

بررسی رابطه بین کانون چرکی لوزه و ورم گلپه (نفریت)

و شرح يك البسر و امینون

کانون چرکی لوزه یا (فوکال آنفکشن) در سالهای گذشته خیلی مورد توجه و موضوع روز محسوب میگردید و خیلی از ضایعات عفونی اندامهای گوناگون را بعلت کانون چرکی کوچکی در لوزه و یادندان میدانستند ولی بتدریج از تقریباً ۱۰ سال قبل باینطرف از وجهه آن کاسته شده شاید علت آن زیاده روی و مبالغه در این همبستگی و عملهای نابجا بوده باشد . باوجود این اکنون هم کانون چرکی واقعیتی است که مورد قبول اکثر محققین بوده و از نظر بالینی هم در موارد بیشماری این رابطه آشکار بوده و نتیجه برداشتن کانون چرکی صحت آنرا ثابت نموده است امروزه حدود و دانسته آن تنگتر و کمتر شده بطوریکه کانون چرکی را میتوان یکی از بیماریها و پدیدههای مرضی لوزه دانست .

مکانیسم و راههایی که این طرز تأثیر را توجیه نموده و بیان مینمایند ، بطور مختصر عبارتند از :

۱- لوزه عضوی است لنفاوی که عمل دفاعی داشته و گویچه های سفید برای از بین بردن باکتریها و میکربها و عمل فاگوسیتوز از اپی تلیال پوششی آن خارج شده و در محل خروج تولید حفره هائی بنام Thèque مینمایند این دهانه ها که در حقیقت زخم هائی هستند راه را برای بروزمیکروبا آماده مینمایند .

۲- لوزه از تشکیلات و کپسول مزانشیمی گسترده ای احاطه شده که حتی در داخل لوزه هم انشعابات ای دارد و امروزه اهمیت زیادی باین تشکیلات رتیکولو آندوتلیال داده و تأثیرات و واکنشهای آلرژیکی (ایمنی زائی و یا ناسازگاری) را بآن نسبت میدهند .

۳- لوزه در یک منطقه ای قرار گرفته که اعصاب و گوسمپاتییک در آن خیلی فراوان بوده و واکنش زا است و تحریک ورمی و ایماکانیکی آن باعث پیدایش تأثیرات از راه اعصاب نباتی روی اندامهای دیگر میشوند .

در مواقعی که تأثیر بیماری زای کانون چرکی روی اندام دوردستی از راه آلودگی خون یعنی سپتی سمی ویا باکتری اسی باشد طرز پیدایش واضح و روشن است . این نوع طرز اثر کمتر دیده میشود (ممکن است علت تجویز و درمان زودرس با آنتی بیوتیک باشد) .
نشانه های بالینی لوزه خراب و بیماری را عبارتند از:

لوزه ندرتاً بزرگ و هیپرتروفیه است بلکه بیشتر لوزه های کوچک و مخفی که در لمس سخت و مقاوم حس میشوند و به ستونهای لوزه چسبندگی دارند ناسالم بوده و خطرناک هستند و در معاینه دقیق و پس از عقب زدن ستون قدامی آن پی برده میشود . وجود ترشحات پنیری شکل Caséum در سوراخهای لوزه همراه با ترشحات چرکی و یا مخاطی چرکی که هنگام فشار روی ستون قدامی از سوراخهای لوزه خارج میشوند .

فشار روی ستون قدامی لوزه تولید حساسیت و کمی درد و احساس ناگوار سینماید و وجود کریپت های زیاد و شیارهای عمیق بین ثلث فوقانی و ثلث میانی لوزه .
وجود آثار التیامی در سطح لوزه که اثر و باقیمانده ورمهای قبلی بوده و چنانچه با ذره بین نگاه کنیم بهتر میتوانیم آنها را ببینیم .

ششاعده خیز و تورم قرمز در ستون قدامی که گاهی تازبان کوچک هم ممکن است ادامه یابد بطوریکه لبه آزاد نازک و روبانی شکل ستون قدامی را گرد و طنابی شکل سینماید .
پیدایش گانگلیون هائی در ناحیه زیر زاویه فک در حالیکه علت دیگری برای آن پیدا نشود دلیل محکمی برای چرکی بودن لوزه است .

بالاخره وجود آنزیم های قبلی حاد و چنانچه این حملات آنزیمی همراه با زیاد شدن ویا پیدایش ناراحتی هائی در کانونهای ثانوی کلیه ای بشوند ارزش غیر قابل انکاری دارند .
از نظر بیولوژیکی در سوراخ مشکوک میتوان ازد آزمایش زیرین استفاده نمود .
۱- سرعت ته نشین شدن - از آنجائیکه در تمام ورمهای عفونی پیشرفت کننده و در واکنشهای آلرژیکی سرعت ته نشین شدن ازدیاد پیدا مینماید .

