

Z Katedry Kliniki Dermatologicznej Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie.
Kierownik: prof. dr med. Czesław Ryll-Nardzewski

Jadwiga WOJTKIEWICZOWA

W sprawie zespołu Stevens-Johnsona
К вопросу по синдрому Стивенс-Джонсона
On the Stevens-Johnson Syndrome

Zespół Stevens-Johnsona został wyodrębniony spośród licznych odmian rumienia wielopostaciowego. Opisany po raz pierwszy przez R. Rendu (wg 6) pod nazwą „*Ectodermose érosive pluriorificielle*” i obserwowany następnie przez Noël Fiessingera, Wolfa i Thevenarda (wg 22). Jausion i Diot (wg 6) uważają, że jest to ostra postać rumienia wielopostaciowego o przewadze zmian na błonach śluzowych lub na skórze i błonach śluzowych. Ramel (wg 6) podziela ich zdanie. Według P. Gastinela i G. Solente'a (wg 6) na czoło objawów wysuwa się wysoka gorączka, osłabienie oraz zmiany chorobowe na wszystkich błonach śluzowych w postaci wykwitów grudkowo-pęcherzykowych, krwiotocznych i pseudobłonniczych. Jednocześnie z tymi objawami lub w parę dni po tym na skórze pojawia się niezbyt obfita osutka grudkowo-pęcherzykowa, pośród której mogą znajdować się wykwity krwotoczne. Wykwity mają dążność do wzrostu obwodowego i przez zlewanie się tworzą nieraz figury w kształcie girland, pierścieni i kokard. Zmiany chorobowe znajdują się również na napletku, żołędzi prącia i worku mosznowym. W narządach wewnętrznych zazwyczaj objawy chorobowe nie występują. Wyzdrowienie następuje po upływie 3—6 tygodni. W przypadkach opublikowanych przez wymienionych autorów nie spostrzegano nawrotów. Tylko w jednym przypadku (M. Lavergne (wg 6)), jak wynikało z wywiadu, przed 18 miesiącami u chorego wystąpiły podobne zmiany chorobowe. Badania bakteriologiczne dawały wyniki ujemne. Obraz morfologiczny krwi nie był zmieniony. W jednym przypadku wystąpiła leukopenia z niewiadomych przyczyn. W drugim pojawiła się niezwykle wysoka liczba leukocytów (74.000).

Baader (wg 6) opisał cztery przypadki pod nazwą *Dermatostomatitis*. W obserwowanych przez autora przypadkach początek choroby przebiegał z wysoką gorączką oraz z ciężkimi objawami ogólnymi. Najpierw pojawiło się zapalenie gardła i jamy ustnej, przypominające błonicę. Następnie na pośladkach, udach, worku mosznowym oraz na żołędzi prącia ukazały się wykwity w postaci grudek jasnoczerwonych, w środku których utworzyły się pęcherzyki. Rozwój choroby trwał od 3—5 tygodni. W okresie zdrowienia pojawiło się drobne złuszczenie się naskórka, które w jednym przypadku objęło cały tułów. W maju 1926 roku

Semerau-Siemianowski (wg 22) opisał przypadek pod nazwą *Angiodermatotoxicose exsudative infectieuse*. Stan chorego był ciężki przede wszystkim ze względu na powikłanie ze strony tchawicy; osutka o umiejscowieniu nietypowym dla rumienia wielopostaciowego, pozostawiająca intensywne przebarwienia. Należy również wspomnieć o *Erythema exsudativum multiforme vegetans* Herxheimer i Schmidta (wg 8), gdzie pojawia się nadmierne rogowacenie, oraz o *Erythema bullosum* Lapschütza i *Erythema framboesiforme* Breda. Lortat-Jacob (wg 6) mówi, że można bez końca mnożyć te odmiany, gdyż literatura medyczna całego świata jest tak bogata w nowe zespoły chorobowe, jak jest biedna w sprecyzowaniu ich etiologii.

Z autorów polskich pierwszy M. Grzybowski (10) przypomina, że *Ectodermosis erosiva pluriorificialis* zostało opisane we Francji i w Ameryce, i że cierpienie to było uważane za odmianę rumienia wielopostaciowego, co nie zostało jednak udowodnione. Według Grzybowskiego (10) choroba rozpoczyna się nagle wśród objawów charakterystycznych dla chorób zakaźnych. Jednocześnie występują zmiany na powłokach, dotyczące głównie kończyn, błon śluzowych jamy ustnej, spojówek gałek ocznych, czasem również błon śluzowych przewodów nosowych, cewki moczowej, pochwy i odbytu. Zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej są szczególnie ostre i rozległe, występować mogą pęcherze, po których pęknięciu powstają powierzchnie pokryte błonami rzekomymi, a czasem wrzodziejące. Slinotok jest silny, a zmiany rozszerzają się niekiedy na gardziel i gęzdek. Na spojówkach powstają pęcherze i nadżerki, a czasem nawet owrzodzenia mogące doprowadzić do przebiccia rogówki i ślepoty. Zmiany na innych błonach śluzowych wykazują cechy podobne. Na skórze powstają osutki rumieniowate, pęcherzowe, wybroczynowe, przypominające rumień wielopostaciowy wysiękowy.

