

نامه ما مانده دانشکده پزشکی بهیت تحریریه

دکتر محمدحسن مانی
دکتر محمدعلی ملکی
دکتر حسن میردآبادی
دکتر ابوالقاسم نجم آبادی

دکتر محمود سیاسی
دکتر جهان شاه صاحب
دکتر صادق عزیزی
دکتر محمد قریب
رئیس بهیت تحریریه - دکتر جهان شاه صاحب
مدیر داخلی - دکتر محمد بهشتی

دکتر محمدحسین اویس
دکتر ناصر انصاری
دکتر محمد بهشتی
دکتر حسین بهراب

شماره اول

مهر ماه ۱۳۴۳

سال دوازدهم

اریترومیالوز در ایران

نقارش

دکتر حبیب الله خورسندی
رئیس درمانگاه بخش آزمایشگاه
بیمارستان رازی

دکتر یحیی پویا
رئیس بخش آزمایشگاه
بیمارستان رازی

قبل از آنکه شرح بیماری فوق داده شود لازم است مختصری در باره اریترومیالوزها از نظر خوانندگان بگذرد زیرا بیماری فوق خود یکنوع اریترومیالوز میباشد.

اریترومیالوز عبارت از زیاد شدن اریترومیالوستها در اعضاء خون ساز و بروز شماره زیادی از آنها در خون سطحی است، از آنجائیکه درم-وارد بسیار در خون محیطی اریترومیالوست پیدا میشود نمی توان اریترومیالوز را یک بیماری معین دانست بلکه مانند سایر سندرمهای خونی اریترومیالوز هم یک سندرم است که علل مولده آن متفاوت و ما در زیر خلاصه ای از آنرا شرح میدهیم.

بطور کلی اریتروبلاستوز را بسه دسته تقسیم میکنند :

۱ - اریتروبلاستوزهای خانوادگی (۱) - از این قبیل است ایکترهمولیتیک مینکوسکی شوفار، بیماری کولای، آنمی باسلولهای داسی شکل (۲) و اریتروبلاستوز های مربوط به ناسازگاری خون پدر و مادر از نوع ار - هاش .

۲ - اریتروبلاستوزهای علامتی یا ثانوی - که متعاقب خونریزی ها ، امراض عفونی ، مسهومیتها و بالاخره سرطان ظاهر میشود .

۳ - اریتروبلاستوزهای اولیه - که علت آنها تا کنون شناخته نشده مانند اریترومیلوز حاد و مزمن یا بیماری دیگو گلیلمو (۳) ، آنمی ون - ژاک - لوزه (۴) و اریتروبلاستوز سالمندان (۵) .

منظور بحث در این مقاله بیماری اریترومیلوز یا بیماری دیگو گلیلمو میباشد که خود بدو دسته حاد و مزمن تقسیم میشود . ابتدا نوع مزمن سپس نوع حاد و بالاخره مشاهدات خود را بیان میداریم :

اول - اریترومیلوز مزمن :

اتیولوژی - این عارضه بسیار نادر در سال ۱۹۴۱ توسط پروفیسور دیگو گلیلمو ایتالیالی شرح داده شده است . در تمام سنین و هر دو جنس دیده میشود . ارثی بودن آن نامعلوم و تا کنون هیچیک از عوامل عفونی و سمی برای آن یافت نشده است .

نشانه ها - شروع بیماری تدریجی و مخفی است . بیمار از خستگی کوفتگی و نشانه های کم خونی شکایت میکند . رنگ بیمار اکثراً پریده و با پیشرفت بیماری بیشتر میشود .طحال بسیار بزرگ که گاه از ناف هم تجاوز کرده در لگن نزول میکند و طیب را بنحیال یک طحال لوسمی میلوئیدی می اندازد . طحال سطحش صاف منظم و بدون درد است . کبد نیز بزرگ شده است ولی بزرگی آن باندازه طحال نیست . غدد لنفاوی گاه طبیعی و گاه بزرگ شده اند .

