

## بررسی عوارض جراحی و پزشکی جزئی از بیماریست و یا دگرانگیخته؟

دکتر سیدعلی جلالی\*

### چکیده:

پزشکان و جراحان از ابتدای شروع به حرفه پزشکی با عوارض بیماری‌ها آشنا می‌شوند و عوارض به صورت ادامه بیماری در درسنامه‌ها کم و بیش شرح و بسط داده شده است. گاهی در درسنامه‌های جداگانه نیز به صورت عوارض جراحی و یا رشته‌های دیگر پزشکی در دسترس است. در این مقاله سعی شده که عوارض از دیدگاه دیگری مورد بررسی قرار گیرد و آن اینکه عوارض جزئی از بیماری است و در حقیقت پیامد یک بیماری که در بعضی اتفاق می‌افتد یا در بعضی کشف می‌شود و شدت پیدا می‌کند و در دیگران اینگونه نیست ولی جامعه و خود ما پزشکان نیز هر عارضه‌ای را پزشک محور و خودانگیخته می‌دانیم و به علت احساس مسئولیت زیادی که داریم خود را در عوارض مسئول فرض می‌کنیم. در این مقاله موردی از شرح حال یک بیمار بحث می‌شود که توسط استادان بزرگ و صاحب‌نظران پزشکی درمان شده است و به مناسبت هر عارضه بحثی با همکاران خواهیم داشت.

واژه‌های کلیدی: عارضه در جراحی، بیماری والدنستروم، لنفوم

### زمینه و هدف

و بدبختی‌های مردم را علاج کنیم. وسایل پزشکی، داروها و فن‌آوری‌ها و مهارت‌ها همه وجود دارند، اما نمی‌دانیم دقیقاً این داروها و مهارت‌ها با بدن انسان چه می‌کند. وقتی مثلاً کسی سرفه می‌کند و در مدت قابل انتظار بهبود نمی‌یابد فن‌آوری را خبر نمی‌کنند بلکه از پزشک مدد می‌گیرند. طبیعی که مانند دیگران روزهای بد و روزهای خوب دارد، پزشکی که لبخندش خسته است و آنچه می‌داند با آنچه نمی‌داند بسیار فاصله دارد.

چون پزشکی علم کاملی نیست، لذا نمی‌توان از کل فیزیولوژی و کارکرد بدن فرد اطلاع کافی به دست آورد. اعضاء رئیسه بدن با کمترین کارکرد و گاهی کمتر از یک سوم در حالت معمول اغلب بازتابی ندارند، ولی هنگام ناخوشی

برای پزشکان و جراحان بسیار اتفاق افتاده است که یک دارو در دو بیمار با تشخیص واحد نتایج متضاد داشته، در یکی به بهبودی ختم شده و در دیگری بهبود صورت نگرفته و یا یک روش جراحی در دو بیمار مختلف نتایج یکسان به بار نیاورده است. در این مختصر سعی شده است که ذهن همکاران ارجمند را که خود نیز یقیناً درگیر چنین تضادهایی بوده‌اند را به مطالبی که به غیر از مراکز دانشگاهی و هنگام معرفی بیماران عارضه‌دار درباره آن بحث می‌شود به بحث عمومی گذاشته شود تا خوانندگان از قشرهای دیگر نیز با مشکلات علم و حرفه پزشکی آشنایی بیشتری پیدا کنند.

اگر بیندیشیم می‌بینیم که حرفه پزشکی کاری است بس دشوار و انسانی، این دانش ما را قادر می‌سازد که بیماری‌ها

\* نویسنده پاسخگو: دکتر سیدعلی جلالی

تلفن: ۸۸۷۶۶۳۳۱-۶

E-mail: s.aliJalali@Yahoo.com

\* استاد گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات گوارش، دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱۰/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۳۱

سرطان را تداعی می‌کرد به جهت حال عمومی خوبش از آن امتناع کرد و پزشکان برای تخفیف اضطراب بیمار به او گفتند که دچار بیماری والدنستروم است. تا چند سال بعد هم او و بستگان درجه اولش از حقیقت و واقعیت بیماریش بی‌خبر بودند ولی بیماری والدنستروم را از نظر روحی روانی پذیرفته بودند. لذا پزشکان فرانسوی ابتدا صبر و شکیبایی و مراقبت را در دستور کار قرار دادند، ولی پس از چندین ماه برای او کلرآمبوسیل تجویز کردند.<sup>۱</sup>