Choroba ma przebieg ostry i trwa 4—8 tygodni, czasem następują nawroty o takich samych cechach. Istota choroby nie jest znana, ale niewątpliwie opisane zmiany są skórnymi objawami posocznicy, której pochodzenie nie zostało zbadane. S. Jabłońska (13) utożsamia zespół Stevens-Johnsona z *Ectodermosis pluriorificialis erosiva* i krótko określa, że jest to odmiana rumienia wielopostaciowego, w której przeważają zmiany w obrębie błon śluzowych otworów naturalnych jamy ustnej, nosa, oczu, narządów płciowych i odbytu. Uważa ona, że czynnikiem wywołującym może być wirus, jednakże dotychczas nie udało się udowodnić tej etiologii. W najnowszym piśmiennictwie spotykamy się z niezbyt licznymi pracami, dotyczącymi zespołu Stevens-Johnsona; autorzy starają się wysświetlić etiologię tego schorzenia oraz podają nowoczesne metody leczenia. Dla przykładu wymienię streszczenia z kilku wybranych prac.

P. Dugois, A. Beaudoing i L. Colomb (1955) (5) opisują przypadek zespołu Stevens-Johnsona przy zapaleniu płuc. U dziesięcioletniego dziecka wystąpiły objawy zapalenia płuc. Po paru dniach rozwinęły się w ustach i na śluzówce nosa ostro zapalne, częściowo pęcherzowe zmiany, które wystąpiły również na spojówkach. Następnie pojawiły się wykwity plamiste i pęcherzowe na brzuchu i przedramionach. W czasie choroby dołączyło się zapalenie nerek. Poszukiwania bakteriologiczne dawały wyniki ujemne. Po dwóch tygodniach leczenia tetracyclina i penicyliną objawy chorobowe ustąpiły. Autorzy uważają, że jednocześnie wystąpienie zapalenia płuc i nerek w zespole Stevens-Johnsona należy tłumaczyć etiologią wirusową.

Hahn H. J. A. (wg 16) opisuje przypadek zespołu St. J. powikłany rozległą odmą podskórną. U dziesięcioletniego chłopca, obok charakterystycznych zmian na skórze i błonach śluzowych oraz wrzodzenia żołądka, stwierdzono odmę

pośkórna, która powstała z powodu nasilonych ruchów oddechowych, w związku z zamknięciem światła drobnych oskrzeli przez gęstą wydzielinę. Leczenie penicyliną, streptomycyną, aureomycyną, przetaczaniem krwi i ułożeniem dziecka w namiocie tlenowym dało pomyślne wyniki. Po 5 tygodniach chorey opuścił szpital w stanie dobrym, ze śladami przebytej choroby, pod postacią rozsianych podbarwień na skórze i utratą paznokci rąk i nóg.

Fontan, Vergèr, Le Coulaud, Pery i Regnier (7) podają, że u trzynastoletniej dziewczynki wystąpiły objawy anginy, następnie na szyi ukazał się mały wykwit, przypominający ospę, obok którego pojawiły się wykwity grudkowo-rumieniowe. Następnie powstało zapalenie nerek i oskrzeli, dołączyło się również zapalenie jamy ustnej i spojówek. Rentgenologicznie stwierdzono cdwnękowe zapalenie płuc.

Traissac, Le Coulaud, Martin, Berton i Couteau (25) obserwowali dwuletnie dziecko, u którego choroba rozpoczęła się od wysokiej ciepłoty i zapalenia nosowo-gardzielnego; trzeciego dnia choroby pojawiły się uogólnione rumienie sinoczerwone oraz dołączyło się zapalenie spojówek. Rentgenologicznie stwierdzono cdwnękowe zapalenie płuc. Po aureomycynie zaobserwowano nieznaczną poprawę, wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu tifymocyyny.

S. J. Stelli i J. L. Moffat (20) opisują przypadek, w którym objawy zespołu St.-J. wystąpiły w czasie przyjmowania phenylbutazonu z powodu bólu stawów. W przypadku tym stwierdzono leukopenię (2.800 leuk.). W leczeniu stosowano penicylinę oraz leczenie miejscowe. Po dwóch tygodniach obraz krwi wrócił do normy, po czterech tygodniach nastąpiło całkowite wyleczenie.

