نامه ماهانه
دانشکده پزشکی

هیئت تحریریه:

دکتر محمد حسین ادیب
دکتر ناصر انصاری
دکتر محمد بهشتی
دکتر حسین سهراب
دکتر محمود سیاسی
دکتر جهانشاه صالح
دکتر صادق عزیزی
دکتر محمد قریب
دکتر محمد حسن حائری
دکتر محمد علی ملکی
دکتر حسن میرداماد
دکتر ابوالقاسم نجم آبادی

رئیس هیئت تحریریه - دکتر جهانشاه صالح
مدیر داخلی - دکتر محمد بهشتی

سال دوازدهم | آبان ماه ۱۳۴۳ | شماره دوم

یک مورد بیماری روماتیسمال همراه با تظاهرات قلبی ـ مغزی ـ ریوی ـ جنبی و غده تیروئید که با تجویز کورتون بهبودی کامل یافته است

نگارش

دکتر منوچهر اقبال و دکتر بیوک فرور

استاد و رئیس بخش بیماریهای عفونی — دستیار بیمارستان پهلوی

کشف کورتون از نظر بالینی مدیون هنچ(۱) و از نظر تکنیک بیوشیمیک مرهون زحمات کندال (۲) است .

کورتون یا کورتیزون از کورتیکوسورنال استخراج شده و کمپلکس E نامیده میشود (۱۷ هیدرو کسی ۱۱ دهیدرو کورتیکوسترون) . در آزمایشگاه مرك امریکا سارت (۳) بطور صناعی موفق بساختن این ماده شد ولی روش این کار خیلی مشکل و پیچیده است .

---

۱ - P. S. Hench ۲ - Kendall ۳ - Sarret

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

راجع به‌مکانیسم اثر کورتیزون در روماتیسم عقاید مختلفی موجود و هنوز اظهار نظر قطعی دراین باره نشده است بعضی معتقدند که « شاید عوامل اتیولژیك روماتیسم التهابی بعلت بی‌نظمی دردستگاه هیپوفیزوسورنال(۱) روی مفاصل تأثیر مینماید بطوریکه بدکاری(۲) این دستگاه هیپرپلازی نسج همبند را ایجاد نموده و استعمال کورتیزون درواقع این بی‌نظمی و بدکاری را اصلاح مینماید .» بعلاوه‌برای این هورمون یك اثر غیرمستقیم نیز قائلند و آن تأثیر روی هومورهای بدن است و بهمین ترتیب علت سقوط سرعت سدیمانتاسیون را درجریان درمان با این هورمون تفسیر و تعبیر مینمایند .

نکته‌ایکه در این‌مقاله مورد نظر ما است تأثیر این هورمون روی عوارض روماتیسم حاد مفصلی و بخصوص عوارض قلبی آنست زیرا گواینکه هورمونوتراپی کورتیکوسورنال بالاخره ما را بیك درمان جدی روماتیسم قلبی امیدوار نموده است ولی عقاید در این باب بقدری متضاد ومتشتت است که هرگونه اظهار نظر قطعی را مشکل مینماید ودر واقع بایستی تجربیات شخصی ومشاهدات بالینی را فعلاً ملاك عمل قرارداد . قدرمسلم این‌است که‌اثردرمانی سالیسیلات روی‌تظاهرات قلبی بیماری بویو (۳) خیلی مشکوك بوده و بعقیدهٔ دانشمندان‌متخصص‌امراض کودکان عملاً این درمان بی‌نتیجه است .

