

أمراض العيون

العين وتركيبها ، كيفية الإبصار وعدم الإبصار ،
تأثير الهواء والصدمات ، أمراض الجفون والملتحمة ،
الزمد الصديدي والحبيبي والرصي ، الكاتري (الكتريا)

هذه الأمراض التي تصيب العيون لا يتسع المجال لبحثها بحثاً دقيقاً خشية الإساءة كما هو
الحال في شرح المسائل الطبية ، ولكن من الممكن تيسيراً للقارئ أن يلمّ إلماماً تقريباً ،
بإيجاز ، بذلك كله .

فالعين - كما لا يخفى - عضو حساس تألف من أنسجة دقيقة رفيعة لا تتحمل
الصدمات ، ولذلك فإن الله سبحانه وتعالى ، لم يترك هذا العضو الحساس بغير حماية أو وقاية .
من أجل ذلك نرى أن هناك عوامل متباينة ، تتضافر وتتصادم لمصلحة العين ، فقد وضعت
العين داخل حجاج عظمي مبطن بمادة ليفية دهنية ، وغطيت من الخارج بالجلغون المتناهي
من الظارح طبقاتاً لما تلطفه فيما يلي :

(أولاً) - مائة الجدر الحاجبية وتركيبها الديناميكي ، و (ثانياً) الدهن الحاجبي
وهو يحمي العين من الخلف ، و (ثالثاً) الجفون وهي تحميها حاية تامة لطاقتها إذا قابلتها جسم
غريب أو جو شديد ، بالترميش « Winking » وهو الذي يغطي سطح القرنية بالعوائل
ويزيل الأجسام الغريبة والميكروبات المختلفة عنها ، ولا يمكن أن يتم عملها إلا إذا كان
سطح المقلة مغطى بسائل يشكركن ويسحب بسهولة تامر ودر ما تسميه بالدمع (الدموع) ،
فهو العامل الوحيد والمهم من عوامل حماية العين . وأخيراً نجد الملتحمة التي تنكسو القرنية
بامتدادها فتضع الميكروبات من الوصول إلى القرنية « عدية المقاومة » ، كما تمنع الدمع من
أن يتغلغلها فتذهب بصفتها وشفافيتها .

أما العين ذاتها فعوامل مقاومتها الداخلية هي دقة حساسية القرنية التي تسبب

« الترميش » وقفل الجفون بسرعة فائقة ، وسلاية الغلاف الليفي الخارجي الذي يتألف من الصلبة والقرنية .

وفيما يلي تفصيل لما أوجدها عن تلك العوامل :

١ - العظام المحيطة

قبل بأذن الجمعية مؤلفة من فقرات أربع تكادمت طبقات بعضها فوق بعض لئلا عنها ذلك الوطاء العظمي وصحبت هذه الفقرات بالوخزية (Occipital) ، والوتدية الجدارية ، والجبية ، والأينية . والثالثة منها هي التي تسمى ، إذ يمثل جسمها بالجسم الوتدي ، وثقبها الأوسط بالثقب المصغرة أو الأثيوبدية (Ethmoidal notch) التي يبيت فيها العظم المصغري ، وتمثل صفيحتاها أو جناحاها الجناح الوتدي الصغير ، والعظم الجبهي ، وهذه الثقبه هي التي تحمي امتداد المخ للمسي بالعصب البصري والشكية . وهي التي تبصر . كما تحمي الفقرات المنقبة ، والصدرية والخصاع الشوكي .

ولمعرفة كيف يحمي ذلك الصندوق المفتوح من الأمام ، وهو القوي يتألف من الجوانب ، الذي تبطنه من العضلات والدهن الذي بداخله تقول :