J. Gate, J. Vayre, M. Prunieras i M. Pommier (8) w r. 1954 obserwowali 51-letnią kobietę, u której pojawiały się zmiany chorobowe w ciągu 9 lat stale na wiosnę. W grudniu tegoż roku wystąpiły ciężkie objawy chorobowe, obok zmian na skórze dołączyło się zapalenie rogówek, spojówek oraz rozległy naciek w obu szczytach płuc. Prątków Kocha nie znaleziono. D. A. Mauriello (15) uważa, że zespół Stevens-Johnsona jest chorobą przeważnie o przebiegu łagodnym. Pochodzenie tego schorzenia jest prawdopodobnie bakteryjne lub alergiczne. R. Bohnstedt (1) uważa, że do rumienia wielopostaciowego powinny być włączone *ectodermose pluriorificielle* Fiessingera i Rendu (1917) zespół Stevens-Johnsona (1922), *dermatostomatitis* Baadera (1925), zapalenie spojówkowo-ustne, pseudobłonicze, zespół śluzówkowo-skórno-oczny ostry Fuchsa (1948). Autor zastanawia się, czy jest to zespół bakteryjny, wirusowy, czy też toksyczno-bakteryjny. G. Harmston (12) podkreśla, że najnowsze doniesienia zwracają uwagę na podobieństwo zespołu Stevens-Johnsona, choroby Behçet'a, S. Reitera i *ectodermosis erosiva pluriorificialis* z ciężką postacią rumienia wielopostaciowego wysiękowego.

OBSERWACJE WŁASNE

Przypadek 1. Chory K. H., lat 28, pracownik umysłowy, nr hist. chor. 5618/56.

Wywiad rodzinny bez znaczenia. Chory podaje, że w r. 1951, w 30 minucie po zażyciu tabletki od bólu głowy zaczął odczuwać pieczenie w gardle, po 3 godzinach pojawiły się rumienie na podudziach i przedramionach oraz wystąpił obrzęk dłoni i stóp. W r. 1953 zażył ponownie tabletkę z powodu bólu zęba, po bardzo krótkim czasie pojawiły się objawy podobne jak przed dwoma laty, lecz bardziej nasilone. Ciepłota ciała dochodziła do 39°C. Przebywał w szpitalu przez 3 tygodnie, gdzie wstrzykiwano choremu penicylinę. 7 września 1956 r.

zażył 1 tabletkę aspiryny i 1 tabletkę veronalu. Natychmiast pojawiło się pieczenie w gardle, po dwóch godzinach wystąpiło pieczenie rąk i nóg, nazajutrz ukazały się wykwity rumieniowe na kończynach górnych i dolnych oraz na tułowiu. Do kliniki zgłosił się 10 września 1956 r.



ryc. 1.

W czasie badania stwierdzono: powieki silnie obrzęknięte, zaczerwienione, na brzegach powiek obfita wydzielina ropna (ryc. 1). Język obrzęknięty, pokryty licznymi nadżerkami, podobny obraz na podniebieniu twardym, czerwieni warg oraz na wewnętrznych powierzchniach policzków. W kątach ust przeczasy, w jamie ustnej obfita wydzielina ropna. Na szyi, zwłaszcza w okolicy gnykowej, rozległe plamy rumieniowe, sinoczerwone. Obrzęk stawów łokciowych, nadgarstkowych oraz paliczków rąk. Chory skarży się na silne bóle, nie może wyprostować palców. Obie ręce silnie obrzęknięte, zaczerwienione, lecz na powierzchniach dłoniowych widoczne wysepki wielkości grochu niezmięionej skóry. Cba przedramiona i częściowo ramiona sinoczerwone, na powierzchni wyprostnej rumień odcina się ostro od skóry zdrowej. W linii środkowej brzucha stwierdza się liczne plamy rumieniowe pojedyncze i zlewające się, w postaci owalnych tarczek w środku o kolorze sinawym, na obwodzie żywoczerwonym (ryc. 2). Prącie obrzęknięte, napletek nie daje się odprowadzić, przy ujściu cewki moczowej stwierdza się rozległe nadżerki, z cewki moczowej wydobywa się obfita wydzielina ropna. Worek mosznowy obrzęknięty, widoczne liczne nadżerki oraz sączenie. Na obu pośladkach zlewające się plamy rumieniowe, obie kończyny dolne pokryte rozległym rumieniem sinoczerwonym. Na grzbietowych

powierzchniach stóp drobne ogniska skóry zdrowej. Stawy kolanowe i skokowe obrzęknięte, bolesne. Węzły chłonne pachwinowe nieznacznie powiększone, dość twarde, przesuwalne, tkliwe na ucisk.



Ryc. 2

Badaniem fizykalnym stwierdza się nieduże nacieczenie tkanki płucnej w okolicy dolnego kąta łopatki prawej. Układ krążenia wydolny, tętno 68', RR 130/70 (dr J. Kowalewski). Stolce zaparte, brak apetytu. Badaniem laryngologicznym stwierdzono: podminowanie, zaczerwienienie i rozpułchnienie błony śluzowej języka. Na zmienionej zapalnie śluzówce wyniosłe grudki, miejscami płaskie, białoszare, pokryte jakby szronem. Widoczne rozpułchnienie dziąseł, ropienie okołożębowe w okolicy korzeni zębowych. Łuki wolne, języczek nastrzyknięty, tylna ściana gardła wolna, migdałki schowane, twarde. Nagłośnię i nalewki wolne, u podstawy języka gruby nalot. Obrzęk błony śluzowej małżowin i przegrody nosa, zasychająca wydzielina śluzowo-ropna. Przewód uszny wolny (dr H. Lewandowski).

