

طحالهای بزرگ و علل بالینی آن

تکارش

دکتر محمد علی مولوی

رئیس درمانگاه عفونی بیمارستان پهلوی

از لحاظ بالینی علل بسیار باعث عظم طحال میشود که تشخیص برخی از آنها آسان و برخی دشوار است.

نکته مهم - حدود و وضع طحال را با دق و ملامسه معین میکنند. دق بایستی با دقت تمام انجام شود؛ دق در جهت عمودی و عرضی و نیز لهس با یکدست و هر دو دست وضع و توپوگرافی سپرز را نشان میدهد پس از تعیین حدود طحال باید حدود آنرا روی پوست بدن در ناحیه مربوطه ترسیم نمود (بامداد در موگرافی) لهس بخوبی، سفتی و نرمی و ثابت و متحرک بودن طحال را معین میکنند. اندازه با سانتیمتر نیز پس از ملامسه و دق حدود طولی (روی خط زیر بغلی تا تاج خاصره) و عرضی آنرا مشخص میدارد.

پس از تعیین و ترسیم وضع حدود طحال میبایست شکل و اندازه آنرا روی کاغذ نیز منعکس نمود معمولاً روی کاغذ کالک این عمل صورت میگیرد این امر برای تعیین اثر درمان و تغییرات عظم سپرز خالی از اهمیت نیست به علاوه همیشه در پرونده بیمار ضبط میگردد.

در جریان هر عظم طحالی حتماً میبایست امتحان خون، مغز استخوان و اسپلنوگرام پس از بزل طحال انجام شود. امتحان درجه انقباض طحال با آدرنالین نیز تا حدی مفید است و ارتجاع وضع نسج طحالی را آشکار میدارد؛ ممکن است در ضمن این امتحان قبل و بعد از انقباض نیز خونرا آزمایش نمود.

بزرگی طحال را نباید با آزردهای زیر اشتباه کرد: تومرهای طحال، عظم لب چپ کبد که تمام پهلوی چپ را اشغال نمیکند (در صورتیکه عظم طحال تمام پهلوی چپ را اشغال میکند)

کلیه بزرگ - تومر خلفی و عمقی تر میباشد نیز قطب خلفی دارد، کنار

داخلی و حدود آن مشخص بوده با طحال متفاوت است. موقعیکه کلیه زیاد بزرگ باشد تشخیص آن مشکل است. فیسنژه ئیدرو نفروز بزرگی را نقل میکند که با عظم طحال مورد مباحثه قرار گرفته و اشتباه شده است فقط با پیلو گرافی نزولی با تنبریل (۱) تغییرات ئیدرو نفروز را نشان داده رفع اشتباه میکند. گاهی قولون بزرگ و نارسا با طحال بزرگ مورد مباحثه قرار میگیرد، دمل زیر حجاب حاجز و اورام صفاق موضعی و کیسه (۲)، سلی، سرطان قولون یک تومر غیر مشخص است که اشتباه نمیشود زیرا علائم مشخص روده و سندرم کونیک دارد؛ پرتوشناسی با مواد حاجب با دمیدن هوا و غیره بخوبی اشتباه را مرتفع میکند. گاهی پونکسیون تومر ماهیت بیماری را آشکار میدارد تومرهای سر لوزالمعده و یا تومرهای بقایای کانال ولف (۳) یا تومرهای دیگر هم ممکن است مطرح شود. در جریان عظم طحال امتحان خون و جستجوی آزار نسج رتیکو و آندوتلیال ضروری است زیرا رابطه طحال بعلت ساختمان خود با این دو قسمت خیلی زیاد است.

چنانکه متذکر شدیم تشخیص عظم طحال اغلب آسان است؛ خود مریض بیشتر جلب نظر پزشک را با احساس سنگینی در پهلو چپ میکند. گاهی درد این ناحیه مارا متوجه میسازد، درد موضعی وجود دارد که التهاب در کپسول طحال بوجود آمده باشد (پری سپلنیت) یا اینکه این عضو ناگهان و یکباره اتساع یابد.

