

بیماریهای پوست

درمان بوسیله شوک و موارد استعمال آن

در بیماریهای پوستی و آمیزشی

نگارش

دکتر واجد سمیعی

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 درماتوزها که علت اصلی آنها شوک
میباشد مثل کهیر، سودا، درمیت های مصنوعی و جوشهای دارویی (۱)
دوم در مورد درمان بعضی از درماتوزها و بخصوص درماتوزهای مذکور
در بالا و بعضی از عوارض بیماریهای زهرویی مثل خیارک شانکر نرم و غیره
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 شوک های
آنافیلاکتیک و شبه آنافیلاکتیک (۲) میباشد و برای روشن شدن مطلب
لازم است بطور خلاصه اصول کلی آنافیلاکسی یادآوری شود.
«آنافیلاکسی»

مبدأ آنافیلاکسی يك سری تجربیاتی است که «شارل ریشه» در
مسافرت اقیانوس اتلانتیک در کشتی پرنس آلبرتناکو شروع نموده است

در این موقع ریشه تجربیاتی با عصاره مایع (عروسك پشت پرده) (۱) با تزریق شروع نموده و دید موضعاً 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 مرجان دریائی (۲) را اختیار نمودم و از اوسمی 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 بهبودی یافته زنده می ماندند از نظر اکونومی سگها را برای تزریقات دیگری نگه داشتیم زیرا تقریباً پس از ده روز به نظر میآید که سالم شده اند ولی با تعجب زیاد مشاهده شد که پس از چندی $\frac{1}{10}$ همان مقدار M سگ هارا فوراً تلف مینمود. امروز برای ما این امر عادی شده ولی در آن موقع خود من به زحمت میتوانستم آنرا باور کنم این تجربه غریب چندین بار تکرار شد و در ۱۹۰۲ با پورتیه (۴) برای اولین مرتبه این مطلب را که بعداً علمای دیگر او را تأیید نمودند شرح دادیم :

مواد کولوئیدال هتروژن که برای دفعه دوم به يك حيوان تزریق میشوند خاصیت کشنده آنها بایک مقدار خیلی کمتر از مقداری که دفعه اول تزریق شده و کشنده نبوده است ظاهر میشود. «شرایط پیدایش آنافیلاکسی»

آنافیلاکسی به دو شکل دیده میشود. تجربی - بالینی

۱- آنافیلاکسی تجربی - خواص آنافیلاکسی تجربی ثابت است

الف - ماده تزریق شده يك جسم آلبومینوئید میباشد باید هتروژن

بوده و از 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 ظهور آورنده که پس از يك دوره کمون بعمل آید ایجاد حوادث عمومی مخصوصی میکند که مربوط به اثر فارماکودینامیک ماده تزریق شده نبوده و خواص اصلی آن «شوک» که عبارت از پائین آمدن فشار خون، تعریق، بیرون روش و غیره است میباشد.

۲- آنافیلاکسی بالینی

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

ب - برعکس بعضی از حوادث مرضی که کمی شبیه به این آثار بوده ولی شرایط ظهور آورنده آن با آنافیلاکسی فرق دارند ماده مستعمله پروتئین نبوده و از راه هاضمه وارد بدن شده است و تظاهرات بالینی آن بر حسب شدت و نوع متغیر هستند آنها را حوادث شبه آنافیلاکتیک می نامند.

تظاهرات بالینی آنافیلاکسی - ویدال نشان داد که بعضی از سندرمهای بالینی را نباید به مسمومیت نسبت داد بلکه مربوط به حساسیت نسبت به آنتی ژن های مختلف که عمل «آماده کننده» و «ظهور آورنده» دارند دانسته و اینها در بدن ایجاد بهم خوردن تعادل کلوئیدال پلاسمای

خون نموده و در نتیجه بی نظمی دستگاه نورو وژتاتیف^(۱) بوجود می آید و از این موقع به بعد آثار فلوکسیونر^(۲) که ارتباط با دستگاه واگوسمپاتیک دارند ظهور مینماید این آثار از نوع وازو موتور، اسپاسمودیک و ترشحی میباشد. این آثار موقتی هستند و ای هر دفعه که در نزد شخص «حساس شده» مجاورت آنتی ژنیک بوجود آید قابل 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 آنتی ژن که معمولاً بی آزار است اضافه شده دسته بیماریهای آلرژیک^(۴) را تشکیل میدهد.

