

## عفونت کانونی

Infection Focale

نگارش

دکتر حسین مهدوی

دانشیار کرسی جراحی فک و صورت



مقصود از عفونت کانونی، عارضه یا عوارضی است که بر اثر وجود يك يا چند کانون چرکی در بدن تولید می‌شود.

وقتی کانون چرکی بطور حاد در یکی از نقاط بدن تشکیل می‌شود عوارض عمومی و همچنین موضعی چه نزدیک بکانون و چه دور از آن را می‌توان مربوط به کانون اصلی دانست مثلاً علت دردهای مفصلی و یا عصبی که حین دمل اوزه و یا دمل دندان نارض می‌شود همچنین علت ضایعات قلبی را که پس از يك عفونت حاد دیده می‌شود بزودی می‌توان دریافت. اما موقعی که يك کانون چرکی بطور مخفی در یکی از نقاط بدن وجود دارد که از آن عوارض موضعی یا عمومی تولید می‌شود یافتن علت اصلی کار آسانی نیست و چه بسا دیده می‌شود که عوارض مدت‌ها ادامه داشته بدون اینکه کوچکترین حدسی راجع به منشاء اصلی آنها زده شود.

موضوع این مقاله چگونگی این کانونها و عوارض حاصله از آنها می‌باشد. باید دانست که این مطلب خیلی تازه‌گی ندارد بلکه از خیلی قدیم بکانون‌های چرکی مخفی و عوارض آن پی برده مدارکی نیز در این باب کم و بیش دیده می‌شود حتی در ۴۶۰ سال قبل از میلاد بقراط باین مطلب اشاره نموده و در نوشته‌های او شرح حال يك بیمار دیده می‌شود که از دردهای روماتیسمی در عذاب بوده و پس از کشیدن يك دندان چرکی بهبودی یافته است. اول توجه چندانی باین موضوع نشده

و کم کم در بوته فراموشی رفته است تا اینکه در سال ۱۸۱۸ «روش» (۱) ضمن ارائه شرح حال چند بیمار رابطه بین عفونت دندانی و حالت عمومی را شرح میدهد و مخصوصاً این شرح کوچک در نوشته‌های او جلب توجه مینماید. خانمی از دردهای روماتیسمی لگن مدت‌ها در رنج بوده و هیچ قسم دارویی برای او موثر نبوده یک مرتبه حمله مرض با درد شدید دندان توأم میشود بطوریکه ناچار دندان را می‌کشند از آن بی‌عدد درد لگن نیز بهبودی مییابد.

و نیز «کوکر» (۲) در سال ۱۸۲۸ در کتابی بنام جراحی دندان رابطه بین دندانهای چرکی و حالت عمومی را تشریح مینماید و تذکر میدهد که یک نفر بنام یک بیمار عصبی یا روماتیسمی همه اوقات را ممکن است در درد و رنج بگذراند و حال آنکه منشاء همه آلام او دندان یا دندانهای چرکی میباشد.

«روزدنو» (۳) در ۱۹۱۴ و «بیلینگ» (۴) در ۱۹۱۵ در این باره زحمات زیاد کشیده و بالاخره نتیجه مطالعات خود را اینطور بیان داشتند:

- ۱- کانون چرکی عبارت است از ناحیه محدودی که بافت‌های آن تحت تأثیر میکروبیهای پاتوژن عفونی شده باشد.
- ۲- چنین کانونی ممکن است مدت‌ها محدود بماند یا منتشر شده سبب بیماریهای عمومی شود.

۳- باکتری‌های مولد این کانونها قابل انتقال بوده بطوریکه ممکن است در نقاط دیگر بدن تولید ضایعاتی مشابه کانون اولیه بنماید

۴- گاهی خواص پاتوژینک این باکتری‌ها تغییر می‌یابد این تغییر یا بعلت سمبیوز (۵) است که با سایر باکتری‌ها پیدا مینماید و یا بعلت تغییراتی است که در اکسیژن محیط کانون اصلی دست میدهد.

۵- هر دسته از این باکتری‌ها به عضو بخصوصی بیشتر مایل هستند.

باین معنی که اگر مثلاً کشت استرپتوکوک بیماری را که قبلاً یکی از عوارض

ورم منصل، ورم پرده قلب، ورم کیسه صفرا، قرحه معده میباشد به حیوانی تزریق

نمایند، ضایعات مشابهی در حیوان تولید میشود « هولمن » (۱) در سال ۱۹۲۸ استعداد شخصی و موضعی را تذکر داد.

