

How disease have been localized? constitutions of anatomo-clinical method in the 19th century

Gholamhossein Moghaddam Heidari *

Abstract

In humoral medicine, the symptoms of many diseases were localized, but from the pathological point of view, the disease was not localized. In the 18th and 19th centuries, by using the anatomo-clinical method, the disease was localized both in terms of clinical manifestations - symptoms and signs - and in terms of pathology. In other words, the relationship between a disease and its pathological cause (anatomical or physiological) was the most important work that clinical medicine did in the late 19th century. In this article, we first examine the philosophical foundations of this method - sensualism and the philosophy of observation - in the atmosphere of those centuries. Then we describe the characteristics of its two main components, i.e., clinical examination and pathological analysis. Although dissection of the human body was common during the Renaissance period, it was not done for the purpose of etiology of diseases. From the 18th century onwards, under the influence of the philosophy of observation, this doctrine was formed that the cause of the disease corresponds to a lesion under the external organs of the body. Therefore, the dissection was a fundamental step towards the pathology of diseases. In this way, the data obtained from detailed clinical examination and pathological analysis formed two important parts of case reports, which are one of the pillars of research and new achievements of clinical medicine. In the last part of the article, we examine the structure and characteristics of these types of reports.

* Professor of Department of Philosophy of Science, Institute of Humanities and Cultural Studies,
gmheidari@gmail.com

Date received: 15/12/2023, Date of acceptance: 29/02/2024



Keywords: Localization, sensualism, clinical examination ,pathology, anatomo-clinical method,,case report.

چگونه بیماری مکان مند شد؟ مقومات روش بالینی-تشریحی در قرن نوزدهم

غلامحسین مقدم حیدری*

چکیده

در طب اخلاطی علایم و نشانه های تعداد زیادی از بیماری ها به اندام ها منتسب بودند اما بیماری مکانمند نبود یعنی بیماری در بدن جایی نداشت در قرن های هیجدهم و نوزدهم با بکار گرفتن روش بالینی-تشریحی میان تظاهرات بالینی و آسیب های بدنی پیوند برقرار شد. بدین گونه مکانمندی بیماری در بدن مهمترین کاری بود که پزشکی کلینیکی در اواخر قرن نوزدهم انجام داد. در این مقاله می کوشیم نشان دهیم که اولاً کدام آموزه های فلسفی زمینه پیدایش این روش را فراهم کردند و ثانیاً چگونه این آموزه ها در شکل گیری مقومات این روش تاثیر گذار بودند. از این رو در ابتدا مبانی فلسفی این روش -حس گرایی و فلسفه مشاهده- را در جو حاکم بر آن قرن ها بررسی می کنیم. سپس ویژگی های دو مقومه اصلی آن یعنی معاینه بالینی و تشریح آسیب شناختی را بیان می کنیم. بدین منظور نشان می دهیم که چگونه حس گرایی و فلسفه مشاهده سبب شد تا پزشکان به معاینه دقیق تظاهرات بالینی بیماری ها بپردازند. سپس نشان می دهیم که چگونه از قرن هیجدهم به بعد تحت تاثیر فلسفه مشاهده این آموزه شکل گرفت که بیماری با ضایعه ای در زیر اندام های بیرونی بدن متناظر است. از این رو تشریح گامی اساسی در جهت آسیب شناسی بیماری ها شد. بدین گونه داده های حاصل از معاینه دقیق بالینی و تشریح آسیب شناختی دو بخش مهم گزارش های موردی را تشکیل دادند که یکی از ارکان پژوهش و دستاوردهای جدید پزشکی بالینی است. در بخش آخر مقاله ساختار و ویژگی های این نوع گزارش ها را بررسی می کنیم.

کلیدواژه ها: مکانمندی، حس گرایی، معاینه بالینی، آسیب شناختی، روش بالینی-تشریحی، گزارش موردی.

۱. مقدمه

قرن های هیجدهم و نوزدهم را می توان دوره گذار از طب اخلاطی (رده بندی) به پزشکی کلینیکی (مدرن) دانست. یکی از محوری ترین آموزه های این گذار، مکانمند شدن بیماری از نظر آسیب شناختی بود. در طب اخلاطی علایم و نشانه های تعداد زیادی از بیماری ها به اندام ها منتسب بودند اما بیماری مکانمند نبود بیماری می توانست در سراسر بدن حرکت کند و با تغییرهایی نشانه ای همراه باشد. اما باید توجه کرد که هر چند بیماری بر اندام ها به منزله پایه های بیماری استوار بود اما «ابتلا ی یک عضو برای تعریف بیماری به هیچ رو ضروری نبود» (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۵۰) مثلاً بیمار از درد مچ دستش شکایت داشت اما این بدان معنی نبود که لزوماً مشکلی آسیب شناختی در مچ دست بیمار وجود دارد و طبیب برای درمان این درد خواهد کوشید تا علت آن را در مچ بیابد. به عبارت دیگر در طب اخلاطی

اندام های بدن محمل جامد بیماری هستند، نه شرط لازم و ضروری آن. نظام تقاطعی که بیماری به واسطه آن ها با بدن مرتبط می شود نه دائمی است و نه ضروری. بیماری و بدن فضای مشترک از پیش معینی ندارند. (همانجا، ص ۵۱).

اما این تلقی از بیماری در قرن نوزدهم تغییر کرد و پزشکی مدرن بر مبنای انطباق «فضای پیکربندی بیماری و فضای جای گیری (localisation)» آن شکل گرفت. (همانجا، ص ۴۲) زیرا تجربه های پزشکی رویت پذیر، بدن و صورت های منسجم بیماری را در میدان ادراکی واحدی و بر اساس پیوستگی ها و شکاف های یکسانی درک می کرد. «درد دقیقاً با بدن منطبق می شد و توزیع منطقی آن از بدو امر از خلال توده های کالبد انسان صورت می گرفت» (همانجا، ص ۴۲) بنابراین پزشک با مشاهده بدن می توانست از خلال توده های کالبد انسان بیماری را در همان نقطه ای که علایمش را می دید کشف کند. از این رو پزشکی قرن نوزدهم امتیاز ویژه ای را برای علم تشریح مرضی قایل شد و مشاهده علائم بیماری در بدن نه فقط از اهمیت ویژه ای برخوردار شد بلکه یگانه شیوه تشخیص و درمان بیماری شد.

بدین گونه درد مکانمند شد. یعنی اگر بیمار از درد مچ دستش شکایت داشت پزشکان می کوشیدند تا از نظر پاتولوژی آن را به آسیبی در مچ دست نسبت دهند. به عبارت دیگر در پزشکی نوین میان تظاهرات بالینی -سمیولوژی (semiology) - و آسیب - پاتولوژی - ارتباط برقرار شد. به قول فوکو پرسش «چه دردی دارید؟» که در قرن هیجدهم گشاینده باب گفتگو

چگونه بیماری مکان‌مند شد؟ ... (غلامحسین مقدم حیدری) ۱۵۷

میان پزشک و بیمار بود ... جای خود را به پرسش دیگری داد ... «کجایتان درد می‌کند؟»
(همانجا، ص ۳۹)

در واقع می‌توان گفت که ارتباط میان یک بیماری و علت آسیب‌شناسی آن مهمترین کاری بود که پزشکی کلینیکی در اواخر قرن نوزدهم کوشید با روش بالینی-تشریحی (anatomo-clinical method) آانجام دهد. اما باید توجه کرد که برقراری این ارتباط درباره انواع بیماری‌ها کاری ساده و سهل نبود و در گرو بکارگیری دو مقومه مهم بود: معاینه بالینی و تشریح آسیب‌شناختی. البته باید توجه کرد که پیدایش این روش خود متأثر از جنبش فلسفی «حس‌گرایی» و رایج شدن «فلسفه مشاهده» (philosophy of observation) و کارکرد جدیدی از بیمارستان به نام «پزشکی بیمارستانی» (hospital medicine) بود.

