

طحالهای بزرگ و علی بالینی آن

نکارش

دکتر محمد علمی مولوی

رئیس درمانگاه عفونی بیمارستان بهاوی

از لحاظ بالینی علی بسیار باعث عظم طحال میشود که تشخیص برخی از آنها آسان و برخی دشوار است.

نکته مهم - حدود و وضع طحال را با دق و ملامسه معین میکنند. دق باستی با دقت تمام انجام شود؛ دق درجهت عمودی و عرضی و نیز لمس با یکدست و هر دو دست وضع و توپوگرافی سپر زرا نشان میدهد پس از تعیین حدود طحال باید حدود آرا روی پوست بدن در ناحیه مربوطه ترسیم نمود (بمداد در موگرافی) لمس بخوبی، سفتی و نرمی و نابت و متحرك بودن طحال را معین میکنند. اندازه با سانتیمتر نیز پس از ملامسه و دق حدود طولی (روی خط زیر بغلی تاتاچ خاصره) و عرضی آرا مشخص میدارد.

پس از تعیین و ترسیم وضع حدود طحال میباشد شکل و اندازه آرا روی کاغذ نیز منعکس نمود معمولاً روی کاغذ کالک این عمل صورت میگیرد این امر برای تعیین اثر درمان و تغییرات عظم سپر ز خالی از اهمیت نیست بعلاوه همیشه در پرونده بیمار ضبط میگردد.

در جریان هر عظم طحالی حتماً میباشد امتحان خون، مغز استخوان و اسپلنو گرام پس از بزل طحال انجام شود. امتحان درجه انقباض طحال با آدرنالین نیز تا حدی مفید است و ارتجاع وضع نسج طحالی را آشکار میدارد؛ ممکن است درضمن این امتحان قبل و بعد از انقباض نیز خون را آزمایش نمود.

بزرگی طحال را باید با آزردگیهای زیر اشتباه کرد: تو مرهای طحال، عظم لب چپ کبد که تمام پهلوی چپ را اشغال نمیکند (در صورتیکه عظم طحال تمام پهلوی چپ را اشغال نمیکند)

کلیه بزرگ - تو مر خلفی و عمقی تر میباشد نیز قطب خلفی دارد، کنار

داخلی و حدود آن مشخص بوده با طحال متفاوت است. موقعیکه کلیه زیاد بزرگ باشد تشخیص آن مشکل است. فیسنژه ئیدرو نفروز بزرگی را نقل میکند که با عظم طحال مورد مباحثه قرار گرفته و اشتباه شده است فقط با پیلو گرافی نزولی با تنبیریل (۱) تغییرات ئیدرو نفروز را نشان داده رفع اشتباه میکند. گاهی قولون بزرگ و نارسا با طحال بزرگ مورد مباحثه قرار میگیرد، دمل زیر حجاب حاجز و اورام صفاق موضعی و کیسه (۲)، سلی، سرطان قولون یک تو مر غیر مشخص است که اشتباه نمیشود زیرا علائم مشخص رو ده و سندروم کوئیک دارد؟ پرتوشناسی باءواد حاجب با دمیدن هوا و غیره بخوبی اشتباه را مرتفع میکند. گاهی پونکسیون تو مر ماهیت بیماری را آشکار میدارد تو مر های سر اوزالمده و یا تو مر های بقایای کanal و لف (۳) یا تو مر های دیگر هم ممکن است مطرح شود. در جریان عظم طحال امتحان خون و جستجوی آزار نسج زیستکو آندوتیمال ضروری است زیرا رابطه طحال بعلت ساخته مان خود با این دو قسمت خیلی زیاد است.

چنانکه متذکر شدیم تشخیص عظم طحال اغلب آسان است؛ خود مریض بیشتر جلب نظر پزشک را با احساس سنگینی در بهلوی چپ میکند. گاهی در داین ناحیه مارامتوجه میسازد، درد موقعی وجود دارد که التهاب در کپسول طحال بوجود آمده باشد (بری سپلینیت) یا اینکه این عضو ناگهان و یکباره اتساع یابد.