عات و محل - بطوریکه در مقدمات گفته شد عات بیماریهای کانونی وجود کانون یا کانونهای چرکی در بدن است. این کانونها ممکن است بدو بطور حاد شروع شده و پس از مدتی حدت و شدت آن کاسته شده و بطور کلی پیشرفت نماید یا اینکه پیشرفت آن بکلی متوقف گردد. همچنین ممکن است از اول بطور خیلی آهسته و مزمزم شروع شده و بهمین جهت سالها وجود داشته باشد بدون اینکه بیمار از آن شکایت کند و یا طیب پی بوجود آن ببرد.

محل این کانونها در تمام نقاط بدن ممکن است باشد اما بطور کلی در صورت و حفره‌های مجاور آن خیلی زیادتر دیده میشوند تا سایر نقاط بدن و از این نقطه نظر میتوان به ترتیب پائین اعضا را ذکر کرد. لوزه، دندان، جیب‌های فکی، جیب‌های اتموئیدی، اسفنوئیدی، نایچه‌های ریتین، کیسه صفرا، مجاری ادراری، پرستات، اپنڈیس، تخمدان، رحم، لوله رحم، کیسه‌عنی.

بطوریکه از همه بیشتر این کانونها در لوزه و دندانها دیده میشود و برای نمونه مطالعه جدول زیر در نتیجه تجسسات «بلاک» (۰) (۱۹۱۲) در ۳۰۰ بیمار میباشد مفید است

| سن             | عده بیماران | عده دندانها بطور متوسط | عده اشخاصیکه عفونت در فك دارند |
|----------------|-------------|------------------------|--------------------------------|
| کمتر از ۲۵ سال | ۸۶          | ۳۰                     | ۵۶ درصد                        |
| ۲۹-۲۵          | ۵۳          | ۲۹                     | ۷۲                             |
| ۳۹-۳۰          | ۶۸          | ۲۶                     | ۸۷                             |
| ۴۹-۴۰          | ۵۳          | ۲۵                     | ۸۹                             |
| ۵۰ به بالا     | ۴۰          | ۲۳                     | ۱۰۰                            |

باین ترتیب مشاهده میشود عده اشخاصیکه عفونت دندانی دارند چقدر زیاد میباشد.

محتوی - آنچه که در داخل این کانونهای مزمن دیده میشود عبارتست از

میکروبها و مواد سمی که ترشح مینمایند همچنین مواد سمی که پس از مرگ و تجزیه میکروبها حاصل میشود و بالاخره مواد پروتئینی که از تجزیه و تحلیل سلولهای بدن تشکیل میشود - این مواد در محل معین و محدود مانده و بوسیله پرده نازکی که از عکس العمل سلولها تشکیل شده از بافتهای مجاور مجزئی میباشد. میکروبها و بافتهای باین ترتیب وضع تدافعی گرفته اند هر عامل که این ضلع مسلح را بهم بزند و حائل بینایی را از بین بردارد و یا باره کند سبب انتشار میکروبها و سایر مواد محتوی کانون در بدن میشود.

این نکته از دو نقطه نظر حائز اهمیت میباشد یکی از نظر تشخیص و دیگر از نظر معالجه.

۱- از نظر تشخیص - کانونی که مدتها بطور مزمن در نقطه از بدن قرار داشته تغییرات و عکس العمل مهمی را سبب نمیشود و یا اینکه واکنش غیر قابل ملاحظه تولید مینماید همچنین حائلی که بین بافتها و کانون قرار دارد مانع ورود میکروبها در خون میگردد بنابراین اگر این حائل از بین برود میکروبها وارد خون شده و واکنش خون نیز پدید می آید. بهمین جهت است که امتحان خون قبلا از نقطه نظر وجود میکروب زمان رسوب گلبولهای قرمز، شمارش گلبولهای سفید و فورمرل آنها بعمل آورده و کانون را به نحوی تحریک مینمایند. مثلا لوزه مشکوک را عاقل میدهند دندان مشکوک را دستکاری نموده و یا میکشند و همان امتحانات را تجدید مینمایند در این دفعه تغییرات بزرگی ممکن است مشاهده شود، حتی ممکن است کشت خون که دفعه اول منفی بود مثبت گردد.

