

Odbitka z „Przeglądu Chorób Skórnych i Wenerycznych”.

Przypadek t. zw.
gruczolaka łojowego
(adenoma sebaceum).

Skreślił

Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz.



WARSZAWA.

—
1907.



www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM

Br.1936



000031089

Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego (adenoma sebaceum).

Skreślił

Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz.

Przypadek, który zamierzam opisać, należy do typu choroby, mającej wyraźne znamiona kliniczne, ale nieokreślonej dotąd w znaczeniu patologicznem.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że w literaturze istnieją dwa typy gruczolaków łojowych; jeden odnosi się do guzów występujących nieumiarowo, najczęściej pojedynczo, rzadziej w większej liczbie — i przeważnie w skórze owłosionej. Drugi typ znamionuje się przedewszystkiem mniej lub więcej wybitną umiarowością, stałym umiejscowieniem i mnogością pojawiających się gruczolaków. Pierwszy typ zdaje się polegać na rzeczywistym przeroście gruczolów, które mogą ulegać później zwyrodnieniu, a nawet przemianie w zło-

śliwy nowotwór. W przypadkach, należących do typu drugiego, opisanych w literaturze, znajduje się we wszystkich prawie jednakowy obraz kliniczny, ale opisy histologiczne różne. Przypuszczaćby trzeba zatem, że pod jedną nazwą „gruczolaka“ opisano różne sprawy nowotworowe.

Przypadek mój zawdzięczam uprzejmości W. Prym. D-ra Borzęckiego, który mi go łaskawie użyczył raczył do opracowania. Ze stanowiska klinicznego zaliczam ten przypadek do typu drugiego t. j. do t. zw. gruczolaków symetrycznych.

Oto krótki rys kliniczny:

Jan P., liczący 26 lat, spostrzegł pierwsze zmiany w dzieciństwie, zauważył jednak od kilku lat większy wzrost guzków na twarzy. — W chwili przyjęcia na oddział znaleziono w skórze nosa, głównie jego skrzydełek, wargi górnej, części policzków, sąsiadujących ze skrzydełkami i brody, liczne guzki, wielkości ziarna maku do wielkości prosa. Skóra, pokrywająca je, była prawidłowa, na niektórych tylko widać było rozszerzenie naczyń lub brunatnawe plamy, a na szczycie niektórych guzków drobne zakłębienie, najprawdopodobniej skutkiem rozszerzenia ujścia torebki włosowej lub gruczołu łojowego. Guzki były odgraniczone ściśle od otoczenia, leżały dość gęsto obok siebie i symetrycznie na obu połowach twarzy. Kształt ich był przeważnie owalny, a powierzchnia prawie zupełnie gładka. Spistość tkanki guzka była zbita, twarda.

Poza temi zmianami nie spotkało się innych zбочeń w ustroju; chory robił wrażenie człowieka silnego bez zmian w narządach wewnętrznych i bez zбочeń władz umysłowych.

Dla badania histologicznego, jako też w celach leczniczych, wycięto dwa kawałki skóry z policzków.

Na mocy opisanych objawów klinicznych rozpoznawano: adenoma sebaceum.

Rozpatrując się w literaturze, widzimy, że pierwsze opisy tego cierpienia zawdzięczamy Balzerowi, który w r. 1885 i 1886 podał dwa przypadki i nazwał tę chorobę „adénome sébacé“. W pierwszym przypadku guzki zajmowały nietylko twarz, ale i skórę głowy owłosionej, — chora okazywała objawy trądzika i łupieżu głowy (acne et seborrhoea sicca), a wreszcie guzki zasiane były w przeważnej liczbie

małymi, białymi punktami, które dawały się z łatwością wyluszczyć. Autor stwierdza zarazem, że, chociaż twory te pochodzą z nieprawidłowości gruczołów łojowych i ich rozszerzeń aż do cyst, to jednak niektóre z nich zdają się brać początek z gruczołów potnych. Drugi przypadek różnił się nieco od pierwszego przede wszystkim brakiem guzków w skórze owłosionej i brakiem zajęcia gruczołów potnych; chociaż cysty gruczołów łojowych były również liczne.