بطور خلاصه عظم طحال را در حالات بیماری گوناگون میتوان مشاهده کرد عروق طحالی و رابطه این عضو با سایر اعضاء شکم مانند کبد - معده و مری و روده ها بعلاوه ساخته مان رتیکولو آندوتیمال آن، اعمال ماکروفازیک و هماتوپوئیک و هماتولیتیک آن این عضورا برای بزرگ شدن آماده میکند.

گروه بندی دقیقی که از لحاظ بالینی عظم طحال مفید باشد وجود ندارد بنظر بسیار دشوار میرسد که چنین گروه بندی را بتوان تنظیم نمود. تشخیص بالینی و علم عظم طحال را از روی حجم و بزرگی و سفتی و شکل و علائم همراه با آن و سیر مرض میتوان تاحدی تشخیص داد. تب، کم خونی، خونریزی، عظم غدد، فرمول خون

یرقان خفیف وغیره هیچکدام ارزش مطلقاً برای تشخیص ندارند لذا ما عظم طحال را در گروههای چندگانه تقسیم بندهی مینماییم که تا حدی به تشخیص ما کمک میکند.

۱) طحال بزرگ در جریان امراض عفونی و انگلی

بعلت عمل طحال برای دفاع در مقابل عفونتها و انگلها تقریباً در تمام امراض واگیر حجم این عضو اضافه میشود باستی بزرگی حجم متوسط یا شدید آنرا دقت نمودگاهی بزرگی طحال بقدرتی شدید است که قسمت اعظم شکم را اشغال میکند، در این موارد باید بفکر مالاریا، کلاآزار یا کیست ایداتیک بود.

در جریان گروهی از امراض که دارای علائم متعددند افزایش حجم طحال نیز ارزش تشخیص دارد، در تیفوئید بزرگ شدن سپر ز بخصوص جالب نظر است. در ضمن تب مالت، سالمونلوز آندو کاردیت بد خیم زیر حاد، اسپیروکتووز و پتوسپیروز و تب راجعه عظم طحال قابل ملاحظه است. بر عکس بزرگ شدن سپر ز در تیفوس اگزانتماتیک و گندهای خون، یرقان عفونی، بادسرخ، برنکوپنهونی و ذات الریه چندان مهم و جالب نمیباشد. محتمل است که در آسیستولی طحالی یک عامل عفونی نیز ذخیره باشد باید بخاطرداشت که اغلب در نوزادان مایه کوبی آبله موجب بزرگ شدن طحال میشود بعد از قطع تب اطفال مایه کوبی شده این بزرگی طحال ممکن است موجب اشتباه شود.

در سل کودکان بزرگ شدن سپر ز شایع میباشد طحال در جریان پریمه و انفسکسیون (شروع سل) بعلاوه علائم ته چشهی نفیس ترین علامت برای پیش یینی هنوزیت و آرانوای و بالاخره انتشار سل میباشد.

در سیفیلیس مادرزادی عظم طحال همواره ثابت بوده و همراه با بزرگی کبد میباشد که علامت حتمی برای تشخیص است اشکالی از کوفت مادرزادی که توأم با بزرگی طحال و کبد است نسبتاً خوش خیم بوده بدرمان خوب جواب میدهد. بزرگ شدن تنها طحال در اشکال بد خیم کوفت نوزادان توأم با کم خونی بسیار فراوان است.

عظم طحال در جریان برخی از امراض عفونی مسلط بر سایر علائم است: در مالاریا بزرگ شدن طحال مهمترین علامت را تشکیل میدهد. در مالاریاهای مادرزادی بمحض تولد طفل متوجه طحال بزرگ میشویم.

