

بیماری پوست

خارش و درمان آن

نگارش

دکتر محمد علی ملکی

رئیس بخش بیماریهای پوست و آمیزشی در بیمارستان رازی

قریب هفت سال است که در بیمارستانهای تهران مشغول خدمت میباشم و در این مدت با عده زیادی بیماران پوستی سرو کار داشته است آنچه که بیشتر از همه توجه اینجانب را جلب کرده زیادی بیماران مبتلی بخارش تن میباشد که اغلب مدت زیادی طول میکشید و با وجود استعمال داروهای گوناگون موضعی و عمومی طولانی و صعبالعلاج میباشد.

طبق آمار ده ماهه اخیر سال ۱۳۲۲ در مانگه بیماریهای پوست بیمارستان رازی از مجموع مراجعه کننده گان که عده آنان ۲۴۳۳۶ تن است جز خارشهاییکه علل خارجی مانند گال و شپش و غیره داشته است و جز مبتلایان با گزما قریب ۰.۳٪ تمام بیماران پوستی و مقاربتی را تشکیل میدهند.

لذا بی مناسبت نیست مختصری از شرح این عارضه و طرق گوناگون درمان را که تا کنون معمول داشته است و نتایجی که بدست آمده بنگارد شاید دیگر همکاران محترم بنوبه خود تجربیات سودمندی که دارند در معرض استفاده قرار دهند. **تعریف - خارش** (۱) عارضه ایست که باشکال میتوان آنرا تعریف کرد زیرا سر تولید و انتقال آن بمرکز مغز کاملاً معین نشده است بنابراین نمیتوان آنرا از نظر اتیولوژی (۲) و نه پاتوژنی (۳) تعریف کرد مخصوصاً اشکال در اینجاست که خارش حس مبهم و ناتمامی است که عمل خاراندن آنرا تبدیل بیک نوع درد حاد و معینی میکنند و در نتیجه خاراندن است که در بیشتر مواقع بیمار حس تسکین مییابد بطوریکه میتوان گفت خاراندن لازمه حس خارش است زیرا در اشخاصیکه عمداً از خاراندن جلوگیری

میکند چون این حس بوسیله خاراندن تسکین نمیابد گرفتار یکنوع رنج روحی یا گرفتگی میشوند.

بعلاوه بمحض بروز حس خارش احتیاج خاراندن نیز حس میشود بطوریکه خاراندن يك حرکت خود بخودی است که بخارش وجود خارجی میدهد.

اغلب حسی را که در نتیجه قلق و مور مور شدن و راه رفتن حشرات بر پوست تولید میشود در ردیف خارش میدانند پس بطور خلاصه میتوان خارش را چنین تعریف کرد: خارش عبارت از مجموعه احساساتیست که باعث احتیاج و میل بخاراندن شده بوسیله آن این احساسات تغییر شکل میدهد.

از نظر عمومی خارش مربوط بچگونگی پوست است یعنی برای آنکه خارش تولید شود باید در مناطقی که انتهای پی‌ها پوست میرسد کاملاً سالم و دست نخورده باشد چنانکه خارش در زخمهای باز و عوارض بولو^(۱) کمتر تولید میشود. خارش دارای خواص ویژه زیر است:

۱- متحرك است^(۲) یعنی هر لحظه قسمتی از بدن را می‌گیرد و از نقطه‌ای بنقطه‌ای دورتر میرود. این خاصیت آنرا از درد که معمولاً محل آن ثابت است تمیز میدهد.

۲- اپر کوسیو یته^(۳) یعنی بی‌آنکه خارش در محل اول از بین برود سایر نقاط بدن شروع بخاریدن میکنند بی‌آنکه این انتشار تحت قاعد معینی باشد.

بالاخره احتیاج مبرم بخاراندن و راحتی که پس از خارش تولید میشود در محل خارش و ابتدای خارش حس زیاد شده^(۴) و بعد از خارش کم میشود.

