

موارد تیفوئید بوسیله سالمونلا پاراتیفی A

بررسی گلبنیگی تشخیص آزمایشگاهی و ارزشیابی داروهای درمانی (۱) توسط

دکتر حامد سیادت (۲) دکتر علی مشحون (۳) دکتر فریدون امینی (۴) دکتر حسن صفرپور (۵)

مقدمه :

به تیفوئید با سالمونلا پارا A (۶) که تا قبل از سال ۱۳۳۷ موارد خیلی معدودی از بیماران بستری در بخش را تشکیل میدادند در نیمه اول سال ۱۳۳۷ به سرعت افزایش یافته و بیماری نمای یک اپیدمی منتشر در تهران را به خود گرفت و از نیمه دوم سال ۱۳۳۷ موارد بیماری قوس نزولی را طی کرده و در سالهای ۳۸ و ۳۹ دومرتبه موارد این بیماری محدودتر شد و تقریباً وضع قبل از سال ۳۷ رابه خود گرفته است در این نوشته سعی شده است علاوه بر بررسی تغییرات نوسانی و فصلی و سایر

از سال ۱۳۳۲ تاکنون در بخش مطالعات کلینیکی بیماریهای ساریه در بیمارستان فیروزآبادی بیماریهای حاصله بوسیله سالمونلاها از نظر وضع کلینیکی - تشخیص آزمایشگاهی و درمانی و همچنین تغییرات فصلی و نوسانی انواع این بیماریها مورد توجه قرار گرفته است .

طی مطالعات انجام شده تیفوئید بوسیله سالمونلا تیفوزایک بیماری بومی بشمار رفته و تغییرات نوسانی بسیار کمی نشان داده است درحالیکه مبتلایان

(۵) رئیس آزمایشگاه باکتریولوژی انستیتو پارازیتولوژی و مالاریولوژی .
(۶) چون بیماریهای ناشیه از باسیلهای پاراتیفوئید شخصیت کلینیکی ندارند و در حقیقت از نظر علامت کلینیکی ممکن نیست تشخیص دادکه عامل فلان تب تیفوئید باسیل ابرت است یا پارا A لذا از نام گراری این مرض (به بیماری پاراتیفوئید) خودداری نموده و آنرا (تیفوئید وسیله پارا A) نام نهادیم .

(۱) از کارهای مشترك انستیتو پارازیتولوژی و مالاریولوژی دانشکده پزشکی تهران - انستیتو پاستور و بخش مطالعات کلینیکی بیماریهای ساریه بیمارستان فیروزآبادی وزارت بهداری .
(۲) رئیس بخش مطالعات کلینیکی بیماریهای ساریه و پزشك وابسته به انستیتو پاستور .
(۳) رئیس بخش باکتریولوژی انستیتو پاستور
(۴) رئیس آزمایشگاه تحقیقات کلینیکی انستیتو پارازیتولوژی و مالاریولوژی و معاون بخش مطالعات کلینیکی بیماریهای ساریه .

و دو انستیتوی فوق الذکر که در اجرای این مطالعه کمک کرده‌اند صمیمانه تشکر مینماید .

A - وضعیت تب‌های تیفوئیدی در

تهران بطورکلی

تیفوئید (وسیله باسیل ابرت) در تهران تا این تاریخ بشکل کانونهای پراکنده و متعدد آندمی وجود دارد که بسیاری از این کانونها از حیث تیپ و دسته مستقل و ارتباطی با کانونهای دیگر تهران ندارند بدین معنی که هر چند یکبار در نقطه‌ای محدود و مشخص تعداد موارد بیماری افزایش مییابد تیپهای مختلف عوامل مولده تیفوئید ایران جنبه اختصاصی برای ایران ندارند و اکثر سوشهای آسیائی و اروپائی و آفریقائی در تهران بدست آمده‌اند این موضوع وسیله پرنیکل و علی مشحون از ابتدای سال ۱۳۳۳ تا اواسط سال ۱۳۳۴ دقیقاً بررسی شده است نامبردگان در مدت ۱۸ ماه از بین ۲۴ تیپ و سوتیپ باسیل ابرت که تاکنون در طبیعت شناخته شده است ۱۳ تیپ مختلف باسیل ابرت در تهران بدست آورده‌اند و اگر مطالعات ادامه مییافت شاید بیشتر از این بدست می‌آمد .