از این رو در این مقاله در ابتدا مهمترین آموزه فلسفه مشاهده را بررسی می‌کنیم و نشان می‌دهیم که چگونه پزشکی هم‌چون لامتری و کابانیس تحت تأثیر این رویکرد فلسفی کوشیدند تا پزشکی مدرن را به عنوان یک علم مبتنی بر مشاهده بنا کنند که مهمترین ویژگی‌های آن مشاهده دقیق، توجه کافی به ویژگی‌های هر مورد (case)، طبقه‌بندی بیماری‌ها و درمان بر اساس تجربه بود. این ویژگی‌ها سبب دو رویکرد - معاینه بالینی و تشریح آسیب‌شناختی - در پزشکی شد که در بخش دوم مقاله به آن‌ها می‌پردازیم. در بخش سوم مقاله نیز نشان می‌دهیم که روش بالینی-تشریحی سبب رایج شدن ارایه گزارش‌های موردی شد که یکی از ارکان پژوهش و دستاوردهای جدید پزشکی بالینی است. با بیان دو مورد از این گزارش‌ها در قرن‌های هیجدهم و نوزدهم، ویژگی‌های ساختاری این گزارش‌ها را که بازتاب ویژگی‌های روش بالینی-تشریحی است، نشان می‌دهیم.

۲. فلسفه مشاهده و پزشکی مدرن

قرن هیجدهم در فرانسه آغاز عصر روشنگری در آن کشور بود که نقد آموزه‌های کلیسا و مسیحیت در آن بطور برجسته‌ای نمایان بود. این نقادی‌ها مبتنی بر دو ایده مهم بودند: ایده علمی (scientific idea) و ایده اجتماعی (social idea). «اخلاق، قانون پوزیتیو (positive law)، امر اجتماعی، اقتصاد، طبیعت و محدودیت‌های بشری، ساختار جهان فیزیکی، یک به یک خودشان را از تبیین‌های الاهیاتی جدا کردند» (Morley, 1914, p 4). نماد بزرگ این جنبش را می‌توان در تدوین دایره المعارف (Encyclopédie, ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers) دید که فیلسوفانی همچون دنی دیدرو (Denis Diderot) (۱۷۱۳-۱۷۸۳) و دالامبر

(Jean-Baptiste le Rond d'Alembert) (۱۷۱۷-۱۷۸۳) سرپرستی گردآوری و انتشار آن را به عهده داشتند. همکاران این افراد کسانی همچون ولتر، دلباک (Paul-Henri Thiry, Baron) (d'Holbach (1723-1789)، هلوسیوس (Claude Adrien Helvétius (1715-1771)، مونتسکیو و تورگو (Turgot) گروهی را تشکیل دادند که بعدها به اصحاب دایره المعارف (Encyclopedists) مشهور شدند.

این فیلسوفان متأثر از آرای متفکران انگلیسی بویژه تجربه گرایی جان لاک (John Locke (1632-1704) بودند. از این رو از مابعدالطبیعه رویگردان بودند و می کوشیدند به جای ارایه نظام های بزرگ از اصول به اصطلاح اولیه و بدیهی، به مشاهده پدیده ها متوسل شوند و بر اساس آن ها اصول و قوانین کلی ارایه دهند. مثلاً دیدرو معتقد بود که ظهور علوم جدیدی مثل شیمی، تاریخ طبیعی و زیست شناسی در قرن هیجدهم مرهون تغییر در مبانی فلسفی دانش است. از نظر او پیش از آن مبنای دانش «فلسفه عقلانی» (rational philosophy) بود که قضایای و احکام آن بر اساس فرضیه ها، حدس ها و گمان ها قرار داشت و پدیده ها بر اساس مفاهیم پیشینی و علل غایی تبیین می شدند. حال آنکه فلسفه روشنگری بر اساس «فلسفه تجربی» (experimental philosophy) بنا شده که آموزه محوری آن مشاهده مستقیم هست. این فلسفه جدید از تلقی متفاوتی از علم ناشی می شود که در آن «علم به منزله یک پرکتیس» (practice)، رویه گفتمانی طراحی شده برای قابل دانستن چیزها» پنداشته می شود. (Brewer, 1993, p84). دالامبر هم نه به اصول مابعدالطبیعی و نه به ماهیت اشیا آنگونه که در متافیزیک بدان می پرداختند کاری داشت بلکه معتقد بود «نظریات و تفکرات مابعدالطبیعی ما را به تعارض احکام می کشانند و به شکاکیت می انجامند، این گونه نظریات و تفکرات سرچشمه شناخت نیست» (کاپلستون، ۱۳۷۳، ص ۵۹) کار فلسفه طبیعی آنست که «پدیده ها را توصیف کند و آن ها را به نحوی منتظم به یکدیگر مرتبط سازد و نه آنکه به مفهوم مابعدالطبیعی کلمه تبیین کند» (همانجا، ص ۶۰) فیلسوف طبیعی «بر مبنای ادراک حسی تعاریف روشنی بدست می دهد و می تواند نتایج قابل اثباتی استنتاج کند» (همانجا، ص ۶۰) اینان معتقد بودند که «همه پدیده های نفسانی قابل تاویل به مبانی وظایف اعضایی (physiological) اند» (همانجا، ص ۵۶)

این جنبش فکری در نهایت به ماتریالیست هایی مثل لامتری، دلباک و کابانیس ختم شد. لامتری (۱۷۵۱-۱۷۰۹) پزشکی بود که از مشاهده تب، بر آن شد که به تحقیق در روابط بین عوامل فیزیولوژیکی و اعمال انسانی بپردازد. او سه کتاب مهم داشت: تاریخ طبیعی روح (درباره روح)، انسان-ماشین و انسان-گیاه. در رساله درباره روح لامتری می کوشد تا نشان دهد که

تمام آن استعدادهایی که به اعمال روح نسبت داده می‌شوند تنها با ماده قابل توضیح هستند و بنابراین نیازی به طرح روح غیر مادی نیست. او می‌گوید: «اگر بتوان همه چیز را با آنچه آناتومی و فیزیولوژی در بصل النخاع برای من آشکار می‌کند تبیین کرد، من چه نیازی به ساختن موجود ایده آلی (به نام روح) دارم؟» (la Mettrie, 1996, p66) از نظر او «تجربه و مشاهده به تنهایی باید ما را در اینجا راهنمایی کند». (Ibid, p4) از آنجا که لامتری پزشک بود معتقد بود که «پزشکان هزارتوی انسان را کاوش کرده و نور افکنده اند. آنها به تنهایی چشمه‌های نهفته در زیر پوشش‌ها را آشکار کرده اند که شگفتی‌های بسیاری را از نگاه ما دور می‌کند». (Ibid, p5) او در رساله درباره روح و انسان-ماشین، مثال‌های زیادی از پزشکی می‌آورد تا نشان دهد که فقط فیلسوفانی که پزشک هستند حق دارند تا در این باره نظر دهند و متکلمین و فیلسوفانی که پزشک نیستند ناتوان از نظر دادن در این زمینه هستند. اظهار نظر آنان فقط سبب گمراهی و تعصب افراد دیگر می‌شود. بطور کلی لامتری معتقد بود که از طریق مشاهده دقیق فرایندهای فیزیولوژیک می‌توان تمام ویژگی‌ها انسان را مطالعه کرد و بیماری‌های او را تشخیص داد و درمان کرد.