۳- دیگر تناوب خارش است که بشکل حمله‌های ادواری^(۵) ظاهر میشود علت آن ممکن است تغییر درجه حرارت و یا موقع هضم غذا باشد ولی بیشتر علت آن کار زیاد و عصبانیت چشم و غیره است محل بروز خارش بیشتر قسمتی از بدن است که لباس بآن فشار می‌آورد یا در مجاورت هوا و سردی و گرمی قرار می‌گیرد.

حمله خارش بشکل متناوب و مرتب بروز میکند و شدت و ضعف دارد بعضی اوقات بقدری سخت است که بیمار پس از مدتی خاراندن بی‌هوش شده موقتاً تسکین پیدا میکند و گاه شدت خارش بیمار را بخيال خود کشی می‌اندازد.

حمله‌ها اغلب در شب قبل از خوابیدن و یا اندکی پس از استراحت بروز میکند و در نتیجه ممکن است بیمار چندین مرتبه از خواب بیدار شود و بکل ناراحت گردد

و از این جهت بر ضعف و عصبانیت او بیفزاید.

علل خارش - صرف نظر از علل خارجی که در نتیجه انگلها مانند سارکوپت (۱) گال و شپش و ساس و کک و غیره تولید خارش میکنند و از بحث ما خارج است علل خارش اغلب متعدد و چندین علت بایکدیگر توأم میباشند و تجسس و یافتن آنها بزرگترین وسیله تشخیص و درمانست.

این علل عبارتند از :

۱- استعداد بعضی نژادها مانند اهالی امریکای شمالی و اروپای شرقی و مرکزی و ایرانیان مخصوصا یهودیان بیشتر استعداد خارش دارند.

۲- علل فیزیکی - مانند سرما و گرما و از این قبیل است خارشهای زمستانی و تابستانی

۳- علل عصبی - مانند ترس و وحشت و عصبانیت بعضی بیماریهای پی و مغز مانند فلج عمومی و تابس و غم و اندوه و خستگی زیاد و بیخوابی و غیره

۴- مسمومیتها بطور کلی :

مسمومیت دارویی : بلادن و تریاک و مرفین و کافئین و آرسنیک و کین و کوکائین
مسمومیت غذایی : زیاد خوردن و استعمال مواد گوشتی زیاد و ادویه و ماهی دریا و تخم مرغ و پنیرهای تخمیر شده و الکل و غیره

مسمومیت های مزاجی (۲) مانند دولاب و نقرس و فریبی و بستنی و اختلالات

جگر و روده.

۵- عفونت های موضعی (۳) مانند پیوره آوئولو دانترا (۴) و آماس گرده و آماس آبدان و آماس لوله های زهدان و ورم پرستات و آماس مزمن آویزه و عفونت های کلی باسیل و یا عفونت های عمومی مانند سل و کوفت مخصوصا کوفت ارثی (در خارشهای موضعی) بدی عمل غدد ترشحات درونی و اختلالات قاعدگی و دوره یاس (۵) خواه طبیعی یا غیر طبیعی باشد.

اشکال بالینی :

خارشهای عمومی (۶) ۱- خارشهای فصلی که در زمستان تولید میشود و در کشور های متحد امریکا خیلی زیاد است . بیشتر در مردان دیده میشود و ممکن است از ابتدای کودکی شروع شده همه ساله در ماههای اکتبر و ژوئن تجدید شود .

حس خارش در اندامهای سافله است و عصر و شب شدت میکند و منتهی به لیکنی فیکاسیون (۷)

۱ — sarcopte ۲ — auto-intoxication ۳ — toxi-infection ۴ — piorrhée
alvéolo-dentaire ۵ — ménopause ۶ — prurit généralisé ۷ — lichénification

تمام قسمتهای پوست بدن میگردد.

یا در تابستان (۱) این خارش بادانه‌های گوناگون مانند پاپول و بول و وزیکول همراه است. بیشتر به پروریگو (۲) شبیه است تا به پروری. این خارش در قسمتهای باز بدن و بیشتر در جوانان و مخصوصا زنان دیده میشود. علت آنرا میتوان وجود ماده مخصوصی در پوست، دانست که در مقابل آفتاب حساس است (۳).

