



## دماينه هنگام ورود به بیمارستان

دستگاه تنفس - از موقع شروع بیماری مبتلا به سرفه‌های تك تك و خشك بوده خصوصاً آنكه در موقع خوابیدن به پشت بر شدت سرفه‌ها افزوده میگردد این سرفه‌ها همراه با درد شدیدی در نواحی دنده‌ها و پشت و خصوصاً ناحیه پستان چپ میباشد بطریقی که در موقع سرفه کردن بیمار مجبور است یک دست خود را در ناحیه چپ پستان و دست دیگر را در پشت در ناحیه ستون فقرات ظهری قرار دهد تا بتواند سرفه کند در امتحان فیزیکی ریتین، قفسه سینه طرف چپ در پشت کمی برجسته‌تر و مختصری پهن‌تر از طرف راست میباشد. دردق زیر استخوان پاروی طرف راست کمی سو بماتیمه موجود و در گوش دادن همین ناحیه سو بمات است. مور موروزیکولی کمی تخفیف یافته است.

دستگاه گردش خون - نبض با حرارت  $36/8$  درجه  $80$  در  $4$  دقیقه - نبضی است پر و در دو دست متفاوت بطریقی که شدت پری نبض در طرف راست زیادتر از طرف چپ میباشد.

فشار خون  $14/5$  در دست چپ و  $15/4$  در دست راست میباشد. نبض ران محسوس است.

ماتیمه قلب رو بپائین زیاد شده و در قسمت فوقانی استرنوم کمی رو بفضای بین دنده‌ای دوم طرف چپ امتداد دارد. حس شدن ضربان آنورت در پشت چنگ استرنوم - تشدید صدای اول میترال و همچنین تشدید صدای دوم تریکوسپید - وجود سوفل سیستولیک (۱) درجه ۱ و سوفل دیاستولیک در نیمه وسطی استرنوم اندکی متمایل بر است - وجود سوفل سیستولیک درجه یک در پشت محاذی ستون فقرات طرف چپ.

دستگاه گوارش: طبیعی است.

دستگاه لنفاوی: طبیعی است.

دستگاه ادراری: وجود اختلالات مختصر اسفنکتری.

دستگاه عصبی - در امتحان دستگاه عصبی دوازده زوج اعصاب سر تماماً سالم میباشد .

بی قوتی عضلانی موجود - اختلال در راه رفتن وجود دارد بدین طریق که اولاً بیمار بدون کمک نمیتواند راه برود . ثانیاً - در موقع راه رفتن مجبور است دستهای خود را بکمر خصوصاً ناحیه فقرات ظهری گرفته و آنها را محکم بفشارد تا بتواند چند قدمی برود . ثالثاً - در موقع راه رفتن پاهای خود را بجلو پرتاب نموده پاشنه های خود را بزمین میکوبد بویژه این پرش پا از ناحیه ران بیابین است و در این موقع اسپاسمی در پاهای بیمار موجود میباشد ( پاراپلژی اسپاسمودیک ) در موقع ایستادن بیمار تمایل بطرف چپ دارد .

اترفی در عضلات مشهود نیست . اختلالات اسفنکتری که در اول کامل بود فعلاً مختصری موجود است .

اختلالات حسی رویشی وجود ندارد ولی درد در ستون فقرات ظهری و اعصاب بین دنده ای در حوالی چهارمین تا هشتمین دور سال موجود است .

رفلکسها - رفلکس شکم و کره ماستر ( ۱ ) منفی - رفلکسهای روتول هر دو طرف شدید - بابنسکی ( ۲ ) در هر دو طرف موجود است . کلوئوس روتول وجود ندارد . تره پیداسیون ( ۳ ) در پاها محسوساً دیده میشود . رفلکسهای دستها و رفلکسهای چشم طبیعی است .

#### بحث در تشخیص

نشانه های مثبت بیمار را بدو دسته میتوان تقسیم نمود . دسته اول نشانه های عصبی و دسته دوم نشانه های عروقی قلبی .