کابانیس (۱۷۵۷-۱۸۰۸) (Pierre Jean Georges Cabanis) فیزیولوژیست و فیلسوفی مادی‌گرا بود. او «در پی آن بود که پزشکی را به عنوان یک علم مشاهده‌ای به همان اعتبار سایر علوم طبیعی تثبیت کند» (Staum, 1980, p 103) او «هم بر مولفه‌های عقلانی و هم بر مولفه‌های تجربی سرچشمه‌های پزشکی تاکید می‌کرد» (Ibid, p 105) کابانیس معتقد بود که «پیشرفت پزشکی نمونه‌ای از «کمال‌پذیری بی‌کران» (indefinite perfectibility) انسان است که با انتقال تجربه انجام می‌شود». (Ibid, p 106) هر بیماری به میزان پیچیدگی آن قابل تشخیص و درمان است اگر ما بتوانیم از روش مناسب استفاده کنیم. این روش عبارت است از «مشاهده دقیق، توجه کافی به ویژگی‌های هر مورد» (case)، طبقه‌بندی بیماری و درمان بر اساس تجربه». (Ibid, p 106) کابانیس معتقد بود که فیزیولوژی یعنی فیزیولوژی تحریکات حسی (sense impressions). او حس‌گرایی را اصلاح کرد و میان سه نوع ادراک حسی تمایز قایل شد: ادراکات حسی تولید شده توسط اندام‌های خارجی، ادراکات حسی که از تحریکات داخلی تولید می‌شوند و آنهایی که در خود مغز ظاهر می‌شوند (Ackerknecht, 1967, p5) او نظرش درباره انسان را در این جمله خلاصه می‌کرد: «اعصاب، این است تمامی انسان» (کاپلستون، ۱۳۷۳، ص ۶۴)

از این رو «مغز مرکز همه کارکردهای حسی بود و کل سیستم عصبی برای حس‌گرایان از اهمیت بالایی برخوردار بود» (Ibid, p5) از این رو «برای حس‌گرایان مشاهده بطور کاملاً منطقی

در مرکز پزشکی قرار داشت» (Ibid,p4) افرادی همچون پینل (Pinel)، بایلی (Byle) و آلبرت (Alibert) بر «تصویر کردن» (picturing) بیماری‌ها تاکید می‌کردند و معتقد بودند که این شیوه حتی باید در روان درمانی (psychotherapy) و روش‌های تشخیصی آن نیز بکار گرفته شود. (Ibid,p4) این جو فکری که پیش از انقلاب فرانسه (۱۷۸۹) حاکم شده بود سبب شکل‌گیری جنبش فلسفی‌ای شد که آکرکشت (Erwin Heinz Ackerknecht (1906-1988)، مورخ پزشکی معاصر، آن را «فلسفه مشاهده» (philosophy of observation) می‌نامد و معتقد است که سبب شکل‌گیری «پزشکی مشاهده» (medicine of observation) در فرانسه بویژه در پاریس شد و مکتب پاریس را بوجود آورد. (Ibid,p3)

حال این پرسش مهم مطرح می‌شود که مشاهده و تصویر کردن بیماری چه معنایی داشت؟ از نظر پزشکان آن دوره مشاهده یک بیماری یعنی برقراری ارتباط میان علایم (sign) یک بیماری و ضایعات (lesion) آناتومیک ساختاری آن بود که به دو شیوه امکان‌پذیر بود: معاینه دقیق بالینی و تشریح آسیب‌شناختی. این شیوه مشاهده و تصویر کردن که به روش بالینی - تشریحی معروف شد تنها می‌توانست در بیمارستان دوشادوش هم بکار گرفته شود. بدین گونه بیمارستان - که تا پیش از این کارکرد یک نوانخانه را داشت - به مکانی تبدیل شد که «سه ستون اصلی پزشکی جدید - معاینه فیزیکی (physical examination)، تشریح (autopsy) و آمار (statistics) - می‌توانست در آن توسعه یابد» (Ibid,p15) بطوریکه همه پیشرفت‌های پزشکی پس از این دوره را می‌توان به «پزشکانی نسبت داد که در بیمارستان به پرکتیس (practice) و مشاهده می‌پرداختند» (Ibid,p15) در واقع «بیمارستان پشتیبان تفکر پزشکی بود که در آنجا بکار گرفته می‌شد و می‌توانست فقط در بیمارستان یا در اتاق تشریح تایید شود» (Ibid,p15) گرچه پزشکی این دوره «پزشکی آزمایشگاهی» (laboratory medicine) «مدرن عصر ما نبود اما در عین حال «پزشکی کنار تخت خواب بیمار» (beside medicine) در دوره پزشکی اخلاطی نیز نبود بلکه یک نوع پزشکی منحصر بفردی بود که می‌توان به آن «پزشکی بیمارستانی» (hospital medicine) گفت. (Ibid,pXi) در ادامه به بررسی دو مقومه اصلی پزشکی بیمارستانی - معاینه بالینی و تشریح - که شکل‌گیری روش بالینی تشریحی را سبب شد می‌پردازیم.

۳. معاینه بالینی

همانطور که دیدیم کابانیس معتقد بود که «مشاهده دقیق و توجه کافی به ویژگی‌های هر مورد» باید یکی از مقومات روش مناسب برای تشخیص و درمان در پزشکی باشد. حال باید پرسید

چگونه بیماری مکان‌مند شد؟ ... (غلامحسین مقدم حیدری) ۱۶۱

مگر پزشکی تا زمان کابانیس به گونه ای دیگر عمل می کرد که او این چنین بر مشاهده دقیق و ویژگی های هر مورد پای می فشرد؟ در تلقی کنونی ما از پزشکی این دو جزو مقومات آشکار فرایند تشخیص و درمان است حال آنکه در فرانسه زمان کابانیس و پیش از او سنت رده بندی (classificatory medicine) در طب اخلاطی حاکم بود. در بیماری شناسی (nosologie) این طب مبتنی بر شناسایی بیماری ها بر اساس شباهت ها و تفاوت ها یشان بود. جدول رده بندی بیماری ها دارای انواع گوناگون بیماری ها بود و هر بیماری به واسطه جایگاه آن در مراتب این انواع تعیین می شد. بیماری ها در جدول ایده آلی طبقه بندی شده بودند وقتی گفته می شد فردی بیمار شده است یعنی او به یکی از انواع بیماری هایی که در این جدول وجود دارند مبتلا شده است. اگر ویژگی های متفاوت جسمی و سنی افراد نبود بیماری خاصی در تمام افراد نشانه های یکسان داشت اما تفاوت ویژگی های فردی با دیگری سبب می شد تا نشانه های بیماری در افراد متفاوت باشد. بنابراین تبهر پزشک در آن بود که « برای شناخت حقیقت بیماری باید بیمار را نادیده بگیرد» (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۱۳) یعنی بتواند به ورای نشانه های بیماری که در فردی خاص آشکار است برود و بیماری را تشخیص دهد. بنابراین معاینه بیمار به گرفتن نبض، دیدن رنگ زبان و حداکثر مشاهده رنگ ادرار او در قاروره خلاصه می شد. پزشک با این معاینه مزاج و طبع بیمار را تشخیص می داد و بیماری او را در یکی از رده های بیماری قرار می داد.

بنابراین طب رده بندی می کوشید که نشانه های بیماری را نادیده بگیرد و ذات بیماری را در ورای آن نشانه ها جستجو کند. بنابراین گزارش های موردی بالینی جریان اصلی معاینات پزشکی را تشکیل نمی داد. حتی برخی اوقات که گزارش هایی از این دست ارائه می شد این گزارش ها به شیوه گزارش های بقراط و جالینوس بود. شرح حال های پزشکان بقراطی از بیماران، گزارش هایی گذشته نگر (reprosective) بودند که بیشتر بر توالی فواصل زمان تغییرات در وضعیت بالینی بیماران تاکید می کردند.

پزشک-راوی (physician-narrator) اغلب نقش ناظری را داشت که در داستان شرکت نمی کرد. نسخه خود بیمار از شکایاتش در اکثر موارد وجود نداشت. (Nissen&Wynn, 2014) پس از او جالینوس لحن محاوره ای تری در شرح حال هایی که ارائه کرده بکارگرفت. او خود را در متن به صورت اول شخص قرار می دهد، زیرا عاملی فعال در شرح پرونده است. در شرح حالی در رساله «درباره پیش آگهی» (On Prognosis)، جالینوس توضیح می دهد که چگونه برای معاینه بر بالین زنی که مشکل بی خوابی داشت حاضر می شود. پس از اینکه متوجه شد

آن زن تب ندارد، درباره بیماری زن تحقیق دقیقی می کند و به این نتیجه می رسد که زن یا مبتلا به مالیخولیایی وابسته به صفرا سیاه است و یا از مشکلی که تمایلی به اعتراف نداشت، رنج می برد. (Ibid, 2014) در قرون وسطی گزارش های موردی و سنت شرح حال نویسی - اگر بتوان آن را سنت نامید - مبتنی بر همان شیوه جالینوس و بقراط بود.

