

بیماریهای درونی

از کارهای بخش پوست و آمیزشی
بیمارستان شوروی

۲

آماس کوفتی بندها

نگارش

آقای پرفسور ب. م. پاشکوف (۱)

استاد در مانگاه مرکزی پوست و آمیزشی مسکو

تا کنون در باب کوفت بندها اطلاعات کافی بدست نیامده است. اهمیت عملی این بیماری زیاد و گاهی تشخیص داده نمیشود و بخطا آنرا درمان میکنند بعضی اوقات بدون سبب بیمار را تحت عمل جراحی قرار میدهند.

نگارنده چندین سال است که در باب کوفت ارثی و اکتسابی بندها و استخوانها مشغول آزمایش است و در این تجارب اتکاء اینجانب با آزمایشهای بالینی و پرتوننگاری میباشد که در باره صد و شش تن بیمار مبتلا بکوفت بندها انجام داده است. علاوه بر این سی تن بیمار دیگر که عوارض استخوانی و بندی آنرا بخطا منتسب بکوفت کرده و پس از آزمایش معلوم شد که بکوفت دچار نیستند زیر نظر داشته است.

در باب تقسیم بندی کوفت بندها عقاید مختلف است. دانشمندان زیر هر يك در این باب نظریات مخصوص بخود دارند از قبیل:

ویلیامینوف^(۲) و فورنه^(۳) و کوشلفیسکی^(۴) و گکزینگر^(۵) و سلونیم^(۶) و بروناور^(۷) و هاس^(۸) و گاستیو^(۹) و غیره.

ولی بطور کلی تمام دانشمندان فوق کوفت بندها را بدو طریق زیر تقسیم میکنند:

۱- Pachkoff ۲- Velyaminof ۳- Furné ۴- Cuchelesquis ۵- Kochginher
۶- Slonime ۷- Brunauer ۸- Hass ۹- Hastio

- ۱ - کوفت بند که غضروف استخوان را مبتلا ساخته است .
- ۲ - کوفت بند که غضروف استخوان را فاسد کرده است .
- نگارنده کوفت بند را بطریق زیر تقسیم بندی کرده است :
- ۱ - سینوویت (۱) که کیسه بند آماس پیدا کرده ولی غضروف استخوان فاسد نشده است . اغلب در نتیجه التهاب در کیسه بندها ترشح جمع میشود (هیدارترز (۲))
- ۲ - کوفتهائی که به پیو کوك (۳) آلوده نشده در کیسه بند ترشح چرك نداشته و ناسور نیست . کلیه سینوویتها بطریق زیر تقسیم میشود :
- ۱ - سینوویت مزمن : این عارضه را کتب پزشکی آمریکا و انگلیس سینوویتیس کلوتون (۴) نامیده اند .
- تولید این سینوویتها بر اثر تحریک اپیفیزها (۵) نیست و نیز کم هائیکه در متاقیز استخوانها تولید میشود در ایجاد آنها بی اثر است بلکه کیسه سینوویتها بطور قطع در دوره اول کوفت دیده میشود .
- سینوویت کلوتون بتدریج و بی آنکه دردی حس شود و در عمل بندها تغییری راه یابد تولید میشود ، بدین معنی که واکنش التهابی شدید در کار نیست . این عارضه در برابر درماتهای ضد کوفت مقاومت بسیار میورزد . در پرتو نگاری هیچ نوع تغییری در استخوان مشهود نمیافتد .
- سینوویت مزمن کلوتون را فقط در زنانی که بیماری که بکوفت ارثی مبتلا بودند مشاهده نموده است . بعلاوه در چهل و پنج درصد آنان نشانه های دیگر کوفت ارثی مانند آماس مزمن قرنیه (۶) وجود داشت .
- ۲ - سینوویت واکنش دار (۷) : این عارضه بر اثر عوارض گم استخوانی که نزدیک بند است تولید میشود اغلب در نتیجه گم متافیزهاست در اینجا باید تذکار داد که جمع شدن ترشحات در کیسه بندها در نتیجه فساد اپیفیز و اشغال شدن تمام بند بوسیله گم نیست بلکه بروز این عارضه در نتیجه تأثیر سمپاتیک است یعنی بوسیله واکنش التهابی ایجاد میشود و از رگهای خونی و لنفی ترشح در بند جمع میشود .
- ۳ - پلی آرتريت : که در دوره دوم و سوم کوفت دیده میشود و ممکن

۱- sinovitis ۲- hydarthrose ۳- Piococ ۴- sinovitis Clutton ۵- épiphyse

۶- kération chronique ۷- sinovitis réaccionis

است در نتیجه متاستاز (۱) باشد.

بعضی از مؤلفین از جمله کو شلفیسیکی و دیتریخس (۲) این عارضه را از نظر آلرژی (۳) مینگرند. طبق نظریه آنان این عارضه از لحاظ بالینی باورام بندی روماتیسمی نزدیک است لذا تشخیص حقیقی امکان پذیر نمیگردد.

۴ - سینوویت گومزیس (۴): این عارضه اگر مزمن باشد غشاء بند هیپرپلازی پیدامیکند.

استئوآرتریت (۵): تنها تورم کیسه بندها مشخص این عارضه نیست بلکه غضروف و استخوان نیز متورم میشود. این عارضه بانواع زیر تقسیم میشود:

۱ - گم انتهای استخوان: و آن عبارتست از ورم بندی کوفتی که در نتیجه ورم انتهای استخوان ایجاد میشود. این عارضه با گم میلیر (۶) و تورم مختصر ضریع همراه است و یا با گم های زیادی توأم میشود که به متافیز استخوان سرایت میکند و در نتیجه واکنش تصلبی ایجاد میشود.

۲ - ورم تغییر شکل دهنده درجه دوم (۷): که عبارتست از ورم گمی اپیفیر.

۳ - ورم استخوانها که بشکل ژیبیریت (۸) است: یعنی او را می که سبب آنها کاملاً معلوم نیست (کوفت و سل یا کوفت و گندهای ناشی از پیوکک).

آماس بند ناشی از تابس (۹) و عوارض بندی را در تقسیمات کوفت بندها داخل نمیکند (ممکن است این امر حقیقت نداشته باشد). در این عوارض بافت بندها تحول تغذیه ای (۱۰) پیدامیکند که در نتیجه تحول سلولهای مغز تیره است. در اینصورت بندهایی آنکه ورم پیدا کند عمقاً فاسد میشود زیرا اورم مخصوص بندهای کوفتی است.

در کوفت اکتسابی ورم بندها در تمام دوره های کوفت مشاهده شده است. در دوره دومین کوفت بندهای بیماران درد میگیرد و گاهی این درد شبها شدت میابد و درجه حرارت بیمار نیز بالا میرود (ارترالژی (۸)). در ایندوره درد بندها همانند درد سینوویت

۱- métastase ۲- Diterix ۳- allergie ۴- sinovitis gummosis ۵- ostéo-arthritis ۶- gummosis miliaris ۷- arthrits déformaticonis ۸- gibrit ۹- tabeticus ۱۰- trophique

میباشد و تمام بند ها را فرا میگیرد. در دوره دوم کوفت هم سینوویت زیاد مشاهده شده است و از نوع ورم سمپاتیکی بند ها میباشد.

ورم بند ها در دوره دوم کوفت بر اثر در مانهای ضد کوفتی زود بر طرف میشود و این خود انتساب عارضه مذکور را بکوفت تأیید میکند اگر چه در تشخیص شك و تردید دست دهد.

ورم بند ها در دوره سوم کوفتهای ارثی و اکتسابی بسیار مشاهده میشود.

طبق مشاهدات ه^(۱) نسبت این عارضه در مردان پنج درصد و در زنان سه در صد است ولی کریستائف^(۲) و روزین^(۳) سه در صد ذکر کردند.

او رام بند ها در کوفتهای ارثی دیر رس زیاد مشاهده شده است. بعقیده فورنه نسبت این عارضه سی درصد و بعقیده بسه^(۴) سی و هفت در صد و بعقیده هیپلیو^(۵) پنجاه و شش در صد است.

نگارنده از مشاهده چهار صد بیمار مبتلا بکوفت ارثی چنین نتیجه گرفته است که میزان کوفتهای ارثی هفتاد و چهار در چهار صد یعنی هجده و نیم در صد میباشد. اساساً اقسام کوفتهای ارثی دیر رس ورم بندیکه تولید میکنند همانند ورمهای مزمن کلو تون است.

طبق مشاهدات نگارنده از بیمار ان مبتلا بکوفت ارثی سی و هشت تن یعنی پنجاه در صد ورم بند دچار بوده اند.

نصف بیمار ان مبتلا به سینوویت کلو تون در برابر درمان ضد کوفت مقاومت زیاد دارند و اغلب حتی پس از چندین ماه نتیجه خوب حاصل نمیشود اگر چه درمان شدید و با درمانهای محلی بندها (کمپرسهای گرم و دیاترمی و گاهی رادیو تراپی) نیز همراه باشد. گاهی دیده شده است بیماریکه ورم بند زانو دچار بوده و بند هم تغییر شکل داده است مدت دو تا سه سال عارضه در او یکنواخت باقی مانده است و پس از اینمدت هم بوسیله پرتو نگاری در استخوان بند هیچ تغییری مشاهده نشده است این امر یعنی مقاومت در برابر درمان ضد کوفت تشخیص بیمار را مشکوک میکند.

اینجانب بیماریرا مشاهده کرد که بسینوویت کوفتی دچار بود و چون درمان‌های شدید در او مؤثر نیفتاده بود بیماری او را سل تشخیص داده بودند.

نگارنده سینوویت کلو-وتون را در کوفت‌های اکتسابی کم مشاهده کرده است.

سینوویت در اغلب بیماران دو طرفی میشود. گاهی بندها یکی پس از دیگری درد میگیرد و گاهی هم درد‌های بند پس از زمانی چند باز آغاز میشود و حتی بهنگام درمان ورم بند ظاهر میشود. آزمایش خون بیمارانیکه بورم بند کلو-وتون (۱) دچار بوده اند از نظر واسرمن مثبت بود.

