

# نامه مالانہ دانشکده پزشکی

## هیئت تحریریه :

دکتر ناصر انصاری	دکتر یحیی عدل	دکتر حسین گل کلاب
دکتر محمد بهشتی	دکتر صادق عزیزی	دکتر محمد علی ملکی
دکتر محمود سیاسی	دکتر محمد فریب	دکتر حسن میر دامادی
دکتر جهان شاه صالح	دکتر نصره الله کاسمی	دکتر هاشم هنجن

رئیس هیئت تحریریه - دکتر جهان شاه صالح  
مدیر داخلی - دکتر محمد بهشتی

شماره هفتم

فروردین ماه ۱۳۲۹

سال هفتم

## در پیرامون يك تحقیقات جدید پزشکی

بقلم

سر تیب د کتر پارسا - سر هنگ د کتر شیمی - سر هنگ  
د کتر مقبل - سروان د کتر مرادی

در سال ۱۳۲۷ بین سربازان تیمپ گرگان که بمأموریت مرزی رفته بودند عده مبتلا بزخمهای جلدی مخصوصی شدند که تا آن تاریخ در آن ناحیه سابقه نداشت. در اواخر بهار سال ۱۳۲۸ دوباره بیماری مزبور بین سربازان مأمور مرز شیوع یافت و عده مبتلایان بقدری زیاد شد که بهداری قسمت مربوطه موضوع را جدی تلقی و تقاضای اعزام هیئت پزشکی برای تحقیقات درباره علت و شیوع بیماری نمود لذا هیئتی مرکب از سر تیب د کتر پارسا - سر هنگ د کتر شیمی - سر هنگ د کتر مقبل - سروان د کتر مرادی با وسائل لازمه عزیمت نمود اینک تاریخچه و نتایج تحقیقات حاصله را می نگارد.

هیئت پزشکی در اوایل آذر ماه ۱۳۲۸ بگرگان وارد و بلافاصله شروع بتحقیقات نمود در بیمارستان تیمپ قریب بیست نفر که دارای جراحات بیشتر و بزرگتری بودند

بستری و در حدود چهل نفر روزانه بطور سرپائی مراجعه و پانسمان میشدند. عدده دیگر نیز زخمهایشان تازه التیام یافته و در قسمتها انجام وظیفه مینمودند.

**مشخصات زخمها** - شماره جراحات معمولاً نزد بیماران متعدد گاهی بیش از ده و بعضی اوقات از ۲ تا ۳ عدد تجاوز نمیکرد محل آنها غالباً پاها و دستها پاره اوقات صورت و گردن بود همچنین روی سینه و پشت وای درد و ناحیه اخیر بندرت دیده میشد در پاره موارد جراحات در روی يك عضو وجود داشته عضو دیگر سالم بود یعنی پای راست مبتلا و پای چپ سالم یا بالعکس بزرگی زخمها متفاوت حداقل قطر دو تا سه سانتیمتر ولی تاده سانتیمتر هم میرسید از مشخصات بزرگ و مهم زخمها اینکه در مسیر غدد لنفاوی واقع شده بدون درد بوده فقط در موقع فشار یا تصادف بنقطه درد مختصری تولید میشد شکل آنها نامنظم رنگ آنها قرمز تند و سطحشان برجسته تر از پوست اطراف و ته زخم دارای دانه های برجسته و مدور بشکل تمشک بود در اوایل بیماری از زخمها سهولت خون جاری میشد و بعد وقتی رو به بهبودی میگذازد يك ترشح خونابه دار از آن خارج میگردد روی هم رفته شباهت تامی بزخمهای سپور و تریکوز<sup>(۱)</sup> داشت طرز پیدایش طرز پیدایش زخم - اول در نقطه از دست یا پایا نقاط مکشوف بدن جوش کوچکی شبیه جای گزش پشه یا حشره دیگر ظاهر که با خارش و سوزش مختصری همراه بود کم کم جوش بزرگ شده پس از ده تا پانزده روز پوست را اولسره نموده زخم اولیه را بدین ترتیب تشکیل میداد که میتوان آنرا نقطه تلقیح<sup>(۲)</sup> نامید.

