

پیوند استخوان خشک حیوان در جراحی پلاستیک

و

فک و صورت**

مقدمه - جبران نقصانهای استخوانی وعدم تقارنهای صورت همواره یکی از مسائل مورد نظر جراحان پلاستیک بوده است. در ارتوپدی نقصان بافت استخوانی در اکثر موارد فقط از نظر رفع عیب عملی مطرح میباشد. در حالیکه در صورت غیر از عیب فونکسیونل عیوب استتیک سبب ناراحتی شدید بیماران ومراجعه آنها میشود.

شیمی صنعتی با پیشرفت سریع مواد بسیاری را بجراحان پلاستیک عرضه داشت که میتوانند نقصانهای استتیک را تاحدی جبران کنند ولی هیچکدام را جراح بدون دغدغه از دفع، چرکین شدن و یا احیاناً سرطانی شدن بکار نمیبرند بعلاوه هیچکدام تا کنون نتوانسته اند از نظر عملی جایگزین واقعی نسج استخوان بشوند. مثلاً آکریلیکها صرفنظر از داشتن عیوب فوق الذکر بندرت بیک استخوان متحرک مانند فک پائین یکی شده و عیب عملی را مرتفع میسازند. از اینجهت جبران اینگونه نقائص با استخوان هنوز هم عملی ترین طرق بنظر میرسد. پیوند استخوانی مانند پیوند سایر نسوج بسه طریقه انجام میگردد:

Autograft, Heterograft و Homograft

۱ - Autograft استفاده از استخوان خود شخص است که معمولاً از قسمت‌های از اسکلت که بیشتر در دسترس بوده وسط‌تری میباشد و در ضمن برداشتن قسمتی از آنها ایجاد عیب عملی نکند استفاده میگردد.

این استخوانها عبارتند از Tibia دنده و Crete iliaque و Clavicule - اشکالات وسوچود در استفاده از این طریقه عبارتند از:

اولا - قطعه استخوانی که بمنظور پیوند از بدن جدا میگردد دارای یک اسکلت از مواد

• استاد ورئیس بخش جراحی پلاستیک

• این مقاله با همکاری دکتر مرتضی صفویان تنظیم یافته است و از کارهای بخش جراحی پلاستیک بیمارستان امیراعلم است.

آهکی است که درخلل وفرج ومجاری آن نسوج زنده وعروق خونی فراوانی وجود دارد. این نسوج که رابطه شان باجریان عموسی بدن قطع شده وازفعالیت حیاتی شان کاسته گردیده محیط مساعدی برای رشد ونمو میکربها هستند. درپلاستیک فک وصورت اکثراً عمل ترمیمی در محیطی انجام میگردد که دور نگاهداشتن محل عمل وپیوند ازجرمهای میکربی مقدور نیست. باین ترتیب درسوارد بسیاری قطعه پیوند شده مانند یک محل مخفی برای انفکسیونهای سزمین است.

ثانیاً - درسبببازی ازموارد قطعه پیوند شده جذب میگردد وعیب استیک مجدداً نمایان میشود.

ثالثاً - گاهی قطعه پیوند شده رشد غیرطبیعی کرده وایجاد Exostose وعیب جدیدی مینماید.

۴- Homograft که استفاده ازاستخوان انسانهای دیگر است ازاندامهای قطع شده یانعشهای تازه استفاده میشود. وبطور استریل باستدهای مختلف مانند نگهداری استخوان درحرارت ۳۵ درجه سانتیگراد یامحلولهای نظیر Cialate استخوان برای پیوند حاضر میگردد. معایب این طریقه عبارتند از:

اولاً اشکال در تهیه ونگهداری زیرا استخوان اندامهای قطع شده اکثر قابل استفاده نیستند. نعشهای تازه ومطمئن نیز کمتر در دسترس قرار میگیرند. نگهداری استخوان درحرارت معین نیز یکی از مشکلات است.

ثانیاً - پیدایش عفونت درنتیجه بکاربردن یک چنین پیوندی خیلی زیادتراز Homograft اتفاق می افتد ودفع پیوند نسبتاً زیاد دیده میشود.

درساهدات شخصی اینجانب دیده شده که قطعه استخوانی هموگرافت ممکن است مانند یک کانون عفونی مخفی Poyer d'infection در بدن عمل کند وایجاد عوارضی ازقبیل Furunculosis نماید این بیماران بدون آنکه خودشان یا اطباء معالیشان بتوانند رابطه ای بین عمل واین عارضه ببینند مدت ها تحت درمانهای مختلف قرار میگرفتند و بالاخره موضوع را باخود من درمیان می گذاشتند وبمحض خارج کردن استخوان عارضه برطرف میشد. این حالت کاملاً شبیه دندانی است که عفونی شده باعث دسلهای چرکی میشود.

ثالثاً - این نوع استخوان بیش از هرنوع پیوندی در معرض Resorbtion وجذب قرار می گرفت.

