

از کارهای کرسی آسیب شناسی

دکتر کمال الدین آرمین

استاد کرسی آسیب شناسی

نها و نور ضایعات سلی در ایران و سور طافهای گاذب سلی معدد

در این ۲۰ سال اخیر از ۳۷۸۰۷ بافتی که مورد آزمایش قرار گرفته ۲۰۹۱ مورد ضایعات سلی بوده است که نسبت آن ۵۵ درصد میباشد.

جدول یک نمودار عدد ضایعات سلی در هر سال میباشد.

جدول ۱

آمار ضایعات سلی در هر سال بر حسب جنس

سال	مرد	زن	تعداد کل بیمه‌وسی انجام شده
۲۰	۲۱	۱۲	۷۱۲
۲۱	۱۵	۲۳	۵۴۸
۲۲	۱۱	۱۹	۵۲۲
۲۳	۲۰	۸	۶۷۰
۲۴	۲۱	۲۶	۹۴۰
۲۵	۲۹	۳۰	۱۱۶۷
۲۶	۵۰	۲۹	۱۲۰۱
۲۷	۵۷	۵۳	۱۴۶۸
۲۸	۳۱	۳۱	۱۵۳۸
۲۹	۵۱	۵۶	۱۷۰۲
۳۰	۴۶	۵۵	۱۸۷۸
۳۱	۹۲	۱۰۸	۲۸۱۹
۳۲	۴۸	۵۲	۱۷۳۵
۳۳	۴۸	۴۲	۲۴۸۳
۳۴	۸۳	۸۰	۲۰۹۹
۳۵	۷۲	۷۴	۲۰۹۰
۳۶	۹۳	۱۳۴	۲۰۲۵
۳۷	۷۳	۶۸	۳۶۶۷
۳۸	۷۸	۸۳	۳۱۹۲
۳۹	۷۸	۸۶	۳۸۳۹
کل	۱۰۲۲	۱۰۶۹	۳۷۸۰۷

جدول دو نسبت ضایعات سلی رادرستگاه های مختلف نشان میدهد.

جدول ۲

نسبت ضایعات سلی در اعضاء مختلف

عضو	زن	مرد	کلی
گانگلیون	۷۰۲	۶۳۶	۱۳۸۸
پوست	۸۰	۱۲۲	۲۰۷
ریه	۴۲	۶۰	۱۰۷
پریتوان	۳۹	۳۰	۷۴
بیضه	-	۴۸	۴۸
مخاط بینی	۲۰	۱۲	۲۷
استخوان	۱۸	۱۲	۳۰
لارنکس	۰	۱۸	۲۲
آنندومتر	۲۰	-	۲۰
پستان	۲۰	-	۲۰
لوزه	۰	۱۰	۱۰
روده	۴	۸	۱۲
سالپنکس	۱۱	-	۱۱
غده بزاقی	۴	۶	۱۰
معده	۳	۵	۸
سقف پالاتن	۰	۱	۶
تحمدان	۰	-	۰
کبد	۱	۳	۴
رکتوم	۲	۲	۴
چشم	۳	۱	۴
آپاندیس	۱	۲	۳
مفصل	۱	۲	۳
فرج	۳	-	۳
پریکارد	-	۲	۲
منثر	۱	۱	۲
تیروئید	۲	-	۲
کلیه	-	۲	۲
وازن	۱	-	۱
غضله	۱	-	۱
مخچه	۱	-	۱
بافت‌های مختلف	۲۰	۴	۲۹

اعضائی که بیشتر دچار به ضایعات سلی هستند بر حسب درجه و فورشان عبارت از گانگلیون لنفاتیک پوست . ریه . صفاق . بیضه . مخاط بینی . استخوان . لارنکس . آندومتر . پستان . لوزه . روده . سالپنکس . غدد براقی . معده . سقف بالان . تخدمان . کبد . رکتوم . چشم . آپاندیس . مفصل . فرج . پریکارد . منثر . تیروئید . کلیه . واژن . عضله . مخچه . میباشد .

پالمر (Palmer) در سال ۱۹۵ در ۹۶۲۵۱ بیوپسی که مطالعه نموده ۱۵۹ مورد در ۱۷۵۴۲ بیوپسی معده ۱۹ مورد گزارش داده است و در کالبد گشائی ۲۰۵۸۲ بیمار که با سل ریوی فوت کرده اند ۱۱ مورد سل معدی مشاهده نموده است. در گزارشاتی هم که از مایوکلینیک رسیده در ۷۴۱۶ بیوپسی معدی ۳ مورد بیان شده است.

در ۵۵۹ بیوپسی معده ۸ مورد سل بوده است که از نظر کلینیکی و رادیو-گرافی مشخص یک نئوپلاسم بوده ولی در آزمایش بافت شناسی حکایت از ضایعات سلی میکرده اند.

در ۱۹۱۷ (Border) اشکال مختلف سل معدی را مطالعه و وجود اوسرهای سلی تک یا متعدد همراه با توبرکولهای ارزنی و توبرکولوم های یکتا و سل ندولویاتومورال یکتا و یا متعدد را گوشتزد نموده است.

