

## سپتیسمی باکتروئید

### مطالعات انجام شده در ۴۵ بیمار عفو نی و جراحی

ترجمه و گردآوری دکتر هوشنگ باستی\*

مجله علمی نظام پزشکی  
شماره ۳، صفحه ۲۲۸، ۱۳۶۹

انسان میرسد دارای آبشهای کبدی بعلت میکروبهای باکتروئید هستند.

اگرچه در کتاب باکتریولوژی Bergey در حدود ۳۰ نوع باکتروئید 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 فیلامنهای طویل در میان Fragilis - Bacteroides که کوچکتر و منظم تر از نوع قبلی است. هر دو نوع این میکروب معمولاً در ضایعات گانگری و نکروتیک کثیف و ناپاک یافته میشود. باکتروئید فرازیلیس دارای حدت (ویرولانس) کمتر و کمیاب تر از نوع فوندولیفر میس میباشد. آمار مر بوط بکشت خون مثبت بر اثر باکتروئید، مختلف بوده و از ۱٪ تا ۴۲٪ گزارش شده و بیش از ۳۰ نمونه از عفونت باکتروئید در نشریات طبی جهان منتشر شده است. تنها Alaba-Medical Center ۲۵ مورد این باکتری امری را در عرض ۶ سال گزارش داده است.

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

#### طریقه کشت:

دم کرده مخلوطی از قلب و مغز برای جدا کردن موجودات بی‌هوایی، در تمام موارد، بکار میروند و در ته ظرف این موجودات را کشت میدهند و تمام این کشتها حداقل مدت سه هفته نگهداری میشود. تولید گازهای اه با بوی بد و نامطبوع مشخص وجود فوندولیفر میس است.

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

پیدایش عفونت باکتروئید در بشر هنوز هم یک موضوع پیچیده کلینیکی و تجربی است و بیماری زائی این دسته نسبتاً میهم باقی مانده است.

دسته میکروبهای باکتروئید میکروبهایی است گرم منفی، بدون اسپر، با تونهای، با دواتهای مدور و گرد که بی‌هوایی اجباری می‌باشد و رنگ اسید را بخود نمیگیرد. این میکروبها بطور معمول دردهان و واژن حیوانات زندگی میکنند و در مدفوع انسان ممکن است بیشتر از اشیای شاکولی یافته شود.

در سال ۱۸۹۷ برای اولین بار، ۳ دانشمند کارهای خود را درباره این میکروب ناشناخته گزارش دادند و اعلام داشتند که باکتروئید، عامل سببی پارهای از ضایعات چر کی انسان است و حتی توanstند این میکروب را از ضایعات التهابی حاد آبادنیس و سایر اعضاء بدست آورند و نیز وجود آنرا در ضایعات چر کی لگن ذنان مشخص نمودند.

محققین بعدی، نقش این میکروب را در ایجاد اشکال چر کی بسیار متنوع از قبیل: ایت مزمن و عفونتهای حلق و لوزه، آبشهای ریه، آمفیزم و آندوکاردیت باکتریال تحت حاد باثبات رساندند. در سال ۱۹۵۸ مقالاتی در مورد پیدایش نمونه‌های از عفونت باکتروئید در کولیت اولسرایومز من، آپاندیسیت، دیورتیکولیت، کولون انتشار یافته و بعلاوه گزارش‌هایی در مورد پیدایش بی‌لونفریت و آبشهای سطحی و عمیقی لگن، آندومتریت، استئومیلیت، زخم‌های غفعونی، منثیت و آبشهای مغز برایر باکتروئید، منتشر شد.

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

\* مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

شایع است و نیز برقان و لکوسیتوز و کم خونی وجود دارد. همه بیماران ۱ تا ۵ این علائم را داشته‌اند. غاییه حلقی بصور مختلف بروزکرده و هیچ گاه بشکلی نبوده است که مشخص عفونت باکتروئید باشد. هر چند هم اثیت میانی از نظر کلینیکی بطور واضح وجود نداشته باشد ولی اغلب اوقات گوش و ماستوئید یکی از مرآکز این عفونت است، بعلاوه ۵ مورد منژیت گزارش شده است که در تیجه اثیت میانی و ماستوئیدیت بوده‌اند.

در بررسی ۱۱ بیمار دیگر که مبتلا بگرفتاری دستگاه عصبی مرکزی بوده‌اند ملاحظه کردند که در ۹ نفر از آنها محل اولیه عفونت از ناحیه گوش بوده است. ترمبونیسینوس لاترال و آمبولیهای سپتیک از عوارض شایع این بیماران است و اگر چه ترموبوفلیت در کانون اولیه و در محلیکه متاستاز بوجود آمده است یکی از علائم مشخص سپتیسمی باکتروئید است. ولی در این بیماران فقط ۳ نفر باین عارضه دچار بوده‌اند. گرفتاری مفاصل که معمولاً یکی از عوارض سپتیسمی باکتروئید است بیشتر در مفاصل بزرگ جایگزین شده و این علامت کاملاً مشخص بیماری باکتروئید است. گرفتاری قوزک و آرچ راست بدون ضایعه استخوانی واضح در بیمار شماره ۴ پیدا شده بود. در مرض شماره ۵ که بوسیله الکتروفورز وجود هموگلوبین استئومیلیت استخوان بازوی چپ نیز وجود داشت. دستگاه تنفسی در سه مريض منشأ شروع سپتیسمی باکتروئید بوده است در حالیکه تعیین اینکه آیا عفونت از راه قسمت‌های فوکانی دستگاه تنفس مستقیماً به ریه راه یافته و یا آمبولی باکتروئید از نقطه دیگری به ریه مهاجرت کرده مشکل است. در هر حال چون علائم اولیه در ریه متصرکر بوده است، این بیماران جزء مواردی که عفونت اولیه در ریه بوده، بحساب آمده‌اند.