آزمایش خون - آنمی شدید شماره گلبولهای قرمز در حدود دو میلیون و گاه بیک میلیون میرسد . این آنمی نرمو کروم است و آنیزوسیتوز، پوئی کیلوسیتوز و بخصوص با اریتروبلاستوز همراه است . شماره این اریتروبلاست ها در خون تا

۱ - familiare ۲ - falciforme ۳ - Di - guglielmo

۴ - Von - jakesh - luzèt ۵ - Weil - Isch - Wall

۹۳۰۰۰ در میلیمتر مکعب میرسد. (مشاهده دیگو گلیپامو). این اریتروبلاست‌ها ارتو کروماتیک یا پلی کروماتوفیل میباشند. نرموبلاست بازوفیل و پرو نرموبلاست نادر است. رتیکولوسیت‌ها برعکس نرموبلاست‌ها چندان زیاد نمیباشند. لکوسیت هامتغیر، گاه زیاد و زمانی کم و گاه طبیعی است.

بزل اعضاء خون ساز: میلوگرام: مغز استخوان غنی و تعداد نرموبلاست‌ها تا ۹۵ درصد میرسد. بیشتر اریتروبلاست بازوفیل و پرو نرموبلاست میباشند ولی اریتروبلاست اسیدوفیل و پلی کروماتوفیل هم دیده میشوند این سلولها مانند اریترومیلوز حاد دچار آشفته‌گی نیستند. عناصر سفید گاه کم شده است. بنابراین اریتروبلاست‌های مغز استخوان جوانتر و بازوفیل‌تر از اریتروبلاست‌های خون سطحی است.

اسپلنوگرام - فرمول آن دگرگون است. میدان میکروسکوپی مملو از اریتروبلاست‌های بازوفیل میباشند. لنفوسیت کمتر وجود دارد. در کبد و غده‌های لنفاوی همین وضع وجود دارد.

پیشرفت - این بیماری بطور مزمن بطرف مرگ سیر میکند. آنهمی شدت یافته اریتروبلاستوز نیز زیاد میشود و بطور متوسط پس از دو سال مرگ فرامیرسد
آسیب‌شناسی - دو نوع عارضه دیده میشود :-

۱ - ارتشاح اریتروبلاستیک در اعضاء مختلف مانند مغز استخوان، طحال (که حتی کانه‌های اریتروبلاستیک بوجود می‌آیند) کبد، و غده‌های فوق کلیوی و کلیه‌ها.
۲ - هیپرپلازی نسج رتیکولوهیستوسیت در مغز استخوان و بخصوص در طحال و کبد.

تشخیص - بطور کلی تشخیص آنهمی مزمن با طحال و کبد بزرگ مطرح است.

۱ - لوسمی میلوئید: با آزمایش خون رد می‌شود.
۲ - اریتروبلاستوزهای مزمن - مانند اریتروبلاستوز سرطانی بخصوص اگر کانون اولی سرطان مشخص نباشد. ولی در سرطان هرگز طحال به بزرگی ناخوشی دیگو گلیپامو نیست.

۳ - در اطفال با بیماری ون ژاک لوزه

۴ - در اشخاص بالغ با بیماری اریتروبلاستوز مزمن بالغها یا آنمی اسپلنیک اریترومیلوئید مطرح میشود. این بیماری گاهی دارای علت مشخصی مانند سل، سیفیلیس، مالاریا است. مغز استخوان سالم و پیشرفت آن بطئی (۴ - ۵ سال) میباشد. درمان - رادیوتراپی اثرش ثابت نیست و تاکنون معالجه ای برایش پیدا نشده است.

دوم = اریترومیلوز حاد :

باسامی مختلف نیز نامیده شده است مانند اریترمی حاد، میلوز اریترمیک حاد، بیماری دیگو گیلیمو.

