التراكوما او الرمد الحبيبي

مترجمة بقلم سعادة الدكتور حسن باشا محمود

(للمترجم . لما كان هذا المرض كثير الانتشار في مصر وكان الدكتور الشهير جوستاف شناب قد كتب باللغة النمساوية مقالة فيه وشرح فيها طريقة شفائه بالعملية على حسب مشاهداته ومجرباته الكثيرة فرغبة في اطلاع اخواني الاطباء رغبهم على ما احتوت عليه هذه المقالة ترجمتها الى اللغة العربية لتسهيل النفع بها وتعميمه)

ان الالتهاب الجفني الحبيبي او الرمد المصري التهاب خطر كثير العدوى بسبب انتقال افرازه المخاطي القيحي مباشرة وينشأ عنه فقد البصر فقدًا كليًا او جزئيًا ويكثر انتشاره في القطر المصري وبلاد العرب

وهذا المرض حادٌّ او مزمن بحسب شدة العدوى واستعداد الشخص وتأثير الاقليم ويبتدئ بالتهاب الاجفان التهابًا محسوسًا فالجزء الغضروفي منها ينتفخ والغشاء المخاطي الجفني الاملس يصير حُبَيبيَّ الملمس عادةً فينتشر على سطحه حبوب مرتفعة تحتك بسطح القرنية الرقيق الشفاف فتلهبه وبذلك يحصل اضطراب في البصر . واول عرض مكدره هو تدميع العين وافرازها قيحًا مخاطيًا به تلتصق الاهداب بعضها ببعض ليلاً واما في النهار فيكون الافراز سائلاً ومن هذا الافراز تنتقل العدوى من شخص الى آخر بأي واسطة كالاسفنج والمناديل وماء الحمام وبالاخص الذباب فانه ينقل العدوى كثيرًا لاسيما في البلاد الحارة

ومدة هذا الرمد تزيد على اشهر بل على سنين فالانتفاخ ينقص شيئًا فشيئًا بنسبة الالتحام الذي يحصل في الحبوب وفي اثناء ذلك يكون البصر عرضة للاضطراب لان حافة الجفن تتعرض حينئذٍ للاحتكاك بمقلة العين ومن هذا الاحتكاك يحدث التهاب القرنية كما ذكرنا فتضطرب شفافيتها فيتكدر البصر وضرر هذا الاحتكاك يزيد ببس الاهداب واتجاهها على مقلة العين اتجاهًا عموديًا تقريبًا

فخطر هذا المرض ينشأ من الالتهاب ومن اصابة القرنية اصابة تامة او جزئية ومن ستر الاجفان للقرنية سترًا تامًا حتى تكون كالغطاء عليها لا تسمح بنفوذ اشعة ضوئية كافية لتنبيه العصب البصري وتمكينه من البصر التام

وحيث علمنا ذلك وجب علينا ان نبحث عن الوسائط التي يلزم اتخاذها للوقاية من حصول الخطر الذي ينشأ عن هذه الحبوب وحفظًا للقرنية من اصابتها بالاجفان المريضة

وان نبحث ايضاً عن الوسائط ٱلَّتي يلزم اتخاذها لمنع فقد البصر فنقول

(اولاً) نبدأ بشرح وجيز للوسائط الواقية فانها مهمة في معالجة هذا الرمد وهي يجب ان يعلم المريض بخطر العفونة ٱلَّتي تنشأ من هذا الرمد وغيره ليتجنبها ويحاذر منها ولذا يلزم ان يغسل الطبيب يديهِ امامهُ وكذا آلاتهِ كلما مس جسماً عفناً ليعرف من ذلك شدة الاعتناء بالنظافة ولا يسمح لهُ باستعمال الخرق الوسخة ولا بوضعها مع النظيفة وهذه الامور لا يسوغ اهمالها مدة العلاج

(المعالجة) تنحصر في وضع مكمدات باردة على العين مدة ادوار الالتهاب الحاد ومتى تكونت الحبوب يستعمل المس بقلم كبريتات النحاس او تحك الحبوب بالفرشة او بسكين فان ذلك نافع لازالتها وانفع منهُ تفتيتها واستئصالها