آمار های دقیقی توسط پرفسور کوست (٤) دبره (٥) موزیکوناکسی (٦) وکارامانیان(۷)تهیه و گزارش‌شده واوری(۸)دراین‌باب رسالهٔ نفیسی‌تحت راهنمائی کوست نوشته است . معهذا مشکل است بیلان دقیقی از نتایج هورمونوتراپی تهیه نمود وبا وجود کارهای متعددیکه بعمل آمده (تنها ۷۵۰ موردر تحقیقات اخیرانجمن متخصصین‌بیماریهای‌قلب‌امریکا(۹) وشورای کاوشهای پزشکی(۱۰) که‌هیجده‌مرکز

---

۱ – hypophyso – surrénalien ۲ – dysfonctionnement
۳ – Bouillaud ٤ – Cost ٥ – Debré
٦ – Mozziconacci ۷ – Caramanian ۸ – Oury
۹ – American Heart Association
۱۰ – Medical research council

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

تحقیق در کشورهای انگلیسی زبان عضو آنند گزارش‌داده شده است) معهذا هنوز حصول نتایج قطعی مقدور نگردیده است .

بطوریکه باید گفت تنوع اشکال بالینی و تکاملی روماتیسم‌قلبی، پیشرفت بطئی و تجدید فعالیت آن که درطی سالهای متمادی ممکنست پیش بیاید هر گونه قضاوت عجولانه را نسبت بارزش درمان تازه بی‌اعتبار میسازد .

معهذا لازم است نتیجهٔ مطالعاتی‌را که تا امروز درباب تأثیر کورتیزون‌روی روماتیسم حاد مفصلی وعوارض آن بعمل آمده است مختصراً تذکرداد :

اثر درمان هورمونال برعلائم غیرقلبی بیماری ـ تب در مقابل درمان با کورتیزون خیلی حساس بوده واین تأثیربقدری روشن است که هرتبی که درمقابل این درمان مقاومت نماید از نظر احتیاط بایستی برای آن علت دیگری جستجو نمود . البته بدون اینکه صریحاً تشخیص بیماری بویورا رد نمائیم .

توأم با تخفیف تب سایر علائم (عرق ـ رنگ پریدگی ـ بی اشتهائی) نیز بهبودی یافته و در اشکال سخت بیماری ـ بهت و کم‌خونی از بین میرود ، اشتها بحال عادی برگشته وزن بیمار زیادمیشود .

راجع باصلاح تاکی‌کاردی وبرگشت منحنی نبض بحال طبیعی عقایدمختلف است گاهی اصلاح تعداد ضربانات نبض درحدود سه‌هفته طول میکشد و گاهی در کمتر ازپنج روز برگشت تعداد ضربانات نبض بحال‌عادی‌مشاهده‌شده (هنچ) .

آرتراالژیها معمولاً زود ازبین میرود ولی ورمهای مفصلی سمج وپایدارند .

اریتمهای(۱) روماتیسمی درعرض ۲٤ تا ٤۸ساعت برطرف میشود .

درمشاهداتیکه‌توسط کوست واوری‌بعمل آمده اثرهورمونوتراپی روی‌علائم غیرقلبی نامبرده درفوق ثابت بوده است .

اثر درمان هورمونی برعلائم بیولژیکی بیماری ـ در اینجا نکتهٔ قابل توجه تأثیردرمان برسرعت رسوب گلوبولی وتست فیبرینوژن خون و ائوزینوفیلی است .

۱ – erythéme

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

در باب تغییرات مربوط بسرعت رسوب گلوبولی نتیجهٔ تحقیقات اینستکه بر اثر درمان هورمونال سرعت رسوب گلوبولی در مدتی کوتاه تر از دورهٔ درمان با سالیسیلات پائین آمده طبیعی میشود. تخفیف سریع فیبرینمی(۱) که گاهی درعرض چند روز به‌هفت‌الی‌هشت گرم وحتی به‌سه گرم درلیتر رسیده باعث‌تعجب‌بوده‌است.

تعیین ائوزینوفیلی و بخصوص تست تورن (۲) را بایستی حتماً عملی نمود.

فرض براینست که استعمال هورمون را نبایستی ادامه داد مگر ائوزینوفیلی بمقدار کافی درخون برسد.

