

ازکارهای کرسی آسیب شناسی

دکتر کمال‌الدین آرمین

استاد کرسی آسیب شناسی

نما و نور ضایعات سلی در ایران و سایر طایفه‌های گاو بومی مجده

با کمال تأسف باید اقرار کرد هنوز قسمت اعظم ضایعات مرضی که در آزمایش‌های روزانه مطالعه می‌کنم ضایعات سالی و یا ضایعات وابسته بدان می‌باشد. بطوریکه میتوان گفت سل در کشور ما یک پاتولوژی خاصی دارد و بجاست که مورد دقت و بررسی بیشتری قرار گیرد

در این ۲۰ سال اخیر از ۳۷۸۰۷ بافتی که مورد آزمایش قرار گرفته ۲۰۹۱ مورد ضایعات سلی بوده است که نسبت آن ۵٫۵ درصد می‌باشد.

جدول یک نمودار عده ضایعات سلی در هر سال می‌باشد.

جدول ۱
آمار ضایعات سلی در هر سال بر حسب جنس

تعداد کل بیروسی انجام شده	زن	مرد	سال
۷۱۲	۱۲	۲۱	۲۰
۵۴۸	۲۳	۱۵	۲۱
۵۲۲	۱۹	۱۱	۲۲
۶۷۵	۸	۲۵	۲۳
۹۴۵	۲۶	۲۱	۲۴
۱۱۶۷	۳۰	۲۹	۲۵
۱۲۵۱	۲۹	۵۰	۲۶
۱۴۶۸	۵۳	۵۷	۲۷
۱۵۳۸	۳۱	۳۱	۲۸
۱۷۵۲	۵۶	۵۱	۲۹
۱۸۷۸	۵۵	۴۶	۳۰
۲۸۱۹	۱۰۸	۹۲	۳۱
۱۷۳۵	۵۲	۴۸	۳۲
۲۴۸۳	۴۲	۴۸	۳۳
۲۵۹۹	۸۰	۸۳	۳۴
۲۵۹۰	۷۴	۷۲	۳۵
۲۵۲۵	۱۳۴	۹۳	۳۶
۳۶۶۷	۶۸	۷۳	۳۷
۳۱۹۴	۸۳	۷۸	۳۸
۳۸۳۹	۸۶	۷۸	۳۹
۳۷۸۰۷	۱۰۶۹	۱۰۲۲	کل

جدول دو نسبت ضایعات سلی را در دستگاه‌های مختلف نشان می‌دهد.

جدول ۲
نسبت ضایعات سالی در اعضاء مختلف

عضو	زن	مرد	کلی
۱ گانگلیون	۷۵۲	۶۳۶	۱۳۸۸
۲ پوست	۸۵	۱۲۲	۲۰۷
۳ ریه	۴۲	۶۵	۱۰۷
۴ پريتوان	۳۹	۳۵	۷۴
۵ بیضه	—	۴۸	۴۸
۶ مخاط بینی	۲۵	۱۲	۳۷
۷ استخوان	۱۸	۱۲	۳۰
۸ لارنکس	۵	۱۸	۲۳
۹ آندومتر	۲۰	—	۲۰
۱۰ پستان	۲۰	—	۲۰
۱۱ لوزه	۵	۱۰	۱۵
۱۲ روده	۴	۸	۱۲
۱۳ سالیپنکس	۱۱	—	۱۱
۱۴ غده بزاقی	۴	۶	۱۰
۱۵ معده	۳	۵	۸
۱۶ سقف پالاتن	۵	۱	۶
۱۷ تخمدان	۵	—	۵
۱۸ کبد	۱	۳	۴
۱۹ رکتوم	۲	۲	۴
۲۰ چشم	۳	۱	۴
۲۱ آپاندیس	۱	۳	۴
۲۲ مفصل	۱	۲	۳
۲۳ فرج	۳	—	۳
۲۴ پریکارد	—	۲	۲
۲۵ مننژ	۱	۱	۲
۲۶ تیروئید	۲	—	۲
۲۷ کلیه	—	۲	۲
۲۸ وازن	۱	—	۱
۲۹ عضله	۱	—	۱
۳۰ مخچه	۱	—	۱
۳۱ بافت‌های مختلف	۲۵	۴	۲۹

