

نیشنال سینما نمایشگاه موسیقی ایران و شیوه نامه
مجله دانشکده پزشکی تهران
شماره سوم و چهارم — آذر، دی ۱۳۴۳ — صفحه ۳۹

امتحانات عمومی : در ناحیه سروگرد و جواد دلخواهی
در ناحیه بناگوشی راست (۳ عدد) و سمت چپ (۲ عدد) قابل ذکر
است . این غدمتخرک و درامس کمی در ناک هستند در موقع شروع
ناراحتی - کثر نکتیوبیت همراه با اشکریزش و انسداد بینی بویژه
در سمت راست وجود داشته است . اکنون عظم سکر دبیمار را رنج
میدهد .

در مشاهده قفسه سینه، سمع و دق آن نکته غیر طبیعی موجود نیست ولی با فحشا رفاهای بین دنده ای درد ناک هستند. در لمس شکم طحال قابل لمس است. اندازه کبد طبیعی است. در دشکمی ندارد. ترش نمیکند، اسهال و بیوست ندارد. در لمس زیر بغل راست و چپ آدنوپاتای های قابل لمس وجود دارد.

ازدامها طبیعی، تیر و یید میز رگتر از معمول است رفلکس-
های عصبی طبیعی و در دستگاه ادراری تناسلی نامرتبی رگل و
از دیاد میزان خونریزی وجود دارد. علامتی: وزن ۴۷ کیلوگرم قد ۱۵۷ سانتی متر درجه
حرارت ۳۷/۹ ضربان قلب ۸۵ تعداد تنفس ۲۱ فشار ۱۰۵/۶
میلیمتر جیوه. علامتی: ملاری. علامتی: آزمایش خون W.B.C = ۴۳۰۰ Neut = %۲ Seg = %۴۴

卷之三

تشخیص تو کسوپلاسموز شهر آد
اوین گزارش درا
دکتر رضا جماییان دکتر محمدعلی مولوی *

آغاز مقدمه: این مقاله علی‌رغم اینکه در سال ۱۹۷۰ میلادی تدوین شده است، اما هنوز مورد توجه نظر بسیاری از پژوهشگران قرار نداشته است. هر چند با توجه به شواهد سروولژیک-توکسوپلاسموز یکی از شاخص‌ترین بیماری‌های غنونی انسانی است و لی با وجود اینکه در سال‌اخیر کوشش‌های فراوانی در دانشکده‌پزشکی و دانشکده بهداشت دانشگاه تهران در راه شناسائی این بیماری بعمل آمد و حاصل آن بصورت مقالات متعدد در اشریفات علمی منتشر شده - کلیه مطالعات و تشخیص‌ها بنمنای سروولژیک بوده است. اخیراً در ۳ بیمار مبتلا به لغافادنیت با جدا کردن سوش

توکسیپلاسمای گوندئی، تشخیص قطعی بیماری داده شده که دو مورد از این بیماران در بخش بیماریهای عفو نی و گرمیسریدا نشکنده پژوهشکی پهلوی دانشگاه تهران مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که اینک معرفی می‌شوند. بیماری دیگر که توسط آقایان دکتر ربانی و دکتر سمعیعی مورخ سلطان العدید قرار گرفته است در شماره ۷۰۰۳۶۳ صفحات ۱۶۰-۱۵۸ مجله بیماریهای عفو نی و بهداشت آمریکا معرفی شده است [۷].

معرفی بیماراول
فرح . ش . دخترخانم دانشآموز ۱۷ ساله ساکن
تهران در تاریخ ۵۲/۴/۹ بعلت پیدایش آدنوپاتی درناحیه
بنانگوشی راست و چپ به بخش عفونی بیمارستان پهلوی مراجعه
نمود و بستری گردید . شروع بیماری را از ۲۵ روز قبل ذکر نمیکند .
ایندا عدد لنفاوی ناحیه بنانگوشی راست متورم شده که با درد و
تورم قرمزنگ نیمه راست صورت همراه بوده و بعد سمت چپ
با شدت

معرفی بیمار دوم :