اگرچه در اغلب گزارشاتی که داده اند پیلور بیشتر از مواضع دیگر معده مبتلا بوده است ولی (M. Schermann) و (Robert M. Johnson) در جلد ۱۶ مجله گاستروآنترولوزی نوامبر ۱۹۵۰

از ۲۰۹۱ مورد ضایعه سلی که آزمایش شده است عدد زنان ۱۰۶۹ و عدد مردان ۱۰۲۲ یعنی مساویان زن تقریباً برابر مردان میباشد.

نکته جالبی را که میخواهم در این مقاله باهمکاران محترم مخصوصاً جراحان عزیز در میان بگذارم وجود نئوپلاسمهای کاذب (Pseudo neoplasme) سلی معدی میباشد.

سل معدی به رشکلی که باشد بیماری است نادر و کمتر با سل کوخ میتواند جدار معده را بیازارد و ضایعه خاص سلی ایجاد کند. شاید هم علت این کمیابی خاصیت باکتریسیداسید کاریدر- یک موجود در معده و یا کمی سازمان های لنفاوی باشد.

عده هم برای اثبات این مدعی به هیپوکلریدری که اکثرا در بیماران مشهود است متولسل میشوند. قدر مسلم آن است که این دلیل کافی نیست. چه بسا اتفاق میافتد که سل معدی در کسانی پیدا میشود که دچار هیپوکلریدری

- یک مورد تومور سلی کارده بود که شرخ داده اند که از نظر علائم بالینی (کم شدن وزن استفراغ . درد . خونریزی - درد ناحیه اپیگاستر - تومور قابل لمس در اپیگاستر) و پر تونکاری به حساب یک نئوپلاسم گذاشته و بعداً که آزمایش بافت شناسی شده بوجود سلی بودن پی برندند . در ۱۹۴۰ (Ackermann) برای ضایعات سلی معده از نظر پرتو-نگاری خصائص زیر را بیان داشته است:
- ۱ - همیشه ضایعه مربوط به پیلوترو-الثی عشر است .
 - ۲ - آنترنگ و محیط مرکزی معیوب بنظر میرسد .
- ۳ - مخاط کلفت و چینهای مخاطی بطرف اولسر متوجه هستند .
- ۴ - دراولسر اسیونهای کوچک احتباس (retension barium) باریم مشهود است .
- ۵ - موجهای پریستالتیک طبیعی است .
- ۶ - تفیرانی نظیر آنتردرانی عشر دیده میشود .
- ۷ - توموری نرم محسوس است .
- (McHardy, Brown) در سکهای سل معده ایجاد و در آنها ضایعه حاصله را از نظر گاسترسکوپی مطالعه نموده اند و متوجه شدند که در گاسترو-سکوپی آتروفی مخاط و در یک منطقه

در هشت مورد سل معده که امتحان شده محل وقوع ضایعات سلی چنین بوده است .

شماره	نوع و محل ضایعه	جنس و سن بیمار	علائم اصلی که بیمار بعلت آنها مراجعت کرده است
۱	استنوز پیلوور	زن - ۴۰	کاشکسی - دشواری بلع - درد اپیگاستریک
۲	استنوز پیلوور	مرد - ۲۸	کاشکسی - استفراغ - درد اپیگاستریک - کم شدن وزن
- ۳	نئوپلاسم کاذب پیلوور	مرد - ۳۵	هموراژی . درد استفراغ - کم شدن وزن
- ۴	نئوپلاسم کاذب پیلوور	مرد - ۴۰	هموراژی . درد استفراغ - کم شدن وزن
- ۵	اولسر پیلوور	مرد - ۳۵	درد استفراغ - (تشخیص رادیولوژیک اولسر)
- ۶	اولسر پیلوور	مرد - ۳۵	درد استفراغ - (تشخیص رادیولوژیک اولسر)
- ۷	دمel سردانخناء بزرگ	زن - ۳۰	تومور نرم در ناحیه اپیگاستریک - دردستون فقرات
- ۸	آدنیت توبرکولوز	زن - ۳۰	کاشکسی - کم شدن وزن - تومور غیر محدود اپیگاستریک
	هر راه با اپی تالیوپایی معده		

پس از سل ریوی - روده و یا صفاقی متظاهر میشود و برای پیدا شدن آن هم یک فاکتور موضعی لازم میباشد سل معدی همیشه از فولیکول لنفاتیک شروع میشود (Chevrier' Ricard)

در استئوز پیلوریک سل اهمیت هیپرتروفی سازمانهای لنفاوی زیرکول- دوساک غددی را خاطر نشان ساخته است. سازمانهای لنفاوی در این موارد بصورت استطاله هائی با حدودی نا- مشخص تا منطقه سطحی مخاط پیش میروند و در تحت مخاط ریشه های عضلانی را از هم باز مینمایند. با این کیفیت میتوان گفت اگر قائل باشیم که فولیکول لنفاتیک برای کشت باسیل کوخ مکانی ایدال میباشد باید قبول کرد که لااقل در مخاط معده زخمی باید وجود داشته باشد که از آن راه باسیل به فولیکول راه یابد.

حال که میباید ضایعه از طریق فولیکول لنفاوی بوجود آید اجبارا باید راه ورود و لنف آلوده را نشان داد و چون قادر بانجام این عمل و حل این معما نیستیم باید این نظر را که حاکی از دخالت و تاثیر مجاری لنفاوی در پیدا شدن معدی است رد نمود ولی معهدا متخصصین سل باز کلمات قصار Calmette را بکار میبرند (باسیل کوخ در نقطه که وارد میشود کارت ویزیتی نمیگذارد).