در همان مدت که زخم اولیه مشغول پیشرفت بود غدد لنفاوی مربوط بان ناحیه بشکل دانه های تسبیح دنبال یکدیگر متورم میشد بعضی از این غدد بزرگتر از دیگران شده سفتی اولیه آنها بتدریج مرتفع و رفته رفته در داخل آنها احساس تموجی<sup>(۳)</sup> موقع لمس میگردد و بعد این غدد پوست ناحیه را مانند يك دمل عادی از بین برده زخمهای ثانوی را تشکیل میدادند. فاصله زمان بین زخم اولیه و زخمهای بعدی از ۳ تا ۴ روز تجاوز نمیکرد.

باید گفت که هم غدد لنفاوی متورم شده باین حالت نمیرسیدند بعضی از آنها



در تمام طول بیماری بحالت سفتی باقی مانده و پس از بهبودی زخم کوچک شده بحالت طبیعی بر میگشتند بدون اینکه روی پوست اثری بگذارند این وضعیت معمولاً در غدد لنفاویک بین دوزخم مشاهده میشود مثلاً زخم اولیه در پشت دست و زخم ثانوی در قسمت داخلی مفصل همان آرنج واقع و بین آنها یعنی غدد لنفاوی ساعد بحالت تورم باقی میماند.

از جمله مبتلایان بکنفر گروهبان که از نظر اولسراسیون تمام غدد لنفاویک پای چپ منحصر بفرد بود شرح حال و توپوگرافی زخمهایش علیحده درج میگردد (رجوع شود با و بسرواسیون صفحه ۳۴۶ و ۳۴۷)

دوره این جراحات کم یا زیاد طولانی بوده پس از چندین ماه اگر هم مداوا نشوند رو بهبودی رفته بیمار شفای کامل می یابد معیناً معالجات خیلی مؤثر بوده دوره بیماری را کوتاه میکند نکته دیگر قابل توجه اینک گاهی پس از بهبودی در نقاط اولیه یا در جاهای دیگر بدن زخم باهمان علائم و آثاری که گفته شد عود نموده دوره طولانی و مزمن سابق را طی میکند و پس از بهبودی زخمها اثری مانند سالک معمولی بجا میگذارد<sup>(۱)</sup> این جراحات هیچگونه تأثیری در حالت عمومی نداشته هیچگاه تولید تب نمیکنند و بیمار میتواند بکارهای خود اشتغال ورزد بعضی مواقع تورم لنفاوی اضافه شده (مخصوصاً در پا) و حالتی شبیه الفانتیازیس<sup>(۲)</sup> بوجود میآورد.

**اپیدمیولوژی** - پس از مشاهدات بالینی هیئت اعزامی بتحقیقات درباره کیفیت سربایت بیماری پرداخت و چون نفرات هر سه ماه یکبار از مرز تعویض میشدند این موضوع از نظر طرز شیوع مورد توجه واقع شد بین نفراتی که از اول بهار تا اول تابستان در مرز میمانند در اواخر ماه دوم بهار بیماری در آنها ظاهر شده بتدریج تا آخر ماه سوم عده مبتلایان افزوده میگردد و نفراتی که در اول تابستان میروند پس از مدتی که از دهر روز متجاوز است اولین بیمار بین آنها پیدا شده از آن پس عده مبتلایان رو بفرونی میگذارد تا آخر تابستان که تعداد مبتلایان در نواحی آلوده به نسبت تقریبی ۷۰ در ۱۰۰ میرسد نسبت مبتلایان نفرات تابستانی و نفرات بهاری مانند ۲ و ۱ است ولی بین نفراتی که سه