بیمار شماره ۶ نمونه‌ایست از مواردی که عفونت باکتروئید بریک عفونت قبلی اضافه شده است، چون این مريض تا ۶ روز قبل از اینکه بیماری کتوئی او بروزنماید با تشخیص پنومونی، باپنی‌سیلین و استرپتومایسین تحت معالجه قراردادشت.

بیمار شماره ۷ مبتلا بیک سپتیسمی استرپتوكوکال همراه با عفونت باکتروئید بوده است و رادیوگرافی ریه مريض آثارپنومونی و برونکوپنومونی واضح بادانه‌های پراکنده در هر دو ریه را نشان می‌داد.

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

بیماران (۱۰-۴۳) دارای باکتروئید فوندولیفرمیس، و خون ۳ نفر دیگر (۵-۱۲-۲۳) دارای باکتروئید فرآژیلیس بوده است در حالیکه ۱۹ بیمار دیگر در هیچ دسته قرار نگرفته‌اند. همچنین در ۳ مورد کشت خون، میکروآئروفیلیک یا استرپتوكوک آنایروییک که اشتراک عادی با باکتروئیدها دارند و توسط دیگران هم تائید شده نشان داده است. (در بیماران ۷۰-۱۷).

زمان لازم برای مثبت شدن کشت بین ۱۸ تا ۲۱ روز است (متوسط ۱/۶ روز) و در مواردیکه سپتیسمی از نظر کلینیکی واضح ولی کشت منفی باشد باید بفکر سپتیسمی باکتروئید افتاد و اگر بخواهیم که سپتیسمی باکتروئید را با بایبات برسانیم باید کشت خون را حداقل مدت سه هفته نگهداری نمود و هر گاه مشکوک بالودگی باشیم باید از تیرصعودی آگلوتینین که از مجاورت سرم بیمار با میکروب باکتروئید حاصل میشود استفاده کرد. نظر ما داجع به تیتر این آگلوتینین در مورد مريض (۱۶) صدق میکند که کشت خون او از نظر باکتروئید در سه مورد مثبت بود ولی سرم او آگلوتینین مشخصی تا روز هفتم بیماری عليه باکتروئید در بر نداشت.

#### اطلاعات کلینیکی

جدول‌های صفحات ۲۲۶ تا ۲۲۲ وضع بالینی این عدد بیماران را نشان میدهد. اغلب آنان قبل از عارضه کاملاً سالم و جوانانی بسن ۱۹-۳۸ ساله بوده‌اند. ۲۴ درصد بیماران ۴۰-۶۰ سال و ۱۲۶ درصد آنها بیش از ۶۰ سال سن داشته‌اند و ۶۰ درصد بیماران در سنین شیرخواری تا ۵ سالگی بوده‌اند.

تبهای Hectic، لرزشید، عرق بلاقطع، لوکوسیتوز تاحدود ۳۰۰-۵۸۰ در هر میلیمتر مکعب همراه تنروفلیهای نارس و کم خونی مختصر در اغلب موارد موجود و جزء علائم مشخصه مرض میباشد. علائم کلینیکی بر حسب منشأ سپتیسمی تغییر میکند. نقاط شروع سپتیسمی عبارتند از: دستگاه گوارش (۳۲٪ = ۸ بیمار)، حلق و دهان (۲۰٪ = ۵ بیمار) لگن ذن (۲۰٪ = ۵ بیمار)، زخم‌های درائر خوابیدن و زخم‌های عفونی (۱۶٪ = ۴ بیمار) و ریه (۱۲٪ = ۳ بیمار).

در سال ۱۹۳۶ Lemierre شرح حال مريض 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 ازلوزه 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 تباهای عود کننده بمدت ۱۶ ماه در این مریض گیج کننده بوده ولزوم دقت بیشتری را ایجاد میکرد . باید دانست که تظیر این چنین پدیده در سپتیسمی فونوز باکترویوم نیز ، که ارتباط نزدیکی با باکتروئید دارد دیده شده است . بیمار شماره ۱۶ بر اثر ابتلای به کارسینوم کولون مورد عمل رزکسیون قرار گرفته و سپس بهسبب سرایت چرک از محل بخیه عمل ، دچار سپتیسمی شده است . این مریض عالم عادی لرز ، یرقان ، شوک و آنمی را داشت و با وجود بیرون آوردن روده واستفاده از آنتی بیوتیک و کلیه مصنوعی فوت کرد . علاوه بر این ، پنج مورد بیمار مبتلا به سپتیسمی باکتروئید فوندولی فرمیس شرح داده شده که بر اثر عمل جراحی روی روده بزرگ مبتلا شده اند و بنظر میرسد که سپتیسمی ، همراه با عمل ویا در اثر عمل بوجود آمده است . در اتوپسی که از پنج مریض فوق انجام شده ، آبسه های متعددی در رید و کبد بیماران پیدا کرده اند و حتی پیله قلبیت 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 باکتروئید پیدا شده است و در ۶ مورد از ۳۶ کشت که از مایع پریتوئیت و آبسه های ثانوی در اثر عوارضی غیر از آپاندیسیت بوده است نیز باکتروئید دیده شده است و بعلاوه در ۳۱ مورد از ۴۶ بیماری که زخم های فیستولی شکم داشته اند نیز باکتروئید پیدا شده است . بنابر این آمار مذکور بطور واضح نشان میدهد که عفونت باکتروئید در حفره شکم ، هم شایع است وهم خیلی مهم .

