

بیماری پوست

درمان بوسیله شوک و موارد استعمال آن

در بیماری‌های پوستی و آمیزشی

نگارش

دکتر واحد سمهیعی

دانشیار کرسی بیماری‌های پوست و آمیزشی دانشکده پزشکی

در بیماری‌های پوست و آمیزشی در دو مورد از مبحث شوک صحبت می‌شود
اول در مورد اتیولوژی بعضی از درماتزها که علت اصلی آنها شوک
می‌باشد مثل کهیر، سودا، درمیت‌های مصنوعی و جوش‌های داروئی^(۱)

دوم در مورد درمان بعضی از درماتزها و بخصوص درماتزهای مذکور
در بالا و بعضی از عوارض بیماری‌های زهروی مثل خیارک شانکر نرم وغیره
بطوریکه خواهیم دید مکانیسم واقعی این دو مبحث یکی بوده و
طرز عمل تقریباً واحدی در کار است.

در اینجا هر موقع که کلمه شوک گفته می‌شود مقصود شوک‌های
آنفیلاکتیک و شبیه آن فیلاکتیک^(۲) می‌باشد و برای روشن شدن مطلب
لازم است بطور خلاصه اصول کلی آنفیلاکسی یادآوری شود.
«آنفیلاکسی»

هدای آنفیلاکسی یک سری تجربیاتی است که «شارل ریشه» در
مسافرت اقیانوس اطلانتیک در کشتی پرس آلبرمناکو شروع نموده است

۱- eruption medicamenteuses ۲-anaphylactoïde

در این موقع ریشه تجربیاتی با عصاره هایع (عروسلک پشت پرده) ^(۱) با تزریق شروع نموده و دیده موضعی ایجاد خارش و سوزش میکند. شارل ریشه میگوید.

موقعیکه بفرانسه برگشتم خواستم این تجربیات را ادامه دهم ولی در این موقع «فیزالی» در دسترس نداشته و برای تجربه هرجان دریائی ^(۲) را اختیار نمودم و ازاوسما گرفتم که محلول در آب بوده و خواص او را مطالعه مینمودم.

اولین کار تعیین مقدار مؤثر این سم بود ^(۳) اگر فرضاً مقدار M به سگ تزریق مینمودم سگها پس از چند روز بیماری ببهودی یافته زنده میمانندند از نظر اکونومی سگها را برای تزریقات دیگری نگه داشتیم زیرا تقریباً پس ازده روز به نظر میآید که سالم شده اند ولی با تعجب زیاد مشاهده شد که پس از چندی ^{پس از} همان مقدار M سگ هارا فوراً تلف مینمود امروز برای ما این امر عادی شده ولی در آن موقع خود من بهزحمت میتوانستم آنرا باور کنم این تجربه غریب چندین بار تکرار شدو در ۱۹۰۲ با پورتیه ^(۴) برای اولین مرتبه این مطلب را که بعداً علمای دیگر اورا تأیید نمودند شرح دادیم:

مواد کوئل ویدال هتروژن که برای دفعه دوم به یک حیوان تزریق میشوند خاصیت کشنده آنها با یک مقدار خیلی کمتر از مقداری که دفعه اول تزریق شده و کشنده نبوده است ظاهر میشود.

«شارایط پیدایش آنافیلاکسی»

آنافیلاکسی به دو شکل دیده میشود. تجربی - بالینی

۱- آنافیلاکسی تجربی - خواص آنافیلاکسی تجربی ثابت است

الف - ماده تزریق شده یک جسم آلبومینوئید میباشد باید هتروژن

بوده واز راه تزریق وارد بدن شود.

ب - حالت حساسیت بسرعت پس از چند روز که از تزریق اولیه (تزریق آماده کننده) گذشت ایجاد می‌شود.

ج - تزریق ظهرور آور نده که پس از یک دوره کمون بعمل آیدا ایجاد حوادث عمومی مخصوصی می‌کند که مربوط به اثر فارماکو دینامیک ماده تزریق شده نبوده و خواص اصلی آن «شوک» که عبارت از پائین آمدن فشار خون، تعریق، بیرون روش وغیره است می‌باشد.

۲ - آنافیلاکسی بالینی

الف - در نزد انسان آنافیلاکسی تجربی ممکن است پس از تزریق سرم اسب ظاهر شود در صورتیکه قبل از این شخص سرم اسب تزریق شده باشد و فرق آن با آنافیلاکسی تجربی اینست که در نزد تمام بیماران که قبل از سرم تزریق شده ظاهر نمی‌شود ولی در صورت بروز شوک‌های سخت مثل آنافیلاکسی تجربی بوده و با سقوط بزرگ فشار خون همراه است.

