwi, nad którymi skóra jest płaska lub też guzowato wzniesiona (siniak).

Wylewy krwi występują w skórze pierwotnie albo też wtórnie w łączności z dawniej już istniejącymi zmianami chorobowymi. Pętle i pręgi mieszczą się głównie w skórze właściwej, wybroczyny — w tkance podskórnej.

C) **Plamy barwikowe** tworzą się wskutek braku lub nadmiernego nagromadzenia barwika w danym miejscu. W przypadku pierwszym mamy do czynienia z plamami mniej więcej białymi, w drugim — z ciemnymi, których kolor waha się od żółtawego do ciemnobrunatnego a nawet czarnego. Mogą one być odgraniczone i rozlane, wrodzone i nabyte.

Białe plamy wrodzone spostrzegamy w bielactwie wrodzonym (albinismus) a także w t. zw. znamieniu białym (naevus albus s. anaemicus), nabyte — w bielactwie nabytym (vitiligo), zwłaszcza zaś w przebiegu rozmaitych schorzeń skóry, np. w łuszczycy (leucoderma psoriaticum), przymocie (leucoderma syphiliticum), trądziku i t. d. Odbarwienie występuje również często w następstwie zmian skóry powodujących jej zanik lub wytwarzanie blizny. Choroby ogólne, przemiany materji, cierpienia nerwowe bywają też niekiedy powodem utraty barwika skóry.

Ciemne plamy wrodzone należą do gromady znamion. Najczęściej są to okrągłe lub owalne wykwyty barwikowe, dosyć ostro odgraniczone, spistości prawidłowej, nie wzniesione ponad powierzchnię otoczenia (lentigo). Tutaj należy też wspomnieć o t. zw. plamach mongolskich spostrzeganych w okolicy krzyżowej osobników głównie rasy żółtej, rzadziej białej.

Nabyte plamy barwikowe występują pierwotnie lub wtórnie w postaci odgraniczonej lub rozlanej. Do pierwotnych zmian barwikowych zaliczamy piegi, ostudę (chloasma), skórę pergaminową barwikową (scleroderma pigmentosum), zabarwienia pochodzenia lekowego (arszenik, antypiryna), zabarwienia pozostające w łączności ze schorzeniami narządów wewnętrznych (gruźlica, rak), z chorobami przemiany materji (cukrzyca), z wadliwą czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym (nadnercza, tarczycyca, jajniki) i t. d.

Zmiany barwikowe wtórne *) w postaci plam powstają niekiedy po wessaniu innych wykwitów skóry, np. w liszaju czerwonym, w łuszczycy, w przymiocie, w niektórych pokrzywkach, dokoła blizn i t. p. Rozlane zabarwienia wtórne są najczęściej następstwem urazu. Powstają wskutek uderzenia (siniak), tarcia, drapania (wszawica), po bańkach, plastrach, po smarowaniu nalewką jodową, chryzazobiną, wskutek działania promieni słonecznych, światła elektrycznego (łukowego), pod wpływem promieni Roentgen'a, promieni pozafioletkowych (lampa kwarcowa Kromayer'a), po stosowaniu radu i t. d. Plamy błękitne (maculae coeruleae) bardzo często towarzyszą zmianom skóry spowodowanym obecnością wszy łonowej (phthiriasis pubis).

Bardzo znamienne plamy barwy słomkowo-, pomarańczowo- i złotożółtej tworzą się w schorzeniu skóry zwanem kępkami żółtymi (xanthoma).

D) Plamy powstają też wskutek obecności w skórze ciał obcych (złogi), przedostających się do niej od zewnątrz (wybuch prochu, tatuowanie, zajęcia zawodowe), albo od wewnątrz (podawanie przetworów srebra).

Grudkami (papulae) nazywają się twarde i twarde wzniesienia skóry wielkości rozmaitej — od najdrobniejszych kropkowych do rozmiarów ziarna soczewicy (papula lenticularis). Są to twory okrągłe, owalne i wieloboczne, ostro lub nieostro odgraniczone, płaskie, półkuliste lub stożkowate. Zabarwienie ich obejmuje bardzo szeroką skalę, zupełnie jak w plamach i zależy w znacznym stopniu od istoty oraz umiejscowienia zmian anatomicznych w skórze i naskórku.

Właściwie mówiąc, grudka jest pojęciem klinicznym i morfologicznym. Jej podłoże anatomiczne bywa różnorakie. W zarysach ogólnych można odróżniać grudki, które się tworzą wskutek spraw odgrywających się głównie w skórze właściwej, albo też w naskórku. Częstokroć jednak rzecz dotyczy obu tych umiejscowień jednocześnie, np. w czerwonym liszaju płaskim. Co się tyczy istoty sprawy, to jest rzeczą obojętną dla powstawania wykwitu grudkowego, czy składa się nań zapalenie ostre czy też przewlekłe skóry, jej zwyrodnienie czy też bujanie nowotworowe. O ile jednak grudka jest pochodzenia naskórkowego, to zazwyczaj zawdzięcza swój byt głównie rozrostowi warstwy kolczastej (acanthosis). Zauważyć przecież trze-

*) Ściśle rzecz biorąc wszystkie te plamy należy zaliczyć do kategorii wykwitów wtórnych.

ba, że gdybyśmy pragnęli ściślej określić pojęcie grudki i połączyć w całość budowę histopatologiczną z pewnym typem klinicznym wykwitów, to należałoby tę nazwę zachować tylko dla tworów, które powstają wskutek zapalenia w warstwach powierzchownych skóry właściwej. W tych warunkach byłoby zrozumiałe szybkie powstawanie grudki, jej czerwona barwa, względnie miękka spistość i doszczętne wessanie bez pozostawienia blizny. Pierwowzorem takiego wykwitów jest grudka syfilityczna.

Guzek (tuberculum). Są to mniej lub więcej zbite, ostro lub nieostro odgraniczone twory barwy rozmaitej, wielkości od ziarna soczewicy i grochu do orzecha laskowego. Punktem ich wyjścia zazwyczaj bywają głębsze warstwy skóry właściwej. Stąd wyrastają one ku powierzchni, którą następnie uwypuklają półkulisto. Rozwój guzków zazwyczaj bywa powolny. Po zniknięciu częstokroć pozostawiają blizny.

Pochodzenie tych wykwitów bywa w części nowotworowe, głównie zaś zapalne. Dla przykładu można przytoczyć guzki spostrzeganie w osutce jodowej (jododerma), w rumieniu guzowatym, w rumieniu stwardniałym, w wilku pospolitym, w sarkoidach Boeck'a, w twardzieli nosa, w trądzie, przymiocie i t. d.

Guz (tuber, phyma). Tak nazywamy twory guzowate, przekraczające wielkość orzecha laskowego i wyrastające do rozmiaru pięści albo i więcej. Siedliskiem ich bywają pokłady głębsze skóry właściwej oraz tkanka podskórna. Najczęściej są to nowotwory i ziarniniaki.

Bąbel (urtica) powstaje wskutek obrzęku ostrego pokładów górnych i środkowych skóry właściwej. Zjawiają się ostro odgraniczone, płaskie, twarde a elastyczne wzniesienia barwy różowej, czerwonej lub porcelanowo-białej. Wielkość waha się od lepka szpilki do dłoni. Wykwity nie są trwałe. Zwykle im towarzyszyć swędzenie i pieczenie.

Miano pęcherzyka czyli **pryszczyka** (vesicula) nadawane bywa drobnym o płynnej i przezroczystej zawartości wzniesieniom naskórka. Wielkość wykwitów waha się od kropkowych do rozmiarów ziarna soczewicy. Kształt najczęściej bywa okrągły półkulisty, rzadziej nieprawidłowy. Niektóre są w środku nieco zakłęsłe, inne otacza czerwona zapalna obwódka. Spistość pęcherzyków zazwyczaj bywa twarda. Barwa zależy od zawartości. W większości przypadków pęcherzyki są połyskujące, przezroczyste lub półprzezroczyste, jak w potówkach, pryszczycy, opryszczkach (herpes), osutce pęcherzykowej rąk (dysidrosis), niekiedy jednak mogą one być

czarwonawe wskutek domieszki krwi (pasówka, zoster). Starsze pęcherzyki mętnieją, nabierają barwy serwatkowatej, brudnożółtej a nawet żółtej w razie przekształcenia się zawartości surowiczej w ropną (krosta, p. niżej). W dalszym przebiegu zawartość ulega wchłanianiu, wykwit zasycha i złuszcza się, albo też pęcherzyk całkowicie zasycha w strupek, który się następnie oddziela przez złuszczenie. Twór ginie bez śladu. Innym znowu razem pokrywa pęcherzyka pęka, zawartość wycieka a skóra poczyna sączyć. Z takim zjawiskiem spotykamy się bardzo często w pryszczycy.

Siedliskiem pęcherzyka jest naskórek. W zależności od miejsca, w którym wykwit powstaje, można odróżniać pęcherzyki podrogowe, względnie śródrogowe, śródnaskórkowe i podnaskórkowe. Pokrywą pęcherzyków podrogowych stanowi warstwa rogowa naskórka. Śródnaskórkowe tworzą się na rozmaitej głębokości warstwy kolczastej; podnaskórkowe — powstają wówczas, gdy płyn nagromadza się pomiędzy warstwą brodawkową skóry a naskórkiem. Powyższe okoliczności tłumaczą, dlaczego nieraz mówimy o pęcherzykach powierzchniowych i głębokich. Powierzchnowe posiadają cienką pokrywą, łatwo ulegającą pęknięciu, natomiast głębokie zdradzają skłonność do zasychania.

W sposobach powstawania można odróżnić dwa zasadnicze typy. Jedne pęcherzyki tworzą się drogą mechaniczną przez wypięranie płynem wysiękowym, który z warstwy brodawkowej przenika pod i do naskórka i najczęściej powoduje t. zw. obrzęk międzyskórnym. W typie drugim wykwyty zjawiają się wskutek pierwotnego zwyrodnienia rozplywnego pewnej grupy komórek naskórkowych.

Pęcherzami (bulla, phlictena) nazywają się wykwyty pęcherzykowe znacznych rozmiarów — od wielkości ziarna grochu polnego do jaja kurzego a nawet i większe. Pęcherze najczęściej bywają okrągłe lub owalne. Kształty nieprawidłowe spostrzegamy głównie wtedy, gdy pęcherze powstają pod wpływem czynników zewnętrznych (oparzenie, gorzyczynik, plaster) lub kiedy kilka mniejszych łączy się w jeden duży twór. Wykwity te mogą być półkulisto wypukłe, twarde i napięte albo bardziej płaskie, miękkie, wiotkie o pokrywie pomarszczonej. Zawartość bywa przezroczysta, mętna, serwatkowata, ropna, krwawa. Niektóre pęcherze są jednokomorowe, inne zaś wielokomorowe. Różnice kliniczne polegają na tem, że po nakłóciu pęcherza wielokomorowego nie wycieka zeń wszystka zawartość i pokrywa nie opada całkowicie.

Krosta (pustula) jest wykwytem o klinicznym wyglądzie pę-

cherzyka z zawartością ropną. Niektóre krosty rozwijają się z pęcherzyków wskutek stopniowego zmętnienia i zropienia zawartości (vesico-pustula). W wielu jednak razach krostka posiada od samego początku zawartość ropną.

Odróżniamy krosty powierzchowne i głębokie. W powierzchownych — sprawa chorobowa dotyczy naskórka i pokładów górnych skóry właściwej, pod względem zaś anatomopatologicznym wszystko odbywa się mniej więcej tak, jak to spostrzegamy w pęcherzykach. Tylko zawartość składa się z olbrzymiej liczby ciałek ropnych. Przebieg takich krostek zazwyczaj bywa dosyć ostry. Ustępują bez pozostawienia blizny. W większości przypadków są to drobne, okrągłe półkuliste wykwity barwy jasno- lub ciemnożółtej, otoczone obwódką zapalną. Pokrywa ich niekiedy pęka, albo też cała i nieuszkodzona krostka zasycha po pewnym czasie w brudnożółtawy, brunatny strupek. Po jego odpadnięciu pozostaje plama barwikowa, która stopniowo znika.

W krostach głębokich zapalenie zawsze bywa o wiele znaczniejsze i sięga głębszych warstw skóry właściwej. Uszkodzeniu ulega co najmniej warstwa brodawkowa. Krosty są okrągłe półkuliste lub bardziej stożkowate i mieszczą się na nacieczonej twardej podstawie. Otacza je bardzo wyraźny obrąbek zapalny. Strupy są grube, względnie mocno przylegają i dosyć długo trzymają się miejsca. Po odpadnięciu ich widać mniej więcej głębką bliznę.

W każdej wysypce krostkowej należy ocenić, czy krostka jest jedynym znamieniem dla danej sprawy wykwitem, czy też występuje ona obok innych chorobowych zmian skóry. W ostatnim wypadku należy jeszcze rozstrzygnąć, czy krostka utworzyła się wskutek dalszego stopniowego i naturalnego rozwoju wykwitu, czy też jest ona następstwem ubocznych czynników szkodliwych, np. drażniącego działania leku, zakażenia wtórnego drobnoustrojami ropotwórczymi i t. d.

T o r b i e l. Miano torbieli (cystis) nadajemy jamom różnej wielkości spostrzeganym w skórze i tkance podskórnej. Są one otoczone tkanką łączną. Ich ściankę tworzą komórki nabłonkowe lub śród-błonkowe. Zawartość składa się z cieczy, tłuszczu, komórek, masy rozpadowej. Punktem wyjścia torbieli mogą być naczynia, gruczoły potowe, łojowe i mieszki włosowe. Niektóre torbiele powstają z odłączonych części blaszki zarodkowej zewnętrznej (ectoderma) i częstokroć zawierają włosy, paznokcie, zęby i t. d. Takie torbiele zaliczamy do gromady nowotworów łagodnych (t. zw. torbiel skórzasta).

Wszystkie wyż. podane wykwity nazywamy pierwotnymi, choć

przyznać trzeba, że niektóre z nich częstokroć posiadają wszelkie cechy wtórnych, że przytoczę tylko krostę i niektóre plamy barwikowe. Z drugiej znowu strony zaznaczyć trzeba, że i wykwyty wtórne mogą niekiedy występować jako zmiany pierwotne. Spostrzegamy to np. w łuskach. Nie należy też zapominać, że wykwyty wtórne bardzo często znamionują dalszy i wyższy stopień rozwoju zmian pierwotnych.

Gromadę wykwyto wtórnych (efflorescentia secundaria) stanowią:

łuska (squama)
 strup (crusta)
 otarcie (przczos) — (excoriatio)
 zliszajowacenie (lichenisatio, lichenificatio)
 popękanie, szczelina, (rhagas, fissura)
 wrzód, owrzodzenie (ulcus, ulceratio)
 blizna (cicatrix).

Łuskami (squama) nazywają się blaszki rogowe, pokrywające powierzchnię skóry. Po pewnym czasie oddzielają się one i odpadają, a wtedy mówimy o złuszczeniu (desquamatio).

W większości przypadków łuski powstają w następstwie różnych schorzeń skóry. Niekiedy jednak zjawiają się one pierwotnie i stanowią naczelną objaw danej sprawy chorobowej. Z takim zjawiskiem spotykamy się np. w łusce rybiej (ichthyosis).

Wielkość, kształt i barwa łusek bywa bardzo rozmaita. Niekiedy są one drobne, cienkie, białe i tak obfite, że skóra wygląda jakby pokryta warstwą mąki. Sypią się otrębowato. Mianujemy je łupieżem (pityriasis) albo łuskami otrębowatymi (squamae furfuraceae). Przeciętna wielkość łusek waha się jednak od rozmiarów ziarna soczewicy do paznokcia małego palca. Łuski wielkości 2—3 cm. nazywamy blaszkami (lamella). Najczęściej są one białe, białoszarawe, cienkie, przeświecające i posiadają kształt okrągławy, wielo- lub czworoboczny. Do skóry przylegają częścią środkową, jednym lub kilkoma brzegami. Niekiedy układają się dachówkowato. Grube blaszki określamy mianem płytek rogowych.

W niektórych razach naskórek oddziela się całymi płatami, których wielkość częstokroć bywa bardzo znaczna.

Tworzenie się łusek bywa zawsze wyrazem zaburzeń w rogowaceniu naskórka. Zaburzenia mogą się rozwijać w 2 kierunkach: nadmiernego rozwoju prawidłowej warstwy rogowej (hyperkeratosis) i wadliwego rozwoju tejże warstwy (parakeratosis). W przypadku

pierwszym łuski i blaszki składają się z komórek bezjądrowych a warstwa ziarnista jest prawidłowa lub też zgrubiała. W rogowaceniu wadliwym komórki zawierają barwiące się jądra, warstwy zaś ziarnistej nie spostrzegamy wcale albo też jest ona bardzo słabo zaznaczona.

Strupem (crusta) nazywamy zasychające na powierzchni skóry ciecze i masy różnorodnego pochodzenia. Niekiedy są to wydzieliny tłuszczowe nagromadzające się np. na głowie lub twarzy i zasychające na powietrzu w miękki ugniatalny i słabo przylegający strup barwy brudnożółtawej. Czasem są to suche masy złożone z kolonii grzybów pasorzytnicznych, jak to spostrzegamy np. w strupniu. W większości jednak przypadków strupy tworzą się w następstwie stopniowego zasychania całkowitych lub pękniętych pęcherzyków, pęcherzy i krost lub też wskutek zasychania różnych cieczy, które wydziela schorzała skóra. Dla przykładu można przytoczyć strupy powstające w pryszczycy sączącej lub pokrywające wszelkie nadżerki i owrzodzenia.

Wielkość, kształt i grubość strupów zależy w znacznym stopniu od sprawy zasadniczej, będącej powodem zjawiania się tych tworów. Bywają strupy cienkie i grube, płaskie, wklęsłe, wypukłe a nawet stożkowate. Niektóre składają się z koncentrycznych nawarstwień i wyglądem przypominają budowę muszli (crusta ostracea). Barwa ich bywa bardzo różnobarwna i obejmuje szeroką skalę od żółtej i szarej do brunatnej i czarnej. Spoistość może być miękka lub mniej więcej twarda. Niektóre strupy są zbite, inne kruche i łamliwe. Do powierzchni skóry silnie przywierają albo też przylegają słabo, łatwo się oddzielają i odpadają.

Niektóre strupki są tak cienkie, że raczej przypominają grube łuski. Właściwie mówiąc, zajmują one stanowisko pośrednie pomiędzy strupem a blaszką i zasługują na określenie strupów blaszkowatych (crustae lamellosae).

Otarcie, Przechos (excoriatio) powstaje wskutek mechanicznego uszkodzenia powierzchniowych warstw skóry.

W roli czynnika szkodliwego stosunkowo rzadko występują przedmioty tępe. Dla przykładu można przytoczyć zdarcie naskórka z grzbietu ręki przy nagłym i energicznym otarciu się o szorstką powierzchnię ściany. O wiele częściej spotykamy się z działaniem przedmiotów ostrych, że tylko wymienię szpilki, kolce, szpony i pazury, grzebienie, ułamki szkła i t. p. Są to jednak uszkodzenia przygodne. W chorobach zaś skóry głównie spostrzegamy otarcia spowodowane paznokciem w przypadkach silnego swędzenia, zniewa-

lającego do drapania. Kształt otarcia bywa okrągławy, gdy uszkodzeniu ulegają poszczególne okrągłe wykwyty (n. p. pęcherzyki albo grudki świerzbiączkowe), liniowy rozmaitej szerokości i długości (typowy dla wszawicy) albo też nieprawidłowy. Otarcie może sięgać różnych głębokości naskórka. Białawe, białoszarawe rysy warstwy rogowej znikają szybko i bez śladu. W przypadkach uszkodzenia warstwy koleczastej zjawia się w obrębie otarcia surowiczy płyn zasychający w żółtawe strupki. Po ich odpadnięciu pozostaje różowa plama ustępująca po kilku dniach. Jeżeli otarcie sięga warstwy brodawkowej i podbrodawkowej, wówczas tworzą się krwawe strupki barwy ciemnoczerwonej lub czarnej, po zablźnieniu zaś występuje brunatne zabarwienie trwające niekiedy dosyć długo.

Zliszajowacenie (lichenisatio, lichenificatio). Tem mianem określamy pewne zmiany wtórne skóry powstające wskutek długotrwałego i ciągłego drażnienia. W roli czynnika szkodliwego najczęściej występuje uraz, np. tarcie a zwłaszcza drapanie w przewlekłych chorobach swędzących (pryszczycyca, liszaj, zapalenie skóry opryszczkowe, grzybica guzowata i t. p.). Na przestrzeniach ograniczonych lub rozlanych skóra grubieje, zatracą zwykłą sprężystość, staje się sucha, szorstka i zabarwia na kolor ciemniejszy — brudnożółty lub brunatnawy. Na jej powierzchni widać mnóstwo płaskich, gładkich, błyszczących grudeczek kształtu czworobocznego, pooddzielanych krzyżującymi się pod kątem bruzdeczkami (patrz liszaj pospolity przewlekły str. 10). W przypadkach zastarzałych tworzą się następnie mocno przylegające suche i białoszarawe łuseczki, wskutek zaś głębokich podrapań zjawiają się drobne strupki.

Mniemać się godzi, że zliszajowacenie wytwarza się tylko u ludzi skłonnych do tego rodzaju zmian skóry. Można się bowiem z łatwością przekonać, że w licznych przypadkach zjawisko to nie występuje wcale pomimo dotkliwego swędzenia i silnego drapania.

Sprawy chorobowe umiejscowione w skórze i naskórku często-kroć powodują upośledzenie sprężystości skóry. W tych warunkach łatwo powstają przy ruchach mniej więcej głębokie popękania (rhagades, fissurae). Mają one kształt liniowych szczelin a wyglądem klinicznym przypominają rany cięte. Cechuje je znaczna nieraz bolesność. Spostrzegamy je głównie na kończynach, brodawce sutkowej, na dnie fałd skóry i w okolicy naturalnych otworów ciała (usta, nos, uszy, odbył, srom).

Gdy sprawa chorobowa powoduje mniej więcej głębokie niszczenie tkanek skóry, wówczas tworzy się owrzodzenie w r z ó d (ulceratio, ulcus).

Zniszczenie dotyczące jedynie naskórka i nie przekraczające linii brodawek skóry zwykliśmy nazywać *n a d ż e r k ą* (excoriatio, exulceratio). Takie zmiany goją się bez blizny, mogą jednak pozostawić jaśniejsze lub ciemniejsze plamy barwikowe, które znikają dopiero po pewnym czasie.

Jeżeli zniszczeniu ulega tkanka łączna skóry od warstwy brodawkowej począwszy, wówczas mówimy o owrzodzeniach. Powstają one wskutek rozpadu tkanek patologicznych pochodzenia zapalnego lub nowotworowego i po zagojeniu zawsze pozostawiają blizny. Wielkość, kształt i przebieg owrzodzeń najzupełniej zależą od istoty cierpienia podstawowego. W rozpoznawaniu owrzodzeń zwracamy uwagę na ich głębokość, wielkość i kształt, zachowanie się brzegów i dna, stan otaczającej skóry i sposób szerzenia się sprawy. Zaleca się też baczyć na stan gruczołów chłonnych.

Owrzodzenia mogą zatem być powierzchowne, płytkie i głębokie, drażące. Ich wielkość podlega szerokim wahaniom. Kształt bywa okrągły, owalny, nerkowaty lub nieprawidłowy, policykliczny, obrączkowaty, łukowaty i t. p. Brzegi są miękkie lub twarde, równe gładkie lub nierówne guzkowate, płaskie lub wzniesione, zawinięte lub wywinięte, podminowane lub niepodminowane, nieprawidłowe, ząbione, wystrzępione lub ostro ścięte jakby wydłutowane. Dno bywa miękkie lub twarde, równe gładkie lub ziarniste, matowe lub błyszczące, wyniosłe, wybujałe, brodawkowatemi rozrostami usiane lub też wklęsłe i nierówne, kraterowato wgłęb drażące, pokryte ziarniną, tkanką martwicową, brudnym nalotem, wydzieliną ropną lub krwaworopną, zasychającą w różnej grubości strupy. Otaczająca skóra posiada wygląd prawidłowej albo też jest zgrubiała, nacieczona, twarda i zmieniona w kolorze.

Co się tyczy sposobu szerzenia, to należy zwrócić uwagę, czy owrzodzenie powiększa się przez rozrost odśrodkowy, czy wskutek połączenia kilku sąsiednich, czy też rozpościera się w sposób pełzający, zbliżniając się u jednego brzegu i posuwając u przeciwnego.

Wreszcie stwierdzamy, czy owrzodzenie jest bolesne.

Blizną (cicatrix) nazywamy tkankę tworzącą się w miejscu, gdzie uległa zniszczeniu skóra właściwa a względnie też warstwa podskórna. Taka tkanka powstaje jednak nie tylko po owrzodzeniach. Spostrzegamy ją jako zejście wielu spraw zapalnych skóry przebiegających zgoła bez owrzodzeń, np. w zaniku skóry starczym, w zaniku skóry samoistnym, w zaniku skóry plamistym, w twardzinie skóry, w liszaju rumieniowatym, w czerwonym liszaju za-

nikowym, w strupniu i t. d. W tych razach zwykliśmy mówić o bliznach zanikowych albo wprost o zaniku skóry.

Pod względem anatomicznym blizna składa się ze zbitej tkanki łącznej, której włókna biegną równolegle do powierzchni skóry. Tkanka jest względnie ubogo unaczyniona i zawiera stosunkowo mało pierwiastków komórkowych. W obrębie blizny nie spostrzegamy warstwy brodawkowej, sieci włókien sprężystych, gruczołów skóry i torebek włosowych. Naskórek bywa cieńszy lub grubszy, a jego granica dolna nie biegnie linią falistą, gdyż brak mu wyrostów międzybrodawkowych.

Takiej budowie najzupełniej odpowiada wygląd kliniczny blizny. Cechuje ją bowiem — w ogólnych zarysach — brak zwykłej poletkowatej budowy powierzchni skóry, gładkość i pewna suchość warstwy rogowej, niedokrwienie i ścienienie skóry właściwej, utrata prawidłowej sprężystości, gruczołów i włosów. Od otaczającej zdrowej skóry blizny różnią się na pierwszy rzut oka. Blizny świeże są różowe, czerwone, stare zaś białe, kredowo- lub papierowobiałe i częstokroć otoczone ciemną obwódką barwikową (n. p. w przymocie).

Rozległość i kształt blizn zależy od pierwotnej sprawy chorobowej, a ich wygląd bywa niekiedy tak znamieny, że zezwala na rozpoznanie schorzenia zasadniczego (przymiot, wilk, gruźlica rozplywna, strupień, pasówka i t. d.). Bywają zatem blizny drobne i rozległe, o brzegach ostrych lub zatartych, płaskie i wciągnięte albo zrosnięte z głębiej leżącymi tkankami (kością). Zarysy bywają: okrągłe, owalne, gwiazdowate, wielokształtne, nieprawidłowe, linijne. Powierzchnia może być gładka lśniąca albo też nierówna, pokryta drobnymi wyniosłościami, włóknistymi pasmami, powrózkami i mostkami (gruźlica rozplywna). Niekiedy występuje w bliznie nawrót choroby podstawowej (grudki wilkowe).

Co się tyczy spistości, to odróżniamy blizny miękkie i twarde. Mówi się pozatem o „kosmetycznych“, nieszpęających „ładnych“ bliznach, gdy twory te są białe lub różowe, płaskie, równe, gładkie, cienkie i miękkie. Blizny szpęające, „brzydkie“ są zabarwione lub zaopatrzone w liczne rozszerzone naczynka krwionośne, pstre (blizny parentgenowskie), niekształtne, nierówne, pokryte pasmami włóknistymi, grube i twarde, częstokroć wyniosłe. Jeżeli blizna przekształca się w twardey wysoki guz tkankolącznowy, wówczas mówimy o bliznowcu (keloid).

Niektóre blizny są bolesne.

W przypadkach rozległego zaniku skóra posiada zabarwienie

sinoczerwonawe. Jest ona znacznie ścięczała, drobno pofałdowana, pomarszczona tak, że wygląda jak zmięta bibułka angielska. Sprężystość jest wybitnie zmniejszona. Poprzez skórę częstokroć przeświecają żyły, ścięgna, pnie nerwowe.

Po rozpoznaniu zmian skóry pierwotnych i wtórnych oraz po określeniu ich wielkości, kształtu, spistości, barwy i t. d. należy jeszcze ustalić ich siedlisko. Winniśmy rozstrzygnąć, czy wykwit mieści się tylko w naskórku, czy też w skórze właściwej, w jej warstwach powierzchniowych lub głębokich, czy nie sięga tkanki podskórnej. Ważne znaczenie rozpoznawcze posiada też stosunek do narządów skóry — do gruczołów potowych, łojowych, mieszków włosowych. Wykwitom, w których środku widać wylot mieszka włosowego lub włos, nadajemy miano okołomieszkowych. Takie siedlisko częstokroć zdradzają niektóre grudki i krosty.

Następnie zwracamy uwagę na liczbę i rozprzestrzenienie wykwitów. Czasem sprawa polega na istnieniu tylko jednego wykwitu (*efflorescentia solitaris*), innym razem wykwity bywają mnogie (*multiplex*). Wysypka może być nieprawidłowo rozsianna (*eruptio disseminata s. dispersa*), obfita (*opulens*) lub skąpa (*discreta*). Może też ograniczyć się do danego miejsca ciała (*wysypka umiejscowiona — eruptio localisata*), wystąpić w miejscach licznych (*w. uogólniona — er. generalisata*) lub też zająć całą powierzchnię skóry (*w. powszechna — er. universalis*).

Przy badaniu klinicznym zmian skóry baczmy zwłaszcza na to, czy wysypka jest złożona z wykwitów pierwotnych jednego tylko typu, czy też składa się na nią kilka różnych typów. W przypadku pierwszym mówimy o wysypce jednopostaciowej (*er. monomorpha*), w drugim — o wielopostaciowej (*polymorpha*). Wielopostaciowość może być uzależniona od różnych przyczyn. Zdarzyć się może, że w danym razie występują niemal współcześnie plamy i pęcherzyki lub plamy, bąble i grudki. Przytrafia się też, że mamy do czynienia ze współistnieniem dwu odrębnych obrazów klinicznych, dwu od siebie zupełnie niezależnych schorzeń, np. łuszczycy i przymiotu, łuszczycy i świerzby, świerzbiączki i świerzby i t. d. Najczęściej jednak spostrzegamy wielopostaciowość w zależności od wystąpienia wykwitów wtórnych. W tych razach trzeba rozstrzygnąć zupełnie zasadnicze pytanie: czy zmiany skóry są następstwem naturalnego rozwoju wykwitów pierwotnych, czy też zja-

wiły się jako powikłanie, wskutek działania ubocznych czynników szkodliwych. Weźmy dla przykładu pryszczycę. Jej powszechnie znaną wielopostaciowość będziemy oceniali jako zupełnie zrozumiałą, gdyż wynikającą z przebiegu wykwitu pierwotnego. Jeżeli jednak chora skóra ulegnie zakażeniu wskutek drapania i zjawią się liszajce, wówczas staje się rzeczą oczywistą, że mamy przed sobą powikłanie pryszczycy i że spostrzegane krosty potęgują wielopostaciowość wysypki w sposób zupełnie wypadkowy. Przypuśćmy teraz, że z powodu swędzenia zastosowano dziegieć w czerwonym liszaju płaskim i że po pewnym czasie powstała osutka lekowa, zwana trądzikiem dziegciowym. Wtedy znajdziemy się wobec wielopostaciowości w tak typowej jednopostaciowej chorobie skóry, jaką jest czerwony liszaj płaski. Każdy jednak zrozumie, że ta wielopostaciowość jest tylko pozorna, bo narzucona przez wikłającą zasadnicze schorzenie osutkę lekową. Po jej usunięciu wracamy wszak znowu do nieskażonego typu wysypki liszajowej.

Jednakże w życiu sprawy nie zawsze układają się tak jasno i zrozumiale. Obrazy kliniczne bywają częstokroć tak złożone, że trzeba немало obycia, aby się wywiązać z trudnego zadania. W takich przypadkach nieocenioną przysługę oddaje dokładna znajomość przebiegu i umiejscowienia zmian skóry.

Otóż, co się tyczy przebiegu, to ściśle mówiąc należy odróżnić przebieg choroby od przebiegu wykwitów pierwotnych. Przebieg chorób skóry bywa, jak w innych działach patologii ludzkiej — ostry, podostry i przewlekły. Przebiegowi ostremu choroby zazwyczaj odpowiada przebieg ostry wykwitów, jak to bywa np. w pokrzywce. W chorobach przewlekłych przebieg wykwitów również zwykły bywać przewlekły, zdarza się to jednak nie zawsze. W wilku pospolitym zmiany skóry rozwijają się wolno, stopniowo, przewlekłe. Od chwili wystąpienia wykwitu pierwotnego, t. zw. guzka wilkowego aż do jego zejścia, t. j. do wytworzenia się blizny, przechodzi długi okres. W międzyczasie powstaje szereg zmian o charakterze głównie wykwitów wtórnych, które łączą dwa tak przeciwległe bieguny jak guzeczki i blizna. Jest to stopniowo wchłaniająca się i złuszczająca grudka lub blaszka albo też owrzodzenie, którego wydzielina zasycha w gruby strup. Znajomość tych pośrednich postaci klinicznych zezwala nie tylko na poznanie dziejów danego wykwitu i głębsze wnikięcie w istotę sprawy chorobowej, lecz częstokroć rozwiązuje wiele trudności różnicowo-rozpoznawczych. W innych jednak wybitnie przewlekłych chorobach skóry, jak n. p. w pryszczycy lub pęcherzycy przebieg poszczególnych wykwitów (pęcherzyka, wżględnie

pęcherza) posiada wszelkie cechy ostrego. O przewlekłości sprawy stanowi tu nie wykwit, lecz istota samej choroby, której przebieg składa się z oddzielnych napadów ostrych, występujących jeden po drugim bezpośrednio albo podchodnie (subintrans) lub też w dłuższych odstępach czasu. Z powyższego wynika, że i poszczególne wykwyty pierwotne mogą mieć przebieg ostry lub przewlekły. Poza tym jednak należy sobie uświadomić, że w niektórych chorobach skóry wykwit zachowuje stale swój typ zasadniczy, podczas gdy w innych podlega on dalszym przeobrażeniom. Tak więc plama, grudka mogą trwać czas krótszy lub dłuższy a potem ustąpić bez śladu. Niekiedy znowu plama przekształca się w bąbel, pęcherzyk lub grudkę albo też w środku grudki zjawia się pryszczyk lub krosta zasychająca w strupek. Mówi się wtedy, że jeden wykwit przechodzi w drugi, a w wielu razach przejście to rzeczywiście odbywa się w kolejnym porządku, typowym dla danej sprawy chorobowej. Mówi się też, że każdy następny wykwit z poprzedniego powstały oznacza wyższy stopień rozwoju sprawy (wyższy typ wykwitu) i nadaje się tym tworum nazwy złożone, n. p. papulo-vesicula, papulo-pustula, vesico-pustula i t. p.

Wygląd poszczególnych wykwitów może jednak ulec wybitnym zmianom nawet bez przejścia w inne typy kliniczne. Wynika to głównie ze sposobu rozrostu, powiększania i rozprzestrzeniania się wykwitów, a w części prócz tego z ich ułożenia. Dla oceny tych faktów należy rozstrzygnąć, czy sprawa chorobowa szerzy się drogą przyrostu, przywarstwiania (appositio), czy też wskutek rozrostu odśrodkowego. W przypadku pierwszym poszczególne wykwyty nie powiększają się wcale albo też w stopniu nikłym. Sprawa szerzy się wskutek ciągłego powstawania wykwitów świeżych na obwodzie miejsca schorzałego i tak gęstego ich ułożenia w jego części środkowej, że wreszcie zlewają się one na przestrzeniach nieraz bardzo rozległych. Spostrzegamy to n. p. w pryszczycy prawdziwej (w przeciwieństwie do t. zw. pasorzytniczej) albo w pospolitym liszaju przewlekłym typu Brocq—Jacquet'a.

W przypadku drugim każdy wykwit powiększa się przez rozrost odśrodkowy mniej więcej równoległe we wszystkich kierunkach. Następstwem tego jest powstawanie okrągłych i owalnych blaszek, których wielkość waha się w szerokich granicach. Takie wykwyty nazywamy *k r ą ż k o w a t e m i* (nummularis, discoides). Przy gęstym ułożeniu następuje wreszcie ich połączenie i w ten sposób mogą ulec zajęciu rozległe przestrzenie a wreszcie nawet cała powierzchnia skóry. Mówimy wtedy o zmianach *r o z l a n y c h* (diffusus).



Z tego rodzaju zjawiskami spotykamy się np. w łuszczycy, w grzybicy naskórkowej Unna'y (pryszczycza pasorzytnicza) oraz w niektórych schorzeniach skóry przebiegających pod postacią blaszek erytrodermicznych. Wykwity krążkowate mogą jeszcze podlegać dalszym przekształceniom. Jeżeli więc część środkowa krążka zanika, wtedy zjawia się wykwit kółeczkowaty, obrączkowaty (annularis), w razie zaś wessania się części obrączki tworzą się wycinki koła, łuki (arciformis). W przypadkach, gdy kółka i łuki łączą się ze sobą, wówczas w miejscu zetknięcia zanikają zmiany chorobowe i powstają wykwity o zarysach łykowatych, kształtu festonowatego, wyglądem przypominające rysunek lądów na mapie geograficznej (effl. gyrata, circinata, geographica). Zdarza się też, że w obrębie jednego kółka wytwarza się drugie, trzecie, równoległe do pierwszego ułożone. Mówimy wtedy o tworach tęczowatych (iris). Gdy taki wykwit składa się z pierwiastków pęcherzykowych, to nadajemy mu nazwę opryszczek tęczowatych (herpes iris). Takie obrazy widzimy n. p. w niektórych postaciach rumienia wysiękowego. Ugrupowania pęcherzyków, przypominające wyglądem obrazy spostrzegane w opryszczkach lub pasówce, określamy przymiotnikiem o pryszczkowaty (herpetiformis). Powierzchnowe złuszczone blaszki i kółka, zaopatrzone częstokroć w drobne pęcherzyki, posiadają niemało podobieństwa do wykwitów liszaja strzygącego. Stąd nazwa trichophytoides.

Nadmienić jeszcze wypada, że blaszki, kółka i łuki mogą powstawać nie tylko w sposób wyż. podany, lecz też wskutek szczególnego ułożenia oddzielnych drobnych wykwitów, np. grudek i guzeczków w przymiocie, trądzie, grzybicy guzowatej, w łuszczycy, czerwonym liszaju płaskim i t. d.

W przypadkach, gdzie współcześnie spostrzegamy wykwity krążkowate, obrączkowate, tęczowate, łukowate, mówić zwykliśmy o wielokształtności wysypki (multiformis). Należy odróżniać wielokształtność od wielopostaciowości (polymorphia). Pierwsza dotyczy wykwitów jednego typu, lecz różnego kształtu, druga cechuje zbiorowisko wykwitów różnego typu. Rzecz naturalna, że wielokształtność może też współistnieć z wielopostaciowością.

W nauce o chorobach skóry przywiązujemy wielką wagę do umiejscowienia wykwitów (localisatio). W niektórych sprawach jest ono tak typowe, tak stałe, z taką nieubłaganą koniecznością zajmuje jedne miejsca a oszczędza inne, iż przypuścić się godzi, że zjawisko nie jest przypadkowe. To też fakty te wyzyskujemy w ce-

lach rozpoznawczych i przyznać trzeba, że w niektórych razach możemy z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznać daną chorobę li tylko na zasadzie jej umiejscowienia nawet przed dokładniejszym zbadaniem zmian anatomicznych.

Umiejscowienie różnych chorób skóry bywa rozmaite. Czasem bywają zajęte głównie miejsca uwłosione, czasem przestrzenie włosów pozbawione. Niekiedy sprawa ogranicza się tylko do twarzy, innym razem tylko do tułowia lub kończyn. Na kończynach znowu mogą ulec schorzeniu albo powierzchwnie wyprostne, albo powierzchwnie zginaczy lub też wyłącznie dłonie i podeszwy a niekiedy tylko paznokcie. Wreszcie spostrzegamy umiejscowienia zupełnie dowolne. Baczną uwagę trzeba też zwrócić na współdział błon śluzowych, zwłaszcza jamy ustnej.

Pozatem należy podnieść, że w niektórych chorobach zmiany skóry zwykły się układać umiarkowo, w innych — nieumiarkowo. Czasem znowu występują one w rozprzestrzenieniu połowiczem (er. unius lateris s. haemiplegica) albo w ułożeniu liniowym w kształcie smug, powrózków, tasiem, pasów — przytem jednostronnie albo umiarkowo obustronnie (er. striata, linearis, zoniformis, zosteroides).

Przyczyny tych wszystkich zjawisk są w części zrozumiałe, w części mało znane. Zrozumiała jest n. p. umiarkowość osutek pochodzenia wewnętrznego, powstających na tle zatrucia lub samozatrucia. Tutaj bowiem słusznie przypuszczamy, że czynnik szkodliwy działa na skórę za pośrednictwem układu naczyniowego a być może też nerwowego. Liniowe ułożenie w półpaścu tłumaczy się zajęciem zwojów międzykręgowych. Nieumiarkowość w schorzeniach pasorzytnicznych zależy od miejsca zaszczepienia zarazka, a miejsce to wszak może być zupełnie dowolne. Jeżeli zaś w niektórych sprawach pasorzytnicznych spostrzegamy niewątpliwą umiarkowość (świerzba, wszawica), to tłumaczy się to warunkami życia pasorzytów i właściwością terenu. Od warunków terenowych zależy też w znacznym stopniu umiejscowienie takich spraw chorobowych, jak n. p. łojotokowe (głowa, twarz, mostek i t. d.) lub wyprzeniowe (fałdy skóry, zgięcia pachowe, pachwinowe, okolica odbytu i t. d.). W wielu jednak razach właściwe przyczyny umiejscowienia danej choroby skóry są jeszcze zupełnie niedostatecznie wyjaśnione. Do odpowiedzialności pociągnięto niemało teoryj. Wskazuje się na szczególne ułożenie naczyń krwionośnych i chłonnych w skórze, na sposób unerwienia, na pewne właściwości budowy samej skóry a zwłaszcza na kierunek linii Voigt'a, odpowiadający rozmieszcze-

niu torebek włosowych. Zwracano też uwagę na budowę metameryczną ciała, na wpływ nerwowego układu ośrodkowego i obwodowego, na czynniki atawistyczne (uwłosienie nadmierne, rybia łuska).

O wiele mniejszy udział w rozpoznawaniu chorób skóry przypada o b j a w o m p o d m i o t o w y m. Do nich zaliczamy bolesność, klucie, mrowienie, pieczenie, swędzenie, uczucie ciepła i zimna. Praktycznie najważniejsze jest swędzenie. Podług tego objawu dzielimy choroby skóry na swędzące i na nie swędzące.

Stopień swędzenia bywa bardzo niejednaki w rozmaitych chorobach skóry i podlega dosyć szerokim wahaniom w zakresie danej jednostki chorobowej. Dużo zależy też od wrażliwości osobniczej. Swędzenie może być umiejscowione lub uogólnione, napadowe lub stałe. Najczęściej spostrzegamy umiejscowione i napadowe. Zdarza się, że swędzenie rozpoczyna się w danym miejscu ciała, a później stopniowo się uogólnia. Poszczególne napady trwają od kilkunastu minut do kilku godzin. Swędzenie może się zjawić w dzień i w nocy. Najczęściej jednak dokucza ono choremu w porze nocnej, w pierwszej połowie nocy — przed północą lub w drugiej połowie — nad ranem.

Swędzenie powoduje drapanie. Następstwem drapania bywają różne uszkodzenia skóry objęte nazwą otarcia (*excoriatio*), zmiany wtórne zwane zliszajowaceniem (*lichenificatio*) oraz zakażenie wtórne, głównie drobnoustrojami ropotwórczymi.

ROZDZIAŁ II.

Choroby przerostowe naskórka. (Keratoses).

Choroby polegające na zgrubieniu naskórka zrogowaciałego (keratoses, hyperkeratoses) obejmują grupę schorzeń, których objawem naczelnym jest nadmierne nawarstwienie istoty rogowej o spistości niezwykle twardej. Cierpienia te — nabyte lub wrodzone — częstokroć powstają pod wpływem różnorodnych bodźców, niestety bliżej nam nieznanymi. Niektóre z nich zależą prawdopodobnie od zbroceń w odżywianiu (dystrophia).

Na zasadzie danych anatomicznych należy mniemać, że w niektórych z tych cierpień pierwotnie występują zjawiska zapalne w skórze właściwej, przeważnie w warstwie brodawkowej. Wówczas zmiany naskórka oceniać należy jako wtórne. W innych jednak razach cała sprawa odbywa się pierwotnie w samym naskórku i tego rodzaju zrogowacenia nazywamy samoistnymi. Co się znowu tyczy samego zrogowacenia nadmiernego, to zauważyć trzeba, że w niektórych razach towarzyszy mu bujanie warstwy Malpighiego (acanthosis), w innych znowu zjawiska tego nie spostrzegamy.

Modzel i Odcisk.

(Callus, Tyloma, Tylosis, Clavus, Cor).

Są to odgraniczone zgrubienia warstwy rogowej naskórka, które w odcisku wrastają w skórę za pomocą czopa rogowego. Powstają na skutek działania długotrwałych czynników mechanicznych.

1) Modzel. Modzelowatość skóry.

Objawy. Modzelowatość skóry występuje pod postacią mniejszych lub większych, twardych, płaskich blaszek rogowych różnego kształtu, o powierzchni gładkiej lub nierównej, barwy od brudnożółtej do brunatnawej. Grubość blaszek sięgająca 5 mm. jest najznaczniejsza w ich części środkowej i stopniowo się zmniejsza w kierunku ku obwodowi. W przekroju kształt ich bywa płaskowypukły,

dwuwypukły lub wklęsły. Powierzchnia starych modzeli niekiedy zleka się łuszczy.

Modzele spostrzegamy głównie na rękach i nogach. Na nogach tworzą się one w zależności od nieodpowiedniego obuwia zwłaszcza przy dużym chodzeniu i długotrwałym staniu. Powstawanie ich na rękę zazwyczaj pozostaje w związku z wykonywaniem zawodu. Częstokroć są one tak charakterystyczne, że na zasadzie ich wyglądu i umiejscowienia można łatwo odgadnąć zajęcie pacjenta (t. zw. modzele zawodowe). Twory takie spostrzegamy u szewców, krawców, tkaczy, stolarzy, ślusarzy, kowali, skrzypków, sportowców i t. d. Dostyc zagadkowa jest jednak przyczyna tworzenia się modzelowatości skóry w takich miejscach, jak n. p. grzbietowe powierzchnie palców rąk oraz żołądź prącia.

W obrębie modzeli czucie skórne bywa nieraz upośledzone. Notowano też wzmożoną czynność gruczołów potowych w miejscach, będących siedliskiem nadmiernego rogowacenia.

Modzelowatość skóry częstokroć nie sprawia choremu znaczniejszych dolegliwości. Jednakże przy pęknięciach twory te powodują duży ból i przeszkadzają przy chodzeniu oraz przy wykonywaniu zawodowych ruchów i uchwytów. Pęknięcia bywają też punktem wyjścia różnych spraw zakaźnych, np. róży i sprzyjają powstawaniu ropni, ropowic, zapalenia naczyń chłonnych i t. d.

B u d o w a. Modzel jest typem nadmiernego rogowacenia naskórka w postaci czystej. Tutaj znajdujemy zatem znaczne zgrubienie warstwy rogowej, która poza tym jest o wiele więcej zbita niż normalnie. Zgrubieniu podlega również warstwa ziarnista, jasna zaś zazwyczaj występuje wyraźnie. Sieć Malpighi'ego jest albo prawidłowa, albo — co częściej — widocznie ścięczała. Objawy zapalne w skórze właściwej spostrzegamy tylko przy podrażnieniu i w przypadkach powikłanych. W tych razach nadmiernemu rogowaceniu towarzyszy też parakeratoza.

L e c z e n i e. Postępowanie lecznicze nie różni się od zalecanego w odcisku (patrz niżej).

Odcisk. Nagiotek.

Odcisk jest tylko pewną odmianą modzelowatości skóry. Ma on kształt krótkiego gwoździa, którego główka znajduje się na powierzchni skóry, koniec zaś wnika w naskórek. Odciski bywają okrągłe lub owalne, płaskie lub wypukłe, o powierzchni przeważnie gładkiej i lśniącej. Ich barwa żółtawa lub brudnożółtawa przypomina kolor rogu. Spoistość bywa nieraz bardzo znaczna. W części środkowej

odciska można zazwyczaj zauważyć wyraźny białawy punkt. Odpowiada on miejscu, w którym odcisk w kształcie czopa wrasta w naskórek (t. zw. korzeń czyli rdzeń odciska). Każdy nagniotek zazwyczaj miewa tylko jeden czop. Dubreuilh opisuje jednak odciski na podszewie, w których spostrzegano po kilka czopów. Pod czopem tworzą się też niekiedy kaletki śluzowe. — Odciski spotykane na zwróconych ku sobie (wewnętrznych) powierzchniach palców nóg mają właściwości nieco odmienne. Są one mniej twarde, jakby wmiękle, barwy białawej. Środkowa część jest wklęsła wciągnięta, brzegi wzniesione („oeil de perdrix“ francuskich autorów).

Opisane twory powodują żywy ból przy ucisku i nieraz bardzo przeszkadzają w chodzeniu. Przy stanie wilgotnym atmosfery bóle zazwyczaj się wzmagają, co widocznie przypisać należy właściwościom hygroskopijnym istoty rogowej. Ścięcie powierzchniowych warstw nagniotka i powstające stąd zmniejszenie ucisku zwykle usuwa lub łagodzi tego rodzaju bóle.

Odciski nabywamy głównie dzięki nazbyt ciasnemu obuwiu.

Powstają one wskutek ciągłego ucisku, wywieranego na skórę w punktach wystających kośca. Ich ulubionym umiejscowieniem jest 5—ty i 4—ty, rzadziej 3—ci palec stopy, a także pierwszy zwłaszcza przy pewnym zniekształceniu stopy. Najczęściej widujemy je na powierzchni zewnętrznej i grzbietowej palca piątego. Pozatem jednak odciski mogą powstawać w każdym innym punkcie palców stóp nie wyłączając ich powierzchni wewnętrznych, a także na podszewie, szczególnie w miejscach bliżej pięty położonych.

Z powikłań należy wspomnieć o sprawach zapalnych i ropnych w skórze dookoła i pod odciskiem a także w kaletkach śluzowych. Powstawać mogą ropnie, ropowice, zapalenia pochewek ścięgniętych i t. p. Są to zazwyczaj następstwa różnych zabiegów samoleczeniowych, głównie ścinania odcisków brudnymi niewyjałowionymi narzędziami. Powikłania takie mają przebieg niepomysłny zwłaszcza u cierpiących na cukrzycę.

B u d o w a. Budowa odcisków jest mniej więcej taka, jaką spostrzegamy w modzelach wogóle. Różnica polega na tem, że tutaj rogowacenie występuje zwłaszcza wyraźnie w części środkowej tego tworu, wskutek czego powstaje czop głęboko wrastający w naskórek. Pod czopem sieć Malpighiego ulega ścięczeniu wskutek ucisku. W skórze spostrzegamy objawy zapalne. Tkanka łączna jest niekiedy bardziej zbita, sprężysta zaś ulega stopniowemu zanikowi.

R o z p o z n a n i e. Rozpoznawanie odcisków nie jest trudne. Tylko w wyjątkowych razach może się wyłonić kwestja t. zw. od-

cisków przymiotowych (clavi syphilitici) opisanych przez Lewin'a (1893 r.). Są to twory rogowe wielkości od łepka szpilki do grochu. Kształt mają okrągły, barwę bladuróżową do brudnożółtawej, niekiedy łuszczą się na powierzchni. Powstają z plamek czerwonych i mieszczą się głównie na dłoniach, rzadziej na stopach. Te właściwości a także obecność innych objawów syfilisu oraz wydajność leczenia swoistego ułatwiają rozstrzygnięcie kwestji w przypadkach wątpliwych.

Leczenie. Leczenie modzelowatości skóry i odcisków jest mniej więcej jednakie.

Leczenie objawowe polega na częstym stosowaniu gorących kąpieeli miejscowych z dodaniem sody, boraksu, mydła szarego oraz na ścinaniu zgrubiałych twardych mas rogowych.

W doszczętnem usuwaniu modzeli i odcisków prócz kąpieeli zalecamy leki rozpuszczające istotę rogową, a więc w pierwszym rzędzie kwas salicylowy oraz resorcynę — oddzielnie i w kombinacji. Leki te można stosować w maściach lub w plastrach zwyczajnych i gutaperkowych (kwas salicylowy 5—50%, resorcyna 10—20%). Przez dodanie wyciągu konopi indyjskiej osiągamy złagodzenie bólów. Zamiast plastrów używane też bywają kolodium i traumatycyna, zawierające wyż. wzmiankowane leki.

Ac. salicyl. 1,00
 Extr. Cannabis ind. 0,50
 Spir. vini rectific. 1,00
 Aether. sulfur. 2,50
 Collodii elast. 5,00 (Brocq).

W przypadkach ciężkich wskazane jest przyżeganie lugiem, kw. saletrzanym dymiącym, octowym, karbolowym, mlecznym i t. p.

Ac. lactici
 — salicylici \widehat{aa} 1,50
 Extr. Cannabis ind. 1,00
 Collodii elast. 9,00

Dobre wyniki widywałem przy stosowaniu kw. dwuchlorooctowego.

Leki te zalecamy 1—2 r. dziennie w przeciągu tak długiego czasu, póki nie zostaną zniszczone wszystkie twory rogowe. W odciskach jednak za pomocą tych metod nie zawsze udaje się usunąć t. zw. rdzeń. W tych razach wskazany jest zabieg chirurgiczny, pole-

gający na wyluszczeniu lub wyłyżeczkowaniu czopa rogowego albo też na doszczelnym wycięciu całego odciska z następczem zaszcyciem rany. W przypadkach wyjątkowych może być nawet mowa o odjęciu 5-tego palca stopy. Modzelowatość skóry a także odciski można niekiedy wyleczyć za pomocą rentgenoterapii.

Postępowanie zapobiegawcze w modzelach i nagniotkach polega po ich usunięciu na noszeniu dobrego obuwia. Obowiązuje to w każdym przypadku, zwłaszcza zaś przy zniekształceniu stopy i jej palców. — W tych razach zalecam zrobienie kopyta z odlewu gipsowego całej stopy. Na kopycie należy dokładnie oznaczyć umiejscowienie oraz rozległość odcisków i modzeli. Mniej pewne i mniej celowe jest noszenie t. zw. krążków odciskowych przyrządzanych z waty prasowanej, filcu lub gumy. Wskazane są one głównie w umiejscowieniu międzypalcowym odcisków. W przypadkach modzeli zawodowych należy wymagać powstrzymania się na pewien czas od zajęć — rada, do której chorzy nie zawsze mogą się zastosować.

Róg skóry.

(Cornu cutaneum).

Takiem mianem nazywamy powstające na skórze twory rogowe, które wyglądem przypominają rogi zwierząt.

Objawy. — Wielkość rogów bywa różnorodna. Dubreuilh i Unna odróżniają rogi nitkowate (cornu filiforme), których wymiary obliczamy na milimetry, oraz rogi skóry w ścisłym znaczeniu słowa (cornu cutaneum). Ostatnie są proste lub haczykowato zgięte, częstokroć skręcone wzdłuż osi podłużnej. Mają one długość 1—30 cm. przy grubości 0,5—3 a nawet 5 cm. w wymiarze poprzecznym, kształt walcowaty, stożkowaty lub przyzmatyczny. Wierzchołek zazwyczaj bywa tępy, czasem rozszczepiony widelkowato. Barwa waha się od szarobiaławej i szarozółtawej do brunatnej a nawet czarnej. Spistość odpowiada mniej więcej twardości paznokcia i zazwyczaj bywa nieco mniejsza w warstwach środkowych rogu. Powierzchnia jest nierówna, szorstka i ujawnia najczęściej podłużne, rzadziej poprzeczne prążkowanie. U nasady rogu widać wałeczkowate różowoczerwone miękkie wzniesienie skóry, do pewnego stopnia przypominające także twór u zwierząt. Niekiedy jednak podstawa rogu siedzi w samej skórze, na dnie dosyć głębokiej wnęki. W najbliższym

otoczeniu rogu skóra posiada wygląd normalny w przypadkach niepowikłanych.

Opisane twory występują przeważnie pojedynczo, rzadziej w liczbie mnogiej. Ulubionem ich umiejscowieniem są: głowa, twarz, kończyny, tułów, moszna, żołądź prącia. — Palce stóp, podeszwy, łącznice oczne, wargi ust a zwłaszcza język rzadko bywają siedliskiem tej sprawy.

Rogi skóry rosną bardzo wolno. O ile nie podlegają urazowi, nie powodują bólów. Samoistne wyleczenie spostrzegano niezmiernie rzadko (tylko w 3 przypadkach podług Marcuse'a). Niekiedy rogi same odpadają na to, aby z powrotem odrosnąć. Z powikłań należy wspomnieć o nabłoniaku, który spostrzegano w 12% (Lebert).

Rogi wieku młodocianego. Prócz wzmiankowanych rogów skóry — zjawiających się zwykle w wieku 40—60 lat i nazywanych prawdziwymi (Unna) lub starczemi (Dubreuilh), autorowie odróżniają jeszcze rzekome, mnogie rogi wieku młodocianego (cornua cutanea juvenilia). Występują one u osobników młodych, nawet u dzieci w wieku 10—5 lat, a nawet u 2-letnich (Mansurow). Liczba rogów tych bywa niekiedy bardzo znaczna. Tak w przypadku Mansurow'a, dotyczącym 18-letniej dziewczyny, naliczono 133 egzemplarzy różnej wielkości. W niektórych razach wytwarzanie rogów bywa poprzedzane przez stan zapalny skóry, w innych — przez zmiany barwikowe (Bäthge). Z polskich autorów o rogach skóry pisali Oettinger, Obtulowicz, Zarzycki i in.

Budowa. — Istota zmian anatomicznych polega na bujaniu brodawek skóry, rozroście sieci Malpighi'ego oraz na niepomiernej rogowaceni. Nadmierne rogowacenie jest w danym razie zjawiskiem dominującym. W niektórych rogach można odróżnić korę i rdzeń. Skóra właściwa jest albo zupełnie prawidłowa, albo też ujawnia nieznaczne objawy zapalne, występujące pod wpływem czynników mechanicznych, którym rogi łatwo podlegają. — Co się tyczy histogenezy, to jedni uważają za zjawisko pierwotne bujanie brodawek skóry, inni znowu — rozrost warstwy rozrodczej naskórka.

Przyczyny. — Właściwe przyczyny powstawania rogów nie są bliżej znane. Jaką rolę odgrywa uraz, tego dziś nie można rozstrzygnąć. Spostrzeżenia dotyczące dziedziczności są nader skąpe i bardzo niepewne. Wiemy jednak, że rogi mogą wyrastać albo na zupełnie normalnej skórze, albo na uprzednio zmienionej, schorzałej. Ich podłożem mogą być t. zw. starcze (łojotokowe) brodawki, rakowce, blizny, kaszaki (zwłaszcza na głowie), skórzaki (dermoid), szyszkowiny stożkowate narządów płciowych (zwłaszcza w obecno-

ści stulejki), wreszcie łuszczyca (Pick) i przymiot (Lewin). Co się tyczy t. zw. rogów wieku młodocianego, to uważać je należy raczej za wadliwości wrodzone zaliczeniem do gromady znamion.

Rokowanie bywa przeważnie pomyślne. O powikłaniach przez nowotwory (12%) wspominałem już wyżej.

Leczenie. — Jedyne racjonalne leczenie, — to zabieg chirurgiczny. Należy szeroko i głęboko wyciąć skórę u nasady rogu i ranę zaszyć. W przypadkach niepowikłanych nawrotów nie spostrzegano.

Skóra rybia.

(Ichthyosis).

Skórą rybią (łuską rybią) nazywamy rodzinną i dziedziczną wadliwość, którą cechują nadmierna suchość skóry oraz obecność mniej więcej obfitych łusek różnej grubości, kształtu i barwy.

Chociaż wadliwość tę zaliczamy do wrodzonych, nie można jej ujawnić w chwili urodzenia. Pierwsze zmiany zwykły występować w okresie pomiędzy 2—24 miesiącem życia, najwyższy zaś stopień rozwoju sprawy spostrzegamy przeważnie w okresie pokwitania.

Objawy. — Zasadniczymi objawami skóry rybiej są: suchość i łuski. Zachodzi między nimi taki stosunek, że zazwyczaj skóra bywa tem suchsza, im obficie występują łuski. Nie jest to jednak prawidłem. W niektórych bowiem razach mamy do czynienia z wybitną suchością przy nikłym wytwarzaniu łusek, w innych znowu stwierdzamy wyraźną suchość dłoni nawet wówczas, gdy na dłoniach tych obecności łusek klinicznie stwierdzić nie możemy. Wszystkie jednak przypadki łuski rybiej mają to wspólne, że posiadają elastyczną miękką i wilgotną skórę w okolicach zgięć stawów, a więc w pachach i pachwinach, w zgięciach łokciowych i kolanowych. Tutaj czynność wydzielnicza skóry zwykle bywa zupełnie lub względnie prawidłowa.

W skórze rybiej łuski są zawsze suche i dosyć mocno przylegają do podłoża. Ich kształt, wielkość, grubość oraz barwa podlegają szerokim wahaniom, co daje pohop do wyodrębniania różnych obrazów klinicznych tej wadliwości skóry.

Za najniższy jej stopień zazwyczaj uważamy ten stan, gdy skóra jest nienormalnie sucha i szorstka na całej swej powierzchni, zwłaszcza zaś na wyprostnych kończyn (xerodermia, skóra pergaminowata). Wyraźnego wytwarzania łusek nie ma. W wielu jednak razach na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych i dolnych, na pośladkach, rzadziej na tułowiu (plecy) można spostrzec

mniej więcej obfity liszaj mieszkowy (lichen pilaris, keratosis pilaris). W następnym, nieco wyższym stopniu rozwoju tego cierpienia skóra może luszczyć się otrębowato i wówczas mówimy o ichthyosis furfuracea (Hardy). W innych znowu razach na skórze nagromadzają się łuski do wielkości paznokcia, okrągławe lub wielokątne o barwie białawej, białoszarawej, niekiedy brunatnawej. Zazwyczaj przylegają one do podłoża swoją częścią środkową, podczas gdy wolne brzegi są częstokroć nieco zawinięte. Takie łuski przeważnie posiadają połysk i do pewnego stopnia przypominają płatki luszczyka (mika). Tę odmianę kliniczną nazywamy rybią skórą łśniącą (ichthyosis nitida, ichthyose nacrée).

Przy dalszym rozwoju sprawy chorobowej występują twarde i grube blaszki rogowe wielkości paznokcia i więcej, zabarwione na kolor brudnoszarawy, brunatnociemny i zielonkawy. Układają się one dachówkowato lub też tak, jak na skórze węża, a szczelinki pomiędzy nimi są dosyć głębokie (skóra wężowa — ichthyosis serpentina s. cyprina). W przypadkach takich można też nierzadko stwierdzić niezwykłą suchość skóry twarzy oraz otrębowate luszczenie policzków, czoła i uwłosionej głowy.

Jako najwyższy stopień omawianej wadliwości określamy te stany, którym nadają nazwę skóry jeżastej lub też jeżowatości skóry (ichthyosis hystrix, hystricismus, porcupine men, sauriosis, saurodermia). Jest to połączenie postaci poprzedniej z brodawkowatymi rogowymi rozrostami i wyrostami skóry. Twory rogowe występują tutaj już to pod postacią grubych, twardych blaszek i płytek różnej wielkości i kształtu, już to pod postacią rogowych wyrosli przypominających igły, kolce, stożki, stalaktyty, przyzmaty i t. p. Wysokość takich wyrosli dochodzi nieraz do 1 cm., barwa zaś bywa szara, brunatna, zielonkowata i czarna. Spostrzeżenia takie należą do wielkich rzadkości. Nie należy jednak zapominać, że w każdym poszczególnym przypadku skóry rybiej rzadko kiedy spotykamy tylko jeden z wyż. podanych typów klinicznych w postaci czystej. Przeważnie widzimy obrazy skombinowane. Prócz tego istnieje mnóstwo przypadków, stanowiących stopnie przejściowe pomiędzy różnymi typami i w ten sposób ustalających nierozzerwalność i ciągłość omawianych zmian chorobowych.

Ułożenie tych zmian bywa przeważnie dosyć umiarowe. Występują one zarówno na tułowiu, jak i na kończynach. Na ostatnich powierzchniach wyprostne zawsze bywają silniej zajęte, niż zginacze. Napięcie sprawy chorobowej wzrasta w kierunku od góry ku dołowi zupełnie tak, jak w świerzbiączce. Dlatego też podudzia i uda naogół

bywają stosunkowo więcej zmienione, niż przedramiona i ramiona, okolice zaś łokciowe i kolanowe należą do ulubionych siedlisk łuski rybiej. Za wyjątkiem przypadków bardzo ciężkich sprawa zazwyczaj oszczędza twarz, dłonie, podeszwy, a częstokroć i górną połowę tułowia. Z reguły, zaś wolne bywają narządy płciowe, pachy, pachwiny, zgięcia łokciowe i kolanowe. Ostatnie zjawisko należy do szczególnie znamiennych. Najzupełniej podzielam zdanie Thibierge'a, który twierdzi, że tam gdzie przez łuskę rybią zajęte są zgięcia stawów wielkich, należy myśleć nie o właściwej skórze rybiej, lecz raczej o innym przerostowym cierpieniu naskórka.

Liczba gruczołów potowych i łojowych jest zmniejszona, ich czynność upośledzona. Przy pewnym rozwoju łuski zazwyczaj brak włosów na kończynach i tułowiu. Włosy na głowie są normalne w przypadkach lżejszych, w cięższych zaś — rzadkie, suche i łamliwe. Paznokcie są przeważnie prawidłowe, niekiedy jednak nieco zgrubiałe, łamliwe, z objawami nadmiernego rogowacenia pod paznokciowego (hyperkeratosis subungualis).

Z objawów podmiotowych można wspomnieć o występującym niekiedy swędzeniu.

Wreszcie nie należy zapominać, że łuska rybia może się jeszcze łączyć z innymi wadliwościami wrodzonymi ustroju wogóle, a skóry w szczególności.

Przebieg i powikłania. — Przebieg omawianego cierpienia bywa na ogół dosyć monotony. Po wystąpieniu pierwszych objawów nasilają one bardzo stopniowo i — jak to wyżej zaznaczono — około okresu pokwitania zazwyczaj sięgają najwyższego dla danego przypadku stopnia rozwoju. Odtąd trwają one bez przerwy przez całe życie. Wahania, jakie w przebiegu skóry rybiej można stwierdzić, są uzależnione od warunków higienicznych, a także od pory roku. Tak więc w lecie, przy wzmożonej czynności gruczołów skóry, zazwyczaj widzimy pewną poprawę w stanie cierpienia, w zimie zaś przeciwnie — pogorszenie. Pod tym względem łuska rybia zachowuje się zupełnie tak, jak świerzbiączka. — Chwilowe zniknięcie objawów skórnych notowano w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, np. w ospie, odrze, płonicy, durze brzuszonym i plamistym, w czerwonce. Co się tyczy powikłań, to spotykamy się tutaj najczęściej ze sprawami pasorzytniczymi, dla których sucha i łuszcząca się skóra ze skłonnością do popękań stwarza podatne podłoże do rozwoju. Widujemy najczęściej liszajce, niesztowice, czyraki oraz mniej więcej rozległe stany zapalne skóry, przebiegające pod postacią pryszczycy. Ta zaś bywa niemal zawsze bardzo uporczywa w przebiegu,

trudna w leczeniu i skłonna do nawrotów. Występuje najczęściej w przypadkach łagodniejszych skóry rybiej i najchętniej umiejscawia się na rękach i podudziach. Do powikłań należy również zanik skóry, na który zwraca szczególną uwagę Audry i Jadassohn. Jadassohn opisał to zjawisko pod nazwą *Pityriasis alba atrophicans*.

Budowa. — Anatomia patologiczna skóry rybiej jeszcze nie jest ostatecznie ustalona. Podług Gassmann'a możemy podać następujące szczegóły budowy. Warstwa rogowa jest prawidłowa lub mniej więcej zgrubiała. W przypadkach lżejszych pokrywa ona równomiernie warstwę rozrodczą, w cięższych zaś (np. w skórze węzowej i jeżastej) tworzy wgłębienia, wnikające w przestrzenie międzybrodawkowe a zwłaszcza w wyloty gruczołów potowych, łojowych oraz mieszków włosowych. W przypadkach pierwszych warstwa rozrodcza jest ścieniała, w drugich raczej zgrubiała. To samo można powiedzieć o warstwie komórek ziarnistych. W brodawkach i w warstwie podbrodawkowej skóry można stwierdzić wzmożoną ilość komórek w sąsiedztwie naczyń krwionośnych, pozatem obecność komórek tłuszczowych i barwikowych. Gruczoły skóry są przeważnie bardzo drobne, częstokroć zwyrodniałe. Niekiedy występują objawy zapalne w stopniu nikłym, przy długim zaś trwaniu cierpienia wytwarza się zanik skóry.

Przyczyny i patogenеза. — Przyczyny powstawania skóry rybiej dotychczas nie są bliżej znane. Większość autorów uważa to cierpienie za wrodzoną, dziedziczną i rodzinną wadliwość skóry, w której sprawy nienormalnego rogowacenia odgrywają, zdaniem Gassmann'a, rolę zjawiska pierwotnego. W przeciwieństwie do tego inni badacze, a zwłaszcza Unna i Tommasoli skłaniają się ku pogładowi, wedle którego skórę rybią należałoby zaliczyć do schorzeń zapalnego pochodzenia. Jakkolwiek bądź, dziedziczność w skórze rybiej musimy dotąd oceniać jako jedyny wybitniejszy czynnik przyczynowy. Stwierdzić go można mniej więcej w 50% przypadków (Rothe), jednak bez żadnej stałej reguły w sprawie dziedziczenia. Występuje zatem skóra rybia zarówno w linii prostej, jak i w bocznych, może zupełnie pominąć jedno pokolenie, wreszcie ujawnia się niekiedy tylko u rodzeństwa płci jednakiej. Zauważyć pozatem trzeba, że w rodzinach takich spotykamy się też niekiedy z innymi typami wadliwości wrodzonych naskórka, n. p. z chorobą Darier'a, z wrodzoną ichtyotyczną erythrodermją i t. p.

W niektórych przypadkach notowano fakt bliskiego pokrewieństwa rodziców, w innych pociągano do odpowiedzialności przymiot dziedziczny. — Płeć zdaje się nie odgrywać roli w powstawaniu

łuski rybiej, choć przypadki cięższe zdarzają się widocznie częściej u mężczyzn.

Weill, Mouriquand, Colcott Fox i inni zwracają uwagę na łączność z wadliwą czynnością gruczołu tarczowego. Ostatniemi czasy S. C. Beck (1914) podaje spostrzeżenia analogiczne. Zdaniem tego autora, powstawanie skóry rybiej może pozostawać w związku z wzmożoną czynnością wzmiankowanego gruczołu (hyperthyroidismus). Spostrzeżenia te posiadają też pewną analogję do dawniej podawanych, w których stwierdzano niedorozwój narządów płciowych. Czy i jaki związek zachodzi pomiędzy łuską rybią a gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem, o tem tylko dalsze spostrzeżenia pouczyć nas mogą.

Leczenie. Skóra rybia jest chorobą nieuleczalną. W przypadkach takich zabiegi nasze mogą mieć znaczenie li tylko objawowe. Zdążamy do usunięcia suchości skóry oraz łusek. Osiągnąć to można za pomocą kąpieeli, mydeł i maści. Stosujemy kąpiele zwykłe lub też lecznicze, zwłaszcza siarkowe. Z leków zaleca się dodawanie do kąpieeli sody (100—150 g.), boraksu (50—100), gliceryny i t. p. Z mydeł najodpowiedniejsze są gatunki przetłuszczone. — Co się tyczy maści, to w przypadkach lżejszych zazwyczaj wystarczają zwykłe tłuszcze, n. p.: szmalec, waselina, lanolina, tran, — w cięższych jednak zwrócić się należy do maści salicylowej, resorcynowej, siarkowej i t. p. Grubsze nawarstwienia i twory rogowe można usuwać za pomocą kąpieeli i plastrów. W razie swędzenia wskazany jest naftol, mentol, dziegieć. Leczenie wewnętrzne łuski rybiej dotychczas nie jest znane. Zalecano tran, arsenik, pilokarpinę. Powikłania leczyc należy podług ogólnych zasad dermatologicznych.

Wrodzona skóra rybia.

(Ichthyosis congenita s. intrauterina s. foetalis. — Cutis testacea. — Hypertrophia epidermidis congenita. — Keratosis epidermica diffusa intrauterina. — Keratoma universale congenitale. — Keratoma malignum dif. congenitale. — Hyperkeratosis universalis congenita).

Jest to wrodzona wadliwość skóry, polegająca na powstawaniu różnej wielkości płytek rogowych, pooddzielanych głębokimi szczelinami. Pozatem występują zniekształcenia twarzy, niekiedy też kończyn i narządów płciowych. Płody giną w ciągu pierwszych kilku dni życia.

Objawy. — Powierzchnię całego ciała pokrywają płytki ro-

gowe od najdrobniejszych (głowa, twarz, okolica odbytu) do dużych (plecy), grubości do 10 mm., barwy białawej, brudnoszarej, żółtawej. Rozgraniczają je mniej więcej szerokie szczeliny idące poprzez całą grubość naskórka, a częstokroć sięgające nawet do warstwy brodawkowej. Kolor bruzd i szczelin waha się od czerwonego do siniego i sinobrunatnego. Szereg płytek i bruzd nadaje całości pewne podobieństwo do skorupy żółwia.

Usta są szeroko otwarte, wargi zgrubiałe i wywinięte, język czerwony. U kątów ust widać głębokie szczeliny. Nos jest zniekształcony, płaski, niekiedy reprezentowany tylko przez dwa otwory nosowe, założone masami rogowemi. Powieki są wywinięte, ich błona śluzowa znacznie obrzmiała. Małżowiny uszne są płaskie, zniekształcone, do czaszki przyciśnięte. Mogą one podlegać zupełnemu zanikowi, a wówczas pozostaje tylko wciągnięty otwór kanału usznego. Konczyny są częstokroć zniekształcone, palce nierozwinięte, zanikowe, szponowate. Występują zjawiska ręki i stopy szpotawej. Narządy płciowe są częstokroć wstrzymane w rozwoju. Ze strony narządów wewnętrznych notowano: przekrwienie opon mózgowych, zapalenie opłucnej lub płuc, obrzęk lub niedodmę płuc, przekrwienie wątroby, trzustki i nerek, przerost grasicy.

Takie płody są niezdolne do życia, nie mogą ssać. Ruchy oddechowe klatki piersiowej są utrudnione. Dzieci giną w ciągu pierwszych kilku godzin lub dni po urodzeniu. W wyjątkowych tylko razach żyją do 8 dni.

Oprócz ciężkiej śmiertelnej postaci rybiej skóry wrodzonej autorowie dziś odróżniają jeszcze typ bardziej łagodny, w którym życie osobnika może być zachowane. Jako taki Ballantyne podaje stan wrodzony, gdy skóra posiada tego rodzaju wygląd, jak gdyby pokryta była warstwą kolodium, które w następstwie pęka i podlega złuszczeniu. Bywa przytem też niekiedy wywinięcie warg i powiek. Riecke dzieli odnośne spostrzeżenia na 3 grupy. Pierwsza obejmuje przypadki typowe (ichthyosis foetalis gravis). Do drugiej należą spostrzeżenia, w których objawy grupy pierwszej występują już to w stopniu o wiele łagodniejszym, już to w rozprzestrzenieniu tylko częściowem. W tych razach noworodki przeważnie bywają dojrzałe i częstokroć pozostają przy życiu (ichthyosis congenita larvata). W trzeciej grupie dzieci rodzą się ze skórą albo zupełnie zdrową, albo też zmienioną w stopniu bardzo nieznacznym. Dopiero po dłuższym czasie wytwarzać się mają zmiany, cechujące grupę drugą. Stopień tych zmian warunkuje zdolność do życia (ichthyosis congenita tarda). — Thibierge odróżnia postać ciężką i łagodną. Do ostat-

niej włącza spostrzeżenia, analogiczne do grupy drugiej Riecke'go oraz do typu drugiego Ballantyne'a. Zdaje się jednak, że zaliczenie typu Ballantyne'a do rybiej skóry wrodzonej polega widocznie na nieporozumieniu. To, co opisuje Ballantyne, najzupełniej odpowiada owemu obrazowi klinicznemu, który nazywamy łuszczeniem się skóry u noworodków *) i zapewne nie ma nic wspólnego z wrodzoną skórą rybią. Nadmienić też trzeba, że grupa trzecia Riecke'go nie posiada podstaw dostatecznie trwałych, zwłaszcza w tym odłamie spostrzeżeń, który dotyczy dzieci ze skórą normalną w chwili urodzenia. Tutaj brak jednego z objawów zasadniczych, a mianowicie wrzodzonego stanu schorzenia skóry.

Ujęcie zatem postaci względnie łagodnej oprzeć trzeba głównie o typ drugi Riecke'go i Thibierge'a. Znajomość tej postaci, której wyodrębnienie wydaje się logiczne i zupełnie uzasadnione, ma znaczenie o tyle, że do niej częstokroć niesłusznie bywa zaliczane to wrodzone schorzenie przerostowe naskórka, które nazywamy wrodzoną erythrodermią ichthyotyczną (erythrodermia ichthyosiformis congenitalis Brocq). Przy różnicowaniu należy przeto mieć w pamięci oba obrazy kliniczne. Dyskusja nad tą kwestją dziś jednak nie jest jeszcze ostatecznie zakończona.

B u d o w a. Warstwa rogowa jest nadmiernie zgrubiała, złożona z listków zbitych. Sieć Malpighi'ego jest stosunkowo cienka, warstwy ziarnistej nie ma. Na granicy warstwy rogowej komórki naskórka podlegają zwyrodnieniu wodniczkowemu, ich jądra ulegają rozpadowi, przyczem powstają różnej wielkości ziarenka mocno barwiące się hematoksyliną. Brodawki skóry są znacznie wydłużone. Naczynia krwionośne warstwy brodawkowej i podbrodawkowej są



Rys. 1. *Ichthyosis congenita.*

Zgrubiała warstwa rogowa złożona z listków. Stosunkowo cienka sieć Malpighi'ego. Wydłużenie brodawek skóry. Dobrze zachowane gruczoły potowe.

*) patrz str. 39.

rozszerzone i wypełnione krwią. Wyloty mieszków włosowych są zatłkane czopami rogowymi. Gruczoły potowe dobrze zachowane.

Przyczyny powstawania wrodzonej skóry rybiej są zupełnie nieznane. Można tylko tyle powiedzieć, że wadliwości tej w żadnym wypadku nie należy uważać za postać wrodzoną pospolitej łuski rybiej. Zwracano uwagę na pokrewieństwo między rodzicami (Caspary, Firmin, Claus).

Rozpoznanie typowych ciężkich i śmiertelnych przypadków nie przedstawia żadnych trudności. W postaci łagodnej, dobrotliwej wchodzić może w grę t. zw. łuszczenie się skóry u noworodków oraz wrodzona erytrodermia ichtyotyczna. Co się tyczy pierwszej, to, jak wiadomo, mija ona w ciągu pierwszych kilku dni życia i wówczas oczywiście nie wzbudza żadnych wątpliwości rozpoznawczych. Przypadki, w których ten stan nie mija, winny być, mojem zdaniem, zaliczone do grupy wrodzonej erytrodermii ichtyotycznej. W sprawie zaś różnicowania pomiędzy erytrodermią ichtyotyczną a rybią skórą wrodzoną odsyłam czytelnika do wrodzonej erytrodermii ichtyotycznej.

Leczenie ciężkich przypadków wrodzonej skóry rybiej jest z góry skazane na niepowodzenie. Noworodki takie umierają bardzo wcześnie. Należy zalecić sztuczne odżywianie, częste kąpiele, stosowanie tłustych maści i t. p.

Wrodzona erytrodermia ichtyotyczna.

(Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis Brocq).

Pod powyższą nazwą L. Brocq wyodrębnił (1902 r.) z gromady chorób przerostowych naskórka postać kliniczną, której objawami kardynalnymi są: 1) istnienie cierpienia już w chwili urodzenia, 2) rozlane uogólnione zaczerwienienie skóry, 3) nadmierne rogowacenie naskórka. Brocq odróżnia pozatem odmianę suchą oraz odmianę pęcherzową.

Objawy. — Powyższe cierpienie jest zatem wrodzone. Objawy skórne trwają niemal bez zmiany podlegając jeno wahaniom w natężeniu i nieco łagodnieją z biegiem lat. W przypadkach pęcherzowej odmiany pęcherze zazwyczaj przestają się wytwarzać w miarę zbliżania się do wieku dojrzałego.

Erytrodermia mieści w sobie skalę barw od bladoróżowej i żółtoczerwonej do miedzianoczerwonej i brunatnoczerwonej. Kolor „czerwonoskórych“, kolor indjanina bywa przez niektórych autorów podawany za szczególnie znamienne. W niektórych jednak razach zaczerwienienie bywa zaznaczone bardzo słabo, zwłaszcza

na twarzy, szyi, w połowie górnej klatki piersiowej, na brzuchu. W miejscach tych skóra może chwilowo posiadać barwę prawie że normalną, przyczem przejście od skóry chorej do zdrowej odbywa się bardzo stopniowo.

Właściwością omawianego cierpienia jest też wytwarzanie brodawkowych wyrostów i rozrostów, których umiejscowieniem ulubionem bywają: kark, boczne powierzchnie szyi oraz zgięcia stawów wielkich (pachy, pachwiny, zgięcia łokciowe i kolanowe). Twory te podlegając zrogowaceniowi powodują powstawanie obrazów wielce



Rys. 2 *Erythrodermia ichthyosiformis congenitalis*.

przypominających *acanthosis nigricans* i jeżowatość skóry. Nadmierne zaś zrogowacenie naskórka może obejmować wszystkie przejścia od wyrostów jeżastych do łuszczenia otrębowatego i w ogólnych zarysach wielce przypomina pospolitą skórę rybią. W przeciwieństwie jednak do niej chętnie występuje w tych miejscach, które oszczędzane bywają przez łuskę rybią (twarz, zgięcia stawowe, dłonie, podeszwy, okolica sromowa). Zazwyczaj rzecz się nawet miewa tak, że zgięcia stawowe zajęte bywają w stopniu wyższym, niż powierzchnie wyprostne. Wynika z tego, jak na to słusznie zwraca uwagę Brocq, że pod względem umiejscowienia zachodzi stosunek wręcz odwrotny pomiędzy wzmiankowymi cierpieniami skóry.

Nadmierne zrogowacenie dłoni i podeszwy należy do objawów bardzo częstych, choć niestałych. W przypadkach rozwiniętych są

one pokryte grubymi pokładami masy rogowej. Stopy niekiedy wyglądają tak, jak gdyby oklejone były warstwą brudnego, w głębokie bruzdy popękanego wosku.

Z innych niestałych objawów wymienić jeszcze należy łojotok głowy i twarzy oraz spostrzegane niekiedy nadmiernie szybkie wyrastanie włosów i paznokci (*hyperepidermotrophia*). Występować



Rys. 3. *Erythrodermia ichthyosiformis congenitalis*.

jednak mogą też i zjawiska niedorozwoju oraz objawy zanikowe (brak włosów i paznokci, miejscowy zanik skóry, objawy retrakcji i t. p.).

W odmianie pęcherzowej erytrodermji ichtyotycznej powstają bez swędzenia wiotkie pęcherze kształtu nieprawidłowego, o zawartości surowiczej, wyglądem przypominające spostrzegane w pęcherzycy złuszczącej. Wytwarzają się one nieustannie lub też przestankowo. Zjawisko zazwyczaj ustaje w miarę zbliżania się osobnika do wieku dojrzałego.

B u d o w a. Zmiany dotyczą naskórka i skóry właściwej. War-

stwa rogowa jest znacznie zgrubiała; ziarnista — złożona z 3—4 rzędów; kolczasta — wiotka; w podstawowej widać dużo rudego barwika. Brodawki są miejscami wygładzone, miejscami nieco wybujałe. W warstwie brodawkowej i podbrodawkowej naczynia krwionośne są znacznie rozszerzone i otoczone naciekiem komórkowym. Torebki włosowe i gruczoły skóry są prawidłowe.

Przyczyny. O przyczynach omawianego cierpienia nic dokładnego nie wiemy. Na zasadzie poszukiwań własnych mogą jednak powiedzieć, że we wrodzonej erytrodermji ichtyotycznej dziedziczność prosta występuje tylko w 3%. W 13% sprawa ta jest cierpieniem rodzinnym, w 8% spostrzegano u rodzeństwa zwykłą skórę rybią, w 3% rogowiec dłoni i podeszwy, w 8% notowano bliskie pokrewieństwo i również w 8% przymiot dziedziczny.

Rozpoznanie typowych przypadków zazwyczaj nie napotyka większych trudności przy uwzględnieniu trzech wyż. wskazanych objawów kardynalnych. Nie należy jednak zapominać, że tutaj, jak i w każdym wogóle cierpieniu, intensywność objawów podlega wahaniom szerokim i dlatego zdarzyć się może, że w jednym przypadku na miejsce naczelnego wysuwa się objaw erytrodermji, w innym zaś nadmierne rogowacenie naskórka. Przypisać też trzeba, że pobieżne badanie takich chorych zawsze nasuwa myśl o zwykłej skórze rybiej. Podobieństwo polega głównie na ogólnym wyglądzie i ułożeniu łusek oraz tworów rogowych, różnice zaś są następujące. Skóra rybia jest wadliwością widocznie wrodzoną, klinicznie jednak występuje dopiero w 1—2 roku życia, podczas gdy erytrodermja ichtyotyczna jest wadliwością wrodzoną w ścisłym tego słowa znaczeniu. W skórze rybiej zwykle bywają wolne od łuski twarz, zgięcia stawów wielkich, dłonie oraz podeszwy, w erytrodermji ichtyotycznej — wręcz przeciwnie: zgięcia nie tylko bywają ulubionym siedliskiem rogowacenia nadmiernego, lecz częstokroć występuje ono tutaj w stopniu wyższym, niż na powierzchniach wyprostnych. W pospolitej łusce rybiej skóra posiada prawidłowy kolor po usunięciu łusek, w ichtyotycznej erytrodermji zaczerwienienie skóry należy do objawów znamienych i uwidocznia się już w chwili urodzenia.

O wiele zawilej przedstawia się określenie stosunków wzajemnych pomiędzy omawianym cierpieniem a rybią łuską wrodzoną. Zazaczyłem już wyżej, że łagodna postać tej ostatniej bywa przez niektórych autorów utożsamiana z wrodzoną erytrodermją ichtyotyczną. Dotyczy to zwłaszcza tych przypadków, w których występowały t. zw. objawy niestałe, zwłaszcza zaś zanik i retrakcja skóry

(pewne wywinięcie powiek, zniekształcenie małżowin usznych itp.). Przypisać też trzeba, że w takich razach niewątpliwie istnieje pewne podobieństwo pomiędzy wzmiankowanymi sprawami chorobowymi. Godzi się jednak pamiętać, że objawom zaniku skóry nie należy w danym razie przypisywać bezwzględnego znaczenia różnicowo-rozpoznawczego. Z zanikiem spotykamy się też niekiedy u innych przedstawicieli grupy wrodzonych wadliwości skóry, np. w rogowcu dłoni i podeszwy, w pospolitej łusce rybiej (Jadassohn, Audry). W niektórych przypadkach łuszczenia się skóry u noworodków również notowano zjawisko wywinięcia warg i powiek, w słabym stopniu wyrażone. Są to niewątpliwie przypadki skombinowane. Nie powinniśmy bowiem zapominać, że w dziedzinie wrodzonych schorzeń i wadliwości skóry możliwe są różnorakie kombinacje nie tylko pomiędzy przedstawicielami danej grupy, lecz również w połączeniu z pokrewnymi. Powstające stąd obrazy chorobowe mogą tworzyć całą gamę przejściową nie tylko pomiędzy typami danej grupy, lecz występują również w roli łącznika pomiędzy grupami pokrewnymi. Niektóre z takich kombinacji mogą się nawet w pewnych warunkach utrwalić, a w następstwie dziedziczyć (np. w chorobie Meledejskiej).

Z tem wszystkim niewątpliwie, że ocena i zakwalifikowanie każdego poszczególnego a wątpliwego przypadku będzie w pewnym stopniu zależała od poglądów i przekonań badacza. Nie należy bowiem niedoceniać, że dokładnie spostrzegany i słusznie wyodrębniony objawozbiór Brocq'a oraz teoretycznie prawidłowo stworzona i logicznie zupełnie dopuszczalna postać łagodna rybiej łuski wrodzonej tworzą obecnie tylko fazę przejściową w nauce dermatologicznej. Właściwą ich ocenę będzie można zrobić dopiero wówczas, gdy znane nam będą przyczyny powstawania omawianych tu cierpień skóry. Dziś jednak należy już zwrócić uwagę na sprawę dziedziczności. Przemawia ona stanowczo na niekorzyść utożsamiania wrodzonej erytrodermji ichtyotycznej z wrodzoną łuską rybią. Rzeczywiście, nie znamy dotychczas ani jednego niewątpliwego przypadku dziedziczności wrodzonej łuski rybiej. Gdybyśmy zaś zaliczyć mieli wrodzoną erytrodermję ichtyotyczną do postaci łagodnych rybiej skóry wrodzonej, to właśnie tutaj moglibyśmy się spodziewać przejawów dziedziczności w kierunku postaci ciężkiej (śmiertelnej). Tak jednak nie jest. Na zasadzie zaś danych klinicznych skłonny jestem mniemać, że istnieje daleko większe pokrewieństwo pomiędzy pospolitą łuską rybią a wrodzoną erytrodermją ichtyotyczną, niż pomiędzy tą ostatnią a skórą rybią wrodzoną.

Leczenie należy prowadzić wedle zasad wyłożonych przy omawianiu pospolitej łuski rybiej. Brocq zaleca rentgenoterapię, wyników jednak przy jej stosowaniu nie spostrzegalem. Cierpienie jest nieuleczalne.

Pod nazwą choroby Meledejskiej (Mal de Méléde) opisuje Neumann i Ehlers typ rogowca dłoni i podeszwy, występujący w postaci dziedzicznej, rodzinnej i niemal endemicznej wśród mieszkańców wyspy Meleda (Dalmacja). W cierpieniu tem częstokroć współistniały ichtyotyczne zmiany na podudziach, kolanach i grzbiecie napięstka. Widocznie drogą doboru płciowego zostało tutaj utrwalone połączenie rogowca dłoni i podeszwy ze zrogowaciałem znamieniem systemowem. W 2-ch odnośnych spostrzeżeniach, które dotychczas widziałem, rogowiec był skombinowany z brodawkowatym zrogowaciałem znamieniem liniowym kończyn dolnych, przy czem cierpienie miało charakter dziedziczny (ojciec i syn, ojciec i córka).

Luszczenie się skóry u noworodków.

(Exfoliatio lamellosa neonatorum (Török-Grass). — Superdesquamatio membranacea (Brauns). — Ichthyosis sebacea (Hebra) s. lamellosa (Carini). — Seborrhoea squamosa general. neonatorum).

W powyższym stanie chorobowym skóra noworodków w chwili urodzenia jest żółta, żółtobrunatnawa, sucha, gładka i błyszcząca, nieco napięta. Wygląda jak gdyby pokryta była cienką warstwą kolodjum. Wkrótce po urodzeniu naskórek pęka i poczyną się oddzielać i złuszczać mniejszemi i większemi płatami. Nie ma przytem ani głębszych pęknięć, ani owrzodzeń, a powierzchnia skóry nie sączy. Złuszczenie dobiega końca w ciągu kilku dni i skóra powraca do prawidłowego stanu i wyglądu. — Z innych objawów spostrzegano przemijające wywinienie powiek, stany zanikowe i rzekomo twarżynowy wygląd skóry.

Sprawa oczywiście nie ma nic wspólnego ani z łojotokiem, ani z rybią łuską pospolitą lub wrodzoną. Jest to pewna odmiana fizjologicznego łuszczenia się skóry noworodków, powstająca stąd, że noworodek jest powleczonej pochwą naskórkową zupełnie niezależnie od naskórka normalnego. W następstwie pochwa ta pęka i ulega złuszczeniu. Zjawisko to Bowen tłumaczy anormalną obecnością warstwy epitrichjalnej u człowieka.

Przypadki, w których opisane łuszczenie występuje nie jako stan przemijający, lecz jako trwałe i stałe, skłonny jestem zaliczać do wrodzonej erythrodermji ichtyotycznej zwłaszcza wówczas, gdy sprawie towarzyszy pewne zaczerwienienie skóry.

Rogowiec dziedziczny dłoni i podeszwy.

(Keratoma palmare et plantare hereditarium).

Znamiennym objawem tego dziedzicznego cierpienia skóry jest nadmierne rogowacenie naskórka dłoni i podeszwy trwające przez całe życie osobnika.

O b j a w y. — Pierwsze objawy ujawniają się zazwyczaj w kilka tygodni po urodzeniu, nieraz w drugiej połowie roku pierwszego, rzadziej później, w 3-cim a nawet w 5-tym roku. Początkowo zjawia się zaczerwienienie skóry dłoni i podeszew, któremu niekiedy towarzyszy nadmierna czynność wydzielnicza gruczołów potowych. Do tej sprawy niebawem przyłącza się nadmierne rogowacenie, którego intensywność może sięgać wysokiego stopnia rozwoju. W niektórych przypadkach rogowacenie poprzedza okres powstawania pęcherzy (Bennet, Alpar). W przypadku typowym skóra wskazanych miejsc jest pokryta pokładem masy rogowej nieraz sięgającym 1—2 cm. grubości. Jej powierzchnia może być gładka jak w modzelowatości albo też popękana i bruzdami podzielona na poletka różnego kształtu i wielkości. Barwa waha się od woskowożółtej do szarej, brunatnej a nawet czarnej. Miejsca zrogowaciałe zazwyczaj kończą się ostrą linią na granicy skóry zdrowej i otoczone są czerwoną, czerwono fiołkową obwódką szerokości 0,5—1 cm. — Objaw ten jest bardzo znamienny dla danej sprawy.

Umiejscowienie rogowca zazwyczaj ściśle odpowiada dłoni i podeszwie, włączając w to boczne powierzchnie palców. Niekiedy jednak sprawa przechodzi również na powierzchnie grzbietowe palców, a w okolicy pięty sięgać może linii kostkowej i przesunąć się ku górze wzdłuż ścięgna Achillesa.

Czynność gruczołów potowych bywa prawidłowa albo też widocznie wzmoczona. Wspomniane zmiany po ich wytworzeniu trwają niemal przez całe życie w jednakowym stanie. Pewne wahania w kierunku poprawy lub pogorszenia można niekiedy spostrzegać w sezonie letnim i zimowym.

Prócz rozlanej należy jeszcze odróżniać odmianę częściową rogowca dłoni i podeszew, w której blaszki rogowe, otoczone obwódką fiołkowoczerwoną, występują zazwyczaj na piętach i na podeszwach.

szwach, w okolicy stawów śródstopnopalcowych oraz w części środkowej dłoni. Czy istnieje poronna postać rogowca, ujawniająca się jedynie zaczerwienieniem oraz nadmiernym wydzielaniem potu a nie rozwijająca się w kierunku rogowacenia (Langlet), tego dziś rozstrzygnąć nie można. Zauważyć jednak trzeba, że rogowacenie może



Rys. 4. *Keratoma plantare hereditarium.*

się niekiedy począć wysepkowato dokoła wylotów gruczołów potowych.

B u d o w a. Zmiany histologiczne polegają na znacznym rozwoju warstwy rogowej, zgrubieniu j a s n e j, ziarnistej i kolczastej oraz na rozroście sopli naskórkowych. Brodawki skóry są liczniejsze niż zwykle i mają różną wysokość i szerokość (Vörner, F. Krzysztalowicz). W skórze właściwej stwierdzić można zwiększoną liczbę komórek tkankolącznowych wokoło ścian naczyńniowych, a także obecność komórek tłuszcznych (F. Krzysztalowicz). Co do gruczołów potowych, to są one, zdaniem niektórych badaczy, w stanie przerostu.

Przyczyny. Rogowiec dłoni i podeszwy jest wadliwością dziedziczną, rodzinną i widocznie wrodzoną. Dziedziczy się zazwyczaj w linii prostej. Zdłarza się jednak, że występuje tylko u potomków jednej płci. Pamiętać jednak należy, że dzieci rodziców chorych nie dotknięte rogowcem zazwyczaj płodzą również zdrowe potomstwo (Jadassohn). Nie jest to jednak bezwzględna reguła. Niektórzy badacze pragnęliby uważać omawiane cierpienie za wyraz rybiej łuski umiejscowionej (częściowej), inni zaliczają je do grupy znamion.

Rozpoznanie. Przy rozpoznawaniu dziedzicznego rogowca dłoni i podeszew należy przedewszystkiem pamiętać o tych identycznych obrazach klinicznych, które występują jako cierpienie nabyte (rogowiec nabyty — patrz niżej) oraz o tych, które uważać musimy za wyraz miejscowy cierpienia ogólnego (rogowiec w ichtyotycznej erythrodermji wrodzonej). W tych razach rozpoznanie wynika z samej sprawy chorobowej. Nie jest ono trudne przy rozgraniczaniu rogowca od łuski rybiej w tych przypadkach, gdy w skórze rybiej ujawniamy pewną suchość, szorstkość i złuszczenie skóry dłoni. Obecność objawów skóry rybiej w innych miejscach ciała oraz brak czerwonosinej obwódki na dłoniach i podeszwach są dostatecznymi wytycznymi do rozpoznania właściwego. — Analogicznymi danymi powodować się też należy przy różnicowym rozpoznawaniu łuszczycy, liszaja czerwonego oraz pryszczycy rogowaciejącej dłoni i podeszwy. Pamiętać należy, że odgraniczenie zmian chorobowych nie jest w nich tak ostre, objawy zaś zapalne i łuszczenie występują o wiele wyraźniej. O zmianach skóry dłoni i podeszew w otruciach arsenikowych patrz str.

Le c z e n i e rogowca jest czysto objawowe i zdąża głównie do usunięcia mas rogowych. Z miejscowych zabiegów zalecamy kąpiele z dodaniem sody i mydła szarego oraz stosowanie kwasu salicylowego do 10% i wyżej w postaci maści i plastrów (plaster salicylowo-mydlany). Również wskazana jest resorcyna w okładach (do 5%), w maściach i plastrach, zwłaszcza współcześnie z kw. salicylowym. Mydło szare w zaróbce maściowej z oliwą lub lanoliną (w częściach równych) oddaje niekiedy niezłe usługi. Po usunięciu masy rogowej należy stosować kw. pyrogalusowy (do 5%) w maści ichtyolowej (10%). Na noc zalecamy rękawiczki gumowe. — Z zabiegów światłoleczniczych jest wskazana rentgeno- i radiumterapia. — Do wewnętrzz Brocq zaleca arsenik.

Prócz dziedzicznej istnieje jeszcze odmiana rogowca skóry dłoni i podeszew, występująca w wieku późniejszym u osób dorosłych i sięgająca swego rozwoju w ciągu kilku miesięcy (*keratoderma palmaris et plantaris symmetrica adultorum*). Obraz kliniczny *rogowca nabytego* w niczem prawie się nie różni od wrodzonego dziedzicznego tak, że rozgraniczenie tych odmian odbywa się tylko na zasadzie wywiadów. Czy uważać go za postać odrębną, czy też zaliczać do rogowca wrodzonego jako jego odmianę późno występującą (analogicznie do znamion późnych), tego dziś nie sposób jeszcze rozstrzygnąć. Bardziej ściśle dane co do możliwości dziedziczenia rogowca nabytego mogłyby tu odegrać rolę niemal decydującą. Dziś jednak trzeba tę grupę oceniać raczej jako tymczasową i sztucznie zbudowaną, a to tembardziej, że zaliczono do niej prawdopodobnie nie mało przypadków pryszczycy rogowaciejącej.

Liszaj mieszkowy.

(Lichen pilaris. Keratosis pilaris. Keratosis suprafollicularis).

Liszaj mieszkowy jest cierpieniem skóry, polegającym na powstawaniu w różnych miejscach ciała bardzo drobnych, suchych rogowych grudek okołomieszkowych. — Odróżniamy liszaj mieszkowy biały, spotykany zwykle na kończynach i tułowiu, oraz liszaj mieszkowy czerwony, mieszczący się głównie na twarzy.

Objawy. — **Liszaj mieszkowy biały.** Typowy wykwit ma kształt drobnej, wielkości łepka szpilki, grudki stożkowatej. Na jej szczycie, nieraz spłaszczonym, widać suchą, twardawą łuseczkę, pod którą znajduje się zanikowy grąjcarkowato zwinięty włoszek, widoczny po usunięciu łuski paznokciem. Barwa wykwitów zmienia się w zależności od miejsca i bywa matowobiała, różowa, czerwona na kończynach górnych, czerwonosina i czerwono-brunatna na dolnych. Obok tych tworów widać też na skórze nie wciągnięte punkcikowate papierowobiałe blizenki, powstałe w miejscu zanikłych grudek.

Liszaj mieszkowy biały mieści się głównie w okolicy naramiennej, na powierzchniach wyprostnych ramion i przedramion, w okolicy łokciowej, na pośladkach, na powierzchni tylnej i zewnętrznej podudzi, w okolicy kolan, w okolicy łopatek i na powierzchni bocznej brzucha bliżej bioder. W miejscach schorzałych skóra często bywa nienormalnie sucha i chorzy niekiedy uskarżają się na nieznaczne swędzenie.

Liszaj mieszkowy czerwony. Grudki tej odmiany są zazwyczaj mniejsze niż poprzednie, półkuliste lub stożkowate z włosem pośrodku, zabarwione na kolor różowy lub czerwony i otoczone takiejże barwy obwódczą. Przy gęstem usianiu grudek obwódki zlewają się ze sobą, wskutek czego skóra na pewnej przestrzeni zdaje się być zabarwiona na jednolity czerwony kolor. W obrębie takich czerwonych blaszek prócz grudek widać wyżej opisane punkcikowate białe blizenki a częstokroć też rozszerzone naczynka krwionośne.



Bys. 5. *Keratosis pilaris*

Ulubionym miejscem powstawania czerwonego liszaja mieszkowego jest czoło, gdzie występuje w postaci 2 umiarkowanych blaszek w okolicy nadbrwiowej oraz w okolicy brwi, w obrębie ich wewnętrznej lub zewnętrznej $\frac{1}{3}$ części. W tych razach utrata częściowa włosów należy do reguły. Również często spotkać można to cierpienie na policzkach, zwłaszcza w okolicy przyusznej. Przestrzeń między brwiami, broda i uwłosiona skóra głowy zajęte bywają o wiele rzadziej. W ostatnim umiejscowieniu często spotykamy paciorkowaty zanik włosów (*Aplasia monileformis pilorum*, *Monilethrix*).

Przebieg. Liszaj mieszkowy zwykle zjawia się w 2-gim roku życia i po ustaleniu się cierpienia ma wygląd i przebieg pozornie

motonny. Tak jednak nie jest w rzeczywistości. Spostrzegać w nim można okresy, kiedy grudki powiększają się nieco i ulegają zaczerwienieniu pod wpływem sprawy zapalnej. Stwierdzić też można, że z biegiem lat rozległość sprawy chorobowej stopniowo się zmniejsza wskutek zaniku wykwitów, czego wyrazem jest powstawanie bliżenek. Z tem zjawiskiem stoi w zgodzie fakt, że liczba osobników obarczonych liszajem mieszkowym jest większa w pierwszej połowie życia, niż w drugiej.

B u d o w a. Histopatologicznie sprawa polega na nadmiernem rogowaceniu, które się ogranicza do wylotu torebki włosowej, a do jej lejka albo wcale nie przenika, albo też w stopniu bardzo nieznacznym. Wylot mieszka jest założony masą rogową, w lejku zaś częstokroć widać węzownicowato zwinięty włos. Objawów zapalnych niekiedy brak, w innych znowu razach występują one w stopniu takim, jak np. w każdym innym „utajonem“ zapaleniu skóry.

P r z y c z y n y. — Liszaj mieszkowy jest cierpieniem dziedzicznym, rodzinnem, wrodzonym, które występuje zazwyczaj po 2-gim roku życia, uogólnia się pomiędzy 10—15 r. i sięga najwyższego stopnia rozwoju w wieku lat 20—30. Należy do częstych wadliwości (35% Sprecher, 60% Brocq). W powstawaniu schorzenia płeć zdaje się nie odgrywać wybitniejszej roli. Niektórzy badacze określają liszaj mieszkowy jako odmianę łuski rybiej, inni jednak uważają go za cierpienie samoistne. Bądź co bądź, towarzyszy on bardzo często, jeżeli nie stale, t. w. skórze pergaminowatej (xerodermia) i widocznie znajduje się w bliskim powinowactwie z rybią łuską.

R o z p o z n a n i e. — Kwestja rozpoznawania liszaja mieszkowego kończyn i tułowia nie wymaga bliższego rozważania, gdyż cierpienie jest nazbyt rozpowszechnione, banalne i ogólnie znane. Przy różnicowaniu odmiany czerwonej należy mieć na względzie typowe umiejscowienie sprawy i charakterystyczny wygląd wykwitów pierwotnych, co najzupełniej zabezpieczyć winno od nieprawidłowego rozpoznawania trądzika czerwonego i liszaja rumieniowatego.

L e c z e n i e. — W przypadkach łagodnych zalecamy kąpiele, mydło salicyłowe, pumeksove oraz słabą maść salicyłową. W cięższych radzę się zwrócić do mycia mydłem szarem i do stosowania energicznych maści, zawierających środki złuszczone i rozpuszczające róg (kw. salicyłowy, resorcyne, naftol, siarkę i t. p.).

Acid. salicyl.
 Naphtol B. \widehat{aa} 3,00
 Saponis virid. 5,00
 Pumicis pulv. 5,00
 Lanolini anhydr.
 Vaselini albi amer. \widehat{aa} 25,00

Objawy podrażnienia skóry szybko usuwa pasta ichtyolowa (10%). — W leczeniu czerwonego liszaja mieszkowego miewałem niezłe wyniki przy wcieraniu pasty:

Resorcin. resubl.
 Ac. salicylici \widehat{aa} 0,60
 Past. Zinci sulfurat. (Unna) 20,00

Rogowacenie torebki włosowej.

(Keratosi follicularis. — Keratosi follicularis contagiosa Morrow-Brooke. — Acne cornea Cazenave.).

Zmiany kliniczne, spostrzegane w tem stosunkowo nie częstem cierpieniu skóry, polegają początkowo na występowaniu porozsie-
 wanych na skórze drobnych czarnych punkcików, wyglądem swoim przypominających pospolite wągry. Powiększając się stopniowo punkty te wyrastają do wielkości ziarna maku, prosa a nawet więcej i tworzą do koleców podobne szare i czarne, suche, twarde rogowe czopy. Czopy jednym końcem tkwią w skórze, drugim wystają ponad powierzchnię otoczenia. Przy gładzeniu takiej skóry dłonią otrzymujemy wrażenie tarki. W skórze czopy siedzą mocno i mieszczą się w rozszerzonych wylotach narządu włosowo-gruczołowego, o czem się łatwo przekonać po usunięciu czopa paznokciem. Dokoła większych czopów skóra jest nieco wzniesiona w kształcie drobnej grudeczki i zabarwiona na kolor brudnożółty, szarawy lub brunatnawy. Przy gęstszem usadzeniu wykwitów skóra posiada jednolity brudnoszary koloryt, a w miejscach tych występuje bardzo wyraźnie poletkowata budowa powierzchni.

Wykwity układają się zazwyczaj dosyć umiarkowo w postaci rozsianej lub skupionej. Widywałem je najczęściej na kończynach w jednakiem rozprzestrzenieniu na powierzchniach wyprostnych i zginaczy, na pośladkach, w okolicy krzyża i łopatek, na bocznych powierzchniach brzucha, na szyi, karku i twarzy. Na uwłosionej głowie widocznie nie występują.

Budowa. Przy badaniu drobnowidzowem można się przekonać, że zmiany dotyczą głównie torebki włosowej i jej sąsiedztwa.

Mieszek włosowy jest niepomiernie szeroki, rozciągnięty i cały wypełniony czopem rogowym, złożonym z mniej więcej koncentrycznych listków. Objawów rogowacenia wadliwego (parakeratosis) nie spostrzegalem. Czop mieści w sobie resztki włosa. W sąsiedztwie takiej torebki włosowej naskórek w pewnym promieniu ulega nad-



Rys 6. *Keratosis follicularis.*

miernemu rogowaceniu. W skórze właściwej można stwierdzić dosyć obfite nacieczenie komórkowe głównie dokoła schorzałego mieszka włosowego.

Podany typ rogowacenia torebki włosowej jest widocznie cierpieniem dziedzicznym i rodzinnym. W przypadkach Brooke'a wystąpiło ono w jednej rodzinie u 4-ga dzieci, w 2-giej zaś u 2-ga dzieci. W jednym z moich spostrzeżeń stwierdziłem to cierpienie u matki oraz u 3-ga z jej czworga dzieci. Drugie z nich prócz tego miało wyraźne zmiany ichtyotyczne na kończynach dolnych. Wypowiedziane przez Brooke'a przypuszczenie o zaraźliwości schorzenia okazało się nietrafne. To samo należy powiedzieć o usiłowaniu utożsamienia tej sprawy z t. zw. chorobą Darier'a. Nie można zaprzeczyć, że

w pewnych okresach oba te cierpienia dają obrazy kliniczne bardzo do siebie podobne, jednak przebieg choroby, a zwłaszcza budowa anatomiczna wykwitów wykazują różnice zasadnicze (patrz str. 53).

Jako odrębną jednostkę chorobową niektórzy badacze opisują t. zw. liszaj kolczasty (*lichen spinulosus*). Zapatrywania tego



Rys. 7. *Keratosis follicularis*

Rozciągnięta torebka włosowa wypełniona czopem rogowym. Czop składa się z koncentrycznie ułożonych listków. W skórze — nacieczenia drobnokomórkowe.

podzielać nie mogę. Sądzę, że wytwarzanie kolców (*spinulatio*) jest pojęciem li tylko anatomicznym. Kolce mogą powstawać w różnorodnych sprawach pod wpływem bodźców bliżej nam nieznanymi. Tak więc spostrzegamy je w liszaju zolzowym oraz syfilitycznym, w liszaju mieszkowym a także w czerwonym liszaju kończystym. Wytwarzanie kolców występuje niekiedy tak obficie, że zjawisko zdaje się dominować nad innymi objawami cierpienia zasadniczego (*La Mensa*).

Choroba Darier'a.

(Psorospermiosis follicularis vegetans. — Morbus Darieri).

Jest to dziedziczna i rodzinna choroba skóry o umiejscowieniu typowym, widocznie powstająca na tle zapalnym i polegająca na wadliwym rogowaceniu komórek naskórkowych.

Objawy. — Choroba Darier'a najchętniej występuje w miejscach będących ulubionym siedliskiem t. zw. spraw łojotokowych. Są to: twarz, a mianowicie czoło, skronie, fałdy nosowopoliczkowe,



Rys. 8. *Morbus Darieri.*

wargi, broda, następnie uwłosiona skóra głowy, okolice zauszne, boczne powierzchnie szyi i kark. Na tułowiu i kończynach: okolica mostkowa, międzyłopatkowa, lędźwiowa, pępkowa, sromowa, pachy i pachwiny, powierzchnie zewnętrzne przedramion i ud, zgięcia łokciowe i kolanowe, powierzchnia grzbietowa rąk i t. p. W miejscach wskazanych wykwity zazwyczaj układają się umiarkowanie.

Wykwit pierwotny ma kształt drobnej żywoczerwonej, płasko-ściżkowej grudeczki. Na szczycie jest ona zaopatrzona w najdrobniejszy pęcherzyk, który niebawem zasycha w szarawy lub żółtawy strupek, mocno przylegający. Okres zapalny trwa 2—3 tygodnie. W tym czasie wykwit blednie i rośnie, strupek zaś twardnieje, rogo-

wacieje i ciemnieje. W taki sposób powstają twarde stożkowate, ponad powierzchnię wyraźnie wzniesione grudki i guzeczki, wielkości od lepka szpilki do ziarna soczewicy a nawet i większe. Na wierzchołku są one pokryte suchą twardawą masą rogową w kształcie łuski lub strupka, barwy szarżółtawej, brunatnej lub czarnej. Po usunięciu strupka widać, że jego powierzchnia spodnia wciska się



Rys. 9. *Morbus Darieri.*

za pomocą czopa w naskórek, tworząc w nim odpowiednie wgłębienie kraterowate. Wgłębienie ma nieco wzniesione brzegi oraz czerwone, niekiedy lekko krwawiące dno. Takie wykwity mogą powstawać w każdym punkcie powłoki skórnej i bynajmniej nie są wyłącznie związane z mieszkami włosowymi. Umieszczenie ich w wylotach gruczołów potowych wcale nie należy do rzadkości.

Grudki występują całymi gromadami na mniejszej lub większej przestrzeni. Na obwodzie bywają one zwykle drobniejsze i rozsiane, większe zaś i gęsto ułożone w częściach środkowych tych przestrzeni. Tutaj mogą się one zlewać ze sobą, tworząc blaszki pokryte grubą warstwą rogową już to suchą i twardą, już to miękką maziastą tłustą. Ostatnie zjawisko spostrzegamy w miejscach, gdzie skóra łatwo podlega namoknieniu (maceracji). W dalszym przebiegu powierzchni blaszek poczynają bujać tworząc rozrosty brodawkowe, które nieraz sięgają bardzo znacznego rozwoju w takich oko-

licach, jak pachy, pachwiny, srom, odbył oraz powierzchnie wewnętrzne uda. Miejsca takie nieraz sączą. Pokrywa je miękka szarożółtawa cuchnąca masa. W niektórych razach widywałem w pachach i pachwinach wysokie miękkie ciemnobrunatne i brunatnoszare grudki, pokryte stosunkowo cienką łuszczącą się warstwą rogową i ułożone listewkowato, szereg przy szeregu, jak na grzebieniu kogucim. Podobieństwo takich tworów do t. zw. zrogowacenia ciemnego (*acanthosis nigricans*) było niewątpliwie uderzające.

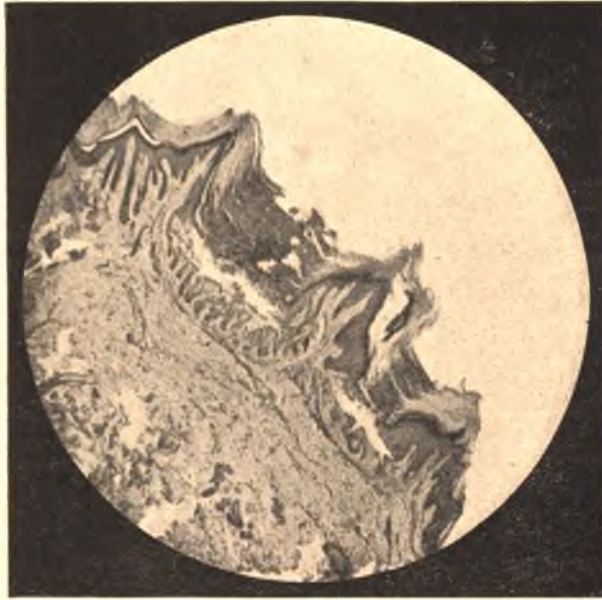


Rys. 10. *Morbus Darieri*.

Na uwłosionej skórze głowy omawiane cierpienie występuje pod postacią obfitych i dosyć grubo nawarstwionych łusek i strupczków barwy od szarożółtawej do szarobrunatnawej. Całość wielce przypomina odmianę suchą t. zw. grzybicy naskórkowej *Unna'y* (pryszczycy łojotokowej). Jednakże po usunięciu łusek można wyraźnie zauważyć liczne drobne guzeczki zlewające się tu i ówdzie i wyrastające w twory jakby brodawkowate.

Na grzbiecie rąk i stóp oraz na powierzchniach grzbietowych palców wykwitły mają kształt płaskich grudek barwy różowej do jasnobrunatnej, pokrytych zgrubiałą niewyraźnie łuszczącą się warstwą rogową. Najzupełniej przypominają one brodawki płaskie wieku młodocianego (*verrucae planae juveniles*). Takież grudeczki spotkać też można na przedramionach i podudziach, w częściach do rąk i stóp przylegających. W przypadkach daleko posuniętych i u osób starych skóra grzbietu rąk i stóp ulega zmianom na całej przestrze-

ni. Taka skóra jest wogóle zgrubiała i twardawa, pofałdowana, jakby nazbyt obszerna dla danego miejsca i pokryta dosyć grubą warstwą rogową. Budowa poletkowata występuje bardzo wyraźnie. W wielu miejscach, a zwłaszcza w okolicy fałd międzypalcowych i stawów międzyczęsteczkowych widać gromady drobnych wgłębień kropkowych (zjawisko porokeratotyczne). Sprawa może się też przenosić na dłonie i stopy. Zauważyć muszę, że w zrogowaceniu ciemnem widywałem objawy zupełnie identyczne.



Rys. 11. *Morbus Darieri.*

Hyper- i parakeratoza. Bujanie warstwy podstawowej naskórka. Pomiędzy nią a kolczastą szczelinowatą przestrzeń (lacuna).

Paznokcie palców rąk i stóp są wzdłuż zbrzdżone lub prążkowane, mają powierzchnię nierówną i zgrubiałą niekształtny brzeg, jakby wyjedzony. W dalszych okresach cały paznokieć grubieje, staje się kruchy, łamliwy i zdradza taką budowę, jak gdyby złożony był z oddzielnych rogowych blaszek. Wyglądem przypomina wówczas pewne gatunki muszli. Takie paznokcie mają zazwyczaj ciemnostalową, niemal czarną barwę.

Na błonach śluzowych mogą występować zmiany podobne do opisanych na skórze.

Przebieg. Cierpienie ma przebieg wybitnie przewlekły i posiada cechy sprawy postępującej. Niekiedy rozpoczyna się ono w wie-

ku wczesnym i trwa do późnej starości. Rozprzestrzenia się przeważnie napadowo tak, że okresy obostrzenia następują po okresach spokoju. Na stan ogólny wpływu ujemnego zdaje się nie wywierać. Swędzenie zjawia się tylko epizodycznie.

Budowa. — W okresach bardzo wczesnych zmiany histopatologiczne polegają na objawach zapalnych w pokładach górnych skóry właściwej, na śród- i międzykomórkowym obrzęku naskórka oraz na powstawaniu jednokomorowego pęcherza pomiędzy listkami warstwy rogowej. Typowy, dobrze rozwinięty wykwit ma następującą budowę. W naskórku zwraca uwagę wybitna hiperi parakeratoza, której objawem klinicznym jest wyż. wspomniany strupek rogowy, w kształcie czopa wnikający w naskórek. Warstwa ziarnista jest zgrubiała. W warstwie komórek kolczastych występuje obrzęk śród- i międzykomórkowy oraz zwyrodnienie komórek, powodujące wadliwe rogowacenie i prowadzące do wytwarzania t. zw. ciał okrągłych i ziaren Darier'a, spotykanych również w czopie. Warstwa podstawowa zawiera dużo barwika i ulega bujaniu, tworząc długie, cienkie, rozgałęziające się rozrosty. Pomiedzy nią a warstwą kolczastą tworzy się przestrzeń szczelinowata (lacuna). W skórze właściwej widać objawy przewlekłego zapalenia. Całokształt zmian zniewala do przypuszczenia, że zmiany zapalne w skórze są zjawiskiem pierwotnym, zwyrodnienie komórek naskórka — następstwem.



Rys. 12. *Morbus Darieri.*

Ciała okrągłe i ziarna Darie'a. Szczelina.
Bujanie warstwy podstawowej.

Przyczyny. — Pierwotnie przez Darier'a podana teoria o pasorzytniczem pochodzeniu omawianego cierpienia należy do historii. Badania nowsze ustaliły, że mamy do czynienia raczej z cierpieniem dziedzicznym i rodzinnym, objawiającem się przeważnie pomiędzy 8—16 rokiem. Te właściwości choroby Darier'a można wykazać mniej więcej w 50% spostrzeganych przypadków (Rothe), czyli niemal również często, jak w pospolitej łusce rybiej. Pewne dane zdają się też przemawiać za tem, że mamy tu do czynienia z wrodzoną wadliwością rogowacenia na-

skórka (Audry, Dalous, Rothe). Co się jednak tyczy właściwych przyczyn powstawania choroby, to nie wiemy o tem nic pewnego. Stwierdzono tylko, że na obostrzenie i rozprzestrzenienie sprawy chorobowej mogą wpływać zaburzenia żołądkowe, miesiączkowanie, ciąża i t. p. i że obostrzeniu niekiedy towarzyszy wzmożona czynność gruczołów potowych. Takie fakty mogą być przytoczone na potwierdzenie podtrzymywanej przez Kreibich'a, F. Malinowskiego i R. Bernhardta (trofo-) angioneurotycznej teorii, której mechanizm da się tutaj wytłomaczyć wpływami toksycznymi. W ten sposób do pewnego stopnia zrozumiałe by też były analogie i punkty styczności, zachodzące pomiędzy chorobą Darier'a a zrogowacaniem ciemnym (Kusnitzky, Darier, Hallopeau i in.) oraz zmianami skóry powstałymi na tle zatrucia arsenikowego.

Rozpoznanie. — Wygląd wykwitów, ich umiejscowienie typowe, przebieg przewlekły przy pomyślnym stanie ogólnym — odczynniki, rozstrzygające o rozpoznaniu prawidłowem. W przypadkach wątpliwych należy się posiłkować badaniem drobnowidzowem.

Leczenie przyczynowego nie znamy. Objawowo stosują częste kąpiele oraz kw. salicylowy, pyrogalusowy i resorcyne. Najchętniej jednak zalecam rentgenoterapię, której działanie w chorobie Darier'a jest niewątpliwie duże. Pamiętać jednak należy, że skóra takich chorych jest nader wrażliwa na promienie x, co zniewalać winno do ostrożności w dawkowaniu. Pojedyncze wykwitki można też usunąć za pomocą żegadła Paquelin'a lub galwanokauteru. — Ze środków wewnętrznych zalecane bywają przetwory arsenikowe.

Zrogowacenie ciemne. — Brodawczakowatość ciemna skóry.

(*Acanthosis nigricans*. — *Keratosis nigricans*. — *Dystrophia cutis papillaris et pigmentosa*).

To rzadkie cierpienie skóry, dla którego nie mamy odpowiedniej a dobrej nazwy polskiej, spotykamy głównie u osobników, dotkniętych nowotworem złośliwym.

Objawy. — Zasadnicze objawy, znamionujące tę sprawę, polegają na ciemnym zabarwieniu skóry, przeroście i bujaniu jej brodawek oraz na zgrubieniu warstwy rogowej naskórka. Zmiany układają się zawsze umiarkowo i przeważnie mieszczą się na twarzy, dookoła ust, na karku i szyi, w pachach, w okolicy sutkowej i pępkowej, w pachwinach, w okolicy sromu i odbytu, w zgięciach łokciowych i kolanowych, na powierzchniach wewnętrznych ud oraz na grzbie-

towych rąk i stóp. Bardzo często bywają też zajęte błony śluzowe, a zwłaszcza grzbietowa powierzchnia języka.

Barwikowe zmiany występują albo współcześnie z przerostem brodawek, albo go poprzedzają. Kolor waha się w granicach szerokiej skali od brudnawożółtawego i szarego do ciemnobrunatnego i czarnego. Zabarwienie zjawia się zazwyczaj w miejscach ograniczonych, a mianowicie tam, gdzie warstwa brodawkowa skóry ulega przerostowi. Niekiedy jednak tu i tam widać gładkie plamy barwi-



Rys. 13. *Acanthosis nigricans*.

kowe różnej wielkości, w innych znowu razach cała powierzchnia skóry posiada zabarwienie ciemniejsze od prawidłowego.

Bujanie warstwy brodawkowej ujawnia się początkowo w tej postaci klinicznej, którą zwykliśmy nazywać zliszajowaceniem (*lichenisatio*), gdzie zatem nader wybitnie występuje poletkowata budowa powierzchni skóry z wyraźnie zaznaczonymi bruzdeczkami i fałdeczkami. Takie miejsca są zazwyczaj nieco wzniesione ponad otoczenie, a skóra jest tu grubsza i twardsza. W dalszym rozwoju sprawy przerost występuje coraz wyraźniej, a powierzchnia zmienionych miejsc wyglądem swym wielce przypomina te gatunki pier-

ników, które nazywamy brukowcami (état mamelonné — francuskich autorów). Przy listewkowatym ułożeniu wykwitów powstają twory podobne do grzebieni kogucich (pachy, pachwiny, okolica sromowa, porównaj też chorobę Darier'a). Pojedyncze wyrosty i rozrosty o charakterze brodawek pospolitych i brodawczaków nie należą do rzadkości.

Zupełnie podobne rozrosty brodawkowate można też zauważyć na błonach śluzowych, które jednak nigdy nie podlegają zmianom barwikowym (wargi, usta, język, podniebienie, błona śluzowa krtani, odbytu i pochwy).



Rys. 14. *Acanthosis nigricans*.

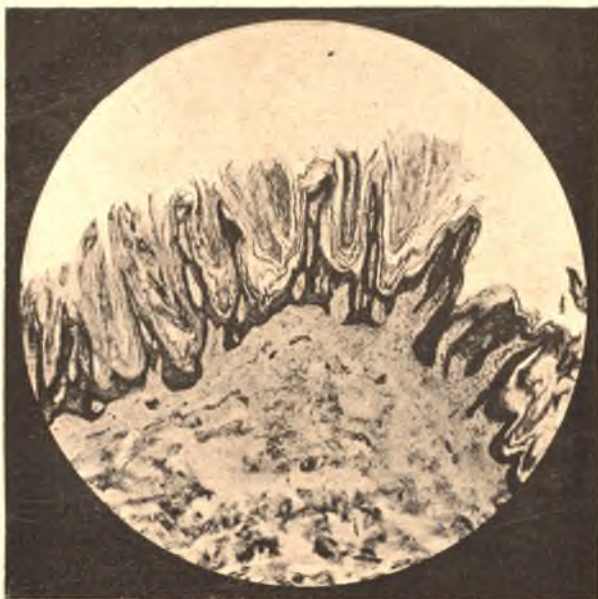
Zgrubienie warstwy rogowej należy do objawów stałych, choć nie zawsze i nie wszędzie jest ono jednako zaznaczone. W spostrzeganym przezemnie przypadku było ono najwybitniejsze na grzbiecie rąk i stóp i najzupełniej przypominało wygląd skóry, jaki podałem w opisie choroby Darier'a (patrz str. 51). Paznokcie mogą również ulegać zmianom. Są one mętne, łamliwe i ujawniają zmiany zanikowe lub przerostowe w sensie szponowatości. Włosy są suche, rzadkie, wypadają nieraz zupełnie.

Stan ogólny chorych bywa uwarunkowany obecnością nowotworu złośliwego (rak), który niemal stale towarzyszy zjawiskom zrogowacenia ciemnego. Wobec tego rokowanie jest niepomyślne. Do wyjątków należą przypadki, gdzie po usunięciu cierpienia zasadniczego ustąpiły też zmiany skóry (Spietschka).

B u d o w a. — Zmiany polegają na zgrubieniu warstwy rogowej i kolczastej naskórka obok znacznej ilości barwika w komórkach podstawowych. Brodawki skóry są wydłużone i rozgałęzione, wzdłuż

naczyń krwionośnych widać skąpy naciek komórkowy. Liczba komórek barwikowych (melanoblastów) jest znacznie powiększona.

Przyczyny. — Cierpienie występuje niemal w każdym wieku (pomiędzy 2—72 r.), najczęściej jednak w 30—40 r. życia i bywa nieco częściej spostrzegane u kobiet (77% Couillaud). W przeważającej liczbie przypadków (około 83% Darier) można było stwierdzić obecność rakowatego nowotworu narządów jamy brzusznej,



Rys. 15. *Acanthosis nigricans*.

Zgrubienie warstwy rogowej i kolczastej. Znaczna ilość barwika w komórkach podstawowych. Wydłużenie i rozgałęzienie brodawek skóry. W warstwie brodawkowej skąpe nacieczenie komórkowe.

zdarzają się jednak też inne umiejscowienia, np. w płucach (Petrini de Galatz). W kilku przypadkach, dotyczących osobników młodych (2, 3 i 11 lat, a także spostrzeżenie Eliasberga), nowotworu złośliwego nie wykryto (t. zw. odmiana młodociana Darier'a). Tutaj Darier przypuszcza możliwość potworniaka.

Przyczyny powstawania omawianych zmian skóry Darier usiłuje objaśnić za pomocą następujących 2 teoryj. Wedle jednej, zmiany te mają być pochodzenia samozatruciowego, powstałe na skutek działania na skórę jądów wytwarzanych w tkance rakowej. Temu jednak oczywiście przeczy fakt, że w chorobie rakiem zwanej spostrzegamy stosunkowo bardzo rzadko zrogowacenie ciemne. Dru-

ga hypoëza przyjmuje za punkt wyjścia ucisk nerwu współczulnego (splot trzewny) przez guz. Takich spostrzeżeń mamy jednak niestety nazbyt mało. O analogjach i podobieństwie do choroby Darier'a wspomniałem już wyżej (Hallopeau, Kuznitzky).

Rozpoznanie typowych przypadków jest na ogół biorąc łatwe. Tylko w wyjątkowych razach i to głównie w okresach wczesnych cierpienia trzeba przy różnicowaniu uwzględnić zmiany skóry w zatruciu arsenikowym, chorobę Addison'a oraz chorobę Darier'a.

Leczenie przyczynowe polega na operacyjnym usunięciu nowotworu tam, gdzie to jest wykonalne. W większości jednak przypadków musimy się zadowolnić leczeniem jedynie objawowym, polegającym na kąpielach, zabiegach higienicznych, środkach usuwających swędzenie, maściach łagodzących zapalny stan skóry i t. p.

Zrogowacenie kanalikowate (Majocchi-Mibelli).

(Porokeratosis Majocchi-Mibelli. — Hyperkeratosis figurata centrifuga atroficans).

Znajomość tej nie często spotykanej postaci wadliwego rogowacenia zawdzięczamy Majocchi'emu (1885 r.), szczegółowe zaś opracowanie Mibelli'emu i Respighi'emu.

Objawy. — Początkowo zjawiają się żółto-brunatnawe drobne, stożkowate rogowe grudeczki, na których wierzchołku widać rogowy czopek, wciskający się w środek wykwit. Przy dalszym rozwoju sprawy chorobowej powstają okrągławe lub policykliczne placki do kilku centymetrów średnicy. Placek składa się z 2-uch części — środkowej i brunatnawego rogowego wału na obwodzie. Wał ma w przekroju kształt pryzmatu i zazwyczaj otacza wykwit linią nieprzerwaną. Na spłaszczonym szczycie wału widać dosyć głęboki szczelinowaty kanał *), z którego się unosi, w kształcie grzebienia, cienka rogowa blaszka. Kanał wraz z blaszką biegnie wzdłuż całego wału. — Skóra części środkowej placków zazwyczaj posiada wygląd zanikowej, rzadziej normalnej. Czasem pokryta jest cienkimi łuskami rogowymi. Widać tu też niekiedy drobnitkie stożki rogowe albo punkcikowate wgłębienia w skórze, powstałe na skutek wypadnięcia wyż. wzmiankowanych czopów rogowych.

Zmiany mieszczą się głównie na powierzchniach wyprostnych kończyn, na grzbiecie rąk i stóp, na głowie, twarzy, szyi, na narzą-

*) *Ηύκος* = kanał.

dach płciowych, rzadziej na tułowiu. Na błonach śluzowych jamy ustnej występują one pod postacią bladoróżowych owalnych lub nerkowatych ognisk, otoczonych nieco wzniesioną obwódką opalową. Powierzchnia grzbietowa języka zazwyczaj bywa wolna. Niekiedy zajęte bywają paznokcie.

Przebieg cierpienia, nie zdradzającego żadnych objawów podmiotowych, jest niezmiernie przewlekły. Placki powiększają się nader opieszale w kierunku odśrodkowym, łącząc się zaś z sąsied-



Rys. 16. Porokeratosis

niemi tworzą figury policykliczne. Giną samoistnie pozostawiając zanikowe zmiany skóry.

B u d o w a. — Zmiany anatomiczne polegają na hyper- i parakeratozie, mającej za punkt wyjścia, wedle Mibelli'ego, wyloty gruczołów potowych i łojowych. Respighi mniema jednak, że sprawa może powstawać w każdym punkcie powierzchni skóry zupełnie niezależnie od narządów gruczołowych. W naskórku stwierdzić można obecność warstwy jasnej obok znacznego zgrubienia warstwy rogowej oraz rozrost soplí międzybrodawkowych. W warstwie brodawkowej występują objawy zapalne w stopniu nieznacznym.

P r z y c z y n y. — Cierpienie może się zjawić w każdym wieku,

częściej u mężczyzn niż u kobiet. Jest ono widocznie dziedziczne, w każdym razie rodzinne. Respighi stwierdził jego obecność u 14 członków jednej rodziny, złożonej z 37 osób, Gilchrist zaś — 11 razy w 4-ech pokoleniach. Na zasadzie występowania połowiczego Truffi zaliczyć je pragnie do grupy znamion.

Rozpoznanie przypadków typowych nie jest trudne, w niektórych jednak razach wypadnie różnicować z liszajem płaskim obrączkowatym. Wątpliwości usunie stwierdzenie obecności szczylinowatego kanału ze sterzcącą w nim blaszką rogową.

Leczenie nie daje wyników. Jest ono objawowe i polega na stosowaniu leków rozpuszczających istotę rogową. Gilchrist zaleca elektrolizę.

ROZDZIAŁ III.

Choroby polegające na rogowaceniu wadliwym.

(Parakeratoses).

Luszczyca.

(Psoriasis).

Luszczyca jest przewlekłym cierpieniem skóry, polegającym na powstawaniu czerwonych ostro odgraniczonych blaszek, pokrytych obfitą łuską. Po usunięciu łusek zwykle występować krwawienie punkcikowate. Cierpienie cechuje łatwość nawrotów.

Objawy. — Początek choroby nie zawsze bywa jednakowy. W niektórych razach luszczyca rozwija się bardzo wolno występując dosyć umiarkowo w miejscach ulubionych, t. j. na wyprostnych powierzchniach kończyn, gdzie rozpościera się stopniowo. Niekiedy jednak wybucha dosyć ostro pod postacią licznych drobnych wykwitów, mieszczących się na tułowiu, kończynach i twarzy. W tych razach powstają rozsiane drobne punkcikowate czerwone twory, które giną pod uciskiem i pozornie nie są pokryte łuską. Jest to t. zw. *luszczyca kropkowa* (psoriasis punctata). Wykwity powiększają się stopniowo do wielkości lepka szpilki, drobnej soczewicy i tworzą okrągłe lub owalne nieco wzniesione grudki, barwy żywoczerwonej, czerwonej i ciemnoczerwonej, pokryte białoszarą lub srebrzystobiałą łuską (*luszczyca kroplista* — psor. guttata). Niekiedy łuski zajmują tylko środkową część grudki, w innych razach są one pozornie nieobfite, ujawniają się jednak w znacznej ilości przy zdrapywaniu. Przy metodycznym usuwaniu łusek za pomocą paznokcia lub łyżeczki można się łatwo przekonać, że wykwit jest pokryty całym szeregiem warstw rogowych, luźniej lub ściślej związanych ze sobą oraz z podłożem. Po zupełnym usunięciu łuseczek dochodzimy wreszcie do gładkiej, błyszczącej, wilgotnej, jakby tłustawej, lecz nie sączącej powierzchni. Jest to t. zw. *błonka luszczykowa* — twór, nadający tym wykwitom wygląd zupełnie swoisty. Przy dalszem drapaniu tej „błonki“ występują na po-



wierzchnię grudki najdrobniejsze kropelczki krwi, powstałe na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych warstwy brodawkowej skóry. Zjawisko nazywamy krwawieniem punkcikowatym i uważamy je za niemal znamienne dla łuszczycy (objaw Auspitz'a).

Opisany twór grudkowy możemy uważać za prototyp wykwitów łuszczycowych a to tembardziej, że omawiane cierpienie nie-



Rys. 17. *Psoriasis nummularis et annularis*.

kiedy nie rozwija się poza ten okres, grudki zaś po pewnym czasie ulegają zmianom wstecznym i znikają. Zdarza się to jednak stosunkowo nie często. W większości przypadków pojedyncze grudki stopniowo się powiększają, tworząc okrągłe i owalne blaszki o wymiarze różnych monet (łuszczycy pieniążkowa ta czyli krążkowa ta — psor. nummularis s. discoides). Blaszkę są zazwyczaj ostro odgraniczone od otoczenia, pokryte mniej więcej obfitą łuską i otoczone wyraźną zapalną obwódką — zwłaszcza w okresach postępowania sprawy chorobowej. Przy gęstem ułożeniu blaszek w danym miejscu wykwity łączą i zlewają się ze sobą, tworząc tarcze łuszczycowe, pokrywające rozległe powierzchnie skóry (psoriasis

orbicularis, confluens, diffusa) i mające niekiedy tendencję do uogólnienia (psoriasis generalisata).

Zdarza się nierzadko, że blaszka łuszcycowa zanika w części środkowej, podczas gdy obwód pozostaje w stanie czynnym. Mówi się wtedy o łuszczycy pierścieniowatej, obrączkowej (psoriasis annularis, circinata). Taki pierścień może jednak być niezamknięty i posiadać kształt łuku, który zresztą powstać też może wskutek odpowiedniego ułożenia i zlania się sąsiednich mniejszych wykwitów (psoriasis gyrata). Jeżeli dwa lub kilka obrączkowych wykwitów złączą się ze sobą, to na miejscu ich zetknięcia zmiany łuszcycowe giną, a przy dalszym posuwaniu się brzegów tworzą się figury o zarysach festonowatych i rysunku dziwnie dowolnym (łuszczyca kolistą — psoriasis figurata, serpentina, geographica). Na przestrzeniach skóry przez figury objętych zazwyczaj nie widać świeżych wykwitów łuszcycowych.

W przypadkach typowych łuszczyca najchętniej i najczęściej mieści się na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych i dolnych, zwłaszcza w okolicach łokciowej i kolanowej, następnie na krzyżu i plecach, na czole i uwłosionej skórze głowy. Pozatem jednak może być zajęte każde inne miejsce powierzchni skóry. Ułożenie wykwitów bywa przeważnie dosyć umiarowe.

W zależności od umiejscowienia łuszczyca może do pewnego stopnia zmieniać swój wygląd. Dotyczy to np. dłoni i podeszwy. Tutaj łuszczyca występuje częściej, niż to dotychczas przypuszczano. Może się zdarzyć, że zjawia się ona pierwotnie na dłoniach, jako pierwszy i jedyny objaw cierpienia, przeważnie jednak spotykamy się z tem umiejscowieniem w łuszczycy uogólnionej. Zmiany mają wygląd ostro odgraniczonych okrągłych i owalnych plam barwy białoszarawej, ponad powierzchnię prawie nie wzniesionych i czyniących takie wrażenie, jak gdyby się mieściły



R. 6. 18.
Psoriasis annularis et gyrata.



w zgrubiałym naskórku. Wyraźne łuszczenie uwidocznia się dopiero przy drapaniu. Wykwity te powiększają i łączą się ze sobą tak, że wreszcie zajęta być może część lub cała powierzchnia dłoni. Schorzałe miejsce bywa zazwyczaj ostro odgraniczone i pokryte białoszarawą suchą, twardawą, mocno przylegającą łuską. W przypadkach



Rys. 19.
Psoriasis nummularis et geographica.

takich stwierdzamy też niemal z reguły obecność wykwitów łuszczycowych na powierzchniach grzbietowych dłoni i palców, a także zmiany paznokci. W obecności typowych zmian łuszczycowych w innych miejscach ciała rozpoznanie zazwyczaj bywa nie trudne. Przy wyłącznym jednak występowaniu łuszczycy dłoni i podeszew właściwa ocena obrazu klinicznego napotkać może trudności bardzo znaczne. Takie bowiem zmiany keratodermiczne widzimy również w pryszczycy, liszaju czerwonym, w przymiocie a nawet w wilku pospolitym. Tylko krytyczne rozważanie wszelkich danych klinicznych, przebieg a głównie obecność w innych miejscach typowych dla danego cierpienia wykwitów może rozstrzygnąć o rozpoznaniu prawidłowym.

Łuszczycyca dłoni ujawnia się jednak jeszcze pod inną postacią. Widywałem mianowicie przypadki niewątpliwej łuszczycy, w które

jednak jeszcze pod inną postacią. Widywałem mianowicie przypadki niewątpliwej łuszczycy, w które



pustulosa). I tej odmianie łuszczycy dłoni i podeszwy mogą towarzyszyć zmiany paznokci.

W kwestji łuszczycy paznokci muszę zauważyć, że nie należy ona do rzadkości. Częstość jej występowania Heller podaje na 9%, Nielssen 10%, Schutz na 11%, Radt 21%. Odróżniamy zmiany pierwotne i wtórne. — Pierwsze polegają na powstawaniu punkcikowatych wgłębień, rozsianych na powierzchni paznokcia lub ułożonych w szeregi poprzeczne. Sam paznokieć jest albo zupełnie prawidłowy, albo też wzdłuż zbrudźdony lub prążkowany. Jest to t. zw. „état pointillé“ francuskich autorów (psoriasis punctata unguium). Przyczynę wytwarzania się wgłębień upatrujemy w umiejscowieniu sprawy łuszczycowej w macierzy paznokcia. Do zmian wtórnych zaliczamy: zmętnienie części lub całego paznokcia, obecność w nim białych plam, występowanie podłużnych i poprzecznych bruzd i prążków, łamliwość paznokcia i t. p. Są to zmiany dla łuszczycy bynajmniej nie znamienne, gdyż spotykamy je też w innych cierpieniach przewlekłych skóry, np. w pryszczycy, erythrodermjach uogólnionych, w pęcherzycy itp. — Błony śluzowe są z zasady wolne.

Objawów podmiotowych łuszczycy nie powoduje. Pewien stopień swędzenia może występować tylko w okresach ostrego wybuchu choroby a także w przypadkach nietypowych i powikłanych, o czym niżej będzie mowa. Na stan ogólny wpływu ujemnego nie wywiera. Stałych i znamienych dla sprawy zmian krwi nie wykryto. To samo należy powiedzieć o moczu. Zwracano uwagę na zwiększoną kwaśność oraz na wzmożenie właściwości trujących moczu chorych na łuszczycę.

Przebieg łuszczycy jest bardzo kapryśny i nie podlega żadnym określonym prawidłom. Pod tym względem możnaby tylko powiedzieć, że istnieją dwie cechy stałe, a mianowicie: przewlekłość przebiegu i wybitna skłonność do nawrotów. Co się tyczy pierwszego napadu choroby, to zdarza się on najczęściej pomiędzy 5 a 10-tym rokiem życia, choć pragnąłbym zaznaczyć, że początek cierpienia w późniejszym wieku zdarza się, wedle mego doświadczenia, bynajmniej nie tak rzadko, jak to powszechnie mniemają. Sądzę też, że łuszczycy późna przebiega nieco łagodniej od tej, która zjawia się w wieku młodym. W związku z tem zauważyłem też, że nawroty najuporczywiej wybuchają pomiędzy 12—25 r. i że w tym okresie stosunkowo najtrudniej udaje się opanować pozatem zupełnie nieobliczalną w przebiegu chorobę. Czy okres pokwitania nie odgrywa tu pewnej roli, o tem nie mogę decydować. Widywałem jednak przypadki, gdzie łuszczycy pogarszała się wybitnie podczas ciąży, przy-

bierała zaś przebieg łagodny po porodzie. Co się tyczy częstości nawrotów, to i pod tym względem nie można powiedzieć nic określonego. Zdarza się, że pomiędzy dwoma nawrotami przechodzi długi okres czasu, nieraz kilkanaście lat. Zdarza się też, że po napadzie łuszczycy pozostają tylko drobne zmiany na łokciach lub kolanach i że zmiany te nie szerzą się i w niczem nie przeszkadzają osobnikowi przez cały szereg lat. W innych jednak razach wybuch następuje po wybuchu tak często, że poszczególne napady stykają się ze sobą, a skóra takiego chorego jest przez długie lata widownią przeróżnych objawów łuszczycowych. W przypadkach takich udawało mi się niejednokrotnie osiągnąć uspokojenie sprawy chorobowej zalecając choremu dłuższą podróż, zwłaszcza morską, przy jednoczesnem zarzuceniu wszelkiego leczenia. Ze pod wpływem ostrych chorób zakaźnych i wyniszczających łuszczyca może chwilowo zniknąć, to jest fakt powszechnie znany.

Łuszczyca nietypowa. — Powikłania.

Prócz łuszczycy pospolitej, o której dotychczas była mowa, zdarzają się przypadki łuszczycy nietypowej, której obraz kliniczny oraz przebieg niekiedy znacznie się różni od wyż. skreślonego. Nietypowość dotyczy zarówno objawów podmiotowych, jak i przedmiotowych, w ostatnich zaś — wyglądu wykwitów, ich umiejscowienia oraz zmian barwиковych.

Jak wiadomo, łuszczyca należy do nieswędzących cierpień skóry. Tymczasem zdarzają się przypadki łuszczycy niepowikłanej, w których swędzenie występuje jako objaw wyraźny. Dotyczyć to może n. p. ostrych napadów łuszczycy kropkowej i kroplistej bez względu na to, czy mamy do czynienia z pierwszym przejawem choroby, czy też z nawrotami. Zdarza się też, że łuszczyca, która dotychczas przebiegała bez objawów podmiotowych, przekształca się na czas pewien w swędzącą pod wpływem nazbyt energicznego leczenia (chryzarobina). Swędzić też mogą przypadki powikłane (patrz niżej). Pozatem jednak istnieją przypadki łuszczycy, w których swędzenie zaliczyć należy do objawów stałych. Zależy ono widocznie od osobniczej skłonności i wrażliwości i spostrzega się głównie u ludzi nerwowych i alkoholików.

Co się tyczy wykwitów łuszczycowych, to uchylenia od normy dotyczą w nich głównie koloru i łusek. Tak więc niekiedy spotykamy blaszki bardzo blade, „anemiczne“, np. na dłoniach i palcach rąk (porównaj wyż.), podczas gdy innym razem są one o wiele czerwieniejsze od zwykle spostrzeganych (zwłaszcza w zgięciach sta-

wowych). W umiejscowieniu sprawy we fałdach i zgięciach spostrzegamy blaszki pozbawione łusek. W niektórych znowu przypadkach wykwitły są pokryte bardzo cienką warstwą drobnych, łatwo oddzielających się łusek — i to niezależnie od umiejscowienia. Są to zazwyczaj „powierzchnowe“ postaci łuszczycy, łatwo poddające się leczeniu miejscowemu. W innych razach występuje zjawisko



Fig. 20. *Psoriasis rupioides*.

wręcz przeciwne. Na blaszkach powstają grube, wysokie, stożkowatego kształtu nawarstwienia łusek, koncentrycznie ułożonych w ten sposób, że wyglądem przypominają albo muszlę (psor. ostracea), albo brudziec (psor. rupioides). Tę odmianę powoduje głównie wzmocnienie pierwiastka zapalnego w wykwicie łuszczycowym a spostrzegalem ją, jak dotychczas, w przypadkach powikłanych przez białaczkę, zniepodobniające zapalenie stawów i wielostawowy gościec rzeżączkowy. Przy umiejscowieniu takich wykwitów na dło-

niach i podeszwach mogą powstawać twory do pewnego stopnia przypominające pęcherze — ps. pemphigoides (Hallopeau, Salmon, Lemierre, R. Bernhardt, G. F. Drozdowicz).

Wreszcie wspomnieć jeszcze należy o łuszczycy brodawkowej (ps. verrucosa), w której powstają rozrosty brodawkowe na starych długo trwających blaszkach i tarczach, mieszczących się głównie na podudziach. Rzeczy się tutaj mają zupełnie tak, jak w wielu innych przewlekłych cierpieniach skóry, np. w pryszczycy, czerwonym liszaju płaskim i t. d. Długotrwałe leczenie arsenikowe niewątpliwie sprzyja występowaniu tego objawu.

Jak wiadomo, wykwity łuszczycowe giną bez śladu i bez pozostawiania zmian barwikowych. W niektórych jednak razach po ustąpieniu łuszczycy mogą pozostawać mniej więcej ciemne plamy. Spostrzegamy to zwłaszcza na kończynach dolnych, częściej też w przypadkach leczonych arsenikiem. Odbarwienie skóry, powstawanie bezbarwnych białych plam (leucoderma psoriaticum) jest zjawiskiem bardzo rzadkiem i bynajmniej nie zależy od leczenia chryzarobiną. Takie bielactwo może w pewnych razach nastęczyć trudności rozpoznawcze w kierunku przymiotu, w którym jednak zazwyczaj miewa inne umiejscowienie (szyja).

Nazywamy łuszczycę nietypową wtedy także, gdy zmiany skóry układają się linijnie, występują tylko na jednej połowie ciała albo też mieszczą się nie na wyprostnych, jak zwykle, lecz wyłącznie na powierzchniach zginaczy (w zgięciach łokciowych, kolanowych, w pachach, pachwinach, pod piersiami, w okolicy odbytu). Odgraniczenie tych przypadków od t. zw. pryszczycy pasorzytniczej (łojotokowej), mającej też samo umiejscowienie, jest nie zawsze rzeczą łatwą i pewną. W wielu razach można tu myśleć o powikłaniu łuszczycy przez pryszczycę, zwłaszcza u osobników łojotokowych albo też o współistnieniu obu spraw chorobowych. Takie postaci mieszane (formes hybrides) dały pohop niektórym autorom do utożsamienia obu tych cierpień pod względem przyczynowym (teoria pasorzytnicza).

Z innych powikłań łuszczycy należy wskazać na przewlekłe cierpienia stawowe, a zwłaszcza na zapalenie zniepodobniające, które omawianemu tu cierpieniu może nadać piętno dosyć odrębne. O ujawniającej się w tych razach skłonności do spraw wypocinowych (łuszczycyca brudziecowata) wspomniałem już wyżej. Pamiętać też należy, że łuszczycę powikłaną przez wyż. wspomniane cierpienia stawowe zazwyczaj należą do najcięższych i mają przebieg nader uporczywy.

Do ciężkich należą też te przypadki, w których samoistnie lub pod wpływem zbyt energicznego leczenia miejscowego występują uogólnione erytrodermie o przebiegu podoстрыm lub przewlekłym. W tych razach skóra całego ciała ulega zaczerwienieniu i łuszczy się, włosy zupełnie lub częściowo wypadają, zjawia się swędzenie, gruczoły chłonne stopniowo się powiększają, stan ogólny podupada. Przebieg jest taki, jak w każdej wtórnej erytrodermji.

Z rzadkich powikłań wspomnę jeszcze o nabłoniaku, którego rozwój z blaszki łuszcycowej notowano w niektórych spostrzeżeniach.

B u d o w a. Zmiany anatomiczne łuszcycy dotyczą skóry właściwej oraz naskórka. Które z nich należą do pierwotnych, to jest rzeczą dotychczas jeszcze nierozstrzygniętą ostatecznie. W skórze właściwej znajdujemy znaczne wydłużenie brodawek, których naczynia są rozszerzone i otoczone obfitem nacieczeniem drobno-komórkowym. Naciek przechodzi na warstwę podbrodawkową, głębiej jednak zazwyczaj nie sięga. Tkanka klejodajna i sprężysta nie podlegają wybitniejszym zmianom.

Komórki podstawowe naskórka mają wygląd zwykły. Warstwa kolczasta jest na ogół zgrubiała. Rozrost dotyczy wyłącznie sopli międzybrodawkowych, których wydłużenie idzie ręką w rękę z wysokością brodawek. Część sieci, leżąca powyżej wierzchołka brodawek, jest zazwyczaj ścieńczała. W sieci Malpighi'ego stwierdzić można objawy obrzęku między- i śródkomórkowego oraz obecność komórek wędrujących. Warstwy ziarnistej brak w wykwitach świeżych, w starszych zaś jest ona miejscami zachowana, a nawet zgrubiała. W zależności od tego w wykwitach młodych spotykamy się głównie z rogowaceniem wadliwym naskórka (parakeratosis), w starszych zaś obok tej sprawy widzimy też rogowacenie nadmierne (hyperkeratosis). Co się zaś tyczy samej warstwy rogowej, to jest ona zgrubiała, z poszczególnych listków złożona, lecz nie zbita. Zawiera niewielkie przestrzenie wypełnione leukocytami i masą ziarnistą. Te twory (prosówkowe ropnie śródskórkowe), po raz pierwszy opisane przez Wł. Kopytowskiego, niektórzy badacze uważają za nader znamienne dla łuszcycy (Sabouraud).

P r z y c z y n y. Łuszczyca jest dosyć częstym cierpieniem, spostrzegamy ją bowiem w 3—6% ogólnej liczby chorób skóry. Wystąpić może w każdym wieku, najczęściej jednak pomiędzy 9—24 rokiem życia. W 25—30% jest ona cierpieniem rodzinnym i dziedzicznym. Napadowi łuszcycy może sprzyjać uraz, szczepienie ospy, tatuowanie, wstrząsy nerwowe i psychiczne. Pierwsze objawy tej

choroby spostrzegano też wraz z wystąpieniem miesiączki, niekiedy znowu podczas ciąży. Nadużycia wysokości mogą także powodować nader częste nawroty.

Właściwa przyczyna powstawania łuszczycy jest jednak dotychczas nieznaną. Z licznych teorii, dotyczących tej ciekawej sprawy, zasługują na uwagę następujące:

1) *Teoria ustrojowa*. Według poglądów zwolenników tej teorii łuszczycą jest chorobą ogólną, ustrojową, w której dziedziczność ujawnić można, jak już powiedziano, w 25—30%. Dziedziczy się jednak nie samą chorobę skóry, lecz raczej skłonność do niej. Skłonność polega na tem, że skóra w łuszczycy ma posiadać takie (dziedziczne) właściwości, iż na różne podniety zewnętrzne i wewnętrzne reaguje przez wytwarzanie swoistego wykwitu łuszczycowego. Zjawisko Köbner'a, polegające, jak wiadomo, na powstawaniu świeżych wykwitów łuszczycowych wzdłuż sztucznie zrobionej rasy naskórka *), unaocznia tę swoistą zdolność reakcyjną skóry **). — Jest rzeczą jasną, że teoria ta mieści w sobie wszelkie dawniejsze pojęcia o t. zw. skazie łuszczycowej.

Teoria nerwowego pochodzenia łuszczycy. Punktem oparcia dla tej teorii są różne zaburzenia nerwowe, spostrzegane u chorych na łuszczycę, np. nerwobóle, przeczulenie lub przytępienie czucia bólowego, wzmożenie lub osłabienie odruchów, nadmierne poty i wogóle objawy niedomogi nerwowej oraz histoneurastenji. Występowanie łuszczycy pod wpływem wstrząsu nerwowego lub urazu psychicznego, układanie się wykwitów tylko na jednej połowie ciała a także wzdłuż przebiegu nerwów, wreszcie spostrzegana niekiedy nadzwyczajna umiarowość mają również służyć za dowody, potwierdzające słuszność teorii nerwowej. W myśl tych poglądów należałoby uważać łuszczycę za nerwicę naczyniową. Pozatem istnieją spostrzeżenia, mogące wskazywać na przypuszczalny związek łuszczycy z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem. Na łączność z gruczołami płciowemi zwraca uwagę Petrini, z gruczołem zaś tarczowym (upośledzenie czynności) Bramwell, Grosz i inni. Znane też są doświadczenia Sommer'a, dotyczące odczynu żrenicowego wyciętych żabich gałek ocznych i zdające się wskazywać na zmniejszoną ilość ciał z grupy adrenalinowej w surowicy krwi chorych na łuszczycę. Ścisłości tego spostrzeżenia zaprzeczyli zresztą Fischel i Parma. Wreszcie Nagelschmidt wspomina

*) Porównaj czerwony liszaj płaski.

**) Zjawisko Köbner'a można zresztą również dobrze przytoczyć, jako dowód zaszczepliwości łuszczycy, a więc na potwierdzenie teorii pasorzytniczej.

o dodatnim wpływie pankreatyny na przebieg niektórych przypadków łuszczycy.

Teoria pasorzytnicza. — Przypuszczenia co do pochodzenia pasorzytniczego łuszczycy wynikają, jak dotychczas, głównie z wyglądu i sposobu powiększania się blaszek, które, jak wiadomo, mogą zanikać pośrodku, szerzyć się obwodowo, łączyć ze sobą i t. p. Przypomina to bardzo obrazy, jakie zwykliśmy widywać np. w liszaju strzygącym. Dodatkowo działanie środków przeciwpasorzytnicznych zdaje się również przemawiać na korzyść tych poglądów. Nie należy też zapominać, iż zupełnie analogiczną ewolucję mogą posiadać niektóre osutki krwiopochodne charakteru zakaźnego, np. przymiot. Wobec tego nie wiemy dziś nawet, gdzie właściwie należy szukać siedliska domniemanego zarazka: czy we krwi, czy też w skórze. Co do skóry, to wiemy, że dotychczasowe poszukiwania dały wyniki ujemne. *Epidermophyton Lang'a* i *Leucopola repens Ecklund'a* należą dziś do wspomnień historycznych, domniemany zaś bezpostaciowy zarazek łuszczycy, wykryty przez J. Wiśniewskiego w pracowni Śerkowskiego, również bardzo szybko poszedł w zapomnienie wraz z przygotowaną zeń szczepionką leczniczą. Nie wytrzymują również krytyki dowody i próby zaszczepliwości łuszczycy. Jako jedyny mniej więcej pewny fakt w tej dziedzinie, można, jak dotychczas, uważać tylko doświadczenie Destot'a, który sam sobie szczepił łuszczycę z wynikiem dodatnim.

Z tem wszystkim nie należy zapominać o daleko sięgającym podobieństwie łuszczycy do niektórych postaci pryszczycy łojotokowej — choroby niewątpliwie pasorzytniczej. Analogje w obrazie klinicznym mogą być bardzo wielkie. Postacie mieszane i przejściowe niewątpliwie się zdarzają. Dlatego też niektórzy badacze z Unna'ą na czele skłonni są, jak już zaznaczyłem, utożsamiać obie te sprawy. Mamy tu zatem szerokie pole do poszukiwań.

Teoria gruźliczego pochodzenia łuszczycy. — Ostatniemi czasy usiłowano ująć łuszczycę jako „tuberkulid“. Wskazywano na to, że dotknięci łuszczycą daleko częściej chorują na gruźlicę utajoną, niż dotychczas przypuszczano. Na ściślejszy związek pomiędzy temi sprawami wskazywał zwłaszcza Poncet, który sprowadza łuszczycę do „toxi-infection tuberculeuse“ i mówi nawet o „łuszczycy gruźliczej“, uwydatniając jej współistnienie z niektórymi cierpieniami przewlekłymi stawów pochodzenia gruźliczego (Poncet i Leriche). Również Dujardin i Gaucher przypisują gruźlicy pewne znaczenie w powstawaniu omawianego schorzenia skóry. Ostatnio Menzer określa łuszczycę jako gruźlicze cierpienie skóry

z współczesnym zakażeniem paciorkowcem. W przypadkach swoich (15-tu) spostrzegł on po zastrzyknięciu tuberkuliny odczyn ogólny oraz miejscowy (w blaszkach), w skrawkach jednak nie znalazł ani razu prątków Koch'a i tylko raz jeden ziarenka Much'a. Kontrolujące poszukiwania (K. Zieler, Schönfeld) nie potwierdziły tych danych tak, że usiłowania stworzenia jeszcze jednego tuberkulida należy oczywiście uważać za chybione.

Rokowanie. Na ogólny stan zdrowia łuszczycyca zazwyczaj nie wywiera wpływu ujemnego, jeżeli pominąć wyjątkowo ciężkie a na szczęście rzadkie przypadki powikłane, np. tak zw. psoriasis arthropatica. Pod tym więc względem rokowanie w łuszczycy, można określić jako dobre. Mówiło się też dawniej, że łuszczycyca jest chorobą ludzi zdrowych, co zresztą, jak widzieliśmy, nie zupełnie odpowiada istocie rzeczy. Niepomyślnie jest natomiast rokowanie co do uleczalności tej choroby. Możemy i umiemy wprowadzić usunąć każdy poszczególny napad łuszczycy, nie mamy jednak środków i dotychczas nie znamy takich metod leczniczych, które zdołałyby zapobiec nawrotom. Co się nawrotów tyczy, to sprawy nie zawsze układają się jednakowo. Czasem występują one tak często jeden po drugim, że można mówić niemal o ciągłym trwaniu choroby. Tacy chorzy są rzeczywiście bardzo nieszczęśliwi. W innych znowu razach przerwy pomiędzy nawrotami bywają bardzo długie, po kilka a nawet kilkanaście lat. Niekiedy znowu łuszczycyca ujawnia się tylko obecnością kilku blaszek na łokciach i kolanach i w tym stanie trwa przez długie lata nie powodując żadnych dolegliwości. Jak się jednakże ułoży przebieg choroby w poszczególnym przypadku, tego nie można nigdy przewidzieć. Łuszczycyca bowiem, która podotąd zachowywała się zupełnie biernie, może się zagnała stać czynną i odwrotnie.

Za uleczalnością łuszczycy przemawia P. Unna, zwolennik teorii pasorzytniczego pochodzenia tej choroby. W celu zapobieżenia nawrotom doradza on możliwie doszczętne usunięcie wszelkich klinicznych objawów osutki łuszczycowej.

Rozpoznanie przypadków typowych zazwyczaj bywa łatwe. Charakterystyczne właściwości wykwitów łuszczycowych, ich sposób powstawania i rozwoju, ulubione umiejscowienie, wreszcie przebieg całego cierpienia z jego skłonnością do nawrotów — dostarczają dostatecznie danych do ustalenia rozpoznania właściwego. Nie dziwi też, że właśnie łuszczycyca należy do schorzeń skóry najbardziej znanych szerokiemu ogółowi lekarskiemu.

Przypadki trudne, nietypowe pod względem wyglądu kliniczne-

go i umiejscowienia, mogą jednak niekiedy nastreczyć mnóstwo wątpliwości różnicoworozpoznawczych, że tylko wspomnę o łuszczycy uwłosionej skóry głowy, dłoni, o łuszczycy umiejscowionej w zgięciach i t. p. Kwestje te omawiałem już w opisach odpowiednich postaci klinicznych łuszczycy i do nich też odsyłam czytelnika. Tutaj dodam tylko, że w niektórych przypadkach wątpliwości tych nie udaje się zgoła rozstrzygnąć bez dłuższego spostrzegania chorego.

L e c z e n i e łuszczycy rozpada się na wewnętrzne i zewnętrzne.

Z środków wewnętrznych najczęściej bywa podawany arsenik. Sądzę jednak, że zalecanie arseniku w leczeniu łuszczycy polega więcej na rutynie, niż na rzeczywistej potrzebie. Nie ulega bowiem wątpliwości, że rzadko kiedy udaje się wyleczyć łuszczycę przy podawaniu zwykłych dawek arseniku bez współczesnego stosowania środków zewnętrznych. Wydajnymi w łuszczycy są tylko dawki wysokie, np. 0,40—0,60 i nawet więcej kakodylanu sodowego dziennie, co nie może być obojętne dla ustroju, zwłaszcza przy dłuższem stosowaniu. Z drugiej znowu strony nie ulega też wątpliwości, że w bardzo wielu razach arsenik raczej szkodzi. Dotyczy to zwłaszcza ostrych napadów (łuszczycy kropkowa i kroplista) oraz przypadków zdradzających skłonność do częstych nawrotów. W tych razach arsenik najczęściej pogarsza sytuację, sprzyjając, jak to widywałem, obostrzeniu sprawy chorobowej. Z tych względów w leczeniu łuszczycy zazwyczaj obywam się bez arseniku i zalecam go jedynie w niektórych przypadkach zastarzałych a także w wyłącznem umiejscowieniu sprawy na uwłosionej skórze głowy. W takich razach arsenik podaję w postaci kropel, pigułek lub zastrzykiwań podskórnych podług tych wzorów i metod, o jakich mowa w leczeniu czerwonego liszaja płaskiego (patrz str.). Dożylne wlewania neosalwarsanu w dawkach 0,45—0,60 mogą niekiedy nader szybko usunąć wykwity łuszczycowe, metoda ta jednak bynajmniej nie chroni od nawrotów. Przeciwnie, zjawiają się one niekiedy bardzo wcześnie. Przy stosowaniu neosalwarsanu i arseniku wogóle należy się też liczyć z tem, że blaszki łuszczycowe mogą ustąpić pozostawiając plamy barwikowe.

Z innych leków wewnętrznych wspomnę o jodku potasowym (Haslund), który radzą podawać w dawkach wzrastających (5—50 g. K I dziennie). Nie posiadam osobistego doświadczenia z tym lekiem, gdyż nie mogłem się zdobyć na odwagę podawania chorym dawek tak nadmiernych.—Rtęć w postaci zastrzykiwań śródmięśniowych kalomelu lub tlenku żółtego daje niekiedy, jak to już widywałem, wcale dobre wyniki. To samo można powiedzieć o tyroidynie,

którą nieraz z powodzeniem stosowałem w rozległej łuszczycy zastarzałej a także w przypadkach, powikłanych przez przewlekłe cierpienia stawowe.

Podczas napadów ostrych podaję do wewnątrz żelazo, chininę, ergotyne.

Leczenie zewnętrzne ma na celu usunięcie łusek oraz spowodowanie wessania blaszek łuszczycowych. Wessanie osiągamy głównie za pomocą t. zw. środków odtleniających (redukujących). Są to leki drażniące skórę, należy ich zatem unikać w napadach ostrych i wogóle wówczas, gdy powłoki znajdują się w stanie podrażnienia i zapalenia. W takich razach przede wszystkim usuwamy zapalny stan skóry za pomocą maści łagodzących, np. cynkowej 5—10%, salicylowej 1—2% przy współczesnym podawaniu wyż. wzmiankowanych leków wewnętrznych. Gdy miną objawy ostrozapalne, przystępujemy do właściwego leczenia łuszczycy.

Do usunięcia łusek nadają się kąpiele zwykłe lub z dodaniem sody (100—250 g.), boraksu, mydła szarego, łaźnia, okłady, a wreszcie stosujemy tłuszcze, do których można dodać kw. salicylowego 5—10%. Na pozabawione łusek blaszki stosujemy środki odtleniające, które zalecamy w postaci maści, zawiesin i płynów zasychających oraz plastrów.

Do najpotężniejszych leków przeciwluszczycowych należy *chryzaro*binę, którą najczęściej stosujemy w maściach 5—10%. Wcieramy ją ostrym pendzlem raz dziennie w miejsca chore tak długo, póki nie wystąpi odczyn chryzarobinowy. Polega on na tem, że dokoła wykwitu łuszczycowego zjawia się fiołkowoczerwone zabarwienie skóry, oddzielone od właściwej blaszki łuszczycowej obrąbkami skóry niezabarwionej. Z chwilą zjawienia się odczynu zapalnego przestajemy stosować chryzarobinę i zalecamy maść łagodzącą, np. maść Wilson'a. Gdy odczyn minie, powracamy znowu do chryzarobiny i w ten sposób prowadzimy leczenie, aż do zupełnego wessania blaszki łuszczycowej.

Chryzarobina, jak widać, barwi i drażni skórę a nie powinna być stosowana na powierzchniach rozległych. Przeciwwskazana jest w zapaleniu nerek. Przeniesiona na łącznice oczne powoduje ich ostre zapalenie. Nie stosujemy jej na rękach, twarzy, głowie i narządach płciowych. Barwi paznokcie, włosy, również bieliznę i pościel (brunatnoczerwone i fioletowe plamy). Przy dłuższem stosowaniu wywołuje objawy zatrucia (brak łaknienia, mdłości, bezsenność, krwimocz i białkomocz, brudnozielonkawe zabarwienie moczu).

Dobrym lekiem przeciwłuszczycowym jest również kw. pyrogalusowy zalecany w maściach 5—10%. Działanie jego jest analogiczne do podanego przy chryzarobinie. Drażni skórę, zabarwia naskórek, paznokcie, włosy, niszczy i zabarwia bieliznę, wywołuje objawy zatrucia. Wynika stąd, że leczenie łuszczycy chryzarobiną i kw. pyrogalusowym winno się odbywać pod kontrolą lekarską.

Pragnąc bardziej uprościć leczenie i umiejscowić działanie tych leków, uniknąć podrażnienia skóry i zniszczenia bielizny, możemy stosować je w traumatycynie (10—15%). Tym płynem należy pędzlować dokładnie blaszki pozbawione łusek i pozostawiać na miejscu 2—3 doby, poczem zmyć eterem i na świeżo posmarować. Działanie jest o wiele słabsze, niż w maściach.

Z innych preparatów tej grupy, które jednak nie znalazły szerszego zastosowania, wymienię antrarobinę (maść 10—20%, roztwór wyskokowy 10%), eurobinę (10% w acetonie lub pastach), lenigallol (10—20% maść), eugallol (roztwór w acetonie), gallanol, gallacetophenon (Nencki i Rekowski), pyraloxin, cignolin i t. p.

Dziegieć w leczeniu łuszczycy zalecam często i chętnie. Działa niemal o połowę słabiej, niż chryzarobina i kw. pyrogalusowy, jest jednak lekiem nader cennym. W postaci czystej, jako maść 3—5%, stosuję dziegieć po uspokojeniu się napadu ostrego łuszczycy, mając na względzie stopniowe przejście do kw. pyrogalusowego lub chryzarobiny.

Ungt. plumbi vaselinati 50,00
 Vaselini fl. amer. 100,00
 Lanolin. anhydr. 30,00
 Oxyd. Zinci 10,00
 Ol. cadini opt. 6,0—10,00
 M. f. ungt.

W tych razach, gdy nie jestem pewien wrażliwości skóry na chryzarobinę i kw. pyrogalusowy, np. u ludzi, którzy leczą się po raz pierwszy, a także w przypadkach łuszczycy bardzo rozległej rozpoczynam leczenie od stosowania dziegciu. Wówczas najchętniej zalecam maść Wilkinson'a, którą wcieramy w chore miejsca raz dziennie. Maści tej używam też chętnie jako zaróbki dla kw. pyrogalusowego oraz chryzarobiny, dodając prócz tego kwasu salicylowego w ilości 5%.

Ac. salicylici 5,00
 — pyrogallici 10,00
 (Chrysarobin)
 Ungt. Wilkinsoni 85,00

Z reguły dodają też około 10% dziegciu do maści rtęciowych (patrz niżej). Stosują go też w kąpielach ogólnych a zwłaszcza w miejscowych, które zalecam w łuszczycy rąk, dłoni, podszew i w przypadkach zastarzałych blaszek podudzia.

Po dłuższym użyciu może dziegieć wywołać objawy zatrucia (kontrola moczu!), miejscowo zaś drażni skórę i powoduje powstawanie trądzika (acne picea s. cadina).

Z rtęciowych preparatów najszersze zastosowanie ma hydrarg, ppt. album. Zalecamy go w 10% maściach w łuszczycy głowy, twarzy, uszu, grzbietu rąk i narządów płciowych. Do maści zazwyczaj dodają około 10% dziegciu oraz 3—5% kwasu salicylowego*). Najczęściej przepisują:

Ac. salicylici 2,50
 Hydrarg. ppt. alb.
 Ol. cadini
 (Ol. fagi)
 (Liq. carbon, deterg. angl.) āā 5,00
 Sap. virid. 5,00—10,00
 Vaseline. fl. amer. 35,00—30,00
 M. f. ungt.

Maść ta nadaje się również do leczenia nierozległych i powierzchownych postaci łuszczycy na ciele. Działa słabo. Należy pilnować dziaseł. Obok kąpeli zalecam ją jeszcze do wcierania 2 razy tygodniowo w leczeniu następczem — po dokładnem usunięciu wykwitów łuszczycowych. W tym samym celu zastosować też można 2—3% maść β-naftolową oraz kąpiele siarkowe.

Do wyż. podanych metod leczenia łuszczycy przybyła ostatnimi czasy nowa i to bardzo potężna, — mianowicie rentgenoterapia. Nie ulega wątpliwości, że za pomocą naświetlań promieniami X można łatwo usunąć wykwity łuszczycowe bez współczesnego stosowania jakiegokolwiek innej metody leczniczej. Jest to zatem metoda czysta, niebolesna i niekłopotliwa. Nie nadaje się jednak do leczenia osutek rozległych. Stosujemy ją w celu usunięcia blaszek zastarzałych na łokciach, kolanach, przedramionach, udach i podudziach,

*) Kwas salicylowy radzę dodawać w miarę możliwości do wszelkich leków przeciwłuszczycowych, gdyż niewatpliwie wzmacnia ich działanie.

krzyża i łędźwi, także w łuszczycy grzbietu rąk, dłoni i podeszew. Należy też pamiętać, że blaszki łuszczycowe posiadają wielkie powinowactwo do promieni X. Doradzam zatem dawać $\frac{1}{4}$ dawki tygodniowo na każde miejsce i w żadnym razie nie przekraczać połowy dozy. Na głowie nawet $\frac{1}{2}$ dawki może spowodować wypadanie włosów. Bardzo wrażliwe są również dłonie i podeszwy.

Łupież różowy (Gibert).

(Pityriasis rosea Giberti).

Łupież różowy, niesłusznie dotychczas nazywany przez niemieckich autorów herpes tonsurans maculo-squamosus, jest cierpieniem skóry o wyglądzie charakterystycznym i przebiegu nader typowym.

Objawy. — Pierwszym objawem cierpienia jest powstająca niemal niespostrzeżenie dla chorego okrągła lub owalna blaszka wielkości do 3 i więcej cm. Obwodowa część jest nieco wzniesiona i ma wygląd kółka barwy żyworóżowej, pokrytego drobnymi, mocno przylegającymi łuseczkami, które jednak nie dochodzą do samego brzegu wykwit. Środkowa część jest jakby spłaszczona, niemal gładka, barwy blad różowej, różowożółtawej, brunatnawej. Blaszka ta, którą można nazwać „macierzystą“ (plaque primitive Brocq), zjawia się zazwyczaj jako egzemplarz pojedynczy i mieści się przeważnie w części górnej tułowia, bliżej szyi, rzadziej na ramieniu, powierzchni bocznej tułowia, brzuchu lub na udzie. Powiększając nieco przez rozrost odśrodkowy blaszka macierzysta trwa 6—8 dni, poczem następuje stopniowe uogólnienie osutki.

Osutka zwykła się rozwijać w kierunku od góry ku dołowi ciała, zajmując kolejno szyję, część górną a następnie dolną tułowia, kończyny górne, wreszcie uda. Bzadziej spostrzegamy kierunek odwrotny, a mianowicie wówczas, gdy blaszka macierzysta mieści się na udzie. Twarz, ręce, stopy, podudzia bywają przeważnie wolne. Sama osutka składa się z nieostro odgraniczonych różowych plam i grudek, które powiększają się stopniowo i poczynają łuszczyć w środku. Następnie część środkowa wykwit blednie i spłaszcza się, naskórek zaś ma tutaj wygląd błyszczący i jakby pomarszczony, co zwłaszcza wyraźnie występuje przy rozciąganiu skóry w pewnym kierunku. Obwodowa część wykwit pozostaje jednak czynną, tworząc mniej więcej szeroki obrąbek różowy, pokryty suchą łuseczką. Jak w blaszce macierzystej, łuski zazwyczaj nie sięgają samego brzegu wykwit, a niekiedy układają się w ten sposób, iż powstaje

rysunek wyglądem przypominający fryzkę. Wielkość wykwitów waha się od kilku milimetrów do 1—2 a nawet 3 cm. Kształt bywa okrągły lub owalny, większe jednak i starsze kółka często bywają nieprawidłowo ząbione. Zdarza się, że w jednym przypadku występuje więcej plam i grudek, w drugim zaś — kółek. Przeważnie jednak składa się tak, że wszystkie te twory współcześnie spostrzegamy u danego chorego. Nadaje to łupieżowi różowemu charakter osutki wielopostaciowej.

Wykwity układają się dosyć umiarkowo i zazwyczaj występują w postaci rozsianej. Ugrupowanie nie należy tutaj do reguły, choć spostrzega się nierzadko. Ułożenie wzdłuż linii rozdzielczych skóry widywałem dosyć często na plecach.

Cierpienie zazwyczaj nie powoduje znaczniejszych objawów podmiotowych. Czasem bywa niewielkie swędzenie i pieczenie w okresie uogólnienia się sprawy. W wielu jednak razach swędzenia brak zupełnie tak, że chorzy zazwyczaj zwracają się do lekarza z cierpieniem skóry całkowicie rozwiniętem. Tylko ludzie bardzo wrażliwi, nerwowi i osłabieni uskarżają się nieraz na dosyć dotkliwe swędzenie.

Przebieg. Łupież różowy ma przebieg napadowy. Wybuchy następują w krótkich, aczkolwiek nierównych odstępach czasu, przy czem osutka stopniowo się rozprzestrzenia w kierunku od szyi ku dołowi. Nowe wykwity zazwyczaj zjawiają się w przestrzeniach między dawnymi a także w ich sąsiedztwie. Nie jest rzeczą konieczną, aby każda plama lub grudka miały się przekształcać w twór obrączkowaty.

Wykwity łupieżu różowego trwają mniej więcej około 2 tygodni, poczem błędną, przestają się łuszczyć a wreszcie giną pozostawiając bladą barwikową plamkę, która ustępuje bez śladu w ciągu 10—14 dni. Przebieg całego cierpienia określić można na 6—8 tygodni. W przypadkach wyjątkowych termin ten ulega przedłużeniu. Wedle Thibierge'a łupież różowy nie daje nawrotów. Brocq spostrzegał je tylko wyjątkowo. Osobiście raz jeden tylko byłem świadkiem niewątpliwego nawrotu choroby Gibert'a.

Budowa. W brodawkach i pokładach górnych skóry właściwej można stwierdzić objawy zapalenia: rozszerzenie naczyń krwionośnych, nacieczenie okołonacyniowe, wzmożoną ilość komórek stałych tkanki łącznej, dosyć znaczny obrzęk. Naskórek jest nieco zgrubiały, sople międzybrodawkowe są w stanie rozrostu. W sieci Malpighi'ego widać zjawiska obrzęku śród- i międzykomórkowego. Ostatni bywa niekiedy o tyle wydatny, iż może dojść do wytworze-

nia drobniotkich pęcherzyków, zawierających surowicę oraz leko-cyty. W całym naskórku spostrzegamy niemało komórek wędrują-cych. Warstwy ziarnistej nie ma, rogowa zaś jest zgrubiała, łuszczy się i daje objawy rogowacenia wadliwego (parakeratosis).

Przyczyny. Łupież różowy spostrzegamy zazwyczaj u ludzi młodych pomiędzy 15—35 rokiem życia, częściej u kobiet aniżeli u mężczyzn (stosunek 2 : 1), przeważnie też w sezonie wiosennym. Rozszerzenie żołądka oraz przymiot zdają się usposabiać do tej cho-roby skóry. Lassar i Rosenthal przypisują pewne znaczenie nosze-niu bielizny flanelowej i trykotów. O właściwych jednak przyczy-nach powstawania łupieżu różowego dotychczas nie wiemy nic pe-wnego. Przysnać trzeba, że rozwój tego cierpienia w dwa tempa, rozprzestrzenienie napadowe, przebieg szybki, prawidłowy i okre-sowy mogą do pewnego stopnia przemawiać za ogólną sprawą za-kaźną — pogład, który podtrzymują głównie badacze francuscy. Należałoby tedy przypuścić, że zarazek wtargnął do ustroju w miej-scu powstania blaszki macierzystej i że stąd nastąpiło uogólnienie po pewnym (krótkim) okresie wylegania. Z drugiej strony nie na-leży niedoceniać wielkiego podobieństwa tych wykwitów a zwła-szcza kółkowych do schorzeń grzybkowych, głównie do liszaja strzygącego skóry niewłosionej. Na tem właśnie podobieństwie opiera się pogład starej szkoły wiedeńskiej, mianującej omawiane cierpienie herpes tonsurans maculosus et squamosus. Blaszka ma-cierzysta byłaby zatem miejscem zaszczepienia grzyba, pozostałe zaś wykwity — zwykłymi przeszczepami. Nadmienić jednak trzeba, że w łuskach łupieżu różowego Gibert'a dotychczas grzybków pasorzyt-nicznych nie wykryto. Ostatniemi czasy du Bois (1912 r.) znalazł w 3 przypadkach tego cierpienia grzybki (zarodniki różnej wielkości bez grzybni) w wylotach mieszków włosowych i gruczołów potowych. Pasorzyt był podobny do opisanego przez Vidal'a microsporon di-spar.

Przy rozpoznaniu różnicowem winniśmy przedewszyst-kiem mieć na względzie niektóre postacie t. zw. pryszczycy łojotoko-wej (pasorzytnicznej) oraz liszaj strzygący niewłosionych miejsc skóry. W obu razach podobieństwo może sięgać daleko. — W pry-szczycy jednak czerwona barwa wykwitów posiada pewien odcień żółtawy, a na obwodzie blaszek można zauważyć drobniotkie pęche-rzyki, nadżerki oraz strupeczki. Część środkowa blaszek nie posiada też owego błyszczącego i pomarszczonego naskórka, jaki widzujemy w łupieżu różowym. W ostatnim stwierdzamy ponadto obecność blaszki macierzystej. W pryszczycy tułowia zazwyczaj znajdujemy

współczesne zmiany twarzy i uwłosionej skóry głowy, a więc miejsc z reguły wolnych w chorobie Gibert'a. Wreszcie w przypadku przeciętnym pryszczycyca zawsze powoduje o wiele większe swędzenie.

Co się tyczy liszaja strzygącego, to nie układa się on na tułowiu tak umiarowo, jak łupież różowy, postać zaś obrączkowata występuje pierwotnie, jak wiadomo, głównie w miejscach odzieżą nie pokrytych (twarz, szyja, grzbiety rąk, okolica napięstka, przedramię). W częściach obwodowych takich wykwitów objawy zapalne są też o wiele znaczniejsze i tworzą się liczne pęcherzyki, podczas gdy środkowa ujawnia mniej więcej wyraźne łuszczenie. W przypadkach wątpliwych poszukiwanie drobnowidzowe grzybków ostatecznie rozstrzyga rozpoznanie.

W drobno plamistej postaci choroby Gibert'a może być mowa o różyczce syfilitycznej. Jednakże plamiste wykwyty przymiotowe zazwyczaj miewają wielkość mniej więcej jednaką i nie łuszczą się na powierzchni. Obecność innych objawów syfilisu (stwardnienie pierwotne, gruczoły chłonne, błony śluzowe), brak blaszki macierzystej oraz cały przebieg cierpienia łatwo naprowadza na rozpoznanie właściwe.

Leczenie. — Łupież różowy nie wymaga leczenia energicznego. W przypadkach zwykłych cała sprawa kończy się w ciągu 6—8 tygodni — nawet bez interwencji leczniczej. Stosowanie leków silnych może niekiedy pogorszyć sprawę, gdyż potęgują one objawy zapalne, drażnią bez potrzeby skórę i powodują swędzenie. To też w większości przypadków wystarczy zalecić kąpiele krochmalowe 28° 2 razy tygodniowo oraz smarowanie raz dziennie 10% maścią cynkową z dodaniem kwasu salicylowego lub resorcyny (1—2%), siarki (1—3%), tiolu lub ichtyolu (do 5%). Djeta niedrażniąca i wody zasadowe są wskazane w tych razach, gdy można stwierdzić rozszerzenie żołądka.

W przypadkach uporczywych leczenie miejscowe prowadzimy bardziej energicznie, unikając jednak zbytniego podrażnienia skóry.

W grupie schorzeń parakeratotycznych należałoby jeszcze opisać obrazy kliniczne, które L. Brocq nazywa parałuszczycą (parapsoriasis). Uważam jednak za odpowiedniejsze omówić je w rozdziałach o liszajach i erytrodermjach. W innym też miejscu znajduje się rzecz o grzybicy naskórkowej Unna'y (t. zw. pryszczycyca parasorzytnicza).

Rozdział IV.

Choroby włosów.

I. Choroby włosów pochodzenia nieparaszytnicznego.

Siwizna.

(Canities).

Siwemi nazywamy włosy, które tracą barwik. Kolor takich włosów bywa szary, szaropopielaty, białożółtawy i wreszcie śnieżnobiały. Jeżeli uwłosienie podlega siwieniu na przestrzeniach znacznych, to zjawisko takie określamy mianem canities, osiwienie zaś na miejscach ograniczonych nazywa się poliosis.

Osiwienie może być wrodzone i wówczas polega nie na utracie, lecz na zupełnym braku barwika we włosach. Takie stany zazwyczaj bywają wyrazem ogólnego bielactwa (albinismus), w którym wrodzony brak barwika dotyczy nie tylko włosów, lecz i skóry, paznokci, tęczówki i naczyńówki (patrz bielactwo).

Siwienie starcze (canities senilis) jest zjawiskiem fizjologicznym, spostrzeganym u ludzi w pewnym wieku. Wiek ten nie daje się ściśle określić, gdyż podlega dosyć szerokim wahaniom osobniczym. Początek siwienia starczego najczęściej przypada na 40—50 rok życia (podług Bodin'a 31—40). Należy też zauważyć, że siwienie to jest zgoła niezależne od wyłysienia starczego. Obie sprawy mogą się wprawdzie rozwijać zupełnie równolegle, siwienie jednak częściej występuje przy znakomicie zachowanym uwłosieniu albo też odwrotnie, osobnik łysieje posiadając normalny kolor włosów.

Jeżeli wspomniane zjawisko spostrzegamy u ludzi młodych, to zaliczamy je do rzędu spraw patologicznych i mówimy o siwieniu przedwczesnym (canities praematura s. praecox). Zauważyć trzeba, że siwiznę widzimy u młodych i zupełnie zdrowych ludzi, w których ustroju nie można wykryć żadnych zmian chorobowych. W takich przypadkach odgrywają nie małą rolę wpływy dziedziczne, gdyż niewątpliwie istnieją rodziny, w których siwizna zjawia się w pewnym wieku z pokolenia w pokolenie. Szatyni siwieją częściej

i łatwiej niż blondyni, długi zaś włos prędzej niż krótki, np. włosy na głowie i brodzie siwieją o wiele wcześniej, niż pod pachami i w okolicy sromowej.

Siwienie przedwczesne ogólne lub częściowe występuje też pod wpływem różnych czynników wyniszczających ustrój, po chorobach ostrych zakaźnych (dur, płonica, róża), w chorobach umysłowych i padaczce oraz w niektórych cierpieniach nerwowego układu ośrodkowego i obwodowego (rwa nerwu trójdzielczego, zapalenie nerwu wzrokowego, migrena, nowotwory mózgu i t. d.). Nie należy też zapominać o zdecydowanym wpływie, jaki wywierają na włosy (a także na paznokcie) gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym. Tak np. przedwczesne siwienie spostrzegano w cierpieniach gruczołu tarczowego przy wzmożeniu albo upośledzeniu jego czynności. Nie wykluczony jest również wpływ gruczołów przytarczowych.

Co się tyczy osiwienia nagłego — w ciągu kilku dni a nawet godzin — pod wpływem zmartwień, strachu, niebezpieczeństw zagrażających życiu, wysiłków nadludzkich i t. p., — to fakty takie zostały przez niektórych badaczy potwierdzone, przez innych zaś zakwestjonowane. W niektórych przypadkach siwienie odbywa się widocznie przestankowo. W takich włosach widzimy szeregujące się odcinki białe i normalnie zabarwione (pili annulati — włosy białe obrączkowane).

Leczenia siwizny niema, istnieją tylko zabiegi kosmetyczne, polegające na sztucznym zabarwieniu włosów.

Do barwienia zalecane bywają środki pochodzenia roślinnego i mineralnego. Do pierwszych należą: cortex fructus Juglandis, hen-na i kwas pyrogalusowy, do drugich sole srebra, miedzi, ołowiu, rzadziej żelaza, manganu i chromu. Jako bejca wchodzi w grę związek siarkowy, garbnik, kwas pyrogalusowy. Należy jednak przestrzec przed stosowaniem soli ołowianych, gdyż mogą one spowodować nie tylko zapalenie miejscowe skóry, lecz objawy zatrucia ogólnego. Również drażnią skórę barwiki zawierające miedź.

Przystępując do barwienia włosów należy je przedewszystkiem doskonale odłuszczyć i wymyć, a następnie dokładnie wysuszyć. Włosy dzielimy na poszczególne kosmyki, na które aplikujemy barwiący płyn za pomocą nie twardej szczoteczki, np. szczoteczki do zębów z włosa borsuczego. Jeżeli barwienie odbywa się w dwa tempa, za pomocą dwóch płynów, to przed posmarowaniem drugim płynem należy dać wyschnąć pierwszemu, do obydwu płynów zaś używać oddzielnych szczoteczek. Trzeba też unikać dotykania skóry, a zwa-

szcza czoła, gdyż w przeciwnym razie miejsca te również ulegają zabarwieniu.

Na kolor blond barwią: henna (dwie pasty, jedna z indygo), woda utleniona 1 : 4, nastrój ostrzyża (*tra curcumae*), siarczan kadmowy i amonowy w 2 oddzielnych płynach, wreszcie rzewień (*radix rhei*), którego pierwiastkiem barwikowym jest kwas chryzofanowy. Doradza się przygotować nastój rzewienia z 150 g. na $\frac{1}{2}$ litra wina białego, wygotować do połowy objętości i przecedzić. Tym płynem trzeba dokładnie zmoczyć włosy i wysuszyć.

Do osiągnięcia barwy brunatnej można zalecić następujące środki:

- 1) Succ. cort. Jugland. recent. express. 25,00
- 2) Ac. pyrogallici 2,00
Spir. vini
Aq. destill. \widehat{a} 10,00
MDS.
(kolor ciemnobrunaty, châtain)
- 3) I. Ac. pyrogall. 1,00
Aq. destill. 50,00
MDS.
II. Argent. nitric. 1,00—2,00
Aq. destill. 16,00
MD. ad vitr. nigr.
- 4) Pomada barwiąca:
Cort. fr. Jugland. 6,00
Gallar. contus.
Natrii chlorati \widehat{a} 1,50
Cort. aurant. 3,00
Aq. fontan. 150,00
DS. coque ad consisten. unguenti

Barwienie na kolor czarny odbywa się głównie za pomocą azotanu srebra. Należy jednak pamiętać, że zmieniając stężenie roztworu można za pomocą tych płynów osiągnąć barwę ciemnoblonde, jasno- i ciemnobrunatną a wreszcie czarną.

- 1) I. Argent nitrici 5,00
Aq. destill. 35,00
M. D. ad vitr. coerul.
- II. Kalii sulfurati 5,00
Aq. destill. 35,00
- III. Sol. Kalii jodati 10,00 : 20,00

S. Do usunięcia plam powstałych na skórze.

- 2) I. Argent. nitrici 6,00
Aq. destill. 34,00
M. D. ad vitr. nigr.
 - II. Ac. pyrogall. 2,00
Aq. destill. 40,00
 - III. Sol. Kalii cyanati 1,00 : 10,00
DS. Trucizna!! do wywabiania plam powstałych na skórze.
- 3) Pomada do włosów (wąsy, broda).
Argent. nitrici
Tartar. depurat. \widehat{aa} 0,50
Ammon. pur. liq. 1,00
Ungt. rosat. 15,00
M. f. ungt.

Zdarza się jednak nie rzadko, że wyżej podane środki nie są znoszone, drażnią i powodują zapalenie skóry głowy, twarzy, uszów, szyi, kończyn górnych — o przebiegu nieraz ciężkim. W takich razach barwienie włosów powinno być stanowczo zabronione.

Uwłosienie nadmierne.

(Hypertrichosis. Hirsuties. Trichauxis).

Nadmierny porost włosów może wystąpić w postaci uogólnionej albo też umiejscowionej, ograniczonej.

W nadmiernem uwłosieniu uogólnionem (Hirsuties universalis adnata, homines silvestres, homines pilosi, ludzie — zwierzęta) całe ciało bywa pokryte dość długim włosem, zwłaszcza zaś twarz. Dłonie i podeszwy, żołądź prącia i napletek, powierzchnie wewnętrzne warg większych są zawsze wolne. Przypadki takie, wzbudzające zrozumiałe zainteresowanie antropologów, należą do wielkich rzadkości. Dziedziczność odgrywa w nich wybitną rolę, współczesny zaś brak zębów zdaje się wskazywać na wadliwość rozwojową. Znane są: ro-

dzina Ambras, indyjska rodzina Schwe-Maong, rosjanin Ewtichijew z rzekomym synem Fedorem, Krao — dziewczę z Laos.

Daleko większe znaczenie praktyczne ma nadmierne uwłosienie umiejscowione. Bywa ono wrodzone lub nabyte. Pierwsze występuje najczęściej w okolicy łopatek, na mostku, na pośladkach, wreszcie w okolicach lędźwiowej i krzyżowej, gdzie zazwyczaj współistnieje z rozszczepieniem kregosłupa (spina bifida occulta). Ostatnie umiejscowienie Ornstein jest skłonny uważać za szczątkowy ogon.

Nadmierne uwłosienie nabyte występuje już to jako zjawisko samoistne, już to pod wpływem różnych czynników drażniących, np. pryszczyla, plastru kantarydynowego, szarej maści rtęciowej, przy stosowaniu pozafioletowego światła i t. p. Nadmierny porost widzimy też w sąsiedztwie ognisk chorobowych o przewlekłym zapalnym przebiegu, np. dokoła ognisk wilkowych, blaszek liszaja pospolitego i t. d. Długotrwały uporczywy trądzik pospolity twarzy zdaje się również usposabiać do powstawania omawianego zjawiska. Ad. Karwowski spostrzegł je na ramieniu w przypadku rzeżączkowego zapalenia stawu.

Częściej jednak spotykamy się z postacią samoistną nadmiernego uwłosienia miejscowego. W tych razach istniejące w danej okolicy włoski przekształcają się stopniowo w mniej więcej długie i grube dobrze zabarwione włosy. U mężczyzn widzimy to głównie na grzbietach rąk, na końcu nosa, w nozdrzach, na małżowinach usznych, w okolicy międzybrwiowej. O ile tego rodzaju nienormalne uwłosienie mało krępuje mężczyznę, to doprowadza ono do rozpaczki przedstawicielki płci pięknej. Kobiety miewają takie uwłosienie głównie na twarzy, na piersiach, kończynach, rzadziej w okolicy międzybrwiowej. Na twarzy włosy wyrastają na wardze górnej, policzkach, brodzie, w okolicach podżuchwowych; na piersiach — między sutkami, na mostku oraz w okolicy okołobrodawkowej sutek; na kończynach — głównie na wyprostnych przedramion i podudzi. Najwięcej kłopotu sprawia kobietom oczywiście nienormalne uwłosienie twarzy i z tego powodu zwykle zwracają się one o pomoc lekarską. Są to albo osobniki młode, w wieku 15—20 lat, zazwyczaj brunetki, u nas zaś przeważnie żydówki, albo też kobiety starsze w okresie przekwitania. W wielu przypadkach można się łatwo przekonać, że pacjentki, przerażone zjawiającym się porostem, stosowały strzyżenie, wrywanie włosów, pasty epilacyjne a nawet golenie i w ten sposób samoświadomie pogarszały sytuację. Wiadomo bowiem, że pod wpływem miejscowych czynników draż-

niących nie tylko odrasta włos grubszy i dłuższy, lecz jednocześnie porost zaczyna obejmować coraz większe przestrzenie.

Śród przyczyn tego nienormalnego porostu u kobiet należy zwrócić uwagę na czynniki dziedziczne oraz na niewątpliwą łączność ze sferą narządów rodnych. Pomijając zdecydowany typ męski niektórych kobiet (androtrichia), pamiętać należy, że niepłodność, wczesne usunięcie jajników, różne cierpienia kobiece, wreszcie ciąża sprzyjać mogą powstawaniu uwłosienia nadmiernego. Znaczenie gruczołów płciowych jest w tych razach zupełnie oczywiste, a poza-tem każdemu z nas dobrze znane chociażby z tej dziedziny faktów, jakich dostarcza okres pokwitania. Sprawa jajników wiąże się też ściśle z innymi gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym, których wpływu na porost włosów nie da się zaprzeczyć. Tak np. w przetrwaniu grasicy, w t. zw. status thymicolymphaticus spostrzegano w niektórych przypadkach heteroseksualny porost. W akromegalji przy wzmózonej czynności przysadki mózgowej zazwyczaj bywa niedostateczny porost włosów, w niektórych jednak razach rzecz się ma wręcz przeciwnie (Jaquet i in.). Nadmierny porost występuje też w czynności wzmózonej nadnercza, w t. zw. zespole Apert'a (otyłość, zatrzymanie reguł, nadmierne uwłosienie typu męskiego). Ze gruczoł tarczowy wywiera niezaprzeczalny wpływ na włosy, o tem powszechnie wiadomo. Wpływ ten bywa przeważnie ujemny tak, że w tych razach musimy się głównie liczyć z utratą włosów (p. niżej). Niektóre jednak dane z zakresu medycyny doświadczalnej zdają się wskazywać na to, że w pewnych razach z gruczołem tym może też być przyczynowo związany porost nadmierny. Tak więc v. Eiselberg stwierdził u kóz bardzo obfity porost sierści po wycięciu gruczołu tarczowego. U operowanych świń Moussu w niektórych razach spostrzegał wyjątkowo długą i twardą szczecinę.

Wreszcie należy wspomnieć, że nadmierny porost włosów częstokroć występuje u gruźliczych dzieci. Tak np. długie rzęsy niektórzy badacze uzależniają od schorzenia gruczołów śródpiersiowych i kreskowych.

L e c z e n i e nadmiernego uwłosienia może dotyczyć jedynie postaci umiejscowionej i ma na celu osiągnięcie możliwie pięknego wyniku kosmetycznego. Zabieg racjonalny winien zdążać do zniszczenia brodawki włosowej.

Najlepszą metodą, jaką w tych razach zalecić możemy, jest elektroliza. Wykonywamy ją odpowiednio cienkimi igłami, biegunem ujemnym przy 2—3—4 miliamper. w zależności od grubości włosów. Elektroliza każdego włosa, właściwie brodawki włosowej trwać

winna 30—50 sekund, poczem można bez bólu usunąć włos szczypczykami, jeżeli zabieg był prawidłowo wykonany. Zabieg ten jest mało bolesny. Jest rzeczą oczywistą, że powodzenie zależy głównie od wprawy operatora, zważyć jednak należy, że nawet przy dobrej technice zazwyczaj „nie udaje się“ 50% epilowanych włosów, które naturalnie odrastają i wymagają powtórnej elektrolizy. Mając to na względzie, jak również okoliczność, że na jednym posiedzeniu nie można epilować więcej nad 40—50 włosów, łatwo zrozumiemy, że wyepilowanie nawet stosunkowo nieobfitej bródki wymaga dużego czasu i pociąga za sobą nie mały wydatek. To są względy, dla których pacjentki częstokroć unikają elektrolizy i usiłują ją zastąpić innymi, nie zawsze racjonalnymi metodami.

Z innych chirurgicznych zabiegów należy wspomnieć o galwanokaustyce, mikrozegadle Unna'y oraz o sztancowaniu sposobem Kromayer'a. Metody te jednak są bolesne, wymagają bardzo wielkiej wprawy, a co najważniejsze — nie są kosmetyczne, gdyż powodują powstawanie wyraźnych blizenek.

Co się tyczy promieni Roentgen'a, na które pokładano tak wiele nadziei w leczeniu uwłosienia nadmiernego, to sędzę, że po nabytem doświadczeniu nie powinniśmy dziś stosować tej metody. Zabieg jest wprawdzie niebolesny i cel daje się szybko osiągnąć, jednakże wyniki kosmetyczne są przeważnie więcej niż niezadawalniające — nawet przy stosowaniu grubych filtrów. Zmniejszenie sprężystości i zmarszczki nadające skórze wygląd starczej, liczne rozszerzone naczynia krwionośne, plamy żółte, brunatne i kredowobiałe o charakterze bliznowatym — oto są zwykłe następstwa naświetlań, zdążających do trwałego usunięcia włosów. Zmiany takie występują nieraz dopiero w kilka lat po naświetlaniu nawet i wtedy, gdy bacznie unikano wszelkiego klinicznie widocznego odczynu skóry.

W tych razach, gdy leczenie racjonalne (elektroliza) nie może być zastosowane z jakichkolwiek powodów, musimy się zadowolnić zabiegami palyatywnymi. Najodpowiedniej będzie zalecić pastę epilacyjną:

- 1) Barii sulfurat. rec. parat.
Zinci oxydat. \widehat{aa}
- 2) Auripigment. *) 1,00—2,00
Calc. viv. pulv. 9,00—8,00.

* Arsentrisulfid.

Przed użyciem należy ciepłą wodą rozrobić te proszki na miękkie ciasto, grubo posmarować miejsca uwłosione i pozostawić na skórze 2—5—10 minut, poczem usunąć za pomocą oliwy, umyć ciepłą wodą i wetrzeć nieco goldcream'u. Podrażnienia skóry należy unikać.

Przy nieznacznym poroście i stosunkowo krótkich włosach można się zadowolnić wodą utlenioną, którą należy stosować 2—3 razy dziennie. Pod wpływem tego leku włos ulega odbarwieniu i staje się mało widoczny. Do tegoż celu nadaje się maść:

Perhydrol 5,00
Eucerini anhydr. 20,00

Ostatniemi czasy zaczęła wchodzić w użycie „metoda pumeksowa“, podana przez Schwenter-Trachsler. Po uprzednim wyepilowaniu włosów należy miejsca uwłosione dokładnie wyszorować cegielką pumeksową rano i wieczorem i zabieg ten systematycznie wykonywać w przeciągu 6 miesięcy. Po 4-tygodniowej przerwie powraca się do stosowania cegielki. Widoczny rezultat ma następować po roku, czego jednak dotychczas niestety nie zdołałem stwierdzić.

Włosy paciorkowate.

(Monilethrix. Pili monileformes. Aplasia pilorum monileformis. No-dose haire).

Pierwsze opisy tego rzadkiego cierpienia zostały podane przez Smith'a i Luce'a (1879 r.).

Sprawa rozpoczyna się we wczesnym wieku dziecięcym i ujawnia pod postacią mniej więcej rozległego wyłysienia głowy. Przy badaniu drobnowidzowem włosów, wziętych z miejsc schorzałych, można się przekonać, że składają się one z prawidłowo szeregujących się zgrubień i przewężeń. Zgrubienia mają kształt wrzecionowaty i średnicę 2—3 razy większą od przewężeń. Przewężenia zaś są naogół walcowate i od zgrubień o wiele jaśniejsze wskutek braku istoty rdzeniowej i barwika. W miejscach zwężonych łamliwość włosa jest naturalnie bardzo znaczna. To też większość włosów łamie się tuż przy skórze, zaraz po wyjściu z torebki włosowej. Wyglądają one jakby przystrzyżone. Sama skóra jest szorstka i pokryta drobnymi stożkowatymi grudkami okołomieszkowemi, na których widać suche rogowe łuseczki. Po przez środek tych łusieczek przechodzi ułamany włos, pod i w samej zaś łuseczce można drobnowi-

dzowo wykryć odcinek grajczarkowato zwiniętego włosa. Grudki są zupełnie podobne do spostrzeganych w liszaju mieszkowym (patrz wyż.).

Z biegiem czasu schorzałe mieszki włosowe ulegają stopniowemu zanikowi (jak w liszaju mieszkowym), wskutek czego powstają bliznowato zwyrodniałe miejsca skóry, przypominające wyglądem blizny postrupieniowe. Zjawiska te początkowo dotyczą tylko oddzielnych wysepek (Arnoz), w miarę jednak rozwoju sprawy mogą one w ciężkich przypadkach objąć niemal całą uwłosioną skórę głowy.

Włosy paciorkowate spostrzegamy, jak to zaznaczono, głównie na głowie, w niektórych jednak przypadkach występują one też w innych miejscach, np. na kończynach dolnych (Gilchrist, Ruggles, Berrings), na wzgórku łonowym (Smiths), brwiach (Payne, Arndt, Hallopeau). W znanym przypadku Hallopeau sprawa była niemal uogólniona.

Przyczyny powstawania włosów paciorkowatych są bardzo mało wyjaśnione. Pewne jest tylko, że sprawa jest wrodzona, dziedziczna, rodzinna i że nierzadko występuje współcześnie z liszajem mieszkowym, z którym posiada nie mało punktów styczności. Wygląd kliniczny zmian skóry, przebieg i zejście są w obu sprawach zupełnie analogiczne. Dlatego też sądzę, że należy je uważać, jeżeli nie za identyczne, to w każdym razie za genetycznie pokrewne i zaliczyć do gromady wadliwości wrodzonych. Co się tyczy mechanizmu przestankowego występowania przewężeń, to jest on dotychczas bardzo mało zbadany. Wiemy tylko, że przyczyny anatomicznej tego zjawiska trzeba szukać głęboko w torebce włosowej, w samej warstwie rozrodczej włosa (Guszman); przypuszczamy też, że czynność tej warstwy może podlegać perjodycznym wahaniom w kierunku dodatnim i ujemnym. Jaka jest jednak istota całej tej sprawy, czy i w jakim stopniu układ nerwowy przyjmuje tu udział, o tem dziś jeszcze nie wiele wiemy.

Rozpoznanie nie jest trudne. Wątpliwości co do wrodzonego braku włosów lub co do wyłysienia plackowatego łatwo rozstrzygnie badanie drobnowidzowe włosów schorzałych. Wykryje też ono różnicę pomiędzy włosami paciorkowatymi, obrączkowanymi i rozszczepieniem włosa węzłowatym. Cierpienie jest nieuleczalne. Postępowanie objawowe należy prowadzić wedle zasad, podanych w liszaju mieszkowym.

Włosy pętlicowe.

(Noduli laqueati).