۲- خارش پیران (۴) که از سن ۶۵ بیالا دیده میشود. این خارش مزمن و متناوب و عمومی است.

در اینوع خارش، باوجود آنکه ناخنهای بیمار از شدت خارش سائیده شده است روی پوست اثری جز مختصر چین خوردگی و لکه‌های رنگ دانه چیزی نمیماند. علت آنرا میتوان بدی عمل جگرو گرده‌ها و غدد ترشحات درونی در نتیجه پیری دانست ولی استعداد ارثی و اکتسابی نیز دخالت دارد.

۳- خارشهای ناشی از جگر (۵) یرقان بهر علت که باشد از قبیل «سنگ زرداب و آماس کیسه زهره و چنگار لوزه المعده اگر مدتی طول بکشد باعث بروز خارش میشود این خارشها عمومی و بیشتر در کف دست و پا دیده میشود.

در یرقانهای کوفتی و ارسنو بنزوئیک اغلب خارش وجود ندارد.

۴- خارشهای ناشی از گرده مانند خارش در ورم مزمن گرده و اورمی بزرگ و کوچک.

۵- خارش در آبستنی که نتیجه مسمومیت های درونی، آبستنی است این عارضه در حدود ماه سوم حمل شروع شده ممکن است با آلبرومنیوری همراه باشد و تولیددانه های کثیری شکل نماید که منجر بشاخی شدن پوست (۶) و پیدمانتاسیون شود.

۶- خارشهای دیابتیک: گاه عمومی و زمانی موضعی است

۷- خارشهای ناشی از بیماریهای خون که در لنفا ادنیهای مختلف میلوئید و لنفوئید

۱- prurit d'été ۲- prurigo ۳- substance photo - sensibilisante

۴- p. sénile ۵- p. hépatique ۶- lichenification.

فوق العاده زیاد است مخصوصاً در بیماری هوچکین (۱) در این موارد ممکن است خارش بی عوارض خارجی و یا با عوارض پاپول دار و کثیری شکل همراه باشد. این خارشها ممکن است محدود بخارش دست و پا بوده یا عمومی و یا متناوب باشد و در شبها شدت کند.

دوم خارشهای موضعی (۲)

در این خارشها اغلب علل داخلی با تحریکات موضعی تولید میشود که باعث ثابت ماندن خارش در آن محل میشود. در خارشهای موضعی شاخی شدن پوست و اکزمائی شدن موضع وجود دارد. از همه مهمتر خارشهای مقعد و فرج است. خارش مقعد خیلی زیاد و اغلب شدید و طولانی است علت آن تحریکات موضعی است که باید بدقت جستجو شود. در کودکان کوچکتر از دوازده سال باید متوجه کرمک بود. و در اشخاص بزرگ آسکاریس و تنیا را در نظر گرفت زیرا ترشحات سمی این انگلها خارش میآورد.

امتحان کامل مقعد برای تجسس پلیپ و پاپیلوم و کندیلوم و ناسور و تراک و ورم مقعد و یاترشحات چرکی و یسا وجود نئوپلاسم لازم است از همه بیشتر بواسیر داخلی و خارجی دیده میشود. در اینقبیل بیماران شستشوی با صابون خیلی مضر است در بعضی موارد ممکنست وجود کانونهای چرکین دور مانند عوارض دهان و دندان باعث خارش گردد.

از علل عمومی باید اختلالات ترشحات داخلی مانند تیروئید و تخمدان را در نظر گرفت اختلالات جگر مانند دیابت و کوفت خیلی اهمیت دارد چنانکه اغلب خارش مقعد در کسانیکه بکوفت کهنه مبتلا میباشند نشانه تابس است. خارش مقعد اغلب فوق العاده شدید بوده در طرف عصر و شب شدت خود میافزاید بطوریکه مانع خواب و راحتی میشود. ماهها و سالها طول میکشد و بیمار را عصبانی و لاغر میکند. محل خارش تغییر شکل داده مخاط برنک قرمز تیره در میآید و شیارهای اطراف مقعد سفید و کلفت میشود. در بیماران مبتلا بکوفت ارثی مخاط قرمز و مترشح و حالت اکزمائی پیدا میکند.