الحجاج العظمي - تتألف الحافة من العظم الجبهي والوجهي والنسي والعلوي وكلمة عظام ، مقاومتها كبيرة نظراً لتركيبها القوي المثيز ، وصلابتها ومطابقتها لنظام بيلايكي رائع . فإذا كانت الإصابة من أعلا على القوس الجبهي العلوي ، انتقلت الرجة إلى الجبهتين ، الصكية والوجية ، ومنها إلى سائر عظام الوجه ، ويشبه هذا النظام القوسي الفرطي (Orbitich Arc) في « البناء القديم » . وكذلك الحال إذا كانت الإصابة موجهة إلى القوس السفلي الذي يتألف من الحافة النكية العليا ، فإن القوة تتوزع إلى عظام الجمعية خلال العمودين الذين يتألفان من العظم الوجهي والفاشرة النكية الجببية ، فإذا انجهدت الإصابة نحو المدار الخارجي حدث الخلل ، يضاف إلى ذلك التوزيع على القوس الوجهي وعندئذ يعمل كاتقوس الطائر (Fixing arch) الذي تقوى به الأقواس الفرطية القديمة في الكائنات والكاندرايات . لتلك ترى أن الإصابة منها بلغت شدتها فإنها تنتقل بهذا النظام الصل إلى مجموعة كبيرة من العظام المقاومة فلا يتي تأثيرها في مكان واحد .

وكذلك الجدار الخارجي ، تحمية العضلة الصدغية من الخارج ، فإذا وصلت إليه الضربة فإن التشنج الذي يتسبب عنها يقف عند العقين الحاجبين العلوي والسفلي اللذين يقفان كخندق قوي يمنع الامتداد إلى الجدران الأخرى ، وأبست إصابة الجدار السفلي صلبة للثقال ، إذ أن العظم السفلي العلوي يقف حائلاً دون ذلك ويقلل من تأثيرها ، لأن العظم لا يسهل اختراقه ولأنه يتكوّن من لوحين مفصولين بحبيب هوائي ، ولا تأتي إصابة الحاجب الداخلي إلاّ بعد إتمام محتويات الحاجب ، ولذلك ليس أمام الطبيعة من حاجة ملحّة تدعو لصلابة هذا الجدار ، فإنه ينشأ رقيقاً دقيقاً تخترقه الأورام بسهولة كبيرة . أما الجدار العلوي فهو حاجز بين الحاجب والجمجمة ، ولذلك تكثر إصاباته . وليس في مثانته ولا في تركيبه ما يمنع من تمدد الإصابات ، علاوة على أنّ الهزات الممتدة إليه في إصابات الحافة العليا تسبب تشققات بسهولة نظراً لرفته .

وهناك عامل مهم يزيد في مقاومة الجدار الحاجبية للإصابات ، إذ أنها تتكوّن - كما تتكوّن جدران الجمجمة - من لوحين بينهما نسيج ليفي تكوّنت طبقاته بسننها فوق بعض مثلها في ذلك مثل المحيطان التي تبني من طبقتين بينهما مادة مازلة ، إذ تكون أكثر مقاومة مما لو بنيت صماء من طبقة واحدة ، والعظمة الجيبية ، والوتدية ، والجدار الخارجي ، والسفلي كل ذلك يتكوّن من طبقتين ولذلك كان لها تلك المقاومة .

٣ - الدهن الحاجبي

وهذا الدهن الحاجبي عبارة عن مادة تسهل حركة العضلات خلاله ويسهل كسده أو كسبه للعين ، فإذا وجبت للعين إصابة ما من الأمام تمزقت هذه فلا يمنحها الدهن عن ذلك بل يدفعها دفعاً لطيفاً وينحسرها إلى مكانها .

٣ - حركات الجفون

هذه الجفون تفتق في أثناء النوم ، وفي الضربة الشديدة ، وعند القرب المفاجيء للجمع قريب ، وعندما تلمس الأهداب جسماً صلباً ، وفي حالة تهيج القرنية والملتحمة ، وفي أثناء العطس . كما تفتق حين تغير أو زيادة الدموع ، وعندما منحس بمخالف المدح القرني .

وكذلك أدنى الجنون متى تهبج أي فرع من فروع العصب الخامس (Fifth nerve) ، فينتقل الاحساس منه الى نواة العصب السابع . وهناك الانعكاس القرني (Corneal reflex) وهو الذي يجب اعتباره من أهم عوامل حماية العين ، ومن أواخر الانعكاسات التي تختفي أثناء التخدير العام .