Ta nieprawidłowość polega na tworzeniu się pętlic, które mogą zaciągać się w węzły. Michelson opisał ją pod nazwą noduli laqueati, Galewsky — trichonodosis, Sack — trichonodosis laqueta. Zjawisko to, spostrzegane na włosach głowy, brody i wżgórka łonowego, powstaje widocznie pod wpływem czynników mechanicznych. Wśród nich wymienić można: nieumiejętne czesanie, pociąganie włosów, karbowanie żelazkiem, szybkie wysuszenie gorącym powietrzem i t. p. Pętle występują niekiedy współcześnie z węzłowatym rozszczepem włosów.

Wrodzony brak włosów. Wyłysienie wrodzone.

(Alopecia congenita s. adnata. Atrophia s. Aplasia congenita pilorum. Atrichia).

Odróżniamy: 1) wrodzone wyłysienie rzeczywiste, zależne od wrodzonego braku zawiązków włosa, oraz 2) te stany, w których: a) prawidłowe włosy wyrastają w ilości daleko mniejszej niż normalnie albo b) wyrastają włosy jakościowo zmienione, nieprawidłowe, szczątkowe, albo też c) występuje porost opóźniony. W pierwszym przypadku mówimy o wrodzonym braku włosów (Atrichia), w drugim o poroście rzadkim, słabym, opóźnionym (Oligotrichosis, Hypotrichosis, Trichostasis). Wrodzony brak włosów może być uogólniony i dotyczyć całej powierzchni skóry (Alopecia universalis) albo też umiejscowiony i występować w pewnych okolicach ciała, np. na głowie, twarzy, w pachach, na wżgórku łonowym (Alopecia localis). Tutaj znowu możemy spostrzegać postać wyłysienia rozlanego (Alp. localis diffusa) i ograniczonego (Alp. localis circumscripta). Postać ograniczona należy widocznie do zjawisk rzadkich. Znajdujemy ją stosunkowo najczęściej na głowie, gdzie zazwyczaj występuje umiarowo w kształcie łysych placków okolicy szwu czołowo-ciemieniowego a także na skroniach. W miejscach takich skóra bywa cienka, gładka, normalnie zabarwiona i nie zdradza objawów zanikowych. Widać na niej zaledwie trochę włosów puszkowych.

Postać rozlana, mniej więcej uogólniona zdarza się nieco częściej. Brak włosów może tu być zupełny i trwały, w niektórych jednak razach później odrastają brwi i rzęsy, pokazać się też może nieco puszek lub włosów na głowie, w pachach, na wżgórku łonowym (właściwa oligotrichia). Takie wadliwości są niemal zawsze rodzin-

ne, częstokroć dziedziczne. Obok braku włosów stwierdzamy też niekiedy zboczenia w rozwoju paznokci i zębów.

Badanie drobnowidzowe wykazuje obecność w skórze oddzielnych włosowych pochewek zewnętrznych, mających kształt rurek. Niewidać w nich pochewek wewnętrznych ani brodawek, ani włosów. Rurki takie przekształcają się w twory torbielowate. Gruczoły łojowe mogą być zupełnie prawidłowe, a ich przewody wyprowadzające kierują się wprost ku powierzchni skóry. W niektórych jednak razach nie wykryto w skórze żadnych szczątków włosa, nie było nawet gruczołów łojowych i potowych (Schede, Jones — Aitkens, Ziegler).

O leczeniu wrodzonego braku włosów nie może być mowy. Możemy tylko doradzić noszenie peruki.

Wyłysienie starcze i Wyłysienie przedwczesne.

(Alopecia senilis. Calvities. Alopecia praematura).

Wyłysieniem starczym nazywamy utratę włosów u osobników w wieku podeszłym. Rozpoczyna się ono najczęściej pomiędzy 40—50 rokiem życia, co jednak bynajmniej nie jest zasadą, gdyż wszyscy znamy nie mało ludzi starych z pięknie zachowaną czupryną. Sprawa rozpoczyna się zazwyczaj na wierzchołku czaszki, na granicy okolicy ciemieniowej i potylicowej i stąd rozpościera się we wszystkich kierunkach. Zdarza się nie rzadko, że przez czas dłuższy zostaje zachowana kępka włosów w środkowej części okolicy czołowej. Wreszcie jednak i to uwłosienie ginie, a wówczas tworzy się powszechnie znana klasyczna łysina, okoloną półkolistym pasem włosów, biegnącym poprzez potylicę od skroni do skroni. W miejscach wyłysiałych skóra ujawnia objawy zaniku: jest cienka, gładka, jakby napięta. Podłożem anatomicznym tej sprawy jest starczy zanik skóry, któremu towarzyszy zapalenie błony wewnętrznej tętnic.

Jeżeli wyż. opisane wyłysienie zjawia się wcześniej niż wskazano, np. w wieku 20—30 lat, wówczas określamy je jako *w y ł y s i e n i e p r e d w c z e s n e*. Posiada ono wszelkie objawy i przebieg wyłysienia starczego, a rozpoznawać je jako takie winniśmy tylko wówczas, gdy nie zdołamy wykryć współistnienia spraw chorobowych powodujących utratę włosów, np. łojotoku, łupieżu, pryszczycy łojotokowej.

W tem ujęciu teoretycznym kwestja wyłysienia przedwczesnego wydaje się bardzo prosta i jasna. W życiu jednak rzadko tak bywa. Nie należy zapominać, że wobec bardzo znacznego rozpowszech-

nienia schorzeń łojotokowych wykluczenie ich w każdym poszczególnym przypadku, — jeżeli nie w chwili obecnej, to przynajmniej w wywiadach, — może niekiedy napotkać trudności nieprzewyżnione. Dlatego też przeprowadzenie ścisłej granicy pomiędzy wyłysieniem przedwczesnym a łojotokowym (łupieżowem) da się uskutecznić tylko w wyjątkowych razach. Okoliczność ta jest powodem, że wielu autorów utożsamia dziś obie te sprawy, zaliczając je do grupy chorób skóry pochodzenia łojotokowego.

Wyłysienie łupieżowe (łojotokowe).

(Alopecia pityrodes s. furfuracea s. seborrhoica).

Do schorzeń łojotokowych, zapoczątkowujących wypadanie włosów i prowadzących do wyłysienia, należy w pierwszym rzędzie łojotok (wilgotny) i łupież pospolity czyli suchy. Jest rzeczą stosunkowo rzadką, aby łojotok był wstępem do tej sprawy. Zdara się to być może nieco częściej u kobiet. Zazwyczaj zaś bywa tak, że łupież pospolity występuje jako zjawisko pierwotne, do niego w pewnym wieku przyłącza się łojotok, który następnie przetrwać może istnienie włosów.

Objawy. Sprawa rozpoczyna się bardzo wcześnie, nieraz już w 8—10 roku życia, również często u chłopców, jak u dziewcząt. Zjawia się suchy, cienki i bardzo drobny łupież początkowo w ułożeniu wysepkowatym, potem w postaci rozlanej, zajmując nieraz całą uwłosioną skórę głowy (patrz grzybica naskórkowa Unna'y).

Obfitość łupieżu bywa różna, niekiedy zaś tak znaczna, że kołnierz i ubranie chorego wyglądają jakby mąką posypane. Skóra głowy może nieco swędzić. W tym okresie uwłosienie bywa z reguły jeszcze dobrze zachowane, gdyż straty we włosach ulegają zupełnemu pokryciu dzięki prawidłowemu odrastaniu świeżych. W dalszym rozwoju sprawy wytwarzanie łupieżu może chwilowo nawet ustać, powraca jednak z siłą zdwojoną.

W wieku około 14—17 lat zmieniają się właściwości łupieżu. Zamiast łusek białawych, cienkich, suchych, powstają żółtawe, grube, tłuste, mocno do skóry przylegające i pokrywają ją warstwą wyraźną. Za pomocą paznokcia można łatwo tę warstwę usunąć i przekonać się, że jest to miękka, tłusta, mazista masa, pod którą skóra posiada wygląd różowawy. Zjawisko zależy od wystąpienia łojotoku wilgotnego, który w danym razie wikła przebieg łupieżu pospolitego. Jest ono najwybitniej zaznaczone w częściach środkowych

głowy tam, gdzie w przyszłości powstać ma łysina. W częściach obwodowych trzyma się nadal łupież pospolity.

Z chwilą, gdy teren chorobowy został opanowany przez łojotok, rozpoczyna się systematyczna i postępująca utrata włosów. Osobnik zaczyna łysieć. Ma to miejsce zazwyczaj pomiędzy 20—30 rokiem życia. Rzecz godna uwagi: równoległe z rozwojem wyłysienia zmniejsza się ilość wytwarzanego łupieżu, a na plan pierwszy wysuwają się objawy łojotoku. Ten ciekawy fakt uwydatnił Sabouraud w dowcipnym aforyzmie: „Póki trwa łupież — trwają włosy, gdy łupież ginie — włosy giną“.

Otóż utrata włosów w wyłysieniu łupieżowym zazwyczaj rozpoczyna się w przedniej części głowy powodując powstawanie t. zw. czoła wysokiego „myślącego“. Niemal współcześnie zaczynają ginąć włosy w dwóch miejscach umiarowych, na granicy części czołowej i skroniowej. Tutaj tworzą się dwa pozbawione włosów kąty, które się stopniowo poszerzają i wydłużają ku tyłowi w kierunku wierzchołka czaszki. W tym samym czasie, przeważnie jednak nieco później rozpoczyna się wypadanie włosów na granicy okolicy potylicowej i ciemieniowej, gdzie z biegiem czasu powstaje t. zw. tonsura. Wskazane punkty wyjścia sprawy chorobowej poszerzają się stopniowo i wreszcie łączą ze sobą, a wówczas widzimy pozbawioną włosów przestrzeń skóry, zajmującą te same miejsca, które wskazałem w wyłysieniu przedwczesnym. Okalający pas półkolisty włosów jest i tutaj zachowany. Również długo trzyma się niekiedy kępka włosów w środkowej części okolicy czołowej („wicherek“ — le tupet).

B u d o w a. Pod względem anatomicznym punkt ciężkości sprawy chorobowej znajduje się, podług Unna'y, w lejku torebki włosowej oraz w nabłonkowych wyrostkach torebki, z których powstają włosy zastępcze (Ersatzhaar). W wyłysieniu łupieżowym wyrostki te są drobne i stopniowo ulegają zanikowi, wskutek czego ustaje porost świeżych włosów. Lejek mieszka włosowego jest znacznie rozszerzony i wypełniony koncentrycznie nawarstwionymi masami rogowymi. Gruczoly łojowe są początkowo mało zmienione (Malassez, Unna), podług zaś Sabouraud'a — przerosłe. W późniejszych okresach choroby można w nich stwierdzić zjawiska zaniku. Gruczoly potowe ujawniają wyraźnie objawy przerostu (Malassez).

P r z y c z y n y. — Zdania co do przyczyn wyłysienia łupieżowego są dosyć podzielone. Najwięcej podstaw zdaje się posiadać teoria pasorzytnicza. Malassez pierwszy znalazł w łusczkach okrągłe „zarodniki“, które Unna później utożsamił ze swoim prątkiem bu-



telkowatym (Flaschenbacillus). Poza tym Unna wykrył jeszcze w łuszczykach łupieżu ziarenkowca, któremu nadał nazwę *Morococcus*, oraz subtelnego prątka, którego wraz z Hodarą uważał za sprawcę trądzika pospolitego. Zasłużony badacz francuski Sabouraud podaje za sprawcę wyłysienia łupieżowego*) wyhodowanego przez się „prątka łojotoku“ (*microbacillus seborrhae*), który zresztą zdaje się posiadać nie mało podobieństwa do opisanego przez Hodarę — Unnę prątka trądzika pospolitego. Według poglądów Sabouraud’a, prątek łojotoku przedostaje się do lejków mieszków włosowych i rozmnażając się tutaj powoduje łojotok wraz z następczym przerostem gruczołów łojowych. Wytwarzane przez niego jady wywierają wpływ ujemny na brodawkę włosową, która zanika i ginie.

Aczkolwiek doświadczenia na zwierzętach, przedsiębrane przez Sabouraud’a, jak również doświadczenia Lassar’a i Bichop’a należy oceniać jako niezbyt przekonywające, to jednak zdaje mi się, że teorię pasorzytniczego pochodzenia wyłysienia łupieżowego możemy dziś uważać za najbardziej odpowiadającą rzeczywistości. Przy ocenianiu jednak faktów klinicznych winniśmy jeszcze mieć na względzie inne czynniki, sprzyjające powstawaniu omawianego cierpienia. Do nich należą: dziedziczność, niehygieniczny tryb życia, noszenia nieodpowiedniego ubrania głowy, wadliwe odżywianie, alkoholizm, choroby wycieńczające i t. p.

Rozpoznanie nie jest trudne. O różnicowaniu w kierunku wyłysienia przedwczesnego była już wyżej mowa.

Z tego co powiedziano wynika, że rokowanie w wyłysieniu łupieżowym musimy określić jako niepomyślne. Nie należy jednak zapominać, że poszczególne przypadki mogą się bardzo różnić nie tylko pod względem napięcia i szybkości przebiegu sprawy chorobowej, ale też rozprzestrzenienia. Rokowanie będzie między innymi tem gorsze, im wcześniej rozpoczyna się wyłysienie i im większy jest łojotok, zwłaszcza u ludzi dziedzicznie obciążonych. W porę zastosowane i wytrwale prowadzone leczenie może, jak się przekonałem, wywrzeć nader dodatni wpływ na dalszy przebieg cierpienia. Stosunkowo najpomyślniejsze widoki powodzenia rokują te przypadki, których leczenie rozpoczynamy jeszcze w okresie łupieżu, przed wystąpieniem łojotoku.

Leczenie wyłysienia łupieżowego winno mieć na względzie: 1) usunięcie łupieżu, względnie łojotoku, 2) powstrzymanie wypadania włosów. Do osiągnięcia pierwszego celu zdążamy za pomocą

* Sabouraud uważa łupież pospolity za jeden z przejawów łojotoku ogólnego.

metod leczenia zewnętrznego i wewnętrznego, jakie wskazałem w omawianiu łojotoku wilgotnego a także w rozdziale o pryszczycy pasorzytniczej (łojotokowej), za której wstępny okres uważam łupież pospolity. Leczenie wypadania włosów uskuteczniamy głównie za pomocą: a) środków odkażających i b) lekko drażniących skórę. Najczęściej stosujemy wysokowe roztwory oraz zawiesiny, zawierające sublimat, resorcyne, kw. salicylowy, naftol-β., siarkę, dziegieć, balsam peruwiański i t. p., a także różne mydła lecznicze (patrz leczenie łojotoku wilgotnego). Można zalecić następujące mieszanki:

- 1) Ac. salicylici
Resorcini resubl. (Merck) \widehat{aa} 2,00
Spir. vini 80° 100,00
- 2) Ac. salicylici 2,00—3,00
Euresol. pro capill. 4,00—6,00
Spir. formicarum 10,00—15,00
Spir. vini 75° 90,00—85,00
- 3) Hydrarg. bichlor. corr. 0,15—0,20
Ac. salicylici 3,00
Spir. Lavandul. 40,00
— vini rectif. 60,00
- 4) Thymol. 0,50
Ac. salicylici 1,50
Menthol. 2,00
Spir. vini rectif. 100,00
- 5) Trae Cantharid. 1,00—3,00
Spir. Lavandulae
— Rosmarin. \widehat{aa} 50,00

Przy skłonności do łupieżu wskazane są domieszki dziegciu (np. anthrasol, liq. carbonis deterg. anglic.). — Obecność łojotoku wilgotnego zachęca do stosowania głównie siarki i resorcyiny.

Resorcini puriss. (Merk) 2,00
Sulfur. ppt.
(Sulfidal.) 10,00
Spir. camphorat. 20,00
— vini rectif. 80,00

Wartość pilokarpiny (0,10 : 100,00) jest bardzo wątpliwa, zwiszcza w przypadkach swiezych i w tych, którym towarzyszy lojotok. Poza tem jest to lek bardzo kosztowny. Ze stosowaniem kw. pyrogalusowego oraz chryzarobiny radzę być ostrożnym.

Z metod fizykalnych dają niekiedy wyniki promienie pozafioletkowe (lampa Kromayer'a) oraz d'Arsonwalizacja.

Wyłysienie plackowate.

(Alopecia areata. Area Celsi. Area Jonstoni. Pelade).

W tym typie wyłysienia powstają ostro odgraniczone okrągle, rzadziej owalne i włosów pozbawione placki, w których obrębie skóra nie zdradza widocznych objawów zapalnych.

Objawy. Cierpienie zwykle zjawiać się nagle i bez zwiastunów tak, że o utworzeniu się placka ysego choroby częstokroć dowiadują się od osób trzecich. W rzadkich tylko razach notowano jako objawy poprzedzające — bóle głowy, swędzenie, pieczenie, wrazliwosc skóry (Michelson, M. Joseph, Schultze, Haeseler), wyjątkowo zaś spostrzegano też slabe zarozowienie miejsc, w których ma nastąpić utrata włosów (Behrend, Blaschko, Dubreuilh, Jacquet).

Do lekarza choroby zwykle zgłaszają się z cierpieniem już rozwiniętym. Widzimy wówczas okrągle zupełnie bezwlose i gladkie miejsce skóry, barwy kości sloniowej o odcieniu matowym, które przy badaniu palcem wydaje się jakby nieco wglebione. W obrębie placka skóra jest wyraźnie przesuwalna i latwo zbiera się w faldy, co uwydatnia się zwiszcza w przypadkach nieco zastarzalych. Taki placek jest otaczany pasem włosów zmienionych i tak luźno siedzących w skórce, że można je usunac przez slabe pociąganie, przy czem choroby zazwyczaj nie odczuwają bólu. Srodskorny odcinek tych włosów jest cienki, zanikowy i w częsci odbarwiony. Koniec wlosa jest wydluzony i zaostrozony albo zaopatrzony w nikla cebulkę. Prócz takich włosów widać jeszcze w okalającym pasie wlosy przy skórce ulamane, jakby przystrzyżone i wzniezione na 1—2 mm. ponad powierzchnie. Pieńki te można usunac bez bólu i przekonać się, iż są to ulamki do 10 mm. dlugie. Ich górny (wolny) koniec bywa przewaznie ciemny, zgrubialy, niekiedy rozstrzepiony, jak w rozszczipie wezlowatym, częsc zaś srodskorna — cienka z niewielką zanikową cebulką. Calosc posiada pewne podobieństwo do wykrzyknika.

Znagla powstala blaszka poczyna się stopniowo powiekszac drogą rozrostu odśrodkowego. Okalający pas włosów schorzalych

wyznacza drogę i granicę dalszej ewolucji sprawy chorobowej. Póki na obwodzie placka znajdujemy włosy chore, póty trwa rozwój postępujący cierpienia. Gdy ten ustanie, sprawa może pozostawać bez zmiany przez czas dłuższy, poczem — po miesiącach a nawet latach — następuje porost włosów świeżych. W przeważającej liczbie przypadków rozpoczynać się on zwykł w części środkowej blaszki. Początkowo włosy są cienkie bezbarwne, ciemnieją jednak i grubieją z biegiem czasu, choć długo mogą zachować pewien odcień matowy.

Zdarza się stosunkowo rzadko, że wyłysienie plackowate ogranicza się do jednego tylko ogniska. Przeważnie bywa tak, że po wystąpieniu pierwszego, a niekiedy już po jego zarośnięciu zjawiają się nowe placki, z których każdy przerabia własną ewolucję. Jeżeli rozwój odbywa się szybko i jeżeli blaszki leżą blisko siebie, to łączą się one w rozległe włosów pozbawione przestrzenie o zarysach łukowatych. W ten sposób może wreszcie powstać całkowita utrata włosów na głowie.

Wyłysienie plackowate spostrzegamy we wszystkich miejscach pokrytych włosiem, najczęściej jednak na głowie oraz twarzy. Tu też sprawa z reguły się rozpoczyna. Ułożenie ognisk bywa niekiedy wyraźnie umiarowe, a zwłaszcza na twarzy (broda, wąsy, brwi, rzęsy). Na uwłosionej skórze głowy blaszki mieszczą się najchętniej w okolicy szczytowej, potylicowej, skroniowej. Ophiasis nazywamy umiejscowienie, w którym stykające się blaszki lub jednolicie wyłysiały pas obejmuje w kształcie opaski potylicę i skronie aż do czoła.

W zależności od rozprzestrzenienia i uogólnienia sprawy chorobowej, od szybkości jej przebiegu, skłonności do odradzania lub nawrotów odróżniamy postać łagodną i złośliwą wyłysienia plackowatego. Do pierwszej zaliczamy przypadki, gdzie sprawa ogranicza się do głowy i twarzy i w których możemy liczyć na wyleczenie nawet w razie rozległej utraty włosów i przy stosunkowo długim trwaniu cierpienia (*Alopecia areata benigna*). W postaci złośliwej plackowate wypadanie włosów występuje zazwyczaj w miejscach mnogich, niemal współcześnie w różnych punktach ciała. Ma szybki postępujący przebieg, obejmuje przestrzenie większe i mieści się nie tylko na głowie i twarzy, lecz również w pachach, na mostku, na



Rys. 21. *Alopecia areata*.

wzórku łonowym. Niekiedy giną włosy na kończynach a nawet na całym ciele (état glabre). Takie przypadki przeważnie należą do nieuleczalnych (alopecia areata universalis maligna).

Do zjawisk chorobowych, rzadko spostrzeganych w przebiegu wyłysienia plackowatego, należą zmiany paznokci. Widujemy je głównie w postaci złośliwej tego cierpienia. Czasem są to tylko białe, bezbarwne plamki (leukonychia), zazwyczaj jednak paznokcie bywają szarozółtawe, mętne, cienkie, łamliwe, prążkowane lub dołeczkami pokryte. Niekiedy odpadają zupełnie. Zmiany te występują umiarkowo, a ulubionym ich umiejscowieniem bywają pierwsze palce rąk i stóp.

W niektórych przypadkach spostrzegano współistnienie bielactwa skóry.

Nawroty choroby należą do zjawisk częstych. Mogą one wystąpić w miejscach świeżych, najchętniej jednak zjawiają się w tych, które już dawniej chorzały. Nieraz się zdarza, że powtórnie wypadają włosy, które nawet nie zdążyły dobrze odrosnąć.

B u d o w a. — Anatomicznym podłożem omawianego cierpienia zdaje się być sprawa zapalna skóry. Na to widocznie wskazuje nacieczenie drobnokomórkowe dokoła naczyń, oplatających mieszki włosowe. O zmianach włosów patrz wyżej.

P r z y c z y n y i s p o s ó b p o w s t a w a n i a. — Dwie teorie — pasorzytnicza i nerwowa — usiłują wyjaśnić przyczyny i sposób powstawania wyłysienia plackowatego. Pierwsza z nich opiera się głównie na spostrzeżeniach, dotyczących występowania wyłysienia plackowatego u kilku członków rodziny oraz nagminnie w szkołach, ochronkach, koszarach, co wskazywać się zdaje na zaraźliwość cierpienia. Jednakże rozbiór krytyczny tych faktów, dokonany przez Déhu, wyjaśnił, że miano tam do czynienia albo z wyłysieniem plackowatym rzekomem, albo z epidemjami rzekomem. Pogląd Sabouraud'a, przypisujący prątkowi łojotokowemu decydującą rolę w powstawaniu omawianego cierpienia, rychło stracił grunt pod nogami. Dotychczas nie znamy zatem swoistego zarazka wyłysienia plackowatego i dlatego sędzę, że teoria pasorzytnicza da się dzisiaj tylko z trudem podtrzymać. Dowody polegają głównie na analogjach, z czym w etylogji chorób skóry spotykamy się zresztą wcale nierzadko.

Teoria nerwowa przytacza szereg spostrzeżeń klinicznych, w których wstrząs nerwowy lub psychiczny mógl odegrać rolę czynnika nie tyle wywołującego, ile być może sprzyjającego. Główną podstawą teorii są jednak doświadczenia M. Joseph'a, który po wy-

cięciu u kotów drugiego zwoju szyjowego spowodował wypadanie włosów, podobne klinicznie do plackowatego. Fakt ten, potwierdzony przez innych badaczy, zdaje się przecież niewątpliwie wskazywać na udział układu nerwowego a zwłaszcza współczulnego na powstawanie wypadania włosów. Mowa tu o zaburzeniach odżywczych nerwowych (trophoneurosis), co potwierdziłby mogła okoliczność, iż współcześnie z wyłysieniem plackowatym spostrzegamy też zmiany paznokci i bielactwo skóry.

Nieprzekraczająca ram zaburzeń nerwowych t. zw. teoria dystroficzna Jacquet'a wychodzi z założenia, że u ludzi, skłonnych do danego cierpienia, wyłysienie plackowate może powstać drogą odruchową z układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego. Podniety obwodowe zdarzają się częściej, a wśród nich wybitną rolę odgrywają, zdaniem Jacquet'a, choroby i zboczenia wzrostu zębów. Pomiedzy zębami a umiejscowieniem poszczególnych blaszek ma zachodzić stały i prawidłowy związek.

Poglądy Jacquet'a nie spotkały się jednak z powszechnym uznaniem i mogą też być tłumaczone w sposób odmienny (patrz niżej). Osobiście sądzę, że teoria trofoneurotyczna najbardziej, być może, odpowiada naszym dzisiejszym pojęciom o wyłysieniu plackowatym. Może ona nie tylko objąć fakty usposobienia dziedzicznego, znaczenia urazu, kontuzji powietrznej, wstrząsu nerwowego i t. p., lecz również da się pogodzić ze spostrzeżeniami, stwierdzającemi niewątpliwą rolę gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym w powstawaniu omawianego cierpienia. Nie da się zaprzeczyć, że przysadce mózgowej, gruczołom płciowym i tarczowemu należy w pewnych razach przypisać znaczenie decydujące. Zmienioną pod wpływem zakażenia przymiotem czynnością tych gruczołów objaśnić też można podany przez Sabouraud'a fakt, że wyłysienie plackowate spotykamy stosunkowo często u syfilityków. Wreszcie wskażę na to, że wyż. wzmiankowaną teorię Jacquet'a można jeszcze ująć w ten sposób, aby cierpienie zębów i wypadanie włosów uważać nie za przyczynę i skutek, lecz raczej za dwa zjawiska współrzędne, uzależnione od zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznym (n. p. gruczołu przytarczowego).

Rozpoznanie nie jest trudne. Jednakże w przypadkach dotyczących dzieci mogą zachodzić kwestje co do liszaja wyłysiającego głowy, zwłaszcza w obecności przystrzyżonych, przy skórze ułamanych włosów. W cierpieniu tem blaszki wszak łuszczą się, widać też drobne pęcherzyki oraz strupki, pieńki zaś włosów są grubsze, mętnie, jakby zapylone. Badanie drobnowidzowe ostatecznie roz-

strzyga wątpliwości. W wyłysieniu syfilitycznym placki są zazwyczaj drobne, nieostro odgraniczone, o zarysach nieokreślonych, a włosy na głowie bywają wogóle wyraźnie przerzedzone.

Leczenie wyłysienia plackowatego rozpada się na ogólne i miejscowe. Pierwsze winno być ściśle osobnicze i zastosowane do tych wskazań, jakich może dostarczyć dokładne zbadanie chorego. Stan ogólny oraz układ nerwowy winien być przedmiotem szczególnej pieczy.

W leczeniu miejscowem stosujemy głównie leki drażniące skórę, n. p. resorcynę, naftol-β, sublimat, chryzaroabinę, kw. octowy, karbolowy, jod, kamforę, chloroform, formalinę, eter, nalewkę kantarydową, nalewkę pieprzowca (tra Capsici) i t. p. W przypadkach łagodniejszych wystarczy wycieranie rano i wieczorem jednym z następujących płynów:

- 1) Ol. Macidis 1,50
Trae Cantharid. 5,00
Spir. vini rectific. 100,00
- 2) Hydrarg. bichlor. corr. 0,15
Veratrini 0,25
Aq. Coloniens. 25,00
Spir. vini rectific. 75,00
- 3) Thymol. 1,00
Ac. salicylic.
Menthol \widehat{aa} 2,50
Spirit. vini rectific. 100,00

W przypadkach cięższych zalecamy:

- 4) Trae jodi
— Cantharid.
Chloroform. \widehat{aa}
- 5) Ac. acet. concent.
Chloroform. aa
- 6) Ac. phenilici liq. 5,00
Ol. ricini 10,00
Spirit. vini rectific. 90,00

Temi płynami należy wycierać codzien aż do podrażnienia skóry. W przebiegu uporczywym stosuję raz na tydzień smarowanie:

7) Acid. phenil.
Spirit. vini rectific. \widehat{aa}

a także 5—10% chryzarobinę na traumacytynie lub w maści (ostrożnie z powiekami!).

Z metod mechanicznych i fizykalnych znajdują zastosowanie: mięsienie metodą Jacquet'a, faradyzacja pendzelkiem, d'Arsonwalizacja, promienie X oraz pozafiołkowe. Każda z tych metod daje niekiedy wyniki szybkie i pomyślne, w innych bezwarunkowo zawodzi. Przy naświetlaniu promieniami Roentgen'a nie należy przekraczać $\frac{1}{3}$ Dos. Metodę tę radzę stosować tylko w przypadkach wyjątkowych. Promienie pozafiołkowe (lampa Kromayer'a) zalecam stosunkowo często i z powodzeniem.

Wyłysienie pochodzenia nerwowego.

(Alopecia neurotica).

Zjawisko obejmuje gromadę faktów, w których utrata włosów występuje pod wpływem urazu, któremu ulega układ nerwowy ośrodkowy i obwodowy. Wyłysienie to zwykle posiadać typ kliniczny odmienny od plackowatego, choć przyznać trzeba, że w poszczególnych przypadkach nie zawsze można przeprowadzić ścisłą granicę pomiędzy nimi. Co się tyczy urazu, to należy go rozumieć w szerszym znaczeniu słowa — jako mechaniczny i psychiczny.

Spostrzeżenia kategorii pierwszej dotyczą bezpośredniego uszkodzenia tkanki nerwowej, n. p. wskutek przecięcia pnia nerwowego, złamania kości czaszkowych, pęknięcia nasady czaszki, wstrząsu mózgowego lub całego ciała (katastrofy kolejowe, rażenia piorunem i t. p.). Tu też widocznie należą wyłysienia, pozostające w łączności z uporczywymi nerwobólami (zwłaszcza nadocznym) oraz z migrenami.

Do drugiej kategorii zaliczamy przypadki utraty włosów, występujące niekiedy w przebiegu hysterji i padaczki a także w chorobach umysłowych, którym towarzyszą stany ciężkiego przygnębienia.

Od tych faktów należy odróżniać wyłysienie mechaniczne wskutek tak zwanej *manji wrywania włosów* (Trichotillomania — Hallopeau), niekiedy spostrzeganej w chorobach umysłowych, u paralityków a także u osobników obarczonych dziedzicznie. Punktem wyjścia sprawy jest swędzenie tak dotkliwie u tych ludzi, że ulgę znajdują jedynie w wrywaniu włosów.

Wyłysienie objawowe. (Alopecia symptomatica).

Wyłysienie objawowe może zależeć od przyczyn miejscowych i ogólnych, być przejściowe lub trwałe — w zależności od tego, czy brodawka włosowa została chwilowo uszkodzona, czy też doszczętnie zniszczona przez sprawę bliznowaciejącą. Z cierpień miejscowych, powodujących wyłysienie przejściowe, można dla przykładu wymienić: sztucznie wywołane zapalenia skóry, ostro przebiegające erythrodermie, pryszczycę przewlekłą, różę, liszaj czerwony płaski i kończysty. Wyłysienie trwałe widzimy jako następstwo uszkodzeń skóry, np. po ranach, po zagojeniu się owrzodzeń gruzliczych, syfilitycznych, trądowych i t. p., w nowotworach, głębokich oparzeniach, w rentgenowskich i radowych zapaleniach skóry 2 i 3-ego stopnia, w twardzinie skóry, w liszaju rumieniowatym, chorobie Darier'a, zapaleniach ropnych mieszków włosowych, w trądziku ospowatym, strupniu i t. d.

Przejściowe wyłysienie na tle przyczyn ogólnych powstaje najczęściej w związku z chorobami zakaźnymi, np. z dudem brzuszным i płamistym, płonicą, odrą, influencją *), zapaleniem płuc krupowem, posocznicą, ropnicą. W tych razach utrata włosów rozpoczyna się mniej więcej w 3 miesiące od początku choroby, bywa nieraz bardzo obfita, pozwala jednak na rokowanie pomyślne. Ale też inne cierpienia o przebiegu ostrym lub przewlekłym, a zwłaszcza te, którym towarzyszą niedokrwistość i charłactwo, mogą spowodować mniej więcej obfite wyłysienie, że tylko wymienię: znaczną utratę krwi, blednicę, zapalenie wyrostka robaczkowego, gruźlicę płuc i zapalenie opłucnej, cukrówkę, nowotwory złośliwe i t. d.

Ze względów praktycznych zasługuje na szczególne uwzględnienie t. zw. **wyłysienie syfilityczne** (alopecia syphilitica). Występuje ono albo w postaci rozlanej, ujawniając się jako wyraźne przerzedzenie włosów, albo w postaci ogniskowej (alopecie syphilitique en clairières). W przypadku ostatnim widzimy liczne, drobne nieostro odgraniczone placki bezwłose, mieszczące się najchętniej w okolicach skroniowych i potylicowej. Przy dokładnem badaniu można się przekonać, że w obrębie blaszek wypadły głównie włosy dłuższe, pozostało zaś niemało krótkich i cienkich przy zupełnem braku ułamanych (pieńków). Podobieństwo do wyłysienia placko-

*) Ostatnia epidemja t. zw. influenzy hiszpańskiej dawała, wedle mego doświadczenia, bardzo wysoki % wyłysienia.

watego jest zatem tylko pozorne (pseudo-pelade syphilitique). Wypadanie włosów może też dotyczyć brody i brwi (połowy zewnętrzne).

Z wyłysieniem, powstałem z związku z działaniem jądów bakteryjnych, posiada nie mało analogji spostrzegane w zatruciach lekowych, n. p. w przewlekłym zatruciu rtęciowym i arsenikowym. Wylysiające działanie *Thallium aceticum* zostało stwierdzone doświadczalnie (Buschke, Bettmann. Zadawana zwierzętom *leucaena glauca* również spowodowała wypadanie włosów (M. Joseph).

Leczenie objawowego wyłysienia przejściowego należy prowadzić wedle zasad, wskazanych w wyłysieniu plackowatym.

II. Choroby włosów pochodzenia pasorzytniczego.

Grzybica guzkowa włosów.

(Piedra. *Trichosporia. Trichomycosis nodularis*).

Odróżniamy: 1) grzybicę guzkową nagminnie występującą w Kolumbji (*Piedra columbica*) oraz 2) swojską, spostrzeganą niekiedy w Europie (*Piedra nostras*). Pierwsza mieści się na włosach głowy głównie kobiet młodych, gdzie tworzy drobne, twarde jak piasek guzki barwy brunatnawej. Twory te widać dokładnie przez lupę, można je jednak wyczuć przeciągając palcami wzdłuż włosa. Guzki siedzą na włosie w odstępach nieprawidłowych, co 1—3 cm. i sięgają aż do lejka mieszka włosowego. Wskutek sklejanja się i poplątania chorych włosów może powstać kołtun.

Odmiana swojska bywa spostrzegana niemal wyłącznie u mężczyzn na wąsach i brodzie. Kolonje grzybowe otaczają włos tworząc dosyć twarde pochwy długości kilku milimetrów, kształtu walcowatego lub wrzecionowatego, barwy żółtobrunatnej.

Włos zajęty przez kolonję jest albo zupełnie prawidłowy, albo zmieniony w stopniu bardzo nieznacznym.

Sprawcą choroby jest t. zw. *Trichosporum*, grzyb wielopostaciowy naskórny (epiphyton). Dotychczas wyodrębniono *Trichosporum giganteum* (*Piedra columbica*), *Tr. Beigeli* oraz *ovale* (*Piedra nostras*).

Rokowanie jest pomyślne. Leczenie polega na myciu gorącą wodą z mydłem i stosowaniu sublimatu 1%/₀₀.

Włosy rdzawe.

(Lepothrix).

Zajęte bywają najczęściej włosy okolicy pachowej i łonowej, rzadziej włosy na mostku, na powierzchni zewnętrznej kończyn i na grzbiecie rąk. Na chorych włosach widać szarawą, przeważnie jednak żółtawą lub żółtoczerwonawą, jakby rdzawą masę kleistą. Otacza ona włos pierścieniowato lub też przytwierdza się doń w kształcie ziarenka podobnego do gnidy, albo pokrywa go jednolitą o nierównej powierzchni warstwą. Włosy są częstokroć zgrubiałe w dwójnasób, niekiedy krótsze niż zwykle, jakby ułamane, a ich wolny koniec może posiadać kształt buławy. Część włosa śródtorebkowa jest prawidłowa.

Sprawa polega na obecności kolonji ziarenkowców lub prątków, założonych w jednorodnej kleistej istocie, nierozpuszczającej się w kwasach, zasadach i eterze. Drobnoustroje mogą wytwarzać barwik. Powstawaniu choroby sprzyjają nadmierne poty (patrz poty barwne).

W celach leczniczych zalecamy mycie wodą z mydłem, wycieranie sublimatem, a najlepiej wygolenie chorych włosów.

Rozszczep włosa węzłowaty.

(Trichorrhaxis nodosa. Trichoclasia. Clastothrix).

Zjawisko spostrzegamy najczęściej u kobiet na włosach głowy, u mężczyzn na wąsach i brodzie, u osobników zaś płci obojga na włosach okolicy łonowej i sromowej, rzadziej pachowej.

Na włosach, bliżej ich końca wolnego, widać drobne, szarawe zgrubienia, zajmujące istotę samego włosa i mieszczące się w liczbie niekiedy kilku egzemplarzy jedno obok drugiego, w odstępach nierównomiernych. Tam, gdzie znajduje się zgrubienie, można zgiąć włos pod kątem dowolnym, a następnie rozerwać bez żadnego wysiłku. Końce rozerwanego włosa są rozszczepione i przy badaniu drobnowidzowem wyglądają jak pendzel, samo zaś zgrubienie — jak dwa pendzle tkwiące w sobie sierścią.

Wobec takich właściwości jest rzeczą zrozumiałą, że końce włosów łatwo urywają się przy czesaniu i szczotkowaniu. Ponieważ zaś obok jednego zgrubienia zazwyczaj powstają powyżej następne, więc też włos stopniowo ulega skróceniu. Bywa to nieraz przedmiotem niemałej rozpaczy naszych elegantek, jak również mężczyzn o pięknych wąsach. Wolne końce rozerwanych włosów wyglądają

poza to jak przypalone, co szpeci panie zwłaszcza wówczas, gdy sprawa chorobowa mieści się w okolicach skroniowych.

Za przyczynę rozszczipu węzłowatego jedni podają zaburzenia odżywcze lub wpływy mechaniczne przy nadmiernej suchości włosów, inni znowu hołdują teorii pasorzytnicznej. Z chorych włosów udało się wychodować prątką, który zaszczipiony na zdrowe wywoływał zjawiska rozszczipu węzłowatego (Raymond, Hodara, Spiegler, St. Markusfeld (1897), de Keyser). Za słusznością tej teorii zdają się też przemawiać spostrzeżenia kliniczne, dowodzące zaraźliwości i przeszczepialności cierpienia, o czym mogłem się wielokrotnie przekonać. Suchość włosów sprzyja powstawaniu choroby. Leczenie polega na przystrzyganiu włosów do tej wysokości, na jakiej widać zgrubienia, oraz na stosowaniu leków natłuszczających i przeciwnilnych. Golenie zazwyczaj nie prowadzi do celu. Częste mycie jest przeciwwskazane.

- 1) Resorcini resubl. 0,40
Ol. ricini 2,00
Bals. peruviani 0,20
Spir. vini ad 20,00
- 2) Acid. salicylic. 0,25
Trae benzoës 0,35
Ol. amygd. dul. 25,00
Ol. bergamott. gtt. II

W związku z powyż. powiedzianem należy wspomnieć o rozszczipianiu się końców włosów, zjawisku bardzo pospolitem i często spostrzeganem w suchych włosach (Trichoptilosis, Trichoxerosis, Scissura pilorum). Pozorne podobieństwo do rozszczipu węzłowatego mogą też niekiedy posiadać t. zw. włosy pętlkowe (noduli laqueati) (patrz str. 90).

Strupień (Favus) uwłosionej skóry głowy oraz liszaj wyłysiający (Trichophytia capitis) będą opisane w rozdziale o grzybicach skóry.

Figówka pospolita.

(Sycosis vulgaris s. staphylogenes. Sycoma. Acne mentagra).

Podstawą cierpienia jest ropne zapalenie mieszka włosowego i otaczającej go tkanki (folliculitis et perifolliculitis). Od napięcia sprawy chorobowej, jej umiejscowienia i rozprzestrzenienia w każ-

dym poszczególnym przypadku zależy w znacznym stopniu wygląd kliniczny i przebieg figówki.

O b j a y. — Na uwłosionej skórze twarzy, głównie na wardze górnej, policzkach i brodzie powstają okołomieszkowe grudki o charakterze zapalnym, wielkości łepka szpilki i więcej. Na szczycie grudki niebawem zjawia się ropny pęcherzyk (krosta), przez którego środek przebija się włos (krosta okołowłosowa). Krostka wkrótce pęka a jej zawartość ropna zasycha w strupek. Grudka podlega stopniowym zmianom wstecznym i wreszcie znika, częstokroć pozostawiając drobną, nieco wciągniętą bliznę (porównaj liszajec Bockhart'a). W świeżo powstałym wykwicie o pęcherzyku ropnym włos zazwyczaj tkwi dosyć luźno i daje się z łatwością wyciągnąć wraz ze swoją pochewką. Jest ona zazwyczaj gruba, obrzmiąta, szklista, częstokroć nasiąknięta ropą.

Wykwity mogą występować w postaci rozsianej i skupionej. W ostatnim przypadku skóra jest na pewnej przestrzeni zaczerwieniona, obrzmiąta, wyraźnie nacieczona, zgrubiała i bolesna, pokryta gromadą okołomieszkowych wykwitów w różnych okresach rozwoju. Przy skupieniu licznych wykwitów na niewielkiej przestrzeni i wobec przejścia sprawy zapalnej na otaczającą tkankę łączną skóry mogą powstawać twory guzowate o wydatnej nieraz wypukłości. Wilgotna ich powierzchnia jest nierówna, niekiedy wyraźnie brodawkowata, pokryta ropnymi pęcherzykami i licznymi strupami. Przy naciskaniu na guzek wydobywają się zeń liczne drobne kropelki ropy. Zdarza się też, że cały guzek ulega zropieniu, które może sięgać aż do tkanki podskórnej.

Figówka mieści się typowo na uwłosionej skórze twarzy, w obrębie wąsów i brody. Najczęściej zjawia się na wardze górnej, skąd rozpościera się na policzki i brodkę. Pierwotne występowanie na policzkach zdarza się stosunkowo rzadziej i spostrzegane bywa przeważnie w związku z liszajcami oraz pryszczycą, które to sprawy figówka lubi nieraz wikłać. Na wardze ulubionym miejscem tego cierpienia bywa jej część środkowa, położona tuż poniżej nosa — t. zw. rynienka wargowa (filtrum nasi). Tutaj figówka bardzo łatwo wyrasta w twór guzowaty, grzybowaty, na granicy zaś wargi i przegrody nosowej powstają nader bolesne i trudne do gojenia pęknięcia. Nieżyty nosa i ropne zapalenie torebek włosów nozdrzy (vibrissae) niemal zawsze bywają powodem i punktem wyjścia dla tego umiejscowienia. O wiele rzadziej bywają zajęte brwi i rzęsy, także okolice pachowe i łonowe, stosunkowo zaś najrzadziej głowa. ~~zdzie~~

cierpienie to spostrzegamy niemal wyłącznie jako powikłanie pryszczy.

Przebieg figówki jest bardzo przewlekły i nieraz może się rozciągnąć na lata a nawet dziesiątki lat zważywszy, że szerzenie się sprawy postępuje nader wolno drogą stopniowego zakażenia sąsiednich torebek włosowych. Tylko w przypadkach wikłających pryszczycę rozprzestrzenianie odbywać się zwykło o wiele szybciej. W przebiegu samoistnym figówka wyczerpuje się widocznie dopiero wraz ze zniszczeniem mieszka włosowego. W przypadkach leczonych i wyleczonych należy przez czas dłuższy przewidywać możliwość nawrotów, do których figówka ujawnia wielką skłonność.

Przyczyną powstawania figówki jest zakażenie gronkowcem ropotwórczym (złocisty, rzadziej biały i żółty) mieszka włosowego wraz z otaczającą go tkanką.

Budowa. — Po wtargnięciu zarazka do torebki włosowej tworzy się w jej lejku pęcherzyk ropny (Unna). Następnie gronkowiec wnika głębiej, do wysokości wylotu przewodu łojowego powodując na tym odcinku powstanie nacieku okołomieszkowego. Naciek ulega później zropieniu wraz z przylegającą częścią mieszka, a w tych warunkach brodawka włosowa zostaje nietknięta i włos może odrosnąć. Zdarza się jednak, że zarazek sięga do dna torebki, którą naciek zapalny otacza ze wszystkich stron. Wynikające stąd rozległe ropienie może całkowicie zniszczyć mieszek wraz z brodawką, następstwem czego będzie utrata włosa.

Rozpoznanie zwykle nie następuje większych trudności i opiera się głównie na obecności typowych wykwitów (okołomieszkowe grudki i krostki) oraz na przewlekłym przebiegu cierpienia. Najczęściej wypada różnicować pomiędzy figówką pospolitą (gronkowcową) a grzybową (*Sycosis hyphogenes* s. *Trichophytia barbae*). Pamiętać należy, że w ostatniej widzimy obok guzów powierzchniowe łuszczące się blaszki grzybicy wyłysiającej, że guzy zazwyczaj bywają twardsze, większe i głębsze, że częstokroć tworzą wyraźne skupienia i że mieszczą się najchętniej w sąsiedztwie kątów żuchwy, w okolicach podżuchwowych i pod bródką. Natomiast figówka pospolita zwykle występuje na wardze górnej oraz na policzkach. W przypadkach niepewnych o sprawie oczywiście rozstrzygnie badanie drobnowidzowe włosów, względnie hodowla.

Rokowanie. Figówka jest chorobą uporczywą, lecz uleczalną. Przez konsekwentne i wytrwałe postępowanie lecznicze można usunąć cierpienie w każdym niemal przypadku. Nie sposób jednak z góry określić czasu trwania leczenia zważywszy na skłonność fi-

gówki do nawrotów. Pozostawiona własnemu losowi zawsze trwa bardzo długo i kończy się dopiero, jak powiedziano, wraz ze zniszczeniem mieszka włosowego.

Leczenie. W okresach ostrych wskazane jest w pierwszym rzędzie leczenie przeciwzapalne i przeciwgnilne, które najlepiej skuteczniamy, stosując okłady rozgrzewające. Po usunięciu strupów, po krótkim przystrzyżeniu włosów, nacięciu większych ropni okołomieszkowych za pomocą skaryfikatora zalecamy 2 razy dziennie okłady z wody Burow'a, 1—3% kw. bornego, 2—3% ichtyolu, najlepiej zaś z 2% resorcyny. Gdy ustąpią objawy ostrozapalne, przechodzę do t. zw. środków odtlaniających (redukujących) i przeciwnilnych, np. Ungt. sulfuro-tannicum (Sulfur. ppt., Ac. tannici \hat{a} 1,00, Vaselin. et Lanolin. \hat{a} 5,00), Past. Zinci sulfurat. rubr., Past. Zinci sulfurat. z dodaniem 2—3% resorcyny lub do 10% ichtyolu i t. p. W przypadkach świeżych i nie rozległych leczenie takie bardzo często prowadzi do celu. Jeżeli sprawa się zaciąga i stopniowo a bezustannie się szerzy, wówczas nie należy zwlekać z usunięciem włosów. Epilację można wykonać szczypczykami, lepiej jednak skutecznić ją za pomocą promieni Roentgena, które są bezwarunkowo wskazane w obecności nacieków guzowatych. W tym czasie, gdy rozpoczyna się wypadanie włosów, przystępuję do leczenia szczepionkami (szczepionka własna lub wielowartościowa), które w figówce stanowczo daje dobre wyniki, jak o tem wielokrotnie się przekonałem. Dawki powinny być duże. Równolegle prowadzę leczenie miejscowe za pomocą leków wyż. podanych. W przypadkach uporczywych mogą być wskazane energiczne metody złuszczone (patrz leczenie trądzika pospolitego) a także lenigalol, kw. pyrogalusowy oraz chryzarobina). Maść Wilkinson'a, zmieniona w ten sposób, że zawiera ichtyol zamiast siarki i maź pogazową (oleum lithanthracis) zamiast dziegciu brzożowego (ol. rusci), oddaje niekiedy bardzo cenne usługi.

Po wyleczeniu figówki doradza się golić wąsy i brodę przynajmniej przez pół roku, wycierać rano i wieczorem płynem odkażającym (rozczyiny wysokowe sublimatu, kw. salicylowego, resorcyny naftolu β) i pilnować najdrobniejszych nawrotów. W razie ujawnienia okołomieszkowych krost należy usunąć nie tylko chory włos, lecz otaczające zdrowe i miejsce to smarować 20% jod- acetone kilka dni z rzędu. W figówce wargi górnej zwracam szczególną uwagę na stan błony śluzowej nosa. Zalecam obfite przemywania nosa rano i wieczorem płynem odkażającym (kw. borny, garbnik, siarczan cynkowy, chinisol) oraz zakładanie do nosa maści z mentolem

kseroformem, bals. peruwiańskim, żółtym tlenkiem rtęciowym i t. p. Zazwyczaj zachodzi potrzeba usunięcia włosów nozdrzy.

W leczeniu figówki powiek wskazane są przemywania kw. borowym lub siarczanem cynku 1%, wkraplanie 1% protargolu, syrgolu lub argokolu, wcieranie w brzegi powiek maści, zawierającej 1% żółtego tlenku rtęciowego lub kalomelu.

W oczywistem powinowactwie z figówką pospolitą pozostają trzy cierpienia widocznie pochodzenia pasorzytniczego, powodujące zupełną, trwałą utratę włosów a mianowicie: 1) figówka bliznowaciejąca; 2) wyłysiające zapalenie mieszków włosowych oraz 3) wyłysienie plackowate rzekome. Pomiędzy nimi zdają się zachodzić różnice głównie ilościowe, polegające na niejednakim napięciu sprawy chorobowej.

1) Figówka bliznowaciejąca.

(Ulerythema sycosiforme — Unna. Sycosis lupoides — Brocq).

Cierpienie mieści się zazwyczaj na policzkach, rzadziej na brodzie, wyjątkowo w okolicy skroniowej. Zazwyczaj występuje ono jednostronnie i w postaci tylko jednego ogniska, które rozrasta się odśrodkowo. W okresie już posuniętym ognisko to ma wygląd okrągłej lub nieprawidłowo-okrągławej blaszki, utworzonej z białawej, gładkiej, pozbawionej, włosów tkanki bliznowatej, którą otacza pas zmienionej skóry szerokości 1—2 cm. Tutaj widać liczne okółmieszkowe grudki i krosty, w części rozsiane, przeważnie jednak łączące i zlewające się ze sobą tak, że skóra tych miejsc bywa zgrubiała, nacieczona, czerwona, pokryta łuskami i strupami. Włosy są tutaj bardzo rzadkie i łatwo się usuwają. Ich pochewki są obrzmiałe, szkliste, ropą nasiąknięte.

Rozpoznanie typowych przypadków figówki bliznowaciejącej zazwyczaj bywa nie trudne. Różnicowanie winno mieć na uwadze głównie figówkę pospolitą, od której bliznowaciejąca różni się występowaniem jednostronnem, trwaniem przez długie lata tylko w jednym miejscu, wolnym lecz ciągłym rozrostem obwodowym, samodzielnym zanikaniem z wytwarzaniem tkanki bliznowatej w części środkowej ogniska, brakiem tworów guzowatych a wreszcie nieuleczalnością cierpienia w bardzo wielu przypadkach. W pewnych razach różnicowanie ze sprawami swoistymi pochodzenia syfilitycznego i gruźliczego może sprawić nie mało kłopotu. Dokładne spostrzeżenie przebiegu z szczególnem uwzględnieniem charakteru wykwitu pierwotnego oraz rozważanie wszelkich innych danych skie-

ruje rozpoznanie na drogę właściwą. Co się tyczy wyłysiającego zapalenia mieszków włosowych (folliculitis decalvans), to różni się ono od figówki bliznowaciejącej wieloogniskowością oraz brakiem głębszego zapalenia i nacieczenia skóry, które powstaje wskutek zlewania się poszczególnych grudek i krostek okołomieszkowych. Wykwity te w wyłysiającym zapaleniu mieszków są zazwyczaj bardzo powierzchowne i zwykły występować w postaci rozsianej. Od rzekomego wyłysienia plackowatego cierpienie to różni się obecnością objawów zapalnych, największe jednak podobieństwo posiadać może z niektórymi odmianami klinicznymi strupnia uwłosionej skóry głowy. Prawidłowe rozpoznanie takich przypadków może być uskutecznione tylko drogą badania drobnowidzowego włosów.

2) Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych. (Folliculitis decalvans. Acne decalvans).

Na uwłosionej skórze głowy, także na policzkach, rzadziej na bródce powstają liczne różnej wielkości i nieprawidłowego kształtu ogniska chorobowe, których znamioną cechą jest przewlekłe zapalenie okołomieszkowe. Widać tu albo drobne okołomieszkowe grudeczki z ledwością ponad powierzchnię wzniesione i słabo się luszczące, albo też bardzo niewielkie jak łepiek szpilki, ropne pęcherzyki okołowłosowe. Sprawa zapalna powoduje stopniowy i całkowity zanik torebek włosowych wraz z utratą włosów. Wskutek tego z biegiem czasu wytwarzają się blaszki, których część środkowa jest bezwłosa, gładka i wyraźnie bliznowata, barwy białej lub białoróżowej. Obwodowa jest złożona z wyż. opisanych wykwitów, które układają się oddzielnie i nie zlewają się ze sobą. Przebieg cierpienia jest wybitnie przewlekły.

Rokowanie w figówce bliznowaciejącej oraz w wyłysiającym zapaleniu mieszków włosowych jest wogóle niepomyślne, gdyż rzadko udaje się powstrzymać fatalny przebieg cierpienia.

W leczeniu należy się stosować do zasad, wyłożonych w figówce pospolitej. Na rentgeno- i wadcynoterapię radziłbym zwrócić szczególną uwagę.

3) Rzekome wyłysienie plackowate. (Pseudo-pelade (Brocq). — Alopecia atrophicans).

Objawy. W cierpieniu tem znajdujemy na uwłosionej skórze głowy liczne, różnej wielkości i kształtu miejsca bezwłose. W ich obrębie wytwarza się zanik skóry z doszczętnym zniszczeniem włosów, a sprawie tej nie towarzyszą żadne klinicznie widoczne objawy

zapalne. Schorzenie zazwyczaj rozpoczyna się zupełnie niespostrzeżenie, bez bólów i ujawnia się dopiero po ostrzyżeniu włosów. Czasem tylko bywa niewielkie swędzenie. Początkowo zjawiają się drobne blaszki bezwłose o zarysach nieprawidłowych, wielkości od przekroju ziarna grochu do paznokcia. Mieszczą się najchętniej w okolicy wierzchołka, występują jednak również na potylicy i w okolicach skroniowych a także w każdym innym miejscu głowy. Drobne blaszki posiadają wyraźną skłonność do łączenia się ze sobą. Wskutek tego i w miarę rozwoju choroby powstają większe bezwłose przestrzenie zupełnie dowolnego kształtu, otoczone gromadą blaszek drobnych. W obrębie miejsc schorzałych skóra jest papierowobiała, rzadziej białoróżowawa, wyraźnie zanikowa i cienka, nieco wklęsnięta i łatwo się marszcząca. Na obwodzie blaszek włosy łatwo się wyrrywają, a ich torebki są obrzmiałe i szkliste — podobnie jak w strupniu.

Przebieg jest bardzo powolny i zazwyczaj rozciąga się na lata. Cierpienie nie powoduje całkowitego wyłysienia głowy.

B u d o w a. Anatomicznie sprawa polega na zapaleniu przewłokiem, występującem w postaci nacieków okołonaczyniowych w warstwach powierzchownych skóry właściwej, zwłaszcza w sąsiedztwie i dokoła mieszków włosowych. Tkanka sprężysta zanika. Naskórek bywa przeważnie ścienny, sople międzybrodawkowe są wygładzone.

P r z y c z y n y. Rzekome wyłysienie plackowate widzujemy najczęściej u mężczyzn w wieku 20—40 lat. Niektórzy badacze zaliczają je do zaburzeń odżywczych nerwowych lub zatruciowych (toksycznych), inni uważają je za schorzenie pasorzytnicze. Badania bakteriologiczne wykazały obecność gronkowców.

W r o z p o z n a w a n i u mogą wchodzić w grę wyłysienie plackowate, wyłysiające zapalenie mieszków włosowych, strupień oraz liszaj rumieniowaty. Pierwsze dwa cierpienia zawsze można łatwo wykluczyć, jeżeli będziemy mieli w pamięci ich zasadnicze i znamienne objawy chorobowe. Co się tyczy strupnia, to może tu być mowa tylko o tych daleko posuniętych przypadkach, w których wytworzyły się liczne blizny postrupieniowe, wyglądem bardzo przypominające rzekome wyłysienie plackowate. W tych razach za strupniem będą przemawiały objawy zapalne na obwodzie blaszek zanikowych oraz obecność zmienionych suchych, bez połysku, szarych jakby zapyłonych włosów. W tych można łatwo wykryć drobnowidzowo obecność grzybków Schoenlein'a

W kwestji liszaja rumieniowatego należy zauważyć, że blizny porumienione zazwyczaj bywają okrągłe lub policykliczne, w rze-

komem zaś wyłysieniu plackowatym są one nieprawidłowo zarysowane, częstokroć zazębione. Pierwsze są z reguły zupełnie bezwłose, na drugich widać tu i owdzie nieco dobrze zachowanych włosów. W pierwszych znajdujemy też dość często wyraźnie rozszerzone naczynia krwionośne — zjawisko, którego brak rzekomemu wyłysieniu plackowatemu. Wreszcie za liszajem rumieniowatym, przemawiać będzie wykrycie ogniskowych zmian bliznowatych na skórze twarzy i na małżowinach usznych, a tembardziej obecność w tych miejscach jeszcze czynnych blaszek rumieniowatych.

Leczenie nie rokuje powodzenia. Stosujemy kwas salicylowy, resorcyne, naftol- β , głównie zaś przetwory rtęciowe i siarkowe w maściach i płynach oraz częste mycie głowy mydłem odkażającym. Wskazana jest wytrwała d'Arsonwalizacja.

R o z d z i a ł V.

Schorzenia paznokci.

Zmiany chorobowe paznokci należy podzielić na samoistne i objawowe. Pierwsze — o ile nie są wrodzone — zdarzają się stosunkowo rzadko. Utworzona z nich grupa ulega stopniowemu uszczupleniu w miarę tego, jak zapoznajemy się coraz dokładniej z patologią ustroju ludzkiego dzięki udoskonaleniu metod badania. Natomiast często spotykamy się z objawowym schorzeniem paznokci i nie tylko w przebiegu bardzo wielu cierpień skóry, lecz również w ogólnych chorobach zakaźnych, w chorobach nerwowych i umysłowych, w chorobach przemiany materji i t. d. Znajomość zmian paznokci może w tych razach posiadać pewne znaczenie praktyczno-rozpoznawcze.

W poniżej przytoczonym krótkim streszczeniu będą podane tylko najważniejsze typy schorzeń paznokci. Dokładne obrazy spstrzeganych zmian znajdzie czytelnik w opisach poszczególnych chorób skóry.

B r a k p a z n o k c i (Anonychia) bywa wrodzony i nabyty. Pośćać wrodzona jest wadliwością rozwojową, częstokroć dziedziczną i niekiedy spstrzeganą u kilku członków jednej rodziny. Dotyczy albo wszystkich palców rąk i stóp, albo niektórych i może występować umiarkowo. Odróżniamy pozatem brak paznokci całkowity i częściowy. W przypadku pierwszym łożysko i wał paznokciowy są prawidłowo rozwinięte, samo zaś łożysko pokrywa miękka gładka skóra, której spoistość bywa nieraz mniejsza, niż otaczającej skóry zdrowej (Eichhorst). W przypadku drugim mamy do czynienia z paznokciem szczątkowym i winniśmy raczej nazywać go niedokształconym.

Z wrodzonym brakiem paznokci może niekiedy współistnieć wrodzony brak włosów albo wadliwy rozwój zębów.

Brak paznokci nabyty i stały zazwyczaj bywa następstwem różnych spraw wrzodziejących, które niszczą macierz paznokcia, np. w przymiocie, gruźlicy, trądzie, w ciężkich odmrożeniach, oparzeniach i t. p.

Onycholysis nazywamy zjawisko chorobowe, polegające na oddzieleniu się paznokci od łożyska (Décollement des ongles. Separation from bed. Separation of the nails). Bywa ono całkowite i częściowe, samoistne i objawowe.

Oddzielanie się paznokci częściowe (Onycholysis partialis) może wystąpić zupełnie samoistnie bez żadnych klinicznie widocznych objawów. Sprawa rozpoczyna się u wolnego brzegu i stopniowo posuwa w kierunku macierzy paznokcia. Zdarza się to jednak rzadko. Zazwyczaj bowiem spotykamy się z tem zjawiskiem w różnych stanach chorobowych, dotyczących łożyska paznokciowego, np. w łuszczycy, pryszczycy, w przewlekłych zapaleniach skóry pochodzenia zawodowego, w czerwonym liszaju kończystym, w strupniu i liszaju strzygącym paznokci, w brodawkach pospolitych, w nowotworach i t. d. Z innych czynników należy wspomnieć o zapaleniu nerwów (Heller).

Jeżeli paznokcie oddziela się w częściach bocznych i przedniej, to jego środek wydaje się wklęsniętym, a paznokcie takie nazywamy czarłowatym (Koilonychia). Zmiany te widzujemy najczęściej w pryszczycy przewlekłej.

Odpadanie paznokci całkowite (Onycholysis totalis. Onychomadesis *) spostrzegamy najczęściej w erytrodermjach powszechnych, np. typu Wilson-Brocq'a, w dziedzicznym pęcherzowem oddzielaniu się naskórka, w niektórych postaciach twardziny skóry, w ciężkich przypadkach wyłysienia plackowatego i t. d. Objaw ten notowano też w przebiegu władu rdzenia i w cukrzycy. Jako zjawisko samoistne zdarza się rzadko.

Kruchością paznokci (Onychorrhaxis) Dubreuilh nazywa stan, polegający na powstawaniu wzdłuż biegnących bruzd, którym towarzyszy wytwarzanie się szczelin, pęknięć oraz kruchość i łamliwość paznokci. W przypadkach łagodniejszych paznokcie poza bruzdami ma wygląd zwykły, w ciężkich jest on mętny, szarozółtawy, cienki i szorstki, a jego wolny brzeg popękany, nadłamany, jakby wyjedzony. Zajęte mogą być wszystkie albo też niektóre paznokcie rąk i stóp.

Zjawisko występuje jako objaw w chorobach nerwowych (Dubreuilh), głównie jednak w pryszczycy, w czerwonym liszaju płaskim i kończystym, w chorobie Darier'a, w trądzie, w wyłysieniu plackowatym, w przewlekłych zapaleniach rentgenowskich skóry palców (u zawodowców).

* (Μέσησις = odpadanie (Heller).

Prążkowanie poprzeczne paznokcia zależy od chwilowo upośledzonej czynności jego macierzy. Spostrzegamy je w następstwie wyniszczających chorób ogólnych, głównie w zakaźnych. Zmiany zwykle się ujawniają w okresie wyzdrowiania i mieszczą się na wszystkich lub tylko niektórych paznokciach, najchętniej na wielkich palcach u rąk. Prążkowanie poprzeczne widzujemy najczęściej po tych chorobach zakaźnych, którym towarzyszą osutki, np. po durze plamistym i brzuszny, po płonicy, odrze. Ponieważ w następstwie tych chorób bardzo często spostrzegamy chwilową utratę włosów, więc też obecność prążkowanych paznokci może niekiedy posiadać pewne znaczenie rozpoznawcze i sprzyjać właściwemu ujęciu przyczyny wyłysienia.

O wglębi eniach kropkowych paznokci obacz w opisie łuszczycy.

Bielactwo paznokci (Leukonychia. Leukopathia unguum) powstaje wskutek wnikania powietrza pomiędzy komórki paznokcia. Odróżniamy punkcikowate, prążkowe i całkowite bielactwo, które może się zjawić na wszystkich lub też na niektórych paznokciach. Jako przyczyny pierwszych dwóch postaci podają uszkodzenia mechaniczne (manicure), wpływy nerwowe oraz zaburzenia w przemianie materji. Bardzo często widywałem też to zjawisko w stanach przewlekłego odmrożenia palców rąk. Całkowite bielactwo paznokci spostrzegano u ozdrowieńców potyfusowych, w wyłysieniu plackowatym, w bielactwie skóry.

Przerost zwykły paznokci, polegający na ich powiększeniu i zgrubieniu, bywa w akromegalji oraz we wrodzonym wroście obrzymim (hyperonychosis, megalonychia, onychauxis).

Szpnowatość paznokci (Onychogryphosis). Takim mianem określamy zniekształcenie, polegające na zgrubieniu i wydłużeniu paznokcia. Zgina się on następnie ku dołowi niby pazur lub szpon, przekręca wzdłuż osi podłużnej, przegina w bok, wygina ku górze. Długość takich paznokci może sięgać 12—15 a nawet więcej cm. Barwa jest brudnożółta, brunatnawa, nawet czarna, powierzchnia nierówna, w części wzdłuż, głównie zaś w poprzek zbruzdzona. Powierzchnia dolna zazwyczaj posiada o wiele twardszą i bardziej zbitą warstwę rogową, niż reszta zniekształconego paznokcia.

Paznokcie szponowate znajdujemy najczęściej na paluchach. Mogą się jednak znajdować też i na innych palcach stóp, a nawet na palcach u rąk. Występują głównie w wieku dojrzałym. Z przyczyn sprzyjających wytwarzaniu się zniekształcenia należy wymie-



nić paluch koślawy (hallux valgus), żylaki, owrzodzenia i przewlekłe pryszczycze podudzia, zapalenie nerwów, przewlekłe sprawy ropne macierzy i łożyska paznokciowego i t. p. Znaczenia długotrwałych wpływów mechanicznych (obuwie) nie należy przeceniać, gdyż czynnik ten nie może wszak odgrywać decydującej roli w powstawaniu szponowatości paznokci u rąk. Wreszcie, jako zjawisko współistniejące, spostrzegamy szponowatość w rybiej łusce jeżastej, we wrodzonej erytrodermji ichtyotycznej, we wrodzonym rogowcu dłoni i podszwy.

Nadmierne rogowacenie podpaznokciowe (hyperkeratosis subungualis). Zmiany takie częstokroć powstają w przebiegu chorób skóry, którym towarzyszy nadmierne i wadliwe rogowacenie naskórka, np. w łuszczycy, liszaju czerwonym, w pryszczycy, w złuszczających erytrodermjach i t. p. Pomiedzy paznokciem a jego łożyskiem wytwarza się w tych razach mniej więcej obfita, sucha i krucha masa rogowa, barwy brudnoszarej do brunatnawej. Zwykła ona zajmować całą przestrzeń podpaznokciową, jest jednak grubsza u brzegu wolnego (zwłaszcza z boków) i stopniowo staje się cieńsza w kierunku ku łąkotce paznokciowej. Sam paznokieć bywa przytem mętny, wzdłuż lub poprzecznie prążkowany, zbrudżony, pokryty jameczkami punkcikowatymi, kruchy, łamliwy.

Wylewy krwi podpaznokciowe są albo pochodzenia urazowego, albo też są przejawem miejscowym jakiegokolwiek osutki krwotocznej.

W kwestji zanokcicy, spraw ropnych łożyska paznokciowego oraz paznokcia wrosłego odsyłam czytelnika do podręczników chirurgji.

Strupień i liszaj strzygący paznokci będą omawiane w dziale o grzybicach skóry.

Leczenie schorzeń paznokci nie należy do wdzięcznych zadań. O postępowaniu celowem i racjonalnem może być mowa tylko wtedy, gdy zmiany te występują jako objaw miejscowy jakiegokolwiek innej choroby skóry, np. pryszczycy, łuszczycy, liszaja czerwonego. W większości przypadków musimy się jednak zadowolnić leceniem objawowem. Wychodząc z założenia, że arsenik wywiera wpływ dodatni na twory rogowe, zalecamy zażywanie tego leku w dawkach dermatologicznych. Miejscowo stosujemy kąpiele z szarem mydłem, sodą, boraksem, pozatem plastry gutaperkowane salicyłowe, rtęciowe oraz maści z kwasem salicyłowym, chlorkiem rtęciowoamonowym, dziegciem i t. p. Dosyć korzystnie działają niekiedy radio- i rentgenoterapia. W bielactwie paznokci zalecamy

rozczyzny wyskokowe eoizyny oraz proszek do polerowania: Carmini 0,10; Stannii oxydat .10,00. W szponowatości J. Heller doradza następujące postępowanie. Po należytem rozmiękczeniu paznokcia za pomocą długotrwałych kąpeli trzeba go obciąć nożycami lub pilczką, powierzchnię zaś wyrównać i wygładzić. Zabieg należy powtarzać w miarę odrastania paznokcia. Postępowanie radykalne (operacja) nie jest wskazane, gdyż zazwyczaj rozmija się z celem.

Rozdział VI.

Schorzenia gruczołów łojowych.

Łojotok.

(Seborrhea).

Łojotokiem nazywamy nadmierną czynność wydzielniczą gruczołów łojowych (fluxus sebaceus). Spotykamy się z nim w niektórych sprawach chorobowych skóry, gdzie występuje jako jeden z współistniejących objawów danego cierpienia. Jest to łojotok objawowy (Seborrhea symptomatrica), któremu przeciwstawić można wręcz przeciwny stan skóry — jej nadmierną suchość (asteatotis), ujawniającą się w gromadzie innych chorób.

Jeżeli łojotok, jako zjawisko pierwotne, zjawia się na powierzchniach większych w postaci, jak to niżej zobaczymy, cierpienia niemal systemowego i trwa długo, to sprawę taką nazywamy łojotokiem samoistnym (seborrhea essentialis). Zwykle wybucha on w okresie pokwitania i widocznie pozostaje w łączności z rozrostem i wzmożoną czynnością całego układu gruczołowego. Nie jest on zjawiskiem chorobowym w znaczeniu ścisłym, stoi jednak na rubieży patologji. Po pewnym czasie może ustąpić sam przez się bez wszelkiego leczenia. Wtedy mówimy o samoistnym łojotoku fizjologicznym (seborrhea essentialis physiologica). W tych jednak razach, gdy wzmożenie łojotoku fizjologicznego nie ustaje, lecz trwa i przeciąga się na lata to słabnąc, to nasilając, wówczas staje się rzeczą oczywistą, że wadliwą działalność gruczołów łojowych podtrzymują pewne czynniki chorobotwórcze (patrz niżej.). Taką sprawę określam jako samoistny łojotok patologiczny (seborrhea essentialis patologica).

Łojotok patologiczny zwykliśmy nazywać w życiu codziennem poprostu łojotokiem i poniekąd uważać za „chorobę“. Jest to oczywiście określenie nieściśle. Łojotok bowiem nie jest oddzielną chorobą, nie jest jednostką nozologiczną. Jest on tylko jednym z objawów tego nienormalnego stanu skóry, którego głównymi cechami są: bladeżółtawe lub żółtoszarawe zabarwienie, szczególne uwy-

datnienie por skóry, zjawisko nadmiernego natłuszczenia, właściwy łojotok, nadmierne poty zwłaszcza głowy, mniej lub więcej obfita utrata włosów i szczególnie łatwa uszkodzalność naskórka, stwarzająca podatne tło dla różnorodnych zakażeń powierzchni skóry. W tym zespole łojotok niewątpliwie odgrywa rolę przodującą. Dlatego też, w braku odpowiedniejszej nazwy, jego mianem zwykliśmy określać wyż. podany stan skóry.

Ulubionem umiejscowieniem łojotoku patologicznego są: twarz a zwłaszcza nos i przylegające części policzków, bródka, czoło i małżowiny uszne, uwłosiona część głowy, kark, przestrzeń międzyłopatkowa, okolica krzyżowa i okołodbytowa, krocze, okolica płciowa, linja pośrodkowa brzucha a zwłaszcza okolica pępka, wreszcie przestrzeń międzysutkowa. W tych miejscach łojotok zwykł występować i rozpowszechniać się bardzo umiarkowo, biorąc za punkt wyjścia linję pośrodkową ciała. W przypadkach wybitnych w miejscach wskazanych skóra bywa biała, gładka, lśniąca, tłusta i wygląda tak, jak posmarowana oliwą. Niekiedy tłuszcz zasycha w cienkie, miękkie, brudnożółtawe strupki, zwłaszcza na twarzy, małżowinach usznych, mostku. Pory skóry są wszędzie wyraźnie rozszerzone, najwybitniej zaś na nosie, w fałdach nosowopoliczkowych, na bródce a także w przestrzeniach międzyłopatkowej i międzysutkowej. Jeżeli skórę zebrać w fałdę i ścisnąć, wówczas z rozszerzonych wylotów gruczołów łojowych wydobywają się białe, cienkie, miękkie, tłuste niteczki o żółtych główkach (filament séborrhéique Sabouraud).

O towarzyszącym łojotokowi poceniu nadmiernem wspominałem już wyżej. Zjawisko to spostrzegamy najczęściej na głowie, czołe i w przestrzeni międzysutkowej. Przyczyny nadczynności potówek są widocznie te same, co i łojotoku.

Pod względem praktycznym najważniejsze znaczenie posiada łojotok twarzy i uwłosionej skóry głowy. Z łojotokiem głowy zdają się być ściśle związane niektóre przypadki wyłysienia, o czym już wyżej była mowa. (Szczegóły patrz w rozdziale o wyłysieniu łojotokowym). Łojotok twarzy występować zwykł u osobników młodych w wieku 12—16 lat i stosunkowo częściej u dziewcząt. W przypadkach wybitnych skóra twarzy jest biała, czasem z odcieniem szarawym, zgrubiała, ciastowata jakby obrzękła; nos gruby, szeroki, niekształtny; wargę górną wzdęta i wystająca, dolna nieco wywinięta. Wyloty gruczołów łojowych są wybitnie rozszerzone, powierzchnia skóry pokryta obfitą warstwą tłuszczu. Tłuszcz wytwarza się bezustannie i staje się widoczny już w $\frac{1}{2}$ —1 god. po dokładnem obmyciu. Takie

chore mają dziwnie grube rysy twarzy i wyglądają starzej ponad wiek. Brak im tej świeżości cery i tego estetycznego wyglądu, jakim oko zwykło się radować u dziewcząt młodych.

Rozwój sprawy jest bardzo powolny, przebieg dosyć długi. Można go ocenić na 7—9 lat. Do częstych powikłań należy trądzik pospolity, który przyczynia się w znacznym stopniu do oszpecenia twarzy.

Stosunkowo mniejsze znaczenie praktyczne mają inne umiejscowienia łojotoku. Spotykamy się z nimi głównie w powikłaniach sprawy łojotokowej, np. w trądziku pospolitym tułowia, w grzybiczy naskórkowej Unna'y i t. d.

Przyczyny. Nie ulega wątpliwości, że człowiek rodzi się z pewnymi właściwościami skóry. Dotyczy to np. skóry suchej (kserodermicznej), na co zwracałem uwagę przy omawianiu chorób przerostowych naskórka (hyperkeratoses). Widzieliśmy też, że przejawy kliniczne tej suchości występują w stopniu wydatniejszym częstokroć dopiero w okresie pokwitania. Zupełnie analogicznie rzecz się ma widocznie też ze skórą tłustą, łojotokową. Sądzić należy, że ta odrębność fizjologiczna, a być może też anatomiczna, która u danego osobnika stanowi o właściwościach łojotokowych jego skóry, jest wadliwością wrodzoną, dziedziczną i rodzinną. Fakty te nietrudno sprawdzić przy badaniu rodzin łojotokowych.

Wrodzone właściwości łojotokowe, które proponowałem określać mianem „stanu łojotokowego skóry“*), do czasu pozostają w oresie potencjalnym. Dopiero w wieku dojrzewania płciowego sprawa przechodzi w stan czynny, kinetyczny, ujawniając się jako łojotok fizjologiczny. Ten stan przejściowy, który jest o tyle powszechny, iż Sabouraud słusznie go nazywa „Seborrhea juvenilis“, może być punktem wyjścia dla samoistnego łojotoku patologicznego.

Czynniki chorobotwórcze, współdziałające w powstawaniu długotrwałej i nadmiernej czynności gruczołów łojowych, sprowadzają się głównie do rzędu spraw into- i autointoksykacyjnych w szerokim znaczeniu słowa. Do nich należą:

1) Cierpienia gruźlicze — głównie zmiany szczytowe, schorzenia gruczołów chłonnych, rzadziej phthisis fibrosa, zapalenie opłucnej, zmiany kości i stawów.

2) Zaburzenia narządu trawiennego a głównie te, w których na plan pierwszy wysuwają się zjawiska fermentacyjne. Wymienić tu zwłaszcza należy nadkwaśność i rozstrzeń żołądka, niezżyty kiszek grubych, zwiótczenie jelit i t. d.

*) Łojotok a gruźlica. Gazeta lekarska 1915 r.

3) Przewlekłe zapalenie nerek, zwłaszcza przebiegające z wydatnym białkomoczem, a także schorzenia miedniczek nerkowych.

4) Zaburzenia czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, z których bliżej znany mi jest współdziałanie gruczołów płciowych oraz tarczycy (w chorobie Basedow'a).

5) Nadmierne używanie niektórych potraw i pożywek, jako to: wysokoku, kawy, skorupiaków, ostrych serów, potraw tłustych, konserw, wędlin i t. d.

6) Niektóre leki, np. przetwory bromowe, jodowe, arsenikowe.

Częstość występowania tych lub innych czynników łojotoku patologicznego wykazuje następujące zestawienie:

Gruźlica	Cierpienia narządu trawiennego	Schorzenia narządów płciowych	Cierpienia nerek	Choroba Basedowa
52 ^o / _o	22 ^o / _o	13 ^o / _o	7,5 ^o / _o	5,5 ^o / _o

Co się tyczy innych poglądów na przyczynę powstawania łojotoku, to należy wskazać na teorię pasorzytniczą, opracowaną i propagowaną głównie przez R. Sabouraud'a. Zdaniem tego badacza, przyczyną łojotoku patologicznego jest prątek (*microbacillus seborrheae*), którego obecność można stale wykazać w rozszerzonym i przez kokon łojotokowy zajęтым lejku narządu włosowo-gruczołowego. Teoria ta nie ostała się jednak ogniowej próbie poszukiwań kontrolujących. Okazało się, że wspomniany prątek należy raczej do rzędu zwykłych niechorobotwórczych pasorzytów i bywa stałym gościem zarówno skóry normalnej, jak i łojotokowej. Na skórze łojotokowej buja jednak nadwyraz obficie, widocznie wskutek wyjątkowo pomyślnych warunków bytowania. Nie da się bezwzględnie zaprzeczyć, że obecność olbrzymiej ilości tego pasorzyta w wyłotach przewodu gruczołowego może wywierać (drogą odruchów) pewien drażniący wpływ na czynność gruczołów łojowych. Nie jest jednak bynajmniej dowiedzione, aby prątek ten był przyczyną pierwotną łojotoku chorobowego. Przeczą temu też poszukiwania Jaquet'a wykazujące, że łojotok płodu jest jałowy, powstaje zatem bez współdziałania jakichkolwiek pasorzytów.

Leczenie. Z tego co powiedziano wynika, że leczenie łojotoku patologicznego winno być ogólne i miejscowe. Leczenie ogólne musi być w pierwszym rzędzie przyczynowe, a więc skierowane ku zwalczaniu tych czynników, które w danym przypadku uważamy za chorobotwórcze. Tu więc pamiętać musimy o gruźlicy, cierpieniach żołądkowo-kiszczkowych, nerkowych i t. d. Co się tyczy narządów płciowych, to należy zwrócić uwagę na obecność wadliwości

rozwojowych, na zjawiska miesiaczkowania bolesnego a także na samogwałt, odrywający, mojem zdaniem, niemalże znaczenie w powstawaniu niektórych przypadków łojotoku. Nie należy też zapominać o ogólnych przepisach higienicznych, przeciwko którym tak często grzeszą nasi młodzi pacjenci w wieku szkolnym. Po za tem w łojotoku obowiązuje djeta, jaką zalecamy w trądziku pospolitym.

W leczeniu miejscowem stosujemy środki odkażające, odtłuszczające, łuszczące i odtleniające. W przypadkach łagodnych zalecamy mycie gorącą wodą, mydłem alkalicznem, salicylowem, resorcynowem, siarkowem; wycieranie wyskokiem lub koniakiem z dodaniem salolu, kw. salicylowego, euresolu, naftolu- β i t. d. W przypadkach ciężkich jest wskazana siarka w zawiesinach lub w maści (patrz leczenie trądzika pospolitego). Dobre usługi oddaje niekiedy energiczna d'Arsonwalizacja a także światło pozafioletkowe. Przestrzec należy przed rentgenoterapią w łojotoku niepowikłanym.

Trądzik pospolity.

(Acne vulgaris s. juvenilis s. polymorpha).

Trądzik pospolity należy do częstych powikłań łojotoku. Powstaje wskutek wtargnięcia ropotwórczego gronkowca szarego do rozszerzonych wylotów gruczołów łojowych, gdzie zakażeniu ulega t. zw. kokon łojotokowy (Sabouraud). Jakość objawów anatomicznych jest uzależniona od głębokości wtargnięcia zarazka do narządu włosowo-gruczołowego, od jadowitości danego szczepu oraz od odczynu osobniczego skóry łojotokowej. Współdziałanie tych czynników powoduje wielopostaciowość trądzika pospolitego.

Objawy. — Za pierwszą fazę trądzika wielopostaciowego można uważać jego odmianę k r o p k o w ą. Składa się na nią obecność łojotoku i zaskórników (wągrows) — (acne-comedo, acne punctata). Zaskórnikami nazywamy drobniutki, niekiedy z ledwością zaznaczone wzniesienie barwy otaczającej skóry albo też bledsze, w którego środku widać czarną kropkę, odpowiadającą wylotowi gruczołu łojowego. Przy naciskaniu z boków wysuwa się z wylotu zaskórnik w kształcie okrągłego słupka lub też nitkowatego, do robaczka podobnego tworzy o główce czarnej. W dalszym przebiegu skóra dookoła niektórych wągrów ulega zaczerwienieniu, nacieczeniu i wznosi się w kształcie grudki, której punkt środkowy zajmuje zaskórnik (t r ą d z i k g r u d k o w y — acne papulosa). Jest to pierwszy okres stanu zapalnego, który może zresztą nierozwiniąć się dalej i ustąpić. Zdarza się to jednak rzadko. Zazwyczaj sprawa zapalna zwolna nasila, grudka się powiększa a na jej szczycie zjawia się kro-

sta z zaskórnikiem po środku (trądzik krostkowy — acne pustulosa). Po kilku dniach krostka pęka, ropna zawartość zasycha w strup a naciek zapalny stopniowo się wchłania. Wreszcie wykwit ginie pozostawiając wolno ustępującą czerwonobrunatną plamkę lub też bliznę, co zależy od tego, czy ropienie w skórze było powierzchowne, czy też głębokie.

W niektórych razach grudka trądzikowa nie przekształca się w krostę, lecz spłaszcza i pozornie wchłania. W tym czasie jednak powstaje pod nią twór guzowaty wielkości pestki wiśniowej i większy, twarde, bolesny, ze skórą zrosnięty, z którego przez nakłócie można wydobyć ropę. Jest to trądzik o ropieniu głębokim (trądzik guzkowaty — acne indurata s. tuberculosa). Przebieg samostny tej odmiany jest nader wolny. Sprawa trwa długie miesiące, a wchłanianie guzka trądzikowego odbywa się bardzo stopniowo tak, jak w ropniach zimnych. Ginie z pozostawieniem bliznki wciągniętej, zabarwionej przez czas dłuższy na kolor sinawoczerwony. W innych znowu przypadkach sprawa zapalna w trądziku może sięgać napięcia znacznego. Przechodzi ona na otaczającą tkankę łączną, która niebawem ulega zropieniu. Powstają niewielkie ropnie w skórze i warstwie podskórnej, których przebieg bywa o wiele szybszy, niż w odmianie guzkowatej (trądzik ropowiczy — acne phlegmonosa).

Przytrafia się stosunkowo nie często, by w danym przypadku trądzika pospolitego miała istnieć tylko jedna z wyżej opisanych odmian. Przeważnie bywa tak, że w miejscu schorzałem, np. na twarzy i plecach znajdujemy obok siebie zaskórniki, wykwity grudkowe, guzkowe, obok zaś bliznki oraz torbiele łojowe, które dość często powstają w przebiegu tego cierpienia. Wszystko to składa się na obraz osutki wielopostaciowej, tak znamiennej dla trądzika pospolitego (acne polymorpha).

Przebieg cierpienia jest dosyć przewlekły. Sprawa zwykle się rozpoczyna u młodych osobników w wieku lat 12—16, może sięgać — w zależności od przypadku — różnych stopni rozpowszechnienia i napięcia, podlega wahaniom w kierunku poprawy i pogorszenia a wreszcie stopniowo się wyczerpuje około 24—30 roku życia. Nie należy to jednak do reguły. Tak np, znane są przypadki trądzika, występujące niemal wyłącznie u kobiet między 30—40-stką, mieszczące się głównie na bródce i wzdłuż brzęgu zuchwy. Są to wykwity guzkowate dosyć znacznej nieraz wielkości, których przebieg bywa nader powolny. Częstokroć pozostają one w łączności

z zaburzeniami narządów rodnych. Ich powstawaniu może sprzyjać nadużywanie pokarmów mącznych.

P r z y c z y n y. — Trądzik pospolity jest, jak to wyżej zaznaczono, powikłaniem łojotoku. Za bezpośrednią przyczynę cierpienia należy uważać zakażenie narządu włosowo-gruczołowego ropotwórczym gronkowcem szarym (*staphylococcus pyogenes griseus*). Ten szczep nie należy do wybitnie jadowitych, jest jednak wyraźnie chorobotwórczy dla zwierząt (królik). Skóra łojotokowa musi być widocznie doskonałym podłożem dla tego gronkowca. Na niej znajduje on odpowiednie warunki do życia i widocznie nabiera tutaj jadowitości. Z tem oczywiście łączy się też okoliczność, iż wszystkie czynniki szkodliwe, które powodują powstawanie łojotoku patologicznego i podtrzymują jego trwanie, jednocześnie sprzyjają rozwojowi trądzika pospolitego. Czynniki te, odgrywające rolę przyczyn wywołujących w stosunku do łojotoku, są zatem przyczynami usposabiającymi w stosunku do trądzika (patrz łojotok).

B u d o w a. — Pierwsze zmiany polegają na zatkaniu lejka mieszka włosowego przez masy rogowe, powstałe na skutek rogowacenia nadmiernego. Masy te tworzą istne torbiele rogowe w części wypełnione łożem, które szczelnie — niby korek — wypełniają wspólny przewód włosa i gruczołu łojowego. Są to t. zw. zaskórniki (wągry). Jeżeli wyciśnięty zaskórnik pozbawie tłuszczu (za pomocą eteru), to pozostaje jego pochewka (kokon), złożona ze zrogowaciałych komórek naskórkowych, zawierających rudy ziarnisty barwik.

W trądziku pospolitym zmiany histopatologiczne polegają na sprawie zapalnej, dotyczącej gruczołu łojowego i torebki włosowej. W lejku mieszka włosowego widać masy rogowe i tłuszcz (zaskórnik) oraz gromady leukocytów. Naskórek jest w tem miejscu zgrubiałą wskutek obrzęku śród- i międzykomórkowego i zawiera dużo komórek wędrujących. Takim samym zmianom ulega też nabłonek gruczołu łojowego oraz jego przewodu. Otaczająca tkanka łączna jest obrzękła, liczba stałych komórek tkankolącznowych wzmożona, dokoła zaś naczyń krwionośnych, oplatających mieszki włosowe oraz gruczoł łojowy, widać obfite nacieczenie drobnokomórkowe. Jeżeli w tym okresie nastąpi wessanie, to możliwy jest powrót do stanu prawidłowego. W przeciwnym razie naciek się wzmacnia i wreszcie ulega zropieniu niszcząc narząd włosowo-gruczołowy wraz z otaczającą go tkanką łączną. Następstwem tego jest powstawanie blizny.

Rozpoznanie jest tak łatwe, że nie wymaga bliższego omówienia.

Leczenie.

Zapobieganie. Zaznaczyłem już, że trądzik pospolity należy uważać za powikłanie łojotoku. Jeżeli wyjść z tego założenia, to staje się rzeczą zrozumiałą, iż leczenie łojotoku ogólne i miejscowe jest właściwym zapobieganiem w trądziku. Rzecz trzeba tylko uzupełnić następującymi wskazówkami:

1) Należy unikać zakażenia miejscowego skóry łojotokowej i wskutek tego: *a)* wyciskać wągry wyjąłowionymi instrumentami chirurgicznymi, nie zaś palcami, paznokciami, kluczykiem do zegarka i t. d.; *b)* unikać mięsienia twarzy w przypadkach łojotoku niepowikłanego; *c)* nie epilować szczypczykami w uwłosieniu nadmiernem; *d)* starannie leczyć wszelkie cierpienia skóry pochodzenia pasorzytniczego.

2) Unikać wszystkiego, co może spowodować osutkę o typie trądzikowatym, jak również wszystkiego, co zwykle pogarsza trądzik już istniejący. Zatem *a)* bez koniecznej potrzeby nie podawać przetworów jodowych, bromowych; *b)* unikać napojów wysokowych, ostrych potraw i przypraw, czarnej kawy; *c)* nie stosować środków miejscowych sprzyjających powstawaniu wągrów (n. p. maści ołowianej, dziegiu i t. d.).

Metody lecznicze rozpadają się na ogólne i miejscowe. Co się tyczy pierwszych, to są one identyczne z podanymi w leczeniu łojotoku. Zaznaczyć jednak trzeba, że dotychczas nie znamy jeszcze właściwego wewnętrznego leczenia trądzika. Jeżeli zaś mamy wogóle mówić o leczeniu przyczynowym, to możemy mieć na myśli jedynie metodę leczenia szczepionkami, jako bezpośrednio skierowaną ku zwalczaniu najbliższej przyczyny trądzika.

Do tego leczenia najbardziej nadają się odmiany głębokie, zatem głównie postać guzkowata (*acne indurata*). Im głębiej leży w skórze i im ściślej się odgranicza zapalne ognisko, tem szybciej i dokładniej ulega wessaniu. Odmiany powierzchowne (*acne pustulosa superficialis*) przeważnie bywają mało wdzięcznym polem do wakcy-noterapii.

Metody leczenia miejscowego sprowadzają się do chirurgicznych, mechanicznych, fizykalnych oraz lekowych. Pomoc chirurgiczna jest wskazana w tych przypadkach, gdzie zachodzi potrzeba opróżnienia zbiorników ropy, a więc głównie w trądziku guzkowatym i ropowiczym. Jako instrumentarium można zalecić krótkie obosieczne noże kształtu włóczni oraz płaskie „igły“ typu Vidal'a.

Po ukłóciu najlepiej usunąć zawartość ropnia za pomocą maleńkiej bańki Bier'a. Leczenie następcze polega na stosowaniu okładów, środków odtleniających oraz rentgenoterapii. Stosowanie nacięć w postaciach powierzchniowych trądzika krostkowego przeważnie należy uważać za zbędne. Usuwanie wągrów uskutecznia się za pomocą odpowiednich przyrządów, np. łyżeczki Unna'y.

Z metod mechanicznych wspomnieć należy o masażu palcowym i wibracyjnym. W leczeniu trądzika zabiegi te traktuję jako pomocnicze i zalecam dopiero wówczas, gdy ustaje ropienie w wykwitach trądzikowych, a więc przeważnie w końcowych okresach choroby.

Co się tyczy metod fizykalnych, to najbardziej znane jest lecznicze stosowanie ciepła. Do sposobów miejscowego aplikowania ciepła zaliczamy: rozpylanie, mycie i okłady. W miejscowej kąpieli parowej podlega rozpylaniu woda czysta lub też z domieszką leków, np. kw. bornego, benzwinianu sodowego, dwuwęglanu sodowego, boraksu, podsiarkonu sodu i t. d. Zabieg jest wskazany w trądziku kropkowym oraz nierozległym i powierzchniowym krostkowym. — Mycie gorącą wodą powinien stosować każdy osobnik łożotokowy w celach higienicznych, zapobiegawczych, w szczególności zaś gorliwie i starannie w okresie leczenia trądzika. Należy myć rano i wieczorem wodą o ciepłocie nie niższej, niż 36° C., wogóle zaś tak gorącą, jak wytrzymują ręce. (O mydłach patrz niżej). W przypadkach rozległego i uporczywego trądzika, a zwłaszcza w postaci guzkowatej radzę zalecać okłady gorące, do których najbardziej nadaje się wyjałowiona gaza złożona w 6—8 warstw. Czas trwania okładu 10—15 minut. Do wody dodajemy kw. bornego, alunu, siarczanu cynkowego, wysokoku i t. p.

Z innych metod fizykalnych ostatnimi czasy zyskały prawo obywatelstwa rentgenoterapia, światło pozafiołkowe i d'Arsonwalizacja. Najpewniejsza z nich, a zarazem najpotężniejsza jest rentgenoterapia. Metoda powinna być zachowywana tylko dla przypadków ciężkich i uporczywych. Należy się do niej uciekać dopiero wówczas, gdy dzięki odpowiedniemu leczeniu miejscowemu i ogólnemu osiągniemy tak duże powodzenie, iż w znacznym stopniu opanować zdołamy sprawę ropną. Wskazana jest głównie w odmianach głębokich trądzika, np. w guzkowatej i ropowiczej, a zwłaszcza w tych, gdzie pomimo starannego leczenia trądzik uporczywie powraca w pewnych ulubionych miejscach. Należy naświetlać poprzez filtry glinowe pamiętając o tem, że skóra łożotokowa jest nader

wrażliwa na promienie X i to tem więcej, im wybitniejszy jest łojotok.

Światło pozafijolkowe (lampa Kromayer'a) stosuje się względnie częściej w trądziku tułowia, d'Arsonwalizacja zaś w końcowych okresach leczenia trądzika twarzy.

Leczenie miejscowe przetworami chemicznymi uskuteczniamy głównie zapomocą środków keratolitycznych, odtleniających, łuszczących, odłuszczejących i przeciwgnilnych. Szerokie zastosowanie znalazły: kw. salicylowy, resorcyna, naftol-β, kamfora, węglan i kwaśny węglan sodowy, węglan potasowy, przetwory siarkowe i rtęciowe, wyskok, eter i t. d. Leki te zalecamy w maściach, pastach, mydłach, zawiesinach, płynach i zasypkach.

Najczęściej stosujemy maści siarkowe (sulfur. ppt., sulfidal., sulfoform) z zawartością 1—10% leku, niekiedy z dodaniem 1—3% kw. salicylowego, resorcyny, euresolu, naftolu.

Ac. salicylici 0,30
Sulfidal (Heyden) 1,50—3,00
Oxyd. Zinci 3,00
Eucerini pur.
(Mitini pur.) 30,00

Jeżeli pożądane jest wzmożenie złuszczejących i odtleniających właściwości maści, to można dodać 10—15% mydła lekarskiego (sapo medic.) lub szarego chemicznie czystego. W skórze wrażliwej zaleca się ichtyol lub tiol 5—10%. Ze związków rtęciowych stosujemy rtęciową maść białą (do 10%). W trądziku kropkowym niekiedy dobrze działa maść Török'a.

Hydrarg. ppt. alb. 20,00
Vaselin. albi amer. opt. 10,00
Lanolin. anhydr. 5,00

O wiele korzystniejsze jest jednak działanie past w leczeniu trądzika. Jedną z najczęściej stosowanych jest t. zw. pasta złuszczejąca (pasta epilesmatica).

Naphtol-β 5,00
Sulfur. ppt. 25,00
Vasellini fl. amer.
Sap. virid. puriss. āā 12,50
M. f. ungt.

Resorcini resubl.
 Past. Zinci vulg. \widehat{aa} 10,00.

Pasty stosujemy jeden raz dziennie w ciągu 3—4—5 dni. W następstwie występuje odczyn zapalny z dosyć znacznym niekiedy obrzmieniem skóry. Uspokajamy go środkami łagodzącymi, przeciwzapalnymi. W tym okresie zazwyczaj występuje obfite łuszczenie nieraz całymi płatami, współcześnie zaś odbywa się wchłanianie wykwitów trądzikowych. Metoda zniewala chorego do pozostawiania w domu i dlatego bardziej się nadaje do leczenia klinicznego. Ambulatoryjnie można przeprowadzić leczenie złuszczone za pomocą 10% pasty siarkowej Unna'y (Past. Zinci sulfurat.), do której w miarę potrzeby dodajemy kw. salicylowego, resorcyny, naftolu w ilościach 3—5%. Domieszka kamfory 1—3% jest wskazana w trądziku guzkowatym. W odmianie krostkowej powierzchniowej korzystny wpływ nieraz wywiera cynober (1—3%).

Hydrarg. sulfurat. rubr. 0,20
 Past. Zinci sulfurat. (Unna) 20,00

Szerokie zastosowanie znajdują też mydła lecznicze z zawartością takich leków, jakie wogóle zalecamy w trądziku pospolitym. A zatem — mydła alkaliczne, borne, salicylowe, resorcynowe, naftolowe, siarkowe, tigenolowe, ichtyolowe, tymolowe i t. d. Co się tyczy wskazań do użycia tego lub innego mydła, to w sprawie tej należy się powodować temi samemi zasadami, jak w wyborze preparatów leczniczych, zalecanych w maściach i pastach.

Z zawiesin stosujemy głównie siarkową, np. Kumerfield'a.

Sulfur. ppt. 6,00
 Camphor. trit. 0,50
 Mucilag. gummi arab. 3,00
 Subige et admisce
 Aq. calcis
 — rosar. \widehat{aa} 50,00

W przypadkach trądzika, któremu towarzyszy wybitniejszy łojotok, zalecam siarkowe zawiesiny w wysoku.

Acid. salicylic. 1,20
 Sulfidal.
 (Sulfur. ppt.) 4,00—6,00
 Spir. vini. rectific.
 — saponat kalin.
 Glycerini opt. \widehat{aa} 20,00

Częste zastosowanie znajdują też rozczyiny leków wysokowe lub wysokowo-eterowe. Tutaj zalecamy sublimat, naftol- β , kw. salicylowy, salol, resorcyne, euresol, kw. borny i t. d. Płynami wyciera się chore miejsca przed wtarciem maści lub pasty, po uprzednim umyciu twarzy, a pozatem 2—3 razy w ciągu dnia. Są one również wskazane w leczeniu następczem trądzika oraz w postępowaniu higieniczno-zapobiegawczem (patrz łojotok).

Wartość lecznicza zasypek jest stosunkowo niewielka. Zalecamy pudry z siarką i bez niej.

Amyl. oryz. 15,00
 Magn. carbon.
 Pulv. rad. Iridis flor. \widehat{aa} 5,00

Zinci oxyd. 20,00
 Talci venet. 35,00
 Magn. carbon. 3,00
 Sulfur. ppt. 3,00—6,00
 Ol. rosar. gtt. III.

Trądzik ospowaty.

(Acne varioliformis s. necrotica. Acne rodens).

Trądzik ospowaty występuje pod postacią płaskich okołomieszkowych grudek od wielkości ziarna konopnego do soczewicy, barwy żywoczerwonej, przechodzącej następnie w czerwonosinawą, brunatną. W części środkowej grudki niebawem zjawia się słabo napięty płaski pęcherzyk, mający zagłębienie pępkowate. Zawartość pęcherzyka jest mętna, niekiedy szarżółtawa. Po pewnym czasie pęcherzyk zasycha w twardawy, brunatnawy, do skóry mocno przylegający strupek, po którego odpadnięciu widać wyraźnie wciągniętą blizenkę, podobną do poospowej.

Trądzik ospowaty jest chorobą głównie wieku dojrzałego i najchętniej zjawia się w miejscach łojotokowych na nosie, policzkach, czole i głowie, w przestrzeniach międzyłópatkowej i międzysutkowej. Na głowie umiejscawia się w okolicach skroniowych oraz na granicy czoła i skóry uwłosionej (Acne frontis — Hebra). Przebieg cierpienia ma charakter napadowy, wykwity zaś zwykły się układać gromadami i dosyć umiarkowo. Wobec długich nieraz przestanków pomiędzy poszczególnymi napadami oraz wielkiej skłonności do nawrotów czas trwania choroby może się rozciągnąć na lata. Oszpecenie twarzy bywa nieraz bardzo znaczne.

Do objawów podmiotowych należą pieczenie i swędzenie.

Chorzy bardzo często cierpią na zaburzenia żołądkowo-kiszkowe.

Przyczyny i budowa. — Sprawcą trądzika ospowatego jest gronkowiec złocisty (Sabouraud). Jego wtargnięcie do torebki włosowej jest punktem wyjścia sprawy zapalnej, odgrywającej się głównie w lejku, w przylegającej doń części mieszka i w otaczającej tkance łącznej. Pierwsze zmiany znajdujemy w naczyniach krwionośnych, które są znacznie rozszerzone, częstokroć wypełnione krwią zakrzepłą oraz otoczone nader obfitem nacieczeniem drobno-komórkowym. Sprawa bardzo szybko dochodzi do martwicy, która dotyczy naskórka, górnej części mieszka włosowego oraz sąsiedniej tkanki łącznej. Obumarła przestrzeń ma kształt klina, zwróconego wierzchołkiem ku dołowi. Część dolna mieszka, gruczoł łojowy oraz potowy nie podlegają głębszym zmianom.

Rozpoznanie może natrafić na większe trudności tylko przy różnicowaniu w kierunku guzkowatych i owrzodziałych postaci syfilisu (syphilis tuberculo-ulcerosa). Za przymiotem może przemawiać stosunkowo głębsze nacieczenie skóry i większa twardość guzków, barwa miedzianoczerwona, wolniejszy przebieg oraz skłonność do wytwarzania zmian o charakterze wykwitów pełzających. Nie należy też zapominać o odczynie Bordet-Wassermann'a. W wielu jednak razach o rozpoznaniu może dopiero rozstrzygnąć wynik leczenia swoistego.

W leczeniu trądzika ospowatego wskazane są głównie przetwory siarkowe i rtęciowe częstokroć z domieszką resorcyny i kw. salicylowego. Najczęściej stosujemy masę cynobrowo-siarkową (1 : 10%), pastę siarkową z 1—2% resorcyny, masę z chlorku rtęciowo-amonowego (hydrarg. ppt. alb.) 5—10%, masę kalomelową (do 10%). Do wycierania nadają się 1—2% roztwory kw. salicylowego, resorcyny lub naftolu-β. Wskazana jest rentgenoterapia.

Trądzik różowaty.

(*Acne rosacea* s. *erythematosa*. Couperose. *Gutta rosea*. *Gutta rosacea*).

Objawy. — W klasycznym rozwoju trądzika różowatego odróżniamy fazę wstępną, której zasadniczą cechą jest przekrwienie, występujące głównie w części środkowej twarzy, na nosie, policzkach, czole i bródce. Początkowo posiada ono charakter przemijający i zjawia się pod wpływem wzruszeń, niskiej ciepłoty, po jedze-



Rys. 22. *Acne rosacea*.

niu a zwłaszcza po spożyciu napojów wysokokowych, gorącej zupy, kawy, herbaty i t. p. Skóra nosa i policzków staje się wówczas żywo czerwona, a przekrwieniu towarzyszy nieprzyjemne uczucie pieczenia. Z biegiem czasu przekrwienie się utrwała i skóra twarzy nabiera zabarwienia czerwonego, ciemnoczerwonego, fioletowoczerwonego. Współcześnie powstają w skórze liczne rozszerzone naczynka krwionośne kształtu liniowego, wężykowatego, drzewiastego, gwiazdowatego. Jest to okres rumieniowy trądzika różowatego (*acne*

erythematosą, couperose), w którym stale stwierdzamy zjawiska łojotoku oraz pewną ciastowatą obrzmiałość skóry twarzy.

W tym stanie choroba trwa nieraz dosyć długo, zwłaszcza u kobiet w okresie przekwitania, u dotkniętych przewlekłymi cierpieniami serca i płuc, u alkoholików. W przeważającej jednak liczbie przypadków sprawa chorobowa przechodzi w okres drugi, czyli we właściwy okres trądzikowy (*Acne rosacea*). Na tle przekrwionej skóry powstają wykwity trądzikowe typu grudkowego i krostkowego, niektóre drobne i powierzchowne, inne większe, głębsze z wyraźną skłonnością do ropienia. Obecność tych wykwitów naturalnie powiększa już istniejące przekrwienie, to zaś ze swej strony wciąż sprzyja powstawaniu świeżych tworów trądzikowych. W ten sposób wytwarza się sytuacja wielce niepomyślna dla przebiegu choroby, na której najwięcej cierpi jednak sama skóra. Sprawy zapalne, przekrwienie czynne i bierne dają nieraz pohop do bujania tkanki łącznej, czego następstwem może być mniej więcej rozlane lub ograniczone zgrubienie skóry oraz powstawanie różnej wielkości tworów guzowatych. Ten trzeci i najgorszy okres, do którego jednak sprawa nie zawsze dochodzi, bywa powodem znacznych oszpeceń. Stosunkowo najczęściej dotknięty bywa nos (*guzowatość nosa* — *rhinophyma*). W przypadkach ciężkich może on sięgać wielkości pięści i opuszczać się jak trąba tapira na górną wargę a nawet na brodę. Czasem nos bywa równomiernie zgrubiały i powiększony, w innych znowu razach jest on złożony z gromady większych i mniejszych guzów. W skórze widać liczne, grube naczynia krwionośne barwy sinej. Wyloty gruczołów łojowych są bardzo znacznie rozszerzone, przy naciskaniu zaś wydobywają się z nich grube nitkowate lub walcowate masy tłuszczowe. Zmiany analogiczne, lubo rzadziej i w stopniu słabszym, znajdujemy też na czole, policzkach i brodzie.

B u d o w a. — Zmiany histopatologiczne w trądziku różowatym polegają na zapaleniu przewlekłym, które występuje głównie w obrębie naczyń krwionośnych, oplatających torebkę włosową oraz gruczoł łojowy. Naczynia sieci powierzchownej i głębokiej są znacznie rozszerzone i częstokroć otoczone naciekiem komórkowym. W przypadkach świeżych liczba stałych komórek tkanki łącznej jest powiększona, w starszych zaś tkanka ta ulega widocznemu stwardnieniu. Gruczoły łojowe wydają się powiększonymi. Budowa wykwitów trądzikowych jest taka, jaką spostrzegamy w trądziku pospolitym. Guzowatość nosa (*rhinophyma*) powstaje wskutek wybitnego przerostu gruczołów łojowych oraz rozrostu tkanki łącznej.

Przyczyny. Z trądzikiem różowatym spotykamy się stosunkowo częściej u kobiet, niż u mężczyzn, guzowatość zaś nosa jest niemal wyłącznym przywilejem płci męskiej. Trądzik zjawia się zazwyczaj pomiędzy 30—40 r. życia, wystąpić jednak może o wiele wcześniej, a w wyjątkowych razach nawet w wieku dziecięcym (R. Bernhardt). Wpływy dziedziczne są nieraz bardzo widoczne. Spół sposób powstawania trądzika różowatego (faza wstępna) wyraźnie wskazuje na to, że mamy tu do czynienia z nerwicą naczyniową. Za przyczynę nerwicy należy uważać zjawiska samozatrucia w szerokim stylu pojęte. W pierwszym rzędzie wchodzi w grę zaburzenia czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Mam tu na myśli głównie gruczoł tarczowy oraz gruczoły płciowe. Znaczenie ostatnich ujawnia się zwłaszcza u kobiet, na co wskazywać się zdaje częste występowanie trądzika różowatego w okresie przekwitania a także widoczny wpływ ciąży na przebieg omawianego cierpienia. Uzależnienie przyczynowe od schorzeń jajników we wielu razach z pewnością nie da się zaprzeczyć. Doniosłą rolę odgrywają też zaburzenia żołądkowo-kiszkowe (nadmierna kwaśność żołądka, jego rozszerzenie, przewlekłe nieżyty kiszek, zaparcie stolca nawykowe).

Do czynników sprzyjających zaliczamy: długotrwałe i często powtarzające się zmiany i wahania temperatury, zaburzenia w krwi obiegu zwłaszcza w cierpieniach przewlekłych serca i płuc, przewlekłe zatrucie wyskokiem, kofeiną i t. d. Do schorzeń błony śluzowej nosa niektórzy badacze również przywiązują niemałą wagę.

Rozpoznanie. Przypadki typowe rozpoznajemy bez trudu. Obecność wykwitów trądzikowych na tle skóry przekrwionej i zapatrzonej w liczne naczynka rozszerzone a także przewlekły przebieg cierpienia stanowią dostateczne punkty oparcia do rozpoznania. W pewnych jednak razach może się wyłonić kwestja odmian powierzchownych liszaja rumieniowatego. Podnieść przecież należy, że liszaj ten zazwyczaj występuje w postaci blaszek odgraniczonych i mniej lub więcej wzniesionych, że barwa bywa przeważnie bardziej żywoczerwona, niż w trądziku różowatym i że na ich powierzchni niemal zawsze znajdujemy nieco łusek mocno przylegających do skóry. Wszelkie zaś wątpliwości ustają z chwilą, gdy część środkowa blaszki ulega wessaniu i gdy wytwarza się tkanka bliznowata.

Gdy trądzik różowaty mieści się wyłącznie na nosie, a jego wykwitki mają postać grudkową, to odróżnienie od przymiotu (*syphylis tuberculosa*) może być niekiedy dosyć trudne. Jednak w syfilisie zmiany występują przeważnie nieumiarowo (np. na jednym ze skrzy-

deł albo na skrzydle i końcu nosa), rozpościeranie odbywać się może w sposób pełzający, guzki podlegają owrzodzeniu i zablizniają się, wreszcie możliwe jest przejście sprawy chorobowej na błonę śluzową nosa.

Różnicowanie z wilkiem pospolitym ma za podstawę obecność gruzelków, owrzodzeń i blizn.

Czerwony liszaj mieszkowy ma inne niż trądzik różowaty umiejscowienie na twarzy, barwa skóry zazwyczaj bywa różowoczerwona lub żywoczerwona, powierzchnia zaś miejsc schorzałych jest wyraźnie ziarnista (patrz rozdz. II).

Leczenie wewnętrzne trądzika różowatego winno mieć za zadanie usunięcia przyczyn wywołujących oraz sprzyjających powstawaniu i rozwojowi cierpienia. Zwracamy zatem uwagę na czynność gruczołów dokrewnych, na zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, na stan płuc, pracę serca i zalecamy takie środki i metody leczenia, jakie wynikają ze wskazań ogólnych. Zwłaszcza pilnie należy baczyć na stan kiszki i w żadnym wypadku nie dopuszczać do długotrwałego zaparcia stolca. U kobiet należy w pierwszym rzędzie pamiętać o czynności, względnie schorzeniu jajników. Leczenie wszystkich tych spraw we wczesnych okresach trądzika częstokroć posiada rozstrzygające znaczenie dla dalszego przebiegu i rozwoju choroby.

Djeta winna być ściśle przestrzegana. Zalecamy taką, jaka obowiązuje w trądziku pospolitym. Doradza się nie jadać i nie pić gorącego. Należy jadać wolno i dokładnie żuć.

Zastosowanie znajdują też wody alkaliczne i kąpiele siarkowe.

Leczenie miejscowe prowadzimy wedle zasad, wyłożonych w trądziku pospolitym. W każdym przypadku winniśmy dążyć do stosowania metod złuszczących pamiętając o tem, że wynik leczniczy będzie tem lepszy, im energiczniejsze było złuszczenie. Wskazane są przede wszystkim siarka i resorcyna. Tylko w początkowych okresach choroby, gdy mamy do czynienia z przemijającym przekrwieniem czynnym, należy unikać metod drażniących skórę. W tych razach główny nacisk kładziemy na wewnętrzne leczenie przyczynowe, miejscowo zaś zalecamy środki łagodzące i przeciwzapalne.

Po usunięciu wykwitów trądzikowych za pomocą energicznych metod łuszczących przekrwienie skóry zazwyczaj znacznie się zmniejsza a miejscami ginie nawet zupełnie (w postaciach powierzchownych i względnie świeżych). Pozostałe przestrzenie skóry przekrwionej leczymy za pomocą elektrolizy grubszych naczyń krwionośnych (biegun ujemny!), gęstych nacięć skóry (scarificatio) i za

pomocą zamrażania dwutlenkiem węgla. Doskonale wyniki nieraz daje d'Arsonwalizacja oraz naświetlanie lampą Kromayer'a.

W okresach wczesnych rozwoju guzowości nosa względnie pomyślne wyniki można nieraz osiągnąć przez wykonanie głębokich nacięć skóry i zastosowanie elektrolizy gruczołów łojowych (biegun ujemny, 4—6 MA.). W przypadkach posuniętych niezbędna jest pomoc chirurgiczna, radziłbym jednak uprzednio wypróbować rentgenoterapię, która niekiedy daje nader pomyślne wyniki. Ma to widocznie miejsce w tych przypadkach, gdy głównem podłożem anatomicznem guzowości nosa jest przerost gruczołów łojowych.



Rozdział VII.

Schorzenia gruczołów potowych.

Poty nadmierne.

(Hyperidrosis).

Potami nadmiernymi w znaczeniu chorobowem nazywamy nadmierną czynność gruczołów potowych, występującą już to w przebiegu innych chorób, już to w okolicznościach, w których zjawiska tego nie zwykliśmy spostrzegać. Sprawa może być uogólniona lub miejscowa, dotyczyć jednej tylko połowy ciała albo też zjawiać się w miejscach umiarowych (dłonie, podeszwy, pachy).

Poty ogólne (hyperidrosis universalis) widzujemy głównie w przebiegu innych chorób, np. zakaźnych, a więc w zapaleniu płuc krupowem, w durze brzuszny i powrotnym, gościecu wielostawowym, w influenzy, zimnicy, tężcu. Znana też jest skłonność do pocenia ludzi otyłych, chorych na gruźlicę (t. zw. poty nocne), w krzywicy (głowa), podczas napadów dusznicy bolesnej i t. d. Ze zjawiskiem tem spotykamy się też częstokroć w cierpieniach układu nerwowego, np. w neurastenji, hysterji, w chorobie Basedow'a, w drżące a także w schorzeniach mózgu i rdzenia przedłużonego. W rozprzestrzenieniu po łowiczem (hyperidrosis unius lateris) poty nadmierne zdarzają się nawet u ludzi pozornie zupełnie zdrowych. W większości jednak przypadków musimy się tu liczyć z różnemi cierpieniami układu nerwowego. Do nich należą: hysterja, choroba Basedow'a, migrena z porażenia naczyń (hemigrania sympathico — paralytica), uszkodzenia części szyjowej nerwu współczulnego, schorzenia nerwów obwodowych — twarzowego, potylicowego, kulszowego, międzyżebrowych. Stosunkowo rzadziej zjawisko to pozostaje w łączności z ośrodkowym układem nerwowym. Tak więc spostrzegano je w udarze mózgowym, w nowotworach mózgu, w stwardnieniu rozsianem, w zapaleniu i wjadzie rdzenia a niekiedy też w jego jamistości.

Większe znaczenie z punktu widzenia dermatologicznego posiadają nadmierne poty miejscowe (Hyperidrosis localis s.

ephidrosis). Ulubionem ich miejscem są dłonie i podeszwy, pachy i pachwiny, okolica odbytu, głowa, czoło, bródka. Na tych przestrzeniach w przypadkach niepowikłanych nie stwierdzamy żadnego innego objawu prócz nadmiernej czynności gruczołów potowych. Potnienie rąk spostrzegamy głównie u osobników młodych. Skóra dłoni i palców bywa w tych razach stale wilgotna, nawet mokra, lepka i chłodna. Sprawia to przykre wrażenie przy powitaniu i podawaniu ręki, co chory osobnik najzupełniej sobie uświadamia i zazwyczaj nader żywo odczuwa. Takie potnienie może też bardzo utrudniać wykonywanie niektórych rzemiosł a w pewnych razach nawet uniemożliwiać. Nadmierne potnienie nóg bywa u niektórych ludzi zjawiskiem przemijającym, u innych zaś może trwać cały szereg lat. Jest to przykre dla pacjenta i jego otoczenia głównie z powodu nad wyraz nieprzyjemnego i dosyć charakterystycznego zapachu (p o t y c u c h n ą c e — Bromidrosis). W przypadkach wybitnych skóra ulega namoknieniu (maceratio), staje się pulchna, łatwo uszkodzalna, mogą się tworzyć pęcherze i popękania, występują objawy zapalne. Chodzenie bywa nieraz bardzo bolesne i utrudnione.

Nie należy też zapominać, że nadmierne potnienie rąk i nóg jest niekiedy wstępnym okresem rozwoju rogowca dłoni i podeszew.

W p a c h a c h pocenie bywa niekiedy tak obfite, że przemaka bielizna i ubranie. Zapach bywa też nieraz dosyć przykry (Bromidrosis).

O towarzyszącym łojotokowi nadmiernem potnieniu g ł o w y i c z o ł a wspominałem już wyżej (patrz łojotok i wylusienie łojotokowe).

W tych miejscach, gdzie wyparowanie potu jest utrudnione, powstaje z biegiem czasu namoknienie skóry. Drażniący wpływ chemiczny potu, podlegającego rozkładowi, oraz czynniki mechaniczne (ucisk, tarcie i t. p.), powodują powstawanie spraw zapalnych skóry, które nazywamy w y p r z e n i e m albo o d p a ż e n i e m (intertrigo). W tych stanach skóra jest żywoczerwona, nieco obrzmiała, wilgotna. Bolesność, pieczenie i swędzenie należą do objawów stałych. Zjawisko spostrzegamy głównie w tych miejscach, gdzie się stykają i przy ruchach wzajemnie nacierają dwie sąsiednie powierzchnie skóry, a więc w przestrzeniach międzypalcowych i podpalcowych stóp, w pachach, pachwinach, w okolicy odbytu, pod piersiami. U niemowląt zmiany takie mogą pozatem powstać wszędzie tam, gdzie tworzą się fałdy, np. na szyi, tylnej powierzchni uda i t. p.

Przyczyny powstawania potów nadmiernych dotychczas nie są dostatecznie wyjaśnione. Mniej więcej zrozumiałe są jedynie fakty, pozostające w łączności z uszkodzeniem i cierpieniami nerwów obwodowych (Weir — Mitchell). Co się tyczy nadmiernych potów miejscowych, chciałbym zauważyć, że przyczyn tego zjawiska należy szukać nie w skórze, lecz raczej w ustroju. Są one z pewnością ogólne, a nie miejscowe i widocznie w bardzo znacznym stopniu uzależnione od czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Poszukiwania należy prowadzić w kierunku, podobnym do dotychczas stosowanego w lojotoku, z którym potnienie posiadać się zdaje nie mało analogji klinicznych. W wielu razach można wykryć wpływ dziedziczne.

W leczeniu potów nadmiernych zalecam djetę, podaną w rozdziale o lojotoku. Zwracam szczególną uwagę na czynności kiszek i chętnie stosuję środki moczopędne. Z leków wewnętrznych można podawać atropinę w pigułkach (0,0005—0,002) lub agaricinę (0,0005 pro dosi, 0,02 pro die), picrotoxin (0,008—0,01 w pigułkach), ergotyne, arsenik, gorzknik kanadyjski (extr. fl. hydrast. canad. 25—30 krpl. trzy razy dziennie), tojad (extr. Aconit. 0,03 na dawkę), szaflwię (tra *Salviae* 20—30 krpl. pro dosi et die). Środki te posiadają jednak tylko działanie przemijające i do dłuższego leczenia przeważnie się nie nadają (prócz arseniku).

Leczenie miejscowe potów ogólnych polega na stosowaniu kąpiei, zasypywaniu pudrami oraz wycieraniu octem, wódką salicylową lub mentolową (1—2%).

W nadmiernem potnieniu nóg dobre usługi oddaje formalina. Należy smarować 3—5 dni z rzędu po uprzednim dokładnem wymyciu stóp i wymoczeniu w roztworze nadmanganianu potasowego. Zabieg powtarza się po 3—4 tygodniach. Azotan srebra (10%) stosujemy 6—7 dni, 5% wodny roztwór kw. chromowego 2—3 dni z rzędu (ostrożnie! zatrucie!), zasypując chore miejsca niżej podanym pudrem. Legroux zaleca chlorek żelazowy (liq. ferri sesquichlor. 30,00 : glicerini pur. 10,00). W pewnych razach nieźle działa tannoform, który stosujemy rano i wieczorem w postaci zasyпки. W przypadkach łagodniejszych może wystarczyć mycie nóg rano i wieczorem ciepłą wodą i mydłem, wycieranie 2—3% wódką salicylową lub resorcynową, zasypywanie jednego z niżej podanych pudrów między i pod palce stóp a także w skarpetki i pończochy.

- 1) Tannini pur. 3,00
Talcu venet. steril. 27,00

- 2) Zinci oxyd.
 Cerussae alb. \widehat{aa} 8,00
 Talci venet. steril. 40,00
- 3) Alumin. depurat. 1,00
 Kal. hypermangan. 13,00
 Zinci oxyd.
 — carbon. \widehat{aa} 18,00
 Talci venet. steril. 50,00
 (poty cuchnące).

Pończochy, skarpetki należy zmieniać codziennie, obuwie suszyć i wietrzyć, często zmieniać. W potach cuchnących zaleca się odkażanie i odwanianie obuwia za pomocą formaliny lub 5% kwasu karbolowego.

W potnieniu rąk stosujemy mycie w słabym roztworze formaliny (łyżkę stołową na litr) lub 2% mydłem formalinowym, wycieranie rano i wieczorem płynem Heusner'a (Bals. peruvian. 1,00: Ac. formic., Chloral. hydrat. \widehat{aa} 5,00: Spir. vini rectific. 100,00) lub Kaposi'ego (Naphтол- β 5,00: Glycerini 10,00: Spir. vini rectific. 100,00). Na noc zalecamy tannoform, obficie zasypywany w rękawiczki niciane.

Analogiczne leczenie stosujemy w potnieniu pach. Leistikow zachwala dodatnie działanie maści formalinowej.

Sol. formalini 2,00—5,00
 Lanolin. anhydr. 5,00
 Vaselin. alb. 10,00

Wcieramy ją rano i wieczorem w ciągu 3—5 tygodni. W razie podrażnienia skóry przechodzi się do maści cynkowej. Jako leczenie następce Leistikow zaleca mydło formalinowe oraz pastę siarkową Unna'y. Noszenie obcisłego ubrania oraz potników jest przeciwwskazane.

Brak potu.

(Anidrosis).

Brak potu jako cierpienie samoistne dotychczas stwierdzono tylko w 3 przypadkach (Tändlan, Wechselmann, Loewy). Sprawa pozostawała w związku z wrodzonym brakiem gruczołów potowych. Współcześnie istniały jeszcze inne zaburzenia rozwojowe.

W większości jednak przypadków mamy do czynienia nie z brakiem potu, lecz z upośledzoną czynnością gruczołów potowych (Oligidrosis). Zjawisko ma znaczenie objawowe. Spotykamy się z niem w przebiegu wielu chorób, n. p. w moczowce prostej i cukrowej, w raku i wogóle w charłactwie, w jamistości i w zapaleniu rdzenia, w uszkodzeniach nerwów obwodowych, w zaniku twarzy połowicznym. Objaw ten występuje też w niektórych chorobach skóry, np. w skórze rybiej, świerzbicze, w pryszczycy, łuszczycy i t. d.

Poty cuchnące.

(Osmidrosis).

Mianem osmidrosis określamy zjawisko, polegające na wydzielaniu potu o pewnym zapachu, i odróżniamy je od t. zw. bromidrosis, w którym pot staje się cuchnący dopiero wtórnie — wskutek rozkładu (patrz poty nadmierne).

Właściwie mówiąc, nawet pot normalny posiada zapach swoisty, nieco odmienny u różnych ras i nie zawsze jednakowo intensywny u osobników jednej rasy. Znane są jednak przypadki, w których zapach potu był niezwykle, nieraz nawet przyjemny. Najczęściej zależało to widocznie od spożywanych potraw, napojów i od leków, np. od czosnku, gałki muszkatowej, waleryany, terpentyny, fosforu, kakodylanu sodowego, nalewki piżmowej, asafetydy i t. p. W spostrzeżeniu Szokalskiego pot miał zapach fiołków, choć chorej nie podawano ani olejku terpentynowego, ani przetworów dziegciowych. W chorobach zakaźnych poty mogą również posiadać pewien zapach swoisty, np. w odrze, płonicy, posocznicy i t. d.

Poty barwne.

(Chromidrosis).

Barwnym potem w ścisłym znaczeniu słowa nazywamy zjawisko chorobowe, w którym gruczoły potowe wydzielają na powierzchnię skóry pot, zawierający istotę barwiącą. Barwik dostaje się do ustroju za pomocą potraw, napojów, leków, przez wziewanie albo też powstaje w ustroju pierwotnie.

Do faktów pierwszej kategorii należy zielono-niebieskawe zabarwienie potu u robotników cierpiących na przewlekłe zatrucie miedzią, zabarwienie niebieskie przy stosowaniu wewnętrznym przetworów żelaza, różowe przy zażywaniu jodku potasowego.

Kategoria druga obejmuje przypadki, w których barwik samostnie powstaje w ustroju. Spostrzegano poty, powodujące niebie-

skie, szare, nawet czarne zabarwienie powierzchni skóry. Barwik występuje pod postacią subtelnego pyłu, mieszczącego się w fałdach i bruzdach skóry a także w wylotach mieszków włosowych. Rzadziej spotykamy niebieskie lub czarne ziarenka. Zabarcwienie miejsc schorzałych jest albo jednolite, albo wysepkowate, kropkowe. Barwik trudno zmywa się wodą i mydłem, łatwo natomiast oliwą. Po jego usunięciu powierzchnia skóry na nowo się zabarwia po upływie $\frac{1}{4}$ —1 godziny, kilku dni, niekiedy zaś już po kilku minutach. Zjawisko spostrzegamy najczęściej na powiekach dolnych. Niekiedy jednak występuje ono też na górnych, na czole, policzkach, nosie, w okolicy ust, na piersiach, brzuchu, mosznie, udach i rękach. Małżowiny uszne są zawsze wolne. Istotę barwiącą większość badaczy określa jako indygo. Zdarzają się jednak też inne, bliżej nieokreślone barwiki (Schwarzenbach).

Nie należy zapominać, że przy krytycznej ocenie każdego takiego spostrzeżenia winno się zawsze mieć na uwadze możliwość symulacji.

Od potów barwnych odróżniać jeszcze trzeba wtórne zabarcwienie potu normalnego przez drobnoustroje, wytwarzające barwiki. Takie sprawy widzimy w miejscach, gdzie wydzielanie potu stale bywa stosunkowo obfite, np. w pachach i pachwinach. Zabarcwienie może być czerwone, brunatnoczerwone lub żółte. Rzecz pozostaje w ścisłej łączności z t. zw. włosami rdzawymi.

Poty mocznicowe.

(Uridrosis).

Wypacanie przez skórę kwasu moczowego i mocznika należy do objawów mocznicowych tej kategorii, co wymioty i biegunka w mocznicy, które możemy uważać za akt samoobrony ustroju. Już dawniej zwracano uwagę na to, że u chorych z wybitnie upośledzoną czynnością nerek pot może posiadać pewien swoisty zapach moczu. Popóźniej jednak Schottin i Drasche wykazali w przypadkach cholery obecność na skórze nalotu, złożonego z mocznika. Analogiczne spostrzeżenia poczyniono też w ciężkiej mocznicy. Nalot krystaliczny mieści się głównie na brwiach, w okolicach skroniowych, na skrzydłach nosa, na czole, górnej wardze, na uwłosionej skórze głowy. Stosunkowo rzadziej występuje na powierzchniach bocznych szyi, na piersiach, brzuchu i kończynach, w wyjątkowych zaś razach na błonie śluzowej gardła i jamy ustnej. Przed śmiercią krystaliczny nalot ginie, ustępując miejsca lepkiej ciągnącej się cieczy.



Poty krwawe.

(Hemidrosis).

To niezwykle zjawisko, o którym wspomina już Arystoteles (Historia t. III), jest następstwem krwotoku. Ciałka czerwone krwi przedostają się do światła gruczołów potowych a następnie wraz z potem wydzielają się na powierzchnię skóry. Te fakty zostały stwierdzone przez badania drobnowidzowe (Parrot, Huss, Tittel, Laufenauer i in.).

Poty krwawe spostrzegano najczęściej w chorobach nerwowych, zwłaszcza w hysterji, w zatruciach, w chorobach zakaźnych (żółta febra, dżuma, skorbut), w krwawicze, w miesiączce zastępczej. Ilość krwi zazwyczaj bywa niewielka, niekiedy jednak krwotok może trwać kilka minut a nawet godzin. Nawroty zdarzają się głównie w hysterji. Zjawisko zwykło występować w pewnych ograniczonych miejscach ciała, np. na czole, powiekach, małżowinach usznych, na nosie, w pachach, na palcach, mosznie, prąciu i t. d. Niekiedy bywa połowicze. Współcześnie z potami krwawymi spostrzegano w wielu razach plamicę (purpura) oraz krwawienie w innych narządach (wymioty krwawe, krwimocz, krwotoki maciczne itd.). W spostrzeżeniu Parrot'a notowano krwawe łzy.

Jak widać, poty krwawe posiadają to samo znaczenie objawowe, co plamica. Oba zjawiska mają też wspólne przyczyny i sposób powstawania (szczegóły patrz plamica).

Prosówka właściwa.

(Miliaria crystallina).

W przebiegu ostrych chorób zakaźnych (dur, płonica, zapalenie płuc krupowe, ostry gościec stawowy i t. p.) oraz w łączności z potami nadmiernymi nagle powstają na skórze drobne, do kropel rosy podobne pęcherzyki wielkości prosa, wypełnione zawartością wodnistą. Wybuchowi pęcherzyków nie towarzyszą żadne objawy zapalne, ani też swędzenie lub pieczenie. Mieszczą się one głównie na tułowiu, zwłaszcza na brzuchu, na szyi i powierzchniach zginaczy kończyn górnych i dolnych. Pęcherzyki nie powiększają się, a ich zawartość cały czas pozostaje przezroczysta. Po 3—4 dniach pękają one lub też zasychają i wreszcie giną bez śladu nie powodując wyraźnego łuszczenia. Takich wybuchów może być nieraz kilka.

Badanie drobnowidzowe wykazuje, że w prosówce właściwej mamy do czynienia z pęcherzykiem, znajdującym się w warstwie rogowej naskórka i pozostającym w łączności z przewodem gru-

czołu potowego. Pęcherzyk jest torbielą zastojową tej części przewodu, która przebiega warstwę rogową. Czop zatykający wyłot przewodu jest, zdaniem Coats'a, utworzony z leukocytów, wedle Török'a zaś z komórek rogowych. W płynnej zawartości pęcherzyka znajduje się 18^o/₁₀₀ części stałych (14^o/₁₀₀ organicznych i 4^o/₁₀₀ nieorganicznych). Nie wykryto w niej obecności białka.

Rozpoznanie nie jest trudne. — Stan skóry nie wymaga leczenia.

Żarnice. Potówki.

(Miliaria rubra. Sudamen).

U łatwo pocących się i otyłych osobników niekiedy powstaje w porze letniej osutka, złożona z czerwonych okrągłych i wzniesionych grudeczek, wielkości lepka szpilki do prosa. Na ich szczycie częstokroć widać drobny przezroczysty pęcherzyk. Grudki są nieprawidłowo, lecz niekiedy bardzo gęsto rozsiane na skórze tułowia oraz na powierzchniach zginaczy. Powodują swędzenie. Jeżeli się skórę utrzymuje sucho i zabezpiecza od wpływów drażniących, to grudki niebawem bledną i spłaszczają się, pęcherzyki zasychają, swędzenie ustępuje i osutka ginie w ciągu 8—14 dni przy objawach słabego łuszczenia. W tych jednak razach, gdy trwają czynniki dla skóry szkodliwe, wówczas osutka ulega nasileniu i rozpowszechnieniu, grudki się powiększają a pęcherzyki przekształcają się w krostki. Wreszcie mogą powstać objawy zapalne skóry wyglądem przypominające pryszczycę. Ma to miejsce zwłaszcza w pachach, pachwinach i w okolicach podsutkowych. Rzecz oczywiście pozostaje w ścisłej łączności z wyprzieniem oraz ze sprawami chorobowymi z grupy grzybic gronkowcowych (staphylococcosis).

Zmiany anatomiczne wykwitów żarnicowych sprowadzają się do umiarkowanych objawów zapalnych warstwy brodawkowej skóry (przekrwienie, obrzęk, nacieczenie), którym towarzyszy powstawanie pęcherzyka w naskórku. Pęcherzyk zazwyczaj tworzy się na granicy warstwy rogowej i ziarnistej. W jego zawartości można stwierdzić obecność białka, leukocytów oraz komórek naskórkowych.

Należy zauważyć, że zdania co do żarnic i prosówki właściwej dziś nie są jeszcze ostatecznie ustalone. Podczas gdy jedni badacze uważają obie te sprawy tylko za różne odmiany wzgl. okresy jednego i tego samego cierpienia, inni zdają się raczej skłaniać ku pogładowi, ustalającemu odrębność tych postaci klinicznych. Dane anatomiczne przemawiają raczej na korzyść poglądu drugiego. Pier-

wiastek zapalny bądź co bądź zasadniczo różni żarnice od prosówki właściwej. Tworzy on ponadto zupełnie naturalny łącznik pomiędzy żarnicami i pewnymi osutkami pryszczycowatymi pochodzenia zewnętrznego, do których omawiane cierpienie niekiedy posiada daleko idące podobieństwo.

Leczenie żarnic jest takie, jak ostrego napadu pryszczycy (patrz niżej).

Czerwona ziarnistość nosa.

(Granulosis rubra nasi).

Pierwsze spostrzeżenia tego cierpienia podali Pringle (1894 r.) i Luthlen (1900), dokładny jednak i całkowity opis zawdzięczamy Jadassohn'owi (1901).

O b j a w y. — Zmiany skóry mieszczą się na nosie. Zajęta bywa przestrzeń, odgraniczona od dołu końcem nosa i brzegami skrzydeł, z boków — bruzdami nosowargowymi, od góry — linią odpowiadającą mniej więcej granicy chrząstkowej i kostnej części nosa. W obrębie wskazanych granic skóra posiada dosyć równomierne żywoczerwone zabarwienie, niemal znikające przy uciskaniu i bez ostrych granic przechodzące w otaczające części zdrowe. Rozszerzonych naczyń krwionośnych nie widać. Na tak zmienionej skórze spostrzegamy liczne drobne grudeczki barwy żywo- do ciemnoczerwonej, wielkości od kropki do ziarna maku. Ich kształt jest okrągły, po większej części półkulisty, rzadziej stożkowaty. Drobne grudki zaledwie wznoszą się ponad powierzchnię, większe są niekiedy uwieńczone maleńkimi pęcherzykami. W obrębie miejsc schorzałych skóra jest niezgrubiała, delikatna, chłodna a ponadto stale wilgotna. Zależy to od nadmiernego wydzielania potu, które częstokroć dochodzi do takiego stopnia, że cała zaczerwieniona powierzchnia nosa jest gęsto usiana kropelkami potu, jak rosą. Po dokładnem wysuszeniu skóra w krótkim czasie staje się znowu wilgotna. Wydzielanie potu odbywa się zupełnie niezależnie od wpływów psychicznych, choć widocznie się wzmaga w obecności tych czynników. Osutka nie powoduje swędzenia.

P r z e b i e g cierpienia jest przewlekły i jednostajny. Wahania istnieją tylko w natężeniu zaczerwienienia oraz w liczbie i wielkości grudek. Sprawa zazwyczaj rozpoczyna się w 2—3-cim roku życia, w 6—12-tym sięga pełni rozwoju, ginie zaś samoistnie około 16-go.

B u d o w a. Grudki tworzą się wskutek nacieku okołonaczyniowego, który mieści się w warstwach brodawkowej i podbrodawko-

wej skóry, zwłaszcza zaś dokoła przewodów gruczołów potowych. Co się tyczy tych gruczołów, to przeważnie znajdujemy kłębki niezmiennione, przewody zaś miejscami wyraźnie rozszerzone. Sprawy naczyniowe należy oceniać jako zjawiska pierwotne, zmiany zaś gruczołów jako wtórne.

Za przyczynę czerwonej ziarnistości nosa uważamy nerwicę naczyniową, powstającą na tle ogólnych warunków ustrojowych. Dzieci są zazwyczaj miernie lub niedostatecznie rozwinięte, słabowite, małokrwiste i w 90% żółtawate (R. Bernhardt). Płeć zdaje się nie odgrywać żadnej roli w etiologii tego cierpienia. Nie da się jednak zaprzeczyć pewne usposobienie rodzinne.

Rozpoznanie stawiamy na zasadzie obecności rozlanego zaczerwienienia skóry nosa, drobnych rozsianych grudek oraz nadmiernego wydzielania potu. Przy różnicowaniu należy mieć na uwadze głównie wilka pospolitego i rumieniowatego oraz trądzik różowaty. Cierpienia te można jednak łatwo wykluczyć przy pewnej uwadze. Brak gruzelków, rozlanych nacieków oraz owrzodzeń i wolne błony śluzowe stanowczo przemawiają na niekorzyść tocznia. Przeciwno liszajowi rumieniowatemu świadczy nie ostre odgraniczenie ogniska chorobowego, brak łusek i objawów zaniku skóry względnie blizny. Trądzik różowaty cechują rozszerzone naczynia krwionośne skóry, rozszerzenie wylotów gruczołów łojowych oraz lojotok. Torbielakom potowym (hidrocystoma) brak odczynu zapalnego (patrz nowotwory skóry).

Leczenie czerwonej ziarnistości nosa polega na podawaniu leków wzmacniających oraz na miejscowym stosowaniu środków szczyjących, np. kw. salicylowego, resorcyny, naftolu, siarki i t. p. Zalecano nacięcia linijne, wyłyżeczkowanie grudek, elektrolizę, galwanokautykę a nawet powierzchowne przypalanie żegadłem Paque-lin'a. Muszę jednak przestrzec przed stosowaniem nazbyt energicznych metod, gdyż wyniki są bezwarunkowo ujemne, następstwa zaś kosmetyczne nieraz fatalne. Leczenie miejscowe winno być jedynie objawowe a to tembardziej, że cierpienie z biegiem lat samo przechodzi bez śladu.

Rozdział VIII.

Zapalenie skóry pochodzenia zewnętrznego.

(Dermatitis de causa externa).

W rozdziale niniejszym podlegają omówieniu sprawy zapalne, będące w łączności z czynnikami szkodliwymi z zewnątrz na skórę oddziałującymi. W przeważnej liczbie przypadków są to cierpienia sztucznie wywołane (dermatitis artefacta), pozostające w przyczynowym związku z wykonywaniem zawodu (dermatitis professionalis). Tutaj należą niektóre osutki lekowe oraz te schorzenia, które powstają wskutek działania ciepłoty niskiej i wysokiej, promieni pozafioletkowych, promieni Roentgen'a i t. d. Do objawów zapalnych prowadzi też obecność na skórze różnych pasorzytów, zmiany jednak tej kategorii będą opisane w rozdziałach o cierpieniach pasożytniczych skóry.

Zapalenie skóry urazowe.

(Dermatitis traumatica).

Ciężkie uszkodzenia skóry należą do dziedziny chirurgji, my zaś mamy tu na myśli głównie te bardziej powierzchowne zmiany, które powstają wskutek uderzenia, ucisku, tarcia, drapania i t. d. Objawy kliniczne takiego urazowego zapalenia skóry sprowadzają się do zaczerwienienia i obrzęku, niekiedy do wylewów krwi oraz do powstawania pęcherzyków i pęcherzy. W przypadkach ostrych objawy te szybko ustępują po usunięciu czynnika szkodliwego i w warunkach odpowiedniego leczenia. W tych jednak razach, gdy działanie urazu trwa, powstać mogą zmiany bardziej głębokie. Tak np. ciągły ucisk może spowodować pewne ścięczenie a nawet zanik skóry, a także jej przebarwienie (melanoderma traumatica). Tutaj też należą odciski i modzele pochodzenia zawodowego oraz te, które tworzą się na podeszwach i palcach stóp wskutek noszenia nieodpowiedniego obuwia. Nie należy też zapominać, że przy długotrwałem tarciu i drapaniu skóra grubieje i ciemnieje, poletkowata budowa jej powierzchni staje się bardziej wyraźna i zjawiają się grudki rze-

kome o powierzchni gładkiej i błyszczącej. Wyglądem przypominają one wykwity czerwonego liszaja płaskiego. Ten objawozbiór znany jest pod nazwą zliszajowacenia skóry (lichenisatio s. lichenificatio).

Zapalenie skóry pochodzenia chemicznego.

(Dermatitis ab usu chemicaliorum).

Różne ciała chemiczne wywierają wpływ szkodliwy na skórę. Niektóre z nich powodują ciężkie zjawiska miejscowe podobne do tych, jakie spostrzegamy w oparzeniu, np. kwasy stężone. Inne nie działają tak energicznie, jeno drażnią skórę i stopniowo doprowadzają do mniej więcej rozległych i głębokich stanów zapalnych. Przekrwienie i łuszczenie w przypadkach łagodniejszych, w cięższych zaś zaczerwienienie, obrzęk, pęcherzyki, krostki i strupki, później znowu zgrubienie skóry i naskórka oraz popękania — składają się na całokształt schorzeń tego typu. W bardzo wielu takich przypadkach mamy do czynienia z cierpieniami zawodowymi (dermatitis profesionalis). Jest rzeczą jasną, że w tych razach prócz szkodliwego działania związków chemicznych może jeszcze wchodzić w grę uraz, wpływ światła, ciepłoty wysokiej lub niskiej i t. d. Współdziałanie kilku takich czynników naturalnie jeszcze bardziej wiksła obraz kliniczny.

W przebiegu zawodowego zapalenia skóry wystąpić jeszcze mogą, jako cierpienia narzucone, różne zakażenia miejscowe (gronkowce i paciorkowce), pryszczycyca pasorzytnicza (bardzo częste zjawisko) i wreszcie — u ludzi do tego skłonnych — pryszczycyca pospolita.

Z tego rodzaju zmianami skóry spotykamy się głównie u praczek i prasowaczek, kucharek, pomywaczek, garbarzy, u mularzy, malarzy i lakierników, u robotników pracujących w zakładach chemicznych, u zawodowych chemików, lekarzy (mycie rąk sublimatem, karbolem), fotografów i t. d.

Do grupy zapaleń skóry pochodzenia chemicznego należą też niektóre o s u t k i l e k o w e (Dermatitis medicamentosa), powstające wskutek miejscowego stosowania danego preparatu. Niektóre z nich powodują zmiany typu rumienia (np. chryzarobina, kw. pyrogalusowy), inne prócz tego wywołują powstawanie pęcherzyków (terpentyna, jodoform, rtęć) albo pęcherzy (kantaryda) lub też krost o umiejscowieniu przeważnie okołomieszkowym (emetyk, olejek dziegiowy, olej krotonowy). Tutaj również należą pewne r o ś l i n y, których działanie szkodliwe na skórę jest niewątpliwe. Do



nich można zaliczyć np. pierwiosnki, zwłaszcza *primula obconica*, *sinensis*, *cortusoides*, pewne odmiany stokrotek, chryzantemy, sumak jadowity (*rhus toxicodendron*), biedrzyga tarczowata (*podophyllum peltatum*), iglaste (jodła, żywocdrzew (thuja), jałowiec), szparag ogrodowy, pokrzywa, gorczyca biała, krocień przeczyszczający (*croton tiglium*), zmin-jarnik (*gelsenium sempervirens*), zimowit jesienny (*colchicum autumnale*), ciemierzycyca (*veratrum*), tojad-mordownik (*aconitum napellus*), żywiczeń (*eucalyptus*) i t. d.

Niektóre osutki lekowe są dosyć charakterystyczne. O chryzazarobinowem i pyrogaluso wem podrażnieniu skóry wspominałem już przy omawianiu leczenia łuszczycy (patrz łuszczycy). Kwas pyrogalusowy a także sole miedzi i ołowiu bywają też częstym powodem rozległych spraw zapalnych skóry głowy, twarzy, szyi a nawet rąk u osobników barwiących siwe włosy. W niektórych razach rzecz sprowadza się tylko do zaczerwienienia i obrzęku, w innych jednak powstają pęcherzyki i sączenie nieraz bardzo obfite. Cierpienia te bywają częstokroć dosyć uporczywe. — Pod wpływem jodoformu u osób szczególnie wrażliwych powstaje najpierw rumień i obrzęk skóry, później zaś tworzą się w miejscu schorzałem liczne drobne pęcherzyki, które mogą się łączyć ze sobą, pękać i powodować sączenie. Sprawa należy do rzędu zjawisk nadwrażliwości osobniczej (alergicznyc) i widocznie polega, jak to wykazał Jadassohn, na powinowactwie chemicznem pomiędzy komórkami naskórka a lekiem. W grę wchodzi tu jednak nie cząsteczka jodoformowa, lecz zawarta w niej pozostałość metinowa (CH) (B. Bloch). W wyjątkowych razach lek ten może ulegać wessaniu i spowodować wybuch osutki z zatrucia typu rumienia wielopostaciowego (patrz niżej).

Stosowanie rtęci w plastrach i w maściach do wcierania bywa częstokroć powodem różnych zapalnych zmian skóry o charakterze rumieniowym, pęcherzykowym, krostkowym, plamicowym. Osutki te widzujemy przeważnie w miejscach obficie uwłosionych. Mogą one być ograniczone albo też ulegać uogólnieniu, a mianowicie w tych razach, gdy rtęć się wchłania i wywołuje objawy zatrucia (patrz osutki lekowe pochodzenia wewnętrznego).

Zapalenie skóry pochodzenia zawodowego powoduje również siarkan miedziowy. Dermatologa interesują jednak te zwłaszcza zmiany, które powstają przy leczniczem stosowaniu tego związku chemicznego.

W medycynie ludowej siarkan miedziowy bywa używany do leczenia świerzby. Wcierane bywają rozczyiny wodne oraz maści.

W obu razach zmiany skóry są zupełnie identyczne. Na miejscach wykwitów świerzbowych zjawiają się placki kształtu okrągłego, rzadziej owalnego, średnicy do 1 cm. W placku odróżniamy część środkową i obwodową. Pierwszą tworzy twardawy suchy strup barwy zielonkawoczarnej, drugą — czerwona lub ciemnoczerwona obwódka, w której obrebie skóra jest wyraźnie zgrubiała, nacieczona. Zacierwienie stopniowo ginie w otaczającej zdrowej skórze. Strup dosyć mocno przylega do podłoża, a po jego usunięciu widać



Rys. 28. *Dermatitis medicamentosa ab usu extern. cup'i sulfurici.*

niegłębokie owrzodzenie, pokryte brudnawym nalotem. Po zablźnieniu się owrzodzeń i wessaniu nacieku pozostają wciągnięte, dosyć mocno zabarwione blizny, z których mniejsze zupełnie przypominają spostrzegane w tuberkulidach grudkowato-krostkowych.

Osutka zajmuje naturalnie te miejsca, które są ulubionem siedliskiem świerzby. Największe placki, względnie strupy znajdujemy na sutkach, w okolicy międzysutkowej, w pachach, w zgięciach łokciowych, w pachwinach i na powierzchniach wewnętrznych uda. Zmiany skóry są tak charakterystyczne, że kto je widział raz jeden, ten zawsze zdoła rozpoznać sprawę.

Od przetworów arszenikowych powstają stożkowate krostki o podstawie ciemnoczerwonej oraz bolesne, okrągłe owrzo-

dzenia z dosyć twardymi nacieczonymi brzegami. Zmiany takie spostrzegamy głównie u pracowników, zajętych przy wyrobie kwiatów sztucznych (patrz też rozdział o leczeniu tocznia). Robotnicy pracujący przy fabrykacji chloru podlegają osutce zawodowej o klinicznym wyglądzie trądzika pospolitego, w którym przeważa liczba wykwitów kropkowych (acne punctata). Trądzik mieści się na twarzy, tułowiu, mosznie, prąciu, na kończynach, nawet na grzbiecie rąk (trądzik chlorowy — acne chlorica).

Siarka powoduje osutki swędzące rumieniowo-złuszcające, czasem grudkowe lub grudkowato-pęcherzykowe.



Rys. 24. *Dermatitis medicamentosa acneiformis ab usu vaselini nostr.*

Przy dłuższym stosowaniu przetworów dziegciowych powstaje osutka lekowa typu trądzikowatego. Są to okółomieszkowe grudki uwieńczone krostką. W środku krostki zazwyczaj widać czarną kropkę, odpowiadającą zatkanemu przez dziegieć wylotowi mieszka włosowego. Osutka najczęściej mieści się na powierzchniach wyprostnych kończyn, w pachwinach, na mosznie, w okolicach odbytu i łonowej (trądzik dziegciowy — acne cadina s. picea).

Osutki terpentynowe bywają przeważnie krostkowe. To samo należy powiedzieć o olejku krotonowym. Tutaj jednak krostki są zazwyczaj większe, sprawa zapalna sięga głębiej i mogą powstawać powierzchowne owrzodzenia skóry, które pozostawiają po sobie blizny.

Tłuszcze zwierzęce i nieczysta lanolina wywołują zmiany rumieniowe oraz spryszczenie skóry.

Podczas ostatniej wojny europejskiej byliśmy zmuszeni do używania surogatów wazeliny, częstokroć wyrabianej ze smoły pogazowej. Przy stosowaniu tego surogatu *per se* lub w maściach spostrzegalem powstawanie wysypki trądzikowatej, składającej się z okolomieszkowych czerwonych grudek, w których środku mieści się brudnożółty suchy, mocno przylegający i twardy czop. Po usunięciu czopa widać wgłębienie, pokryte suchym naskórkiem. Pojawienie się grudek w niektórych miejscach (twarz) poprzedza rozlane zaczerwienienie skóry. Wysypka mieści się zwykle na twarzy (policzki, czoło), na wyprostnych powierzchniach kończyn, rzadziej w okolicach barkowych i łopatkowych (*Dermatitis medicamentosa acneiformis* ab usu vaselini nostras R. Bernhardt *). W leczeniu tych zmian zalecamy maść salicylowo-chryzobinową (5:10%) dla kończyn względnie tułowia oraz nalewkę jodową w umiejscowieniu na twarzy.



Rys. 25.
Dermatitis medicamentosa acneiformis ab usu vaselini nostr.

W blizkiej łączności ze zmianami skóry pochodzenia chemicznego pozostają stany chorobowe, tworzące się pod wpływem drażniącym wydzielin i cieczy ustrowych (kał, mocz, pot, łój skórny, śluzoworopny wyciek z nosa, ucha, pochwy, cewki i t. p.): Do banalnych spraw należy np. zaczerwienienie skrzydeł i końca nosa a także wargi górnej ust w ostrym nieżycie nosa, albo też podrażnienie warg sromowych, skóry krocza i ud w obecności obfitych upławów (rzeżączka). Biegunka, nietrzymanie moczu i kału powodują stan zapalny na pośladkach, kroczu, mosznie, w pachwinach, na udach (zwłaszcza u dzieci).

O wyprzeniu w potach nadmiernych (*intertrigo*) była już wyż. mowa (str. 137). Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że drażniący wpływ tych cieczy chemicznych odgrywa rolę czynnika pierwszorzędowego w powstawaniu zapalenia skóry, zwłaszcza przy współ-

*) Gazeta Lekarska 1918 r.

udziale urazu (ucisk, tarcie). Nie należy jednak niedoceniać faktu, że te stany zapalne ulegają pogłębieniu i powikłaniom przez obecność drobnoustrojów (gronkowce, paciorkowce i t. d.), znajdujących tutaj dobre warunki do rozwinięcia działalności chorobotwórczej. Należy też do rzeczy zwykłych, że tego rodzaju zapalenia są punktem wyjścia różnych pasorzytniczych schorzeń skóry, głównie pryszczycy pasorzytniczej, liszajców, czyraków (porównaj też figówka pospolita).

Ze względów praktycznych zasługują na szczególną uwagę schorzenia skóry narządów płciowych, spostrzegane u cierpiących na cukrzycę. Są to niekiedy pierwsze objawy, wzbudzające podejrzenie co do istotnego stanu chorego.

Wstępem do sprawy bywa częstokroć swędzenie, ujawniające się u mężczyzn na napletku, żołądzi, prąciu i mosznie, u kobiet zaś w okolicy sromu, odbytu i krocza. W miejscach wskazanych występuje po pewnym czasie zaczerwienienie i obrzęk, Skóra ulega spryszczeniu a wreszcie poczyna sączyć. Powstaje obraz zupełnie przypominający pryszczycę wilgotną. Schorzenie ma przebieg przewlekły, poprawia się lub pogarsza w zależności od stanu choroby podstawowej, aż wreszcie przejść może w okres przewlekły. W niektórych razach tworzy się zgorzel.

W leczeniu zapalenia skóry pochodzenia urazowego i chemicznego przede wszystkim zwracamy uwagę na usunięcie przyczyn, wywołujących dane schorzenie. Ten punkt ma znaczenie pierwszorzędne, albowiem od jego wypełnienia zależy nie tylko wynik leczenia, lecz i możliwość nawrotu. W leczeniu miejscowym kierujemy się temi wskazaniem i stosujemy w ogólnych zarysach te metody o których mowa w pryszczycy i oparzeniu. Dodać pragnę, że wyniki są tem lepsze, im metoda jest prostsza.

Oparzenie.

(Combustio).

Oparzenia powstają pod wpływem działania rozpalonych ciał stałych, płynów gorących, palących się gazów, prądu elektrycznego, słońca. Patologia tych spraw, częstokroć sięgających o wiele głębiej skóry, należy właściwie do dziedziny chirurgji.

Z punktu widzenia dermatologicznego odróżniamy 4 stopnie oparzenia.

W stopniu pierwszym mamy do czynienia z zapaleniem ostrem skóry — z zaczerwienieniem, obrzękiem, podniesieniem

ciepłoty miejscowej, bólem i pieczeniem. Objawy giną po kilku dniach, naskórek się złuszcza a na pewien czas pozostaje zabarwienie żółtawe.

Stopień drugi obejmuje przypadki wyższego napięcia sprawy zapalnej. Wskutek znacznego wysiękania tworzą się wnet po oparzeniu lub w kilka a nawet kilkanaście godzin po wypadku pęcherze różnej wielkości, wypełnione jasnożółtym, cytrynowej barwy płynem surowicznym. Po usunięciu pokrywy pęcherza widać czerwoną, wilgotną powierzchnię. Bóle są bardzo znaczne.

W przypadkach niepowikłanych powrót do zdrowia następuje w terminie mniej więcej 2-tygodniowym. W miejscu pęcherzy spostrzegamy plamy początkowo różowe i czerwone, później zaś żółtawe lub żółtobrunatnawe.

W trzecim stopniu oparzenia zmiany dotyczą nie tylko naskórka, lecz warstwy brodawkowej i pokładów powierzchownych skóry właściwej. W tych razach oparzona powierzchnia jest zupełnie pozbawiona naskórka i wydaje się biaława, gładka, sucha, twardawa przy dotykaniu i zupełnie niebolesna. Przy jeszcze głębszym uszkodzeniu może ulec zniszczeniu cała grubość skóry, a wówczas mówimy o oparzeniu stopnia czwartego. Jest to właściwe spalenie tkanek, w którym powstają żółtawobrunatne i czarne strupy, zazwyczaj suche, pergaminowe, jakby wyschnięte i pokurczone, a pozatem zupełnie niebolesne. Dokoła strupa powstaje obwódka zapalna. Po pewnym czasie pomiędzy nią a strupem tworzy się ropiejąca bruzda. Jest to linia odgraniczająca, która wskazuje na początek oddzielania się strupa. Gdy ten wreszcie odpadnie, widać owrzodziałą, pokrytą ziarniną powierzchnię, której rozległość i głębokość zależy od stopnia oparzenia. Gojenie odbywa się wolno, przy czym powstają niekształtne, częstokroć przerostowe blizny (keloid) oraz przykurczenia.

Mniej więcej rozległym oparzeniom stale towarzyszą objawy ogólne: gorączka, wymioty — częstokroć krwawe, biegunka, bredzenie, zapad. Można powiedzieć w ogólnych zarysach, że rokowanie jest złe, o ile oparzenie dotyczy więcej, niż $\frac{1}{3}$ powierzchni ciała. W przypadkach mniej rozległych jest ono stosunkowo tem gorsze, im głębiej sięga zniszczenie tkanek. Należy też poważniej oceniać sytuację u dzieci, niż u dorosłych. Wymioty uważamy za objaw niepomysłny.

W dalszym przebiegu mogą wystąpić takie powikłania, jak wrzód okrągły dwunastnicy, ropień wątroby, zapalenie płuc, białkomocz, krwiomocz, hemoglobinurja, a jako choroby przyranne —

zapalenie naczyń chłonnych, ropowica, róża, ropnica, posocznica, tężec.

Leczenie. W oparzeniu pierwszego stopnia zalecamy okłady z wody ołowianej lub płynu Burow'a, później postępujemy tak, jak w każdym innym zapaleniu ostrem skóry. W stopniu drugim usuwamy pokrywy pęcherzy i opatrujemy 2 razy dziennie mazidłem Stahl'a (Ol. lini, Aq. calcis \widehat{aa}). lub też 10% maścią borną podług przepisu:

Ac. borici pulv.
Glycerini opt. \widehat{aa} 10,00
Vaselini albi amer.
Lanolin. anhydr. \widehat{aa} 50,00

Oparzenie 3-ego i 4-ego stopnia należy leczyć wedle zasad sztuki chirurgicznej.

Alkalja i kwasy stężone powodują zmiany skóry, odpowiadające oparzeniu 3-ciego i 4-tego stopnia (porównaj zapalenie skóry pochodzenia chemicznego).

Pod wpływem działania promieni słonecznych powstaje

Rumień słoneczny.

(Erythema solare).

Rumień słoneczny posiada cechy i objawy powierzchownych postaci oparzenia. W większości przypadków rzecz się sprowadza do zaczerwienienia, obrzęku, pieczenia i swędzenia w miejscach odkrytych (twarz, szyja, ręce). Sprawa kończy się łuszczeniem, przyczem na czas dłuższy może pozostawać pewne przebarwienie skóry. W niektórych razach podrażnienie bywa o wiele silniejsze tak, że powstają pęcherzyki. Spostrzegamy to u ludzi ze skórą bardzo wrażliwą, zwłaszcza zaś podczas pobytu na brzegu morskim, w górach, u turystów zwiedzających lodowce. Bouchard wykazał, że zmiany te należy przypisać chemicznym promieniom widma słonecznego, a więc fioletowym i pozafioletkowym.

U ludzi, którzy długo i często przebywają na powietrzu i w słońcu, n. p. u rolników i marynarzy, spostrzegamy niekiedy w miejscach odkrytych objawy przewlekłego przekrwienia, rozszerzenie



naczyń krwionośnych, plamy barwikowe oraz pewien zanikowy stan skóry. Jest to t. zw. skóra zwietrzała (Seemanshaut), w której powstawaniu niemalą rolę widocznie odgrywają pozafioletkowe promienie słońca. Posiada ona podobieństwo do pewnych uszkodzeń skóry pochodzenia rentgenowskiego, jak również do pergaminowej skóry barwikowej (xeroderma pigmentosum).

Do rumienia słonecznego podobny jest pod wieloma względami rumień światłoelektryczny (erythema photoelectricum), powstający pod wpływem światła elektrycznych lamp łukowych, np. u robotników pracujących w nocy przy takim oświetleniu. I tu również spostrzegamy zaczerwienie skóry, obrzęk i pęcherzyki. Do kategorii tych zjawisk trzeba też zaliczyć odczyny skóry, występujące przy stosowaniu leczniczem światła lampy Bang'a, Finsen'a i Kromayer'a (patrz leczenie tocznia).

W łączności z działaniem na skórę promieni chemicznych wiązki słonecznej omówić tu jeszcze możemy piegi oraz opryszczki krowiankowate (hydroa vacciniiformis).

Piegi.

(Ephelides).

Piegami nazywamy równe, gładkie i niewzniesione ponad powierzchnię plamy barwikowe kształtu okrągłego, wielkości od łepka szpilki do ziarna soczewicy, barwy jasnożółtej do ciemno-brunatnej. Liczba ich podlega szerokim wahaniom w każdym poszczególnym przypadku. Niekiedy widać tylko kilka egzemplarzy, innym znowu razem są one tak gęsto usiane, że miejscami zlewają się ze sobą. Mieszczą się najchętniej na twarzy (nos, policzki, powieki, skronie), na szyi, grzbietach rąk i na przedramionach.

Piegi zjawiają się zazwyczaj w lecie, bledną zaś lub giną zupełnie w sezonie zimowym. Pod wpływem słońca i światła ciemnieją albo też występują całymi gromadami.

Piegi spostrzegamy najczęściej u osobników wątłych i niedokrwistych. Istnieje jednak niewątpliwa skłonność osobnicza do tych zmian barwicznych, o czym łatwo się przekonać w serji osób, narażonych na jednakowe wpływy atmosferyczne. Znany jest też fakt, że rudzi dostają piegów szczególnie łatwo.

Zmiany anatomiczne polegają na obecności nadmiaru barwika w komórkach walcowatych naskórka oraz w dolnych pokładach warstwy kolczastej. We warstwie brodawkowej skóry występują też liczniej niż zwykle komórki barwikonośne (melanoblasty).



Rozpoznanie nie wzbudza większych trudności.

Leczenie nie należy do łatwych zadań i częstokroć daje wyniki niezadawalniające. Zalecamy woalki i parasolki koloru czerwonego lub jasnobronzowego a także maści ochronne, zawierające Aeskulin (maść znajdującą się w handlu nosi nazwę: Ultraeozon-crême) lub bizmut.

Bismuth. oxychlorati 1,00
Ungt. Caseini 20,00

Z środków miejscowych stosujemy: sok cytrynowy, wodę utlenioną, kw. borny, octowy, naftol-β., a najczęściej sublimat. Sublimat przepisujemy w $\frac{1}{4}$ —1% roztworach wodnych i wysokowych. Darier zaleca 15% maść resorcynowo-siarkową, Saalfeld 10% maść naftolową lub też poniżej podaną.

Hydrarg. 2-chlor. corr. 0,03
— ppt. albi
Bismuth. subnitr. \widehat{aa} 2,50
Ol. Olivar. 1,00
Ungt. Glycerini 4,00

Osobiście najczęściej stosuję następującą maść:

Hydrarg. ppt. alb.
Bismuth. subnitr. \widehat{aa} 2,00
Bals. peruvian. 1,00
Vaselini albi americ. 20,00

Maść należy wetrzeć wieczorem w chore miejsce i zapudrować. rano zaś zmyć ciepłą wodą i mydłem.

Opryszczki krowiankowate. Opryszczki letnie.

(Hydroa vacciniiformis s. estivalis-Bazin. Summer eruption).

Osutka zwykle się zjawia bezpośrednio po krótszem lub dłuższem działaniu światła słonecznego na skórę. Wybuch choroby niekiedy poprzedzają objawy niedomagania ogólnego: dreszcze, mdłości, bezsenność.

Objawy. — Na skórze głównie twarzy i rąk powstają twarde, białawe, nieprzezroczyste lub półprzezroczyste guzkowate twory, mieszczące się na skórze zdrowej lub też otoczone zapalną obwódką.

Wielkość ich waha się od łepka szpilki do orzecha laskowego. Przy nakłuciu wydobywa się z nich płyn surowiczy. Wykwity są albo rozsiane, albo też łączą się miejscami i zlewają ze sobą.

W dalszym rozwoju część środkowa wykwitu osiada i wciąga się pępkowato wgłąb nabierając barwy sinawej, sinawobrunatnawej, podczas gdy obwodowa zachowuje wyż. podane właściwości. Wkrótce jednak obwód wykwitu staje się żółtawy, a niebawem cały twór pokrywa się mocno przylegającym ciemnym strupem. Po 8—14 dniach strup odpada pozostawiając głęboką wciągniętą bliznę, podobną do poospowej lub do pokrowiankowej. Z biegiem czasu dokoła blizn mogą się wytworzyć rozszerzone naczynka krwionośne.

Osutkę spostrzegamy zazwyczaj w miejscach ciała odkrytych, a więc na twarzy (nos, policzki, małżowiny uszne), na karku, rękach, przedramionach. W ciężkich przypadkach sprawa może jednak do pewnego stopnia ulec uogólnieniu i wystąpić nawet w miejscach odzieniem pokrytych. Niekiedy zajęte też bywają błony śluzowe nie tylko powiek, lecz nawet jamy ustnej.

Zmianom skóry zwykło towarzyszyć uczucie pieczenia i swędzenia.

P r z y c z y n y. — Opryszczki krowiankowate powstają w cieplej porze roku, przeważnie w lecie, także na wiosnę i na jesieni. W zimie spraw tych przeważnie nie spostrzegamy. Początek cierpienia przypada na 2—5 r. życia. Pomiędzy 20—30 r. wyczerpuje się skłonność do opryszczek. Schorzeniu częściej podlegają chłopcy. Wyraźnych wpływów dziedzicznych nie stwierdzono. Zmiany skóry są widocznie uzależnione od działania chemicznych promieni widma słonecznego, na które skóra w tych przypadkach bywa wyjątkowo wrażliwa. Wskazuje na to okoliczność, że opryszczki można wywołać u tych osobników za pomocą światła lampy łukowej, np. przez naświetlanie przyrządem Finsen'a. Niektórzy reagują również na promienie Roentgen'a. U takich chorych stwierdzono też hematorporfyrinurię i zdołano wywołać ją doświadczalnie za pomocą naświetlań. Jakie znaczenie przypisać należy tym zmianom krwi, do tychczas niewiadomo. Niektórzy wypowiadają się za uczulającym działaniem na skórę. Perutz wywołał za pomocą sulfonalu doświadczalną hematorporfyrinurię u królików, a następnie przez naświetlanie lampą kwarcową spowodował powstawanie u tych zwierząt osutki, podobnej do opryszczek krowiankowatych.

B u d o w a. — Zmiany polegają na objawach zapalnych w skórze właściwej, rozszerzeniu naczyń połączonej ze sprawą zakrzepową oraz na martwicy, która może sięgać aż do tkanki podskórnej.

W naskórku tworzy się pęcherz, zawierający włóknik, leukocyty i drobnoziarnistą masę rozpadową.

Rozpoznanie opiera się na wyglądzie wykwitów, ich charakterystycznym umiejscowieniu, występowaniu pod wpływem światła słonecznego, skłonności do nawrotów oraz na obecności wciągniętych blizn wyglądem przypominających poospowe i pokrowiankowe.

Leczenie. Cierpienie jest nieuleczalne. W celach zapobiegawczych doradza się unikanie zbyt energicznego działania słońca, noszenie gęstych woalek i rękawiczek koloru czerwonego, brązowego i zielonego, smarowanie i wycieranie twarzy oraz rąk maściami i płynami światłochronnymi, np. roztworem chininy, maścią lub lakierem aeskulinowym, maścią kurkumową (Unna).

Curcumae 3,00
 Bolus alb.
 Glycerini opt.
 Dextrin.
 Aq. destill. $\widehat{a}a$ 1,75

Już istniejące zmiany należy leczyć środkami niedrażniącymi, najlepiej maścią borną lub salicylowo-borną.

Odmrożenie.

(Congelatio).

Odróżniamy 3 stopnie odmrożenia.

Stopień pierwszy znamionuje rumień, następujący po miejscowym niedokrwieńniu. Rumień ten posiada cechy przekrwienia żylnego. Skóra jest chłodna, barwy czerwonosinawej i sinoczerwonawej. Obrzęk skóry bywa dosyć znaczny.

W stopniu drugim zjawiają się pęcherze, których zawartość surowicza zdradza wyraźną domieszkę krwi. Cechą stopnia trzeciego jest martwica części lub całej grubości skóry, jak również głębiej leżących tkanek nie wyłączając kości.

Stopień drugi, a zwłaszcza trzeci wchodzi w zakres chirurgji, co się zaś tyczy pierwszego, to dermatologa interesują głównie t. zw. odmroziły (perniones). Jest jednak rzeczą dosyć wątpliwą, aby odmroziły powstawać miały li tylko wskutek działania szkodliwego ciepłoty niskiej. Należałoby raczej przypuścić (Little), że tu pierwotnie wchodzi w grę zaburzenia krwioobiegu, podczas gdy wpływ temperatury odgrywa rolę tylko czynnika sprzyjającego powstawa-

niu cierpienia. Takie warunki widocznie wytwarzają się szczególnie łatwo u cierpiących na gruźlicę, na co wskazywał już Bazin. Permin podaje częstość odmrozin u gruźliczych na 60—70%. Wiadomo też, że odmroziiny mogą niekiedy współistnieć z liszajem rumieniowatym lub poprzedzać jego rozwój (patrz lupus-pernio). O łączności z rogowcem krwawym (angiokeratoma) patrz niżej.

Powszechnie znane odmroziiny spostrzegamy głównie (lecz nie wyłącznie) u młodych i niedokrwistych osobników. Odmroziiny mają wygląd okrągłych lub owalnych, gładkich, miękkich, ciastowatej spoiwości placków, nieostro odgraniczonych od otoczenia. Barwa ich bywa czerwonosinawa, fioletowa, częstokroć ciemniejsza w środkowej części wykwit. Tutaj może też powstać pęcherz o zawartości krwawej, po którego pęknięciu widać łatwo krwawiące i pokryte wiotką ziarniną owrzodzenie, zdradzające mało tendencji do zablizniania.

Ulubionem miejscem odmrozin są ręce i stopy, zwłaszcza palce, następnie nos, policzki i małżowiny uszne. Odmroziiny powodują ból, pieczenie, swędzenie zwłaszcza wieczorem i przy przejściu z zimnego powietrza do ciepłego pomieszczenia. Odmroziiny, jak wiadomo, posiadają wielką skłonność do nawrotów i powtarzają się u danego osobnika z roku na rok nie tylko w sezonie zimowym, lecz też na jesieni i na wiosnę nawet wówczas, gdy ciepłomierz wskazuje temperaturę powyżej 0°. W często powtarzających się odmrozinach wytwarza się u niektórych osobników przewlekły stan przekrwienia biernego i obrzęku skóry, który się poprawia, lecz nie ustępuje całkowicie nawet w lecie (s i n o ś ć — livedo). Ręce i stopy są w tych razach chłodne i nierzadko ujawniają objawy nadmiernej czynności gruczołów potowych. O zmianach paznokci patrz wyżej.

Leczenie wewnętrzne winno mieć na względzie przede wszystkim wzmocnienie ustroju, zwalczanie niedokrwistości, spraw gruźliczych i t. d. Baczyć należy na czynność serca. W celach zapobiegawczych zaleca się ciepłe i nieściśle przylegające rękawiczki najlepiej wełniane lub futrzane, ciepłe skarpetki względnie pończochy, wygodne obuwie. Brocq doradza podawanie pigułek zawierających: Chinini sulfur., Ergotini aa 0,05 : Pulv. Digital. 0,005 : Extr. Belladon. 0,001, 2—4 pigułek dziennie. Pigułki należy zażywać z przerwami całą zimą, od października począwszy.

Miejscowo stosujemy gorące kąpiele 35—40°, 20—30 min. — z dodaniem odwaru kory dębowej, garbnika, ałunu, octanu glinowego. Leczenie gorącym powietrzem a zwłaszcza prądami wysokiego napięcia (d'Arsonwalizacja) również daje bardzo pomyślne wy-



niki. Z leków znajdują zastosowanie: ichtyol, tiol, jod, resorcyna, kw. solny, karbolowy, chlorek bielący, olejek terpentynowy, balsam peruwiański, kamfora.

- 1) Ichthyol. 1,00
Collodii elastic. 10,00
- 2) Ammon. sulfoichthyol. 1,50
Zinci oxydat.
Amyl. oryz. aa 0,75
Empl. plumbi spl. 5,00
Vaselini flavi amer. 10,00
- 3) Ammon. sulfoichthyol.
Bals. peruvian. aa 4,00
Camphor. trit. 2,50
Vaselin. fl. amer.
Lanolin. anhydr. aa 10,00
- 4) Acid. phenil. 0,50
Ungti plumbi
Lanolin. anhydr. aa 10,00
Ol. amygd. dulc. 5,00
- 5) Ol. camphorat. 1,00
Lanolin. anhydr. 10,00
- 6) Camphor trit. 2,50
Ol. terebinth. 10,00
- 7) Camphor trit. 1,00
Bals. peruv. 0,50
Vaselin. fl. amer.
Lanolin. anhydr. 5,00
- 8) Calcariae chlorat. 1,00
Ungti paraffin. 9,00
- 9) Acid. tannici 1,00
Resorcini resubl. 0,50
Collodii elast. 10,00

- 10) Plumbi jodati 1,00
 Ichthyol. 1,00
 Vaseline. fl. amer.
 Lanolin. anhydr. aa 10,00

W postaciach owrzodziałych są wskazane maści jodoformowe, kamforowe (słabe), maść Mikulicza.

- 11) Argent. nitr. 0,10
 Bals. peruvian. 1,00
 Ungt. simplicis 10,00

W łączności z odmrożeniem skóry pozostaje

Rogowiec krwawy.
 (Angiokeratoma Mibelli).

O b j a w y. Na rękach i stopach osobników, podlegających częstym nawrotom odmrozin i zdradzających zjawiska siności (livedo), tworzą się czerwone plamki wielkości łepka szpilki do soczewicy. Są one ciemniej zabarwione w częściach środkowych, krwawią przy ukłuciu szpilką, a przy ucisku znikają tylko przejściowo. Z biegiem czasu powiększają się one tylko nieznacznie, a w ich środku zjawiają się wyraźnie rozszerzone i ponad powierzchnię wzniesione naczynia krwionośne. W sąsiedztwie dawniejszych powstają plamki świeże, które stopniowo łączą się ze sobą. W dalszym rozwoju sprawy chorobowej spostrzegamy zgrubienie i zrogowacenie naskórka w obrębie plamek. Tedy powstają istne guzki przeciętnej wielkości ziarna konopnego, barwy brudnoszarej, brudnoczerwonej lub fioletowej, o powierzchni twardej szorstkiej, rogowej i o wyglądzie jakby brodawkowatym. Stąd dawna nazwa **r o g o w i e c n a d n a c z y k o w y** — verruca teleangiectodes. Rogowacenie należy jednak do objawów bezwzględnych.

Rogowiec krwawy mieści się najczęściej na rękach i stopach, głównie na grzbietowych i bocznych powierzchniach palców, rzadziej na małżowinach usznych lub na dłoniach. Twory zjawiają się zazwyczaj w liczbie mnogiej i niekiedy układają się dosyć umiarkowo.

B u d o w a. Zmiany histologiczne polegają na nadmiernym rogowaceniu naskórka, bardzo znacznemu rozszerzeniu naczyń krwio-

nośnych warstwy brodawkowej skóry oraz na tworzeniu jam wypełnionych krwią. Pomiedzy naczyniami i naskórkiem widać cienkie pasmo tkanki łącznej. W warstwie brodawkowej można miejscami stwierdzić obecność nacieczenia drobnokomórkowego (J. Wiśniewski, Stümpke).

P r z y c z y n y. Rogowiec krwawy spostrzegamy głównie u osobników młodych w wieku 9—25 lat, stosunkowo częściej u płci żeńskiej, przeważnie zaś u ludzi, którzy co roku odmrażają sobie ręce w sezonie zimowym. Współistnienie odmrozin, siności oraz rogowca krwawego bynajmniej nie należy do zjawisk rzadkich (naevus a pernionne-Bazin). Nie wynika jednak stąd, aby w każdym przypadku odmrozin wytworzyć się miał rogowiec krwawy. Niektórzy badacze niesłusznie usiłowali zaliczyć i to cierpienie skóry do grupy tuberkulidów. W danej kwestji można najdalej tyle powiedzieć, że pomiędzy omawianym rogowcem a gruźlicą zachodzi taki stosunek, jak pomiędzy gruźlicą a odmrozinami. Skłonność rodzinną do rogowca krwawego wykazano w całym szeregu przypadków.

Oprócz typowych przypadków rogowca krwawego znajdujemy w piśmiennictwie spostrzeżenia, w których zupełnie analogiczne wykwyty powstawały w miejscach dla tego cierpienia niezwykłych (tułów, kończyny, prącie, moszna) i bynajmniej nie w związku z odmrozinami (angiokeratoma corporis circumscriptum et diffusum — Fabry). Częstość brakowało im też objawów rogowacenia nadmiernego. Na tę grupę faktów klinicznych pierwszy zwrócił uwagę Jarisch, wypowiadając zarazem przypuszczenie, że powstawaniu takich przypadków muszą sprzyjać zupełnie odmienne czynniki etyologiczne. Należy sądzić, że niektóre z tych spostrzeżeń (Bettmann, Grouven, Maki, F. Malinowski) należą raczej do znamion naczyniowych (angiokeratoma naeviforme — Fabry), podczas gdy inne widocznie pozostają w łączności z żyłakami (Fordyce, Stümpke).

Rozpoznanie. Wygląd rogowca krwawego i jego typowe umiejscowienie umożliwiają łatwe rozpoznanie. Różnicowanie z brodawką pospolitą i naczyniakiem zwykłym nie wymaga oddzielnego omówienia.

Leczenie. Zniszczenie rogowca krwawego można osiągnąć za pomocą elektrolizy lub termo- i elektrokauteru. Pierwszeństwo należy oddać elektrolizie ze względu na dobre wyniki kosmetyczne.

Zapalenie skóry pochodzenia rentgenowskiego. (Radiodermatitis).

Schorzenia skóry i głębokie jej uszkodzenia spostrzegamy niekiedy jako następstwa stosowania promieni Roentgen'a w celach rozpoznawczych i leczniczych a także u zawodowych rentgenologów oraz robotników, pracujących przy wyrobie rurek Crookes'a.

Działanie promieni X na tkankę niczem się nie ujawnia podczas samego naświetlania. Nie stwierdzamy wówczas żadnych objawów podmiotowych lub przedmiotowych. Dopiero po upływie pewnego czasu stają się widoczne zjawiska kliniczne charakteru zapalnego, którym nadajemy miano odczynu (reakcji) rentgenowskiego. Odczyn może sięgać różnych stopni natężenia w zależności od ilości zaaplikowanych promieni. Czas, który przechodzi pomiędzy naświetleniem a wystąpieniem odczynu, nazywamy okresem utajenia. Im większa jest dawka, tem krótszy okres utajenia, tem silniejszy odczyn i tem dłuższy czas jego trwania.

Jeżeli uszkodzenia powstają wskutek leczniczego lub rozpoznawczego stosowania promieni X, wówczas mówimy o ostrem zapaleniu skóry pochodzenia rentgenowskiego (Radiodermatitis acuta) i odróżniamy w niem 4 stopnie odczynu.

Odczyn I-ego stopnia.

Okres utajenia trwa około 3 tygodni. Objawy kliniczne polegają na wypadaniu włosów, łuszczeniu, niekiedy na uczuciu ciepła w skórze. Czas trwania odczynu wynosi 1 do 3 tygodni. Do objawów następujących należy zabarwienie skóry.

Następuje powrót do stanu prawidłowego.

Odczyn II-ego stopnia.

Po dwutygodniowym okresie utajenia zjawia się rumień początkowo plamisty, później rozlany, barwy różowej i różowoczerwonej. Towarzyszą mu objawy obrzęku i nacieczenia skóry, uczucie pieczenia i napięcia, niekiedy bolesność. Po następnych 5—6 dniach rozpoczyna się wypadanie włosów. Zapalny odczyn trwa 3 do 6 tygodni i kończy się łuszczeniem naskórka oraz ciemniejszym zabarwieniem skóry.

Tkanki powracają do stanu prawidłowego.

Odczyn III-ego stopnia znamionują sprawy zapalne o wyższym natężeniu, które zjawiają się niekiedy już po 8-dniowym okresie utajenia. Obrzękła, nieco zgrubiała i nacieczona skóra posiada barwę sinoczerwoną, zjawia się pieczenie, swędzenie, uczucie napięcia w skórze, bolesność. Często spostrzegamy bezsenność.

Na tak zmienionej skórze po kilku dniach tworzą się pęcherzyki i pęcherze o zawartości surowiczej, po których pęknięciu widać czerwoną, wilgotną powierzchnię obnażonej skóry. W tym okresie bolesność bywa nieraz bardzo znaczna. Sprawa gojenia odbywa się dosyć wolno. Naskórek nasuwa się stopniowo od obwodu ku środkowi oraz z tych wysepek, które tu i owdzie ocalały na przestrzeni miejsca uszkodzonego.

Przebieg rozciąga się na 6—12 tygodni.

Zjawiska następne polegają na ścięczeniu i suchości skóry, szeregowaniu się miejsc odbarwionych i przebarwionych, na trwałej utracie włosów. Z biegiem czasu rozwija się zanik skóry i zjawiają się liczne rozszerzone naczynka krwionośne.



Rys. 26 *Ulcus roentgenicum*.

W IV-tym stopniu odczynu rentgenowskiego mamy do czynienia z owrzodzeniem, względnie ze strupem. Na czerwonej, wilgotnej powierzchni skóry uszkodzonej powstają okrągławe brudne wyseпки. Powiększają się one stopniowo i łączą ze sobą tworząc mniej więcej rozległe i głębokie owrzodzenia o brzegach policyklicznych i o dnie pokrytym brudnożółtawym, sadłowatym, lepkiem nalocie. W innych razach przy objawach silnych napadowych bólów charakteru neuralgicznego, bezsenności i upadku odżywiania tworzy się szarożółtawy lub brunatnoczarny strup. Jest on suchy, twardy, nieraz dosyć gruby, mocno związany z podłożem i otoczony demarkacyjną bruzdą. W takim stanie sprawa może przetrwać długie tygodnie i miesiące. Wreszcie jednak strup się oddziela i występuje stopniowe i nader wolne zabliznianie. Może się ono przeciągnąć na miesiące i lata całe zważywszy, że w wielu razach mar-

twica dotyczy nie tylko skóry, lecz mięśni a nawet kości. Powsta-
jące stąd zniekształcenia są niekiedy bardzo znaczne.

Obok typowych postaci odczynu rentgenowskiego spotykamy
niekiedy nieco odmienny sposób reagowania skóry na promienie X.
W kilka lub kilkanaście godzin po naświetlaniu zjawia się blado-
różowe zaczerwienienie, któremu czasem towarzyszy bardzo nie-
znaczne swędzenie. Objawy ustępują po 4—5 dniach. Zjawisko to
nazywamy wczesnym odczynem rentgenowskim. Przyczyny jego nie są
dotychczas należycie wyjaśnione. Niektórzy wiążą je z promieniami
światelnymi, powstającymi w rozżarzonej antykato-
dzie, inni przypuszczają wyjątkową w tych razach wrażliwość ukła-
du naczyniowego, Schwarz zaś uzależnia odczyn wczesny od uczu-
lającego działania choliny. Obecność choliny w tkankach naświet-
lanych wykazali Benjamin, Reuss, Słuka i Schwarz.

Leczenie. — Odczyn 1-ego i 2-ego stopnia w zasadzie nie
wymagają leczenia. Wystarczy użycie pudru lub maści cynkowej.
Uszkodzenia stopnia 3-ciego i 4-ego winne być leczone tak, jak
oparzenia, przyczem trzeba starannie unikać leków drażniących.
Tutaj wskazane są okłady i kompresy z kw. bornego, naparu ru-
mianku z dodaniem kw. bornego, z wody ołowianej lub octanu gli-
nowego, następnie mazidło z oliwy względnie ol. lnianego z wodą
wapienną (linim. oleo-calcareum), maść ołowiana (Ungt. Diachyl.),
borna i t. d. Należy też zwracać uwagę na dokładne i szczelne opa-
trunki, gdyż przez możliwe zabezpieczenie miejsc owrzodziałych od
dostępu powietrza zmniejszamy w znacznym stopniu bolesność. Z in-
nych metod zalecano światło fioletowe, czerwone, franklinizację,
d'Arsonwalizację, gorące powietrze. Wyniki są jednak wartości do-
syć wątpliwej. Własne doświadczenie nauczyło mię, że w leczeniu
uszkodzeń rentgenowskich najważniejszą rolę odgrywają czas i cier-
pliwość.

Radykalne leczenie owrzodzeń porentgenowskich polega na za-
biegu chirurgicznym. Jest on wskazany dopiero po oddzieleniu stru-
pa. Po wycięciu owrzodzeń w granicach tkanek zdrowych nakładamy,
gdzie to możliwe, szwy, w przeciwnym zaś razie przeszczepiamy
płaty skórne.

Przewlekłe zapalenie skóry pochodzenia rentgenowskiego.

(Radiodermatitis chronica).

Spostrzegamy je u zawodowych rentgenologów oraz u robotni-
ków, pracujących przy wyrobieniu rurek Crookes'a. Zajęte bywają
palcami i grzbiety rąk, przedramiona, rzadziej twarz.

Sprawa rozwija się bardzo stopniowo bez wyraźnego okresu utajenia. Przy objawach suchości i łuszczenia zjawia się zaczerwienienie skóry palców rąk, połączone ze słabym pieczeniem. 2-gi i 3-ci palec prawej ręki najwcześniej podlegają schorzeniu. Z biegiem czasu pod wpływem drobnych, lecz ciągłych podniet szkodliwych skóra grubieje, kolor z czerwonego przechodzi w sinoczerwony, a wreszcie występują objawy nadmiernego rogowacenia naskórka. Stopniowo skóra staje się pergaminowata, sucha, twarda, mało elastyczna. Rysunek jej powierzchni występuje wyraźniej. Bruzdy są głębsze, fałdy grubsze i wyższe. Zjawiają się bolesne pęknięcia głównie w okolicy stawów międzypalcowych i w sąsiedztwie paznokci. Te zaś widocznie cienieją, są szorstkie, kruche, łamliwe, pokryte bruzdami podłużnymi. Niekiedy też pękają wzdłuż. Występuje nadmierne rogowacenie podpaznokciowe.

Obok rozlanego rogowacenia naskórka widać też twory modzełowate i brodawkowate. Ulubionem ich miejscem są powierzchnie grzbietowe palców, brzuśce 1, 2, 3 palców ręki prawej, fałdy międzypalcowe, rowek paznokciowy oraz pas skóry, znajdujący się tuż pod brzegiem wolnym paznokcia.

Przy dalszym trwaniu sprawy chorobowej powstają wreszcie bolesne i trudno gojące się nadżerki i owrzodzenia. Mogą się one stopniowo powiększać i być punktem wyjścia dla nabłoniaków, których przebieg bywa nieraz nader złośliwy.

Leczenie. Przewlekłe zapalenie skóry rentgenologów należy do schorzeń, których leczenie rokuje mało powodzenia. Najważniejszą rzeczą jest w tych razach zapobieganie. Jak się uchronić od działania szkodliwego promieni X, o tem można się poinformować w każdym podręczniku rentgenologii. Z chwilą jednak, gdy już mamy do czynienia z widocznym uszkodzeniem skóry, należy stanowczo doradzać zupełne powstrzymanie się na czas dłuższy od pracy zawodowej. Jest to jedyne wyjście z sytuacji, gdyż przyznać trzeba, że wszelkie nawet najstaranniej stosowane ochronniki są widocznie niezdolne całkowicie zabezpieczyć skóry już uszkodzonej. Stwierdziłem to na sobie i mogę zaświadczyć, że po 3 latach przerwy w pracy wcale dokładnie wyleczyłem sobie zapalenie zawodowe skóry prawej ręki z ciężkim uszkodzeniem paznokci.

Z metod leczniczych najbardziej zasługują na uznanie wypracowane przez P. Unna'ę. Mają one na celu głównie zwalczanie rogowacenia nadmiernego.

Wieczorem stosujemy gorącą kąpiel miejscową z przetłuszczonym mydłem salicylowym. Czas trwania kąpeli $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny. Po

dokładnem wysuszeniu rąk opatrujemy chore miejsca jedną z następujących maści:

1) Ungt. Hebrae rec. parat. 35,00

Ac. salicylici

Sap. kalin. \widehat{aa} 2,50

Vaselin. fl. amer. 10,00

2) Ungt. Hebrae rec. parat. 25,00

Sol. Calcii chlorati

Lanolin anhydr. \widehat{aa} 10,00

Glycerin. pur. 5,00

Rano zaleca się krótszą kąpiel gorącą. W ciągu dnia należy 2—3 razy wetrzeć w chorą skórę wyż. podaną maść.

Dobre usługi oddaje też klej Unna'y stosowany rano i wieczorem.

Cinnabaris 1,00

Bismuth. oxychlor. 15,00

Gelatinae Zinc. ad 100,00

Klej łatwo schodzi w kąpeli gorącej.

Opieszale zablizniające się owrzodzenia o wiotkiej ziarninie razi Unna opatrywać plastrem, zawierającym konopie indyjskie i kw. salicylowy (empl. salicyl. — cannabis). W razie niepowodzenia jest wskazane wycięcie i zaszyte rany. To samo dotyczy brodawek i mniejszych modzeli (nieraz bardzo bolesnych). Przekonałem się jednak, że brodawki rentgenowskie można usunąć następującym sposobem. Zakrzywianemi nożyczkami ścinamy brodawkę wraz z otaczającym zgrubiałym naskórkiem i miejsce to dokładnie przypalamy kw. dwuchloroctowym (ac. bichloraceticum). Twór brodawkowaty niemal zawsze ginie bez śladu.

R a d (radium) powoduje odczyny zupełnie podobne do rentgenowskich — od powierzchownego rumienia do głębokiego strupa (radiumdermitis).

Rozdział I

Zapalenie skóry pochodzenia wewnętrznego.

Osutki z zatrucia.

(Dermatitis de causa interna s. toxica. Toxidermia).

Osutki z zatrucia tworzą nader obszerną grupę dermatologiczną. Gdy się rozejrzeć w znanych lub domniemanych przyczynach bardzo wielu chorób skóry, to łatwo się przekonać, że wśród nich dominujące stanowisko, jako czynnik chorobotwórczy, zajmuje zatrucie w najszerszym znaczeniu pojęte. Jedne z jądów dostają się do ustroju z zewnątrz (zatrucie właściwe), inne wytwarzają się w nim samym (samozatrucie). Właściwości chemiczne a nawet sposób działania niektórych jądów są dziś już dokładnie lub też mniej więcej dobrze znane. Przyznać jednak trzeba, że o wielu z nich podotąd wiemy bardzo mało.

Nie jest bynajmniej moim zamiarem objąć tu całokształt osutek pochodzących z zatrucia. W rozdziale niniejszym omawiać będziemy tylko te, których pochodzenie już jest ustalone i które posiadają praktyczne znaczenie dla lekarza. Do nich zaliczamy:

- 1) Osutki z pokarmów,
- 2) Osutki lekowe,
- 3) Osutki powstające pod wpływem działania surowic, szczepionek i jądów bakteryjnych,
- 4) Osutki pozostające w związku z cierpieniami narządów wewnętrznych i z chorobami przemiany materji,
- 5) Osutki z zatrucia pochodzenia nieokreślonego (plamica).

Osutki z pokarmów.

(Exanthemata ab ingestis).

Po spożyciu niektórych pokarmów mogą powstawać pewne zmiany skóry, nieposiadające jednak żadnego charakterystycznego dla danej potrawy piętna. Można najdalej powiedzieć, że po niektórych z nich, np. po poziomkach częściej spostrzegamy pokrzywki,

po innych znowu wysypki rumieniowate. Wygląd kliniczny tych osutek bywa zatem różnorodny. Są to wysypki plamiste, niekiedy do różyczki lub płonicy podobne, plamisto-pęcherzykowe, pokrzywkowe, pęcherzykowe i pęcherzowe, nawet plamicowe (purpura). Zdarzają się zmiany o wyglądzie pryszczycowatym.

Takie osutki występują po spożyciu niektórych owoców, np. poziomek, malin, migdałów; po rybach morskich i konserwach rybnych (łosoś, makreła, dorada, sardynka, śledzie); po skorupiakach (raki, krewetki, homary, langusty, ostrygi); po zwierzyńcu, wieprzynie, cielęciny, po wędlinie i wszelkich konserwach mięsnych; po serach ostrych, po grzybach, nawet po kawie, napojach wysokokowych i t. p.

We wszystkich tych sprawach należy się przede wszystkim liczyć z wrażliwością osobniczą.

Do osutek z pokarmów należy r u m i e ń l o m b a r d z k i (Pelagra).

Jest to przewlekła choroba ogólna o postępującym rozwoju, w której spostrzegamy głównie zaburzenia ze strony narządu trawiennego oraz układu nerwowego. W okresach późniejszych występują objawy psychiczne i stopniowo rozwija się charłactwo. Zejście bardzo często bywa śmiertelne.

W przebiegu tego cierpienia zwykły się też ujawniać zmiany skóry, które jednak mają znaczenie zjawisk tylko drugorzędnych. Schorzenie skóry ma kliniczny wygląd rumienia o typowym umiejscowieniu na grzbietach rąk do wysokości linii napiętków. Spostrzegamy go jednak też na przedramionach, grzbietach stóp, na twarzy, szyi i piersiach. Początkowo zjawiają się plamy różowe, które szybko się powiększają i łączą ze sobą. Wówczas widzimy rozlany rumień wyglądem przypominający różę. Skóra jest obrzmiała, napięta. Chorzy uskarżają się na pieczenie i swędzenie. W przypadkach przebiegających ostro tworzyć się mogą pęcherzyki i pęcherze.

W dalszym rozwoju cierpienia objawy zapalne cichną, naskórek poczyną się łuszczyć a kolor stopniowo przechodzi w ciemnoczerwony i czerwono-brunatny. Wreszcie pozostaje tylko intensywne ciemno-brunatne zabarwienie miejsc schorzałych.

Zmiany rumieniowe zjawiają się najczęściej w marcu i kwietniu, przycichają w lecie, ulegają obostrzeniu na jesieni, a w sezonie zimowym giną zupełnie na to, aby z świeżą siłą wybuchnąć następnej wiosny. Pod wpływem perjodycznych obostrzeń przebarwiona skóra grubieje i zdradza objawy nadmiernego rogowacenia. Ostatecznym

jednak wynikiem tej sprawy jest mniej więcej rozległy zanik skóry schorzałej.

Za przyczynę rumienia lombardzkiego należy uważać spożywanie niedojrzałej i spleśniałej kukurydzy. Zawiera ona pierwiastki trujące (Zeina), które widocznie wytwarzają się pod wpływem pleśniaków (*Sclerotium maïdis*, *Sporisorium maïdis*, *Aspergillus fumigans et flavescens*). Niedostateczne odżywianie i złe warunki higieniczne sprzyjają rozwojowi choroby. Światło słoneczne zdaje się współdziałać w powstawaniu zmian skóry, spostrzegamy je bowiem głównie (choć nie wyłącznie) na odkrytych miejscach ciała.

Rumień lombardzki panuje w niektórych miejscowościach Azji, w Afryce środkowej, w Egipcie, w Ameryce południowej, w Europie zaś w Lombardji, południowym Tyrolu, w Hiszpanji, w krajach Bałkańskich, na Węgrzech, w niektórych okręgach Francji i Rosji, na Bukowinie, we wschodniej Małopolsce.

Leczenie winno mieć na względzie przede wszystkim stan ogólny chorego. W pierwszym rzędzie wskazane jest odpowiednie odżywianie i środki wzmacniające. Leczenie miejscowe jest objawowe. Zaleca się zabezpieczenie miejsc chorych od działania promieni słonecznych. W kilku przypadkach Cole i Winthrop osiągnęli dodatnie wyniki lecznicze przy stosowaniu salwarsanu.

Osutki lekowe.

(*Exanthemata medicamentosa*).

Zmiany skóry, zależne od zażywania leków, nazywamy osutkami lekowymi. Powstają one przy podawaniu leków *per os* lub *per rectum*, przy wdychaniu, przy zastrzykiwaniach podskórnych oraz przy stosowaniu naskórnem. Niektóre leki, jak np. związki jodowe, bromowe, arsenik, antypiryna powodują osutki o tyle charakterystyczne, że rozpoznać je można bez trudu. W większości jednak przypadków mamy do czynienia z wysypkami banalnymi, których pochodzenie staje się zrozumiałe dopiero po zebraniu wywiadów. Są to przeważnie zmiany rumieniowe wszelakiego typu, po za tem zaś osutki grudkowe, guzkowe, pęcherzykowe, pęcherzowe, plamicowe i t. d.

Niektóre osutki szybko ustępują po zaniechaniu dalszego stosowania leku, inne jednak nawet w tych warunkach mogą trwać bardzo długo.

Powstawanie osutek lekowych zdaje się być uwarunkowane przede wszystkim wrażliwością osobniczą. Wysokość dawki nie odgrywa tu żadnej roli. Widujemy ludzi, którzy przez czas dłuższy do-

skonale znoszą 10—20 g. jodku potasowego dziennie, podczas gdy u innych jedna łyżka tego leku powoduje wybuch trądziku. Ciężkie zmiany skóry o typie złuszczej erytrodermji występują nieraz już po jednym zastrzyknięciu 1% sublimatu. Niektórzy badacze, zwłaszcza C. Bruck i Klausner oceniają osutki lekowe, jako odczyn anafilaktyczny. Opierają się oni głównie na tem, że wrażliwość na pewne leki można doświadczalnie przenieść na zwierzęta. Ten pojętny pogląd nie zyskał jednak powszechnego uznania głównie z tego powodu, że doprowadzićby musiał do znacznego poszerzenia pojęcia o anafilaksji (Kyrle), która wszak dotyczyć winna tylko tych faktów, gdzie ciało białkowe występuje w charakterze jadu (antigènes).

Poniżej podajemy opis praktycznie najważniejszych osutek lekowych.

Antypiryna. Osutki antypirynowe bywają bardzo rozmaite. Do najprostszych należą zmiany rumieniowe — od zwykłego rumienia plamistego do grudkowego włącznie. Ulegają one niekiedy uogólnieniu i mogą posiadać wygląd wysypki odrowej lub płoniczej. Znikają z łuszczeniem lub bez niego. Do rzadkich odmian należy typ rumienia pęcherzykowego lub pęcherzowego o wyglądzie podobnym do wielopostaciowego wysiękowego, jednakże bez charakterystycznego dlań umiejscowienia na wyprostnych kończyn. Pęcherze zjawiać się też mogą na błonie śluzowej jamy ustnej, gardzieli, narządów płciowych. W zawartości pęcherza Tonnel i Raviart wykryli obecność antypiryny.

Z innych osutek należy wspomnieć o pokrzywce, obrzęku odgraniczonym i plamicy.

Do najbardziej znamiennych dla antypiryny należą jednak zmiany skóry rumieniowo-barwikowe, opisane przez L. Brocq'a. Są to dosyć ostro odgraniczone okrągłe lub owalne placki do 8 cm. średnicy, występujące w różnych miejscach ciała w niewielkiej liczbie egzemplarzy i bez ułożenia umiarowego. Czasem bywa tylko jeden placek. Do ulubionych umiejscowień należy okolica płciowa, okolica ust, ręce i stopy. Placki mają początkowo barwę czerwoną. Skóra jest nieco obrzmiała. Występuje pieczenie i swędzenie. Niekiedy na powierzchni schorzałej widać drobne pęcherzyki. Po pewnym czasie zaczerwienienie ginie, a w środkowej części zjawia się brunatne zabarwienie, które się stopniowo rozpościera na cały placek. Przy powtórnej zażywaniu antypiryny rumień wybucha w tem samym miejscu, zabarwienie zaś skóry staje się jeszcze ciemniejsze i może wreszcie dojść do brunatno czarnego.

Drobne i słabo zabarwione placki giną stosunkowo prędko, duże jednak i ciemne ustępują nader powoli.

Arszenik. — Osutki o najrozmaitszych typach klinicznych spostrzegamy niekiedy przy wewnętrznym i podskórnym stosowaniu arszeniku. Są to rumienie plamiste, częstokroć do płonicy podobne, osutki pokrzywkowe, grudkowe, plamicowe, pęcherzykowe i pęcherzowe. Niekiedy przypominają one wyglądem wielopostaciowy rumień wysiękowy. Zdarzają się też wysypki krostkowe, wrzodziejące a nawet zgorzelinowe. Czasem zjawiają się odgraniczone zaczerwienienia z obrzękiem skóry podobne do róży, innym razem widzimy ciężkie rozlane złuszcżające erytrodermie. Do częstych zjawisk należy pólpasiec.

Zmiany barwikowe pochodzenia arszenikowego występują w postaci brązowych plam, które w następstwie powiększają i łączą się ze sobą. W ten sposób podlegają nieraz zabarwieniu rozległe przestrzzenie skóry. Stopień zabarwienia bywa rozmaity. W przypadkach ciężkich może on być nawet czarny. Miejsca odkryte bywają zazwyczaj stosunkowo jaśniejsze. Podeszwy i dłonie pozostają wolne. W niektórych chorobach skóry leczonych arszenikiem (łuszczyca, czerwony liszaj płaski) najciemniejsze plamy pozostają w miejscach, odpowiadających wessanym wykwitom.

Rogowiec pochodzenia arszenikowego rozwija się na dłoniach i podeszwach. Sprawa polega na rozroście warstwy brodawkowej i nadmiernym zgrubieniu warstwy rogowej naskórka. Zabarwienie waha się od brudnożółtego do brunatnawego. Niekiedy tworzą się też brodawczaki, które mogą się następnie przekształcić w nabłoniaki o przebiegu złośliwym.

Osutki lekowe powstają również przy stosowaniu salwarsanu i neosalwarsanu. Wnet po dożylnym wleciu leku, a nieraz nawet podczas wykonywania zabiegu spostrzegam nagłe występowanie objawów anafilaktycznych. Polegały one na zaczerwienieniu i obrzmieniu twarzy, szyi, tułowia i kończyn górnych. Skóra jest wilgotna, a pocenie widocznie obfite. Zjawisku towarzyszy duszność, uczucie gorąca, strachu i ucisku na głowę. Tętno jest przyspieszone i dosyć miękkie. Objawy trwają 2—4 minuty i na razie mijają bez śladu. Dopiero następnego dnia widać na skórze tułowia i ramion obfitą wysypkę drobnoplamicową, która ginie w ciągu 4—5 dni. W innych razach spostrzegamy po pierwszym lub po jednym z następnych zastrzyknięć arsenobenzolu występowanie potów nadmiernych, osutek pokrzywkowych, rumieniowych. Niekiedy posiadają one wygląd kliniczny wielopostaciowego rumienia wysiękowego,

zapalenia skóry opryszczkowego (Dermatitis herpetiformis), płoncowatego rumienia złuszczającego (Erythema scarlatiniforme exfoliativum) lub uogólnionego zapalenia skóry złuszczającego (Dermatitis exfoliativa generalisata).

Srodki balsamiczne (olejek sandałowy, ol. kubebiany, balsam kopaiwiany). Wysypki zależne od tych leków spostrzegamy przeważnie u ludzi chorych na rzeżączkę. Najczęściej są to swędzące rumienie plamiste barwy różowej i czerwonej. Mieszczą się głównie na wyprostnych kończyn, szczególnie zaś obficie w okolicach łokci i nadgarstków, kolan i stawów skokowych, na grzbietach rąk i stóp. Plamy są rozsiane lub też zlewają się ze sobą. Gina dosyć prędko i niekiedy powodują łuszczenie. Prócz plamistych osutek spotykamy też pokrzywkowe, grudkowe, pęcherzykowe itd.

Brom. — Najpospolitszą postacią zmian bromowych skóry jest osutka trądzikowata (trądzik bromowy — acne bromata). Są to różnej wielkości wykwity grudkowe i grudkowo-krostkowe, barwy ciemnoczerwonej i czerwono fioletowej. Mieszczą się na twarzy, tułowiu, kończynach górnych a nawet dolnych. Ich liczba bywa nieraz bardzo znaczna. Rozwój odbywa się wolno. Niekiedy pozostawiają sinawe bliznki, które wybielają się bardzo stopniowo.

W innych razach pokazują się płaskie pęcherze o mętnej ropnej zawartości. Po ich pęknięciu widać okrągłe lub nieprawidłowego kształtu owrzodzenia o dnie miękkim, nierównym, ziarnistym i jakby brodawkowatym.

W przypadkach ciężkich powstają czerwonosinawe twory guzowate, kształtu okrągłego lub owalnego, średnicy do kilku cm. i niekiedy dosyć wysoko wzniesione (bromowa osutka guzowata — bromoderma tuberosum). Powierzchnia guzów jest płaska, lecz nierówna, brodawkowata. Niebawem pokrywa się ona grubym ciemnoszarym lub brunatnym strupem, z pod którego przy ucisku wydobywa się ropa. Po usunięciu strupa widać płytkie owrzo-



Rys 27.

Bromoderma tuberosum et ulcusum.

dzenie o dnie wyraźnie brodawkowem i pokrytem brudnym nalotem. Po wessaniu się guzów pozostają powierzchowne blizny, które wyglądem swym niekiedy przypominają pokrowiankowe. Bliznowce nie należą do rzadkości.

Wodnik chloralu. — Typową dla wodnika chloralu osutką jest rozlany jednolity rumień twarzy oraz powierzchni wyprostnych okolic stawowych. Wysypka plamista, pokrzywkowa, pęcherzykowa zdarza się o wiele rzadziej.

Chloroform powoduje zmiany plamicowe skóry.

Chinina. Stosunkowo najczęściej zdarza się rumień zwykły, rzadziej pokrzywkowaty, który umiejscawia się najchętniej na twarzy i szyi. Osutka plamista uogólniona (typu płonicy) należy do wyjątków. Do rzadkości również zaliczamy wysypki pęcherzowe, wyglądem przypominające wielokształtny rumień wysiękowy.

Dziegieć w użyciu wewnętrznem może być powodem osutek pokrzywkowatych oraz plamistych o wyglądzie klinicznym kura lub odry.

Jod. — Zmiany jodowe skóry mogą posiadać wygląd bardzo rozmaity. Do najprostszych postaci należy obrzęk, zja-



Rys. 28. *Bromoderma tuberosum*.
(brodawkowata powierzchnia guzów).

wiający się najczęściej na twarzy, rzadziej na piersiach lub ramionach. Na twarzy obrzękają najsilniej powieki i wargi ust, wytwarzać się też mogą pęcherzyki. Obrzęk może również dotyczyć błony śluzowej powiek, jamy ustnej i krtani. O tem umiejscowieniu należy pamiętać zwłaszcza przy leczeniu jodem owrzodzeń kilakowych krtani, gdyż obrzęk może w tych razach spowodować groźne objawy duszności.

