

از کارهای بخش سرم‌شناسی
دانشکده پزشکی

جریان وضع خم سر و لوژیکی يك بیمار مبتلا به کراتیت - انترستیسیل ضمن درمان با پنادور

تغارش

دکتر جواد فیلسوفی

رئیس درماتگاه سرم‌شناسی

دانشکده پزشکی

بیماری که اینک شرح حالش نگارش می‌یابد جوانی است ۲۷ ساله مجرد و اهل تهران که سنین ۱۰ تا ۲۰ سالگی عمر خود را در مصر متوطن بوده است از نظر سوابق فامیلی چیز قابل‌ذکری ندارد، پدر بیمار چند سال قبل فوت نموده مادرش سالم و در قید حیات است بیمار یک خواهر کوچکتر از خود دارد و در سابقه مادر او سقط جنین وجود ندارد. از نظر ظاهر در بیمار جز کم‌خونی مختصر چیز دیگری جلب توجه پزشک را نمی‌نماید. این شخص در چهار سال قبل ملاحظه می‌کند به‌رور لکه سفیدی جلو چشم پیش ظاهر شده و اشیاء را بطور وضوح نمی‌بیند بویژه موقعیکه چشم‌چپش رامیبسته است. در همان اوان بیکی از چشم پزشکان این شهر مراجعه و تحت درمان قرار می‌گیرد پس از چند ماه معالجه و بکار رفتن مقادیر زیادی کورتن چه از راه تقطیر در چشم و چه از راه خوراکی لک‌چشم مختصری بهتر میشود ولی با ادامه درمان چندین ماه دیگر لک چشم تغییر نمی‌کند.

در تاریخ ۲۲/۲/۳۶ بیمار مذکور بعلت وجود درد مفاصل و استخوانها بنگارنده مراجعه و اینجانب طبق معمول که برای دردهای مبهم یک آزمایش و اسرمن را لازم میدانم

به بیمار پیشنهاد آزمایش نموده و نتیجه آن که در یکی از آزمایشگاههای شهر بعمل آمد باین شرح بود:

Reaction de Hecht + + + +

« « Kahn + + + +

« « Meinikée + + + +

« « V.D.R.L. + + + +

در هر نوع آزمایش نتیجه قویاً مثبت با وجودی که بیمار هیچگونه علائم ابتلاء بیماری کوفت را بخاطر نداشت و روی آلت تناسلی نیز اثری از زخم اولیه مشاهده نمیشد بطوریکه ملاحظه میفرمائید نتایج آزمایش گواه صادقی برای ظن قوی بابتلاء بیمار بیماری سیفلیس میبود، مع الوصف برای اینکه اطمینان بیشتری حاصل شود از بیمار تقاضا شد به بخش سرم شناسی دانشکده پزشکی مراجعه نماید تا ضمن اینکه از خون او آزمایش کالیتاتیف (۱) بعمل می آید آزمایش کانتیتاتیف (۲) بمنظور تعیین مقدار رآژین سیفلیس در سرم انجام گیرد تا شدت بیماری و مقدار آنتی کور کوفت در بدن معلوم گردد.

آزمایش کانتیتاتیف باید در درمانگاه بیماریهای کوفت برای بیمارانی که تحت درمان هستند جزء جدانشدنی درمانگاه قرار داشته باشد زیرا تنها بدین وسیله است که میتوان فهمید نحوه و روش درمانی که برای بیمار بکار میرود مؤثر است یا خیر و نوع دارویی که برای مبارزه با ترپونم بکار رفته آیا مفید میباشد یا نه هر نوع درمانی که صرفاً با انجام آزمایش کالی تاتیف انجام گردد و آزمایش کانتیتاتیف تقاضا نشود بنظر اینجانب کور کورانه بوده و بهیچ رو نمیتوان نتیجه معالجات انجام گرفته، سیر تکامل بیماری، پرونوستیک، تشدید و یا تخفیف فعالیت ترپونم، کاهش و یا فزونی رآژین موجود در سرم بیمار را حدس زد و خلاصه مطمئن بود آیا نوع دارو و درمان انجام شده بحال بیمار مفید بوده است یا خیر بدین مناسبت توصیه بلکه تقاضا

میشود که همکاران ارجمند موقعیکه بیمار سیفیلیسی را درمان می نمایند از خواستن آزمایش کانتیتاتیف برای بیمار خود قبل و در حین درمان خودداری نفرموده ، هر سه ماه یا حداکثر هر ۶ ماه آزمایش کالیتاتیف توأم با کانتیتاتیف تقاضا نمایند با شرح مختصری که از نظر اهمیت تراپونیکسی و کلینیکسی آزمایش کانتیتاتیف فوقاً اشاره شد برای بیمار مورد بحث در بخش سرم شناسی دانشکده پزشکی تقاضای انجام آزمایش کالیتاتیف و کانتیتاتیف شد .

