

يك مورد بیماری کلا آزار

نکارش

دکتر بینش ور

نصرت الله فامیلی

کارورز بیمارستان هدایت

رئیس بخش دانشکده پزشکی در بیمارستان پهلوی

ق فرزند ح - هشت ساله - اهل مشهد - در تاریخ ۳۳/۷/۲۹ به علت تب وضعف و لاغری و کم خونی و برآمدگی شکم در بیمارستان هدایت بستری شد. شروع بیماری از اواخر فروردین ۱۳۳۳ بوده که تدریجاً بیمار لاغرو شکمش بزرگ میشود این عوارض توأم با تب ز سرفه های تک تک بوده است تا اینکه در تاریخ ۳۳/۳/۱۲ طبق نظر عده ای از پزشکان محل بیماری نامبرده سل تشخیص داده شده و باین تشخیص جهت درمان و بستری شدن در یکی از آسایشگاهها بتهران اعزام شده است. در تاریخ ۳۳/۲/۱۶ با همان تشخیص بتهران وارد میشود در رادیوگرافی که از ریتین بسیار بعمل آمده شاید عارضه بیمار را پریموانفکسیون (عفونت اولیه) سلی تشخیص و جهت درمان در تاریخ ۳۳/۳/۳۰ در آسایشگاه شاه آباد بستری مینمایند. بیمار مدت چهار ماه در آسایشگاه بستری بوده ولی پس از امتحانات لازم چون تشخیص سل ریوی رد میگردد نامبرده را با تشخیص ابتلاء به يك بیماری داخلی در تاریخ ۳۳/۷/۲۹ به بیمارستان هدایت معرفی مینمایند. در این بیمارستان تا چندی قبل برای بیمار هنوز تشخیص ابتلاء بسلی احشائی داده میشد تا اینکه در تاریخ ۳۳/۱۰/۵ معاینه کاملی بوسیله آقای دکتر بینش ور بعمل آمده و تشخیص بالینی کلا آزار داده شد. این تشخیص بوسیله آزمایشهای فرمول ژلیفیکاسیون تأیید و بعداً در بزل جناغ سینه بامشاهده جسم لیژمن محرز گردید.

از نظر سوابق شخصی ابتلاء به بیماری مهمی را بیان نمی نماید. در سابقه خود چندبار خونریزی از بینی را در جریان بیماری اظهار میدارد.

از سوابق بیمار قبل از شروع بیماری و سوابق خانوادگی او اطلاع صحیحی

درد دست نیست .

معاینه دستگاهها : دستگاه تنفسی : ضایعه بالینی مشهود نیست .

دستگاه قلبی عروقی : تا کیکادری دارد - صداهای قلب طبیعی است .

دستگاه گوارش : زبان بدون بارودبایه (۱) - رنگ مخاطها و پوست

کمرنگ ، دندانها سالمند ، اشتها غذا کم و اجابت مزاجش طبیعی است .

در ملامسه شکم طحال بطور عمودی بزرگ شده و تا نزدیکی حفره خاصره

چپ ادامه دارد . قوام آن سفت ، و دردناک نبوده ، شکل آن صاف و کشیده میباشد

کبد در حدود ۳-۴ بند انگشت بزرگ و صاف است و حساس نمیباشد .

در روی پوست شکم جریان وریدی فرعی مشهود نمیباشد .

دستگاه ادراری تناسلی : رنگ و عده دفعات ادرار طبیعی است .

شرح حال کنونی : بیمار است لاغر و ضعیف و کم خون در معاینه غدد لنفاوی

نواحی گردن و زیر بغل و کشاله ران کوچکتر از لوبیا و در زیر دست محسوس

میباشند . این غدد دردناک نبوده و متحرک حس میشوند .

تب در تمام مدت بستری بودن بطور غیر منظم ادامه داشته و در یک روز نیز

دارای نوسانات میباشد . آزمایشهای پاراکلینیکی که از بیمار بعمل آمده است بشرح

زیر میباشد :

۱ - در تاریخ ۳۳/۳/۲۳ در رادیوگرافی ریتین مختصری آدنوپاتی ناف ریه

مشهود است و شاید همین را برای بستری شدن در آسایشگاه کافی دانسته‌اند .

آزمایشهای هشت-کان و ماینیکه منفی بوده است .

۳- فومول لو کوسیتتر - شمارش گلبولی که هر هفته یکبار انجام میشد در تمام

موارد لو کوپنی با گرانولوپنی در حدود ۲۲۰۰ و کمبود گلبول قرمز در حدود

۱/۹۸۰/۰۰۰ بوده و آخرین فرمول لو کوسیتتر که در تاریخ ۳۳/۱۰/۷ بعمل آمده

بشرح زیر بوده است .

