

از کارهای بیمارستان خورشید اصفهان

زیر نظر دکتر ابوتراب تقیسی

تورم و گوردال میگل

نویسنده شهریار تریجی

دانشجوی سال سوم آموزشگاه عالی بهداری اصفهان

غلامعلی محسنی - ۲۸ ساله - محل تولد حبیب آباد اصفهان - پیشه زراعت
بعلت سردرد و عسر البلع و درد پهلوئی راست همراه با اخلاط متعفن در تاریخ
۱۲/۱۰/۲۸ به بیمارستان خورشید مراجعه و بستری شده است.

سوابق بیماری - در سابقه بیمار مرض قابل ذکر و وجود ندارد و تا سه سال قبل
کاملاً سالم بوده است فقط در سه سال قبل بعلت ضربه های مشت که بسرش وارد آمده
دچار سردرد شدیدی در ناحیه شقیقه و قه محدود میشود که توام با قرمزی ملتحمه چشم
بوده است قرمزی ملتحمه کم کم بدون معالجه بهبودی مییابد ولی در دس باقی بوده که
تا کنون ادامه دارد.

بیماریهای مقاربتی را مبتلا نگشته است.

شرح بیماری کنونی . يك هفته قبل بیمار برای انجام کاری از منزل بیرون
میرود و ناگهان دردی در پهلوئی راست خود حس مینماید سپس لرز عارض وی شده
بطوریکه دندانهایش بهم میخورد و بالنتیجه مجبور باستراحت میگردد این درد و
ناراحتی با اخلاط متعفن بوده تا اینکه به بیمارستان مراجعه و بستری میگردد در امتحان
بیمار علائم ریوی زیر جلب توجه مینماید .

الف - علائم عملی .

۱ - درد - محل درد در پهلوئی راست و انتشار آن به زیر پستان همان طرف است
در هنگام سرفه و حرکت بر شدت درد افزوده میگردد .

۲ - اخلاط - اخلاط زیاد متعفن و بدبوست بطوریکه نزدیکان خود را ناراحت

مینماید - اخلاط خاکستری رنگ و گاهی رگه های خون در آن وجود دارد .
 باید دانست بیمار قبل از ابتلای به بیماری ریوی کنونی گاهی اخلاط خارج
 میساخته است که کمی متعفن بوده است ولی پس از ابتلاء بوی اخلاط و دهان متعفن تر
 گردیده است .

۳ - سرفه های تک تک وجود دارد .

ب - علائم فیزیکی - در مشاهده قفسه صدی لاغر و حرکات دنده ها مشهود است
 در لمس ارتعاشات صوتی در طرف راست شدیدتر از طرف چپ میباشد - قاعده ریه ها
 در دق سوب مائیته نشان میدهد سایر نقاط طبیعی است در گوش دادن صدای تنفسی در
 زیر استخوان بازوی راست سوفلانت و در قاعده ریه همان طرف رالهای سو کریپتان و
 گار گویمان و در ناحیه محدودی فرو تمان جنبی بگوش میرسد - در طرف چپ صدای
 تنفسی شدیدتر از عادی است .

وای عارضه دیگری از بیمار که او را بشدت ناسراحت میکرد یکی عسر البلع
 و دیگری درد شدید نصف سر بود .

۱ - در آزمایشیکه از گردن و گلووی بیمار بعمل آمد متوجه شدیم که در طرف
 راست گلووی بیمار مجاور لوزه همان طرف برآمدگی وجود دارد که در لمس بسیار سخت
 و مانند استخوان میباشد و این تومور در جدار طرفی حلق تا ۲ - ۳ سانتیمتر و آنقدریکه
 دسترس بود ادامه داشته و مطابق همین سختی داخل گلو تومور سخت دیگری آنهم
 به سختی استخوان در جدار طرفی گردن از خارج حس میشد که حد تحتانی آن تا
 مجازی زاویه فك و حد فوقانی آن با استخوانهای سر غیر قابل تفکیک بود .

