

۶۹  
۶۹  
۶۹

نامه مالانته  
وانت شکرده پرستی  
بهیت تحریریه

دکتر محمد حسن مانی  
دکتر محمد علی ملکی  
دکتر حسن میردادی  
دکتر ابوالقاسم نجم آبادی

دکتر محمود سیاسی  
دکتر جهان شاه صالح  
دکتر صادق عزیزی  
دکتر محمد قزلباش  
رئیس بهیت تحریریه - دکتر جهان شاه صالح  
مدیر داخلی - دکتر محمد بهشتی

دکتر محمد حسین اویسی  
دکتر ناصر انصاری  
دکتر محمد بهشتی  
دکتر حسین سهراب

شماره چهارم

دی ماه ۱۳۴۳

سال یازدهم

سندرم برون سکوار (۱)

و اپستیمه با سندرم برون سکوار

دکتر محمد علی موای

رئیس درمانگاه بیمارهای گندزا  
در بیمارستان بهلوی

دکتر اقبال

ارتاد بالینی بیمارهای عفونی  
رئیس بخش بیمارهای گندزای بیمارستان بهلوی

غلامحسین، اهل تهران، زارع، ۵۰ ساله در تاریخ ۳۱/۱۰/۹ به بخش واگیر

مراجعه و بستری میگردد.

سه ماه قبل ابتدا دردی در طرف چپ در ناحیه قطنی حس می کند پس از

چهار روز درد شدت یافته مانند کمر بندی دور تادور کمر را فرا میگیرد. این ناراحتی

پس از یک هفته مداوم مرتفع میشود ولی ده روز بعد دوباره ظاهر میگردد.

چهل روز قبل پس از بیدار شدن از خواب حس می کند که پای چپش سست

شده قادر بحرکت نمی باشد بتدریج این سستی و سنگینی با کرخی و بیحسی توأم

گردیده در عرض سه روز بحد کمال میرسد.

پس از یک هفته همین وضع در پای راست بروز می کند و بیمار را زمین گیر



می کند؛ پاهای خود را به پیچوجوچه نمی تواند حرکت دهد ناچار به بیمارستان پهلوی رجوع میکند ابتدا به بخش جراحی اعصاب راهنمایی میگردد. در این موقع کمردرد بیمار از بین میرود.

در بخش جراحی اعصاب بعالت وجود انعکاسهای تند، و با بنسکی در هر دو پا بیحسی کامل دو پا و از بین رفتن انعکاسهای شکمی کاردانان اعصاب را متوجه تومر مغز تیره می کند و بیحسی تا حدود  $D_7$  صعود میکرده است.

در بزل آبگونه مغز تیره فشار مایع کم بوده و فشار سیاهرگهای گردن به پائین منتقل نمیگردد. در بخش اعصاب در تاریخ ۳۱/۱۰/۲۰ امتحان مایع نخاع نتایج زیر را داده است: قند مایع نخاع ۰/۵۷ گرم کلرور ۵/۱۰ گرم در لیتر - آلبومین ۱/۶۰ گرم در لیتر - واسرمن (+ + +)

سیتولژی ۱۴ لنفوسیت در هر میلیمتر مکعب آبگونه مغز تیره دیده میشود. در آزمون مستقیم میکروبی مشاهده نکرده اند. بنژوان کلوئیدال مثبت میباشد. این نتایج آزمایشگاهی فکر را بطرف يك آزاد کوفتی مغز تیره متوجه میسازد در ضمن میلوگرافی توقفی در نخاع مشاهده نمی شود یعنی یکسانتیمتر مکعب لپیپودل در ناحیه کمزریق نموده و می یلوسکپی بعمل می آورند مشاهده میگردد که توقف ناقصی بشکل آرا کنوئیدیت (التهاب نرم شامه) در ارتفاع  $D_6$  تا  $D_9$  موجود است و مایع حاجب در این فضا بصورت قطره پراکنده میگردد پس از شش روز بستری شدن و در نتیجه تزریق يك بیسموت بتدریج حس پای چپ طبیعی میشود یعنی در ابتدا حس می کند که پای چپش قدری دردناک و بتدریج حس بگرم ماو سرماو حس لمس در عرض چهار روز بحال طبیعی عودت می کند پس از ۱۲ روز بستری شدن در بخش جراحی اعصاب به بخش واگیر منتقل میگردد. در این بخش در معاینه بالینی مراتب زیر جلب نظر می کند:

- ۱- حرکات آکتیو در پای چپ بستختی انجام میگیرد پس از بلند کردن پای بیمار نمی تواند آنرا همچنان بالا نگهدارد و حرکات و نوساناتی بدان میدهد و لا جرم بزمین میافتد. حرکات آکتیو پای راست بخوبی انجام پذیر است.

- ۲- قدرت عضلانی در پای چپ کاملاً کاسته شده ولی در پای راست فقط مختصری کم شده است در دستها قدرت عضلانی طبیعی است.



۳- انعکاسات - انعکاسات دستها طبیعی است انعکاسات در رتول و آشیل تند شده است.  
 رفلکس های شکمی و پوست بیضه (گرماستری بن) در طرف چپ وجود ندارد  
 ۴- در پای راست حس بگرما و سرما از بین رفته است و این اختلال حس تا  
 مجازات ناف موجود است این بیحسی با پارزی همراه میباشد.  
 در پای چپ حس بگرما و سرما و لمس باقی است. در موقع راه رفتن بیمار مانند  
 مبتلایان به فلج اسپاسمودیک راه میرود.  
 ۵- دستگاه ادراری مختل بوده عمل ادرار کردن بسختی صورت میگیرد (۱)  
 معاینه دستگاه گوارشی نفخ در شکم را آشکار میسازد بیوست نیز همواره  
 عارض وی میباشد.

۶- انعکاسات تطابق و فوتو موتور طبیعی است.

امتحان قلب منفی است فشار خون  $\frac{12}{7}$  است ضربانات نبض ۸۲ در دقیقه میباشد.  
 آزمایش خون در تاریخ ۳۱/۱۱/۲: ۵ میلیون گلبول قرمز  
 ۶۰۰۰ گلبول سفید

۶۸	سگمانته	} فرمول لو کوسیتر
۲	اوزینوفیل	
۴	بازوفیل بزرگ	
۳۶	لنفوسیت	

آزمایش خون از نظر BW : هشت +

+ + مای نیکه

+ + کان استاندار

امتحان مایع نخاع ۳۱/۱۱/۱ : قند ۰/۵۷ گرم در لیتر مایع نخاع

« « کلرور ۷/۱۰ گرم

« « « آلبومین ۱

واسرمن مایع نخاع (+ + +)

سیتولژی ۳۸۰ پلبی نو کلتردر مقابل ۸۸ لنفوسیت در هر میلیتر مکعب، در امتحان

مستقیم مایع نخاع میکروبی مشاهده نگردیده است.

بنژوان کلوئیدال مثبت و از لوله سوم شروع برسوب میکنند .  
 بادقت در علائم ذکر شده میتوان دریافت که بیمار دچار یک سندرم برون سکوار  
 است بنظر میرسد علت آن التهاب قسمتی از نخاع در اثر کوفت باشد .  
 درمان - در مدت ۳۵ روز اقامت وی در بخش واگیر ۱۱ تزریق بیسموت همراه  
 ویتامین B<sub>1</sub> بفاصله سه روز انجام گردید و ۱۵ میلیون واحد پنی سیلین در مدت ۱۵  
 روز بکار رفت با تداوی فوق حال بیمار تاحدی به بهبود گرایید .

امتحان خون در ۳۱/۱۲/۹ : هشت ++

مای نیکه +++

کان استاندارد +++

مایع نخاع در ۳۱/۱۱/۱۵ : واسرمن منفی است .