۳- Heterograft - کوششهای ابتدائی که برای پیوند استخوان حیوانی به حیوان دیگر یا انسان میشد دراویل با شکستهای زیادی روبرو گردید. یکی از کسانی که بفکر از بین بردن

خواص آنتی ژنی یا Debiologisation استخوان برآمد Deburner بود نامبرده بدین منظور استخوان گاو را جوشانده و سپس مدتی در بنزین و اتر نگهداری کرد و پس از خشک کردن از آن استفاده نمود. این طریق که بعداً بوسیله محققین تکمیل گردید بنام Maceration نامیده میشود. استخوانی که باین ترتیب پس از یک سلسله اعمال شیمیائی بدست بیاید فاقد پروتئین، چربی و هرگونه توکسین یا ماده‌ای است که خاصیت آنتی ژنی داشته باشد یعنی درحقیقت قسمت اعظم این استخوان را کریستالهای Apatite تشکیل میدهد.

این استخوان معمولاً از گوساله گرفته میشود زیرا مجاری و خلل و فرج موجود در استخوان گوساله وسیع تربوده و برای نفوذ نسج گرانولاسیون مناسب‌تر است. وجود این مجاری استخوان را هیدروفیل میسازد و چنانکه قبل از عمل استخوان را در محلولهای آنتی بیوتیکی قرار دهیم محلول تا عمق آن نفوذ میکند.

این استخوان خود بخود استعدادی برای نشو و نما می‌کربها ندارد و علاوه در محیط‌های آلوده بعلت وجود در محلول آنتی بیوتیکی که استخوان را در آن قرار داده ایم میکربها قادر بر ورود در آن نیستند. در روزهای بعد هجوم نسج گرانولاسیون Tissue de granulation بدخل خلل و فرج این استخوان محلول آنتی بیوتیکی بخارج رانده شده و بافتی جوان که پس از عروق خونست جایگزین میگردد. این بافت که شبیه به مغز استخوان است دارای متابولیسم میباشد و در مقابل عفونت نسج مقاومی است.

هرگاه یک چنین استخوانی را در زیر پریوست بکاریم بزودی سلولهای استخوانی وارد مجاری استخوان شده و دیواره‌های این مجاری که را عظمای خوبی برای سلولها میباشد از نسج استخوانی زنده‌ای مفروش میشوند. سپس ممکن است گرف جذب شود درحالیکه بوسیله استخوان زنده جانشین شده است. بستری که گرف در آن کار گذاشته میشود هرچه پرخونتر باشد هجوم سلولها و عروق خونی بآن سریع‌تر انجام میگردد.

این استخوان که بنامهای Heterogeneous و Liophilise و Deproteinized Bone و Os. deproteine نامیده میشود در این نوشته بنام استخوان خشک ذکر میشود.

آزمایش روی حیواناتی از قبیل خرگوش، سگ و خوک نتایج عالی بدست داد و سپس نتایج کلینیکی یکسان بودن نتیجه را در انسان نیز تأیید نمود.

درشاهدات کلینیکی ما استخوان خشک بیشتر برای جبران نقص نسج زیر جلدی صورت و اصلاح فرو رفتگی‌ها و عدم تقارنهای صورت یعنی در حقیقت بجای یک پروتز داخل نسجی بکار برده شده و وظیفه آن Non Weight bearing بوده است.

استخوان خشک شرایط خاصی جهت نگهداری لازم ندارد و آنرا میتوان مانند یک

داروی معمولی از هرداروخانه‌ای تهیه نمود. قطعات استخوان خشک را کارخانه‌های سازنده باشکال مختلف حتی بصورت میخ و پیچ تهیه نموده‌اند و بآسانی میتوان در موقع عمل آنرا بشکل مطلوب درآورد.

استخوان خشک بوسیله هرلابراتواری که درست شده باشد و بهر شکلی که باشد از سه جنس متراکم یا Compact، اسفنجی یا Cancellous و نیمه اسفنجی یا Demi Spongieux میباشد. نوع اول که از کورتکس متراکم استخوان تهیه شده دارای دو رویه صاف است و فوق‌العاده سخت و مقاوم است. نوع اسفنجی نسبتاً مست بوده و پس از خیساندن در سرم فیزیولوژیک با ابزارهای معمولی جراحی براحتی بریده میشود. نوع سوم دارای یک رویه صاف و متراکم و یک رویه اسفنجی است. استخوان خشک را در محفظه‌های پلاستیکی استریل نگهداری میکنند که پس از باز کردن جعبه بلافاصله میتوان از آن استفاده کرد.

طرز استفاده از استخوان خشک و نتایج حاصله.

آنچه که در این مقاله ذکر میشود مبنی بر آزمایشهای شخصی است که بر روی بیش از

۱۰ نفر عمل شده است و اکثراً از نوع Non weight bearing بوده است.

ما از ۴ ساعت قبل استخوان خشک را در محلول پنی سیلین و استرپتومیسین در سرم فیزیولوژیک قرار میدهیم در ضمن عمل با کمک اهر و فرز برقی یا اهر و سوهان دستی میتوان با استخوان شکل مطلوب داد. در قطعات دراز و پهن استخوان خشک که باندازه کافی خیس خورده باشد میتوان خطوط عرضی ایجاد کرده و سپس با ملایمت آنرا خم نموده و انحناء مطلوب را بآن بدهیم. بهر حال باید خیلی دقت کرد که استخوان دارای لبه و نوک تیز نباشد.

