

XXI.

Bőrgyógyászat iskoláskorban.

Írta: Dr. BALLAGI ISTVÁN egyetemi magántanár

Kevés olyan fejezete van a dermatológiának, mely az utóbbi évtizedekben olyan fejlődést mutatott volna, mint a *gombás betegségek fejezete*. A botanikusok ugyan már évszázadok óta ismerték a gombákat és *Linné* már be is sorolta őket rendszerének 24. klasszisába, de a betegségek ismerete csak a múlt század 30-as éveinek végére esik. Egy magyar embernek, *Gruby* Dávidnak az érdeme a gombás betegségek kórokozóinak felfedezése. 1840—1844-ig a párisi akadémia kiadványaiban írta le hires közleményeit, amelyekben beszámol a *Favus*, *Trichophytia* *Mikrosporia* kórokozóiról. Sokan nem fogadták el tanításait, és évtizedek multak el, míg végre *Sabouraud* igazolta őt, sőt ő tovább ment, mert táptalajain kitenyészttette a gombákat. *Sabouraud* közleményei nagy impulzust adtak a bőrbetegségeknek a gombák szempontjából való vizsgálatára és így mindig újabb és újabb betegségeket írtak le, így a *blastomycosis*, *sporotrichosis* stb.

A gombák botanikája. A botanikusok a gombákat a telepes növények közé sorolják. Jellemző rájuk, hogy virágtalanok és sejtjeikből hiányzik a *chlorophyll*, minek következtében a gombák nem képesek szerves anyagot szervessé átalakítani, épen ezért a gombák élősködő növények és vagy elhalt szerves anyagokon tenyésznek (*saprophyták*), vagy élő szervezeten telepednek meg (*parazita gombák*), azonban érdekes sajátáguk, hogy ezek is tudnak elhalt szerves anyagokon tenyészni, tehát fakul-

tatív paraziták. A gombák mindenütt találhatóak a szabad természetben. Számuk kb. 60.000-re tehető.

A gombák felosztása 4 csoportba történik. 1. csoport: Morszatgombák. Vízi talajon tenyésznek. Pathogén szempontból nem jönnek számításba. 2. csoportba tartoznak a kalapos gombák (basydiomycéták) vagyis az ehető és mérges gombák. 3. csoport: tömlős gombák. Ide tartozik a penészgombák legnagyobb része. Ezek már kórokozók, de rendszerint csak növényeken és állatokon okoznak betegségeket (szőlőn a peronospora, selyemhernyó betegsége, stb.). 4. csoport: fonalas gombák, hyphomycéták, az ember gombás bőrbetegségeinek kórokozói. Jellemző rájuk, hogy rendkívül egyszerű szaporodási szerveik vannak. A gomba-telep két részből áll: a vegetáló és a szaporodó szervből, az előbbi a mycelium, az utóbbi a spóra. A gombák rendkívül fontos sajátossága a polymorfhizmus vagyis az alkalmazkodó képesség, t. i. bármilyen életkörülményekhez tudnak alkalmazkodni, így tudnak védekezni a kiszáradás ellen, túlhideg, túlmeleg ellen, ezért tenyésznek a különböző táptalajokon különbözőképpen és másképpen az emberi szervezetben.

Az emberi kórokozó gombákat általában két nagy csoportra osztjuk. Az első csoportba tartoznak azok a gombák, amelyek úgy a belső szervekben, mint a bőrön tudnak elváltozásokat előidézni, így az actinomyeosis, a sporotrichosis kórokozói, stb. Ezek a betegségek azonban az iskolásgyermekéknél nem igen szoktak előfordulni. A második csoportba tartoznak a dermatophyton gombák, melyeknek sajátossága, hogy kizárólag az emberi bőrön idéznek elő elváltozásokat, és ha be tudnak hatolni a véráramba, általános kiütéseket okozhatnak, de a belső szervekben nem telepednek meg. Ezeknek a gombáknak nagy része az iskolásgyermeken okoz elváltozásokat. Ide tartozik a *mikroisporia*. Rendkívül ragályos, úgyhogy endemiákat is okozhat. Tünetei: számos, a hajas fejbőrön szabálytalanul elhelyezkedő kisebb-nagyobb (4—5 cm.) kerek vagy ovális foltok, melyeknek területén a bőr hyperaemiát nem vagy csak alig mutat, s melyek finom, korpázó hámlással vannak borítva. A foltok látszólag hajszálaktól mentesek, de ha közelebbről megvizsgáljuk őket, akkor kitűnik, hogy a hajszálak a megbetegedés következtében 2—3 mm-rel a bőr felett eltörtek, mintha a hajat lenyírták volna, szürkésfehér hüvellyel vannak borítva. A hajszálak vizsgálata