این بیماریها یا بشکل:

شوکه های بزرگ آنافیلاکسی که در آنجا تظاهرات اصلی کولاپسوس^(۵) وجود دارند ظاهر میشوند.

و یا بشکل تظاهرات موضعی، احشائی، عصبی و پوستی ظاهر میگردد در روی پوست بشکل اکزما، اورتیکر، درمیت ها و غیره ظاهر میشوند.

مکانیسم شوکه های آنافیلاکتیک

حالت «حساس شدن»، خود بخود یا تحت 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 وژتاتیف آنها و یا عدم تعادل حالت کلوئیدال مایعات آنها و یا عدم کفایت سد ها^(۶) مثل مخاط فاسد شده روده ها

۱- neuro-végétatif ۲- fluxionnaire ۳- émotion
۴- allergique ۵- collapsus ۶- barrière

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

این حالت حساسیت یافوق حساسیت اغلب تحت اسم آلرژی نامیده میشود و بالاخره منجر باین میشود که دستگاه نور و وژتاتیف عادت به واکنش های شدید مینماید و وقتی که علت ظهور آورنده سر برسد تعادل این دستگاه بهم خورده اختلالات عمیق و ناگهانی موضعی یا عمومی ظاهر و مخصوصاً به این دستگاه بیش از همه تأثیر میکند.

تزیق ظهور آورنده - در حالت عادی يك همکاری بین سمپاتیک و پاراسمپاتیک وجود دارد که آثار گردش خون، ترشحات، انقباض عضلات نرم را منظم مینماید متابولیسم عمومی و تغذیه سلولها را مرتب میکند تعادل حرارتی را نگاه میدارد در حال هریك از اعصاب جلوی دیگری را میگیرد ولی در موقع دفاع یا جلوگیری بی نظمی ها باهم متحد میشوند هر عدم موافقت بین این دو دستگاه ایجاد حالت مرضی یا اقلای ایجاد يك طبیعت مخصوص باسم سمپاتیک و تونیک یا واکوتونیک و یا ناپایدار^(۲) را که بر حسب موقعیت به يك طرف متمایل میشوند مینماید.

این حالت تعادل حتی در مواقع عادی ممکن است بهم بخورد مثلاً در خواب که دوران حکومت پاراسمپاتیک است نبض کند شده تعریق زیاد میشود مردمکها بسته میشوند و 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 وژتاتیف میباشد
حال باید دید بکدام سمت متمایل میشود

بنظر می آید که شوک های کوچک حالت سمپاتی کوتونی ایجاد نمایند (قرمزی صورت، تندى نبض، زیادى فشارخون و غیره) و شوک های بزرگ حالت تحريك شديد پنوموگاستريك (واگوتونی) ایجاد میکند (پریدگی رنگ، کندى نبض، عرق سرد، کمى فشارخون) ولى اغلب اختلالات ممکن است کامل بوده و در تمام جهات بوده و مخلوطى از تحريك و فلج هر دو دستگاه باشد ولى چیزى که تقریباً همیشه ثابت است عبارت از يك انبساط عمیق عروق شکم و پر شدن کبد، کلیه و روده ها از خون و در نتیجه پائین افتادن فشارخون و کم خونى یا نرسیدن خون به مراکز عصبى است که باعث سنکوپ میشود.

«مصادق شوک»

بنظر می آید که کلمه شوک^(۱) را در ۱۸۲۶ تراورس^(۲) اختراع کرده است بعداً در کلاپسوس های بعد از ضربه^(۳) و سپس بعد از عمل جراحى و بالاخره در علائم انا فیلاکسی تجربى بکار رفته است.

تشخیص نوع آنافیلاکتیک شوک روى مصادق های بالینی^(۴) بیولوژیک، تراپتیک که ذیلاً خلاصه میشود قرار دارد

کریتر بالینی - سندرم آنافیلاکتیک عبارت از حمله ایست که هر موقع شخص حساس نسبت به يك آنتى ژن در مقابل او قرار گیرد بظهور میرسد این حمله مدت کوتاهی طول کشیده و از خود یادگار^(۵) باقى نمیگذارد و در نزد اشخاص دیگرى که در همان شرایط قرار گیرند بظهور نمیرسد.