والجنون نومان من الحركة ، أو لها سريع لا يتم فيه نطاق الجفنين ويسمى الترميش (Winking) وثانيهما قوي يحكم يسمى بالاقفال ويقصد منه حماية العين (المقلة) من دخول جسم مفاجئ .

ويشبه من الترميش مرحلة انقباض الجزء العضوي في العضلة اللاصقة . يسطح القرنية والملتحمة ، أو زيادة اللمع في الأخيرة عند الاحساس بالجفاف فيها . أما الاقفال فيتم بتطابق الجفنين وقفل الفتحة الجفنية تماماً . وعند النوم يتطابق الجفنان محتمة وتندفع المقلة الى أعلا وإلى الخارج كما يرى ذلك بسهولة في النساء والأولاد خلال الجنون لركته .

ومند فتح الجنون يرتفع الجفن العلوي بشد العضلة الرافعة ويساعدها في ذلك العضلة التي تسمى بعضة مول (Moll's muscle) . أما الجفن السفلي فإنه يقط بثقله عند فتح الجفنين وتسحب العضلة السفلي لمول الى تحت قليلاً .

٤ - الدموع

هذه الدموع تفرزها الغدة الموجودة بالملتحمة الجفنية ، ويمكن استمرار إفراز الدموع بكميات كبيرة جداً لساعات متعددة عند حدوث مؤثرات ، وعند وجود حالة نفسية عنيفة ، أو عند تهبج ملتحمي شديد ، ومصدره الدم ، لذلك فإنه يتحلل الفسدة وينساب بين طياتها (فسيباًها) ، ويفصل الدم عن القناة الموجودة داخل الفصيص بمخاط متعددة إذ يفصله عنها الغشاء الوطائي والغشاء القاعدي للفصيص ، ويتناول هذا العامل الأفرزي سرعة مرور الدم ، وزيادة ضغطه في الفسدة ، وزيادة اتساع الأوعية الشعرية ، حتى لقد ينتقل البنفس الشرياني إلى الوريد .

وتغير شكل الغلبة كثيراً بعد تمام الإفراز ، إذ تفقد الحبيبات التي كانت بها ويزيد

مقدار البروتوبلازم (Protoplasma) نسبياً، ويبدأ الإفراز بأن تأخذ الجيبات الماء والأملاح من السداد المجاورة، وتفتح وتنصرف كنقطة مائلة في القنوات التي بداخل الغضبيات. فالعمل الأول موكل بالخلية التي تكون الجيبات من البروتوبلازم بالترسيب وسواء (تسحب في سبيل ذلك الاملاح والسوائل من الدم، كما تأخذ منه المواد الغذائية المتجهة من القناة نحو السطح.

قيمة الإفراز: ولا يحدث من الإفراز مادة إلا ما يكفي لتغطية السطح القرني وتعرض البحر، ويكون ذلك غالباً من الغدد المتحمة، وإذا زاد الطلب تدخلت الغدة الدمعية، وزاد الإفراز تبعاً لذلك. ويتجه الزائد من السائل الدمعي من الجاف الخارجي إلى الجاف الداخلي بجملة عوامل. أولاً: ارتفاع الأول من الثاني وحدة بوزن. وثانياً الحركة الاختلاجية التي تنقل الجفون ومنها نحو الأنف.

ويزداد انهمار الدمع: أولاً - عند ملامسة أجسام غريبة للتحمة والقريبة. وثانياً عند تهيج غشاء الأنف. وثالثاً - عند وقوع ضوء شديد على العين. ورابعاً - عند الاحساس بخفاف القرنية. وخامساً - عند تأثير الأعمدة تحت الجفراء ونوق البنسجية على العكبة وهكذا.

٥ - المتحمة

والمتحمة قطعة من الجلد تتغير تركيبها تبعاً لوضعها فهي تعتبر كغط دفاع أمامي ضد الميكروبات التي تكثر على سطحها وخطرها عند ادائها على القرنية، بينما تمثل لخلايا الصفاوية وجيباتها (Follicles) التي تكثر في طرين الخط الثاني في تلك السلسلة الدفاعية.