ولی از روی آنچه که می بینیم باهمیت ابتلاء غدد لنفاوی در پریمو-

وسیعی رگهای خونی فراوان واولسر هائی در ناحیه اسفنگتر و آنتر وجود دارد.

بطور کلی ضایعات سلی را از روی گاسترسکوپی اولسر معدی آتی پیک تشخیص میدهد. و از نظر بافت شناسی هم می بینیم که زخم از بافت گرانولاسیون و سلولهای لنفوцит و پلاسموцит و چند پولی نوکلئر شده است. موسکولاریس موکوزه در بعضی جاها بعلت یک واکنش آمالسی از بین رفته و در بعضی جاها یک بافت فیبروزه جای آن را میگیرد. در زیر موسکولاریس فولیکولهای میبینیم که در آن هاسلولهای اپی تلیوئید و ژآنلت نوع لانگهانس وجود دارد.

مرکز این فولیکولاها ممکن است نکروتیک باشد. در صفاق هم ضایعاتی نظری همین تغییرات دیده میشود. در اکثر گزارشاتی که داده اند فقط دو ثلث موارد توانسته اند که باسیل کوخ پیدا نمایند.

جنس بیماران - اساساً در ایران ضایعات سلی در زن ها بیشتر از مردان میباشد و حال آنکه سل های معدی در مردان فراوان تر است ضایعاً تسلی معدی اغلب در جدار آن متظاهر و با ضایعات فولیکولار غدد لنفاوی و صفاقی همراه است.

ضایعات اصلی همیشه تحت مخاطی است؟ حقیقت آنست که سل معدی هیچگاه اولیه نمیباشد و بلکه همیشه ثانوی و

نقل و انتقال باسیل نقش اساسی بازی میکند . تزریق درون رگی باسیل کوخ در حیوانات سل معدی تولید میکند (Chevrier, Ricard) معتقدند که آنچه از راه دستگاه گردش خون انتشار میباشد میکروب نیست بلکه توکسین سل است که قدرت اسکلروززای جالبی دارد و بهمین جهت استکه در پیرامون کانوئنهای سلی آندارتیریت و آندوفلیت میبینیم . **ضایعات سلی معدی چطور و بچه شکل پیشرفت میکند** . ضایعات نخستین تحت مخاطی یا بطرف یک سل گاستریک زخمی (توبرکولوز گاستریک اولسرانت) و با سل گاستریک هیپرتروفیک پیش میرود .

سل زخمی شده معدی – در آمار های آمریکانی این نوع ضایعه را زیاد گذارش داده اند ۵۷ درصد Brown ۹۵ درصد Binder از خصوصیت این نوع سل آنستکه واکنش دفاعی فیبروپلاستیک نمی بینیم یعنی تحت مخاط دفاعی نمیکند – نکروز کازئوز به تندي ایجاد و فیستولهای زیادی در مخاط بوجود می آورد – بعده این اولسرها بهم می پیوندند و اولسرسای بزرگتری را تولید میکند .

سلهای زخمی شده معدی را در کجا می بینیم ؟

سلهای معدی زخمی شده بیشتر در ناحیه آنتریپلور و انحناء کوچک (به نسبت ۶۰-۳۰ درصد) و انحناء بزرگ (۱۷-۲۶ درصد) دیده میشود .

تفکسیونها قائلیم – چه بسا اتفاق میافتد گانگلیونی که در قلمرو زره کشی احشاء طبیعی قرار دارند . و ظاهرآ سلامت بنظر میرسند باسیل کوخی در برداشته باشند .

در حوالی سکوم و مزانتر مخصوصا چنین گانگلیونهای زیاد میباشند . این نظریه تالندازه پاتوژنی سل معدی را روشن میسازد – شخص ممکن است که ازبدو کودکی آلوده شود ولی از این آلودگی حذر محصور شدن چند باسیل در گانگلیون مزانتریک علامت مرضی مشخص دیگری موجود نباشد .

اگر عضو وابسته به گانگلیون آلوده موضع آزرده و یا آنکه در آن تبادلات متابولیسمی بهم بخورد دچار به ضایعه سلی میشود بدون آنکه باسیل تازه وارد بدن شود و دلبای هم که براین ادعا میتوانیم بیاوریم وجود سلهای معدی در تعقیب سلهای تناسلی . صفاقی و مزانتریک است بدون آنکه ضایعه سلی مشخص در ریه دیده شود (ژورنال جراحی ۱۹۵۵ ۹۸ - ۷۱ - جلد ۱۹۵۵) بدیهی اگر مؤمن باشیم که با سیل مستقیما در جدار معده میشیند کمیاب بودن آنرا نمیتوانیم تفسیر کنیم چه در مقابل این همه مسئولی که میبینیم فقط عدد بسیار محدودی دچار به ضایعات سلی معدی میشوند . و اگر قبول کنیم که باسیل مستقیما از راه سروز به جدار راه میباشد باز باید گفت که از این راه هم مجاری لنفاوی در

معمولی را از سل متمايز سازیم چه در هردو درد یک جور و مرض ادواری است.

نکته جالب اینست که اغلب باوجودیکه از نظر نشانه شناسی عملی نمیتوان در مریض مرض را مشخص ساخت ولی از نظر رادیولوژی کمک شایانی میتوان گرفت.