اریترومیلوز حاد در رشته گلبولهای قرمز دارای همان مقامی است که لکوز حاد در رشته گلبول سفید. این بیماری توسط دیگو گیلیمو در سال ۱۹۲۶ شرح داده شده است. این بیماری در نزد انسان بسیار استثنائی است. ولی معمولاً در بعضی از انواع حیوانات دیده میشود. مانند اریترولکوز مرغها که حتی قبل از دیگو گیلیمو توسط الرمان شرح داده شده همچنین اریترولکوز تجربی موشها با تزریق داخل نخاعی گودرن توسط ژان برناردو با تزریق کربورهای سرطانزا توسط استورتی (۱) ائیو لوژی - این بیماری در کودکان و بزرگان بیک اندازه دیده میشود. در نوزادان و پیران نیز دیده شده است، نزد مردان اندکی بیشتر از زنان دیده شده است. در نقاط مختلف جهان مانند آرژانتین، بلژیک، فرانسه و همچنین در ایتالیا دیده شده است غالباً در کسانی دیده میشود که تا آنوقت سالم بوده اند و سابقه مرضی نداشته اند. فقط یک مورد در آرژانتین توسط دوستین (۲) شرح داده شده که متعاقب بیماری واکنز پیدا شده است.

نشانه ها - شروع بیماری با آستنی، کم اشتهائی، مختصری سردرد و دردهای استخوانی مفصلی اعلام میگردد بتدریج شدت این علائم زیادتر شده بعد از چند روز تب ظاهر میگردد. صورت بیمار رنگ پریده و کم خون بنظر میرسد. پس از آنکه بیماری برقرار شد دودسته علائم بالینی و آزمایشگاهی جلب نظر میکند.

نشانه های بالینی - از نظر بالینی بیمار دارای علائم کم خونی است. پوست

بدن مومی رنگ یا کمی متمایل به زردی است. مخاطها بی خون در قلب سوخله‌های غیرعضوی ظاهر میشود. تب غالباً وجود دارد. تبی نامرتب ولی دائم زمانی مختصر و گاه تا ۴ میرسد. تظاهرات خونریزی مانند رعاف، خونریزی از لثه‌ها، ریه‌ها هماتوری، هماتمز، پورپورا، ملنا و غیره کم و بیش دیده میشود. ندرتاً آنژین مختصر یا ضایعات اولسرونیکروتیک دیده میشود. ولی این ضایعات در لکوز حاد و آگرانولوسیتوز به مراتب شدیدتر و بیشتر دیده میشود. طحال بزرگ و علامتی است ثابت، بزرگی آن در بسیاری از موارد تا حدود ناف میرسد و از آن میگردد. طحال سفت، منظم، گاه در لمس مختصری دردناک است. کبد نیز بزرگ و علامت ثابتی است، منتها بزرگی آن هرگز باندازه طحال نمیرسد. کبد صاف و مختصر حساس است.

این کبد و طحال بزرگ با پیشرفت بیماری بزرگتر میشود. در بعضی موارد دیده شده که متدرجاً از حجم آنها کاسته شده است. غده‌های لنفاوی بزرگ نمیشوند غالباً فشار براسترنوم دردناک و زمانی دردهای مفصلی خودبخود وجود دارد.

نشانه‌های خونی :

۱ - گلبول قرمز - آزمایشهای مکرر کم‌خونی شدید و مترقی همراه با اریتروبلاستی (پرواریترو بلاست و اریتروبلاست بازوفیل) نشان میدهد. غده گلبولهای قرمز بین ۱ - ۲/۵ میلیون و روزانه تعداد آنها کم میشود. کم‌خونی نرمو کروم و در کودکان غالباً هیپوکروم یا هیپر کروم است. آنیزوسیتوز پوئی-کیلوسیتوز پلی کروماتوفیل جسم‌ژولی و حلقه کابو موجود شماره رتیکولوسیت‌ها خیلی کم و مقاومت گلبولی طبیعی است. ضایعه اصلی اریتروبلاستی و غده آنها گرچه متغیر است ولی خیلی بالاست (۴-۳ هزار در هر میلی‌متر مکعب) ولی از ۱۴۳ هزار تا ۲۵۸ هزار دیده شده است. در صورت اخیر از هر ۷ - ۸ گلبول قرمز یکی هسته‌دار است. این گلبولها از نوع نرمو بلاست بوده در مراحل مختلف از سیر تکامل خود هستند منتهی غده بازوفیلها خیلی زیادتر و در مرحله شدت بیماری عناصر واسطه دیگر دیده نمی‌شود بطوریکه میتوان از یک هیاتوس اریترمیک صحبت نمود در خون پرواریترو بلاست و حتی همو هیستیو بلاست دیده میشود.