وتتخثر المتحمة على غند عرقية (هي الغدد الدمعية) وأخرى دهنية (ميوميرن) (Meibomian) وليس لها عمل إلا في حرف العين حيث يتطلبها الاحتكاك المستمر كما أنها قليلة الالتصاق بما تحتها

وتحفظ المتحمة بخاصية لا ترى في مكان آخر من سطح الجسم، مثلها في ذلك مثل الحيوانات النظرية، فان خلاياها خاصة بإفراز المخاط فتتورم الخلية وتمتلئ بالميرمين، ثم تنفجر فتخرج محتوياتها كسائل يفسل السطح ويحمل معه ما طلق من الميكروبات، ولذلك فان والمتحمة آثاراً من الأهداب على قبة العين.

٦ - حساسية القرنية

ويوجد تحت سطح القرنية شبكة عينية نهائية تحمى للقرنية حساسية خاصة بالحرارة والبرودة والتمس والوخز، وكلها تحدث حساسية بالألم في القرنية وتؤدي إلى إقمان الجفون بسنن

٧ - مقاومة أغلفة العين

والعين غلاف ليفي قوي متين جداً نظراً لكثرة الأنسجة التي يتركب منها فلا يتغير الجزء الظلفي من الصلبة عند الإصابة في الجزء الأمامي والعكس بالعكس إلا في الإصابات المباشرة. ولذلك فالقرنية شفافة وتتأثر بالحروج (قرح العين) فإذا حصل حرج على القرنية ترك أترأ يسمى صحابة إذا كان الحرج سطحياً، أو ترك عتامة (نقطة) إذا كان الحرج عميقاً أي غير سطحي، ولذلك فإنه يحجب النور الذي يدخل من القرنية إلى الشبكية، والعصب البصري بحماية الحدقة كما يمنع النور من الاتصال بالعصب البصري والشبكية والمخ إذا حدث إفراز والتهاب بالقرحية، والقرحية الهدبية فيسبب التصاقاً حلقياً عند الحدقة، أو حدث عتامة للبلاورية وهذه تسمى كتركتا وهي ما يسميها العامة (ميتة أو ميتة بيضاء). والقرنية - في هذه الحالة - مثلها كمثل زجاجة الساعة تماماً تكهف ما وراءها، والمهضبة الهدبية مؤلفة من الخلف من المشيمة والبهيم اللدني، ومن الأمام بالقرحية، وهذه عبارة عن حجاب حاجز مستدير في وسطه ثقب دائري يسمى الحدقة (الثَّقْنِي) يتألف معظمه من الأوعية الدموية الشعرية مع بعض الخلايا ومغزى بكثير من الأعصاب الحساسة معظمها العصب الخامس، وهو لذلك يحس بأي أثر، ويحصل له التهاب وإفراز شديد يؤلم المريض ويحدث للعين احمراراً شديداً وانتهاءً وعدم حساسية بالضوء، حتى إن المريض لا يستطيع فتح عينيه إلا بصعوبة، ويتأثر من الضوء ولا ينفعه إلا البقاء في الظلام. ولون القرحية عسلي فأمق أو عسلي فاتح كما هو مفاد في أعين معظم المصريين، على عكس الجانب فيصوبهم زرق. أما إذا كانت الخلايا غير ملونة بالمادة السرداء فإنه يأخذ لوناً أزرق فأمق أو لوناً فاتحاً تبعاً للخلايا التي به.

والحدقة مثلها كمثل ثقب آلة التصوير تنسج وتتكشف حسب الحاجة إلى الضوء. تنسج في الظلام لدخول نوراً أكثر، وتتكشف في النور القوي وفي الشمس.

أما الخزانة المقدمة فهي فضاء بين القرنية والقزحية ، بهامادة ليففاوية. وبلي اقزحية العدسة ، وهي التي تحكم وتكثف بصر المرئيات . والجسم الزجاجي ، وهو ما يشكو منه بعض الناس بوجود أجسام سرود تتحرك أمام الحدقة بسبب وجود شامات به . ثم الشبكية والمعصب البصري ، وهي امتداد المخ وجزء منه ، وهي التي يرسم عليها الصورة من الخارج وتأخذ رسماً في المخ ثم تنكس وتخرج بصورتها الطبيعية ، وهي أم نقطة حساسة داخل العين . فإذا حدث ضمور أو التهاب ، أو حدث اتصال للشبكية ، فإن الصورة لا تصل إلى المخ ولا ترسم ، ولا تأخذ اتجاهها الطبيعي ، ومعنى ذلك فقد البصر .