عملاً نکاتیکه برای ما دردرمان روماتیسم حاد مفصلی مهم وجالب‌توجه‌است سه‌نکتهٔ زیرمیباشد:

۱ ـ آیا میتوان ضایعات قلبی را اصلاح نمود؟

۲ ـ آیا میتوان ازعوارض پایدار قلبی(۳) جلوگیری کرد؟

۳ ـ آیا میتوان بطورقطعی وهمیشگی ویالااقل برای مدت معینی سیرتکاملی مرض بویو را متوقف ساخت؟

۱ ـ اثردرمان هورمونی برتظاهرات قلبی بیماری بویو ـ تجربیاتیکه توسط پرفسور کوست وهمکارانش در این باب بعمل‌آمده نتایج زیررا داده است:

تأثیر کورتیزون‌و A. C. T. H. روی پریکاردیت روماتیسمی غیرقابل‌بحث است. مالش پردهٔ خارجی قلب(٤) معمولا درمدت کمتر از یك هفته از بین میرود. بهبود واصلاح عظم‌قلب(٥) گاهی‌چندین روز وغالب اوقات دو یا سه‌هفته وقت‌لازم دارد. کوچك شدن قلب ابتدا بسرعت شروع شده ولی قلب بکندی بحجم طبیعی میرسد. علائم الکتریکی پریکاردیت پس ازمدتی از میان میرود (شش الی ده هفته در هفت مورد).

بعقیدهٔ کوست اگرچه تفسیر علائم فیزیکی‌در اثبات بهبودی پریکاردیت‌سادهٔ روماتیسمی آسان‌است ولی بهبودی‌روماتیسمهای سخت قلبی بایستی با شك وتردید تلقی گردد.

---

۱ – fibrinémie ۲ – Thorn ۳ – séquelle cardiaque
٤ – frottement péricardiaque ٥ – cardiomégalie

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

از بین رفتن صدای چهارنعل(۱) وعلائم محیطی عدم کفایت قلبی درمواردی چندمشاهده گردیده وحتی‌نزد پاره‌ای از بیماران تابلوی عدم کفایت قلبی یعنی‌تنگی نفس شدید ، ترشح جنبی دوطرفی ، هپـاتومگالی دردنـاك ، اولیگوری شدید و گاهی‌خیزاندام تحتانی‌قبل از درمان، کامل‌بوده‌است . پس باید قبول کرد که‌بهبودی میوکاردیت لااقل در بعضی موارد میسر است . اصلاح سریع موج P. R. که در میوکاردیت‌طولانی‌است این عقیده‌راتأئید میکند حتی دریك‌مورد خطرناك‌طولانی شدن تدریجی‌موج P. R. اصلاح گردید و این‌علامت است که گرنه (۲) وژولی(۳) سابقاً آنرا خطرناك میدانستند .

نکتهٔ قابل توجه اینکه درمواردیکه کاردیومگالی نسبت بمعالجهٔ هورمونال سماجت نشان میدهد ولی ازلحاظ عملی مریض ناراحتی مهمی ندارد اینطور تصور میشود که در نتیجهٔ درمان بهبود مختصر و جزئی در میوکاردیت حاصل شده ولی پریکاردیت چندان تغییری نمینمایدبنابراین اصلاح بیشتر در اتساع بطنی بعمل‌میآید.

درمورد آندوکاردیت‌اظهارنظر تاحدی‌مشکل است . مسلماً درمان آندوکاردیت مزمن باکورتیزون‌عملی‌نیست . نکتهٔ‌دیگراینکه‌اثبات‌وجود آندوکاردیت‌روماتیسمی جدید اغلب‌مشکل است . موضوعیکه باید همیشه در درمان عوارض قلبی بیماریهای بویو درنظر گرفته شود وضع قلب پیش از ابتلاء بحملهٔ پیشرونده روماتیسم است و همچنین طول مدت این حملهٔ تکاملی (٤) قبل ازشروع هورمونوتراپی نیزمهم‌است. در حقیقت ضایعات جدید اکسوداتیو(٥) در مقابل‌درمان خیلی حساسترندتاضایعات لیفی وتصلبی‌دیررس. بنابراین زودشروع کردن معالجه ازعوامل بسیار مهم‌موفقیت میباشد .

