

انتقاد

چند انتقاد در اطراف مقاله «نفریت های عملی»

نگارش

دکتر ابوالقاسم پزشکیان

دانشیار کرسی فیزیولوژی

بدیهی است مقاله را که دوست و همکار عزیزم آقای دکتر عزیزی در نامه اخیر دانشکده نگاشته اند نتیجه مطالعات عمیق و ده سال تجربیات شخصی ایشان می باشد و اگر نظری به یلبیوگرافی آخره مقاله بیفکنیم در این قسمت ابدآتر دیدی برای ما باقی نمی ماند لذا جای آن نیست که شخصی مانند بنده که مدت ۸ سال است از محیط بیمارستان دور افتاده در این موضوع اظهار نظر نمایم ولی چون بعضی از قسمتهای آنرا با گفته های استاد فقید خود پرفسور راتری که در یاد دارم متباین می بینم و با کتبی که در دست است وفق نمیدهد و از آنجا که اغلب مطالب علمی در نتیجه مباحثه روشن میشود لذا بخود اجازه میدهم چند کلمه در اطراف این موضوع صحبت کنم و اگر دوست عزیزم صلاح بدانند و توضیحات بیشتری بدهند شکی نیست که مورد استفاده عموم همکاران قرار خواهد گرفت مخصوصاً که در نگارشهای خود همیشه روش دلچسب و شیرینی را بکار میرند.

از مطالعه مقاله نامبرده چنین فهمیده میشود که بعضی از علائم مانند احتباس نمک - آلبومینوری - ازدیاد متناوب فشار خون و غیره که معمولاً در مورد آزار کلیوی ظاهر میشوند ممکن است گاهی اوقات بدون آنکه گرده ها مبتلا بازاری باشند مشاهده شود این نوع عوارض را آقای دکتر عزیزی «نفریت عملی» نامیده اند یعنی چنانچه در صفحه ۱۳۸ نوشته اند «تمام مواردیکه کار کلیه بدون آزار محلی مختل میشود» بنظر اینجانب تا بحال لغت نفریت بتورم و آزار گرده ها اطلاق شده و نفریت بدون آزار کلیوی خیلی غریب بنظر می آید لذا پیشنهاد میکنم نام دیگری را برای این عوارض انتخاب نمایید.

ثانیاً این نوع عوارض یعنی علائم کاری (۱) را از قدیم میشناختند مثلاً راجع به آلبومینوری که در ذهن بعضی از پزشکان تقریباً مترادف با نفریت است. دیولافوا (۲)

در پنجاه سال پیش مینویسد :

آلبومینوری در مورد تشخیص بیماریهای کلیوی و یا پیش بینی عاقبت آنها شاهد کوچکی بیش نیست. آنهم چه شاهدهی، شاهدهی غیر مطمئن زیرا گاهی وجود ندارد و گاهی ناپهنگام ظاهر میشود بطوریکه اگر پزشك واقف نباشد بغلط تشخیص نفریت میدهد در حالیکه نفریت وجود ندارد.

معینا امروزه چنانچه خواهیم دید اغلب علماء به آلبومینوری بدون آزار کلیوی قائل نیستند.

از این گذشته اغلب مثالها و اختلالاتی را که جزء علائم کاری ذکر نموده‌اند همیشه با آزار کلیوی همراه میباشند یعنی جزء عوارض نفریت هستند و آنها را «نفریت عملی» نمیتوان نامید.

مثلا احتباس نمکی خشك که در ۱۹۰۵ بتوسط آمبار و بوژار^(۱) شناخته شده جز يك عارضه نفریتی که معمولا در براتییک^(۲) ها مشاهده میشود چیز دیگری نیست و اگر در این بیماری احتباس نمك با ادم همراه نیست این دلیل نمیشود که آزار کلیوی موجود نباشد و ما بتوانیم این عارضه را عملی بدانیم در این مورد اغلب اختلالات دیگری نزد بیمار مشاهده می شود که با اقسام دیگر نفریت فرقی ندارد مانند تنگت نفس، خشکی زبان، حس تشنگی، استفراغ و غیره بعلاوه این عارضه نیز مانند موقعی که احتباس نمك با ادم همراه است بادستور غذائی بی نمك مرتفع شده و حال بیمار بهبود پیدا میکند و در اینموقع نه تنها از وزن بیمار چیزی کاسته نمی شود بلکه بر اثر چاق شدن حتی ممکن است چند کیلوئی بر آن اضافه گردد.