بطور خلاصه عظم طحال را در حالات بیماری گوناگون میتوان مشاهده کرد عروق طحالی و رابطه این عضو با سایر اعضاء شکم مانند کبد - معده و مری و روده ها بعلاوه ساختمان رتیکولو آندوتلیال آن، اعمال ما کرو فازیک و هماتوپوئیک و هماتولیتیک آن این عضو را برای بزرگ شدن آماده میکند.

گروه بندی دقیقی که از لحاظ بالینی عظم طحال مفید باشد وجود ندارد بنظر بسیار دشوار میرسد که چنین گروه بندی را بتوان تنظیم نمود. تشخیص بالینی و علت عظم طحال را از روی حجم و بزرگی و سفتی و شکل و علائم همراه با آن و سیر مرض میتوان تا حدی تشخیص داد. تب، کم خونی، خونریزی، عظم غدد، فرمول خون

یرقان خفیف و غیره هیچکدام ارزش مطلقی برای تشخیص ندارند لذا ما عظم طحال را در گروه‌های چندگانه تقسیم‌بندی مینمائیم که تا حدی به تشخیص ما کمک میکند.

(۱) طحال بزرگ در جریان امراض عفونی و انگلی

بعلمت عمل طحال برای دفاع در مقابل عفونت‌ها و انگل‌ها تقریباً در تمام امراض واگیر حجم این عضو اضافه میشود بایستی بزرگی حجم متوسط یا شدید آنرا دقت نمود گاهی بزرگی طحال بقدری شدید است که قسمت اعظم شکم را اشغال میکند، در این موارد باید بفکر مالاریا، کالا آزاریا کیست تیداتیک بود.

در جریان گروهی از امراض که دارای علائم متعددند افزایش حجم طحال نیز ارزش تشخیص دارد، در تیفوئید بزرگ شدن سپرز بخصوص جالب نظر است. در ضمن تب مالت، سالمونلوز آندو کاردیت بدخیم زیر حاد، اسپيروکتوز و لپتوسپیروز و تب راجعه عظم طحال قابل ملاحظه است. بر عکس بزرگ شدن سپرز در تیفوس اگزانتوماتیک و گندهای خون، یرقان عفونی، بادسرخ، برنکوپنمونی و ذات‌الریه چندان مهم و جالب نمیباشد. محتمل است که در آسیستولی طحالی يك عامل عفونی نیز ذخیره باشد باید بخاطر داشت که اغلب در نوزادان مایه کوبی آبله موجب بزرگ شدن طحال میشود بعد از قطع تب اطفال مایه کوبی شده این بزرگی طحال ممکن است موجب اشتباه شود.

در سل کودکان بزرگ شدن سپرز شایع میباشد طحال در جریان پریمو انفکسیون (شروع سل) بعلاوه علائم ته چشمی نفیس‌ترین علامت برای پیش‌بینی منفذیت و گرانولی و بالاخره انتشار سل میباشد.

در سیفیلیس مادرزادی عظم طحال همواره ثابت بوده و همراه با بزرگی کبد میباشد که علامت حتمی برای تشخیص است اشکالی از کوفت مادرزادی که توأم با بزرگی طحال و کبد است نسبتاً خوش‌خیم بوده بدرمان خوب جواب میدهد. بزرگ شدن تنهای طحال در اشکال بدخیم کوفت نوزادان توأم با کم‌خونی بسیار فراوان است.

عظم طحال در جریان برخی از امراض عفونی مسلط بر سایر علائم است: در مالاریا بزرگ شدن طحال مهمترین علامت را تشکیل میدهد. در مالاریاهای مادرزادی به محض تولد طفل متوجه طحال بزرگ میشویم.

تظاهر عظم طحال در مالاریای حاد کودکان و بزرگان پیش رس میباشد. در پالودیسزم مزمن طحال ممکن است حجیم، سفت و دردناک باشد که بعلت اجتماع رنگدانه‌های آهن و ملانیک میباشد.

