

بیماری‌های پی و مغز

از کارهای بخش بیماری‌های پی و مغز
دانشکده پزشکی در بیمارستان روزبه

درمان کوفت مغز

نمایش

آقایان نرسیسیان و لقمانی
کارورزان بخش بیماری‌های پی و مغز
بیمارستان روزبه

و

آقای دکتر ابراهیم چهارازی
استاد بیماری‌های پی و مغز دانشکده پزشکی
رئیس بخش بیماری‌های پی و مغز بیمارستان روزبه

یکی از مسائل پزشکی که در سالهای اخیر توجه قاطبه دانشمندان بیماری‌های مغز و پی را بخود جلب نموده است موضوع درمان مبتلایان بکوفت مغز و پی میباشد. این عارضه که از تظاهرات دوره سومین کوفت بشمار می‌آید نسبتاً فراوان است و میتوان گفت که تقریباً یک ثلث از مبتلایان بکوفت به عوارض مغزی و روانی این بیماری (سیفیلیس مخ - تابس و فالج مترقی) دوچار میگردد.

برای درمان این بیماری تا کنون بوسائل مختلف متشبت شده اند و گذشته از استعمال داروهای کوفتی عادی مانند جیوه و آرسنیک و بیسموت درمان باشک^(۱) و درمان با تب و اخیراً درمان بوسیله ایجاد مالاریا^(۲) متداول و معمول گردیده است. علت مهم نومییدی استادان از درمان عادی کوفت و تجسس وسایل دیگر درمان همانا عدم تأثیر آن داروها میباشد چه از قرار معلوم در این مرحله بیماری داروهای مزبور که از راه خون یا مایچه و یا پوست بدن وارد میشود بمرکز عصبی نرسیده و گوئی برای نفوذ آنها در آب نخاع و مراکز عصبی سدی بوجود آمده است از اینرو غالب استادان بفرضیه سد خون و منتر^(۳) قائل و معتقد شده اند که ویروس ترپونم^(۴) در سرحد خون و آب نخاع تغییراتی بوجود می‌آورد که مانع نفوذ داروهای ضد کوفتی در آب نخاع و بالتیجه بمرکز عصبی میگردد.

۱ - Choc ۲ - Malariothérapie ۳ - Barrière hémato - méningée

۴ - Tréponème

این فرضیه تا اندازه‌ای کیفیت درمان با تب و مالایا را توجیه میکند چه در نظر این استادان اثر تب همانا باز کردن راه خون و آب نخاع برای نفوذ داروست بدین معنی که داروهای ویژه این مرض پس از تب کردن بیمار از سرحد میگذرد و وارد آب نخاع میشود^(۱). با در نظر گرفتن خصوصیات عمومی تب این موضوع مسلم بنظر میرسد چه در تب متابولیسم زیادتر میشود و بر میزان رد و بدل مواد در بدن افزوده میگردد. آیا میتوان گفت که این موضوع هم تابع اثرات عمومی و فیزیکی حرارت یعنی بزرگ شدن خلل و فرجها میباشد؟

در هر صورت امر مسلم این است که در این بیماری تب موجب تغییراتی در رابطه خون و آب نخاع بوده و بدین سبب ادویه شیمیائی بیشتر رد و بدل میشود. این موضوع عملاً هم باثبات رسیده است چه پس از شکهای حرارتی^(۲) اثرات جیوه و آرسنیک و بیسموت بمراتب بیشتر میباشد و چه بسا بیمارانی که یکی از عارضه‌های بالا مبتلا بوده و مدت چند سال تحت معالجه ضد کوفتی قرار گرفته اند بی آنکه کوچکترین نتیجه حاصل شود در صورتیکه نزد همین بیماران پس از چند بار ایجاد تب تغییرات مهمی حاصل و بهبود دیده شده است. هر چند درمان با تب توأم با درمان ضد کوفت نتایج بیشتری داده ولی بهبود حاصل شده موقت و دوره معالجه طولانی است و ازینرو برخی از استادان بر آن شده‌اند مگر داروی ضد کوفتی را در مراکز عصبی مستقیماً وارد کنند.

