

النخالية الوردية وخبرة مشفى الأسد الجامعي ما بين 1991-1993

د. حميد سليمان

لينا الصوفي*

□ ملخص □

لقد تضمنت دراستنا الاحصائية تقييم (150) حالة نخالية وردية عند المرضى الحاجين للعيادة الجلدية في مشفى الأسد الجامعي في مدينة اللاذقية .. وذلك خلال عامين اعتباراً من شهر حزيران لعام 1991، وحتى شهر أيار لعام 1993. هذا وقد تم تسجيل معدل حدوث النخالية الوردية (1.36/%) وهي نسبة هامة مقارنة بغيرها من الجلادات. كما لاحظنا توزعاً أعلى خلال شهر تشرين الأول، وقد حدثت معظم الحالات في فصل الخريف. اختلفت أعمار المرضى ما بين (1-45) سنة، وقد تم تسجيل معدل حدوث أعلى في العقد الثاني من الحياة مع غلبة لإصابة النساء (نسبة 1.60% من كل المرضى. كان الحدوث العائلي بنسبة (0.02)، وقد وجدنا حكة مرافقة في (1.62%) من الحالات. هذا ومن الجدير بالذكر عدم ملاحظة أي آفات فموية مرافقة في حالتنا المدروسة. وبالنسبة للعوامل المؤهبة، فقد سجلت قصة إنتان بنسبة (1.40%). ارتداد ألبسة (1.28%)، والأرج بنسبة (1.19%). وقد وجدنا أيضاً حالتين راجعتين (نسبة 1.33%). أما فيما يتعلق بالعلاج فقد سجلت دراستنا فائدة الرهيمات السيتر وتيدية القشرية الموضعية في تقصير أمد الداء.

أشرف على هذا البحث الدكتور حميد سليمان الأستاذ المساعد في قسم الأمراض الجلدية والزهرية بكلية الطب - جامعة تشرين قامت بهذا البحث لينا الصوفي طالبة الدراسات العليا في قسم الأمراض الجلدية والزهرية بكلية الطب - جامعة تشرين

أولاً: الدراسة النظرية

مقدمة:

النخالية الوردية هي جلاد طفحي التهابي حاد أو تحت حاد، سليم غير معد، مجهول السبب، دوري السير، يجد نفسه تلقائياً خلال (6-8) أسابيع وسطياً. يشكل نسبة (1-0.02) من أمراض الجلد عامة، اكتشفه العالم الفرنسي جيرت للمرة الأولى عام 1860، وأطلق عليه التسمية المعروف بها حالياً، حيث تدل كلمة النخالية على وجود وسوف نخالية الشكل دقيقة، بينما يدل اللون الوردي على لون الآفات المميز لهذا المرض.

الوبئيات :

المرض ذو انتشار عالمي واسع، يصيب كل العروق يقدر معدل حدوثه في المراكز الجلدية بنسبة 0.003 - 0.3. ويصيب كل الأعمار لكنه يندر في طرفي العمر. ويمكن القول بشكل عام إنه أكثر حدوثاً في العقد الثاني والثالث من العمر. وهو يصيب الجنسين عادة من ذكور وإناث... وترجح بعض الدراسات وجود غلبة خفيفة لإصابة الإناث. هذا ولا تحترم النخالية الوردية مناخاً معيناً.. وتحدث في الفصول الانتقالية خاصة فصل الخريف والربيع.. ولكن الحدوث في الشتاء بدئياً بملاحظته مؤخراً. والفرضية الانتانية خاصة الحموية منها هي الأكثر قبولاً حالياً..

وقد اتجهت الأنظار إليها انطلاقاً من الأمور

المؤيدة التالية:

- بدء المرض ببقعة الطليعة التي تعتبر موقع تلقیح لعامل إثنائي.
- حدوث بوادر أعراض عامة لكنها على الرغم من ندرتها موجودة.
- الحدوث المتواقت أو المتتالي عند الأشخاص ضمن عائلة واحدة.
- سير المرض الدوري وتراجع التلقائي.
- ندرة المعادة نتيجة تشكل مناعة طويلة الأمد.
- الاختبارات الجلدية بلقاحات العقديات ايجابية.