در کالا آزار طحال بسیار بزرگ شده و تمام شکم را فرا میگیرد؛ کم‌خونی و لاغری و اختلال هاضمه و تب نامنظم؛ لوکوپنی و گرانولوپنی (کاهش سلول‌های دانه دار و لوکوسیت‌ها) از علائم دیگر کالا آزار میباشد. تشخیص مرض با بزل استخوان و ژله شدن خون با فرمل (۱) و واکنش کوپرا گوتا (۲) و امتحانات رسوبی بخوبی میسر میباشد.

در کیست ئیداتیک طحال تنها علامت میباشد خارش و ائوزینوفیلی و رادیو-گرافی اترا درمورا آکسیون کازوئی و آکسیون انحراف مکمل ما را به تشخیص مرض را هنمائی میکند.

چرکی شدن و پاره شدن طحال از عوارض وحشتناک کیست ئیداتیک است. دمل سپرز نادر است. در این جا بزرگ شدن عضو همراه است با درد، تب، و افزایش لوکوسیتها و گاهی پلورزی کاذب بعلت عکس العمل جنب طرف چپ آنتی-بیوتیکها پیش بینی این عارضه را منقلب کرده است. احتمال دارد که برخی اورام طحالی بعلت عفونی منجر به اسکروز شده و بعدها بطرف سندرم بانتی و سیروز کبدی منجر گردد.

(۲) بزرگی طحال توأم با آزارهای خونی

بعلت عملی که طحال در انهدام گلبولهای قرمز و سفید (اریترولیز و اوکولیز) و ایجاد گلبولهای سفید (لوکوپوئز) دارد حجم آن در اغلب بیماریهای خون افزوده میشود.

یرقان همولیتیک یا بیماری همولیتیک مادرزادی - کم‌خونی طحالی همولیتیک - بزرگ شدن طحال از علائم مهم و اصلی مرض مین کوفسکی شوفار است این عظم طحال مابین حملات همولیز نیز وجود دارد (۳) این بیماری ارثی است و در کودکان و نوزادان دیده میشود (برای جزئیات آن به بکتاب بیماریهای ارثی نویسند مقاله مراجعه فرمائید).

۱ - formol - leuco - gelification

۲ - Chopra-Gutta

۳ - crises hemolytiques

کم‌خونی همولیتیک طحالی مشخص است به يك عظم طحال ، کم‌خونی ارتو-
گرم دو تا سه میلیون با لو کوپنی متمایل به منونو کلتوز ، برخی از اختلالات هـاضمه
گاهی هماتمز (استفراغ خونی).

سیر آن با حملات مکرر ادامه یافته و خامت پیدا میکنند و آخر منجر به رك
میگردد در این جا تمایلی به سرشت سیروزی وجود دارد گویا ارث در بیماری
اخیر دخالتی ندارد و مقاومت گلبولی در آن کاسته نشده است فقط حملات کم‌خونی
از نوع پر نیسیو موجود است . او برتن (۱) عقیده دارد که اختلاف آن با بیماری
همولیتیک استفراغ‌های خونی است که مکرر در کم‌خونی همولیتیک طحالی موجود
است ولی لامی (۲) استاد نگارنده و پرفسور دبره معتقدند که این دو کسالت بهم
نزدیک میباشند یعنی دو شکل از بیماری مین کوفسکی شوفار است و در هر دو
درمان عاجل در آوردن طحال است . وجود میکروسیتوز و رتیکولوسیتوز برای افتراق
بیماری همولیتیک مهم است .