Po za tem spostrzegamy osutki grudkowe, pokrzywkowe, pęcherzykowe, plamicowe. Do najczęstszych jednak należą trądzikowate.

Trądzik jodowy (*acne jodata*) mieści się zazwyczaj na twarzy, szyi, w okolicach barkowych, na tułowiu i pośladkach. Oprócz zwykłych wykwitów grudkowo-krostkowych spotykamy też

większe guzki śród- i podskórne o wyglądzie rumienia guzowatego oraz brodawkowe twory guzowate, podobne do opisanych w wysypkach bromowych (osutka jodowa guzowata — jododerma tuberosum).

W niektórych razach powstają pod wpływem jodu osutki wielopostaciowe, przypominające zapalenie skóry opryszczkowe Duhring'a, ze zmianami krwi spostrzeganymi w tej chorobie. W innych razach tworzą się jedynie pęcherze o zawartości surowiczej i surowiczo-krwawej. Dno takich pęcherzy nieraz ulega wybitnemu bujaniu brodawkowatemu, wskutek czego mogą się zjawiać wykwitry o klinicznym wyglądzie pęcherzycy brodawkującej lub lepiej przerosłych. Takie wykwitry mieszczą się głównie na twarzy, w okolicy ust, na rękach i przedramionach. Pozostawiają blizny.

Jodoform powoduje zmiany skóry głównie przy stosowaniu zewnętrznym (p. wyż.). Niekiedy przy podawaniu do wewnątrz lub przy wchłanianiu się przez skórę powstają osutki rumieniowe, pokrzywkowe, pęcherzykowe, grudkowe, plamnicowe lub wielopostaciowe, którym zazwyczaj towarzyszą ciężkie objawy zatrucia.



Rys. 29. Bromoderma tuberosum.
(gładka powierzchnia guzów).

Makowiec i morfina wywołują najczęściej osutkę rumieniową o wyglądzie płonicy. Osutkę tę cechuje wybitne swędzenie. Niekiedy spostrzegamy jednak swędzenie bez zmian skóry. — Wysypki pokrzywkowe i grudkowe należą do zjawisk rzadkich.

Rtęć. — Rtęćca (hydrargyrosis s. mercurialismus). Osutki rtęciowe mogą powstawać przy zewnętrznym, wewnętrznym i podskórnym stosowaniu leku. O zmianach miejscowych już była wyżej mowa (str. 148). Co się zaś tyczy właściwych wysypek pochodzących z zatrucia rtęcią, to odróżnić w nich można dwa zasadnicze typy: pryszczycowaty i rumieniowy. Pierwszy najczęściej spostrzegamy przy stosowaniu zewnętrznym rtęci (wcierania). Zmiany mają wygląd plamistego lub bardziej rozlanego zaczerwienienia skóry, któremu towarzyszy powstawanie drobnych pęcherzyków i krost. Sprawa może dojść do sączenia. Wysypka pozostaje umiejscowiona lub też uogólnia się w mniejszym lub większym stopniu. Występują

objawy ogólne. Osutki typu rumieniowego mają różnoraki wygląd i rozprzestrzenienie. Czasem ograniczają się one do dłoni i stóp, częściej jednak spostrzegamy je w zgięciach stawów wielkich, zwłaszcza w pachwinach a także na powierzchni wewnętrznej ud i w okolicy łonowej. Zjawiają się też pod postacią wysypek uogólnionych o wyglądzie klinicznym odry lub płonicy. Opisywano po-
zatem zmiany typu wielopostaciowego rumienia wysiękowego. W niektórych ciężkich przypadkach widzimy rozlane i rozległe zaczerwienienie skóry o wyglądzie uogólnionej złączającej erytrodermji. W takich razach stan chorych bywa nieraz bardzo ciężki. Oprócz zapalenia błony śluzowej jamy ustnej spostrzegamy biegunki, białkomocz, krwiomocz, podniesioną ciepłotę i ogólny upadek sił. Zejście może być śmiertelne.

Srebro. (*Srebrzyca* — argyria, argyriasmus). Przy dłuższym zażywaniu przetworów srebra, zwłaszcza azotanu srebra nieraz powstaje swoiste zabarwienie skóry, intensywniej wyrażone w miejscach wystawionych na działanie światła. Kolor waha się od ołowiowego do ciemnofioletowego. Zjawisko zależy od złogów srebra w tkankach i ma miejsce nie tylko w skórze, lecz również w błonach śluzowych (jama ustna, zwłaszcza dziąsła i policzki, żołądek, кишки, nerki).

Srebrzącę miejscową spostrzegamy na spojówkach oka, na błonie śluzowej cewki moczowej jako wynik długotrwałego leczenia azotanem srebra, a niekiedy na skórze głowy w następstwie stosowania barwików do siwych włosów. Złogi srebra widzimy też na końcach palców u jubilerów (*srebrzyca zawodowa*).

Sulfonał powoduje osutki rumieniowe typu odry lub płonicy a także plamicę.

Żelazo może spowodować wysypkę trądzikową.

W leczeniu wszystkich wyż. podanych osutek winniśmy odpowiedzieć następującym wskazaniom:

- 1) Zaniechać dalszego stosowania leku.
- 2) Sprzyjać jego wydzieleniu się z ustroju za pomocą środków moczopędnych i przeczyszczających.
- 3) Zalecić, o ile można, odpowiednie odtrutki. Jest to wskazanie być może bardziej teoretyczne. W każdym razie nie zawadzi pamiętać, że w osutkach chinowych praktycy zalecają kwas bromowodorowy (ac. hydrobromicum), w bromowych — arsenik, salol, siarkan wapniowy, kwas borny, drożdże, surowicę przeciwgronkowcową, w jodowych zaś — te same środki a prócz tego atropinę, względnie pokrzyk wilczej jagody.

4) Przyspieszyć zniknięcie zmian skóry. Dla osiągnięcia tego celu stosujemy leczenie miejscowe wedle ogólnych zasad dermatologicznych.

Osutki powstające pod wpływem działania surowic, szczepionek i jądów bakteryjnych.

Po zastrzykiwaniach surowic leczniczych (przeciwbłoniczej, przeciwżółciowej, przeciwgonokokowej) powstają nieraz osutki pokrzywkowe lub rumieniowe typu odry, płonicy lub wielopostaciowego rumienia wysiękowego. Zmianom skóry towarzyszą objawy ogólne — podniesienie ciepłoty ciała, bóle w stawach, biegunki. Zjawiska te mogą wystąpić już po pierwszym zastrzyknięciu. Okres wyłęgania zazwyczaj trwa 7—14 dni. Pierwsze ślady wysypki zjawiają się w sąsiedztwie miejsca zastrzyknięcia. Najbliższe gruczoły chłonne powiększają się wyraźnie.

W tych razach, gdy choroba surowicza występuje nie po pierwszym, lecz po następnych zastrzyknięciach, okres wyłęgania bywa zawsze znacznie krótszy, zjawiska zaś ogólne o wiele wybitniejsze a nieraz nawet groźne.

Ponieważ podany zespół objawów spostrzegamy nie tylko przy stosowaniu surowic leczniczych, lecz również przy zastrzykiwaniu surowicy zwierząt normalnych, należy zatem mniemać, że uzależniony on jest nie od zawartych w surowicach antytoksyn, lecz od działania obcego ciała białkowego (zjawiska anafilaksji).

Występowanie osutek widzimy również przy zastrzykiwaniu różnych szczepionek — gronkowcowej, paciorkowcowej, durowej, gonokokowej i t. d. Są to przeważnie rumienie plamiste, pokrzywki oraz obrzęki głównie twarzy i rąk. Takie zmiany spostrzegać można stosunkowo najczęściej przy stosowaniu szczepionki durowej i grypowej.

Tuberkulina Koch'a powoduje rumienie plamiste, pokrzywki, wysypki pęcherzykowe, krostkowe, nawet plamicowe. Niekiedy widywano też osutkę grudkową o klinicznym wyglądzie liszaja żółtowego (Schweninger).

Tutaj też wspomnieć należy o osutkach powstających po szczepieniu krowianki (Vaccinides—Dauchez). Należy odróżniać dwie grupy zjawisk: a) osutki z zatrucia pozostające w pośrednim związku ze szczepieniem oraz b) zmiany skóry bezpośrednio zależne od działania jadu krowiankowego.

Do grupy pierwszej zaliczamy rumienie plamiste (roseola vaccinica), zdradzające niekiedy podobieństwo do odry lub płonicy, a następnie pokrzywki i osutki o wyglądzie wysiękowego rumienia

wielopostaciowego, wysypki grudkowe (*lichen vaccinicus*), grudkowo-pęcherzykowe, pęcherzykowe (*miliaria vaccinica*), krostkowe a nawet pęcherzowe i guzkowe. Takie zmiany mogą się zjawić już 2-go lub 3-go dnia po szczepieniu albo też w tydzień po tem.

W grupie drugiej należy przedewszystkiem wspomnieć o o s p i e ochronnej uogólnionej (*vaccina generalisata*). Wybucha ona nagle przy objawach ogólnych i ciepłocie podniesionej niekiedy już w dwa dni po szczepieniu, innym razem w 8—10 dni. Na całym ciele zjawiają się liczne półkuliste czerwone grudki, które stopniowo przekształcają się w wykwity grudkowo-pęcherzykowe a wreszcie w krostkowe, zupełnie podobne do krost szczepionkowych. Stan ogólny bywa nieraz bardzo nieszczególny zwłaszcza u dzieci wątłych i słabych. Leczenie jest czysto objawowe.

Od ospy ochronnej uogólnionej, cierpienia niewątpliwie krwio-pochodnego, należy odróżniać k r o s t y s z c z e p i o n k o w e m n o g i e, powstające drogą samoprzeszczepiania — za pomocą drapania. Ze zjawiskiem takim spotykamy się głównie u dzieci cierpiących na pryszycę, liszaj pokrzywkowy i świerzbę.

Dokoła miejsca szczepionego mogą się też utworzyć przerzutowo, za pośrednictwem dróg chłonnych — k r o s t y s z c z e p i o n k o w e n a d l i c z b o w e (*pustulae supernumerariae*).

Częstym powodem osutek z zatrucia bywają też różne jady bakteryjne. Można powiedzieć niemal bez przesady, że niema prawie choroby zakaźnej, w której by nie widywano tego rodzaju zmian skóry, zwłaszcza zaś rumienia i pokrzywki. Do tej kategorii nie zaliczamy jednak tych wysypek uogólnionych, które spostrzegamy w przebiegu odry, płonicy, duru brzuszego i plamistego, ospy i t. d. Takie osutki są widocznie bakterjopochodne a nie jadopochodne. Należy je prawdopodobnie oceniać jako osutki zgoła swoiste, powstające drogą przerzutów bakteryjnych w skórze. W niektórych jednak chorobach zakaźnych można się spotkać z osutkami obu kategorii. Tak np. w ospie naturalnej rumień przedospowy (*rash*) uważamy za osutkę jadopochodną, swoistą zaś wysypkę krostkową — za bakterjopochodną.

Szczegółowe omówienie tych ciekawych kwestyj nie może wchodzić w zakres pracy niniejszej. Tu wspomnę tylko o niektórych osutkach jadopochodnych, mogących posiadać pewne praktyczne znaczenie dla lekarza.

W cholerze w okresie wyzdrowiania mogą się pojawić rumienie o wyglądzie odry, płonicy lub wielopostaciowego rumienia wysiękowego. Mieszczą się głównie na kończynach, w okolicy stawów.

W przebiegu błonicy nieleczonej surowicą widywano plamicę, uogólnione rumienie plamiste zazwyczaj oszczędzające twarz, rumienie wielopostaciowe, wreszcie osutki grudkowo-krostkowe (Unna), mieszczące się na rękach, przedramionach i ramionach. Mogą występować nawroty.

Na dłoniach, podszwach i palcach widywałem w czerwonce piekące i swędzące rumienie rozlane barwy czerwoniwiśniowej. Skóra w miejscach schorzałych jest sucha. Sprawa trwa 5—6 dni i kończy się dosyć obfitem łuszczeniem.

Zimnica daje powód do powstawania opryszczek, pokrzywki, rumienia guzowego, plamicy. Zmiany skóry spostrzegano nie tylko podczas napadów, lecz w okresach wolnych. Charłactwu zimniczemu częstokroć towarzyszy ciemne zabarwienie skóry.

Stosunkowo największe znaczenie dla dermatologa posiadają osutki rzeżączkowe. Występują one pod postacią:

- a) rumienia plamistego podobnego do kura lub płonicy,
- b) pokrzywki, rumienia grudkowego i guzowego,
- c) osutek pęcherzowych, grudkowo-krostkowych (Mihi) i plamicowych,
- d) rumienia wielopostaciowego,
- e) zapalnych zmian skóry z rogowaceniem nadmiernym (Hyperkeratosis gonorrh. s. Keratoderma gonorrhoeica).

Osutki rumieniowe (a—d) nie mają żadnego typowego umiejscowienia. Mogą się pojawiać wszędzie, na całym niemal ciele; tylko uwłosiona skóra głowy rzadko bywa ich siedliskiem. W przypadkach ostro przebiegających zajęte bywają błony śluzowe (jama ustna, gardło, spojówki). Wysypkom tym częstokroć towarzyszą objawy ogólne: gorączka, bóle głowy, bóle i łamanie w stawach, w kościach i t. d. Widujemy je częściej u mężczyzn.

Zapalenie skóry połączone z rogowaceniem nadmiernym (hyperkeratosis gonorrhoeica) spostrzegamy przeważnie w przebiegu rzeżączki ciężkiej, powiklanej. Zmiany te są rozlane lub ograniczone i występują z szczególną predylekcją na podszwach i palcach stóp. Tutaj powstają różnej wielkości twarde wykwity kształtu stożkowego, sięgające wysokości 1 cm. Barwa ich bywa brudnożółta, woskowata. Niekiedy układają się one linijnie i łączą ze sobą w kształty walcowate. W okolicy pięty powierzchnia ich bywa brodawkowata. Na podszwach widać niekiedy kompletne twory modelowate. Ana-



logiczne zmiany — aczkolwiek w stopniu słabym — występują też na dłoniach, jak również w innych częściach ciała, nawet na twarzy, głowie i narządach płciowych, pod paznokciami. — Wykwity te wolno ustępują i niemal zawsze powracają w czasie ponownego zakażenia rzeżączkowego.

Osutki rzeżączkowe uważamy za jadopochodne opierając się głównie na tym fakcie, że w przypadkach tych nie można wykryć obecności gonokoków w skórze. Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że w pewnych razach mamy tu do czynienia z zatorami bakteryjnymi. Dotyczy to zwłaszcza tych spostrzeżeń, w których zmiany skóry występowały współcześnie z zapaleniem wsierdzia. W jednym z moich spostrzeżeń, dotyczącem ciężkiej rzeżączki o zejściu śmiertelnym i powikłanem między innymi przez zapalenie wsierdzia, wystąpiła dosyć obfita osutka grudkowo-krostkowa. Rozwijała się ona napadowo. Ze krwi wyhodowano dwoinki Neisser'a. W skrawkach jednego z wykwitów udało mi się wykryć śródkomórkowe gonokoki w szczelnie krwią wypełnionej i rozszerzonej tętniczce średniego wymiaru. Obecność dwoinek w tkankach stwierdził Wadsack w przypadku tworów rogowych pochodzenia rzeżączkowego.

Jest rzeczą prawdopodobną, że osutki zupełnie podobne do rzeżączkowych mogą też powstawać w przypadkach zakażenia dróg moczowych innymi drobnoustrojami chorobotwórczymi (Lannois, Baermann, Buschke).

Postępowanie lecznicze winno mieć na względzie głównie cierpienie podstawowe. Co się tyczy zabiegów miejscowych, to po usunięciu tworów rogowych za pomocą okładów, tłuszczów, plastrów zalecamy maści salicylowe, resorcynowe, siarkowe, słabą chryzarobinową i t. p.

Osutki będące w związku z cierpieniami narządów wewnętrznych i z chorobami przemiany materji.

W bardzo wielu chorobach skóry przypuszczamy ścisłą lub bardziej luźną łączność pomiędzy daną wysypką a cierpieniami narządów wewnętrznych i zбочeniami w przemianie materji. O ile pogląd taki jest słuszny i dostatecznie uzasadniony, niełatwo wykazać w każdym poszczególnym przypadku. Przy określaniu bowiem przyczynowego związku pomiędzy dwiema grupami tych zjawisk powodujemy się głównie spostrzeganiem klinicznym, wynikami leczenia i statystyką. Głębiej jednak w istotę sprawy podotąd nie potrafiliśmy wejrzeć. To też sądzić należy, że o ile dla pewnych zmian skóry związek taki można uważać za niewątpliwy (np. xanthoma

tuberosum glicosuricum — guzki żółte), o tyle dla innych wydaje się on tylko domniemanym. Nie należy też zapominać, że różne toksyny, powstające w cierpieniach narządów wewnętrznych i w chorobach przemiany materji, mogą odgrywać rolę pośrednią w powstawaniu wielu schorzeń skóry. Jest to może punkt ciężkości całej kwestji. Można sobie wyobrazić, że ciała trujące (toksyny) przedostają się do skóry drogą krwioobrotu i uczulają ten narząd w taki sposób, iż staje się on podatnym podłożem dla rozwoju danej choroby, której właściwa etiologia nie jest nam jeszcze znana. Wówczas byłoby bardziej zrozumiałe, dlaczego toksyny różnego pochodzenia mogą wywołać jednakie pod względem wyglądu klinicznego zmiany skóry. Za przykład może służyć pryszczycą.

Jakkolwiek bądź łączymy dziś nie mało schorzeń skóry z zaburzeniami przewodu pokarmowego, z cierpieniami wątroby i nerek, z dną, cukrzycą, otyłością. Niektóre z tych wysypek należą do rzędu banalnych. Są to przeważnie pokrzywki i różnego typu rumienie, widocznie pochodzące z samozatrucia i częstokroć niczem się nie różniące od osutek np. lekowych, do których zresztą mają wiele podobieństwa. W pewnych jednak razach zmiany skóry posiadają nieco odmienny wygląd lub o tyle niezwykle przebieg, że upoważnić to może do wyodrębnienia tych postaci w oddzielne typy kliniczne. Ze względów praktyczno-dydaktycznych opisujemy je — prawdopodobnie niesłusznie — jako „samoistne choroby“ skóry (np. liszaj pokrzywkowy, świerzbiączka i t. d.).

Przy szczegółowem omawianiu takich chorób skóry wskażę na ich rzeczywistą lub domniemaną łączność z zaburzeniami przemiany materji. Tutaj zaś udzielię nieco miejsca jedynie zmianom skóry spostrzeganym w przebiegu cukrzycy.

Do schorzeń dla cukrzycy swoistych należą t. zw. guzki żółte (xanthoma tuberosum glicosuricum). To cierpienie skóry ma wygląd tak znamieny, że na zasadzie obrazu dermatologicznego można z całą pewnością rozpoznać cukrzycę. Bez cukromoczu takich zmian dotychczas nie spostrzegano.

Guzki żółte cukrzycowe występują nagle w postaci bardziej rozlanej a następnie rozwijają się w ciągu kilku dni do kilku tygodni. Zazwyczaj znajdujemy je na łokciach i kolanach, w okolicach namięstkowej i kostkowej, na pośladkach, na uwłosionej skórze głowy, bardzo często na powiekach a także na błonie śluzowej jamy ustnej. Dłonie i podeszwy bywają zajęte bardzo rzadko. Zmiany mieszczą się w warstwach głębokich skóry oraz w tkance podskórnej przybierając postać grudek i guzków. Niekiedy układają

się gromadami lub też linijnie. Bardzo często występują umiarkowo. Ich spoistość bywa niekiedy dosyć znaczna, barwa waha się od jasnożółtej do ciemnożółtej. Częstość się zdarza, że podstawa guzka ma kolor ciemnoczerwony a tylko szczyt jest zabarwiony na żółto. Wykwity są niekiedy otoczone obrąbkiem zapalnym. Występowaniu guzków żółtych może towarzyszyć swędzenie i pieczenie, same zaś twory są wrażliwe przy uciskaniu.

Cierpienie zwykle się ujawniać przy dłuższem trwaniu cukrzycy, rzadziej w jej okresach początkowych. Najczęściej ustępuje ono wraz z poprawą choroby podstawowej.

Powstawanie guzków żółtych jest, jak powiedziano, przyczynowo związane z cukrzycą. Wedle Pollitzer'a i Wile'go w cukrzycy (i żółtaczce) znajduje się we krwi znaczna ilość estru cholestearyny. Ciało to wydostaje się z naczyń krwionośnych do tkanek i wywołuje bujanie komórek napełnionych tym estrem.

Prócz guzków żółtych, stanowiących swoiste zmiany skóry w cukrzycy (t. zw. diabetides — Fournier, cukrówki — J. Wiśniewski), spostrzegamy w przebiegu tej choroby przemiany materji jeszcze inne schorzenia skóry dobrze znanego typu. Pozostają one tylko w pośredniej łączności z cierpieniem podstawowem (paradiabetides). Do nich należą: pokrzywka, a zwłaszcza grudkowa przewlekła, rumienie wszelkich postaci, opryszczki i osutki pryszczycowate, wysypki liszajowate (J. Wiśniewski), łupież pstry, zapalenie torebek włosowych, czyraki, zapalenie naczyń chłonnych, ropnie skóry i podskórne a wreszcie zapalenie skóry różnego nasilenia aż do zgorzeli włącznie. Wszystkie te schorzenia, skądinąd dobrze nam znane, posiadają w cukrzycy pewne znamiona, zwracające na się uwagę. Tak np. w czyrakach i ropniach częstość spostrzegamy zgorzel. Czyraki zazwyczaj bywają liczne, duże, ciemnoczerwone i miedzianoczerwone, niełatwo się odgraniczają i posiadają skłonność do rozległego ropienia. W wysypkach pryszczycowatych objawy głębszego zapalenia skóry wysuwają się na plan pierwszy. Łupież pstry występuje nader wyraźnie. Barwa blaszek jest ciemniejsza, bardziej brunatna, ilość łusek — znaczna. Sprawa przebiega o wiele szybciej niż zwykle i nieraz zajmuje bardzo znaczne przestrzenie zdradzając wielką skłonność do nawrotów.

Jednem z cięższych zjawisk w cukrzycy są sprawy zgorzeli nowowe. Zgorzel cukrzycowa (gangraena diabetorum) bywa pierwotna i wtórna.

Pierwotna może dotyczyć tylko skóry i ujawniać się w postaci drobnych ognisk, porozrzucanych na skórze i błonach śluzowych

(t. zw. wysypka zgorzelinowa). Niekiedy i głównie na kończynach dolnych tworzą się pęcherze, w których obrębie skóra ulega zgorzelinie (Kaposi). W pewnych razach przebieg jej może być pelzający (Gangraena diabetica bullosa serpiginosa — Kaposi). W przypadkach cięższych sprawa przechodzi na tkanki głębsze, wskutek czego zgorzeli podlega część lub cały członek. Powstają obrazy przypominające wyglądem chorobę Raynaud'a lub zgorzel starczą.

Za bezpośrednią przyczynę tych spraw należy uważać zmiany naczyń krwionośnych — miażdżycę, zapalenie błony wewnętrznej tętnic i żył, zwężenie światła naczyniowego, skrzeplinę.

Zgorzel wtórna zjawia się w następstwie obrażeń skóry oraz czyrakach, ropniach i w ropowicach.

O schorzeniach skóry narządów płciowych w przebiegu cu-krzycy wspominałem już w innym miejscu (str. 152).

Leczenie wszystkich tych zmian jest przedewszystkiem ogólne, przyczynowe. Miejscowo stosujemy środki i metody lecznicze wedle wskazań, wynikających ze stanu skóry.

Przy omawianiu zmian skóry w łączności z cierpieniami narządów wewnętrznych należałoby jeszcze zwrócić uwagę na gruczoly wewnętrznowydzielnicze. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zboczenia w czynności gruczołów dokrewnych odgrywają niemałą rolę w powstawaniu niektórych chorób skóry. Kwestja nie jest jednak o tyle wyjaśniona, aby ją można było ująć w systematyczną całość. Kiedy i o ile sprawa ta wchodzić może w grę w charakterze czynnika przyczynowego, znajdzie czytelnik w opisie odnośnych schorzeń skóry.

Osutki z zatrucia pochodzenia nieokreślonego.

Plamice.

(Purpurae).

Plamicami nazywamy takie stany chorobowe, których główną cechą jest wylew krwi w skórce. Z tem zjawiskiem spotykamy się często. Posiada ono znaczenie przeważnie objawowe.

Objawy. — Wykwity plamicowe z reguły występują w liczbie mnogiej i mają kształt okrągłych i okrągławych plam barwy czerwonej, nie ustępującej przy naciskaniu. Zdradzają one stałą skłonność do samoistnego znikania. Barwa ich z czerwonej i cie-

mnoczerwonej stopniowo przechodzi w czerwonosiną, siną, zielonkawą, brunatną, żółtawą, aż wreszcie wykwit ginie bez śladu. Ponieważ plamica zwykła się rozwijać napadowo a każdy wykwit stale podlega przemianom wstecznym, więc też przy badaniu chorego zawsze spotykamy się z bardzo znamieną wielobarwnością osutki.

Wielkość wykwitów bywa rozmaita. Plamy od łepka szpilki do soczewicy nazywamy *petociami* albo *przystudzienicami* (*Petechiae*), większe — do kilku cm. średnicy — *sińcami* (*ecchymosis*), posiadające zaś kształt podłużny — *pręgami* (*vi-bices*). Niektóre plamy mają umiejscowienie okołomieszkowe.

Plamica układa się umiarkowo i najchętniej występuje na kończynach dolnych, następnie na górnych, na tułowiu a nawet na twarzy. Niekiedy zajęte też bywają błony śluzowe.

Z osutek towarzyszących plamicy najczęściej widzimy rumień wielopostaciowy.

Przyczyny. Jak powiedziano, plamica posiada znaczenie zjawiska głównie objawowego. Pomijając warunki miejscowe, sprzyjające występowaniu wylewów krwi w skórze (żyłaki), spotykamy się z plamicą w bardzo wielu stanach chorobowych. Wymienić tu można osutki plamicowe z pokarmów, lekowe, posurowicze, spostrzegane w przebiegu niemal wszystkich ostrych chorób zakaźnych, także w gruźlicy, w schorzeniach narządów wewnętrznych (wątroba, nerki), w chorobach krwi (białaczka zwłaszcza ostra, niedokrwistość postępująca złośliwa, choroba Banti'ego, krwawiaczka), w chorobach przemiany materji (cukrzyca) i t. p. Są to *plamice objawowe wtórne* *), których pochodzenie z zatrucia jest najzupełniej oczywiste w większości przypadków. W niektórych jednak razach nie udaje się wykryć takiej łączności nawet w osutkach bardzo obfitych. Mówimy wtedy o *plamicach pierwotnych samoistnych* (?) i odróżniamy kilka typów, nieźle klinicznie określonych i stosunkowo łatwych do rozpoznania. Przyczyny takich plamic nie są dziś jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Należy jednak przypuścić, że są one pochodzenia zakaźnego względnie toksycznego.

Plamica goścowa. — (*Purpura s. peliosis rheumatica* — *Schoenlein. Purpura exanthematica*).

Tę postać znamionują: umiarkowa osutka plamista, objawy goścowe oraz zaburzenia żołądkowo-kiszkowe.

Początek choroby zwiastuje gorączka, bóle głowy i mięśni, osła-

Do tej gromady należą jeszcze guilec (skorbut) i choroba Möller-Barlow'a. Cierpienia te jednak nie wchodzą w zakres działalności dermatologa.

bienie ogólne. Nieraz bywa krwawienie z nosa. Osutka występuje głównie w postaci drobnych plam, mieszczących się na podudziach, udach, rzadziej na przedramionach i ramionach oraz dolnej połowie tułowia. Jest ona umiarowa w ułożeniu. Rozwija się napadowo. Współcześnie spostrzegamy bóle mięśni, kości, stawów, obrzmienie okolic stawowych, brak łaknienia, bóle w okolicy żołądka, wymioty, biegunkę, niekiedy białkomocz.



Rys. 30. *Purpura.*

Plamicy tej mogą towarzyszyć: obrzęk skóry głównie grzbietu rąk i okolicy kostkowej, pokrzywka oraz rumienie częstokroć podobne do guzowatego. Ta okoliczność zdaje się wskazywać na pewną łączność pomiędzy plamicą gościcową a rumieniem wielopostaciowym. Bardzo być może, że przyczyny powstawania obu tych cierpień są te same i sprowadzają się do rzędu spraw zakaźnych.

Przebieg cierpienia w większości przypadków bywa pomyslny i wyzdrowienie następuje w ciągu 2—3 tygodni. W niektórych razach objawy ogólne są dość słabo zaznaczone i sprawa trwa jeszcze krócej (plamica prosta — purpura simplex). Częstokroć jednak przebieg układa się w ten sposób, że po kilku tygodniach trwania choroby pacjent pozornie wraca do zdrowia i zaczyna wychodzić. Wówczas następuje świeży wybuch plamicy zwłaszcza na koń-

czynach dolnych i w ten sposób cierpienie może się przeciągnąć na miesiące całe. Spostrzegamy je najczęściej na wiosnę i jesienią.

Plamica zakaźna (*Purpura infectiosa*. *Purpura idiopathica acuta*). Plamicie tego typu należą do cierpień ciężkich i w ogólnych zarysach najbardziej przypominają choroby zakaźne. Na pierwszy plan wysuwają się objawy ogólne o charakterze tyfoidalnym. Po okresie zwiastunów zjawia się osutka, złożona z mniejszych i większych plam barwy ciemnoczerwonej, nieprawidłowo ułożonych i rozsianych na kończynach, tułowiu a nawet na twarzy. Współcześnie zjawiają się rozległe sińce i może wystąpić krwawienie z nosa, ust, nerek. Niekiedy spostrzegano wylewy krwi w tkance podskórnej, w mięśniach, osierdziu, w oponach mózgowych względnie w mózgu. Wykwity plamicowe mogą ulegać zgorzelinie. Stan ogólny jest ciężki. Ciepłota sięga 40° C. Z powikłań należy wymienić zapalenie opłucnej, osierdzia i wsierdzia, opon mózgowych, żółtaczkę, zapalenie stawów.

Rokowanie jest poważne. Wyzdrowienie następuje mniej więcej w 30%. Niektóre przypadki o zejściu śmiertelnym przebiegają bardzo ostro (plamica piorunująca — purpura fulminans Henoch), inne — bardziej łagodne — należą do rzędu podostrych (plamica zakaźna podostra — purpura infectiosa subacuta).

Plamica krwotoczna (*Purpura haemorrhagica nonfebrilis*. *Morbus maculosus Werlhofii*). Według Morfan'a cierpienie zdarza się najczęściej u dziewczynek w wieku 5—6 i 10—15 lat. Osutka wybucha nagle i bez zwiastunów. Składa się z nieprawidłowo rozsianych plam, sińców i pręgów. Wielkość sińców bywa nieraz bardzo znaczna. Częstokroć występuje krwawienie z nosa i błony śluzowej ust, niekiedy z ucha środkowego (Rozenblatówna, M. Erlichówna). Czasem zjawiają się obrzęki twarzy i rąk. Rozwój osutki ma charakter napadowy. Przebieg choroby może być bezgorączkowy, bez bólów ogólnych lub miejscowych, bez zaburzeń żołądkowo-kiszkowych i białkomoczu. Niekiedy jednak spostrzegano gorączkę a nawet obrzmienie śledziony. Zwraca uwagę ogólne osłabienie oraz niedokrwistość obok leukocytozy, licznych normoblastów, postaci Türka oraz braku lub zmniejszonej liczby płytek Bizzozero. Sprawa kończy się w ciągu 2—3 tygodni.

Przyczyny plamicy krwotocznej dotychczas nie są ostatecznie wyjaśnione. Niektórzy zaliczają chorobę Werlhof'a do spraw zakaźnych („*Bacillus haemorrhagicus*“ Kolb, Letzerich), albo też oceniają ją jako najłagodniejszą postać plamicy zakaźnej. Pewną rolę

w powstawaniu tej sprawy może też odgrywać gruźlica. Z najnowszych poglądów zasługuje na uwagę teoria anafilaktyczna (Schultz) i gruczolowa (zaburzenia czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym).

Rozpoznanie osutki plamicowej jako takiej jest rzeczą łatwą. Odróżnienie od plamicy, powstającej wskutek ukąszenia pcheli pluskiew (purpura pulicosa), może wprowadzić w zakłopotanie tylko bardzo niedoświadczonego dermatologa. (Są to punkcikowate wylewy krwi, otoczone różowoczerwoną obwódką. Przy uciskaniu palcem środkowy punkt czerwony pozostaje, obwódka zaś chwilowo znika).

O wiele zawilej przedstawia się kwestja oceny pochodzenia i przyczyn plamicy. Tutaj należy przedewszystkiem rozstrzygnąć pytanie, czy mamy przed sobą przypadek plamicy wtórnej, czy też t. zw. pierwotnej. Jest to sprawa bynajmniej niełatwa. Tylko krytyczna ocena wszystkich okoliczności towarzyszących danemu cierpieniu oraz dalsze i dokładne spostrzeganie przebiegu mogą nas doprowadzić do pożądanego celu.

Jeżeli się zatrzymamy na rozpoznaniu cierpienia pierwotnego, to wypadnie różnicować pomiędzy plamicą goścową, zakaźną i krwotoczną oraz rozstrzygnąć, do której z tych postaci jest najbardziej zbliżony przypadek spostrzegany. Tu również możemy napotkać na niemało trudności. Zważyć bowiem należy, że obrazy kliniczne bynajmniej nie są tak ostro zarysowane, że mogą między nimi istnieć formy przejściowe i że etyologia tych cierpień jest dziś jeszcze zgoła zagadkowa.

Leczenie. Zmiany skóry zazwyczaj nie wymagają miejscowego leczenia. W pierwszym rzędzie zalecamy spokój oraz niedrażniące pożywienie, także owoce, sałaty, soki owocowe i t. p. Leczenie wewnętrzne wynika ze wskazań ogólnych. Najczęściej znajdują zastosowanie: żelazo, ergotyna, gorzknik kanadyjski, chinina, przetwory salicylowe, sole wapienne (chlerek wapnia), adrenalina i t. d. Dodatni wpływ może też niekiedy wywierać zastrzykiwanie podskórne 5% żelatyny białej po 20 cm³ dwa razy tygodniowo. Sarani zaleca wlewania do odbyticy (50 cm³) 6—10% żelatyny w roztworze fizjologicznym.

Plamica obrączkowata naczyniasta.
(*Purpura annularis teleangiectodes*).

Pod powyższą nazwą Majocchi opisał schorzenie skóry, spostrzegane u mężczyzn i kobiet — niezależnie od wieku. Zdaje się jednak, że występuje ono stosunkowo częściej u osobników młodych. Majocchi stwierdził je nawet u noworodka.

Objawy. — Na skórze kończyn powstają niewielkie czerwone plamy. Przy dokładniejszym badaniu można się przekonać, że składają się one z gęsto ułożonych plameczek wielkości do ziarna maku, barwy ciemnoczerwonej. Nie znikają przy uciskaniu palcem lub szkłem. — W dalszym przebiegu plamy powiększają się i przybierają kształt obrączkowaty lub też wyciągają się smugi. W obrączkowatym wykwicie można odróżnić brudnożółtą lub żółtobrunatną część środkową oraz obrączkę obwodową. Obrączka ta jest utworzona z gromady kropkowych plameczek barwy od ciemno do brunatnoczerwonej. Pojedyncze punkciki widać też niekiedy w części środkowej.

Po upływie miesięcy wszystkie te objawy giną bez śladu. Zdarzają się jednak nawroty. Cierpienie nie powoduje żadnych dolegliwości.

Budowa. Podstawą anatomiczną sprawy jest rozszerzenie drobnych i włoskowatych naczyń oraz skąpe wylewy krwi w skórze. Dokoła rozszerzonych naczyń widać umiarkowane nacieczenie, złożone z komórek okrągłych i pojedynczych wrzecionowatych. Niekiedy występują zjawiska zapalenia błony wewnętrznej naczyń (Lindenheim).

Przyczyny. — Schorzenie ma powstawać, zdaniem niektórych badaczy, na tle zaburzeń odżywczych naczynioruchowych, pod wpływem najdrobniejszych urazów. Zaburzenia te mają powodować szczególnie łatwą uszkodzalność naczyń krwionośnych. Przyznać jednak trzeba, że istota sprawy dotychczas jest prawie nie wyjaśniona. Usiłowania, zmierzające do uzależnienia plamicy obrączkowatej naczyniastej od gruźlicy (Radaeli, Balzer, Galup, Vignolo-Lutati i in.), należy dziś uważać za chybione.

Rozpoznanie tego cierpienia i różnicowanie z innymi postaciami plamicy opiera się głównie na wyglądzie wykwitów, przypominających swym kształtem obrączki i smugi, oraz na braku objawów ogólnych.

Leczenie. Wobec zupełnie nieznaney etyologii leczenie może być tylko objawowe.

Rozdział X.

Zgorzelinowe zapalenie skóry.

(Dermatitis gangraenosa).

Określenie „zgorzel skóry“ zasadniczo obejmuje dwie odrębne sprawy: miejscowe obumarcie, miejscową śmierć tkanek — właściwą martwicę (necrosis) oraz te zmiany wtórne, które się w obumarłych tkankach odbywają. W potocznej jednak mowie uważamy martwicę i zgorzel za synonimy i utożsamiając te dwa pojęcia odróżniamy zgorzel suchą i wilgotną.

Zgorzel sucha jest martwicą z zejściem w mumifikację. Obumarta skóra jest skurczona, sucha, twarda, krucha, nieczuła przy dotykaniu, niewrażliwa na ukłucie i na ciepło. Jej barwa jest czarnoczerwona, czarnosinawa, ciemnobrunatna a nawet czarna. W niektórych jednak razach bywa ona matowobiała lub bladożółtawa (zgorzel biała — gangrène blanche).

W zgorzeli wilgotnej tkanki są obrzękłe, a pod wpływem drobnoustrojów powstają w nich sprawy gnilne i rozkład. Zabarwienie skóry jest brudnoszare, fioletowe, czarnosine; naskórek częstokroć wznosi się w kształcie pęcherzy. Tkanki stopniowo się rozmiękczają i rozpadają wydzielając przykrą woń. Niekiedy w przestrzeniach międzytkankowych wytwarzają się pęcherzyki gazu (zgorzel gazowa — gangraena emphysematosa).

Początkowym okresom sprawy zgorzelinowej zazwyczaj towarzyszą objawy bólowe różnego napięcia, zwłaszcza silne w t. zw. zgorzeli starczej (gangraena senilis).

Po ustaleniu się granic zgorzeli ustrój zdąża do wyzbycia się tkanki obumarłej. Dokoła niej przedewszystkiem powstaje mniej więcej szeroka obwódka zapalna. Następnie na granicy tkanki zdrowej i obumarłej wytwarza się ropiejąca bruzda (linja odgraniczająca), będąca punktem wyjścia dla stopniowego oddzielania się tkanek zgorzelinowych. Po ich odpadnięciu widać owrzodziałą i ziarniną pokrytą powierzchnię, która w warunkach sprzyjających zabliznia się stosunkowo szybko.

Zgorzel skóry bywa pochodzenia zewnętrznego i wewnętrznego.

Z czynników pierwszej kategorii należy wymienić: uraz, działanie temperatury wysokiej (oparzenie) i niskiej (odmrożenie), energię elektryczną, środki żrące (ługi, kwasy) i t. p. (Szczegóły patrz: zapalenie skóry pochodzenia zewnętrznego). Do zgorzeli mogą też doprowadzić różne miejscowe sprawy zapalne, powstałe drogą zakażenia z zewnątrz, np. nieштowice, wrzód weneryczny, rak wodny (noma) i t. d.



Rys 31.

Dermatitis gangraenosa artefacta.

Zgorzel skóry pochodzenia wewnętrznego spostrzegamy: 1) w osutkach z zatrucia (rojnica — ergotismus, cukrzyca), 2) w ogólnych chorobach zakaźnych, 3) w schorzeniach naczyń krwionośnych, powodujących zwężenie lub zamknięcie światła (zgorzel starcza, choroba Raynaud'a), 4) w cierpieniach nerwowego układu ośrodkowego i obwodowego.

Nie należy zapominać, że w pewnych razach kojarzyć się też może działanie czynników zewnętrznych i wewnętrznych, jak np. w odleżynach.

Opisy spraw zgorzeliowych, częstość wikłających przebieg różnych schorzeń skóry, znajdzie czytelnik w odnośnych rozdziałach książki niniejszej. Tutaj wspomnę tylko o typach klinicznych, posiadających dla dermatologa pewne znaczenie praktyczne.

Nieштowice zgorzeliowe dzieci.

(*Ecthyma gangraenosum infantum. Ecthyma terebrans infantum. Dermatitis gangraenosa infantum*).

Objawy. — W różnych miejscach ciała powstają wykwity grudkowe barwy różowoczerwonej do czerwonosinej. Spoistość ich jest dosyć znaczna a nacieczenie sięga warstw głębszych skóry. W części środkowej grudki zjawia się pęcherzyk o zawartości mętnej, ropnej lub krwawej, który niebawem przekształca się w owrzodzenie szybko się powiększające w kierunku obwodowym i drażące wgłęb skóry. Owrzodzenia są okrągłe lub owalne i mają brzegi pro-

stopadłe tak ostro odgraniczone, że wyglądają jakby wydłutowane. Otacza je zapalna obwódka. Ich dno stanowi tkanka zgorzelinowa, pokryta rozpadową, krwawą masą. Wielkość owrzodzeń waha się od kilku mm. do 2—3 cm.

Choroba rozwija się napadowo, wskutek czego w danym przypadku zawsze spostrzegamy liczne wykwyty w różnych okresach rozwoju. Mieszczą się one najczęściej na pośladkach, w okolicy narządów płciowych, na tylnej i wewnętrznej powierzchni ud, na plecach, brzuchu, pozatem na szyi, karku, na twarzy, głowie, nawet na błonie śluzowej jamy ustnej. Zejście przeważnie bywa śmiertelne.



Rys. 32. *Ecthyma gangraenosum infantum.*

Przyczyny. Cierpieniu podlegają niemal wyłącznie dzieci źle odżywione w wieku 1—2 lat, schorzałe, wynędzniałe, dotknięte gruźlicą, przewlekłymi zaburzeniami narządu pokarmowego i t. p. Bardzo często spostrzegamy też niesztowice zgorzelinowe w następstwie ostrych chorób zakaźnych, zwłaszcza po odrze. Pochodzenie tej sprawy jest widocznie bakteryjne. Niektórzy przypuszczają, że zarazek przedostaje się do skóry z zewnątrz, wiele jednak względów zdaje się przemawiać za tem, że mamy tu do czynienia raczej z zakażeniem krwiopochodnym. Sądzić też należy, że w niesztowicach zgorzelinowych zarazek nie jest swoisty i że różne drobnoustroje mogą drogą zatorów bakteryjnych spowodować powstawanie jednolitych zmian skóry. Dotychczasowe badania bakterjologiczne wykazały, że obok paciorkowca i prątka gałęzistego (*bac. ramosus* Veillon, Hallé) najczęściej znajdujemy lasecznika ropy błękitnej oraz

gronkowca złocistego. Dane te potwierdzają też moje własne spostrzeżenia, z których jednak wynika, że w niesztowicach zgorzelinowych dzieci stosunkowo częściej spotykamy gronkowca złocistego, niż lasecznika ropy błękitnej.

Zmiany anatomiczne polegają na martwicy naskórka, skóry właściwej a nawet tkanki podskórnej, na obfitych wynaczynieniach w częściach obwodowych tkanki obumarłej obok braku bardziej wybitnych objawów zapalnych.

Przy rozpoznaniu należy mieć na względzie głównie przymiot. Dosyć znaczna spoistość grudek, charakterystyczny wygląd owrzodzeń, ich niewielka skłonność do ropienia oraz brak innych objawów syfilisu widocznie przemawiać będą za rozpoznaniem niesztowic zgorzelinowych. W przypadku wątpliwym zaleca się wykonanie próby Bordet-Wassermann'a.

Leczenie winno uwzględnić w pierwszym rzędzie poprawę stanu ogólnego oraz usunięcie współistniejących zaburzeń narządów wewnętrznych. Miejscowo zalecamy kąpiele z nadmanganianu potasu (0,5) lub sublimatu (1,0) co 2-gi dzień oraz okłady z wody utlenionej. Po oczyszczeniu się owrzodzeń zalecam zasypywanie chorych miejsc dermatolem lub xeroformem z kw. bornym w równych częściach lub też 5% maść zawierającą te same leki.

Obrazy kliniczne, zupełnie podobne w rozwoju, wyglądzie i przebiegu do niesztowic zgorzelinowych dzieci, widywałem też kilka razy u osób dorosłych, znajdujących się w stanie charłactwa po przebytych chorobach zakaźnych. Różnice polegały jedynie na tem, że niektóre z ognisk zgorzelinowych na kończynach dolnych miały kształt podłużnoowalny, były o wiele większe niż u dzieci (8—10 cm. długości, 4—5 szerokości) i sięgały mięśni. Stan ogólny był ciężki. Ciepłota ciała dochodziła do 39—40°. Zejście było śmiertelne w 75%. Poszukiwania bakterjologiczne stale wykrywały obecność prątka ropy błękitnej oprócz jednego przypadku, którego sprawcą był widocznie paciorkowiec.

O zgorzeli cukrzycowej patrz str. 182.

Zgorzel policzków. Zgorzel warg sromowych. (Rak wodny).

(Noma. Cancer aquaticus).

Zgorzel policzków jest cierpieniem wieku dziecięcego. Spostrzegamy ją najczęściej po ostrych chorobach zakaźnych (po ospie, błonicy, płonicy, a zwłaszcza po odrze, durze) i u osobników z upośledzonym odżywianiem.

Objawy. — Sprawa zazwyczaj rozpoczyna się na błonie śluzowej jamy ustnej, rzadziej na wargach sromowych lub w okolicy odbytu (Matzenauer). W jamie ustnej pierwsze zmiany zwykły występować na dziąsłach lub na błonie śluzowej policzków bliżej kąta ust. W miejscach tych na niewielkiej okrągłej przestrzeni śluzówka początkowo nabiera barwy brudnoszarawej lub brudnożółtawej. Ponieważ w tym okresie stan ogólny chorych zazwyczaj bywa dobry a zmiany miejscowe niemal nie powodują bólów, zatem objawy wstępne bywają często przeoczone. W bardzo krótkim czasie miejsca schorzałe ulegają wilgotnej zgorzelinie. Powstaje ciemny czarnosinawy lub czarnozielonkawy strup. Tkanki są dosyć twarde, nacieczone. Sprawa szybko się rozpościera i drążąc wglęb niebawem przechodzi na skórę policzka. Tutaj ognisko chorobowe posiada początkowo barwę sinoczerwoną, stopniowo jednak staje się czarnosine, niemal czarne. Otaczająca pozornie zdrowa skóra jest obrzękła, napięta, blada. W dalszym rozwoju tkanka zgorzelinowa rozkłada się i rozpada wydając bardzo przykrą woń. Następuje przedziurawienie policzka. Zgorzelinina może też przejść na szczękę i na żuchwę i spowodować martwicę kości.

Przebieg zgorzeli policzków należy do bardzo szybkich. Po kilku dniach trwania choroby zazwyczaj zjawia się gorączka, następuje stopniowy upadek sił i chory ginie przy objawach posocznicy. W rzadkich tylko przypadkach sprawa zgorzelinowa odgranicza się, strup się oddziela i owrzodzenia zablizniają się pozostawiając niekształcenia nieraz bardzo znaczne.

Przyczyny tego ciężkiego cierpienia jeszcze nie są ostatecznie ustalone. Matzenauer utożsamia je ze zgorzelą szpitalną i za sprawcę choroby uważa przezeń wyhodowanego swoistego prątka (beztlenowca). Pogląd ten nie zyskał jednak powszechnego uznania. Obecność krętków, przecinkowców i prątków wrzecionowatych Vincent'a należy niemal do stałych zjawisk, jednakże znaczenie etyologiczne tych drobnoustrojów dotychczas jeszcze nie zostało wyjaśnione. W niektórych przypadkach wyhodowano prątka błonicy.



Jest rzeczą wątpliwą, czy w tych razach miano do czynienia ze zwykłą zgorzelą policzka i warg sromowych.

R o k o w a n i e jest złe. Podług Partsch'a śmiertelność sięga 75%.

L e c z e n i e polega na wycięciu ogniska zgorzelinowego w granicach zdrowych tkanek lub też na energicznym i głębokim przyżeganiu środkami żrącymi (np. ługiem potasowym). Polijakow doradza smarowanie 1% roztworem pyoktaniny. Heubner zaleca stosowanie surowicy przeciwbłoniczej w każdym przypadku zgorzeli policzków.

Zapobieganie polega na odpowiedniej higienie jamy ustnej u dzieci w przebiegu ostrych chorób zakaźnych.

Rozsiana zgorzel skóry pochodzenia nerwowego.

(Gangraena cutis multiplex neurotica. — Gangraena cutis multiplex acuta (Doutrelepont). — Gangraena cutis multiplex (Stubenrauch, Hintner). — Herpes zoster gangraenosus atypicus (Kaposi). — Gangraena hysterica (Bayet, Gaucher, Riehl).

Powyzsza nazwa zbiorowa obejmuje szereg nie zawsze jednolitych spostrzeżeń klinicznych, których objawem naczelnym jest nagłe występowanie licznych rozsianych ognisk zgorzelinowych skóry.

O b j a w y. — Cierpienie występuje nagłe albo też poprzedzane bywa przez szereg objawów, polegających na ogólnym osłabieniu, bólach głowy, mdłościach, wymiotach i t. p. Z miejscowych objawów podmiotowych notowano nerwobóle, swędzenie, pieczenie, klucie, uczucie zimna. Te zaburzenia czucia chorzy zazwyczaj umiejscawiają w okolicach, w których się później tworzy zgorzelina.

Zmiany skóry mają przebieg następujący. Początkowo zjawiają się różnej wielkości różowe i czerwone plamy, niekiedy nieco wzniesione ponad poziom otoczenia. Po pewnym czasie część środkowa plamy nabiera barwy matowobiałej lub białoszarawej, obwodowa zaś staje się ciemnobrunatna. Stopniowo w obrębie całego wykwitu powstaje suchy strup.

W pewnych razach zgorzel może się wytworzyć w skórze pozornie zupełnie zdrowej. Niekiedy poprzedzają ją wykwity grudkowe, pokrzywkowe, pęcherzykowe i pęcherzowe, którym znowu towarzyszyć mogą mniej więcej rozległe wybroczyny. Do stosunkowo częstszych zjawisk należy powstawanie pęcherzy, częstokroć dosyć znacznych, o zawartości przezroczystej, które niebawem zasychają

w gładki, mocno przylegający strup barwy brudnożółtawej lub ciemnobrunatnej (*herpes zoster hystericus*).

Sprawa zgorzelinowa zazwyczaj nie sięga głęboko i rzadko przekracza granicę skóry właściwej. Po oddzieleniu się strupa zabliznianie odbywa się zazwyczaj dosyć wolno. Częstość powstają bliznowce.

Przebieg cierpienia nie zawsze bywa jednaki. Niekiedy widzimy tylko jeden wybuch osutki, poczem wszystko powraca do równowagi. W większości jednak przypadków choroba rozwija się napadowo i może trwać długo (10—20 lat, kaposi), gdyż przerwy pomiędzy dwoma wybuchami bywają nieraz bardzo znaczne. Zejście śmiertelne może nastąpić tylko wskutek cierpienia podstawowego albo jakiegokolwiek przyłączającej się choroby, wreszcie z powodu zakażenia.

Umiejscowienie rozsianej zgorzeli pochodzenia nerwowego bywa zupełnie dowolne. Czasem sprawa rozpoczyna się na kończynach i w dalszym rozwoju szerzy się dośrodkowo. Innym razem świeże ogniska zgorzelinowe powstają dokoła i w sąsiedztwie dawniejszych. Spostrzegano też rozprzestrzenienie połowicze. O umiejscowieniu na spojówkach oka i na błonach śluzowych twardego i miękkiego podniebienia oraz narządów płciowych wspomina Doutrelepont.

Anatomiczne dane są dotychczas dosyć skąpe. Doutrelepont stwierdził objawy śród- i międzykomórkowego obrzęku warstwy kolczastej, powstawanie wodniczek w komórkach kolczastych, rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry właściwej i obecność w niej nacieczenia drobnokomórkowego. Gałązki nerwowe skóry były normalne. Janowsky — Mourek uważają za punkt wyjścia sprawy zapalenie okołomieszkowe. Bakterjologiczne badanie zawartości pęcherzyków i pęcherzy dało wyniki ujemne.

Ocena przypadków rozsianej zgorzeli skóry bynajmniej nie jest łatwa z punktu widzenia przyczynowego i przede wszystkim nie dotyczy tych spostrzeżeń, gdzie zgorzel była sztucznie spowodowana, jak np. u histeryczek. Nic też nie przemawia za tem, abyśmy cierpienie to uważać mieli za samoistne. Jest to raczej objawozbiór występować mogący w różnych stanach chorobowych. Widujemy go zatem w jamistości rdzenia, w zapaleniu nerwów obwodowych, w ciężkich neurastenjach, szczególnie zaś często w hysterji. Zdaje się jednak, że czynniki nerwowe, względnie naczyniowo-nerwowe (Kreibich) nie są jedyną przyczyną powstawania rozsianej zgorzeli skóry. Niektóre fakty widocznie przemawiają za tem, że musimy się tutaj

liczyć jeszcze z niezwykłym zgoła uczuleniem tkanek. Na to wskazywać może spostrzeżenie Hintner'a, który widział powstawanie bąbli po ukłuciu szpilką, a także doświadczenie Riecke'go. Udało mu się wywołać zgorzel skóry przez wcieranie soli kuchennej w miejsce ukłucia szpilką. Uwzględniając te i podobne dane można przypuścić, że u ludzi nerwowych lub nerwowo chorych następuje pod wpływem samozatrucia (np. z jelit) tego rodzaju nienormalne uczulenie skóry, że nawet drobne podniety powodują w niej zapalenie, prowadzące do zgorzeli (Török). Do zjawisk samozatrucia można byłoby zaliczyć objawy ogólne i miejscowe, poprzedzające lub towarzyszące niekiedy występowaniu zgorzeli rozsianej. Za słusnością tego poglądu przemawiają też do pewnego stopnia przypadki zgorzeli skóry, spostrzegane przy stosowaniu wewnętrznem przetworów jodu.

Przy rozpoznawaniu odnośnych przypadków trzeba mieć na myśli głównie zgorzel skóry umyślnie i sztucznie wywołaną. Obecność dobrze zachowanego naskórka, poprzez który prześwieca tkanka zgorzelinowa, przemawia, zdaniem Kaposi'ego, za sprawą samoistną i niemal napewno wyklucza samouszkodzenie.

Leczenie uwzględnia przede wszystkim cierpienie podstawowe (histerja) oraz wykrywalne źródła samozatrucia (przewód pokarmowy). Miejscowe postępowanie lecznicze może być tylko objawowe.

Rozdział XI.

Schorzenia typu uogólnionego zaczerwienienia skóry złuszczającego.

(Erythrodermia exfoliativa generalisatae).

Grupa ta obejmuje schorzenia, których naczelnymi objawami są: zaczerwienienie skóry będące wyrazem jej stanu zapalnego, mniej więcej obfite złuszczenie naskórka oraz uogólnienie sprawy chorobowej na całą lub niemal całą powierzchnię powłoki skórnej.

Takie stany mogą występować pierwotnie i wtórnie.

Do wtórnych (erythrodermia exfoliativa secundaria) Brocq zalicza złuszczające erytrodermie spostrzegane w przebiegu czerwonego liszaja płaskiego i kończystego, w łuszczycy, pryszczycy, pęcherzycy. Mogą się one zjawiać a) albo w postaci dosyć ostrej głównie pod wpływem leczenia środkami drażniącymi (np. kw. pyrogalusowym, chryzarobiną, przetworami ręciovymi), b) albo też występują samoistnie u osobników wynędzniałych, schorzałych a wówczas mają przebieg bardziej przewlekły i świadczą o złośliwości cierpienia podstawowego (Erythrodermia exfol. secun. terminalis, cachectica, pernicioso, maligna — E. Besnier. — Les herpétides exfoliatives malignes — Bazin). Tutaj należą też uogólnione erytrodermie białaczkowe oraz przedguzowe grzybicy guzowatej (obacz opisy tych chorób).

W rozwiniętym przypadku uogólnionej złuszczającej erytrodermii wtórnej mamy przed sobą następujący obraz. Skóra całego ciała za wyjątkiem być może dłoni, twarzy i podeszew jest czerwona, zgrubiała, twardawa, mało sprężysta. W okolicach stawowych a zwłaszcza na ich powierzchniach wyprostnych, także u kątów ust i w fałdach nosowowargowych tworzą się bolesne popękania. Naskórek złuszcza się bezustannie i tak obficie, że rano można zebrać z prześcieradła dobrą przygarstkę łusek. Są one lekkie, cienkie, półprzezroczyste, wielkości różnorakiej. Włosy są rzadkie, paznokcie zmienione. Swędzenie może być niewielkie, częstokroć jednak bywa tak dotkliwie, iż pozbawia snu.

W przypadkach łagodnych objawy te mogą ustąpić zupełnie — przynajmniej w pierwszym napadzie erytrodermii uogólnionej;

w złośliwych jednak sprawa postępuje i stan ogólny chorych ulega stopniowemu pogorszeniu. Gruczoły chłonne powiększają się nieraz znacznie. Zjawia się gorączka. Łaknienie jest niedostateczne. Występują biegunki, obrzęki, bezsenność, ogólne osłabienie a wreszcie chory umiera przy objawach charłactwa albo wskutek jakiegoś powikłania.

Pierwotne złuszczone zaczerwienienie skóry (erythrodermia exfoliativa primaria) obejmuje 4 zasadnicze typy:

- 1) Powrotny płonicowaty rumień złuszczeniowy (erythema scarlatiniforme exfoliativum recidivans),
- 2) Uogólnione złuszczone zapalenie skóry typu Wilson-Brocq'a (Dermatitis exfoliativa generalisata),
- 3) Łupież czerwony (Hebra) (Pityriasis rubra),
- 4) Złuszczeniową erythrodermię blaszkowatą czyli t. zw. chorobę Brocq'a (erythrodermie pitiriasique en plaques disséminées — I. Brocq).

Do tej grupy Brocq wciągnął jeszcze t. zw. złuszczone zapalenie skóry noworodków (Dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter v .Rittershayn). Zdaje się jednak, że nie należy ona do omawianych tu faktów klinicznych, a w żadnym wypadku nie powinna być zaliczona do erythrodermi pierwotnych. Opis tego cierpienia znajdzie czytelnik w rozdziale o liszajcach.

Powrotny płonicowaty rumień złuszczeniowy.

(Erythema scarlatiniforme exfoliativum recidivans. — Dermatitis exfoliativa acuta benigna Brocq).

Objawy. — Niedomaganie ogólne, bóle głowy, dreszcze zwiastują początek choroby. Sprawa może wybuchnąć w każdym miejscu powierzchni skóry. Bardzo często zjawia się w zgięciach stawowych. Zmiany występują w postaci albo dużego czerwonego placka, lub też licznych drobnych różowoczerwonych, swędzących plamek, które się szybko powiększają i zlewają ze sobą w większą blaszkę. Odbywa się to w jednym tylko miejscu albo w kilku współcześnie. Powstałe blaszki szybko się rozpościerają po powierzchni i łącząc się z sąsiednimi powodują uogólnione rozlane zaczerwienienie. Następuje to w przeciągu 1, 2, 3 dni. Tylko w rzadkich przypadkach okres rozwoju trwa cztery do sześciu dni. Najczęściej bywają zajęte tułów i kończyny, dopiero później przychodzi kolej na ręce, stopy, twarz i głowę. Zaczerwienienie może być niemal powszechne, czasem częściowe i umiarowe lub nieumiarowe, w każdym jednak przy-

padku jest ono uogólnione. W tym okresie barwa osutki bywa ciemnoczerwona, jak w płonicy, sama zaś skóra jest nieco obrzękła a w niektórych przypadkach nawet nieco nacieczona. Obrzęk ujawnia się zwłaszcza wyraźnie na powiekach, płatkach usznych, wargach ust.

W okresie najwyższego rozwoju choroby ciepłota ciała sięga 39° — 40° wieczorem, rano zaś waha się pomiędzy 37° — 38° C. W dalszym przebiegu spostrzegamy stopniowe obniżanie się ciepłoty wieczornej.

W trzy do pięciu dni — czasem później — po uogólnieniu się zaczerwienienia występuje łuszczenie naskórka. Powstają białe, cienkie, suche, półprzezroczyste łuski i blaszki wielkości 1—5 cm. Łuski zazwyczaj trzymają się skóry swoim brzegiem górnym, dolny zaś i boczne są wolne. Stosunkowo rzadziej są one przytwierdzone do podłoża w części środkowej, podczas gdy obwodowa jest wzniesiona i zawinięta. Po usunięciu łusek za pomocą paznokcia widać czerwoną, gładką błyszczącą, lecz suchą powierzchnię skóry. Na uwłosionej skórze głowy, na brodzie i w okolicach brwiowych łuszczenie zazwyczaj bywa otrębowate. Nawarstwienia bywają tu nieraz bardzo znaczne. Takież łuszczenie spostrzegamy na twarzy, choć czoło nieraz bywa pokryte już nieco większymi łuskami. Na dłoniach i podszwach zgrubiały naskórek oddziela się początkowo w kształcie dużych blaszek, później jednak może trwać łuszczenie otrębowate.

Złuszczenie odbywa się bez przerwy i w stopniu bardzo znacznym.

Do objawów niemal stałych należą też zmiany włosów i paznokci. Głowa i broda, brwi, rzęsy, okolica pachowa i sromowa tracą część, rzadziej całe swoje uwłosienie (Brocq). Nowy porost ujawnia się szybko. Paznokcie u palców rąk i stóp w pewnych razach odpadają całkowicie — wszystkie lub niektóre, w innych zaś podlegają głębokim zmianom.

Swędzenie bywa w niektórych razach dosyć znaczne, w innych — słabe. Pozatem chorzy uskarżają się na pieczenie, mrowienie oraz na uczucie napięcia skóry — w okolicach stawowych zwłaszcza. Ruchy mogą być nieco utrudnione.

Z innych zmian chorobowych spostrzegano zapalenie gardła i spojówek, zaburzenia narządu trawiennego — wymioty, biegunkę lub zaparcie stolca. W początkowych okresach choroby język jest obłożony, później staje się on czerwony, gładki, lśniący. Prócz tego notowano zapalenie tęczówki, cierpienia stawów, nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc, białkomocz i t. d.

Dalszy przebieg choroby układa się w sposób następujący. Obfite łuszczenie niemal całej powierzchni ciała trwa około tygodnia, poczem liczba i wielkość łusek zaczyna się stopniowo zmniejszać. Zjawia się łuszczenie otrębowate, które wreszcie ginie zupełnie. Współcześnie ustępuje też obrzmienie i zaczerwienienie skóry. W niepowikłanych przypadkach średniego napięcia cała sprawa trwa 2—3 miesiące. Po pewnym jednak czasie — zupełnie dowolnym — następuje nawrót choroby, potem drugi, trzeci i t. d. Nawroty, stanowiące znamioną cechę złuszczającego rumienia płonicowatego, mają to do siebie, że każdy następny zazwyczaj bywa o wiele słabszy i przebiega szybciej. W ogólnej sumie przedłużają one bardzo znacznie czas trwania całego cierpienia, który tedy można obliczyć nie tyle na miesiące, ile na lata. Cierpi też na tem ogólny stan chorego. Wreszcie jednak nawroty wyczerpują się i następuje zupełny powrót do zdrowia. Tylko powikłania i choroby przyłączające się mogą spowodować zejście śmiertelne.

Zmiany anatomiczne polegają na objawach zapalnych i obrzęku skóry właściwej, na bujaniu warstwy kolczastej naskórka, nadmiernem i wadliwym rogowaceniu warstwy rogowej, przyczem ziarnista może być zachowana lub też ginie zupełnie. Hematologicznie stwierdzono leukocytozę i eozynofilję (Leredde, Dominici).

Co się tyczy przyczyn powrotnego złuszczającego rumienia płonicowatego, to wedle zgodnego zdania większości badaczy winniśmy to cierpienie zaliczać do grupy osutek z zatrucia. Powstaje ono głównie pod wpływem leków, np. rtęci, arszeniku, arsenobenzolu, antypiryny, salicylanu sodowego, chloralu i t. d. Zwłaszcza rtęć zdaje się często występować w roli czynnika przyczynowego. Poza tem spostrzegamy to cierpienie w przebiegu ogólnych chorób zakaźnych, w okresie wyzdrowiania po durze brzuszny i t. d. W tych jednak razach może się zawsze zrodzić uzasadniona wątpliwość, czy cierpienie zależy li tylko od działania jądów bakteryjnych, czy też od leków podawanych podczas tych chorób.

Rozpoznanie złuszczającego rumienia płonicowatego może niekiedy sprawić bardzo wielkie trudności przy różnicowaniu z płonicą. Dotyczy to nie tyle nawrotów, ile pierwszego napadu. Widzieliśmy bowiem, że objawy ogólne, ciepłota ciała, zmiany skóry a nawet błon śluzowych (gardło) w obu tych chorobach mogą być do siebie bardzo podobne. Pamiętać jednak należy, że w powrotnym złuszczającym rumieniu płonicowatym objawy ogólne, gorączka i bolesne zapalenie gardła nigdy nie są tak silnie wyrażone, jak w płonicy. W tej zaś znowu zmiany skóry tylko wyjątkowo sięgają

tak wysokiego stopnia napięcia, jak w rumieniu płonicowatym. Wczesne występowanie łuszczenia na skórze jeszcze zaczerwienionej, jego obfitość i długotrwałość również przemawiać będą przeciwko rozpoznaniu płonicy. Wreszcie cały przebieg cierpienia i brak tak częstych i znamienych dla płonicy powikłań pozwolą w każdym poszczególnym przypadku na prawidłowe ujęcie sprawy chorobowej. Z chwilą zaś wystąpienia nawrotów rumienia płonicowatego ustają — rzecz naturalna — wszelkie wątpliwości rozpoznawcze.

Leczenie ogólne i miejscowe jest tylko objawowe. Zaleca się unikanie w miarę możliwości wewnętrznych środków silnie działających a to ze względu na (domniemane) pochodzenie lekowe rumienia płonicowatego.

Uogólnione zapalenie skóry złuszczające typu Wilson-Brocq'a.

(Dermatitis exfoliativa generalisata Wilson-Brocq. — Dermatitis exfoliativa generalisata subacuta L. Brocq).

W większości przypadków choroba występuje zupełnie niespodzianie u ludzi dotychczas zdrowych, niedotkniętych żadnym cierpieniem skóry. Objawy ogólne zwiastujące spostrzegano stosunkowo rzadko.

Objawy. — Początek choroby zazwyczaj znamionuje ogniskowe zaczerwienie skóry, ujawniające się w kształcie różowej lub ciemnoczerwonej blaszki, rzadziej w postaci drobnych plamek, szybko zlewających się w blaszkę. Zjawisku temu może towarzyszyć słabe swędzenie. Blaszki mieszczą się najchętniej w zgięciach stawowych, w pachach, pachwinach. Stąd poczynają się one szybko rozpościerać — niby róża — po powierzchni skóry, stopniowo obejmując kończyny, tułów, twarz i głowę. Kark, ręce i stopy należą wedle Brocq'a do etapów najpóźniejszych. Rozwój sprawy odbywa się o tyle szybko, że w ciągu 8—10 dni mamy już do czynienia z rozlanem uogólnionem zaczerwieniem. Skóra jest wówczas równomiernie czerwona, barwy ugotowanego raka, gładka, błyszcząca, sucha. Tylko w tych razach, gdy istnieje znaczne swędzenie i chory się drapie, może chwilowo wystąpić niewielkie sączenie w zgięciach stawowych i za uszami. W tym też czasie chory uskarża się na uczucie napięcia skóry — zwłaszcza w okolicach stawowych. Objaw ten zależy od zgrubienia i nacieczenia skóry, co w dalszym przebiegu choroby może spowodować pewien stopień wywinięcia powiek,

obrzmienie małżowin usznych i warg ust, a co za tem idzie — zmianę w wyrazie twarzy.

W kilka dni po ustaleniu się zaczerwienienia uogólnionego rozpoczyna się łuszczenie. Bywa ono tak obfite, że w ciągu doby można zebrać z prześcieradła kilka garści łusek. Są one zazwyczaj dosyć duże i mają wygląd cienkich, suchych o połysku macicy perłowej blaszek, długości 2—3 cm. i szerokości 1—1½ cm. Trzymają się skóry tylko górnym brzegiem, pozostała zaś powierzchnia jest wolna i niekiedy tak ku górze zawinięta, że całość staje się podobna do heblowanych wiórów. Niekiedy znowu brzeg dolny łuski nieco zakrywa miejsce przyczepu blaszki niżej leżącej. Ponieważ zaś linje przyczepu przebiegają najczęściej równolegle, więc tedy otrzymujemy wrażenie ułożenia dachówkowatego.

Ten typ łuszczenia, który autorzy uważają za charakterystyczny dla omawianego cierpienia, spostrzegamy głównie na kończynach i tułowiu. Na twarzy, niekiedy też na powierzchni przedniej klatki piersiowej łuski zazwyczaj bywają nieco mniejsze. Na uwłosionej skórze głowy naskórek zwykł łuszczyć się otrębowato, w kształcie zaś płatów na dłoniach i podeszwach.

Do objawów dla danej sprawy nader znamiennych należy też utrata włosów i paznokci. Włosy zaczynają wypadać pomiędzy 3—6 tygodniem choroby. Wyłysienie odbywa się stopniowo i zazwyczaj bywa całkowite. Dotyczy to nie tylko głowy, lecz i pozostałych uwłosionych miejsc ciała. Współcześnie spostrzegamy też odpadanie paznokci, które odbywa się bez bólu i bez zjawisk zapalnych.

O zmianach błon śluzowych (spojówki, nos, jama ustna, język) wspomina Brocq.

Gruczoły chłonne są częstokroć powiększone, twarde, niebolesne.

Wraz z wystąpieniem zaczerwienienia uogólnionego (czasem też i wcześniej) zjawiać się zwykła gorączka, sięgająca 38—39° rano i 39—40,5° wieczorem. W dalszym przebiegu ranne wahania stają się coraz niższe i wreszcie giną zupełnie, podczas gdy wieczorne trzymają się jeszcze przez czas dłuższy. Stan ogólny chorych wyraźnie podupada przy stosunkowo dobrem łaknieniu i względnie prawidłowych czynnościach narządu trawiennego. Pozatem notowano zmniejszenie się wydzielania azotu z moczem (hypoazoturia).

Do stałych objawów należą: pieczenie, swędzenie oraz wielka wrażliwość na zimno. Swędzenie zazwyczaj bywa silniejsze w nocy.

Czas trwania uogólnionego złuszczonego zapalenia skóry typu Wilson-Brocq'a można określić na 3 miesiące dla przypadków

łagodniejszych, 5—6 m. dla średniociężkich i 12—15 m. dla ciężkich. W przypadkach wyjątkowo poważnych zejście może być śmiertelne. Zdarza się to zresztą stosunkowo nie często, o ile naturalnie nie mamy do czynienia z powikłaniami. W większości jednak przypadków choroba kończy się wyzdrowieniem. W tych razach przedewszystkiem spostrzegamy stopniowe obniżanie się ciepłoty w godzinach porannych, później też w wieczornych, a z biegiem czasu ciepłota zupełnie powraca do normy. Współcześnie zmniejsza się zgrubienie i zaczerwienienie skóry, złuszczenie staje się mniej obfite, przechodzi w typ otrębowaty a wreszcie ustępuje zupełnie. Włosy i paznokcie odrastają, gruczoły się zmniejszają, swędzenie ginie. Ogólny stan poprawia się stosunkowo szybko.

B u d o w a. W naskórku można stwierdzić objawy nadmiernego i wadliwego rogowacenia, brak warstwy ziarnistej, obrzęk i obecność komórek wędrujących w sieci Malpighi'ego, której pokłady górne, powyżej brodawek położone, są zazwyczaj cienkie, sople zaś międzybrodawkowe — wydłużone i nieco zgrubiałe. Brodawki skóry są wyższe, niż zwykle. W warstwach brodawkowej i podbrodawkowej znajdujemy znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry, zjawiska obrzęku oraz nieobfite rozsiane nacieczenie komórkowe, tworzące większe skupienia tylko w sąsiedztwie i dokoła naczyń.

P o c h o d z e n i e uogólnionego złuszczonego zapalenia skóry typu Wilson-Brocq'a jest dotychczas zupełnie nieznanie. Opierając się na analogjach (powrotny złuszczonego rumień płonicowaty) można przypuścić, że należy ono do rzędu osutek z zatrucia (wzgl. samozatrucia). Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że ciała trujące mogą być pochodzenia różnorodnego. Na zasadzie niektórych znanych mi faktów klinicznych sądzę też, że w pewnych razach cierpienie to widocznie posiada znaczenie tylko objawowe. Tak np. w przebiegu białaczki rzekomej widywałem obrazy kliniczne zupełnie podobne do wyż. skreślonych.

R o z p o z n a n i e. Jak widać z opisu, złuszczonego zapalenie skóry typu Wilson-Brocq'a posiada bardzo wielkie podobieństwo do złuszczonego rumienia płonicowatego. Podobieństwo sięga tak daleko, iż Brocq uważa rumień płonicowaty za postać ostrą złuszczonego zapalenia skóry. Nic zatem dziwnego, że odróżnienie obu tych postaci w pierwszych okresach cierpienia należy do zadań niewykonalnych. Właściwe rozpoznanie staje się możliwe dopiero w dalszym przebiegu choroby na zasadzie występowania nawrotów w rumieniu płonicowatym.

Łupież czerwony Hebra'y różni się od złuszczonego zapalenia

typu Wilson-Brocq'a brakiem gorączki, znaczniejszem zgrubieniem i nacieczeniem skóry, zjawiskami zanikowemi, o wiele drobniejszą łuską a wreszcie wybitnie przewlekłym przebiegiem choroby.

Leczenie. Obok niedrażniącej, lecz pożywnej diety zalecamy z środków wewnętrznych ergotyne a zwłaszcza chininę w dawkach umiarkowanych. Zewnętrznie stosujemy początkowo maść salicylową 3% lub salicylowo-borną (3:5%), w późniejszych zaś okresach, gdy zaczerwienienie i łuszczenie poczynają się zmniejszać — 10% cynkową, salicylowo-cynkową, ichtyolową, tiolową (5%) i t. p. Wskazane są kąpiele 28—30°, do których doradzam dodawanie gliceryny w ilości 100—150 g. na kąpiel. Baczna uwagę należy też zwracać na stan ogólny.

Łupież czerwony (Hebra).

(Pityriasis rubra chronica — Hebra).

Łupież czerwony jest bardzo rzadkiem schorzeniem skóry, którego okresy początkowe spostrzegać można tylko w wyjątkowych razach.

Objawy. — Sprawa rozpoczyna się albo w zgięciach stawowych, pachach, pachwinach, jamkach podkolanowych (Kaposi), na uwłosionej skórze głowy (Jadassohn), albo też współcześnie w kilku różnych miejscach ciała. Zmiany pierwotne występują pod postacią ograniczonych blaszek barwy żywoczerwonej, pokrytych drobną łatwo odstającą łuszczką. Blaszkki nie zdradzają oznak wyraźnego nacieczenia. Swędzenie bywa w niektórych razach bardzo umiarkowane, w innych brak go zupełnie.

Powstałe blaszki powiększają się stopniowo, rozpościerają się po powierzchni skóry a także łączą się ze sobą i wreszcie powodują rozlane uogólnione zaczerwienienie. Odbywa się to jednak o tyle wolno, że nieraz mijają miesiące i lata, zanim rozwinąć się zdoła typowy obraz choroby. Wówczas można stwierdzić, że zmieniona jest cała powierzchnia ciała, dosłownie od głowy do stóp. Skóra posiada barwę wiśniowoczerwoną, miejscami śliwkową ze zdecydowanym sinawym odcieniem na górnych a zwłaszcza na dolnych kończynach. Powierzchnia skóry łuszczy się obficie. Łuska biaława, srebrzystoszara, cienka i bardzo sucha przylega słabo. Sypie się już przy przeprowadzaniu dłonią po skórze. Bywa ona przeważnie drobna, otrębowata, niekiedy jednak sięga rozmiarów paznokcia, a wów-

czas trzymać się zwykła skóry swą częścią środkową. Łuski nigdzie nie tworzą grubszych nawarstwień. Poletkowata budowa powierzchni skóry występuje wyraźniej.

W takim stanie sprawa może trwać długie lata, a obraz kliniczny cierpienia nie ulega niemal żadnym wybitniejszym zmianom. Z biegiem jednak czasu skóra ulega nacieczeniu i zgrubieniu. Ujawnia się to głównie na powierzchniach wyprostnych ud, podudzi, przedramion, na łokciach, a zwłaszcza w okolicach kolanowych, także na twarzy. Ten stan nacieczenia jest stopniem przejściowym do okresu zanikowego skóry (marskość skóry), który należy uważać za najbardziej znamieny dla łupieżu czerwonego. Skóra staje się cienka, gładka, błyszcząca i mocno napięta. Ruchy wyprostne w stawach są utrudnione. Chory zazwyczaj leży z nogami zgiętymi w kolanach. W okolicach stawowych mogą się tworzyć bolesne pękania. Na dłoniach i podeszwach skóra jest cienka, wrażliwa, łatwo uszkodzalna. Dolne powieki są wywinięte. Otwieranie ust jest nieco ograniczone. Fałdy i zmarszczki twarzy są wygładzone, ruchy mimiczne — utrudnione. Cała skóra jest gładka i napięta, co nadaje twarzy wygląd maski o szczególnym a stałym wyrazie zdumienia. Utrata włosów należy do zjawisk stałych. Wyłysieniu ulega nie tylko skóra głowy, lecz i twarzy (broda, brwi, rzęsy) oraz inne miejsca ciała (pachy, okolica łonowa, mostek i t. d.). Paznokcie są albo cienkie i dosyć miękkie, albo też brudno-szarożółtawe, wzdłuż prążkowane, zgrubiałe, kruche i łamliwe. Częstość stwierdzamy objawy nadmiernego rogowacenia podpaznokciowego (hyperkeratosis subungualis).

W różnych miejscach powierzchni ciała mogą się też tworzyć prosaki (milium). L. Török spostrzegł plamy barwikowe na skórze podudzi.

Gruzoły chłonne częstość bywają powiększone, twarde i elastyczne, niebolesne, nie zlewają się ze sobą.

Objawy podmiotowe polegają na swędzeniu umiarkowanego natężenia oraz na stałym uczuciu zimna. W późniejszych okresach cierpienia choroby uskarżają się na uczucie napięcia skóry głównie w okolicach stawowych.

Choroba trwa długo, nieraz dwadzieścia i więcej lat. Stan ogólny pogarsza się stopniowo, chorzy chudną, tracą siły, zjawiają się biegunki i wreszcie następuje śmierć przy objawach charłactwa postępującego. Bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego nierzadko bywa gruźlica.

Obok ciężkiej, śmiertelnie przebiegającej postaci łupieżu czer-

wonego niektórzy autorzy odróżniają jeszcze odmianę podostrą, łagodną (*Pityriasis rubra subacuta benigna* Vidal-Brocq). W tych razach ciepłota ciała częstokroć przekracza 38° C, zaczerwienienie może być uogólnione lub częściowe, przebieg o wiele krótszy (5—8 m.), a schorzenie kończy się wyzdrowieniem.

Budowa. — W przypadku rozwiniętym łupieżu czerwonego znajdujemy główne zmiany w skórze właściwej. W warstwie brodawkowej i podbrodawkowej widać liczne rozszerzone naczynia krwionośne oraz nacieczenie komórkowe początkowo dosyć rozsiane, później zaś gęste i w oddzielne ogniska skupione. Ogniska miejscami zlewają się ze sobą i tworzą jednolitą smugę, biegnącą równoległe do naskórka. Naciek składa się z limfocytów, komórek tkankolącznowych, tucznych i barwikowych obok licznych wolnych ziarenek barwika. Tkanka sprężysta, torebki włosowe i gruczoły skóry ulegają stopniowemu zanikowi.

Warstwa rogowa naskórka zdradza objawy nadmiernego i wadliwego rogowacenia. Warstwy ziarnistej przeważnie brak. Sieć Malpighiego jest wyraźnie ściennała. Widać w niej nieco komórek wędrujących.

Przyczyny. — W ostatnich czasach coraz bardziej ustala się pogląd, że łupież czerwony Hebra'y nie jest jednostką ściśle określoną etyologicznie, lecz raczej objawozbiorem mogącym występować pod wpływem różnych czynników chorobotwórczych. Do nich — jak dotychczas — można zaliczyć: gruźlicę (Jadassohn, Finger-Wertheim, Kopytowski-Wielowieyski, Bruusgaard, Bosselini, Fiocco), białaczkę prawdziwą i rzekomą (A. Elzenberg, Peter, Nicolau, Linsler, Wolters, R. Bernhardt i in.), oraz grzybicę guzowatą (monografia R. Paltauf'a, R. Bernhardt). Jest rzeczą oczywistą, że w takich przypadkach zmiany histopatologiczne skóry posiadają też pewne znamienne piętno sprawy zasadniczej, np. gruźlicy. W tych razach do nazwy *Pityriasis rub. chr.* należałoby dodawać przymiotnik określający: *tuberculosa*, *leucaemica*, *praemycotica*. W wielu jednak przypadkach nie udaje się wykryć właściwych przyczyn schorzenia skóry i dla takich spostrzeżeń nadawałaby się na razie nazwa *Pityriasis rub. chr. idiopathica*. Nadmienić muszę, iż wydaje mi się rzeczą bardzo prawdopodobną, że w wielu przypadkach tej kategorii mamy być może do czynienia z erythrodermją okresu przedguzowego, przebiegającą pod postacią łupieżu czerwonego. Prawidłowe rozpoznanie takich spostrzeżeń może nieraz natrafić na nieprzewyciężone przeszkody. Wiemy bowiem, że badanie histopatologiczne niestety nie zawsze dostarcza rękojmij pewnych. Z drugiej zaś strony

zdarzyć się może, że chory umiera wcześniej, nim zdołają wystąpić charakterystyczne dla sprawy twory guzowate. Wówczas dane a wątpliwe spostrzeżenie mimo woli wypadnie zaliczyć do kategorii czerwonego łupieżu samoistnego.

Rozpoznanie opiera się na obecności rozlanego i uogólnionego zaczerwienienia, otrębowatego łuszczenia, na braku głębszego nacieczenia skóry, na obecności objawów zanikowych, na przewlekłym przebiegu i zejściu śmiertelnem. Te dane posiadają jednak tylko względną wartość. Za najbardziej dla sprawy znamienne objawy należy uważać jedynie zanik skóry oraz przewlekły, na długie lata rozciągający się przebieg. Jestem zdania, iż nie można z pewnością rozpoznać łupieżu czerwonego Hebra'y przed wystąpieniem zjawisk zanikowych skóry. Rozpoznanie okresów wczesnych cierpienia należy do zadań niemal niewykonalnych.

Rokowanie jest niepomyślne, gdyż — jak to wyż. zaznaczono — łupież czerwony jest chorobą nieuleczalną i śmiertelną.

Leczenie winno w pierwszym rzędzie uwzględnić stan ogólny chorego. Miejscowo stosujemy kąpiele, maść cynkową, salicylową, borną, tiolową, ichtyolową i t. p. Należy unikać środków drażniących. W przypadkach czerwonego łupieżu objawowego (białaczka, grzybica guzowata) zalecamy arsenik oraz rentgenoterapię.

Złuszczająca erythrodermia blaszkowata. Parałuszczycza blaszkowata.

Choroba Brocq'a.

(Erythrodermia pityriasiformis disseminata en plaques. — Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées L. Brocq. — Parapsoriasis en plaques. Xantho-erythrodermia perstans R. Crocker. Maladie de Brocq).

Złuszczającą erythrodermię blaszkowatą, którą Brocq opisuje jako trzecią odmianę parałuszczycy (parapsoriasis en plaques), uważam za odrębną, etyologicznie dotychczas nieokreśloną jednostkę chorobową i czasowo umieszczam w grupie erythrodermji uogólnionych. Wyznać muszę, że dotychczas nie widywałem przypadków, w których by cierpienie to występowało współcześnie z liszajowatą osutką złuszczającą (pityriasis lichenoides chr.) albo z liszajem pstrym (lichen variegatus) (patrz rozdz. XV).

Objawy. — W przypadkach typowych choroby Brocq'a zjawiają się nienacieczone gładkie lub też otrębowato złuszczające

blaszki, których wielkość, kształt i barwa mogą podlegać szerokim wahaniom. Ich znaną cechą jest fakt, że nie przekształcają się one nigdy w wykwit typu odmiennego (pęcherzyki, grudki, nacieki i t. p.) i że nader trudno podają się leczeniu.

Blaszki są zazwyczaj dosyć ostro odgraniczone i przeważnie posiadają kształt okrągły lub owalny. Przez zlanie się kilku sąsiednich powstają figury o zarysach policyklicznych, twory zaś obrączkowate widzimy na skutek wessania się części środkowej poszczególnych wykwitów. Obok blaszek spostrzegamy też niekiedy wykwit o wyglądzie smug. Występują one najczęściej na plecach i powierzchniach bocznych tułowia, gdzie układają się zwykły równoległe do kierunku żeber. Zetknięcie się, względnie połączenie wolnych końców dwu obok siebie leżących smug powoduje powstawanie wykwitów łukowatych lub kształtu podkowy.

Wymiary blaszek sięgają 1–6 i więcej cm. średnicy, długość zaś smug dochodzi do 7–8 cm. przy 0,5–3 cm. szerokości.

Barwa wykwitów bywa różnorodna: cytrynowożółta, szarobrunatnawa, różowa, czerwona, brunatno- i sinoczerwona. Ponieważ w danym przypadku poszczególne wykwit mogą posiadać zabarwienie niejednakie, więc też wygląd całej osutki bywa dziwnie pstry (podobieństwo do skóry leoparda). Jak powiedziano, wykwit mogą być gładkie lub otrębowato złuszczone. W przypadku pierwszym powierzchnia blaszek jest błyszcząca, lśniąca a poletkowata budowa skóry występuje o wiele wyraźniej niż zwykle (lichenisatio). W przypadku drugim złuszczenie może być mniej więcej obfite, same zaś łuseczki — drobne, suche, szarobiaławe, niekiedy półprzezroczyste i zazwyczaj bardzo mocno trzymają się skóry. Przy zdrapywaniu łusek paznokciem powierzchnia skóry pozostaje suchą. Niewiada tej błyszczącej wilgotnej „błonki“, która znamionuje łuszczycę. Przy bardziej energicznym drapaniu tworzą się kropkowe wylewy krwi pod naskórkiem nieuszkodzonym, nie widać jednak jak w łuszczycy krwawienia punkcikowatego.

W niektórych wykwitach pokryta jest łuską tylko część obwódowa, podczas gdy środkowa jest pomarszczona, drobno-pofałdowana i posiada wygląd jakby skóry zanikowej. Całość wielce przypomina te blaszki łupieżu różowego Gibert'a, które przeszły w okres rozwoju wstecznego. Zjawisko to zazwyczaj ustępuje zupełnie po wessaniu się erytrodermji blaszkowatej, przyznać przecie trzeba, że w pewnych razach mogą pozostać objawy powierzchownego zaniku skóry.

W przypadkach typowych sprawa mieści się na tułowiu i koń-

czynach, przyczem wykwity układają się zwykły dosyć umiarkowo. Głowa, twarz, grzbiety rąk i nóg bywają zajęte tylko wyjątkowo. Dłonie i podeszwy a także błony śluzowe są zawsze wolne. Paznokcie zmianom nie ulegają.

Z objawów podmiotowych nadmienić należy o niewielkiem lub umiarkowanym swędzeniu zwłaszcza w godzinach wieczornych. W większości jednak przypadków choroba nie powoduje żadnych dolegliwości.

Przebieg złuszczonej erytrodermii blaszkowatej jest wybitnie przewlekły. Sprawa może trwać lata a nawet dziesiątki lat. Liczba wykwitów bywa w niektórych razach stosunkowo nieznaczna i uogólnienie sprawy odbywa się bardzo stopniowo. W innych przypadkach rozwój cierpienia odbywa się dosyć ostro. Poszczególne blaszki nie zmieniają swego wyglądu nieraz w ciągu miesięcy a lat.

Przyczyny powstawania choroby Brocq'a są zupełnie nieznanne. Wiadomo tylko, że nie jest ona ani zaraźliwa, ani przeszczepialna. Występuje u osobników obojga płci, w każdym wieku za wyjątkiem bardzo wczesnego dziecięcego. Sądząc z analogji należałoby przypuścić, że należy ona do osutek z samozatrucia.

Zmiany anatomiczne polegają na objawach zapalenia przewlekłego, mieszczącego się w pokładach górnych skóry właściwej. Warstwa rogowa jest nieco lub umiarkowanie zgrubiała i bez barwiących się jąder. Zjawiska rogowacenia wadliwego (parakeratosis) występują nieczęsto. Warstwa ziarnista jest słabo rozwinięta a miejscami brak jej zupełnie. Warstwa komórek kolczastych tylko rzadko bywa nieco zgrubiała. W większości przypadków jest ona raczej zanikowa, cienka i spłaszczona.

Przy rozpoznawaniu różnicowem należy pamiętać głównie o łuszczycy, pryszczycy łojotokowej, grzybicy guzowatej, łupieżu różowym oraz o złuszczonej osutce liszajowatej (pityriasis lichénoides chr.).

Od choroby Brocq'a łuszczycy różni się bardziej ostrem odgraniczeniem blaszek, obficie nawarstwionemi i łatwo oddzielającemi się łuskami, krwawieniem kropkowym, typowem umiejscowieniem na wyprostnych kończyn, na krzyżu, głowie itd., zupełnie odmiennym przebiegiem oraz pomyślnym wynikiem zabiegów leczniczych. Wynikałoby z tego, że podobieństwo choroby Brocq'a do łuszczycy jest raczej teoretyczne, czego jednak nie można powiedzieć o pryszczycy łojotokowej (pasorzytniczej). Dotyczy to zwłaszcza tych postaci pryszczycy, które nazywamy łuszczycowatemi (eczema seborrh. psoria-tiforme). Rzecz naturalna, że i tutaj trudności rozpoznawcze mogą

istnieć tylko do czasu, albowiem przebieg oraz odczyn leczniczy dostatecznie znamionują zupełną odrębność obydwu tych spraw chorobowych. Poza tem w pryszczycy zazwyczaj wyraźnie występuje pewien naciek i zgrubienie skóry. Na blaszkach widać strupki obok łusek, same zaś łuski są grubsze, bardziej szare, żółtawe. Od czasu do czasu tworzą się też pęcherzyki i wykwit zdradza skłonność do sączenia, czego nigdy nie spotykamy w złuszczej erytrodermji blaszkowatej. Swędzenie bywa też w pryszczycy o wiele silniejsze a nieraz bardzo znaczne.

Od złuszczej osutki liszajowatej (*pityriasis lichenoides* chr.) choroba Brocq'a zasadniczo się różni wyglądem i rozwojem wykwitów. W pierwszym cierpieniu mamy przed sobą twarde gładkie lub łuszczące się grudki obok blaszek gładkich lub też pokrytych otrębowatą, łatwo usuwalną łuszczyką. Jest to osutka wielopostaciowa, podobna raczej do łuszczyki kroplistej lub do grudkowych łuszczyjących się wysypek przymiotowych. W chorobie Brocq'a stale widzimy tylko jedną postać zmian skóry — mianowicie gładką lub złuszczejącą blaszkę, która nie zdradza skłonności do przekształcania się w wykwity typu odmiennego pomimo długiego nieraz trwania. Jest to osutka jednopostaciowa, aczkolwiek może być wielokształtna (blaszki, smugi, kółka, łuki). Zaznaczyć też trzeba, że w przebiegu złuszczej osutki liszajowatej bardzo często widzimy okresy nasilenia i zwolnienia, które w chorobie Brocq'a należą, jak wiadomo, do rzadkości.

Zmiany skóry okresu przedguzowego grzybicy guzowatej różnią się od choroby Brocq'a głównie swoją wielopostaciowością. Spotykamy tu bowiem nie tylko łuszczące się lub gładkie blaszki, lecz również twory pokrzywkowe, grudkowe, liszajowate i pryszczycowate. Towarzyszyć im zwykło wybitne swędzenie. W przypadkach wątpliwych rozstrzyga o rozpoznaniu badanie histopatologiczne oraz dalszy przebieg cierpienia.

Największe podobieństwo do złuszczej erytrodermji blaszkowatej może jednak posiadać łupież różowy Gibert'a. Dotyczy to zwłaszcza tych przypadków choroby Brocq'a, w których uogólnienie sprawy odbywa się dosyć ostro. Wygląd i umiejscowienie wykwitów w obu tych cierpieniach mogą być niemal identyczne. W tych razach różnicowe rozpoznawanie opierać się winno na rozważaniu rozwoju (blaszka „macierzysta“ w łupieżu różowym) oraz dalszego przebiegu cierpienia. Pamiętać należy, że łupież różowy Gibert'a rozwija się napadowo i że cała sprawa kończy się w ciągu

6–8 tygodni, podczas gdy choroba Brocq'a jest cierpieniem o przebiegu wybitnie przewlekłym.

R o k o w a n i e. Dotychczas nie posiadliśmy metod leczenia złuszczonej erytrodermji blaszkowatej. Zaznaczyć jednak trzeba, że w wyjątkowych razach może ona ustąpić zupełnie samoistnie. Na stan ogólny nie wywiera wpływu ujemnego.

L e c z e n i e polega na stosowaniu kąpieeli oraz maści z zawartością siarki, kw. salicylowego, pyrogalusowego, chryzarobiny. Mniej odpowiednie są przetwory dziegiowe. W każdym przypadku wskazana też jest ostrożna rentgenoterapia, która częstokroć daje widoczne, choć przemijające polepszenie.

Z środków wewnętrznych zalecamy arsenik oraz pilokarpinę (patrz złuszczone osutka liszajowata).

Rozdział XII.

Schorzenia skóry typu pokrzywki i rumienia.

Pokrzywka.

(Urticaria. — Cnidosis).

Mianem pokrzywki określamy zmiany skóry, których głównym objawem klinicznym jest powstawanie bąbli (*urtica*, *pomphus*) podobnych do tych, jakie widzimy po oparzeniu pokrzywą. Sprawę znamionuje szybkie zjawianie się i znikanie wykwitów oraz wybitne swędzenie towarzyszące napadowi osutki.

Objawy. — Wysypka występuje nagle, niekiedy przy objawach ogólnych. W różnych miejscach ciała tworzą się ostro odgraniczone, płaskie, twarde i elastyczne wzniesienia barwy różowej i czerwonej (*pokrzywka czerwona* — *urticaria rubra*) lub też porcelanowobiałej (*pokrzywka biała* — *urticaria alba* s. *porcellanea*). Bąble białe są zazwyczaj otoczone czerwonym obrąbkiem. — Niektóre znowu wykwity zatrzymują się na niższych stopniach rozwoju i posiadają tedy wygląd zwykłych rumieniowych blaszek (*pokrzywka rumieniowa* — *urticaria erythematosa*).

Wielkość bąbli bywa bardzo różnorodna — od soczewicy (*pokrzywka grudkowa* — *urticaria papulosa*) do rozmiarów dłoni i więcej (*pokrzywka olbrzymia* — *urticaria gigantea*). Kształt wykwitów z reguły bywa okrągły lub owalny, jednakże wskutek złania się kilku powstają figury policykliczne (*pokrzywka rozlana* — *urticaria conferta*). Niekiedy część środkowa bąbli ginie szybciej niż obwodowa, a wówczas widzimy twory obrączkowe (*pokrzywka obrączkowa* — *urticaria annularis*), które znowu przez zetknięcie się mogą powodować powstawanie wykwitów o zarysach dowolnych (*pokrzywka kolistą* — *urticaria gyrata*, *figurata*, *circinata*). W niektórych przypadkach tworzą się wylewy krwawe w środkowej części wykwitów (*pokrzywka krwotoczna* — *urticaria haemorrhagica*), w innych znowu spostrzegamy pęcherzyki i pęcherze (*pokrzywka pęcherzowa* — *urticaria bullosa*). Poza tem obok bąbli samoistnie występujących

widujemy też objawy pokrzywki sztucznie wywołanej przez drapanie (*urticaria facticia*) (patrz rozdz. XVI).

W miejscach, gdzie tkanka łączna podskórna jest bardzo luźna, powstają obrzęki rozlane, np. na powiekach, małżowinach usznych, na narządach płciowych. Na uwłosionej skórze głowy wykwity pokrzywkowe powodują nieraz znaczną bolesność. Na błonach śluzowych zmiany występują pod postacią zaczerwienienia i obrzęku. Zajęte bywają błony śluzowe jamy ustnej, języka, gardzieli, krtani a nawet oskrzeli, co naturalnie spowodować może napady dychawicy (*asthma*).

Do stałych objawów podmiotowych trzeba zaliczyć pieczenie, swędzenie, uczucie napięcia skóry.

Przebieg pokrzywki nie zawsze układa się jednakowo. W przeważającej większości przypadków sprawa przebiega ostro, trwa zaledwie kilka dni, rzadko dłużej, ujawniając krótkie okresy nasilenia i zwolnienia. Bąble niebawem giną doszczętnie i bez śladu a chory powraca do zupełnego zdrowia (*pokrzywka ostro* czyli *przelotna* — *urticaria acuta* s. *evadina*). Niekiedy jednak po zupełnem ustąpieniu pierwszego napadu następuje drugi, potem trzeci i t. d. Odstępy są początkowo dosyć krótkie, z biegiem jednak czasu stają się coraz dłuższe tak, że sprawa może się przeciągnąć na tygodnie a nawet miesiące (*pokrzywka nawrotowa* czyli *ponowna* — *urticaria recidiva*). W takich przypadkach zwykł się niekiedy ustalać pewien typ osutki, spostrzegamy bowiem najczęściej pokrzywkę grudkową. Takie sprawy zazwyczaj widywałem u dorosłych w łączności z przewlekłymi cierpieniami nerek, wątroby, narządu trawiennego i gruczołów dokrewnych. Niekiedy osutki te bywają zwiastunami zapalenia skóry opryszczkowego (*dermatitis herpetiformis*). Grudkowa pokrzywka nawrotowa stanowi też jedno z najczęstszych schorzeń skóry wieku dziecięcego. Posiada ona dla dermatologa tak wielkie znaczenie praktyczne, że bezwarunkowo zasługuje na oddzielny opis (patrz *lichen urticatus*).

Obok nawrotowej odróżniamy jeszcze pokrzywkę przewlekłą (*urticaria chronica* s. *perstans*). W tej postaci klinicznej napadowo występują rozsiane lub ugrupowane wykwyty pokrzywki grudkowej o wyjątkowo twardej spistości. Powodują one nader dotkliwe swędzenie i w przeciwieństwie do zwykłych pokrzywek trwają bez zmiany przez długie tygodnie. Ustępują bardzo powoli pozostawiając ciemnożółte lub brunatne zabarwienie skóry. Na skutek ciągłego i niepohamowanego drapania mogą też powstawać w miejscu grudek ciemno zabarwione bliznki.

Przyczyny tej osutki nie są bliżej znane. Widywałem ją kilkakrotnie u cierpiących na cukrzycę.

Pokrzywka wywołana patrz rozdz. XVI.

Zmiany anatomiczne bąbli polegają na ograniczonym obrzęku, umiejscowionym głównie w pokładach górnych i środkowych skóry właściwej. Podług Bäumer'a obrzęk jest śródmiażdżowy i mięszkowy. Nacieczenie komórkowe jest bardzo nikłe. Niekiedy brak go niemal zupełnie. Obrzęk naskórka bywa znaczniejszy jedynie w przypadkach pokrzywki pęcherzowej.

Powstawanie bąbli Unna objaśnia w sposób następujący. Pod wpływem podrażnienia nerwów następuje nader silny skurcz żył skórnych. Żyły zupełnie nie wchłaniają występującego z naczyń włosowatych płynu wysiękowego. Tworzy się rozszerzenie najpierw głębiej położonych przestrzeni chłonnych, a później powierzchownych. Następstwem tego jest ostry obrzęk.

Przyczyny osutek pokrzywkowych są bardzo złożone. Na ich powstawanie składają się dwie grupy czynników, których współistnienie i współdziałanie zdaje się stanowić niezbędny warunek wybuchu cierpienia. Pierwsza obejmuje tę sumę wrodzonych lub nabytych właściwości ustroju, które nazywamy usposobieniem, szczególnie wrażliwością i które odgrywają wybitną, jeżeli nie rozstrzygającą rolę w powstawaniu schorzenia. Istnieniem wrażliwości osobniczej (wrodzonej lub nabytej) można objaśnić fakty, dlaczego nie wszyscy ludzie dostają pokrzywki w danych jednakich warunkach i dlaczego jeden osobnik stale choruje po rakach, podczas gdy dobrze znosi poziomki, inny znowu reaguje na poziomki, natomiast doskonale się czuje po spożyciu raków.

Do grupy drugiej należy cały szereg czynników chorobotwórczych, które uważamy za bezpośrednich sprawców pokrzywki (czynniki wywołujące *). Są to ciała trujące wewnątrz — i zewnątrzustrojowe, które albo bezpośrednio uszkodzają tkanki naczyń krwionośnych, albo działają za pośrednictwem układu nerwowego. Tutaj przedewszystkiem należą rozmaite pokarmy, jak raki, homary, ostrygi, ryby morskie, dziczyzna, wędliny, białko kurze, sery, poziomki, maliny i t. p., a także różne leki i surowice lecznicze (patrz osutki lekowe). Do codziennych zjawisk trzeba też zaliczyć powstawanie pokrzywki w przebiegu cierpienia żołądka i kiszek. Godzi się

*) Pomijam tu zupełnie tak zwaną pokrzywkę pochodzenia zewnętrznego (urticaria externa), która powstaje niemal u każdego człowieka po spażeniu pokrzywą, po ukąszeniu przez owady i t. p.

mniemać, że tworzące się produkty fermentacji i gnicia wywołują osutkę drogą samozatrucia. Wybuchowi jej sprzyja też obecność w kiszkiach glistnicy robaczkowej (*oxyuris vermicularis*), glisty dżdżownicowatej (*ascaris lumbricoides*) i tasiemca (*taenia*). Za zjawiska samozatrucia ustroju uważać także należy pokrzywki spostrzegane w chorobach przemiany materji (w cukrzycy, dnie i t. p.), w cierpieniach wątroby i nerek, w przebiegu ostrych i przewlekłych chorób zakaźnych, w białaczce, w złośliwych nowotworach i t. d. Przedostający się do jamy otrzewnej płyn z pękniętego lub nakłutego guza bąblowcowego również bywa uważany za czynnik wywołujący pokrzywkę.

Ostatniemi czasy niektórzy badacze (Bruck i in.) usiłują rozstrzygnąć kwestję pokrzywki w płaszczyźnie anafilaksji. Jest to sprawa teoretycznie bardzo złożona. Z poglądem takim możnaby się pogodzić tylko o tyle, o ile w danym razie rzeczywiście wchodzi w grę nieznośnienie białka obcego. Teoria dałaby się zastosować jedynie do tych przypadków, w których pokrzywka zjawia się pod wpływem surowic leczniczych, po spożyciu różnych mięsów, jaj, po wessaniu się płynu bąblowcowego i t. p. Nie można jej jednak bez zastrzeżeń rozciągnąć na pokrzywki pochodzenia lekowego, jak również na te, które spostrzegamy w schorzeniach nerwowego układu ośrodkowego, w padaczce, hysterji, w stanach wzruszenia (wstyd, strach) itd.

Wreszcie muszę nadmienić, że przy rozważaniu przyczyn pokrzywek uporczywych i ponownych należy też zawsze pamiętać o zaburzeniach czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (porównaj pokrzywki w ciąży i podczas miesiączkowania).

Rozpoznanie pokrzywki zazwyczaj nie nastęrcza żadnych wątpliwości. Trudności zachodzą tylko przy określaniu przyczyn, które spowodowały powstawanie danej osutki.

Rokowanie wynika z tego, co wyżej powiedziano. Jest ono dobre w przypadkach pokrzywki ostrej, przelotnej, w powrotnej zaś i w przewlekłej jest ono uzależnione od możliwości usunięcia przyczyn wywołujących.

Leczenie rozpada się na przyczynowe (wewnętrzne) i objawowe (zewnętrzne).

W pokrzywce ostrej, która powstaje przeważnie na tle zaburzeń żołądkowo-kiszkiowych, zalecamy kilkodniową djetę i środki czyszczące (kalomel, ol. rącznikowy, woda gorzka) oraz niżej podane wycierania i zasyпки. Cierpienie zazwyczaj kończy się szybko i pomysłnie i chory powraca do zupełnego zdrowia.

O wiele zawilej przedstawiają się sprawy w przypadkach po-

krzywki ponownej i przewlekłej. Obok ustalenia odpowiedniej niedrażniającej diety i skrzętnego unikania tych pokarmów i pożywek, które, jak wiadomo z doświadczenia, mogą sprzyjać wybuchowi pokrzywki, staramy się określić istotne przyczyny cierpienia. Jest to zadanie nie zawsze łatwe. Wymaga ono częstokroć długiego spostrzegania i wszechstronnego zbadania chorego a niekiedy wogóle nie prowadzi do pożądanego celu. Po ustaleniu przyczyn wywołujących prowadzimy leczenie ogólne wedle wskazań, wynikających ze stanu chorego. Jest rzeczą naturalną, że od wydajności tego leczenia i od usuwalności przyczyn zależeć też będą wyniki ostateczne.

W celu usunięcia objawów pokrzywki zalecano niemało leków wewnętrznych, że tylko wymienię makowiec, atropinę (0,00025—0,001 na dobę), pokrzyk wilczej jagody, stroje bobrowe, nalewkę strofantusową, wodnik chloralu, związki bromowe, antypirynę, chininę i bromek chininy, salicylan sodowy (Pietrzycki), ergotynę, arzenik, glicerofosfaty, chlorek wapniowy (Wright), kw. siarkowy pepton (0,5×3) i t. d. Leki te zdają się niekiedy wywierać pewien wpływ dodatni, częściej jednak zawodzą zupełnie. Osobiście chętnie stosuję antypirynę oraz pigułki z chininy, ergotyny i pokrzyku wilczej jagody podług przepisu Brocq'a.

Chinini hydrochlor.

(— hydrobrom.).

Ergotini Bonj. \widehat{aa} 2,50

Extr. Belladonnae 0,10

Glycerini puriss q. s.

ut f. pil. N. L.

S.8—16 pigułek dziennie.

Leczenie zewnętrzne ma na względzie możliwie szybkie usunięcie swędzenia i bąbli. W tym celu zalecamy w pierwszym rzędzie dokładne oczyszczenie skóry i noszenie lekkiego nierozgrzewającego ciała, luźnego i nieuciskającego (gorsety, pasy, podwiązki) ubrania. W okresie ostrych napadów celowe jest pozostanie w łóżku pod lekką kołdrą lub prześcieradłem. Do wycierania skóry kilka razy dziennie nadaje się woda z octem lub sokiem cytrynowym, woda kolońska, wódka salicylowa (1—2%), mentolowa (2—3%), karbolowa (1—2%), rozczyn 4% wodnika chloralu w 50—60° wysokości z dodaniem gliceryny i t. d. Ciepłe kąpiele i natryski częściej szkodzą niż pomagają. Tylko w pokrzywce przewlekłej mogą być skazane kąpiele letnie z dodaniem krochmalu, mąki kartoflanej, otręb, gliceryny i t. d.

Obok wycierania stosujemy też zasyпки, złożone z mąki ryżowej, talku, tlenku cynkowego, azotanu bizmutowego i t. d. Można do nich dodać kw. salicylowego lub mentolu 1—2%, bromokolu do 10% i t. p. Do maści uciekamy się rzadziej. Wskazane są one głównie w przypadkach pokrzywki przewlekłej (*urticaria chronica perstans*). W tych razach oprócz wyż. podanych leków zalecamy też środki bardziej energiczne, np. ichtyol, epikarinę (3—5—10%), naftol- (0,5—1%), przetwory dziegiowe (do 10%) i t. p.

Jeżeli za pomocą tych metod nie zdołamy opanować swędzenia, wtedy można zastosować opatrunki podług metody Jacquet'a (*enveloppements*) z watą lub bez niej.

Pokrzywka barwikowa.

(*Urticaria pigmentosa*).

Cierpienie należy do rzadko spostrzeganych i zostało po raz pierwszy opisane przez Nettleship'a (1869 r.) pod nazwą „*chronic urticaria leaving brown stains*“.

Objawy i przebieg. — Sprawa zazwyczaj rozpoczyna się już w kilka dni lub tygodni po urodzeniu, najczęściej w ciągu pierwszych 2—3 miesięcy życia. Występowanie choroby w wieku późniejszym należy do wyjątków.

Zmiany skóry początkowo posiadają cechy osutki pokrzywkowej. Przy objawach silnego swędzenia zjawiają się na tułowiu i kończynach różnej wielkości bąble i twory grudkowe barwy żywoczerwonej. W przeciwieństwie do pokrzywki pospolitej wykwitły te nie są przelotne, lecz trwają przez czas dłuższy i dopiero po dniach i tygodniach poczynają się spłaszczać, nie giną jednak doszczętnie. Skóra w tem miejscu jest nieco zgrubiała, nacieczona, powierzchnia wykwitów zaś płaska i gładka albo nieco wypukła i nierówna, o wyglądzie safianu. Wraz z częściowem wessaniem się wykwitów zmienia się też ich barwa. Pierwotny kolor czerwony stopniowo przechodzi w brunatnoczerwony a nawet ciemnobrunatny, co w przypadku rozwiniętym i przy częściowem złaniu się wykwitów nadaje chorej skórze wygląd tygryziej. W innych razach zabarwienie nie bywa tak intensywne i odcienie ograniczają się do żółtawych, brudnożółtawych i żółtobrunatnawych (*urticaria xantheleasmoidea* Tilbury Fox). Osutka mieści się na piersiach, plecach, brzuchu, kończynach i dosyć często na twarzy. Głowa, dłonie i podeszwy bywają zajęte o wiele rzadziej. Niekiedy zmiany mieszczą się też na bło-

nach śluzowych, n. p. na języku (Elzenberg), podniebieniu i gardzieli (Morrow).

Bardzo znamienym dla cierpienia objawem jest łatwość występowania pokrzywki wywołanej. Wtedy stare wykwity obrzmiewają na świeżo i nabierają barwy czerwonej. Obostwienie trwa dłużej i powrót do stanu poprzedniego odbywa się bardzo stopniowo. W miejscach zaś przez osutkę niezajętych pokrzywka wywołana ginie bardzo prędko bez pozostawienia jakiegokolwiek zabarwienia skóry.

Cierpienie ma przebieg napadowy i w ciągu pierwszego roku zazwyczaj sięga szczytu rozwoju. Po tym terminie nie zwykły się już tworzyć świeże wykwity pokrzywki barwikowej, natomiast występować mogą rozlane i uogólnione swędzące rumienie, pod których wpływem stare wykwity również obrzmiewają. Mogą się też na nich zjawić pęcherzyki i pęcherze. Po następnych 3—5 latach, podczas których zmiany skóry trwają niemal bez zmiany, następuje okres rozwoju wstecznego i wykwity zaczynają stopniowo i wolno ginąć. Cały przebieg można obliczyć na 8—10—15—20 a nawet i więcej lat.

Cierpienie skóry zazwyczaj nie wpływa ujemnie na ogólny stan zdrowia.

Swędzenie należy do objawów stałych.

Zmiany anatomiczne polegają na nacieczeniu pokładów górnych skóry właściwej, złożonym niemal wyłącznie z komórek tłuszczowych (Unna, Raymond, A. Elzenberg, Reis i in.). Pochodzenie barwika dotychczas nie zostało wyjaśnione.

Przyczyna cierpienia jest zupełnie nieznaną. Możemy najwyżej powiedzieć, że mamy tu do czynienia z jakąś swoistą nerwicą naczyniową, co jednak bynajmniej nie wyjaśnia istoty sprawy. W wyjątkowych razach cierpienie było wrodzone (Arning, Fabry). Niekiedy stwierdzano dziedziczność.

Rozpoznanie typowych przypadków nie jest zbyt trudne. Należy głównie mieć na uwadze początek choroby w bardzo wczesnym wieku dziecięcym, jej dalszy rozwój i przebieg, wygląd charakterystyczny wykwitów oraz ich obrzmiewanie pod wpływem podnieć zewnętrznych (pokrzywka wywołana). Pewne podobieństwo do pokrzywki barwikowej może posiadać czerwony liszaj tępy, spotrzegany niekiedy u dzieci (patrz liszaje). Różnice polegają na odmiennym wyglądzie wykwitu pierwotnego, na mniej intensywnym zabarwieniu w liszaju tętym, na braku zjawisk pokrzywki wywołanej. Pozatem przebieg obu spraw chorobowych jest zupełnie różny.

Co się tyczy pokrzywki przewlekłej (*urticaria perstans*), która również może powodować powstawanie plam barwikowych, to zauważyć należy, że występują one głównie u dorosłych, a zmiany barwikowe znikają stosunkowo szybko.

Leczenie nie rokuje żadnych widoków powodzenia. Może ono być tylko objawowe i winno być prowadzone wedle zasad, wyłożonych przy omawianiu pokrzywki pospolitej. Elzenberg wspomina o dodatniem, choć nietrwałem działaniu atropiny. Należy unikać zbyt ciepłych kąpiel, gdyż powodują widoczne pogorszenie sprawy chorobowej.

Liszaj pokrzywkowy.

(*Strophulus simplex intertinctus s. infantilis s. pruriginosus* (Hardy). — *Lichen simplex acutus s. urticatus* (Batemann-Willan) *s. sparsus*. — *Lichen général*. — *Lichen circumscripse*. — *Lichen confertus*. — *Urticaria papulosa s. chronica infantum*. — *Varicella prurigo* (Hutchinson). — *Summer prurigo s. Recurring summer eruption* (Hutchinson). — *Prurigo temporanea* (Tommasoli). — *Prurigo infantilis*. *Prurigo simplex* (Brocq).

O liszaju pokrzywkowym już wspominałem przy omawianiu nawrotowej pokrzywki grudkowej. Jest to schorzenie skóry, typowe dla wieku dziecięcego.

Objawy. Cierpienie rozpoczyna się nagle bez jakichkolwiek zwiastunów. Na skórze uprzednio normalnej zjawiają się pomieszane ze sobą wykwity typu pokrzywki grudkowej oraz grudki. Wykwity pokrzywkowe albo szybko giną, albo przekształcają się stopniowo w charakterystyczne dla sprawy twory grudkowe. Tem się objaśnia spostrzeżenie, dlaczego w początkach każdego napadu ogólna liczba wykwitów zawsze bywa o wiele większa. Część bowiem bąbli niebawem znika bez śladu, pozostają zaś tylko bardziej trwałe grudki. Ponieważ zaś wielkość tych ostatnich zazwyczaj bywa mniejsza niż bąbli, należy przeto mniemać, iż tworzą się one z ich części środkowej. Osutce zawsze towarzyszy niezmiernie dokuczliwe swędzenie, częstokroć pozbawiające snu.

Grudki mają wygląd tępostożkowatych lub półkulistych i niezbyt ostro odgraniczonych, lecz wyraźnie wzniesionych twardawych guzków wielkości łepka szpilki do ziarna polnego grochu, — barwy od różowej do czerwonej. Na ich szczycie zazwyczaj widać niewielki pęcherzyk, który wskutek swędzenia łatwo ulega zdrapaniu. Najczęściej widujemy zatem grudki pokryte krwawymi strupeczkami, po

których usunięciu można zauważyć niewielkie łatwo krwawiące wgłębienie. Po 4—8 dniach grudki ulegają wessaniu pozostawiając powierzchnią drobną i zabarwioną bliznę. Niektóre giną bez śladu.

Osutka umiejscawia się klasycznie na wyprostnych kończyn górnych i dolnych z pośladkami włącznie. Bardzo często bywa też zajęty tułów, o wiele rzadziej szyja. Nie jest to jednak prawidłem. Zazwyczaj bywa tak, że w pierwszych napadach choroby bywają obficie obsiane kończyny. Później jednak sprawy układają się w ten sposób, że w jednych przypadkach wysypka mieści się przeważnie na tułowiu, w innych — na kończynach. We wszystkich jednak razach osutka posiada charakter rozsianej i jeżeli nawet wykwyty występują w postaci ugrupowanej (co nie należy do rzadkości), to jednak nigdy i nigdzie nie łączą i nie zlewają się ze sobą w blaszki. Zauważyć też należy, że pomimo częstych nawrotów, silnego swędzenia i drapania skóra pozostaje miękka, gładka, nie ulega zliszajowaceniu jak w świerzbiączce. Również nie powiększają się gruczoły chłonne.

Przebieg. Cierpienie rozpoczyna się najczęściej w pierwszej połowie pierwszego roku życia i ma przebieg okresowy i napadowy. Każdy okres trwa 4—8 i więcej tygodni, a w ciągu tego czasu osutka rozwija się napadowo i podchodnie. Świeże, silnie swędzące wykwyty o wyglądzie bąbli najchętniej zjawiają się w pierwszej połowie nocy. Przystanki pomiędzy dwoma okresami mogą trwać kilka miesięcy. Są one stosunkowo krótsze w początkach choroby. Popóźniej przerwy stają się coraz dłuższe a współcześnie zauważyć też można, że zmniejsza się intensywność każdego napadu. Choroba zatem stopniowo się wyczerpuje i wreszcie następuje zupełne wyleczenie. Cały czas jej trwania można określić na 4—5—6 lat. Niekiedy jednak może się ona przeciągnąć aż do pory pokwitania. Wówczas nawroty bywają rzadkie i słabe.

W bardzo wielu przypadkach napady występują z szczególną gwałtownością w sezonie zimowym, w lecie zaś uspokajają się niemal zupełnie. W innych znowu rzeczy się mają wręcz przeciwnie.

Powikłania. Do stosunkowo pospolitych powikłań należą liszajce i niesztowice (następstwa drapania). Nierzadko można się też spotkać z objawami współistniejącej pryszczycy pasorzytniczej blaszkowatej.

Budowa w ogólnych zarysach niemal się nie różni od grudki świerzbiączkowej (patrz niżej).

Przyczyny. Liszaj pokrzywkowy zazwyczaj spostrzegamy,

jak powiedziano, u dzieci, — nieco częściej być może u dziewczynek, niż u chłopców. Niekiedy występuje on też w wieku późniejszym pomiędzy 15—30 rokiem życia.

Przyczyny i sposób powstawania choroby są widocznie te same, co każdej innej powrotnej pokrzywki grudkowej. Jest to nerwica naczyniowa, rozwijająca się na tle samozatrucia. Przeważnie są to dzieci, które cierpiały i cierpią na różne zaburzenia żołądkowe a zwłaszcza kiszkowe albo też dzieci sztucznie karmione, przekarmiane lub zgoła wadliwe odżywiane. Jest rzeczą zupełnie pospolitą — u nas przynajmniej, że takie dzieci już od końca pierwszego roku są karmione mocnymi rosolami, mięsem, jajami w nadmiarze, kawą, herbatą i t. d., a w drugim roku życia odżywiają się tak, jak dorośli. Bardzo często można u nich też stwierdzić objawy krzywicy (50% Blaschko). W pewnym odsetku liszaj pokrzywkowy występuje jako choroba rodzinna.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na ścisłą łączność, zachodzącą pomiędzy liszajem pokrzywkowym a świerzbiączką. Oba cierpienia rozpoczynają się we wczesnym wieku dziecięcym, posiadają niemal identyczne umiejscowienie i są tak podobne do siebie w okresach wczesnych swego rozwoju, że ich odróżnienie jest wprost niemożliwe w pierwszych latach życia.

Rozpoznanie. Z powyższego wynika, że w danym przypadku liszaja pokrzywkowego winniśmy sobie zawsze zadać pytanie, czy nie mamy do czynienia z wczesnym okresem świerzbiączki. Takiej kwestji nie można jednak rozstrzygnąć przed wystąpieniem zgrubienia i nacieczenia skóry (lichenisatio) w miejscach dla świerzbiączki właściwych oraz przed wystąpieniem obrzmienia gruczołów chłonnych.

Liszaj pokrzywkowy bywa nieraz mylnie rozpoznawany jako świerzba — zwłaszcza w pierwszych napadach i w obecności liszajców. W przypadkach wątpliwych należy starannie szukać świeżych i typowych dla świerzby wykwitów (t. zw. galerje świerzbowca), które w tych razach można najłatwiej znaleźć na stopkach. Brak lub stwierdzenie świerzby u otoczenia może do pewnego stopnia przyczynić się też do wyświeetlenia sprawy, choć godzi się pamiętać, że oba cierpienia mogą współistnieć.

Co się tyczy liszaja pokrzywkowego osobników starszych, to należy zauważyć, że przedstawia on tak wielkie podobieństwo do niektórych łagodnych postaci świerzbiączki, że rozgraniczenie obu tych spraw daje się przeprowadzić tylko z wielkim trudem (patrz świerzbiączka). W wielu przypadkach kwestja prawdopodobnie po-

zostanie nierozstrzygnięta. Bardzo być może, że do grupy liszaja pokrzywkowego osobników starszych trzeba też zaliczyć tę postać kliniczną, którą Brocq opisuje pod nazwą pryszczycy grudkowo-pęcherzykowej. Własne moje spostrzeżenia bardzo przemawiają na korzyść takiego ujęcia kwestji. Sądzę, że istnieje ścisła łączność pomiędzy świerzbiączką i przyszczycą grudkowo-pęcherzykową Brocqa. Na to zdają się też wskazywać dane histopatologiczne, albowiem budowa wykwitu pierwotnego jest bardzo do siebie zbliżona w obu przypadkach. Z drugiej strony wiemy, że nie można przeprowadzić ścisłej granicy anatomicznej pomiędzy grudką liszaja pokrzywkowego i świerzbiączkowego.

Leczenie. Pierwszą i najważniejszą troską winno być racjonalne odżywianie chorych. U osesków należy zwrócić uwagę na jakość pokarmu matki i baczyć, by niemowlęta nie były przekarmiane. Sposób odżywiania się matki, względnie mamki może również odgrywać rolę pierwszorzędną. Starszym dzieciom zalecamy bezwzględną djetę mleczną i jarską. Z jarzyn, jak zauważyłem, marchewka niekiedy wywiera niewątpliwie ujemny wpływ na przebieg cierpienia. Należy również odradzać nadmierne ilości słodczy.

Trzeba energicznie zwalczać współistniejące zaburzenia żołądkowo-kiszkowe. U dzieci ze skłonnością do zaparcia stolca chętnie zalecam maślankę.

Z środków wewnętrznych stosujemy: Karlsbad, Vichy, solankę ciechocińską, obojętny cytrynjan sodu (natrium citricum neutrale 0,25—0,50, 2—3 razy dziennie), chlorek wapniowy i t. d. Przy upośledzonym odżywianiu są wskazane glicerofosfaty, żelazo, arsenik, tran, jecorol.

Na leczenie zewnętrzne, którego działanie objawowe jest bardzo wielkie, składają się kąpiele, wycierania, zasypki, maści. Duży nacisk należy położyć na kąpiele, które zazwyczaj bywają dobrze znoszone i działają dodatnio, o ile nie są nazbyt gorące (nie wyżej 28°). Zalecamy kąpiele z krochmalu ($\frac{1}{2}$ —1ff.), mąki kartoflanej ($1\frac{1}{2}$ —3ff.), z otręb, glinki białej (bolus albus 50 g.), z gliceryny (50 g.), kwasu garbnikowego i t. p. W przypadkach silnego swędzenia doradzamy kąpiele octowe ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ L. na kąpiel). U dzieci starszych są wskazane kąpiele siarkowe sztuczne (solutio Vlemingksi do 50 g.) lub też naturalne (Busko, Solec). W przypadkach powikłanych przez liszajce są skuteczne kąpiele z dodaniem nadmanganianu potasu (0,5). Pobyt na świeżem powietrzu zaliczamy do pierwszorzędnych czynników leczniczych.

Co się tyczy wycierań i zasypek, to zalecamy je wedle wzorów,

podanych w leczeniu pokrzywki. W maściach, których działanie uważam za bardzo wydajne w liszaju pokrzywkowym, stosujemy kw. salicylowy, naftol- β , epikarynę, siarkę, dziegieć. Duży, niemal niezawodny wpływ objawowy wywiera maść następująca:

Ungt. Wilkinson.

Past. Zinci vaselinat. \widehat{aa}

M. f. nugt. S .wcierać przed snem.

W przypadkach ciężkich może być wskazane zastrzykiwanie podskórne surowicy ludzkiej wedle metody Linsler'a (patrz świerzbiączka). Nie należy też zapominać o dodatnim działaniu opatrunków Jacquet'a.

Świerzbiączka.

(Prurigo).

Świerzbiączka należy do przewlekłych, przez całe życie trwających i nieuleczalnych chorób. Znamionują ją charakterystyczne zmiany skóry, nader typowe umiejscowienie, obrzmienie gruczołów chłonnych oraz dokuczliwe swędzenie.

Objawy. Choroba rozpoczyna się w pierwszym roku życia, najczęściej pomiędzy 6—10 m. i początkowo nie różni się niczem — ani wyglądem klinicznym, ani przebiegiem — od osutki liszaja pokrzywkowego. Rozgraniczenie obu spraw w tym okresie należy, jak to wyż. zaznaczono, do zadań niewykonalnych. Dopiero w 2—3-cim roku życia ujawniają się cechy znamienne dla tego schorzenia.

Zmiany mieszczą się dosyć umiarkowo na kończynach górnych i dolnych, występując obficie na powierzchniach wyprostnych. Zgięcia łokciowe i jamki podkolanowe, pachy i pachwiny, dłonie i podszwy są zawsze wolne. Kończyny dolne bywają stale zajęte w stopniu o wiele znacniejszym niż górne, podudzia i przedramiona więcej niż uda i ramiona tak, że sprawa stopniowo nasila w kierunku od góry ku dołowi. W przypadkach cięższych osutka może się zjawić na tułowiu, szyi, twarzy (czoło) i karku.

Za typowy dla świerzbiączki wykwit uważamy grudkę, najzupełniej podobną do opisanej w liszaju pokrzywkowym. Są to twarde guzki wielkości od łepka szpilki do grochu, barwy otaczającej skóry lub też różowej i różowoczerwonej, najczęściej pokryte na szczycie niewielkim krwawym strupkiem. Giną z pozostawieniem zabarwionej bliznki, która z biegiem czasu staje się wreszcie biała i błyszcząca. Podczas nasileń sprawy widzujemy obok tych guzków zupełnie świeże wykwyty typu pokrzywki grudkowej.

Osutka powoduje bardzo dotkliwe swędzenie, które się jeszcze wzmaga w okresie obostrzeń i dokucza chorym zwłaszcza w nocy. Wskutek bezustannego intensywnego drapania skóra ulega różnym zmianom następczym. Prócz rozsianych i ugrupowanych grudek nieuszkodzonych lub rozdrapanych spostrzegamy ślady licznych i głębokich podrapań, liszajce, czyraki, blizenki, którym towarzyszą mniej więcej wyraźne objawy podrażnienia i zapalenia skóry. Z biegiem czasu skóra staje się gruba, twarda, mało elastyczna i sucha. Zabarwia się ona na kolor popielaty, brudnożółty i brunatnawy; poletkowata budowa występuje bardzo wyraźnie; naskórek grubieje i łuszczy się wskutek nadmiernego i wadliwego rogowacenia. Włosy giną. Współcześnie w różnych miejscach — to tu, to tam — tworzą się na kończynach grube nacieczone blaszki, pokryte pęcherzykami, krostkami i strupkami, zdradzające skłonność do sączenia. Są to zatem zjawiska zliszajowacenia i opryszczenia (*lichenisatio et eczematizatio*), które nadają świerzbiączce nader znamienne piętno. Sprawy te są widocznie ściśle związane z cierpieniem podstawowym i nie mogą być uważane li tylko za wynik drapania. Nie występują one bowiem w tak pokrewnem z świerzbiączką schorzeniu, jak liszaj pokrzywkowy, którego wszak również cechuje bardzo dokuczliwe swędzenie.

Do stałych i wczesnych objawów świerzbiączki należy obrzmienie gruczołów chłonnych. Dotyczy to zwłaszcza gruczołów udowych, pachwinowych, pachowych i łokciowych. Pierwsze mogą tworzyć gromady do wielkości pięści, łokciowe powiększają się niekiedy do rozmiarów jaja gołębiego. Gruczoły te są ruchome, miękkie i niebolesne. Stosunkowo rzadko podlegają znaczniejszemu podrażnieniu zapalnemu, prawie nigdy zaś zropieniu.

Przebieg. — Świerzbiączka jest, jak powiedziano, chorobą przewlekłą, która nie opuszcza osobnika aż do śmierci. W przebiegu ujawnia okresy zwolnienia i nasilenia. Najczęściej spotykamy się z typem nasileń zimowych, a zwolnienie przypada na miesiące letnie. Nierzadko jednak można spostrzegać zjawisko wręcz przeciwnie. Co się tyczy stopnia natężenia sprawy chorobowej, to zwykle odróżniamy dwie postacie świerzbiączki: łagodną i ciężką (*prurigo mitis et agria s. ferox*). Jaką postać w danym przypadku przyjmie choroba, to można przewidzieć już w pierwszych latach jej istnienia, w wieku dziecięcym. Postać łagodna lub ciężka odrazu występuje jako taka i później nie zmienia swego typu. Nigdy nie bywa, aby postać łagodna z biegiem czasu przekształcić się miała w ciężką albo odwrotnie.

B u d o w a. W świeżej grudce świerzbiączkowej znajdujemy głównie obrzęk warstwy brodawkowej i pokładów górnych skóry właściwej. Naczynia krwionośne są rozszerzone. W obrębie wykwit-
tu widać nieobfite, rozsiane nacieczenie, miejscami skupiające się dokoła naczyń. Naskórek jest mało zmieniony w grudce, powstałej w skórze uprzednio zdrowej. W przypadku przeciwnym, gdy skóra już niejednokrotnie była siedliskiem sprawy świerzbiączkowej, stwierdzamy zgrubienie i obrzęk naskórka, rozrost sopli międzybrodawkowych oraz wadliwe rogowacenie.

Badania krwi wykazują względną limfocytozę obok znacznej nieraz cozynofilji.

Przyczyny świerzbiączki są dotychczas bardzo mało wyjaśnione. Wiemy, że choroba głównie nawiedza ludność ubogą, że występuje w pierwszych miesiącach życia, że dotyczy stosunkowo częściej osobników płci męskiej, że w bardzo niewielkim odsetku ujawnia się jako cierpienie rodzinne, nigdy jednak nie dziedziczy się w linii prostej. Wiemy wreszcie, że zachodzi niezaprzeczoną ścisłą łączność pomiędzy pokrzywką pospolitą, liszajem pokrzywkowym i świerzbiączką. Ta łączność jest też prawdopodobnie powodem, że poglądy nasze na przyczyny bezpośrednio wywołujące świerzbiączkę sprowadzają się w większości przypadków do czynników samozatruciowych. Wskazywać się na to zdaje wadliwe odżywianie chorych, często spostrzegane zaburzenia i schorzenia przewlekłe narządu trawiennego, zjawiska fermentacji i gnicia w kiszkażach, obecność w moczu skatolu, indoksyłu, kw. etylosiarkowego (Finger-Freund), wzmożonej ilości kw. moczowego (Feulard), chlorku sodowego (Brueff), powiększenie się ilości mocznika podczas nasileń (Seleneff) i t. d. Skłonni jesteśmy zatem zaliczyć świerzbiączkę do osutek, powstających na tle przewlekłego samozatrucia.

Co się tyczy p a t o g e n e z y tej choroby, to zdania są dotychczas podzielone. Spór toczy się o to, co w tej sprawie mamy uważać za zjawisko pierwotne: grudkę czy też swędzenie. Szkoła niemiecka a w części amerykańska stoją na stanowisku F. Hebra'y i sądzi, że zjawiskiem pierwotnym jest grudka, swędzenie zaś występuje wtórnie i to tylko w miejscach, gdzie zjawily się zmiany anatomiczne. Zależy ono od podrażnienia nerwów czuciowych, spowodowanego zjawieniem się grudki. Zgoła inaczej oświetla tę sprawę Cazenave. Według niego świerzbiączka jest nerwicą. Nadczułość nerwów skóry jest zjawiskiem pierwotnym. Ona to powoduje swędzenie, podczas gdy grudki powstają dopiero wtórnie wskutek drapania. Pogląd ten znalazł żywe poparcie zwłaszcza wśród autorów francuskich (Vidal.

Besnier, Brocq, Jacquet, Hallopeau i in.), a po doświadczeniach Jacquet'a (owijanie wata) oparł się nawet na gruncie bardziej realnym. Ma to być zatem pierwotna nerwica czuciowa skóry (névrodermite cutannée). Brocq jednak wyraźnie zaznacza, że samo drapanie i drażnienie mechaniczne skóry nie wystarcza do wywołania zmian anatomicznych świerzbiączki. Aby zmiany powstać mogły, niezbędne jeszcze jest osobnicze usposobienie odziedziczone lub nabyte — hipoteza, pozostająca poniekąd w zgodzie z Besnier'owską koncepcją t. zw. prurigo diathésique.

Schwimmer zalicza świerzbiączkę do zmian, powstających na tle zaburzeń odżywczych nerwowych (trophoneurosis) przy współdziałaniu czynników naczynioruchowych (angioneurosis). Teorii naczynioruchowej hołduje również Neisser, Kromayer i inni.

Przeciwko koncepcji francuskiej, oceniającej świerzbiączkę jako pierwotną nerwicę czuciową, przemawia spostrzeżenie R. Bernhardta (1901 r.). Dotyczyło ono 21-letniego chorego z trwałym porażeniem prawej kończyny górnej, spowodowanym przebytem w wieku dziecięcym zapaleniem rogów przednich rdzenia. Świerzbiączka, która wystąpiła dopiero po porażeniu, zupełnie oszczędziła kończynę dotkniętą bezwładem. W kończynie tej czucie było zupełnie prawidłowe i chory w miejscu tem nigdy nie odczuwał swędzenia; nadto zachowana tu była czynność nerwów naczynioruchowych. Przypuścić przeto należy, że w powstawaniu objawów świerzbiączki nie należy przypisywać udziału wyłącznego i bezpośredniego nerwom czuciowym i naczynioruchowym. Wydaje się natomiast wielce prawdopodobnem, że punkt ciężkości całej sprawy trzeba raczej przenieść do t. zw. ośrodków odżywczych (troficznych) i zaliczyć świerzbiączkę do grupy schorzeń skóry, rozwijających się na tle zboczeń w odżywianiu (dystrophia cutis).

Rozpoznanie rozwiniętych typowych przypadków świerzbiączki bynajmniej nie jest rzeczą trudną. Przewlekły przebieg cierpienia; skłonność do nasileń okresowych; typowe umiejscowienie na wyprostnych kończyn przy wolnych zgięciach stawowych; stopniowe nasilanie zmian anatomicznych w kierunku od góry ku dołowi przy najsilniejszym zajęciu podudzi; zgrubienie, nacieczenie i suchość skóry, wreszcie obrzmienie gruczołów chłonnych— stanowią cechy tak znamienne, że wobec ich istnienia zawsze można odróżnić świerzbiączkę od innych swędzących schorzeń skóry.

W okresach wczesnych, przed 2—3-cim rokiem różnicowanie pomiędzy świerzbiączką a liszajem pokrzywkowym nie da się prawie przeprowadzić (patrz wyż.). W każdym razie sędzę, że w upor-

czywych przypadkach liszaja pokrzywkowego, w których dosyć wcześnie występuje pewne obrzmienie gruczołów pachwinowych lub udowych, należy zawsze pamiętać o świerzbiączce nawet wówczas, gdy nie ma jeszcze wyraźniejszego zgrubienia skóry kończyn.

Niektóre postacie świerzbiączki łagodnej mogą posiadać wielkie podobieństwo do liszaja pokrzywkowego u dorosłych (patrz liszaj pokrzywkowy). W tych razach prawidłowe rozpoznanie da się ustalić tylko po dłuższem spostrzeganiu chorych. Zaznaczyć jednak trzeba, że w liszaju pokrzywkowym skóra zazwyczaj nie bywa nacieczona i sucha, a gruczoły nie ulegają tak wybitnemu i charakterystycznemu obrzmieniu, jak w świerzbiączce.

Pokrzywka przewlekła (unt. perstans chr.) powoduje powstawanie blizenek i plam barwikowych, nie posiada umiejscowienia typowego dla świerzbiączki. Grudki są tu zawsze o wiele większe, skóra zaś jest gładka, miękka i cienka.

Przy różnicowaniu pomiędzy świerzbiączką i świerzbą zawsze szukać będziemy typowych dla świerzby pęcherzyków i korytarzy (galerji) świerzbowcowych, pamiętając o tem, że świerzba najchętniej mieści się w fałdach międzypalcowych, w okolicy napięstka, na fałdach pachowych, na prąciu, w połowie dolnej tułowia oraz na powierzchniach zginaczy, nie zaś na wyprostnych kończyn, jak w świerzbiączce.

Rokowanie jest niepomysłne, gdyż choroba, jak powiedziano, należy do nieuleczalnych i trwa całe życie. W przypadkach łagodnych można przez odpowiednie leczenie doprowadzić chorego do stanu względnie znośnego a następnie stan ten podtrzymywać przez umiejętne pielęgnowanie skóry. Przypadki ciężkie należą jednak do beznadziejnych. Osiągamy tu poprawy krótkotrwałe, przemijające. Bezustanne swędzenie i bezsenne noce wpływają bardzo ujemnie na stan fizyczny i psychiczny. Tacy chorzy są zazwyczaj słabo rozwinięci, chudzi i rzadko sięgają wieku podeszłego.

Leczenie wczesnych okresów świerzbiączki jest takie samo, jakie podałem przy omawianiu liszaja pokrzywkowego.

W przypadkach rozwiniętych uciekamy się do metod leczenia wewnętrznego i zewnętrznego. Dieta powinna być pożywna, lecz niedrażniąca, głównie mleczna i jarska, w zarysach ogólnych taka, jaką zalecamy w pokrzywce i pryszczycy. Wychodząc z założenia, że świerzbiączka jest osutką z samozatrucia, mającego swe główne źródło w narządzie trawiennym, zwracamy jaknajwiększą uwagę na czynność tego narządu i staramy się wyrównać wszelkie spostrze-



gane uchylenia od normy. W celu zwalczania zjawisk fermentacji kiszkowej zalecamy mleko bułgarskie, maślankę, mentol $0,1 \times 3$ (Finger), nalewkę rzewniową, nalewkę gorzką, kalomel i t. p. Przy takim postępowaniu można nieraz osiągnąć wyniki pomyślne bez stosowania leczenia zewnętrznego.

U osobników z odżywianiem upośledzonym podajemy tran, przetwory fosforowe, żelazo i arsenik obok leków działających na nerwy.

Wyraźne działanie objawowe wywierają też zastrzykiwania podskórne 1% pilokarpiny. Poprawa jest szybka, lecz przemijająca.

Śród metod leczenia zewnętrznego należy wymienić na pierwszym miejscu kąpiele zwykłe lub lecznicze z dodaniem kw. garbnikowego, octu, gliceryny a zwłaszcza siarki (wielosiarczek potasu — kalium sulfuratum — lub płyn Vlemingx'a po 100—150—200 g. na kąpiel dla dorosłych i 50—60 g. dla dzieci). Kąpiel winna trwać $\frac{1}{2}$ —1—2 godziny. Można stosować co 1—2 dni. Bardzo pożyteczny jest pobyt w Busku, Solcu, Truskawcu.

Po kąpieeli zaleca się wcieranie w chore miejsca maści z zawartością siarki (5—10%), dziegciu (10%), naftolu-3 (5% u dorosłych, 1% u dzieci — ostrożnie! gdyż wchłania się łatwo), epikaryny (5—10%), kw. salicylowego (2—5%) i t. p. Do dłuższego leczenia nadaje się zwłaszcza maść salicylowo-siarkowa (2 : 5%), salicyliwo-antrasolowa (2 : 5%), salicyliwo-pitelenowa (2 : 5%), zwłaszcza zaś maść Wilkinson'a. Przy znaczniejszem spryszczeniu jest wskazany ichtylol, tigenol, tumenol (3—5—10%).

Swędzenie, tak dokuczliwe w porze nocnej, staramy się uśmierzyc za pomocą odpowiednich wycierań (patrz leczenie pokrzywki). Można też zastosować opatrunki Jacquet'owskie.

Nader dodatnie działanie częstokroć wywiera naświetlanie promieniami Roentgen'a, zwłaszcza w postaciach świerzbiączki bardziej ograniczonej i powikłanej przez pryszczycę pasorzytniczą. Przy metodzie tej szczególnie szybko ustępuje swędzenie.

Leczenie następcze polega na częstych kąpielach i wcieraniu maści salicylowej (2%), bornej (3%) lub słabej siarkowej (3—5%).

Ostatniemi czasy zalecano podskórne lub dożylnie zastrzykiwania normalnej surowicy ludzkiej podług metody Linser'a (1912). Jednorazowa dawka 5—10—20 ccm. surowicy. Liczba zastrzyknięć 3—5 codziennie lub co drugi. Zabieg bywa dobrze znoszony *).

*) W celu otrzymania surowicy bierze się z żyły łokciowej zdrowego człowieka 50-100 ctm. krwi, którą się następnie odwióknia w naczyniu z perełkami

Wysiękowe rumienie wielopostaciowe.

Rumieniami wielopostaciowymi nazywamy zmiany chorobowe skóry, polegające na ostrem powstawaniu czerwonych plam różnej wielkości i kształtu, znikających przy uciskaniu palcem i odznaczających się stosunkowo krótkim przebiegiem. Podłoże anatomiczne cierpienia stanowi ostrozapalny wysięk. Od stopnia natężenia sprawy zapalnej, jej rozległości i umiejscowienia zależy kształt i wygląd wykwitów. Spostrzegamy zatem nietylko zwykłe plamy rumieniowe, lecz też przeobrażenia wyższego typu anatomicznego — twory pokrzywkowe, pęcherzykowe, pęcherzowe, plamicowe, grudkowe a nawet guzkowe (rumień guzowaty). Wykwity te mogą występować jako czysty typ kliniczny albo też współcześnie jedno obok drugich. Ta okoliczność stanowi o wielokształtności i wielopostaciowości osutki.

Rumienie wysiękowe tworzą grupę bardzo niejednorodną pod względem etyologicznym. Powstają one pod wpływem różnorodnych czynników chorobotwórczych, należących głównie do rzędu jadów z zewnątrz przedostających się do ustroju lub też w nim samym wytworzonych. Usposobienie osobnicze, jak to wykazał Besnier, odgrywa tu rolę wybitną. Nie da się też zaprzeczyć pośredni lub bezpośredni udział układu nerwowego (nerwice naczyniowe). Są to zatem przeważnie wysiękowe rumienie objawowe (erythema exsudativum symphomaticum), spotykane w różnych i licznych stanach zatrucia (intoxicatio) i samozatrucia (autointoxicatio), w przebiegu i w łączności z chorobami zakaźnymi (bakterje i jady bakteryjne) i t. p. Należy tu też niemała grupa osutek pochodzenia lekowego. Nadmienić wreszcie trzeba, że w wielu razach przyczyny rumienia są zupełnie niewykrywalne *).

Nie jest naszym zadaniem szczegółowe rozważanie ciekawej kwestji rumieni. Wzmianki i szkice najważniejszych obrazów klinicznych znajdzie czytelnik w rozdziałach o schorzeniach skóry pochodzenia zewnętrznego i wewnętrznego, w opisie osutek lekowych i plamic (rozd. IX), w erythrodermjach (rumień plonicowaty po-

szklanemi 3-5 minut i odwirowuje około 20 minut. Po usunięciu włókniaka za pomocą przepalonych szczypczyków ściąga się surowicę pipetką. Zastrzykiwać należy natychmiast możliwie świeżą surowicę. Dobrze działa też autohaematoterapia.

*) W jednym z takich przypadków L. Karwacki i K. Zaleski (1913) wyhodowali ze krwi drobnoustrój o cechach wrzecionowca. Ponadto stwierdzili oni zmiany we własnościach fizycznych krwi: zwolnienie krzepliwości i zniesienie kurczliwości skrzepu.

wrotny rozdz. XI). Z tej rozległej grupy można wyodrębnić dwie postacie kliniczne, które ze względu na przyczyny wywołujące oraz na pewne właściwości przebiegu i umiejscowienia, zasługują na miano oddzielnych jednostek chorobowych. Mamy tu na myśli a) wysiękowy rumień wielopostaciowy typu Hebra'y i b) rumień guzowaty. W przeciwieństwie do objawowych możnaby je nazwać wysiękowymi rumieniami samoistnymi (erythema exsudativum idiopathicum).

Wysiękowy rumień wielopostaciowy typu Hebra'y.

(Erythema exsudativum multiforme Hebra s. polymorphe Kaposi).

Wysiękowy rumień wielopostaciowy jest chorobą o przebiegu ostrym, która występuje albo nagle, albo też poprzedzana bywa przez objawy ogólne zwiastujące (osłabienie, bóle głowy, łamanie i bóle rąk i nóg oraz gorączka).

Objawy. — Na grzbietach rąk i stóp zjawiają się okrągłe wzniesione czerwone wykwitki o wyglądzie pokrywki grudkowej. Powiększają się one szybko i sięgają średnicy 1—3 cm. — Ułożenie ich jest umiarowe. W ciągu doby część środkowa blaszki wchłania się i osiada nabierając barwy sino-czerwonej, obwodowa zaś otacza ten środek w kształcie wysokiego czerwonego wału (rumień grudkowaty — erythema papulatum, tuberculatum). Po pierwszym napadzie wnet występują następne i zazwyczaj w tak krótkich przestankach, że w ciągu 1—2, najdalej kilku dni mamy przed sobą już rozwinięty obraz choroby. Z rąk i stóp osutka stopniowo przechodzi na przedramiona, podudzia, ramiona trzymając się przeważnie powierzchni wyprostnych i ułożenia umiarowego. Na twarzy rumień zjawia się często, na tułowiu zaś tylko wyjątkowo. W miejscach schorzałych skóra niekiedy bywa nieco obrzękła.

W wielu razach osutka cały czas zachowuje typ rumienia grudkowego i wreszcie ginie. Niekiedy jednak blaszki się powiększają, obwodowy wał rozpościera się odśrodkowo i powstają wykwitki o wyglądzie obrączkowatym (rumień obrączkowaty — erythema annulare), które znowu łącząc się ze sobą mogą tworzyć figury policykliczne (rumień kolisty — eryth. figuratum, gyratum). Zdarza się niekiedy przy następnych napadach, że w środkowej, już znikającej części obrączki tworzy się świeży wykwit. Powoduje on powstawanie również obrączki, biegnącej równoległe do pierwszej. To zjawisko może się powtórzyć kilka razy a wówczas

widzimy wykwity złożone z kilku koncentrycznych kółek (rumień tęczo waty — erythema iris, er. mamellatum).

Dalsze odmiany w wyglądzie klinicznym rumienia są uzależnione od stopnia natężenia zjawisk zapalnych. Przy niskim ich stopniu blaszki rumieniowe prawie nie wznoszą się ponad otoczenie i wtedy mówimy o rumieniu plamistym (eryth. maculosum). Jeżeli jednak wysięk zapalny jest znaczny, wówczas powstają pęcherzyki i pęcherze (rumień pęcherzykowy i pęcherzowy — erythema vesiculosum et bullosum). Wielkość ich bywa różna, ułożenie zaś takie jak w rumieniu grudkowatym. Mogą one zatem również tworzyć wykwity obrączkowe (herpes circinatus). Tę odmianę kliniczną, w której występuje kilka koncentrycznych kółek, utworzonych jakby z wianuszków pojedynczych i zlewających się pęcherzyków, nazywamy rumieniem pęcherzykowym tęczo wатыm lub też opryszczkami tęczo wатыmi (erythema iris vesiculosum, herpes iris — Bateman, herpes en cocarde, hydroa vesiculosum — Bazin). Widywałem nieraz do siedmiu obrączek. Niektóre mogą być niekompletnie zamknięte.

W obecności współistniejących wylewów krwi mówimy o wysiękowym rumieniu krwotocznym (erythema exsudativum haemorrhagicum).

Przeważnie zdarza się, że w danym przypadku występuje tylko jeden typ wykwitów rumieniowych, który stale się powtarza we wszystkich następnych napadach. Nie jest to jednak prawidłem, gdyż przypadki o typie mieszanym bynajmniej nie należą do zjawisk wyjątkowych.

Ta okoliczność oraz wzgląd, że przy badaniu chorego zawsze widzimy wykwity w różnych okresach rozwoju, najbardziej stanowi o nadzwyczajnej wielopostaciowości osutki.

Prócz skóry mogą także być zajęte błony śluzowe, np. wargi ust, podniebienie twarde i miękkie, język, gardziel, spojówki oczne (umiarowo), nos.

Objawy podmiotowe polegają na swędzeniu, pieczeniu, uczuciu napięcia skóry, które w różnych przypadkach mogą sięgać różnego stopnia natężenia.

Chorobie, jak powiedziano, towarzyszą objawy ogólne. Podniesienie ciepłoty ciała jest zjawiskiem stałym w wielopostaciowym rumieniu wysiękowym. W wielu razach nie przekracza ono 38° w., niekiedy jednak może sięgać 39—40°. Gorączka nie posiada żadnego typu stałego.

Bardzo często chorzy uskarżają się na bóle stawów, zwłaszcza

w napiętkowym, kolanowym i skokowym. W niektórych przypadkach można też stwierdzić niewielki wysięk stawowy. Śledziona bywa nieraz powiększona. Występuje białkomocz. Mogą też obrzmieć gruczoły chłonne — najczęściej szyjowe.

Przebieg. Wysiękowy rumień wielopostaciowy jest cierpieniem ostro przebiegającym. W niektórych przypadkach sprawa ogranicza się do jednego napadu, trwającego 8—14 dni, poczem następuje powrót do zdrowia. W innych jednak razach bywa kilka napadów podchodnych, a wówczas choroba przeciąga się do 5—6 tygodni w odmianach grudkowych i do 8—10 tygodni w przypadkach pęcherzykowych i pęcherzowych. Zdarzają się jednak przypadki ciężkie i uporczywe trwające o wiele dłużej. W okresie wyzdrowiania niekiedy zwraca uwagę wybitna niedokrwistość.

Wykwity rumieniowe znikają nie powodując widocznych zmian w budowie skóry. Na pewien czas pozostają tylko plamy barwikowe, zwłaszcza wyraźne w odmianach pęcherzykowych. W wyjątkowych razach wytwarzają się objawy powierzchownego zaniku skóry. W jednym z moich spostrzeżeń zejście było niezwykle. Rzecz dotyczyła uporczywych opryszczek tęczowatych (*Herpes iris*), znikających z pozostawieniem zabarwionych blaszek zanikowych. W obrębie tych blaszek powstawały następnie twarde guzowate, kilka mm. wysokie twory o wyglądzie bliznowców rzekomych. Mieściły się one na grzbietach rąk, na łokciach i pośladkach. Chorobie towarzyszyły objawy gorączkowe.

Przyczyny. Wysiękowy rumień wielopostaciowy spostrzegamy przeważnie u osobników młodych, częściej u kobiet niż u mężczyzn. Występuje głównie wiosną i jesienią, niekiedy nawet nagminnie.

Nagły wybuch choroby, poprzedzany przez okres zwiastunów, ostry przebieg, objawy ogólne oraz występowanie sezonowe i nagminne niewątpliwie znamionują to cierpienie jako sprawę zakaźną (t. zw. *Erythemkrankheit*). Na to zdaje się wskazywać okoliczność, że powstające wskutek zatorów drobnoustrojowych wykwity w stanach posocznicznych są niekiedy bardzo podobne do spostrzeganych w rumieniu wysiękowym.

Zarazek tej choroby dotychczas nie został wykryty. Wielu badaczy łączy ją z gośćcem stawowym wskazując na częste współistnienie obu cierpień. Zauważyć też trzeba, że wybuch rumienia wysiękowego częstokroć bywa poprzedzany przez zapalenie gardła.

Rozpoznanie wysiękowego rumienia wielopostaciowego typu Hebra'y opiera się nie tylko i nie tyle na wyglądzie wykwitów,

ile na ich typowym umiejscowieniu oraz na przebiegu, czyniącym wrażenie ostrej choroby zakaźnej. Te względy należy głównie mieć na uwadze przy różnicowaniu z rumieniami z zatrucia oraz z osutkami lekowymi, które pozatem umiejscawiają się też na tułowiu i twarzy. W przypadkach mniej więcej uporczywych, zdradzających dużą skłonność do nawrotów i ujawniających silne swędzenie, należy pamiętać o zapaleniu skóry opryszczkowatym Duhring'a (patrz niżej).

Rokowanie jest pomyślne. Poważne powikłania należą do rzadkości. O ile się one zjawiają, winny być oceniane nie jako właściwe powikłania, lecz jako schorzenia współzależne z rumieniem.

W leczeniu wysiękowego rumienia wielopostaciowego trzymamy się głównie metody wyczekującej. Z środków wewnętrznych są wskazane przetwory salicylowe (salicylan sodu, aspiryna, novaspiryna, salipiryna, salol) oraz chinina. Zewnętrznie stosujemy zasypkę (tlenek cynkowy, talk, mączka ryżowa) w przypadkach rumienia grudkowatego, względnie okłady w obrzuku skóry (woda gulardowa, płyn Burow'a). W odmianach pęcherzykowych i pęcherzowych są wskazane okłady lub też opatrunki z maści bornej (3 do 5%) po uprzednim nakłuciu pęcherzy.

Rumień guzowaty.

(*Erythema nodosum s. contusifforme*).

Objawy. — Cierpienie występuje głównie u osobników młodych płci żeńskiej, a poprzedza je okres zwiastunów trwający 2—4 dni. W tym czasie chorzy uskarżają się na ogólne niedomaganie, na brak łaknienia, bezsenności, bóle gośćcowe zwłaszcza w stawach kolanowych i skokowych. Ciepłota ciała dochodzi wieczorami do 39°—40° i sięga największego napięcia w czasie wybuchu osutki, którą częstokroć zapowiadają dreszcze.

Na powierzchni przedniej podudzi i na grzbiecie stóp zjawiają się dosyć twarde półkuliste twory guzowate wielkości orzecha laskowego do jaja kurzego, sine w części środkowej, różowe na obwodzie. Guzy nie są ostro odgraniczone, mieszczą się w skórze i tkance podskórnej i są dosyć bolesne przy uciskaniu. Występują w postaci rozsianej, nigdy nie zlewają się ze sobą i nie ulegają zropieniu. Układają się dosyć umiarowo. Po kilku dniach guzy poczynają się wchłaniać, a ich kolor sinoczerwony stopniowo nabiera wszystkich tych odcieni, jakie widzimy w wylewach krwi w skórze.

Przebieg rumienia guzowatego jest zupełnie podobny do

spozrzanego w wysiękowym rumieniu wielopostaciowym. Rzecz może się ograniczyć do jednego napadu, trwającego około 2 tygodni, albo też występuje ich kilka obejmując okres czasu 5—6 tygodniowy. Każdemu nowemu napadowi towarzyszy podniesienie ciepłoty. świeże zaś guzki tworzą się stopniowo na udach, pośladkach, przedramionach i ramionach trzymając się głównie powierzchni wyprostnych. Grzbiety rąk są zazwyczaj wolne. Po wessaniu się guzów pozostają na czas dłuższy dosyć ciemne żółtobrunatnawe plamy, które następnie znikają bez śladu.

Z powikłań należy wymienić schorzenia stawów. Zapalenie wsierdza, osierdza, opłucnej, zapalenie płuc zaliczamy do rzadkich zjawisk.

Zmiany anatomiczne polegają na objawach ostrego zapalenia, przebiegającego w skórze właściwej i w tkance podskórnej. Naczynia krwionośne są znacznie rozszerzone i tak szczelnie wypełnione czerwonymi a zwłaszcza białymi ciałkami krwi, że otrzymuje się wrażenie zakrzepu. W otaczającej tkance widać obfite nacieczenie, złożone z leuko- i limfocytów, wśród których znajdowano też komórki olbrzymie. W wielu razach zwracała uwagę obecność znacznej ilości krwinek czerwonych. Te zmiany Neisser pragnąłby porównać do zawału wybroczynowego. Philippson stwierdził zapalenie żył podskórnych.

Przyczyny. Analogie, zachodzące pomiędzy rumieniem guzowatym i wysiękowym wielopostaciowym a dotyczące głównie ich rozwoju i przebiegu, pozwalają na przypuszczenie, że rumień guzowaty należy również zaliczyć do chorób zakaźnych.

Oba cierpienia występują niekiedy współcześnie, co dla niektórych badaczy jest dowodem tożsamości przyczyny wywołującej. Znałe też są — wprawdzie nader nieliczne — przypadki występowania nagminnego (Abart — u 7 dzieci z dziewięciorga rodzeństwa); stwierdzono ponadto możliwość przenoszenia choroby u dzieci (Mousous, Paza). — Sądząc z wyniku badań drobnowidzowych możnaby przypuścić, że guzy tworzą się w następstwie przerzutów wzgl. zatorów bakteryjnych w skórze. Należy też mniemać, że różne zarazki mogą spowodować powstawanie tych tworów guzowatych, które spostrzegamy wszak nietylko w cierpieniach gośćcowych, lecz także w odrze, błonicy, zimnicy, w rzeżączce, w zakażeniach paciorkowcowych, w przymocie i t. d. W pewnym, być może, nie małym odsetku są one widocznie pochodzenia gruźliczego, jak na to wskazują spostrzeżenia Pollak'a, Hildebrandt'a, Franceschi, Dunlop'a, Sézary'ego, Morfan'a, Poncet'a, Pons'a i in. Nie należy też zapominać, że zmiany

skóry o klinicznym wyglądzie rumienia guzowatego widywano po zastrzykiwaniu tuberkuliny i po wcieraniu maści Moro.

Rozpoznanie nie jest trudne, jeżeli uwzględnić ostry przebieg choroby, obecność objawów ogólnych, typowe umiejscowienie i wygląd guzków rumieniowych. Różnicowanie może nastęrczyć pozorne trudności co do kilaków i rumienia stwardniałego (erythema induratum Bazin — patrz niżej). Te zmiany cechuje jednak przewlekły przebieg i skłonność do rozpadu i owrzodzeń. Ponadto rumień stwardniały mieści się chętnie na łydkach.

Rokowanie jest pomyślne. Przypadki o zejściu śmiertelnem widocznie nie należą do kategorii guzowatego rumienia samoistnego.

Leczenie ogólne nie różni się od podanego w rumieniu wielopostaciowym. Chorego pozostawiamy w łóżku. Miejscowo stosujemy okłady z wody ołowianej lub płynu Burow'a, częstokroć z dodaniem wyskoku (20%). W okresie wchłanianie guzów zaleca się ichtyol 10—20% w maści lub w kolodjonie.

Rozdział XIII.

Schorzenia skóry typu pęcherzyka.

W rozdziale tym zostały umieszczone najważniejsze schorzenia skóry, których naczelnym i znamionym objawem przedmiotowym jest pryszczak (pęcherzyk). Omówieniu podlegają opryszczki oraz gromada pryszczyc.

Opryszczki pospolite.

(Herpes simplex s. vulgaris s. verus).

Opryszczkami nazywamy schorzenia skóry, polegające na występowaniu gromady pęcherzyków na zaczerwienionem tle skóry.

O b j a w y. Przy objawach pieczenia i swędzenia zjawia się w danem miejscu różowa lub czerwona plama, w której obrębie skóra bywa nieco obrzękła. Na plamce niebawem występuje gromada pęcherzyków kształtu okrągłego, twardych, napiętych, szczelnie wypełnionych przezroczystym płynem surowicznym. Wielkość pęcherzyków zazwyczaj bywa nieznaczna — od lepka szpilki do ziarna konopnego. Mieszczą się oddzielnie, niekiedy jednak zlewają się w większy pęcherz. Po krótkim czasie przezroczysta zawartość poczyna mętnieć i pęcherzyki zasychają w brudnożółte lub, w razie domieszki krwi, w brunatnawe, mocno przylegające strupki. Po ich odpadnięciu pozostaje czerwonawa łuszcząca się plamka, która po pewnym czasie znika. W przypadkach niepowikłanych blizny nie tworzą się nigdy. Cała sprawa trwa 8—12 dni. Liczba ognisk waha się od jednego do kilku.

Na błonach śluzowych wygląd opryszczek zmienia się w zależności od warunków miejscowych. Wchodzą tu w grę wpływy namoknienia. Pęcherzyk jako taki trwa bardzo krótko. Pęka on i przekształca się w powierzchnią okrągłą nadżerkę, u której brzegów widać strzępy nabłonka. Nadżerki otacza obrąbek zapalny. Goją się bez śladu.

O p r y s z c z k i n a t w a r z y (herpes facialis) zazwyczaj wystę-

pują na wargach ust (herpes labialis), na skrzydłach i końcu nosa, rzadziej na policzkach, czole i małżowinach usznych, częstokroć obustronnie, lecz nie umiarowo. Widujemy je też na błonie śluzowej jamy ustnej i gardzieli. W wielu razach opryszczki te pozostają w oczywistej łączności z zaburzeniami trawienia lub z ostrym nieżytem nosa. Bardzo często spostrzegamy je też w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, zwłaszcza w zapaleniu płuc krupowem, w zimnicy, durze powrotnym, o wiele rzadziej w brzuszonym, w zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Wybuchowi sprzyjają też niektóre leki, jak jod, arsenik, antypiryna. W niemałej liczbie przypadków takiego związku przecieź ustalić nie można. Godzi się tedy pamiętać, że opryszczki mogą się łatwo zjawiać w takich nieokreślonych stanach chorobowych, które nazywamy niedomaganiem ogólnem, zaziębnieniem i które prawdopodobnie polegają na jakimś bliżej nam nieznanem zakażeniu. Do tej kategorii należy widocznie t. zw. g o r ą c z k a z o p r y s z c z k a m i (faebris herpetica).

Z innych umiejscowień na skórze można wymienić palce rąk, przestrzenie międzypalcowe, okolice pośladkową, krocze. Na tułowiu opryszczki występują tylko wyjątkowo.

O p r y s z c z k i n a n a r z ą d a c h p ł c i o w y c h (herpes (pro)-genitalis) spostrzegamy u mężczyzn na napletku, w rowku założonym, rzadziej na żołądki i skórze prącia, u kobiet zaś — na wargach mniejszych, na lechtacze, rzadziej na wargach większych. Niekiedy zajęta też bywa skóra wżgórka łonowego oraz błona śluzowa pochwy i cewki moczowej. Umiejscowieniu na wargach sromowych częstokroć towarzyszą objawy silnego obrzęku, pieczenia, swędzenia oraz dotkliwy ból.

Opryszczki bardzo często występują po stosunkach i podnietach płciowych, po zmazach nocnych, podczas miesiączkowania, w łączności z rzeżączką i przymiotem.

W większości przypadków opryszczki są chorobą przypadkową, przelotną. Zjawiają się one, giną i więcej się nie powtarzają. W niektórych jednak razach cierpienie uporczywie powraca w pewnych odstępach czasu — to krótszych, to dłuższych — i to stale w tej samej okolicy, niemal w tem samym miejscu. Zjawisko trwa nieraz długie lata. Spotykamy się z niem najczęściej na narządach płciowych. Tak np. u niektórych kobiet opryszczki stale się zjawiają podczas każdej miesiączki, u mężczyzn — po każdym niemal stosunku lub znaczniejszem podnieceniu płciowem. Zwraca też uwagę częstość występowania o p r y s z c z e k n a w r o t o w y c h (herpes recidi-

vus) w przebiegu rzeźączki zwłaszcza przewlekłej i powikłanej oraz w okresie drugorzędowym przymiotu.

Przyczyny. — Powyższe dane, jak widać, wyjaśniają jedynie znaczenie czynników sprzyjających wybuchowi opryszczek pospolitych, jednak stosunkowo mało przyczyniają się do ustalenia ich rzeczywistych głębszych przyczyn. Ta kwestja pozostaje do dziś jeszcze w dziedzinie hipotez. Można odróżnić 3 najważniejsze teorje.

Teorja nerwowa przytacza głównie takie fakty, jak powstawanie opryszczek nawrotowych podczas miesiączkowania, znaczenie urazu nerwów obwodowych (o p r y s z c z k i u r a z o w e — herpes traumaticus), występowanie nerwobólów w przebiegu niektórych opryszczek, ogólna nerwowość pacjentów i t. p. Teorja pasorzytnicza wskazuje na ścisłą łączność, zachodzącą pomiędzy tem cierpieniem skóry a chorobami zakaźnymi. Wreszcie pogląd na opryszczki, jako na osutkę z samozatrucia, opiera się na danych, dotyczących wysypek lekowych (arszenik, jod), a także na domniemanym wpływie zbroczeń w przemianie materji, na częstem współistnieniu zaburzeń trawienia i na nierzadkiem występowaniu opryszczek nawrotowych.

Rozpoznanie opryszczek pospolitych na skórze zazwyczaj należy do zadań łatwych. Od pasówki różnią się nie tylko umiejscowieniem i obustronnem występowaniem, lecz głównie tem, że gromady pęcherzyków nie układają się na przebiegu (wzdłuż) nerwów, że objawy bólowe są słabo zaznaczone i że osutka znika bez pozostawienia tych zmian następczych skóry, jakie spostrzegamy w pasówce.

Sprawy mogą się jednak ułożyć o wiele zawilej w umiejscowieniu na napletku, żołądki i w rowku zażołądnym. Nie dotyczy to naturalnie przypadków świeżych, lecz takich, które uległy zakażeniu wtórnemu lub też były niewłaściwie leczone, np. zasypką kalomelową, przyżeganiem azotanem srebra, siarkanem miedzi, kw. karbolowym i t. d. Pod wpływem takich zabiegów zupełnie zmienia się wygląd nadżerek poopryszczkowych, które przekształcają się w owrzodzenia o dnie nacieczonem, twardawem. W takich przypadkach winniśmy przedewszystkiem myśleć o wrzodzie wenerycznym i twardym oraz o lepieżach. Brzegi ścięte, nalot sadłowaty i obecność świeżych zaszczepień przemawiają za rozpoznaniem wrzodu wenerycznego. Pewne obrzmienie i bolesność gruczołów chłonnych pachwinowych zdarzyć się może także w opryszczkach pospolitych. Ostre odgraniczenie podejrzanego tworzu; wyraźne stwardnienie dna; powiększone, twarde, niebolesne i niezlewające się gruczoły pachwi-

nowe; niebolesne zapalenie naczyń chłonnych grzbietu prącia (t. zw. lymphangoitis media) wskazywać będą na wrzód pierwotny. Poszukiwania bakteriologiczne (Ducrey, krętki blade) mogą częstokroć przyczynić się do wyświetlania kwestji. W wielu jednak razach rozpoznanie prawidłowe daje się ustalić dopiero po dłuższem spostrzeganiu.

W opryszczkach błony śluzowej jamy ustnej należy pamiętać o lepieżach. Umiejscowienie na śluzówce cewki moczowej może wzbudzić podejrzenie co do rzeżączki.

Leczenie. W opryszczkach twarzy stosujemy zasypkę z 10% tlenku cynkowego, taniny, tanoformu, dermatolu, kseroformu, zasadowego azotanu bizmutowego i t. d. albo też zalecamy maść borną, kseroformową lub pastę cynkową. Opryszcзки na narządach płciowych obmywamy niedrażniącymi płynami odkażającymi (2—3% kw. bornym, 1—2% resorcyną), obficie zasypujemy jednym z podanych proszków, poczem zakładamy pod napletek nieco waty. W bardziej rozległych nadżerkach zaleca się okłady z $\frac{1}{4}$ % azotanu srebra 2—3 razy dziennie.

Półpasiec. Pasówka. Ogień św. Antoniego.

(Herpes zoster. Zoster. Zona. Ignis sacer).

Półpaścem nazywamy ostre schorzenie skóry, polegające na tworzeniu się plam rumieniowych i gromad pęcherzyków ułożonych wzdłuż przebiegu nerwów. Sprawa występuje jednostronnie.

Objawy. Choroba rozpoczyna się albo zupełnie niespodzianie, albo zwiastują ją objawy niedomagania ogólnego (osłabienie, brak łaknienia, gorączka) oraz nerwobóle różnego stopnia natężenia. Przy objawach pieczenia i swędzenia zjawiają się na skórze plamy różowe i czerwone o zarysach okrągławych i nieprawidłowych. Bardzo często są one owalne, a wówczas najdłuższa ich średnica biegnie równolegle do kierunku nerwów. W obrębie plam skóra jest wyraźnie obrzmiała. Liczba ich waha się od jednej do kilkunastu i więcej. Występują one nie jednocześnie, lecz napadowo w ciągu kilku dni i niekiedy układają się tak gęsto, iż miejscami łączą się ze sobą w kształcie pasa.

Już w kilka godzin po wystąpieniu rumieniowych plam tworzą się na nich liczne drobne czerwone wzniesienia, które niebawem przekształcają się w twarde błyszczące półkuliste pęcherzyki o przezroczystej zawartości surowiczej. Niektóre są wyraźnie wciągnięte.



Pęcherzyki układają się większemi lub mniejszemi gromadami, jedna obok drugiej, i występują już to oddzielnie, już to zlewają się ze sobą w pęcherze różnej wielkości (p a s ó w k a p ę c h e r z o w a — herpes zoster bullosus). Częstość zdarza się, że pojedyncze pęcherzyki wypryskują zdala od właściwej plamy rumieniowej (pęcherzyki zabłąkane — vesiculae aberrantes).

Po 2—3 dniach zawartość pęcherzyków zaczyna mętnieć. Stają się one bardziej miękkie a następnie zasychają w brunatnawy strupek, po którego odpadnięciu pozostaje plamka barwikowa, trwająca przez pewien czas. Niekiedy surowicza zawartość przekształca się w krwawą (p a s ó w k a k r w o t o c z n a — h. zoster haemorrhagicus). W innych razach pęcherzyki pękają i przekształcają się w bardziej powierzchowne lub głębsze i częstość nader bolesne owrzodzenia, które się wolno zablizniają. Wreszcie w niektórych przypadkach tworzy się nawet mniej więcej rozległa zgorzel skóry, której następstwem bywają głębokie niekształtne blizny (p a s ó w k a z g o r z e l i n o w a — h. zoster gangraenosus).

Do bardzo znamiennych, acz nie bezwzględnych objawów pasówki należą nerwobóle. Mogą one poprzedzać wysypkę, zjawić się i ustąpić wraz z nią albo też przetrwać schorzenie skóry. Ich natężenie bywa bardzo rozmaite. Niekiedy są one słabo zaznaczone, a nawet brak ich zupełnie, np. u dzieci. W innych razach są one tak silne, że wysuwają się na plan pierwszy i stanowią najważniejszy objaw choroby. Spotykamy to zwłaszcza w pasówce nerwu trójdzielnego oraz u starców i ludzi bardzo wrażliwych. W tych razach nerwoból, jako cierpienie następcze, może nieraz pozostać na czas długi. Obok tych zjawisk występują też inne zaburzenia nerwowe: pieczenie, mrowienie, nadczułość, znieczulenie, a jako zjawisko następcze — porażenie nerwu trójdzielnego, twarzowego, wyłysienie i t. p.

Do dosyć częstych objawów towarzyszących pasówce należy też bolesne obrzmienie sąsiednich gruczołów chłonnych.

Pasówka może wystąpić w każdym miejscu ciała i dlatego mówimy o pasówce twarzowej, potylicowo-karkowej, karkowo-ramiennej, grzbietowo-piersiowej, grzbietowo-brzuszej, łędzwiowo-pachwinowej, łędzwiowo-udowej i t. d. Do najczęstszych należy umiejscowienie na tułowiu (właściwy półpasiec) i twarzy. Pasówka tułowia zazwyczaj biegnie równolegle do kierunku żeber i częstość przekracza nieco linię środkową ciała (herpes zoster intercostalis). Duże znaczenie praktyczne posiada pasówka, występująca w obrębie nerwu trójdzielnego. Najczęściej bywa zajęta pierwsza gałąź albo też tylko niektóre jej gałązki (t. zw. p a s ó w k a c z o ł o w a czyli o c z-

na — h. zoster frontalis s. ophthalmicus). Gromady pęcherzyków występują na czole i wyżej — nieraz aż do szczytu głowy, na powiece górnej, w okolicy zewnętrznego kąta ocznego, na grzbiecie nosa. Bóle bywają nieraz bardzo silne, a prócz tego zjawiają się też poważne powikłania ze strony oka (znieczulenie oraz zapalenie spojówki i rogówki, zapalenie tęczówki, zapalenie całego oka, porażenie mięśni ocznych). W zajęciu dwu pozostałych gałęzi nerwu trójdzielnego niekiedy spostrzegamy zaczerwienienie, obrzmienie, nadżerki oraz owrzodzenie błony śluzowej jamy ust, gardła, języka.

Cierpienie, jak powiedziano, zazwyczaj występuje jednostronnie. Nie jest to jednak prawidłem, gdyż spostrzegamy również pasówki obustronne. Zdarza się, że schorzenie zjawia się współcześnie w obrębie kilku nerwów. Opisywano też pasówki uogólnione (h. zoster generalisatus). Jest jednak rzeczą wielce prawdopodobną, że przypadki takie wogóle nie należą do omawianego tutaj cierpienia. — Nawroty występują rzadko. Wypowiadano nawet przypuszczenie, że jednorazowe przebycie choroby wytwarza ma odporność.

Zmiany anatomiczne polegają na ostrem zapaleniu pokładów górnych skóry właściwej i na tworzeniu się śródnaskórkowego pęcherzyka, mieszczącego się w warstwie kolczastej. Prócz zwykłych części składowych (płyn surowiczy, leukocyty i t. d.) pęcherzyk zawiera komórki naskórkowe podlegające niemal swoistemą dla pasówki zwyrodnieniu. Unna nazywa je siateczkowem i wzdymającym (reticulierende u. ballonierende Degeneration), Wł. Kopytowski zaś (1920) zalicza je do martwicy skrzepowej.

Przyczyny. — Jak widzieliśmy, pasówce niemal stale towarzyszy szereg objawów nerwowych. Ta okoliczność zawsze wzbudzała podejrzenia, że właściwem siedliskiem sprawy chorobowej jest układ nerwowy, który dla zmian skóry odgrywa w danym razie rolę dróg rzutowych. Dokładne badania anatomiczne wykazały też, że w pasówce bardzo często znajdujemy wylewy krwawe oraz mniej więcej głębokie zmiany zapalne w zwojach międzykręgowych (wzgl. w półksiężycowatym nerwu trójdzielnego), w trzonach tylnych, w pniach i gałązkach nerwów obwodowych. Zwraca też uwagę występowanie pasówki objawowej w różnych schorzeniach nerwowego układu ośrodkowego, np. w zapaleniu, jamistości i władze rdzenia, w zapaleniu rogów przednich rdzenia (Head), w porażeniu połowiczem, w niektórych postaciach zapalenia opon mózgowych, w ogólnem porażeniu postępującem.

Co się tyczy przyczyn samoistnej pierwotnej pasówki, to należy zauważyć, że dotychczas nie są one ostatecznie wyjaśnione. Objawy

ogólne, przebieg, obrzmiewanie sąsiednich gruczołów, niekiedy występowanie sezonowe (wiosna, jesień), uodpornienie (?) po przebyciu choroby — wszystko to zdaje się wskazywać na pochodzenie zakaźne pasówki. Swoisty zarazek nie został dotychczas wykryty. Sądzić też można, że przyczyny pasówki są nie zawsze jednolite. Tak np. spostrzegamy to cierpienie w następstwie ogólnych chorób zakaźnych (grypa, zapalenie płuc krupowe, dur brzuszny, ospa, odra, przymiot), w chorobach krwi (białaczka), w stanach samozatrucia (cukrzyca, dna), wreszcie przy leczniczym stosowaniu arszeniku. Ostatniemi czasy wskazywano na ściślejszą łączność z ospą wietrzną.

Rozpoznanie należy do łatwych. O różnicowaniu z opryszczkami pospolitemi była już wyż. mowa.

Rokowanie co do zmian skóry jest zawsze pomyślne. Pamiętać tylko trzeba, że po pasówce krwotocznej i zgorzelinowej pozostają niekształtne, częstokroć głębokie i szpecące blizny, na co godzi się zwrócić uwagę chorego. Co się tyczy następnych schorzeń nerwowych, szczególnie zaś uporczywych nerwobólów, to należy się ich obawiać w głębokich postaciach zgorzelinowych pasówki — zwłaszcza u ludzi starszych i u alkoholików. Rokowanie w pasówce ocznej zawsze winno być bardzo oględne.

W leczeniu pasówki mamy głównie do uwzględnienia: zabezpieczenie miejsc schorzałych od tarcia i zakażenia wtórnego oraz zwalczanie objawów bólowych. Najodpowiedniejsze są opatrunki suche: zasyпки (patrz opryszczki pospolite) oraz zawiesiny, n. p.:

Zinci oxydat.

Talci venet.

Glycerini pur. \widehat{aa} 12,50

Aq. destill.

Spir. vini rectific. \widehat{aa} 6,25

M. D. S.

Do zawiesiny można dodać 5—10% tigenolu, tiolu lub ichtyolu. Należy stosować 2 razy dziennie nie ścierając siłą poprzedniej warstwy leku i nałożyć opaskę. W postaciach zgorzelinowych są wskazane maści: borna, dermatolowa, kseroformowa, eurofenowa, ichtyolowa (5—10%), anestesinowa i cykloformowa (10%). Bardzo dobrze działa też t. zw. mazidło na oparzeliny (lin. oleo — calca-reum). Do wewnątrz podajemy salicylan sodowy, diplosal, aspirynę, salipirynę, antypirynę, fenacetynę, pyramidon, zmin — jarnik (tra Gelsemii sempervir.) i t. d.

Gromada pryszczyc.

(Eczema).

To co obecnie nazywamy pryszczycą nie jest ściśle określoną jednostką chorobową, lecz zespołem objawów, który może występować pod wpływem różnych czynników szkodliwych. Ten brak dokładnych i określających granic nosologicznych jest powodem, że dziś jeszcze uważamy gromadę pryszczyc do pewnego stopnia za przejściową i zaliczamy do niej sprawy, które z pewnością są jej obce — pomimo podobieństwa w wyglądzie klinicznym. Nie należy też ani na chwilę wątpić, że liczba przedstawicieli tej grupy zacznie się stopniowo zmniejszać w miarę tego, jak będą się poszerzały nasze wiadomości o istotnych przyczynach chorób skóry. Za przykład może służyć t. zw. pryszczycą obrębną (eczema marginatum), którą dopiero odniedawna zaliczamy do schorzeń grzybicowych skóry. Zaznaczyć jeszcze muszę, że dziś powinniśmy już bezwarunkowo wyłączyć z gromady pryszczyc wszelkie zapalenia skóry wywołane sztucznie oraz pochodzenia zakaźnego (dermatitis artefacta et pyodermitis). Pomimo wielkiego podobieństwa klinicznego nie zasługują one na miano pryszczycy. Ich łączność z nią polega jedynie na tem, że bardzo często występują one w roli schorzeń przedpryszczycowych.

W wielkiej rodzinie pryszczyc odróżniamy dwie podgromady: a) pryszczycę pospolitą, prawdziwą (eczema vulgare s. verum) i b) te fakty kliniczne, które określamy mianem pryszczycy łojotokowej, pasorzytnicznej, grzybicy naskórkowej Unna'y (eczema seborrhoicum, mocoticum). Taki podział ma wyrażać pogląd, że o ile w pryszczycach pierwszej kategorii za czynnik decydujący w powstawaniu choroby przyjmujemy przyczyny ustrojowe, o tyle w pryszczycach łojotokowych skłaniamy się ku teorii pasorzytnicznej. Wynikałoby z tego, że prawdopodobnie byłoby o wiele racjonalniej, gdybyśmy pryszczycę łojotokową umieścili w grupie chorób pasorzytnicznych skóry. Jednakże brak dokładnych danych bakteriologicznych, wzajemne wikłanie się tych spraw a częstokroć niemożność ścisłego ich rozgraniczenia, wreszcie względy dydaktyczne zniewalają na razie do zachowania jednej wspólnej grupy.

Pryszczycą pospolita czyli prawdziwa.

(Eczema vulgare s. verum).

Pryszczycą pospolitą nazywamy niezaraźliwe zapalne schorzenie skóry skłonne do nawrotów, którego głównymi objawami są:

przekrwienie, spryszczenie i sączenie surowiczego płynu zasychającego w strupy. Po odpadnięciu strupów naskórek łuszczy się przez pewien czas. Za objaw naczelnny sprawy należy uważać pryszczyk (pęcherzyk).

O b j a w y. — Przy objawach silnego swędzenia i pieczenia zjawiają się na skórze liczne drobne pryszczyki w części rozsiane, przeważnie jednak ułożone w gęste, stykające się gromady. Pęcherzyki wypryskują na skórze pozornie niezmienionej lub też — co częściej — w miejscach przekrwionych i nieco obrzękłych. Zaczerwienienie może być rozlane lub plamiste i nie jest ostro odgraniczone, lecz stopniowo przechodzi w otaczającą zdrową skórę. Pęcherzyki pryszczycowe są zazwyczaj bardzo drobne, punkcikowate, wielkości lepka szpilki, ziarna maku. Zawierają przezroczysty bladocytrynowej barwy lepki płyn, który obfituje w białko, szybko zasycha na powietrzu i pozostawia na bieliźnie dosyć ostro odcięte twarde krochmaliste plamy. Po pewnym czasie pęcherzyki pękają. Wtedy widać czerwoną błyszczącą wilgotną powierzchnię skóry, z której poczyną się sączenie surowiczego płynu, zasychającego w żółtoszarawe strupy (p r y s z c z y c a s t r u p k o w a — eczema crustosum). Ciągłe sączenie jest powodem, że strupki słabo przylegają do podłoża. To też oddzielają się one i odpadają, a na ich miejscu zjawiają się świeże. Wreszcie jednak sączenie ustaje i strupy przestają się tworzyć. Schorzała skóra jest nieco obrzęknięta, czerwona, gładka, lśniąca i pokryta cienkim nietrwałym naskórkiem, który łatwo pęka i ulega złuszczeniu. Przekrwienie zmniejsza się z dnia na dzień, naskórek grubieje, łuszczenie staje się mniej obfite a wreszcie skóra powraca do stanu prawidłowego.

Taki jest przebieg sprawy chorobowej w pryszczycy średniego natężenia, który możemy uważać za typowy. Różne okresy rozwojowe, które składają się na całość obrazu klinicznego, zwykły występować w kolejnym porządku — jeden po drugim. Nie wynika z tego, że pryszczycyca musi zawsze przerobić całkowitą ewolucję. Sprawa może zatrzymać się w każdym okresie, jednak stale kończy się łuszczeniem. Jeżeli zatem zmiany anatomiczne ograniczają się do przekrwienia i powierzchownego zapalenia bez wytwarzania klinicznie widocznych pęcherzyków, to taką odmianę nazywamy pryszczycą rumieniową (eczema erythematosum). W obecności pryszczyków mówimy o pryszczycy pęcherzycowej (ecz. vesiculosum). Zauważyć przecież trzeba, że pęcherzyki nie zawsze ulegają dalszemu rozwojowi, nie pękają, lecz mogą zasychać w drobnutkie szarawe strupki, leżące w samym naskórku

i później wydzielające się drogą stopniowego złuszczenia (pryszczycza sucha — ecz. siccum). Sączące odmiany określamy jako pryszczycę wilgotną (ecz. madidans), końcowe zaś okresy łuszczenia mianujemy pryszczycą złuszczącą (ecz. squamosum). W niektórych razach obok łusek widać jeszcze



Rys. 33. *Eczema squamosum et lamellosum.*

liczne powierzchowne linijne popęknięcia warstwy rogowej. Biegają one w różnych kierunkach, stykają i krzyżują się ze sobą odgraniczając poletka różnej wielkości. Jest to t. zw. pryszczycza szczeplinowata (ecz. fendillé, craquelé), którą najczęściej spotykamy na wyprostnych kończynach.

Różnorodność zmian anatomicznych, występująca w przebiegu każdej pryszczycy, stanowi cechę znamionną omawianej choroby skóry. Podnosząc wielopostaciowość osutki pryszczycowej tę właś-

nie okoliczność mamy na myśli. Obraz kliniczny choroby częstokroć bywa też rzeczywiście nader złożony. W danym bowiem przypadku nie tylko możemy spostrzegać w różnych częściach ciała objawy pryszczycy w rozmaitych okresach rozwojowych, lecz w jednym i tem samym miejscu stopień nasilenia sprawy może być niejednaki. Tak np. w obrębie jednego ogniska stwierdzamy w części środkowej miejsca wilgotne, pokryte lub niepokryte strupami, dokoła gromady pęcherzyków dobrze rozwiniętych lub też zasychających, dalej zaś ku obwodowi nieostro odgraniczone zaczerwienienie skóry i łuszczenie naskórka. Ten obraz może w dalszym ciągu ulec jeszcze pewnym zmianom w zależności od stopnia napięcia sprawy chorobowej. Zaczerwienienie może być zatem słabo zaznaczone, rozlane lub plamiste, barwy różowej, bladoczerwonej albo też ciemnoczerwonej, śliwkowej. Równolegle waha się też zgrubienie skóry, które w stopniach wysokich w połączeniu z ciemnoczerwonym zabarwieniem stanowi ten obraz kliniczny, który nazywamy pryszczycą czerwoną (eczema rubrum). Spostrzegamy ją przeważnie na kończynach zwłaszcza dolnych, gdzie przy częstych nawrotach może spowodować zmiany rzekomo-słoniowate. To samo można powiedzieć o obrzęku, który niekiedy bywa ledwo dostrzegalny, w innych zaś razach wywołuje bardzo znaczne obrzmienie i przemijające zniekształcenie twarzy (powieki, policzki, małżowiny uszne), narządów płciowych (napletek, prącie, moszna, wargi sromowe) i rąk.

Co się tyczy pęcherzyków, to — jak powiedziano — mogą się one niekiedy niedorozwinąć i zaschnąć (pryszczycyca sucha). Mogą jednak powiększać się ponad przeciętną normę a nawet zlewać ze sobą w większe pęcherze (pryszczycyca pęcherzowa — ecz. bullosum). Z tem zjawiskiem spotykamy się w pryszczycach o znaczniejszem obrzmieniu skóry, zwłaszcza zaś w umiejscowieniu na małżowinach usznych, na grzbietach rąk i stóp, na dłoniach i podszwach. Również i sączenie bywa niekiedy niezwykle obfite zwłaszcza na uwłosionej skórze głowy, w pachwinach, w okolicy odbytu, na narządach płciowych i wewnętrznych powierzchniach uda. W tych razach płyn surowiczy wydziela się bezustannie i w takich ilościach, że moczy nie tylko bieliznę, lecz i pościel chorego. Zasycha w strupy tylko w częściach obwodowych miejsc schorzałych, podczas gdy w środkowych widać czerwoną, gładką, wilgotną powierzchnię skóry, zaopatrzoną w mnóstwo drobnych punkcikowatych wgłębień (état ponctueux).

Wreszcie w okresie końcowym pryszczycy możemy się spotkać z łuszczeniem drobnem i bardzo słabo wyrażonem albo też z jego

nadmiernem wzmocnieniu. Mogą powstawać duże, grube, twarde łuski szarobiaławe a nawet srebrzyste, barwą do łuszczycowych podobne, które zazwyczaj słabo przylegają. Po ich usunięciu widać suchą albo nieco wilgotną powierzchnię. Skóra zawsze bywa czerwonosinawa, zgrubiała, twardawa i trudno zbiera się w fałdę. Najczęściej ma to miejsce na stopach i podszwach, na podudziach i dolnej połowie ud a także na dłoniach i grzbietach rąk (p r y s z c z y c a p ł a t k o w a t a — ecz. lamellosum).

Przebieg. — Jak widać, różnorodność odmian pryszczycy popularnej bywa dosyć pokaźna a jej wygląd kliniczny podlega szerokim wahaniom w granicach każdego z jej zasadniczych objawów. Do tego musimy jeszcze dodać często spotykany podział na pryszczycę ostrą i przewlekłą. Jeżeli rzecz ogranicza się do jednego napadu, po którym osobnik jest wolny od choroby przez czas dłuższy — nieraz przez szereg lat, wtedy mówimy o pryszczycy ostrej (ecz. acutum). W innych znowu razach cierpienie może się zaciągnąć na bardzo długo. Świeże objawy nie tylko wciąż się ujawniają na coraz innych przestrzeniach, lecz powracają z szczególną uporczywością zwłaszcza w jednym i tem samym miejscu. Taką pryszczycę nazywamy p r z e w l e k ł ą (ecz. chronicum). Prócz zwykłych objawów cechują ją te zmiany wtórne, które stale towarzyszą każdemu swędzącemu przewlekłemu schorzeniu zapalnemu. Są to: nacieczenie, zgrubienie i zliszajowacenie skóry (p r y s z c z y c a l i s z a j o w a t a — ecz. lichenoides) oraz różne sprawy ropne (pyodermitis) — jako nieodłączne następstwa drapania (p r y s z c z y c a z a k a ż o n a — ecz. infectum). Należy jednak co najmniej wątpić, czy i o ile usprawiedliwiony jest taki podział. Doświadczenie poucza, że prawdziwa pryszczycza jest z zasady schorzeniem przewlekłym, jak zresztą każde inne cierpienie ustrojowe. Byłoby zatem być może słuszniej, abyśmy mówili nie o pryszczycy ostrej, lecz o napadach ostrych w pryszczycy, gdyż z szeregu takich napadów składa się wszak przebieg przewlekły tego cierpienia.

Umiejscowienie. — Pryszczycza może wystąpić w każdym miejscu powierzchni skóry. Są jednak przestrzenie, na których zjawia się stosunkowo częściej i których zwykła się trzymać ze szczególną uporczywością. Do nich należą: uwłosiona skóra głowy, twarz i okolica zauszna, powierzchnie zginaczy kończyn a w szczególności zgięcia stawowe, sutki, narządy płciowe, krocze i okolica odbytu, przestrzenie międzypalcowe zwłaszcza stóp. W danym przypadku choroba ogranicza się tylko do jednego z tych miejsc (p r y s z c z y c a u m i e j s c o w i o n a, o g r a n i c z o n a — ecz. localisatum, cir-



cumscriptum), w innych występuje niemal współcześnie w kilku. Wtedy jej ułożenie może być dosyć umiarowe zwłaszcza w napadach ostrych, albo też ogniska pryszczycowe występują w różnych miejscach ciała bez szczególnego układu (p r y s z c z y c a r o z s i a n a — ecz. disseminatam). Przy szybkim szerzeniu się sprawy, powiększaniu poszczególnych ognisk i ich łączeniu się ze sobą może wreszcie ulec schorzeniu znaczna część lub niemal cała powierzchnia skóry (p r y s z c z y c a u o g ó l n i o n a — ecz. generalisatum). W przypadkach ciężkich, a zwłaszcza pod wpływem nieodpowiedniego leczenia drażniącego może powstać ten stan skóry, który nazywamy uogólnioną złuszczającą erytrodermją wtórną.

Powikłania. — Do najczęstszych powikłań należą ropne zapalenia skóry (pyodermities) będące następstwem drapania, które wynika ze stale towarzyszącego pryszczycy swędzenia. Liszajce, niesztowice, zapalenie mieszków włosowych, czyraki i karbunkuły można w tej chorobie zaliczyć do zjawisk pospolitych. Wobec zgrubienia i zmniejszenia sprężystości skóry w pryszczycach liszajowatych łatwo powstają przy ruchach głębokie i nieraz bardzo bolesne popękania. Spostrzegamy je na małżowinach usznych, na skrzydłach nosa, na wargach i w kątach ust, na brodawkach sutkowych, na napletku i w okolicy odbytu, na palcach i grzbietach rąk i stóp, w okolicy stawów. Pęknięcia te mogą znowu być punktem wyjścia zakażeń wtórnych — zapalenia naczyń i gruczołów chłonnych, ropni, zropienia gruczołów i t. d. Nie jest też wykluczone zakażenie ogólne nawet z zejściem śmiertelnem — zwłaszcza u niemowląt (t. zw. śmierć od pryszczycy). — Mycie wodą i mydłem, stosowanie nieodpowiednich leków powoduje sztucznie wywołane zapalenie skóry (dermatitis artefacta), tak często wikłające pryszczycę i zmieniające jej wygląd. Ocena tych spraw nie zawsze bywa łatwa, a to tem bardziej, że bardzo często bywają one wyjściem właśnie dla napadów ostrej pryszczycy występując w roli czynników wywołujących. To samo należy powiedzieć o nadmiernych potach miejscowych, o łojotoku a zwłaszcza o pryszczycy pasorzytniczej (łojotokowej), która może poprzedzać pryszczycę pospolitą, współlistnieć z nią albo też wikłać (patrz niżej).

Mając to wszystko na względzie łatwo zrozumiemy, że pryszczycą może posiadać pewne odrębne właściwości kliniczne w zależności od miejsca, w którym występuje.

Na uwłosionej skórze gł o w y spotykamy się z pryszczycą wil-

gotną i suchą. Sączenie bywa nieraz bardzo obfite. Lepka ciecz surowicza szybko skleja włosy w kosmyki, niemożność zaś czesania pociąga za sobą ich splątanie. Tworzące się między włosami strupki nie odpadają, pozostają na miejscu, nagromadzają się i nawarstwiają. Zbierający się pod nimi płyn surowiczny ulega rozkładowi, co z jednej strony powoduje nader przykrą i dla takiej pryszczycy swoistą woń, z drugiej zaś — wzmacnia zjawiska zapalne. Wskutek zakażenia wtórnego i tak częściej w tej sprawie wszawicy tworzą się liszajce i niesztowice. Gruczoły karkowe obrzmiewają. W okresie luszczenia spostrzegamy obfite wypadanie włosów.

Z głowy pryszczycy bardzo często przechodzi też na czoło, kark, małżowiny uszne i okolice zauszne.

W suchych i otrębowato złuszczających odmianach pryszczycy pospolitej głowy odgraniczenie od pewnych postaci pryszczycy pasorzytniczej (łojotokowej) da się ustalić prawdopodobnie tylko w wyjątkowych razach. Należy pamiętać, że właśnie na głowie obie sprawy mogą bardzo często współistnieć i że w tych razach pryszczycy łojotokowa zazwyczaj poprzedza wystąpienie pryszczycy pospolitej. Dłuższe spostrzeganie chorego i wytworzenie się w innych miejscach ciała zmian, przemawiających na korzyść jednego z typów pryszczycy, może częstokroć dopomóc do właściwego ujęcia całej sprawy.

Pryszczycy t w a r z y bardzo często towarzyszy znaczny obrzęk skóry — zwłaszcza powiek, policzków, nosa i małżowin usznych. W wielu razach odmykanie powiek staje się niemożliwością, słabnie nawet ostrość słuchu. Pęcherzyki są częstokroć dosyć duże i zlewają się w większe pęcherze. Na miejscach uwłosionych (policzki, bródka, szyja) mogą powstawać, jako powikłanie: mnogie zapalenie mieszków włosowych oraz czyraki (p r y s z c z y c a f i g ó w k o w a t a — ecz. sycosiforme). W zupełnej analogji do tego, co spostrzegamy na głowie, i tu również grzybica naskórkowa Unna'y dosyć często bywa podłożem i punktem wyjścia dla pryszczycy pospolitej. Obie sprawy współistnieją. Są to mieszane postacie pryszczycy. Dotyczy to zwłaszcza umiejscowienia na powiekach, wardze górnej, w okolicy ust i zausznej. Na powiekach górnych pryszczycy prawdziwa zazwyczaj czepia się łupieżu pospolitego (pityriasis simplex) lub naskórkowej grzybicy luszcycowatej. Współistnienie uporczywego zapalenia przewlekłego krawędzi przedniej powiek należy do zjawisk pospolitych. — Pryszczycy wargi górnej bywają podtrzymywane przez nieżyty przewlekłe i różne sprawy zapalne jamy no-

sowej. Częstość powstają bolesne popękania. Z biegiem czasu może się wytworzyć trwałe rzekomo-słoniowate zgrubienie.

U starszych dzieci i młodych niedokrwistych kobiet spostrzegamy niekiedy bardzo uporczywą odmianę pryszczycy, która kolisto otacza usta (pryszczycza okrężna ust — ecz. orbicularis oris). Jest to właściwie schorzenie typu pasorzytniczego (porównaj pityriasis alba faciei), suche, łuszczące się, z popękaniem promienisto ułożonymi, które tylko od czasu do czasu ulega spryszczeniu. Okres sączenia zazwyczaj nie trwa długo. Mogą wystąpić głębokie, bolesne, trudno gojące się zajady. Częstość współistnienia zmiany skóry powiek górnych (patrz naskórkowa grzybica łojotokowa).

Do pryszczyc pasorzytnicznych również zaliczamy zmiany, występujące w obrębie czerwieni warg i polegające na przekrwieniu, obrzmieniu, łuszczeniu i popękaniach (Pityriasis s. desquamatio persistens labiorum). Sprawa istnieje niezależnie lub też współcześnie z pryszczycą okrężną ust, okresowo ulega spryszczeniu i cechuje się szczególną uporczywością. Spowodować ona może trwałe zgrubienie tkanek.

Pryszczycy zauszne (ecz. retroauriculare) najczęściej powstają na podłożu pasorzytniczem i zazwyczaj współistnieją z takimi zmianami uwłosionej skóry głowy. Sprawę znamionują popękania u nasady małżowiny usznej, które zdradzają wielką skłonność do nawrotów i mogą przetrwać samą pryszczycę (zwłaszcza u górnego bieguna nasady i u płatka usznego). Niezbędnym warunkiem trwałego usunięcia takiej pryszczycy jest współczesne leczenie zmian uwłosionej skóry głowy.

Na t u ł o w i u zasługują na uwagę pryszczycza sutek, pępka oraz t. zw. pryszczycy od wyprzenia.

Pryszczycę s u t e k (eczema mammarum) najczęściej spostrzegamy u kobiet w ciąży, a zwłaszcza w okresie karmienia, niekiedy jednak u młodych dziewcząt a nawet u mężczyzn. Nierzadko zjawia się jako cierpienie poświerzbowe. Jest to pryszczycza takiego samego typu, jak zauszna. Zwykła występować umiarkowanie w kształcie dwu okrągłych, wyraźnie odgraniczonych blaszek o skórze czerwonej, naciezionej, twardej. Blaszkę łatwo ulegają spryszczeniu, a wówczas sprawa rozpościera się poza ich granice. Liszajce oraz popękania skóry w okolicy brodawki sutkowej dopełniają całości obrazu klinicznego. Z powikłań należałoby jeszcze wymienić zapalenie (niekiedy ropne) sutki oraz bolesne obrzmienie chłonnych gruczołów pachowych.

Pryszczyca okolicy pępkowej (ecz. umbilicale) zazwyczaj posiada taki sam wygląd kliniczny, co i pryszczycza sutek.

Pryszczyce od wyprzenia widzujemy w tych miejscach, gdzie przylegają do siebie dwie powierzchnie skóry. Występują zatem najczęściej u tłustych dzieci w fałdach szyi, tułowia i kończyn, u otyłych osób w fałdach brzucha i u kobiet pod sutkami, następnie zaś w pachach, pachwinach, w okolicy odbytu. W powstawaniu tej odmiany pryszczycy musimy się liczyć z wieloma czynnikami szkodliwymi. Wchodzą tu w grę wpływy mechaniczne (ucisk, tarcie), chemiczne (drażniący wpływ potu, łoju skór nego, moczu, kału) i ba-



Rys. 35. *Eczema mammarum*.

kteryjne. Jest oczywistą rzeczą, że na skórze uwłosionej i wymięklej różne drobnoustroje znajdują doskonałe warunki bytowania. Potęgują one już istniejące objawy zapalne i powodują też różne zakażenia wtórne (liszajce, zapalenie mieszków włosowych i t. p.). Nie należy przecież zapominać, że w znacznej większości przypadków mamy tu w rzeczywistości do czynienia z grzybicą naskórkową, która albo poprzedza wystąpienie zmian wyprzeniowych, albo czepta się ich następczo. To też w przypadkach wyprzenia zmiany skóry, znajduwane w miejscach odległych, częstokroć rozstrzygają o pierwotnym typie pryszczycy.

Do stałych niemal objawów należą też popękania, które niekiedy bywają nader uporczywe i skłonne do ciągłych nawrotów.

Na w z g ó r k u ł o n o w y m wygląd pryszczycy bywa taki, jak na uwłosionych częściach twarzy.

Moszna bywa często siedliskiem pryszczycy. Spotykamy tu wszelkie odmiany tego cierpienia. W napadach ostrych zwraca uwagę znaczny nieraz obrzęk skóry. W częstych nawrotach zazwyczaj widzimy odmianę liszajowatą (ecz. lichenoides). Skóra jest zgrubiała, twardawa, mało sprężysta; naskórek jest zgrubiały, zrogowaciały i łuszczy się; fałdy są głębokie, a na dnie ich można częstokroć widzieć popękania, bolesne przy dotykaniu. Sprawie stale towarzyszy nader dotkliwe swędzenie, występujące zwłaszcza nocą. Analogicznym zmianom podlega też napletek. — Zmoszny sprawa częstokroć przechodzi na krocze i okolice odbytu, gdzie w przypadkach przewlekłych zwykła się również ujawniać pod postacią pryszczycy liszajowatej. Zgrubienie skóry i zrogowacenie naskórka bywa nieraz bardzo znaczne, zwłaszcza na szwie krocza i w obrębie fałd odbytowych. Silne swędzenie i głębokie popękania, szczególnie bolesne przy oddawaniu stolca, należą tutaj do zjawisk pospolitych.

Analogiczne zmiany spostrzegamy na wargach sromowych większych i mniejszych a także na napletku lechtaczki. Zgrubienie skóry bywa częstokroć bardzo znaczne, a swędzenie tak dokuczliwe, że doprowadza chore do rozpacz.

Na kończynach górnych pryszczycy mieści się głównie na powierzchni przedniej i wewnętrznej, w zgięciach łokciowych, na grzbiecie rąk oraz na grzbietowych i zwróconych ku sobie powierzchniach palców. Na dłoniach (także na podeszwach) zwraca uwagę ta odmiana pryszczycy, którą nazywamy modzelowatą (ecz. tyloiticum s. callosum) i którą cechuje w pierwszym rzędzie nadmierne zrogowacenie naskórka. Odróżnienie tej odmiany od zupełnie analogicznych zmian skóry, spostrzeganych np. w łuszczycy lub liszaju czerwonym, należy do bardzo trudnych zadań klinicznych. Sytuację jeszcze pogarsza okoliczność, że liszaj czerwony i łuszczyca mogą niekiedy pierwotnie występować na dłoniach. Tylko swędzenie i napadowe obostrzenia sprawy z występowaniem pęcherzyków mogą zdradzić pryszczycowe znamię cierpienia.

Przypominamy też, że sztucznie wywołane a zazwyczaj pochodzenia zawodowego zapalenia skóry rąk bywają bardzo często i nieślusnie rozpoznawane, jako pryszczycowe (o różnicowaniu patrz wyżej).

Na kończynach dolnych pryszczycy chętnie występuje na powierzchniach wewnętrznych ud, w jamkach podkolanowych, na podudziach oraz na grzbietach palców i stóp. Podkolanie dosyć często bywa punktem wyjścia dla pryszczycy uogólnionej. Tutaj trzyma się ona niekiedy bardzo długo, nawet po ustąpieniu z innych

miejsc. Do nader uporczywych należy również pryszczycza podudzi, zwłaszcza u osobników z żyłakami. Są to odmiany wilgotne oraz suche, złuszczone bez głębszych zmian lub też ze znacznym nacieczeniem i zgrubieniem skóry obok ciemnoczerwonego, czerwonosinawego jej zabarwienia. Stan zapalny może też dotyczyć tkanki podskórnej. W następstwie mogą się wytworzyć słoniowacina skóry, rozrosty brodawkowe (t. zw. pryszczycza brodawkowa — ecz. verrucosum) i owrzodzenia.

W umiejscowieniu pryszczycy na palcach rąk i stóp można spostrzegać różnorakie zmiany paznokci. Bywają one zgrubiałe, nierówne, szorstkie, kruche, łamliwe, pokryte punkcikowatymi dołeczkami, wzdłuż i w poprzek zbrudzone. Brzeg wolny paznokcia niekiedy odstaje od łożyska na dosyć znacznej przestrzeni. Stwierdzamy też objawy nadmiernego rogowacenia podpaznokciowego.

O najważniejszych odmianach i umiejscowieniu pryszczycy u dzieci będzie mowa w opisie grzybicy naskórkowej Unna'y.

B u d o w a. — Zmiany histopatologiczne mieszczą się w skórze właściwej i w naskórku. W pokładach górnych skóry, a zwłaszcza w warstwie brodawkowej stwierdzamy obecność objawów zapalenia ostrego: przekrwienie, obrzęk surowicy oraz okołonaczyniowe nacieczenie drobnokomórkowe. Równoległe do tego w naskórku odbywają się sprawy, których istota anatomiczna stanowi znamienne cechy pryszczycy pospolitej. Są to: przeobrażenie gąbczaste (spongiosis), rozrost warstwy kolczastej (acanthosis) i wadliwe rogowacenie (parakeratosis). Te zmiany spotykamy w każdym przypadku pryszczycy, są one jednak nie zawsze jednakowo wyrażone. W pewnych razach na pierwszy plan wysuwa się przeobrażenie gąbczaste, w innych — nieprawidłowe rogowacenie lub też rozrost warstwy kolczastej. Ta okoliczność tłumaczy nam z jednej strony rozmaitość obrazów histologicznych, z drugiej — obfitość odmian klinicznych pryszczycy.

