

## بررسی رابطه بین کانون چرکی لوزه و ورم گلپه (نفریت)

### و شرح يك البسر و امینون

کانون چرکی لوزه یا (فوکال آنفکشن) در سالهای گذشته خیلی مورد توجه و موضوع روز محسوب میگردید و خیلی از ضایعات عفونی اندامهای گوناگون را بعلت کانون چرکی کوچکی در لوزه و یادندان میدانستند ولی بتدریج از تقریباً ۱۰ سال قبل باینطرف از وجهه آن کاسته شده شاید علت آن زیاده روی و مبالغه در این همبستگی و عملهای نابجا بوده باشد . با وجود این اکنون هم کانون چرکی واقعیتی است که مورد قبول اکثر محققین بوده و از نظر بالینی هم در موارد بیشماری این رابطه آشکار بوده و نتیجه برداشتن کانون چرکی صحت آنرا ثابت نموده است امروزه حدود و دامن آن تنگتر و کمتر شده بطوریکه کانون چرکی را میتوان یکی از بیماریها و پدیدههای مرضی لوزه دانست .

مکانیسم و راههایی که این طرز تأثیر را توجیه نموده و بیان مینمایند ، بطور مختصر عبارتند از :

۱- لوزه عضوی است لنفاوی که عمل دفاعی داشته و گویچه های سفید برای از بین بردن باکتریها و میکربها و عمل فاگوسیتوز از آپی تلیال پوششی آن خارج شده و در سرجل خروج تولید حفره هائی بنام Thèque مینمایند این دهانه ها که در حقیقت زخم هائی هستند راه را برای پروزیمکروبا آماده مینمایند .

۲- لوزه از تشکیلات و کپسول مزانشیمی گسترده ای احاطه شده که حتی در داخل لوزه هم انشعابات ای دارد و امروزه اهمیت زیادی باین تشکیلات رتیکولو آندوتلیال داده و تأثیرات و واکنشهای آلرژیکی (ایمنی زائی و یا ناسازگاری) را بآن نسبت میدهند .

۳- لوزه در یک منطقه ای قرار گرفته که اعصاب و گوسمپاتییک در آن خیلی فراوان بوده و واکنش زا است و تحریک ورمی و ایمکانیکی آن باعث پیدایش تأثیرات از راه اعصاب نباتی روی اندامهای دیگر میشوند .

در مواقعی که تأثیر بیماری زای کانون چرکی روی اندام دوردستی از راه آلودگی خون یعنی سپتی سمی ویا باکتری اسی باشد طرز پیدایش واضح و روشن است . این نوع طرز اثر کمتر دیده میشود (ممکن است علت تجویز و درمان زودرس با آنتی بیوتیک باشد) .  
نشانه های بالینی لوزه خراب و بیماری را عبارتند از:

لوزه ندرتاً بزرگ و هیپرتروفیه است بلکه بیشتر لوزه های کوچک و مخفی که در لمس سخت و مقاوم حس میشوند و به ستونهای لوزه چسبندگی دارند ناسالم بوده و خطرناک هستند و در معاینه دقیق و پس از عقب زدن ستون قدامی بآن پی برده میشود . وجود ترشحات پنیری شکل Caséum در سوراخهای لوزه همراه با ترشحات چرکی و یا مخاطی چرکی که هنگام فشار روی ستون قدامی از سوراخهای لوزه خارج میشوند .

فشار روی ستون قدامی لوزه تولید حساسیت و کمی درد و احساس ناگوار سینماید و وجود کریپت های زیاد و شیارهای عمیق بین ثلث فوقانی و ثلث میانی لوزه .  
وجود آثار التیامی در سطح لوزه که اثر و باقیمانده ورمهای قبلی بوده و چنانچه با ذره بین نگاه کنیم بهتر میتوانیم آنها را ببینیم .

ششاده خیز و تورم قرمز در ستون قدامی که گاهی تازبان کوچک هم ممکن است ادامه یابد بطوریکه لبه آزاد نازک و روبانی شکل ستون قدامی را گرد و طنابی شکل سینماید .  
پیدایش گانگلیون هائی در ناحیه زیر زاویه فک در حالیکه علت دیگری برای آن پیدا نشود دلیل محکمی برای چرکی بودن لوزه است .

بالاخره وجود آنزیم های قبلی حاد و چنانچه این حملات آنزیمی همراه با زیاد شدن ویا پیدایش ناراحتی هائی در کانونهای ثانوی کلیه ای بشوند ارزش غیر قابل انکاری دارند .  
از نظر بیولوژیکی در سوراخ مشکوک میتوان ازد آزمایش زیرین استفاده نمود .  
۱- سرعت ته نشین شدن - از آنجائیکه در تمام ورمهای عفونی پیشرفت کننده و در واکنشهای آلرژیکی سرعت ته نشین شدن ازدیاد پیدا مینماید .