کم‌خونی طحالی (۳) - بسیاری از کم‌خونی‌ها را که همراه بزرگ شدن حجم
طحال است باین نام میخوانند. آنمی فن ژائکوزه را نیز جزو آن محسوب میدانند
ثابت کرده‌اند که طحال عمل مهمی در ایجاد برخی از کم‌خونی‌ها دارد در این جامحال
بحث آن نیست. اریتروبلاستوز با عظم طحال و کبد و خونریزی همراه است طحال بزرگ
همواره همراه آزارهای متعدد بافت رتیکولو آندوتلیال میباشد در لوسمی‌ها نیز طحال
حجم بزرگی پیدا میکند بخصوص در لوسمی میلوئید حجم قابل ملاحظه پیدا میکند.
بزرگی طحال در افزایش زیاده از حد گلبول‌های قرمز (اریترمی و اکز) همراه
با قیافه مخصوص سیانوزه و اتساع عروق ریتین و در دستخوانی در اعضاء است با فشار
خون زیاد به علاوه پلی گلبولی - عظم طحال مگاکاریوسیتز هم جزو این گروه است
(کراوزت و فاور) در لوسمی‌های لو کو بلاستیک و لنفو بلاستیک و غیره نیز طحال بر
حجم خود میافزاید .

۱ - Aubertin

۲ - Lamy

۳ - A. Splénique

(۳) عظم طحال و خونریزی

سندرم بانتی - رتیکولو فیبروز طحالی (۱) با خونریزی و سیروژن - عظم طحال
بر اثر ترمبوفلیت ورید طحال .

سندرم بانتی دارای سه مرحله بالینی است : بزرگ شدن سپرز با کم خونی معتدل
آسیت و تشمع کبدی که بهرک منجر میگردد از نظر تشریحی مشخص است به فیبرو -
آدنی سپرزی (۲) .

در مرحله دوم علاوه بر توضیحات بانتی اختلالات هاضمه و خونریزی معدی و
روده و هماتوز و مدفوع خونی (مانا) و رعاف دیده میشود . کم خونی متوسط در این
سندرم همراه لو کوپنی و کاهش پلاکتها است بدون اینکه اختلال در انعقاد خون
مشاهده گردد . برخی از مؤلفین مشخص این مرض را عظم اسکروز سپرز توأم بادانه
های فیبروسیدروز (۳) میدانند که گاندی و گاما (۴) پیدا کرده اند .

این بیماری معمولاً در دومین دوران طفولیت (۵) بتدریج و آرامی شروع شده
و بمالایمت پیشرفت میکند . علت بیماری مجهول است در آوردن طحال تنها چاره مؤثر
بنظر میرسد برداشتن طحال در مرحله ابتدائی یعنی همان موقعیکه طحال بزرگست
اندر درخشانی دارد ولی در مرحله بعدی و بخصوص در موقعیکه آزرگی کبدی نیز
توأم گردیده باشد ارزش خود را از دست میدهد .

در اطفال و نیز بزرگان سندرمهای مشابهی دیده میشود ولی با توصیف بانتی
اختلاف چندی در بردارد بدین جهت آنها را در دسته مبهمی از بزرگی های طحال
قرار میدهند بنام عظم طحال خونریزی دهنده سیروژن (۶)

گاهی در بین ۴ - ۱۶ سالگی طحال بزرگی که بطور بسیار مخفی و ملایم
سیر میکند این عظم طحال سفت و سخت و نامنظم و بی درد میباشد . اولین تظاهر آن
اغلب با خونریزی نسبتاً شدید دستگاه هاضمه است . مقاومت گلبولی طبیعی بوده
و اختلالی در جرم خون دیده نمیشود تعداد پلاکتها تغییر نمیکند ؛ کم خونی ابتدا

۱ - R. fibrose splénique hemorrhagique

۲ - fibro adenie splénique

۳ - nodules fibro-siderosique

۴ - Ganly - Gamma

۵ - seconde enfance

۶ - spl. hemorrhagiques cirrhogènes

خفیف ولی بعد از هر خونریزی بطرف و خامت میگرداید .

سیر این عارضه بصورت حملات تبادار توأم با آسیت و جریان جانبی شکم (۱) میباشد . مرك در ضمن يك خونریزی اتفاق میافتد و با سوءالقنیه (کاشکسی) تدریجی و تشمع جگر سیر ناخوشی را خاتمه میدهد .

