

نامه ماآمانه
دانشکده پزشکی
بهیت تحریریه

دکتر محمد حسن مانی
دکتر محمد علی ملکی
دکتر حسن میردامادی
دکتر ابوالقاسم نجم آبادی

دکتر محمود سیاسی
دکتر جهان شاه صاحب
دکتر صادق عزیزی
دکتر محمد فریب
رئیس بهیت تحریریه - دکتر جهان شاه صاحب
مدیر داخلی - دکتر محمد بهشتی

دکتر محمد حسین ادریس
دکتر ناصر انصاری
دکتر محمد بهشتی
دکتر حسین سهراب

شماره دوم

آبان ماه ۱۳۴۳

سال دوازدهم

يك مورد بیماری روماتیسمال همراه با تظاهرات
قلبی - مغزی - ریوی - جنبی و غده تیروئید که با
تجویز کورتون بهبودی کامل یافته است

تگارش

دکتر بیوک فرور
دستیار بیمارستان پهلوی

دکتر منوچهر اقبال
استاد و رئیس بخش بیماریهای عفونی

کشف کورتون از نظر بالینی مدیون هنج (۱) و از نظر تکنیک بیوشیمیک
مرهون زحمات کندال (۲) است .
کورتون یا کورتیزون از کورتیکوسورنال استخراج شده و کمپلکس E
نامیده میشود (۱۷ هیدروکسی ۱۱ دهیدرو کورتیکوسترون) . در آزمایشگاه مرک
امریکا سارت (۳) بطور صنعتی موفق بساختن این ماده شد ولی روش این کار
خیلی مشکل و پیچیده است .

راجع به مکانیسم اثر کورتیزون در روماتیسم عقاید مختلفی موجود و هنوز اظهار نظر قطعی در این باره نشده است بعضی معتقدند که « شاید عوامل اتیولوژیک روماتیسم التهابی بعلت بی نظمی در دستگاه هیپوفیز و سورنال (۱) روی مفاصل تأثیر مینماید بطوریکه بدکاری (۲) این دستگاه هیپرپلازی نسج همبند را ایجاد نموده و استعمال کورتیزون در واقع این بی نظمی و بدکاری را اصلاح مینماید. » بعلاوه برای این هورمون یک اثر غیرمستقیم نیز قائلند و آن تأثیر روی هورمونهای بدن است و بهمین ترتیب علت سقوط سرعت سدیمانتاسیون را در جریان درمان با این هورمون تفسیر و تعبیر مینمایند.

نکته ای که در این مقاله مورد نظر ما است تأثیر این هورمون روی عوارض روماتیسم حاد مفصلی و بخصوص عوارض قلبی آنست زیرا گواینکه هورمونوترابی کورتیکوسورنال بالاخره ما را بیک درمان جدی روماتیسم قلبی امیدوار نموده است ولی عقاید در این باب بقدری متضاد و متشکست است که هر گونه اظهار نظر قطعی را مشکل مینماید و در واقع بایستی تجربیات شخصی و مشاهدات بالینی را فعلاً ملاک عمل قرار داد. قدر مسلم این است که اثر درمانی سالیسیلات روی تظاهرات قلبی بیماری بویو (۳) خیلی مشکوک بوده و بعقیده دانشمندان متخصص امراض کودکان عملاً این درمان بی نتیجه است.

آمارهای دقیقی توسط پرفسور کوست (۴) دبره (۵) موزیکونا کسی (۶) و کارامانیان (۷) تهیه و گزارش شده و اوری (۸) در این باب رساله نفیسی تحت راهنمایی کوست نوشته است. معیناً مشکل است بیلان دقیقی از نتایج هورمونوترابی تهیه نمود و با وجود کارهای متعددی که بعمل آمده (تنها ۷۵ مورد در تحقیقات اخیر انجمن متخصصین بیماریهای قلب آمریکا (۹) و شورای کوشهای پزشکی (۱۰) که هیچجده مرکز

۱ - hypophyso - surréalien

۲ - dysfonctionnement

۳ - Bouillaud

۴ - Cost

۵ - Debré

۶ - Mozziconacci

۷ - Caramanian

۸ - Oury

۹ - American Heart Association

۱۰ - Medical research council

تحقیق در کشورهای انگلیسی زبان عضو آند گزارش داده شده است) معهنا هنوز حصول نتایج قطعی مقدور نگردیده است.