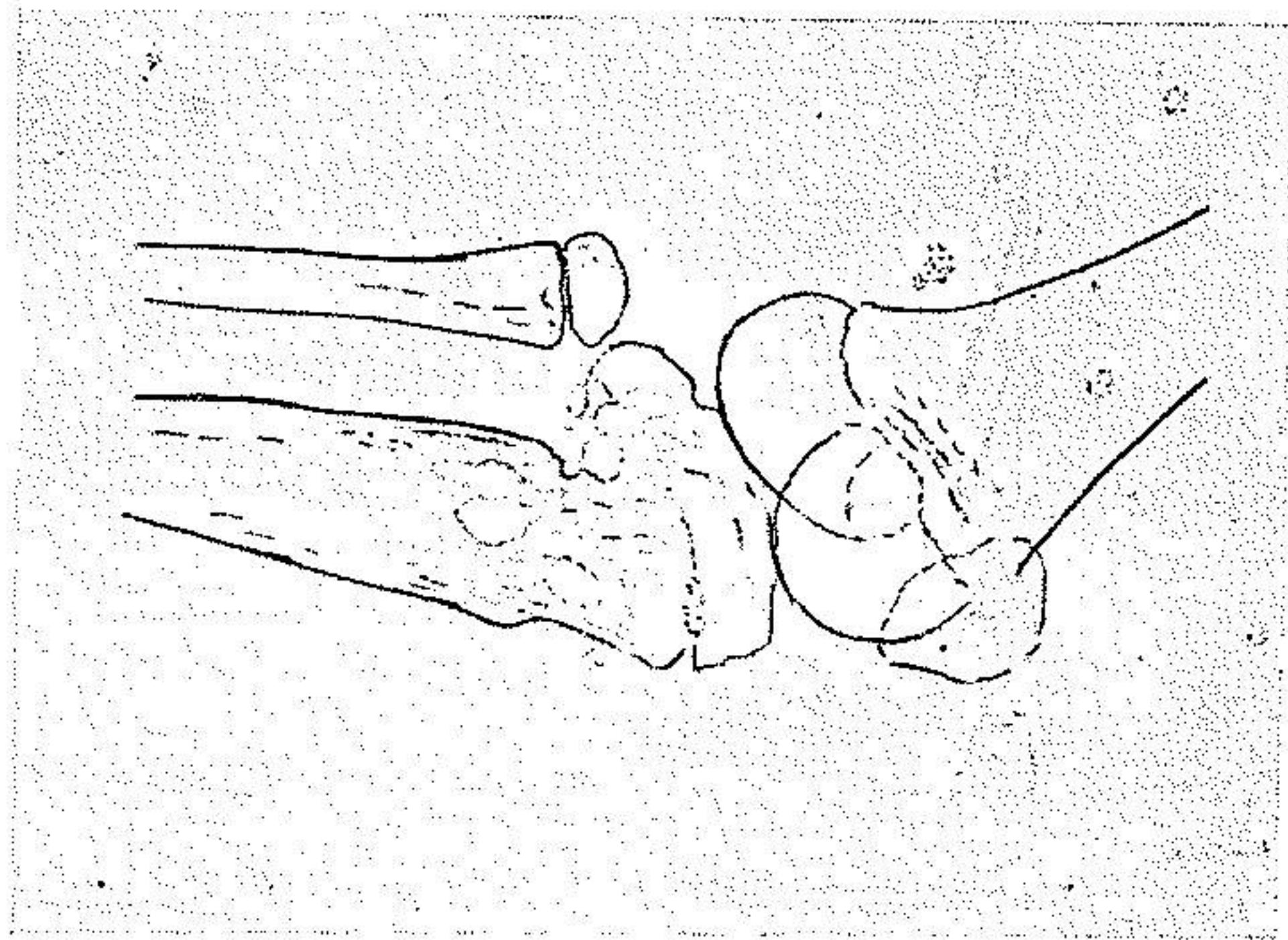
بسیاری از مصنفان معاصر (کوشلیسکی و سلونیم و غیره) این نوع سینوویت‌ها را بنظر آلرژی مینگرند. علت بیماری زائی این سینوویتها را چنین توصیف میکنند.

اسپر و کت (۲) در نخستین مرحله تعمیم کوفت در بدن وارد بند میشود و مدتی مدید در آنجا بحال اختفا باقی میماند. تأثیرات خارجی و یا گند این میکروب را از حالت اختفا بیرون آورده فعال میکنند یعنی بیمار از حالت آنرژی (۳) بحالت هیپرارژی (۴) در میآید (سلونیم). بوسیله سرم اسب خرگوشهائیکه بیدنشان میکروب کوفت وارد شده بر حساسیت آنها افزوده میشود. بدین نحو که سرم اسب را چندین مرتبه به بندهای خرگوش وارد میکنند و چون فنومن آرتیزا (۵) چندین بار تکرار شد در حیوان مورد آزمایش ورم بندیکه از لحاظ بالینی و آسیب شناسی به سینوویت مزمن انسان شبیه است تولید میشود.

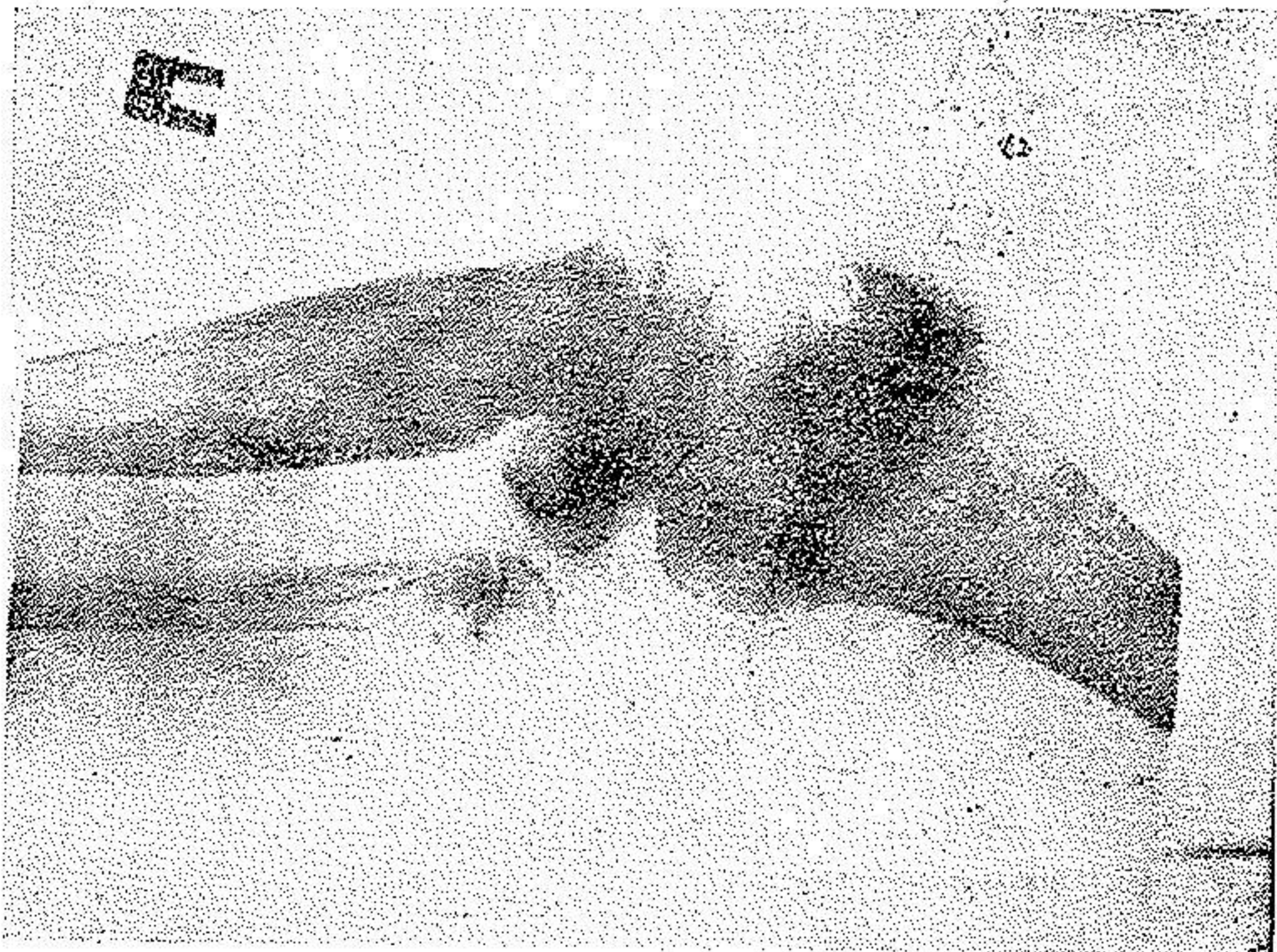
نگارنده آزمایش بالا را تکرار کرد و چنین نتیجه گرفت که در سینوویت حیوان مورد آزمایش ترشحات بند و عمل ضخیم شدن تمام بند را فرا گرفته و مدت چندین ماه بطول انجامیده است.

سینوویت و اکنشی: این عارضه بادوره سوم کوفتهای اکتسابی وارثی دیررس مصادف میشود. در اینهنگام بوسیله پرتو نگاری در متافیز استخوانها گم مشاهده میشود.

سینوویتهائیکه قبلاتذکار داده شد بی گم است و فقط در متافیزها، ماس استخوان و ضریع^(۱) تولید میگردد و این عارضه مانع حرکات بند میشود. گم متافیزها که در



(شکل ۱)



(شکل ۱)

نتیجه فعالیت سینوویت سمپاتیکی تولید میگردد باعث تغییر شکل بند زانو میشود

۱- ostéo-prostit .

این تغییر شکل در (شکل ۱) نمودار است .

کودک ده ساله ای که بعوارض کوفت ارثی دچار بود یکسال پیش از مراجعه در اطراف بند زانوهای او ورمی تولید شده که با درد همراه بوده است. ورم بتدریج زیاد شده و شکل مفصل را عوض کرده بود بعلاوه در بند ترشح جمع شده بود .

در پر تو نگاری چنین مشهود افتاد که طبقات ضریع متافیز قصبه کبری خراب شده و اتصال یافته است ولی درون بند زانو تغییری پیدا نکرد. در نتیجه درمانهای ضد کوفت هیدراترز بزودی برطرف شد ولی تغییر شکل استخوان واگز و ستوز (۱) پس از سه دوره درمان بحالت نخستین باقی ماند . بیمار یکسال تحت نظر بود .

آماس ضریع متافیز که مانع حرکات طبیعی میشود در (شکل ۲) نمودار است . نتیجه فعالیت ورم بندها وابسته بزیادی تغییراتی است که در متافیز تولید میشود. آماس ضریع در صورتیکه با گم همراه نباشد بوسیله درمانهای ضد کوفت زود برطرف میشود و کلیه حرکات طبیعی بند بحالت نخستین برمیگردد .

اگر تخریب زیاد باشد حرکات بندها دیگر بحالت نخستین بر نمیگردد . اثرات گم در استخوانها هر چه باشد باید دانست که عموم سینوویتهای سمپاتیکی برخلاف سینوویت های کلوتون بوسیله درمانهای ضد کوفت زود درمان میپذیرد

آماس شدید کوفت چند بند (۲) : در دوره سومین کوفت اغلب بیماران بکارشناسان بیماریهای درونی مراجعه میکنند و فقط دو تن بیمار که شرح حال آنها را در پائین مینگارند باینجانب مراجعه کرده اند .

بیمار سی ساله ای که بورم شدید بند زانو و مچ پا دچار بود پس از آنکه در بخش بیماریهای درونی بستری بود و با سالیسیلات در سود معالجه میشد بنگارنده مراجعه کرد . یک ماه پیش از آن استخوان ترقوه بیمار متورم شده و درد داشته است . آزمایش خون از لحاظ واسرمن دارای چهار بعلاوه بود . بند زانو و مچ پا ورم کرده و گرد و کلفت شده بود بعلاوه در داخل بندها ترشح جمع شده و استخوان گردن دارای حرکات غیر عادی بود . حرکات بندها درد تولید میکرد ، حرکات بیمار طبیعی بود . در پر تو نگاری در استخوان تغییراتی دیده نشد ولی در ترقوه راست بیمار اثرات زیاد گم مشاهده می شد .

