

سخنی چند درباره روماتیسم مفصلی حاد

نگارش

دکتر محمد علی مولوی

روماتیسم مفصلی حاد یکی از اشکالات اساسی پزشکی امروزی را تشکیل میدهد و چنانکه باید هنوز خطرات آن کاملاً مرتفع نگردیده است و شاید این مطلب بعلا
علائم پراکنده و نانات مرض باشد.

علائم ابتدائی :

(۱) دردمفصلی - در تمام موارد دردمفصلی وجود ندارد بلکه در مطالعات دقیق دیده اند که درد مفصلی فقط ۶۹ درصد موارد وجود دارد این دردمفصلی گاهی مفاصل متعددی را مبتلای سازد و یا فقط يك مفصل را فرا میگیرد در اغلب موارد مفاصل بزرگ دردناك میشوند.

بعضی اوقات تنها دردمفصلی است ولی گاهی تورم مفصلی نیز همراه است یعنی مفاصل مبتلا بر حجمشان می افزایند مکان درد متغیر است دردممکن است در خود مفصل بوده و با فشار خط مفصلی تشدید گردد گاهی در اطراف مفاصل مستقر است یعنی و تدهای عضلانی و غلافها دردنا کنند التهاب و تورم نیز یاد در خود مفصل بوده و یا اطراف آنرا فرا میگیرد.

زمانی دردها مبهم تر میباشد یعنی بصورت دردهای عضلانی و دردهای متغیر و منتشر در اعضا و اطراف مفاصل محسوس میشود زمانی درد فقط بعد از خستگی عارض میگردد.
(۲) ممکن است روماتیسم مفصلی حاد با علائم يك داء الرقص تظاهر کند و این امر نسبتاً شایع است.

(۳) ممکن است بیمار با علائم يك بیماری قلبی مراجعه نماید در سؤالات دقیق و سابقه وی دردمفصلی را نشان دهد.

گاهی درد ناحیه قلب، ناراحتی قلبی و تنگی نفس، تاکی کاردی جالب نظر است اغلب در سمع قلب آزار در ریچه‌ای بگوش میرسد بین سوفله‌ها ۸ درصد سوفل سیستولیک نوک قلب مسموع است. البته در ابتدا تعیین سوفل عضوی از غیر عضوی دشوار است از وقتی شرکت مساعی بین طبیب داخلی و متخصص قلب برقرار شده است ضایعات قلبی کمتر دیده میشود یعنی کثرت ضایعات قلبی روماتیسم از ۳۵ درصد به ۱۵ درصد تنزل کرده است.

(۴) در ثلث موارد روماتیسم مفصلی حاد همراه گلودرد است گاهی گلودرد قبل از درد مفصلی و زمانی بعد از آن بوجود می‌آید ورم گلو گاهی سفید باردار و زمانی قرمز خیزدار میباشد جستجوی استرپتوکوک همولیتیک A در گلو اغلب مثبت بوده و از این راه نیز کمک زیادی در تشخیص میشود.

(۵) تب: علامت ثابتی نیست در ۱۶ درصد موارد روماتیسم مفصلی بدون تب بوده است ولی اغلب اوقات تب موجود است این بی‌تبی در عمل برای تشخیص بسیار مهم است.

(۶) علائم هاضمه: گاهی جالب توجه است ۸ درصد درد شکمی و حتی در ناحیه آپاندیس (گودال خاصره راست) دیده شده است که گاهی احتیاج بکمک جراح میباشد و مواردی هم عمل جراحی بی‌مورد اجرا گردیده است. نیز در ۵ درصد موارد استفراغ جلب نظر میکند یک و نیم درصد موارد اسهال موجود میباشد که بنام اسهال قبل از درد مفصلی نامیده میشود اسهال ممکن است ۵ تا ۱۵ روز قبل از علائم واضح مرض مشهود گردد.

(۷) علائم عمومی: آستنی ۲۰ درصد موارد مشاهده شده است بی‌اشتهائی ۲۶ درصد - عرق ۱۶ درصد بالاخره اختلالات عصبی مانند کره و تغییر اخلاق ۴/۵ درصد بی‌خوابی ۷ درصد و سردرد ۱/۵ درصد موارد مشاهده گردیده است.

(۸) علائم جلدی: علائم جلدی ارزش بسزائی دارد گره‌های مینه (۱) تقریباً

يك تادو در صد موارد مشاهده میشود اريتم مارژينه بنیه (۱) و رعا ف نسبة شایع است و در ائرسؤال دقیق میتوان آنها را در صورت وجود در سابقه بیمار یافت .

پس بطور خلاصه علائم اصلی مرض بترتيب عبارتند از، درد مفصلي و اطراف مفصلي ، تظاهرات قلبی ، کره ، اريتم و گره های مينه ، درد عضلانی ، خستگی ، آئرين و علائم عمومی بعلاوه در سابقه فامیلی برخی از بیماران روماتیسم مفصلي حاد شایع تر است یعنی يك زمینه فامیلی در ایجاد مرض مؤثر بنظر میرسد بعلاوه سؤال دقیق آشکار میکند که آیا سابقاً روماتیسم در کار بوده و اکنون بیماری عود کرده است؟ زیرا ناخوشی ۲۵ درصد موارد عود میکند (در اطفال شایع تر است)، در بزرگان عود ۲/۷ درصد کمتر دیده میشود .

علائم بيولوژيك : سديم انتاسيون در روماتیسم بالا میرود و از لحاظ سير مرض ترسيم منحنی آن اهمیت بسزائی دارد .

فیبرین خون نیز افزایش مییابد اپتو گلبولین و گاما ۲ گلبولین افزوده میشود در کشت ترشحات گلو اغلب استرپتو كك هموليتيك A رشد خواهد کرده در سرم خون بعد از مدتی استرپتولیزین را میتوان جستجو نمود حتی در عود مرض موقعی که آئرين هم در کار نباشد در گلو توانسته اند استرپتو كك هموليتيك را پیدا کنند . ولی باید دانست که در آندو کاردو گره های آشف و غیره میکروب یافت نمیشود .

دانشمندان انگلیسی عقیده دارند که تقریباً در تمام موارد روماتیسم مفصلي استرپتو كك هموليتيك A را میتوان در گلو پیدا کرد بعلاوه فایده پنی سیلین درمانی نیز برای عود و جلوگیری مرض آنها را بدان داشته اند که علت بیماری را مربوط به استرپتو كك هموليتيك A نمایند .

خاطر نشان میکنیم که روماتیسم بیشتر در زمینه های مزاجی خاصی (فامیلهای بخصوص) شایع تر است: در ممالک مرطوب و سرد نیز فراوان تر بوده همچنین در طبقه فقرا بیش از اغنیا دیده میشود .