úgy történik, hogy a tárgylemezre kiterített, fedőlemezzel lefedett hajszálakat 30%-os káلیلúg hozzáadása után (eseppentőüveg-ből a káلیلúgot a fedőlemez szélére cseppentjük, mire az beszívódik a lemez alá), enyhe láng felett megmelegítjük és mikroszkóp alatt kb. 300-szoros nagyítással vizsgáljuk. A lug hatására az állati sejtek elpusztulnak, a növényi sejtek, a gombátelepek jól előtűnnek és azt látjuk, hogy a hajszálak sűrűen apró kerek képletekkel vannak bevonva, ezek a spórák. A beteg hajszálak vizsgálatára igen alkalmas a Wood-fény is, (Quarz lámpára alkalmazható cobalt üvegből készült szűrő), ha t. i. a gyermeket a lámpa alá állítjuk, azok a területek, amelyeken a gombák a hajszálakat megtámadták, fluoreszkálni fognak.

Trichophytia superficialis. Ugyancsak kisebb-nagyobb kerek vagy tojásdad kopasz területek a hajas fejbőrön, a bőr azonban hyperaemiásabb, főleg a test egyéb részein, ahol azonkívül a foltok területén apró vesiculákat, pörköket találunk. A hajas fejbőrön a megbetegedett területeken a hajszálak közvetlenül a folliculusokból való kilépés után eltörnek és fekete komédószerű pontokként tűnnek elő, vagy dugóhúzó módra összekunkorodnak. A hámlás kifejezett.

Favus. Jellemzőek a scutulumok: kicsiny, kerek, sárgás képletek, melyek eleinte igen kicsinyek, később lencse-borsó nagyságig fejlődnek és többszörösen összefolyhatnak. A folliculusok körül helyezkednek el. A scutulumot áttörő hajszál kihúzáskor nem törik el, hanem gyökerestől eltávolítható, színe fakó. A favus a mikrosporia- és a trichophytia-szal szemben heggel gyógyul. Igen ragályos betegség, mely egész családokat, falvakat megfertőzhet. Nálunk a Buda-környéki sváb falvakban, továbbá Cegléd környékén van elterjedve.

Trichophytia profunda. Iskolásgyermekeknél előfordulhat ugyan, de járványokat nem okoz. A trichophytia profunda csak szórványosan lép fel, rendszeren állatokkal érintkező embereknel, főleg falun. Tünetek: kisebb-nagyobb erősen gyuladós, sokszor lividen elszíneződött, kiemelkedő, erősen genyesező infiltratumok, melyek heg hátrahagyásával gyógyulnak.

Erosio interdigitalis blastomyetica. Ez a gombás betegség a bőr áthajlási redőin, az ujjak között lép fel. A hám erodálódik és hámtól fosztott, fénylő nedvező terület marad vissza. A betegség rendkívül makacs, gyógyítani igen nehéz.

Epidermophytia. Szintén az áthajlási redőkben lép fel, de felléphet a kezeken is és apró hólyagocskáival utánozhatja a dyshidrosist. Ragályos és járványokat okozhat.

Pityriasis versicolor. Különböző nagyságú, világos barna-kávébarna színű, gyuladásmentes, hámló foltok, főleg a mellen és a háton. Nem fertőző, egészen ártalmatlan betegség.

Erythrasma. Kerekded, sárgásrózsaszínű, confluálásra hajlamos foltok az áthajlási redőkben, főleg a hónaljban és az inguinális hajlatban. Nem fertőző.