الأمراض

وذا يلي تفصيل موجز لأمراض العيون والمنثحمة والزمد الصيدي والرمد الطبيعي والبشري والريبي والدفتريا (أي الدفتريا الرمديّة)

١ - التهاب الجفون

عرفنا فيما سبق أن للجفون غداً دمعية وحماية ليس لها عمل إلا في مكان واحد وهو حافة الجفن بمجراد الرموش .

ويصاب هذا الجفن بعدة أمراض ، بينها الالتهاب ، وهو ثومان : قشري ، وتقيحي . أما القشري فانه نوع من القشرة تملأ الرموش وتسقطها ونشوء منقر الوجه بالقدور واحمرار حافة الجفن ، وسقوط الرموش .

والنوع الثاني وهو التقيحي : عبارة عن تقبض داخل بصيلات الرموش ، وهو أشد من الأول ، لأنه يكون مصحوباً باحمرار شديد ، ويترتب عليه تقبض الرموش بل وفقدانها ووجود دمامل . ويمرّون إصابة الجفون بالتهاب إلى عوامل كثيرة جداً ، أهمها الفقر ، والعيقة في حالات غير صحيّة ، أو في جورٍ يكثر فيه الدخان أو في عمل ينقض الوذرف أمام النار مثل حمل السكرية والحذاين والطباخين ، وكذلك في وسط القاذورات كما يترتب عن الضعف السل ، أو يأتي أيضاً نتيجة أمراض الحصبة . ويحيط كل شعرة من شعرات الرموش مادة تقيحية فتصير طائفة في السديد وتظهر كأنها حلة دمامل بالرموش .

وهو كذلك مرض صمد كما لا يخفى ، وقد يأتي أحياناً في حالات عدم استعمال النظارات حين تكون لازمة صوماً للنظر الاستجابي . أما علاج التهاب الجفون فهو النظافة والمطهرات أولاً وقبل كل شيء .

* * *

٢ - الرمذ الصديدي

وهذا المرض - ولا شك - معروف في جميع أنحاء القطر المصري ، ويسببه تفقد العين بصرها ، إما بإصابتها بالقرح فتفقد اثنين بصرها تماماً ، وإما بترك عتامة كبيرة (نقطة) ، أو بضمور المقلة ، أو ظهور غتبه (زر) فهو لذلك أخطر أمراض العين . وقد تبين من الإحصاءات لهذا المرض في المستشفيات الرمذية الأميرية أنه كان في سنة ١٩٠٤ بلغ نحو ١٢ أو ١٤ في المئة . أما الآن فلا يصل إلا إلى حوالي ٥ أو ٥ في المئة بفضل انتشار التعليم وكثرة المستشفيات الرمذية والخصوصية علاوة على دقة العلاج ، وإنه كذلك بفضل المظاهرات الفعالة كالبصاين ومستحضرات السلفانا وسولود ، معروف تقل نسبه كثيراً .

أحبابه وعلاجه : الرمذ الصديدي ليس هو ما يسبب العين بالصديد وحده بل إنه يحدث وربما بالجفون واهتراراً في الملتحمة « بياض العين » وهذا المرض إما أن يكون خفيفاً أو شديداً فلا يتمكن المريض ولا الطبيب من فتح العين إلا بالآلات الخاصة ثم يتكون الصديد بين الجفون ، ولا يمكن المريض في هذه الحالة أن يقاوم الضوء فلا يفتح عينيه ، وهنا يأتي الضرر من الميكروب الذي يأكل أجزاء العين بمعنى أن القرنية هي التي تصاب أولاً . وما أن هذا المرض ينتج من الأهل والراحة ، فإنه يصيب معظم العائلات الفقيرة التي تعيش عيشة غير صحية . وهو ينتقل بسرعة بواسطة القواب ، واللمس ، والمناشف ، والمتاديل ، والخدات ، ولحم الأضفان بينهم مع بعض .

