

مجله دانشکده پزشکی تهران

دی ماه ۱۳۴۷

شماره چهارم از سال بیست و ششم

مقاله تحقیقی

آدنیت سلی بعلت ختنه

دکتر احمد قانع بصیری

تیغ زدن، حجامت و ختنه با تیغ توسط دلاک حمام و سلمانی از قدیم در ایران مرسوم بوده و شاید هم اکنون در روستاها انجام میشود. پیدا شدن عفونتهای مختلف با وسایل قدیمی و ضد عفونی نشده زیاد دیده شده و احتمالاً منتشر هم شده است ولی آنچه که اهمیت دارد دیدن عفونت سلی از راه ختنه است که برای اولین بار منتشر میشود و بخصوص جلب توجه مقامات بهداشتی کشور را نموده و ارائه طریق صحیح و شناساندن و عمل کردن مردم را بدستورات بهداشتی مسئولین خاطر نشان میسازم.

بهمن، هاشم، ن: ۵ ساله طفلی است که تا چهار ماه قبل از مراجعه هیچگونه عارضه نداشته و در همان موقع توسط سلمانی ختنه میشود که بهبود زخم آن مدتی طول میکشد و هنوز هم در روی آلت اوسیکاتریس و رنگ آبی مایل به بنفش پوست گواهی طولانی شدن بهبود زخم را میدهد. در ۲۵ روز قبل احساس

ناراحتی و درد در کشاله ران راست و مفصل همانطرف میکند که پس از مراجعه و گرفتن دستوراتی بهبود نمیآید و بعلاوه غدد کشاله ران او بر آمده و دردناک میشوند.

از بیماریهای دوران کودکی بسرخک و آبله مرغان مبتلی شده است، تنها واکنسیناسیون برضد آبله نموده است. درپرسش از سوابق فامیلی وی پدر کودک قبل از ازدواج مبتلی به سیفیلیس شده که بگفته خود درمان کرده است چهار برادر و خواهر سالم دارد و یک خواهرش بعلت عارضه پنومونی فوت کرده است. در معاینه کودک: تب ۳۸ نبض ۱۱۰-۱۰۰ معاینه اعضاء تناسلی در آلت سیکاتریس بدشکل مشاهده میشود. دور حشفه (Gland) از پوست آبی رنگ پوشیده شده است. در کشاله ران چند غده متورم، دردناک و سفت که پوست روی آن قرمز است دیده میشود. معاینه سایر دستگاهها طبیعی است.

آزمایشات انجام شده که مکرراً هم صورت گرفته است عبارتند از:

گویچه سرخ ۳۸۰۰۰۰۰۰ گویچه سفید ۶۰۰۰۰۰۰ سگمانته ۵۴ اتوزینوفیل ۲ لنفوسیت ۴۴ سدیمانتاسیون ۵۶ میلیمتر در ساعت اول مانتو شدیداً مثبت. پرتونگاری از ریتین بفاصله یکماه در دونوبت طبیعی بود.

از غده متورم و سفت بطور استریل پونکسیون بعمل آمد چرک مایل بسبز و سفیدی خارج شد از همان مختصر چرک فروتی و کشت تهیه و بازمایشگاه فرستاده میشود خانواده بیمار از این جریان ناراضی و پنج روز مراجعه نمیکنند و بگذاردن پماد اکتیول برای رسیدن دمل بقول خودشان مبادرت مینمایند و چون نتیجه نمیگیرند و مرتبه مراجعه میکنند. در این هنگام پاسخ فروتی و کشت رسیده بود که شرح آن عبارتست از:

۱- در فروتی: در هر میدان مقدار زیادی پولی نوکلرهای دژنره و هماسی با باسیلهای اسید والکل رزیستان شبیه باسیل دوکخ مشاهده میشود. (آقای دکتر خورسندی).