Differentiáldiagnózis. Elsősorban a seborrhoea jön számításba, de a seborrhoeánál nincs beteg hajszál. El kell különítenünk a psoriasistól is a gombás betegségeket. Psoriasisnál nincs kopaszodás, sőt általában úgy tűnik, mintha a hajszálak meg lennének szaporodva. Számba jöhet ilyen tekintetben a lupus erythematodes, de ez iskolásgyermeken a legnagyobb ritkaság, ha elő is fordul, beteg hajszálakat itt sem találunk. Igen fontos tehát a beteg hajszálak kimutatása, mert ez által a diagnózis pontosan felállítható.

Preventio. A beteg gyermek rendkívül fertőző, ezért azonnal kezelésbe kell venni. A kezelés azonban legalább hat hétig tart, és mivel ily hosszú időre mégsem hetyes az egyébként egészséges gyermeket az iskolától távol tartani, helyes, ha úgy járunk el, hogy a gyermek fejét kenőccsel bekenjük, azt külön erre a célra készített, szorosan a fejhez simuló sapkával befedjük és úgy küldjük az iskolába.

Gyógykezelés. A beteg hajszálakat a folliculusokból el kell távolítanunk. Az epilatio Röntgen-besugárással és thallium-kezeléssel történik. Azelőtt tisztán Röntgen-kezeléssel végezték oly módon, hogy a fejet 5 részletben sugározták be 75%-os erythromadózissal (az a besugárzási dózis, mely után 8—14 nap múlva a pirt enyhe pigmentatio váltja fel). A besugárzás után 3 héttel kezdenek a hajszálak kihullani. Ez a kihullás 3—4 napig tart és ezt az időt fel kell használni az összes beteg hajszálak eltávolítására. Nem szabad egy beteg hajszálnak sem visszamaradnia. Ezután jön a desinficiáló kezelés. Jó erre a célra az egy ezrelékes szublimátoldat, vagy 1%-os salicylspiritusz, vagy a 2—3%-os salicylkenőcs. A tisztán thalliumepilatio úgy történik, hogy a 10 éven aluli gyermeknek testsúly kgként maximálisan 9 mgr. thalliumot adunk folyadékban. Minél kisebb a gyermek, annál jobban bírja a thalliumot. Legjobb,

Jia az iskolaorvos maga adja be a gyermeknek. Ma mint legjobb kezelési módot, a Röntgen + thallium-os, vagyis a Röntgen és a thallium kombinált kezelési módját végzik: fél Röntgen 4- fél thalliumdózissal, mely nagyszerűen bevált, öt éven aluli gyermekekéknél tisztán thallium-epilatiot végeznek, mert az ilyen kis gyermek besugárzása, a gyermek mozgékonyasága miatt nehézségbe ütközik. A szülőket figyelmeztetni kell, hogy a kezelés után esetleg fejfájás, sőt hányás is léphet fel. Azoknál a gombás betegségeknel, ahol a hajsza nem beteg, desinfiáló oldatokat adunk. Rp. jodi, kalii jodati, Aquae dest, aa 5, spiriti vini ad 100.— Nagy szerepet játszik a gyógykezelésben a vaccinás kezelés, mely különösen két szempontból előnyös: egyrészt csökkenti a recidiváló hajlamot, másrészt gyorsítja a folyamat lefolyását. Legjobb ilyen célra a hazai laboratoriuimokban előállított vaccinákat használni, mert ezek a Magyarországon előforduló gombákat tartalmazzák és így specifikus hatást tudnak kifejteni. A vaccina elkészítése úgy történik, hogy a platinkaccsal leszedett gombatelepeket dörzscsészéiben jól szétdörzsöljük, vízzel elkeverjük, fél százalékos canbolt teszünk hozzá és 2—3 napra 37 fok C. mellett a thermostatba helyezük (nem szabad 50 fokra hevíteni, mint a baktériumvaccinákat), azután átszűrjük. Ebből a kész vaccinából adunk 1%-os (hígításból egytized om³-t a felkarba intrakután. Ha allergiás reakció mutatkozik, akkor bevárjuk ennek lezajlását és általában 8 naponként ismétljük az injekciókat. Ha allergiás reakció nem mutatkozott az első ojtás után, akkor másnap megismétljük V₅₀-es hígítással, ha erre sem kapunk reakciót, akkor V₁₅-es hígításból adunk: reakciómentesség esetén a vaccinás kezeléssel nem próbálkozunk, mert annak ezek után semmi célja nincs.