در روسیه نخستین بار این نظریه لباس عمل پوشیده و مقداری نتوسالوارسان وارد آب نخاع مبتلایان نمودند ولی اثرات این نوع درمان پیشوایان این معالجه را ناامید گردانید زیرا مراکز عصبی بی اندازه حساس میباشد و مقدار بسیار اندک دارو آنها را بهزال^(۳) مبتلا میسازد و از اینرو همه بیمارانی که تحت معالجه قرار گرفتند بالتهاب سمی نخاع^(۴) دوچار گردیدند^(۵).

ما در ایران از درمان توأم یعنی ایجاد تب و استعمال داروهای ضد کوفتی نتایج

۱ - تب در برخی حالات بخودی خود موجب بهبود علائم و آثار عوارض مغزی و روانی میگردد.

۲ - Myélite toxique ۳ - Atrophie ۴ - Choc thermique

۵ - این موضوع در آمریکا مورد مطالعه و بررسی نیز قرار گرفته و از قرار معلوم گزارشی در این باب بچاپ رسیده است ولی چون دسترسی بآن نداشته و از چگونگی آن اطلاع نداریم در باره آن نمیتوان اظهار نظر نمود.

نیکو برگرفتم در برخی بیماران از پیشرفت مرض جلوگیری بعمل آمد و در برخی دیگر بهبود نسبی حاصل شد ولی این بهبودها تقریباً موقت بوده و بعلاوه در یک ثلث از بیماران درمان اثری نکرد. این کیفیت با تعداد روز افزون مبتلایان بکوفت ما را بر آن داشت که در این راه چاره بیندیشیم مگر درمان سهلتر و نتایج آن بیشتر باشد. با در نظر گرفتن این نکته که در این بیماریها نفوذ داروهای ضد کوفتی از خون بمراکز عصبی کم و یا هیچ است بر آن شدیم تا سرم خون محتوی این داروها را مستقیماً بمراکز عصبی وارد نمائیم. برای روشن شدن مطلب ناگزیر چند نکته زیر تذکار داده میشود:

- ۱- برای اینکه داروهای وارد از پوست و یا مایچه مؤثر واقع شود لازمست که در مجرای خون وارد و بمحل آسیب و آفت منتقل شود.
- ۲- بیشتر داروها پس از آنکه وارد خون شد چه بطریق مستقیم از راه رگها و چه از راه غیر مستقیم بوسیله پوست و مایچه بی درنگ با مواد خون ترکیب میشود و جنس تازه بوجود می آورد.
- ۳- در سرحد خون و آب نخاع در حال عادی برخی مواد توانائی عبور دارد در صورتیکه بعضی دیگر قادر بعبور از سرحد نمیشد مثلاً اورترپین از داروهائی است که سرعت از خون عبور نموده بمجاری آب نخاع وارد میشود. در برخی حالات مرضی توانائی عبور از بعضی مواد شیمیائی که در حالت عادی قدرت نفوذ و عبور دارد سلب میشود و از اینجهت درمان بلا نتیجه میماند. برای اینکه مراکز عصبی تحت اثر مستقیم قرار گیرد ب فکر افتادیم ترکیاتی را که در خون از مواد ضد کوفتی فراهم میشود از خارج وارد آب نخاع نمائیم و برای این منظور بلافاصله پس از زرق دارو خون بیمار را گرفته سرم آنرا وارد آب نخاع نمودیم. این آزمایش بانوسالوارسان و باسیانورد و مرکور بطرق مختلفه زیر اجرا شده و نتایج نیکو بدست داده است که در زیر شرح آن میپردازیم:

۱- درمان بانوسالوارسان

این رویه را میتوان بسه طریق اجرا نمود:

- ۱- سرم ۲۰ سانتی متر مکعب خون بیمار را گرفته و با آن مقدار ۱ میلیگرم نوسالوارسان اضافه میکنند، سپس ۱۰ سانتیمتر مکعب آب نخاع خارج نموده و آن

سرم سالوارسانی را در مجرای مغز تیره داخل مینمایند. این رویه خطرناک است و بیدرنگ التهاب سمی و استحاله نخاع را سبب میشود.