- اعضائی که بیشتر دچار به ضایعات سلی هستند بر حسب درجه و فورشان عبارت از گانگلیون لنفاتیک پوست . ریه . صفاق . بیضه . مخاط بینی . استخوان . لارنکس . آندومتر . پستان . لوزه . روده . سالپنکس . غدد بزاقی . معده . سقف پالاتن . تخمدان . کبد . رکتوم . چشم . آپاندیس . مفصل . فرج . پریکارد . منتر . تیروئید . کلیه . واژن . عضله . مخچه . میباشد .
- از ۲۰۹۱۱ مورد ضایعه سلی که آزمایش شده است عده زنان ۱۰۶۹ و عده مردان ۱۰۲۲ یعنی مساولین زن تقریبا برابر مردان میباشد .
- نکته جالبی را که میخواهم در این مقاله با همکاران محترم مخصوصا جراحان عزیز در میان بگذارم وجود نئوپلاسمهای کاذب (Pseudo neoplasme) سلی معدی میباشد .
- سل معدی بهر شکلی که باشد بیماری است نادر و کمتر با سیل کوخ میتواند جدار معده را بیآزارد و ضایعه خاص سلی ایجاد کند . شاید هم علت این کمیابی خاصیت باکتری سیداسید کلریدر - یک موجود در معده و یا کمی سازمان های لنفاوی باشد .
- عده هم برای اثبات این مدعی به هیپوکلریدری که اکثر در بیماران مشهود است متوسل میشوند . قدر مسلم آن است که این دلیل کافی نیست . چه بسا اتفاق میافتد که سل معدی در کسانی پیدا میشود که دچار هیپرکلریدری هستند .
- بطور کلی در ۵۵۹ معده که آزمایش شده (در آزمایشگاه آسیب شناسی دانشکده پزشکی) ۴۰۴ - آزمایشگاه آسیب شناسی دکتر حبیبی - دکتر آرمین (۱۵۵) بیماران مرد ۴۳۲ و بیماران زن ۱۲۷ بوده است .
- پالمر (Palmer) در سال ۱۹۵۰ در ۹۶۲۵۱ بیوپسی که مطالعه نموده ۱۵۹ مورد ودر ۱۷۵۴۲ بیوپسی معده ۱۹ مورد گزارش داده است ودر کالبد گشائی ۲۰۵۸۲ بیمار که با سل ریوی فوت کرده اند ۱۱۷ مورد سل معدی مشاهده نموده است . در گزارشات هم که از مایوکلینیک رسیده در ۷۴۱۶ بیوپسی معدی ۳ مورد بیان شده است .
- در ۵۵۹ بیوپسی معده ۸ مورد سل بوده است که از نظر کلینیکی و رادیو-گرافی مشخص یک نئوپلاسم بوده ولی در آزمایش بافت شناسی حکایت از ضایعات سلی میکرودهاند .
- در ۱۹۱۷ (Border) اشکال مختلف سل معدی را مطالعه و وجود اولسره های سلی تک یا متعدد همراه با توبرکولهای ارزنی و توبرکولوم های یکتا و سل ندولرویاتومورال یکتا و یا متعدد را گوشزد نموده است .
- اگرچه در اغلب گزارشات که داده اند پیلور بیشتر از مواضع دیگر معده مبتلا بوده است ولی (M. Schermann) و (Robert M. Johnson) در جلد ۱۶ مجله گاستروآنترولوژی نوامبر ۱۹۵۰

- ۱- يك مورد تومورسلی کاردیا را شرح داده‌اند که از نظر علائم بالینی (کم شدن وزن استفراغ . درد . خونریزی - درد ناحیه اپیگاستر - تومور قابل لمس در اپیگاستر) و پرتونگاری به حساب يك نئوپلاسم گذاشته و بعدا که آزمایش بافت شناسی شده بوجود سلی بودن پی بردند . در ۱۹۴۰ (Ackermann) برای ضایعات سلی معده از نظر پرتو-نگاری خصائص زیر را بیان داشته‌است:
- ۱- همیشه ضایعه مربوط به پیلورو اتنی عشر است .
 - ۲- آنترتنگ ومحیط مرکزش معیوب بنظر میرسد .
- ۳- مخاط کلفت و چینهای مخاطی بطرف اولسر متوجه هستند .
- ۴- در اولسراسیونهای کوچک احتباس باریم (retension barium) مشهود است .
- ۵- موجهای پرېستالتیک طبیعی است .
- ۶- تغییراتی نظیر آنتردرائنی عشر دیده میشود .
- ۷- توموری نرم محسوس است . (Mchardy, Brown)
- درسگها سل معدی ایجاد و در آنها ضایعه حاصله را از نظر گاستروسکوپی مطالعه نموده‌اند و متوجه شدند که درگاسترو-سکوپی آتروفی مخاط و در يك منطقه

در هشت مورد سل معدی که امتحان شده محل وقوع ضایعات سلی چنین بوده است .

شماره	نوع ومحل ضایعه	جنس و سن بیمار	علائم اصلی که بیمار بعلت آنها مراجعه کرده است
۱	استنوزپیلور	زن - ۴۰	کاشکی - دشواری بلع - درد اپیگاستریک
۲	استنوزپیلور	مرد - ۲۸	کاشکی - استفراغ - درد اپیگاستریک - کم شدن وزن
۳-	نئوپلاسم کاذب پیلور	مرد - ۳۵	هموراژی . درد استفراغ - کم شدن وزن
۴-	نئوپلاسم کاذب پیلور	مرد - ۴۰	هموراژی . درد استفراغ - کم شدن وزن
۵-	اولسرپیلور	مرد - ۳۵	درد استفراغ - (تشخیص رادیوئلیک - اولسر)
۵	اولسرپیلور	مرد - ۳۵	درد استفراغ - (تشخیص رادیوئلیک - اولسر)
۶-	دمل سردانختاء بزرگ	زن - ۳۰	تومور نرم در ناحیه اپیگاستریک - دردستون فقرات
۷-	آدنیت تویرکولوز	زن - ۳۰	کاشکی - کم شدن وزن - تومور غیر محدود
۸-	همراه با اپی تلیونای معده		اپیگاستریک

پس از سل ریوی - روده و یا صفاقی متظاهر میشود و برای پیدایش آن هم یک فاکتور موضعی لازم میباشد سل معدی همیشه از فولیکول لنفاتیک شروع میشود (Chevrier' Ricard)

در استنوز پیلوریک سالی اهمیت هیپرتروفی سازمانهای لنفاوی زیرکول - دوساک غددی را خاطر نشان ساخته است. سازمانهای لنفاوی در این موارد بصورت استتاله هائی با حدودی نامشخص تا منطقه سطحی مخاط پیش میروند و در تحت مخاط ریشه های عضلانی را از هم باز مینمایند. با این کیفیت میتوان گفت اگر قائل باشیم که فولیکول لنفاتیک برای کشت باسیل کوخ مکانی ایدال میباشد باید قبول کرد که لااقل در مخاط معده زخمی باید وجود داشته باشد که از آن راه باسیل به فولیکول راه یابد.