Badanie morfologiczne krwi: Hb 90%, cz. c. 4.790.000, wsk. barwny 0,96, b. c. 5.900 w tym wielojądrzastych 65%, kwasochłonnych 3%, limfocytów 25%, monocytów 7%. OB 16/33. Czas krzepnięcia krwi 8 min. 30 sek. Czas krwawienia 6 min. Ilość płytek 194.130. Poziom białek w surowicy krwi: całkowite 5,98%, albuminy 2,60%, globuliny 3,38%. Próby wątrobowe: Kadmowa (+++), tymolowa 2,70 j. Odczyn Bordet-Wassermana (—), OKŁ (—), Kolmera (—). Posiew krwi-brak wzrostu. W kale krwi utajonej nie stwierdzono. Badanie moczu: pojedyncze leukocyty, bardzo liczne fosforany magnezu i inne moczniki bezpostaciowe. Posiew hodowla jałowa. Z wydzieliny oka wyhodowano *staphylococcus aureus haemolyticus*, wrażliwy na streptomycynę, chloromycetynę, aureomycynę, terramycynę, i erytromycynę, bardzo słabo wrażliwy na penicylinę. Materiał z pęcherza na skórze: pojedyncze ciała ropne przeważnie segmenty i limfocyty. Flory bakteryjnej brak. Skopia klatki piersiowej: poza drobnymi induracjami we wnękach, narządy klatki

piersiowej radiologicznie bez zmian (Zakład Radiologii Wydziału lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie, kierownik: zast. prof. dr med. Kazimierz Skorzyński).

W czasie pobytu w Klinice chory otrzymał penicylinę, cebion, calcium chloratum, calcium diuretin, alergan S. Miejscowo stosowano okłady z 3% kwasu bornego, 3% roztworu wodnego fioletu gencjany, puder płynny, maść borną. Ze względu na zaparte stolce w ciągu pierwszych trzech dni stosowano lewatywę, mocz odprowadzano kateterem. Trzeciego dnia pobytu chorego w Klinice zauważono gojenie się nadżerek w jamie ustnej, chory zaczął spożywać płynne pokarmy.

13 września t. r. zauważono zmniejszenie się obrzęku prącia oraz zblednięcie wykwitów na tułowiu. Na ramieniu lewym pojawił się pęcherz wielkości fasoli. 16 września t. r. — dalsza poprawa, nadżerki w jamie ustnej wygoiły się, język pokryty jakby szronem. Zacerwienie oraz ropienie spojówek ustąpiło. Obrzęki stawów mniejsze, chory zaczyna poruszać palcami. 17 września t. r. worek mosznowy nieznacznie obrzęknięty, obrzęk prącia ustąpił, wykwit rumieniowe na kończynach i tułowiu znacznie przybladły. Na dłoniach i podszwach pojawiło się płatowe złuszczenie się naskórka. 18 września t. r. bolesność i obrzęk stawów ustąpiły całkowicie. Na kończynach górnych, dolnych oraz na tułowiu widoczne łupieżowate złuszczenie się naskórka, a na dłoniach i podszwach oddzielanie płatowate. 20 września t. r. stan chorego dobry. Łuszczenie się na tułowiu utrzymuje się, a 21 września chory został wypisany z Kliniki na własną prośbę w stanie prawie zupełnego wyleczenia.



Ryc. 3.

Przypadek 2. Chory P. J., lat 34, rolnik, nr hist. chor. 1842/56.

Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dzieciństwie leczył się z powodu gruźlicy płuc. W marcu 1956 r. przebywał w Klinice Laryngologicznej A. M. w Lublinie z powodu *otitis media purulenta chronica bilateralis*. Od kwietnia 1956 r. jest leczony w Powiatowej Poradni Przeciwgruźliczej w Lublinie z powodu *Tbc pulmonum fibro-cavernosa chronica*. Pobiera stale tabletki HKIN oraz PAS.

2 grudnia 1956 r. chory zauważył pojawienie się pęcherzy na podniebieniu i na dziąsłach. Zaczął odczuwać pieczenie oczu oraz mrowienie w obu dłoniach. Wieczorem tegoż dnia wystąpiła osutka na tułowiu. Zgłosił się do Kliniki Laryngologicznej skąd po paru dniach został przeniesiony do Kliniki Dermatologicznej A. M. w Lublinie.

W dniu przybycia chorego stwierdzono: spojówki oczu silnie zaczerwienione, brzegi powiek pokryte zasychającą wydzieliną ropną. Na obu policzkach pojedyncze pęcherze wielkości orzecha laskowego o pokrywie wiotkiej (ryc. 3). W kątach ust powierzchowne nadżerki. W całej jamie ustnej i gardle uogólnione zmiany pęcherzowe na błonach śluzowych, schodzące nisko do gardła dolnego i do przetyku. Język zgrubiał, na jego brzegach widoczne odciski zębów, na grzbietowej powierzchni stwierdza się liczne płaskie grudki, pokryte jakby szronem (ryc. 4). Ucho prawe: stan po operacji radykalnej ucha środkowego, mierne ropienie. Ucho lewe: ubytek błony bębenkowej, widoczna skąpe ropienie. (dr B. Włodarski). Bardzo liczne wykwyty rumieniowe na szyi, klatce piersiowej oraz na kończynach, zwłaszcza po stronach wyprostnych. Na czole i na całej twarzy rumienie wyniosłe o kolczy żywoczerwonym. W innych okolicach wykwyty w środku sinawe, na obwodzie różowe. Stawy nadgarstkowe, śródreżca oraz skokowe obrzęknięte, bolesne (ryc. 5). Chory nie może wyprostować palców. Skóra prąca obrzęknięta, przy ujściu cewki moczowej widoczne nadżerki, z cewki moczowej wydobywa się obfita wydzielina ropna. Stopy i dłonie zasinione.