۲- آزمایشهای میکروب شناسی - پس از ماساژ ، توسط یک نیچه (پی پت) که پوار لاستیکی داشته باشد ترشحات خارج شده از کریپت لوزه کشیده شده و مورد آزمایش قرار میگردد .
چنانچه میکرب پیدا شده در لوزه همان میکربی باشد که باعث عوارض ثانوی شده باشد ارزش آن قطعی خواهد بود .

اما راجع به تست لوزه یعنی تغییریری که در فرمول لوکوسیتیر پس از ماساژ دادن لوزه با انگشت پیدا میشود هنوز ارزش تشخیصی قابل اعتمادی ندارد و رویهمرفته علائم بالینی

فهماینده لوزه و کسب اطلاع از وضعیت گذشته آن ارزش تحلیلی بیشتری دارند تا آزمایش باکتریولوژی و تست لوزه.

رابطه ورم کلیه و آمیگدالیت

اثر عفونت های حلق روی کلیه موضوعی است مسلم و غیر قابل بحث و حتی میتوان گفت که ورم لوزه فراوانترین علت نفریت بشمار میرود و آمار مختلف این موضوع را تأیید مینمایند. و تقریباً ۷۰ درصد نفریتها را نزد کودکان و بزرگسالان میتوان مربوط به عفونتهای حلق و لوزه دانست.

تمام انواع آنزینها از نوع ساده، قرمز واری تها و پولناتسه تا فاگمون اطراف لوزه میتوانند روی کلیه اثر نمایند.

طرز تأثیر - سابقاً گمان میکردند که مبتلا شدن کلیه حتماً متعاقب وارد شدن مقدار کم یا زیاد سیکرب درخون و تحت تأثیر قرار گرفتن بافت کلیه میباشد ولی این سبباً میکروبی مستقیم نظریه قابل قبولی در تمام موارد نیست بعداً علت و منشأ سمی و توکسیک را دست اندر کار دانسته ولی این نظریه هم طرفدارانی پیدا نکرد چون بر مبنای محکمی استوار نبود و بعلاوه سموم کانونهای چرکی و وسیع اندامهای دیگر چنین تأثیر بدی روی کلیه نمیدهند. Schick در ۱۹۰۷ ثابت نمود که ضایعات کلیه از نوع آلرژیک میباشد دیگران هم بعداً آنرا تأیید نمودند و معلوم کردند که تأثیر آلرژیک روی بافت کلیه باعث اسپاسم سرخرگها و در نتیجه گلوپرولو نفریت حاد میشود.

تجربه نشان داده که مجاور کردن و مالیدن مقدار کمی توکسین استرپتوکوکسیک یا پنوسوکوکسیک با مخاط حلق باعث پیدایش خون و آلبومین در ادرار شده است این خود نشان میدهد که رابطه ای بین سزانشیم دستگاه رتیکولواندوتلیال لوزه از یکطرف و دستگاه عصبی و گوسمپاتیک کلیه از طرف دیگر وجود دارد. بهمین جهت اکنون تئوری سزانشیماتوز مقبولیت دارد.

نتیجه: از تجربه و کلینیک چنین برمیآید که در انسان نفریت حاصله از عوارض حلق از نظر بالینی و کالبد شناسی تمام خصوصیات یک نفریت عصبی را نشان میدهد پیدایش زودرس علائم کلیه ای در روزهای آخر یک آنزین، پیدا شدن خون در ادرار گاهی همراه با احتباس ازوتنه و پیدا شدن آلبومین در ادرار بطور جداگانه و سبباً دلیل بر گلوپرولو نفریت است. چنانچه این تأثیرات زیاد بطول بیانجامد و سزمن شوند بطور ثانوی باعث پیدایش ضایعات در توبولرها شده و نتیجه آن پیدا شدن سیاندرهای دانه دار در ادرار میباشد.

درمان آنها درمان اساسی و قاطع برداشتن لوزه بطور کامل است. استفاده از آنتی بیوتیکها برای آنکه هنگام عمل عوارض ناگوار پیدا نشود بایستی بیحسی موضعی را مخصوصاً در ناحیه پدیدکول بخوبی و بطور کامل انجام داده در قبل و هنگام عمل بیمار را تحت درمان پنی سیلین قرارداد. معمولاً در مرحله حاد نفريت نبايستی اقدام بعمل نمود چون بيم شدت پيدا کردن ضایعات کلیه می رود و بهتر است در تمام مدت پیشرفت نفريت از عمل خودداری نمود بعکس همه هم عقیده هستند که بایستی هر چه زودتر و بلافاصله پس از فروکش نمودن علائم نفريت اقدام بعمل بشود یعنی در حدود ۲ هفته پس از شروع نفريت. چنانچه از این مدت دیرتر اقدام بعمل گردد ممکن است ضایعات سهم و غیر قابل جبران در کلیه پیدا گردد. همچنین آبیگدالکتوبی بهترین وسیله برای جلوگیری از عود ورم کلیه میباشد. آسارزیرین نتایج عمل و برداشتن لوزتین را بسته به زمان عمل (دیر یا زود عمل کردن) نشان میدهد.

