

سپتیمی سمی باکترئید

مطالعات انجام شده در ۲۵ بیمار عفونی و جراحی

ترجمه و گردآوری دکتر هوشنگ باستی*

پیدایش عفونت باکترئید در بشر هنوز هم يك موضوع پیچیده کلینیکی و تجربی است و بیماری زائی این دسته نسبتاً مبهم باقی مانده است.

دسته میکروبهای باکترئید میکروبهای است گرم منفی، بدون اسپر، باتونه‌ای، با دواتهای مدور و گرد که بی‌هوازی اجباری می‌باشد و رنگ اسید را بخود نمیگیرد. این میکروبها بطور معمول در دهان و واژن حیوانات زندگی میکنند و در مدفوع انسان ممکن است بیشتر از اشریشیاکولی یافت شود.

در سال ۱۸۹۷ برای اولین بار، ۳ دانشمند کارهای خود را درباره این میکرب ناشناخته گزارش دادند و اعلام داشتند که باکترئید، عامل سببی پاره‌ای از ضایعات چرکی انسان است و حتی توانستند این میکرب را از ضایعات التهابی حاد آپاندیس و سایر اعضاء بدست آورند و نیز وجود آنرا در ضایعات چرکی لگن زنان مشخص نمودند.

محققین بعدی، نقش این میکروب را در ایجاد اشکال چرکی بسیار متنوع از قبیل: اتیت مزمن و عفونت‌های حلق و لوزه، آبسه‌های ریه، آمفیژم و آندوکاردیت باکتریال تحت حاد بااثبات رساندند. در سال ۱۹۵۸ مقالاتی در مورد پیدایش نمونه‌هایی از عفونت باکترئید در کولیت اولسراتیو مزمن، آپاندیسیت، دیورتیکولیت، کولسیستیت، پریتونیت، آبسه کبدی و معالجات جراحی کارسینوم کولون انتشار یافت و علاوه گزارش‌هایی در مورد پیدایش پیلونفریت و آبسه‌های سطحی و عمقی لگن، آندومتری، استئومیلیت، زخمهای عفونی، مننژیت و آبسه‌های مغز بر اثر باکترئید، منتشر شد.

عفونت باکترئید در حیوانات وحشی و اهلی نیز دیده می‌شود و ۱۰-۲۰ درصد حیواناتی که گوشت آنها بمصرف

* مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۳، صفحه ۲۲۸، ۱۳۴۹

انسان میرسد دارای آبسه‌های کبدی بعلت میکروبهای باکترئید هستند.

اگرچه در کتاب باکتریولوژی Bergey در حدود ۳۰ نوع باکترئید نام برده شده است ولی فقط دو نوع آن از نظر کلینیکی دارای اهمیت زیاد است که عبارتند از:

Bacteroides - Funduliformis که در پاره‌ای موارد بصورت فیلامانهای طول در می‌آید و *Bacteroides - Fragilis* که کوچکتر و منظم تر از نوع قبلی است. هر دو نوع این میکروب معمولاً در ضایعات گانگرنی و نکروتیک کثیف و ناپاک یافت میشود. باکترئید فراژیلینس دارای حدت (ویرولان) کمتر و کمیاب تر از نوع فوندولیفرمیس میباشد. آمار مربوط بکشت خون مثبت بر اثر باکترئید، مختلف بوده و از ۱٪ تا ۴۲٪ گزارش شده و بیش از ۳۳۰ نمونه از عفونت باکترئید در نشریات طبی جهان منتشر شده است. تنها Alaba - Medical Center ۲۵ مورد این باکتری‌امی را در عرض ۶ سال گزارش داده است.

منظور این مقاله شرح اشکال میکربی و انواع بالینی و چگونگی درمان این ۲۵ مریض میباشد که اهمیت بیماری زائی باکترئید را نشان میدهد.

طریقه کشت:

دم کرده مخلوطی از قلب و مغز برای جدا کردن موجودات بی‌هوازی، در تمام موارد، بکار میرود و در ته ظرف این موجودات را کشت میدهند و تمام این کشتها حداقل مدت سه هفته نگهداری میشود. تولید گاز همراه با بوی بد و نامطبوع مشخص وجود فوندولیفرمیس است.

همانطور که در جدول‌ها مشاهده میشود، کشت خون سه نفر از

شایع است و نیز یرقان و لکوسیتوز و کم خونی وجود دارد. همه بیماران ۱ تا ۵ این علائم را داشته‌اند. ضایعه حلقی بصورت مختلف بروز کرده و هیچ‌گاه بشکلی نبوده‌است که مشخص عفونت باکترئید باشد. هرچند هم اتیت میانی از نظر کلینیکی بطور واضح وجود نداشته باشد ولی اغلب اوقات گوش و ماستوئید یکی از مراکز این عفونت است، بعلاوه ۵ مورد مننژیت گزارش شده است که در نتیجه اتیت میانی و ماستوئیدیت بوده‌اند.