در مـواردیکـه اخیراً توسط دبره موزیکونـاکسی و کارامانیـان منتشر شده و چهـل بیمار مبتلا بعارضهٔ قلبی روماتیسمی را تحت درمان بـا کورتیزون و A. C. T. H: قرارداده‌اندبطورخلاصه نتیجه باین‌شرح بوده‌است:تمام کاردیتهائی(٦)

۱ – gallop ۲ – Grenet ۳ – Joli
٤ – Poussée évolutive ٥ – exudative ٦ – Cardites

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

که بدرمان سالیسیله وهپارین مقاوم بوده‌اند با هورمونوترایی بطور واضح پاسخ مثبت داده بهبودی یافته‌اند. درد و مورد خیز ریوی مهمی وجود داشته و با خلط هموپتوئیك(۱)همراه بوده وهورمونوترایی بدون‌استفاده ازمقویات قلب آنرا بهبود کامل بخشیده است.

در یك دستهٔ ۲۹ نفری دیگر اغلب اوقات سوفلهای قلبی ثابت و بدون تغییر مانده‌اند. تنهاسوفلهائیکه ازبین‌رفته‌اند سوفلهای‌سیستولیك‌نوك‌قلب‌بوده که بدون تردیدمربوط باتساع قلب‌بوده‌است. هرگز درجریان درمان‌ضایعه‌دریچه‌ای تازه‌ای پیش نیامده است. بهبودیهای حاصله درکلیه بیماران باستثنای دو نفر بطور ثابت باقیمانده است.

نویسندگان مزبور پس از تجربیات فوق‌الذکر مینویسند «انرهورمونها را در درمان حملات تکاملی روماتیسم قلبی نمیتوان انکار نمود».

عدهٔ دیگر عقیده دارند که فایدهٔ اصلی و اساسی هورمونها در تأثیر آنها در جریان اشکال بدخیم و خطرناك بیماری که خطر حیاتی دارند واضح میشود.

ماری (۲) درآمار خود شانزده مورد تورم دریچه‌ای قلب (۳) را درنظر گرفته واظهار عقیده کرده است که «علائم سمعی در چهارده مورد برقرار مانده یك سوفل سیستولیك ازبین رفته وشدت‌دیگری کمتر شده واین‌نویسنده‌قبول‌میکند که سوفلهای‌عضوی تشکیل‌شده(٤) باوجود درمان هورمونال‌غیرقابل‌تغییرند(٥)».

نویسندگان آمریکائی‌هم‌نظرشان‌همین‌است وتأثیرهورمونوترایی کورتیکوسورنال را درکاردیت با احتیاط تلقی مینمایند. درانگلستان با اینکه بعضیها‌نسبت باین موضوع خوش‌بین بودند معهذا در کنفرانس ۱۹۵۱ بی‌واترز (٦) بی‌اثر بودن کورتیزون‌و کورتیکواستیه‌ولین‌را روی ضایعهٔ قلبی تذکر داده واخیراً چمبرلن(۷) های (۸) و فریمان (۹) دوازده مورد کاردیت روماتیسمی گزارش داده‌اند که باآنها

---

۱ – hémoptoique ۲ – J. Marie ۳ – Valvulite
٤ – souffles organiques consititués ٥ – irréversible
٦ – Bywaters ۷ – Chamberlin ۸ – Hay ۹ – Freeman

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

کورتیزون تجویزشده سه‌نفر آنها درشکل خیلی خطرناك نوت نموده و هورمون نتوانسته از آن جلوگیری نماید ودر نه مورد سیر تکاملی مرض‌قلبی، کورتیزون اثر واضحی در آنهـا نکرده است .