اصول کلی عمل - طبق یک قانون کلی در مورد پروتزهای داخل نسجی باید:

قطعه‌ای که داخل نسج گذاشته میشود تحت فشار نباشد.

حفره‌ای که برای قرار دادن پروتز درست کرده‌ایم خیلی بزرگ نباشد.

از ایجاد هماتوم که وسیله‌ای برای پیدایش عفونت است پیشگیری شود.

محل یرش را اگر ممکن باشد دوران محل که قطعه در آن ثابت میشود انتخاب کنیم. در مورد عمل‌های فک پائین و بالا چنانکه میدانیم همه جراحان فک و صورت تأکید میکنند که برای گذاشتن پروتز داخل نسجی و هموگرافت و اتوگرافت باید عمل از راه پوست انجام گیرد و چنانکه در ضمن عمل بین حفرات دهان بینی و سینوس و محل قرار دادن پیوند رابطه‌ای پیدا شد از اتمام عمل صرف‌نظر کنیم و عمل را بوقت دیگری موکول نماییم. ولی استعمال موفقیت‌آمیز استخوان خشک در عمل‌های بینی که «عمل در حفره آلوده‌ای انجام میگردد» ما را بدین راه راهنمایی کرده که اعمال پیوند استخوان را در مجاور دهان از راه مخاط

زیر آن و آزاد کردن کناره فک گرف را روی کناره فوقانی فک قرار می‌دهیم. باید سعی کرد که سطح فوقانی کاملاً صاف باشد تا از آزردن مخاط که از طرف دیگر نیز تحت فشار پروتز است جلوگیری شود. با این عمل بعلت قرار گرفتن گرف در زیر مخاط و کشیدن آن فاصله چند میلی‌متری در مخاط محل برش ایجاد می‌شود که می‌توان آنرا در صورت لزوم بایک پیوند پوستی پوشاند. برای ثابت نگهداشتن گرف و جلوگیری از لغزش آن در روزهای اول بعد از عمل می‌توان از یک نودان از جنس آکریل فوری که روی کناره الوتولر ثابت استفاده نمود.

با این طریق بهر ارتجاعی که بخواهیم می‌توان کناره آلوتولر را بالا آورد.

اینک برای نمونه چند مشاهده کلینیکی شخصی ذکر می‌شود. این بیماران همه دارای زمینه نامساعدی بوده‌اند.

اوبسرواسیون شماره ۱ - خانم ۳۵ ساله‌ای برای اصلاح بدشکلی بینی که از نوع Nez en Selle و بعلت بیماری سیفلیس ارثی ایجاد شده بود مراجعه نمود. باروش معمولی و با قراردادن یک قطعه استخوان شکل بینی اصلاح گردید.

پس از شش ماه که جهت کنترل مراجعه نمود. برای پائک کردن ترشحات داخل بینی از یک قطعه گاز استفاده شد و مشاهده گردید که جسمی مانع خروج گاز می‌شود و با ساینه معلوم شد که نوک پائینی استخوان در فضای بینی است پس از قطع کردن قسمت زائد، مخاط روی آن دوخته شده و در مراجعات بعدی معلوم شد که استخوان خشک با وجود نداشتن زمینه خوب بعلت ابتلاء به سیفیلیس و تماس دائمی گرف با محیط آلوده بینی بخوبی تحمل شده و مخاط روی آن نیز جوش خورده است.

اوبسرواسیون شماره ۲ - خانم ۴۵ ساله‌ای بعلت فرو رفتگی بینی که در اثر شکستگی قدیمی ایجاد شده بود مراجعه نمود. بعلت گودی شدید بینی از دو قطعه استخوان خشک استفاده شد. پس از یک هفته علائم انفلاماسیون پوست و خروج چرک از موضع عمل بداخل بینی قطعه روئی خارج شد و زخم پانسمان گردید. قطعه زیرین با وجود آلوده بودن بچرک بدون عکس العملی باقی ماند و شکل بینی بمقدار زیادی اصلاح گردید.

اوبسرواسیون شماره ۳ - مرد جوانی ۳۰ سال در اثر حادثه هواپیما دچار شکستگیهای مختلف و خرد شدن جدار قدامی سینوسهای پیشانی در یکسال قبل مراجعه نموده بود. در نتیجه آزارهای استخوانی پیشانی فرو رفتگی شدیدی داشت و فیستول چرکینی در زیر ابروی راست ایجاد شده بود. برای عمل از سیکاتریس موجود روی پوست استفاده شد و سه قطعه مکعبی شکل از سه نوع مختلف استخوان یعنی اسفنجی - نیمه اسفنجی و متراکم در روی استخوان پیشانی قرار داده شد.

قطعات استخوانی عمداً بزرگتر انتخاب شدند زیرا احتمال تحلیل قسمتی از آنها میرفت پس از عمل فستول چرکین بند آمد و شش ماه پس از عمل بیمار برای اصلاح برجستگی بیش از اندازه پیشانی که بعلت بزرگی گرف بود مراجعه نمود. بایک عمل دیگر قطعات استخوانی که بنسوج اطراف چسبیده بودند خارج و پس از تراشیدن مجدداً در محل قرار گرفتند. اکنون نزدیک دو سال از عمل دوم میگذرد نتیجه کاملاً رضایت بخش است.