از نظر جواب آزمایش کالیتاتیف عیناً نتیجه آزمایش سابق که در خارج بعمل آمده بوده تأیید گردید. علاوه از نظر کانتیتاتیف مقدار آژین سرم در روش M.C.F ۶۴ واحد و در آزمایش V.D.R.L ۳۲ واحد آژین نمودار بود و نشان میداد که تریپونم با فعالیت تمام در بدن بزنگی خود ادامه میدهد .

بارویت نتیجه آزمایش بیمار تحت درمان پنادور قرار گرفت ضمناً هفته ای دو تزریق بیسموت یدل انجام شد پس از تزریق پنج ملیون واحد پنادور قریب سه ماه بعد یعنی در تاریخ ۳۶/۵/۸ از خون بیمار آزمایش کالیتاتیف و کانتیتاتیف بعمل آمد که نتیجه آن در آزمایش M.C.F شدیداً مثبت و مقدار آژین ۲۵۶ واحد و در V.D.R.L مثبت و آژین همان ۳۲ واحد بود.

نباید فراموش کرد ز یاد شدن مقدار آژین در اینجاصرفاً مربوط به تحریک تریپونم بوده و در مان را باید با شدت بیشتری ادامه داد بدین وسیله تزریقات پنادور توأم با بیسموت یدل تا سه ماه ادامه پیدا کرد و پس از سه ماه یعنی در تاریخ ۳۶/۸/۳۰ که مجدداً آزمایش بعمل آمد آژین در M.C.F ۲۵۶ واحد به ۶۴ واحد و در V.D.R.L از ۳۲ واحد به ۴ واحد تقلیل یافت و حسن اثر دارو بوسیله آزمایش تأیید گردید در همان ضمن بیمار توصیه شد که مجدداً معالجات چشم پزشکی را دنبال نماید . تعجب در اینجاست کراتیتی که در مدت ۶ ماه معالجه رفع نشده بود در عرض مدت کمتر از یک ماه در مان چشم پزشکی در این موقع بکلی زایل و در چشم بیمار کمترین کدورتی باقی نماند .

نظر باینکه مقدار آژین بوجه قابل ملاحظه ای در طول این مدت کم شده بود و از

طرفی عارضه چشمی بیمار بهبودی کامل حاصل نموده بود سه ماه استراحت داروئی تجویز شد و پس از گذشت ۳ ماه در تاریخ ۳۶/۱۲/۲۰ مجدداً آزمایش خون بعمل آمد که نتیجه آن در آزمایش M.C.F ۸ و واحد در V.D.R.L ۴ واحد را آژین بود. در همین موقع بود که در چشم راست بیمار که تا حال کدورتی وجود نداشت مختصر لکه ای نمودار شد در این موقع مجدداً درمان پنادور تزریق و علاوه ۶ عدد سیانوردومر کور داخل رگ یکروز در میان تزریق گردید که بعلت عدم تحمل بیمار نسبت به جیوه بقیه تزریقات موقوف گردید و تنها درمان پنادور ادامه یافت و پس از سه ماه که آزمایش خون بعمل آمد در آزمایش M.C.F مقدار آژین نه تنها بصفر رسیده بود بلکه آزمایش کالیتانف بیمار منفی شده بود ولی در عین حال مقدار آژین در روش V.D.R.L رقم ۱۶ را نشان میداد و عجب آنکه کدورت چشم راست بیمار بدون اینکه از نظر چشم پزشکی مورد درمان قرار گیرد خود بخود ضمن تزریقات پنادور زایل گردید و اینک هر دو قرینه بیمار کمترین کدورتی نداشته و دیده رد و چشم نیز طبیعی میباشد.