حال که میباید ضایعه از طریق فولیکول لنفاوی بوجود آید اجباراً باید راه ورود و لنف آلوده را نشان داد و چون قادر بانجام این عمل و حل این معما نیستیم باید این نظر را که حاکی از دخالت و تاثیر مجاری لنفاوی در پیدایش سل معدی است رد نمود ولی معهداً متخصصین سل باز کلمات قصار Calmette را بکار میبرند (باسیل کوخ در نقطه که وارد میشود کارت ویزیتی نمیگذارد).

ولی از روی آنچه که می بینیم باهمیت ابتلاء غدد لنفاوی در پریمو-

وسیعی رگهای خونی فراوان و اولسر هائی در ناحیه اسفنگتر و آنتر وجود دارد.

بطور کلی ضایعات سلسی را از روی گاستروسکوپي اولسر معدی آتی پیک تشخیص میدهند. و از نظر بافت شناسی هم می بینیم که زخم از بافت گرانولاسیون و سلولهای لنفوسیت و پلاسموسیت و چند پولی نوکلئوپر شده است.

موسکولاریس موكوزه در بعضی جاها بعلت يك واكنش آماسی از بین رفته و در بعضی جاها يك بافت فیروزه جای آن را میگیرد. در زیر موسکولاریس فولیکولهای میبینیم که در آن هاسلولهای اپی تلیوئید و ژآنت نوع لانگپانس وجود دارد.

مسرکز این فولیکولها ممکن است نکروتیک باشد. در صفاق هم ضایعاتی نظیر همین تغییرات دیده میشود. در اکثر گزارشاتی که داده اند فقط دو ثلث موارد توانسته اند که باسیل کوخ پیدا نمایند.

جنس بیماران - اساساً در ایران ضایعات سلی در زن ها بیشتر از مردان میباشد و حال آنکه سلهای معدی در مردان فراوان تر است ضایعات سلی معدی اغلب در جدار آن متظاهر و با ضایعات فولیکولر غدد لنفاوی و صفاقی همراه است.

ضایعات اصلی همیشه تحت مخاطی است؟

حقیقت آنست که سل معدی هیچگاه اولیه نمیشد و بلکه همیشه ثانوی و

نقل وانتقال باسیل نقش اساسی بازی میکند. تزریق درون رگی باسیل کوخ در حیوانات سل معدی تولید میکند (Chevrier, Ricard) معتقدند که

آنچه از راه دستگاه گردش خون انتشار

مییابد میکروب نیست بلکه توکسین سل است که قدرت اسکروززای جالبی دارد و بهمین جهت است که در پیرامون کانونهای سلی آندارتريت و آندوفلبیت میبینیم.

ضایعات سلی معدی چطور و بچه

شکل پیشرفت میکند. ضایعات نخستین تحت مخاطی یا بطرف يك سل گاستريك زخمی (توبرکولوز گاستريك اولسرانت) و یا سل گاستريك هیپرتروفیک پیش میرود.

سل زخمی شده معدی - در آمار

های آمریکائی این نوع ضایعه را زیاد گذارش داده‌اند (۵۷ درصد Brown

و ۹۵ درصد Binder از خصوصیت این نوع سل آنستکه واکنش دفاعی فیرو بلاستیک نمی‌بینیم یعنی تحت مخاط دفاعی نمیکند - نکروز کازئوز به تندی ایجاد و فیستولهای زیادی در مخاط بوجود می‌آورد - بعدا این اولسرها بهم می‌پیوندند و اولسرهای بزرگتری را تولید میکند.

سلهای زخمی شده معدی را در کجا

می‌بینیم؟

سلهای معدی زخمی شده بیشتر در ناحیه آنتریپلور و انحناء کوچک (به نسبت ۳۰-۶۰ درصد) و انحناء بزرگ (۱۷-۲۶ درصد) دیده میشود.

نفکسیونها قائم - چه بسا اتفاق میافتد گانگلیونی که در قلمرو زه‌کشی احشاء طبیعی قرار دارند. و ظاهرا سلامت بنظر میرسند باسیل کوخی در برداشته باشند.

در حوالی سکوم و مزانتر مخصوصا چنین گانگلیونهای زیاد میباشد. این نظریه تا اندازه پاتوژنی سل معدی را روشن میسازد - شخص ممکن است که از بدو - کودکی آلوده شود ولی از این آلودگی جز محصور شدن چند باسیل در گانگلیون مزانتریک علامت مرضی مشخص دیگری موجود نباشد.