اویسروسیون شماره ۴ - دوشیزه ۲ ساله ای بعلت کوچکی شدید چانه و تنه فک پائین مراجعه نمود. این بیمار درستین شیرخوارگی بسختی زمین میخورد و از ۴ سالگی متوجه تغییر شکل صورت میشوند. در مشاهده منظره معروف بصورت پرنده دیده میشد.

در مشاهده دهان دندانهای نیمه چپ فک پائین کج و در موقع جفتگیری در سطح لنگوال دندانهای بالا قرار می گرفتند. در ۱۳۴۲/۳/۱۵ بایک عمل جراحی که توسط جراح دیگر انجام گرفته یک قطعه سیلیکون در چانه بیمار از راه برش پوستی قرار گرفت پس از عمل سیلیکون بتدریج بیائین کشیده میشود و سطح قداسی چانه صاف میشود.

در ۴۴/۲/۱ دوقطعه استخوان خشک از راه مخاط توسط نویسنده در سطح قداسی چانه قرار گرفتند که تاکنون بخوبی تحمل شده اند.

در ۴۴/۶/۱۶ دوقطعه استخوان خشک بعرض تقریبی ۲ سانتی متر و طول ۴ سانتی متر از راه شکاف داخل دهانی بموازات شاخه های افقی قرار داده شدند. پس از عمل غماتوم و راکسیون نسجی دیده نشد.

خلاصه و نتیجه - استخوان خشک وسیله بسیار خوبی برای اصلاح عیوب استتیک فک و صورت میباشد که تهیه آن خیلی آسانست و بهر شکلی میتوان آنرا در آورد. تقریباً هیچگاه چرکین نمیشود و با رسوخ نسج گرانولاسیون بداخل آن بنسوج اطراف می چسبد. ایجاد اگزوستوز و برجستگی نمی نماید و چنانکه تحلیل رود نسج فیبرو باقیمانده نقص موجود را بخوبی جبران میکند گوا اینکه در ۱۰ بیمار که در عرض ۳ سال گذشته عمل شدند تحلیل دیده نشده است. بعلت مقاومت در مقابل عفونت میتوان آنرا از راه شکاف مخاطی داخل دهان و بینی در محل لازم قرار دهیم.

مطالب فوق چنانچه قبلاً هم ذکر شد نتیجه مطالعات شخصی است و تصور نمیکنم در کتابی درج شده باشد. موضوع اگر از نظر اناتومی و پاتولوژی و فیزیولوژی کاملاً حل نشده باشد از نظر ترفائیک میتوان با اطمینان خاطر از آن استفاده نمود. اگر کسی از همکاران در قسمتی از آنچه گفته شد توضیح بیشتری بخواهند مرقوم فرمایند تا با کمال میل توضیحات لازمه داده شود.

در امتحانات روزانه اولیه مایع نخاع بسیار مهم می باشد (1). مقدار پائین بودن قند مایع نخاع به پایه مننژیت های دیگر نمی رسد. بهر صورت برای جلوگیری از اشتباهات، قند خون همزمان با قند مایع نخاع باید تعیین گردد. معمولاً به محض اینکه پروتئین بالا می رود مقدار قند مایع نخاع پائین می آید.

سابقاً تصور می نمودند که کلرور مایع مغزی نخاعی مخصوصاً در مننژیت سلی پائین می آید. این موضوع غالباً صحیح است ولی احتمالاً مربوط به مقدار ماده استفراغ شده می باشد تا میکرب سل (14-2). بخصوص که میکرب سل ممکن است با فروتنی رنگ آمیزی شده حاصله از سدیم اتاناسیون سانتتری فوژه شده مایع مغزی نخاعی دیده شود ولی در بیشتر موارد نمیتوان آنرا کشف نمود.

کشت و تلقیح به خو کچه هندی ممکن است به تشخیص کمک نماید ولی نه راجع به تصمیم عاجل که باید جهت تشخیص و طرح درمانی گرفته شود. تماس خانگی یا فاسیلی با مریض سلی را معمولاً میتوان ثابت کرد.

امتحان داخل جلدی توپر کولین معمولاً مثبت است ولی در مراحل اولیه و شدید یا مراحل انتهائی بیماری و مریض های مبتلا به ضعف شدید و سوء تغذیه میتواند منفی باشد. اگر آزمایش داخل جلدی با محلول یک به ده هزارم توپر کولین $\frac{1}{10000}$ (Old Tuberculin) منفی باشد بهتر است مستقیماً با محلول $\frac{1}{100}$ امتحان داخل جلدی انجام گیرد. چون خطر راکسیون شدید جلدی و تاویل اگر بابرز احتمال ضایعه مغزی غیر قابل جبران که در اثر تأخیر در تشخیص و درمان پیدا می گردد مقایسه گردد اهمیتی نخواهد داشت عکسبرداری ریتین معمولاً آثار سل را نشان میدهد ولی ممکن است در مراحل اولیه سل ارزی منفی باشد (14). با سلی سل را میتوان در قشری (Pellicle) که در مایع نخاع بیمار مبتلا به مننژیت سلی در حالیکه مایع بی حرکت و بطور را کد برای مدت ۴ ساعت گذاشته شده باشد دید. باید سعی نمود که مایع نخاع قبل از برقراری درمان جهت کشت فرستاده شود ولی تا حصول نتیجه کشت نباید در درمان بیماری تأخیر نمود.