وهذه الوسائط العلاجيَّة وان كان نفعها وقتيًّا لكنها نافعة جدًّا في منع الاحتكاك وبذا تحسن النقط او السحابات ٱلَّتي تكون على العين والنتيجة النهائيَّة من ذلك حصول التحام في غشاء الاجفان المخاطي مع انكماش ناشيء من اصابتهِ وذلك اخف وارحم من الالتحام والانكماش الذي يحصل من نفسهِ مع استحالة الحبوب الى نسيج ندبي

وفي بعض الاحوال لا تكون عمليَّة استئصال الحبوب كافية لتلطيف الخطر الذي يلحق القرنية لان تلك الحبوب وان تبددت تحدث غالباً وعائية القرنية (بنوس) ويتبع ذلك فقد البصر ولا شك ان هذا ينشأ عن ضغط حافة الاجفان للقرنية واحتكاكها بها من الالتحام الندبي الذي يحصل في غشائها المخاطي

ولاجل تجنب هذا الضرر شق باجن ستيكر وسنيلر زاوية الاجفان الوحشيَّة مع احاطة الجرح بثلاث خياطات فتوصلا بذلك الى تحسين التهاب القرنية لكن هذا التحسين وقتي ايضاً لان فتحة الاجفان تضيق بانكماش الالتحام فيعود الاحتكاك وتلتهب القرنية ثانياً وتكون عرضة للخطر ولهذا نرى كثيرين خصوصاً في البلاد الحارة ممن استعملت لهم هذه الطريقة مع المعالجة المناسبة قد فقدوا نظرهم اوهم عرضة لفقدهِ ومن اجل ذلك لا يجوز استعمالها الاَّ في احوال استثنائيَّة بشرط ان توسع فتحة الاجفان

وبناء على ما تقدم نقتصر في معالجة الحبوب على المس مع تبديدها تبديدًا ميخانيكيًّا وفي معالجة وعائيَّة القرنية الناتجة من الحبوب بالامور اللازمة لها مثل ما تعالج اصابة القرنية الوعائيَّة اعني تعالج بقطرة الاتروبين وبالمكمدات وبالشق الدائري

وحيث ان معالجة هذا الرمد تطول اشهرًا بل سنين وفي اثنائها يكون عرضة للنكسة

ألتي ربما تفقد البصر فيلزم المحافظة والحذر من ذلك

(ثانيًا) اما الوسائط ألتي تمحو هذا الرمد وتزيل مضاعفاته ألتي تحصل في القرنية فهي استعمال طريقة اخرى بها يتوصل الطبيب الى مضاربة المرض بسرعة ولطف وهي محققة اكثر من الطرق المستعملة الآن وبما انهُ لا يعرفها الاَّ القليل رأيت ان اشرحها بشروطها وانشرها لينتفع بها العموم فأقول

لا تُتبَّع هذه الطريقة الاَّ في الاحوال ألتي تكون القرنية فيها قد اشتركت في المرض خصوصًا في البلاد الحارة وفي الاحوال الكثيرة الخطر ألتي تظهر فيها التراكوما ظهورًا تامًا وفي الاحوال ألتي لا يمكن للطبيب ملاحظة المريض فيها دائمًا

ولنحذر من الامور ألتي تساعد على ظهور المرض وتزيد الاورام الحبيبيَّة مثل تأثير الحرارة الرطبة وقلة الهواء النقي والمحال المنخفضة الرطبة فان لها تأثيرًا في ظهور هذا الداء وفي عدواهُ ومثل ضغط الاجفان على المقلة فانهُ يمنع تجديد الهواء في جيب الملتحمة العينيَّة