« خانم افسر-خ ، ۲۴ ساله متاهل خانه دار و دارای ۳ کودک سالم . اهل نظر فعلاً ساکن تهران »
 از ۴ روز قبل از بستری شدن در بخش عفو نی متوجه بزرگ شدن غدد لنفاوی در ناحیه گردن ، زیر بغل و کشاله ران می شود . شوهرش کارمندیکی از بیمارستانهای دانشکده پزشکی است و در مراجعته سرپائی به پزشکان ابتدا از نقطه نظر توپر کولونور برسی قرار گیرد وی چون مانتو و رادیو گرافی طبیعی داشته با حتمال لنفوم از گدد لنفاوی گردن بیوپسی می شود که نتیجه بقرار ذیس بوده است :

شرح میکروسکوپی : گانگلیون ارسالی با قطعه ۱/۵ سانتی متر در سطح مقطع صاف و بر نگ چهوهای روشن می باشد .
 شرح میکروسکوپی : ساختمان گانگلیون لنفاوی دیده می شود که طرح ساختمان آن تاحدی بهم خورده است . در پولپ ، هیپر-پلازی نسج لنفور تیکولر مشهود است و حدود اکثر فولیکولها نامشخص است . قسمتهایی از پولپ قیبر و زه می باشد . یافته قابل تذکر وجود سلولهای هیستیوسیت نسبتاً بزرگ با سیتوپلاسم اوزینوفیل می باشد که این سلولها بصورت ندولهای کوچک در سرتاسر گانگلیون دیده می شود .
 نکروز یا جسمهای انکلوزیون و یا تغییرات اختصاصی دیگری و همچنین علائم دال بر ضایعه بد خیم دیده نشد .
 تشخیص : لنفادنیت با راکسیون هیستیوسیتیک در تاریخ ۵۲/۳/۲۳ بیمار به بخش عفو نی مراجعت نمود و بستری گردید .

در سابقه شخصی بیمار کسالت های عفو نی وجود ندارد در منزل گربه یا حیوان دیگری نگهداری نمی کند و سابقه مصرف کالباس ندارد .

سابقه تصادف و ترانسفوزیون ندارد مدتی به دردی با مشخصات تحت فشار قرار گرفتن عصب سیاتیک مبتلی بوده است .

۸ سال قبل ازدواج کرده و ۳ فرزند سالم دارد . هر ۳ کودک وی در روز سوم تولد چاراً یکتر می شده اند که بدون معالجه به بودی می بافتند .

مادر بیمار بدبایت مبتلی است و پدر او بعلت « سکته مغزی » فوت کرده است .

علائم حیاتی $BP = 120/90$ $PR = 68$ $W = 63$ $T = 36/5$ $RR = 2$.

حالت عمومی بیمار خوب است در موقع مطالعه نزد خسته می شود از خشکی دهان و حلق شاکی است آدنوپاتی در زیر فک ، پشت گوشها ، زیر بغل و کشاله ران دارد . این غدد بغير از کشاله ران

$$Eos = \% ۱۳ \text{ Mono} = \% ۱ \text{ lym} = \% ۴۰ \text{ Hb} =$$

$$14/8 \text{ gr}$$

در آزمایش ادرار پر وئین تراس ، گلوكز منفی $WBC = ۲-۳$

$RBC = ۲-۳$ و بمقدار کم اورات آمونیم وجود داشت .
 بمقدار کم قارچ و بمقدار زیاد باکتری در میکروسکوپی ادرار مشاهده شد .

در رادیو گرافی قفسه صدری سایه قلب ، مدیاستن و سینوسهای جنبی طبیعی بودند .

نتیجه ایمونوفلورسانس توکسوپ لاسموز که در بخش ایمونولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بعمل آمد تا ۶۰۰

ثبت بود و تست آگلو تیناسیون که در دانشکده بهداشت انجام گرفت تامیزان $\frac{۱}{۱۲۸}$ ثابت بود .

در تاریخ ۵۲/۴/۱۱ بیوپسی غدد بنا گوشی راست انجام گرفت و ۲ غده لنفاوی با اندازه پسته خارج و در لوله آزمایش استریل بدون محلول نگهدارنده قرارداده شد و بسرعت بد انشکده بهداشت فرستادیم .

پس از اعلام نتایج ایمونولوژی و با توجه به مدت طولانی که برای تأیید تشخیص یا تلقیح غدد لنفاوی بهمراه لازم بود بالا فاصله بعد از بیوپسی معالجه شروع شد . در روز اول ۲۵ میلی گرم پریماتامین (دارا پریم) و ۴ گرم سولفاسوسازول (هرشش ساعت یک گرم) داده شد و در روزهای بعد بادوز روزانه ۲۵ میلی گرم پریماتامین و ۴ گرم سولفامید درمان برای مدت ۲۱ روز ادامه پیدا کرد .