در چندین مشاهده که پس از درآوردن طحال امتحان بافت شناسی بعمل آمده و یا کالبدگشائی ترمبوز ورید طحالی و یا تنگی آنرا نشان داده است . در گروهی دیگر از بیماران مشاهده کرده اند ترمبوز طحالی پس از پیله فلبیت واضح ایجاد گردیده است . کاهش حجم طحال پس از استفراغ خونی و نیز انقباض طحالی پس از زرق آدرنالین ارزش تشخیص زیادی برای ترمبوز ورید طحالی دارد .

گاهی اوقات علت ورم ورید طحالی و ترمبوز مربوط به تیفوئید قبلی است که بیمار دوچار گردیده یا وابسته به استئومیلیت ناسوری شده است . نگارنده يك مورد آنرا بر اثر زخم عفونی شده سردیده است . در برخی موارد علت آن مربوط بیک عارضه موضعی و یا ناهنجاری عروق طحالی است : چسبندگی شدید صفاق ، سنگ کیسه صفرا ، تومر و غیره . در موارد متعدد دیگر سلامتی و طبیعی بودن کامل عروق طحالی پس از عمل یا اتوپسی باعث میشود مبنای ترمبوفلبیتی سندرم را قبول کرد اگر در سابقه بیمار عفونتی نیز در کار نباشد که سبب آنها غیر مشخص و نامفهوم بهمانند سندرم اصلی بانتری با رتیکولوفیبروز سپرزی خونریزی دهنده و مولد سیروز (سیروژن) که با علائم چندی تا حدی از هم متمایز میگردند ولی حدود بیماری بانتری مشخص نبوده دایره معین نمیتوان بدان قائل شد . تنها درمان مؤثر درآوردن و قطع طحال است . ولی باید دقت کرد در جریان ترمبوز تازه و حادیکه بر اثر عمل جراحی یا بیماری عفونی ایجاد شده برداشتن طحال خطرناکست لذا موقعیکه تب و هیپرلوکوسیتوز و جریان جانبی شدید و حاد با افزایش پلاکتها در کار باشد اقدام بعمل خطرناک میباشد .

در آوردن طحال بعلت ترمبوز ورید طحالی پس از عمل جراحی قبلی نیز

عاقبت شومی دارد در مرحله طحالی خالص در آوردن سپرز نتیجه خوبی میدهد بشرطی که مراقبت‌های لازم قبل و بعد از عمل و انتقال خون و غیره انجام شده باشد. پس از تشکیل آسیت پیش‌بینی مرض بدتر است و برداشتن طحال نتایج کمتری دارد.

اطلاعات جدید و خونریزی‌های هاضمه، هماتوز و اریس‌های مری و معده و پورپورا و غیره دلایل دقیق و کاملاً کافی است که در جریان عمل عوض در آوردن ساده طحال عروق آنرا با عروق کلیوی پیوند نمایند یعنی ورید طحالی را به ورید کلیوی چپ پیوند کرده و جریان خون را بدین ترتیب منحرف کننده (طریقه بلاک مر (۱)) در ضمن عمل میتوان فشار تمام شاخه‌های ورید باب (سیستم پرت) را نیز اندازه گرفت اگر فشار وریدی از ۱۲ سانتیمتر آب که طبیعی است تجاوز نماید و اگر قطراورده و قابلیت حرکت آنها اجازه دهد پیوند را باید اجرا نمود.

طریقه بلاک مر با وجود این بکلی از خونریزی‌های مجدد بعد از عمل جلوگیری نمیکند ولی از کثرت و خامت و عود آنها میکاهد. طریق جدیدی نیز پیشنهاد شده است که هنوز تعداد عمل‌شدگان چندان زیاد نیست که بتوان نتیجه قطعی عمل معین نمود.