و نیز از لحاظ خلطی: مقدار هایتو گلبولین و فیبرین خون افزایش مییابد و خاصیت جذب هیستامین (هیستامینوپکسی) از بین میرود یعنی اگر سرم شخص سالم را در آزمایشگاه با هیستامین مخلوط نمایند هیستامین جذب و محدود میگردد در صورتیکه در سرم افراد روماتیسمی موجود نیست خاصیت جذب هیستامین غیر از مرض بو بودو آستم، اگزما، کهیر و قرحه معده هم وجود دارد. فاصله مابین آنژین استرپتو ککسی روماتیسم تا ایجاد تظاهرات مفصلی و قلبی وجود دارد که در آن فاصله آنتی ژن و آنتی کرباهم مواجه شده و استرپتولیزین پیدامیشود یا اینکه در این فاصله خاموش آنتی ژن استرپتو کک ترشح شده سپس آنتی کرم تشکیل میگردد این پدیده کاملاً بیماری سرم را بخاطر میآورد یعنی تا تزریق سرم و حوادث آنافیلاکتیک حاصله موجود است یعنی يك فاصله آزادی تزریق سرم و تظاهرات بالینی را از هم مجزای سازد. بعلاوه تظاهرات مفصلی و حتی قلبی در بیماری سرم شایع است با تزریق دوبار سرم اسب در خرگوش (بفاصله معین) توانسته اند تظاهرات آنافیلاکتیک با التهاب مفاصل متعدد و عوارض قلبی ایجاد نمایند و حتی توانسته اند آزارهای تشریحی و بافت شناسی نظیر و مطابق گره های آشف ایجاد کنند و باثبات رسانند این موضوع راهنمای خوبی است که تصور نمائیم روماتیسم مفصلی حاد بعلت استرپتو کک همولیتیک A در زمینه مخصوص بوجود میآید.

عوارض روماتیسم مفصلی حاد: یازده نوع عارضه برای روماتیسم مفصلی حاد شمرده اند: قلبی - جنبی و ریوی - عصبی - کلیوی - جلدی - هاضمه ای - غدد ترشح داخلی چشمی - غده - عارضه سلسله نباتی و بالاخره عروقی.

(I) عوارض قلبی روماتیسم مفصلی حاد - این عوارض اهمیت فوق العاده دارند زیرا ممکن است در خارج از تظاهرات مفصلی بروز نمایند و بعلاوه بیشتر خطرات حیاتی روماتیسم روی این عوارض استوار است و پیش بینی مرض را نیز اغلب روی آن میسنجند.

البته برخی شرایط در ایجاد عوارض قلبی دخیل است که ما ابتدا آنها را تذکر میدهیم:

(۱) هر قدر حملات حاد مفصلی شدیدتر بوده و مفاصل متعدد را بگیرد عوارض قلبی بیشتر است.

(۲) هر چه بیمار سن کمتری داشته باشد (قبل از ۴ سالگی روماتیسم بویو نادر است) آزارهای قلبی شایع تر می باشد یعنی ۷۰ تا ۹۰ درصد عوارض قلبی را در خردسالان مشاهده می کنیم بعلاوه روماتیسم کودکان شدید تر و خطرناک تر از روماتیسم بزرگان است.

(۳) معمولاً در حمله اول روماتیسم قلب آزرده میشود هر چه فاصله حمله اول بیشتر باشد عارضه قلبی کمتر و نادرتر خواهد بود. در جریان عودهای بعدی عوارض قلبی کمتر مشاهده میگردد.

(۴) در صورتیکه تظاهرات مفصلی و جلدی و ریوی توأم باشد این عوارض شایع تر خواهد بود یعنی در اشکال شدید روماتیسم بویو که گره های مینه و اریتم بنیه (۱) و تظاهرات ریوی همراه آن باشد عارضه قلبی خیلی فراوان تر خواهد بود. (۵) روماتیسم های قلبی در تعقیب داء الرقص (کره) مشاهده میشود ولی بندرت همراه میو کاردیت و خیم است.

(۶) برخی از عوارض قلبی روماتیسم بویو نظیر روماتیسم مخملکی می باشد. (۷) برخلاف تصور قدیم شیوع حوادث قلبی در اشکال خارج مفصلی نیز تقریباً همان اندازه شیوع دارد که اشکال مفصلی البته در اشکال خارج مفصلی عوارض قلبی ابتدائی بنظر میرسد ولی در ضمن عود ناخوشی مشاهده شده است که درد مفصلی هم بوجود می آید یعنی ممکن است شروع مرض در ابتدا با عوارض قلبی (در اشکال خارج مفصلی) بوده و در عود بیماری دردهای مفصلی هم وجود داشته باشد و اما در غیاب دردهای مفصلی در آزارهای دریچه تشخیص علت بسیار مشکل می باشد در بخشهای تخصصی قلب ۱/۴ آزارهای دریچه ای جزو این گروه بوده و علت مشخص آنرا نمیتوان یافت.

پس از این مقدمات اکنون شرح عوارض قلبی مفصلی حاد میپردازیم: عوارض قلبی مرض بویو معمولاً از هفته دوم مرض ظاهر میشود در جریان هر روماتیسم روزانه بدقت میبایست قلب را گوش کرد. هر سه قسمت قلب یعنی آندو کاردو میو کاردو پریکارد ممکن است آزرده شود هر یک از این آزارها گاهی بتنهائی بوجود آمده زمانی توأم

(پانکاردیت) می باشد قانون پوتن امروزه قابل قبول نیست یعنی کرشدن صداهای قلب تنها دلیل عارضه آندوکارد نیست بلکه ممکن است پریکاردیت یا هیپوتونی عضله قلب آنرا ایجاد نماید، بسیار مشکل است که در ابتدا حدس بزنیم کدام قسمت قلب آزرده خواهد بود معمولاً عوارض قلبی در حمله اول بیماری ظاهر میشوند بندرت ممکن است در عود مرض یا حملات بعدی پیدا شود.

(۱) آندوکاردیت و آزارهای دریچه‌ای - کرشدن صدای قلب چنانکه گفته شد در تمام حالات ممکن است مشاهده شود ولی نفیس‌ترین علامت آزار آندوکارد پیدایش سوفل (صدای صفیری) است همواره تورم دریچه‌ها بایک صدای صفیری همراه است بخصوص سوفل دیاستولیک قاعده دلیل حتمی آزار دریچه‌ای است سوفل سیستولیک چندان ارزش ندارد زیرا ممکن است سوفل عملی بوده و بعلت اتساع دریچه دولتی (میترال) باشد. سوفل سیستولیک عملی ملایم بوده و شدید و طویل نیست و بزیر بغل انتشار ندارد و با تغییر وضع بیمار تغییر میکند حتی ممکن است در حال نشسته از بین برود.

