مجله دانشگاه پزشکی تهران

پرسی ۱۲ مورخ میاستئنی گراو در ایران

دکتر جلال برمیانی و دکتر ناظر سعید

Myasthenic Grave pseudoparalytique ERB - Goldflam

میاستئنی پاییزه، نیز میاستئنی گراو در ایران وایا بازی و شاید روشن نشده و اسپوز تحقیقات جالبی برای شناسایی این بیماری در مراکز پزشکی جهان انجام می‌گیرد و حتی انجمن بین المللی مبارزه با میاستئنی به‌عنوان Viets H. R. منظور و برای کمک به سلب‌یافتن توزیع شده است.

میاستئنی که عبارت از خستگی شدید و غیرطبیعی عضلانی بوده در هنگام فعالیت است، دارای اشکال مختلف بوده و شکل خاصی آن در ایران نسبتاً بسیار است ویلی بلند‌دواری تشخیص، اطلاع عمومی کمتر به دان توجه دارند. این مقاله برای جلب توجه همکاران با در این اصطلاح شده که شامل بررسی شرح حال ۳ موردی و دلج میاستئنی嗨شان و بنظر میرسد که در ایران تاکنون نوشته‌ای تا این تعداد میاستئنی منتشر نشده است.

* دانشیار بیماری‌های اعصاب دانشکده پزشکی دانشگاه تهران
ازنگر وفور بیماری، آمار زیر که درسال ۱۹۴۱ منتشر شده است جلب توجه می‌کند:

(Pennington, Wilson)
در انگلیس از هر ...(نفر یکنفر (تحقیقات از)
(A. Storm - Mathisen)
در روزهای هر ...(نفر یکنفر (بررسی از)
(Kurland, Alter)
در ایالات متحده آمریکا از هر ...(نفر یکنفر (آمار از)

بهتر است به میانسنجی می‌پیوندد.

بیماری‌هایی که روش‌های ارزیابی‌ها از آن‌ها قطع نظر قابل اهمیت است:

اولین - ازنگر تشخیص، همان‌طور که قبل گذارده بوده و بیماری در آن آغاز‌این عارضه به استانی قدرت کننده بوده و بیماری به‌صورت ممکن است به‌این بیماری نباشد ولی واکنش‌های آزمایشگاهی مخصوص، کمک مؤثری به‌دست تشخیص بینماید.

ثالثاً - ازنگر تشخیص، این بیماری هنوز در صف ناکست و گاهی اوقات با وجود معالجات مناسب، در نهایت فرا می‌سیرد.

نهم - ازنگر دیگر، باوجود روش‌های درمانی مختلف (رادیوتراپی و عمل جراحی)، شیمی درمانی (بیوزیپریستیگمین و داروهای مشابه آن) روش مهم معالجه است.

این دلایل ها را برای داشت تا ضمن بررسی و مورد میانسنجی در ایران با رعایت اختصار کلام، بعضی علائم جالب این بیماری همچنین اطلاعات تازه درباره آزمایش‌های مایا کلینیک و روش‌های درمانی جدید را نیز با گوو کنیم.

قسمت اول - علل بیماری:

چهار خاصیت مهم به میانسنجی را مشخص می‌کند:

الف - اختلالات حرکتی که هنگام خستگی ظاهر می‌شود، این خستگی که زودرس و غیر عادی می‌باشد. بعد از افتتاحات مکرر ماهیچه به‌بیمار دست می‌دهد.

ب - خستگی هنگام نیکم، بعدا اینکه بیمار بعدا از عادات را پیش آمده است
شماره ششم

درس ۱۲ سوم میانجی گزار و در ایران

ویا به‌نگاه‌جویدن، بعد از یک‌پایه‌ی ۱۰، ۲ بار این عمل را تکرار نموده ویا درست‌شده پس از حین‌بار باز و بسته کردن انگشتان، آمکار می‌شود و بیدن از طرف جنوب دو از‌دشت زبان کشته‌دیگر انگشتان به جای می‌آیند و فک تختنی قادر به‌نمایندا که فوق‌اکنون نیست، مخصوصاً هنگام جویدن، بسیار که گاهی اوقات بیمار مجبور می‌شود، با استفای فک تختنی را کمک دهد. پس از دچاره‌ی استراحت، اقتباس مجدد ماهیچه‌ها که با چهار سوپر خستگی سریع می‌گردد امکان پذیراست.

خستگی در میانجی‌، با خستگی طبیعی طرف دارد. در خستگی میانجی، اراس انتظار طبعی نداشت و شدت آن در ساعات مختلف شبانه روز متفاوت است. بیشتر از سایر اعصاب، از جمله آمکار به‌بیشتر از سایر اعصاب به‌بیشتر این بخش بیمار می‌شود.

ب‌سندروم فلج‌های کاذب: عضلاتی که اعصاب آن‌ها از‌ئات می‌نمایند (بیل‌های اعصاب، پروتوپراس، پایه‌های مخ) بیرون بیایند، بیشتر می‌گردد و بعد از آن از‌ئات اعصاب ماهیچه‌های سرویس به‌جز قرار دارد.

اول- ماهیچه‌های بری‌پتربز: ماهیچه‌های چشم‌انگار ماهیچه‌ها معمولاً زودتر و مدت‌گرفتار می‌شوند. سقوط پلک‌های فوقانی (Prosis) در ۱/۸ می‌تواند رخ بی‌سیگنیفته که ممکن است کشته‌نبوده‌ی باشد. سقوط پلک، بیمار را رد بی‌سیگنیفته کرده‌یا دیدن، سر را بعقب برگرداند. در بعضی موارد استراهم دخال و خارجی به علت نیز وجود دارد. بعلاوه ماهیچه‌های حفظی چشم نیز سالم نیستند، ندرتاً موردی که چشم‌ها نیز برگردان شده، اختلالات تطابق ویا نامناسبی اطراف آن اظهار می‌گردد.

معمولاً انفکاس نوری طبیعی است.

ماهیچه‌های مخ: خوردن غذا سفت، دیگر اشکال می‌گردد.