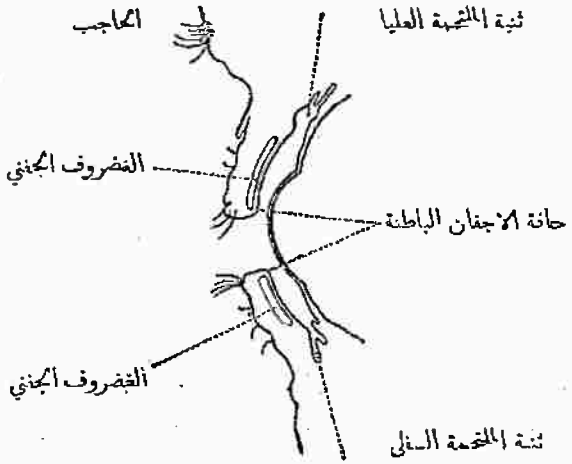
اما منع تأثير الاقليم والحرارة الرطبة وباقي الاحوال ألتي ليست بصالحة للاجتماعات وللصحة مثل تراكم الاشخاص والوساخة ألتي بها تظهر التراكوما فلا يتعذر باتخاذ طرق فعَّالة لوضع العين المصابة في احوال صحيَّة جيدة تمنع اضطراب النظر . واما منع ضغط الاجفان وحبوبها على المقلة الذي يحصل منهُ ضرر للقرنيَّة ناشئ من انحراف حافة الاجفان كما علمنا ذلك من المشاهدات الكثيرة فلا يتوصل اليهِ الاَّ باستعمال هذه الطريقة وهي تقصير الاجفان من الخارج سواء كانت العليا او السفلى وقد جرَّبناها كثيرًا فنجحت ولو انها ليست كافية في بعض احوال التهاب القرنيَّة الوعائي وقد استعملها الجراح الشهير باجن ستيكر وادخلها في فن الجراحة

وهذه الطريقة قد جُرِّبت في ستمائة مريض منذ سنة ١٨٨٥ كانوا مصابين بالتراكوما فشفوا منها وبعضهم كان مصابًا بالالتهاب القرني الوعائي . وحيث ان هذا العدد يكفي في تحقيق التجارب فقد علمت منهُ علمًا اكيدًا ان هذه الطريقة ناجحة في شفاء الالتهابات القرنيَّة المختلفة اذ بعد اجراء العمليَّة تتناقص الحبوب وارتشاح الغضاريف تناقصًا سريعًا خصوصًا عقب دخول الهواء ويقف الافراز القيحي المعدي ويقل الالتهاب جدًّا . ولا يخفى ان اخذ الاحتياطات اللازمة قبل اجراء العمليَّة وبعدها ضروري شديد اللزوم

واني اعلمت جميع اطباء العيون في بلدي بهذه الطريقة وتلك الوسائط تارة بالخطب واخرى بالنشر عنها في الجرائد ولكني رأيت ان اعرِّف بها اخواني واقراني المقيمين في

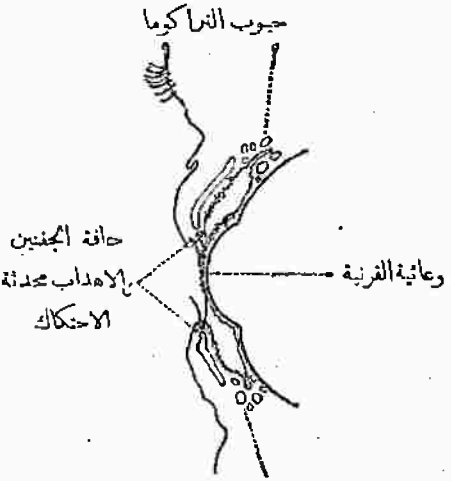
البلاد الحارّة التي ينتشر فيها هذا الرمد كثيرًا ليعملوا بها وينفعوا العباد

وبالاطلاع على صور هذه الاشكال المضافة الى هذا الشرح تسهل معرفة المرض وعلاجه لانها أُخذت من الحالات الطبيعيّة



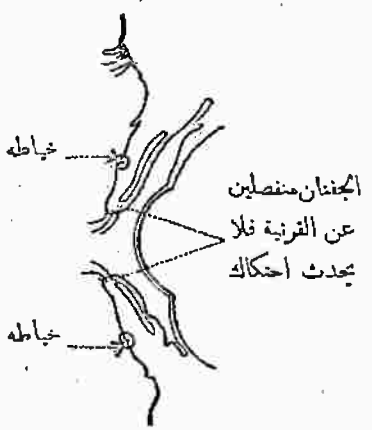
الشكل الاول

فمن الشكل الاول يظهر قطع في العين في وضعها الطبيعي فيرى فيه السطح الباطن من الجفن أملس بالكليّة وينزلق بسهولة على المقلة والقرنيّة ويندبها في كل حركة وينظفها من الاتربة



