الطبيب والمعمل[1]

نظر نقدي

بقلم الدكتور انيس انسي بك
رئيس القسم الباثولوجي بمعامل الصحة الفنية بالقاهرة
وأستاذ علم الباثولوجيا بكلية الطب المصرية سابقاً

تاريخ اتصال المعمل بالطبيب أو الجراح حديث العهد جداً وخصوصاً في هذا البلد ، وقد اخذ أطباؤنا الاهتمام بالابحاث المعملية والتحاليل عن الامم الغربية ، كما هو الحال في كل شيء جديد . وعلى ما أذكر — الى عهد قريب جداً — اقتصر هذا الاهتمام على تحليل البول مدة من الزمن ، ثم تبع ذلك الاهتمام بفحص البراز وخصوصاً للديدان (وفي مقدمتها الانكلستوما) ، ولاسيما بعد التجارب العديدة التي قام بها الاستاذ لوس (Prof. Looss) لمعرفة طريقة العدوى بهذا الوباء الخطر — وليسمح لي بان أسميه وباء وأن أضم اليه مرض البلهارزيا ، فان من يراجع التاريخ يجد ان سكان هذا القطر السعيد كانوا عرضة بل طعمة للطاعون والكوليرا ، إذ كان يموت مئات الالوف من السكان في بضعة شهور من آن الى آخر الى ان اتخذت الاحتياطات الصحية وغيرها فزاد التعداد ، ولكن للاسف الشديد ما الفائدة من زيادة العدد لاناس مصابين بمرضين وبيلين (الانكلستوما والبلهارزيا) يقعدان بالمصابين عن العمل حتى ان أغلبهم لا يمكنهُ أن يقوم باشغاله اليومية الضرورية الا بكل مشقة . ونتائج هذا في بلد زراعي يحتاج الى اليد العاملة ماثلة أمامنا ، خصوصاً إذا قارناها بحالة الاقطار الزراعية الاخرى التي لم يُنكب اهلها بهذه الامراض . وتبع الاهتمام بفحص البراز الناية بفحص الدم ، وهذا على ما اذكر ابتدأ في مصر حوالي سنة ١٩١٠م وأتذكر ان اول حالات الفازرمان عملت حوالي تلك السنة . ثم ازدادت أهمية ذلك سنة فسنة حتى نرى الآن أن هذا الامتحان (امتحان تثبيت المكمل) ليس قاصراً على تشخيص السفلس بل صار يطبق في امراض أخرى ؛ كما انهُ لم يقتصر على مصل الدم بل تناول السائل المخي الشوكي وغيره من سوائل الجسم أيضاً

(١) عنوان كتاب طبي كلينيكي ظهر حديثاً للدكتور احمد زكي ابو شادي في نحو الف صفحة ويشتمل على ثلثمائة وستين صورة وهو يطلب من مطبعة التصوير وثمنه ١٥ غرشاً

وبعد فأزاء كل هذا لن يفوت مثلي الانتباه الى كل ما له صلة بالابحاث المعملية في مجال الدراسة والارشاد لتقدير هـذه الابحاث والانتفاع الواجب منها . وامامي الآن فصول كتاب (الطبيب والمعمل) لزميلي الفاضل الدكتور ابو شادي شاملة خطبتين جامعتين القاهما أمام (الجمعية الطبية) بالاسكندرية وتناول فيهما بطريقة الاستعراض العملي أهم المباحث البكتريولوجية والبيولوجية والمكرسكوبية الخاصة بتسهيل التشخيص الطبي ، وقد اردفهما بفوائد شتى متنوعة جليلة القيمة سواء كانت تأليفاً أو اقتباساً او تلخيصاً او تفصيلا وأبت روحهُ التعاونية المحمودة الاّ أن يشرك في عمله القيم من شاء التعاون من زملائه القديرين ، كل في دائرة اختصاصه وذلك زيادة في نفع تأليفه ، دون ان يفرط في ربط هذه المباحث العديدة بعضها ببعض ربطاً محكماً مع عرض صنوف المختار من المفردات والاساليب العلمية الطبية ، وهكذا كان موفقاً كل التوفيق فيما شاءه من خدمة العلم الصرف والادب العلمي معاً . لذلك يسرني الترحيب بظهور هذا الكتاب العملي الهام في اوانه ، خصوصاً وأن مؤلفهُ ذو مطامح علمية واسعة ، ويودُّ أن يتبعهُ بما هو اهم من رسائل وكتب في اختصاصه الطبي