پولی نو کلترونوتروفیل ۲۶ درصد

میلوسیت نوتروفیل ۲ درصد

سلول سوش « ۱

لنفوسیت « ۴۲

منوسیت « ۲۴

۴- آزمایش کامل ادرار چیز غیر طبیعی نشان نمیداد .

۵- اندازه هموگلبین ۴۲ درصد

۶- راکسیون هائری مثبت بود

۷- تجسس هماتوزوئر منفی بود

۸- در تاریخ ۳۳/۱۰/۶ آزمایشهای لاکتوزلیفیکاسیون و فرمل ژلیفیکاسیون

بمعل آمد و هر دو مثبت بوده اند .

۹- همچنین در تاریخ ۳۳/۱۰/۷ پونگسیون استرنال توسط آزمایشگاه

انگل شناسی دانشکده پزشکی جهت تجسس جسم لیثمن (۱) بمعل آمد که نتیجه بقرار

زیر بوده است :

« در پونگسیون استرنال جسم لیثمن دیده میشود. مغز استخوان هیپوپلازیک

بود که بخصوص در سری منوسیتز بهتر مشهود است »

۱۰- در تاریخ ۳۳/۱۰/۱۴ کلتترین خون ۱/۰۲ گرم در لیتر

آلبومین ۷۸ گرم در لیتر

$$\frac{1}{2} = \frac{S}{G} \text{ نسبت سرین به گلبولین}$$

پس از مسجل شدن تشخیص جهت درمان بیمار از ترکیبات آنتی‌بیوتیک (گلوکانتیم

(۲) استفاده شد و از تزریق سوم درجه حرارت بیمار پائین آمد و فعلاً در حالت بی‌تبی

(۳) میباشد و با اینکه هنوز یک سری تزریق گلوکانتیم تمام نشده تا حدی از حجم

طی حال کاسته شده است .

۱ - corp de liechman de Novanie

۲ - glucantime

۳ - apyrexie

عین گزارشی که به دومین کنفرانس بین‌المللی بیماریهای قلب که در مهرماه سال جاری در واشینگتن تشکیل شده بود بتوسط دکتر سیف‌الدین نبوی تقدیم شده است

اثر تریاک در روی بیماریهای قلب

مجموع تعداد بیمارانی که مورد مطالعه برای تنظیم این گزارش قرار گرفته ۶۵۰ نفر بوده که در مدت دو سال و نیم از بین بیماران بخش های قلب بیمارستانها و بیماران سرپایی انتخاب گردیدند:

بیماران تریاکی ۶۰۳ نفر

بیمارانی که باشیره یا تریاک سروکار داشته اند ۳۲ نفر

بیماران مرفینی (۱۰ سانتی - ۳۰ سانتی - ۸۰ سانتی) ۱۵ نفر

سن بیماران - بیماران مورد مطالعه معمولاً در بین سنین ۴۰ تا ۷۰ سال بوده اند بیماری بیماران بالا به شرح زیر بوده است:

بیماری مزمن قلب وریه ۲۲۵ نفر

بیمارانی که در ناحیه صدری از نوع کونستریکتیو (۱) شکایت داشته و معمولاً

از اکثر آنها الکتروکاردیوگرافی بعمل آمده و در نتیجه علائم ضایعه عضوی قلبی نشان نداده اند ۶۵ نفر

بیمارانی که از درد ناحیه صدری از نوع کونستریکتیو شاکی بوده ولی در

آزمایش با الکتروکاردیوگرافی علامت بیماری ایسکمی کرر (۲) نشان داده اند ۱۷ نفر .

بیماران مرفینی با درد ناحیه صدری از نوع استنو کاردی (۳) با حملات نوع آنژینی

۲۰-۳۰ دفعه در روز که پس از آزمایش با الکتروکاردیوگرافی علائم ایسکمی نشان داده اند ۳ مورد

بیماران مبتلا به روماتیسم مزمن ۱۱۵ مورد

بیماران مبتلا به نارسایی قلب ۱۲۵ «

بیماران با آزارهای در بچه های قلب ۷۵ «

بیماریهای مختلف ۲۵ «

در کلیه این بیماران ابتدا انفارکتوس حقیقی دیده نشد و با وجود آنکه ۱۵ مورد از این بیماران که علائم ایسکمی کرر نشان داده بودند معذالك تا این تاریخ انفارکتوس حقیقی در بین آنان مشاهده نگردیده است .

نتیجه - با مطالعه آمار بیماران نامبرده چنین مشهود میگردد که از مللی که تریاک و ترکیبات آن را می کشند و میخورند و یا تزریق مینمایند بیماری انفارکتوس میوکارد کمتر مشاهده میشود .

برخلاف درمان بیماری نارسائی قلب در این عده از بیماران طولانی و عمل دیورز (۱) خیلی به اشکال صورت میگیرد و حتی مواقعی شده که اصلا درمان کلاسیک بیماریهای نارسائی قلبی در معتادین به تریاک بی اثر و بی نتیجه میماند .