با حاکم شدن مکتب حس گرایی در قرن های هیجدهم و نوزدهم، آموزه «ذات بیماری» نیز مورد نقادی قرار گرفت. دیگر بیماری ذات نداشت. پزشک به جای اینکه از ذات بیماری شروع کند و با یک استنتاج، بیماری فرد را تشخیص دهد باید مطابق آموزه حس گرایان از مشاهده نشانه های بیماری شروع کند. نشانه های بیماری در هر فرد به گونه ای خاص که نتیجه عامل بیماری زا و ویژگی های آن فرد بود آشکار می شد. بنابراین برعکس طب رده بندی ویژگی های فردی هر بیمار دارای اهمیت بود. از این رو معاینه دقیق بیمار برای تشخیص ویژگی های فردی او و نشانه های بیماری از اهمیت بنیادین برخوردار بود و همین سبب شد تا هر بیمار به منزله «یک مورد پزشکی (case report)» در نظر گرفته شود. هر گزارش موردی، گزارش مفصلی از تشخیص، درمان، پاسخ به درمان و پیگیری پس از درمان هر بیمار بود. «جزئیات جمعیت شناختی (demographic) بیمار، طرح کلی سیر بالینی رویدادها و در نهایت ارائه یافته های کالبد شکافی بخش مهمی از شرح حال نویسی را تشکیل می داد.» (Ibid, 2014) در این گزارش ها اصطلاحات پزشکی برجسته تر شدند. برای روشن شدن این موضوع گزارش موردی از میگزدم^۱ توصیف شده توسط سر ویلیام وایتی گول (Sir William Withey Gull) (۱۸۹۰-۱۸۱۶) را بیان می کنیم:

خانم B بعد از توقف دوره قاعدگی، توده بدنی اش افزایش یافت و بطور محسوسی لخت و سست شد. این تغییر سال به سال ادامه داشت. همچون ماه کامل در هنگام طلوع، سال به سال چهره او از بیضی به گردی تغییر می کرد. با رنگ چهره ای نرم و روشن، پوستی که بافتی نرم و لطیف داشت و گونه هایی که به رنگ رژ مایل به ارغوانی درآمده بودند. بافت سلولی زیر چشم ها شل و تا شده بود، و در زیر فک ها و در گردن سنگین، ضخیم و تا خورده. لب ها بزرگ و به رنگ رژ مایل به ارغوانی بودند. قرنیه و مردمک چشم طبیعی اند، اما فاصله بین چشم ها به طور نامتناسبی گسترده به نظر می رسد و بقیه قسمت های بینی فرورفته است که به کل صورت حالت پهنی می دهد. موها کتانی و نرم هستند. ظاهر صورت به طرز چشمگیری آرام است. (Whitey Gull, 1873)

چگونه بیماری مکان‌مند شد؟ ... (غلامحسین مقدم حیدری) ۱۶۳

آشکار بود که نسبت دادن بیماری به ضایعه ای در اندام بیمار صرفاً براساس معاینه بالینی امکان پذیر نبود زیرا در بسیاری از موارد ضایعه ای در ظاهر اندام مبتلا قابل مشاهده نبود. بنابراین لازم بود به دنبال ضایعه درون اندام ها گشت که این کار تشریح است.

۴. تشریح آسیب شناختی

تا پیش از قرن نوزدهم تشریح به کرات در اروپا انجام می شد. داوینچی دست به تشریح بدن انسان می زد برای اینکه بتواند هر چه دقیق تر عضله ها و اندام ها را ببیند و در نتیجه نقاشی های مطابق با بدن انسان بکشد. در سراسر اروپا سالن هایی برای تشریح طراحی شده بود. « تئاتر آناتومی (anatomy theatre) » یکی از مراسمی بود که از ۱۶۳۸ در اروپا بویژه در بولونیای (Bologna) ایتالیا برپا می شد. « کارکرد (function) » این تئاتر نه یک درس آناتومی نظری بود و نه تشریحی که توسط استادی برای آموزش دانشجویانش انجام می شد بلکه بیشتر برگزاری یک مناسک بود» (Ferrari, 1987, p 50) گرچه دانشجویان پزشکی با تماشای « نمایش تشریح» در این تئاتر آگاهی خود را از آناتومی بدن انسان ارتقا می بخشیدند اما این تشریح ها با رویکرد آگاهی از پاتولوژی بیماری ها انجام نمی شد. به عبارت دیگر جراحان و پزشکان بدن انسان را تشریح نمی کردند تا از این رهگذر علت بیماری فرد متوفی را دریابند بلکه این کار برای آگاهی از اندام های بدن و نمایش آن برای مردم انجام می شد. تغییر مهمی که در قرن نوزدهم رخ داد این بود که جراحان و پزشکان بدن انسان را تشریح می کردند نه برای نمایش آن برای مردم - بویژه دانشجویان پزشکی - بلکه برای دستیابی به ضایعه ای در زیر اندام های بیرونی بدن. جیووانی باتیستا مورگانی (Giovanni Battista Morgagni) (۱۶۸۲-۱۷۷۱) و ماری فرانسوا زاویر بیشا (Marie François Xavier Bichat) (۱۷۷۱-۱۸۰۲) دو تن از پزشکانی بودند که با این رویکرد به تشریح بدن انسان پرداختند و نقشی مهمی در استقرار این رویکرد در پزشکی داشتند. آرای آنان درباره آسیب شناسی بیماری ها - ارتباط بیماری با ضایعه ای در بدن بیمار - را می توان به دو بخش تقسیم کرد: اصل تنوع اعضا و اصل هم شکلی بافت ها.

۵. اصل تنوع اعضا

این اصل بر علم تشریح مورگانی و متقدمان او مبتنی بود. بیماری شناسی و رده بندی بیماری ها در طب اخلاطی با مشکلات و چالش هایی مواجه بود. یکی از این چالش ها بدست

آوردن مبنایی برای رده بندی بیماری ها بود. برای رفع این مشکل مورگانی کوشید تا با تشریح بدن انسان مبنایی برای رده بندی بیماری ها بدست آورد. بنابراین وقتی مورگانی به تشریح بدن انسان می پرداخت «خصایص نوعی بیماری ها را بر حسب محل بروز نشانه ها و خاستگاه بیماری تعریف می کرد» (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۱۸۷) مثلاً محل بیماری های آسم، ذات الریه و خلط خونی سینه بود بنابراین انواع نزدیک به هم محسوب می شدند. به عبارت دیگر «خویشاوندی امراض مبتنی بر نزدیکی عضو خاستگاه بیماری بود. فضایی که معرف این خویشاوندی بود فضای محدود عضو بود» (همانجا، ص ۱۸۷) و بر اساس آن «زیر پوسته بدن ضخامت اندام ها و اشکال متنوع شان نوع بیماری ها را مشخص می کنند.» (همانجا) با این شیوه مورگانی توانست بیماری ها را رده بندی کند اما «رده نگاری بیماری ها اگر مبتنی بر عارضه های اعضا باشد ضرورتاً تغییرناپذیر و ثابت است» (همانجا، ص ۱۹۰) بدین گونه مشکل طب اخلاطی همچنان پا برجا بود یعنی در برابر بیماری های جدید از مشخص کردن رده آن ها ناتوان بود.