وتختلف درجة إصابته باختلاف الميكروب الذي يسببه ، فبعض الميكروبات تصاب قرحة بالعين بين ١٢ و ٢٤ ساعة ، والبعض الآخر لا يسبب شيئاً . وتصاب العين به أحياناً ، بقرحة بين سبعة أيام أو عشرة .

وميكروب الرمد الصديدي صغير جداً لا يمكن رؤيته إلا بالمجهر المكبر والميكروسكوب ،
فيضعف جسمه نحو ٩٧٠ مرة ويثين منه أن طوله يبلغ من اثنين إلى ثلاثة مليمترات
وتتمدد ميكروبات هذا المرض فمنها ستافيلوكوكس وميكروب السيلان وجيرنوكوكس
والدفتريا وسوانها وأعد تلك الميكروبات فتكاً بالعين هو ميكروب السيلان « Gonococ »
فانه يفقد البصر في بعض الحالات في خلال ٢٤ ساعة

وسبب إصابة العين بالنقطة في حالة إصابتها بالرمد الصديدي يرجع إلى أعمال علاجها
وتأخير فحصها طبيًا فيبتد حينئذ الميكروب وتبقى مقاومة العين للرض ضعيفة .
العلاج : — غسل العين بالمسابة بالتميل المطهر أو بالماء النظيف ، بارداً أو دافئاً ،
والمس بوساطة الطبيب ، ثم حمل حقن العين بوساطة الطبيب أيضاً ، بمقادير خاصة ، واستعمال
حقن البنسلين ومستحضرات السلطانا وسرى ذلك .

تنبيه : من الخطأ ربط العين بالقطن كما يفعل بعض الناس ، لأنه يحجز الصديد داخل
العين ، فيتوالد الميكروب ويتكاثر الصديد داخلها ، فيصعب الضرر عليها .
أما النيل ، ولو بالماء ، فإنه يطرده الميكروب ويزيله .
العدوى : ليست هناك مناعة للوقاية من الرمد الصديدي ، فان المرض بعد شفائه
يصاب غير مرة بهذا المرض متى اتصلت به العدوى .

وقد يشفى هذا المرض أحياناً من تلقاء نفسه لأنه يستمر جمعة أيام وفي نهايتها ينقطع
الصديد من نفسه ويضع المريض عينيه وتعودان لحالتها الأولى بعد وقت قصير — اما اذا
حدثت اصابة بالقرحة فلا يمكن المريض أن يفتح عينيه بعد الجمعة أيام وعند مرضه على
الطبيب يجد أن القرحة أصابت القرنية تقريباً . ولذلك كان المعتد قديماً أن لا تمس العين إلا
بعد جمعة أيام بحمجة شفاؤها وحدها فإذا وقعت الوانحة وأصبحت العين بالقرحة بعد الأيام
السيمة وعرض المريض على الطبيب وفاجأه بلسابة العين بالقرحة استغرب وتفرع الاصابة
بالعين .

٣ - الرمذ الحبيبي

هذا المرض يعرف كذلك باسم « الرمذ المصري » أو « الحصية » وهو عبارة عن وجود حبيبات على الملتحمة داخل الجفون ، سواء الجفن العلوي أو السفلي ، وهو مرض معد في دوريه الأول والثاني - كما سنتفصله فيما بعد - ويسبب إفراراً بالعين ولا صباحاً في الصباح ، كما يصيب قنل الجفون وقد نسه العلماء إلى أربعة أقسام :

القسم الأول : عبارة عن حبيبات صغيرة تكاد تكون غير ظاهرة على الجفون ولونها أبيض يميل إلى اللون الأسفر

والقسم الثاني : عبارة عن حبيبات على الجفن « follicles » وهي متعددة فمنها الصغير ومنها الكبير ، ومنها الممتد والمربع ، ومنها المبطط والسميك وسواها . والافراز يوجد بين الحبيبات أو فرق سطحها . فهو مرض معد جداً .