تقسیم سلولی زیاد و در بین آنها میتوزهای غیر طبیعی سه یا چهار قطبی دیده

میشود اریترو بلاست ها خود ساختمانی غیر طبیعی دارند . محیط هسته آنها غیر منظم و وضع ساختمانی هسته نامرتب محیط پرتوپلاسماناصاف و پاره شده بنظر میرسد و جود همین تغییرات است که بآنها نام پارا اریترو بلاست را داده اند . در بعضی موارد مگالو بلاست هم در کنار اریترو بلاست دیده شده است .

۲- عناصر سفید - تغییرات گلبولهای سفید زیاد نیست غالباً لکوپنی همراه با گرانولوپنی و ندرتاً لکوسیتوز دیده شده است ظهور چند عدد میلوسیت، پرومیلوسیت و میلو بلاست امکان دارد و حتی گاه عده آنها زیاد است .

۳- پلاکت ها - غالباً از عده آنها کاسته شده . گاه سلول رتیکولو آندوتلیال در خون ظاهر میشود . و بخصوص در اشخاص بالغ عده آنها زیاد بوده دارای فعالیت عملی از قبیل بیگانه خواری میباشد . سرم خون زردتر از طبیعی و بیلی روبین غیر مستقیم اندکی زیاد شده است .

۴- مغز استخوان - عده اریترو بلاست ها خیلی زیاد شده و رشته سفید را خفه میکند . میلوسیت و میلو بلاست تقریباً دیده نمیشود . عده مگالوسیت ها خیلی کم است . عناصر رشته قرمز نیز در رشته متوقف شده اند و بیشتر بصورت پرواریترو بلاست و اریترو بلاست بازوفیل دیده میشوند (هیاتوس) گاه چند عدد همو هیستیو بلاست و مگالو بلاست و سلولهای رتیکولو آندوتلیال دیده میشود . در اسپلنو گرام و هیپاتو گرام تغییرات فوق نیز دیده میشود .

پیشرفت - مترقی و کشنده است . در مدت ۱-۲ ماه بعلت آنمی و خونریزی یا برنکوپنونی نانونی بیمار را از پا در میآورد . بعضی از شکلهای فوق حاد در مدت ۱۰-۲۰ روز در مقابل شکلهای دیگر ۴-۵ ماه بسیر خود خاتمه میدهند . شکلهای کند زیادتر دیده می شود .

تشخیص :

۱- به لکوز حاد خیلی شبیه است . امتحان خون این دورا از یکدیگر جدا میکند ولی گاه این دو بیماری باهم باسم اریترو لکوز یافت میشود .

۲- تشخیص با کم خونیهایی خطرناک - از نظر بالینی با کم خونی های همولیتیک از نوع لدر بریل شبیه است ولی آزمایش خون و تأثیر مفید ترانسفوزیون و بالا بردن رتیکولوسیت ها در خون و مثبت بودن آزمایش و اندن برگ بطور غیر

- مستقیم وجود هموگلوبین درادرار این دو بیماری را از هم جدا میکند.
- ۳ - با فرم حاد و تب دار بیماری پیرمر قابل اشتباه است. خصوصاً نوع مگالوبلاستیک آن. صرفنظر از اینکه معده اینگونه بیماران بر خلاف پیرمر سالم است ولی تأثیر مفید ویتامین B₁₂ در بیماری پیرمر آن دو را از یکدیگر متمایز میکند.
- ۴ - در اریترومیلوز مادرزادی - ضایعات خون و مغز استخوان تا اندازه‌ای شبیه اریترومیلوز است ولی تعیین گروه ارشاس آن دورا از هم مجزا میکند.
- ۵ - بیماری کولای - دارای خاصیت فامیلی، سیر کند و نشانه‌های بالینی و رادیوگرافی آنرا از اریترومیلوز متمایز میکند.
- ۶ - کم‌خونی ون ژاک لوزه - دارای سیر کند معمولاً همراه با لکوسیتوز و غالباً میلویتوز است.
- ۷ - واکنش‌های اریتروبلاستیک ثانوی - در جریان کم‌خونی‌های سمی، همولیتیک در تعقیب سرطان در این عوارض تمام تیره اریتروبلاستیک در خون وجود داشته و توقف رشد آنها نیز دیده نمیشوند به‌علاوه میتوان در جستجوی علت بود و آنرا کشف کرد.