Płyn surowicy, przedostający się z warstwy brodawkowej do naskórka, powoduje zjawisko obrzęku. Jest to przede wszystkim obrzęk międzykolczasty. Przestrzenie międzykomórkowe są rozszerzone, mostki rozciągnięte lub pozrywane. W taki sposób powstają szczelinowate przestrzenie, a wreszcie pęcherzyki, których dolną i boczne ściany stanowią komórki kolczaste, pokrywę zaś warstwa rogowa. Na zawartość ich składa się płyn surowicy bez włókniaka, nieliczne leukocyty oraz komórki naskórkowe ulegające zniszczeniu. W sąsiedztwie pęcherzyka naskórek zdradza objawy obrzęku

śród- i międzykomórkowego. Przestrzenie międzykomórkowe są rozszerzone i zawierają nieco leukocytów. Komórki naskórkowe są duże, obrzmiałe, z wodniczkami okołojądrowymi. Cały naskórek jest zgrubiały, sople międzybrodawkowe są szerokie i wydłużone (acanthosis). Tu i owdzie widać figury dzielenia się jąder, zwłaszcza bliżej warstwy podstawowej.

W warstwie rogowej naskórka można stwierdzić zjawiska wadliwego rogowacenia. Rzecz polega na częściowym lub zupełnym braku komórek ziarnistych oraz na obecności barwiących się jąder w warstwie komórek rogowych.

W pryszczycy wilgotnej nie widać warstwy rogowej, ziarnista zaś bywa bardzo słabo wyrażona. Warstwy rogowej nie znajdujemy też w tych razach, gdy powierzchnia skóry jest pokryta strupem. Składa się on z jednorodnej lub drobnoziarnistej masy, zawierającej leukocyty, resztki komórek naskórkowych a niekiedy też czerwone ciała krwi. Warstwy ziarnistej brak. W warstwie kolczastej można wykryć objawy rozrostu i przeobrażenia gąbczastego.

W pryszczycy długotrwałej i przebiegającej z częstymi nawrotami skóra właściwa ujawnia objawy zapalenia przewlekłego. Wówczas zmianom ulega też tkanka klejodajna i sprężysta. W naskórku zaznaczają się głównie zjawiska rozrostu warstwy kolczastej i nieprawidłowego rogowacenia. W niektórych odmianach pryszczycy rogowacenie wadliwe może iść ręką w rękę z rogowaceniem nadmiernym.

Przyczyny. Poglądy na przyczyny powstawania pryszczycy prawdziwej po dziś dzień jeszcze nie ustaliły się ostatecznie. Kwestja jest bardzo złożona. Nastręcza ona tyle doniosłej treści pytań i trudnych do rozstrzygnięcia wątpliwości, a jednocześnie dostarcza tak mało doświadczalnych danych dowodowych, że śmiało rzecz można, iż jeszcze na długi czas pozostanie polem do rozległych badań i dociekań.

W chwili obecnej musimy się liczyć głównie z teorią pasorzytniczą i ustrojową.

W 1890.—1892 roku Paweł Unna podał teorię pasorzytniczego pochodzenia pryszczycy. Za sprawcę choroby uważał wyhodowanego przez siebie ziarenkowca, którego nazwał morokokiem i który miał być zupełnie odrębny od gronkowca ropotwórczego. Jednakże poszukiwania kontrolujące, podjęte w różnych krajach, a zwłaszcza przez badaczy francuskich — udowodniły, że zawartość świeżego pęcherzyka pryszczycowego jest zupełnie jałowa. Badania przeprowadzone na moim oddziale dały takie same wyniki. Okazuje

się natomiast, że z pęcherzyków pękniętych, z powierzchni pryszczyc wilgotnych i suchych udawało się wyhodować gronkowca szarego, złocistego a także paciorkowca. Wyjaśniło się też, że dziś nie znamy jeszcze drobnoustrojów swoistych, których szczepienie mogłoby spowodować powstawanie typowych zmian pryszczycowych. Te, które udaje się doświadczalnie wywołać, należą właściwie do rzędu pryszczycopodobnych grzybic gronkowcowych.

Powyższe dane sprawiły, że teoria pasorzytnicza pryszczycy nie dała się oczywiście utrzymać w całej swej rozciągłości pomimo wielkiej pociągającej prostoty i tej łatwości, z jaką tłumaczy liczne z kwestją pryszczycy związane zagadnienia. Osobiście stoimy dziś na tem, już wyż. zaznaczonem stanowisku, że teorię tę stosujemy tylko do tej grupy schorzeń skóry, którą określamy tymczasowem, zbiorowem mianem grzybicy naskórkowej Unna'y czyli pryszczycy pasorzytnicznej.

Zwróćmy się teraz do teorii ustrojowej i uprzytomnijmy sobie wszystkie fakty, które różni badacze podkreślali jako czynniki sprzyjające powstawaniu pryszczycy pospolitej. Przekonamy się tedy, że są to te same dane, z którymi się stale spotykamy w innych schorzeniach skóry uważanych za ustrojowe. Wynika stąd ważna w treści przesłanka, stanowiąca podstawę tej teorii: na pryszczycę może zachorować tylko ten, kto ma osobnicze usposobienie do tego cierpienia. Skłonność widocznie polega na tem, że skóra takich osobników posiada tego rodzaju swoistą wrażliwość, iż pod wpływem różnych podnieć zewnętrznych i wewnętrznych powstają w niej zmiany chorobowe, których sumę nazywamy pryszczycą.

Usposobienie bywa wrodzone lub nabyte. Wrodzone można odziedziczyć bezpośrednio albo pośrednio. W ostatnim wypadku dziedziczy się skłonność do schorzeń skóry wogóle i w takich razach można stwierdzić u przodków istnienie przewlekłych cierpień skóry lub wadliwości jej rozwoju, np. łuszczycę, świerzbiczkę, łuskę rybią i t. p. Pojęcie o usposobieniu nabytem jest widocznie ściśle związane z wszystkimi temi stanami, które nazywamy chorobami przemiany materji. Ponieważ jednak skłonność do tych chorób również bywa dziedziczna, wynika stąd, że w pewnym odsetku mogą one występować w roli dziedzicznych czynników pośrednich.

Co się tyczy podnieć wywołujących występowanie pryszczycowych zmian skóry, to dzielimy je na zewnętrzne i wewnętrzne.

Do zewnętrznych należą:

1) Podnieć mechaniczne — uraz w szerokim słowa znaczeniu, a więc długotrwały ucisk, tarcie, drapanie i t. p. Są to czynniki nie

tylko i nie tyle bezpośrednio wywołujące, lecz raczej pogarszające, obostrzające pryszczycę już istniejącą. Dotyczy to zwłaszcza drapania, o którym można powiedzieć, że samo przez się powoduje nie spryszczenie, lecz zliszajowacenie (lichenisatio).

2) Podniety chemiczne, do których należy zaliczyć wszystkie te czynniki szkodliwe, na które wskazano przy omawianiu stanów zapalnych skóry pochodzenia zewnętrznego a w części też w dziale o osutkach lekowych. Tutaj godzi się pamiętać zwłaszcza o tych schorzeniach skóry, które pozostają w łączności z wykonywaniem zawodu. Muszę jednak zwrócić wyraźną uwagę na tę okoliczność, że wszystkie te podniety chemiczne powodują pierwotnie tylko sztucznie wywołane zapalenie skóry. To zaś samo przez się nie jest pryszczycą, może jednak być bodźcem do powstawania tej choroby u ludzi do pryszczycy usposobionych. Zauważyć też jeszcze trzeba, że przewlekłe zapalenia skóry pochodzenia zawodowego wikłają się bardzo często przez pryszczycę pasorzytniczą. W ten sposób mogą w danym przypadku powstawać pryszczycy o typie mieszanym.

Do podniety chemicznych zaliczamy też ciecze i wydzieliny ustrojowe: mocz, kał, pot, łój skórny i t. d. oraz fiołkowe i pozafiołkowe promienie słoneczne i pochodzące ze sztucznych źródeł światła.

3) Podniety cieplne, na które się składa wpływ niskiej i wysokiej temperatury w działaniu ostrem i przewlekłym (głównie u ludzi pracujących zawodowo).

4) Podniety zakaźne pochodzenia zwierzęcego (wszy, świerzbowiec, glistnica robaczkowa (oxyuris vermicularis) i t. p.) oraz roślinnego (drobnoustroje i grzyby). Te czynniki pierwotnie wywołują pewne swoiste zmiany skóry, które ze swej strony mogą być punktem wyjścia dla pryszczycy. Tutaj trzeba też zaliczyć grzybicę naskórkową Unna'y (ecz. mycoticum), o której wszak mówimy, że łatwo ulega spryszczeniu.

Podniety wewnętrzne obejmują w głównych zarysach wszystkie te fakty, które dadzą się sprowadzić do rzędu stanów ostrego i przewlekłego zatrucia i samozatrucia. Jako najgłówniejsze należy wymienić:

1) Pokarmy, pożywki a także leki, o których była mowa w opisie zapaleń skóry pochodzenia wewnętrznego (roz. IX). Zmiany skóry, powstające pod ich wpływem, należy widocznie oceniać jako osutki przedpryszczycowe.

2) Choroby przemiany materji (dna, oksaluria, fostaluria, cukrzyca, otyłość, t. zw. skaza wysiękowa i t. d.). W charakterze czynników chorobotwórczych występują tutaj ciała, powstające wskutek

wadliwego przyswajania i niedostatecznego spalania się produktów przemiany materji. Przyznać jednak trzeba, że dotychczas zgoła nie wiemy, któremu lub którym z tych ciał należy przypisać znaczenie bodźca pryszczycotwórczego. Przekonywających danych doświadczalnych niestety nie posiadamy (Quinquaud, Brocq).

3) Ostre i przewlekłe cierpienia narządów wewnętrznych zwłaszcza żołądka, kiszek, nerek, wątroby, w których mamy do czynienia ze zjawiskami samozatrucia ustroju. W tej grupie zasługują na wielką uwagę zaburzenia czynności nerek. — R. Bernhardt i S. Rygierówna wykazali doświadczalnie (1914 r.), że w pryszczycy pospolitej można bardzo często wykryć niedomogę wydzielniczą nerek (55%). Ten objaw występuje o wiele rzadziej w grzybicy naskórkowej Unna'y (33%) i to głównie w tych przypadkach, które ulegają spryszczeniu.

4) Zaburzenia czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, które właściwie również należą do dziedziny zjawisk samozatruciowych. Za przykład może służyć fakt łączności przyczynowej pomiędzy pryszczycą a narządami płciowymi i rodniemi kobiety. Należy też zwrócić uwagę na to, jak wielki wpływ wywierają te gruczoły na układ nerwowy i naczyniowy. Wiemy też, że przy ich współdziałaniu bardzo łatwo powstają różne zmiany skóry, które oceniamy jako nerwice naczyniowe i które w danym razie winniśmy bezwarunkowo uważać za wysypki przedpryszczycowe. W ten sposób możnaby też łatwiej zrozumieć dziś jeszcze przez niektórych używany termin: *p r y s z c z y c a z w r o t n a* (odruchowa) (Reflekseczem).

5) Jady bakteryjne wytwarzane w ustroju w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Tak np. znany jest fakt częstego zjawiania się pryszczycy po odrze.

Rozpoznanie. — Na zasadzie wyżej podanych objawów zasadniczych rozpoznanie pryszczycy pospolitej przeważnie nie nastręcza zbyt wielkich trudności — przynajmniej w przypadkach typowych. Należy pamiętać, że zmiany pryszczycowe znamionuje przede wszystkim pęcherzyk, który bądź co bądź posiada pewien właściwy sobie wygląd. Zważyć też trzeba, że pęcherzyk ten przerabia typową dla sprawy ewolucję, z której znowu wynika wielopostaciowość pryszczycy oraz jej przebieg. Ważną cechą rozpoznawczą stanowi też okoliczność, że zmiany chorobowe skóry nie posiadają rozrostu odśrodkowego. Rozpościeranie się sprawy odbywa się właśnie w ten sposób, że na obwodzie wciąż tworzą się nowe ogniska pryszczycowe, które następnie łączą się z już istniejącymi sąsiednimi. Musimy jednak przyznać, że te dane różnicowo-rozpoznawcze wy-

starzejają nie zawsze. Zdarzają się bowiem przypadki o tyle złożone lub niezwykle w klinicznym wyglądzie, że właściwa ich ocena staje się możliwa dopiero po dokładnym rozważeniu spostrzeganych zmian skóry z uwzględnieniem ich dalszego rozwoju. Rzecz naturalnie nie dotyczy tak zwykłych spraw, jak opryszczki, pasówka, liszaj strzygący pęcherzykowy, których podobieństwo do pryszczycy prawdziwej może być tylko pozorne. Jeżeli jednak weźmiemy tak pospolite schorzenie, jak liszajce uwłosionej skóry głowy lub twarzy, to tutaj możemy się już spotkać z pewnymi trudnościami. Obie sprawy mają bądź co bądź dwie wspólne cechy — wilgotną powierzchnię skóry i strupy. Zróznicowanie da się zresztą w wielu razach ustalić już na pierwszy rzut oka. W zlewającym się liszajcu schorzałe miejsce skóry bywa zazwyczaj ostro zarysowane a znajdujące się na obwodzie pojedyncze krosty lub strupem pokryte blaszki również posiadają wyraźne, ostre odgraniczenie. Jest to obraz zgoła niezwykle dla pryszczycy pospolitej. Zważyć jednak trzeba, że istnienie liszajców bynajmniej nie wyklucza pryszczycy, że oba schorzenia mogą współistnieć i że powikłanie pryszczycy przez liszajce można zaliczyć do powszednich faktów klinicznych.

Do niełatwych zadań należy różnicowanie pomiędzy pryszczycą pospolitą a sztucznie wywołanym zapaleniem skóry, zwłaszcza pochodzenia zawodowego. Jak powiedziano, obie te sprawy powinniśmy ściśle odróżniać. Stosunek, jaki pomiędzy nimi zachodzi, polega jedynie na tem, że sztucznie wywołane zapalenia skóry mogą występować w roli schorzenia przedpryszczycowego. Otóż za rozpoznaniem takiego zapalenia, a przeciw pryszczycy przemawia okoliczność, że zmiany skóry zjawiają się w miejscach, gdzie podziałał czynnik szkodliwy i że miejsc tych trzymają się w dalszym przebiegu. O ile wysypka przeszła n. p. z rąk na przedramiona ujawniając się tutaj w kształcie czerwonych blaszek złuszcających, to można prawie napewno powiedzieć, że mamy już do czynienia nie ze zwykłym zapaleniem skóry, lecz z pryszczycą (przeważnie pasorzytniczą). Znamiennem jest też dla zapalenia sztucznie wywołanego, że szybko ustępuje po usunięciu czynnika szkodliwego i że natomiast stopniowo się wzmacnia przy trwaniu jego działania. Co się tyczy samych pęcherzyków, to należy nadmienić, że w zapaleniach sztucznie wywołanych występują one szybko i gromadnie na dużych przestrzeniach, zdradzają wielką skłonność do łączenia i zlewania się ze sobą a następnie wolno samoistnie zasychają. Wreszcie można dodać, że w zapaleniach wywołanych chorzy za-

zwyczaj uskarżają się na uczucie napięcia, na pieczenie i bolesność skóry, w pryszczycy zaś — na dotkliwe swędzenie.

Świerzba różni się od pryszczycy nie tylko odmiennym przebiegiem, lecz przede wszystkim umiejscowieniem, mniej gęstym ułożeniem wykwitów oraz obecnością typowych dla sprawy galerji świerzbowcowych.

Liszajowatej odmiany pryszczycy (ecz. lichenoides)) nie należy utożsamiać z pospolitym liszajem przewlekłym Vidal — Brocq'a (lichen simplex chr.), częstokroć nazywanym przez niemieckich autorów pryszczycą grudkowatą (ecz. papulosum). W tem cierpieniu skóry powstają, jak wiadomo, ogniska o trzech odrębnych pasach. Zewnętrzny jest barwikowy, przejściowy składa się z rozsianych grudek pojedynczych, wewnętrzny zaś jest utworzony z gromady drobnych czworokątnych grudeczek, gęsto ułożonych w kształcie siateczki (t. zw. quadrillage). W obrębie ogniska warstwa rogową jest zgrubiała, powierzchnia skóry sucha. Spryszczenie występuje jako zjawisko wtórne. (Bliższe szczegóły oraz różnicowanie patrz pospolity liszaj przewlekły).

Szczególnie trudno układają się warunki przy rozpoznawaniu tych częstokroć bardzo złożonych obrazów klinicznych, które nazywamy grzybicą naskórkową Unna'y czyli pryszczycą łojotokową, pasorzytniczą. Tutaj winniśmy mieć na względzie blaszkowaty kształt wykwitów, ich rozrost odśrodkowy, skłonność do zanikania w części środkowej i do szerzenia się obwodowego. Dla pryszczycy prawdziwej są to objawy zgoła niezwykle. Jest też rzeczą zupełnie jasną, że takie suche i ostro odgraniczone wykwyty kształtu blaszkowatego, pierścieniowatego i kolistego będziemy bez trudu odróżniali od pryszczycy prawdziwej i oceniali jako sprawy widocznie pasorzytnicze. W tych jednak razach ,gdy zarysy ognisk chorobowych będą mniej wyraźne, może się zawsze zrodzić wątpliwość, czy w danym razie mamy przed sobą przewlekły stan pryszczycy pospolitej w okresie łuszczenia, czy też typ grzybicy naskórkowej Unna'y. Szczegółowa ocena wszystkich danych klinicznych oraz wykrycie świeżych a typowych wykwitów częstokroć ułatwia rozpoznanie. W poszczególnym jednak przypadku sprawa może pozostać nierozstrzygnięta. Cały szereg dalszych trudności wynika stąd, że oba schorzenia mogą wszak współistnieć lub wikać się wzajemnie. Może się zatem zdarzyć, że wskutek zakażenia pryszczycą pospolitą zostaje powikłana przez grzybicę naskórkową Unna'y albo też, że grzybica ulega spryszczeniu. Które z tych zjawisk należy w danym przypadku uważać za pierwotne, tego w wielu razach nie mo-

żna powiedzieć z pewnością. Za przykład może służyć współistnienie grzybicy naskórkowej Sabouraud'a (epidermophytia Sabouraud) i pryszczycy wilgotnej w pachwinach, w okolicy odbytu i w przestrzeniach międzypalcowych stóp lub też pryszczycy wilgotnej oraz pasorzytniczej w umiejscowieniu podsutkowem u kobiet. Fakt współistnienia tych dwóch schorzeń bynajmniej nie wyklucza ich zupełnej i bezwzględnej odrębności. O tem powinniśmy stale pamiętać, gdyż tylko wówczas zdążać będziemy do bardziej dokładnego rozpoznawania i do bardziej celowego a skutecznego stosowania naszych zabiegów leczniczych.

Rokowanie w pryszczycy można rozpatrywać z dwojakiego punktu widzenia: zmian skóry oraz przebiegu wzgl. uleczałości choroby. W sprawie pierwszych trzeba zaznaczyć, że należą one do łagodnych i ustępują bez śladu. Zejście w owrzodzenie, blizny, zgrubienie trwałe skóry i t. p. zależy właściwie nie od pryszczycy, lecz od powikłań, występujących w jej przebiegu. Co się jednak tyczy przebiegu — długo trwałości każdego napadu, częstości nawrotów, uporczywości, z jaką cierpienie trzyma się i obostrza w danym miejscu, — na to nikt nie może udzielić nawet w przybliżeniu dokładnej odpowiedzi. Spotykamy się z przypadkami łagodnymi, w których przerwy pomiędzy nawrotami są długie. Spotykamy się z tak uporczywymi odmianami, że doprowadzają do rozpacz choroby i lekarza. Dużo zależy naturalnie od leczenia, a przede wszystkim od usuwalności przyczyn, które w danym razie możemy uważać za czynniki chorobotwórcze. Przyznać jednak musimy, że pomimo starannego leczenia w wielu razach osiągamy nader nikłe wyniki. Zaznaczyć też należy, że przyczyny pryszczycy są częstokroć zupełnie niewykrywalne. Jakkolwiek bądź — nie możemy uważać pryszczycy za chorobę bezpośrednio zagrażającą życiu. Wyjątek stanowią być może niektóre ciężkie uogólnione pryszczycy niemowląt i starców a zwłaszcza te, które zdradzają skłonność do przejścia we wtórne złuszczone erytodermie uogólnione. W każdym jednak przypadku należy zwrócić baczną uwagę na stan nerwowy chorych i w miarę możliwości dbać o sen i uśmierzenie swędzenia. Godzi się też pamiętać, że pryszczycy bardzo często utrudnia ruchy, przeszkadza w wykonywaniu zawodów i niepomierne utrudnia życie towarzyskie oraz stosunki socjalne chorych. Nie trzeba też zapominać o możliwości różnych powikłań chirurgicznych.

Leczenie pryszczycy pospolitej należy do najtrudniejszych zadań dermatologii praktycznej. Myli się, kto przypuszcza, że istnieją niezawodne leki, doskonałe sposoby lub nieomyłne metody

leczenia tego cierpienia. Pewnem jest tylko, że istnieją chorzy na pryszczycę i że dla każdego niemal pacjenta należy stworzyć odrębny sposób postępowania leczniczego, ściśle zastosowany do danego przypadku i uwzględniający wszelkie towarzyszące chorobie okoliczności. Gdzie jak gdzie, ale właśnie w pryszczycy jaskrawo uwydatnia się zasada indywidualizacji leczenia.

Kto głębiej zajrzy w istotę sprawy, ten łatwo się przekona, że nigdzie nie znajdzie gotowych „przepisów na leczenie pryszczycy. Znajdzie tylko przepisy na leki — co jednak bynajmniej nie jest równoznaczne z pierwszym. Sztuki leczenia pryszczycy można się nauczyć tylko w zakładach leczniczych, przy łóżku chorego. Prowadzi do tego droga mozolna. Należy przedewszystkiem przyzwyczaić się do rozpoznawania schorzenia skóry w łączności z przyczynami wywołującymi. Nie należy zadawałniać się banalnym rozpoznaniem „pryszczycy“, lecz wdroyć się w dokładne i szczegółowe wyróżnianie każdego spostrzeganego przypadku. Klinika bowiem zaświadcza na każdym kroku, że im bardziej precyzyjne jest rozpoznanie, tem *ceteris paribus* bywają lepsze wyniki lecznicze. Zapoznać się dalej należy z wartością i sposobem działania leków przeciwpryszczycowych w różnych okresach, postaciach i odmianach tej choroby. Wystudjować przytem trzeba nie tylko dany lek, lecz również zachowywanie się chorej skóry przy stosowaniu rozmaitych jego koncentracji. Nauczyć się też potrzeba trudnej umiejętności wyboru leków, zadawalniania się niewielką ich liczbą i sztuki operowania nimi. Godzi się pamiętać, że metodyka leczenia winna być jaknajprostsza. Wreszcie trzeba sobie wyrobić trzeźwy sąd w ocenie spostrzeganych zjawisk chorobowych, wytrwałość i żelazną konsekwencję w przeprowadzeniu upatrzonogo planu leczniczego. Niezbaczanie od wytkniętej a za właściwą uznanej linii postępowania nieraz stanowi jedyną tajemnicę powodzenia w leczeniu pryszczycy. Kto zatem przejdzie dobrą szkołę kliniczną i nauczy się myśleć, patrzeć i pamiętać dermatologicznie, ten z pewnością wyrobi sobie swoją własną metodę leczenia i przekona się łatwo, że metod tych jest mniej więcej tyle, ile istnieje doświadczonych dermatologów-praktyków.

Jeżeli zatem uważamy niemal za pewnik, że szczegółów leczenia pryszczycy należy się nauczyć głównie praktycznie, to tem niemniej ważną jest rzeczą dla tych, co przystępują do zajęć klinicznych, aby im nie były obce ogólne zasady leczenia przeciwpryszczycowego. O tych zasadach można powiedzieć co następuje.

Leczenie przyszczyicy pospolitej rozpada się na wewnętrzne — przyczynowe i zewnętrzne — objawowe.

Leczenie wewnętrzne logicznie wynika z rozpoznania przyczynowego przyszczyicy i jest ściśle związane z wykryciem wszystkich tych czynników, które w danym razie zwykliśmy uważać za chorobotwórcze. Tu zatem wypadnie nam uwzględnić w pierwszym rzędzie podagrę, cukrzycę, otyłość, schorzenia narządu trawiennego, wątroby, nerek i t. d. i zalecić leczenie, odpowiednie dla danego przypadku. Pozwolę sobie tutaj zaznaczyć, że w ocenie przyczyn wywołujących poświęcamy zbyt mało uwagi znaczeniu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. A jednak wpływ ich na powstawanie i trwanie przyszczyicy, na częstość i uporczywość nawrotów w wielu razach bezwarunkowo nie da się zaprzeczyć. W związku z nimi może też pozostawać pierwiastek nerwowy niektórych przyszczyicy (patrz wyżej). W odpowiednich więc przypadkach będzie wskazana organoterapia, po której można się niekiedy spodziewać bardzo dobrych wyników. Przyznać jednak trzeba, że istnieje niemało spostrzeżeń, w których nie sposób doszukać się wyraźniejszych przyczyn powstawania omawianego cierpienia. W takich razach praktycy zbyt często i bez dostatecznych powodów rozpoznają tło podagryczne (artretyczne) i zalecają surową dietę oraz wody alkaliczne — najczęściej Karlsbadzkie oraz t. zw. środki przeciwpodagryczne (atofan, nowo- lub paratofan, urodonal, piperazinę, urecidinę i t. p.). Należy przestrzec przed takim schematycznym leczeniem. Najczęściej nie prowadzi ono do celu, a u ludzi szczupłych, średnio odżywionych i niedokrwistych może nawet spowodować wyraźne pogorszenie stanu ogólnego.

Bez względu jednak na to, jakie będzie w danym razie rozpoznanie przyczynowe i bez względu na zalecone leczenie przyczynowe, każdego chorego na przyszczyicę obowiązuje dieta. Przestrzeganie jej, jak to wykazało doświadczenie, bezwarunkowo posiada pewne znaczenie praktyczne. Należy unikać potraw tłustych, pieprzonych, słonych, bardzo słodkich i wogóle trudno strawnych. Przeciwwskazane są mięsiva tłuste, wędzone, dziczyzna, marynaty wszelkiego rodzaju, morskie ryby, skorupiaki, grzyby i stare fermentujące sery. Wskazane są natomiast jarzyny (prócz szparagów i kapusty brukselskiej), owoce (prócz poziomek i malin), potrawy mączne i nabiał. Należy bezwarunkowo zabronić napojów wysokowych, kawy i mocnej herbaty. W każdym przypadku trzeba też zalecić ograniczenie ogólnej ilości spożywanego mięsa i baczyć na to, aby

nie nadużywać potraw z jaj. Niekiedy można się spodziewać pewnych korzyści od diety jarskiej. Dotyczy to zwłaszcza ludzi, którzy niemal wyłącznie odżywiają mięsem nie gardząc przytem napojami wyskokowemi. Kontrast w odżywianiu wychodzi nieraz na dobre. Nie należy jednak tego uogólniać i nie należy bez potrzeby nadużywać cierpliwości chorych. Stwierdzamy bowiem aż nazbyt często, że ścisłe jarstwo, nawet przez długi czas stosowane, stanowczo nie wywiera żadnego dodatniego wpływu na przebieg pryszczycy. W takich razach wielokrotnie próbowałem metody przeciwnej. Zalecałem powrót do zwykłej diety i muszę przyznać, że zazwyczaj nie miałem powodu żałować takiego zarządzenia. I tu zatem, jak zresztą wszędzie, należy unikać krańców. Najodpowiedniejszy jest widocznie złoty środek — dieta mieszana.

Wreszcie muszę dodać, że u osobników otyłych i w przypadkach pryszczycy długotrwałej, uporczywej mogą być wskazane t. zw. głodowe lub mleczne dni (1—2 dni w tygodniu).

Zalecając choremu odpowiednią dietę winniśmy go ponadto przestrzec, aby był umiarkowany w jedzeniu. Niektórzy bowiem uważając się za pokrzywdzonych jakością, starają się powetować tę stratę ilością potraw. We wszystkich przypadkach należy też zwracać baczną uwagę na czynność kiszek i wytrwale zwalczać nawykowe zaparcie stolca. Ze względu na często stwierdzoną niedomogę wydzielniczą nerek (R. Bernhardt, S. Rygierówna) są wskazane środki moczopędne.

Dotychczas nie znamy właściwych leków wewnętrznych przeciwko pryszczycy. Tak często zalecany arsenik jest stanowczo przeciwwskazany we wszystkich przypadkach pryszczycy o zapalnych objawach ostrych lub podostrych. W tych razach drażni on skórę, powoduje obostrzenie sprawy, wzmaga saczenie a zatem raczej szkodzi, niż pomaga. Dodatniego wpływu można się niekiedy spodziewać tylko w odmianach liszajowatych i modzelowatych (ecz. lichenoides et tyloiticum) a także we wszystkich tych razach, gdy wskazane jest leczenie ogólne wzmacniające ze względu na niedokrwistość i upośledzone odżywianie. Jednak i wówczas będzie celowiej podawać małe wzgl. średnie dawki arszeniku i łączyć go z żelazem, lecytyną, strychniną.

- 1) Ac. arsenicosi 0,10
Lecithini 3,00
Fer. reducti 4,00
Pulv. et Extr. Gentianae q. s.
ut f. pil. No. 100
S. 3 r. dz. po 1 pigułce.
- 2) Extr. Strychni 1,20
Ac. arsenicosi 0,12
Pulv. et Extr. Gentianae q. s.
ut f. pil. No 60.
S. 2 r. dz. po 1 pigułce.
- 3) Inj. Triplex (Gessner).
- 4) Inj. Synergetol (Karpiński).

Z innych środków niektórzy praktycy zachwalają ichtyol w płynie (1:2 wody, dawka 5—20 kropli, 2—3 r. dz.) lub w pigułkach (0,1 pro dosi, 3 r. dz. po 1—3 pig.), ichtalbinę (1—2 g, 3—4 r. dz.), siarkę (w pryszczycy odbytu), chininę i ergotynę (w obecności zjawisk naczynioruchowych), nukleinę, drożdże i t. p. W uporczywych sączących pryszczycach, spostrzeganych niekiedy u starszych osobników, stosowałem z powodzeniem naparstnicę.

Leczenie zewnętrzne.

Przed przystąpieniem do leczenia objawowego winniśmy przede wszystkim usunąć wszystkie szkodliwe podniety zewnętrzne, które sprzyjają i powodują występowanie objawów pryszczycowych oraz podtrzymują i obostrzają już istniejące zmiany skóry (patrz podniety wewnętrzne). — W związku z tem należy też gorąco zalecić choremu, aby unikał drażnienia skóry — tarcia, drapania, mycia wodą i mydłem i t. p. Znajdujące się na skórze zbyt silnie działające zasypki lub maści należy starannie zmyć waseliną, oliwą, olejem lnianym, benzyną, wyskokiem, eterem. Wszystkie opatrunki trzeba wykonywać z zachowaniem bezwzględnej czystości chirurgicznej. Należy sobie uświadomić, że dobry i właściwy opatrunek najczęściej stanowi o powodzeniu w leczeniu zewnętrznem pryszczycy.

Środki, które zamierzamy stosować, a także postać leków muszą być ściśle zastosowane do okresu pryszczycy oraz do stanu,

w jakim znajduje się skóra. W początkach choroby, kiedy mamy do czynienia z przekrwieniem i świeżym niepękniętym pęcherzykiem, wskazane jest niedrażniące leczenie przeciwzapalne i odwadniające — głównie za pomocą zasypek, zawiesin, klein i past. Podstawę zasypek stanowi łojek (talk) oraz różne gatunki mączki (skrobii): ryżowa, pszenna, kartoflana, grochowa (farina pisi) itd. Do nich dodaje się kwiatu cynkowego 10%, kw. garbnikowego, zasadowego azotanu bizmutowego 1—10%, kw. bornego 5%, kw. salicylowego 1—2% i t. p. Zasyпка powinna być dokładnie roztarta, nie zawierać grudek. Stosuje się obficie i kilka razy dziennie, gdzie można — pod opaską muslinową.

Zawiesiny nakładamy dwa razy dziennie — najlepiej za pomocą pendzla z miękkiej szczeciny. Pendzel należy dokładnie wymyć gorącą wodą przed i po każdym użyciu.

Talci veneti
Zinci oxydat.
(Amyl. oryz.)
Glycerini pur. \widehat{aa} 25,00
Spir. vini rectit.
Aq. destill. \widehat{aa} 12,50
M. D. S.

Oxyd. Zinci
Amyl. oryz. \widehat{aa} 20,00
Glycerini pur. 10,00
Aq. plumbi 50,00.
M. D. S.

Zawiesiny, pospolicie papkami zwane, szybko zasychają pokrywając schorzałą skórę równomierną gładką warstwą. Niewątpliwie działają przeciwzapalnie, zmniejszają swędzenie i chronią od szkodliwego wpływu czynników zewnętrznych. Właściwości te w stopniu jeszcze wyższym posiadają kleiny, które przyrządzamy na żelatynie. Oto dobry przepis:

Zinci oxydat.
Gelatini alb. \widehat{aa} 15,00
Glycerini pur. 25,00
Aq. destill. 45,00
M. D. S.

Przed użyciem należy kleinę roztopić w naczyniu z gorącą wodą, a następnie cienko rozsmarować za pomocą pendzla. Ochronna

warstwa jest gładka i sprężysta, trzyma się miejsca około doby. Mniej kłopotliwe, gdyż nie wymagające roztopienia, są kleiny z t. zw. *Gelanthum Unna* (mieszanka z gumy tragankowej, żelatyny i wody) oraz t. zw. *linimentum exsiccans Pick.*

Traganth. 5,00
 Glycerini pur. 2,00
 Aq. destill. 100,00.
 D. S. *Linimentum exsiccans.*

W porównaniu z wyżej podaną kleiny te są jednak nazbyt suche, ściągają skórę, pękają i mogą wskutek tego drażnić i powiększać swędzenie. Można je stosować tylko na niewielkich przestrzeniach.

Wskazanie do zastosowania klein jest dosyć ograniczone. Właściwie mówiąc, nadają się one tylko tak długo, póki powierzchnia skóry jest sucha. Z chwilą, gdy zjawia się sączenie — bodaj bardzo umiarkowane, albo gdy chory się poci, zalecanie klein rozmija się z celem. Wilgoć odkleja ochronną warstwę leku, która pęka, drażni skórę i powoduje wzmożenie sączenia. W takich razach można jeszcze spróbować zawiesin, które niekiedy dobrze wysuszają, lepiej jednak przejść do past. Szerokie zastosowanie zyskały pasty *Lassar'a* i *Unna'y*.

- 1) (*Ac. salicylici* 1—2,00)
Zinci oxydat.
Amyl. oryz. aa 25,00
Vaselin. fl. amer. 50,00
M. f. past. S. Pasta Lassari.

- 2) *Terrae siliceae* 4,00
Oxyd. Zinci 20,00
Adipis benzoat 50,00
M. f. pasta. S. Pasta Unnae.

Należy smarować łopatką szklaną lub rogową dwa razy dziennie i nałożyć opaskę. *Pasta Unna'owska* jest o wiele suchsza od *Lassar'owskiej* i nie zawsze bywa dobrze znoszona.

Przyznać trzeba, że za pomocą past można bardzo wiele zdziałać w leczeniu pryszczycy suchej. Częstokroć nie zawodzą one nawet w słabych stopniach postaci wilgotnej zwłaszcza wówczas, gdy

surowiczy płyn występuje kropelkami tu i owdzie na powierzchni schorzałej skóry. Osobiście jednak w takich razach oddaję pierwszeństwo maści ołowiano-bizmutowej, którą pozatem gorąco polecam w przypadkach znacznej wrażliwości skóry.

Empl. plumbi simpl. 10,00
 Vaselin. fl. amer. 30,00
 Bismuth. carbon.
 Zinci oxydat. aa 8,00
 (Ol. rosar. gtt. V)
 M. f. ungt.

Z chwilą, gdy mamy przed sobą zdecydowanie wilgotną przyszcycę, należy zaniechać stosowania wyżej podanych środków i przejść do t. zw. ściągających (adstringentia). W przypadkach sączenia słabego i umiarkowanego ze strupami na powierzchni skóry środkiem naczelnym zawsze będzie maść diachylowa Hebra'y (Ungt. Diachylon. Hebrae), o której najmłodsze pokolenie częstokroć zapomina wobec nadzwyczajnej mody na pasty.

Empl. Lithargyri simpl. 100,00
 Adipis lanæ 70,00
 Vaselin. fl. amer. 30,00
 M. f. ungt.

Ten przepis uległ licznym zmianom, podstawa maści została jednak wszędzie zachowana. W działalności praktycznej najchętniej zalecam następujący przepis:

Empl. plumbi simpl. 60,00
 Vaselin. fl. amer. 120,00
 Zinci oxydat
 Amyl. oryz. aa 10,00
 M. f. ungt.

Maść należy rozsmarowywać na czystym, miękkim płótnie używanem i wielokrotnie wypieranem albo też na gazie w kilkoro złożonej, wykrawać odpowiedniej wielkości i kształtu płatki i oklejać niemi miejsca chore. Palce owija się paseczkami szerokości 1—2 centymetrów. Na płatki z maścią kładzie się warstwę waty, a całość przytrzymuje się opaską. Opatrunek należy zmieniać 1—2 razy

dziennie. Pozostającą na skórze maść oraz strupy usuwamy za pomocą oliwy prowanckiej, oleju lnianego, mazidla na oparzeliny (lin. oleo-calcareum), waseliny, maści kojącej (ungt. leniens), benzyny, eteru, unikając energicznego tarcia i drażnienia skóry. Wystarczy zmywać jeden raz dziennie.

W tych razach, gdy sączenie sięga wysokich stopni lub gdy skóra jest znacznie obrzmiała, napięta, bolesna, wówczas jest wskazane stosowanie płynów ściągających. Zalecamy octan glinowy (1–2%) lub płyn Burow'a (1–1½ łyżki stołowej na szklanke wody), 3% roztwór kw. bornego, wodę gulardową (wzgl. z dodaniem kw. bornego, n. p. Aq. Saturni: Sol. 3% ac. borici aa), 1–2% roztwór resorcyny lub też $\frac{1}{10}$ – $\frac{1}{4}$ % roztwór wodny azotanu srebra. Te płyny nie tylko posiadają działanie ściągające, lecz przeciwzapalne, bakterjobójcze i usmierzające ból. Stosujemy je w postaci okładów i kompresów. Pierwsze zmieniamy wielokrotnie w ciągu doby, drugie — rano i wieczorem. O ile nie ma szczególnych przeciwwskazań, należy oddać pierwszeństwo okładom rozgrzewającym.

Doskonałe usługi w leczeniu pryszczycy wilgotnej wyświadcza niekiedy smoła z węgla kamiennego (Ol. lithanthracis), o której z polskich autorów pisali głównie Wł. Kopytowski i S. Rygierówna. Smołę należy smarować na skórę uprzednio odkażoną.

Działanie okładów, kompresów i wyżej podanych maści podlega ścisłej kontroli. Stosowanie tych leków winno być cofnięte w porę, aby uniknąć ich szkodliwego wpływu wymaczającego (maceratio). Odpowiednia po temu chwila następuje wtedy, gdy ustaje sączenie, zmniejszają się objawy zapalne i rozpoczynają się sprawy, związane z odradzaniem się naskórka. Klinicznie zdradza się to w ten sposób, że czerwony kolor skóry staje się mniej soczysty i nabiera odcieni matowych i białawych. Wówczas przechodzimy do t. zw. leków odtleniających (redukcujących), które już można nazwać właściwymi środkami przeciwpryszczycowymi (Antieczematosia). Stosujemy je w zawiesinach, pastach lub maściach ołowianych, ołowiano-cynkowych i ołowiano-bizmutowych (patrz wyżej). Rozpoczynamy od słabych stężeń i od słabych niedrażniających leków, przechodząc bardzo stopniowo do energicznych. Doradza się nie aplikować maści od razu na całą powierzchnię schorzałą, lecz początkowo posmarować stosunkowo niewielkie miejsce, aby wyczuć wrażliwość skóry. Do tych leków można zaliczyć tiol, ichtyol, tigenol, lenigalol, siarkę strąconą, kwiat siarczany (sulfur ppt., flor. sulfur.), sulfidal, sulfoform i t. p.

- 1) Empl. plumbi simpl. 20,00
 Vasin. fl. amer. 40,00
 Ammon. sulfoichthyol. 1,50 — 3,00 — 6,00
 (Thiol. liq.)
 (Naftalan.)
 (Thigenol.)
 Zinci oxydat.
 Amyl. oryz. \widehat{aa} 3,00
 M. f. ungt.

- 2) Empl. plumbi simpl. 20,00
 Vasin. amer. 60,00
 Ammon. sulfoichthyol. 2,50 — 5,00 — 10,00
 (Thiol. liq.)
 (Naftalan.)
 Bismuth. carbon.
 Oxyd. Zinci \widehat{aa} 16,00
 M. f. ungt.

- 3) Thigenol. 0,50 — 2,50
 (Naftalan. 1,50 — 5,00)
 Bismuth. subnitr
 Zinci oxydat. \widehat{aa} 2,50
 Ungt. simplicis
 — lenientis \widehat{aa} 25,00
 M. f. ungt.

- 4) (Resorcini resubl. 0,25 — 0,50)
 Ac. salicylici 1,00 — 2,00
 Ammon. sulfoichthyol. 2,50 — 10,00
 (Thigenol.)
 Zinci oxydat.
 Amyl. oryz. \widehat{aa} 25,00
 Vasin. fl. amer. 50,00
 M. f. pasta.

- 5) Thioli liq. 2,00
 Terrae siliceae 2,00
 Zinci oxydat. 10,00
 Adipis benzoat. 28,00
 M. f. pasta.



- 6) Lenigallol. 3,00 — 5,00
 Ammon. sulfoichthyol. 5,00 — 10,00
 Zinci oxydat.
 Amyl. oryz. \widehat{aa} 25,00
 Vaselin. fl. amer. 50,00
 M. f. pasta.
- 7) Ammon. sulfoichthyol. 1,25 — 2,50
 (Naftalan.)
 Past. Zinci sulfurat.
 (Unna) 25,00
 M. f. pasta.
- 8) Thigenol. 5,00 — 10,00
 (Naftalan.)
 (Ichthyol.)
 Talcu venet.
 Oxyd. Zinci
 Glycerini pur. \widehat{aa} 25,00
 Spir. vini rectific.
 Aq. destill. aa 12,50
 M. D. S.

Jeżeli pod wpływem takiego leczenia pryszczycza zaczyna się stopniowo poprawiać, skóra pozostaje sucha, przekrwienie się zmniejsza i zjawia się złuszczająca parakeratotyczna warstwa rogowa, wówczas jest wskazane przejście do przetworów dziegciowych. Stosujemy je w wyż. podanych zawiesinach i zaróbkach maściowych lub też per se. I tu również trzeba zalecić wielką ostrożność, powolne stopniowanie jakości i stężenia leku oraz próbne wycucie wrażliwości chorej skóry. W szpitalu św. Łazarza postępujemy w ten sposób, że w ciągu 2—3 dni stopniowo nasuwamy dziegieć od obwodu ku środkowi ogniska pryszczycowego. Miejsce zadziegciowane pokrywa się maścią ołowiano-cynkową, ołowiano-bizmutową, maścią Wilson'a lub pastą cynkową. Do słabych przetworów dziegciowych należy tumenol, smoła z węgla kamiennego (Ol. lithanthracis), liq. carbonis deterg. anglic., antrasol, pitylen i t. p., do silniejszych — nalewka dziegciowa (T-ra Rusci) oraz czysty olej dziegciowy: brzozowy (Ol. rusci s. betulae), bukowy (Ol. cadinum), smolny (Ol. picis), jałowcowy (Ol. juniperi empyreumaticum).

W przypadkach o przebiegu przewlekłym z głębszemi zmianami skóry i naskórka, zwłaszcza zaś w pryszczycy liszajowatej, łuszczycowatej (patrz niżej) i modzelowatej, nieocenione usługi oddaje niekiedy kw. pyrogalusowy (0,5 — 5%) antrarobina (0,5 — 5%), chryzarobina (0,25 — 3 — 5%), cignolin (0,25 — 5%). Te leki stosujemy wedle przepisów, podanych w łuszczycy i grzybicy naskórkowej Unna'y. Częste zastosowanie znajdują tu również plastry zwykłe i kauczukowe z zawartością wyż. podanych leków, następnie kąpiele dziegiowe (patrz leczenie łuszczycy) oraz siarkowe sztuczne i naturalne (Busko, Solec, Aix-les-bains, Saint-Gervais, Brides, Lavey, Leuk, Baden (Szwajcarja), Akwisgran, Neundorf).

Ol. Rusci 100,00

Spir. saponat. kalin.

Aq. destill. aa 75,00

M. D. S. Na jedną kąpiel (Neisser).

Na szczególną uwagę zasługuje niekiedy kwestja swędzenia. Jak wiadomo, jest to objaw stale towarzyszący pryszczycy i nierozłącznie z nią związany. W zwykłych warunkach sprawa zazwyczaj układa się w ten sposób, że objaw ten zjawia się, wzmagą, słabnie i ginie współcześnie i równoległe do przebiegu pryszczycy. W tych warunkach właściwe leczenie objawów przedmiotowych pryszczycy będzie zarazem zabiegiem, skierowanym przeciwko swędzeniu. Należy jednak do rzeczy powszednich, że chorzy żądają oddzielnych środków uśmierzających swędzenie. W takich razach trzeba rozważyć, czy leki, które moglibyśmy zalecić do osiągnięcia tego celu, nie pogorszą stanu samej pryszczycy. Nie godzi się bowiem zakładać prawidłowego i pomyślnego przebiegu choroby wówczas, gdy nie możemy liczyć na trwałe usunięcie tego dokuczliwego objawu. Zdarzają się jednak przypadki, w których swędzenie może przetrwać objawy przedmiotowe pryszczycy. Znamy też odmiany tego cierpienia, w których swędzenie może się stać zgoła nieznosne (pryszczycyca liszajowata i modzelowata). W takich razach można zalecić nalewkę dziegiową, której działanie nieraz bywa nad wyraz wydadne, a następnie kw. salicylowy, mentol i t. p. w 1—2% rozczyinach wyskokowych do wycierania 2—3 razy dziennie. Krótkotrwałe miejscowe kąpiele gorące działają nieraz bardzo dodatnio w pryszczycach odbytu i sromu. To samo można powiedzieć o d'Arsonwalizacji. Najszybsze, najpewniejsze i najpotężniej-



sze działanie przeciwsędzeniowe wywierają jednak tylko promienie X.

Ostatniemi czasy rentgenoterapia została wprowadzona na stałe do skarbca leczniczego pryszczycy. Sądzę, że nowoczesny dermatolog wyrzekłby się jej niechętnie, gdyż jest ona synonimem postępu, a częstokroć deską ratunku w bardzo trudnych sytuacjach. Daje ona bowiem wyniki tam, gdzie wszelkie środki zewnętrzne zawiodą i gdzie objawy pryszczycy uporczywie trwają pomimo starannego, umiejętnego i wytrwałego leczenia. Usuwa ona nie tylko swędzenie, lecz też wszelkie anatomiczne objawy pryszczycy i to w czasie stosunkowo krótkim. Przy właściwej technice metoda może być stosowana niemal we wszystkich okresach i odmianach pryszczycy za wyjątkiem stanów znacznieszego zapalenia i obrzęku skóry. Bardzo ostrożnie należy postępować w okresach pryszczycy wilgotnej i nie przekraczać dawki 1—1½ H. W pryszczycy suchej (pęcherzykowej) można nieraz osiągnąć coś w rodzaju leczenia poronnego. Najwłaściwszem jednak wskazaniem do stosowania rentgenoterapii są końcowe okresy pryszczycy złuszczającej oraz uporczywe pryszczycy o przebiegu przewlekłym, zwłaszcza zaś silnie swędzące odmiany liszajowate, łuszczycowate i modzelowate. Tutaj wyniki nieraz bywają zdumiewające i dają się osiągnąć bez stosowania innego leczenia zewnętrznego prócz obojętnych maści lub wycierania wódką salicylową. Jestem jednak zdania, że w przypadkach trudnych połączenie rentgenoterapii ze zwykłymi metodami leczenia pryszczycy jest zupełnie na miejscu. Wychodzimy tu z założenia, że dla szybkiego osiągnięcia celu należy uruchomić wszelkie rozporządzalne środki i metody lecznicze.

Co się tyczy techniki, to godzi się zauważyć, że pryszczycyca należy do schorzeń skóry bardzo wrażliwych na promienie X. Zaleca się zatem unikanie dużych dawek, mogących spowodować niepożądany odczyn. Najlepiej naświetlać dosi refracta: ¼—⅓ dawki co 8—10 dni. Doświadczenie osobiste odgrywa tu bardzo wielką rolę. W każdym razie odradzam przekraczanie jednorazowej dawki 2½ H. nawet w przypadkach bardzo przewlekłych. Niekiedy bywa też wskazane stosowanie filtrów glinowych.

W niektórych razach wywiera korzystny wpływ leczenie światłem pozafioletkowym, (rtęciowa lampa Kromayer'a). Przyznać jednak trzeba, że pod względem wydajności metoda ta nie da się nawet porównać z rentgenoterapią, choć jest niewątpliwie bezpieczniejsza.

Pryszczyca pasorzytnicza. — Grzybica naskórkowa Unna'y.
(Eczema mycoticum. — Epidermomycosis Unna).

Pryszczycą pasorzytniczą czyli grzybicą naskórkową Unna'y będziemy nazywali pewną niezbyt dokładnie rozgraniczoną gromadę schorzeń skóry, których odrębność kliniczną prawdopodobnie zdolamy ustalić w większości przypadków, lecz których istoty dotychczas jeszcze nie poznaliśmy. Dzisiaj można tylko powiedzieć, że wygląd tych wykwitów, ich rozrost odśrodkowy, skłonność do samoistnego zanikania w części środkowej, wreszcie odczyn leczniczy i wogóle cały obraz kliniczny — piętnują te sprawy chorobowe jako pasorzytnicze i zasadniczo różnią je od pryszczycy prawdziwej. Potrzebę ich wyodrębnienia odczuwamy na każdym kroku. Wskazują na to choćby nazwy, udzielane tym obrazom klinicznym przez różnych badaczy: *seborrheides*, *seborrheides eczematizantes*, *eczema seborrhoicum*, *eczema mycoticum s. parasitarium*, *mycosis seborrhoica*, *parakeratoses psoriatiformes* i t. p. Już z samego brzmienia nazw wyciera oczywista chęć stworzenia nowego typu chorobowego i tendencja do wyzwolenia się z pod wszechpotężnego wpływu „pryszczycy“. Jednakże wskutek braku ściślejszych danych przyczynowych dziś nie można jeszcze dokonać tej pracy. Wyczuwamy wprawdzie podłoże pasorzytnicze tych schorzeń i możemy na to przytoczyć nie mało analogji i porównań, przyznać przecie musimy, że rzeczowych dowodów bakterjologicznych dotychczas nie posiadamy. Dlatego też w ujęciu t. zw. pryszczycy pasorzytniczej obecnie zniewoleni jesteśmy ograniczyć się li tylko do pojęcia klinicznego.

Wynika stąd cały szereg trudności rozpoznawczych, częstokroć nie dających się przewyciężyć. Z powodu braku danych etyologicznych nie możemy przedewszystkiem nakreślić dokładnych granic dla omawianych tu schorzeń skóry. Ten zaś fakt, że pryszczyca pasorzytnicza pozostaje w jakiejś ściślejszej, dziś dla nas nieuchwytniej łączności z łojotokiem, z pryszczycą prawdziwą i z łuszczycą, — ten fakt jest powodem, że wkracza ona bezustannie w dziedzinę tych typów chorobowych. Dotyczy to zwłaszcza pryszczycy pospolitej, która, jak wiemy, może współistnieć z pasorzytniczą, wikłać ją lub być przez nią powikłana. Wynikające stąd obrazy kliniczne mogą być tak złożone, że ściśle rozpoznanie staje się wogóle niemożliwe. Tylko długie, niekiedy przez lata trwające spostrzeganie chorego i dokładne zapoznanie się z rozwojem poszczególnych wykwitów może niekiedy dopomóc do rozstrzygnięcia wątpliwości.

Zapewne, sprawa ułożyłaby się o wiele prościej, gdybyśmy stanęli na stanowisku Unna'y i chcieli uważać każdą pryszczycę za pasorzytniczą. Wtedy mówilibyśmy tylko o różnych odmianach pryszczycy pasorzytniczej. Zdaje się jednak, że taki pogląd nie da się utrzymać i że nie podziela go też większość dermatologów. Klinika przekonywa, że różnicowanie pomiędzy pryszczycą prawdziwą a pasorzytniczą jest logiczną koniecznością. Trudności dyagnostyczne przypadków mieszanych i powikłanych nie mogą odgrywać roli rozstrzygającej wobec tego, że istnieją wszak nieskażone postacie pryszczycy pasorzytniczej, które rozpoznajemy bez trudu — niemal na pierwszy rzut oka. Wiemy, że takie przypadki nieraz bardzo długo zachowują właściwy sobie odrębny wygląd kliniczny i nie zdradzają skłonności do powikłań. Wiemy też, że w nawrotach mogą one znowu ujawnić ten sam, co poprzednio typ wysypki niepowikłanej.

Jest jeszcze jedna okoliczność, przemawiająca za koniecznością wyodrębnienia pryszczycy pasorzytniczej, — a mianowicie wygląd wykwitu pierwotnego. W pryszczycy prawdziwej za wykwit pierwotny uważamy pęcherzyk wzgl. gromadę pęcherzyków, zazwyczaj powstającą na zaczerwienionem tle skóry. W pryszczycy zaś pasorzytniczej wykwit pierwotny występuje jako grudka wzgl. gromada grudek okołomieszkowych lub też jako złuszcząca blaszka rumieniowa. W nieskażonych typach klinicznych różnice są tak wielkie i o tyle oczywiste, że o ich utożsamieniu nie może być mowy. Staje się też rzeczą zrozumiałą, że sama nazwa „pryszczycza“ pasorzytnicza najzupełniej rozmija się z rzeczywistością, gdyż schorzenia te bynajmniej nie są pryszczycami. W celu uniknięcia nieporozumień i zamętu pojęć należałoby w stosunku do tej gromady cierpień skóry zupełnie unikać nazwy „pryszczycza“ i zastąpić ją przez inną, bardziej uwydatniającą ich domniemane właściwości pasorzytnicze. Podane przez A. Neisser'a określenie *Mycosis seborrhoica* byłoby zupełnie do utrzymania, gdyby nie przymiotnik, który z góry przesądza bezwzględłą łączność tych spraw z łojotokiem. Bywa to wprawdzie bardzo często, nie jest jednak, jak zobaczymy, zasadą. Dlatego też sądziłbym, że byłoby może właściwiej nadać tym cierpieniom tymczasową nazwę grzybic naskórkowych Unna'y (*Epidermomycosis Unna*) *) w celu uczczenia imienia badacza, który najbardziej przyczynił się do ich wyodrębnienia.

W zależności od wyglądu wykwitu pierwotnego grzybicy na-

*) Analogicznie do *epidermophytia Sabouraud*.

skórkowej Unna'y odróżniamy dwa zasadnicze typy tego schorzenia: typ grudkowy i typ blaszkowaty.

I. Naskórkowa grzybica grudkowa czyli okołomieszkowa. — Pasorzytnicza pryszczycza okołomieszkowa. (Epidermomycosis papulo-peripilaris s. Eczema mycoticum papulo-peripilare s. Eczema folliculare Molcolm Morris s. Eczema papulo-vesiculosum Unna).

Pierwotny wykwit ma wygląd grudki okołomieszkowej kształtu tępego stożka, barwy od żywo- do ciemnoczerwonej. Świeże twory są bardzo drobne — wielkości łepka szpilki — i z ledwością wzniesione ponad powierzchnię otoczenia. Grudki starsze sięgają rozmiarów ziarna konopnego. Są one wyraźnie stożkowate, twarde przy dotykaniu i posiadają pewne podobieństwo do wykwitów czerwonego liszaja kończystego. W środku tych grudek, na szczycie stożka widać maleńki pęcherzyk lub też ciemniejszą czerwoną kropkę, odpowiadającą rozszerzonemu wylotowi mieszka włosowego i niekiedy pokrytą drobną łuską — strupeczkiem. W miejscach obficie uwłosionych (wyprostne kończyn, brzuch u mężczyzn, mostek) na szczycie grudki sterczy włoski.

Grudki układają się gromadami — po kilka i kilkanaście — tworząc poletka o zarysach okrągłych. Naskórek położony pomiędzy grudkami posiada barwę szarawą lub szarozółtawą, jest nieco zgrubiały, suchy i łuszczy się nader słabo. Z biegiem czasu liczba grudek stopniowo się powiększa w obrębie danego poletka, a poszczególne grudki łączą się i zlewają ze sobą. Wreszcie powstają okrągłe lub owalne, niezbyt ostro, lecz wyraźnie odgraniczone i ponad otoczenie wzniesione blaszki o powierzchni nierównej, czerwonej i zaopatrzonej licznymi jeszcze ciemniejszymi kropkami (rozszerzone wyloty mieszków włosowych). Blaszki powiększają się wskutek rozrostu odśrodkowego. Wzniesiony brzeg przesuwa się ku obwodowi, część zaś środkowa blaszki osiada, blednie i poczyną się łuszczyć. Wtedy mamy przed sobą twór obrączkowaty, na którego obwodzie zawsze widać poszczególne lub w drobne gromady ułożone grudki stożkowate. Z biegiem czasu obwodowa część wykwitu również blednie, wchłania się i spłaszcza tak, że całość przekształca się w złuszczającą blaszkę rumieniową, która znika bardzo powoli, lecz bez śladu. Jest rzeczą zrozumiałą, że wskutek połączenia się kilku lub wielu blaszek muszą się utworzyć figury kołiste, które nieraz zajmują dosyć znaczne przestrzenie.

Taki typowy przebieg naskórkowej grzybicy okołomieszkowej spostrzegamy stosunkowo nie często. W większości przypadków

blaszki niebawem ulegają spryszczeniu. Zaczerwieniają się one i obrzmiewają, ich powierzchnia staje się wilgotna i pokrywa brudnoszarami strupami. Te objawy mogą się trzymać dosyć długo. Dopiero po ich ustąpieniu blaszki ulegają wyż. wskazanym zmianom wstecznym. — Z powodu drapania niekiedy występują też zjawiska zliszajowacenia wtórnego.

Wysypka powoduje umiarkowane swędzenie ujawniające się w stopniu znaczniejszym w tych miejscach, gdzie powstają blaszki.



Rys. 35.
Epidetmomycosis papulo-peripilaris.

Spryszczenie zazwyczaj potęguje objawy swędzenia. Przebieg należy do uporczywych. Zmiany skóry poddają się leczeniu dosyć trudno i zdradzają nie małą skłonność do nawrotów.

Pod względem umiejscowienia i sposobu rozpościerania się sprawy chorobowej można odróżnić dwie odmiany naskórkowej grzybicy okołomieszkowej.

W pierwszej wysypka rozpoczyna się na kończynach (zwłaszcza górnych) i stąd stopniowo przechodzi na pośladki, tułów, szyję, występując obficie na bocznej i przedniej powierzchni brzucha. Punktem wyjścia grzybicy bywają najczęściej sztucznie spowodowane (zawodowe) zapalenia skóry rąk, zastrzały, ropnie, czyraki, owrzodzenia, wyprzenie, podrażnienie

skóry wskutek okładów, zabiegów wodoleczniczych (koce), wcierania szarej maści rtęciowej i t. p. We wszystkich tych razach grzybica może powstać zupełnie niezależnie od jakości skóry, a zatem również u osobników bezwzględnie niełojotokowych.

W drugiej odmianie pierwsze zmiany chorobowe zwykły występować na mostku, w okolicach międzyłopatkowej i barkowej rozpościerając się ku górze — na szyję i twarz oraz ku dołowi — na tułów. Dopiero w dalszych etapach wysypka przechodzi na kończyny, bywa jednak na niej daleko mniej obfita, niż na tułowiu. Tę odmianę naskórkowej grzybicy okołomieszkowej stale spotykamy na skórach łojotokowych, bardzo często współcześnie z trą-

dzikiem twarzy i tułowia, łupieżem pospolitym uwłosionej skóry głowy oraz z grzybicą płatkowatą i obrączkowatą tułowia (*Epidermomycosis mediothoracica petaloides et circinata* s. *dermatose figurée medio-thoracique*). Wysypka może się zjawić niemal niepostrzeżenie. Wyżej wskazane czynniki szkodliwe sprzyjają jej rozwojowi, bynajmniej jednak nie stanowią, jak w odmianie pierwszej, niezbędnego warunku jej powstawania.

Za sprawcę choroby Unna uważa ziarenkowca, głównie t. zw. *diclimactericus albus et faveus*, Sabouraud zaś wielokształtnego ziarenkowca szarego. Moje własne poszukiwania najczęściej



Rys. 36. *Epidermomycosis papulo-peripilaris*

wykazywały hodowle gronkowca białego i szarego. Niektóre z moich szczepów dawały wyraźny odczyn hemolityczny.

Rozpoznanie naskórkowej grzybicy okołomieszkowej nie jest trudne w większości przypadków. Jest to bądź co bądź dosyć dokładnie zarysowany typ schorzenia skóry, o tyle charakterystyczny w postaciach niepowikłanych, że kto się bliżej z nim zapoznał, ten zawsze rozpozna go bez większego trudu. W umiejscowieniu na tułowiu można naturalnie myśleć o liszaju żółtym (*lichen scrofulosorum*). Jednakże w tym liszaju objawy zapalne zazwyczaj bywają słabiej wyrażone, ułożenie grudek jest nieco odmienne. Błazki (o ile się tworzą) nie zdradzają skłonności do sączenia, lecz raczej do wytwarzania suchych łusek. Po wessaniu się wykwitów niekiedy pozostają drobne punkcikowate bliznki. Swędzenia nie ma, cały zaś przebieg liszaja żółtego jest o wiele spokojniejszy oraz wybitnie przewlekły.

Podobieństwo do czerwonego liszaja kończystego jest tylko pozorne. Schorzenie to przede wszystkim cechuje wybitna suchość. Grudki są pokryte nie strupkami, lecz suchą twardawą łuseczką rogową, wskutek czego przy gładzeniu skóry otrzymujemy wrażenie tarki. Suchemi łuskami bywają też pokryte blaszki, które poza tem nie zdradzają skłonności do spryszczenia. Za bardzo znamienne dla liszaja kończystego należy uważać umiejscowienie w okolicy napięstkowej, na powierzchniach grzbietowych palców i rąk oraz obecność zmian rogowcowych dłoni i podeszwy.

Co się tyczy liszaja przymiotowego (*lichen syphiliticus*), to należy zauważyć, że grudki te są naogół większe i twardsze, zazwyczaj nie tworzą blaszek, nie ulegają spryszczeniu i nie powodują swędzenia. Współcześnie znajdujemy też inne objawy przymiotu.

W leczeniu naskórkowej grzybicy okołomieszkowej zalecam w pierwszym rzędzie pastę lenigalol-ichtyolową (aa 10%), którą stosujemy rano i wieczorem po uprzednim wytarciu skóry 1% wódką salicylową. Pasta zmniejsza objawy zapalne i stosunkowo prędko usuwa swędzenie. Gdy ostrozapalne zjawiska miną, wskazana jest pasta Unna'y z dodaniem cynobru (1—3%) lub resorcyny (1—2%). Wessaniu się blaszek bardzo sprzyja rentgenoterapia. Można też zalecić kąpiele z nadmanganianem potasu (0,5—1 g. na kąpiel).

II. Naskórkowa grzybica blaszkowata. (*Epidermomycosis discoides s. en plaques*) obejmuje rozległą grupę schorzeń skóry, w której wykwit pierwotny przedstawia się typowo w postaci rumieniowo-złuszczającej blaszki.

Kształt blaszek bywa okrągły lub owalny, ich wielkość — bardzo rozmaita: od drobnej do rozmiarów dłoni i więcej. Barwa waha się od blad różowej do ciemnoczerwonej i czerwonosinawej na kończynach dolnych. Ilość i wielkość łusek również bywa bardzo zmienna. Czasem łuski bywają drobne, otrębowate i występują w ilości tak nieznacznej, że można mówić o blaszkach rumieniowych. W innych razach łuska jest o wiele większa, sucha, białoszara i nawarstwia się o tyle obficie, że powstają wykwity wyglądem przypominające łuszczycę (blaszki łuszczycowate). W przypadkach znacznego zrogowacenia w obrębie chorego miejsca blaszki zasługują na nazwę modelowatych.

Odgraniczenie blaszek niekiedy bywa zupełnie ostre, przeważnie jednak — dosyć wyraźne. W pewnych znowu przypadkach przejście blaszek w otaczającą skórę zdrową odbywa się bardziej stopniowo.

Wykwity blaszkowate grzybicy naskórkowej Unna'y zdradzają wyraźną skłonność do rozrostu odśrodkowego. Wskutek tego sąsiednie blaszki niekiedy stykają i łączą się ze sobą zajmując powierzchnie bardziej rozległe i czynią wrażenie rozlanych zmian skóry. Przy zanikaniu środkowej części blaszki przekształcają się one w wykwity obrączkowe, te zaś łącząc się ze sobą tworzą figury łukowate i kolistę.

Dalsze zmiany w wyglądzie blaszek zależą od ich umiejscowienia, powikłań oraz współistnienia innych chorób skóry. Musimy się tutaj najczęściej liczyć z łojotokiem, pryszczycą pospolitą i wyprzeniem. Te sprawy mogą do gruntu przekształcić wygląd typowej blaszki pierwotnej. W przypadku wyprzenia, w umiejscowieniu wykwitów pod sutkami, w pachach, pachwinach, w okolicy odbytu lub w fałdzie międzypośladkowej blaszki są bardziej czerwone, obrzmiałe, wzniesione. Ich powierzchnia jest pozbawiona łusek, gładka, lśniąca, wilgotna. Łojotok nadaje im zupełnie odrębne piętno. Tak więc na głowie i twarzy (brwi, nos, fałdy nosowo-wargowe, uszy, broda), w okolicy mostkowej, międzyłopatkowej, na pępku i t. d. świeżo powstające drobne błyszczące blaszki mają częstokroć nieokreślony brudnożółtawy kolor, tworzące się zaś później łuski są grube, miękkie, tłuste i maziste o zdecydowanym zabarwieniu żółtem .

Powikłanie przez pryszczycę prawdziwą należy do zjawisk bardzo pospolitych. W tych razach blaszki ulegają zaczerwienieniu i obrzmieniu, stają się bardziej wydatne i wzniesione a powierzchnia ich pokrywa się drobnymi pęcherzykami. Po pęknięciu pęcherzyków widać wilgotny placek, pokryty brudnożółtawymi strupami. Zdarza się często, że spryszczenie przekracza właściwe granice blaszki i przechodzi na otaczającą, poprzednio zdrową skórę. Wówczas zacierają się zarysy blaszek a prawidłowa ocena i rozpoznanie takich przypadków następuje nie mało trudności. Współczesne występowanie liszajców i niesztowic w obrębie blaszki i w jej sąsiedztwie jeszcze bardziej wikła sprawę i zaciemnia obraz kliniczny.

W przypadkach swędzących blaszki grzybicy naskórkowej mogą zmienić wygląd wskutek przyłączającego się zliszajowacenia wtórnego. Powstaje ono wskutek drapania (blaszki liszajowate).

Podaliśmy w krótkich słowach szkic tych zmian, jakim może podlegać blaszka grzybicy naskórkowej pod wpływem danego powikłania. Winniśmy sobie jednak uświadomić, że w klinice stosunki układają się o wiele zawilej. Do spraw codziennych należy

współdziałanie kilku czynników szkodliwych oraz współistnienie kilku oddzielnych schorzeń skóry wikłających się wzajemnie. Powstające stąd obrazy chorobowe mogą być nad wyraz złożone. Zdarzyć się zatem może, że grzybicę naskórkową blaszkowatą wikła w jednym i tem samym miejscu wyprzenie oraz pryszczycza pospolita albo też łojotok, pryszczycza prawdziwa oraz liszajce. Bywa też, że punktem wyjścia dla grzybicy blaszkowatej Unna'y jest zawodowe zapalenie skóry lub też świeżba. Do tych spraw później przyłącza się pryszczycza pospolita a wskutek drapania występują ponadto liszajce oraz wtórne zliszajowacenie skóry. Jest rzeczą zrozumiałą, że dokładne rozpoznanie takich przypadków należy do zadań bardzo trudnych, aczkolwiek ciekawych dla dermatologa i obfitujących w nader doniosłe pod względem praktycznym wyniki lecznicze. Przyznać trzeba z żalem, że w pewnym odsetku rozpoznanie takie prawdopodobnie nie da się wogóle skutecznie.

Zaznaczyć przecież muszę, że w przeważającej większości przypadków takie skombinowane obrazy kliniczne bywają zgoła banalnie i zupełnie niesłusznie rozpoznawane tylko jako pryszczycza pospolita. Uniknąć tego można jedynie przez nader dokładne i drobiazgowo zapoznanie się z nieskażonemi typami chorobowymi oraz przez wystudjowanie ich wzajemnych powikłań w przypadkach mało złożonych. Znajomość takich danych pozwoli nam w spostrzeżeniu wyjątkowo trudnem doszukać się poszczególnych części składowych obrazu chorobowego i odtworzyć przypuszczalny mechanizm jego powstania.

Obok wyglądu blaszek i odmian, wynikających z ich rozwoju, cechuje grzybicę naskórkową Unna'y jeszcze dosyć typowe umiejscowienie oraz sposób rozprzestrzeniania się sprawy chorobowej. Nie ulega wątpliwości, że schorzenie może pierwotnie wystąpić w każdym miejscu powłók skórnych — wszędzie tam, gdzie istnieją pomyślne warunki dla zaszczepienia i dalszego rozwoju domniemanego zarazka. W niemałym jednak odsetku przypadków można pod tym względem spostrzegać niewątpliwą prawidłowość. Wynikające stąd obrazy kliniczne posiadają niekiedy pewien odrębny wygląd i w całokształcie swym czynią wrażenie szkiców, zasługujących na oddzielne traktowanie. Opisywano je wielokrotnie pod różnemi nazwami uważając za odrębne jednostki chorobowe. Tak jednak w rzeczywistości nie jest. Są to tylko poszczególni przedstawiciele, z których składa się całość grupy, a znajomość ich posiada o tyle doniosłe znaczenie, że znakomicie ułatwia orientowanie się w za-

wyłych obrazach klinicznych. Można odróżnić cztery zasadnicze sposoby rozpościerania się naskórkowej grzybicy blaszkowatej:

- A) od góry ku dołowi — z głową jako punktem wyjścia,
- B) w kierunku od połowy dolnej ciała ku górze,
- C) od kończyn górnych z rękami jako punktem wyjścia,
- D) z umiejscowieniem pierwotnym na tułowiu.

A) Rozpościeranie się sprawy chorobowej w kierunku od górnej połowy ciała ku dolnej, z punktem wyjścia z uwłosionej skóry głowy spostrzegamy w tym obrazie klinicznym, który właściwie nazywamy pryszczycą łojotokową czyli naskórkową grzybicą łojotokową (Eczema seborrhoicum Unna. — Seborrheides Audry. — Epidermomycosis Mihi). Cierpienie należy do przewlekłych, długotrwałych i nader uporczywych. W jego powstawaniu można jednak odróżnić odmianę o rozwoju stosunkowo szybkim i odmianę o ewolucji nader powolnej. Pierwszą spostrzegamy częściej u osesków, drugą — u osobników starszych.

U osesków sprawa rozpoczyna się bardzo wcześnie, już w pierwszych tygodniach życia i występuje na uwłosionej skórze głowy najchętniej w okolicy ciemieniowej. Tutaj ujawnia się ona w postaci żółtych błyszczących plamek i cieńszych lub grubszych strupków barwy brudnożółtej, ciemnobrunatnej. Strupki są już to bardziej suche, już to tłuste i o tyle miękkie, że można je ugniatać jak wosk. Strupki mocno przylegają do skóry i po usunięciu z powrotem narastają. Mieszczą się pojedynczo lub zlewają się ze sobą na większej przestrzeni tworząc potężny gruby strup. Jest to powszechnie znana „ciemieniuszka“ lub „ciemieniucha“, co do której nie tylko wśród ludu istnieje przesąd, że nie należy jej usuwać i leczyć, gdyż ma ona być wyrazem zdrowia dziecka. Te tłuste strupy (strupy łojowe — crustae sebaceae) mogą zniknąć bez wszelkich następstw. W większości jednak przypadków są one punktem wyjścia dla naskórkowej grzybicy łojotokowej. W tych razach sprawa stopniowo przechodzi na czoło, skronie, uszy i kark. Zjawia się swędzenie. Wykwity otacza wyraźna różowa obwódka zapalna, po usunięciu zaś strupków widać czerwoną, wilgotną powierzchnię skóry. W tym czasie powstają na policzkach i bródce niewyraźnie odgraniczone rumieniowo-żółtawozielone blaszki o żółtawym zabarwieniu w części środkowej. Cierpienie rozpościera się dosyć szybko i ulega spryszczeniu. Niebawem schorzała skóra poczyną sączyć i pokrywa się strupami, a wówczas widzimy obraz kliniczny pryszczycy wilgotnej i strupkowej (eczema madidans et crustosum). Zajmuje ona twarz, głowę, uszy, szyję, kark, częstokroć zaś oszczędza

środkową część twarzy (nos, okolica ust). Jest to pospolicie zwany „ogniopiór“ (także ogniopiór — *crustae lacteae*) — postrach i udręka dla matek, dokuczliwe cierpienie dla dzieci i kamień probierczy sztuki leczniczej dla dermatologa.

W dalszych etapach rozwoju sprawa stopniowo rozpościera się na tułów, kończyny górne i dolne występując pod postacią wykwitów bardzo różnorodnych w swoich odmianach klinicznych. Widzimy zatem blaszki o łuskach bardziej suchych (wyprostne kończyn) lub też tłustych (mostek, okolica międzyłopatkowa, pępek), blaszki strupami pokryte (pryszczycza krążkowata — *eczema nummulare*), blaszki obrzmiałe, czerwone o powierzchni lśniącej, wilgotnej, zmienionej przez wyprzenie (szyja, pachy, pachwiny, okolica odbytu, zgięcia łokciowe, kolanowe, fałdy na udach), wykwity grudkowato-pęcherzykowe, placki pryszczycy wilgotnej lub strupkowej i t. p. Przyłączające się do tych spraw liszajce, niesztowice, czyraki jeszcze bardziej wikłają ten niezmiernie złożony obraz kliniczny.

Rozwój naskórkowej grzybicy łojotokowej, tego najczęstszego schorzenia skóry wieku niemowlęcego, odbywa się, jak powiedziano, dosyć szybko. W wielu razach uogólnienie następuje w ciągu 2—3 tygodni, w innych znowu przeciąga się ono na tygodnie i miesiące. Przy znacznem rozprzestrzenieniu cierpienia spostrzegamy niekiedy rozlane zmiany skóry na powierzchniach bardzo rozległych. W niektórych przypadkach mogą widocznie powstawać obrazy kliniczne, wyglądem przypominające erytrodermie. Tu widocznie należy tak zwany rumień łojotokowy (*erythema seborrhoicum*) opisany przez Lebard'a (1905 r.) i Moussous (1908 r.). Objawozbiór jest połączeniem naskórkowej grzybicy łojotokowej z erytrodermią rozlaną. Pierwsza zajmuje głowę, twarz, uszy i zazwyczaj zdradza typowy obraz pryszczycy wilgotnej i strupkowej. Na szyi i w górnej połowie tułowia w wielu razach widać okrągłe rumieniowo-złuszczające blaszki. Erytrodermia zazwyczaj występuje w postaci bardziej rozlanej i umiejscawia się w dolnej połowie ciała sięgając ku dołowi aż do podeszew, ku górze — do pępka (od przodu) i do linii ostatnich żeber (od tyłu). W przypadkach wyjątkowo ciężkich może się ona rozpościerać bardziej ku górze — na całą niemal powierzchnię ciała. W miejscach wskazanych skóra jest wiśniowoczerwona, błyszcząca, jakby polakierowana, cienka, sucha i łuszczy się tu i owdzie. Od skóry zdrowej miejsca erytrodermiczne odgraniczają się dosyć ostrą falistą linią, w pasie zaś przejściowym widać okrągławe i policykliczne blaszki.

Rumień łojotokowy widzujemy najczęściej u tłustych i przekarmionych osesków ze skłonnością do zaparcia stolca. Schorzenie należy do uporczywych i częstokroć wyczerpuje się dopiero w drugim roku życia. Przebiega bez powikłań. Należy przypuszczać, że w przypadkach tych erytrodermia również powstaje na tle łojotokowym i że jej pierwotne przyczyny są te same, co naskórkowej grzybicy łojotokowej. Na to zdaje się wskazywać okoliczność, że zmiany skóry w połowie górnej i dolnej ciała zjawiają się w krótkich odstępach czasu jedno po drugim, ustępują współcześnie i zachowują się zupełnie jednakowo względem stosowanych leków.

Cały szereg klinicznych postaci przejściowych zdaje się łączyć rumień łojotokowy Lehard - Moussois'a z opisaną przez Leiner'a (1907) erytrodermią złuszczającą (erythrodermia desquamativa Leiner). Spotykamy się tutaj z zupełnie podobnym połączeniem objawów łojotokowych i erytrodermicznych. Na głowie i twarzy można stwierdzić zjawiska naskórkowej grzybicy łojotokowej spryszczonej lub też blaszkowatej, która niekiedy ustępuje miejsca bardziej rozlanemu zaczerwienieniu i łuszczeniu. Począwszy od szyi ku dołowi — na tułowiu i kończynach skóra ulega zmianom erytrodermicznym. Jest ona czerwona, błyszcząca, sucha, miejscami jakby zanikowa i pokryta żółtawymi strupami oraz szarobiaławymi łuskami różnej wielkości i grubości. Strupy i łuski słabo przylegają i zazwyczaj złuszczają się bardzo obficie. Niekiedy występują one w tak wielkiej ilości, że pokrywają skórę niby pancerz. Najgrubsze nawarstwienia znajdujemy na wyprostnych kończyn, w zgięciach stawowych natomiast stwierdzamy objawy wyprzenia. Powierzchnia skóry jest gładka, wilgotna i pokryta miękką tłustawą i mazistą masą. Zmiany paznokci należą niemal do reguły, a ich odpadanie nie jest zjawiskiem wyjątkowym.

Złuszczającą erytrodermię Leiner'a spostrzegamy wyłącznie u osesków dotkniętych różnymi zaburzeniami kiszki. Schorzenie skóry zazwyczaj rozpoczyna się w końcu pierwszego lub w drugim miesiącu i trwa kilka tygodni a nawet miesięcy. W 30—35% zejście bywa śmiertelne.

Wydaje mi się rzeczą mało prawdopodobną, abyśmy mogli uważać złuszczającą erytrodermię Leiner'a za odrębną jednostkę chorobową. Cały wygląd kliniczny tego schorzenia skóry oraz liczne obrazy przejściowe przemawiają raczej za jego przynależnością do naskórkowej grzybicy łojotokowej. Możemy zatem mówić jedynie o odrębnym skombinowanym obrazie klinicznym, nigdy zaś o odrębnej jednostce chorobowej. Zwraca też uwagę podobieństwo

do złuszczonego zapalenia skóry Ritter'a (patrz niżej). Zaznaczyć bowiem trzeba, że pomiędzy złuszczonej erytrodermią Leiner'a a chorobą Ritter'a w okresie suchym istnieje tak wiele analogii klinicznych, że różnicowanie nieomyślnie prawdopodobnie nie da się przeprowadzić w wielu razach. Widzieliśmy, że w niektórych przypadkach choroby Leiner'a skóra twarzy również zdradza objawy erytrodermji. Takie zaś daty, jak wybuch schorzenia pomiędzy 2—5 tygodniem w chorobie Ritter'a w przeciwieństwie do 1—2 miesięcy w typie Leiner'a, a również podawany jako charakterystyczny dla Ritter'a punkt wyjścia zmian skóry od bródki — nie mogą być poczytywane za fakty bezwzględne. Sądzę też, że wzmiankowane podobieństwo bynajmniej nie powinno dziwić. Obie sprawy wszak są prawdopodobnie pochodzenia pasorzytniczego i w warunkach sprzyjających mogą zrealizować obrazy kliniczne o daleko sięgającym podobieństwie. Pomędzy niemi może zachodzić taka łączność, jak n. p. pomiędzy grzybicą gronkowcową (*staphylococcosis*) w szerokim znaczeniu słowa a grzybicą naskórkową Unna'y (pryszczycą pasorzytniczą). Wiemy bowiem, że w wielu przypadkach trudno jest zaiste powiedzieć, gdzie kończy się pierwsza a rozpoczyna druga. Takie fakty są oczywistym dowodem, że w dermatologii dziś jeszcze zbyt wiele uwagi poświęcamy „jednostkom“ chorobowym, niesłusznie zaś zapominamy o codziennie spotykanych obrazach skombinowanych.

Jak powiedziano, naskórkowa grzybica łojotokowa rozwija się o wiele wolniej u osobników starszych. Za początek sprawy uważamy tak często spotykany łupież pospolity (*pityriasis simplex* — patrz roz. IV), który w większości przypadków zjawia się bardzo wcześnie, bo już w wieku 8—10 lat. Należy zauważyć, że pierwotnie występuje on w postaci okrągłych wysepek pokrytych białoszarawą lub srebrzystą cienką, suchą, drobną i sypiącą się łuską. Dopiero z biegiem czasu liczba i wielkość blaszek wzrasta. Łączą i zlewają się one ze sobą tak, że wreszcie może być zajęta cała skóra głowy. Taki stan zazwyczaj trwa bardzo długo. Ulega on wahaniom w kierunku poprawy lub pogorszenia, może chwilowo nawet zniknąć, aby po pewnym czasie powrócić. Jednakże w tym okresie sprawa zazwyczaj nie zdradza tendencji do rozprzestrzeniania się poza granice uwłosionej skóry głowy. Tylko na twarzy i szyi częstokroć spostrzegamy białe łuszczące się plamy, które uważamy za równoznaczne z łupieżem pospolitym głowy i oceniamy jako najniższy stopień naskórkowej grzybicy blaszkowatej. Jest to t. zw. łupież biały czyli łupież plamisty twarzy

(Pityriasis alba s. maculata faciei). Występuje on najchętniej wiosną i jesienią u dzieci i młodszych osobników płci obojga, stosunkowo częściej jednak u kobiet. Są to różnej wielkości okrągłe lub owalne, płaskie i nie wzniesione plamy, wyraźnie choć niezbyt ostro odgraniczone od otoczenia subtelnie wystrzępionym rąbkim naskórkowym. Ich barwa jest biała lub białoszara. Pokrywa je cienka otrębowata łuszczyca, po której usunięciu widać bladorożową, w kolorze niemal niezmienną powierzchnię skóry. Mieszczą się oddzielnie lub też zlewają się ze sobą tworząc figury policykliczne. Zmianom tym nie towarzyszą żadne objawy podmiotowe, tylko niekiedy chorzy uskarżają się na słabe swędzenie lub pieczenie.

To drobne i powierzchowne schorzenie skóry bywa jednak dosyć uporczywe i łatwo powraca. Ulubionem jego umiejscowieniem jest, jak powiedziano, twarz (głównie policzki i bródka) oraz szyja. W umiejscowieniu około ust współdziała ono powstawaniu obrazu klinicznego zwanego pryszczycą okrężną ust (Ecz. orbiculare oris). W niektórych przypadkach łupież biały zjawia się też na tułowiu i kończynach, gdzie blaszki stałe bywają większe i ciemniejsze. Należy jednak do rzadkości, aby w tych miejscach blaszki występować miały w postaci czystej. Zazwyczaj są to już wyższe twory grzybicy naskórkowej, które współistnieją z blaszkami rumieniowo-łuszczyjącymi. W przypadkach takich prawie zawsze można stwierdzić liczne stopnie przejściowe pomiędzy blaszką białą a rumieniową.

Co się tyczy łupieżu białego twarzy, to należy jeszcze zauważyć, że, zdaniem Sabouraud'a, może on w wielu przypadkach pozostawać w pewnej łączności z liszajcem pospolitym. Fakt nie da się zaprzeczyć, oceniam go jednak w ten sposób, że uważam liszajec za powikłanie łupieżu. Widywałem też wielokrotnie, że obok liszajców lub po ich wyleczeniu powstawały wykwity podobne do blaszek łupieżu białego. Były one jednak mniej ostro odgraniczone, bardziej czerwone, słabiej się łuszczyły i mieściły się głównie na wardze górnej i w sąsiedztwie ust na brudce. Można by je uważać za postać poronną liszajca.

Łupież pospolity głowy w postaci suchej trwa nieraz, jak powiedziano, cały szereg lat. W okresie dojrzewania płciowego, w wieku około 14—17 lat, czasem wcześniej, niekiedy zaś dopiero pomiędzy 20—30 r. życia może się on przekształcić w tłusty. Łuski stają się brudnożółte, grube, miękkie, tłuste, maziste i mocniej przylegają do skóry; same zaś blaszki powiększają się i ujawniając skłonność do zanikania w części środkowej poczynają szerzyć się obwodowo. W następstwie powstają wykwity obrączkowate i koliste.

Współcześnie sprawa chorobowa opuszcza teren głowy i poczyną się rozpościerać na kark, czoło, skronie (wieniec łożotokowy — corona seborrhoica). Od tej chwili datuje się okres uogólnienia naskórkowej grzybicy łożotokowej. Z twarzy sprawa stopniowo przechodzi na szyję, tułów, kończyny i okazując widoczną skłonność do miejsc wybranych trzyma się w swem rozprzestrzenianiu pewnych ulubionych dróg. Tak więc z głowy grzybica przesuwa się na szyję poprzez okolice zauszne i zewnętrzne połowy policzków sięgając stąd bocznych powierzchni szyi. Na tułowiu naczelnymi drogami są przednia i tylna linja środkowa ciała, które przechodząc przez okolice pęciową i odbytu łączą się ze sobą — na kroczu. Do ulubionych miejsc naskórkowej grzybicy łożotokowej należą: czoło, okolica brwi, powieki, fałdy nosowo-wargowe wraz z przylegającym otoczeniem; uwłosiona skóra głowy i twarzy, okolica zauszna, małżowiny uszne i przewód słuchowy, kark i powierzchnie boczne szyi: okolica mostka, sutki, pępka oraz wzgórek łonowy; przestrzeń międzyłopatkowa, okolica krzyża, odbytu i narządy płciowe; pachy, zgięcia łokciowe, grzbiet rąk, pachwiny, jamki podkolanowe i podudzia. Zaznaczyć jednak trzeba, że rozprzestrzenienie sprawy chorobowej nie zawsze bywa tak rozległe i że może się ona zatrzymać w każdym ze wskazanych miejsc. W przypadkach rozwiniętych ułożenie zazwyczaj bywa dosyć umiarowe.

Powstające wykwity występują pod postacią rumieniowoluszcujących lub łuszczycowatych blaszek. W dalszym rozwoju przekształcają się one w twory obrączkowate, łukowate oraz policykliczne i ujawniają przy tem wyraźny rozrost pelzający. Właściwości te w stopniu wyższym posiada odmiana rumieniowoluszcząca (epidermomycosis erythematosquamosa s. eczema seborrhoicum erythematosquamosum), której ulubionem siedliskiem bywa: głowa, twarz, okolice zauszne, żołądź i skóra prącia, moszna i okolice odbytu. Wystąpić ona jednak może w każdym innym miejscu ciała, zwłaszcza na tułowiu, gdzie nieraz zjawia się w postaci wysypki rozsianej i długo zachowuje nieskażony typ blaszek.

Wykwit krążkowy stanowi zasadniczy typ naskórkowej grzybicy łuszczycowatej (epidermomycosis psoriasiformis s. eczema seborrhoicum psoriasiforme s. nummulare s. parakeratosis psoriasiformis). Początkowo tworzą się drobne, płaskie różowe suche grudki, nie ostro odgraniczone od sąsiedztwa. Powiększają się one stopniowo i przekształcają w różnej wielkości okrągłe lub owalne blaszki. Rozwinięte egzemplarze odgraniczają się

już bardzo wyraźnie, lubo nie tak ostro jak blaszki łuszczycowe. Barwa ich jest różowa do czerwonej. Wznoszą się ponad otoczenie na 2—3 mm. Powierzchnię pokrywa mniej więcej gruba warstwa białoszarych suchych, dosyć mocno przylegających łusek o wiele cieńszych niż spostrzegane w łuszczycy. Brzeg blaszek zazwyczaj bywa wolny od łusek. Po ich usunięciu widać gładką, czerwoną powierzchnię skóry, w której przy silniejszym drapaniu tworzą się kropkowane wylewy krwi. Zazwyczaj jednak nie udaje się usunąć błonki łuszczycowej, ani też wywołać charakterystycznego dla łuszczycy krwawienia punkcikowatego. Blaszki stopniowo się powiększają przez rozrost odśrodkowy i nieraz sięgają dosyć



Bya 37. *Epidermomycosis erythemato-squamosa.*

znaczących rozmiarów. Przez połączenie się kilku sąsiednich powstają zmiany skóry o charakterze rozlanym, co spostrzegamy zwłaszcza na wyprostnych kończyn. W sąsiedztwie starej blaszki częstokroć tworzą się świeże wykwity grudkowe, które następnie zlewają się z nią i powodują powstawanie placków policyklicznych. Twory obrączkowe i łukowate nie należą do nazbyt częstych zjawisk.

Odmiana łuszczycowata może wystąpić w każdym punkcie powierzchni skóry, jej ulubionym umiejscowieniem jest jednak głowa i wyprostne kończyn. Częstokroć widzujemy ją wyłącznie na kończynach, nawet na dłoniach i podeszwach. Zmianom ulegają też paznokcie.

Wysypce stale towarzyszy swędzenie, silniej wyrażone w od-

mianie rumieniowo-złuszczającej. Ten objaw wzmaga się w obecności powikłań, wśród których należy wymienić — jako najważniejsze — wyprzenie, spryszczenie, zliszajowacenie wtórne oraz zrogowacenie. Naskórkową grzybicę łojotokową, a zwłaszcza jej odmianę rumieniowo-złuszczającą najczęściej wikła pryszczycyca pospolita, występująca pod postacią pęcherzykowej, wilgotnej i strupkowej. Zazwyczaj widzujemy ją w ulubionych miejscach grzybicy łojotokowej, a więc na głowie, twarzy, w okolicach zausznych, w zgięciach stawowych, na narządach płciowych, w okolicy odbytu i t. d. Pryszczycyca może się ograniczyć do samych blaszek albo też przekracza ich granicę i przechodzi na otaczającą skórę. Ma to miejsce głównie na głowie, twarzy, uszach i wszędzie tam, gdzie zwykły występować objawy wyprzenia. Trzeba jednak zauważyć, że powikłaniu grzybicy łojotokowej przez wyprzenie nie koniecznie musi towarzyszyć spryszczenie. Połączenie grzybicy naskórkowej z wyprzeniem może w wielu razach istnieć w czystej postaci przez czas długi, zwłaszcza w odmianach łuszczycowatych. W niektórych umiejscowieniach, n. p. pod sutkami, w pachach i pachwinach mogą się tworzyć obrazy, niezmiernie podobne do łuszczycy pospolitej powikłanej przez wyprzenie (porównaj łuszczycyca). W przypadkach silnego swędzenia blaszki grzybicy naskórkowej ulegają wtórnemu zliszajowaceniu, które zazwyczaj idzie w parze ze spryszczeniem. Powstające stąd skombinowane obrazy kliniczne są znane pod nazwą pryszczycy liszajowatej (ecz. lichenoides) i pozostają w pewnej łączności z pospolitym liszajem przewlekłym, powikłanym przez pryszczycę (lichen simplex chr. Vidal). Najwyższym typem tych zmian liszajowatych jest ta ich odmiana sucha, którą określamy jako pryszczycę modzelowatą (ecz. tyloticum, callosum) i której umiejscowienia na dłoniach, podszewkach, w okolicy płciowej, w okolicy odbytu oraz na kroczu należą do praktycznie najważniejszych.

Z innych powikłań można wymienić liszajce, niesztowice, zapalenie mieszków włosowych, czyraki i t. p. Tutaj godzi się też wspomnieć o tym obrazie klinicznym, który autorzy opisują pod mianem pryszczycy różowatej (ecz. erysipelatoides) i którą spostrzegamy głównie na twarzy, szyi, na grzbiecie rąk i na przedramionach. Sprawa występuje ostro, w przeciągu kilku godzin. Przy objawach niedomagania ogólnego, przy dreszczach i gorączce zjawia się rozlane intensywne zaczerwienienie i obrzmienie skóry, któremu towarzyszy wytwarzanie się pęcherzyków. Chorzy skarżą się na pieczenie i uczucie napięcia w skórze. Całość wielce przypomina różę.

Po kilku dniach objawy ostrego zapalenia skóry ustępują, a wtedy można się przekonać, że punktem ich wyjścia były dawne zmiany pryszczycowe, przeważnie zaś blaszki naskórkowej grzybicy łojotokowej. Cierpienie powstaje pod wpływem różnych szkodliwych drażniących czynników zewnętrznych, które wytwarzają warunki sprzyjające wtargnięciu do skóry zarazka. Jest nim prawdopodobnie paciorkowiec. — Cierpienie zdradza skłonność do nawrotów i powikłań przez pospolitą pryszczycę wilgotną.

B) — Typ rozpościerania się naskórkowej grzybicy blaszkowatej (łojotokowej) w kierunku od połowy dolnej ciała ku górze — spostrzegamy stosunkowo rzadziej. Pierwotnym siedliskiem sprawy zazwyczaj bywa okolica odbytu, pachwiny, rzadziej wzgórek łonowy. Grzybica naskórkowa albo odrazu powstaje w postaci blaszkowatej, albo przyłącza się (a więc wikła) dawniejsze wyprzenie. Widujemy to zwłaszcza u źle pielęgnowanych niemowląt i u starszych osobników otyłych. Z miejsc wskazanych schorzenie rozpościera się z jednej strony na kończyny dolne zazwyczaj nie przekraczając u dorosłych linii jamiek podkolanowych, z drugiej strony — na tułów, kończyny górne, twarz, głowę i t. p. Powstające wykwyty blaszkowate mają ten sam wygląd, podlegają tym samym prawom rozwojowym i ulegają tym samym powikłaniom, jakie podałem pod literą A. Zauważyć jednak wypada, że nad całym obrazem klinicznym zwykły tu dominować zjawiska wyprzenia (zwłaszcza u osesków) i że sprawa chorobowa w rozwoju swym od dołu ku górze stale ulega stopniowemu osłabieniu i wyczerpaniu. Dlatego też wykwyty o wysokim typie rozwojowym spotykamy głównie w dolnej połowie ciała, postaci zaś łagodne — na szyi, twarzy, względnie na kończynach górnych. Schorzenie niemal zawsze dotyczy osobników ze skórą łojotokową. Wyjątek mogą stanowić tylko te obrazy kliniczne, które dziś nazywamy grzybicą naskórkową Sabouraud'a (Epidermophytia Sabouraud — pryszczycą obrębna autorów — ecz. marginatum). Tę chorobę skóry spotykamy również często u ludzi nie łojotokowych, jak i łojotokowych. Ponieważ jednak przyczyna powstawania naskórkowej grzybicy Sabouraud'a jest obecnie już dokładnie znana (jest nią bowiem grzyb z rodziny liszaja strzygącego t. zw. epidermophyton), więc też zaliczanie tego cierpienia do prowizorycznej grupy grzybicy naskórkowej Unna'y wydaje się dziś nie zupełnie uzasadnione. Należy je stąd bezwarunkowo usunąć i oceniać jako etyologicznie ściśle określoną jednostkę chorobową. W większości przypadków można je nawet klinicznie odróżnić od grzybicy naskórkowej

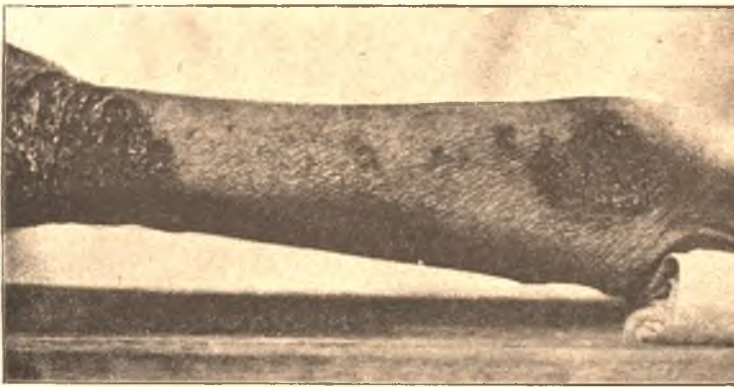
Unna'y. Opis tego chorzenia znajdzie czytelnik w gromadzie grzybic skóry (Rozdz. XXII).

Na kończynach dolnych, przeważnie na podudziach, rzadziej na stopach, rozpoczyna się też niekiedy odmiana łuszcycowata grzybicy naskórkowej. Blaszkki zazwyczaj bywają dosyć duże i występują w bardzo niewielkiej liczbie układając się oddzielnie lub też zlewając się ze sobą na większej przestrzeni. Początkowo bywa zajęte tylko jedno podudzie, przejście zaś na drugie ma miejsce dopiero po czasie dłuższym, nieraz po latach. Z podudzi sprawa stopniowo przesuwa się na uda i tutaj się zatrzymuje w przeważającej większości przypadków. W rzadkich tylko razach cierpienie skóry rozpościera się też na kończyny górne, gdzie zwykle się mieści głównie na wyprostnej przedramion. Swędzenie bywa dosyć silne.

W tym obrazie blaszki łuszcycowate mogą bardzo długo zachować nieskażony typ kliniczny. Ulegają one chętnie zliszajowaceni, natomiast stosunkowo rzadko wikłają się przez pryszczycę pospolitą. Wobec tego nie wiadomo, dlaczego u nas w Warszawie ten właśnie obraz kliniczny tak często bywa nazywany „typową pryszczycą artretyczną”. Cierpienie bynajmniej nie dotyczy osobników łojotkowych. W większości przypadków mamy tu do czynienia z suchą i łatwo łuszczącą się skórą. Punktem wyjścia sprawy chorobowej mogą być czyraki, ropnie, owrzodzenia i t. p., najczęściej jednak pozostaje ona w ścisłej łączności z żyłakami podudzi.

C) Na kończynach górnych grzybica naskórkowa Unna'y zwykła rozpoczynać się od rąk. Powstawaniu schorzenia sprzyjają różne sprawy ropne na palcach, grzbietach i dłoniach rąk, jak zanokcica, ropne zapalenie pochewki ścięgniastej, liszajce, czyraki, ropnie, oparzenia i t. p. Tak n. p. nieradko się zdarza, że w 3—4 tygodnie po zagojeniu się zanokcicy zjawiają się blaszki grzybicy naskórkowej na palcach. w przestrzeniach międzypalcowych lub na grzbiecie ręki. Cierpienie to może też wikłać pryszczycę pospolitą rąk albo rozwinąć się w przebiegu świerzby zadawnionej. W ostatnim przypadku pierwsze blaszki zwykły się zjawiać albo w przestrzeniach międzypalcowych, albo w okolicach napięstka. Przyznać jednak trzeba, że najczęstszym podłożem grzybicy naskórkowej bywa sztucznie wywołane zapalenie skóry rąk czy to zawodowego pochodzenia, czy też spowodowane różnymi zabiegami leczniczymi. Zazwyczaj bywa tak, że po pewnym czasie trwania zapalenia skóry rąk zjawiają się na przedramionach okrągłe lub owalne blaszki grzybicy naskórkowej. Ich ułożenie nie zawsze bywa u-

miarowe, a bardzo często występują one początkowo tylko po jednej stronie. Z przedramion cierpienie stopniowo się rozpościera na ramiona, później na tułów, szyję, twarz. Kończyny dolne i uwłosiona skóra głowy częstokroć bywają wolne. Umieszczenie blaszek może być zupełnie dowolne, jak n. p. w naskórkowej grzybicy poświerzbowej. Predylekja do miejsc, wskazanych w grzybicy łojotokowej, tutaj bynajmniej nie bywa prawidłem. Blaszkę należą przeważnie do typu rumieniowo-złuszczającego. Łuszczycowate występują tylko wyjątkowo i przy dłuższem trwaniu choroby. Swędzenie zazwyczaj bywa umiarkowane. Blaszkę ła-



Rys. 34. *Epidermomycosis Unna. (Eczema mycoticum).*

two ulegają spryszczeniu i zliszajowacenię wtórnemu. Połączenie z naskórkową grzybicą okołomieszkową spostrzegamy dosyć często.

Łojotok nie stanowi niezbędnego warunku powstawania tego obrazu chorobowego.

D) Na tułowiu spotykamy się z tą odmianą naskórkowej grzybicy łojotokowej, która nosi miano płatkowatej i obrączkowej (*Epidermomycosis mediothoracica petaloides et circinata*. — *Eczema seborrh. petaloides et circumcisum Unna*. — *Dermatose figurée mediothoracique Brocq*. — *Lichen gyratus Casenave-Biett*. — *Lichen annulatus serpiginosus E. Wilson*. — *Circinaria Payne*. — *Eczéma acnéique Bazin*. — *Eczéma flannelaire francuskich autorów i Flanell rash angielskich*. — *Seborrhea corporis Duhring*). Sprawa rozpoczyna się klasycznie w okolicy mostkowej oraz międzyłopatkowej i stąd rozpościera się na górną połowę i powierzchnie boczne tułowia. Wykwit pierwotny ma kształt różowoczerwonej

i czerwonożółtawej plamki lub płaskiej grudki pokrytej łuskami. W takim stanie mogą one trwać bardzo długo — zwłaszcza na mostku pomiędzy włosami — nie powodując żadnych dolegliwości prócz okresowo występującego swędzenia. Z biegiem czasu, a zwłaszcza pod wpływem podrażnień (pot, bielizna wełniana) blaszki poczynają się rozrastać. Ich część środkowa spłaszcza się i nabiera zdecydowanie żółtych odcieni. Obwodowa posiada wygląd czerwonej obrączki, pokrytej łuskami lub żółtymi strupeczkami, a na zewnątrz ostro się odgranicza za pomocą płytkiej bruzdeczki (typ obrączkowaty — typus circumcised Unna). Przy dalszem powiększaniu się wykwitów część obrączki ulega wessaniu tak, że powstają twory łukowate, których rozrost odbywa się w sposób pełzający. Dośrodkowy brzeg łuku spłaszcza się łagodnym spadkiem i stopniowo zlewa się z żółto zabarwioną częścią środkową byłej blaszki. Brzeg odsrodkowy jest bardziej wzniesiony, prostopadły i wyraźnie odgranicza się od otoczenia. Zarysy jego bywają jednak nie zawsze równe i ostre. Częstość widzimy tutaj drobnutki czerwone grudeczki okołomieszkowe, pokryte na szczycie strupeczkiem (eczéma acnéique — Bazin). Grudeczki przylegają do zewnętrznego brzegu łuku i znaczą drogę jego postępującego rozrostu. Zdarza się, że dwa lub kilka takich łuków styka i łączy się ze sobą tworząc figury policykliczne, wyglądem przypominające płatki kwiatów (typ płatkowaty — typus petaloides Unna).

Wysypka powoduje dosyć silne swędzenie — jednak nie stałe, lecz występujące okresowo. Spryszczenie wtórne zdarza się dość często.

Naskórkowa grzybica płatkowata i obrączkowata może istnieć w postaci nieskażonej. Bardzo często jednak współistnieje ona z innymi odmianami blaszkowatej grzybicy łojotokowej, n. p. z rumieniowo-złuszczającą i łuszczycowatą a także z naskórkową grzybicą okołomieszkową. Sprawie stale towarzyszy łupież, łojotok głowy, twarzy i tułowia, wyłysienie łojotokowe, trądzik pospolity twarzy i tułowia i t. p. Jest to schorzenie skóry typowo łojotokowe.

Przebieg naskórkowej grzybicy blaszkowatej zawsze bywa przewlekły i obliczony na lata, a nawet na dziesiątki lat. Sprawa ujawnia krótsze i dłuższe okresy zwolnienia lub nasilenia i zdradza skłonność do nawrotów. Rozprzestrzenienie nie zawsze bywa tak rozległe, jak to podano w opisie poszczególnych obrazów klinicznych. Zaznaczyłem już wyżej, że schorzenie może się zatrzymać w miejscu dowolnem i dalej nie postępować. Zdarza się też bardzo

często, że w okresie rozwoju wstecznego grzybicy naskórkowej zmiany skóry nie ustępują z jednego lub kilku miejsc pomimo starannego i umiejętnego leczenia. Tutaj mogą one trwać nieokreślenie długo — nawet całe życie, jak n. p. w odmianie modzelowatej moshny, krocza, odbytu, dłoni i podeszew. Do tej kategorii należy też dosyć znany obraz kliniczny silnie swędzącej odmiany liszajowatej ze skłonnością do spryszczenia a mieszczącej się w okolicach namiętków oraz w zgięciach łokciowych i podkolanowych. Rzecz dotyczy przeważnie dzieci, u których ta sprawa może się rozpocząć już w pierwszych latach życia i przetrwać aż do pory pokwitania. Muszę nawiasem dodać, że ten obraz bywa częstokroć niesłusznie rozpoznawany jako pospolity liszaj przewlekły (*lichen simplex chr. Vidal s. neurodermitis circumscripta Vidal-Brocq.*).

Jakkolwiek bądź, schorzenie musimy zaliczyć do łagodnych, dobrotliwych, gdyż w większości przypadków jest ono uleczalne i nie wywiera wyraźnego wpływu ujemnego na stan ogólny, choć bywa powodem nie małej nerwowości.

Przyczyny. — Kliniczne cechy grzybicy naskórkowej Unna'y zdają się wskazywać, iż mamy do czynienia z pasorzytniczem schorzeniem skóry zgoła odmiennem od pryszczycy pospolitej. Za tem przemawiają: a) wygląd i rozwój wykwitów blaszkowatych — niemal identyczny ze spostrzeganym w innych notorycznie pasorzytnicznych cierpieniach, b) sposób stopniowego rozpościerania się sprawy chorobowej oraz c) jej przeszczepialność. Osobiście nie wątpię o zaraźliwości łupieżu pospolitego. Pozatem znam liczne i niewątpliwe przypadki przeszczepialności łupieżu plamistego twarzy, naskórkowej grzybicy płatkowatej i obrączkowatej a także odmiany rumieniowo-złuszczającej. Zwłaszcza przekonująco były spostrzeżenia, gdzie cierpienie przenosiło się na ludzi ze skórą zupełnie normalną i nie pochodzących z rodzin łojotokowych, gdzie zatem nie można było mówić o usposobieniu rodzinnem do grzybicy naskórkowej Unna'y.

Za domniemanego sprawcę cierpienia możemy uważać gronkowca, którego badacze nazywają rozmaicie, n. p. morokokiem (Unna), wielopostaciowym gronkowcem szarym (Sabouraud) i t. p. Podług naszych poszukiwań jest nim ropotwórczy gronkowiec biały i złocisty, którego szczepy posiadają bardzo niewielką jadowitość, który jednak częstokroć daje wyraźny odczyn aglutynacyjny. Za słusznością tego poglądu zdaje się przemawiać fakt, że różne sprawy ropne, umiejscowione w skórze i tkance podskórnej, bywają często punktem wyjścia dla grzybicy naskórkowej Unna'y i że

z cierpieniem tem mogą współrzędnie występować inne typy kliniczne grzybicy gronkowcowej skóry.

Jakość podłoża sprzyja w wysokim stopniu zaszczepieniu zarazka i jego dalszemu rozwojowi. Aczkolwiek nie ulega wątpliwości, że grzybica naskórkowa może się rozwinąć u osobników nie łożotokowych, na co już wyżej zwracałem uwagę, to jednak należy wyraźnie zaznaczyć, że ulubionym terenem tego schorzenia jest właśnie skóra łożotokowa. Ponieważ taką skórę można niewątpliwie odziedziczyć, wynika z tego, że można posiadać dziedziczną i rodzinną skłonność do grzybicy naskórkowej. Godzi się też pamiętać, że w rodzinach łożotokowych mogą istnieć wyjątkowo pomyślne warunki do przenoszenia cierpienia z jednego osobnika na drugiego, czemu w wysokim stopniu sprzyjać musi częste i ścisłe obcowanie oraz niedbałe i niedokładne przestrzeganie przepisów higieny.

Z powyższego wynika, że wszystkie czynniki, które potęgują łożotok (patrz przyczyny łożotoku), współcześnie wywierają ujemny wpływ na przebieg i rozprzestrzenienie grzybicy naskórkowej Unna'y. O tem trzeba pamiętać przy wyborze metod leczenia wewnętrznego. Należy też w sposób właściwy oceniać skłonność tego cierpienia do spryszczenia. Fakt rozumiemy wszak jako powikłanie grzybicy naskórkowej przez pryszczycę pospolitą, która w danym razie występuje w miejscach mniej odpornych. (Grzybica naskórkowa jako cierpienie przedpryszczycowe .*) W powstawaniu więc tego powikłania odpowiedzialnymi czynić będziemy wszystkie te czynniki szkodliwe zewnętrzne i wewnętrzne, na które wskazywałem przy omawianiu przyczyn pryszczycy prawdziwej (patrz wyżej) i stąd wyprowadzamy odpowiednie wnioski lecznicze. Przyznać jednak muszę, że w wielu przypadkach spryszczonej grzybicy naskórkowej trudno się doszukać właściwych przyczyn pryszczycotwórczych. Dotyczy to zwłaszcza spostrzeżeń, w których powikłanie występuje tylko w 1—2 miejscach z zupełnym pominięciem gromady innych ognisk chorobowych. W takich razach częstokroć nie mogłem pozbyć się wrażenia, że mieliśmy do czynienia jedynie ze sztucznie wywołanym zapaleniem skóry, przebiegającym pod postacią pryszczycy wilgotnej. Zabiegi lecznicze zdawały się też potwierdzać takie przypuszczenie.

Rozpoznanie grzybicy naskórkowej Unna'y bywa łatwe albo też niepomiernie trudne. W przypadkach typowych i w po-

*) Na to zdają się wskazywać nasze doświadczenia z fenolsulfonftaleiną (Gaz. lek. 1914 r. N. 25).

stacjach nieskażonych tego cierpienia trudności rozpoznawcze zazwyczaj bywają nikłe. Obecność blaszek o właściwościach wyż. podanych, ułożenie wykwitów w miejscach ulubionych oraz sposób stopniowego rozpościerania się sprawy chorobowej dostarczają dostatecznie danych do prawidłowej oceny spostrzeganych zmian skóry. Znajomość wyżej naszkicowanych obrazów klinicznych może w wielu przypadkach znakomicie ułatwić rozpoznanie. Co się tyczy poszczególnych wykwitów, to różnicowanie winno mieć na względzie kilka zasadniczych punktów. W przypadkach rumienio-wo-złuszczającej grzybicy naskórkowej mogą się zrodzić wątpliwości, czy nie mamy do czynienia z pryszczycą pospolitą w okresie łuszczenia. Za grzybicą przemawia bardziej ostre odgraniczenie blaszek, ich skłonność do rozrostu odśrodkowego, czerwonożółtawy odcień samej blaszki a częstokroć też brudnożółtawe zabarwienie otaczającej skóry, wreszcie obecność tłustawych, bardziej miękkich łusek. Wykwity obrączkowate zdradzają pewne, wprawdzie dosyć dalekie podobieństwo do liszaju strzygącego skóry niewłosionej. Różnica polega na tem, że w obrączce liszaja strzygącego zawsze znajdujemy drobne, czerwone łuszczące się twory grudkowate oraz mętne pęcherzyki zasychające w strupki. Po-
zatem należy zważyć, że odgraniczenie tych wykwitów obrączkowatych zazwyczaj bywa o wiele wyraźniejsze, niż w liszaju strzygącym. W przypadkach niepewnych badanie drobnowidzowe usuwa wszelkie wątpliwości.

Odróżnienie blaszek łuszczycowatych grzybicy naskórkowej od łuszczycy pospolitej nie zawsze bywa łatwe. Za grzybicą naskórkową przemawiają mniej ostre zarysy blaszek, ich stosunkowo bledszy kolor czerwony, brak „błonki łuszczycowej“ oraz brak krwawienia punkcikowatego, umiejscowienie w zgięciach stawowych, swędzenie, a wreszcie skłonność do powikłania przez pryszczycę i do zliszajowacenia wtórnego. Aczkolwiek dane te posiadają tylko względną wartość różnicowo-rozpoznawczą, to jednak na ich zasadzie zazwyczaj udaje się rozgraniczenie obu spraw w razie ich umiejscowienia na skórze niewłosionej. Przy wyłącznem występowaniu zmian na głowie granice pomiędzy łuszczycą a naskórkową grzybicą łuszczycowatą prawdopodobnie nie dadzą się wogóle przeprowadzić — przynajmniej w większości przypadków. Wątpliwości zdoła usunąć tylko dłuższe spostrzeganie chorych oraz zjawianie się typowych wykwitów w innych miejscach ciała. Niekiedy wyprowadzały mnie z kłopotu następujące dwa objawy: łuseczki pochewkowate oraz sposób ustawienia włosów. W grzybicy

łuszcycowatej głowy bardzo często widzujemy drobne łuseczki, otaczające włosy w kształcie rurki lub pochewki. Mieszczą się one w części przyskornej włosa, w odległości 1—3 mm. od powierzchni skóry. Na jednym włosie bywa ich nieraz kilka. Takie twory stosunkowo częściej widzujemy w grzybicy, niż w łuszczycy. — Co się tyczy ustawienia włosów w obrębie blaszek łuszcycowych, to bywa ono nieraz bardzo znamienne. Przy niezbyt krótko ostrzyżonych włosach i obfitości łusek można niekiedy zauważyć, że włosy pochylają się ku środkowi blaszki w ten sposób, jak gdyby się zbiegnąć miały w punkcie, leżącym na 2—4 cm. powyżej powierzchni skóry. Jeżeli objaw ten występuje, to można niemal z pewnością powiedzieć, że mamy do czynienia z łuszczycą.

Niektóre przypadki blaszkowatej grzybicy naskórkowej o przebiegu bardziej ostrym mogą do pewnego stopnia przypominać łupież różowy Gibert'a. Jednakże w grzybicy Unna'y blaszki nie są różowe. Znamionuje je raczej pewien odcień żółtawoczerwony. Środkowa część blaszki nie posiada owego błyszczącego i pomarszczonego naskórka, jaki widzujemy w łupieżu różowym. Nie ma też blaszki macierzystej. Obecność zmian na twarzy i uwłosionej skórze głowy a wreszcie swędzenie przychylają rozpoznanie w stronę grzybicy naskórkowej.

Nad wyraz trudne staje się jednak rozpoznanie dopiero wówczas, gdy grzybica naskórkowa ulega spryszczeniu i zliszajowaczeniu. W takich przypadkach musimy różnicować pomiędzy przyszczyką prawdziwą a grzybicą naskórkową powikłaną. Zadanie takie bywa nieraz istną łamigłówką. Na ogół biorąc można powiedzieć, że bardziej ostre odgraniczenie miejsc schorzałych, ich kształt blaszkowaty i rozrost odśrodkowy, obecność tłustych łusek oraz objawów i zjawisk łojotokowych w innych miejscach ciała, wreszcie stosunkowo słabszy stopień swędzenia — przemawiają w większości przypadków na korzyść grzybicy naskórkowej Unna'y. Podnieść jednak trzeba, że w bardzo wielu przypadkach obraz kliniczny bywa tak niewyraźny i tak złożony, że godzi się do czasu zupełnie wstrzymać każde bardziej precyzyjne rozpoznanie. W tych razach należy spostrzegać chorego przez czas dłuższy, cierpliwie czekać wystąpienia świeżych wykwitów pierwotnych, starannie wystudjować działanie różnych leków na chorą skórę i zdecydować się na rozpoznanie dopiero po szczegółowym i krytycznym rozważeniu wszystkich danych klinicznych.

Leczenie. — Dotychczas nie znamy właściwego leczenia wewnętrznego grzybicy naskórkowej Unna'y. Środki wewnętrzne, któ-

re w tych razach zwykliśmy zalecać, mają na celu nie tyle samo schorzenie skóry, ile zmianę terenu, na którym się ono rozwija. Wiemy, że skóra łojotokowa jest tem podłożem, na którym grzybica Unna'y najchętniej powstaje.*) Wynikałoby stąd, że w każdym przypadku winniśmy zdążyć do usunięcia wzgl. osłabienia wszystkich tych czynników, które mogą wywierać szkodliwy wpływ na przebieg sprawy łojotokowej. Ta więc część leczenia jest zupełnie identyczna z zalecaną w zwalczaniu łojotoku.

Dalsze wskazania do leczenia wewnętrznego wypływają z okoliczności, że grzybica naskórkowa bardzo często ulega powikłaniu przez pryszczycę pospolitą. W odpowiednich zatem przypadkach postępować będziemy zupełnie tak samo, jak o tem wspomiano w rozdziale o leczeniu pryszczycy prawdziwej.

Co się tyczy arszeniku, to należy zauważyć, że jego znaczenie w leczeniu grzybicy naskórkowej Unna'y przeważnie bywa przeceniane. Nie należy wątpić, że tradycja odgrywa tu wielką rolę. W rzeczywistości zaś lek ten jest stanowczo przeciwwskazany w przypadkach przebiegających bardziej ostro, w obecności znaczniejszych objawów zapalnych oraz w odmianach wilgotnych. Pewnych korzyści można się spodziewać tylko w postaciach suchych o przebiegu opieszalym, zwłaszcza zaś w odmianach łuszcycowatych, liszajowatych i modzelowatych. Ponieważ w takich przypadkach zawsze prowadzimy bardzo energiczne leczenie miejscowe, więc też trudno częstokroć powiedzieć, o ile arszenik mógł się w danym razie przyczynić do osiągnięcia wyleczenia wzgl. poprawy.

Leczenie miejscowe grzybicy naskórkowej Unna'y zazwyczaj bywa bardzo wdzięczne. Dotyczy to zwłaszcza pierwszych okresów leczenia, w których częstokroć można osiągnąć nader zadawalniające wyniki. Zdarza się jednak aż nazbyt często, że tu i owdzie pozostają pojedyncze ogniska chorobowe, które trzymają się bardzo uporczywie i wymagają długiego, wytrwałego i umiejętnego leczenia.

Najczęściej stosujemy leki odtleniające (redukujące) i przeciwpasorzytnicze. Leczenie prowadzimy w ten sposób, że początkowo zalecamy takie postępowanie, jak w wielu innych schorzeniach łojotokowych skóry. Stopniowo zaś i względnie szybko przechodzimy do metod przeciwłuszcycowych. Leczenie winno być na ogół energiczne, gdyż grzybica naskórkowa bynajmniej nie jest tak wrażliwa, jak pryszczycza prawdziwa. Znosi też wodę i mydło.

*) Ściśle rzecz biorąc, należy uważać grzybicę raczej za jedno z powikłań łojotoku.

W odmianach rumieniowo-złuszczających jest klasycznie wskazana siarka. Stosujemy siarkę strąconą, kwiat siarczany, sulfidol, sulfoform, tigenol — częstokroć w połączeniu z kwasem salicylowym, resorcyną, balsamem peruwiańskim itp. W suchych postaciach na głowie i brodzie można zalecić następujące maści:

Ac. salicylici 1,50
Sulfur. ppt. 5,00
Vasellini albi amer. 50,00
M. f. ungt.

Ac. salicylici
(Resorcin. resubl.) 1,50
Sulfoform 5,00
Ol. olivar. 6,00
Vaselin. alb. amer. 44,00
M. f. ungt.

Ac. salicylici 1,50
Bals. peruvian. 4,00
Sulfur. ppt. 5,00
Ol. Betulae 6,00
Vasellini alb. amer. 44,00
M. f. ungt.

Dodatniego wpływu można się też spodziewać od przetworów rtęciowych, n. p.:

Ac. salicylici 1,50
Hydrarg. ppt. albi
Bals. peruvian. \widehat{aa} 5,00
Adipis benzoat. 50,00
M. f. ungt.

Na skórze niewłosionej zalecamy analogiczne maści siarkowe albo też pastę siarkową Unna'y (Past. Zinci sulfurat. 10%) z dodaniem kwasu salicylowego, resorcyny, ichtyolu itp. W przypadkach bardziej uporczywych znakomicie działa maść Wilkinson'a albo też lenigololowa, pyrogalusowa, np.:

Ac. salicylici 1,50
 Ac. pyrogall. 2,50
 Ichthyol. 5,00
 Vaselin alb. amer. 50,00
 M. f. ungt.

W postaciach wilgotnych uwłosionej skóry głowy wywiera znakomite działanie wysuszające maść cynobrowo-siarkowa.

Hydrarg. sulfurat. rubr. 0,50
 Sulfur. ppt. 5,00
 Vaselini fl. amer. 50,00
 M. f. ungt.

W okolicy zausznej chętnie zalecamy maść diachylową z 5—10% chlorku amidortęciowego (hydrarg ppt. alb.). Ta sama maść jest też wskazana w przypadkach powikłanych przez liszajce.

Postacie wilgotne grzybicy naskórkowej na skórze niewłosionej należy początkowo tak leczyć, jak wilgotną pryszczycę pospolitą. W tych razach jest jednak wskazane szybkie przejście do środków bardziej energicznych, np. do tigenolu 5 — 10% (zwłaszcza u dzieci), lenigalolu (częstokroć w połączeniu z ichtyolem lub tiolem 5—10%) itp. Upřednie smarowanie 1—3% roztynem azotanu srebra znakomicie podnosi działanie wysuszające tych leków.

Co się tyczy przetworów dziegiowych, a zwłaszcza olejku i nalewki, to należy zauważyć, że ich działanie w naskórkowej grzybicy rumieniowo-złuszczającej przeważnie bywa niepewne ze względu na następcze podrażnienie skóry. Na tym punkcie grzybica naskórkowa różni się zasadniczo od pryszczycy pospolitej. Wyjątek stanowi maść Wilkinson'a, której dodatnie działanie nieraz bywa bardzo korzystne, zwłaszcza tam, gdzie mamy do czynienia z licznymi rozsianymi blaszkami suchymi.

W suchej odmianie łuszczycowatej stosujemy leczenie zupełnie analogiczne do podanego w łuszczycy pospolitej. Wchodzi tu w grę głównie kwas salicylowy, pyrogalusowy, chryzarobina, dziegieć. Do wysuszenia postaci wilgotnych gorąco polecam maść Wilkinson'a.

W odmianach liszajowatych i modzelowatych rozpoczynamy leczenie od stosowania metod złuszczających za pomocą kwasu salicylowego, resorcyny, naftolu - w maściach (z dodaniem mydła szarego) lub w plastrach. Następnie przechodzimy do energicznych leków odtleniających.



Obok maści, past i plastrów stosujemy w leczeniu naskórkowej grzybicy Unna'y jeszcze rozczyiny wyskokowe kw. salicylowego, resorcyny, naftolu oraz mydła salicylowe, resorcynowe, ichtyolowe, siarkowe i t. p., a wreszcie kąpiele siarkowe naturalne i sztuczne.

W każdym przypadku mniej więcej uporczywej grzybicy naskórkowej Unna'y, zwłaszcza zaś w jej odmianach łuszczycowatych, liszajowatych i modzelowatych należy zawsze pamiętać o niezmiernie dodatkiem działaniu rentgenoterapii. Wyniki bywają nieraz zdumiewające nawet tam, gdzie zawodzą wszelkie inne metody lecznicze. Należy naświetlać ostrożnie ($1/4$ — $1/2$ D. jednorazowo), gdyż grzybica naskórkowa jest bardzo wrażliwa na promienie X. Światło pozafioletowe może być wskazane tylko w blaszkowatej postaci powierzchownej.

Osutka pęcherzykowa rąk.

(Cheiropompholyx-Hutchinson. Dysidrosis-Tilbury Fox).

Ten typ osutki pęcherzykowej, mieszczący się na rękach i stopach, spostrzegamy głównie wiosną i w lecie.

Objawy — Przy objawach pieczenia i swędzenia zjawiają się na pozornie niezmięnionej skórze drobne, półkuliste, napięte, twarde pęcherzyki wielkości od łepka szpilki do ziarna soczewicy. Zawartość ich jest przezroczysta. Przy nakłuciu wydziela się rzadki, nie lepki płyn surowiczny. Pęcherzyki są półprzezroczyste a wyglądem swoim przypominają ugotowane ziarenko sago. W dalszym rozwoju nie pękają one samoistnie, lecz zazwyczaj zasychają a ich gruba pokrywa rogowa stopniowo się złuszcza. Wówczas widać okrągłe różowawe suche poletka, otoczone nieco wzniesionym złuszcującym się białym obrąbkiem naskórkowym. Niebawem skóra powraca do stanu prawidłowego.

Wykwity mieszczą się dosyć umiarkowo w mniejszej lub większej ilości na powierzchniach bocznych palców rąk, w fałdach międzypalcowych, na dłoniach, niekiedy też na powierzchniach grzbietowych palców. Stosunkowo rzadziej widzujemy je na podszwach i palcach stóp. Występują w postaci rozsianej lub też układają się w gromady. W przypadkach ciężkich zlewają się one w nieprawidłowego kształtu pęcherze, które dochodzą nieraz do wielkości jaja kurzego.

W przeważającej większości spostrzeżeń cierpienie trwa 10—14 dni, poczem następuje powrót do zdrowia. Przeciąganie się sprawy

zależy od napadów podchodnych. Niekiedy można też stwierdzić bezpośrednie przejście w pryszczycę wilgotną. Powikłania zależą głównie od zakażenia drobnoustrojami ropotwórczymi.

Osutka pęcherzykowa rąk posiada wielką skłonność do nawrotów. U ludzi usposobionych do tego cierpienia występuje ono co roku wiosną, latem, czasem jesienią. Stwierdzamy je najczęściej u osobników osłabionych, nerwowych, zdradzających objawy samozatrucia oraz skłonność do potów nadmiernych. Niekiedy jednak sprawa dotyczy ludzi zupełnie zdrowych ze skórą wybitnie suchą.

Przyczyny powstawania osutki pęcherzykowej rąk są dotychczas niewyjaśnioną zagadką. Tilbury Fox zaliczał to cierpienie do gromady nerwic a tworzenie się pęcherzyków uzależniał od nadmiernej czynności gruczołów potowych. Jednakże już Hutchinson wykazał błędność tego poglądu, a późniejsze poszukiwania Robinson'a, G. i F. E. Hoggan'a, Williams'a, Santi'ego, Unna'y, Török'a udowodniły, że pęcherzyki mogą się utworzyć w zupełnej niezależności od wspomnianych gruczołów. Są one raczej pochodzenia zapalnego. Na to zdają się wskazywać objawy zapalnego podrażnienia powierzchownych warstw skóry właściwej (przekrwienie, obrzęk, nacieczenie drobnokomórkowe) oraz obecność włókniaka i leukocytów w zawartości pęcherza. Niektórzy badacze, a zwłaszcza Kaposi nie uważają osutki pęcherzykowej rąk za odrębne schorzenie, lecz utożsamiają ją z pryszczycą pęcherzykową. Taki pogląd ma dane za sobą i jest pociągający ze względu na prostotę ujęcia i pożądane dążenie do syntezy. Trudno z nim tylko pogodzić tak typowe umiejscowione, ograniczone w wielu razach wyłącznie do rąk, odmienny od pryszczycy pospolitej przebieg, krótki czas trwania i dziwną skłonność do nawrotów sezonowych. Według Unna'y cierpienie jest pochodzenia bakteryjnego, wedle Darier'a zaś — grzybkowego. Sprawcą choroby ma być grzybek, bardzo zbliżony do *Epidermophyton inguinale* Sabouraud.

Rozpoznanie jest łatwe i opiera się na obecności wyż. podanych objawów przedmiotowych.

Leczenie winno uwzględnić stan ogólny chorego i zdążyć do usunięcia niedokrwistości, objawów samozatrucia i t. d. T. Fox zaleca środki moczopędne. — Metody leczenia dermatologicznego niczem nie różnią się od zalecanych w pryszczycy pęcherzykowej.



Rozdział XIV.

Schorzenia skóry typu pęcherza.

Niniejszy rozdział nie obejmuje wszystkich schorzeń skóry, w których przebiegu tworzą się pęcherze. Jest on poświęcony jedynie tej mało zbadanej gromadzie chorób niewiadomego pochodzenia, które nazywamy pęcherzycami (pemphigus) i których najważniejszym, a częstokroć jedynym objawem przedmiotowym jest pęcherz (bulla). Opisy osutek pęcherzowych, których etiologia już została wyjaśniona, podałem w odpowiednich rozdziałach. Dotyczy to n. p. osutek lekowych, opryszczek krowiankowatych, t. zw. pęcherzycy zaraźliwej noworodków (pemphigoid, pemphigus contagiosus neonatorum) i t. d.

Co się tyczy pęcherzycy właściwej, to prócz postaci ostrej i przewlekłej odróżniam w niej odmianę jednopostaciową, w której pęcherz jest początkiem i końcem choroby, oraz odmianę wielopostaciową, w której obok pęcherza widzimy zmiany rumieniowe, pokrzywkowe, grudkowe i pęcherzykowe. Pierwsza jest pęcherzycą prawdziwą (pemphigus verus s. vulgaris), drugą nazywamy zapaleniem skóry opryszczkowatym (dermatitis herpiformis-Duhring). Ten podział, ustalony przez badaczy amerykańskich i francuskich, przyjmuję głównie na zasadzie faktów klinicznych, które dotychczas spostrzegałem. Przekonałem się bowiem, że niewątpliwie istnieje nieskażona odmiana jednopostaciowa, choć występuje bez porównania rzadziej, niż wielopostaciowa. Uświadamiam sobie jednak najzupełniej, że w dzisiejszym stanie nauki dermatologicznej i wobec zupełnego braku ściślejszych danych etyologicznych taki podział nie da się zwycięzko obronić wobec opozycji. Bardzo być może, że przyczyny pochodzenia choroby są te same w obu odmianach. W takim razie podział byłby zupełnie zbędny. Czy jednak tak jest, tego dotychczas nie wiemy. W każdym razie należy zaznaczyć, że szkoła wiedeńska (za małym wyjątkiem) łączy dziś obie te odmiany w jeden obraz chorobowy, który nazywa pęcherzycą przewlekłą (pemphigus chronicus). W ten sposób ulega jednak bardzo zna-

cznemu poszerzeniu pierwotne pojęcie o pęcherzycy, które przez klasyków dermatologii zostało ustalone jako osutka jednopostaciowa. Kto w tym sporze ma rację, to dopiero przyszłość pokaże.

Pęcherzyca ostra.
(*Pemphigus acutus*).

Pęcherzyca ostra występuje nagle i rozpoczyna się tak, jak wiele innych spraw zakaźnych. Zwiastują ją objawy ogólne: znaczne osłabienie, bóle głowy, bóle gośćcowate, dreszcze, gorączka sięgająca 40—41°. Niebawem zjawiają się na skórze różnej wielkości pęcherze, wypełnione przezroczystym, niekiedy krwawym płynem surowicznym. Zazwyczaj tworzą się one na skórze prawidłowej, rzadziej na plamach rumieniowych. Mniejsze pęcherze są mocno napięte, większe — miękkie. Pokrywa pęcherzy wkrótce pęka, a wskutek tego powstają nadżerki, które stosunkowo szybko pokrywają się naskórkiem i tylko w ciężkich przypadkach zdradzają charakter pelzający. Umieszczenie osutki bywa dowolne. Pierwsze pęcherze mogą się pokazać na tułowiu, kończynach lub na twarzy, dalszy zaś rozwój osutki zwykł się odbywać napadowo. Liczba pęcherzy zazwyczaj pozostaje w prostym stosunku do ciężkości schorzenia.

Współcześnie ze zmianami skóry spostrzegamy też tworzenie się pęcherzycy na błonach śluzowych powiek, jamy ustnej, gardła i krtani. W tych miejscach pęcherze zawsze trwają bardzo krótko. Przekształcają się one w bolesne, ostro odgraniczone, czerwone i łatwo krwawiące nadżerki, niekiedy pokryte szarobiaławym lub szarozółtawym nalotem i otoczone strzępami pękniętej pokrywy pęcherzowej.

Pęcherzyca ostra trwa kilka dni lub tygodni i w większości przypadków ma zejście niepomysłne. Śmierć następuje przy objawach postępującego wyczerpania sił albo też wskutek powikłań (nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc, biegunki, zapalenie nerek). W pewnym jednak odsetku choroba kończy się wyzdrowieniem po upływie 2—3 tygodni. Takie przypadki zazwyczaj należą do łagodniejszych, a znamionuje je stosunkowo słaba gorączka, niewielka liczba pęcherzy oraz ich nieobecność na błonach śluzowych (porównaj też: liszajec zaraźliwy noworodków Rozdz. XIX).

Powyższe dane kliniczne wyraźnie wskazują, że w pęcherzycy ostrej widocznie mamy przed sobą chorobę zakaźną o charakterze posocznicy. Takie przypuszczenie zdają się potwierdzać spostrzeżenia Perne¹⁾ z których wynika, że schorzenie często występuje

u ludzi zajętych przy uboju zwierząt i mających do czynienia z surowem mięsem (rzeźnicy, masarze, kucharze, garbarze i t. d.). U takich chorych zazwyczaj stwierdzamy na rękach różne uszkodzenia, przez które domniemany zarazek mógł wtargnąć do ustroju.

Rozpoznanie opiera się na stwierdzeniu 2 faktów: obecności ostrej choroby zakaźnej i osutki pęcherzowej. Bardziej dokładnego rozpoznania dziś prawdopodobnie nie zdołamy ustalić.

Przy różnicowaniu mogą wynikać kwestje co do nietypowych postaci wysiękowego rumienia wielopostaciowego. Występowanie licznych wykwitów rumieniowych przemawia do pewnego stopnia przeciwko pęcherzycy ostrej, wątpliwości jednak może dopiero rozstrzygnąć przebieg choroby i jej zejście.

Rokowanie jest zawsze poważne, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie zajęte są błony śluzowe a liczba pęcherzy na skórze jest znaczna i stan ogólny ciężki.

Leczenie pęcherzycy ostrej może być tylko objawowe. W leczeniu ogólnem postępujemy tak, jak w każdej innej chorobie zakaźnej. Miejscowo stosujemy środki i metody wskazane w pęcherzycy przewlekłej.

Przewlekła pęcherzyca pospolita czyli prawdziwa.

(*Pemphigus chronicus vulgaris s. verus*).

Przewlekłą pęcherzycą prawdziwą nazywamy schorzenie, w którym w ciągu dłuższego czasu — miesiący i lat — spostrzegamy tworzenie się pęcherzy na skórze i błonach śluzowych.

Objawy. — Choroba zazwyczaj nawiedza ludzi słabych i najczęściej występuje podstępnie, niespostrzeżenie, bez wybitniejszych objawów zwiastujących. Zdarza się, że człowiek z wieczora kładzie się spać w stanie pozornego zdrowia, budzi się zaś ze skórą usianą pęcherzami.

Pęcherze tworzą się nagle i z nadzwyczajną szybkością. Ich występowanie niekiedy poprzedza nieznaczne pieczenie lub swędzenie, częstokroć jednak objawów tych nie ma. Pęcherze zjawiają się na skórze zupełnie prawidłowej, rzadziej w obrębie bladoróżowej plamki. Niektóre pęcherze — zwłaszcza starsze — są otoczone wązką różowoczerwoną obwódką. Ich wielkość waha się od ziarenka grochu do jaja kurzego. Są one ostro odgraniczone, półkuliste, przy dotykaniu twarde i sprężyste, albo też wiotkie, miękkie. Zawierają przezroczysty, bladożółtawy płyn surowiczny.

Wytworzony pęcherz pozostaje w tym stanie przez pewien czas

bez zmiany. Później jego zawartość zaczyna mętnieć a pęcherz staje się wiotki. Mętny ropiasty płyn zbiera się w dolnym odcinku pęcherza. Wreszcie pokrywa pęcherza pęka samoistnie lub pod wpływem czynników mechanicznych, zawartość wycieka, a wówczas widać czerwone, wilgotne dno pęcherza pokryte strzępami naskórka. Niebawem tworzy się szarozółtawy lub żółtobrunatnawy strup, pod którym w przebiegu niezakłóconym odbywa się dosyć szybko naskórkowanie. Po upływie 8—10 dni strup odpada i na miejscu pe-



Rys. 79. *Pemphigus chr vulgaris*.

cherzy pozostają czerwobrunatne plamki, które stopniowo znikają bez śladu. Czasem w miejscach tych tworzą się prosaki (Miliium).

W niektórych razach przebieg pęcherzy ulega pewnym odmianom. Tak więc spostrzegamy pęcherze o zawartości krwawej i wtedy mówimy o pęcherzycy krwotocznej (*Pemphigus haemorrhagicus*). W innych przypadkach po pęknięciu pęcherzy powstają owrzodzenia skóry (*Pemphigus ulcerosus*), częstokroć pokryte szarawym lub szarozółtawym nalotem sadłowatym (pęcherzyca błonicza — *Pemph. diphtheriticus*). Niekiedy może też wystąpić sprawa zgorzelinowa (*P. gangraenosus*).

Liczba pęcherzy bywa zmienna w zależności od przypadku

i od okresu choroby. Początkowo powstaje stosunkowo niewiele pęcherzy. W miarę jednak rozwoju cierpienia liczba ich stale się powiększa tak, że stopniowo pokrywają one niemal całą powierzchnię skóry. Ich ulubionym umiejscowieniem jest tułów i kończyny. Na dłoniach i podeszwach występują rzadko. Niekiedy można spostrzegać pewną umiarowość w ułożeniu osutki. — Bardzo często bywają zajęte błony śluzowe, zwłaszcza jamy ustnej, gardła, nagłośni, tchawicy, łącznic ocznych, nosa, warg sromowych większych i mniejszych, pochwy, szyjki macicznej. Opisywano też pęcherzycę śluzówki oskrzeli, przełyku, żołądka, kiszek, cewki i pęcherza moczowego. W tych miejscach rzadko widzimy pęcherze całkowicie zachowane. Przeważnie są to bolesne, ostro odgraniczone, okrągłe lub wielokształtne nadżerki łatwo krwawiące i pokryte stępami nabłonka oraz szarawym i szarżółtawym nalotem. Te zmiany zazwyczaj współistnieją z pęcherzycą skóry, mogą jednak niekiedy poprzedzać jej wybuch. Należy się zastrzec co do przypadków odosobnionej pęcherzycy spojówek ocznych i jamy ust.

W pęcherzycy prawdziwej objawy podmiotowe są słabo zaznaczone. Tworzeniu się pęcherzy może wprawdzie towarzyszyć nieznaczne swędzenie, pieczenie lub mrowienie, bardzo często jednak pęcherze powstają zupełnie niespostrzeżenie dla chorego. Tu właśnie zwraca uwagę ta wielka niewspółmierność, jaka zachodzi pomiędzy nikłością objawów podmiotowych a znaczną niekiedy rozległością zmian skóry. Nie dotyczy to jednak błon śluzowych, których zmiany zawsze znamionuje wybitna bolesność.

Przebieg. — Dalszy rozwój pęcherzycy prawdziwej może się ukształtować w dwóch kierunkach. W stosunkowo rzadkich przypadkach cierpienie trwa kilka lub kilkanaście miesięcy przy względnie pomyślnym stanie ogólnym. Choroba rozwija się napadowo. Pomędzy poszczególnymi napadami można spostrzegać dłuższe przestanki. Pęcherze bywają twarde i napięte. Objawu Nikolskiego nie ma. Błony śluzowe przeważnie bywają wolne. Sprawa kończy się wyzdrowieniem. Jest to łagodna pęcherzyca prawdziwa (*P. verus s. vulgaris benignus*).

W większości spostrzeżeń cierpienie ma jednak niepowstrzymany rozwój postępujący. Pęcherze tworzą się niemal bezustanku, występując napadami podchodnemi. Okresy zwolnienia zdarzają się stosunkowo rzadko i zazwyczaj bywają krótkie. Obok napiętych pęcherzy widać nie mało wiotkich, które szybko pękają. Powstające nadżerki częstokroć ujawniają skłonność do powiększania się w sposób pełzający (*P. serpiginosus*). Przy uciskaniu palcem na powierz-

chnię skóry nie zajęta przez pęcherze stwierdzamy, że naskórek oddziela się bardzo łatwo (epidermolysis, objaw Nikolskiego). Zajęcie błon śluzowych jest tu prawidłem. Stan ogólny pogarsza się stopniowo. Chorzy gorączkują, tracą apetyt i sen, chudną i słabną. Występują wymioty, biegunki, białkomocz a wreszcie sprawa kończy się śmiercią przy objawach postępującego charłactwa. Czas trwania choroby można określić na kilka miesięcy do 1—2 lat (złóśliwa pęcherzyca prawdziwa — *P. verus s. vulgaris malignus*).



Rys. 40. *Pemphigus vulgaris*.
Pęcherz śródskórkowy. W pokładach górnych skóry właściwej—
objawy ostrego zapalenia.

Budowa. — Pęcherze widocznie powstają wskutek ostrej wysiękowej sprawy zapalnej, przebiegającej w górnych pokładach skóry właściwej. Dotychczas nie wyjaśniono z pewnością, czy pęcherze te są tylko podnaskórkowe czy też śródskórkowe. Brak ściślejszych danych można objaśnić wielką rzadkością cierpienia oraz okolicznością, że przewlekła pęcherzyca prawdziwa bywa przez wielu badaczy utożsamiana z zapaleniem skóry opryszczkowatym (patrz niżej). W zawartości pęcherzy a także we krwi chorych nie stwierdzałem eozynofilii. Tylko w jednym z moich spostrzeżeń pęcherz wykazywał 8% eozynofilii obok 1% we krwi.

Świeże pęcherze są jałowe. W starszych najczęściej występują gronkowce ropotwórcze.

Przyczyny pęcherzycy prawdziwej nie są jeszcze znane. Teorje, usiłujące objaśnić powstawanie choroby, podnoszą znaczenie czynników nerwowych samozatruciowych i bakteryjnych. Są to te same poglądy, którym badacze hołdują w stosunku do opryszczkowatego zapalenia skóry Dühring'a i o których poniżej będzie mowa (patrz str. 315).

Rozpoznanie. — Dla tego, kto odróżnia pęcherzycę prawdziwą od choroby Dühring'a, rozpoznanie różnicowe wynika z całokształtu objawów klinicznych. Następujące dane należy uważać za rozstrzygające kwestję: zjawianie się pęcherzy na skórze pozornie zdrowej, obecność jednopostaciowej osutki pęcherzowej, brak wybitniejszych objawów podmiotowych, postępujący rozwój choroby oraz fatalne zejście. Znaczniejsza eozynofilia we krwi i w zawartości pęcherza może przemawiać na korzyść opryszczkowatego zapalenia skóry Dühring'a. Trzeba jednak zaznaczyć, że dane hematologiczne — dotychczas przynajmniej — nie mogą być brane za podstawę do rozpoznawania różnicowego przypadków wątpliwych.

Rokowanie w prawdziwej pęcherzycy złośliwej jest złe. Takie przypadki zawsze kończą się śmiercią. Odmiana łagodna należy do wielkich rzadkości.

Leczenie pęcherzycy pospolitej prowadzimy podług tych samych zasad, jakie podano w zapaleniu skóry opryszczkowatym (patrz niżej).

Jako oddzielny obraz kliniczny bywa zazwyczaj opisywana ta odmiana złośliwej pęcherzycy prawdziwej, którą nazywamy pęcherzycą złuszczącą.

Pęcherzyca złuszcząca.

(*Pemphigus foliaceus*).

Pierwsze dokładne opisy tego obrazu chorobowego podał Cazenave w roku 1850. Przy bliższem zapoznaniu się w kwestję łatwo się przekonać, że odmiana złuszcząca może bądź wkląć złośliwą postać pęcherzycy prawdziwej (także opryszczkowate zapalenie skóry, jak to niżej zobaczymy), bądź też występuje jako schorzenie pierwotne.

W przypadku pierwszym zazwyczaj mamy do czynienia z wiotkimi pęcherzami, po których pęknięciu pozostają czerwone, wilgotne nadżerki skóry, ujawniające skłonność do szerzenia się w spo-

sób pelzający. W tym czasie, gdy podminowany przez wysięk brzeg poczyna się szerzyć obwodowo, część środkowa pokrywa się naskórkiem. W obrębie tego świeżego naskórka wnet powstaje nowy pęcherz. Jednakże wskutek cienkości i nietrwałości pokrywy pęcherz natychmiast pęka, zawartość surowicza wylewa się na powierzchnię skóry i zasycha w żółtawy strup. Pod nim odbywa się odradzanie naskórka, poczem znowu powstaje świeży pęcherz, ulegający wyż. podanemu losowi. Wreszcie jednak pęcherze przestają się tworzyć, a wówczas widzimy rozlane zaczerwienienie skóry, któremu towarzyszy bezustanne i obfite łuszczenie. Obraz najzupełniej przypomina te złośliwe złuszczające erythrodermie wtórne, jakie niekiedy widzujemy w przebiegu pryszczycy, łuszczycy i liszaja czerwonego.

W tych razach, gdy pęcherzyca złuszczająca występuje jako schorzenie pierwotne, sprawa w większości przypadków również rozpoczyna się od pęcherzy. Zwykły się one zjawiać na przedniej powierzchni klatki piersiowej, na brzuchu i twarzy, rzadziej na kończynach. Pęcherze są zazwyczaj miękkie, płaskie, niezbyt ostro odgraniczone tak, że czynią wrażenie zwykłych wzniesień naskórka. Pękają one bardzo szybko i w dalszym przebiegu podlegają takiemu losowi, jaki spostrzegamy w złuszczającej pęcherzycy wtórnej. W miarę rozwoju sprawy erythrodermia uogólnia się coraz bardziej i wreszcie zajmuje całą bez wyjątku powierzchnię ciała. Wtedy skóra ma barwę ciemnoczerwoną, czerwonosinawą lub czerwono-brunatną, a miejscami jest nieco obrzękła. Objaw Nikolski'ego występuje wyraźnie. Powierzchnię skóry pokrywa warstwa cieńszych i grubszych łusek, większych na kończynach, mniejszych na tułowi i już to suchych, już bardziej wilgotnych. Ich ilość jest bardzo znaczna a częstokroć nawarstwiają się one wielokrotnie tak, że tworzą coś podobnego do ciasta francuskiego (*pâtisserie feuilletée*). W niektórych jednak przypadkach łuszczenie może być otrębowate. Po usunięciu łusek spostrzegamy czerwoną i wilgotną powierzchnię skóry. Te objawy występują wyraźniej w takich miejscach, jak zgięcia stawowe, pachwiny, narządy płciowe. Tutaj tworzą się też strupy obok łusek, a obraz kliniczny może swym wyglądem przypominać pryszczycę wilgotną.

Chorzy uskarżają się na swędzenie, pieczenie oraz uczucie zimna.

Należy jeszcze dodać, że pęcherzycę złuszczającą cechuje jakiś mdły i przykry zapach.

Rozwój choroby zazwyczaj bywa bardzo powolny. Spostrzeżenia zakończone śmiercią już po kilku miesiącach, można zaliczyć do rzadkości. W większości przypadków sprawa trwa kilka lat (4, 6 nawet 10), a stan ogólny początkowo bywa stosunkowo niezły, pomimo ciężkości schorzenia skóry. Dostyc szybko zwykło występować tylko wychudzenie. Do dostyc pospolitych zjawisk należą zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, brak łaknienia, wymioty, biegunki a także powiększenie lub zmniejszenie się ilości moczu, w którym można niekiedy wykryć odczyn dwuazowy Ehrlich'a. Z biegiem jednak czasu chorzy coraz bardziej chudną, tracą siły i wreszcie umierają przy objawach charłactwa. Bezpośrednią przyczyną śmierci częstokroć bywa zapalenie płuc, stosunkowo rzadziej bezmocz (anuria).

Badanie drobnowidzowe wykazuje, że pęcherze tworzą się śródskórkowo i zawierają nie mało eozynofilów. W skórze właściwej stwierdzamy wybitne rozszerzenie naczyń krwionośnych, obrzęk zapalny i okołonaczyniowe nacieczenie, złożone z limfocytów, leukocytów eozynochłonnych, komórek tkankolącznowych, plazmatycznych, tucznych i barwikowych.

Schwimmer i inni opisują różne chorobowe zmiany nerwowe układu ośrodkowego i obwodowego. Te objawy nie należą jednak do zjawisk stałych i są widocznie pochodzenia wtórnego.

Zmiany krwi polegają na zmniejszeniu się liczby ciałek czerwonych oraz ilości hemoglobiny obok nieznacznej leukocytozy. Odsetek komórek eozynochłonnych może sięgać 40.

Schorzenie występuje głównie u osób dorosłych i zazwyczaj dotyczy osobników osłabionych. Właściwe przyczyny powstawania złuszczającej odmiany pęcherzycy są dotychczas zupełnie nieznanne. Teoria nerwowa ma zbyt mało podstaw realnych, samozatruciowa zaś opiera się na bardzo ogólnych przesłankach. Leredde widzi w pęcherzycy złuszczającej wyraz choroby krwi.

Rozpoznanie jest stosunkowo nietrudno, dopóki tworzą się pęcherze. Z chwilą jednak, gdy mamy przed sobą jedynie obraz uogólnionej erythrodermji złuszczającej, właściwe ujęcie sprawy spotyka się z niemałymi trudnościami. Za pęcherzycą będzie przemawiała obecność stosunkowo grubych żółtoszarawych wilgotnych, a niekiedy tłustawych łusek, wilgotna nawet sącząca powierzchnia skóry, przypominająca miejscami pryszczycę wilgotną oraz wyraźne występowanie objawu Nikolski'ego.

Leczenie wewnętrzne nie różni się od stosowanego w pęcherzycy prawdziwej i w chorobie Duhring'a. Zewnętrznie zalecamy łożo wodne Hebra'y (Wasserbett), a gdy się to nie da wykonać —

długotrwałe kąpiele z dodaniem słabych środków odkażających, np. kwasu bornego, nadmanganianu potasowego itp. Wskazane też są kąpiele dziegciowe. Z środków dermatologicznych znajdują zastosowanie te same, które podano w dziale o leczeniu złuszczonej erytrodermji oraz w pęcherzycy prawdziwej, względnie w chorobie Duhring'a. Najczęściej są wskazane słabe maści z zawartością tiolu, ichtyolu, przetworów siarkowych i dziegciowych.

Zapalenie skóry opryszczkowe. — Choroba Duhring'a.

(Dermatitis herpetiformis Duhring. — Morbus Duhringi. — Dermatitis polymorpha dolorosa chronica Brocq. — Hydroa-Unna).

Pęcherzycy prawdziwej zazwyczaj przeciwstawiamy opryszczkowe zapalenie skóry Duhring'a. Nie da się zaprzeczyć, że pod względem klinicznym oba typy chorobowe niewątpliwie różnią się między sobą, choć należy mniemać, że łączą je ściśle więzy pokrewieństwa i że prawdopodobnie należą one do jednej wspólnej gromady. Wedle Duhring'a i Brocq'a winniśmy uważać następujące objawy za znamienne dla opryszczkowego zapalenia skóry: nadzwyczajną wielopostaciowość osutki, silne swędzenie i pieczenie, wybitnie przewlekły przebieg przy pomyślnym stanie ogólnym oraz opryszczkowe ułożenie wykwitów. Ostatni objaw nie zawsze jednak bywa wyrażony w sposób dostateczny a częstokroć może wcale nie występować (Brocq).

Najbardziej znamiennej cechą tego schorzenia jest niewątpliwie wielopostaciowość osutki. Gdyby nam wypadło określić ją dokładniej, to musielibyśmy powiedzieć, że opryszczkowe zapalenie skóry Duhring'a jest obrazem klinicznym, złożonym głównie z objawów wielopostaciowego rumienia wysiękowego i pęcherzycy poliolitej.

O b j a y. Początek choroby niekiedy zwiastują objawy ogólne trwające kilka dni: brak łaknienia, osłabienie, podniecenie nerwowe, dreszczyki, stan pod- lub gorączkowy. Objawy podmiotowe: mrowienie, pieczenie, swędzenie poprzedzają wybuch osutki, albo występują wraz z nią. Pierwsze wykwity zjawiają się najczęściej na kończynach, zwłaszcza na przedramionach i stąd szybko rozprzestrzeniają się na pozostałą powierzchnię skóry zdradzając pewną umiarowość w ułożeniu. Najobficiej bywają zajęte kończyny górne i dolne, następnie przednia powierzchnia tułowia, potem plecy. Twarz oraz uwłosiona skóry głowy, okolica płciowa a zwłaszcza dłonie i podeszwy częstokroć bywają zupełnie wolne albo też sto-

sunkowo słabo nawiedzone przez osutkę. W typowym przypadku rozwój sprawy odbywa się jak następuje. Początkowo zjawiają się wykwitwy pokrzywkowate, płaskie twory rumienia grudkowego oraz mniejsze i większe, okrągłe lub owalne blaszki rumieniowe. Wykwity są rozsiane albo też występują tak obficie, że miejscami zlewają się ze sobą powodując pewien obrzękowy stan skóry. Blaszkki rumieniowe mogą się wessać w części środkowej i spowodować powstawanie figur obrączkowatych. Te znowu stykając i łącząc się ze sobą tworzą wykwitwy łukowate, podkówkowate i koliste. Niekiedy widzimy zjawiska rumienia tęczowego. Kółka i łuki powstają też jeszcze wskutek szczególnego ułożenia się mniejszych grudek rumieniowych, — fakt często spostrzegany w przebiegu choroby Dühring'a.

W rzadkich tylko razach osutka rumieniowa trwa w tym stanie przez czas dłuższy (odmiana rumieniowa — *varietas erythematosae*). W przeważającej większości przypadków występują na scenę pęcherzyki. Zazwyczaj są one drobne, lecz niejednokrotnie wielkości, półkuliste, twarde, napięte z zawartością przezroczystą, czasem słabo żółtawą, niekiedy krwawą. Kształt ich nie zawsze bywa okrągły. Bardzo często widzimy pęcherzyki owalne, podłużne lub o zarysach nieprawidłowych. Mieszczą się one albo na wykwitwach rumieniowych, albo obok nich na skórze zdrowej. W tym wypadku zwykły je otaczać wążki obrąbek zapalny. Za znamienne dla sprawy należy uważać umiejscowienie na wykwitwach rumieniowych. Wówczas widzimy blaszki rumieniowe usiane gromadą pęcherzyków, przypominające wyglądem wykwitwy pasówki (*odmiana opryszczkowa* — *varietas herpertiformis*), albo też spostrzegamy twory obrączkowate i łukowate zaopatrzone w mniejszą lub większą liczbę różnej wielkości pęcherzyków (*odmiana liszajowa* — *varietas trichophytoides*). Obie te odmiany (a zwłaszcza pierwsza) są najbardziej typowe dla sprawy. One też rozstrzygają o samej nazwie choroby.

W dalszym przebiegu pęcherzyki pękają wskutek drapania lub zasychają w strupek albo też ulegają przeobrażeniu ropnemu. Najczęściej zdarza się, że kilka lub kilkanaście sąsiednich pęcherzyków łączy się ze sobą w mniejszy lub większy pęcherz. Pęcherze mogą jednak powstawać też pierwotnie na blaszkach rumieniowych oraz w środkowej lub obwodowej części wykwitów obrączkowatych albo też na skórze pozornie zdrowej (*odmiana pęcherzowa* — *varietas bullosa*). Takie pęcherze zazwyczaj otacza obwódka zapalna. Kształt ich bywa okrągły, owalny, biszkoptowaty lub

zgoła nieprawidłowy. Wielkość waha się od ziarna grochu do jaja kurzego. Pęcherze wymiarów niezwykłych powstają wskutek połączenia się kilku sąsiednich. Są one mocno napięte, twarde, elastyczne albo też wiotkie o pokrywie zmarszczonej. Dotyczy to zwłaszcza starszych pęcherzy. Zawartość jest — jak w pęcherzykach — przezroczysta bezbarwna lub żółtawa, czasem z domieszką krwi. Niekiedy widać w nich błony rzekome barwy szarej lub żółtawej, złożonej głównie z włókniaka. Przezroczysta zawartość stopniowo mętnieje i staje się ropna. Sam pęcherz zasycha w strup, pod którym odbywa się odradzanie naskórka, albo pęka wskutek uszkodzeń mechanicznych. Dalsze jego losy są wtedy zupełnie takie same, jak to podano w pęcherzycy prawdziwej.

Rozmieszczenie pęcherzy na powierzchni skóry jest zupełnie dowolne. Miejscami występują one w postaci nieprawidłowo rozsianej, miejscami ujawniają skłonność do ugrupowania. Dokoła większego pęcherza niekiedy tworzy się wianek mniejszych. Bywa to głównie na wykwitach blaszkowatych i obrączkowatych, zdarza się jednak stosunkowo rzadko.

Obok powyższych wykwitów Duhring podaje jeszcze odmianę krostkową (varietas pustulosa) opryszczkowatego zapalenia skóry. Jest rzeczą wątpliwą, aby ta odmiana powstawać miała pierwotnie. Należy sądzić, że jest ona wynikiem wtórnego zakażenia zawartości pęcherzyków i pęcherzy. Ułożenie krostek odpowiada w ogólnych zarysach temu, co było powiedziane o odmianie pęcherzykowej i pęcherzowej. Zauważyć tylko trzeba, że wielkość wykwitów krostkowych zazwyczaj bywa stosunkowo mniejsza i że posiadają one wybitną skłonność do zasychania w szarożółtawe i żółto-brunatnawe strupy.

Wszystkie wzmiankowane wykwity ustępują bez pozostawienia głębszych zmian skóry. Spostrzegamy tylko plamy barwikowe brudnożółte i ciemnobrunatne w miejscach, gdzie były pęcherzyki, pęcherze a zwłaszcza krosty. Zjawiska zliszajowacenia występują rzadko, pomimo silnego swędzenia. Stosunkowo częściej widzimy objawy nadmiernego rogowacenia skóry dłoni i podeszew. W przypadkach ciężkich mogą też powstawać obrazy, przypominające wyglądem złuszcządzającą pęcherzycę wtórną.

Dosyć często bywają zajęte błony śluzowe. Pęcherzyki i pęcherze spostrzegamy na śluzówce nosa, jamy ustnej, gardła i krtani. Przebieg tych zmian jest taki, jak w pęcherzycy pospolitej.

Objawy podmiotowe polegają na uczuciu napięcia skóry, na mrowieniu, kluciu, pieczeniu a głównie na swędzeniu. Te objawy mogą,



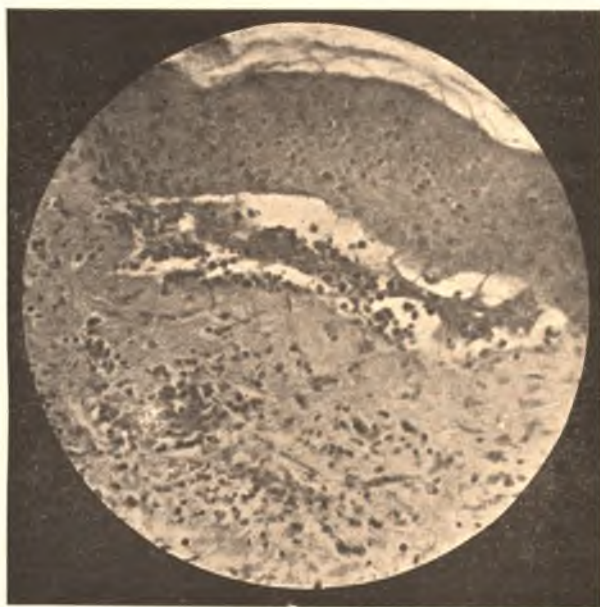
jak powiedziano, poprzedzać lub też wystąpić wspólnie z osutką. Ich intensywność zazwyczaj bywa znaczna i przeważnie znajduje się w stosunku prostym do ciężkości zmian skóry. Nie jest to jednak prawidłem. Swędzenie bywa najsilniejsze wieczorami i w nocy, a częstokroć pozbawia chorych snu. Swędzenie występujące w okresie bezobjawowym najczęściej bywa zwiastunem nowego napadu choroby Duhring'a.

Przebieg opryszczkowego zapalenia skóry jest wybitnie przewlekły. Składa się on z szeregu okresów czynnych i okresów utajenia choroby. Okresy czynne, napadami zwane, trwają od kilku tygodni do kilku miesięcy i składają się z całego szeregu krótkotrwałych napadów wtórnych, występujących podchodnie. W tym czasie ciepłota zwykła się podnosić do 38—39° a chorzy częstokroć uskarżają się na bóle w rękach i w nogach. Od czasu do czasu mogą się też zjawiać biegunki. Łaknienie zazwyczaj bywa doskonałe a stan ogólny chorych dobrze zachowany pomimo ciężkości zmian skóry. Białkomocz i cukromocz nie należą do częstych zjawisk. Z innych zmian notowano zmniejszenie ilości moczu, mocznika i kwasu moczowego, opieszale wydzielanie chlorku sodowego (Stümpke) a także zwolnienie trujących (toksycznych) własności moczu.

Okresy utajenia mogą się przeciągnąć na tygodnie, miesiące a nawet na lata. W tym czasie chorzy cieszą się zupełnie dobrem zdrowiem. Choroba jako całość trwa 6 miesięcy do 15—20 lat (Brocq). Kończy się ona zupełnym wyzdrowieniem lub przechodzi w stan przewlekły pod postacią złuszczejącej pęcherzycy wtórnej z zejściem śmiertelnym (Hallopeau). Najczęściej jednak chorzy umierają wskutek przypadkowego schorzenia, n. p. zapalenia płuc, gruźlicy.

Zmiany anatomiczne mieszczą się w skórze i w naskórku. W skórze występują objawy ostrego zapalenia, dotyczącego głównie pokładów górnych. Naczynia krwionośne są znacznie rozszerzone, niekiedy szczerlnie wypełnione krwią i otoczone obfitym naciekiem komórkowym, zawierającym nie mało komórek eozynochłonnych. Obok tego widać znaczny obrzęk zapalny tkanki łącznej oraz rozszerzenie naczyń chłonnych. Objawy obrzęku śród- i międzykomórkowego stwierdzamy również w naskórku. Sprawa sięga tu tak wysokiego napięcia, iż wreszcie wytwarzają się pęcherze. Mogą się one mieścić śród- i ponadskórkowo. W przypadku pierwszym pęcherz powstaje albo bezpośrednio pod warstwą rogową, która tworzy jego pokrywę, albo też — co częściej — śród warstw komórek sieci Malpighi'ego. W przypadku drugim podstawę pęcherza tworzy warstwa brodawkowa skóry właściwej, pokrywą zaś cały naskó-

rek in toto. Zawartość pęcherzy składa się z masy drobnoziarnistej, włóknika, zmienionych komórek naskórkowych, leukocytów i komórek eozynochłonnych. Liczba eozynofilów wahała się w moich przypadkach pomiędzy 20—90%. Ciecz zawarta w pęcherzach ma odczyn słabo zasadowy lub obojętny, cięż. wł. 1018—1030 i składa się z 85.1‰ części stałych oraz 941.8‰ wody. W cieczy tej wykryto białko surowicze, paraglobulinę, nieco tłuszczu oraz mocznik. W popiele (8.4‰) znaleziono chlor, potas, sód, tlenek magnezowy i wapniowy, kwas siarkowy i węglowy.



Rys. 41. *Dermatitis herpetiformis*.

Pęcherzyk podnaskórkowy zawierający eozynochłonne leukocyty (ciemno zabarwione). Takież komórki w znacznej ilości widać w skórze właściwej.

We krwi można niemal stałe wykryć eozynofilię w granicach 8—40%. Liczba limfocytów bywa zmniejszona w przypadkach znacznej eozynofilii, powiększona zaś w obecności małej ilości komórek eozynochłonnych. Należy jeszcze zauważyć, że eozynofilia pęcherzy nie zawsze znajduje się w stosunku prostym do eozynofilii krwi, raczej jednak do eozynofilii tkankowej.

O przyczynach zapalenia skóry opryszczkowatego nie wiemy nic pewnego. Dziś musimy się zadowolnić przytoczeniem teorii

i poglądów, zmierzających do wyjaśnienia przyczyn powstawania tej zagadkowej choroby.

Teoria nerwowa upatruje w chorobie Duhring'a (a także w pęcherzycy prawdziwej) pierwotne zaburzenie odżywczonerwowe lub naczynioruchowe. Opiera się ona głównie na tym fakcie, że osutki pęcherzowe spostrzegano wielokrotnie w przebiegu różnych organicznych i czynnościowych schorzeń nerwowego układu ośrodkowego i obwodowego. Takie spostrzeżenia posiadają jednak znaczenie jedynie dalekich analogji i bynajmniej nie dotyczą opryszczkowego zapalenia skóry (i pęcherzycy), jako cierpienia pierwotnego i samoistnego. Co się zaś tyczy samego układu nerwowego, to należy zauważyć, że w tych schorzeniach tylko wyjątkowo znajdowano zmiany anatomiczne w rdzeniu, w nerwach obwodowych i współczulnych. W przeważającej większości przypadków badanie kliniczne nie wykrywało żadnych widocznych zбоcezeń w układzie nerwowym, anatomiczne zaś zdołało stwierdzić jedynie takie zmiany chorobowe, jakie zwykły występować w stanach charłactwa.

Również mało podstaw ma teoria pasorzytnicza, przekonano się bowiem, że zawartość świeżych pęcherzyków i pęcherzy stale bywa jałowa. Nieznane też są przykłady przeszczepiwości lub nagminnego występowania choroby. Ostatniemi czasy Lipschütz (1912) opisuje wykryte w zawartości pęcherzy pierwotniaki (*Cystoplasma oviforme* i *Anaplasma liberum*), które pragnąłby uważać za sprawców choroby. W jednym przypadku znaleziono w soku śledziony *Cystoplasma oviforme*.

Nie mało zwolenników posiada pogląd, oceniający opryszczkowe zapalenie skóry jako osutkę z (samo)zatrucia. Na korzyść tej teorii zdaje się przemawiać okoliczność, że choroba Duhring'a pozostaje w niewątpliwej łączności z rumieniem i z pokrzywką z zatrucia, z osutkami lekowemi oraz z wysiękowym rumieniem wielopostaciowym. Te jednak względy powinowactwa wzbudzają zarazem podejrzenie, że jady nie zawsze bywają jednakie. Mogą one pochodzić z zewnątrz, jak n. p. w wielu osutkach lekowych, pokrzywkach i rumieniach, mogą też powstawać wewnątrz ustroju. W ostatnim przypadku możemy je łączyć z wadliwościami przemiany materji oraz z zaburzeniami czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym (porównaj opryszczki ciężarnych — herpes gestationis). Nie jest też wykluczone, że częstokroć mamy do czynienia z jadami bakteryjnemi (analogja z wysiękowym rumieniem wielopostaciowym).

Czy jady te bezpośrednio działają na układ nerwowy lub też

naczyniowy, to jeszcze wymaga dalszych wyjaśnień. Leredde sądzi, że pierwotnie uszkodzają one narządy krwiotwórcze (szpik kostny) i że powstająca stąd choroba krwi (eozynofilia) wtórnie wywołuje zmiany skóry. Można jednak przypuścić, że jady pierwotnie działają na skórę i że krążąc w niej wywierają wpływ chemotaktyczny na komórki eozynochłonne (Ehrlich i Lazarus). Wreszcie trzeba nadmienić, że podług niektórych autorów choroba Duhring'a (i pęcherzyca pospolita) mają częściej występować u żydów. Zauważyć jednak muszę, że tego spostrzeżenia potwierdzić nie mogę.

W r o z p o z n a w a n i u różnicowem zapalenia skóry opryszczkowatego musimy się liczyć głównie z wysiękowym rumieniem wielopostaciowym oraz z pęcherzycą prawdziwą. Od pierwszego choroba Duhring'a różni się wybitnie zaznaczonymi objawami podmiotowemi (głównie silnem swędzeniem), o wiele większą skłonnością do wytwarzania pęcherzy i krost, dłuższem trwaniem i ogólnym przebiegiem. Różnicowanie z pęcherzycą prawdziwą opiera się na nadzwyczajnej wielopostaciowości osutki w chorobie Duhring'a, wybitnem swędzeniu i pieczeniu, na stosunkowo pomyślnym stanie ogólnym, o wiele dłuższem trwaniu cierpienia i na względnie lepszem rokowaniu. Za naczelną jednak cechę różnicową winniśmy stale uważać wielopostaciowość choroby Duhring'a i bezwzględnie przeciwstawiać ją pęcherzycy prawdziwej, jako osutce wybitnie jednopostaciowej i wyłącznie pęcherzowej. Pamiętać też jeszcze trzeba, że w opryszczkowatym zapaleniu skóry pęcherze najczęściej powstają na blaszkach rumieniowych, w pęcherzycy zaś pospolitej — na skórze pozornie zdrowej.

R o k o w a n i e w opryszczkowatym zapaleniu skóry jest zawsze poważne. Możemy je określić tylko jako stosunkowo pomyślniejsze w porównaniu z pęcherzycą prawdziwą, mając na względzie głównie to, że stan ogólny chorych bywa przez dłuższy czas względnie dobry. Zejście śmiertelne bynajmniej nie należy do wyjątków. Nawet w przypadkach przebiegających pomyślnie należy pamiętać, że jest to cierpienie ciężkie, długotrwałe, dokuczliwe i wyczerpujące siły, że ponadto nieraz przykuwa chorego do łóżka na długie miesiące i czyni go niezdolnym do pracy.

L e c z e n i e choroby Duhring'a (a także pęcherzycy prawdziwej) rozpada się na wewnętrzne i zewnętrzne.

L e c z e n i e w e w n ę t r z n e. — Pierwszem i najważniejszym zadaniem jest stworzenie możliwie pomyślnych dla chorego warunków higienicznych oraz troska o dobre odżywianie i wzmocnienie ustroju. Djeta powinna być pożywna, lecz niedrażniąca, a w o

gólnych zarysach taka, jaką zalecamy w pryszczycy prawdziwej. Z leków wzmacniających podajemy wszystkie te, jakimi sztuka lekarska zwykła się posiłkować w takich razach.

Właściwego leczenia wewnętrznego, leczenia przyczynowego dotychczas nie znamy. Ze zmiennem szczęściem probowano leków najrozmaitszych. Zdawało się, że niekiedy można osiągnąć względne powodzenie przy stosowaniu niżej podanych środków.

Ergoty nę można podawać jako napar przez 10—14 dni:

Inf. Secal. cornut. 10,00 : 200,00
 Natrii bromati 10,00
 Elix. ac. Halleri 4,00
 M. D. S. 4 r. dz. po 1 łyżce stoł.

albo zastrzykiwać pod skórę po 0,10 (Ergotin. dialys.) 7—8 dni z rzędu, poczem przechodzi się do chininy. W niektórych razach można zalecić pigułki Brocq'a.

Chinini hydrochlor. 2,50
 Extr. Ergotini 1,50
 Extr. Belladon. 0,10
 Pil. No 50
 S. 3 razy dziennie po 1—2 piguł.

Chinina częstokroć oddaje wyśmienite usługi, należy ją jednak podawać w większych dawkach (2—3 razy dziennie po 0,50 przez czas dłuższy wzgl. z przerwami). Zalecane przez R. Leszczyńskiego dożyłne wlewania niekiedy wywierają niewątpliwie pomyślne skutki na przebieg cierpienia.

Chinini hydrochlor. 1,00
 Natrii chlorati purissimi 1,70
 Aq. destill. 200,00
 D. S. pro infusione.

Należy rozpocząć od dawki 0,5 chininy (=100 cm. wyjąłowego roztworu) i dodając codziennie po 0,10 stopniowo dojść do 1 g. i tę dawkę następnie powtarzać co drugi, trzeci dzień. Chorzy zazwyczaj dobrze znoszą zabieg, choć uskarżają się na zawroty głowy i szum w uszach.

Arszenik stosujemy w pigułkach (rzadziej), w zastrzykiwa-

niach podskórnych lub w postaci wlewań dożylnych neosalwarsanu (3—6 wlewań w serji, w dawkach wzrastających jak w leczeniu przymiotu). Wyniki są niekiedy nadzwyczaj pomyślne, metoda jednak częstokroć zawodzi zupełnie. Po neosalwarsaniu zwykły się tworzyć rozległe zmiany barwikowe skóry.

Działanie podobne do neosalwarsanu wywiera też luargol*) wzgl. disodoluargol Danysza. Sposób stosowania — dożylny. Rozpuszczać należy w wodzie przekroplonej. Dawki w serji 0,05 — 0,10 — 0,15 — 0,20 — 0,25 — co 3—4 dni.

Z innych leków zalecano jeszcze podskórne zastrzykiwania strychniny (Neisser), antypirynę, ichtalbinę (3 r. dz. po 1,0), ichtyol (w kroplach po 6—8×3, w pastylkach po 0,10, 6—10 sztuk dziennie oraz w pigułkach).

Chinini hydrochlor. 3,50

Ichthyol. 5,00

Pulv. Gentianae q. s.

ut f. pil. No 50

S. 3×1—3 pig. po jedzeniu.

Ichthyol. 9,00

Pulv. et Extr. Liquir. q. s.

ut f. pil. No 60

S. 3×2 pig. po jedzeniu.

W ciężkich przypadkach jest wskazane podskórne lub dożylne zastrzykiwanie normalnej surowicy ludzkiej podług metody Linsler'a (patrz świerzbiczka). Dawka 10 do 20 ccm. 2—3 razy tygodniowo. Ogólna liczba zastrzyknięć 10—15—20. Ravaut zaleca podskórne zastrzykiwania 20—25 ccm. własnej i całkowitej krwi chorego co drugi dzień. Pomyślne wyniki widywałem bardzo rzadko. To samo mogę powiedzieć o podskórnym zastrzykiwaniu mleka (5—10—20 ccm).

W pewnym (nieznacznym) odsetku można się spodziewać poprawy przy zastosowaniu metody Bruck'a (upust 100—200 ccm. krwi z następczem wlewaniem dożylnem 500—1000 ccm. roztworu fizjologicznego soli kuchennej). Zabieg ten nie zawsze wpływa na samą sprawę pęcherzycową, jednak niewątpliwie zmniejsza a nawet chwilowo znosi swędzenie w przypadkach opryszczkowego zapalenia skóry.

*) Dioxydiaminoarsenobenzène stibiobromo-argentique.

Leczenie zewnętrzne jest przeważnie objawowe. — W przypadkach, w których na pierwszy plan występują objawy rumieniowe, postępujemy tak, jak w wielopostaciowym rumieniu wysiękowym (patrz wyż.). W obecności znacznej liczby pęcherzy należy je otworzyć a następnie opatrywać mazidłem na oparzeliny (linim. oleo-calcareum) lub też 3—5% maścią borną. Po zagojeniu się nadżerek popęcherzowych można przejść do maści z zawartością tiolu, ichtyolu, tigenolu, przetworów dziegciowych i t. d. W razie silnego swędzenia wskazany jest bromokol, anestetyna, cykloform. Dobrze działa maść Wilkinson'a z pastą cynkową aa).

Naświetlanie promieniami Roentgen'a ($\frac{1}{4}$ Dos. co 8 dni) nieraz wywiera dodatni wpływ na przebieg i tworzenie się pęcherzy oraz zmniejsza istniejące swędzenie.

Obok maści stosujemy kąpiele co dzień lub co drugi, 30—60 minut, 28—30°. Długotrwałe kąpiele (2—6 godz.) nie zawsze są celowe, gdyż nazbyt rozmiękczają naskórek. Do kąpeli dodajemy odwaru kory dębowej (1—2 K. na odwar) lub otrąb, krochmalu, gliniki białej (bolus albus 100 g.) nadmanganianu potasowego (1. g.) itd. W końcowych okresach choroby wskazane są kąpiele siarkowe (Sol. Vlemingxi, 100—150 g.) oraz dziegciowe.

W pęcherzycy błon śluzowych (zwłaszcza jamy ustnej) zalecamy częste płukania dwutlenkiem wodoru oraz smarowanie lekami ściągającymi, głównie azotanem srebra (1—2%). Do środków znieczulających (nowokaina) należy się uciekać tylko w ciężkich przypadkach i wyłącznie przed jedzeniem.

Opryszczki ciężarnych.

(Herpes gestationis).

W ścisłej łączności z opryszczkowatym zapaleniem skóry należy wspomnieć o t. zw. opryszczkach u ciężarnych. Wydaje się bardzo prawdopodobnym, że tę osutkę należy uważać za odmianę choroby Dühring'a, występującą w pewnych określonych warunkach przyczynowych. Brocq nadaje jej miano: dermatite polymorphe douloureuse recidivante de la grossesse.

Cierpienie niekiedy występuje po porodzie, najczęściej jednak i klasycznie podczas ciąży. Opryszczki mogą towarzyszyć każdej ciąży lub też ominąć jedną albo dwie i znowu się pokazać podczas następnej. Największa liczba przypadków przypada na ostatnie 6 miesięcy ciąży, zdaje się jednak, że osutka zjawia się tem wcześniej, im częściej się powtarza. W okresie porodowym zazwyczaj ujawnia

się znaczne pogorszenie zmian skóry, najczęściej 3—4-go dnia po rozwiązaniu, ku końcowi zaś połogu osutka zwykła ginąć. (Taki sam wpływ na osutkę wywiera wczesne poronienie, przed 10-ym tygodniem). W niektórych razach nawet po porodzie sprawa może się przeciągnąć na tygodnie i miesiące a wreszcie ustalić się jako cierpienie przewlekłe, przebiegające już zupełnie niezależnie od ciąży. Takie przypadki niczem się nie różnią od zwykłej choroby Duhring'a i stanowią łączące ogniwo pomiędzy nią a opryszczkami ciężarnych.

Pierwsze zmiany zwykły się pokazywać na kończynach, zwłaszcza na górnych a także w okolicy pępkowej. W przypadkach łagodnych sprawa przez dłuższy czas ogranicza się do tych miejsc, zazwyczaj jednak ulega ona uogólnieniu. Najobficiej bywają zajęte ramiona, przedramiona, ręce, palce, podudzia i stopy. Dłonie, podszwy i twarz są częstokroć wolne. Umieszczenie na błonach śluzowych narządów płciowych, jamy ustnej i gardła należy do częstych zjawisk.

Osutka posiada wybitne cechy wielopostaciowości. Składa się ona z wykwitów rumieniowych, pokrzywkowych, pęcherzykowych i pęcherzowych. W ogólnych zarysach jest ona zupełnie podobna do spostrzeganej w opryszczkowatym zapaleniu skóry. Rozwija się napadowo. Śwędzenie i pieczenie należą do stałych objawów.

Pierwszemu napadowi choroby częstokroć towarzyszy stan gorączkowy, który pozatem można stwierdzić przy każdym obostrzeniu sprawy. Chore uskarżają się na ogólne osłabienie, wyczerpanie, zdenerwowanie i bezsenność. Ogólny stan zdrowia zazwyczaj bywa pomyślny a łaknienie dobre.

Z innych objawów należy wspomnieć o eozynofilii, występującej we krwi, w tkankach (skórce) i w zawartości pęcherzy. I tu bywa również zmniejszona ilość moczu, mocznika, chlorku sodowego i fosforanów, powiększona zaś ogólna ilość barwików moczowych.

Co się tyczy przyczyn powstawania cierpienia, to należy zauważyć, że zazwyczaj oceniamy je jako osutkę z samozatrucia u ciężarnych. Być może, że za bodziec wywołujący trzeba uważać zmienioną pod wpływem ciąży czynność jajników. Godzi się jednak wspomnieć, że pospolite zapalenie skóry opryszczkowate Duhring'a niekiedy znika właśnie wówczas, gdy chora zajdzie w ciążę.

Rozpoznanie nie jest trudne i może mieć na względzie jedynie t. zw. liszajec opryszczkowaty Hebra'y (impetigo herpetiformis). Różnice polegają na tem, że liszajec opryszczkowaty jest cięż

ką chorobą zakaźną o zejściu śmiertelnem, w której zazwyczaj nie spostrzegamy wyraźniejszego swędzenia. Wykwity występują w postaci krostek, ułożonych wianuszkowato dokoła środkowego strupa i mają inne umiejscowienie, niż w opryszczkach ciężarnych (patrz niżej).

Leczenie nie różni się zasadniczo od podanego w chorobie Duhring'a. Organoterapia zazwyczaj nie daje żadnych wyników.

Ze względów praktycznych omówić nam jeszcze wypadnie w tym rozdziale pęcherzycę brodawkującą (*pemphigus vegetans*) oraz pęcherzycę urazową (*pemphigus traumaticus*) pamiętając jednak, że pierwsza należy raczej do chorób zakaźnych, druga zaś do gromady wrodzonych zbroczeń w odżywianiu skóry (*dystrophiae cutis*).

Pęcherzyca brodawkująca.

(*Pemphigus vegetans*. — *Morbus Neumanni*).

Zmiany skóry odpowiadające temu, co dziś nazywamy pęcherzycą brodawkującą, były dawniej rozpoznawane jako framboezja syfilityczna (*sypilis framboesiformis*). Dopiero Neumann w r. 1876 wyodrębnił to cierpienie jako oddzielną jednostkę chorobową i nadał mu wyż. podaną nazwę. Hallopeau opisuje je pod mianem *dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique* lub też *pyodermite végétante*. Unna określa je jako *erythema bullosum vegetans*, Tommasolli zaś — jako *condylomatosis pemphigoides maligna*. Francuscy i amerykańscy badacze wypowiadają się za odrębnością tego cierpienia, podczas gdy szkoła wiedeńska uważa je tylko za odmianę pospolitej pęcherzycy przewlekłej.

O b j a w y. — Sprawa rozpoczyna się na błonach śluzowych jamy ustnej, narządów płciowych, rzadziej nosa albo też na skórze w jednym z niżej podanych miejsc, typowych dla tego cierpienia. W ciągu kilku tygodni lub miesięcy może ona osiągnąć znacznego stopnia rozwoju.

Wykwity przedstawiają się w postaci pęcherzy już to napiętych i o zawartości przezroczystej, już to wiotkich i najczęściej napełnionych mętnym ropnym płynem. Niektóre są tak płaskie i mało wzniesione, że na pierwszy rzut oka bynajmniej nie czynią wrażenia pęcherzy (Hallopeau, Kren, E. Bruner, Königstein, J. Blay). O ich płynnej zawartości można się niekiedy przekonać dopiero po nakłuciu pokrywy. Pęcherze mogą zaschnąć w strup, pod którym

następnie odbywa się odradzanie naskórka. W większości jednak przypadków pęcherz pęka, pozostawiając czerwoną wilgotną nadżerkę, która wydziela cuchnącą surowiczo-ropną ciecz. Niebawem nadżerka pokrywa się rozrostami brodawkowatymi, ujawniającymi się najpierw w jej części środkowej. Brodawki szybko rosną wszcz i wznwyż sięgając wysokości 0,5—1,5 a nawet więcej ctm. Z ich powierzchni sączy się ciecz, zasychająca w ciemnożółte cuchnące strupy. Całość daje wrażenie szyszkowin płaskich. Niektóre wykwitły



Rys. 42. *Pemphigus vegetans*.

brodawkowate szerzą się odśrodkowo w sposób pełzający i występują w postaci pasów wężykowatych, zakreślających koła, łuki i półkola (Brocq, Françon, Botelli, J. Blay).

Te twory stopniowo się powiększają przez rozrost pełzający. Otacza je obrąbek utworzony z naskórka, wzniesionego przez wysięk zapalny (pęcherz pełzający). Do obrąbka częstokroć przylega czerwona wążka obwódka. W sąsiedztwie brodawkowatych wykwitów widać świeże pęcherze i krosty, rozsiane pojedynczo lub zebrane w drobne gromady. Rozrosty brodawkowate mogą się wessać samoistnie albo pod wpływem leczenia. Pozostają po nich ciemno zabarwione plamy.

Pęcherzyca brodawkująca najczęściej umiejscawia się na wargach i w okolicy ust, w fałdzie bródkowej, na ciele zaś głównie w tych

miejscach, gdzie stykają się dwie powierzchnie i gdzie skóra ulega namoknieniu. Widujemy je zatem w pachach i pachwinach, w okolicy płciowej, w okolicy odbytu i w fałdzie międzypośladowej, w okolicy pępkowej, w fałdach międzypalcowych rąk i stóp. Schorzeniu może jednak ulec każde inne miejsce powierzchni ciała, np. uwłosiona skóra głowy, mostek, brzuch, plecy albo też uda, podudzia i stopy, ramiona i ręce (J. Rosenberg), okolica łokciowa (J. Blay). Bardzo często bywają też zajęte błony śluzowe (usta, gardziel, nos, łącznice oczne, narządy płciowe, pochwa, odbytnica).

Zmianom skóry towarzyszą bóle, które są szczególnie silne i dokuczliwe w umiejscowieniu pęcherzycy brodawkowej w jamie ustnej i gardzieli. Niekiedy spostrzegano swędzenie. (Köbner, Jecquet).

Rozwój choroby ma charakter postępujący i odbywa się w sposób napadowy. Zdarzają się jednak krótsze lub dłuższe przestanki. Wskutek bolesnych zmian w jamie ustnej i gardzieli odżywienie stopniowo podupada. Śmierć następuje w ciągu kilku tygodni lub miesięcy (rzadziej kilku lat) przy objawach charłactwa lub posocznicy a także wskutek powikłań (zapalenie płuc, biegunka). Spostrzegamy jednak przypadki, w których ma miejsce pozorne wyleczenie trwające kilka miesięcy a nawet lat. Nawrót choroby zazwyczaj kończy się śmiercią.

Z innych zjawisk chorobowych w przebiegu pęcherzycy brodawkowej notowano zanokciec palców rąk i stóp, bolesne przykurczenia (Neumann, Zumbusch, J. Rosenberg), drżenie mięśni w czasie spokoju a zwłaszcza podczas ich napięcia, występujące w kończynach, tułowiu, twarzy i języku (Herxheimer).

W obrazie *drobnovidzowym* zwraca uwagę bujanie sopli międzybrodawkowych, które może sięgać bardzo znacznych rozmiarów. Sople kształtu rozgałęzionych tworów palcowatych nieraz wra-
stają głęboko w podłoże i powodują nadmierne wydłużenie brodawek skóry, znajdujących się pomiędzy nimi. Naskórek jest zgrubiały i obrzmiały. Widać w nim liczne komórki wędrujące, które tu i owdzie skupiają się w ogniska i tworzą drobne ropnie śródskórkowe. Ich zawartość jest złożona głównie z komórek eozynochłonnych. W obrębie rozrostów brodawkowych naskórek zazwyczaj bywa pokryty parakeratotyczną warstwą rogową. W górnych pokładach skóry właściwej można stwierdzić objawy zapalne, polegające na obrzęku, znacznym rozszerzeniu światła naczyń krwionośnych i na obfitem nacieczeniu drobnokomórkowym, złożonym w znacznym stopniu z eozynofilów. W głębszych warstwach skóry niekiedy spostrzegano objawy zacieśniającego zapalenia tętnic i żył.

We krwi chorych stale znajdowano eozynofilię sięgającą 15%. W spostrzeżeniu J. Rosenberga wynosiła ona 30 $\frac{1}{2}$ %.

Poglądy na przyczyny powstawania pęcherzycy brodawkowej są dotychczas bardzo rozbieżne. Ehrmann, Török, Marianelli zwracają uwagę na zmiany w ośrodkach nerwowych. Köbner i Westberg zaliczają to schorzenie do grupy cierpień, powstających



Rys. 43. *Pemphigus vegetans*.

Bujanie sopli naskórkowych i wydłużenie brodawek skóry. Śród-naskórkowy ropień. Zjawiska ostrego zapalenia w górnych po-kładach skóry.

na tle samozatrucia. Podług Waelsch'a jest ono chorobą zakaźną, poczynającą się na błonach śluzowych (usta). Za sprawcę cierpie-nia Waelsch uważa prątka błonicy rzekomej, którego wyhodował z krwi i zawartości pęcherzy. Zdaniem Stanriale mamy tu do czynie-nia z zakażeniem mieszanym (wyż. wzmiankowany prątek oraz jakiś diplobacillus). Longo i Speciale wykryli w chorej tkance dwoinki nie-wiadomego pochodzenia. J. Blayowa wyhodowała z zawartości pę-cherza gronkowca białego i żółtego. Brocq również przemawia za pasorzytniczem pochodzeniem pęcherzycy brodawkowej. Unna uważa ją za miejscowe cierpienie pasorzytnicze, które przenosi się drogą samozaszczepienia.

Przy rozpoznaniu różnicowem wchodzi w grę głównie przymiot (lepieże płaskie), na co już wyżej zwracałem uwagę. Obecność świeżych pęcherzy i krost w najbliższym sąsiedztwie wykwitów; obrąbek naskórkowy, otaczający rozrosty brodawkowe (pęcherz pełzający); względna miękkość samych rozrostów; rozległość zajętej przez nie przestrzeni; długotrwałość cierpienia; swędzenie a wreszcie brak innych objawów przymiotu — przemawiają za rozpoznaniem pęcherzycy brodawkowej. Należy też pamiętać, że leczenie rtęciowe stale pogarsza pęcherzycę (zwłaszcza w jamie ustnej), wywiera natomiast szybki i dodatni wpływ na twory syfilityczne.

Podobieństwo do pęcherzycy brodawkowej mogą też posiadać niektóre osutki jodowe. W tych razach znajdujemy obok rozrostów brodawkowatych inne jeszcze wykwitły jodowe, głównie trądzik na twarzy i tułowiu. Umieszczenie osutki jodowej nie bywa pozatem tak typowe. Ważnych danych mogą też dostarczyć wywiady.

Rokowanie jest złe.

Leczenie pęcherzycy brodawkowej jest głównie objawowe. Z środków wewnętrznych zalecano makowiec (Radcliffe Crocker), arsenik, strychninę (Neisser), atropinę (3 mg. pro die — Kren), dożylnie wlewania chininy (R. Leszczyński). Wyniki nie są zachęcające. Zawiodła też surowica przeciwbłonicza (Waelsch) oraz szczepionka gronkowcowa (Young). W każdym jednak przypadku przede wszystkim jest wskazane ogólne leczenie wzmacniające.

Miejscowo stosujemy kąpiele, opatrunki z środków odkażających, smarowanie nalewką jodową lub trójchlorkiem jodu (0, 1%), okłady z nasyconego roztworu nadmanganianu potasowego, wyłyżeczkowanie, żegadło Paquelin'a, galwano- i elektrokauter. Niekiedy spostrzegamy poprawę przy stosowaniu rentgenoterapii.

Pęcherzyca urazowa. — Pęcherzowe dziedziczne oddzielanie się naskórka.

(Pemphigus traumaticus. — Epidermolysis bullosa hereditaria).

Tem mianem nazywamy chorobowe stany skóry, które cechuje zdolność do wytwarzania pęcherzy pod wpływem różnych podnieć zewnętrznych a głównie urazu. Takie właściwości skóry zazwyczaj bywają dziedziczne i rodzinne.

Odróżniamy odmianę pospolitą oraz odmianę zanikową pęcherzowego oddzielania się naskórka.

Odmianę pospolitą pęcherzowego i dziedzic-

cznego oddzielenia się naskórka (epidermolysis bullosa hereditaria H. Köbner) opisał po raz pierwszy Goldszeider (1882) pod nazwą „Hereditaere Neigung zur Blasenbildung“. Inni badacze określają to cierpienie jako Dermatitis bullosa hereditaria (Valentin), Acantholysis bullosa (Behrend), Keratolysis bullosa hereditaria, (Török), Pemprigus hereditarius traumaticus simplex (L. Brocq).

Cierpienie to, opisywane dotychczas głównie przez autorów niemieckich, ujawnia dwie znamienne cechy: dziedziczność oraz niepomiarłą łatwość powstawania pęcherzy pod wpływem nawet drobnych podnieć mechanicznych. Skłonność do wytwarzania pęcherzy jest widocznie wrodzona i niewątpliwie dziedziczna, gdyż może wystąpić w 3, 4 a nawet w 5 pokoleniach (Bonaiuti). Schorzeniu podlegają przedstawiciele obojga płci a przenoszą je dziedzicznie kobiety i mężczyźni. Pierwsze objawy spostrzegamy niekiedy już w chwili urodzenia albo też wkrótce po urodzeniu. W większości jednak przypadków pęcherze pokazują się dopiero w drugim roku życia, gdy dzieci zaczynają chodzić. W okresie pokwitania sprawa chorobowa najczęściej nieco słabnie, ustępuje zaś dopiero w wieku starszym. Stosunkowo najwyższego napięcia sięgać ona zwykła w miesiącach letnich.

Pęcherze najchętniej powstają w tych miejscach, gdzie skóra podlega dłużej trwającemu lub też częściej powtarzającemu się urazowi, np. tarcu, uciskowi itp. Powstawaniu pęcherzy sprzyja zatem ucisk wywierany przez ściśle przylegające ubranie, przez gorset, kołnierz, podwiązki, tarcie szelek, ucisk i tarcie obuwia i t. p. To samo należy powiedzieć o rzemiosłach, których wykonywanie wymaga używania narzędzi, wywierających ucisk na kończyny (palce, stopy wzgl. podeszwy).

W niektórych razach spostrzegamy powstawanie pęcherzy na błonach śluzowych (jama ustna i nosowa-gardzielowa, przełyk, rowek zażołądny).

W miejscu schorzałem początkowo zjawia się swędząca i piekąca plama czerwona, na której po pewnym czasie tworzy się twarde napięty przezroczysty pęcherz wielkości od ziarna grochu do orzecha. Pęcherze zazwyczaj nie sprawiają żadnych dolegliwości i tylko w umiejscowieniu na dłoniach i podeszwach powodują dosyć znaczne bóle. W dalszym przebiegu pęcherze pękają ujawniając wilgotną nadżerkę albo też zasychają po upływie 2—3 dni. Ustępują bez pozostawienia blizny a częstokroć bez następczych plam barwikowych.

Zauważyć należy, że w niektórych przypadkach pęcherzowego oddzielania się naskórka spostrzegano poty nadmierne.

Powstawaniu pęcherzy sprzyja wysoka temperatura (n. p. gorąca woda), bez wpływu natomiast pozostaje podrażnienie chemiczne (nalewka jodowa, amoniak, kw. octowy i t. p.) oraz podniety elektryczne.

Zawartość świeżych pęcherzy jest zupełnie jałowa. Co się tyczy komórek eozynochłonnych, to odsetek ich w niektórych razach odpowiada zwykłej normie, w innych zaś bywa wyraźnie zwiększony (8—10% we krwi, 10—14% w pęcherzu).

Odmiana zanikowa pęcherzowego i dziedzicznego oddzielania się naskórka (*Pemphigus congenitalis perstans* Wickham Legg. — *Lesions trophiques d'origine congénitale à marche progressive* E. Vidal. — *Pemphigus successif à kystes epidermiques* L. Brocq. — *Pemphigus congénital à tendances cicatricelles*).

Ta odmiana różni się od poprzedniej głównie skłonnością do wytwarzania bliznowatych, zanikowych zmian skóry.

Pęcherze poczynają się tworzyć w pierwszych miesiącach życia a niekiedy istnieją już w chwili urodzenia. Wpływ urazu na ich powstawanie stanowi znamioną cechę cierpienia. Zwykły się one zjawiać w pewnych ulubionych miejscach, gdzie niekiedy układają się dosyć umiarowo. Najczęściej bywają zajęte kończyny — powierzchni grzbietowe rąk i stóp, pięty, okolice łokciowe oraz kolanowe a także błony śluzowe jamy ust oraz języka. Twarz i głowa zazwyczaj bywają wolne.

Pęcherze mają cienką pokrywę, są twarde, napięte, przezroczyste. Zawartość jest surowicza, cytrynowożółta lub krwawa. Ich kształt zazwyczaj bywa nieprawidłowy i przypomina te twory, które powstają wskutek połączenia się kilku sąsiednich pęcherzy. W dalszym przebiegu pęcherze pękają lub — co częściej — zasychają w strupki. Po odpadnięciu strupów w miejscu tem znowu powstają pęcherze. Z biegiem czasu wytwarzają się tutaj zmiany bliznowate i zanikowe. Skóra stopniowo staje się cienka, pomarszczona i miejscami jest różowoczerwona, miejscami zaś znacznie przebarwiona. Współcześnie zjawiać się zwykły liczne twory prosowate (*Milia*), znikające po kilku tygodniach albo też trwające przez czas długi.

Zmiany paznokci należą do stałych objawów. W niektórych przypadkach stwierdzono wrodzony brak paznokci, w innych pa-

znokcie odpadają dopiero później lub też ulegają częściowemu zanikowi. W wielu razach są one matowe, zgrubiałe, niekształtne, kruche i popękane albo też szponowate.

W jamie ustnej, także na języku, rzadziej w nosie mogą się tworzyć pęcherze lub zgrubienia błony śluzowej (leukoplakia). Na wargach ust niekiedy widać zmiany bliznowate.

Objawom skóry może towarzyszyć swędzenie, które jednak nie należy do stałych zjawisk.

Należy jeszcze dodać, że znane są nieliczne przypadki pęcherzowego oddzielania się naskórka w odmianie pospolitej lub zanikowej, w których nie można było stwierdzić ani dziedziczności, ani skłonności rodzinnej. W niektórych razach cierpienie występowało dopiero w okresie pokwitania. Nie jest zatem wykluczone, że obok postaci wrodzonych tego schorzenia możemy jeszcze odróżniać postać nabytą.

Przyczyny powstawania i sposób tworzenia się zmian skóry są dotychczas mało wyjaśnione. Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że dziedziczność odgrywa pierwszorzędną rolę w etyologii pęcherzycy urazowej i że w większości przypadków mamy tu do czynienia ze schorzeniem rodzinnym. Co się tyczy danych patogenetycznych, to podnoszono kwestję wrodzonej wadliwości budowy naskórka a mianowicie jego warstwy kolczastej (acantholysis w sensie Auspitz'a). Zwracano też uwagę na zboczenia w budowie naczyń krwionośnych (dysplasia vasorum), na ich nadmierną pobudliwość i przepuszczalność ścianek. Pozatem stworzono jeszcze teorię samozatruciowego pochodzenia pęcherzycy urazowej (Colombini).

Rozpoznanie można ustalić na zasadzie: a) dziedziczności, b) występowania schorzenia we wczesnym wieku dziecięcym oraz c) tworzenia się pęcherzy pod wpływem nawet drobnych podnieć mechanicznych. Zmiany bliznowate, zanikowe i barwikowe skóry w miejscach wyż. wskazanych oraz zmiany paznokci dostatecznie cechują odmianę zanikową pęcherzycy urazowej.

Leczenie może być tylko objawowe. Miejscowo zalecamy odpowiednie opatrunki w celu uniknięcia zakażenia wtórnego, pozatem kąpiele z garbnikiem, nadmanganianem potasu i t. p. Do wewnątrz podajemy chininę, ergotyne, przetwory żelaza, arsenik. Ostrzegamy przed roentgenoterapią. Zapobiegawczo doradzamy unikanie wszystkiego tego, co może sprzyjać lub spowodować powstawanie pęcherzy.

Rozdział XV.

Schorzenia skóry typu grudki.

Liszaje.

(Lichenes).

Mianem liszaja (lichen) określamy te postaci kliniczne chorób skóry, których kardynalnym objawem przedmiotowym jest grudka. W przypadkach typowych trwa ona jako taka w ciągu całego przebiegu cierpienia i wreszcie ulega wessaniu. Są to zatem osutki typu jednopostaciowego.

Podstawę grupy tworzą:

- 1) Czerwony liszaj kończysty i płaski oraz
- 2) Pospolity liszaj przewlekły.

Chwilowo — aż do wyświetlenia danych przyczynowych — można tu jeszcze pomieścić:

3) Liszaj lśniący, którego przynależność do t. zw. tuberkulidów jest dziś jeszcze przedmiotem dyskusji,

4) Liszaj paciorkowaty (choroba Kaposi'ego), którego odłączenie od liszaja czerwonego starałem się już dawniej uzasadnić *) — wreszcie

5) Zagadkową gromadę schorzeń skóry nazywaną przez L. Brocq'a parałuszczycą (parapsoriasis), w której odróżniam dwie odmiany:

- a) liszaj pstry i
- b) liszajowaty lupież przewlekły.

Ostatnia odmiana należy do osutek wielopostaciowych. Jeżeli ją pomimo to opisuję tutaj, czynię to w części z praktycznych względów, głównie zaś dlatego, że punktem wyjścia dla niej jest jednak wykwit liszajowaty i że łączą ją ściśle węzły pokrewieństwa z liszajem pстрыm.

*) Patrz Gaz. Lek. 1919.

Liszaj czerwony.

(Lichen ruber).

Odróżniamy dwie odmiany liszaja czerwonego: kończystą i płaską, z których każda może występować oddzielnie — w postaci nieskażonej — albo też w połączeniu — jedna obok drugiej. Przypadki, w których mamy do czynienia wyłącznie z liszajem kończystym, nie przez wszystkich dermatologów bywają zaliczane do typu liszaja czerwonego. Niektórzy badacze, a zwłaszcza francuscy opisują takie spostrzeżenia jako odrębną postać chorobową pod nazwą Pityriasis rubra pilaris s. follicularis (Devergie, Besnier). Zdaje się jednak, że obie sprawy są identyczne, różnice bowiem w wyglądzie klinicznym i budowie histologicznej są o tyle drobne i mało znaczące, że zasadniczo nie pozwalają na dokładne rozgraniczenie tych obrazów chorobowych.

I. Czerwony liszaj kończysty.

(Lichen ruber accuminatus. — Pityriasis rubra pilaris s. follicularis. — Keratosis universalis multiplex).

O b j a w y. — Cierpienie ma przebieg wybitnie przewlekły. Rozpoczyna się ono jako sprawa miejscowa, początkowo ograniczona np. tylko do dłoni, podszew lub uwłosionej skóry głowy. Stąd uogólnia się ono stopniowo i wolno. W innych razach cierpienie odrazu występuje w postaci ostrej uogólnia się stosunkowo szybko. W ostatnim wypadku wybuch liszaja kończystego częstokroć poprzedzają mniej więcej rozległe osutki rumieniowate.

Wykwit pierwotny ma kształt stożkowatej twardej grudki okółomieszkowej, barwy blad różowej do ciemnoczerwonej, wielkości od łepka małej szpilki do ziarna konopnego. Grudki są suche, na szczycie pokryte łuszczkami i przy gładzeniu dłonią dają wrażenie tarki. Łuszcзки są drobne i cienkie — otrębowate, albo też bardziej grube i twarde. Przy ich usuwaniu widać, że otaczają one włos i że w kształcie czopa wnikają w grudkę w punkcie, odpowiadającym wylotowi mieszka włosowego.

Stożkowate grudki początkowo występują w postaci rozsianej. W miarę jednak rozwoju choroby liczba ich stopniowo się powiększa, a miejscami skupiają się one tak gęsto, że wreszcie tworzą różnej wielkości blaszki. Te blaszki są pokryte cieńszymi lub grubszymi, mniejszymi lub większymi łuskami a niekiedy tak obficie, że zupełnie przypominają wykwity łuszczycowe. Najczęściej widu-

jemy je na łokciach, kolanach, podudziach, na pośladkach i w okolicy krzyżowej. Blaszkki są zazwyczaj ostro odgraniczone i otoczone typowymi grudkami czerwonego liszaja kończystego. Wskutek stopniowego powiększania się poszczególnych blaszek i łączenia się sąsiednich mogą wreszcie powstawać rozlane zmiany skóry na powierzchniach bardzo znacznych.

Wykwity liszaja kończystego zazwyczaj układają się dosyć umiarkowo. Najczęściej występują one na głowie, twarzy, szyji, w okolicy mostkowej i międzyłopatkowej. W przypadkach ciężkich mogą być zajęte kończyny i tułów na przestrzeniach rozległych, niekiedy jednak sprawa względnie oszczędza okolice brzuszna. Na kończynach ulubionem siedliskiem cierpienia bywają powierzchnie grzbietowe napięstka i palców rąk, dłonie i podeszwy.

W zależności od umiejscowienia zmiany skóry mogą nieraz posiadać wygląd odmienny. Tak więc na uwłosionej skórze głowy, na brodzie i wargach występują one pod postacią grubego pokładu suchych łusek koloru asbestu i przypominają do pewnego stopnia łupież pospolity. Włosy zazwyczaj bywają suche i rzadkie. W wyjątkowych razach mogą się utworzyć na głowie typowe grudki stożkowate miejscami rozsiane, miejscami ułożone w gromady i tworzące blaszki pokryte białozółtawymi łuskami. Włosy odpowiadające tym grudkom okolomieszkowym są w części zachowane, w części ułamane, wogóle zaś rzadkie w miejscach zajętych przez sprawę chorobową. — Na twarzy zazwyczaj nie spotykamy typowych grudek stożkowatych. Tutaj skóra bywa czerwona, napięta, pokryta drobną łusieczką. Wywinięcie powiek nie należy do rzadkości. — Na dłoniach i podeszwach można stwierdzić zaczerwienienie skóry, nadmierne rogowacenie naskórka, mniej lub więcej obfite łuszczenie oraz obecność popękań. Paznokcie są niekiedy zgrubiałe, mętne, łamliwe, pokryte kropkowanymi dołeczkami i poprzecznymi lub podłużnymi bruzdeczkami.

Młony śluzowe są zazwyczaj wolne.

Objawy podmiotowe polegają na swędzeniu o zmiennem napięciu, występującem głównie w okresach nasilenia sprawy chorobowej, oraz na uczuciu napięcia skóry twarzy, podeszew, dłoni i palców.

Przebieg i rokowanie. — Przebieg czerwonego liszaja kończystego jest wybitnie przewlekły. Rozciąga się on na miesiące i lata i układa się w ten sposób, że okresy zwolnienia szeregują się z okresami obostrzenia. Cierpienie ginie pod wpływem wytrwałego leczenia, powraca jednak bardzo łatwo. Na stan ogólny zazwyczaj

nie wywiera wyraźnego wpływu ujemnego. Zdarzają się jednak przypadki ciężkie o przebiegu ostrym, gdy sprawa chorobowa uogólnia się w krótkim stosunkowo czasie. W tych razach skóra całego ciała — od stóp do głowy — jest czerwona, zgrubiała, twarżawa, mała elastyczna. Naskórek złuszcza się mniej więcej obficie. Powieki i dolna warga ust są częstokroć wywinięte. Bolesne popękania tworzą się w okolicach stawowych, u kątów ust i w fałdach nosowo-wargowych. Włosy są rzadkie, paznokcie zmienione. Swędzenie bywa nieraz bardzo dotkliwe i pozbawia snu. Mamy zatem przed sobą obraz, odpowiadający uogólnionej złuszczej erytrodermji wtórnej, która zresztą nie wyłącza wyleczenia (Hallopeau). Tylko w przypadkach złośliwych sprawa stopniowo postępuje. Gruczoły chłonne obrzmiewają. Zjawia się gorączka. Łaknienie jest złe. Następnie występują biegunki i bezsenność, ogólne osłabienie, obrzęki i wreszcie chory ginie przy objawach postępującego charłactwa.