۶. اصل هم‌شکلی بافت‌ها

برعکس نظریه مورگانی که بر اعضا و اندام های بدن مبتنی بود، نظریه بیشا مبتنی بر پیدا کردن مبنایی برای تشخیص فضای بدن بود. این مبنا در آن واحد می توانست درون عضوی، میان عضوی و فراعضوی باشد. برای او عضو مبنای تشخیص فضای بدن نبود بلکه عضو نیز خود از واحدی بنیادین تر به نام بافت (tissue) تشکیل شده بودند. بافت مجموعه‌ای از سلول‌های مشابه بود که بر روی هم کار مشخصی را انجام می‌دادند. بیشا بیست و یک بافت را از هم مجزا می کند: بافت عصبی، نخاعی، استخوانی، عضلانی و ... «بافت ها تنها ماده مورد استفاده در بدن انسانند و اجزای اندام ها و عضوها هستند. بافت ها سبب پیوند میان اعضا می شوند و نظام‌های وسیعی را شکل می دهند که سبب وحدت بدن انسان می شوند. نظریه بیشا بر «وحدت همزمان شکل بندی بیرونی، ساختمان، خواص حیاتی و عملکردها» مبتنی بود. (همانجا، ص ۱۸۹)

بدین گونه بیشا توانست مشکل مورگانی در رده بندی بیماری ها را رفع کند. زیرا تحلیل بافت ها این امکان را می داد که نشان داده شود که نشانه ها و تکامل طیف گسترده ای از بیماری ها یکسان است. مثلاً التهاب غشاهای سروزی^۲ از هر نوعی که باشند دارای مشخصه‌های ثابتی — همچون از میان رفتن شفافیت، سفیدرنگ شدن، دانه دانه شدن و چسبیدن به بافت های مجاور — هستند. بدین گونه می توان رده بندی جدیدی از بیماری ها ارایه کرد که

چگونه بیماری مکان مند شد؟ ... (غلامحسین مقدم حیدری) ۱۶۵

بر اساس ضایعات بافتی هستند که مستقل از اندام یا عضو مبتلا می باشند. البته بنا به عضوی خاص - مثلا شش، کبد و ... - این التهاب غشای سروزی می تواند حساسیت یا رشد بیشتر یا کمتر داشته باشد. بدین گونه « وجود بافت یکسان در بدن امکان می دهد شباهت ها و خویشاوندی های بیماری ها با یکدیگر و در یک کلام نظام ارتباطاتی را که در پیکر بندی عمیق بدن نقش بسته است باز شناسیم» (همانجا، ص ۱۹۰) بدین گونه « اصل یکدستی بافت ها متضمن آن است که بیماری ها انواع عام داشته باشند و اصل چندپارگی واقعی ملموس و واقعی اندام ها در واکنش به ضایعات مرضی لازم و ملزوم یکدیگرند» (همانجا، ص ۱۹۱) فوکو کار بیشا را چنین توصیف می کند:

تقلیل دادن حجم بدن به فضای بافت ها احتمالا از همه کاربردهای تحلیل مورد نظر کندیاک به الگوی ریاضیات نزدیک تر است. چشم بیشا چشم متخصص بالینی بود زیرا او برای نگاه به سطح از لحاظ معرفت شناختی برتری مطلق قایل بود (همانجا، ص ۱۸۹)

تعالیم مورگانی صرفا وقتی بکار می رفت که نمی شد قاعده هم شکلی بافت ها را اعمال کرد اما بیشا نشان داد که در رده بندی بیماری ها می توان ضایعات مشترک هر ساختار را مستقل از عضو یا ناحیه مبتلا تنها بر مبنای بافت ها قرار داد. بر این اساس لاینک معتقد بود «روزی می توانیم ثابت کنیم که تقریبا همه آسیب ها در همه قسمت های بدن قابل بروزند و در هر یک از آن ها فقط مختصر تغییر و تفاوتی دارند» (همانجا، ص ۱۹۳). اما لاینک بر برداشت های سطحی از آرای بیشا نقدهایی داشت که در بخش بعد بدان اشاره می کنیم.

۷. تقلیل بیماری به ضایعه ارگانیک

پزشکانی همچون جی.ان. کورویسارت (J.N. Corvisart) (۱۷۵۵-۱۸۲۱)، لئون روستان (Leon Rostan) (۱۷۹۰-۱۸۶۶)، باپتیست بویلا (Baptiste Bouillaud) (۱۷۹۶-۱۸۸۱)، آرمند تروسسئو (Armand Trousseau) (۱۸۰۱-۱۸۶۷) که به «ارگانیست ها» (organists) مشهور بودند، کوشیدند «تشریح آسیب شناختی» (pathological anatomy) را در پزشکی بالینی ادغام کنند تا در ضایعه موثر در اندام (organic) نه فقط علت بلکه همچنین ماهیت بیماری نیز دیده شود. (Duffin, 1986, p195) این روش که بعدها به روش بالینی-تشریحی معروف شد، بقدری توسعه یافت که عده ای از پزشکان فرانسوی در نیمه دوم قرن نوزدهم «وجود بیماری بدون همراه داشتن ضایعه در اندام ها و اعضا را نفی می کردند» (Ibid, p195). دیگر تشریح به مثابه نمایشی دیده نمی شد بلکه کاری تخصصی برای درک محل آسیب بیماری ها بود و از این رو به

داخل بیمارستان‌ها برده شد تا در زیر نگاه پزشک و در سکوت اتاق تشریح به دانشی برای تشخیص علت بیماری‌ها تبدیل شود.

روش بالینی تشریحی گرچه رویکرد نوینی در برابر پزشکان قرار داد اما از کاستی‌هایی هم رنج می‌برد که نقادی‌هایی را در پی داشت. یکی از مهمترین این نقدها به چالش کشیدن این آموزه بود که تشخیص بیماری در گرو «مشاهده» یعنی دیدن تظاهرات بیماری در معاینه بالینی یا دیدن ضایعه‌ای در بدن بیمار است. در حالیکه پزشکان دیگری همچون رنه لاینک- (1781-1826) (Laennec) متذکر شدند که «مشاهده» علاوه بر دیدن «لمس کردن»، «شنیدن»، «بوییدن» و «چشیدن» را نیز در بر می‌گیرد. از این رو باید از این حواس نیز برای تشخیص بیماری استفاده کرد.

لاینک، استاد تشریح آسیب‌شناختی در مدرسه پزشکی پاریس، توسط مکتب ارگانیست‌ها تعلیم دیده بود و سهم بسزایی در توسعه روش بالینی-تشریحی داشت. او با تمرکز بر بیماری‌های ریوی و قلبی، داده‌های بالینی را عمدتاً در مورد بیماران مبتلا به بیماری حاد جمع‌آوری کرد. پس از مرگ آنها، او مطالعات تشریحی بسیار ابتدایی را با تمرکز بر بررسی سطوح خارجی اندام‌های درگیر انجام داد. او با معاینه چشمی و لمسی، احتقان، التهاب، چرک، خون و سایر مایعات را نشان می‌داد. به این ترتیب، لاینک و پیروانش زردی را به بیماری کبدی و خلط خونی را به بیماری ریوی نسبت دادند. با کاربرد بیشتر، علائم کلیدی اختلالات کلیوی، گوارشی و سایر اختلالات خاص اندام‌ها مشخص شدند.

لاینک معتقد بود که روش بالینی-تشریحی محدودیت‌هایی دارد زیرا «همه بیماری‌ها با ضایعات ارگانیک همراه نیستند» (Ibid, p196) در دانش و تجربه بالینی او بیماری‌های خطرناکی مثل آنژین صدری و آسم دارای ضایعه‌های ارگانیکی که بطور منظم همراه شان باشد نیستند. لاینک پس از اینکه گوشی پزشکی (stethoscope) را اختراع کرد و به صدای قلب و ریه گوش داد نتیجه گرفت که «حتی برخی بیماری‌ها نشانه‌های آشکاری هم ندارند» (Ibid, p197) برای لاینک، یک بیماری صرفاً مجموعه‌ای از علائم نبود، زیرا بیمار می‌توانست بدون داشتن هیچ علامتی بیمار باشد. لاینک معتقد بود که ماهیت بیماری صرفاً قابل تقلیل به ضایعه ارگانیک نیست. اگر ضایعه‌ای در اغلب افراد مبتلا به یک بیماری دیده شود به این معنا نیست که آن ضایعه علت یا ماهیت بیماری است بلکه بالعکس نشان می‌دهد که ضایعه مزبور نتیجه آن بیماری است. بنابراین «روش مکتب بالینی-تشریحی فاقد امکانات لازم برای برای مهیاساختن

چگونه بیماری مکان مند شد؟ ... (غلامحسین مقدم حیدری) ۱۶۷

حمایت محکم و تغییرناپذیر برای مفهوم "ارگانیسم (organicism -)" هست حتی اگر روش مستدل و جا افتاده ای از تشخیص ناخوشی باشد» (Ibid,p196)