با این عقایدضد و نقیض که نویسندگان‌اظهار نموده‌اند تعبیر موضوع‌مشکل است . بنظر ما چنین میآید که قلب که عضوی است دارای حرکات دائمی در مقابل درمان آنتی‌فلوژستیك یك هدف غیرثابتی است واز طرف دیگر طول مرحله‌ایکه ضایعات ایجاد میشودخیلی کوتاه‌است یعنی ضایعات قلبی خیلی بسرعت‌ایجادمیشوند. بنابراین وباین‌دودلیل باید خیلی زود وبا مقادیر قوی‌درمان حمله‌ای‌راشروع کرد.

۲ ـ جلوگیری ازعوارض پایدار قلبی ـ پس از تجربیات متعدد نتیجه‌این شده است که از عوارض پایدار قلبی میتوان جـلوگیری نمود بشرطیکه درمان زودرس قبل از ایجاد ضایعهٔ قلبی ویا درمرحلهٔ اولیه‌آن انجام بگیرد وچون‌تشکیل ضایعات دریچه‌ای (تنگی میترال ومخصوصـاً تنگی‌آئورت) خیلی بآرامی صورت میگیرد نتیجه گرفتن ازدرمان‌میسر خواهدبود .

۳ ـ آیا میتوان بوسیلهٔ هورمونوتراپی دوره ومدت معمولی مرحلهٔ حاد بیماری ہوپو راکوتاه نمود ؟ـ با وجود عقاید متعدد ومتفاوت میتوان این نتیجه را گرفت که هورمونوتراپی نمیتواند دورهٔ حاد این بیماری را کـه شش الی دوازده هفته طول میکشد کوتاه‌تر نماید واگرتخفیفی درعلائم دیده میشود درواقع فقط روی آنها پوشیده میشود(۱) .

شرح حال بیمار

اینك شرح حال بیماریکه مبتلا بروماتیسم حاد مفصلی توأم با عوارض فوق‌العاده خطرناك بود ودر بخش‌عفونی بیمارستان‌پهلوی با کورتون درمان‌شده‌است توضیح داده میشود .

حسن‌فرزندحسین شانرده‌ساله شغل‌محصل اهل‌تهران بعلت‌درد و تورم مفاصل زانو،مچ‌پا ودست ،آرنج‌وتب وناراحتی‌قلبی درتاریخ۳۱/۹/۲۶به‌بخش‌عفونی‌مراجعه

۱– Hench

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

و بستری گردید . سه‌روز پیش که بیمار بمدرسه میرفته احساس گلو درد مختصری مینماید سپس تب کرده‌ودرد مفاصل‌پیش میاید . تورم و بخصوص درد مفاصل‌شدید بوده زانو ، مچ پاو دست ، آرنج و حتی مفاصل کف دستی ـ بند انگشتی (۱) را گرفته سپس ناراحتی قلبی هم عارض میشود .

از نظر سوابق : درسه‌سال پیش‌درفصل‌تابستان بیمار پس‌از آب‌تنی‌های‌مکرر وطولانی به روماتیسم حاد مفصلی مبتلا میشود که مدت چهل‌روز بستری شده و با مداوا بهبودی مییابد . دو ماه بعد که مریض بمدرسه میرفته در جریان بازی فوتبال زمین‌میخورد واز فردای آنروز مادرش حرکاتی شبیه حرکات داءالرقص(۲) درنیمهٔ راست‌بدن‌طفل‌مشاهده مینماید وبهمین‌سبب به‌بیمارستان کودکان (بنگاه‌نیکوکاری) مراجعه وبستری‌میشود باتشخیص‌همی کوره(۳) . پس‌از دوهفته استراحت ودرمان با بهبودی نسبی از بیمارستان مرخص میشود ولی مفاصل بیمار متورم و دو ماه دیگر بیمار درمنزل بستری‌وقادربحرکت‌نبوده‌است سپس بطور سرپائی‌ببیمارستان بازرگانان مراجعه وبالاخره با معالجات زیاد بهبودی مییابد