بطوریکه باید گفت تنوع اشکال بالینی و تکاملی روماتیسم قلبی، پیشرفت بطئی و تجدید فعالیت آن که در طی سالهای متمادی ممکنست پیش بیاید هر گونه قضاوت عجولانه را نسبت بارزش درمان تازه بی اعتبار میسازد.

معهنا لازم است نتیجه مطالعاتی را که تا امروز در باب تأثیر کورتیزون روی روماتیسم حاد مفصلی و عوارض آن بعمل آمده است مختصراً تذکر داد:

اثر درمان هورمونال بر علائم غیر قلبی بیماری - تب در مقابل درمان با کورتیزون خیلی حساس بوده و این تأثیر بقدری روشن است که هر تبی که در مقابل این درمان مقاومت نماید از نظر احتیاط بایستی برای آن علت دیگری جستجو نمود. البته بدون اینکه صریحاً تشخیص بیماری بویورارد نمایم.

توأم با تخفیف تب سایر علائم (عرق - رنگ پریدگی - بی اشتهائی) نیز بهبودی یافته و در اشکال سخت بیماری - بهت و کم خونی از بین میرود، اشتها بحال عادی برگشته و وزن بیمار زیاد میشود.

راجع باصلاح تاکی کاردی و برگشت منحنی نبض بحال طبیعی عقاید مختلف است گاهی اصلاح تعداد ضربانات نبض در حدود سه هفته طول میکشد و گاهی در کمتر از پنج روز برگشت تعداد ضربانات نبض بحال عادی مشاهده شده (هنچ).

آرتراژیها معمولاً زود از بین میرود ولی ورمهای مفصلی سمج و پایدارند. اریتمهای (۱) روماتیسمی در عرض ۲۴ تا ۴۸ ساعت بر طرف میشود.

در مشاهده اتیکه توسط کوست و اوری بعمل آمده اثر هورمونوترابی روی علائم غیر قلبی نامبرده در فوق ثابت بوده است.

اثر درمان هورمونی بر علائم ایولوژیکی بیماری - در اینجا نکته قابل

توجه تأثیر درمان بر سرعت رسوب گلوبولی و تست فیبرینوژن خون و ائوزینوفیلی است.

در باب تغییرات مربوط به سرعت رسوب گلوبولی نتیجه تحقیقات اینست که بر اثر درمان هورمونال سرعت رسوب گلوبولی در مدتی کوتاه تر از دوره درمان با سالیسیلات پائین آمده طبیعی میشود. تخفیف سریع فیبرینمی (۱) که گاهی در عرض چند روز به هفت الی هشت گرم و حتی به سه گرم در لیتر رسیده باعث تعجب بوده است. تعیین ائوزینوفیلی و بخصوص تست تورن (۲) را بایستی حتماً عملی نمود. فرض بر اینست که استعمال هورمون را بایستی ادامه داد مگر ائوزینوفیلی به مقدار کافی در خون برسد.

علاوه نکاتی که برای ما در درمان روماتیسم حاد مفصلی مهم و جالب توجه است سه نکته زیر میباشد:

- ۱ - آیا میتوان ضایعات قلبی را اصلاح نمود؟
- ۲ - آیا میتوان از عوارض پایدار قلبی (۳) جلوگیری کرد؟
- ۳ - آیا میتوان بطور قطعی و همیشگی و بالا اقل برای مدت معینی سیر تکاملی مرض بویو را متوقف ساخت؟

۱ - اثر درمان هورمونی بر تظاهرات قلبی بیماری بویو - تجربیاتی که توسط پرفسور کوست و همکارانش در این باب بعمل آمده نتایج زیر را داده است: تأثیر کورتیزون و A. C. T. H. روی پریکاردیت روماتیسمی غیر قابل بحث است. مالش پرده خارجی قلب (۴) معمولاً در مدت کمتر از یک هفته از بین میرود. بهبود و اصلاح عظم قلب (۵) گاهی چندین روز و غالب اوقات دو یا سه هفته وقت لازم دارد. کوچک شدن قلب ابتدا به سرعت شروع شده ولی قلب بکنندی بحجم طبیعی میرسد. علائم الکتریکی پریکاردیت پس از مدتی از میان میرود (شش الی ده هفته در هفت مورد).