مشاهدات بالینی نشان داده است که سوفلهای عضوی باقیمانده و آزار قطعی دریچه‌ها را نشان میدهد یا ممکن است در مرحله التهابی سوفلها مرتفع شده چندی بعد دوباره پیدا شده برقرار و مستقر گردد. گاهی نیز ممکن است اصلاً در مراحل ابتدائی التهابی سوفل و صدای غیر عادی در کار نبوده هفته ها یا ماههای بعد پیدا شده و گرفتاری دریچه را ثابت کند. گاهی در مراحل ابتدائی الکتروکاردیوگرافی (افزایش فاصله PR) و نبض و فشار خون به تشخیص کمک میکند.

(۲) میوکار دیت - میوکار دیت مرض بویوشایع تر از سایر آزارهای قلبی است و در روماتیسم‌های وخیم نیز بیشتر مشاهده میشود، در اغلب مواردیکه آندوکارد آزرده باشد میوکار دیت نیز پدیدار میگردد ولی اهمیت میوکار دیت بخصوص از این لحاظ است که اغلب مرگ و میرهای پیش رس کاردیوپاتیها در این عارضه است.

علائم میوکار دیت گاهی همان علائم نارسائی حاد قلب است یعنی مشخصات عبارتند از :

کر شدن صداها، افزایش فاصله PR که اختلال هدایت را نشان میدهد ولی همواره ثابت نیست علامت مهمتر از همه صدای چهار نعل (ریتم گالو) و افزایش حجم قلب در تمام جهات در رادیوسکپی است ولی ضربان قلب بخوبی واضح است؛ تاکیکاردی و نزدیک شدن دورقم فشار خون نیز در میوکاردیت موجود است.

میوکاردیت ممکن است باعث اختلال توازن ضربان شده یعنی آریتمی کامل و یا اکستراسیستول بوجود آورد (در صورتیکه آریتمی کامل و میوکاردیت که در جریان آزار در ریچه میترال بوجود آمده باشد خطر بیشتری دارد)

در اشکالیکه همراه نارسائی کامل (آسیستولی) باشد سیر مرض سریع تر بوده و با علائم محیطی همراه است: کبد بزرگ و دردناک، خیز، ذات‌الجنب، خیز حاد یا تحت حاد ریه‌ها کاهش ادرار با آلبومینوری.

بطور خلاصه علائم میوکاردیت عبارتند از: نبض سریع، افزایش حجم قلب در رادیوسکپی، درد ناحیه قلب، طپش قلب، صدای چهار نعل، اختلال ریتم و گاهی نارسائی حاد قلب که بخصوص در اطفال شایع است.

۳) پریکاردیت - علامت ابتدائی آن صدای مالشی است در سمع قلب گاهی تنگی نفس دردناک همراه با اضطراب نیز وجود دارد که علامت عملی پریکاردیت را تشکیل میدهد.

سپس ممکن است کمی مایع در داخل پریکارد پیدا شود (موقعیکه مایع کم باشد صدای مالشی باز بگوش میرسد) در رادیوسکپی قلب سایه قلب افزایش یافته است که اگر مایع زیاد باشد ضربان قلب محسوس نیست به علاوه در بزل پریکارد نیز مایع سروفیبرینو خارج میشود.

پریکاردیت معمولاً خوب شده و مایع حاصله جذب میگردد ولی پیش بینی بعدی آن مربوط است به: خطر چسبندگی، حالت میوکارد و سیر خود روماتیسم رادیوسکپی مرتب قلب اثر مفید درمان و تغییرات پریکاردیت را آشکار میکند. در الکترو-کاردیوگرافی S.T بلندتر نمایش داده میشود با معکوس شدن و کاهش دامنه موجهای

R و T. ممکن است چسبندگی بیادگار بماند ولی معمولاً پریکاردیت روماتیسمی عواقب خطرناکی ندارد.

سیر روماتیسم - چنانکه مقدّر شدیم ممکن است پانکاردیت باعث وخامت گردیده و نارسائی حاد قلب بزودی بر صفحه حیات مریض خط نسخ بکشد. پانکاردیت در روماتیسمهای بدخیم دیده میشود و اغلب همراه عوارض جلدی، ریوی و روحی و طحال بزرگ و غیره میباشد گذشته از روماتیسم قلبی پیش رونده معمولاً روماتیسم در اثر درمان بهبودی میپذیرد: حالت عمومی بهتر شده، تب میافتد دردهای مفصلی ساکت میشود ولی ممکن است یک پریکاردیت یا آندوکاردیت منفرد برای بیمار همواره بیادگار بماند.

گاهی مرض عود کرده و در نتیجه دریچه های دیگر را مبتلا میسازد و یا یک روماتیسم پیش رونده ثانوی ایجاد میکند ممکن است استرپتوکوک همولیتیک و آنتروکوک و غیره در آزارهای آندوکاردیو اندیشه و موجب وخامت گردند. تداوی امروزه و مراقبت های جدید از عود و عوارض و خیم مرض بمقدار معتنا بهی کاسته است.

۴) روماتیسم قلبی پیش رونده - بخصوص در اطفال عارضه قلبی روماتیسم ممکن است بصورت حاد یا تحت حاد پیش برود اغلب روماتیسم قلبی پیش رونده از همان حمله اولی حادث میشود بندرت در عوارض و حملات بعدی مشاهده خواهد شد. علائم روماتیسم قلبی پیش رونده عبارتند از: ادامه تب در فرد مبتلا به روماتیسم با عارضه دریچه ای این تب صور مختلف دارد ولی خاصیت اصلی آن اینست که با وجود تداوی لازم از بین نمیرود.

خرابی حالت عمومی: رنگ پریدگی، لاغری، آستنی. ولی علائم عملی مهمی دیده نمیشود و اما علائم جلدی شایع است یعنی گره های مینه بخصوص در اطراف مفاصل ظاهر میشود و یا اریتم بنیه را که عبارت از صفحات گرد مسی رنگ است در تنه و اعضاء میتوان یافت اریتم بنیه (۱) در اطراف پررنگ تر از مرکز است.

این تظاهرات سیر سرسخت و حاد بیماری را نمایان میسازد.

بعلاوه روماتیسم قلبی پیش رونده همراه علائم قلبی و عروقی است:

تاکیکاردی، در سمع صدا های قلب کر شده، علائم آزار میترال (سوفل سیستولیک، دوبل شدن صدای دوم، رولمان دیاستولیک) یا نارسائی دریچه آئورت (سوفل دیاستولیک) جلب نظر را می کند. گاهی صدای چهار نعل و صدا های مالشی (۱) شنیده میشود و حجم قلب نیز افزوده شده است.

ممکن است در جریان روماتیسم قلبی پیش رونده میوکاردیت ظاهر شود و در نتیجه اختلال انقباض پیش آید و علائم زیر بظهور پیوندد:

حجم قلب در رادیوسکپی افزوده است و ضربان آن مخصوص تر از یک پریکاردیت میباشد.

در الکتروکاردیوگرافی: ST و موج T مختل گردیده فاصله PR افزایش یافته است.