چهار بیمار ( ۲۲-۲۳-۲۴-۲۵ ) ، مبتلا به سپتیسمی باکتروئید از منشأ زخمه ای عفونت یافته بوده اند . بیمار شماره ۲۲ مبتلا به فیستول کلیوی - لگنجه ای - پوستی ، ثانوی بعلت یک زخم در اثر گلوله بوده است . و باکتروئید ، هم در کشت خون و هم در کشت چرک این مریض دیده شد . در بیمار شماره ۲۳ سپتیسمی متعاقب یک میخ گذاری در مفصل هانش که رعایت ضد عفونی نشده بود پیش آمده است . مریض شماره ۲۴ در اثر ابتلای به آرتربیت روماتوئید سخت و خواهید متوالی در بستر و پیدایش ذخم دچار سپتیسمی شده است و در بیمار شماره ۲۵ که دچار ترمبوز مغزی بوده است سپتیسمی باکتروئید پیدید آمده است .

#### درمان

درج دل های مربوطه انواع درمان ها به تفصیل شرح داده شده است . رویه هر فته محل شروع عفونت باکتروئید ، شدت مرض و کساله ای که همراه این عارضه پیدامیشود و همچنین مراقبت های

که از پل و در خون مربیض کشیده شد بسیار بد بود ، و بعلاوه وضمناً در بالای آمپیم پلور، گاز نیز مشاهده گردید . این علامت رادیو گرافی ، یعنی تجمع گاز و مایع با هم در حفره سینه بیمار الزاماً در اثر پنوموتراکس و یا معلوم فیستول برونوکلپورال نیست بلکه ممکنست در اثر آمپیم باکتروئید و تجمع گاز بمقدار زیاد بر اثر این میکروب نیز باشد . همراه بودن گاز در بالای یک آمپیم پلورال و بوی بد چرک حتماً باید فکر را متوجه عفونت باکتروئید یا استرپتوکاک آنایرو بیک و یا هردو بنماید . گرچه کلستریدیا های نیز ممکنست مقدار زیادی گاز ایجاد کند ولی تعفن آنها باین شدت نیست بعلاوه سپتیسمی آن فوق العاده مهاجم تر و کشنده تر است و آنمی همولیتیک نیز اغلب اوقات همراه آن مشاهده میشود . در بیماران ۹ و ۱۰ همانطوری که مشاهده میگردد عارضه آپاندیسیت بصورت آبسه ، پیله قلبیت و پریتوئیت میباشد .

در مورد مریض شماره ۱۰ که ببلیز و بین او ۲۶ میلیگرم در حد سی سی 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 فوندولی فرمیس تشخیص را معین نمود . جالب توجه است که در حدود ۴۰٪ از ۲۵ بیمار مورد بحث ، دچار یرقان بوده اند .

از این عده بیمار ، در ۵ نفر آنان سپتیسمی با منشأ روده ای مشاهده شده است . مریض شماره ۱۳ عالم یک عفونت شدید همراه با درد بالای ناف و استفراغ داشت . بیوست فوق العاده شدید ۹ روزه همراه ابت هکتیک ولرز و یرقان دو روزه و متعاقب آن پریتوئیت منتشر و شوک وبالاخره مر گ ک پدید آمد . کلیشه رادیو گرافی شکم ، وجود گاز در داخل یک آبسه زیر دیافراگم را نشان میداد که مؤید میکروب آنایرو بیک بعنوان عامل اصلی بود . پس از باز کردن شکم ، اسیت و آبسه بزرگ زیر دیافراگم و همچنین آبسه های متعدد کبدی که حاوی باکتروئید زیادی بود خالی شد .

سیز بیماری مریض شماره ۱۴ عبارت بود از کرامپهای متعدد و متناوب ، درد شکم همراه با تپ و عرق ولرز بمدت ۱۶ ماه . این عالم معمولاً با یک درمان کوتاه آنتی بیوتیکی آرام میشود و ببهود میباشد . باکتروئید فرا ایزیلیس نزد ۵ مریض در کشت دیده شد در حالی که این بیماران بنظر میرسید بطور حاد مریض نیستند . همانطوری که قبل از تذکر داده شد و در این نوع بیماران نیز باثیبات رسیده است . باکتروئید فرا ایزیلیس ویرولانس کمتری نیست بدقو ندولی فرمیس دارد و ثابت شده است که باکتروئید فرا ایزیلیس در عین حال که سپتیسمی شدید ایجاد میکند عالم کلینیکی آن

بطور تجربی با تزریق داخل وریدی سوسپانسیون باکتروئید فوندولی فرمیس در خرگوش موفق به ایجاد سپتی سمی شده‌اند و درمان این خرگوشها با تزریق ذین جلدی سولفانیلامید باعث معالجه ۷۵٪ آنها گردید در حالیکه آنها یکه درمان نشده بودند بدون استنای مردن. نتیجه مطالعات راجع به درمان و مرگ و میر در ۱۵۰ در بیماری که مبتلا به سپتی سمی باکتروئید بودند چنین ذکر شده است: بدون مصرف سولفانیلامید مرگ و میر ۸۱ درصد بوده است، در حالیکه درمان تنها با سولفانیلامید نتیجه را به ۶۴ درصد رسانده است و درمان با مجموعه از پنی‌سیلین و استرپتومایسین و سولفانیلامید فقط ۵۰ درصد تلفات داشته است و نتیجه درمانی که امروزه با چندین آنتی‌بیوتیک انجام می‌شود فقط ۳۳ درصد مرگ و میر است.