چون بیمار اصرار داشت که هر چه زودتر نتیجه آزمایش خونش منفی شود و از طرفی منحنی سرولوژیکی بیمار تحت مطالعه و بررسی بود لذا هر سه ماه مرتباً از او آزمایش بعمل می آمد و تزریقات پنادور کماکان ادامه می یافت که اینک برای جلوگیری از اطاله کلام از شرح مبسوط آن صرف نظر کرده نظر خواننده گرامی را بدقت در مطالعه منحنی سرولوژیکی (شکل ۱) که نوسانات آژین را بامتد M.C.F و منحنی شکل ۲ که تغییرات آژین را بامتد V.D.R.L نمودار می سازد معطوف میدارد. با مطالعه این دو منحنی نتیجه این میشود که مقدار آژین سرم بیمار پس از ۶ ماه درمان شروع به کم شدن نموده و در طول یکسال که مرتب روبکاهش بوده پس از ۱۲ ماه یعنی همان موقعی که به بیمار سیانور تزریق شده است مقدار آژین در روش M.C.F به صفر و آزمایش منفی شده است ولی در همین وقت مقدار آژین در V.D.R.L ۱۶ واحد باقی مانده است.

با وجود ادامه تزریقات پنادور در ماه ۱۸ مجدداً در هر دو متد ر آژین بالا رفته و صعود آن تا دو سال پس از شروع درمان ادامه یافته و اینک که قریب دو سال و چند ماه از بدو شروع معالجه میگذرد و جمعاً ۲۶ میلیون واحد پنادور در طول این مدت برای بیمار تجویز شده و دوره نیم بیسموت یدل ترریق گردیده گرچه ر آژین سرم بیمار تا مقدار قابل توجهی رو بکاهش رفته و حتی به یک واحد و صفر نیز رسیده است. با وجود این مقدار ر آژین در نوسان بوده گاهی کم و زمانی زیاد شده و بالاخره پس از دو سال و چهار ماه درمان تقریباً برابر ر آژین قبل از درمان باقی مانده است و آخرین آزمایش که در تاریخ ۳۸/۶/۲۳ از بیمار بعمل آمده با کمال تعجب مشاهده میشود که مقدار ر آژین ۳۲۱ واحد در هر دو روش آزمایش نشان میدهد.

بررسی در مانفکاهی و سرم شناسی

بررسی در منحنیهای ترسیمی A و B شامل سه قسمت است که اینک زیلا بشرح آن میپردازیم.

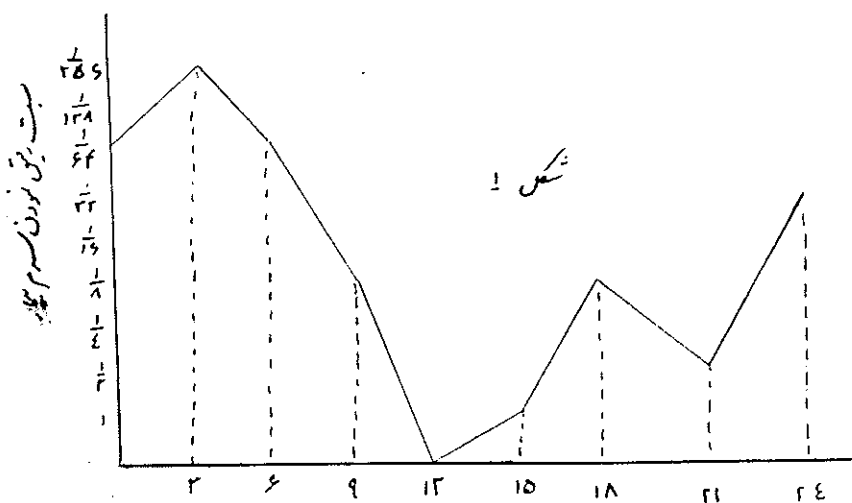
قسمت اول مربوط به آغاز درمان است که پس از اینکه به بیمار پنج میلیون واحد پنادور تزریق شد و پس از سه ماه تجدید آزمایش در دید مقدار ر آژین سرم بیمار از ۶۴ به ۲۵۶ واحد در روش M.C.F. از دیاد پیدا کرد ولی با ادامه تزریقات پنادور مقدار ر آژین از ۲۵۶ واحد مجدداً به ۶۴ واحد رسید این موضوع مربوط به تحریک ترپونم بوده که طبق عقیده میلیون در اکثر موارد کوفتهای پنهانی بر اثر تزریقات دارویی بویژه آرسنیک تحریک شده و فعالیت تازه از خود نشان میدهد که در صورتیکه داروی بکار رفته شده ادامه باید تحریک موقتی را از بین برده و باعث تخدیر عامل تحریک میگردد چنانکه در بین دو منحنی با ادامه تزریقات پنادور ر آژین مرتب در ماههای ششم و نهم رو بکاهش رفته به ۴ واحد رسیده است.