در شش روز اولیه درمان بیمار بستری بود و بخوبی درمان را تحمل می کرد و پس از آن از بخش مرخص و درمان بصورت سرپائی ادامه یافت . در این مدت مرتب با امتحان مکرر خون بیمار تحت نظر بود تا از اثر احتمالی عوارض جانبی دارو بموقع جلو گیری شود .

در معاينه بیمار در ماههای بعد مشاهده شد که غدد لنفاوی باقیمانده پس از معالجه از بین رفتند .

نحوه جدا کردن سوش توکسوپ لاسما آغاز شد :
 غدد لنفاوی پس از لشدن درهایون و حل شدن در سرم فیزیولوژیک به محوطه صفاتی موش که از لحاظ سرولژیک توکسوپ لاسموز منفر بودند تلقیح گردید . یکماه بعد بار دیگر از موش ها امتحان سرمشناسی بعمل آمد و پس از ثبت بودن تشريح شدند و از مغز آنها کیست توکسوپ لاسما گوندی جذاشده .
 در مدت امتحان دقت های لازم بعمل آمد که موش ها توسط آلدگی های محیط مبتلی به توکسوپ لاسموز نشوند .

دومسله زین اهمیت و خطر ابتلاء به این بیماری را بخصوص در زمان حال و آینده روشن می‌سازد:

اول: T. Strickland و همکارانش نشان دادند در مشاهای که بوسیله «توکسوبلاسمای گوندی» آلوه شده‌اند سطح هموآگلوبین، هموگلوبین و قدرت ایجاد پلاک در گلبولهای قرمز گوسفند تو سط سلولهای طیحالی در فاصله یک هفته تا یکماه پس از تلقیح داخل پریتوئین ۲۰۰-۱۵۰ کیست G.T. (که از مشاهای آلوه استخراج شده بود) مقابله با نقصان IgM کاهش یافته بود در حالیکه در این مدت اندازه طحال و تیغ آنتی کور در حیوانات آلوه سریعاً افزایش پیدا مینمود. محققین فوق این مسئله را به رقابت آنتی ڈنیک نسبت داده‌اند [۱].

اگر این مسئله یعنی کم شدن عوامل مؤثر در سیستم دفاعی بدن حتی در مدتی نسبتاً کوتاه در انسان هم نتایج مشابهی داشته باشد در این صورت ابتلاء به توکسوبلاسموز نه تنها بالنفسه امکان خطر دارد بلکه بدن را برای پذیرش بیماریهای دیگری هم آماده می‌سازد.

دوم: در زمان ما بیماران مبتلی به سرطانها و بیماریهای بد خیم یا من مخونی شناس پیشتری برای ادامه حیات دارند که در سایه استعمال این مواد سوپر سیوهای، کورتن و یک سلسه اقدامات پزشکی شامل سونداثر عرق خونی و قلب و یا تزریق مکرر مقادیر گاه حیجیم خون صورت می‌گیرد.

زمینه مساعد این بیماران در مقابل سایر عوامل عفونی مثلاً قارچها (مثل کانیدوز)، میکروبی و ویروسی (سیتومکال و ویروس، E.B ویروس و هرپس ویروس) قابل کراراً باثبات رسیده است. در یک گروه ۷۷ نفری از این بیماران نسبت کسانی که جواب سرولژیک مثبت در مقابل توکسوبلاسمای ابتلاء اند پیشتر از افراد جامعه بوده و دریکی از آنها آنسفالیت بعلت توکسوبلاسمای پیدا شده بود که از مغز این فرد پس از فوت توکسوبلاسمای گوندی جدا شد [۲].

- در جریان حوادث، جراحی‌های ییون‌داس، بیماریهای بد خیم خونی مثل تالاسمی ابتلاء به این بیماری گزارش شده است. البته آنتی کور دنتقل شده در جریان ترانسفوزیون در مشوش - کردن امتحانات سرولژیک مؤثر است و احتمال ابتلاء به اشکال و خیم بیماری مثل کاردیت در بیمارانی که مصنوبیت آنها بوسیله مصرف این مواد سوپر سیوهای شکسته شده است امکان پذیر است.