پس از آن عوارضی مانند سیلند روری و هماتوری را که گاهی در بیماریهای پشی دیده میشوند بمثال آورده‌اند که خود علائم آزار کلیوی می باشند.

اما راجع بآلبومینوریهای عملی در کتاب آنریکز^(۳) مینویسد که وجود این نوع آلبومینوری مسلم نبوده و در اغلب اوقات عدم آزار کلیوی در این عوارض باثبات نرسیده است.

همچنین راتری راجع بفیژیو پالوژی آلبومینوری سه موضوع را مورد بحث قرار می دهد:

۱ - منشاء آلبومین پشاپ

۲- در چه ناحیه از پارانشیم کلیوی آلبومین تجاوز میکند؟

۳- بچه ترتیب آلبومین دفع میشود؟ آیا کلیه در این عمل دخالت دارد یا آنکه هیچ فعالیتی ندارد؟

بعضی منشاء آلبومین راسیتولیز سلولهای لوله‌های پیچیده دانسته‌اند ولی این فرضیه امروزه مورد قبول نیست زیرا در بعضی اوقات که آلبومین بمقدار ۳۰ یا ۴۰ گرم در روز دفع میشود ممکن نیست در نتیجه حل شدن پروپلاسم سلولهای کلیوی باشد لذا بدون شك مواد سفیده‌ای خون مهمترین منشاء آلبومین ادرار را تشکیل میدهند اما در کدام قسمت لوله‌های مترشحه آلبومین دفع میشود این قضیه مربوط می‌شود بفرضیه‌های مختلف راجع بترشح ادرار که ما اخیراً در شماره‌های ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹، همین مجله مورد بحث قرار دادیم و بعقیده اغلب علماء آلبومین در گلو مریول دفع میگردد و بالاخره راجع بچگونگی دفع آلبومین راتری عقیده دارد که همیشه عامل کلیوی در آلبومینوری دخالت داشته و وجود آن دلیل بر آزار کلیوی است

ولی چیزیکه هست مقدار آن در پیش بینی و عاقبت بیماری ابدآرزشی ندارد زیرا بعضی آلبومینوریهای شدید بی‌ضرر بوده در صورتیکه گاهی يك آلبومینوری کوچک منجر بعدم تکافوء کلیوی (۱) شده و خطر ناک است.

کوتاه (۲) همچنین در عاقبت آلبومینوریهای غیر برایتک (مانند آلبومینوری گوارشی - آلبومینوری متناوب - سیکلیک - آلبومینوری ار تو استاتیک و آلبومینوری پشی و غیره) مینویسد:

«مطلبی را که باید از نظر کلینیک در نظر گرفت اینست که کلیه اشخاصیکه «باین عارضه مبتلا هستند طبیعی کار میکنند و بالنتیجه با آنکه همه عقیده دارند که «علت اصلی آزادر کلیوی است معهدا این عوارض نفريت آلبومینوریک ساده هستند»

«و در این موارد عدم تکافوء کلیوی یعنی احتباس نمک و اوردو یا ازدیاد فشار خون دیده نمیشود.

«تشخیص این آلبومینوریها گرچه بواسطه وسائلی که برای بررسی طرز عمل کلیه در دست داریم آسان است معهدا پیش بینی عاقبت بیماری غیر ممکن است زیرا «باید دانست که گرچه بعضی از آنها درمان پذیر (۳) میباشند و بالا اقل هیچگاه اختلالی «در اعمال کلیه تولید نمینمایند معهدا بعضی دیگر بمنزل پیش قراولی هستند که بالاخره»

«منجر بعوارض و خیمی میشوند لذا در مقابل آلبومینوری ساده که با سلامتی کاملی»
 «هم همراه باشد نباید بخواب غفلت فرورفت و بی مورد نسبت بعاقبت بیماری خوشبین»
 «بود بلکه گاهگاهی باید اعمال کلیه را بررسی نمود زیرا چنانچه کاستنی^(۱) نشان داده»
 «ضعف کلیوی^(۲) این اشخاص را باید همیشه در نظر داشت»