سیر روماتیسم قلبی پیش رونده متفاوت است. شکل بدخیم آن بزودی بطرف مرگ پیش میرود.

علل مرگ در اینحال عبارتند از: انفارکتوس باخیز حاد ریه یا ذات الریه، یا تظاهرات کلیوی مانند آزتمی و فشار خون و یا عوارض کبدی.

در حقیقت آسیستولی حاد باعث مرگ میشود (زیرا در شکل بدخیم احشاء مختلف آزرده میشود)

اشکالی از مرض وجود دارد که بفواصل متناوب عود میکند و بین حملات بیمار خسته و کم خون و کمی تب دار بوده سدیما انتاسیون همچنان بالا میماند بدین ترتیب مرگ چند سال بعد در حالت نارسائی قلبی فرامیرسد یا اینکه ناگهان خیز حاد ریه موجب انهدام میگردد.

در موارد دیگری ممکن است سیر مرض آرام تر باشد و یا ناخوشی تاحدی ثابت

بماند ولی با عوارض شدید و داءهای خطرناک که آتیه کودک را بخطر خواهد انداخت. اشکال مخفی نیز موجود است که با خرابی حالت عمومی همراه است در این شکل حملات ناخوشی پنهان است و بهمین جهت بیمار بستری میگردد و مرض همچنان با آرامی بسیر خود ادامه میدهد.

بدین ترتیب پیش بینی روماتیسم قلبی پیش رونده در اطفال بد بوده و ۲۵ در صد مرگ و میر وجود دارد اشکال شدید آن سرعت موجب انهدام میشود (در همان حمله اول) امروزه تدای جدید از آن کاسته است بهر حال اگر بیماری نیز ثابت گردد آزار قلبی شدیدی مستقر خواهد ماند و در آتیه مزاحم مریض خواهد گردید.

در افراد بالغ معمولاً روماتیسم قلبی پیش رونده ثانوی بوده و در حملات بعد دردهای روماتیسمی عارض میگردد، مشخصات آن عبارتند از: تب و خرابی حالت عمومی؛ باعلائم عملی مهم: دردهای ناحیه قلب، تنگی نفس، درد مفصلی؛ علائم محیطی نارسائی وضعف قلب با کمال شدت موجود است.

رادیوگرافی افزایش حجم حفرات راست قلبی را نشان میدهد و حجم دهلیز چپ قلب بتدریج در آزار دریچه میترال افزایش مییابد.

الکتروکاردیوگرافی اغلب حوادث بینظمی ضربان را نمایش میدهد.

سیر بیماری در بزرگان طولانی بوده و حملات زیادی با فواصل متفاوت فرامیرسد. در زنها این حملات در مراحل آبستنی وقاعدگی شایع تر است.

باید توجه داشت هر آزار قلبی روماتیسمی همواره در مریض پیوند میکروبی و آندوکاردیت بدخیم اسلرمیباشد.

II - عوارض و تظاهرات ریوی جنبی روماتیسم - این عوارض نادر بوده و در تمام مواقع و حالات ممکن است ایجاد گردند انواع مختلفی از این عوارض مشاهده میشود:

(۱) احتقان ریوی ممکن است در تمام نقاط ریه باشد بسیار متحرک و متغیر و

زود گذر می باشد با درمان سالیسیلات دو سود خیلی زود بر طرف می گردد. گاهی چند کانون احتقانی دیده می شود. گاهی عود کرده و زمانی مخفی و بدون علامت مهم می باشد.

(۲) خیز حاد روماتیسمی. خطرناک بوده و اغلب غیر قابل علاج بوده و باعث مرگ می شود.

(۳) هموپتیزی: خیلی نادر است.

(۴) ذات الریه روماتیسمی: معمولاً ۲-۳ قطعه ریوی را فرا می گیرد و تورم با احتقان اطراف کانون متراکم (۱) است ولی باید در نظر داشت که رنگ بیمار پریده بوده و زبان مرطوب و طبیعی است درد پهلو، لرز و جود ندارد، درجه حرارت متغیر بوده گاهی طبیعی است معمولاً فقط روزهای اول کمی حرارت بالا است و سالیسیلات در آن اثر بسزائی دارد در حقیقت يك ذات الریه کاذب موجود است. خلطی نظیر خلط ذات الریه وجود نداشته بلکه بعد از سرفه مایع لزج صمغی و کمی قرمز خارج می شود اغلب احتقان ریه را در قسمتهای دیگر میتوان یافت. عود امکان پذیر بوده و سالیسیلات اثر خوبی در آن دارد.

(۵) برونکوپنومونی - در حقیقت کانونهای احتقانی مختلف در قسمتهای مختلف ریه وجود دارد و الا برونکوپنومونی حقیقی در کار نیست.

(۶) ذات الجنب - بصورت مختلف دیده می شود: پلورزی تکه (۲) - در سطح خلفی ریه جایگزین می شود.

پلورزی خشک با صدای مالشی - ذات الجنب موضعی (میان سینه - بین قطعه ای) نادر است.

پلورزی با مایع زیاد و آزاد شایع تر از همه است مایع سرو فیبرینواز نوع التهابی بدون میکروب است ۱-۲ ماه طول کشیده و ممکن است چسبندگی بجا گذارد.

بالاخره پلورزی چرکی بدون میکروب نیز خاطر نشان شده است.

(۷) کرتیکوپلوریت - ذات‌الجنب همراه با آزار ریوی در روماتیسم دیده می‌شود
خواص آن عبارتست از:
معمولا دوطرفی است، اغلب همراه عارضه قلبی است، گاهی عود میکند.

III - تظاهرات عصبی

- (۱) روماتیسم مغزی (۱): در شکل حاد علائم عبارتند از: کمنفوزیون (۲)،
هذیان، عدم تعادل با اضطراب و هیجان، فرار و ناراحت کردن اطرافیان، بندرت علائم
عصبی ملایم بوده با عرق، خشکی زبان و افزایش حرارت، جهش عضلانی و کار فواژی
(جستجوی مبهم اشیاء در فضا) همراه است.
معمولا علامت منته‌و وجود ندارد و مایع نخاع طبیعی است عادتاً سیر آن درد و
مرحله انجام می‌شود: ابتدا هیجان و اضطراب در مرحله دوم سستی و اغما، و مرگ.
همچنین اشکال روی حاد با فالج و تحت حاد با آتاکی و وجود دارند.
(۲) نورالژی، نوریت، میلیت، مننژیت، خونریزی مغزو آنسفالیت بندرت دیده
میشوند اسکروز صفحه‌ای بامبنای روماتیسمی هم ذکر کرده‌اند.
(۳) داء الرقص: رابطه روماتیسم و داء الرقص هنوز قابل بحث است برخی
داء الرقص را عارضه روماتیسم مفصلی حاد می‌انگارند.