ب - بر عکس بعضی از حوادث مرضی که کمی شبیه به این آثار بوده ولی شرایط ظهرور آور نده آن با آنافیلاکسی فرق دارند ماده مستعمله پرتوئین نبوده و از راه هاضمه وارد بدن شده است و تظاهرات بالینی آن بر حسب شدت و نوع متغیر هستند آنها را حوادث شبیه آنافیلاکتیک می‌نامند.

تظاهرات بالینی آنافیلاکسی - ویدال نشان داد که بعضی از سندروم‌های بالینی را نباید به هسموگیت نسبت داد بلکه مربوط به حساسیت نسبت به آنتیژن‌های مختلف که عمل «آماده کننده» و «ظهور آور نده» دارند دانسته و اینها در بدن ایجاد بهم خوردن تعادل کاویدال پلاسمای

خون نموده و در تیجه بی نظمی دستگاه نورو ورثتایف^(۱) بوجود می‌آید و از این موقع به بعد آثار فلوكسیونر^(۲) که ارتباط با دستگاه واگوس‌پاتیک دارد ندظهور می‌نماید این آثار از نوع واژوموتور، اسپاسمودیک و ترشحی هیبایش است. این آثار هوقتی هستند ولی هر دفعه که در نزد شخص «حساس شده» مجاورت آنتی‌رژیک بوجود آیدقابل بروز است بطوریکه به پنج علت اصلی بیماریها یعنی: عفونت، مسمومیت، نئوپلاسم، مکانیک و تاثرات^(۳) بستگی دارد یک علت دیگر که عبارت از «فوق حساسیت» نسبت به یک آنتی‌رژن که معمولاً بآزار است اضافه شده دسته بیماریهای آنژریک^(۴) را تشکیل میدهد.

این بیماریها یا بشکل:

شوكهای بزرگ آنافیلاکسی که در آنجاتظاهرات اصلی کولapsos^(۵) وجود دارند ظاهر می‌شوند.

و یا بشکل: تظاهرات موضعی، احساسی، عصبی و پوستی ظاهر می‌گردند در روی پوست بشکل اکزما، اورتیکر، درمیت‌ها وغیره ظاهر می‌شوند.
مکانیسم شوکهای آنافیلاکتیک

حالت «حساس شدن»، خود بخود یا تخت تأثیر تزریق اولیه یا بعلت تزریقات و یا وارد شدن بطور کم کم و آرام در بدن از راه تنفس یا غذا تشکیل می‌شود.

بعضی از اشخاص بیش از سایرین استعداد «حساس شدن» را دارند و علت آن شاید یک عدم تعادل دستگاه نورو ورثتایف آنها و یا عدم تعادل حالت کلوئیدال مایعات آنها و یا عدم کفایت سدها^(۶) مثل مخاط فاسد شده روده‌ها

یابدی و نقص عمل پروتئوپکسی (۱) کبد بوده و ملکولهای مضر عبور کرده وارد دستگاه خون می‌شوند.

این حالت حساسیت یا فوق حساسیت اغلب تحت اسم آلرژی نامیده می‌شود و بالاخره منجر باین می‌شود که دستگاه نور و ورثتایف عادت به واکنش‌های شدید نماید و وقتی که علت ظهور آور نده سر بر سد تعادل این دستگاه بهم خورده اختلالات عمیق و ناگهانی موضعی یا عمومی ظاهر و مخصوصاً به این دستگاه بیش از همه تأثیر می‌کند.

تزریق ظهور آور نده - در حالت عادی یک همکاری بین سempatik و پاراسempatik وجود دارد که آنار گردش خون، ترشحات، اتفاقاً عضلات نرم را منظم مینماید متابلیسم عمومی و تنفسیه سلولهای سلولهای مرتب می‌کند تعادل حرارتی را نگاه میدارد در حال هر یک از اعصاب جلوی دیگری را می‌گیرد ولی در موقع دفاع یا جلوگیری بی‌نظمی‌ها باهم متعدد می‌شوند هر عدم موافقت بین این دو دستگاه ایجاد حالت مرضی یا اقلال ایجاد یک طبیعت مخصوص با اسم سempatikوتونیک یا اوگوتونیک و یاناپایدار (۲) را که بر حسب هوعیت به یک طرف متمایل می‌شوند مینماید.