#### نتیجه و خلاصه

بطور کلی از مطالعات باکتریولوژیک و کلینیک و درمان این ۲۵

بیماران نتایج ذیر حاصل می‌شود:

سپتی سمی باکتروئید معمولاً در افراد جوان شایعتر است ولی در سنین خیلی پائین و بالا نیز دیده می‌شود. محل ورود میکروب خیلی گوناگون و مختلف است چنانکه در این ۲۵ مريض از راه جهاز هاضمه، حلق و مری، لگن خانه‌ها، زخم‌های برادر استراحت و بستری شدن وبالآخره ریه مشاهده گردید. افزودن سولفادیازین یکی از تراسیکلین‌ها در عفونت و سپتی سمی باکتروئید دارای اثر فوق العاده است.

بطور کلی در موارد ذیر همیشه باید بفکر این سپتی سمی بود:  
۱- وجود باسیله‌ای گرم منفی باقونای بالتهای مدور در چرکهای بدبو که در محیط کشت هوایی رشد نمی‌کند.  
۲- معمولاً در سپتی سمی گرم منفی توأم با یرقان و در پاره‌ای موارد توأم با شوک که کشت مشتبی در فاصله ۴-۸ ساعت نشان ندهد.  
۳- در موارد ترموبولیت و آمبولیهای سپتیک ریه.

۴- در کلیه آسیه‌های گازدار.

۵- هر نوع زخم آسیه‌ای یا پریتوزیت که مبدأ آن روده‌ای یا واژنال باشد.

۶- در موارد بروزیک تب نامشخص و غیرمنتظره پس از عمل جراحی در بیماریکه برای عمل جراحی کولون قبلاً روده اورا با نئومایسین، کانامایسین، استرپتومایسین، پنی‌سیلین آماده کرده و سپس او را عمل نموده‌اند.

لازم اذیمیاران که در مراحل مختلف کاملاً متفاوت می‌باشد، از عواملی است که باید نسبت به آنها اظهار نظر کرد. نکته قابل توجه این است که در دو بیماریکه زخم برادر خواهید داشته‌اند نتیجه درمان با پلی میگزین B و پماد نئومایسین که داروهای هستند که گفته می‌شود باکتروئید نسبت به آنها مقاومت دارد، رضایت بخش بوده است و نیز بیماریکه سپتی سمی باکتروئید در تعقیب رزکسیون سیگموئید داشته است قبل از عمل روده‌اش را توسط نئومایسین استریل کرده‌اند و علاوه بر آن کشت خون بیمار ۲۲ از نظر باکتروئید مثبت بوده اگرچه به بیمار کانامایسین داده می‌شود. باید تأکید کرد که باکتروئید در روده حتی از باسیله‌ای کولی فرم هم زیادتر 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 باکتروئید همیشه نسبت به استرپتومایسین و نیز در اغلب موارد نسبت به پنی‌سیلین مقاوم است در صورتیکه این دو دارو، از جمله داروهای هستند که اغلب قبل از عمل مصرف می‌شوند و بطور مثال دو بیمار در این سری (۱۲۹/۶) که به سپتی سمی باکتروئید مبتلا شده‌اند، ابتلاء آنها مدت زمان کوتاهی پس از اتمام درمان توأم با پنی‌سیلین و استرپتومایسین بوده است و نیز ۴ بیمار دیگر هم که توأمما از این دو دارو استفاده می‌کرند کشت خون مثبت داشتند و ۳ بیمار دیگر هم که بمقدار معمول پنی‌سیلین مصرف کرده کشت خون آنان مثبت بود.

رویه مرفت از ۱۰ بیماریکه کشت خون مثبت داشته‌اند و تحت معالجه با نیتروفوراتین بوده‌اند ۹ نفر شان نسبت به این دارو حساسیت نشان داده‌اند و فقط یک نفر آنها که بطور مداوم و از ۷ دوز قبل از بروز اولین علامت این عفونت تحت مداوای با داروی مذکور بود باز هم کشت خون مثبت داشت و بالاخره مرد. از ۱۶ کشت که در مقابل تراسیکلین و کلارامفنیکل آزمایش حساسیت انجام شد تمامی آنها نسبت به تراسیکلین حساسیت داشتند در حالیکه فقط ۱۳ نفر از آنها نسبت به کلارامفنیکل حساس بودند. بیمار شماره ۱۸ که مبتلا به لنفوسارکوم بود در عین حال که روزانه دو گرم تراسیکلین می‌خورد و همراه با آن استرپتوماید مصرف می‌کرد در تمام مدت بیماری کشت خونش مثبت بود، بالاخره این بیمار تنها نسبت به سولفادیازین حساسیت نشان داد و شاید حساسیت کم مربوط نسبت به تراسیکلین هم بوط به افزودن داروهای ضد اسیدی بوده باشد که همراه با استرپتوماید به بیمارداده 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.