۲- در کشت: مایع کشیده شده را درروی محیط Lovenstein کشت میدهند پس از ۵ روز ملاحظه میکنند محیط کشت با رنگ آمیزی مخصوص مقدار زیادی باسیل دوکخ دارد (آقای دکتر خورسندی) با ملاحظه پاسخ فوق بیمار با دقت بیشتر

تحت نظر قرار گرفت و مجدداً چرك آن ناحیه را که در این مرتبه تموج بیشتری هم داشت بطور استریل گرفته به بنگاه پاستور و آزمایشگاه بخش تاج پهلوی فرستاده میشود که نتایج آن بشرح زیر است .

پاسخ مربوط به بخش تاج پهلوی : آزمایش ریزینی ، پونکسیون غده لنفاوی با رنگ آمیزی زیل باسیل دو کخ را نشان میدهد . (آقای دکتر ضیاء شمسا شماره پاسخ ۲۵۴ سیتولوژی) .

پاسخ مربوط به پاستور : ۱- کشت پس از دو هفته مثبت بود . آزمایش میکروسکوپی که از کشت بعمل آمد وجود باسیلهای اسیدوالکل ورزیستان تأیید و اندازه باکتریها بسیار کوچک میباشد . (خانم دکتر دره طباطبائی - شماره پاسخ ۹۴۰۶) .

۲- تلقیح بچیان آزمایشگاه : حیوان تلقیح شده پس از ۴ هفته مرد کالبدگشائی حیوان ضایعات سلی را در ناحیه تلقیح و غدد کشاله‌ران و زیر بغل و در احشاء داخلی روی کبد وطحال بطور واضح نشان داده است . آزمایش میکروسکوپی از احشاء نامبرده وجود باسیل دو کخ را ثابت کرده است بنابراین با وضع کشت و اثر میکرب روی حیوان و ضایعات تشریحی آن باسیل دو کخ نوع انسانی باید باشد . (دکتر دره طباطبائی ۹۴۰۶)

با شرح فوق و تشخیص مسجل بیماری که در اثر ختنه کردن از راه لنف (اگر از راه خون بود بایستی تمام غدد لنفاوی متورم گردند) با تیغ آلوده با باسیل دو کخ پیدا شده است بیمار تحت درمان قرصهای ایزونیاژید بمقدار ۶۰۰ قرص و استرپتومیسین ۲۵ گرم و کورتن ۱۲۰ قرص ۵ میلی گرم قرار گرفت و کاملاً بهبود یافت بحث : بیماری این کودک از موارد نادری است که شاید در ایران برای اولین بار منتشر میشود گویا اینکه روش قدیمی ختنه کردن با وسایل مختلف و بدون ضد عفونی کم کم منسوخ شده و خواهد شد ولی از آنجائیکه با سلمانی که این طفل را ختنه کرده بود تماس گرفته شد و حتی از او عکس برداری ریتین گردید و ضایعات سلی را نشان میداد انتشار آن بنظر مفید میرسد بخصوص که بنظر این جانب شاید انتقال باسیل دو کخ بطفل از راه مرطوب کردن تیغ با آب دهان که رسم این طبقه میباشد وقوع مییابد . و اما به بینیم که شانکر اولیه سل یا Primary Tuberculous Lesions از چه راهنهائی امکان پذیر است .

باسیل دو کخ ممکن است از راه خراش بپوست و یا مخاط عوارضی ایجاد نماید (تماس با پوست بدون خراش، زخم ایجاد نمی کند) همانطور که سیفیلیس در محل خراش آزارهایی درست میکند که آن را شانکر اولیه کوفت میخوانند در اینجا هم شانکر اولیه سلی خوانده میشود. پیروان مکتب فرانسویان راه ابتلای شانکر اولیه را در اشکال مختلف زیر میدانند :

۱ - در افتادن روی خاک آلوده با خلط بیمار سلی که دارای باسیل دو کخ باشد و ضمناً ایجاد خراش هم نماید .

۲ - بوسیدن بیماری که خلط باسیل دار دفع کند .

۳ - ابتلای مخاطها را از راه خراش و تغذیه با شیر آلوده و مواد دیگر میدانند.