۲- خارش فرج اغلب باخارش مقعد توأم است و در نتیجه ترشح مهبل می باشد . این قبیل بیماران مبتلا بآماس سوزاکی زهدان ولوله هاو کچی ویا چنگار زهدان میباشند . اغلب در موقع معاینه بیمار برای جستجوی علت خارش بوجود چنگار پی برده میشود . بعلاوه علل عمومی نیز مانند برقراری دوره یأس اعم از طبیعی یا غیر طبیعی و بیماری دولاب و کوفت ارثی واکتسابی زمینه را برای خارش مهیا میکند .

خارش فرج ممکنست خفیف ویا شدید باشد ودرموقع شدت فوق العاده سخت و اغلب درشب بروز میکند ممکنست بیمار بقدری خود را بخارانند که محل خارش بخون اغشته گردد . این خارشها باهیچ نوع معالجه تسکین نمیابند وگاه بیمار بفکر خود کشی و بریدن عضو میافتد و اگر اکزما بآن اضافه شود اغلب باترشح ووزیکول و سفت شدن پوست توأم شده عفونتهای خارجی مانند زرد زخم بآن اضافه میگردد .

۳- خارش موضعی غلفه و حشفه (۱)

خارشهای گلاند و پرپوس در نتیجه سوزاک مزمن و ضیق مجرا و آماس پروستات و آماس آبدانست و همچنین در اینموارد دیابت نیز اهمیت دارد . این خارش اغلب باخارش مقعد همراه است .

۴- خارش پوست بیضه شدید ترین اقسام خارشهاست که ممکنست منجر بجنون و خود کشی شود علت آن اغلب عمومی و عصبی است

۵- خارش بینی در نتیجه سینوزیت و تحریکات بینی و حلق در اشخاص نور و آرتریتیک (۲) و مبتلی باسم دیده میشود .

بالاخره خارشهای کف دست و پا در اشخاص فاقد توازن عقلی (۳) و مسموم شب هنگام بروز میکند این خارش ها اثری از خود در روی جلد نمیگذارد . برای اجتناب از اطاله کلام از شرح اقسام دیگر خارشها و پروریگوها صرف نظر میکنیم . فقط بشرح یک قسم از آن که اغلب در پزشکخانه ها و بیمارستانها زیاد است میپردازیم و آن خارش بچه هاست .

پروریگو سمپلکس (۴) یا استروفولوس آلفاوبتا (۵) یا کثیر دانه ای این عارضه در دوره اول کودکی مخصوصا در شیر خواران که هنوز دندان

۱- p. localisé préputial ۲- neuro -arthritique ۳- déséquilibrés

۴- prurigo -simplex aigu ۵- strophulus aetbou urticaire papuleux

ندارند دیده میشود عارضه ایست شبیه بکثیر و مانند آن در نتیجه حساسیت میباشد بیشتر در اطفالیکه از خانواده های نوروآرتریک یا کوفتی هستند دیده میشود. گاه در نتیجه بعضی غذاها در بدن کودکان پادتن^(۱) تولید میشود که باعث حساسیت میگردد (آنتی ژن دوسانسی بیلیزاسیون) این عارضه در کودکانیکه از پستان مادر شیر میخورند خیلی کم است مگر آنکه دایه مراعات دستور خوراک ننماید. بعلاوه خوراندن شیرگاو و تخم مرغ و خوراندن مقدار زیاد غذا بکودک و اختلالات روده مخصوصا آماس نشاسته ای قولون^(۲) و بدی عمل جگر و اختلالات غدد داخلی و رویش دندان.