تظاهر عظم طحال در مalaria بای حاد کودکان و بزرگان پیش رس میباشد. در بالودیسم مز من طحال ممکن است حجیم، سفت و دردناک باشد که بعلت اجتماع رنگدانه های آهن و ملانیک میباشد.

در کالا آزار طحال بسیار بزرگ شده و تمام شکم را فرا میگیرد؛ کم خونی ولاعمری و اختلال هاضمه و تب نامنظم؛ لوکوبنی و گرانولوبنی (کاهش سلول های دانه دار و لوکوسیت ها) از علائم دیگر کالا آزار میباشد. تشخیص مرض با بزل استخوان و وزله شدن خون با فرمول (۱) و واکنش کوپرا گوتا (۲) و امتحانات رسوبی بخوبی میسر میباشد.

در کیست ییداتیک طحال تنها علامت میباشد خارش و اوزینوفیلی و رادیو-گرافی انترا در دور آکسیون کازونی و رآکسیون انحراف مکمل ما را به تشخیص مرض را هنمائی میکند.

چرکی شدن و پاره شدن طحال از عوارض و حشتناک کیست ییداتیک است.

دم لسپر ز نادر است. در اینجا بزرگ شدن عضو همراه است بادرد، تب، وافزایش لوکوسیتها و گاهی پلوروزی کاذب بعلت عکس العمل جنب طرف چپ. آنسی-بیوتیکها پیش بینی این عارضه را منقلب کرده است.

احتمال دارد که برخی اورام طحالی بعلت عفونی منجر به اسکلروز شده و بعدها بطرف سندروم بانتی و سیروز کبدی منجر گردد.

(۲) بزرگی طحال قوام با آزارهای خونی

بعلت عملی که طحال در انهدام گلبولهای قرمز و سفید (اریترولیز و لوکولیز) و ایجاد گلبولهای سفید (لوکوپوز) دارد حجم آن در اغلب بیماریهای خون افزوده میشود.

یرقان همواییک یا بیماری همواییک مادرزادی - کم خونی طحالی همواییک - بزرگ شدن طحال از علائم مهم و اصلی مرض مین کوفسکی شوفار است این عظم طحال ماین حملات هموایز نیز وجود دارد (۳) این بیماری ارنی است و در کودکان و نوزادان دیده میشود (برای جزئیات آن به بکتاب بیماریهای ارنی نویسنده مقاله مراجعه فرمائید).

۱ - formol - leuco - gelification

۲ - Chopra-Gutta

۳ - crises hemolytiques

کم خونی همولیتیک طحالی مشخص است به یک عظم طحال، کم خونی ارتو-کرم دو تا سه میلیون با لو کوبنی متمایل به منونوکلئوز، برخی از اختلالات هاضمه گاهی هماهز (استفراغ خونی).

سیر آن با حملات مکرر ادامه یافته و خامت پیدا میکند و آخر منجر به رک میگردد در این چا تمایلی به سرشت سیروزی وجود دارد گویا ارث در بیماری اخیر دخالتی ندارد و مقاومت گلبولی در آن کاسته نشده است فقط حملات کم خونی از نوع پرنیسیو موجود است. او بر تن (۱) عقیده دارد که اختلاف آن با بیماری همولیتیک استفراغهای خونی است که مکرر در کم خونی همولیتیک طحالی موجود است ولی لامی (۲) استاد نگارنده و پرسور دبره معتقدند که این دو کسالت بهم نزدیک میباشند یعنی دو شکل از بیماری میان کوفسکی شوفاد است و در هر دو درمان عاجل در آوردن طحال است. وجود میکروسیتازورتیکولوسیتوز برای افتراق بیماری همولیتیک مهم است.