مشاهدات

۱ - کبری فرزند رحمان اهل تبریز خانه‌دار سن در حدود ۲۵ در زمستان ۱۳۳۰ در بیمارستان ویژه بستری گردید علت مراجعه ضعف، سستی، پریدگی رنگ و سرگیجه است. سابقه بیماری - سه سال قبل با حال خستگی و پریدگی رنگ متوجه میشود که در طرف چپ شکم جسم سختی پیدا شده به تهران می‌آید و مدتی معالجاتی می‌کرده که چندان تأثیر نداشته و برجستگی پهلوی چپ بزرگتر شده. این برجستگی که بعدها معلوم میشود طحال بوده از ناف گذشته بطرف لگن خالص کشیده میشود. ضمناً رنگ و رویش پریده‌تر و ضعیف‌تر میشود در این مدت بنا بگفته بیمار تب نداشته است. آخر الامر به بیمارستان شوروی مراجعه میکند آزمایشهای متعددی از او بعمل می‌آید و اسرمان منفی، در خون پارازیت دیده نشد و در آنجا در آوردن طحال را باو تکلیف میکنند. بدین لحاظ بیمارستان سینا می‌آید و یک ماه بستری شده و طحال او را در می‌آورند متأسفانه آزمایشهایی که در تمام این مدت از او میکنند در دسترس

نیست. مدت‌ها حالش بهتر بود تا روزی خونریزی از لثه و بینی پیدا میشود. ادامه خونریزی او را به بیمارستان فارابی میکشاند ولی معالجات همه موقتی بوده و خونریزی همچنان گاه‌گواه ادامه داشته است روزی دندان او درد میگیرد و بناچار آنرا میکشد همین عمل سبب میشود که مدت‌ها از جای دندان خون جاری شود. دوباره به بیمارستان سینا میرود و دستوراتی میگیرد این خونریزیها خود ضعیف و پریدگی را دوچندان کرده است بطوریکه زمین گیر شده تا در حدود یکماه قبل در بیمارستان ویژه بستری میشود.

در سابقه خود بیمار کسالت بخصوص جلب نظر نمیکند. فقط بنا با ظاهر بیمار مدتی تب میکرده ولی بهبودی یافته است. پدر و مادر بیمار بعلت کهولت سن در گذشته‌اند. در ده سالگی شوهر کرده و ده سال با او زندگی کرده است. کودکی نیز از او داشته که سالم است ولی طلاق میگیرد و ازدومین شوهر نیز طفلی دارد که سالم است. دو فرزندش بعلت آبله مرده‌اند. سه خواهر سالم دارد.

مشاهدات - بیماریست در بستر خوابیده و قادر بحرکت نیست. کبسه بزرگ (چهار بند انگشت) سفت و بدون درد در روی شکم جای زخم عمل طحال دیده میشود. ادنوپاتی ندارد، تب بین ۳۷-۳۸ درجه نوسان میکند. رنگ بیمار پریده و مخاطها کم خون است:

در ابتدای ورود آزمایشهایی که بعمل آمد از اینقرار است:

شمارش گلبولهای قرمز ۲۶۰۰۰۰۰

« « سفید ۳۸۰۰۰

اندازه هموگلوبین ۵۰ درصد ارزش گلبولی: ۱

فرمول خون:

اریترو بلاست بازوفیل اریترو بلاست پلی کروماتوفیل اریترو بلاست اسیدوفیل

۴

۲۰

۱۱۸

میلوسیت تروفیل

میلوسیت ائوزینوفیل

پلی نوکلئوتروفیل

۱

۱

۸۷

منونوکلئر

منوسیت

۴

۴

در گلبولهای قرمز آنیزو کرومی، پوئی کیلوسیتوز، آنیزوسیتوز مشاهده

شده است.

