

سل گوشت دندان

نگارش

دکتر محمود سیاسی

استاد بیماریهای دندان و رئیس بخش جراحی دندان

نظر باینکه گوشت دندان از نسوج متراکم درست شده و بافت‌های یاخته‌ای آن که برای نمو باسیل دو کخ بسیار مناسب میباشد نسبتاً کم است باسیل مزبور بندرت در آن نفوذ میکند و سبب سل گوشت دندان میگردد. سل اصلی گوشت دندان (لثه) اغلب در کودکی یا سن بلوغ پیدا شده بندرت در پیران ظاهر میگردد. مردان بیش از زنان مستعد ابتلاء بآن هستند. مواد محرکه از قبیل توتون - سیگار - الکل و غیره آنرا تشدید مینماید. توارث نیز بجای خود حائز اهمیت است.

باسیل دو کخ از دو راه میتواند در گوشت دندان نفوذ کند یکی بواسطه تلقیح موضعی که آنرا راه مستقیم گویند و دیگری از راه خون یا لنف که آنرا راه غیر مستقیم مینامند. برای دچار ساختن لثه محل دخول میکرب لازمست و از همه بهتر راههای زیر است:

زخمیکه از فرورفتن چنگال هنگام غذا در لثه پیدا میشود - تیزی نوک دندان پوسیده - زخمهای کوفتی - زخمیکه از کشیدن دندان بر جای میماند - جراحات حاصله از اصطکاک دندانهای مصنوعی - سوختن لثه. باسیل دو کخ ممکن است از این منافذ داخل گوشت دندان شده موجب ایجاد سل گوشت دندان (سل لثه) گردد و در تمام این حالات تلقیح بنظر مستقیم میآید.

سل گوشت دندان بسه شکل کاملاً مختلف ظاهر میشود: قرچه‌های سلی - سل دانه‌ای - لوپوس یا خوره - در اینجاقط از قرچه‌های سلی لثه که بیشتر از دو شکل دیگر است و اینجانب شخصاً راجع بآن مشاهداتی دارم در بیمارستان مرکزی شهر نانسی (فرانسه) و ژنو (سوئیس) با پروفیسور ژاک وروزنتال و ژولیارد در این موضوع کار کرده‌ام و مینماید. تصور می‌رود که پرورش قرچه‌های سلی لثه اغلب پیرامون نقطه خاصی ایجاد گردد

بعضی اوقات يك زخم تنها و كاملاً واضحی مشاهده میشود و گاهی مقدار زیادی زخم وجود دارد که فضای وسیعی از بافت سالم مابین آنها قرار داشته مقروم مسکن این زخمها عموماً در ناحیه شیار لبی و لثه‌ای میباشد و سعت و عمق زخمها مختلف و قطر آنها از يك عدس تا يك دو ریالی معمولاً نازک و کمی خشن در بعضی مواقع جدا شده و گاهی چسبیده و رنگ آن بنفش نیز میباشد در بعضی مواقع کلفت و متورم بوده و کنارهایشان نابرابر و بریده میباشد زخم روی پایه کم و یا زیاد کلفت قرار گرفته که از آنجا بافت یاخته‌ای ترشح ماده ریمی (سروزیتة) مینماید اما این پایه سفتی تو مور حقیقی را ندارد. وقتی قرچه‌ها در روی چین لثه باشد اغلب اوقات بترتیب يك شکافی قرار میگيرد این شکافها عموماً غیر منظم، منشعب یا ستاره ای شکل و انمود کرده خیلی نادر است.

بعضی از دانشمندان يك شکل مخصوصی از سل گوشت دندان ذکر نموده‌اند که اخیراً در جامعه استوماتولژی پاریس ذکرى از آن نموده‌اند که پس از بدر آوردن دندان، لثه دندان کلفت شده و قرمز و گاهی بنفش میشود و فقط امتحان بافت برداری وجود ضایعات سلی را مشهود میسازد.