۲- از نظر معالجه - چون در اثر دستکاری کانون چرکی میکروبها و سموم آنها وارد خون میشود برداشتن و از بین بردن کانون چرکی به تنهایی کافی نیست زیرا چنانچه حدت میکروبها زیاد وعده آنها کافی باشد ممکن است همین معالجه سبب پراکندگی آنها در خون و عفونت آن گردد، بنا بر این بایستی قبلا با معالجات طبی میکروبها را از بین برده و یا لاقط از شدت و تعداد آنها کاست و همچنین دفاع بدن را

در مقابل آن برانگیخت و باین منظور دوسه روز پیش از عمل بایستی به تزریق پنی سیلین و یا تجویز سولفامید و مقویات عمومی پرداخت .

فیزیوپاتوثری - طرز تأثیر این کانونها و ظهور علائم بیماری فرضیه های مختلف دارد .

۱ - فرضیه میکروبی (۱) ورود میکروبوها و عفونت خون طبق این فرضیه دسته های کوچک از میکروب وارد خون شده و با آن به نقاط مختلف بدن میرود. (۲)

اما چون در اغلب موارد وجود میکروب در خون ثابت نمیشود این فرضیه خیلی طرفدار ندارد معذک بایستی گفت که تزریق ترشحات حاصله عضوی مثلا ترشح مفصلی که در اثر یک کانون چرکی متورم شده است در حیوانات آزمایشگاه اغلب سبب تولید ضایعات مشابه میشود .

۲ - فرضیه زهرا به (۳) سمومی که از میکروبوها ترشح میشود و یا پس از تجزیه از بدن آنها خارج میگردد همچنین سمومی که از تجزیه بائتهای بدن تشکیل میشود داخل در خون شده آثار و علائمی را سبب میشوند .

۳ - فرضیه آلرژی (۴) بنا بر این فرضیه حدت میکروبوها و همچنین نوع مواد محتوی کانون چرکی مخفی اغلب تغییر پیدا میکند و واکنش بدن نیز در مقابل این تغییرات متفاوت است گاهی بدن واکنشی نشان نمیدهد (۵) زدانی واکنش خیلی زیاد و یا واکنش های مختلف نشان میدهد

نتیجه - گاهی بعلت نبودن واکنش بدن میکروبی که شدت خیلی زیادی ندارد میتواند تولید عفونت شدیدی بنماید و گاهی واکنش بدن خیلی شدید و بصور مختلف ظاهر میشود که بر حسب استعداد شخصی و ارثی بیمار متفاوت است .

( مطابق عقیده «کلینگ» (۷) ضایعاتی که در اثر این نوع واکنش تولید میشود شبیه است به ضایعاتی که بنام روماتیسم در مفاصل یا در سایر اعضا حرکتی تولید میشود)

۱ - theorie bacterienne ۲ - Bacteriemie et septicemie en miniatuse

۳ - th . toxique یا Focale toxicose ۴ - th . allergique ۵ - anergie

۶ - reaction allergiehyperergique ۷ - Klinge

اشکال بالینی - بطوریکه ذکر شد نوع میکرب استعداد شخصی و ارثی بیمار در اشکال کلینیکی علائم دخالت بسزائی دارد بطوریکه مشکل بتوان يك تابلوی کامل را در نظر خواننده تصویر کرد معذک آنچه که تا بحال نوشته شده بقرار ذیل است :

۱- علائم عمومی - احساس خستگی متمادی بدون دلیل ظاهری - خواب آلودگی و بالعکس بیخوابی متمادی سردرد، بطور کلی دردهای نامعلوم، تب خیلی کم مخصوصاً شبانه در اینجا بی مورد نیست راجع به تب خفیفی که اغلب اطفال از ۶-۳۳ ماهگی و از ۶-۱۲ سالگی بدان مبتلا میشوند تذکری داده شود . درجه حرارت معمولاً بین  $36^{\circ}$  و  $38^{\circ}$  سانتیگراد بود و مدت‌ها طول میکشد - علت این تب وجود يك یا چند کانون چرکی دندانی یا لوزه میباشد که اغلب موقع بیرون آمدن دندانهای شیری و یا بعوض آنها با دندانهای دائمی تولید میشود .

