

از کارهای بخش پوست

بیمارستان رازی

پیودرمیت‌های رویشی (۱)

نگارش

دکتر رواقی

دستیار بخش

دکتر مارتروسیان

رئیس درمانگاه

دکتر محمد علی ملکی

استاد کرسی پوست و آمیزشی

چون در چندماه پیش عده‌ای از شیرخواران مبتلا به پیودرمیت وژتانت دیده شد که طبق آمار موجود در بخش پوست بیمارستان رازی یک نفر مبتلایان از مشهد ۳ نفر از مازندران و دو نفر از تهران بوده، بویژه آنکه ۴ نفر از مبتلایان چند هفته پس از تولد باین بیماری دچار شده‌اند و نیز ۴ نفر در نتیجه آسیب ثانوی اگرما شیرخواران (۲) مبتلا شده بودند و از آن جهت که این بیماری کمتر دیده شده است بنظر رسید که انتشار آن مفید باشد.

پیودرمیت‌های رویشی:

این آسیب عبارتست از یک درماتوز آماسی که در نتیجه چرکی شدن صفحات اکزماتی بر اثر میکروب استافیلوکوک طلائی و آسیب‌های ثانوی پیودرمیت‌های حبابی و چرکی و اکتیمای قرح‌های و درمیت‌های پاپی ماتوز بوجود می‌آیند.

علت :

غالباً بکار بردن برخی داروها و پمادها مانند پماد بم دو پرو (۱) و رکوس (۲) زمینه را برای ایجاد و تغییر شکل دادن در میت‌ها به پیودرمیت‌های رویی مساعد مینماید .

کم بود گاما گلوبولین خون (۳) در اکزما شیر خواران :

آزمایش‌های الکترو فورز از لیپیدها و پروتئین‌های سرم خون ۲۴۷ نفر شیر خوار مبتلا به اکزما شیر خواران بوسیله ژاروسلاوهوراک (۴) در بیمارستان کودکان برنو (۵) در خون ۱۲ شیرخوار کمی گاما گلوبولین خون دیده شد .

علائم بالینی در این بیماران چنین است که در آغاز اکزما حاد با اسهال و کمخونی هیپوکروم، افزایش گویچه سفید از ۱۶ تا ۲۰ هزار و در موارد سخت‌تر با بزرگی کبد و سپرز و اختلال مقدار کل پروتئین همراه بوده و بویژه اختلال در آلفا و گاما گلوبولین پیدا شده است .

سرم خون معمولاً طبیعی است .

بطور طبیعی گاما گلوبولین در ۰/۹۰ شیر خواران تندرست سه ماهه ۱۱/۹ الی ۰/۱۶/۶ .

« « « ۶ ماهه ۱۰/۱ الی ۰/۱۴/۳ .

« « « ۹ « ۱۱/۹ الی ۰/۱۵ .

« « « ۱۲ ماهه ۱۴/۸ الی ۰/۱۸/۵ .

دیده میشود .

در این دسته از بیماران کمترین مقدار گاما گلوبولین معمولاً :

در سنین ۵ الی ۷ ماهگی ۰/۱۱/۸ الی ۰/۱۰/۶

« ۵ ماهگی تا ۰/۶/۵

« یک سالگی تا ۰/۸/۶ میباشد .

۱- Baume de Perou

۲- Reclus

۳- Hypogamaglobulinemie

۴- Jaroslav Hoacek

۵- Breno

این بیماران به عفونت‌های چرکی خیلی حساسند بطوری که در برابر هر درمانی مقاومت کرده و عفونت‌ها زود از بین نمیروند .

بررسیهای بالینی و آزمایشگاهی نشان داده است که گاما گلوبولین این بچه‌ها خیلی دیرتر از گاما گلوبولین شیرخواران تندرست باندازه طبیعی میرسد .

زیاد شدن ناگهانی گاما گلوبولین از $0.8/4$ به 0.21 . تنها در يك مورد دیده شد که بچه‌ای يكساله پس از بهبودی چرك گوش میانی ناگهان گاما گلوبولین خونش بالا رفت و همین موضوع موجب بهبودی عامل اگزمای نامبرده گردید .