۲ - ۲۰ سانتیمتر مکعب خون بیمار را گرفته و مقدار $\frac{1}{10}$ نئوسالوارسان بآن می افزایند، سپس سرم آنرا میگیرند و پس از اخراج ۱۰ سانتیمتر مکعب آب نخاع سرم مزبور را در مغز تیره وارد میکنند.

این طریقه هم نتیجه نیکو نمیدهد بلکه موجب التهاب سمی نخاع میگردد.

۳ - نئوسالوارسان را به بیمار زرق نموده سپس ۱۰ سانتی متر مکعب خون از او گرفته و سرم آنرا تهیه نموده و پس از بیرون آوردن ۱۰ سانتی متر مکعب آب نخاع مقدار سه سانتی سرم مزبور را در مجرای مغز تیره وارد میکنند.

این رویه را که ما بکار برده ایم درمان Auto-séro - salvarsanisatoin du - I. C. R. نام نهاده ایم و در زیر شرح بیماران مربوط را یادداشت میکنیم:

شرح حال شماره ۱ - بانوع سی ساله بعلمت عدم امکان حفظ تعادل بدن و دردهای ناگهانی در اطراف سافله خود و کشش دردناک مایچه های تن و گردن بیخس مغز و بیمرستان روز به فرستاده شده است. پس از معاینه بیمار مبتلا به تابس بود. بطور خلاصه نشانیهای آن در زیر یادداشت میشود.

اول - آ تا کسی (۱) بیمار در حین رفتن چشمانش بزمین دوخته است و با احتیاط هر چه تمامتر تلو تلو کنان پا هارا دور از هم میگذارد و پاشنه زنان افتان و خیزان برحمت و با کمک پرستار چند قدم بر میداشت و بمدد نوسانات منقطع و نا منظم بازوها سعی میکرد تعادل (استاتیک ۲) خود را حفظ نماید اما در مختصر تاریکی دیگر عاجز مانده راه رفتن برای وی غیر مقدور میبود.

دوم - فقدان انعکاسهای اطراف پائین:

انعکاس کشکی (رفلکس رتولین) و انعکاس آشیل هر دو از بین رفته است.

سوم - حس عمیق (۳) در اطراف پائین نابود شده بود.

چهارم - اختلال حس درونی (۴) موجود بوده و بیمار پیشاب خود را حس نمیکرد و گاهی پیشاب او برحمت میآمد (۵) و زمانی بی اختیار بود.

پنجم - حمله های ناگهانی درد های شدید در اطراف سافله به بیمار عارض میشد که بیمار آنرا بچنگ زدگی تشبیه میکرد. بسبب کششهای مایچه های پشت و گردن ناگزیر بود همیشه خمیده و دولا باشد.

۱ - Ataxie ۲ - Statique ۳ - S. proprioceptive ۴ - S. introceptive
۵ - Dysurie tabétique

ششم - ضعف روانی که شاید بیمار را بسوی فالج تدریجی میبرد مزید بر علت بود چه بیمار همیشه کسل و عصبانی و بد خلق بود و از جزئی جواب و سؤال زود خسته و فرسوده میشد و زود رنج و وسواسی مینمود و خیالات درهم و برهم مانع خواب و راحتی او بود و آتیه و خیمیرا پیش بینی مینمود. برای تأیید تشخیص با لینی از مایع نخاع او آزمایش بعمل آمد نتیجه شرح زیر میباشد :

واکنشهای هشت +++ ماینیک +++ و اسرمن +++ و منحنی فالج تدریجی را آشکار میساخت .

سابقه مرضی - بیمار اقرار دارد که درده سال پیش مرض خانمانسوز کوفترا از شوهر خود گرفته است و در پنج یا شش سال اخیر بپزشکان مختلف مراجعه و چند دوره مداوای ضد کوفت نموده است بطوریکه اخیراً خون بیمار کاملاً منفی بوده است . در مان سرم سالوارسانی در جلسات ذیل بمواصل تقریبی ۲۰ روز در باره بیمار مذکور عملی گردید .