البته باید دقت کرد که لاینگ معتقد نبود که بیماری بدون ارتباط با هیچ ضایعه ای رخ می دهد بلکه او معتقد بود که این ضایعه لزوماً ضایعه ای در اندام ها نیستند. از نظر او انسان از سه جز تشکیل شده است: جامدات، مایعات و نیروی حیوانی (اصل حیات^۳). جامدات همان اندام ها هستند. وقتی فردی بیمار می شود یعنی ضایعه ای در یکی از این سه مولفه رخ می دهد نه لزوماً فقط در مولفه جامدات که همان اندام ها هستند. این ضایعه ها عینی و قابل اندازه گیری اند. (Ibid,p203) از نظر او بیماری هایی که به همراه ضایعه هایی در جامدات (اندام ها) و مایعات نیستند بیماری هایی هستند که همراه با ضایعه هایی در اصل حیات بوجود آمده اند که او آن ها را بیماری های اعصاب می داند. از آنجایی که ضایعه این بیماری ها در اندام ها مشاهده نمی شود «تشخیص باید بر مبنای نشانه ها باشد» (Ibid,p198)

۸. گزارش های موردی (case reports)

بررسی بیماری ها از منظر آسیب شناختی سبب شد تا گزارش های موردی از شرح حال ها و تاریخچه های ساده از بیماری ها (history of patient) فراتر رود و پزشکان بیماری ها را بر اساس ضایعه های آسیب شناختی توضیح دهند و درمان های متناسب با آن ارائه کنند. به عبارت دیگر در گزارش های موردی تظاهرات بالینی و یافته های تشریح به شکل سازمان یافته و روش مندی به هم پیوند داده شدند.

پژوهش های اتکینسون نشان می دهد تجزیه و تحلیل متون مجلدات قدیمی مجله پزشکی ادینبورگ از سال ۱۷۳۵ به بعد نشان می دهند که در پایان قرن هجدهم گزارش های موردی جزو رایج ترین مقالات پزشکی بودند که منتشر می شدند. این شرح حال ها شامل توصیف بیماری، تشخیص و درمان آن بودند که شامل دو بخش می شدند: «(۱) موردهای منفرد از بیماری ها و آسیب ها و صدمات نامعمول (۲) بیماری ها/وضعیت هایی که با تکنیک های پزشکی جدید درمان می شدند» (Atkinson,1992,p 348) این گزارش ها علاوه بر نشانه های بیماری معمولاً حاوی اطلاعات جمعیت شناختی - سن، جنسیت، منشاء قومی - در مورد بیماران نیز بودند^۴. برای درک تفصیلی و دقیق بودن این گزارش ها و چگونگی التزام پزشک بر بیان مشاهداتش از آنچه که می دید در ادامه به بیان خلاصه ای از دو مورد از مجله پزشکی ادینبورگ می پردازیم.^۵

مورد اول: تومور بینی که بطرز ناموفق خارج شد (Ibid, p367-368)
روایت گزارش موردی از ۱۷۳۵ بوسیله

با توجه به وعده شما مبنی بر کتمان نام کسانی که پرونده های ناموفق را برای شما ارسال می کنند، در انتشار این مقاله نیز درخواست اجرای همان قول را دارم، اگر فکر می کنید این گزارش سزاوار جایگاهی در مجموعه شماست.

کودکی با یک تومور متحرک کوچک روی بینی خود به دنیا آمد که با رشد کودک افزایش می یافت. تومور آنقدر بزرگ شد که در ۵ سالگی تمام بینی به جز سوراخ هایش را پوشاند و از هر طرف آنقدر برجسته بود که تا حدی چشم ها را هم پوشانده بود. بخش پایه تومور بقدری نرم بود که با فشار دادن دو طرف آن می توانستیم انگشتان خود را حس کنیم. اما در برجسته ترین قسمت چندین گره گرد سخت وجود داشت. وقتی کودک را معاینه کردم از هیچ دردی شکایت نداشت. البته به من گفتند که کودک گاهی دردهای گزنده ای را در تومور احساس می کند. سوراخ های بینی را با دست نگه داشتیم در حالی که کودک به زور از طریق بینی نفس می کشید. نفس خود را به آن سمت می برد، اما ندیدم که تومور اصلاً بالا بیاید. با پروب (probe) داخل سوراخ های بینی را جست و جو کردم، اما نه می توانستم ترشحاتی را احساس کنم و نه تومور یا استخوان های بینی به بیرون فشار داده شد. استخوان بینی سفت و محکم بود. از تمام مشاهداتم به این نتیجه رسیدم که استخوان های بینی کامل است. بنابراین نتیجه گرفتم که تومور را می توان براحتی با جراحی از بینی خارج کرد. با جراح حاذق دیگری- که تجربه اش از من بیشتر بود- مشورت کردم و از او خواستم که کودک را معاینه کند. او درباره تومور با من هم نظر بود. سرانجام بینی را جراحی کردم.

وقتی حدود نیمی از قاعده تومور را جدا کردم، مشاهده کردم که استخوان های بینی ناقص هستند و غشای بینی که بخشی از آن را خالی کرده بودم، در هنگام بازدم به سمت بیرون و در دم به داخل حرکت می کند. من مطمئن نبودم که چه میزان از استخوان ها را در بخش بالایی باقی بگذارم. تومور را در قسمت پایین تشریح کردم، اما کمی از پایه آن را در بالا گذاشتم. پس از قطع خون، زخم را به روش معمول پانسمان کردم. هنگامی که تومور مورد بررسی قرار گرفت، به نظر می رسید که تماماً ماده ای کمی سخت تر از چربی معمولی زیر پوست باشد، به جز جایی که گره ها دارای سختی مoxوره ای بودند.

کودک شب اول را خیلی راحت پشت سر گذاشت. صبح روز بعد نبض کمی تند بود، تشنگی و بیماری در معده باعث شده بود که بیمار یک بار استفراغ کند. یک ملین کننده

چگونه بیماری مکان‌مند شد؟ ... (غلامحسین مقدم حیدری) ۱۶۹

تزریق شد و امولسیون برای نوشیدن داده شد، این علائم کاهش یافت. در عصر، پانسمان زخم مرطوب‌تر از آن چیزی بود که معمولاً بلافاصله پس از زخم ایجاد می‌شود.

صبح روز دوم بعد از عمل، پانسمان‌ها، موها و لباس‌های سر کودک و بالش زیر سرش با شیره آبکی خیس شده بود که بوی خاصی داشت که قبلاً در هیچ زخمی احساس نکرده بودم و نمیدانم چگونه توصیف کنم. پانسمان‌ها را که برداشتند، دیدیم که این شیره به سرعت از غشای برهنه‌ی بینی بیرون می‌آید، اگرچه نمی‌توانستیم روزنه‌ای را که از آن نشت می‌کند ببینیم. در دوره‌های زمانی پی در پی هر دارویی^۷ را که فکر می‌کردیم شانس برای توقف این تراوش لنفاوی داشت، به کار بردیم؛ اما موفقیتی در پی نداشت. در روز ششم بیمار ما یک کرم گرد بلند را استفراغ کرد. مدتی بعد دچار تشنج شد و بعد از یک ساعت دیگر مرد. (Ibid, p367-368)

از دو دهه آخر قرن نوزدهم به بعد، گزارش‌های موردی شکل سازماندهی تری یافتند و محتوی آنها بر یافته‌های تشریح آسیب‌شناختی تاکید داشتند و پایان آنها با بخشی به نام «ملاحظات» (remarks) خاتمه می‌یافت. نمونه‌ای از این نوع گزارش‌ها را در ادامه می‌آوریم.

مورد دوم: مورد پایان غیرمعمول سل ریوی^۸، با خونریزی ناگهانی و کشنده از ریه‌ها (Atkinson, 1992, p 368-369)

توسط اس.جی.لاورنس (S. G. Lawrance)، عضو کالج سلطنتی جراحان لندن، و دستیار جراح اردوگاه نظامی (Military Asylum)، ساوتهمپتون.