التظاهرات السريرية :

يتبع طفح النخالية الوردية سيراً نموذجياً في 80% من حالاتها. وقد سجل حدوث أعراض بادرية خفيفة تتضمن الإعياء - والصداع - الترفع الحروري- والتهاب البلعوم وغيرها تسبق المرض أو تأتي مواكبة له، حيث يمكن أحياناً وبلاستجواب المباشر انتزاع شكوى غامضة من شعور بالإعياء، لا يكون بالضرورة أكثر تواتراً منه عند غيرهم من الأشخاص الأصحاء الشواهد.. وعلى أية حال فإن التغيير المبكر الذي يعبره المرض عن نفسه هو حدوث بقعة (بقعة الطليعة)، وهي عبارة عن بقعة حلقيه، مفردة عادة:

تقرن أعلى وأوسط البشرة. كما سجل وجود مناطق من الانجذاب البشري لخلايا الارتشاح. بينما يظهر في الأدمة ارتشاح سطحي حول الأوعية مكون من اللمفاويات والمناسجات من وذمة واضحة في الأدمة الحلمية .. والأهم من هذا وذاك هو تسرب الكريات الحمر خارج الأوعية الى الأدمة الحلمية وقد تصل البشرة أحياناً. كما سجل أيضاً حدوث تنخر بؤري في الخلايا البشرية موحياً بتأذي بدئي في الخلايا القاعدية. هذا وتظهر الآفات المخاطية عند خزعها في طبقة مالبيكي، مع ارتشاح التهابي خفيف أعلى الأدمة. من كل ماسبق يتبين لنا أن الموجودات النسجية في النخالية الوردية غير مشخصة، وهذا يدفعنا إلى عدم إجراء الخزعة إلا عند الاشتباه السريري وذلك لنفي الاحتمالات التشخيصية الأخرى، وخاصة عندما يطول أمد النخالية الوردية كثيراً.

الموجودات النسجية المناعية الخلوية:

تدخل النخالية الوردية اليوم عالم المناعات لتكشف النقاب عن دور تزداد أهميته تدريجياً نتيجة التقدم الحديث الذي طرأ على الأمراض المناعية، حيث تبين وجود خلل في التوازن المناعي في الآلية الخلوية والخلطية منها في أمراض النخالية الوردية. هذا وقد أظهر التلوين المناعي الكيماوي الخلوي أن الرشاحة الأدمية مكونة بشكل رئيسي من اللمفاويات

بيضوية أو مدورة، حمامية وسفية، يكون مركزها مجعداً قليلاً بلون السلمون، ومغطاة بوسوف تميل للامتداد محيطياً، مشكلة بذلك طوقية من الوسوف المحيطية الناعمة حرة مركزياً وعالقة محيطياً مميزة للمرض. وسرعان ما تأخذ بقعة الطليعة قطراً يتراوح بين (2-5 سم) وقد تأخذ أقطاراً أكبر. تشاهد بقعة الطليعة في (50-90 %) من الحالات وتغيب في بعضها الآخر وأكثر ماتوضع على الجذع وجذور الأطراف. وقد سجلت حالات نادرة توضع فيها على فروة الرأس، والأغشية المخاطية التناسلية. هذا ولا يختلف موضعها عند الذكور عنه عند الإناث وتبقى بقعة الطليعة اسبوعاً أو أكثر قبل أن يظهر سواها.. حيث يظهر فجأة الطفح الثانوي المعمم للنخالية الوردية بعد فترة فاصلة تمتد وسطياً بين (3-14) يوماً، وقد تقتصر أحياناً لتصل ثلاث ساعات أو تطول بحيث يفصل بين ظهورها عدة أشهر..

التظاهرات النسيجية:

تعطي الصورة النسيجية للنخالية الوردية صورة التهاب جلد تحت حاد أو مرفق لانوعي حيث تظهر البشرة خطل تقرن بؤري مع نقص وحتى غياب كامل للطبقة الحبيبية كما ونجد سفاجا خفيفا مع وذمة ضمن خلوية، وقد تشكل حويصلات سفاجية أعلى طبقة مالبيكي أو تحت المتقرنة، مع خلل

التشخيص التفريقي:

قد تقلد النخالية الوردية كثيراً من الجلادات الشائعة، ولتسهيل التشخيص التفريقي، عمدنا الى التفريق بحسب نوع الاندفاع الجلدي:

1- اندفاع شجرة عيد الميلاد: وأهم الجلادات التي تأخذ هذا الشكل وتلبس بالنخالية الوردية هي الحمامن الدائمة بخلل التوازن، والحزاز المسطح الحاد والمتشر، والاندفاعات الدوائية الحزازانية، والنخالية الحزازانية الحادة منها والمزمنة وأخيراً القرن العضلي لكابوزي. ويتم التفريق السريري أو النسيجي أحياناً لكل جلادة على حدة.