اگر عضو وابسته به گانگلیون آلوده موضعا آزرده و یا آنکه در آن تبدلات متابولیسمی بهم بخورد دچار به ضایعه سلی میشود بدون آنکه باسیل تازه وارد بدن شود و دلایلی هم که بر این ادعا میتوانیم بیاوریم وجود سلهای معدی در تعقیب سلهای تناسلی. صفاقی و مزانتریک است بدون آنکه ضایعه سلی مشخصی در ریه دیده شود (ژورنال جراحی ۱۹۵۵. جلد ۷۱ - نمره ۹۸ J. Seror) بدیهی اگر مؤمن باشیم

که با سیل مستقیما در جدار معده مینشیند کمیاب بودن آنرا نمیتوانیم تفسیر کنیم چه در مقابل این همه مسلولی که میبینیم فقط عدده بسیار معدودی دچار به ضایعات سالی معدی میشوند. و اگر قبول کنیم که باسیل مستقیما از راه سرور به جدار راه مییابد باز باید گفت که از این راه هم مجاری لنفاوی در

اثنی عشر خیلی بندرت گرفتار میشود (در آمار امریکائی ها ۴ و فرانسویها یک مورد گزارش داده اند. و سل زخمی شده کاردیا را ۴ مورد بیان داشته اند). زخمهای سلی معدی ممکن است متعدد باشند و به ۸-۱۲ برسند.

با چشم چه می بینیم؟ اولسره های سلی از سایر اولسره های دیگر معدی فراخ تر و اغلب با اولسر گرد (Curvelhur) همراه است - گاه ممکن است که وسعت اولسر خیلی زیاد و به ۲۰ در ۱۰ برسد (Border) اولسری است پهن عمقش برجسته و روی قاعده سفیدی قرار دارد کنارش کنده شده و بطور کلی نمای قیفی بخود میگیرد. ضایعه سلی چون زود دفع میشود ظاهرا از بین میرود و مخصوصا Tripler باین کیفیت خیلی اهمیت میدهد و علت اینکه اغلب نمیتوانیم ضایعات سلی را به بینیم بواسطه همین است که ضایعات نکروتیک سلی خیلی زود دفع میشوند. اینجا است که فقط آزمایش غدد لنفاوی سلی مجاور معده مارا ب فکر ضایعه سلی میاندازد.

گاهی اوقات در اولسر معدی هیچگونه ضایعه خاصی که دال بر سل باشد وجود ندارد ولی ضایعه رگی از نوع آندارتريت مشهود میباشد و غدد لنفاوی آزار سلی نشان میدهند. از این رو میتوان گفت شاید ضایعه معدی یک منشاء سمی داشته باشد - قدر مسلم آنستکه از نظر بالینی هیچ علامت خاصی سراغ نداریم تا بتوانیم اولسر های

معمولی را از سل متمایز سازیم چه در هر دو درد يك جور و مرض ادواری است.

نکته جالب اینست که اغلب با وجودیکه از نظر نشانه شناسی عملی نمیتوان در مریض مرض را مشخص ساخت ولی از نظر رادیولوژی کمک شایانی میتوان گرفت.

اولسره های سلی ممکن است بسطیابند زیرا که اغلب در اطرافش توبرکولهای فرعی وجود دارد - بطرف صفاق پیش میرود. و در نتیجه فیستول گاسترو - کولیک یا فیستول بی لییر بوجود میآورد. گاهی سوراخ میشود و رگها را پاره و خونروی ایجاد میکند ولی بر خلاف آنچه که در اولسر گرد می بینیم طبقه عضلانی دست نخورده باقی میماند.

چون عضله مبتلا گردد فیبروزه میشود (می یوزیت فیبروز) و کمتر ممکن است ضایعات فولیکولی پیدا نماید.

پس باین کیفیت میتوان گفت که در حقیقت اولسر حقیقی نیست قدر مسلم آنستکه نمیتوان برای این قبیل ضایعات سلی قانونی بیان داشت و گاهی هم ممکن است بجای زخم سیکاتریزاسیون پیدا شود (ستاره فیبروز etoile fibreuse) گانگلیونهای مجاور همیشه آزرده و توده های نسبتا بزرگی ایجاد میکند. قوامشان سفت و بعضی شان که کازئیفیکاسیون میانند شول میشوند گاهی هم ممکن است با وجودیکه گانگلیون آزره حیث آزرده بنظر میرسد در معده ضایعه مشخصی نبینیم.

میشوند در این واکنش دخالت میکند و بندرت ممکن است که عضلات ضایعات سلی حقیقی داشته باشند .

تحت صفاق (Sous-sereuse) کلفت و انفیلتراسیون کالوز دارند ولی اسکروز-لی پوماتوز شدیدی از خود نشان نمیدهد (این خاصیت مخصوصا در سل سکال دیده میشود) .

در آزمایش ریزینی چه می بینیم .
 اساسا ضایعه که می بینیم یک گرانولوماتوز هستیولنفوپلاسمو سیتراست که به فیبروبلاستوز منجر میگردد و این پروسوس حکایت از تحریک تحت مخاط میکند - در وسط این کانونهای مرضی فولیکولهای سلی با خصائص مخصوص خود دیده میشود - و بندرت ممکن است در آنها باسیل کوخ دید بر حسب آنکه کازئیفیکاسیون یا واکنش فیبروبلاستیک شدید باشد ضایعات سلی را باشکال زیر تقسیم می نمایند .

۱ - شکل تومور کاذب (pseu do-tumoral) که در حقیقت شکل فیبرو - بلاستیک پرودوکتیو فولیکر میباشد (fibroblastique productive folliculair) میباشد.

۲ - شکل کازئیفیکاسیون دار که اغلب سبب پیدایش دمل سرد جدار معده میشود .

۳ - فیبروبلاستیک حقیقی که در سرتاسر معده مشهود و در حقیقت شکل (لی نی تیک) و یا آنکه فقط در آنتر متمرکز میشود که شکل استنوز پیلوریک است .