کم خونی طحالی (۳) - بسیاری از کم خونی هارا که همراه بزرگ شدن حجم طحال است باین نام میخوانند. آنی فن ژالکلوزه را نیز جزو آن محسوب میدارند ثابت کرده اند که طحال عمل مهی در ایجاد برخی از کم خونی ها دارد در این جامجال بحث آن نیست. اریترو بلاستوز باعظام طحال و کبد و خونریزی همراه است طحال همواره همراه آزارهای متعدد بافت رتیکولوآندوتیمال میباشد در لوسی ها نیز طحال حجم بزرگی پیدا میکند بخصوص در لوسی میتواند حجم قابل ملاحظه پیدا میکند. بزرگی طحال در افزایش زیاده از حد گلبولهای قرمز (اریترمی واکز) همراه با قیافه مخصوص سیانوزه و اتساع عروق دیتین و در داستخوانی در اعضاء است با فشار خون زیاد بعلاوه پلی گلبولی - عظم طحال مگاکاریوسیتر هم جزو این گروه است (کراوزت و فاور) در لوسی های لوکوبلاستیک و لنفو بلاستیک وغیره نیز طحال بر حجم خود میافزاید.

(۲) عظم طحال و خونریزی

سندروم بانتی - ریکولوفیبروز طحالی (۱) با خونریزی و سیروژن - عظم طحال بر اثر ترمبوفلیت و رید طحال.

سندروم بانتی دارای سه مرحله بالینی است: بزرگ شدن سپر ز با کم خونی معتدل آسیت و تشمیع کبدی که به رک منجر میگردد از نظر تشريحی مشخص است به فیبرو-آدنی سپر زی (۲).

در مرحله دوم علاوه بر توصیحات بانتی اختلالات هاضمه و خونریزی معدی و روده و هماهنگ و مدفوع خونی (مانا) و رعاف دیده میشود. کم خونی متوسط در این سندروم همراه لوکوبنی و کاهش پلاکتها است بدون آینه که اختلال در افقاد خون مشاهده گردد. برخی از مؤلفین مشخص این مرض را عظم اسکلروز سپر ز توأم بادانه های فیبروسیدروز (۳) میدانند که گاندی و گاما (۴) پیدا کرده اند.

این بیماری معهولا در دو میان دوران طفو لیت (۵) بتدریج و آدامی شروع شده و بهلاکت پیشرفت میکند. علت بیماری مجھه و است در آوردن طحال تنها چاره مؤثر بمنظار میرسد برداشتن طحال در مرحله ابتدائی یعنی همان موقعیکه طحال بزرگست انر درخشانی دارد ولی در مرحله بعدی و بخصوص در موقعیکه آزردگی کبدی نیز توأم گردیده باشد ارزش خود را از دست میدهد.

در اطفال و نیز بزرگان سندروم های مشابهی دیده میشود ولی با توصیف بانتی اختلاف چندی در بردارد بدین جهت آنها را در دسته مجهوی از بزرگی های طحال قرار میدهند بنام عظم طحال خونریزی دهنده سیروژن (۶)

گاهی در بین ۴ - ۱۶ سالگی طحال بزرگی که بطور بسیار مخفی و ملامیم سیر میکند این عظم طحال سفت و سخت و نامنظم و بی درد میباشد. اولین تظاهر آن اغلب با خونریزی نسبتاً شدید دستگاه هاضمه است. مقاومت گلبولی طبیعی بوده و اختلالی در جرم خون دیده نمی شود تعداد پلاکتها تغییر نمیکند؛ کم خونی ابتدا

۱ - R. fibrose splénique hémorragique

۲ - nodules fibro-siderosique

۳ - seconde enfance

۱ - fibro adenie splénique

۴ - Gandy - Gamma

۵ - spl. hemorragiques cirrhotiques

خفیف ولی بعد از هر خونریزی بطرف و خامت میگراید.

سیر این عارضه بصورت حملات تبدیل توأم با آسیت و جریان جانبی شکم (۱) میباشد. مرک در ضمن یک خونریزی اتفاق میافتد و با سو، القنیه (کاشکسی) ندریجی و تشمع جگر سیر ناخوشی را خاتمه میدهد.