Dwa przypadki Vidala, o których wspomina w swej pracy Pringle nie odbiegają wiele od poprzednich; w jednym istniał także wyraźny trądzik, w obu zaś zwraca autor uwagę na rozszerzenie naczyń w skórze, które spostrzegano albo na samych guzkach, albo w ich otoczeniu, lub też niezależnie od nich na częściach odleglejszych. Obok tego autor wspomina o występowaniu plam barwikowych i piegów, a wreszcie o pojawianiu się w innych miejscach skóry znamion miękkich (*naevus mollis*) i twardych (*verrucosus*).

W przypadku Hallopeau pojawiły się także, obok znamienych dla tego schorzenia guzków, znamiona (*naevi*) różnego rodzaju i różnej wielkości.

Na mocy tych pięciu wspomnianych przypadków stwierdza Pringle, opisując własny, że schorzenie to, nazwane przez Balzera *adénome sébacé*, jest chorobą *sui generis* o pewnych stałych znamionach i pewnym typie chorobowym.

Od tego czasu zaczęły się pojawiać w literaturze coraz częściej opisy podobnego cierpienia, — coraz więcej znajdowano szczegółów klinicznych dla dokładnego określenia tego typu chorobowego.

Przedewszystkiem nie można spostrzedz w znanych przypadkach przewagi jednej płci, — choroba pojawia się tak u mężczyzn, jak i kobiet prawie w jednej mierze. Co do wieku zaś, to prawie wszystkie przypadki spostrzegano w wieku młodym, około 20 roku życia, kiedy, jak mówi Darier, „*on cherche à plaire et où l'on consulte pour lesions, qui défigurent*“. Najwcześniej spostrzegal Savill, bo w 7 roku życia, a cierpienie miało się rozwijać od bardzo wczesnego dzieciństwa; Perry u 11-letniej dziewczynki, u której plamy barwikowe istniały już w 3-im roku życia, inni w nieco późniejszym młodzieńczym wieku, szczególnie u dziewczyn; w 12-ym roku (Dohi), w 13-ym (Buschke), w 15-ym (Vi-

dal), w 17-ym (Darier), w 18-ym (Vidal, Audry, Winkler). Wreszcie spostrzegano i w wieku dojrzałym, jak u 32 letniej kobiety (Balzer), u której jednak zmiany istniały już w dzieciństwie, a nawet u kobiety 42-letniej (Felländer), która także młodzieńcze lata podaje za czas rozwoju guzków.

Uwzględniając przytem podania autorów, którzy wedle mniej lub więcej pewnych wywiadów odnoszą pojawienie się zmian do czasu, albo wkrótce po urodzeniu, albo we wczesnym dzieciństwie, — przyjść trzeba do przekonania, że mamy do czynienia ze zmianą, powstającą w bardzo wczesnym wieku i dochodzącą do szczytu rozwoju w wieku młodzieńczym, w wieku dojrzenia płciowego.

W stosunku do ogólnego stanu znajdujemy wzmianki, że zboczenie to występuje u osób, upośledzonych psychicznie, — ze znanych przypadków zaznacza to wyraźnie w trzech swoich przypadkach Crooker i Pellagatti. Ten ostatni miał sposobność wykonać sekcję zwłok takiego chorego i znalazł guzy w powierzchniowych częściach mózgu (la sclerose cerebrale tubéreuse). Hallopeau i Leredde podają, że w ich przypadku istniały objawy kiły dziedzicznej (otwór w podniebieniu i padaczka), a Winkler wspomina, że 5-ciu braci i siostra jego chorego mają wedle podania cierpieć na podobne cierpienie twarzy.

Przechodząc teraz do obrazu klinicznego zmian tej choroby, widzimy, że znamionuje się ona powstawaniem guzków, które tak swoim umiejscowieniem, ułożeniem, jak i kształtem, wielkością i barwą, odróżniają ją wybitnie od innych spraw chorobowych, występujących w postaci guzków.