آلبومین مایع نخاع ۰/۴۹ گرم در لیتر

کلرور « « ۶/۸۰ « «

قند « « ۰/۵۴ « «

سیتولژی : ۱۰ لنفوسیت و دوپلی نو کلتور در هر میلیمتر مکعب مایع نخاع دیده  
 میشود بنژوان کلوئیدال طبیعی است .

پس از امتحانات فوق بیمار در تاریخ ۳۱/۲/۲۴ بخش واگیر را ترك گفت .

روزمرخص شدن علائم زیر در بیمار هویدا بود :

۱- رفلکس های و تری آشیل و رتول در طرف چپ کمی تند ( ۱ ) و در پای  
 راست کمی کند است ( ۲ ) انعکاس عضله سه سر بازوئی ( رادیال ) ضعیف و نیروی  
 عضلانی آن نیز کم است .

۲- بابنسکی در پای راست مشهود است .

۳- حساسیت در هر دو پا طبیعی است .

۴- انعکاس پوست بیضه در طرف راست طبیعی ولی در طرف چپ وجود ندارد .

۵- انعکاسهای پوستی شکم در طرف راست طبیعی ، در طرف چپ خفیف است .

۶- در موقع راه رفتن بیمار کمی عدم تعادل داشته تلو تلو میخورد و پاشنه هارا  
 بهم میکوبد .

۷- علامت رمبرك منفی است و در معاینه چشمها هیچگونه اختلالی مشهود نیست .



## یازده مورد تخم تریکوسترونیلوس (۱)

در مدفوع

تعارف

دکتر فرج الله شفا

استاد میکروب شناسی دانشکده پزشکی

بین یکصد و هشتاد آزمایش مدفوع که برای جستجوی تخم کرم در آزمایشگاه بهداری بانک ملی ایران تحت نظر اینجانب انجام گرفته است یازده مورد تخم تریکوسترونیلوس یافت شد.

در تهران تخم این کرم را آقای دکتر انصاری در آزمایشگاه بهداری راه آهن نیز دیده اند.

در شهرستانهای اصفهان و اهواز و آبادان نیز آقایان دکتر فقیه و دکتر حاجیان رؤسای درمانگاه انگل شناسی دانشکده پزشکی تهران تحقیقاتی بعمل آورده و آمار زیر را بدست آورده اند:

محل	آنریشیمان	تعداد آزمایش	موارد مثبت	چند درصد
قدری جان اصفهان	بدون	۳۵	۱	۲/۸۰٪
باغ بدران اصفهان	بدون	۳۰	۱	۳/۳۰٪
اهواز	آقای دکتر فقیه بدون	۱۰۰	۱۷	۱۷٪
	آزمایشگاههای شهری، بدون	۱۳۶۱	۱۲۱	۸/۵۰٪
بهداری شرکت ملی نفت، پس از		۱۴۲۸۱	۱۷۵۰	۱۲٪

در این یازده موردیکه ما به تخم این کرم برخورد کرده ایم نکات زیر قابل ذکر است:

۱- تمام آنها در آزمایش مستقیم منفی بوده فقط پس از آنریشیمان تخم کرم دیده شده است.

۲- در هر صد آزمایش مدفوع ۶/۱ دفعه تخم این کرم وجود داشته است.

۳ - چهار نفر از بیماران مدتی در آبادان و یکنفر آنها مدتی در خرمدره قزوین و یکنفر در اصفهان زندگی میکرده‌اند یکنفر نیز هندی بوده و بقیه ساکن تهران و از آن خارج نشده‌اند .

۴ - چهار نفر آنها زن ، چهار نفر مرد ، یکنفر پسر بچه و یکنفر دختر بچه بوده‌اند .

۵ - یکنفر از آنها مهندس کشاورزی ، یکنفر دانشیار دانشکده ، دو نفر مستخدم و بقیه بااستثنای بچه‌ها کارمند دفتری بوده‌اند .

۶ - یکنفر از آنها علاقه زیادی بگل کاری داشته و کود گوسفند بگلدانها میداده است .