در چندین مشاهده که پس از درآوردن طحال امتحان بافت شناسی بعمل آمده و یا کالبدگشائی ترمبوز ورید طحالی و یا تنگی آنرا نشان داده است. در گروهی دیگر از بیماران مشاهده کرده اند ترمبوز طحالی پس از پیله فلیبیت واضح ایجاد گردیده است. کاهش حجم طحال پس از استفراغ خونی و نیز انقباض طحالی پس از زرق آدرناالین ارزش تشخیص زیادی برای ترمبوز ورید طحالی دارد.

گاهی اوقات عات ورم ورید طحالی و ترمبوز مربوط به تیفوئید قبلی است که بیمار دو چار گردیده یا وابسته به استئومیلیت ناسوری شده است. نگارنده یک مورد آنرا برادر زخم عفونی شده سردیده است. در برخی موارد عمل آن مربوط به یک عارضه موضعی و یا ناهنجاری عروق طحالی است: چسبندگی شدید صفاق، سنگ کیسه صفراء، توهر وغیره. در موارد متعدد دیگر سلامتی و طبیعتی بودن کامل عروق طحالی پس از عمل یا اتوپسی باعث میشود مبنای ترمبوز فلیبیتی سندروم را قبول کرد اگر در سابقه بیمار عفوتی نیز در کار نباشد که سبب آنها غیرمشخص و نامفهوم بماند. سندروم اصلی بانتی با رتیکولاوفیبروز سپر زی خونریزی دهنده و مولادسیروز (سیروزن) که با علائم چندی تاحدی از هم متمایز میگردد ولی حدود بیماری بانتی مشخص نبوده دایره معین نمیتوان بدان قائل شد. تنها در مان مؤثر درآوردن و قطع طحال است. ولی باید دقیق کرد در جریان ترمبوز تازه و حادیکه برادر عمل جراحی یا بیماری عفونی ایجاد شده برداشت طحال خطرناک است لذا موقعیکه تب و هیپر-لو کوسیتوز و جریان جانبی شدید و حاد با افزایش پلاکتها در کار باشد اقدام بعمل خطرناک میباشد.

در آوردن طحال بعمل ترمبوز ورید طحالی پس از عمل جراحی قبلی نیز

عاقبت شومی دارد در مرحله طحالی خالص در آوردن سپر ز نتیجه خوبی میدهد بشرطی که مراقبت های لازم قبل و بعد از عمل و انتقال خون و غیره انجام شده باشد. پس از تشکیل آسیت پیش بینی مرض بدتر است و برداشتن طحال نتایج کمتری دارد.

اطلاعات جدید و خونریزی های هاضمه، هماهنگ واریس های مری و معده و پورپورا وغیره دلائل دقیق و کامل اکافی است که در جریان عمل عوض در آوردن ساده طحال عروق آنرا با عروق کلیوی پیوند نمایند یعنی ورید طحالی را به ورید کلیوی چپ پیوند کرده و جریان خون را بدین ترتیب منحرف کنند (طریقه بلاک مر (۱)) در ضمن عمل میتوان فشار تمام شاخه های ورید باب (سیستم پرت) را نیز اندازه گرفت اگر فشار وریدی از ۱۲ سانتیمتر آب که طبیعی است تجاوز نماید و اگر قطر اورده و قابلیت حرکت آنها اجازه دهد پیوند را باید اجرا نمود.

طریقه بلاک مر با وجود این بکلی از خونریزی های مجدد بعد از عمل جلوگیری نمیکند ولی از کثیر و خامت و عود آنها میکاهد. طریق جدیدی نیز پیشنهاد شده است که هنوز تعداد عمل شدگان چندان زیاد نیست که بتوان نتیجه قطعی عمل معین نمود.