مشاهدات و مقالاتی که جدیداً منتشر شده باندازه کافی این حقیقت را روشن می‌سازد که نقش مصرف گوشت خیام و نیمه خام (کالباس - سوسیس) و با توجه به کثرت استعمال آنها بویشه در شهرهای بزرگ و در گروههای اجتماعی اقتصادی خاص (نظریه دانشجویان - کارگران و کارمندان) در ابتلاء به این بیماری

که بزرگ و باندازه فندق است همه کوچک و عموماً در لمس بدون درده استند و بر احتی حرکت می‌کنند. کبد باندازه ۳ سانتی‌متر از زیر لبه اندنه بدلست می‌خورد، قواش کم نرم و شل و کمی جدار پرچربی است. ضایعه پاتو لژیک در احشاء و دستگاهها وجود ندارد. آزمایش‌های پاراکلینیک:

$Hb = ۱۵/۴ \text{ gr}$ $WBC = ۶۵۰۰$
 $Mono = \% ۱$ $Iym = \% ۲۶$ $Eos = \% ۵$
 هماتوکریت % ۴۱ سدیم‌متاپیون ساعت اول ۲۲ و ساعت دوم ۴۸ میلی‌متر و پلاکت‌ها در گسترش لام طبیعی بنظر میرسد.
 در رادیو گرافی قفسه‌صدری ضایعه غیرطبیعی مشاهده نشد.
 امتحان اینوفلوروسانی که در بخش ایمو نولژی داشکده تهران بعمل آمد به نسبت ۴۰۰ در تاریخ ۵۲/۳/۱۹ مشیت بود.

در تاریخ ۵۲/۳/۲۸ از کشاله ران بیوپسی از دو غده لنفاوی که نسبتاً عمقی بودند بعمل آمد و عدد حاصله در لوله آزمایش استریل بدهاشکده بهداشت فی‌ستاده شد و در تاریخ ۵۲/۴/۲۸ (پس از یکماه) در غزه مشاهای که مورد تلقیح قرار گرفته بودند کیست توکسوبلاسمای مشاهده و تشخیص مسجل شد.

بیمار بعد از معالجه‌هنوژیر نظر است. در تاریخ ۵۳/۱/۱۹ مشیت امتحان اینوفلوروسان به نسبت ۱۴۰۰ مشیت است و نکته جالب در تاریخ پیچیده زندگی بیمار زایمان یک کودک میکروسفال در عال قبل است که پس از آن دو کودک سالم بدنیا آورده است. در معاینه بالینی در فروردینماه ۱۳۵۳ اثری از آدنوپاتی ها نبود و هیچگونه کسالت یا ناراحتی نداشت.

بحث :

توکسوبلاسموزیکی از شایعترین بیماریهای عفونی در نقاط مختلف جهان است. در بعضی از نواحی نظیر تاهیتی و جزایر شرقی و سرزمین‌های پست گواتمالا نزدیک به ۰/۱۰۰ مردم سرولژی مثبت در مقابل توکسوبلاسموز نشان میدهند در حالیکه کمترین تعداد مبتلایان در مناطق صحرائی خشک آریز و ناومنطقه آلاسکا هاست [۹-۱۱].

در آلاسکا از نقطه نظر سرولژی تعداد مبتلایان صفر درصد گزارش شده است [۱۲].

تحقیقات کافی در جنبه های بالینی و آزمایشگاهی این بیماری که جمعیتی معادل ثلث تادوئی از جهانیان را مبتلی می‌سازد هنوز انجام نشده و ابتلاء به آن اکثرأ بصورت Sub Clinic انجام می‌شود و در مواردی که سیمای حاد بخود می‌گیرد - شاخص - ترین نشانه ابتلاء به آن لنفادنوباتی است [۱۱].

بنابراین همکاران در مقابل آدنوپاتی های افراد بويژه جوانان و کودکان شایسته است از نقطه نظر سرویزی امتحانات ايمونوفلورسانس و آگلوتیناسيون را انجام بدهند و درصورت مشبت بودن نتيجه - از عدد لتفاوی بيوپسي کرده و نسخ حاصله را برای جدا کردن انگل بهداشته شد. داشت دانشگاه تهران يخش تك ياخته های خوب، و نسخه ارسال نمایند.