این تومور در لمس دردناک نبوده و در نتیجه سختی این تومور و عسر البلع و سفتی
 عضلات پشت گردن بیمار و همچنین بواسطه مقاومتی که بیمار در مقابل حرکت سر
 بعقب از خود نشان میداد ، ابتدا ما را ب فکر يك در رفتگی ستون فقرات عنقی یا عرض
 پوت عنقی انداخت که با رادیو گرافی این تشخیص تایید نگردید .

در ضمن این آزمایشها روزی متوجه شدیم که چشم طرف راست بیمار در موقع
 خواب کمی نیمه باز و در موقع باز کردن چشم پلك فوقانی کاملاً بالا نمیروند و با توجه

دقیق معلوم شد که مردمک همان چشم تنگ تر از طرف چپ و همچنین کره چشم او کمی فرورفته تر از طرف چپ بود و میدانیم که این سه نشان یعنی میوزیس و انوفتالمی و پتوزیس همان سندروم کلود برنارد هورنر است که در نتیجه فلج اعصاب سمپاتیك عنقی میباشد و پیدایش آن در این بیمار مستقیماً بعلافت فشار تومور پیش گفته در روی گانگلیون سمپاتیك عنقی فوقانی خواهد بود.

برای تعیین جنس این تومور قسمتی از آن برای بافت برداری بریده شد. منظره آن بسیار سفید و فوق العاده سخت بطوریکه با چاقو بزحمت بریده میشود. نتیجه بیوپسی عبارت بود از (اپیتلیوم مالییغی) ولی متأسفانه این جواب در زمان حیات بیمار بدست ما نیامد و قابل استفاده نبود معیناً همانطور که بعداً ذکر خواهد شد سایر نشانهها تقریباً تشخیص را قطعی مینمود.

۲- قبلاً ذکر کردیم که یکی از علل مراجعه بیمار به بیمارستان بغیر از عارضه ریوی و تعفن اخلاط سردرد شدیدی بود که بیمار پیدایش آنرا از زمانی میدانند که در سه سال قبل پس از ضربات مستی که بسرش وارد آمده بود این سردرد تا بحال بشدت ادامه دارد. - سردرد بیمار نسبتاً شدید ولی فقط محدود بنواحی طرفی سر و قسمتی از قاعده است - باحرکت سر بد عقب سردرد شدید میشود.

در ضمن آزمایش سرو صورت نشانه های زیر جلب توجه را کرد.

از نظر حسی پوست نصفه راست صورت تا خط وسط و مخاط داخل بینی - مخاط داخل دهان - نصفه زبان و لثه ها و همچنین پوست سر در ناحیه تامپور و پاریتال کاملاً بیحس بودند، دندانها نیز از این بیحسی مستثنی نبوده اند بطوریکه بیمار اظهار میدارد (مثل آنستکه دندانهایم مال خودم نیست و یک تکه کلوخ است).

حس قرینه چشم راست نیز از بین رفته و رفلکس قرینه ای و رفلکس عطسه در نتیجه مجاورت چیزی در سوراخ بینی راست منفی است.

بعلاوه جویندن بیمار نیز مختل و وقتیکه به بیمار بگوئیم دهانش را باز کند فك زیرین وی بطرف چپ متمایل میشود. در امتحان چشم راست بغیر از تنگی مردمک و بیحسی قرینه چیزی که جلب توجه میکرد رخوت و سستی حرکت کره چشم بطرف

راست یعنی سستی عضله مستقیم خارجی اینطرف بود که بعضی اوقات بیمار اشیائیرا که در این میدان رویت قرار میگرفتند دو تا میدید .

همچنین نصفه راست صورت بیمار عرق نمیکرد و قرمز نمیشد و حس ذائقه $\frac{2}{3}$ قدامی زبان او نسبت (آزمایش قند و نمک و گنده گنده) نیز از بین رفته بود .

بطور خلاصه از نظر عصبی بیمار بغیر از سند روم هورنر که قبلاً ذکر شد (در نتیجه فشار روی گانگلیون سمپاتیك عنقی فوقانی) - مبتلا به عوارض زیر است :

۱ - فلج هر سه شاخه عصب پنجم یعنی عصب افتالمیک - فکی فوقانی و فکی

تحتانی در طرف راست . ۲ - سستی و رخوت عمل عصب ششم . ۳ - درد در نصف فوقانی

صورت و پوست سرد در محل انتشار عصب پنجم و ناحیه قم محدوده . ۴ - سردرد مخصوصاً

در موقع بردن سر به عقب . ۵ - سفتی گردن . ۶ - فلج نصفه شراع الحناک و حاق که

شاید علت بروز دما ریوی آن نیز بواسطه فرو رفتن اجسام خارجی در بر و نش بوده باشد .