مغز استخوان :

پرواریترو بلاست	اریترو بلاست اسیدوفیل	اریترو بلاست بازوفیل	
۴/۵	۳۹	۱۹	
اریترو بلاست پلی کروماتوفیل		جمع	
۳۲		۹۴	درصد
میلو بلاست	پرومیلوسیت	میلوسیت نئروفیل	میلوسیت ائوزینوفیل
۰/۷	۱	۲۳/۲	۳/۲
متامیلوسیت نئروفیل	متامیلوسیت ائوزینوفیل	پلی نوکلئر نئروفیل	
۱۳	۰/۷	۴۹	
پلی نوکلئر ائوزینوفیل	منو نوکلئر	منوسیت	لنفوسیت جمع
۳	۳/۳	۲	۰/۷ ۱۰۰

هیپاتوگرام :

پرواریترو بلاست	اریترو بلاست بازوفیل	اریترو بلاست پلی کروماتوفیل	
۵	۲۳	۴۳	
اریترو بلاست اسیدوفیل		جمع	
۲۷		۹۸	
میلوسیت نئروفیل	میلوسیت اسیدوفیل	پلی نوکلئر نئروفیل	
۲	۱	۱۵	
پلی نوکلئر ائوزینوفیل	لنفوسیت	منو نوکلئر	منوسیت سلول رتیکولر
۴	۹	۳۵	۱۷ ۱۷

در گلبولهای قرمز هسته دار آنارشی رسیدگی، آنارشی مابین هسته و

پروتوپلازما و میتوز و آنارشی نوکلئر دیده میشود.

آزمایشهای دیگر - وان دن برگ مستقیم و غیرمستقیم مثبت است.

مقاومت گلبولی : همولیزاز ۳/۲ در هزار شروع و در ۲ در هزار کامل شده است

گروه خون - AB

ار - هاش - D یا صفر مثبت است .

ار - هاش - (C+D) مثبت است .

آزمایش ادرار - طبیعی است

پس از آنکه ۸۰ cc خون به بیمار داده شد پس از ۲۰ - ۳۰ روز آزمایش ها تجدید گردید .

عده گلبولهای قرمز بین ۳ میلیون تا ۳,۶۰۰,۰۰۰ بود عده گلبولهای سفید ۲۳۶۸۵ بود .

فرمول خون :

اریترو بلاست اسیدوفیل	پلی نوکلئر تروفیل	پلی نوکلئرائوزینوفیل		
۵۲	۷۶	۲		
متامیلوسیت تروفیل	میلوسیت	منوسیت	منو نوکلئر	لنفوسیت
۰/۵	۰/۵	۵	۱۴	۲
اندازه همو گلبین ۰/۴۵				

مغز استخوان :

پروازیترو بلاست	اریترو بلاست بازوفیل	اریترو بلاست پلی کروماتوفیل		
۳	۱۹	۱۸		
جمع				
۲۰				
اریترو بلاست اسیدوفیل				
۵۱				

میلوسیت تروفیل	میلوسیت اسیدوفیل	متامیلوسیت تروفیل	پلی نوکلئر تروفیل	
۳۸	۲	۱۹/۵	۴۲/۵	
منوسیت	منو نوکلئر	لنفوسیت	پلاسموسیت	جمع
۱	۵	۰/۵	۱/۵	۱۰۰

تمام میدان میکروسکوپی ۶۰ - ۷۰ مگا کاربوسیت دارد . از آزمایشهای فوق چنین نتیجه میشود که ترانسفوزیون فقط از عده اریترو بلاست بازوفیل کاسته ولی در سیر بیماری تأثیری نداشته است .

مشاهده دوم - در تاریخ ۳۰/۱۲/۱۸ بیماری بنام آقای ب اهل مازندران شغل ملاک سن ۷۰ جهت انجام آزمایشهای خونی و تشخیص بیماری خود یکی از ما

مراجعه میکنند .

رنگ بیمار زرد کاهی مخاطها برنگ زرد ، در زبان تغییری دیده نمی شود بطور کلی بیمار دارای یک سری علائم کم خونی است طحال بزرگ سفت بدون درد بوده تا حدود ناف پیش آمده است ، کبد نیز بزرگ و سفت بوده است .