IV - تظاهرات کلیوی

- نفريت روماتیسمی: نادر بوده بخصوص در افراد بالغ و در جنس مذکور دیده
میشود نفريت چهار شکل بخود می‌گیرد:
- (۱) نفريت آل‌بومینوریک ساده: نظیر عوارض کلیه امراض عفونی است که
همراه آل‌بومینوری ساده بدون ضایعه کلیوی میباشد.
 - (۲) نفريت حاد روماتیسمی: معمولا در مرحله استقرار مرض ظاهر میشود گاهی
نیز روز ۲۰-۲۵ ناخوشی ظاهر میکند همراه است با: آل‌بومینوری، سیلندر داندار
درادرار، مختصری خیز، عوارض قلبی و عروقی استثنائی بوده ممکن است، موقتاً اوره

خون کمی بالا برود .

(۳) نفریت هماتوریک : بالنسبه شایع بوده و گاهی همراه با آزتمی میشود . ممکن است در ضمن عود روماتیسم ادرار خونی نیز تجدید شود . این عارضه معمولاً بدون عارضه ای خوب میشود و یاد گاری از خود باقی نمیگذارد .

(۴) نفریت شدید و خطرناک - استثنائی است همراه تظاهرات اورمی ، عصبی و هاضمه است بزودی بطرف مرگ پیش میرود . سالیسیلات اثر خوبی در آن دارد بشرطیکه دفع آنرا مورد دقت قرار دهند .

V - تظاهرات جدی

گره های مینه و اریتم مارژینه بنیه (۱)

VI - عوارض هاضمه

این عوارض همراه یا قبل از التهاب مفصلی است :

(۱) اسهال قبل از درد مفصلی در اطفال بخصوص زیاد دیده شده است .

(۲) یبوست گاهی جانشین اسهال میشود یبوست با درد شکم و ناراحتی دفع همراه بوده فقط با سالیسیلات اصلاح پذیر است .

(۳) واکنش صفاقی ، آپاندیست کاذب - با درد و انقباض موضعی اغلب منجر به عمل جراحی بیمورد میشود البته خیلی نادر است که این ناراحتی همراه علائم دیگر روماتیسم و درد مفصلی نباشد .

(۴) ناراحتی مری : همراه است با بلع دردناک رادیوگرافی نیز انحراف مری را نشان میدهد (شاید این انحراف بعلت ورم میان سینه و پریکارد باشد)

(۵) ورم لوزالمعده نادر است عمل روماتیسم در برخی دیابتها قابل بحث و مذاقه میباشد .

VII - عوارض فکد داخلی

ورم تیروئید بالنسبه شایع است و نگارنده چند مورد از آنرا مشاهده کرده است .

پیدایش علائم باز دود در قبال ورم تیروئید استثنائی است .

VIII - تظاهرات و عوارض چشمی

ایریتیس ، کروئیدیت ارزنی که در امتحان ته چشم آشکار میشود .

IX - عوارض غددی

التهاب مخصوص غددی در روماتیسم ذکر شده است که مکان آن در گودال بالای خار کتفی چپ (۱) است .

X - تظاهرات سلسله نباتی (نوروز قاتیو)

تظاهر ناگهانی عرق فراوان ، اختلال وازو موتور ، خیز آثریو نور تیک ، اختلالات قلبی ، هیپوتونی شریانی با فشار خون و تاکیکاردی سینوزال .

XI - تظاهرات هروقی

التهاب شریان و ورید بدون ایجاد آمبولی

- (۱) اشکال بالینی : شکل طولانی معمولاً بعلت بدی و نارسائی در مانست .
- (۲) شکل عثونی - بسته حالت در میآید : تیفوئیدی ، عفونت معمولی ، سپتیکو - پیوهمی با جایگزینی احشائی گوناگون (البته سپتیکو پیوهمی کاذب)
- (۳) اشکال با دردهای مختصر مفصلی .

(۴) اشکال خارج مفصلی : از همان ابتدا یا در جریان عود مرض (باسابقه درد مفصلی) این اشکال جایگزینی های مختلف روماتیسم را در خارج مفصل نشان میدهد مانند : قلب و جنب و مغزو غیره .

- (۵) اشکال خطرناک : با عوارض قلبی شدید که منجر به نارسائی و مرگ میشود .
- (۶) اشکال بدخیم : تب طولانی درد مفصلی توام با عوارض احشائی ، عارضه قلبی پیش رونده ، بدی حالت عمومی . در عرض ۴-۶ ماه به مرگ منتهی میشود .
- (۷) در اطفال دردهای مفصلی قابل اغماض بوده و گاهی درد بخصوص در مهره های

کردن و مفصل ترقوه‌ای جناغی (۱)، انگشتان و غیره.

عوارض قلبی بخصوص در اطفال شایع است و ممکن است بطرف و خامت گراید. تشخیص مثبت مرض: خواص مخصوص درد در چندین مفصل، وجود عوارض قلبی با تأثیر مفید سالیسیلات دوسود.

قد اوی روماتیسم مفصلی حاد

درمان جدید با کرتیزن و A.C.T.H :

(۱) در روماتیسم قلبی خطر ناک اثر هرمنها بسیار خوب است پریکاردیت و عوارض دیگر مرض بزودی بدرمان جواب میدهد معذک بعلت سیر سریع و بد مرض در برخی اشکال ۱۰-۱۵ درصد مرگ و میر مشاهده میگردد در صورتیکه در جریان بیماری استرپتوکوک در قلب پیوند شده یا عفونت اضافی تظاهر کند هرمن را با آنتی بیوتیک توأم مینمایند. در بالین بیمارانی زیاد مشاهده کرده‌ایم که عوارض قلبی مفصلی توأم با تنگی نفس و حالت عمومی خراب به A.C.T.H جواب سریعی میدهد، بزودی پریکاردیت و تنگی نفس بهبودی یافته حالت عمومی خوب میشود تب سرعت پائین میآید (در عرض ۱-۳ روز) ولی البته عوارض آندوکارد (سوفل‌های عضوی) اغلب برقرار میماند. آندومیوکاردیت‌ها که اغلب به درمان سالیسیلات و هپارین مقاومت میکنند با کرتیزن بزودی بهبودی میپذیرد گاهی اثر درمان بسیار سریع و معجزه آسا است بیماری که مشرف بموت بوده استعمال هرمن سرعت حالت عمومی را دگرگون و رضایت بخش میسازد (در عرض ۱۲-۲۴ ساعت)

اثر دارو روی پریکاردیت سریع تر از سایر علائم قلبی است در برخی موارد که عوارض ریوی روماتیسم توأم با خلط خونی و اشکال تنفس نیز سرعت باهرمن درمانی بهبودی میپذیرد. در خیزهای محیطی روماتیسم (بعلت عارضه قلبی) نیز این صادق است در صورتیکه میدانیم ظاهراً با وجود خیز و خلط خونی به کار بردن هرمن جایز نیست.