از طرف دیگر عبور آلبومین از کلیه خود باعث آزار آن میشود چنانچه نفروز
 لیوئید یک که طبق تعریف اپشتن^(۳) عارضه ایست خارج کلیوی و با آزاری در کلیه
 موجود نیست تقریباً همیشه در اثر آلبومینوری شدید منجر بنفریت شده باعث مرگ میشود.
 آقای دکتر عزیزی با ذکر این مثالها بالاخره نتیجه میگیرند: «بطوریکه
 ملاحظه میشود موارد متعددی وجود دارد که علائم گرده بدون آزار این عضو موجود
 است» در صورتیکه تنها میتوان گفت بعضی از عوارض فوق الذکر با آنکه با آزار
 کلیوی همراه هستند تولید اختلالی در اعمال کلیوی نمی نمایند یعنی در دفع نمک و
 اوره و در فشار خون اغتشاشی ظاهر نمیشود.

بعداً اصراری دارند ثابت نمایند که اختلالات پشی ممکن است تولید آزار کلیوی
 و نفریت نماید البته در اینقسمت ماشکی نداریم ولی معلوم نیست چرا موقعیکه یک
 بیماری پشی تولید نفریت مینماید آنرا باید «نفریت عملی» نامید اینستکه بنده تصور می
 کنم مقصود ایشان از این مثالها این بوده است که پی هامیتوانند در گردهها تولید آزار
 نموده و یا آنکه طرز عمل آنها را مختل نمایند.

اما راجع بیالا رفتن اوره در تیفوس که تصور میکنم هسته مرکزی
 مقاله را تشکیل میدهد

راجع بمکانیسم هیپرازتمی بطور کلی چهار علت میتوان ذکر نمود:

۱- ازدیاد ازتمی در اثر کمی ادرار - کم شدن ترشح ادرار معمولاً باعث احتباس
 اوره و بالا رفتن ازت خون میشود و در هر مورد که مقدار ادرار از ۵۰۰ سانتیمتر
 مکعب در شبانه روز کمتر باشد ازتمی تا اندازه اهمیت خود را از دست میدهد مانند
 ازتمی بیماریهای قلبی که بدون آزار کلیه تولید میشود.

۲- ازدیاد ازتمی بعلت کم شدن کار خون - علل زیر راممکن است در تولید این
 نوع ازتمی دخالت داد:

الف - استفراغ پی در پی و اسهال که باعث دفع مقداری کلر از بدن میشوند و اوره خون ممکن است از ۳ الی (۴) گرم هم تجاوز نماید و چون بالا رفتن ازت خون خود تولید استفراغ می نماید لذا دوره تسلسلی (۱) تشکیل میشود که تنها علاج آن تزریق محلول نمک میباشد.

ب- رژیم بی نمک سخت و بی مورد بطوری که کلر با اندازه کافی وارد بدن نشود.

ج - اختلال کلیوی که باعث دفع فوق العاده نمک شود.

۳- ازدیاد ازتمی در آزار کلیوی - این علت از همه شایعتر بوده اغلب ازتمی

های شدید بواسطه آنست

۴ - ازدیاد تولید اوره - در نتیجه واهمانندی (۲) شدید مواد سفیده بدن بر اثر

بعضی عوامل از قبیل بیماریهای عفونی - بیماریهای پستی - مسمومیت های مختلف - عوارض

کوه گردی (۳) ضربه عضلانی و غیره ممکن است مقدار مواد ازته خون زیاد شود.

در نفریت نیز مخصوصاً در نفریت حاد ممکن است ازدیاد تولید اوره نقش مهمی

را بازی کند بدین ترتیب که اختلالات کلیوی خود در روی سایر اعضا منعکس شده

و متابولیسم مواد ازته شدید تر میشود و بالنتیجه آزار کلیه مهمتر از آنچه هست بنظر

می آید .

حال باید دید هیپرازتمی و زیادی اوره خون رادر تیفوس بکدام يك از این علل

باید نسبت داد؟

ازتمی شدید ممکن است بواسطه کم شدن مقدار ادرار باشد یعنی همانطوریکه

در قطع البول مقدار اوره سریعاً بالا میرود بهمین علت در تیفوس نیز مقدار اوره از

۲ الی ۳ گرم هم تجاوز میکنند ولی چون در تیفوس گاهی باسانی میتوان این عارضه را

از بین برد یعنی بتوسط مواد مدر مقدار پیشاب را زیاد نمود بسهولت میتوان این علت

رارد کرد زیرا با ادرار فراوان نیز در موقعیکه بیمار بطرف مرك میرود اوره خون روز

بروز رو با افزایش است چنانچه به ۴ تا ۵ گرم هم میرسد.