حبوب تراكومية

الشكل الثاني قبل العملية

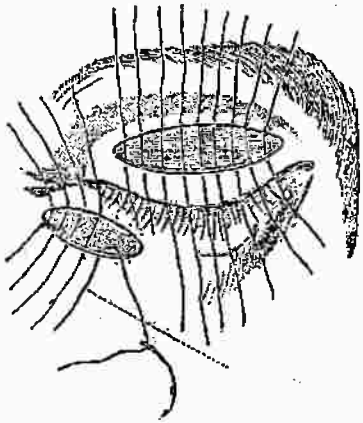


الشكل الثالث بعد العملية

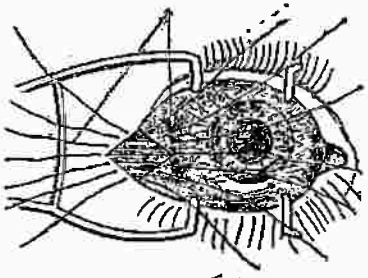
وفي الشكل الثاني ترى الحافة الهدبيّة ملامسة للقرنيّة والاهداب منتصبة تحتك

بالقرنيَّة فتحدث فيها التهابًا وانتفاخًا وبهذا تحصل وعائيَّة القرنيَّة فيحدث تغير في النظر واضطراب في الابصار وطريقتنا هذه تمنع حصول هذا الرمد لانها توجه الاهداب الى الخارج فيمتنع احتكاكها بالقرنيَّة

وفي الشكل الثالث تظهر الحافة الهدبيَّة منفصلة عن القرنيَّة من مليمتر الى اثنين وبذلك يدخل الهواء جيب الملتحمة العينيَّة عند حركة الاجفان وهذا التحسين يمنع رمد القرنيَّة لان وضع الاجفان حينئذٍ يقرب من الوضع الطبيعي



الشكل الخامس

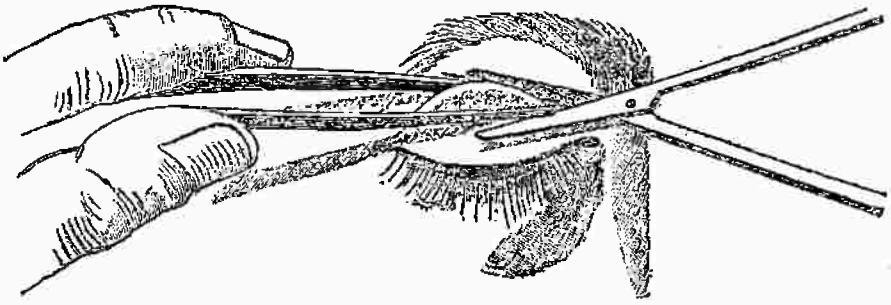


الشكل الرابع

وفي الشكل الرابع يرى السطح الجزئي المربع المعين الذي هو نتيجة قطع زاويتي العينين الوحشيتين ويظهر منهُ عدد وترتيب القطب وهي لا تترك الاَّ حافة رقيقة من الملتحمة والجلد وورمهما قد يستوجب شقوقًا وخياطة لاجل الانضمام العجل في الجرح وقد يطرأ ذلك احيانًا في توسيع العين بالطريقة المعتادة