W największej ilości przypadków spotykano zmiany w skórze nosa, głównie zaś skrzydełek nosowych i sąsiadującej z nimi części policzków, w fałdach noso-policzkowych. Rzadziej, chociaż w znacznej liczbie przypadków, opisują guzki na czole, wardze górnej i brodzie, — najmniej wzmianek znajduje się o guzkach na powiekach (Balzer i Pringle), jakoteż na odleglejszych od nosa częściach policzków i na skroniach (Buschke). W przypadku Balzera znajdowały się guzki także w skórze głowy owłosionej i uszu, jako też na szyi; Möller wspomina o guzkach za uszami i na grzbiecie, a Felländer o zajęciu skóry uszu, szyi i grzbietu. Wreszcie Buschke opisuje guzki na przedniej części szyi i karku, a obok tego mówi o guzkach na błonie śluzowej policzków.

Jako znamię choroby uważać należy i symetryczność zmian, o której już Balzer wspomina, a na którą bardzo wielu autorów zwraca uwagę, wskazując na środkowe części twarzy jako na miejsce najczęstszego ich usadowienia. W przypadku Dorsta i Delbanco guzki znajdowały się na karku i grzbiecie, a dalej na czole, skroni i poza uchem, ale po jednej stronie. Autorowie ci jednak zwrócili uwagę, że w ich przypadkach były dwa rodzaje guzków: jedne dawały obrazy mikroskopowe „epithelioma adenoïdes cysticum“, drugie „adenoma sebaceum“. A chociaż oba te rodzaje guzków są wedle nich w bliskim pokrewieństwie patogenetycznym, to jednak badanie mikroskopowe bardzo wybitnie zdołało je wyróżnić.

Nietylko umiejscowienie, ale i układ guzków w stosunku do siebie nadaje im pewne znamię. Przedewszystkiem prawie wszyscy autorowie mówią o wyraźnych granicach: pojedynczych guzków nawet wtedy, gdy guzki nagromadzają się na jednym miejscu w większej ilości, tworząc morwowate wyniosłości (Vidal), jak to bywa w fałdach noso-policzkowych.

Opisy barwy guzków nie różnią się wiele. Jedni mówią o barwie skóry prawie zupełnie prawidłowej, inni o odmiennym zabarwieniu skóry, pokrywającej guzki w stosunku do otoczenia. A z tych ostatnich najczęściej wspominają o barwie żółtej, żółto-różowej, żółto brunatnej i brunatnej. Wielu z nich wskazuje, że jedne guzki u tego samego osobnika są więcej żółte, inne różowawe, nawet ciemno-czerwone, wreszcie nawet czerwono-brunatne (Kothe) i brunatne. Darier mówi o barwie żywo-czerwonej. W przeważnej liczbie przypadków znajdują się opisy rozszerzeń naczyń na guzkach, choćby niektórych lub w ich otoczeniu, i tem tłumaczyć trzeba mniej lub więcej czerwone zabarwienie guzków. Crooker rozróżnia nawet na tej podstawie dwa typy guzków: jeden z rozszerzeniem naczyń, drugi niepokryty rozszerzonymi naczyniami.

Wielkość guzków zdaje się być także stała we wszystkich przypadkach i waha się od wielkości główki szpilki do wielkości soczewicy. Kształt był także przeważnie jednakowy, nieco podłużny, owalny, półkolisty.

O spoistości wyrażają się również zgodnie wszyscy autorowie; przy dotyku ma się uczucie tkanki znacznie twardszej w guzkach, niż w skórze otaczającej.