اولسرهای سلی ممکن است بسطیا- بند زیراکه اغلب در اطرافش تورکولهای فرعی وجود دارد - بطرف صفاق پیش میرود . و درنتیجه فیستول گاسترو - کولیک یا فیستول بیلیر بوجودمیآورد. گاهی سوراخ میشود و رگها را پاره و خونروری ایجاد میکند ولی بر خلاف آنچه که در اولسر گرد میینیم طبقه عضلانی دست نخورده باقی میماند .

چون عضله مبتلا گردد فیبروزه میشود (مییوزیت فیبروز) و کمتر ممکن است ضایعات فولیکولی پیدا نماید .

پس با این کیفیت میتوان گفت که در حقیقت اولسر حقیقی نیست قدر مسلم آنستکه نمیتوان برای این قبیل ضایعات سلی قانونی بیان داشت و گاهی هم ممکن است بحای زخم سیکاتریزاسیون پیدا شود (ستاره فیبروز etoile fibreuse) گانگلیونهای مجاور همیشه آزرده و توده های نسبتا بزرگی ایجاد میکند . قواشان سفت و بعضی شان که کائزئیفیکاسیون میباشد شول میشوند گاهی هم ممکن است باوجودیکه گانگلیون از هر حیث آزرده بنظر میرسد در معده ضایعه مشخصی نمیینم :

اٹی عشر خیلی بندرت گرفتار میشود (در آمار امریکائی ها ۴۰۰ فرانسویها یک مورد گذارش داده اند . و سل زخمی شده کارديا را ۴۰۰ مورد بيان داشته اند) .

زخمهای سلی معدی ممکن است متعدد باشند و به ۱۲-۸ برسند .

باچشم چه میینیم ؟ اولسرهای سلی از سایر اولسرهای دیگر معدی فراخ (Curvelhurst) تر و اغلب با اولسر گرد (Border) همراه است - گاه ممکن است که وسعت اولسر خیلی زیاد و به ۲۰-۱۰ در برسد (Border) اولسری است پهن عمقدش بر جسته و روی قاعده سفتی قرار دارد کنارش کنده شده و بطور کلی نمای قیفی بخود میگیرد . ضایعه سلی چون زود دفع میشود ظاهرا از بین میرود و مخصوصا Tripler با این کیفیت خیلی اهمیت میدهد و علت اینکه اغلب نمیتوانیم ضایعات سای را به بینیم بواسطه همین است که ضایعات نکروتیک سلی خیلی زود دفع میشوند . اینجا است که فقط آزمایش غدد لنفاوی سلی مجاور معده مارا بفکر ضایعه سلی میاندازد .

گاهی اوقات در اولسر معدی هیچگونه ضایعه خاصی که دال بر سل باشد وجود ندارد ولی ضایعه رگی از نوع آندرتریت مشهود میباشد و غدد لنفاوی آزار سلی نشان میدهند . از این رو میتوان گفت شاید ضایعه معدی یک منشاء سمی داشته باشد - قدر مسلم آنستکه از نظر بالینی هیچ علامت خاصی سراغ نداریم تا بتوانیم اولسر های

میشوند در این واکنش دخالت میکند و بندرت ممکن است که عضلات ضایعات سلی حقیقی داشته باشند.

تحت صفاق (Sous-sereuse) گلفت وانفیلتراسیون کالوزدارندولی اسکلروز-لی پواماتوز شدیدی از خود نشان نمیدهد (این خاصیت مخصوصاً دار سل سکال دیده میشود).

درآزمایش دیزیستی چه میبینیم.
اساساً ضایعه که میبینیم یک گرانولوماتوز هیستیولنفوپلاسمو سیتر است که به فیبروبلاستوز منجر میگردد و این پروسسوس حکایت از تحریک تحت مخاط میکند - در وسط این کانونهای مرضی فولیکولهای سلی با خصائص مخصوص خود دیده میشود - و بندرت ممکن است در آنها باسیل کوخ دید بر حسب آنکه کازئیفیکاسیون یا واکنش فیبروبلاستیک شدید باشد ضایعات سلی را باشکال زیر تقسیم مینمایند.

۱ - شکل تومور کاذب (pseudo-tumoral) که در حقیقت شکل فیبرو- بلاستیک پرودوکتیو فولیکر میباشد (fibroblastique productive folliculaire) میباشد.

۲ - شکل کازئیفیکاسیون دار که اغلب سبب پیدایش دمل سرد جدار ممده میشود.

۳ - فیبروبلاستیک حقیقی که در سرتاسر معده مشهود و در حقیقت شکل (الی نی تیک) و یا آنکه فقط در آنتر مت مرکز میشود که شکل استنوز پیلوریک است.

۴ - سل هیپرتروفیک معده - (توبر- کولوز گاستریک هیپرتروفیک) - این نوع ضایعه سلی را که در معده میبینیم برای اولین بار Durent Pancet کوکولوز گاستریک هیپرتروفیک و توبر کولوم نامیده اند - برخی از پزشکان معتقدند که این شکل نسبت بشکل سابق خیلی نادر است ولی Gaines در ۲۸ سل معده که دیده است فقط ۱۱ مورد آن رخمن بوده است.