این ابروآسیون نشان میدهد که علت کمی گاما گلوبولین مزاجی بوده اختلال داخلی متابولیسم پروتئین نمیباشد .

این طور بنظر میرسد که در 0.5 اگزمای بچه‌ها هیپو گاما گلوبولینی وجود دارد و حتی در سنین بالاتر حساسیت بچه‌ها نسبت با کزماها در اثر ویرس‌های پوستی (تبخال ساره - آبله مرغان شاید بعلت هیپو گاما گلوبولینی باشد) .

تنها يك مورد آبله مشاهده شد که علت آن کمبود گاما گلوبولین بود .
سن :

در سنین مختلفه دیده میشود ولی معمولا بیشتر در نزد شیرخواران بروز مینماید .

آنتیبیوتیک‌ها:

توده برجسته نسج دانه ای بویژه افزایش بافت های فیبروز و عروقی همراه با استافیلوکوک از مشخصات برجسته این آسیب میباشد .

جایگزینی - بر روی سینه - شکم - گونه‌ها - پیشانی - سر - پشت دست‌ها و ساعد و کشاله ران وزیر بغل و اطراف سوراخهای طبیعی دیده میشود و قابل زکر آنکه آسیب‌های جاهای چینه‌خورده و اطراف حفره‌های طبیعی با ترشح بدبو همراه است .

آغاز و علائم بالینی - نخست ممکن است يك يا چند آسيب ايجاد گردد و ضايعات پاپولوز پوستولوز (۱) بهم پیوسته و توليد يك پلاك بر جسته سرخ رنگ از بافت دانه‌ای نموده که از يك پوشش چرکین پوشیده شده است. کناره‌های این آسيب بر جسته و باطراف پیشرفت مینماید. این آسيب‌ها باخارش و درد کمی همراه است. اشکال بالینی - پیودرمیت‌های رویشی و رو کو (۱) که با شکل مختلف دیده میشود و بنام‌های مختلف نامگذاری شده و موجب اشکال تشخیص می‌گردد و غالب مصنفین شکلی از آنرا توصیف نموده‌اند مانند:

بوزلینی (۲) در سال ۱۹۰۵ و گوژر (۳) و گیش آروا (۴) ۱۹۰۸.

پیره در ۱۹۲۶.

اشکال پایوماتو محدود - قره‌ای رویشی (۵) چرکی رویشی (۶) و تمشکی شکل (۷) و ورو کو تو بر کولوئید (۸) که در پشت دست و ساعد مشاهده میشود و وهیپر کر اتوزیک گره‌ای (۹) و باصفحه‌ای (میلیان) (۱۰) و شانکر یفرمها (۱۱) و بالاخره بوتریومیکوم (۱۲) که يك شکل مخصوصی از این بیماری است که از پیودرمیت آغاز گردیده و پیشرفت نسبتاً سریع دارد.

تشخیص افتراقی این بیماری با تو بر کولوزهای پوستی و بلاستومیکوز و برومیدو پمفیگوس رویشی (۱۳) میباشد.

۱- Pyodermite vegetant verruqueua

Gougerot

osellini - ۲B۳

eu plaques l

۱۰- Milian

duseifo۶- Pustvegetantulo-۱ ta

-۸eqes -۸Verruueus- tuber uloides ۹-Hyperkmeratosi

۱۱- Chancreformes

۱۲- Botriomycome

s۳sq-mp ۳dhyg

us végétanuee۳eunor

۱na-neFrmbošte

e ben'loc۶- Azua Ul- vege

پیش آگهی - این بیماری ماهها بلکه سالها ممکن است بطول انجامد.

