

مالاریا باعث عظم طحال میشود ولی هر عظم

طحال مربوط به مالاریا نیست

نگارش

دکتر یحیی پویا

رئیس بخش آزمایشگاه بیمارستان رازی

در مقاله شماره ۶ و ۷ نامه ماهانه دانشکده پزشکی راجع به اهمیت بزل طحال گفته شد که عظم طحال در بسیاری از بیماریهای حاد و مزمن و زهر آگینیها وجود دارد چون بیماری مالاریا در کشور ما بسیار شایعست و اگر در درمان آن دقت کافی نشود تولید عظم طحال مینماید و کشاورزان ماهم در صورت ابتلا کمتر دسترسی بدرمان مرتب و کافی مالاریا دارند و بطور تقریب در مناطق مالاریا خیز ۴۰ تا ۶۰ درصد ساکنین رنگ پریده و ضعیف و ناتوان و دارای طحالی بزرگند و پزشکان معالج هم دسترسی به آزمایشگاه ندارند معمولا بیماران تب دار مبتلا به عظم طحال را بعنوان بیمار مالاریائی تحت درمان قرار میدهند.

راست است که در میان گروه بیماران دچار عظم طحال اغلب آنها از آسیب مالاریا برخوردار و عظم طحال در آنها نتیجه بیماری نامبرده است ولی نمیتوان بدون توجه به آزمایش خون همه بیماران مبتلا به عظم طحال را مالاریائی فرض نموده سایر بیماریهای مربوط به دستگاه خونرا از نظر دور داشت با ترقیات شگرفی که در خون شناسی نصیب عالم پزشکی گردیده مایه تأسف است که فقط اکتفا به نشانه های

سریری نموده آزمایش های و دقیق خون شناسی را از نظر دور داشته باشیم .

خون شناسی جدید اقسام کم خونیها و لوسمی ها و کریپتو - لوسمی و اریترو بلاستوز^(۱) و تومور های مغز استخوان و طحال و کبد را از هم جدا و تقسیم کرده است و امروزه در موارد عظم طحال تا آزمایش دقیق خون و بزل دستگاہهای خون ساز بدن مانند مغز استخوان و طحال انجام نشود و نوع سلولهای آن معین نگردد برقراری درمان در باره بیماران نامبرده نه فقط بی نتیجه است بلکه گاهی سبب شدت بیماری میگردد .

اینک شرح حال بیماریکه غفلات و مسامحه در معالجه باعث مرگ او گردید بیان میشود .

در تاریخ ۲۶/۷/۱۰ بیماری دچار عظم طحال و کبد باین جانب مراجعه نمود که برای تحقیق از علت بروز آنها به بیمارستان رازی هدایت و بستری گردید .

اسم بیمار ، محمدعلی ، اسم پدر ، همت علی ، سن ، ۳۵ ساکن آبیك کارگر معدن ذغال سنك علت مراجعه ، تب و بیحالی و بی میلی و عدم توانائی بکار

سابقه بیماری بگفته خود بیمار بدینقرار است .

سال پیش دچار تب و نوبه شده پس از یکماه معالجه در محل بسر کار خود رفته و مشغول میشود ولی پس از چند ماه کار دیگر قادر بادامه آن نبوده ناچار مدتی در محل مشغول معالجه میشود و روزانه چند قرص گنه گنه میخورده و چون روز بروز حالش بدتر شده بستگانش

اورا بهتران برای معالجه میآورند .

حالات عمومی - بیمار رنگ پریده و ناتوان صورت بخصوص پلکهای فوقانی و پاها متورم بود در پاها ورم سفیدرنگ دیده میشود که در اثر فشار انگشت فرورفتگی تولید میکرد .

دستگاه گوارش ، زبان باردار ، حلق کمی محتقن و میل به غذا کم ، اجابت مزاج نامرتب و دفعات ادرار کردن زیادتر از معمول بود بخصوص شبها بیمار چند مرتبه برای ادرار کردن از خواب بیدار میشد در معاینه شکم طحال در طول بسیار بزرگ و تا حفره لگن خاصره چپ امتداد یافته در عرض از خط وسط گذشته دوشیار در لبه قدامی آن حس میشد و در زیر دست سفت بود .

کبد بزرگ و در موقع شقیق با اندازه چهار انگشت از زیر دنده خارج میشد - آسیت نداشت و عروق سطحی در روی شکم دیده نمیشد غدد لنفاوی اطراف سر و کشاله ران از حالت طبیعی بزرگتر بود .

دستگاه خون - صداهای قلبی در چهار کانون طبیعی فقط گاهی صدای اول در کانون میترال طویل ولی بدون انتشار و بدون سوفل و قرعات نبض هشتاد در دقیقه بود .