BETEGBEMUTATÁSOK.

Írta: Dr. FÖLDVÁRI FERENC egyetemi tanársegéd.

Bemutatásra kerültek: a syphilis különböző alakjai, több initial affectio, papulomaculosus exanthema, gummosus jelenségek, ulcus molle, balanitis, lupus vulgáris, erythema induratum Bazin, prurigo, eczema, scabies, impetigo, folliculitis suppurativa.

Az *initial affectio* a spirochaeta paliidával történt infectio helyén fejlődik ki többnyire két-három héttel, olykor később,

a fertőzés után. A fertőzések leginkább a genitáliákon következnek be, ritkábbak az extragenitális infectiók. Férfiaknál a praecutium bellemében, a soicus coronariusban, glanson, ritkán az urethrában, nőknél a nagy és kis ajakon, néha a hüvelyben, oervixen helyezkedik el az initial affectio. Kör, ovális vagy szabálytalan alakú, változó nagyságú, a környezetből kissé kiemelkedő, ponckemény tapintatú, fájdalomtalan, ép hámmal fedett vagy erodált, felületesebb vagy mélyebb infiltrátum. Extragenitálisan főleg az ajkakon, kézujjakon, néha a tonsillákon, nőknél az emlőn is észlelhető. Az initial affectiot a tájéki mirigyek és nyirokutak megbetegedése is szokta kíséni. Férfiaknál a penis hátán sokszor vastag köteg alakjában tapinthatók a nyirokutak. A megnagyobbodott mirigyek fájdalomtalanok, fölöttük a bőr nem lobos. Később a mirigymegnagyohbodások általánossá válhatnak. *Ulcus molle* esetében a lappangási idő rövidebb, 24—72 óra; az utóbbi főképen a genitáliákon fordul elő, néha az urethrában. Rendszerint multiplex. Éles, alávájt szélű, lobos, de nem infiltrált környékű, egyenetlen, genyes, érzékeny alapú kisebb-nagyobb anyaghiányok, melyek néha gangraenosus ulceratiókká alakulhatnak át.

Az *ulcus molle* helyi jellegű, autoinoculálható megbetegedés szemben a syphilissel, mely a fertőzés bekövetkeztétől constituti-onális betegség és a már korán kifejlődő immunitás következtében nem autoinoculálható. Az itt kifejlődő környéki mirigymegnagyobbodások fájdalmasak, fölöttük a bőr lobos, később elvékonyodik, esetleg spontán megreped. A genyes váladékban ki lehet mutatni az *ulcus molle* kórokozóját, a Ducrey-féle streptobacillust. Az áttört vagy megnyitott búbok feletti bőr a váladékkal történő fertőzéstől maga is fekély esse váUiatic. A kétféle fertőzés egyszerre is bekövetkezhelik és ilyenkor kialakul az *ulcus mixtum* képe. A mikroszkopikus vizsgálatot mindenképen el kell végeznünk; ez különösen segít akkor, ha a klinikai kép bizonytalan. Néha a már kezelt vagy másodlagosan fertőzött initial affectióból a *spirochaeta palliát* nem tudjuk kimutatni, ilyenkor a megnagyobbodott regionalis mirigyek punctiós nedvével ejthetjük meg a vizsgálatot. A syphilises infectio után 8—10 héttel jelentkeznek az általános korai tünetek, gyorsan szétterjedő *roseolás* vagy *papulosus exanthema* alakjában. A korai *roseolás exanthema* főleg a törzsön fellépő halvány vagy