پورپورا توأم با بزرگ شدن سپر ز - در پورپورا های مزمن خونریزی دهنده طحال اغلب بزرگ میشود. نوعی از پورپورا وجود دارد که عظم طحال قابل ملاحظه است. برخی از مؤلفین تصویر میکنند که عدم کفایت پلاکتها و کاهش تعداد آنها او باسته بوجود طحال است که موجب انهدام شدید پلاکتها میشود لذا پیشنهاد کرده اند در آوردن طحال در این موقع از عمل انهدام پلاکتها جلوگیری میکند.

نتیجه فوری عمل در این موارد معمولاً خوب است تعداد پلاکتها افزوده شده و خونریزی متوقف میگردد ولی نتیجه دور دست و بعدی آن کمتر رضایت بخش است و ممکن است بیماری عود کرده و با وجود تلاش و تداوی لازم عاقبت بدی پیدا کند و مریض را بمرگ بکشاند.

(۳) بزرگی های طحالی و در تأثیراتی هنوز در این موارد باید ابتدا بفکر بر قان همواریتیک بود. در جریان یرقات های عفو نمی

طولانی در نصف موارد طحال بحجم خود میافزاید. اگر طحال بزرگ همراه کبد بزرک ویرقان در نوزاد باشد بفکر کوفت مادرزادی باید افتاد که قبیل از سه ماهگی خطرناک بوده و بعداً بالنسبه ذیک فرجام است نادر است که عظم طحال همراه احتباس سنگ یاسر طان بوده و تب وجود نداشته باشد. گاهی اوقات تب و یرقان و عظم طحال بعلت سنگ کلدوك و آنزیوکلیت میباشد.

یرقان مزمن همراه طحال بزرک و کبد بزرک مساوی است با سیروزهای متفاوت در آن زرد رنگ است سنگ کلدوك مزمن توأم با یرقان شدید انسدادی میتواند بعدها عظم طحال تولید کند ولی در اینجا هر گز حجم طحال بزرگی ها نونهای سد.

۹) طحال بزرک همراه کبد بزرک

در کودکان در درجه اول باید بفکر کوفت مادرزادی کبد بود. در نوزاد و کودک میتوان عظم طحال توأم با کبد بزرک را برادر نارسائی و آسیستولی کبدی و طحالی و یا بعلت سیروز قلبی سلی دانست (۱) که همراه تب، سیانوز (کبودی پوست و لبها) و علائم پریکاردیت است.

مرض گوشه (که جزو ریسکولوزها) معمولاً توأم با عظم قابل ملاحظه طحال است ولی بزرک شدن کبد در آن چندان مهم نیست.

در ضمن طحال و کبد بزرک باید دقیق نمود که آیا آسیت نیز در کار است یا نه؟ و جریان جانبی موج و دارد است؟ کبد بزرک (در بزرگان) توأم با طحال بزرک در مشروبخواران و افرادی که مشروبات اشتها آور زیاد مصرف میکنند توأم با یرقان خفیف - او رویلین درادرار با آسیت یا بدون آن مارا بفکر سیروز آلکلیک ها نوزیلبر میاندازد. اگر خونریزی روده با آسیت نیز در اینجا همراه باشد موضوع پیچیده تر خواهد شد.

وجود رنگدانه های جلدی با کبد و طحال بزرک و دیابت تشخیص دیابت بر نزه را مطرح میکند اگر دیابت نباشد سیروز رنگدانه ساده مطرح خواهد شد.

گاهی سیروز آترفیک لاینک با آسیت و عظم طحال همراه میشود. در ضمن نارسائی قلبی نادر است طحال و کبد هردو بزرک میشود ولی نادرآ ممکن است این

حالات اتفاق افتد که بنام آسیستولی طحالی کبدی خوانده می‌شود (۱)

بر عکس در طفلی که کبد بزرگ دارد بعلووه آسیت و تاکی کاردي و طحال بزرگ پریکاردیت سلی منشاء آنست در این جا چسبندگی طحال نیز موجود است گاهی این علائم منشاء روماتیسمی دارد طحال بزرگ در این دو مورد (پریکاردیت چسبنده سلی یا روماتیسمی) متغیر است گاهی بزرگت احساس می‌شود زمانی کاملاً بزرگ است که بنام شکل هیپرسپلنو مگالیک مرض نامند. در برخی موارد بزرگ شدن سپر ز بر علائم مسلط بوده گاهی سیروز تظاهر شدیدتری دارد در این جا نسبت به موقعیت می‌توان گفت عظم سپر ز مربوط به سیروز است یا عامل دیگر.