۱- کوتى را آکسیون - اغلب موقعى که شخص حساس است کوتى

را آکسیون مثبت است و در اثر را آکتوزن^(۱) يك لکه برجسته که محصور از حلقه اریتم است ظاهر میشود (بطاس دسی نرمال و گرد آنتی ژن مثل آبله کوبی)
 ۲- امتحان پروسنیتز کوستنر^(۲) - باین طریق است که موضعا آنتی-کر را از انسان به انسان دیگر منتقل میکنند در پوست ساعد شخص سالم ۱/۱ سانتیمتر مکعب از سرم شخص حساس شده تزریق میکنند ۲۴ ساعت بعد در همان محل آنتی ژن را تزریق میکنند يك واکنش موضعی شدید اگر ظاهر شود را آکسیون مثبت است.

۳- کریتر درمانی - نتیجه که از اسکپتوفیلاکسی ویژه^(۳) و دسانسی بیلینزاسیون ویژه بدست میآید نشان میدهد که شخص حساس بوده است (مسا این متدها را ذیلا شرح خواهیم داد) ولی عدم نتیجه هیچ معنی ندارد.
 «درمان آنافیلاکسی»

یا آنتی ژن را حذف میکنیم یا بدن را با وعادت میدهیم.

۱- حذف آنتی ژن - آنتی ژن های معمولی عبارتند از :

آنتی ژن های غذائی - تمام غذاها ممکن است آنافیلاکتیزان باشند با استثنای آب و شاید قند بیش از همه شیر مخصوصا نزد بچه ها تخم مرغ، شکلات، ماهی، گوشت مخصوصا گوشت خوک بقولات، سیب زمینی، پیاز کلم و بعقیده پزشکان امریکائی نان.

داروها - آنتی پیرین، ارسنوبنزل، املاح طلا، گاردنال، سرمها بیسموت، کینین، یدورها که اغلب اثر آنها بشکل بشورات پوستی ظاهر میشود.
 گرد و خاک آنافیلاکتیزان - آرد، پودرای پکا، غبار و گرد متصاعد از چهارپایان

۱ - réactogène ۲ - Prausnitz küstner

۳ - skeptophylaxie spécifique

تماس های آنافیلاکتیزان - بشورات پوستی ممکن است در اثر مجاورت با پارچه های پشمی ابریشمی ، خز و غیره بشکل درمیت های مختلفه ظاهر شوند .

پارازیت های آنافیلاکتیزان - پارازیت های روده ، گزش حشرات باعث کپیر میشوند . برای شناختن این آنتی ژن ها گاهی سؤال از بیمار کافی است زمانی از روی تجربه يك يك آنتی ژنها را حذف کرده تا جسم آنتی ژن مسبب را پیدا کنم و بالاخره کیوتی را کسیون 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 او را واکسینه نموده یا عادت به این جسم بدهیم بوسیله تزریقات کوچک آنتی ژن راهی که برای از بین بردن این فوق حساسیت بکار میبریم راه کوتی را کسیون و یا خوراندن آنتی ژن است و بندرت راه داخل یا زیر پوستی بکار می رود چه باعث خطر است و مشاهدات متعدد موجود است که باین ترتیب حساسیت از بین رفته است

لانژرون (۱) میگوید برای ایجاد حالت حساسیت باید علت بیماری را (۲) بطور غیر مداوم اثر کند در صورتیکه اگر بحالت مداوم اثر کند حالت مخالف یعنی عادت یا ایمنیت ایجاد میشود در واقع حالا بیشتر خیال میکنند که در بدن دسانسی بیلیزاسیون ایجاد نشده بلکه عادت به آنتی ژن درست میشود چه در صورتی که حوادث بالینی از بین بروند « آنتی کر » های مایعات بدن باقی مانده و امتحان کوستر مثبت می ماند.

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

که با درمان نتایج حاصله از پیش بینی شوک های آلرژیک خیلی خوب است
الف- کوتی را آکسیون-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 خطر ناک است ولی اگر آزار
نرساند ایجاد دسآنسی بیلینزاسیون های دائمی یا طولانی میکند و در مواقعی
که راه های دیگر یعنی احتراز از آنتی ژن مقدور نباشد (مثلاً در مورد استعمال
کنه گنه) مفید میباشد.

ب- راه دهان - از راه تاتونومان^(۲) مقدار بدون ضرر آنتی ژن
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 دیده اند بشرط آنکه آنتی ژن
معلوم باشد.