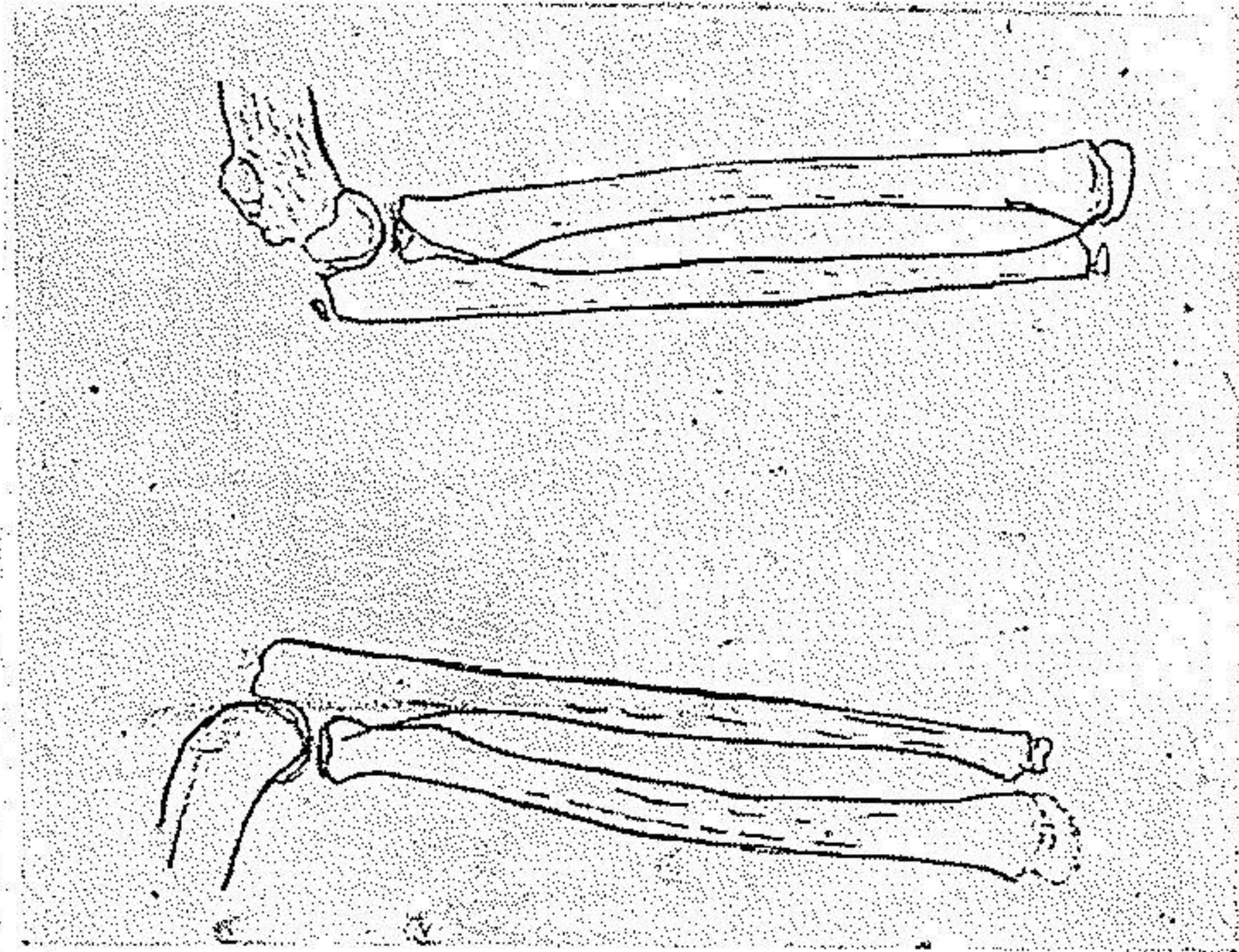
بعد از زرق بیو کینول (۳) واکنش هر تری هایمر (۴) شدت یافت. درد بندها شدیدتر و ترشحات زیادتر شد و مدت سه روز حرارت بیمار به ۳۸ رسید . بر اثر دوام معالجه با زرق مرتب درد مفاصل بتدریج کمتر شد و حرارت بیمار بحالت طبیعی برگشت و سر انجام دردها بکلی قطع و ترشحات بر طرف شد و حرکات بندها بحال طبیعی بازگشت

آماس گمی اپیفیزها (۵) : نگارنده بیست و سه تن بیمار را که باین بیماری دچار

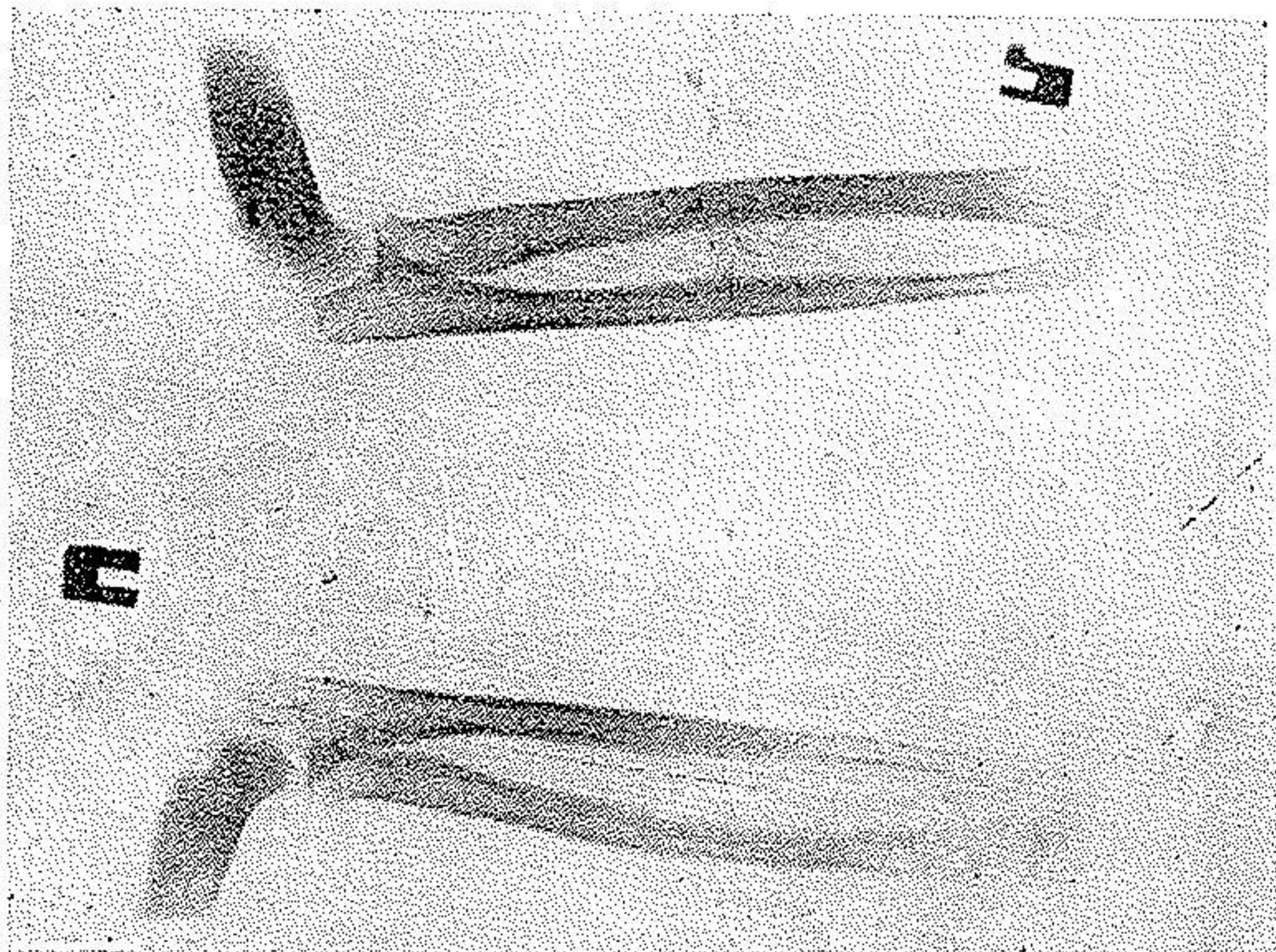
۱- exostese ۲- poliartthritis syphiliticus acuta ۳- biochinol

۴- Hetrtsheimer ۵- epiphysis gummosis

بودند مشاهده کرد که در پانزده تن بندهای بازو و در هفت تن بند زانو و در یک تن مچ دست باین عارضه مبتلا شده بود. این بیماری در بیمارانی که در بندهایشان گند تولید نشده بود بی آنکه حرارت بدن زیاد شود و ناسور تشکیل یابد و درد شدت کند آغاز گشته



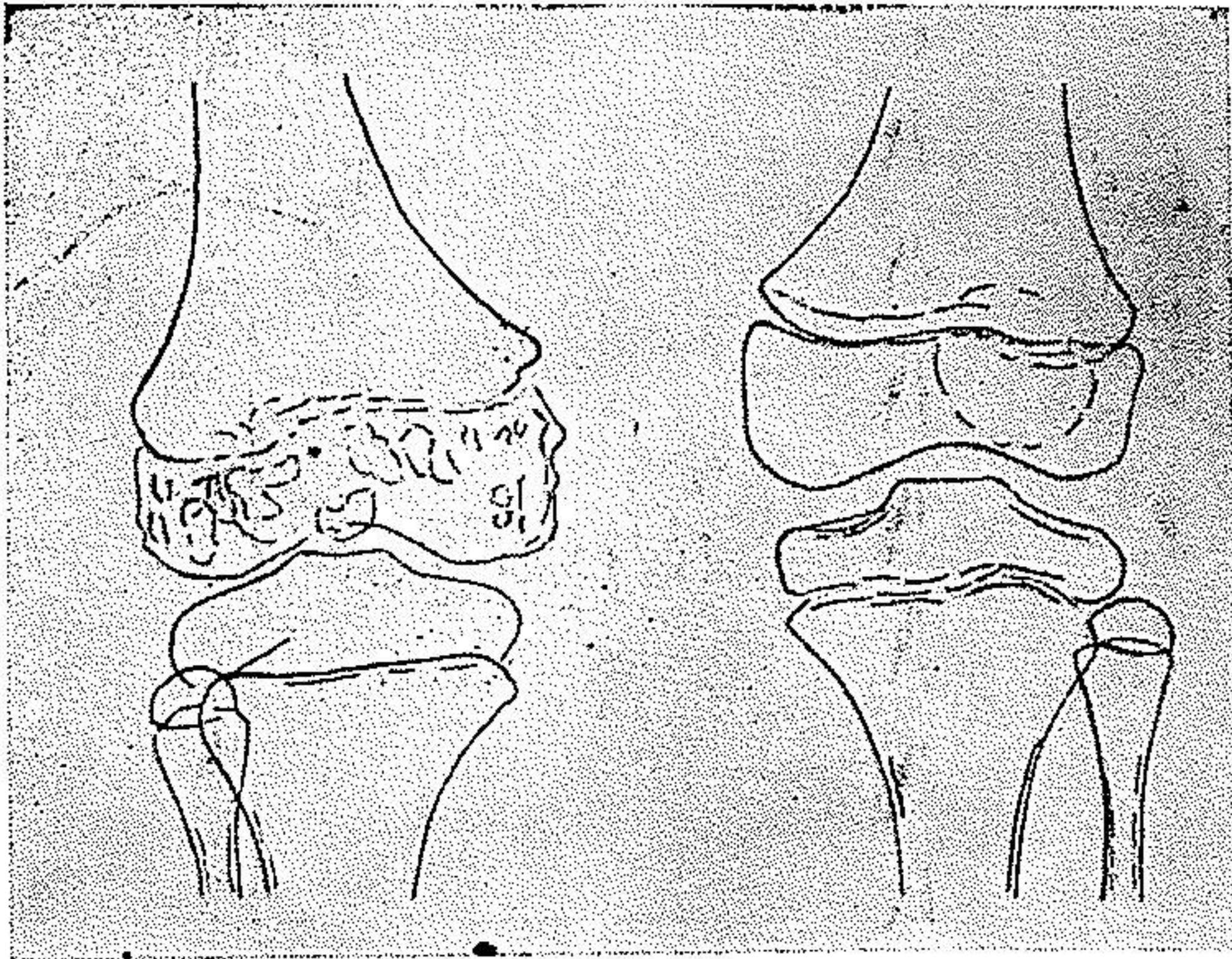
(شکل ۲)