بعقیده کوست اگرچه تفسیر علائم فیزیکی در اثبات بهبودی پریکاردیت ساده روماتیسمی آسان است ولی بهبودی روماتیسمهای سخت قلبی بایستی با شك و تردید تلقی گردد.

۱ - fibrinémie

۲ - Thorn

۳ - séquelle cardiaque

۴ - frottement péricardique

۵ - cardiomégalie

از بین رفتن صدای چهار نعل (۱) و علائم محیطی عدم کفایت قلبی در مواردی چند مشاهده گردیده و حتی نزد پاره‌ای از بیماران تا بلوی عدم کفایت قلبی یعنی تنگی نفس شدید، ترشح جنبی دو طرفی، هپاتومگالی دردناک، اولیگوری شدید و گاهی خیزاندام تحتانی قبل از درمان، کامل بوده است. پس باید قبول کرد که بهبودی میو کاردیت لا اقل در بعضی موارد میسر است. اصلاح سریع موج P. R. که در میو کاردیت طولانی است این عقیده را تأیید میکند حتی در يك مورد خطرناک طولانی شدن تدریجی موج P. R. اصلاح گردید و این علامت است که گر نه (۲) و ژولی (۳) سابقاً آنرا خطرناک میدانستند.

نکته قابل توجه اینکه در مواردی که کاردیومگالی نسبت به معالجه هورمونال سماجت نشان میدهد ولی از لحاظ عملی مریض ناراحتی مهمی ندارد اینطور تصور میشود که در نتیجه درمان بهبود مختصر و جزئی در میو کاردیت حاصل شده ولی پریکاردیت چندان تغییری نمینماید بنابراین اصلاح بیشتر در اتساع بطنی بعمل میآید. در مورد آندو کاردیت اظهار نظر تاحدی مشکل است. مسلماً درمان آندو کاردیت مزمن با کورتیزون عملی نیست. نکته دیگر اینکه اثبات وجود آندو کاردیت روماتیسمی جدید اغلب مشکل است. موضوعی که باید همیشه در درمان عوارض قلبی بیماریهای بویو در نظر گرفته شود وضع قلب پیش از ابتلاء بحمله پیشرونده روماتیسم است و همچنین طول مدت این حمله تکاملی (۴) قبل از شروع هورمونوترابی نیز مهم است. در حقیقت ضایعات جدید اکسوداتیو (۵) در مقابل درمان خیلی حساسترند تا ضایعات لیفی و تصلبی دیررس. بنابراین زود شروع کردن معالجه از عوامل بسیار مهم موفقیت میباشد.

در مواردی که اخیراً توسط دبره موزیکونسا کسی و کارامانیان منتشر شده و چهل بیمار مبتلا بعارضه قلبی روماتیسمی را تحت درمان با کورتیزون و A. C. T. H. قرار داده اند بطور خلاصه نتیجه باین شرح بوده است: تمام کاردیت‌هایی (۶)

- ۱ - gallop ۲ - Grenet ۳ - Joli
 ۴ - Poussée évolutive ۵ - exudative ۶ - Cardites

که بدرمان سالیسیله و هپارین مقاوم بوده اند با هورمونوترایی بطور واضح پاسخ مثبت داده بهبودی یافته اند. درد و مورد خیز ریوی مهمی وجود داشته و با خلط هموپتوئیک (۱) همراه بوده و هورمونوترایی بدون استفاده از مقویات قلب آنرا بهبود کامل بخشیده است.

در يك دسته ۲۹ نفری دیگر اغلب اوقات سوفلهای قلبی ثابت و بدون تغییر مانده اند. تنها سوفلهائی که از بین رفته اند سوفلهای سیستولیک نوک قلب بوده که بدون تردید مر بوط با اتساع قلب بوده است. هرگز در جریان درمان ضایعه دریچه ای تازه ای پیش نیامده است. بهبودیهای حاصله در کلیه بیماران با استثنای دو نفر بطور ثابت باقیمانده است.