درمان :

پیش از همه ضد عفونیهای موضعی و سوزانیدن با قلم نیترات دارژان و قلم سولفات دوزنک بطور جدا گانه و یا بطور متناوب در صورت لزوم بوسیله گالوانو - کوتریزاسیون و بالکترو کوا گولاسیون جوانه‌های بزرگ گوشتی و حمامهای پرمنگنات دوپتاس ۱/۱۰۰۰۰ و پس از آن مالیدن محلول الکترولیک کولورانت (۱) (اؤزین و یوله) و پماده ۱۰٪ اکسیدر آن دومر کور یا سولفات نیازول، نتیجه درمان با رادیوتراپی بسیار عالی است .
تجویز آنتی بیوتیکها بسیار مؤثر است .



بیمار اول

ر - ت ۳ ماهه اهل وساکن تهران - بعلت آسیب پلک پائین چشم چپ مراجعه



قبل از درمان

نموده است .

مدت بیماری ۱۵ روز است .

آغاز بیماری - نخست يك جوش کوچکی بر روی پلك پائینی چشم چپ پیدا شده که باخارش مختصر توأم بوده سپس کم کم جوش بزرگتر شده و چرکی شده و پس از آن ترشح و چرك مختصری خارج شده و بعداً چند عدد دیگر از این جوشها بدن افزوده شده ، ایجاد يك برجستگی را نموده است .

وضعیت کنونی - اينك برجستگی است باندازه يك سکه دوربالی تقریباً گرد با پیرامونی سرخ که بر روی يك پلاك قرمزتری قرار دارد و با فشار کمی ترشح چرکین خارج میشود .

پیشینه خانوادگی - پدر و مادر بیمار تندرست هستند - دچار بیماری آمیزشی

نشده اند .

پیشینه چنین زخمی در خانواده بیمار وجود ندارد .

بچه پیش از این به هیچ بیماری دچار نشده است .



دومان :

نخست کمپرس اورال‌یور موضعی داده شد و سپس پودرا کروم‌ایسین خوراکی یک‌شیشه تجویز گردید که روزی سه مرتبه هر بار یک قاشق مرباخوری بخوراندند . بیمار پس از ۷ هفته بهبودی کامل یافت .



پیدار دو ۴ :

راضیه فرزند عباس چهار ماهه اهل وساکن مشهد . شروع بیماری - از دو ماه قبل دو برجستگی روی گونه‌ها پیدا شد که رنگ آنها قرمز گلی و اطراف آنها پررنگتر از وسط بوده و بتدریج کره‌ای روی آنها را پوشانیده و بامختصر خارش و ترشح همراه بوده است .



وضعیت کنونی - اینک دو طرف گونه‌ها دو برجستگی باندازه سکه ده ریالی تقریباً مدور که تمام گونه‌ها را گرفته و یک کره سبز مایل بسیاه مانند سنک متخلخل آنها را پوشانیده است و قسمتی از این کره‌ها در بعضی نقاط ریخته که در

جای آن پوست نرم بدون ارتشاح و کمی پررنگتر دیده میشود و چندالمان (عنصر) دیگر نیز که برجسته و دارای کره سفید رنگ میباشد باهاله قرمز رنگ حواشی دیده میشود.

بر روی سر نیز عناصری با کره و برجسته شیمه عناصر روی گونه بنظر میرسد.

آزمایشی لاپراتواری

کشت مستقیم لیثمانیوز منفی.

تجسس لیثمانیوز منفی.

تجسس قارچ منفی.

آزمایشی بافت شناسی :

بیودرمیت وژتانت.

درومان :

کمپرس موضعی محلول رقیق پرمنگنات روتاس و تجویز پودرا کرومایدین خوراکی و سپس الکتروکواگولاسیون بعمل آمد و بیمار بهبودی یافت.



بیمار سوم :

حسن علی ۳ ماهه متولد تهران.

علت مراجعه - بعثت زخمهای متعدد و برجسته کوچک و بزرگ روی چهره

و پیشانی و سر مراجعه نموده است.

مدت بیماری ۲۵ روز است.