2- الاندفاعات الحلقية:

وتدرج هنا أخطال التقرن (الأكزما تيد) خاصة النخالية البيضاء الأكرما النمية النخالية المبرقشة، والتهاب الجلد الدهني ايقونسي الشكل، والسعفة السطحية، والطفححات الفطرية واسعة الانتشار، وأخيراً الحمامن الحلقية النابذة.

3- الاندفاعات الحطاطية:

وأهم الجلادات التي ينبغي تفريقها هنا: الطفححات السفلية الحطاطية، والاندفاعات الدوائية، والحمامن عديدة الأشكال ذات النموذج صغير الآفات، ومتلازمة جيانوتي كروسي الصدف النقطي

القائمة بما فيها المساعدة والتهيئة.. مع أعداد كبيرة من خلايا لانغرهانس. كما تم إظهار مستندات التماثل النسيجي على سطح الخلايا القرنية.. وهذا يعني أهمية الدور الذي تلعبه في المناعة الخلوية. كما أظهرت البنية المستدقة وجود تنكس حال للخلايا المقرنة المجاورة لخلايا لانغرهانس في آفات بقعة الطليعة. وهذا يوحي بكونها مكاناً يتم فيه تسليم المستند الى خلايا لانغرهانس المسؤولة عن البلمعة في البشرة.

التشخيص الإيجابي:

إن تشخيص النخالية الوردية سريري تماماً خاصة في الأشكال النموذجية منها، حيث يتم تشخيصها بثقة، ومن النظرة الأولى الخاطفة للعين والخبرة واعتماداً على بقعة طليعة سابقة مع بدء حاد لطفح معمم متناظر يتكامل من الأعلى إلى الأسفل دون تجاوز العنق وجذور الأطراف عادة إلا في حالات نادرة. هذا ويكشف التأمل القريب وجود طوقية وسفية في محيط الآفات الفردية الموازية لخطوط تشطر الجلد مع توزع شجرة عيد الميلاد سابق الذكر المميز على الظهر. وتكمن الصعوبة التشخيصية في تلك الحالات غير النموذجية الموضوعة منها والمقلوبة.. فهنا لا بد من التفكير فيها والتفتيش عن العناصر النموذجية لتسهيل التشخيص. وقد يتم اللجوء للخزعة الجلدية أحياناً.

الحاد، والأشكال الشروية الحادة، وأخيراً يطرح الجرب نفسه كتشخيص تفريقي أمام نخالية وردية حاكة..

العلاج:

يفضل بعضهم انطلاقاً من كون المرض جلاداً بريئاً ترك المرضى تلقائياً للشفاء العفوي، أي دون علاج، حيث يعتبرون الامتناع العلاجي هو القاعدة ويؤكد هؤلاء عدم جدوى أي معالجة مهما كانت. وتنحصر مهمة الطبيب هنا في تطمين المريض والتأكيد له على عدم كون مرضه معدياً. ويمكن عندما تكون الحكمة عرضاً ملحاً مزعجاً إعطاء مضادات الهيستامين فموياً لتخفيفها والتهديئة منها. وقد يلجأ بعضهم إلى استخدام السيترويدات القشرية موضعياً أو إلى استخدام الأشعة فوق البنفسجية UVB، بالجرعة الحمامية لتخفيف الحكمة وتقصير فترة سير المرض. ولكن يحذر هنا من العقابيل التصبغية التالية أحياناً. هذا وتعتمد العلاجات الموضعية أيضاً على المحاليل الخفيفة المضادة للحكة كدهونات المتول والفينول، والمحاليل المرطبة المضادة للجفاف، مع ضرورة تنبيه المريض لتقليل عدد مرات الاستحمام وخاصة بالماء الساخن، وضرورة الابتعاد عن المخثرات من ملابس وأدوية وصوابين.. أما فيما يتعلق باستخدام السيترويدات القشرية المجموعة فلازال مثاراً للجدل.