ماهیچه‌های چشم: اختلال این ماهیچه‌ها موجب انحراف گذا و سابعات طرف
حمله و بینی شده و باعث سرطان های شدید می‌گردد، بقیه‌که در بعضاً موارد فقط
با استفاده از سوندا، می‌توان بیمار را تغذیه نمود.
ماهیچه‌های تکظم صدا می‌کند ضعیف و توده‌ای شده و حتی نامفهوم
گردید و در مراحل ایستگاه آنکه باید آید. سایر ماهیچه‌های صورت نیز می‌کشد.
گرفتار شوند.
دووم - ماهیچه‌هایی که اعصاب آنها از ناحیه بریشیزد:
معلوماً ماهیچه‌های گردنه و سینه ماهیچه‌های رشته اندام‌ها گرفتار شده که
گاهی راه را گرفته و در شرایط بیماران دچار سیطوبانی اویله می‌ماند، و حتی ممکن است موجب
سقوط بیمار به‌زمان نیز شود.
ج - در بعضی مواقع ماهیچه‌هایی مربوط به استگاه نباتی، مانند قلب و بخش‌های
ماهیچه‌های تنفسی گرفتار شده و باعث گرفتار شدن می‌گردد.
د - عدم وجود علائم عصبی (علائم عصبی) هیچگونه ضایعه دستگاه اعصاب
مرکزی دیده نمی‌شود. نقل و نقل عضلانی و یا اختلالات رفتکس و اختلالات حسی
مطلق ندارد.
ه - سیر بیماری، در ادای مراحل عود (که سکست چند هفته تا چند ماه
بطول انجار در) و بهبودی کامل یا نسبی موقت است. معلوماً در مرحله عود،
بیماری را و خمین تر می‌کند، خطر مراکز گرفتار در کمی‌بیماری (خارج دراز و خصوصی
می‌کند خروه بعلت ازدیداد دارو) بیمار را به‌سوی بیماریت می‌کند یا خرید را در نرسانی
تنفس است و با بد بطور اورژانس تشخیص داده شود و حتی گامی وجود دستکاه
مورد نیاز است. Engström

قسمت دوم - علائم آزمایشگاهی:
الف - تست‌های‌فارماکولوژی:
ب - تست پروتئین‌سنج در نظر توجه و میلی گرم پروتئین‌سنج در
داخل عضله ویا ملی میلی گرم داخل ورید است که علائم میاستنی را سرعت ویاکثر سوقت ازین میبرد.

۲- تست نانسیون (Tensilon) : که آمیزه ملی گرم آورا در میانی گرم آورا در مانند ۰٪ خانه به آرامی تزریق کرده و اگر چیز واحکی ایجاد نشود، بعد از ۳، ۴ ثانیه تأمل بقیه آنرا تزریق سیناپنه. واکنش کریستنزریکه را میکن است با یک میلی گرم سولفات آتروپین ازین برد.

۳- تست های دیگر مانند کورور و کینتین، خواه بهت نخور، خواه بهت نخور.

دشواری برآورد آن از رژه کمتر مورد استعمال دارد.

ب- واکنشهای الکترویکی:

۱- واکنش میانی

اگر ماهیچه میاستنی را با جریان فارادیکه وادار به تانیزایی-بون کنیم این عمل موجب ضعف شدید انقباض که تامرجه عدد پاسخ به تجزیه نیز وارد میگردد.

در حالیکه ماهیچه طبیعی، مادامیکه جریان برقراری همچنان تناسیز باقی میماند.

۲- الکتروموگرافی:

این تکنیک برای تشخیص میاستنی در آغاز بیماری و همچنین شناسایی خستگی های ماهیچه بعمل دیگر، مفید است.

کم شدن تحریق ردیابه واحدهای حرکتی، دلایل برخستگی میاستنی میکنند.

اگر عصب کوینتال را تحریق نموده و فعالیت الکترویکی ماهیچه های هیوتوارا در جهت تحریک و پس از آن بررسی کنیم، علائم اصلی بست می‌باشد. اگر این عصب را با ۳ تا ۴ شوک وای فرکانس ۱۰-۰۵ با در نانی تحریک کنیم در ماهیچه دیوار میاستنی، موجب کاهش سرعت دامنه امواج و زمان پتانسیل های بست آمده میگردد.

الکتروموگرافی ماهیچه های جسمی در صورتی که فقط میاستنی چشمی در کار باشد، مفید است. واکنشهای حرکتی هنگام تحریک دارای دامنه کوتاه و با تواتر
الف - نارسائی ویا ناهنجاری استیل کولن در انتها عصب که از ارتقاء تجزیه Desmedt (HgC) همیچولینیوم (Hemicholinium) این حالات به سیطه دارویی کاملاً با بلوک سیستم شیمی می‌باید.

ب - روش پیشنهاد کردن استیل کولن در روند غشاء قبل از سیناپس که در حالته بروتولیم و هیپوکالیم شدید نیز دیده می‌شود.

ج - تجوید سرط استیل کولن

د - اثرات کلی ماده دیگری که گیرندهای خشک از اسید‌نیتریک آشته‌ها کرده و اثرات انتقال دوی عصبی می‌شود. بلوک کرایسیسم نتیجه در صفحه محرک که شاید شباهت با دریافت مادهی مخصوص مود کورنی که این استیل کولن روز گیرنده‌های کولونرژیک تاثیر بسیاری و محور ایجاد بلوک رقابتی می‌گردد باشد. بنیم که ماده‌های کورنی شکل با استیل کولن بیمارها می‌باید و بیدن علت استیل کولن نمی‌تواند روی پروتئین گیرنده خود تاثیر نشر و در نتیجه سیستم دپولاپولاریزیون ایجاد شده و انتقال روی صفحه محرکه انجام گیرد. این واکنش‌های که در دوره پیش‌بینی سیستم پیش‌بینی مربوط به وجود پروتئین‌های خارجی است که روی گیرنده‌های کولونرژیک تاثیر بات که علت می‌باید، این واکنش‌های که در دوره پیش‌بینی سیستم پیش‌بینی مربوط به وجود پروتئین‌های خارجی است که روی گیرنده‌های کولونرژیک تاثیر بات شده و بلوک سیستم با ایجاد می‌کند، محتمل تصور می‌کند که این پروتئین‌ها آنتن کوره‌های ضد ماهیچه هستند که در بدن بیمار ایجاد شده و دراز پنجم اعمال خود ایمن تیم‌سازی نسبت به بخش از پروتئین‌های بدن مثل پروتئین‌های ماهیچه حساس بسیار هستند و حتی بعضی از الکساندن هنگامی و خاص بیماری سیستم درون بیماران آن‌دید آنتن کوره‌های ضد ماهیچه را ایجاد می‌کرده و بخصوص درخون بیمارانی که تموم دارند، باشد شده است.