۲ - سل هیپرتروفیک معده - (توبر - کولوزگاستریک هیپرتروفیک) - این نوع ضایعه سلی را که در معده می بینیم برای اولین بار Durent بنام توبر - کولوزگاستریک هیپرتروفیک و Pancet

توبر کولوم نامیده اند - برخی از پزشکان معتقدند که این شکل نسبت بشکل سابق خیلی نادر است ولی Gaines در ۲۸ سل معدی که دیده است فقط ۱۱ مورد آن زخمی بوده است .

قدر مسلم آنست که اغلب هر دو این شکل ممکن است باهم باشند و بر حسب اینکه کدام شکل برتری داشته باشند توجه شخص بدان سو جلب میشود .

با چشم چه می بینیم ؟ این شکل بخصوص ممکن است توده بزرگی را بوجود آورد که اکثرا شکل موز بخود میگیرد و قسمت بزرگترش متوجه پیلور و مخصوصا قسمت قدامی آنتر است ولی در انحنایها هم دیده میشود در ۱۰-۲۵ در صد بولب را فرا میگیرد . و اغلب باراکسیون شدید صفاقی همراه است . توبرکولها فراوان و آدنوپاتی ها درشت است ولی آدنوپاتیها در اینجا سفتی آدنوپاتی های سرطانی را ندارند در سه ربع موارد مخاط زخمی است و گاهی هم نمای پولی پوئید پیدا میکند .

ولی اولسرهائی که در این مورد می بینیم بیشتر تروفیک هستند و کمتر ممکن است سلی باشند در قطع می بینیم که مخصوصا قسمت تحت مخاطی کلفت شده است و عضلات چون مبتلا به میوزیت فیبروز

البته این را هم نمیتوان دلیلی قاطع تصور کرد زیرا لارنکس با وجودیکه سازمانهای لنفوئیدی ندارد ضایعات سلسی شان نسبتاً شایع (Gaines) معتقد است که توبرکولوز گاستریک فقط روی گاستریت هیپوتروفیک با انفیلتراسیون لنفوسیت پیدا میشود.

معمداً نمیتوان گفت که معده از راه تاثیر مستقیم باسیل که روی مخاط می‌نشیند گرفتار میشود.

در اینجا (Debray, chiray) در ۱۹۴۵ بدین

نتیجه رسیدند در اشخاص آنژییک با سیلهائی که باغذا بلع میشوند اگر در معده آروزیونی وجود داشته باشد میتواند یک شانکر تلقیحی (chancres d inoculation) نظیر شانکر جلدی یادمانی بوجود آورند.

در ۱۹۴۵ (Botreau, Roussel)

موردی را گزارش داده‌اند که با خوردن شیری که با سیل زیادی در برداشته معده دچار شده است Border هم ۴ مورد گزارش داده‌است. بعضی هم معتقدند که باسیل از راه جهاز گوارشی وارد و عدد مزانتریک در درجه ثانویه گرفتار میشوند. جدیداً هم Urech

(در مجله طبی استرار بورك فوریر ۱۹۵۷) درباره سلهای معدی چنین نظریه میدهد:

درموریکه کودکانرا از نظر کوتی راکسیون مطالعه کنیم مشاهده می‌نمائیم که از نظر پرتونگاری علامتی غیر طبیعی در سینه وجود ندارد ولی عدد مزانتریک کالسیفیه هستند ... در جراحی هم میبینیم که اغلب انفیلتراسیون ایلیل و صفاقی

{ - ضایعه مرضی ممکن است در وسط معده ظاهر و شکل خاصی را بوجود بیاورد.

گانگلیون - گانگلیونهای مجاور کانون مریض مبتلا و اغلب بادیدن آنها است که پی بوجود ضایعه سلی می‌برند - علاوه بر ضایعات گانگلیونی واکنش صفاقی دیده میشود - گاهی اوقات علائم سل صفاقی از سایر علائم دیگر بیشتر است (Perigastrite tuberculeuse associe)

تومور گاستریک کوچک است و اساس تومور همان واکنش صفاقی و گانگلیونر میباشد. در بعضی موارد ضایعه گاستریک وجود ندارد ولی یک پریتونیت لوکالیزه یک فولیکولر وجود دارد یعنی در حقیقت یک پریتونیت پلاستیک توبرکولوزو - کستاگاستریک وجود دارد البته در اینجا صحبت از سل معدی نیست ولی بی‌شک سل از طریق صفاق به معده سرایت میکند.

پاتوزنی - البته در اینجا از توبرکولوز انفلاماتوار و گرانولای گاستریک صرف نظر می‌نمائیم و فقط بشرح اولسر سلی و توبرکولوم می‌پردازیم اولین چیزی که جلب توجه میکند عمل مستقیم باسیل روی مخاط است ولی امروزه معتقدند که ویروانس باسیل در اثر مجاورت با شیره معدی کم میشود یعنی در حقیقت شیره معدی یک نقش دفاعی دارد - ولی در اینجا می‌گوئیم که ضایعه از زیر مخاط شروع میشود نه مخاط جدار معدی بافت لنفوئیدی زیادی در بر ندارد ولی

وجود دارد و غدد مجاورشان آزرده و علائم بافتی سلی موجود است پس میتوان گفت که در حقیقت سلی که موجود است منشاء گوارشی دارد (tuberculose d'origine digestive bovine)

Comte de vaud

در سوئیس هم گزارش داده اند که ۵۰ درصد کودکان

از راه گوارشی به باسیل bacille bovine گرفتار میشوند میتوان گفت که در این گانگلیونها باسیل و یا سمومشان میتوانند در جدار های معده متمرکز گردند .