O ile zaczerwienienie gruczołów tłumaczy się łatwo czy to do pewnego stopnia ogólnem zaczerwienieniem części twarzy, zajętej przez guzki (nos, policzki), szczególnie przy istniejącym łojotoku, czy też rozszerzeniem drobnych naczyń krwionośnych, — o tyle nie znajdujemy prawie wzmianek o przyczynie zabarwienia brunatnego guzków. W przypadku przeziemnie spostrzeganym zabarwienie czerwone niektórych guzków polegało na widocznych rozszerzeniach naczyń w pokrywającej je skórze. Zabarwienia brunatne zaś odnoszą do wyraźnych plam barwikowych, leżących częściowo tylko w skórze guzek pokrywającej, a przechodzących niejednokrotnie i w skórę otaczającą. Spostrzegałem zatem plamy barwikowe do pewnego stopnia niezależne od guzków. U niektórych autorów znajdują się wzmianki o plamach barwikowych na innych częściach ciała (Darier, Perry, Buschke, Möller, Felländer i inni) jako o znamionach barwikowych. Prócz takich znamion wrodzonych: ograniczonych rozszerzeń naczyń (Hallopeau i Leredde wspominają nawet o małych żyłkach) i plam barwikowych, znajdują się w opisanych dotąd przypadkach wzmianki o istniejących równocześnie z powyżej opisanymi guzkami, — znamionami dla tego schorzenia, — włókniakach miękkich (fibroma molluscum) (Hallopeau i Leredde, Anderson, Buschke, Kothe, Möller i Felländer), a nawet innych nowotworach wrodzonych (Hallopeau, Darier i in.). To pojawienie się równoczesne i innych guzów wrodzonych w tem cierpieniu rzuca wiele światła na jej istotę.

Wycięte dla badania histologicznego trzy guzki stwardniałem w płynie Flemminga, Müllera i w wyskoku. W skrawkach, otrzymanych z tych trzech guzów, obrazy histologiczne różniły się dość wyraźnie między sobą.

W skrawkach osmowanych jednego guzka przeważały gruczoły łojowe, wybitnie rozwinięte tak, jak to spotykamy w skórze twarzy dotkniętej łojotokiem. Obok bowiem gruczołów o kilku płatach spotyka się rozszerzone torebki meszku włosowego, zajęte przez masy naskórka zrogowaciałego i miazgę łojową. Wśród tej ostatniej spotyka się zwyczajną w tych przypadkach łojotoku florę bakteryjną. Niektóre torebki włosowe są jakby pokręcone i opatrzone bocznymi wyrostkami naskórkowemi, inne są płytke i drobne. Tkanka klejorodna zdaje się być zupełnie prawidłowa, zawiera bowiem tylko

niecو więcej elementów komórkowych, a włóknom jej towarzyszą prawidłowe włókna elastyczne. W częściach powierzchniowych skóry pod warstwą brodawkową, przykrytą prawidłowym naskórkiem, spostrzega się tu i owdzie nieco rozszerzone naczynia, ale nie tak wyraźne, jak w guzkach poniżej opisanych. (Fig. 1).

W drugim guzku zwracają przede wszystkim uwagę rozszerzone znacznie naczynia krwionośne w różnych przekrojach, skupionych obok siebie, zajmujące środek wyniosłości i dość znaczną część wysokości skóry właściwej, pozostawia-



Fig. 1. Skrawek ze środkowej części guzka, stwardnianego w płynie Fleminga i barwiony safraniną i roztworem błękitu wodnego w 33%o tanninie. Leitz. Ob. 4. Ok. 1. (Połowa wielkości.)

jące tylko pasek skóry prawidłowej, leżący pod prawidłowym naskórkiem. Ten rąbek skóry powierzchniowej odznacza się zaś bardzo znaczną zawartością barwika, leżącego luźno w postaci dużych ziarn, skupionych w gromadki, nasładowujące komórki tkanki łącznej. Barwik samego naskórka zdaje się nie przekraczać co do ilości stanu prawidłowego. Prócz tego zauważa się naokoło naczyń samej skóry części środkowej guzka nieco zwiększoną ilość komórek. Gruczoły łojowe zachowują się podobnie, jak w poprzednio opisanym guzku, z tą różnicą, że torebek włosowych jest w ogóle w tym guzku nieco mniej. Tkanka klejorodna jest w miejscu naczyniaka wiotka, o włóknach cienkich, wiotkich, słabo się barwiących. Włókien elastycznych posiada ta część tylko mało, widać je zaś w ilości

prawidłowej w części brodawkowej skóry i poniżej poza granicą naczyńniaka. (Fig. 2).



Fig. 2. Skrawek ze środkowej części drugiego guzka, stwardnianego w płynie Müllera i barwiony roztworem Pappenheim-Unny. W powierzchniowych warstwach barwik czarno oznaczony. Leitz. Ob. 4. Ok. 1.