| درمان   | علائم آزمایشگاهی   | تظاهرات بیماری                            | علائم بالینی   | جنس                | سن  | تفصیل |    |
|---|--|---|--|--------------------|-----|-------|----|
| Penicillin<br>Chloramphenicol<br>Tetracyclin<br>Erythromycin                  | گلوبول سفید ۲۹/۰۰۰ P.M.N % ۷۵ هماتوکریت ۴۳٪ ۲۰-۳۰ گلوبول قرمز در ادرار | آمپولهای سپتیک ریه - ترمبوفلیت ناحیه پلوس | باز کردن شکم برای آسه های لوله ای تخدانی در ۲۸ روز قبل - منتقل شده به بیمارستان دانشگاهی بعلت لرزه ای اترمیتان - تب - تنگ نفس و سیانوز که فکر آمپولهای متعدد ریوی میشد - تب هکتیک تا ۴۱° مایع خونین در سینه راست - لیگاتور ورید اجوف تختانی و ورید تخدانی راست در روز پنجم و بهبود تدریجی.   | زن                 | ۴۷  | ۲۱    |    |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Kanamycin<br>Sulfisoxasole                      | گلوبول سفید ۴۴/۷۵۰ هماتوکریت ۳۲٪ - کشت ادرار با باکتری ویتمبیت         | فیستول کالیسی - جلدی پیلو نفریت           | شوك ۵ ساعت پس از زخم یک طپانچه بر روی شکم که گوله از قطب تختانی کلیه چپ عبور کرده و از کبد و معده و روده گذشته بود - رز کسیونهای متعدد - آناستوموزهای متعدد و کولوستمی انجام شد - تب بدرجه کم و در ناژچر کی پهلوی چب پس از عمل - وجود فیستول جلدی - کالیسی بوسیله پیلو گرام رترو گراد - در روز ۱۸ از جا بیرون آمد - حرارت ۳۹/۵ در روز نوزدهم - به آنتی بیوتیکها حساس . | فیستول جلدی کالیسی | مرد | ۲۸    | ۲۲ |
| Penicillin<br>Nitrofurantoin  | گلوبول سفید هماتوکریت (نوشته نشده) FRAGILIS                            | حادثه عروقی مغزی - آسه های زخمی           | شکستگی سر استخوان ران در تعقیب حادثه عروقی مغزی - میخ گذاری در روز دوازدهم شکستگی - پیدا شی آسه های زخمی - تب ۳۹/۵ - مرگ در روز هفتماد و چهارم پس از عمل .   | زخم آسه            | مرد | ۶۶    | ۲۳ |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Chloramphenicol<br>Polymyxin B پماد             | گلوبول سفید ۱۸/۷۰۰ P.M.N. % ۷۴   | زخم بر اثر استراحت در بستر                | آرتیریت شدید ۲۰ ساله توأم با لاغری فوق العاده - زخم بر اثر استراحت در بستر - درمان شده با پماد پلی میگزین B  | زن                 | ۵۲  | ۲۴    |    |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Chloramphenicol<br>Tetracyclin<br>Neomycin پماد | گلوبول سفید ۱۸/۷۰۰ P.M.N. % ۷۳ همو گلوبین ۷ گرم در صد cc               | زخم در بستر آمپولهای ریوی شوك توبر کولور  | پیدا شی ناتوانی بعلت یک ضربه روحی شدید در دو ماه قبل - زخم بستر در یک ماه قبل - حرارت ۳۹ - شارخون $\frac{۱}{۴}$ رالهای مرطوب در قاعده ریه راست - زخم بر اثر بستری بودن طولانی و درمان آن - آمپولهای متعدد و توبر کولور قلبی نیز مشاهده شد .  | مرد                | ۸۷  | ۲۵    |    |