قدر مسلم آنست که اغلب هردو این شکل ممکن است باهم باشند و برحسب اینکه کدام شکل برتری داشته باشند توجه شخص بدان سو جلب میشود.

با چشم چه میبینیم؟ این شکل بخصوص ممکن است توده بزرگی را بوجود آورد که اکثراً شکل موز بخود میگیرد و قسمت بزرگترش متوجه پیلور و مخصوصاً قسمت قدامی آنتراستولی در انحناها هم دیده میشود در ۱۰-۲۵ درصد بولب را فرا میگیرد. و اغلب ۱ - باراکسیون شدید صفاتی همراه است. توبر کولها فراوان و آدنوپاتی ها درشت است ولی آدنوپاتیها در اینجا سفتی آدنوپاتی های سرطانی را ندارند در سه ربع موارد مخاط رخمن است و گاهی هم نمای پولی پوئید پیدا میکند.

ولی اولسرهایی که در این موردمیبینیم بیشتر تروفیک هستند و کمتر ممکن است سلی باشند در قطع میبینیم که مخصوصاً قسمت تحت مخاطی گلفت شده است و عضلات چون مبتلا به میوزیت فیبروز

البته این را هم نمیتوان دلیلی قاطع تصور کرد زیرا لارنکس با وجودیکه سازمانهای لنفوئیدی ندارد ضایعات سلسی شان نسبتاً شایع (Gaines) معتقد است که توبرکولوز گاستریک فقط روی گاستریت هیپوتروفیک با انفیلتراسیون لنفویتیتر پیدا میشود . معهداً نمیتوان گفت که معده از راه تاثیر مستقیم باسیل که روی مخاط مینشیند گرفتار میشود .

(Debray, chiray) در ۱۹۴۵ بین

نتیجه رسیدند در اشخاص آنژریک با سیلهایی که باگذا بلع میشوند اگر در معده اروزیونی وجود داشته باشد نمیتواند شانکر تلقیحی (chancere d inoculation) نظیر شانکر جلدی یادهایی بوجود آورند . (Botreau, Roussel) در ۱۹۴۵ موردی را گذارش داده‌اند که با خوردن شیری که با سیل زیادی در برداشته معده دچار شده‌است Border هم ۴ مورد گذارش داده‌است . بعضی هم معتقدند که باسیل از راه جهاز گوارشی وارد و غدد مزانتریک در درجه ثانویه گرفتار میشوند . جدیداً هم Urech (در مجله طبی استرال بورک فوریز ۱۹۵۷) درباره‌سلهای معده چنین نظریه میدهد :

در موریکه کودکانرا از نظر کوتی راکسیون مطالعه کنیم مشاهده می‌نماییم که از نظر پرتونگاری علامتی غیر طبیعی در سینه وجود ندارد ولی غدد مزانتریک کالسیفیه هستند ... در جراحی هم میبینیم که اغلب انفیلتراسیون ایلیال و صفاقی

۴ - ضایعه مرضی ممکن است در وسط معده ظاهر و شکل خاصی را بوجود بیاورد .

گانگلیون - گانگلیونهای مجاور کانون مربیض مبتلا وغلب بادیدن آنها است که پی بوجود ضایعه سلی میبرند - علاوه بر ضایعات گانگلیونی واکنش صفاقی دیده میشود - گاهی اوقات علائم سل صفاقی از سایر علائم دیگر بیشتر است (Perigastrite tuberculeuse associe) در اینجا

تومور گاستریک کوچک است و اساس تومور همان واکنش صفاقی و گانگلیونر میباشد . در بعضی موارد ضایعه گاستریک وجود ندارد ولی یک پریتونیت لوکالیزه یک فولیکولر وجود دارد یعنی در حقیقت یک پریتونیت پلاستیک توبرکولوز - کستا گاستریک وجود دارد البته در اینجا صحبت از سل معده نیست ولی بی‌شك سل از طریق صفاق به معده سرایت میکند .

پاتوژنی - البته در اینجا از توبرکولوز انفلاماتوار و گرانولی گاستریک صرفنظر می‌نماییم و فقط بشرح اولسر سلی و توبرکولوم میپردازیم اولین چیزی که جلب توجه میکند عمل مستقیم باسیل روی مخاط است ولی امروزه معتقدند که ویرونلانس باسیل در اثر مجاورت با شیره معده کم میشود یعنی در حقیقت شیره معده یک نقش دفاعی دارد - ولی در اینجا میگوئیم که ضایعه از زیر مخاط شروع میشود نه مخاط جدار معده بافت لنفوئیدی زیادی در برندارد ولی

وجود دارد و غدد مجاورشان آزده و علائم بافتی سلی موجود است پس میتوان گفت که در حقیقت سلی که موجود است منشاء گوارشی دارد (tuberculose d'origine digestive bovine) Comte de vaud

کولوزپیاور تقریباً تا ۵ سانتیمتر میرسد و عمود بر محور عضو میباشد - قاعده او لسر برجسته کنارهایش کنده شده و مدخلش بواسطه وجود یک نوع دیافراگم تنگ (membraneux) جداری میباشد.

قسمت معده که دربالی او لسر است گشاد - جدارش کلفت و بزرگ میباشد چیزی که در هنگام عمل به تشخیص جراح کمک میکند پری ویسربت شدید و رآکسیون گانگلیونز میباشد . پری - ویسربت دور تادر آنترپیلور و دئوئدونوم موجود ممکن است که از نوع ساده و یانوع اسکلروز چسبیده باشد .