W trzecim guzku nareszcie, którego granice zarysowują się wyraźnie na przekrojach, znajdują się grupy komórek, leżących jedne bliżej naskórka, inne głębiej w skórze właści-



Fig. 3. Skrawek z trzeciego guzka, stwardnianego w wysoku i barwiony orceiną kwaśną i błękitem metylowym Unny. Gromady komórek znamienia miękkiego, rozszerzone naczynia, w górnych częściach skóry duże ilości barwika zaznaczone czarno. Ob. 4. Ok. 1. (Połowa wielkości.)

wej, a nawet na granicy tkanki podskórnej. Gromady te komórek rozrzucone są nieregularnie w skórze i różnią się między sobą wielkością, kształtem i ilością komórek. (Fig. 3). Komórki te zaś należą bezwątpienia do typu komórek, spostrzeganych w znamionach miękkich (naevus mollis). Unna określa je w następujący sposób: „Die Zellstränge bestehen aus kleinen, kubischen oder länglichen, plasmareichen Zellen, die einen relativ grossen, ovalen, hellen, bläschenförmigen Kern besitzen. Sie sind also bis auf den fehlenden Stachelpanzer den Deckepithelien sehr ähnlich.“ (Fig. 4). To też

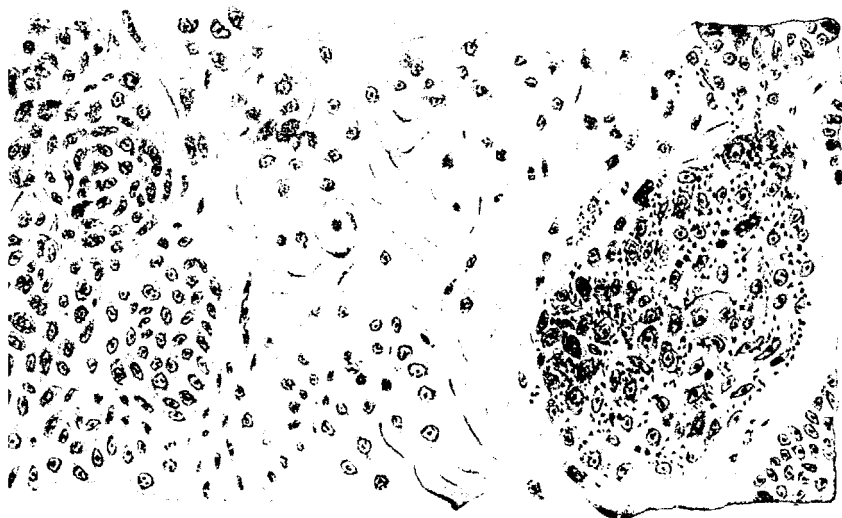


Fig. 4. Część guzka jak Fig. 3, barwionego błękitem metylowym Unny. Silniejsze powiększenie gromad komórkowych znamienia, w gromadzie na prawo dużo barwika, oznaczonego na czarno. Ob. 8. Ok. 1.

niektóre grupy komórek są jeszcze częściowo w łączności z naskórkiem, inne znacznie liczniejsze, zupełnie oddzielone. Jedne z tych ostatnich leżą zupełnie luźno bez związku z innymi tworami skóry, inne znajdują się w sąsiedztwie naczyń, torebek włosowych lub gruczołów potnych czy łojowych. Prócz tego spostrzedz można wśród tkanki klejorodnej i pojedyncze komórki tego typu.

Niektóre grupy komórek, szczególnie bliżej naskórka leżące, zawierają bardzo duże ilości barwika, leżącego tak w komórkach, jak i po za ich ciałami. Dużo ziarn barwiko-
wych spotyka się także wśród wiotkiej tkanki klejorodnej

warstwy brodawkowej, częściowo także w sąsiedztwie gromad komórkowych i naczyń. A naczynia i w tym guzku są rozszerzone, widzi się bowiem pomiędzy powyżej opisanymi gromadkami komórek przecięcia światła dużych różnego kształtu.