امروزه نظریه Arloing مورد قبول همه نیست و معتقدند که باسیل از راه خون منتقل و خرابکاری میکند .

نظری اجمالی به علائم بالینی
ضایعات سالی معده بسیار نادر و از این جهت برای مطالعه مدارک زیادی نداریم معمولا پس از اتوپسی و یا آزمایشات آسیب شناسی تشخیص داده میشود . معمولا از نظر بالینی سلهای معده به سه سندرم دیده میشود .

۱- **استنوز پیلوریک** - این شکل نسبتا شایع و اغلب از مواردی را که مورد مطالعه ما قرار گرفته از همین نوع میباشد و در حقیقت میتوان گفت شکل آماسی را که Poncet ولریش بیان داشته اند

سرانجام بدین شکل در می آید . استنوز خیلی بهم فشردده و بزحمت میتوان مدادی در آن وارد کرد - اولسراسیون تویر -

کولوزیپلور تقریبا تا ۵ سانتیمتر میرسد و عمود بر محور عضو میباشد - قاعده اولسر برجسته کنارهایش کنده شده و مدخلش بواسطه وجود يك نوع دیافراگم جداری membraneux تنگ میباشد .

قسمت معده که در بالای اولسراست گشاد - جدارش کلفت و بزرگ میباشد چیزی که در هنگام عمل به تشخیص جراح کمک میکند پری ویسریت شدید و **و آکسیون** گانگلیونر میباشد . پری - ویسریت دورتادور آنتریپلور و دوئودنوم موجود ممکن است که از نوع ساده و یا نوع اسکروز چسبیده باشد .

این پریتونیت پلاستیک اغلب پرو - لیفراسیونهای پولی پوز تولید و ازسوراخ شدن به داخل صفاق جلوگیری میکند ولی ممکن است فیستولهای گاسترود - ئودنال - گاستروکولیک و حتی دوئود نوکولدوسی بن (duodeno choledocien) تولید نمایند .

آدنوپاتی در این شکل بخصوص جالب و بیشتر در ناحیه پریپلوریک . پایه کبدی ناف معده و لیگامان گاستروکولیک و یا در انتهای اولین قوس ژژونوم دیده میشود . این گانگلیونها در بادی امر شفاف متحرک نرم و آماسی و ایجای پری - آدنیت و کازئیفیکاسیون میکند .

چون غدد کازئیفیکاسیون یابد البته تشخیص آسانتر میشود ولی طبق آماری که بدست آمده است ۲۶-۲۵ درصد میباشد .

باید دانست که ممکن است کازئیفیکاسیون بهیچوجه باچشم مشخص نباشد ولی در آزمایش بافت شناسی شناخته شود با این کیفیت میتوان گفت که در تشخیص سلهای معدی ۳ فاکتور مشخص وجود دارد .

۱- پریتونیت پلاستیک پرودوکتیو محدود و موضعی .

۲ - آدنوپاتی مهم .

۳- اولسراسیون .

استنوز توپر کولوز پیلور علامت خاصی ندارد و همان علائم بالینی و عملی و فیزیکی و همگانی استنوزهای نوع دیگر میباشد استفراغ . بیمار فراوان و باقی مانده غذائی واسیده‌های فرمانتاسیون در بردارد - بهمین علت است که بیمار در دنبال استفراغ گرفتار هیپوپروتئین امی وازمی میگردد که روی حالت همگانی بیمار تأثیر می‌کند .

گشادی معدی که در آزمایش آسب شناسی همیشه جلب توجه میکند در رادیوگرافی تأیید و عبور از پیلور تقریباً غیر ممکن است .

خلاصه آنکه همیشه در این موارد باید به نشانیهای زیر دقت کرد و در پی آنها بود .

۱ - استنوز سللی پیلور معمولاً در نزد جوانان کمتر از ۲۰ سال است (واغلب در ۱۶ - ۱۵ سال) دیده میشود و حال آنکه سنین بیماران مورد آزمایش ما ۲۸-۴۰ بوده است .

۲ - بیمار اسهال دارد در صورتیکه

در سایر اولسر های دیگر بندرت این علامت دیده میشود - اسهال خصوصیتی ندارد و با اسهالی که در سل روده می‌بینیم ارتباطی ندارد و ممکن است که در اثر هیپوکلریدری باشد ولی در هر صورت هیپوپروتئین امی بیمار را شدید تر میکند .

استنوز سللی خیلی بسرعت پیشرفت میکند و مانند استنوزهای دیگر که مرحله اولسری شان طولانی است زیاد طول نمیکشد یعنی در حقیقت میتوان گفت که در سل اولسراسیون و استنوز همزمان میباشد .

۲ - سندرم تومور گاستریک واکنشهای هیپولازریکی یکی از خصائص بارز این بیماری محسوب و بهمین علت است که گاهگاهی مرض بشکل ضایعات توموری متظاهر میشود ولی اکثراً ضایعات سللی معدی بشکل اولسر های هیپرتروفیک در می‌آید - اغلب آزار حاصله در ناحیه آنتروپیلوریک و یادریکی از سطوح انحناء کوچک و گاهی تنگی را که ایجاد میکند شبیه لی نیت پلاستیک است .

