

گرانولودیا گنوستیک و بررسی گرانولوگرام

نمایش

دکتر محب‌اله آزاده

در تعقیب مقاله بسیار جالبی که بقلم همکاران گرامی آقایان دکتر حریری و دکتر وحدت در شماره اول سال شانزدهم (مهرماه ۳۷) نامه دانشکده پزشکی آورده شده بود خلاصه تحقیقاتی را که اینجانب در سال ۱۳۲۶ در رساله دکترای خود بر راهنمایی آقایان دکتر عزیزی - دکتر سهراب - دکتر اعتمادیان در این باره نموده و بصورت کتابی منتشر نموده‌ام برای تأیید مقاله مزبور بعرض خوانندگان محترم این نامه گران بهاء میرسانم.

نکته‌ای را که باید تذکر دهیم اینست که تا آن تاریخ (۱۹۴۷ میلادی) در هیچیک از ماخذ علمی که بنظر نگارنده رسیده بود فرم گرانولوگرام شدیداً پاتولوژیک ذکر نشده بود و در سال فوق نگارنده با مطالعات بالینی و آزمایشگاهی خود باین نوع گرانولوسیون‌ها برخورد کردم و چنین اظهار نظر شد که در مراحل آخر سل منظره بخصوصی در چند هسته‌ها مشاهده میشود که باید بآن دژنرسانس گرانولر (۱) نام داد.

اکنون بمناسبت طرح این موضوع قسمتی را که در آخر کتاب مذکور تحت عنوان (ارزش علمی و برتری گرانولودیا گنوستیک بر سایر طرق تشخیص سل) درج شده در اینجا نقل میکنیم.

نتایج درخشانی که از تجربیات در موضوع گرانولودیا گنوستیک بدست آمده رجحان این روش جدید مسجل میشود و اینک نکاتی را جهت توضیح بیشتر بعنوان یادآوری ذکر میکنیم:

اول - ارزش گرانولوگرام از نظر تشخیص :

۱- وجود یک فرمول از دسته‌های پاتولوژیک (+ + G + G + G) تشخیص سل را

محقق میکند و مرحله آنرا نیز تعیین مینماید.

تذکره در بعضی بیماری‌ها مانند تیفوئید، گرانولاسیون‌هایی شبیه با آنچه در سل مشاهده میشود وجود پیدا میکند ولی خیلی موقتی و گذران است در صورتیکه در سل امتحانات مکرر و در مدت طولانی وجود دانه‌های مرضی را در نتر و فیلها نشان میدهد. عدم مشاهده همین دانه‌هاست که در بیماری‌های حاد یا مزمن ریوی مثلا در ذات‌الریه، آسم و سرطان شش، ما را از تشخیص سل منصرف میکند.

چنانکه از مطالعات انجام شده نتیجه گرفته میشود در کسانی که ظاهر آ سالم و یابہ بیماری عفونی غیر از سل دچار هستند گرانولوگرام دسته مشکوک G_{\pm} یا مرضی G_{+} جمعاً نسبت ۲۲ درصد وجود دارد که در مقایسه با نتایج مثبت سایر آزمایشهای لابراتواری در سل یا سایر امراض با وجود این استثنای خیلی جزئی باز با اهمیت و رجحان طریقه گرانولوگنوسیتیک پی خواهیم برد. بعلاوه در مواردی که امراض دیگری وجود دارند و گرانولوگنوسیتیک مثبت میشود اگر فکر کنیم که سل مزمن و خاموشی قبلا وجود داشته و بعداً بیدار شده است گمان میکنم بیجا نباشد.

۲- بدست آوردن یک گرانولوگرام دسته G_N میتواند کاملاً ما را از تشخیص دادن سل بازدارد.

پرفسور بند (۱) مینویسد در بعضی بیماران خود که مبتلا بیک بیماری حاد ریوی گذران شده‌اند در عین اینکه رادیوگرافی مشکوک بسل داشته‌اند فرمول گرانولوگرام مکرر روکاه لا از دسته G_N بوده و اسباب تعجب شده است.