کمک های تشخیصی گوناگون ممکن است آثار لرزون سلی دیگر بدن را آشکار نماید کشف با سلی سل در ماده حاصله از بیوپسی مغز استخوان و کبد اخیراً ذکر گردیده است. تصاویری که ذکر گردیده معمولاً مننژیت سلی را از مننژیت ناشی از Cryptococcus مننژیت تورولا - هیستوپلاسموز - توکسوپلاسموز و افزایش فشار داخل جمجمه ای ناشی از لرزیه های مغزی مثل تومر و آبسه و همچنین از مننژیت ویروسی و آسپتیک تفریق خواهد نمود (14-1). در موارد مشروح امتحان ته چشم جهت رویت توپر کول کورویید قابل ارزش می باشد. این علامت

فقط در عده خیلی از بیماران موجود هستند ولی اگر دیده شوند پاتوگنومونیک می باشد. مؤلفین انگلیسی وجود توپر کول کوروئید را در ۸٪ مریضهای مننژیت سلی گزارش میدهند (8-12). برخلاف گزارش لینکلن از نیویورک که فقط در ۱۲/۷٪ مریضهایش دیده است (9-10-11). کودک باید جهت امتحان ته چشم کاملاً بی حس و آرام گردد و مردمک ها گشاد گردند. برای توفیق در این امتحان، امتحان کننده باید کمی تجربه در مورد بکار بردن آفتالموسکوپ داشته باشد و وقت کافی جهت این امتحان و یافتن توپر کولها تخصیص داده شود. توپر کولها معمولاً در قسمت محیطی رتین قرار دارند و بصورت برجستگیهای کوچک زرد رنگ بقطر یک سوم تا نصف قطر پاپیل دیده میشود.

درمان اختصاصی

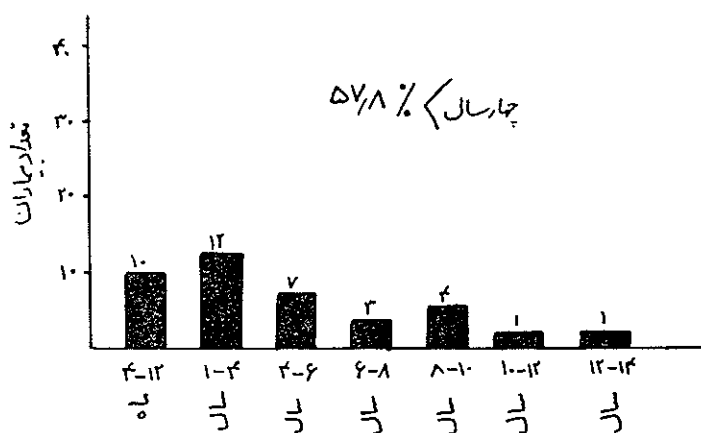
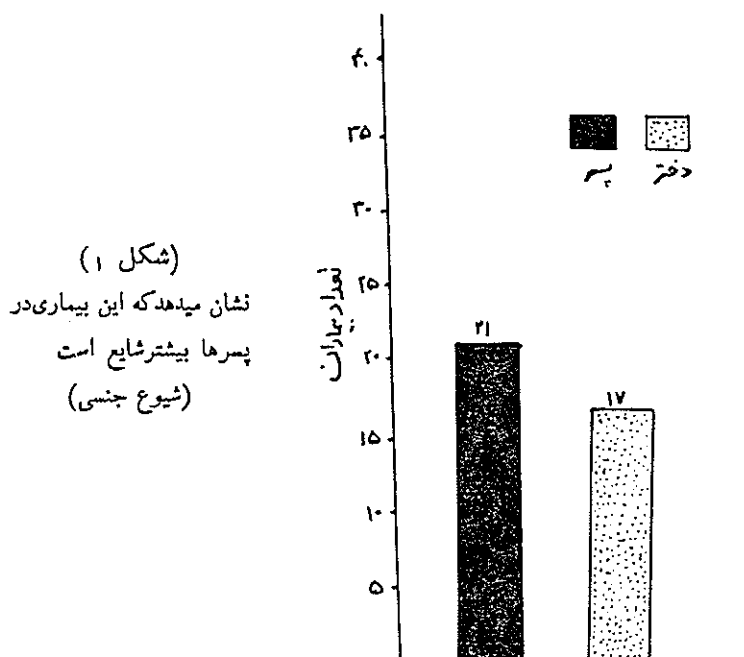
ایزونیازید (I.N.H.) پیش آگهی مننژیت سلی را خیلی تغییر داده است. ممکن است که I.N.H. به تنهایی درمان کافی باشد. (بیمارانی که بعلت ایجاد عوارض داروهای دیگر قطع نموده اند گزارش داده شده است که به بهبودی قبلی خویش ادامه داده اند) 14.