B u d o w a. — Zmiany anatomiczne polegają na objawach zapalnych w warstwach powierzchownych skóry właściwej, którym towarzyszą zjawiska nadmiernego rogowacenia naskórka. Rogowacenie dotyczy głównie narządu włosowo-gruczołowego. Występuje ono pod postacią czopa rogowego, który tkwi w rozszerzonym wylocie mieszka włosowego i wznosi się ponad powierzchnię otaczającej skóry. Takie twory można jednak spotkać też w wylotach gruczołów potowych a również w każdym innym miejscu skóry zupełnie niezależnie od gruczołów. — Nadmienić trzeba, że w liszaju kończystym mamy do czynienia z nadmiernem rogowaceniem w postaci czystej, t. j. bez objawów rogowacenia wadliwego (parakeratosis).

Przyczyny. — O przyczynach powstawania czerwonego liszaja kończystego nie wiemy nic pewnego. Przypuszcza się tło nerwowe.

W rozpoznawaniu mogą się nastęrczać trudności przy różnicowaniu z liszajem mieszkowym, z liszajem przymiotowym (*Lichen syphiliticus*) oraz z niektórymi postaciami naskórkowej grzybicy okołomieszkowej (*Eczema mycoticum s. epidermomycosis peripilaris*). Nie wątpię jednak, że kto widział i klinicznie wystudjował czerwony liszaj kończysty, dla tego rozpoznanie omawianego cierpienia będzie w zasadzie nietrudne. Pozatem należy uwzględnić, że wykwitły liszaja mieszkowego są na ogół drobniejsze, bledsze i mieszczą się na powierzchniach wyprostnych kończyn a także na twarzy. Grudki liszaja przymiotowego przeważnie mają wielkość nie jednaką, barwę czerwonomiedzianą, chętnie układają się

w gromady i dość często przekształcają się w postaci krostkowe. Obecność innych objawów przymiotu a także krytyczna ocena próby Bordet-Wassermann'a mogą rozstrzygnąć sprawę w przypadkach wątpliwych.

Naskórkowa grzybica okołomieszkowa ma przebieg zgoła odmienny. Przedewszystkiem cechuje ją pewna wielopostaciowość wysypki. Pozatem wykwity grzybicowe są bardziej miękkie a ich rozwój jest inny, niż w czerwonym liszaju kończystym.

Jak to już wyż. zaznaczono, złuszczone blaszki liszaja kończystego mogą posiadać nie małe podobieństwo do łuszczycy. Jednakże obecność na obwodzie tych blaszek typowych stożkowatych grudek okołomieszkowych łatwo rozstrzygnie sprawę. Tylko w tych przypadkach, gdy liszaj kończysty rozpoczyna się na dłoniach lub na uwłosionej skórze głowy, rozpoznanie właściwe może być ustalone dopiero na zasadzie dalszego przebiegu choroby.

Różnicowanie pomiędzy czerwonym liszajem płaskim a kończystym da się zawsze przeprowadzić na zasadzie typowego wyglądu wykwitów pierwotnych.

Leczenie nie różni się od stosowanego w czerwonym liszaju płaskim.

II. Czerwony liszaj płaski.

(Lichen ruber planus. — Lichen planus Wilsoni).

Objawy. — Cierpienie znamionują płaskie grudki o właściwościach zgoła swoistych. Świeżo powstałe mają wielkość punkcikowatą. Można je najlepiej dostrzec przez lupę lub przy bocznem oświetleniu powierzchni skóry. Grudki stopniowo wyrastają do rozmiarów łepka szpilki a wreszcie soczewicy. Barwa drobniejszych jest blad różowa, przeważnie jednak nie różni się ona od otaczającej skóry. Większe grudki mają opalający kolor bład różowo-czerwony z ocieniem sinawym a niekiedy żółtawym. Jako znamienne dla sprawy zazwyczaj podają kolor świeżego mięsa łosia. Brzegi grudek są ostro odgraniczone a kształt zasadniczo bywa wielokątny, rzadziej owalny lub okrągławy. Wykwity są płaskie, ponad otoczenie nieco wzniesione. Ich powierzchnia jest równa, gładka, woskowato lśniąca, jakby wypolerowana. W części środkowej wielu grudek widać kropkowe wgłębienie, wnękę — t. zw. pępek.

Rozrost poszczególnych grudek jest dosyć ograniczony. Zazwyczaj nie przekraczają one wielkości ziarna soczewicy. Częstokroć zdarza się jednak, że sąsiednie, blisko siebie położone grudki łączą

się ze sobą i tworzą mniejsze i większe blaszki kształtu okrągłego, owalnego lub nieprawidłowego (Lich. ruber. pl. confluens). Części obwodowe takich blaszek są zazwyczaj bardziej wyniosłe niż środkowe, ich powierzchnię zaś pokrywa drobna szarobiaława lub srebrzystobiaława, mocno przywierająca łuszczyca. Po usunięciu łuszczyki widać na czerwonym tle tych wykwitów srebrzyste błyszczące punkciki i smugi, tworzące w swem ułożeniu rysunek mozaikowy, gwiazdowaty, siateczkowaty i t. p.

W dalszym rozwoju sprawy chorobowej i przy łączeniu się sąsiednich blaszek mogą powstawać rozmaite zmiany skóry, które nieraz zajmują wcale okazałe przestrzenie (Lich. r. pl. diffusus). W niektórych jednak razach część środkowa blaszek ulega wessaniu, a wówczas powstają wykwity obrączkowe (Lich. r. pl. annularis). Takie figury mogą się zresztą wytworzyć także wskutek pierścieniowatego ułożenia poszczególnych grudek, otaczających poletko normalnej skóry. W innych znowu razach czerwony liszaj płaski występuje w postaci liniowej już to na przebiegu nerwów i t. zw. pogranicznych linii Voigt'a, już to wzdłuż rys powstałych z powodu podrapania (Lich. r. pl. striatus, linearis, zoniformis). Takie obrazy można wywołać sztucznie. Często-



Rys. 44. Lichen rub. pl. linearis.

króć wystarczy przeprowadzić na skórze rysę końcem ostrej igły, aby spowodować wystąpienie w tym miejscu linijsie ułożonych grudek płaskiego liszaja czerwonego. To zjawisko, które spostrzegamy również w łuszczycy, można objaśnić stanem alergicznym skóry.

Wykwity czerwonego liszaja płaskiego mogą się zjawić w każdym punkcie powłok skórnych. Najchętniej jednak występują one na powierzchniach przednich okolic napiętkowych, w okolicy kostkowej, na powierzchniach zginaczy przedramion, w zgięciach łokciowych i kolanowych, w okolicy krzyżowej i lędźwiowej, w dolnej połowie brzucha, na prąciu i żołądki, na mosznie, wreszcie na

dłoniach, podeszwach i błonie śluzowej ust. W niektórych z tych miejsc wykwyty liszaja płaskiego mogą posiadać wygląd odmienny od typowego. Tak więc na dłoniach i podeszwach można zauważyć płaskie białozółtawe grudki, czyniące wrażenie pęcherzyków o grubej pokrywie rogowej. Przypominają one wykwyty łuszczycy brudziecowatej tych okolic (Mihi). Mogą się one łączyć ze sobą tworząc ciemnoczerwone złuszczające blaszki rogowe, otoczone fioletowoczerwoną obwódką. — Na uwłosionej skórze głowy wykwyty przeważnie bywają dosyć blade i płaskie. Zazwyczaj występują one w postaci blaszek, pokrytych mocno przylegającą łuską. W obrębie miejsc schorzałych włosy są rzadkie albo też ulegają zupełnej zagładzie. — Na prąciu, żołądki i na mosznie grudki są zazwyczaj bardzo płaskie barwy matowobiałej, przypominającej parafinę, i chętnie układają się w nieprawidłowo zarysowane kółka, łuki i t. p.

Na błonach śluzowych jamy ustnej czerwony liszaj płaski bywa spostrzegamy stosunkowo często (wedle Gautier'a w $\frac{2}{3}$ przypadków). Zazwyczaj zjawia się on już po wytworzeniu się zmian skóry, niekiedy jednak występuje pierwotnie i przez dłuższy czas stanowi jedyny objaw tego cierpienia. Umiejszcawia się na wargach, języku, powierzchni wewnętrznej policzków, na podniebieniu, dziąsłach. Na języku ma kształt matowych, białoszarawych płaskich grudek, otoczonych czerwonym rąbkiem. Wykwity te najbardziej przypominają plamki powstałe wskutek dotknięcia lapisem. W dalszym rozwoju grudki łączą się w blaszki kształtu okrągłego lub nieprawidłowego, mieszczące się głównie na grzbiecie języka. Na powierzchni wewnętrznej policzków zmiany występują w postaci tworów punkcikowatych oraz cienkich beleczek barwy srebrzystej, białoszarawej, ułożonych w taki sposób, iż tworzą subtelny mozaikowy rysunek w kształcie koronki, siateczki, gwiazdy, rozgałęzień drzewiastych, kólek i t. p. Taki sam obraz widać niekiedy na dziąsłach. Do rzadszych umiejscowień należy błona śluzowa krtań, cewki, pęcherza moczowego i odbytnicy.

Objawy podmiotowe polegają na swędzeniu, którego napięcie może się wahać w bardzo szerokich granicach. Niekiedy bywa ono tak nikłe, iż chorzy wcale nie uskarżają się na nie. W innych razach swędzenie i pieczenie stanowią objawy dominujące. W takich przypadkach zazwyczaj stwierdzamy wybitną nerwowość, łatwą pobudliwość układu nerwowego, bezsenność. Wskutek ciągłego drapania mogą się wówczas wytworzyć wtórne zmiany skóry, noszące miano zliszajowacenia, które nie tylko zmieniają obraz pierwotny cierpienia, ale ze swej strony bywają powodem jeszcze gorszego

swędzenia. Takie fakty należy bezwarunkowo mieć na względzie przy ocenie przedmiotowych objawów liszaja płaskiego.

Przebieg. — Czerwony liszaj jest cierpieniem przewlekłym. Sprawa zazwyczaj przebiega tak, że podczas gdy liczne świeże grudki powstają tu i owdzie, dawniejsze wykwity wchłaniają się i giną z pozostawieniem plam barwikowych koloru brunatno- i ciemno-żółtego, brunatnawego lub ciemnobrunatnego. Rozprzestrzenianie się cierpienia częstokroć odbywa się napadowo, a okresom nasilenia zwykło towarzyszyć silniejsze swędzenie. W niektórych jednak razach liszaj płaski przebiega tak ostro, że w ciągu kilku dni może zająć bardzo znaczne przestrzenie. Takie napady niekiedy poprzedza, jak to widywałem, rozlane swędzące zaczerwienienie skóry, które niknie wraz z wystąpieniem grudek (erythema praelichenicum). W innych znowu razach przy ostrym posiewie grudek wykwity te są otoczone wyraźną obwódką zapalną (czerwony liszaj pł. rumieniowy — lichen r. pl. erythematosus). Grudki szybko zlewają się w blaszki, które niebawem łączą się z sobą i powodują rozlane i nieraz bardzo rozległe zmiany skóry. W dalszym rozwoju sprawy chorobowej może powstać obraz kliniczny, który nazywamy uogólnioną złuszczącą erythrodermią wtórną. Silne swędzenie, powiększenie gruczołów chłonnych i eozynofilia należą do zjawisk stale spostrzeganych w takich stanach.

Rokowanie jest pomyślne. Czerwony liszaj płaski może zniknąć zupełnie samoistnie, pewniej jednak i dokładniej ustępuje pod wpływem odpowiedniego leczenia. Nawroty nie należą do rzadkości. Również pomyślne jest rokowanie co do plam barwikowych, które z biegiem czasu giną bez śladu. Godzi się jednak pamiętać, że barwa poliszajowych plam zazwyczaj bywa stosunkowo ciemniejsza przy stosowaniu leczenia arsenikowego.

Odmiany. — Oprócz typowej postaci czerwonego liszaja płaskiego spotykamy się w klinice jeszcze z pewnymi odmianami tego cierpienia. Najważniejsze z nich są następujące:

1) Czerwony liszaj płaski pęcherzowy.

(Lichen r. pl. vesiculosus, bullosus, pemphigoides).

W tej odmianie, która należy do bardzo rzadkich, występują pęcherzyki i pęcherze obok zwykłych wykwitów czerwonego liszaja płaskiego. Pęcherze mieszczą się na grudkach, plamach barwikowych i rumieniowych a także na skórze zdrowej i częstokroć w tych punktach, gdzie później wytworzyć się mają grudki (Darier).

W przypadkach przezemnie spostrzeganych pęcherze zjawiały się głównie na palcach rąk, dłoniach i przedramionach.

2) Czerwony liszaj tępy.

(Lichen rub. obtusus).

Tę odmianę cechują półkuliste i tępo-stożkowate twory guzowate wielkości ziarna grochu polnego i więcej, barwy czerwonej, czerwono-brunatnej lub czerwono-sinawej. Powierzchnia guzów jest zazwyczaj gładka a w części środkowej częstokroć widać niewielkie wgłębienie. Wykwity umiejscawiają się chętnie, lecz nie wyłącznie na kończynach zwłaszcza dolnych i występują w postaci czystej lub obok zwykłych grudek czerwonego liszaja płaskiego. Guzki znikają pozostawiając plamy barwikowe, niekiedy zaś powierzchowne zmiany zanikowe skóry.*)

U niemowląt i małych dzieci liszaj tępy zjawia się niekiedy w postaci osutki uogólnionej, występującej obficie na tułowiu niż na kończynach i mieszczącej się również na uwłosionej skórze głowy, na twarzy, dłoniach i podeszwach. Wykwity zazwyczaj nie miewają tak ostrych zarysów, jak w liszaju płaskim, częstokroć brak im też kształtu wielobocznego i t. zw. pępka. Są to przeważnie okrągłe i owalne twarde grudki o powierzchni gładkiej, woskowo lśniącej, barwy czerwonej, żółto- lub brunatnoczerwonej. Widać w nich jakby pod naskórkiem punkcikowate twory rogowe oraz smugi, tworzące mozaikowy rysunek. W środku niektórych guzków można zauważyć rogowy czop.

3) Czerwony liszaj płaski rogowy czyli brodawkowaty.

(Lichen rub. pl. corneus, verrucosus, papillomatosus, hypertrophicus).

W tych przypadkach powstają twarde, nieraz grube blaszki różnej wielkości i kształtu, barwy ciemnoczerwonej, sinawej, ciemno-żółtawej, otoczone obwódką czerwoną lub fioletową i pokryte obfitą, twardawą, suchą i mocno przylegającą łuską. Powierzchnia blaszek jest nierówna, częstokroć brodawkowata i usiana niewielkimi wgłębieniami tak licznie, iż czyni wrażenie przetaka lub plastra miodu. Na obwodzie blaszek niekiedy widzimy zwykłe grudki płaskiego liszaja czerwonego. Swędzenie zazwyczaj bywa bardzo dotkliwie. Cierpienie ma przebieg nader przewlekły, częściej wystę-

*) T. zw. liszaj paciorkowaty (Lichen monileformis) opisuję oddzielnie jako odrębną postać chorobową (patrz niżej).

puje u mężczyzn, niż u kobiet i mieści się najchętniej na podudziach. Współistnienie żyłaków było wielokrotnie notowane.

4) Czerwony liszaj płaski zanikowy.

(Lichen r. pl. atrophicus s. sclerosus).

Zmiany mieszczą się najczęściej na powierzchni przedniej przedramion i w okolicy napięstkowej, rzadziej na szyi, w okolicy mostkowej, łopatkowej, łędźwiowej, w pachach i pachwinach. Powstają grudki wieloboczne, podobne do wykwitów liszaja płaskiego, tylko bardziej płaskie i blade z punkcikowatą wnęką po środku. Z tych grudek różnej wielkości tworzą się blaszki nieprawidłowego kształtu, o wyglądzie bliznowatym, usiane na powierzchni licznymi drobnymi wgłębieniami i otoczone brunatną otoczką. Swędzenie nieraz bywa bardzo znaczne. Błona śluzowa jamy ustnej może być zmieniona w sposób taki, jaki spostrzegamy w typowych przypadkach czerwonego liszaja płaskiego.

B u d o w a. — Zmiany anatomiczne w czerwonym liszaju płaskim dotyczą naskórka i skóry właściwej. Warstwa rogowa jest zgrubiała i zbita. Komórki ziarniste układają się w 3—4 rzędy. Warstwa komórek rozrodczych jest również zgrubiała. Sople międzybrodawkowe są wydłużone. W sieci Malpighi'ego można stwierdzić objawy obrzęku a także zwyrodnienia komórek, obecność leukocytów oraz powstawanie szczelin. Te szczeliny mieszczą się pomiędzy naskórkiem i warstwą brodawkową skóry albo też śródskórkowo — pomiędzy warstwą podstawową i dolnymi pokładami sieci Malpighi'ego.

Brodawki skóry są obrzmiałe. Naczynia krwionośne warstwy brodawkowej i podbrodawkowej są rozszerzone. W obu tych warstwach widać obfite, gęste nacieczenie komórkowe, ku dołowi odgraniczone ostrą linią. Zjawiska te uważamy za dosyć znamienne dla danej sprawy.

P r z y c z y n y. — Dotychczas nie został jeszcze ustalony jednolity pogląd na przyczyny powstawania czerwonego liszaja płaskiego. — Najbardziej rozpowszechniona jest teoria nerwowego pochodzenia omawianego cierpienia. Jako dowody zazwyczaj bywają przytaczane fakty, że 1) czerwony liszaj płaski bywa spostrzegany u osobników dziedzicznie usposobionych do chorób nerwowych, że 2) częstokroć występuje pod wpływem urazu psychicznego, że 3) towarzyszyć mu może bardzo silne swędzenie, że 4) układa się nie-

kiedy wzdłuż przebiegu nerwów i że 5) ustępuje pod wpływem wodolecznictwa.

Mniej może jest rozpowszechniona teoria pasorzytnicza, opierająca się na tem, że występowanie czerwonego liszaja płaskiego spostrzegano niekiedy u ludzi, pielęgnujących tego rodzaju chorych. Notowano też przypadki, gdzie cierpienie zjawiało się u kilku członków jednej rodziny (rodzinny liszaj płaski — Jadassohn). Wreszcie wspomnieć też trzeba, że Leredde usiłuje ująć tę sprawę jako skazę krwi a to z powodu stwierdzonej niekiedy eozynofilii. Na zasadzie własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że eozynofilia jest zjawiskiem stałym w czerwonym liszaju płaskim i że jej stopień jest bezwarunkowo uzależniony od natężenia śwędzenia.



Rys. 45. *Lichen rub. pl*

Świeży wikwit. Zgrubiała warstwa rogowa. Zgrubiała warstwa ziarnista. Wydłużenie sopli międzybrodawkowych. Gęste nacieczenie komórkowe warstwy brodawkowej i podbrodawkowej. Rozszerzenie naczyń krwionośnych.

Rozpoznanie zwykłych przypadków czerwonego liszaja płaskiego zazwyczaj nie bywa trudne, jeżeli mieć w pamięci charakterystyczny wygląd typowych wykwitów pierwotnych. Najczęstsze omyłki dotyczą grudkowatych osutek syfilitycznych. Pamiętać jednak należy, że grudki syfilityczne nie miewają kształtu wielobocznego, że barwa ich bywa czerwonomiedziana, powierzchnia nigdy nie bywa tak gładka, lśniąca i błyszcząca, jak w liszaju płaskim. Brak im też t. zw. pępka. Osutkę swoistą przeważnie cechuje też pewna wielopostaciowość, obecność zaś innych objawów przymiotu naprowadza na właściwe rozpoznanie

w przypadkach wątpliwych. Na daleko większe trudności natrafiamy w przypadkach wykwitów obrączkowatych, zwłaszcza umiejscowionych na mosznie i prąciu. W tych razach za rozpoznaniem czerwonego liszaja płaskiego przemawiają między innymi: zabarwienie poletka skóry objętego przez kółko, obecność typowych płaskich grudek w samym wianku oraz brak grudki w środku poletka.

Łuszczące się blaszki liszaja płaskiego mogą być podobne do łuszczycy. Łuski w łuszczycy nie przylegają jednak tak mocno, a po ich usunięciu i zdrapaniu występuje krwawienie punkcikowate,



którego nie spostrzegamy w liszaju płaskim. Trzeba też pamiętać o swędzeniu i o zmianach błony śluzowej jamy ustnej.

Pospolity liszaj przewlekły Vidal'a różni się: znaczniejszem zgrubieniem skóry; odrębną budową samej blaszki, złożonej z trzech pasów (patrz niżej), oraz odmiennem wyglądem grudek, które zazwyczaj nie bywają tak ostro odgraniczone i nie posiadają takiej lśniącej powierzchni, jak w liszaju płaskim.

Co się tyczy umiejscowienia na błonie śluzowej ust, to należy zauważyć, że wygląd liszaja płaskiego bywa tutaj tak charakterystyczny, że tylko wyjątkowo może wzbudzać kwestje różnicowo-rozpoznawcze. Najczęściej wypadnie zapewne myśleć o przymiocie i w tych razach będziemy też szukali innych objawów swoistych na dowód słuszności naszego przypuszczenia. Odczyn Bordet-Wassermann'a sam przez się nie rozstrzygnie takiej kwestji. W łuszczyce jamy ustnej (leukoplakia) zazwyczaj mamy do czynienia z bardziej głębokiem nacieczeniem i zgrubieniem błony śluzowej a także z bliznowatemi zmianami tkanek schorzałych. Obecność blizn cechuje też liszaj rumieniowaty (lupus erythematosus) w jego umiejscowieniu na błonach śluzowych zwłaszcza warg.

Leczenie. — Najbardziej wydajne leczenie czerwonego liszaja płaskiego (i kończystego) polega na stosowaniu arseniku. Ten lek podajemy w postaci kropeł, pigułek i zastrzykiwań. Krople zazwyczaj przepisujemy jako Liq. arsen. Fowleri lub Liq. Pearsoni, np.:

Liq. arsen. Fowleri
Aq. Menthae pip. \widehat{aa} 20,00

Zalecamy 3—30 kropeł trzy razy dziennie po jedzeniu. Należy rozpocząć od trzech kropeł trzy razy dziennie i dodając codziennie po jednej kropli dojść do 30. Tę dawkę podtrzymujemy przez pewien czas, a później stopniowo wracamy do dawki najniższej.

Osobiście najchętniej stosuję zastrzykiwania podskórne lub domięśniowe oraz pigułki. Do zastrzykiwań zalecamy Arsycodil, Arrhénał, rzadziej kakodylan sodowy (Natrium kakodylicum gallic.). Ostatni preparat powoduje przykry zapach czosnkowy z ust, przeciwko czemu większość chorych zakłada energiczny protest. Rozpoczynam od dawki 0,05 = 1 ccm. codziennie i po każdym sześciu zastrzyknięciach powiększam dawkę o 0,05. W taki sposób dochodzę do dawki 0,25, którą stosuję w ciągu 12 dni. Następnie stopniowo zmniejszam ilość leku w takim samym porządku, w jakim ją powiększałem. Przy dawce najniższej (0,05) pozostaję 12

dni i jeżeli sprawa wchłaniania się liszaja czerwonego postępuje opieszale, powtarzam ten sam kurs leczenia.

Pigułki przepisuję wedle wzoru t. zw. pigułek azjatyckich po 0,003 na dawkę.

Ac. arsenicosi 0,30
 Pulv. Piper. nigri 4,00
 Pulv. Gummi arab. 10,00
 Aq. destill. q. s.
 Pil. No 100.

Pierwszego dnia daję jedną pigułkę, drugiego dwie, trzeciego dnia trzy razy po jednej pigułce po jedzeniu, poczem co trzy dni dodaję po jednej pigułce dochodzę do 12 pigułek dziennie. Przy tej dawce pozostaję 10—14 dni, poczem stopniowo zmniejszam liczbę pigułek — po jednej w trzydniowych odstępach. Taki cykl powtarza się w miarę potrzeby 2—3 nawet 4 razy.

W niektórych przypadkach widywałem dobre wyniki przy dożylnem stosowaniu neosalwarsanu. Zazwyczaj robiłem 4 wlewania w dawkach wzrastających: 0,15 — 0,30 — 0,45 — 0,60. Metoda czasem zawodzi.

Obok arszeniku stale zalecam kąpiele 28—30° co drugi dzień — zwykle lub też z dodaniem wyciągu z igliwia. Jacquet stosuje gorące natryski 35—38°.

Leczenie za pomocą arszeniku i kąpeli niemal stale prowadzi do celu w przypadku przeciętnym. Arszenik jest jednak przeciwwskazany w postaciach ostrych liszaja czerwonego, którym towarzyszą objawy zapalne skóry. W tych razach należy zalecić chininę, ergotyne, brom, wilczą jagodę (beladonna).

Leczenie miejscowe wymaga głównie stosowania środków uśmierzających swędzenie. Do tych celów mogą służyć rozcyny wyskokowe mentolu, kw. salicylowego i kw. karbolowego 1—2%. Wchłanianie się silnie swędzących, złuszczących i brodawkowatych blaszek można przyspieszyć za pomocą plastrów (salicylowego, de Vigo) oraz maści zawierających resorcyne, kw. salicylowy, pyrogalusowy, chryzarobinę, chlorek rtęciowoamonowy, dziegieć (5—10%). Za bardzo praktyczne należy uważać połączenie kilku środków w jednej maści. Na miejsca ograniczone można też stosować traumacytynę z kw. pyrogalusowym, salicylowym, chryzarobiną (5—10%). Unna zaleca maść z sublimatem i karbolem.

Hydrarg. bichlor. corr. 0,05 — 0,10 — 0,50
 Ac. phenilici 2,00
 Ungt. Zinci benzoat. 50,00

Nie ulega jednak wątpliwości, że najlepszą i najpewniejszą metodą jest rentgenoterapia, która najszybciej prowadzi do celu w warunkach odpowiedniej techniki i dawkowania. Wyniki są bardzo pomyślne w liszaju kończystym i płaskim a także w postaciach nietypowych, n. p. w płaskim liszaju rogowym i w czerwonym liszaju tęnym. Metoda posiada też tę wielką zaletę, że szybko usuwa swędzenie.

Pospolity liszaj przewlekły.

(Lichen circumscriptus. — Lichen simplex chronicus Vidal. — Neurodermitis circumscripta chronica Brocq-Jacquet. — Dermatitis lichenoides pruriens Neisser. — Eczema papulatum s. lichenoides).

Objawy. — Wedle Brocq'a i Jacquet'a pierwszym objawem tego cierpienia jest swędzenie, które znacznie wyprzedza powstawanie grudek, zgrubienie skóry i wytwarzanie znamienych dla sprawy blaszek. Ostatnie mieszczą się najczęściej na powierzchniach bocznych szyi, na karku, w zgięciach łokciowych i jamkach kolanowych, na powierzchni przedniej przedramion, wewnętrznej ud i zewnętrznej podudzi, na powierzchni bocznej brzucha, w okolicy łędźwiowej, na narządach płciowych, na mosznie, kroczu i w okolicy odbytu. Do rzadszych umiejscowień należą dłonie i podeszwy.

Wytworzone blaszki mają kształt okrągławy, owalny, trójkątny, sierpowaty lub nieprawidłowy. Odróżniamy w nich trzy pasy: obwodowy, przejściowy i środkowy. Pierwszy cechują zmiany barwikowe. Skóra posiada kolor żółtawy, żółtoszarawy lub brunatnawy, który większość autorów porównywa do koloru kawy mlecznej. Zabarwienie nie jest ostro odgraniczone, lecz stopniowo przechodzi w zwykły kolor skóry normalnej. W obrębie pasa barwikowego skóra jest nieco zgrubiała, niekiedy słabo złuszcząca. Poletkowata budowa występuje tu o wiele wyraźniej. Pas przejściowy składa się z nie ostro odgraniczonych grudek nieprawidłowego kształtu, niekiedy nieco wypukłych, przeważnie jednak płaskich, gładkich i lśniących podobnych do tworów liszaja płaskiego. Wielkość grudek waha się od łepka szpilki do ziarna soczewicy, barwa bywa blad różowa, żółtawa, czerwobrunatna. Niektóre grudki, zwłaszcza wypukłe nieco się łuszczą, inne są pokryte drobnym krwawym strupkiem. Grudki te są w części rozsiane, przeważnie jednak bywają one gęsto ułożone i stykają się ze sobą w miarę zbliżania do pasa środkowego. Ten zaś jest wyrazem najwyższego napięcia spr-

wy chorobowej. Tutaj skóra jest sucha, nacieczona, zgrubiała, twarda, niekiedy z trudem zbiera się w fałdę. Powierzchnia ma budowę jaszczurowatą, powstającą stąd, że przebiegają ją dwie serje równoległych bruzdeczek, przecinających się pod kątem prostym lub ostrym. Do zjawisk stałych należy też obecność dosyć mocno przylegających szarobiaławych łuseczek i krwawych strupków. Barwa tej części blaszki waha się od różowoczerwonej do czerwono-brunatnej i ciemnobrunatnej — w zależności od czasu trwania choroby.

Blaszki liszaja pospolitego nie zawsze posiadają tak typową budowę. Czasem tworzy je tylko zbiorowisko grudek. Niekiedy cała blaszka wygląda tak, jak pas środkowy, otoczony lub nie otoczony obwódką barwikową. Popękania skóry, ślady drapania i pryszczycy wikłająca sprawę mogą się też nie mało przyczynić do zmiany pierwotnego obrazu chorobowego.

Cierpieniu stale towarzyszy swędzenie. Niekiedy bywa ono bardzo znaczne, może występować napadowo i ujawnia się głównie w porze wieczornej i nocnej.

Z o d m i a n klinicznych należy jeszcze wymienić: 1) postać r o z l a n ą (neurodermitis diffusa), występującą przeważnie na kończynach i twarzy, w ciężkich zaś przypadkach także na tułowiu, oraz 2) postać g u z k o w a t ą (neurodermitis nodularis Fabry), którą znamionują półkuliste twarde guzki do 0,5 cm. średnicy, barwy czerwonej i brunatnoczerwonej.

Przebieg liszaja pospolitego zawsze bywa przewlekły. Poszczególne blaszki mogą trwać miesiące i lata. Czasem jedne giną, podczas gdy w innych miejscach ciała tworzą się świeże. Nawroty zdarzają się dosyć często. Zmniejszenie swędzenia zazwyczaj znamionuje początek sprawy wstecznej. Po zniknięciu grudek i blaszek pozostają zmiany barwikowe skóry oraz wyraźniejsza budowa poletkowata powierzchni. W takich miejscach spostrzegałem też niekiedy zjawiska nadmiernego uwłosienia.

B u d o w a. — Naskórek jest zgrubiały. Warstwa rogowa zdradza objawy nadmiernego oraz wadliwego rogowacenia. Sople międzybrodawkowe są wydłużone, brodawki obrzmiałe, wysokie. W skórze właściwej, głównie w warstwie podbrodawkowej widać szereg dosyć ostro odgraniczonych ognisk naciekowych, złożonych głównie z limfocytów, komórek eozynofilowych i tkankolącznych.

Przyczyny. — Podług świadectwa autorów francuskich liszaj pospolity spostrzegano głównie u osobników z wrażliwym ukła-

dem nerwowym. Zdarza się on częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Jego występowaniu sprzyjają stany przewlekłego zatrucia i samozatrucia, n. p. nadużywanie wysokoku, kawy, herbaty, tytoniu, przewlekłe cierpienia żołądka, kiszek, nerek i t. p.

Rozpoznanie przypadków typowych nie jest trudne. Przy różnicowaniu należy pamiętać głównie o czerwonym liszaju płaskim oraz o pryszczycy. Od blaszek czerwonego liszaju płaskiego liszaj pospolity różni się innym wyglądem wykwitu pierwotnego oraz odmienną barwą samej blaszki (patrz liszaj płaski). Co się tyczy pryszczycy, to należy zauważyć, że zmiany skóry są w niej bardziej rozlane, przeważnie wielopostaciowe i że cechują ją przede wszystkim pęcherzyki i sączenie, czego w liszaju pospolitym nigdy pierwotnie nie spostrzegamy. Trudności rozpoznawcze mogą zachodzić dopiero wówczas, gdy pryszczycza wikła się przez wtórne zliszajowacenie (wskutek drapania) albo gdy blaszka liszaja pospolitego ulega spryszczeniu. W takich razach o rozpoznaniu może rozstrzygnąć przebieg cierpienia.

Leczenie. — W myśl tego, co powiedziano o przyczynach powstawania przewlekłego liszaja pospolitego, należy przede wszystkim zalecić choremu niedrażniącą djetę i zabronić używania napojów wysokokowych, kawy, mocnej herbaty. Pozatem zwracamy uwagę na czynności żołądka, kiszek i nerek. Do wewnątrz można podawać arsenik. Leczenie zewnętrzne prowadzimy za pomocą plastrów, maści i past, do których stosowania przystąpić należy jednakże dopiero po uprzednim usunięciu wtórnych objawów zakażenia skóry, o ile one wystąpiły pod wpływem drapania. Bardzo odpowiednie i w użyciu praktyczne są plastry zwłaszcza kauczukowe, które nie wymagają częstszej zmiany jak raz na dobę. Zastosowanie mają plastry salicylowe, resorcynowe, ichtyolowe, pyrogalusowe, dziegciowe i t. p. Te same leki — od kw. salicylowego i natolu do chryzarobiny włącznie — przepisujemy również w maściach uzależniając stężenie leku od stanu i tolerancji skóry (3—5—10%). Dodatek mentolu do maści (1—3%) powiększa jej działanie przeciwśwędzeniowe. Dobre wyniki osiągałem przy stosowaniu past złuszczących, np.:

Resorcini resubl. 20,00
 Adipis benzoat. 14,00
 Zinci oxydat. 5,00
 Terrae siliceae 1,00
 M. f. past.



Naphtol-β. 2,00
 Sulfur. ppt. 10,00
 Sap. virid.
 Vaseline. fl. amer. \widehat{aa} 5,00
 M. f. past.

Z metod fizykalnych zalecamy kąpiele, natryski ciepłe (podług metody Jacquet'a), elektryzację ogólną (kąpiele statyczne; prądy sinusoidalne), miejscowo zaś d'Arsonwalizację oraz promienie X. Za najwydatniejszą metodę uważamy współczesne stosowanie rentgenoterapii i past złuszczających albo rentgenoterapii i d'Arsonwalizacji.

Liszaj Iśniący.

(Lichen niditus).

Znajomość tego rzadkiego cierpienia skóry zawdzięczamy F. Pinkus'owi (1907).

Zmiany polegają na powstawaniu drobnych, wielkości łepka szpilki, płaskich, nieco wzniesionych i ostro odgraniczonych grudek o gładkiej i dziwnie Iśniącej powierzchni, kształtu okrągłego lub wielokątnego. Barwa ich zazwyczaj nie różni się od otaczającej skóry, czasem jednak bywa żółto-brunatnawa (Lewandowsky). W części środkowej grudki widać punkcikowate wklęsnięcia, czasem drobnutki czopek, niekiedy znowu ziarenkowaty twór leżący jakby pod naskórkiem (Arndt). Grudki częstokroć układają się w szeregi, rzadziej w gromady (Civatte, Hannemann), nie zlewają się jednak nigdy i nie tworzą też wykwitów obrączkowatych, podkówkowatych itp. Typowem ich umiejscowieniem bywa żołądź i skóra prącia, rzadziej kończyny (zgięcia) oraz tułów. W wyjątkowych razach osutka może się uogólnić (Kyrle, Mac Donagh, Arndt, Civatte). Zajęcie błony śluzowej ust należy widocznie do zjawisk bardzo rzadkich. Swędzenia nie ma.

Osutka występuje częściej u mężczyzn, niż u kobiet i posiada przebieg nader przewlekły. Grudki mogą trwać bez zmiany w ciągu szeregu lat i nie podlegają ani postępowym, ani wstecznym zmianom. Niekiedy giną samoistnie.

Badanie drobnowidzowe stwierdza obecność ziarniniaka w warstwach górnych skóry właściwej, przylegającego niemal do naskórka i złożonego z limfocytów, komórek nabłonkowatych i olbrzymich. W obrębie tkanki ziarniniakowej naczyń krwionośnych mają

ściągki zgrubiałe o wyglądzie szklistym, światło zaś zwięzione a nawet zupełnie zamknięte (Sutton). Objawów zserowacenia nie wykryto. Pomimo gorliwych poszukiwań laseczniki gruzlicze zostały wykryte tylko raz jeden (Arndt). Szczepienia na zwierzętach dały wynik ujemny.

Liszaj lśniący nie wymaga leczenia. Sutton wspomina o dodaniem działaniu kw. salicylowego i resorcyny.

Liszaj paciorkowaty.

(Lichen monileformis).

Pod tą nazwą opisał Kaposi w 1886 roku nader rzadkie cierpienie skóry, którego znamioną cechą są bladoróżowe i różowoczerwone guzeczki, ułożone w paciorkowate szeregi. Taki przypadek opisałem w 1918 roku.

Objawy. Pierwotny wykwit występuje pod postacią drobnej, płaskiej i mniej więcej czworobocznej grudki, niemal nie różniącej się w barwach od otaczającej zdrowej skóry. Powierzchnia grudki jest gładka, lśniąca. Naskórek jest widocznie zgrubiały i wskutek tego twory te niekiedy mają wyraźny matowy, jakby woskowy odcień. Grudki, które Kaposi niesłusznie określa jako czerwony liszaj płaski, mogą być porozsiewane (Kaposi) lub ułożone jedna obok drugiej w ten sposób, iż tworzą cienkie taśmy, biegnące równoległe do osi podłużnej ciała. Od dłuższych tasiem oddzielać się też mogą gałązki boczne, które łączą lub stykają się z sąsiednimi i tworzą piękny siateczkowaty rysunek. Takie taśmy widywałem w okolicach skroniowych, na policzkach oraz na szyji.

W dalszym rozwoju sprawy powstają okrągłe, półkuliste twarde i niebolesne guzki od wielkości ziarna grochu polnego do owocu wiśni, barwy bladoróżowej, czerwonej lub czerwono-brunatnej. Układają się one w prawidłowe szeregi, czyniące wrażenie paciorków a raczej koralii nanizanych na sznur. Na tułowiu i brzuchu sznurki zwykle układają się równoległe do kierunku żeber, na kończynach zaś do osi podłużnej kończyn. W ostatnich miejscach odgałęzienia boczne sznurków nie należą do rzadkości.

Drogą stopniowego powiększania i zlewania się sąsiednich guzków powstają grube, twarde, niebolesne twory wałeczkowate, których powierzchnia jest płytko nakarbowana w odstępach mniej więcej równych. Wysokość wałeczków może sięgać 1.5 cm., barwa zaś bywa biaława, bladoróżowa, niekiedy ze słabym odcie-

niem żółtawym. Twory te wyglądem swym bardzo przypominają bliznowce.

Błony śluzowe są niezmienione. Swędzenia nia ma.

Przebieg. Cierpienie ma przebieg wybitnie przewlekły, zdaje się jednak nie wywierać ujemnego wpływu na stan ogólny. W spostrzeżeniu Kaposi'ego trwało ono około 15 lat. Grudki giną z pozostawieniem plam barwikowych, po wessaniu się zaś waleczków mogą się wytworzyć zmiany zanikowe skóry (Ledermann).



Rys. 45a. *Lichen monileformis*.

Budowa. — Zmiany anatomo-patologiczne polegają na przewlekłym zapaleniu produkcyjnym, poczynającym się dokoła i w sąsiedztwie naczyń krwionośnych głównie sieci podbrodawkowej. Sprawa polega na bujaniu okołonaczyniowej tkanki łącznej, a zjawisku temu towarzyszy umiarkowany obrzęk górnych pokładów skóry właściwej oraz nieznaczny śród- i międzykomórkowy obrzęk naskórka. Sam naskórek jest widocznie ściemniały (okres grudki). Przez stopniowy rozrost komórek, przez powstawanie nowych przepłatających się pęczków młodej tkanki łącznej i łączenie się sąsiednich ognisk powstaje zaczątek guzka. Komórki, z których ten się składa.

podlegają w części szklistemu, przeważnie jednak wodniczkowemu zwyrodnieniu. Tkanka sprężysta ulega zagładzie. Guzek rośnie odśrodkowo.

Przyczyny powstawania liszaja paciorkowatego nie są jeszcze znane. Twierdzenie Kaposi'ego, że liszaj paciorkowaty powstaje drogą niezwyklego i nadmiernego rozwoju grudki liszaja płaskiego należy oceniać, jak to wykazałem, conajmniej za nieudowodnione. Na zasadzie własnych badań sędzę, że należy go zupełnie wyłączyć z grupy liszajów i uważać za cierpienie *suis generis*.

Rozpoznanie liszaja paciorkowatego winno się opierać na wyż. podanych cechach klinicznych, które w dostateczny sposób znamionują omawiane cierpienie skóry. Przy różnicowaniu może wchodzić w grę tylko linijna postać liszaja czerwonego oraz jego odmiana zwana liszajem tępym. O sprawie winien rozstrzygać typowy wygląd wykwitu pierwotnego. W wątpliwych razach należy zwrócić do badań drobnowidzowych.

Leczenie. — Metoda leczenia liszaja paciorkowatego nie jest dostatecznie opracowana. Ze środków wewnętrznych bywa zalecany arsenik, sędzę jednak, że w odpowiednich przypadkach należałoby też zastosować zastrzykiwania fibrolysiny. Miejscowo doradzam rentgenoterapię.

Gromada schorzeń parałuszczycowych (*parapsoriasis*), utworzona przez Brocq'a w 1902 roku, obejmuje szereg rzadkich chorób skóry, opisywanych przez autorów pod nazwą *lichen variegatus* (Crooker R.), *parakeratosis variegata* (Unna), *exanthema psoriasiforme et lichenoides* (Neisser), *dermatitis psoriasiformis nodularis* (Jadassohn), *dermatitis lichnoides* (Scholz), *erythrodermie pityriasiqne en plaques disséminées* (Brocq), *xantho-erythrodermia perstans* (Crooker), *pityriasis lichenoides chronica* (Juliusberg), *pityriasis maculosa chr.* (Rasch). Sama mnogość nazw zdaje się wskazywać na różnorodność obrazu klinicznego. To też Brocq nie uważa parałuszczycy za jednolity typ chorobowy, lecz odróżnia trzy odmiany: parałuszczycę plamistą (*en gouttes*), liszajowatą (*lichenoides*) oraz blaszkowatą (*en plaques*), a prócz tego opisuje postacie przejściowe.

Na zasadzie faktów klinicznych, które osobiście spostrzegalem, odróżniam odmianę liszajowatą oraz złuszczającą plamisto-grud-

kową (przewlekły łupież liszajowaty), zachowując dla pierwszej miano lichen variegatus (liszaj pstry, parapsoriasis lichenoides), dla drugiej zaś pityriasis lichenoides chr. (przewlekły łupież liszajowaty, parapsoriasis en gouttes). Unikam nazwy „parałuszczycyca“, gdyż schorzenia te — ściśle mówiąc — nie są „łuszczycowate“ ani pod względem klinicznym, ani drobnowidzowym. W kwestji zaś Brocq'owskiej parałuszczycy blaszkowatej (parapsoriasis en plaques = erythrodermie pityriasique en plaques disséminées) chciałbym zauważyć, że w wielu razach zachodzą tu dla mnie poważne wątpliwości, czy nie powinniśmy tego stanu skóry uważać raczej za schorzenie objawowe, mające pewne pokrewieństwo z grzybicą guzowatą, z białaczką i sprawami zanikowemi skóry. Tę postać kliniczną niektórzy badacze opisują pod nazwą choroby Brocq'a, traktując ją jako odrębną jednostkę chorobową, — czy słusznie, to przyszłość pokaże (patrz w rozdziale o erythrodermiach).

1. **Liszaj pstry.** (Lichen variegatus). Początkowo tworzą się drobne, płaskie, zazwyczaj wieloboczne i czerwone grudki o powierzchni gładkiej i lśniącej. Wyglądem najbardziej przypominają one wykwity liszaja płaskiego, różnią się jednak odeń bardziej żywo czerwona barwą oraz brakiem środkowego zakłębnięcia. W dalszym rozwoju grudki sięgają wielkości soczewicy, posiadają kształt okrągły lub owalny, są twarde przy dotykaniu i wyraźnie wznoszą się ponad otoczenie. Ich barwa waha się od bladej białoróżowej do ciemnoczerwonej, nawet czerwonosinawej (na kończynach dolnych). W okresie zanikania występuje kolor brunatny — początkowo w części środkowej grudki, później zaś w całym jej obrebie. Powierzchnia tych wykwitów bywa gładka i tylko rzadko łuszczy się w stopniu nikłym. Dopiero przy skrobaniu paznokciem lub ostrą łyżeczką można usunąć twardawą szarą blaszkę rogową, co jednak nie powoduje krwawienia kropkowatego.

Grudki mieszczą się na tułowiu i kończynach a występują w postaci rozsianej lub też układają się w gromady. W jednym z moich spostrzeżeń ułożyły się one linijnie wzdłuż nacięć po szczepieniu ospy na ramieniu. Przy obfitej osutce wielobarwność jej powoduje pewien pstry wygląd skóry (stąd nazwa).

Błony śluzowe są wolne.

Cierpienie nie powoduje żadnych dolegliwości i tylko niekiedy słabe swędzenie. Na stan ogólny nie wpływa. Trwa bardzo długo (w jednym z moich spostrzeżeń z górą 20 lat). Przy kilkoletnim spostrzeganiu takich chorych nie widywałem innych wykwitów prócz

grudek. Wykwity giną pozostawiając plamy barwikowe bez zmian zanikowych skóry. *)

B u d o w a. — W naskórku zwraca uwagę rozrost sople międzybrodawkowych, które wydłużają się i wrastają wgłąb w kształcie długich, lecz cienkich słupków. Te słupki odgraniczają obrzmiale, szerokie i wysokie brodawki skóry, posiadające wygląd czworobocznych bloków. Całość tworząca grudkowatego jest pokryta zgrubiałą warstwą rogową, której dolne pokłady wpochwiają się we wnęki, odpowiadające soplom międzybrodawkowym, górne zaś tworzą jednolitą, równo biegnącą blaszkę. W tej warstwie nie widać objawów rogowacenia wadliwego. W brodawkach skóry i w warstwie podbrodawkowej występuje stosunkowo nieznaczne nacieczenie okołonaczyniowe obok wyż. wzmiankowanego obrzęku.

R o z p o z n a n i e. — W rozpoznawaniu możemy napotkać trudności przy różnicowaniu z łuszczycą, czerwonym liszajem płaskim oraz z przymiotową osutką grudkową. Od łuszczycy liszaj pstry różni się wyglądem łuski oraz brakiem krwawienia kropkowego. Co się tyczy czerwonego liszaja płaskiego, to należy zauważyć, że podobieństwo doń niektórych grudek liszaja pstrego sięga niekiedy bardzo daleko. Jednakże brak środkowego wgłębienia, brak zmian na błonie śluzowej ust oraz nieswędzący charakter osutki mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie. Prócz takich cech różnicowych o rozpoznaniu winny zresztą głównie rozstrzygać ogólny wygląd zmian skóry, przebieg cierpienia oraz wyniki leczenia. Tę samą miarę w ocenie faktów klinicznych należy też stosować w różnicowaniu z syfilityczną osutką grudkową, do której liszaj pstry posiada, ściśle mówiąc, małe podobieństwo.

W l e c z e n i u wyż. wzmiankowanego cierpienia skóry stosujemy te same metody, jakie podano w przewlekłym łupieżu liszajowym .

II. Przewlekły łupież liszajowy. Złuszczająca osutka plamisto-grudkowa. (Pityriasis lichenoides chr.).

O b j a y. — Bez wszelkich zwiastunów zjawia się osutka, złożona z grudek i plam. Wykwit pierwotny posiada kształt twardej grudki wielkości od lepka szpilki do soczewicy, barwy blado-, ciemno- lub brunatnoczerwonej. Powierzchnia bywa niekiedy gładka, nawet lśniąca, a wówczas wykwit do pewnego stopnia przypomina grudkę czerwonego liszaja płaskiego. Przeważnie jednak wykwity

*) Jak widać, ujęcie tej odmiany niezupełnie odpowiada opisom autorów angielskich.

te wyraźnie się łuszczą albo są pokryte dosyć grubą, suchą łuską, jakby blaszką, którą można w całości usunąć przy drapaniu. Wykwity plamiste tworzą przeważnie nie ostro odgraniczone ogniska od wielkości paznokcia do srebrnej korony. Ich barwa bywa bladoczerwona, rzadziej żywoczerwona, częstokroć żółtawa lub żółtoróżowawa. Powierzchnia niekiedy posiada wyraźną poletkowaną budowę i jest pokryta słabo lub też mocno przylegającymi łuszczykami. Przy energicznym zdrapywaniu łusek nie zawsze można spowodować krwawienie punkcikowate w plamach oraz grudkach.

Plamy widocznie powstają z grudek drogą ich stopniowego spłaszczania przy jednoczesnym rozroście odśrodkowym. W przypadkach wessania się części środkowej tworzą się wykwity obrączkowate. Objawów zaniku skóry nigdy nie spostrzegłem w moich przypadkach.

Wykwity niekiedy powodują słabe swędzenie i mieszczą się głównie na tułowiu oraz kończynach zwłaszcza górnych a także na szyi. Twarz i dłonie, podeszwy i narządy płciowe tylko wyjątkowo bywają siedliskiem tej sprawy.

P r z e b i e g tego rzadkiego cierpienia skóry jest wybitnie przewlekły, ujawnić w nim jednak można okresy zwolnienia i okresy nasilenia. W pewnych chwilach przeważa liczba grudek, w innych — plam. W każdym jednak przypadku zwraca uwagę szczególna wielopostaciowość zmian skóry, przypominająca osutki przymiotowe. Zjawisko jest spowodowane obecnością wykwitów grudkowych i plamistych różnej wielkości, kształtu i ułożenia. — Na stan ogólny cierpienie nie wywiera wpływu ujemnego. Po latach ginie bez śladu.

B u d o w a histologiczna wykwitów jest wogóle mało znamienna (Krzyształowicz). Warstwa rogowa naskórka jest wyraźnie zgrubiała i zawiera barwiące się jądra (parakeratosis) przy braku albo też obecności warstw ziarnistych (Krzyształowicz). W warstwie komórek rozrodczych widać objawy obrzęku śród- i międzykomórkowego, jej rozrost jednak nie należy do objawów stałych. W skórze właściwej znajdujemy naciek drobnokomórkowy warstwy brodawkowej i podbrodawkowej, skupiony głównie dookoła naczyń krwionośnych sieci podbrodawkowej i niekiedy dosyć ostro odgraniczony ku dołowi.

P r z y c z y n y i sposób powstawania osutek parałuszczykowych są zupełnie zagadkowe. Zmiany zjawiają się najczęściej w wieku 15—25 lat bez różnicy płci i nie są dziedziczne. Ehrmann, Wise, Riecke uważają je za nerwicę naczynioruchową, powstającą pod wpływem przewlekłego samozatrucia oraz wadliwości prze-

miany materji. Civatte (1906) a później Milian, Queyrat, Pautrier podnieśli kwestję gruźliczego pochodzenia parałuszczycy, którą skłonni są zaliczać do gromady tuberkulidów. Ten pogląd dotychczas nie został potwierdzony. Wyjaśniło się jednak, że gruźlicze zmiany skóry mogą niekiedy przybierać wygląd zupełnie podobny do przewlekłego łupieżu liszajowatego. Dotyczy to mianowicie liszaja zolowego w jego postaciach nietypowych (Pick, Civatte, Verrotti, Milian, Pinard, Hartung) oraz podostrej gruźlicy prosówkowej (Jadassohn). Do kategorii tuberkulidów widocznie należy też spostrzeżenie J. Wiśniewskiego. Pautrier, Fernet, Françon uważają omawiane cierpienie nie za odrębną jednostkę chorobową, lecz za zespół objawów, mogący powstawać pod wpływem różnorodnych czynników (porównaj też t. zw. chorobę Brocq'a).

Rozpoznanie. — Ze względu na wielopostaciowość przewlekły łupież liszajowaty najbardziej przypomina przymiotową osutkę plamisto-grudkową, na co już wyżej zwracałem uwagę. Przy rozpoznawaniu różnicowem należy się powodować barwą plam, wyglądem łusek a nadewszystko przebiegiem sprawy chorobowej oraz współistnieniem lub brakiem innych objawów swoistych. Wartość rozpoznawczą odczynu Bordet-Wassermann'a winno się w tych razach oceniać bardzo oględnie, gdyż przewlekły łupież liszajowaty może też występować u notorycznych syfilityków. — Łupież różowy Gibert'a (pityriasis rosea) różni się odmiennym wyglądem łusek a nadewszystko przebiegiem. Podobieństwo do niektórych postaci grzybicy naskórkowej Unna'y lub do liszaja strzygącego jest tylko powierzchowne, a wątpliwości łatwo rozstrzygnie nawet krótkie spostrzeżenie chorego.

Leczenie jest objawowe i zazwyczaj nie daje mniej lub więcej trwałych wyników. Stosujemy kąpiele, leki złuszczające oraz odtleniające: kw. salicyłowy, siarkę, kw. pyrogalusowy, lenigalol, eugalol, dziegieć i t. p. Pewną poprawę można osiągnąć za pomocą rentgenoterapii. Dobre wyniki widywano po kąpielach słonecznych (Klausner), po naświetleniach lampą kwarcową (Ehrmann) i po zastrzykiwaniach pilokarpiny (0,005 — 0,015 na dawkę co 3—4 dni).

Rozdział XVI.

Nerwice skóry.

(Neuroses cutis).

Swędzenie samoistne.

(Pruritus idiopathicus).

Swędzeniem samoistnym nazywamy takie stany chorobowe, w których wzmiankowane uczucie bólowe nie towarzyszy jakimkolwiek widocznym zmianom skóry, lecz występuje poniekąd jako zjawisko pierwotne i samodzielne.

Odróżniamy samoistne swędzenie powszechne i miejscowe.

Samoistne swędzenie powszechne (Pruritus idiopathicus universalis) dotyczy całej powierzchni ciała i w rozmaitych przypadkach sięga różnego stopnia napięcia. Swędzenie zazwyczaj nie bywa stałe. Występuje ono napadami poczynając się w jakimkolwiek miejscu powierzchni skóry, rozpościera się stopniowo lub nader szybko, a wreszcie staje się powszechne. Napady zwykły się zjawiać wskutek wstrząsów nerwowych i przejść moralnych, z powodu wykroczeń dietetycznych, wskutek wahań temperatury (przy rozbieraniu), głównie zaś pod wpływem ciepłego łóżka. Nieraz się zdarza, że w ciągu dnia choremu nic nie dokucza. Dopiero w łóżku po ogrzaniu się pod kołdrą występuje nieznosne swędzenie. Nieraz bywa ono tak dotkliwe, iż zniewala do nieustannego i nadmiernego drapania nie tylko paznokciami, lecz za pomocą ręcznika, szczotki, grzebienia a nawet zgrzebla. Niektórzy każą się drapać lub szczotkować przez osobę postronną. Dopiero po należytem rozdrapaniu, zmaltretowaniu i pokrwawieniu skóry następuje uspokojenie swędzenia i wyczerpani chorzy wreszcie zasypiają. Takie napady najczęściej występują w pierwszej połowie nocy, pomiędzy godziną 9—12, rzadziej wieczorem w godzinach 5—7, czasem też w drugiej połowie nocy, około 4—6 nad ranem.

Czas trwania dziennych i nocnych napadów swędzenia bywa bardzo rozmaity: 15 do 30 minut w przypadkach łagodniejszych, dwie do trzech godzin w cięższych. Nieraz swędzenie nie ustaje

przez całą noc. W jakim stopniu przy tem cierpi stan ogólny chorego, to chyba nie wymaga oddzielnego omówienia.

Wtórne zmiany skóry w swędzeniu samoistnem występują jako następstwo częstego, długotrwałego i nadmiernego drapania. Prócz nadzerek, przeczosów i wylewów krwi w skórze wymienić tu należy zapalenie mieszków włosowych, liszajce, niesztowice, czyraki, zjawiska spryszczenia i zliszajowacenia (*eczematisatio et lichenisatio*), a także mniej lub więcej rozległe i intensywne przebarwienie skóry.

Przebieg i rokowanie w samoistnem swędzeniu powszechnem zależą w znacznym stopniu od czynników, które dla tych stanów chorobowych zwykliśmy uważać za przyczynowe. Do najuporczywszych postaci należy swędzenie starcze (*Pruritus senilis*), za którego cechę podać można nieuleczalność i brak znaczniejszych zmian wtórnych skóry. Cierpienie rozpoczyna się zazwyczaj około 60 r. życia i częstokroć idzie w parze ze zmianami starczemi skóry. Zauważyć jednak należy, że obecność tych zmian bynajmniej nie jest niezbędnym warunkiem występowania swędzenia. Spotkać się bowiem można z przypadkami daleko posuniętych zmian starczych skóry, które istnieją bez jakiegokolwiek swędzenia. Z drugiej znowu strony widzujemy niekiedy ludzi starszych, dotkniętych nader uporczywym swędzeniem powszechnem, u których nie można jednak stwierdzić wyraźniejszych zmian zanikowych skóry. Takie spostrzeżenia widocznie stanowią przejście do grupy, objętej mianem swędzenia z samozatrucia (*Pruritus autotoxicus*). Dotyczy ono przypadków swędzenia powszechnego, występującego jako jedno ze zjawisk samozatrucia ustroju w przebiegu schorzeń wątroby, dróg żółciowych i kiszek oraz w chorobach nerek i dróg moczowych, w chorobach przemiany materji (zwłaszcza w cukrzycy), następnie w gruźlicy, w białaczce krwi, w obecności nowotworów złośliwych jamy brzusznej (rak żołądka, wątroby, trzustki, stercza). Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w niektórych razach swędzenie powszechne może być objawem wyłącznie nerwowym (*swędzenie nerwowe — pruritus nervosus*). Na to może wskazywać występowanie swędzenia w niektórych cierpieniach mózgu a zwłaszcza kory mózgowej, w chorobach umysłowych, w hysterji i neurastenji. Jest jednak rzeczą zrozumiałą, że w takich przypadkach nie zawsze można z pewnością wyłączyć wpływu i współdziałania czynników samozatruciowych. Dotyczy to też swędzenia, spostrzeganego w różnych cierpieniach narządów rodnych kobiecych, w miesiączce, podczas ciąży. Swędzenie takie zazwyczaj bywa uwa-

żane za nerwowe (odruchowe). Należałoby jednak oceniać je raczej jako zjawisko samozatruciowe i uzależnić od zmienionej czynności jajników.

Jest rzeczą zrozumiałą, że w przytoczonych wyżej przykładach przebieg i uleczalność swędzenia powszechnego zależą w znacznym stopniu, jeżeli nie wyłącznie, od istoty przyczyn wywołujących.

Wspomnieć jeszcze należy o swędzeniu, pozostającym w widocznej łączności z porą roku. Jest to t. zw. swędzenie z zimna (Pruritus hiemalis Duhring). Zjawia się ono na jesieni i w początkach zimy a ustępuje z nastaniem ciepłej pory roku (kwiecień lub maj). Bywa ono najsilniej wyrażone na powierzchniach wyprostnych kończyn, choć rozprzestrzenia się pozatem na resztę powierzchni ciała i ujawnia się głównie w nocy, w ciepłej łóżka. W ciągu dnia napady swędzenia występują podczas rozbierania się chorego. Należy mniemać, że wpływy temperatury nie są jedynymi czynnikami, powodującymi powstawanie tego swędzenia. Większość bowiem chorych zdradza objawy samozatrucia i ogólnej nerwowości, a nie rzadko też można stwierdzić obecność liszaja mieszkowego oraz łagodnej postaci łuski rybiej.

Samoiśne swędzenie miejscowe (Pruritus idiopathicus localis) występuje na ograniczonej przestrzeni powierzchni skóry i przeważnie bywa cierpieniem uporczywym i nader dokuczliwym. Do najczęstszych i praktycznie ważnych umiejscowień należy swędzenie odbytu i części płciowych.

Swędzenie odbytu (Pruritus analis) najczęściej występuje napadowo. Spotykamy się z niem u ludzi cierpiących na niezbyt przewlekły kiszec, zaparcie nawykowe stolca, krwawnice, pęknięcie odbytu, glisty (głównie glistnica robaczkowa), zwężenie cewki moczowej i t. p. Przewlekłe zatrucie wyskokiem i nikotyną należy do czynników sprzyjających. Skóra odbytu początkowo posiada wygląd niemal prawidłowy. Później jednak pod wpływem ciągłego drapania ulega ona zaczerwienieniu, obrzmieniu i zgrubieniu, a wreszcie mogą powstać obrazy odpowiadające temu, co zwykliśmv nazywać wtórnem spryszczeniem i zliszajowaceniem.

Swędzenie części płciowych (Pruritus genitalium s. pudendalis) dotyczy u kobiet głównie sromu, u mężczyzn moszny oraz krocza a częstokroć współlistnieje ze swędzeniem odbytu.

Swędzenie samoiśne sromu (Pruritus vulvae) należy do ciężkich cierpień i zazwyczaj wywiera wybitnie ujemny wpływ na stan fizyczny i psychiczny chorych. Swędzenie występuje napadami głównie w nocy, a częstokroć też w ciągu dnia i zazwyczaj

bywa tak silne, że bezwzględnie zniewala do drapania. Zmiany wtórne są takie, jak w swędzeniu odbytu. Najczęściej spostrzegamy zgrubienie skóry i błony śluzowej warg sromowych większych i mniejszych, łechtaczki, wejścia do pochwy. Nabłonek grubieje, staje się suchy i nabiera barwy szaro białawej tak, że całość może przypominać obraz marskości sromu (*Kraurosis vulvae*). Należy zresztą nadmienić, że w wielu przypadkach swędzenie sromu rzeczywiście bywa wstępną fazą marskości.

Samoistne swędzenie sromu najczęściej łączymy z okresem przekwitania, z ciążą, z różnymi cierpieniami narządów rodnych kobiecych — głównie z temi, którym towarzyszą upławy; następnie z cierpieniami nerek, z cukrzycą, wreszcie z histerją i neurastenją. Pamiętać zwłaszcza należy o cukrzycy, która również często bywa przyczyną swędzenia moszny, prącia, napletka i żołądki.

Z innych umiejscowień można jeszcze wspomnieć o swędzeniu samoistnym dłoni i podeszew, występującem umiarkowo i niekiedy w połączeniu z nadmiernymi potami miejscowemi, a także o swędzeniu okolicy międzyłopatkowej, które niekiedy spostrzegalem jako wczesny objaw białaczki krwi, wreszcie o swędzeniu nosa a nawet błony śluzowej jamy ustnej, w szczególności języka.

Rozpoznanie jest łatwe w przypadkach niepowikłanych, nastrocza jednak nie mało wątpliwości w tych razach, gdy skóra ulega wybitniejszym zmianom wtórnym. Dotyczy to zwłaszcza swędzenia miejscowego. Ustalenie rozpoznania przyczynowego jest zawsze trudnem zadaniem.

Leczenie samoistnego swędzenia powszechnego i miejscowego winno mieć na celu przede wszystkim usunięcie przyczyn wywołujących. Ponieważ wykrycie tych przyczyn nie zawsze jest łatwe a bardzo często wprost niewykonalne, staje się więc rzeczą zrozumiałą, że leczenie przyczynowe swędzenia w większości przypadków niestety bywa mało wydajne. W każdym jednak przypadku należy prowadzić poszukiwania etyologiczne w kierunkach wyżej wyłożonych i w miarę możliwości usuwać wszelkie zboczenia od normy, które uważać możemy za czynniki wywołujące lub sprzyjające powstawaniu swędzenia. Pamiętać zatem winniśmy o chorobach przemiany materji (cukrzyca), o chorobach krwi (białaczka), o cierpieniach przewodu pokarmowego, wątroby, nerek i narządów rodnych, o nowotworach, zwracając przytem baczną uwagę na układ nerwowy, higienę pracy i na sposób odżywiania się chorego. Bądź co bądź chorego obowiązuje djeta nie drażniąca, najczęściej taka, jaką zwykliśmy zalecać w pryszczycy (rozdz. XIII). Bezwarunkowo

przeciwwskazane są napoje wysokowe, czarna kawa oraz nadużycie nikotyny.

Z środków wewnętrznych zalecamy salicylan sodowy, salol, aspirynę, salipirynę, salofen, citrofen, antypirynę, antyfebrynę, fanacetynę w postaci czystej lub też w różnych mieszankach, wzgl. z dodaniem kodeiny lub beladony. Niekiedy wywiera korzystne działanie chinina. Nie bez wpływu pozostaje też kwas karbolowy (Ac. carbolici 6,00: Ungt. Glycerini: Pulv. rad. Altheae $\widehat{a}a$ q. s. ut f. pil. No 100 — 3 razy dz. po 2—3 pigułki), atropina (1—2 mg. dziennie w pigułkach), pilokarpina (0,005—0,015 p. d. podskórnie lub 10—20 kropli 1% roztworu 2 r. dz.) a wreszcie pepton (0,5×3). W większości przypadków trudno się obywać bez środków nasennych (bromek sodowy z antypiryną, bromural, adalin, wodnik chloralu, weronal, medinal).

W każdym uporczywym przypadku samoistnego swędzenia powszechnego wskazana jest próba zastosowania metody Bruck'a lub też zastrzykiwanie normalnej surowicy ludzkiej podług Linsler'a (patrz świerzbiączka), a wreszcie autohematoterapia.

Leczenie zewnętrzne prowadzimy za pomocą środków uśmierających swędzenie, do których zaliczać zwykliśmy ocet, octan glinowy, kwas salicylowy, karbolowy, mentol, tymol, wodnik chloralu, bromocol, anestetynę, przetwory siarkowe (tigenol, ichtyol) oraz dziegciowe (zwłaszcza tumenol), słabe roztwory chryzarobiny (1:1000) i t. p. Środki te bywają stosowane w zasypkach, płynach (roztwory wodne i wysokowe), w maściach, zawiesinach, kąpielach.

Bardzo trudno układają się warunki lecznicze w samoistnym swędzeniu powszechnym, a zwłaszcza w swędzeniu starczem. Tutaj trzeba rozporządzać całym skarbem leków i umiejętnie zmieniać i łączyć środki i metody leczenia, aby móc osiągnąć częstokroć względne tylko powodzenie. Bardzo odpowiednie i praktyczne są wycierania roztworami wysokowemi kw. salicylowego (1—3%), karbolowego (1—2%), mentolu (1—3%), tymolu (0,25—1%) i t. d. z następczem obfitem zasypywaniem pudrem (talk, tlenek cynkowy, sole bizmutowe). Na uwagę zasługuje też płyn Fox'a:

Hypophosph. sodae 30,00
Glycerini pur.
Ac. carbolici $\widehat{a}a$ 8,00
Aq. destill. 240,00

Nieźle działają zawiesiny z ichtyolem, tigenolem a zwłaszcza z tumenolem, liq. carbonis detergens, bromocolem i t. p. Maści mu-

szą być dosyć gęste i dokładnie w skórę wcierane. Co się tyczy zabiegów wodoleczniczych, to zauważyć należy, że w większości przypadków bywają korzystne kąpiele i natryski ciepłe lub letnie, chociaż i zimne nieraz bardzo wyraźnie zmniejszają swędzenie. Do kąpeli można dodać siarki, glinki białej, krochmalu, otrąb, gliceryny lub octu (1—1½ litra). W uporczywych przypadkach może być wskazane stosowanie światła pozafjolkowego, ostrożna rentgenoterapia oraz d'Arsonwalizacja. Nie należy też zapominać o metodach Linser'a, Bruck'a oraz o autohematoterapii.

W swędzeniu odbytu zalecamy krótkotrwałe, bardzo gorące kąpiele nasiadowe (bidet) z kwasem bornym, alunem, siarczanem cynku, ichtyolem, octem, octanem glinu, gorące lewatywki lub też ogrzewanie przyrządem Arzberger'a. Miejscowo stosujemy wyż. wzmiankowane rozcyny wyskokowe oraz maści (najodpowiedniejsze są maści chłodzące z 10% ichtyolem, bromokolem, anestetyną ol. dziegciowym, antrasolem, tumenolem (5—10%), lenigalolem (1—5%), kw. pyrogalusowym (1—5%), chryzarobiną (0,10%). Znakomicie działa nalewka dziegciowa (trądzik dziegciowy!) a częstokroć też smarowanie 2—10% roztworem azotanu srebra. Do bardzo wydajnych metod należy d'Arsonwalizacja a zwłaszcza rentgenoterapia, które radzę stosować w każdym bardziej uporczywym przypadku. Wedle tychże zasad należy też leczyć samoistne swędzenie sromu, zwracając przy tem baczną uwagę na usunięcie ogólnych i miejscowych przyczyn swędzenia (cukrzyca, cierpienia nerek i pęcherza, schorzenia narządów rodnych kobiecych itd.).

Czerwony odczyn skóry. — Czerwienienie się skóry za dotknięciem. — Pokrzywka wywołana.

(Dermographismus. — Autographismus. — Urticaria factitia, provocata, graphica).

Czerwonym odczynem skóry czyli dermatografią czerwoną nazywamy zjawisko polegające na tem, że pod wpływem podnieć zewnętrznych, głównie mechanicznych powstają na skórze twory pokrzywkowate, których kształt i ułożenie odpowiadają kierunkowi podnieć działającej. Wystarczy przeprowadzić na skórze rysę, np. paznokciem, ołówkiem lub szpilką, aby spowodować wystąpienie w tem miejscu żywoczerwonej smugi. Po 2—3 minutach przekształca się ona w białoróżową, a potem w białą pręgę wysokości 3—6 milimetrów, otoczoną z każdej strony czerwonym obrąbkiem. Zmiany skóry są wielce podobne do spostrzeganych w pokrzywce bia-

łej (*urticaria alba s. porcellanea* (p. rozdz. XII), różnią się jednak brakiem swędzenia i pieczenia. Zjawisko ujawnia się najwyraźniej na piersiach i plecach, trwa $\frac{1}{2}$ do kilku godzin, poczem skóra powraca do stanu normalnego.

Sprawa należy do rzędu zaburzeń naczynioruchowych i bywa tem wybitniej wyrażona, im większa jest wrażliwość osobnicza skóry a silniejsze działanie podniecy zewnętrznej. Spotykamy się z nią najczęściej u osobników dotkniętych różnemi cierpieniami nerwowemi, a zwłaszcza w hysterji. Miesiączkowanie, ciąża, choroby zakaźne, stany samozatrucia przewlekłego zdają się sprzyjać jej powstawaniu. Pewną rolę przypisać też należy wpływom dziedzicznym.

Odczyn czerwony skóry niemal stale towarzyszy napadom pokrzywki pospolitej (patrz pokrzywka). Dla tych przypadków mogłaby się najbardziej nadawać nazwa: pokrzywka wywołana (*urticaria factitia s. provocata*).

Obok czerwonego odczynu skóry badacze odróżniają jeszcze odczyn biały (*dermographismus albus*), polegający na tem, że zamiast przekrwienia następuje zblednięcie skóry, czyli pręga biała. Ten opaczny odczyn naczyniowy należy do rzadkich wyjątków (Higier). K. Rozenfeld (1919 r.) uważa go jednak za dotychczas bliżej nieznaną objaw fizjologiczny. Aby go wywołać, należy lekko potrzeć skórę jakimkolwiek tępym przedmiotem (np. brzuścem palca) nie wywierając przy tem żadnego ucisku. Pręga biała zjawia się w miejscu podrażnienia po kilku sekundach, stopniowo staje się bardziej widoczna, trwa $\frac{1}{2}$ do 4 min., poczem znika powoli.

Poglądy na istotę i znaczenie dermatografii białej nie są jednolite. Jedni upatrują w niej czynnościowe zaburzenie naczynioruchowe, inni całą sprawę wprowadzają na grunt wago-tonii i sympatykotonii. Podług Sergent'a odczyn biały skóry jest wyrazem niedomogi nadnerczy (*ligné blanche surrénale*). Ma on być bezpośredni następstwem zmniejszonego ciśnienia krwi i słabego ukrwienia skóry.

Ostry obrzęk skóry odgraniczony. (Quincke).

(*Oedema cutis acutum circumscriptum* — Quincke. — *Oedema ac. angioneuroticum*. — *Urticaria gigantea* — Rapin. — *Urticaria oedematosa*).

Objawy. — W dowolnem miejscu powierzchni ciała a także na błonach śluzowych nagle powstaje wyraźnie odgraniczony i na

0,5—3 cm. wzniesiony obrzęk skóry i tkanki podskórnej, wielkości od orzecha włoskiego do dłoni i więcej. W obrębie miejsca obrzękłego skóra jest gładka, lśniąca, napięta i posiada zabarwienie normalne lub też różowe. Zjawisku towarzyszy uczucie napięcia, pieczenia, mrowienia. Ulubionem umiejscowieniem tych obrzęków jest twarz (powieki, policzki i wargi) oraz narządy płciowe. Ułożnie niekiedy bywa umiarowe (powieki, grzbiety rąk). Na błonach śluzowych ostry obrzęk najczęściej spostrzegamy w jamie ustnej, na języku, w gardle, w krtani (niebezpieczne objawy obrzęku głośni!), na spojówkach, w cewce moczowej.

Przebieg. — Obrzęk Quincke'go rozwija się bardzo szybko — w ciągu kilku minut, trwa kilka godzin, najdalej 1—2 dni i ustępuje bez śladu. Tylko w tym wypadku, gdy obrzęk zjawia się kilkakrotnie w jednym i tem samym miejscu, mogą się wytworzyć trwałe zmiany skóry (zgrubienie). Napady obrzęku zazwyczaj występują okresowo w dosyć prawidłowych odstępach czasu, co jednak bynajmniej nie należy do pravidła. Cierpienie — jako całość — może trwać kilka miesięcy wzgl. lat, poczem napady ustają.

Rokowanie w ostrym obrzęku skóry jest pomyślne, może się jednak stać bardzo poważne w umiejscowieniu na błonie śluzowej języka, gardła a zwłaszcza krtani (asphyxia). W zajęciu oskrzeli występują objawy dychawicy (asthma). W niektórych przypadkach spostrzegano też krwawienie dziąseł, krwioplucie, krwotoki kiszkowe, krwimocz (Joseph, Jacobi, Schlesinger).

Przyczyny cierpienia nie są dokładnie znane. Można tylko powiedzieć, że obrzęk ostry Quincke'go należy do kategorii nerwic naczyńniowych i bywa spostrzegany głównie u osobników nerwowych, zwłaszcza w histerji a także w stanach przewlekłego zatrucia i samozatrucia. Nadużycie wysokości widocznie należy do dosyć częstych przyczyn tego cierpienia (Oppenheim). Pewne znaczenie przypisywać też należy wpływom dziedzicznym. Cierpienie występuje głównie u ludzi dorosłych, stosunkowo częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Znane są jednak przypadki obrzęku Quincke'go u małych dzieci.

Śród przyczyn sprzyjających występowaniu poszczególnych napadów można wymieni: wpływ zimna (np. zabiegi wodolecznicze), wysiłki fizyczne, uraz, wzruszenia nerwowe i przejścia moralne, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, niektóre pokarmy oraz leki i t. p.

Rozpoznanie ustalamy na zasadzie obecności odgraniczonego obrzęku skóry, który nagle się zjawia, szybko ustępuje i któ-

remu nie towarzyszą miejscowe sprawy zapalne. Za ważny objaw różnicowo-rozpoznawczy należy też uważać okresowość cierpienia.

Djeta i leczenie wewnętrzne nie różnią się od zalecanego w pokrzywce nawrotowej (przetwory salicylowe, chinina, ergotyna, beladona, chlorek wapnia, pepton etc.). W celach zapobiegawczych podajemy atropinę i zwracamy szczególną uwagę na leczenie niedokrwistości, hysterji i zaburzeń żołądkowo-kiszkowych. Doskonały wpływ na ogólny przebieg cierpienia wywiera leczenie klimatyczne. Miejscowo stosujemy okłady, maści chłodzące, kolodjon tiolowy lub ichtyolowy i t. d. W umiejscowieniu na błonach śluzowych dróg oddechowych doradzamy zimne okłady, połykanie kawałków lodu, w razie zaś potrzeby uciekamy się do intubacji a nawet do tra-cheotomji.

Erytromelalgia.

(Erythromelalgia. — Morbus Weir-Mitchell).

Erytromelalgią nazywamy opisany przez Weir-Mitchell'a (1872) objawozbiór, powstający na kończynach, głównie zaś na rękach i stopach i polegający na obecności nerwobólu, na obrzmieniu i zaczerwienieniu skóry. Sprawa chorobowa rozwija się napadowo.

O b j a w y. — Najczęściej bywają zajęte ręce i stopy: niekiedy jedna tylko kończyna, niekiedy obie umiarkowo. W wyjątkowych razach (Eulenburg) spostrzegano postać skrzyżowaną (lewa ręka, prawa stopa), częściej połowiczą. Schorzenie może dotyczyć całej kończyny lub tylko jej części (n. p. jednego lub kilku palców, pięty, okolicy skokowej). Do rzadkich umiejscowień należą małżowiny uszne i nos.

Pierwszym objawem chorobowym są bóle, których natężenie w różnych przypadkach bywa bardzo rozmaite. Są one stosunkowo najsilniejsze w stopach, słabsze w rękach, nie ma ich zaś zupełnie w zajęciu nosa i małżowin usznych. W większości przypadków trzymają się one miejsc schorzałych, mogą jednak ulec rozległemu rozpromienianiu wzdłuż kończyn. Bóle występują nagle i mają charakter piekących, rwących, tętniących. Wzmagają się pod wpływem ciepła i czynników mechanicznych, np. przy ucisku, staniu, chodzeniu, ruchach czynnych i biernych.

W miejscach opanowanych przez nerwobóle zjawia się niebawem zaczerwienienie i obrzmienie skóry w stopniu, odpowiadającym ciężkości przypadku. Żyły są rozszerzone i nabrzmiące, tętnice wyraźniej tętnią, ciepłota zaś miejscowa jest wyższa od nor-

malnej o 2—3 stopnie. Częstość istnieje wybitna wrażliwość na ból, niekiedy postrzegano też nadmierne poty miejscowe.

W przypadkach lżejszych wszystkie te objawy znikają po ustąpieniu napadu, w ciężkich jednak pozostają pewne trwałe zmiany rumieniowe.

Z innych objawów notowano: upośledzenie czucia w miejscach niezajętych przez erytromelagię, wielką skłonność do krwawienia miejscowego w częściach schorzałych, zgrubienie członczków i stawów palcowych, zmiany paznokci a wreszcie widywano w bardzo wielu spostrzeżeniach wybitne zmiany zanikowe skóry.

Przebieg cierpienia jest przewlekły i postępujący. Sprawa zazwyczaj rozpoczyna się na palcach rąk lub stóp, na pięcie a następnie rozpościera się stopniowo na grzbiety rąk, na przedramiona, podudzia. Rozwój erytromelalii odbywa się napadowo, choć czasem przechodzi w stan trwały. Liczba napadów i długość przestanków bywa jednak bardzo rozmaita tak, że sprawa przeciąga się nieraz na wiele lat. W niektórych razach posiada ona cechy schorzenia rzekomo „samoistnego“, w innych stanowi tylko część składową pewnego zasadniczego cierpienia układu nerwowego. Tak więc spostrzegano objawozbiór erytromelalii w przebiegu jamistości rdzenia, w stwardnieniu rozsianem mózgu i rdzenia, w zapaleniu i wjadzie rdzenia, w udarze, w przymiocie nerwowego układu ośrodkowego i t. d. W niektórych razach za przyczynę erytromelalii uważamy nerwowe cierpienia czynnościowe, głównie neurastenię i histerję, w innych — schorzenia nerwów obwodowych (nerwobóle, zapalenie nerwu).

Za czynniki sprzyjające występowaniu erytromelalii podają: działanie niskiej temperatury, wysiłki fizyczne, uraz i t. d.

Cierpienie zdarza się częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Występuje w każdym wieku, przeważnie jednak pomiędzy 20—60 r. życia. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że sprawa ta jest równoznaczna z t. zw. przewlekłym zanikającym zapaleniem skóry kończyn (Acrodermatitis chr. atrophicans Herxheimer-Hartmann).

Rozpoznanie wynika z napadowego występowania cierpienia i obecności trzech zasadniczych objawów: nerwobólów, zaczerwienienia i obrzmienia skóry. Nie zawsze jednak daje się odrazu ustalić prawidłowe ujęcie faktów i w wielu razach mogą zachodzić wątpliwości przy różnicowaniu z chorobą Raynaud'a, akromegalią i wczesnymi okresami twardziny palców.

Rokowanie zależy od ciężkości zasadniczego cierpienia nerwowego. Jest ono stosunkowo pomyślniejsze w przypadkach samo-

istnej erytromelalgii, choć przyznać trzeba, że nigdy nie możemy przewidzieć, jak długo będzie trwało cierpienie i czy w danym przypadku da się osiągnąć wyleczenie wzgl. poprawa. Trzeba zresztą nadmienić, że wyleczenie zależy wogóle do rzadkości.

Leczenie winno być przede wszystkim przyczynowe. Miejscowo stosujemy zimne okłady lub pęcherz z lodem, do wewnątrz podajemy przetwory salicylowe, pyramidon, antypirynę, fenacetynę i t. d., w razie zaś potrzeby leki odurzające (morfina). Z innych zabiegów zalecamy prąd elektryczny stały lub zmienny, kąpiele elektryczne a nawet wycięcie nerwu.

Zamartwica miejscowa i zgorzel umiarowa kończyn. — Choroba M. Raynaud'a.

(Asphyxia localis et gangraena symmetrica extremitatum. — Morbus Raynaud).

Zespół objawów Raynaud'a polega na zjawiskach chorobowych wręcz przeciwnych od spostrzeganych w erytromelalgii.

Wybuch właściwego cierpienia zazwyczaj poprzedza okres zwiastunów, który znamionują różnego rodzaju zбочenia czucia: pieczenie, klucie, mrowienie, ziębienie i t. d. lub też objawy bólowe, głównie o charakterze nerwobólów. W związku z temi zjawiskami nagle występuje ostre niedokrwienie miejscowe (syncope locale), dotyczące jednego lub kilku palców rąk albo stóp, niekiedy zaś małżowin usznych czy też nosa. Skóra staje się matowobiała lub żółtawa, zimna, niewrażliwa na ukłucie i dotykanie. Ukłucie skóry szpilką nie powoduje krwawienia. Cały palec wydaje się cieńszy. Ruchy są zniesione. Jest to stan, który francuzi nazywają „martwym palcem“ (doigt mort). Zjawisko zazwyczaj występuje umiarowo, choć nie zawsze współcześnie na obu kończynach i po pewnym czasie może ustąpić zupełnie.

W niektórych jednak razach ostre niedokrwienie stopniowo przechodzi w sinicę (zamartwica miejscowa — asphyxia localis). Wówczas matowobiała barwa skóry staje się ciemnoczerwona, sina a nawet czarna, schorzałe tkanki nieco brzękną, choć pozostają zimne i niewrażliwe na ból. Odgraniczenie miejsc sinicznych zazwyczaj bywa ostre i tylko w rzadkich przypadkach można spostrzegać stopniowe przejście w otaczającą zdrową skórę. Zauważyć przecie trzeba, że sinica miejscowa nie zawsze łączy się z niedokrwieniem i że może wystąpić odeń niezależnie, jako zjawisko pozornie pierwotne.

Podobnie jak niedokrwienie ostre, sinica miejscowa może zginąć bez śladu. W wielu jednak razach powraca ona w tych samych lub w innych miejscach i wreszcie powoduje martwicę tkanek. Zazwyczaj powstają czarne, suche, pergaminowe strupy różnej wielkości i kształtu, których grubość odpowiada głębokości sprawy zgorzelinowej. Niekiedy spostrzegamy uprzednie występowanie pęcherzy o zawartości krwawej. Dalszy przebieg układu się tak, jak w każdej innej martwicy. Strupy stopniowo się oddzielają, pozostawiają pokryte ziarniną owrzodzenia, które powoli ulegają zabliznieniu.

W chorobie Raynaud'a zgorzel zwykła występować umiarkowanie, co jednak nie jest bezwzględny prawidłem. Zazwyczaj dotyczy ona palców rąk i stóp, gdzie najczęściej mieści się na brzośkach palców i w okolicach paznokci. Zagładzie mogą ulec całe członki a nawet palce. Pozatem widzimy ogniska zgorzelinowe na grzbietach rąk i stóp, na dłoniach, podszwach, piętach, w okolicach kostek, na małżowinach usznych, na nosie, policzkach i narządach płciowych.

W objawozbiorze Raynaud'a istota sprawy widocznie polega na zaburzeniach naczynio ruchowych, na mniej więcej długotrwałym skurczu drobnych naczyń krwionośnych. Taki skurcz łatwo tłumaczy powstawanie ostrego niedokrwienia miejscowego. Co się tyczy zamartwicy miejscowej (asphyxia), to można przypuścić, że zjawia się ona wówczas, gdy skurcz drobnych żył nie jest całkowity i znajdująca się w nich krew z powrotem wcieka do naczyń włoskowatych. Z sinicą miejscową będziemy też mieli do czynienia w tych warunkach, kiedy wskutek niecałkowitego skurczu tętniczek obieg krwi w naczyniach włoskowatych i żyłach ulegnie znacznemu zwolnieniu. Kwestja, czy zgorzel w chorobie Raynaud'a należy uzależnić li tylko od wpływów naczynioruchowych, jest po dziś dzień nierozstrzygnięta ostatecznie. Zdaniem autorów należy się tu jeszcze liczyć z wpływami odżywczeimi (troficznymi), a prawdopodobnie też ze zmianami anatomicznymi samych naczyń krwionośnych.

Co się tyczy przyczyn powstawania wzmiankowanych zaburzeń naczynioruchowych, to trzeba przyznać, że są one dosyć różnorodne. Zdaje się jednak, że główną rolę należy przypisać (samo)zatruciu. Objawozbiór Raynaud'a spotykamy zatem w chorobach zakaźnych (dur brzuszny, błonica, zapalenie płuc, gorączka pługowa, zimnica, gruźlica, przymiot i t. p.), w cierpieniach nerek, w cukrzycy, w stanach przewlekłego zatrucia (ołowiem, wyskokiem, nikotyną i t. d.), w różnych chorobach nerwowych (wiądrzenia, jamistość rdzenia, padaczka, histerja, zapalenie nerwów

obwodowych), wreszcie w schorzeniach serca i naczyń krwionośnych (A. Elzenberg). Występowaniu cierpienia sprzyja wpływ niskiej temperatury, wysiłki fizyczne, uraz, niedokrwistość, wzruszenia moralne. — Kobiety podlegają temu schorzeniu częściej, niż mężczyźni.

Rozpoznanie zazwyczaj bywa nietrudne, jeżeli należyce uwzględnić wyż. podane dosyć charakterystyczne objawy. Należy jednak pamiętać, że w niektórych razach mogą zachodzić kwestje co do erytromelalii lub też twardziny palców (sclerodactylia) — a to tem bardziej, że te cierpienia mogą niekiedy współistnieć z objawozbiorem Raynaud'a.

Leczenie ogólne winno być skierowane przeciwko usunięciu przypuszczalnej przyczyny schorzenia. Miejscowo zalecamy rozcierania, n. p. spirytusem kamforowym (spir. camphorat. 50,00 : aq. destill. 150,00) z następczym suchym opatrunkiem wata, gorące kąpiele ogólne i miejscowe z kw. węglowym lub wodą utlenioną, kąpiele elektryczne, mięsienie, zabiegi elektryczne nie wyłączając miejscowej d'Arsonwalizacji. Brocą zaleca prąd stały (biegun dodatni na kręgosłup, ujemny na miejsce schorzałe). Z środków wewnętrznych podajemy przetwory bromowe, walerjanę, pokrzyk wilczej jagody, arsenik, chininę. (O leczeniu zgorzeli patrz wyżej).

Wrzód drążący stopy.

(Malum perforans pedis. — Mal perforant du pied. — Ulcus perforans pedis).

Wrzód drążący występuje nie tylko na stopach, lecz i na dłoniach. Najczęściej jednak znajduje się on na stopie, a mianowicie w okolicy główki kości śródstopowej pierwszej i piątej a także na pięcie. Na miejscu schorzałem powstaje twór modzelowaty lub pecherz, który pęka albo też zasycha. Po oddzieleniu się strupa widać początkowo płytkie, później głębokie, okrągłe lub owalne, lejkowatego kształtu owrzodzenie o brzegach ostro ściętych, twardych, modzelowatych, nieco zawiniętych. Dno jest pokryte wiotką, łatwo krwawiącą ziarniną. Wrzód stopniowo drąży wгłęb, niszcząc skórę, mięśnie, ścięgna, stawy i kości. W jego obrębie tkanki są zupełnie znieczulone. Owrzodzenie nie zdradza skłonności do zablizniania.

Wrzód drążący powstaje na tle zbroceń w odżywianiu tkanek, głównie w przebiegu wiądu i jamistości rdzenia, w trądzie, w zapaleniu i uszkodzeniu urazowym pni nerwowych, w zatorze i zakrzepie tętnic, w zapaleniu zarostowem błony wewnętrznej tętnic (sy-

filis), w cukrzycy, alkoholizmie i w innych stanach przewlekłego zatrucia. Péré zwraca uwagę na pośredni wpływ gruźlicy. Wchodzić tu mają w grę jady (toksyny) gruźlicze, uszkadzające naczynia krwionośne albo też gałązki nerwowe.

Postępowanie lecznicze winno być przede wszystkim przyczynowe (syfilis, cukrzyca, szew nerwu i t. d.). Leczenie miejscowe prowadzimy wedle ogólnych zasad chirurgji. Dobry skutek wywiera nieraz rozciąganie pnia nerwowego (nerwu podeszwowego).

Ainhum.

U nasady piątego palca stopy, na jego powierzchni podeszwowej powstaje wązka bruzda, która z biegiem czasu poszerza się i pogłębia a wreszcie może otoczyć cały obwód palca — w kształcie nazbyt ciasnej obrączki. Odśrodkowo położona część palca ulega zniekształceniu, powiększa się i przybiera kształty okrągłego lub owalnego ciała podobnego do owocu, siedzącego na krótkiej szypułce. Ciało to ma spoistość miękką. Zawarte w niem więzy, chrząstki, kości stopniowo ulegają wessaniu. Paznokieć może być długo zachowany, jednak z czasem zanika. Po kilku latach trwania zniekształcony palec oddziela się od szypułki i na tem sprawa się kończy.

Zazwyczaj zajęty bywa piąty palec jednej tylko stopy, rzadziej rzecz dotyczy umiarkowo obu palców. Niekiedy schorzeniu podlega czwarty palec stopy.

Sprawie chorobowej mogą towarzyszyć bóle.

Ainhum jest chorobą egzotyczną, którą spostrzegano głównie u przedstawicieli ras kolorowych. Szczególną skłonność do niej posiadają murzyni nie tylko w miejscowościach rodzinnych w Afryce (zwłaszcza na pobrzeżu Gwinei), lecz na emigracji w Bahia, Rio-de-Janeiro, Buenos-Ayres, na Karolinach i t. d. Pozatem jednak stwierdzano Ainhum u przedstawicieli rasy indyjskiej w Hindostanie, w Pondiszery a także w Nowej Kaledonji i u malgaszów (Madagaskar). Spostrzeżenia de Brun'a (Beyrouth) dotyczą Syrii i zdają się wskazywać na to, że i rasa semicka może podlegać temu cierpieniu. During widywał Ainhum w Konstantynopolu.

Przy rozpoznawaniu należy mieć w pamięci twardzinę obrączkową, która jednak mieścić się zwykła głównie na palcach rąk, na przedramieniu oraz na podudziu i pozatem posiada zgoła odmienny przebieg. Obrazy do Aihum podobne może także stwarzać trąd.

Zmiany barwikowe skóry.

Nadmierne zabarwienie skóry. (Hyperchromia).

Plamy piegowate.

(Lentigo. Ephelides lentiginosae).

Są to okrągłe lub owalne plamy wielkości od łepka szpilki do soczewicy, barwy żółtej, brudnożółtej, brunatnej lub ciemnobrunatnej. Nie znikają przy uciskaniu palcem. Mieszczą się najchętniej na twarzy, szyi, rękach i przedramionach, mogą jednak występować w każdym innym miejscu powierzchni ciała. Zjawiają się w liczbie mnogiej, w postaci rozsianej i tylko bardzo rzadko zlewają się ze sobą. Plamy znacznie ciemnieją pod wpływem światła i słońca, w zimie zaś bledną a niektóre giną nawet zupełnie. Pod tym względem zachowują się one tak, jak pospolite piegi słoneczne, z którymi zresztą mają nie mało punktów styczności. Plamy barwikowe mogą być wrodzone lub też powstawać w pierwszych latach życia. Najczęściej widzujemy je pomiędzy 10—15 rokiem.

Stanowisko plam piegowatych w kadrach nosologicznych nie jest dotychczas ostatecznie ustalone. Niektórzy utożsamiają je z piegami pospolitemi głównie z powodu umiejscowienia i sposobu reagowania na promienie słoneczne. Inni znowu odróżniają obie te postaci kliniczne opierając się na tem, że plamy piegowate (lentigo) zazwyczaj posiadają ostre i bardziej prawidłowe zarysy. Tworzą się one nie tylko w miejscach wystawionych na działanie słońca i światła, lecz występować też mogą jako cierpienie wrodzone. Ta okoliczność niewątpliwie zbliża je do grupy znamion i godzi się mniemać, że niektóre fakty należy oceniać właśnie z tego punktu widzenia. Nie może to jednak dotyczyć przypadków, gdzie plamy piegowate giną w sezonie zimowym. Poza tem wydaje mi się wielce prawdopodobnem, że w niektórych razach można uzależnić powstawanie tych plam barwikowych od zaburzeń czynnościowych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (nadnercze, gr. tarczowy). W takim razie można byłoby zaliczyć je do zmian, powstających na tle zbroczeń w odżywianiu (dystrophia).

Ostuda.

(Chloasma).

Ostudą nazywamy plamy barwikowe większych rozmiarów kształtu nieprawidłowego i o zarysach mniej więcej ostrych albo też zatartych, niewyraźnych. Mieszczą się najczęściej na twarzy,

rzadziej na grzbietach rąk lub w innych punktach powierzchni ciała.

Takie plamy powstają pod wpływem czynników mechanicznych (uraz, tarcie), chemicznych (nalewka jodowa, gorczycznik, plastry), świetlnych (słońce, światło elektryczne, promienie Roentgen'a) a także w zależności od różnych cierpień narządów wewnętrznych. Do najczęściej spotykanych należy ostuda ciężarnych (chloasma uterinum).

U ciężarnych, a także u kobiet cierpiących na guzy jajników i macicy albo też dotkniętych innymi schorzeniami narządów rodnych, zjawiają się na twarzy rozsiane lub zlewające się plamy barwy od żółtej do ciemnobrunatnej, niemal czarnej. Ulubionym ich umiejscowieniem bywa czoło, skronie, policzki i bródka. Układają się zwykły dosyć umiarowo. Do tej samej kategorii zjawisk należą też zmiany barwikowe, spostrzegane na sutkach i na linji białej. Po skończeniu ciąży plamy giną, mogą się jednak znowu zjawić w ciąży następnej.

Te plamy barwikowe są prawdopodobnie pochodzenia toksycznego i zależą od zmienionej czynności jajników w związku z ciążą, guzami i cierpieniami narządów płciowych i rodnych.

Pochodzenia toksycznego są też widocznie plamy o wyglądzie ostudy lub też bardziej rozlane zmiany barwikowe skóry, spostrzegane w przebiegu przewlekłych chorób zakaźnych, n. p. w przymiocie, gruźlicy i trądzie. Co się tyczy gruźlicy, to zauważyć należy, że zmiany takie niekoniecznie muszą pozostawać w łączności ze swoistem schorzeniem nadnerczy. Tak n. p. notowano zjawiska przebarwienia skóry w gruźlicy płuc i narządów jamy brzusznej. W przypadku Raymond'a, dotyczącym gruźlicy brodawkowej skóry, szyja była zabarwiona na ciemny kolor brązowy. Do stosunkowo częstych zjawisk należą też zmiany barwikowe twarzy (Hebra), występujące niekiedy w postaci plam o charakterze ostudy (Łukasiewicz) w przebiegu liszaja żółtego.

W chorobie Addison'a (Morbus Addisoni) mamy do czynienia z rozlanem uogólnionem przebarwieniem skóry, będącem wyrazem schorzenia całego ustroju. Zmiany zjawiają się najczęściej na twarzy, szyi i grzbietach rąk a następnie w tych miejscach, gdzie zabarwienie skóry nawet w normalnych warunkach bywa wogóle nieco ciemniejsze (brodawki sutkowe, pachy, narządy płciowe). Stopień i rozległość zmian barwikowych zależy od ciężkości schorzenia. W przypadkach łagodniejszych sprawa może się ograniczyć do rozsianych plam lub do nienormalnego zabarwienia

mniejszych lub większych uczestków skóry. W przypadkach ciężkich przebarwienie dotyczy niemal całej powierzchni ciała. Barwa skóry początkowo bywa brudno- i szarozółta, później zaś staje się brązowa, ciemnobrązowa (bronzed skin), niemal czarna jak u mulatów lub murzynów. Dłonie i podeszwy a także paznokcie zazwyczaj zachowują zabarwienie normalne. Natomiast na błonie śluzowej jamy ustnej, na wargach a nawet na spojówkach ocznych częstokroć można zauważyć powstawanie plam barwikowych.

Choroba Addison'a zależy od zmian nadnerczy, w których stwierdzano marskość, zwyrodnienie skrobiowate, wylewy krwi, ropnie, torbiele, nowotwory, zmiany syfilityczne, najczęściej jednak gruźlicę. Znane są jednak spostrzeżenia, w których występował objawozbiór Addison'a przy pozornie prawidłowych nadnerczach. W tych przypadkach przyczynę schorzenia upatrywano w zmianach układu nerwowego, a zwłaszcza w zwojach i nerwach splotu trzewnego. (N. sympathicus, n. splanchnicus, plexus solaris, ganglion semilunare).

Leczenie dermatologiczne plam piegowatych oraz ostudy jest w ogólnych zarysach takie, jakie podałem w rozdziale o pospolitych piegach słonecznych.

Bezbarwność skóry.

(Achromia).

Zanik czyli utratę barwika skóry nazywamy bielactwem. Bywa ono wrodzone i nabyte.

Bielactwo wrodzone.

(Albinismus. — Leukopathia congenita).

Odróżniamy wrodzone bielactwo powszechne i częściowe.

W powszechnem bielactwie wrodzonym (albinismus universalis) cała powierzchnia skóry jest pozbawiona barwika i posiada mleczny, matowobiały, czasem różowawy kolor. Włosy są zazwyczaj delikatne, cienkie, jedwabiste, posiadają barwę białą, brudnobiałą i żółtawą. Tęczówki są różowe lub bladoniebieskawe, a źrenice czerwone, co zależy od zupełnego braku barwika w naczyniówce i tęczówce i czego dalszemi następstwami są: światłowstręt oraz drżenie gałek ocznych (nystagmus).

Przyczyny tej wrodzonej wadliwości nie są bliżej znane. Cierpienie występuje niekiedy jako rodzinne, nie posiadamy jednak dostatecznych dowodów dziedziczności prostej. Przeciwnie, w przeważającej większości przypadków albinosi pochodzą z rodziców o skórze zabarwionej prawidłowo.

We wrodzonym bielactwie częściowym (*albinismus partialis*) spostrzegamy bezbarwne plamy różnej wielkości i kształtów, których brzeg stopniowo przechodzi w otaczającą skórę normalną albo też odgranicza się od niej linią ostrą. Brak im jednak owego obróbka przebarwionego, jaki zwykliśmy spostrzegać w bielactwie nabytem (*vitiligo*). Plamy występują w postaci rozianej albo grupują się, a w części zlewają ze sobą. Układają się one też mogą liniźnie — jak znamiona — trzymając się niekiedy kierunku pni nerwowych.

Bielactwo nabyte.

(Vitiligo).

Zasadniczym objawem tego cierpienia jest powstawanie matowobiałych lub bladoróżowych plam, otoczonych ciemną obwódką nadmiernie zabarwionej skóry.

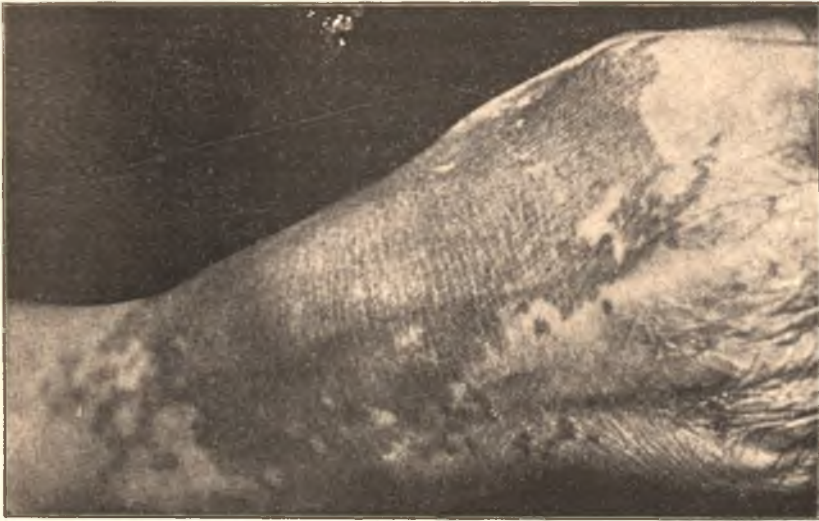
Początkowo tworzą się drobne białe plamy, które w wielu przypadkach, lecz bynajmniej nie zawsze występują umiarkowo, zwłaszcza w umiejscowieniu na kończynach. W wyjątkowych tylko razach mogą one trwać w tym stanie przez czas długi. W przeważającej większości spostrzeżeń sprawa z biegiem czasu postępuje. Okrągłe i owalne plamy stopniowo się powiększają, a wreszcie łączą się ze sobą. Wówczas powstają większe, pozbawione barwika przestrzenie, otoczone ciemnym obróbkiem, o zarysach policyklicznych. W ciężkich przypadkach cierpienie może się uogólnić do tego stopnia, że cała niemal powierzchnia skóry traci swój barwik. W innych znowu razach sprawa chorobowa po pewnym czasie ulega wyczerpaniu, plamy przestają się powiększać, obwódka zaś staje się mniej intensywna. Jako trwałe objaw pozostaje jednak utrata barwika, który może się odrodzić widocznie tylko w bardzo wyjątkowych razach (Reinhard, Besnier). Dodać należy, że plamy są niekiedy mniej widoczne w zimie, wyraźniej zaś występują w sezonie letnim, głównie wskutek ciemniejszego zabarwienia obwódki.

W obrębie schorzałych miejsc włosy również tracą barwik i stają się białe.



Po za utratą barwika skóra nie zdradza innych zmian chorobowych. Cucie jest zachowane i prawidłowe. Czynności wydzielnicze nie ujawniają wyraźniejszych zбоceń. Niektórzy stwierdzili zmniejszanie się wydzielania potu a nawet łoju w miejscach pozbawionych barwika.

Umieszczenie plam w bielactwie nabytem nie zdradza żadnej typowości. Za wyjątkiem dłoni i podeszew plamy mogą się tworzyć w dowolnym punkcie powierzchni skóry. Szczególną predylekcję ujawnia cierpienie do narządów płciowych, okolicy krzyża oraz grzbietu rąk. Miejsca te są niemal zawsze zajęte w każdym mniej więcej rozległym przypadku bielactwa nabytego. W niektórych razach cierpienie przez długi czas mieści się wyłącznie na uwłosionej skórze głowy, gdzie występuje w postaci kępek



Rys. 46. *Vitiligo* (grzbiet ręki).

białych włosów (ograniczone osiwienie nabyte — *poliosis circumscripta acquisita*).

Badanie drobnowidzowe wykazuje zupełny brak barwika w naskórku w obrębie plamy białej. W skórze właściwej można jeszcze tu i owdzie stwierdzić obecność melanoblastów. W nadmiernie zabarwionym obrąbku ilość barwika w naskórku jest znacznie powiększona, w warstwie zaś brodawkowej skóry właściwej możemy wykryć wielką ilość obficie zabarwionych mela-

noblastów. Z innych niestálych zmian notowano: pewien zanikowy stan warstwy brodawkowej skóry i kolczastej naskórka, nacieczenie okołonaczyniowe, obrzmienie i rozrost przy- i śródbłonka, wzmożoną ilość komórek tucznych.

Przyczyny. Cierpienie spostrzegamy bardzo często u ludzi z nadmiernie zabarwioną skórą bez względu na to, czy zabarwienie to jest przywilejem rasy (murzyni), czy właściwością rodzinną, czy też stanem nabytym. Płeć zdaje się nie odgrywać roli czynnika sprzyjającego.

Powstawanie bielactwa nabytego zazwyczaj bywa łączone ze zmianami w układzie nerwowym i określane jako zaburzenie odżywcze nerwowe. Wstrząsy nerwowe, przejścia moralne, niektóre schorzenia układu nerwowego, np. wiań rdzenia, wreszcie stany przewlekłego samozatrucia zdają się sprzyjać rozwojowi cierpienia. Zwraćano też uwagę na częste współistnienie przymiotu. Sądzę jednak, że sprawa bielactwa nabytego pozostaje w ściślejszej łączności z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym, których wpływ na tworzenie się barwika skóry nie ulega wszak żadnym wątpliwościom. O ile sądzić można, wchodzi tu w grę głównie gruczoł tarczowy i przytarczowy a prawdopodobnie także grasica. W tem oświetleniu staje się też zrozumiałe dosyć częste współistnienie bielactwa nabytego z wyłysieniem plackowatym i z twardziną skóry.

Rozpoznanie nie jest trudne na zasadzie wyż. podanych objawów przedmiotowych. Od bielactwa wrodzonego nabyte różni się obecnością nadmiernie zabarwionej obwódki. Punktów oparcia dostarczają też wywiady. W różnicowaniu z trądem w przypadkach wątpliwych decydują głównie zaburzenia czucia (obacz trąd).

Leczenie bielactwa nabytego daje nikłe widoki powodzenia. W każdym przypadku należy bądź co bądź dążyć do ustalenia rozpoznania przyczynowego i starać się o usunięcie stanów przewlekłego samozatrucia, schorzeń nerwowych, objawów przymiotu i t. d. Szczególną uwagę godzi się zwrócić na gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym, a w razie potrzeby zastosować odpowiednie leczenie organoterapeutyczne.

Miejscowo zalecamy środki drażniące, n. p. sublimat w roztynie wyskokowym ($\frac{1}{4}$ —1%) lub w maści (1—2%), kw. octowy, kw. karbolowy, chryzarobinę i t. p. Wyniki praktyczne są bardzo wątpliwe. Nie należy się też spodziewać wielkich rzeczy od metod fizykalnych: d'Arsonwalizacji i promieni pozafioletkowych. W przypadkach niepostępujących można w miejscach widocznych zabar-

wić mniejsze plamy za pomocą tatuowania. W celu nietrwałego zabarwienia (na kilka godzin) plam białych zaleca się odpowiednie roztwory nadmanganianu potasu.

Umiarowe zapalenie skóry w miesiączkowaniu bolesnem.

(Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica Matzenauer-Polland).

Niejednokrotnie już wskazywaliśmy na łączność niektórych cierpień skóry z czynnością jajników, że tylko wymienię łojotok, uwłosienie nadmierne, ostudę ciężarnych, zapalenie skóry opryszczkowe ciężarnych i t. d. Do grona takich schorzeń przybywa jeszcze jedno, opisane w 1912 r. przez Matzenauer'a i Polland'a. Dotyczy ono szczególnego zapalenia skóry umiarowego, spostrzeganego wyłącznie u kobiet, dotkniętych różnymi zбочzeniami w miesiączkowaniu.

Przy o b j a w a c h pieczenia nagle powstają okrągłe, owalne lub smugowe plamy rumieniowe barwy bladuróżowej. Po upływie $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny plama ulega obrzękowi, wznosi się ponad powierzchnię otaczającej skóry, przypominając swym wyglądem wykwit pokrzywkowaty. W tym okresie wyloty mieszków włosowych występują nader wyraźnie, budowa zaś poletkowata powierzchni skóry zaciera się zupełnie. Górne warstwy naskórka, uszkodzone na skutek wysięku, niebawem się oddzielają, a wtedy powstaje wilgotna powierzchnia, miejscami pokryta strupami. Wszystko to odbywa się tak szybko, że w ciągu kilku godzin sprawa sięga najwyższego stopnia rozwoju. Widzimy wówczas następujący obraz kliniczny. Część środkowa miejsca schorzałego jest obrzmiała, czerwona, wilgotna, tu i owdzie pokryta strupami barwy żółtej lub brunatnej (wskutek wylewu krwi). Obwodowa część wykwitów otacza tę przestrzeń w kształcie mniej więcej szerokiego obrębka barwy różowoczerwonej.

Dalszy przebieg miejscowych zmian skóry układa się bardzo pomyślnie, naturalnie o ile nie zostanie zakłócony przez jakiegokolwiek powikłanie. Po upływie 3—4 dni naskórek się odradza, strupy odpadają i pozostaje czerwonawa, później zaś brunatnawa plama, która stopniowo i bez śladu znika.

W przeważającej większości przypadków uszkodzenie naskórka nie sięga głębiej warstwy kolczastej. W wyjątkowych razach martwica dotyczy nie tylko naskórka, lecz całej grubości skóry właściwej. Wówczas powstaje suchy strup martwicowy, który oddziela

się bardzo powoli pozostawiając niekształtne blizny a nawet bliźnowce.

Niekiedy znowu na plamach rumieniowych utworzyć się mogą pęcherze do wielkości orzecha laskowego z przezroczystą zawartością surowiczą. Twory takie spostrzegano tylko na rękach.

Co się tyczy umiejscowienia, to należy zauważyć, że schorzenie może wystąpić w każdym miejscu powierzchni ciała za wyjątkiem, być może, uwłosionej skóry głowy. Najczęściej jednak i najwcześniej bywa zajęta twarz a następnie ręce. Dodać też trzeba, że cierpienie zwykło się stopniowo rozpościerać w kierunku od góry ku dołowi tak, że plamy zjawiają się najpierw na twarzy, później zaś pokazują się one na tułowiu, kończynach górnych i dolnych. W ułożeniu wykwitów stale spostrzegamy nadzwyczajną umiarowość. Zazwyczaj bywa tak, że plamy albo współcześnie występują w miejscach umiarowych, albo jedna po drugiej po upływie 3—10 godzin (niekiedy nawet do trzech dni). W liczbie pojedynczej zjawiają się tylko wykwitki położone na linii środkowej ciała. Prócz skóry mogą też podlegać schorzeniu błony śluzowe (język, krtań). Kształt wykwitów przeważnie bywa okrągły lub owalny na twarzy i tułowiu, wyraźnie zaś smugowy na kończynach.

Z innych cierpień, towarzyszących zjawiskom chorobowym, stale spostrzegamy zaburzenia czynnościowe serca i naczyń krwionośnych (ból i ściskanie w okolicy serca, kołatanie serca, duszność, przyspieszenie tętna, niskie ciśnienie krwi, rozszerzenie granic serca), niekiedy zaś objawy dychawicy oraz napady histeroepileptyczne.

Przebieg cierpienia jest przewlekły i może trwać kilka a nawet kilkanaście miesięcy. Sprawa widocznie kończy się wyzdrowieniem.

Przyczyny. — Zapalenie skóry umiarowe typu Matzenauer-Polland'a występuje wyłącznie u kobiet, głównie u osobników młodych w okresie pokwitania. O wiele rzadziej dotyczy ono kobiet w wieku lat 20—30. Schorzenie jest widocznie pochodzenia toksycznego i zależy od wadliwej i niedostatecznej czynności jajników. U takich chorych zazwyczaj spostrzegamy bardzo nieprawidłowy typ miesiączkowania. Krwawienie występuje w okresach czasu nieregularnych, nieraz po przerwie kilkomiesięcznej, bywa bolesne, trwa bardzo krótko albo też ciągnie się kilka tygodni. Miesiączkowaniu towarzyszy cały szereg objawów nerwowych.

Rozpoznanie nie jest trudne na zasadzie wyżej podanego nader znamienego zespołu objawów.

Leczenie miejscowe prowadzi się według ogólnych zasad dermatologicznych. Do wewnątrz podajemy przetwory jajnikowe. Matzenauer-Polland i Friedeberg zalecają ovaraden-triferin. Poza-tem Friedeberg stosował dożylne wlewania normalnej surowicy ludzkiej.

Rozdział XVII.

Przerostowe zmiany skóry właściwej.

(głównie tkankolącznowe)

Twardzina noworodków.

(Sclerema neonatorum).

W twardzinie noworodków odróżniamy dwa obrazy kliniczne: stwardnienie tkanki podskórnej tłuszczowej czyli właściwą twardzinę noworodków (sclerema adiposum) oraz twardzinę obrzękową (sclerema oedematosum s. scleroedema). Obie te postaci mogą zresztą występować w obrazie skombinowanym.

Stwardnienie tkanki tłuszczowej podskórnej (Sclerema adiposum) najczęściej zjawia się w 1—2 tygodniu, rzadziej później — do 2-go a nawet 6-go m. życia. W wieku powyżej 6 miesięcy schorzenia tego nie spostrzegamy. W wyjątkowych razach występuje ono jako cierpicie pozornie samoistne u osesków przedwcześnie urodzonych, słabych, niedorozwiniętych fizycznie. W większości jednak przypadków stwardnienie tkanki tłuszczowej podskórnej bywa następstwem schorzeń wewnętrznych (choleryna dziecięca, zapalenie płuc i t. d.).

Sprawa chorobowa najczęściej rozpoczyna się na podudziach, rzadziej na twarzy, i w przypadkach ciężkich rozpościera się na kończyny dolne, pośladki, tułów i kończyny górne. W taki sposób może być zajęta niemal cała powierzchnia ciała za wyjątkiem wszakże dłoni, podszew, moszny i grzbietu prącia. W miejscach dotkniętych skóra ulega znacznemu stwardnieniu, staje się gładka, napięta, nieprzesuwalna, jakby zrosnięta z podłożem. Uciskający palec nie pozostawia jamki. Barwa skóry jest biała, białozółtawa, woskowata, rzadziej sinawa, częstokroć żółtawa wskutek współistniejącej żółtaczki noworodków. Ciepłota skóry jest obniżona w ciężkich przypadkach tak znacznie, że przy dotykaniu wydaje się ona zimna jak u trupa. Objętość miejsc przez twardzinę zajętych jest wyraźnie zmniejszona, kończyny są ścieniałe, twarz jakby za-



padnięta o wyglądzie starczym, nieruchoma. Wszystkie ruchy czynne i bierne są znacznie ograniczone. Ssanie i połykanie jest nad wyraz utrudnione, dzieci leżą w łóžeczkach bez ruchu i tylko od czasu do czasu wydają nagłe i głošne okrzyki (cris de detresse). Oddychanie jest utrudnione, zwolnione do 16 i mniej oddechów na minutę. Zwolnieniu ulega również tętno (80, 60, 50 na 1'). Ciepłota ciała zawsze bywa znacznie obniżona do 30—26 a nawet do 22° C. Ilość moczu jest zmniejszona. Niebawem dzieci zapadają w śpiączkę (coma) i śmierć następuje w ciągu 2—8 dni.

Stwardnienie tkanki tłuszczowej podskórnej bywa jednak nie zawsze powszechne. Niekiedy dotyczy ono tylko podudzi i twarzy, podczas gdy w innych miejscach albo wcale nie występuje, albo w stopniu bardzo słabym. W tych razach rokowanie nie jest bezwzględnie niepomyślne, aczkolwiek zawsze nader wątpliwe.

Sposób powstawania cierpienia jest dotychczas niezupełnie zrozumiały. Badanie anatomiczne skóry wyjaśniło, że tkanka tłuszczowa ulega wysychaniu i nabiera wskutek tego wyglądu stearynowatego. Poszukiwania drobnowidzowe dały wyniki ujemne, albo też obrazy odpowiadające skórze charłaczkiej, zanikowej. Przyrost tkanki łącznej skóry (Ballatyne) jest, zdaniem Luithlen'a, tylko pozorny. Jest on uzależniony od większej zbitości pęczków tkankolącznowych i częściowego zaniku tkanki tłuszczowej podskórnej. Mensi sądzi jednak, że mamy tu do czynienia z przeobrażeniem tkanki łącznej widocznie na tle skłonności wrodzonej. Co się tyczy domniemanej łączności przyczynowej pomiędzy omawianem cierpieniem a zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznym (hypo-etydystyreodismus), to zaznaczyć należy, że przypuszczenie takie dotychczas nie posiada dostatecznych podstaw realnych. Bez względu jednak na to, któremu z tych poglądów będziemy hołdowali, wydaje się rzeczą prawdopodobną, że stwardnienie skóry w danym wypadku zależy od zmian w samej tkance tłuszczowej. Wiadomo, że tłuszcz u osesków posiada odmienny niż u dorosłych skład chemiczny. Zawiera on stosunkowo niewiele kwasu olejowego, a wskutek tego posiada wysoki stopień krzepliwości. Przypuścić zatem można, że w twardzinie noworodków ulega on krzepnięciu i że występowaniu tego zjawiska między innymi sprzyja niska ciepłota ciała oraz znaczna utrata płynów (wymioty, biegunki, przesięki i wyjęki surowicze, krwotoki wewnętrzne itp.)

Twardzinę obrzękową (sclerema oedematosum s. scleroedema) najczęściej spostrzegamy w 2 — 4 dniu życia, bardzo rzadko później — w 2—3 tygodniu. Są to zazwyczaj dzieci przed-

wcześnie urodzone, niedorozwinięte, częstokroć bliźnięta lub trojaki, dzieci obarczone przymiotem dziedzicznym lub wadliwościami rozwoju. Schorzeniu mogą jednak niekiedy podlegać noworodki pozornie zdrowe i zupełnie normalnie rozwinięte.

Na grzbietowych powierzchniach stóp, na podudziach, na wzgórku łonowym występuje ciastowaty a jednocześnie nieco twarde obrzęk, w którym przy uciskaniu palcem pozostaje wyraźne wgłębienie, trwające przez czas dłuższy. Barwa schorzałej skóry jest czerwona, bladoróżowa albo też biaława lub sinawa. Niekiedy widać liczne petocie i wybroczyny. Przy dotykaniu można się przekonać, że skóra jest chłodna, a nawet zimna. Ciepłota ciała również bywa obniżona, jednak niemal nigdy w takim stopniu, jak w stwardnieniu tkanki tłuszczowej podskórnej. Oddychanie jest powierzchowne, opieszale, czynność serca — słaba.

W większości przypadków twardzina obrzękowa trzyma się wyż. wskazanych miejsc ulubionych. Niekiedy jednak sprawa uogólnia się i z kończyn dolnych stopniowo przechodzi na tułów, kończyny górne, na twarz nie oszczędzając nawet dłoni i podeszew. Wolna bywa niekiedy tylko powierzchnia przednia klatki piersiowej. Przy wzmaganiu się obrzęku miejsca schorzałe, zwłaszcza kończyny ulegają znacznemu zgrubieniu i zniekształceniu. Ruchy czynne są ograniczone (bierne — mniej), ssanie jest znacznie utrudnione.

Przebieg może być bardzo ostry, przeważnie jednak śmierć następuje po 4—5 dniach, rzadziej po 1—2 tygodniach.

Współcześnie z twardziną obrzękową spostrzegano objawy niedodmy (atelectasis), zapalenie płuc odoskrzelowe oraz inne cierpienia, będące powodem występowania obrzękowych zmian skóry. Za zjawiska współrzędne należy uważać przezięki surowicze, spostrzegane w jamie otrzewnej, opłucnej, w osierdziu itp.

Rokowanie w twardzinie obrzękowej jest bardzo niepomysłne, lecz nie koniecznie i nie zawsze beznadziejne. W przypadkach łagodniejszych, a zwłaszcza nieuogólnionych wyleczenie bynajmniej nie jest wyłączone, a rokowanie zależy głównie od przebiegu choroby podstawowej. Wedle Soltmann'a śmiertelność wynosi jednak 80—90%.

Twardzina obrzękowa występuje w przebiegu różnych chorób, jak np. we wrodzonej wadzie serca, w niedodmie płuc, w zapaleniu oskrzeli i płuc, w stanach posocznicowych itp. Luithlen sądzi, że twardzina może wogóle powstawać pod wpływem wszystkich tych przyczyn i chorób, które powodują uszkodzenie naczyń krwionoś-

nych oraz zjawiska zastoinowe i przesiękowe. Za najważniejsze czynniki usposabiające Luithlen uważa niedostateczny rozwój dzieci, których skóra ujawnia budowę, odpowiadającą 7-mu miesiącowi życia płodowego, oraz szczególną właściwość naczyń krwionośnych, polegającą na ich zwiększonej przepuszczalności dla płynów.

Leczenie. Ze względu na znaczne obniżenie ciepłoty ciała jest przede wszystkim wskazane ogrzewanie za pomocą ciepłarek, gorących kąpieeli, termoforów, gorących łutelek itp. Tibone zaleca zawijanie wata, którą należy pokryć ceratką i przytrzymać za pomocą opasek. Dufour stosuje plastry kauczukowe. W celu przyspieszenia obiegu krwi wskazane jest mięsienie oraz rozcieranie ciepłą oliwą. Do wewnątrz podajemy leki pobudzające oraz napoje wysokokowe. Odżywianie i leczenie ogólne jest takie, jakie obowiązuje u niemowląt przedwcześnie urodzonych i słabo rozwiniętych.

Twardzina skóry.

(Sclerodermia).

Twardziną nazywamy schorzenie, polegające na swoistem zgrubieniu i stwardnieniu skóry oraz tkanki podskórnej. Sprawa następnie przechodzi w okres zanikowy.

Pod względem rozprzestrzenienia odróżniamy twardzinę rozlaną (sclerodermia diffusa) i twardzinę ograniczoną (sclerodermia circumscripta), przyczem dodać należy, że twardzina rozlana mieści w sobie postać uogólnioną (sclerodermia generalisata) oraz postępującą (sclerodermia progressiva).

Twardzina skóry rozlana (sclerodermia diffusa).

Schorzenie może powstać niemal niespostrzeżenie albo też po krótszym lub dłuższym okresie zwiastunowym. Objawy zapowiadające polegają na nerwobólach występujących w miejscach, które następnie podlegają twardzinie, na swędzeniu, mrowieniu, na uczuciu zimna i napięciu skóry, na bólach gośćcowatych i t. p. Częstość spostrzegać też można różne objawy naczynioruchowe, n. p. rumienie przelotne, brak potu, nadmierne poty oraz zjawiska zamartwicy miejscowej (asphyxia localis).

Po pewnym czasie występują charakterystyczne objawy twardziny, które poprzedzać może przemijający obrzęk skóry, uważany przez niektórych autorów za pierwszy objaw choroby. Rozwój, rozprzestrzenienie i umiejscowienie sprawy chorobowej bywa rozmaite w różnych przypadkach. W twardzinie uogólnionej (sclerodermia generalisata) cierpienie może powstawać wolno

i stopniowo albo też rozwija się dosyć ostro, niekiedy w ciągu zaledwie kilku dni. Zajęta może być bardzo znaczna powierzchnia skóry a nawet błony śluzowe jamy ustnej, języka i gardzieli. Skóra twarzy, szyi, tułowia i kończyn staje się zimna, twarda, nieprzesuwalna. Wszystkie ruchy są wybitnie ograniczone. Oddychanie jest utrudnione. Tacy chorzy zupełnie zasługują na nazwę „żywych posągów“. — Po pewnym czasie objawy chorobowe mogą ustąpić i następuje powrót do zdrowia. Zdarza się to jednak stosunkowo nie często. W większości przypadków twardzina wolno postępuje, sprawa przeciąga się na miesiące i lata a wreszcie kończy się okresem zanikowym ze zjawiskami przykurczenia i przebarwienia skóry.

W twardzinie postępującej (sclerodermia progressiva) schorzenie zazwyczaj rozpoczyna się na kończynach, częściej na górnych niż dolnych (stosunek 2:1), niekiedy też na twarzy (nos). Rozpościeranie się sprawy zwykle się odbywać w kierunku dośrodkowym, przyczem twardzina stopniowo przechodzi z rąk i stóp na przedramiona i podudzia, ramiona i uda, później na twarz, wreszcie na tułów. Powiększanie się poszczególnych ognisk twardzinowych powstaje wskutek ich rozrostu odśrodkowego, a także drogą zlewania się ze świeżymi na obwodzie powstałymi blaszkami. Zmiany zwykły występować umiarkowo: współcześnie na kończynie prawej i lewej albo też jedne po drugich w dłuższych odstępach czasu. Zwłaszcza na kończynach dolnych sprawa może być dosyć długo jednostronna, zachowując jednak charakter postępującej. Nie należy jednak mniemać, że twardzina kończyn zawsze rozpoczyna się od rąk i stóp. W wielu przypadkach zjawia się ona pierwotnie na przedramionach, wzgl. na podudziach i stąd rozpościera się dośrodkowo, zupełnie pomijając ręce i stopy.

Co się tyczy stosunkowej częstości występowania twardziny skóry w tych lub innych miejscach ciała, to zaznaczyć należy, że najczęściej ulegają schorzeniu kończyny, później tułów, wreszcie głowa (zwłaszcza twarz). Na kończynach sprawa najchętniej umiejscawia się na powierzchniach wyprostnych. Bardzo rzadko bywają zajęte narządy płciowe a także pachwiny i okolica wzgórnka łonowego. — Na błonach śluzowych spostrzegano zmiany twardzinowe na wargach ust, w jamie ustnej, na języku i dziąsłach, w gardle, niekiedy w krtani, także na sromie i w pochwie.

W miejscach schorzałych skóra jest zgrubiała, twarda jak deska, chłodna, nawet zimna, mocno napięta i nie zbiera się w fałdy. Rysunek powierzchni skóry stopniowo się zaciera i wreszcie ginie

zupełnie. Sama skóra jest gładka i sadowata, błyszcząca, barwy bladej, białożółtawej, woskowatej jak stara kość słoniowa, czasem brudnożółtawej, szarawej a nawet sinoczerwonej lub brunatnoczerwonej. Plamy barwikowe niekiedy występują bardzo wcześnie, jak również rozszerzone naczynka krwionośne. Błazka twardej zazwyczaj leży na poziomie otaczającej skóry albo bardzo nieznacznie wznosi się ponad nią (stadium elevatum). Odgraniczenie bywa tylko pozornie ostre, gdyż w rzeczywistości twardzina stopniowo przechodzi w otaczającą skórę zdrową. W sprawach



Rys. 47. Sclerodermia.

postępujących brzeg miejsc schorzałych bywa wyraźnie różowy, różowoczerwony i usiany licznymi rozszerzonymi naczyniami krwionośnymi.

Czucie zazwyczaj bywa prawidłowe. W niektórych jednak razach spostrzegano zboczenia w kierunku jego wzmożenia lub osłabienia. Czynność gruczołów potowych i łojowych może być zmieniona albo też upośledzona, zniesiona a nawet wzmożona (gruczoły łojowe). Włosy i paznokcie ulegają zmianom chorobowym. Może też nastąpić ich utrata.

Z biegiem czasu twardzina stopniowo sięga w głąb i przechodzi nie tylko na tkankę tłuszczową podskórną, lecz też na powięź, ścięgna, mięśnie i kości, co częstokroć można już wcześniej wykazać w obrazie rentgenowskim. W tym okresie skóra jest zupełnie nieprzesuwalna i tak mocno przylega do kości, jak gdyby

była do nich przytwierdzona. Twardość i nieprzesuwalność skóry a także występujące później zjawiska przykurczenia nadają chorym wygląd dziwnie swoisty i w znacznym stopniu ograniczają ruchy czynne i bierne. Tak n. p. w twardzinie twarzy ruchy mimiczne są znacznie utrudnione lub też zupełnie zniesione. Chorzy tracą zwykły wyraz twarzy i wyglądają jak maski. Żucie jest utrudnione. W umiejscowieniu na tułowiu chorzy wyglądają i czują się jak w pancerzu, a ruchy oddechowe mogą być widocznie upośledzone. Kończyny zazwyczaj znajdują się w położeniu półzgiętem. Zwłaszcza znamienne jest wygląd rąk w twardzinie palców (sclerodactylia).



Rys. 48. *Sclerodactylia*.

rodactylia). W tem umiejscowieniu zjawiska twardzinowe zazwyczaj poprzedza cały szereg zaburzeń, przypominających zespół objawów Raynaud'a. Pierwsze zmiany pokazują się najczęściej na trzecich i drugich członkach palcowych umiarkowo i stąd stopniowo rozpościerają się na członki pierwsze, potem na ręce, napiętki, przedramiona i wyżej. W przypadku rozwiniętym skóra palców jest zimna, twarda, nieprzesuwalna, jakby przyklejona do podłoża, barwy brudnożółtej, szarozółtawej, częstokroć sinawej. Palce są szponowato zgięte, ruchy czynne i bierne znacznie ograniczone. Ponieważ zmiany dotyczą nie tylko skóry, lecz też ścięgien, mięśni i kości, więc też z biegiem czasu i w miarę występowania zaniku tkanek palce stają się cieńsze i krótsze. Trzecie członki są niekiedy bulawowato wzdęte, paznokcie zmienione, cienkie, zanikowe, łamli-

we albo też zgrubiałe, nierówne, wzdłuż i wpoprzek zbrudzone. Na tak zmienionej skórze mogą się następnie potworzyć pęcherze, krosty, powierzchowne i głębsze a trudno gojące się owrzodzenia, a wreszcie mogą ulec martwicy nawet całe członeczki palcowe. Powstaje zatem obraz kliniczny, przypominający trąd zniekształcający (lepra mutilans).

Podany obraz odpowiada właściwie już ostaniemu okresowi choroby, okresowi zanikowemu, którym sprawa twardzinowa zwykła się kończyć. Skóra jest wówczas ścieniała, nadzwyczajnie napięta, pergaminowata, bliznowato biała lub zabarwiona na kolor brunatny i ciemnobrunatny. Zabarwienie może być rozlane lub plamiste. — Ze prócz skóry ulegają zanikowi też inne tkanki, n. p. mięśnie i kości, o tem już wyżej była mowa.

Nadmienić jeszcze trzeba, że wobec wybitnie przewlekłego i postępującego przebiegu choroby zazwyczaj spostrzegamy przy badaniu chorych zmiany skóry w różnych okresach rozwojowych. Należy więc do zjawisk pospolitych, że obok miejsc zanikowych można znaleźć zupełnie świeże blaszki twardzinowe.

Stan ogólny początkowo nie ulega wybitniejszym zmianom. Z biegiem jednak czasu odżywienie chorych podupada, rozwija się charłactwo, a śmierć najczęściej następuje wskutek różnych cierpień płuc, serca, nerek, wątroby. Te schorzenia należy ujmować nie tylko jako powikłania, lecz częstokroć jako cierpienia współrzędne, za umiejscowienie sprawy twardzinowej w narządach wewnętrznych.

Twardzina ograniczona (scleroderma circumscripta).

Twardzina ograniczona występuje w postaci blaszek i taśm.

Twardzina blaszkowata (Morphaea. — Sclerodermia en plaques) rozpoczyna się jako bladoróżowa lub fioletowa plama. Słopniowo się powiększając błednie ona w części środkowej zachowując znamiennej barwę fioletową jedynie na obwodzie. Współcześnie z rozrostem blaszki skóra staje się gruba i twarda.

Rozwinięta blaszka posiada barwę perłowo- lub porcelanowobiałą albo też żółtobiaławą, żółtoszarawą niby stara kość słoniowa. W samym środku niekiedy występuje słaby odcień różowawy lub żółtobrunatnawy obok mniejszej lub większej liczby rozszerzonych naczyń krwionośnych. Blaszkę otacza obwódka fioletowa (lilac ring), której pierścień wewnętrzny może być ciemniej pigmentowany. W obrębie blaszki skóra jest zgrubiała, twarda, jej powierzchnia równa, gładka, sucha, słabo złuszcząca. Blaszkki wznoszą się nieco ponad powierzchnię otaczającej skóry albo też leżą

na jednym z nią poziomie (*morphaea alba plana*). Niekiedy powierzchnia schorzałej skóry bywa nierówna, jakby guzowata (*morphaea tuberosa*). Czynność gruczołów skóry jest widocznie upośledzona albo też zupełnie zniesiona. Włosy giną. Czucie nie ulega wyraźniejszym zmianom. Niekiedy chorzy uskarżają się na mrowienie i swędzenie.

Po pewnym czasie, nieraz po latach blaszki twardzinowe ulegają zmianom wstecznym. Obrąbek fioletowy znika. Skóra nabiera barwy różowawej, stopniowo staje się bardziej cienka, miękka i wreszcie następuje powrót do zdrowia. W wielu jednak razach pozostaje na długo ciemne zabarwienie skóry, niekiedy zaś wytwarzają się trwałe zanikowe lub bliznowate zmiany skóry (*morphaea alba atrophica*).

Kształt blaszek bywa okrągły, owalny, wrzecionowaty lub nieprawidłowy. Wielkość waha się od ziarna grochu do dłoni i więcej. Zjawiają się one w liczbie pojedynczej lub mnogiej, umiarkowo lub też jednostronnie. Ich ulubionym umiejscowieniem jest twarz, szyja, wyprostne powierzchnie ramion, następnie piersi, brzuch i uda. Mogą one też wystąpić na błonach śluzowych (wargi ust, język).

Twardzina taśmowata (*sclerodermia en bandes*) zjawia się samodzielnie lub współcześnie z blaszkowatą. Jednakże współistnienie obu tych odmian nie jest zjawiskiem częstym.

Taśmy twardzinowe zwykle mieszczą się na kończynach, przebiegają wzdłuż i sięgają 2—5 cm. szerokości. Są one grube, twarde, ponad powierzchnię wzniesione a niekiedy zdradzają tu i owdzie ślady obwódki fioletowej. Ich przebieg i zejście jest zupełnie takie, jak w twardzinie blaszkowatej.

Na podudziach można czasem spostrzeć taśmy obrączkowate, obejmujące i uciskające kończynę ze wszystkich stron (**twardzina obrączkowata** — *sclerodermia annularis*). W tych przypadkach część odśrodkowa podudzia i stopa ulegają zmianom słońciowacistym, występują objawy pryszczycy, tworzą się nader uporczywe owrzodzenia.

Zmiany anatomiczne twardziny dotyczą głównie tkanki łącznej i naczyń krwionośnych. W okresie zgrubienia i stwardnienia włókna klejodajne skóry właściwej znajdują się w stanie przerostowym. Są one grubsze, mniej faliste, gęsto zbite, bardziej jednolite i jakby obrzmiałe, szkliste. Liczba stałych komórek tkankolącznowych zdaje się być zmniejszona. Takie zmiany widać też w warstwie podskórnej, gdzie wskutek zgrubienia i obrzmienia beleczek i przegródek ulega zanikowi tkanka tłuszczowa. — Ilość włó-



kien sprężystych bywa, zdaniem autorów, powiększona lub też zmniejszona, same włókna nie zdradzają jednak objawów zwyrodnienia.

Co się tyczy naczyń krwionośnych, to należy zauważyć, że zmianom chorobowym ulegają głównie tętniczki średnie i drobne. Ich błona zewnętrzna buja i przekształca się w obfitującą w jądra tkankę łączną, która wrasta w błonę środkową, powodując zanik warstwy mięsnej i przesuwanie błony sprężystą (membrana elastica) w kierunku światła naczyniowego. W ten sposób naczynie się zwęża i jego światło może stopniowo ulec nawet zupełnemu zamknięciu. Sprawę częstokroć przyspiesza współcześnie spostrzegane bujanie błony wewnętrznej, które może jednak wystąpić też pierwotnie i zupełnie niezależnie od zmian błony zewnętrznej i środkowej.

Podobne zmiany znajdujemy w żyłach.

Zjawiska barwikowe zależą od obecności znacznej liczby melanoblastów w skórze oraz od obfitego zaopatrzenia w barwik komórek podstawowych naskórka.

W narządach wewnętrznych, zwłaszcza w nerkach, płucach, sercu i języku stwierdzono zmiany anatomiczne, wielce przypominające spostrzegane w skórze.

Przyczyny powstawania twardziny skóry są zupełnie niedostatecznie zgłębione. Zazwyczaj mówi się o nerwicy naczyniowej i odżywczej (angio-trophoneurosis) mając na myśli poprzedzające wybuch choroby zaburzenia czucia i zjawiska naczynioruchowe, a także układanie się blaszek twardzinowych wzdłuż przebiegu nerwów, w postaci półpaśca albo w rozprzestrzenieniu jednostronnem. Zdawałoby się, że podobne fakty mogą przecież przemawiać za udziałem układu nerwowego w powstawaniu twardziny. Zaznaczyć jednak należy, że poszukiwania anatomiczne nie wykryły widocznych i stałych zmian chorobowych ani w układzie nerwowym ośrodkowym, ani w obwodowym. Wobec tego wydaje się bardziej prawdopodobna teoria samozatruciowego pochodzenia zaburzeń naczyniowych i odżywczych, spostrzeganych w twardzinie. Za najważniejszy moment przyczynowy skłonni jesteśmy dziś uważać stany chorobowe, wynikające z wadliwej czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. W pierwszym rzędzie mamy tu na myśli gruczoł tarczowy głównie ze względu na to, że połączenie choroby Basedow'a z twardziną bynajmniej nie należy do zbyt rzadkich spostrzeżeń i że bądź co bądź zachodzą pewne dalekie analogie pomiędzy zmianami skóry w twardzinie i w obręku śluzowym (myx-

oedema). Poza to mogą tu wchodzić w grę inne gruczoły dokrewne, a zwłaszcza przysadka mózgowa i gruczoły płciowe. Godzi się też przypuszczać, że w większości przypadków twardziny skóry ulega schorzeniu współcześnie kilka gruczołów, z których jednak w danym razie tylko jeden wysuwa się na plan pierwszy.

Z czynników usposabiających należy wymienić wpływ niskiej temperatury, uraz oraz zakaźne choroby ostre i przewlekłe. — Schorzeniu częściej podlegają kobiety.

Rozpoznanie nie jest trudne w okresie zgrubienia i stwardnienia skóry. Mamy wówczas przed sobą obraz, niespotykany w żadnym innym cierpieniu. Dotyczy to zwłaszcza postaci rozlanych i postępujących. Tylko w okresach wczesnych twardziny palców różnicowanie z chorobą Raynaud'a prawdopodobnie nie da się przeprowadzić. O istocie sprawy rozstrzygnie dopiero wystąpienie stwardnienia skóry palców rąk. Przypadki zniekształcającej twardziny palców mogą niekiedy wzbudzić podejrzenie co do trądu. Przeciwno takiemu przypuszczeniu będzie przemawiał brak zaburzeń czucia.

Twardzina ograniczona, zwłaszcza blaszkowata może tylko w wyjątkowych razach posiadać większe podobieństwo do bliznowców (odmiana guzowata). Jednakże bliznowce nigdy nie posiadają tak prawidłowych kształtów, zazwyczaj mają wydłużenia palcowate i brak im obrębka fioletowego (lilac ring). Częstość też bywają one bolesne. — Od twardziny należy jeszcze odróżnić ograniczone zgrubienia i nacieczenia skóry, powstające niekiedy na podudziach w łączności i w zależności od żyłaków, zapalenia żył, przewlekłych pryszczyc i wrzodów goleni. Pochodzenie, wygląd i przebieg tych spraw jest zasadniczo odmienny od twardziny właściwej.

Rokowanie jest stosunkowo najpomyślniejsze w postaciach ograniczonych, które mogą wszak ustąpić bez śladu lub też z pozostawieniem zmian zanikowych skóry. Ciężkim schorzeniem jest twardzina palców, która nigdy się nie wylecza, ma przebieg postępujący, powoduje znaczne zniekształcenia i poważne zaburzenia czynności kończyn. Również poważne jest rokowanie w twardzinie rozlanej, uogólnionej i postępującej, która może trwać długi szereg lat, fatalnie wpływa na czynności mechaniczne a częstością pociąga za sobą występowanie rozmaitych powikłań (patrz wyż.). Jednak i tutaj można spostrzegać powrót do zdrowia (16%) albo też znaczne polepszenie (30% Lewin-Heller).

Leczenie nie rokuje wielkich widoków powodzenia za wyjątkiem być może niektórych postaci twardziny ograniczonej.



Z środków wewnętrznych bywają głównie zalecane przetwory salicylowe, jodowe, arsenik, żelazo, chinina, bardzo często tiosinamina w zastrzykiwaniach domięśniowych (fibrolysina Merck'a). Zazwyczaj robi się 30—40 kolejnych zastrzyknięć w dawkach po 2,30 ccm. dziennie. Widoczny wpływ może wystąpić dopiero po 25—30 zastrzyknięciach. W razie potrzeby należy to leczenie powtórzyć po upływie kilku tygodni.

W odpowiednich przypadkach nie trzeba też zaniedbywać stosowania organoterapii (tarczycy, przysadka mózgową, gruczoły płciowe). Wyniki są jednak bardzo niepewne.

Z metod leczenia miejscowego zasługują na szczególną uwagę mięsienie, kąpiele i elektroterapia. Mięsienie powinna poprzedzać gorąca kąpiel, sam zaś zabieg należy wykonywać starannie, umiejętnie i, o ile skóra znosi, codziennie. Podczas mięsienia można wcierać w miejsca chore maść salicylową (5—10—20%), ichtyolową (10—20%), jotionową (5—10%), mesotanową (1—10%), tiosinaminową (1%). Prócz zwykłych kąpeli na 30—32° są wskazane kwasowęglowe, solankowe, siarkowe, borowinowe, morskie. Z tego też względu można w letnim sezonie skierować chorych do Cieclocinka, Buska, Solca, Aix-les-Bains, Kudowy i t. p.

Z innych metod miejscowego stosowania ciepła można jeszcze wymienić kąpiele świetlne, termofory elektryczne oraz gorące powietrze. Łaźnia niekiedy wywiera wpływ dodatni.

Z metod elektroterapeutycznych zalecamy galwanizację, faryzację, kąpiele elektryczne 4-komorowe, miejscową d'Arsonwalizację. Niekiedy można spróbować oględnej rentgenoterapii, wyniki są jednak zupełnie niepewne. Widoki powodzenia mogą się jednak powiększyć przy połączeniu rentgenoterapii z d'Arsonwalizacją.

Niekiedy bywa też zalecane światło fioletowe (lampa kwarcowa).

Zaznaczyć jednak trzeba, że w leczeniu twardziny rozlanej nigdy nie należy się zadawałniać stosowaniem jednej tylko metody, lecz konieczne łączyć kilka, licząc na ich współdziałanie. Za najszczęśliwsze kombinacje uważam kąpiele i mięsienie albo kąpiele i d'Arsonwalizację. Zwłaszcza d'Arsonwalizacja wykonywana długo, energicznie i wytrwale niekiedy daje stosunkowo niezłe wyniki. Doradzałbym też przeprowadzenie leczenia za pomocą zastrzykiwani fibrolysiny.

W twardzinie blaszkowatej dobrze działa elektroliza podług metody Brocq'a (igłę wkłwa się poziomo i równoległe do powierz-

chni blaszki w odstępach 1 cm., prąd 2—5 miliamper, czas 15—20”). Również dobre wyniki można częstokroć osiągnąć za pomocą d’Arsonwalizacji. Pozatem zalecamy oklejanie blaszki twardzinowej plastrem rtęciowym lub tiosinaminowym.

Słoniowacina. (Elephantiasis).

Słoniowaciną nazywamy schorzenie, polegające na zgrubieniu poszczególnej części ciała. Zjawisko jest uzależnione od przerostu i rozrostu tkanki łącznej skóry i tłuszczowej warstwy podskórnej. Sprawa pozostaje w łączności z zaburzeniami w krążeniu krwi i limfy.

Odróżniamy: 1) słoniowacinę Arabów czyli nitkowcową (elephantiasis Arabum s. filariosa) oraz 2) słoniowacinę swojską (elephantiasis nostras).

Słoniowacina Arabów czyli nitkowcowa (elephantiasis Arabum s. filariosa) występuje jako choroba endemiczna w Indjach, na wyspach archipelagu zachodnio-indyjskiego, w Arabji, w Chinach, Japonji, w wielu miejscowościach Afryki i na wyspach Afrykańskich, w Ameryce Środkowej (Brazylja) i t. d. Spostrzegane w innych krajach przypadki sporadyczne zazwyczaj należą do zawleczonych.

Początek choroby najczęściej znamionuje napad gorączki z dreszczami, któremu towarzyszy bolesne obrzmienie chłonnych gruczołów pachwinowych lub pachowych oraz zjawisko ostrego zapalenia naczyń chłonnych kończyn. Gorączka kończy się krytycznie i niekiedy już po 12—24 godzinach albo też ubywa stopniowo w ciągu następnych kilku dni. W tym czasie wytwarza się na schorzałej kończynie (na dolnych — głównie w okolicy łydkowej) bolesne, niekiedy do ropowicy podobne obrzmienie skóry, które zazwyczaj już nie ustępuje całkowicie po minięciu pierwszego napadu gorączki. W dalszym przebiegu choroby takie napady powtarzają się w dowolnych odstępach czasu, z wolna tracąc na natężeniu. Miejscowe jednak zmiany tkanek ulegają stopniowemu i stałemu nasilaniu.

Zakończony obraz kliniczny słoniowaciny Arabów w zasadzie nie różni się od spostrzeganego w odmianie swojskiej (patrz niżej). Zauważyć przecież trzeba, że w nitkowcowej bywają dosyć często zajęte umiarkowo obie kończyny dolne i że zazwyczaj bardzo wybitnie wyrażone bywają zjawiska zastoju limfy. Rzadko się też

zdarza, aby swojska mogła osiągnąć takich rozmiarów jak nitkowcowa.

Słoniowacina krajów podzwrotnikowych powstaje wskutek zakażenia ustroju nitkowcem ludzkim (*filaria sanguinis hominis*), zatykającym naczynia chłonne skóry. Zakażenie odbywa się za pośrednictwem moskitów. Przy ukąszeniu chorych na słoniowacinę do owadów dostają się wraz z krwią zawarte w niej zarodki nitkowca. W moskitach (samicach) zarodki ulegają dalszym przeobrażeniom i stają się rozwiniętymi, dojrzałymi nitkowcami. Po śmierci swych gospodarzy nitkowce dostają się do wody a stąd do ustroju ludzkiego albo wprost poprzez uszkodzoną skórę podczas kąpieli, albo też do żołądka przy picciu wody surowej. Następnie przenikają one do naczyń chłonnych i krwionośnych. W ciele człowieka nitkowiec wytwarza zarodki, których obecność można wykazać we krwi chorych na słoniowacinę. Liczba zarodków bywa nieznaczna w dzień, powiększa się jednak wieczorem (6, 7-ma godzina) i około północy bywa tak wielka, że w jednej kropli krwi można wykryć 100 i więcej zarodków.

Słoniowacina swojska (*elephantiasis nostras*) niekiedy rozwija się wolno i stopniowo bez wszelkich widoczniejszych objawów miejscowych zapalnych albo też w łączności z różą nawrotową, zapaleniem różycowatym i stanami zapalenia przewlekłego skóry i tkanki podskórnej, n. p. w wilku pospolitym, przymiocie, wrzodach podudzia i t. p. W zależności od tych i podobnych spraw wytwarzają się warunki niepomysłne dla prawidłowego odpływu krwi i limfy. Tkanka łączna skóry i warstwy podskórnej ulega rozrostowi i przerostowi, a dotknięta część ciała stopniowo staje się grubsza i niekształtna. W przypadku rozwiniętym skóra jest zgrubiała, napięta, trudno przesuwalna i albo miękka uciskalna, jakby obrzękła, lub ciastowata (*słoniowacina miękka* — *elephantiasis mollis*), albo też słoninowata twarda, niezbierająca się w fałdę, niesprężysta (*słoniowacina twarda* — *elephantiasis dura*). Z odmianą pierwszą spotykamy się głównie na kończynach dolnych, z drugą — na prąciu i mosznie. Schorzała skóra posiada barwę bladą matowobiałą albo też czerwonosinawą, brunatną, czarniawą (*elephantiasis fusca, nigricans*). Jej powierzchnia może być gładka (*eleph. glabra*) albo też łuszczyć się w słabszym lub silniejszym stopniu. Niekiedy powstają twory guzowate (*eleph. tuberosa* s. *nodosa*), brodawkowate (*eleph. papillaris* s. *verrucosa*) oraz rozrosty o wyglądzie szyszkowin lub framboezji (*eleph. condylomatosa, papillomatosa, framboesiodes*). Wygląd guzków po-

siadają też półkuliste, mocno napięte, przezroczyste i napełnione limfą pęcherzyki, tworzące się wskutek znacznego rozszerzenia naczyń chłonnych skóry. Po nakłuciu takich pęcherzyków limfa częstokroć sączy się przez czas dłuższy.

Z dalszych powikłań, spostrzeganych na skórze zmienionej przez słoniowatość, należy wymienić popękania różnej głębokości, pryszczycy pasorzytnicze, liszajce, niesztowice oraz owrzodzenia, zdradzające małą skłonność do zablizniania.

Słoniowacina najczęściej dotyczy kończyn dolnych, gdzie najchętniej umiejscawia się na podudziu i stopie, rzadziej na udzie, Cierpienie częściej spostrzegamy po stronie lewej. W razie współczesnego schorzenia stopy i podudzia, stopa zazwyczaj bywa zajęta w stopniu o wiele słabszym niż goleń. Wówczas widzimy zgrubiałe, niekształtne podudzie, przypominające wyglądem walec, które odgranicza się od stopy głęboką brózdą na linii stawu skokowego. W tym miejscu zgrubiała skóra podudzia niekiedy zwisa w kształcie grubych fałd i płatów. Stopa jest niekształtna, jej powierzchnia grzbietowa poduszkowato obrzmiała, palce zgrubiałe, paznokcie zmienione. nierówne, zbruzdzone, łamliwe, szponowate.

Bardzo rzadko ulegają schorzeniu kończyny górne, zwłaszcza pierwotnie. Sprawa zazwyczaj mieści się na rękach i przedramionach.

Po kończynach dolnych drugie miejsce co do częstości zajmują narządy płciowe. U mężczyzn sprawa zazwyczaj dotyczy moszny, rzadziej skóry prącia. W przypadkach rozwiniętych moszna przekształca się w guz do wielkości głowy dorosłego człowieka i więcej. Opisywano olbrzymie workowate guzy, sięgające aż do kolan, wagi 60—100 a nawet 200 ff.

Jako odrębną odmianę niektórzy badacze (Jamsetjen, Fayrer, Lewis, Manson, Tillbury Fox i inni) opisują jeszcze t. zw. lymphoscrotum (Naevoid Elephantiasis, Varix lymphaticus, Milky exudation of the scrotum). Tutaj słoniowacinowate zgrubienie i powiększenie moszny zazwyczaj nie bywa tak wybitnie wyrażone, na plan pierwszy wysuwają się natomiast zjawiska żylakowatego rozszerzenia naczyń chłonnych. Zgrubiała skóra moszny jest tedy usiana drobnymi, półkulistymi pęcherzykami, zawierającymi przezroczystą limfę (patrz wyż.). Trzeba jednak zauważyć, że lymphoscrotum bardzo często towarzyszy guzowatej postaci słoniowaciny moszny albo też poprzedza jej rozwój. Zdaje się zatem, że ściślejse odgraniczenie obu tych odmian nie jest w dostatecznej mierze usprawiedliwione.

W słoniowacinie prącia narząd ten przybiera kształty serca dzwonu. Jego długość może osiągać 15—25 cm., średnica 5—10 cm.

W słoniowacinie narządów płciowych kobiecych bywają zajęte najczęściej wargi sromowe większe. Powstaje rozlane lub ograniczone zgrubienie i powiększenie warg, niekiedy nawet w kształcie kulistych, gruszkowatych a nawet szypułkowatych guzów. Zmiany mogą sięgać znacznych rozmiarów i dotyczyć jednej lub obu warg. Powierzchnia skóry bywa gładka i mocno zabarwiona, lub też nierówna, guzowata, brodawkowata, usiana pęcherzykami z zawarto-



Rys. 49. *Elephantiasis vulvae.*

ścią limfy i zaopatrzona w licznie rozszerzone żyły (*elephantiasis haematodes*). Wybitnym zmianom ulegają też nieraz wargi sromowe mniejsze oraz napletek lechtaczki.

Na twarzy słoniowatość mieści się na małżowinach usznych, powiekach (zwłaszcza dolnych) i na wargach ust, a mianowicie najczęściej na wardze górnej. Zajęta może też być cała środkowa część twarzy: nos i przylegające części policzków oraz warga górna. Takie zmiany zazwyczaj występują w łączności z nawrotową postacią róży twarzy.

Uwłosiona skóra głowy ulega schorzeniu tylko w wyjątkowych razach (u kobiet).

Przebieg. Słoniowacina jest chorobą przewlekłą o przebiegu najczęściej postępującym, która może trwać bardzo długo. Sa-

moistnego wyleczenia nie spostrzegamy. Następstwa zmian miejscowych sprowadzają się głównie do zaburzeń mechanicznych.

Badanie drobnowidzowe wykazuje mniejszy lub większy rozrost tkanki klejorodnej, odbywający się we wszystkich warstwach skóry, głównie zaś na granicy skóry właściwej i tkanki podskórnej. Powiększona jest nie tylko ilość włókien klejorodnych, lecz także liczba stałych komórek tkankolącznych. Sieć sprężysta ulega częściowemu zanikowi. Liczba naczyń krwionośnych jest powiększona, ich światło rozszerzone, niekiedy zatłoczone skręploną. Błona zewnętrzna jest znacznie zgrubiała zwłaszcza w naczyniach żylnych. Miejscami widać naciecznienie okołonaczyniowe, złożone z komórek limfatycznych, plazmatycznych i tucznych. Naczynia chłonne są również rozszerzone i posiadają zgrubiałe ścianki.

Przyczyny słońowaciny swojskiej nie są jednolite. Należy sobie uświadomić, że takie stany chorobowe skóry mogą powstawać pod wpływem różnorodnych czynników, mających jednak tę wspólną cechę, iż powodują zaburzenia w krążeniu krwi i limfy.

A) Jak to już wyżej zaznaczono, najczęściej spostrzegamy słońowacinę swojską po wielokrotnie w danym miejscu powtarzających się zapaleniach ostrych, n. p. po róży nawrotowej, rumieniach różowatych, zapaleniach naczyń chłonnych, zapaleniu żył zakrzepowem i t. p. W powstawaniu wszystkich tych cierpień paciorkowce odgrywają rolę pierwszorzędą. To też pośredni udział drobnoustrojów w rozwoju słońowaciny zdaje się nie ulegać wątpliwości — przynajmniej dla pewnej grupy spostrzeżeń (Sabouraud, Moncorvo, Unna). Nie należy jednak sprawy traktować jednostronnie. Nie da się bowiem zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach obok paciorkowców mogą czynnie występować także inne drobnoustroje chorobotwórcze (Rénon).

Prócz ostrozapalnych sprzyjają powstawaniu słońowaciny także różne schorzenia przewlekłe, n. p. świerzbiączka, pryszczycza przewlekła, wilk pospolity, zastarzałe owrzodzenia kilakowe, trądzik, wrzody podudzi i t. p. Zwłaszcza często udaje się ustalić związek pomiędzy słońowacina a toczniem oraz przymiotem. Należy też sądzić, że w wielu razach słońowacinę wiąże z przymiotem więcej, niż łączność pośrednia. Na to zdają się wskazywać spostrzeżenia kliniczne, badania anatomiczne (Waelsch) oraz wyniki leczenia swoistego (Bandler, Rille). Znany też jest wpływ owrzodzeń i zwiężeń przymiotowych odbytnicy na powstawanie słońowaciny sromu niewieściego.

B) Wymienione czynniki etyologiczne zdają się sprzyjać wy-

stępowaniu słoniowaciny dzięki bezpośrednim zmianom stałym, powstającym pod ich wpływem w naczyniach chłonnych i krwionośnych (zwłaszcza w żyłach). W innej jednak rozległej grupie przypadków cierpienie to rozwija się na skutek zastojów limfy, spowodowanego uciskiem na naczynia chłonne. Ucisk mogą wywierać różne sprawy chorobowe pochodzenia zapalnego i nowotworowego. Rzecz dotyczy głównie kończyn. Tutaj należy wymienić: głębokie blizny, zwłaszcza kształtu obrączkowatego (po oparzeniach, odmrożeniach), twardzinę obrączkowatą, wadliwie zrosnięte złamania, schorzenia kości pochodzenia syfilitycznego i gruźliczego, zakrzepy w żyłkach, guzy i nowotwory miednicy, przewlekłe sprawy wysiękowe w cierpieniach narządów rodnych kobiecych, powiększenie chłonnych gruczołów pachwinowych oraz ich doszczętne wyluszczenie.

Rozpoznanie słoniowaciny, jako choroby nabytej, zazwyczaj bywa łatwe i ustala się na zasadzie klinicznego obrazu oraz przewlekłego i postępującego przebiegu. Różnicowanie z obrzękiem przewlekłym albo też z obrzękiem śluzowym może się spotkać z trudnościami tylko w wyjątkowych razach. Podobieństwo do słoniowatości mogą posiadać takie sprawy chorobowe, jak elephantiasis teleangiectodes, eleph. lymphangiectodes oraz niektóre nerwo-włókniki (neurofibroma). Są to jednak schorzenia wrodzone, które winniśmy zaliczać raczej do gromady znamion.

W leczeniu słoniowatości pierwszorzędną rolę odgrywa zapobieganie. Polega ono na usunięciu czynników sprzyjających i wywołujących powstawanie cierpienia. Tu winniśmy mieć na względzie przede wszystkim dokładne leczenie róży i rumieni różowatych, pryszczycy, świerzbiczkki, przymiotu, racjonalne (zachowawcze) postępowanie w leczeniu schorzeń gruczołów chłonnych (zwłaszcza pachwinowych), usunięcie obrączkowatych blizn, uciskających guzów i t. d.

Leczenie ogólne zdąża do wytworzenia odpowiednich dla chorego warunków higienicznych oraz na podawaniu leków wzmacniających. Pozatem Unna zaleca salicylan sodowy, a Jarisch ichtyol (1—2 g. dziennie). W niektórych przypadkach, widocznie nie związanych z przymiotem, widywano poprawę od leczenia rtęcią (zastrzykiwania kalomelu lub salicylanu rtęci). Zabiegi miejscowe mają głównie na celu sprzyjanie odpływowi krwi i limfy. Zalecamy więc wysokie ułożenie schorzałego członka, kąpiele, okłady, ucisk za pomocą plastrów i opasek elastycznych, mięsienie i elektroterapię. Mięsienie jest przeciwwskazane w stanach zapalnych a zwłasz-

cza w rózę nawrotowej i w pryszczycy. Zabiegi elektroterapeutyczne polegają na stosowaniu elektrolizy oraz prądu stałego i zmiennego. Zdaniem Moncorvo i Silva Araujo prąd stały ma rozmiękczać zgrubiałe tkanki, zmienny zaś sprzyja ich wchłanianiu. Przy wykonywaniu zabiegu ujemny biegun znajduje się w obrębie tkanki chorej dodatni — na miejscach zdrowych.

W niektórych przypadkach może być wskazane stosowanie głębokiej rentgenoterapii.

Z zabiegów chirurgicznych należy wymienić nacięcia (scarficatio), uciskanie lub podwiązanie tętnicy udowej oraz wycięcie tkanek schorzałych (szczegóły patrz w podręcznikach chirurgji).



Rozdział XVIII.

Zanikowe schorzenia skóry.

(Atrophiae cutis).

W schorzeniach tej grupy zanik występuje do pewnego stopnia jako zjawisko pierwotne (*atrophía primitiva, essentialis*). Przeciwstawiamy go zanikowi wtórnemu (*atrophía secundaria, deuteropathica*), będącemu naturalnem zejściem bardzo wielu ściśle określonych chorób skóry (gruźlica, trąd, przymiot, liszaj rumieniowaty, twarżyna skóry, strupień i t. d.).

Pierwotny zanik skóry bywa wrodzony i nabyty, a występować może w postaci rozlanej lub ograniczonej.

Wrodzony zanik skóry (*atrophía cutis congenita*) należy do zjawisk rzadkich i zazwyczaj bywa spostrzegany współcześnie z innymi zaburzeniami rozwojowemi. W rzeczywistości nie jest to zanik, lecz raczej niedokształcenie skóry (*hypoplasia*).

O wiele częściej spotykamy się z nabytym zanikiem skóry (*atrophía cutis acquisita*), w którym odróżniamy kilka postaci klinicznych.

Starczy zanik skóry.

(*Atrophía cutis senilis*).

W obrazie klinicznym, znanym pod nazwą starczego zaniku skóry, można odróżnić dwie kategorie zjawisk: zanik właściwy oraz zwyrodnienie skóry.

Skóra zanikowa ludzi starych posiada odrębny a każdemu dobrze znany wygląd. Jest ona szara, szarżółtawa, brunatnawa, o suchej łuszczącej się powierzchni (łupież wędnących — *pityriasis tabescentium*). Jej poletkowata budowa, brózdki i fałdy występują o wiele wyraźniej. Jędrność i sprężystość są wyraźnie zmniejszone, sama zaś skóra jest znacznie ściennała tak, że poprzez nią przeświecają głębiej leżące naczynia krwionośne. Rozszerzenie drobnych naczyń krwionośnych, objawy przebarwienia i odbarwienia

skóry występują tu i owdzie. Pozatem na tułowiu i kończynach widać miejscami płaskie brodawkowate rozrosty, pokryte brudnymi tłustymi łuskami. Te twory mogą z biegiem czasu przekształcić się w nabłoniaki (brodawki starcze, łojotokowe — verrucae seniles, seborrhoicae).

W niektórych przypadkach spostrzegamy objawy zwyrodnienia skóry obok jej zaniku. Zmiany występują w postaci rozlanej i umiejscawiają się na twarzy, szyi i płatkach usznych. Zwykły wygląd zanikowej skóry starczej posiadają na twarzy tylko wzgl. wazkie



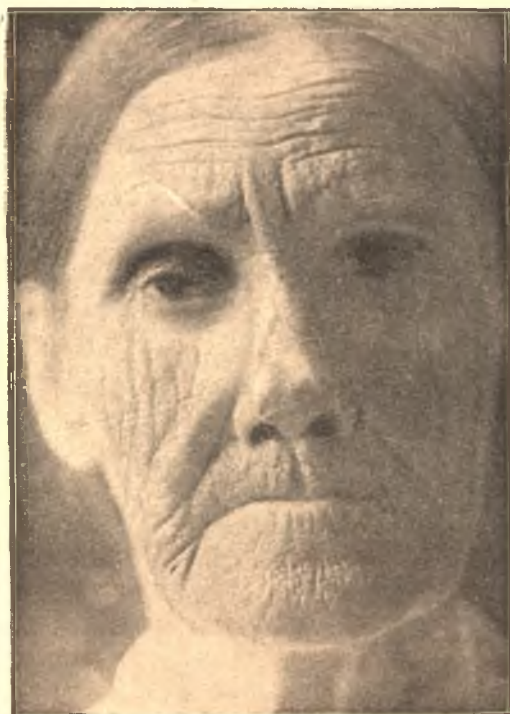
Bys. 50. *Atrophie cutis senilis.*

paski brzeżne na czole i skroniach, graniczące z częściami uwłosionymi. Zwyrodniała skóra posiada barwę starej kości słoniowej i jest pokryta całą siecią brózd i brózderek, dzielących ją na mnóstwo mniejszych i większych poletek czworo- i wielokątnych. Poletka bywają większe na czole i policzkach, drobniejsze na wardze górnej i brodzie, wskutek czego miejsca te wyglądają jak podziurkowane. Taka skóra jest chłodniejsza niż zwykle i przy dotykaniu daje takie wrażenie, jak skóra oskubanej pulardy.

Tym zmianom skóry starczej, których istota polega głównie na zwyrodnieniu tkanki sprężystej, Dubreuilh (1913) nadał nazwę pseudoxanthoma elasticum diffusum.

Budowa. — W starczym zaniku skóry naskórek jest znacznie ścięńczały. Zależy to głównie od tego, że warstwa Malpighi'ego składa się zaledwie z kilku pokładów komórek. Warstwa rogowa

może być normalna albo też nawet zgrubiała, nadmiernie zrogowaciała (hyperkeratosis). Brodawki skóry są niskie, płaskie, miejscami zupełnie wygładzone. Cieńsza niż normalnie jest również skóra właściwa, której naczynia krwionośne mają światło znacznie zwężone albo też wyraźnie rozszerzone. Brodawki włosowe stopniowo zanikają, pochwłoka zaś zewnętrzna torebki włosowej ulega zrogo-



Rys. 51.

Atrophia cutis senilis. Pseudoxanthoma elasticum diffusum.

waceniu. Podskórna warstwa tłuszczowa jest mniej obfita, niż zazwyczaj.

Zjawiska zwyrodnienia dotyczą włókien klejnorodnych i sprężystych. Pierwsze przekształcają się w kolastynę i kolacynę, drugie — w elacynę. Przy barwieniu orceiną tkanka zwyrodniała występuje pod postacią zgrubiałych, rozpulchnionych, zbitych w bezkształtną do pilśni podobną masę bryłek i włókien.

Samoistny zanik skóry postępujący.

(Atrophia cutis idiopathica progressiva. — Dermatitis atrophicans progressiva idiopathica).

Objawy. — Początek choroby znamionuje występowanie głównie na kończynach plam różnej wielkości, barwy różowej, bladoczerwonej lub ciemnej czerwonosinawej. Plamy stopniowo się powiększają i łączą ze sobą, zajmując coraz większe powierzchnie. Na ich obwodzie a także w innych miejscach ciała zwykły się tworzyć ogniska świeże. Z biegiem czasu w miejscach schorzałych skóra ulega zanikowi, który też należy uważać za ostateczne zejście całej sprawy chorobowej.

W przypadku rozwiniętym obraz kliniczny bywa dosyć znamienny. Schorzała skóra posiada zabarwienie ciemnoczerwone, brunatnoczerwone, czerwonosinawe. Jest ona wyraźnie ścięczała i do pewnego stopnia tak przezrzysta, że poprzez nią znakomicie przeglądają żyły podskórne, ścięgna i pnie nerwowe. Jej sprężystość jest znacznie zmniejszona. Fałdy zbierają się bardzo łatwo i są zazwyczaj wyższe niż normalnie, wygładzają się zaś bardzo powoli. Sama skóra jest drobno pofałdowana, pomarszczona i posiada wygląd zmiętej bibułki angielskiej lub skórki jabłka pieczonego. Te zjawiska bywają najwybitniej zaznaczone na grzbietach rąk, łokciach, kolanach, pośladkach i sutkach, najslabiej zaś tam, gdzie skóra bezpośrednio pokrywa kości, n. p. na przedniej powierzchni piszczeli oraz wzdłuż kości łokciowej. Powierzchnia skóry jest sucha, szorstka i miejscami łuszczy się otrębowato, zwłaszcza zaś na wyprostnych stawach kolanowych i łokciowych. Włosy stopniowo giną. Paznokcie są zazwyczaj prawidłowe. Czynność gruczołów łojowych i potowych jest wybitnie opóźniona (Oppenheim). Czucie jest normalne.

Sprawa umiejscawia się głównie na kończynach, przeważnie na powierzchniach wyprostnych, występując najczęściej dosyć umiarowo. Na kończynach dolnych cierpienie niekiedy ogranicza się do grzbietu stóp i do podudzi. W przypadkach typowych może się ono rozpościerać od przodu do wiązadła Poupart'a, od tyłu do grzebienia kości biodrowej. Niekiedy bywają zajęte wyłącznie grzbiety rąk i stóp. Umiejscowienie na jednej tylko kończynie — górnej lub dolnej — nie należy do częstych zjawisk (Buchwald, Riedel, Huber, Krzysztalowicz, Malinowski). To samo należy powiedzieć o tułowiu. Zajęcie głowy i narządów płciowych notowano tylko w wyjątkowych razach.



Objawy podmiotowe polegają na mrowieniu, swędzeniu, ziębieniu, które mogą sięgać rozmaitych stopni natężenia.

W skreślonym obrazie samoistnego zaniku skóry mogą zachodzić pewne odmiany. Najczęściej, bo w $\frac{1}{3}$ przypadków, spostrzegamy zmiany podobne do twardziny, umiejscowione na powierzchni przedniej podudzi, na grzbietach stóp, niekiedy też na przedramionach. W tych miejscach skóra bywa dosyć mocno napięta, gładka i sadłowata, trudno zbiera się w fałdę, posiada barwę żółtobiaławą i wyraźnie różni się od czerwonosinawej pomarszczonej skóry otoczenia. Przejście odbywa się bez ostrej granicy. Od właściwej twardziny zmiany te różnią się tem, że taka skóra jest jednak ścieńczała i o tyle przezroczysta, że rozszerzone żyły wyraźnie przeświecają.

W innych znowu przypadkach można stwierdzić w obrębie zanikowej skóry obecność guzów o wyglądzie włókniaków. Są to czerwonosinawe, półkuliste, twarde i niebolesne guzy wielkości od ziarna konopnego do orzecha laskowego. Trwają one bez zmiany przez czas długi i nie zdradzają skłonności do zaniku lub rozpadu. Mieszczą się głównie na powierzchniach wyprostnych stawu łokciowego i kolanowego.

Herxheimer i Hartmann (1902) usiłowali wyodrębnić te przypadki samoistnego zaniku skóry, które rozpoczynają się w częściach obwodowych kończyn a stąd rozpościerają się w kierunku dośrodkowym i którym w okresach początkowych choroby zwykły towarzyszyć znaczniejsze objawy zapalne. Ten obraz kliniczny nazwano przewlekłym zanikowym zapaleniem skóry kończyn (*Acrodermatitis chronica atrophicans*).*) Pierwsze zmiany ujawniają się pod postacią ciastowatych nacieków barwy żółto-czerwonej, cynobrowej lub sinoczerwonej, podobnych do tworów rumienia guzowatego. W dalszym rozwoju nacieki spłaszczają się, powiększają i łączą ze sobą, zajmując co raz większe przestrzenie. W ich obrębie niebawem występuje zanik skóry. Do nader częstych i dla sprawy bardzo znamiennych zjawisk należy t. zw. taśma łokciowa (*Ulnarstreife*). Jest to nacieki, poczynający się na łokciu i biegnący w kształcie taśmy wzdłuż kości łokciowej na mniejszej lub większej przestrzeni w kierunku stawu napięstkowego. Z biegiem czasu taśma ginie, skóra w tem miejscu ulega zanikowi i tylko na obwodzie można stwierdzić resztki nacieku. Takie zmiany znajdują się jednak nie tylko w okolicy łokciowej. Nacieki kształtu taśmy mogą się też tworzyć wzdłuż kości promieniowej, na podudziu

*) Porównaj Erythromelalgia.

ku dołowi od rzepki oraz na grzbietowej powierzchni stawu skokowego.

Z innych właściwości tej odmiany trzeba wymienić stosunkowo częstsze niż w samoistnym postępującym zaniku skóry zajęcie twarzy (zwłaszcza policzków) oraz umiejscowienie na podszewkach.

Badania *d r o b n o w i d z o w e* wykazują, że w samoistnym zaniku skóry mamy do czynienia z zapaleniem podostrem lub przewlekłym, które bardzo szybko sprowadza zanik tkanki sprężystej, a później też innych części składowych skóry. Zapalenie ujawnia się najwcześniej w warstwie brodawkowej i stąd stopniowo rozprzestrzenia się na pokłady głębsze. Rozpoczyna się ono jako nacieczenie okołonaczyniowe, w którym zwraca uwagę obfitość komórek plazmatycznych (Unna, Huber, Krzyształowicz, Malinowski). W miejscach zanikowych tkanka sprężysta ulega zagładzie, brodawki skóry są wygładzone, pęczki tkanki łącznej są miękkie, cienkie i ułożone poziomo, torebki włosowe i gruczoły skóry stopniowo zanikają.

Za przyczynę cierpienia bywają uważane zaburzenia odżywcze nerwowe i zmiany naczynioruchowe. Związek z narządami płciowymi kobiecymi zdaje się być mało uzasadniony. Bównież brak podstaw do łączenia tej sprawy z gruźlicą.

Schorzenie zazwyczaj występuje w wieku 40—70 lat i bywa spostrzegane częściej u kobiet.

R o z p o z n a n i e samoistnego zaniku skóry postępującego wynika z wyż. podanych objawów i z całości obrazu klinicznego. Za najważniejszą oznakę musimy uważać zanik skóry. Zaleca się zatem nie ustalać ostatecznego rozpoznania przed wystąpieniem tego najważniejszego, naczelnego objawu choroby.

W niektórych złuszcających erytrodermiach powierzchnia skóry bywa niekiedy pomarszczona i posiada wygląd rzekomo zanikowy. To zjawisko nie jest jednak następstwem zaniku włókien sprężystych i zmian tkanki łącznej. Powstaje ono wskutek pomarszczenia rozciągniętego naskórka po zmniejszeniu się i wessaniu obrzęku oraz nacieczenia warstwy brodawkowej skóry. Przy pewnej uwadze odróżnienie tych stanów od rzeczywistego zaniku skóry jest rzeczą bynajmniej nietrudną.

Objawozbiór zwany łupieżem czerwonym Hebra'y (pityriasis rubra Hebrae) tem się różni od rozlanego zaniku skóry, że zazwyczaj bywa powszechny, nie oszczędza dłoni i podeszew, powoduje wypadanie włosów i paznokci, sprowadza zjawiska przykurczenia. Gruczoły chłonne są zawsze powiększone.

Odmiany samoistnego zaniku skóry o wyglądzie twardzinowym tem się różnią od twardziny w okresie zanikowym, że w twardzinie zawsze mamy do czynienia z napiętą skórą zanikową, podczas gdy w zaniku samoistnym jest ona przesuwalna, ścieńczała, przejrzysta i miękka jak jedwab.

Rokowanie jest pomyślne co do życia, niepomyślne co do wyleczenia.

Leczenie. — W okresie przedzanikowym bywają zalecane kąpiele ciepłe i świetlne, mięsienie, galwanizacja. W okresie zanikowym stosujemy kąpiele i maści obojętne. Leczenie wewnętrzne polega na dobrem odżywianiu oraz na podawaniu przetworów arszeniku i żelaza.

Plamisty zanik skóry.

(Atrophia cutis maculosa. — Anetodermia erythematosa. — Atrophodermia erythematosa maculosa. — Dermatitis atrophicans maculosa).

Objawy. — Bez wyraźnych objawów podmiotowych powstaje ostro odgraniczona plamka (rzadziej bąbel lub grudka) barwy różowej lub bladoczerwonej, w której obrębie skóra początkowo posiada zupełnie prawidłową powierzchnię (okres rumieniowy). Plamka powiększa się bardzo powoli i po osiągnięciu pewnej wielkości poczyną blednąć po środku, skóra zaś nabiera tu wyglądu zanikowego. W tym okresie część środkowa plamy jest brudnobiaława lub biała o powierzchni pomarszczonej, obwodowa zaś występuje w postaci czerwonej obrączki, otaczającej zanikowy środek. W miarę postępu sprawy zanik rozpościera się odśrodkowo, zapalna zaś obwódka stopniowo się zwęża a wreszcie ginie zupełnie (okres zanikowy). Wówczas widzimy dosyć ostro odgraniczone plamy kształtu okrągłego lub owalnego, średnicy 0,5—2 cm., barwy matowobiałej lub bladoczerwonej o ścieńczonej skórze i błyszczącej pomarszczonej powierzchni. Palec badający taką plamę napotyka na mniejszy opór i zapada się w płytkie wgłębienie. Niektóre plamy leżą na poziomie otaczającej skóry, inne uwypuklają się w kształcie próżnych lub tłuszczem wypełnionych fałd i woreczków. W obrębie plam zanikowych niekiedy powstają guzowate twory tkankolączne, głównie bliznowce.

Wykwity występują w liczbie pojedynczej lub mnogiej, częstokroć dosyć umiarkowo. Zjawić się one mogą w miejscu dowolnem, zdaje się jednak, że stosunkowo chętniej zajmują górną połowę tułowia

i ramiona, niż twarz i kończyny dolne. — Największa liczba spostrzeżeń przypada na 20—30 r. życia. Schorzeniu częściej podlegają kobiety.

Należy nadmienić, że w niektórych przypadkach można było stwierdzić współistnienie plamistego zaniku skóry z rozlanym postępującym. W tych razach wykwity plamiste znajdowały się obok przestrzeni zajętych przez zanik rozlany albo w innych miejscach powierzchni skóry. Powstawały one przeważnie z tworów grudkowatych.

B u d o w a. — W okresie rumieniowym można wykryć umiarkowane nacieczenie okołonaczyniowe w pokładach górnych i środkowych skóry właściwej. Okres zanikowy znamionuje znikanie tkanki sprężystej. Zanik występuje w obrębie wyż. podanych warstw i zajmuje odcinek skóry, mający w przekroju kształt ściętego stożka, zwróconego podstawą ku naskórkowi.

P r z y c z y n y powstawania plam zanikowych są również mało wyjaśnione, jak samoistnego zaniku rozlanego. Jest to rzecz zupełnie zrozumiała, jeżeli zważyć, że oba obrazy nie są wszak odrębnymi chorobami, lecz jedynie różnymi przejawami klinicznymi jednej i tej samej sprawy chorobowej. Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że zanik tkanki sprężystej następuje pod wpływem nacieków zapalnych w skórze i że powstawanie nacieków może zależeć od działania bardzo różnorodnych czynników szkodliwych. Zdaje się, że tutaj wchodzi w grę głównie choroby zakaźne, wśród których należy wymienić w pierwszym rzędzie gruźlicę i przymiot. Zwłaszcza często notowano współistnienie plam zanikowych z rozmaitemi klinicznymi przejawami gruźlicy, a także w przebiegu liszaja rumieniowatego. Nie wynika jednak z tego, abyśmy uważali plamisty zanik skóry za tuberkulid w rozumieniu Heuss'a, gdyż na to dotychczas nie mamy dostatecznych podstaw naukowych (K. Zieler). Poza to trzeba zaznaczyć, że plamy zanikowe mogą się wytwarzać też pod wpływem innych osutek, n. p. plamicy (Pospiełow), rumienia wielopostaciowego (Balzer, Reblaub, Vasilieu), rumienia grudkowego (Hallopeau-Nikolsky), rumienia tęczowego (R. Bernhardt), pokrzywki grudkowej i t. d. Nie jest też wykluczone, że w powstawaniu plamistego zaniku skóry odgrywa rolę wrodzona skłonność do tego cierpienia (Oppenheim).

R o z p o z n a n i e plamistego zaniku skóry nie zawsze bywa łatwe i to głównie ze względu na stosunkową rzadkość cierpienia. Podobieństwo może zachodzić zwłaszcza pomiędzy plamami zanikowymi i pręgami zanikowymi (*Striae atrophicae* s. *distensae*).

Różnice polegają na zgoła odmiennym sposobie powstawania i rozwoju pręgów, odrębnym kształcie, ułożeniu i umiejscowieniu (patrz niżej). Przy różnicowaniu z twardziną blaszkowatą w okresie zanikowym należy mieć na względzie okoliczność, że w twardzinie zawsze mamy do czynienia z napiętą skórą zanikową, a więc ze zjawiskiem nie spostrzeganym w zaniku plamistym. Pomiedzy rozsiaaną złuszczającą erytrodermią blaszkowatą (chorobą Brocq'a) a plamistym zanikiem skóry zachodzi taka sama różnica, jak pomiędzy złuszczającą erytrodermią rozlaną i samoistnym zanikiem skóry postępującym (patrz wyż.).

Cierpienie nie wymaga leczenia. W razie potrzeby stosujemy metody, podane w postępującym zaniku skóry.

Pod nazwą „White spot disease“ badacze amerykańscy opisali schorzenie skóry, polegające na występowaniu okrągłych i owalnych blaszek barwy kredowobiałej, wielkości od ziarna kopnego do fasoli. Blaszki są gładkie, przy dotykaniu miękkie, nieco się wznoszą ponad powierzchnię otoczenia. Mieszczą się na piersiach, barkach, szyi. Dziś trudno jeszcze rozstrzygnąć, czy zmiany te należy uważać za odrębny objawozbiór, czy zaliczyć je do twardziny blaszkowatej lub też do plamistego zaniku skóry.

Pręgi zanikowe.

(*Striae atrophicae s. distensae*).

W stanie świeżym są to czerwonosinawe długie, wązkie, nieco zagłębione pręgi, w których obrębie skóra jest miękka i ścięczała, naskórek zaś łatwo ulega pomarszczeniu. Twory starsze są białofiolkowe, matowobiałe, jakby bliznowate i posiadają błyszczącą pomarszczoną powierzchnię. Pręgi powstają tam, gdzie skóra ulega nadmiernemu rozciąganiu głównie wskutek powiększania się objętości danej części ciała, n. p. w ciąży, w puchlinie brzusznej i u osób szybko tyjących. Mieszczą się one najczęściej w dolnej połowie brzucha, na pośladkach, w okolicy krętarzy większych, na udach, gruczołach piersiowych i w okolicy barkowej. Ich kierunek zazwyczaj bywa prostopadły do linii największego działania siły rozciągającej. Występują w liczbie mnogiej i zwykły się układać równolegle jedna do drugiej. Na brzuchu mają one przeważnie kształt łukowaty i brzegiem wklęsłym są zwrócone ku linii środkowej ciała. W okolicy pachwinowej układają się mniej więcej równolegle do więzadła Poupert'a. Na udach kierunek odpowiada mięśniowi krawieckiemu. Na sutkach ułożenie bywa promieniste.

Pręgi zanikowe powstają wskutek pęknięcia włókien sprężystych przy ich nadmiernem rozciągnięciu. W związku z tem ilość tkanki sprężystej jest zmniejszona w samej prędze, stosunkowo zaś powiększona u jej brzegów. Tutaj też można stwierdzić obecność zawiniętych końców rozerwanych włókien.

Skóra przestronna.

(Cutis laxa).

Tak nazywamy wrodzoną wadliwość, polegającą na tem, że skórę takich osobników można zebrać w wysoką fałdę i daleko odciągnąć w miejscach takich, gdzie to zazwyczaj bywa niewykonalne, n. p. na czole, bródce, końcu nosa. W spostrzeżeniach Schwimmer'a, Freudenberg'a, Kaposi'ego i in. można było zarzucić na głowę fałdę, zebraną na mostku (t. zw. ludzie z gumy). W niektórych razach skóra przestronna przylega do odpowiednich części ciała, w innych jednak jest ona tak wąta, iż zwisa w kształcie nieprawidłowych mas i fałd. W przypadku Czernogubow'a stwierdzono pozatem nadzwyczajne zwiócenie narządu więzadłowego.

Zmiany histopatologiczne polegają na zmniejszeniu ilości tkanki sprężystej głównie głębokich warstw skóry właściwej, na rozszerzeniu żył i obecności w nich zakrzepów. Prócz tego można wykryć obrzęg i obfite nacieczenie głębszych pokładów skóry, zwłaszcza w sąsiedztwie gruczołów potowych.

Skóra kręta ciemienia.

(Cutis verticis gyrata Jadassohn-Unna).

Pierwsze spostrzeżenie tego rodzaju podał Jadassohn w roku 1906. Sprawa polega na tem, że w okolicy ciemieniowej skóra czaszki jest pofałdowana wskutek utworzenia się wypukłych, nieprawidłowo ułożonych zakrętów, pooddzielanych głębokimi brózdami. Zjawisko występuje wyraźniej przy zsunięciu do wewnątrz skóry z boków czaszki. Fałdy układają się naogół nieprawidłowo, przeważnie jednak mają one kierunek pionowy lub też przebiegają ukośnie od góry i zewnątrz ku dołowi i wewnątrz. Pozatem skóra jest zupełnie prawidłowa. W niektórych przypadkach ulega zmianom niemal cała przestrzeń uwłosionej skóry głowy (Malartic, Opin, Lenormant).

Schorzenie występuje niemal wyłącznie u mężczyzn po 20 r. życia. Badanie drobnowidzowe wykazuje, że mamy do czynienia

z zapaleniem o charakterze wybitnie przewlekłym, umiejscowionem w warstwach głębszych skóry. W ostatecznym wyniku powstaje zanik włókien sprężystych (Veress, Racinowski), zwyrodnienie włókniste skóry, niekiedy też zanik gruczołów łojowych i torebek włosowych oraz zmniejszenie się liczby naczyń krwionośnych i gruczołów potowych (Veress).

Przyczyny tego schorzenia nie są znane. Jadassohn uważa je za zбочzenie rozwojowe i zalicza do kategorii znamion. Vörner sądzi, że jest to rodzaj zwyrodnienia skóry albo też uchylenie od typu prawidłowego. Większość badaczy wiąże jednak tę sprawę z przewlekłym zapaleniem skóry (Veress, Vignolo-Lutati, Pospiełow, Bogrow, Racinowski). W spostrzeżeniu Racinowskiego stwierdzono objawy przymiotu dziedzicznego.

Pergaminowa skóra barwikowa.

(Xeroderma pigmentosum — Kaposi. — Melanosis lenticularis progressiva-Pick. — Lioderma essentielle-Neisser).

Objawy. — Choroba rozpoczyna się w 1—2-gim roku życia. Pierwsze zmiany na skórze twarzy, szyi, grzbietów rąk i przedramion występują na wiosnę lub w lecie pod wpływem działania promieni słonecznych. Są to rozsiane lub zlewające się plamy różowe i czerwone, o wyglądzie wykwitów rumieniowatych, różycowatych lub pryszczycowatych. Niekiedy tworzą się pęcherze. Takie zmiany zazwyczaj występują raz jeden, rzadziej wielokrotnie (Tenneson-Dauseux, Łukasiewicz, Rille, Vidal, Dubois-Havenith i inni). Po ustąpieniu ostrozapalnych zjawisk skóra już nie powraca do stanu zupełnego zdrowia, lecz stopniowo staje się piegowatą. Wedle niektórych badaczy może się to stać nawet pierwotnie. W miejscach wyż. wskazanych, popóźniej zaś także na ramionach, plecach, piersiach, brzuchu i kończynach dolnych tworzą się gładkie plamki barwikowe wielkości od łepka szpilki do przekroju ziarna grochu. Są one podobne do piegów. Z biegiem czasu stają się jednak coraz ciemniejsze, nabierają barwy brunatnej, ciemnobrunatnej a nawet czarnej, a wówczas przypominają plamy piegowate (lentigo) i znamiona barwikowe. Współcześnie powiększa się też ich liczba, poszczególne zaś plamy łączą się z sobą na mniejszych i większych przestrzeniach.

Zmiany barwikowe mogą też wystąpić na błonach śluzowych, n. p. na wargach ust, na dziąsłach, języku.

W następnym okresie rozwojowym choroby zjawiają się białe

bliznowate i błyszczące plamy o suchym, a niekiedy łuszczącym się naskórku. Tworzą się one albo w obrębie zdrowej skóry, albo też w miejscach nadmiernie zabarwionych. Początkowo są one drobne, powiększają się jednak stopniowo a wreszcie łączą się z sąsiednimi. W ten sposób po upływie lat skóra ulega rozlanemu zwyrodnieniu bliznowatemu na przestrzeniach dosyć znacznych. Jest ona biała, białoszarawa, niekiedy z odcieniem sinawym, sucha, ścięczała, napięta, lecz nie zrosnięta z podłożem (skóra pergaminowa). Wskutek napięcia i przykurczenia skóry ulegają wywinięciu powieki dolne. Usta stają się cieńsze i węższe, nos — mniejszy. W tym czasie w miejscach zanikowych oraz w ich sąsiedztwie powstają płaskie lub nieco wzniesione naczyniaki kształtu okrągłego, owalnego, zębatego lub gwiazdowego. Ich liczba ulega szerokim wahaniom w różnych przypadkach. Niekiedy nie widać ich wcale (Łukasiewicz, Ducastel, Kaposi). W typowym jednak przypadku skóra posiada w tym okresie znamieny dla sprawy pstry wygląd, uwarunkowany obecnością ciemnych plam barwikowych, białych zanikowych oraz czerwonych naczyniakowych.

W tym stanie choroba może trwać przez czas długi. Wreszcie jednak w miejscach bliznowato zwyrodniałych, a także na plamach barwikowych poczynają się tworzyć różnej wielkości rozrosty brodawkowe o naskórku nadmiernie zrogowaciałym. Niektóre z nich odpadają pozostawiając powierzchowne owrzodzenia, zabliźniające się dosyć szybko. Inne nabierają cech klinicznych wrzodów żrących (Ulcus rodens). Poza to można spostrzegać powstawanie guzowatych tworów płaskich i twardawych o wyglądzie rakowca, oraz półkulistych i grzybowatych głęboko wrastających w podłoże i łatwo ulegających rozpadowi i owrzodzeniu. Sąsiednie gruczoły chłonne obrzmiewają. Zjawiają się przerzuty w narządach wewnętrznych i wreszcie następuje śmierć przy objawach charłactwa postępującego.

Sprawa umiejscawia się klasycznie na twarzy, szyi, karku oraz na powierzchniach grzbietowych rąk i przedramion, rzadziej na plecach, brzuchu, kończynach dolnych. Guzy tworzą się niemal wyłącznie na twarzy (czoło, nos, policzki, bródka, wargi, małżowiny uszne, łącznice oczne), na szyi i karku. Do rzadkich umiejscowień należy ramię (Kaposi, Łukasiewicz), okolica łopatek (Wesołowski), podudzie (Pick), język (Kaposi, Kreibich).

Przebieg cierpienia jest wybitnie przewlekły. Sprawa zazwyczaj rozwija się powoli, przechodząc stopniowo przez wszystkie wyż. skreślone fazy, i kończy się śmiercią w okresie powstawania nowo-

tworów złośliwych. Naogół biorąc, przebieg bywa tem powolniejszy, im później występuje cierpienie. W większości typowych przypadków, poczynających się w 1—2 roku, spostrzegamy zejście śmiertelne pomiędzy 10—12 r. życia. W niektórych razach choroba trwała jednak o wiele dłużej. Prócz tego znane są przypadki, w których sprawa niedorozwijała się do okresu nowotworów. Można by zatem mówić o łagodnej odmianie skóry pergaminowej barwikowej, choć zaleca się stosowanie wielkiej oględności w ocenianiu takich faktów klinicznych.

Obok typowych przypadków istnieją jeszcze takie, w których sprawa chorobowa występowała dopiero w wieku późniejszym (10—40 r. życia) i miała przebieg bardzo przewlekły (*xeroderma pigmentosum tardivum*). Do tej kategorii trzeba zaliczyć spostrzeżenia Schütte'a, Neumann'a, Matzenauer'a, Mendes da Costa, Thibierge'a, Malinowskiego i in. Schorzeniu głównie ulegają ludzie, którzy z powodu swego zawodu dużo przebywają na powietrzu i których skóra bywa wystawiona na częste i długotrwałe działanie słońca, wiatru, deszczu, zimna, — a zatem wieśniacy, marynarze, rybacy i t. d. Tutaj widocznie też należy schorzenie skóry twarzy i rąk, opisane przez Unna'ę pod nazwą skóry zwietrzałej (*Seemannshaut*).

B u d o w a. — W plamach barwikowych wykryto bardzo dużo barwika w naskórku, zwłaszcza w komórkach podstawowych, oraz obecność znacznej liczby melanoblastów w skórze — głównie w warstwie brodawkowej. Naczynia krwionośne są częstokroć rozszerzone i otoczone naciekiem, w którym można również napotkać melanoblasty (Wesołowski, Pick). W białych plamach bliznowatych stwierdzono także zjawiska zaniku i zwyrodnienia włókien sprężystych oraz klejnorodnych, jak w starczym zaniku skóry. Sprawa sięga tu jednak stosunkowo wyższego natężenia.

Budowa nowotworów bywa dosyć rozmaita. Najczęściej zdarzają się raki, których szczegółowa budowa została opracowana głównie przez Łukasiewicza. Pozatem powstają mięsaki (Elzenberg, Pick, Wesołowski), włókniaki (Kreibich), naczyniaki (Matzenauer, Wesołowski), mięsaki naczyniaste (Wesołowski), przybłoniaki (*perithelioma*). W jednym z moich spostrzeżeń mieliśmy do czynienia z bardzo złośliwym mięsakiem okrągłokomórkowym.

P r z y c z y n y. — Należy przypuścić, że główną przyczyną powstawania choroby jest wrodzona nadwrażliwość skóry na promienie chemiczne (pozafołkowe) widma słonecznego. Zmiany chorobowe powstają jednak tylko u ludzi skłonnych do tej choroby. Na

czem skłonność polega, trudno dziś powiedzieć. Kaposi określa ją pojęciem o „przedwczesnem zestarzeniu skóry“ (senilitas cutis praecox). Ta skłonność jest nie tylko wrodzona, lecz częstokroć rodzinna, a może nawet dotyczyć jedynie osobników jednej płci. Dziedziczność prosta należy do wyjątków. Często stwierdzano pokrewieństwo rodziców 11,8% Adrian, — 12,5% Bayard, — Zdaje się też, że rasa semicka częściej ulega temu schorzeniu (24% Flzenberg).

Rozpoznanie typowych przypadków nie jest trudne, rokowanie zaś jest tem niepomyślniejsze, im wcześniej rozpoczyna się schorzenie skóry (patrz wyż.).

Leczenie. — Należy zabezpieczyć chorych od szkodliwego wpływu promieni słonecznych (woalki czerwone, brunatne lub żółte, ultrazeozon, maść Unna'y: Curcumae 3,00 : Boli alb., Glycerin., Dextrin., Aq. destill. \overline{aa} 1,75), starać się o stworzenie doskonałych warunków higienicznych i dietetycznych oraz dbać o ogólny stan chorych (żelazo, arsenik). Powstające guzy trzeba jaknajspieszniej usunąć (zabiegi operacyjne, rentgeno- i radiumterapia).

Marskość sromu.

(Kraurosis vulvae),

To cierpienie pierwszy opisał Breisky (1885), jako mało znaną postać zaniku tkanek sromu niewieściego. Zmianom ulegają w stopniu rozmaitym i mniej więcej współcześnie przedsionek pochwy, wargi mniejsze, wędzidełko i napletek łechtaczki, powierzchnie wewnętrzne warg większych. — W tych miejscach skóra jest szarawobiaława lub biała, sucha, pokryta zgrubiałym, błyszczącym, chropowatym naskórkiem. Częstokroć widać blaszki o wyglądzie łuszczycy błon śluzowych (Lorentowicz i in.). W następstwie postępującej marskości wargi większe wydają się bardzo drobne, wargi mniejsze występują w kształcie niskiej fałdy, a wreszcie do pochwy ulega wybitnemu zwężeniu (stenosis vestibularis).

Sprawę poprzedza wstępny okres zapalny.

Marskości sromu towarzyszy pieczenie oraz nader dotkliwe swędzenie, występujące napadowo. Częstokroć tworzą się bolesne pęknięcia.

Do dosyć częstych powikłań należą rakowce (około 10% Trespe).

Zmiany histopatologiczne w marskości sromu są bardzo zbliżone do spostrzeganych w samoistnym zaniku skóry. Mamy tu zatem do czynienia ze sprawą zapalną skóry, powodującą zjawiska zanikowe. Tkanka łączna ulega zwyrodnieniu włóknistemu, sieć sprężysta ginie. Zanikowi ulegają również gruczoły skóry. Brodawki skóry są wygładzone, naskórek ścięczały. Tylko warstwa rogowa jest widocznie zgrubiała głównie z powodu nadmiernego, a w części też wskutek wadliwego rogowacenia.

Przyczyny schorzenia nie są wyjaśnione. Marskość sromu występuje u dziewcząt i u kobiet. Wiek waha się w szerokich granicach pomiędzy 19—60 r. (Trespe), stosunkowo częściej jednak pomiędzy 20—30 r. ż. (Ohman-Dusmenil). Za czynniki sprzyjające bywają podawane ciąża, sprawy zapalne pochwy i macicy rzeżączkowego lub innego pochodzenia, przymiot, pryszczycza i t. d. Finger ocenia marskość sromu jako pospolity liszaj przewlekły.

Nie od rzeczy będzie nadmienić, że u mężczyzn spostrzegamy niekiedy na żołądzi prącia i na listku wewnętrznym napletka błaszki łuszcycowe błon śluzowych (leukoplakia glandis et praeputii), które bywają punktem wyjścia dla zwyrodnienia rakowego.

Leczenie dermatologiczne nie różni się w ogólnych zarysach od stosowanego w śwędzeniu samoistnym sromu. Nie należy zapominać o świetle pozafioletkowym, o rentgenoterapii i d'Arsonwalizacji, których działanie objawowe (w kierunku zmniejszania śwędzenia) nieraz bywa bardzo wydatne.

W kwestji leczenia chirurgicznego marskości sromu odsyłam czytelnika do podręczników chorób kobiecych.

Prosak klejowaty.

(Pseudo-milium colloidalae. — Colloid-Milium E. Wagner. — Colloidoma miliare Besnier).

Prosak klejowaty jest rzadką chorobą skóry. Występuje on najchętniej na czole, w okolicach skroniowych, na zewnętrznych połowach policzków, na grzbiecie nosa, rzadziej na karku, szyi, na ramionach, grzbietach rąk i łącznicach ocznych. Wykwity mają kształt okrągłych lub nieprawidłowych drobnych wzniesień wielkości łepka szpilki do ziarna soczewicy, barwy żółtawej lub cytrynowo-żółtej. Są one twarde, błyszczące i o tyle przezroczyste, iż czynią wrażenie pęcherzyków. Przy nakłuciu nie widać jednak płynu. Jeżeli zaś nadciąć ich powierzchnię i wyrzucić ucisk z boku, to można wydobyć z guzków dosyć spoistą żółtawą masę klejowatą.

Guzeczki zjawiają się w postaci rozsianej lub też układają się w gromady, jednak nigdy nie zlewają się z sobą. Skóra dokoła nich częstokroć bywa zabarwiona na kolor brunatny. Niekiedy widać rozszerzone naczynka krwionośne.

Schorzenie najczęściej dotyczy osobników w wieku około 40 lat, spostrzegamy je jednak też u młodzieńców (15 lat — Liveing) oraz u starców. Przebieg jest bardzo przewlekły. Objawów podmiotowych prosak klejowaty zazwyczaj nie powoduje.

Powstawaniu schorzenia zdają się sprzyjać czynniki atmosferyczne (słońce, wiatr, mróz).

Anatomicznie sprawa polega na zwyrodnieniu tkanki sprężystej a widocznie też włókien klejnorodnych. Co do jakości jest ono zupełnie analogiczne do spostrzeganego w zaniku wzgl. w zwyrodnieniu skóry starczem oraz w liszaju rumieniowatym. Zwyrodnienie występuje na przestrzeni ograniczonej, w pokładach górnych skóry właściwej. Od naskórka, torebek włosowych i gruczołów łojowych takie ognisko zawsze bywa oddzielone wązkim pasmem prawidłowej tkanki łącznej.

Rozpoznanie prosaka klejowatego można klinicznie uzasadnić w razie obecności żółtych przezroczystych i do pęcherzyków podobnych guzeczków, z których udaje się wydobyć masę galaretowatą. Gruczolakowi łojowemu (*Ademona sebaceum*) brak przezroczystości wykwitów, które pozatem mieszczą się typowo w fałdach nosowowargowych. Z torbielaka potowego (*hydrocystoma*) wydobywa się przy nakłuciu ciecz przezroczysta, same zaś wykwitę posiadają wygląd ugotowanych ziaren sago. Guzeczki zaraźliwego nabłoniaka skóry (*Molluscum contagiosum*) posiadają gołym okiem widoczny otwór, z którego można wycisnąć białawą gęstą masę.

Leczenie polega na wyłyżeczkowaniu lub też na zniszczeniu guzeczków za pomocą elektrolizy bądź galwanokautera.

Rzekome kępki żółte.

(*Pseudo-xanthoma elasticum*).

Odgraniczenie tej postaci klinicznej od właściwych kępek żółtych (*xanthoma*) zawdzięczamy głównie pracom Darier'a

Zmiany skóry układają się umiarkowo i mieszczą się na powierzchni przedniej brzucha — głównie poniżej pępka, w zgięciach stawów wielkich (pachy, pachwiny, zgięcia łokciowe i kolanowe). Pozatem spostrzegamy je na powierzchni przedniej ramion, wresz-

cie na prąciu. W miejscach wskazanych widać różnej wielkości blaszki, złożone z wykwitów plamistych. Wykwity zlewają się w środku blaszki a na jej obwodzie występują w postaci mniej więcej rozsianej. Poszczególne wykwitki wielkości od łepka szpilki do ziarna soczewicy są ostro odgraniczone, płaskie, ponad powierzchnię otoczenia z ledwością wzniesione i mają kształt okrągły, owalny lub nieprawidłowy. Ich barwa bywa żółta, brudnożółta, żółtoszara, częstokroć koloru mlecznej kawy. Powierzchnia jest gładka, zupełnie równa i tylko niekiedy jakby drobnoziarnista. Schorzała skóra jest miękka jak aksamit. — Swędzenia nie ma.

Zmiany polegają na zwyrodnieniu włókien sprężystych, które początkowo obrzmiewają a później ulegają zwyrodnieniu i rozpadają się na drobne bryłeczki i ziarenka. Liczba komórek tkankolącznowych jest nieco powiększona, komórki jednak nie ulegają takiemu zwyrodnieniu zarodzi, jakie widzimy w zwykłych kępkach żółtych (xanthoma). Występują też komórki olbrzymie.

Przyczyny tego bardzo rzadkiego schorzenia skóry są zupełnie nieznane. Nadmienić tylko należy, że we wszystkich dotychczas spostrzeganych przypadkach stwierdzono gruźlicę płuc. W mojem spostrzeżeniu, dotyczącem młodego mężczyzny, nie zdołałem wykryć objawów gruźlicy.

Rozdział XIX.

Pasorzytnicze schorzenia skóry.

(Dermatoses parasitariae).

Liszajec.

(Impetigo).

Odróżniamy dwa typy liszajców.

Liszajec pospolity — *impetigo vulgaris* s. *contagiosa* (Tilbury Fox) — jest pochodzenia paciorkowcowego. Występuje on jako odrębne i pierwotne schorzenie skóry, częstokroć w postaci nagminnej.

Liszajec Bockhart'a pochodzi z zakażenia gronkowcem. Bywa on częstym towarzyszem różnych swędzących chorób skóry (pryszczycyca, świerzbiączka, świerzba i t. d.). Ma to do siebie, iż lubi umiejscawiać się w wylotach mieszków włosowych, skąd gronkowce zwykły przenikać w głąb narządu włosowo-gruczołowego.

Liszajec pospolity.

(*Impetigo vulgaris* — Unna s. *contagiosa* — Tilbury Fox s. *parasitaria* — Kaposi s. *figurata* — Willan s. *vera* — Brocq s. *streptogenes*).

Objawy. — Na skórze pozornie zupełnie zdrowej lub też w obrębie niewielkich plam rumieniowych nagle tworzą się pęcherzyki i pęcherze wielkości lepka szpilki do ziarna grochu a nawet większe. Pęcherzyki posiadają bardzo ciekłą i rzadką przezroczystą zawartość, która jednak bardzo prędko ulega serwatkowatemu zmętnieniu. Po 2—3 dniach pęcherze zasychają lub — co częściej — pękają. Wyciekający płyn szybko krzepnie tworząc grube lubo kruche strupy barwy miodu (*Melitagra-Alibert*) albo też barwy słomkowo-, złoto- i brudnożółtej. Po ich usunięciu widać żywoczerwoną gładką i wilgotną powierzchnię. Dokoła strupków niekiedy występuje wązki zapalny obrąbek, a sąsiednie gruczoły chłonne mogą ulec obrzmieniu. Czasami bywa niewielkie swędzenie i pieczenie.

Po 8—10 dniach strupy odpadają, pozostawiając czerwoną lub czerwonosinawą gładką i niełuszczącą się plamkę, która następnie ginie bez śladu. Blizny liszajec nie powoduje.

Liszajce występują w postaci rozsianej (*impetigo sparsa*) albo układają się w gromady, zlewające się na większych przestrzeniach (*impetigo figurata et conferta*). W przypadku rozwiniętym można zawsze spostrzec wykwit w różnych okresach rozwoju. W przestrzeniach pomiędzy liszajcami skóra jest zupełnie prawidłowa.

Ze obok typowych wykwitów liszajcowych występować też mogą postaci poronne o wyglądzie blaszek łupieżu białego, o tem wspomniałem już wyżej (patrz grzybica naskórkowa Unna'y).

Ulubionem umiejscowieniem liszajca jest twarz (zwłaszcza okolica ust i nosa oraz policzki), szyja, kark, ręce i nogi. Zajęte bywają też broda i uwłosiona skóra głowy. Schorzeniu najczęściej ulegają dzieci i u nich też można spostrzegać nagminne występowanie liszajca. U dzieci starszych i u osób dorosłych liczba wykwitów zazwyczaj bywa mniejsza, a wygląd poszczególnych tworów niekiedy bywa nieco odmienny. Powstają mianowicie duże, miękkie i płaskie pęcherze o ropnej zawartości, których część środkowa przekształca się w strup, podczas gdy obwodowa szerzy się w sposób pełzający. Po odpadnięciu strupa pozostaje pęcherz obrączkowaty, który później zasycha w strup obrączkowaty. Pod strupem skóra jest czerwona, gładka i wilgotna, jak w każdym liszajcu. Zamiast wykwitów obrączkowatych widzimy niekiedy łukowate, wskutek zaś połączenia się jednych i drugich tworzą się figury kręte o zarysach geograficznych (pospolity liszajec obrączkowaty) — *impetigo contagiosa circinata*).

W umiejscowieniu na kończynach, a zwłaszcza na dolnych częstokroć spotykamy się z niesztowicami (*ecthyma*) obok zwykłych wykwitów liszajca pospolitego. Niesztowice są następstwem zakażenia mieszanego paciorkowcowo-gronkowcowego i zjawiają się głównie u ludzi mało obeznanym z dobrodziejstwami wody i mydła. Sprawę zapoczątkowuje krosta, siedząca na czerwonej, naciezionej podstawie. Po kilku dniach krosta zasycha w gruby żółtobrunatny lub ciemnobrunatny strup, otoczony naskórkiem, podminowanym przez ropę, a następnie żywoczerwoną zapalną obwódką. Po usunięciu strupa widać okrągłe, owalne lub bardziej nieprawidłowego kształtu owrzodzenie o brzegach nieraz dosyć ostro ściętych i o dnie, pokrytem szarą ziarniną i brudną ropną wydzieliną. Owrzodzenie może dotyczyć tylko warstwy brodawko-

wej albo też bardziej głębokich pokładów skóry. Wynika stąd, że po niesztowicach zawsze muszą pozostawać blizny.