۴ - دقت در پیدا کردن آدنوپاتی مجاور ضروری است .

دورهٔ انکوباسیون را ۴ - ۲ هفته دانسته اند و لسی معمولاً مشکل است که

پیش بینی نمود .

Brennemann's راه ورود را با استثناء کردن نوع مادرزادی از راه سطوح اپی تلیال میدانند (مادرزادی از راه خون و از آزار سلی بجفت منتقل میشود) همین طور صرف نظر از راه ریوی از راه پوست - لوزه - جهاز هاضمه و آلت هم (از راه ختنه) طفل مبتلی میشود و بخصوص مشاهده بیماری را از راه ختنه با موجود بودن وسائل جراحی مدرن امروزی افسانه میندازد . محل اولیه شانکر سلی در مخاط لب بیشتر عمومیت دارد بعد در بینی ، چانه ، لوزه ، حلق ، ریتین ، انتهاها و ناحیه اعضاء تناسلی است . همراه آزار اولیه غسده ناحیه مربوط مبتلا میشوند که در این صورت Primary T. B. complex را درست میکند .

آزار اولیه بشکل پاپول قرمز تیره بوده و زخمی که در روی آن قشر نازکی ، بالبه برجسته و با یک پلاک کوچک باشد درست میکند . باسیل دو کخ را میتوان در ضایعات جلدی و یا در غدد لنفاوی جستجو نمود و از نظر بافت شناسی مشخصات سلی در آن موجود است .

الف : غدد گردن سلی ثانوی است نسبت بلوزه سلی یا نسبت بسل ریوی . در

صورت اول هم لوزه وهم غدد گردن مبتلی درست میکند که البته این سیستم عفونت هم خیلی نادر است. علائم آن: غدد لنفاوی گردن بزرگت میشوند معمولاً یکطرفه ولی گاهی هم دوطرفه است غدد سفت و قابل حرکت و بالاخره بمرحله کازئی فیکاسیون میرسد ممکن است غدد عقب حلق و یا استخوان را نیز مبتلی کرده و آبنه عقب حلق درست کند اما همیشه اینطور نیست گاهی بسمت کالسی فیکاسیون هم نیز سیر میکند و چند غده بهم می‌چسبند بدون اینکه بسمت چرکی شدن بروند که در این حال در رادیوگرافی این ناحیه کالسی فیکاسیون دیده میشود. در دوره حاد لوزه‌ها بزرگت، قرمز، ورم‌دار و زخم مشخص در روی آن مشاهده میگردد. ممکن است مختصر تب و یا علائم عفونی مریض پیدا نماید. و با آزمایش ریز بینی که از ترشح خارج شده روی لوزه میشود میتوان باسیل دوکخ را در آن پیدا نمود و تشخیص رامسجل کرد.

ب: Scrofuloderma این عارضه از یک یا چند غدد و یا استخوان شروع شده و بعداً بسطح گسترش پیدا کرده و پوست را مبتلی میسازد. وقتی که غدد مبتلی شده‌اند آنها ابتدا متورم و دردناک میشوند ولی بعداً بسمت کازئی فیکاسیون و چرکی شدن خواهند رفت که بالاخره فیستول درست کرده و مرتب چرک می‌آید و خصوصیات زخم که بیضی شکل Linear ulceration برنگ بنفش باله بلند شده از سطح زخم، که زیر آن ناهموار و رنگ پریده و دارای گرانولاسیون‌های نرم است، مشخص میشود.