چنانچه عمل در مدت ۲ ماه پس از شروع بیماری کلیه انجام شود.

بهبودی کامل	۷۱ درصد
بهبودی نسبی	۱۴ »
بدون نتیجه	۱۵ »

چنانچه عمل بین ۲ تا ۱۲ ماه انجام گردد.

بهبودی کامل	۲۵ درصد
بهبودی نسبی	۵۰ »
بدون نتیجه	۲۵ »

چنانچه عمل بین ۱ تا ۲ سال پس از شروع بیماری کلیه انجام شود.

بهبودی کامل	۲۲ درصد
بهبودی نسبی	۶۰ »
بدون نتیجه	۲۰ »

چنانچه عمل دو سال پس از شروع بیماری کلیه انجام گردد هیچ نتیجه ای روی آثار

باقی مانده Séquelles نخواهد داشت.

شرح حال نمونه

شرح حال زیرین یک نمونه از طرز تأثیر لوزه روی کلیه است.

نام بیمار - جلال نام خانوادگی - ق. ق. سن ۵۰ در سابقه شخصی بیماری قابل توجهی نداشته سالی یکی دوبار گلودرد با دردهای استخوانی و احساس سنگینی و فشار در کمر داشته است. در سال ۱۳۲۰ در دنبال یک آنژین معمولی که مدت سه روز همراه با تب و درد بطول

انجاسیده درد گلوبهودی یافتند ولی دردهای کمر ادامه داشته بطوریکه بیمار مجدداً بستری گردیده است و چون تب و درد با آنتی بیوتیک رفع نشد در ادرار هم خون و چرک دیده شد نظر بطرف کلیه ها جلب گردیده وزیر نظر متخصص مربوطه تحت درمان قرار گرفت.

تقریباً مدت سه ماه بیماری نامبرده پیدا نمود و در این مدت درمانهای مربوطه نتیجه ای رضایتبخش نداده بیمار بتدریج رو بضعف، کم خونی و بی اشتهائی بود.

راد یوگرافی کلیه هاتورم و بزرگ شدن مختصر کلیه هارا نشان داده آزمایش ادرار علاوه بر آلبومین و خون، چرک بمقدار زیاد نشان داده و آزمایش میکرب شناسی استرپتوکوک، استافیلوکوک و مخصوصاً بمقدار زیاد کولی باسیل نشان داده است. باین ترتیب تشخیصهای گوناگونی روی بیمار گذارده شد: نفریت سرماخوردگی، سنگ کلیه و بالاخره سل کلیه.

چون بیمار در حلق احساس ناراحتی مینمود برادر بیمار که پزشک و متخصص میکرب شناسی است تقاضا نمود که معاینه ای از لحاظ حلقی و بینی بعمل آید. در معاینه حلقی ترشحات پنیری شکل در دهانه کرپت های هر دو لوزه دیده میشد و با ساساز ازروراخهای لوزه همراه با چرک خارج گردید. آزمایش میکروبیشناسی این ترشحات کولی باسیل بمقدار زیاد نشان داد و این میکربی بود که در ادرار هم در هر دفعه آزمایش دیده میشد.

تشخیص آسپکدالیت (Causale) داده شد و اقدام به عمل لوزه و آمپیکدالکتومی گردید.

نتیجه عمل بسیار رضایتبخش بود سه روز پس از عمل درد و تب روبه کم شدن رفته و پس از یک هفته حال بیمار بطور محسوس رو به بهبودی گذارده و پس از ۲ روز علاوه بر از بین رفتن درد و تب، چرک و خون هم دیگر در ادرار دیده نشد حالت عمومی و وضعیت بیمار عادی گردید. و از آن تاریخ تا کنون هیچ عارضه و ناراحتی کلیدی نزد بیمار نامبرده مشاهده نگردیده است. نکته ای که در این شرح حال حائز اهمیت است وجود میکرب کلی باسیل در لوزه است که غیر معمولی بنظر میرسد و عموماً این میکرب مربوط پرودها بوده و کمتر ممکن است در حلق و سوراخهای لوزه مشاهده گردد.

Références

- 1) Chaumerlac et Durif - L'amygdalectomie totale dans la néphrite hematurique - XIV ème Congrès Français O.R.L. 15-18 Oc. 1933.

- 2) Cocagne R. -Néphrites d'origine pharyngée et leur double traite - ment rénal et pharingé Thèse, Paris 1958.
- 3) Lusena et Chini - Amygdales et néphrites relaz. soc. Ital. med. int. Rome 1953.
- 4) Malan. A. -Article «Amygdalites et néphrites » dans les maladies du pharynx. Canuyt - Masson edit. Paris. 1936.
- 5) Simconi Carlo- rapports entre les amygdales et les reins XXIV ème Congrès Ital O.R.L Catane 1950.
- 6) Tardieu G. et L. Le systeme nerveux végétatif - Masson edit. Paris 1948.