در مازندران با تشخیص مالاریا مدتی تحت درمان قرار گرفته و چون نتیجه ای نمیگردد به پزشک دیگری رجوع مینماید ، این بار تشخیص لکوز داده میشود و با همین تشخیص بود که به تهران میآید . در تهران نیز در ابتدا با در نظر گرفتن کم-خونی او مدتی تحت درمان ویتامین B_{۱۲} و عصاره جگر قرار میگیرد و آزمایشهای که از او بعمل آمده بقرار زیر است :

شماره گلبول قرمز ۱۶۰۰۰۰۰ شماره گلبول سفید ۴۵۰ اندازه هموگلوبین

۵۰ درصد ارزش گلبولی ۱/۴

فرمول خون :

منو نو کلت	منوسیت	لنفوسیت	منو بلاست	پلی نو کلت	تروفیل
۲۴	۲۶	۱۲	۱	۳۲	
میلوسیت تروفیل	پلاسموسیت	مگالو بلاست	اسیدوفیل		
۲	۳	۸			
اریترو بلاست بازوفیل	اریترو بلاست اسیدوفیل				
۲	۱۱				

در گلبولهای قرمز هیپر کرومی و آنیزوسیتوز دیده میشود . در میان منوسیتها علامت ما کروفاژی دیده میشود . همچنین در گلبولهای قرمز هسته دار آنارشی رسیدگی و آنارشی مابین هسته و پرتوپلاسم دیده میشود .

مغز استخوان - در امتحان میکروسکپی هیپر بلازی رشته اریترو بلاست دیده میشود ؛ عده زیادی از گلبولهای قرمز هسته دار ، از نوع مگالو بلاست بوده و آنارشی رسیدگی مابین رشد هسته و پرتوپلاسم و آنارشی نو کلترو میتوز دیده میشود .

زمان انعقاد ۸/۳ دقیقه ، زمان سیلان ۵/۳ دقیقه ، علامت بازو بند منفی و لخته خون

رتراکتیل است .

با این آزمایشها گرچه از همان اول تشخیص بیماری اریترومیلوز داده شد. مع الوصف بوسیله اطباء معالج دیگر تحت درمان با ویتامین B_{۱۲} و عصاره جگر قرار گرفت ولی تأییری در سیر بیماری نداشت.

علت در نظر گرفتن اریترومیلوز در بدوامر این بود که اولاً در خون محیطی تعداد اریتروبلاستها زیاد بودند و حال آنکه در بیماری پیرمچنین چیزی دیده نمیشود. بعلاوه ناموزونی هسته و سیتوپلازما و آنارشی سلولی در اریتروبلاستها خود دلیلی بود بر وجود اریترومیلوز.

بالاخره بیمار به طبیب دیگری مراجعه نمود و نامبرده نیز بمقدار انبوه ویتامین B_{۱۲} و عصاره جگر تجویز و آخر الامر مبادرت به ترانسفوزیون نمود. این معالجات نیز در سیر بیماری تأثیر نداشت و بالاخره بیمار فوت نمود. با اثر نکردن ویتامین B_{۱۲} و سایر داروها و وجود مگالوبلاست و اریتروبلاستهای ناموزون در خون و مغز استخوان تشخیص فرم اریترومگالوبلاستیک بیماری اریترومیلوز را محرز ساخت. متأسفانه فوت بیمار اجازه نداد تا آزمایشهای میکروسکپیک اعضاء دیگر بعمل آید. گرچه بیماری او مشخص بود ولی لااقل این نتیجه را داشت که پرونده بیماری او تکمیل گردد.

مشاهده شود:

در تاریخ ۲۶/۱۰/۳۲ بیمار یکسال و نیمه غ فرزند س ساکن خانی آباد بیمار بستری بیمارستان کودکان توسط آقای دکتر اهری جهت تشخیص بیماری و آزمایشهای لازم به بخش هماتولوژی بیمارستان رازی فرستاده شد.