ج: سل اولیه پوست: پوست هم امکان دارد مقر ابتلای باسیل سل قرار گیرد بیشتر در شیرخوار و بچه‌های کوچک دیده میشود. راههای ابتلا عبارتند از: زخم پوست و یا خراش آن که با دستمال آلوده با باسیل دوکخ روی آن بسته شود، راههایی که قبلاً بیان شد، در جریان اتوپسی کردن بیمار مسلول اگر پوست خراش پیدا نماید، دوره انکو باسیون ۸ روز تا چند هفته است و آزار حاصله بصورت یک کروت یا یک اسکار کوچک قهوه‌ای میباشد که روی آن را یک اروزین و یا اولسراسیون برنگ قرمز با لبه برجسته پوشانده و در عمق آن جوانه‌هایی باقوام نرم و زمانی سفت دیده میشود و اغلب با آدنوپاتی ناحیه مجاور هم همراه است (رآکسیون جلدی هم در این بیماران مثبت می‌باشد) زخم بمدت چند ماه میماند گاهی سیکاتریزه و زمانی چرکی میشود و امکان ژنرالیزه شدن بیماری هم نیز هست.

د: سل اولیه ملتحمه چشم: چند مورد سل ملتحمه و قرنیه را نیز دیده‌اند آزار پیدا شده مرکب از یک پاپولوپوستول با احتقان دور قرنیه که بسمت اولسراسیون پیشرفته و کازئیفیه میشود و این عارضه با بزرگ شدن آدنوپاتی حوالی گوش همراه است.

ه- سل اولیه لته: آزار سلی لته خیلی نادر است و در صورت پیدا شدن آن زخمی را با کنار برجسته در محل التصاق لته و دندان و درشیار لته و لب بشکل ورقه ورقه درست میکنند. که در حقیقت کشف آن در امتحان کامل بیمار و بادیدن آدنوپاتی ناحیه مجاور که معمولاً چرکی و فیستولیزه هم میشود امکان دارد. سیر آن طولانی و گاهی یکسال طول میکشد. باسپیل دو کخ را در چرک غده براحتی میتوان جستجو نمود در حالیکه در زخم آن بزحمت، امکان پذیر است. ۹ روی ده امتحانی که شده عامل آن باسپیل نوع گاوی بوده که از راه غذا و یا شیر آلوده پیدا شده است.

درمان: برداشتن غده مبتلی و یا عارضه جلدی در ابتدای امر توسط جراح درمان اساسی است و بعلاوه بعد از برداشتن هم باید داروهای آنتی باکتریال دادولی اگر مرض پیشرفته است بسته بزمان مراحل بیماری در مان متفاوت است.

الف: اگر غده را هنوز میتوان برداشت بایستی آن را با دقت توسط جراح برداشت و قبل از عمل از استرپتومیسین بمقدار ۲۰-۱۰ میلی گرم بر حسب کیلوگرم وزن دو تا سه بار بافاصله ۱۲ ساعت استفاده نمود و بعد از برداشتن غده استرپتومیسین را بمدت دو هفته و ایزونیازید را تا یکسال بمقدار ۲۰-۱۰ میلی گرم بر حسب کیلوگرم وزن باید تجویز کرد.

ب: اگر با غدد لنفی باز شده (خود بخود) مراجعه شود تا قبل از تشخیص لازم است درمان ضد باکتریال برای جلوگیری از انتشار بیماری نمود مثل درمان سل ریوی که انجام میدهم باین ترتیب: در موقعی که تنها تست جلدی مثبت داریم ۲۰-۱۰ میلی گرم ایزونیازید بر حسب کیلوگرم وزن، در سن زیر ۴-۳ سال بمدت یکسال میدهم.

ج. در موقعی که عارضه ریوی هم مشهود و یا توأم با پلورزی است ایزونیازید

را بمقدار فوق تا مدت ۱۸-۱۲ ماه توأم با استرپتومیسین روزانه ۴۰-۲۰ میلی گرم یک یا دو مساه و بعداً ۴-۲ مرتبه در هفته به تناوب بمدت ۶-۳ ماه توأم با پاس بمقدار ۵۰۰-۳۰۰ میلی گرم بر حسب کیلوگرم وزن بمدت ۱۸-۱۲ ماه باید داد.

