

دوابسرواسیون شخصی شکل ریوی مرضی راندو-استر (۱)

نگارش

دکتر سید محمد مولوی

انترن ساناتوریم کامار

اگر این دوابسرواسیون که در مرکز جراحی ریه کامار (فرانسه) جمع آوری شده اند بشخصه ارزش احصائیه‌ای مهمی ندارند در عوصر ممکن است در کشف اتیولوژی برخی نارسائیهای قلبی مرموز و فامیلی کمکی به متخصصین بنمایند.

ابسرواسیون نشانه ۱

آقای م- ژوزف - ۴۲ ساله، مجرد - کشیش، ساکن آفریقای غربی فرانسه روز ۱۴ مه ۱۹۵۶ برای يك عفونت حاد ریوی به بخش جراحی کامار فرستاده شده است.

سوابق ارثی - پدر و مادر بیمار در سن ۲۲ سالگی بانارسائی قلبی انفارکتوس ریوی فوت شده اند.

يك خواهر ۳۱ ساله بطور ناگهانی و باده سیانوز شدید فوت شده است (متأسفانه نتوانستیم عوامل دیگری برای کشف علت مرگ او بدست آوریم)

يك پسر عموی بیمار دو سال قبل از يك مرض ریوی عمل گشته است (ابسرواسیون شماره ۲)

سوابق شخصی: جز يك مالاریای درمان شده بیماری دیگری را به خاطر نمی‌آورد تا بحال از ریه‌هایش رادیوگرافی نشده است.

مرض کنونی: یکماه و نیم قبل از بستری شدن در بخش ما: سرفه، خلط چرکین، تب شدید و نفس تنگی.

رادیوگرافی: يك تصویر گرد قاعده ریه چپ نشان میدهد.

بیمار در یکی از بیمارستانهای آفریقای غربی و تحت درمان سانکومیسین

و استقر پتومیسین گذارده میشود. تب و حالت عمومی و علائم ریوی آرام می گیرند یکماه بعد راه آلزاس را پیش گرفته و پس از ۱۵ روز استراحت در فامیل بسرویس مامراجعه مینماید.

در موقع ورود کلیه امتحانات بالینی منفی هستند و تنها عامل غیر طبیعی را تصاویر رادیولوژیک تشکیل میدهند.

۱- رادیوگرافی - تصویر گردبده قطره سانتیمتر در قسمت وسطی قاعده ریه چپ و مجزا از قلب محیطش منظم و سطحش يك شكل است قسمتهای دیگر دوریه و دو جنب طبیعی هستند.

۲- رادیوسکپی - تصویر فوق باحرکات ریه جا بجا میشود (ولی ضربان ندارند امتحان مجدد پس از تشخیص قطعی)

۳- توموگرافی - تصویر گرد در قسمت قدیمی تحتانی لب فوقانی چپ (۱) واضح است ولی چیزی که جلب توجه مینماید دو «دستك» مجزا که از دو قطب داخلی و خارجی تصویر بطرف ناف ریه متوجه هستند میباشد.

در بر نکوسکوپی برنشها طبیعی و تزریق لیپیدل در برنشها نشان میدهد که توده فوق داخل ریوی است بدین وسیله هر نوع غده جنبی یا پرده قلبی رد میشود. از طرف دیگر مسئله سل بسادگی کنار گذارده میشود چه نه علائم بالینی و آزمایشگاهی و نه تصاویر رادیولوژیک شباهت بآن دارند.

موضوع دمل ریه، سیفیلیس ریوی (نزدیک کشیش !!؟) هم باسانی رد میشود پس از رد امراض فوق نظرمان بیشتر بکیست هیداتیک (بیمار ساکن آفریقا) و یا يك غده ریوی (خوش خیم یا بد خیم) متوجه شد. کازونی و وینبرگ منفی ولی ائوزینوفیلی متوسطی کشف گردید.

بالاخره پس از دو هفته ابرو و اسیون تصمیم بعمل گرفتیم ولی چند روز قبل از عمل نامه ای از یکی از استادان دانشکده طب استراسبورگ دریافت داشتیم که تمام

معمار را حل نموده و اینجاست که پرونده کشیش را موقتاً بسته و چند لحظه ای باین استه
مر او ده مینمائیم حتی بیمورد نیست که عین نامه او را که شرح حال شخصی اش را حاکی
است برای خوانندگان نقل نمائیم.

اوسرواسیون نموده ۲

آقای م. پیر ۳۷ ساله استاد دانشکده طب استراسبورگ
رو نوشت نامه د کترم. پیر بر رئیس سرویس جراحی ریه که مار

همکار محترم :

بخود اجازه میدهم که این چند سطر را که مربوط به بیماری پسر عمویم آقای
ژوزف که در سرویس شما بستریست بنگارم.

در ملاقاتی که چند روز قبل از او کردم بخود اجازه دادم که نگاهی به پرونده
رادیولوژیک او بنمایم چون شخصاً در سال ۱۹۵۴ توسط یکی از جراحان ریه استراسبورگ
برای یک انوریزم شریانی وریدی لب وسطی راست عمل شده ام فکر میکنم
شرح حال برای تشخیص تصویر ریوی بیمار شما مورد استفاده باشد.