خانم C-R، ۱۹ ساله، زنی ظریف و باریک اندام، در ۲۶ دسامبر ۱۸۱۷ در حین راه رفتن ناگهان پنج یا شش اونس خون بالا آورد. در ۲۷ ام این وضع دوباره تکرار شد. مدتی بود که او سرفه، همراه با درد قفسه سینه داشته است، اما تا آن زمان هیچ توصیه پزشکی به او نشده بود. او همیشه قاعدگی خیلی نامنظم داشت. ونیزاسیون (Venesection) و روش معمول آنتی‌فلوژیستیک (Antiphlogistic) برای درمان استفاده شد. خونریزی او دیگر عود نکرد، اما سرفه‌اش تا اوایل فوریه ۱۸۱۸ ادامه یافت، اما بعد از مدتی که سرفه‌ها بطور کامل او را رها کردند، گرچه بسیار ضعیف شده بود اما اشتهای او بازگشت و به نظر می‌رسید که کاملاً بهبود یافته است.

حال او تا اوایل ماه آوریل خوب بود تا زمانی که سرماخوردگی شدیدی گرفت و سرفه‌هایش با خلط زیاد، گاهی اوقات همراه با خون برگشت و علی‌رغم هر نوع درمان ادامه یافت. بعد از مدتی خلط چرکی شد، همراه با نشانه‌های معمول سل، با تب شدید، تعریق شبانه فراوان و غیره. داروی دی‌ژیتال^۹ برای تسکین سرفه -که بدترین نشانه بود- و کاهش دفعات

نبض داده شد. اما با این حال فایده ای نکرد، زیرا وقتی سرفه به دلیل ایجاد سرگیجه خفیف و نبض متناوب قطع شد، در مدت کوتاهی دوباره مانند قبل برگشت و نبض از ۸۰ تا ۱۰۰ متغیر بود. بخار قیر (Tar vapour) -همانطور که اخیراً توسط سر الکساندر کرایتون (Sir Alexander Crichton) توصیه شده است- نیز تجویز شد، اما سرفه کاهش نیافت و هیچ سودی از استفاده آن حاصل نشد. او که اساساً لاغر و ظریف بود، بازهم وزنش به شدت کاهش یافت و لاغرتر شد و نشانه های سل به سرعت افزایش یافت. در ۹ سپتامبر، طی یک حمله شدید سرفه، ناگهان دو توده بزرگ از خون منعقد شده، با قوام بسیار سفت، شبیه به تکه های جگر را تف کرد. سطح بالایی آنها با مخاط کف آلود پوشیده شده بود و ظاهری سلولی داشت. توده بزرگ به وزن یک و یک چهارم انس و توده کوچک به وزن سه چهارم اونس بود. به دنبال آن یک خونریزی فوری و شدید رخ داد و او فوراً مرد.

۹. معاینه بدن

۱.۹ قفسه سینه

ریه ها در دو طرف قفسه سینه بسیار محکم به لایه جداری پرده جنب چسبیده بودند و پرده جنب آنها بسیار ضخیم شده بود. ریه سمت راست مبتلا به سل بود و چند تکه کوچک vomicae^{۱۰} در آن وجود داشت. سمت چپ بسیار بیمارتر بود و پر از غده و آبسه های کوچک . در قسمت فوقانی و پشت ریه یک حفره بزرگ وجود داشت که فقط حاوی خون کف آلود و مخاط بود. در این حفره، بدون شک، لخته ای بزرگ وجود داشت، زیرا اندازه حفره چنین نشان می داد. پریکارد (pericardium) ضخیم تر از حالت طبیعی بود و حاوی سرم بود. قلب کوچک، شل، رنگ پریده و خون بسیار کمی در حفره های آن بود. خون و مایعات دیگر در قفسه سینه تخلیه نشده بودند.

۲.۹ شکم

کبد بسیار بزرگتر از حد طبیعی بود و کاملاً در سراسر شکم امتداد داشت، به طوری که معده را می پوشاند و با نوارهای نخ مانند به آن متصل شده بود و سطح بالایی آن به صفاق (peritoneum) و دیافراگم چسبیده بود. معده، طحال و بقیه احشاء شکم هیچ علامتی از بیماری نداشتند.

۳.۹ ملاحظات

کالبد شکافی ثابت می کند که این یک مورد از سل ریوی بوده است. پایان غیر معمول بیماری غیرمنتظره تر و تعجب آور بود، زیرا از ۲۷ دسامبر ۱۸۱۷، تا زمان مرگ او، خونریزی مجددی رخ نداده بود. در دو ماه گذشته من هر روز ماده خلط آور را مشاهده می کردم و به ندرت روی آن خون وجود داشت. اینکه چه زمانی لخته های خون در ریه ها بوجود آمده اند مشخص نیست اما روشن است که آنها به عنوان پلاگ^{۱۱} در دهانه رگ های ریوی پاره شده عمل می کنند. فکر می کنم که از آنچه در بالا گفتم ثابت می شود که این لخته های خون و بافت سفت و محکم در طول زمان قابل توجهی کار خودشان را کرده اند.

ساوتهمپتون، ۵ اکتبر ۱۸۱۸.

اگر در این گزارش ها دقت کنیم در می یابیم که این گزارش ها معمولاً دارای ساختار زیر هستند:

۱. اطلاعات عمومی بیمار (بیانیه شکایت): نام، جنس، سن، شغل/وضعیت اجتماعی -

اقتصادی، ساختار یا ساختار فیزیکی بدن، شکایات فوری

۲. بحث تاریخیچه گذشته /منشا شکایات بیمار - معمولاً درباره وقایع رخ داده شده قبل از

لحظه ای در روایت است که مولف (پزشک) برای ملاقات بیمار فراخوانده می شود

۳. جزئیات معاینه اصلی مولف (پزشک) از بیمار

۴. رژیم درمان اولیه و اثرات فوری آن

۵. رژیم درمان ثانویه و اثراتش - زمانی که درمان اولیه هیچ اثر یا اثرات منفی نداشته یا

عوارض غیرمنتظره ای وجود نداشته باشد

۶. دوره بعدی بیماری / وضعیت - اغلب در پاراگراف های کوتاه با عنوان تاریخ ارائه می

شود

۷. اطلاعاتی حداقلی از نتیجه بیماری/وضعیت (Ibid, p349)

ساختار کلی این گزارش ها هنوز هم در گزارش های موردی معاصر بطور کم و بیش

رعایت می شوند و این نشان می دهد که روش بالینی-تشریحی جزو ارکان محوری پزشکی

مدرن کنونی است.

۱۰. نتیجه‌گیری

همانطور که دیدیم جنبش جدید فکری که متأثر از لاک بود با نام اصحاب دایره المعارف در فرانسه قرن هیجدهم شکل گرفت. این جنبش از مابعدالطبیعه رویگردان بود و می‌کوشید به جای ارایه نظام‌های بزرگ از اصول به اصطلاح اولیه و بدیهی، به مشاهده پدیده‌ها متوسل شود و بر اساس آن‌ها اصول و قوانین کلی ارایه دهد. از نظر معتقدان به این شیوه تفکر ادراک حسی مبنای مستحکمی برای معرفت بشری فراهم می‌کنند و تمام پرکتیس علم باید بر اساس ادراک حسی شکل گیرد و از ورود هر نوع باور و عوامل مابعدالطبیعی به آن باید جلوگیری شود. این جو فکری سبب شکل‌گیری جنبش «فلسفه مشاهده» شد و پیرو آن «پزشکی مشاهده» در فرانسه بویژه در پاریس شکل گرفت و مکتب پاریس را بوجود آورد. فیلسوف - پزشکانی همچون لامتری و کابانیس معتقد بودند که همه پدیده‌های مرتبط با بدن انسان مثل بیماری‌ها قابل تاویل به ؟ آناتومی تحریکات حسی هستند. تنها روش معتبر در پزشکی، مشاهده دقیق، توجه کافی به ویژگی‌های هر بیمار، طبقه‌بندی بیماری‌ها و درمان بیماران بر اساس تجربه است. تشخیص یک بیماری یعنی برقراری ارتباط میان علایم و نشانه‌های یک بیماری و ضایعات آناتومیک ساختاری آن بود که به دو شیوه امکان‌پذیر بود: معاینه دقیق بالینی و تشریح. معاینه دقیق بیمار برای تشخیص ویژگی‌های فردی او و نشانه‌های بیماری از اهمیت بنیادین برخوردار بود و همین سبب شد تا هر بیمار به منزله «یک مورد پزشکی» در نظر گرفته شود. چیزی که نمی‌توان آن را بطور برجسته‌ای در پزشکی رده‌بندی و اخلاطی دید.