دفعه اول - صبح ناشتا ۵ صدم گرم ثوسالوارسان بدست راست زرق و بمفاصله نیمساعت ۲۰ سانتیمتر مکعب خون از دست چپ بیمار گرفته شد و نیمساعت بعد سرم خونرا جدا و پس از خارج کردن ۸ سانتیمتر مکعب مایع نخاعی مقدار ۵ سانتیمتر مکعب بجای آن زده شد. تقریباً شش ساعت پس از زرق تدریجاً درجه حرارت بیمار ترقی کرده به ۳۸ رسید. بیمار در حالت تب از دردهای شدید اطراف سافله و پشت گردن عادی خود فریاد میزد. کششهای دردناک پشت و گردن شدت کرد. دردهای ناگهانی سخت در رانها ایجاد شد و بطور کلی بیمار فوق العاده ناراحت بود. این وضعیت ۱۸ ساعت بعد تدریجاً برطرف گردید و بعد از ۲۴ ساعت اثری از آن درد ها باقی نبود .

دفعه دوم - ۲۰ روز بعد از اولین زرق این رویه با ۶۰ سانتی گرم ثوسالوارسان تکرار گردید و ایندفعه ۱۰ سانتیمتر مکعب سرم کشیده شد . باز بعد از شش ساعت مثل دفعه پیش درد های سابق شدت کرد اما ایندفعه هم درد ها وهم تب زیاد تر از دفعه پیش شد. بعد از ۲۴ ساعت بیمار راحت شد . نتیجه این دفعه بعد از چند روز آشکار گردید و درد پاها و کشش درد ناک بدن و درد سر شدید و سیاهی چشم و غیره تقریباً برطرف شد ولی در اختلالات دیگر بهبود قابل ملاحظه مشاهده نگردید متکی بر این نتیجه درمان دفعه سومین بعد از ۲۰ روز انجام گرفت .

دفعه سوم - باهمان مقدار سرم و ۵۰ سانتی گرم ثوسالوارسان انجام یافت . باز هم درد های سابق و ترقی حرارت بدن دیده شد اما باوجود اینکه تب بیمار زیاد بود شدت درد ها کمتر از دفعات پیش بود. پس از این زرق بیمار سپاه گزار بود که تفاوت فاحشی در اختلالات پیش حس میکند و حقیقتاً در معاینه نیز این تفاوت آشکارا ملاحظه گردید

تمام درد های سخت و ناگهانی که بیمار را در رنج داشت برطرف شده بود. اختلالات تعادلی و حسی احشاء بخصوص آبدان (مثانه) بهتر شده و برخی روزها کاملاً عادی بود. بیمار دیگر براحتی پیشاب میکرد و موقع احتیاج پیشابرا حس میکرد بیمار روی يك پا میایستاد در صورتیکه اوایل بعد از یک دقیقه ایستادن روی دوطرف تعادل خود را از دست میداد. احساسهای غیر طبیعی درونی احشاء که بی اندازه اسباب نگرانی و زحمت او را فراهم نموده بود به مرور زمان بکلی برطرف شد و حالت روانی بیمار نیز بهبود یافته پریشانی و بدبینی و بی نشاطی مرتفع و تقریباً در بیمار حال عادی ظاهر گردید. بار دیگر دقیقاً معاینه و دستور مرخصی به بیمار داده شد حال بیمار در آن موقع بشرح زیر بود :

یکم : انا کسی - بیمار تفاوت فوق العاده داشت بدون دستگیری راه زیاد را بتنهائی میرفت بی آنکه نیازمند کمک باشد. پاها را طبیعی تر بزمین میگذاشت و اظهار میکرد: «حالا دیگر حس میکنم پاهایم بدنرا حمل کرده و فشار زمین را احساس میکند، پاها را مثل سابق پرتاب نمیکرد. پاشنه زدن در موقع راه رفتن کمتر شده بود بیمار میتواند روی يك پا ایستد چیزی که بهیچوجه پیش از این قادر نبود .