در بررسی ۱۱ بیمار دیگر که مبتلا بگرفتاری دستگاه عصبی مرکزی بوده‌اند ملاحظه کرده‌اند که در ۹ نفر از آنها محل اولیه عفونت از ناحیه گوش بوده است. ترمبوز سینوس لاترال و آمبولیهای سپتیک از عوارض شایع این بیماران است و اگر چه ترمبوفلیت در کانون اولیه و در محلیکه متاستاز بوجود آمده است یکی از علائم مشخص سپتی سمی باکترئید است ولی در این بیماران فقط ۳ نفر باین عارضه دچار بوده‌اند. گرفتاری مفاصل که معمولاً یکی از عوارض سپتی سمی باکترئید است بیشتر در مفاصل بزرگ جایگزین شده و این علامت کاملاً مشخص بیماری باکترئید است. گرفتاری قوزک و آرنج راست بدون ضایعه استخوانی واضح در بیمار شماره ۴ پدید آمده بود. در مریض شماره ۵ که بوسیله الکتروفورز وجود هموگلوبین S.C (Sickle Cell Anemia) در او پائیات رسیده بود استئومیلیت استخوان بازوی چپ نیز وجود داشت. دستگاه تنفسی در سه مریض منشأ شروع سپتی سمی باکترئید بوده است در حالیکه تعیین اینکه آیا عفونت از راه قسمت‌های فوقانی دستگاه تنفس مستقیماً به ریه راه یافته و یا آمبولی باکترئید از نقطه دیگری به ریه مهاجرت کرده مشکل است. در هر حال چون علائم اولیه در ریه متمرکز بوده است، این بیماران جزء مواردی که عفونت اولیه در ریه بوده، بحساب آمده‌اند.

بیمار شماره ۶ نمونه‌ایست از مواردی که عفونت باکترئید بريك عفونت قبلی اضافه شده است، چون این مریض تا ۶ روز قبل از اینکه بیماری کنونی او بروز نماید باتشخیص پنومونی، باپنی سیلین و استرپتومایسین تحت معالجه قرار داشت.

بیمار شماره ۷ مبتلا بیک سپتی سمی استرپتوکوکال همراه با عفونت باکترئید بوده است و رادیوگرافی ریه مریض آثار پنومونی و برونکوپنومونی واضح با دانه‌های پراکنده در هر دو ریه را نشان می‌داد.

مریض شماره ۸ که مبتلا به لنفوسارکوم در مرحله لوسمی لنفوئید بود همراه با آن دچار هیدروتوراکس عودکننده گشت و مایعی

بیماران (۳-۴-۱۰) دارای باکترئید فوندولیفرمیس، و خون ۳ نفر دیگر (۵-۱۲-۲۳) دارای باکترئید فراژیلیس بوده‌است در حالیکه ۱۹ بیمار دیگر در هیچ دسته قرار نگرفته‌اند. همچنین در ۳ مورد کشت خون، میکروآئروفیلیک یا استرپتوکوک آئروبییک که اشتراك عادی با باکترئیدها دارند و توسط دیگران هم تأیید شده نشان داده‌است. (در بیماران ۷-۱۰-۱۷). زمان لازم برای مثبت شدن کشت بین ۲ تا ۱۸ روز است (متوسط ۶-۱۰ روز) و در مواردیکه سپتی سمی از نظر کلینیکی واضح ولی کشت منفی باشد باید بفکر سپتی سمی باکترئید افتاد و اگر بخواهیم که سپتی سمی باکترئید را باثبات برسانیم باید کشت خون را حداقل مدت سه هفته نگهداری نمود و هرگاه مشکوک بآلودگی باشیم باید از تیتروعودی آگلوتینین که از مجاورت سرم بیمار با میکروب باکترئید حاصل میشود استفاده کرد. نظر ما راجع به تیتراژ آگلوتینین در مورد مریض (۱۶) صدق میکند که کشت خون او از نظر باکترئید در سه مورد مثبت بود ولی سرم او آگلوتینین مشخصی تا روز هفتم بیماری علیه باکترئید دربر نداشت.

اطلاعات کلینیکی

جدول‌های صفحات ۲۳۲ تا ۲۳۶ وضع بالینی این عده بیماران را نشان میدهد. اغلب آنان قبل از عارضه کاملاً سالم و جوانانی بسن ۱۹-۳۸ ساله بوده‌اند. ۲۴ درصد بیماران ۴۰-۶۰ سال ۱۲ و درصد آنها بیش از ۶۰ سال سن داشته‌اند و ۱۶ درصد بیماران در سن شیر خواری تا ۵ سالگی بوده‌اند.

تبهای Hectic، لرزشدید، عرق بالا نقطاع، لوکوسیتوز تا حدود ۵۸۳۰۰ در هر میلیتر مکعب همراه تروفیلای نارس و کم خونی مختصر در اغلب موارد موجود و جزء علائم مشخصه مرض میباشد. علائم کلینیکی بر حسب منشأ سپتی سمی تغییر میکنند. نقاط شروع سپتی سمی عبارتند از: دستگاه گوارش (۳۲٪ = ۸ بیمار) حلق و دهان (۲۰٪ = ۵ بیمار) لگن زن (۲۰٪ = ۵ بیمار) زخمهای در اثر خوابیدن و زخمهای عفونی (۱۶٪ = ۴ بیمار) و ریه (۱۲٪ = ۳ بیمار).

در سال ۱۹۳۶ Lemierre شرح حال مریض شماره ۵ را که منشأ مرض قسمت حلق و دهان بوده است شرح داد و نیز متوجه شد که جوانان بیشتر مبتلا میشوند و شروع مرض از لوزه و دمل مجاور لوزه است بدین نحو که تب Hectic و سختی عضلات ۴-۵ روز بعد از گلودرد شروع می‌شود و همراه آن تورم غدد لنفاوی گردن و ضایعات مفصلی و متاستازهای دوردست مخصوصاً در ریه خیلی

خیلی خفیف میباشد (جدائی کلینیکی و پاراکلینیکی) - در هر صورت تاریخچه تبه‌های عود کننده بمدت ۱۶ ماه در این مریض گنج کننده بوده و لزوم دقت بیشتری را ایجاب می‌کرد . باید دانست که نظیر این چنین پدیده در سپتی سمی فوزوباکتریوم نیز، که ارتباط نزدیکی با باکترئید دارد، دیده شده است .