اختصاصات اپیدمیولوژیک این بیماری تظاهرات کلینیکی - جنبه‌های تشخیص و روشهای آزمایشگاهی - و ارزش‌یابی داروهای درمانی مورد بحث قرار داده شود .

ضمناً باید اضافه نمود که بحث اختصاصاً محدود به بیماران مورد مطالعه بخش بیماریه‌های بیمارستان فیروزآبادی بوده و آمار سایر بخشهای عفونی و داخلی بیمارستان‌های تهران و حومه در آن جمع‌آوری نشده است از طرف دیگر فقط مبتلایانی که بیمار شده و احتیاج به بستری شدن داشته و به بخش ما مراجعه کرده‌اند مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند بطوریکه با در نظر گرفتن تعداد موارد ابتلاء زمردنی خفیف و همچنین بیمارانی که به سایر بیمارستانها و درمانگاهها و پزشکان خصوصی مراجعه کرده‌اند باید اذعان داشت که موارد حاصله خیلی زیادتس بوده است .

مطالعات آزمایشگاهی توأم با وسیله آزمایشگاه باکتریولوژی و آزمایشگاه هماتولوژی (آقای دکتر صنعتی) انستیتو پارازیتولوژی و مالاریو لژی و بخش باکتریولوژی و سرولوژی انستیتو پاستور انجام و بدین وسیله از زحمات کارمندان فنی بخش مطالعات کلینیکی بیماریه‌های

این زن قبلاً به نقاط مختلفه مسافرت کرده بود نتوانستیم منشاء آلودگی را پیدا کنیم در ماه بعد (خردادماه سال ۱۳۳۷) سه نفر کارگر که محل سکونت آنها در سه نقطه مختلف تهران بود (ولی هر سه در یک کارخانه واقع در قلهک کار میکردند) در یکروز در بخش ما بستری شدند و از خون آنها سالمونلاپارا A جدا شد بنابراین اولین مرتبه فکر ما متوجه آب مشروب کارخانه گردید ولی بررسی مختصر نشان داد که این بیماری در شمیران مخصوصاً امامزاده قاسم و سلطنت آباد از یکی دوماه قبل وجود دارد و پس از این سه نفر مراجعین مبتلا به پارا A به بخش ما زیاد شد باین ترتیب که ابتدا اکثر مراجعین از شمال و مرکز تهران بودند ولی بتدریج اکثریت بیماران ما را اهالی جنوب شهر و دهات جنوبی تهران (مانند شهرری - دولت آباد - فیروزآباد و غیره) تشکیل میدادند .

در محل های لوله کشی شده تهران مواردیکه دیده میشد بطور تك تك ولی در نقاط لوله کشی نشده کانونهای کوچک چند نفری وجود داشت برای مثال در يك کارخانه واقع در شهرری که چند خانواده در آن ساکن بودند بیست و چهار نفر مبتلا وجود داشت .

مادر جریان اپیدمی نیمه اول سال ۱۳۳۷ انجام گرفته ولی در نیمه دوم سال ۱۳۳۷ که اپیدمی روبه خاموشی میرفته و سال ۱۳۳۸ که تقریباً وضع مبتلایان به سالمونلاپارا A عیناً وضع قبل از سال ۱۳۳۷ را داشته مطالعه ادامه داشته است

II - تعداد بیماران : ۷۳ نفر در جریان اپیدمی نیمه اول سال ۱۳۳۷ که از تمام جنبه ها کاملاً بررسی شده اند ۲۸ نفر پس از خاموش شدن اپیدمی (نیمه دوم سال ۱۳۳۷ و سال ۱۳۳۸) که از نظر درمانی مطالعه شده اند ما در این نشریه بیمارانی را بحساب آوردیم که از خون یا مدفوع آنها سالمونلاپارا A جدا شده باشد مشروط بر اینکه ویدال او نیز مثبت باشد ضمناً پنج بیمار دیگر داشتیم که فقط دارای ویدال مثبت با پارا A بودند و مادر این نشریه آنها را به حساب نیاورده ایم همچنین در خانواده هایی که چندین نفر آنها تب دار در حساب ظاهر تماماً مبتلا به يك بیماری بوده اند و ما از بین آنها يك یادونفر را در بیمارستان بستری کرده ایم فقط افرادی به حساب آمده اند که در سرویس ما بستری شده و مورد مطالعه قرار گرفته اند .