Tkanka klejorodna nie przedstawia zasadniczych zmian, tylko towarzyszące jej włókna elastyczne są w samym guzku bardzo nieliczne, podczas gdy w częściach, otaczających guzek, ilość ich jest zupełnie prawidłowa,—przez co granica guzka daje się za pomocą tego bardzo ściśle oznaczyć.

Naskórek, pokrywający guzek, jest nieco napięty, granica jego jest, szczególnie na szczycie guzka, prawie zupełnie wyrównana, bez smug,—barwik jego zaś zajmuje w niektórych miejscach dwa i trzy szeregi komórek, w innych miejscach znowu zdaje się być w ilości zmniejszonej.

Kłębki potowe i gruczoły łojowe zdają się być prawidłowe.

Obraz histologiczny zatem opisanego przypadku wskazuje, że zmiany znajdowane w skórze nie odnoszą się tylko do jednego czynnika, ale dotyczą częściowo tak gruczołów łojowych, jak w znaczniejszej mierze naczyń, barwika, a nawet podścieliska skóry właściwej i naskórka.

W różnych przypadkach opisanych w literaturze znajdujemy także różne obrazy histologiczne.

Pierwszy obraz histologiczny tej zmiany znajdujemy w pracy Pringlego, — obraz bowiem anatomiczny gruczolaków Balzera zdaje się odpowiadać, — jak to i Unna stwierdził, — raczej obrazowi choroby zwanej *akanthoma adenoides cysticum*, za czem przemawia i obraz kliniczny, nie odpowiadający w całości obrazowi gruczolaków łojowych.

Począwszy od Pringlego, wszyscy autorowie, badający histologicznie guzki tej choroby, zwracali przede wszystkim uwagę na zachowanie się gruczołów łojowych, na ich ilość, wielkość i stosunek do otoczenia, szczególnie do torebek włosowych. Pringle twierdzi, że głównie zboczenie skóry polega na powiększeniu gruczołów łojowych tak co do ilości, jak i ich rozgałęzień. Jedne z tych gruczołów są w wyraźnym związku z torebkami włosowymi, inne leżą bardzo nisko niezależnie od nich. Gruczoły te były czynne, gdyż znajdowano w nich łój. Nabłonek, tworzący je był wszędzie dobrze rozwinięty bez jakichkolwiek zmian wstecznych.

Część autorów zgadza się w zupełności z tym opisem, mówiąc także o znacznie rozrosłych gruczolach, ale prawidłowych, jak Caspary, Anderson, Pezzoli, Audry, Pelagatti, Kothe, Möller, Poor. Inni wspominają o przeroście gruczolów łojowych, ale i o równoczesnym zwyrodnieniu, jak Pollitzer, o zwyrodnieniu torbielowym i kolloidowem. Niektórzy z wspomnianych autorów uważają tę zmianę gruczolów za Pringlem za objaw anatomiczny tak dominujący, że na mocy tegoż uważają całą sprawę chorobową za rzeczywisty gruczolak, a nie przerost lub zamię (Caspary, Audry, Kothe, Pollitzer). Druga część autorów odmawia powiększeniu gruczolów wybitnego znaczenia w tej sprawie chorobowej i to tak ze stanowiska histologicznego jak i patognomicznego.

Darier stwierdza, że gruczoly łojowe nie są wcale przerosłe, a głównem znamieniem anatomicznem schorzenia jest rozszerzenie naczyń i przerost tkanki włóknistej. R. Crooker uważa całą sprawę za wynik zaburzenia w rozwoju, dotyczący nie tylko gruczolów łojowych, ale całych torebek, a nawet gruczolów potnych. Hallopeau i Leredde mówią także o prawidłowych gruczolach łojowych, a zmianę odnoszą do zbroczeń w tkance łącznej. Perry wyraża zapatrywanie, że choroba nie ogranicza się tylko do rozwoju gruczolów łojowych, ale skóry w ogólności. Podobnego zdania jest Buschke, dla którego zmiany w gruczolach łojowych nie stanowią istoty choroby, a zbroczenia torebek włosowych raz dotyczą tkanki łącznej i otaczających je naczyń, raz gruczolu albo obu razem, — i Felländer, który uważa przerost gruczolów za objaw podrzędny obok przerostu kłębków potnych i tkanki łącznej, a przypuszcza, że sprawa polega na bujaniu różnych tkanek i różnych narządów w różnych kombinacjach. Piccardi stwierdza, opisując swój przypadek, że nazwa choroby (naevus sebaceus) nie ma nic wspólnego z morfologią i anatomią choroby, a odnosi się tylko do jej pochodzenia embryonalnego.