بیمار شماره ۱۶ - بر اثر ابتلای به کارسینوم کولون مورد عمل رزکسیون قرار گرفته و سپس به سبب سرایت چرک از محل بخیه عمل، دچار سپتی سمی شده است . این مریض علائم عادی لرز، یرقان، شوک و آنمی را داشت و با وجود بیرون آوردن روده و استفاده از آنتی بیوتیک و کلیه مصنوعی فوت کرد . علاوه بر این، پنج مورد بیمار مبتلا به سپتی سمی باکترئید فوندولی فرمیس شرح داده شده که بر اثر عمل جراحی روی روده بزرگ مبتلا شده‌اند و بنظر میرسد که سپتی سمی، همراه با عمل و یا در اثر عمل بوجود آمده است . در اتوپسی که از پنج مریض فوق انجام شده، آبه‌های متعددی در ریه و کبد بیماران پیدا کرده‌اند و حتی پیله‌فلیت در ۳ تن از آنها وجود داشته است .

در سال ۱۹۵۶ از ۱۱۱ نمونه ضایعات چرکی شکم که مورد امتحان قرار گرفته ، این نتیجه بدست آمده است : در ۱۱ مورد از ۱۳ مورد ابتلای به آپاندیسیت حاد باکترئید پیدا شده است و در ۱۶ مورد از ۲۴ کشت که از مایع پریتونیت و آبه‌های ثانوی در اثر عوارضی غیر از آپاندیسیت بوده است نیز باکترئید دیده شده است و علاوه در ۳۱ مورد از ۴۶ بیمار که زخم‌های فیستولی شکم داشته‌اند نیز باکترئید پیدا شده است . بنابر این آمار مذکور بطور وضوح نشان میدهد که عفونت باکترئید در حفره شکم، هم شایع است و هم خیلی مهم .

چهار بیمار (۲۲-۲۳-۲۴-۲۵)، مبتلا به سپتی سمی باکترئید از منشأ زخم‌های عفونت یافته بوده‌اند . بیمار شماره ۲۲ مبتلا به فیستول کلیوی - لگنچه‌ای - پوستی ، ثانوی بعلت يك زخم در اثر گلوله بوده است . و باکترئید، هم در کشت خون و هم در کشت چرک این مریض دیده شد . در بیمار شماره ۲۳ سپتی سمی متعاقب يك میخ گذاری در مفصل هانش که رعایت ضد عفونی نشده بود پیش آمده است . مریض شماره ۲۴ در اثر ابتلاء به آرتریت روماتوئید سخت و خوابیدن متوالی در بستر و پیدایش زخم دچار سپتی سمی شده است و در بیمار شماره ۲۵ که دچار ترمبوز مغزی بوده است سپتی سمی باکترئید پدید آمده است .

درمان

در جدول‌های مربوطه انواع درمان‌ها به تفصیل شرح داده شده است . رویهم‌رفته محل شروع عفونت باکترئید ، شدت مرض و کسالت‌هایی که همراه این عارضه پیدامیشود و همچنین مراقبت‌های

که از پلور مریض کشیده شد بسیار بد بو بود ، و علاوه هم در خون مریض و هم در این مایع ، باکترئید رشد نمود و ضمناً در بالای آمپیم پلور، گاز نیز مشاهده گردید . این علامت رادیوگرافی ، یعنی تجمع گاز و مایع با هم در حفره سینه بیمار الزاماً در اثر پنوموتراکس و یا معلول فیستول برونکوپلورال نیست بلکه ممکنست در اثر آمپیم باکترئید و تجمع گاز بمقدار زیاد بر اثر این میکروب نیز باشد . همراه بودن گاز در بالای يك آمپیم پلورال و بوی بد چرک حتماً باید فکر را متوجه عفونت باکترئید یا استرپتوکک آناتروپیک و یا هر دو بنماید . گرچه کلتريدی‌ها نیز ممکنست مقدار زیادی گاز ایجاد کنند ولی تعفن آنها باین شدت نیست بعلاوه سپتی سمی آن فوق‌العاده مهاجم‌تر و کشنده‌تر است و آنمی همولیتیک نیز اغلب اوقات همراه آن مشاهده میشود . در بیماران ۹ و ۱۰ و ۱۱ همانطوریکه مشاهده میگردد عارضه آپاندیسیت بصورت آبه، پیله‌فلیت و پریتونیت میباشد .

در مورد مریض شماره ۱۰ که بیلیروبین او ۲۶ میلی‌گرم در صد سی‌سی بود، ابتدا تشخیص هپاتیت ویرال داده شد و بالا بودن S.G.O.T. (در حدود ۱۰۰۰ واحد) عاملی بود که بنفع تشخیص اولیه اقامه شد ولی کشت خون مثبت با باسیل فوندولیفرمیس تشخیص را معین نمود . جالب توجه است که در حدود ۴۰٪ از ۲۵ بیمار مورد بحث، دچار یرقان بوده‌اند .

