یک مورد سل عضوی عداء‌های لنفاوی
و نظریات جدید در باره آن

دکتر محسن مظاهر
دکتر شکوه محامدی

شرح حال بیمار
الف. م. شماره پرونده: ۱۱۵۴

علت مراجعه: درد ناحیه اپیگاسترکه در طرف راست شدیدتر است و با گذا
ارتباط ندارد سابقهٔ ترش کردن بیمار از چهارسال پیش است موقع درد شکم نفخه
می‌گردد و بدنگ‌گرم می‌شده است.

سابقه شخصی: در بچگی ناخال میخورده از بیماری‌های زمان طفولیت و بلوغ
چیزی با خاطر ندارد. نوع اعتیادی را منکر است.

سابقه زینکولژی: چهار سال پیش مبتلا به اموره‌هایی باشد. ترش شفید
و بدنی وارد. شوهر کرده و لی آبست نشده است.

وضع فعلی: ناراحتی فعلی از چهارسال قبل هم‌مان با بروز این شروع
شده درد در ناحیه اپیگاستر به و به هیپوکندر راست انتشار می‌یابد و با گذا
ارتباطی ندارد درد توأم با نفخ شکم و ترش کردن است.

معاینه عمومی: بیمار زنی است ۲۳ ساله باقی ۱۵ سانتیمتر و وزن ۴۹ کیلو گرم
با حال عمومی نسبتاً خوب به سوالات بخوبی جواب می‌دهد. رنگ پوست و مخاط
قابل دید طبیعی است. خیز و تنگی نفس اگزفالتی وجود ندارد. درموگرافیسم
مثبت است. حرکات سرطعی. محل خروج رشته‌های اعصاب (Dermographism)
و سینوس‌ها در مقابل فشار وردند نیست. وضع و حرکات چشم‌ها طبیعی است.

* استاد دانشکده پزشکی (یخچال داخلی بیمارستان وزیری)
** استاد یار
هرودومدک مساوی و گرد و یافته و اکنون طبیعی می‌باشد. در معاونت خارجی بینی، گوشها، ماستوئید، حفره دهان و بالاخیره حلق ولوزه‌ها علائم مرضی مشود نیستند.

جردن روزه‌راهی در ناحیه گردنبند، نشته‌ها اندامی و شکل غده تیروئید و همچنین وضع سیاهرگ‌ها طبیعی است.

قسم سینه: در ناحیه فوق ترجوی چپ و چند گده لنفاوی متورم کوچک لمس می‌شود.

شکل قفس سینه طبیعی تنفس از نوع شکمی منظم و تعداد آن غیر دردی است.

در کوبش (دق) و سمع ریه‌ها و قلب نکته غیرطبیعی شنیده نشد. صدای قلب در هر چهار کانون طبیعی است نبض رادیال بر و منظم تعداد آن 80 در دقیقه فشارخون 120 بوده و در کمتر از 11 میلیمتر چیزی تنزل یافته است.

ستون فقرات: خمیدگی‌های فیزیولوژیک ستون طبیعی بی‌سیار در موقع فشار و کوبش (دق) فقرات احساس درد نمی‌نماید. کمربند شانه و لگن متقارن هستند.

شکم: در ناحیه هیپو کند راست و ناحیه تومور های سفت و مجزا از هم بسته می‌خورید که بزرگ نیست طحال لمس نمی‌شود: محل کلیه‌ها آزادند. محل خروج فتقها بسته است.

اندام‌ها: متقارن ساختمان استخوانی و تکامل عضلانی کامل و تنوع طبیعی است.

واریس دیده ولی فرم نمی‌شود حرکت‌های ثابت و یا فعالیت (Active و باسو) و همانند (Passive آزاد‌نات) سیستم عصبی: رفلکس‌ها طبیعی است.

وضع روانی: کمی درب سیون (Depression)، معاونت ژنتیک‌لوزی: در معاونت باسیکولم (Speculum ژندان هیچ‌گونه، کمی ترشح سفید رنگ‌ها موجود است. در توده و ایزبان رحم کچکتر از طبیعی و بعث برگشته (Retroverse) و سفت و حرکات محدود می‌باشد. در اطراف لگن قسمت‌های سفت نامربی حس می‌شود که با زیر گلد ادامه دارد، با پریکه از روی شکم بخوری حس می‌شود.