ماهه پائیز و زمستان در مرز میمانند هیچگاه بیماری مشاهده نشده است از تحقیقات بالا هیئت اعزامی چنین نتیجه گرفت که اولاً بیماری قطعاً باید يك ناقل که با احتمال قوی از نوع پشه است داشته باشد زیرا منحنی اپیدمی آن کاملاً شبیه منحنی اپیدمی مالاریاست ثانیاً بیماری يك زمان کمون که بطور متوسط پانزده روز است دارد چه بعضی نفرات پس از مراجعت از مرز سالم بوده و بعد از مدتی بین ده تا پانزده روز مبتلا میشوند و از نفرات تابستانی که در بحبوحه اپیدمی بمرز رفته بودند پس از مدتی متجاوز از ده روز اولین مبتلایان آنها پیدا میشود تحقیقات ادامه یافت و نکات زیر روشن شد در شهر گرگان یعنی هرگز تب این بیماری بهیچوجه مسری نمیشد و بین سر بازاری که بمرز نرفته ولی بازخمیها هم منزاع بودند یا بین کارکنان و پرستاران بیمارستان که با بیماران در تماس میباشند هیچیک مبتلا نشده اند پس چنین استنباط شد که سرایت مستقیم وجود ندارد دیگر اینکه همه مبتلایان آن نهائی بودند که در پاسگاههای مرزی کنار رودخانه اترک رفته بودند و در پاسگاههای دور از اترک بیماری وجود نداشت و اگر احياناً بیماری یافت میشد از آن نهائی بود که بواسطه ضرورت نظامی بمرکز پادگان مرزی یعنی داش برون کنار رود اترک رفته چند روز آنجا مانده بودند و پس از مراجعت بعد از ده پانزده روز مبتلا شده اند (این نکته نیز مؤید زمان کمون است) همچنین معلوم شد مرکز اصلی بیماری داش برون بوده و تا چند پاسگاه بطرف مشرق در کنار اترک این کانون امتداد دارد بطوریکه بیش از ۹۰ در ۱۰۰ مبتلایان از نفرات پاسگاه داش برون یا نفراتی بودند که در آنجا يك روز یا بیشتر اقامت داشته اند از اینرو هیئت تصمیم گرفت برای دیدن محل و تحقیقات بیشتری بپاسگاههای مرزی مسافرت نماید این تصمیم عملی شد و ابتدا بکانون اصلی مرض یعنی داش برون رفتیم این نقطه بخط مستقیم تقریباً در ۱۲۰ کیلومتری شمال شرقی گرگان کنار اترک در محلی نسبتاً پست و مرطوب واقع شده سکنه غیر نظامی آن مرکز کب از چند خانواده تر کمن است که در چادرهای مخصوص خودشان زندگی میکنند پاسگاه نظامی در ساختمانهای خیلی نزدیک برودخانه واقعست عرض رودخانه در اینجا بین بیست و سی متر میباشد پس از بازرسی معلوم شد بیماری بین ساکنین تر کمن داش برون وجود ندارد مگر بکنفر



سیمبان تلگر افخانه که اهل محل بود.

طبق اظهار کدخدای محل و تائید سرهنگ دکتر ابطحی که سابقه ممتدی نسبت به بیماریهای بومی این محل دارند قبل از شهر یور ۱۳۲۰ بین سر بازاریکه اینجا میآمدند بیماری منظور مشاهده نشده است.

عدم ابتلاء نفرات بومی را پس از مشاهده وضع محل هیئت اعزامی چنین تفسیر نمود که اولاً آنها کمی دورتر از رودخانه و در محلی مرتفعتر از محل سر بازان چادر زده بودند ثانیاً بواسطه نامساعد بودن پارچه پشمی و موئی چادر بومیان برای نشستن پشه و همچنین بواسطه دود اجاقشان که در زمین وسط چادر کنده طبق عادت ترا کمه تمام فصول همانجا طبخ میکنند پشهها که ناقل بیماری اند از چادر دور شده بساختمانها پناه میبرند ثالثاً نفرات نظامی که بین آنها ورودخانه حائل هستند و همچنین حیوانات اهلی بومیان که بیرون و نزدیک چادر آنها هستند عمل زووفیلی<sup>(۱)</sup> را در مقابل پشه انجام میدهند.