از این عده بیمار، در ۵ نفر آن سپتی سمی با منشأ روده‌ای مشاهده شده است . مریض شماره ۱۳ علائم يك عفونت شدید همراه با درد بالای ناف و استفراغ داشت . یبوست فوق‌العاده شدید ۹ روزه همراه تب هکتیک و لرز و یرقان دو روزه و متعاقب آن پریتونیت منتشر و شوک و بالاخره مرگ پدید آمد . کلیشه رادیوگرافی شکم، وجود گاز در داخل يك آبه زیر دیافراگم را نشان میداد که مؤید میکروب آناتروپیک بعنوان عامل اصلی بود . پس از باز کردن شکم، اسپت و آبه بزرگ زیر دیافراگم و همچنین آبه‌های متعدد کبدی که حاوی باکترئید زیادی بود خالی شد .

سیر بیماری مریض شماره ۱۴ عبارت بود از کرامپ‌های متعدد و متناوب ، درد شکم همراه با تب و عرق و لرز بمدت ۱۶ ماه . این علائم معمولاً با يك درمان کوتاه آنتی بیوتیکی آرام میشد و بهبود مییافت . باکترئید فراژلیس نزد ۵ مریض در کشت دیده شد در حالیکه این بیماران بنظر میرسید بطور حاد مریض نیستند . همانطوریکه قبلاً هم تذکر داده شد و در این نوع بیماران نیز باثبات رسیده است، باکترئید فراژلیس و یرولانس کمتری نسبت به فوندولیفرمیس دارد و ثابت شده است که باکترئید فراژلیس در عین حال که سپتی سمی شدید ایجاد میکند علائم کلینیکی آن

بطور تجربی با تزریق داخل وریدی سوسپانسیون باکترئید فوندولی فرمیس در خرگوش موفق به ایجاد سپتی سمی شده اند و درمان این خرگوشها با تزریق زیر جلدی سولفا نیلامید باعث معالجه ۷۵٪ آنها گردید در حالیکه آنها یک درمان نشده بودند بدون استثنا مردند. نتیجه مطالعات راجع به درمان و مرگ و میر در ۱۵۰ بیماری که مبتلا به سپتی سمی باکترئید بودند چنین ذکر شده است: بدون مصرف سولفا نیلامید مرگ و میر ۸۱ درصد بوده است، در حالیکه درمان تنها با سولفا نیلامید نتیجه را به ۶۴ درصد رسانده است و درمان با مجموعهای از پنی سیلین و استرپتومایسین و سولفا نیلامید فقط ۵۰ درصد تلفات داشته است و نتیجه درمانی که امروزه با چندین آنتی بیوتیک انجام میشود فقط ۳۳ درصد مرگ و میر است.

نتیجه و خلاصه

بطور کلی از مطالعات باکتریولوژیک و کلینیک و درمان این ۲۵ بیمار نتایج زیر حاصل میشود:

سپتی سمی باکترئید معمولا در افراد جوان شایعتر است ولی در سنین خیلی پائین و بالا نیز دیده میشود. محل ورود میکرب خیلی گوناگون و مختلف است چنانکه در این ۲۵ مریض از راه جهاز هاضمه، حلق و مری، لگن خانمها، زخمهای بر اثر استراحت و بستری شدن و بالاخره ریه مشاهده گردید. افزودن سولفا دیازین بیکی از تتراسیکلین ها در عفونت سپتی سمی باکترئید دارای اثر فوق العاده است.

بطور کلی در موارد زیر همیشه باید ب فکر این سپتی سمی بود:

- ۱- وجود باسیلهای گرم منفی با تونهای با انتهای مدور در چرکهای بدبو که در محیط کشت هوازی رشد نمیکند.
- ۲- معمولا در سپتی سمی گرم منفی توأم با یرقان و در پاره ای موارد توأم با شوک که کشت مثبتی در فاصله ۴۸ ساعت نشان ندهد.
- ۳- در موارد ترومبوفلیت و آمبولیهای سپتیک ریه.
- ۴- در کلیه آبسه های گازدار.
- ۵- هر نوع زخم آبسه ای یا پریتونیت که مبدأ آن روده ای یا واژینال باشد.

۶- در موارد برونشیت نامشخص و غیر منتظره پس از عمل جراحی در بیماری که برای عمل جراحی کولون قبلا روده او را با نئومایسین، کانامایسین، استرپتومایسین و پنی سیلین آماده کرده و سپس او را عمل نموده اند.

لازم از بیماران که در مراحل مختلف کاملا متفاوت میباشد، از عواملی است که باید نسبت به آنها اظهار نظر کرد. نکته قابل توجه این است که در دو بیماری که زخم بر اثر خوابیدن داشته اند نتیجه درمان با پنی میگزین B و پماد نئومایسین که داروهائی هستند که گفته میشود باکترئید نسبت به آنها مقاومت دارد، رضایت بخش بوده است و نیز بیماری که سپتی سمی باکترئید در تعقیب رزکسیون سیگموئید داشته است قبل از عمل روده اش را توسط نئومایسین استریل کرده اند و علاوه بر آن کشت خون بیمار ۲۲ از نظر باکترئید مثبت بوده اگر چه به بیمار کانامایسین داده میشود. باید تأکید کرد که باکترئید در روده حتی از باسیلهای کولی فرم هم زیاد تر است و ضد عفونی کردن روده توسط نئومایسین و کانامایسین بطور منفرد فقط تعداد آنها را زیاد خواهد کرد. از مطالعات انجام شده این نتیجه بدست آمده که انواع باکترئید همیشه نسبت به استرپتومایسین و نیز در اغلب موارد نسبت به پنی سیلین مقاوم است در صورتیکه این دو دارو، از جمله داروهائی هستند که اغلب قبل از عمل مصرف می شوند و بطور مثال دو بیمار در این سری (۶ و ۱۲) که به سپتی سمی باکترئید مبتلا شده اند، ابتلاء آنها مدت زمان کوتاهی پس از اتمام درمان توأم با پنی سیلین و استرپتومایسین بوده است و نیز ۴ بیمار دیگری هم که توأم از این دو دارو استفاده میکردند کشت خون مثبت داشتند و ۳ بیمار دیگر هم که بمقدار معمول پنی سیلین مصرف کردند کشت خون آنان مثبت بود.