نشانه ها: بطور ناگهانی یابیکی دو روز پس از حس خستگی و مختصر تب خارش بروز میکند دانه هائی کثیر مانند ظاهر میشود در وسط آنها پاپول است که پس از ۱۲ تا ۱۵ ساعت نوک سرخ آن محو شده و پاپول باقی میماند اگر پاپول را با چشم و یا ذره بین نگاه کنیم در انتهای فوقانی آن وزیکولی است که خشک شده و قشر زرد رنگ کوچکی باندازه یک نقطه در محل باقی میماند. ممکنست دانه های دیگری ظاهر شود که در آنها کمی آب جمع شده بشکل بول^(۳) در آید و باواریسل اشتباه شود.

این جوشها ابتدا از تنه و اندامها شروع شده و هر روز تجدید میشود و ممکن است در چهره هم دیده شود. هر یک از این جوشها ۸ - ۱۰ روز طول میکشد بطوریکه بر پوست کودک دانه های تازه و قدیمی دیده میشود.

این عارضه از سه هفته تا سه ماه دوام دارد و اغلب عود میکند و ممکن است تا سه سالگی طول بکشد تشخیص آن از کثیر بواسطه وجود سروپاپول و عرق جوش و گزش حشرات باید داده شود. تشخیص باواریسل بواسطه نبودن عوارض مخاط دهان آسانست.

پاتوژنی

بی آنکه وارد مباحثات مفصلی که راجع پاتوژنی خارش شده است بشود نکات زیر را یاد آور میگردد:

۱- ثابت شده است که خمله خارش با بهم خوردن تعادل و اگوسمپاتیک همراه است و بیشتر سمپاتیکوتونی^(۴) است

۲- این سمپاتیکو تونی اغلب بواسطه تسکین خارش با استعمال داروهائی مثل ارگوتامین و پیلو کارپین و کشیدن آب نخاع که نتیجه آن تحریک پنوموگاستریک است مدلل میشود.

۳- بهم خوردن تعادل و اگوسمپاتیک با تغییرات مهم مایعات بدن همراه است. چنانچه خون را در موقع خارش آزمایش کنیم تمام علائم کریزهموکلایزیک (۱) از قبیل کم شدن فشارخون و گوبچه‌های سفید (۲) و تغییر فوری اندیس رفراکتومتری (۳) تغییر تعادل اسید و بازو نسبت کلیسم و پتاسیم خون و کم شدن کلرور و اسید بته پیشاب. این اختلالات کاملاً شبیه باختلالاتی است که در بیماران مبتلا بکثیر واکزما و آسم و صداع شقی (۴) دیده میشود بعلاوه خود خارش یکی از تظاهرات عادی آنافیلا کسی است.

ممکن است این سمپاتیکو تونی در نتیجه تولید آنتی ژن، واد شوک باشد و شوک باعث بهم خوردن تعادل کلیسم و پتاسیم خون گردد و انتهای پی‌ها و موی رگهای پوست را تحریک کرده باعث خارش شود.

بعقیده بعضی کریزهموکلایزیک نشانه ایست که با خارش همراه است و خارش از سلولهای جلدی و انشعابات عصبی جلدی تولید میشود که در نتیجه حساسیت ارثی یا اکتسابی در مقابل مواد مولد واکنش (۵) تحمل ندارد و دلیل این مدعا را بهبود خارش بوسیله استعمال داروهای خارجی میدانند و از اینرو استعداد ارثی و عمل ترشحات داخلی و مسموم و خارشهاییکه علل موضعی و عصبی (۶) دارند بهتر بیان میشود فقط بیان خارشهای روحی (۷) مشکل است و میتوان آنها را جزء پسیکوپاتیها دانست.

درمان

درمانهای خارجی - بهداشت پوست : اینقبیل بیماران باید بمواد سوزان و معطر دست نزنند. صابون و آب زیاد بکار نبرند جامه زبر نپوشند.
داروهای موضعی - خیلی زیاد است مواد اسید محلولهای گرم و مالیدن استات دوپلمب و ایکتیول و قطران (گودرن) پمادهای مختلف - نیترات دارژان (در مورد

۱— crise hémoclasique ۲— leucopénie ۳— indice réfractométrie

۴— migraine ۵— réactogène ۶— émotif ۷— p. mental

خارشهای موضعی (الکتروتراپی پربسامد^(۱)) اشعه ماوراء بنفش اینقبیل معالجات کمتر موثر می افتد.