در سال تحصیلی ۳۰–۳۱ از ابتدا تا انتهای آنسال بمدرسه میرفته و حالش خوب بوده است . سال بعد (۳۱ – ۳۲) از مهرماه تا ۳۱/۹/۲۴ یعنی سه‌روز پیش از بستری شدن در بخش عفونی‌مشغول‌تحصیل‌بوده‌ولی‌برای بار سوم درد و تورم‌مفاصل گریبانگیرش میشود .

درمعاینه ـ مفاصل زانوی او متورم وفوق‌العاده دردناک‌است مفاصل‌مچ‌دست وبند انگشتان نیز بهمین منوال گرفتار میباشد تب ۴۰/۵ ، سوفل سیستولیك درنوك قلب موجود وتا زیر بغل‌انتشاردارد .شوك آندوم(۴) شدید موجود ، تعدادضربانات نبض ۱۲۵ در دقیقه ولی منظم وفشار خون ۹ و۷ است . قاعدهٔ ریتین در دق مات و درسمع رالهای احتقانی بگوش میرسد .

درنگاه ـ بزرگی غده تیروئید جلب نظر مینماید . این بزرگی غده همزمان

۱—méracarpo—phalangienne ۲— Chorée
۳ — hémichorée ۴ — choc en dôme

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

با بروز تب و ناراحتی مفصلی بوده است .

ابتدا بیمار را تحت درمان با ژانتیزات دوسدیم (۱) با مقادیر قوی‌قراردادیم مدت سه‌روز این درمان بدون کمترین تأثیرادامه داشت . از روز چهارم‌سالیسیلات دوسدیم ازراه خوراکی وتزریقی با مقادیر کافی تجویز گردید ویکهفته ادامه داشت درجهٔ حرارت بین ۳۷ و ۳۸ نوسان میکرد ولیکن کوچکترین بهبودی در علائم مفصلی ایجاد نگردید .

روز یازدهم از بستری شدن تب‌مجدداً تا ۳۹/۵ بالا رفت ؛ هذیان وتحریکات شدید مراکز مغزی وهیجان فوق‌العاده زیادی گریبانگیر او گشت بنحویکه بیمار قادر بدادن کمترین حرکت‌بپاهای رنجورخودنبود وحتی اجازه نمیداد کوچکترین ملامسه ومعاینه از زانوهای متورم فوق‌العاده دردناکش بعمل آید ناگهان روی تختخواب‌خودسرپا ایستاده‌وحتی میخواست خودرا به‌پائین‌پرت کند . هذیان‌شدیدتر شد داروهای مسکن ومنوم کارگر نیفتاد .

درمعاینهٔ ریتین یك‌کانون پنومونی درقاعدهٔ ریه چپ کشف گردید (ماتیته ، سوفل توبر واضح ودرد فوق‌العاده شدید این ناحیه) .

در امتحان قلب پانکاردیت کاملاً واضح مشهود گردید (فروتمان پریکارد ، کرشدن صداها ، نزدیك شدن فشار خون ماگزیما ومینیما (۲) ، سقوط فشار خون وتاکیکاردی) . تجویز پنی‌سیلین وسالیسیلات‌دوسود وژانتیزات‌دوسدیم تأثیری در وضع بیمار نبخشید وتخفیفی درتب بیمار که به ۴۰ درجه رسیده‌بود نداد .