élénkebb vörös, lencsényi, borsónyi, sűrűn egymás mellett elhelyezkedő, nem hámló foltokból áll. A korai *papulosus exanthema* főképp a törzsön, a végtagokon, néha a tenyereken és talpakon mutatkozik gombostüfejni, lencsényi, sűrű, tömött, néha gallérszerű hámszegéllyel övezett képletek alakjában. A homlok és-hajas fejbőr határán olykor csoportosulva a corona syphilitica képezik. A genitáliákon és azok környékén, az anus körül, lábujjak között, vagy egyéb összefekvő bőrfelületeken a dörzsölődés, veríték, vizelet által macerálódnak, hámfosztottakká válnak, felületesen kifekélyesednek, burjánoznak. Ezeket a megjelenési alakjait a papuláknak condyloma latumnak nevezzük. A szájban a papulák főleg a tonsillákon, garativen, nyelven helyezkednek el lencsényi, borsónyi szürkésfehér jelenségek alakjában; ezek az u. n. plaque muqueuseök. A szájnyálkahártyán előforduló aptháktól abban különböznek, hogy ez utóbbiak gyakran recidiválnak, fájdalmasak és élénk vörös udvarral vannak övezve.

A recidiváló, transitoriális jelenségek systematizálódásra, csoportosulásra való hajlamot mutatnak. A késői jelenségek, mint a *tuberosus*, *nodosus*, *gummosus* elváltozások kifekélyesedésre hajlamosak. A gumma kiindulhat a csontból, periosceumból vagy magában a bőrben keletkezhetik, kisebb-nagyobb érzékeny, tömött, kezdetben ép, később livid bőrrel fedett csomók alakjában. Lehet egyes vagy többes és gyakran fejlődik ki traumák helyén. Elfolyósodás után áttör és éles határú, alávájt szélű, krátérszerű, nyúlós, gummi-arabicumszerű anyaggal fedett kifekélyesedéshez vezet. Az orrban elpusztíthatja a csontos orrsövényt és az orrgyök besüppedéséhez, nyeregorrhoz vezethet, szemben a lupus vulgárisal, mely a porcos orrsövényt szokta megtámadni. A kemény és lágy szájpadon i& észlelünk néha perforatiót. Olykor a beteg fertőzésről, előzetes tünetekről nem tud; ezekben az esetekben az initial affectio vagy rejtett helyen (nőknél cervix) helyezkedik el vagy olyan kistokó volt, hogy a beteg figyelmét elkerülte. Előfordulnak azonban initial affectio nélküli fertőzések is, melyeknél későbbi tünetek azért jelentkezhetnek.

Gyakran látunk a genitáliákon nem venereás természetű elváltozásokat is; így férfiaknál a glanson hámfosztott, lobos, nedvező területeket (*balanitis*) vagy a glanson és praeputiumon

polycyclikus, éles hatágú, élénken lobos, gyakran genyedő elváltozásokat *batanoposthitis erosiva circinata*), olykor nagyszámú gömbostűhegynyi-fejnyi pustulákat, melyek kisebb-nagyobb fekélyekké alakulhatnak át (*baianoposihitis pustuloulceropa*). E jelenségek alapjában jóindulatúak, tisztántartással, izolálással, hintőporokkal könnyen rendbehozhatók, néha azonban phimosishoz vezethetnek vagy fertőzési helyül szolgálhatnak.

A *lupus vulgáris* rendszerint fiatal korban kezdődik az ornyálkahártyán, arcon, de egyéb területeken is, lencsényi vagy kisebb, barnásvörös vagy sárgás, atrophias hámmal fedett göbcsékkal, melyek összefolyásából később nagyobb plaqueok képződhetnek; kiterjedt fekélyesedésekhez, roncsolásokhoz vezethet. A néha nagy kiterjedésű hegekben újabb göhcsék jelentkezhetnek; evvel szemben a syphilises elváltozások után visszamaradt hegekben újabb laesisok nem szoktak kifejlődni. Olykor carcinomába megy át. Az *erythema induratum Bazin* fiatal tbc.-s lányoknál legtöbbször az alszárak alsó harmadában jelentkezik a cutisban és subcutisban ülő, fájdalomtalan, livid bőrrrel fedett mogyorónyi vagy nagyobb beszüremkedések alakjában, melyek kifekélyesedhetnek. A többé-kevésbé mély fekélyek szabálytalan alakúak, alávájt szélűek, hosszadalmasan gyógyulnak. Néha az erythema nodosumtól kell elkülöníteni, azonban az utóbbinál a jelenségek nagyobb számúak, lobos bőrrrel fedettek, fájdalmasak, nem fekélyesednek ki; a bőr jelenségeket általános tünetek, rossz közérzet, láz, végtag és ízületi fájdalmak is kísérik.