Dodać należy, że niesztowice nieraz bywają punktem wyjścia dla uporczywych wrzodów podudzia.

B u d o w a. W liszajcu pospolitym pęcherz mieści się śródna-skórkowo, pomiędzy warstwą rogową i ziarnistą. Zawartość składa się z płynu surowiczego, leukocytów, komórek naskórkowych, włókniaka oraz ziarenkowców. Warstwa Malpighi'ego znajduje się w stanie obrzęku śród- i międzykomórkowego. Widać w niej komórki wędrujące. W pokładach górnych skóry właściwej można stwierdzić objawy ostrego zapalenia.

Za przyczynę schorzenia uważamy paciorkowca, którego siedliskiem i miejscem bujania jest naskórek. Liszajec daje się przeszczepić z miejsca na miejsce u danego osobnika i łatwo się przenosi z jednej osoby na drugą. W łączności z tem nieraz spostrzegamy nagminne występowanie liszajca pospolitego w szkołach, ochronkach, internatach, rodzinach.

Rozpoznanie ma za podstawę stwierdzenie obecności wyżej podanych cech klinicznych, z których za najważniejsze uważamy: twór pęcherzowy, strup złocistożółty koloru miodu, przeszczepialność oraz typowe umiejscowienie. Pęcherzyki pryszczycowe zazwyczaj bywają mniejsze i twardsze, zebrane w blisko siebie ułożone gromady. Ich dalszy rozwój, skłonność do sączenia skóry na znacznych przestrzeniach, wielopostaciowość osutki, silne swędzenie i brak zaszczepliwości dostatecznie różnią pryszczycę pospolitą od liszajca. W przypadkach pryszczycy pęcherzykowej, powikłanej przez liszajce, należy mieć na względzie okoliczność, że liszajec szybko ustępuje przy odpowiednim leczeniu, podczas gdy rozwój pryszczycy trwa w dalszym ciągu.

W ospie wietrznej osutka występuje w postaci rozsianej nie tylko na twarzy, lecz również na tułowiu. Wykwity bywają naogół drobniejsze, zdradzają stosunkowo mniejszą skłonność do ropienia, a jednak otoczone bywają daleko wyraźniejszą i szerszą obwódką zapalną. Ciepłota ciała bywa podniesiona.

W osutce syfilitycznej krostkowo-strupkowej twarzy (syphilis pustulo-crustosa) strupy mają barwę brunatną, są bardziej suche, twarde i mocniej przylegają. Pod nimi widać owrzodzenie, pokryte sadłowatym nalotem. Dokoła strupa, względnie owrzodzenia skóra jest nacieczona i barwy ciemnoczerwonej, miedzianoczerwonej. W wątpliwym przypadku, a zwłaszcza w obrączkowatym ułożeniu wykwitów rozstrzygać będzie dalszy przebieg sprawy cho-

robowej, obecność innych objawów przymiotu, odczyn Bordet-Wassermann'a.

Rokowanie jest zupełnie pomyślne.

Leczenie liszajca pospolitego jest bardzo niezłożone i należy do wdzięcznych zadań lekarza. Polega ono na rozmiękczeniu i usunięciu strupów oraz na zastosowaniu maści z zawartością środków przeciwnilnych. W celu usunięcia strupów zalecamy maść salicylowo-borną (2—3 : 5—10%), za której pomocą można osiągnąć zupełne i szybkie wyleczenie w bardzo wielu razach. W przypadkach bardziej uporczywych nadaje się maść z chlorkiem rtęciowo-amonowym 2—5% (hydrarg. ppt. alb.) albo też cynobrowo-siarkowa (1 : 10%). Pierwsza jest szczególnie odpowiednia w umiejscowieniu liszajca na uwłosionej skórze głowy, a zwłaszcza w obecności wszawicy. Należy opatrywać dwa razy dziennie. Zdrowe przestrzzenie skóry pomiędzy ogniskami liszajcowymi zaleca się wycierać wódką sublimatową, resorcynową lub salicylową. Mycie wodą i mydłem nie jest przeciwwskazane. W liszajcu, umiejscowionym na kończynach, doradzamy codziennie kąpiele z sublimatem lub nadmanganianem potasu.

Niedotykanie miejsc chorych, czystość, częste mycie rąk, częsta zmiana bielizny, pościeli, ręcznika i dokładny opatrunek zabezpieczają chorego od przenoszenia się liszajca z miejsca na miejsce. Otoczenie uchroni się od zarazy przez przestrzeganie ogólnych zasad czystości, unikanie pocałunków, wspólnego łóżka, ręcznika i t. p. Zabrukana bieliznę należy wyjałowić.

Liszajec pospolity czyli pęcherzowy noworodków. Pęcherzyca noworodków.

(Impetigo contagiosa s. bullosa neonatorum. — Pemphigus neonatorum. — Pemphigus contagiosus. — Pemphigoid).

Pod odmienną postacią przebiega liszajec pospolity noworodków. Wielka skłonność osesków do spraw wysiękowych oraz pewne właściwości anatomiczne skóry widocznie sprawiają, że powstające wykwity posiadają kształt pęcherzy.

Objawy. — Choroba rozpoczyna się bez zwiastunów w 1—2 tygodniu życia, najczęściej jednak ku końcowi tygodnia pierwszego. Na skórze niezmienionej lub też na tle plamki rumieniowej zjawiają się nieprawidłowo rozsiane pęcherze wielkości ziarna grochu, orzecha laskowego a nawet włoskiego. Ich kształt jest okrągły lub owalny, pokrywa cienka, zawartość mętawa, serwatkowata,

rzadziej zupełnie przezroczysta. Mniejsze pęcherze są twarde i napięte, większe zazwyczaj bywają wiotkie. Częstokroć otacza je wązki obrąbek zapalny. Po pewnym czasie pęcherze pękają, pozostawiając okrągłą, czerwoną, wilgotną nadżerkę, która szybko pokrywa się naskórkiem.

Choroba rozwija się napadowo. Liczba pęcherzy bywa bardzo rozmaita — od kilku do kilkudziesięciu. Typowości w umiejscowieniu nie ma. Najczęściej i najobficiej bywa zajęty tułów, potem twarz, szyja, okolice pachwinowe, kończyny.

Przebieg najczęściej bywa bezgorączkowy, a stan ogólny względnie pomyślny. Nieznaczne podniesienie ciepłoty spostrzegamy tylko przy wybuchu świeżych pęcherzy. Cała sprawa zazwyczaj kończy się w ciągu 2—3 tygodni i tylko w częstych napadach zaciąga się na 5—6 tygodni.

Obok tej łagodnej postaci liszajca pospolitego noworodków należy jeszcze odróżniać postać ciężką, złośliwą, przebiegającą przy objawach posocznicy lub posocznioropnicy. Taki obrót może przyjąć sprawa głównie u dzieci słabych, niedorozwiniętych, chorych i to nawet wówczas, gdy pęcherze posiadają zwykły typowy wygląd. W większości przypadków zmiany skóry mają jednak inny wygląd kliniczny. Pęcherze są duże, wiotkie, bardziej nieprawidłowego kształtu i po pęknięciu powiększają się w sposób pełzający. W innych znowu miejscach naskórek oddziela się na mniejszych lub większych przestrzeniach (epidermolysis) zupełnie tak, jak w złośliwych postaciach pęcherzycy pospolitej lub jak w pęcherzycy złuszczonej. Tego rodzaju spostrzeżenia należy oceniać jako przejście od liszajca pospolitego noworodków do złuszczonego zapalenia skóry typu Ritter'a (patrz niżej). Zejście najczęściej bywa śmiertelne.

Nadmienić jeszcze muszę, że w niektórych przypadkach złośliwej postaci z pęcherzami o wyglądzie zwykłym bywa częstokroć trudno przeprowadzić ścisłą granicę pomiędzy liszajcem pospolitym a pęcherzycą ostrą. Nie łatwo bowiem rozstrzygnąć w każdym spostrzeżeniu, czy mamy do czynienia z pierwotnym schorzeniem skóry i wtórnym zakażeniem posoczniczem, czy też z ogólną chorobą zakaźną o charakterze posocznicy, w której przebiegu wystąpiła osutka pęcherzowa, jako zjawisko wtórne.

Budowa anatomiczna pęcherzy jest zupełnie taka, jak w liszajcu pospolitym.

Pod względem przyczynowym nie ma zasadniczej różnicy pomiędzy pęcherzycą noworodków a liszajcem pospolitym. W pę-

cherzach stwierdzono obecność paciorkowców oraz gronkowców. Cierpienie częstokroć występuje nagminnie (w zakładach położni-
czych, w domach dla podrzutków). Najczęściej przenosi zarazę per-
sonel zakładowy (akuszerki, mamki, niańki). Przy przeszczepianiu
pęcherzycy noworodków na dorosłych tworzą się zwykle wykwyty
liszajca pospolitego. Przeciwnie, liszajec pospolity, przeniesiony
na noworodka, powoduje powstawanie pęcherzy (Leiner, Knöpfel-
macher).

Rozpoznanie różnicowe winno mieć na względzie głównie
t. zw. pęcherzycę syfilityczną (*pemphigus syphiliticus*). Za przymio-
tem przemawia: umiejscowienie na dłoniach i podeszwach, nacie-
czenie oraz czerwono-brunatnawe zabarwienie obrąbka i podstawy
pęcherza, jego ropna zawartość a wreszcie obecność innych obja-
wów przymiotu na skórze i błonach śluzowych.

Leczenie postaci łagodnych jest takie same w ogólnych za-
rysach, jak liszajca pospolitego. Najczęściej zalecam kąpiele z nad-
manganianem potasowym albo sublimatowe — co dzień lub co dru-
gi dzień — oraz opatrunki 3% maścią borną na waseline, niekiedy
z dodaniem 3—5% tlenku cynkowego. Przypadki pęcherzycy złośli-
wej noworodków należy leczyć wedle zasad, wskazanych w złuszcza-
jącem zapaleniu skóry Ritter'a.

Złuszcające zapalenie skóry noworodków — Ritter.

(*Dermatitis exfoliativa neonatorum — Ritter*).

Złuszcające zapalenie skóry noworodków uważamy za odmia-
nę złośliwej postaci pęcherzycy noworodków, a mianowicie za jej
postać najcięższą z punktu widzenia dermatologicznego (Leiner,
Knöpfelmacher). Można powiedzieć, że pomiędzy łagodną posta-
cią pęcherzycy noworodków a złuszcającym zapaleniem skóry
zachodzą takie analogie kliniczne, jak pomiędzy pęcherzycą pospo-
litą i pęcherzycą złuszcającą. Postać złośliwa pęcherzycy nowo-
rodków jest mostem, łączącym chorobę Ritter'a z liszajcem pęche-
rzowym.

W złuszcającym zapaleniu skóry noworodków dominującymi
objawami są zjawiska zapalenia skóry i oddzielania się naskórka
(*epidermolysis*), podczas gdy wytwarzanie pęcherzy ustępuje na
plan dalszy.

Objawy. — Początek choroby przypada na koniec pierwsze-
go lub na drugi tydzień, rzadziej później. Zdaje się, że 5-ty tydzień
należy uważać za termin prekluzyjny dla rozwoju tej choroby.
W przypadkach typowych sprawa rozpoczyna się na twarzy, w oko-

licy kątów ust lub poniżej wargi dolnej, a tylko wyjątkowo w innych miejscach (brzuch — Litten, narządy płciowe — Sorgente). Pierwsze zmiany polegają na żywoczerwonym zabarwieniu skóry, które się stopniowo rozpościera na całą powierzchnię ciała i swym wyglądem do pewnego stopnia przypomina różę (stąd pierwotna nazwa *Dermatitis erysipelatos* Ritter von Rittershayn, 1870 r.). W dalszym przebiegu skóra staje się ciemnoczerwona, zgrubiała i obrzmiała, naskórek jest obrzmiały i rozpułchniony, jakby wmiękły wskutek długotrwałego okładu wilgotnego. Łączność pomiędzy naskórkiem a skórą niebawem ulega przerwie, naskórek wzdyma się pęcherzowato i zaczyna się oddzielać dużymi płatami (*epidermolysis*). Obnażona skóra miejscami sączy i pokrywa się strupami, miejscami wysycha, nabiera wyglądu pergaminowej i zabarwia się na kolor czerwobrunatny. Na tych przestrzeniach widać duże, grube, suche łuski i płaty naskórkowe luźno ze sobą powiązane i nieraz pokrywające skórę w kształcie pancerza. Włosy częstokroć wypadają a paznokcie mogą się oddzielić wraz z płatami, pokrywającymi palce. W zgięciach stawowych tworzą się bolesne pękania. Wargi ust są obrzmiałe. Na śluzówce jamy ustnej powstają nadżerki, pokryte szarobiaławym nalotem. Rogówki mętnieją. W przypadkach niepowikłanych ciepłota ciała częstokroć bywa normalna. W wielu jednak razach spostrzegamy gorączkę o typie nieprawidłowym.

Przebieg układu się rozmaicie. Niekiedy choroba czyni bardzo szybkie postępy tak, że w ciągu 1—2 dni rozpościera się na całą powierzchnię ciała, powodując rozległe oddzielanie się naskórka. Dziecko wygląda jak oparzone. Ginie ono po kilku dniach. W innych razach rozwój bywa o wiele powolniejszy. Najwyższe natężenie sprawy chorobowej trwa 1—2 tygodnie, poczem skóra blednie i poczyną się łuszczyć tak, jak w pęcherzycy złuszczonej, a powrót do zdrowia następuje stopniowo. Śmiertelność jest jednak bardzo znaczna, gdyż wynosi 50%. Do powikłań należą nieżyty kiszek, zapalenie płuc, ropowica, zgorzel.

Dodać jeszcze trzeba, że w niektórych typowych spostrzeżeniach choroby Ritter'a zmiany skóry ujawniają się pierwotnie nie jako rozlane zaczerwienienie, lecz występują pod postacią osutki pęcherzowej zupełnie tak, jak w pęcherzycy noworodków. Zaczerwienienie skóry rozwija się dopiero wtórnie (A. Brandweiner).

Z objawozbioru Ritter'a usiłuje Leiner (1907) wyodrębnić obraz kliniczny, spostrzegany tylko u osesków w końcu pierwszego lub w ciągu drugiego miesiąca życia. Zmiany polegają nie na pęcherzowatym oddzielaniu się

naskórka, lecz na połączeniu rozlanej złuszczonej erythrodermii tułowia z naskórkową grzybicą łojotokową twarzy i głowy (erythrodermia desquamativa Leiner). Ponieważ przyczyny tego schorzenia nie są jeszcze ostatecznie rozpoznane, trudno dziś orzec, w jakiej właściwie grupie należy umieścić chorobę Leiner'a. Można przypuścić, że jest to poronna postać złuszczonego zapalenia skóry typu Ritter'a, powikłana przez grzybicę łojotokową. Można jednak również mniemać, że jest to naskórkowa grzybica łojotokowa, powikłana przez erythrodermię pochodzenia toksycznego. Jeżeli zważymy, że choroba Ritter'a i grzybica naskórkowa są widocznie pochodzenia pasorzytniczego i że w obu razach wchodzi w grę prawdopodobnie gronkowce i paciorkowce, to staje się rzeczą zrozumiałą, że mogą istnieć takie schorzenia skóry, które wykazują punkty styczności z jedną i z drugą grupą. Być może, że do takich schorzeń należy zespół objawów Leiner'a (porównaj też grzybica naskórkowa Unna'y rozdz. XIII).

Histologicznie sprawa polega na ostrem zapaleniu warstwy brodawkowej i górnych pokładów skóry właściwej. Naskórek ulega zmianom wtórnym. Stwierdzamy w nim zjawiska obrzęku, obecność komórek wędrujących, rozrost warstwy kolczastej, objawy wadliwego rogowacenia (parakeratosis). Powstające pęcherze mieszczą się śródskórkowo.

Przyczyny. — Jak to już wyżej zaznaczono, uważamy złuszczone zapalenie skóry Ritter'a za odmianę pęcherzycy noworodków, a mianowicie za jej postać najzłośliwszą. Za tem przemawia występowanie nagminne a także okoliczność, że niektóre przypadki choroby Ritter'a rozpoczynają się jako osutki pęcherzowe i że istnieje cały szereg klinicznych obrazów przejściowych pomiędzy pęcherzycą noworodków a złuszczone zapaleniem skóry. Ważnym jest również fakt, że w czasie epidemii można spostrzegać współrzędne występowanie pęcherzycy noworodków i choroby Ritter'a

Badania bakterjologiczne jeszcze nie doprowadziły do wyników ostatecznych, rozstrzygających. Najczęściej znajdowano gronkowce w pęcherzach (Leiner), we krwi (Winter), w skórze (Hausteen). Poszukiwania Finkelstein'a wypadły jednak zupełnie ujemnie i to w 2 bardzo ciężkich i śmiertelnych przypadkach. Poza tem nie należy zapominać, że w powstawaniu objawozbioru Ritter'a mogą jeszcze współdziałać czynniki toksyczne (Luithlen).

Rozpoznanie przypadków typowych nie nastęrcza większych trudności. W wyjątkowych razach mogą zachodzić kwestje co do róży lub oparzenia.

Leczenie. — W pierwszym rzędzie należy zwrócić uwagę na prawidłowe odżywianie i zabezpieczyć chorego od utraty ciepła. Pokój winien być dobrze ogrzewany, po opatrunku zaś należy niemowlę zawinąć w watę, którą przytrzymuje się na miejscu za pomocą nieściśle przylegających opasek. — Przestrzeganie czystości!

W pierwszych okresach choroby do opatrunków najbardziej nadaje się 2—3% maść borna, zmieniana dwa razy dziennie. Okładów unikam, a w razie koniecznej potrzeby stosuję je tylko na niewielkich przestrzeniach (pachwiny, okolica odbytu). W tym okresie również radzę wstrzymywać się od kąpeli, które częstokroć pogarszają sprawę. Po ustąpieniu ostrych zapalnych objawów, gdy skóra zblednie i poczyna się łuszczyć, przechodzę do maści Wilson'a. Do niej stopniowo dodaje tiolu lub ichtyolu 1—2—3%, a w razie potrzeby stosuję pasty. W tym też czasie są wskazane kąpiele z krochmalem, otrębami, odwarem kory dębowej lub z nadmanganianem potasu.

Należy zwracać baczną uwagę na stan ogólny małych pacjentów i leczyć wszelkie powikłania i przyłączające się choroby.

Grudkowy rumień po-nadżerkowy niemowląt. — Choroba Parrot'a.

(Erythème papuleux fessier post-érosive — Jacquet. — Erythème syphiloïde postérosive Jacquet — Sevestre. — Erythema gluteale. — Dermatitis posterosiva papulosa).

Okolica pośladkowa niemowląt bywa często siedliskiem zapalnych zmian skóry wskutek podrażnienia wydzielinami, które pozostają z nią zbyt długo w dotknięciu. Do cierpień tej kategorii należy grudkowy rumień po-nadżerkowy, po raz pierwszy szczegółowo opisany przez Parrot'a (1887), a następnie opracowany przez Jacquet'a, Sevestre'a, Menahem-Hodaras'a, J. Brudzińskiego (1900) i innych.

O b j a w y. — Wysypka mieści się głównie na pośladkach, może się jednak rozprzestrzenić na okolicę odbytu, krocze, okolicę płciową, uda oraz na powierzchnię tylną i wewnętrzną podudzi. Powstają rozsiane drobne pęcherzyki, które niebawem pękają i przekształcają się w nadżerki o czerwonym, niekiedy krwawiącym dnie. Wskutek zapalnego nacieczenia tworzą się następnie w miejscu nadżerek dosyć twarde i nieco przyplaszczone okrągłe grudki, gładkie i błyszczące, nieraz wilgotnawe, barwy ciemnoczerwonej, czerwonosinawej, czerwono-brunatnawej. Ich wielkość waha się od łepka szpilki do ziarna soczewicy. rzadziej grochu. Dokoła nich naskórek częstokroć bywa promienisto pomarszczony.

Liczba grudek bywa nader zmienna. Najczęściej występują one w postaci rozsianej, o wiele zaś rzadziej układają się w wykwity łukowate a nawet obrączkowate — na podobieństwo osutek syfility-

czynnych. Skóra pomiędzy grudkami może być zupełnie prawidłowa albo też mniej lub więcej zaczerwieniona i nacentkowana brunatnymi plamkami.

Gruczoły pachwinowe nie ulegają obrzmieniu.

Przyczyny. — Powstawaniu schorzenia widocznie sprzyja długie zetknięcie się skóry z wydzielinami (kał, mocza), posiadającymi w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt szczególne własności drażniące i żrące (stolce płynne, mocno kwaśne). Za bezpośrednią przyczynę choroby niektórzy badacze uważają paciorkowcowe zakażenie skóry (Sabouraud, Brocq).

Rozpoznanie grudkowego rumienia po-nadżerkowego bynajmniej nie jest łatwe. Najczęstszym źródłem omyłek bywa przymiot. Wynika to z wielkiego podobieństwa grudek po-nadżerkowych do wykwitów syfilitycznych oraz z okoliczności, iż w niektórych razach układają się one w twory łukowate i obrączkowate. Za chorobą Parrot'a przemawia ustalenie faktu, że grudki tworzą się z nadżerek popęcherzykowych, następnie obecność okołogrudkowego pomarszczenia promienistego, brak wykwitów na dnie głębokich fałd skóry, brak dużych zlewających się grudek, ułożonych bezpośrednio dokoła odbytu, a wreszcie dosyć typowe umiejscowienie wysypki.

W wątpliwych przypadkach należy bacznie szukać potwierdzających i przekonywujących objawów przymiotu (zmiany skóry w innych miejscach ciała, błona śluzowa ust, sępka, powiększenie śledziony i t. d.), a w razie potrzeby wykonać próbę Bordet-Wassermann'a.

Leczenie. — Pierwszem i najważniejszym wskazaniem jest leczenie zaburzeń żołądkowo-kiszczowych oraz drobiazgowo przestrzeganie czystości. Pod wpływem tych zarządzeń wysypka nieraz ginie w bardzo krótkim czasie. Miejscowo zalecamy obmywanie roztworem kwasu bornego, naparem rumianku z kwasem bornym, dwutlenkiem wodoru, a następnie zasypywanie pudrem (łojek, tlenek cynkowy). Doskonale działa następująca zawiesina:

Zinci oxydat.
 Talci venet.
 Glycerini opt. $\hat{a}\hat{a}$ 25,00
 Spir. vini rectific.
 Aq. destill. $\hat{a}\hat{a}$ 12,50
 M. D. S.

Nadżerki należy uprzednio posmarować 2—3% roztworem azotanu srebra. W razie współistnienia rozlanego rumienia stosujemy pasty cynkowe.

Liszajec krostkowy czyli gronkowcowy Bockhart'a.

(*Impetigo staphylogenes* — Bockhart).

Liszajec typu Bockhart'a powstaje wskutek zakażenia skóry gronkowcem i tem się głównie znamionuje, że punktem jego wyjścia zazwyczaj bywa torebka włosowa.

O b j a w y. U wylotu mieszka włosowego, dokoła włosa powstaje na niewielkiej przestrzeni zaczerwienienie i nieznaczny obrzęk skóry, któremu towarzyszy uczucie gorąca, napięcia oraz ból, silniej wyrażony przy ruchach i dotykaniu. W środku tej czerwonej plamki wkrótce tworzy się żółta kropka (śródnaskórkowy zbiornik ropy), który stopniowo się powiększa tak, że w ciągu 2—3 dni wykwi sięga pełni rozwoju. Wtedy widzimy żółtą lub żółtozielonkawą krostę okołomieszkową wielkości łepka szpilki do soczewicy, wzniesioną półkulisto ponad powierzchnię skóry i okalającą włos w miejscach gęściej uwłosionych. Dokoła krosty skóra jest barwy żywoczerwonej, nieco obrzękła i nacieczona. Zaczerwienienie skóry stopniowo przechodzi w normalny kolor otoczenia (*folliculitis superficialis*). Po pewnym czasie krostka zasycha w gruby żółtawy strup, po którego odpadnięciu pozostaje dosyć długo trwająca czerwona i niekiedy słabo złuszczonej się plamka. Blizny niema.

Tylko w tych razach, gdy ropienie sięga w głąb, wzdłuż torebki włosowej i przechodzi za otaczającą tkankę łączną skóry, sprawa może się skończyć wytworzeniem drobnej bliznki (*folliculitis profunda*). Mamy wtedy do czynienia z okołomieszkową grudką, uwięzioną krostką. Takie wykwy spostrzegamy n. p. w figówce pospolitej.

Liszajec Bockhart'a występuje w postaci rozsianej i skupionej na powierzchniach skóry uwłosionych i niewłosionych. Zdradza jednak szczególną predylekcję do miejsc obficie pokrytych włosami.

A n a t o m i c z n i e jest to ropień śródnaskórkowy, który między innymi tem się różni od liszajca pospolitego Tilbury Fox'a, że towarzyszą mu o wiele znaczniejsze zjawiska ostrozapalne (przekrwienie, obrzęk, nacieczenie warstwy brodawkowej skóry, ból).

Sprawa **p o w s t a j e** wskutek zakażenia skóry złocistym gronkowcem ropotwórczym i może być wywołana doświadczalnie (Bockhart, Sabouraud). Zaszczepieniu zarazka sprzyjają wszelkie uszko-

dzienia naskórka — mechaniczne, chemiczne i in., n. p. uraz, ukłucie, podrapanie, pęknięcie, okłady, zabiegi wodolecznicze, mięsienie, wreszcie bardzo wiele leków (terpentyna, dziegieć, olejek krotonowy, szara maść rtęciowa, plastry). Jako powikłanie spostrzegamy te liszajce w przebiegu wielu swędzących chorób skóry, a zwłaszcza w pryszczycy, świerzbic, świerzbie, wszawicy a także w zapaleniu skóry pochodzenia zawodowego, n. p. u praczek, mularzy, malarzy, piekarzy i t. d. Zdaje się też, że podatnym podłożem dla zakażenia gronkowcowego jest skóra osobników dnawych, cierpiących na cukrzycę, zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe i t. p.

Rozpoznanie liszajca gronkowcowego Bockhart'a zazwyczaj nie nastęca większych trudności. Przy różnicowaniu z pryszczycą, powikłaną przez liszajce, trzeba mieć na względzie okoliczność, że liszajcowi w jego postaci nieskażonej nie towarzyszą żadne objawy pryszczycy i że skóra pomiędzy poszczególnymi wykwitami jest zupełnie prawidłowa. Nie należy jednak zapominać, że liszajec gronkowcowy bywa bardzo często punktem wyjścia dla grzybicy naskórkowej Unna'y, która znowu może ulec wtórnemu spryszczeniu.

W krostkowej osutce syfilitycznej strupy zazwyczaj bywają ciemnoszarawe, szarobrunatnawe, obrąbek posiada barwę ciemnoczerwoną i czerwobrunatną, sama zaś osutka oznacza się szczególną wielopostaciowością. Poza to można jeszcze wykryć inne objawy zakażenia przymiotowego.

Leczenie. — W postaci skupionej liszajca krostkowego zalecamy kompresy z 3% kwasu bornego, sublimatu $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{30}$ % zwłaszcza zaś z 2—3% resorcyny. Okłady stosujemy po uprzednim nakłuciu krost oraz krótkim ostrzyżeniu włosów. Gdy ropienie się zmniejszy a ostre zapalne objawy poczynają ustępować, przechodzimy do 10% pasty siarkowej Unna'y. W miarę potrzeby dodajemy do niej kw. salicylowego 1—2%, rezorcyny 2—3%, cynobru 1—2% kamfory 2—3%.

Hydrargyr. sulfurat. rubr. 0,15—0,30
 (Resorcini resublimat. 0,30—0,45)
 Past. Zinci sulfurat. (Unna) 15,00
 M. f. past.

Należy smarować rano i wieczorem po uprzednim wytarciu chorego miejsca wódką salicylową lub resorcynową 1—2%.

W postaci rozsianej są wskazane kąpiele z nadmanganianem potasowym, sublimatowe, siarkowe — co dzień lub co drugi dzień. Miejscowo stosujemy wyż. podane maści lub też zawiesiny.

Hydrarg. sulfurat. rubr. 1,00—2,00
 Sulfur. ppt. 10,00
 Talci venet.
 Zinci oxydat. \widehat{aa} 15,00
 Glycerini pur.
 Spir. vini rectific. \widehat{aa} 30,00
 M. D. S.

W przypadkach uporczywych należy bezwarunkowo przeprowadzić leczenie szczepionką gronkowcową (najstosowniej z własnego szczepu), przy bezustannych zaś nawrotach na głowie, brodzie lub karku można w ostatecznym razie zwrócić się jeszcze do rentgenoterapii (epilacja).

Leczenie wewnętrzne wynika z wskazań, których dostarcza dokładne zbadanie chorego.

Czyrak. — Wrzodzianka.

(Furunculus).

Czyraka łączą z liszajcem gronkowcowym bardzo blizkie więzy pokrewieństwa. Obie postaci kliniczne częstokroć występują współcześnie i wiążą się ze sobą za pomocą szeregu tworów przejściowych.

Objawy. — Dokoła mieszka włosowego powstaje niewielki, żywoczerwony twardy, nieco wzniesiony a bolesny naciek, w którego środku częstokroć można zauważyć sterczący włos. W ciągu następnych 3—5 dni naciek stopniowo się wzmacnia, staje się rozleglejszy i boleśniejszy, a otaczające tkanki ulegają obrzękowi. Ciężkość ciała jest podniesiona. Sąsiednie gruczoły chłonne ulegają bolesnemu obrzękowi.

Rozwinięty czyrak ma kształt płaskiego guza stożkowatego, wielkości od wiśni do talara. W jego obrębie skóra jest twarda, gładka, lśniąca, barwy czerwonosinawej. 4—5-go dnia na szczycie czyraka pokazuje się krostka, której pokrywa wkrótce pęka. Po wydzieleniu się ropnej zawartości spostrzegamy na dnie krostki białożółtawy czop martwicowy, otoczony ropną cieczą. Po 2—3 dobach czop się wydziela, a pozostająca w skórze jamka wypełnia

się ziarniną i zabliznia. Świeża blizna posiada kolor czerwono-siwy. Z biegiem czasu blednie ona i wreszcie staje się biała albo też słabo zabarwiona.

Nie każdy czyrak przechodzi wszystkie wyż. podane okresy rozwoju. W wielu razach wcale nie dochodzi do ropienia i martwicy, lecz cała sprawa ogranicza się do bolesnego nacieku, który następnie ulega wolnemu wessaniu. Są to postaci poronne.

Wskutek połączenia się kilku czyraków, albo też wskutek wytwarzania się kilku czopów martwicowych w jednym olbrzymim czyraku powstaje t. zw. antraks (antrax). Szczegółowe omówienie tych tworów, ich przebieg, powikłania i leczenie należy już do dziedziny chirurgji.

Czyraki mogą się zjawiać w dowolnym punkcie powierzchni skóry. Są jednak miejsca, gdzie powstawanie tych tworów zwykłym spostrzegać stosunkowo częściej i co widocznie przypisać trzeba szczególnym warunkom miejscowym, sprzyjającym gronkowcowemu zakażeniu skóry. Do takich miejsc należą: kark, plecy, pachy, twarz, ręce, okolica odbytu, okolica narządów płciowych — zwłaszcza u kobiet, wreszcie kończyny dolne. Szczególnie niedobłą sławą cieszą się czyraki policzków i wargi górnej, którym zwykł towarzyszyć duży obrzęk oraz obfite nacieczenie tkanek. Zakrzepowe zapalenie żył, wikłające tę sprawę, może spowodować zapalenie opon mózgowych, zakażenie ogólne a wreszcie zejście śmiertelne.

Liczba czyraków bywa bardzo rozmaita w każdym poszczególnem spostrzeżeniu. Czasem powstaje tylko jeden egzemplarz i na tem sprawa się kończy. Częstokroć jednak pierwszy czyrak bywa punktem wyjścia dla całego szeregu przeszczepów, które mogą zajmować daną okolice ciała albo też zdradzać skłonność do dalszego rozprzestrzeniania. Obok typowych czyraków widzujemy wówczas liszajce oraz twory przejściowe, powstałe wskutek głębszego zapalenia mieszka włosowego, w których nie dochodzi jednak do martwicy i wytwarzania czopa (folliculitides). W innych znowu razach czyraki odrazu występują w liczbie mnogiej i w postaci rozsianej. Rozwój sprawy odbywa się wtedy napadami, które mogą występować podchodnie albo też w krótszych lub dłuższych przerwach jeden po drugim. Cierpienie zaciąga się zatem na miesiące i lata, nie zdradzając widocznej skłonności do wyleczenia. Mówimy wtedy o **czyraczności** (furunculosis), która najczęściej utrwała się na tle stanów przewlekłego samozatrucia.

Budowa i przyczyny. — Czyrak tworzy się wskutek wtargnięcia gronkowca złocistego do głębszych odcinków mieszka włosowego, względnie gruczołu łojowego. Powstające stąd ostre zapalenie tych narządów skóry (folliculitis) niebawem przechodzi na otaczającą tkankę łączną (perifolliculitis) i nieraz sięga bardzo daleko od pierwotnego punktu wyjścia. Drobnokomórkowe nacieczenie schorzałych tkanek zazwyczaj bywa bardzo gęste a obrzęk znaczny. Sprawa kończy się martwicą części środkowej ogniska (t. zw. czop), poczem obumarła tkanka stopniowo się wydziela drogą wyropienia.

Zewnętrzne i wewnętrzne czynniki, sprzyjające powstawaniu czyraków, są w ogólnych zarysach takie same, jakie podano dla liszajca gronkowcowego Bockhart'a. Zwłaszcza pamiętać należy o cukrzycy, która tak często stanowi doskonałe podłoże dla rozwoju uporczywej czyraczności.

Odmiany. — Prócz zwykłych czyraków o wyż. podanym wyglądzie i właściwościach, spotykamy się jeszcze z ich odmianą kliniczną, polegającą na występowaniu podskórnych nacieków, guzów, ropni. Są to t. zw. czyraki kryptogenetyczne. Ich anatomicznym punktem wyjścia jest gruczoł potowy i tkanka podskórna. Widocznie powstają one wówczas, gdy gronkowiec odrazu przedostaje się do tkanki podskórnej poprzez gruczoł potowy.

Tę odmianę widzimy u dorosłych w okolicy pachowej. W tkance podskórnej tworzą się nieostro odgraniczone, bolesne nacieki guzowate, które się następnie uwypuklają i mięknią (chelbotanie), a pokrywająca skóra staje się cienka, ciemno- i sinoczerwona (Hydrocystadenitis s. Hydrosadenitis suppurativa). Mniej więcej po 8 dniach ropień pęka, a przez stosunkowo niewielki otwór wydziela się dosyć rzadka ciecz ropna, częstokroć zawierająca strzępy tkanki obumarłej. Liczba ropni bywa nieraz dosyć znaczna. Bardzo często bywają zajęte obie pachy. Schorzenie zazwyczaj rozwija się na tle grzybicy naskórkowej Unna'y.

Podobną sprawę spostrzegamy u niemowląt. Na tułowiu, kończynach, głowie i twarzy powstają bolesne guzowate twory kształtu okrągłego i owalnego, wielkości ziarna soczewicy do jaja gołębiego. Początkowo są one twarde i elastyczne, później jednak mięknią i nabierają barwy jasno-, ciemno- lub sinoczerwonej, a czasem brudnoczekoladowej. Po pewnym czasie ropnie otwierają się, wydzielając brudną, czasem krwawą ropę o przykrym zapachu. Niekiedy jednak ulegają one stopniowemu wessaniu pozostawiając bru-

natnawe zabarwienie skóry (Czyraczność niemowląt — Furunculosis multiplex infantum Steiner. — Abscessus cutis multiplex infantum Galewsky. — Dermatitis phlegmonosa infantum Bagiński). Schorzenie widzimy głównie u charłacznych osesków, źle odżywionych, niedbale pielęgowanych. Liczba ropni waha się w dosyć szerokich granicach. Zazwyczaj bywa ich stosunkowo tem więcej, im gorszy jest stan ogólny niemowląt.

Rozwój sprawy odbywa się napadowo. Przebieg jest przewlekły. Do powikłań o zejściu częstokroć śmiertelnem należą: zapalenie płuc, nieżyty kiszek, posocznicoropnica. Za sprawcę choroby większość badaczy uważa ropotwórczego gronkowca złocistego. O wiele rzadziej znajdowano paciorkowca oraz prątka okrężnicy. Zarazek wtarga poprzez gruczoły potowe (Escherich), nie jest jednak wykluczone, że w niektórych razach zakażenie odbywa się za pośrednictwem krwi (Finger).

Rozpoznanie czyraków zazwyczaj nie nastęrcza żadnych trudności. U niemowląt mogą niekiedy zachodzić kwestje co do ropni gruźliczych (scrofuloderma, gommies scrofululeuses). Za czyracznością przemawiać jednak będzie mnogość ropni, ich szybki przebieg oraz odmienny wygląd ropy.

Rokowanie zazwyczaj bywa dobre w obecności pojedynczych lub nielicznych czyraków. Niekiedy jednak sprawa wikła się przez zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych, ropowicę lub różę a nawet ropnicę. Ostrożność w rokowaniu jest szczególnie wskazana w czyrakach twarzy, wargi górnej ust, a zwłaszcza u cierpiących na cukrzycę.

Przebieg czyraczności częstokroć bywa nader przewlekły, a rokowanie staje się wątpliwe u osobników schorzałych, wynędzniałych, charłacznych — w pierwszym rzędzie u ludzi starszych oraz u niemowląt.

Leczenie. W świeżo powstającym czyraku należy spróbować leczenia poronnego. Do tego celu nadaje się nalewka jodowa na acetonie (2—4,00 : 10,00) dwa razy dziennie, lub też przyżeganie środka czyraka wzgl. jego wypalenie za pomocą płynnego kwasu karbolowym (empl. hydrarg. c. ac. carbolic.). — Plaster zmienia się za pomocą elektrolizy z następczem oklejaniem plastrem rtęciowo-karbolowym (empl. hydrarg. c. ac. carbolic.). — Plaster zmienia się dwa razy dziennie, a skórę zmywa się najpierw benzyną, potem wódką salicylową, resorcynową lub sublimatową.

Gdy metody poronne zawiodą, lub gdy czyrak już nie nadaje

się do tego rodzaju leczenia, wówczas zalecamy okłady rozgrzewające z 2—3% resorcyny z dodaniem 25% wysokoku. Współcześnie można stosować bańkę Bier'a. Po wydzieleniu się czopa zasypujemy kseroformem, eurofenem, wioformem, jodoformogenem, jodoformem, poczem robimy wilgotny opatrunek lub też oklejamy plasterm rtęciowo-karbolowym. Leczenie następcze polega na wycieraniu 1—2% wódką salicylową lub resorcynową oraz na smarowaniu nalewką jodową, rozcieńczoną wyskokiem 1 : 10.

W dużych i głębokich czyrakach ze znacznym obrzękiem nacieczeniem tkanek jest bezwzględnie wskazany wczesny zabieg chirurgiczny. Dotyczy to zwłaszcza czyraków twarzy (górna warga).

W czyracznosci uogólnionej leczymy poszczególne czyraki podług wskazówek wyż. podanych, poza tem zaś wycieramy zajęte powierzchnie skóry wódką salicylową i smarujemy maścią salicylowo-resorcynowo-siarkową (2:3:10%), cynobrowo-siarkową (2:10%), pastą resorcynowo-siarkową (2:10%), wreszcie zawiesiną cynobrowo-siarkową (str. 425). Obok tego zalecamy kąpiele sublimatowe, siarkowe lub z nadmanganianem potasowym.

W czyracznosci pach nakłuwamy ropnie i stosujemy okłady rozgrzewające — najstosowniej z ichtyolu (10—50%). W razie częstych nawrotów jest wskazana rentgenoterapia, którą również można zalecić w czyracznosci karku i okolicy płciowej (dwie dawki po 2¹/₂ H. w odstępie tygodniowym).

W każdym bardziej uporczywym przypadku czyracznosci czy to uogólnionej, czy też bardziej umiejscowionej, nie należy zwlekać z przeprowadzeniem leczenia szczepionkowego (autowakcyna gronkowcowa w dawkach od 50—2000 Mil.). Wyniki przeważnie bywają szybkie i nader pomyslnie. Jeżeli pomimo to występują nawroty, zaleca się powtórzenie leczenia szczepionką wieloważną.

Z wewnętrznych środków bywają podawane drożdże, arszenik, żelazo. Poza tem należy baczyć na wadliwosci przemiany materji, pamiętając zwłaszcza o cukrzycy, i w razie potrzeby przeprowadzić odpowiednie leczenie ogólne. W każdym jednak przypadku czyracznosci obowiązuje djeta niedrażniąca mniej więcej taka, jaką zalecamy w pryszczycy i w pokrzywce nawrotowej. Częstokroć wywierają niewątpliwie korzystny wpływ na przebieg choroby jarskie odżywianie oraz mleczne i głodne dni.

W sezonie letnim jest wskazany pobyt w Busku, Solcu lub w Iwoniczu.

Bliznowaciejące zapalenie torebek włosowych karku. — Trądzik bliznowcowaty. — Brodawkowate zapalenie skóry głowy.

(Folliculitis sclerotisans nucae Ehrmann. — Acne cheloidea Bazin. — Dermatitis papillaris capillitii Kaposi).

Istota sprawy chorobowej polega na przewlekłym zapaleniu torebek włosowych z zejściem w tkankę bliznowcowatą. Klasycznym umiejscowieniem schorzenia jest okolica karkowa, a mianowicie granica uwłosionej skóry głowy. Stąd może się ono rozprzestrzenić na okolicę potylicową, a niekiedy występuje też na twarzy (policzki, rynienka wargowa).

Rozwój cierpienia bywa następujący. Na karku zjawiają się twarde wzniesione grudki okółomieszkowe, na których szczycie znajduje się krostka lub brudnożółtawy strup. Z biegiem czasu podstawa i otoczenie grudki twardnieją, ulegają bliznowatemu zwyrodnieniu, torebka włosowa ginie a cały wykwit przekształca się w czerwony, twarde guzek o wyglądzie bliznowca. Wskutek połączenia się sąsiednich wykwitów stopniowo powstają większe twory guzowate w kształcie tasiem lub poprzeczno-owalnych blaszek. Rozrastają się one przeważnie w kierunku poprzecznym głównie dzięki temu, że wykwit, świeżo powstające na ich obwodzie, układają się najchętniej wzdłuż linii granicznej uwłosionej skóry głowy. Twory te wyglądem najzupełniej przypominają bliznowce. Są one twarde jak chrząstka, wzniesione ponad otoczenie nieraz na kilka cm., gładkie, lśniące i barwy bladuróżowej, różowoczerwonawej. Ich powierzchnia jest pozbawiona włosów. Tylko tu i owdzie widać niewielkie kępki włosów, wystających jak pendzel z lejkowatych wgłębień bliznowca. W tych zagłębieniach częstokroć widać krostki i strupy, a przy wyciskaniu można z nich nieraz wydobyć ropną zawartość.

W umiejscowieniu na potylicy i brodzie powierzchnia blaszek bliznowcowatych niekiedy bywa dziwnie nierówna i jakby brodawkowata.

Przebieg sprawy jest nader przewlekły.

Schorzenie polega na zakażeniu torebek włosowych ropotwórczym gronkowcem złościstym. Sprawa trzyma się głównie miejsc gęsto uwłosionych, gdzie poszczególne mieszki są wyjątkowo długie, gromadami ułożone a częstokroć tak skupione, że kilka włosów posiada wspólny wylot na powierzchni skóry.

Anatomicznie mamy do czynienia z zapaleniem torebki włosowej oraz otaczającej tkanki łącznej, które w następstwie po-

woduje powstawanie śród- i okołomieszkowych ropni. Tkanka łączna skóry jest obrzmiała, naczynia krwionośne rozszerzone, liczba stałych komórek jest znacznie zwiększona. Tu i owdzie widać gęste drobnokomórkowe nacieczenia, zawierające między innymi komórki plazmatyczne, tuczne i olbrzymie. Z biegiem czasu wytwarza się zbita, twarda tkanka bliznowata, a torebki włosowe ulegają zagładzie.

Obraz kliniczny jest tak znamieny, że rozpoznanie trądzika bliznowcowatego zazwyczaj bywa łatwe.

Leczenie. — W obecności czynnych wykwitów ropiejących zalecamy okłady z 2—3% resorcyny z dodaniem 25% wysokoku. Później stosujemy wycierania 1—2% wódką salicylową, resorcynową, naftolową z następczem wcieraniem maści resorcynowo-siarkowej (3 : 10%), naftolowo-siarkowej (2 : 10%), garbnikowo-siarkowej (1 : 10%), cynobrowo-siarkowej (2—3 : 10%) i t. p. Uporczywie ropiejące mieszki włosowe można zniszczyć za pomocą elektrolizy lub galwanokautera. Najlepszą metodą jest jednak rentgenoterapia, którą można stosować w każdym okresie choroby, a już w każdym razie i bezwarunkowo w obecności blaszek i guzów bliznowcowatych. Stosujemy 5 H na dawkę poprzez glinowe filtry grubości 2—3 milimetrów, powtarzając zabieg co 3—4 tygodnie. Wyniki są pewne i bardzo dobre. W razie bardzo grubych bliznowców doradzam metodę skombinowaną, która nadzwyczajnie przyspiesza wyleczenie: zamrażanie dwutlenkiem węgla (Co₂) 10 sekund z natychmiastowem następczem naświetlaniem promieniami X.

W łączności z liszajcami należałoby właściwie omówić grzybicę naskórkową Unna'y (t. zw. pryszczycę pasorzytniczą), gdyż obie te sprawy prawdopodobnie bliżej wiąże wspólny czynnik etyologiczny. Względy praktyczne zniewoliły mnie jednak do opisu tego schorzenia skóry obok pryszczycy prawdziwej. Pragnąłem bowiem dać czytelnikowi możliwie dokładny obraz tego, co w życiu codziennem bywa nazywane pryszczycą.

Szypułkowany ziarniniak łagodny. — Botryomykoza.

(Granuloma pediculatum benignum. — Botryomycosis).

Cierpienie polega na powstawaniu niewielkich guzków, zaopatrzonych w krótkie szypułki.

Ulubionem umiejscowieniem są ręce, a zwłaszcza palce rąk, następnie stopy u osób chodzących boso, rzadziej wargi ust. Tworzą się okrągłe guzki wielkości pestki wiśniowej do orzecha laskowego,

dosyć twarde i sprężyste, barwy czerwonej, o powierzchni nierównej i łatwo krwawiącej. Niekiedy są one pokryte żółtawym lub brunatnym strupem. Dotykaniem nie sprawia bólu. Guzki te bezpośrednio przylegają do skóry, przytwierdzone zaś są do niej za pomocą krótkiej szypułki, którą widać dopiero po odchyleniu brzegów guzka i odciągnięciu go w stronę. Całość robi wrażenie grzyba (*granuloma pediculatum benignum* — Frédéric).

Sądzone, że sprawcą tych zmian skóry jest swoisty pasorzyt, t. zw. *hotryococcus*. Poszukiwania Bodin'a i Legroux'a zdają się jednak udowadniać, że sprawa polega na zakażeniu gronkowcem złocistym (*Staphylococcus cutis Galli-Valeris*). Podrażnienia, uszkodzenia oraz zapalne stany skóry widocznie sprzyjają zakażeniu. Niekiedy guzki powstają w łączności z ropniami, zastrzałami i t. p. O ile sądzić można, nie są one przeszczepialne.

Leczenie jest chirurgiczne.

Liszajec opryszczkowy.

(*Impetigo herpetiformis* Hebra).

Liszajec opryszczkowy jest niezmiernie rzadką chorobą, która powstaje w oczywistej łączności z ciążą i w typowych przypadkach niemal zawsze kończy się śmiertelnie.

Siedliskiem zmian skóry bywa okolica łonowa, udowa, dolna połowa brzucha i okolica pępkowa, sutki i pachy. W tych miejscach zjawiają się niewielkie gromady drobnych krosteczek, mieszczących się na tle nieco zaczerwienionej i obrzmiałej skóry. Poszczególne krosteczki wielkości ziarna maku do prosa są niskie, dosyć płaskie, z ledwością wzniesione ponad otoczenie, barwy wyraźnie żółtej. Po 2—3 dniach krostki zasychają tworząc wspólny dla całej gromady cienki strup barwy szarżółtawej lub szarobrunatnawej. W tym jednak czasie dokoła strupka powstają szeregi świeżych i gęsto ułożonych krosteczek, tworzących okalający pas szerokości 1—2 cm. Krosteczki te również zasychają w strup, który zlewa się z poprzednio powstałym środkowym. Takie zjawisko powtarza się wielokrotnie powodując stopniowe powiększanie się ogniska chorobowego. W ten sposób powstają różnej wielkości blaszki, których część środkową zajmują cienkie szarawe i brunatnawe strupki, obwodową zaś tworzą gromady drobnych krosteczek. W dalszym przebiegu blaszki stykają, łączą i zlewają się ze sobą, zajmując coraz większe przestrzenie, odgraniczone na zewnątrz liniami łukowatymi. Pod świeżymi strupami skóra jest czerwona,

wilgotna, lśniąca, po ich odpadnięciu zaś staje się ona brunatno-czerwonawa, brunatnawa i pokrywa się cienkimi błyszczącymi łuskami.

Na błonie śluzowej jamy ustnej powstają bolesne nadżerki, pokryte brudnym, szarym nalotem.

Stan ogólny pogarsza się stopniowo. Ciepłota ciała bywa niekiedy prawidłowa tylko w bardzo wczesnych okresach choroby. Później zmianom skóry zwykła towarzyszyć gorączka typu nieprawidłowego, ciągła lub zwalnająca, która może sięgać 40° i wyżej. W miarę rozwoju choroby występuje upadek sił, zaburzenia świadomości, bredzenie, wymioty, biegunka, białkomocz, drgawki i t. p. objawy, świadczące o ciężkości stanu i zniewalające do największej oględności w r o k o w a n i u. W połowie spostrzeżeń śmierć następowała po 3—4 tygodniach, wyzdrowienie po 3—4 miesiącach. Jednakże nawet te chore, które uniknęły śmierci podczas pierwszego napadu choroby, zazwyczaj ginęły w czasie nawrotów, podczas jednej z następnych ciąży.

Liszajec opryszczkowaty jest chorobą kobiet. Przypadki spostrzegane u mężczyzn uważa Jarisch za wątpliwe. Cierpienie pozostaje w ścisłej łączności z ciążą i najczęściej wybucha w jej drugiej połowie. Przerwanie ciąży nie wywiera wybitniejszego wpływu na dalszy przebieg choroby. Sprawę spostrzegamy także w okresie połogowym, a po za ciążą — w docześniaku macicy (Deciduoma uteri — Pospietow) oraz w miesiączkowaniu bolesnem (Pospietow, Gunselt).

Bezpośrednie przyczyny liszajca opryszczkowatego są zupełnie nieznanne. Podejrzewać jednak można, że jest to choroba pochodzenia zakaźnego (ropnica), gdyż za tem zdaje się przemawiać cały obraz kliniczny i przebieg sprawy. Dotychczasowe poszukiwania bakterjologiczne dały ujemne wyniki. W zawartości pęcherzyków ropnych niekiedy stwierdzano obecność banalnych gronkowców, podczas gdy w większości przypadków krew i pęcherzyki były zupełnie jałowe. Krostki są nieprzeszczepialne.

Zdaje się też, że w niektórych spostrzeżeniach można było uważać gruźlicę za bezpośrednią przyczynę śmierci (Du Mesnil, Marx-Dauber, Tommasoli, Pataky).

Rozpoznanie można ustalić tylko na zasadzie typowych i charakterystycznych zmian skóry przy uwzględnieniu całego przebiegu cierpienia i stanu ogólnego chorych. Przy różnicowaniu należy mieć na względzie głównie pryszczycę pęcherzykową, powikłaną

prez liszajca pospolitego, następnie opryszczki ciężarnych, a w niektórych razach pęcherzycę brodawkującą. Ścisłe badanie kliniczne, dokładne spostrzeganie przebiegu i krytyczna ocena wszystkich faktów, towarzyszących sprawie, — prawdopodobnie naprowadzą na właściwą drogę.

Rokowanie jest niepomyślne. Śmiertelność wynosi od 56% (E. Borzęcki) do 75% (Dubreuilh).

Leczenie może być tylko objawowe.



Rozdział XX.

Pasorzytnicze schorzenia skóry.

Gruźlica skóry.

(Tuberculosis cutis).

Gruźlicę skóry cechuje niezmierna różnorodność postaci i obrazów klinicznych, które jednak łączy w zwartą całość wspólny czynnik przyczynowy — prątek Koch'a. To też w wątpliwych przypadkach ściśle naukowe rozpoznanie można uzasadnić dopiero wówczas, gdy w schorzałych tkankach udaje się wykazać obecność zarazka swoistego.

Bezpośrednich dowodów swoistości można dostarczyć przez a) wykrycie prątka gruźliczego w ognisku chorobowym (barwienie podług Ziehl'a i Much'a, metoda antiforminowa), przez b) wyhodowanie zarazka i wreszcie c) za pomocą szczepień na zwierzętach. Pośrednie dowody dają metody, polegające na wywoływaniu swoistego odczynu. Najważniejsze znaczenie niewątpliwie posiada podskórne zastrzykiwanie tuberkuliny (Alt-Tuberkulin Koch), przy czym miarodajny dla dermatologa jest odczyn miejscowy (chorych tkanek), a nie ogólny. Daleko mniejszą, a właściwie tylko stosunkową wartość posiadają próby Calmette'a, Moro, Pirquet'a oraz Mantoux'a. Aglutynacja i metoda wiązania dopełniacza nie posiadają dla nas żadnego znaczenia praktycznego.

Do pośrednich dowodów wypada też dziś zaliczyć dane badania histopatologicznego. Należy mniemać, że wykrycie gruzelka bynajmniej nie powinno być uważane za jedyny, wystarczający i niezłomie przekonujący dowód gruźliczego pochodzenia spostrzeganych zmian skóry. Zapewne, obecność gruzelka wzbudza podejrzenie co do gruźlicy i winno zniewolić do dalszych poszukiwań w tym kierunku. Z drugiej jednak strony godzi się pamiętać, że niewykrycie gruzelka bynajmniej nie może zasadniczo przemawiać przeciw-

ko gruźlicy, zwłaszcza wówczas, gdy inne dane zdają się potwierdzać słuszność rozpoznania.

W gruźlicy skóry odróżniamy dwie wielkie gromady. W pierwszej sprawa zazwyczaj występuje w postaci oddzielnych ognisk, zdradzających skłonność do rozrostu postępującego. Do niej należą:

- 1) Wilk pospolity czyli toczeń,
- 2) Brodawkowata gruźlica skóry,
- 3) Gruźlica rozplywna,
- 4) Wrzodziejąca gruźlica skóry.

Druga gromada obejmuje te typy gruźlicy skóry, które zwykły ujawniać się w postaci osutek. Do niej zaliczamy:

- 1) Prosówkową gruźlicę skóry,
- 2) Liszaj zołzowy,
- 3) Tuberkulid grudkowato-krostkowy,
- 4) Rumień stwardniały Bazin'a,
- 5) Sarkoid Boeck'a.

Do schorzeń gruźliczych również zaliczamy liszaj rumienionowy. Zdaje się, że zajmuje on pośrednie miejsce pomiędzy wyżej podanymi gromadami, albowiem w odmianie ostrej występuje on w postaci osutki, w przewlekłej zaś w postaci wolno rozrastających się ognisk.

Wilk pospolity. — Toczeń.

(Lupus vulgaris s. Willani. — Tuberculosis luposa).

Wilk pospolity jest najczęstszą i najważniejszą postacią kliniczną gruźliczych schorzeń skóry.

Objawy. — Naczelnym objawem wilka pospolitego jest jego pierwotny wykwit, t. zw. grudka wilkowa albo gruzełek wilkowy. Ściśle mówiąc, jest to drobna, czerwona lub czerwono-brunatnawa plamka nie wzniesiona ponad otoczenie, lecz mieszcząca się w samej skórze i przeświecająca w sposób właściwy poprzez nieuszkodzony naskórek. Przy uciskaniu za pomocą djaskopu spostrzegamy, że plamka ma ostre zarysy, wielkość łepki szpilki i brunatną barwę. Robi ona wrażenie tworu obcego skórze, zbudowanego z tkanki zgoła odmiennej. Aby się o tem przekonać, wystarczy wykonać próbę za pomocą cienkiego, tępego zgłębnika. Przy uciskaniu na plamkę zgłębnik z łatwością przenika dosyć głęboko w skórę, niwecząc tkankę schorzałą i powodując niewielkie krwawienie.

W dalszym rozwoju sprawy gruzełek wilkowy albo pozostaje płaski (wilk płaski — lupus planus), albo obrzmiewa i wznosi

się półkulisto ponad powierzchnię (wilk przerostowy — *lupus hypertrophicus, tumidus*).

W wilku płaskim wykwit pierwotny stopniowo się powiększa, wyrastając w okrągłą lub owalną blaszkę rozmaitej wielkości. Na obwodzie mogą powstawać świeże gruzelki wilkowe, które przy dalszym rozroście zlewają się z blaszką i w ten sposób powiększają jej wymiary. Duże blaszki o zarysach policyklicznych tworzą się wówczas, gdy w danej okolicy powstaje kilka ognisk wilkowych, które następnie łączą się ze sobą.

Barwa blaszek bywa brunatna, czerwobrunatna i czerwono-sinawa. Ich powierzchnia jest początkowo gładka, później poczyna się łuszczyć (wilk złuszczeniowy — *lupus exfoliatus*). Łuski zazwyczaj bywają dosyć duże, białoszarawe, suche i słabo przylegające. Przy obfitem nawarstwieniu łusek ogniska takie nieraz czynią wrażenie blaszek łuszczykowych (wilk złuszczeniowy — *lupus psoriasisiformis*), w umiejscowieniu zaś na nosie i policzkach mogą w pewnych warunkach przypominać liszaj rumieniowaty zwłaszcza wtedy, gdy łuski dosyć mocno trzymają się skóry (pospolity wilk rumieniowaty — *lupus vulgaris erythematoides* — Le-loir). — Przy dłuższem trwaniu płaski wilk może też ulec owrzodzeniu. Zdarza się to jednak stosunkowo rzadziej, niż w wilku przerostowym.

W odmianie przerostowej (*lupus hypertrophicus, tumidus*) pierwotny wykwit bardzo szybko się uwypukla i wznosi ponad powierzchnię w kształcie tworu guzkowatego. Mniejsze wykwyty przypominają wyglądem grudki syfilityczne, od których różnią się sinawym odcieniem i daleko mniejszą spoistością (wilk guzeczkowy — *lupus tuberculosus*). Guzki występują w danej okolicy w postaci pojedynczych, rozsianych egzemplarzy lub też zbierają się w gromady a następnie łączą, zlewają się ze sobą w nieprawidłowo zarysowane ogniska o nierównej powierzchni (*lupus tumidus non excedens*). Takie blaszki niekiedy zdradzają



Rys. 52. *Lupus vulg. planus*.



skłonność do rozrostów brodawkowatych (wilk brodawkowaty — lupus papillaris s. verrucosus). W niektórych znowu razach pojedyncze wykwity grudkowate powiększają się do wielkości wiśni lub orzecha włoskiego i tworzą gładkie, miękkie guzy barwy sinoczerwonej (wilk guzowaty — lupus tuberosus). Przy współistnieniu takich guzów z przerostowymi blaszkami twarz chorych — zwłaszcza nos, wargi, małżowiny uszne — ulega wybitnemu zniekształceniu.



Rys. 53 *Lupus vulg. tuberculosus et ulcerosus.*

Wilc przerostowy ujawnia wielką skłonność do owrzodzenia i następczego wytwarzania grubych strupów (wilc wrzodziejący — lupus excedens s. exulcerans s. vorax). Owrzodzenia wilkowe mają ostre, nieprawidłowe, jakby wyżarte brzegi i miękkie dno, pokryte wiotką i łatwo krwawiącą ziarniną lub — co rzadziej — brudnym sadłowatym nalotem. Wydzielina owrzodzeń łatwo zasycha w grube, dosyć mocno przylegające strupy koloru brudnego i żółtobrunatnego (lupus crustosus). Zwłaszcza grube strupy wytwarzają się w tych razach, gdy dno owrzodzeń ulega brodawkowatemu bujaniu i wydziela obfitą ropną ciecz.

Po krótszym lub dłuższym czasie tkanka wilkowa ulega zwyrodnieniu bliznowatemu (wilc bliznowaciejący — lupus sclerosus). Wygląd blizny najzupełniej zależy od głębokości sprawy chorobowej. Blizny mogą być cienkie, miękkie i powierzchowne albo też głębokie, twarde, dosyć mocno napięte. W przerostowej postaci zazwyczaj bywają one o wiele głębsze, niż w płaskiej. Zwłaszcza wydatne blizny spostrzegamy w przerostowym wilku wrzodziejącym. Jeżeli zabliznianiu ulega część środkowa ogniska wilkowego, wówczas powstają wykwity obrączkowe (wilc obrączkowy — lupus annularis) lub też łukowate przy wesaniu się części kółka. Czynny brzeg obrączkowy, złożony z two-

rów guzkowatych lub owrzodzeń, może się następnie rozprzestrzeniać w kierunku odśrodkowym, a wówczas mówimy o wilku pętlazającym (*lupus serpiginosus*). W razie połączenia się kilku takich ognisk powstają figury o zarysach policyklicznych.

Samoistnie powstająca blizna powilkowa najczęściej bywa biała, gładka, niekiedy pomarszczona i zaopatrzona w rozszerzone naczynka krwionośne. Zazwyczaj spostrzegamy w niej drobne szarżółtawe i brunatnawe plamki. Są to pozostałe w bliznie lub świeżo w niej powstające gruzelki wilkowe, których wykrycie rozstrzyga w wielu razach o rozpoznawaniu różnicowem pomiędzy wilkiem a przymiotem. Głębsze, rozległe i twarde blizny powilkowe mogą spowodować rozwój słoniowacizny, a to wskutek zastoju limfy i rozrostu tkanki łącznej. Gruźlicze schorzenie naczyń i gruczołów chłonnych oraz róża nawrotowa niezmiernie sprzyjają powstawaniu tej sprawy. Spotykamy się z nią głównie na kończynach (zwłaszcza na dolnych) a także na twarzy (wargi ust, płatek uszny).

Dalszem następstwem owrzodzeń, bliznowatego zwyrodnienia ognisk wilkowych oraz ucisku, wywieranego przez głębsze i ściągające blizny, są zjawiska zaniku oraz rozległe zniekształcenia. Tak więc wargi ust oraz powieki ulegają wywinięciu, kąty ust mogą być odciągnięte, a w pewnych warunkach usta są wogóle znacznie zwężone. Wczesnemu zniekształceniu podlega nos, którego tkanka chrząstkowa może być zupełnie zniszczona albo też zaniknąć częściowo. Taki nos jest mniejszy, nieruchomy, pokryty cienką jak bibułka skórą, zrosniętą z podłożem. Nozdrza są zwężone. Wyraz twarzy staje się zupełnie odmienny. — Analogiczne zmiany spostrzegamy na małżowinach usznych. — Rozległe i głębokie zniekształcenia występują też na kończynach, zwłaszcza na palcach rąk i stóp. Ma to miejsce głównie wówczas, gdy sprawa gruźlicza przechodzi na kości i stawy, gdy ulegają zniszczeniu nie tylko członeczki i całe palce, lecz nawet



Rys. 54. *Lupus tuberculosis*.



części dłoni lub stopy (wilk zniekształcający — lupus mutilans).

Umiejscowienie. — Ulubionem umiejscowieniem wilka pospolitego jest twarz (88,5% Leloir), a mianowicie nos, policzki, wargę górną, czoło. Stosunkowo najczęściej bywa jednak zajęty nos. Punktem wyjścia wilka jest skóra albo — co częściej — błona śluzowa nosa, skąd sprawa zwykła się rozpościerać na sam nos poprzez jego skrzydła. Na nosie widzujemy wszelkie postacie kliniczne wilka, które jednak zdradzają wielką skłonność do owrzodzeń w przypadkach współczesnego schorzenia błony śluzowej. Skrzydła



Rys. 55. *Lupus tumidus tuberculosus*.

i koniec nosa wcześniej ulegają zniszczeniu, a później może ulec stopniowej zagładzie cała chrząstkowa część nosa. Nawet przegroda nie zawsze zostaje oszczędzona. Zniekształcenie stale bywa bardzo znaczne i zostaje jeszcze spotęgowane przez tę okoliczność, że z nosa sprawa wilkowa zwykła się rozprzestrzeniać na policzki, wargi, czoło.

Pierwotne zajęcie policzków, a zwłaszcza czoła zdarza się stosunkowo rzadziej. W obu tych okolicach częstokroć spostrzegamy płaskie odmiany wilka. Na policzkach trwają one nieraz dosyć długo w postaci zupełnie nieskażonej.

Na wargę górną sprawa zazwyczaj przechodzi z nosa, policzków lub z błony śluzowej jamy ustnej. Zmiany bardzo często posiadają charakter przerostowych z zejściem w słoniowacinę. Do wyjątków nie należy jednak zanik tkanek z następczym zwężeniem ust (microstomia).

Pierwotne schorzenie powiek zdarza się nie często. Zazwyczaj bywa tak, że wilk przechodzi tutaj z kanału nosowołzowego w przypadkach zajęcia błony śluzowej nosa, albo też rozprzestrzenia się na powiekę i łącznice oczne z policzków, nosa, czoła.

O wiele częściej spostrzegamy pierwotne umiejscowienie wilka na małżowinie usznej, a mianowicie na jej płątku (wilk zaszczepiony n. p. przy przekłuciu płątku w celu noszenia koleczyków). Spra-

wa nie rzadko występuje w postaci wilka guzowatego (*lupus tuberosus*), a w następstwie powoduje zmiany słonowate. Zdarzają się też rozległe owrzodzenia, niszczące całą małżowinę. Częściowy zanik małżowiny następuje w przypadkach zwyrodnienia bliznowatego.

Zajęcie uwłosionej skóry głowy należy do rzadkości. Nawet w bardzo rozległym wilku twarzy skóra głowy zazwyczaj bywa zdrowa, włosy dobrze zachowane.

Na szyi najczęściej widzimy typ wilka pelzającego.

Do stosunkowo rzadkich umiejscowień należy tułów. Sprawa może się nań rozprzestrzenić z szyi i kończyn albo też powstawać w łączności z gruźlicą kości (żebra, mostek). — Po ostrych chorobach zakaźnych, głównie po odrze u dzieci spostrzegamy na tułowiu postać wilka krwiopłodną, rozsianą w kształcie pojedynczych blaszek (także na kończynach i twarzy). Jest to względnie łagodna odmiana, gdyż blaszki stosunkowo wcześniej ulegają zanikowi w środku i nie ujawniają zbytnej skłonności do rozrostu odśrodkowego.



Rys. 56. *Lupus vulgaris serpiginosus tuberculosus et ulcerosus.*

Do wielkich rzadkości należy wilk pospolity narządów płciowych. W okolicy odbytu lubią występować postacie brodawkowane, na poślądkach — płaskie, przerostowe i pelzające.

Na kończynach widzimy ogniska wilkowe o różnorodnym wyglądzie klinicznym. Do najczęstszych należy zaliczyć postacie pelzające (*lupus serpiginosus*) ze zwyrodnieniem bliznowatym w środku i z brzegiem guzeczkwatym, owrzodziałym lub brodawkowatym. Takie ogniska zwykły się szerzyć względnie szybko i nieraz zajmują bardzo znaczne przestrzenie. Do poważnych następstw należą rozległe i ciężkie zniekształcenia oraz słonowacina. Trzeba liczyć się ze zniekształceniem głównie na kończynach górnych, gdzie zanik bliznowaty oraz przejście sprawy gruźliczej na ścięgna, stawy i kości może spowodować wprost fatalne następstwa. Zniekształcenie lub utrata palca lub palców rąk wytrącają przecie osobnika z szeregu ludzi pracujących. — Na kończynach dolnych podobne zmiany nie posiadają tak wybitnie praktycznego znaczenia.

O wiele ważniejsza jest tutaj słońowacina, której rozwój może pociągnąć za sobą znaczne ograniczenie używalności schorzałej kończyny.

Wilk pospolity błon śluzowych wyglądem swym niemal nie różni się od innych postaci klinicznych gruźlicy. Wykwit pierwotny występuje w postaci okrągłej i nieco wzniesionej drobnej grudeczki wielkości lepka szpilki, barwy szarobiaławej, szarozółtawej lub czerwonawej. Gromadki takich grudek zazwyczaj łączą się w miękką, łatwo krwawiącą blaszkę o nierównej powierzchni. Po pewnym



Ryv. 57. *Lupus serpiginosus ulcero-crustosus partim mutilans.*

czasie twór ten ulega rozpadowi, przekształcając się w dosyć płytke owrzodzenie o ostrych, lecz nierównych brzegach i o dnie pokrytem ziarniną i ropną wydzieliną, która w nosie zasycha w zwykłą w dosyć grube strupy. Dno owrzodzeń może niekiedy wybijać. — W dalszym przebiegu częstokroć następuje samoistne zabliznienie.

Do najczęstszych umiejscowień należy sprawa wilkowa błony śluzowej nosa. Podług danych Instytutu Finsen'a w Kopenhadze (Holger Mygind) zajęcie błony śluzowej nosa u chorych, dotkniętych wilkiem, można było stwierdzić w 64,5% (Jadassohn 45,7%, Jungmann

42,8%, Philippson tylko 25,7%). Liczby te są bardzo wymowne. Wynika z nich, że w kwestji zapobiegania i leczenia wilka odgrywa pierwszorzędną rolę dokładne badanie jamy nosowej, wczesne rozpoznanie i leczenie spostrzeganych zmian swoistych. Te zaś mieszczą się najchętniej w przedsionku nosa (uchyłek w górnej przedniej części wejścia nosowego), na chrząstkowej części przegrody oraz na małżowinie dolnej. Zakażenie zostaje wywołane przez prątki gruźlicze, wprowadzone do nosa z powietrzem wdychanem lub z brudem paznokci, któremi nie tylko dzieci lubią dłubać w nosie. Na przegrodzie nosowej wilk niekiedy występuje w postaci guzowatej (tuberculoma nasi) i wyglądem przypomina nowotwory wzgl. polipy. Są to guzy różnej wielkości — od grochu do orzecha wło-

skiego, gładkie, barwy szaroczerwonej do ciemnoczerwonej. Zaopatrzone są w szypułkę lub też mieszczą się na szerokiej podstawie. Spoistość ich jest twarda (Heryng, Szmurło), albo też miękka (Wróblewski). W jednym z moich spostrzeżeń guzowaty twór był twardy jak włókniak. Wypełniał on lewą jamę nosową, wyglądając nieco na zewnątrz. Przez zniszczoną przegrodę przechodził on też do jamy prawej, sięgając brzegu małżowiny dolnej. Nos był bardzo szeroki i twardy. Całość robiła wrażenie twardzieli nosa (rhinoscleroma).

Przypomnieć trzeba, że z nosa wilk może się rozprzestrzenić na kanał łzowy, a stąd na spojówkę oka i powieki.

Pierwotny wilk przestrzeni nosowogardzielowej należy do rzadkości. Zazwyczaj mamy tutaj do czynienia już z umiejscowieniem wtórnym. To samo można powiedzieć o jamie ustnej. Sprawa najczęściej mieści się na podniebieniu twardem i miękkim, na policzkach, dziąsłach. Zajęcie języka zdarza się niezmiernie rzadko (Besnier, Du Castel).



Bys. 58. *Lupus vulg. tuberosus auriculae et tumidus buccae.*

B u d o w a. — Wykwit pierwotny, t. zw. grudka wilkowa, składa się z gromady gruzełków, utworzonych w środkowej części z komórek nabłonkowych i olbrzymich, w obwodowej — z limfocytów i komórek plazmatycznych. Prątki grucznicze znajdują się przeważnie w komórkach olbrzymich. Wykrycie ich jest jednak dosyć kłopotliwe z powodu skąpej ilości drobnoustrojów. Odgraniczenie ogniska jest wyraźne i dosyć ostre.

Sprawa najczęściej rozpoczyna się w środkowych i górnych pokładach skóry właściwej. Wskutek połączenia się kilku ognisk i stopniowego powstawania nowych gruzełków, których punktem wyjścia bywa przybłonek i śród błonek naczyń krwionośnych, powstają większe nacieki — bardziej odgraniczone lub też rozlane. Rozprzestrzenianie odbywa się w dwóch kierunkach — w głąb skóry i ku jej powierzchni. Naskórek jest początkowo mało zmieniony.

Można w nim stwierdzić jedynie obecność niewielkiej liczby komórek wędrujących oraz rozrost soplí międzybrodawkowych. Z chwilą jednak, gdy naciek wilkowy zajmuje warstwę brodawkową i sięga górnej granicy skóry właściwej, naskórek ulega obrzękowi, obfitemu nacieczeniu drobnokomórkowemu a wreszcie zniszczeniu. Gdy w nacieku wilkowym, pozbawionym naskórka, powstaje rozpad, wtedy tworzy się owrzodzenie.



Rys. 59. *Lupus annularis exanthematicus*.
(po odrze).

W ogniskach wilkowych spostrzegamy zjawiska rozmiękania. Odbywa się ono drogą stopniowego zamierania komórek (necrobiosis), albo też wskutek zapalenia surowiczowłóknikowego przy licznych udziale leukocytów.

W obrębie tkanki wilkowej włókna sprężyste ulegają zagładzie. Drobne ich ułamki znajdujemy niekiedy wewnątrz komórek olbrzymich.

Wreszcie trzeba nadmienić, że tkanka wilkowa jest stosunkowo obficie zaopatrzona w naczynia krwionośne.

Przyczyny i sposób powstawania. — Wilk pospolity powstaje wskutek zakażenia skóry (lub błony śluzowej) prątkiem gruźliczym, którego obecność w tkance

chorobowej można wykazać za pomocą barwienia, hodowli i szczepień na zwierzętach. Miejscowy odczyn tuberkulinowy bywa też zawsze bardzo wyraźny.

Prątek Koch'a przedostaje się do skóry albo z zewnątrz (zakażenie z zewnątrz — najczęściej pierwotne), albo z wewnątrz (zakażenie włonne czyli wtórne).

Najważniejszym źródłem zakażenia pierwotnego (zewnętrznego) jest człowiek dotknięty gruźlicą — najczęściej płucną. W przeważającej liczbie przypadków odbywa się ono za pomocą prątków, zawartych w plwocinie gruźliczych. Zakażenie może nastąpić przez

ukąszenie, drapanie, dłubanie w nosie, przekłuwanie płatków ucha, tatuowanie, obrzezanie rytualne z następczem wysaniem rany przez obrzeczacza, przy ślinieniu ranek i uszkodzeń skóry, przez pocałunki, wreszcie u osób pielęgnujących chorych gruźliczych. Źródło zakażenia nie zawsze daje się ściśle ustalić w każdym poszczególnym spostrzeżeniu. Zważyć jednak należy, że niebezpieczeństwu podlega każdy, kto często obcuje z chorymi na gruźlicę lub przebywa z nimi w jednym pomieszczeniu. Pod tym względem niezmiernie pouczające są poszukiwania Ostermann'a. Badał on w rodzinach gruźliczych palce oraz brud pod paznokcicowy i wykazał obecność prątków gruźliczych na palcach rąk w 10,5% u dzieci, a w 50% u dorosłych. Na podłodze wykrywano zarazek w 50%. Te dane mogą do pewnego stopnia wytłumaczyć częstotliwość wilka u dzieci na twarzy, na nosie, w okolicy ust, na błonie śluzowej nosa (ssanie palców, dłubanie w nosie). Uwidoczniają one też sposób zaszczepiania gruźlicy w okolicę pośladkową oraz w okolicę sromową u dzieci jeszcze nie umiejących chodzić (siedzenie, czołganie i ślizganie się po podłodze). — Że możliwe jest bezpośrednie przeszczenie wilka, to mogłem stwierdzić kilka razy (wspólne łóżko).



Rys. 60. *Lupus ulcerosus.*

Jaką rolę odgrywają muchy w powstawaniu pierwotnej gruźlicy skóry, tego dziś nie można powiedzieć z pewnością. Rzecz jest jednak zupełnie dopuszczalna z punktu widzenia teoretycznego, zwłaszcza wobec poszukiwań André'a, Jakob'a i Klopstock'a.

Nie należy też zapominać, że osobnik, dotknięty gruźlicą (np. płucną), może sobie sam zaszczepić zarazek w skórę za pomocą palca (samozaszczepienie).

W zakażeniu włóнным (wtórnem) prątek Koch'a przenika do skóry z gruźliczych ognisk, znajdujących się w samym ustroju. Odbywa się to przez styczność, za pośrednictwem dróg chłonnych albo drogą obiegu krwi.

Przez styczność (per contiguitatem) sprawa gruźlicza przechodzi na skórę z gruczołów chłonnych, z kości, stawów, ścięgien, po-

więzi. Rozprzestrzenianie zazwyczaj odbywa się bezpośrednio. Niekiedy jednak ognisko skórne pojawia się w sąsiedztwie i w pewnej odległości od źródła gruźliczego, a wówczas przypuścić musimy, że zarazek wtargnął do skóry drogą naczyń chłonnych. To samo ma też widocznie miejsce w tych razach, gdy wobec pierwotnego ogniska gruźliczego na błonie śluzowej nosa tworzą się zmiany wilkowe na skórze grzbietu nosa i na policzkach przy wolnych skrzydłach i koniuszku nosa.

Wilk, powstający za pośrednictwem obiegu krwi, należy do rzędu spraw zatorowych. Za takim sposobem tworzenia się gruźlicy skó-



Rys. 61. *Lupu vulgaris*.

Rozlane zmiany wilkowe skóry. Znaczna liczba komórek ołbrzymich.

ry zdaje się przemawiać stwierdzona obecność prątków Koch'a w krążącej krwi oraz wykrycie zmian gruźliczych w ściankach żył skórnych (Liebermeister). Tę sprawę częściej spostrzegamy u dzieci, niż u dorosłych, głównie zaś po ostrych chorobach zakaźnych.

Czy istnieje szczególna skłonność do gruźlicy skóry, na to można dziś dać pewnej odpowiedzi. Kwestję należy prawdopodobnie rozpatrywać w łączności z nowoczesnymi poglądami na skłonność do gruźlicy wogóle, uwzględniając zwłaszcza najnowsze zdobycze nauki o odporności. Na to nie pozwalają jednak ramy niniejszej pracy. Tu godzi się tylko zaznaczyć, że skóra jest właśnie o wiele mniej skłonna do schorzeń gruźliczych, niż wszystkie inne narządy ustroju ludzkiego, i że w niej sprawa swoista częstokroć przebiega stosunkowo wolno i względnie łagodnie. Do czynników

usposabiających należy jednak zaliczyć wiek i płeć. Wiek dziecięcy widocznie sprzyja powstawaniu wilka pospolitego. Można powiedzieć, że połowa spostrzeżeń przypada na wiek do 10 lat, około 33% — do 20 lat. Co się tyczy płci, to zwraca uwagę częstość wilka u kobiet (około 66% — Garcia del Mozo, Hamel).

Przebieg, powikłania, rokowanie. — Wilk pospolity jest ciężką, przewlekłą chorobą, która może trwać lata i dziesiątki lat. Jaki będzie przebieg, tego nie można z góry ustalić. Na zasadzie danych klinicznych oraz nabytego doświadczenia można co najwyżej robić pewne przewidywania, które jednak nie zawsze i nie koniecznie się sprawdzają. Można zatem powiedzieć, że — *ceteris paribus* — wilk, powstały wskutek zakażenia z zewnątrz, pozwala na stosunkowo lepsze rokowanie, zwłaszcza wówczas, gdy ogranicza się do jednego lub kilku ognisk i gdy stan ogólny chorego jest dobry. Gorsze są widoki w wilku włonnym, zwłaszcza przy licznych rozsianych ogniskach i w rozprzestrzenieniu na większych powierzchniach. Bardzo dużo, jeżeli nie wszystko, zależy tu od stanu gruźlicy narządów wewnętrznych, od gruźlicy gruczołowej lub kostnej. Zważyć bowiem należy, że w danym razie znajdujemy się w tej sytuacji, że nawet po wyleczeniu ogniska wilkowego bynajmniej nie jesteśmy zabezpieczeni nie tylko od nawrotu, lecz od powstawania świeżego ogniska przerzutowego.

Zajęcie błon śluzowych stanowczo pogarsza rokowanie. Nadmienić też należy, że u osobników starszych wilk częstokroć przebiega łagodniej, niż u dzieci, a zwłaszcza u zołzowatych.

Nader doniosłe znaczenie w rokowaniu mają też następujące kwestje: czy wcześniej przystąpiono do leczenia wilka? czy leczono go metodycznie i wytrwale? jakie są warunki życia chorego?

Leczenie wilka należy rozpocząć możliwie wcześniej. Im świeższej daty jest zakażenie, im mniejsze i powierzchowniejsze jest ognisko chorobowe, tem więcej jest danych na szybkie i doszczętne zniszczenie wilka. W imię dobra sprawy należy zatem wymagać, aby wilka rozpoznawano możliwie wcześniej i natychmiast skierowywano chorego do odpowiednich zakładów leczniczych. Przypadki bardziej rozprzestrzenionego wilka są już o wiele poważniejsze, a rokowanie co do doszczętnego wyleczenia bywa częstokroć bardzo niepewne. Przypadki zaniedbane trzeba zaliczać do beznadziejnych. Zapewne, w przypadkach cięższych można nieraz osiągnąć bardzo wiele, lecz jedynie wówczas, gdy chory leczy się długo, wytrwale i gdy znajduje się w pomyślnych warunkach życiowych. Są to jednak kwestje, na które lekarz sam jeden już nie może zna-

Jeść wydatnej pomocy i które najzupełniej wkraczają w dziedzinę zawitych, lecz doniosłych zagadnień społecznych. My, lekarze możemy, będziemy i musimy podnosić i omawiać te sprawy, pomocy jednak wyczekujemy jedynie od społeczeństwa, które powinno się zaopiekować tysiącami tych nieszczęśliwych, wydziedziczonych, poza nawias życia wytrąconych ludzi. Niestety, społeczeństwo nasze jeszcze nie ujawniło żadnego wyczucia dla tej sprawy, nie zrozumiało nawet, że wilk jest gruźlicą i że walka z wilkiem jest zatem akcją samoobrony.

Na przebieg i — co za tem idzie — na rokowanie w wilku wywierają niemały wpływ powikłania. Nie mam tu na myśli cierpień gruźliczych kości, stawów lub gruczołów chłonnych, gdyż sprawy te mogą wprawdzie wikłać, częściej jednak bywają właśnie punktem wyjścia dla wilka. Musimy je raczej oceniać jako zjawiska współrzędne. — Do powikłań zaliczamy stany zapalne, powstające wskutek wtórnego zakażenia drobnoustrojami ropotwórczemi (gronkowce, paciorkowce). Wśród nich praktycznie najważniejsza jest róża, która tu ujawnia niemałą skłonność do nawrotów a w dalszym przebiegu wilka może się przyczynić do powstawania zmian słonowatych (zwłaszcza na kończynach i twarzy).

Do fatalnych powikłań należy z r a k o w a c i e n i e w i l k a (lupus-carcinoma), występujące w 1,5—4% spostrzeżeń. Zazwyczaj dotyczy ono przypadków wilka, trwających już bardzo długo (20—30 lat), i najczęściej mieści się na twarzy, o wiele rzadziej na szyi lub kończynach. W niektórych razach zjawiało się ono w postaci wieloogniskowej. Przypuszczenie, że rentgenoterapia może sprzyjać zrakowaceniu wilka, wydaje się mało uzasadnione (R. Bernhardt).

Rozwój mięsaka w bliźnie powilkowej widocznie należy do nader rzadkich zjawisk (Senger).

Wspomnieć jeszcze trzeba, że wilk pospolity nieraz ulega znacznej, lecz przemijającej poprawie pod wpływem ostrych chorób zakaźnych. Przypadek taki spostrzegalem w przebiegu ospy naturalnej (1899 r.).

Rozpoznanie wilka pospolitego bywa w większości przypadków stosunkowo nietrudne. Za objaw najważniejszy i rozstrzygający o sprawie winniśmy zawsze uważać obecność wykwitów pierwotnego, t. zw. grudki wilkowej, której różnicowe rozpoznanie ustalamy wedle znamienych objawów, podanych w opisie wilka (diaskop, zgłębnik). To też badając podejrzaną ognisko chorobowe winniśmy początkowo zwrócić najbaczniejszą uwagę nie na nie,

lecz właściwie na obwód, szukając u jego brzegu charakterystycznych gruzełków wilkowych.

Zdarzają się jednak przypadki, w których rozpoznanie kliniczne jest niezmiernie trudne a częstokroć wprost niemożliwe bez pomocniczych metod laboratoryjnych. Ma to miejsce głównie wtedy, gdy wypada różnicować pomiędzy wilkiem pospolitym a niektórymi postaciami klinicznymi przymiotu późnego. Dotyczy to zwłaszcza guzkowatych i pełzających postaci syfilisu w umiejscowieniu na twarzy, nosie, wardze górnej i na kończynach. Trudności wzmagają się jeszcze w razie obecności owrzodzeń. Stosunkowo szybki rozwój sprawy, wczesne wystąpienie rozległego i głębokiego zniszczenia tkanek a także późniejszy wiek chorego zdają się przemawiać raczej za syfilisem. Nie należy jednak zapominać,

że wilk niekiedy bywa bardzo złośliwy i może mieć bynajmniej nie powolny przebieg. Pełzające i owrzodziałe postacie wilka i syfilisu kończą się zawsze następczą wielką wątpliwością. Głębokość i nerkowaty kształt owrzodzeń, równe ostre i twarde brzegi cechują schorzenie przymiotowe. Nieprawidłowy kształt owrzodzeń przy ich płytkości, nierówne jakby wyjedzone brzegi, obecność rozrostów brodawkowatych zdają się wskazywać na sprawę wilkową. Za takim rozpoznaniem bezwarunkowo przemawia wykrycie w bliźnie żółto-brunatnych i brunatnych plamek (gruzełków).



Rys. 62. *Carcinoma in lupo*.*

Rozpoznanie bywa jeszcze trudniejsze w umiejscowieniu na błonach śluzowych. I tu również przemawiają za przymiotem ostre zarysy brzegów, rozległość i głębokość owrzodzeń, sadłowaty nalot, wczesne zajęcie oraz zniszczenie kości a wreszcie obecność innych objawów syfilisu. W wielu jednak razach doświadczenie kliniczne zupełnie zawodzi, a wtedy musimy się zwrócić do odczynu tuberkulinowego (1—2—3 mgr.), badań serologicznych (Bordet-Wassermann), histopatologicznych a częstokroć też do tak zwanego leczenia próbnego (neosalvarsan). Dzięki takim dokładnym badaniom udaje się też niekiedy stwierdzić spółistnienie obu schorzeń (postacie mieszane — formes hybrides).

O różnicowaniu z trądem patrz niżej.

W przypadkach, wzbudzających podejrzenie co do grzybicy drożdżowej (blastomycosis), promienicy lub sporotrychozy, rozstrzyga wątpliwości badanie bakterjologiczne.

O dalekiem podobieństwie niektórych postaci wilka złuszczającego do łuszczycy wspominałem już wyżej. Charakter łusek, brak t. zw. „błonki“ łuszczycowej oraz krwawienia punkcikowatego, miękkość i kruchość schorzałej skóry (próba za pomocą zgłębnika)—stanowczo przemawiają przeciwko rozpoznaniu łuszczycy.

Za trądzik pospolity lub różowaty można też łatwo przyjąć tę odmianę wilka pospolitego, która nosi miano rozsialego wilka prosówkowego twarzy — lupus miliaris disseminatus faciei = disseminatet follicular lupus — T. Fox. — Acne-lupus Hutchinson. — Lupus acnéique-Besnier. — Lupus acutus — Kreibich). Sprawa rozwija się napadowo i mieści się niemal wyłącznie na twarzy, rzadziej na szyi lub uwłosionej skórze głowy. Powstają gładkie, półkulisto wzniesione drobne guzki wielkości od łepka szpilki do ziarna konopnego, barwy blad różowej, czerwono-brunatnej lub czerwonosinawej. Na szczycie grudki niekiedy widać brudnożółty strupek lub jakby drobniutki pęcherzyk, z którego jednak nie można wycisnąć żadnej zawartości. Przy uciskaniu szkiełkiem guzeczki zdradza barwę żółto-brunatną. Tępy zgłębnik przenika w ten wykwit z taką samą łatwością, jak w grudkę wilkową, za pomocą zaś małej łyżeczki można go zupełnie wyłuszczyć ze skóry. Odczyn tuberkulinowy bywa wyraźny w większości przypadków. Wykwity występują w postaci rozsianej i nie zdradzają skłonności do rozrostu, łączenia się lub owrzodzenia. Wchłaniają się z pozostawieniem drobnej, głęboko wciągniętej bliznki.

Badanie histologiczne ujawnia tkankę gruczną z ogniskami zserowacenia.

Przy różnicowaniu z trądzikiem pospolitym zwracamy uwagę na miękką spoistość guzeczka, brak wągrów i krostek. Podobieństwo do trądzika różowatego zdradzają te przypadki, w których pewne objawy zapalne skóry towarzyszą rozwojowi guzeczka.

Jest rzeczą dosyć oczywistą, że rozsiany wilk prosówkowy twarzy pozostaje w ścisłym pokrewieństwie z t. zw. tuberkulem grudkowato-krostkowym oraz z gruczną prosówkową skóry. Dodać też należy, że niektórzy badacze (Ehrmann, Oppenheim i in.) utożsamiają tę postać kliniczną ze spostrzeżeniami, opisanymi przez Kaposiego pod nazwą Acne teleangiectodes.

Leczenie. Z chwilą ustalenia rozpoznania wilka pospolite-

go lekarz musi sobie przedewszystkiem uświadomić, iż ma do czynienia z osobnikiem dotkniętym gruźlicą i wszechstronnie zbadać chorego. Leczenie bowiem winno obejmować nie tylko ogniska skórne, lecz też inne wykrywalne umiejscowienia gruźlicy już to w narządach wewnętrznych (płuca, krtań, nerki i t. d.), już to w gruczołach chłonnych, kościach i stawach. Stosownie do wskazań, zalecamy w tych razach odpowiednie postępowanie lecznicze i zwracamy baczną uwagę na poprawę stanu ogólnego. Zwalczanie niedokrwistości, dbałość o możliwie dobre warunki djetetyczne, higieniczne i klimatyczne winno być przedmiotem szczególnej pieczy.

Przyczynowe leczenie gruźlicy skóry usiłujemy urzeczywistnić za pomocą t. zw. metod biologicznych. Wchodzą tu w grę różne preparaty tuberkuliny, stosowane w zastrzykiwaniach podskórnych (tuberkulina Koch'a T., tuberkulina TR., tuberkulina BE., tuberkulina Spengler'a, Denys'a, Bóranec'ka, Rosenbach'a, Danysza itd. Ich działanie na tkankę wilkową jest niewątpliwie korzystne. Nie należy jednak spodziewać się doszczętnego wyleczenia wilka poplitego od stosowania li tylko tuberkuliny. Nie dozna zawodu i rozczarowań, kto zrozumie, że dziś jest to metoda pomocnicza, wspierająca zalecane w leczeniu wilka zabiegi miejscowe. Głównem jej zadaniem jest spotęgowanie odporności ustroju.

Do leczenia tuberkuliną nie nadają się chorzy z gruźlicą płuc, zwłaszcza bardziej rozległą i przebiegającą przy podniesionej ciepłocie. Drobne ogniska płucne nie stanowią bezwzględnie przeciwwskazania, winny jednak być starannie kontrolowane podczas całego trwania leczenia tuberkuliną. Od metody tej trzeba się też powstrzymać u osobników niedokrwistych, szczupłych, źle odżywionych — przynajmniej do czasu poprawy ich stanu ogólnego.

Leczenie należy przeprowadzić w ten sposób, aby uniknąć odczynu ogólnego, nie wyrzekając się jednak odczynu miejscowego. Za ideał uważamy takie postępowanie, w którym całe leczenie tuberkulinowe przebiega bezgorączkowo. Można to względnie łatwo osiągnąć przy stosowaniu Jali-tuberkuliny Danysza. Tuberkulina Koch'a wymaga o wiele większego doświadczenia nie tylko w dawkowaniu, lecz również w doborze chorych.

Na moim oddziale szpitalnym stale stosuję leczenie tuberkuliną i — o ile sądzić mogę — z niezłym powodzeniem. Wyprobowane zostały niemal wszystkie preparaty. Zatrzymałem się na tuberkulinie T oraz Jali-tuberkulinie.

Tuberkulinę Koch'a (z Instytutu Pasteur'a w Paryżu) dawkujemy w następujący sposób. Rozpoczynamy od 0,01 mg. i — o ile cho-

ry dobrze znosi tuberkulinę — stopniowo zmniejszamy dawkę, np.: 0,05 mg., 0,1 mg., 0,2, 0,4, 0,8, 1 mg., 2 mg., 4 mg., 6 mg., 8 mg., 10 mg. i t. d. Zastrzykujemy co 3—4—5—7 dni: przy mniejszych dawkach w krótszych, przy większych — w dłuższych odstępach czasu. W razie odczynu wstrzymujemy się z następnym zastrzyknięciem aż do chwili ustąpienia wszelkich objawów reakcji, poczem powtarzamy ostatnią dawkę T.

Jali-tuberkulina Danysza jest mieszaniną roztworu 1 : 1.000.000 tuberkuliny z szczepionką „Jali“ *). Leczenie rozpoczynamy od 0,5 cm. i zastrzykując co dwa — trzy dni powiększamy każdą następną dawkę o 0,10 cm., a więc 0,5 — 0,6 — 0,7 — 0,8 i t. d. W razie odczynu należy powtórzyć ostatnią dawkę. Jeden okres leczenia najczęściej obejmuje 10 zastrzyknięć. Leczenie można powtórzyć po 1 miesiącu.

Tuberkulinę Danysza chorzy doskonale znoszą. Przebieg leczenia zazwyczaj bywa bezreakcyjny. Stan ogólny wyraźnie się poprawia. Przybywa na wadze. Jednym z najwcześniejszych objawów nieznoszenia preparatu jest ból głowy. W takim wypadku radzę na pewien czas wstrzymać leczenie.

Leczenie tuberkulinowe można stosować w każdym przypadku wilka pospolitego, o ile temu nie stoją na przeszkodzie przeciwwskazania ogólne. Najbardziej jednak nadają się postaci przerostowe (*L. tumidus*), wrzodziejące i pełzające. W umiejscowieniu na błonach śluzowych (nos, usta, srom) widywałem znakomite wyniki od tuberkuliny Danysza.

Metody chemoterapeutyczne zdążają do zniszczenia prątka gruźliczego przez wprowadzenie do ustroju różnych związków chemicznych.

Współczesne leczenie tuberkuliną i neosalwarsanem wprowadzili Herxheimer i Altmann (1911 r.), którzy stwierdzili, że przy dożylnym wlewaniu salwarsanu występuje w tkance wilkowej odczyn zapalny, zupełnie podobny do tuberkulinowego. Salwarsan zastrzykuje się dożylnie w dawkach 0,3 — 0,45 i w odstępach 2—3 tygodniowych a nawet 4-tygodniowych (R. Bernhardt — 1912 r.). W międzyczasie stosuje się tuberkulina podskórną w małych, lecz częstych dawkach (Herxheimer-Altmann), albo też z dłuższymi przestankami w dawkach większych (R. Bernhardt). Dodatni wpływ

*) Szczepionka „Jali“ jest mieszaniną 2 szczepów prątka okrężnicy. 1 szczepu pr. odmienia (proteus), 1 szczepu enterokoka, 1 szczepu gronkowca oraz 1 szczepu paciorkowca.

tego rodzaju leczenia jest niewątpliwy. Nadmienić jednak trzeba, że jest to metoda tylko pomocnicza. Przy jej stosowaniu nie osiągamy wyleczenia wilka, lecz jedynie poprawę, która jest jednak o wiele znaczniejsza, niż przy zastrzykiwaniu li tylko tuberkulińy. Stosunkowo najlepsze wyniki widywałem w postaciach owrzodziałyłch oraz w wilku błon śluzowych. Zwraca uwagę szybkie zabliznianie owrzodzeń.

Zupełnie analogiczne wyniki można osiągnąć za pomocą wypracowanej przezemnie metody Luargol-tuberkulinowej. Luargol (arsenobenzolum stibio- bromo- argenticum) wlewamy dożylnie co cztery dni w dawkach wzrastających 0,05 — 0,10 — 0,15 — 0,20 — 0,25. Ostatnią dawkę (0,25) powtarzamy co tydzień aż do ogólnej wagi 2 g. W międzyczasie stosujemy Jali-tuberkulinę.

Bruck zaleca dożylne wlewania cyanku złotowopotasowego (Aurum-Kalium cyanatum). Stosuje się około 12 wlewań w dawkach wzrastających 0,02 — 0,05 co trzeci dzień. Pomyślne wyniki osiągnęli Bruck, Glueck, v. Poor, Pasini, Dalla Favera, Ziehler; niepomyślne zaś — Ruete, Walter, Mentberger. Osobiście doznałem niepowodzenia.

Leczenie gruźlicy skóry związkami miedzi zostało opracowane głównie przez A. Strauss'a. Zastosowanie znajdują wlewania dożylna, leczenie wewnętrzne za pomocą pigułek a wreszcie wcieranie maści. Do wlewań bywa używany 1% roztwór dwumetylamidowego octanu miedzi (cuprum dimethylamidoaceticum) w dawkach wzrastających od 0,005 do 0,05. Pigułki zawierają preparat, będący połączeniem miedzi z lecytyną (t. zw. lekutyl) w ilości po 5 mg. na sztukę. Podaje się 1—2 pig. 3 razy dziennie po jedzeniu. Ponieważ wyniki takiego leczenia nie były zachęcające, co osobiście mogę potwierdzić, Strauss począł stosować lekutyl w maści, zawierającej 1½% tego preparatu oraz 10% cykloformu. W wilku nieowrzodziałyłm należy maść wetrzeć, w owrzodziałyłm zaś — nałożyć na miejsce schorzałe. Bolesność jest bardzo znaczna pomimo cykloformu. Działanie maści lekutylowej jest wybitnie żrące. Na zasadzie tego, co widziałem, trudno mi uwierzyć, aby lekutyl w miejscowym stosowaniu ujawnił jakiegokolwiek swoiste powinowactwo do tkanki wilkowej. Działanie lekutylu jest takie, jak wielu innych środków żrących.

Metody leczenia miejscowego.

Metody chirurgiczne obejmują: wycięcie, wyłyżeczkanie i nacięcie.

Do wycięcia najbardziej nadają się niewielkie ogniska, a zwłaszcza płaskie i nieowrzodziałe, nie zdradzające zbytnej skłonności do szybkiego rozrostu. Należy wycinać w obrębie tkanek zdrowych i nie płytko, ranę zaszyć, zdążając do osiągnięcia rychłozrostu. Wyniki zazwyczaj bywają doskonałe. Można też wyciąć większe ogniska wilkowe, umiejscowione na kończynach lub tułowiu. W tych razach trzeba jednak być przygotowanym do wykonania operacji plastycznej (metoda Lang'a).

Wyłyżeczko w a n i e jest zabiegiem, polegającym na usunięciu chorej tkanki za pomocą ostrej łyżeczki.

Wyłyżeczko w a n i e stosowano dawniej niemal w każdym przypadku wilka. Dziś schodzi ono na dalszy plan wobec nowoczesnych metod leczenia (Roetngen, Finsen, radium). Na moim oddziale zabieg stosujemy głównie w postaciach owrzodziałych o dnie wybujałym, brodawkowatym i zabieg ten łączymy z miejscowymi środkami żrącymi (maść pyrogalusowa) lub z rentgenoterapią.

N a c i ę c i a (scarificatio) można wykonać za pomocą noża lub przyrządu, zawierającego kilka ostrzy (t. zw. skaryfikator). Czyni się gęstą siatkę krzyżujących się nacięć, których głębokość winna odpowiadać głębokości sprawy wilkowej. Po zatamowaniu krwawienia za pomocą dwutlenka wodoru stosujemy nalewkę jodową, plaster pyrogalusowy i t. p. Zabieg ma na celu przyspieszenie wytworzenia blizny przez pobudzenie do bujania tkanki łącznej.

Nacięcia należy wykonywać wielokrotnie. Najczęściej stosujemy je na nosie, zwłaszcza na jego skrzydłach i koniuszku, a także w okolicy ust. W wielu przypadkach metoda niewątpliwie prowadzi do celu, choć trzeba przyznać, że jest bolesna.

M e t o d y c h e m i c z n e. — Wartość środków chemicznych, stosowanych miejscowo, polega na ich własnościach żrących. Od dobrego preparatu wymagamy, aby działanie było wybiercze (electiv). Winien on niszczyć tkankę chorobową a oszczędzić skórę zdrową, która wszak ma być punktem wyjścia dla tkanki bliznowatej.

Jednym z najlepszych a dziś powszechnie używanym preparatem jest kw. pyrogalusowy (o lekutyli patrz wyż.), który zalecamy w 10—20% maści na waselinie. Maść należy rozsmarować na płótnie dosyć grubo a równomiernie i położyć na chore miejsce, bacząc na to, by płótno przylegało możliwie szczelnie (mniejsza bolesność). Następnie kładziemy warstwę suchej waty i starannie bandażujemy. Opatrunek zmienia się dwa razy dziennie — rano i wieczorem — stosując go 3—5 dni z rzędu. Występuje martwica

tkanki wilkowej oraz zapalny odczyn skóry, któremu nieraz towarzyszy znaczny obrzęk. Bolesność jest dosyć znaczna, jednak bardzo osobnicza. Objawy zapalne należy uspokoić za pomocą okładów z wody ołowianej, octanu glinowego, wody utlenionej lub 3—5% maści bornej, poczem następuje powrót do maści pyrogalusowej. Liczba okresów pyrogalusowych bywa rozmaita — od kilku do kilkunastu. Doradza się nie przyspieszać naskórkowania. Kontrolować mocz!

Wyniki bywają bardzo piękne. W wielu razach można osiągnąć zupełne wyleczenie ognisk wilkowych li tylko za pomocą maści pyrogalusowej. Sprawę przyspiesza jednak połączenie tej metody z rentgenoterapią. Tak postępujemy głównie na kończynach i tułowiu. Na twarzy traktujemy leczenie pyrogalusem, jako przygotowawcze do następczej finsenoterapii, dającej najlepsze wyniki kosmetyczne. — Do takiego postępowania nadają się głównie wrzodziejące i przerostowe postacie wilka.

Działanie maści pyrogalusowej można wzmocnić przez dodanie niektórych leków. Na moim oddziale stale posługuję się następującym przepisem, stopniowo przezemnie wypracowanym:

Ac. salicylic.
Resorcini resubl. \widehat{aa} 5,00
Ac. pyrogallic. 15,00
Ammon. sulfoichthyol.
Sap. virid. \widehat{aa} 10,00
Vaselin. fl. amer 80,00
M. f. ungt.

Niekiedy można też zastosować klej Boeck'a.

Ac. pyrogallic.
Resorcini resubl.
Ac. salicylici \widehat{aa} 7,00
Talcu venet. 5,00
Aq. et Gelatin. q. s.
ut f. colla.

Zalecany przez niektórych badaczy eugalol działa o wiele słabiej, aczkolwiek mniej drażni. Grueneberg stosował 5—12% pastę, J. Świątkiewicz zaś okłady 66% roztworu eugalolu na acetonie.

Podobnie jak kwas pyrogalusowy działa też arsenik, zazwyczaj stosowany w postaci t. zw. pasty Cosme'a.

Ac. arsenicosi 1,00
 Hydrarg. sulfurat. rubr. 3,00
 Vaselin. fl. amer.
 (Ungt. lenient.) 30,00
 M. f. ungt.

Na moim oddziale częstokroć przepisujemy tę maść z domieszką 10% resorcyny.

Ac. arsenicosi 1,00
 Hydrarg. sulfurat. rubr.
 Resorcini resubl. \widehat{aa} 3,00
 Vaselin. fl. amer. 30,00
 M. f. ungt.

Maść należy przykładać na płótnie (lepiej na flaneli) raz na dobę 3—4 dni z rzędu, a następnie postępować tak, jak w leczeniu kw. pyrogalusowym.

Z innych środków można wymienić nadmanganian potasowy per se lub w roztworach stężonych, a następnie sublimat, kreosot, chlorek antymonawy, parachlorfenol (Elzenberg), resorcynę.

Resorcini resubl. 33,00
 Sapon. virid. 20,00
 Vaselin. fl. amer. 47,00
 M. f. pasta.

W leczeniu wilka błon śluzowych jamy ust najczęściej zalecamy kw. mleczny, kw. dwuchloroctowy, parachlorfenol. W jamie nosa stosujemy te same środki lub maść pyrogalusową oraz jod w postaci smarowania, albo też w chwili wydzielania się (in statu nascendi) podług metody Pfannenstill-Strandberg'a.

Jodi pur. 1,00
 Kalii jodati
 Aq. destill. \widehat{aa} 2,00
 M. D. S. Smarować chore miejsca 1 raz dziennie.

Metoda Pfannenstill-Strandberg'a polega na podawaniu NaJ po 0,5 g. sześć razy dziennie oraz na zakładaniu do nosa tamponów, zmoczonych wodą utlenioną z kwasem octowym (1½—3%). Ten

płyn należy wielokrotnie w ciągu dnia wkraplać do nosa na tampon, który pozostawia się też na całą noc. Leczenie trwa około 3 miesięcy.

Na działaniu jodu w chwili wydzielania się oparta też jest metoda Axel Reyn'a. W dwie godziny po lekkim śniadaniu (herbata, bułka) chory zażywa 3—4 g. NaJ w 1—2 dawkach. W godzinę po tem wykonywamy elektrolizę biegunem dodatnim (5 igieł, 2—3—4 MA., 65 V., 2—3 minuty).

Metody fizykalne.

Leczenie światłem (Finsenoterapia). Śród metod fizykalnych leczenie światłem należy wymienić na pierwszym miejscu. Metodę wypracował Niels R. Finsen. Zostały wyzyskane lecznicze właściwości promieni pozafioletkowych, polegające na ich działaniu bakterjóbójczem oraz na wywoływaniu długotrwałego odczynu zapalnego. Leczenie można dobrze wykonywać tylko za pomocą odpowiednio zbudowanego przyrządu i przy współpracy doskonale wyszkolonego personelu pielęgniarskiego. Te warunki można stworzyć tylko w zakładach leczniczych.

W naszym Państwie wykonywamy leczenie Finsenowskie wilka, jak dotychczas, tylko w szpitalu św. Łazarza w Warszawie.

Leczenie rozpoczynamy na obwodzie ogniska wilkowego i stopniowo przesuwamy się ku częściom środkowym. Każde posiedzenie trwa przeciętnie około 1 $\frac{1}{4}$ godz. W 6—12 godzin po oświetlaniu powstaje rumień w miejscu leczonem, po następnych zaś 12 godzinach tworzy się pęcherz, który w ciągu 2—3 dni zasycha w strup. Pod obojętnem leczeniem strup odpada po 8—14 dniach, a wówczas można się przekonać, że na miejscu nacieku wilkowego tworzy się świeża tkanka bliznowata, w której widać oddzielne grudki wilkowe. Te staramy się zniszczyć przez powtórne oświetlanie. Prawie nigdy nie udaje się załatwić sprawy odrazu na jednym posiedzeniu. Każde miejsce wypada oświetlać wielokrotnie, niszcząc tkankę chorobową krok za krokiem i stopniowo przechodząc od warstw powierzchniowych do głębszych. Nic więc dziwnego, że leczenie metodą Finsen'a zawsze trwa długo. Podług Finsen'a i Forchhammer'a nawet niewielkie ogniska wilkowe wymagają około 40, większe zaś 200 i więcej oświetlań. Żadna metoda nie może się jednak poszczycić również dobrymi, trwałymi a pod względem kosmetycznym pięknymi wynikami. Odsetek wyleczenia sięga 60, w przypad-

kach zaś świeżych i niepowikłanych przez zajęcie błon śluzowych bywa on o wiele większy.

Finsenoterapia jest wskazana głównie w wilku twarzy. Ze względu jednak na to, że leczenie trwa bardzo długo i pociąga za sobą duże koszty, należy starannie dobierać chorych i skierowywać do leczenia tylko takie przypadki, w których można liczyć na zupełne wyleczenie. Najodpowiedniejsze są postaci płaskie wilka pospolitego. W przerostowych i wrzodziejących zaleca się przeprowadzenie wstępnego, przygotowawczego leczenia za pomocą masy pyrogalusowej i promieni Roentgen'a.

Kosztowny i kłopotliwy w użyciu aparat Finsen'a usiłowano zastąpić bardziej prostymi przyrządami. Śród nich należy wymienić lampę Finsen-Reyn'a oraz rtęciowołukową lampę Kromayer'a. Za pomocą pierwszej można widocznie osiągnąć wyniki niemal takie, jak przyrządem Finsen'a. Lampa Kromayer'a działa jednak o wiele powierzchowniej i bardziej nadaje się do leczenia przygotowawczego.

Rentgenoterapia. — Jak to wyżej zaznaczono, winniśmy zaliczać rentgenoterapię do przygotowawczych metod leczenia wilka. Stosujemy ją głównie w postaciach przerostowych i owrzodziałych. Tutaj zdążamy do możliwie szybkiego spłaszczenia i zabliznienia ognisk wilkowych w celu ułatwienia następnej finsenoterapii.

W wilku przerostowym zaleca się naświetlanie poprzez filtry glinowe, stosując 5—6 H. na jednym posiedzeniu. W razie potrzeby można tę dawkę powtórzyć po 3—4 tygodniach. W postaciach wrzodziejących można naświetlać bez filtrów, aplikując po 2½ H. co dwa tygodnie. Zabliznianie odbywa się bardzo szybko. Najczęściej wystarczają 1—2 naświetlania, aby przygotować owrzodzenia wilkowe do finsenoterapii.

Wilka jamy ustnej naświetlamy przez nasadki, wilka jamy nosowej przez nasadki oraz poprzez skórę nosa (grube filtry). Wargi ust oraz krtani należy naświetlać promieniami filtrowanymi.

Rad nadaje się głównie do leczenia niewielkich ognisk wilkowych oraz poszczególnych gruzełków i guzeczków w bliznach powilkowych. Nieocenione usługi oddaje rad w leczeniu błon śluzowych (zwłaszcza nosa) i tutaj może być z powodzeniem stosowany w przypadkach niedostępnych dla finsenoterapii i odpornych dla promieni X. Należy naświetlać poprzez filtry (ołów, srebro). — Analogiczne działanie posiada też mesothorium.

Diatermia bywa zalecana do zniszczenia większych ognisk

wilkowych kończyn i tułowia. Z powodu nieszczególnych wyników kosmetycznych (bliznowce) metoda nie nadaje się do leczenia wilka twarzy, znajduje natomiast zastosowanie w umiejscowieniach na błonach śluzowych (nos, podniebienie, gardło). — W obecności drobnych ognisk i oddzielnych guzeczków można się też niekiedy zwrócić do galwanokautyki lub elektrolizy.

Z powyższego widać, że wyleczenie miejscowe wilka pospolitego w rzadkich razach daje się osiągnąć za pomocą tylko jednej metody, np. wycięcia lub finsenoterapii. W większości przypadków sprawy tak się układają, że jesteśmy zniewoleni do stosowania leczenia skombinowanego. Jak łączyć poszczególne metody, na to wskazywałem przy ich opisie. Tutaj tylko nadmienię, że trzeba nie tylko dobrze znać i oceniać wartość każdej z nich, lecz posiadać duże obycie kliniczne w leczeniu chorych wilkowych, aby w każdym poszczególnym przypadku ułożyć odpowiedni plan postępowania i wytrwale zdążać do celu.

Brodawkowata gruzlica skóry.

(Tuberculosis verrucosa cutis Riehl-Paltauf).

O p i s. — Wykwit pierwotny ma kształt wzniesionej twardej i niebolesnej grudki wielkości ziarna konopnego, barwy sinoczerwonej lub czerwono-brunatnawej. Grudka powiększa się przez rozrost odśrodkowy i stopniowo przekształca się w blaszkę o nierównej, brodawkowatej i zrogowaciałej powierzchni.

W rozwiniętej blaszce odróżniamy trzy pasy. Zewnętrzny stanowi czerwony zapalny obrąbek, graniczący bezpośrednio z twardeym, gładkim pasem, wzniesionym w kształcie wału i posiadającym barwę czerwonosinawą. Ten wał stopniowo przechodzi w część środkową blaszki, zaopatrzoną w rozrosty brodawkowe różnej długości i grubości, pokryte suchą, grubą warstwą rogową oraz strupkami. Masy rogowo-neraz bywają tak obfite, że zupełnie zakrywają blaszkę. W tych razach rozrosty brodawkowe występują dopiero po usunięciu nawarstwień rogowych. Pomiedzy brodawkami częstokroć tworzą się drobne krostki, z których przy naciskaniu wydziela się ropa. Mieszczą się one najchętniej w bardziej obwodowych częściach blaszki.

W takim stanie sprawa może trwać przez czas dłuższy, poczem występują zjawiska rozwoju wstecznego, rozpoczynającego się w środkowej części wykwitu. Blaszka spłaszcza się i ciemnieje, rozrosty brodawkowe i nawarstwienia rogowo-neraz stopniowo giną, a wresz-

cie powstaje biała, cienka, miękka i przesuwalna blizna, w której w przeciwieństwie do wilka pospolitego zgoła nie spostrzegamy gruzelków. — Przejściowo mogą powstawać twory obrączkowate, łukowate i pełzające. Są one podobne do wilka pełzającego zwłaszcza wówczas, gdy w obwodowej części wykwitów występują drobne owrzodzenia.

Sprawa mieści się najczęściej na rękach i przedramionach, głównie zaś na grzbietach palców i rąk, a także na powierzchniach bocznych 1, 2 i 5-go palca. Rzadziej bywa zajęta dłoń i okolica łokciowa. Na stopach gruzlica brodawkowata zwykła występować w okolicy kostek i pięty. Z rzadkich umiejscowień należy wspomnieć o nosie (de Aja) i o języku (Danlos, Lévy-Franckel, Bertrand).

Przebieg cierpienia jest bardzo przewlekły. Do powikłań należy gruzlicze zapalenie gruczołów i naczyń chłonnych (lymphangoitis tuberculosa). Spostrzegamy je głównie na kończynach górnych. Początkowo ulegają obrzmieniu gruczoły łokciowe lub pachowe. Później na przebiegu naczyń chłonnych powstają twarde walcowate zgrubienia albo też twory guzowate ułożone paciorkowato, które z biegiem czasu ulegają rozmiękczeniu, zrastają się ze skórą i opróżniają na zewnątrz swą zawartość (gruzlica rozplywna — tuberculosis colliquativa).

Budowa. — Pod względem histologicznym brodawkowata gruzlica skóry niemal nie różni się w zarysach ogólnych od pospolitego wilka brodawkowatego. Na wyszczególnienie zasługuje znaczny rozrost warstwy kolczastej, wybitnie zaznaczone zjawiska nadmiernego i wadliwego rogowacenia oraz obecność dosyć licznych śródskórkowych ropni rzekomych (pseudo-abscessus).

Przyczyny. — Gruzlica brodawkowata skóry powstaje wskutek zakażenia z zewnątrz prątkiem Koch'a i bywa spostrzegana głównie u ludzi dorosłych, stosunkowo częściej u mężczyzn. Schorzeniu zazwyczaj podlegają osobnicy, mający zawodowo do czynienia z materiałem gruzliczym (rzeźnicy, garbarze, weterynarze, lekarze i t. p.). W niektórych razach gruzlica ta bywa następstwem samozaszczepienia u ludzi, dotkniętych gruzlicą narządów wewnętrznych. Szczepy gruzlicze w niektórych razach pochodzą od ludzi (typus humanus), w innych — od zwierząt (typus bovinus). Na to zdają się wskazywać poszukiwania Oehlecker'a, Kleine'a i innych.

Że gruzlica brodawkowata może się też rozwinąć w łączności

z zabiegiem chirurgicznym, o tem świadczą spostrzeżenia Hartung'a, Holländer'a, Ullmann'a, Baum'a, Lesser'a i in.

W pewnej grupie spostrzeżeń przypuścić jednak należy włone pochodzenie gruźlicy brodawkowej skóry. Na to wskazuje występowanie mnogich ognisk po ostrych chorobach zakaźnych oraz współistnienie tego schorzenia z innymi postaciami klinicznymi gruźlicy skóry, powstającymi drogą obiegu krwi.

Rozpoznanie typowych przypadków bywa stosunkowo nietrudne. Brodawki pospolite (kurzawki) są zazwyczaj bardziej bolesne i nie posiadają czerwonej zapalnej obwódki oraz czerwonosinawego zabarwienia samego wykwitu. Brodawkowe blaszki liszaja płaskiego mieszczą się głównie na podudziach, najczęściej współcześnie z typowymi grudkami czerwonego liszaja w innych miejscach ciała. Różnicowanie z przymiotem może nastęrczać bardzo znaczne trudności. W tych razach ustalamy właściwe rozpoznanie za pomocą badań histologicznych i serologicznych. Od pomyłek w kierunku grzybicy drożdżowej (blastomycosis), sporotrychozy i głębokiej postaci liszaja strzygącego mogą nas uchronić poszukiwania bakterjologiczne.

Leczenie. Mniejsze blaszki należy bezwarunkowo wyciąć w granicach zdrowej tkanki i ranę zaszyć. Jeżeli chory nie zgadza się na zabieg krwawy, wskazana jest rentgeno- lub radiumterapia. Większe blaszki można leczyć metodami skombinowanymi. Po usunięciu nawarstwień rogowych (10% maść salicylowa) stosujemy maść pyrogalusową, a następnie nasświetlamy promieniami Roentgen'a. W niektórych razach osiągamy dobre wyniki od zamrażania dwutlenkiem węgla (CO_2) z następczą rentgenoterapią.

Gruźlica rozplywna. — Zolży skóry.

(Tuberculosis colliquativa. — Scrofuloderma).

Odróżniamy gruźlicę rozplywną, pierwotnie powstającą w tkance podskórnej i w skórze, oraz wtórną, która rozwija się w łączności z innymi schorzeniami gruźliczymi skóry lub z gruźlicą narządów, położonych pod skórą (gruczoły i naczynia chłonne, kości, stawy). Wtórnią spostrzegamy o wiele częściej niż pierwotną.

Objawy. — W tkance podskórnej lub w głębokich pokładach skóry właściwej tworzy się kulisty twardy i niebolesny guzek, nad którym skóra jest początkowo zupełnie niezmieniona i łatwo przesuwalna. Guz stopniowo się powiększa a wreszcie zrasta z powierzchnią skóry. Powstaje płaskie półkuliste wzniesienie, w którego

obrębie skóra posiada zabarwienie czerwonosinawe. Guz miękkie i zdradza wyraźne chębotanie. Pokrywająca go skóra staje się coraz cieńsza i wreszcie pęka w miejscu najbardziej wypukłym, Z otworu wydziela się rzadka ropiasta ciecz z domieszką krwi, grudek i strzępów tkanki martwicowej. Wskutek powiększania się otworu tworzą się wreszcie owrzodzenia o brzegach sinoczerwonych miękkich i niegrubych a głęboko podminowanych, o dnie nierównym, pokrytem żółtawym nalotem i wiotką, łatwo krwawiącą bladą ziarniną. W razie połączenia się kilku takich tworów powstają rozległe owrzodzenia o nieprawidłowych policyklicznych zarysach.

Zabliźnianie odbywa się wolno, nierównomiernie, z przestankami, częstokroć odrazu w kilku różnych punktach. Niekiedy zabliźnia się tylko jeden odcinek, podczas gdy pozostała powierzchnia owrzodzenia powiększa się w dalszym ciągu. Wskutek tego powstają wreszcie brzydkie, nierówne blizny o brzegach zazębionych lub wystrzępionych i jakby brodawkowatych, niekiedy ściągnięte i twarde, czasem poprzecinane włóknistymi pasmami lub pokryte takimiż mostkami. W bliznach tych mogą wtórnie wystąpić grudki wilkowe. Częstokroć spostrzegamy też przetoki zdążające włąb.

Do odmian gruźlicy rozplywnej (wtórnej) zaliczamy gruźlicę grzybowatą Riehl'a (tuberculosis fungosa), którą cechuje długotrwały okres guzowaty, odśrodkowe szerzenie się nacieku oraz powstawanie nieprawidłowych owrzodzeń, zdradzających skłonność do grzybowatych, gąbczastych rozrostów.

Co się tyczy umiejscowienia, to należy zauważyć, że aczkolwiek pierwotna gruźlica rozplywna może zasadniczo wystąpić wszędzie, to jednak zdaje się ona oddawać pierwszeństwo kończynom dolnym. Postać wtórną spostrzegamy głównie tam, gdzie gruźliczo schorzałe narządy znajdują się nie głęboko pod skórą. Stosunkowo najczęściej bywa zajęta twarz i szyja, a zwłaszcza okolica podżuchwowa oraz boczne powierzchnie szyi. Na błonach śluzowych (język, policzki) sprawa występuje niezmiernie rzadko (Jadassohn, Miyahara, Mouisset, Gaté, Lafalt Provera.

Przebieg gruźlicy rozplywnej jest przewlekły ze skłonnością do nawrotów.

Badanie drobnowidzowe wykazuje obecność dosyć ostro zarysowanego nacieku, złożonego z komórek nabłonkowych, olbrzymich, z limfocytów i komórek plazmatycznych. Zjawiska zserowacenia i rozmiękczenia występują bardzo wcześnie. Włókna klejorodne i sprężyste ulegają zagładzie.

Sposób i przyczyny powstawania. — Za gruźliczą istotą zolzów skóry przemawia obecność w naciekach prątków Koch'a, dodatni wynik szczepienia tkanki chorej zwierzętom i dodatni odczyn tuberkulinowy. Gruźlica rozplywna, jak każda inna, nie zawsze powstaje w sposób jednaki. Postacie pierwotne najczęściej należą do rzędu zakażeń włonnych. Ogniska chorobowe powstają drogą obiegu krwi i zazwyczaj występują w liczbie mnogiej po ostrych chorobach zakaźnych, zwłaszcza po odrze. Schorzeniu ulegają przeważnie dzieci. W wyjątkowych jednak razach gruźlica rozplywna może się wytworzyć wskutek zakażenia z zewnątrz. Na to potrzeba jednak szczególnych warunków — a mianowicie, aby lasecznik gruźliczy został odrazu przeniesiony pod skórę, n. p. przy głębokim ukłuciu igłą (Bruns).

Wtórna postać zolzów skóry oceniamy jako gruźlicę, powstającą przez styczność (per contiguitatem). Spostrzegamy ją w każdym wieku, szczególnie w wieku dziecięcym i młodzieńczym. Punktem wyjścia zmian skóry są gruźliczo schorzone narządy, położone pod skórą, np. gruczoły chłonne, kości, stawy, pochewki ścięgien, mięśnie, najądrza, woreczek żółwy i t. d. Do tej kategorii należą też przypadki gruźlicy rozplywnej, występującej w łączności z wilkiem pospolitym i z brodawkową gruźlicą skóry (nacieki wzdłuż przebiegu naczyń chłonnych, patrz str. 460).

Rozpoznanie bywa przeważnie nietrudne zwłaszcza wówczas, gdy zolzy skóry współistnieją z innymi zmianami gruźliczemi, n. p. gruczołów, kości i t. p. W niektórych jednak spostrzeżeniach właściwe ujęcie sprawy należy do zadań bynajmniej nie łatwych. Różnicowanie dotyczy przeważnie przymiotu i sporotrychozy. Należy tu mieć na względzie, że kilak jest na ogół biorąc o wiele twardszy i boleśniejszy przy ucisku, wrzód zaś kilakowy jest okrągły, kraterowato wgłębiony, o dnie sadłowatym, o brzegach ostrych, prostopadłych i zazwyczaj nie podminowanych. Bliźna pokilakowa bywa najczęściej gładka i prawidłowa. Wynik próby Bordet-Wassermann'a, odczyn tuberkulinowy i poszukiwania



Rys. 63. *Lupus tumidus buccae et scrofuloderma colli.*

prątków gruźliczych mogą dostarczyć dalszych dowodów, przemawiających za lub przeciw rozpoznaniu przymiotu wzgl. gruźlicy rozplwnej. Kwestję sporotrychozy rozstrzyga hodowla na pożywce Sabouraud'a, aglutynacja i sporotrychotyczny odczyn skóry.

O różnicowaniu z czyracnością niemowląt była mowa w rozdziale XIX.

Rokowanie należy uzależnić od stanu ogólnego chorych oraz od jakości i ilości innych zmian gruźliczych w ustroju. Opanowanie każdego poszczególnego ogniska gruźlicy rozplwnej udaje się niemal zawsze.

Leczenie. — Świeże, twarde guzki nadają się do rentgenoterapii. Chelboczące guzy należy przeciąć, zawartość wyłęczkować a następnie naświetlać promieniami X. Opatrunek jodoformowy. W postaciach owrzodziałych stosujemy skombinowane leczenie maścią pyrogalusową i promieniami Roentgen'a. W niektórych razach korzystny wpływ wywiera też światło pozafjolkowe.

Leczenie ogólne nie różni się od zalecanego w wilku pospolitym.

Wrzodziejąca gruźlica skóry. (Tuberculosis cutis ulcerosa).

Do tej grupy zaliczane bywają postaci kliniczne gruźlicy skóry (i błon śluzowych), w których owrzodzenie stanowi znamieny objaw schorzenia i występować się zdaje jako zjawisko niemal pierwotne (w przeciwieństwie do wilka pospolitego i gruźlicy rozplwnej). Obrazy kliniczne, spostrzegane tutaj, bywają dosyć różnorodne. Bardziej jednolitą gromadę tworzy tylko ta odmiana, którą nazywamy właściwą gruźlicą skóry albo też gruźlicą prosówkową wrzodziejącą (tuberculosis cutis propria s. tuberculosis ulcerosa miliaris).

Sprawa zazwyczaj występuje w okolicy otworów ciała (usta, nos, odbył, narządy płciowe). Zmiany mieszczą się na skórze i błonie śluzowej. Wykwit pierwotny ma postać drobnej grudeczki wielkości lepka szpilki, barwy bladoczerwonej lub czerwono-brunatnej. Grudka niebawem przekształca się w krostkę, a potem w okrągłe i ostro zarysowane owrzodzenie. Przez połączenie się kilku takich tworów powstają większe owrzodzenia. Mają one kształt okrągławy, ostre ząbione, policykliczne i częstokroć niepodminowane płaskie brzegi oraz płytkie nierówne dno, pokryte ziarniną i niegęstą ropną wydzieliną. Na błonach śluzowych owrzodzenia tworzą się jeszcze

szybciej niż na skórze i zazwyczaj bywają głębsze. W ich sąsiedztwie można niekiedy zauważyć drobniotkie szarżółtawe grudeczki.

Owrodzenia są bardzo bolesne.

Jednem z najczęstszych umiejscowień gruźlicy wrzodziejącej jest jama ustna. Zajęte bywają wargi, zwłaszcza dolna, język (przeważnie jego brzeg), podniebienie miękkie, dziąsła i policzki. W okolicy odbytu owrodzenia zazwyczaj mieszczą się w jego najbliższym sąsiedztwie, na okalających fałdach. Przechodzą one także na błonę śluzową odbytnicy. Do stosunkowo rzadszych umiejscowień należą narządy płciowe, nos, powieki, łącznica oka.

W przeważającej większości przypadków sprawa rozwija się u osobników, dotkniętych ciężką postacią gruźlicy narządów wewnętrznych (płuc, kiszek, narządów moczowych). Mamy tu do czynienia z samozaszczepieniem w okresie, kiedy wytwarzanie przeciwciał jest zupełnie zniesione albo też odbywa się w rozmiarach nader nikłych. To też przebieg cierpienia zazwyczaj bywa dosyć ostry a rokowanie niepomyślne.

W niektórych razach gruźlica wrzodziejąca powstaje na skutek zaszczepienia zarazka obcego. Spostrzegamy to zwłaszcza na narządach płciowych. Rzecz rzadziej dotyczy małych dziewczynek, przebywających w otoczeniu chorych na gruźlicę, o wiele zaś częściej chłopców wyznania mojżeszowego, u których dokonano rytualnego obrzezania z następczem wyssaniem rany ustami (Elzenberg, Lubliner, R. Bernhardt, Arluck, Winokurov). Ta postać gruźlicy napletka częstokroć bywa bardzo złośliwa i daje około 40—50 procent śmiertelności (R. Bernhardt). W niektórych jednak razach ma ona przebieg przewlekły i może trwać długi szereg lat (R. Bernhardt). Ze zjawiskiem takim spotykamy się u osobników pozatem zdrowych, niedotkniętych gruźlicą narządów wewnętrznych.

Wspomnieć jeszcze należy, że w niektórych spostrzeżeniach gruźlicy wrzodziejącej można przypuścić, że zakażenie powstaje drogą obiegu krwi (Kren, Balzer, Milian, Gaucher, Doutrelepont, Leichtenstern i in.).*)

Badanie drobnowidzowe wykazuje albo budowę gruźliczą z obecnością gruzełków zserowaciałych, albo też niecharakterystyczną tkanką zapalną ziarniniakową, w której niekiedy spostrzegamy komórki olbrzymie. Prątki gruźlicze można łatwo wykryć w wyskrobinie i w skrawkach.

Rozpoznanie nie jest trudne przy uwzględnieniu stanu ogólnego

*) Porównaj: rozsiana gruźlica prosówkowa skóry.

chorych, charakterystycznego wyglądu owrzodzeń i ich typowego umiejscowienia. W razie wątpliwości zwracamy się do pomocy badań drobnowidzowych.

Obok typowej prosówkowej gruźlicy wrzodziejącej częstokroć spostrzegamy owrzodzenia gruźlicze skóry i błon śluzowych o niezdecydowanym wyglądzie klinicznym. Mogą one zdradzać podobieństwo do przymiotu, wrzodów wenerycznych (Milian, Migahara i in.), do tworów rakowych (Ehrmann), do wrzodów podudzia (Jadassohn, Milian, Mucha, Gougerot), do zanokcicy i t. p. Tutaj należą też niektóre przypadki gruźliczych owrzodzeń napletka, powstających w łączności z obrzezaniem. Wzbudzają one niekiedy podejrzenie co do przymiotu ze względu na podobieństwo do objawu pierwotnego. Ma to miejsce głównie w obecności znacznego nacieczenia i twardości napletka przy współczesnym obrzmieniu gruczołów pachwinowych. Rozpoznanie takich nietypowych owrzodzeń gruźliczych zazwyczaj bywa bardzo trudne. Ustalamy je za pomocą odczynu biologicznego (tuberkulina), poszukiwań bakterjologicznych oraz szczepień na zwierzętach. Badania histopatologiczne mogą bardzo często nie rostrzygać sprawy ostatecznie.

Zabiegi lecznicze uzależniamy od stanu ogólnego. W stanach ciężkich, beznadziejnych należy się zadowolnić miejscowym leczeniem objawowym (kokaina, anestetyka, ortoform, cykloform, opatrunek jodoformowy). W przypadkach łagodniejszych, rokujących względne powodzenie, zalecamy kw. mleczny, parachlorfenol, kw. dwu- i trójchloroctowy, rentgeno- i radiumterapię.

Poniżej podane typy kliniczne gruźlicy skóry powstają drogą krwi obiegu i zwykły występować w postaci osutek. Rozpoznawanie tych spraw posiada duże znaczenie praktyczne, gdyż są one niekiedy pierwszymi wskazówkami gruźlicy utajonej.

Rozsiana gruźlica prosówkowa skóry.

(Tuberculosis cutis miliaris disseminata).

Rozsiana prosówkowa gruźlica skóry może wystąpić jako jeden z przejawów ogólnej gruźlicy prosówkowej. Są to osutki, powstające drogą obiegu krwi, częstokroć rozwijające się napadowo i nieraz występujące w postaci rozsianej na znacznych przestrzeniach skóry. Ich wygląd kliniczny bywa grudkowy, grudkowato-pęcherzykowy, grudkowato-krostkowy. Podobieństwo niektórych wykwitów do liszaja zolzowego i do tuberkulidów grudkowato-

krostkowych jest niezaprzeczalne. Sądzić też należy, że istnieć muszą postaci przejściowe. — O rozsianym wilku prosówkowym twarzy patrz str. 450.

Bardziej jednolity obraz kliniczny ujawnia opisana przez Leiner'a i Spieler'a ostra krwotoczna gruźlica prosówkowa skóry. Osutka występuje na tułowiu, kończynach, twarzy i posiada w ogólnych zarysach charakter plamicowy. Poszczególne wykwitki wielkości lepka szpilki do ziarna prosa są zupełnie płaskie, z ledwością wzniesione ponad otoczenie, barwy sinoczerwonej, czerwonobrunatnej i cokolwiek bledszej w części środkowej. Nie giną przy uciskaniu palcem. Niektóre są nieco wciągnięte w środku albo też pokryte strupkiem lub łuską. Ułożenie ich jest dosyć gęste. Miejscami zbierają się one w gromady, tworzące niewielkie blaszki. Wykwitki mogą się wessać w ciągu kilku dni, pozostawiając wciągnięte plamki barwikowe. Osutka jest naogół mało wydatna i zazwyczaj nie zwraca uwagi otoczenia.

Ostra krwotoczna gruźlica prosówkowa skóry jest cierpieniem małych dzieci, a zwłaszcza osesków. Najczęściej występuje ona po błonicy lub odrze i wikła się przez gruźlicze zapalenie opon mózgowych. U dorosłych zdarza się ona niezmiernie rzadko (Naegele, Hedinger, Nobl).

Przy badaniu drobnowidzowem znajdujemy odgraniczone ogniska chorobowe najczęściej w górnych pokładach skóry właściwej. Naciek nie zawsze zdradza budowę gruźliczą. W przypadkach Leiner'a i Spieler'a znajdowano ogniska martwicowe z zakrzepłymi naczyniami krwionośnymi, zawierającymi liczne prątki gruźlicze (zatory bakteryjne).

Liszaj żółtawy. — Gruźlica liszajowata.

(Lichen scrofulosorum. — Tuberculosis lichenoides. — Tuberculosis milio-papulosa aggregata).

Objawy. — Wykwit pierwotny posiada cechy drobnej okłomieszkowej grudeczki wielkości lepka szpilki do ziarna prosa, kształtu okrągłego lub stożkowatego. — Barwa waha się od bladżółtawej i żółtobrunatnawej do czerwonosinawej lub brunatnoczerwonej. Powierzchnia wykwitów bywa gładka tylko w wyjątkowych razach. Spostrzegamy to mianowicie tylko w tej odmianie, w której występują płaskie wieloboczne lśniące grudki, przypominające wyglądem czerwony liszaj płaski (Jadassohn, Vignolo-Lutati, Schuermann). W typowych zaś przypadkach liszaja żółtawego grudeczka jest pokryta drobnymi łuseczkami. Ze środka



wykwitu częstokroć sterczy ułamany włossek. Niekiedy widać tu drobny, białawy rogowy wyrostek ciernisty, w który mogą być w danem spostrzeżeniu zaopatrzone niemal wszystkie wykwyty (spinulatio, spinulosismus). W innych znowu razach tworzą się na szczycie grudek drobnutki pęcherzyki o zawartości mętnej lub ropnej, które następnie zasychają w strupeczki. Większe tworzy grudkowato-krostkowe już nie należą do typowego obrazu liszaja żółzowego. Stanowią one przejściowe postacie do tuberkulidów grudkowato-krostkowych i dawniej opisywane były pod nazwą *Acne scrofulosorum s. cachecticorum*. Spostrzegać je można w tych np. przypadkach, gdzie współlistnieją tuberkulidy i liszaj żółzowy.

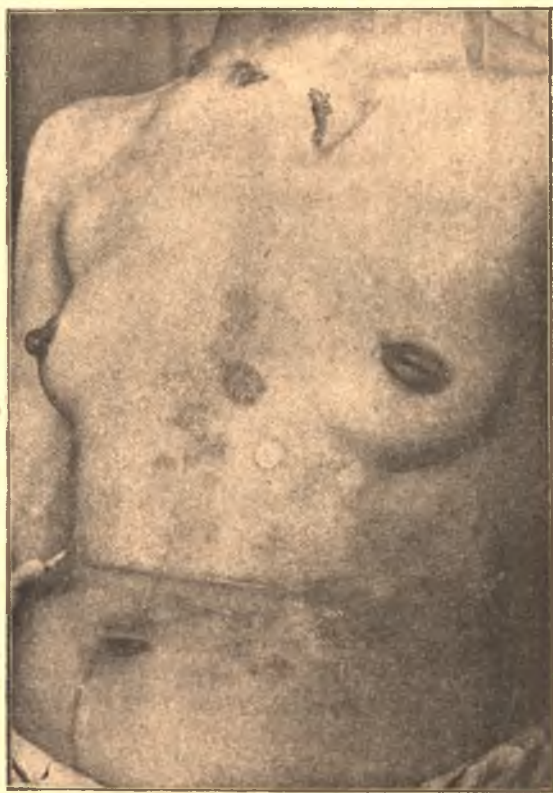
Wykwity liszaja żółzowego rzadko występują w postaci rozsianej. Za znamienne dla sprawy należy uważać układanie się w gromady. W nich znowu poszczególne grudki mogą być ustawione dosyć rzadko albo też tak gęsto, że się łączą i zlewają ze sobą w czerwono-brunatną blaszkę, pokrytą cienkimi, białymi lub szarobiaławymi łuskami. Ilość łusek bywa niekiedy tak obfita, że powstawać mogą obrazy do łuszczycy podobne. Kształt ognisk jest okrągły, owalny, łukowaty lub podkówkowaty. Ich wielkość waha się od paznokcia do dłoni. Częstokroć spostrzegamy zanikanie środkowej części ogniska i obwodowe szerzenie się brzegów. Wówczas tworzą się wykwyty obrączkowe, nabierające podobieństwa do liszaja strzygącego. Ich część środkowa bywa zabarwiona na kolor brunatny, nie zdradza jednak objawów zaniku skóry. Czasem tylko spostrzegać można drobnutki, punkcikowate wciągnięte blizenki, odpowiadające torebkom włosowym. — Zdarza się to jedynie w przypadkach ciężkich.

Ulubionem umiejscowieniem liszaja żółzowego są środkowe i dolne odcinki tułowia. O wiele rzadziej bywają zajęte kończyny, twarz, uwłosiona skóra głowy. Do wyjątkowych umiejscowień należą dłonie i podeszwy, gdzie sprawa zwykła występować nie w postaci grudek, lecz drobnych w skórze leżących ognisk o wyglądzie ziaren sago (Juliusberg).

Przebieg jest bardzo przewlekły. Zmiany skóry mogą trwać miesiące i lata nie powodując niemal żadnych dolegliwości. Sprawa może przycichnąć i znowu wybuchnąć, rozprzestrzenić się znacznie albo też ograniczyć tylko do kilku ognisk. Wreszcie osutka ginie bez śladu lub z pozostaniem zmian barwikowych, które następnie ustępują zupełnie.

Przyczyny. — Liszaj żółzowy jest cierpieniem głównie

wieku młodocianego, do okresu pokwitania, występuje jednak też u ludzi starszych, być może częściej u kobiet. Rzecz zazwyczaj dotyczy osobników gruźliczych z przewlekłymi cierpieniami gruczołów, kości, stawów. Rzadko się zdarza, by liszaj żółzowy towarzyszył rozległym i dosyć ostro przebiegającym zmianom płuc. Tylko w sprawach przewlekłych widzujemy go jeszcze stosunkowo



Rys. 64. *Lichen scrofulosorum*.

częściej. Dosyć popularne jest natomiast współistnienie innych postaci klinicznych gruźlicy skóry, n. p. wilka popularnego, gruźlicy brodawkowej lub rozplywnej, tuberkulidów grudkowato-krostkowych, liszaja rumieniowatego. Wybuch choroby następuje dosyć często po odrze, płonicy, influenzy.

Za gruźliczą istotą liszaja żółzowego przemawia dodatni odczyn tuberkulinowy, obecność prątków Koch'a w tkance (Jacobi, Wolf, Darier, Bettmann Lie(?), Lewandowsky, Jadassohn) oraz

dodatni wynik szczepień na zwierzętach (Jacobi, Haushalter, Colombini, Pellizari, Whitfield).

Zasługuje jeszcze na uwagę, że przy wykonywaniu próby tuberkulinowej podług Pirquet'a i Moro tworzą się niekiedy wykwity wielce podobne do liszaja żółzowego (Dufour, Leszczyński, Moro, Nobl, Zieler i in.).

Poszukiwania drobnowidzowe wykazują obecność niewielkiego i dosyć wyraźnie odgraniczzonego ogniska naciekowego w warstwie brodawkowej i pokładach górnych skóry właściwej. Umiejscowienie okołomieszkowe występuje nader często, lecz nie stale. Naciek składa się z komórek nabłonkowatych, olbrzymich



Rys. 65. *Lichen scrofulosorum*.

Naciek ogniskowy w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej. W nim olbrzymia komórka. W naskórku widać zjawiska nadmiernego rogowacenia.

i limfocytów. Zserowacenia nie ma. W naskórku można stwierdzić zjawiska nadmiernego rogowacenia.

W rozpoznawaniu liszaja żółzowego powodujemy się głównie ogniskowym ułożeniem wykwitów oraz ich umiejscowieniem, a następnie przewlekłym przebiegiem sprawy, brakiem swędzenia i obecnością innych przejawów klinicznych gruźlicy. Przy różnicowaniu trzeba mieć w pamięci głównie naskórkową grzybicę grudkową czyli okołomieszkową Unna'y (eczema mycoticum papulo-peripilare s. folliculare) oraz liszaj przymiotowy (lichen syphiliticus). Co się tyczy wzmiankowanej grzybicy, to należy zauważyć, że w tem cierpieniu grudki są na ogół większe i twardsze i bardziej czerwone, ich ułożenie i umiejscowienie jest nieco odmienne, blaszki zaś nie bywają suche, lecz ujawniają skłonność do sączenia. Pozatem istnieje swędzenie. — W liszaju przymiotowym

grudki są również większe, twardsze i zazwyczaj posiadają ciemnoczerwoną miedzianą barwę. Nie układają się one w blaszki, chętnie natomiast tworzą figury groniaste (*corymbiformis*). Pewna wielopostaciowość osutki, obecność innych objawów przymiotu na skórze i błonach śluzowych, dodatni odczyn Bordet-Wassermann'a — wszystko to będzie przemawiało za rozpoznaniem przymiotu. — Wykwity czerwonego liszaja kończystego są bardziej twarde, suche, rogowe, zaopatrzone w czop, wnikający w torebkę włosową. Posiadają też one inne umiejscowienie niż liszaj zołzowy. Liszaj mieszkowy występuje na wyprostnej kończyn i nie układa się w gromady.

Rokowanie jest pomyślne co do zmian skóry, którym należy wszak przypisać tylko pewne znaczenie objawowe. Rokowanie ogólne trzeba uzależnić od stanu chorego i ciężkości podstawowego cierpienia gruźliczego.

Leczenie. — Główną uwagę należy zwrócić na leczenie ogólne wzmacniające. Podajemy tran, arsenik, żelazo, jodek żelazawy i t. p. Wskazane są kąpiele solankowe, siarkowe i morskie, kąpiele powietrzne i słoneczne, pobyt w górach lub na pobrzeżu morskiem. W każdym przypadku zaleca się przeprowadzenie leczenia tuberkuliną, naturalnie o ile nie ma przeciwwskazań ku temu. Dobre wyniki daje Jali-tuberkulina Danysza, przy której stan ogólny chorych zazwyczaj ulega widocznej poprawie.

Miejscowo stosujemy słabe środki złuszczejące w maściach (kw. salicylowy, resorcyne, naftol-β, siarkę), albo też wcieranie tranu. W przypadkach rozległych można zastosować światło pozafokowe (lampa kwarcowa).

Tuberkulid grudkowato-krostkowy.

(*Tuberculides papulo-necroticae* s. *acneiformes*. — *Tuberculosis papulo-necrotica*. — *Dermatitis nodularis necrotica*. — *Folliclis* †).

Objawy. — Typowy wykwit posiada wygląd półkulisto wzniesionej lub też płaskiej, twardej grudki, wielkości od ziarna konopnego do soczewicy a nawet grochu. Barwa jest początkowo bladoczerwona, później zaś ciemnoczerwona, czerwonosinawa lub czerwobrunatnawa. Po pewnym czasie w środkowej części grudki powstaje jakby pęcherzyk drobnutki i żółtozielonkawy, z którego po nakłuciu można wydobyć nieco surowiczego płynu. Ten twór niebawem zasycha w dosyć twarde i mocno przylegający strupek koloru brudnoszarego lub brunatnego. Po usunięciu strupa pa-

znokciem widać drobne, okrągłe i łatwo krwawiące owrzodzenie o brzegach ostrych, wnikające kraterowato w środek grudki. Pozostawiona własnemu losowi sprawa przebiega w ten sposób, że grudka stopniowo się spłaszcza i wchłania, strupek odpada a w jego miejscu powstaje ostro zarysowana gładka, okrągła i nieco wciągnięta blizenka różowa, otoczona obrąbkim barwikowym. Z biegiem czasu otoczka znika, blizenka zaś staje się niemal papierowo biała.

Okres rozwojowy wykwitów można obliczyć na 4—6 tygodni.

Grudki najchętniej mieszczą się na grzbietach rąk i grzbietowych powierzchniach palców rąk, na wyprostnych kończyn i na pośladkach, na grzbietach stóp, zwłaszcza zaś obficie w okolicy łokci i kolan, na przedramionach i podudziach. Do dosyć częstych umiejscowień należy twarz, małżowiny uszne a także brzuch, do rzadkich — dłonie, podeszwy i narządy płciowe. Wykwity występują w postaci rozsianej i w ułożeniu dosyć umiarowem. Sprawa rozwija się napadowo i podchodnie, może trwać miesiące i lata, ujawniając okresy zwolnienia i nasilenia. Niekiedy spostrzegamy obostrzenia w sezonie wiosennym i jesiennym. Te właściwości przebiegu są powodem pewnej wielopostaciowości osutki, polegającej na tem, że przy badaniu przypadku rozwiniętego stale widzujemy wykwity w różnych okresach rozwoju. Znajdujemy zatem obok siebie grudki świeże i grudki z „krostkami“ lub strupkami, pozatem zaś blizenki różowe i białe. Powstający stąd obraz kliniczny jest wielce znamienny dla tuberkulidów grudkowato-krostkowych.

Z towarzyszących zjawisk zasługuje na uwagę siność (livedo), częstokroć sięgająca na górnych kończynach do połowy przedramion, na dolnych — do połowy uda.

Objawów podmiotowych niema.

Typowy obraz tuberkulidów grudkowato-krostkowych może ulec pewnym odmianom, wynikającym z wielkości, wyglądu, siedliska w skórze, a także z ułożenia wykwitów. Stosunkowo drobne grudki widzujemy u osesków i u małych dzieci, u których pozatem bardzo często nie dochodzi do wytwarzania krostki i strupka. Sprawa ogranicza się tutaj jedynie do łuszczenia, po wessaniu się jednak grudki może się wytworzyć drobna wciągnięta blizenka. Takie zjawiska spostrzegali Jadassohn też u dorosłych. — W innych znowu razach wytwarzają się na szczycie grudek dosyć duże żółte krostki, wskutek czego powstają twory podobne do trądzika pospolitego (t. zw. trądzik żółty — acne scrofulosorum). Wykwity takie widu-

jemy najczęściej u dzieci i młodych osobników. Mieszczą się one najchętniej na tułowiu w miejscach, gdzie zwykł występować liszaj zółtowy. Ponieważ w liszaju zółtym również spostrzegamy grudki, zaopatrzone w pęcherzyki o ropnej zawartości, staje się więc rzeczą zrozumiałą, że istnieje ścisła łączność pomiędzy tuberkulidem grudkowato-krostkowym a liszajem zółtym (porównaj str. 468). Obie postaci wraz ze swymi odmianami mogą też współcześnie wystąpić u danego osobnika.

Obok typowych postaci tuberkulidów grudkowato-krostkowych widzimy też niekiedy niebolesne, drobne, twarde i przesuwalne guzeczki wielkości ziarna prosa do pestki wiśniowej, mieszczące się w tkance podskórnej lub w głębokich warstwach skóry właści-



Rys. 66. *Tuberculides papulo-necroticae*.

wej. Powiększając się stopniowo guzki wyrastają ku powierzchni skóry, którą uwypuklają półkulisto. W miejscu tem tworzy się następnie martwicowy strupek, dalszy zaś przebieg sprawy chorobowej jest taki, jak w zwykłym tuberkulidzie. Różnica polega jedynie na tem, że owrzodzenie jest nieco większe i głębsze, a często-kroć widać też ropną wydzielinę. Tę głęboką odmianę tuberkulidów grudkowato-krostkowych Barthélemy nazywał Aknitis. Stanowi ona przejście do rumienia stwardniałego Bazin'a (erythema induratum).

Co się tyczy ułożenia, to zaznaczono już wyżej, że w tuberkulidzie grudkowato-krostkowym osutka typowo występuje w postaci rozsianej. W wyjątkowych razach spostrzegano jednak układanie się w gromady (R. Bernhardt, Whidfield, Rusch), a nawet tworzenie się dosyć rozległych blaszek ze skłonnością do zanikania w środku i przyrostu na obwodzie (R. Bernhardt).

Budowa. — Istotę tuberkulidu stanowi ogniskowe nacieczenie, poczynające się w głębokich warstwach skóry właściwej. Sprawa powstaje dokoła tętnic i żył, początkowo zdradzających objawy zapalenia błony zewnętrznej i środkowej. Stąd nacieczenie stopniowo przechodzi na otaczającą tkankę łączną skóry, tworząc okrągławe i owalne ogniska. Te znowu składają się z limfocytów, ko-



Rys. 67. *Acne scrofulosorum*.

mórek nabłonkowatych i olbrzymich, a także z leukocytów o ziarnistości częstokroć eozynochłonnej. W środkowej części ognisk i nacieków niebawem występują sprawy rozpadowe, poczynające się jako zamieranie (necrobiosis) a kończące się zupełnym przekształceniem tkanki w drobnoziarnistą masę. Włókna klejorodne i sprężyste ulegają zagładzie. W tętnicach i żyłach można stwierdzić zjawiska zapalenia błony wewnętrznej, powodującego znaczne zwężenie a nawet zupełne zamknięcie światła naczyniowego.

Nad środkową częścią tuberkulidu początkowo powstaje śród-naskórkowy pęcherz, którego zawartość składa się głównie z leuko-

cytów. Później naskórek ulega w tem miejscu martwicy i bezpośrednio zlewa się z obumarłą tkanką nacieków zapalnych skóry. Powstaje strup.

Przyczyny. — Tuberkulidy grudkowato-krostkowe powstają drogą krwi obiegu. Spostrzegamy je stosunkowo częściej u osobników młodych, mogą jednak występować w każdym wieku a nawet u ludzi starych. Zazwyczaj towarzyszą one przewlekłej, łagodnie przebiegającej gruźlicy, n. p. narządów wewnętrznych, gru-



Rys. 68. *Tuberculides papulo-necroticae*.

Śródnskórkowy pęcherz. Ogniskowe nacieczenie dokoła naczyń krwionośnych. Olbrzymie komórki w nacieku.

czołów chłonnych. Współistnienie innych postaci klinicznych gruźlicy skóry zdarza się dosyć często (wilk pospolity i rumieniowaty, gruźlica brodawkowata i rozplywna, liszaj zółzowy, rumień stwardniały). Zauważyć jednak trzeba, że wykrycie prątków gruźlicy w tuberkulidach udaje się nie często (Philippon, MacLeod, Ormsby, Hidaka, Bosellini, Whitfield, Leiner-Spieler(?)). Również trudno udaje się spowodować gruźlicę szczepioną (Philippon, Leiner, Spieler, Burnett, Lier, Gougerot). Odczyn tuberkulinowy (miejscowy) nie zawsze wypada dodatnio (stosunkowo rzadziej niż w liszaju zółzowym).

Rozpoznanie nie jest zbyt trudne na zasadzie charakterystycznego wyglądu wykwitów i blizenek po nich pozostających, zwłaszcza przy uwzględnieniu typowego umiejscowienia osutki. Różnicowanie z trądzikiem pospolitym opiera się głównie na obecności wągrów i na zgoła odmiennym umiejscowieniu. Trądzik ospowaty występuje na głowie i twarzy, przeważnie na granicy części uwłosionych. Przymiotowe osutki (krostkowe) cechuje daleko większa wielopostaciowość oraz obecność innych jeszcze objawów zakażenia krętkowcowego. W wątpliwych jednak przypadkach należy się uciec do odczynu tuberkulinowego, próby Bordet-Wassermann'a, wreszcie do badania histopatologicznego. Godzi się też pamiętać, że w tuberkulidach grudkowato-krostkowych próba Wassermann'a niekiedy wykazuje częściowe zahamowanie hemolizy u osobników najwidoczniej niedotkniętych przymiotem.

Duże podobieństwo do tuberkulidów posiada też osutka trądzikowata, spostrzegana po stosowaniu waseliny i bardzo często mieszcząca się na wyprostnych kończyn. Różnice polegają na tem, że grudki te są zawsze okołomieszkowe i że są zaopatrzone w suchy, twarde brudnożółty czop. Po jego usunięciu nie widać kraterowatego owrzodzenia skóry, lecz niegłęboką wnękę, pokrytą naskórkiem (patrz str. 151).

Leczenie ogólne nie różni się od podanego w liszaju zołzowym. Zastrzykiwanie tuberkuliny nieraz daje doskonałe wyniki. Miejscowo stosujemy kąpiele, środki złuszczone i t. zw. odtleniające (kw. salicylowy, resorcyna, siarka i t. p.) oraz naświetlanie promieniami Roentgen'a.

Należy zwrócić baczną uwagę na współczesne leczenie innych klinicznych przejawów gruźlicy.

Rumień stwardniały.

(Erythema induratum-Bazin. — Tuberculosis indurativa).

Objawy. — Rumień stwardniały występuje typowo na podudziach. Tworzą się okrągławe i nie ostro odgraniczone plamy barwy ciemnoczerwonej, sinoczerwonej lub czerwono-brunatnej, w których obrębie powierzchnia skóry częstokroć bywa nieco wypukłona, napięta i gładka. Przy wymacywaniu można się przekonać, że plamom odpowiadają twarde, zazwyczaj niebolesne guzowate nacieki, mieszczące się w skórze i w tkance podskórnej. Kształt ich bywa okrągły, owalny lub wrzecionowaty, wielkość waha się od

wymiaru orzecha laskowego do małej cytryny. Nacieki nie zrastają się z tkankami głębiej położonemi i są przesuwalne wraz ze skórą.

Obok nacieków można częstokroć wykryć w głębi skóry lub w tkance podskórnej mniejsze twory guzowate, twarde i ruchome, nad którymi skóra posiada wygląd zupełnie prawidłowy. Od guzów niekiedy bieżą wydłużenia powrózkowate, które stopniowo giną w otaczającej tkance albo łączą się z innymi sąsiednimi guzkami.

Przebieg cierpienia bywa bardzo wolny. Rumień stwardniały może trwać tygodnie i miesiące nie zdradzając bardziej widocznych zmian. Stopniowo ulega on jednak wessaniu i wreszcie ginie niemal bez śladu, albo też z pozostawieniem nieco wciągniętego zanikowego miejsca skóry. W innych razach w części środkowej plamy tworzą się dosyć powierzchowne, okrągławe owrzodzenia o nieco krętych i niepodminowanych brzegach, które wydzielają surowiczoropną ciecz. Po zagojeniu pozostaje gładka, nieco wciągnięta okrągła lub owalna blizna, otoczona brunatnem obrzeżem.

Ulubionem umiejscowieniem rumienia stwardniałego są kończyny dolne, zwłaszcza podudzia, gdzie stosunkowo częściej zajęte bywają powierzchnie zginaczy (okolica łydkowa). Zmiany mogą jednak zjawić się na stopach (grzbiety), udach, pośladkach i ramionach (powierzchnie wyprostne).



Rys. 69. *Erythema induratum* Bazin.

Sprawa częstokroć rozwija się napadowo i ujawnia skłonność do występowania umiarowego. Nie należy jednak do rzadkości zajęcie jednej tylko kończyny. Liczba nacieków guzowatych bywa rozmaita — od jednego do kilkunastu i więcej. Schorzeniu najczęściej podlegają kobiety w wieku 15—30 lat. Chłodna pora roku zdaje się sprzyjać rozwojowi rumienia stwardniałego, napady bowiem cierpienia spostrzegamy zazwyczaj na jesieni i w zimie.

Do odmian nie często opisywanych należą przypadki, w których guzki układają się w figury obrączkowate, gdzie rumień szerzy się obwodowo ulegając wessaniu w części środkowej. W innych znowu razach guzki układają się tak często, iż powstaje rozlany

twardy i gruby naciek o powierzchni nierównej. Tego rodzaju nietypowe przypadki widocznie stanowią grupę t. zw. podskórnych sarkoidów Darier'a, mieszczących się dosyć chętnie na tułowiu i twarzy.

Budowa. — Główne zmiany mieszczą się w głębokich pokładach skóry właściwej oraz w tkance podskórnej. Tutaj widać rozległe nacieczenie, utworzone z okrągłych, owalnych i podłużnych — kształtu smug — ognisk, złożonych z komórek nabłonkowatych, olbrzymich, z limfocytów i komórek plazmatycznych. W ogniskach można stwierdzić zjawiska rozpadu i zserowacenia. Naczynia krwionośne — tętnice, częściej żyły — zdradzają wybitne objawy zapalenia błony wewnętrznej, obok którego zwykle też występować zapalenie błony środkowej i zewnętrznej.

Przyczyny. — Za gruźliczem pochodzeniem rumienia stwardniałego przemawia obecność prątków Koch'a w tkance (Gavazzeni, Wende, Doutrelepont, Kuznitsky, Hidaka), doświadczalna gruźlica zwierząt (Gougerot, Favera, Wende, Lier) oraz dodatni odczyn tuberkulinowy. Współistnienie innych postaci gruźlicy skóry należy do dosyć pospolitych zjawisk.

Rozpoznanie różnicowe winno uwzględnić głównie rumień guzowaty, gruźlicę rozplywną oraz owrzodzenia kilakowe.

Rumień guzowaty ma przebieg bardziej ostry a częstokroć towarzyszą mu objawy ogólne (gorączka, bóle gośćcowe i t. d.). Guzki mieszczą się nie tylko na podudziach, lecz współcześnie na kończynach górnych i dolnych. Są one bardzo bolesne i nigdy nie ulegają owrzodzeniu.

W gruźlicy rozplywnej twory guzowate są większe, bardziej miękkie i chębczące. Owrzodzenia są głębsze i mają nieprawidłowe, podminowane brzegi.

Owrzodzenia kilakowe zazwyczaj bywają głębsze i posiadają ostro ścięte, nacieczone, twarde brzegi. Odróżnienie od kilaków nicowrzdziiałych bywa niekiedy bardzo trudne. W takich przypadkach należy uwzględnić obecność innych objawów przymiotu lub gruźlicy i zwrócić się do pomocniczych metod laboratoryjnych.

Leczenie miejscowe polega na stosowaniu okładów rozgrzewających z płynu Burow'a, resorcyny, ichtyolu i t. p., na opatrunkach jodoformowych w postaciach owrzdziiałych oraz na rentgenoterapii.

Leczenie ogólne jest takie, jak w gruźlicy wogóle. Wskazane jest stosowanie tuberkuliny (dobre wyniki).

Sarkoidy Boeck'a.

Ten kliniczny typ schorzenia skóry został wyodrębniony przez Boeck'a w r. 1899.

Odróżniamy 3 odmiany sarkoidów, a mianowicie: grudkowatą, guzowatą i naciekową.

Pierwsza odmiana występuje pod postacią rozsianej osutki, złożonej z twardych półkulisto wzniesionych tworów grudkowatych wielkości łepka szpilki do ziarna grochu polnego. Barwa świeżych grudek jest bladoczerwona, starszych — czerwonosinawa, brunatnawa. Przy diaskopii widać w obrębie grudek liczne żółtawe i żółto-brunatnawe plameczki i kropeczki, niezmiernie charakterystyczne dla sarkoidów Boeck'a. Po pewnym czasie powierzchnia wykwitów poczyną się łuszczyć, ich barwa staje się żółtawobrunatnawa i brunatna, zjawiają się drobne rozszerzone naczynia krwionośne. Grudka stopniowo się wchłania a wreszcie ginie bez śladu lub z pozostawieniem gładkiej powierzchniowej bliznki.

W odmianie drugiej widujemy okrągłe, owalne lub nieprawidłowego kształtu twory guzowate wielkości orzecha laskowego do włoskiego a częstokroć nawet większe. Ich powierzchnia jest gładka, półkulisto wzniesiona lub też płaska. Zabarwienie nie różni się od spostrzeganego w wykwitach grudkowatych. Guzy wolno się powiększają zanikając w części środkowej. W tym okresie środek guza jest bardziej płaski i posiada barwę fioletową, część zaś obwodowa tworzy żółto-brunatnawy wzniesiony wał, w którym można zauważyć poprzez uciskające szkło wyż. wzmiankowane kropeczki i plameczki. Guz wchłania się pozostawiając brunatne zabarwienie i rozszerzone naczynka krwionośne. Blizny wytwarzają się nie często. Owrzodzeń nigdy nie spostrzegano.

Odmianę naciekową cechuje nie ostro odgraniczone twarde zgrubienie skóry barwy czerwonej, czerwono-brunatnej, sinawej. Diaskopia ujawnia rozsiane szarożółtawe i żółto-brunatnawe kropeczki oraz plamki, lub też rozlane zabarwienie w obrębie schorzałej skóry.

Naciekowa odmiana rzadko powstaje samodzielnie. Najczęściej spostrzegamy ją obok innych odmian sarkoidów Boeck'a. Zauważyć jednak trzeba, że postać grudkowata i guzowata mogą również wystąpić współcześnie. Zdarzyć się zatem może, że u jednego chorego spotykamy się ze wszystkimi odmianami naraz.

Ulubionem umiejscowieniem sarkoidów Boeck'a jest twarz, okolica barkowa, wyprostne kończyny górnych. Zmiany mogą jednak

wystąpić też na tułowiu, kończynach dolnych a nawet na uwłosionej skórze głowy. Ułożenie wykwitów częstokroć bywa umiarowe. Liczba tworów guzowatych zazwyczaj bywa niewielka, choć w jednym z moich spostrzeżeń sięgała kilkudziesięciu egzemplarzy. Odmianę grudkowatą cechuje natomiast obfitość wykwitów, których liczba może dochodzić do kilkuset.

Przebieg choroby jest nader przewlekły. Nawroty występują nawet po zupełnem wyleczeniu.

Sarkoidom Boeck'a bardzo często towarzyszy obrzmienie gruczołów chłonnych — szyjowych, karkowych, podżuchwowych, łokciowych, pachowych i pachwinowych. Spostrzegano też powiększenie śledziony (Darier i Terebinsky), zajęcie ślinianek (Bering), zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego (Bering-Schuhmacher).

Opisany przez Brocq'a i Pautrier'a t. zw. *angioloïd* należy widocznie uważać za odmianę sarkoidów Boeck'a, którą cechuje obfitość rozszerzonych naczyń krwionośnych.

B u d o w a. — W skórze właściwej znajdujemy ostro odgraniczone ogniska, złożone głównie z komórek nabłonkowatych i tkanok łącznych. Liczba komórek olbrzymich bywa bardzo rozmaita, plazmatycznych zaś, tucznych i limfocytów — bardzo nieznaczna. Ogniska pozostają w łączności z naczyniami krwionośnymi. Punktem ich wyjścia są widocznie przestrzenie chłonne okołonaczyniowe. Światło naczyń bywa częstokroć rozszerzone, błona zaś wewnętrzna — niezmienniona.

P r z y c z y n y. — Za gruźliczem pochodzeniem sarkoidów dziś przemawia stosunkowo mało faktów. W skrawkach dotychczas jeszcze nie zostały wykryte prątki gruźlicze. Szczepienia na zwierzętach dały wyniki jedynie dwa razy (Kyrle, Morawetz), odczyn zaś tuberkulinowy bywa dodatni tylko w wyjątkowych razach. Dane te być może nie przemawiają bezwzględnie przeciwko gruźlicy, wzbudzają jednak poważne wątpliwości. Można przypuścić, że w sarkoidach Boeck'a mamy do czynienia z ziarniniakami niewiadomego pochodzenia. Sądzić też można, że sarkoidy nie stanowią gromady jednorodnej pod względem przyczynowym. Nadmienić jeszcze trzeba, że w niektórych spostrzeżeniach odczyn Bordet-Wassermann'a był dodatni i że działanie salwarsanu było nader skuteczne.

R o z p o z n a n i e różnicowe nieraz nastęcza bardzo znaczne trudności i winno uwzględnić głównie przymiot i trąd. Prócz danych klinicznych, przemawiających na korzyść tego lub innego cierpienia, niezbędne są w takich przypadkach dokładne badania laboratoryjne (drobnowidzowe, bakterjologiczne i serologiczne).

Leczenie polega głównie na energicznym stosowaniu arszeniku. W niektórych przypadkach korzystnie działał salwarsan a także zastrzykiwania tuberkuliny lub kalomelu (Darier). Miejscowo zalecamy kąpiele, środki odtleniające oraz rentgenoterapię.

W łączności z sarkoidami Boeck'a należy jeszcze omówić t. zw. wilka o wyglądzie odmroziyny (Lupus-pernio). Ten obraz kliniczny wiązano dawniej albo z wilkiem pospolitym, albo z liszajem rumieniowatym. Ostatnimi czasy coraz więcej głosów przemawia za przynależnością tej postaci do grupy Boeck'a (Arndt, Clarc, Hidaka, Kreibich, Kühlman, Pinkus i in.). Stąd dążenie do pozbycia się samej nazwy lupus i zastąpienia jej przez nowe określenie, n. p. Granuloma-pernio (Ziehler), Lymphogranuloma-pernio (Kreibich).

Sprawa mieści się głównie na nosie, policzkach, powiekach, małżowinach usznych, na rękach i stopach, rzadziej w innych miejscach kończyn. W skórze powstają płaskie, twarde i nie ostro odgraniczone nacieki o barwie ciemnoczerwonej lub fioletkowej. Ich powierzchnia jest gładka, niekiedy lśniąca i nieco napięta. Przy dia-skopii widać rozlane szarżółtawe zabarwienie albo brunatnawe plamki (jak w wilku pospolitym), lub też drobne szarżółtawe i szarobrunatnawe kropeczki — zupełnie jak w sarkoidach Boeck'a.

Schorzenie to najczęściej spostrzegamy u ludzi dorosłych w średnim wieku. Przebieg jest przewlekły i ujawnia okresy zwolnienia i nasilenia. W sezonie zimowym zazwyczaj następuje pogorszenie. Niekiedy bywa zajęta błona śluzowa jamy ust i nosa. Gruczoły chłonne mogą ulec obrzmieniu.

Badanie drobnowidzowe wykazuje obrazy, podobne do spostrzeganych w sarkoidzie Boeck'a i w rumieniu stwardniałym.

Przyczyny cierpienia nie zostały dotychczas wyjaśnione. Stosunek do gruźlicy jest również nieokreślony, jak sarkoidów Boeck'a.

Liszaj rumieniowaty. — Wilk rumieniowaty.

(Lupus erythematosus s. erythematoses Cazenave).

W liszaju rumieniowatym, którego ulubionem siedliskiem bywa twarz, odróżniamy postać powierzchowną i postać głęboką.

Postać powierzchowna (Erythema centrifugum Bielt-Brocq. — Seborrhea congestiva — Hebra). — Na skórze twarzy powstają dosyć ostro odgraniczone, ponad otoczenie nieco wzniesione blaszki barwy różowej, czerwonej lub czerwono-fioletkowej. Czę-

stokroć są one zaopatrzone w liczne rozszerzone naczynka krwionośne, które otaczają wiankiem sam brzeg wykwitu. W części środkowej blaszek niekiedy widać białawe, cienkie, suche i mocno przylegające łuseczki. Jeżeli usunąć paznokciem łuskę, to można się przekonać, że na jej powierzchni dolnej znajduje się szereg czopowatych wyrostów, wnikających w naskórek i odpowiadających głównie wylotom mieszków włosowych, wzgl. gruczołów łojowych. W obrębie blaszki skóra posiada zwykłą spoistość lub też jest nacieczona w bardzo nieznacznym stopniu.

Powiększanie się blaszki odbywa się drogą rozrostu odśrodkowego, wskutek zaś połączenia się kilku sąsiednich wykwitów sprawa obejmuje coraz większe przestrzenie. Środkowa część blaszki spłascza się i blednie, skóra zaś powraca do stanu prawidłowego lub też zdradza objawy nieznacznego powierzchniowego zaniku. Obwodowa, czynna część wykwitu posuwa się dalej mniej więcej szerokim, czerwonym wałem. Jego powierzchnia może być gładka albo pokryta mocno przylegającymi łuskami. W niektórych przypadkach widzujemy łuski miękkie, jak w naskórkowej grzybicy łojotokowej, w innych razach są one suche i drobne — otrębowate, albo też grubsze i większe — łuszczycowate.

W odmianie, którą cechują drobne, czerwone blaszki z obfitym rozwojem naczyń krwionośnych, mogą powstawać obrazy, wielce przypominające trądzik różowaty. Rozpoznanie ustala się dopiero na zasadzie dalszego przebiegu choroby.

Powierzchniowa postać liszaja rumieniowatego występuje klasycznie na twarzy. Zazwyczaj zajmuje ona grzbiet nosa oraz policzki — w ułożeniu umiarowem. Niekiedy bywają jednocześnie zajęte nos i oba policzki tak, że powstaje figura, przypominająca kształt motyla lub nietoperza (*vespertilio*). Z innych umiejscowień można wskazać na małżowiny uszne, uwłosioną skórę głowy i na grzbietowe powierzchnie palców rąk.

P o s t a ć g ł ę b o k a (*Lupus erythematosus fixus, discoides*. — *Herpes cretaceus*). Charakterystyczny wykwit ma kształt blaszki, podobnej w ogólnych zarysach do wyż. opisanej. Różnice polegają na znaczniejszym nacieczeniu skóry, wybitnym udziale gruczołów łojowych, obfitem wytwarzaniu łusek, powstawaniu głębokich blizn i bardzo powolnym rozwoju sprawy chorobowej.

Okrągłe lub okrągławe i wzniesione blaszki mają kolor czerwony lub czerwonosinawy. Schorzała skóra jest zgrubiała i nacieczona w stopniu nieraz tak znacznym, iż spoistością przypomina chrząstkę. Przy diaskopii widać żółtawe rozlane zabarwienie. Po-

wierzchnię blaszki pokrywa obfita warstwa łusek, nieraz tworzących grubą, zbitą masę. Łuski mogą być brudne, żółtoszarawe i żółtobrunatnawe; tłustawe, miękkie i ugniatalne palcami, albo też białoszarawe, srebrzystobiaławe, suche i twarde. Do skóry przylegają tak mocno, że przy ich usuwaniu paznokciem można łatwo spowodować krwawienie. Na dolnej powierzchni łusek widać wyżej wzmiankowane czopy, którym odpowiadają wyraźnie rozszerzo-



Rys. 70. *Lupus erythematosus discoides*.

ne wyloty gruczołów łojowych, zajęte przez rogowe czopy, mocno w nich tkwiące.

Rozrost blaszki odbywa się bardzo powoli. Po pewnym czasie w jej części środkowej występują zjawiska rozwoju wstecznego. Blaszka spłaszcza się, łuski odpadają i przestają się wytwarzać. Stopniowo powstaje blizna, która się powiększa odśrodkowo. Blizna może być gładka albo też niekształtna, nierówna, siateczkowata i wciągnięta punkcikowato. Jest ona dosyć twarda i niemal papierowobiała tak, że bardzo wyraźnie odcina się od otaczającej zdrowej skóry. Częstość widać w niej rozszerzone naczynia krwiono-

sne oraz szarobrunatne plamki. Niekiedy otacza bliznę ciemny obrąbek barwikowy.

Ulubionem umiejscowieniem głębokiej postaci liszaja rumieniowatego jest twarz, gdzie cierpienie częstokroć występuje jednostronnie. Nawet w ułożeniu obustronnem umiarowość prawie nigdy nie bywa tak wybitna, jak w postaciach powierzchownych. W wyjątkowych razach spostrzegano ułożenie linijne (R. Bernhardt). Zajęte bywają policzki, nos, wargi, bródka, małżowiny uszne. Przy powstawaniu głębokich twardej blizn mogą ulec zniekształceniu skrzydła nosa i małżowiny uszne. Dosty często zmiany mieszczą się też na głowie, gdzie powodują trwałą utratę włosów. Na tułowiu blaszki stosunkowo najczęściej zjawiają się na mostku i w okolicy międzyłopatkowej. Widywałem je jednak też na brzuchu. Na kończynach blaszki zwykły się mieścić na wyprostnych rąk, stóp i palców, rzadziej na powierzchniach dłoniowych i podeszwowych. Tutaj schorzała skóra niekiedy bywa obrzmiała, sina, chłodna, a wyglądem wielce przypomina odmroziny. Jeżeli analogiczne zmiany występują na nosie a ilość łusek i mas rogowych na blaszkach będzie nieznaczna, wówczas powstaje zespół objawów, nazywany przez Hutchinson'a „Chilblain-Lupus“. Należy go odróżniać od wilka o wyglądzie odmroziny (lupus-pernio), który zaliczyliśmy do gromady sarkoidów Boeck'a.

Na błonach śluzowych liszaj rumieniowaty występuje najczęściej w jamie ustnej. Spostrzegamy go na wargach a zwłaszcza na dolnej, na podniebieniu, policzkach i języku. Na spojówkę oka sprawa niekiedy przechodzi ze skóry powieki dolnej. Wykwity mają kształt owalnych blaszek o wciągniętym zanikowym środku i o czerwonym obrzmiałym brzegu z licznymi rozszerzonymi naczyniami krwionośnymi i zgrubiałym, zrogowaciałym nabłonku o wyglądzie promienisto biegnących białych smug.

Liszaj rumieniowaty należy do cierpień przewlekłych. Zauważyć jednak trzeba, że postać powierzchowna zazwyczaj przebiega o wiele szybciej i może ustąpić bez śladu — nawet bez leczenia. Rozwój blaszek postaci głębokiej bywa natomiast bardzo powolny i może się rozciągnąć na lata i dziesiątki lat, ujawniając okresy zwolnienia, nasilenia i zdradzając skłonność do nawrotów. Sprawa zawsze kończy się blizną. — Obie postaci mogą też niekiedy wystąpić współcześnie. — Jako rzadkie powikłanie należy wymienić zrakowacenie.

Do niezwykłych odmian zalicza się ostry rozsiany liszaj rumieniowaty (Lupus erythematosus disseminatus acutus),

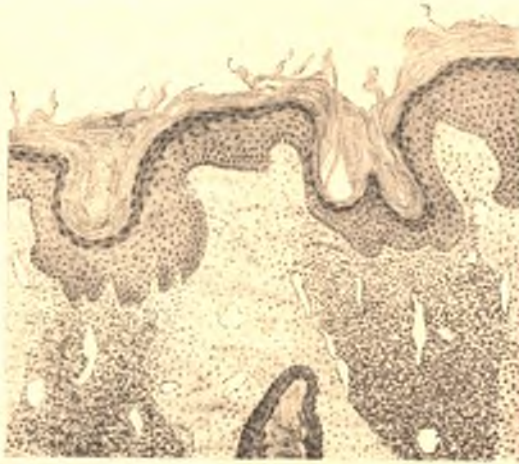
wyodrebniony przez Kaposi'ego w 1872 r. — Sprawa powstaje pierwotnie, albo też w łączności z dawno istniejącymi blaszkami liszaja rumieniowatego. Osutka wybucha ostro i rozwija się napadowo. Cechuje ją wielopostaciowość wykwitów. Obok typowych blaszek spostrzegamy wykwit rumieniowy, jak w wysiękowym rumieniu wielopostaciowym; następnie twory grudkowate — niekiedy bardzo drobne i w gromady zebrane, jak w liszaju zolowym. Prócz tego zjawiają



Rys. 71. *Lupus erythematosus discoides*.

się wykwit plamicowy (kończyny dolne), a wreszcie pęcherze o zawartości krwawej. Po pęknięciu pokrywy zawartość zasycha w strup, a następnie w miejscu tem może się wytworzyć zwykła blaszka liszaja rumieniowatego. Na twarzy częstokroć spostrzegamy rozlane obrzmienie i zaczerwienienie, odgraniczone ostrą, lecz nieprawidłową linią na czole i na policzkach, w okolicach przyusznych (trwałe rumień twarzy — erythema perstans faciei). W jednym z moich spostrzeżeń pierwsze zmiany wystąpiły nagle — z dnia na dzień i w ułożeniu umiarowem na policzkach, grzbietach, dłoniach i palcach rąk. Wygląd kliniczny blaszek odpowiadał powierzch-

wnej postaci liszaja rumieniowatego. Po 4 tygodniach nastąpiło uogólnienie osutki z zajęciem błon śluzowych jamy ustnej i łącznic ocznych. Powstał trwały rumień twarzy. Zwraçała uwagę następująca okoliczność. Po każdym podskórnym zastrzyknięciu kakodylanu sodowego tworzył się po kilku dniach dosyć bolesny guzowaty naciek podskórny, który następnie ulegał rozmiękczeniu. Rzadka ropiasta zawartość ze strzępami tkanki martwicowej była zupełnie jałowa. Twór przypominał gruźlicę rozplywną.



Rys. 72. *Lupus erythematosus*

Zgrubienie warstwy rogowej i ziarnistej, rozrost kolczastej. Czopy rogowo. Gęste nacieczenia drobнокomórkowe dokoła rozszerzonych naczyń krwionośnych.

Ostremu liszajowi rumieniowatemu towarzyszy gorączka o typie zwalnającym, która może sięgać 39—40°. Stan ogólny jest ciężki. Bóle głowy, bóle i obrzmienie stawów, brak łaknienia, biegunki, białkomocz, bezsenność, ogólne osłabienie — należą do pospolitych zjawisk. Współrzędnie spostrzegamy w wielu przypadkach gruźlicę płuc. Z powikłań należy wymienić zapalenie płuc odoskrzelowe, zapalenie opłucnej, nerek, opon mózgowych. Zejście zazwyczaj bywa śmiertelne.

B u d o w a. — Zmiany histopatologiczne w liszaju rumieniowatym zależą w znacznym stopniu od klinicznego typu blaszki, od napięcia sprawy chorobowej i od okresu rozwojowego wykwitu. W ogólnych zarysach sprawa przedstawia się jak następuje.

Zmiany chorobowe mieszczą się w naskórku i w skórze właściwej. Naskórek jest nieco obrzękły i ujawnia objawy umiarkowanego

rozrostu warstwy kolczastej. Warstwa rogowa jest grubsza niż normalnie. Tworzy ona liczne czopy rogowe, zaiykające wyloty gruczołów łojowych albo też wnikające w naskórek zupełnie niezależnie od nich.

W skórze właściwej widac umiarkowany obrzęk oraz obfite drobnokomórkowe nacieczenie — ogniskowe i rozlane, które mieści się głównie w warstwach brodawkowej i podbrodawkowej. Stąd



Rys. 73. *Lupus erythematosus*.

Czop rogowy w naskórku (na prawo). Rozrost warstwy kolczastej.
Rozlane nacieczenie skóry. Rozszerzone naczynia krwionośne.
Zmieniona tkanka sprężysta (czarny kolor).

rozpościera się ono wgląd skóry, towarzysząc gruczołom łojowym i potowym, a nieraz sięga warstwy podskórnej. Nacieczenie składa się z limfocytów i komórek tkankolącznowych o jądrze owalnym, obrzmiałem, bladym. Trzyma się ono przeważnie naczyń krwionośnych, dokoła których bywa najgęstsze. Same naczynia są rozszerzone, niekiedy wypełnione krwią.

W obrębie nacieków tkanka łączna i sprężysta ulega głębokim zmianom. Tkanka łączna jest rozrzedzona i barwi się odmiennie od prawidłowej, tracąc w znacznym stopniu powinowactwo do barwików kwaśnych. W brodawkach skóry i w warstwie podbrodaw-

kowej sieć włókien sprężystych posiada nieprawidłowe ułożenie i budowę. Włókna sprężyste są krótkie, grube, obrzmiałe; ich zarysy są częstokroć niewyraźne. Włókna te łączą się ze sobą w kłębki, zlepki i bryłki. Nabierają koloru brąnatnoniebieskiego przy barwieniu orceiną.

Gruzoły łojowe są duże, a ich przewody są rozszerzone i niekiedy wypełnione bezkształtną masą drobnoziarnistą. W wylotach zazwyczaj tkwią grube, długie czopy rogowe.

P r z y c z y n y. — Liszaj rumieniowaty jest cierpieniem wieku dojrzałego i zazwyczaj występuje pomiędzy 20—40 r. życia. Kobiety częściej ulegają schorzeniu, niż mężczyźni (stosunek 3 : 1), co dotyczy również ostrej postaci rozsianej (około 90%). Surowy klimat, chłodna pora roku, wadliwe krążenie krwi, uraz i wszelkie podrażnienia zewnętrzne zdają się sprzyjać powstawaniu i rozwojowi choroby.

Poglądy na etiologię liszaja rumieniowatego nie zostały jeszcze ostatecznie ustalone. W ostatnich czasach dostarczono wprawdzie dowodów, przemawiających za pochodzeniem gruźliczem tego cierpienia, przyznać jednak trzeba, że w większości przypadków poszukiwania takie dały wyniki ujemne. I otóż znajdujemy się wobec zagadnienia, czy uogólnić nasze poglądy, czy też zwięzić pole widzenia? Czy uważać liszaj rumieniowaty za grupę jednolitą pod względem etyologicznym, czy też rozdrobnić ją mniemając, że takie zmiany skóry mogą powstawać pod wpływem różnorodnych czynników przyczynowych, wśród których pewną rolę odgrywa także gruźlica? Na takie pytania nie można jeszcze dać odpowiedzi zadawalniającej. Sądzę jednak, że należy wytrwać na obranem stanowisku i konsekwentnie zdążać do celu. Dotychczasowe badania zostały już uwieńczone wynikami wielkiej wagi i należy wierzyć, że ostatecznie doprowadzą one do rozstrzygnięcia sprawy na korzyść gruźlicy.

Za pochodzeniem zaś gruźliczem liszaja rumieniowatego (albo — jak niektórzy wierzyć pragną — pewnej jego grupy) przemawia szereg danych. W pierwszym rzędzie należy wymienić wykrycie prątka Koch'a i szczepienia na zwierzętach. Obecność prątków gruźliczych w tkance chorobowej stwierdzono za pomocą metody antiforminowej, barwiąc sposobem Ziehl'a i Much'a (Arndt, Hidaka, Friedlaender, Spiethoff). Gruźlicę szczepioną spowodowali Gougerot, Ehrmann, Reines, B. Bloch i H. Fuchs. — Miejscowy odczyn tuberkulinowy występuje rzadko, widywano go jednak przy podskórnych zastrzykiwaniach AT i przy wcieraniu maści Moro. —

Bloch i Fuchs udowodnili obecność tuberkuliny w blaszkach liszaja rumieniowatego.

Z pośrednich dowodów można jeszcze przytoczyć współistnienie innych schorzeń gruzliczych, których częstość Ullmann oblicza na 80%, R. Bernhardt na 88,5% i O. Hoffmann na 94,9%. Do pospolitych zjawisk należą tutaj gruzlicze cierpienia gruczołów chłonnych a zwłaszcza szyjowych. Znane są też fakty znikania liszaja rumieniowatego po usunięciu schorzałych gruczołów. Co się tyczy innych postaci klinicznych gruzlicy skóry, to należy wspomnieć o nieczęstem współistnieniu wilka pospolitego (Spitzer, Bornemann, Kyrle, Ehrmann), rumienia stwardniałego, liszaja zolzowego i o względnie częstem tuberkulidów grudkowato-krostkowych. W spostrzeżeniach R. Bernhardta i Bunch'a liszaj rumieniowaty wystąpił w przebiegu długo trwających tuberkulidów grudkowato-krostkowych.

W r o z p o z n a w a n i u liszaja rumieniowatego powodujemy się głównie obecnością blaszek, pokrytych mocno przylegającymi łuskami, obecnością czopów rogowych na dolnej powierzchni łusek, skłonnością blaszek do zanikania i bliznowacenia w części środkowej przy współczesnem szerzeniu się odśrodkowem, wreszcie przewlekłym przebiegiem cierpienia. Świeże przypadki postaci powierzchownej częstokroć przypominają rumień wysiękowy. Umieszczenie poza twarzą oraz przebieg rozstrzygają nasuwające się wątpliwości. O podobieństwie niektórych odmian do trądzika różowego wspominałem wyżej (str. 482). W okresie, poprzedzającym występowanie objawów zaniku skóry i wytwarzanie blizny, blaszki obficie pokryte łuskami mogą zdradzać podobieństwo do łuszczycy lub do naskórkowej grzybicy blaszkowatej. Krwawienie punkcikowate, nieobecność czopów rogowych na łuskach, występowanie blaszek w innych miejscach ciała (łokcie, kolana) przemawiają za rozpoznaniem łuszczycy. Grzybicę naskórkową cechuje swędzenie i pewna wielopostaciowość wysypki. Blaszkki są mniej ostro odgraniczone, łuski słabo przylegają i nie posiadają czopów. Wątpliwości co do liszaja strzygącego rozstrzyga obecność pęcherzyków na obwodzie blaszki oraz wykrycie grzybków przy badaniu drobnostwem.

W tworach przymiotowych zwracamy uwagę na ciemnoczerwone, miedzianoczerwone zabarwienie, głębszy naciek skóry i nieobecność zmian naskórka, tak znamienych dla liszaja rumieniowatego. Wykrycie innych objawów przymiotu oraz próba Bordet-Wassermann'a może rozstrzygnąć kwestję w przypadkach wątpliwych.

Od wilka pospolitego różni się rumieniowaty brakiem grzeł-

ków na obwodzie blaszki (diaskopia!), większą spoistością nacieku (próba za pomocą zgłębnika) i brakiem skłonności do owrzodzeń. Dodatni wynik miejscowego odczynu tuberkulinowego przemawia raczej za rozpoznaniem wilka pospolitego, nie wyklucza jednak bezwzględnie liszaja rumieniowatego.

W razie niemożności powzięcia decyzji należy się zwrócić do badania drobnowidzowego tkanki chorobowej (porównaj przypadki lupus vulgaris erythematoides).

Leczenie. — Liszaj rumieniowaty należy do bardzo kapryśnych chorób skóry. Nie można z góry przewidzieć, która z uświęconych metod doprowadzi do pożądanego celu. Należy jednak zawsze pamiętać, że zbyt energiczne leczenie odrazu stosowane częstokroć pogarsza sytuację. Przynosi ono więcej krzywdy niż korzyści, gdyż blaszki powiększają się, sprawa się szerzy. To też zaleca się rozpoczynać leczenie od metod łagodniejszych i powoli, stopniowo przechodzić do bardziej energicznych.

W powierzchniowych postaciach rumieniowych początkowo stosujemy 2—3% pastę salicylową lub resorcynową, następnie 5—10% pasty ichtyolowe lub tiolowe a wreszcie przechodzimy do czystego ichtyolu lub tiolu. Zwłaszcza korzystne i bardziej przyjemne (brak zapachu!) jest używanie tiolu. Należy posmarować wieczorem przed snem i pozostawić lek na miejscu przez całą noc. Rano tiol łatwo się zmywa, prawie bez śladu, ciepłą wodą i mydłem. W ciągu dnia można wielokrotnie wycierać chore miejsce płynem H. Hebra'y.

Aether. sulfur.
Spir. vini rectific.
— Menthae piper. \widehat{aa} 15,00
M. D. S.

lub:

Menthol 0,50—1,00
Aether. sulfur.
Spir. vini rectific. \widehat{aa} 25,00
M. D. S.

Płyn ten chłodzi. Lecnicze jego działanie należy zatem upodobnić do dziś tak zalecanego zamrażania dwutlenkiem węgla.

W razie niepowodzenia można przejść do silniejszych środków odtleniających, n. p. do naftolu- β , siarki, chlorku rtęciowoamonoowego, albo też — co lepiej — zastosować metodę Hollaender'a. Polega ona na podawaniu 0,50 chlorku chininy 2—3 razy dziennie i na

smarowaniu blaszek nalewką jodową w 10 minut po użyciu leku. Po 5 dniach leczenia robimy 5-dniową przerwę, podczas której smarujemy obojętnymi maściami, poczem powracamy do chininy i jodyny i t. d. Liczba 10-dniowych okresów bywa rozmaita — od 4 do 8 i więcej. Wyniki są zadawalniające.

W postaci głębokiej usuwamy masy rogowe za pomocą okładów z resorcyny, maści lub plastra salicylowego, poczem stosujemy energiczne środki odtleniające: maść pyrogalusową — jak w wilku pospolitym — lub też metodę Hollaender'a, z którą można połączyć nacięcia (scarificatio). Pewniejsze i szybsze wyniki otrzymujemy jednak przy zamrażaniu stałym kwasem węglowym. Zbite bloki śniegowe odpowiedniej wielkości i kształtu przykładamy do chorych miejsc, wychodząc poza brzegi blaszek. Siłę ucisku i czas trwania zamrażania (5—20 sekund) należy uzależnić od obfitości tworów rogowych i głębokości sprawy chorobowej. W następstwie zabiegu powstaje pęcherz, zasychający w strup. Po oddzieleniu się strupa i ustąpieniu zapalnego odczynu można powtórzyć zamrażanie (2—3 tygodnie).

Metoda daje doskonałe wyniki. Należy ją zaliczyć do najwydatniejszych w leczeniu głębokich postaci liszaja rumieniowatego. Współzawodniczyć z nią może radium i mesothorium, po których jednak widywałem pogorszenia. Finsen- i rentgenoterapia rzadko prowadzą do celu. W przypadkach leczonych promieniami Roentgen'a należy być szczególnie ostrożnym w stosowaniu zamrażania, gdyż niekiedy występuje wyjątkowo głęboki rozpad tkanek.

Leczenie ogólne jest takie, jak w innych postaciach klinicznych gruźlicy skóry. Tuberkulina zawodzi.

Trąd.

(Lepra. — Elephantiasis Graecorum).

Napisał Dr. Med. Ryszard Biehler, b. naczelnny lekarz trędowiska w Rydze.

Historja. — Trąd należy do najdawniej znanych chorób. Starożytni badacze uważają doliny Nilu, Eufratu, Tygrysa, Indusa i Gangesu za pierwotne gniazdo trądu. W Piśmie Świętem w III K. Mojżesz (Levisticus) w XIII rozdz. znajdujemy szczegółowe opisy tej choroby oraz dane, co do jej rozprzestrzeniania się wśród żydów w okresie ich wędrówki z Egiptu (1500 przed N. Chr.). Sądząc z dokumentów historycznych należy mniemać, że epidemie trądu panowały współcześnie w Egipcie, w Azji Środkowej, w Persji, Indjach i Chinach. W medycynie indyjskiej napotyka się już

w 15—1400 r. przed N. Chr. wyraz *Kustha*, jako pospolite określenie trądu. W Chinach istniał trąd już za czasów Konfucjusza (500 lat przed N. Chr.). O epidemicznym panowaniu trądu w Persji w VI, V stuleciu przed N. Chr. znajdują się szczegółowe opisy u Herodota i Ktesiasa z Knidos. Palestyna jest od niepamiętnych czasów uważana za klasyczny kraj trądu.

Z tych pierwotnych gniazd trąd rozpowszechniał się na wszystkie strony świata. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa Fenicjanie, Żydzi, Saraceni przenieśli zarazę najpierw do Grecji. Stąd trąd przedostaje się do Włoch, wojska rzymskie zaś roznoszą go dalej. Doniosłe znaczenie należy też przypisać wędrówkom narodów z Azji Środkowej, ze Wschodu na zachód i na południe Europy. To samo dotyczy najazdu Hunnów na Gotów, Swedów, Wandalów i Anglosasów, które to najazdy trwały dwa stulecia od 375 do 578 r. po Chrystusie. — Okres niezwykłego rozprzestrzeniania się zarazy przypada jednak na wiek XII i XIII, a więc na okres wojen Krzyżowych, kiedy w Europie nie było miasta i wsi wolnej od trądu.

Co się tyczy Polski, to należy mniemać, że trąd zagnieździł się u nas w II połowie XIII w. — Wynika to choćby z tego, że pierwsze domy dla trędowatych powstały w Polsce nie wcześniej, jak w początkach XIV stulecia. Pojawienie się zarazy należy wiązać z najazdem na Polskę Tatarów w roku 1241—1242. W celu odbudowy i zaludnienia zniszczonych osiedli książęta polscy sprowadzili do kraju w 5 i 6 dziesięcioleciu XIII wieku niemieckich kupców i rzemieślników. Wiemy jednak, że właśnie w XIII stuleciu trąd był niezmiernie rozpowszechniony w Niemczech. Można zatem przypuścić z wielkim prawdopodobieństwem, że ci przybysze zawlekli do nas zarazę. Za tem przemawia okoliczność, że większość założonych później trędowisk w Poznaniu, Krakowie, Lwowie i Głogowie zawdzięcza swe powstanie mieszczanom niemieckim. Najdawniejsza wiadomość o szpitalu dla trędowatych w Polsce sięga 1309 r. Wspomina o tem kronikarz miasta Głogowa Minsberg. W drugiej części IV tomu Monumentorum Szujskiego i Piekosińskiego (1878 r.) znajdujemy wzmiankę, że w 1327 roku wszyscy trędowaci byli wspólnie izolowani poza murami miast. Sądząc z aktów różnych darowizn z 1441—1449 roku szpital dla trędowatych był wybudowany na Kleparzu obok kościoła Ś-go Walentego w XV stuleciu. Drugie trędowisko w Krakowie istniało w roku 1443 na Kazimierzu obok kościoła Ś-go Leonarda. W Poznaniu mieszczanka Gertruda Pestl ufundowała w końcu XV stulecia trędowisko. położone na przedmieściu Ś-go Marcina poza Wrocławską Bramą.

Drugie trędowisko istniało w samym Poznaniu przy kościele Ś-go Krzyża. Był to szpital w części przeznaczony dla trędowatych (1412 rok). Na zasadzie dokumentów z roku 1465 i 1495 można sądzić, że we Lwowie istniało trędowisko obok kościoła Ś-go Stanisława.

Począwszy od XIV wieku epidemia trądu poczyna coraz bardziej słabnąć. W końcu XVI i na początku XVII stulecia trąd w Europie wygasł niemal zupełnie. Trędowiska pozamykano lub przekształcono na szpitale. Dopiero na początku XIX stulecia zaczynają się ukazywać pojedyncze rozprawy o trądzie, spowodowane powiększeniem się liczby trędowatych. Pierwsze te prace (Hensler'a, Alibert'a 1818 r.) i wielu dorpackich badaczy z r. 1824—1839) wniosły jednak niemały zamęt w samo pojęcie o trądzie. Niemal wszystkie zawierają opisy chorób, nie mających z trądem nic wspólnego, gdyż przeważnie dotyczą zastarzałego przymiotu. Dopiero norwescy uczeni D. C. Daniellsen i Book wyświełlili sprawę w należyty sposób. Ich wiekopomne prace o trądzie, wydane w 1842 i 1848 roku, stanowią podwalinę obecnej nauki o trądzie. Wykrycie swoistego zarazka przez Armauer'a Hansen'a i dalsze poszukiwania Neisser'a i innych skierowały badania na właściwe tory. Dziś kwestja trądu stoi tak, jak ją ustaliły międzynarodowe zjazdy leprologów w Berlinie (1897 r.) i w Bergenie (1909).

Przyczyny. — Trąd jest przewlekłą chorobą zakaźną, spowodowaną swoistym prątkiem, wykrytym w 1874 r. przez Armauer'a Hansen'a. Choroba przenosi się jedynie z człowieka na człowieka. Wszelkie inne teorie o sposobie rozprzestrzeniania się trądu, o zaraźliwości lub dziedziczności zostały przez ostatni zjazd w Bergenie uchylone, jako pozbawione podstaw naukowych. Pomijając teorię Hutchinson'a (spożywanie solonych ryb i zepsutych pokarmów), zauważyć należy, że w szerzeniu się trądu przypisywano wielką rolę geograficznemu położeniu oraz klimatycznym i telurycznym warunkom. Również sądzono, że owady (muchy, pchły, pluskwy, wszy, komary) mogą pośredniczyć w przenoszeniu zarazka. Dokładne poszukiwania nie potwierdziły jednak tych przypuszczeń. Okazało się też, że t. zw. szcurzy trąd Stefańskiego nie ma nic wspólnego z trądem u ludzi. Nie ostała się też teoria dziedziczności trądu, wzgl. dziedziczności swoistego zwyrodnienia (Paraleprose). Przyznać jednak trzeba, że potomstwo trędowatych jest stosunkowo mało odporne. Wynika to z wielkiej śmiertelności dzieci i z ich skłonności do schorzeń wogóle, do chorób zaś zakaźnych w szczególności. Teoretycznie można zresztą nawet przypuścić wewnątrzmacicz-



ne przeniesienie trądu, klinicznie jest to jednak jeszcze niedowiedzione.

Od najdawniejszych czasów istniało wśród ludzi przekonanie o zaraźliwości trądu, przekonanie oparte na wielkim doświadczeniu życiowym. Brakowało jednak dowodów naukowych. Tych dostarczyły dopiero prace ostatnich piętnastu lat. Wielokrotnie przedsiębrane szczepienia doświadczalne trądu na ludziach nie dały wyników. Szczepienia na zwierzętach: psach, kotach, królikach, mor-

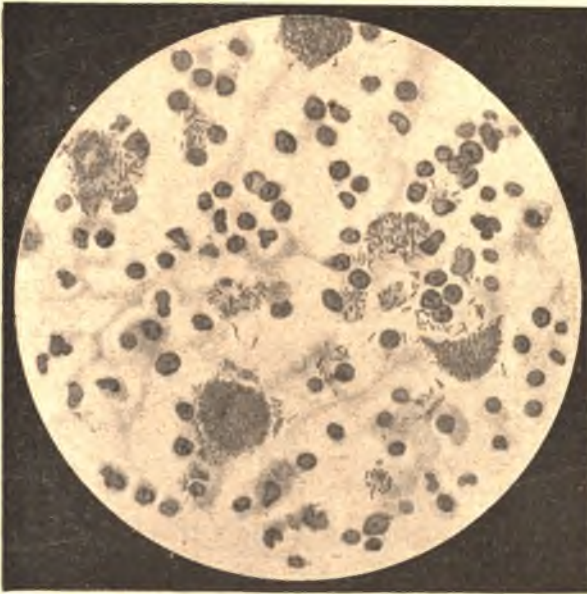


Rys. 74A. *Bac leprae*.
(guzek).

skich świnkach, małpach, kozach, szczurach, myszach a nawet na rybach i żabach były wykonywane przez badaczy różnych krajów. Niewątpliwe wyniki otrzymali Yamada Toguma i Sugai. Przy szczepieniu dootrzewnowem u białych myszy wystąpiły liczne ziarniniaki na błonie surowiczej kiszek, na powierzchni wątroby i śledziony. Gruczoły kreskowe i oskrzelowe ulegały obrzmieniu. W ziarniniakach wykryto obecność kwasoodpornych prątków. Kedrowskij szczepił królikom hodowlę prątków kwasoczułych, otrzymaną z guza trądowego. Wynik był dodatni. Zasluguje jednak na uwagę, że szczep kwasoczuły przekształcił się w ustroju królika w szczep kwasoodporny. Dalsze doświadczenia Serra (1912), Stanziale (1913) i Reenstjern'a (1913) najzupełniej potwierdzają powyższe wyniki

i ustalają ponadto fakt nadzwyczajnej wielopostaciowości prątków trądowego.

Swoisty zarazek ma kształt prętka długości 4—6 μ i szerokości 0,35—0,45 μ . Wyglądem przypomina on prętka gruźlicy, jest jednak bardziej prosty i jakby sztywniejszy, a na końcach albo nieco zaostrozony, albo — co częściej — wzdęty buławowato. Młode egzemplarze są bardziej jednolite, starsze — więcej ziarniste. Prętki leżą pojedynczo lub w paczkach, równoległe lub rozbieżnie. Dokoła



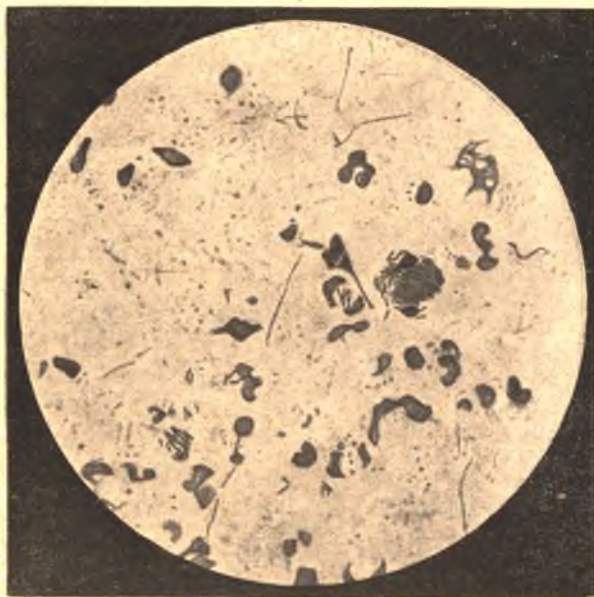
Rys. 74B. *Bac. leprae*.
(kuzek).

prętków częstokroć widać otoczkę, utworzoną z masy śluzowej. Przy gęstym ułożeniu prętków masa ta tworzy t. zw. gloea. Tutaj widać też mniejsze lub większe bryłki ziarniste barwy brunatnej, które dawniej nazywano komórkami Virchow'a. Obecnie noszą one miano bryłek (globi). — W tkankach prętki mieszczą się śród- i pozakomórkowo.

Prętki najlepiej barwią się metodą Koch-Ehrlich'a, Ziehl'a albo bardziej złożoną metodą Weigert-Gram'a i Ziehl-Neelsen'a. Prętki i ziarenka barwią się na kolor amarantowy, bryłki (globi) na ciemnoczerwony a nawet czarny, otoczki zaś na bladoróżowy. Inne części są błękitne. Przy barwieniu kwasem osmowym czarny

kolor zależy od obecności tłuszczu w otoczkach (Neisser, Unna, R. Biehler).

Próby hodowli datują się od czasu Hansen'a. Naogół otrzymano szczepy kwasoczułe zamiast kwasoodpornych i nie uważano je za swoiste dla trądu. Dopiero w ciągu ostatnich 15 lat ustaliły się poglądy, że w trądzie mamy do czynienia z 2 odmianami prątków: ze szczepem kwasoodpornym i ze szczepem kwasoczułym. Własne moje poszukiwania, przeprowadzone wspólnie z Dr. Juljuszem



Rys. 75. *Bac. leprae*.
(wydzielina z nosa).

Eliasbergiem w Ryskiem trędowisku, najzupełniej potwierdzają wyniki większości badaczy i zdają się nawet uzupełniać ostatnie prace Reenstjern'a. Pożywkę przyrządzaliśmy wedle wskazówek Wassermann'a. Na 450 hodowli wyrosło tylko 15. Kolonie zjawiały się dopiero po 4—6 tyg. i występowały jako ledwo dostrzegalny szarobiaławy nalot, albo jako biała, szarawa lub żółtobrunatnawa gęsta masa. Niektóre szczepy były kwasoodporne, inne kwasoczułe. W hodowlach zarazek ujawniał nadzwyczajną wielopostaciowość. Spostrzegano pałeczki krótsze i dłuższe, cienkie i grube, jednolite lub ziarniste. Niekiedy widywano długie rozgałęziające się nici oraz twory, podobne w ułożeniu do dwoinek lub paciorkowców. Ze hodowle te były swoiste dla trądu, dowodziła okoliczność, że przy uży-

ciu ich jako przeciwciał w odczynie Bordet-Gengout zawsze występowało odchylenie dopełniacza nawet o wiele wyraźniej, niż przy stosowaniu wyciągów z guzów trądowych. Ciekawe też jest moje spostrzeżenie, że odchylenie dopełniacza było najwybitniej wyrażone przy użyciu szczepów kwasoczulych.

O miejscu wtargnięcia bodźca chorobotwórczego do ustroju dotychczas nie wiemy nic pewnego. Niektórzy sądzą, że przenika on poprzez skórę (wzgl. mieszki włosowe) lub poprzez błony śluzowe nosa i ust. Inni znowu mniemają, że prątki przedostają się do ustroju drogami nieuchwytnymi — zupełnie jak w gruźlicy — i umiejscawiają się przede wszystkim w gruczołach chłonnych. Stąd przedostają się one drogą krwi obiegu do skóry, błon śluzowych i narządów wewnętrznych. Pozatem jednak sprawa chorobowa może się szerzyć z każdego poszczególnego ogniska drogą naczyń chłonnych lub per contiguitatem.

Objawy. — Trąd występuje w dwóch głównych postaciach: guzowatej i nerwowej. Zauważyć jednak trzeba, że do trądu guzowatego niemal zawsze przyłączają się objawy trądu nerwowego, podczas gdy w trądzie znieczulającym objawy guzowe zjawiają się bardzo rzadko. Współistnienie obu postaci jest znane pod nazwą lepra completa (Leloir).