نویسندگان مزبور پس از تجربیات فوق الذکر مینویسند « اثر هورمونها را در درمان حملات تکاملی روماتیسم قلبی نمیتوان انکار نموده ».

عده دیگر عقیده دارند که فایده اصلی و اساسی هورمونها در تأثیر آنها در جریان اشکال بدخیم و خطرناک بیماری که خطر حیاتی دارند واضح میشود.

ماری (۲) در آمار خود شانزده مورد تورم دریچه ای قلب (۳) را در نظر گرفته و اظهار عقیده کرده است که « علائم سمعی در چهارده مورد برقرار مانده يك سوفل سیستولیک از بین رفته و شدت دیگری کمتر شده و این نویسندگان قبول میکنند که سوفلهای عضوی تشکیل شده (۴) با وجود درمان هورمونال غیر قابل تغییرند (۵) ».

نویسندگان آمریکائی هم نظرشان همین است و تأثیر هورمونوترایی کورتیکو-

سورنال را در کاردیت با احتیاط تلقی مینمایند. در انگلستان با اینکه بعضیها نسبت

باین موضوع خوش بین بودند معینا در کنفرانس ۱۹۵۱ بی واترز (۶) بی اثر بودن

کورتیزون و کورتیکواستیهولین را روی ضایعه قلبی تند کرده و اخیراً چمبرلین (۷)

های (۸) و فریمان (۹) دوازده مورد کاردیت روماتیسمی گزارش داده اند که با آنها

۱ - hémoptoïque ۲ - J. Marie ۳ - Valvulite

۴ - souffles organiques consitués ۵ - irréversible

۶ - Bywaters ۷ - Chamberlin ۸ - Hay ۹ - Freeman

کورتیزون تجویز شده سه نفر آنها در شکل خیلی خطرناک فوت نموده و هورمون نتوانسته از آن جلوگیری نماید و در نه مورد سیر تکاملی مرض قلبی، کورتیزون اثر واضحی در آنها نکرده است.

با این عقاید ضد و نقیض که نویسندگان اظهار نموده اند تعبیر موضوع مشکل است. بنظر ما چنین می آید که قلب که عضوی است دارای حرکات دائمی در مقابل درمان آنتی فلورستیک يك هدف غیر ثابتی است و از طرف دیگر طول مرحله ای که ضایعات ایجاد میشود خیلی کوتاه است یعنی ضایعات قلبی خیلی سرعت ایجاد میشوند. بنابراین و باین دو دلیل باید خیلی زود و با مقادیر قوی درمان حمله ای را شروع کرد.

۲ - جلوگیری از عوارض پایدار قلبی - پس از تجربیات متعدد نتیجه این شده است که از عوارض پایدار قلبی میتوان جلوگیری نمود بشرطیکه درمان زودرس قبل از ایجاد ضایعه قلبی و یا در مرحله اولیه آن انجام بگیرد و چون تشکیل ضایعات دریچه ای (تنگی میترال و مخصوصاً تنگی آئورت) خیلی بآرامی صورت میگیرد نتیجه گرفتن از درمان میسر خواهد بود.

۳ - آیا میتوان بوسیله هورمونوتراپی دوره و مدت معمولی مرحله حاد بیماری بویو را کوتاه نمود؟ - با وجود عقاید متعدد و متفاوت میتوان این نتیجه را گرفت که هورمونوتراپی نمیتواند دوره حاد این بیماری را که شش الی دوازده هفته طول میکشد کوتاه تر نماید و اگر تخفیفی در علائم دیده میشود در واقع فقط روی آنها پوشیده میشود (۱).

شرح حال بیمار

اینک شرح حال بیماری که مبتلا بروماتیسم حاد مفصلی توأم با عوارض فوق-العاده خطرناک بود و در بخش عفونی بیمارستان پهلوی با کورتون درمان شده است توضیح داده میشود.

