

ناخوشیهای غدد و تشخیص آنها بواسیلهٔ بزلی یا پرش

نگارش

دکتر یحیی پویا

رئیس بخش آزمایشگاه بیمارستان رازی

چندین سال است که بزلی غدد لنفاوی برای تشخیص ناخوشیهای غدد مورد استفادهٔ دانشمندان جهان است بزلی غدد لنفاوی اول دفعه از نقطه نظر میکروب شناسی مورد توجه قرار گرفت و در ضمن کشف عامل مرضی واکنش سلولهای غده نیز باعث دقت دانشمندان گردید بطوریکه تعیین فورمول سلولی غدد که بنام آدنوگرام معروفست امروزه در واکنشهای مختلفه مورد استفاده است و در برابر نسج شناسی خود نمائی مینماید .

پروفسور پاولوسکی (۱) و انتروزی (۲) در این باب مطالعات فراوانی دارند و بعلاوه در زیر بیان میشود برای تشخیص عظم غدد لنفاوی بزلی غدد و تعیین آدنوگرام را بر نسج شناسی ترجیح میدهند .

۱- برداشتن قسمتی از غدد لنفاوی برای نسج شناسی يك عمل كوچك جراحی است و احتیاج به بخیه کردن دارد و اگر بیمار از خانمها باشد و غده گردن را هم بخواهند بردارند بواسطهٔ جوشگاه بعدی زخم چندان مورد استقبال بیمار قرار نخواهد گرفت و در صورتیکه بزلی غدد کار آسان و مانند تزریق زیر جلدی است .

۲- نسج شناسی محتاج وسائل مخصوص و صرف وقت زیاد است در صورتیکه تعیین آدنوگرام وسائل زیادی لازم نداشته و جواب آنها بعد

از دوسه ساعت داده میشود .

۳- نسج شناسی ممکن است روی غده سالم انجام گرفته باشد و برای تشخیص احتیاج به تکرار عمل است و این تکرار برداشتن غده را مبتلایان قبول نمیکنند در صورتیکه تکرار بزل قابل قبول است :

۴- البته نسج شناسی وضعیت داخلی غده را مجسم میسازد و برتری بر آدنوگرام دارد ولی بواسطه روی هم قرار گرفتن سلولها تشخیص سلولهای بدخیم و بد فرجام از سلولهای سالم کار آسانی نیست و محتاج به ممارست زیاد در نسج شناسی است در صورتیکه در روی لامیکه از بزل آماده شده سلولها از هم جدا و در روی لام پخش شده است و بسهولت میتوان تمیز سلولهای طبیعی و غیر طبیعی را داد .

اینجا مدت دو سال است برای تشخیص ناخوشی هوچکین (۱) بزلهای متعدد نموده ام و استاد محترم جناب آقای دکتر هنجن هم گاهی شاهد بوده اند در این مطالعات بناخوشی هوچکین و سل غددی و رتیکولوسارکوم برخورد نموده ام و در ضمن بعضی از آدنوگرامها با برش و نسج شناسی مقایسه شده و جوابها مطابقت داشته است و چند بیمار هم بواسطه زود شروع نمودن درمان بهبودی یافته اند اینک بشرح بیمهاریهای نامبرده پرداخته میشود .

۱- ناخوشی هوچکین - اغلب از گردن شروع میشود ولی بعید نیست که از کشاله ران و از غدد مابین ریتین هم شروع شود سپس تمام غدد لنفاوی را فراگیرد بزرگی غدد مختلف و باندازه های بادام و گردو و نارنگی دیده میشود در ناخوشی هوچکین غدد بهم متصل نمیشود و مانند

سارکم جسم حجیم را تشکیل نمیدهند در زیر دست بی درد و متحرک محکم ولی سفت نیستند مدتی حالت بیمار خوبست و در آخر تب و خارش و عظم طحال دیده میشود.

در خون آنهی ولو کوسیتوز و پولی نوکلتوز و ائوزینوفیلی دیده میشود در فرمول خونی منوسیت ها از لنفوسیت ها فزونی مییابند بزل غدد لنفاوی و تعیین آدنوگرام تشخیص را مسلم میسازد.

در میدان میکروسکپی لامیسکه از بزل غدد لنفاوی در ناخوشی هوچکین تهیه شده باشد با وجودیکه تعداد سلولها بسیار زیادند ولی ناچوری آنها بیشتر جالب توجه است و مرکبند از لنفوسیت های جوان و رسا و لنفوبلاست و پولی نوکلتور نوترفیل و ائوزینوفیل و بازوفیل.