والقسم الثالث : لا يوجد به حبيبات ، بل يكون قد حلّ عليها أثر النحام . وهو معد إذا لم يكن قد تكاملت النحاماته .

وتكون أحياناً مصحوبة بحبيبات رملية ، وهذه غير معدية ، إنما يلزم إجراء عملية لها ، ولا صباحاً إذا كانت كبيرة وبارزة .

والقسم الرابع : يكون للجفن قد هني من الحبيبات فيصبح « أملس » ، نظيفاً . ولا عدوى منه .

ويرمد القسم الأول يثنى من نفسه بمرور الزمن ، وأحياناً يتحول إلى رمذ القسم الثاني ، وأحياناً يعنى بالملاج بتطرة الزنك ، أو معلقات النحاس ، وأحياناً يكون مصحوباً بإفراز وهذا الإفراز قد يكون غير ظاهر ، أو سديمياً ، وقد لا يشعر به المريض إلا إذا وجد هذا الإفراز .

أما رمذ القسم الثاني فإنه أصعب الدرجات كلها ، إذ أنه يحدث البطبات والتمامات وكثرة الأوعية على القرنية ، والقروح ، والشمرة ، والإفرازات وكثيراً ما يكون مصحوباً

ميكروبات تسبب الرمد الصديدي نفسه ، وأحياناً يصعب ارتقاؤه في الجفون ، فتؤلم فتحة العين ، وتغطي الحشفة .

وهذا يحتاج الى المس يوسياً بنترات الفضة ، ثم بإجراء عملية ، ثم بالمس مدة طويلة حتى تعود حالة الجفون الى الحالة التي بسطناها في القسم الثالث ، ويلتظ ظهور الشجرة اما في أثناء العلاج ، أو بعد تمامه ، مما يدور الى سرعة اجراء عملية طأ . ويسمى الفلاح : « كأس المسمى » كما يسمونها « الصفرة » أو « الرفعة »

أما رمد القسم الثالث فيحتاج الى العلاج بالمس وسواء حسب اشارة الطبيب إلى أن يصل الى درجة القسم الرابع أي ان يكون قد وصل الى درجة « أس » ورمد القسم الرابع لا يحتاج الى علاج ما وليس من الضروري أن يكون بالعين ورم أو اتفاح يدل على وجود الرمد الحبيبي بل بالعكس فان حالة الجفون من الظاهر تكاد تكون طبيعية

ورمد القسم الثاني ينقسم الى (ا) - ما أشرنا اليه قبلاً و (ب) - تكون حبيباته كبيرة الحجم وأكثر صلابة وتحجراً و (ح) - كما في قسم (ا) ومصحوبة بالانزوات و (د) - كما في قسم (ب) علاوة على انزوات قد تشبه أحياناً الرمد الصديدي

وتاريخ الرمد الصديدي والرمد الحبيبي معروف لدى قدماء المصريين ، فقد اكتشف « اير » - وهو من العلماء المشهورين في علم الآثار - وجود نوعي هذا الرمد في البلاد قبل سنة ٢٠٠٠ ق.م ، وكتب ابقراط الطبيب اليوناني المعروف - سنة ٤٢٢ ق.م. عن مرض الشجرة وعلاجه والعمليات . ووصف حلسن الطيب الروماني الشهير عمليات الرمد الحبيبي ، كما وصف حالة الجفون ومنها دقيقاً سنة ١٤ بعد الميلاد . وكذلك وصف كاسيس فيليكس سنة ٤٤٧ بعد الميلاد أيضاً ، ووصف يزاقتين الطبيب اليوناني الشهير نارض الحبيبي سنة ٦٠٠

وقد عرفه في العهد القديم الآله توت وكان يمشره قدماء المصريين آله الطب وله بحوث طبية ورمدية وتعاير ، والعلاج بسلقات النحاس « الزوتبا الزرقة » والونك .

أما أطباء العرب فقد وصفوا عمليات الشفرة كما وصفوا الرمد الحبيبي ، بينهم صهر المرصلي سنة ١٠٠٠ بعد الميلاد ، والقاذلي

ولما غزا نابليون الأراضي المصرية سنة ١٧٩٨ - ١٨٠٢ أصيب حينئذ بالمدى العديدي والطبيي امابات شديدة كانت ميباً في انادتهم الى بلادهم وكانت نسبة المصابين بالعنى من بينهم كبيرة جداً .