این پریتونیت پلاستیک اغلب پرو - لیفراسیونهای پولی پوز تولید و از سوراخ شدن به داخل صفاق جلو گیری میکند ولی ممکن است فیستولهای گاسترود - ئودنال - گاستر و کولیک و حتی دئوئود نو کوللدوسیین (duodeno choledocien) تو لید نمایند .

آدنوباتی در این شکل بخصوص جالب ویشنتر در ناحیه پرپیاوریک . پایه کبدی ناف معدی و لیگامان گاستر و کولیک ویا در انتهای اولین قوس ژژنوم دیده میشود . این گانگلیونها در بادی امر شفاف متجر کنرم و آمامسی و ایجای پری - آدنیت و کازئیفیکاسیون میکند .

چون غدد کازئیفیکاسیون یابد البته تشخیص آسانتر میشود ولی طبق آماری که بدست آمده است ۲۵-۲۶ درصد میباشد .

در سویس هم گذارش داده اند که در صد کودکان از راه گوارشی به باسیل bacille bovine گرفتار میشوند میتوان گفت که در این گانگلیونها باسیل و یا سمومشان میتوانند در جدارهای معده مرکز گردند .

امروزه نظریه Arloing مورد قبول همه نیست و معتقدند که باسیل از راه خون منتقل و خرابکاری میکند . نظری اجمالی به عذرتم بالینی ضایعات سلی معده بسیار نادر و از این جهت برای مطالعه مدارک زیادی نداریم معمولاً پس از اتوپسی و یا آزمایشات آسیب شناسی تشخیص داده میشود . معمولاً از نظر بالینی سلهای معده به سه سندرم دیده میشود .

۱- استئوفیلوریک . این شکل نسبتاً شایع و اغلب از مواردی را که مورد مطالعه ما قرار گرفته از همین نوع میباشد و در حقیقت میتوان گفت شکل آمامسی را که Poncet ولریش بیان داشته اند سرانجام بدین شکل در می آید . استئوف خیابی بهم فشرده و بزحمت میتوان مدادی در آن وارد کرد - او لسر اسیون توبی-

در سایر اولسر های دیگر بندرت این علامت دیده میشود اسهال خصوصیتی ندارد و با اسهالی که درسل روده میبینیم ارتباطی ندارد و ممکن است که در اثر هیپوکلریدری باشد ولی در هر صورت هیپوپروتئین امی بیمار را شدید تر میکند.

استنوز سلی خیلی بسرعت پیشرفت میکند و مانند استنوزهای دیگر که مرحله اولسری شان طولانی است زیاد طول نمیکشد یعنی در حقیقت میتوان گفت که در سل اولسراسیون واستنوز همزمان میباشد.

۲ - سنتروم تومور گاستریک
واکنشهای هیپوپلازیک یکی از خصائص بارز این بیماری محسوب و بهمین علت است که گاهگاهی مرض بشکل ضایعات توموری متظاهر میشود ولی اکثراً ضایعات سلی معدی بشکل اولسر های هیپرتروفیک در میآید - اغلب آزار حاصله درناحیه آنتروپیلوریک و یادریکی از سطوح انحنای کوچک و گاهی تنگی را که ایجاد میکند شبیه لی نیت پلاستیک است.

علائم بالینی مرض بستگی دارد باینکه ضایعه در کجا معده باشد - البته درد همیشه موجود است ولی هیچگونه خصوصیتی ندارد و ممکن هم است که گاهی موجود باشد استفراغ اغلب حکایت از وجود تنگی میکند ولی آنچه که در این بیماران جالب است بدی حالت همکانی و ضعف و لاغری میباشد که هر

باید دانستکه ممکن است کارئیفیکاسیون بهیچوجه باچشم مشخص نباشد ولی در آزمایش بافت شناسی شناخته شود با این کیفیت میتوان گفت که در تشخیص سلهای معدی ۲ فاکتور مشخص وجود دارد.

۱- پریتونیت پلاستیک پرودوکتیو محدود و موضعی .

۲- آدنوپاتی مهم .
۳- اولسراسیون .

استنوز تویر کولوزپیلور علامت خاصی ندارد و همان علائم بالینی و عملی و فیزیکی و همگانی استنوزهای نوع دیگر میباشد استفراغ . بیمار فراوان و باقی مانده غذائی و اسیدهای فرمانتاسیون در بردارد - بهمین علت است که بیمار در دنبال استفراغ گرفتار هیپوپروتئین امی و از تمی میگردد که روی حالت همگانی بیمار تأثیر میکند.

گشادی معدی که در آزمایش آسیب شناسی همیشه جلب توجه میکند در رادیوگرافی تائید و عبر از پیلور تقریباً غیر ممکن است .

خلاصه آنکه همیشه در این موارد باید به نشانهای زیر دقت کرد و در پی آنها بود .

۱- استنوز سلی پیلور معمولاً در نزد جوانان کمتر از ۲۰ سال است (وغلب در ۱۶ - ۱۵ سال) دیده میشود و حال آنکه سین بیماران مورد آزمایش ما ۴۰، ۴۰ بوده است .