دستگاه تنفس - بیمار تکت تکت سرفه میکرد ولی در معاینه دق و سمع آثار مرضی در ریهها وجود نداشت .
دستگاه عصبی نیز طبیعی بود .

امتحانات آزمایشگاهی در تاریخ ۲۶/۷/۱۱ بعمل آمد نتیجه بقرار ذیل بود .

۱ - در ادرار آلبومین وجود داشت .

۲-	هماتوز و ترواسپیروکت درخون دیده نشد .
۳-	شماره گلبولها - گلبول قرمز ۲/۰۰۰/۰۰۰ درهر میلیمتر مکعب گلبول سفید ۵۰۰۰ « « «
۴-	فرمول لوکوسیتتر .
	پولی نوکلئر نو تروفیل ۶۷
	پولی نوکلئر اتوزینوفیل ۱
	میلو سیت نو تروفیل ۲
	نورمو بلاست ۱
	منو نوکلئر بزرگ (منوسیت) ۱۰
	منو نوکلئر متوسط ۲
	لنفوسیت ۱۷
	<hr/> ۱۰۰

در گلبولهای قرمز تغییر شکل ورنک و حجم موجود بود و درخون سلولهای نارس مغز استخوان دیده شد .

۵ - واسرمن کلاسیک و کان منفی بود .

چون در آزمایش خون وجود آنمی و سلولهای نارس ملاحظه گردید برای یافتن علت عظام طحال در ۱۶/۷/۲۶ اقدام به بزل طحال گردید پس از تعیین فرمول سلولی طحال یا اسپلنو گرام و مقایسه آن با اسپلنو گرام طبیعی دیگر گونی عجیبی در اسپلنو گرام بیمار مشاهده شد که در نظر اول غیر طبیعی بودن اسپلنو گرام بیمار را مسلم مینمود .

در تابلو زیر اسپلنو گرام طبیعی و اسپلنو گرام بیمار نامبرده مشاهده

میشود

تابلو شماره ۱

اسپلنو گرام طبیعی	اسپلنو گرام بیمار نامبرده بالا
پولی نوکثر نو تروفیل ۲۹-۳۰	پولی نوکثر نو تروفیل ۹/۶۶
پولی نوکثر ائوزینوفیل ۱-	پولی نوکثر ائوزینوفیل ۲
پولی نوکثر بازوفیل نادر	پولی نوکثر بازوفیل ۵
لنفوسیت ۵۰-۶۰	لنفوسیت ۹/۶۶
منو نوکثر متوسط ۱۰-۲۰	منو نوکثر متوسط ۲
منوسیت ۵-۱۰	منوسیت ۴
پلاسموسیت ۱-۲	پلاسموسیت ۳/۶۶
نورمو بلاست ۱/۵۰۰	ساول رتیکولو آندوتلیال ۶۶/۳۳
	نورمو بلاست ۲/۶۶

۹۹/۹۷

در اسپلنو گرام طبیعی ساول رتیکولو آندوتلیال دیده نمیشود و اگر هم گاهی دیده شود نادر است.

برعکس در اسپلنو گرام بیمار عدد زیادی از آنها دیده شد و اغلب آنها بحال اجتماع یعنی سنسی تیوم^(۱) وجود داشت و اگر بدقت میدانهای مختلفه میکروسکپی را از نظر بگذرانیم دیده میشود برخی از اسلولهای رتیکولو آندوتلیال از حال اجتماع خارج شده پروتوپلاسمای آنها محدود و داخل پروتوپلاسم حبابهای بیرنگی دیده میشود هسته آنها بسیار بزرگ و غیر منظم کرهاتین آنها در بعضی جاها بهم فشرده شده و بتاور نامساوی در هسته پراکنده گردیده و دارای هسته بزرگ است.

رویهمرفته حالت طبیعی خود را از دست داده و شباهت زیادی بسلولهای

توموری و خیم پیدا نموده بودند.

بیمار در تاریخ ۲۷/۲/۲۳ فوت نمود. قطعه از طحال برای آسیب شناسی بدانشکده فرستاده شد. جواب رتیگولو آند و تیوم بود. نتیجه ۱- هر بیمار دچار عظم طحال را نباید مالاریائی فرض نموده و درمان مالاریا نمود.

۲- قبل از برقراری درمان درباره بیماران مبتلا به عظم طحال بایستی آزمایش های دقیق خون شناسی را درباره آنان بعمل آورد زیرا بسیاری از بیماریهای دستگاه خون اگر بموقع تشخیص داده شود علاج پذیر است.

۳- اگر در تمام بیماران دچار عظم طحال بزل مغز استخوان و طحال بعمل آید از کجا معلوم که عامل بیماری کالا آزار که در هندوستان و سواحل دریای مدیترانه شایعست در ایران وجود نداشته باشد.