بهر صورت در درمان مننژیت سلی ترجیح داده میشود که I.N.H. را با P.A.S. (اسید پارا امینوسالسیلیک) خوراکی و استرپتومیسین داخل عضلانی کامل نمائیم (6-7). ایزونیازید بمقدار بیست تا چهل میلیگرم بر حسب کیلوگرم وزن بدن روزانه بمدت شش هفته داده میشود تا وقتی که علائم بهبودی دیده شود و سپس هفت تا ۱۰ میلیگرم بر حسب کیلوگرم وزن بدن در روز بمدت یک سال تاهیجده ماه داده میشود. اسید پارا امینوسالسیلیک (P.A.S.) سیصد میلیگرم بر حسب کیلوگرم وزن بدن در روز در صورتیکه آثار بی اشتهائی مفرط یا استفراغ دیده نشود تجویز میگردد. پاس همچنین برای مدت یکسال تاهیجده ماه ادامه داده میشود.

استرپتومیسین بمقدار صد میلیگرم داخل عضلانی بر حسب کیلوگرم وزن بدن روزانه برای چند روز الی دوهفته اول داده میشود. (نه بیشتر از دو گرم روزانه) پس از یک الی دوهفته اول استرپتومیسین باید به پنجاه میلی گرم بر حسب کیلوگرم وزن بدن روزانه تقلیل داده شود و بهمان مقدار باید ادامه داده شود تا اینکه بهبودی کلینیکی ظاهر شود (6-7-14) و مقدار قند مایع نخاع بحال طبیعی برگردد. این حالت معمولاً پس از پنج تا شش هفته درمان با استرپتومیسین بدست می آید سپس مقدار اخیر به سه مرتبه در هفته برای مدت شش ماه داده میشود.

قبل از کشف ایزونیازید تزریق استرپتومیسین داخل نخاعی برای درمان مننژیت سلی

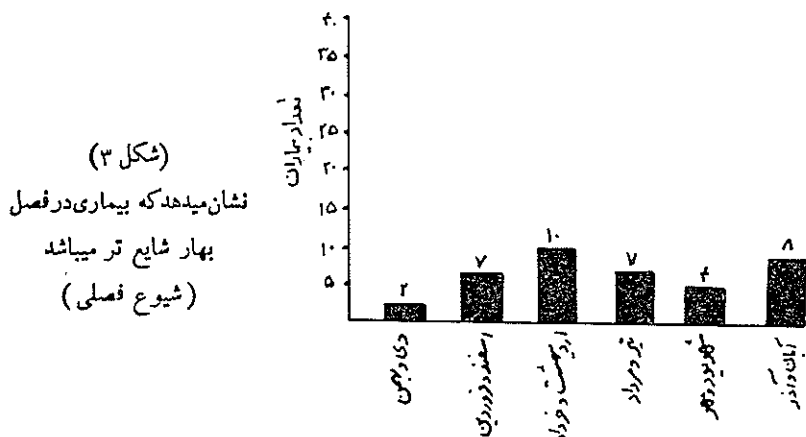
بیمار چهار ماه سن داشته است. اوج شیوع بیماری در ماههای اردیبهشت و خرداد بوده است (شکل ۳).



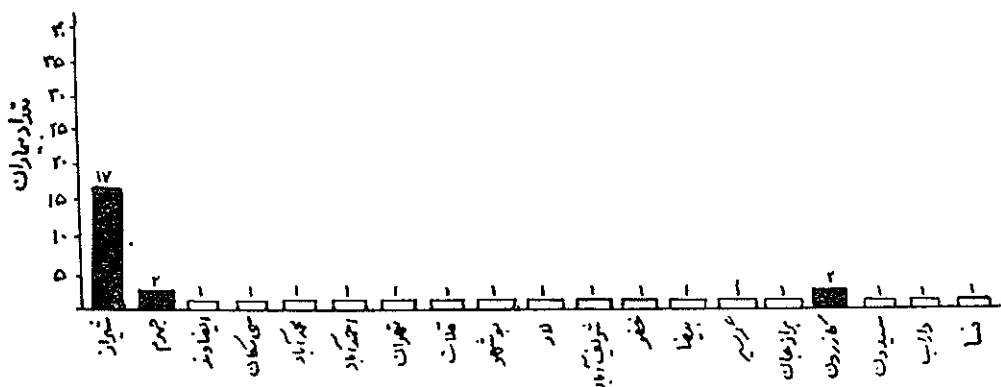
(شکل ۲) نشان می‌دهد که بیماری در سه چهار سال اول زندگی بیشتر شایع می‌باشد
(شیوع سنی)

۱۷ بیمار از شهر شیراز و حومه آن بوده‌اند (شکل ۴) اوتیت حاد و ترشح گوش در هفت بیمار در موقع ورود به بیمارستان دیده شد (۱۸/۴٪) تاریخچه ضربه جمجمه‌ای در سه و بیماری

سرخک درسه بیمار دیگر از یک تا سه هفته قبل از بروز علائم بیماری وارد آمده و یا موجود بوده است (۷/۸٪) تاریخچه تماس با بیمار سلی در فامیل تنها در چهار مورد موجود بوده است.