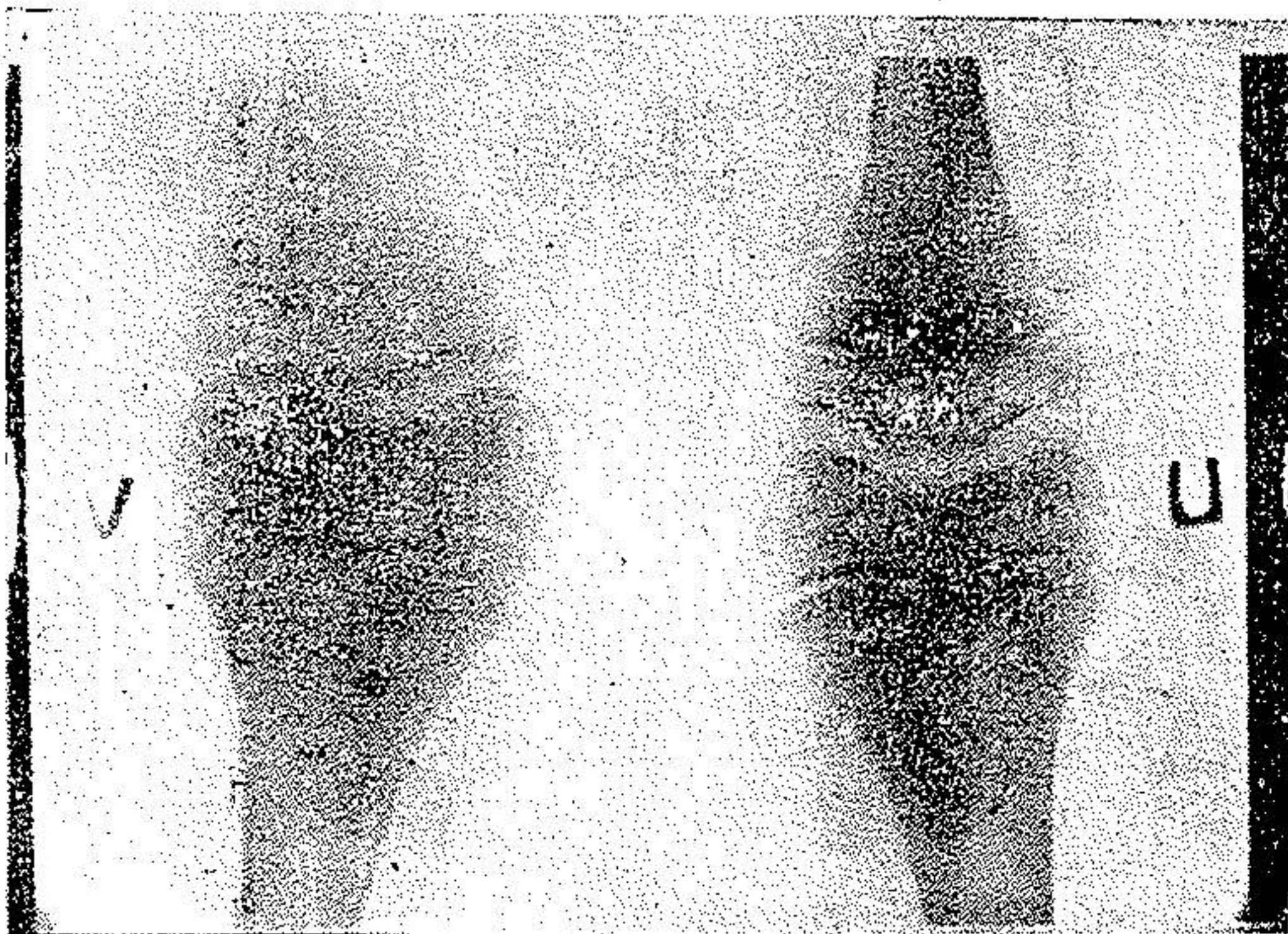
(شکل ۳)

بود. هنگامیکه گم، استخوان و مواد نرم (مایچه پوست و رگ) را فرا گیرد زخم سر

باز میکنند از اینرو میکروبهای دیگر مانند پیوکیک داخل زخم میشود. موقعیکه گم انتهای استخوانها آغاز میشود ترشحات بندهی در کیسه جمع و در انتهای استخوان در د عارض میگردد.



(شکل ۳)



(شکل ۴)

در انتهای استخوانها گم های کوچک زیادی دیده میشود ولی نگارنده گمهای

بزرگ در انتهای استخوان ندیده است .

اینجانب در انتهای استخوان کودکان مبتلا بکوفت ارثی دیررس بندرت گم میلیر

مشاهده کرده است . (شکل ۳) .

بند زانوی چپ کودک ده ساله‌ای که بکوفت ارثی دیررس مبتلا بود متورم گشته و درد میکرد و در آن ترشحات بندی جمع شده بود ولی عمل بند اختلال پیدا کرده و ناسور وجود نداشت . این تغییرات در پرتونگاری فقط با استخوان ران چپ محدود بود ، تصلبات جزئی و کوچک باعث آسپهای خرد و زیادی در انتهای استخوان شده بود . در طرفین انتهای استخوان حدغضروف بند و تغییر عمقی ضریع و تشکیل استخوان نمایان بود . بند ران راست عادی بود . در (شکل ۴) گمهای کوچک و زیاد انتهای استخوان نمودار است .

مچ راست م . ا . بیمار یازده ساله‌ای که نشانه‌های بسیاری از کوفت ارثی داشت تورم یافته و درد میکرد و حرکت آن محدود شده بود ولی پوست روی بند تغییری نیافته بود و ناسور وجود نداشت . چنانکه در (شکل ۴) دیده میشود انتها و متافیز استخوان زنده برین (۱) دچار فساد شده و در آن عمل تصلب انجام میابد . اپیفیز استخوان زنده برین فاسدگشت و خط بندی مضرس و ناصاف شده است . بعد از درمانهای ضد کوفت ورم بند تقلیل یافت و حرکات آن زیاد شد و درد بکلی از میان رفت .

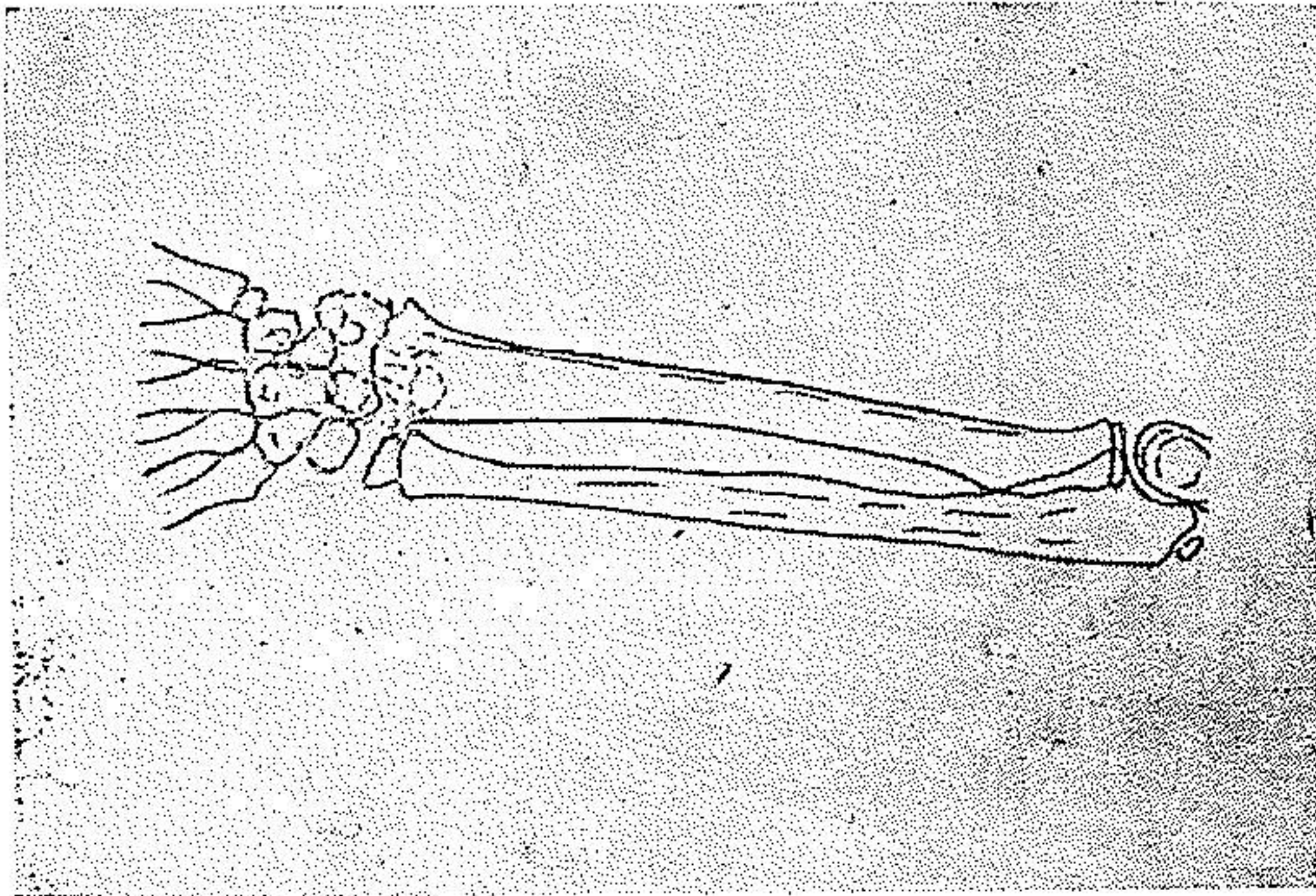
هنگامی که اپیفیز استخوان بعلت گمهای زیاد آسپهای خط بندی غضروفی تولید شود میتوان این عارضه را که بر اثر کوفت بروز میکند از سل و سایر بیماریهای گندزا که در آنها این عارضه خیلی کم دیده میشود متمایز ساخت .

ورم بند که در نتیجه گم استخوان گردنا تولید میشود خیلی کم است و نگارنده فقط این عارضه را در سه تن بیمار مشاهده کرد که همانند سینوویتهای مزمن بود . ورم کم بود و عمل بند با اختلال دچار نشده بود و حرارت بیمار بالا نرفته بود و ناسور وجود نداشت بیمار ب . دو سال پیش ورم بند زانوی چپ که با درد همراه بوده مبتلا شده است . این عارضه بکدی پیشرفت کرده و بتدریج مقداری ترشح در بند جمع شده و حرکات بند را محدود کرد . درد شبها شدت می یافت . در معاینه پرتونگاری فضای بند روشن و سطح بند تغییر شکل نداده بود .