III - از نظر جنس :

مرد ۴۶ نفر زن ۲۷ نفر

در ابتدای اپیدمی اکثریت بامردها بود ولی بعداً نسبت ابتلاء مردان و زنان تقریباً یکی شد .
از نظر سن :

B - مطالعات مادر این اپیدمی

I - مدت مطالعه : شش ماه (نیمه اول سال ۱۳۳۷) در اینجا توضیحا یادآور میشود که قسمت اعظم مطالعات

کمتر از ۱۲ سال (۱) ۶ نفر
 بین ۱۲ و ۳۵ سال ۵۶ نفر
 بالاتر از ۳۵ سال ۱۱ نفر

این تقسیم‌بندی که شبیه تقسیم بندی‌های کلاسیک نیست بدین جهت تنظیم شده که بعلت تماس زیاد و آلودگی مداوم غالباً مردم تهران در سنین طفولیت و جوانی مبتلا به تیفوئید با ابرت می‌شده و میشوند و از سی و پنجسال بسالا تیفوئید با ابرت در تهران خیلی نادر و

آمار ما بیش از يك درصد نشان نمیدهد. ولی نسبت به پارا A اینطور نبوده و نزد اشخاص بالاتر از ۳۵ سال نیز مبتلا زیاد دیده‌ایم و این خود نشانه‌ایست که آلودگی دائمی آبهای تهران تا این تاریخ به باسیل ابرت بوده و پیدا شدن تعداد زیادی پارا A در سال جاری و ابتلاء افراد سالخورده خود دلیل بر اپیدمی است.

IV - از نظر زمان

سوش پارا A جدا شده		تعداد نمونه کشت	زمان
نسبت	تعداد		
۰	۰	۴۴	فروردین ماه ۱۳۳۷
۱/۲/۲	۱	۴۵	اردیبهشت ماه >
۱/۶/۲	۳	۴۸	خرداد ماه >
۱/۴۳/۵	۱۷	۳۹	تیر ماه >
۱/۵۰/۵	۲۸	۵۴	مرداد ماه >
۱/۴۰	۲۴	۶۰	شهریور ماه >
۱/۲۰	۹	۴۵	مهر ماه >
۱/۱۰/۲	۵	۴۹	آبان ماه >
۱/۷/۵	۴	۵۳	آذر ماه >
۰	۰	۳۶	دی ماه >
۱/۳/۲	۲	۶۲	بهمن ماه >
۰	۰	۳۳	اسفند ماه >

V - روش کار: به محض ورود کشت خون - کشت
 الف - در کلینیک از کلیه بیماران مدفوع - ویدال - و هموگرام بعمل آمده

(۱) مادر این مدت اطفالی که دارای علائم به‌بالغین و کمتر اطفال بیمار را بستری می‌کنیم از این جهت تعداد اطفال در آمار کم است .