شاید علت اینکه اشخاصی که مورد سؤال قرار گرفته‌اند موثق نبوده‌اند و یا بازداشته‌اند کافی سواد و اطلاعات نداشته‌اند. در پی‌ویسی کبد که در بیمار با هپاتومگالی بعمل آمد با سیل سل



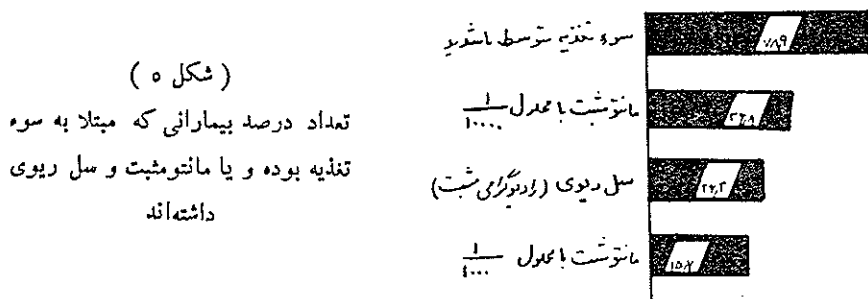
(شکل ۴) (محل تولد و زندگی) نشان می‌دهد که بیشتر بیماران از شهر شیراز و نواحی اطراف آن بوده‌اند

را نشان داد. ۳۶/۳٪ بیماران دارای ضایعه سل ریوی بوده‌اند چهارتا از این بیماران سل ارزنی داشتند (۱۰٪) که در اتوپسی تأیید گردید. امتحان داخل جلدی توبرکولین در نزد این چهار بیمار منفی بوده است. امتحان داخل جلدی توبرکولین با محلول $\frac{1}{10000}$

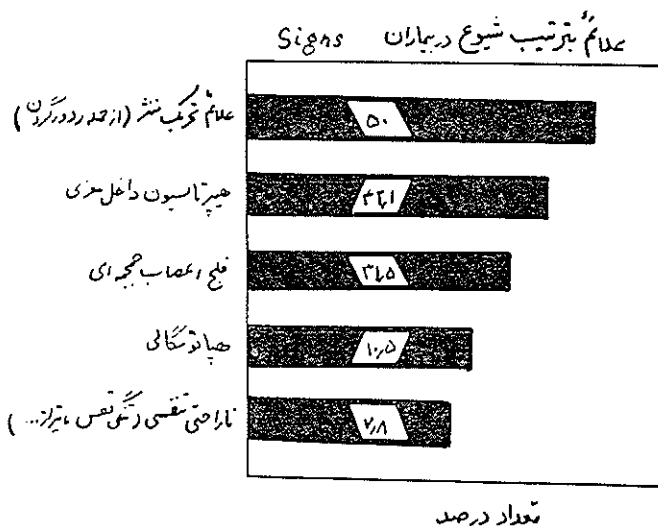
(Old Tuberculin) در ۳۶/۸٪ موارد مثبت بوده است و با محلول $\frac{1}{1000}$ در ۱۵/۷٪ بیماران

مثبت بودند (مجموع ۵۲/۵٪) (شکل ۵).

پورسانتاژ نسبتاً پائین توپرکولین مثبت در بیماران ما را میتوان به سوء تغذیه شدید



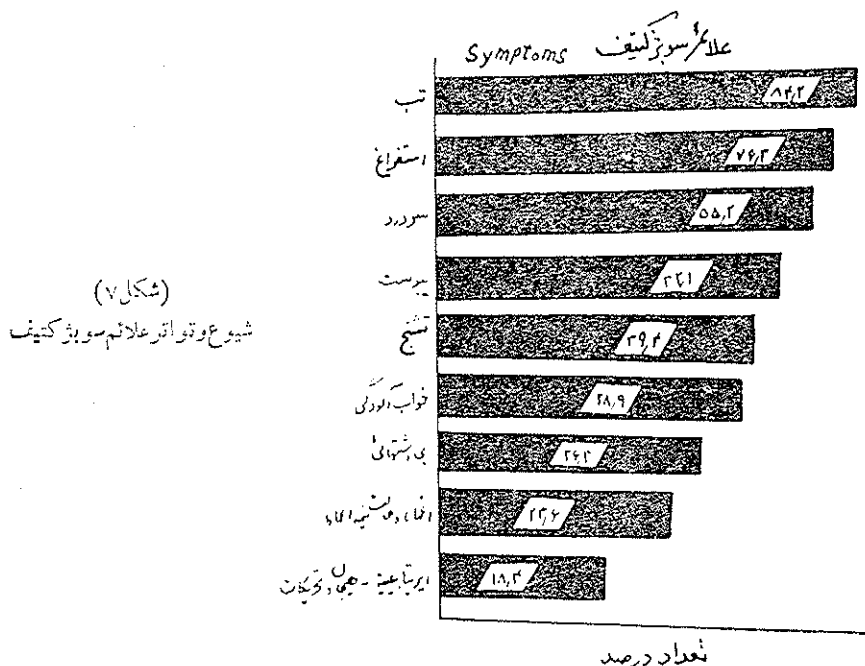
موجود در آنان یا بشدت و وخاست بیماری یا مرحله انتهائی بیماری نسبت داد .
نصف بیماران ما آثار و علائم تحریک منتشر را نشان دادند (شکل ۶) و تب در ۸۴/۲٪ موارد موجود بود .