Badaniem fizykalnym stwierdzono w szczycie płuca lewego stłumienie wypuku oraz nieliczne rżenia drobnobańkowe, dźwięczne. Serce i jama brzuszna bez zmian (dr J. Kowalewski). Badaniem neurologicznym stwierdzono ślad sztywności karku i lekką przeczulicę na kończynach.

Skopia klatki piersiowej: miąższ płucny rozedmowo przejaśniony. W obu szczytach są widoczne, obok drobnych zwapnień, pasemkowo-plamiste zagęszczenia miąższowe. Na wysokości lewego szczytu przejaśnienie, wielkości małego orzecha włoskiego, odpowiadające ognisku rozpadowemu. W prawym polu płucnym i dolnym lewym drobne zwapnienia. Wnęka lewa podciągnięta ku górze. Przepona oddechowo słabiej ruchoma. Serce ustawicne pionowo (Zakład Radiologii Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie).

Badanie krwi ilościowe i morfologiczne: Hb 80%, czerwonych ciałek 4.310.000, białych ciałek 19.700 w tym pałczkowatych 8%, wielojądraztych 3%, limfocytów 73%, monocytów 10%, komórek plazmatycznych 6%. Wskaźnik barwny 0,93, OB 5/18, OBW (—), OKŁ (—), O. Kolmera (—).

Poziom białek w surowicy krwi: całkowite 7,28%, albuminy 1,30%, globuliny 5,98%, poziom cukru we krwi 91,2 mg%, poziom chlorków 643,5 mg%, mocznik 60,8 mg%. Próby wątrobowe: kadmowa (+), tymol 3,08 j. Wynik badania moczu:

śląd białka, pojedyncze leukocyty, c. wł. 1.023. Grupa krwi „B”. W płwocinie prątków Kocho nie stwierdzono.



Ryc. 4.

W leczeniu chory otrzymywał penicylinę, terramycynę, antistinę, zespół witamin grupy „B”, kroplówki z roztworu soli fizjologicznej i z 5% roztworu glukozy oraz środki nasercowe. Przez cztery pierwsze dni pobytu w Klinice stan chorego był ciężki. Chory zamroczony, senny, nie przyjmował pokarmów. 6 grudnia poziom mocznika we krwi wynosił 102 mg⁰/₀. 8 grudnia temp. 37°C, ogólnie nieznaczna poprawa. 12 grudnia ropienie w jamie ustnej ustąpiło, nadżerki goją się, wykwity na tułowiu błędną, bolesność stawów nieco mniejsza. 14 grudnia — na dłoniach i podszwach rozpoczyna się złuszczenie naskórka. Kontrolne badanie krwi ilościowe i morfologiczne: Hb 86⁰/₀, wsk. barwny 0,98, cz. c. 4.420.000, b. c. 7.200 w tym wielojądrzastych — 51⁰/₀, limfocytów 45⁰/₀, monocytów 4⁰/₀. Poziom mocznika we krwi 34,2 mg⁰/₀. Stan chorego z każdym dniem lepszy. Wykwity na tułowiu i kończynach przybierają zabarwienie kawy mlecznej, ropienie całkowicie ustało. 20 grudnia pojawiło się łupieżowate złuszczenie się naskórka na tułowiu. Bóle stawowe ustąpiły całkowicie. 21 grudnia zauważono schodzenie paznokci u rąk i nóg. OB 11/24, chory wypisany z Kliniki na własną prośbę w stanie dobrym.

P r z y p a d e k 3. Chory C. W., lat 23, pracownik umysłowy, nr hist. chor. 366/57.

Wywiad rodzinny bez znaczenia. Jak chory podaje, nigdy dotychczas nie chorował. Od r. 1955 służył w wojsku, jest członkiem orkiestry (gra na klawirze).



Ryc. 5.