Winkler wreszcie znajduje główne zmiany w naczyniach skóry, twierdząc, że bywają rozszerzone i mają ścięnczałe ściany, otoczone smugami komórek tkanki łącznej, ale przeważnie niewrzecionowatego kształtu. Na mocy wszystkich znanych dotąd przypadków rozdziela je (pokrewnie z Buschke'm) na cztery typy: 1. Caspary: zmiana tylko

gruczołu łojowego, 2. Pringle: gruczołu łojowego, naczyń i tkanki łącznej, 3. Darier: tkanki łącznej i naczyń i 4. Perry: gruczołu potnego.

Pringle uważając swój przypadek za taki sam jak przypadek Balzera, godzi się na nazwę: adenoma sebaceum, — za nim idą Caspary, Pollitzer, Anderson, Audry, Kothe. Inni przechylają się do nazwy znamienia (naevus), jako więcej odpowiadającej istocie choroby; — a z tych jedni za Darierem mówią o znamionach naczyńiowych i twardych (naevi vasculaires et verruqueux), jak Winkler, — drudzy jak Hallopeau i Leredde nazywają to schorzenie prościej znamionami umiarowemi twarzy (naevi symmetriques de la face), jak Pezzoli, Dohi — dalej inni jak Poor mianuje to zboczenie znamieniem łojowem umiarowem (naevus sebaceus symmetricus) lub tylko wliczają do ogólnej grupy znamion (Möller, Felländer, Piccardi, R. Crooker, Perry, Buschke). Wreszcie Pelagatti używa jeszcze ogólniejszej nazwy zniekształnień skóry (difformités cutanées).

Porównyując zatem swój przypadek z dotąd znanymi, stwierdzić muszę, że zmiany gruczołów łojowych nie odgrywały w tym przypadku prawie żadnej roli, — a zatem nie mogę zgodzić się w spostrzeganym przypadku na nazwę gruczolaka łojowego (adenoma sebaceum). Dla tej samej przyczyny nie mogę nazywać tej sprawy chorobowej za Casparym przerostem gruczołów łojowych (hypertrophia glandularum sebacearum). A zwracając się do znalezionych zmian histologicznych, zaliczam to schorzenie do grupy znamion (naevus). Ze względu właśnie na wymienione w opisie histologicznym zmiany naczyń w postaci drobnych naczynek, nagromadzenie stosunkowo dużych ilości barwika w warstwie brodawkowej, — a wreszcie ze względu na znalezione gromady komórek, stanowiących cechę znamion miękkich (naevus mollis), — muszę stwierdzić, że mam do czynienia ze zmianami różnych części skóry. Uważam zarazem za uzasadnione dodać, że zmiany te podlegają w tych przypadkach na zboczeniach w rozwoju skóry w całej jej grubości, — a zatem dotyczyć mogą tak naskórka i części z nim złączonych, jak torebek włosowych i gruczołów, (naevus mollis), jakoteż barwika (naevus pigmentosus), wreszcie naczyń samej skóry i jej podścieliska (naevus vasculosus).

W poprzednich mych pracach, dotyczących nowotworów skóry ¹⁾, zwracałem uwagę na szczególne cechy tychże. Wskazałem wówczas na analogię i wielkie podobieństwo w rozwoju tak pozornie różnych spraw, jak skóry pergaminowej barwikowej (xeroderma pigmentosum Kaposi), i nerwowłókniaków. Podobnie w schorzeniu tak różnym od poprzednich pod względem klinicznym i anatomicznym, jak mięśniaki wspominałem o pewnej wspólności pochodzenia wszystkich tych spraw, które zaliczyć trzeba do grupy ogólnej znamion (naevus), a zatem do grupy wad rozwojowych.