حال دو سؤال در اینجا مطرح می‌شود: اول آنکه آیا ما پزشکان مجاز هستیم که در شرایطی که می‌دانیم از راه درمان اصلی فاصله پیدا کرده‌ایم به خواسته و وضع روحی و روانی بیمار تمکین کنیم؟ و یا حقیقت را کتمان کنیم؟ و اگر نکنیم چه باید کرد و به کجا مراجعه کنیم!! و این بار سنگین مسئولیت را با که در میان بگذاریم؟ دوم آنکه آیا تجویز کلرآمبوسیل بدون تأیید پاتولوژی کار درستی است؟ و حال آنکه این روش درمان توسط کسانی تجویز شده که خود روش‌های درمان صحیح را پیشنهاد می‌کنند و از نظر علمی در صدر هماتولوژیست‌های جهان قرار داشتند. حتی یک بار هم هنگام تجویز دارو اشتباهی صورت گرفت و داروی دیگری به غیر از آنچه مقرر شده بود مصرف می‌کرد. آیا این اشتباه از سر کاهش اضطراب بیمار انجام شده بود و یا علت دیگری داشت و آیا اطرافیان کاملاً تحصیلکرده مطلعش در قبال دادن دارویی به غیر از آنچه برایش تجویز شده هیچگونه کوتاهی نکردند و فقط بی‌دقتی داروخانه بوده و یا اینکه نسخه از روی مصلحت به داروخانه برده شده بود؟ در هر دو حال فقط پزشک و داروخانه کوتاهی کرده‌اند؟! چهار سال بعد پزشکان سوئیسی تصمیم گرفتند که به جهت بزرگتر شدن طحال دوز کلرآمبوسیل افزایش داده شود و از فعالیت‌های ورزشی کناره‌گیری کرده و آزمایشات لابراتواری هر پنج یا شش هفته یک بار تکرار و نیز معاینه شده و در صورت نیاز مجدداً تصمیم‌گیری شود.<sup>۲</sup>

دو سال بعد خانواده درجه اولش از بیماری واقعی او که لوسمی بود باخبر شدند ولی خود بیمار هنوز تصور می‌کرد که دچار بیماری والدنستروم است. حتی مدت‌ها قبل از آن وضع بیمار به گونه‌ای بود که یکی از دوستانی که او را در یک گردهمایی دیده بود نه به صورت پزشک متوجه شده بود که دگمه کت او به سختی بسته می‌شود که باعث جلوآمدگی غیرعادی شکم و تکبیدی صورت ورزشکار قبلاً سالم شده بود.<sup>۳</sup>

قدرت مقابله در برابر بیماری را به شدت کاهش می‌دهند. از طرفی سن تقویمی و سن فیزیولوژیک افراد غالباً یکسان نیست و لذا مقاومتشان در برابر جراحی و یا بیماری یکسان نخواهد بود. این وضعیت در موارد فوری و به اصطلاح اورژانس به علت کمی فرصت و کوتاهی وقت بارزتر و شدیدتر خودنمایی می‌کند و نیز افرادی که از یک یا چند بیماری مزمن رنج می‌برند بی‌شک در برابر جراحی و یا بیماری دیگری آسیب‌پذیرتر هستند.

لذا به نظر من اگر عمل جراحی با آنچه در درسنامه‌های پزشکی و مجلات معتبر گفته می‌شود، تطبیق کند و عوارضی مورد انتظار پیش آید پزشک و یا جراح را به هیچ وجه نمی‌توان مقصر دانست، زیرا کار صحیح انجام شده و عارضه‌ای شناخته شده و مورد انتظار نیز متأسفانه پیش آمده است. از طرفی درست است که بیمه‌های مسئولیت مدنی پزشک و جراح را پوشش می‌دهند ولی جرأت و شجاعت جراح را از او سلب کرده و چه بسا پزشکی بیمار بدحال را از سر باز کرده و هیچ مؤسسه درمانی نیز با طیب خاطر او را نپذیرد و یا مانند کشور سرمایه‌داری آمریکا شرکت‌های بیمه در بعضی ایالات به پزشکان در تعدادی رشته‌ها پوشش نداده و مریض و پزشک ناچار به رفتن به ایالات دیگری می‌شوند.

باز هم جای تعجب است که در کشور ما که اکثر بیماران بیمه دولتی دارند و در حقیقت این بیمه‌ها هستند که کارفرمای پزشکانند. پس آنطور که در عرصه‌های دیگر متداول است، کارفرمایان مسئولند، نه پزشک و باز همانطور که صنوف مختلف مسول مشکلات صنف خود هستند، پزشکان هم نباید مستثنی باشند.