در این‌موقع که‌تقریباً امید ما بیأس مبدل شده بود بفکر استفاده از کورتون افتادیم . ازقرص‌های ۲۵ میلی گرمی کورتون (مرك آمریکا) بشرح زیر به بیمار تجویز گردید :

روز اول ۳۰۰ میلی گرم — هرهشت‌ساعت چهارقرص ۲۵میلی گرمی

روز دوم ۲۰۰ « « — هردوازده‌ساعت « « « «

روزسوم ۱۰۰ « « — چهار قرص ۲۵ میلی گرمی دریك بار

روزچهارم « « « « — « « « «

۱— gentisate de .odium ۲— Pincement de tension artérielle

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

روز پنجم ۱۰۰ میلی گرم – چهار قرص ۲۵ میلی گرمی در یك بار

روزششم « « – « « « «

روزهفتم « « – « « « «

بمحض تجویز اولین مقدار دارو (۳۰۰ میلی گرم روز اول) تأثیر واضحی در حال عمومی و وضع بیمار ایجاد گردید. درجهٔ حرارت ازروز بعد از ۳۹/۵ به ۳۶/۸ پائین آمد، حال عمومی بیمار بهتر شد غدهٔ تیروئید کوچکتر شده علائم عصبی و روحی، علائم ریوی ومالش پریکارد درعرض سه الی چهارروز بتدریج برطرف گـردید. اشتها بحال طبیعی بر گشت، سقوط تب تاسه‌روز ازشروع درمان ادامه داشت ولی روز چهارم دوباره درجهٔ حرارت تا ۳۸/۵ بالا رفت سپس مجدداً بتدریج سقوط تب شروع شد روزهفتم درمان هورمونال درجهٔ حرارت عادی شد. بنظر مـا علت صعودمجدد تب‌دیردادن دارو توسط پرستار بود که‌هشت‌ساعت‌ازوقت‌معین تأخیرشده بود. روز هشتم و نهم درمان مقدار دارو به ۷۵ میلی گرم در روز تنزل داده شد ولی تب مجدداً بالا رفت وتا ۳۹ درجه رسید. روزهای دهم ویـازدهم و دوازدهم روزانه ۱۰۰ میلی گرم در یکبار مجدداً تجویز گردید معهذا نوسان تب بین ۳۷ و۳۹ ادامه داشت.

از روز سیزدهم چهارقرص۲۵ میلی گرمی کورتون که تاآنروز یکبارتجویز میشد با مقادیر منقسم (۱) هرشش‌ساعت‌یك‌قرص تجویز شد وبالنتیجه درجهٔ‌حرارت بحال طبیعی بر گشته حال عمومی بیمار اصلاح گردید. روز شانزدهم مقدار دارو به ۷۵ میلی گرم تقلیل داده شده و تب مجدداً تا ۳۷/۵ بالا رفت وحتی روز هجدهم تا ۳۹/٤ صعود کرد ولی با ادامهٔ سه‌روزه درمان، تب بکلی قطع شد وحال عمومی نیز کاملاً اصلاح گردید.

نکتهٔ قابل توجه اینکه درجریان درمان با کورتون مختصری خیز در اندام تحتانی وصورت بیمار پدیدآمد ولی پس ازقطع درمان ازبین رفت.

وضع کلیه بیمار مرتباً با تجزیه های مکرر وروزانهٔ ادرار بازرسی میشد و همچنین ترشح ۲٤ ساعت کلیه‌ها (دیورز) (۲) نیز بازرسی‌میگردید وفقط‌یکی‌دوروز

۱– fractionné ۲– diurèse

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

در جریان درمان با کورتون آلبومین مختصری در ادرار موجود ولی دیورز مرتب وطبیعی بود.

سرعت رسوب گلبولی که روز پس ازورود بیمار بیمارستان ٦٥ میلیمتر در ساعت اول بود روز دهم درمان هورمونال به۱۸ میلیمتر رسید وپس ازخاتمه دورهٔ درمان بیست روزه با کورتون سدیمانتاسیون به ٥میلیمتر درساعت رسید.

فورمول لکوسیتر و شمارش گلبولی : در روز های اول بستری شدن بیمار هیپرلکوسیتوز وپولی‌نوکلئوزوجودداشت. ائوزینوفیلی‌درجریان درمان‌با کورتون از بین رفت وفقط یك‌بار یك ائوزینوفیل درمقابل ۳۰۰ لکوسیت دیده‌شده بود.