لذا اختلاط و شیره معده بیماران را مستقیماً امتحان کرده و هر دورا بخو کچه هندی تزریق نموده بعلاوه ریه را بکمک برونکوسکوپ شستشوداده و در مایع حاصله نیز آزمایش بغمل آورده و از تمام این امتحانات نتیجه منفی گرفته است.

دوم - برتری گرانولوگنوسیتیک از نظر قابلیت تعیین پیش آگهی - وقتی گرانولوگرام تعیین شده علاوه بر تشخیص وجود یا عدم سل در صورت مسؤل بودن بیمار مرحله آنرا نیز معلوم خواهد داشت و بنابراین تا اندازه‌ای پیش آگهی را نشان خواهد داد.

چیزی که در این قسمت مقصود است امتحانات مکرر و تعیین فرمول‌های متوالی است و ترسیم منحنی آنها مطابق آنچه در منحنی‌های کتاب گرانولودیا گنوستیک عمل شده است. باین ترتیب راه‌سیر تکامل مانند نقشه جغرافیایی روی صفحه‌ای نمودار خواهد گردید. البته بهتر است که قبل از جواب دادن باطرافیان بیمار راجع به پیش‌آگهی بیماری حالت عمومی مریض را که نشانه‌طرز دفاع بدن است نیز در نظر گرفت.

ملاحظه می‌فرمائید که این خاصیت مهم تعیین پیش‌آگهی را هیچ‌کدام از امتحانات معمول تا کنون با این صراحت بر ای‌سل ندارند.

سوم - آزمایش گرانولودیا گنوستیک ساده‌ترین و آسانترین طرق است.

۱- برای آزمایش‌کننده آمدن بی‌الین بیمار و آوردن وسایلی که عبارت از دو عدد لامویک سن‌جاق و قدری پنبه و الکل باشد بسیار آسان و بدون زحمت است و مانند رادیوگرافی بیمار مجبور نیست حتی باحالت خراب خود را بمحل عکس‌برداری برساند یا رادیولوگ خود را دچار زحمت کند.

۲- برای بیمار جز تحمل فرورفتن سن‌جاق چیز دیگری لازم نیست و زحمت حرکت و حمل و نقل و احیاناً خطر سرما خوردگی بعدی یا در بعضی موارد واکنش شدید توپر کولین برای بیمار وجود ندارد.

۳- سادگی رنگ آمیزی طوری است که میتوان لامها را برای رنگ آمیزی بهر آزمایشگاه فنی داد و طبیب کم کار شخصاً هم میتواند در مطب این کار آسان را انجام دهد.

۴- نه تنها تشخیص دادن با دیدن لام در زیر میکروسکوپ برای طبیب متخصص آسان است و از روی گرانولاسیونهای نو تر و فیل واضح میشود بلکه هر متصدی آزمایشگاهی که قدری دقیق و وارد باشد بایک میکروسکوپ خوب این عمل برایش سهل خواهد بود و لازم نیست مانند رادیوگرافی حتماً متخصص نتیجه عکس برداری را تشریح کند و یا مثل واکنش توپر کولین دو مرتبه پزشک شخصاً مریض را ببیند و درجه واکنش را ملاحظه نماید.

مدارك و ماخذ

- ۱- سرم شناسی نگارش دکتر میردامادی استاد دانشکده پزشکی تهران چاپ ۱۳۲۱
- ۲- تشخیص اشکال سخت سلهای فیروز پایان نامه دکتر عماد اشراقی سال تحصیلی ۱۳۲۵-۲۴
- ۳- اهمیت پرتوشناسی در تشخیص بیماری سل پایان نامه دکتر جوادر فیض سال تحصیلی ۱۳۱۷-۱۶

4- Presse Médicale no 9 1646

5- > > > 26 >

9-Nouveau traité de pathologie interne (3 partie) Charles Laubry
1938

7- Précis de pathologie interne. F.I. Collet (tome II) 1931

8-Tuberculose pulmonaire tuberculose des séreuse Pierre Prouvost
1927

9-Traité d'hématologie clinique I. Rieux 1924

10-Infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les
animaux. Pr Albrt Calmette 1936

11-Le granulo- diagnostic de la tuberculose R. Benda. 1945

12-Traité élémentaire d'exploration clinique médicale Emile
Sergent 1947.