پولی نوکلتور ائوزینوفیل در بعضی مواقع خیلی زیاد و در هر میدان ریز بینی چند عدد دیده میشود و شباهتی به ائوزینوفیل خونی ندارد برخی دارای دو تاسه هسته مجزای از یکدیگرند کروماتین هسته روشن و شباهت به لنفوسیت جوان دارد و بنظر میرسد که از آنها تولید شده اند (فرضیه تولیدی منشاء واحد یا متعدد سلولهای خونی) در میان گروه مختلفه سلولها سلول استرن برک (۱) با جثه بزرگ و چهل مو نمایش خاصی دارد هسته سلول بسیار بزرگ و برنگت بنفش متمایل بقرمزی در میآید در هسته یکی دو هسته بزرگ برنگت آبی وجود دارد و بعوض یک هسته ممکن است هسته جوانه دار شود و حفره غیر منظمی را تشکیل دهد و یا دارای چند هسته باشد پروتوپلاسمانیز زیاد است ولی دارای دانه های آزورفیل نیست و گاهی هم هسته عزیزان دیده میشود و آن بواسطه ناپایداری پروتوپلاسماست که در حین گسترش لام از بین میرود و همراه با سلول «استرن برک»

شبهه به استرن برک که هنوز سیر آنها تمام نشده است دیده میشود ولی همیشه سلول استرن برک وجود ندارد در این صورت تشخیص بوسیله سلولهای شبهه استرن برک داده میشود و آنها هم سازمانی شبهه به سلول استرن برک دارند تنها کوچکتر از آنهاست و باید دانست که منشأ سلولهای استرن برک از سلولهای رتیکولو آند و تلیال است که بعوض سیر طبیعی بطرف منوسیت کجروی کرده و بد فرجام میشوند و بشکل سلول استرن برک درمیآیند و در این سیر سلولهای واسطه بنام شبهه استرن برک نامیده میشود ولی بطوریکه در بالا شرح داده شد ناجوری سلولها بیشتر در تشخیص مورد نظر است تا وجود سلولهای استرن برک زیرا سلولهای شبهه به استرن برک در رتیکولو سار کم ولو کوزهای موضعی با واکنش سلول رتیکولو آند و تلیال دیده میشود در اینگونه مواقع تشخیص روی یکنواختی و یا ناجوری سلولهاست.

چنانچه اینجانب در طی دو سال مطالعه روی بیماران دریافته‌ام اگر بزل غدد در پیش بیماران زیاد انجام شود ممکن نیست به سار کوم غددی و سل غددی برخورد نشود اینک مختصری از نشانیهای بالینی و ریز بینی بزل غددی این دو بیماری بیان میشود تا در تشخیص آنها بکار آید.

سار کوم غددی - ابتدا یکی از غدد لنفاوی بدن عظم مییابد و فوراً غدد اطراف هم متورم میگردد و بهم متصل میشوند حجم قابل ملاحظه تشکیل داده رو بسطح و عمق هر دو پیشرفت مینمایند عروق و اعصاب را تحت فشار قرار داده تولید درد میکنند در خون تغییر زیادی دیده نمیشود فقط مختصری آنمی ولو کوسیتوز وجود دارد در اولین نگاه روی سطح لام بوسیله میکروسکپ دیده میشود میدان ریز بینی پر از سلول است و با دقت بیشتری در میان سلولهای طبیعی غددی سلولهای درشت (۲۰ تا ۲۵ مو)

دیده میشود هسته آنها بیضی شکل با کروماتین توری و در وسط يك يا چند هستك آبی رنگ و یا بیرنگ مشاهده میشود جوانه دار و گاهی در سلولهای بسیار بزرگ ازدو تا شش هسته دیده میشود حجم پروتوپلازما نسبت به حجم هسته ناچیز و در بعضی از آنها دانه های آزر و فیبل وجود دارد.

موضوعی که کمی وضعیت تشخیص سار کم رادشوار مینماید همراه بودن لوسمی لنفاتیک با سار کم است و یا آنکه بدون وجود سار کم لوسمی لنفاتیک دارای واکنش سلولهای رتیکولر باشد در اینگونه مواقع در خون سلولهای درشت بدری شکل پدیدار میشود و به تشخیص مساعدت مینماید

سل غددی - این ناخوشی در پیش کودکان زیاد دیده میشود و اغلب غدد ناحیه گردن در زیر زاویه فکی تا اثر قوه بزرگ میشوند در زیر دست ابتدا سفت و متحرکند و بدرستی ساچمه یا گردودیده میشود بعضی مواقع یکی از آنها بزرگتر شده با طرف چسبندگی پیدا مینماید نرم میشود و در بزل چرك پنیری شکل در سربك وارد میشود در بعضی مواقع در بزل غدد سفت نیز بدون انتظار چرك لوله شکل داخل سرنك میشود در بعضی از میدانهای میکروسکپی بواسطه پیکر سلولها جز لاشه سلولهای ناشناس چیز دیگری دیده نمیشود در میدانهای دیگر چند لنفوسیت و پلی نوکلر دیده میشود اگر خوب دقت شود میتوان دیوسلول را نیز یافت و اگر رنگ آمیزی زیل شود بطور نادر میتوان باسیل دو کنخ یافت.

در پیش اینگونه بیماران کوتی را آکسیون و آزمایش بالینی اغلب آزارریتین را نشان میدهد در فورمول خونی جز آنمی و لکوسیتوز چیز دیگری نیست.