خیز حاد ریه و عوارض مغزی روماتیسم تحت اثر کرتیزن و آ.ث.ت. هاش بهبودی میپذیرد و بخصوص پریکاردیت بزودی مرتفع میگردد.

۲- در روماتیسم قلبی معمولی، الف تب - استعمال هرمن موجب پائین آمدن سریع تب و بهبودی حالت عمومی میشود (حتی تب ۴۰ درجه بسرعت بحالت طبیعی عودت میکند) بندرت ممکن است تب در عرض ۵-۷ روز پائین بیاید یعنی درمان مقاومت کند معمولاً در عرض چند ساعت تا یک روز تب قطع میشود.

ب) درد مفصلی معمولاً در اثر هرمن درمانی ۵ روز اول بهبودی مییابد بندرت ممکن است درد مدت بیشتری طول بکشد.

ج- حرکات داء الرقص درمان هرمنی جواب خوبی میدهد و بسرعت بهبودی میپذیرد گاهی علاج این عارضه نیز مدتی بطول میانجامد.

د) اریتمهای روماتیسمی بزودی یعنی در عرض ۴-۲۴ ساعت مرتفع میگردد و گره‌های مینه در مدت ۲-۵ روز از بین میروند.

ه) علائم قلبی بتدریج روبه بهبودی میرود: صدای مالشی پریکارد در ۵ روز اول از بین میرود صدای چهار نعل ۵ تا ۱۰ روزه زایل میگردد، سوفلهای قلب بعد از برقرار شدن کمتر تغییر میکنند مگر سوفلهای خفیف نوك قلب که از بین میرود گاهی از موارد سوفلهای سیستولیک و یاد استولیک قاعده هم بکلی از بین میرود و این امر در درمان با سالیسیلات هرگز دیده نمیشود.

آقای دکتر اقبال بیماری را مورد مطالعه قرار داده اند که علائم مفصلی توأم با عوارض قلبی و التهاب تیروئید و پریکارد بوده و صدای چهار نعل در قلب مسموع بود با درمان کرتیزن و A.C.T.H کاملاً خوب شده و چهار سال است که از این درمان میگذرد جزئی ترین عارضه که دلیل بوجود روماتیسم باشد در مریض وجود ندارد. گاهی علائم در ابتدای درمان شدت یافته سپس بتدریج بهبودی میپذیرد بندرت در جریان درمان ممکن است علائم پیشرفت کرده و یادگار در بچه‌ای بجا گذارد.

و) علائم الکتریکی و پرتو شناسی بسرعت بطرف بهبودی میرود فاصله PR در

پنج روز اولیه طبیعی میشود.

(۲) اغلب علاج مرض ثابت میماند ولی مبتلایان از حملات بعدی و عود ناخوشی مصون نمیباشند حتی در برخی موارد تکرار حملات موجب روماتیسم قلبی پیش - رونده میشود.

(۳) روماتیسم مفصلی حاد بدون عارضه قلبی - کلیه علائم مفصلی و عمومی در اثر درمان هرمنی سرعت بهبودی میپذیرد حتی اگر روماتیسم با کره (داء الرقص) یا سوفل حقیقی در نوك قلب همراه باشد بخوبی درمان میشود اگر فاصله موج PR طویل شده باشد طبیعی میشود عوارض بربکار د نیز جواب مساعدی بد درمان میدهد.

طرز درمان:

هیچ علتی وجود ندارد که A.C.T.H را بر کرتیزن یا بر عکس ترجیح دهیم. کرتیزن کمتر از A.C.T.H موجب خیز میشود لذا برای میوکارد (عضله قلب) کمتر مضرات ولی اثبات این امر چندان آسان نیست بنظر دبره این امر بعلت عدم رعایت رژیم بی نمک است. بنظر میرسد که کرتیزن زودتر باعث هیپر کرتیسیسم میشود تا آ.ت.ت. هاش. جذب و اثر A.C.T.H سریع تر است و نیز بطور طبیعی و فیزیولوژیک اثر میکند یعنی روی غده فوق کلیوی اثر کرده موجب آزاد شدن هرمن های کرتیکوئید میشود و نیز میتوان آنرا بصورت پرفوزیون داخل وریدی بکار برد A.C.T.H هرمن پروتئینی بوده و ممکن است آنتی کر ضد آن در بدن بوجود آید و اثرش خنثی گردد.

اثر کرتیزن آرام تر و ملایم تر و مطمئن تر است برای تاثیر آن سالم بودن سوراخ ضرورت ندارد و آنرا بصورت صناعی و ترکیبی ساخته اند و قیمت آن ارزانتر است؛ یک تزریق کرتیزن برای ۲۴ ساعت کافی است و از راه خوراکی مانند تزریق مؤثر است برای کرتیزن آنتی کر ضد بوجود نمیآید.

امتحان تورن (۱) در همه حال صادق و قابل اطمینان نیست

مقدار: کرتیزن را تا ۱۰۰ میلی گرم از ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی گرم

از ده تا ۱۵ سالگی ۲۰۰ میلی گرم در روز بکار میبرند در افراد بالغ نیز مقدار آن از ۱۵۰ تا ۲۰۰ میلی در روز میباشد اثر دارو در عرض ۸ ساعت معلوم میشود مقدار نیدروکورتیزن $\frac{1}{4}$ کورتیزن میباشد (۵۰-۸۰ میلی گرم در روز) مقدار A.C.T.H نصف کورتیزن است.

راه استعمال - کورتیزن را از راه خوراکی (بهترین راه) و تزریقی داخل عضلانی و داخل جلدی (برای صرفه جوئی مفید است ولی نه در روماتیسم) بکار میبرند آ.ث.ت. هاش را فقط از راه تزریقی میتوان بکار برد بعلاوه جذب سریع تزریقات را چهار بار باید تکرار کرد ولی يك نوع A.C.T.H ساخته اند که دیرتر جذب میشود و يك تزریق آن برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت کافی است.

تزریق داخل جلدی (انترادرمیک) کورتیزن در مرض ستیل نتایج مفیدی دارد. مدت درمان - بر حسب موارد متفاوت میباشد در روماتیسم مدت درمان ۱۵ روز است در صورتیکه نتیجه کامل حاصل نشود میتوان ۱۵ روز دیگر معالجه را تمدید کرد.

کنترل سرعت رسوب گویچه های سرخ، فیبرین خون، اریتمهای روماتیسمی علائم قلبی و غیره از لحاظ درمان اهمیت بسزادارد.