موضوع دوم منفی شدن آزمایش است که در متد M.C.F. در ماه ۱۲ و پس از تزریق مقداری سیانورودور کورنه تنها ر آژین بصفر رسیده بلکه آزمایش منفی شده و در ماه پانزدهم مجدداً ر آژین بیک واحد رسیده است.

علت منفی شدن تصور می‌رود مربوط بتزریقات مر کور باشد که طبق عقیده کارشناسان سرولوژی جیوه بر روی واکنش‌های مثبت سیفیلیس تا ۰.۷۷٪ اثر قطعی داشته و واکنش را منفی می‌نماید ولی این منفی بودن پایدار نبوده و پس از چند ماه مجدداً مثبت می‌گردد این نظریه که طرفداران زیادی دارد و در سابق که تزریقات مر کور زیاد انجام می‌گرفت دیده می‌شد و اینک این قسمت از منحنی مؤید و شاهد این نظریه می‌باشد. اما تفسیر قسمت سوم که از ماه پانزدهم در منحنی مقدار راژین رو باز دیاد گذاشته و بالاخره در ماه بیست و چهارم پس از یک دوره معالجه طولانی و ممتد در صورتیکه ۲۶ میلیون و بیست و چهار صد هزار واحد پنادور بیمار تزریق شد. و در عین حال در دوره ونیم بیسموت بدل و مقداری مر کور نیز برای بیمار تجویز شده، تازه پس از دو سال مقدار راژین سرم بیمار در حدود راژین قبل از درمان است خیلی جالب بوده و موردی از واکنش‌های ایری‌داکتیبل (۱) سرولوژی است که اینک تحت عنوان واسرمن غیر قابل تخفیف مورد بحث قرار می‌دهیم.

عنوان واسرمن غیر قابل تخفیف سابقاً بیماران داده می‌شد که با وجود درمان‌های شدید و متمادی نتیجه واسرمن آنها، همچنان مثبت باقی می‌ماند. اما چون این بیماران در عین حال دارای آزمایش‌های فلو کولاسیون با نتیجه مثبت هستند بنابراین بهتر است به آنها عنوان «بیماران دارای راژین غیر قابل تخفیف» داده شود بطوریکه عده‌ای از کارشناسان نشان داده‌اند عنوان مثبت پایدار یک اسم یادداشتی است زیرا اگر راژین سرم گروهی از این بیماران را در جریان معالجه بوسیله آزمایش کالیتاتیف معلوم کنیم خواهیم دید که برخی از این بیماران مانند منحنی A در شکل ۳ در جریان ماهها و سالها راژین آنها ثابت مانده در صورتیکه راژین گروه دیگری مرتباً به آهستگی در جریان درمان پائین می‌آید ولی در عین حال آزمایش کالیتاتیف پیوسته حالت مثبت را نشان می‌دهند «منحنی B شکل ۳» بعضی از این بیماران اتفاقاً رآکسیون نشان منفی شده و برای همیشه نیز منفی مانده است ولی عده بیشتری از آنها با دارا بودن راژین کم

دارای واکنش مثبت پایدار بوده اند و همينگونه سرماهای کم را زین است که اگر در جریان هفته ها و یا ماهها از خونشان آزمایش بعمل آید نتایج آزمایش بعضی اوقات مثبت، زمانی مشکوک، هنگامی منفی و بالاخره گاهی مثبت خیلی ضعیف را نشان میدهد و یا اگر باروش های مختلف همان سرم در يك روز امتحان شود پیوسته همان نتایج متضاد را بدست خواهد داد اینگونه بیمار اند که پیوسته اسباب خیال خود و پزشک معالج بوده هر روز بيك طبیب مراجعه و هر زمان به آزمایشگاهی رو آورده، به پزشک و آزمایشگاه