W tymże roku przebywał w szpitalu zakaźnym z powodu wystąpienia wysokiej ciepłoty ciała i licznych wykwitów w postaci nadżerek w jamie ustnej. Jednocześnie wystąpił duży ślinotok, obfita wydzielina ropna wydobywała się z jamy ustnej. Po zastosowaniu penicyliny oraz po leczeniu miejscowym, po dwóch tygodniach objawy cofnęły się. Po raz drugi objawy chorobowe wystąpiły w maju 1956 roku, był wtedy leczony w szpitalu wojskowym w Lublinie. 16 lutego 1957 r. grał na weselu wiejskim. Następnego dnia zaczął odczuwać ból gardła, po paru godzinach na wewnętrznej powierzchni policzków pojawiły się pęcherzyki, które rozprzestrzeniły się w całej jamie ustnej. Chory zauważył również wykwity na spojówkach oraz na narządach płciowych. Miał podwyższoną ciepłotę ciała. Wieczorem, jak podaje, zaczął się dusić, wezwano lekarza Pogotowia Ratunkowego, który odwiózł chorego do Kliniki Laryngologicznej. W czasie leczenia otrzymywał penicylinę, sol. natr. chlor. 10% à 10 ml. dożylnie, sulfatiazol, witaminę C oraz leczenie miejscowe. Ze względu na brak poprawy w dniu 25 lutego chory został przekazany do Kliniki Dermatologicznej A. M. w Lublinie z rozpoznaniem: *Dermatitis, stomatitis et conjunctivitis*.

W dniu przybycia do tut. Kliniki stwierdzono: brzegi powiek lekko obrzęknięte, zaczerwienione, widoczna zaschnięta wydzielina ropna. Spojówki powiek silnie przekrwiczone i rozpulchnione. Spojówki gałki ocznej wykazują bardzo silny nastrożenie powierzchniowe. W części górnoskroniowej spojówki gałkowej widoczne niewielkie ognisko naciekowe barwy szarej. Dalsze części oka prawidłowe. W błonie śluzowej policzków, dziąseł, podniebienia twardego i miękkiego oraz gardła górnego i dolnego płaskie rozlane nadżerki, pokryte mgiełkowym nalotem. Błona śluzowa żywczerwona, rozpulchniona. Zmiany obejmują również język i dno jamy ustnej. Na brzegu języka wyraźne odciski zębów, ślinotok.

Na czerwieni warg nadżerki pokryte wydzieliną ropną, zasychającą w strupy. Na błonie śluzowej nosa zwłaszcza w przednim odcinku przegrody niewielkie drobne wynaczynienia. Przy ujściu cewki moczowej stwierdza się nadżerkę wielkości płytki paznokciowej, na worku mosznowym kilka drobnych nadżerek. Na obu podudziach tu i ówdzie pojedyncze pęcherzyki.

Badanie morfologiczne i ilościowe krwi: Hb 97%, c. cz. 5.000.000, wsk. b. 0,97, c. b. 5.600 w tym wielojądrzastych 55%, kwasochłonnych 2%, limfocytów 29%, monocytów 14%, OB 43/63. Poziom białek w surowicy krwi: całkowite 5,95%, albuminy 3,38%, globuliny 2,60%. Poziom mocznika we krwi: 38 mg%. OBW (—), OKŁ (—), O. Kolmera (—). Badanie moczu: ślad białka, 5—10 leukocytów w polu widzenia. Posiew wydzieliny z oczu i z jamy ustnej: *staphylococcus aureus*, wrażliwy częściowo na streptomycynę, terramycynę i aureomycynę, słabo wrażliwy na chloromycetynę, niewrażliwy na penicylinę i erytromycynę. Skopia i zdjęcie rtg. klatki piersiowej: w dolnoprzyszrodkowym polu płuca prawego niewielkie zagęszczenie mięszu płucnego, mogące odpowiadać bronchopneumonii. Pozostałe pola płucne bez uchwytnych zmian. Wnęki zagęszczone, nie poszerzone. Przepona i serce w normie (Zakład Radiologii Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie).

W leczeniu chory otrzymywał streptomycynę, terramycynę, antistinę, witaminę B „complex”, kroplówki oraz leczenie miejscowe. Stan chorego stopniowo poprawiał się, trzeciego dnia choroby ciepłota ciała spadła do normy. Po tygodniu ślinotok prawie zupełnie ustąpił, język oczyścił się, pojawiły się na nim wykwitwy w kształcie płaskich grudek, pokrytych jakby szronem. Ropienie ustąpiło, spojówki przybladły. Stopniowo zaznaczała się dalsza poprawa, chory zaczął przyjmować pokarmy. 17 marca pojawiło się złuszczenie łupieżowate na obu rękach po stronach grzbietowych i dłoniowych. Na obu podszwach widoczne również złuszczenie płatowate. 21 marca wykonano próbę naśluzówkową ze stroikiem z trzciny cukrowej, po 24 godzinach — próba ujemna. Ze względu na to, że w skład ustnika kauczukowego klarnetu wchodzi siarka oraz kobalt i rtęć, wykonano próby naskórkowe i otrzymano następujące wyniki: próba naskórkowa z siarką (—), z rtęcią (—), z kauczukiem — w miejscu wykonanej próby wystąpił świąd i pieczenie, spojówki oczu ponownie zaczerwieniły się. 28 marca na przedramię prawe założono próbę płatkową z siarczanem kobaltu, na przedramię lewe z azotanem kobaltu. Następnego dnia na przedramieniu lewym powstał rumień żywoczerwony, chory skarżył się na silne pieczenie. 3 kwietnia próba bakteryjna gronkowcowo-paciorkowcowa wybitnie dodatnia (+++), po 24 godzinach naciek rumieniowy o średnicy 6 cm. 8 kwietnia ogólny stan chorego dobry, na obu kończynach dolnych widoczne otrębiaste złuszczenie się naskórka. 14 kwietnia chory został wypisany do domu w stanie klinicznego wyleczenia.