علایق آنتنی کوره‌های ضد عضله در خون عضله جدیدان با عامل عضله و مشاهده کرده‌اند. وجود این عامل (آنتن کوره‌های ضد عضله و فاکتورهای ضد و آنزیم‌های تیوت مکمل Immunofluorescent) بطرف مختلف رنگ آمیزی متداول محرز شده است.
درمان

مهمترین و آسان‌ترین درمان تجویز پروستیگمین و داروهای مشابه آن مانند مهتابس و مسیس درمان با رادیوتراپی ناحیه تیموس (چه تیموس Mytelase و Mestinon وجود داشته باشد و چه نباشد) است که بطور متوسط بین ۱۰ تا ۲۰ هر ماه می‌باشد. با این درمان، تعداد قابل توجهی از بیماران برای سخت کم و بیش طولانی، بدون قرص بروستیگمین می‌توانند بزندگی ادامه دهند. اگر درمان با داروهای رادیوتراپی نتیجه بخش نباشد، پایداری در این موارد نیز نتایج نسبی جالبی با کاروتید، بدست آورده‌اند.

پس از ذکر این مطالب، اینکه به پرسش بالینی سرود بیمار مسئولیت خود، می‌پردازیم:
بیماران مایین سالهای ۱۴۱۸ تا ۱۴۱۹ در بخش اعصاب بیمارستان پهلوی بستری بوده‌اند. قبل از بیماری شرح حال ۳ بیمار را بعنوان نمونه بازگو کرده سیس کلیه آنان را از نظر بالینی و آزمایش‌ها و درمان‌های مورد تحقیق قرار دیده‌اند. این ۲ شرح حال، برای نشان‌دادن اثر درمان‌های مختلف بیماران، انتخاب شده‌اند.

۱- شرح حال شماره ۱ ( درمان با رادیوتراپی )

نام بیمار سید مهدو محمد سالم پناهی، تاریخ بستری شدن ۳ از روز ۱۳۵۸ و تاریخ علت مراجعه - ضعف عمومی، خستگی بعد از فعالیت، پتوزیلاکها، دوی‌پی، اختلال در تکلم و بلع.

سابقه و سیر بیماری: اولین بار در اوایل سال ۱۴۱۸ بیماری با محدودیت حرکات چشم و دوی‌پی که در تمام چهار بوده شروع شد. آن‌گاه بتدریج اتادگی بالکه‌ها ( اول چشم راست ) ایجاد شده و سپس یک‌ماه بعد، ضعف در دستی بر روی کرده است. بعداً اختلال در عمل بلع و تکلم و سرانجام ضعف در پاها، بوجود آمد. و پس از ۲ ماه از شروع بیماری، در بیمارستان نمازی شيراز بستری گردید و تحت درمان با پروستیگمین بهبودی نسبی یافت.

جهتی به دخالت ادامه بیماری در بیمارستان پهلوی بستری گردید و باتشخیص سیستمی تحت دندان با رادیوتراپی قرار گرفته. برای بیماری در دواه رادیوتراپی جمعاً R۴۰۰۰ داده شد.

بازار، ۱- جلسه کروش درمان، پس از ۲ ماه جلسه دیگر، اشعه داده شد. در این موقع بیمار با بهبود کامل از بیمارستان مربوط شد و دیگر قرن پروستیگم مصرف نمی‌کرده است.

مدت ۶۰ هفته حال بیمار کاملاً خوب بود تا اینکه بدنی زمین آلرژیک و صرف داروهای آنتی‌هیستامینیک مجدداً دچار سرجیه، محدودیت حرکات
چشم و گیاه بلکه در قسمت بارش بوته و در تاریخ ۱۸ ژرژه ۶، بار دیگر در بیمارستان پهلوی بستری می‌شود.

سایه شخصی و خانواده‌گی:

نکته مهمی موجود نیست.

معاینات:

بیمار دچار افتادگی پلک راست بوده در نگاه بالا و پایین دو بینی دارد، اندام‌ها ظاهرًا طبیعی بوده و بنظر میرسد که قدرت عضلانی دستها مختصری کم شده است.

رفکس های و قوطی و بیشتر طبیعی بوده بابیسه‌ی ندارد. اختلال حسی موجود نیست و سایر دستگاه‌های بدن کاملاً طبیعی هستند.

آزمایش‌های آنی‌شته در تاریخ ۱۹ ژرژه ۹۹ از ۲۲ ژرژه ۹۹ بشکر

بوده است:

سیدنا منصور، ۲ میلیمتر در ساعت اول، (۲ام) شمارش خون شامل گلوبل سفید ۷۸، هموگلوبرین ۹۴/٪، زمان انعقاد سه دقیقه و زمان سیلان خون ۴/۵ دقیقه است. همتوکریت ۴۴٪، اورهخون ۴/۸، تی.گ.د. ۱۴۰ و گرم دریتر ۱۴۰ و گرم خون ۱۴۰، دریتر.

واحد در هر ساعت، واحد میلیمترمتر سکعب از سرم بوده است.

ماپنیک و VDRL نیست. آزمایش ادرار و رادیوگرافی سینه‌ای طبیعی مشاهده است.

تمامیم طبیعی بوده در معاینه‌ی ریه و دهان بینی، رنیت آرزویی داشته و لوزها

هیپرتروپیه‌ی هستند.

تست تانسیل مانند آنچه که نتیجه‌ی آن در جدول بیانیه بعد می‌باشد می‌باشد.

درمان:

بیمار نموده، در جلسه رادیوپترای شد و جمعاً ۱۱۰۰ اشعه دریافت نمود. ایجاد خود در جلسه ۶۰۰۰۰ و بعداً در جلسه تکمیلی نیز اشعه داده شد.
<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع حرکت</th>
<th>تعداد دفعات حرکت در مرحله خستگی</th>
<th>تعداد دفعات حرکت قبل از تریف تانسیون</th>
<th>تعداد دفعات حرکت بعد از تریف تانسیون</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بازویسته کردن انگشتان دست راست</td>
<td>110</td>
<td>200</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>بازویسته کردن انگشتان دست چپ</td>
<td>150</td>
<td>200</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>بازویسته کردن دهان</td>
<td>12</td>
<td>120</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>عمل بلع</td>
<td>18</td>
<td>30</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>بالا پایین رفت از 1 پله استیمتری</td>
<td>1/5 استیمتر</td>
<td>18 استیمتر</td>
<td>18 استیمتر</td>
</tr>
<tr>
<td>شکاف پلک</td>
<td>12 استیمتر</td>
<td>20 استیمتر</td>
<td>20 استیمتر</td>
</tr>
</tbody>
</table>

پس از درمان فوق بهبودی قابل توجه بود، پلکها تقریباً بصورت طبیعی دو آمد و دویینی آزید رفت.