اگر با درمان اولیه فوق درناژ بعد از دو هفته باقی بود عفونت اضافی احتمالاً پیدا شده است که آنتی بیوتیکی هم بداروهای ضد سلی لازم است اضافه نمود معمولاً در عرض چند هفته سوراخ بسته میشود و بعداً باید آن را توسط جراحی درآورد در اینجا هم آنتی بیوتیک غیر سلی خوبست پس از عمل تجویز نمود و اگر وسعت غدد لنفاوی مبتلی طور است که عمل ممکن نیست درمان سلی فوق را باید اجرا کرد . در غدد لنفاوی گردن آیا باید لوزه را عمل کرد یا نه هنوز معلوم نیست زیرا غدد لنفاوی گردن زودتر از منشاء آن که لوزه است خوب میشود .

نتیجه

ابتلای آدمی بسل از راههای مختلف امکان پذیر است راه بسیار نادر آن از راه ختنه است که در این مقاله به آن اشاره شده است. دیدن زخمی در روی آلت که مدتی طول بکشد تا بهبود یابد با خصوصیات زیر: برنگک بنفش، بآله بلند شده در سطح زخم که زیر آن ناهموار باشد باید پزشك را بفكر سل اولیه این عضو بیاندازد و از ترشح آن برای مسلم شدن تشخیص بیماری (قبل از ابتلاء غدد لنفاوی مجاور) بطور مستقیم با کشت و تلقیح بحیوان، آزمایش بعمل آورد. بیمار مورد بحث پس از آزمایشهای لازم و تعیین نوع انسانی باسیل دوکخ (که نادرتر است) در اثر ختنه با تیغ آلوده با باسیل دوکخ و ابتلاء غدد لنفاوی کشاله ران مبتلی شده بود که چون برای اولین بار چنین بیماری دیده شده است و بعلاوه با وسائل مدرن جراحی امروز مشاهده چنین موردی خیلی نادر است بدرج آن مبادرت گردید ضمناً تشخیص های افتراقی سلهای اولیه خارج ریوی و طرق مختلف درمان نیز مورد بحث قرار گرفته است .

Résumé

L'être humain peut attraper la tuberculose de différentes façons. Rarement par la circoncision dont nous parlerons dans cette étude.

Lorsau' on voit une plaie violacée au bord decollé au pénis et que la partie inférieure est rugueuse et demande un

certain temps pour se cicatrizer, le médecin oit doenser à la tuberculose de cet organe. Dans ce cas il faut faire les examens direct, et indirects (Cultur et injections au cobayes.)

Nous avons trouvé un cas semblable, le malade avait contracté la tuberculose de cet organe par la circoncision, dont l'opération avait été fait avec un iustrument souillé. Depuis les progrès de la chirurgie on voit rarement un cas semblable.

S U M M A R Y

Man can contact T. B. by various routes. The rarest of them being through circumcision which is discussed in this article. The presence of a persistant wound with raised circumphere and rough texture, a violet colour on penis should draw the physician's attantion; to primary T. B.lesion of this organ.

To confirm diagnosis (before involvement of the inguinal nodes attemps should be made to culture the organism by injecting the material from the wound into suceptible labortaory animals. The case of penial T. B. reported here, was cared by the human strain of bacillus Tuberculosis after circumcission with a dirty and contaminated knife.

As far as the author is aware, this is the first report of its kind in Iran. It is of interest to record this rare case because the modern surgical methods have eliminated the often occurrence of perial tuberculosis. In addition differential diagnosis of primary extrathoracic tuberculosis and methods of their treatment have been discussed.

R E F E R E N C E S

1. Morris Leider, Pratical pediatic dermatology. 2nd ed. 1961 Page 257.
- 2, Debre, R. & Thiffry, S. : Chancres tuberculeux extrapulmonaire, notament chancres genigirojugaux. Acta Pediatrica. 36: 425-442. 1967.
3. Debre, R. & Marcel Lelong: Pediatrie. 1961 Vol. 2, P. 1365.
4. Brennemann: Practice of Pediatrics. 1960 Vol. 2, chap 28 .
- 5- Nelson, Waldo E.: Textbook of pediatrics. 1964.