در این مختصر با طرح یک موردنگاری سئوالات و مشکلاتی که پیش آمده مطرح می‌شود و همکاران عزیز را نیز به مشارکت و نقد و بررسی این مقاله دعوت می‌نماید باشد که این فرهنگ‌سازی برای جامعه مفید واقع شود.

## شرح حال

مردی ۵۶ ساله ورزشکار و از نظر فیزیکی کاملاً سالم هنگام گذراندن تعطیلات موقع اسکی روی آب متوجه توده‌ای در شکم می‌شود، زیرا هنگام اسکی بایستی بجلو کاملاً خم شد. مدتی پس از این ماجرا در عین ناباوریش استادان بخش هماتولوژی فرانسه توده شکمی را طحال و در معاینه متوجه توده گردنی او شدند و به او پیشنهاد بیوپسی از غده لنفاوی گردنی دادند. چون لغت بیوپسی در بیمار

توان جسمی دچار فشار عصبی و روانی بسیار شدیدی بود و به کلی سردرگم شده بود. بالاخره در بیمارستان سلوان کترینگ نیویورک به بستری شدن تن در داد. آیا وقتی از این بیمار تزییح شده آیا درمانش عقب افتاده آیا تشخیص نه چندان صحیح برای بیمار داده شده در همه و همه اینها چه کسی کوتاهی کرده؟ پس از بستری شدن در بیمارستان معلوم شد که مالاریا نداشته و یرقان انسدادی بعلت وجود سنگ در مجرای صفراوی کلدوک است و همچنین تشخیص پاتولوژی دیگری که هیستوسیتیک لنفوسارکوما و یا لمفومای با سلولهای بزرگ بود برای او رقم می خورد. حال باید گفت آیا تغییر سیر بیماری از لنفومای مزمن به حاد و لنفوسارکوما به علت کوتاهی در درمان کافی و یا عدم انجام آزمایشات پیشرفته تر بود و یا مصرف بی رویه و بدون تشخیص پاتولوژی کلرآمبوسیل؟ در این حال چه کسی مسئول است؟ یا اصلاً سیر بیماری اینگونه رقم خورده بوده و این در بیماری اتفاق افتاده که همه پزشکانش نام آور و دارای شهرت بین المللی بوده اند.

آیا عارضه و یا تغییر مسیر بیماری به بعد زمانی و مکانی و شرایط بیمار و پزشک بستگی دارد و آیا هر پزشکی عهده دار درمان این بیمار می شد نتیجه همین بود؟ و اصلاً آیا عارضه آن چنان که نقش پزشکان را در آن دخیل می دانند واقعاً تماماً پزشک محور است؟<sup>۵</sup>

بیمار عمل کله سیستکتومی باز شد و کیسه صفرا برداشته شد و برای بیمار تی تیوب گذاشتند، عمل توسط دکتر گلن که در مجاری صفراوی صاحب نظر بود در انستیتو و بیمارستان سلوان کترینگ در نیویورک انجام گرفت. هنگام کله سیستکتومی آنکولوژیست هماتولوژیست بیمار با دکتر گلن تلفنی صحبت می کند و از او می خواهد که در همان موقع طحال بیمار را همزمان با عمل کیسه صفرا بردارد و دکتر گلن جواب می دهد که « با توجه به وضع بیمار او شجاعت اسپلنکتومی روی این بیمار را ندارد و اگر چنانچه مایل باشد می تواند این کار را به جراح دیگری که از او شجاعت تر است محول کند».

آیا این بیمار در چنین موقعیتی به جراح شجاع تری نیاز داشت؟ و آیا اگر طحال هم زمان برداشته می شد بیمار می توانست آن عمل را هم تحمل کند؟ هیچکس به درستی نمی داند و هیچ وسیله ای هم برای اندازه گیری دقیق تحمل بیمار وجود ندارد. حرفه پزشکی بخصوص جراحی کاری عجیب، اضطراب انگیز و آشفته و نیز پیچیده و با احتمالات

اما چگونه می شود که خود او و نزدیکانش از تغییر و بزرگی شکم چشم پوشی می کردند و یا نمی خواستند قبول کنند که شاید احتیاج به کار دیگری از نظر پزشکی داشته باشد؟ در حالی که هر بیننده ای که توجه می کرد متوجه تغییر می شد. آیا هیچ کس به غیر از پزشک معالج مسئول این کم توجهی نیست و آیا اساساً کم توجهی در کار بوده است؟