در آزارهای چرکی طولانی بعملت سل و غیره وجود عظم طحال گاهی بزرگی کبد، اسهال مزمن، آلبومینوری فراوان بیماری آمیلوئید را مطرح می‌کند اگر عناصر تشخیص کافی نباشد بزل بیوپسی کبدی و طحالی ماهیت و عملت ناخوشی را آشکار می‌کند.

(۷) خرطم طحال بالو گرفته شوز

تمام لوسمی‌ها در این گروه طبقه‌بندی می‌شود که همراه با بزرگ شدن غیردد لنفاوی (آدنوباتی) افزایش گلبولهای سفید (تا ۲۰۰ هزار و بیشتر) در لوسمی لنفوئید لنفوسيت‌ها شدیداً افزایش یافته (۱۵۰ هزار) در لوسمی میلوئید سلولهای میلوئیدی افزوده می‌شود و طحال بسیار بزرگ و حتی تالگن خاصره می‌رسد بعلووه ۴۰۰ هزار لوکوسیت در هر میلی متر مکعب خون که از جنس ملیوئید است.

برخی لوسمی‌های مزمن لنفوئید همراه طحال بزرگ و غدد بزرگ نیست که بنام لوسمی مزمن طحالی خالص گفته می‌شود. دز لوسمی‌های منوسيتی طحال و کبد بزرگست ولی غده‌های لنفاوی بزرگ نشده است لنفوسيت‌وز ۵۰ - ۶۰ درصد می‌باشد در برخی لوسمی‌های میلوئید آدنومگالی است که فقط امتحان خون رفع اشتباه می‌کند.

(۸) بزرگی سپر ز با وظیم فعد لنفاوی

بزرگ شدن طحال با عدد لنفاوی و تب حاد منو نو کلئوز عفونی را بخاطر می‌آورد

و امتحان خون در این حال منوف و کلئوز نشان میدهد. لوسمی لتفوئید هزمن نیز جزو این گروه است ممکن است در لوسمی لتفوئید و میلوئید سلولهای دانه‌دار از مبتدای میلوئید یا لتفوئید کم باشد در این صورت آنها را لتفوز یا میلووز آلوسمیک نامند. لتفو گرانولوماتوز بد خیم نیز جزو این گروهست که بلی نوکلئر باساخیر علائم همراه است.

در لتفادنی سلی نیز عظم طحال و عدد بزرگ ولی بطور نامنظم دیده میشود بیوپسی خاصیت اصلی مرض را نشان میدهد. عظم عدد کوفتی نادرآ با طحال بزرگ همراه است تشخیص با W.B و سابقه واژ درمان معلوم میشود.

لوکوسار کوماتوز اشتر نبرگ - عظم غدد مانند لتفوسار کوم است سپس کم خونی و خونریزی شروع میشود امتحان خون سلولهای بزرگ جنین را نشان میدهد که از نوع سار کومی میباشند. پیش بینی این عارضه بسیار و خیم است و بسرعت بطرف مرک میکشند. در این بیماری غده‌های بزرگ شده با اطراف چسبندگی ورید گاهی نیز منفرد میباشند که موجب اشکال تشخیص میشود لذا بیوپسی غدد و طحال برای تشخیص دقیق ضروری است.