| نام   | سن | جنس | نک | علائم بالینی  | تظاهرات بیماری   | علائم آزمایشگاهی  | درمان |
|---|----|-----|----|---|--|---|-------|
| Penicillin<br>Benzatin-Pen-<br>icillin<br>Chloramphe-<br>nicol<br>Erythromycin    | ۶  | مرد | ۲  | ابلاه بپنومونی برای چهارمین بار -<br>کندانسیون ریه چپ که با تجویز پنیسیلین<br>واسترپتومایسین درمان شده - حرارت<br>۴۰° استریدور - صدای خشن - بهبودی<br>سریع ریه چپ - سرخ در نهمین روز.   | پنومونی ریه چپ -<br>سرخ  | گلبول سفید P.M.N % ۸۲<br>هماتوکریت ۳۴% رادیو -<br>گرافی، پنومونی لوبرچپ.  |       |
| Penicillin<br>Stereptomycin<br>Chlorampheni-<br>col<br>Sulfasoxasole<br>Steroides | ۷  | مرد | ۴۰ | اسهال ، کم آبی بدن ، لاغری ، در<br>تاریخچه بیمار: سابقه الکلیسم - آسم ورم<br>لوze، پنومونی، تشنج، گال، اغماء -<br>فشار خون ۳۹/۳ - برقان -<br>زخم های دهان، تنفس متعفن همراه دارد.<br>بزرگی کبد، Clubbing، تب ۱۷ روزه -<br>ترومبوفیلیت ساق پای چپ در روز پنجم  | ترومبو -<br>فلبیت برقان - شوک<br>اغماء   | گلبول سفید ۹/۲۰۰ P M N % ۸۱<br>هموگلوبین ۹ گرم درصد<br>بیلیر وین ۴ میلیگرم درصد<br>اوره ۷۰ سانتیگرم در لیتر<br>فسفات آلاتان ۲/۷ واحد<br>Shinovara - Jones -<br>Reinhardt<br>در R.X نودول لوب میانی<br>ریه راست، انفیلتراسیون<br>لب تحتانی راست و پاشمان.<br>MICRO - AEROPHI-<br>LLIC - STREPTO -<br>COCUS |       |
| Tetracyclin<br>Sulfadiazin<br>Steroid   | ۸  | مرد | ۴۵ | لنفوسار کم - آمفیزیم<br>لنفوستی ۶ ماه - درمان با تزریق داخل<br>پلوری Chlorambucil و گازموتارد<br>بمدت ۸ ماه - اپانشمان های جنبی<br>بر گشت کننده - با تجویز استروئید<br>و سیکلوفسمايد - بدون تب - دارای تنگ<br>نفس - هیدروکوراکس چپ - آمفیزیم -<br>بزرگی طحال و ایست مختصر.  | لنفوسار کم ۳ ساله ، در مرحله لوسمی<br>لنفوستی ۶ ماه - درمان با تزریق داخل<br>پلوری Chlorambucil و گازموتارد<br>بمدت ۸ ماه - اپانشمان های جنبی<br>بر گشت کننده - با تجویز استروئید<br>و سیکلوفسمايد - بدون تب - دارای تنگ<br>نفس - هیدروکوراکس چپ - آمفیزیم -<br>بزرگی طحال و ایست مختصر. | گلبول سفید ۱۷۰ / ۱۰۰۰ عدد مونونوکلئر با<br>اشکال بلاست<br>هماتوکریت % ۳۸ - مایع<br>مثبت از نظر باکتر ویژد در<br>روز هشتم  |       |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Chlorampheni-<br>col<br>Tetracyclin<br>Sulfadiazin  | ۹  | مرد | ۲۴ | درد F.I.D - بی اشتہائی ، تهوع ،<br>استفراغ، تب سه روزه، حرارت ۳۹° -<br>شکم حاد جراحی - پس از عمل تب ۴۰°<br>و کول دوساک حساس و پر - آبسه های<br>زخم در روز ۵ تخلیه شد.   | آپاندیسیت<br>آبسه زخمی   | گلبول سفید ۱۵ / ۷۰۰ P.M.N % ۸۳<br>هماتوکریت ۴۰ درصد -<br>بیلیر وین ۶ میلیگرم درصد   |       |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Tetracyclin   | ۱۰ | مرد | ۲۷ | درد قسمت فوقانی راست شکم و درد<br>اپیگاستر - تهوع، استفراغ، لرزیدت<br>۲ هفته، دردشید شکم، یبوست، سکسکه،<br>ادرار تیره - برقان در روز چهارم - حرارت<br>۴۰/۵° - حساسیت شکم بدون بزرگی<br>کبد و طحال - لرز و تنگ نفس با یک<br>روز درمان بهبود یافت - دوماه بعد در<br>باز کردن شکم که بعلت مظنوون بودن به<br>سنگ کیسه صفراء بعمل آمد، آپاندیسیت<br>کهندوز من و جوشگاههای پیله فلیبیتیک<br>مشاهده شد . | آپاندیسیت<br>پیله فلبیت<br>بر قان  | گلبول سفید ۲۴/۳۳۰ P.M.N % ۲۸<br>هماتوکریت ۲۴ درصد -<br>بیلیر وین ۲۶ میلیگرم<br>۱۰۰۰ S.G.O.T. واحد<br>FUNDOLIFORMIS<br>MICRO AEROPHI-<br>LLIC STREPTO -<br>COCUS   |       |

| درمان  | عالائم آزمایشگاهی   | تظاهرات بیماری   | عالائم بالینی   | جنس          | عمر        | سن | نوع |
|--|---|--|---|--------------|------------|----|-----|
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Tetracyclin<br>Chloramphenicol | گلوبول سفید ۱۱/۲۰۰<br>P.M.N.%۲۱<br>بیلیر و بین ۱/۲ میلی گرم<br>درصد   | آپاندیسیت<br>پریتونیت<br>یرقان                                   | - F.I.D.<br>بی اشتهاهی، استفراغ، تب، حرارت<br>۴۰/۵° - شکم جراحی حاد - در<br>لایارا توومی (روزاول) آپاندیس سوراخ شده<br>و پریتونیت - تبهای انترمیتانس تا ۳۹°<br>ثانویه نسبت به آبسه های زخمی پسودو<br>موناس (ادامه ۲۵ روز)   | زن           | ۱/۲        | ۱۱ | ۱۱  |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Neomycin                       | گلوبول سفید ۱۷/۳۰۰<br>P.M.N.%۴۷<br>هماتوکریت ۳۹% آبسه -<br>های زخمی حاوی<br>باکتریوئید.<br>FRAGILIS   | دیورتیکولیت<br>کولوستومی<br>آبسه های زخمی<br>فیستول رودهای       | در روز ۱۰ بستری شدن بیمارستان کله.<br>سیستکتومی شد و کولوستومی باز بخارج<br>ثانویه نسبت به دیورتیکولیت زاویه<br>اسپلنیک و آبسه های ۴ ماه قبل - با<br>استرپتومایسین و پنیسیلین تپ پائین آمد.<br>آبسه های زخمی در روز ۵ تخلیه شد -<br>فیستول رودهای در روز ۱۱ پس از<br>عمل. | زن           | مرد        | ۳۸ | ۱۲  |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Chloramphenicol<br>Steroid     | گلوبول سفید ۵۸/۳۰۰<br>P.M.N.%۹۰<br>هماتوکریت ۴۰-۳۶ درصد<br>۲۰۰ واحد مایع S.G.O.T<br>اسیت و آبسه ها مثبت<br>از نظر باکتریوئید در R.X<br>هوادرزین دیافراگم  | آبسه های کبدی<br>آبسه های سوب -<br>فرنیک پریتونیت<br>شوك - یرقان | درد بالای ناف - استفراغ - بیوست ۹<br>روزه - یرقان گذران - تب بالا، لرز<br>بمدت دو روز - پریتونیت منتشر و<br>شوك - در لایارا توومی روز بعد، آبسه<br>بزرگ سوب فرنیک و آبسه های کبدی<br>تخلیه شد - فوت در یک ساعت بعد.   | جهان<br>هاضم | مرد        | ۴۲ | ۱۳  |
| Tetracyclin<br>Sulfadiazin                                   | گلوبول سفید ۹/۷۵۰<br>P.M.N.%۸۵<br>هماتوکریت ۴۸-۴۶ درصد<br>رادیو گرافی کیسه صفراء،<br>پیلو گرافی، رادیو گرافی<br>روده با تنقیه باریوم.<br>رادیو گرافی قسمت فوقانی<br>روده و معده همه طبیعی<br>FRAGILIS | یرقان  | دردهای کرامپی انترمیتانس بالای پو بیس<br>با تب، لرز، عرق بمدت ۱۶ ماه، مدت<br>۳-۲ ماه در این فاصله با یک تزدیق<br>بهبود یافته - در تاریخچه ۱۷ روز تب<br>مقاوم - لرز، عرق، دردشکمی، نقصان<br>وزن، چهره زرد، - بهبودی واضح با<br>آنتی بیوتیک.                                | جهان<br>هاضم | مرد        | ۴۲ | ۱۴  |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Chloramphenicol                | گلوبول سفید ۹/۷۰۰<br>P.M.N.%۴۹<br>هماتوکریت ۴۹-۵۵ درصد<br>کوبمیز منفی - بیلی روین<br>۱۹ میلی گرم در ۱۰۰ کشت مدفوع طبیعی   | آنمی همو لیتیک<br>یرقان<br>آنتریت                                | زایمان طبیعی، پرستاری خوب، بدون تب<br>ولی با یرقان - مدفوع آبکی سبز در روز<br>دوم - بیلی روین (غیر مستقیم) ۱۹ میلی<br>گرم در ۰۰۱۰۰ در روز سوم ولی<br>بتدربیج نقصان بیلی روین با درمان.  | زن           | ۱/۲<br>روز | ۱۲ | ۱۵  |