حسن فرزند حسین شانزده ساله شغل محصل اهل تهران بعلت درد و تورم مفاصل زانو، مچ پا و دست، آرنج و تب و ناراحتی قلبی در تاریخ ۲۶/۹/۳۱ به بخش عفونی مراجعه

و بستری گردید. سه روز پیش که بیمار به مدرسه میرفته احساس گلو درد مختصری مینماید سپس تب کرده و درد مفاصل پیش میاید. تورم و بخصوص درد مفاصل شدید بوده زانو، میچ پا و دست، آرنج و حتی مفاصل کف دستی - بند انگشتی (۱) را گرفته سپس ناراحتی قلبی هم عارض میشود.

از نظر سوابق: در سه سال پیش در فصل تابستان بیمار پس از آب تنی های مکرر و طولانی به روماتیسم حاد مفصلی مبتلا میشود که مدت چهار روز بستری شده و با مداوا بهبودی مییابد. دو ماه بعد که مریض به مدرسه میرفته در جریان بازی فوتبال زمین میخورد و از فردای آنروز مادرش حرکاتی شبیه حرکات داء الرقص (۲) در نیمه راست بدن طفل مشاهده مینماید و بهمین سبب به بیمارستان کودکان (بنگاه نیکوکاری) مراجعه و بستری میشود با تشخیص همی کوره (۳). پس از دو هفته استراحت و درمان با بهبودی نسبی از بیمارستان مرخص میشود ولی مفاصل بیمار متورم و دو ماه دیگر بیمار در منزل بستری و قادر به حرکت نبوده است سپس بطور سرپائی بیمارستان بازرگانان مراجعه و بالاخره با معالجات زیاد بهبودی مییابد.

در سال تحصیلی ۳۰-۳۱ از ابتدا تا انتهای آنسال به مدرسه میرفته و حالش خوب بوده است. سال بعد (۳۱-۳۲) از مهرماه تا ۳۱/۹/۲۴ یعنی سه روز پیش از بستری شدن در بخش عفونی مشغول تحصیل بوده ولی برای بار سوم درد و تورم مفاصل گریبانگیرش میشود.

در معاینه - مفاصل زانوی او متورم و فوق العاده دردناک است مفاصل میچ دست و بند انگشتان نیز بهمین منوال گرفتار میباشد تب ۵/۰، سو فل سیستولیک در نوک قلب موجود و تا زیر بغل انتشار دارد. شوک آندوم (۴) شدید موجود، تعداد ضربانات نبض ۱۲۵ در دقیقه ولی منظم و فشار خون ۹ و ۷ است. قاعده ریتین در دق مات و در سمع رالهای احتقانی بگوش میرسد.

در نگاه - بزرگی غده تیروئید جلب نظر مینماید. این بزرگی غده همزمان

۱ - métacarpo-phalangienn ۲ - Chorée

۳ - hémichorée ۴ - choc en dôme

با بروز تب و ناراحتی مفصلی بوده است .

ابتدا بیمار را تحت درمان با ژانتیزات دوسدیم (۱) با مقادیر قوی قرار دادیم مدت سه روز این درمان بدون کمترین تأثیر ادامه داشت . از روز چهارم سالیسیلات دوسدیم از راه خوراکی و تزریقی با مقادیر کافی تجویز گردید و یک هفته ادامه داشت درجه حرارت بین ۳۷ و ۳۸ نوسان میکرد و لیکن کوچکترین بهبودی در علائم مفصلی ایجاد نگردید .

روز یازدهم از بستری شدن تب مجدداً تا ۳۹/۵ بالا رفت ؛ هذیان و تحریکات شدید مراکز مغزی و هیجان فوق العاده زیادی گریبانگیر او گشت بنحویکه بیمار قادر بدادن کمترین حرکت پاهای رنجور خود نبود و حتی اجازه نمیداد کوچکترین ملامسه و معاینه از زانوهای متورم فوق العاده دردناکش بعمل آید ناگهان روی تخت خواب خود سر با ایستاده و حتی میخواست خود را به پائین پرت کند . هذیان شدیدتر شد داروهای مسکن و منوم کارگر نیفتاد .