درمان توام - در ضمن درمان هر منی بهتر است روزانه ۱-۳ گرم کلرور پتاسیم بر رژیم اضافه کنیم. در التهابهای سخت قلب (کاردیت) و نیز پریکاردیت و ذات-الجنب و احتقان ریوی تزریق هیپارین روزانه ۱۴۰ تا ۳۰۰ میلی گرم بر حسب سن (مدت سه روز) مفید است البته باید انعقاد و سیلان را کنترل نمود در صورت لزوم پس از هیپارین درمان را با $\frac{1}{4}$ - ۳ قرص ترمکسان در روز میتوان ادامه داد بر حسب علائم قلبی میتوان داروی مقوی قلب: دیژیتالین - توتین (۱) و او اباین بکار برد داروهای مقوی قلب هیچ منافاتی با درمان هر منی ندارد.

در صورتیکه احتمال عفونت اضافی بپایوند استرپتوکوک همولیتیک وجود

داشته باشد کرتیزن را با آنتی بیوتیکها توأم مینمائیم در موقع ویراژ کوتی استعمال هرمن هاقدغن است فقط سالیسیلات و آسپرین با یدیکار برد سالیسیلات و دوسود و آسپرین را که خواصی تقریباً شبیه به کرتیزن (۱) دارند میتوان با هرمن درمانی توأم کرد ولی ژانتیزات یا سالیسیلات دوسود و آسپرین را بخصوص برای درمان صیانت و استحکامی بکار میبرند یعنی پس از خاتمه درمان هرمنال یک دوره درمان با آسپرین و سالیسیلات دوسود انجام میدهند.

مقدار آسپرین بکار رفته روزانه ۱۰-۱۵ سانتی گرم بازا، هر کیلوم گرم وزن طفل است (در بزرگان روزانه ۴-۶ گرم) اگر مقدار آسپرین کم بکار رود نتیجه از درمان حاصل نخواهد شد برای اینکه اثر درمان کامل بوده محافظت قلب بعدا کثر انجام میشود باید مقدار سالیسیلات یا آسپرین ۲۵ میلی گرم در هر ۱۰۰ سانتیمتر مکعب خون برسد ($\frac{25 \text{ میلی گرم}}{100 \text{ سانتیمتر مکعب خون}} = \text{سالیسیلمی}$)

مقدار سالیسیلات نیز اهمیت دارد چه مقدار کم آن اثری ندارد و مقدار زیاد آن باعث افزایش حرارت و مسمومیت میگردد متأسفانه فاصله مقدار مؤثر و سمی سالیسیلات کم است در صورتیکه برای آسپرین چنین نبوده و ۱۰-۱۵ سانتی گرم آسپرین برای بالا بردن سالیسیلات دوسود خون بعد مؤثر کاملاً کافی است البته توأم کردن آسپرین با سالیسیلات نیز اثرات مفیدی دارد.

درمان در دوران نقاهت :

- (۱) استراحت تاموقعی که کلیه امتحانات بالینی و بیولوژی طبیعی شده باشد.
- (۲) برای جلوگیری از عود مرض روزانه یک گرم سولفامید یا چهارصد هزار واحد پنی سیلین تزریق مینمایند ممکن است هر ۱۵ روز یک شیشه پنی سیلین ۱ ملیون واحدی که بکندی جذب میشود تزریق گردد مدت (۵/۰ تا ۲ سال)
- (۳) در صورتیکه لوزهها چرکی باشد باید اقدام برداشتن آنها نمود و اگر کانون چرکی دیگری (در لته ها و سینوسها و غیره) در کار باشد از بین بردن آنها

ضروری است .

(۴) اگر بیمار دچار به گلودرد و التهاب حلق و بینی شود باید بدقت درمان کرده

و مدت ده روز مراقب بیمار بود .

(۵) در صورتیکه م-رض عود کند بسرعت بدرم-ان ه-رمنی و سالیسیلات

اقدام کرد .

(۶) پس از بهبودی کلیه عوارض برای جلوگیری از عود مرض استعمال مدت

طولانی پنی سیلین یا سولفامید را مدت چندین ماه و حتی بنظر برخی ۱-۲ سال

مفید میدانند امروزه همه دانشمندان استرپتو کک همولیتیک A را در ایجاد روماتیسم

دخیل میدانند و استعمال پنی سیلین را بدین جهت مفید میدانند و نتیجه مفید آن نیز در

سنوات اخیر کاملاً باثبات رسیده و از برگشت روماتیسم بدین ترتیب کاملاً جلوگیری

می شود .

امتحانات آزمایشگاهی :

(۱) سدیمانتاسیون : باید در نظر داشت که هرمن ها اثر مستقیم روی رسوب

گویچه های سرخ داشته و باعث نزول آن میشود بنابراین پائین آمدن سدیمانتاسیون را

نباید حمل بر اثر نیکوی درمان کرده و تنها روی آن قضاوت نمود . گاهی برعکس

مدت زیاد درمان با هرمن ها باعث بالا ماندن آن میشود بدین ترتیب که در ابتدای درمان

پائین آمده و سپس درمان طولانی باعث صعود آن میگردد .

(۲) فیبرین خون : فیبرین خون در روماتیسم معمولاً بالا است و هرمن اثر

مستقیم روی آن ندارد لذا در روی آن قضاوت درمانی صحیح تر خواهد بود یک مورد

از روماتیسم را مشاهده کرده ایم که سدیمانتاسیون در آن ۲۰ میلی متر بود ولی فیبرین

خون تا ۱۹ گرم صعود نموده بود و در اثر درمان (مدت ۴ ماه) به ۳ گرم یعنی رقم طبیعی

نزول کرد البته فیبرین خون تنها در تمام موارد امتحان دقیقی نیست و قضاوت آن با

سایر امتحانات ارزش بیشتری دارد .

(۳) الکتروفورز عدم تعادل گلوبولینی را نشان میدهد آلفا و گاما گلوبولین بالا

می‌رود بندرت بتا گلبولین نیز صعود میکند این امتحان برای درك پیشرفت مرض و کاردیت‌های روماتیسم کمک میکند.

(۴) اندیس هاپتو گلوبولین امتحان بسیار حساس و دقیقی است که فقط در آمریکا انجام میشود و از لحاظ تشخیص و درمان کمک شایانی میکند.

(۵) آزمایش پرتین C و آلفا گلوبولین فلو کولان که امتحان حساسی است که هنوز عمومیت نیافته و در بیماریهای التهابی و روماتیسم برای بررسی سیر بیماری مفید است.

(۶) شمارش ائوزینوفیلها وسیله خوبی برای کنترل درمان هرمنی است در روماتیسم تعداد ائوزینوفیلها طبیعی است ولی در اثر درمان هرمنی (در عرض ۲-۵ روز) پائین آمده در هفته سوم مجدداً بالا می‌رود گاهی همواره پائین میماند در موارد نادر تر در اثر درمان با هرمنها صعود میکند.

(۷) تعیین استروئیدهای ادرار - ۷ استوستروئید در ضمن تداوی هرمنی همان تغییراتی را میکند که سایر تست‌های بیولوژیک یعنی ابتدا استروئیدها بالا می‌رود و سپس مقارن پائین آمدن ائوزینوفیلها پائین می‌آید این تغییر نشانه کاهش قدرت هیپوفیز و سورنال است.