۷ - هریازده نفر بکم خونی مبتلا بوده تعداد گلبولهای قرمز خونشان در حدود سه میلیون و اندازه هموگلوبین آنها بین پنجاه تا شصت درصد بوده است .

۸ - در سه مورد علاوه بر این کرم بیماران اسکاریس هم داشته‌اند .  
برای اینکه ذهن خوانندگان بهتر متوجه موضوع که از لحاظ آزمایشگاهی ، بالینی و بهداشتی دارای اهمیت است گردد ذیلا خصوصیات ایندسته از کرمها را بطور اختصار شرح میدهم :

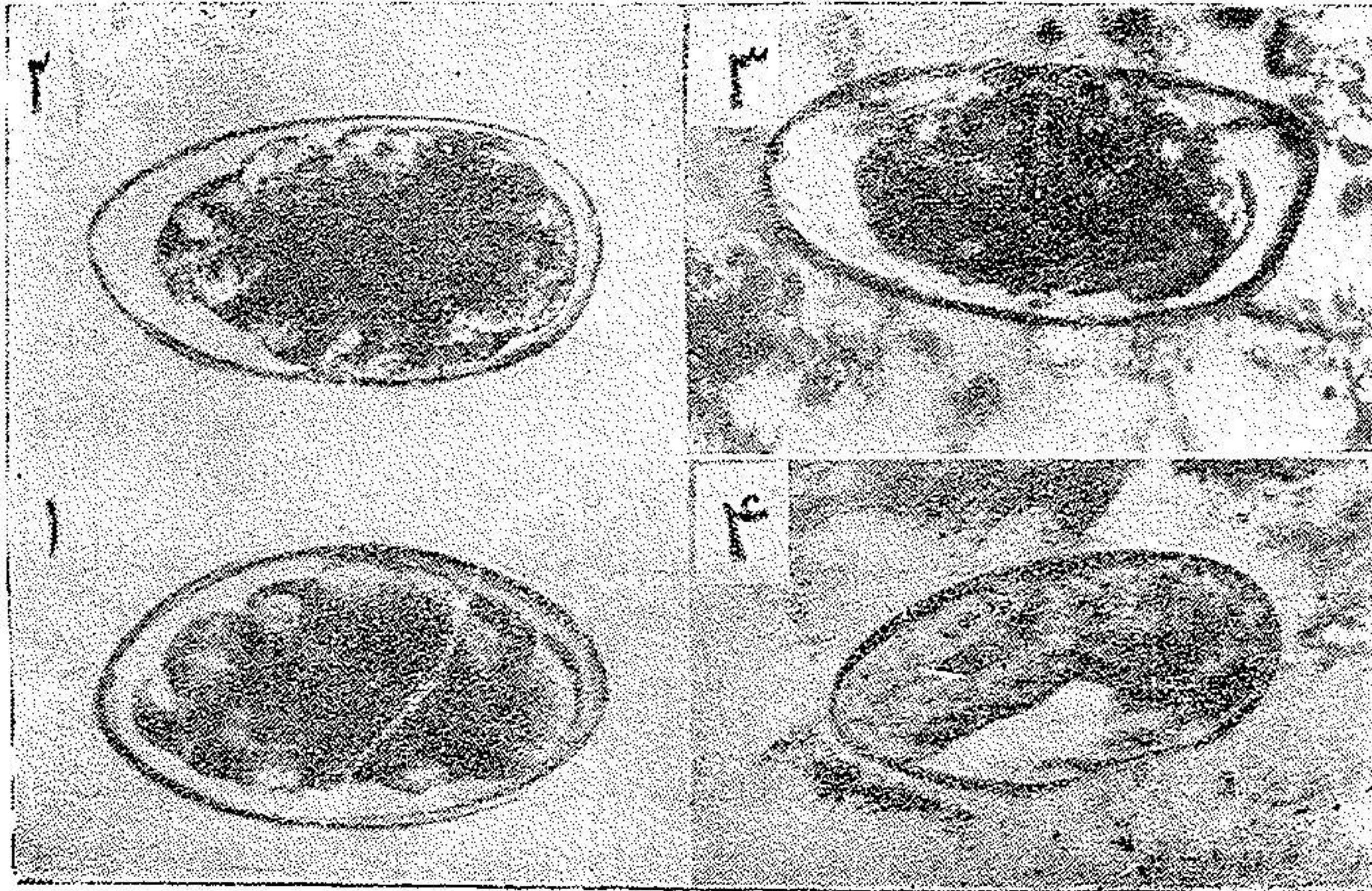
تریکوستر و نژیلوپس ها جز ، سترو نژیلاتا ها که دسته‌ای از نماتود ها هستند میباشد این کرمها از حیث شکل و اندازه و دوره تکامل شبیه به انکیلوستم و نکاتور میباشد ولی بر خلاف آنها عاری از کپسول بوکال بوده دهانشان کوچک و دارای سه لب میباشد . سر آنها بیش از ده مو قطر نداشته و گردنشان عاری از پاپیل میباشد .  
نر آنها به بزرگی چهار میلی متر بوده دارای یک بورس کدال کامل می باشد ولی اسپیکولهای آن کوچک و بشکل قاشقک یاسپاتول هستند و ۱۳۵ تا ۱۴۵ مو طول دارند .