۷- شرح حال شماره ۲ (درمان با تیمکوئی)
نام: مهدی‌الله ۱۰ ساله از اهالی سکود سیستان-تاریخ یستا ۱۰ مشرا ۱۳۷۷
تاریخ مرخصی ۷ مرداد ۱۳۷۷
علت مراجعه:
خستگی درگذشت، راه رفت، اختلال در تکنیک و دو آمد در تکنیک کردن
در اثر افتادن بلع‌های فوقانی.
سایه بیماری:
شرع بیماری-از نوروز ۱۳۷۷ با اختلال بلع و مرگ‌پس پس از مصرف مصرف پوستیگمین بهبودی سیانی.
سایه شخصی و خانوادگی: نکته مهمی ندارد.
امتحانات عمومی: حال عمومی نسبتاً خوب بوده و دستگاه‌های گوارش، خون، و ادراری و تناسلی طبیعی است. در سه روز راه‌های خشکک دیده نمی‌شود.
دستگاه عصبی: وضع حرکت، راه رفت طبیعی بوده ولی پس از مدتی کم مدت.

میشود. دویست و یوزیس دو برخه دارد. قدرت انقباض عضلات صورت کم است. اختلال در تکمیل، گردنگی و توده‌های سینه صدا (آنجیچه‌های ماهیق) و گردانان مایه‌ای ازینی وجود دارد.

زنگ‌هایی ویژه مختصی کندست، زنگ‌های پوستی طبیعی است. شنوایی بیمار ضعیف است. تست پروستیگم مثبت است.

علاوه‌آزمایش‌گاهی: آزمایش‌های انگلیسی شده در تاریخ ۱۲ مرداد ۱۳۶۹ بشریز بوده است:

سلیمراتیوسم ۱: سیلیمر در سه‌ست اول قند خون ۴۴. گرم در هر اوره، حس خون ۴۴. گرم در هر اوره، هر سیلیمر، ۳۱٪ انوسیولوژی، ۵۲٪ نفوست و ۷۱٪ منوئست بوده است، هموگلوبین ۷۱٪، زمان سیتولان دو دقیقه، زمان انعقاد ۸ دقیقه است.

رادیوگرافی ریه طبیعی است.

در آزمایش ادرار آلبوسیی تراس دیده میشود. تکه غیرطبیعی دیگر ندارد. کراتین‌های ادرار ۹ میلیجرام در دارادار ۱۲ ساعت، کراتین‌های ادرار در همان تاریخ ۱۰ میلیجرام در دارادار ۱۲ ساعت بوده است.

درمان: بروستیگم و نیکوتین.

وضع بیمار در هنگام مرخص شدن، خوب بوده است.

۳- شرح حال شماره ۳ (درمان داروئی با بروستیگم)

نام صغری، خ، ۲۰ ساله، تاریخ بسترا، ۱۵ تیر ۹۴، تاریخ مرخصی ۲۱ تیر ۹۴

علت مراجعه، و سابقه بیماری:

عدم قدرت حرکت، دشواری تکلم و عدم قدرت گذا خوردن

عدم توانایی حرکت بعلت خستگی شدید با دشواری تکلم و گذا خوردن...
از یک هفته پیش از بستری شدن بطور ناگهانی ایجاد می‌شود. سال قبل نیز دیاژ این حالت شده بود.

سایر شخصی و خانوادگی: از سال قبل مبتلا به گواتر بوده و درمان می‌کرده است، از عا ماه قبل لاغر شده و علائم عصبیت و عدم تحمیل ناسالمات وجود دارد. متأسف و دارای سه فرزند است.

سایر دستگاه‌ها طبیعی بوده، ازنگذار دستگاه تناسلی رگل نامربت و خونریزی زیادتر از عادی است.

رفکس‌های رتون و آسیل کمی تند می‌باشد. رفکس‌های رادیال و کوبیتال طبیعی است. بانسکی ندارد، اختلال حس و تغذیه موجود نیست.

تست پروستاتیسم، با تزریق نیمه‌بیگرم ازاین دارو در ورید انگام شده است. ۵ دقیقه بعد از تزریق، بیمارکه تا ۵۰ بیشتر نمی‌توانند ببیایند تا ۵۰ شمرده و یک دقیقه بعد تا ۵۰ را بسیار شمرد.

ضمناً پلک‌ها که قبل از تزریق دارو، افتاده بود بازگردید و حرکات کرات بومی پاسیافیک شد. ۵ دقیقه بعد مربی از هرهیت به‌وجود محسوس ساخت بطوریکه برای صحبت می‌کرد و راه میرفت.

علائم آزمایشگاهی: آزمایش‌های انگام شده در تاریخ ۱۴۰۸/۰۳/۰۴ بشرح زیر می‌باشد:

سیدمانتاسیون ۰ میلی‌متر در ساعت اول، فرمول شماره کنن شامل کل‌گلوکول سفید ۰/۹۳، بیولوکتکر ۶۰٪ بانویه، لنفوسیت ۱۱٪، و کل‌گلوکول ۲۵٪ بوده است. زمان سیلان از ۰ دقیقه.
وزمان انعقاد خون ۵ دقیقه بوده. VDRL و ۲برنیکهمنی - قندخون نبود. ۱/۳گرم در لیتر، کلسیم خون ۷۰ و میلیگرم در لیتر، فسفر خون ۸ میلیگرم در لیتر و کرائیتن خون ۰ میلیگرم در لیتر بوده است.
آزمایش ادراشام: آلپابین تراس، تعداد زیادی گویچه سنده بوده، قند ندارد، کراتین ادراش ۴۴ میلیگرم در ادرار ۴ ساعت.
۱۷ ساعت، تستروئید ادراش ۴ ساعت و میلیگرم بوده است.
الکترونیوکاردیوگرافی از عضلات صورت و دلتونیکید عمل آمده که دال بر پیامدی بود.
متابولیسم بزال ۱۲٪. رادیوگرافی ریخت یکبار وجود نوسوری را در ناحیه ریه حبیب نشان داده و دفعه دیگرکه بنفیک الکتلا یاد زندگی بوده است. در معاونتی تولید چکرولوئی، سروستیم شدت داشته و سایر قسمتها طبیعی است.
الکترونیوکاردیوگرافی های خون:
پروتئین تأم ۳۶۸ گرم درصد سانترمارکب از هر سرم، آلپابین ۶۴٪، گلوبولین آلفا یک ۵۸٪، گلوبولین آلفا دو ۱٪، گلوبولین بتا ۴۱٪ و گاما گلوبولین ۲۱٪ بوده است.