۲- بیمار اسهال دارد در صورتیکه

چنانکه در یکی از بیماران مورد مطالعه ما که جوانی ۲۸ ساله – اهل کرمانشاه – پیراهن دور بوده و بعلت درد ناحیه آپگاستر مراجعته کرده در آزمایش پرتو نگاری تشخیص یک نئوپلاسم آنتروبیلوب ریک داده شده ولی در هنگام عمل جراح ملاحظه میکند که توموری سفت و چسبنده در قسمت افقی معده نزدیک زاویه معده وجود دارد ناچار گاسترکتونی میکنند و قطعه برداشته شده را جهت آزمایش میرفستند در آزمایش نظری معده ارسالی مخاط کلفت و چینهای مخاطی آن ظاهرآ سلامت ولی جدار پیلوکلفت بطوريکه بزحمت میشد انگشتی بدرون آن وارد کرد – گانگلیون های مجاور همگی درشت و چسبنده و با قسمت پیلوریک تومور سفت و پیشته پشته را تشکیل میداد – در آزمایش بافت شناسی در زیر مخاط سازمانهای لنفاوی زیرکول دو ساک غددی هیپر-ترووفی نسبتاً مشخصی را نشان میدهد. و فولیکولهای سلی با خصائص معمولی خود جلب توجه میکند که بعضی شان تکروتیک شده اندولی باسیل کوک در آنها دیده نشد.

همانطور که گوتمان معتقد است هیچ علامتی وجود ندارد که اولسرهای عادی را از سلی تمایز سازد – آزمایشات شیمیائی معده هم علامت مشخص و ثابتی نشان نمیدهد – اگرچه هیپو-کلریدری در این مرض شایع است ولی در گاستریت های آتروفیک و مخصوصاً

آن شخص را بفکر یک سرطان میاندازد. برخی تصور میکند وجود سل و سرطان باهم مقایرت دارد ولی Gimpel سل و سرطان را باهم دیده و در یکی از مواردی هم که مورد مطالعه قرار گرفته بیمار سل و سرطان باهم داشته است. از این ۳۰ ساله که گانگلیونهای دور معدی و داخل تووده توموری حکایت از سل کازئوز و بافت اپیتلیومای گلاندولر انفیلترانت نشان میدهد).

تشخیص – معمولاً قبل از عمل جراحی و آزمایش بافتی تشخیص سل معدی بندرت امکان پذیر است ولی با وجود این باید در سوابق بیماران و علائم بالینی و پاراکلینیک دقیق نمود. وجود ضایعات ریوی . صفاقي . تناسلي . علامت قطعی نمیباشد. چه بسایر اتفاق میافتد با وجودی که در هیچیک از این اعضاء سلی وجود ندارد معده مبتلا نمیباشد.

در ۸ مورد سل معدی که آزمایش شده است نتوانستیم که ضایعات سلی اعضاء دیگری را نشان بدیم . علائم بالینی را که شرح دادیم باید پیوسته در خاطر داشت . مخصوصاً اگر گرفتاران به اولسر بالستنوز اسهال داشته باشند باید بفکر سل افتاد نکته دیگری را که باید فراموش کرد این است که خرابی حالت همگانی با علائم بالینی که مشاهده میکنیم تناسبی ندارد یعنی مریض مرضیتر از آنچه است که علائم بالینی نشان می دهد متاسفانه رادیولوژی هم کمک شایانی نمیکند .

آخر آزمایش شده ۲۰۹۱ ضایعات سایی بوده که نسبت ۵۰٪ در صد میباشد و عده مردان ۱۰۲۲ و زنان ۱۰۶۹ میباشد یعنی مبتلایان زن تقریباً برابر مرد میباشد.

در این مقاله میخواستم توجه همکاران و مخصوصاً جراحان عزیز را برخلاف معدی و بویژه انواع نئوپلاسم‌های کادب آن جلب بنمایم.

از نظر جراحی و پرتونگاری تمام این عوارد به حساب اولسروفیا سرطان گذاشته شده و پس از عمل و آزمایش آسیب شناسی سلی بودن آنها محرز مبادرت ورزید.

بطور کلی سل معدی بیماری است نادر و در ۵۵۹ مورد که آزمایش شده فقط در مرد ۵ مورد و زن ۳ مورد ضایعه سایی معده مشاهده کردند.

وفور و محل ضایعات سلی معده.
اگرچه در هیچیک از ۸ موردی که مطالعه نموده ایم نتوانسته ایم ضایعه سلی را در عضو دیگری نشان دهیم ولی باید اقرار کرد که معمولاً ضایعات سلی معده می‌باشد ثانویه پس از سل ریوی و روده یا صفاق و تناسلی متظاهر کردد.

نتنین بیماران دچار به استئوز سلی را ۲۰-۱ کمتر و در حدود ۱۵-۱۶ نوشته‌اند ولی در مواردیکه امتحان کردند سن بیماران ۲۸ و ۴۰ بوده است.

در خیابان از سرطانها هم دیده میشود و مخصوصاً در اشکال استئوزدار این علامت هیچگونه ارزشی ندارد.

فرماناتاسیون بوتیریک هم علامتی عادی است ولی مخصوصاً این ضایعه نمیباشد. خلاصه آنکه قبل از عمل و آزمایش بافت شناسی بهر تشخیص سلی که برای معده میدهیم باید باشک نگاه کرد.