این حالت تعادل حتی در موقع عادی ممکن است بهم بخورد مثلاً در خواب که دوران حکومت پاراسempatik است نبض کند شده تعریق زیاد می‌شود مردمک‌های استه می‌شوندو کشش عضلات نرم زمینه را برای تنگی نفس فراهم مینماید:

چیزی که باعث شوک می‌شود چه در آنافیلاکسی و چه جای دیگر همین بهم خوردن ناگهانی تعادل نور و ورثتایف می‌باشد
حال باید دید بکدام سمت متمایل می‌شود

بنظر می‌آید که شوک‌های کوچک حالت سمتاً تیکوتونی ایجاد مینمایند (قرمزی صورت، تنی نبض، زیادی فشار خون وغیره) و شوک‌های بزرگ حالت تحریک شدید پنومو گاستریک (واگوتونی) ایجاد می‌کند (پریدگی رنگ، کندی نبض، عرق سرد، کمی فشار خون) ولی اغلب اختلالات ممکن است کامل بوده و در تمام جهات بوده و مخلوطی از تحریک و فلنج هر دو دستگاه باشد ولی چیزی که تقریباً همیشه ثابت است عبارت از اینکه انبساط عمیق عروق شکم و پرشدن کبد، کلیه و روده‌ها از خون و درنتیجه پائین افتادن فشار خون و کم خونی یا نرسیدن خون به هر اکزعصبی است که باعث سنکوپ می‌شود.

«مصدق شوک»

بنظر می‌آید که کلمه شوک^(۱) رادر ۱۸۲۶ تراورس^(۲) اختراع کرده است بعداً در کلاپسوس‌های بعد از ضربه^(۳) و سپس بعد از عمل جراحی و بالاخره در علائم آنا فیلاکسی تجربی بکار رفته است.

تشخیص نوع آنا فیلاکتیک شوک روی مصدق‌های بالینی^(۴) بیولوژیک، تراپتیک که ذیلا خلاصه می‌شود قرار دارد

کریتر بالینی - سندرم آنا فیلاکتیک عبارت از حمله ایست که هر موقع شخص حساس نسبت به یک آتنی ژن در مقابل او قرار گیرد بظهور میرسد این حمله مدت کوتاهی طول کشیده و از خود یادگار^(۵) باقی نمی‌گذارد و در نزد اشخاص دیگری که در همان شرایط قرار گیرند بظهور نمیرسد.

۱- کوتی رآکسیون - اغلب موقعی که شخص حساس است کوتی

۱- shock ۲- Travers ۳- traumatisme ۴- critère clinique ۵- sequelle

رآکسیون مثبت است و در اثر رآکتوژن^(۱) یک لکه برجسته که محصور از حلقه اریتم است ظاهر می‌شود (پطاس دسی نرمال و گرد آنتی زن مثل آبله کوبی) ۲- امتحان پروسنیتز کوستنر^(۲)- باین طریق است که موضع آنتی زن را از انسان به انسان دیگر منتقل می‌کنند در پوست ساعده شخص سالم ۱۰ سانتی‌متر مکعب از سرم شخص حساس شده تزریق می‌کنند ۲۴ ساعت بعد در همان محل آنتی زن را تزریق می‌کنند یک واکنش موضعی شدید اگر ظاهر شود رآکسیون مثبت است.

۳- کریتر درمانی- نتیجه که از اسکپتو فیلاکسی ویژه^(۳) و دسانسی بیلیزاسیون ویژه بدست هیا آید نشان میدهد که شخص حساس بوده است (ما این متد را ذیلاً شرح خواهیم داد) ولی عدم نتیجه هیچ معنی ندارد «درمان آنافیلاکسی»

یا آنتی زن را حذف می‌کنیم یا بدن را با عادت میدهیم.

۱- حذف آنتی زن- آنتی زن های معمولی عبارتند از : آنتی زن های غذائی - تمام غذاها ممکن است آنافیلاکتیزان باشند باستثنای آب و شاید قند بیش از همه شیر مخصوصاً نزد بچه‌ها تخم مرغ، شکلا، ماهی، گوشت مخصوصاً گوشت خوک بقولات، سیب زمینی، پیاز کلم و بعقیده پزشکان امریکائی نان.

داروها- آنتی پیرین، ارسنوبنزل، املاخ طلا، گاردنال، سرم‌ها بیسموت، کینین، یدورها که اغلب اثر آنها بشکل بثورات پوستی ظاهر می‌شود.