السير والإنذار :

تمتاز النخالية الوردية بسير وردي نموذجي بدءاً من طور الامتداد فالاستقرار ومن بعده طور التراجع العفوي خلال (6-8) أسابيع وسطياً. وهناك حالات تطول حتى (14) أسبوعاً أو تقصر بحيث تتراجع خلال (3) أسابيع. هذا وتتصف النخالية الوردية بقلّة الرجعة حيث إنها تهب المصاب بها مناعة طويلة الأمد، وقد تم تسجيل نسبة 0.002 للحالات الراجعة.. الإنذار سليم دوماً حتى في عودة الجلد لحالته الطبيعية اللهم إلا في تلك الحالات المترافقة مع عقابيل تصبغية عقب التهابة التي قد تبقى فترة من الوقت ثم تزول...

ثانياً: الدراسة العملية :

تشغل النخالية الوردية نسبة 1-3% من أمراض الجلد عامة، كما يشكل المرضى المصابون بها نسبة هامة من مراجعي العيادة الجلدية. ولذلك رأينا من المفيد أمام نسبة كهذه إجراء دراسة عامة إحصائية، سريرية وعلاجية عن النخالية الوردية لتقدير معدل حدوث هذا الجلاد الحميد عندنا وتكوين فكرة عن طبيعته في المدينة حيث لم يسبق أن تمت دراسته فيها. وقد أجريت دراستنا الاحصائية على (150) مريضاً من مراجعي العيادة الخارجية لقسم الأمراض الجلدية والزهرية في مشفى الأسد الجامعي، وذلك

نسبة هامة إذا ما قورنت بغيرها من الأمراض الجلدية. وقد دلت جداول التوزيع الشهري للإصابة على وقوع المرض الأعلى خلال شهر تشرين الأول. أما أخفض معدل حدوث شهري فقد تم تسجيله في شهر تموز. أما تقييم التوزيع الفصلي للنخالية الوردية فيعتبر أكثر انسجاماً، حيث إنه يشمل نطاقاً زمنياً أوسع من التوزيع الشهري، ويعطي فكرة عن دور التجمع في حدوث النخالية الوردية. وقد كانت ذروة الإصابة الفصلية خلال فصل الخريف. ومن ثم جاء فصل الشتاء والربيع وأخيراً الصيف. هذا وقد اختلف جنس الحالات المدروسة ما بين الذكور والإناث حيث سجلنا نسبة (60%) لإصابة الإناث و(40%) لإصابة الذكور، وهذا يبين غلبة الإناث في دراستنا. وقد اختلفت أعمار الحالات المدروسة ما بين (1-45) سنة. وقد تم تقسيم أعمار المرضى إلى عقود وتم تسجيل حدوث المرض حسب كل عقد. وتبين لنا أن أعلى معدل لوقوع النخالية الوردية كان في العقد الثاني، ومن ثم العقد الثالث. بينما سجل العقد الخامس أخفض معدل لحدوثها ولم يسجل بعد هذا العقد أي حالة نخالية وردية في دراستنا. كما تم تقييم التوزيع العائلي في حالاتنا المدروسة وقدرت نسبته بـ(2%). وهي نسبة هامة يمكن ردها الى اقتراح وجود استعداد عائلي أو بسبب التواجد ضمن المحيط الواحد. كما تنوعت أعمال ومهن الحالات

في الفترة الممتدة بين شهر حزيران لعام 1991 وحتى شهر أيار لعام 1993، وقد بلغ عدد المصابين بهذا الجلاد (250) مريضاً، وكان تعداد الذكور فيهم (160) مريضاً بينما الإناث (90) مريضة. وقد أجريت الدراسة عن طريق ملء الاستمارات بشكل مباشر دون العودة إلى دراسة راجعة وذلك بغية تلافي النقص والتأكد من تشخيص المرض علمياً بأن تشخيص الحالات كان سريرياً بحثاً بسبب كون النسجيات غير نوعية. وتناولت الدراسة الاحصائية تحديد معدل الحدوث للنخالية الوردية، ومن ثم تحديد النوع حسب العمر والجنس، وتقدير انتشارها وفق التغيرات الفصلية والشهرية لأخذ فكرة عن دور العوامل المناخية في حدوثها كما تم تحديد نسبة الوقوع العائلي للنخالية الوردية. قد لجأنا إلى إجراء دراسة سريرية تحليلية للمرض وذلك بغية تحديد الأشكال النموذجية واللائموزجية التي قد يتظاهر بها وتحديد نسبها سواء من حيث أشكال الاندفاعات الجلدية أو من حيث توزيعها على الجسم بشكل موضع أو معمم وانتقلنا بعد ذلك إلى إجراء دراسة علاجية تضمنت بعض العلاجات الموضعية والعامية بغية التفتيش عن دواء لطيف غير مخرش يقصر أمد هذا الداء. وأخيراً عرجنا على مقارنة نتائج ماتوصلنا إليه مع نتائج الدراسات العربية والعالمية. هذا وقد سجلت الدراسة الاحصائية معدل الحدوث بـ(1.36%) وهي