رویه مرفته از ۱۰ بیماری که کشت خون مثبت داشته اند و تحت معالجه با نیتروفورانتین بوده اند ۹ نفرشان نسبت به این دارو حساسیت نشان داده اند و فقط یک نفر آنها که بطور مداوم و از ۷ روز قبل از بروز اولین علامت این عفونت تحت مداوای با داروی مذکور بود با زهم کشت خون مثبت داشت و بالاخره در ۱۶ کشت که در مقابل تتراسیکلین و کلرامفنیکل آزمایش حساسیت انجام شد تمامی آنها نسبت به تتراسیکلین حساسیت داشتند در حالیکه فقط ۱۳ نفر از آنها نسبت به کلرامفنیکل حساس بودند. بیمار شماره ۸ که مبتلا به لنفوسارکوم بود در عین حال که روزانه دو گرم تتراسیکلین می خورد و همراه با آن استروئید هم مصرف میکرد در تمام مدت بیماری کشت خونش مثبت بود، بالاخره این بیمار تنها نسبت به سولفا دیازین حساسیت نشان داد و شاید حساسیت کم مریض نسبت به تتراسیکلین مربوط به افزودن داروهای ضد اسیدی بوده باشد که همراه با استروئید به بیمار داده میشد.

REFERENCES

- 1- J.A.M.A. Vol 210, No 11 December 1969.
- 2- The Lancet No 7635 December 1969.
- 3- The New England Journal of Medicine Vol. 282 No 9 February 1970.
- 4- British Medical Journal No 5685 December 1969.

شماره	سن	جنس	سابقه بیماری	علائم بالینی	تظاهرات بیماری	علائم آزمایشگاهی	درمان
۲۱	۴۷	زن	آبسه های پستان	باز کردن شکم برای آبسه های لوله های تخمدانی در ۲۸ روز قبل - منتقل شده به بیمارستان دانشگاهی بعلت لبرزهای انترمیتانت - تب - تنگ نفس و سیانوز که فکر آمبولیهای متعدد ریوی میشد - تب هکتیک تا ۴۱° - مایع خونین در سینه راست - لیگاتور ورید اجوف تحتانی و ورید تخمدانی راست در روز پنجم و بهبود تدریجی.	آمبولیهای سپتیک ریه - ترمبولیت ناحیه پلوئیس	گلبول سفید ۲۹/۰۰۰ P.M.N %۷۵ هماتوکریت ۴۳% ۲۰-۳۰ گلبول قرمز در ادرار	Penicillin Chloramphenicol Tetracyclin Erythromycin
۲۲	۳۸	مرد	فیستول جلدی - کالیزی	شوک ۵ ساعت پس از زخم يك طباچه بر روی شکم که گلوله از قطب تحتانی کلیه چپ عبور کرده و از کبد و معده و روده گذشته بود - رزکسیونهای متعدد - آناستوموزهای متعدد و کولوستمی انجام شد - تب بدرجه کم و درناژ چرکی پهلوی چپ پس از عمل - وجود فیستول جلدی - کالیزی بوسیله پیلوگرام رتروگرا - درن در روز ۱۸ از جا بیرون آمد - حرارت ۳۹/۵° در روز نوزدهم - به آنتی-بیوتیکها حساس.	فیستول کالیزی - جلدی پیلونفریت	گلبول سفید ۴۴/۷۵۰ هماتوکریت ۳۲% - کشت ادرار با باکترئید مثبت	Penicillin Streptomycin Kanamycin Sulfisoxazole
۲۳	۶۶	مرد	زخم آبسه	شکستگی سر استخوان ران در تعقیب حادثه عروقی مغز - میخ گذاری در روز دوازدهم شکستگی - پیدایش آبسه های زخمی - تب ۳۹/۵° - مرگ در روز هفتاد و چهارم پس از عمل.	حادثه عروقی مغزی - آبسه های زخمی	گلبول سفید هماتوکریت (نوشته نشده) FRAGILIS	Penicillin Nitrofurantoin
۲۴	۵۲	زن	آبسه های پستان	آرتریت شدید ۲۰ ساله توأم با لاغری فوق العاده - زخم بر اثر استراحت در بستر - درمان شده با پماد پلی میکزین B	زخم بر اثر استراحت در بستر	گلبول سفید ۱۸/۷۰۰ P.M.N. %۷۴	Penicillin Streptomycin Chloramphenicol Polymyxin B پماد
۲۵	۸۷	مرد	آبسه های پستان	پیدایش ناتوانی بعلت يك ضربه روحی شدید در دو ماه قبل - زخم بستر در يك ماه قبل - حرارت ۳۹ - فشار خون ۸/۴ رالهای مرطوب در قاعده ریه راست - زخم بر اثر بستری بودن طولانی و درمان آن - آمبولیهای متعدد و تو بر کولوز قله پی نیز مشاهده شد.	زخم در بستر آمبولیهای ریوی شوک تو بر کولوز	گلبول سفید ۱۸/۷۰۰ P.M.N. %۷۳ هموگلوبین ۷ گرم درصد cc	Penicillin Streptomycin Chloramphenicol Tetracyclin Neomycin پماد