عده مبتلابان باین قسم تب خیلی زیاد است ولی چون در حال عمومی بیمار تغییر مهمی مشهود نیست بآن توجهی نمیشود . رساله که در سال ۱۳۲۵ توسط آقای دکتر ابرامیان فارغ التحصیل دانشکده دندان پزشکی و براهنمائی اینجانب تدوین شده عده این قبیل بیماران را نشان میدهد . آقای ابرامیان مدت دو سال برای تهیه آن زحمت کشیده و برای داشتن آمار صحیح به کودکان دبستان و دبستان با مراجعه نموده و نتیجه آنرا اینطور مینویسد : « در امتحاناتی که در روزهای متعدد و در ساعات ۲-۴ بعد از ظهر از ۳۲۵ نفر طفل که نوآموز دبستان بودند بوسیله حرارت سنجهایی که قبلاً امتحان شده بود آزمایش گردید و در نتیجه ۸۷٪ این عده یعنی ۲۸۱ نفر مبتلابه تب از  $37^{\circ}/2$  الی  $38^{\circ}$  گاهی بیشتر بودند - از این عده ۲۶۱ نفر یعنی ۹۰٪ اطفال تب دار علت تب دندانی تشخیص داده شد و تنها صدی ده آنها بعلت آمیگدالیت و امراض دیگر بوده اند و چون » نزد عده از آنها امتحاناتی بعمل آمد و ریشه های فاسد و باقیمانده های دندان شیری و سایر کانونهای عفونی دندانی بر طرف گردید فوراً تب قطع و دیگر عود ننمود »

۲ - علائمی که در اعضای حرکتی ( locomoteurs ) دیده میشود - این علائم عبارتند از دردهای مفصلی و عضلاتی که بصورت رماتیسم حاد یا مزمن و همچنین ورم رماتیسمی اعصاب دیده میشود .

از این نقطه نظر آمار زیر قابل دقت می باشد از ۲۲۷ بیمار مبتلا به یکی از عوارض نامبرده بالا ۱۸۳ نفر (۸۰٫۶ درصد) دارای کانون چرکی بوده اند ۹۶ نفر از این بیماران مدت ها تحت نظر بوده اند و نتیجه مطالعات بقرار زیر بوده .

| علامت بالینی            | تعداد بیماران | محل کانون چرکی        | نتیجه معالجه        |
|-------------------------|---------------|-----------------------|---------------------|
| روماتیسم چند مفصلی حاد  | ۵۸            | ۲۲ کانون مشکوک        | ۳۳ درصد معالجه کامل |
|                         |               | ۲۸ کانون چرکی در لوزه | ۳۱ درصد بهبودی نسبی |
|                         |               | ۸ کانون دندانی        | ۳ درصد بی نتیجه     |
| روماتیسم یک مفصلی       | ۱۲            | ۶ کانون دندانی        | ۵۰ درصد بهبودی کامل |
|                         |               | ۴ کانون لوزه          | ۵۰ درصد بهبودی نسبی |
|                         |               | ۲ کانون لوزه و دندانی |                     |
| روماتیسم چند مفصلی مزمن | ۱۰            | ۶ کانون لوزه          | ۴ بهبودی کامل       |
|                         |               | ۳ لوزه و دندانی       | ۴ بهبودی نسبی       |
|                         |               | ۱ دندانی              | ۲ بی نتیجه          |
| درد کمر                 | ۶             | ۲ کانون لوزه          | ۵ بهبودی کامل       |
|                         |               | ۲ کانون لوزه و دندانی | ۱ بهبودی نسبی       |
|                         |               | ۱ دندانی              |                     |
|                         |               | ۱ در جیب فك           |                     |
| سیاتیک و درد سایر اعصاب | ۱۰            | ۶ کانون دندانی        | ۶ بهبودی کامل       |
|                         |               | ۴ کانون لوزه          | ۴ بهبودی نسبی       |

۳ - بیماریهای دستگاہ دوران دم - کانون چرکی سبب ضایعات نقاط مختلف این دستگاہ شده و در نتیجه آثار و علائم مختلف را در آن تولید مینماید - گاهی عوارض حاصله نسبتاً آشکار و زمانی بشکل مخفی بوده و بایستی با امتحانات دقیق آنها را یافت برای این منظور الکترو کاردیو گرافی اغلب کمک شایانی مینماید .