خلاصه:
۲ خانم جوان که مبتلی به لنفادنوباتی ژنرالیزه بوده و با توجه به نتایج مثبت این مونو فلورسانس و آگلو تیناسیون به توکسی-پلاسموز مشکوک شده و با جدا کردن سوش توکسو پلاسماگ-و ندئی از مغز مشاهدی که بالتلقیح غدد لنفاوی بیماران فوق بمحوطه صفاتی آنها لوده شده بودند معرفی شدند .
بیماران ما با دختر جوان دیگری که توسط آقایان دکتر قربانی و سعی مردم طالعه قرار گرفته اند در ایران اولین بیمارانی هستند که با جدا کردن سوش از بافت های آنها پس از تلقیح به حیوانات تشخیص نهایی آنها داده شده است .
بهترین روش برای تشخیص توکسو پلاسموز پس از انجام قست های اینمولثیک و سرولوثیک در اشکال همانه با آدنوباتی جدا کردن انگل می باشد .

بخش ایشان مارا به تشخیص و درمان راهنمائی کرده و آقایان خته‌های خونی و نسجی کارهای من بوط به جدا کردن انگل را

« مِنَاجَاتٍ »

- ۱— T. Strickland et al, Tropical Med. and Hyg. July 1973 Page 452
۲— Scandinavian Jour. of infectious diseases Vol 5 No 3 Page 181, 1973
۳— Gordon and D. Wallace, Amer. J. of Tropical Med. and Hyg. July 1973
Page 456
۴— M. Anwar and M. Ghorbani synopsis of Papers of Symposium in
Parasitic diseases Shiraz 1973 Page 21
۵— J.K.A. Beveley, « Lyon Médical » Sept. 1969
۶— M. Ghorbani and A.H. Samii, Jour. of tropical Med. and Hyg. July 1973
page 158-160,
۷— مارکوس کریپ و میلتون شاتون، بیماریهای عفونی و گرمیهای ۱۹۷۲ ترجمه فارسی از دکتر رضا جمالیان
دکتر علی سجادی صفحه ۳۰۷
۸— دانیل و گان، بیماریهای چشم ترجمه فارسی دکتر علی سجادی— دکتر رضا جمالیان ۱۹۷۲، صفحات ۱۹۵ تا
۵۳۱ و ۲۰۴

بسیار مهم است که بحث درباره آنها در حد این گزارش نیست

تو کسوبلاسموز از نقطه نظر سرولژی بوفور در ایران مشاهده شده است . [۱۵] ۴۳٪ از یهودیان ایران که به اسرائیل مهاجرت کرده اند سرم آنها از لحاظ توکسوبلاسموز سرولژی مثبت داشته اند [۱۵] درین مراجعن به بخش ایمنو لوگری دانشکده پزشکی دانشگاه تهران (که از لحاظ آماری یک نوع Selection هستند) نتیجه ایمنوقلوئورسانس به نسبت زیر مثبت بوده است :

در اشکال گانگلیونی	%۶۹/۶
در اشکال چشمی	%۴۷
در اشکال کلینیکی مختلف	%۵۰
در زنانیکه سابقه سقط داشته‌اند.	%۴۰
بررسی در حیوانات ایران هم وجود این عارضه را نشان داده است [۴]	[۴]
سازمان بهداشت جهانی در گزارشی سال ۱۹۵۹ علت %۱۵ از آدنوباتی های بدون دلیل non-specific adenitis را	

قشکو

از آقای دکتر غلامرضا نظری که امتحانات این‌نویز
دکتر قربانی و دکتر ادريسیان که در دانشکده بهداشت بخش
انهاد داده‌اند زمامت‌نششک حاصل است.

- 9_ Carl.C. Dauer et al, Harward university Press Page 113, 1968

10_ Peterson, tonca and Bonin Amer. Jour. of Epidemiology June 1973

Page 424

11_ Paul A. Marcial – Rojas, Pathology of Protozoal and Helminthic diseases with clinical correlation Page 254-290

۱۲ - دکتر مهدی قربانی، مجله‌دانشکده پزشکی صفحات ۶۱۳-۶۱۹-۱۳۴۹

13_ Abstract of Hygiene october 1973 from Am. Jour. of Epide. V_97 1973

14_ S. Kragman and R. ward, Infections diseases of children nov 1971

۱۵ - دکتر غلامرضا نظری - دکتر شهناز رفیعی تهرانی مجله دانشکده‌پزشکی دانشگاه تهران اردیبهشت ۱۳۵۲ صفحه ۲۵۵-۲۵۴

۱۶ - دکتر مهدی قربانی، مجله‌دانشکده پزشکی تهران، آبانماه ۱۳۵۱ صفحات ۶۸-۶۴