هیئت پس از اتمام تحقیقات در داشبرون یعنی کانون مهم بیماری بطرف مغرب رفته پاسگاههای مرزی را تا گمیشان و بندر شاه بازدید نمود هر قدر از داشبرون و اترک دور میشدیم بیماری کمتر میشد و از پاسگاه تنگلی بعد که آخرین پاسگاه نزدیک اترک است دیگر اصلاً مرض وجود نداشت مگر بین کسانیکه سابقاً بداشبرون رفته بودند. برای آزمایشهای لابراتواری و کشت عامل زخم چند بیمار انتخاب و بطهران فرستاده شد و آزمایشهای لازمه در انستیتو پاستور و آزمایشگاه انگل شناسی دانشکده پزشکی و آزمایشگاههای بیمارستان شماره ۱ ارتش بعمل آمد آقای دکتر انصاری رئیس آزمایشگاه انگل شناسی دانشکده وجود اجرام لیشمن<sup>(۲)</sup> را در ترشحات زخمها و غدد مشاهده کردند در لابوراتوار بیمارستان شماره ۱ ارتش نیز در بعضی زخمها لیشمن مشاهده گردید همچنین در پاره جراحات مخصوصاً در پیونکسیون یکی از غدد لنفاوی گروهبان سومن. الف (که شرح حالش به پیوست است) در امتحان مستقیم تعداد نسبتاً زیادی اسپر قارچ مشاهده شد حال این يك شرکت میکربی<sup>(۳)</sup> است یا عفونت ثانوی

میباشد حل قضیه دو کول بتحقیقات بعدی است .

در لابوراتوار کالبدشکافی بیمارستان شماره ۱ ارتش یکی از غدد لنفاوی متورم نارس مورد بیوپسی قرار گرفت و ماعین نظریه آقای دکتر باوندی رئیس بخش مزبور را ذیلا مینگاریم :

«يك حالت التهابی بواسطه يك نوع سم یا تو کسین شاید با کتریوتو کسین در غده لنفی بیمار پیدا بود چنانچه سینوسهای غده لنفی اتساع پیدا کرده و سلولهای جدار آن اغلب از حالت طبیعی و محل طبیعی خود خارج گردیده و در فضای سینوسها بطور آزاد روی هم ریخته بودند . در داخل سینوسها غیر از سلولهای آزاد شده يك مقدار مایع سروریزا سروفیبرینوز جمع شده بود .

در داخل غده خونریزی و همچنین هیچگونه علامت ضایعه سلولی (نکروز) دیده نمیشد .

بافت رتیکولر و تراکولها سالم بودند .

در آزمایش میکروسکوپی هیچگونه پارازیت یا انگل یا میکرب دیگر دیده نشد .

تشخیص : التهاب غده لنفی توأم با کاتار سینوسهای آن

سیر مرض و علائم خاصی که از نقطه نظر میکروسکوپی دارد و همچنین اپیدمی بودن آن این مسئله را ثابت مینماید که گرچه بیماری مذکور یک نوع لیشمانیوز میباشد معهنا با سالک معمولی از پاره جهات متفاوتست .

در باره نوع (سوش) و مشخصات دیگر آن مجال سخن با آقای دکتر انصاری است که باعلاقه تامی بمعیت همکار خود آقای دکتر مفیدی موضوع را تعقیب مینمایند و البته در آتیه نزدیکی اطلاعات مفیدتری بجامعه پزشکی تقدیم خواهند نمود .

در خاتمه نکته که از نظر مصونیت حائز اهمیت میباشد اینست که هیچیک از بیماران سابقه ابتلا بسالک معمولی را نداشته اند .

اینها بود نکاتی که طی تحقیقات محلی با آزمایشهای لابوراتواری تا کنون روشن



شده ولی باید تحقیقات ادامه یابد تا برای سؤالات زیر جواب تهیه شود .

۱- بچه‌علت در گذشته که سر بازان در شرایط مساوی در همین محل می‌آمدند باین بیماری مبتلا نمیشدند و فقط دو سال است که این بیماری بروز نموده است .

۲- ناقل از چه نوع پشه میباشد .

۳- منبع آلودگی پشه کجاست زیرا سر بازان نمیتوانند منبع مرض (رزرو آر) باشند چه قبل از رفتن بمرز هیچکدام آلوده نبوده‌اند تا واسطه سرایت گردند بعلاوه چنانچه گفته شد بیماران در خارج از محیط آلوده هیچگاه وسیله سرایت بیماری نمیگردند و نیز بین ساکنین این نقاط بیماری وجود ندارد .

۴- اگر منبع طفیلی در انسان نیست آیا يك موش صحرائی<sup>(۱)</sup> که در این منطقه یافت میشود نمیباشد .

البته برای بعضی سؤالات هیئت جوابهائی دارد ولی چون این جوابها روی استنباط و قرائن و آمار است و از نظر علمی تأیید نگردید از ذکر آنها خودداری میشود . طبق اظهار کلاتر مرز بیماری مزبور بین سر بازان شوروی در همان محل نیز وجود دارد .