OMÓWIENIE

W naszym pierwszym przypadku zmiany chorobowe występowały po zażyciu środków przeciwbólowych. Poraz trzeci wystąpił nawrót choroby po przyjęciu jednej tabletki weronalu (*acidum diaethylbarbituricum*) i jednej tabletki aspiryny. Uczulenie na aspirynę występuje bardzo rzadko. Gardner i Blanton (wg 16) spostrzegali wystąpienie objawów ubocznych zaledwie u 5 osób spośród 467 chorych leczonych aspiryną. Jeśli chodzi o barbituraty, to występuje znacznie częściej uczulenie na nie w postaci zmian na błonach śluzowych i języku, o czym donoszą liczni autorzy. (Vallery-Radot, Pasteur, Blamontier, Veiel (wg 16)). R. Michałowski (16) podaje, że zmiany po fenobarbitalu (luminalu) mają w niektórych przypadkach cechy *ectodermosis erosiva pluriorificialis*. Według Sokołowskiego (19) najczęstszym powikłaniem po barbituratach są zmiany pęcherzowe w jamie ustnej. Ellis (wg 16) opisał przypadek *ectodermosis erosiva pluriorificialis* w związku z leczeniem pochodnymi dwufenylohydantoiny.

W naszym drugim przypadku chory pobierał przez 9 miesięcy HKIN i PAS z powodu *Tbc pulmonum fibro-cavernosa chronica*. Trudno ustalić czy czynny proces gruźliczy mógł spowodować u naszego chorego wystąpienie zespołu Stevens-Johnsona, czy było to spowodowane zażywaniem HKIN i PAS. J. Misiewicz (17) podaje, że w czasie zażywania HKIN może wystąpić wzmożony dermografizm. Zmiany skórne w postaci osutek spotyka się rzadko. PAS daje objawy nietolerancji w 6—10% w postaci uczucia gniecienia w dołku, nudności, wzdęcia brzucha, czasem mogą wystąpić wykwity na skórze. W dostępnym mi piśmiennictwie spotkałam nieliczne opisy uczulenia na PAS. Hamaguchi T., Ogawa K. i Koyanagi H. (11) podają, że w spostrzeganym przez nich przypadku po podaniu PAS wystąpiły u chorego wykwity ospowate i osutka płonicowata. Pojawiła się wysoka temperatura ciała, schorzenie wątroby, żółtaczka, powiększenie węzłów chłonnych, skąpomocz, leukocytoza i eozynofilia. Temp'ski J. i Olszewska Z. (23) zaobserwowali, po przebadaniu 100 osób, zatrudnionych bezpośrednio przy produkcji hydrazynu (HKIN) u 50 objawy chorobowe, które mogły być wywołane przez hydrazyn lub jego produkty przejściowe. U 25 osób przeważały zmiany skórne rumieniowato-złuszczające, u 3 osób spostrzegano zmiany na widocznych błonach śluzowych o typie nadzerek, pęknięć, strupków i łuszczenia. U 13 osób wystąpiła suchość w jamie ustnej i na śluzówce nosa oraz objawy podmiotowe, jak świąd i pieczenie skóry. U 7 osób autorzy zaobserwowali objawy ogólne w postaci bólów i zawrotów głowy, wymiotów, dolegliwości sercowych, a u 2 osób wystąpiły napady dychawicy oskrzelowej. Prób doustnych w obu naszych przypadkach nie wykonywaliśmy z obawy przed zaostrzeniem się stanu chorobowego.

W naszym trzecim przypadku, poza zmianami rentgenologicznymi w płucach, mogącymi odpowiadać bronchopneumonii, w innych narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdzono. Objawy zespołu Stevens-Johnsona występowały stale po grze na klarncie, wobec czego należało przypuszczać, że może zetknięcie się ze stroikiem lub ustnikiem klarnetu było przyczyną występowania schorzenia. Próba naśluzówkowa z trzcina cukrową ze stroika dała wynik ujemny. Ze względu na to, że w skład ustnika wchodzi kauczuk, siarka, rtęć oraz związki kobaltu, wykonano również próby płatkowe z tymi składnikami chemicznymi. Jedynie próba z azotanem kobaltu wypadła dodatnio.

WNIOSKI

1. Uczulenie jest jedną z przyczyn powstawania zespołu Stevens-Johnsona.
2. W przebiegu czynnej gruźlicy płuc można oczekiwać wystąpienia zespołu Stevens-Johnsona, lecz przypuszczenie to wymaga dalszych spostrzeżeń i wnikliwej analizy.
3. Z zespołem Stevens-Johnsona winni zapoznać się bliżej nie tylko dermatolodzy, lecz również inni specjaliści, a przede wszystkim laryngolodzy, ckuliści i specjaliści chorób zakaźnych.