وأظن أن خير تعليق على مواد هذا الكتاب يكون بتتبع مباحثه الاصلية مع الالتفات الخاص الى ما تعلق بخبرته الخاصة ، وما اشار اليه من أثر ذلك في نتائج بحثه وفي تشخيص الحالات المبهمة . ويحول المجال الذي أمامي دون الاسهاب او تناول العديد من الفوائد التي ذيلت بها خطبتا الكتاب ، سواء كانت من قلم المؤلف أو من أقلام زملائه الافاضل ولا يفوتني هنا ان احمد للمؤلف نشره قائمة المراجع التي ختم بها الكتاب تبرئة لذمته وارشاداً لمن يريد زيادة الاطلاع والتوسع . وأرجو أن يعدّ مقالي هذا بمثابة استعراض نقدي على سبيل المثال ، اذ بديهي انهُ ليس في الامكان التعليق الضافي على كل شيء في هذا التأليف الحاشد دون أن يتضخم حجمهُ ودون الاستهداف للتكرار وان كنت لا انكر للاستعراض النقدي قيمتهُ العلمية والادبية معاً ولكن مالا يدرك جله لا يترك كله

***

بدأ الخطيب المؤلف محاضرتهُ الاولى بالحث على الاهتمام العام بأبحاث المعمل حتى يكون الطبيب الكلينيكي عارفاً لاحدث طرق التشخيص قادراً على الانتفاع الاتم ونعى على المتطفين تقدم لكل من لا يقتصر على علم خاص ولا يكتفي بضيق معلوماته ، وكان رأي المؤلف أننا برغم الحاجة الى التخصص اصبحنا في زمن يحتاج اليه الطبيب — كيفما كان تخصصهُ — الى الالمام العام حتى يستطيع ان يطبق تخصصهُ أحسن تطبيق بالاشتراك مع زملائه الاطباء

الآخرين حين تقتضي الاحوال. وكما أن العرفان العام امر واجب على كل رجل مثقف في هذا العصر وعلى كل امرأة مثقفة أيضاً، فكذلك الالمام الطبي العام من أمس الواجبات على كل طبيب عصري يعرف واجباته الفنية: هذا الشعور هو ما شجع المؤلف على إلقاء محاضرتيه اللتين نحن بصددها. أما ملاحظتي الخاصة على ذلك نحي أني أرى الى جانب أهمية الالمام العام والاعتماد على المعمل في التشخيص خطر الاتكال الكلي على المعمل بحيث يصبح الطبيب الكلينيكي مهملاً في واجبات التشخيص المتعلقة به ذاتياً، والاسراف في كلتا الناحيتين ضرر يجدر بنا التنبيه اليه فلاتقيه

وقد استهل المؤلف محاضرته الاولى بالكلام على الامراض الطفيلية بادئاً بمرض البلهارزيا، ومن النقط الاصلية في محاضرته التي وجه اليها انظار الاطباء: —

(١) اعطاء حقنة طرطير منبهة في الحالات المبكرة المشتبه فيها (حينما لا توجد بويضات البلهارزيا في البول أو البراز) أسوة بحقنة الـ ٦٠٦ أو الـ ٩١٤ المستعملة في مرض السفلس

(٢) تفضيله استعمال زجاجية الساعة بدل الشريحة مما يمكنُ من فحص كل رواسب البول دفعة واحدة. وبما ربما لم يجد سوى بويضة أو اثنتين برغم كل هذه الحيطة في العينة وهذا مما يؤيد أن النتيجة السلبية لا يعول عليها ما لم يكرر الفحص وخصوصاً بعد إعطاء حقنة منبهة

(٣) إشارتهُ باستعمال حامض الخليك التي مضافاً الى الراسب لاذابة كريات الدم الحمراء في العينات الشديدة التشحط بالدم حتى يسهل بعد ذلك فحصها

(٤) إشارتهُ إلى تعريق البراز بالصفراء في كثير من احوال البلهارزيا المالسونية (بلهارزيا الامعاء)، وذكرهُ أن أكثر أسباب الاسهال الاخضر عند البالغين في مصر يرجع إلى البلهارزيا

(٥) إشارتهُ إلى أن صورة الخلايا غير الطبيعية (الخلايا الصديدية والخلايا البشرية من غشاء الامعاء المخاطي) مما كان ينسب سابقاً إلى الدسنطاريا الميكروبية ليس في الواقع قاصراً عليها خصوصاً في المناطق الحارة. بل انهُ مما يشاهد كثيراً في مصر في حالات البلهارزيا المعوية وفي بعض حالات العدوى الطفيلية.