W postaci guzowatej (Lepra tuberosa) głównym siedliskiem zmian chorobowych jest skóra, a mianowicie twarz i powierzchownie wyprostne kończyny. Na twarzy bywają głównie zajęte okolice brwi, czoło, bródka. Zmiany występują w postaci guzków rozsianych lub zebranych w gromady, albo też w postaci bardziej rozlanych płaskich nacieków. Wielkość guzków waha się od lępeka szpilki do orzecha laskowego. Naskórek nad nimi jest gładki i napięty. Barwa guzów jest żywoczerwona do żółto-brunatnej. Guzy są twarde, mogą jednak ulec rozmiękczeniu, zropieniu i rozpadowi. Powierzchnia przekroju jest jednolita, gładka, różowo-żółtawa. Zmia-



Rys. 76. Lepra tuberosa.

ny mogą sięgać naskórka, przeważnie jednak odgraniczają się odeń warstwą niezmiennionej tkanki łącznej. Na obwodzie guza nacieczenie posuwa się wglęb otoczenia wzdłuż większych naczyń krwionośnych, mieszków włosowych i gruczołów skóry. Twór guzowaty jest ziarniniakiem obficie unaczynionym i składa się z okrągłych, drobnych komórek oraz ze znacznej liczby swoistych prątków. W niektórych mieszanych postaciach trądu (guzowato-nerwowych) wykryto w tkance chorobowej obecność komórek nabłonkowych i olbrzymich typu Langhans'a. Obok tego można było stwierdzić ogniska zserowacenia (Jadassohn, R. Biehler). Są to t. zw. gruzlicowate odmiany trądu (tuberculoid).



Rys. 77. *Lepra tuberosa (ulcerosa)*.

ogniska zserowacenia (Jadassohn, R. Biehler). Są to t. zw. gruzlicowate odmiany trądu (tuberculoid).

Nacieki bywają powierzchowne lub głębokie, bardziej odgraniczone lub rozlane. Niektóre są z ledwością dostrzegalne, inne sięgają olbrzymiej wielkości (słoniowacina). Budowa nacieków nie różni się od spostrzeganą w guzach.

Takież guzki i nacieki spostrzegamy na błonach śluzowych jamy ustnej, na miękkim i twardym podniebieniu, na języczku, w gardzieli, krtani, w nosie, na łącznicy oka.

Z postępem choroby wzmaga się liczba i wielkość guzów oraz nacieków, co ma miejsce głównie podczas nasileń sprawy chorobowej. Zanikanie tych tworów odbywa się albo przez rozpad z następczem wytwarzaniem blizny, albo przez wessanie z pozostawieniem blizny zani-

kowej. Współcześnie zwykły też występować zmiany barwikowe. Czerwonobrunatny kolor guzów i nacieków ustępuje miejsca żółtawobrunatnemu, ciemnoszaremu a nawet czarnemu.

Przy badaniu chorego, dotkniętego trądem guzowatym, przede wszystkim zwraca uwagę szczególny wyraz twarzy, na której cierpienie pozostawia niezatarte piętno. Chory odpowiada chryplym, załamującym się głosem. Jego oczy są bez blasku, niby za mgłą. Oblicze jest jakby zamarłe. Twarz wydaje się szersza, pełniejsza, większa. Rysy są niewyraźne, jakby zamazane. Czoło i twarz są



zgrubiałe wskutek nacieku, fałdy na czole wydatniejsze, a brzoźdy pomiędzy nimi — głębsze. Śród nacieku widać pozatem różnej wielkości guzy rozsiane pojedynczo lub zebrane w gromady. Nad oczodołami, w okolicy brwi naciek zazwyczaj bywa najwydatniejszy. Rzęsy i brwi wypadają. Nos jest zgrubiały. Jego skrzydła są naciezione lub usiane guzami. Grzbiet nosa bywa niekiedy zapadnięty. Zmianom ulegają również policzki, wargi, bródka. Scho-



Rys. 78. *Lepa tuberosa (facies leonina)*.

rzała skóra jest zabarwiona na kolor żółtawobrunatny lub szarobrunny, a niekiedy niemal czarny. Całokształt tych objawów nazywamy lwią twarzą (*Facies leonina*).

Szyja zazwyczaj bywa wolna. Na tułowie guzy występują rzadko, o wiele częściej natomiast zjawiają się nacieki i zmiany barwikowe. Na kończynach górnych i dolnych, głównie zaś na wyprostnych przedramion i podudzi zwykły występować guzy oraz nacieki. Największe zmiany mieszczą się na łokciach. Ręce są obrzmiałe, zgrubiałe. Paznokcie zachowują się rozmaicie.

Kończyny dolne zazwyczaj ulegają schorzeniu w stopniu słabszym niż górne. Zajęte bywają głównie okolice kolan oraz zewnętrzne powierzchnie podudzi. Tutaj niekiedy widzimy rozległe, płaskie nacieki, które mogą ulec rozpadowi.

O zajęciu błon śluzowych była wyżej mowa.

Postać nerwowa. Trąd znieczulający. (Lepra nervorum). — W postaci plamisto-nerwowej na pierwszy plan



Krys. 79. *Lepra tuberosa*.

wysuwają się zmiany w układzie nerwowym. Rozwój plam odbywa się w sposób dwojaki. Czasem zjawiają się zmiany rumieniowe lub różycowate pod postacią rozlanego zaczerwienienia, a także obrzęk skóry na twarzy i kończynach, rzadziej na tułowiu. Zmiany te ustępują i znowu powracają nieraz w ciągu całego szeregu lat. Wreszcie utrwalają się one i nabierają cech, znamienych dla plam trądowych. Ten sposób rozwoju zdarza się jednak bardzo rzadko.

W odmianie drugiej naciek pierwotny w postaci plamy występuje odrazu. Początkowo jest bardzo trudno odróżnić plamę od nacieku guzowatego. Niebawem jednak część środkowa plamy wchłania się, jasno lub szarżółtawy kolor stopniowo ginie i skóra staje się zupełnie bezbarwna, biała. Powstaje wykwit obrączkowaty. Od białego środka ku obwodowi kolor plamy stopniowo przechodzi w blado- lub szaroróżowy, a sam brzeg jest nieco wzniesio-

ny i posiada zabarwienie bladobrunatne lub sinawobrunatne. O ile mniejsza jest plama, o tyle szerszy jest pas obwodowy i odwrotnie. W dużych wykwitach pas ten zatem bywa zazwyczaj bardzo wąski i słabo zabarwiony, a wreszcie może zaniknąć zupełnie. Plamy w trądzie plamistym występują w ułożeniu umiarowem na twarzy, konczynach, piersiach, plecach, rzadziej na brzuchu. Na linii środkowej ciała zazwyczaj widzujemy wykwity pojedyncze. Na czole i twarzy wykwity obrączkowate rzadko przekraczają granicę włosów.

W trądzie znieczulającym pierwsze zmiany w nerwach występują jako drobnokomórkowe nacieczenia dokoła naczyń odżywczych. Sprawa rozpoczyna się w cienkich gałązkach nerwów i bywa najsilniej wyrażona w ich odcinkach odśrodkowych. Tutaj znajdujemy też najwięcej prątków. Najwcześniej ulegają schorzeniu skórne gałązki nerwu twarzowego, łokciowego, strzałkowego, pośrodkowego i promieniowego. Później sprawa przechodzi też na same pnie nerwowe. Następstwem tych zjawisk patologicznych są zaburzenia czucia w obrębie plam. Znieczulenie bywa całkowite w samym środku wykwitu. Bliżej obwodu czucie może być zachowane, na samym zaś obwodzie mogą nawet wystąpić zjawiska nadwrażliwości bólowej.



Ryk. 80. *Lepra nervorum (maculosa)*.

Trzecią odmianą trądu nerwowego jest postać pęcherzowa (t. zw. pęcherzyca trądowa — pemphigus leprosus), której towarzyszy gorączka. Bez wyraźnych zwiastunów zjawiają się pęcherze wielkości śliwki, jaja kurzego a nawet większe — z zawartością żółtawą, przezroczystą. Odczynu zapalnego niema. Dopiero po kilku godzinach pokazuje się dokoła pęcherza czerwona obwódka. Pęcherz powiększa się, jego zawartość mętnieje a niekiedy ulega zropieniu.

Ulubionem miejscem pęcherzycy są łokcie, kolana, grzbiety rąk i stóp, podeszwy. Pęcherze częstokroć pozostawiają po sobie gładkie, sinoczerwone, później znieczulone białe blizny.

Najbardziej swoistym objawem postaci nerwowej trądu jest znieczulenie. Odróżniamy brak czucia w obrębie plam i blizn oraz



Rys. 81. *Lepra nervorum maculosa*

znieczulenie ciała. Zjawisko częstokroć rozwija się zupełnie niepostrzeżenie. występuje umiarkowo i rozpoczyna się zazwyczaj od rąk i stóp. Dłonie i podeszwy zazwyczaj zachowują czucie prawidłowe. Znieczulenie zjawia się najpierw na małym palcu, przechodzi na łokciową stronę przedramion i sięgając łokcia, następnie zajmuje całe przedramię, postępuje ku górze i rozpościera się na tułów. Na kończynach dolnych ulegają znieczuleniu stopy, wewnętrzna powierzchnia podudzi, oba kolana i uda. Okolice narządów płciowych i pośladki

zachowują czucie przez czas długi. Zazwyczaj najpierw ginie wrażliwość na ciepło i na ból, później na dotyk. Najdłużej zachowane bywa czucie uciskowe.

Zaburzenia ruchowe występują dosyć wcześnie w obrębie nerwu twarzowego i zazwyczaj bywają silniej wyrażone w jednej połowie twarzy. Ruchy mimiczne są upośledzone, powieki nie domykają się, wargi są nieruchome, kąt ust jest ściągnięty. Twarz przybiera wyraz maski (*facies leontina*). Współcześnie rozwija się też



Rys. 82. *Lepra nervorum, Facies leontina.*

zanik mięśni. Rozpoczyna się on od mięśni rąk. Najpierw ulega zanikowi kłęb małego palca, później mięśnie międzykostne i kłęb pierwszego palca, wreszcie mięśnie przedramion i podudzi. W ciężkich przypadkach sprawa może dotyczyć mięśni całego ciała. Zanik mięśni pociąga za sobą przykurczenie palców rąk (najczęściej 4-go) oraz stóp. Niekiedy występują zjawiska niedowładu. Bardzo znamienne jest szponowate ustawienie palców rąk. Również palce stóp mogą być zgięte, a cała stopa płaska, zanikowa.

Tu należy też wspomnieć o wrzodzie drążącym (*malum perforans*), którego ulubionym miejscem jest podeszwa, gdzie wrzód po-

wstawać zwykły w okolicy piętowej lub pod główkami kości śródstopia. Wrzody nieraz sięgają bardzo głęboko i zdradzają małą skłonność do zablizniania. Trudno goją się też popękania, spostrzegane w fałdach międzypalcowych rąk i na dłoniach. Wrzody mogą być powodem zniekształcenia, oddzielania się członczków palca a nawet wszystkich palców. Niekiedy ulega zniekształceniu cała ręka i przedramię. Oddzielne członczki palców mogą jednak zaniknąć i wessać się nawet bez sprawy wrzodziejącej.



Rys. 83. *Lempra completa (Leloir)*.

Do zaburzeń odżywczonerwowych należy też zaliczyć nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis) rąk, przedramion i stóp. Niekiedy powstają twory w kształcie rogów (cornu cutaneum). Odruchy skórne, ścięgniste i z błon śluzowych są osłabione. Lepra completa ((Leloir) nazywamy te przypadki, w których współlistnieją obie główne postaci trądu. Zauważyć przy tem potrzeba, że do postaci guzowatej zawsze przyłączają się w mniejszym lub większym stopniu objawy nerwowe. Stosunek odwrotny zachodzi o wiele rzadziej. Przebieg. — Swoistą właściwością trądu jest długi okres utajenia (stadium latens), który może trwać do 16 i więcej lat. Przecięciowo oblicza się on jednak na lat 5. Podług najnowszych poglądów (Marchoux Sorel) zarazek po wtargnięciu do ustroju umiejscawia się w gruczołach chłonnych śródpiersia, w kreskowych lub szyjowych i może tam pozostawać do końca życia, nawet nie wywołując żadnych klinicznych objawów trądu. Dopiero pod wpływem czynników usposabiających, przy zmniejszeniu się odporności ustroju (wycieńczenie, uraz, wstrząsy psychiczne i t. p.) zarazek poczyna się uogólniać w ustroju. Wywołuje on najpierw objawy osłabienia, zmęczenia i zniechęcenia; uczucie zimna, nieżyty i krwotoki z nosa i t. p. Po kilku miesiącach pokazują się pierwsze objawy kliniczne w postaci nacieków i plam. Dalszy rozwój odbywa się napadowo. Podczas nasileń ciepłota ciała może sięgać 40° i wyżej, guzy i nacieki obrzmiewają i stają się

Do zaburzeń odżywczonerwowych należy też zaliczyć nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis) rąk, przedramion i stóp. Niekiedy powstają twory w kształcie rogów (cornu cutaneum).

Odruchy skórne, ścięgniste i z błon śluzowych są osłabione.

Lepra completa ((Leloir) nazywamy te przypadki, w których współlistnieją obie główne postaci trądu. Zauważyć przy tem potrzeba, że do postaci guzowatej zawsze przyłączają się w mniejszym lub większym stopniu objawy nerwowe. Stosunek odwrotny zachodzi o wiele rzadziej.

Przebieg. — Swoistą właściwością trądu jest długi okres utajenia (stadium latens), który



bolesne, występuje wybitne ogólne osłabienie. Taki stan trwa 5 do 20 dni i kończy się wessaniem, rozmiękczeniem i owrzodzeniem guzów oraz nacieków, lub też powiększeniem się liczby i wielkości poszczególnych tworów chorobowych. Nasilenia występują co kilka miesięcy, a przy wysokiej odporności o wiele rzadziej. Sprawa kończy się zupełnem ustąpieniem objawów (wyzdrowienie pozorne), albo stopniowem uogólnieniem wskutek coraz częstszych i gwałtowniejszych napadów. Wreszcie przy objawach ogólnego wycieńczenia (*marasmus leprosus*) następuje śmierć. W postaci znieczulającej okresy nasilenia cechuje stan gorączkowy, silne bóle w kończynach oraz powiększenie się przestrzeni znieczulenia. W postaci guzowatej choroba trwa przeciętnie 5—7 lat. Niekiedy jednak sprawa przeciąga się do 30 i więcej lat.

Rozpoznanie. — Rozpoznanie typowych postaci rozwiniętego trądu, a zwłaszcza odmiany guzowatej zazwyczaj nie bywa zbyt trudne. W postaci guzowatej można niekiedy rozpoznać sprawę już na pierwszy rzut oka. Na całość obrazu składa się: szczególne swoiste zabarwienie twarzy, nacieki i guzy na czole a zwłaszcza nad oczodołami, na policzkach, nosie, bródce; następnie brak brwi i rzęs, zmętnienie rogówki, nacieki i owrzodzenia błony śluzowej nosa; guzy i głębokie nacieki na grzbietach rąk, na przedramionach, podudziach i stopach; zgrubienie pni nerwowych (zwłaszcza łokciowego), znieczulenie lub nadwrażliwość w obrębie guzów lub nacieków. W takich przypadkach można rozpoznać sprawę nawet bez badania drobnowidzowego. W typowych postaciach trądu znieczulającego o rozpoznawaniu rozstrzyga obecność na tułowiu lub na kończynach czerwonych, barwikowych lub niemal białych plam, znieczulonych w części środkowej, układających się i zlewających w kształcie rysunku geograficznego. Jeżeli obok tego może-



Był. 81. *Leprosy nervorum.*



my jeszcze stwierdzić pewne nacieczenie okolicy czołowej, zniesienie uczucia bólowego na kończynach, zanik mięśni oraz przykurczenia palców, to rozpoznanie trądu znieczulającego można uważać za zupełnie pewne. Nigdy jednak nie należy zaniedbywać badania wydzielin

śluzowej nosa, gardzieli i łącznic ocznych na obecność prątków trądu. Prócz tego zaleca się badanie histopatologiczne nacieków i guzków.

W rozpoznawaniu różnicowem trzeba mieć na względzie przede wszystkim przymiot i gruźlicę skóry. Omyłki w kierunku trądzika różowatego, figówki, łuszczycy i t. d. mogą się przytrafić tylko bardzo niedoświadczonym.

Co się tyczy pęcherzycy, to należy zauważyć, że w trądzie zwykły powstawać tylko jeden lub kilka pęcherzy. Nowe wykwity tworzą się dopiero po dłuższym czasie, po zagojeniu się pierwszych pęcherzy. Najważniejszą cechą tej odmiany trądu są jednak błyszczące i znieczulone blizny, pozostające po pęcherzach trądowych.

W sprawie przymiotu należy zauważyć, że podobieństwo mniejszych guzków trądowych do przymiotowej osutki grudkowej jest tylko pozorne. Nie mówiąc już o trwałości tworów trądowych, trzeba podnieść głębsze nacieczenie tkanek oraz obecność zaburzeń uczucia. Od większych guzów trądowych kilaki różnią się tem, że szybko się rozpadają i ulegają owrzodzeniu, czego w trądzie nie spostrzegamy. W kwestji zmian błony śluzowej nosa i przedziurawienia przegrody trzeba zauważyć, że w trądzie zapada się najpierw chrząstkowa przegroda, a w przymiocie kostne rusztowanie. Pozatem kanały nosowe są zwężone w trądzie wskutek nacieczeń i strupów. Z innych objawów różnicowych można jeszcze podnieść brak zgrubienia kości. Sprawa staje się jednak bardzo zawikłana w przypadkach współistnienia trądu z przymiotem. W takich razach



Rys. 85. *Lepros completa (Leloir)*
Elephantiasis.

nie można zadawałnic się danymi klinicznymi, lecz należy zwrócić się do badań bakterjologicznych, histologicznych i serologicznych.

Pewne podobieństwo do trądu może posiadać postać pełzająca wilka pospolitego w umiejscowieniu na twarzy a zwłaszcza na kończynach. Obecność guzeczków wilkowych na obwodzie i zanikanie sprawy chorobowej w środkowej części ogniska, szerzenie się odśrodkowe oraz brak zaburzeń czucia przemawiają za rozpoznaniem tocznia.

W trądzie znieczulającym mogą niekiedy zachodzić kwestje co do plamistego zaniku skóry, bielactwa nabytego, twardziny blaszkowatej, twardziny palców i t. p. Pomijając wszelkie inne dane różnicowe, o których była mowa w opisie tych schorzeń skóry, należy podnieść okoliczność, że różnią się one od trądu przede wszystkim brakiem zaburzeń czucia.

O wiele ważniejsze jest atoli różnicowanie pomiędzy postacią znieczulającą trądu a jamistością rdzenia (Syringomyelia). Oba cierpienia mają niekiedy niemało wspólnych objawów, zwłaszcza w okresie trądu rozwiniętego. Za najbardziej znamienne objawy trądu znieczulającego w przeciwstawieniu do jamistości rdzenia można uważać:

- 1) niemal stałe zajęcie obu połów ciała;
- 2) pierwotne schorzenie obwodowych gałęzek nerwu łokciowego;
- 3) niedowład i zanik mięśni w obrębie nerwu twarzowego (obustronnie);
- 4) umiarowe ułożenie znieczulonych plam;
- 5) zgrubienie pni nerwowych, głównie łokciowego w okolicy stawu łokciowego;
- 6) zmiany neuropatyczne, występujące współcześnie i w jednakiej sile na kończynach górnych i dolnych;
- 7) zmiany palców;
- 8) wessanie poszczególnych członeczków palcowych.

Pozatem należy zauważyć, że pęcherze jako wyraz zaburzeń odżywczych znacznie częściej zjawiają się w trądzie i pozostawiają po sobie znieczulone blizny. W trądzie nie spotykamy też bliznowców.

W przypadkach wątpliwych można jeszcze zwrócić się do próby odchylenia dopełniacza. Odczyn należy wykonać za pomocą swoistego antygeny, otrzymanego z wyciągu guzów trądowych (Eitner, R. Biehler, J. Eilasberg). Na zasadzie własnego doświadczenia, obejmującego 125 badanych przypadków, doszedłem do

wniosku, że próba Bordet-Gengout'a daje 100% powodzenia w postaci guzowatej i 93,5% w postaci znieczulającej trądu.

Co się tyczy rokowania, to muszę powiedzieć, że zależy ono w znacznym stopniu od tego, czy chory pochodzi z kraju lub okolicy wolnej od trądu. Jeżeli tak jest, wówczas przebieg i objawy choroby zazwyczaj bywają znacznie łagodniejsze i mamy wszelkie widoki nie tylko polepszenia, lecz nawet względnego wyleczenia. Bez porównania ciężiej rozwija się sprawa u chorych, pochodzących z okolic, gdzie panuje trąd, a zwłaszcza u tych, którzy pochodzą z rodzin trędowatych. W tych razach spostrzegamy tylko krótkotrwałe polepszenia, bardzo rzadko zaś względne wyleczenie. — Im wcześniej trędowaty zwraca się o pomoc lekarską, im dokładniej się leczy, tem stosunkowo lepsze bywa rokowanie.

Leczenie. — Ponieważ trąd jest chorobą zakaźną, która przenosi się z człowieka na człowieka, przeto w leczeniu trądu należy przede wszystkim zwrócić uwagę na środki zapobiegawcze. Do nich w pierwszym rzędzie należy odosobnienie (izolacja). Należy je jednak stosować z największą względnością i ludzkością, gdyż sięga ono nazbyt głęboko w osobiste prawa jednostki i jej rodziny. Nakaz odosobnienia powinien w każdym przypadku zależeć li tylko od decyzji lekarza, obeznanego z trądem. Chorego można odosobnić w specjalnych zakładach i w kolonjach dla trędowatych, w odpowiednio urządzonej oddziale przy szpitalu lub też w domu. Odosobnienie domowe polega na tem, że chory ma prawo mieszkać poza zakładem we własnym domu, winien jednak ściśle stosować się do pewnych przepisów. A zatem trędowaty musi mieć oddzielne pomieszczenie, własne łóżko, pościel, bieliznę, oddzielne naczynia do użytku. Bieliznę i pościel należy prać oddzielnie, a naczynia również zmywać oddzielnie. Chory nie powinien uczęszczać do publicznych kąpielni, o ile możności, unikać większych zebrań (teatr, kościół, rynki). Nie powinien on też zajmować stanowisk publicznych, trudnić się handlem i targiem. Domowa izolacja może być dozwolona, jeżeli chory lub jego rodzina wykażą się dostatecznymi środkami materialnymi, zezwalającymi na wypełnienie powyższych wymagań. Poza tem chory taki powinien jednak znajdować się pod stałą opieką lekarską, a lekarz winien badać chorego co najmniej dwa razy do roku.

Odosobnienie domowe może być zastosowane w przypadkach trądu znieczulającego, w postaci guzowatej — o ile niema owrzodzeń, wreszcie w słabo zaznaczonej postaci guzowatej oraz w okresach utajenia choroby. Wszystkie inne przypadki trądu guzowa-

tego oraz postacie mieszane powinny być umieszczane w trędowiskach lub szpitalach.

Trędowisko należy urządzić w ten sposób, aby było właściwym zakładem leczniczym dla tych nieszczęśliwych chorych. Do takich zakładów, prowadzonych racjonalnie i ludzko, chętnie wstępują nawet tacy trędowaci, których środki materialne pozwalają na odosobnienie domowe.



Rys. 86. *Lepra tuberosa ad completam tendens.*

Co się tyczy właściwego leczenia, to należy zauważyć, że najważniejszą rzeczą jest przestrzeganie doskonałych warunków higienicznych. Czystość pomieszczenia, czystość ciała, pielęgnowanie skóry i błon śluzowych, przebywanie na świeżym powietrzu, pożywienie i obfite odżywianie przy unikaniu napojów wysokokowych, stosowne zajęcia i t. d. stanowią główne warunki polepszenia stanu zdrowia. Ciepłe i gorące kąpiele dwa razy tygodniowo są niezbędne nie tylko dla czystości ciała, lecz zapobiegają rozpadowi guzów, a w przypadkach owrzodzeń sprzyjają szybkiemu zabliźnianiu. Cze-

ste płukanie ust, codzienne przemywanie nosa i staranne opatrunki należą do zabiegów obowiązkujących.

Leczenie miejscowe guzów ma jedynie znaczenie objawowe a niekiedy kosmetyczne. Można zalecić wycięcie, wypalenie żegadłem Faquelin'a lub środkami żrącymi (ług potasowy, kwasy — zwłaszcza karbolowy). Zalecane przez Unna'ę prasowanie gorącym żelazkiem (kilka sekund) nie daje uchwytnych wyników. Systematyczne stosowanie ucisku oraz ostrożne mięśnienie sprzyjają wchłanianiu guzów. Dobrze działa też miejscowe stosowanie gorącego powietrza (do 75° C.), zwłaszcza w nerwobólach.

Unna zachwala t. zw. środki odtleniające (kw. pyrogalusowy, resorcyna, kw. karbolowy, chryzarobina, siarka, ichtyol). Wpływ ich na tkankę trądowną jest jednak bardzo nieznaczny. Środki te można zresztą stosować tylko w początkowych okresach choroby przy niewielkiej liczbie guzów i nieznacznej ich wielkości.

W trądzie znieczulającym zalecamy promienie Roentgen'a, radium, światło Finsen'a, d'Arsonwalizację, wyciąganie nerwu. Wyniki bywają niekiedy względnie niezłe, zwłaszcza w obecności zapalenia nerwów. Rozszczepianie nerwu łokciowego z następczem wyłączeniem tkanek schorzałych spowodowało wyleczenie w dwóch przypadkach.

Baczną uwagę należy zwrócić na oczy. Zaleca się wczesne zniszczenie guzków łącznicy za pomocą galwanokauteru. Pamiętać też trzeba, że przez nakłucie rogówki można osiągnąć powstrzymanie rozrostu guzków rogówki.

Przechodząc do t. zw. środków swoistych pomijam omawianie leczniczej wartości różnych surowic, n. p. caraesquilla, hemolitycznej surowicy Miecznikow'a i Hallopeau, przeciwpaciorkowcowej oraz leproliny Root'a, tuberkuliny i t. d. Przekonano się bowiem, że większość tych środków częściej szkodzi niż pomaga. Ujemny wpływ wywiera też salwarsan, neosalwarsan, rtęć i jodki.

Jedynymi środkami, które wywierają dodatni wpływ na przebieg choroby, są Nastina Deycke'a, Oleum Ginocardium s. Ol. Chalmogre i Antileprol. — Nastin jest oleistą mieszaniną benzylochłorydu z wyhodowanymi z guzów trądownych drobnoustrojami, które Deycke nazwał *Streptotrix leproides*. Benzylochłorydowi Deycke przypisuje własności rozpuszczania otoczki tłuszczowej prątka trądownego, drobnoustrojom zaś zdolność bakterjolitycznego niszczenia samego prątka. Nastinę zastrzykuje się podskórnie po 1 cm. dwa razy tygodniowo, poczynając od najsłabszej serji No 1. Po 12 zastrzyknięciach następuje miesięczna przerwa, poczem robimy 12

zastrzyknąć serji No 2. Po miesiącu stosuje się serja No 3. Wyniki nieraz bywają bardzo zachęcające. Preparat jest jednakże nie zawsze jednako przygotowany, gdyż działanie jego bywa dosyć kapryśne. Pozatem Deycke nie dał dostatecznie ścisłych wskazań co do jego zastosowania.

Najlepsze wyniki otrzymywałem przy użyciu Ol. Ginocardium s. Ol. Chalmogre i Antileprolu, który jest chemicznie oczyszczonym Ol. Chalmogre.

Ol. Ginocardium jest tłuszczową masą, wydobytą z nasion *Ginocardia odorata*, drzewa rosnącego w Indjach angielskich i niderlandzkich Indjach wschodnich. Olejek stosuje się w postaci wcierań, zastrzykiwań śródmięśniowych, w lewatywach i do wewnątrz. Po zastrzykiwaniach podskórnych częstokroć powstają ropnie. Dlatego zaleca się podawać ten lek do wewnątrz w postaci kropeł, poczynając od 10 kropli trzy razy dziennie i stopniowo — po tygodniu — powiększając dawkę do 50—60. Lek można zażywać w mleku, w kapsułkach żelatynowych a także w pigułkach (Ol. Chalmogre, *Cerae flavae*, *Sacchar. alb.* \overline{aa} 18,50 : *Pulv. et Extr. Liquir.* \overline{aa} 20,00 — ad *Pill. No 100*). Nie należy przekraczać dawki ponad 200 kropeł dziennie, gdyż w przeciwnym razie powstają objawy podrażnienia nerek. Odczyn leczniczy polega na podniesieniu ciepłoty do 40°, zaczerwienieniu oraz obrzmieniu nacieków i guzów. Po ustąpieniu odczynu następuje okres całkowitego lub częściowego wchłaniania tworów chorobowych. Wyniki zależą od okresu i czasu trwania choroby. W przypadkach świeżych osiągałem wyleczenie, gdyż następczy okres utajenia trwał przeszło 10 lat. Ale nawet w przypadkach już posuniętych można liczyć na znaczne polepszenie. W postaci znieczulającej spostrzegałem zmniejszenie bólów i szybkie zabliznianie się owrzodzeń. Warunkiem powodzenia jest bardzo długie stosowanie Ol. Ginocard. Powinno ono trwać lata całe z przerwami 2—3 miesięcznemi.

Antileprol nie ustępuje w działaniu Ol. Ginocard., jest jednak o wiele droższy.

Ze obok postępowania swoistego wskazane też jest ogólne leczenie wzmacniające i objawowe, to jest rzeczą zupełnie zrozumiałą.

Na zakończenie chciałbym nadmienić, że przystępując do leczenia trędownatego należy przedewszystkiem wyzbyć się pesymistycznego poglądu o nieuleczalności tej choroby. Przypadki wyleczenia, o których donoszą różni badacze ze wszystkich stron świata a do których i ja mogę dorzucić kilkanaście, winny być bodźcem do wy-

trwałych badań i konsekwentnego leczenia. Trzeba pamiętać, że w każdym przypadku należy stosować leczenie ściśle indywidualne i leczyć nie tylko trąd, lecz chorego osobnika.

Twardziel nosa.

(Rhinoscleroma).

Objawy. — Choroba zazwyczaj rozpoczyna się jako przewlekły nieżyt nosa, który stopniowo przechodzi na gardło, krtani i tchawicę. Nieżyt może trwać kilka lat nie zdradzając żadnych objawów swoistych. Z biegiem jednak czasu wydzielina staje się bardziej ropna, gęsta, ciągnąca i łatwo zasycha w grube strupy, wypełniające jamę nosową. Współcześnie zjawia się nieprzyjemny zapach, jednak nie tak przykry, jak w ozenie.

Nacieki twardej nosowej najczęściej poczynają się w przestrzeni nosowo-gardzielowej na fałdach trąbkowo-podniebiennych (P. Pieniżek), następnie na nożdzach tylnych (Choanae) lub w krtani. Pierwotne zajęcie gardła lub tchawicy bywa rzadko spostrzegane. Z nożdy tylnej sprawa przechodzi na błonę śluzową jamy nosowej, a potem na przylegające odcinki skóry. Na błonie śluzowej powstają ziarniniaste rozrosty i guzowate lub grzybowate twory o gładkiej zrazikowatej powierzchni, spistości miękkiej, barwy czerwonej. Popóźniej bledną one, widocznie się kurczą i twardnieją, zachowując jednak pewien stopień sprężystości. W tym okresie czynią one wrażenie bardziej rozlanych i z podłożem ściślej zrosniętych nacieków o nierównej i jakby pomarszczonej powierzchni. Niekiedy widać na nich nadżerki i powierzchowne owrzodzenia.

Z błony śluzowej twardej przechodzi na skórę przegrody nosowej, na dziąsła i wargę górną, na skórę skrzydeł nosa, a w ciężkich przypadkach na przylegające części policzków a nawet na czoło. Powstają rozlane gładkie nacieki i twory guzowate różnej wielkości. Są one twarde jak chrząstka, a jednak elastyczne. Guzy te stopniowo zlewają się z sobą. Przy uciskaniu nie powodują bólu. Kolor ich nie różni się od otaczającej zdrowej skóry albo też bywa czerwono-brunatny, czerwonosinawy. Powierzchnia jest gładka. lśniąca, częstokroć pokryta rozszerzonymi żyłkami.

Twory guzowate nie ujawniają skłonności do zmian wstecznych. Z biegiem czasu kurczą się one i twardnieją, a w środku guza powstaje pępkowate wgłębienie. Niekiedy tworzą się niegłębokie i szybko się gojące nadżerki.

Nos ulega zniekształceniu. Staje się on gruby, szeroki i jakby



buławowato wzdęty. Skrzydła nosa są odsunięte daleko na zewnątrz, otwory nosowe są okrągłe i wielkie, wypełnione tkanką twardzielową.

Niekiedy bywają zajęte sąsiednie gruczoły chłonne (Rona).

Przebieg twardziny jest wybitnie przewlekły. Sprawa nasila nader powoli, przechodząc stopniowo z miejsca na miejsce i częstokroć czyniąc przestanki na swej drodze rozwojowej. Zdarzają się wprawdzie przypadki, w których w ciągu kilku lat ulega schorzeniu nos, gardło, krtani, tchawica a nawet oskrzela. Zazwyczaj jednak potrzeba na to kilkudziesięciu lat. W innych znowu razach twardziel może się ograniczyć tylko do zajęcia nosa i gardła.

Bezpośredni następstwem schorzenia nosa są zaburzenia oddychania, które mogą się stać groźne w umiejscowieniu twardzieli w krtani, tchawicy i w oskrzelach. Śmierć może nastąpić wskutek zaduszenia lub z powodu powikłań płucnych.

W spostrzeżeniu Lublinerera twardziel znikła po durze plamistym.

Rokowanie co do wyleczenia jest niepomyślne. Na powodzenie można niekiedy liczyć w bardzo świeżych i nierozległych przypadkach, i tu jednak jest wskazana wielka ostrożność ze względu na często występujące nawroty.

Budowa. — Istotę twardzieli tworzy naciek, obficie zaopatrzony w naczynia krwionośne. Naciek jest utworzony z ognisk i złożony w głównej masie z komórek plazmatycznych. Śród nich widać duże okrągławe i jakby wzdęte komórki o niewyraźnych zarysach, zawierające wodniczki i prątki twardzieli Frisch'a (t. zw. komórki Mikulicza). W późniejszych okresach ma miejsce rozwój zbitej twardej tkanki łącznej i występują zjawiska zwyrodnienia szklistego w kształcie bryłek i kul, mieszczących się w komórkach i po za nimi (ciałka Russel'a).

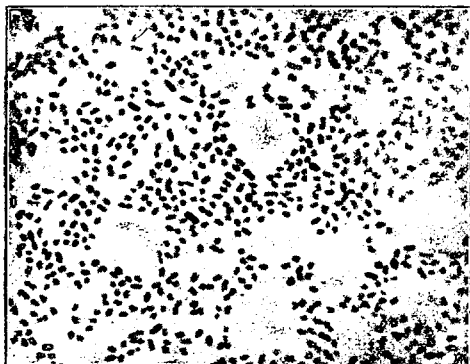
Za przyczynę twardzieli uważamy zakażenie prątkiem Frisch'a. Prątek można wykryć w tkance patologicznej, zwłaszcza zaś obficie w komórkach Mikulicza. Jest to krótki prątek, zaopa-



Rys. 87. Rhinoscleroma.

trzony w otoczkę, który doskonale się barwi anilinowemi barwami a nieszczególnie podług Gram'a. W tkance (w skrawkach) barwi go hematoksylina. Hodowle udają się łatwo i są widoczne już po dobie. Prątek twardzieli zdradza niemałe podobieństwo do prątka Friedländer'a i do prątka ozeny. Różnicowanie zostało przeprowadzone przez Paltauf'a, Eiselsberg'a, Matlakowskiego i Jakowskiego. Szczepienia do przedniej komory ocznej wypadły dodatnio (Stepanow). Króliki i świnki morskie można zakazić przy szczepieniu do jamy otrzewnej. Nie przyjęły się szczepienia na końcu pyska u małp (Gross-Rydygier).

Najczęściej spotykamy twardziel u dorosłych (bez różnicy płci), o wiele rzadziej u osobników młodocianych, bardzo rzadko u dzieci, prawie nigdy u starców. W niektórych miejscowościach cho-



Rys. 88. *Bac. rhinoscleromatis*.

roba występuje wyjątkowo często, niemal endemicznie n. p. u nas w Małopolsce, w ziemi Kieleckiej i Lubelskiej, na Podolu, Wołyniu i na Śląsku (Baurowicz i in.), w Besarabji, na Węgrzech, w Austrii Dolnej, na Czechach, Morawach a także w Ameryce Środkowej. Sporadyczne przypadki mogą się jednak zdarzyć w każdym kraju.

Rozpoznanie typowych przypadków najczęściej nie nastrocza większych trud-

ności zwłaszcza przy uwzględnieniu umiejscowienia, twardości nacieków i guzów, małej ich skłonności do owrzodzeń i rozpadu. Przebieg bywa też zawsze bardzo przewlekły. Przy różnicowaniu z przymiotem, mięsakiem i niektórymi postaciami gruźlicy można rozstrzygnąć wątpliwości przez założenie hodowli, badanie drobnowidzowe wyciętych tkanek i odpowiednie odczyny biologiczne.

Leczenie twardzieli wkracza głównie w dziedzinę chirurgji. Z innych metod zalecano śródmiąższowe zastrzykiwania 1—2% kwasu salicylowego, 1% kw. karbolowego, roztworu Fowler'a (1 : 100—12 : 100) a także stosowanie 10—20% maści pyrogalusowej (jak w wilku pospolitym). Rentgenoterapia niekiedy daje względne wyniki (Drozdowicz i in.), częściej jednak zawodzi. To samo

dotyczy radu. Przy energicznym stosowaniu szczepionki nie udało się osiągnąć nawet poprawy. Erbrich i in. spostrzegali jednak wyniki dodatnie.

Nosacizna.

(Malleus. — Morve).

Nosacizna jest zakaźną chorobą, nawiedzającą najczęściej zwierzęta jednokopytowe (koń, osioł). Od nich mogą się zakazić ludzie, których zawód zniwala do częstego obcowania z choremi zwierzętami, n. p. weterynarze, kawalerzyści, żołnierze, parobcy stajenni, czyściciele i t. d. Stosunkowo rzadziej nosacizna udziela się człowiekowi od ludzi chorych.

Zarazek wtarga do ustroju poprzez skórę, błonę śluzową nosa, spojówkę oka lub przez płuca, powodując objawy miejscowe i ogólne. W nosie stwierdzamy zjawiska nieżyty ropnego i różycowe zapalenie skóry, w płucach zaś rozwija się zapalenie o przebiegu nietypowym. Dermatologa interesują jednak głównie te objawy, które spostrzegamy na skórze i których znajomość posiada dłań niemałe znaczenie praktyczne.

Okres wylęgania trwa 3—5 dni, niekiedy dłużej, czasem zaś bardzo krótko — kilkanaście godzin (Brouardel, dobę (W. Grostern). Na skórze wykwit pierwotny występuje w postaci zanokcicy lub też grudki, na której niebawem zjawia się brudnoszara krostka o krwawej zawartości, otoczona sinawym obrąbkiem. Po pęknięciu krostki tworzy się szarawe, brudne owrzodzenie o dosyć twardym nacieczonym dnie. Tym objawom towarzyszą zjawiska zapalenia naczyń i gruczołów chłonnych.

W tym czasie albo też już po zagojeniu się owrzodzenia następuje uogólnienie się nosacizny, przebiegające ostro lub przewlekłe.

W ostrych przypadkach zazwyczaj stwierdzamy bardzo znaczną i ciągłą gorączkę, niekiedy przekraczającą 40° C. Gorączce towarzyszą bóle w stawach i mięśniach, obrzmienie stawów, zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, obrzmienie śledziony, białkomocz i wybitny upadek sił. Zmiany skóry występują w postaci rozsianych ognisk. Około 6—7 dnia choroby zjawia się osutka, umiejscowiona na twarzy, kończynach, tułowiu. Początkowo pokazują się czerwone plamki, które niebawem przekształcają się w grudki a następnie w krosty, otoczone czerwoną zapalną i częstokroć nacieczoną obwódka. Krosty sięgają wielkości ziarna grochu polnego. Niekiedy widać też większe pęcherze ropne, dochodzące do roz-

miarów małej monety srebrnej. Liczba wykwitów może być bardzo rozmaita, nigdy jednak osutka nie bywa tak obfita, jak w ospie. Należy zauważyć, że w nosaciznie krosty nigdy nie posiadają wgłębienia środkowego (pępka) i że po nakłuciu zupełnie opróżniają zawartość. W dalszym przebiegu krosty zasychają w strupy, pod którymi mogą się wytworzyć brudne owrzodzenia o brzegach nacieczonych.

Obok osutki częstokroć spostrzegamy różycowate zapalenie skóry, zwłaszcza na twarzy, rozpościerające się jak róża, lecz bez wyraźnie ostrego brzegu. W obrębie schorzałej skóry mogą też powstawać twarde nacieczenia, duże pęcherze ropne a nawet zgorzel. Naczynia chłonne ulegają zgrubieniu, gruczoły obrzmiewają.

Na błonie śluzowej nosa, jamy ustnej, gardła, krtani i tchawicy występują zmiany zapalne i wrzodziejące.

Chory umiera w ciągu 1—4 tygodni przy objawach wzrastającego upadku sił.

W przypadkach przewlekłych wysuwa się na pierwszy plan wychudnienie, potęgujące się wskutek często spostrzeganych zaburzeń czynności przewodu pokarmowego (brak łaknienia, wymioty, biegunka). Gorączka ma przebieg nieprawidłowy o typie zwalniającym lub przestankowym. Zmiany w nosie zazwyczaj nie bywają wybitne. Osutka albo wcale nie występuje, albo zjawia się od czasu do czasu w postaci pojedynczych rozsianych krost. Tutaj spostrzegamy natomiast guzy oraz nacieki w skórze, tkance podskórnej i w mięśniach, tak znamienne dla przewlekłej nosacizny. Guzy bywają rozmaitej wielkości, walcowate zaś nacieki nieraz sięgają kilkunastu cm. długości. Guzy są dosyć miękkie, bolesne lub niebolesne. Skóra nad nimi jest początkowo niezmieniona. Popóźniej staje się ona cienka, czerwona, czerwonosinawa. Nacieki mogą się wessać lub też zropieć i przekształcić w trudno gojące się owrzodzenia o brzegach podminowanych. Częstokroć powstają głębokie przetoki. Z owrzodzeń i przetok wydziela się ciągnąca ropna, nieraz krwawa ciecz.

Najczęstszym umiejscowieniem głębokich nacieków są mięśnie naramienne i piersiowe. Spostrzegamy je jednak też w innych mięśniach kończyn górnych i dolnych, gdzie również mogą powstawać ropnie okołostawowe. Do względnie rzadkich objawów należy zaliczyć nacieki w jądrach lub w najądrzach (Jakowski).

Zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych zalicza się do częstych zjawisk.

Przewlekła nosaczna może trwać dosyć długo — kilkanaście miesięcy a nawet kilka lub kilkanaście lat (15 lat w spostrzeżeniu Barącza). W przebiegu choroby mogą występować przestanki zupełnie wolne od objawów chorobowych (Hallopeau, Barącz). Ostatecznie sprawa kończy się zupełnym wyleczeniem albo śmiercią przy objawach ostrej nosaczny lub postępującego charłactwa.

Przyczyny. — Sprawcą choroby jest swoisty zarazek, którego obecność można wykryć we krwi, w tkankach, w wydzielinach z nosa, w wydzielinie owrzodzeń i przetok i t. d. Jest to prosty lub nieco wygięty prątek, zaokrąglony na końcach. Wielkość jego mniej więcej odpowiada lasecznikowi gruźliczemu, jest on odeń tylko nieco grubszy. W świeżych hodowlach prątki nieraz bywają bardzo krótkie i mogą wyglądem przypominać ziarenkowce (Jakowski, Wasiliew). Zarazek jest chorobotwórczy dla wielu zwierząt, n. p. dla konia, muła, osła, kota, psa, królika, świnki morskiej, myszy, szczura. Świnka morska (samiec) jest najodpowiedniejsza do doświadczeń. Po szczepieniu do jamy otrzewnej powstaje już po kilku dniach (2—4) obrzmienie jąder z następczem zapaleniem ropnem (metoda Strauss'a). W ropnych ogniskach jądra łatwo wykrywa się obecność prątków nosaczny. Niezłożone to doświadczenie może zatem posiadać doniosłe znaczenie rozpoznawcze w przypadkach wątpliwych.

Rozpoznanie. — Rozpoznanie nosaczny u ludzi należy do trudnych zadań. Początek ostro przebiegającej nosaczny może wzbudzić podejrzenie co do duru (wysoka ciepłota, obrzmienie śledziony) lub gościca (bóle w mięśniach i stawach). Rozpoznanie staje się możliwe dopiero 6—7-go dnia choroby, gdy wystąpią takie objawy, jak zajęcie nosa i osutka krostkowa. Jednakże i wówczas należy mieć w pamięci omyłki rozpoznawcze zwłaszcza przy różnicowaniu z ospą (patrz wyż.) i z krostkową osutką przymiotową.

W przewlekłej nosacznie rozpoznanie różnicowe winno mieć na względzie głównie przymiot (kilaki), gruźlicę skóry i kości oraz promienicę. W tych razach dane kliniczne rzadko rozstrzygają sprawę. Wątpliwości może usunąć tylko badanie bakterjologiczne (hodowle, szczepienia metodą Strauss'a), do których, zdaniem Jakowskiego, najbardziej nadają się nacieki świeże.

Rokowanie jest złe w nosacznie ostrej, wątpliwe w przewlekłej (50% śmiertelności).

Leczenie — patrz w podręcznikach patologii chorób zakaźnych.

Wąglik. — Czarna krosta.
(Anthrax. — Pustula maligna).

Zakażenie wąglikowe najczęściej spostrzegamy u zwierząt trawożernych (bydło rogate, konie, jelenie i t. d.). Ze zwierząt padłych, ćwiartowanych, ze spożywanego mięsa, z krwi wylanej przy uboju, z sierści i skór zanieczyszczonych krwią zarazek może się przedostać do ustroju ludzkiego. Zakażenie najczęściej odbywa się przez powłoki zewnętrzne, rzadziej przez przewód pokarmowy i drogi oddechowe.

Wąglik skóry występuje pod postacią krosty lub obrzęku. Okres wylegania trwa około 2—3 dni.

Krosta wąglikowa zazwyczaj mieści się w miejscach odkrytych — na twarzy, na karku, na kończynach górnych, o wiele rzadziej na dolnych i na tułowiu. Zjawia się czerwona, drobna plamka, podobna do powstającej po ukąszeniu pchły, albo też płaska grudka, na której niebawem pokazuje się pęcherzyk o zawartości surowiczej lub surowiczo-krwawej. Pęcherzyk powoduje swędzenie i zazwyczaj bywa przez chorych rozdrapywany. Na miejscu pęcherzyka wytwarza się czarny martwicowy strup, otaczająca zaś skóra obrzmiewa, okalając wykwit w kształcie czerwonego lub czerwonośnawego wału. Na tym wale mogą znowu wystąpić wtórne pęcherzyki, które nieraz układają się w postaci wianuszka. W dalszym przebiegu środkowy strup powiększa się wszcz i wgłęb, a otaczający wał przesuwa się dalej. Przylegające odcinki skóry ulegają znacznemu obrzękowi ciastowatemu, który może zająć dosyć rozległe obszary. Tak n. p. w umiejscowieniu krosty na twarzy i szyi obrzęk niekiedy rozpościera się na skórę klatki piersiowej a nawet brzucha. W tym czasie — około 3—4-go dnia choroby — obrzmiewają sąsiednie gruczoły chłonne, a w kierunku pomiędzy nimi i krostą widać czerwone smugi i pasma, będące wyrazem zapalenia naczyń chłonnych.

Miejscowe ognisko chorobowe nie sprawia bólu, może tylko powodować uczucie palenia.

W przypadkach łagodnych martwicowy strup poczyna się oddzielać 6—7-go dnia i odpada około 10-go dnia choroby, poczem następuje stopniowe zabliznianie się owrzodzenia.

O wiele rzadziej spostrzegamy obrzęk wąglikowy. W przypadkach takich skóra jest obrzmiała, zgrubiała, spoistości ciastowatej i niebolesna, o powierzchni gładkiej i lśniącej. Barwa jest początkowo blada, później różowa, czerwona lub fioletowa.

W obrębie obrzęku niekiedy powstają pęcherzyki oraz strupy zgorzelinowe.

Obrzęk węglikowy zazwyczaj mieści się na powiekach, wargach a także na błonie śluzowej ust powodując obrzmienie języka i śluzówki policzków. Przebieg zwykle bywa cięższy, aczkolwiek znane są przypadki wyleczenia.

Obie postaci węglika mogą ograniczyć się do zmian miejscowych i zakończyć pomyślnie. W przypadkach cięższych następuje uogólnienie zakażenia, najczęściej pomiędzy 4—6 dniem choroby. Sprawie towarzyszą: gorączka, znaczny upadek sił, bóle głowy, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, objawy zajęcia opon mózgowych i t. d. Śmierć następuje po kilku dniach, niekiedy przy drgawkach.

Przyczyny. — Choroba powstaje wskutek zakażenia prątkiem węglikowym. Są to pałeczki długości 3—6 μ , grubości 1—1,5 μ , rozmnażające się przez podział i wytwarzające zarodniki. Hodowle udają się niemal na każdym słabo zasadowym podłożu.

Wąglik spostrzegamy przeważnie u osób, które mają zawodo-wo do czynienia z trupami zakażonych zwierząt lub z przedmiotami zanieczyszczonymi ich krwią. Choroba występuje tedy głównie u weterynarzy, pastuchów, rzeźników, czyszcicieli, garbarzy, szczotkarzy, gałganiarzy i t. d.

Rozpoznanie. — Od czyraków i antraksów różni się krosta węglikowa bardziej ciemną barwą, brakiem ropnej zawartości pęcherzyków, brakiem bolesności i obecnością pęcherzyków, ułożonych wianuszkowato dokoła środkowego strupa. Pierwotny obrzęk węglikowy może wzbudzać wątpliwości co do róży lub ropowicy. Pierwszą jednak cechuje bolesność i ostre odgraniczenie zapalnego obrzęku, drugą — bolesność i skłonność do zropienia.

Rokowanie jest zawsze poważne, a niebezpieczeństwo polega na uogólnieniu zakażenia. Pamiętać jednak należy, że wąglik niekiedy przebiega jako sprawa umiejscowiona w skórze i jako taka może się zakończyć zupełnem wyleczeniem. Nie wszystkie jednak przypadki węglika skóry rokują jednakowo. Wąglik twarzy i szyi daje gorsze rokowanie, niż wąglik tułowia i kończyn. Poza-tem zwraca uwagę, że im większy jest zapalny odczyn dokoła czarnej krosty, tem pomyślniej sprawa rokuje. Obrzęk węglikowy jest bardziej złośliwy, niż krostka — zwłaszcza w umiejscowieniu na błonie śluzowej.

oleczenie w węglika patrz w podręcznikach chirurgii i w patologii chorób zakaźnych.

Guzek alepski. — Bołak alepski.

(Bouton d'Alep. — Bouton de Biscra. — Bouton de pays chauds).

Guzek alepski jest zaraźliwą chorobą endemiczną. Twór ten można przeszczepiać z miejsca na miejsce, a także zaszczerpieć innemu osobnikowi. Cierpienie spostrzegane bywa głównie w Algierze, w Tunisie, Kongo, w Egipcie, Syrii, Persji a także w Indjach. Występuje ono w okresie czasu pomiędzy lutym a wrześniem. Schorzeniu podlegają kobiety i mężczyźni bez różnicy wieku. W naszym kraju widywałem sporadyczne przypadki u urlopowanych żołnierzy, którzy dawniej odbywali służbę wojskową w Turkiestanie i Persji. Większą liczbę przypadków spostrzegłem w Warszawie w październiku 1914 roku, gdy przez nasze miasto przechodziły dywizje turkistańskie.

Schorzenie widocznie powodują pierwotniaki z rodziny świrdrowców, wykryte przez I. H. Wright'a i nazwane przezeń *Helcosoma tropicum*, a później opisane przez Herxheimer'a, Bornemann'a, Mesnil'a, Nicolla, Remlinger'a i in. Zdaje się, że przenoszenie zarazka odbywa się za pośrednictwem komarów. Okres wylegania trwa conajmniej 18 dni (Vidal).

W miejscu zaszczerpienia zarazka powstaje różowa swędząca grudka, która stopniowo się powiększa i przekształca w płaski, stożkowaty czerwony i niebolesny guzek o powierzchni suchej, złuszczonej. Około 15—20-go dnia choroby pokazuje się na szczycie grudki żółta krosta podnaskórkowa, która następnie zasycha w dosyć gruby i mocno przylegający strup barwy żółto-brunatnej. Po odpadnięciu lub usunięciu strupa widać okrągłe lub owalne owrzodzenie średnicy 0,5—1 cm. Nacieczenie ma ostro ścięte, a niekiedy podminowane i nacieczone brzegi barwy czerwono-sinawej oraz łatwo krwawiące dno, pokryte ropną wydzieliną. Całość jest podobna do wrzodu wenerycznego. Owrzodzenie powiększa się głównie wskutek tego, że dookoła niego zjawiają się świeże wykwyty guzkowate, które również ulegają rozpadowi i łączą się z owrzodzeniem środkowym. W taki sposób nieraz powstają rozległe powierzchnie owrzodziałe, których średnica może sięgać 6—10 cm.

Po upływie 4—5 miesięcy wyczerpuje się postępujący rozwój choroby. Na dnie owrzodzenia pokazuje się obfita a częstokroć wybijająca ziarnina, nadająca powierzchni wygląd brodawkowaty. Zabliźnianie odbywa się bardzo wolno.

Cała sprawa trwa 7—12 miesięcy i umiejscawia się głównie w miejscach odkrytych — na stopach, podudziach, na rękach, przed-

ramionach, twarzy. Czasem bywa tylko jeden guzek, zazwyczaj jednak liczba ich dochodzi do kilku lub kilkunastu.

Do powikłań należy zapalenie naczyń chłonnych, obrzmienie i zropienie gruczołów chłonnych, zapalenie żył, róża.

Rokowanie jest pomyślne. Przy rozpoznaniu trzeba pamiętać o wilku pospolitym, o kilakach i wrzodzie wenerycznym. Dokładna ocena wszystkich danych klinicznych, wywiady a wreszcie badanie bakterjologiczne zapewne dostarczą dosyć materiału do rozstrzygnięcia kwestji w przypadkach wątpliwych.

W leczeniu bywają głównie zalecane metody wyczekujące. Można zastosować okłady z kw. bornego, karbolowego, sublimatu, następnie zasypywanie jodoformem, jodoformogenem, jodolem, airole, eurofenem, dermatolem i t. d. W okresie zablizniania jest wskazany azotan srebra. Korzystny wpływ niekiedy wywiera rentgenoterapia (Herxheimer).



Rozdział XXI.

Limfatyczne schorzenia skóry.

Grzybica guzowata. — Ziarniniak grzybiasty.

(Mycosis fungoides - Alibert. — Granuloma fungoides).

Grzybica guzowata jest przewlekłą i nieuleczalną chorobą o rozwoju postępującym, której zejście zawsze bywa śmiertelne. Zmiany skóry początkowo nie posiadają cech swoistych dla tego cierpienia. Istota sprawy staje się wyraźną dopiero z chwilą powstawania guzów i wtedy też rozpoznanie kliniczne może być ustalone z pewnością.

W zależności od tego, czy rozwój guzów poprzedzają inne zmiany skóry, czy też guzy zjawiają się odrazu na skórze (pozor- nie) zdrowej, odróżniamy: a) klasyczną grzybicę guzowatą i b) do- różną grzybicę guzowatą (Mycosis fungoides d'emblée).

W przebiegu klasycznej grzybicy guzowatej mo- żna odróżnić dwa okresy: przedguzowy (stadium praemycoticum) i guzowy (stadium tumorum).

Objawy i przebieg. — Osutki i zmiany skóry okresu przedguzowego cechuje wielka różnorodność oraz wielopostaciowość. Są to osutki pokrzywkowe, niekiedy krwotocz- ne, rozsiane na większych powierzchniach, albo też rumieniowe blaszki przelotne oraz bardziej trwałe, szerzące się obwodowo i czę- stokroć ujawniające brzegi łukowate i koliste. Przy zanikaniu ich części środkowej tworzą się wykwity obrączkowe. Czasem widać też mniejsze i większe pęcherzyki a także płaskie błyszczące grudki, podobne do liszaja czerwonego. W innych razach powstają suche złuszczone i nie ostro odgraniczone płaskie blaszki różnej wiel- kości, podobne do erytrodermicznych i łuszczycowatych. Niekiedy są one spryszczone, wilgotne, pokryte strupami i przypominają swym wyglądem wilgotną odmianę naskórkowej grzybicy blasz- kowatej (epidermomycosis s. eczema mycoticum en plaques). Ru-

mieniowe i erythrodermiczne blaszki mogą się stopniowo powiększać i łączyć ze sobą, zajmując dosyć rozległe powierzchnie. W tych razach można częstokroć zauważyć ostro odgraniczone wysepki zdrowej skóry wśród rozlanego zaczerwienienia — zjawisko.



Kvs. 88. *Mycosis fungo des.*
(Erythrodermia praemyctica et tumores capillitii).

do którego niektórzy badacze przywiązują nie małe znaczenie rozpoznawcze.

Takie rozległe zaczerwienienia stanowią przejście do uogólnionej erythrodermii, również zaliczanej do objawów przedguzowych ziarniniaka grzybiastego. Zmianom może ulegać cała powierzchnia ciała. Zabarwienie bywa żywoczerwone, ciemnoczerwone, wiśniowoczerwone, śliwkowe. Ilość i wielkość łusek może być rozmaita. Niekiedy powstają obrazy, najzupełniej odpowiadające spostrzeżanym w łupieżu czerwonym Hebra'y (pityriasis rubra Hebrae, patrz rozdział XI). Stwierdzamy zatem objawy przykurczenia

w okolicy stawów (kolana), wywinięcie powiek, prosaki, utratę włosów, zmiany paznokci i t. d. Gruczoły chłonne obrzmiewają.

Wszystkim osutkom okresu przedguzowego stale towarzyszy wybitne swędzenie, do którego dołącza się uczucie zimna w przypadkach erythrodermii. Niekiedy swędzenie może nawet poprzedzać wybuch zmian skóry.

Czas trwania okresu przedguzowego zazwyczaj bywa długi: kilka miesięcy, kilka lub kilkanaście a nawet kilkadziesiąt lat (20—30). Szeregowanie okresów zwolnienia i nasilenia należy do zwykłych zjawisk. Niekiedy chorzy poprawiają się nawet o tyle, iż czynią wrażenie zdrowych ludzi. Wreszcie jednak choroba przechodzi w okres nacieków i guzów.



Rys. 90. *Mycosis fungoides*.
(st. infiltrationis).

W miejscach rozlanego zaczerwienienia oraz w obrębie ognisk erythrodermicznych i pryszczycowatych skóra ulega zgrubieniu i nacieczeniu (okres nacieczenia — stadium infiltrationis s. lichenificationis). Powstają dosyć ostro odgraniczone okrągławe, grube i ponad otoczenie wzniesione blaszki spistości ciastowatej lub twardej. Są one płaskie albo wypukłe. Ich powierzchnia jest

gładka, nierówna, guzkowata, złożona jakby z oddzielnych ognisk. Wielkość poszczególnych ognisk w blaszce bywa rozmaita. Blaszki mogą się wessać doszczętnie albo też tylko w części środkowej, tworząc w ten sposób wykwity obrączkowate. Te zaś łączą się ze sobą i powodują powstawanie figur kolistych.

Pozatem spostrzegamy tworzenie się grudek i guzeczków w przestrzeniach pomiędzy blaszkami, w skórze pozornie zdrowej. Grudki występują w postaci rozsianej lub skupiają się i układają w kształcie łuków, podkówek i kółek.

Swędzenie bywa silne.

Wszystkie wykwity tego okresu — nacieki, grudki i guzki —

cechuje szczególna nietrwałość. Mogą się one wessać bez śladu w bardzo krótkim czasie albo też ustąpić, pozostawiając powierzchowny zanik skóry lub plamy przebarwione i odbarwione. Współcześnie jednak powstają też świeże twory, które niebawem ustępują miejsca innym.

Okres nacieczenia może trwać długo. Przyznać jednak trzeba, że jeden tylko krok dzieli go od okresu guzów, tak znamienego dla danej sprawy chorobowej (stadium tumorum).

Rzecz odbywa się w sposób następujący. Na blaszkach erythrodermicznych, pryszczycowatych, nacieczonych, czasem na skórze niezmienionej wystają wielokształtne, niebolesne twory guzowate wielkości orzecha laskowego, jaja kurzego, pomarańczy. Guzy mieszczą się w skórze. Barwa ich może być żywoczerwona, ciemnoczerwona, czerwonosinawa lub czerwono-brunatnawa, rzadziej brudnobiaława i bladeżółtawa. Kształt bywa rozmaity. Są one okrągłe, półkuliste lub owalne, jajowate. Czasem siedzą na skórze szeroką, płaską i ostro odgraniczoną nasadą, czasem wznoszą się grzybowato jakby na grubej, niskiej szypule. Niektóre znowu posiadają budowę zrazikowatą i wyglądają tak, jak gdyby powstały wskutek połączenia się kilku poszczególnych guzków. Powierzchnia bywa gładka, równa, błyszcząca albo ziarnista, miejscami szczelinowato wciągnięta, jakby nakarbowana (podobieństwo do pomidora). Spoistość może być miękka, ciastowata lub bardziej twarda i elastyczna.

Guzy grzybiaste spostrzegamy w każdym miejscu powierzchni skóry, zdaje się jednak, że występują one stosunkowo częściej na twarzy, w okolicy sutkowej, w pachach i pachwinach (Paltauf). Z umiejscowień na błonach śluzowych można wskazać na podniebienie, język, gardło, krtani.



Ryb. 91. *Mycosis fungoides.*
(st. infiltrationis).

Dalszy przebieg guzów układu się rozmaicie. Niekiedy kilka sąsiednich i blisko siebie położonych guzów łączy się ze sobą, pokrywając większe powierzchnie niekształtną masą nowotworową. Niekiedy guz poczyna zanikać i ginie bez śladu w ciągu krótkiego czasu (10—14 dni), co należy uważać za jedną z najbardziej znamiennych cech ziarniniaka grzybiastego. W innych przypadkach



Rys. 92. *Mycosis fungoides*.
(st. tumorum).

wchłania się tylko część środkowa, podczas gdy obwodowa tworzy wysoki kolisty wał, który może się rozrastać w sposób pełzający, zanikać w pewnym odcinku i spowodować figurę łukowatą. W bardzo wielu razach powierzchnia guza staje się wilgotna, pokrywa strupem a wreszcie ulega rozpadowi. Powstają owrzodzenia różnej głębokości, pokryte brudnym ciemnoszarawym lub szarozielonkawym nalotem, o brzegach wzniesionych, częstokroć ostro ściętych i twardych, barwy ciemnoczerwonej i czerwonosinawej. Czasem dno owrzodzeń bywa pokryte nader obfitą wybujałą ziarniną, która wraz z brzegami wznosi się w kształcie grzyba ponad powierzchnię otaczającej skóry. Niekóre znowu owrzodzenia posiadają właściwości pełzających: zablizniają

się one u jednego bieguna, szerzą się zaś u przeciwnego.

Nawet w tym okresie choroby mogą chwilowo zniknąć objawy grzybicy guzowatej, a w stanie chorych może nastąpić znaczne polepszenie. Naogół jednak biorąc można powiedzieć, że występowanie owrzodzeń najczęściej oznacza początek końca. Spostzegamy wówczas znaczną niedokrwistość, wychudnienie, zaburzenia kiszkowe (uporczywe biegunki), wyniszczającą gorączkę z obfitymi potami, obrzęki i t. d. Śmierć następuje przy objawach postępującego charłactwa lub na skutek powikłań (zapalenie płuc i opłucnej, zapalenie nerek, róża, posocznica i t. p.).

W niektórych nietypowych przypadkach zjawiają się też rucho-
me, twarde i niebolesne guzy podskórne obok guzów śrónaskór-
nych (R. Bernhardt). W innych znowu razach guzy i nacieki wra-

stają wgłąb tkanek, przechodzą na powięź, ścięgna, mięśnie zachowując się tak, jak złośliwe nowotwory. W innej odmianie ulegają obrzmieniu wszystkie gruczoły chłonne a także śledziona i wątroba, krew zaś ujawnia zmiany jak w białaczce rzekomej.

Doraźna grzybica guzowata (*Mycosis fungoides d'emblée*). — W tej odmianie spostrzegamy występowanie guzów na skórze zupełnie zdrowej — bez poprzedzającego okresu przedguzowego. Twory guzowate zazwyczaj bywają bardziej ostro odgraniczone, a ich liczba — stosunkowo niewielka. Nie zdradzają one skłonności do uogólnienia, nie rozsiewają się, lecz raczej skupiają w danej okolicy ciała. Więzy pokrewieństwa zdają się łączyć te guzy z mięsakami. Za ich przynależnością do ziarniaka grzybiastego przemawia okoliczność, że już po wytworzeniu się guzów mogą się niekiedy zjawić zmiany skóry, odpowiadające typowemu okresowi przedguzowemu (odwrotny, opacny sposób rozwoju grzybicy guzowatej — Bazin, Köbner, Mayer).



Rys. 16. *Mycosis fungoides*
(st. tumorum).

Badanie krwi. — Dotychczas jeszcze nie rozstrzygnięto, czy grzybicy guzowatej odpowiada jakiś stały i dla sprawy znamienny wzór krwi. Okazuje się bowiem, że w niektórych przypadkach skład krwi bywa zupełnie prawidłowy, w innych zaś można stwierdzić leukocytozę, eozynofilię, względną limfocytozę a wreszcie nawet typowe zmiany białaczkowe. Stosunkowo najczęściej spotykamy względną limfocytozę przy mniejszej lub większej eozynofilii (62% przypadków podług danych mojego oddziału). Wzór ten bynajmniej nie jest typowy. Również nie jest z nim związana żadna postać kliniczna grzybicy guzowatej — nawet nie erytrodermia przedguzowa.

Zmiany anatomiczne. — W erytrodermii przedguzowej widać nacieczenie komórkowe głównie w warstwie podbro-

dawkowej a w części też brodawkowej. Towarzyszy ono rozszerzonym naczyniom krwionośnym poziomej sieci podbrodawkowej oraz gałązkom, wstępującym ku brodawkom. Nacieczenie składa się głównie z limfocytów i komórek tkankolącznowych, w części też z plazmatycznych i tucznych.

W blaszkach pryszczycowatych spostrzegamy rozlane gęste nacieczenie komórkowe warstwy brodawkowej i podbrodawkowej. Nacieczenie jest ostro odgraniczone ku dołowi. Trzyma się ono naczyni



Rys. 91. *Mycosis fungoides.*
(st. tumorum).

krwionośnych o rozszerzonym świetle i grubym śródbłonku. Brodawki skóry są obrzękłe. W naskórku zwraca uwagę znaczny rozrost warstwy kolczastej, zgrubienie ziarnistej oraz rogowej. Występują objawy rogowacenia wadliwego. W sieci Malpighi'ego widać zjawiska obrzęku śród- i głównie międzykomórkowego.

Budowa guza jest następująca. — Rusztowanie stanowi subtelna siatka, złożona z włókien klejnorodnych. W jej oczkach mieszczą się pierwiastki komórkowe, które znamionuje szczególna wielokształtność.

Są to limfocyty oraz duże, okrągłe, owalne i podłużne komórki o 1—2 jądrach, podobne do limfocytów. Poza tym widać komórki nabłonkowe, tkankolącznowe, plazmatyczne, tuczne i eozynochłonne. Na uwagę zasługuje ułożenie komórek w prawidłowe szeregi. Tkanica sprężysta ulega stopniowemu zniszczeniu. Mniejsze naczynia krwionośne są rozszerzone a śródbłonek jest zgrubiały. Błona zewnętrzna i środkowa tętnic i żył częstokroć bywa nacieczona, wewnętrzna zaś wyraźnie buja. Niekiedy może dojść do zupełnego zamknięcia światła naczyniowego.

Przyczyny. — Grzybica guzowata zazwyczaj zjawia się pomiędzy 40—60 r. życia (jednak też wcześniej), nieco częściej u mężczyzn. Przyczyny choroby, jej sposób powstawania i czynniki usposabające są dotychczas zupełnie nieznanne. Przypuszczamy, że jest to ziarniniak pochodzenia zakaźnego. Nie należy jednak nie doce-



niać powinowactwa, istniejącego pomiędzy grzybicą guzowatą a mięsakiem i białaczką rzeczywistą oraz rzekomą.

Rozpoznanie ziarniniaka grzybiastego w okresie przedguzowym należy do zadań nad wyraz trudnych a częstokroć niewykonalnych. O cierpieniu tem należy jednak pamiętać we wszystkich tych przypadkach, gdzie u ludzi starszych, w wieku 40—60 lat spostrzegamy uporczywe, nie poddające się leczeniu i mocno swędzące rozsiane blaszki pryszczycowate, erytrodermiczne lub



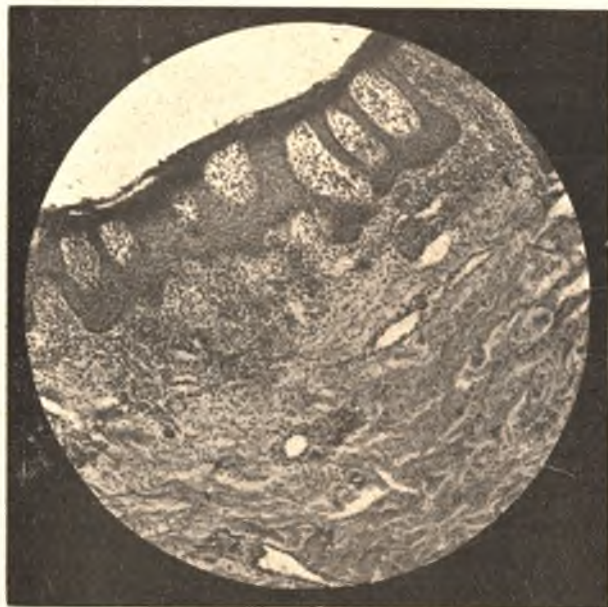
Rys. 9). *Mycosis fungoides d'emblée.*

łuszczycowate. Bardziej rozlane zmiany erytrodermiczne, zwłaszcza z wysepkami zdrowej skóry winny również wzbudzać podejrzenie szczególnie wtedy, gdy gruczoły chłonne ulegają obrzmieniu. Badanie histopatologiczne skóry oraz badanie krwi mogą w wielu razach ułatwić orjentowanie się w danem spostrzeżeniu.

W przypadkach uogólnionej erytrodermii należy przedewszystkiem ustalić, że jest ona pochodzenia pierwotnego, a następnie różnicować pomiędzy erytrodermią grzybicową, białaczkową i gruczołową. Godzi się też pamiętać, że obrazy kliniczne, odpowiadające objawobiorowi łupieżu czerwonego Hebra'y (pityriasis rubra), mogą bezwarunkowo wystąpić w okresie przedguzowym ziarni-

niaka grzybiastego. I tu również nie można się obejść bez badania krwi i wyciętych kawałków chorej skóry.

W okresie nacieczenia kliniczne rozpoznanie grzybicy guzowatej staje się zupełnie możliwe w obecności grubych nacieczonych i swędzących blaszek o nierównej brodawkowej lub guzowatej powierzchni, zwłaszcza wobec ich skłonności do szybkiego powstawania i zanikania. Wszelkie zaś wątpliwości ustają z chwilą zjawienia



Rys. 96. *M. fungoides* (St. infiltrationis).

Rozrost warstwy koleczastej i zgrubienie ziarnistej. Obrzęk brodawek skóry. Rozlane nacieczenie komórkowe warstwy brodawkowej i podbrodawkowej. Rozszerzenie naczyń krwionośnych.

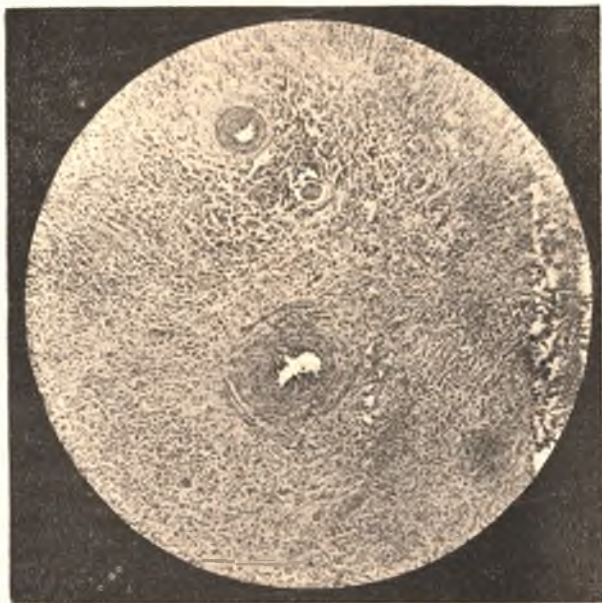
się guzów i owrzodzeń, poprzedzanych przez zmiany skóry okresu przedguzowego.

W doraźnej grzybicy guzowatej rozpoznanie winno głównie uwzględnić możliwość mięsaka. Szybki rozwój, gromadne występowanie w danej okolicy ciała, układanie się w łuki, rozrost odśrodkowy przy braku wrastania w głąb skóry i tkanki podskórnej — zdają się przemawiać za ziarniniakiem grzybiastym. Zaleca się wykonanie badań histopatologicznych.

Rokowanie jest złe. Choroba zawsze kończy się śmiercią pomimo długich nieraz okresów zwolnienia.

W leczeniu grzybicy guzowatej przede wszystkim zwraca-

my uwagę na ogólny stan chorego. Zwalczenie niedokrwistości oraz stworzenie dobrych warunków higienicznych i dietetycznych winno stać się pilną troską lekarza. Na właściwe objawy grzybicy guzowatej staramy się wpłynąć przez współczesne podawanie arszeniku i naświetlanie promieniami Roentgen'a. Arszenik należy stosować z przestankami, lecz długo i w dużych dawkach (w kroplach, pigułkach, podskórnie i dożylnie). Naświetlania należy powtarzać



Rys. 97. *Mycosis fungoides*. (Tumor).

Zmienione naczynia krwionośne w tkance guza grzybiastego.
Zwężenie światła naczyniowego. (Szczegóły patrz w opisie).

w odpowiednich odstępach czasu w celu zapobiegania nawrotom. Poza tem zalecamy objawowe leczenie dermatologiczne (kąpiele, maści, opatrunki i t. p.) wedle wskazań, wynikających ze stanu schorzałej skóry. — Nadmienić wypada, że wzmiankowana metoda skombinowana (arszenik i rentgenoterapia) jest jedyna, do której należy się dziś uciekać w leczeniu grzybicy guzowatej i to bez względu na okres, w jakim się choroba znajduje. Z wszystkich dotychczas znanych daje ona stosunkowo najlepsze wyniki. Sądzę, że takie leczenie, zastosowane w porę i przeprowadzane konsekwentnie, może choć w części opóźnić dalszy rozwój choroby, zabezpieczyć od wielu powikłań i — co za tem idzie — przedłużyć życie chorego.

Białaczka skóry.
(Leucaemia cutis).

W białacze prawdziwej i rzekomej zmiany skóry są jednakie. Podzielić je można na dwie gromady.

Pierwsza gromada — obszerniejsza — obejmuje swędzące osutki rumieniowe, pokrzywkowe, pęcherzykowe, grudkowe, krwotoczne i t. d. Audry określa je mianem *Leucaemides*. Są to widocznie osutki z zatrucia, których wygląd kliniczny i budowa histologiczna bynajmniej nie posiada cech charakterystycznych dla sprawy i w których pierwiastek zapalny wysuwać się zdaje na pierwszy plan. Za przykład może służyć zespół objawów, podany przez Dubreuilh'a pod nazwą *Prurigo lymphadenica*, w którym obok obrzmienia gruczołów chłonnych spostrzegamy osutkę świerzbiączkową z zjawiskami zliszajowacenia skóry na skutek silnego drapania.

Do gromady drugiej należą: 1) twory guzowate, występujące na skórze zdrowej lub zmienionej, oraz 2) jednolite nacieczenia białaczkowe skóry — częściowe i uogólnione, posiadające kliniczny wygląd erytrodermii. Znamienną cechą grupy jest okoliczność, że zmiany skóry posiadają swoiste tło białaczkowe. Ich histopatologiczna budowa nie różni się zatem od spostrzeganej w ogniskach białaczkowych narządów wewnętrznych lub gruczołów chłonnych. Jest to właściwa białaczka skóry (*leucaemia cutis propria*).

Guzy białaczkowe (*Tumor leucaemicus*. — *Leucaemia cutis circumscripta*) spostrzegamy najczęściej w białacze prawdziwej. Występują one najchętniej na twarzy (okolica brwi, powieki, nos, policzki, wargi ust, bródka, małżowiny uszne), rzadziej na głowie, choć trzeba przyznać, że umiejscowienie na kończynach i tułowiu bynajmniej nie należy do wyjątków. Są to okrągłe lub owalne i półkuliste guzy śród- i podskórne, wielkości ziarna konopnego do jaja kurzego. Są one przesuwalne wraz ze skórą, przeważnie niebolesne i nie powodujące swędzenia. Barwa ich nie różni się od otaczającej skóry zdrowej albo też bywa różowa, czerwona, czerwonosinawa. Spistość zazwyczaj bywa miękka, rzadziej twarda a nawet bardzo twarda (*Hallopeau-Lafitte*). Powierzchnia jest gładka i równa, czasem jakby zrazikowata. W skórze guzy mieszczą się pojedynczo, niekiedy zwisają w kształcie grubych kielbasek (*Kreibich*) albo stykają się ze sobą powodując figury biszkoptowate. Czasem guzy układają się paciorkowato albo też zlewają się

ze sobą i tworzą mniej więcej rozległe nacieki guzowate (tumeurs en nappes). Guzy białaczkowe mogą trwać bardzo długo i posiadają nader małą skłonność do owrzodzenia. O tem należy pamiętać przy klinicznym różnicowaniu pomiędzy białaczką a grzybicą guzowatą.

Obok gładkich guzów spotykamy jeszcze białaczkowe guzy o powierzchni brodawkowatej (tumor leucaemicus papillomatosus). Są to twarde niebolesne twory wielkości ziarna bobu, orzecha włoskiego lub jaja kurzego, kształtu okrągłego i półkulistego, obsadzone na skórze szeroką podstawą. Powierzchnia ich jest nierówna, pokryta rozrostami brodawkowatemi barwy brudnoszarej. Najchętniej mieszczą się w okolicy kostek, na podudziach, w jamce podkolanowej, na pośladkach i plecach.

Takie guzy zazwyczaj tworzą się w łączności z drobnymi brudnoszarami i brunatnawymi rozrostami brodawkowatemi, spostrzeżanymi na skórze pozornie zdrowej lub erythrodermicznej. Rozrosty najczęściej spostrzegamy na grzbietowych powierzchniach palców rąk i stóp, na grzbietach stóp, w okolicy napięstkowej i skokowej, w dolnej połowie podudzi (R. Bernhardt). Brodawkowate rozrosty mogą wystąpić w postaci rozsianej i tak gęsto, że nadają skórze wygląd jaszczurowatej (Papillomatosis cutis leucaemica diffusa), albo też w ułożeniu skupionem, w kształcie okrągłych brudnozielonkawych wysepek i blaszek do 1 cm. średnicy (Papillomatosis cutis leucaemica en plaques).

Erythrodermie białaczkowe (Erythrodermia leucaemica. — Leucaemia cutis diffusa) mogą być częściowe i uogólnione.

Częściowe erythrodermie niekiedy występują pod postacią rozsianych blaszek łuszcycowatych, mieszczących się głównie na tułowiu, stosunkowo rzadziej na kończynach lub twarzy (erythrodermia leucaemica psoriatiformis). Częściej jednak widzujemy bardziej rozlane zmiany erythrodermiczne, których ulubionem umiejscowieniem bywają kończyny. Ułożenie zazwyczaj bywa dosyć umiarowe. Schorzała skóra jest ciemnoczerwona, czerwonosinawa, nieco zgrubiała i twardawa, czasem napięta, pokryta obfitą, drobną, suchą i łatwo oddzielającą się łuską barwy białoszarawej. Objawy zliszajowacenia (lichenisatio) nie należą do rzadkości.

Uogólnione erythrodermie najczęściej posiadają wygląd kliniczny uogólnionego złuszczonego zapalenia skóry (dermatitis exfoliativa generalisata) lub też łupieżu czerwonego Hebra'ya (Pityriasis rubra). Podobieństwo tych spraw do erythrodermii przedguzowej ziarniniaka grzybiastego sięga bardzo daleko.

Krew wykazuje zmiany właściwe białaczce limfatycznej oraz eozynofilię.

Przy badaniu drobnowidzowym można się przekonać, że istotę zmian patologicznych stanowi naciek, ludzaco podobny do tkanki limfatycznej. Rusztowanie nacieku tworzy siateczka tkankolącznowa, której oka są szczelnie wypełnione limfocytami. Naciek jest dosyć obficie unaczyniony. Tkanka sprężysta jest miejscami znacznie przerzedzona.

Rozpoznanie wynika z współistnienia zmian skóry z innymi objawami białaczki limfatycznej (obrzemie gruczołów chłonnych, powiększenie wątroby i śledziony, zmiany krwi). Przy różnicowaniu wypada się liczyć głównie z grzybicą guzowatą. Tu jednak zważyć trzeba, że w grzybicy guzowatej częstokroć wszak spostrzegamy bardzo wyraźne białaczkowe zmiany krwi. Dlatego też przy ocenie faktów nie należy opierać się li tylko na danych hematologicznych. Punkt ciężkości sprawy zaleca się przenieść raczej na dokładne spostrzeganie kliniczne oraz na badanie drobnowidzowe tworów chorobowych. Obraz kliniczny grzybicy guzowatej jest bądź co bądź typowy jako całość. Rozpoznawcze trudności mogą się zatem zrodzić przeważnie w okresie przedguzowym. Pamiętać poza to trzeba, że zmiany białaczkowe skóry cechuje daleko większa stałość, niż grzybicowe i że owrzodzenie guzów grzybicowych należy do zjawisk dosyć pospolitych, podczas gdy białaczkowych — niemal do wyjątków. W wątpliwych jednak razach kwestję rozstrzyga badanie histopatologiczne.

Leczenie nie różni się w ogólnych zarysach od podanego w ziarniniaku grzybiastym.

W blizkiej łączności z białaczką rzekomą pozostaje t. zw. ziarninowatość tkanki chłonnej — lymphogranulomatosis (Paltauf-Sternberg) i mięsakowatość tkanki chłonnej — lymphosarcomatosis (Kundrat). W tych cierpieniach spostrzegamy zmiany skóry różnorodnego typu — osutki grudkowe, rozlane nacieki o wyglądzie erytrodermii, twory guzowate i t. d. Zmiany te nie posiadają jednak o tyle wybitnych i dla sprawy chorobowej swoistych cech — ani pod względem klinicznym, ani histologicznym a nawet hematologicznym, aby je dziś już można było ująć w całość i opisać jako jednostki dermatologiczne.

R o z d z i a ł XXII.

Grzybice skóry.

(Dermatomycoses).

Łupież pstry.

(Pityriasis versicolor. — Dermatomycosis furfuracea).

Schorzenie powstaje wskutek zakażenia t. zw. grzybkim łupieżowym (*Microsporon furfur* — Eichstedt).

Pasorzyt występuje w postaci grzybni i zarodników. Grzybnia składa się ze słabo rozgałęzionych cienkich i krótkich nitek, przebiegających wężykowato lub zgiętych podkówkowato, które tworzą mniej więcej gęstą pilsń. W przestrzeniach pomiędzy nitkami znajdują się gromady (10—20 i więcej) okrągłych lub owalnych zarodników, mocno załamujących światło. Takie ułożenie zarodników bywa uważane za znamienne dla grzybka łupieżowego. — Hodowle trudno się udają.

Grzyb rozrasta się wyłącznie w rogowej warstwie naskórka. Włosy i paznokcie są zawsze wolne. W przypadkach niepowikłanych nie spostrzegamy objawów zapalnych.

Bezpośrednie przenoszenie się grzybka łupieżowego z człowieka na człowieka zdarza się bardzo rzadko. Zakażenie odbywa się widocznie za pośrednictwem bielizny — głównie flanelowej, wełnianej oraz trykotów. Skłonność do nadmiernych potów oraz łojotokowe właściwości skóry zdają się sprzyjać zaszczepieniu grzybka, który też występuje stosunkowo często u osobników gruźliczych. Jednakże ludzie zupełnie zdrowi bynajmniej nie są wolni od tego — niewinnego zresztą — cierpienia skóry.

Łupież pstry zazwyczaj nawiedza ludzi w średnim wieku bez różnicy płci. U dzieci i u starców bywa on spostrzegany tylko w wyjątkowych razach. Grzyb może się rozwinąć w każdym miejscu powierzchni skóry, chętniej jednak występuje w dolnej połowie szyi,

na przedniej i tylnej powierzchni klatki piersiowej, na brzuchu, w okolicy barkowej, pachowej i w zgięciach stawowych.

Objawy. — W miejscach schorzałych powstają plamy różnej wielkości — od lepka szpilki do paznokcia i większe. Plamy występują w postaci rozsianej lub też łączą się ze sobą w okrągławe i nieprawidłowe blaszki. Wreszcie zlewają się one na większych przestrzeniach i pokrywają skórę niemal jednolitym nalotem. Barwa plam bywa rozmaita. Najczęściej określamy ją jako przypominającą kolor kawy mlecznej. Spostrzegać jednak można szeroką skalę wszelkich odcieni od szaro- i brudnożółtawej do jasno- i ciemnobrunatnej, niemal czarnej. Niektóre świeże, drobne plamki, powstające w okresach nasileń, mogą też posiadać wyraźne zabarwienie różowawe. Bywa to zwłaszcza po obfitych potach.

Powierzchnia plam i blaszek jest albo gładka, albo łuszczy się w stopniu rozmaitym. Po zdrapaniu łusek paznokciem widać gładką, błyszczącą powierzchnię. W łuskach można łatwo wykryć obecność wyż. wzmiankowanych grzybków.

Do niestałych objawów podmiotowych należy swędzenie, ujawniające się zwykle podczas obostrzenia sprawy chorobowej a zwłaszcza przy obfitych potach.

Łupież pstry ma przebieg przewlekły z okresami zwolnienia i nasilenia. Po wyleczeniu łatwo powraca.

Rozpoznanie jest łatwe. Łupież pstry różni się od plam barwikowych obecnością łusek wolnych lub też występujących pod wpływem drapania paznokciem. Przy smarowaniu nalewką jodową blaszki łupieżu pstrego zabarwiają się na kolor ciemniejszy, niż otaczająca skóra zdrowa. Wszelkie wątpliwości rozstrzyga badanie drobnowidzowe łusek.

Leczenie polega na stosowaniu środków złuszcających i przeciwparazytycznych. W razie niewielkiej liczby plam można zastosować smarowanie nalewką jodową per se albo rozcieńczoną wyskokiem w stosunku 1:10. W przypadkach rozległych zalecamy wcieranie mydła szarego, maści Wilkinson'a, 10% naftolowej lub naftolowo siarkowej (5:10%), 10% chryzarobinowej, albo też wycieranie 2—3—5% rozczykami wyskokowymi kw. salicylowego, resorcyny, naftolu-β, epicariny. Niektórzy zalecają wodę utlenioną (Boracis 4,00: Hydrogen. peroxydat. 200,00). Dobrze działa następująca maść:

Sol. Calc. bisulfur. 60,00
 Lanolin. anhydr.
 Vaseline. fl. amer. \widehat{aa} 20,00
 M. f. ungt.

Za pewną i praktyczną metodę uważam wycieranie 10% roztworem tiosiarkanu sodowego (Natrii hyposulfurosi 20,00 : Aq. destill. 200,00). Należy wcierać wata co dzień aż do zniknięcia plam, później zaś dwa razy tygodniowo w ciągu 2 miesięcy.

Obok tego zalecamy kąpiele co 3—4 dni.

Liszaj wyłysiający. — Liszaj strzygący.

(Dermatomycośis trichophytica. — Trichophytiasis. — Trichophytia. — Herpes tonsurans).

Liszaj wyłysiający jest chorobą, powstającą na tle zakażenia grzybem strzygącym (trichophyton tonsurans). Sprawa występuje na skórze pokrytej włosem, w miejscach niewłosionych oraz w paznokciach.

Badaniom głównie Sabouraud'a i jego szkoły zawdzięczamy te dokładne wiadomości o grzybku strzygącym, którymi szczyci się nowoczesna dermatologia. Okazało się, że grzyb ten winniśmy traktować nie tylko i nie tyle jako jednostkę, lecz raczej jako rozległą grupę, której powstanie trzeba przypisać niezwyklej wielopostaciowości grzybka strzygącego. Biologicznej wielopostaciowości odpowiadać się też zdaje niemała wielopostaciowość kliniczna. W toku zaś dalszych badań wyjaśniło się, że zachodzi oczywisty związek (przynajmniej do pewnego stopnia) pomiędzy daną odmianą grzybka a pewnym obrazem chorobowym.

Odróżniamy grupę grzybka drobnzarodnikowego (microsporon) oraz wielkozarodnikowego (megalosporon — właściwy trichophyton tonsurans).

Gromada strzygącego grzybka drobnzarodnikowego (Microsporon) składa się z 12 odmian (wliczając w to ostatnio (1911 r.) przez Pasini'ego wykryty Microsporon Iris). Jedne z tych odmian są bardziej właściwe ludziom, inne — zwierzętom. W pierwszym wypadku spostrzegamy: przenoszenie się grzybka z człowieka na człowieka; wielką zaraźliwość; występowanie nagminne zwłaszcza w wielkich miastach i wyłącznie u osobników młodocianych; wreszcie niemal zupełny brak objawów zapalnych. Typowym przedstawicielem tych odmian jest Microsporon Audouini.

Odmiany drobnzarodnikowe, właściwe zwierzętom, posia-

dają następujące cechy: przenoszenie się ze zwierząt na ludzi; występowanie sporadyczne lub w postaci niewielkich a szybko wygasających epidemii nie tylko u dzieci, ale i u dorosłych; wreszcie zapalny odczyn skóry. Tutaj należą: *Microsporon canis* s. *lanosum*, *M. felineum*, *M. equinum*, *M. villosum*, *M. Iris* i in.

Grupę strzygącego grzybka wielkozarodnikowego (właściwy *Trichophyton*) dzielimy na dwie podgrupy: grzyb wewnątrzwłosowy (*Trichophyton megalosporon endotrix*), oraz zewnętrzny (*Tr. megalosporon ectothrix*), obejmujący jeszcze ważną odmianę drobnozarodnikową (*Trichophyton ectothrix microides*). W pierwszej podgrupie grzyb znajduje się wyłącznie wewnątrz włosa, w drugiej zaś oplata on prócz tego włos z zewnątrz.

Grzyb strzygący wewnątrzwłosowy (*endotrix*) przenosi się z człowieka na człowieka. Występuje on niemal wyłącznie u dzieci w wieku 6—15 lat, powoduje nieznaczny odczyn zapalny i samostnie ginie (samowyleczenie) wówczas, gdy chory wstępuje w okres pokwitania. Z głównych odmian tej podgrupy należy wymienić: *Tr. crateriforme*, *T. acumdatum* i najczęściej u nas spotykany *Tr. violaceum*. Do nich chciałbym dodać wykrytą przezemnie odmianę barwy pomarańczowej, którą nazwałem *Tr. pomeranceum*.*)

Grzyb strzygący zewnętrzny (*ectothrix*) typu wielozarodnikowego i drobnozarodnikowego przenosi się na człowieka głównie ze zwierząt domowych (pies, koń, rogacizna). Schorzeniu podlegają dorośli i dzieci. Zmiany chorobowe ujawniają wyraźne i nieraz znaczne objawy zapalne (*Herpes tonsurans vesiculosus*, *Kerion Celsi*, *Sycosis et Granuloma hyphogenes*). Do najważniejszych przedstawicieli tej podgrupy należą: *Tr. gypseum*, *Tr. niveum*, *Tr. rosaceum*, *Tr. faviforme*.

Nadmienić jeszcze muszę, że na zasadzie dotychczasowych danych należałoby mniemac, że liszaj strzygący trzeba zaliczyć do tych chorób pasorzytnicznych, które powodują powstawanie swoistej odporności. Wynika to ze spostrzeżeń klinicznych, dotyczących zwłaszcza postaci głębokich liszaja strzygącego, a znajduje też potwierdzenie w poszukiwaniach doświadczalnych (Bruno Bloch, Lombardo, Kusonoki, Bruck, Bruhns, Alexander, Prytek i in).

*) Odmianę tę wyhodowałem dwa razy: w styczniu i w marcu 1914 roku u dwojga dzieci, pochodzących z Homla i mieszkających w sąsiadujących ze sobą domach. Ułożenie grzyba było typowe wewnątrzwłosowe. Pomarańczowe zabarwienie hodowli występowało w 2-gim tygodniu. Hodowle rosły bardzo wolno. Podczas przymusowej ewakuacji z Warszawy zabrałem ze sobą hodowle i zgubiłem je wraz z częścią bagażu. Zachowałem tylko udatnie wykonaną akwarelę.

Objawy kliniczne.

I. Grupa strzygącego grzybka drobn zarodnikowego Audoin'a. (Microsporon Audouini [Gruby — Sabouraud]).

Liszaj wyłysiający uwłosionej skóry głowy. — Microsporia.

Na uwłosionej skórze głowy dzieci — głównie do lat 15 — powstają okrągłe łuszczące się i włosów pozbawione blaszki, które stopniowo się powiększają i dochodzą do 2—5—77 cm. średnicy (Pityriasis alba parasitaria). W sąsiedztwie niebawem tworzą się świeże przeszczepienia, które również się rozrastają i łączą ze sobą tak, iż wreszcie zajęta być może dosyć znaczna powierzchnia głowy.

Poszczególne rozwinięte blaszki, zazwyczaj niezbyt liczne, są okrągłe, owalne i lyse. Wznoszą się one nieco ponad otoczenie i posiadają szare zabarwienie, zależne od obecności drobnych szarych łuseczek. Tu i owdzie widać oddzielne lub w kępki zebrane i zgięte włosy, odłamane blisko powierzchni skóry. Pieńki włosów sięgają 3—5—7 mm. wysokości i są pokryte matową osłonką, nadającą im kolor białoszary, srebrzysty. Przy wyciąganiu szczyptami chory włos odłamuje się w obrębie swej torebki, tuż poniżej powierzchni skóry.

Zjawisk zapalnych nie widać. Objawów podmiotowych nie ma zupełnie, albo też ograniczają się one do łader nieznacznego swędzenia.

Choroba jest bardzo zaraźliwa i ma niezmiernie przewlekły przebieg. Nawet nieleczone wygasa ona w okresie dojrzewania płciowego. Nie pozostawia anatomicznych zmian skóry.

Przeszczepienia na skórze niewłosionej nie należą do rzadkości. Spostrzegamy je na twarzy, szyi, karku, piersiach, ramionach. Znikają samoistnie.

Przy badaniu drobnowidzowem widać, że osłonka włosa jest złożona z gromady drobnych, okrągłych zarodników jednakiej wielkości. Nie tworzą one nitek, lecz układają się w kształcie mozaiki. W miąższu włosowym znajdujemy nitki grzybni, podzielone na długie członki i ułożone równolegle do długiej osi włosa. Grzybnię widać najwyraźniej w szyjce opuszki włosowej.

Wyłysiający liszaj uwłosionej skóry głowy jest chorobą wieku dziecięcego i młodzieńczego (do lat 15). Spostrzegany bywa bardzo często w Anglii, Francji, Hiszpanji i Belgji, rzadko we Włoszech

i Niemczech. W naszym kraju choroba ta należy do zdarzeń wyjątkowych. Sporadyczne przypadki widywałem u dzieci, pochodzących z Warszawy i prowincji. Hodowle nie różniły się od dostarczonych z Paryża (Sabouraud). W Małopolsce F. Krzyształowicz nie spostrzegł grzybka Audouin'a.

Rozpoznanie nie jest trudne. Od łupieżu pospolitego i łuszczycy różni się liszaj wyłysiający odmiennym wyglądem łusek i obecnością odłamanych włosów, od grzybicy zaś naskórkowej Unna'y — prócz tego brakiem swędzenia i objawów zapalnych. Wszelkie wątpliwości rozstrzyga badanie drobnowidzowe pieńków włosów oraz hodowle grzyba na pożywce Sabouraud'a.

II. Grupa właściwego grzybka strzygącego.

(*Trichophyton tonsurans*).

1. Właściwy liszaj strzygący uwłosionej skóry głowy.

(*Trichophytia capillitii*).

Schorzeniu podlegają dzieci. Na uwłosionej skórze głowy zjawia się przelotny różowy wykwit obrączkowy, który powiększa się dosyć szybko i ginie w ciągu 7—8 dni, ustępując miejsca łuszczącej się blaszce. Ta znowu staje się widoczna dopiero wówczas, gdy w jej obrębie włosy ulegną znacznemu przerzedzeniu.

W rozwiniętym przypadku widać na głowie rozsiane blaszki kształtu okrągłego i okrągławego, średnicy 5—6 cm., pokryte mniej więcej obfitą łuską barwy białoszarawej. Włosy są rzadkie i odłamane na różnej wysokości: przy samej skórze lub na 2—3 mm. powyżej jej powierzchni (w mikrosporji 5—7 mm.). Schorzałe włosy są grubsze i ciemniejsze niż prawidłowe, skręcone wzdłuż osi, zawinięte i zgęte w kształcie przecinka. Przy wyciąganiu szczypcami pieńki urywają się w obrębie torebki włosowej. Na dolnej powierzchni usuniętych łusek również widać krótkie pieńki włosów.

Oprócz włosów odłamanych można jeszcze zauważyć w obrębie blaszki trochę długich, zdrowych lub pozornie zdrowych.

W innej odmianie klinicznej liszaja strzygącego stopień wyłysienia bywa o wiele znaczniejszy. Schorzała skóra wygląda tak, jak gdyby była niemal zupełnie pozbawiona włosów. Jest to t. zw. *tondante peladoide benigne Sabouraud'a*. W tej odmianie chore włosy odłamują się przy samej skórze. Sterczą one w kształcie czarnych punkcików w wylotach torebek włosowych i czynią wrzące

nie trądzika kropkowego (acne punctata). W większości przypadków widać jedną dużą blaszkę i liczne drobne.

Przeszczepienia na skórze niewłosionej zdarzają się często (twarz, szyja, ręce). Są to okrągłe, różowe i złuszczone blaszki, niekiedy pokryte drobnymi pęcherzykami. Zdradzają skłonność do zanikania w środku i do szerzenia się obwodowego.

Choroba ma przebieg przewlekły. Przypadki nieleczone mogą trwać długo — kilka lat. Samowyleczenie następuje w okresie dojrzewania płciowego, pomiędzy 14—18 r. życia. Liszaj strzygący zanika wtedy bez śladu. Blizny i trwałą utratę włosów spostrzegamy tylko w przypadkach powikłanych przez różne sprawy ropne (zapalenie torebek włosowych, ropnie okołotorebkowe, czyraki i t. d.). Powikłania te nieraz wysuwają się o tyle na plan pierwszy, iż zupełnie zaciemniają pierwotny obraz liszaja strzygącego i nadzwyczaj utrudniają rozpoznanie. Bywa to zwłaszcza w tych razach, gdy obok liszaja strzygącego istnieje wszawica głowy.

Sprawcą choroby jest strzygący grzyb wewnątrzwłosowy (*Trichophyton endothrix*). Przy badaniu drobnowidzowym stwierdzamy, że grzyb znajduje się wewnątrz włosa, w jego miąższu. Występuje on w postaci nitki, złożonej z członczków mniej więcej jednakowej wielkości i biegnących niemal równoległe do długiej osi włosa. Hodowle wykazują *Tr. acuminatum*, *crateriforme* i *violaceum*. W naszej ojczyźnie przeważająca liczba przypadków jest spowodowana grzybem fioletowym (*Tr. violaceum*), co potwierdza również F. Krzyształowicz. Hodowle przypominają wyglądem zakręty mózgowce i zazwyczaj bywają gładkie, wilgotne, lśniące, barwy ciemnofioletkowej. O wiele rzadziej występuje odmiana sucha koloru brunatnego lub fioletkobrązowego. Wyrasta później i rośnie wolniej.

Pod nazwą *Tr. glabrum* (satellite du *Tr. violaceum*) Sabouraud



Rys. 98. *Trichophyton endothrix violaceum*.



opisuje jeszcze inną odmianę grzybka fioletowego, która również posiada zabarwienie brunatne. Od przezemnie podanej różni się ona między innymi wilgotną błyszczącą powierzchnią hodowli i o wiele szybszym rozrostem. Tę odmianę Sabouraud spostrzegł tylko raz jeden (u dziecka pochodzącego z Odessy).

O grzybku pomarańczowym (*Tr. pomaranceum*) wspomniałem już wyżej.

W rozpoznaniu zwracamy szczególną uwagę na wyłysienie schorzałych miejsc i na obecność odłamanych oraz zmienionych włosów. Podejrzenie, powzięte co do liszaja strzygącego, nabiera pewności dopiero po drobnowidzowym zbadaniu chorych włosów lub po założeniu hodowli. W przypadkach powikłanych przez sprawy ropne rozpoznanie może być ustalone tylko na zasadzie badania drobnowidzowego.

Oprócz powierzchownej postaci liszaja strzygącego uwłosionej skóry głowy spostrzegamy jeszcze postać głęboką, której towarzyszą znaczne objawy zapalne (*Trichophytia profunda*, *Kerion Celsi*). Rzecz przedstawia się zupełnie jak w liszaju strzygącym brody (p. niżej). Na głowie powstają bolesne guzowate twory lub wzniesione płaskie a twarde nacieki o powierzchni wilgotnej, pokrytej obfitymi strupami. Włosy są znacznie przerzedzone. Widać liczne pieńki zgrubiałych włosów, które łatwo wychodzą przy pociąganiu. Uciskanie powoduje wydzielanie się ropy z nacieków. — Sąsiednie gruczoły chłonne ulegają obrzmieniu.

Głęboka postać może się rozwinąć z powierzchownej albo też powstać zupełnie samodzielnie. Czasem istnieje tylko jedno większe ognisko, czasem obok tego kilka drobniejszych. Sprawa częstokroć kończy się wytworzeniem tkanki bliznowatej.

Sprawcą choroby najczęściej bywa *Tr. gypseum*.

W przebiegu głębokiej postaci liszaja strzygącego głowy (*Kerion Celsi*) niekiedy spostrzegano u dzieci występowanie osutki grudkowej na skórze tułowia i kończyn. Są to drobne bladnoróżowe grudki okołomieszkowe już to rozsiane, już w gromady zebrane. Po pewnym czasie znikają one bez śladu. Wykwity posiadają wielkie podobieństwo do liszaja żółtego. W jednym przypadku Jaddassohn wykrył obecność grzybka strzygącego w takim wykwicie i nadał tym zmianom nazwę *Lichen trichophyticus*. Przypuszcza się, że w tych przypadkach grzybki lub ich jady dostają się do skóry drogą obiegu krwi (Bruno Bloch).

2. Liszaj strzygący brody.

(*Trichophytia barbae*).

W liszaju strzygącym brody również odróżniamy postać powierzchniową i głęboką. Do częściej spotykanej należy głęboka, która zwykła się rozwijać na tle powierzchniowej.

Początkowo powstają różowe i czerwone blaszki, pokryte białoszarawą łuszczyką i drobnymi pęcherzykami. Blaszki zanikają w środku, szerzą się obwodowo i tworzą wykwity obrączkowate. W takim stanie choroba może trwać dosyć długo, nieraz kilka tygodni, a wreszcie może ona nawet ustąpić pod wpływem odpowiedniego leczenia. Zdarza się to jednak stanowczo nie często. W przeważającej większości przypadków sprawa sięga włąb, przechodząc na torebki włosowe. Wtedy powstają okołomieszkowe grudki i guzki, uwieńczone okołowłosowymi krostkami, z których przy naciskaniu wydziela się ropa, zasychająca następnie w szarozółtawy strup (grzybowa figówka guzkowata — *sycosis trichophytica nodularis*). Wykwity występują w postaci rozsianej albo skupiają się, tworząc dosyć ostro odgraniczone twarde i bolesne wyniosłości kształtu okrągławego. Ich powierzchnia jest nierówna, pokryta krostkami, strupkami i otworami, z których z łatwością wyciska się ropa (*Trichophytia profunda*, Kerion Celsi). Włosy są rzadkie i odłamane. Krótkie, lecz grube pieńki można usunąć z łatwością. Posiadają one w dolnej swej części wyraźnie zgrubiałą i obrzmiałą otoczkę barwy białoszarawej lub szarozółtawej.

W przypadkach znacznego natężenia sprawy zapalnej, gdy naciek sięga włąb skóry, grudki okołomieszkowe przekształcają się w bolesne, okrągłe, owalne i wzniesione guzy spistości twardej, koloru ciemnoczerwonego i czerwonofojłkowego. Powierzchnia ich jest napięta, lśniąca. Poprzez naskórek przeświecają żółte ogniska, z których przy nakłuciu wydziela się ropa z domieszką krwi. Wielkość guzów bywa rozmaita — do jaja gołębiego a nawet więcej. Niekiedy układają się one tak gęsto, iż tworzą grube i rozległe nacieki guzowate, które z powodu twardości i bolesności mogą znacznie ograniczyć ruchy żuchwy — zwłaszcza przy mowie i jedzeniu. Otaczająca skóra ulega obrzękowi. Sąsiednie gruczoły chłonne obrzmiewają. Po pęknięciu guzów niekiedy powstają twory grzybowate o nierównej brodawkowatej powierzchni, z których przy naciskaniu wydzielają się krople ropy — zupełnie jak z gąbki. W innych znowu razach przylegające odcinki skóry są podminowane tak, jak w ropowicy.

Sprawa mieści się na szyi, na bródce, policzkach, na wardze górnej, w brwiach, niekiedy na karku i w okolicy łonowej, u dzieci zaś na uwłosionej skórze głowy. Przeszczepienia na skórze niewłosionej zdarzają się dosyć często.

Przebieg bywa rozmaity. Czasem tworzą się nieliczne nacieki, które ustępują po pewnym czasie. W innych razach liczba guzów i nacieków bywa bardzo znaczna, objawy zapalne i bolesność sięgają dosyć wysokiego stopnia, chorzy gorączkują a stan ogólny



Rys. 99. *Trichophytia profunda barbae*.

nieraz bywa podkopany. Niekiedy znowu choroba się zaciąga. Nacieki występują serjami. Jedne się wchłaniają, świeże zaś powstają w innych miejscach i to nawet po dłuższej przerwie, kiedy się zdawało, że zostało już osiągnięte zupełne wyleczenie. W tych razach cierpienie może trwać 1—1½ roku. — Guzy i nacieki mogą wessać się niemal bez śladu albo też pozostawić zmiany bliznowate z częściami a trwałą utratą włosów.

Z klinicznych odmian należy jeszcze wspomnieć o strzygącym liszaju liszajcowatym (*Trichophytia impetiginifor-*

mis s. pseudoimpetiginosa). W tych razach spotykamy się z obrazem wielce podobnym do spostrzeganego w liszajcu pospolitym. W miejscach zajętych widać grube żółte strupy obok niewielkich, okrągławych wysepek wilgotnej sączącej skóry, pokrytej kępkami ułamanych włosów. W sąsiedztwie mogą się utworzyć wykwitwy figówkowate. Zmiany te zwykły występować u dorosłych na brodzie i wąsach, a niekiedy też u dzieci na uwłosionej skórze głowy (Krzyształowicz).

Rozpoznanie liszaja strzygącego brody bywa nietrudne w większości przypadków i wynika z dosyć typowego obrazu choroby, zwłaszcza w postaciach głębokich. Rozpoznanie należy jednak potwierdzić za pomocą drobnowidzowego badania pieńków włosów. W postaciach powierzchniowych liszaja strzygącego brody, w obecności blaszek i wykwitów obrączkowatych a także w odmianie liszajcowatej badanie drobnowidzowe staje się nieodzowne. Tylko w ten sposób możemy napewno odróżnić te sprawy od grzybicy naskórkowej Unna'y i od liszajca pospolitego.

W chorym ułamany włosie grzyb znajduje się głównie w torebce włosowej, występując w postaci nitki i zarodników. Sam włos albo wcale nie zawiera grzyba, albo skąpą ilość nitki. W hodowlach najczęściej otrzymaliśmy *Tr. gipseum* i *niveum*, rzadziej odmiany podobne do grzyba woszczynowego (*Tr. faviforme*). W ciągu ostatnich dwu lat udało mi się wyhodować kilka razy *Tr. roseum*. Zauważyć przecież muszę, że przed wojną tej odmiany u nas nigdy nie spostrzegalem.



Rys. 100. *Trichophyton gipseum asteroides*.

3. Liszaj strzygący skóry niewłosionej. (*Trichophytia corporis*).

W pierwotnym umiejscowieniu na skórze niewłosionej liszaj strzygący występuje pod kilkoma postaciami klinicznymi.

Obrączkowatą odmianę złuszczającą (*Trichophytia circinata squamosa*) cechuje powstawanie czerwonych łuszczących się i dosyć ostro odgraniczonych plam, zjawiających się

nielicznie na tułowiu i kończynach. Plamy powiększają się dosyć szybko, wyrastając w okrągłe a ponad powierzchnię mało wzniesione blaszki średnicy do kilku centymetrów. Blaszki niebawem ulegają zanikaniu w części środkowej. Zatem tworzą się wykwitki obrączkowate, których środek posiada zabarwienie żółto-brunatne albo też normalne, obwód zaś tworzy różowe lub czerwone kółko, pokryte dosyć mocno przylegającą łuską. Pod łuskami niekiedy spostrzegamy bardzo nieliczne i nader drobne pęcherzyki oraz strupeczki. W stanie wykwitku obrączkowego liszaj strzygący skóry niewłosionej może przetrwać dosyć długo, 3—4 a nawet i więcej miesięcy. Czasem pewien odcinek kółka zanika, powodując twór łukowaty. Niekiedy znowu kilka sąsiednich wykwitów łączy się ze sobą, a wówczas zjawiają się figury o zarysach geograficznych.



Rys. 101. *Trichophyton gipseum radiolatum*.

Cierpienie może powodować umiarkowane swędzenie. Znika bez śladu.

W obrączkowatej odmianie pęcherzykowej (*Trichophytia circinata vesiculosa*. — *Herpes tonsurans vesiculosus*) spostrzegamy okrągłe wiśniowoczerwone blaszki około 5—6 cm. średnicy, pokryte licznymi pęcherzykami i strupkami. Z blaszek tworzą się obrączki. Środek blaszki zanika, zabarwia się na kolor brudno-żółtawy, brunatnawy i łuszczy się mniej więcej obficie. Część obwodowa występuje w postaci czerwonego i wzniesionego wału pierścieniowego, usianego pęcherzykami, które zasychają w strupki. U zewnętrznego

brzegu pierścienia widać oddzielne świeże pęcherzyki, które niekiedy układają się koncentrycznie w drugie i trzecie kółko. Takie koła mogą też występować w środkowej, już zanikłej części blaszki. W obu wypadkach powstają wykwitki tęczowate, dosyć znamienne dla danej sprawy (*Herpes Iris Bietti*).

Cierpienie powoduje pieczenie i swędzenie. Ginie z pozostawieniem zabarwienia skóry, które następnie ustępuje zupełnie. Mieści się klasycznie na twarzy, szyi, rękach i przedramionach, o wiele rzadziej na tułowiu.



W niektórych przypadkach wykwitły takie przechodzą w głęboką odmianę liszaja strzygącego skóry niewłosionej (*Trichophytia profunda corporis*). Widzimy wtedy grubą nacieczoną i twardą blaszkę o powierzchni nierównej, pokrytą pęcherzykami, krostami, strupami i łuskami, które najobficiej występują w części obwodowej wykwitwu. Twory takie są zupełnie podobne do głębokiej odmiany liszaja strzygącego skóry uwłosionej (*Kerion Celsi*) i posiadają nie mało podobieństwa do zastarzałych blaszek pryszczycowych, powikłanych przez liszajce. W razie głębszego ropienia i obwodowego szerzenia się sprawy, może się zrodzić podejrzenie co do przymiotu pelzającego.



Rys. 102. *Trichophytia circinata vesiculosa corporis*.

Liszaj strzygący skóry niewłosionej zazwyczaj powstaje na tle zakażenia grzybkami pochodzenia zwierzęcego, n. p. *Microsporon lanosum* lub *felineum*, *Tr. gypseum*, *niveum*, *faviforme*. Głębokie odmiany najczęściej powoduje *Tr. gypseum* oraz *faviforme*.

Do schorzeń skóry, wywołanych przez grzybek strzygący, należy jeszcze zaliczyć grzybicę naskórkową Sabouraud'a (*Epidermophytia Sabouraud*), t. zw. pryszczycę obrębną autorów (*Eczema marginatum*).

Schorzenie umiejscawia się klasycznie w pachwinach, w fałdzie łonowoudowej. Występuje ono w postaci obrączkowatej złuszczonej oraz w postaci obrączkowatej pęcherzykowej zupełnie tak, jak liszaj strzygący skóry niewłosionej.

W fałdach łonowoudowych — początkowo po jednej stronie, później też po drugiej — powstają okrągłe łuszczące się blaszki bar-

wy różowej, czerwonej, brudno- i żółtoczerwonej. *) Ujawniają one skłonność do zanikania w środku i do szerzenia się odśrodkowego — zatem do wytwarzania wykwitów obrączkowatych. Blaszkki mieszczą się w części na mosznie, głównie jednak na wewnętrznej powierzchni uda. Na obwodzie blaszek mogą powstawać świeże wykwitki, które następnie łączą się z wykwitem macierzystym, powodując figury łukowate. W okresach nasilenia sprawy, a także w przypadkach o przebiegu bardziej ostrym spostrzegamy odmianę pęcherzykową. Widzimy wówczas blaszki oraz obrączki pokryte drobnymi, mętnymi pęcherzykami, strupczkami oraz łuszczykami. Najwięcej pęcherzyków powstaje w obwodowej, czynnej części wykwitów. Swędzenie bywa nieraz dosyć silne.

Grzybica naskórkowa Sabouraud'a mieści się w pachwinach, na mosznie i na wewnętrznej powierzchni ud, na kroczu, w okolicy odbytu i w fałdzie międzypośladowej, na sromowych wargach większych, w fałdach brzucha, w okolicy pępkowej, pod piersiami, w pachach, między palcami stóp, rzadziej na podszwowych i grzbietowych powierzchniach stopy. Przeszczepienia w innych miejscach należą do rzadkości.

W postaci suchej złuszczejącej grzybica naskórkowa Sabouraud'a może nieraz trwać bardzo długo (n. p. w pachwinach), nie szerząc się znacznie i nie sprawiając większych dolegliwości, prócz nieznacznego i nietrwałego swędzenia. Ze względu jednak na umiejscowienie w naturalnych fałdach ciała cierpienie to bardzo często ulega powikłaniom w dwóch kierunkach: przez wyprzenie i przez spryszczenie. W wypadku pierwszym widzimy gładkie, lśniące i wilgotne blaszki barwy czerwonej, ostro odgraniczone od otoczenia. Ich część środkowa zazwyczaj bywa bledsza. W głębi fałd występują bolesne popękania skóry. Na obwodzie dużych blaszek częstokroć tworzą się świeże, drobne wykwitki, które się stopniowo powiększają (*Epidermophytia intertriginiformis*). Takie zmiany zazwyczaj widzujemy w pachwinach, w okolicy odbytu, pod piersiami, w fałdach brzucha, między i pod palcami stóp.

W wypadku drugim skóra ulega zapaleniu w obrębie blaszek, obrzmiewa, pokrywa się pęcherzykami, krostkami oraz strupkami, sączy i silnie swędzi. Powstaje obraz zupełnie podobny do spostrzeganego w pryszczycy prawdziwej, od której różni się ostro zarysowanym brzegiem, rozrostem odśrodkowym, skłonnością do za-

*) Obrazy te opisywano dawniej pod nazwą łupieżu rumieniowego (*Erythrasma*).

nikania w częściach środkowych oraz obecnością drobnych, okrągłych blaszek na obwodzie, które również powiększają się odśrodkowo. Jest to właściwa *pryszczycyca obrębna* (Eczema marginatum s. epidermophytia eczematosa marginata). Spostrzegamy ją najczęściej w pachwinach, dokoła odbytu, w okolicy pępkowej, pod pachami. Przebieg zazwyczaj bywa bardzo uporczywy.

Grzybicy naskórkowej Sabouraud'a podlegają przedstawiciele płci obojga, jednak o wiele częściej mężczyźni w wieku 18—25 lat.

Sprawcą choroby jest grzybek z rodziny strzygącego, t. zw. epidermofyton inguinale Sabouraud.

Obecność pasorzyta można łatwo wykazać w łuskach. O wiele trudniej udaje się to w przypadkach wyprzanych lub spryszczonych. W tych razach trzeba nieraz długo i starannie szukać, aby wreszcie wykryć nici grzybni. Hodowle udają się na podłożu Sabouraud'a i posiadają nader charakterystyczny żółtozielonkawy kolor (jak niedojrzała cytryna). Choroba widocznie przenosi się z człowieka na człowieka albo bezpośrednio (stosunki płciowe), albo pośrednio — za pomocą przedmiotów (bielizna, ręcznik, wanna itp.).

4. Grzybek strzygący w paznokciach.

(Trichophytia unguium. — Onychomycosis trichophytina).

Zmiany paznokci na tle zakażenia grzybem strzygącym nie posiadają żadnych swoistych cech klinicznych. Paznokieć jest zmieniony w kolorze, matowy, suchy, zgrubiały głównie u podstawy, nierówny, zbrózdżony i pokopkowany. Wolny brzeg paznokcia odstaje od łożyska i jest nierówny, popękany, łamliwy, łupie się w blaszki. Pomiedzy wolnym brzegiem paznokcia a jego łożyskiem widać suche łuski i rogowe masy. Schorzeniu częściej ulegają paznokcie prawej ręki. Zazwyczaj bywa zajęty nie jeden palec, lecz kilka, wyjątkowo zaś wszystkie.

Rozpoznanie można ustalić li tylko na zasadzie badania drobnowidzowego.

Leczenie.

Leczenie liszaja strzygącego skóry niewłosionej należy do wdzięcznych zadań. W razie nielicznych blaszek wystarcza smarowanie nalewką jodową kilka dni z rzędu (3—4) i następnie uspokojenie podrażnionej i łuszczącej się skóry za pomocą pasty cynkowej.

Jeżeli liczba blaszek jest większa, doradzam pędzlowanie rano i wieczorem rozcieńczoną nalewką jodową (1:10, 1:5) wraz z wcieraniem pasty siarkowej, zawierającej 2–3% resorcyny lub naftolu-β. Przy smarowaniu i wcieraniu należy przekraczać na poprzeczny palec granice blaszek. Doskonale wyniki otrzymujemy przy stosowaniu maści Wilkinson'a lub naftolowo-siarkowej.

Naphtol-β 2,50
Sulfur. ppt.
Sapon. virid. 3a 5,00
Vaselin. fl. amer. 40,00
M. f. ungt.

Maść należy wcierać flanelą w ciągu 4–6 dni rano i wieczorem, poczem następuje kąpiel oraz zmiana pościeli i bielizny. Następce podrażnienie skóry uspakaja się za pomocą maści Wilson'a, pasty cynkowej i t. p.

Gdzie nie mogą być stosowane maści, zalecamy 5–10% chryzarobinę lub kw. pyrogalusowy w traumacytynie a także wycierania dwa razy dziennie wyskokowemi rozczykami sublimatu ($\frac{1}{4}$ –1%), naftolu-β lub epikaryny 3–5%.

W celu zabezpieczenia otaczających przestrzeni od świeżych zaszczepień wskazane jest mycie mydłem salicylowem, resorcynowem, siarkowem i t. p., albo też zmywania 1–2% wódką salicylową, resorcynową, naftolową.

W grzybicy naskórkowej Sabouraud'a można osiągnąć szybkie wyniki od rozcieńczonej nalewki jodowej (Trae jodi 2,00 : Spir. vini 90° 20,00), którą należy smarować około 10 dni z rzędu. Znakomicie działa też 1% maść chryzarobinowa (8 dni).

Chryzarobin. 0,30
Zinci oxydat. 3,00
Vaselin. fl. amer. 30,00
M. f. ungt.

Następce leczenie polega na codziennem myciu mydłem salicylowem, siarkowem lub na wycieraniu przez czas dłuższy wódką salicylową, resorcynową i t. d.

W umiejscowieniu grzyba pomiędzy palcami stóp wskazane jest smarowanie nalewką jodową czystą lub rozcieńczoną (zależnie

od przypadku), albo 10% roztworem azotanu srebra. Pomiedzy i pod palce nalezy obficie zasypywac jeden z nastepujacych proszkow i zakladac gaze lub cienkie waciki. Kapielc nozne z nadmanganianem potasowym sa wskazane co 1—2 dni.

1) Ac. borici pulv. 1,00
 Boracis 2,00
 Talci venet. 17,00
 M. f. pulv. subtil.
 steril.!

2) Ac. tannici 1,00
 Oxyd. Zinci 2,00
 Talci venet. 17,00
 M. f. pulv. subtil.
 steril.!

Po 10—14 dniach takiego postepowania zazwyczaj osiagamy znakomita poprawe. Wówczas przechodzimy do 1% maści chryzarobinowej lub do 3—5% maści z czerwonego tlenku rtęciowego. Następcze leczenie — jak wyżej.

Leczenie przypadków spryszczonych zazwyczaj bywa bardziej kłopotliwe. Rozdzielamy je na dwie części: opanowanie pryszczycy i wyleczenie właściwej grzybicy skóry. Do pierwszego celu zdążamy za pomocą okładów (3% kw. borny, octan glinowy, 1—2% resorcyna, 0,1—0,25% azotan srebra) oraz słabych maści z naftalanem, ichtyolem, tigenolem i t. p. Po ustąpieniu objawów pryszczycowych przechodzimy stopniowo do bardziej energicznych leków przeciwparazyticznych. Wskazane są maści i pasty z lenigalolem, eugalolem, kw. pyrogalusowym, chryzarobiną, maść Wilkinson'a i t. p. Na zakończenie leczenia zalecamy: nalewkę jodową 1:10; wycieranie wyż. podanemi roztworami wyskokowemi; mycie mydłem siarkowem, naftolowem, resorcynowem; kąpielc z nadmanganianem potasu. Zabiegi te należy wykonywac przez czas dlugi, gdyż cierpienie posiada wielką skłonność do nawrotów.

W leczeniu liszaja strzygącego skóry uwłosionej wysuwają się na pierwsze miejsce metody epilacyjne. Ogólny plan postępowania jest następujący. Po ostrzyżeniu włosów oraz usunięciu łusek i strupków za pomocą 3—5% maści salicylowej i po wymyciu głowy jakimkolwiek mydłem odkażającym — przystępujemy do epilacji. Wyrywanie szczypczykami jest mało celowe z powodu łamli-

wości chorych włosów. Za najstosowniejszą i najszybciej prowadzącą do celu należy uważać metodę rentgenoterapeutyczną. Głowę naświetlamy w 5 lub 6 ustawieniach — w zależności od jej wielkości. W okresie czasu, od chwili naświetlania aż do wypadnięcia włosów (2—3 tygodnie), zalecam następujące postępowanie. Wieczorem wyciera się głowę wódką salicylową lub naftolowo-salicylową i wciera się w skórę głowy masę naftolowo-siarkową (2—3 : 10%). Rano należy wymyć głowę ciepłą wodą, mydłem odkażającym i posmarować blaszki nalewką jodową 1 : 10, 2 : 10. — Po wypadnięciu włosów myjemy głowę codziennie i wcieramy rano i wieczorem czerwoną pastę siarkową.

Hydrarg. sulfurat. rub. 0,30—0,60

Past. Zinci sulfurat. (Unna) 30,00

M. f. pasta.

Mniej więcej po dwóch tygodniach przechodzę do rozcieńczonej nalewki jodowej 1 : 10 (raz dziennie). Całe leczenie trwa 6—8 tygodni. Codzienne mycie głowy i wycieranie wódką odkażającą trwa aż do pokazania się świeżego porostu.

W głębokiej postaci liszaja strzygącego skóry uwłosionej (na brodzie i głowie) postępowanie lecznicze jest w ogólnych zarysach takie same. Tu jednak w obecności głębokich i bolesnych guzów oraz nacieków zapalnych są wskazane w okresie przeddepilacyjnym okłady rozgrzewające z sublimatu 1 : 5000 — 1 : 2000 lub też z 2—4% resorcyny (niekiedy z dodaniem 20—25% wysokoku). W okresie poepilacyjnym wcieramy masę naftolowo-siarkową (2—3 : 10) lub salicylowo-pyrogalusową (3 : 5). W naciekach twardych i uporczywie się trzymających zalecamy plaster rtęciowy lub nalewkę jodową.

Ostatnimi czasy zachwalano też zastrzykiwanie podskórne t. zw. trychophytin'y. Zauważyć jednak trzeba, że metoda ta znajduje się jeszcze w okresie doświadczalnym.

Leczenie zmian paznokci jest nader kłopotliwe. Schorzałe części paznokci przedewszystkiem usuwamy mechanicznie za pomocą noża, nożyczek i pilnika, a następnie rozmięczamy przez smarowanie 10—20% roztworem ługu potasowego albo przez gorące kąpiele miejscowe w słabym ługu (2%). Z środków odkażających znajdują zastosowanie: nalewka jodowa, 1% roztwór sublimatu w wysokoku i eterze (aa), 2—5% roztwór kw. pyrogalusowego

w wyskoku, 5—10% rozczyń chloroformowy chryzarobiny, plastry salicylowe i t. d. W przypadkach uporczywych może być wskazane chirurgiczne usunięcie chorego paznokcia.

Strupień. — Parch.

(Favus).

Strupień powstaje wskutek zakażenia grzybem woszczynowym (*Achorion Schoenleini*). Zmiany występują na skórze uwłosionej, niewłosionej i w paznokciach.

Strupień skóry uwłosionej (*Favus capillitii*). — Znamienną cechą kliniczną strupnia jest t. zw. tarczka czyli kubek woszczynowy (*scutulum favi*). Tarczka tworzy się w sposób następujący. Tam, gdzie włos wyłania się z torebki na powierzchnię skóry, naskórek rozszczepia się na dwie warstwy. Powierzchnowa rogowa nie zmienia poziomego kierunku, dochodzi do samego włosa i przyczepia się doń, podczas gdy głębokie warstwy naskórka zagłębiają się do torebki włosowej, tworząc jej pochewki. W taki sposób powstaje dokoła włosa przestrzeń mniej więcej lejkowata (*infundibulum*), w której grzyb woszczynowy zwykł się umiejscawiać. Stopniowo rozmnażając się tworzy on dokoła włosa kolonję, której kształt musi mimowoli odpowiadać kształtowi przestrzeni lejkowatej. Taka kolonja zwie się tarczką.

W rozwiniętym przypadku widać zatem na uwłosionej skórze głowy tarczki różnej wielkości, zależnie od ich wieku — od łepka szpilki do 1 cm. średnicy (*strupień tarczkiowaty* — *favus scutularis*). Okrągłe lub owalne tarczki mają barwę żółtosiarkową i kształt miseczkowaty. Górna ich powierzchnia jest wklęsła, dolna — wypukła, prawie półkulista. Niektóre mają kształt soczewki, inne znowu posiadają zupełnie równe powierzchnie — jak krążki. Drobne, dopiero co powstające twory mogą mieć kształt stożkowaty. Ze środka każdej drobnej tarczki zazwyczaj sterczy włos. Górna powierzchnia młodej tarczki jest zawsze równa i gładka, co zależy od obecności pokrywającej ją warstwy rogowej naskórka.

Na starych tarczках warstwa ta pęka w wielu miejscach i w różnych kierunkach, a wskutek tego powierzchnia staje się nierówna, chropawa, pokryta drobnymi cząsteczkami mas strupieniowych. Takie tarczki bywają też zwykle bardzo suche i kruche.

Dolna wypukła i ku skórze zwrócona powierzchnia jest wilgotna i gładka, a tylko gdzieś niegdzie pokryta nader drobnymi wzniesieniami kształtu ćwieków. Dolna powierzchnia tarczki posiada też

zawsze o wiele wybitniejsze zabarwienie żółtosiarkowe niż górna. Po zdjęciu tarczki widać nieco wklęsłą czerwoną, wilgotną i nacieczoną powierzchnię skóry.

W początkowych okresach spotykamy oddzielne tarczki lub niewielkie gromady, rozsiane przeważnie na wierzchołku głowy, w okolicach ciemieniowych a w części też w czołowej (*favus discretus*). Z biegiem jednak czasu strupień się rozpościera. Liczba tarczerek wzrasta, wymiary ich powiększają się stopniowo a wreszcie poszczególne tarczki stykają, łączą i zlewają się ze sobą. Wówczas powstają grube i włosami poprzetykane blaszki oraz skorupy, które pokrywają znaczne przestrzenie w kształcie kół i ich wycinków, a wreszcie mogą zająć nawet całą powierzchnię uwłosionej



Rys. 103. *Favus scutularis capillitii*.

skóry głowy (strupień zlewający się — *favus confertus, sentiformis*). W części środkowej takich skorup trudno się już dopatrzeć zarysów poszczególnych tarczerek. Występują one wyraźnie tylko na obwodzie. — Masy strupieniowe wydzielają swoisty zapach stęchlizny.

W miejscach zajętych przez strupień włosy posiadają nader

charakterystyczne własności. Tracą połysk, są matowe i zmienione w kolorze. Wyglądają jak posypane pyłkiem. Jasne włosy nabierają jakiejś nieokreślonej brudnej barwy, ciemne zaś posiadają odcienie popielate. Pozatem włosy są nieprzyjemne w dotknięciu i suche. Utrzymują się jednak w całości i dają się łatwo wyjąć wraz z opuszką nie odłamując się w torebce. Chory włos jest od dołu otoczony szklistą i tłustą osłonką, przylepiającą się do papieru, na którym go położono.

Zapalny stan skóry dokoła torebek oraz ucisk, wywierany przez tarczki, powodują wreszcie zanik mieszków włosowych i trwałą utratę włosów. Powstająca blizna zanikowa jest początkowo różowofioletkowa, później białozółtawa — jak kość słoniowa — gładka i lśniąca.

Strupień nieleczone może trwać 15—20 i więcej lat. Ponieważ sprawa chorobowa rozpościera się na głowie stopniowo i wolno, więc też w późniejszych okresach obraz kliniczny odpowiada różnym fazom przebiegu cierpienia. Obok tarczek rozsianych, ugrupowanych lub zlanych, widać zatem przestrzenie, gdzie skóra jest zupełnie pozbawiona włosów, gdzie sprawa chorobowa już się zakończyła. Zazwyczaj bywa tak, że bliznowate zmiany spostrzegamy w okolicy wierzchołka a w części też w okolicach ciemieniowych, podczas gdy na obwodzie uwłosionej skóry głowy występują objawy strupnia tarczkiowatego.

Na przestrzeniach bliznowatych skóra jest cienka, łatwo się zmarszcza i posiada połysk, jak gdyby była pokryta cienką warstwą lakieru. Nie widać w niej włosów i wylotów torebek włosowych, lecz mnóstwo drobnych lśniących blizenek. Włosy ocalały tylko gdzieś tam, a są one słabo kędzierzawe, skręcone, najczęściej suche i ciemniejsze niż prawidłowe.

Obok tarczkiowatej postaci, znamiennej dla strupnia uwłosionej skóry głowy, spotykamy się jeszcze z odmianami nietypowymi. Do nich należy strupień łuszczykowaty (*favus psoriasisformis* s. *squamosus* s. *furfuraceus*). Zamiast tarczek widzimy w tej odmianie drobne i dosyć grube łuski barwy srebrzystobiałej, białoszarawej, niekiedy ze słabym odcieniem żółtawym. Na dolnej ich powierzchni częstokroć znajdują się drobne wyniosłości wyraźnej żółtosiarkowej barwy. Łuski zwykły się układać dachówkowato. Niekiedy jednak nawarstwiają się one i tworzą pokłady znacznej grubości. Skóra pod nimi jest zaczerwieniona i wilgotna. Włosy ulegają wyżej podanym zmianom i to w stopniu bardzo znacznym.

Odmiennej wygląd posiadają też przypadki, powikłane przez

wszawicę i liszajce. Na pierwszy rzut oka można sądzić, że mamy do czynienia jedynie z liszajcami (strupień liszajcowaty — *favus impetiginiformis*). Do tego upoważnia obecność na głowie żół-



Rys. 104. *Favus scutularis corporis et capillitii*.

tomiodowych strupów, pod którymi widać czerwoną i sączącą powierzchnię skóry. O istocie cierpienia rozstrzygają włosy, które tutaj ulegają takim samym znamienym zmianom, jak w postaci tarczkwatej.

Wreszcie wspomnieć muszę o nietypowej postaci strupnia u-

włosionej skóry głowy, na którą dotychczas zwracano zbyt mało uwagi a którą nazwałem strupniem mieszkowym — *favus follicularis capillitii*.

Rzecz zazwyczaj dotyczy zastarzałych, zaniedbanych i nieleczonej przypadków strupnia, w których sprawa chorobowa już jest daleko posunięta i spowodować zdołała znamienne dla tego cierpienia zmiany skóry. Najczęściej spostrzegamy następujący obraz. Na wierzchołku głowy, w okolicach czołowej i ciemieniowej aż do łuków ciemieniowych skóra jest gładka, lśniąca, miejscami nieco zaróżowiona i prawie zupełnie pozbawiona włosów. W niej widać liczne, drobne i białe blizenki, odpowiadające zanikłym torebkom włosowym. Poza tem jednak można zauważyć drobne wzniesienia — grudki kształtu półkulistego lub stożkowego, wielkości ziarna maku do konopnego, barwy otaczającej skóry lub też bladoróżowej, spoistości twardej. Na szczycie każdej grudki spostrzegamy rozszerzony wylot mieszka włosowego, z którego sterczy włos, zmieniony znamienne dla strupnia. Czasem włosa niema, a wówczas widać na szczycie grudeczki cienkie i słabo przylegające łuseczki barwy szarobiaławej, w których badanie drobnowidzowe wykazuje obecność grzybka woszczynowego. Tarczki w tych razach nigdy nie powstają. Znajdujemy je tylko w obwodowych częściach uwłosionej skóry głowy, gdzie obraz kliniczny odpowiada zwykłej postaci strupnia tarczkiowatego.

Przypadki strupnia mieszkowego są niezmiernie uporczywe i bardzo trudno wyleczalne. Nawroty występują łatwo nietylko po dokładnej epilacji szczypczykami, lecz nawet po zabiegach rentgenoterapeutycznych.

Strupień skóry niewłosionej (*Favus corporis*) zazwyczaj bywa spostrzegany współcześnie z zajęciem głowy. Pierwotne umiejscowienie na skórze niewłosionej zdarza się bardzo rzadko.

Odróżniamy odmianę liszajowatą (*Favus herpetiformis* s. *herpeticus*) i tarczkiowatą (*favus scutularis*) strupnia skóry niewłosionej. Pierwsza może istnieć samodzielnie, najczęściej jednak występuje w charakterze osutki przedtarczkiowatej.

Odmianę liszajowatą cechują okrągłe lub owalne, różowe i czerwone blaszki z ledwością wzniesione ponad powierzchnię. Mają one nierówne i niekształtne zazębione brzegi. Wielkość rumieniowych blaszek bywa rozmaita — od przekroju grochu do paznokcia i więcej. Na ich powierzchni widać drobne pęcherzyki, zasychające w brudnoszarawe strupki, a także dosyć obfite drobne





Rys. 105. *Favus scutularis corporis et capilliti.*

białawe łuski. Blaszkki mogą zanikać w części środkowej i powiększać się przez rozrost odśrodkowy. Mieszczą się najczęściej na twarzy, szyi, karku, w okolicach barkowych, na tułowiu i kończynach górnych. W obrębie liszajowatych blaszek zjawiają się po pewnym czasie żółte kropki wielkości ziarna maku do łepka szpilki. Są to tarczki, znamienne dla strupnia, których wygląd i budowa nie różni się zasadniczo od spostrzeganego na skórze uwłosionej (*Favus scutularis corporis*). Tylko wymiary tych tworów bywają tu o wiele znaczniejsze, gdyż poszczególne tarczki mogą sięgać 2—3—4 cm. średnicy. Występują one w postaci rozsianej, w ugrupowaniach albo też zlewają się w olbrzymie tarcze do 20 cm. długości, 15 cm. szerokości i 1—1,5 cm. grubości. Barwa ich niekiedy bywa o wiele jaśniejsza, niż na skórze uwłosionej. Trzymają się skóry dosyć słabo i nieraz same odpadają. Po zdjęciu tarczki widać nieco zagłębioną czerwoną i nacieczoną, niekiedy krwawiącą powierzchnię skóry. W przypadkach świeżych i w porę leczonych skóra stopniowo powraca do stanu prawidłowego. Czerwono-brunatne i żółto-brunatnawe zabarwienie pozostaje na czas 3—4 miesięcy. W przypadkach zaniedbanych wytwarza się na miejscu tarczek blizna, podobna do spostrzeganej na głowie.



Rys. 106. *Favus scutularis corporis*.

Zmiany mieszczą się na kończynach i tułowiu, rzadziej na twarzy. Najczęściej widzujemy je na plecach w okolicy łopatek, następnie w okolicach barkowych i na pośladkach. Na kończynach stosunkowo obficie bywają zajęte powierzchnie wyprostne.

Strupień paznokci (*Onychomycosis favosa. Favus unguis*). Zmiany te nie należą do częstych. Zazwyczaj spostrzegamy je w przebiegu strupnia głowy. Sprawa chorobowa rozpoczyna się blisko wolnego brzegu paznokcia, około jednej z jego bocznych brózd. W tym miejscu powstaje szarobrunatna plamka, która powiększa się stopniowo i nabiera barwy żółtawej. Plamka odpowia-

da morfologicznie tarczce. Z biegiem czasu liczba plamek wzrasta. Powiększają się one i łączą ze sobą a wreszcie rozpościerają się na cały paznokieć. Wówczas widzimy obraz kliniczny zupełnie podobny do skreślonego w grzybku strzygącym. (Patrz str. 549).

Schorzenie należy do nader uporeczywych i może na wiele lat przetrwać strupień skóry głowy. Z paznokcia na paznokieć strupień przechodzi nie często. Palce stóp bywają zajęte szczególnie rzadko.

P r z y c z y n y. — Strupień jest chorobą głównie wieku dziecięcego. Przypadki, spostrzeganie u starszych, zazwyczaj datują się od dzieciństwa i należą do kategorii znacznie rozwiniętych, zastarzałych, zaniedbanych. Cierpienie przenosi się z człowieka na człowieka i bywa spostrzegane głównie u przedstawicieli biedniejszych warstw ludności, u nas zaś najczęściej u żydów. Skupienie w małych, brudnych mieszkaniach i nieprzestrzeganie najpierwotniejszych przepisów higieny widocznie sprzyja rozprzestrzenianiu się strupnia. Jest to, rzecz można, typowa choroba biedoty — morbus pauperum.



Rys. 107. *Achorion Schoenleini*.

Jak to wyżej zaznaczyłem, strupień powstaje wskutek zakażenia grzybem woszczynowym (*Achorion Schoenleini*), którego obecność można wykazać w tarczках i we włosach. Ułożenie w tarczce najczęściej bywa takie, że w samym jej środku zwykle znajdują się tylko zarodniki, więcej ku obwodowi — zarodniki i nici, na samym zaś obwodzie — niemal wyłącznie nici, rozchodzące się promienisto. We włosach zwraca uwagę nieprawidłowość ułożenia grzyba i jego wielopostaciowość. Nici grzybni biegną w kierunku długiej osi włosa: jedne równoległe do niej, inne ukośnie albo w linii fałistej, jeszcze inne — poprzecznie. Niekiedy nici krzyżują się ze sobą albo też dzielą na 3—4 gałązki. Grubość nitek bywa rozmaita. Nici dzielą się na człony krótsze i dłuższe, cieńsze i grubsze. Kształt członów bywa prostokątny, wieloboczny, owalny. Ogólna liczba nici we włosie jest o wiele mniejsza, niż w liszaju strzygącym.

Oprócz woszczynowego grzybka ludzkiego (*Achorion Schoenleini*, typus *humanus favi*) istnieją jeszcze odmiany, spostrzegane u zwierząt (*Achorion gallinae* Méguin-Sabrazès, *Achorion muris* s. *Quinckeanum*, *Achorion gipseum* Bodin, *Achorion violaceum* Bloch). W pewnych warunkach grzyby te mogą się przenosić ze zwierząt na człowieka. Dotyczy to zwłaszcza grzybka woszczynowego myszy (*Achorion Quinckeanum*). Odmiany te jednak nigdy nie powodują typowego strupnia tarczkoatego głowy. Na skórze niewłosionej tworzą one blaszki o klinicznym wyglądzie liszaja strzygącego z drobnymi tarczками lub bez nich (B. Bloch). Na brodzie powstają wykwyty figówkowate (*Achor. gipseum*) lub też podobne do *Kerion Celsi* (*Achor. violaceum*).

Rozpoznanie typowych przypadków strupnia jest bardzo łatwe, gdyż właściwie sprowadza się ono do wyszukania tarczki oraz stwierdzenia obecności zmienionych włosów. Trudności i wątpliwości wynikają dopiero w przypadkach nietypowych. W strupniu liszajcowatym rozstrzyga o sprawie wygląd włosów, w odmianie zaś ruszcycowatej — wygląd włosów, dachówkowate ułożenie łusek oraz obecność siarkowożółtych wyniosłości na ich powierzchni dolnej. Wszelkie wątpliwości usuwa drobnowidzowe badanie tarczek, łusek i włosów.

Leczenie stupnia uwłosionej skóry głowy jest w ogólnych zarysach takie same, jak liszaja strzygącego. Zaleca się zwrócenie szczególnej uwagi na dokładną epilację, którą należy wykonać w miarę możliwości za pomocą naświetlań rentgenowskich. Leczenie następnie winno trwać długo, gdyż cierpienie zdradza skłonność do nawrotów.

W strupniu skóry niewłosionej można dosyć łatwo osiągnąć wyleczenie. W odmianie liszajowatej stosujemy maść lub pastę naftolowo-siarkową, maść Wilkinson'a, nalewkę jodową i t. p. Te same leki obok częstych kąpielei zalecamy też w odmianie tarczkoatej po usunięciu mas strupieniowych. Najszybciej prowadzi do celu maść salicylowo-pyrogalusowa, salicylowo-chryzarinowa i antrarobinowa.

W zmianach woszczynowych paznokci postępujemy zupełnie tak, jak w zakażeniu grzybkim strzygącym.

Grzybica sporotrychowa. — Sporotrychoza. (*Sporotrichosis*).

Sporotrychozą nazywamy schorzenie, które wywołuje grzybek utworzony z grzybni oraz zarodników i nazwany *Sporotrichon*

Beurmanni. Pierwsze spostrzeżenia datują się od roku 1898 i należą do Schencka (Ameryka). Dokładne jednak wiadomości i dane, dotyczące tej nowej grzybicy, oraz wszechstronne opracowanie przedmiotu zawdzięczamy badaczom francuskim de Beurmann'owi i Gougerot'owi (rok 1903, 6 i następne).

W przeciwieństwie do grzybic wyżej opisanych, sporotrychoza jest chorobą nader poważną. Sprawa może dotyczyć nie tylko skóry, lecz całego szeregu innych narządów, n. p. mięśni, kości, stawów, gruczołów chłonnych, błon śluzowych, oczu, płuc, jąder i t. d. Stan ogólny chorych nieraz bywa ciężki wskutek gorączki i wyczerpania sił, spowodowanego długotrwałymi sprawami ropnemi i martwicowemi. W przypadkach nierozpoznanych i nieleczonych w sposób właściwy rozwija się stopniowo charłactwo, a wreszcie może też nastąpić zejście śmiertelne.

Klinikę grzybicy sporotrychowej cechuje nadzwyczajna wielopostaciowość, niemal dorównywająca spostrzeganej w przymocie i gruźlicy. Rzecz godna uwagi, że do tych też cierpień nieraz bywają podobne obrazy kliniczne grzybicy de Beurmann-Gougerot'a.

Zgodnie z opisem tych badaczy, wszystkie tak różnorodne postacie kliniczne grzybicy sporotrychowej można podzielić na trzy gromady.

1. Umiejscowiona grzybica sporotrychowa. — (Objaw pierwotny, zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych).

Ta postać zazwyczaj występuje na kończynach i na głowie. Miejscem wtargnięcia pasorzyta bywa jakieś uszkodzenie skóry. Zmiany tutaj powstające Francuzi nazywają „chancre sporotrichosique“. Stąd grzybek rozprzestrzenia się wzdłuż naczyń chłonnych, które również ulegają obrzmieniu. W przypadkach daleko posuniętych bywa tak, że objaw pierwotny zdołał już ustąpić, a wówczas spostrzegamy jedynie zjawiska zapalenia naczyń chłonnych. W innych razach zajęcie naczyń chłonnych bywa tak nikłe, że nie ujawnia się klinicznie. Stwierdzamy wtedy obecność objawu pierwotnego oraz obrzmienie gruczołów chłonnych. W wyjątkowych razach mamy do czynienia jedynie z pierwotnymi zmianami skóry.

Objaw pierwotny najczęściej występuje pod postacią blaszki o klinicznym wyglądzie gruźlicy brodawkowej ze skłonnością do zanikania w części środkowej. Niekiedy posiada on cechy niebolesnej, twardej i wzniesionej grudki, usianej białawymi kropkami, z których można wycisnąć ropną ciecz. Grudkę pokrywają strupy, podobne do spostrzeganych w liszajcach. W innych znowu razach objaw pierwotny ujawnia się jako wykwit trądzikowaty lub jako

niebolesny twór, podobny do czyraka, a wreszcie też jako owrzodzenie o brzegach nieco podminowanych.

W zapaleniu naczyń chłonnych spostrzegamy gruby, twardy i nieco bolesny powróżek, zajmujący pewną przestrzeń pomiędzy objawem pierwotnym a sąsiednimi gruczołami chłonnymi. Na przebiegu powróżka znajdujemy blizny i niebolesne guzy, podobne do kilaków (sporotrichoma). Guzy są twarde lub rozmiękczone, niekiedy owrzodziałe i zaopatrzone w przetoki (lymphangoitis sporotrichotica gummosa, lymphangite sporotrichosique nodulaire gommeuse).

2. Uogólniona rozsiana grzybica sporotrychowa. Choroba wybucha nagle, częściej jednak rozwija się bardzo powoli, występując stopniowo w coraz innych miejscach powierzchni ciała. Sprawa polega na powstawaniu tworów guzowatych, podobnych do kilaków i mieszczących się w tkance podskórnej. Umiejscowienie bywa zupełnie dowolne. Najczęściej spostrzegamy postać rozsianą. Liczba guzów waha się od kilku do 100 i więcej.

W tkance podskórnej tworzą się okrągłe, gładkie, twarde i sprężyste, ruchome i niebolesne guzki wielkości od ziarna grochu do owocu wiśni. Skóra nad nimi jest początkowo zupełnie prawidłowa. W miarę jednak powiększania się guzów, pokrywająca je skóra staje się nieco groszkowata i nabiera barwy różowej, czerwonej, czerwonofojłkowej. W tym też czasie guzy ulegają stopniowemu rozmiękczeniu, wykazują wyraźne chębotanie i przekształcają się w zimne ropnie. Ma to miejsce w 4—6 tygodniu od chwili powstania guza. Przy badaniu osobnika w tym mniej więcej czasie zwraca uwagę pozorną wielopostaciowość zmian chorobowych. Wynika ona stąd, iż współcześnie znajdujemy twory guzowate w różnych okresach rozwoju, a więc guzy mniejsze i większe, twarde i miękkie, chębotające. Są one niebolesne lub też nieco wrażliwe przy uciskaniu i zdradzają bardzo niewielką skłonność do owrzodzenia. Dotyczy to zresztą tylko nieskażonej postaci grzybicy sporotrychowej podskórnej. W większości jednak przypadków twory guzowate stopniowo przechodzą na skórę, uwypuklają się coraz więcej i wreszcie ulegają owrzodzeniu.

Kliniczny wygląd tych owrzodzeń bywa bardzo rozmaity. Niektóre z nich posiadają wielkie podobieństwo do owrzodzeń gruźliczych. Inne najzupełniej przypominają owrzodzenia kilakowe, brudziec przymiotowy lub niesztowice. Mniejsze twory owrzodziałe mogą wzbudzać podejrzenie co do tuberkulidów lub syfilitycznej osutki grudkowato-krostkowej. Niekiedy spostrzegamy też wykwyty



o wyglądzie liszajców i czyraków, przy samozaszczepieniu zaś mogą powstawać powierzchowne zmiany, podobne do blaszek liszaja strzygącego i grzybicy naskórkowej Unna'y (eczema mycoticum). Wynikająca stąd wielopostaciowość jest wielce znamieną dla grzybicy sporotrychowej a to tembardziej, że współcześnie mogą być zajęte błony śluzowe, oczy, układ mięśniowy i kostny, jądra, narządy wewnętrzne. — Obrzmienie gruczołów należy do rzadkich zjawisk, lecz bynajmniej nie wyjątkowych.

Przebieg choroby nie zawsze bywa jednakowy. W przeważającej większości przypadków grzybica sporotrychowa rozwija się stopniowo, przewlekłe, wywierając stosunkowo mały wpływ na stan ogólny. Zdarzają się jednak przypadki złośliwe o ostrym przebiegu gorączkowym, które powodują znaczne wyniszczenie ustroju i mogą doprowadzić do śmierci.

Badanie drobnowidzowe wykazuje ziarniniakową budowę tworów sporotrychowego. Pod względem histopatologicznym ziarniniak pozostaje w ścisłej łączności z gruźlicą (komórki olbrzymie i nabłonkowate), z przymiotem (zmiany tkanki łącznej i naczyń krwionośnych) oraz ze sprawami ropnymi (ropnie prosówkowe). De Beurmann odróżnia trzy pasy w guzku. Wewnętrzny jest złożony z leukocytów i zdradza skłonność do ropienia. Przejściowy zawiera komórki nabłonkowate oraz olbrzymie i ujawnia budowę podobną do gruźliczej. W pasie zewnętrznym zwraca uwagę zapalny odczyn i okołonaczyniowe nacieczenie, złożone z limfocytów, komórek tkankolącznowych i plazmatycznych (podobieństwo do tkanki syfilitycznej).

Sprawą cierpienia jest grzybek *Sporotrichon de Beurmann-Gougerot'i*, którego obecność w tworach chorobowych można łatwo wykazać za pomocą hodowli. Najodpowiedniejszym materiałem hodowlanym jest zawartość zamkniętych ropni, którą należy wydobyc za pomocą wyjałowionej strzykawki i obficie posiać na pożywe Sabouraud'a. Grzyb najlepiej rośnie przy temperaturze pokojowej. 6-go dnia pokazują się okrągłe, szare i szarobiaławe gładkie, wilgotne kolonje, z ledwością wzniesione ponad otoczenie. Później uwypuklają się one i marszczą na powierzchni, tworząc liczne zwoje. Współcześnie kolonje stają się coraz ciemniejsze i po 2—3 tygodniach nabierają barwy ciemnoczekoladowej lub czarnofiołkowej, tak znamiennej dla hodowli tego grzybka.

Pasorzyt składa się z grzybni i zarodników. Nici grzybni są nieprawidłowo rozgałęzione i podzielone na człony długości 25—40 μ . Zarodniki barwy brunatnej mają kształt jajowaty. Wy-

miar podłużny sięga 5—6 μ , poprzeczny 3—4. Zarodniki otaczają w kształcie pochewek nici grzybni albo też układają się w gromady winogradowe. Są one częstokroć przytwierdzone do nitki za pomocą krótkich szypulek.

O ile sądzić można, grzybek sporotrychowy jest bardzo rozpowszechniony w przyrodzie, gdzie występuje w charakterze pasożyta. Znajdywano go na roślinach żywych i martwych, u zwierząt (ssawców i owadów) a nawet u człowieka na błonie śluzowej ust i gardzieli, gdzie bytował jako istny pasożyt nie powodując zmian chorobowych. Stwierdziłem jego obecność na skórze przestrzeni międzypalcowych stóp u osobników, cierpiących na poty cuchnące. Do ustroju ludzkiego grzyb wtarga najczęściej w miejscach uszkodzenia skóry lub błony śluzowej. Zakażenie może nastąpić bezpośrednio przy ukąszeniu przez chore zwierzę (pies, szczur, owady), albo też grzybek zostaje wtórnie zaszczepiony w miejsce uszkodzone. W tych razach najczęściej (lecz nie zawsze) rozwija się postać umiejscowionej grzybicy sporotrychowej. Zdarza się jednak, że grzybek, zawarty w roślinach (pokarmy roślinne), przenika do ustroju poprzez nieuszkodzoną błonę śluzową przewodu trawienego, przedostaje się do obiegu krwi i powoduje napad rozsianej grzybicy sporotrychowej. Taki sposób zakażenia został doświadczalnie u zwierząt stwierdzony przez Gougerot'a. — Przenoszenie się grzybka z człowieka na człowieka należy widocznie do zdarzeń wyjątkowych. — O grzybicy sporotrychowej, jako chorobie rodzinnej, wspominają jedynie Widali i Joltrain.

Grzybicę sporotrychową spotyka się wszędzie. Największej liczby spostrzeżeń dostarczyła jednak Francja. U nas F. Malinowski stwierdził obecność tego grzybka w cierpieniach skóry o klinicznym wyglądzie grzybicy naskórkowej Unna'y, w zapaleniach skóry pochodzenia zawodowego, w niesztowicach i t. p.

Kliniczne rozpoznanie jest niezmiernie trudne. Zwłaszcza wielkie jest podobieństwo grzybicy sporotrychowej do gruźlicy, przymiotu i różnych spraw ropnych skóry oraz tkanki podskórnej. O grzybicy sporotrychowej należy zatem myśleć we wszystkich tych przypadkach, gdzie spostrzegane objawy kliniczne niezupełnie odpowiadają klasycznym obrazom wzmiankowanych chorób. Rozpoznanie należy bezwarunkowo ustalić za pomocą hodowli. Jest to najszybszy i dla każdego zupełnie dostępny sposób rozstrzygnięcia wątpliwości. W porównaniu z tą metodą wszystkie inne posiadają dla praktyka o wiele mniejsze znaczenie. Mam tu na myśli wykrycie grzybków bezpośrednio w ropie za pomocą badania drobnomi-

dzowego (de Beurmann-Gougerot), metodę aglutynacji i wiązania dopełniacza (Widal i Abrami), odczyn śródskórny spowodowany przez sporotrychinę a wreszcie szczepienia na zwierzętach. Godzi się pamiętać, że pasorzyt, szczepiony do jamy otrzewnej szczura (samca), niechybnie wywołuje zapalenie jądra.

Leczenie. — Jedyne pewny i niemal swoiście działający lek — to jodek potasu lub sodu. Należy podawać 4—6 g. dziennie, stopniowo powiększając dawkę a w razie potrzeby dojść do 8—10 g. — naturalnie, o ile chory dobrze znosi lek. W przeciwnym razie trzeba się zadowolnić łagodniejszymi przetworami jodu, n. p. sajo-dyną, lipojodyną i t. p. Nawet po ustąpieniu klinicznych objawów grzybicy sporotrychowej zaleca się podawanie jodu w ciągu dłuższego czasu (co najmniej miesiąc). Guzy i zamknięte ropnie zazwyczaj nie wymagają leczenia miejscowego. Owrzodzenia należy smarować roztworem Lugol'a (Jodi pur. 0,20 : Kalii jodati 1—2,00 : Aq. destill. 100,00). Zabiegi chirurgiczne są wskazane tylko w wyjątkowych razach, a zwłaszcza wobec nieznoszenia jodu. W rozsianej grzybicy sporotrychowej zaleca się częste płukanie jamy ustnej wodą jodową.

Grzybica drożdżowa.

(Blastomycosis).

Sprawa grzybic drożdżowych wypłynęła na szerszą widownię w 1894 roku dzięki pracom Gilchrist'a (Ameryka) i Busse-Buschke'go (Europa). Późniejsze spostrzeżenia, podawane przez różnych autorów, odnoszą się albo do typu ustalonego przez Gilchrist'a, albo do typu Busse-Buschke'go. Typ pierwszy spostrzegano przeważnie w Ameryce, drugi — głównie w Europie. Schorzenia pierwszej (amerykańskiej) grupy powodują zapewne różne odmiany pleśnicy (Oidium). Cierpienia tego rodzaju zwykliśmy nazywać Oidiomycosis albo grzybicą drożdżową autorów amerykańskich. Sprawcą choroby drugiej grupy (europejskiej) są drożdże (Blastomycetes) i dlatego też dla schorzeń tego typu zachowujemy nazwę właściwej grzybicy drożdżowej (Blastomycosis s. Saccharomycosis).

Grzybica drożdżowa autorów amerykańskich (Oidiomycosis s. Blastomycosis americana). Cierpienie rozpoczyna się pierwotnie w skórze i może się jedynie do niej ograniczyć, albo też ulegać uogólnieniu. Wówczas występują przerzuty w narządach wewnętrznych, głównie w płucach, i sprawa kończy się zejściem śmiertelnym. Zdarza się jednak, że zakażeniu pierwotnie ulegają

narządy wewnętrzne, zmiany zaś skóry występują dopiero jako zjawisko wtórne (Ormsby, Miller, Montgomery).

Zmiany skóry zwykły się ujawniać w ogniskach mnogich. Występują one najchętniej w miejscach odkrytych. Niemal zawsze bywa zajęta twarz (nos, policzki, wargi, bródka, powieki, małżowiny uszne), bardzo często też grzbiet ręki. O wiele rzadziej sprawa dotyczy uwłosionej skóry głowy, szyi, tułowia, kończyn.

W dotkniętych miejscach powstaje twarda, czerwona grudka, na której następuje tworzenie się krostka, zasychająca w brunatnawy strup. Po jego usunięciu widać owrzodzenie o powierzchni nierównej, pokryte skąpą i niegęstą wydzieliną ropną. Ognisko chorobowe wolno się powiększa. Z biegiem czasu dno owrzodzenia pokrywa się wysokimi rozrostami brodawkowatymi, stanowiącymi znamiennej cechę amerykańskiej grzybicy drożdżowej. Brzeg ogniska jest czerwony lub czerwonosinawy, nacieczony, wyraźnie wzniesiony ponad otoczenie i pokryty drobnymi żółtawymi kropczkami, z których przy naciskaniu wydziela się ropa (prośówkowe ropnie śródskórkowe i śródskórne). Wielkość ognisk bywa rozmaita. Niektóre są drobne, inne sięgają znacznych rozmiarów i zajmują grzbiet ręki albo znaczną część przedramienia. Droga samozaszczepienia powstają w sąsiedztwie świeże ogniska.

Rozwój wsteczny zwykły się rozpoczynać w częściach środkowych ognisk. Ujawnia się to w ten sposób, że rozrosty brodawkowate spłaszczają się i giną, poczem wytwarza się równa, gładka blizna, która rozpościera się coraz bardziej i wreszcie pokrywa całe owrzodzenie.

Ogniska nie są bolesne za wyjątkiem tych, które znajdują się w miejscach, podlegających częstym urazom. Stan ogólny chorych długo pozostaje dobry. Wychudnienie zwykło jednak występować niemal stale, a częstokroć dość wcześnie. W przypadkach uogólnienia sprawy chorobowej gruczoły chłonne ulegają obrzmieniu, a następnie występują objawy schorzenia płuc, przypominające spostrzegane w gruźlicy (gorączka, poty, krwioplucie) i sprawa kończy się zejściem śmiertelnym.

Zmiany skóry nie zawsze jednak posiadają skreślony wygląd typowy, co dotyczy zwłaszcza postaci bardziej umiejscowionych. Tak n. p. na grzbiecie rąk ogniska chorobowe niekiedy łudząco przypominają gruźlicę brodawkową skóry. Na twarzy znowu, zwłaszcza na nosie, policzkach i wargach spostrzegano zmiany o klinicznym wyglądzie wilka pospolitego, przymiotu, nabłoniaka lub osutki trądzikowatej. Należy mniemać, że do grzybic drożdżowych

zaliczyć też trzeba obraz kliniczny, opisany przez Kaposi'ego pod nazwą *Folliculitis exulcerans serpigiosa nasi*.

Rozpoznanie amerykańskiej grzybicy drożdżowej daje się pomyśleć tylko po uprzednim wykluczeniu grzybicy sporotrychowej, przymiotu i gruźlicy skóry. Za znamienne dla sprawy należy uważać wykwyty trądzikowate i owrzodzenia brodawkujące. Pewności może dostarczyć jedynie badanie bakterjologiczne. Materiału do zakładania hodowli należy szukać w ogniskach zamkniętych (ropnie prosówkowe, wykwyty trądzikowate). Rozwój odbywa się najlepiej na podłożach z maltozą lub glikozą przy temperaturze pokojowej lub 30° C. Pleśnięcą tę (*Oidium*) cechuje obecność komórek pączkujących i grzybni. Pojedyncze komórki kształtu okrągłego lub owalnego sięgają średnicy 4—30 μ (przeciętnie 15—18 μ). Mikroskopowo nie różnią się one od drożdży, są tylko większe. Młode komórki posiadają pojedynczą, starsze — podwójną otoczkę oraz błyszczącą zaródź, w której widać kropelki tłuszczu i liczne duże ziarna. Nici grzybni około 50—60 μ długości i 2—5 μ średnicy posiadają gałęzie boczne. W tkance pasorzyt wykrywa się stosunkowo najłatwiej w ropniach prosówkowych, gdzie występuje śród- i pozakomórkowo.

Właściwa grzybica drożdżowa (*Blastomycosis s. Saccharomycosis*). Klinika właściwej grzybicy drożdżowej jest dosyć różnorodna. Pomijam tu t. zw. guzowate postaci, które widocznie należą do dziedziny chirurgii (de Curtis, Blanchard, Schwartz, Binot). Jeżeli zaś mówić mamy o grzybicy drożdżowej skóry, to wypadnie odróżniać zmiany w skórze właściwej i zmiany w tkance podskórnej.

W tkance podskórnej grzybica drożdżowa występuje pod postacią rozsianych ropni zimnych o zawartości surowiczoro-ropnej, częstokroć krwawej, w której można wykryć znaczną ilość drożdży. Ropnie nie zdradzają wybitniejszej skłonności do owrzodzenia i posiadają nie małe podobieństwo do tworów gruźlicy rozplywnej lub do rozmiękłych kilaków. Niekiedy spostrzegano współcześnie objawy zapalenia kości i okostnej (*Osteoperiostitis*) w umiejscowieniu na piszczeli (Busse-Buschke, Rubens-Duval, Hudelo, Laederich).

Zmiany skóry najczęściej zjawiają się na twarzy, na uwłosionej skórze głowy, na szyi, karku, rzadziej na tułowiu i kończynach. Są to rozsiane wykwyty trądzikowate albo owrzodzenia o ostrych, nieco wywiniętych brzegach i płaskim ziarnistym dnie, pokrytem warstwą gęstej, ciągnącej się i lepkiej wydzieliny. W przypadkach

przezemnie spostrzeganych ogniska chorobowe miały dosyć charakterystyczny wygląd. W środkowej ich części widać było mniej więcej rozległe płaskie i drobnoziarniste owrzodzenie. W obwodowej występowały drobne, okrągłe, płytkie owrzodzenia wielkości łepka szpilki do przekroju grochu, bardzo ostro zarysowane, jakby wydłutowane. W przestrzeniach pomiędzy nimi można było z łatwością dostrzec niewielkie żółte kropeczki, przeświecające poprzez naskórek. Przy nakłuciu wydzielala się z nich ropa. Nacieczony i gładki brzeg ogniska posiadał czerwoną barwę. Zmiany mieściły się



Rys. 1.8. *Blastomycosis*.

głównie na twarzy i szyi. W jednym przypadku obraz kliniczny był bardzo złożony. Na czole, policzkach, na przedniej powierzchni klatki piersiowej znajdowały się wykwity trądzikowate i czyrakowate z dużą zawartością drożdży (czyste hodowle). W okolicy ust u lewego kąta, na wargach i brodzie mieściły się owrzodzenia o czerwonym, szerokim, twardym i dosyć wysoko wzniesionym brzegu i o dnie wgłębionem kraterowato. Gruczoly szyjowe i pachowe były powiększone. Stan podgorączkowy. Sprawa trwała około 2 lat. Duże dawki jodku potasowego spowodowały zupełne wyleczenie. — W innym znowu przypadku wystąpiły mnogie rozsiane ogniska

grzybicowe na tułowiu i kończynach. Były to ostro zarysowane i stosunkowo niegłębokie owrzodzenia, pokryte warstwą tkanki martwicowej. Cierpienie miało przebieg przewlekły i rozwój stopniowy, powolny. To też obok owrzodzeń różnej wielkości (do dłoni i większe) można było stwierdzić miejsca już zupełnie zabliźnione.

Przy różnicowaniu należy mieć na względzie przymiot, gruźlicę i grzybicę sporotrychową. Ostatnia wchodzi w grę zwłaszcza w obecności ropni podskórnych. O rozpoznaniu rozstrzyga badanie bakterjologiczne. Drożdże doskonale rosną na pożywce Sabou-



Rys. 108. *Blastomycosis*.

raud'a przy 30° C albo też przy temperaturze pokojowej. Kolonie pokazują się 3—4-go dnia. Początkowo są one białe, białoszarawe, kremowe, popóźniej jednak nabierają barwy brunatnej. Komórki rozmnażają się przez pączkowanie a także przez wytwarzanie zarodników, których liczba w komórce waha się od jednego do kilku. Komórki mają kształt okrągły i podwójnie zarysowaną otoczkę. W zarodku widać okrągłe lub podłużne jądro, ziarenka i wodniczki.

Leczenie poszczególnych ognisk bywa przeważnie chirurgiczne. Nie trzeba jednak zapominać, że rentgenoterapia oddaje niekiedy nieocenione usługi. W każdym przypadku należy prócz tego zastosować energiczne leczenie jodowe. Podaje się jodek so-

dowy lub potasowy w dawkach wzrastających, stopniowo dochodząc do 8–10 g. dziennie.

Promienica. (Actinomycosis).

Sprawcą choroby jest grzybek promieniczny ((Actinomyces) z rodziny streptothrix, spostrzegany częściej u zwierząt (krowy, owce, świnię), niż u ludzi.

W charakterze pasorzyta grzybek ten rośnie na różnych zbożach (zwłaszcza na jęczmieniu) i głównie z nich przedostaje się do ustroju ludzkiego (żucie kłosów, spożywanie surowych ziaren i mąki, dłubanie w zębach łodygami i t. p.). O wiele rzadziej zakażenie następuje od chorego zwierzęcia i tylko wyjątkowo od człowieka. Miejscem wtargnięcia jest jakieś uszkodzenie naskórka albo też nabłonka jamy ustnej, dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. Skóra może zatem ulec schorzeniu pierwotnie (bardzo rzadkie zjawisko) albo wtórnie — wskutek rozprzestrzeniania się sprawy chorobowej z ogniska, położonego w narządach wewnętrznych. Punktem wyjścia schorzenia bardzo często bywa chory ząb. Z niego promienica przechodzi na żuchwę, z której znowu stopniowo wra- sta w skórę. Bardzo rzadko powstają przerzuty skórne drogą obiegu krwi.

W pierwotnej promienicy skóry tworzą się okrągłe lub owalne, twarde, częstokroć niebolesne guzki i guzy, mieszczące się w głębszych pokładach skóry oraz w tkance podskórnej. Promienicze twory wolno się powiększają i stopniowo zlewają w gruby, twarde naciek o nierównej guzowatej powierzchni. Skóra pokrywająca guzki jest początkowo czerwona. Z biegiem czasu staje się ona czerwonosinawa i sina, sam zaś guzek ulega rozmiękczeniu a wreszcie się rozpada. Powstają owrzodzenia o brzegach nierównych, jakby wyżartych i podminowanych, o dnie zazwyczaj głębokiem, nacieczonem i połączonem z poniżej znajdującymi się powięziami, mięśniami i kośćmi. Ku tym narządom z dna owrzodzeń prowadzić też zwykły liczne i głębokie zatoki. W niegęstej ropnej lub krwawo-ropnej wydzielinie owrzodzeń i zatok widać gołym okiem szarozielonkawe lub szarozółtawe grudeczki wielkości ziarnka piasku do łepka szpilki. Badanie drobnowidzowe poucza, że grudeczki są utworzone z pilśni promienicznej.

Najczęstszem umiejscowieniem pierwotnej promienicy skóry są podudzia, ręce, twarz.

We wtórnej promienicy skóry spostrzegamy ciemnosinawe i czerwonosinawe guzy podskórne, które stopniowo się rozmiękczają i przekształcają w owrzodzenia. Głębokie przetoki łączą te owrzodzenia z pierwotnymi ogniskami promieniczemi. Punktem wyjścia sprawy zazwyczaj bywają: zuchwa, płuca i jelita, a ulubionem umiejscowieniem — twarz, szyja, klatka piersiowa, ścianki brzuszne.

Układ chłonny jest wolny od promienicy.

Przebieg zazwyczaj bywa bardzo przewlekły. Przyłączająca się róża nie wywiera wpływu na promienicę (A. Kozerski).

Badanie drobnowidzowe wykazuje obecność w skórze ognisk zapalnych, złożonych z tkanki ziarniniakowej. W środku ogniska widać kolonję grzybka promieniczego, utworzoną z gęstej, zbitej pilśni z charakterystycznymi niemi grzybni, wzdętymi buławowato i biegnącemi promienisto.

Rozpoznanie. — O promienicy skóry należy pamiętać w każdym spostrzeżeniu, na którego obraz kliniczny składają się nacieki guzowate i trudno gojące się owrzodzenia o niezwyklej wygładzie — zwłaszcza w obecności przetok i niezajęcia gruczołów chłonnych. Obecność ziaren promienicznych w ropnej wydzielinie owrzodzeń i przetok (badanie drobnowidzowe!) rozstrzyga o właściwym rozpoznaniu, gdy wypada różnicować w kierunku kilaków, gruźlicy rozplywnej, gruźlicy kości, nowotworów i t. p. W razie potrzeby należy się usieć do badań tkankowych.

Rokowanie uzależnione jest w znacznym stopniu od umiejscowienia i rozległości sprawy chorobowej. W niewielkich, świeżych i łatwo dostępnych ogniskach można liczyć na zupełne wyliczenie. W razie zajęcia narządów wewnętrznych i w obecności rozległych, głębokich zmian należy uważać sprawę za przegraną. Choroba może wprawdzie trwać bardzo długo — miesiące, lata — zazwyczaj jednak kończy się niepomyślnie. Śmierć następuje wskutek zajęcia ważnych narządów wewnętrznych, zapalenia otrzewnej, opłucnej, opon mózgowych, wskutek postępującego charłactwa i zwyrodnienia skrobiowatego.

Leczenie winno być w pierwszym rzędzie chirurgiczne. Poza tem zalecamy jodek potasowy w dużych dawkach (6—10 g. dziennie) oraz naświetlanie promieniami Roentgen'a.

Grzybica madurska. — Stopa madurska.

(Mycetoma pedis. — Pied de Madura s. de Cochín. — Madura foot).

Sprawcą choroby jest grzybek, widocznie spokrewniony z promieniczym, lecz którego klasyfikacja jeszcze nie jest ostatecznie

ustalona. Istnieje kilka odmian grzybka madurskiego. Odmianę żółtą, odmienną od grzybka promieniczego, wyhodował H. Vincent i nazwał *streptothrix Madurae*. Legrain określa ją jako *Discomyces Madurae*. Odmianę czarną (*Le Dantec*) niektórzy uważają za zwyrodniałą postać żółtej, inni zaś pragną ją zaliczyć do gromady pleśni ((*Ascomycetes Madurae*)).

Grzybica madurska zdarza się najczęściej w Indjach, pozatem w Kochinchinie, w Afryce (Algier, Senegal), w Ameryce (Stany Zjednoczone, Chili, Guyana), na wyspach Antylskich, w Europie zaś tylko sporadycznie (Włochy, Konstantynopol).

Ulubionym umiejscowieniem cierpienia są stopy. O wiele rzadziej bywają zajęte ręce, okolice barkowe, brzuch. Pierwsze zmiany zwykły się pokazywać na podszewkach. W tkance podskórnej powstają ruchome twarde i niebolesne guzki wielkości pestki wiśniowej. Powiększają się one stopniowo i łączą ze sobą, wyrastając ku powierzchni skóry, którą wreszcie przebijają. Wtedy widać różnej wielkości twory grzybowate, zaopatrzone w liczne zatoki, z których przy naciskaniu wydziela się niegęsta ropiasta lub rdzawa i cuchnąca ciecz. Zawiera ona ziarenka już to miękkie, półprzezroczyste, białawe lub żółtawe (odmiana żółta — *yellow variety*), już to twarde, nierówne, ciemno- lub czarnobrunatnawe (odmiana czarna — *black variety*). Ziarenka składają się z pilsni grzybka madurskiego. Sprawa rozwija się powoli — w ciągu 3—5 lat. Liczba guzów stale wzrasta. Stopa się powiększa i ulega znacznemu zmniejszeniu (stopa jajowata — *Goutlon mandi*). Jej powierzchnia jest nierówna, pokryta guzami, rozrostami grzybowatymi i wylotami przetok. Przy badaniu zglębnikiem można się przekonać, że sprawa chorobowa również dotyczy kości, które zostają przekształcone w miękką serowatą masę. Zdarza się tedy, że zglębnikiem można przejść całą stopę na wylot.

Badanie anatomiczne wykazuje, że mamy do czynienia z ziarniniakiem, zawierającym wyż. wzmiankowane pasorzyty. Zniszczeniu ulegają mięśnie, powięź, ścięgna i kości. Najwięcej odporności ujawniają ścięgna.

Grzybica madurska początkowo nie wywiera widocznego wpływu ujemnego na stan ogólny chorych. Z biegiem jednak lat rozwija się charłactwo, które wreszcie powoduje zejście śmiertelne. Cały przebieg nieraz trwa 10—12 lat. Samowyleczenia dotychczas nie spostrzegano.

Leczenie jest chirurgiczne. W ciężkich przypadkach prowadzi do celu jedynie odjęcie stopy.

Rozdział XXIII.

Choroby skóry powstające z pasorzytów zwierzęcych. (Dermatozoonoses).

Odróżniamy pasorzyty zwierzęce, bytujące na powierzchni skóry, i pasorzyty przenikające w skórę, gdzie widocznie znajdują odpowiednie warunki do rozwoju i rozmnażania. Pierwsze nazywamy zwierzęcymi pasorzytami naskórnymi (Epizoa), drugie — zwierzęcymi pasorzytami skóry (Dermatozoa).

I. Gromada zwierzęcych pasorzytów naskórnych.

(Epizoa).

Wszawica.

(Phthiriasis).

Wszawicą nazywamy zespół zmian skóry, spowodowanych wszami.

W patologii ludzkiej odróżniamy wesz głowy (*pediculus capitis*), odzieży (*pediculus vestimenti*) i wesz łonową (*pediculus s. phthirius pubis*).

Wesz głowy (*pediculus capitis*) spotykamy wyłącznie na włosionej skórze głowy. Samice są większe od samców i mają ciało około 1 mm. szerokości, a 2,5—2,8 mm. długości. Zabarwienie jest dostosowane do koloru skóry gospodarza. Jest ono zatem szarawe u rasy białej, żółtawe u mongolskiej, czarne u murzynów (prawo „mimicry“). Samica kładzie około 50 jaj, z których po 5—6 dniach rozwijają się niemal dojrzałe egzemplarze. Po następnych 2—3 tygodniach młódź ta już kładzie własne jaja i w ten sposób rozmnażanie się wszy odbywa się niezmiernie szybko.

Za pomocą istoty chitynowej wesz przykleja jaja (gnidy) do włosa tuż ponad powierzchnią skóry, przytwierdzając je szeregiem i ustawiając pod kątem do podłużnej osi włosa. W przypadkach

zaniedbanych widać na włosach gromady gnid. Im dalej od powierzchni skóry znajdujemy gnidy na włosach, tem dłużej trwa wszawica.

Wesz głowy spotykamy u osobników obojga płci, bez porównania częściej jednak u kobiet a głównie u dzieci w wieku szkolnym. Przenoszenie się pasorzyta odbywa się z człowieka na człowieka. Ulubionem siedliskiem są: potylicica i szczyt głowy. Ukąszenie i ruchy pasorzyta powodują swędzenie, zniewalające do drapania. Powstające stąd zmiany skóry można podzielić na dwie kategorie, a z nich składa się też całość obrazu klinicznego. Do pierwszej kategorii należą grudeczki pokrzywkowate i świerzbiączkowate, tworzące się w następstwie ukąszenia i szybko ulegające rozdrapaniu. W przypadkach łagodnych i głównie u kobiet dorosłych widzujemy tylko tego rodzaju wykwity — naturalnie obok pasorzytów i gnid. Do kategorii drugiej zaliczamy zmiany skóry, powstające pod wpływem drapania, uszkodzenia mechanicznego i zakażenia wtórnego drobnoustrojami ropotwórczymi. Spostrzegamy zatem podrapania i bardziej ograniczone lub rozlane stany zapalne skóry, zapalenie mieszków włosowych oraz liczne liszajce, zasychające w grube i włosy sklejące strupy. Obok tego mogą się utworzyć niesztowice, ropnie a nawet ropowice. Chłonne gruczolę potylicowe, zauszne i szyjowe obrzmiewają, a niekiedy ulegają zropieniu.

Analogiczne zmiany a zwłaszcza podrapania, liszajce, blizenki różnej wielkości oraz przebarwienie skóry można stwierdzić na karku, w okolicy międzyłopatkowej i mostkowej. Do pospolitych zjawisk należą też liszajce twarzy i małżowin usznych. W okolicach zausznych częstokroć występują objawy rozlanego zapalenia sączącego skóry.

W zaniedbanych przypadkach wszawicy głowy, powikłanej przez rozliczne sprawy ropne, włosy skleją się, zwiłają i splatają się tak gęsto, iż tworzą zbitą pilśń, której nie można rozczesać. Jest to kołtun (trichoma), niesłusznie zwany plica polonica, gdyż widzujemy go nie tylko u nas, lecz wszędzie tam, gdzie podają sobie ręce bieda, niechlujstwo i przesąd.

Powstanie kołtuna poza wszawicą spostrzegamy jeszcze przy szybkim wysuszeniu ogrzanem powietrzem włosów, wilgotnych po wymyciu (n. p. przyrzędem Föhn).

Rozpoznanie nie następuje trudności. Należy jednak pamiętać, że stwierdzenie wyż. skreślonych zmian na karku i w okolicy mię-

dzyłopatkowej powinno zawsze zniewalać do dokładnego zbadania skóry i włosów głowy.

Leczenie zdąża do zniszczenia pasorzytów i jaj (gnid). Ten cel można bardzo szybko osiągnąć przez krótkie ostrzyżenie włosów i dokładne wymycie głowy jakimkolwiek mydłem odkażającym, n. p. sublimatowem lub karbolowem. U kobiet jednak i u dziewczynek zabieg ten zazwyczaj bywa niewykonalny. Zalecamy tedy olej skalny (nafta) w równych częściach z oliwą lub balsamem peruwiańsk'm (Ol. *Petrae*: Ol. *Olivar.* aut *Bals. Peruvian.* \widehat{a}) albo też ocet sabadyłany (*acetum Sabadillae*). Oliwą z naftą należy wieczorem obficie natrzeć skórę głowy i włosy (ostrożnie z ogniem!), pokryć ceratką, owinąć opaską, chustką lub czepkiem i pozostawić przez całą noc. Zazwyczaj wystarcza jednorazowy zabieg, w przeciwnym razie należy go powtórzyć, poczem następuje dokładne wymycie głowy. — Ocet sabadyłany zaleca się stosować trzy wieczory z rzędu.

Po wykonaniu tych zabiegów i po wymyciu głowy przystępujemy do leczenia spraw ropnych i do usunięcia gnid. Liszajce szybko giną przy stosowaniu chlorku rtęciowoamonowego w 5—10% maści (Ungt. hydrarg. ppt. alb.), bardziej zaś rozlane i sączące zapalenia skóry ustępują pod wpływem maści cynobrowo-siarkowej (1:10%). — Doszczętne usunięcie gnid wymaga długiej i zmudnej pracy. Zaleca się częste mycie octem kuchennym lub wycieranie octem sublimatowym (0,20:100,00), oraz codzienne wyczesywanie gęstym grzebieniem, maczanym w gorącym occie.

Wesz odzieży (*Pediculus vestimenti* s. *corporis*) jest podobna do wszy głowy, lecz większa od niej i posiada szybkie ruchy. Samice są większe od samców i sięgają 3—4 mm. długości. Składają około 75 jaj. Pasorzyt nie zamieszkuje powierzchni skóry, lecz gnieździ się w fałdach ubrania i bielizny. Trzyma się głównie tych miejsc, gdzie odzież szczelnie przylega do ciała (szyja, kark, barki, brzuch, łądźwie, pośladki, uda). W fałdach wesz składa też jajka, rozmieszczając je paciorkowato i przyklejając za pomocą masy chitynowej do bielizny lub ubrania.

Wesz odzieży przechodzi na powierzchnię skóry w poszukiwaniu żeru. Po ukąszeniu pasorzyt ssie krew i zapuszcza w skórę swoisty a drażniący jad. Powstaje wykwit pokrzywkowaty bardzo silnie swędzący, który chory energicznie rozdrapuje paznokciami. Widzimy wtedy długie linijne i równoległe biegnące podrapania, pokryte krwawymi strupeczkami i mieszczące się głównie na szyi, na przedniej powierzchni klatki piersiowej, w okolicach łopat-

kowych, na przedramionach i barkach, w pasie, na lędźwiach, pośladkach i udach. Uszkodzenia bywają nieraz tak głębokie, że dotyczą nie tylko naskórka, lecz górnych pokładów skóry właściwej, a wówczas goją się z pozostawieniem blizny. Poza to w obrębie podrapań wytwarza się wyraźne brunatne zabarwienie, którego powstawanie należy przypisać nie tylko mechanicznemu uszkodzeniu skóry i wylewowi krwi, lecz również działaniu swoistego jadu sa-



Rys. 110. *Pediculosis vestimenti*

mej wszy. Przy dłuższym trwaniu wszawicy obraz kliniczny wikła się jeszcze przez różne sprawy ropne. Są to liszajce, niesztowice, czyraki, ropnie, owrzodzenia, zapalenie naczyń chłonnych, pryszczycowate zapalenie skóry a wreszcie blaszki o wyglądzie grzybicy naskórkowej Unna'y. Wszystkie te zjawiska w połączeniu z wybitnym brunatnym a nawet ciemnobrunatnym zabarwieniem skóry składają się na zespół objawów, spostrzeganych w przypadkach wszawicy zadawnionej i nazywanej przez autorów chorobą włócęgów (*morbus vagabundorum*).

Choroby skóry

Wesz odzieży spostrzegamy najczęściej u dorosłych i u ludzi starych, wynędzniałych, biednych i brudnych. Pozatem jest to typowa choroba czasów wojennych. Pamiętać zwłaszcza trzeba, że wesz odzieży jest nosicielką zarazka duru plamistego.

Rozpoznanie ustalamy na zasadzie linijskich podrapań w miejscach wyż. wskazanych, zabarwienia skóry i swędzenia, niedokuczającego w nocy. Przy różnicowaniu uwzględniamy świerzbę, pokrzywkę i swędzenie starcze. W większości przypadków rozstrzyga sprawę stwierdzenie obecności wszy w bieliznie i w ubraniu.

Leczenie jest głównie zapobiegawcze i winno zdążać do odwzienia chorego, do dokładnego oczyszczenia i odkażenia bielizny, ubrania i pościeli. Postępowanie dermatologiczne polega na wcieraniu bals. peruwiańskiego, maści siarkowej, dziegciowej i t. p. Sprawy ropne i powikłania należy leczyć wedle zasad ogólnych.

W celach profilaktyki osobistej, zwłaszcza zaś podczas epidemii duru plamistego zaleca się nacieranie skóry oczyszczonym olejkim terpentynowym, 30—40% roztworem wysokowym olejku anyżkowego (Ol. Anisi) lub koprowego (Ol. Foeniculi), wcieranie 5% maści naftalinowej, zasypywanie proszkiem naftalinowym lub 3% kresolowym (Cresolum s. Oxytoluol). Personel lekarski, pracujący na oddziałach durowych, winien być zaopatrzony w długie rękawiczki gumowe, zachodzące na rękawy fartuchów, oraz w długie buty skórzane lub gumowe. Zaleca się codziennie smarować buty powyżej kostek gęstym dziegciem lub następującą kleją:

Calafonii 57,00

Ol. Ricini 33,00

Glycerini 10,00

Leni calore liquefac.

Wysmarować należy pas szerokości co najmniej dłoni.

Pozatem wskazana jest codzienna kąpiel i codzienna zmiana bielizny. Wskazane też jest zaciąganie smołą podłóg w salach durowych.

Wesz łonowa, mędwieszka (*Phthirus s. pediculus pubis*. Morpio) jest krótsza i szersza od poprzednich. Wymiar długi samicy zazwyczaj nie przekracza 1—1,5 mm. Ciało pasorzyta jest szarawe i przezroczyste, a barwa niemal nie różni się od skóry ludzkiej. Wesz łonowa posiada bardzo opieszale ruchy. Trzyma się

włosów. Zapuszcza ona trąbkę do torebki włosowej, trzema zaś parami nówek, zaopatrzonych w kleszcze, zakopuje się w naskórek i mocno obejmuje włos. Samica składa 10—15 jajek kształtu gruszkowatego, które przykleja do włosów, podobnie jak wesz głowy. Po 6—7 dniach wylęga się młode pokolenie. — Przenoszenie wszy odbywa się z człowieka na człowieka głównie podczas stosunku płciowego. Pośrednie przenoszenie może nastąpić za pomocą przedmiotów (bielizna, pościel, ustęp i t. d.).

Ulubionem siedliskiem pasorzyta jest okolica łonowa. Spotykamy go jednak też w innych miejscach uwłosionych — na brzuchu, mostku, w pachach, na udach, na kroczu i pośladkach, w okolicy odbytu, nawet na brodzie, brwiach i rzęsach. Na głowie nie występuje. Obecność pasorzyta wywołuje swędzenie, którego stopień bywa bardzo rozmaity. Następstwa drapania bywają jednak stosunkowo słabo wyrażone i ujawniają się głównie w postaci okolomieszkowych wykwitów grudkowatych i krostkowych. Do częstych zjawisk towarzyszących należą natomiast t. zw. *plamy błękitne* (*maculae coeruleae*, *taches bleues* s. *ombrées* s. *ardoisées*). Są to plamki wielkości ziarna konopnego do grochu i większe, kształtu okrągłego, owalnego lub nieprawidłowego, barwy sinostalowej. Świeże są bardziej sine, starsze — szarawe. Nie znikają przy uciskaniu. Powierzchnia plam jest równa i gładka. W ich obrębie skóra nie zdradza objawów przekrwienia, zapalenia, nacieczenia lub zaniku. Plamki te powstają wskutek tego, że wesz łonowa przy ukąszeniu zapuszcza w skórę wydzielinę ślinianek. Pod wpływem tej wydzieliny powstaje z hemoglobiny krwi ludzkiej barwik zielony, przeświecający niebieskawo poprzez naskórek.

Rozpoznanie jest łatwe. Wykrycie pasorzytów i gnid, stwierdzenie obecności błękitnych plamek najzupełniej rozstrzyga kwestję. Należy baczyć, by nie przyjąć tych plam za różyczkę syfilityczną lub durową a to tembardziej, że nawet po usunięciu pasorzytów plamy mogą trwać jeszcze około 2 tygodni.

Leczenie polega na zniszczeniu pasorzytów i gnid. Jednym z bardzo często stosowanych środków jest szara maść ręciovą. Należy obchodzić się z nią ostrożnie, gdyż może spowodować silne zapalenie skóry a nawet objawy zatrucia ręciovego (dziąsła!). Bezpieczniejsza jest 15—20% maść z chlorku ręciovooamonowego (Ungt. ppt. alb.), działanie jej jest jednak o wiele słabsze. Środkiem pewnym jest sublimat z octem, który niszczy wesz i gnidę.

- 1) Hydrarg. bichlor. corr. 0,50
Ac. acetic. cryst. 4,00
Spir. vini rectific.
Aq. destill. \widehat{aa} 100,00
M. D. S.
- 2) Hydrarg. bichlor. corr. 0,50
Glycerini pur. 10,00
Acet. commun. 190,00
M. D. S.

Należy wycierać rano i wieczorem przez trzy dni z rzędu, a następnie wykąpać się, zmienić pościel i bieliznę. W razie znacznej liczby gniid doradza się uprzednie wygolenie. Dobrze działa też ksyolol per se lub w równych częściach z wyskokiem.

Pchła ludzka czyli pospolita (*Pulex irritans*) z rzędu apterygota należy do owadów zupełnie bezskrzydłych o krótkich czułkach, ukrytych w zagłębieniach głowy, o ssących przyrządach gębowych i o nogach tylnych, przystosowanych do skakania. Pasożytuje na człowieku. W miejscu ukąszenia powstaje w skórze kropkowaty wylew krwi, dokoła którego tworzy się różowoczerwona obwódka. Temu zjawisku towarzyszy swędzenie. Obwódka ginie po kilku godzinach, wylew zaś krwi zwykle trzyma się około 3 dni. U osobników wrażliwych mogą się utworzyć wykwitły pokrzywkowate.

Plamica od ukąszenia pcheł (*purpura pulicosa*) zazwyczaj nie wymaga leczenia. Zaleca się wycieranie wódką salicylową, karbolową lub mentolową w przypadkach silniejszego swędzenia lub w obecności wykwitów pokrzywkowatych. Zapobiegawczo doradzamy stosowanie kąpiele, przestrzeganie czystości ciała i mieszkania oraz wycieranie skóry spirytusem kamforowym.

Pluskwa domowa (*Cimex lectularius*) z rzędu hemiptera — o ciele spłaszczonym, barwy brunatnej, bezskrzydła. Z przednich skrzydeł ocalały tylko niewielkie łuseczki. Pluskwa posiada przysadki gębowe do ssania. Pomiedzy tylnymi nóżkami znajduje się wylot gruczołu, którego cuchnąca wydzielina silnie drażni skórę ludzką. Ukąszenia pluskwy powodują powstawanie swędzących wykwitów pokrzywkowatych, nieraz dosyć dużych (zwłaszcza u dzieci) i otoczonych czerwonym obrąbkiem. Zmiany najczęściej mieszczą się na miejscach odkrytych — na twarzy, szyi, rękach i przedramionach.

Leczenie dermatologiczne nie różni się od zalecanego w pokrzywce. Zapobiegawczo zalecamy wytępienie owadów w mieszkaniu, w meblach a przede wszystkim w łózkach.

Rodzina komarów (Culicidae). Po ukąszeniu komarów powstają swędzące wykwity o klinicznym wyglądzie pokrzywki i grudki świerzbieżkowej. U ludzi ze skórą wrażliwą i w przypadku mnogich ukąszeń spostrzegamy prócz tego rozlane obrzęki, które na twarzy, rękach, stopach i podudziach mogą niekiedy sięgać dosyć znacznych rozmiarów i powodować silne swędzenie oraz pieczenie. Sprawcą tych cierpień najczęściej bywa *Anopheles maculipennis*, *Culex annulatus* oraz nasz rodzimy komar *Culex pipiens*. W krajach ciepłych najbardziej dokuczają ludziom moskity (*Semulia pertinax* i *Phlebotomus*).

Świeże wykwity pokrzywkowate przestają swędzieć i ustępują stosunkowo szybko pod wpływem smarowania roztworem wodorotlenku amonowego (Liq. Ammonii caustici) lub wyskokiem formalinowo-mentolowym.

Menthol. 0,15
 Formalin. 3,00
 Spir. vini rectific. 20,00
 M. D. S.

W razie obrzęków zalecamy wycieranie 1—2% spirytusem mentolowym, zasypkę lub okłady z octanu glinowego. W celach zapobiegawczych bywa stosowany olejek anyżkowy, koprowy, goździkowy, eukaliptusowy i t. p.

Ol. caryophyllorum 1,00
 Lanolin. anhydr. 3,00
 Ungt. glycerini 6,00
 M. f. ungt.

Tępienie owadów posiada pierwszorzędne znaczenie zapobiegawcze. Jak wiadomo, mogą one przenosić zarazki niektórych chorób zakaźnych z człowieka na człowieka i ze zwierząt na zwierzęta (zimnica, żółta febra, śpiączka afrykańska, nitkowiec podskórny i t. d.).

Ukąszenia pszczoły (*Apis mellifica*) powodują powstawanie obrzęków i głębokich nacieków zapalnych, które niekiedy ulegają zropieniu. W świeżych przypadkach zaleca się smarowanie

rozczynek wodorotlenku amonowego, popóźniej zaś okłady rozgrzewające z wysokoku (30—50%), z octanu glinowego, ichtyolu 5—10% i t. p.

II. Gromada pasorzytów zwierzęcych skóry.

(Dermatozoa).

Świerzba. Świerzb.

(Scabies).

Sprawcą choroby jest świerzbowiec ludzki (*Sarcoptes hominis* s. *Acarus scabiei*) z rzędu roztoczy (*Acarina*). Zwierzątko jest podobne do drobnutkiego żółwia. Samce są mniejsze od samic, mają 20 μ długości i 16 μ szerokości. Do naskórka nie przenikają, zamieszkują natomiast powierzchnię skóry, trzymając się bliskości t. zw. korytarzy świerzbowcowych (galerje). Szybko giną po zapłodnieniu samic.

Ciało samicy ma kształt owalnej białozółtawej tarczy, 30 μ długiej i 20 μ szerokiej. Na powierzchni grzbietowej widać około 12 tuzinów wyrostków kolczastych, ustawionych rzędami. Na brzuchu znajdują się liczne szczecinki oraz 4 pary kończyn. Przednie 2 pary są zaopatrzone w przyrządy ssące (tylko u samic), tylne — posiadają wyjątkowo długie szczeciny. Przysadki gębowe są przekształcone w stożek ssący, w którym mieszczą się kleszczowate szczękorożki. Tchawek i narządów krążenia krwi nie ma. Narządy płciowe są dobrze rozwinięte. — Po zapłodnieniu samica szuka miejsca, odpowiedniego do złożenia jajek, i znajduje je w naskórku. Aby przeniknąć weń, pasorzyt unosi się na tylnych nóżkach dzięki przytwierdzonym doń szczecinkom i zaczyna wkopywać się w naskórek, ryjąc korytarz w warstwie rogowej. Do kolczastej nie przenika.

Świerzbowiec, znajdujący się w korytarzu, już nie może się zeń wycofać z powodu kierunku kolców, mieszczących się na grzbietowej powierzchni ciała. Pasorzyt posuwa się zatem naprzód, coraz dalej wkopuje się w naskórek i w ten sposób wydłuża galerję. Praca ta odbywa się głównie w nocy i tem się tłumaczy okoliczność, dlaczego świerzba powoduje swędzenie typu nocnego. Podczas wędrówki w korytarzu samica kładzie jajka, które leżą w ten sposób, iż wymiar najdłuższy jaja odpowiada kierunkowi poprzecznemu galerji. Liczba jajek sięga 50. Z jajka wychodzi poczwarka (larwa) o 3 parach kończyn, która opuszcza galerję i po szeregu przeobrażeń przekształca się w dojrzały egzemplarz.

Z powyższego wynika, że w każdej galerji znajdujemy świerzbowca (samice) w zamkniętym, ślepym końcu korytarza (t. zw. ogon galerji). Szereg jajek w różnych okresach rozwoju oraz czarne kropkowane masy kałowe są rozmieszczone wzdłuż galerji. Swobodne wejście do korytarza znajduje się na powierzchni naskórka (t. zw. głowa galerji). W korytarzu świerzbowiec żyje około 50—100 dni, poczem ginie.

Przenoszenie świerzbowca odbywa się bezpośrednio z człowieka na człowieka (wspólne łóżko) albo za pośrednictwem przedmiotów (ubranie, bielizna, pościel). Okres wylegania trwa 2—3 tygodnie.

Objawy kliniczne świerzby najzupełniej wynikają z danych co do zwyczajów i sposobu bytowania opisanych roztoczy.

Uwagę chorych zwraca przedewszystkiem swędzenie, które występuje początkowo tylko w pewnych miejscach powierzchni ciała. Swędzenie dokucza zwłaszcza w pierwszej połowie nocy, kiedy chorzy kładą się do łóżka i rozgrzewają powierzchnię skóry. Silniejszy napad swędzenia bywa też nad ranem. Dopiero po pewnym czasie zjawiają się swoiste dla sprawy objawy przedmiotowe. Są to wyż. skreślone galerje świerzbowcowe, których wykrycie niewątpliwie rozstrzyga o rozpoznaniu choroby. Galerje mają wygląd szarawych lub szarobrudnych cienkich rys naskórka, biegnących linijnie lub zakreslających figury kształtu litery C, S i U. Ich długość waha się od 2 mm. do 2 cm. Przy pewnej wprawie można za pomocą igły wydobyć z nich świerzbowca, szukając go w t. zw. ogonie korytarza. Typowe wykwyty zazwyczaj mieszczą się w fałdach międzypalcowych i na wewnętrznych powierzchniach palców rąk, w okolicy napięstkowej, na przedniej fałdzie pachowej, na sutkach, na żołędzi i napletku, u dzieci zaś na stopkach (podeszwy, brzeg zewnętrzny a zwłaszcza wewnętrzny). Galerje są widoczne gołym okiem. W razie wątpliwości można ułatwić ich wykrycie za pomocą próby atramentowej. W tym celu zaleca się posmarować atramentem podejrzany wykwit, pozostawić na miejscu około jednej minuty, poczem zetrzeć wilgotną wata. Atrament obficie wsiąka w galerję, która wskutek tego wyraźnie występuje jako czarna kresa.

Obecność świerzbowca w naskórku powoduje zapalny odczyn skóry. W przypadkach świeżych jest on słabo wyrażony, popóźniej jednak zjawia się zaczerwienienie i występują pęcherzyki. Mieszczą się one poniżej warstwy rogowej, którą unoszą ku górze tak, że galerję świerzbowcową znajdujemy w rogowej pokrywie pęcherzyka. Największe galerje zwykliśmy spostrzegać u małych dzieci (dłonie

i stopki). W innych razach odczyn zapalny sięga wyższego stopnia natężenia, a wówczas powstają czerwone i twarde twory grudkowate, mieszczące się najczęściej na przedniej fałdzie pachowej, na sutkach, skórze prącia i moszny, na napletku i żołądki.

Obok tych wykwitów, uważanych w świerzbie za pierwotne, znajdujemy w każdym przypadku szereg innych zmian, zwanych wtórnymi i wynikających z drapania i z zakażenia naskórka oraz skóry drobnoustrojami ropotwórczymi. Spostrzegamy zatem: mniejsze lub większe nadżerki i linijne podrapania; wykwity rumieniowe, pokrzywkowe, grudkowe i pęcherzykowe; liszajce rozsiane lub zebrane w gromady; czyraki, na kończynach zaś dolnych — niesztowice i owrzodzenia. Zapalenie skóry pryszczycowate oraz blaszki naskórkowej grzybicy Unna'y uzupełniają złożony obraz kliniczny świerzby zadawnionej.

Jak widać, zmiany skóry w poszczególnym przypadku świerzby cechuje niemal wielopostaciowość, którą w łączności z umiejscowieniem można uważać za niemal znamienne dla tej sprawy chorobowej. Do typowych umiejscowień zaliczamy: zwrócone ku sobie powierzchnie palców rąk oraz fałdy międzypalcowe; przednią powierzchnię napięstka, przedramiona, zgięcia łokciowe i przednią fałdę pachową; pas, pośladki, wewnętrzną powierzchnię ud; sutki u kobiet, narządy płciowe u mężczyzn, stopki i dłonie u dzieci. Twarz zawsze była wolna.

Pozostawiona własnemu przebiegowi świerzba trwa nieokreślenie długo, zdradzając w swym przebiegu okresy zwolnienia i nasilenia. Samowyleczenie należy do bardzo rzadkich zjawisk. Częstokroć świerzba bywa punktem wyjścia dla pryszczycy, a zwłaszcza u osobników starszych. Wreszcie trzeba wspomnieć o białkomoczu, częstokroć towarzyszącym świerzbie krostkowej.

Z odmian klinicznych należy wymienić świerzbę północną czyli norweską (*Scabies norvegica* s. *crustosa*), opisaną przez Danielssen'a i Boeck'a. Przypadki takie cechuje powstawanie nawarstwień parakeratotycznych oraz twardych szarawych, białółtawych strupów grubości do 2 cm. Po usunięciu strupów widać wilgotną, sączącą i brodawkowującą powierzchnię skóry. Takie strupy tworzą się najczęściej na wyprostnych kończyn oraz na twarzy (brwi, policzki, małżowiny uszne). Na tułowiu zwykły występować dosyć grube i suche łuski. W głębokich pokładach strupów wykryto obecność świerzbowców.

Rozpoznanie świeżych przypadków świerzby zazwyczaj nie bywa trudne. Ustalamy je na zasadzie swędzenia typu nocnego

i obecności galerji świerzbowcowych w umiejscowieniu typowem. W przypadkach zadawnionych zwraca uwagę wielopostaciowość wysypki oraz jej rozmieszczenie, najobfitsze na przestrzeni od linii sutek do kolan. Jeżeli takiej wysypce towarzyszy swędzenie, dokuczające głównie w nocy, to winniśmy przedewszystkiem pamiętać o świerzbie i szukać pierwotnych wykwitów w miejscach klasycznych dla cierpienia. Częstokroć rozstrzyga wątpliwości wykrycie dużych grudkowatych wykwitów na przedniej fałdzie pachowej, na sutkach, na napletku i żołądzi. Stwierdzenie obecności takich tworów odgrywa też ważną rolę w rozpoznawaniu świerzby dyskretnej, słabo rozwiniętej — zwłaszcza u ludzi zamożnych, którzy kąpią się co dzień i często zmieniają bieliznę i pościel. W przypadkach niepewnych, podejrzanych należy też zwrócić się do pomocy wywiadów i zasięgnąć wiadomości, czy kto z domowników nie cierpi na jakąś swędzącą chorobę skóry.

Przy różnicowaniu trzeba mieć na względzie u dorosłych głównie wszawicę, u dzieci zaś liszaj pokrzywkowy. Dla wszawicy uważamy za znamienne liczne, długie i głębokie podrapania w miejscach, gdzie odzież szczelnie przylega do ciała (patrz wyż.), brak galerji świerzbowcowych, obecność wszy w bieliźnie i ubraniu. Na nielada trudności napotyamy się nieraz w rozpoznawaniu różnicowem świerzby i liszaja pokrzywkowego u dzieci. Umiejscowienie na wyprostnych kończyn, nietrwałość wykwitów pokrzywkowych, napaadowy rozwój choroby widocznie przemawia na korzyść liszaja pokrzywkowego. Zajęcie dłoni, podeszew i wewnętrznego brzegu stóp, obecność galerji i stwierdzenie świerzby w rodzinie rozstrzyga sprawę w kierunku rozpoznania choroby pasorzytnicznej. Nie należy zresztą zapominać, że w danym przypadku i w danym czasie obie sprawy mogą też istnieć współcześnie.

Rokowanie jest dobre, pamiętać jednak trzeba o poświerzbowej pryszczycy i poświerzbowem swędzeniu, które częstokroć bywa bardzo uporczywe. W tych razach należy się zwłaszcza wystrzegać mylnego rozpoznania i nie mniemać, iż swędzenie trwa dlatego, że świerzba nie jest jeszcze wyleczona. Dalsze stosowanie środków przeciwświerzbowych miałyby bowiem ten skutek, że tylko pogorszyłyby stan chorego.

Leczenie świerzby jest bardzo wdzięcznem zadaniem. Wynik jednak jest pewny i szybki tylko wówczas, gdy metoda lecznicza została umiejętnie wykonana. Tajemnica powodzenia zależy w tych razach nie tyle od zastosowanych leków, ile od dokładności wykonania zabiegu. Dlatego też w celu uniknięcia niepowodzeń

zaleca się powierzenie wcierania dobrze wyszkolonemu pielęgniarzowi lub pielęgniarce. Obywać się można skromnym skarbcem środków leczniczych.

Najczęściej zalecamy siarkę, naftol-3, epikarynę, dziegieć, balsam peruwiański i szare mydło.

W przypadkach świerzby, powikłanej przez rozległe sprawy ropne (liszajce, czyraki i t. p.), oraz w obecności znaczniejszego podrażnienia zapalnego skóry zadowolnić się trzeba 10—15—20% maścią siarkową, a dopiero popóźniej przejść do bardziej energicznych środków leczniczych. Siarka jest też wskazana u osobników wynędzniałych, ciężko chorych, gorączkujących, dotkniętych obrzękami.

W przeciętnym przypadku najczęściej stosujemy maść naftowo-siarkową oraz zmienioną maść Wilkinson'a (Ungt. Wilkinsoni modificatum). Przed rozpoczęciem leczenia chory bierze kąpiel z mydłem w celu rozpułchnienia naskórka, poczem przystępuje do wcierania maści. W tych razach, gdy zalecamy maść Wilkinson'a, można się zresztą obejść bez kąpieli.

- 1) Naphtol-3 5,00—10,00
Zinci oxydat. 20,00
Sapon. virid. 50,00
Adipis benzoat.
(Vaselin. fl. amer.) 130,00
M. f. ungt.
- 2) Sulfur. flor.
Ol. fagi aa 40,00
Cretae alb. 5,00—10,00
Sapon. virid.
Adipis benzoat. aa 80,00
S. Ungt. Wilkinson. modificatum
- 3) Ol. cadini
Sulfur. ppt. aa 25,00
Sapon. virid.
Ungt. simplicis aa 50,00
M. f. ungt.

Jedną z powyższych maści energicznie nacieramy całą powierzchnię skóry ze szczególnem uwzględnieniem miejsc najbar-

dziej zajętych. Zalecam wykonywanie wcierań za pomocą kawałka białej flaneli. Zabieg należy powtórzyć 3—4 razy: albo dwa razy dziennie — rano i wieczorem, albo raz na dobę 3—4 dni z rzędu, co uzależnia się od stanu i osobniczej wrażliwości skóry, a także od wieku chorego. W leczeniu klinicznym i szpitalnym trzymamy chorych w łóżku, w ambulatoryjnym zaś doradzamy noszenie bielej trykotowej oraz rękawiczek. W 12—24 god. po ostatnim natarciu chory kąpie się w ciepłej wodzie namydlając obficie ciało, poczem zmienia bieliznę i pościel. Na tem kończy się właściwe leczenie świerzby. W tym jednak czasie należy odświeżyć odzież chorego, a gdy to jest niewykonalne, — polecić noszenie innego ubrania. Dawniejsze zaświeżbione doradza się wytrzeć, wyczyścić, odprasować, dobrze i długo przewietrzyć i nie nosić w ciągu 2—3 tygodni. — Jeżeli w domu choruje kilka osób, należy wszystkich leczyć jednocześnie.