شماره	سن	جنس	رنگ	علائم بالینی	تظاهرات بیماری	علائم آزمایشگاهی	درمان
۶	۲ سال	مرد	ریه	ابتلا به پنومونی برای چهارمین بار - کند انسایون ریه چپ که با تجویز پنیسیلین واستریتومایسین درمان شده - حرارت ۴۰° - استریدور - صدای خشن - بهبودی سریع ریه چپ - سرخك در نهمین روز.	پنومونی ریه چپ - سرخك	گلبول سفید ۱۲۴۰۰ P.M.N %۸۲ هماتوکریت ۳۴% رادیو - گرافی، پنومونی لو بر چپ.	Penicillin Benzatin-Peni- cillin Chloramphe- nicol Erythromycin
۷	۴۰	مرد	ریه	اسهال، کم آبی بدن، لاغری، - در تاریخچه بیمار: سابقه الکلیسم - آسم، ورم لوژه، پنومونی، تشنج، گال، اغماء - فشار خون ۳/۳۹ - حرارت ۳۹/۳ - یرقان - زخم های دهان، تنفس متعفن همراه رال - بزرگی کبد، Clubbing - تب ۱۷ روزه - ترومبوفلیت ساق پای چپ در روز پنجم	پنومونی - ترومبو - فلبیت یرقان - شوک اغماء	گلبول سفید ۹/۲۰۰ P M N %۸۱ هموگلوبین ۹ گرم در صد cc بیلیروبین ۴ میلی گرم در صد اوره ۷۰ سانتیگرم در لیتر فسفاتاز آلکالن ۷/۲ واحد Shinovara - Jones - Reinhardt در R.X نودول لو ب میانی ریه راست، انفیلتراسیون لب تحتانی راست و پان شمان. MICRO - AEROPHI- LLIC - STREPTO - COCUS	Penicillin Streptomycin Chloramphe- nicol Sulfasoxazole Steroides
۸	۴۵	مرد	ریه	لنفوسارکوم ۳ ساله، در مرحله لوسمی لنفوسیتی ۶ ماه - درمان با تزریق داخل پلوری Chlorambucil و گازموتارد بمدت ۸ ماه - اپان شمان های جنبی برگشت کننده - با تجویز استروئید وسیکلوفسفامید - بدون تب - دارای تنگ نفس - هیدروتوراکس چپ - آمفیزم - بزرگی طحال و اسیت مختصر.	لنفوسارکوم - آمفیزم	گلبول سفید ۱۷۰/۰۰۰ ۹۵ عدد مونونوکلر با اشکال بلاست هماتوکریت ۳۸% - مایع مثبت از نظر باکتر و تید در روز هشتم	Tetracyclin Sulfadiazin Steroid
۹	۲۴	مرد	تب ۳۹° ۴۰°	درد F.I.D. - بی اشتها، تهوع، استفراغ، تب سه روزه، حرارت ۳۹° - شکم حاد جراحی - پس از عمل تب ۴۰° و کول دوساک حساس و پر - آبسه های زخم در روز ۵ تخلیه شد.	آپاندیسیت آبسه زخمی	گلبول سفید ۱۵/۷۰۰ P.M.N. %۸۳ هماتوکریت ۴۰ درصد - بیلیروبین ۶ میلی گرم در صد	Penicillin Streptomycin Chloramphe- nicol Tetracyclin Sulfadiazin
۱۰	۲۷	مرد	تب ۳۹° ۴۰°	درد قسمت فوقانی راست شکم و درد اپیگاستر - تهوع، استفراغ، لرز بمدت ۲ هفته، درد شدید شکم، یبوست، سکسکه، ادرار تیره - یرقان در روز چهارم - حرارت ۴۰/۵ - حساسیت شکم بدون بزرگی کبد و طحال - لرز و تنگ نفس با يك روز درمان بهبود یافت - دوماه بعد در باز کردن شکم که بعلت مظنون بودن به سنگ کیسه صفرا بعمل آمد، آپاندیسیت کهنه و مزمن و جوشگاه های پيله فلیبیتیک مشاهده شد.	آپاندیسیت پيله فلیبیت یرقان	گلبول سفید ۲۴/۳۳۰ P.M.N %۲۸ هماتوکریت ۲۴ درصد - بیلیروبین ۲۶ میلی گرم S.G.O.T. بمقدار ۱۰۰۰ واحد FUNDOLIFORMIS MICRO AEROPHI- LLIC STREPTO - COCUS	Penicillin Streptomycin Tetracyclin