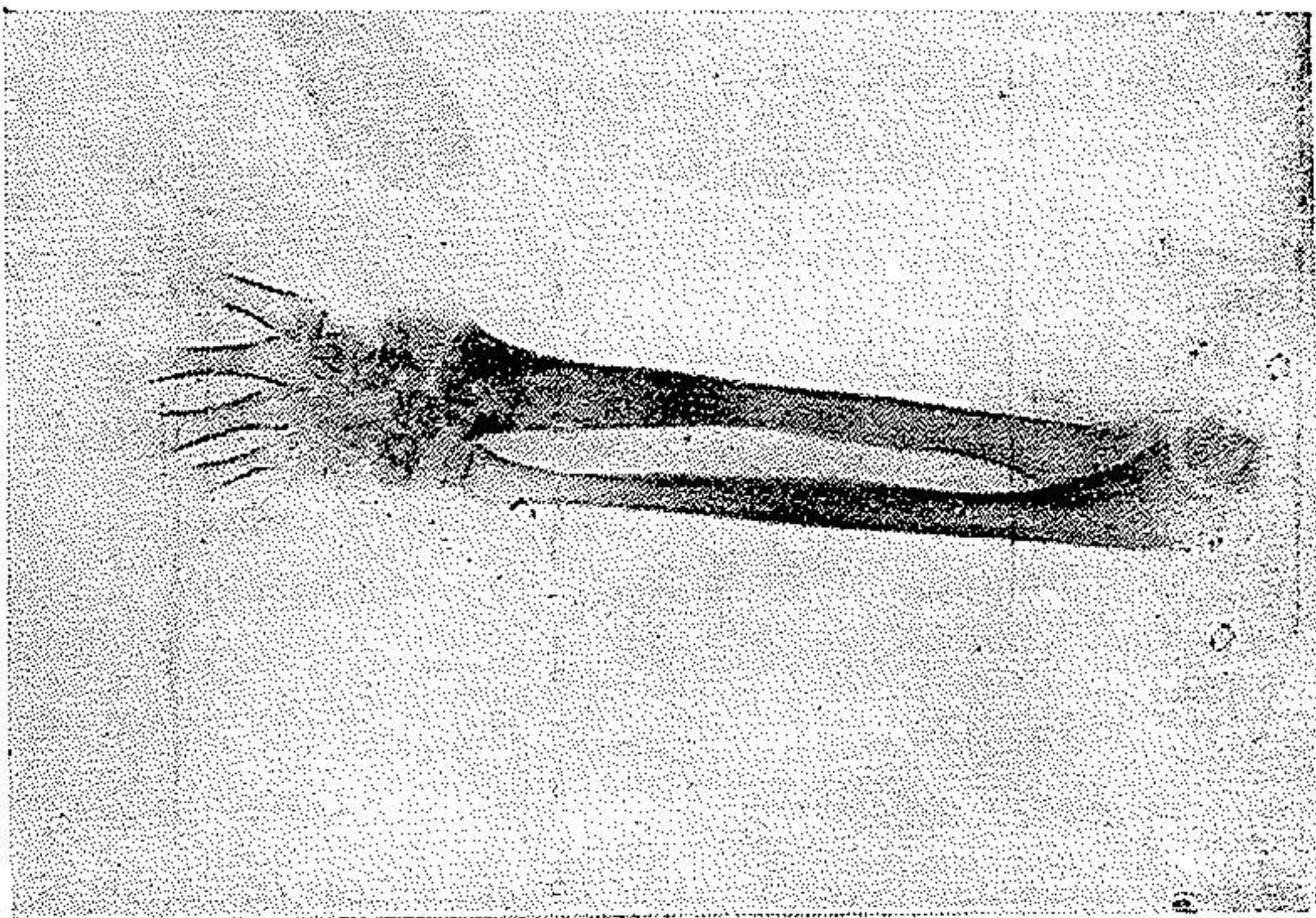
و نقاطی از استخوان گردنا خراب شده و تصلب یافته بود و ضریع نیز متورم و کلفت بود . (شکل ۵) . حرکات بند بعد از درمان ضد کوفتی بحالت نخستین برگشت و درد قطع شد و ورم در اطراف بند جمع شد .

هنوز این مسئله محقق نیست که آیا در کوفت ورم بند همراه با تغییر شکل پیدا میشود یا نه ؟ دیتریخیس در باب تغییر شکل درجه اول و دوم بندها بررسی کرده است ولی در این موضوع راجع بکوفت سخنی بمیان نیاورده است .

هوففا (۱) و ولنبرک (۲) در یادداشتهای خود که بسال ۱۹۰۸ نگاشته‌اند در باب ورم بندهای همراه با تغییر شکل ناشی از کوفت سخن نگفته‌اند.
 ولنبرک در یادداشتهای خود که بسال ۱۹۱۲ نگاشته‌است در باب ورم بندهائی



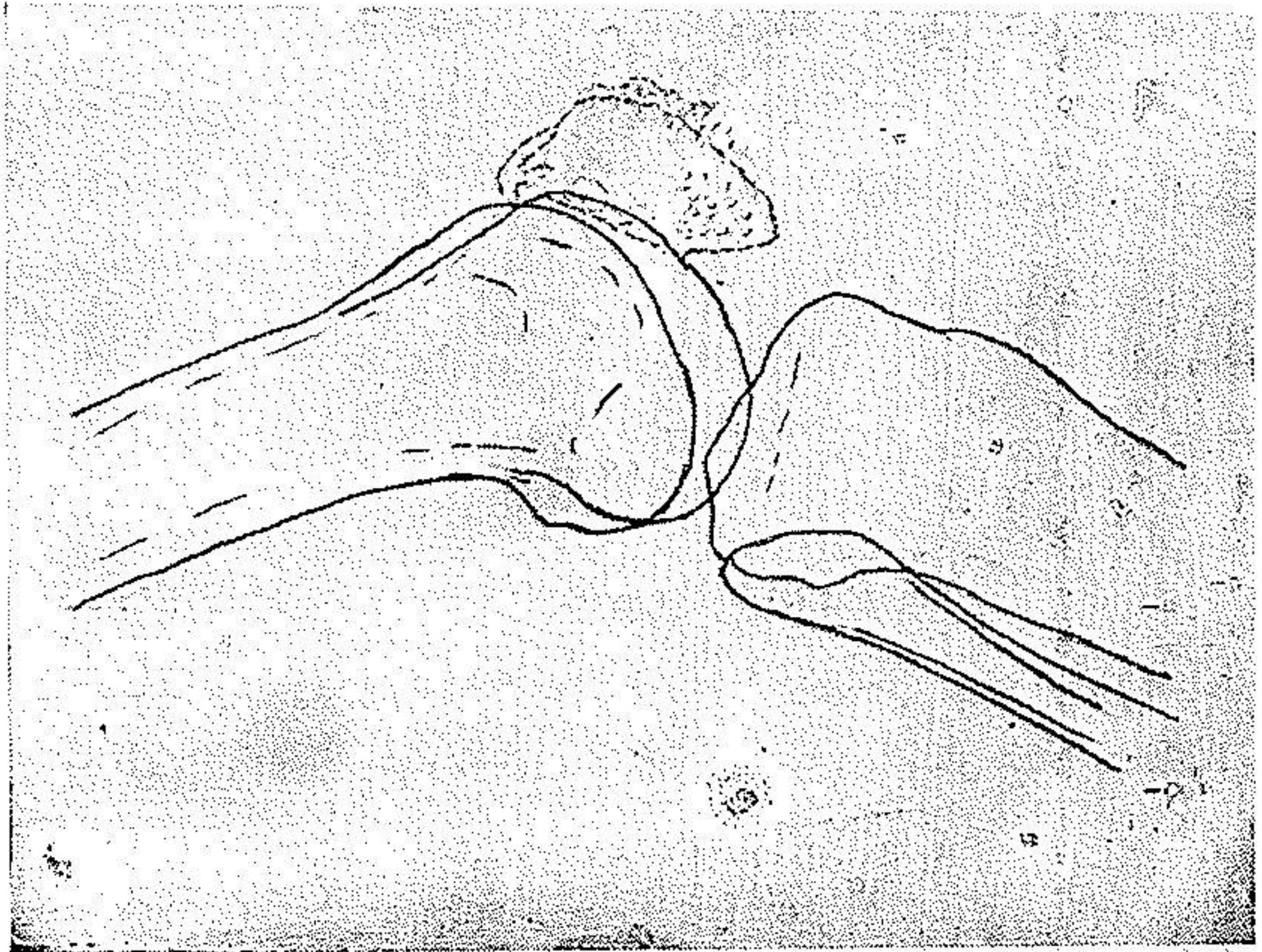
(شکل ۴)



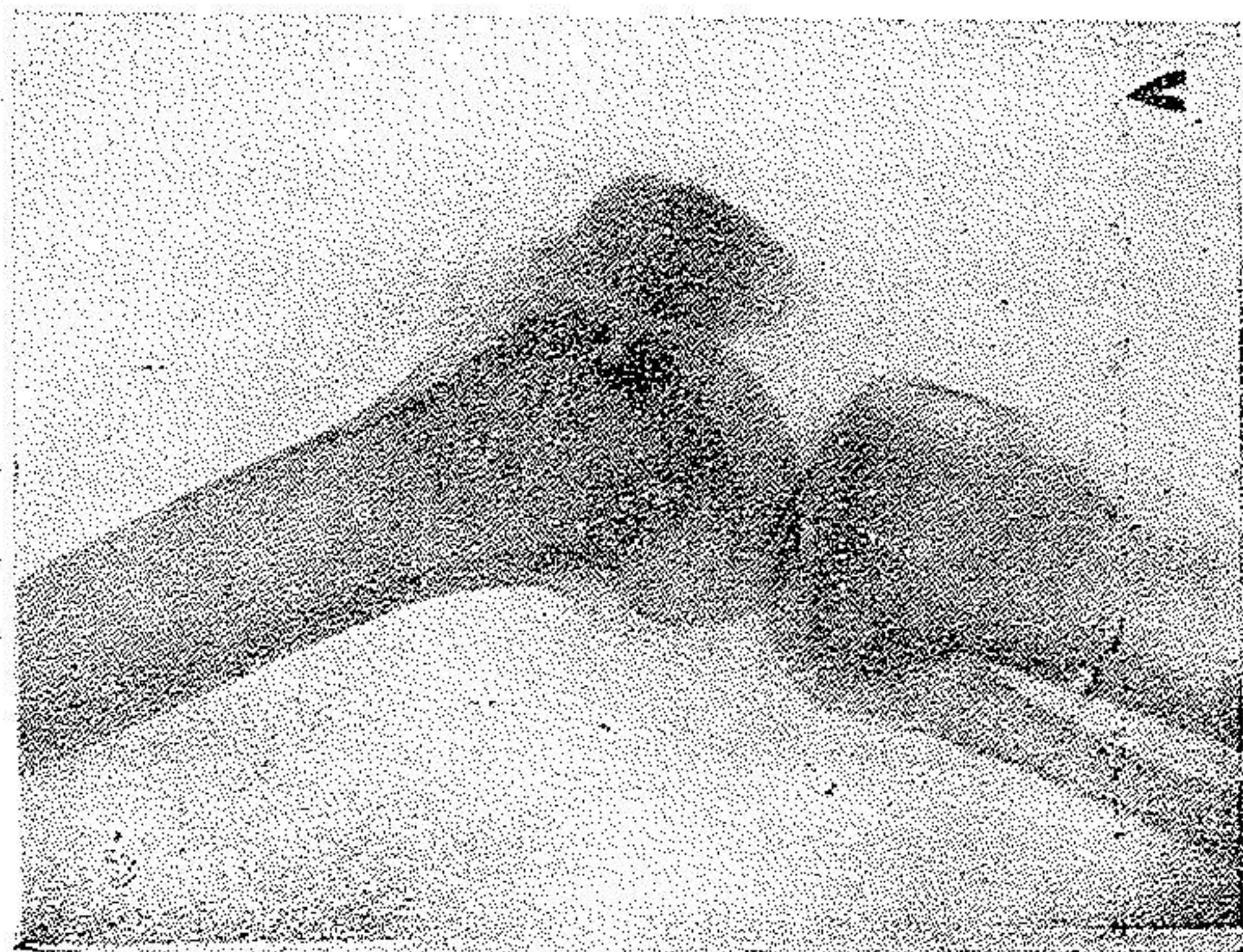
(شکل ۴)

که با تغییر شکل حقیقی همراه است چنین تذکار میدهد که معلوم نیست تغییرات مذکور در نتیجه کوفت است یا علت دیگری دارد.

در دوره سوم کوفت اورام مزمن بندها مشاهده میشود که ممکن است باورام بندهای همراه با تغییر شکل همانند باشد ولی ولنبرک بیماری را که در نتیجه کوفت باین عارضه دچار شود ندیده است. هکمن^(۱) آمریکائی منوآرتریتها را باورام بندهای



(شکل ۵)



همراه با تغییر شکل ناشی از کوفت در چهار بار مشاهده کرده است .