زخم پای سلی با آماس دژپیه همراه نبوده و این یکی از خواص مهم تشخیص است با اینهمه عده‌ای از دانشمندان در ملاحظات و مشاهدات خود بسته شدن دژپیه فوق لامی و همچنین دژپیه کاروتیدین را تذکر داده‌اند و این پیش آمد آینده بدی برای بیمار خاطر نشان کرده و ما را از انهدام اندامهای مجاور بویژه (شش) بواسطه باسیل دو کخ آگاه میسازد. در حقیقت اگر قدری دقت کنیم و مسبب و مولد بیماری را در نظر بگیریم خواهیم دید که قرچه‌های سلی در نتیجه سل ثانوی بوده و ابتداء ریه یا استخوانها و غیره مبتلا شده و بعد گوشت دندان مبتلا گردیده است.

بعد از این بررسی که آسیب شناسی بیماری بود بایستی از لحاظ بافت شناسی هم آنرا تحت بررسی قرار دهیم کناره‌ها و عمق زخم از يك پوشش گوشتی و بافت رویانی که در آن هیچگونه ضایعات خارجی دیده نمیشود فرش شده است و معمولاً خیلی کم دارای باسیل است. در زیر این پرده سطحی است که میتوان ضایعات مختص آن و همچنین

سلولهای اپیتلیالی و یاخته‌های رویانی پیدا نمود.

جراحات کمتر بطرف عمق گسترده شده و اغلب در مخاط و لایه‌های الیاف ماهیچه‌ای وجود دارد که مستقیماً زیر مخاط و بطرف سطح کشیده میشوند. باسیل کنخ‌خواه در وسط فولیکولهای سلی‌خواه در فاصله‌ای که آنها را جدا می‌سازد زیاداند همچنین اگر زخمها را تراشیده ورقه‌های نازکی از آن جدا کنیم بمقدار خیلی کم باسیل دو کنخ پیدا میشود.

دو نشانه بزرگ در قرچه‌های سلی وجود دارد یکی درد و دیگری زیاد شدن ترشح بزاق که آن بقدری است که ممکن است دو تا سه ظرف سلفدان (کراشوار) را در روز پر نماید بعلاوه بوی گند دهان بیمار و اطرافیان او را بزحمت می‌افکند. قرچه‌های موضعی علاوه بر اینکه دردهای زیادی تولید مینماید باعث ضعف قوای بیمار نیز میگردد و سبب رنج فراوان در موقع غذا خوردن و جویدن و بلعیدن خواهد بود.

قرچه‌های سلی در موقعی خطرناک است که شخص مبتلا بسل بوده حالت همگانی او نیکو نباشد این زخمها دندانها را تحریک نموده و چون دندانها مواد آهکی را از دست داده‌اند نرم شده بخودی خود ممکن است شکسته و یابفتند. بعلاوه يك شکل از زخم سلی گوشت دندان دیده شده است که باستخوان آرواره انتشار یافته و سبب انهدام لانه دندانی و استخوان فك و مردگی بافتهای دور لانه دندانی میشود رویهمرفته این زخم دارای آینده بدی خواهد بود.

صفات اصلی قرچه‌های سلی گوشت دندان عبارت از شکلهای گوناگون و بی دوام آن میباشد. زخمهائیکه بیشتر ممکن است باعث تردید و اشتباه شخص با تجربه گردد و سرطان میباشد که میتوان با روش سریعی که در زیر بان اشاره خواهد شد بزودی تشخیص را واضح نمود.

بیماریهای مورد سوء ظن عبارتند از:

۱- آماس قرچه‌ای و شامه‌ای مخاط دهان (استوماتیت اولسرومابرانوز) -

این بیماری اغلب با قرچه‌های سطحی درونی گونه همراه بوده و روی مسیریکه بشیار گونه وائنه منتهی میشود قرار گرفته بعلاوه تمام مخاط دهان سرخرنگ است در صورتیکه

در زخم سلی هیچیک از این نشانه‌ها وجود ندارد اگر با وجود این مشکوک باشیم آزمایش باکتری‌شناسی اجتماع فوزو اسپیریلرها بمانشان داده و از تردید خارج خواهد کرد.