۲- آزمایشهای میکروبی شناسی - پس از ماساژ ، توسط یک نیچه ( پی پت ) که پوار لاستیکی داشته باشد ترشحات خارج شده از کریپت لوزه کشیده شده و مورد آزمایش قرار میگردد .  
چنانچه میکرب پیدا شده در لوزه همان میکربی باشد که باعث عوارض ثانوی شده باشد ارزش آن قطعی خواهد بود .

اما راجع به تست لوزه یعنی تغییریری که در فرمول لوکوسیتیر پس از ماساژ دادن لوزه با انگشت پیدا میشود هنوز ارزش تشخیصی قابل اعتمادی ندارد و رویهمرفته علائم بالینی

فهماینده لوزه و کسب اطلاع از وضعیت گذشته آن ارزش تحلیلی بیشتری دارند تا آزمایش باکتریولوژی و تست لوزه.

### رابطه ورم کلیه و آمیگدالیت

اثر عفونت های حلق روی کلیه موضوعی است مسلم و غیر قابل بحث و حتی میتوان گفت که ورم لوزه فراوانترین علت نفریت بشمار میرود و آمار مختلف این موضوع را تأیید مینمایند. و تقریباً ۷۰ درصد نفریتها را نزد کودکان و بزرگسالان میتوان مربوط به عفونتهای حلق و لوزه دانست.

تمام انواع آنزینها از نوع ساده، قرمز واری تها و پولتاسه تا فاگمون اطراف لوزه میتوانند روی کلیه اثر نمایند.

**طرز تأثیر** - سابقاً گمان میکردند که مبتلا شدن کلیه حتماً متعاقب وارد شدن مقدار کم یا زیاد سیکرب درخون و تحت تأثیر قرار گرفتن بافت کلیه میباشد ولی این سبباً میکروبی مستقیم نظریه قابل قبولی در تمام موارد نیست بعداً علت و منشأ سمی و توکسیک را دست اندر کار دانسته ولی این نظریه هم طرفدارانی پیدا نکرد چون بر مبنای محکمی استوار نبود و بعلاوه سموم کانونهای چرکی و وسیع اندامهای دیگر چنین تأییدی روی کلیه نمیدهند. Schick در ۱۹۰۷ ثابت نمود که ضایعات کلیه از نوع آرژیک میباشد دیگران هم بعداً آنرا تأیید نمودند و معلوم کردند که تأثیر آرژیک روی بافت کلیه باعث اسپاسم سرخرگها و در نتیجه گلوپرولو نفریت حاد میشود.

تجربه نشان داده که مجاور کردن و مالیدن مقدار کمی توکسین استرپتوکوکسیک یا پنوسوکوکسیک با مخاط حلق باعث پیدایش خون و آلبومین در ادرار شده است این خود نشان میدهد که رابطه ای بین سزانشیم دستگاه رتیکولواندوتلیال لوزه از یکطرف و دستگاه عصبی و گوسمپاتیک کایه از طرف دیگر وجود دارد. بهمین جهت اکنون تئوری سزانشیماتوز مقبولیت دارد.

**نتیجه**: از تجربه و کلینیک چنین برمیآید که در انسان نفریت حاصله از عوارض حلق از نظر بالینی و کالبد شناسی تمام خصوصیات یک نفریت عصبی را نشان میدهد پیدایش زودرس علائم کلیه ای در روزهای آخر یک آنزین، پیدا شدن خون در ادرار گاهی همراه با احتباس ازوتنه و پیدا شدن آلبومین در ادرار بطور جدا گانه و سجزا دلیل بر گلوپرولو نفریت است. چنانچه این تأثیرات زیاد بطول بیانجامد و سزمن شوند بطور ثانوی باعث پیدایش ضایعات در توبولرها شده و نتیجه آن پیدا شدن سیاندرهای دانه دار در ادرار میباشد.

درمان آنها درمان اساسی و قاطع برداشتن لوزه بطور کامل است. استفاده از آنتی بیوتیکها برای آنکه هنگام عمل عوارض ناگوار پیدا نشود بایستی بیحسی موضعی را مخصوصاً در ناحیه پدیکول بخوبی و بطور کامل انجام داده در قبل و هنگام عمل بیمار را تحت درمان پنی سیلین قرارداد. معمولاً در مرحله حاد نفريت نبايستی اقدام بعمل نمود چون بيم شدت پیدا کردن ضایعات کلیه می رود و بهتر است در تمام مدت پیشرفت نفريت از عمل خودداری نمود بعکس همه هم عقیده هستند که بایستی هرچه زودتر و بلافاصله پس از فروکش نمودن علائم نفريت اقدام بعمل بشود یعنی در حدود ۲ هفته پس از شروع نفريت. چنانچه از این مدت دیرتر اقدام بعمل گردد ممکن است ضایعات مهم و غیر قابل جبران در کلیه پیدا گردد. همچنین آبیگدالکتوبی بهترین وسیله برای جلوگیری از عود ورم کلیه میباشد. آسارزیرین نتایج عمل و برداشتن لوزین را بسته به زمان عمل (دیر یا زود عمل کردن) نشان میدهد.