دو سال بعد آوارگی پیشه کرد و در حقیقت در هیچ کشوری به مدت طولانی ساکن نبود، لذا وضع درمانش بدتر از قبل شد و وضعیت جسمی او نیز رو به وخامت گذارد. در این هنگام هماتولوژیست های معالج فرانسوی متوجه غده لنفاوی بزرگ دیگری در گردن شدند و آن را بیوسپی سوزنی کردند و از مغز استخوان نیز نمونه برداری شد. وجود ایمونوبلاست در مغز استخوان گویای تغییر مسیر بیماری از وضعیت مزمن به وضعیت حاد بود که در نتیجه احتیاج به درمان سنگین تر و رادیوتراپی و جراحی احتمالی داشت. کلرآمبوسیل هم به داروهای قوی تر و هم زمان وین کریستین و پروکاربازین و موستارد و پردنیزولون تغییر یافت و چون این داروها هفتگی و تزریقی مصرف می شد بیمار را بیشتر زمین گیر و وابسته به پزشک و دارو نمود و مجدداً به او پیشنهاد شد که در بیمارستان بستری شود و آزمایشات تکمیلی بیشتری انجام شود، ولی باز بیمار نپذیرفت. حال بیماری که به حرف پزشک معالج و معتمدش در سالیان دراز گوش نمی دهد پزشک هم باید رفع مسئولیت کند، آن را چگونه اعلام کند درمانش را متوقف و از بخش بیرون ببرد، آیا پزشک چنین کاری می کند؟ و آیا می تواند بکند؟ پس چه کند؟<sup>۴</sup>

حال باید دید در شرایطی که بیمار شما به یک بیوسپی خوب و درمان متعارف تن در نمی دهد وظیفه پزشک چیست؟ و عواقب درمان های نه چندان کلاسیک و غیرعالمانه چه می تواند باشد. درمان های اخیر پس از چند ماه حال عمومی بیمار را بهتر نکرد، بلکه حال عمومی رو به وخامت گرائید و بیمار دچار یرقان و تب شد و استادان بیماری های گرمسیری او را معاینه کردند و با توجه به کثیرالسفر بودنش احتمال مالاریا دادند که گرچه این احتمال توسط پزشکان طراز اول بیماری های گرمسیری در دنیا داده شده بود ولی پس از آزمایشات رد شد ولی بیمار را معطل کرد. مجدداً به بیمار پیشنهاد بستری شدن و آزمایشات بالینی بیشتری شد که بیمار آن را نمی پذیرد. بیمار از ابتدای بیماریش بجز فشار روحی ناشی از بیماری و کاهش تدریجی

متعددی در برابر او قرار دارند، پس باید بازهم فکر کنیم مشکلات و عوارض بیماری دگرانگیخته‌اند و ناشی از تیم پزشکی است و آنهم بخصوص جراح است؟ اکنون مسئله مهم پیش رو انجام اسپلنکتومی است که مدتی هم تأخیر شده است و لذا بحث بین متخصصین هماتولوژی انکولوژی و کسان بیمار بر سر آن که چه کسی این جراحی را انجام دهد شروع می‌شود، چند نفر از جراحان معروف موافقت برای انجام آن نکردند. بالاخره دکتر دبیکی که از شخصیت‌های برجسته جراحی بود و بیشتر برای کارهایش در جراحی قلب شهرت داشت عمل جراحی اسپلنکتومی را با هزینه‌ای نجومی و فوق‌گزارف به عهده گرفت و چون در آن موقع بیمار دچار عفونت تنفسی بود قرار شد عمل جراحی دو هفته به تعویق افتد. در اتاق عمل به تقاضای اطرافیان و خود بیمار قرار شد که تخت جراحی را بسوی قبله بچرخانند تا اینکه به اعتقاد آنان از کعبه و صاحب او هم مددخواهی کرده باشد. برداشتن طحال توسط دکتر دبیکی هشتاد دقیقه طول کشید و اندازه طحال ده برابر طبیعی بود و شکم بدون درن بسته شد. وزن طحال در پاتولوژی ۱۹۹۰ گرم بود و بیوپسی کبدی نیز تهاجم تومور به کبد را نشان می‌داد. با اینکه در هنگام عمل کیسه صفرا ظاهر کبد سالم گزارش شده بود دکتر دبیکی از انجام عمل احساس رضایت کرد و گفت «که عمل بخوبی انجام گرفت و با توجه به نبود غدد لنفاوی در خلف صفاق و بهبود وضعیت مغز استخوان امیدوار است که با شیمی‌درمانی بتوان بیماری را به کنترل درآورد». دستیار او در جراحی آنقدر خوش‌بین نبود ولی هر دو عقیده داشتند که شیمی‌درمانی دو هفته به تعویق بیفتد. بیمار روز پس از عمل حال عمویش خوب بود و شیمی‌درمانی برخلاف توصیه دبیکی چند روز بعد شروع شد. این جا است که معلوم می‌شود پزشکی علم کاملی نیست و بین دو نفر از بزرگان قوم اختلاف نظر بر سر شروع شیمی‌درمانی وجود دارد. آیا کدام نظریه ارجح است؟ درمان زود هنگام و یا درمان پس از حداقل دو هفته و آیا عوارضی به دنبال هر یک از این دو سلیقه و عقیده وجود دارد؟ و آیا می‌توان در صورت عدم موفقیت یک روش آنها را سرزنش کرد؟ بتدریج بیمار شروع به تب کرد، تهوع و درد سمت چپ و فوقانی شکم و در معاینه معلوم شد بیمار دچار تجمع مایع در پلور چپ است که تخلیه شد و معلوم شد که مایع عفونی است و همانجا گفته شد که بیمار دچار آبسه ساب‌فرنیک هم هست و لازم است جراح او را ببیند. دکتر دبیکی بیمار را ویزیت کرد و