درمان: برستیمین روزانه چهار فرس، کورتیکوبرای و گلوبولین بوده است.

و اینک به بحث و بررسی ۳ بیمار مورد مطالعه سیردرازیم:

الف- جنس: از ۱۳ بیمار مورد بررسی ۴ نفر زن و ۹ نفر مرد بوده‌اند، یعنی ۶۱٪ بیماران زن و ۳۹٪ مرد بوده‌اند. واژه مناسب بایستی با مردان بوده است. ۱۵۰ میلی‌گرم خاراکتی دیگر منتشرشده بیمارثادر. زیرا آمار کشورهای غربی نشان داده است که از ۷۵٪ تا ۸۰٪ بیماران مرد بوده‌اند.
ب: بررسی سپری شورهای بیماری

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>17-20 سالگی</th>
<th>21-30 سالگی</th>
<th>31-40 سالگی</th>
<th>41-50 سالگی</th>
<th>جمع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>زن</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مطابق این جدول سپری شورهای بیماری در زنان نسبتاً کمتر از مردان بوده‌است.

مطالعات عده‌ای از دانشمندان نیز این مطلب را تأیید می‌کند. چنان‌که بعضی از آنها معلول سالگردها در زنان را در حدود 2 سالگی و سالگردهای مبتلا را در حدود 5 سالگی گزارش داده‌اند (1).

از طرفی گزارش عده‌ای دیگری، هنگام تساوی نسبی سالمندان در بیماران زن و مرد در حدود 0.5 - 0.6 سالگی بوده است (8).

سمتی نزدیک کردن و سالمندان گان نسبتاً کمیاب است. چنان‌که در مواردی از سن 15 سال و به بعد 4 سالگی ختم می‌شود.

ج: بررسی نوع شورهای بیماری در 10 مورد بیمار مطالعه‌شده:

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>شورهای مختلط</th>
<th>ابتلاه اولیه</th>
<th>ابتلاه اولیه نواحی قدرت‌های ورودی</th>
<th>ابتلاه اولیه نواحی بیولوژیک</th>
<th>ابتلاه اولیه نواحی بیولوژیک و نخاع</th>
<th>جمع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>زن</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>-</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>25</td>
</tr>
</tbody>
</table>
شماره ششم
بررسی 12 سورت سیاستی گروه درایران

بنابراین دریگران ما، بهترین یکی از این انواع، در مردانی که به خاطر ابتلا به چشم، خوش خیم ترین ابتلا به عضلات پروازیمال اندام شما گزارش شده است، معمولاً نوع با ابتلا به اندازه عضلات چشم، خوش خیم ترین

Moersch, Kennedy انواع بیماری است. درع 2 نفر از 87 بیماربود مطالعه

اعضلات پروازیمال اندام شما گزارش شده است.

5- وضع تروئید

دریگران یکی از زنان بیماری مار عارضه می‌باشد در زنی که دو سال به تخت درمان بوده، ایجاد شده است و در کنی از صدای تروئید از برگ برگ بوده و

در آزمایش با I131 تشخیص هیپئیتریودیدی داده شده است.

هر دواین بیماران به درمان با پروستگمین جواب می‌دهند و با پی‌بودن نسبی مانند گاه دنده.

بنا براین جون اختلال تروئید فقط در دو بیمار دیده شده است، همانطور که دیگران نیز(Simpson مانند) (قبل از مدتی شده‌اند نمی‌توان ارتباط مشخصی بین

می‌باشد گزارش عده‌ای از دانشمندان (مانند Baker در مورد پیش آگهی سیستمی)

همراه با هیپئیتریودیدی و در بوده است.

شاید با این دلیل که این اختلال در اکثر بیمارها وجود، تیم هر یک از موارد با وجود تیم هر یک

و معمولاً در سایر بیماران وجود تیم هر یک از بیماری شدت بیشتر و دو روش کوتاهی دارد (Ref. 8).

در مورد از بیماران ما که آزمایش سطح وسیع ندارند، نیاز به قرار می‌گیرد. در گزارش که یکی از دانشمندان بیمار

در آنها سطح وسیع ندارند کمتر از میزان طبیعی بوده است.

6- اختلالات جنسی

دریگران از بیماران محلی متأهل بوده و سه فرزند زین دارد که همکار

Libido
سال بیست و هفتم
سالنامه دانشکده زیستی تهران

ایجاد شده و نزد یکی از زنان که ۲ ساله بوده، آنتیوکه دو مالی قبلاً از میلیتی
شروح شده مشاهده گشته است.

بنا براین میزان بیماران ما از آن نظر اختلال نداشته‌اند. همانطور که در
گزارش عده‌ای از محققین نیز این مطلب ذکر شده است.

و - وضع روانی

چهار نفر از زیر مورد مطالعه ناراحتی‌های اختلالی روانی داشته‌اند.

یعنی نفر دو نفر دچار افسردگی بوده و یکنفر حساس و عصبانی بوده است که شاید این
ناراحتی‌ها و آکنش بیماران در دو نیم‌بیماریان بوده باشند.

ز - وضع بینالی

معاینه تخم شده در بیماران مورد مطالعه، در ۶ نفر بیشتر بوده و فقط در یکی
از آن‌ها حدود ۱/۲ کم محو شده بود. در یکی از بیماران دید هرودوجشن یک‌دهم
بوده است ولی علائم فضاگیر نداشته است.

ح - چگونگی سیر بیماری در عده‌ای از بیماران مورد مطالعه:

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>تعداد بیماران</th>
<th>اسکان عود</th>
<th>دنمات عود بیماری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>زن</td>
<td>۲</td>
<td>۱</td>
<td>۱ تا دوبار</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>۴</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>۶</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

مطابق جدول فوق، نفر از بیماران بعلت عود عارضه به بیمارستان مراجعه
کردند. ولی از چگونگی سیر بیماری در ۷ بیمار دیگر بعلت عدم مراجعه آنها
به بیمارستان، اطلاع در دست نیست.

بنا براین همانطوریکه عده‌ای در تعیین این بیماری ذکر نموده‌اند، این عارضه
دور راه بوده و در دوازده مراحل عود بیماری این عارضه.
шеماره ششم
بررسی ۱۲ سواد سیاستی گروه درآیران

سیاستی دیاری سیر و اشکال متافوت است، یعنی ممکن است بخاطر ویا حتی قطع جاده بروز گردد و در عرض چند دقیقه ویا ماه منجر به مرگ بیمار گردد.