وتبلغ نسبة الاسابة بالرمد الحبيبي في ريف مصر بين ٩٢ و ٩٨ في المئة وبلغت نسبتها بين تلاميذ المدارس نحو ٩٥ في المئة ثم قلت الى نحو ٩٢ في المئة نتيجة العناية التي بذلت في صيل علاجهم والوقاية من الرمد هي الثقافة التامة وعدم الاختلاط بالمصابين أو مصابقتهم ، أو استعمال الأدوات التي يستعملونها .

٤٥٥

قلنا في ما سبق أن الرمد مرض مصري قديم ، وان قدماء المصريين بمخبره وطاجود ، وقول هنا أنهم اتصلوا في هذا العلاج الزنك وصفات النحاس (التوتيا الزرقاء) - ولا زال تستعمل الى الآن بعد ما تبينت فائدتها في علاج الرمد الحبيبي . ولا علاج للرمد الحبيبي سوى القطرة في الحالات البسيطة ، ثم المس والعملية والتنظافة وعلاج المضاعفات - وفي حالة وجود الشفرة ، يكون بالعملية ، وليس بقطر الرموش فانها لا تلبث ان تعود الى الظهور بعد نحو ١٥ أو عشرين يوماً .

وليست الشفرة مفدية بل الرمد الحبيبي هو الممدي ، وكما أن الرمد لا يسب ضعف النظر فكذلك المس لا يقوي البصر الا إذا كان الرمد مصحوباً بمضاعفات .

وقصر النظر شيء والرمد شيء آخر ، بل ان قصر النظر يكون طبيعياً مثل قصر الميوبيا Myopia وعلاجه النظارة .

ومع ان الرمد الحبيبي قديد الصدوى فانه الى اليوم لم يكتشف له ميكروب خاص ولا زال تجري البحوث للوصول الى معرفة أصله .

أما الرمد البكري وهو التهاب بسيط في الملتحمة، فيحدث من وجود بثرات على الملتحمة (أي بياض العين) أو على حافة القرنية، وتسبب انهماك الدموع، وعدم مقاومة الضوء، ويعزى سبب ذلك إلى الضعف، ولا سيما إذا وجدت مع الغدد الموجودة بالزق وهي التي يقال أن أصلها درني، غير أنها توجد في أشخاص سليحي البنية، كما أنها توجد في الأولاد بين من الخامسة والثامنة عشرة.

الرمد الريحي: والرمد الريحي يشبه الرمد الحبيبي في درجة التقدم الثاني (ب)، وقد يصيب الملتحمة الجفنية، والملتحمة القرنية، وأحياناً يصيب الاثنين معاً. فإذا أصاب الملتحمة الجفنية ظنه بعض الأطباء انه رمد حبيبي، وطالبه بالمس والمطية، ولكن المرض في هذه الحالة يزداد صرماً، وهو يكون مصحوباً بكلاز وكرش بالجمون لا يقوى المرض على احتمالهما معهما كان الدواء الذي يشمله.

وإذا أصاب الملتحمة القرنية، كانت حالته كحالة التهاب القرنية، ويحصل بروز بسيط في الأوعية على سطح الملتحمة والقرنية، ويكون هذا الالتهاب والاحمرار محدوداً أو طاماً حول القرنية.

وقد ظن بعض الأطباء أن هذا المرض يظهر في شهور الصيف، غير أن البحوث دلت على ظهوره صيفاً وشتاءً، ويصاب به الرجال والنساء على السواء بين سن العشرين والثلاثين. والغريب أن هذا المرض قد يزول وحده أحياناً بغير علاج ولا يعود للمريض مرة ثانية. وأحياناً أخرى لا يزول بالعلاج إذ لا يلبث أن يعود إلى المريض فلا يقوى على احتمالها وقد أدى بحثي إلى عملية تمنع بها عودته بتاتاً.

الركنور عبر المسح هربس

(لبحث خاصة)

طبيب العيون