(۷) بزرگی «تفورد و شناس طحال

در اینجا تنها علامت مثبت طحال بزرگست و بس : کبد بزرگ نیست یا رقان و سیانوز وغیره وجود ندارد امتحان خون طبیعی است در این مورد بفکر امراض گوناگون باید بود :

عظم فیبروز طحالی که با آدرنالین منقبض میشود، گاهی مالاریا و کوفت در سابقه بیمار موجود باشد یا اینکه در سابقه اختلال جریان و هماهنگ با کم خونی زود-گذری وجود دارد

در کم خونی های فیبروز طحالی گاهی در امتحان بافتی طحال قطعات کالسی فریک (گازدی و گاما) دیده شده است که از جنس آهن و کالسیم در نسیج طحالی بوجود آمده اند خیال میکردند وجود این جزایر و قطعات مربوط بیک آزار قارچی است

(میکوزیک) در حقیقت چنین نبوده و این امر تصادفی ووابسته به پاره شدن عروق طحالی است.

جزء این گروه بیماری باتئی را نیز باید در نظر گرفت که ابتدا عظم طحال تنها بتدربیح خونریزی و کم خونی آسیت و درو هله آخر عظم کبد هویدا میشود. در پیله فلیت های مزمن طحال بزرگ و سفت است (اسکارو) آسیت بسرعت بدون عظم و نارسانی کبد بوجود می آید خونریزی های هاضمه فراوان ولی دیررس وجود دارد.

بیماری گوشه نادرتر میباشد یک عارضه ارنی است که طحال بتدربیح بزرگ شده و منجر به علامت افزایش فشار میشود: درد معدی، استفراغ، تکرر ادرار و حوادث قلبی وغیره.

در برخی موارد کبد نیز بزرگ است امتحان خون نادرأ لو کوپنی نشان میدهد. خاصیت مخصوص مرض گوشه وجود رنگدانه های در صورت، گردن، دست، پشت، بینی و دوچشم است. سیر مرض ممکن است ۳۰-۱ سال بطول بکشد این عارضه جزو اختلال متابولیسم چربی ها (دیسلیپوایدز) میباشد. بزل نسج طحالی ساوهای درشت و کف آلو دوا کوئل داری نشان میدهد که دارای سربروزید(۱) غیر فسفری و از گروه سرازین میباشد.

سارکوم طحال را میتوان در این گروه (عظم طحالی منفرد) نام برد که بسرعت پیشرفت کرده و پیش بینی بدی دارد گاهی سطح طحال در سارکوم نامنظم میباشد.

کیست ایداتیک و کیست سرویاه ماتیک طحال و دمل طحال را نیز در این جا میتوان نام برد در کیست های سرویاه ماتیک (کیست خونی) فقط در آوردن سپر ز ماهیت مرض را نشان میدهد.

کیست های درموئید طحال نیز فقط با بیوپسی و امتحان آن پس از عمل جراحی مشخص میشود.

در دمل طحال درد شدیدی در پهلوی چپ و ناحیه طحال موجود است بعلاوه

علائم خونی و عفونی راهنمای تشخیص میباشد . مرض بریل سیوز در شکل طحالی در مراحل اولیه فقط با طحال بزرک همراه است (مراجع) به مشاهدات جناب آقای دکتر اقبال در مجله دانشکده پزشکی) بطور خلاصه عظم طحال را در سیروزها، کم خونی ها، یادگار و داغهای امراض مزمن، لوسی ها و عوارض خالص طحالی مشاهده میکنیم، در موقع عظم فیبروز طحال، انسدادور ید طحالی و سندروم بانتی در آوردن طحال تاحدی از عوارض ناخوشی جلو گیری میکند .

مأخذ و مدارک :

- | | | |
|--|------|-----|
| Synd. pathologiques Robert Clement | 1952 | (۱) |
| Diagnostic Pratique de Fissinger | 1952 | (۲) |
| کتاب آسیب شناسی سیستم ریکو او آندوتیال آقای دکتر آرمین مشاهدات | | (۳) |

بالینی شخصی