دسته اول - نشانه های عصبی - نکات برجسته نشانه های مرضی در اعصاب بیمار را میتوان چنین خلاصه کرد .

اولاً - پاراپلژی اسپاسمودیک همراه با اختلال راه پیرامیدال و اختلال تعادل .

ثانياً - اختلالات اسفنکتری که در ابتداء بصورت احتباس ادرار و مدفوع خود نمائی کرده سپس بشکل میل مکرر بدفع ادرار بدون وجود ادرار در آمده است .

ثالثاً - دردهای ریشه‌ای نواحی فقرات ظهري بين دوم و ششمین ظهري .  
 رابعاً - سلامت اعصاب جمجمه و هوش و حواس بيمار و همچنين سلامت اعصاب نخاعی عنقی و پلکسوس براکييال نبودن بيحسی واسکار (۱) در پشت .  
 خامساً - شروع تدريجی با دردهای کمر بندي ناحیه سينه و پيشرفت ناتوانی پاها بتدریج با مطالعه نشانه های فوق علل اکتسابی مسبب اختلال راه پيراميدال و پاراپلژی اسپاسمودیک را باید از نظر بگذرانيم . این علل بطور خلاصه و بترتيب ظهور علائم پس از شروع عارضه بقرار زیرند .

- ۱- ضایعات ضربه‌ای ستون فقرات مانند شکستگی و دررفتگی و خونریزی داخل نخاعی (هماتومی یلی) .
- ۲- ضایعات عروقی مانند آمبولی و ترمبوز و خونریزی .
- ۳- ضایعات عفونی .
- ۴- ضایعات فشاری .
- ۵- ضایعات استحالیه .

دقت در شروع بیماری که تدريجی بوده سه نوع اول را رد میکند و فقط عوارض نتیجه فشار و ضایعات استحالیه‌ای باید در نظر گرفته شود . از ضایعات استحالیه‌ای نخاعی ضایعات سیستماتیزه و بيماریهای «دمی یلی نی زانت» (۲) و اسکروزها هیچکدام نشانه هائی شبیه باین بیماری ندارد :

نبودن نيستاگموس (۳) و اختلالات تعادلی تیپ مخچه‌ای و نوریت عصب باصره اسکروز قطعه نبودن پارستزی (۴) و اختلال حس عمقی وانمی میلوز فونیکولر (۵) نبودن اتروفنی عضلانی واضح و وجود دردهای ریشه اسکروز لاترال امیوتروفیک

۱ - Escharre                      ۲ - demyelinisantes

۳ - nystagmus                    ۴ - Paresthesie                    ۵ - myelose funiculaire

و غیره را رد میکند. بنابراین تنها علل فشاری نخاع ممکنست چنین عارضه را پدید آورند.

در جزء علل فشاری ضایعات ضربهای مانند دررفتگی - شکستگی - وهما تومی یلی (۱) با یک نگاه سطحی رد میشود. میماند ضایعات نتیجه بیماری فقرات مانند سل ستون فقرات - سرطان ستون فقرات - تومرهای فقره و داخل و خارج نخاعی.

سل ستون فقرات با نبودن تب و ازدیاد سرعت سدیمانتاسیون و نبودن قوز تا اندازه مردد است سرطان ثانوی نیز بعلت نبودن سرطان در نقاط دیگر بدن رد می شود.

تومرهای داخل نخاعی هم بعلت وجود سندرمهای درد ریشه و نبودن اختلال واضح حرارت و لمس بنظر بعید میاید کیست استخوان و انوریسم آئورت سرطان اولیه فقرات از بیماریهای است که بدون کمک رادیو گرافی تشخیص آنها غیر ممکن خواهد بود.