درمانهای درونی - این بیماران را باید بادقت هرچه تمامتر معاینه کرد. تمام اندامهای داخلی را بررسی نمود. عوارض جگر و گرده و غده های ترشح کننده درونی و بیماریهای عصبی و اورمی و دیابت و کوفت ارثی و اکتسابی را در نظر گرفت. در این بیماران آزمایش خون و پیشاب و مقدار قند و اوره و فرمول لوکوسیتز ضروریست بهداشت اعصاب و غذا را حاجت بیاد آوری نمیداند.

البته با یافتن یکی از این بیماریها درمان تا حدی سهل میشود ولی اشکال در مواقعی است که هیچیک از این نشانهها دیده نشود و یا اگر هم یافت شد درمان علت معول را از بین نبرد در این جا است که باید دست بدرمان باشوک زد.

داروهای مولد شوک هیچیک اختصاصی نیست و اثر آنها بواسطه واکنشهایی است که تولید میکنند مثل زیاد کردن عمل بیگانه خواری^(۲) بهمین جهت در مواردیکه علت خارش معلوم نیست این معالجات موثر میافتد.

داروهای مولد شوک و دسانسیبیلزان - سردسته این موادهپیوسولفیت دوسوداست که برای اولین دفعه را و^(۳) آنرا استعمال کرد. وی خواص پیشماری برای آن قائل است و نگارنده در این چند ساله در بیماران زیادی استعمال کرده است چنانکه در پایان نامه پزشکی دانشکده پزشکی تهران بشماره ۳۱۳ که بر اهنمائی اینجانب بوسیله آقای یوسف نیری در سال تحصیلی ۲۰ - ۱۳۱۹ تهیه شده راجع بدرمان خارشها و استعمال هیپوسولفیت دوسود آماری گرد آورده شده است. طبق این آمار بیش از ۶۰٪ بیماران مبتلا بخارش با استعمال این دارو بهبود یافته اند طرز استعمال آنرا بدین طریق معمول میداریم.

محلول سترون هیپوسولفیت دوسود ۲۰٪ بمقدار ۱۰ تا ۲۰ سانتیمتر مکعب یک روز در میان در سیاهرک بیمار سوزن میزنند از ۶ تا ۱۰ تزریق. در بیمارانیکه این دارو موثر واقع میشود از زرق سوم یا چهارم اثر بهبودی ظاهر میشود.

محلول کلرور دوکلسیم ۱۰٪ بمقدار ۵ تا ۱۰ سانتیمتر مکعب دررک بتعداد ۶ تا ۱۰ زرق و ممکن است باهیپوسولفیت دوسود توام در یک آبدزدک استعمال شود.

محلول بر موردوسدیم سترون ۱۰٪ بمقدار ۵ تا ۱۰ سانتیمتر مکعب یکروز در میان از راه رگ بتعداد ۵ تا ۱۰ زرق.

محلول سیلیکات دوسود ۰/۰۰۵ بمقدار ۴ سانتیمتر مکعب هر دو یا سه روز یکمرتبه درسیاهرگ (هر دفعه ۲ سانتیگرم میشود) ۵ تا ۶ زرق .
داروهای خوراکی محلول یک در هزار تارتارات ارگوتامین ۱۰ تا ۱۵ قطره سه مرتبه در روز یا گرانول سولفات داتروپین یک چهارم میلی گرم روزی دانه ۲ یا بشکل زرق ۵۰ میلی گرم .