تیفوئید بودند زیاد دیدیم ولی چون بخش مامربوط

شده است

- شهری برای تورم و درد مفاصل زانوها و شانه راست بستری شده - درجه حرارت بدن (از راه رکتال) در تمام مدتی که مداوا نشده بود بین ۳۷٫۸ و ۳۷٫۳ نبض بین ۹۰ تا ۸۰ و سرعت سدیمان تاسیون در ساعت اول ۳۵ هموگرام تقریباً طبیعی - از کشت خون روز پانزدهم بیماری پارا A بدست آمد
- ابسرواسیون دوم - ع - ۲۵ ساله اهل وساکن یکی از دهات فشافویه بعلت کوما و تب و کتولسیون بستری گردید در سابقه بیمار نکته قابل توجهی وجود نداشت و قبل از بیمار شدن سالم و فعالیت عادی داشته است - از بیمار (که در حالت Contracture بوده پونکسیون لمبر بعمل آمد) . مایع نخاع دارای فشار زیاد - پروتئین تقریباً طبیعی تعداد لوکوسیت مختصری از طبیعی زیادتر - کشت از نظر B.K وسایر میکروبهای پاتوژن منفی بوده ولی از کشت خون سالمونلا پارا A بدست آمد - با معالجه اختصاصی تیفوئید تب قطع بیمار از کوما خارج شد مایع نخاع طبیعی گردید . ولی پس از خارج شدن از کوما معلوم شد که بیمار مبتلا به اژیتاسیون دلیر و Confusion ماننال میباشد ولی چون این حالت تا ۲۵ روز پس از قطع تب برطرف نگردید او را به تیمارستان فرستادیم که پس از ۱۵ روز درمان با شوکو تراپی بیمار کاملاً بهبودی یافت .
- علائمی که نزد این دسته ۵ نفری مشهود**
- ۱- **منحنی تب** - از این دسته دو نوع منحنی تب بدست آورده ایم . تب های مداوم و منظم Fievre Continue شامل ۲۵ نفر تب های نامنظم Fievre irreguliere شامل ۲۹ نفر
- ۲- **نبض** - عادتاً نامناسب با میزان تب (فقط در پنج مورد سریع)
- ۳- **طحال و کبد** - در چهل مورد طحال قابل لمس و نرم (میزان متوسط يك تادو انگشت پائین تر از دنده ها) فقط يك مورد تامحاذی ناف . کبد قابل لمس فقط يك مورد
- ۴- **علائم ریوی** - در ۲۵ مورد از بیماران فوق تظاهرات ریوی باشکال مختلف مشاهده نموده ایم - پرخونی دو قاعده - رالهای برنشیک پراکنده در سراسر ریتین سرفه های خشک و مکرر يك مورد خلط خونی - يك مورد دیسپنه شدید)
- تبصره - آمار ما راجع به تظاهرات ریوی تیفوئید در اثر باسیل ابرت در حدود ۳۳ درصد از مجموع موارد است .
- ۵- **تظاهرات دردی** - چیزی که در این اپیدمی اخیر برای ماتازگی داشت شکایت بسیاری از بیماران از دردهای عضلانی - استخوانی و مفصلی بود مخصوصاً نزد {نفر آنها که این دردها با تورم مفصل ها همراه بود و با توجه بوضع منحنی تب (تب های نامنظم با عرق) و نبودن تظاهرات عصبی تیفوئید و بالا بودن

باستثنای تظاهرات کلاسیک که نزد عده‌ای از بیماران وجود داشت چهار مورد کولیک‌های روده‌ای مشهود گردید که گاهی بر اثر حملات بحرانی شدیدتر میشد بعداً تخفیف پیدا میکرد. فرمهای اسهالی فقط ۸ مورد مشاهده گردید که دو مورد با سندرم دیسانتریک همراه بودند و دربقیه موارد بیماران یبوست داشتند.

۸- عوارض عصبی: عوارض عصبی

مشهود در این اپیدمی مانند عوارض عصبی مبتلایان بتیفوئید ابرتی بوده و امتیازی بین آنها مشاهده نشده علاوه بر سردرد - توفوس - آدینامی که کلاسیک تیفوئید میباشد و بیماران ما بطور خفیف یا متوسط یا شدید این علائم را داشته‌اند مایک مورد انسفالیت یک مورد علائم مننژه یک مورد مننگو انسفالیت که منتهی به جنون گردید و شش مورد استفراغ و سرگیجه داشته‌ایم.

ب - موارد هیپونوکسمیک (۱) و

باکتریهیک شامل - ۱۹ نفر (۱۷ نفر تب‌های نوسانی دو نفر تب‌های موج)
تب‌های نوسانی - عموماً طرف‌ظهر تب بالرز مختصر شروع و در اواخر شب با عرق سقوط مینماید نزد این عده نیز اشکال مختلفی وجود داشت نزد بعضی صبح‌ها حرارت بدن بکلی طبیعی شده و برخی دیگر صبح‌ها حرارت بدنشان به ۳۸-۳۷٫۵ درجه رسیده و مجدداً عصر بالا میرفت . یکنفر از این

سرعت سدیمانتاسیون در ابتدا به چیزی که فکر نمی‌کردیم تیفوئید بود .