علائم بالینی مرض بستگی دارد باینکه ضایعه در کجای معده باشد - البته درد همیشه موجود است ولی هیچگونه خصوصیتی ندارد و ممکن هم است که گاهی موجود نباشد استفراغ اغلب حکایت از وجود تنگی میکند ولی آنچه که در این بیماران جالب است بدی حالت همگانی و ضعف ولاغری میباشد که هر

چنانکه در یکی از بیماران مورد مطالعه ما که جوانی ۲۸ ساله - اهل کرمانشاه - پیراهن دوز بوده و بعلت درد ناحیه ایگاستر مراجعه کرده در آزمایش پرتو نگاری تشخیص یک نئوپلاسم آنتروپیلوت - ریک داده شده ولسی در هنگام عمل جراح ملاحظه میکند که توموری سفت و چسبنده در قسمت افقی معده نزدیک زاویه معده وجود دارد ناچار گاسترکتومی میکنند و قطعه برداشته شده را جهت آزمایش میفرستند در آزمایش نظری معده ارسالی مخاط کلفت و چینهای مخاطی آن ظاهراً سلامت ولی جدار پیلورکلفت بطوریکه بزحمت میشود انگشتی بدون آن وارد کرد - گانگلیون های مجاور همگی درشت و چسبنده و با قسمت پیلوریک تومورسفت و پشته پشته را تشکیل میداد - در آزمایش بافت شناسی در زیر مخاط سازمانهای لنفاوی زیرکول دو ساک غددی هیپر - تروفی نسبتاً مشخصی را نشان میدهد. و فولیکولهای سلی با خصائص معمولی خود جلب توجه میکند که بعضی شان نکروتیک شده اندولی باسیل کوخ در آنها دیده نشد .

همانطور که گوتمان معتقد است هیچ علامتی وجود ندارد که اولسرهای عادی را از سلی متمایز سازد - آزمایشات شیمیائی معدی هم علامت مشخص و ثابتی نشان نمیدهد - اگرچه هیپو - کلریدری در این مرض شایع است ولی در گاستریت های آتروفیک و مخصوصاً

آن شخص را بفکر یک سرطان میاندازد . برخی تصور میکنند وجود سل و سرطان باهم مقایرت دارد ولی Gimpel سل و سرطان را باهم دیده ودر یکی از مواردی هم که مورد مطالعه قرار گرفته بیمار سل و سرطان باهم داشته است . (زنی، ۳ساله که گانگلیونهای دورمعدی و داخل توده توموری حکایت از سل کازنوز و بافت اپی تلیومای گلانولرانفیلترانت نشان میدهد) .

تشخیص - معمولاً قبل از عمل جراحی و آزمایش بافتی تشخیص سل معدی بندرت امکان پذیر است ولی با وجود این باید در سوابق بیماران و علائم بالینی و پاراکلینیک دقت نمود . وجود ضایعات ریوی . صفافی . تناسلی . علامت قطعی نمیشد . چه بسا اتفاق میافتد باوجوی که در هیچیک از این اعضا سلی وجود ندارد معده مبتلا میباشد .

در ۸ مورد سل معدی که آزمایش شده است نتوانستیم که ضایعات سلی اعضا دیگری را نشان بدهیم . علائم بالینی را که شرح دادیم باید پیوسته در خاطر داشت . مخصوصاً اگر گرفتاران به اولسر یا استنوز اسهال داشته باشند باید بفکر سل افتاد نکته دیگری را که نباید فراموش کرد این است که خرابی حالت همگانی با علائم بالینی که مشاهده میکنیم تناسبی ندارد یعنی مریض مریضتر از آنچه است که علائم بالینی نشان می دهد متأسفانه رادیولوژی هم کمک شایانی نمیکند .

در خیلی از سرطاناتها هم دیده میشود و مخصوصا در اشکال استنوزدار این علامت هیچگونه ارزشی ندارد .

فرماتاسیون بوتیریک هم علامتی عادی است ولی مخصوص این ضایعه نمیشود. خلاصه آنکه قبل از عمل و آزمایش بافت شناسی بهر تشخیص سلی که برای معده میدهیم باید باشک نگاه کرد .

Petruschky تزریق تحت جلدی مقدار کمی توبرکولین را پیشنهاد نموده است که در این بیماران یک واکنش اختصاصی است ولی چون خطرناک است نباید بدان مبادرت ورزید .

خلاصه آنکه آنچه در تشخیص بما کمک میکند نکات زیر میباشد .

- ۱- اولسر سلی دوره طولانی دارد و شکل تومورال آنهم دوره اش دراز است.
- ۲- استنوز پیاوریک سلی بطور غیر عادی و با سرعت پیش میرود .
- ۳- سل معدی در حین پیشرفت خود کمتر عارضه پیدا میکند .
- ۴- هماتمز نادرولی ملنا شایع است .
- ۵- بندرت سوراخ میشود .

خلاصه و نتیجه

نما و وفور ضایعات سلی و اشکال معدی آن در ایران

در ایران سل پاتولوژی خاصی دارد و هنوز شیوع آن بسیار جالب توجه است. درین ۲۷۸۰۷ بافت که در این ۲۰ سال

اخیر آزمایش شده ۲۰۹۱ ضایعات سلی بوده که نسبت ۵۰ در صد میباشد و عده مردان ۱۰۲۲ و زنان ۱۰۶۹ میباشد یعنی مبتلایان زن تقریبا برابر مرد میباشد .

در این مقاله میخواستم توجه همکاران و مخصوصا جراحان عزیز را بسلهای معدی و بویژه انواع نئوپلاسم های کادب آن جلب بنمایم .