پورپورا توأم با بزرگ‌شدن سپرز - در پورپوراهای مزمن خونریزی‌دهنده طحال اغلب بزرگ میشود. نوعی از پورپورا وجود دارد که عظم طحال قابل ملاحظه است. برخی از مؤلفین تصور میکنند که عدم کفایت پلاکتها و کاهش تعداد آنها وابسته بوجود طحال است که موجب انهدام شدید پلاکتها میشود لذا پیشنهاد کرده‌اند در آوردن طحال در این موقع از عمل انهدام پلاکتها جلوگیری میکند.

نتیجه فوری عمل در این موارد معمولاً خوب است تعداد پلاکتها افزوده شده و خونریزی متوقف میگردد ولی نتیجه دوردست و بعدی آن کمتر رضایت بخش است و ممکن است بیماری عود کرده و با وجود تلاش و تداوی لازم عاقبت بدی پیدا کند و مریض را بمرگ بکشاند.

۲) بزرگی‌های طحالی و پرتانهای مزمن

در این موارد باید ابتدا بفکر یرقان همولیتیک بود. در جریان یرقانهای عفونی

طولانی در نصف موارد طحال بحجم خود میافزاید. اگر طحال بزرگ همراه کبده بزرگ و یرقان در نوزاد باشد ب فکر کوفت مادرزادی باید افتاد که قبل از سه ماهگی خطرناک بوده و بعداً بالنسبه نیک فرجام است نادر است که عظم طحال همراه احتباس سنگ یا سرطان بوده و تب وجود نداشته باشد. گاهی اوقات تب و یرقان و عظم طحال بعلمت سنگ کلدوک و آنژیو کلیت میباشند.

یرقان مزمن همراه طحال بزرگ و کبده بزرگ مساوی است با سیروزها نو که مدفوع در آن زرد رنگست سنگ کلدوک مزمن توأم با یرقان شدید انسدادی میتواند بعدها عظم طحال تولید کند ولی در اینجا هرگز حجم طحال بزرگی ها نو نمیرسد.

(۵) طحال بزرگ همراه کبده بزرگ

در کودکان در درجه اول باید ب فکر کوفت مادرزادی کبده بود. در نوزاد و کودک میتوان عظم طحال توأم با کبده بزرگ را بر اثر نارسائی و آسیستولی کبده و طحالی و یا بعلمت سیروز قلبی سلی دانست (۱) که همراه تب، سیانوز (کبودی پوست و لبها) و علائم پریکاردیت است.

مرض گوشه (که جزورتیکولوزها) معمولاً توأم با عظم قابل ملاحظه طحال است ولی بزرگ شدن کبده در آن چندان مهم نیست.

در ضمن طحال و کبده بزرگ باید دقت نمود که آیا آسیت نیز در کار است یا نه؟ و جریان جانبی موجود است؟ کبده بزرگ (در بزرگان) توأم با طحال بزرگ در مشروبخواران و افرادی که مشروبات اشتها آور زیاد مصرف میکنند توأم با یرقان خفیف - اوروبیلین در ادرار با آسیت یا بدون آن ما را ب فکر سیروز آلکلیک ها نو ژیلبر میاندازد. اگر خونریزی روده با آسیت نیز در این جا همراه باشد موضوع پیچیده تر خواهد شد.

وجود رنگدانه های جلدهای با کبده و طحال بزرگ و دیابت تشخیص دیابت برنزه را مطرح میکند اگر دیابت نباشد سیروز رنگدانه ساده مطرح خواهد شد.