PIŚMIENICTWO

1. Bohnstedt R.: *Annales de Dermat. Syphil.* **83**, 355—356, 1955.
2. Boquien Y., Hervonet D.: *Excerpta Medica. Sectio XIII*, **12**, 108, 1958.
3. Dadelez J., Kulikowski P.: *Farmakologia i Toksykologia Leków*. 224—228 i 411—412, 450—451, P.Z.W.L. Warszawa 1954.
4. Degos R.: *Dermatologie*. Paryż 1956, 1002.
5. Dugois P., Beaudouin A., Colomb L.: *Bull. Soc. Française de Dermat. Syphil.* **4**, 369—370, 1955.
6. Fernet P.: *Nouvelle Pratique Dermatologique*, **8**, 136—137, Paryż 1936.
7. Fontan, Verger, Le Coulaud, Pery, Régnier: *Bull. Française de Dermat. Syphil.* **4**, 434, 1955.
8. Gaté J., Vayre J., Prunieras F., Pommier M.: *Bull. Soc. Française de Dermat. Syphil.* **3**, 225—226, 1954.
9. Gottron S. A., Schönfeld W.: *Dermatologie und Venerologie*, **2**, 459, Stuttgart 1958.
10. Grzybowski M.: *Choroby Skóry*, **2**, 421, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1948.
11. Hamaguchi T., Ogawa K., Koyanagi H.: *Zentralblatt f. Haut und Geschlechtskrankheiten*, **95**, 340, 1956.
12. Harmston G.: *Annales de Dermat. Syphil.* **83**, 212—213, 1956.
13. Jabłońska S.: *Choroby Skóry*. 529—531, P.Z.W.L. Warszawa 1958.
14. Lutz W.: *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*. 192—194, Bazylea 1957.
15. Mauriello D. A.: *JAMA*, **156**, 1495—1498, 1954.
16. Michałowski R.: *Choroby błony śluzowej jamy ustnej*. 192—212, P.Z.W.L. Warszawa 1956.
17. Misiewicz J.: *Ftyzjatria*. 98—101, P.Z.W.L. Warszawa 1954.
18. Ormsby O. S., Montgomery H.: *Diseases of the Skin*. 179—180, Filadelfia 1954.
19. Sokołowski H.: *Przegląd Dermat. i Wenerol.* **4**, 413—414, 1954.
20. Stell S. J., Moffat J. L.: *Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten*, **90**, 44—45, 1955.
21. Székely K.: *Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten*, **90**, 144, 1955.
22. Tachau P.: *Jadassohn's Handbuch der Haut*

und Geschlechtskrankheiten. 6, 655—662, Berlin 1928. 23. Temp ski J., Olszewski Z.: Przegląd Dermat. i Wenerol. 1, 29—39, 1956. 24. Toucaine A.: Annales de Dermat. Syphil. 84, 599, 1957. 25. Traissac M., Le Coulaud P., Martin, Berton, Couteau: Bull. Soc. Française de Dermat. Syphil. 4, 434, 1955.

Р Е З Ю М Е

Автор излагает взгляды разных авторов, относящиеся к синдрому Стивенс-Джонсона, его клинической картине, этиологии и лечению. Затем автором описаны три собственных случая. В первом случае болезненные изменения выступали после подачи веронала, во втором случае больной принимал в течение 9 месяцев НКИН и PAS по поводу *Tbc pulmonum fibro-cavernosa chronica*. В третьем случае симптомы синдрома Стивенс-Джонсона постоянно выступали после игры на кларнете. На основании данных соответственной научной литературы, а также собственных наблюдений автор приходит к следующим заключениям:

1. Повышенная чувствительность является одной из причин выступления синдрома Стивенс-Джонсона;
2. В течении активного туберкулёза легких можно ожидать появления синдрома Стивенс-Джонсона, но это предположение требует дальнейших еще наблюдений и тщательного анализа;
3. С синдромом Стивенс-Джонсона должны хорошо познакомиться не только дерматологи, но также и другие врачи-специалисты, а прежде всего ларингологи, окулисты и специалисты по инфекционным болезням.

S U M M A R Y

The authoress cites the comments of various authors on the Stevens-Johnson syndrome, its clinical picture, aetiology and treatment. She describes 3 cases from her own practice.

In the first case, lesions appeared after the administration of veronal, and in the second one the patient affected with *tuberculosis pulmonum fibro-cavernosa chronica* was treated with HKIN and PAS for 9 months. In the third case, symptoms of the disease appeared after playing on the clarinet. On the basis of the data obtained from the literature as well as on her own observations, the authoress draws the following conclusions:

1. Allergy is one of the causes of the Stevens-Johnson syndrome.
2. Symptoms of the Stevens-Johnson syndrome can appear in the course of active tuberculosis. To confirm this supposition it should be strictly analysed and further investigations should be carried out.
3. Dermatologists, as well as other specialists, e. g. laryngologists, oculists and specialists of infectious diseases, should be acquainted with the Stevens-Johnson syndrome.