پیشینه شخصی و خانوادگی - پدر و مادر بچه تندرست اند - ابتلای به بیماریهای

آمیزشی را یاد نمیآورند - شیرخوار نیز پیشینه ابتلای به بیماری دیگر را ندارد.

آغاز بیماری - از ۲۵ روز پیش نخست بر روی گونه‌چپ يك صفحه كوچك قرمز رنگ پیدا شده که با ترشح همراه بوده و خارش نیز داشته است سپس چند برجستگی سرخ‌رنگ روی این صفحه هویدا گردیده که رفته رفته نوك آنها سفید و چرکین شده و کم‌کم ترشح چرکین آنها بیرون شده و بمرور این برجستگی‌ها بزرگتر و متورم‌تر و بهم‌پیوسته و يك برجستگی بزرگتر را ایجاد نموده‌اند.

همزمان این وضع در سایر جاهای چهره - پشت گونه‌ها - پیشانی - چانه - کنار لب - کنار ابرو و پلك چشم و بالاخره روی سر از این آسیب‌ها مانند آسیبهای



گفته شده در بالا پیدا شدند که اندازه آنها از يك هسته آلبالو تا يك هسته زردآلو متفاوت‌اند در این هنگام به پزشك مراجعه و دستورات مختلفی از قبیل داروهای مالیدنی و آنتی‌بیوتیک‌های خوردنی تجویز و بکار برده شد که هیچکدام مؤثر واقع نگردید

بلکه بر شدت آسیب‌ها نیز افزوده .

اینک آسیب‌هایی باندازه مختلف از هسته آلبالو تاهسته زردآلو بر نقاط نام برده شده بالا دیده میشود که پوستولوژتانت میباشد و اطراف این آسیب‌ها هاله گلسرخي وجود دارد و میان آنها بعضی صاف و برخی پوستول‌های چرکین دیده میشود و روی تعدادی از آنها نیز از کره کوچکی پوشیده شده است بامختصر فشار از بعضی آسیب‌ها ترشح چرکین بیرون می‌آید و برخی نیز ترشح ندارند .

آزمایش الکتورفوروز :

آلبومین ۰/۰۵۱/۵ - گلبولین آلفایک ۰/۰۴/۱ - گلبولین آلفادو ۰/۰۷/۳ - گلبولین بتایک ۱۲/۳ - گلبولین گاما ۰/۲۴/۸
 فرمول شمارش گویچه سفید ۷ هزار - گویچه سرخ ۳ میلیون و سگمانته ۰/۰۶۰
 یک‌هسته‌ای بزرگ ۰/۰۱۶ - لنفوسیت ۰/۰۲۴

درمان :

نخست کمپرس اودالیور موضعی و شربت تتراسیکلین خوراکی تجویز گردید ولی مفید واقع نشد مجدداً پمادا کرومایسین موضعی تجویز گردید مؤثر نگردید بدین ترتیب که عفونت باقی بود تورم آسیب‌ها کمتر نشد و از پیشرفت بیماری نیز کاسته نگردید باوجودی که همراه با این درمانها خوراندن داروی آنتی‌هیستامینیک (۱) توأم بود .

پس از دو هفته کلیه درمانهای پیش قطع و فقط قرص لدرکاین (۲) روز اول نصف و روزهای بعد یک چهارم تا (دو قرص) همراه با کمپرس اودالیور تجویز که پس از یک هفته عفونت تمام و آماس آسیب‌ها کم و بکللی بیمار بهبودی یافت .



بیمار چهارم

جمیله علی ۵ ماهه ساکن تهران .

بعثت زخمهای روی گونه و پیشانی مراجعه نموده است .

مدت بیماری ۲۰ روز است .

نخست بلاک سرخرنگی بر روی گونه راست پیدا شد که باخارش زیاد توأم بود و مختصر ترشخی نیز همراه داشت که پس از چندروز پوسته‌ها و درله‌هایی نیز بدان افزوده شد و سپس جوشهای کوچک پرازچرك روی این پلاك هویدا گردید که رفته رفته این جوش‌ها بهم پیوسته شده و برجستگی نیز پیدا نمودند و این آسیب‌ها در نقاط مختلف گونه و پیشانی و گونه راست بهمان ترتیب پیدا شد که به بخش پوست مراجعه نمود .