| نام دارمان   | علائم از مایشگاهی  | تظاهرات بیماری             | علائم بالینی  | جنس | سن | نوع |
|--|--|----------------------------|---|-----|----|-----|
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Chloramphenicol                                | گلوبول سفید ۲۰/۷۰۰ P.M.N. %۸۲ هماتوکریت ۲۵ درصد - بیلر و بین ۴/۸ میلیگرم درصد  | پریتو نیت آنوری شوک پر قان | آماده کردن روده مریض با نوشما یسین بمدت ۵ روز - سپس برداشتن بلیب کارسینو - ماتوزیگموفید توأم با آناستوموza انتها با آنها - نتیجه حاصل : هیپوتانسیون، آنوری، تشنج و اغماء - حرارت ۳۰/۴۰ و فشار خون ۷ پر قان - فروتمان پریکاردیال شکم فرم و بدون فشار - درمان اورمی حاد و دیالیز بمدت ۷ روز - باز کردن مجدد شکم در روز ۸ - گانگرن کولون عرضی و پائین رو - تب ادامه یافت - حالت نیمه اغمائی و پر قان و آنوری - برای آتوپسی موافقت نشد. | زن  | ۶۳ | ۱۶  |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Tetracyclin                                    | گلوبول سفید ۱۹/۹۵۰ P.M.N. %۸۶ هماتوکریت %۲۴ - کشت کول رحم E. Coli MICRO-AEROPHILIC - STREPTOCOCUS                              | سطع                        | خونریزی زیاد و اثیمال - کرامپهای شکمی - لرز، تب دوروزه - پیوسالپنکس که در یک ماه پیش درمان شده - دیلاتا - سیون کول بوسیله جفت - بعداز تکمیل سقط حرارت به ۴۰ رسید ولی با آنتی - بیوتیک تخفیف یافت.   | سطع | زن | ۲۶  |
| Chloramphenicol<br>Streptomycin<br>Erythromycin<br>Steroid                   | گلوبول سفید ۱۳/۷۰ هماتوکریت %۳۳  | آمبولوس سپتیک ریه شوک      | حامنگی ۳ ماهه - خونریزی و اثیمال بمدت ۱۲ روز - خروج جسم جنین در ۴ روز قبل - لرز و تب بمدت ۱۲ ساعت - حرارت ۴۰ - شکم بدون دفاع - دهان رحم یک سانتیمتر باز - نتیجه آن شوک و آمبولوس سپتیک ریه - سقط بوسیله دیلاتاسیون و کورتاژ تکمیل شد.   | سطع | زن | ۲۹  |
| Penicillin<br>Streptomycin<br>Chloramphenicol<br>Tetracyclin<br>Erythromycin | گلوبول سفید ۲۴/۳۵۰ P.M.N. %۲۸ هماتوکریت %۳۳ در کشت مایع کول دوساک رحم و صفاق با سیل با کتروئید Beta Streptococci رشد کرده است. | پریتو نیت آبسه های لگن     | سقط جنین سه ماهه در ۱۱ روز قبل با خونریزی و اثیمال - درد شکمی - استفراغ، لرز و تب بمدت ۳ روز - حرارت ۳۹ - پریتو نیت منتشر - باقی بودن تب در تغییب کولپوتومی پس از ۶ روز - بالاپاراتومی آبسه های پلولیک تخلیه شد (روز ۱۳).   | سطع | زن | ۲۰  |
| Penicillin<br>Triple Sulfonamid<br>Oxytetracyclin                            | گلوبول سفید ۶/۴۰۰ P.M.N. %۷۷ هماتوکریت %۳۱   | ضایعه قلبی عرقی شوک        | کرامپهای ذیر شکمی - استفراغ و لرز بمدت ۶ روز - ترمبوز مغزی، با فلنج نیمه راست در ۳ ماه قبل - حرارت ۴۰/۵ - فشار خون $\frac{8}{6}$ - رحم بزرگ - ضمائن ولو له چپ پر - در ظرف ۸ ساعت تب بیمار قطع گردید.  | زن  | ۴۶ | ۲۰  |