۶ - تظاهرات دستگاه قلب و عروق

و خون من‌حیث‌المجموع این دسته از تظاهرات در اپیدمی اخیر کم و خفیف بودند و باستثنای عدم تناسب نبض و تب که کلاسیک تیفوئید میباشد فقط پنج مورد تاکی کاردی مشاهده نمودیم که یکی از آنها دارای ریتم ساعتی بود فشار خون نزد بیماران زیاد پائین نبود و تظاهرات خونریزی و کم‌خونی نادر بود (آنمی هیپوکروم دومورد خونریزی از لثه و بینی یک‌مورد . خلط خونی یک مورد خونریزی روده‌ای یک مورد سندرم دیسانتری شکل دو مورد خونریزی رحمی نزدیک زن‌آبستن یک‌مورد لکه‌های پتشیال یک مورد) روپهم وجود تاش روزه نزد عده قلی‌ای از بیماران دیده شد .

کلیه این عوارض همورائیک قبل از شروع معالجه مشهود گردیده و پس از شروع معالجه بتدریج برطرف گردیدند باستثنای یک نفر که در موقع بیماری عوارض همورائیک نداشت و با کلرومایستین معالجه گردید . ولی بیست روز بعد از سقوط تب و هشت روز بعد از قطع دارو مبتلا به خونریزی شدید روده‌ای شد بدون اینکه خود بیماری عود کرده باشد . این خونریزی با داروهای کلاسیک آنتی همورائیک برطرف گردید .

۷ - تظاهرات دستگاه گوارشی

(1) *Forme Prolongée, bactériémique et hypotoxique.*

سانتیمتر مکعبی ۱۰۰ واحد استرپتوکیناز اضافه
(مینماید)

ب. سروراکسیون :

۱ - با توجه به تعداد زیاد ویدال مثبت بامقادیر بالا ($\frac{1}{۲۰۰}$ با O و $\frac{1}{۴۰۰}$ با H) که نزد افراد غیر تیفوئیدی بدست آورده‌ایم در نشریات سابق مدلل داشتیم که بعلت آلودگی‌های پی‌درپی ویدال مثبت نزد افراد غیر تیفوئیدی در تهران زیاد است و نمیشود برای راکسیون به‌تنهایی (بمنظور تشخیص تیفوئید در نتیجه باسیل ابرت) ارزشی قائل شد عین این آزمایش در مورد سالمونلاپارا A تکرار شد لیکن در اینجا باید گفت که راکسیون ویدال بمنظور تشخیص مبتلایان به تیفوئید بوسیله سالمونلاپارا A در تهران ارزش دارد (حتی بمیزان $\frac{1}{۲۰۰}$ با O و H) زیرا ماراکسیون غیر اختصاصی در مورد پارا A بدست نیآورده‌ایم ولی نشریه سابق ما راجع به باسیل ابرت مجدداً کنترل شده و به قوت خود باقی است .

۲ - در عمل به‌سه بیمار برخورد نموده‌ایم که از کشت خون آنها سالمونلاپارا A جدا شد ولی ویدال آنها به‌میزان نسبتاً قوی $O = \frac{1}{۲۰۰}$ و $H = \frac{1}{۴۰۰}$ با ابرت مثبت بود و باپارا A منفی آیا چنین جوابی صحیح است یا خیر ؟ البته کنترل نشان داد که اشتباهی در تکنیک رخ نداده است حال باید این پدیده بیولوژی را تفسیر نمود برای

روشن شدن موضوع مجدداً ده‌روز بعد از این بیماران خون گرفته و آزمایش ویدال نمودیم و در آزمایشهای مجدد آگلوتیناسیون با ابرت که قوی بود ضعیف شده و آگلوتیناسیون با پارا A (که قبلاً منفی بود) قویاً مثبت گردیده است . این پدیده عیناً مطابق است با یک راکسیون انامنستیک که در اثر تزریق اولیه آنتاتوکسین دیفتری و تزریق بعدی آنتاتوکسین کزاز ظاهر میشود . و نشان میدهد که این سه بیمار در سابقه خود آلودگی به باسیل ابرت داشته‌اند و بعداً مبتلا به تیفوئید با سالمونلاپارا A گردیدند و اگر این تفسیر را صحیح تلقی کنیم معلوم میشود مصونیت متقاطع بین باسیل ابرت و پارا A وجود ندارد . برای تأیید این موضوع ما چندین شاهد بدست آورده‌ایم که یکی از شواهد همزمان با همین اپیدمی بود .