«عادت به شوک»

وقتی که با کمک تزریق یا خوردن بعضی از اجسام ایجاد شوک های
کوچک بکنیم بلافاصله يك حالت مقاومتی ایجاد میشود^(۳) که دیگر ظهور
شوک تامدتی غیر ممکن میگردد و اگر این عمل را تکرار کنیم کم کم بدن
را بعلت ظهور آورنده عدم تعادل نور و ژتاتیف چنان عادت میدهیم که
دیگر واکنشی نشان نمیدهد متدهای مختلفی برای این کار هست ولی
همیشه مفید نیستند گاهی باموفقیت مقرون و زمانی هم نیست بدون آنکه
قبلاً پیش بینی بشود بعلاوه مکانیسم اثر اجسام تزریق شده واقعاً و عمقاً
معلوم نیست ولی در هر صورت زمینه را تغییر میدهند و برای این کار
اتوهمو ترابی، پتن، هیپوسولفیت دو سود و منیزی، املاح کلسیم بکار

می برند .

اتوهه و تراپی و اتوسرو 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 منیزی
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 سانتی متر مکعب

هیپوسولفیت دوسود - از راه دهان (۲ تا ۳ گرم در روز) یا تزریق
داخل وریدی محلول ۲۰ درصد بمقدار ۵ تا ۲۰ سانتی متر مکعب

املاح کلسیم - از راه دهان (۲ تا ۵ گرم در روز) لاکتات یا کلرور
دو کلسیم یا تزریق محلول ۱۰ درصد « caci 2 » داخل وریدی ۱۰ سانتی متر مکعب
کر بنات دوسود و بیکر بنات دوسود - از راه تزریق مقید و لی
خطر ناک هستند. کر بنات ۲/۵ درصد. بیکر بنات ۵-۳ درصد

وسائل دیگر از قبیل تزریق ائوزینات دو سزیم (۲) عصاره طحالی و
یا درمان بوسیله ایجاد تب و بالاخره خون گرفتن که در تنگی نفس و کپیر
خیلی مفید میباشند موجود است .

اسکپتوفیلاکسی (۳) - ایجاد يك آفت آنافیلاکسی موقتی است
موقعیکه شخصی مجبور است با آنتی ژن مواجه شود مثلاً موقع تزریق
سرمهای دارویی یا خوردن کینین و برای اینکار اسکپتوفیلاکسی ویژه و غیر
ویژه بکار میرود .

اسکپتوفیلاکسی ویژه - مقدار ۵ میلی گرم کینین مثلاً یک ساعت ونیم

۱-peptontherapie ۲-éosinate de césium ۳-skeptophy-
laxiespécifique et non spécifique

قبل از خوردن ۴۰ سانتی گرم کینین اصلی می‌دهیم و یا یکساعت قبل از تزریق سرم اصلی مقدار خیلی کمی مطابق متد «بزرگ» سرم تزریق می‌نمائیم.

۲- اسکیتوفیلاکسی غیر ویژه - با خوردن مقدار کمی پیتن یکساعت قبل از هر غذائی که محتوی آنتی ژن بوده و ایجاد کپیر میکند یا تزریق مقدار کمی از اجسام که ایجاد شوک های حمایت کننده میکنند مثل هیپوسولفیت و غیره ایجاد میشود.

آنتی شوک های کمکی

داروهای نورو و ژتاتیف - آدرنالین افدرین با تحریک سمپاتیک جلوی حالت های زیاد روی پاراسمپاتیک را گرفته جلوگیری از حوادث شوک مینماید بلادن و آتروپین که فلج کننده پاراسمپاتیک هستند همین اثر را میکنند منتهی کمتر مسکن های عمومی مثل بروسور، گاردنال ممکن است باعث ایجاد تخفیف در مقابل تحریک شدن جهاز عصبی مفید بوده مانع شوک های آنتی ژنیک بشوند.

داروهای غده، کبدی، رژیمن نیز مفید میباشند.

«تجویزها»

هر يك از این متدها 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 آنتی ژن را یافته و حذف نمود بارژیمن غذائی یادور کردن بیمار از محیطی که آلرژن تنفسی دارد.
- ۲- در صورتیکه حذف آنتی ژن غیر ممکن باشد دسآنسی بیلیراسیون

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

۳- موقعیکه آنتی ژن مجهول است دسائنسی بیلینزاسیون غیر و بژه یا عادت به شوک را بکار برده و دادن پپتن یا تزریق هیپوسولفیت و غیره را بکار میبریم .

۴- داروهای نورو و ژتاتیف عدم تعادل و اگوسمپاتیک را ترمیم مینماید مخصوصاً آدرنالین افدرین در حالت های شوک مفید هستند .