ولیامینوف^(۱) معتقد است که این عارضه وجود دارد و شخصاً چهار تن بیمار مبتلا بآنها مشاهده کرده است .

فورنه بسال ۱۹۱۲ در چند بیمار ورم بندهای همراه با تغییر شکل درجه اول توأم با بیماری کوفت ارثی را مشاهده کرده است .

مشچرسکی^(۲) از بررسی نتایج مذکور در اینکه آیا کوفتهای ارثی یکی از علل ورم بندهای همراه با تغییر شکل می باشد مشکوک است .

رخلین در یادداشتهای خود چنین نگاشته است که عوارض گم در انتهای استخوان غضروف را از بین میبرد ممکن است در نتیجه آرتروز ورم بند تغییر شکل درجه دوم تولید کند .

نگارنده با بررسی نتایج مذکور چنین عقیده دارد :

بیماری زائی و سبب ورم بندهائی که همراه با تغییر شکل درجه اول (فلکمن^(۳)) است خوب تشریح نشده است و ممکن است این عارضه در بیمار مبتلا بکوفت نیز مشاهده شود .

تغییر شکل درجه دوم بند ممکن است پس از بیماریهای گوناگونی که عارض بندها میشود تولید گردد و نیز این عارضه پس از کوفت دیده شود .

آرتروز اورام بندیکه موجب تغییر شکل میشود و پس از آماس گند زای بندها زیاد مشاهده شده است ولی این عوارض در جزء سببهای کوفت هم ممکن است باشد. نگارنده مشاهده کرده است که چهار تن بیمار پس از ابتلای بکوفت انتهای استخوان بند بتغییر شکل درجه دوم بند دچار شده اند .

ر . سی و پنجساله که به عوارض کوفت ارثی دیررس دچار میبود در دستگاه پی مرکزی او اختلالی

حاصل نشده بود . در طرف چپ این بیمار از کودکی ورم بند وجود داشت و بر اثر آن بندهایش

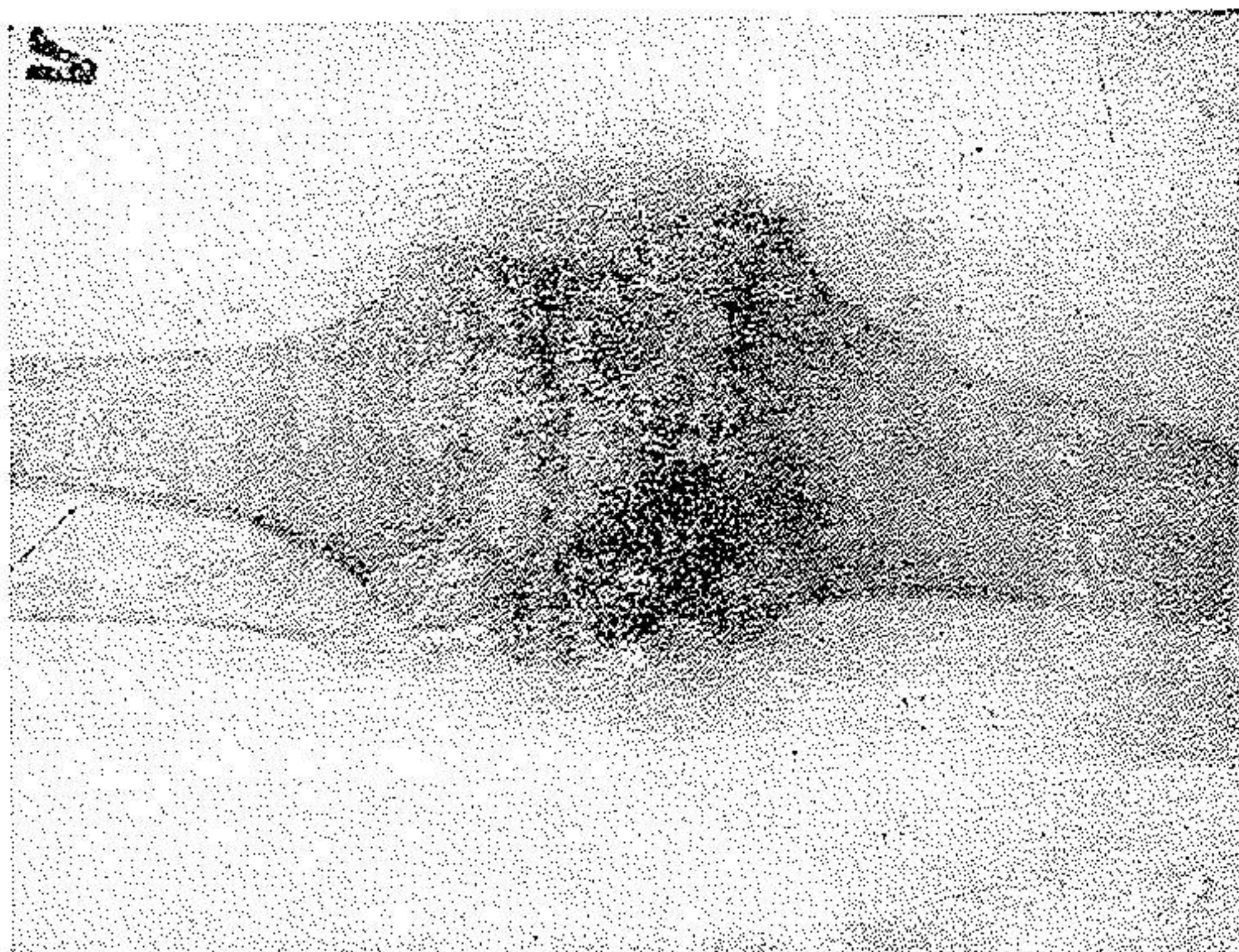
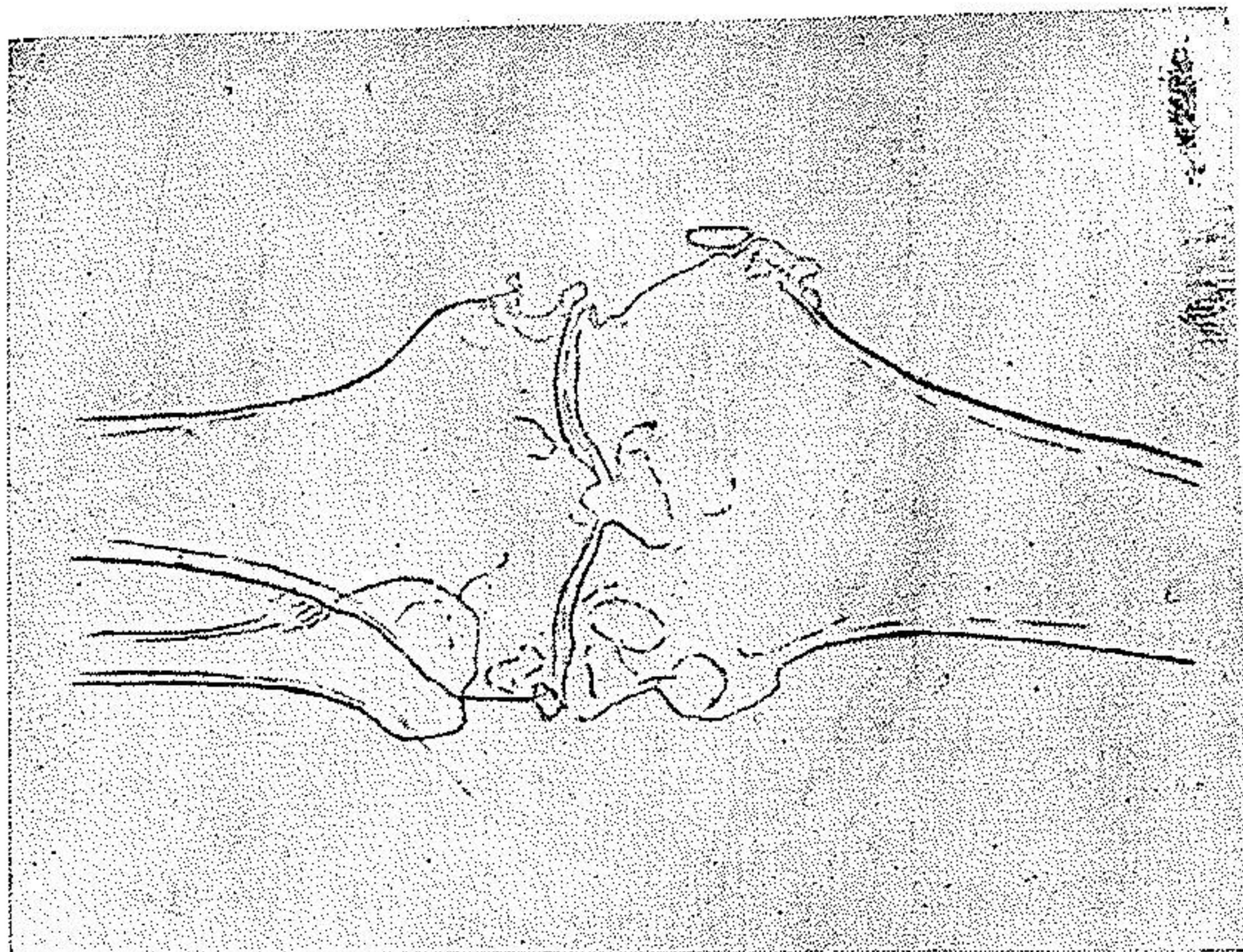
تغییر شکل پیدا کرده بود. بندهای تغییر شکل یافته پس از هفت دوره درمان ضد کوفتی بحالت نخستین

برنگشت . حرکت بندها محدود و با کمی درد همراه بود. پوست روی بندها تغییر نیافته و ناسور وجود

نداشت . در نتیجه بیماریهای گندزا (گریپ و دردگاو) و ضربه این عارضه شدت میافت . چنانکه در

(شکل ۶) مشاهده میشود فضای بندی کوچک شده و پرده داخل بند چین خورده است . در اطراف بند

آماس استخوان که مخصوص ورم بندهای تغییر شکل یافته میباشد مشاهده میگردد و نیز در سر استخوان ران آسیبهائی وجود دارد .



(شکل ۶)

ورم بند همراه با تغییر شکل درجه دوم که در نتیجه کوفت تولید می گردد بر اثر پیو کو کوس منجر به آرترزو آرتريت میگردد. ندارنده بیماری را که مبتلا بکوفتی بشکل ژیریت (کوفت مخفی) و سینوویت سلی در بند زانو بود مشاهده کرده است.

ی. بیمار دهساله. در هشت سالگی به آماس دو طرفی بند زانو مبتلا میگردد و چون بیماری او را سل تشخیص داده بودند مدت دو سال تحت درمان سل قرار میگیرد. بیمار مذکور در آسایشگاه استراحت میگرد و بند زانوی او را گچ گرفته بودند نتیجه آزمایش خون او از نظر واسرمن کاملاً مثبت بود. مادر بیمار نیز پیش از زایمان بکوفت مبتلا بود. زانوهای بیمار متورم و ترشح در کیسه بند جمع شده و استخوان گردنا در آن متحرك بود. حرکت موجب بروز درد در بند میشد حرکات بند تغییر نیافته بود. در پرتونگاری در استخوان تغییر شکل دیده نمیشد. آزمایش خون و ترشح بند از لحاظ واسرمن کاملاً مثبت و دارای چهار بعلاوه واکنش پیر که (۱) منفی بود. در ترشح بند اسپروکت و با سیل کخ دیده نشد. پس از زرق ترشح بند بخو کچه هندی حیوان بسل میبرد چار گشت. بیمار سه سال تحت نظر نگارنده بود و با وجود هفت دوره درمان شدید ضد کوفتی هیچوجه اثر بهبود در بندهای او مشهود نیفتاد و حتی در دفعات آخرین معاینه در بند زانوی چپ او ورم و ترشح وجود داشت. بهنگام حرکت در بند درد بروز میکرد که بدردهای اورام سلی مشابهت داشت. اما در پرتونگاری در بند بیمار هیچگونه آسیبهائی وجود نداشت و همچنین استئوپوروز (۲) که مخصوص سل بندها می باشد در بند مشهود نگشت.