آمار زیر تعداد بیماران ، محل کانون چرکی و نتیجه معالجه را در آنها نشان میدهد

| علائم بالینی   | تعداد | محل کانونی چرکی                        | نتیجه معالجه  |
|--|-------|--|---|
| عوارض قلبی و عروقی   | ۴۰    | ۳۱ لوزه<br>۳ دندانی<br>۶ لوزه و دندانی | ۱۱ بهبودی کامل<br>۱۸ بهبودی نسبی<br>۱۰ بی نتیجه<br>۱ بدتر |
| نوروز کاردیاک<br>nevrose<br>cardiaque                              | ۲     | —                                      | ۲ علاج شده اند  |
| تاکی کاردی سینوزال<br>Tachy cardie<br>sinusal                      | ۱     | —                                      | بی نتیجه  |
| تاکی کاردی پاروکسیستیک   | ۲     | —                                      | بهبودی نسبی   |
| آریتمی اکستراسیستولیک  | ۲     | —                                      | بهبودی کامل   |
| اریتمی کامل  | ۲     | —                                      | بهبودی کامل   |
| اختلالات هدایتی قلب<br>troubles de<br>conductibilité<br>cardiaques | ۳     | —                                      | بهبودی کامل   |
| ورم حاد غشاء داخلی قلب   | ۳     | —                                      | ۱ بهبودی کامل<br>۱ بهبودی نسبی<br>۱ بدتر                  |
| ورم نیمه حاد غشاء داخلی قلب<br>Endo - cerdite<br>subaigne          | ۵     | —                                      | بی نتیجه<br>۱۱ بهبودی نسبی                                |
| ضایعات مزمن دریچه های قلب  | ۱۵    | —                                      | ۴ بی نتیجه  |



۲ بهبودی کامل

۵

عوارض شریان قلب

۳ بهبودی نسبی

Syndromes

coronaires

۴ - بیماریهای خون - تغییراتی که در نتیجه وجود کانون چرکی در خون تولید

میشود عبارتند از کم خونی سرعت رسوب گلبولها قرمز، کم شدن عده گلبولهای قرمز،

زیاد شدن گلبولهای سفید (فقط در اوایل و پس از حمله حاد بیماری) و اگر آنولوسیتوز

۵ - بیماریهای دستگاه میزه راه - ورم کلیه، ورم حالب، ورم مثانه

## آمار

| علائم بالینی  | تعداد | محل کانون چرکی  | نتیجه معالجه   |
|---------------|-------|-----------------|----------------|
| ورم حاد کلیه  | ۱۴    | لوزه            | ۱۳ بهبودی کامل |
| ورم مزمن کلیه |       | دندان           | ۱۰ بهبودی نسبی |
| ورم نیمه حاد  | ۱۱    | لوزه و دندان    | ۷ بی نتیجه     |
|               | ۵     | لوزه و وژتاسیون |                |
|               |       | آدنوئیدین       |                |

۶ - بیماریهای آلرژیک - که عبارتند از آستم و کپیر

۷ - بیماریهای غدد ترشح داخلی - اختلالات در عمل لوزه المعده، تیروئید

و بطور کلی در تعادل بین غدد ترشح داخلی -

۸ - بیماریهای چشم - ورم ملتحمه، ورم، قرنیه قرحه قرنیه، ورم ایریس

ورم بی چشم

۹ - بیماریهای گوش - ورم چرکی گوش وسطی

۱۰ - اختلالات و بیماریهای جهاز هاضمه - بی اشتها، تهوع، یبوست یا اسهال

زخم های دهن و لثه ورم معده و قرچه آن قرچه اثنی عشر ورم اپندیس ورم کیسه صفرا .

۱۱ - عوارض پوستی - اریتم ، زونا ، اکزما

۱۲- عوارض مختلف دیگر مثل داء الرقص و لوفو گرانولوز *hypertonie essentiel*

تشخیص - اغلب تشخیص علت عوارض و پیدا کردن منشاء اصلی کاری مشکل و محتاج امتحانات دقیق و طولانی میباشد .

راههای آن عبارتند از امتحان خون از نظر فورمول و شمارش گلبولها اندازه گیری زمان رسوب، گویچه ها، کشت خون - واکنش آگلوتیناسیون که با انتی ژن عقیم شده بوسیله حرارت انجام میشود .

انترادرمور آکسیون مخصوصا و قتیکه عوارض بصورت ال-رزیک ظاهر شده باشند .

راجع به سم استرپتوکوک و موادی که از *autolyse* آنها تولید میشود اطلاعات زیادی در دست نیست بر حسب عقیده « وبر » و « پش » اشخاصیکه سابقه عفونت با استرپتوکوک ندارند واکنش پوستی نشان نمیدهند ( برخلاف واکنش Dick ) - بالاخره پرتونگاری که مخصوصا در کانونهای کوچک پای دندان کمک بسزائی مینماید .

معالجه - حذف کانون چرکی باوسائل مقتضی - نکته که امروز مورد توجه خاص میباشد ازین بردن ویا لاقط کم کردن حدت میکروبهاست پیش و بعد از هر عمل جراحی باین منظور پیش از اقدام بعمل بینی سیلین باسولفامید بکار برده واستعمال آنرا پس از عمل هم یکی دو روز ادامه میدهند در غیراین حال يك کانون محدود ممکن است در اثر دستکاری، منتشر وعمومی گردد .