از نظر جراحی و پرتونگاری تمام این موارد به حساب اولسرویا سرطان گذاشته شده و پس از عمل و آزمایش آسیب شناسی سلی بودن آنها محرز و مشخص گردیده است .

بطور کلی سل معدی بیماری است نادر و در ۵۵۹ معده که آزمایش شده فقط در مرد ۵ مورد و زن ۳ مورد ضایعه سالی معده مشاهده کرده ایم .

وفور و محل ضایعات سالی معده .

اگرچه در هیچیک از ۸ موردی که مطالعه نموده ایم نتوانسته ایم ضایعه سلی را در عضو دیگری نشان دهیم ولی باید اقرار کرد که معمولا ضایعات سلی معده می بایست ثانویه پس از سل ریوی و روده یا صفاق و تناسلی متظاهر گردد .

سنتین بیماران دچار به استنوز سالی را ۲۰-۱ کمتر و در حدود ۱۶-۱۵ نوشته اند ولی در مواردیکه امتحان کرده ایم سنن بیماران ۲۸ و ۴۰ بوده است .

L'Aspect et la Fréquence des Affections Tuberculeuses en Iran et leurs formes

Gastriques

La tuberculose a une pathologie toute particulière en Iran et jusqu'à présent sa haute fréquence attire encore notre attention.

Durant ces 20 dernières années, parmi... tissus examinés, nous avons relevé... lésions tuberculeuses, donnant ainsi un pourcentage de... D'une manière générale la fréquence de ces lésions tuberculeuses a été de... cas chez l'homme pour... chez la femme, c'est-à-dire... fois plus chez la femme.

Dans ce petit travail je voudrai attirer l'attention de mes collègues et surtout des honorables chirurgiens, sur l'existence des Tuberculoses Gastriques et spécialement sa forme Pseudo-Néoplasique

Au point vue clinique et radiographiques ces cas étaient considérés comme un Néoplasme ou un ulcère, tandis que l'examen histologique racontait leur nature tuberculeuse.

La tuberculose gastrique est, en principe, une maladie, très rare et sur... biopsies prélevées, nous avons examiné... pièces opératoires gastriques parmi lesquelles on a observé... cas de Tuberculose Gastrique chez la femme et... cas chez l'homme.

Fréquence et Localisation des Lésions. ...

Quoique dans nos cas examinés, nous n'avons pu montrer la lésion tuberculeuse dans d'autres organes, on doit noter que, d'une manière générale, la lésion tuberculeuse gastrique doit être secondaire se manifestant après une tuberculose pulmonaire, intestinale ou péritonéale.

On a noté que la sténose se voit au-dessous de 20 ans (15-16 ans) mais dans les deux cas que nous avons observés l'âge des malades était de 28 et 50 ans.

Dans les 8 cas de Tuberculoses gastriques que nous avons examinés, la localisation et l'aspect histologique de l'affection se montrent comme suit:

Sas	Lésions et Localisation	Malade		Signes Cardinaux
		Age	Sexe	
1	Sténose du pylore	40	F.	Cachexie - Difficulté de deglution .
2	„ „ „	28	H.	Cachexie - Vomissement - douleur épigastrique.

3	Pseudo-Néoplasme Pylorique	35	H.	Hémorragie - Douleur - Vomissement.
4	" "	40	H.	" "
5	Ulçère du pylore	35	H.	Diagnostique radiologique de l'Ulçère - Douleur vomis.
6	" " "	35	H.	" "
7	Abcès froid de la Grande Courbure	30	F.	Tumeur épigastrique molle. Douleur de la colonne ver- tebrale.
8	Perigastrique Tuberculeuse doublée de cancer	30	F.	Cachexie intense Tumeur épigastrique non limitée.

Reference

1. - (D.C. Brown G. McHardy). Mucosal change.-
am. J. Digest dis. 9:407-411, Dec. 42.
2. - (R.R. White). Simulations Carcinma and Tuberculosis in case of
Pernia Proc Staff meet Mayo Clinic 18:165-172, June 2, 43.
3. - (H.Z. Konuralp). Tuberculosis.-
Turk tip cemec 12:222-228, 46.
4. - (C. Windwer Revue Gastro Enterolog.-
13:38-41 Jan. Feb. 46.
5. - (M. Chiray). Pseudo Cancerous Tuberculosis.-
Semain des Hospitiaux. 21:591-598 June 14, 45.
6. - (H.W Ostrum and W. Serber). Tuberculosis of Stomach.-
am. J. Rontagn 60:315-322 Sep. 48.
7. - (E.D. Palmer Am Tuberculosis. Tuberculosis of Stomach.-
61: 116-139 January, 50.
8. - (A.C. de S. Dias) Gastric tuberculosis, Study apropos of case of
bacillary adenitis of perigastric lymph nod.
Gaz-Med. Port 4: 585-591, 51.
9. - (R.M.) Shirman and R.L. Johnston). Case Gastro - Entrology.-
16: 593-597 Nov. 50.
- 10.- (F. Hirsche and C. Bothy). Tuberculosis Acta Gastro Entrologie Belg.
15: 853.
11. - (J. Seror). Journal de Chirurgie.- T. 71: 8-9 August. 1955. ...
12. - (R. Picard. Y.P. Kermels.
encecopedi 9024 A10
13. - B. Chazan. U.B.
British medical Jornal
1288 Oct. 29, 1960.