دختر دوازده ساله‌ای بنام فدر در تیرماه سال ۱۳۳۷ در بخش ما بستری و از کشت خون او سالمونلاپارا A جدا شد پس از بهبودی کامل از بیمارستان مرخص گردیده مجدداً در شهر بورماه ۱۳۳۷ بعلت تب و سردرد به بیمارستان مراجعه نمود و در مرتبه اخیر از کشت خون او باسیل ابرت جدا شد .

ج - هموگرام :

در نزد ۸۰٪ بیماران مالکوپنی یا تقریباً فرمول طبیعی وجود داشت و فقط ۲۰٪ از بیماران لکوسیتوز داشتند که میتوان آنها در اثر وجود عفونتهای ثانویه دانست (عیناً همین نسبت در

سوانق بیماران ما آنها را بدستجات مختلف و هر دسته‌ای را به روش مخصوصی مداوا نمودیم که نتایج حاصله ذیلا درج میشود .

تعداد بیمارانیکه از نظر درمانی مورد مطالعه قرار گرفتند ۱۰۱ نفر بوده‌اند و اضافه میکند که ۲۸ نفر آنها پس از سبک شدن اپیدمی بتدریج و در ماههای بعد مراجعه که درآمارهای قبلی بحساب نیامده ولی از نظر درمانی بحساب آمده‌اند .

الف - درمان سمپتوماتیک فقط

(بدون آنتی‌بیوتیک) شش مورد .

این شش مورد شامل بیمارانی بودندکه دارای علائم کلینیکی مختلف بوده (تیفوئید کلاسیک دو مورد - با علائم رماتیسم حاد مفصلی دو مورد - باتب و حالت عمومی خوب دو مورد) و مدت بیماری آنها متغیر از ۵ روز تا ۳۵ روز طول کشیده است نزد کلیه این شش نفر کشت خون مثبت تا روز قبل از بهبودی کلینیکی مشاهده شدکه دونفر آنها تا شب قبل از سقوط تب کشت خون مثبت داشتند .

۱- کانترکس : سه مورد . که در یکی از موارد تجویز دارو مقارن با ستوط تب بوده ولی در دو مورد دیگر تب تا مدت یک هفته طول کشیده (باحالت عمومی خوب) ولی در این مدت کشت خون بیمار منفی بوده است .

۲ - گلر آمفنیکل : ۳۹ مورد بکار

مورد بیماران مبتلا به تیفوئید باباسیل ابرت مشاهده گردیده)

د - حساسیت سوشها :

۱ - آنتی‌بیوگرام

از کلیه سوشهای بدست آمده آنتی‌بیوگرام بعمل آمد که نتیجه آن بقرار ذیل است :

آنتی‌بیوگرام از کلیه سوشهای جدا شده مشابه یکدیگر و یکنواخت بوده است .

در مقابل کانامیسین (کانترکس

بريستول) حساسیت شدید و بدون ایجاد کلنیکهای فرعی مقاوم بوده .

درمقابل ترامایسین حساسیت

متوسط .

در مقابل سایر آنتی بیوتیکهای

سری تتراسیکلین حساسیت متوسط کمتر از ترامایسین .

درمقابل کلرومیسستین حساسیت

متوسط مایل به ضعیف با پیدایش کلنی‌های فرعی مقاوم .

درمقابل استرپتومایسین مانند

گلر آمفنیکل .

درمقابل سولفامتوکسی پیریدازین .

حساسیت ضعیف .

در مقابل سایر آنتی بیوتیکهای

معمولی مقاوم

۲ - تعیین حساسیت in vivo

نتیجه آن درمبحث درمان ذکر خواهدشد.