هموکولتور همیشه منفی بوده است.

اینك که پس ازیکسال وهشت‌ماه به‌انتشارشرح‌حال‌بیمار مزبور اقدام‌میشود مشارالیه کاملا صحیح وسالم بوده ازنظر حالات عمومی ووضع مفاصل کوچکترین ناراحتی‌ندارد. نکتهٔ جالب دقت وتوجه‌اینکه کمترین یادگاری ازعوارض قلبی‌حتی سوفل سیستولیك که در موقع مرخص شدن بیمار از بیمارستان داشت باقی نمانده وضربانات قلب منظم وعادی است بطوریکه حتی امتحان الکتروکاردیوگرافی در وضعهای مختلف وهمچنین امتحان پرتوشناسی کوچکترین عارضه‌ای درقلب نشان نمیدهد. بیمار که پیش‌بینی‌میشد ناراحتی‌قلبیش سالهادوام داشته‌باشد اکنون کمترین ناراحتی عملی درخود احساس نمینماید وقوای جسمانی او خیلی‌پیشرفت‌نموده است.

نتیجه

بوسیلهٔ درمان با کورتیزون و A. C. T. H. میتوان سیر تظاهرات مختلف بیماری بویورا متوقف نمود. علائم عمومی ومفصلی بخصوص درمقابل درمان خیلی حساسند. سقوط سرعت رسوب گلبولهای قرمز وپائین‌آمدن فیبرین خون دیررس است. بین تظاهرات قلبی، پریکاردیت بطورقابل‌ملاحظه‌ای بدرمان تسلیم‌میشود. اغلب میوکاردیت و گاهی آندوکاردیت بهبود مییابند و همچنین میتوان سیر تکاملی حملهٔ روماتیسم را تغییر داد.

قطعی نیست که درمان هورمونال دورهٔطبیعی تکاملی بیماری بویو را کوتاه

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]

نماید ولی اگر این درمان درتمام این مرحله خطرناك ادامه پیدا نماید میتواندتمام تظاهرات را موقوف نماید . این عمل‌حفاظت کننده‌روی قلب هم اثر وعمل‌مینماید. زود شروع کردن درمان محتملا ازعوامل موفقیت‌است . درصورتیکه قبل‌ازظهور کاردیت‌یا درمرحلهٔ اولیه‌آن درمان شروع‌شود ممکنست بجلوگیری ازیادگارهای قلبی امیدوار بود .

تجویز کورتون را بایستی تاقطع کامل تب‌وبهبود حال عمومی و ازبین‌رفتن علائم مفصلی با مقادیر منقسم ادامه‌داد .

مشاهداتی هست که بیمار مدت سه الی چهارماه تحت‌درمان کورتون بوده و عارضه مهمی دراو دیده نشده است .

در جریان درمان با کورتون بیمار حتماً باید تحت کنترل طبی بوده و در بیمارستان بستری باشد . رژیم اوبی‌نمك و با سمیت کم (۱) بوده در ضمن امتحان ادرار و دیورز و توزین بیمار هر روز بعمل‌آید و تعداد ائوزینوفیلهای خون نیز تعیین شود .

پنی‌سیلینوتراپی‌لااقل‌ازراه‌دهان‌میبایستی درجریان وپس ازدرمان‌هورمونال ادامه پیدا کند. بنظر میآید که‌این‌داروانرمهمی‌درپیش گیری ازعود مرض‌داشته‌باشد.

مآخذ :

1 – Cortison et cortico – stimuline (A. C. T. H) en rhumatisme F . Coste . 1953

2 – Encyclopédie Médico – Chirurgicale (Os, articulation, rhumatisme) 1953

3 – Traité de Médicine. Tome 17 . 1953

۱ – hypotoxique

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-19]