شماره	سن	جنس	علائم بالینی	تظاهرات بیماری	علائم آزمایشگاهی	درمان
۱۱	۴ ۱/۲ سال	زن	درد ناحیه ناف، تمرکز در F.I.D. - بی‌اشتهایی، استفراغ، تب، حرارت ۴۰/۵° - شکم جراحی حاد - در لاپاراتومی (روز اول) آپاندیس سوراخ شده و پریتونیت - تبهای انترمیتانت تا ۳۹°، ثانویه نسبت به آبسه‌های زخمی پسودو مونس (ادامه ۲۵ روز)	آپاندیسیت پریتونیت یرقان	گلبول سفید ۱۱/۲۰۰ P.M.N. %۲۱ بیلیروبین ۱/۲ میلی گرم درصد	Penicillin Streptomycin Tetracyclin Chloramphenicol
۱۲	۳۸	مرد	در روز ۱۰ بستری شدن بیمارستان کله - سیستکتومی شد و کولوستومی بازبخارج ثانویه نسبت به دیورتیکولیت زاویه اسپلینیک و آبسه‌های ۴ ماه قبل - با استرپتومایسین و پنسیلین تب پائین آمد - آبسه‌های زخمی در روز ۵ تخلیه شد - فیستول روده‌ای در روز ۱۱ پس از عمل.	دیورتیکولیت کولوستومی آبسه‌های زخمی فیستول روده‌ای	گلبول سفید ۱۷/۳۰۰ P.M.N. %۴۷ هماتوکریت ۳۹% آبسه - های زخمی حاوی باکترئید. FRAGILIS	Penicillin Streptomycin Neomycin
۱۳	۴۲	مرد	درد بالای ناف - استفراغ - بی‌یوست ۹ روزه - یرقان گذران - تب بالا، لرز بمدت دو روز - پریتونیت منتشر و شوک - در لاپاراتومی ۸ روز بعد، آبسه بزرگ سوب فرنیک و آبسه‌های کبدی تخلیه شد - فوت در یک ساعت بعد.	آبسه‌های کبدی آبسه‌های سوب - فرنیک پریتونیت شوک - یرقان	گلبول سفید ۵۸/۳۰۰ P.M.N. %۹۰ هماتوکریت ۳۳-۴۰ درصد S.G.O.T ۲۰۰ واحد. مایع اسیت و آبسه‌ها مثبت از نظر باکترئید در R.X هوا در زیر دیافراگم	Penicillin Streptomycin Chloramphenicol Steroid
۱۴	۴۲	مرد	درد های کرامپی انترمیتانت بالای پویس با تب، لرز، عرق بمدت ۱۶ ماه، مدت ۳-۲ ماه در این فاصله با یک تزریق بهبود یافته - در تاریخچه ۱۷ روز تب مقاوم - لرز، عرق، درد شکمی، نقصان وزن، چهره زرد، - بهبودی واضح با آنتی بیوتیک.	یرقان	گلبول سفید ۹/۷۵۰ P.M.N. %۸۵ هماتوکریت ۴۸-۳۶ درصد رادیوگرافی کیسه صفرا، پیلوگرافی، رادیوگرافی روده با تنقیه باریوم. رادیوگرافی قسمت فوقانی روده و معده همه طبیعی FRAGILIS	Tetracyclin Sulfadiazin
۱۵	۱ ۱/۲ روز	زن	زایمان طبیعی، پرستاری خوب، بدون تب ولی با یرقان - مدفوع آبکی سبز در روز دوم - بیلیروبین (غیر مستقیم) ۱۹ میلی گرم در ۱۰۰ cc در روز سوم ولی بتدریج نقصان بیلیروبین با درمان.	آنمی همولیتیک یرقان آنتریت	گلبول سفید ۹/۷۰۰ P.M.N. %۴۹ هماتوکریت ۵۵-۴۹ درصد کومبز منفی - بیلیروبین ۱۹ میلی گرم در ۱۰۰ - کشت مدفوع طبیعی	Penicillin Streptomycin Chloramphenicol

شماره	سن	جنس	علائم بالینی	تظاهرات بیماری	علائم آزمایشگاهی	درمان
۱۶	۶۳	زن	آماده کردن روده مریض با نئومايسين بمدت ۵ روز - سپس برداشتن پليپ کارسینو- ماتوزسیگموئید توأم با آناستوموزانتها به انتها - نتیجه حاصل : هیپوتانسیون، آنوری، تشنج و اغماء - حرارت ۴۰/۳ و فشارخون ۷/۲ - یرقان - فروتمان پریکاردیال شکم نرم و بدون فشار - درمان اورمی حاد و دیالیز بمدت ۷ روز - بازکردن مجدد شکم در روز ۸ - گانگرن کولون عرضی و پائین رو - تب ادامه یافت - حالت نیمه اغمائی و یرقان و آنوری - برای اتوپسی موافقت نشد.	پریتونیت آنوری شوک یرقان	گلبول سفید ۲۰/۷۰۰ P.M.N. %۸۲ هماتوکریت ۲۵ درصد - بیلیروبین ۴/۸ میلیگرم درصد	Penicillin Streptomycine Chloramphenicol
۱۷	۲۶	زن	خونریزی زیاد واژینال - کرامپهای شکمی - لرز، تب دوازده - پیوسالپنکس که در یک ماه پیش درمان شده - دیلاتاسیون سیون کول بوسیله جفت - بعد از تکمیل سقط حرارت به ۴۰ رسید ولی با آنتی- بیوتیک تخفیف یافت.	سقط	گلبول سفید ۱۹/۹۵۰ P.M.N. %۸۶ هماتوکریت ۲۴% - E. Coli کشت کول رحم MICRO-AEROPHILIC - STREPTOCOCUS	Penicillin Streptomycin Tetracyclin
۱۸	۲۹	زن	حاملگی ۳ ماهه - خونریزی واژینال بمدت ۱۲ روز - خروج جسم جنین در ۴ روز قبل - لرز و تب بمدت ۱۲ ساعت - حرارت ۴۰ - شکم بدون دفاع - دهانه رحم یکسان تیترا باز - نتیجه آن شوک و آمبولوس سبتیک ریه - سقط به وسیله دیلاتاسیون و کورتاژ تکمیل شد.	آمبولوس سبتیک ریه شوک	گلبول سفید ۱۳/۷۰۰ هماتوکریت ۳۳%	Chloramphenicol Streptomycin Erythromycin Steroid
۱۹	۲۰	زن	سقط جنین سه ماهه در ۱۱ روز قبل با خونریزی واژینال - درد شکمی - استفراغ، لرز و تب بمدت ۳ روز - حرارت ۳۹ - پریتونیت منتشر - باقی بودن تب در تعقیب کولپوتومی پس از ۶ روز - بالا پارا تومی آبه های پلوئیک تخلیه شد (روز ۱۳).	پریتونیت آبه های لگن	گلبول سفید ۲۴/۳۵۰ P.M.N. %۲۸ هماتوکریت ۳۳% در کشت مایع کول دوساک رحم و صفاق باسیل با کتروئید Beta Streptococci رشد کرده است.	Penicillin Streptomycin Chloramphenicol Tetracyclin Erythromycin
۲۰	۴۶	زن	کرامپهای زیر شکمی - استفراغ و لرز بمدت ۶ روز - ترمیم مغز، با فلج نیمه راست در ۳ ماه قبل - حرارت ۴۰/۵ - فشار خون ۸/۶ - رحم بزرگ - ضمائم ولوله چپ پر - در ظرف ۸ ساعت تب بیمار قطع گردید.	ضایعه قلبی عروقی شوک	گلبول سفید ۶/۴۰۰ P.M.N. %۷۷ هماتوکریت ۳۱%	Penicillin Triple Sulfonamid Oxytetracyclin