متفاوت و متضاد است. گاهی لازم است خطر کنی و کاری شبیه شرط‌بندی در بازار بورس انجام دهی، ما پزشکان از آزادی عمل فوق‌العاده‌ای برخوردار هستیم، انواع داروها، سوزن‌ها و لوله‌ها را به بدن بیمار وارد می‌کنیم و وضع شیمیایی و بیولوژیک و فیزیکی بدن او را تغییر می‌دهیم و حتی بدن آنها را به وسیله جراحی کاملاً باز کرده و تغییر ساختاری و کالبدی ایجاد می‌نمائیم و چون به خود و حرفه مان اعتماد داریم بخود اجازه می‌دهیم این قبیل اعمال را انجام دهیم ولی با وجود همه اینها همانطور که گفته شد پزشکی همراه با نتایج و اتفاقات غیرمنتظره است.

روزهای نخست پس از عمل جراحی سپری شده و برای مقدمه جهت درآوردن لوله کلدوک تی تیوب کلانژیوگرافی شد که با کمال تعجب و بطور غیرقابل انتظار سنگ باقیمانده صفراوی در آن مشاهده شد. در اینجا پزشک معالج پیشنهاد کرد که سنگ باقیمانده از طریق تی تیوب موجود درآورده شود و بنابراین از کسی که در آن موقع شهرت جهانی داشت از کانادا و ایالت بریتیش کلمبیا درخواست شد که این کار را عهده دار شود و سنگ باقیمانده توسط او با بسکت و البته بدون عمل جراحی درآورده شد.<sup>۶۵</sup>

مجدداً خاطر نشان می‌کند که کسی که در جراحی کیسه صفرا و مجاری صفرا صاحب سبک و شهرت بوده و حاضر نشده بود اسپلنکتومی هم زمان انجام دهد که معنای آن محتاط بودن او هم بود چگونه با وجود این نتوانست قبل از پایان عمل جراحی متوجه سنگ باقیمانده در مجرای کلدوک شود، آیا ایشان در عمل جراحی کوتاهی کرده است؟ آیا می‌شود گفت که جراح سنگ را جا گذاشته است؟ آنهم طبیب صاحب سبک و در بیمارستانی با بالاترین سطح در دنیا؟ پس آیا میتوان گفت که عارضه جزو سرشت بیماری است و مرهون موقعیت و وضعیت و نوع بیماری است؟

پس از آن رادیوتراپی از غدد گردنی در همان بیمارستان آغاز می‌شود و غدد لنفاوی به پرتودرمانی بخوبی جواب دادند و بیماری پس رفت کرد. حال اگر آیا رادیوتراپی چهار سال قبل انجام می‌شد نتیجه بهتری گرفته نمی‌شد؟ علم پزشکی و بخصوص جراحی دانش کاملی نیست و گاه نه تنها در تشخیص یک بیماری اختلاف نظر و عقیده وجود دارد بلکه در درمان نیز تفاوت نظر دیده می‌شود و گاهی در هنگامه عمل جراحی این جراح است که ناچار به تصمیم عاجلی می‌شود که بنظر او در آن لحظه و در آن مقطع زمان بهترین تصمیم است در حالی که روش‌ها و تصمیم‌های