ولی معمولاً مزین است، دریک دسته شامل بیمار ۷۸ بیمار، بهبودی های بالاتر از ۳۲ سال در ۷۰ مورد دیده شده است و عوده‌ای جزئی با دوره‌های کوتاه مدت در ۳۱ بیمار مشاهده گشته است.

۸- بحث از نظر آزمایشگاهی
الف- رادیوگرافی می‌سیستم
رادیوگرافی ساده قفسه صدری، در ۲۵ نفر از بیماران طی‌می‌بود. در یکی از مردان مشکوک به وجود توموری (احتمالاً تومور) در سیستم قدامی بود و در یکی از بیماران اصلاً انجام نشد. در دویکی از زنان بیمار بنوسودیاستن بعمل آمده که نتیجه‌آن مشکوک به‌هیپرپلازی تومور بوده است و در سایر بیماران این آزمایش انجام نشد.

چون برای بررسی وضعیت تومور با پنوسودیاستن به‌جرازی تومور گرافی استفاده گردید، بنابراین اطلاع ما از وضع تومور باین بیماران بسیار ناامن است.

ب- بررسی از نظر علائم خونی:

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>جمع</th>
<th>میلی‌متر</th>
<th>میلی‌متر</th>
<th>میلی‌متر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>زن</td>
<td>۱۲</td>
<td>۱۲۴</td>
<td>۱۲۱</td>
<td>۱۲۰</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>۲۴</td>
<td>۱۱۴</td>
<td>۱۱۱</td>
<td>۱۱۲</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>۳۶</td>
<td>۲۳۸</td>
<td>۲۲۲</td>
<td>۲۳۲</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در دویکی از بیماران سیستم‌ناتوانی اندازه‌گیری نشد.
درجه نفر از بیماران افزایش بیشتر سرمانتاسیون (از 0.2 - 0.8 میلیمتر
درسخورد اول) مشاهده شد و این نکته در گزارش
ref-11 (Simpson) در خصوص
بعضی از بیماران سورد مطالعه دژکزه است.
2 - ازنتر فرمول شمارش خون
بررسی تعداد گلبولهای سفید خون در بیماران سورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>6 000 - 7 001</th>
<th>7 000 - 8 001</th>
<th>8 000 - 9 001</th>
<th>9 000 - 10 001</th>
<th>10 000 - 11 001</th>
<th>11 000 - 12 000</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>زن</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بنابراین تقریباً درنیمی از بیماران هیرولوگوئیت مختصر (بیش از 880)
موجود است. سرماز همکلوین خون بیماران در تمام موارد اندوزه گیری شده کم
بوده (به 100 این 70 - 80٪) و فقط دردیک سورد بیش از 96٪ بوده است.
بنابراین علاوه بر هیرولوگوئیت، کم خونی مختصری نیز در بیماران وجود
داشته است.

3 - بررسی مقدار مواد مختلف موجود در خون:
مقدار کلسیم، فسفر، کلسترول، کراتین و پتاسیم خون در مواردی که
اندازه گیری شد در حدود طبیعی بوده است.
سیدم خون در 3 مورد از 5 موردی که اندوزه گیری شده، طبیعی بوده و در
2 نفر دیگر بیش از حدکثر میزان طبیعی بوده، بیش از 0.4 و 0.16 گرم در لیتر
(میزان طبیعی 0.1 و 0.8 گرم در لیتر میباشد).
اوره خون در 3 بیمار اندوزه گیری شده که غیرانیک سورد رودی در مدت بستری
بودن در بیمارستان از 20، به 0.7 گرم در لیتر رشد دیده، در سایرین در حدود
طبیعی بود.
قات خون در بیماران با تکثیر کمک که در دو تقریر و چهار تقریر در همره به وجود می‌آید. در مطالعات دانشمندان دیگر معمولاً میزان کلسیم، فسفر و سدیم، پتاسیم، اورتیک و آسیته، اسید آسیته‌ها و کراتین خون بیماران طبیعی بوده است. از این بابت به‌طور کلی نتایج در مطالعات ایرانی و غربی و کرواتیش در صنعت تولید دانشمندان مختلفی دیده شده است (10). در بیماران ما نیز از 2 مورد، دو مورد افزایش در میزان قند خون وجود دارد.

برونتئین‌های خون:

در مورد ۲ بیمار که در بین بیماران، الکتروفورز انیمیشن شد، که در دیکتری از آنها کم‌شدن مختصر با گلوپولین دیده می‌شود و در دیکتری کم‌شدن آلبانی با مسیر افزایش آلفا ۲ و گاما گلوپولین و افزایش مختصر با گلوپولین دیده می‌شود، با اینکه در بیماران سوم کم‌شدن مختصر آلبانی سرم همراه با افزایش بتا گلوپولین وجود دارد. ما ذیل در مورد رابطه بیماری با اختلالات برونتئینی (ازدیدگی گاما و بتا گلوپولین) بیش خواهیم کرد.

میزان SGPT و SGOT در دو بیماری سرمازدگی گیری گریز شده که در حدود چهار بیوی بود.

این نکته بسیاری عملکرد از دانشمندان نیز گزارش شده است (11).

ج- مایع نخاع در مورد دو بیمار مرد برسی قرار گرفته که طبیعی بود در علل دیگری از بیماران که علاوه بر بیماری پاتولوژیک اکثریت جزو بیماران با تدبیر پاتولوژیک افزایش در مقدار برونتئینهای مایع نخاع مشاهده گردیده است.

د- آزمایش ادرار

این اثر بهبود در مورد یک بیمار از بیماران مرد انجام نشده است.

در ۶ نفر از بیماران (دو مرد و چهار زن) دفع مختصری در ادرار دیده شده است.
در ۳۰ نفر بقیه آزمایش اداره طبیعی بود. بنابراین اختلال خفیفی در کارکردی‌ها در عده‌ای از این بیماران وجود دارد که بیشتر به صورت دفع مختصر آلبالوین می‌باشد.

یکی از اهداف این اشتیاق بهبودی می‌باشد ویژه در مورد از بین بردن از آنها که می‌توان گفت که آینده کاهش فراوانی از البتراژها و افزایش مستقیم قدرت بیماران در درد و در این زمینه بهبود می‌آید و حتی در بیماران یکی از آنها آلبالوین بسیار جنون وجود داشته لذا در نظر ایجاد بیمارستان مخصوص برای این بیماران، وجود نیازی به تحقیق برای این مهم وجود دارد و به همین میزان بخشی از این بیماران با بیماری‌های بالاتر و بالا می‌باشد.