ماده آنها بطول شش میلی متر بوده سوراخ تناسلی آنها در ربع خلفی بدن قرار گرفته و دارای یک لب از جنس کی تین میباشد .  
عده ماده‌ها همیشه از نرها زیادتر است .

تخم آنها بیضی شکل، کشیده و شفاف بوده ۷۰ - ۸۰ مو طول و ۴۰ تا ۴۵



معرض دارند وقتی تازه از کرم خارج می شوند بحالت مرده بوده سلولهای متعددی دارا هستند.



این کرمها انواع زیادی دارند که مهمترین آنها عبارتند از تریکوسترونژیلوس کولوبریفورمیس (۱) و تریکوسترونژیلوس پروبولوروس (۲) و تریکوسترونژیلوس ویتیرینوس (۳) و تریکوسترونژیلوس اوریئنتالیس (۴) تمام آنها در اثناعشر و هزار لای چونندگان مخصوصاً گوسفند و بز و در بعضی نقاط در روده شتر - سنجاب و بعضی از حیوانات دیگر زندگی میکنند.

در مصر، هندوستان، آمریکا، استرالیا، اورلئان جدید، سیبری، ارمنستان، افریقا، ژاپن، فرمز، کره و چین انواع این کرم را در انسان هم دیده اند. دوره تکامل - تخم این کرم که بحالت مرده خارج میشود اگر در شرایط مساعد قرار گیرد (خاک مرطوب) پس از ۲۴ ساعت يك لارو رابدیتیفرم (۵) از آن خارج میشود این لارو پس از دو مو تاسیون که جمعاً شصت ساعت طول میکشد

- ۱ - *T. colubriformis*      ۲ - *T. probolurus*      ۳ - *T. viterinus*  
 ۴ - *T. orientalis*      ۵ - *Rhabditiforme*



يك لارو فیلاریفرم ( ۱ ) تبدیل می‌گردد که میتواند تا پانزده ماه روی علفها زنده بماند هر گاه گوسفند ، بز و غیره این لارو را با علف بخورد در روده آنها یک موتاسیون دیگر پیدا کرده در زیر مخاط داخل میشود و پس از سه چهار روز مجدداً از آن خارج شده يك موتاسیون چهارمی پیدامیکند و بکرم بالغ تبدیل می‌گردد . این کرم سر خود را در مخاط فرو میبرد و بهمان حال زندگی میکند . دوره کمون این کرم روی هم رفته سه هفته است .

**بیماریزائی برای انسان -** چنانچه گفتیم این کرم مخصوص بعضی از جوندگان مانند گوسفند ، بز ، شتر ، سنجاب و غیره بوده انسان استثنائاً در اثر خوردن سبزیها ممکن است بآن مبتلا گردد .