W opisanym przypadku t. zw. gruczolaka łojowego narzuca się znowu myśl, tak na mocy spostrzeżeń klinicznych, jak i badań histologicznych, że jest to sprawa zupełnie do poprzednich analogiczna, sprawa, powstająca na tle wady rozwojowej skóry. Porównanie jest łatwe przedewszystkiem na mocy czasu występowania wszystkich tych spraw, a następnie na podstawie różnorodności spostrzeganych zmian w skórze. We wszystkich sprawach nowotworowych, występujących w skórze w wieku młodym i stanowiących pewne jednostki chorobowe, spostrzegamy obok zmian nowotworowych, wybijających się, cechujących jednostkę chorobową, jak raki i mięsaki w skórze pergaminowej barwikowej, lub nerwowłókniaki w chorobie Recklinghausena, albo mięśniaki i gruczolaki, — także znamiona uboczne głównie w postaci plam barwikowych, czy mniej lub więcej wybitnych naczynek. Wszystkie te sprawy zatem składają się na ogólny obraz całej grupy, którą oznaczamy ogólną nazwą znamion (naevi), a która obejmuje niedokształcenia rozwojowe różnych części skóry. Chociaż zatem każda z tych spraw chorobowych nowotworowych stanowi odrębny typ choroby, to jednak zasadniczo, patogenetycznie są bardzo sobie pokrewne i dla tej samej przyczyny należą do jednej grupy.

Poprzednio wspomniane typy znalazły swe nazwy, które nie przeczą samej istocie choroby, — nie można jednak godzić się na nazywanie opisanego schorzenia gruczolakiem łojowym (adenoma sebaceum), a raczej nazywać je na razie cho-

¹⁾ O mięśniakach skóry. (Przeł. lek. 1905.) O nerwowłókniakach. (Przeł. lek. 1902).

robą Pringlego (morbus Pringle), a zatem w sposób przyjęty i dla innych spraw chorobowych skóry.

L I T E R A T U R A.

- Anderson. Brit. Journ. of Derm. 1895, VII.
 Audry. Annal. d. dermat. et syph. 1903, 7, 8.
 Balzer et Grandhomme. Arch. de physiol. 1886.
 Balzer et Ménétrier. Arch. de physiol. 1885.
 Buschke. Derm. Zeitschr. 1904.
 Caspary. Arch. f. Derm. u. Syph. 1891.
 Costa Méndes. Vereing. d. niederländ. Derm. 1900.
 Crooker R. II międzynarodowy Zjazd dermat. Wieden 1902.
 Darier. Annal. d. dermat. et syph, 1900. — La pratique dermat.
 Paris.
 Dorst u. Delbanco. Montsh. f. p. Derm. 1901, 33.
 Dorst. Diss. Leiden 1902.
 Dohi. Japan. Ztsch. f. Derm. 1903.
 Ehrmann. Mracek-Handbuch.
 Felländer. Arch. f. Derm. u. Syph. 1905, 74.
 Hallopeau wedle Pringlego.
 Hallopeau i Leredde. Tow. dermat. franc. 1895.
 Jadassohn. Arch. f. Derm. u. Syph. 68.
 Jarisch. Arch. f. Derm. u. Syph. 28.
 Möller. Tow. dermat. w Sztokholmie 1904.
 Pelagatti. Annal. d. dermat. et syph. 1904.
 Perry. Tow. dermat. w Londynie 1896.
 Pezzoli. Arch. f. Derm. u. syph. 1900.
 Piccardi. Giorn. ital. d. mal. ven. et d. l. pelle 1900.
 Politzer. Journ. of cut. aud gen. ur. dis. 1893.
 Poor. Montsh. f. p. Derm. 1905.
 Pringle. Brit. Jour. of Derm. 1893.—Montsh. f. p. Derm. 1890, 10.
 Savill. Ang. Tow. dermat. 1900.
 Unna. Histopathologie.—Histol. Atlas z. 5.
 Vidal wedle Pringlego.
 Winkler. Arch. f. Derm. u. syph. 1903.

Biblioteka Główna WUM

Br.1936



000031089



www.dlibra.wum.edu.pl