در معاینه ریتین يك کانون پنومونی در قاعده ریه چپ کشف گردید (ماتیتة ، سوفل توپر واضح و درد فوق العاده شدید این ناحیه) .

در امتحان قلب پانکاردیت کاملاً واضح مشهود گردید (فروتمان پریکارد ، کرشدن صداها ، نزدیک شدن فشار خون ماگزیم و مینیم (۲) ، سقوط فشار خون و تاکیکاردی) . تجویز پنی سیلین و سالیسیلات دوسود و ژانتیزات دوسدیم تأثیری در وضع بیمار نبخشید و تخفیفی در تب بیمار که به ۴۰ درجه رسیده بود نداد .

در این موقع که تقریباً امید ما بیأس مبدل شده بود ب فکر استفاده از کورتون افتادیم . از قرص های ۲۵ میلی گرمی کورتون (مـرک آمریکا) بشرح زیر به بیمار تجویز گردید :

روز اول	۳۰۰ میلی گرم	- هر هشت ساعت	چهار قرص ۲۵ میلی گرمی
روز دوم	۲۰۰ « «	- هر دو ا ز ده ساعت	« « « «
روز سوم	۱۰۰ « «	- چهار قرص ۲۵ میلی گرمی	در يك بار
روز چهارم	« « «	- « « « «	« « « «

روز پنجم ۱۰۰ میلی گرم - چهار قرص ۲۵ میلی گرمی در یک بار
 روز ششم « « « - « « «
 روز هفتم « « « - « « «

بعرض تجویز اولین مقدار دارو (۳۰۰ میلی گرم روز اول) تأثیر واضحی در حال عمومی و وضع بیمار ایجاد گردید. درجه حرارت از روز بعد از ۳۹/۵ به ۳۶/۸ پائین آمد، حال عمومی بیمار بهتر شد غده تیروئید کوچکتر شده علائم عصبی و روحی، علائم ریوی و مالش پریکارد در عرض سه الی چهار روز بتدریج برطرف گردید. اشتها بحال طبیعی برگشت، سقوط تب تا سه روز از شروع درمان ادامه داشت ولی روز چهارم دوباره درجه حرارت تا ۳۸/۵ بالا رفت سپس مجدداً بتدریج سقوط تب شروع شد روز هفتم درمان هورمونال درجه حرارت عادی شد. بنظر مساعلت صعود مجدد تب دیر دادن دارو توسط پرستار بود که هشت ساعت از وقت معین تأخیر شده بود. روز هشتم و نهم درمان مقدار دارو به ۷۵ میلی گرم در روز تنزل داده شد ولی تب مجدداً بالا رفت و تا ۳۹ درجه رسید. روزهای دهم و یازدهم و دوازدهم روزانه ۱۰۰ میلی گرم در یکبار مجدداً تجویز گردید معینا نوسان تب بین ۳۷ و ۳۹ ادامه داشت.

از روز سیزدهم چهار قرص ۲۵ میلی گرمی کورتون که تا آنروز یکبار تجویز میشد با مقادیر منقسم (۱) هر شش ساعت یک قرص تجویز شد و بالنتیجه درجه حرارت بحال طبیعی برگشته حال عمومی بیمار اصلاح گردید. روز شانزدهم مقدار دارو به ۷۵ میلی گرم تقلیل داده شده و تب مجدداً تا ۳۷/۵ بالا رفت و حتی روز هجدهم تا ۳۹/۴ صعود کرد ولی با ادامه سه روزه درمان، تب بکلی قطع شد و حال عمومی نیز کاملاً اصلاح گردید.

نکته قابل توجه اینکه در جریان درمان با کورتون مختصری خیز در اندام تحتانی و صورت بیمار پدید آمد ولی پس از قطع درمان از بین رفت.

وضع کلیه بیمار مرتباً با تجزیه های مکرر و روزانه ادرار بازرسی میشد و همچنین ترشح ۲۴ ساعت کلیه ها (دیورز) (۲) نیز بازرسی میگردد و فقط یکی دوروز

در جریان درمان با کورتون آلبومین مختصری در ادرار موجود ولی دیورز مرتب و طبیعی بود.