نزد من این انوریزم وی یک زمینه مرض فامیلی (۱) ایجاد که پس از عمل
جراحی در جستجوی آن در فامیلم کنجکاوشدم. بنظر من این بیماری از یکی از پاهای
بزرگهای مابارث رسیده و تا بحال چند شکل جلدی و مخاطی آنرا در اطرافیان دو
و نزدیکم پیدا کرده ام.

در حقیقت این اوسرواسیون بکلی معمارا بر ایمان حل نمود و توانستیم رمز
«دستک» که از ایماژ گرد بطرف ناف ریه میرفتند کشف نمائیم. امتحانات جلدی و مخاطی
بیمار انوریزم دیگری نشان ندادند.

دو هفته پس از ورود بیمار و مطابق برنامه پیش بینی شده عمل جراحی
انجام گرفت.

بمحض بار کردن جنب انوریزم مشاهده گردید محلش در لنگولا (۱) (قسمت

قدامی تحتانی لب فوقانی ریه چپ) و منشاء آن یکی از شرايين اين قسمت ریه بود .
 به محض اینکه روی شریان لیگاتور انجام گرفت آنوريسم از شریان ایستاد. لیگاتور
 دیگر روی ورید و غده سالم و دست نخورده بیرون آورده شد. متذکر شویم که این
 شریان و ورید حجم فوق العاده ای گرفته بودند و شکمی نبود که دو «دستک» توموگرافی
 را اینها تشکیل میدادند. دنباله عمل بسیار ساده و بیمار پس از یکماه استراحت بخش
 را ترک نمود .

امتحان آناتومو پاتولوژیک منشاء جنینی آنوريسم را ثابت و نشان داد که آنوريسم
 از گشاد شدن جدار ورید بوجود آمده است - هیچ گونه عامل ترومبوزی در آن
 وجود نداشت .

در ملاقاتی که از استاد فوق نمودیم مقداری از ابرو و اسپیون های جمع آوری
 در فامیلش را نشانمان داد. غیر از این دو آنوريسم ریوی چند تلانژیکتازی (۱) یوستی و چند
 نارسائی قلبی مرموز و بدون علت مشخص پیدا کرده بودند نزد خود او کشف بیماریش ۸ سال
 بطول کشیده بود یعنی در ۱۹۴۶ در رادیوگرافی يك تصوير گرد در لب وسطی کشف
 که سل تشخیص داده میشود پس از چند ماه استراحت بسر کارش مراجعت و سالی ۴-۵ بار
 این تصویر را کنترل میکرد و اندو چون کوچکترین تغییری در آن حاصل نمیشد تصدیقه می
 برای يك معالجه جدی نمی گرفتند تا اینکه در ۱۹۵۴ ناگهان علائم يك نارسائی حاد
 قلب راست او را از هر نوع فعالیت باز و چون هیچ گونه علتی برای آن پیدا نمیکند
 سلی بودن توده ریه راست را مورد تردید قرار میدهند و امتحانات جدی توسط
 متخصصین اتیولوژی آنوريسمی آنرا ثابت میکنند بخصوص که روی گونه ها و مخاط
 دهان و حلق او مویرگهای غیر طبیعی و درهم و برهمی جلب توجه میکردند .

(بحث)

همانطور که در ابتدای این مقاله متذکر شدیم این دوا بر و اسپیون فقط میتوانند
 مسئله آنوريسم شریانی و ریوی ریه را که یکی از مسائل کلاسیک امراض ریوی است

یاد آور متخصصین ریه گردند ولی مسئله مهمتر اتیولوژی برخی نارسائی های قلبی مرموز است البته اگر تالانژیکتازی جلدی - مخاطی یاریوی بود تشخیص چندان مشکل نیست ولی وجود آنها در احشاء دیگر که دور از جستجوی بالینی یا لا براتوار نیست مسئله پیچیده ای را بمیان می آورد در اینجا است که در مقابل برخی نارسائی های قلبی م-رموز امتحان اطرافیان بیمار سوابق ارثی و سوابق شخصی او (خونریزی مکرر بینی-خون-ریزی ریوی-کلیوی-روده ای-مننژهای و غیره) ممکن است به تشخیص کمک نمایند. برای تشخیص آنورسم شریانی وریدی ریوی بد نیست دو نکته را یاد آور شویم.

اول- زیاد شدن گلبول های قرمز خون

دوم امتحان با اتر - که بسیار ساده و گویاست تزریق مقداری اتر در یکی از وریدهای باز و نزد شخص سالم فوراً بریه ها رفته و دفع میشود اگر در یکی از ریه ها يك آنورسم شریانی وریدی وجود داشته باشد مقداری از این اتر وارد جریان خون قرمز شده و بلافاصله يك بی حسی كوچك در دهان و صورت بیمار میدهد این امتحان موثقی که در تشخیص يك تصویر ریوی زیاد مردد هستیم کمک بسیار ذی قیمتی است - متأسفانه تشخیص آنورسم احشاء دیگر با وسایل کنونی مشکل است.