

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 کهگی به متخصصین بنمایند.

ابسرواسیون ثانویه

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

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

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

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

سوابق شخصی: جز یک مالاریای درمان شده بیماری دیگری را بخاطر 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: یک تصویر گرد قاعده ریه چپ نشان میدهد.

بیمار در یکی از بیمارستانهای آفریقای غربی بستری و تحت درمان سانکلوامیسین

و استقر پتومیسین گذارده میشود. تب و حالات عمومی و علائم ریوی آرام می گیرند یکماه بعد راه آلزاس را پیش گرفته و پس از ۱۵ روز استراحت در فامیل بسرویس ما مراجعه 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 شکل است قسمتهای دیگر دوریه و دو جنب طبیعی هستند.

۲- رادیوسکپی - تصویر فوق باحر کاتریه 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 «دستک» 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
مرآوده مینمائیم حتی بیمورد نیست که عین نامه او را که شرح حال شخصی اش را حاکی
است برای خوانندگان نقل نمائیم .

اوسرواسیون نمره ۲

آقای م. پیر ۳۷ ساله استاد دانشکده طب استراسبورگ
رونوشت نامه دکتروم. پیر بر رئیس سرویس جراحی ریه کمار

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 انوریسم شریانی وریدی لب وسطی راست عمل شده ام فکر میکنم
شرح حال برای تشخیص تصویر ریوی بیمار شما مورد استفاده باشد .

نزد من این انوریسم وی یک زمینه مرض فامیلی (۱) ایجاد کرده پس از عمل
جراحی در جستجوی آن در فامیلم کنجکاوشدم. بنظر من این بیماری از یکی از پد
بزرگهای ما بارت 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 ریه
«دستک» که از ایماژ گرد بطرف ناف ریه میرفتند کشف نمائیم. امتحانات جلدی و مخاطی
بیمار آنوریسم دیگری نشان ندادند .

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

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

قدامی تحتانی لب فوقانی ریه چپ) و منشاء آن یکی از شرايين اين قسمت ريه بود .
 به محض اينكه روى شريان ليگاتور انجام گرفت آن نوريسم از ضربان ايستاد. ليگاتور
 ديگر روى ورید و غده سالم و دست نخورده بيرون آورده شد. متذکر شويم که اين
 شريان و ورید حجم فوق العاده ای گرفته بودند و شکی نبود که دو «دستک» توموگرافی
 را اينها تشکيل ميدادند. دنباله عمل بسيار ساده و بيمار پس از يك ماه استراحت بخش
 را ترك نمود .

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

در ملاقاتی که از استاد فوق نموديم مقداری از ايسرواسيون های جمع آوری
 در فاميلش را نشانمان داد. غير از اين دو آنوريسم ريوی چند تالانژيکتازی (۱) يوستی و چند
 نارسائی قلبی مرموز و بدون علت مشخص پيدا کرده بودند و خود او کشف بيماريش ۸ سال
 بطول کشيده بود يعنی در ۱۹۴۶ در رادیوگرافی يك تصوير گرد در لب وسطی کشف
 که سل تشخيص داده ميشود پس از چند ماه استراحت بسر کارش مراجعت و سالی ۴-۵ بار
 اين تصوير را کنترل ميکرده اند و چون کوچکترين تغييری در آن حاصل نميشد تصويه می
 برای يك معالجه جدی نمی گرفتند تا اينکه در ۱۹۵۴ ناگهان علائم يك نارسائی حاد
 قلب راست او را از هر نوع فعاليت باز و چون هيچ گونه علتی برای آن پيدا نميکنند
 سلی بودن توده ريه راست را مورد تردید قرار میدهند و امتحانات جدی توسط
 متخصصين اتیولوژی آنوريسمی آنرا ثابت میکنند بخصوص که روى گونه ها و مخاط
 دهان و حلق او مویرگهای غير طبیعی و درهم و برهمی جلب توجه ميکردند .

(بحث)

همانطور که در ابتدای اين مقاله متذکر شدیم اين دوايسرواسيون فقط ميتوانند
 مسئله آنوريسم شريانی وریدی ريه را که یکی از مسائل کلاسيک امراض ريوی است

یاد آور متخصصین ریه گردندولی مسئله مهمتراتیولوژی برخی نارسائی های قلبی مرموز است البته اگر تالانژیکتازی جلدی - مخاطی یاریوی بود تشخیص چندان مشکل نیست ولی وجود آنها در احشاء دیگر که دوران جستجوی بالینی یا لابراتوار است مسئله پیچیده ای را میان می آورد در اینجا است که در مقابل برخی نارسائیهای قلبی مرموز امتحان اطرافیان بیمار سوابق ارثی و سوابق شخصی او (خونریزی مکرر بینی - خون - ریزی ریوی - کلیوی - روده ای - مننژهای و غیره) ممکن است بتشخیص کمک نمایند . برای تشخیص آنوریسم شریانی وریدی ریوی بد نیست دو نکته را یاد آور شویم .

اول - زیاد شدن گلبولهای قرمز خون

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