تذکار میدهم که بیمار هنوز در موقع معاینه وضعیت قطعات اطراف تختانرا در حالت چشم بسته کاملاً تشخیص نمیدهد (امتحان شست پا)

دوم - بی حسی مثانه و عسرت بول که از آن جهت بیمار سخت در عذاب بود بهبود تقریباً کامل یافته و روزی یکی دوبار براحتی پیشاب میکند و مواقع احتیاج با آنرا میفهمید . سوم - دردهای ناگهانی در اطراف و دردهای مبهم بدن و کشش دردهای ناگهانی پشت و گردن در اثر این معالجه رفع گردید و قد خمیده بیمار در اثر این کشش عضلات راست و بحالت عادی عود نمود .

چهارم - در آزمایش آب نخاع بیمار منفی بود و عوارض روانی مرتفع گردید و بیمار میل بگفت و شنود و رفت و آمد پیدا نموده شادان و خندان بود اما در کیفیات تغییر مهمی دیده نشده است. نتیجه آزمایش مایع نخاع : ماینیکه منفی . هشت منفی . ماستیک طبیعی .

درمان با سرم سیانور - Auto-séro-cyanurisation du L.C.R.

شرح حال - م بیست ساله متأهل. دو اولاد دنیا آورده است که اولی آنها فقط هشت روز زنده بوده است . بیمار بعلت سنگینی پا در خارج پزشکی مراجعه میکند و چون آزمایش خون او مثبت بوده درمان ضد کوفتی با سیانور و سوفر و تئوسالوارسان بمدت یکسال مینماید و چون بهبود حاصل نشده بود او را باین بخش اعزام میدارند .

در ۲۱/۳/۲۱ بیمار در بخش مغز و پسی بستری گردید نامبرده بتصلب صفحه (۱) دوچار و نتیجه آزمایش آب نخاع او بقرار زیر بود :

+ + + +

ماستیک منحنی کوفت مغز و مغز تیره را نشان میدهد .

لنفوسیت ده عدد

آلبومین ۵۰ ساتی گرم

قند ۰/۶۱۷ گرم

آزمایش خون منفی

از تاریخ ۲۱/۴/۱۰ بغیر از هفته ای یکمرتبه مورد درمان با سرم سیانوری داخل مجرای مغز تیره قرار گرفت که شرح آن دوزیر درج میگردد :

مرتبۀ اول ۱۰/۴/۱۲ - حالت عمومی بیمار خوب بود و تب نداشت و اجابت مزاج طبیعی بوده است .

در ساعت نه صبح ابتدا $\frac{1}{4}$ ساتی متر مکعب از محلول سیانورد و مرکور ۱٪ در سیاه رنگ دست چپ زرق و پس از ده دقیقه از دست راست بیمار ده ساتی متر مکعب خون گرفته شد. این خون را در یک لوله سترون ریخته و سپس نظر بگرمی هوا لوله را در مجاورت یخ نهادیم .

در ساعت ۶/۵ بعد از ظهر که کاملاً سرم تهیه شده بود با در نظر گرفتن حالت عمومی بیمار (که خوب بود) ابتدا شش ساتی متر مکعب آب نخاعی او را گرفته سپس بدون درآوردن سوزن دو ساتی متر مکعب از سرم تهیه شده بآرامی (در مدت هفت دقیقه) در مجرای زرق گردید و در حین زرق تا یکساعت بعد از آن هیچگونه عارضه و تغییر رنگ و حالت در بیمار پیدا نشد ولی چند ساعت بعد بیمار از سوزش چشمها و درد سر و پاها و کمر شکایت داشت که آن نیز بعد از سه روز برطرف شد .

مرتبۀ دوم ۲۱/۴/۱۵ - حالت عمومی بیمار خوب بود و تب نداشت ، اجابت مزاج طبیعی بوده است .

صبح ساعت شش ناشتا یک ساتی متر مکعب از محلول سیانورد و مرکور در سیاه رنگ دست راست و سپس بلافاصله ده ساتی متر مکعب خون از دست چپ گرفته شد. خون مزبور را در لوله کاملاً سترون ریخته و در مجاورت یخ نهادیم . ساعت ۵ره بعد از ظهر سرم حاضر بود و پس از گرفتن ده ساتی متر مکعب آب نخاع دو ساتی متر و نیم مکعب از سرم خون داخل نخاع زرق گردید. حالت بیمار در این موقع خوب و پس از زرق هم هیچگونه آثار شک ظاهر نشد و پس از چند ساعت سوزشی در چشمها و در دست و پاها پدید آمد ولی این بار شدت آن خیلی کمتر بود .