Petruschky تزریق تحت جلدی مقدار کمی توبرکولین را پیشنهاد نموده است که در این بیماران یک واکنش اختصاصی است ولی چون خطرناک است نباید بدان مبادرت ورزید.

خلاصه آنکه آنچه در تشخیص بما کمک میکند نکات زیر میباشد.

۱- اولسر سلی دوره طولانی دارد و شکل تومورآل آنهم دوره‌اش دراز است.
۲- استئوز پیاویریک سلی بطور غیرعادی و با سرعت پیش میرود.

۳- سل معدی در حین پیشرفت خود کمتر عارضه پیدا میکند.
۴- همایمنز نادر ولی ملنا شایع است.

۵- بندرت سوراخ میشود.
خلاصه و نتیجه

نما و فور ضایعات سلی و اشکال معدی آن در ایران

در ایران سل پاتولوژی خاصی دارد و هنوز شیوع آن بسیار جالب توجه است. در بین ۲۷۸۰۷ بافت که در این ۲۰ سال

L'Aspect et la Fréquence des Affections Tuberculeuses en Iran et leurs formes Gastriques

La tuberculose a une pathologie toute particulière en Iran et jusqu'à présent sa haute fréquence attire encore notre attention.

Durant ces 20 dernières années, parmi.... tissus examinés, nous avons relevé... lésions tuberculeuses, donnant ainsi un pourcentage de.... D'un manière générale la fréquence de ces lésions tuberculeuses a été de... cas chez l'homme pour... chez la femme, cest-à-dire... fois plus chez la femme.

Dans ce petit travail je voudrai attirer l'attention de mes collègues et surtout des honorables chirurgiens, sur l'existence des Tuberculoses Gastriques et spécialement sa forme Pseudo-Néoplasique

Au point vue clinique et radiographiques ces cas étaient considérés comme un Néoplasme cu un ulcère, tandis que l'examen histologique racontait leur nature tuberculeuse.

La tuberculose gastrique est, en principe, une maladie, très rare et sur... biopsies prélevées, nous avons examiné... pièces opératoires gastriques parmi lesquelles on a observé... cas de Tuberculose Gastrique chez la femme et... cas chez l'homme.

Fréquence et Localisation des Lésions.

Quoique dans nos cas examinés, nous n'avons pu montrer la lésion tuberculeuse dans d'autres organes, on doit notre que, d'une manière générale, la lésion tuberculeuse gastrique doit être secondaire se manifestant après une tuberculose pulmonaire, intestinale ou peritonéale.

On a noté que la sténose se voit au-dessous de 20 ans (15-16 ans) mais dans les deux cas que nous avons observés l'age des malades ébit de 28 et 50 ans.

Dans les 8 cas de Tuberculoses gastriques que nous avons examinés, la localisation et l'aspect histologique de l'affection se montrent commes suit:

Sas	Lésions et Localisation	Malade			Signes Cardinaux
		Age	Sexe		
1	Sténose du pylore	40	F.		Cachexie - Difficulté de deglutition .
2	„ „ „	28	H.		Cachexie - Vomissement - douleur épigastrique.

3	Pseudo-Néoplasme Pylorique	35	H.	Hemorragie - Douleur - Vomissement.
4	"	40	H.	"
5	Ulcère du pylore	35	H.	Diagnostique radiologique de l'Ulcère - Douleur vomis.
6	" " "	35	H.	"
7	Abcès froid de la Grande Courbure	30	F.	Tumeur épigastrique molle. Douleur de la colonne vertebrale.
8	Perigastrique Tuberculeuse doublée de cancer	30	F.	Cachexie intense Tumeur épigastrique non limitée.

Reference

- 1.- (D.C. Brown G. McHardy). Mucosal change.-
am. J. Digest dis. 9:407-411, Dec. 42.
- 2.- (R.R. White). Simulations Carcinoma and Tuberculosis in case of
Pernia Proc Staff meet Mayocline 18:165-172, June 2, 43.
3. - (H.Z. Konuralp). Tuberculosis.-
Turk tip cemmed 12:222-228, 46.
4. - (C. Windwer Revue Gastero Enterolog.-
13:38-41 Jan. Feb. 46.
5. - (M. Chiray). Pseudo Cancerous Tuberculosis.-
Semain des Hopitaux. 21:591-598 June 14, 45.
6. - (H.W Ostrum and W. Serber). Tuberculosis of Stomach.-
am. J. Rontagn 60:315-322 Sep. 48.
7. - (E.D. Palmer Am Tuberculosis. Tuberculosis of Stomach.-
61: 116-139 January, 50.
8. - (A.C. de S. Dias) Gastric tuberculosis, Study apropos of case of
bacillary adenitis of perigastric lymph nod.
Gaz-Med. Port 4: 585-591, 51.
9. - (R.M.) Shirman and R.L. Johnston). Case Gastero - Entrology.-
16: 593-597 Nov. 50.
- 10.- (F. Hirsche and C. Bothy). Tuberculosis Acta Gastero Entrologie Belg.
15: 853.
11. - (J. Seror). Journal de Chirurgie.- T. 71: 8-9 August. 1955.
12. - (R. Picard. Y.P. Kermels.
enceclopedi 9024 A10
13. - B. Chazan. U.B.
British medical Jornal
1288 Oct. 29, 1960.