(شکل ۶) شیوع و تواتر علائم اوپژکتیف را نشان میدهد

تب - استفراغ - سردرد و بی‌خوابی بتواتر شایع‌ترین علائم سوپزکتیو بودند (شکل ۷) .
در ۸۴/۲٪ بیماران قند مایع مغزی نخاعی پائین‌تراز طبیعی بود و کاهش تدریجی قند در امتحانات متوالی مایع نخاع در ۱۲ مورد وجود داشت (۳۱/۵٪) .
تعداد سلولهای سفید مایع نخاع در ۹۰٪ موارد از ۲ تا چند صد تغییر میکرد در ۲ بیمار تعداد سلولهای مایع مغزی نخاعی بیش‌تر از ۱۰۰ در میلی‌متر مکعب بودند . در نصف

بیماران ما تعداد سلولها سابقین ۱۰۰ و ۳۰۰ بودند. تمام آنان با استثنای سه بیمار در امتحان اولیه مایع نخاع لنفوسیتوز داشتند. در ۳۱ بیمار (۸۱/۵٪) سلولها یا بیشتر در مایع



نخاع لنفوسیت بودند. در ۲۹ بیمار پروتئین مایع نخاع (۷۶/۸٪) بیش از ۱۰۰ میلی گرم درصد بود، ۱۶ بیمار سردند. مرگ و میر ۴۲/۱٪ بود (شکل ۸). اغلب بیمارانی که جان سپردند سوء تغذیه شدید داشتند یا اینکه مدت زیادی از شروع بیماری آنان میگذشت. دو بیمار نابینا شدند و آتروفی عصب بصری را پیدا نمودند و یک بیمار پارالیزی و بیمار دیگر تأخیر دماغی و ضایعات مغزی پیدا نمود.

در چند در کسمب با سیل سل در کشت مایع نخاع موفقیت زیادی نداشتیم ولی این بیماران که کشت منفی داشتند بعد درمان سه گانه ضد سلی بطور رضایتبخش جواب دادند یا اتوپسی آثار مننژیت سلی را نشان داد. نتایج منفی کشت مایع نخاع ممکن است ناشی از درمان ناقص بیماران با استرپتوسین باشد که عده ای از بیماران ما قبل از بستری شدن در بیمارستان این دارو را در خارج دریافت کرده بودند.

تقسیم - طبق بررسیها و تحقیقاتی که توسط لینکان در بیمارستان بلویو نیویورک در مورد ۲۴۱ بیمار مبتلا به مننژیت سلی بعمل آمده (9-10-11) ۶۰٪ بیماران کمتر از سه سال داشتند ۸٪ سل ارزنی داشتند. قند مایع نخاع در ۸۸٪ موارد پائین تر از طبیعی بود. مشاهدات

- 5- Khatua. S. P. : Role of intrathecal hydrocortisone in tuberculous meningitis in children. British Medical journal. Sat. Dec.16-1961.
- 6- Kendig Jr., E. L. and Burch. C. D. : Short term antimicrobial therapy of tuberculous meningitis. A. J. of Dis of Children, Vol 100, Nov. 1960.
- 7- Kendig Jr., E. L. and Hadgens, R. O. : The effect of rubeola or tuberculosis under antimicrobial therapy. II Tuberculous meningitis treated with Isoniazid, Streptomycin and Paraminosalicylic acid. Pediatrics 24:4. Oct., 1959.
- 8- Leading article : Diagnosis of tuberculous meningitis. British Medical Journal. May 6, 1961.
- 9- Lincoln, E. M. and Sewell, E. M. : Tuberculosis in children; Tuberculosis of the meninges and central nervous system. 1963. McGraw - Hill, New York. pp. 161-181.
- 10- Lincoln, E. M., Sardillo, S. V. R. and Dayies, P. A. : Tuberculous meningitis in children, Review of 167 untreated and 74 treated patients with special references to early diagnosis. The Journal of Pediatrics 27 : 6 Dec., 1960
- 11- Lincoln, E. M. and Vera Cruz, Pio G. : Results of antimicrobial therapy in a group of 420 children with tuberculosis. Ped, 25:6 June, 1960.
- 12- Lorber, John : Long - term follow up of 100 children who recovered from tuberculous meningitis. Pediatrics 28:5, Nov., 1961.
- 13- Nickerson, G. and MacDermot, P. N. : Psychometric evaluation and factors affecting the performance of children who have recovered from tuberculous meningitis. Pediatrics 23 : 1 Jan., 1961.
- 14- Paine, R. S. : Emergencies of cerebral origin. P. C. N. A. 9 : 1 Feb., 1962.
- 15- Todd, R. McLaren and Neville, J. G. : The sequelae of tuberculous meningitis. Arch Dis Childh 39 : 213 June, 1964.