A *prurigo* egész fiatal korban kezdődik a végtagok fesztű oldalán, kézhátakon, láb hátakon, néha az arcon, szétszórt vagy sűrűn elhelyezkedő; halványvörös, barnás papulákkal, papulovesioulákkal, melyek a nagyfokú viszketés folytán csakhamar exoorilátatnak. Később a területeken a bőr száraz, megvastagodott, ipigmentált lesz. A mirigyek, különösen az inguenekben, fájdalomtalanul megduzzadnak, de elgenyedni nem szoktak. Recidiváló megbetegedés, melynek enyhébb alakjai a kezeléssel jól befolyásolhatók.

A leggyakoribb bőrmegbetegedés az *eczema*; igen polymorph kórkép, melynél erythémát, papulákat, vesiculákat, papulovesiculákat látunk nedvezéssel, pörkökkel; olykor körülírt területen a szaruréteg megvastagodása mutatkozik. Külső és belső

okok válthatják ki. Gyakran jelentkezik dyspepsiáknál, bélintoxicatióknál, diabetesnél; úgyszintén észleljük bizonyos foglalkozású egyéneknél, néha focalis infectióknál. Gyakori az eczémák túltáplált, exsudatív diathesisben szenvedő gyermekeknél. A végbél-tájéék és genitáliák eczémáinál nodusokra, oxyurisra, diabetesre kell gondolni.

A *scabies* fertőző, parazitás, heves, főképen éjjeli viszketéssel járó megbetegedés. Jellemzők a járatok, melyek a kezujjak között, csuklók hajlító felszínén, elülső hónaljredőkben, köldöktájjon, nőknél az emlőbimbók körül, férfiaknál a penisen, csecsemőknél a fartájakon kb. 2—3 mm hosszú szürkésfekete vonalkák alakjában mutatkoznak; ezen vonalkák egyik végén még gyakran tűhegynyi hólyagocska vehető észre. A vakarások nyomán keletkező excoriatiók pontszerűek, szemben a ruhatetűvel kapcsolatos viszketések folytán látható lineáris excoriatiókkal. Bizonytalan tünetek esetén mikroszkopikus vizsgálatot kell végezni. A járatból Dreuw-féle tű segítségével az atka jól kiemelhető; ép járat hiányában a hámkaparékból is megkísérhető az atkának vagy részeinek a kimutatása.

A viszkető bőrhetegségekkel járó vakarások genyes fertőzésekhez vezetnek; ezekkel kapcsolatban gyakran láthatók impetigo, ecthyma, folliculitis suppurativa, furunculusok. Az *impetigo* többnyire gyermekeknél fordul elő genyekeltő bacteriumokkal történő fertőzés következtében. Felléphet chronikus rhinitis, otitis kapcsán vagy kiválthatják a hajzatban lévő pediculások, illetőleg az ezek által fenntartott viszketések, vakarások. Kezdeti tünetei serosus tartalmú vesiculák, bullák, melyek rövidesen purulensekké válnak, majd élénk sárga pörkös jelenségekké száradnak be. A pustulák elhelyezkedhetnek follicularisan is, de csak a szőrtüsző infundibulumára szorítkoznak. *Folliculitis suppurativánál* a szőrtüsző mélyebb részei, *furunculusnál* pedig a szőrtüsző körüli szövetek is résztvesznek a folyamatban. Az *ecthyma* ugyancsak viszkető betegségek kapcsán történő fertőzés, mely főképen az alszáracon jelentkezik kezdeti pustulákkal, melyekből később lobos udvarú, éles határú fekélyek képződnek. Ezek pigmentált udvarú heggel gyógyulnak.