وبودي أن أضيف إلى هذه الملاحظات ما يأتي: —

(١) في حالات البول الدموي (لا سيما في الاحوال الخاصة إذ لا توجد عجلة في إعطاء النتيجة، على ضد احوال المستشفى) يشار على المريض — إذا ما كانت النتيجة سلبية، كما هو الغالب في هذه الحالات — إن ينتظر حتى تزول نوبة البول الدموي لانهُ

في اثناء النوبة تكون عضلات المثانة مرتخية ويقل طرد البويضات من الانسجة المثانية بينا البويضات التي تخرج من الاوعية الشعرية في الحالات المبكرة جداً قليلة للغاية. ويلاحظ أن النزف البولي هو عادة ناشيء عن انفجار الاورام الحلمية (الپابلومات : papillomata) المسببة عن التغيرات المزمنة الناشئة تحت الغشاء المخاطي من تهيج بويضات البلهارزيا لهذه الانسجة العميقة

(٢) في بعض الحالات المشتبه في عدواها بالبلهارزيا يلاحظ في فحص الراسب البولي فحصاً ميكروسكوبياً وجود كثير من الخلايا البشرية للمثانة اغلبها متجمع في طوائف تحتوي كل منها ما لا يقل عن العشرين خلية فما اكثر ، ويكون البول عادة حمضياً الا في حالات التقيح والاحتباس . وهذه الحالة تنم غالباً على وجود سرطان بالمثانة سواء كان السبب الاصلي بلهارزيا (وهو الغالب في مصر) او ثانوياً عن سرطان في البروستاتة ، وهذا الاخير يكون مصحوباً عادة بصديد كثير ويكون البول عادة قلوياً

وليست عندي ملاحظات إضافية على ما ذكرهُ المؤلف عن تشخيص الانكلستوما حيث قد وفى الموضوع حقهُ من كل نواحيه العملية . ويجب أن لا ننسى أن عدد الكريات الحمراء الطبيعي عند المصريين البالغين هو سبعة ملايين كرية فأكثر يقابلها خمسة ملايين كرية عند الاوربيين ، وبناء على ذلك لا يستغرب انخفاض العدد عن ٣ ملايين كرية (بدل مليون عند الاوربيين) في حالات الانكلستوما بين المصريين

وأما عن الاميبا : فقد ارتحت الى التدقيق الكلي والى التحذير الذي وجههُ المؤلف إلى أطباء المعامل وإلى الاطباء الكلينيكيين على السواء . وليس يُنكر أن بعض الجهات تستوطنها الاميبا ، ولكن الغالب ان هنالك مجازفات كثيرة في تشخيصها الايجابي .وأذكر في خلال الحرب العالمية أن كثيراً من حالات الاسهال المرضية كانت تشخص ايجابية للاميبا ، ولكني عند فحص ما كان يعرض عليَّ منها (وكان ذلك كثيراً في تلك الايام) ما كنت استطيع العثور لا على الاميبا ولا على اكياسها . وقد شكوت ذلك مرة الى احد اعلام رجال البحث المختصين فأمن على شكواي وقال لي : ثق يا عزيزي بأن عدد القادرين على تشخيص الاميبا تشخيصاً لا يعتوره الشك محدود جداً . وأنا اوافقك كل الموافقة على ان كل هذه التشخيصات الخاطئة مبنية على تخيلات نظرية

وأما عن الطفيليات الاخرى : فقد عثرت على اللامبليا في حالات كثيرة من الاسهال الشبيه بالديسنطاريا في الاسكندرية ؛ ولا يبعد مع التدقيق العثور عليها في جهات اخرى من القطر ،وقد عثرت شخصياً عليها في احوال اسهال شديد في القاهرة في بعض

الاحيان ، وعلى ذلك اوافق المؤلف على اعتبار اللامبليا سبباً من اسباب الاسهال المرضي في مصر على الاقل

وأما عن الديسنطاريا الميكروبية : فقد كانت العادة قديماً اعتبارها قليلة الحدوث بالنسبة الى الديسنطاريا الاميبية اللهم إلاَّ في السجون والبيمارستانات ، وبين الجموع المحتشدة كالجيوش والحجاج ، ولكن تقدم الابحاث العلمية الحديثة اثبت نقيض ذلك اي انها موجودة بكثرة وبحالات انفرادية . بيد انهُ يخشى ان تحدث مغالاة في تقدير وقوع هذا النوع من الديسنطاريا ، خصوصاً اذا اعتمد في التشخيص على الفحص الميكرسكوبي فقط : اي على تمييز انواع الخلايا الموجودة في البراز . وهذا ما حذرنا منهُ المؤلف،لأن الصورة الميكرسكوبية ليست قاصرة على الديسنطاريا الميكروبية في مصر على الاقل حيث تكثر الطفيليات وتشتد وطأتها