اتو هموتراپی و اتوسروتراپی در بعضی موارد اثر خوب دارد .
در بیشتر موارد لازم است داروهای ضد شوک را توام نمود بدینطریق یکروز در میان مثلاً زرق هیپوسولفیت دوسود و یکروز در میان اتوهموتراپی
در بعضی بیمارانیکه با هیچیک از این داروها بهبود نیافته اند زرق شیر بمقدار ۶ تا ۱۰ سانتیمتر مکعب داخل عضله ۶ تا ۱۲ روز نیکو نتیجه داده است .
استعمال محلول آدرنالین یک در هزار بشکل خوراکی روزی سی قطره در دو مرتبه و قرص افدرین ۵ سانتیگرم دو قرص در روز مفید واقع شده است .
در بعضی خارشهای پیران چون هیچیک از این داروهای مولد شوک اثر مطلوب نداد در پزشکخانه خود محلول سولفات دو کوئینور ۵ درصد بمقدار ۲ تا ۵ سانتیمتر مکعب مخلوط با هیپوسولفیت دوسود زرق نمودیم و نتایج نسبتاً نیکو بدست آورد .
این بیماران در برابر داروهای مولد شوک تقریباً هیچ نوع واکنش نشان نمیدهند البته روان درمانی یعنی دلداری از اینکه این خارشها نتایج وخیمی ندارد و درمان خواهند شد و فقط پشت کار و مراقبت در معالجه و دستور خوراک نتیجه خواهد داد مفید است .

بطور خلاصه معالجاتی را که تاکنون در بیمارستان رازی و پزشکخانه خود معمول میدارد استعمال هیپوسولفیت دوسود در ۶۰٪ بیماران بهبود فاحش میدهد و ۳۰٪ آنان با مراعات دستور خوراک و رفع ضایعات مزاجی و معالجه باشو کهای توام نتیجه رضایت بخش بدست میاید .

بقیه یعنی ۱۰٪ دیگر که اغلب آنان دارای خارشهای پیری بوده یا سابقه کوفت مزمن یا ارثی دارند با وجود بکار بردن تمام این وسایل خیلی باشکال بهبود نسبی

میباشند و بیشتر این بیماران مبتلا بخارشهای موضعی و خارش مقعد و فرج و ناحیه میانین میباشند. دو نفر از بیماران پزشکیخانه نگارنده که مبتلی بخارش پوست بیضه و مقعد بودند و مدتها نزد اینجانب و بعضی همکاران دیگر بی نتیجه درمان کرده اند پس از یکماه مسافرت و استعمال گلهای معدنی که ترکیب آنها را کاملاً نمیداند و گویا در نزدیک ملایر است بهبود کامل یافتند و با وجودیکه متجاوز از دو سال از آن تاریخ میگذرد تا کنون اثری از عود خارش دیده نشده است.

آمار ده ماهه بیماران پوست و آمیزشی بیمارستان رازی

سال ۱۳۲۳

فصول مختلف	تعداد مراجعه کنندگان	عده مبتلایان بمرض خارش	مبتلایان بمرض جرب
فروردین	۱۶۴۰ نفر	۱۰۰ نفر با ۶/۱٪	۳۷۰ نفر یا تقریباً ۶/۲۳٪
اردیبهشت	۱۶۶۱ »	۹۲ » » ۵/۵٪	۳۰ » ۵۰۰۵
خرداد	۹۱۲ »	۵۰ » » ۵/۴٪	۶۰۰ » ۶۵/۷٪
تیر	۲۳۷۳ »	۹۰ » » ۳/۷٪	۳۱۱ » ۱۳/۱٪
مرداد	۲۵۰۶ »	۵۰ » » ۱/۹٪	۱۴۰ » ۵۶٪
شهریور	۴۰۹۵ »	۴۲ » » ۱/۱٪	— — —
مهر	۲۵۶۴ »	۴۷ » » ۱/۹٪	۲۴۷ » ۹/۶٪
آبان	۳۲۶۵ »	۲۰ » » ۰/۶٪	۷۵ » ۲/۳٪
آذر	۳۳۵۹ »	۸۱ » » ۲/۴٪	۴۷۹ » ۱۴/۲٪
دی	۱۹۶۱ »	۷۶ » » ۳/۹٪	۵۰۹ » ۲۶٪
	۲۴۳۳۶ نفر	۶۴۸ نفر ۰/۱/۰۵٪	۲۳۶ نفر ۰/۱۳۲۳٪