سرعت رسوب گلبولی که روز پس از ورود بیمار بیمارستان ۶۵ میلیمتر در ساعت اول بود روز دهم درمان هورمونال به ۱۸ میلیمتر رسید و پس از خاتمه دوره درمان بیست روزه با کورتون سدیم انتاسیون به ۵ میلیمتر در ساعت رسید.

فورمول لکوسیتر و شمارش گلبولی: در روز های اول بستری شدن بیمار هیپرلکوسیتوز و پولی نوکلیتوز وجود داشت. انوزینوفیلی در جریان درمان با کورتون از بین رفت و فقط يك بار يك انوزینوفیل در مقابل ۳۰۰ لکوسیت دیده شده بود. هموگولتور همیشه منفی بوده است.

اینک که پس از یکسال و هشت ماه به انتشار شرح حال بیمار مزبور اقدام میشود مشارالیه کاملاً صحیح و سالم بوده از نظر حالت عمومی و وضع مفاصل کوچکترین ناراحتی ندارد. نکته جالب دقت و توجه اینکه کمترین یادگاری از عوارض قلبی حتی سوفل سیستولیک که در موقع مرخص شدن بیمار از بیمارستان داشت باقی نمانده و ضربانات قلب منظم و عادی است بطوریکه حتی امتحان الکتروکاردیوگرافی در وضعهای مختلف و همچنین امتحان پرتوشناسی کوچکترین عارضه ای در قلب نشان نمیدهد. بیمار که پیش بینی میشد ناراحتی قلبی سالها دوام داشته باشد اکنون کمترین ناراحتی عملی در خود احساس نمینماید و قوای جسمانی او خیلی پیشرفت نموده است.

بحث

بوسیله درمان با کورتیزون و A. C. T. H. میتوان سیر تظاهرات مختلف بیماری بویورا متوقف نمود. علائم عمومی و مفصلی بخصوص در مقابل درمان خیلی حساسند. سقوط سرعت رسوب گلبولهای قرمز و پائین آمدن فیبرین خون دیررس است. بین تظاهرات قلبی، پریکاردیت بطور قابل ملاحظه ای بدرمان تسلیم میشود. اغلب میوکاردیت و گاهی آندوکاردیت بهبود مییابند و همچنین میتوان سیر تکاملی حمله روماتیسم را تغییر داد.

قطعی نیست که درمان هورمونال دوره طبیعی تکاملی بیماری بویورا کوتاه

نماید ولی اگر این درمان در تمام این مرحله خطرناک ادامه پیدا نماید میتواند تمام تظاهرات را موقوف نماید. این عمل حفاظت کننده روی قلب هم اثر و عمل مینماید. زود شروع کردن درمان محتملاً از عوامل موفقیت است. در صورتیکه قبل از ظهور کاردیت یا در مرحله اولیه آن درمان شروع شود ممکنست بجلو گیری از یادگارهای قلبی امیدوار بود.

تجویز کورتون را بایستی تا قطع کامل تب و بهبود حال عمومی و از بین رفتن علائم مفصلی با مقادیر منقسم ادامه داد.

مشاهداتی هست که بیمار مدت سه الی چهار ماه تحت درمان کورتون بوده و عارضه مهمی در او دیده نشده است.

در جریان درمان با کورتون بیمار حتماً باید تحت کنترل طبی بوده و در بیمارستان بستری باشد. رژیم اوبی نمک و با سمیت کم (۱) بوده در ضمن امتحان ادرار و دیورز و توزین بیمار هر روز بعمل آید و تعداد ائوزینوفیلهای خون نیز تعیین شود.

پنی سیلینو تراپی لا اقل از راه دهان میبایستی در جریان و پس از درمان هورمونال ادامه پیدا کند. بنظر میآید که این دارو اثر مهمی در پیش گیری از عود مرض داشته باشد.

مآخذ :

1 - Cortison et cortico - stimuline (A. C. T. H) en rhumatisme
F. Coste . 1953

2 - Encyclopédie Médico - Chirurgicale (Os, articulation,
rhumatisme) 1953

3 - Traité de Médecine. Tome 17 , 1953