روایت این بیماری (Ref. 11) Simpson در مورد ما نیز صادق است.

کراتین این اداره ۴ ساعت در ۶ بیمار اندازه‌گیری شده که در حدود طبیعی بود (مقدار طبیعی ۲۰-۳۰ کرگ در اداره و ۶۰-۱۰۰ کرگ در اداره).

کراتین این اداره ۴ ساعت (در ۴ مورد: ۲ زن و ۲ مرد) که میزان آن از ۰ میلی‌گرم تا ۲ میلی‌گرم در اداره و ۲ ساعت بود. میزان دفع درمان این بیماران است. در این بیماران از اداره معادینی مورد اطمینان وجود داشته که بیشتر از زنان بوده و معمولاً در موارد عدم بیماری سرعت دردال پیش‌رفت است. (Ref. 11) Milhout, Wolf

اندازه‌گیری مقدار ۱۷ ستواستروئید و ۱۷ هیدروکسی استروئید اداره ۴ ساعت:

۱۷ هیدروکسی استروئید اداره فقط در بقیه زن اندازه‌گیری شده که مختصراً از حداقل میزان طبیعی کمتر است (میزان طبیعی ۰-۳ میلی‌گرم در اداره و ۲ ساعت).

۱۷ ستواستروئید در اداره ۲ زن و ۲ مرد اندامه‌گیری شده که در زنان در حدود طبیعی بود، درکی از موردان کمی کمتر از حداقل میزان طبیعی و در دیگران طبیعی بوده است.
نتیجه تست پروستیگمین در ۱۳ بیمار مورد مطالعه:

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>نتیجه -</th>
<th>نتیجه +</th>
<th>مجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>زن</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>مجموع</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بنابراین، این تست در ۷ مورد انجام شده که در دو مورد، نتیجه کاملاً مثبت بوده و در ۶ مورد، نتیجه مثبت بی‌توجه بوده و با توجه نسبی به دست آمده است.

نتیجه تست ناشی از میزان بیماران که وضع درمانی مشخص نشته است، ساییریماران، پروستیگمین منصرف کرده‌اند. که عدهای از آنها علاوه بر آن تحت درمان‌های دیگری نیز قرار دارند.

الف - پروستیگمین و کورتئن - ۳ نفر از آنها علاوه بر پروستیگمین از کورتئن استفاده کرده‌اند که در ۹ مورد، کاهش علائم بیماری کاملاً مشخص بوده است.

ب - پروستیگمین و رادیوتراپی: در ۳ مورد، دیگر علاوه بر پروستیگمین از رادیوتراپی نیز استفاده شده که در دو مورد، نتیجه مثبت بوده و در یک مورد، با وجود رادیوتراپی بیمار بی‌خاتمة و وضع بالینی قوت نمود.

دریکی از بیماران که بی‌خاطه، با اشتهای پاپس کاملاً داده درد را مصرف دارو قطع کرده و این بیمار در طول ۳ دوره... (درونستک ان عده دیابت کرده که بدوت ۰۰۰ سال بدون درمان دیگر به‌بیماری کاملاً داشته است و پس از این، بیمار عادت عمده)
<table>
<thead>
<tr>
<th>سال بیست و هفتم</th>
<th>مجله دانشکده پزشکی تهران</th>
</tr>
</thead>
</table>

میانسانتی سنجش رادیوئترابای شد (\ldots \ رونگن درخیل دو دوره دو رنگ) که بیمار بی‌همبودی نسبی مرخص گردید.

بیمار دیگر درمان دو دوره دو درمان ... \ رونگن اشعه درمان نمود و با بهبودی مرخص شد.

پس از رادیوئترابای در بیماری ما در ۴ مورد رضایت بخش بوده و در مورد سوم بعلت وعیان پالینی تیمکومی ای نداشته است.

همچنین از نظر مقدار اشعه، حد متوسط ... \ تا ... \ رونگن ویاکی (Grob 1953, Sandifer 1964) پیشتر بودست واین مقدار را در دانشمندان دیگر (مانند دیگر) نیز تجویز شده است.

گرچه تعداد بیماران ما برای اظهارنظر قطعی کافی نبود ولی بنا به نظرلری که درمان با اشعه نسبت به درمان‌های دیگر دوره بهبودی طولانی تری خواهد داشت.

- پروسیگم و تیمکومی

۳- تن از بیماران تیمکومی شدن که یکی از آنها ۴۰ روز بعداز جراحی وقت بانی و ۲ نفر دیگر با بهبودی مرخص گردیدند.

بايد دانست درمان‌های جراحی دیگری هم علاوه بر تیمکومی، مانند اوراسیون، سنوسیتهای کاروتید و پاراتروپید کنتوی در مورد معالجه بیماران مبتلا به کتکب مختلف ذکر شده است ولی جراحان بیشتر به تیمکومی علاقه‌مندند.

در دو درمان در مورد ۳ نفر از بیماران بعل مختلف ناقدسی باند ویکی دیگر از بیماران با درمان داروئی، بی‌پیشنهایی، بی‌همبودی نسبی باند.

- پیام‌های پاسخ بیماران ما به درمان‌های مختلف بی‌پیشنهایی و رادیوئترابای

تقریباً یک‌تاسینه بوده است و تجربه‌ای که شاید بتوان از درمان این بیماران گرفت این است که هر بیمار مبتلا بهیستیت‌ها ابتدا باید تحت دو را جراحی قرار داد و در صورت عدم تجربه از رادیوئترابای استفاده نمود و در مواردی که این درمان هم به‌اثر نباشد، به جراحی (تیمکومی) دست زده.

در هر بیمار مورد مطالعه (ref. 15) Salani M. \ref{15} \ نفر مستحضاً تحت درمان
شماره ششم
بررسی ۱۲ سرود مسیحی گراو در ایران

با داروهای آنتی کولین استراز تراکمی و ۱/۱۰ نفر دیگر تیمکمی قدرت دارد.  
پاسخ این دو دسته به داروهای داروئی و تیمکمی شبیه یکسان بوده است.  
( نسبت درصد بهبودی در درمان طبی ۳۵/۹٪ و در دارمان جراحی ۸۸/۶٪ بوده است.)
بطور کلی از بررسی ۳۱ بیمار مورد بررسی، نتایج زیر بدست آمده است:

نتیجه:

۱- نکات مثبت:
الف- در ایران مسیحی در سراسر دیه میشود (۹ مورد مرد و ۴ مورد زن) و این با آمار منتشر شده از منابع اروپایی و آمریکایی منابع دارد، زیرا در سراسر جهان تعادل زنان و شکارچی در سراسر این آثار البتله ۳ مورد مسیحی برای اظهارنظر قطبی کانفی نیست و امید است که در آینده آمار دیگری دراین زمینه از مراکز علمی ما منتشر شود.
ب- در ایران نیز مانند سایر کشورها عارضه مسیحی در زنان زودتر از مردان بروز می‌کند.