| درمان   | علائم<br>آزمایشگاهی   | تظاهرات<br>بیماری                                 | علائم بالینی  | لایه اول | لایه دوم | سن     | نوع |
|---|---|---|---|----------|----------|--------|-----|
| Benzatin-Penicillin   | - گلبول سفید ۶۱/۲۰۰<br>P.M.N % ۶۲<br>هماتوکریت % ۳۷   | فارنثیت<br>استرپتوکوکسی                           | گاودرد شدید، سردرد، خستگی، تهوع،<br>تبولرزدوروزه، حرارت ۳۸°، اگزودای<br>خاکستری رنگ در روی لوزه‌ها.   | حلق      | زن       | ۱۹ سال | ۱   |
| Penicillin<br>Chloramphenicol<br>Sulfadiazin                        | - گلبول سفید ۲۶/۸۰۰<br>P.M.N % ۴۰<br>هموگلوبرین ۸ گرم<br>cc ۱۰۰۰<br>- مایع نخاع<br>cc ۱۰۰۰<br>گلبول سفید در ۵۰۰<br>قدن ۳۸ میلیگرم درصد<br>کشت منفی در ۵ روز                                 | منثریت - نارسائی<br>قلب                           | سرماخوردگی یک هفتگاهی - ۳ بار تشنج<br>عمومی دو ساعته - حرارت ۴۰°، حلق دچار<br>ضایعه - ریه سالم - بزرگی کبد  | حلق      | زن       | ۱۱/۲   | ۲   |
| Penicillin<br>Tetracyclin   | - گلبول سفید ۳۰/۰۰۰<br>P.M.N % ۹۵<br>هماتوکریت % ۲۵ - بیلی رویین ۱/۸ میلی گرم در<br>رویین ۱۲/۱۰۰ - زمان پرور -<br>ترومیبن ۲۵ ثانیه - کشت ادرار، حلق، مدفوع، مغز<br>استخوان، مایع نخاع طبیعی | ترموبلیت - شوک -<br>یرقان                         | گلودرد شدید، لرز، تب، بی اشتهاي،<br>کم شدن وزن بمقدار ۱۰ کیلو در دو<br>هفته - تب ۵/۵° - فشارخون ۲/۶ تنفس<br>متعدن - حساسیت قسم فوقانی راست<br>شکم - فارنثیت، ترموبولیت ورید<br>رانی راست - تب و لرز بمدت یک هفته<br>ادامه یافته و سپس بهبود یافت .  | حلق      | مرد      | ۲۳     | ۳   |
| Penicillin<br>Oxytetracyclin<br>Sulfisoxazol                        | - گلبول سفید ۱۸/۷۰۰<br>P.M.N % ۴۰<br>هماتوکریت % ۳۸ - بیلی رویین ۱۲/۲ m.g در صد<br>فسفات آزالکالن ۷/۸ واحد<br>Shinowara Jones<br>Reinhardt<br>FUNDOLIFORMIS<br>اوره خون ۳۵ سانتیگرم در لیتر | پیو آرتیریت ؟ -<br>یرقان                          | گلودرد شدید، لرز، تب، بی اشتهاي ،<br>دردشکم، ادرار تیره، درد مفصل زانوی<br>راست و آرنج بمدت ۵ روز - حرارت<br>۴۰°، لوزه، نودولهای گردنی و کبد<br>بزرگ - تب ۴۰ درجه و لرز بمدت ۴ روز<br>ادامه یافت .  | حلق      | مرد      | ۲۰     | ۴   |
| Chlor tetracyclin<br>Streptomycin<br>Chloramphenicol<br>Sulfadiazin | - گلبول سفید ۱۳/۷۰۰<br>P.M.N % ۶۱<br>هموگلوبرین ۸ گرم در صد<br>cc ۱۰۰ - بیلی رویین ۲/۳ میلی گرم<br>درصد - فسفات آزالکالن ۸<br>واحد Bessey - Lowry<br>FRAGILIS                               | S.C. Hemoglobin<br>استئومیلیت بازوی<br>چپ - یرقان | هموگلوبرین S.C. - تب با مبدأ<br>نامشخص - حرارت ۳۸° - ۳۹/۵° بمدت<br>۳۹ روز - کنترل شده با سولفامید به مقدار<br>۱۰ - ۲۰ میلیگرم در ۱۰۰ cc خون -<br>برخلاف میل پزشکان، بیمار بیمارستان را<br>ترک کر دولی معالجه با سولفامید راسمهام<br>تابه بود ادامه داد - بیمار ۸ ماه بعد با گلو <sup>۱</sup><br>درد، لرز، عرق، یرقان، درد بازوی چپ ،<br>حرارت ۴۰° مجدداً بر گشت - کشت<br>خون پس از ۸ روز مثبت و معالجه شروع شد -<br>با ز هم بیمارستان را ترک ولی دو روز<br>بعد مر اجمعه نمود با شکستگی پاتولوژیک<br>بازوی چپ ثانویه نسبت به استئومیلیت<br>باکتر وئید - بهبود بدون عارضه . | حلق      | مرد      | ۲۱     | ۵   |