سوابق - طفل مدت ۹ ماه است بیمار میباشد ابتدا پس از ابتلاء به سرخک دچار اسهال شده و دو ماه است که غدهای در شکمش حس میشود. آبله تلقیح شده است.

مشاهدات - طفلی است کم خون بارنگ و روی پریده مخاطها بی رنگ شکم نفاخ، تب در حدود ۳۹، دچار تنگ نفس، وزن ۸ کیلو گرم.

امتیحانات - طحال بزرگ سفت بدون درد، تا نزدیک کرت ایلیاک میرسد. کبد نیز اندکی بزرگ و سفت میباشد. بیمار دچار اسهال است.

در چهار تنفس چیزی جز سرفه و تنگ نفس علامت دیگری دیده نمیشود.

درجه‌از گردش خون - فقط تا کی کاردی جلب نظر میکند .
در غدد لنفاوی - میکروپلی ادنوپاتی در تمام زیر بغل، کشاله ران و زیر گردن
حس میشود .

در مدت پنج روز که در بیمارستان کودکان بستری بوده است مرتباً تب بیمار
صبح‌ها ۳۷ و عصرها ۳۹ بوده است . اجابت بیمار روزی ۳-۷ بار .

امتحانات دیگر : مانتو $\frac{1}{10000}$ منفی، آزمایش ادرار طبیعی است.

آزمایش خون :

شماره گلبول قرمز ۱۸۰۰۰۰۰ سفید مطلق ۶۰۰۰ اریترو بلاست ۱۵۴۰۰۰
در میلی‌متر مکعب .

فرمول خون :

لنفوسیت	میلو سیت	منوسیت	منو نو کلتر	پلی نو کلتر تروفیل
۳	۱۰	۲۰	۲۹	۳۸
اریترو بلاست بازوفیل	اریترو بلاست اسیدوفیل	اریترو بلاست پلی کروماتوفیل		
۴۵	۱۷	۱۸۴		

در قسمت اریترو بلاست‌ها هسته و سیتوپلاسم هم آهن‌نگ نیستند و آنارشی وجود
دارد . بطوریکه تشخیص سلسله مراتب آنها مشکل و در خون سطحی کاریو کینز
وجود دارد . بعلاوه هسته‌های چندشاخه که شبیه به برگ شپدر است دیده میشود .
در گلبول‌های قرمز آنیزوسیتوز آنیزو کرومی پوئی کیلوسیتوز و گاه دارای جسم
ژولی است .

مغز استخوان : در پونکسیون از تی بیا فرمول بشرح زیر بوده است .

پرو اریترو بلاست	اریترو بلاست اسیدوفیل	اریترو بلاست پلی کروماتوفیل
۳۸	۱۲	۱۱۳
اریترو بلاست بازوفیل	متمای لوسیت تروفیل	پلی نو کلتر تروفیل
۱۷	۷	۴۴
میلو سیت تروفیل		جمع
۹		۱۸۰

منوسیت	منونوکلئر	امبردو کتبرخت
۲۵	۱۵	۴۳ درصد
<p>در میدان میکروسکوپی اریتروبلاستها معمولاً دور هم جمع شده تشکیل کانون هائی را داده اند که در مرکز غالب آنها سلولهای رتیگولار که بطرف اریتروبلاست سیر میکنند دیده میشود. (همو هیستئوبلاست)</p> <p>پیشرفت - بتدریج حال بیمار رو به بدی سیر کرد و روز بروز به کم خونی بیمار افزوده شد. تب نیز نوسانهای بلندتری میکرد تا اینکه پس پنج از روز از بستری شدن فوت میکنند.</p>		

نتیجه

مطابق مشاهدات بالا همان قسم که در ایران لکوز حاد فراوان بنظر میرسد، اریترومیلوز حاد و مزمن هم فراوان میباشد. منتها تا کنون بواسطه عدم توجه پزشکان در این موضوع مطالعات زیادی نشده است. بنا بر این لازم است همکاران در برخورد به عظمطحال و کبد بدون وجود عظم غده های لنفاوی با نشانه های عمومی شدید مانند تب و غیره متوجه اریترومیلوز باشند و راجع بآن از نظر بالینی و آزمایشگاهی مطالعه نمایند.