چون هر سه شاخه عصب پنجم و عصب ششم با هم فلج شده اند مسلماً بایستی ضایعه

در محل مجاورت این دو عصب یعنی در نوك استخوان روزه تامیورال و در مجاورت

گودال مکل یعنی در جایگاه گانگلیون گاسر باشد و چون در این نقطه منتر

ایند و عصب را احاطه کرده است و سر درد ا کسی پیتال شدید و سفتی گردن هم

در بیمار ما موجود است میتوان حدس زد که ضایعه ای سبب این فلج ها شده و به

منتر هم نیز سرایت کرده و چون بیمار دارای عوارض التهابی و تب بغیر از کانون

چرکی ریوی که در ابتدا با تب همراه و بعد همانطور که رادیو گرافیهی بعدی نشان

میدهد فوق العاده بهبودی یافته نیز نبود و در رادیو گرافی استخوان سرو امتحان

گوش نیز عارضه چرکی نشان داده نمیشد . به تنها چیزیکه باید فکر کرد به تومور

گودال مکل است و از طرفی چون تومور سفت گردن بیمار نیز محتملاً با این تومور

از لحاظ تشریحی رابطه دارد یعنی از راه جدار طرفی گردن و عروق و اعصاب گردنی

با داخل جمجمه و استخوان روزه ، باید چنین نتیجه گرفت که بیمار مورد نظر

مبتلاً به تومور گودال مکل همراه با انتشار آن بطرف منتر و گردن است .

و میدانیم که گودال مکل استپالدهای از دور مر است و تومور های این ناحیه اکثر آاز

دور عمر یا از گلیوم تشکیل شده اند و قاعد تا بایستی بیمار مبتلا به چنین توموری باشد. بیمار در تاریخ ۲۷/۱۲/۲۸ غفلتاً بدون هیچ عارضه اضافی همانطور که روی تخت بسته بود پس میافتد و هنگامیکه ببالین او میرسند فوت کرده بود. ۱۲ ساعت بعد اتوپسی بعمل آمد و توموری در طرف راست جمجمه بشرح زیر دیده شد:

کنار داخلی تومور از کنار خارجی سل تورسیک شروع و تمام سینوس کاورنو را فرا گرفته بطریقیکه عصب سوم را به چپ منحرف و مدخل این عصب را در شکاف اسفنوئید اشغال نموده است.

این تومور بطرف خارج و عقب پیشرفته تمام گانگلیون گاسر و شعبات تری ژومو را مبتلا کرده اند و بخوبی دیده میشود که شاخه فکی تحتانی از تومور ارتشاح یافته است. این تومور داخل در سوراخ کاروتیدین شده و قوسیکه شریان کاروتید میزند برای اینککه وارد سینوس کاورنو شود به ضایعه توموری مبتلا نموده است و بعد در طول غلاف کاروتید پائین رفته و خود شریان انا قوس پائینی در گردن مبتلا ساخته است محل تومور در کاوم است و قسمت اعظم آن در طبقه قه محدود ای قرار دارد بقسمیکه بصل النخاع و پروتوبرانس را به چپ منحرف کرده است و اینها چسبندگی ندارد.

طرف چپ استخوان خار و قسمت قدامی زائده قاعده ای استخوان پشت سری خورده شده و ضریع آن بکلی جزء تومور شده است و همین نواحی در زیر چکش بزودی خرد میشوند.

از طرف خارج و عقب این تومور به سطح تحتانی عصب شنوائی و صورتی فشار می آورد. ورید ژوگولر خارجی دارای یک ترومبوزی به بلندی یک سانتی متر است. انتشار این تومور بطرف جدار طرفی گردن حلق - اوزه میباشد.

از تومور داخل جمجمه بی قطعه ای برای آسیب شناسی به تهران فرستاده شد که نتیجه آن (Meningiome) است.