گاهی سیروز آترفیک لاینک با آسیت و عظم طحال همراه میشود. در ضمن نارسائی قلبی نادر است طحال و کبده هر دو بزرگ میشود ولی نادراً ممکن است این

حالت اتفاق افتد که بنام آسیستولیطحالی کبیدی خوانده میشود (۱)
 برعکس در طفلی که کبد بزرگ دارد بعلاوه آسیت و تاکی کاردی و طحال
 بزرگ پریکاردیت سلی منشاء آنست در این جا چسبندگی طحال نیز موجود است گاهی
 این علائم منشاء روماتیسمی دارد طحال بزرگ در این دو مورد (پریکاردیت چسبنده
 سلی یا روماتیسمی) متغیر است گاهی بزحمت احساس میشود زمانی کاملاً بزرگ
 است که بنام شکل هیپرسپلنومگالیک مرض نامند. در برخی موارد بزرگ شدن
 سپرز بر علائم مسلط بوده گاهی سیروز تظاهر شدیدتری دارد در این جا نسبت بموقعیت
 می توان گفت عظم سپرز مربوط به سیروز است یا عامل دیگر.

در آزارهای چرکی طولانی بعلت سل و غیره وجود عظم طحال گاهی بزرگی
 کبد، اسپال مزمن، آلبومینوری فراوان بیماری آمیلوئید را مطرح میکند اگر عناصر
 تشخیص کافی نباشد بزل بیوپسی کبیدی و طحالی ماهیت و علت ناخوشی را آشکار
 میکند.

(۶) عظم طحال بالو گو سپیتوز

تمام لوسمی ها در این گروه طبقه بندی میشود که همراه با بزرگ شدن غدد
 لنفاوی (آدنوپاتی) افزایش گلبولهای سفید (تا ۲۰۰ هزار و بیشتر) در لوسمی لنفوئید
 لنفوسیت ها شدیداً افزایش یافته (۱۵۰ هزار) در لوسمی میلوئید سلولهای میلوئیدی
 افزوده میشود و طحال بسیار بزرگ و حتی تا لگن خاصره میرسد بعلاوه ۴۰۰ هزار لوکوسیت
 در هر میلی متر مکعب خون که از جنس ملیوئید است.

برخی لوسمی های مزمن لنفوئید همراه طحال بزرگ و غدد بزرگ نیست که
 بنام لوسمی مزمن طحالی خالص گفته میشود. در لوسمی های منوسیتی طحال و کبد
 بزرگست ولی غده های لنفاوی بزرگ نشده است لنفوسیتوز ۵۰ - ۶۰ درصد میباشد
 در برخی لوسمی های میلوئید آدنومگالی است که فقط امتحان خون رفع
 اشتباه میکند.

(۷) بزرگی سپرز با عظم غدد لنفاوی

بزرگ شدن طحال با غدد لنفاوی و تب حاد منونوکلئوز عفونی را بخاطر می آورد

و امتحان خون در این حال منو و کلتوز نشان میدهد. لوسمی لنفوئید مزمن نیز جزو این گروه است ممکن است در لوسمی لنفوئید و میلوئید سلول‌های دانه‌دار از مبینای میلوئید یا لنفوئید کم باشد در این صورت آنها را لنفوز یا میلووز آلوسمیک نامند. لنفو گرانولوماتوز بدخیم نیز جزو این گروه است که پلی نوکلئر با سایر علائم همراه است.

در لنفادن‌ی سلی نیز عظم طحال و غدد بزرگ ولی بطور نامنظم دیده میشود بیوپسی خاصیت اصلی مرض را نشان میدهد. عظم غدد کوفتی نادراً با طحال بزرگ همراه است تشخیص با B.W و سابقه و اثر درمان معلوم میشود.

لوکوسار کوماتوز اشترنبرگ - عظم غدد مانند لنفوسار کوم است سپس کم خونی و خونریزی شروع میشود امتحان خون سلول‌های بزرگ جنین را نشان میدهد که از نوع سار کومی میباشد. پیش بینی این عارضه بسیار وخیم است و سرعت بطرف مرک میکشاند. در این بیماری غده‌های بزرگ شده با طرف چسبندگی ورید گاهی نیز منفرد میباشد که موجب اشکال تشخیص میشود لذا بیوپسی غدد و طحال برای تشخیص دقیق ضروری است.