قبل از اینکه بسراغ رادیو گرافی برویم درباره دسته دوم نشانههای بیمار نیز لازم است بحث کنیم و ببینیم آیا میتوان نشانه های دسته اول و دوم را بهم مربوط دانست؟

دسته دوم نشانههای قلبی عروقی - این نشانهها عبارتند از:

- ۱- وجود ماتیتة درثلث فوقانی استرنوم.
- ۲- محسوس بودن ضربان آئورت در پشت چنگ استرنوم.
- ۳- فشار خون  $\frac{14}{8}$  در دست چپ و  $\frac{15}{9}$  در دست راست.
- ۴- سوفل سیستولیک درجه یک و سوفل دیاستولیک در نیمه وسطی استرنوم اندکی متمایل بر راست.

۵- سوفل سیستولی درجه یک در پشت محاذی ستون فقرات و در طرف چپ.

۶- زیاد شدن ماتیتة طرلی قلب تشدید صدای اول میترال.

استنباطی که از مطالعه نشانه‌های فوق میشود از اینقرار است .

اولا - زياد شدن ماتيته طولی قلب با تشديد صدای اول ميترال و فشار خون  $\frac{15}{9}$  دليل عظم قلب است .

ثانياً - وجود ماتيته در قسمت فوقانی استرنوم و محسوس بودن ضربان آئورت در بالای استرنوم دليل بر اتساع يا آنوريسم قوس آئورت - سوفل سيستوليك درجه يك با سوفل دياستوليك كانون آئورت نیز محتملاً دليل اتساع قسمت صعودی آئورت و سوفل سيستولی درجه يك در پشت محتملاً دليل اتساع قسمت نزولی قوس آئورت ممكنست باشد سابقه سيفيليس مسلم بیمار در ۲۵ سال قبل که جای زخم اولیه آن نیز در روی آلت پا بر جا است و مثبت بودن شديد و اسرمان خون همه مؤيد وجود اتساع سيفيليسی آئورت در بیمار است - جوان بودن نسبی وی و نبودن نشانه‌های تصلب شرائین فرض اتساع آئورت اتروماتوز (۱) را رد میکنند .

نشانه‌های آنوريسم قوس آئورت از نظر کلينيکی در بیمار موجود نيست و اگر اتساع محرز باشد ( که حتمی بنظر میآيد ) محتملاً بايد معتقد بوجود اتساع تمام آئورت يعنی اتساع منتشر آئورت باشيم .

حال ببينيم با در نظر گرفتن نشانه‌های دسته اول و دوم بیمار ميتوانيم هر دو دسته عوارض را منسوب بیک بیماری و يك علت بدانيم ؟

سابقاً گفتيم که علت بیماری عصبی بیمار ممکنست سرطان اولیه يا کيست يا آنوريسم آئورت باشد حال ميتوانيم اضافه کنیم که تنها بیماری که ممکنست هم علائم عصبی و هم علائم قلبی عروقی بیمار را توجيه کند تومور آنوريسمی آئورت نزولی همراه با اتساع منتشر سيفيليسی آئورت خواهد بود .

در رادیوگرافی‌هایی که از وضع قدامی خلفی و متمایل از ستون فقرات و سينه بیمار بعمل آمد حدس ما بيقين تبديل شد زیرا در وضع نیمرخ جسم فقرات ظهري از چهارم تا ششم خورده شده .

بنابراین تشخیص بیمار ما چنین خواهد بود :

سندرم فشار به قسمت وسطی نخاع ظهری در مجازی فقره چهارم تا ششم در نتیجه انوریزم سیفیلیسی قسمت نزولی قوس آئورت همراه با اتساع منتشر آئورت و عظیم قلب چپ .

سیر بیماری - تا روزیکه بیمار در بیمارستان بستری بود روز بروز ناتوانی پاهای بیشتر و مخصوصاً درد های پهلو و سینه او فوق العاده طاقت فرسا و جز تزریق مرفین بیهیچ وسیله تسکین نمی یافت و این او را خرمستلزم تزریق روزانه ۳ تا ۴ سانتی گرم مرفین بود . این حملات درد با عرق مفرط سرو صورت توأم بود و نشانه های تجامد ریه نیز بدان مزید گشت و چون پرستاری بیمار فوق العاده مشکل شده و هم خود بیمار خسته شده بود بمیل خویش بمنزل روانه شد .