با در نظر گرفتن نکات بالا می توان گفت که بند بیمار هم بدوفت و هم بسل مبتلا بوده است. دلائل زیر وجود سل را تایید می کنند:

شدت یافتن تدریجی بیماری.

آزمایش بوسیله تلقیح ترشح بند بخو کچه هندی

دلائل زیر موید وجود کوفت سینوویت است:

آماس دو طرفی بند زانو که در سل کم دیده می شود.

مثبت بودن واکنش واسرمن با چهار بعلاوه.

وجود ترشح در بند که موجب تغییر شکل استخوان نشده بود و حال آنکه

این عارضه مدت چند سال دوام داشت.

بیمار دومین که کوفت مخفی و سل داشت بیماری او آماس سلی استخوان تشخیص داده شد. تشخیص کوفت مخفی و ورم بندیکه پیو کک تولید میشود از یکدیگر باشکال برمیخورد. اگرچه در پرتونگاری عوارض مخصوص کوفت و یاسل استخوان مشاهده گردد تشخیص کوفت از سل بهسولت میسر میشود. در اینصورت درکانون آسیبها واکنش تصلبی خیلی زیاد است ولی استئومیلیتهائی که در نتیجه کوفت و پیو کک تولید میشود در هر دوی آنها تصلب استخوانها و ضریع میشود میگردد بدین سبب تشخیص آنها از یکدیگر باشکال برمیخورد.

تنها بوسیله پرتو بینی تشخیص بیماری ممکن نمیگردد.

گاهی گمهای کوفتی ممکن است در نزدیکی بند تولید زخم کند و از آنجا پیو ککها بند راه یابد در اینصورت ورم گند زای بند با کوفت توام میشود.

نگارنده سیزده تن بیمار که ورم ژیریت دچار بودند مشاهده کرده است که شرح حال چند تن آنها را تذکار میدهد.

ی. هجده ساله. در تاریخ ۱۲۲۴ و ۱۹۴۰ بدرمانگاه مراجعه کرد. بند زانوی چپ او در دوره سوم کوفت بزخم گمی دچار بود و در ضریع و استخوان ران چپ او گم و در بند زانو گونیت دیده میشد. در یک سوم قصبه کبری پای چپ او دوزخم بزرگی هشت سانتیمتر و چهار سانتیمتر وجود داشت که در اطراف آنها ترشح زیادی جمع شده و برآمدگی تولید نموده بود. پوست روی بند زانوی چپ متورم بود و بهنگام حرکت در بند درد تولید میشد در کیسه بند ترشح جمع شده بود. پوست روی بند تغییر نیافته و ناسوز وجود نداشت و اکنش واسر من مثبت و دارای چهار بهلا و دو واکنش پر که منفی بود. چنانکه در شکل (۷) مشاهده میشود در قسمت خارجی انتهای استخوان قصبه کبری پای چپ بیمار آسیبهای گمی و تصلب دیده میشود و ضریع زیاد نمو کرده است.

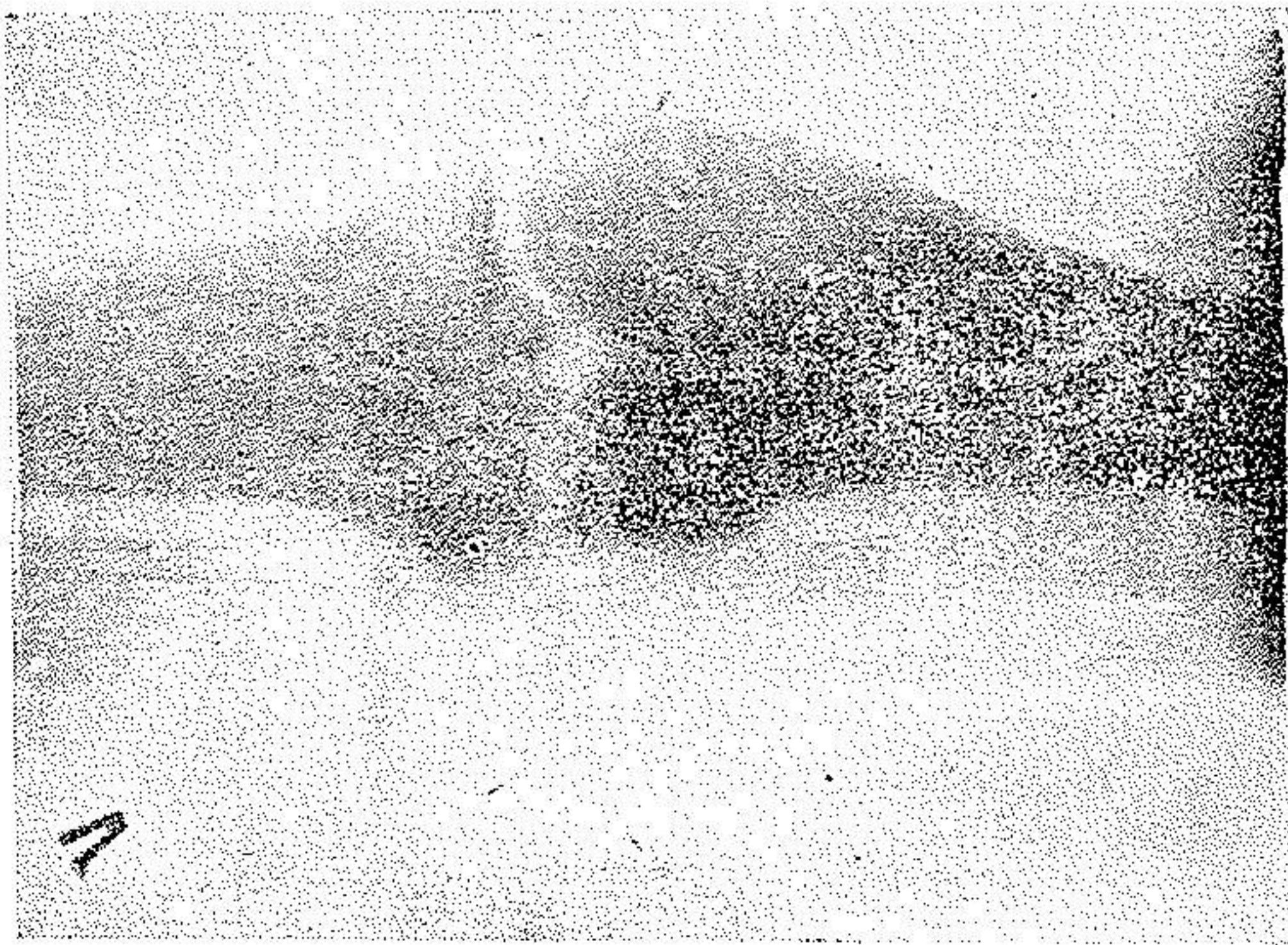
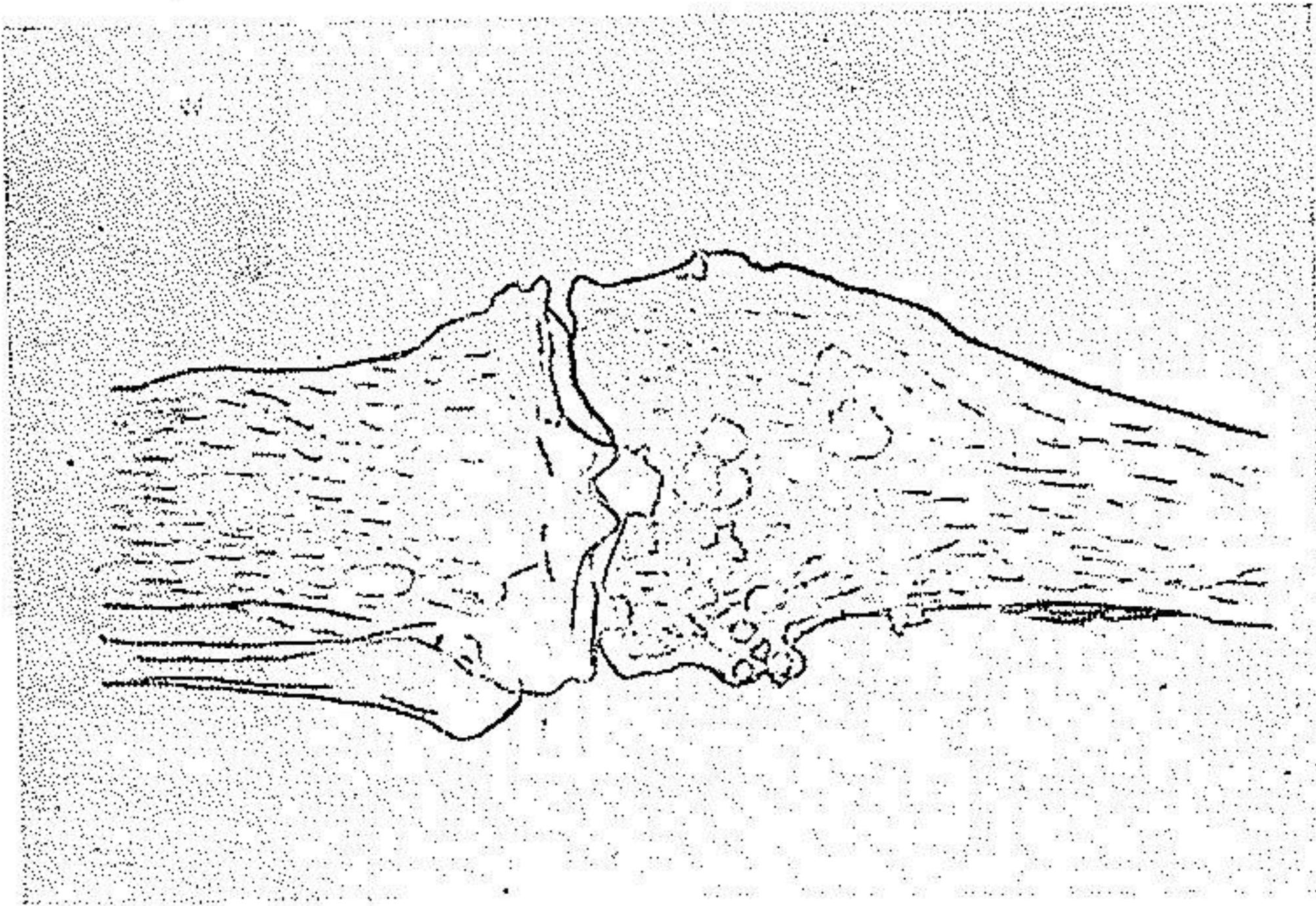
در بند زانوی چپ (شکل ۷) بیمار برجستگی و فرورفتگی تولید شده و در طرفین انتهای استخوان بند طبقات استئوفیت (۱) تشکیل یافته است اپیفیز و متافیز استخوان ران متورم و متصلب و کلفت گشته و آسیبهای زیاد و نمود زیاد ضریع بوجود آمده بود. پس از درمان ضد کوفتی زخم زانو کوچکتر شد ولی کاملاً بهبود نیافت و سخت زخم از سی و هفت سانتیمتر به سی و دو سانتیمتر رسید. حرکات بند بحال نخستین برگشت و درد از میان رفت.