U osobników ze skórą bardzo wrażliwą można zastosować balsam peruwiański, który należy wcierać zupełnie tak samo, jak to wyż. podano.

- 1) Bals. peruvian. 200,00
lub
- 2) Bals. peruvian.
Spir. vini \hat{a} 100,00
M. D. S.

O wiele słabiej działają Perugen, Peruol, Ristin i t. p. Styraks a także płyn Vlemingx'a drażni skórę i winien być używany z wielką oględnością.

Zdarza się nie rzadko, że po przeprowadzeniu leczenia przeciwświezbowego ujawniamy objawy następczego podrażnienia skóry. Zjawisko spostrzegamy najczęściej na szyi, w zgięciach łokciowych, w okolicy pachowej, na bocznych powierzchniach brzucha, na wewnętrznych powierzchniach ud, w jamkach podkolanowych. Takie podrażnienie należy usuwać środkami łagodzącymi. W większości przypadków wystarcza maść Wilson'a lub zwykła pasta cynkowa. Dodanie 5—10% ichtyolu może być wskazane w razie znacniejszego przekrwienia skóry. Poświezbowe grzybice naskórkowe Unna'y dobrze ustępują pod wpływem 10% pasty tumenolowej. — W ropnych sprawach (liszajce, niesztowice, czyraki) należy postępować podług ogólnych zasad lecznictwa dermatologicznego.



W charakterze przypadkowych pasorzytów ludzkich występują też niekiedy przedstawiciele rodziny *Ixodidae*, do której należą nieco większe roztocze. Posiadają one tchawki, których przełknięki otwierają się poza czwartą parą odnóży. Przysadki gębowe są kłujące. Nasadowy członek szczękonoż tworzy trąbkę, w której poruszają się zazębione i w kolce przekształcone szczękonożki. Najbardziej znany w Europie jest kleszcz kręgowcowy (*Ixodes ricinus*) i kleszcz psi (*Ixodes reduvius*). Zazwyczaj żyją one na liściach drzew i krzewów. Samica napastuje bydło rogate, konie, psy, a niekiedy też człowieka i wysysa ich krew. Wówczas z niewielkiego kleszcza przekształca się ona w duży szary pęcherz, na którym są ledwo dostrzegalne głowa i kończyny. Nasyciwszy się kleszcz sam odpada. Jeżeli go usuwać siłą, to zazwyczaj zdarza się, że ciało odrywa się od głowy, która pozostaje w skórze i powoduje zapalny odczyn. Pasorzyt natomiast szybko odpada, gdy go posmarować oliwą, naftą, benzyną lub terpentyną.

Do tej samej rodziny należy kleszcz gołębi (*Argas reflexus*). Pasorzytuje on na gołębiach, z których może się przypadkowo przenieść na człowieka. Ukłucie powoduje powstawanie bolesnego obrzęku zapalnego.

Ptaszyniec (*Dermanyssus gallinae*, *D. avium*) bywa spotykany głównie u ptactwa (kury, gołębie). Przeniesiony na człowieka wywołuje swędzącą wysypkę pokrzywkową i grudkową, mieszczącą się najczęściej na rękach i przedramionach. W celu zniszczenia pasorzyta zaleca się wycieranie octem, 1% wodą karbolową, 0,1% roztynem sublimatu.

Świędzik czyli zmętópka jesienna (*Leptus autumnalis*) — kleszcz barwy czerwonej lub żółtoczerwonej. Żyje na roślinach (trawy, liście, krzewy), skąd przenosi się na człowieka. Czepia się głównie kończyn dolnych, gdzie pod wpływem ukąszeń powstaje swędząca wysypka rumieniowa, pokrzywkowa, grudkowa a nawet pęcherzykowa. Przy dokładnym badaniu widać na skórze drobne, czerwone kropeczki, odpowiadające ciałom pasorzytów. Można je zniszczyć i usunąć przez wycieranie wyskokiem, octem, benzyną, naftą, balsamem peruwiańskim i t. p. Zmiany skóry szybko ustępują pod wpływem pasty salicylowej lub łagodnej maści siarkowej.

Nużeniec (*Acarus s. Demodex folliculorum*) z rodziny Demodicidae posiada ciało robakowate o bardzo krótkich odnóżach. Jako niewinny pasorzyt żyje na twarzy ludzkiej w torebkach włó-

sowych i w gruczołach łojowych skóry. Zmian chorobowych nie powoduje.

W skórze psa żyje spokrewniona odmiana, powodująca ciężką, prawie nieuleczalną a częstokroć śmiertelną chorobę zakażonego zwierzęcia.

Muszyca (Myiasis) nazywamy zbiór zjawisk chorobowych, powstający pod wpływem larw różnych przedstawicieli rodziny much (Muscidae). Niektóre z tych owadów ujawniają wyraźną skłonność do składania jajek na schorzałej skórze ludzkiej, a zwłaszcza na ranach i owrzodzeniach. Do najniebezpieczniejszych należy mucha Wohlfarta (Sarcophila Wohlfartii). Wydaje ona żywe czerwie i składa je do ucha, nosa, odbytu, szczególnie zaś chętnie do ran i owrzodzeń skóry oraz błony śluzowej, a także na miejsca spryszczone. Czerwie wgryzają się dosyć głęboko, powodując rozległe zapalenia ropne, które mogą być punktem wyjścia dla spraw posocznicznych. T. Gryglewicz spostrzegł larwy muchy trupiej (Sarcophaga mortuorum) we wrzodzikach skóry pleców. Bliżej nieokreślone larwy w ropniach i zatokach opisywali Dybowski i Bąkowski. — H. Oderfeld znalazł gniazdo gąsienic much w ropniu posokowatym u podstawy ucha.

Larwa wędrująca (Larva migrans. — Creeping Disease. — Creeping eruption. — Hyponomoderma Kaposi).

Cierpienie należy do nieczęstych. Zmiany skóry polegają na powstawaniu różowej lub czerwonej a z ledwością wzniesionej kresy (galerji) szerokości 1—3 mm. Kresa występuje w dowolnym miejscu powierzchni skóry (częstokroć na pośladkach), a stąd postępuje naprzód i wydłuża się, przebiegając linijnie, falisto, łukowato, w kształcie pętli i t. d. Nieraz bywają zajęte dosyć znaczne przestrzenie na kończynach lub tułowiu, rysunek zaś zmian skóry zazwyczaj bywa bardzo złożony. Czynny koniec kresy jest czerwony, a w ciągu doby przesuwa się naprzód 1—15 cm. Bierny koniec jest błądy, szarawy, łuszczy się nieco i stopniowo przekształca w barwikową linję. Swędzenie nieraz bywa dosyć silne.

Niekiedy sprawa trwa kilka miesięcy i — o ile sądzić można — stosunkowo najczęściej dotyczy dzieci.

Podług Sokołow'a i Samson-Himmelstjern'a sprawcą choroby jest drobna larwa gziaka żołądkowego lub jelitowego (gastrophilus equi, gastrophilus haemorrhoidalis). Przedostaje się ona do skóry i w jej warstwie brodawkowej ryje korytarz, mieszczący się tuż pod naskórkiem (Darier). Csokor sądzi jednak, że możemy tu mieć do czynienia z drobnym nitkowcem (filaria).

W niektórych razach larwa przenika do tkanki podskórnej, gdzie powoduje powstawanie szeregu guzów wielkości do jaja kurzego (Hoegh).

Leczenie polega na stosowaniu nalewki jodowej i rozczyńców sublimatu, albo też na wycięciu skóry w obrębie czynnego końca korytarza.

W tkance podskórnej niekiedy spostrzegamy węgry (finny) tasiemca samotnego czyli świńskiego (*Taenia solium*) oraz tasiemca bąblowcowego (*Taenia echinococcus*). Węgry tasiemca świńskiego zazwyczaj występują w liczbie mnogiej. Są to okrągłe lub owalne, twarde i sprężyste niebolesne guzki wielkości od ziarna grochu do orzecha laskowego. Nie ujawniają one objawów zapalnych. — Bąblowiec zwykły się zjawiać w liczbie pojedynczej i sięga daleko większych rozmiarów.

W celach rozpoznawczych zaleca się wykonanie próbnego nakłucia i drobnowidzowe zbadanie zawartości pęcherza. Wykrycie haczyków rozstrzyga kwestję.

Leczenie polega na zabiegu chirurgicznym.

Nitkowiec ludzki (*Filaria sanguinis hominis*) jest sprawcą śloniowaciny Arabów (patrz str. 389).

Nitkowiec podskórny (*Filaria medinensis* s. *Dracunculus*) przedostaje się do ustroju ludzkiego za pośrednictwem małego raczka-cyklopa (Cyklops). Dojrzała samica żyje w tkance podskórnej najczęściej kończyn (stopy, podudzia, przedramiona i ramiona), gdzie przy objawach swędzenia powstaje bolesny zapalny naciek guzowaty o wyglądzie czyraka. Guz stopniowo ulega owrzodzeniu, z którego następnie wydziela się lub też może być wyciągnięty cienki nitkowiec długości od 50 cm. do 2 metrów. Wyciąganie w celach leczniczych winno się odbywać bardzo wolno, aby nie rozerwać ciała obleńca. Zaleca się stopniowe nawijanie na paleczkę i ostrożne pociąganie. Zabieg trwa kilka godzin a nieraz kilka dni. Emily zastrzykuje do guza 1ccm. rozczyńców sublimatu 0,1%. Nitkowiec obumiera, a jego ciało ulega wessaniu.

Glistarobaczka (*Oxyurius vermicularis*) żyje w dolnej części jelita cienkiego i w kiszce ślepej. Po osiągnięciu dojrzałości płciowej i rozwoju jaj w macicy — samice wędrują do odbytnicy, gdzie składają jaja. Nocą glisty częstokroć wychodzą z odbytnicy i błędząc po ciele wywołują silne swędzenie zwłaszcza w okolicy odbytu i sromu.

Rozdział XXIV.

Gromada znamion.

(Naevi).

Znamionami nazywamy wrodzone lub dziedziczne zбочenia rozwojowe skóry, występujące najczęściej na ograniczonych i stosunkowo niewielkich przestrzeniach. Ich rozwój bywa niezmiernie powolny, kształt zaś i barwa zazwyczaj wyraźnie się różnią od otoczenia. Znamiona dziedziczne mogą się zjawić w rozmaitych okresach życia. Nadajemy im miano znamion późnych (Naevus tardivus) w przeciwstawieniu do wrodzonych, macierzystych (Naevus congenitus, maternus).

Ze znamionami spotykamy się niezmiernie często. Nie ma prawie dorosłego człowieka, u którego nie możnaby było stwierdzić ich obecności. Częstość znamion wynosi 90% podług Filaudeau, 92 $\frac{1}{2}$ % wedle danych Hugues'a. Barthélemy i Lévy podają 100%. Zdaje się też, że te zбочenia rozwojowe skóry występują stosunkowo chętniej u kobiet. Liczba znamion u osobnika podlega bardzo szerokim wahaniom. Czasem znajdujemy tylko jeden lub kilka egzemplarzy, niekiedy znowu można naliczyć kilkaset. Należy też do zjawisk pospolitych, że w danym spostrzeżeniu ustalamy obecność różnych gatunków znamion.

Wreszcie trzeba zaznaczyć, że w wielu przypadkach nie można nakreślić ścisłej granicy pomiędzy znamionami a łagodnymi nowotworami skóry. Dla przykładu wystarczy przytoczyć choćby naczylniaki i włókniaki. Z drugiej znowu strony godzi się pamiętać, że znamiona niekiedy ulegają zwyrodnieniu złośliwemu.

I. Płaskie znamię barwikowe (Naevus spilus). Są to gładkie, miękkie plamy barwikowe, w których obrębie skóra nie ulega zgrubieniu. Ich wielkość waha się od wymiaru soczewicy do dużej blaszki. Mniejsze mają kształt okrągły lub owalny, zarysy zaś większych częstokroć bywają nieprawidłowe. Kolor ujawnia szeroką skalę od brudnożółtego do czarnobrunatnego. Najczęściej zjawiają się one w liczbie mnogiej i w postaci rozsianej. Czasem zdra-

dzają skłonność do obfitszego występowania na kończynach. Niekiedy układają się one linijnie jak pasówka, a wówczas winny być zaliczane do znamion systemowych (*Naevus spilus zoniformis* s. *nervosus*).

Płaskie znamiona barwikowe bywają albo wrodzone, albo — co częściej — zjawiają się dopiero w wieku późniejszym. Stopień ich zabarwienia ulega wahaniom w zależności od różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Zaznaczyć trzeba, że trudno przeprowadzić rozgraniczenie pomiędzy nimi a t. zw. plamami piegawatemi (*Lentigo* — patrz rozdz. XVI).

W celu usunięcia plam można zalecić zamrażanie dwutlenkiem węgla (CO_2) lub elektrolizę. Pierwsza metoda daje stosunkowo lepsze i pewniejsze wyniki. Należy ostrożnie wykonywać zabieg (8—10—12 sekund) i powtórzyć go w razie potrzeby.

II. Znamię miękkie (*Naevus mollis*). Tem mianem określamy gromadę drobnych tworów guzkowatych, stanowiących stopniowe przejście od znamion płaskich do wyraźnie brodawkowych. Tutaj należą grudkowato wzniesione miękkie, płaskie i gładkie, barwikowe lub niezabarwione znamiona, spostrzegane głównie u noworodków oraz u dzieci. Jest to nieco wyższy stopień rozwoju znamienia płaskiego. W późniejszych latach życia uwypuklają się one coraz bardziej, a wówczas powstają miękkie, gładkie twory guzkowate barwy otaczającej skóry albo też różowej, czerwono-siwej, brunatnej. Niektóre są zaopatrzone we włosy (znamię włosiste — *naevus pilosus*). Z biegiem czasu powierzchnia tych znamion staje się nierówna, ziarnista, brodawkowata, a guzek taki nazywamy znamieniem brodawkowym (*naevus verrucosus*). Wielkość znamion miękkich bywa rozmaita — od łepka szpilki do dużej monety. Niektóre sięgają nadzwyczajnych rozmiarów i zajmują pośladki, plecy, brzuch podobieństwo do skóry zwierząt), albo też układają się tak, iż osobnik wygląda jakby nosił spodnie do pływania.

W stanie brodawkowym znamię może przetrwać nieokreślenie długo. W wielu jednak razach przekształca się ono w szypułkowy twór włókniakowy, który zazwyczaj bywa miękki, uciskalny, pomarszczony i wygląda jak rodzynka lub wyszana jagoda winna. Jest to miękkie znamię włókniakowe czyli miękki włókniak szypułkowy (*Naevus fibromatosus* s. *Naevus mollusciformis* s. *Molluscum pendulum*). Postać tę spostrzegamy stosunkowo często na powiekach, szyi i karku, na przedniej fałdzie pachowej — zwłaszcza u kobiet w wieku powyżej 40 lat. Twór się-

ga wielkości lepka szpilki a nawet grochu polnego. Oddzielne egzemplarze mogą też wystąpić na wargach sromowych większych, na tułowiu i kończynach. Tutaj jednak rozmiary ich zazwyczaj bywają o wiele większe. W liczbie mnogiej włókniaki miękkie występują w t. zw. chorobie Recklinghausen'a, która też pozostaje w ścisłej łączności z gromadą znamion (obacz włókniaki str. 600).

Budowę miękkich znamion gładkich i brodawkowych cechuje obecność skupień komórkowych w górnych warstwach skóry właściwej. Skupienia mają kształt smug oraz okrągłych i owalnych ognisk, złożonych z komórek podobnych do naskórkowych. Komórki posiadają duże pęcherzykowate i względnie słabo barwiące się jądra, drobnoziarnistą zaródź, która częstokroć zawiera barwik. Obok takich komórek można stwierdzić w niektórych znamionach pewną liczbę melanoblastów. Pochodzenie komórek znamion jeszcze nie jest ustalone ostatecznie. Unna uważa je za pochodne komórek naskórkowych, a zdanie to widocznie podziela też Kromayer. Bagiński i Demiéville wyprowadzają je z śródbłonka naczyń krwionośnych, Recklinghausen zaś — z śródbłonek naczyń chłonnych. Inni znowu godzą oba te poglądy. Jakkolwiekbydź zaznaczyć przecież trzeba, że przy złośliwym zwyrodnieniu znamion mogą powstawać nabłoniaki, śródbłoniaki i mięsaki.

III. Z n a m i ę t w a r d e (Naevus durus). Są to twarde, płaskie jaszczurowate lub brodawkowe wzniesienia o zabarwieniu skóry normalnej, lub też żółtawe, brudnożółte, brunatne, a nawet czarno-brunatne. Rozrosty brodawkowe są częstokroć pokryte grubą warstwą rogową. Wielkość znamion bywa rozmaita. Niektóre są drobne. Zdarza się to jednak stosunkowo rzadko. W większości przypadków występują one na znacznych przestrzeniach, układając się w kształcie blaszek i liniowych smug. Najczęściej spotykamy się z nimi w t. zw. znamionach systemowych czyli nerwowych.

Anatomicznie mamy tu do czynienia głównie z rozrostem warstwy kolczastej i zgrubieniem rogowej.

L e c z e n i e znamion miękkich i twardych.

Znamiona miękkie można w razie potrzeby wyciąć, a ranę zaszyć. Jest to wskazane zwłaszcza wówczas, gdy znamię się powiększa, wzbudza to bowiem podejrzenie co do zwyrodnienia złośliwego. Zniszczenie można również osiągnąć za pomocą środków żrących lub galwanokauteru. Najlepsze jednak wyniki pod względem kosmetycznym daje elektroliza biegunem ujemnym (1—3 MA.). Dwa nakłucia na krzyż u nasady wystarczają w egzemplarzach mniejszych, w większych zaś należy zrobić kilka równoległych.

W znamionach twardych najczęściej zalecamy zamrażanie dwutlenkiem węgla, rentgeno- i radiumterapię. Zastosowanie znajduje również elektroliza. Wskazania do zabiegu chirurgicznego nie różnią się od wyżej podanych.

IV. Znamiona gruczolakowe (Naevus adenomatosus).

1. Znamię łojowe czyli t. zw. gruczolak łojowy (Adenoma sebaceum. Naevus sebaceus. Morbus Pringle) spostrzegamy najczęściej około 20—25 r. życia, początek cierpienia przypada jednak zazwyczaj na okres dzieciństwa. Niekiedy schorzenie widocznie bywa wrodzone i dotyczy osobników, upośledzonych pod względem rozwoju umysłowego. Gruczolak łojowy przebiega pod postacią licznych oddzielnych guzeczków, umiarkowo ułożonych na twarzy. Wielkość guzków waha się od łepka szpilki do soczewicy, barwa zaś bywa żółtawa lub żółtoczerwona. Ich kształt zazwyczaj bywa okrągły lub owalny, spistość zbita, twardawa. Guzeczki gromadzą się przeważnie na nosie, na skrzydłach nosowych i przylegających częściach policzków, w fałdzie nosowowargowej, rzadziej zaś na wargach, brodzie, czole i powiekach. Twory te zwykły się nieco powiększać w okresie pokwitania, popóźniej zaś trwają niezmienione.

Pod względem anatomicznym guzki składają się z przerosłych gruczolów łojowych, których liczba zdaje się być powiększona w danym miejscu. F. Krzyształowicz stwierdził ponadto zmiany naczyń krwionośnych w postaci drobnych naczynek, nagromadzenie znacznej ilości barwika w warstwie brodawkowej skóry a wreszcie obecność skupień komórek znamion miękkich.

Przy rozpoznawaniu różnicowem należy mieć w pamięci głównie nabłoniak gruczolakowaty i torbielowaty (epithelioma adenoides cysticum). Wątpliwości rozstrzyga jedynie badanie histopatologiczne.

W leczeniu znamienia łojowego można zalecić zabiegi chirurgiczne (wycięcie, wyłżeczkowanie), galwanokauter, elektrolizę i naświetlanie promieniami Roentgen'a.

2. Gruczolakowaty nabłoniak torbielowy. (Epithelioma adenoides cysticum Brooke). Sprawa polega na powstawaniu znacznej liczby guzeczków, umiejscowionych dosyć umiarkowo w okolicy brwi, u nasady i na skrzydłach nosa, na policzkach, w sąsiedztwie ust a także na uwłosionej skórze głowy, rzadziej zaś na szyi i plecach. Guzeczki mają wielkość łepka szpilki do ziarna grochu polnego i zazwyczaj nie różnią się barwą od otaczającej skóry zdrowej. Niekiedy jednak są one bladożółtawe, brunatnawe a nawet bladosi-

nawe. Spoistość jest twardawa, powierzchnia gładka. Częstość widać w nich twory, podobne do prosaków (milia). — Obok postaci typowych zdarzają się jeszcze poronne, w których liczba guzków sprowadza się do 1—2 (Wolters, R. Bernhardt).

Przy badaniu drobnowidzowem okazuje się, że mamy do czynienia z tworem nabłonkowym, złożonym z wielkiej liczby pasem i skupień komórkowych. Pasma o 2—8 warstwach komórek biegną w różnych kierunkach, dzielą i rozgałęziają się w sposób czę-



Rys. 111. *Epithelioma adenoides cysticum*.

Skupienia i pasma komórkowe. W środkowej części preparatu widać niewielką torbiel u dolnego końca dosyć długiego pasma.

stokroć przypominający rogi jelenie. Skupienia komórkowe mają kształt dowolny. Na przebiegu pasem, niekiedy u ich zakończenia a również w skupieniach komórkowych widać liczne i różnej wielkości torbiele. Punktem wyjścia sprawy są torebki włosowe i gruczoły łojowe. Bujaniiu ulega pochwka zewnętrzna torebki włosowej oraz przewód gruczołu łojowego. W mojem spostrzeżeniu mogłem stwierdzić w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej gromady komórek, cechujących znamiona miękkie.

Gruczolakowaty nabłoniak torbielowy zaliczamy do gromady znamion. Za tem przemawia okoliczność, że cierpienie niekiedy

bywa wrodzone i dziedziczne, choć w przeważającej liczbie przypadków zjawiać się ono zwykło około 10—14 r. życia, jako znamię późne. Słuszność poglądu zdaje się też potwierdzać obecność w guzku komórek znamion miękkich oraz powinowactwo, istniejące pomiędzy gruczolakowatym nabłoniakiem torbielowym a znamieniem łojowym (*Naevus sebaceus*). Powinowactwo polega na możliwości występowania przypadków mieszanych (*Dorst-Delbanco, Jadassohn*)



Rys. 112 *Naevus unius lateris*.

i postaci przejściowych (*W. Pick*). *Koth* i *W. Pick* uważają też gruczolakowaty nabłoniak torbielowy za dalszy i wyższy stopień rozwoju gruczolaka łojowego.

Wreszcie należy wspomnieć, że łagodny w przebiegu gruczolakowaty nabłoniak torbielowy może się z czasem przekształcić w pospolity nabłoniak skóry (*Jadassohn, White, W. Pick, R. Bernhardt*).

Prawidłowe rozpoznanie można ustalić tylko za pomocą badania drobnowidzowego.

Leczenie nie różni się od podanego w znamieniu łojowym.

3. W ścisłej łączności ze znamionami gruczolakowatymi zdaje się też pozostawać tak zwany torbielowy gruczolak potowy (*Syringocystadenoma* — *Török*, *Syringoma*, *Hydradenomes éruptifs* *Jacquet-Darier*, *Cystadenomes épithéliaux*

benins — *Besnier*, *Cellulomes épithéliaux éruptifs* — *Quinquaud*, *Haemangioendothelioma tuberosum multiplex* — *Jarisch*, *Endothelioma tuberosum colloides* — *Kromayer*, *Lymphangioma tuberosum multiplex* *Kaposi-Biesiadecki*).

W skórze tworzą się twarde, gładkie i niebolesne guzki wielkości łepka szpilki od grochu, kształtu okrągłego lub owalnego, barwy różowej, czerwonej, żółtoczerwonej. Układają się one dosyć umiarowo, mieszcząc się głównie na przedniej powierzchni klatki

piersiowej poniżej obojczyków, na szyi, na przedniej powierzchni kończyn górnych, o wiele zaś rzadziej na twarzy, u nasady nosa, na powiekach. Liczba ich bywa znaczna. Występują one w postaci roz-sianej nie zbierając się w gromady i nie zlewając się ze sobą. Czę-stokroć jednak układają się w szeregi, równoległe do kierunku fałd skóry.

Twory te zjawiają się w dzieciństwie lub pomiędzy 20—30 r. życia. Rosną bardzo powoli i po osiągnięciu pewnych rozmiarów nie powiększają się więcej. Nie ulegają owrzodzeniu ani zwyrod-nieniu złośliwemu.

Pod względem anatomicz-nym guzki składają się ze sku-pień komórkowych, mających kształt dosyć krótkich pasem i okrągłych lub owalnych gniazd. Komórki o wyglądzie nabłon-kowych są czworoboczne, wie-loboczne albo też bardziej płas-kie. W środku skupień widać torbiele o ściankach nabłonko-wych, zawierające jednorodną błyszczącą masę. Torbiele wi-docznie powstają wskutek zwy-rodnienia komórek nabłonko-wych. Zdaniem nowoczesnych badaczy, gruczoły potowe są punktem wyjścia tej sprawy chorobowej. Dawniej przypusz-czano, że bujaniu ulega śród-błonek naczyń krwionośnych limfatycznych, a stąd nazwy haemangioendothelioma tube-rosum i lymphangioma tuberosum multiplex.

Rozpoznanie kliniczne nie jest łatwe i może być zrobione w gra-nicach prawdopodobieństwa jedynie na zasadzie dosyć znamienne-go umiejscowienia na tułowiu. W razie wystąpienia guzków na twarzy należy różnicować z gruczolakowatym nabłoniakiem torbielowy-m. Wątpliwości usuwa badanie histologiczne. Torbielak potowy (hydrocystoma) różni się nie tylko sinawą barwą, lecz głównie tem, że po nakłuciu wydziela się żel płyn przezroczysty.



Rys. 113. Naevus^ulinearis unius lateris.

Zniszczenie poszczególnych guzków można osiągnąć za pomocą zabiegów chirurgicznych, elektrolizy i galwanokaustyki.

V. Znamię systemowe. Znamię linijne c. pasówkowe. Znamię nerwowe. (Naevus systematosus. Naevus linearis s. zoniformis. Naevus neuroticus). — Klinikzną cechą tych znamion jest ich ułożenie i umiejscowienie. Występują one w postaci tasiem, biegnących wzdłuż pni nerwowych, np. na kończynach (znamię linijne), albo równoległe o kierunku żeber, zupełnie jak w półpaścu (znamię pasówkowe). Bardzo często spostrzegamy u-



Rys. 114. *Naevus linearis*.

miejscowienia ściśle jednostronne (*Naevus unius lateris*). Ułożenie tych znamion częstokroć też odpowiada budowie segmentacyjnej stroju albo kierunkowi linii Voigt'a.

Budowa znamion systemowych bywa bardzo rozmaita i zazwyczaj dość złożona. Postacie mieszane należą do zwykłych zjawisk. Widujemy zatem znamiona barwikowe, miękkie i twarde, gładkie i brodawkowe, naczyniowe, gruczolakowate i t. d. Tutaj należą też znamiona z wągrów złożone (*Naevus comedonicus*), występujące w postaci blaszek i pasów, albo też w ułożeniu połowiczem (Bureau, R. Bernhardt). Wągry te bywają nieraz olbrzymich rozmiarów (0,75 cm. grubości, 6—7 cm. długości) i z biegiem czasu ulegają zwapnieniu.

VI. Znamię białe. (*Naevus anaemicus*. *Naevus albus*). Ten typ znamienia został opisany po raz pierwszy przez Vörner'a

w 1906 r. Dalsze spostrzeżenia zawdzięczamy Fischer'owi, Stein'owi, Buschke'mu, O. Naegeli'emu, z autorów zaś polskich E. Brunerowi. Rzecz polega na powstawaniu białych plam wielkości soczewicy, otoczonych skórą prawidłowo zabarwioną albo też nieco przekrwioną. Znamiona występują w liczbie pojedynczej lub mnogiej, jako oddzielne albo w nieprawidłowe blaszki zlewające się plamy. Umieszczenie bywa dowolne, zdaje się jednak, że znamię najczęściej występuje na przedniej powierzchni klatki piersiowej. Nie stwierdzono łączności z kierunkiem fałd skóry i z przebiegiem pni nerwowych. Zmiany te prawdopodobnie należą do wrodzonych. Niekiedy współistnieją znamiona naczyniowe (E. Bruner, Buschke) i choroba Recklinghausen'a (O. Naegeli).

Pod względem klinicznym znamię białe cechują dwa objawy: znikanie plamy przy uciskaniu szkłem oraz wyraźniejsze występowanie podczas tarcia skóry.

Badanie histologiczne nie wykrywa wybitniejszych zmian skóry. Należy przypuścić, że mamy do czynienia z wadliwym unerwieniem, powodującym niedomogę naczyń krwionośnych (Fischer), albo — co prawdopodobniejsze — ze zmniejszoną liczbą naczyń krwionośnych w danym miejscu skóry (Stein).

Przy różnicowaniu należy mieć na względzie wytwarzanie się plam białych w przymocie i łuszczycy, bielactwo wrodzone i nabyte a także powierzchowne blizenki.

Sprawa chorobowa nie wymaga leczenia.

O z n a m i e n i u n a c z y n i o w e m (Naevus vasculosus) patrz str. 624 i następne.

Rozdział XXV.

Łagodne nowotwory skóry.

(Neoplasmata cutis benigna).

I. Nowotwory tkankolącznowe.

Włókniak.

(Fibroma).

Włókniaki należą do stosunkowo często spostrzeganych nowotworów skóry. Odróżniamy włókniaki miękkie i twarde.

Włókniak miękki występuje w liczbie pojedynczej i mnogiej. Pierwszą postać najczęściej stwierdzamy na twarzy, gdzie guzy nieraz sięgają dosyć znacznych rozmiarów. Z miękkimi włókniakami mnogimi spotykamy się w t. zw. chorobie Recklinghausa (Fibroma molluscum. Molluscum fibrosum. Neurofibromatosis. Neuromatosis).

W tem schorzeniu powstają liczne, okrągłe i owalne guzy, siedzące na skórze szeroką nasadą, a także twory gruszkowate, zwisające na krótkiej lub dłuższej szypule (miękki włókniak szypułkowy — Molluscum pendulum). Drobne guzki mieszczą się głęboko w skórze i mogą być palcem wciśnięte wgłąb zupełnie tak, jak niewielka przepuklina. Barwa guzów nie różni się od skóry normalnej, niekiedy jednak bywa różowa a nawet brudnosinowa (drobne guzy). Spoistość jest miękka, rzadziej bardziej zbita. Guzy szypułkowe są albo pełne i gładkie, albo spłaszczone, pomarszczone i jakby zmięte. Na ich powierzchni niekiedy widać włosy (Adrian) oraz wągry (A. Karwowski). Guzki nie są bolesne i nie ulegają owrzodzeniu.

Wielkość guzów bywa bardzo rozmaita — od łepka szpilki i ziarna grochu do rozmiarów jabłka, pomarańczy a nawet głowy noworodka. W niektórych razach jeden lub dwa guzy stale się po-

większają i sięgają nadzwyczajnej wielkości (Dermatolysis autorów), podczas gdy pozostałe twory nie ulegają rozrostowi. Liczba włókniaków waha się od kilkunastu do kilku tysięcy (4000—5000). Wystąpić one mogą w każdym miejscu powierzchni skóry. W niektórych razach zjawiają się one szczególnie obficie na tułowi, koń-



Bys. 115. *Molluscum pendulum*.

czynacn górnych, szyi i głowie. Spostrzegano je też na błonach śluzowych (dziąsła, język, podniebienie twarde).

Zaznaczyć jeszcze należy, że obok mnogich włókniaków miękkich w większości przypadków spostrzegamy też liczne znamiona, zwłaszcza barwikowe i wtedy może być mowa o odmianie barwikowej choroby Recklinghausen'a. Innym razem wysuwają się na pierwszy plan włókniaki (odmiana guzkowa).

Choroba Recklinghausen'a jest cierpieniem wrodzonym, niekie-

dy dziedzicznym. Ujawnia się ona już w pierwszych latach życia, sięga jednak znacznieszego rozwoju częstokroć dopiero w okresie pokwitania albo nawet w wieku późniejszym. Większość badaczy zalicza ją do gromady znamion (patrz wyż. str. 593). Jest rzeczą godną uwagi, że w wielu przypadkach można stwierdzić objawy upośledzonego rozwoju umysłowego i fizycznego.

Badania Recklinghausen'a wykazały, że punktem wyjścia guzów częstokroć bywają pochewki drobnych gałązek nerwowych skóry i że takie twory należy zatem oceniać jako nerwowłókniaki



Rys. 116. *Neurofibromatosis.*

(Neurofibroma). Nie jest to zresztą jedyny sposób powstawania mnogich włókniaków skóry. Mogą one bowiem wyrastać też z otoczek tkankolącznowych naczyń krwionośnych, gruczołów potowych i mieszków włosowych.

Obraz kliniczny mnogich włókniaków miękkich jest o tyle znamieny, że rozpoznanie zazwyczaj nie następuje trudności. Rokowanie jest pomyślne, choć pamiętać należy o możliwości złośliwego zwyrodnienia (mięsaki!). Leczenie jest chirurgiczne. Brocąc zaleca elektrolizę biegunem ujemnym.

Włókniak twardy zazwyczaj zjawia się w liczbie pojedynczej i najczęściej mieści się na tułowie. Do rzadszych umiejscow-

wień należą wargi sromowe mniejsze i większe, lechtaczka, napletek, powieki. Są to ostro odgraniczone okrągłe, a niekiedy jakby zrazikowate i niebolesne guzy, przesuwalne wraz ze skórą. Rosną bardzo powoli i tylko w wyjątkowych razach sięgają znacznych rozmiarów. Leczenie należy do dziedziny chirurgii.

Bliznowiec.

(Keloid).

Bliznowce występują pod postacią guzowatych tworów różnej wielkości, mieszczących się w skórze i wraz z nią przesuwalnych. Ich kształt bywa okrągły, owalny, walcowaty, wieloboczny lub zupełnie nieprawidłowy. Granice niektórych guzów są ostre, innych bardziej zatarte zwłaszcza wówczas, gdy bliznowiec jest zaopatrzony w wypustki, ciągnące się w kierunku skóry zdrowej. Bliznowce wystają ponad otoczenie na 5—15 mm. Powierzchnia ich jest wypukła lub płaska, lśniąca i gładka albo też nierówna i ujawniająca szereg wyniosłości i wgłębień. Spoistość jest twarda, chrząstkowata. Barwa nie różni się od skóry prawidłowej albo bywa matowobiała, różowa, czerwonosinawa. Pokrywający naskórek częstokroć bywa niemal prawidłowy i nie zbywa mu na wylotach mieszków włosowych i gruczołów łojowych, na meszku i włosach.

Bliznowiec nie ulega samoistnemu owrzodzeniu.

Objawów podmiotowych albo wcale nie ma, albo też sprowadzają się one do bolesności przy uciskaniu, do nerwobólów i swędzenia.

Przyjęty jest podział bliznowców na prawdziwe czyli samoistne, pierwotne oraz na rzekome czyli wtórne. Pierwsze mają powstawać samoistnie w skórze zupełnie prawidłowej, bez wyraźnej przyczyny. Drugie zjawiają się po uszkodzeniach, powodujących tworzenie się blizny (*Chéloïde cicatricelle*, *Narbenkeloid*). Bliznowiec samoistny najczęściej mieści się w okolicy mostka, spostrzegano go jednak też na plecach, na bocznych powierzchniach tułowia, na kończynach, szyi, karku, twarzy. Niekiedy zjawia się on w liczbie mnogiej (*Reiss, de Amicis, Schwimmer i in.*). Bliznowce wtórne mogą wystąpić w miejscu dowolnem. Są one następstwem urazu i tworzą się w bliznie. Spostrzegamy je po oparzeniach, w bliznach chirurgicznych, pogruchliczych, pokłowych i t. p. Punktem ich wyjścia częstokroć bywają nikłe uszkodzenia skóry, np. suche i cięte bańki, gorczyznik, plaster drażniący, nalewka jodowa, podrapania, bliznenki po szczepieniu ospy, przekłucie płatków ucha w celu zało-

żenia kolczyków, zastrzyknięcie podskórne leków i t. d. W miejscach uszkodzeń bliznowiec zwykły zjawiać się późno — po miesiącach, a nawet po latach. Wielkość jego bynajmniej nie musi odpowiadać rozmiarom uszkodzenia. W bardzo wielu przypadkach przekracza on granice blizny i czynnie wrastając w otaczającą zdrową skórę sięga rozmiarów znacznego tworzenia guzowatego.

Doniosłe znaczenie posiadają te spostrzeżenia, z których wynika, iż punktem wyjścia bliznowców bywają bardzo często wykwity trądzika pospolitego. Ten fakt wywarł zdaje się decydujący wpływ na ujęcie kwestji bliznowców samoistnych. Bo jeżeli tak



Rys. 117. Keloid.

niekiedy sprawy zapalne mogą być powodem powstawania tworów bliznowcowych, to nie widać poważnych powodów do odróżniania bliznowców pierwotnych i wtórnych. Należy raczej mniemać, że nie ma bliznowców samoistnych, że istnieją tylko wtórne i że mogą one powstawać wskutek przewlekłych stanów zapalnych skóry, powodujących w następstwie bujanie tkanki łącznej. Takie przewlekłe zapalenia umiejscawiają się pospolicie dokola łobek włosów oraz gruczołów łojowych i zdają się być — jeżeli nie jedyną, to bądź co

bądź najczęstszą przyczyną powstawania t. zw. bliznowców samoistnych (F. Krzysztalowicz).

Pod względem histologicznym bliznowiec składa się z tkanki włóknistej, zawierającej stosunkowo znaczną liczbę komórek tkankolącznowych, plazmatycznych i tucznych. Włókna tkanki łącznej przebiegają w postaci pęczków różnej grubości i w różnych kierunkach, trzymając się jednak przebiegu naczyń krwionośnych (F. Krzysztalowicz). Włókien sprężystych nie ma. Przy głębokiem umiejscowieniu guza warstwa brodawkowa skóry bywa zachowana, przy powierzchownem zaś ulega ona wygładzeniu.

Przyczyny powstawania guzów bliznowcowych nie są dokładnie znane. Przypuszczalną skłonność osobniczą do tego ro-

dzaju spraw może stanowić albo jakieś bliżej nieokreślone usposobienie histologiczne skóry (Unna), albo zakażenie miejscowe, w którym gruźlica zdaje się odgrywać niepoślednią rolę (Tilbury Fox, Coley, Nevins Hyde, Darier).

Rozpoznanie wynika z danych badania przedmiotowego. Nie należy utożsamiać bliznowca z blizną przerośłą (*Cicatrix hypertrophica*). Różnice polegają na tem, że taka blizna trzyma się ściśle granic uszkodzenia skóry, nie wrasta w otoczenie i wypustków tam nie zapuszcza. Jest ona jednak wzniesiona ponad otoczenie, choć lepiej unaczyniona i mniej twarda niż bliznowiec.

W leczeniu należy przestrzec przed zabiegiem chirurgicznym, gdyż w większości przypadków bliznowiec odradza się po wycięciu. Niekiedy udaje się temu zapobiec przez współczesne stosowanie rentgenoterapii. Postępujemy w ten sposób, iż po wycięciu bliznowca i zaszcyciu rany operacyjnej natychmiast naświetlamy filtrowanymi promieniami X (5—6H). Metoda znajduje zastosowanie tylko w niewielkich guzach, a niezbędnym warunkiem jej powodzenia jest rychłozrost.

Nieźle wyniki daje czasem elektroliza biegunem ujemnym (4—6MA., 5—6 minut), lecz tylko wówczas, gdy się ją kombinuje z rentgenoterapią. W dzisiejszych czasach przedewszystkiem zalecamy rentgeno- i radiumterapię, a także zamrażanie dwutlenkiem węgla. Każda z tych metod prowadzi do celu zwłaszcza w bliznowcach świeżych. Pracujemy jednak o wiele szybciej i osiągamy znakomite wyniki nawet w bliznowcach zastarzałych dopiero wówczas, gdy stosować będziemy metody skombinowane. Doradzam energiczne zamrażanie dwutlenkiem węgla z następczem naświetlaniem promieniami X, albo też zamrażanie i radiumterapię. Promienie radu oraz rentgenowskie winny być filtrowane.

Zastrykiwania fibrolizyny (2,30 ccm.) co 1—2 dni oraz miejscowe stosowanie plastra rtęciowego i tiosinaminowego należy oceniać, jako metody wspomagawcze.

Tłuszczak.

(Lipoma)

Punktem wyjścia guza zazwyczaj bywa podskórna tkanka tłuszczowa, o wiele zaś rzadziej komórki tłuszczowe przegródek międzymięśniowych (głównie na kończynach).

Tłuszczak jest nowotworem, powstającym wskutek nadmiernego rozrostu tkanki tłuszczowej w danem ograniczonym miejscu.



Składa się on z szeregu zrazików tłuszczowych, rozdzielonych przegródkami, utworzonymi z tkanki łącznej i z naczyń krwionośnych. Przy cienkich przegródkach spoistość guza bywa miękka (lipoma molle — tłuszczak miękki), przy znacznym zaś rozwoju tkanki łącznej — twarda (tłuszczak włóknisty — lipoma fibrosum, fibrolipoma). W niektórych wrodzonych znamionach tłuszczakowych spostrzegamy w przegródkach nadmierną liczbę naczyń krwionośnych i tworom takim nadajemy miano tłuszczaków naczyńastych (lipoma teleangiectodes).

Tłuszczaki występują w liczbie pojedynczej, mnogiej i w postaci rozlanej.

Oddzielne guzy tłuszczakowe zazwyczaj rosną bardzo powoli. Po osiągnięciu pewnej wielkości mogą się one zatrzymać w dalszym rozwoju i trwać nieograniczenie długo. Niektóre posiadają postępujący rozrost, a wówczas mogą powstawać guzy wagi 15—20 a nawet 30 kg. Tłuszczaki siedzą na szerokiej podstawie albo też zwisają na szypułkach (tłuszczak szypułkowy — lipoma pendulum s. polyposum). Pokrywająca skóra ma prawidłowe zabarwienie i łatwo zbiera się w fałdę. Guz jest przesuwalny wraz ze skórą i nieco bolesny przy uciskaniu. — Takie twory najczęściej spostrzegamy w okolicy barkowej, pachowej, na pośladkach i udach.

Postać kliniczna tłuszczaków mnogich tem się cechuje, że zwykła występować w ułożeniu umiarowem, mieszcząc się najchętniej na kończynach. Guzy posiadają szeroką podstawę lub budowę szypułkową. Ich wielkość bywa rozmaita. Niektóre nie przekraczają rozmiarów orzecha laskowego, jaja kurzego, inne bywają o wiele większe, jednak nigdy tak duże, jak w poprzedniej postaci. Liczba tłuszczaków podlega szerokim wahaniom, a w spostrzeżeniu Broca'y sięgała 2080 egzemplarzy.

Tłuszczaki mnogie niekiedy występują w postaci rozlanej. Powstają drobne guzki, które stopniowo powiększają i stykają się ze sobą, tworząc rozlany i nieostro odgraniczony naciek. Taki naciek zazwyczaj bywa mało przesuwalny, a skóra nad nim nie zbiera się w fałdę.

Rozlane zmiany tłuszczakowe spotykamy też w otyłości bolesnej (Adipositas dolorosa. Morbus Dercum), która widocznie pozostaje w łączności z wadliwą czynnością gruczołu tarczowego.

Rozpoznanie tłuszczaków zazwyczaj bywa łatwe. Wynika ono z danych klinicznych, do których należą: miękkość guza, czę-

stokroć okrągły kształt, zrazikowata budowa przy prawidłowej skórze pokrywającej. Twarde tłuszczaki włókniste mogą wzbudzać podejrzenie co do kaszaków i skórzaków (Dermoid). Twory te spotykamy jednak głównie na głowie, gdzie tłuszczaki zwykły się zjawiać właśnie rzadko. Zważyć też wypada, że torbiel skórzasta należy do wrodzonych zmian, tłuszczak zaś do nabytych, spostrzeganych przeważnie u ludzi dorosłych. Pozatem zasługuje na uwagę okoliczność, że skóra nad tłuszczakami zasadniczo bywa przesuwalna i łatwo zbiera się w fałdę, w torbielach zaś tych objawów nie stwierdzamy.

Różnicowanie z bąblowcem daje się przeprowadzić tylko na zasadzie próbnego nakłucia i drobnowidzowego zbadania zawartości (haczyki).

Leczenie. — Duże guzy można usunąć jedynie sposobem chirurgicznym. W tłuszczakach mnogich są wskazane zastrzykiwania wysokoku w mięsz guzków, naswietlania promieniami X oraz podawanie tyreoidyny.

Kępki żółte.

(Xanthoma. Xanthelasma. Vitiligoidea).

Kępkami żółtymi nazywamy plamiste i guzeczkwate wykwitwy, zdradzające swoiste żółte zabarwienie i posiadające znamienne dla sprawy budowę histologiczną.

Odróżniamy pospolite kępki żółte (xanthoma vulgare) i moczówkowe (xanthoma diabetorum).

1. Pospolite kępki żółte dzielą się na odmianę płaską i odmianę guzowatą.

A) Odmiana płaska (xanthoma planum) występuje w kształcie plamistych wykwitów, umieszczonych w skórze właściwej i ostro zarysowanych. Kształt ich bywa okrągły, owalny lub podłużny, barwa — słomkowo-, pomarańczowo- lub złotożółta. Wielkość waha się od łepka szpilki do paznokcia a nawet więcej. Wykwity wcale nie wystają ponad poziom otoczenia albo wznoszą się w stopniu bardzo nieznacznym. Powierzchnia jest gładka, niekiedy subtelnie zbrózdzona. Pokrywający naskórek nie wykazuje wyraźnych zmian. Przy dotykaniu nie stwierdzamy nacieczenia lub zgrubienia skóry. Objawów podmiotowych nie ma.

Płaskie kępki żółte zjawiają się klasycznie na powiekach bliżej wewnętrznego kąta oka, wcześniej i częściej na górnych niż na dolnych (xanthoma palpebrarum). Wykwity mają wygląd oddzielnych plam lub też większych blaszek. Ułożenie częstokroć bywa umiarowe.

Do rzadszych umiejscowień należą policzki i nos, małżowiny uszne, szyja, kark, zgięcia stawowe, dłonie, podeszwy, napletek.

B) Odmianę guzowatą (xanthoma tuberosum) cechują twory grudkowe i guzeczkowe wielkości ziarna prosa, grochu i bobu. Ich spistość bywa miękka lub twarda, niekiedy nawet chrząstkowata. Zabarwienie wykazuje odcienie kanarkowożółte, brudnożółte, żółtobrunatnawe. Wykwity występują w postaci rozsianej i zdradzają skłonność do uogólnienia. Osutka częstokroć rozpoczyna się na powiekach, gdzie posiada wszelkie znamiona odmiany płaskiej. Plamiste wykwity mogą się jednak zjawić też w innych miejscach ciała występując współrzędnie z guzowatami.

Zmiany zwykły się tworzyć przedewszystkiem w miejscach, ulegających uciskowi i częstemu urazowi, a więc na łokciach, kolanach, na powierzchniach grzbietowych stawów palcowych, na pośladkach. Widujemy je na dłoniach i podeszwach a pozatem w każdym innym miejscu powierzchni ciała, nawet na uwłosionej skórze głowy. Zajęte mogą też być błony śluzowe (jama ustna, gardło, krtań, tchawica, oskrzela), narządy wewnętrzne (otoczka śledziony i wątroby, przewody żółciowe, otrzewna, wsierdzie, aorta), wreszcie ścięgna palców rąk i stóp, Achillesa i t. d.

Guzowata odmiana kępek żółtych występuje w skórze umiarkowanie. Wykwity są rozsiane lub zebrane w gromady, układają się linijnie (xanthoma lineare s. striatum) albo też tworzą większe blaszki. W przypadkach uogólnienia cierpienia cała powierzchnia skóry może posiadać żółtawe zabarwienie — xanthodermia (E. Besnier, Carry, Touton i in.).

Guzki nie powodują żadnych objawów podmiotowych. Niekiedy jednak są one bolesne przy dotykaniu i uciskaniu. Przebieg uogólnionej postaci kępek żółtych zazwyczaj bywa przewlekły. Sprawa częstokroć rozwija się napadowo. Dojrzałe guzki nie ulegają dalszym zmianom, samoistne zaś znikanie można zaliczyć do rzadkości.

W niektórych przypadkach zdarza się, że kępki żółte wyrastają w guzy wielkości orzecha włoskiego, jaja kurzego, piąstki dziecka (xanthoma en tumeurs). Twory takie są żółte lub białożółtawe, podstawa ich jednak zazwyczaj posiada zabarwienie czerwone. Spistość jest zbita jak twardych włókniaków, budowa zaś częstokroć bywa zrazikowata. Mieścić się zwykły na kończynach (łokcie, kolana, pięty, pośladki).

Budowa kępek żółtych jest bardzo znamienna. Pod naskórkem niemal prawidłowym znajdujemy w skórze właściwej gniazda

i smugi, złożone z komórek kształtu okrągłego i owalnego. Zaródź komórek zawiera żółtą substancję, zbliżoną do tłuszczu, która barwi się kwasem osmowym na kolor czarny, w wysoku zaś nie rozpuszcza się wcale albo też bardzo trudno (t. zw. protagon). W zarodki komórek kępek żółtych substancja ta występuje w kształcie oddzielnych ziaren. Z biegiem czasu ziarenka zlewają się ze sobą i wypełniają ciało komórek masą jednolitą. Kilka przylegających do siebie komórek może się połączyć i utworzyć t. zw. komórki olbrzymie kępek żółtych, zawierające znaczną liczbę jąder. Popóźniej jądra giną doszczętnie tak, że pozostają jednorodne tłuszczowe brylki, wypełniające szczeliny tkanki łącznej. — W odmianie guzowatej gniazda komórkowe są porozdzielane grubymi pasmami tkanki łącznej. Tkanka sprężysta nie bierze udziału w sprawie chorobowej.

Przyczyny powstawania rozsianej uogólnionej postaci kępek żółtych są dotychczas mało zbadane. Zwraca uwagę częste współistnienie żółtaczk. Niektórzy sądzą, że żółtaczka nie występuje tu w charakterze czynnika przyczynowego, lecz winna być oceniana jako zjawisko współrzędne (umiejscowienie kępek żółtych w wątrobie i w przewodach żółciowych). Inni mniemają, że główną rolę w powstawaniu kępek żółtych należy przypisać obecności we krwi nadmiaru lipidów, a mianowicie cholesteryny (cholesterinaemia), która odkłada się w tkankach. Niektórzy jednak badacze (np. Arzt) przypuszczają, że obok tego może też mieć miejsce swoiste zwyrodnienie zarodki komórek. Co się tyczy nadmiaru cholesteryny we krwi, to Chauffard i in. są zdania, że zjawisko to może powstać biernie wskutek schorzenia wątroby (zatrzymanie żółci), albo też czynnie — z powodu zaburzeń w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym (nadnercza, jajniki). — Arning i Lippmann wspominają ponadto o cholesterynemji samoistnej.

Ostatnimi czasy poświęcano też dużo uwagi sprawie skłonności wrodzonej oraz dziedziczności. Okazało się, że cierpienie może być wrodzone albo ujawnić się już w pierwszych miesiącach (Eichhoff, Carini), i latach życia (Heuss). Stwierdzono też, że może ono wystąpić w kilku pokoleniach (Köbner, Hutchinson, Török i in.) Wedle tych poglądów należałoby mniemac, że w kępkach żółtych mamy do czynienia z tworem tkankolącznym, podlegającym szczególnemu zwyrodnieniu tłuszczowemu, i że twór ten pozostaje w bliższej łączności z gromadą znamion.

2. **Żółte kępki moczowe** (xanthoma diabetorum) spostrzegamy u osobników w średnim wieku, cierpiących na cukrzycę. Osutka wybucha nagle i rozwija się dosyć ostro w ciągu

kilku tygodni, niekiedy nawet w ciągu kilku dni. W przebiegu ujawnia ona okresy zwolnienia i nasilenia. Poszczególne kępki mogą zupełnie zginąć, a po pewnym czasie znów się zjawić.

Osutka składa się z grudek, blaszek, guzeczków i guzów. Wykwity występują w postaci rozsianej, zbierają się w gromady lub układają się linijnie. Od zwykłych kępek żółtych różnią się tem, że mają bardziej zbitą, twardą spistość i że ich podstawa jest ciemnoczerwona lub czerwonosinawa. Żółte zabarwienie posiada tylko środek lub szczyt wykwitu. Dokoła niektórych guzeczków widać też zapalną obwódkę. Osutce częstokroć towarzyszy uczucie pieczenia i swędzenia, poszczególne zaś wykwity są wyraźnie bolesne przy uciskaniu. — Zmiany skóry mieszczą się na łokciach, kolanach, w okolicy namięstkowej i skokowej, na pośladkach, karku, na uwłosionej skórze głowy, niekiedy też na błonie śluzowej jamy ustnej. Twarz zazwyczaj bywa wolna. Bardzo rzadko zajęte bywają dłonie i podeszwy.

Rozpoznanie kępek żółtych jest łatwe, zwłaszcza w klasycznym umiejscowieniu na powiekach. W odmianie rozsianej, uogólnionej należy zwrócić uwagę na szczególne zabarwienie, kształt, spistość, umiejscowienie i ułożenie wykwitów. Różnicowanie z pokrzywką barwikową (*urticaria pigmentosa* s. *xanthelasmoides*) może sprawić trudności tylko w przypadkach wyjątkowych. Wątpliwości co do gruczolaka łojowego (*adenoma sebaceum*) usuwa badanie histologiczne. W sprawie kępek żółtych rzekomych patrz rozdz. XVIII.

Leczenie wewnętrzne rokuje powodzenie tylko w żółtych kępkach moczówkowych. Współistniejącą żółtaczkę należy zwalczać wedle ogólnych zasad terapeutycznych. Leczenie miejscowe płaskiej odmiany na powiekach polega na wycięciu lub na stosowaniu elektrolizy. W odmianie rozsianej można zalecić naświetlenie promieniami X. W celu usunięcia większych guzów wskazany jest zabieg chirurgiczny.

Nowotwory naskórkowe.

Brodawczak.

(Papilloma).

Na skórze i błonie śluzowej powstają rozrosty brodawkowe w kształcie słupków, stożków i cierni wielokrotnie rozgałęzionych, albo też zjawiają się twory o wyglądzie drobnych grudek wielko-

ści lepka szpilki. Kształt grudek jest półkulisty, ich powierzchnia drobnoziarnista. W miarę powiększania się wykwitów ziarnistość staje się wyraźniejsza tak, że w pewnym okresie całość wielce przypomina jagodę maliny. W dalszym przebiegu ziarniste wyniosłości wydłużają się, wyrastają w wysokie rozrosty brodawkowe i w ten sposób powstaje twór, który zwykliśmy porównywać z kalafiolem. Wykwity zazwyczaj występują gromadnie. Przy gęstem ułożeniu w fałdach, gdzie stykają się dwie powierzchnie skóry, brodawczaki tracą kształt okrągły, ulegają spłaszczeniu wskutek ucisku i nabierają wyglądu grzebieni kogucich (np. w rowku zażołądowym, w pachwinach, w okolicy odbytu).

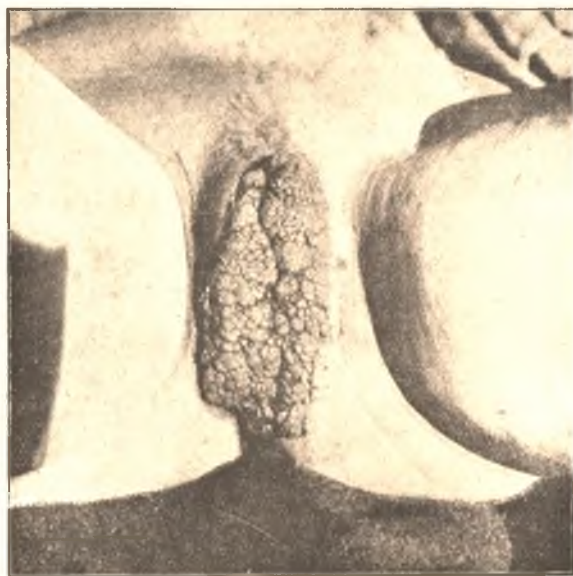
Inne właściwości kliniczne brodawczaków zależą w znacznym stopniu od umiejscowienia sprawy. W suchych miejscach brodawczaki są zazwyczaj stosunkowo mniejsze, barwy blad różowej, różowoszarawej, twarde i pokryte grubą warstwą rogową. Na wilgotnych powierzchniach skóry, ulegających wymoczeniu i żrącemu działaniu wydzielin, brodawczaki mają barwę żywoczerwoną i są miękkie, wilgotne, nieraz sączące i łatwo krwawią. W przestrzeniach pomiędzy rozrostami brodawkowymi częstokroć zbiera się cuchnąca ropna wydzielina. Takie twory zwykły sięgać większych, nieraz bardzo znacznych rozmiarów.

Ulubionem umiejscowieniem brodawczaków jest okolica narządów płciowych. Tutaj słyną one pod nazwą szyszkowin stożkowatych czyli kończystych (condyloma accuminatum, vegetationes). Spostrzegamy je na wewnętrznym listku napletka, w rowku zażołądowym, na żołądzi, w wylocie i w dołku łódkowatym cewki, na wargach sromowych mniejszych i większych, w okolicy lechtaczki, u wejścia i na błonie śluzowej pochwy. W przypadkach zaniedbanych mogą być zajęte pachwiny, krocze, okolica odbytu a nawet pępek. U kobiet z obfitymi upławami, zwłaszcza na tle rzeźączki, a także u ciężarnych szyszkowiny stożkowate nieraz wyrastają w masy potwornej wielkości, które w jednym z moich spostrzeżeń sięgały niemal głowy noworodka. U mężczyzn z długim wązkim napletkiem może się utworzyć duży guz wielkości pięści, który zwisa na długiej szypułce, przymocowanej do wewnętrznego listka napletka.

Brodawczaki powstają też na błonie śluzowej jamy ustnej, najchętniej na powierzchni wewnętrznej policzków bliżej kąta ust, rzadziej na języku. Są to twory wielkości lepka szpilki do grochu, obsadzone na szerokiej podstawie lub szypułkowe.

Na twarzy i na uwłosionej skórze głowy brodawczaki są zawsze

twardawe, suche, o powierzchni zrogowaciałej. Mają one kształt kalfiorów albo też wyglądają tak, jak pęk długich, cienkich stożków, wyrastających ze wspólnej nasady. Mieszczą się na powiekach, na skrzydłach nosa — zwłaszcza na ich brzegach u wejścia do jamy nosowej i na skórnej części przegrody, następnie u kąta ust, na małżowinach usznych (przeciwskrawk), w okolicach skroniowych. Na uwłosionej skórze głowy brodawczaki zjawiają się bardzo często w postaci oddzielnych egzemplarzy, albo też w liczbie mnogiej



Rys. 118. *Condylomata accuminatum*.

i tak obficie, że niemal cała głowa może być niemi usiana.

Prócz wskazanych miejsc brodawczaki mogą się też utworzyć w każdym punkcie powierzchni skóry, a zwłaszcza chętnie u brzegów blizn.

Budowa. Rozrost sopl międzybrodawkowych oraz bujanie warstwy brodawkowej stanowią podstawę anatomicznych zmian w brodawczakach. Pewna grupa brodawek skóry poczyna energicznie bujać, wyrastając wysoko ponad powierzchnię otoczenia i rozgałęziając się wielokrotnie. Naczynia krwionośne są rozszerzone w brodawkach i w skórze u podstawy wykwitów, zjawisku zaś temu towarzyszy obrzęk, rozszerzenie naczyń i szczelin chłonnych oraz rozsiane nacieczenie drobnokomórkowe. Objawy te występują wyraź-

nie zwłaszcza w szyszkowinach stożkowatych. W naskórku można stwierdzić wybitny rozrost warstwy kolczastej, głównie sopli międzybrodawkowych, a także obrzęk między- i śródkomórkowy. W komórkach walcowatych widać figury podziału jąder. Warstwa ziarnista jest miejscami dobrze zachowana, miejscami zaś brak jej zupełnie. Warstwa rogowa jest zgrubiała w brodawczakach suchych, w wilgotnych zaś — cienka i z objawami rogowacenia wadliwego.

Przyczyny. O ile można sądzić, brodawczaki należą do tworów zaraźliwych, dających się przeszczepić z miejsca na miejsce i zaszczerpić innemu osobnikowi. Ich powstawaniu widocznie sprzyja drażniący wpływ na skórę i błony śluzowe różnych fizjologicznych i patologicznych wydzielin. Śród czynników usposabiających dużą rolę niewątpliwie odgrywa rzeżączka i ciąża. — Jakie znaczenie w etiologii szyszkowin stożkowatych należy przypisać różnym odmianom krętków, a zwłaszcza krętkowi załamującemu światło (*spirochaete refringens*), tego dziś rozstrzygnąć nie zdołamy (Dreyer, Kraus, Hecht i in.).

Leczenie. Brodawczaki twarzy i głowy można ścierać nożyczkami, a dno przypalić kwasem dwu- lub trójchloroctowym albo płynem chlorku żelazowego (*liq. ferri sesquichlorati*). Odpowiedniejsza jest jednak elektroliza biegunem ujemnym, wykonywana w ten sposób, że igłę wprowadza się u samej nasady brodawczaka (1—2 MA).

Niewielkie szyszkowiny stożkowate można przypalić kw. octowym, karbolowym, chromowym, płynem chlorku żelazowego, azotanem srebra i t. d. Bardzo odpowiedni i niebolesny jest zabieg, polegający na posmarowaniu 5—10% roztworem kwasu lub potasu chromowego z następczem przypaleniem stopionym azotanem srebra. Dalsze postępowanie polega na stosowaniu zasypek suszących, np. zasadowego azotanu bizmutowego, dermatolu, kseroformu itd. W licznych rozsianych wyroślach jest wskazane ścięcie nożyczkami lub wyłyżeczkowanie. Obfite krwawienie ustaje szybko i łatwo przy użyciu wody utlenionej, opatrunki zaś polegają na stosowaniu 1/4—1% roztworu azotanu srebra lub wyż. wskazanych zasypek.

Jeżeli chory nie zgadza się na tego rodzaju zabiegi, to należy zalecić zasypkę z resorcyny lub

Summit. Sabinac
Alumin. pulver. \hat{a}

Należy stosować jeden raz dziennie aż do wystąpienia objawów podrażnienia, które usuwamy maścią borną, poczem powracamy do zasyпки.

Bardzo rozległe i wybujałe szyszkowiny, wyrastające do rozmiarów tworów guzowatych, podlegają leczeniu chirurgicznemu. Dobre wyniki można też niekiedy osiągnąć przy stosowaniu rentgenoterapii (zwłaszcza u kobiet w szyszkowinach stożkowatych sromu).

Brodawki.

(Verrucae).

Odróżniamy:

- 1) brodawki pospolite czyli twarde, zwane kurzawkami i kurzajkami (verrucae vulgares s. durae),
- 2) brodawki płaskie czyli brodawki młodocianych (verrucae planae s. juveniles) oraz
- 3) brodawki starcze czyli łojotokowe (verrucae seniles s. seborrhoicae).

Brodawki pospolite czyli twarde (Verrucae vulgares s. durae) powstają jako drobne, okrągłe, przeważnie półkuliste i twarde wzniesienia. Powiększają się one bardzo powoli, sięgając wielkości łepka szpilki, ziarna soczewicy, grochu a nawet owocu małej wiśni. Wyrośnięte wykwitły mają kształt ostro odgraniczzonego, okrągłego lub owalnego guzka twardej spistości, dosyć wysoko wystającego ponad otoczenie. Barwa brodawek najczęściej bywa brudno- lub ciemnoszara. Powierzchnia jest sucha, szorstka, nierówna, ziarnista, częstokroć pokryta twardymi rogowymi rozrostami. Brodawki są niebolesne za wyjątkiem popękanych i mieszczących się na dłoniach, podeszwach i w okolicy paznokci.

Brodawki pospolite zwykły występować w liczbie mnogiej, niekiedy nad wyraz obficie. Częstokroć zdarza się, że dokoła dużego wykwitwu widać posiew młodych, drobnych brodawek (Verrucae mères et verrucae filles). Ich ulubionym umiejscowieniem są grzbietowe powierzchnie palców i rąk. Dosyć często otaczają one paznokcie, wrastają pod nie i zjawiają się też u jego brzegu wolnego. O wiele rzadziej spostrzegamy je w fałdach międzypalcowych, na dłoniach i przedramionach, na grzbietach stóp i na podeszwach, na twarzy (czoło), szyi i uwłosionej skórze głowy. Na dłoniach brodawki zazwyczaj bywają mało wzniesione, płaskie, o powierzchni ziarnistej,

otoczone obwódka zgrubiałego naskórka, bolesne. Na podszewkach są one bardzo podobne do odcisków (Dubreuilh, Melchior Robert).

Cierpienie najczęściej się zdarza u osobników młodych do 30 lat i ma niezmiernie przewlekły przebieg. Niekiedy występują okresy obostrzenia (wiosna), niekiedy znowu brodawki samoistnie giną w bardzo krótkim czasie. Znane są też fakty, że po usunięciu jednego lub kilku dużych wykwitów pozostałe znikają bez śladu.

B u d o w a. Sprawa polega na zgrubieniu warstwy rogowej naskórka, na rozroście kolczastej i wybujaniu warstwy brodawkowej skóry. Brodaweczki skóry są częstokroć bardzo znacznie wydłużone, lecz nie rozgałęzione. Warstwa komórek kolczastych jest zgrubiała, sople naskórkowe wnikają głęboko w podłoże. W warstwie brodawkowej i w skórze właściwej można niekiedy stwierdzić stan zapalny, który jednak nie należy do istoty sprawy, lecz występuje jako zjawisko wtórne. W tych razach można wykryć w naskórku objawy rogowacenia wadliwego obok nadmiernego.

B r o d a w k i p ł a s k i e czyli brodawki młodocianych (*Verrucae planae s. juveniles*) mają wygląd ostro odgraniczonych płaskich, ponad otoczenie z ledwością wzniesionych grudek kształtu okrągłego, owalnego lub wielobocznego, wielkości ziarna maku, lepka szpilki, soczewicy. Barwa ich może się nie różnić od skóry prawidłowej albo też bywa blad różowa, żółtoczerwona, żółtawa, szara a nawet brunatnawa. Powierzchnia jest gładka, niekiedy lśniąca, jak w wykwitach czerwonego liszaja płaskiego. Tylko na starszych grudkach można za pomocą szkła powiększającego dojrzeć mniej więcej wyraźną ziarnistość.

Płaskie brodawki zawsze występują gromadnie a niekiedy tak gęsto, że łączą się ze sobą w blaszki nieprawidłowego kształtu. W miejscu podrapania układają się one w szeregi. Spostrzegamy je najczęściej na palcach i grzbietach rąk oraz na twarzy (czoło, skronie, policzki, okolica ust, bródka). Przebieg jest przewlekły. Mogą one zniknąć samoistnie. Zjawiają się zazwyczaj u dzieci.

Sprawa chorobowa odbywa się w naskórku i polega głównie na rozroście warstwy kolczastej, która tworzy węższe i szersze bloki międzybrodawkowe, odgraniczone ku dołowi linjami czworoboku. Komórki są naogół prawidłowe. Warstwa ziarnista jest nieco zgrubiała, rogowa również, lecz nie zbita. Brodawki skóry są nieco wydłużone. W skórze właściwej nie widać objawów zapalenia.

P r z y c z y n y. — Poszukiwania Jadassohn'a, Nobl'a i in. wykazały, że brodawki pospolite oraz płaskie należą do tworów zaraźliwych, które przeszczepiają się z miejsca na miejsce i które

można zaszczepić zdrowemu osobnikowi. Okres wylegania trwa 5 tygodni do 8 miesięcy. Zarazek jeszcze nie został wykryty.

Rozpoznanie brodawek pospolitych i płaskich zazwyczaj nie nastęca znaczniejszych trudności. Jedynie w odmianie płaskiej może niekiedy zachodzić potrzeba różnicowania drobnych świeżych brodawek z wykwitami czerwonego liszaja płaskiego. W tych razach należy mieć na względzie umiejscowienie (twarz, ręce), zabarwienie wykwitów, brak wgłębienia środkowego a wreszcie i tę okoliczność, że brodawki płaskie łatwo się zeskrobuja łyżeczką a nawet paznokciem.

Leczenie. — Wybór metody uzależniamy w znacznym stopniu od postaci klinicznej i od wielkości brodawki, a także od stopnia zrogowacenia jej powierzchni. W każdym jednak przypadku należy dbać o dobre wyniki kosmetyczne i unikać szpecącej blizny.

Niewielkie brodawki twarde można usunąć za pomocą leków żrących. W tym celu należy uprzednio rozmiękczyć warstwę rogową za pomocą okładu resorcynowego (5%), maści lub plastra salicylowego (10%), wymiękłą masę zeskrobać łyżeczką a samą brodawkę przypalić kwasem dwu- lub trójchloroctowym, karbolowym, salicylowym lub octowym (Ac. salicylici 1,00 : Acet. glacial. 9,00). W obecności licznych, lecz drobnych brodawek na grzbiecie rąk można zastosować kw. salicylowy i mleczny.

1) Ac. salicylici
— lactici \widehat{aa} 1,00
Collodii elast. 8,00
(Brocq).

2) Ac. salicylici
Spir. vini rectific. \widehat{aa} 1,00
Aether. sulfur. 2,50
Collodii elast. 5,50
(Brocq).

Należy smarować 4—5 dni z rzędu, następnie usunąć colodium w kąpeli miejscowej, a w razie potrzeby powtórzyć zabieg.

W dużych brodawkach zaleca się ścięcie nożem lub wylężczkowanie całej brodawki z następczem przypaleniem wyżej wskazanemi lekami. Dobre wyniki otrzymujemy również przy stosowaniu elektrolizy, która nadaje się również do leczenia brodawek płaskich. Do doskonałych metod trzeba zaliczyć zamrażanie dwu-

tlenkiem węgla (30—40—60 sekund w zależności od wielkości i twardości brodawki). Zabieg ten można stosować w każdym przypadku, szczególnie zaś szybko prowadzi on do celu w brodawkach dłoni i w ich umiejscowieniu przypaznokciowym. Naświetlanie promieniami Roentgen'a jest wskazane w twardych brodawkach mnogich, wynik jednak nie zawsze bywa pewny.

W leczeniu brodawek płaskich zalecamy pasty złuszczące, n. p. 5—10% resorcynową lub naftolowo-siarkową.

Naphtol-β 2,00
Sulfur. ppt. 10,00
Sap. virid.
Vaselin. fl. amer. \hat{a} 4,00
M. f. pasta

Niekiedy pomaga dłuższe podawanie arszeniku. Metodą najlepszą i najpewniejszą w działaniu jest jednak rentgenoterapia (1 Dos. lub $2 \times \frac{1}{2}$ Dos. w 10-dniowym odstępie).

Brodawki starcze czyli łojotokowe (*Verrucae seniles* s. *seborrhoicae*. *Keratoma senile*). U osobników w wieku 40—50 lat spostrzegamy płaskie blaszki nieco wzniesione ponad otoczenie i wyższe w części środkowej, niż w obwodowej. Ich kształt jest okrągły, owalny lub nieprawidłowy, wielkość może dochodzić do $1\frac{1}{2}$ —2 cm. średnicy. Powierzchnia blaszek jest nierówna, brodawkowata, pokryta warstwą rogową barwy brudnożółtej, szarzielonkawej, brunatnawej. Warstwa ta jest częstokroć obficie nasiąknięta tłuszczem i zeskrobuje się dosyć łatwo. Po jej usunięciu widać brodawkowatą, a miejscami łatwo krwawiącą powierzchnię.

Twory te zwykły występować w liczbie mnogiej i najchętniej mieszczą się na tułowiu (plecy, piersi, brzuch), na twarzy (skronie, czoło, policzki, okolica oka), na szyi i uwłosionej skórze głowy, na grzbietach rąk. Po osiągnięciu pewnej wielkości trwają one bez zmiany nieograniczenie długo i widocznie zdradzają mało skłonności do samoistnego zanikania. Niekiedy bywają one punktem wyjścia nabłoniaków (zwłaszcza twarzy).

Anatomicznie mamy do czynienia z rozrostem warstwy koleczastej. Sople międzybrodawkowe ulegają wydłużeniu, wrastają w podłoże, a tam stykając i łącząc się ze sobą, powodują powstawanie budowy siatkowatej. Warstwa rogowa jest zgrubiała. Widać w niej perły, utworzone z cienkich blaszek rogowych. W skórze właściwej Waelsch stwierdził objawy zapalne w sąsiedztwie gruczołów

łojowych i torebek włosowych, a prócz tego zjawiska zaniku i zwyrodnienia, właściwe skórze starczej.

W leczeniu brodawek starczych zalecamy wcieranie szarego mydła lub wysokoku mydlanego (spir. saponis kalini), stosowanie maści i plastrów, zawierających kw. salicylowy, pyrogalusowy, resorcyne, siarkę (5—10%). Dobre wyniki daje niekiedy zamrażanie dwutlenkiem węgla, rentgeno- i radiumterapia. W przypadkach, wzbudzających podejrzenie co do zrakowacenia, może być wskazany jedynie zabieg chirurgiczny.

Zaraźliwy nabłoniak skóry.

(Molluscum contagiosum).

Zaraźliwy nabłoniak skóry ma kliniczny wygląd drobnych twar-dawych guzeczków, wzniesionych półkulisto ponad powierzchnię otaczającej skóry. Wielkość waha się w granicach ziarna maku do grochu polnego. Barwa nie różni się od skóry prawidłowej albo bywa bardziej różowawa, częściej jednak perłowa. Na szczycie półkulistego a niekiedy nieco spłaszczonego tworu widać pępkowate wklęslenie, zaopatrzone w otwór. Przy naciskaniu wydziela się zeń twar-dawy, białoszarawy, matowy czop, a za nim miękka, biała kaszkowata masa.

Nabłoniak zaraźliwy mieści się najchętniej na narządach płciowych, na skórze prącia i moszny, na wargach sromowych większych, dosyć często też na twarzy, zwłaszcza u dzieci i osobników młodych, rzadziej na tułowi i wewnętrznych powierzchniach kończyn. Zazwyczaj znajdujemy tylko kilka wykwitów, niekiedy jednak liczba ich bywa wcale pokaźna. Występują one w postaci rozsianej i tylko wyjątkowo łączą się w większe twory guzowate (molluscum contagiosum giganteum). Nie sprawiają one żadnych dolegliwości. Mogą trwać bardzo długo — miesiące, lata, wreszcie jednak miękną i odpadają, pozostawiając powierzchowną bliznę.

Pod względem anatomicznym guzek jest nowotworem naskórkowym o budowie zrazikowatej, powstałym wskutek bujania komórek warstwy rozrodczej. Poszczególne zraziki kształtu gruszkowatego są porozielane cienkimi przegródkami tkankolącznowymi i nie wykazują żadnej łączności z gruczołami łojowymi lub mieszka-mi włosowymi. Zraziki składają się z komórek naskórkowych. Zewnętrzne, odśrodkowe pokłady zawierają komórki walcowate. Za nimi następuje warstwa, której komórki ulegają swoistemu zwyrodnieniu, powodującemu powstawanie t. zw. ciałek (pasorzy-

tów) nabłoniaka zaraźliwego. Są to jednorodne ziarenka, zaopatrzone w otoczkę. Kształt ich jest okrągły lub jajowaty. Spostrzegamy je głównie w dośrodkowych odcinkach zrazików, w warstwach odpowiadających ziarnistej i rogowej naskórka.

Nagromadzają się one w części środkowej guzeczka w miejscu, które klinicznie określamy wklęśnieniem pępkowatym. Stanowią one główną część składową wyciskalnej masy guzka.

Cierpienie należy do rzędu zaraźliwych i zaszczepialnych, co



Rys. 119. *Molluscum contagiosum*.

Zrazikowata budowa guzka. W poszczególnych zrazikach widać swoiste, zwyrodniałe komórki, t. zw. ciała nabłoniaka zaraźliwego.

zostało udowodnione doświadczalnie. Zarazek nie jest dotychczas znany. Wiemy tylko, że jest on przesączalny. Okres wylęgania wynosi 2 do 3 miesięcy.

Rozpoznanie wynika z wyż. podanych cech klinicznych.

Leczenie polega na wyciśnięciu zawartości guzka lub na wylężeczkowaniu. Po zabiegu zalecamy smarowanie kilka dni z rzędu nalewką jodową. W bardzo licznych i rozsianych nabłoniakach zaraźliwych są wskazane pasty luszczące. Brocą zachwala wyciera-

nie wyskokiem kamforowym dwa razy dziennie. Lek ten można stosować w celach zapobiegawczych.

Gruźlak skóry.

(Adenoma cutis).

Kwestja gruźlaków skóry jeszcze nie jest dostatecznie opracowana. Pewna grupa tych tworów należy do rzędu wrodzonych zmian skóry i została zaliczona do gromady znamion (patrz strona 594). Zdaje się, że w niektórych razach mamy tu do czynienia raczej ze zwykłymi sprawami przerostowymi (adenoma sebaceum s. naevus sebaceus). Obok tego znane są jednak też gruźlaki nabyte. Typ Balzer-Ménétrier dotyczy gruźlaków łojowych, typ Perry-potowych. Są to drobne guzki wielkości łepka szpilki do ziarna grochu, barwy skóry otaczającej, które najczęściej mieszczą się na twarzy (czoło, nos, policzki, wargi). Właściwe rozpoznanie staje się możliwe tylko dzięki badaniu histopatologicznemu.

Torbiele skóry.

(Cystes cutis).

Torbiele skóry i tkanki podskórnej mają za punkt wyjścia gruczoły potowe, łojowe oraz mieszki włosowe, albo też powstają z odłączonych części zewnętrznej blaszki zarodkowej (ektodermy). Pierwsze są torbielami zastojowymi, drugie — nowotworami, zwanymi torbielami skórzastymi czyli skórzakami.

Torbielak potowy.

(Hidrocystoma).

Torbielak potowy zwykł się zjawiać w liczbie mnogiej i w postaci rozsianej, mieszcząc się wyłącznie na twarzy, głównie w dolnych odcinkach czoła, na powiekach, nosie, policzkach, wargach, w okolicach skroniowych. W miejscach tych powstają twarde błyszczące i przezroczyste twory pęcherzykowe, podobne do pereł lub do ziaren ugotowanego sago. Wykwitom tym nie towarzyszą żadne objawy zapalne. Ich wielkość waha się w granicach łepka szpilki do ziarna grochu polnego, a kształt bywa okrągły lub owalny. Większe mają odcień sinawy. Przy nakłuciu szpilką wydziela się z nich kwaśna, przezroczysta ciecz. Po pewnym czasie zawartość pęcherzyków poczyna się wchłaniać, wykwity stopniowo się zmniejszają, zasychają a wreszcie giną.

Sprawa występuje głównie u kobiet. Spostrzegamy ją przeważnie u osobników nerwowych, zdradzających skłonność do nadmiernych potów i podlegających wpływowi wysokiej temperatury, n. p. u kucharek, praczek, prasowaczek i t. p. Cierpienie wybucha najczęściej w lecie i zazwyczaj zanika w zimie.

Badanie drobnowidzowe wykazuje, że sprawa chorobowa polega na powstawaniu torbieli zastojujących, pozostających w łączności z gruczołami potowymi.

Przy rozpoznawaniu torbielaków potowych należy uwzględnić ich wyłączone umiejscowienie na twarzy, a pozatem tę głównie okoliczność, iż przy nakłuciu wydziela się z nich przezroczysty płyn. Ten objaw jest rozstrzygający przy różnicowaniu w kierunku potowego gruczolaka torbielowego (Syringocystadenoma), gruczolakowatego nabłoniaka torbielowego (Epithelioma adenoides cysticum) oraz właściwych gruczolaków potowych i łojowych skóry. W razie wątpliwości należy się uciec do badania histologicznego.

Zniszczenie poszczególnych torbielaków można osiągnąć za pomocą elektrolizy.

Prosak.

(Milium. — Grutum).

Są to twarde, ostro odgraniczone i ponad powierzchnię skóry wyraźnie wzniesione guzeczki wielkości łepka szpilki do ziarna prosa, barwy matowo- lub żółtobiałej. Guzeczki leżą w skórze zupełnie powierzchownie. Jeżeli nadciąć pokrywą guzeczka za pomocą ostrego narzędzia i z boku wyrzucić nacisk łyżeczką, to wydobywamy zeń drobne, twarde ziarenko, przypominające proso kształtem, wielkością i barwą.

Guzeczki prosowate umiejscawiają się najchętniej na powiekach, skroniach i w okolicy kości licowej, a pozatem też na policzkach, na wargach ust i na czole. Niekiedy zjawiają się one na napletku i skórze prącia, w rowku założonym, na mosznie, na sromowych wargach mniejszych.

Prosak jest torbielą o ściance nabłonkowej, mieszczącą się w górnych pokładach skóry właściwej i oddzieloną od naskórka cienką warstwą tkanki łącznej. Ścianka składa się z nabłonka, posiadającego budowę, podobną do spostrzeganą w naskórku. Zawartość jest utworzona z koncentrycznie nawarstwionych blaszek rogowych. W guzku prosakowym tłuszczu nie znajdujemy. — Tworzy te powstają, zdaniem Unna'y, wskutek nadmiernego rogowacenia torebki włosowej. Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że

niektóre prosaki pozostają w łączności z przewodem gruczołu potowego.

Rozpoznanie nie następuje trudności. Zauważyć tylko trzeba, że zasadniczo odróżniamy prosaki od tych torbieli rogowych, które powstają w bliznach oraz w przebiegu niektórych chorób skóry, n. p. w pęcherzycy urazowej, w opryszczkowatym zapaleniu skóry Dühring'a, w niektórych erytrodermiach uogólnionych — zwłaszcza w łupieżu czerwonym Hebra'y, w erytrodermii białaczkowej i t. d. Takie torbiele rogowe zwykliśmy nazywać prosakami rzekomymi (pseudo-milium).

Leczenie polega na nacięciu pokrywy prosaka i wyciśnięciu jego zawartości. W razie znacznej liczby guzeczków zaleca się stosowanie past łuszczących.

Kaszak.

(Atheroma).

Kaszaki mają kliniczny wygląd półkulistych, a niekiedy nawet kulistych guzów wielkości ziarna grochu do jaja kurzego lub pięści, spistości twardej i sprężystej. Guzy są ruchome, nie zrosnięte z podłożem, pokryte skórą prawidłową, która na głowie częstokroć bywa pozbawiona włosów. Zawartość jest białozółtawa, gęsta, kaszkowata. Twory te powiększają się bardzo powoli i zazwyczaj nie powodują żadnych bólów. Niekiedy ulegają one zapaleniu, zrastają się ze skórą pokrywającą, a wówczas stają się bolesne. Jeżeli zawartość ulegnie zropieniu, to kaszak może się otworzyć na zewnątrz, zabliznić i zniknąć. Innym znowu razem zawartość kaszaka wchłania się pod wpływem zapalenia i następuje samoistne wyleczenie (Stromeyer). Jest to okoliczność bardzo znamienna dla kaszaków, gdyż ustala zasadniczą różnicę pomiędzy nimi a torbielami skórzastymi. Nadmienić też trzeba, że w niektórych razach może nastąpić zwapnienie zawartości kaszaka (najczęściej na mosznie).

Ulubionem umiejscowieniem tych tworów jest uwłosiona skóra głowy, o wiele rzadziej tylne powierzchnie małżowin usznych, plecy, moszna, napletek i żołądź prącia. Występują one przeważnie w liczbie mnogiej i najczęściej po 20 r. życia.

Badanie histologiczne wykazuje, że kaszak jest torbielą, posiadającą ciekłą torebkę tkankolączną, pokrytą naskórkiem na powierzchni wewnętrznej. Zawartość składa się z komórek rogowych, kryształów cholesteryny, masy rozpadowej i tłuszczu. Kaszaki mieszczą się w górnych i środkowych warstwach skóry właściwej. Są to

torbiele zastojowe, powstające z mieszków włosowych i z gruczołów łojowych, albo też są to twory z kategorii skórzaków (t. zw. epidermoid).

Rozpoznanie jest łatwe. O różnicowaniu z torbielami skórzastymi patrz niżej.

Leczenie należy do dziedziny chirurgii.

Torbiel skórzasta. — Skórzak.

(Cystis dermoidalis. — Dermoid).

Torbiele skórzaste należą do wrodzonych wadliwości rozwojowych, ujawniają się jednak niekiedy dopiero w latach późniejszych. W przeciwieństwie do kaszaków, skórzaki zawsze występują w liczbie pojedynczej i umiejscawiają się klasycznie na linii środkowej czoła, u nasady nosa, w okolicy oczodołów (brwi, powieki, kąty oka), na skroniach, policzkach i szyi. W wyjątkowych razach spostrzegać je można na uwłosionej skórze głowy, na karku, w okolicy łonowej, na prąciu bliżej jego szwu, na kończynach dolnych. Są to okrągłe, półkuliste guzy wielkości ziarna grochu do owocu wiśni, spistości dosyć miękkiej, pokryte skórą prawidłową. Guzy są zazwyczaj ruchome, przesuwalne i tylko w wyjątkowych razach zrosnięte z okostną. Zjawiają się stosunkowo częściej u mężczyzn.

Skórzaki należą do tworów łagodnych. Powiększają się bardzo powoli i tylko wyjątkowo sięgają wielkości jaja kurzego. Są one niebolesne za wyjątkiem okresów powikłania przez stany zapalne, co jednak zdarza się stosunkowo rzadko. Niekiedy ulegają one zwapnieniu.

Co się tyczy anatomii, to należy zauważyć, że ścianki tych torbieli posiadają budowę zupełnie podobną do spostrzeganej w skórze. Znajdujemy zatem naskórek, złożony z warstwy rogowej i rozrodzkiej, oraz skórę właściwą z naczyniami krwionośnymi, nerwami, mieszkami włosowymi, gruczołami łojowymi i potowymi. Włosy są prawidłowe, choć niekiedy bezbarwne. Brodawki skóry są często wyrażnie wybujałe. Niektóre skórzaki zawierają paznokcie, zęby i kości. Zawartość bywa niekiedy oleista.

W rozpoznawaniu uwzględniamy głównie dane wywiadów (stan wrodzony cierpienia), umiejscowienie oraz zawartość torbieli (włosy). Niekiedy należy różnicować z tłuszczakiem i przepukliną oponową (Meningocele).

Leczenie jest chirurgiczne.



Naczyniak.
(Angioma).

Naczyniakami nazywamy nowotwory, złożone z naczyń krwionośnych lub chłonnych. Pierwsze nazywamy naczyniakami krwionośnymi (Haemangioma s. Angioma), drugie — naczyniakami chłonnymi czyli limfatycznymi (Lymphangioma).

Naczyniak krwionośny.
(Haemangioma. — Angioma).

W naczyniaku krwionośnym odróżniamy dwie odmiany: płaską i guzowatą. Płaska należy do częstszych. Obie mogą być wrodzone (z n a m i ę n a c z y n i o w e — naevus vasculosus), albo też wytworzyć się dopiero w późniejszym wieku.

A) **Naczyniak zwykły** czyli **płaski. Płomień.** (Angioma planum s. simplex. — Naevus sanguineus). W skórze powstają plamy i blaszki różnej wielkości, kształtu i barwy. Są one żywoczerwone (naevus flammeus), ciemno- lub sinoczerwone, koloru wina Bordeaux (naevus vinosus), albo też zgoła fioletkowe. Przy uciskaniu zabarwienie ustępuje w stopniu bardzo znacznym, staje się zaś wyraźniejsze i ciemniejsze podczas płaczu, krzyku, wysiłku cielesnego i t. d. Powierzchnia plam zazwyczaj znajduje się na poziomie otoczenia i bywa płaska, równa, gładka (angioma laeve). Niekiedy jednak plamy są nieco wzniesione i nierówne, a skóra w ich obrębie może być cokolwiek zgrubiała (angioma prominens). Wielkość i liczba naczyniaków płaskich bywa rozmaita — od łepka szpilki do dłoni i więcej, od jednego egzemplarza do bardzo licznych. Zarysy plam są ostre albo też niewyraźne, zazębione i stopniowo przechodzące w otaczającą skórę zdrową (naevus araneus).

Naczyniaki płaskie mieszczą się najczęściej na twarzy i na uwłosionej skórze głowy (potylicy, kark), rzadziej na tułowiu, kończynach, na narządach płciowych. Spostrzegano je częściej u kobiet.

Płaski naczyniak krwionośny zazwyczaj bywa wrodzony. Plamy rozrastają się bardzo powoli w ciągu pierwszych miesięcy życia, po upływie zaś 2 lat najczęściej nie ujawniają już one rozwoju czynnego. Ich dalsze powiększanie się idzie wówczas ręką w rękę tylko z ogólnym rozrostem tkanek. Niektóre plamy znacznie bledną z biegiem czasu, a nawet giną częściowo lub zupełnie.

B) Naczyniak guzowaty czyli jamisty. Guz jamisty. (Angioma tuberosum. Angioma cavernosum. Tumor cavernosus. Cavernoma). — W przeciwieństwie do naczyniaka płaskiego guz jamisty nie zawsze bywa wrodzony, lecz częstokroć rozwija się dopiero w późniejszych okresach życia. Obie odmiany mogą istnieć współcześnie. Zdarza się też, że odmiana guzowata stopniowo powstaje z płaskiej.

Naczyniak guzowaty występuje w postaci oddzielnych tworów albo w postaci rozlanej, zajmującej niekiedy dosyć znaczne prze-



Rys. 120. *Angioma cavernosum.*

strzenie. Powstają one jako miękkie, lecz sprężyste i uciskalne, a niekiedy tętniące guzy kształtu okrągłego i owalnego, wielkości ziarna konopnego do jaja kurzego a nawet większe. Powierzchnia jest równa, gładka albo ziarnista i jakby zrazikowata. Pokrywająca skóra niekiedy posiada prawidłowe albo słabo sinawe zabarwienie i jest zaopatrzona w rozszerzone naczynka krwionośne. Przeważnie jednak guzy bywają barwy żywo- lub ciemnoczerwonej, czerwonej i fioletowej. Mieszczą się one w głębszych warstwach skóry właściwej oraz w tkance podskórnej i stąd wyrastają ku powierzchni lub wrastają w głąb, wypierając miękkie tkanki, chrząstki, kości. Niektóre są bolesne zwłaszcza te, które mieszczą się na kończynach. Ulegają one też zapaleniu, owrzodzeniu i mogą być źródłem krwo-

toków. — W łączności z naczyniakami powstają niekiedy zmiany słoniowaciste (Angioelephantiasis).

Wreszcie wspomnieć należy o t. zw. naczyniakach gwiazdowatych czyli gwiazdowatych znamionach krwionośnych (Angioma stellatum s. naevus stellatus). W tej postaci klinicznej spostrzegamy drobniutki wzniesiony naczyniaczek, od którego rozchodzą się promienisto, w kształcie gwiazdy rozszerzone i rozgałęzione naczynka krwionośne.

Budowa. — W naczyniaku krwionośnym sprawy patologiczne polegają na powstawaniu nowych naczyń i rozszerzaniu się już istniejących. Pomnożenie dotyczy tętnic, żył a zwłaszcza naczyń włoskowatych. Na przekroju widać liczne naczynia krwionośne, biegnące w różnych kierunkach i porozdzielane cienkimi przegródkami tkankolącznowymi. W guzach jamistych naczynia krwionośne miejscami układają się tak, jak kanaliki w gruczołach, co może być powodem jakby zrazikowatej budowy tych tworów.

Rozpoznanie nie wymaga szczegółowego omówienia i wynika z obrazu klinicznego sprawy chorobowej.

W leczeniu naczyniaka płaskiego należy przedewszystkiem zalecić stosowanie radu (filtry glinowe 0,2—0,3 mm.). Przy umiejętnym, wytrwałym i konsekwentnym przeprowadzaniu metody można osiągnąć bardzo piękne wyniki. Leczenie trwa jednak bardzo długo i jest kosztowne. Niekiedy szybciej prowadzi do celu zamrażanie dwutlenkiem węgla. Nie należy postępować nazbyt energicznie. Lepiej jest zamrażać słabiej i powtórzyć zabieg 2—3 razy w każdym miejscu. — Jeżeli znamię nie jest wyposażone w nazbyt szerokie naczynka krwionośne, wówczas może być wskazane naświetlanie lampą Kromayer'a (ucisk!). Dobrych wyników można się nieraz doczekać od połączenia dwóch metod, n. p. światła pozafjolkowego z radem lub zamrażania Co_2 z lampą Kromayer'a.

W naczyniakach guzowatych jest przedewszystkiem wskazana radiumterapia (filtry! ogień krzyżowy!). Wyniki nieraz bywają nad spodziewanie szybkie i dobre. Niekiedy nieźle działa zamrażanie Co_2 , zwłaszcza wówczas, gdy się tę metodę kombinuje z naświetlaniem promieniami radu lub Roentgen'a. W małych guzach można się zadowolnić elektrolizą. W odpowiednich przypadkach należy też rozważyć kwestję zabiegu operacyjnego.

Naczyniaki gwiazdowate najszybciej usuwamy za pomocą elektrolizy, wkłuwając igłę w guzeczek środkowy.

Naczyniak chłonny. — Chłoniak.

(Lymphangioma).

Twór, złożony z nowopowstałych i rozszerzonych naczyń limfatycznych, nazywamy naczyniakiem chłonnym. Podobnie jak w krwionośnym, odróżniamy naczyniaki chłonne zwykle czyli odgraniczone, oraz naczyniaki chłonne jamiste.

A. Naczyniak chłonny zwykły' czyli odgraniczony (Lymphangioma simplex s. circumscriptum) występuje pod postacią niebolesnych i dosyć miękkich tworów pęcherzykowatych, zebranych w gromady. Poszczególne wykwity wielkości łepka szpilki do ziarna grochu mają kształt okrągły, owalny, gruszkowaty. Ich barwa nie różni się od otaczającej skóry zdrowej albo jest nieco różowawa. Pokrywający naskórek może być cienki, gładki, równy i lśniący, albo też zgrubiały i o wyglądzie brodawkowatym. Poprzezeń często-kroć prześwieca siatka rozszerzonych drobnych naczyń krwionośnych. Pęcherzyki są półprzezroczyste. Po nakłuciu wycieka z nich przezroczysta surowicza ciecz, posiadająca odczyn zasadowy.



Rys. 121.

Lymphangioma circumscriptum linguae.

Zmiany skóry są wrodzone lub zjawiają się we wczesnym wieku dziecięcym. Występują one w górnych odcinkach tułowia, najchętniej w okolicy łopatek, na szyi, u nasady kończyn górnych i dolnych, w okolicy pciowej.

Twory mieszczą się w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej skóry. Składają się one z różnej wielkości szczelin i jam, pokrytych płaskim, a miejscami nieco obrzmiałym śródbłonkiem. Są to nowopowstałe i rozszerzone naczynia chłonne. Naczynia krwionośne bywają częstokroć rozszerzone i łatwo ulegają pęknięciu (Brocq, Bernard).

Odgraniczony naczyniak chłonny rozpoznajemy na zasadzie danych przedmiotowych przy uwzględnieniu umiejscowienia i ugrupowania wykwitów, a zwłaszcza też dzięki tej okoliczności, że cierpienie jest wrodzone. Przy różnicowaniu z rozszerzeniem naczyń chłonnych (Lymphangiectasia) odgrywa rolę rozstrzygającą brak limfotoku i zmian słoniowacistych.

Leczenie jest chirurgiczne. Niekiedy można osiągnąć poprawę przy wytrwałym stosowaniu elektrolizy.

B. Naczyniak chłonny jamisty (*Lymphangioma cavernosum*) należy do bardzo rzadkich nowotworów łagodnych skóry. Cierpienie zazwyczaj bywa wrodzone. Naczyniaki mają wygląd okrągłych i owalnych guzów wielkości lepka szpilki do jaja gołębiego, barwy różewofiołkowej, dosyć miękkich i uciskalnych zupełnie tak, jak przepuklina pępkowa u dzieci. Przy badaniu palco-



Rys. 122. *Lymphangioma labii super. familiare.*

wem otrzymujemy wrażenie, jak gdyby się uciskało poduszkę gumową, napelnioną powietrzem (Pospielow, Harling). Guzy są półprzezroczyste i zawierają limfę, która wycieka z nich po nakłuciu igłą.

Jamisty naczyniak chłonny występuje w liczbie pojedynczej, częściej mnogiej i mieści się zwykł na tułowiu, szyi, twarzy. Niekiedy rośnie on dosyć szybko i ulega torbielowatemu zwyrodnieniu. Siedliskiem sprawy chorobowej jest tkanka podskórna. Budowa jest podobna do wyż. podanej z tą jednak różnicą, że tutaj ulegają stopniowej zagładzie przegródki pomiędzy poszczególnymi jamami chłonnymi.

Leczenie polega na wycięciu guzów.

Mięśniak.
(Myoma).

Powstawanie mięśniaków w skórze należy do rzadko spostrzeganych zjawisk i bynajmniej nie jest związane z wiekiem. Cierpienie rozwija się niepostrzeżenie, wolno i stopniowo, na obecność zaś guzków chory zazwyczaj zwraca uwagę dopiero z chwilą wystąpienia objawów bólowych.

Początkowo zwykły się zjawiać wykwity o klinicznym wyglądzie pokrzywki grudkowej. W tych miejscach z biegiem czasu tworzą się twarde, drobne, wielkości łepka szpilki guzki, które następnie wyrastają do rozmiarów ziarna grochu i orzecha laskowego. Kształt mięśniaków jest okrągły i owalny, spistość zbita, barwa różowa, ciemnoczerwona, czerwono fiołkowa, czerwono brunatna. Guzki znajdują się w skórze właściwej i są wraz z nią przesuwalne. Ich liczba podlega bardzo szerokim wahaniom i może sięgać 100 a nawet więcej egzemplarzy. Za bardzo znamienne dla sprawy należy uważać okoliczność, iż niektóre z guzków mogą zanikać samoistnie, co jednak bynajmniej nie przeszkadza powstawaniu świeżych (Łukasiewicz).

Umiejscowienie mięśniaków jest zupełnie dowolne. Spostrzegano je na twarzy, tułowiu i kończynach. W niektórych przypadkach wyprostne kończyny były obficie zajęte.

Do nader ważnych i stałych objawów cierpienia należą silne bóle, występujące samoistnie oraz pod wpływem tarcia, ucisku i zimna. Bóle mają charakter napadowy i mogą trwać kilka godzin z rzędu. Niekiedy towarzyszą im nadmierne poty (Łukasiewicz).

Guzy mieszczą się w skórze właściwej sięgając aż do warstwy brodawkowej. Składają się one z gładkich włókien mięśniowych, które biegną w różnych kierunkach i tworzą dosyć zbity splot. Są to zatem mięśniaki gładkokomórkowe (Leiomyoma). Punktem wyjścia bujania nowotworowego są mięśnie przywłosne (m-li arrectores pilorum) oraz warstwa mięśniowa naczyń krwionośnych i gruczołów potowych.

W rozpoznaniu różnicowym trzeba mieć na uwadze bliznowce, nerwowłókniaki i torbielowe gruczolaki potowe (syringocystadenoma). Silne bóle napadowe mogą niekiedy przemawiać na korzyść mięśniaków. Pewności w rozpoznaniu nabieramy jednak dopiero po histologicznym zbadaniu wyciętego guzka.

Rokowanie jest pomyślne co do jakości guzów, gdyż mięśniaki należą — jak wiadomo — do nowotworów łagodnych. Co się zaś

tyczy dokuczliwych bólów, to trzeba zaznaczyć, że ich opanowanie bywa częstokroć dosyć trudne.

Leczenie polega na wycięciu poszczególnych mięśniaków, a zwłaszcza większych i bolesnych (Łukasiewicz). — Robert z powodzeniem stosował elektrolizę. Niekiedy korzystnie działają kąpiele gorące oraz zastrzykiwania podskórne arszeniku. Tytułem próby można też zalecić podawanie przetworów nadnercza (Lewandowsky).

Myomes dartoiques (Besnier) nazywamy mięśniaki, powstające z pokładów mięśniowych, istniejących w niektórych miejscach, np. z błony kurczliwej moszny (*tunica dartos*), warg, sutków. Guzy najczęściej występują w liczbie pojedynczej i nieraz sięgają dosyć znacznych rozmiarów, np. wielkości wiśni a nawet jaja kurzego. Mięśniaki te są zazwyczaj niebolesne i tylko niekiedy bywają powodem dosyć silnych bólów.

Guz składa się z gładkich włókien mięśniowych. W niektórych jednak razach spostrzegamy znaczną domieszkę tkanki łącznej (włókniakomięśniak — fibromyoma), naczyń krwionośnych (mięśniak naczyniasty — angiomyoma, *myome télangiectasique*) lub chłonnych (mięśniak chłoniakowy — *lymphangiomyoma*).

Piaszczak skóry. — Kamień skóry.

Psammoma cutis. — *Calculus cutis*. — *Tumeur pierreux*).

Piaszczakami czyli kamieniami skóry nazywamy wapna złogi w kształcie guzeczków rozmaitej wielkości, tworzące się w skórze właściwej i w tkance podskórnej.

Kwestja kamieni skóry jeszcze nie jest należycie wyjaśniona ani co do ich charakteru anatomo-patologicznego, ani co do ich pochodzenia. Wszelkiego rodzaju tkanki zwyrodniałe oraz wydzieliny stwardniałe mogą ulec zwapnieniu i przekształcić się w kamień. Szczególnie łatwo odkłada się wapno w substancjach tłuszczowych. Unna sądzi, iż kamienie powstają w ten sposób, że kwasy tłuszczowe, zawarte w gruczołach skóry, rozkładają sole wapnia, znajdujące się w limfie, i tworzą nierozpuszczalne tłuszczyzny wapnia. Według Malherb'a większość kamieni skóry zawdzięcza swe pochodzenie zwapnieniu rozrosłych a częstokroć też torbielowo zwyrodniałych gruczołów łojowych.

Ulubionem umiejscowieniem kamieni skóry są konczyny, zwłaszcza w sąsiedztwie stawów. — W. Wesołowski spostrzegł rzadki przypadek kamienia skóry prącia. Kamień składał się z ciał tłuszcz-

czowych, cholesteryny i fosforanu wapnia. – Liczne i duże kamienie spostrzegalem w przypadku systemowego znamienia, zlozonego z wagrów.

Rozwój sprawy zazwyczaj bywa bardzo powolny. Mijają lata, nim kamienie zdolają się należycie wytworzyć. Niektóre piaszczaki mogą się zupełnie wessać. Inne wydzielają się samoistnie lub przez zropienie, pozostawiając niekształtne i nieco wciągnięte blizny.



Rozdział XXVI.

Złośliwe nowotwory skóry.

(Neoplasmata cutis maligna).

Mięsak.

(Sarcoma).

Mięsaki powstają w skórze pierwotnie oraz wtórnie — wskutek przerzutów z ognisk nowotworowych w narządach wewnętrznych, w gruczołach i kościach. Dermatologa przedewszystkiem dotyczą mięsaki pierwotne, które dzielimy na zwykłe i czerniaczkowe.

Pierwotny mięsak skóry (Sarcoma cutis simplex primarium) zjawiać się zwykły w liczbie pojedynczej. Jest to okrągły guz zbitej, sprężystej albo bardziej miękkiej spistości, barwy normalnej skóry lub też koloru czerwonego, ciemnoczerwonego, czerwonosinawego. Wielkość guza bywa rozmaita, rzadko jednak przekracza rozmiary dużej pomarańczy. Mięsak początkowo rośnie stosunkowo wolno, nie przekracza granic skóry i jest wraz z nią ruchomy. W tym okresie po wycięciu doszczętnem może nastąpić zupełne wyleczenie. W miarę jednak trwania sprawy chorobowej guz stopniowo się powiększa a nawet ulega owrzodzeniu, wrasta w podłoże i wreszcie daje przerzuty w skórze i w narządach wewnętrznych.

Pierwotny mięsak skóry wykazuje pewną skłonność do umiejscawiania się na twarzy i zwłaszcza na kończynach. Jego siedliskiem jest skóra właściwa i tkanka podskórna. Pod względem anatomicznym są to mięsaki okrągło- lub wrzecionowato-komórkowe. Dosyć często powstają one w miejscach uszkodzenia skóry, w bliznach po ranach, owrzodzeniach i t. p. Punktem wyjścia nowotworów bywają też znamiona. Rokowanie w pierwotnym mięsaku skóry jest stosunkowo pomyślne, gdyż po operacji, wykonanej w porę, można widocznie liczyć na trwałe wyleczenie. W przypadkach nieoperacyjnych jest wskazana rentgenoterapia (filtry!) oraz energiczne leczenie arsenikowe.

Pierwotny czerniaczkowy mięsak skóry (*Melanosarcoma cutis primitivum*) należy do rzadko spostrzeganych nowotworów i zazwyczaj rozwija się z miękkich znamion barwicznych. Najpierw powstają niewielkie, okrągłe guzki barwy szarej, popielatej, brunatnej, czarnobrunatnej lub czarnej. Popóźniej tworzy te przekształcają się w półkuliste, zrazikowate lub brodawkowate guzy spistości twardej lub miękkiej, które są obsadzone na skórze szeroką podstawą, albo też wznoszą się grzybowato na szerokiej szy-pule. Guzy rosną szybko, drażąc w głąb tkanek i ulegają rozpadowi. Wówczas powstają kraterowate owrzodzenia o ciemnopopielatym dnie, pokrytem krwawą, czerniawą, do atramentu podobną wydzieliną.

Mięsaki te są bardzo złośliwe, szybko wrastają w otaczające tkanki, łatwo powracają po wycięciu, rozsiewają się w skórze i tworzą przerzuty w gruczołach chłonnych i narządach wewnętrznych (wątroba, żołądek, kiszki, płuca, opony mózgowie). Zejście zawsze bywa śmiertelne.

Schorzeniu najczęściej podlegają stosunkowo młode osobniki.

Pod względem histopatologicznym niektórzy zaliczają te guzy do mięsaków, inni — do raków (rak czerniaczkowy — *melanocarcinoma*, *naevocarcinoma melanoticum*).

Rokowanie jest złe.

Leczenie polega na dokładnem wycięciu guza, następnie naświetlaniu promieniami X i na podawaniu przetworów arsenikowych.

Śródbłoniak skóry. — Oblak skóry.

(*Endothelioma cutis*. — *Cylindroma cutis*. — *Epithelioma benignum multiplex capillitii*).

Typowem umiejscowieniem tych nowotworów jest uwłosiona skóra głowy (Spiegler). Tutaj powstają liczne i gęsto ułożone guzy kształtu półkulistego, wielkości ziarna bobu do owocu pomarańczy. barwy bladnoróżowej do czerwono-fioletkowej, spistości dosyć twar-



Rys. 128. *Sarcoma*.

dej i sprężystej. Ich powierzchnia jest gładka albo też nierówna, wrębiona. Czasem twór daje wrażenie budowy zrazikowatej. Pokrywająca skóra jest cienka, lśniąca, zrosnięta z guzem i przeważnie pozbawiona włosów. Miejscami widać powierzchowne nadżerki i owrzodzenia. Nowotwór jest ruchomy, nie zrasta się z tkankami głębiej leżącymi. — Drobne guzeczki wielkości łepka szpilki do grochu spostrzegano też na twarzy, w okolicy obojczykowej i na plecach. Guzy rosną bardzo powoli i nie dają przerzutów.

Cierpienie jest dziedziczne i rodzinne (Spiegler, Poncet, Dubreuilh, Auché i in.). Spostrzegano je nawet w trzech pokoleniach i u kilku członków jednej rodziny (Ansell). Badania histologiczne widocznie wykazują budowę śródbłoniaka.

Rozpoznanie można ustalić z dużym prawdopodobieństwem na zasadzie umiejscowienia, przewlekłego przebiegu i dobrotliwości sprawy chorobowej.

Leczenie jest chirurgiczne. Niekiedy może być wskazana rentgenoterapia.

Samoistne mięsaki mnogie.

Kliniczny obraz samoistnego mięsaka mnogiego nie zawsze bywa jednakowy. Można widocznie wyodrębnić kilka typów klinicznych tego cierpienia. Okazało się bowiem, że bywają mięsaki okrągło-, wrzecionowato- i olbrzymio-komórkowe (bardzo rzadko!), barwikowe i bezbarwne, położone w skórze właściwej (typ Kaposi'ego), w tkance podskórnej (typ Perrin'a), albo też w skórze i tkance podskórnej współcześnie (typ Neumann'a). Unna podaje następujący podział anatomiczny:

1. Sarcoma multiplex cutaneum durum album (typus Unna),
2. Sarcoma multiplex cutaneum durum pigmentosum (Typus Piffard),
3. Sarcoma multiplex cutaneum molle (typus Neumann),
4. Sarcoma multiplex cutaneum gummatodes (typus Funk-Hyde),
5. Sarcoma multiplex subcutaneum (typus Perrin),
6. Sarcoma multiplex cutaneum pigmentosum (hamorrhagicum) — Acrosarcoma multiplex cutaneum telangiectodes (Typus Hebra-Kaposi).

Największe praktyczne znaczenie posiada stosunkowo najczęściej spostrzegany typ Hebra-Kaposi'ego.

Samoistne mnogie mięsaki barwikowe.

(Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum cutis).

Objawy. W rozwoju choroby należy odróżniać dwa okresy: przedguzowy, który znamionują plamy i rozlane nacieczenia skóry, oraz guzowy. W przypadkach typowych guzki wytwarzają się w blaszkach i naciekach.

Sprawa rozpoczyna się niemal wyłącznie na kończynach górnych lub dolnych, w częściach ciała najbardziej obwodowych — na palcach, grzbietowych powierzchniach rąk i stóp, na dłoniach, podszwach i piętach. Pierwsze objawy najczęściej zjawiają się na jednej z kończyn, rzadziej na obu współcześnie. Stąd rozprzestrzeniają się one w kierunku dośrodkowym, przechodząc kolejno z palców na rękę i stopę, potem na przedramię, podudzie i t. d. Początkowe zmiany zazwyczaj polegają na występowaniu czerwonych i brunatnożółtych plam kształtu okrągłego lub nieprawidłowego, a ładząco podobnych do świeższych lub starszych wylewów krwi. Przy uciskaniu plamy nie tracą barwy. W miejscach tych spoistość skóry jest nieco znaczniejsza, niż w najbliższym otoczeniu. Powierzchnia plam jest zupełnie równa i gładka, obwodowa zaś część częstokroć bywa nieco wzniesiona. Dotyczy to zwłaszcza plam starszych, których kolor z czasem staje się ciemnoczerwony, czerwono-sinawy i sinoczerwonawy. W niektórych przypadkach spostrzegamy w okresie przedguzowym rozlane zgrubienia i nacieczenia skóry, która bywa albo obrzękła, albo twarda, nieruchoma, napięta, barwy brudnofioletkowej do sinostalowej. Jeżeli takie zmiany mieszczą się na palcach i w okolicy stawów, to ruchy ulegają znacznemu ograniczeniu. Grzbiety rąk i stóp są poduszgowato obrzmiałe. Palce mają kształt wrzecionowaty.

Po krótszem lub dłuższem trwaniu choroby tworzą się w obrębie plam i nacieków zmiany wyższej kategorii — guzy. W skórze pozornie niezmienionej zjawiają się one stosunkowo rzadziej. Guzy występują w postaci rozsianej lub też w ułożeniu gromadnem i nie raz tak gęsto, że powodują powstawanie blaszek. Wielkość guzków zazwyczaj waha się od łepka szpilki do orzecha włoskiego. W niektórych jednak razach mogą one dochodzić do rozmiarów pomarańczy (R. Bernhardt). Guzki te są okrągłe, półkuliste, na podszwach zaś i dłoniach bardziej płaskie. Ich spoistość jest zbita, elastyczna i tylko niekiedy bywa miękka. Powierzchnia jest równa, gładka albo też wyraźnie zrogowaciała (stopy). Barwa bywa sino-



czerwona, czerwono-brunatna, ciemnoszara. Liczba guzów nieraz bywa bardzo znaczna.

Rozrost guzków odbywa się bardzo powoli i w przeciwieństwie do mięsaków w ścisłym słowa znaczeniu nie jest nieograniczony. Przeciwnie, jedną z cech znamienych mnogich mięsaków barwi-



Rys. 124. *Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum.*

Zgrubienie skóry ręki. Plamy.

kowych skóry jest ich skłonność do samoistnego znikania. Odbywa się to albo przez zwykły zanik, albo przez zwyrodnienie. Zdarza się też, że guzki, które już były uległy częściowemu wessaniu, mogą później znowu się powiększyć. Spostrzegalem też niewątpliwe przypadki odradzania się tych mięsaków po wycięciu w obrębie plamy. Dotyczyło to głównie guzków większych. Wreszcie trzeba

nadmienić, że mięsaki te mogą ulec powierzchownemu owrzodzeniu, a zwłaszcza na kończynach dolnych.

Rozwój sprawy zawsze bywa bardzo przewlekły. Cierpienie rozpościera się dośrodkowo, trzymając się głównie kończyn. Może się ono jednak zjawić też na twarzy (nos, powieki, policzki).

Bardzo rzadko bywa zajęta skóra tułowia, o wiele częściej błony śluzowe (wargi ust, podniebienie twarde i miękkie, policzki, tylna ściana gardzieli, spojówki oczne). Do rzadkich umiejscowień należą też męzkie narządy płciowe, gdzie spostrzegano plamy i guzki na żołądki, napletku, na skórze prącia i moszny (R. Bernhardt). W niektórych przypadkach stwierdzić można rozlane zmiany mięsakowe skóry i tkanki podskórnej, oraz obec-



Rys. 125. *Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum.*

Plamy.

ność ognisk mięsakowych w kościach (stopa, piszczel, strzałka). W późniejszych okresach choroby zjawiają się guzki w narządach wewnętrznych — w płucach, w mięśniu sercowym, w wątrobie, śledzionie i w ściankach traktu trawiennego, najczęściej w okolicy zstępującej.

Do powikłań należy róża, która dosyć często nawiedza dotkniętych samoistnymi mnogimi mięsakami skóry i która umiejscawia się przeważnie na jednej z kończyn dolnych. Róża ma typ nawrotowej. Nie przyspiesza ona wessania guzków. Przeciwnie, pod jej wpływem częstokroć powstaje znaczna liczba świeżych mięsaków, a dawniejsze poczynają rozrastać się energiczniej.

Choroba trwa długo, 12—15 a nawet 27 lat (Jackson), i z tego powodu ten typ mięsaków skóry należy uważać za względnie łagodny. Stan ogólny chorych bywa początkowo prawie niezmienny. Dopiero w dalszym przebiegu występuje upadek odżywienia, wychudnienie, o słabienie, biegunki, rozwija się niedokrwistość postępująca i chory umiera przy objawach charłactwa.

B u d o w a. — W plamach sprawa polega na rozszerzeniu światła drobnych naczyń krwionośnych



Rys. 127. *Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum.*

i łączą się ze sobą, powodując rozlane zmiany mięsakowe skóry właściwej i tkanki podskórnej.



Rys. 126. *Sarcomaidiopathicum multiplex pigmentosum.*

i włoskowatych, których śródbłonek ulega zgrubieniu, podczas gdy przylegające do ścianek naczyniowych komórki tkankolącznawe, wzgl. przybłonki poczynają bujać. Ta wczesna faza może się następnie rozwijać w jednym z dwóch kierunków. Po pierwsze, w pewnym miejscu skóry, najczęściej dokoła kłębków gruczołów potowych lub dokoła torebki włosowej komórki tkankolącznawe poczynają się bardzo energicznie rozmnażać, tworząc zaczątek guzka mięsakowego. Powtóre, w różnych punktach skóry powstają wspólnie liczne drobne ogniska chorobowe, które następnie powiększają



Guz mięsakowy powstaje wskutek bujania komórek tkankolącznowych, rozrostu i rozszerzenia naczyń krwionośnych i chłonnych. Składa się on z 2 typów komórek tkankolącznowych — z wrzecionowatych i podłużnoowalnych. Komórki te bezpośrednio przylegają do ścian naczyń i stanowią z nimi jedną niepodzielną całość, tworząc okołonaczyniowe pochwy komórkowe (mięsak naczyński — angiosarcoma). Ten stosunek występuje najwyraźniej w częściach obwodowych guzów. W środkowych budowa ta nieco się zaciera wskutek znacznej zbitości tkanek, a głównie z powodu bardzo obfitych wynaczynień. Tutaj tworzą się śródmiąższowe nacieczenia czerwonymi krążkami oraz mniejsze i większe jamy wypełnione krwią.



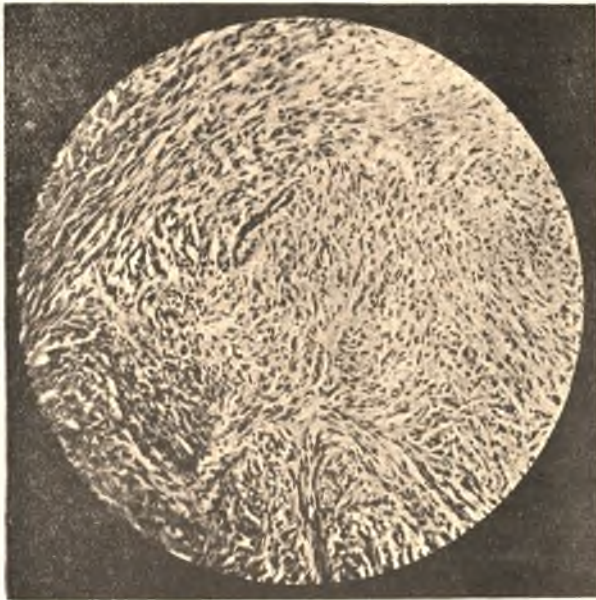
Rys. 128. *Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum.*

Odmiany. — Dokładniejsze zapoznanie się z histologiczną budową samoistnych mnogich mięsaków barwikowych skóry czyni zrozumiałym powstawanie niektórych odmian klinicznych tego cierpienia. Spostrzegalem dwie odmiany: bezbarwną i chłoniakową. Odmianę bezbarwną cechują okrągłe, półkuliste twarde guzki barwy skóry prawidłowej lub też słaboróżowej. Mieszczą się one na kończynach. Wykazują budowę mięsaka wrzecionowato-komórkowego i zawierają stosunkowo mało naczyń krwionośnych. Nie widać w nich wynaczynień ani ziaren lub bryłek barwika. Przynależność tej odmiany do typu α Kaposi'ego wynika z współczesnego występowania zwykłych guzków barwikowych, oraz z umiejscowienia wyłącznie na kończynach.

Powstawanie guzków bezbarwnych należy tłumaczyć w ten sposób, iż w danym razie mamy do czynienia głównie z bujaniem ko-

mórek tkankolącznowych. Rozrost naczyń krwionośnych schodzi tutaj na plan drugi.

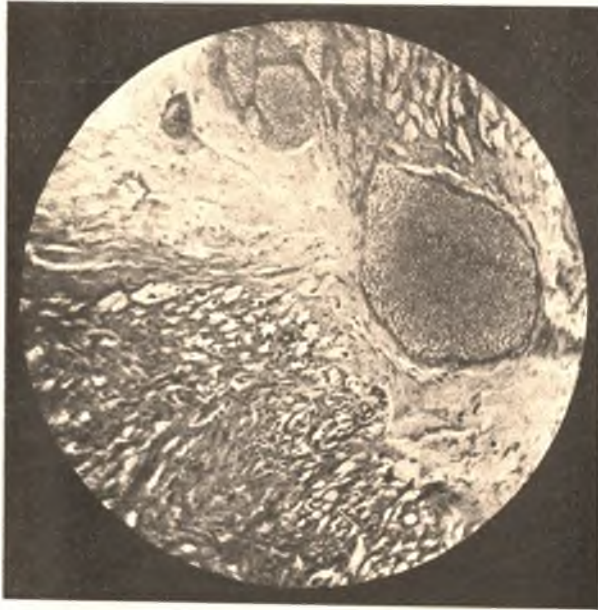
Odmianę chłoniakowatą opisałem w 1902 roku pod nazwą *Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum et lymphangiectodes*. Rzecz polega na występowaniu na kończynie dolnej rozlanych zmian skóry oraz okrągłych i owalnych blaszek ostro odgraniczonych, barwy ciemnoczerwonej i czerwonojółkowej, spistości miękkiej, ciastowatej. Blaszkki różnej wielkości nie wznoszą



Rys. 129. *Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum*.
Guz mięsakovy. Budowa wrzecionowato-komórkowa.

się ponad poziom otoczenia i mają powierzchnię równą, gładką. Po nakłuciu szpilką sączy się z nich w ciągu 4—5 dni płyn surowiczokrwawy, po wycięciu zaś kawałka schorzałej skóry sączenie z rany trwa do 10 dni. Blaszkki mieszczą się na podudziu i udzie, zmiany zaś rozlane — na stopach. Skóra grzbietu stopy jest zgrubiała, lecz miękka i obrzękła. Przy naciskaniu palcem powstaje głęboka jamka, która wygładza się dosyć szybko. Obrzęk skóry wzmagą się przy stanie a zmniejsza się znacznie przy podnoszeniu kończyny ku górze. Kości palców i stopy uległy częściowemu zniszczeniu. Badanie histopatologiczne wykazuje budowę wrzecionowato-komórkowego

mięśaka naczyniastego (angiosarcoma) ze znaczną liczbą nowopowstałych naczyń krwionośnych, z rozległymi wynaczynieniami i pigmentacją. Stosunki są zupełnie takie, jak w typie α Kaposi'ego. Odrębność polega na niezwykle obfitem nowotworzeniu i rozszerzeniu naczyń chłonnych, co nadaje sprawie chorobowej zupełnie odmienną cechę i do gruntu zmienia obraz kliniczny.



Rys. 180. *Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum*.
Guz mięsakowy. Rozszerzenie naczyń krwionośnych i chłonnych.
Wynaczynienia.

Przyczyny i sposób powstawania. — Samoistne mnogie mięsaki barwikowe skóry najczęściej spotykamy u mężczyzn. Wiek zdaje się usposabiać do tej choroby, gdyż więcej niż połowa spostrzeżeń przypada na 50—70 r. życia. Znane są jednak przypadki, dotyczące 12 i 18-letnich osobników. Widoczna też jest skłonność do tych mięsaków rasy semickiej.

Właściwe przyczyny choroby są dotychczas zupełnie nieznanne. Sądzę jednak, że dla objaśnienia całokształtu objawów klinicznych najbardziej nadaje się teoria pasorzytnicza (pierwotne schorzenie naczyń krwionośnych, występowanie guzów w liczbie mnogiej, umiejscowienie na kończynach, skłonność do zanikania i t. d.).

Rozpoznanie. Obraz kliniczny cierpienia jest tak znamien-

ny, że rozpoznanie zazwyczaj nie sprawia trudności. W przypadkach wątpliwych rozstrzyga badanie histologiczne.

Rokowanie należy określić jako niepomyślne, gdyż sprawa zawsze kończy się zejściem śmiertelnym, aczkolwiek może nie raz trwać dosyć długo.

Leczenie polega na stosowaniu przez czas długi arszeniku w dawkach wzrastających oraz na metodycznym naświetlaniu promieniami Roentgen'a (filtry).

II. Rak skóry.

(Carcinoma cutis. — Epithelioma cutis).

Omówieniu podlegają tutaj twory rakowe, powstające pierwotnie w skórze. Odróżniamy postać powierzchowną i postać głęboką raka skóry. Pierwszą nazywać będziemy nabłoniakiem (epithelioma), drugą — właściwym rakiem skóry (carcinoma cutis). Do postaci głębokiej należy też brodawkowata odmiana raka skóry.

Ten podział kliniczny ma za sobą też pewne uzasadnienie anatomiczne. Nadmienić bowiem trzeba, że postać powierzchowna często posiada budowę nabłoniaka walcowato-komórkowego, głęboka — głównie kolczasto-komórkowego (Darier).



Rys. 131. *Ulcus rodens.*

A. Płaski nabłoniak skóry. Bliznowaciejący rak skóry. — Wrzód żrący. (Epithelioma cutis planum. Epithelioma planum cicatrisans. Ulcus rodens).

Tę postać kliniczną cechuje powierzchowne siedlisko ogniska nowotworowego, przewlekły i względnie łagodny przebieg choroby, przeciągający się na lata i dziesiątki lat, a wreszcie skłonność do samoistnego zablizniania się, do samowyleczenia.

Nabłoniak powstaje jako płaska, z ledwością wzniesiona i łuszcząca się grudeczka barwy żółtawej i czerwobrunatnawej, albo też jako drobny perłowaty guzeczek wielkości ziarna prosa do kopnego. Guzeczek mieści się w powierzchownych warstwach skóry, jest nieco spłaszczony i twardawy przy dotykaniu, posiada barwę matową szarobiaławą lub perłową. Jego powierzchnia jest równa, gładka i lśniąca. Twór czyni wrażenie półprzejrzystego i do

pewnego stopnia przypomina pęcherzyk o grubej pokrywie (epitheliome perlé). Wykwit powiększa się bardzo powoli i przekształca się stopniowo w blaszkę, która zresztą powstać też może wskutek połączenia się kilku guzeczków. Blaszkę posiadają kształty okrągłe, okrągławe lub owalne i są ostro odgraniczone od otoczenia za pomocą twardego brzegu, wzniesionego w kształcie wału. Wał ma miejscami budowę jednolitą, miejscami zaś jest on złożony z poszczególnych guzeczków perłowych. Środkowa część blaszek jest



Rys. 132 *Ulcus rodens*

niekiedy wklęsła i pokryta mocno przylegającymi brudnożółtymi lub brunatnawymi łuseczkami, po których usunięciu widać czerwoną i łatwo krwawiącą powierzchnię skóry. Z biegiem czasu w miejscu tem powstaje okrągłe lub owalne owrzodzenie o gładkiem lub ziarnistym i błyszczącym dnie barwy czerwonej lub żółtobrunatnawej. Z owrzodzenia sączy się skąpa i niecuchnąca wydzielina, zasychająca w strup. Owrzodzenie jest mniej lub więcej twarde w zależności od głębokości sprawy chorobowej i zazwyczaj bardzo mało bolesne. Brzegi owrzodzenia rakowego mają nie zawsze i nie wszędzie jednaki wygląd. Niekiedy są one ostro ściśnięte, równe,

gładkie, niemal nienacieczone. Niekiedy znowu wznoszą się one niby wał, albo składają z szeregu stykających się guzeczków perłowych. Po mniej lub więcej długim trwaniu wrzód żrący poczyna ujawniać skłonność do samowyleczenia. Blizna tworzy się w części środkowej nabłoniaka i miejscami dochodzi aż do jego brzegów, miejscami zaś jest odeń oddzielona okrągłymi, nerkowatymi, lukowatymi i szczelinowatymi owrzodzeniami. Innym znowu razem zabliznianie odbywa się tylko w pewnym odcinku wrzodu żrącego, u jednego z jego biegunów, podczas gdy pozostała część obwodu rozrasta się w kierunku odśrodkowym i szerzy w sposób pełzający. W takich przypadkach wrzód żrący może nieraz zająć znaczne przestrzenie skóry.

Ulubionem umiejscowieniem sprawy chorobowej jest twarz.

a mianowicie: powiek, **czoło**, słronie, nos, policzki, małżowiny uszne. Przebieg cierpienia jest niezmiernie przewlekły i względnie łagodny, gdyż nabłoniak długo pozostaje powierzchownym i nie powoduje przerzutów do sąsiednich gruczołów chłonnych. W niektórych jednak razach sięga on włąb, wrasta w tkanki miękkie oraz w kości, a wówczas sprawa względnie szybko kończy się śmiertelnie. — U ludzi starych nabłoniak płaski niekiedy występuje w liczbie mnogiej (*epithelioma multiplex senilis*). Punktem wyjścia sprawy zazwyczaj bywają brodawki starcze czyli lojotokowe.



Rys. 133. *Epithelioma planum*.

Bujanie komórek warstwy podstawowej naskórka. Smugi i skupienia komórkowe w skórze właściwej.

B u d o w a. — Badania histopatologiczne wykazują, że w nabłoniaku płaskim mamy do czynienia z nowotworem, powstającym wskutek bujania komórek warstwy podstawowej naskórka. Komórki walcowate wrastają włąb w kształcie listewek i tworzą w skórze właściwej skupienia komórkowe w kształcie smug. W środku niektórych skupień komórki niekiedy posiadają wyraźny kształt wrzecionowaty, co należy objaśnić wzajemnym uciskiem szybko rosnących komórek nowotworowych i przeciwuciskiem otaczającej tkanki łącznej. W nabłoniaku płaskim komórki nie ulegają zrogo-

waczeniu, a zatem nie spostrzegamy w nim, t. zw. pereł rakowych. Częstość jednak występują zjawiska zwyrodnienia śluzowego i klejowatego.

B. Właściwy rak skóry (Carcinoma cutis. — Epithelioma cutis profundum. — Cancroid).

Rak właściwy rozwija się z nabłoniaka płaskiego albo powstaje pierwotnie w głębszych pokładach skóry. Tedy tworzą się twarde i mniej więcej wyraźnie odgraniczone guzy lub bardziej rozlane nacieki zbitej spistości. Powiększają się one dosyć szybko we wszyst-

kich kierunkach, wyrastają ku powierzchni skóry i wreszcie występują ponad poziom w kształcie nierównych wyniosłości. Skóra nad nimi jest cienka, gładka i napięta, barwy czerwonobrunatnej i czerwonosinawej. Po pewnym czasie twory guzowate ulegają owrzodzeniu. Sprawa rozpadowa rozpoczyna się na powierzchni albo wewnątrz nowotworu. W wypadku pierwszym występuje łuszczenie w punkcie najbardziej wydatnym guza, albo też zjawia się tutaj pęcherz o krwawej zawartości, zasychający niebawem w strup. Po usunięciu strupa widać dosyć powierzchowną nadżerkę, która następnie się powiększa, sięga w głąb i stopniowo przekształca się w owrzodzenie rakowe. —

W wypadku drugim rozpad

tkanki nowotworowej odbywa się wewnątrz guza, a ognisko rozmięczenia otwiera się na zewnątrz często przy objawach zapalnych, którym towarzyszyć zwykły dosyć silny ból. Powstające owrzodzenie rakowe ma kształt kraterowaty, oraz twarde, wzniesione, wywinęte i rozpadające się brzegi, dno zaś nierówne bladorożowe, szaroczerwone, pokryte strupami z obumarłych tkanek i białoszarawą błyszczącą ziarnistością. Przy naciskaniu z boków na dno owrzodzenia ziarenka te wydzielają się z tkanki, niby węgry lub czopy.



Rys. 134. *Carcinomatosis cutis*
Carcinoma ventriculi.

W dalszym przebiegu nowotwór powiększa się dosyć szybko, wrasta w głębiej położone tkanki, niszczy chrząstki i kości, a wreszcie po miesiącach i latach powoduje swoiste obrzmienie sąsiednich gruczołów chłonnych. Należy zauważyć, że przerzuty w gruczołach występują tem wcześniej, im złośliwszy jest przebieg raka skóry. Niemalą rolę odgrywa tu umiejscowienie. Tak n. p. najczęściej spostrzegamy zajęcie gruczołów w raku prącia, warg sromowych, warg ust, następnie dopiero w umiejscowieniu nowotworów na kończynach i tułowiu. Rzadko i stosunkowo późno spostrzegamy obrzmienie gruczołów w raku czoła, powiek, nosa i małżowin usznych.

Śmierć następuje wskutek jakiegokolwiek przyłączającej się choroby, albo z powodu bezpośredniego przejścia nowotworu na ważny narząd wewnętrzny (n. p. na mózg), a także w następstwie krwotoku, postępującego charłactwa itp. Przerzuty rakowe do narządów wewnętrznych należą do nieczęstych zjawisk.

Brodawkowy rak skóry (Carcinoma cutis papillare s. villosum) rozwija się z odmiany głębokiej, z nabłoniaka płaskiego lub z brodawki starczej. Powstają rozrosty brodawkowe różnej grubości i długości, niekiedy na 2 cm. wzniesione ponad powierzchnię. Są one pokryte brudną, brunatną lub zielonkawą masą rogową, lub też wilgotne, łatwo krwawiące i pokryte strupami.



Rys. 135. *Epithelioma frontis profundum.*

Ta postać najczęściej należy do złośliwych. Jeżeli rozrosty brodawkowe zjawiają się na nabłoniaku płaskim, świadczy to o jego skłonności do przejścia w odmianę głęboką.

Budowa głębokiej odmiany raka skóry zazwyczaj bywa kolczasto-komórkowa. Nowotwór najczęściej powstaje wskutek rozrostu sopl międzybrodawkowych, które wydłużają się, wrastają w skórę właściwą i tutaj rozgałęziają się wielokrotnie, tworzą odnóżki i t. d. W skupieniach komórkowych powstają perły rakowe.

Przyczyny powstawania raka są dotychczas nieznane. Nie będę tu podawał wszystkich teorii, dotyczących tej kwestji, gdyż można je znaleźć w każdym podręczniku patologii ogólnej. Nadmienię tylko, że teoria pasorzytnicza może być nader pociągająca

dla dermatologa, a to ze względu na to, iż niektóre postacie raka skóry, a zwłaszcza płaskie nabłoniaki bliznowaciejące posiadają wszelkie cechy schorzenia pasorzytniczego. Dotyczy to nie tylko i nie tyle wyglądu klinicznego, ile rozwoju i przebiegu sprawy chorobowej. Zważyć jednak trzeba, że zarazek dotychczas nie został jeszcze wykryty. Nie mamy też niewątpliwych faktów przeniesienia się raka z chorych na zdrowych. Wiemy tylko, że raka można doświadczalnie przeszczepić z jednego chorego na drugiego. Co do raka myszy i szczurów, to należy zauważyć, że dane doświadczalne tą drogą zdobyte nie mogą dziś być bezpośrednio przeniesione do dziedziny patologii ludzkiej.

Daleko obszerniejszy jest zakres wiadomości, dotyczących czynników usposabiających do raka. Do nich należą: dziedziczność, wiek, płeć i wszelkie długotrwałe, miejscowe podrażnienia skóry.



Rys. 136. *Epithelioma cutis* profundum

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że dziedziczność odgrywa niemałą rolę w powstawaniu raka. Nie da się też zaprzeczyć, że w wielu razach można mówić o usposobieniu rodzinnem. Co się tyczy wieku, to należy zauważyć, że wiek dojrzały i późny najbardziej sprzyja temu cierpieniu. W okresie pomiędzy 20—40 r. życia liczba schorzeń wzrasta bardzo powoli. Największy odsetek chorych na raka przypada na 40—60 r. życia, najwię-

cej zaś przypadków raka skóry twarzy spostrzegano u osobników w wieku 45—60 lat (Ohren). Mężczyźni podlegają tej chorobie o wiele częściej, niż kobiety (stosunek 3 : 1).

Powszechnie znany jest wpływ urazu, powodującego stany przewlekłego podrażnienia skóry. Tutaj należą raki, powstające na tle przewlekłego zapalenia i spryszczenia skóry u kominiarzy oraz u robotników, pracujących w przemyśle smolarskim i parafinowym, a następnie u palaczy fajki (warga i język). Wskazać też trzeba na raki, tak często spostrzegane na zwietrzalej skórze twarzy i rąk mary-

narzy i wieśniaków a także na pergaminowej skórze barwikowej. Wreszcie wspomnieć należy o nowotworach, tworzących się w łączności z przewlekłym zapaleniem rentgenowskim skóry u zawodowców (rentgenologów, techników i robotników, pracujących przy wyrobie rurek rentgenowskich). Do tej kategorii faktów zaliczamy też raki, występujące w przebiegu wielu chorób skóry, że tylko wymienimy gruzlicę (wilk pospolity), owrzodzenia przymiotowe, liszaj rumieniowaty, łuszczycę, marskość sromu, brodawki starcze, znamiona, rogi skóry i t. d., a wreszcie też blizny po oparzeniach i blizny powilkowe oraz poprzymiotowe. Na błonach śluzowych usposabia do raka łuszczyca jamy ustnej i narządów płciowych (Leukoplakia).

Rozpoznanie nabłoniaka płaskiego skóry najczęściej bywa nietrudne. Przy badaniu należy zwrócić szczególną uwagę na budowę brzegów (twardy wzniesiony wał, guzeczki perłowe) i dno owrzodzenia (czerwona, gładka i błyszcząca powierzchnia), bacząc zwłaszcza na powierzchowne siedlisko sprawy chorobowej, jej typowe umiejscowienie (twarz) i niezmiernie łagodny przebieg przy wolnych gruczołach chłonnych.

W głębokiej postaci raka skóry rozstrzyga o rozpoznaniu obecność twardego tworu guzowatego, szybkie powiększanie się guza, wrastanie w otaczające tkanki, rozpad i powstawanie owrzodzenia, zajęcie sąsiednich gruczołów. Zradzające się wątpliwości dotyczą głównie przymiotu. Tak np. głęboki owrzodziały rak skóry bez powiększenia gruczołów chłonnych może wzbudzić podejrzenie co do owrzodzenia kilakowego. Owrzodzenia kilakowe mają jednak brzegi podminowane i nie tak wybitnie twarde, jak rakowe — raczej bardziej elastyczne. Przebieg jest stosunkowo szybszy. Zdradzają one też skłonność do zablizniania się samoistnego. Obecność innych objawów przymiotu oraz dodatni wynik próby Bordet-Wassermann'a przemawiają na korzyść przymiotu, wszelkie zaś wątpliwości usuwa histologiczne badanie wyciętych tkanek.



Rys. 137. *Carcinoma cutis papillare.*

W umiejscowieniu na wargach ust i na narządach płciowych rozpoznanie nieraz się waha pomiędzy rakiem a wrzodem twardym (*Ulcus induratum*). Dotyczy to zwłaszcza okresów początkowych nowotworu. Różnicowanie winno uwzględnić: bardziej okrągły kształt wrzodu twardego, płytkość owrzodzenia i jego bardziej równe dno; szybki rozwój sprawy; wczesne obrzmienie gruczołów chłonnych; obecność w wydzielinie krętka białego, a wreszcie dodatni wynik odczynu Bordet-Wassermann'a.

Rokowanie w raku skóry uzależniamy w znacznym stopniu od postaci klinicznej. Jest ono złe w odmianie głębokiej — we



Rys. 138. *Carcinoma cutis*

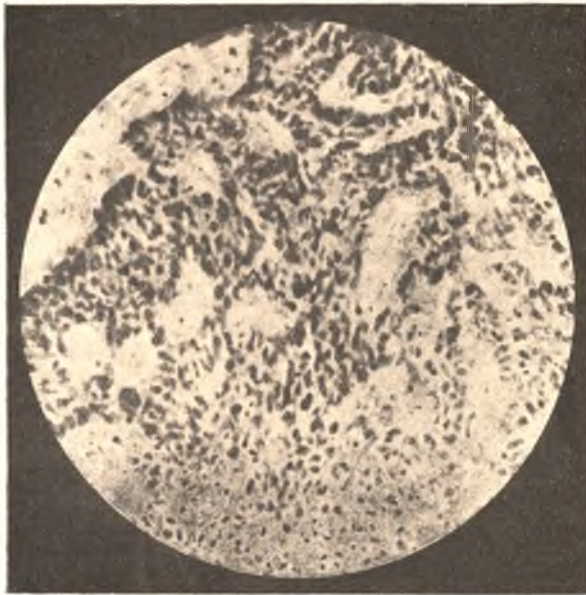
Rozrost sople międzybrodawkowych. Budowa kolczastokomórkowa.

właściwym raku skóry, względnie zaś pomyślnie w nabłoniaku płaskim. Ten bowiem może trwać bardzo długo, zdradza skłonność do zablizniania się, nie powoduje przerzutów i mało wpływa na stan ogólny. Wczesna i umiejętna pomoc lekarska rokuje powodzenie w znacznym odsetku przypadków. Pamiętać jednak należy o możliwości przejścia powierzchownej postaci w głęboką.

Leczenie. W głębokiej postaci raka skóry jest wskazany

możliwie wczesny zabieg chirurgiczny, sprowadzający się do dokładnego wycięcia nowotworu w obrębie zdrowych tkanek, oraz do wyluszczenia obrzmiałych gruczołów chłonnych. Leczenie następcze polega na energicznym naświetlaniu promieniami X (grube filtry, duże dawki).

W nabłoniaku płaskim postępowanie bywa rozmaite. Mniejsze ogniska można wyciąć, a później naświetlić. Wyniki bywają doskonałe. W ogniskach większych, a zwłaszcza w owrzodzonych można częstokroć osiągnąć zupełne wyleczenie stosując wyłącznie rentgenoterapię (filtry glinowe grubości 3 mm., dawka 5 H pod filtrem co trzy tygodnie, 3—5 dawek). Za najodpowiedniejszą uważam jed-



Rys. 189. *Carcinoma cutis.*

nak metodę skombinowaną chirurgiczno-rentgenoterapeutyczną. Jej wykonanie jest następujące. Brzegi i dno tworów rakowych podlegają dokładnemu wyłyżeczkowaniu, o ile zaś brzegi są bardzo wysokie i twarde, to należy je uprzednio ściągnąć nożem. Po zatamowaniu krwawienia za pomocą wody utlenionej natychmiast przystępujemy do naświetlania, kierując się wyżej podanymi wskazówkami. U ludzi wrażliwych naświetlamy dopiero następnego dnia.

Jeżeli chory nie zgadza się na zabieg krwawy, to należy zadowolnić się we wstępnym leczeniu smarowaniem płynem Czerny'ego (ac. arsenicosi 1,00 : spir. vini rectific., aq. destill. aa 50,00), lub stosowaniem maści Cosme'a (ac. arsenicosi 1,00 : hydrarg. sulfurat. rubr. 3,00 : vaselin. fl. 30,00). Maść przykłada się 3—4 dni z rzędu zupełnie tak, jak w leczeniu wilka pospolitego. W tych razach przystępujemy do rentgenoterapii dopiero po udzieleniu się strupa martwicowego.

Wedle statystyki mojego oddziału metoda rentgenoterapeutyczna daje 57% wyleczenia, podczas gdy chirurgiczno-rentgenoterapeutyczna 87,5%.

W odpowiednich przypadkach można z powodzeniem stosować radium i mesothorium zamiast promieni Roentgen'a.

Choroba Paget'a.

(Morbus Pageti. — Pagets disease of the nipple).

Cierpienie to po raz pierwszy opisał James Paget w 1874 roku.

Objawy. Sprawa zazwyczaj dotyczy kobiet w wieku powyżej 40 lat. Na brodawce sutkowej albo w obrębie jej otoczki tworzy się pęknięcie skóry lub też powierzchowny strupek, po którego usunięciu niebawem zjawia się świeży. Po pewnym czasie powstaje dokoła brodawki blaszka okrągła, owalna lub zarysowana linjami łukowatymi. Blaszka ma brzegi nieco wzniesione i jest ostro odgraniczona od otaczającej skóry zdrowej. Powierzchnia schorzałej przestrzeni jest czerwona, sucha, pokryta łuskami i strupkami, albo też sącząca i gładka, niekiedy zaś słabozziarnista. Przy dłuższym trwaniu spistość skóry może być pergaminowa. Całość czyni wrażenie pryszczycy a to tembardziej, że sprawie zwykle towarzyszy swędzenie, pieczenie, klucie. Cierpienie jednak nie ustępuje przy stosowaniu leków, zalecanych w pryszczycy.

Dalszy przebieg zazwyczaj bywa bardzo przewlekły. Blaszka powoli się powiększa przez rozrost odśrodkowy, brodawka sutkowa wciąga się coraz bardziej i wreszcie znika, na jej miejscu zaś tworzy się lejkowate wgłębienie lub też mniej więcej głębokie owrzodzenie. Wreszcie po latach rozwija się rak sutki, a w końcowych okresach choroby obrzmiewają sąsiednie gruczoły chłonne.

Sprawa trwa długo, przeciętnie 2—10, nieraz jednak nawet 20 i więcej lat. Śmierć następuje wskutek uogólnienia się raka i z powodu postępującego charłactwa.

Chorobę Paget'a spostrzegano nie tylko na sutce, lecz też w innych miejscach ciała u kobiet i u mężczyzn. Z niezwykłych umiejscowień należy wymienić mosznę, prącie, krocze, wargi sromowe (Dubreuilh, J. Rosenberg), nos i kąt oka (Ravogli), pępek, plecy (L. Brocq).

B u d o w a. W okresie pryszycowatym, przedguzowym choroby Paget'a stwierdzamy zmiany chorobowe naskórka i skóry właściwej. Sople naskórkowe są miejscami krótkie a grube, miejscami zaś znacznie wydłużone. Widać w nich liczne figury podziału jąder. Komórki warstwy kolczastej zdradzają objawy zwyrodnienia i rogowacenia wadliwego, podobne do spostrzeganych w chorobie Darier'a i w zaraźliwym nabłoniaku skóry. W brodawkowej warstwie i w powierzchniowych pokładach skóry właściwej widać obfite nacieczenie, złożone w znacznej części z komórek plazmatycznych.

Punktem wyjścia bujania rakowego są sople naskórkowe albo też nabłonek przewodów mlecznych (Darier).

P r z y c z y n y i s p o s ó b powstawania choroby dotychczas nie zostały wyjaśnione. Pasorzytnicza teoria Darier'a (Coccidia) należy dziś do wspomnień historycznych. O grzybkach drożdżowych, jako o przyczynie cierpienia, wspomina Fabry i Trautmann. Przeważającym jednak nie rozstrzygnięto jeszcze ostatecznie pytania, czy choroba Paget'a jest sprawą „pryszycowatą“, do której następnie przylączy się rak, czy też jest ona od samego początku rakiem, czy wreszcie mamy tu do czynienia ze swoistem cierpieniem, prowadzącym do raka. Poglądy badaczy na wszystkie te kwestje są dziś jeszcze bardzo rozbieżne. Z polskich autorów F. Malinowski stoi na stanowisku pierwotnego raka sutki w chorobie Paget'a, podczas gdy J. Rosenberg jest zdania, że rak rozwija się wtórnie na tle jakiegoś bliżej nam nieznanego zapalenia skóry.

R o z p o z n a n i e sprawia nie mało trudności w okresie przedguzowym i winno mieć na względzie głównie pryszycę. Za chorobą Paget'a przemawiają: łukowate, ostro zarysowane i nieco wzniesione brzegi blaszki; nacieczenie i pewna twardość pergaminowa schorzałej skóry (zamiast obrzęku w pryszycy); wciągnięcie brodawki sutkowej (względna wartość!); jednostronne umiejscowienie, przewlekły przebieg i nieskuteczność leczenia przeciwpryszycowego. — Darier przypisuje pewne znaczenie rozpoznawcze tej okoliczności, że w chorobie Paget'a można wykryć w łuskach obecność znacznej liczby t. zw. ciałek okrągłych (Corps ronds) czyli kokcydii rzekomych.

Rokowanie trzeba uzależnić od wczesnego rozpoznania i racjonalnego leczenia, zastosowanego w porę.

Leczenie. We wczesnych okresach choroby zalecamy energiczną rentgenoterapię obok leczenia objawowego, które jest w ogólnych zarysach podobne do stosowanego w pryszczycy. Technika naświetlania winna być taka, jak w płaskim nabłoniaku skóry. Jeżeli ten sposób postępowania nie prowadzi do celu, to nie należy zwlekać z radykalną operacją. Leczenie następnie polega na stosowaniu promieni Roentgen'a.



S P I S A B E C A D Ł O W Y.

- Alepski bolak 520
— guzek 520
Antraks 426
Antypiryna (osutki lekowe) 171
Arszenik (osutki lekowe) **149, 172**
- B**ąbel 7
Bezbarwność skóry 370
Białaczka skóry 532
— skóry właściwa 532
Białaczkowe guzy 532
— guzy brodawkowe 533
Bielactwo nabyte **371**
— wrodzone **370**
— wrodzone częściowe 371
— wrodzone powszechne 370
Błazka 10
Blizna 13
— przerosta 605
— zanikowa 14
Bliznowaciejące zapalenie torebek włosowych karku 430
Bliznowiec 603
Bolak alepski 520
Botryomykoza 431
Brodawczak 610
Brodawkowate zapalenie skóry głowy 430
Brodawkowatość ciemna skóry 54
Brodawki 614
— lojotokowe 397, **617**
— młodocianych 615
— płaskie 615
— — wieku młodocianego 51, **615**
— pospolite 614
— starcze 397, **617**
Brodawki twarde 614
Brom (osutki lekowe) 173
Bromowa osutka guzowata 173
- Chinina (osutki lekowe) 174
Chlor (osutki lekowe) 150
Chloroform (osutki lekowe) 174
Chłoniak 627
Choroba Addison'a 369
— Brocq'a 207
— Darier'a 49
— Dubring'a 311
— Meledejska 38, **39**
— Paget'a 650
— Parrot'a 421
— Raynaud'a 364
— Recklinghausen'a 593, **600**
— włóczegów 577
Choroby polegające na rogowaceniu wadliwym 61
— przerostowe naskórka 21
— skóry powstające z pasorzytów zwierzęcych 574
— włosów 81
— włosów pochodzenia niepasorzytniczego 81
— włosów pochodzenia pasorzytniczego 103
Ciemniucha 281
Cukrówki 182
Cukrzyca 152
Czarna krostka 518
Czerwienienie skóry za dotknięciem 359
Czyraczność 426
— niemowląt 428
Czyrak 425
Czyraki kryptogenetyczne 427
- D**ziegieć (osutki lekowe) **150, 174**
- E**rytrodermia białaczkowa 533
— ichtyotyczna wrodzona 33, **34**
— złuszcząca Leiner'a **283, 420**
— złuszcząca blaszkowata 207
— — uogólniona pierwotna 198
— złuszcząca uogólniona wtórna **197**
Erytromelalgia **362, 400**



Figówka bliznowaciejąca 109

- grzybowa 107
- grzybowa guzkowata 543
- pospolita 105

Finny 590**Glista robaczkowa** 590**Gorączka z opryszczkami** 237**Gromada znamion** 591**Gruźlak łojowy** 594

- potowy torbielowy 596
- skóry 620

Grudka 6**Gruźlica skóry** 435

- brodawkowata skóry 459
- grzybowa 462
- liszajowata 467
- skóry prosówkowa krwotoczna 467
- skóry prosówkowa rozsiana 466
- skóry prosówkowa wrzodziejąca 464
- rozplywna 461
- właściwa skóry 464
- wrzodziejąca skóry 464

Grzybek strzygący drobnozarodnikowy Audouin'a 539

- strzygący właściwy 540
- strzygący w paznokciach 549

Grzybica drożdżowa 566

- drożdżowa autorów amerykańskich 566
- drożdżowa właściwa 568
- guzkowa włosów 103
- guzowata 522
- — doraźna 527
- łojotokowa 281
- — (naskórkowa) płatkowata i obrączkowata 291
- madurska 572
- naskórkowa Sabouraud'a 289, **547**
- — Unna'y 80, **273**, 274
- — blaszkowata 278
- — grudkowa 275
- — łojotokowa 281
- — łuszczykowata 286
- — okolomieszkowa 275
- naskórkowa rumieniowo-złuszczająca 286

Grzybice skóry 535**Grzybica sporotrychowa** 561

- — umiejscowiona 562
- — uogólniona 563

Grzybowa figówka guzkowata 543**Guz** 7

- jamisty 625

Guzek 7

- alepski 520

Guzki żółte cukrzycowe 181**Guzowatość nosa** 132**Guzy białaczkowe** 532**Gzik jelitowy** 589

- żółdkowy 589

Jeżowatość skóry 28**Jod (osutki lekowe)** 174**Jodoform (osutki lekowe)** **148**, **175****Jodowa osutka guzowata** 175**Kamień skóry** 630**Kazrak** 622**Kępiki żółte** 607

- — moczówkowe 607, **609**
- — pospolite 607
- — odmiana guzowata 608
- — odmiana płaska 607
- — rzekome 411

Kleszcz gołębi 588

- kręgowcowy 588

- psi 588

Koltun 575**Komary** 581**Krosta** 8

- okolowłosowa 106

Krosty szczepionkowe **mnogie** 178

- — nadliczbowe 178

Larwa wędrująca 589**Liszaje** 330**Liszaj czerwony** 331

- — kończysty 331
- — płaski 334
- — — brodawkowaty 338
- — — linijny 335
- — — obrączkowy 335
- — — pęcherzowy 337
- — — rogowy 338
- — — rozlany 335



- Liszaj czerwony płaski rumieniowy 337
- czerwony płaski zanikowy 339
 - — tępy 338
 - kolczasty 48
 - lśniący 346
 - mieszkowy 28, **43**, 89
 - — biały 43
 - — czerwony 44
 - paciorkowaty 347
- Liszaj pokrzywkowy 219
- pospolity przewlekły 259
 - pospolity odmiana guzkowata **343**, 344
 - pospolity odmiana rozlana 344
 - pstry 349
 - rumieniowaty 481
 - — ostry rozsiany 484
 - strzygący 537
 - — brody 543
 - — liszajcowaty 544
 - — paznokci 116, **549**
 - — skóry niewłosionej 545
 - — skóry niewłosionej odmiana głęboka 547
 - strzygący skóry niewłosionej odmiana obrączkowata złuszcza- jąca 545
 - strzygący skóry niewłosionej odmiana pęcherzykowa 546
 - strzygący właściwy uwłosionej skóry głowy 540
 - strzygący skóry uwłosionej od- miana głęboka 542
 - wyłysiający 105, **537**
 - — uwłosionej skóry głowy 539
 - zolzowy 461
- Liszajec 413
- Bockhart'a 106, **423**
 - gronkowcowy 423
 - krostkowy 423
 - noworodków 416
 - opryszczkowaty 432
 - pęcherzowy noworodków 416
 - pospolity 413
 - — noworodków 416
 - — obrączkowaty 414
- Ludzie-zwierzęta 84
- Łojotok 118

- Łojotok 118
- objawowy 118
 - samoistny 118
 - — fizjologiczny 118
 - — patologiczny 118
- Łupież 10
- biały 284
 - czerwony Hebra'y 204
 - liszajowaty przewlekły 349, **351**
 - plamisty twarzy 284
 - pospolity **249**, 284
 - pstry 535
 - różowy 77
 - rumieniowy 548
 - więdnących 399
- Łuska 10
- rybia 27
- Łuski otrębowate 10
- Łuszczenie się skóry u noworodków **33**, **39**
- Łuszczyca 61
- brodawkowa 68
 - brudziecowa **67**, 68
 - jamy ustnej 647
 - kolista 63
 - krążkowa 62
 - kropkowa 61
 - kropliasta 61
 - nietykowa 66
 - obrączkowa 63
 - paznokci 65
 - pniażkowa 62
 - pierścieniowa 63
 - uogólniona 63
- Łuszcycowe tarcze 62
- Makowiec (osutki lekowe) 175
- Manja wrywania włosów 101
- Marskość sromu 357, **409**
- Mędowieszka 578
- Miedziowy siarkan (osutki lekowe) 148
- Mięsak 632
- pierwotny czerniaczkowy skóry 633
 - pierwotny skóry 632
- Mięsaki samoistne mnogie 634
- — mnogie barwikowe 635
 - — mnogie barwikowe od- miana chłoniakowata 639

- Mięsakowatość tkanki chłonnej 534
 Mięśniak 629
 — chłoniakowy 630
 — naczyniasty 630
 Modzel 21
 Modzelowatość skóry 21
 Morfina (osutki lekowe) 175
 Moskity 581
 Mucha Wohlfart'a 589
 — trupia 589
 Muszyca 589

Nabłonniak gruczolakowaty torbielowy 594
 — kolczasto-komórkowy 641
 — płaski skóry 641
 — walcowato-komórkowy 641
 — zaraźliwy skóry 618
 Naczyniak 624
 — chłonny 624, **627**
 — — jamisty 628
 — — odgraniczony 627
 — — zwykły 627
 — guzowaty 625
 — gwiazdowaty 625
 — jamisty 625
 — krwionośny 624
 — limfatyczny 624
 — płaski 4, **624**
 — zwykły 624
 Nadżerka 13
 Nagiotek 22
 Neosalwarsan (osutki lekowe) 172
 Nerwice skóry 354
 Nerwówłóknik 394, **602**
 Nieszowice 414
 — zgorzelinowe dzieci 190
 Nitkowiec ludzki 390, **590**
 — podskórny 590
 Nosacizna 515
 Noworodków złuszczone zapalenie skóry (Ritter) 418
 Nowotwory skóry łagodne 600
 — skóry złośliwe 632
 Nużeniec 588

Objaw Auspitz'a 62
 — Nikolski'ego 307
 Objawy podmiotowe 20

 Oblak skóry 633
 Obrzęk skóry ostry odgraniczony 360
 Obwódka 4
 Odcisk 21, **22**
 Odciski przymiotowe 24
 Odczyn biały skóry 360
 — czerwony skóry 359
 Odmroziny 158
 Odmrożenie 158
 Odparzenie 137
 Ogień św. Antoniego 239
 Ogniopiór 282
 Oparzenie 152
 Opryszczki ciężarnych 320
 — krowiankowate 156
 — letnie 156
 — na narządach płciowych 237
 — na twarzy 236
 — nawrotowe 237
 — pospolite 236
 — tęczowate 231
 — urazowe 238
 Osiewienie ograniczone nabyte 372
 Ospa ochronna uogólniona 178
 Ostuda 368
 — ciężarnych 369
 Osutka 1
 — pęcherzykowa rąk 300
 — złuszczonej plamisto-grudkowa 351
 Osutki w cholerze 179
 — w błonicy 179
 — pozostające w związku z cierpieniami narządów wewnętrznych i z chorobami przemiany materji 180
 — w czerwonce 179
 — lekowe **147, 170**
 — z pokarmów 168
 — po szczepieniu krowianki 177
 — poszczepionkowe 177
 — powstające pod wpływem działania surowic, szczepionek i jażdów bakteryjnych 177
 — rzeżączkowe 179
 — z zatrucia 168
 — — pochodzenia nieokreślonego 183
 — w zimnicy 179
 Otarcie 11



- Otoczka 4
 Otyłość bolesna 606
 Owrzodzenie 12
- Paraluśczyca 80, 349**
 — blaszkowata 349, **207**
- Parch 553
 Pasożytne schorzenia skóry, **413, 435**
 Pasożyty zwierzęce naskórne 574
 — zwierzęce skóry 582
- Pasówka 239
 — czołowa 240
 — krwotoczna 240
 — oczna 241
 — pęcherzowa 240
 — uogólniona 241
 — zgorzelinowa 240
- Pasta złuszczeniowa 127
 Paznokci bielactwo 98, **115**
 — brak 113
- Paznokcie czarkowate 114
 Paznokci kruchość 114
 — oddzielanie się 114
 — — całkowite 114
 — — częściowe 114
 — pęknięcie poprzeczne 115
 — przerost zwykły 115
 — szponowatość 115
 — wgłębienia kropkowe 115
- Pchła ludzka 580
 — pospolita 580
- Pergaminowa skóra barwikowa 406
 Petocie 4, 184
 Pęcherz 8
 Pęcherzowe oddzielanie się naskórka
 dziedziczne 326
 — oddzielanie się naskórka od-
 miana pospolita 326
 — oddzielanie się naskórka od-
 miana zanikowa 326
- Pęcherzyca brodawkująca 322
 — noworodków 416
 — ostra 303
 — pelzająca 306
 — prawdziwa łagodna 306
 — prawdziwa złośliwa 307
 — przewlekła błonicza 305
 — — krwotoczna 305
 — — pospolita 304
- Choroby skóry
- Pęcherzyca przewlekła prawdziwa 304
 — — — wrzodziejąca 305
 — — — zgorzelinowa 305
 — trądowa 501
 — urazowa 326
 — złuszczeniowa 308
- Pęcherzyk 7
 Pęcherzyki zabłąkane 240
 Piaszczyk skóry 630
 Piegi 155
 Plama 3
 Plamice 183
 Plamica gruszcowa 184
 — krwotoczna 186
 — obrączkowa naczyńska 188
 — od pcheł ukąszenia 187, **580**
 — piorunująca 186
 — prosta 185
 — zakaźna 186
 — — — podostra 186
- Plamki błękitne 579
 Plamy barwikowe 5
 — mongolskie 5
 — naczyńskie 4
 — piegowate **368, 591**
- Płaska domowa 580
 Płaty naskórkowe 10
 Płomień 4, **624**
 Płytki rogowe 10
 Pokrzywka 212
 — barwikowa 217
 — biała 212
 — czerwona 212
 — grudkowa 212
 — kolistą 212
 — krwotoczna 212
 — nawrotowa 213
 — obrączkowa 212
 — obrzymia 212
 — ostra 213
 — pęcherzowa 212
 — pochodzenia zewnętrznego 214
 — ponowna 213
 — przelotna 213
 — przewlekła 213
 — rozlana 212
 — rumieniowa 212
 — wywołana 213, 214, **359**
- Popękania 12

- Potówki 143
 Potu brak 139
 Poty barwne 140
 — cuchnące 137, **140**
 — krwawe 141
 — mocznicowe 140
 — nadmierne 136
 — — miejscowe 136
 — nocne 136
 — ogólne 136
 Półpasiec 239, **240**
 Pręgi **5**, 184
 — zanikowe 404
 Promienica 571
 Prosak 621
 — klejowaty 410
 — rzekomy 622
 Prosówka właściwa 142
 Pryszczycza 243
 — brodawkowata 253
 — czerwona 246
 — figówkowata 249
 — liszajowata 247, 252, 343
 — łojotokowa 281
 — modzelowata 252
 — obrębna 289, 547, **549**
 — odruchowa 257
 — ograniczona 247
 — okrężna ust 250, **285**
 — ostra 247
 — pasorzytnicza 80, **273**
 — — okolomieszkowa 275
 — pęcherzowa 246
 — pęcherzykowa 244
 — pępka 251
 — płatkowata 247
 — pospolita 243
 — prawdziwa 243
 — przewlekła 247
 — rozszkana 248
 — różowata 288
 — rumieniowata 244
 — strupkowa 244
 — sucha 245
 — sutek 250
 — szczelinowata 245
 — umiejscowiona 247
 — uogólniona 248
 — wilgotna 245
 Pryszczycza od wyprzenia 251
 — — zakażona 247
 — — zauszna 250
 — — złuszcząca 245
 — — zwrotna 257
 Pryszczyczek 7
 Przeczos 11
 Przerostowe zmiany skóry właściwej
 (głównie tkankolącznowe) 377
 Przystudzienice **4**, 184
 Pszczola 581
 Ptaszyniec 588
Rad 167
 Rak bliznowaciejący skóry 641
 — brodawkowy skóry 645
 — czerniakowy skóry 633
 — skóry 641
 — skóry właściwej 644
 — wodny 193
 Rogi skóry nitkowate 25
 — starcze 25
 — wieku młodocianego 26
 Rogowacenie nadmierne pod paznok-
 ciowe **116**
 Rogowacenie torebki włosowej 46
 Rogowiec dziedziczny dłoni i podesz-
 wy 40
 Rogowiec krwawy 161
 — nabyty 43
 — nadnaczyniakowy 161
 — pochodzenia arsenikowego 172
 Rozszczepianie się końców włosów 105
 Rozszczep węzłowaty włosów 90, **104**
 Róg skóry 25
 Różyczka 4
 Rzęć (osutki lekowe) **148, 175**
 Rzęćca 175
 Rumień 4
 — grudkowy 230
 — grudkowy po-nadżerkowy nie-
 mowląt 421
 — guzowaty 233
 — kolisty 230
 — lombardzki 169
 — łojotokowy Lebard-Moussous 282
 — obrączkowy 230
 — pęcherzowy 231
 — pęcherzykowy 231



- Rumień pęcherzykowy tęczowaty 231
 — plamisty 231
 — płonicowaty złuszczący po-
 wrotny 198
 — słoneczny 154
 — stwardniały 476
 — światło-elektryczny 155
 — tęczowaty 231
 — trwałe twarzy 485
- Rumienie wysiękowe krwotoczne 231
 — — objawowe 229
 — — samoistne 230
 — — wielopostaciowe 229
- Rumień wysiękowy wielopostaciowy
 typu Hebra'y 230
- Rybia łuska 27
 — skóra 27
 — — wrodzona 31
- Salwarsan** (osutki lekowe) 172
- Sarkoid** Boeck'a 479
 — podskórny Darier'a 478
- Schorzenia gruczołów łojowych 118
 — — potowych 136
 — limfatyczne skóry 522
 — pasorzytnicze skóry **413, 435**
 — paznokci 113
 — skóry typu grudki 330
 — — — pęcherza 302
 — — — pęcherzyka 236
 — — — pokrzywki i rumie-
 nia 212
- Schorzenia skóry typu uogólnionego
 zaczerwienienia skóry złuszczą-
 cego 197
 — zanikowe skóry 396
- Siarka (osutki lekowe) 150
- Siarkan miedziowy 148
- Siniak **5**, 184
- Siność 159
- Siwienie starcze 81
 — przedwczesne 81
- Siwizna 81
- Skóra jeźzasta 28
 — kręta ciemienia 406
 — pergaminowata **27, 45**
 — pergaminowa barwikowa 406
 — przestronna 05
 — rybia 27
- Skóra rybia lśniąca 28
 — — wrodzona 31
 — wężowa 28
 — zwietrzała 155, **408**
- Skórzak 623
- Słoniowacina 389
 — Arabów **389**, 590
 — miękka 90
 — nitkowcowa 389
 — swojska 390
 — twarda 390
- Sporotrychoza 561
- Srebro (osutki lekowe) 176
- Srebrzyca 176
 — zawodowa 176
- Środki balsamiczne 173
- Śródbłoniak skóry 633
- Stopa madurska 572
- Strup 11
 — blaszkowaty 11
- Strupień 105, **553**
 — liszajcowaty 555
 — łuszczykowaty 555
 — mieszkowy 556
 — paznokci 116, **559**
 — skóry nieuwłosionej 557
 — — odmiana liszajowata 557
 — — — tarczowata 557, **559**
 — — uwłosionej 553
 — tarczowaty 553
 — zlewający się 554
- Strupy łojowe 281
- Stwardnienie tkanki tłuszczowej pod-
 skórnej 377
- Sulfonal 176
- Surowicze osutki 177
- Swędzenie części płciowych 356
 — nerwowe 355
 — odbytu 356
 — samoistne 354
 — — miejscowe 356
 — — powszechne 354
 — — sromu 356
 — z samozatrucia 355
 — starcze 355
 — z zimna 356
- Świerzb 582
- Świerzba 582
 — norweska 584



- Świerzbą północną 584
 Świerzbączka 223
 — ciężka 224
 — łagodna 224
 Świerzbowiec 582
 Świądzik jesienny 588
 Symptomatologia ogólna chorób skóry 1
 Szypulkowaty ziarniniak łagodny 431
 Szyszkowiny kończyste 611
 — stożkowate 611
- Tasiemiec bąblowcowy** 590
 — samotny 590
 — świński 590
- Terpentyna (osutki lekowe) 150
 Tuszczak 605
 — miękki 606
 — naczyński 606
 — szypulkowy 606
 — włókniasty 606
- Tłuszcze zjełczałe 150
 Tocznie 436
 Torbiel 9
 — skórasta 623
 Torbielak potowy 620
 Torbiele skóry 620
 Trąd 491
 — gruzlicowaty 498
 — guzowaty 497
 — odmiana pecherzowa 501
 — plamisto-nerwowy 500
 — znieczulający 500
- Trądzik bliznowcowaty** 430
 — bromowy 173
 — chlorowy 150
 — dziegiowy 150
 — jodowy 174
 — ospowaty 129
 — pospolity 122
 — grudkowy 122
 — guzkowy 123
 — kropkowy 122
 — krostkowy 123
 — ropowiczy 123
 — różowaty 131
 — żółty 472
- Tuberkulid grudkowo-krostkowy 471
 Tuberkulina 177
 Twardziel nosa 512
- Twardzina noworodków 377
 Twardzina obrączkowa 378
 — palców 383
 — skóry 380
 — — blaszkowata 384
 — — obrączkowata 385
 — — ograniczona 384
 — — postępująca 381
 — — taśmowata 385
 — — uogólniona 380
 — — rozlana 380
- Umiejscowienie** 18
Uwłosienie nadmierne 84
- Waselina** 151
Wąglík 518
 Wąglíkowa krostka 518
 Wąglíkowy obrzątek 518
Wągry 590
Wesz głowy 574
 — łonowa 578
 — odzieży 576
- Wielokształtność** 18
Wielopostaciowość 18
Wieniec lojotokowy 286
Wilk bliznowaciejący 438
 — brodawkowaty 438
 — guzeczowaty 437
 — guzowaty 437
 — łuszczykowaty 437
 — obrączkowaty 438
 — pelzający 439
 — płaski 436
 — pospolity 436
 — — rumieniowaty 437
 — prosówkowy rozsiany twarzy 450
 — przerostowy 437
 — rumieniowaty 431
 — wrzodziejący 438
 — złuszczeniowy 437
 — zniekształcający 440
 — o wygładzie odmroziwy 481, 484
- Wilka zrakowacenie** 448
Włosów brak wrodzony 90
 — rozszczep węzłowaty 90, 104
Włosy białe obrączkowe 82
 — paciorkowate 88
 — pętlkowe 90
 — rdzawe 104



- Włókniak miękki** 600
 — — szypułkowy 592, **600**
 — twardy 602
Włókniakomięśniak 630
Wodnik chloralu (osutki lekowe) 174
Wrzodziańka 425
Wrzód 12
 — drażący **366**, 503
 — żrący 641
Wszawica 574
Wybroczyny 5, 184
Wykwit kółczkowaty 18
 — krążkowaty 17
 — liszajowaty 18
 — łukowaty 18
 — obrączkowaty 18
 — opryszczkowaty 18
 — pierwotny 3
 — tęczowaty 18
 — wtórny 10
Wykwity mnogie 15
Wylewy krwi pod paznokciowe 116
Wyłysiające zapalenie mieszków włosowych 110
Wyłysienie łojotokowe 92
 — łupieżowe 92
 — objawowe 102
 — plackowate 96
 — — rzekome 110
 — pochodzenia nerwowego 101
 — przedwczesne 91
 — starcze 91
 — syfilityczne 102
 — wrodzone 90
Wyprzenie **137**, **151**
Wysypka 1
 — jednopostaciowa 15
 — powszechna 15
 — umiejscowiona 15
 — uogólniona 15
 — wielopostaciowa 15
 — rozsiana 15
Zabarwienie nadmierne skóry 368
Zamartwica miejscowa 364
Zanik skóry 14, **396**
 — — nabyty 396
 — — plamisty 402
 — — pierwotny 396
Zanik skóry samoistny postępujący 399
 — — starczy 396
 — — wtórny 396
 — — wrodzony 396
Zanik włosów paciorkowaty 44, **88**
Zanikowe pręgi 404
Zanikowe przewlekłe zapalenie skóry kończyn 363, **400**
Zapalenie bliznowaciejące torebek włosowych karku 430
 — brodawkowate skóry głowy 430
 — skóry opryszczkowate 311
 — odmiana krostkowa 313
 — — liszajowata 312
 — — opryszczkowata 312
 — — pęcherzowa 312
 — — rumieniowa 312
Zapalenie skóry pochodzenia chemicznego 147
Zapalenie skóry pochodzenia rentgenowskiego 163
Zapalenie skóry ostre pochodzenia rentgenowskiego 163
Zapalenie skóry przewlekłe pochodzenia rentgenowskiego 165
Zapalenie skóry pochodzenia wewnętrznego 168
Zapalenie skóry pochodzenia zawodowego 146
Zapalenie skóry pochodzenia zewnętrznego 146
Zapalenie skóry przewlekłe zanikowe kończyn 400
Zapalenie skóry umiarowe w miesiączkowaniu bolesnem 374
Zapalenie skóry urazowe 146
 — zgorzelińowe 189
 — — złuszczone noworodków 418
Zapalenie skóry złuszczone uogólnione typu Wilson-Brocq 201
Zaraźliwy nabłoniak skóry 618
Zestarczenie skóry przedwczesne 409
Zgorzel biała 189
 — cukrzykowa **182**, 192
 — gazowa 189
 — skóry rozsiana pochodzenia nerwowego 194
 — policzków 193



- Zgorzel starcza 189
Zgorzel umiarowa kończyn 364
Zgorzel warg sromowych 193
Ziarniak grzybiasty 522
— szypulkowaty łagodny 431
Ziarninowatość tkanki chłonnej 534
Ziarnistość czerwona nosa 144
Zjawisko Auspitz'a 62
— Koebner'a 70
Zliszajowacenie 12, 147
Zmętopka jesienna 588
Zmiany barwikowe skóry 368
Znamię barwikowe płaskie 591
— barwikowe płaskie linijne 592, 598
— białe 598
— brodawkowe 592
— gruczolakowe 594
— krwionośne gwiazdowate 626
— linijne 598
— łojowe 594
— macierzyste 591
Znamię miękkie 592
— miękkie włókniakowe 592
— naczyniowe 599, 624
— nerwowe 593, 598
— pasówkowe 598
— późne 591
— systemowe 593, 598
— twarde 593
— z wągrów 598
— włosiste 592
— wrodzone 591
Znamiona 591
Zolzy skóry 461
Zrakowacenie wilka 448
Zrogowacenie ciemne 51, 54
— kanalikowate 58
Żarnice 143
Żelazo (osutki lekowe) 176
Żółte kępki 607
— — rzekome 411.



I N D E X.

- Abscessus cutis multiplex infantum** 428
Acantholysis bullosa 327
Acanthosis nigricans 51, **54**
Acarus folliculorum 588
— **scabiei** 582
Achorion Schoenleini 553, **560**
Achromia 370
Acne bromata 173
— **cachecticorum** 468
— **cadina** 150
— **cheloidea** 430
— **chlorica** 150
— **comedo** 122
— **cornea** 46
— **decalvans** 110
— **erythematosa** 131
— **frontis** 130
— **indurata** 123
— **jodata** 174
— **juvenilis** 122
— **lupus** 450
— **mentagra** 105
— **necrotica** 129
— **papulosa** 122
— **picea** 150
— **polymorpha** 122, **123**
— **phlegmonosa** 123
— **punctata** 122
— **pustulosa** 123
— — **superficialis** 125
— **rodens** 129
— **rosacea** 131
— **scrofulosorum** 468, **472**
— **teleangiectodes** 450
— **tuberculosa** 123
— **varioliformis** 129
— **vulgaris** 122
Acrodermatitis chr. atrophicans 363, **400**
Acrosarcoma multiplex cutaneum teleangiectodes 634
Actinomycosis 571
Adenoma cutis 620
— **sebaceum** 594
Adipositas dolorosa 606
Ainhum 367
Aknitis 473
Albinismus 81, **370**
— **partialis** 371
— **universalis** 370
Alopecia adnata 90
— **areata** 96
— — **benigna** 97
— — **universalis maligna** 98
— **atrophicans** 110
— **congenita** 90
— **furfuracea** 92
— **localis** 90
— **neurotica** 101
— **pityrodes** 92
— **praematura** 91
— **seborrhoeica** 92
— **senilis** 91
— **syphilitica** 102
— **syphilitique en clairieres** 102
— **symptomata** 102
— **universalis** 90
Anetodermia erythematosa 402
Androtrichia 85
Angiokeratoma 161
— **corporis circumscriptum et diffusum** 162
— **naeviforme** 162
Angiolupoid 480
Angioma 624
— **cavernosum** 625
— **laeve** 624
— **planum** 4, **624**
— **prominens** 624
— **simplex** 624
— **stellatum** 626
— **tuberosum** 625
Angiomyoma 630



- Angioelephantiasis 626
 Anidrosis 139
 Anonychia 113
 Anopheles maculipennis 581
 Anthrax 426, **518**
 Apis mellifica 581
 Aplasia pilorum congenita 90
 — — monileformis 44, **88**
 Area Celsi 96
 — Yonstoni 96
 Areola 4
 Argas reflexus 588
 Argyria 176
 Argyrismus 176
 Asphyxia localis 364
 Asteatosis 118
 Atheroma 622
 Atrichia 90
 Atrophia cutis 14, **396**
 — — acquisita 396
 — — congenita 396
 — — deuteropathica 396
 — — essentialis 396
 — — idiopathica progressiva
 399
 — — maculosa 402
 — — primitiva 396
 — — secundaria 396
 — — senilis 396
 — pilorum congenita 90
 Atrophoderma erythematosa macu-
 losa 402
 Autographismus 359

Blastomycosis 566, **568**
 — americana 566
 Botryomycosis 431
 Bouton d'Alep 520
 — de Biscra 520
 — de pays chauds 520
 Bromidrosis 157, **140**
 Bromoderma tuberosum 173
 Bulla 8

 Calculus cucis 630
 Callus 21
 Calvities 91
 Cancer aquaticus 193
 Cancroid 644

 Canities 81
 — praecox 81
 — praematura 81
 — senilis 81
 Carcinoma cutis 641, **644**
 — — papillare 645
 — — villosum 645
 Cavernoma 625
 Cheiropompholyx 300
 Chéloid cicatricelle 603
 Chilblain-Lupus 484
 Chloasma 368
 — uterinum 369
 Chromidrosis 140
 Cellulomes épithéliaux eruptifs 596
 Cicatrix 13
 — hypertrophica 605
 Cimex lectularius 580
 Circinaria 291
 Clastothrix 104
 Clavus 21
 — syphiliticus 24
 Cnidosis 212
 Colloidoma miliare 410
 Colloid-Milium 410
 Combustio 152
 Condyloma accuminatum 611
 Condylomatosis periphigoides mali-
 gna 322
 Congelatio 158
 Cor 21
 Cornu cutaneum 25
 — filiforme 25
 — juvenile 26
 Corona seborrhoica 286
 Couperose 131
 Creeping disease 589
 — eruption 589
 Crusta 11
 — lamellosa 11
 — ostracea 11
 Crustae lacteae 282
 — sebaceae 281
 Culicidae 581
 Culex annulatus 581
 — pipiens 581
 Cutis laxa 405
 — testacea 31
 — verticis gyrata 405



- Cylindroma 633
 Cystadénomes épithéliaux bénins 596
 Cystes cutis 620
 Cystis ?
 — dermoidalis 623

Décollement des ongles 114
 Demodex folliculorum 588
 Dermanyssus avium 588
 — gallinae 588
 Dermatitis ab usu chemicaliorum 147
 — artefacta 46
 — atrophicans maculosa 40z
 — atrophicans progressiva idiopatica 399
 — bullosa hereditaria 327
 — de causa interna 146, **168**
 — erysipelatosà Ritter v. Ritterhayn 419
 — exfoliativa ecuta benigna 198
 — — generalisata 201
 — — subacuta 201
 — — neonatorum (Ritter) 418
 — gangraenosa 189
 Dermatitis gangraenosa infantum 190
 — herpetiformis Dühringi 311
 — varietas bullosa 312
 — — erythematosà 312
 — — herpetiformis 312
 — — pustulosa 313
 — — trichopnitoides 312
 — lichenoides 349
 — — pruriens 343
 — medicamentosa **147**
 — — acneiformis ab usu vaselini nostras 151
 — nodularis necrotica 471
 — papillaris capillitii 430
 — phlegmonosa infantum 428
 — polymorpha dolorosa chr. 311
 Dermate polymorphe douloureuse recidivante de la grossesse 320
 Dermatitis posterosiva papulosa 421
 — profesionalis **146, 147**
 — psoriasiformis nodularis 349
 Dermate pustuleuse chr. en foyers à progression excentrique 322
 Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica 374

 Dermatitis toxica 168
 Dermatitis traumatica 146
 Dermatolysis 601
 Dermatomycoses 535
 Dermatomycosis furfuracea 535
 — trichophytica f 37
 Dermatose figurée mediotoracique 291
 Dermatoses parasitariae **413, 435**
 Dermatooonoses 574
 Dermatozoa 582
 Dermographismus 359
 — albus 360
 Dermoid 623
 Desquamatio persistens labiorum 250
 Diabetides 182
 Disseminated follicular lupus 450
 Dracunculus 590
 Dysidiosis 300
 Dystrophia cutis papillaris et pigmentosa 54

Ecchymosis **5, 184**
 Ecthyma 414
 — gangraenosum infantum 190
 — terebrans 190
 Eczema 243
Eczème acnéique 291
 Eczema acutum 247
 — bullosum 246
 — callosum 252
 — chronicum 247
 — circumscriptum 248
Eczème craquelé 245
 Eczema crustosum 244
 — disseminatum 248
 — erythematosum 244
 — erysipelatoïdes 2c8
Eczème fendillé 245
 — flanelleire 291
 Eczema folliculare 275
 — generalisatum 248
 — infectum 247
 — intertriginosum 251
 — lamellosum 247
 — lichenoides **247, 283, 343**
 — localisatum 247
 — madidans 245
 — mammarum 250
 — marginatum 289, 547, **549**



- Eczema mycoticum** 80, **273**
- mycoticum papulo-peripilare 275
 - nummulare 282
 - orbiculare oris 250, **285**
 - papulatum 343
 - papulo-vesiculosum 275
 - parasitarium 273
 - retroauriculare 250
 - rubrum 246
 - seborrhoicum 273, **281**
 - — erythemato-squamosum 286
 - — nummulare 286
 - — petaloides et circumcisum 291
 - — psoriatiforme 286
 - siccum 245
 - squamosum 245
 - sycosiforme 249
 - tyloticum 252
 - umbilicale 251
 - verrucosum 253
 - verum 243
 - vesiculosum 244
 - vulgare 243
- Efflorescentia annularis** 18
- arciformis 18
 - circinata 18
 - discoides 17
 - geographica 18
 - gyrata 18
 - herpetiformis 18
 - multiplex 15
 - nummularis 17
 - primaria 3
 - secundaria 10
 - solitaria 15
 - trichophytoides 18
- Elephantiasis** 389
- Arabum **389**, 590
 - condylomatosa 390
 - dura 390
 - filariosa 389
 - framboe-iodes 390
 - fusca 390
 - glabra 390
 - Graecorum 491
 - haematodes 392
 - lymphangiectodes 394
 - mollis 390
- Elephantiasis naevoid** 391
- nigricans 390
 - nodosa 390
 - no-tras 390
 - papillaris 390
 - papillomatosa 390
 - teleangiectodes 394
 - tuberosa 390
 - verrucosa 390
- Endothelioma cutis** 633
- tuberosum colloides 596
- Ephelides** 155
- lentiginosae 368
- Epidermoid** 623
- Epidermolysis** 307
- bullosa hereditaria 326
- Epidermomycosis Unna** 80, **273**, 274
- — discoides 278
 - — erythemato-squamosa 286
 - — mediothoracica petaloides et circinata 291
 - — papulo-peripilaris 275
 - — en plaquer 278
 - — psoriatiformis 286
 - — seborrhoica **281**
- Epidermophytia eczematosa marginata** 549
- intertriginiformis 548
 - Sabouraud 289, **547**
- Ephidrosis** 137
- Epizoa** 574
- Epithelioma adenoides cysticum** 594
- benignum multiplex capillitii 633
 - cutis 641
 - profundum 644
 - multiplex senilis 643
- Epithéliome perlé** 642
- Epithelioma planum cicatrisans** 641
- — cutis 641
- Eruptio** 1
- dispersa 15
 - disseminata 15
 - generalisata 15
 - linearis 19
 - locali-ata 15
 - monomorpha 15



- Eruptio multiformis** 18
- polymorpha 15
 - striata 19
 - unius lateris s. haemiplegica 19
 - universalis 15
 - zoniformis 19
 - zo-teroides 19
- Erythema** 4
- annulare 230
 - bullosum 231
 - — vegetans 322
 - centrifugum 481
 - contusiforme 233
 - exsudativum haemorrhagicum 231
 - — idiopathicum 230
 - — multiforme Hebra 230
 - — polymorphe Kaposi 230
 - — symphthomaticum 229
 - figuratum 230
 - gluteale 421
 - gyratum 230
 - indurativum 476
 - iris 231
 - — vesiculosum 231
 - maculosum 231
 - mamellatum 231
 - nodosum 233
 - papulatum 230
- Erythème papuleux fessier postérosive** 421
- Erythema perstans faciei** 485
- photoelectricum 155
 - praelichenicum 337
 - scarlatiniforme exfoliativum recidivans 198
 - seborrhoicum Lebard-Moussous 282
 - solare 154
- Erythème syphiloïde postérosive** 421
- Erythema tuberculatum** 230
- vesiculosum 231
- Erythrasma** 548
- Erythrodermia desquamativa Leiner** 283, 420
- exfoliativa cachecticorum 197
 - — generalisata 197
 - — maligna 197
 - — perniciosa 197
- Erythrodermia exfoliativa primaria** 198
- — secundaria 197
 - — terminalis 197
 - ichthyosiformis congenitalis 33, 34
 - leucaemica 533
 - — psoriatiformis 533
- Erythrodermie pitiriasique en plaques disséminées** 319, 207
- Erythromelalgia** 362, 400
- État pointillé** 65
- punctueux 246
- Exanthema** 1
- ab ingestis 168
 - medicamentosum 147, 170
 - psoriasiforme et lichenoides 349
- Excoriato** 11 13
- Exfoliatio lamellosa neonatorum** 39
- Exulceratio** 13
- Facies leonina** 499
- leontina 503
- Favus** 105, 553
- capillitii 553
 - confertus 554
 - corporis 557
 - discretus 554
 - follicularis capillitii 556
 - furfuraceus 555
 - herpeticus 557
 - herpeticiformis 557
 - impetiginiformis 555
 - psoriatiformis 555
 - scutularis 553
 - sentiformis 554
 - squamosus 555
 - unguium 559
- Febris herpetica** 237
- Fibrolipoma** 606
- Fibroma molluscum** 600
- Fibromyoma** 630
- Filament séborrhéique** 119
- Filaria medinensis** 590
- sanguinis hominis 390, 590
- Fissura** 12
- Flanell rash** 291
- Fluxus sebaceus** 118
- Folliclis** 471
- Folliculitis** 105, 426, 427
- decalvans 110



- Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi**
 567
 — profunda 423
 — sclerotisans nuchae 430
 — superficiales 423
Furunculosis 426
 — multiplex infantum 423
Furunculus 425

Gangraena cutis multiplex 194
 — — — acuta 194
 — — — neurotica 194
 — diabetorum 182
 — diabeticum bullosa serpiginosa
 193
 — emphysematosa 189
 — hysterica 194
 — senilis 189
 — symmetrica extremitatum 364
Gangrène blanche 189
Gastrophilus equi 589
 — haemorrhoidalis 589
Gommes scrofulenses 4-8
Granuloma fungoides 522
 — pediculatum benignum 431
 — pernio 431
Granulosis rubra nasi 144
Grutum 621
Gutta rosacea 131
 — rosea 131

Haemangioendothelioma tuberosum
 multiplex 596
Haemangioma 624
Halo 4
Hemidrosis 142
Herpes circinatus 231
 — en cocarde 231
 — cretaceus 482
 — facialis 236
 — (pro)genitalis 237
 — gestationis 320
 — iris 18, 231
 — — Bietti 546
 — labialis 237
 — recidivus 237
 — simplex 236
 — tonsurans 537
 — vesiculosus 546

Herpes traumaticus 238
 — verus 236
 — vulgaris 236
 — zoster 239
 — — bullosus 240
 — — frontalis 241
 — — gangraenosus 240
 — — — atypicus 194
 — — generalisatus 241
 — — haemorrhagicus 240
 — — intercostalis 240
 — — opthalmicus 241
Herpétides exfoliatives malignes 197
Hidrocystoma 620
Hirsuties 84
 — universalis adnata 84
Homines pilosi 84
 — silvestres 84
Hydradénomes éruptifs 596
Hydrargyrosis 175
Hydroa 311
 — estivalis 156
 — vacciniformis 156
 — vesiculosum 231
Hydrocystadenitis suppurativa 427
Hydrosadenitis suppurativa 407
Hyperchromia 368
Hyperepidermotrophia 36
Hyperidrosis 136
 localis 136
 — unius lateris 136
 — universalis 136
Hyperkeratoses 21
Hyperkeratosis figurata centrifuga
 atrophicans 58
 — gonorrhoeica 179
 — subungualis 116
 — universalis congenita 31
Hyperonychosis 115
Hypertrichosis 84
Hypertrophia epidermidis congenita 31
Hyponomoderma Kaposi 589
Hypotrichosis 90
Hystricismus 28

Ichtyosis 27
 — congenita 31
 — — larvata 32
 — — tarda 32



- Ichthyosis cyprina 28
 — foetalis 31
 — — gravis 32
 — furfuracea 28
 — hystrix 28
 — intrauterina 31
 — lamellosa 39
 Ichthyose nacrée 28
 Ichthysis nitida 28
 — sebacea 39
 — serpentina 28
 Ignis sacer 239
 Impetigo 413
 — bullosa neonatorum 416
 — contagiosa 413
 — figurata 413
 — parasitaria 413
 — streptogenes 413
 — vera 413
 — vulgaris 413
 — contagiosa circinata 414
 — — conferta 414
 — — figurata 414
 — — neonatorum 416
 — — sarsa 414
 — herpetiformis 432
 — staphylogenes 423
 Intertrigo **137, 151**
 Iris 18
 Ixodes reduvius 588
 — ricinus 588

Jododerma tuberosum 175

Keloid 603
 Keratoderma gonorrhoeica 179
 — palmaris et plantaris symmetri-
 ca adutorum 43
 Keratolysis bullosa hereditaria 327
 Keratoma malignum diffusum conge-
 nitale 31
 Keratoma palmare et plantare here-
 ditarium 40
 Keratoma senile 617
 — universale congenitale 31
 Keratosis epidermica diffusa intraute-
 rina 31
 Keratosis follicularis 46
 — contagiosa 46

 Keratosis nigricans 54
 — pilaris 28, **43**
 — suprafollicularis 43
 — universalis multiplex 331
 Keratoses 21
 Kerion Celsi 542, **543**
 Koilonychia 114
 Kraurosis vulvae 357, **409**

Lamella 10
 Larva migrans 589
 Leiomyoma 629
 Lentigo 5, **368, 591**
 Lepothrix 104
 Lepra 491
 — completa Leloir 497, **504**
 — nervorum 500
 — tuberculoida 498
 — tuberosa 497
 Leptus autumnalis 588
 Leucaemia cutis 532
 — — circumscripta 532
 — — diffusa 533
 — — propria 532
 Leucaemides 532
 Leucoderma psoriaticum 68
 Lenkonychia 98, **115**
 Leukopathia congenita 370
 Leukopathia unguium 115
 Leukoplakia 647
 Lichenes 330
 Lichen annulatus serpiginosus 291
 — circumscriptus 219, **343**
 — confertus 219
 — général 219
 — gyratus 291
 — monileformis 347
 — nitidus 346
 — pilaris 28, **43, 89**
 — planus Wilsoni 334
 — ruber 331
 — — acuminatus 331
 — — obtusus 338
 — — planus 334
 — — — atrophicans 339
 — — — annularis 335
 — — — bullosus 337
 — — — confluent 335
 — — — corneus 338



- Lichen ruber planus diffusus 335
 — — — erythematosus 337
 — — — hypertrophicus 338
 — — — linearis 335
 — — — papillomatosus 338
 — — — pemphigoides 337
 — — — sclerosus 339
 — — — striatus 335
 — — — verrucosus 338
- Lichen ruber planus vesiculosus 337
 — — — zoniformis 335
 — scrofulosorum 467
 — simplex acutus 219
 — — chronicus 256, **343**
 — sparsus 219
 — spinulosus 48
 — trichophyticus 542
 — urticatus 219
 — vaccinicus 178
 — variegatus 349
- Lichenificatio 12. **147**
- Lichenisatio 12. **147**
- Lioderma essentiale 406
- Lipoma 605
 — fibrosum 606
 — molle 606
 — pendulum 606
 — polyposum 606
 — telenangiectodes 606
- Livedo 159
- Localisatio 18
- Lupus acnéique 450
 — acutus 450
 — annularis 438
 — carcinoma 448
 — crustosus 438
 — erythematoses 481
 — erythematosus 481
 — — discoides 482
 — — disseminatus acutus 484
 — — fixus 482
 — excedens 438
 — exfoliatus 437
 — exulcerans 438
 — hypertrophicus 437
 — miliaris disseminatus faciei 450
 — mutilans 440
 — papillaris 438
 — pernio **481**, 484
- Lupus planus 436
 — psoriatiformis 437
 — sclerosus 438
 — serpiginosus 439
 — tuberculosus 437
 — tuberosus 438
 — tumidus 437
 — — non excedens 437
 — verrucosus 438
- Lupus vorax 438
 — vulgaris 436
 — — erythematoides 437
 — Willani 436
- Lymphangioma 624, **627**
 — cavernosum 628
 — circumscriptum 627
 — simplex 627
 — tuberosum multiplex 596
- Lymphangiomyoma 630
- Lymphangoitis sporotrichotica gum-
 mosa 563
- Lymphogranuloma-pernio 481
- Lymphogranulomatosis 534
- Lymphosarcomatosis 534
- Lymphoscrotum 391
- Macula** 3
- Maculae coeruleae 579
 — sanguineae 4
- Madura foot 572
- Maladie de Brocq 207
- Mal de Mèlède 38, **39**
 perforant du pied **366**, 503
- Malleus 515
- Malum perforans pedis **366**, 503
- Marasmus leprosus 505
- Megalonychia 115
- Melanocarcinoma 633
- Melanoderma traumatica 146
- Melanosarcoma cutis primitivum 633
- Melanosis lenticularis progressiva 406
- Melitagra 413
- Mercurialismus 175
- Microsporia 539
- Microsporon Audouini 539
- Microstomia 440
- Miliaria crystallina 142
 — rubra 143
 — vaccinica 178



- Milium** 621
Milky exsudation of the scrotum 391
Molluscum contagiosum 618
 — — *giganteum* 618
 — *fibrosum* 600
 — *pendulum* 592, **600**
Monilethrix 44, **88**
Morbus Addisoni 369
 — *Darieri* 49
Morbus Dercum 606
 — *Duhringi* 311
 — *maculosus Werlhoffi* 186
 — *Neumanni* 322
 — *Pageti* 650
 — *Pringle* 594
 — *Raynaud* 364
 — *Recklingshauseni* 593, **600**
 — *vagabundorum* 577
 — *Weil-Mitchell* 362
Morphae 384
 — *alba atrophica* 385
 — — *plana* 385
 — *tuberosa* 385
Morpio 578
Morve 515
Mycetoma pedis 572
Mycosis fungoides 522
 — — *d'émblée* 527
 — *seborrhoeica* 273
Myiasis 589
Myoma 629
Myome télangiectasique 630
Myomes dartoïques 630

Naevi 591
Naevus adenomatosus 594
 — *albus* 598
 — *anaemicus* 598
 — *araneus* 624
 — *comedonicus* 598
 — *congenitus* 591
 — *durus* 593
 — *fibromatosus* 592
 — *flammeus* 624
 — *linearis* 598
 — *maternus* 591
 — *mollis* 592
 — *mollusciformis* 592
 — *neuroticus* 593, **598**
Naevus a pernione 162
 — *pilosus* 592
 — *sanguineus* 4, **624**
 — *sebaceus* 594
 — *spilus* 591
 — — *nervosus* 592, 59
 — — *zoniformis* 592, **598**
 — *stellatus* 626
 — *systematosus* 593, **598**
Naevus tardivus 591
 — *unius lateris* 598
 — *vasculosus* 599, **624**
 — *vinosus* 624
 — *verrucosus* 592
Naevocarcinoma melanoticum 633
Narbenkeloid 603
Neoplasmata cutis benigna 600
 — — *maligna* 632
Neurodermitis circumscripta chr. 343
 — *diffusa* 344
 — *nodularis* 344
Neurofibroma 394, **602**
Neurofibromatosis 600
Neuromatosis 600
Neuroses cutis 354
Nodose hair 88
Noduli laqueati 90
Noma 193

Oedema acutum angioneuroticum 360
 cutis acutum circumscriptum 360
Oeil de perdrix 23
Oidiomycosis 566
Oligidrosis 140
Oligotrichosis 90
Onychauxis 115
Onychogryphosis 115
Onycholysis 114
 partialis 114
 — *totalis* 114
Onychomadesis 114
Onychomycosis favosa 559
 — *trichophytina* 549
Onychorrhexis 114
Ophiasis 97
Osmidrosis 140
Oxyuris vermicularis 590

Pagets disease of the nipple 650



- Papilloma 610
 Papillomatosis cutis leucaemica diffusa 533
 Papillomatosis cutis leucaemica en plaques 533
 Papula 6
 Paradiabetides 182
 Parakeratoses 61
 Praakeratosis psoriatiformis 273, **286**
 Parakeratosis variegata 340
 Parapsoriasis 80, **349**
 — en gouttes 349
 — lichenoides 349
 — en plaques 349, **207**
 Parchment skin 406
 Pasta epilesmatica 127
 Pediculus capitis 574
 — corporis 576
 — pubis 578
 — vestimenti 576
 Pelade 96
 Peliosis rheumatica 184
 Pellagra 169
 Pemphigoid 416
 Pemphigus acutus 303
 — chr. vulgaris 304
 — — verus 304
 — congenitalis perstans 328
 — congénital à tendances cicatricelles 328
 — contagiosus 416
 — diphtheriticus 305
 — foliaceus 308
 — gangraenosus 305
 — haemorrhagicus 305
 — leprosus 501
 — neonatorum 416
 — serpiginosus 306
 — successif à kystes epidermiques 328
 — traumaticus 326
 — hereditarius simplex 327
 — ulcerosus 305
 — vegetans 322
 — vulgaris s. verus benignus 306
 — — — malignus 307
 Perifolliculitis 105, **427**
 Perniones 158
 Petechiae 4, 184
 Peticulae 4
 Phlebotomus 581
 Phlictena 8
 Phthiriasis 574
 Phthirus pubis 578
 Phyma 7
 Pied de Cochon 572
 — — Madura 572
 Piedra 103
 Piedra columbica 103
 — nostras 103
 Pili annulati 82
 Pili monileformes 88
 Pityriasis 10
 — alba atrophicans 30
 — — faciei 250, **285**
 — — parasitaria 539
 — lichenoides chronica 349, **351**
 — maculosa chronica 349
 — — faciei 285
 — persistens labiorum 250
 — simplex **249**, 284
 — rosea 77
 — rubra chronica (Hebra) 204
 — — follicularis 331
 — — pilaris 331
 — — subacuta benigna 206
 — tabescentium 346
 — versicolor 535
 Plica polonica 575
 Poliosis 81
 — circumscripta acquisita 372
 Polymorphia 18
 Porcupine men 28
 Porokeratosis (Majocchi-Mibelli) 58
 Prurigo 223
 — agria 224
 — diathésique 226
 — ferox 224
 — infantilis 219
 — lymphadenica 532
 — mitis 224
 — simplex 219
 — temporanea 219
 Pruritus analis 356
 — autotoxicus 355
 — genitalium 356
 — hiemalis 356
 — idiopathicus 354



- Pruritus idiopathicus localis 356
 — — universalis 354
 — nervosus 355
 — pudendalis 356
 — senilis 355
 — vulvae 356
 Psammoma cutis 630
 Pseudo-milium 622
 — — colloidalis 41
 Pseudo-pelade 110
 — — syphilitique 103
 — xanthoma elasticum 411
 — — — diffusum 397
 Psoriasis 61
 — annularis 63
 — circinata 63
 — confluens 63
 — diffusa 63
 — discoides 62
 — figurata 63
 — geographica 63
 — generalisata 63
 — guttata 61
 — gyrata 63
 — nummularis 62
 — orbicularis 63
 — ostracea 67, 68
 — pemphigoides 63
 — punctata 61
 — — unguium 65
 — rupioides 67, 68
 — serpentina 63
 — verrucosa 68
 Psorospermosis follicularis vegetans 49
 Pulex irritans 580
 Purpurae 183
 Purpura annularis teleangiectodes 185
 — exanthematica 184
 — fulminans 186
 — haemorrhagica non febrilis 186
 — idiopathica acuta 186
 — infectiosa 186
 — — subacuta 186
 — pulicosa 187, 580
 — rheumatica 184
 — simplex 185
 Pustula 8
 — maligna 518
 Pustulae supernumerariae 178
 Pyodermite végétante 322
 Pyodermatitis 247, 248
 Radiodermatitis 163
 — acuta 163
 — chronica 165
 Radiumdermitis 167
 Recurring summer eruption 219
 Refflexeczem 257
 Rhagas 12
 Rhinophyma 132
 Rhinoscleroma 512
 Roseola 4
 — vaccinica 177
 Saccharomycosis 568
 Sarcoid Boeck 479
 — subcutan. Darier 478
 Sarcoma 632
 — cutis simplex primarium 632
 — idiopathicum multiplex pigment.
 cutis 635
 Sarcoma idiopathicum multiplex en
 plaques pigmentosum et lymphan-
 giectodes 639
 Sarcoma multiplex cutaneum durum
 album 634
 Sarcoma multiplex cutaneum durum
 pigmentosum 634
 Sarcoma multiplex cutaneum molle 634
 Sarcoma multiplex cutaneum gumma-
 todes 634
 Sarcoma multiplex cutaneum pigmen-
 tosum (haemorrhagicum) 634
 Sarcoma multiplex subcutaneum 634
 Sarcophaga mortuorum 589
 Sarcophila Wohlfartii 589
 Sarcoptes hominis 582
 Sauriásis 28
 Saurodermia 28
 Scabies 582
 — crustacea 584
 — norvegica 584
 Scissura pilorum 105
 Sclerema adiposum 377
 — neonatorum 377
 — oedematosum 378
 Sclerodactylia 383
 Sclerodermia 380

Choroby skóry.



- Scleroderma annularis* 385
 — en bandes 385
 — circumscripta 384
 — diffusa 380
 — generalisata 380
 — en plaques 384
 — progressiva 381
Scleroedema 378
Scrofuloderma 428, 461
Seborrhea 118
 — congestiva 481
 — corporis 291
 — essentialis 118
 — — patologica 118
 — — physiologica 118
 — juvenilis 120
 — squamosa generalisata neonatorum 39
 — symptomatica 118
Seborrheides 273, 281
 — eczematizantes 273
Seemannshaut 155, 408
Semulia pertinax 581
Senilitas cutis praecox 409
 Separation from bed 114
 — of the nails 114
Spinulatio 48, 468
Spinulosismus 468
Sporotrichoma 563
Sporotrichosis 561
Squama 10
Squamae furfuraceae 10
Staphylococcosis cutis 432
Staphylomycosis 143
Striae atrophicae 404
 — distensae 404
Strophulus infantilis 219
 — pruriginosus 219
 — simplex intertinctus 219
Sudamen 143
 Summer eruption 156
 — recurring 219
 — prurigo 219
Superdesquamatio membranacea 39
Sycoma 105
Sycosis hypogenes 107
 — lupoides 109
 — staphylogenes 105
 — trichophytica nodularis 543
Sycosis vulgaris 105
Syncope locale 364
Syringocystadenoma 596
Syringoma 596
Taches ardoisées 579
 — bleues 579
 — ombrées 579
 — vasculaires 4
Taenia echinococcus 590
 — solium 590
Tondante peladoide benigne 540
Toxidermia 168
Trichauxis 84
Trichoclasia 104
Trichoma 575
Trichomycosis nodularis 103
Trichonodosis 90
 — laqueata 90
Trichophytia 537
 — barbae 107, 543
 — capillitii 540
 — capitis 105
 — circinata squamosa 545
 — — vesiculosa 546
 — corporis 545
 — — profunda 547
 — impetiginiformis 544
 — profunda 542, 543
 — pseudoimpetiginosa 545
 — unguium 549
Trichophytiasis 537
Trichophyton tonsurans 540
Trichotilosis 105
Trichorrhexis nodosa 90, 104
Trichosporia 103
Trichostasis 90
Trichotillomania 101
Trichoxerosis 105
Tuber 7
Tuberculides acneiformes 471
Tuberculides papulo-necroticae 471
Tuberculoma nasi 442
Tuberculosis colliquativa 461
 — cutis 435
 — — miliaris disseminata 466
 — fungosa 462
 — indurativa 476
 — lichenoides 467



- Tuberculosis luposa 436
 — milio-papulosa aggregata 467
 — papulo-necrotica 471
 — propria cutis 464
 — ulcerosa cutis 464
 — — miliaris 464
 — verrucosa cutis 459
 Tuberculum 7
 Tumeur pierreux 630
 Tumor cavernosus 625
 — leucaemicus 532
 — leucaemicus papillomatosus 533
 Tyloma 21
 Tylosis 21

Ulceratio 12
 Ulcus 12
 — perforans pedis 366
 — rodens 641
 Ulerythema sycosiforme 109
 Uridrosis 141
 Urtica 7
 Urticaria 212
 — acuta 213
 — alba 212
 — annularis 212
 — bullosa 212
 — chronica 213
 — — infantum 219
 — circinata 212
 — conferta 212
 — erythematosa 212
 — evadina 213
 — externa 214
 — factitia 213, **359**
 — figurata 212
 — gigantea **212**, 360
 — graphica 359
 — gyrata 212
 — haemorrhagica 212
 — oedematosa 360
 — papulosa 212
 — — infantum 219
 — perstans 213
 — pigmentosa 217
 — porcellanea 212
 — provocata 359
 — recidiva 213
 — — rubra 212
 — — xantelasmoidea 217

Vaccina generalisata 178
 Vaccinides 177
 Varicella-prurigo 219
 Varix lymphaticus 391
 Vegetationes 611
 Verrucae 614
 — durae 614
 — juveniles 615
 — planae 615
 — — juveniles 51, **615**
 — seborrhoicae 397, **617**
 — seniles 397, **617**
 — teleangiectodes 161
 — vulgares 614
 Vesico-pustula 9
 Vesicula 7
 Vesiculae aberrantes 240
 Vespertilio 482
 Vibices **5**, 184
 Vitiligo : 71
 Vitiligoidea 607

White spot disease 404

Xanthelasma 607
 Xanthodermia 608
 Xantho-erythrodermia perstans **207, 349**
 Xanthoma 607
 — diabeticorum 607, **609**
 — lineare 608
 — palpebrarum 607
 — planum 607
 — striatum 608
 — tuberosum 608
 — — glicosuricum 181
 — en tumeurs 608
 — vulgare 607
 Xeroderma pigmentosum 406
 — — tardivum 406
 Xerodermia **27**, 45

Zona 239
Zoster 239



Biblioteka Główna WUM

KS.1492



21000001492



www.dlibra.wum.edu.pl

51

339.



www.dlibra.wum.edu.pl