وهي نسبة هامة .ومن الجدير ذكره عدم تسجيل دراستنا لأي علامات مخاطية مرافقة للنخالية الوردية كذلك هي الحال بالنسبة لإصابة الأظافر وفروة الرأس. أما فيما يتعلق بالدراسة العلاجية فقد نوهنا مسبقاً بأنه لم تهدف تلك الدراسة للتفتيش عن دواء معالج حيث إن هذا الجلاد يحد نفسه تلقائياً دون علاج، ولكن يرفض أحياناً الكثير من المرضى على الرغم من إعلامهم طبيعة المرض، انتظار فترة الشفاء العفوي دون سبب معين أو لسبب كون اصابتهم عرضية فهنا يفرض العلاج نفسه كطريقة لتقصير سير أمد الداء. دون احداث تخرش موضعي يزيد الحالة سوءاً. وقد تم تقسيم الحالات المدروسة الى مجموعتين كبيرتين، مجموعة أولى تركت للمراقبة دون علاج لتحديد متوسط فترة الشفاء العفوي. وقد وقع الاختيار على مرضى متعاونين لإدخالهم ضمن هذه المجموعة وضرورة متابعتهم. وقد تم تنبيه هؤلاء المرضى الى ضرورة الابتعاد عن المهيجات والمخثرات الجلدية التي تفاقم الداء.. وذلك لتقدير سير فترة الشفاء العفوي دونما أي تأثير كان.. بينما تم إخضاع المجموعة الثانية لعلاجات مختلفة موضعية وبالطريق العام. أما الموضعية منها فقد شملت المطريات والصوابين الزيتية اللطيفة. والجزء الآخر من المرض تم إعطاؤه مضادات الهيستامين فمويماً ولم تذكر فائدتها الصريحة في إنقاص سير الداء.أما الدواء

المدروسة التي راجعت العيادة الجلدية ما بين طالبات التمريض وطلاب مدارس ومعاهد وحرفيين وغيرها. وقد تمت دراستها لتحديد وجود علاقة بين المهنة والمرض، وتبين لنا عدم وجود علاقة أكيدة بين المهنة وحدوث النخالية الوردية. أما بالنسبة لنتائج الدراسة السريرية فقد أحرزت على بقعة الطليعة وتوضعها والأقطار التي أخذتها.. وقد احتل الجذع الجزء الأكبر من الجسم الذي شغلته بقعة الطليعة.أما بالنسبة للدراسة السريرية فقد سجل الشكل الاعتيادي الجماعي الحطاطي الوسفي نسبة (97%). هذا وقد تم الاستجواب عن توارد الأعراض الشخصية والعلامات المرافقة وتبين أن الحكمة هي العرض الأكثر شيوعاً حيث سجلت نسبة (62%). ومن ثم تلتها ضخامة العقد البلغمية كعلامة مرافقة للنخالية الوردية بنسبة (5%). هذا وقد درسنا توارد العوامل المؤهبة لحدوث النخالية الوردية حيث تم الاستجواب عن وجود تربة أرجية - انتانات - ألبسة - أكزما - الشدة النفسية- والحمل. ولوحظ أن الإنتان شكل نسبة 40.91%. تلاه دور الألبسة الجديدة أو المخزنة لفترة طويلة (28.18%) ومن ثم شكل الأرج نسبة (19.09%) من العوامل المؤهبة ..أما فيما يتعلق بالعقائيل والاختلاطات فقد سجلت دراستنا نسبة (2%) من العقائيل عسر التصبغية عند (150) مريضاً. هذا وقد تم تسجيل حالتين راجعتين أي نسبة (1.33%)

العلاجية بضرورة الابتعاد عن كل ما هو
مهيج ومخرش في علاج هذا الجلاد الحميد..
اللاعرضي.. أما الحالات الحاكة والشديدة
فتحتاج الاستخدم الموضعي للسيتر وثيديات
بغية تخفيف الحكّة وتقصير فترة سير الداء.