در این مواقع نمیتوان عارضه را کاملاً در نتیجه گم متافیز و اپیفیز (۲) دانست. از پرتونگاری چنین نتیجه میشود که عارضه بر اثر گونیت مزمن گندزاست و در نتیجه پیو ککهای می باشد که از زخم به بند زانو داخل شده است.

برای تایید نکات مذکور دلائل زیر را بر می شماریم:

در انتهای استخوانهای بند استئوفیت تشکیل یافته است که با گندهای پیو کک (آرتروز آرتریت) همراه است و حجم استخوان ران کم شده و آسیبهاییکه تمام سطح آنرا گرفته به سکستر (۳) شبیه است و در مایچهها و پوست زخم گود ایجاد می کند. دلائل

زیر موید وجود کوفت است :



(شکل ۷)

گم مخصوص قصبه کبری .

عدم وجود ناسور .

علاوه بر این آسیبهای اندک در غضروف بند .

تأثیر نیک درمان ضد کوفت که موجب میشود در مدت کمی عمل بند بحالت نخستین بر میگردد.

کلیه این دلایل ثابت می کنند که هم کوفت مخفی و هم گندپیو کک وجود داشته است.

ورمهای بند که در نتیجه کوفت تولید شده است نمیتوان کاملاً از اورام ناشی از بیماریهای دیگر تشخیص داد. نگارنده در باب عوارضی که بخطا اورام کوفتی بندها تشخیص داده بودند و برای درمان نزد اینجانب فرستاده بودند بحث میکنند در اینجا در باب ورم کوفت بندها بحث نمی پردازد. بسا مواردی دیده شده است که ورم بندهای گندزا با کوفت توأم بوده است. بطور نمونه شرح حال چند تن بیمار را تذکار میدهد.

ب. بیمار شانزده ساله. با تشخیص گم آرنج راست فرستاده شده بود. این بند هشت ماه پیش از آن در نتیجه ضربتی بوزن و درد دچار گشته بود. در آغاز درد شدید بود و ناسور وجود داشت. حرکت بند بتدریج محدود گشت و در موقع حرکت شدید درد میگرفت. بند به جمود (۱) دچار شده و بازو بیش از ۱۶۰ درجه بداخل خم نمیشد. واکنش واسرمن و واکنش پیرکس منفی بود.

نشانههای غیرعادی در استخوان و مایچه های بازو و پوست و غشاء مخاط وجود نداشت.

چنانکه در (شکل ۸) مشاهده میشود. بند بازو و قسمتی از استخوان بازو و زند برین وزند زیرین فاسد شده و در مجاور بند ضریع زیاد تشکیل یافته است. کانون فساد دیده نمیشود. این بیمار بی آنکه بیماری او تشخیص داده شود تحت درمان ضد کوفت قرار گرفت. در مین دوفه که پیش از مرخص شدن از بیمار عکس گرفته شد با دفعه اول تفاوتی نداشت. دهانه ناسور بسته نشده بود این بیمار با تشخیص ورم گندزای بند آرنج از بیمارستان مرخص شد.

آسیبهای غضروف بند با تصلب همراه بود ولی در اپی فیز و متافیز استخوان ضایعاتی نداشت فقط ضریع

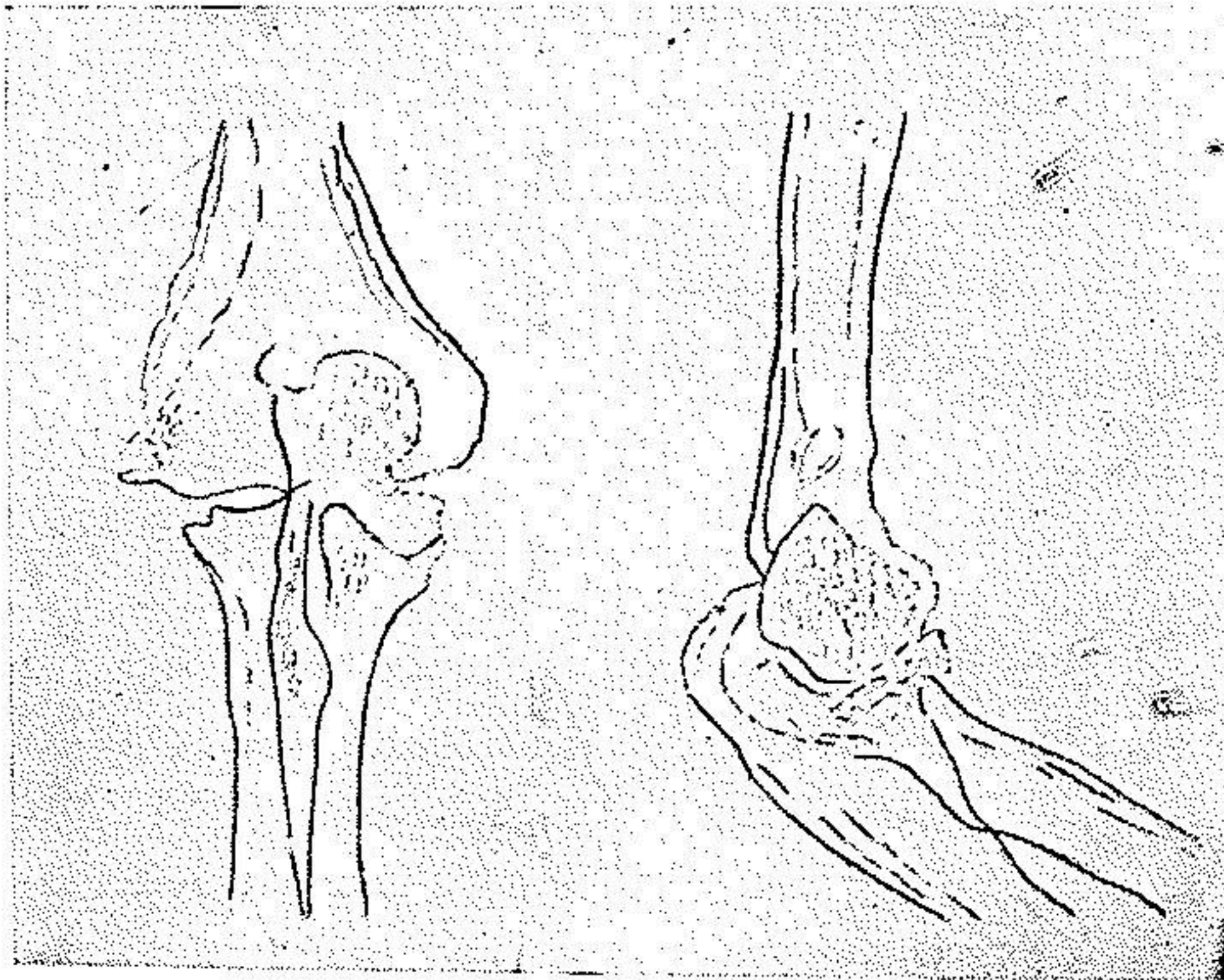
زیادی بر آن روئیده بود

آیا چه چیز مشخص ورم گندزای بند در پرتونگاری است؟

در کوفت انتهای استخوانها که شرح آن گذشت گم با تصلب کم و بیش شدید دیده میشود (شکل ۴) و یا در انتهای استخوانها گومهای ارزنی بشکل دانه های ریز تصلب یافته منتشر می شود (شکل ۳)

تشخیص ورم کوفتی بندها از ورمهای ناشی از بیماریهای دیگر که گندبوسیله متاستاز به بند راه می یابد مشکل است. در موارد اخیر بیماری در سینوی و کسویه بند متمرکز است و همیشه پس از گریپ، گلو درد و یا بر اثر بیماریهای گندزای دیگر دیده میشود ورم بتدریج در یک بند بروز میکند و درد تدریجی تولید میشود و رفته

رفته در بند ترشح گرد می آید و حرکات سریع بند کند می شود. درد گاهی تسکین و زمانی شدت می یابد. اگر این عارضه بطول انجامد یاخته های کیسه بند متورم میگردند و ترشح در کیسه جمع میشود. اینوع ورم از ورمهای گند زای بند از آنجا تشخیص داده میشود که در عارضه سخت استخوان شرت نمی کند. در پرتو نگاری خط غضروف بند



(شکل ۸)

محدود دیده میشود و گاهی انشعاباتی میدهد این نوع ورم بند را بخط سینوویت کلوتن مینامند بخصوص اگر در بیماران کوفتی باشد. نگارنده چندین بیمار را که بسبب بند دچار بودند و بخط بیماری آنانرا کوفت دانسته بودند مشاهده کرده است. واضح است سل بند یا از سینوی و یا از استخوان آغاز میگردد اگرچه در موقع شدت مرض باآسانی تشخیص داده می شود ولی در حالت مزمن و ناهنجار تشخیص دشوار است.

چنانکه یاد کرده شد عارضه چه از لحاظ سینوی و چه از لحاظ استخوان باشد تشخیص کوفت مخفی بند از سل مخفی بند مشکل است. از پرتو نگاری سل های مزمن بند چنین برمی آید که غضروف دچار بوده و تا اندازه ای جمود و تصلب تولید میشود و گاهی موجب تغییر شکل درجه دوم بند می گردد و باآسانی ممکن است با ورم گندزای بند و یا انتهای استخوانها که در نتیجه گم کوفتی تولید میشود اشتباه گردد. تشخیص این عوارض بااطلاع از سابقه بیماری و بوسیله مشاهدات بالینی روشن می شود. در زیر شرح حال بیماری نگاشته می آید که بیماری وی بخط تشخیص داده شد و بدین سبب استخوان بازوی او را بریده بودند.

ی. بیمار ۳۴ ساله در تاریخ ۲۶/۹/۴۰ به نگارنده مراجعه کرد که در نتیجه تشخیص نادرست سر استخوان بازو را بریده بودند. تاریخچه بیماری وی چنین بوده است. سال ۱۹۳۵ اطراف بندشانه چپ متورم گشته و درد میکرد این درد شبها شدت داشته و بدین ترتیب یکسال بطول انجامیده است. سال ۱۹۳۶ تشخیص سل بندشانه داده شده و سر استخوان بازو و شانه مؤوف را بریدند. مدت بعد در اطراف پوست بند زخمهای کوچک و دانه های ریز پیدا شده و در مدت سه سال معالجه ضد سل گامی زخمها بهبود یافته و دوباره عود می کرده است. و گاه ناسور پدید میامده است. جوشگاه زخمهای بهبود یافته لکه دار باقی مانده در معاینه دقیق بیمار نامبرده عوارض سل مشهود نیفتاده و اکثراً پیر که منفی و بعکس واکنش و اسرمن بطور واضح مثبت و دارای چهار بعلاوه بود. بر پوست بندشانه چپ پا پوله او زخمهای کوفتی وجود داشت پس از ۲۸ سانتیمتر مکعب زرق بیو کینول پوله او باکلی از بین رفت

و نیز بیمارانی با اینجانب معرفی شده بودند که بیماری آنانرا بخطا بکوفت منتسب نموده در صورتیکه پس از آزمایش معلوم شد که بعارضه اگزوستوز غضروفهای بند (بیماری الیه^(۱)) و ورم بند تغییر شکل دهنده درجه دوم مبتلا است (بیماری پدژت^(۲)) بیمار ۱۶ ساله دیگری را با تشخیص کوفت ارثی استخوان بنگارنده معرفی کرده بودند در صورتی که در معاینه کامل معلوم شد به تغییر لیفی شکل استخوان و یا بیماری رکلین هاوس^(۳) دچار است و سبب خطای تشخیص فساد اپی فیزو متافیر استخوانهای میچ پا و بند زانو بوده است.