درمان

باتوجه به سن و حالت عمومی و

- II - کلیه سوشهای بدست آمده در این اپیدمی دارای خواص بیولوژیکی و آزمایشگاهی مشابه و یکنواخت میباشند.
- III - راکسیون ویدال با سالمونلا پارا A طبق این مطالعات از $\frac{1}{100}$ به بالا (خواه با آنتیژن O و خواه با آنتیژن H) ارزش تشخیص دارد (برخلاف این راکسیون با سالمونلا تیپوزاوسالمونلا - پارا B).
- IV - فرمهای کلینیکی این بیماری بسیار متغیر و نباید باتکاء علائم کلینیکی تشخیص روی مرض گذاشت باید توجه داشت که عوارض مفصلی و تبهای نوسانی همراه بالرز و عرق در این بیماری زیاد دیده میشود.
- V - بهترین داروی مؤثر در این بیماری ترامایسین و یا تترکس همراه با استرپتومایسین میباشد.
- VI - مابین ۱۰۱ بیمار مورد مطالعه درمانی متوفی مشاهده نگردیده است.
- VII - عفونتهای مشترک سالمونلا پارا A و سالمونلا تیپوزاواتوما دیده میشود.
- VIII - مصونیت متقاطع بین سالمونلا پارا A و سالمونلا تیپوزا وجود ندارد و مادر این مدت موفق شدیم که چندین بیمار بدست آوریم که قبلا مبتلا به سالمونلا پارا A بوده اند و بعدا به تیپوئید با سالمونلا تیپوزا گرفتار شده و بالعکس.
- بردیم که در ۲۴ مورد تجویز دارو همراه بهبودی و ۱۵ مورد مقاوم بوده است.
- ۳- استرپتومایسین تنها: در ۱۷ مورد بکار رفته سه مورد بهبودی مقارن تجویز دارو بدست آمده و در ۱۴ مورد مقاومت موجود بوده است.
- ۴- استرپتومایسین همراه با سولفادیازین: ۱۸ مورد ۱۲ مورد مؤثر ۳ مورد نامعلوم ۳ مورد مقاوم.
- ۵- استرپتومایسین ولترکاین یک مورد مؤثر.
- ۶- ارومایسین و آکرومایسین هر کدام یک مورد نتیجه نامعلوم.
- ۷- تترکس بریستول پنج مورد که درمان مؤثر واقع شد و یک مورد تب و بیماری پس از ۱۸ روز دوباره عود کرد که با خود تترکس بیمار درمان کامل یافت.
- ۸- ترامایسین ۵ مورد که در تمام موارد بهبودی کامل بدست آمد.
- ۹- ترامایسین همراه با استرپتومایسین ۵ مورد که نتیجه بدست آمده کاملا نظیر ترامایسین تنها بوده است.
- C - نتیجه
- I - تا اول تابستان ۱۳۳۷ موارد پارا A در تهران بطور نادر و اتفاقی بوده و از اول تابستان این بیماری بشکل اپیدمی درآمده است و منشاء انتشار این اپیدمی از آبهای شمیران بوده است.

Bibliographie

- ۱ - دکتر حامد سیادت ، دکتر علی مشحون - تیفوئید در ایران گزارش به چهارمین کنگره پزشکی ایران مهرماه سال ۱۳۳۴ .
- ۲ - دکتر علی مشحون ، دکتر حامد سیادت ، دکتر پیرنیکل ، دکتر نیل ، مطالعه باکتریولوژی بیماری حصبه
- ۳ - دکتر حامد سیادت ، دکتر محمدباقر مشایخی ، تشخیص آزمایشگاهی تیفوئیدنامه دانشکده پزشکی جلد ۱۱ صفحه ۵۹۹ سال ۱۳۳۳ .
- 4 - Chedid, L., et Boyer, F., 1952 - Association de la cortisone au chloramphénicol dans la typhoïde expérimentale du Rat. *Compt. Rend. Acad. d. SC.*, 234, 2108.
- 5 - Davis, I et Sevag, M.G., 1955 - Studies on the Synergistic combinations of drugs. *Antibiot. and chemother.*, 5,80
- 6 - Dur and, P., et Renoux, G., 1953 - Traitment de la fièvre typhoïde par la cortisone associée aux antibiotiques. *Sem. Hop. Paris*, 29, 2555.
- 7 - Smadel, J.E., Ley, H.L., Diercks, F.H., 1951
Treatment of typhoïde fever I. Combined therapy with cortisone and Chloramphenicol. *Ann. Intern. Med.*, 34,1.
- 8 - Wisseman, C.L, JR., Paterson, P.Y., Smadel, J.E., Diercks, F.H., Ley, H.L, JR. 1954. Studies on cortisone and antibiotics for prompt therapeutic control of typhoïde fever and scrub typhus. *J. Clin. Invest*, 33,264.

۴