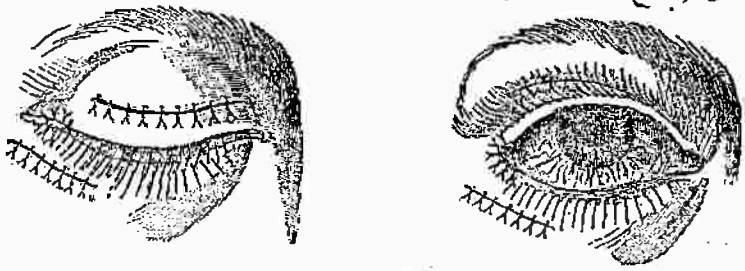
وفي الشكل الخامس يعرف طول وعرض الشريحة الجفنيَّة الَّتي تزال مع الاحتراس من اصابة المنسوج العضلي ولا يخاط منها الاَّ الحوافي وعرض الشريحة العليا ٢٢ مليمترًا وتوضع أعلى الجفن واما طول الشريحة السفلى فيكون ١٢ مليمترًا ولا تمتد الاَّ على الثلث الوحشي من الجفن الذي يصير مشدودًا جدًّا فلا يزيد عرض الشرائح عن المقاييس المذكورة الاَّ في الاحوال الخطرة

وفي الشكل السادس نتضح كيفيَّة العمليَّة الَّتي يسهل اجزاؤها بواسطة جفت التشريح ومقراض كالّ الطرف ويحافظ بقدر الامكان على ثنية الجفن الطبيعيَّة



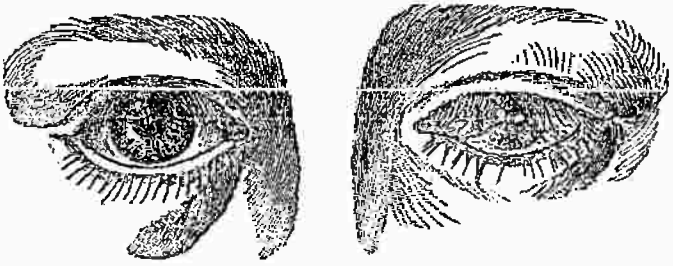
الشكل السادس

وفي الشكل السابع يظهر ترتيب الخياطة في العين مفتوحة ومطبقة



الشكل السابع

وفي الشكل الثامن يُرَى ان العين اليمنى شفيت بهذه العمليَّة واما العين اليسرى فمصابة مقروحة في قرنيتها



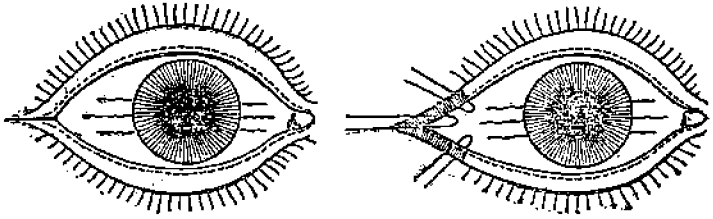
الشكل الثامن

ولا بدَّ من ان تفسل العين وتغسل بالايثير وبمحلول السليماني واحد في ٥٠٠ ثم تمدد وتشق زاويتها الوحشيَّة الى حافة الحجاج بواسطة مقراض ذي زر ثم تخاط مع تجنب العضل وعدم حصول الالتحام والاحتراس من حدوث اختناق في الاجزاء المحيطة او من وجود دم في حافة الجرح

واما كشط الاجفان فقد تقدم ذكرهُ ومتى تجنبت العضلات تمتع الشطرة وغيرها

ولا ينزف الشق الا قليلا والألم يتدارك باستعمال محلول كوكايني ٣ في ١٠٠ وعند اجراء العملية للاطفال لا يستغنى عن المخدرات او الكلوروفورم او الايثير ومدة العملية لا تزيد على ٢٠ دقيقة مع اخذ الاحتراسات اللازمة التي تضمن نجاح العملية

وعند مواساة الجرح ينظف باعتناء ولاجل تدارك الخياطة الضيقة والمكمدات تستعمل لصقة مكونة من البورق والرصاص على قطعة من الشاش عرضها ٥ ملمترات ولصقة البرلين ورفادة من الشاش يغلف بها الجزء المقابل من الرأس ولا يغير الا ثالث يوم ولا تفك خياطة زاوية الاجفان الا في اليوم السابع او الثامن للعملية لاجل منع انضمام الاجفان الذي لا يفيد العملية . وعند فك الخياطة تستعمل قطرة من الكوكايين او الاتروبين واحد في ١٠٠ ولاجل تقليل الافراز يستعمل محلول الرصاص وبعد مدة يستعمل المس بقلم كبريتات النحاس ليسهل امتصاص الحبوب ويلزم ان لا يهمل المريض من الوضع في وسط صحي ومن تجديد الهواء له واستعماله حمام البخار وتغذيته تغذية جيدة فان ذلك يساعد على سرعة الشفاء