لازمست تحقیقات ادامه یافته دنباله کارهائیکه انجام یافته گرفته شود تا رفع ابهام از نکات باقی مانده بگردد .

چون تا کنون در تألیفات انگل شناسی خارجی یا داخلی در این باره نشریاتی دیده نشده که بیماری بشکل اپیدمی بروز نموده باشد این بیماری تا حدی صفحه تازه در امراض بومی آسیای مرکزی باز مینماید .

همانطور که گفته شد چون در این زخمها وجود لیژمن مشاهده شده و از طرف دیگر چون تمام غدد لنفاوی مربوطه مورد هجوم قرار میگیرند لذا هیئت اعزامی عقیده دارد این زخمها را با اسم لیژمانیوز درمو گانگلیوینز<sup>(۲)</sup> یا لیژمانیوز سپوروتریکوز- یفرم<sup>(۳)</sup> بنامند .

در خاتمه چون این موضوع از نظر علمی مهم و تازه است از همکاران محترم تقاضا

میشود چنانچه نظریه یا اطلاعاتی دارند توسط مجله منتشر نمایند تا بتکمیل تحقیقات کمک نموده از این راه خدمتی بنفع علم و جامعه شده باشد.

راجع بطرز معالجه و نتایج حاصله در بخش پوست بیمارستان شماره ۱ ارتش تجربیاتی بعمل آمده که نتیجه آن بعداً منتشر خواهد شد.

اینک اوبسرواسیون گروهیان ۳ ذ. ا. ۲۴ ساله اهل شاهرود:

در تاریخ ۱۰/۱۰/۲۸ برای زخمهائیکه در مسیر ورید (سافن داخلی) پای چپ داشت به بخش پوست شماره ۱ ارتش مراجعه کرد در سابقه خانوادگی بیمار چیز مهمی وجود ندارد.

در سابقه شخصی هشت سال پیش مبتلا بسوزاک و در یکماه قبل مبتلا به گال گشته مشاهدات کنونی در تاریخ ۱۰/۱۰/۲۸:

در پای چپ در مسیر (سافن داخلی) تقریباً از وسط ران تا نوک انگشت دوم آدنیت هائی بتعداد شانزده عدد جلب توجه میکند این آدنیت ها بدون درد بوده متحرک هستند تمام آنها باستثناء دو تا که دارای تموج<sup>(۱)</sup> هستند سفت میباشند از آن دو برای آزمایش پونکسیون گردید و چرک رقیق و زرد رنگی خارج گشت.

پس از تفحصات متعدد معلوم شد که بیمار در پای راست خود در ناحیه سطح داخلی تحتانی ران دارای دو زخم برجسته و وسیع یکی در بالا باندازه یک پنج ریالی و دیگری پائین تر و کمی بزرگتر دیده میشود این زخمها کاملاً خشک بوده بدون درد و خارش هستند و (تموج) ندارد در نتیجه پرسیس معلوم گردید بیمار مزبور در ۱۴/۶/۲۸ بپاسگاه مرزی داشبرون و اینچه برون منتقل گردید و تا ۵/۸/۲۸ در مأموریت بوده.

باید در نظر داشت که فقط شانزده روز در اینچه برون بسر برده و بقیه مأموریتش در داشبرون گذشته است و بنابر اظهار بیمار زخمهای پای راست در داشبرون پس از ۲۲ روز توقف بروز نموده و در آنجا معالجات موضعی (پماد سولفامید - پماد ایکتیول محلول بلودومتیلین - محلول نیترات دارژان) درمان مینموده و در پای چپ او پس



از انقضای مأموریت مرزی ابتدا بصورت کفشزدگی ظاهر شده پس از آن بصورت فعلی درآمده .

مشاهدات در روز ۲۰/۱۰/۲۸ : در پای راست تغییر زیادی رخ نداده در پای چپ گانگلیونها کم کم (تموج) پیدا نموده و مقداری از آنها باز شده چرك از آنها جار بست .

نکته قابل دقت آنکه تعدادی از آنها که در ساق پا قرار دارد حتی آنهاییکه قبل از همه تموج داشته اند بدون اینکه بخارج سر باز کنند کوچک شده و در حال جذب شدن هستند .