۲- آماس جیوه‌ای مخاط دهان - در این نوع آماس مخاط دهان و لثه خون آلود و نرم و متورم است بعلاوه دهان مبتلایان بوی فلزی است که مربوط به مسمومیت دارویی یا شغلی بوده که در هیچیک از بیماریهای دیگر جز این آماس مخاط دهان وجود خارجی ندارد.

۳- تبخال - این بیماری دارای زخمهای سطحی با لبه‌های دایره‌ای شکل است و در عمق آن چرک و خون وجود دارد و آنرا میتوان بواطمه نشانه‌های زیر از قرحه های سلی تفکیک نمود. تبخال قبلا دارای آبدانک و دانه‌هایی بوده بعلاوه شدت بیماری کم و با سرعت زیادی رو به بهبودی میرود و درمان قطعی میشود از این نظر است که میتواند بخوبی ما را راهنمایی نموده از تردید خارج سازد.

۴- کوفت - بیشتر ضایعات سیفیلیسی میتواند ما را بشک بیاندازد و این ضایعات عبارتند از :

الف - شانکر کوفت - این شانکر خیلی بندرت در ناحیه لثه مشاهده میگردد بزرگی آن مثل یک سکه پنج دیناری است (یعنی بزرگی سکه یک ریالی کنونی) عمق آن از رشته‌های ماهیچه‌ای پوشیده شده که مختصر فرورفتگی داشته ولی لبه‌های آن واضح و بدون بریدگی است و کاملا بیحس است ، بعلاوه همیشه روی یک قاعده و پایه سخت غضروفی قرار داشته و قوام کارت ویزیت را دارد و با آماس دژیه زیر آرواره همراه است بعلاوه بی درد بوده و حالت همگانی بد نیست و بخودی خود خوب شده و با درمان زودتر برطرف میگردد بنابراین سیر این بیماری خیلی دور از مشی زخم سلی است اگر باز مشکوک باشیم ظهور دوره دوم کوفت تشخیص ما را ثابت نموده شبهه را برطرف خواهد ساخت .

ب - صفحات مخاطی - تا موقعیکه زخم نشده باشند نمیتوانند سبب تردید گردند زخمها اغلب نزد اشخاصی که خیلی دود میکشند و رعایت بهداشت دهان و دندان را نمی نمایند پیدا میشود این زخمها سطحی و زیاد و اگر در نقطه‌ای خوب شود در محل

دیگر باز ظاهر میگردد هیچوقت بدرد یا باز دیاد تر شیخ بزاق و همچنین بخونریزی منتهی نمیشوند اینها ضایعات ثانوی هستند که امتحان دقیق از بیمار ما را هدایت کرده و از شک بیرون میآورد. بعلاوه ریزش مو و جوشهای قرمز بدن در کوفت مشاهده میشود.

گم کوفتی در لثه مشاهده نمیشود در صورتیکه گم سلی دیده میشود.

۵- سرطان - شروع سرطان بواسطه ترکی است که بزرگ شده و ضخیم میگردد و بزودی آثار اختصاصی خود را ظاهر میسازد لبه‌های آن نامرتب سخت و کلفت و زبر بریده نبوده بیخ آن پیچ پیچ و دارای چرک و خون است و تولید جوانه‌های خاکستری یا سرخ رنگ مینماید و در موقع تحریک خون از آن جاری میگردد آماس دژ پیه‌ها در سرطان خیلی زود ظاهر میشود. وجود يك قرچه سل ریوی نمیتواند بهیچ وجه ظن ما را درباره سرطان باطل نماید سل ملجأ و مأمن سرطان نیست و همین قسم کوفت ملجأ و مأمن سل نمیباشد.