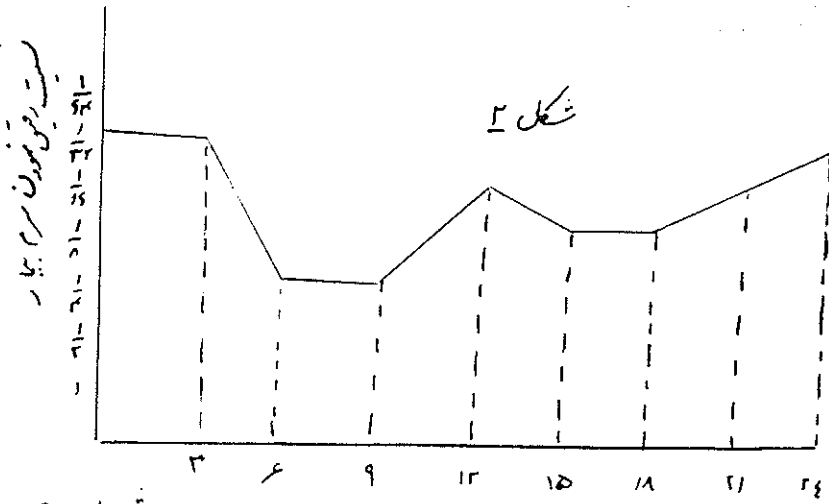
نمونی سردی در وقت سحر
 در میان آزمایش بر حسب برشته ۵۰
 مربوط به آزمایش کانتیفاتیف روش M.C.F

بدین شده، در اثر ناراحتی روحی عده ای از آنها دچار پسیکوز و مایخولیا شده، گاهی ممکن است دست بخود کشی بزنند. بعلاوه تضاد نتیجه آزمایش ها اینگونه بیمار را از نظر رهائی بیماری کوفت قانع نکرده و غالباً طبیب معالج نیز در اینگونه موارد آزمایش مثبت سرم را به تنهایی مدرک عدم درمان مریض قرار میدهند و غالباً اینگونه مرضی سبب اختلافات و مناقشات فنی بین متصدیان آزمایشگاهی میگردد چندین دلیل برای ادامه این حالت مثبت میتوان بیان داشت از جمله برخی

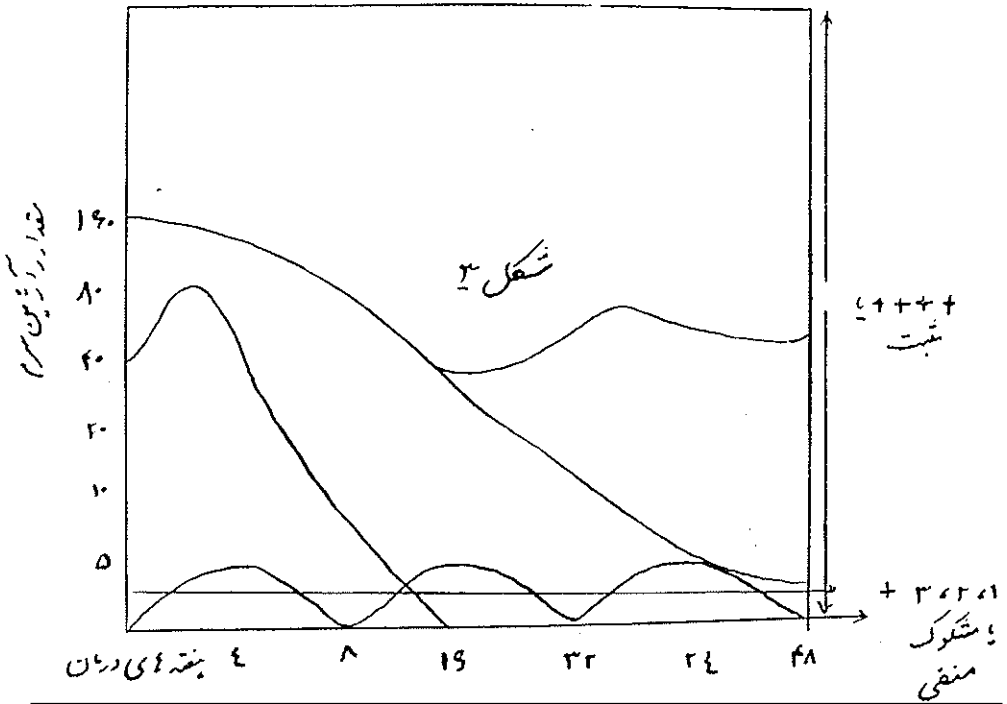
تصور میکنند که درمان بخودی خود سبب پیدایش ر آژین است. برخی دیگر چنین می‌پندارند که اصولاً پیمش از شروع درمان ر آژین در بدن اینگونه بیماران وجود داشته است و بنابراین پس از درمان همان ر آژین است که بازهم مانند پیش در خون وجود دارد حتی بفرض آنکه عامل بیماری بر اثر درمان کاملاً از بین رفته باشد. در اینگونه موارد میتوان حالت مثبت را عیناً با واکنش ویدال مثبت که پس از مایه کوبی پیدامیشود تشبیه نمود و بطوریکه معلوم است این کیفیت بخودی خور دلیل وجود حالت ایمنی است و لزوم درمان حصبه را ایجاب نمینماید، علاوه از اینها این واکنش‌های مثبت ممکن است نشانه وجود کانون کوچکی از انفکسیون باشد که ر آژین از آن ترشح شده و در خون میریزد و مجموعه قرائنی که در دست است نشان میدهد که تفسیر یاد شده اخیر بدلائلی که زیلانگاشته میشود صحیح تر است.