(۷) بزورگی «نفرد و خالص طحال

در اینجا تنها علامت مثبت طحال بزرگست و بس: کبد بزرگ نیست یرقان و سیانوز و غیره وجود ندارد امتحان خون طبیعی است در این مورد بفراموشی گوناگون باید بود:

عظم فیبروز طحالی که با آدرنالین منقبض میشود، گاهی مالاریا و کوفت در سابقه بیمار موجود باشد یا اینکه در سابقه اختلال جریان و هماتمز با کم خونی زودگذری وجود دارد

در کم خونی های فیبروز طحالی گاهی در امتحان بافتی طحال قطعات کالسی فربک (گاندی و گاما) دیده شده است که از جنس آهن و کالسیم در نسج طحالی بوجود آمده اند خیال میکردند وجود این جزایر و قطعات مربوط بیک آزار قارچی است

(میکوزیک) در حقیقت چنین نبوده و این امر تصادفی و وابسته به پاره شدن عروق طحالی است .

جزو این گروه بیماری بانتی رانیز باید در نظر گرفت که ابتدا عظم طحال تنها بتدریج خونریزی و کم خونی آسیت و در وهله آخر عظم کبد هویدا میشود . در پيله فلیت های مزمن طحال بزرگ و سفت است (اسکارو) آسیت بسرعت بدون عظم و نارسائی کبد بوجود میآید خونریزی های هاضمه فراوان ولی دیررس وجود دارد .

بیماری گوشه نادرتر میباشد یک عارضه ارثی است که طحال بتدریج بزرگ شده و منجر به علامت افزایش فشار میشود: درد معدی، استفراغ، تکرر ادرار و حوادث قلبی و غیره .

در برخی موارد کبد نیز بزرگست امتحان خون نادراً لو کوپنی نشان میدهد. خاصیت مخصوص مرض گوشه وجود رنگدانه های در صورت، گردن، دست، پشت، بینی و دو چشم است. سیر مرض ممکن است ۱۰-۳۰ سال بطول بکشد این عارضه جزو اختلال متابولیسم چربی ها (دیسلپوئیدز) میباشد. بزل نسج طحالی ساو لهای درشت و کف آلود و اکوئل داری نشان میدهد که دارای سر بروزید (۱) غیر فسفری و از گروه سرازین میباشد .

سار کوم طحال را میتوان در این گروه (عظم طحالی منفرد) نام برد که بسرعت پیشرفت کرده و پیش بینی بدی دارد گاهی سطح طحال در سار کوم نامنظم میباشد .

کیست ایمداتیک و کیست سرویاهماتیک طحال و دمل طحال را نیز در این جا میتوان نام برد در کیست های سرویاهماتیک (کیست خونی) فقط در آوردن سپرز ماهیت مرض را نشان میدهد .

کیست های درموئید طحال نیز فقط با بیوپسی و امتحان آن پس از عمل جراحی مشخص میشود .

در دمل طحال درد شدیدی در پهلوئی چپ و ناحیه طحال موجود است بعلاوه

علائم خونی و عفونی راهنمای تشخیص می‌باشد. مرض بریل‌سیهز در شکلی طحالی در مراحل اولیه فقط با طحال بزرگ همراه است (مراجعه به مشاهدات جناب آقای دکتر اقبال در مجله دانشکده پزشکی) بطور خلاصه عظم طحال را در سیروزها، کم‌خونی‌ها، یادگار و داغ‌های امراض مزمن، لوسمی‌ها و عوارض خالص طحالی مشاهده می‌کنیم، در موقع عظم فیبروز طحال، انسداد ورید طحالی و سندرم بانتری در آوردن طحال تاحدی از عوارض ناخوشی جلوگیری می‌کند.

مأخذ و مدارك :

- | | | |
|---|------|-----|
| Synd. pathologiques Robert Clement | 1952 | (۱) |
| Diagnosic Pratique de Fissinger | 1952 | (۲) |
| کتاب آسیب‌شناسی سیستم رتیکولو آندوتلیال آقای دکتر آرمین و مشاهدات | | (۳) |

بالینی شخصی