الشكل التاسع

ويشاهد عند اجراء الفيار الاول نقص في التهاب القرنية وتحسن في حالة الجرح ويزال الشديد اذا تكون في الخزانة المتقدمة وبعد مضي ١٠ ايام او ١٥ يزول التهاب القرنية ومتى استمر على المعالجة تزول الحبوب شيئاً فشيئاً

ولا يتخلف عن هذه العملية تشوه لان اثر الالتحام خطي وتابع لسير الاجفان لكن يوجد ابتداء طول في الفتحة الجفنية الا انه يصير منتظماً بارتفاع الجفن العلوي ولم يشاهد حصول جفاف في القرنية من ارتفاع الجفن واذا كان الرباط العيني مضبوطاً لا يحتاج الامر الى الفيار بالاكليتك فباستعمالي هذه الطريقة مع اتخاذ جميع تلك الوسائط شاهدت نجاحاً تاماً وشاء أرمادِ حبوب مكثت من ١٠ سنين الى ٢٠ سنة مع استعمال كافة المعالجات لها والمكث في قاعة معتمة وبعد ان شفي اصحابها بهذه الطريقة امكنهم التكسب لمعاشهم ومعاش عيالهم

واني اشير على سكان البلاد الحارّة ٱلّتي يكثر فيها هذا الرمد بمعالجته ومنع الاجتماعات المساعدة على انتشاره ومنع الاسباب ٱلّتي ليست كافية للصحة لانهُ بتسبب من وجودها حصول العدوى ٱلّتي تستمرّ سنين بل مدة الحياة وذلك يهم الحكومة ايضاً كما يهم الاهلين

وفي الشكل التاسع المرسوم في الصفحة السابقة صورتان تعلم منهما كيفيّة العمليّة بالطريقة القديمة وهي تنحصر في شق الزاوية الوحشيّة للاجفان ثم خياطة ثلاث قطبات ٱلّتي تزال ويخاط بدلها خياطة جديدة في زاوية الاجفان

الزلازل واسبابها

الفصل الثالث

في اسباب الزلازل

بسطنا الكلام في جزئين سالفين على اشهر الزلازل ٱلّتي حدثت من قديم الزمان الى العام الماضي ووعدنا ان نبسط الكلام على اسبابها وانجازًا لذلك نقول

الانسان مولع بالبحث عن اسباب الحوادث ولا سيما اذا كانت عظيمة رهيبة تهلع لها القلوب وتقشعرّ منها الابدان . وايّ حادثة ارهب من الزلازل واشدّ منها تأثيرًا في النفوس ولذلك بحث الناس عن اسبابها وعلّلوها على أساليب شتى بحسب درجاتهم من العلم ونتج من بحثهم فيها علم جديد يسمّى علم السيسمولوجيا اي علم الزلازل . وقد نشأ هذا العلم على اثر حدوث الزلزلة العظيمة في بلاد نابلي سنة ١٨٥٧ فوضع المستر ملت الانكليزي كتابهُ المشهور في وصفها ووصف الزلازل بنوع عام وانشأ الاستاذ بالماري الايطالي مرصد الزلازل على جبل يزوف . ومن ثم اخذ العلماء يدققون البحث عن اصل كل زلزلة من الزلازل الكبيرة ٱلّتي حدثت بعدئذٍ وعمقها وسيرها وسرعتها واستنبطوا لذلك آلات وادوات دقيقة جدًّا حتى انهُ لما حدثت الزلزلة في بلاد يابان في شهر مارس (اذار) الماضي شعرت آلات رصد الزلازل بها في مدينة رومية والمسافة بين المكانين نحو ستة آلاف ميل . ولم يكتفِ العلماء بعمل الآلات الدقيقة لقياس الزلازل بل لجأوا الى الامتحان العلمي فاحدثوا زلازل صناعيّة بواسطة نسف الارض بمقادير كبيرة من