الأهم والفعال والذي أدى إلى تخفيض فترة
سير النخالية الوردية فكان الرهيمات
الستيروئيدية موضعياً بشكل رهيمات مرتين
يوميّاً، حيث طبق هذا العلاج على مجموعة
من المرضى (20%)، وبالتالي أوحى دراستنا

Abstract

Our statistical study has evaluated(150)cases of P.Rin the outpatients logyclinic of universal Asad hospital in latakia, during two years from june/1991 till May/1993.

We have reported the incidence rate of(1.36%), and it is an important rate in comparison of other dermatoses.

We have noticed higher distribution during October, and the most cases were in the fall (autumn).

The ages of patients ranged from (1-45) years , and we have reported the high incidence in the second decade of life especially in females(60% of whole patients).

The familial incidence was 2% we have found associatid pruritis 62% of cases..it should be noted that we havent'found any associated Oral esions in our studied cases.

According to the predisposing factors, we have reported history of infection in (40%) of cases, wearing clothes 28%, and allergy 19%. we have also found two recurrent cases(1.33%) about treatment our study reported the benelit of topical corticosteroid creames in hastening the course of P.R

-REFERENCE - المراجع -

- 1- Ackerman A.B et al:Differential diagnosis Dermato pathology -P.R 1982-
P:6-9
- 2- Actualite's dermato logique -p.r-1986: vol 9-p:3-4
- 3- Bjornberg A.et al: Dermatology in general medicine - p.r 1993-1117-1123
- 4- Copyright of the American Academy of Dermatology journal-P.R-1987-P:1-
4
- 5- Bos, JD et al: abnormal distribution pattern of antigenpresenting cells in situ,
Acta Derm.venereal- 1985 - vol 56-p-132
- 6- Braverman im: skin signs of systemic disease- 1981-p:49-51
- 7- Chuang T.et al:a 10 year epidemyologic study of P.R-JOURNAL OF aad
1982 - vol - -p:80
- 8- Degos R.et al:Dermatologie, 1981, p:140-143
- 9- DelCampo D.V et al:P.R unilateralis, int . journal derm 1983 - vol 5-p:312
- 10Domonkos AN et al:andrew's diseases of the skin , 1988, p:231-233, P.R
- 11- Dubertrel L: Rev.prat.1991-41-22-paris
- 12- Dupre A.et al:pigmentation eruptive maculeuse idiopathique dun P.R.G
Ann derm.venereol-1980-107:413
- 13- Freidman sj:p.r-erythema multiform-like eruptions, journal of AAD, 1987,
17:135
- 14- Melfman RJ et al:Isotretinoine dermatit is simulating acute P.R Cutis
journal, 1984, 33: 297
- 15- Jillson OF: flea-bites and P.R - Cutis journal-1982-30:693
- 16- Mc pherson A.et al: P.R-the lancet journal-1980-2:1077
- 17- Messenger AG et al: Case clustring in P.R- British Medical journal, 1982-
284:371
- 18- Myskouski PL et al: Kaosis sarcoma in young homosexual men, Cutis
journal, 1982, 29:31-

- 19- Okamoto M.et al:dyskeratotic degeneration of epidermal cells in P.R British journal .Derm-1982, 107:189
- 20- Parsons J.M:P.R update-journal of AAD-1986, 15:159
- 21- Pierson J.C.et al: purpusic P.R- journal of AAD.1993, 28:1021
- 22- Sober AJet al:the year book of Dermatology-1991.P.XXX

- 23- د.الجلاد مأمون وآخرون- الأمراض الجلدية والزهرية - جامعة دمشق- ص257-258
- 24- الجلد (مجلة) نشرة دورية تصدرها الجمعية السورية لطب الجلد / النخالية الوردية /العدد الثاني -تشرين-1990-ص35.
- 25- د.الكبي محمد - التشخيص التفريق للرشاحة اللمفاوية السطحية- منشورات المؤتمر العام الثاني لرابطة أطباء الجلد العرب - دمشق .
- 26- د.سليمان حميد -د.رومية عبد الحليم-د.حسن اياس. الأمراض الجلدية والزهرية. جامعة تشرين-1992ص60 + 61
- 27- د.سياج حنين: أمراض الجلد- جامعة دمشق-1970ص889.
- 28- د.شهادة عبد الكريم -أمراض الجلد-الجزء الأول-جامعة حلب-ص360.
- 29- معجم حتي الطبي-1982.
- 30- المعجم الطبي الموحد- الطبعة الثالثة 1983.