۲- عارضه مسیحی در ایران نیز مانند سایر کشورها دارای سیر بالینی مخصوص ( دوره‌های بهبود و عوارض) است. جنینه از از ۳ بیماری که در ۲ سال بامراحله کرده‌اند، عارضه در ۶ نفر آنها عود کرده است.

۳- انتظام طرز شروع بیماری در ایران مردان بیشتر به‌صورت چشمی و زنان به‌صورت خاصی بیمار می‌شوند.
۴- انتزاع ارتباط با غده تیروئید آن با مشابه ماهلاس به ۵ مورد بعمل آمده در حدود طبیعی است و باعث خارجی نیز آنها قدیر می‌شود و از طریق گزارش داده‌اند، باعث موجب دچار مسیحی دارای گوارش بوده‌اند که آزمایش‌های کوآنتا کم‌آسایش یکی آنها هیپیرترودی نشان داده است.
۵- انتظار بررسیی فردی شمارش خون، تعداد گلوبول‌های سفید نزد تمام بیماران ما از ۷.۳ بالا بود، که در ۴ مورد ازانها از ۸.۳ - ۷.۳ عدد در هر میلی‌متر مکعب خون متوسط و مقدار هموگلوبین نیز در ۴ کثر مورد بین ۷.۵ - ۷.۰
است، ولی با خارجی که در دسترس ما بوده ذکری از فرمول شمارش خون به علم نیاورده‌اند.

ز- بررسی پروتئین‌های خون، بویژه از نظر فیزیولوژی، میان بیمارستان جابجایی است در ۳ مورد که آزمایش الکتروفورز خون به علم آمد، در ۳ مورد الافاگر در گلوبولین و در یک مورد انفاش گاما گلوبولین هر روز با آزمایش آلفاگر در گلوبولین دیده می‌شود.

بعلتده دفع محتصر آلبومین در ادرار و بیماری مگاگر در شده‌که یکی از آن‌ها از نوع آلبومین سس جنس بوده است.

جوان علیای از دانش‌آموزان در بیماران میانکی اختلالات پروتئین از نظر الکتروفورز خون در پنج و در پنج نظار بافت‌انداز، به‌دلیل رابطه‌ای بین میانکی و اختلالات پروتئین‌ی (خون، مایع تخاطع و ادرار) وجود دارد و همین موضوع سالنده خود این‌یا با مطرح می‌کند و روابط این بیماری با بیماری‌های auto immune یا مطرح می‌کند و روابط این بیماری با بیماری‌های کلاژنورکم دیگران روى آن تاکید می‌کردند. در بیماران ما نیز صادق است.

ح- ازنظر ابزارهای تیموس- رادیو گرافی معمولی میانکی هیپرولیسی تیموس را نشان نداده، فقط در پین‌ومایع میانکی که در یک مورد به علم آمد، هیپرولیسی تیموس مشکوک است، ولی قدر مسلم است که رادیو اثری روز تیموس بدون استفاده از این هیپرولیسی، نزد بیماران میانکی بیماری‌های تیمودیجیتیک به حالت مطابق گرفته است، ولی در تجربیات ۱۹۵۲ درمان‌های تیمودیجیتیک و فقط در ۵.۴٪ بهبود یافته و در هر ۵۰٪ یافته و هیپرولیسی تأثیرگذار بوده است.

همچنین در ۳ مورد از بیماران ما که تیمودیجیتیک یکسره شده یک درصد روز پس از عمل جراحی و بهبود دیگر بهبود یافته است. از این اطلاعات میانکی رابطه بین میانکی و تیموس مطرح می‌شود که فرضیه خود این‌یا در اینجا نیز مطرح می‌کند. Goldstein

پس از انجام آزمایشات بررسی می‌شود، معنادست که انتها.

تیموس پطور ضایعه اصلی و اساسی در میانکی است.
2- نکات منفی: افزایش هیچکونه رابطه شخصی بین میان‌ستی و عناصر موجود در خون مانند مقدار پتاسیم، سدیم، کلسیم، فسفر، کلسیترول، کراتین، اوره و غیره وجود ندارد.

ب- در 3 مورد که تجزیه معمولی شایع نخاع بدون الکتروفورز بعمل آمد، هیچکونه عوامل پاتولوژیک وجود نداشت است.

روی نظر هنگام در بررسی 3 مورد میان‌ستی در ایران با وجود نقص برون‌دها و عدم امکان انجام بعضاً از آزمایش‌ها (منجمه الکتروموگرافی و عضی اسانی‌های سیستوسکوپی) با نکات مثبت و نتایج‌های کمتر شدیداً، میتوان یافت.

بنابراین صلاح است تحقیقات علمی در این زمینه به فراهم نمودن امکانات و وسایل کار از طرف مراکز علمی کشور ادامه یابد.

References

1 - Baker A. B., : "Myasthenia Gravis."

2 - Castaine P., : "Introduction"
    Progressive Muskeldystrophie, Myotonie, Myasthenie, Springer-Verlag
    Heidelberg, aug. 1966, 324.

3 - Cathala H. P., : "Contribution au diagnostic de la myasthenie dans la
    pratique neurologique."
    Progressive Muskeldystrophie, Myotonie, Myasthenie Springer-verlag
    Heidelberg, aug. 1966, 373 - 381

4 - Cœrs, C., : "les alterations du tissu musculaire et de son innervation
    dans la myasthenie."
    Progressive Muskeldystrophie, Myotonie, Myasthenie Springe-verlag
5 - Goldstein G., Hofmann W. W., : "Electrophysiological changes similar to those of myasthenia Gravis in rats with experimental autoimmune thymitis." 


9 - Preswick G., : "The myasthenic reaction." 


12 - Uzunov N., : "The Effect of Nivalin in myasthiniag gravis pseudoparalytica." 

13 - Wectisler I. S., : "myasthenia gravis." 

15. Salam M., Schaltenbrant G., Erbsloch F., Fischer K., Pfisterer H., "Diskussion."