شماره	سن	جنس	نوع بیماری	علائم بالینی	تظاهرات بیماری	آزمایشگاهی	درمان
۱	۱۹ سال	زن	حلق	گلودرد شدید، سردرد، خستگی، تهوع، تب و لرز دو روزه، حرارت 38° ، اگزودای خاکستری رنگ در روی لوزه ها.	فارنژیت استرپتوکوکسی	گلوبول سفید $6/200$ - P.M.N % ۶۲ هماتوکریت ۳۷٪	Benzatin-Penicillin
۲	$1\frac{1}{4}$	زن	حلق	سرما خوردگی یک هفته ای - ۳ بار تشنج عمومی دو ساعته - حرارت 40° ، حلق دچار ضایعه - ریه سالم - بزرگی کبد	مننژیت - نارسائی قلب	گلوبول سفید $36/800$ P.M.N % ۴۰ هموگلوبین ۸ گرم cc ۱۰۰ - مایع نخاع ۱۱۰۰ گلوبول سفید در cc ۱۰۰۰ قند ۳۸ میلیگرم درصد - کشت منفی در ۵ روز	Penicillin Chloramphenicol Sulfadiazin
۳	۲۳	مرد	حلق	گلودرد شدید، لرز، تب، بی اشتها، کم شدن وزن بمقدار ۱۰ کیلو در دو هفته - تب $39/5$ - فشار خون $90/60$ تنفس متعفن - حساسیت قسمت فوقانی راست شکم - فارنژیت، تروموفیلیت و رید رانی راست - تب و لرز بمدت یک هفته ادامه یافته و سپس بهبود یافت.	تروموفیلیت - شوک - یرقان	گلوبول سفید $30/1000$ P.M.N % ۹۵ هماتوکریت ۲۵٪ - بیلی روبین $1/8$ میلی گرم در cc ۱۰۰ - زمان پرو - ترومبین ۲۵ ثانیه - کشت ادرار، حلق، مدفوع، مغز استخوان، مایع نخاع طبیعی FUNDOLIFORMIS	Penicillin Tetracyclin
۴	۲۰	مرد	حلق	گلودرد شدید، لرز، تب، بی اشتها، درد شکم، ادرار تیره، درد مفصل زانوی راست و آرنج به مدت ۵ روز - حرارت 40° ، لوزه، نودول های گردنی و کبد بزرگ - تب 40 درجه و لرز بمدت ۴ روز ادامه یافت.	پیو آرتریت ؟ - یرقان	گلوبول سفید $18/700$ P.M.N % ۴۰ هماتوکریت ۳۸٪ - بیلی روبین $12/2$ m.g درصد فسفاتاز آلکالن $8/7$ واحد Shinowara Jones Reinhardt FUNDOLIFORMIS اوره خون ۳۵ سانتیگرم در لیتر	Penicillin Oxytetracyclin Sulfisoxazol
۵	۲۱	مرد	حلق	هموگلوبین S.C. - تب با مبدأ نامشخص - حرارت 38° - $39/5$ بمدت ۳۹ روز - کنترل شده با سولفامید به مقدار ۱۰-۲۰ میلیگرم در cc ۱۰۰ خون - برخلاف میل پزشکان، بیمار بیمارستان را ترک کرد ولی معالجه با سولفامید را سه ماه تا بهبود ادامه داد - بیمار ۸ ماه بعد با گلودرد، لرز، عرق، یرقان، درد بازوی چپ، حرارت $40/5$ مجدداً برگشت - کشت خون پس از ۸ روز مثبت و معالجه شروع شد - باز هم بیمارستان را ترک ولی دو روز بعد مراجعه نمود با شکستگی پاتولوژیک بازوی چپ ثانویه نسبت به استئومیلیت باکتری - بهبود بدون عارضه.	S.C. Hemoglobin استئومیلیت بازوی چپ - یرقان	گلوبول سفید $13/700$ P.M.N % ۶۱ هموگلوبین ۸ گرم درصد cc - بیلی روبین $2/3$ میلی گرم درصد - فسفاتاز آلکالن ۸ واحد Bessey - Lowry FRAGILIS	Chlor tetracyclin Streptomycin Chloramphenicol Sulfadiazin