گرد و خاشاک آنافیلاکتیزان - آرد، پودرای پکا، غبار و

گرد متصاعد از چهار پایان

۱- réactogène ۲- Prausnitz küstner

۳- skeptophylaxie spécifique

تماس های آنافیلاکتیزان - بثورات پوستی ممکن است در اثر همجاورت با پارچه های پشمی ابریشمی ، خزو غیره بشکل در میت های مختلفه ظاهر شوند .

پارازیت های آنافیلاکتیزان - پارازیت های روده ، گزش حشرات باعث کهیر میشوند . برای شناختن این آنتی ژن ها گاهی سؤال از بیمار کافی است زمانی از روی تجربه یک یک آنتی ژنها را حذف کرده تا جسم آنتی ژن مسبب را پیدا کنم و بالاخره کیوتی راکسیون کمک خوبی ممکن است واقع شود .

عادت به آنتی ژن - چون بدن بطور غیر عادی در مقابل جسم خارجی اثر میکند در صورت عدم امکان حذف او اولین فکر که بنظر می آید اینست که اورا واکسینه نموده یا عادت به این جسم بدھیم بوسیله تزریقات کوچک آنتی ژن راهی که برای ازین بردن این فوق حساسیت بکار میبریم راه کوتی راکسیون و یاخوراندن آنتی ژن است و بندرت راه داخل یا زیر پوستی بکار میروند چه باعث خطراست و مشاهدات متعدد موجود است که باین ترتیب حساسیت ازین رفتہ است

لانژرون^(۱) میگوید برای ایجاد حالت حساسیت باید علت بیماری زا^(۲) بطور غیر مداوم اثر کند در صورتی که اگر بحال مداوم اثر کند حالت مخالف یعنی عادت یا اینمیت ایجاد نمیشود در واقع حالا بیشتر خیال میکنند که در بدن دسانسی بیلیز اسیون ایجاد نشده بلکه عادت به آنتی ژن درست میشود چه در صورتی که حوادث بالینی ازین بروند « آنتی کر » های مایعات بدن باقی مانده و امتحان کوستنر ثبت میماند .

در هر صورت مکانیسم واقعی این آثار هرچه باشد قدر مسلم اینست

که با درمان نتایج حاصله از پیش‌بینی شوک‌های آکرژیک خوب است
الف. کوتی رآکسیون-نه تنها برای تشخیص مفید است بلکه بمنظور
درمان نیز بکار می‌رود در روی بازو یا ساعد عمل اسکار^(۱) های کم عمق و با
فاصله نموده و هر روز تکرار می‌کنیم گاهی از اوقات خطرناک است ولی اگر آزار
نرساند ایجاد دسانسی بیلیز اسیون‌های دائمی یا طولانی می‌کند و در موقعی
که راه‌های دیگر یعنی احتراز از آنتی زن محدود نباشد (مثال در مواد استعمال
کنه گنه) مفید می‌باشد.

ب - راه دهان - از راه تاتونومان^(۲) مقدار بدون ضرر آنتی زن
را پیدا می‌کنیم و پس از آن هر روز کمی مقدار را اضافه کرده به بیمار می‌خورانند
و بمحض اینکه آثار عدم تحمل بروز نمود کم می‌نمایند چندین ماه این عمل را
روزانه ادامه می‌دهند مصنفین نتایج خوب دیده‌اند بشرط آنکه آنتی زن
معلوم باشد.

«عادت به شوک»

وقتی که با کمک تزریق یا خوردن بعضی از اجسام ایجاد شوک‌های
کوچک بکنیم بلا فاصله یک حالت مقاومتی ایجاد می‌شود^(۳) که دیگر ظهور
شوک تامد تی غیرممکن می‌گردد و اگر این عمل را تکرار کنیم کم کم بدن
را بعلت ظهور آور نده عدم تعادل نورو و رتاتیف چنان عادت میدهیم که
دیگر واکنشی نشان نمیدهد متدهای مختلفی برای این کار هست ولی
همیشه مفید نیستند گاهی با موقوفیت مقرن وزمانی هم نیست بدون آنکه
قبل پیش بینی بشود بعلاوه مکانیسم اثر اجسام تزریق شده واقعاً و عمقاً
معلوم نیست ولی در هر صورت زمینه را تغییر میدهد و برای این کار
اتوهمو تراپی، پیتن، هیپوسولفیت دو سود و هنیزی، املاح کلسیم بکار

می برسد.