داشتند بطوری که بین پزشکان معالج به غیر از اختلاف نظر و عقیده، گاه در این راستا گفته‌های تلخ و نظریات تند رد و بدل می‌شد. هماتولوژیست‌ها اعتقاد داشتند که نگذاشتن درن پس از اسپلنکتومی صحیح نبوده و دستیار دبیکی نیز گفته بود که دم لوزالمعده داخل ناف طحال قرار داشت و هنگام اسپلنکتومی قسمتی از دم پانکراس نیز برداشته شد و به همین جهت پس از گرفتن و بستن عروق طحالی دم پانکراس نیز با دقت بسیار دوخته شده بود و لذا به نظر او دلیلی برای گذاردن درن وجود نداشت. حال باز هم می‌توان گفت که در این صورت وجود درن بیشتر موضوعیت پیدا می‌کرد زیرا پانکراس عضوی خاص و غیرقابل پیش‌بینی است ولی کسی که این جراحی را انجام داده از بزرگان صاحب نام و افسانه‌ای و تاریخ‌ساز جراحی است و آیا می‌توان بر او خرده گرفت؟

باز برمی‌گردیم به این مطلب که پزشکی و جراحی علم و دانش کاملی نیست زیرا که هر مسئله چندین جواب دارد. یک ماه پس از تخلیه آبه ساب فرنیک بیمار درگذشت و این بود سرنوشت بیماری که هشت تیم مختلف پزشکی از نام‌آورترین پزشکان دنیا درمان او را به عهده داشتند. آیا این عوارض جزو سرشت بیماری و سرنوشت بیمار بود یا در اثر بی‌احتیاطی بود؟ هیچ کدام زیرا پزشکی و بخصوص جراحی علم و دانش کاملی نیست.

گفت که بیمار تحت درمان است و او اعتقاد به وجود آبه ساب فرنیک ندارد و نزاری بیمار به علت درمان‌های شدید شیمی درمانی است. باز اختلاف نظر و عقیده شروع شد، حق کدام یک است؟ هر دو گروه با شهرت جهانی که در کارشان خبره هستند ولی نظری درست مخالف یکدیگر دارند. یک ماه دیگر هم گذشت و حال عمومی بیمار بدتر شد و دیگر بیمار قادر به غذا خوردن هم نبود و پزشکان هماتولوژیست مجدداً وضع بیمار را ارزیابی و عقیده داشتند که بیمار آبه ساب فرنیک دارد و بایستی تخلیه شود. بالاخره یک جراح فرانسوی عمل جراحی را به عهده گرفت و آبه را تخلیه کرد که میزان چرک پس از تخلیه یک لیتر و نیم گزارش شد. این عمل موقعی انجام شد که طبق استانداردهای جهانی خیلی دیر بود و در حقیقت بین عمل اسپلنکتومی و تخلیه آبه دو ماه تمام طول کشیده بود.

حال مجدداً توجه کنید که اختلاف نظر پزشکان چگونه می‌تواند خود و بیمارشان را درگیر کند. آیا واقعاً در تخلیه کوتاهی شده است و یا سرنوشت بیمار اینگونه رقم خورده بوده است؟

در هر صورت حال عمومی بیمار پس از تخلیه چرک رو به بهبود رفت ولی این بهبودی آنچنان دوام نیافت. باز جراحان معتقد بودند که شیمی درمانی بایستی مدتی متوقف شود ولی هماتولوژیست‌ها در این جهت عقیده دیگری

## References:

1. Morgenstern L. The spleen; its history. J Am Coll Surg 2011; 212; 260 - 268.
2. Cervantis J, Baley I, "The spleen "J Am Coll Surg p340, letters, 2011 vol 213N2.
3. Harris D "The Crisis "New York. Little Brown Co 2006.
4. Kean BH, Dehlby. One doctor adventures among ... New York, Baltimore 1990.
5. Gawande A. complication "a surgeon's note on an imperfect science "picardo 175 5<sup>th</sup> Ave 10010 New York, NY 2002.
6. Demaret k "Inteview with Dr Michael Debakey "Peoples Magazine article, 020076289 July 2010.