ضمایم (تخمدان‌ها و لووله‌ها) حس نشته و الی در اطراف آنها سفتی هایی که در بالا ذکر شده حس می‌شود در داخل شکم و بالایی ناف تومور های سفت نامربی باندیده یه تخم مرغ‌های بخوری متحرک و بدون درد است وجود دارد.

آزمایش‌های بی‌کلینیک: حرارت بدن زیر بغل و رگ‌کن طبیعی است.
سپیدرانتاسیون درساعت اول ۴۰ و در ساعت دوم ۷۵ ثانیه متر. تعداد گویچه‌های سرخ ۴۵۰۰ میلیون تعداد ریکولوسیت‌ها ۲ در هزار، هموگلوبین ۹ گرم درصد، تعداد لیوکوست‌ها ۴۷ و فرمول آن نتروفل ۰، اوزونفل ۳ و لنفوست ۲۴ میلیونت. تعداد پلاکت‌ها ۴۰۰۰ میلیون باشد در آزمایش ریزبینی مغز استخوان راکسیون اریتروبلاستیک نوع نوروپلاستیک دیده شده است. همچنین کریت ۴۵ درصد زمان کوئیک ۸ ثانیه (زمان شاهد ۱۲ ثانیه) مقدار پروترومنین ۵۹ درصد زمان سیلان دقتیه و انعقاد دیقیه، قند خون ۱۰۰ میلی‌گرم درصد. تست GL, V.D.R, L, M.C.P. است. اوره خون ۲۸ میلی‌گرم درصد.


در گروه پرستو توتال ۱۹۸ میلی‌گرم درصد. فسفات آلانین ۷/۵ و فسفات آکالین ۹/۵ و ۱۸ واحد فسفر ۴/۳ میلی‌گرم درصد کلسیترول ۱۲ میلی‌گرم درصد سدیم ۱۴۵ و پتاسیم ۱۴۵ کلر ۹۰ میلی‌گرم درصد، اورار آلومین و قند ندارد. لکروست‌ها مقدار نسبتاً زیادی بلور آگوالات دارد. در آزمایش متوسط تخم انگل و خون دیده نشد. در آزمایش خلط با هستی کنگ دیده نشد. تست باتوبرکولین + + + مثبت است.

الکتروکاردیوگراف: محرک الکتریکی میانی قلب، ریتم سینوزال منظم فقط زمان QT کمی طولانی تر از طبیعی است که آن‌هم بعلت اختلال الکترولیتی می‌باشد. جوی بیمار مدتی گذشته بینمک می‌خورده است در آن‌وضع (۸۱/۱۹ سدیم، ۱۴۸ و پتاسیم ۴۲ میلی‌گرم درصد بوده است.

رادیوگرافی قفس سینه: تصاویر کدر خوشه‌ای شکل در هر دو ریه پاره‌ای

دیده می‌شود که نشانه‌ای از غده‌های لعفایی کالسیفیک می‌باشد (تصویر ۲). رادیو گرافی ساده شکم: تصاویر کدری به اندام‌های مختلف در روزی کلیشه‌های شکم غده‌های لعفایی کالسیفیک شکم (تصویر ۳) از لعفایی نیتی‌بیماری گرفته نشد. بیمار بداء برگردانده از لوی‌های بیمار بعلت عدم رضایتش انجام نگرفت.

در آزمایش ریزبینی بافت بیوبیسی شده کبد نشانه‌های مرطوبی مشهود نبود.

رکتوسکوپی با بیوبیسی مخاط راست روده ماکروسکوپیک و میکروسکوپیک مخاط
پس از آنکه تشخیص معلوم گردید از تاریخ ۲۵ خرداد ۱۳۷۴ بیمار تحت درمان توبر کولوستیتیک‌های گزارشی بیمار بازماند و با تهیه تپه‌ی بافت سلول‌یونیزاسیون با نواری یک‌بان آمد. به حال عمومی بیمار خوب حراست بدن طبیعی سیمانتاسیون بندی ریخت پایین آمد و به شکل ۴.۱.۱.

۱۰ میلی‌متر در ساعت اول و ۴ میلی‌متر در ساعت دوم روشید و ۸ کیلو گرم بهره‌برد. بیمار اضافه شد. وی در رادیو‌گرافی های مجدد عرق بدن و شکم تغییر فیزیکی باقی ماند.