(۸) الکترو آنسفالوگرافی - درمان با آ.ت.ت.هاش و کرتیزن اغلب بر حسب تغییرات در الکترو آنسفالوگرام میشود (پیدایش موج بطئی ۱ تا ۳) که اغلب خلفی و قرینه است گاهی تغییرات الکترو آنسفالوگرام مربوط به بیماری مغزی مانند داء الرقص و غیره است ولی بیشتر مربوط به درمان هرمنی و هیپر کرتیسیسم میباشد در تمام اطفالی که مدت مدید در تحت درمان کرتیزن باشند تعیین الکترو آنسفالوگرافی برای کنترل درمانی و جلوگیری از خیزهای مغزی و حملات تشنجی در جریان درمان مفید است.

(۹) جستجوی استرپتوکوک همولیتیک نوع A در حاق و لوزه‌ها مؤلفین انگلیسی در اغلب موارد این میکروب را پیدا کرده‌اند در فرانسه این امر میسر نبوده فقط در $\frac{1}{8}$

موارد میکروبرادر حلق یافته اند. متذکر می شویم که در $\frac{2}{3}$ موارد قبل از حمله روماتیسمی بادر جریان آن التهاب حلق و بینی موجود است و نیز خاطر نشان می کنیم که استرپتوکوک همولیتیک A در مقابل پنی سیلین بسیار حساس است و پیداشدن ژرم شاید بعثت زرق قبلی پنی سیلین باشد.

(۱۰) جستجوی آنتی سترپتولیزین ها: تفحص آنتی کرهای آنتی سترپتولیزین در سرم خون بیماران از تئوری استرپتوکوکی بیماری بویوسر چشمه می گیرد. آنتی سترپتولیزین در هنگام حملات روماتیسم در خون افزایش می یابد که از لحاظ سیر و تشخیص مرض اهمیت دارد.

بعلاوه میتوان آنتی کر O را فقط در خون مبتلایان به عوارض استرپتوکوکی A پیدا کرد که خاصیت خنثی کننده دارد بدین معنی که مانع عمل همولیز گویچه های سرخ خرگوش میشود استرپتولیزین O با اکسیژن بسیار حساس و سرعت اکسیده و احیا میشود و فرمان آنتی ژنی خوبی میباشد.

ارقام طبیعی ۱۵۰ واحد آنتی استرپتولیزین است. در ۹ تا ۹ درصد موارد روماتیسم بویو افزایش یافته از ۴۰۰ تا ۸۰۰ واحد میرسد و حتی ممکن است تا ۱۶۰۰ واحد صعود نماید بهیچوجه تناسبی بین شدت روماتیسم و اورام مفصلی و درجه آنتی سترپتولیزین وجود ندارد ولی میزان آنتی همولیزین در روماتیسم بالاتر از مقادیر معمولی است. بعد از خاموشی مرض آنتی کرها مدت ها برقرار مانده سپس بتدریج پائین می آیند

و اگر مجدد مرض عود کند باز میزان آنتی همولیزین سرعت بالا میرود. پس بعد از درمان حمله حاد مرض باید از حملات جدید جلوگیری کرد یعنی از واکنش نسج ملتحمه و کانونهای فعال استرپتوکوکی ممانعت بعمل آورد.

برای مبارزه با پناهگاهی استرپتوکوکی مدت یک ماه پنی سیلین زرق نمود (هر ۱۵ روز یک میلیون پنادور)؛ برداشتن لوزه ها، اصلاح دندانها، رادیوتراپی حلق و بینی در اطفالی که جوانه آدنوئید دارند، ضد عفونی دهان و حلق.

برای جلوگیری از واکنش نسج ملتحمه: درمان استحکامی با سالیسیلات یا

کرتیزن میسر است .

لارگا کتیل و سالیسیلات و هرمن هادرداء الرقص اثرات خوبی دارد .

امروز بعد از خوب شدن بیماران روماتیسمی آنها را به نقاط مخصوصی مانند آترיום انتقال میدهند یعنی دوران نقاهت را بیماران در بیمارستان مخصوص میگذرانند (۱) که از تمام جهات پذیرائی و مراقبت برای آنها میسر است در اینجا کودک کان تحت نظم منظمی هستند از خستگی قلب و عود ناخوشی جلوگیری میشود استراحت را بطور طولانی تاموقعی رعایت میکنند که کلیه علائم بیواژیک طبیعی شده باشد مطالعه تب و سدیما نتاسیون نبض و قلب و الکترو کاردیو گرافی مرتب انجام میگیرد .

بکودکان بتدریج اجازه حرکت و بازی میدهند بدین ترتیب که ابتدا فقط اجازه نشستن در بستر را میدهند سپس اجازه حرکت و بتدریج اجازه فعالیت و بازی داده میشود .

خاطر نشان میکنیم که عود مرض پس از بهبودی در عرض ۶ ماه تا دو سال اول شایع تر است بتدریج که از تاریخ شروع مرض دور میشویم عود روماتیسم کمتر میشود عود ناخوشی بعد از ۵ سال نادر است لذا مراقبت بعد از مرضی هم باز مدتها باید ادامه یابد کودک بعد از مرضی متناوباً باید در کلاس درس حاضر شود .

بدین ترتیب احصائیات جدید نشان میدهد که عود و عوارض مرض بویو بمقدار معتنا بیهی کاسته شده است بالاخره در خاتمه حوادث هرمن درمانی را ذکر کرده و مبحث روماتیسم را خاتمه میدهیم .

عوارض هرمن درمانی عبارتند از : قرصی شدن صورت (۲) پیدایش آکنه ، روئیدن موهای موقتی در صورت ، اظهار شکاف و ترکپائی در پوست (۳) این حوادث مهم نبوده بزودی بعد از قطع معالجه خوب میشود .

حوادث مهمتر عبارتند از خیزریوی باسرفه های پیایی و رالهای ریوی و دیگر افزایش فشار شریانی ، گاهی فشار خون به ناگهان صعود کرده و موجب تشنجات شدید

و وخیم میگردد اختلالات روحی حاصله از هرمن درمانی اهمیت شایانی نداشته و بزودی بهبودی میپذیرند البته اختلالات الکترولیت و آنسفالوگرافی نیز در جریان هرمن درمانی دیده میشود که ما قبلا بشرح آن پرداخته ایم.

ماخذ :

- 1) questions de l' internat des Hopitaux de paris
- 2) Journal Etudian de medecine
- 3) R. Semaine des Hopitaux de paris 1954 , 55
- 4) Congrès de Pediatrie 1954
- 5) Pathologie medical pasteur Valruey Rado
- 6) Istantanes medicaux 23 Juillet 1955 et fevrier 55