۱- برخی از کارشناسان نتوانسته‌اند بوسیله تزریق مواد آرسنیک حالت مثبت ایجاد نمایند از این گذشته بیماران دوره اول سیفیلیس که بلافاصله مورد درمان قرار میگیرند ر آکسیون خونشان منفی میشود و حتی از ۳ تا ۴ ماه بعد که معالجه ادامه پیدا کند حالت منفی همچنان باقی میماند.

۲- قرائنی در دست نیست که بر طبق آنها چنین اقامه نمود که میزان ر آژین سرم در اشخاصی که واقعا عفونت سیفیلیسی نداشته‌اند بیک میزان همواره باقی ماند در اینجا باید یاد آوری کرد سرم بیمارانی که در چارسیفیلیس دوره اول هستند ممکن است ۰.۰۴ برابر ر آژین بیشتری نسبت به آنچه ر آکسیون مثبت نشان میدهد داشته باشند و البته بر اثر معالجه و از میان رفتن کانون سیفیلیسی گاه در جریان ۲ یا ۴ هفته مقدار ر آژین کاملاً از میان میرود. البته میدانیم بر اثر مایه کوبی بانسان یا حیوان بوسیله میکروب‌های کشته آنتی کور در خون پیدامیشود که ممکن است ماهها و سالها بماند ولی اگر این آنتی کورها تعیین عیار گردند معلوم میشود که بتدریج از میزان اولیه پائین افتاده و بالاخره بصفر میرسد در صورتیکه در اشخاص واسرمن پایدار مقدار ر آژین کم و بیش ثابت است حتی پس از



منحنی سه روتوزید B مربوط به آزمایش کانتینف سرم همان بیمار باروش V.D.R.L دران درآزمایش برحسب هر سه ماه



معالجات ممتد و شدید و حتی بر اثر تناوب معالجه افزایش نیز پیدامیکنند .

۳- مسلماً این موضوع يك اتفاق نیست که بیمار واسرمن پایدار عموماً مبتلا به سیفیلیس دوره سوم است و در این قبیل بیماران است که درمان سرو لوژیکی بادشواریهائی مواجه میشود از این گذشته تعداد بالنسبه زیادی از بیماران واسرمن پایدار باختلالات عصبی، قلبی و احشائی دچار هستند راجع باینکه در باره بیماران واسرمن پایدار چگونه باید عمل نمود خود مسئله مشکل و بغرنجی است که بحث آن در این مقاله باعث اطاله کلام میشود و بطور شایسته نمیتوان آنرا مورد تفسیر قرار داد ولی بطور مختصر میتوان گفت که برخی از کارشناسان بیماران واسرمن پایدار را که مبتلا به عوارض پوستی-استخوانی قلبی و عروقی و یا مغزی و بطور کلی سیفیلیس های مادرزادی وارثی بوده اند با درمانهای شایسته ، واسرمن آنها را کاملاً منفی نموده اند بنا بر این میتوان گفت حالت مثبت پایدار ظاهراً موضوع قابل گذشتی است و بخودی خود ادامه و یا شدت درمان را ایجاب نمیکند با وجود این نسبت به بیماران که دچار عوارض اولیه و یا عوارض دوره سوم بیماری باشند و حالت مثبت پایدار در آنها باشد موضوع امتحانات کلینیکی دقیق را ایجاب میکند علاوه بایده مایع نخاعی اینگونه بیماران امتحان بشود تا عوارض استخوانی، قلبی، عروقی و عصبی از لوجه درمان حذف گردد .

از اینکه بیمار این ابرو و اسیون با وجود توصیه های لازم حاضر نشده است از مایع نخاعش آزمایش های لازم بشود جای تأسف است ولی نظر باینکه هنوز رشته معالجه راقطع نکرده، آرزو مند است که برای تکمیل این مقاله جهت علاقمندان به بررسی آزمایشگاهی و سرم شناسی سیفیلیس ، بعداً این آزمایش نیز بعمل آید و نتایج آن در شماره های بعد درج گردد .