وأما عن الحمى المعوية : فالى جانب اشارة المؤلف الى خطورة التبكير بالفحص عن طريق زرع الدم يهمنا ان نذكر الحقيقة التاريخية الآتية : وهي ان الحمى التيفودية كانت منتشرة في القطر المصري في الماضي اي قبل تقدم الصحة العامة بحيث انها كانت من امراض الاطفال المعدودة ، وكانت تحصد ارواحاً كثيرة كل عام لم يقدرها اي احصاء. وفي ذلك الوقت لم يكن تفاعل فيدال ولا غيره معروفاً ، وكان التشخيص قاصراً على العلامات الكلينيكية . وهذه — كما نرى الآن — لا يمكن التعويل عليها لتشخيص المرض. من اجل ذلك صار تفاعل فيدال ايجابيًّا بكثرة في الوطنيين (المصريين) وصارت وطأة المرض خفيفة عليهم اذا قيست بوطأته في الاجانب.وهذا سبب المناعة النوعية في المصريين. ولذلك صار من الحتم علينا ان لا نعتمد على تفاعل فيدال وحده في تشخيص الحمى التيفودية والباراتيفودية ، ولا بد اذن من الاهتمام بزرع الدم والبراز والبول

ولا ملاحظة عندي على ما ذكره المؤلف عن التيفوس والدفتيريا والسيلان ، فان ما ذكره فيه الغنية الكافية . وأما عن السفلس فقد اصاب المؤلف حقاً بما ذكره عن تفسير تفاعل فازرمان . وكل طبيب بكتربولوجي لا بد ان يكون قد وجد في هذه المآزق التي يسببها جهل المرضى او تقصير الاطباء الذين لا يعرفون تقلبات هذا التفاعل في احوال مختلفة حسب سير المرض والعلاج وطبيعة الدم

وأني شخصيًّا اؤثر تفاعل فازرمان (حسب الطرق الحديثة المهذبة) على ما سواه من انواع التفاعل البيولوجي لتشخيص هذا الداء . ويجب ان لا ننسى ان بعض الشعوب (كالشعب السوداني) يثبت دمه مكمل التصل بدرجة عالية ، وفي هذه الحالة ينبغي عمل

ضابط مصل (serum control) بالنسبة للمكل في كل حالة . فربما امتص مصل الرجل السوداني من المكمل عشرة اضعاف القدر المتادطبيعيًّا ، فلو اهمل التدقيق في هذا الضابط المصلي لظهرت الحالة ايجابية بدل ان تكون سلبية . ويصح اعتبار الشعوب الافريقية مجالاً بكراً للسفلس كما حدث في وباء سنة ١٩٠٥ ، في يوغاندة وما جاورها من اختلاط حاملي العدوى البيض بالاهالي السود ، اذ كان يفتك السفلس بهم فتك الطاعون في اسابيع قليلة منتهياً غالباً بالموت . وعلى الضد من ذلك حالة اي شعب ذي مدنية قديمة كالمصريين حين يصابون بالسفلس كمرض عادي جدًّا من ابتدائي وثانوي وثلاثي . وخبرتي هنا ما لاحظته من ندرة الاصابات الموازية للسفلس (parasyphilitic lesions) في مصر ، اذا ما وازناها بنظيرتها في اوربا وفي الشعوب الاخرى الحديثة المدنية . ويزيد هذا الاعتقاد اذا ما لاحظنا ان اغلب مرضانا لا يعالجون الا علاجاً اوليًّا . ويجب ان نذكر هنا أتماماً للفائدة ان تثبيت المكمل بدرجة قوية لا يدل على قوة المناعة الطبيعية لانه صفة ذاتية للدم (personal character of the blood) ولا يعرف سببه الحقيقي ، كما قد يلاحظ ازدياد عدد الكريات الحمراء في اغلب الشعوب الملونة دون ان يدل ذلك على الصحة ، فقد يكون العدد مثلاً ٣ ملايين كرية بدل مليون كرية في حالات الانكلستوما