ا تو هه و تراپی و ا تو سر و تراپی - هر دو مفید ولی گاهی کم اثر میباشند مکانیسم اثر آنها را میتوان چنین فکر کرد که در اثر خارج شدن خون تغییر شکل داده مثل جسم خارجی ایجاد حالت شوک میکنند.

پیتن تراپی (۱) - از راه دهان ($۰/۵۰$ گرم پیتن $۰/۲۰$ گرم هنیزی کلسینه یک ساعت قبل از هر غذا) با تزریق زیر پوستی محلول ۵ درصد که در ۱۱۰ درجه عقیم شده باشد بمقدار یک تا ۵ ساعتی متر مکعب همپوشانی داشت دوسو ۵ - از راه دهان (۲ تا ۳ گرم در روز) یاتزریق داخل وریدی محلول ۲۰ درصد بمقدار ۵ تا ۲۰ ساعتی متر مکعب املاح کلسیم - از راه دهان (۲ تا ۵ گرم در روز) لاکتات یا کلرور دو کلسیم یاتزریق محلول ۱۰ درصد ۲ cact «داخل وریدی ۱۰ ساعتی متر مکعب کر بنات دوسو ۵ و ییکر بنات دوسو ۵ - از راه تزریق مفید ولی خطرناک هستند. کر بنات $۵/۲$ درصد. ییکر بنات $۳/۵$ درصد وسائل دیگر از قبیل تزریق اوزینات دو سزیم (۲) عصاره طحالی و یا درمان بو سیله ایجاد تب و بالاخره خون گرفتن که در تنفسی نفس و کهیر خیلی مفید میباشند موجود است.

اسکپتوفیلاکسی (۳) - ایجاد یک آفت آنافیلاکسی موقتی است موقعيکه شخصی مجبور است با آنتی زن مواجه شود مثلاً موقع تزریق سرمهای داروئی یاخوردن کینین و برای اینکار اسکپتوفیلاکسی ویژه وغیر ویژه بکار میرود.

اسکپتوفیلاکسی ویژه - مقدار ۵ میلی گرم کینین مثلاً یک ساعت و نیم

۱-peptontherapie ۲-éosinate de césum ۳-skeptophylaxie spécifique et non spécifique

قبل از خوردن ۴۰ سانتی گرم کینین اصلی میدهیم و یا یک ساعت قبل از تزریق سرم اصلی مقدار خیلی کمی مطابق متد «بزرد کا» سرم تزریق می نماییم.

۲- اسکپتو فیلا کسی غیر ویژه- با خوردن مقدار کمی پیش یک ساعت قبل از هر غذائی که محتوی آتنی زن بوده و ایجاد کهی میکند یا تزریق مقدار کمی از اجسام که ایجاد شوک های حمایت کننده میکند مثل هیپوسولفیت وغیره ایجاد میشود.

آتنی شوک های کمکی

داروهای نزو و رتاتیف- آدرنالین افرین با تحریک سمپاتیک جلوی حالت های زیاد روی پارا سمپاتیک را گرفته جلوگیری از حوادث شوک مینماید بلادن و آتروپین که فلج کننده پارا سمپاتیک هستند همین اثر را میکنند هنگام مسکن های عمومی مثل بروسور، گاردنال ممکن است بعلت ایجاد تخفیف در مقابل تحریک شدن جهاز عصبی مفید بوده مانع شوک های آتنی زنیک بشوند.

داروهای غده، کبدی، رژیم نیز مفید میباشند.

«نئیچه چاهه»

هر یک از این متد ها بر حسب نوع بالینی و سختی حالت آلرژیک مورد استعمال مخصوصی پیدا میکند قواعد عمومی زیر را باید در نظر داشت:

- ۱- در صورت امکان باید آتنی زن را یافته و حنف نمود بارزیم غذائی یادور کردن بیمار از میحیطی که آلرژن تنفسی دارد.
- ۲- در صورتی که حذف آتنی زن غیر ممکن باشد دسانسی بیلیز اسیون

ویژه یا بهتر بگوئیم عادت به آنتی ژن را از راه دهان یا تزریقات متواالی از راه کوتی رآکسیون ایجاد می نمائیم .

- ۳- موقعیکه آنتی ژن مجھول است دسانسی بیلیز اسیون غیر ویژه یا عادت به شوک را بکاربرده و دادن پیش یا تزریق هیپوسولفیت وغیره را بکارهیبریم .
- ۴- داروهای نورو و ژنتیف عدم تعادل و اگوسمپاتیک را ترمیم هینماید مخصوصاً آ در نالین افرادین در حالت های شوک مفید هستند .