مرتبۀ سوم - در ساعت نه صبح ناشتا یک ساتی متر مکعب از محلول سیانورد

دومرکور در سیاه رگ دست راست بیمار سوزن زده و بلافاصله از دست راست ده سانتیمتر مکعب خون گرفته شد .

خون مزبور دراوله سترون ریخته و درمجاورت یخ نهاده شد. ساعت ۵ بعد از ظهر سرم خون حاضر گردید و پس از گرفتن آب مغز تیره به مقدار ده سانتیمتر مکعب (برای امتحان آزمایشگاه فرستاده شد) مقدار ۵ سانتیمتر مکعب از سرم خون مزبور درمجرای مغز تیره زرق شد در موقع زرق و بعد از آنحالت شك ، اتفاقی دیگر در بیمار بروز نکرد و سر دردی هم که معمولاً بیمار دو ساعت پس از زرقهای نخستین مبتلا میشد در این زرق هم از حیث مدت و هم از حیث شدت کمتر بود . نتیجه تجزیه آب نخاع بیمار :

واسرمن - + ماستیک + + + (منحنی سیفلیس مخ ، سه بعلاوه) لنفوسیت دو عدد آلبومین ۲۰ سانتی گرم .

مر تبه چهارم ۲۱/۴/۳۰ - در ساعت نه صبح يك سانتیمتر مکعب از محلول سیانور دومرکور در سیاه رگ زرق و بلافاصله از دست چپ ده سانتی متر مکعب خون گرفته دراوله سترون ریخته شد. در ساعت ۵ بعد از ظهر سرم حاضر بود پس از بزل قطنی (۱) ده سانتیمتر مکعب آب نخاع مقدار ۵ سانتی از سرم خون درمجاورت زرق گردید. حالت عمومی بیمار در حین زرق و پس از آن با سایر زرقها تفاوتی نداشت .

مر تبه پنجم - ۲۱/۴/۳۰ در ساعت ده صبح پس از حاضر کردن بیمار يك سانتی مکعب از محلول سیانور در سیاه رگ دست راست زرق و بلافاصله از سیاه رگ دست چپ ده سانتی متر مکعب خون گرفته و در لوله سترون ریخته شد. سه ساعت بعد از ظهر سرم حاضر گردید و بعد از بزل قطنی ۵ سانتی متر مکعب سرم خون درمجاورت زرق شد .

مر تبه ششم - ۲۱/۵/۴ در ساعت يك بعد از ظهر خون از بیمار گرفته شد در حالیکه زرق سیانور دومرکور قبلاً بعمل آمده بود . ساعت نه عصر زرق ده سانتی متر مکعب سرم در مایع نخاع بعد از گرفتن ۱۵ سانتی متر مکعب آب بعمل آمد و آب نخاعی که گرفته شده بود برای تجزیه با آزمایشگاه ارسال شد پاسخ آزمایشگاه این بود :

واسرمن -

ماینیکه -

ماستیک منحنی کوفت مغز تیره + يك بعلاوه +

آلبومین . ۱۵ سانتی گرم

دوزرق دیگر به بیمار شد و سپس مرخص گردید .

هنگام مرخصی حالت بیمار از هر حیث بهتر و از شدت علائم تصلب صفحه کاسته

وسنگینی پا خیلی کمتر بود .

نتیجه

دوروش مذکور برای درمان کوفت مغز و پی حائز اهمیت بوده و هر چند طرز درمان کمی شاق بنظر میرسد و ایجاب بزل قطنی بکرات مینماید ولی از لحاظ نتیجه مزایای بسیار داشته و بی اندازه مؤثر میباشد و امید می رود که با وارد شدن این طرز درمان در اصول تداوی معمولی در آتیه نتایج بهتری گرفته شود و مبتلایان را که تا کنون علاج ناپزیر بنظر میرسیدند نجات دهد.