اینک بر روی تمام پیشانی و گونه‌ها پلاکهای کم و بیش بهم پیوسته قرمز رنگ دیده میشود که بر روی این پلاکها آسیب‌های برجسته کوچک و بزرگ وجود دارد این آسیب‌ها برخی بزرگ، برجسته دارای کروت کثیف در قسمت وسط و هاله قرمز در اطراف بوده و با فشار مختصر ترشخی از آنها خارج میگردد و بعضی نیز کوچک و متعدد و جدا جدا و تعدادی نیز بصورت پاپول‌های کوچک و بزرگ دیده میشوند روی تمام این آسیب‌ها بر اثر شستشوی با محلول پرمنگنات غلیظ رنگ قهوه‌ای بخود گرفته است .

پیشینه خانوادگی - مادر بیمار پیشینه اکزما دارد پدر بیمار تندرست

است .

درمان :

کمپرس موضعی اودالیبور و قرص لدرکاین روز اول نصف قرص و روزهای بعد هر روز يك چهار قرص توأم با روزی یکصده میلیگرم قرص ویتامین C تجویز

گردید و پس از ۲۰ روز ادامه درمان و خوراندن ع قرض لدر کاین بیمار بهبودی کامل یافت .



☆☆☆

بیمار پنجم :

مریم فرزند رجب دوماهه و نیمه اهل وساکن مازندران .
 ابتداء يك برجستگی پیدا شده که بتدریج بزرگ گردیده و تورم یافته است
 با مختصر خارش و ترشح همراه بوده است .
 بعداً این برجستگی از اطراف پیشرفت نموده بزرگتر گردیده و بر تعداد
 المانها نیز افزوده شده تا به ۵ عدد رسیده است که باندازه های مختلف و اشکال
 بیضی و گرد پدیدار شده اند .
 وضعیت کنونی - عناصری است برجسته - مترشح - که دارای هاله قرمز رنگ

حواشی میباشد - بزرگی آنها از یک سانتی تا هشت سانتی و رنگ آنها تیره است .

آزمایش بافت شناسی :

پیودرمیت وژتانت.

درمان :

ابتدا کمپرس اودالیبور تجویز گردید و سپس پماد اورنومایسین ۰.۳٪ مالیدنی و پودر اورنومایسین خوراکی داده شد پس از چند روز کروت‌های خشک ریخته و پس از دو هفته درمان بهبودی یافت .

نتیجه :

منظور از معرفی این چند بیمار آنستکه :

۱- این بیماری در شیر خواران از دو ماهگی تا دو سالگی دیده شده است .

۲- از نظر بالینی با آسیب‌های چرکی پوست از حیث مدت بیماری متفاوت است و در مقابل داروهای آنتی بیوتیک و مخصوصاً منظره بالینی متفاوت است .

۳- محل بروز آنها عموماً روی صورت - پیشانی و سر میباشند .

۴- بهترین نتیجه‌ای که از درمان‌های مختلف گرفته شده درمان با سولفامیدهای روتار میباشد .

۵- در بعضی موارد ضایعات چرکی و رویشی ممکن است با وجود داروهای داخلی و خارجی خشک شده ولی بکلی از بین نروند در این گونه موارد لازم است دلمه‌ها را با الکتروکواگولاسیون برداشت .

Bibliographie

- 1-SS Greenbaum (1949) «Dermatology Diagnosis and treatement»
P.300 Davis London .
- 2-R.Degos . (1956) «Traite de Dermatologie» P.615-616 . Masson
Paris .
- 3- D.Darier . (1937) «Precis de Dermatologie» P . 349 Maloin .
Paris .
- 4- Baer anb Witheu (1957- 1958) .«Year book of Dermatology
and syphilology» P. 155 - 156. the year Book Publishers.
Chicago.