وأما عن الدرن : فمن المستحسن في حالات النزف الصدري الانتظار حتى يزول النزف قبل امتحان البصاق ميكرسكوبيًّا اذ الغالب ان تكون النتيجة سلبية حينئذٍ وهذه بطبيعة الحال لا قيمة لها . ولا بد من اعادة الفحص بعد زوال النزف ، ويجب ان لا ننسى ان درن الاطفال كثيراً ما يكون مختبئاً بحيث يستحيل ظهور الباسلس في البصاق ، ولا مفرَّ حينئذ من الاعتماد على تفاعل فون بيركت او على تفاعل كليت . هذا والمعروف ان السائل البلوراوي في حالات الدرن يكون سلبيًّا عادة للباسلس ، اللهم الا في حالات الالتهاب الرئوي البلوراوي الدرني (T. B. Pleuro-pneumonia) فقد وجدته شخصيًّا بكثرة في السائل البلوراوي . ومن اجل ذلك اشير بضرورة امتحان السائل البلوراوي امتحاناً بكتريولوجيًّا في جميع الاحوال . وأذكر حالة من سنوات عديدة لاحد اغنياء المصريين شخصت تيفوداً اعتماداً على سير الحرارة وعلى تفاعل فيدال (وقد ذكرت سابقاً عدم اهمية هذا التفاعل في الوطنيين) ثم ظهرت علامات تجمع السائل البلوراوي ، فاعتبر هذا بطبيعة الحال من مضاعفات التيفود ، وأرسلت اليَّ عينة لفحصها بكتريولوجيًّا خوفاً من وجود ميكروبات صديدية مسببة دبيلة (امبيما : empyema) فلاحظت ان الخلايا الغالبة هي اللمفاوية ، ولذلك خطر لي ان اصبغ العينة لباسلس كوخ (باسلس

الدرن) ، ولعجبي كان الباسلس موجوداً فعلاً بكثرة ، كأنما العينة محضرة من البصاق! ومنذ ذاك الحين واصلت اهتمامي بفحص كل عينة سائل بلوراوي لاجل الدرن ، وكانت النتيجة العامة في السنين العديدة التي اشتغلت فيها مما لا يستهان بها

وأما عن الملاريا والراجعة : فأرى ان التشخيص يستحق عناية وخبرة ، فقد تؤدي عدوى الملاريا الى اصابات خطيرة : بعضها لا يظهر فيه بتاتاً مرض الملاريا من الوجهة الكلينيكية مثل الشلل الناشىء عن اصابة المخ بالملاريا وخصوصاً الخبيثة فيها

واما عن الفيلاريا : فتاريخها الكلينيكي وامتحان البول مما يدلنا على وجودها دلالة قوية ، وإن أدى امتحان الدم الى نتيجة سلبية بسبب انحباس الاجنة

واما عن الالتهاب السحائي : فما يجدر بنا تذكرهُ أن هناك حالات شديدة ووبائية فيها المنجوكوك بدون تفاعل : أي بدون وجود خلايا صديدية ، وإن تكن هذه الحالات نادرة جداً

واما عن القرحة الرخوة : فيجب أن لا يكون التشخيص كلينيكيًّا فقط لان السفلس غير مأمون في مظاهره الاولى ، وقد يتخذ شكل القرحة الرخوة . وكم من خدش بسيط انتهى بظهور العلامات الثانية للسفلس : مثال ذلك وجود خدش بسيط في حالات السيلان، فيعالج المريض من عدوى السيلان بدون اهتمام بذلك الخدش الذي قد يزول ايضاً حينما هو في الواقع عدوى سفلسية متخفية

***

هذه ملاحظات وتعليقات عنت على سبيل المثال لا على سبيل الاستقصاء عند اطلاعي على هذا الكتاب المفيد الحاشد الذي قرأتهُ باستمتاع وافٍ ، فقد يطول بي الحديث عن كثير من المسائل والمباحث العملية التي أشار اليها المؤلف ، وخصوصاً امراض الدم وتشخيص الحمى التيفودية، وما ذيل به الكتاب من الفوائد العملية والعلمية المتنوعة

***

ولي كلمة اخيرة عن صلاحية اللغة العربية لاستيعاب العلوم العصرية الطبية : فاقول ان هذا الكتاب برهان آخر على اهلية لغتنا العدنانية للقيام بهذه المهمة حيثما وجدت العناية بها والرغبة الصحيحة في استعمالها . وأرجو أن تستقبل العربية ومعاهدنا الدراسية العالية في هذا العهد — كما نالت في الماضي ايام نهضتنا التعليمية الاولى — الكثير من المؤلفات القيمة في شتى العلوم والفنون