ضایعات مجاور از قبیل نقاط زرد دارای اهمیت در تشخیص نیست چون بندرت در ناحیه قرچه‌های سلی لثه وجود دارد.

سرطان اغلب دارای قرچه است در صورتیکه اگر بمقدار زیادی قرچه‌ها وجود داشته باشد ممکن است سروکار ما با ضایعات سلی باشد با وجود این نباید فراموش کرد که هر زخمی از هر اصلی باشد امکان سرطان شدن را میتواند پیدا نماید. درمان: درمان قرچه‌های سلی شامل سه قسمت میباشد معالجه موضعی - معالجه عمومی معالجه ممزوج یا مختلط.

۱- معالجه موضعی عبارتست از معدوم نمودن قرچه و از بین بردن باسیل و استعمال ادویه بیحس کننده است.

انهدام قرچه را بوسیله نیشتر و یا ترومو کوتر و یا گالوانو کوتر و یا بوسیله اسید کربنیک و یا نیترات دارژان و یا استعمال اسید پیرو گالیک انجام میدهند ولی این طریقه‌ها تا اندازه‌ای امروزه متروک شده است.

محو باسیل بواسطه ضد عفونیهای شیمیائی از قبیل اسید فنیک، ید، ریدو فرم،

انتل، اسیدلاکتیک و اسیدتری کلر استیک انجام میشود ولی کلرور دوزنگ و پرمنگنات دوپتاس و محلول سوبلیمه را نباید استعمال نمود زیرا اثر دارویی آنها کم است استعمال اتر بنزیل سینامیک هم مفید است طریقه‌های فیزیکی از قبیل اشعه مجهوله و اشعه ماوراء بنفش نیز مفید است.

علاج با ادویه بیحس کننده در صورتی مفید است که سل مزمن بوده و درد و الم بیمار کم شود کوکائین و لودانم ممزوج با ضد عفونیها مفید است.

۲- معالجه عمومی - داروهاییکه برای تداوی عمومی بکار میروند از قبیل کالسیم، ارسنیک، فسفر بر ضایعات اثری ندارد ولی برای حالت عمومی بدن مفید واقع میشود این معالجات عمومی باید با درمان موضعی توأم باشد زیرا بتنهائی نمیتواند قرحه‌های سلی لثه را از بین ببرد.

۳- معالجه ممزوج یا مختلط - این معالجه با (ید) است که طبق روش پفانستیل بیمار روزی سه گرم یدور دوسدیم میخورد و یا طبق روش ژاک روزی دو گرام یدور. دوپتاسیم جذب مینماید و در نتیجه ید نوزاد حاصل میشود این ید در سطح ضایعات متصاعد گردیده هم حالت عمومی را تداوی میکند و هم بر قرحه‌های موضعی اثر نیکو دارد و بطور شربت آنرا استعمال میکنند باید دانستکه این روش اخیر معالجه بیشتر در اشخاصی مؤثر است که فقط بقرحه‌های سلی لثه مبتلا میباشند و حالت عمومی آنها رضایتبخش است.

مأخذ و مدارك

- ۱- توماس - ضایعات سلی حفره دهان سن لوئی ممالک متحده امریکا ۱۹۵۰
- ۲- ژاک - درمان زخمهای سلی دهان و گلو مجله پرس مدیکال شماره ۲۰ سال ۱۹۰۶
- ۳- دکتر ژوایار - قرحه‌های دهانی در سل ریوی
- ۴- دکتر روا - لوپوس اولیه لثه مجله ادونتولوژی ۳۰ ژانویه ۱۹۲۸
- ۵- دکتر روزنتال (ارمان) - سل زبان پایان نامه نانسی ۱۹۲۵
- ۶- دکتر محمودسیاسی - سل لثه پایان نامه ژنو ۱۹۳۵