اگر تعداد کرمها در روده انسان کم باشد هیچگونه علامتی ظاهر نمیشود ولی اگر زیاد باشد در اثر مکیدن خون و ترشح سم کم خونی شدیدی ایجاد میشود که فقط پس از دفع کرم قابل درمان است. در يك مورد این کرم را در موقع عمل داخل آپاندیس یافته اند .  
**تشخیص -** تشخیص این کرم فقط از روی یافتن تخم آن در مدفوع امکان پذیر است تخم این کرم را نباید با تخم انکیلوستم دنکاتور که اولی چهار و دومی ۸ الی ۱۶ قسمت دارد اشتباه کرد و برای احتراز از این قسمت باید مدفوع را مخصوصاً در فصل تابستان و نقاط گرمسیر فوراً آزمایش نمود تا تغییری در تعداد قسمتهای تخم کرم پیدا نشود. ضمناً باید در نظر داشت که تخم تریکوسترونژیلوس بزرگتر ، کشیده تر و نوک تیز تر از تخم انکیلوستم دنکاتور میباشد . انواع مختلف این کرم را نمیتوان از روی تخمشان از یکدیگر تشخیص داد .

**درمان -** بهترین دارویی که برای دفع این کرم وجود دارد تترا کلراتیلن (۲) میباشد که بصورت کپسولهای يك سانتی متر مکعبی بحالت مایع بفروش می رسد مقدار استعمال آن برای اشخاص بالغ سه تا چهار سانتی متر مکعب و برای کودکان ۱۰ ، ۲۰ ، ۲۵ سانتی متر مکعب برای هر سال کودک میباشد طرز استعمال این دارو باین قرار است : روز قبل بیمار باید غذای سبک خورده عصر آنروز هم يك مسهل نمکی بخورد فردا صبح ناشتا کپسولها را پشت سر هم بلعیده دو ساعت بعد از آنهم يك مسهل نمکی دیگر بخورد . سیترات دومینزی در این مورد بهتر از سولفات دومینزی



میباشد. اگر بخواهند تتراکلراتیلین مایع تجویز کنند بهتر است بامسهل مخلوط نمایند و یکجا بخورانند.

گاهی پس از خوردن دارو حالت چرت و سرگیجه و استفراغ پیدا میشود اگر این علائم شدت داشت باید مسهل را زودتر داد تا دوا دفع شود و موارد عدم تجویز این دارو عبارتند از: بیماریهای کبد، گاستروآنتریت، الکلسیم، ضعف عمومی مزاج، کم خونی شدید، استعمال ارسنیک و جیوه و سایر دلزات سنگین. اگر بیمار علاوه بر این کرم اسکاریس هم داشته باشد باید قبلاً آنرا دفع کرد زیرا ممکن است اسکاریسها در اثر این دارو تحریک شده دور خود جمع شوند و سبب انسداد روده گردند.

چون تتراکلراتیلین در مجاور هوا اکسیده شده اکسی کلرور دو کربن ( $\text{COCl}_2$ ) که گاز خفه کننده است ایجاد میکند کپسولهای شکسته را نباید استعمال کرد.

برای درمان دسته جمعی میتوان تتراکلراتیلین مایع را بکار برد ولی قبلاً باید مقداری محلول بیکربنات دوسود در شیشه آن ریخته خوب مخلوط کرد تا اکسی کلرور دو کربن آن گرفته شود سپس آنرا جدا کرده بکار برد.

پیشگیری - در نقاطی که این کرم وجود دارد باید از خوردن سبزیهای خام احتراز کرد.

در خاتمه از آقایان دکتر انصاری و دکتر فقیه و دکتر حاجیان که اطلاعات خودشان را در اختیار اینجانب گذاشته اند و همچنین خانم فخری فردوس (پرتو) که در آزمایشگاه بهداشتی بانک ملی صمیمانه با اینجانب همکاری کرده اند سپاسگزارم.