همچنین در توش‌هواری نسبت به معاونت اول تفاوتی حس نگردید. وی بیمار مدت...
شکل ۵
فعلاً بیمار فقط با ۴۴ گرم پاس و ۳۰۰ میلی گرم ایزوید درمان می‌شود. تنها درمان اساسی البته عمل جراحی و جداگانه گانگیون‌های کلسیفیه است که آن‌ها با...
گشتی‌شر غیر قابل تصویری که در این بیمار ملاحظه می‌شود امکان پذیر نبوده و بالا‌الاقل وق عاده وشور است.

سل‌ده‌های لنفاوی نوعی از اشکال سل انسانی است که غالباً عامل آن با کتربیع گاو است. انتشار آن در نتیجه مصرف شیر و لبنیات گاو های مسلول می‌باشد. این قابل گاوا میتواند در یک سانتی‌متر مکعب شیر گاو یک میلیون باکتری دفع نماید. این نوع سل بیشتر در جوانان تا ۳۰ سال‌گی بخصوص زن‌ها پیش می‌یابد. این بیماری قاعدة از بیماری‌های پذیر است. چون میکوبیاکتریم گاوی کمتر (Mycobacterium bovis) بیماری‌زا می‌باشد.

شکل ۱

با مصرف شیر این عامل از راه دهان، حلقو و بقیه‌ها که در آمیزه‌ای تاغده‌های
لتفاوت موسعی بیش میرود در آنجا حالت یک عفونت اولیه سلی پیدا می‌کند از میکوباکتری‌های گاوز فقط 4 درصد واز میکوباکتری‌های انسانی فقط 17 درصد در مقابل داروهای ضدسل مقاومت می‌کند و بعدها برugar (Brugger) آلمنایی آگرگاده‌های لتفاوت موسعی کاملاً محدود باشندمیتوان یکمک عمل جراحی آنها را برداشت. این بیماری در کنارش بهتر غدهای لتفاوت گردن بخصوص زیرقوی را میتلا می‌نمود و عامل آن از نوع گاوز بود ولی امروزه بهتر از نوع میکوباکتری‌های انسانی است. محل آن هم عوض شده است. غده مای لتفاوت فوق ترقوی یا گزار گه‌ها لتفاوت موسعی و اندامهای لتفاوت گاوز می‌باشد.

tشخیص افتراق ویواتزرز (Pathogenese) برای تشخیص سل غدپنفاطی باشکالانی (Infiltrat) ابتلولوئیدی‌های آتشفشانی ارتشافتگی با سارکویدیز ندارد. از لحاظ بالینی این دو بیماری امضای می‌دارد از این ویدا (میکروآنکه مبتلا‌ان به سل غدپنفاطی به تور کولن حساس‌ترند و دیگر اینکه دربافت آنها با سل چسب‌گی بیش‌تر می‌شود) مانند بیماران و علاقه‌محیب سارکوئیدوز (Folliculaire) در این بیماری مشهود نیست. سل غدهای لتفاوتی غالاباً نفویولیکولار می‌باشد و در زمان جهت به‌سر آن طولانی است در کنار طولانی پیشرفت‌های از کازپلکاسیون معالجه بعمل می‌آید یعنی با بلوه کلاسی فیکاسیون نیم‌سرد. (کلاسی فیکاسیون نشانه‌سی همیشه پس از کازپلکاسیون است) این بیماری غالاباً فیستولیز هم نمی‌شود و (واکنش بیش است، سل‌آکتیو) در صورتیکه غدپنفاطی با اعضاء دیگر بخصوص ریه هم‌سر&) مبتلا به سل از نوع فولیکولار باشند آن لتفاوت یا نفویولیکولار گانگلیون‌های لتفاوتی است و چون مشاهده نشده است آن‌ها از ناحیه ریه میدانند ولد لتفاوتی همگانی نادر است و این برای لتفاوت یا نفویولیکولار (Sarcoidose) تحقیق و درمان؛ مقایسه باسارکوئیدوز (Galanotolur) و نفویولیکولار (Sarcoidose) گالنوتولور (Sarcoidose) و درمان: لتفاوتی (Lymphosarcome) (Lymphoblastome) (Lymphoblastome) (Lymphosarcome) (Lymphoblastome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphoblastome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcome) (Lymphosarcoma}
Bibliographie