علل دسته دوم را هم میتوان طرد نمود زیرا استفراغ فراوان در بیماران دیده

نمیشود و بیماران تحت رژیم بی نمک نیز تغذیه نمیشوند.

پس میتوان هیپرازتمی تیفوس را جزء دسته سوم یعنی در نتیجه آزار کلیوی دانست

تاعقیده آسیب شناسان در اینموضوع چه باشد ؟

همانطور که آقای دکتر عزیزی نوشته‌اند «بن‌ها مو» علت هیپرازتمی تیفوس را آزار کلیوی دانسته و حتی اختلالات پشی را نیز به هیپرازتمی نسبت داده است. نتیجه مشاهدات آقای دکتر حبیبی نیز راجع به آزار های کلیوی بطور مختصر بدینقرار است :

اغلب اوقات کلیه هامبتلا با آزار میباشند در امتحانات درشت بینی حجم کلیه ها بزرگ بوده و احتقان شدیدی در آنها دیده میشود عروق درشت شده و در زیر کپسول و مقطع کلیه اغلب واضحند. مناطق خونریزی متعددی نیز دیده میشود آزار مویرگها و شریانهای کوچک نیز مشاهده میشود.

همین علائم در امتحان ذره بینی بطور واضح دیده میشود علاوه بر این تورم سلولهای پوششی و ترمبوس های متعدد نیز در مویرگها وجود دارد. گاهی گلو مریولها آنمیک بوده و نکروزه یا درثره (۱) میباشند و تصویریک گلو مریولو نفریت مخصوصی مشاهده میشود ولوله‌ها معمولا بدون آزار بنظر میرسند ولی در بافت مرتبطه آزار های متعددی وجود دارد

معهدنا آقای دکتر حبیبی عقیده دارند که این قبیل آزار ها معمولا تولید ازتمی شدیدی نمی‌کند با این وجود نمیتوان تصور نمود که این آزار های متعدد در هیپرازتمی تیفوس ابدأ دخالت و یا عملی نداشته باشد.

اگر بالاخره آزار کلیونی را نیز علت هیپرازتمی ندانیم میتوان زیادی او را بواسطه ازدیاد تولید آن در بدن دانست یعنی تصور نمود علت هیپرازتمی شدید شدن متابولیسم بدن در اثر سموم میکروبی و آزار مراکز پشی باشد ولی معمولا در بیماریهای عفونی دیگر ازتمی با اندازه تیفوس بالا نمیرود.

لذا بعقیده اینجانب میتوان گفت که علت هیپرازتمی در تیفوس سریع شدن احتراقات بدن میباشد و چون گردها بعلت آزارهای متعددیکه در آنها دیده میشود (ولو جزئی هم باشد) از دفع این مقدار ازت عاجزند لذا احتباس او را بوجود میآید از طرف دیگر همانطور که ذکر کردیم هیپرازتمی خود مراکز پشی را تحریک نموده و متابولیسم بدن شدید میگردد بدین ترتیب احتیاجی نیست که در اینجا بعدم رسوخ عملی

کلیه ها قائل شویم زیرا در اینصورت باید ثابت کنیم ابتدا ازاری در کلیه ها موجود نیست در صورتیکه امتحانات آسیب شناسی خلاف آنرا نشان میدهد.

لذا بطور خلاصه میتوان گفت: اولاً همانطور که ابرامی پیشنهاد کرده شاید ممکن باشد «پهلوی اغتشاشات ازاری کلیه ها فصل جدیدی با سم اغتشاشات کاری باز نموده ولی نباید آنرا «تفریت عملی» نام نهاد

ثانیاً - هیپرازتمی بدون ازار کلیوی وجود دارد ولی در بیماری تیفوس ازار کلیه ها نیز بدون شك در بالا رفتن اوره خون دارای رل مهمی میباشد و آنرا نمیتوان ندیده گرفت و ناچیز پنداشت.