چنانچه عمل در مدت ۲ ماه پس از شروع بیماری کلیه انجام شود.

۷۱ درصد	بهبودی کامل
» ۱۴	بهبودی نسبی
» ۱۵	بدون نتیجه

چنانچه عمل بین ۲ تا ۱۲ ماه انجام گردد.

۲۵ درصد	بهبودی کامل
» ۵۰	بهبودی نسبی
» ۲۵	بدون نتیجه

چنانچه عمل بین ۱ تا ۲ سال پس از شروع بیماری کلیه انجام شود.

۲۲ درصد	بهبودی کامل
» ۶۰	بهبودی نسبی
» ۲۰	بدون نتیجه

چنانچه عمل دو سال پس از شروع بیماری کلیه انجام گردد هیچ نتیجه ای روی آثار

باقی مانده Séquelles نخواهد داشت.

### شرح حال نمونه

شرح حال زیرین یک نمونه از طرز تأثیر لوزه روی کلیه است.

نام بیمار - جلال نام خانوادگی - ق. سن ۴۰ در سابقه شخصی بیماری قابل توجهی نداشته سالی یکی دوبار گلودرد با دردهای استخوانی و احساس سنگینی و فشار در کمر داشته است. در سال ۱۳۲۰ در دنبال یک آنژین معمولی که مدت سه روز همراه با تب و درد بطول

انجاسیده درد گلوبهودی یافتند ولی دردهای کمر ادامه داشته بطوریکه بیمار مجدداً بستری گردیده است و چون تب و درد با آنتی بیوتیک رفع نشد در ادرار هم خون و چرک دیده شد نظر بطرف کلیه ها جلب گردیده وزیر نظر متخصص مربوطه تحت درمان قرار گرفت.

تقریباً مدت سه ماه بیماری نامبرده پیدا نمود و در این مدت درمانهای مربوطه نتیجه ای رضایتبخش نداده بیمار بتدریج رو بضعف، کم خونی و بی اشتهائی بود.

راد یوگرافی کلیه هاتورم و بزرگ شدن مختصر کلیه هارا نشان داده آزمایش ادرار علاوه بر آلبومین و خون، چرک بمقدار زیاد نشان داده و آزمایش میکرب شناسی استرپتوکوک، استافیلوکوک و مخصوصاً بمقدار زیاد کولی باسیل نشان داده است.

باین ترتیب تشخیصهای گوناگونی روی بیمار گذارده شد: نفریت سرماخوردگی، سنگ کلیه و بالاخره سل کلیه.

چون بیمار در حلق احساس ناراحتی مینمود برادر بیمار که پزشک و متخصص میکرب شناسی است تقاضا نمود که معاینه ای از لحاظ حلقی و بینی بعمل آید. در معاینه حلقی ترشحات پنیری شکل در دهانه کرپت های هر دو لوزه دیده میشد و با ساساز ازروراخهای لوزه همراه با چرک خارج گردید. آزمایش میکروبی شناسی این ترشحات کولی باسیل بمقدار زیاد نشان داد و این میکربی بود که در ادرار هم در هر دفعه آزمایش دید: میشد.

تشخیص آسپکدالیت (Causale) داده شد و اقدام به عمل لوزه و آمپیکدالکتومی گردید.

نتیجه عمل بسیار رضایتبخش بود سه روز پس از عمل درد و تب روبه کم شدن رفته و پس از یک هفته حال بیمار بطور محسوس رو به بهبودی گذارده و پس از ۲ روز علاوه بر از بین رفتن درد و تب، چرک و خون هم دیگر در ادرار دیده نشد حالت عمومی و وضعیت بیمار عادی گردید. و از آن تاریخ تا کنون هیچ عارضه و ناراحتی کلیدی نزد بیمار نامبرده مشاهده نگردیده است. نکته ای که در این شرح حال حائز اهمیت است وجود میکرب کلی باسیل در لوزه است که غیر معمولی بنظر میرسد و عموماً این میکرب مربوط پروده ها بوده و کمتر ممکن است در حلق و سوراخهای لوزه مشاهده گردد.

## Références

- 1) Chaumerlac et Durif - L'amygdalectomie totale dans la néphrite hematurique - XIV ème Congrès Français O.R.L. 15-18 Oc. 1933.

- 2) Cocagne R. - Néphrites d'origine pharyngée et leur double traitement rénal et pharyngé Thèse, Paris 1958.
- 3) Lusena et Chini - Amygdales et néphrites relaz. soc. Ital. med. int. Rome 1953.
- 4) Malan. A. - Article «Amygdalites et néphrites» dans les maladies du pharynx. Canuyt - Masson edit. Paris. 1936.
- 5) Simconi Carlo - rapports entre les amygdales et les reins XXIV ème Congrès Ital O.R.L Catane 1950.
- 6) Tardieu G. et L. Le système nerveux végétatif - Masson edit. Paris 1948.