گرچه پیش از قرون هیجدهم و نوزدهم به کالبد شکافی بدن انسان می‌پرداختند اما این تشریح‌ها با رویکرد آگاهی از پاتولوژی بیماری‌ها انجام نمی‌شد بلکه این کار برای آگاهی از اندام‌های بدن و نمایش آن برای مردم انجام می‌شد. تغییر مهمی که در قرن نوزدهم رخ داد این بود که جراحان و پزشکان بدن انسان را برای دستیابی به ضایعه‌ای در زیر اندام‌های بیرونی بدن تشریح می‌کردند. معاینه بالینی و تشریح دو مقومه اصلی روشی را تشکیل دادند که به روش بالینی تشریحی در قرن نوزدهم معروف شد. بکارگیری این روش سبب شد تا گزارش‌های موردی از شرح حال‌ها و تاریخچه‌های بیمار (history of patient) فراتر رود و بیماری‌ها را بر اساس ضایعه‌های آسیب‌شناسی (نتایج حاصل از کالبدشکافی) توضیح دهند و درمان‌های متناسب با آن ارائه کنند. گزارش‌های موردی جزو رایج‌ترین مقالات پزشکی در مجلات پزشکی آن دوره شدند که دارای بخش‌های گوناگونی همچون اطلاعات عمومی بیمار، شرح حال بیمار، تاریخچه پزشکی بیمار، جزئیات معاینه اولیه بیمار، روش درمان بیمار و نتیجه درمان

چگونه بیماری مکان‌مند شد؟ ... (غلامحسین مقدم حیدری) ۱۷۳

او می‌شدند. این شیوه گزارش نویسی هم اکنون نیز بخش مهمی از ساختار گزارش‌های موردی در پزشکی مدرن را تشکیل می‌دهند.

در واقع روش بالینی تشریحی بر اساس دو مبنای مهم – معاینه بالینی و تشریح آسیب شناختی – شکل گرفت در واقع می‌توان گفت که ارتباط میان یک بیماری و علت آسیب شناختی آن مهمترین کاری بود که پزشکی کلینیکی در اواخر قرن نوزدهم کوشید با روش بالینی-تشریحی آن را انجام دهد.

پی‌نوشت‌ها

۱. بیماری میگزدم myxedema بیماری مرتبط با کم کاری شدید تیروئید است. به رسوب موکوپلی ساکاریدها در درم اشاره دارد که منجر به تورم ناحیه آسیب دیده می‌شود. یکی از تظاهرات میگزدمی که در اندام تحتانی رخ می‌دهد، میکسدم پرتیبیال است که یکی از نشانه‌های بیماری گریوز، یک شکل خودایمنی از پرکاری تیروئید است. میگزدم همچنین می‌تواند در تیروئیدیت هاشیموتو و سایر اشکال طولانی مدت کم‌کاری تیروئید رخ دهد.

۲. Serosus membrane پرده‌ای است که جدار خارجی حفره‌های بدن را می‌پوشاند و روی سطوح اعضای داخلی بر می‌گرداند. سلولهای این پرده صاف ماده‌ای آبکی بنام مایع سروزی ترشح می‌کنند.

۳. حیات گرایی (vitalism) مکتبی رایج در قرن ۱۸ و ۱۹ در میان زیست‌شناسان بود که باور داشت یک نیروی حیاتی درونی هدایت تمامی فعالیت‌های موجود زنده را به‌عهده دارد. در واقع حیات گرایی اعتقادی است که از این فرض شروع می‌شود که «جانداران زنده اساساً با موجودات غیر زنده تفاوت دارند، زیرا حاوی عناصر غیر فیزیکی هستند یا اصولی متفاوت از چیزهای بی‌جان بر آن‌ها حاکم است». حیات گرایی معمولاً به یک اصل حیات (vital principle) اشاره می‌کند که بنا بر آن عنصری که اغلب به‌عنوان "vital spark"، "energy"، "élan vital" شناخته می‌شود، که برخی آن را با روح یکسان می‌دانند.

۴. مجموعه‌ای از گزارش‌های موردی از بیمارانی که درمان مشابهی داشتند، یک سری مورد (case series) را تشکیل می‌داد.

۵. این دو گزارش موردی با تلخیص و برخی تغییرات از مقاله زیر برگرفته شده‌اند:

Atkinson, Dwight (1992) "The Evolution of Medical Research Writing from 1735 to 1985: The Case of the Edinburgh Medical Journal"

۶. به همین دلیل نام نویسنده در عنوان گزارش نیامده است.

7. bol. Armen, Pulv, Helvet, Chalk, Sugar of Lead, white Vitriol, burnt Allum, blue vitriol, quick-lime, Brandy,

alcohol, Oil of Turpentine, Spirit of Nitre dulcified, plain Spirit of Nitre, Oil of Vitriol, Lunar Caustic, the actual Caustery

۸. در گذشته سل ریوی را فیتیسیل ریویمی نامیدند (phthisis pulmonalis) که بر روی غدد لنفاوی و غدد داخل حلق اثر می گذارد و حلق متورم می شود .

۹. دیژیتالیس *digitalis* دارویی است که از برگ های گیاه foxglove استخراج می شود. این دارو، حاوی موادی است که عضله قلب را تحریک می کنند. داروی مذکور بیش از دو قرن است که برای درمان نارسایی قلبی - وضعیتی که به دلیل ناتوانی قلب آسیب دیده در پمپاژ کافی خون ایجاد می شود - تجویز می شود.

۱۰. گیاهی سمی و دارویی

۱۱. لخته فیبرینی خون

کتاب نامه

فوکو، میشل (۱۳۹۲) تولد پزشکی بالینی، ترجمه فاطمه ولیانی، نشر ماهی

کاپلستون، فردریک (۱۳۷۲) تاریخ فلسفه: از ولف تا کانت، ترجمه اسماعیل سعادت و منوچهر بزرگمهر، انتشارات علمی فرهنگی و انتشارات سروش

Ackerknecht, Erwin H (1967) *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, Baltimore, The John Hopkins Press,

Atkinson, Dwight (1992) "The Evolution of Medical Research Writing from 1735 to 1985: The Case of the Edinburgh Medical Journal", *Applied Linguistics*, Vol. 13, No. 4, Oxford University Press

Brewer, Daniel (1993) *The discourse of enlightenment in eighteenth-century France: Diderot and the art of philosophizing*, Cambridge University Press

Duffin, Jacalyn M. (1986) "The Medical Philosophy of R.T.H. Laennec (1781-1826)", *History and Philosophy of the Life Sciences*, Vol. 8, No. 2

Ferrari, Giovanna (1987) "Public Anatomy Lessons and the Carnival: The Anatomy Theatre of Bologna", *Past & Present*, No. 117

La Mettrie (1996) *Machine Man and other writings*, translated by Ann Thomson, Cambridge University Press.

Morley, John (1914) *Diderot and the Encyclopaedists*, Vol, London: Macmillan and Co.

Nissen, Trygve and Wynn, Rolf (2014) "The history of the case report: a selective review", *Journal of the Royal Society of Medicine Open*; 5(4) 1-5

Staum, Martin S (1980) *Cabanis: Enlightenment and Medical Philosophy in the French Revolution*, Princeton University Press.

چگونه بیماری مکان مند شد؟ ... (غلامحسین مقدم حیدری) ۱۷۵

Whitey Gull, Sir William(1873), On a Cretinoid State Supervening in Adult Life in Women: Case 1 in Source Book of Medical History. Compiled with notes by Logan Clendening(1942)New York: Dover Publications.