المقالة الاولى - اعتبارات عمومية

متى حضر المريض أمام الطبيب لزمه ما يأتى . أولا أن يتأمله ببصره تأملا تاما لانه كثيرا ما يرى علامات تكفى لتشخيص المرض قبل أن يسأله عن مرضه وقبل ان يبحثه . ثانيا أن يسأل المريض أو من هو منوط به (ان كان طفلا أو كهلا ولكنه مضطرب العقل أو غير قادر على الاجابة) عن اسمه وعن تاريخ مرضه وعن موضع الالم وعن أمراض والديه لان أجوبة المريض أو من هو منوط به كثيرا ما تؤكد التشخيص الذى افتكره الطبيب بمجرد التأمل للمريض بالبصر أو بالاقل تهدى الطبيب للوصول للتشخيص وزيادة على ذلك فمن اجابة المريض يحكم الطبيب ان كان المريض نبيها أولا متغير العقل أولا . ثالثا وهو المهم أن يبحث أجهزة المريض واعضاءه جهازا فجهازا وعضوا فعضوا مبتدأ بالجهاز الذى يشتكى منه وذلك البحث يكون كذلك أولا بالنظر للجهاز المعرض للمعاينة ثم بحثه بوسائط البحث الخاصة به لمعرفة الظواهر الاكلينيكية الموجودة لان بها يتم بل وبها وحدها يمكن تشخيص المرض . ولنتكلم على هذه المباحث الثلاثة تفصيلا فنقول

المبحث الاول فى النظر الى المريض على العموم

بالنظر الى المريض يعرف ان كان تنفسه طبيعيا أو متعسرا بطيأ أو سريعا فيكون بطيأ محمودا بالحالة ثبات فى الامراض المخية الكوماوية وفيها أيضا تتجه المقلة الى جهات غير عادية . ويكون التنفس فى التغيرات القلبية عسرا وسريعا محمودا باحتقان الوجه احتقانا احتباسيا أى يكون منتفخا ولونه سيانوزيا ولون الشفتين أزرق والاوعية الشعرية للانف والوجنتين والملتحمة وأوردة العنق متمددة والاطراف السفلى أوزيماوية ويكون التنفس متعسرا سريعا فى أمراض الجهاز التنفسى . ويعرف وجود مرض فى احدى جهتى الصدر محمودا بالم يكون المريض مضطجعا على الجهة السليمة ثابتا (لتسكين الألم الصدرى) فى الجهة المذكورة وهذا ما يشاهد فى الالتهاب البلوراوى والرئوى . ويكون المريض مضطجعا على الجهة المريضة اذا فقدت رئة هذه الجهة وظيفتها كما فى الانسكاب البلوراوى المصلى العظيم الكمية أو الانسكاب الهوائى لاحدى جهتى البلورا وكما فى تكبد احدى الرئتين الالم اذا وجد عنده ألم فى هذه الجهة فيكون مضطجعا على الجهة السليمة كما ذكرنا لتجنب تزايد الالم . ويكون كذلك مضطجعا على الجهة السليمة أو الاقل اصابة فى الدور الاخير للدرن الرئوى . ويكون مستلقيا على ظهره منحنى الجذع الى الامام ومنثنى الاطراف على البطن

متقلص الوجه فى الالتهاب البريتونى الحاد وفى الالتهاب الكبدى والمثانى الحادين أى الحميين . ويكون منكبا على بطنه فى المغص المعوى والكبدى والكلوى غير الحمية أى غير الالتهابية . وبالنظر يعرف التشنج الذى يحصل فى بعض عضلات الوجه المسمى بالتيك . وبالنظر يعرف مزاج المريض .

ـ والامزجة المتفق عليها أربعة وهو المزاج الدموى والعصبى واللمفاوى والصفراوى ولكل منها أمراض يغلب وجودها معه يهتدى لها بعلاماتها . فالدموى يكون عرضة للاصابة بالامراض الالتهابية الحادة وفيها تكون الحمى شديدة . والعصبى يكون عرضة للتنبهات العصبية المركزية والدائرية وللاصابة بالامراض النقروزية وتكون الظواهر الانعكاسية عنده أكثر شدة . واللمفاوى يكون عرضة للاحتقانات العقدية اللمفاوية والاوزيماوالارتشاحات المصلية وللاصابات النزلية المخاطية الحادة ثم تصير بسهولة عنده مزمنة ويكون عرضة للاصابة بالاسكروفول وبالدرن وبالاجزيماوالتقيحات المستطيلة المدة وشفاء أصحاب هذا المزاج تكون غليظة والعقد اللمفاوية للعنق ضخمة . والصفراوى يكون عرضة للاصابة بأمراض الجهاز الهضمى مصحوبة باضطرابات مخية سيمباتيكية Sympatique * وبالنظر يعرف الطبيب تركيب بنية المريض فتكون جيدة متى كانت جميع وظائف الاعضاء حاصلة بطريقة جيدة ومكافئة لبعضها ومتى كانت بهذه الصفة كانت أقل عرضة للاصابة بالامراض واذا أصابها مرض كان سيره منتظما وأعراضه واضحة وينتهى بالشفاء ويعرف ذلك بجودة هيئة منظر المريض . وتكون البنية رديئة متى كانت بعكس ما تقدم وحينئذ تكون عرضة للاصابة بالامراض والامراض الاولية تتضاعف بأمراض أخرى وجميعها تميل للازمان ويعرف ذلك برداءة هيئة منظر المريض . وبالنظر ولمس الشرايين بالاصبع يقدر العمر الطبى للشخص فبالنظر يعرف وجود القوس الشيخوخى للقرنية أو عدمه وباللمس يعرف وجود صلابة الشرايين من عدمه وجودها ثم بعد ذلك يقارن العمر الطبى بالعمر الحقيقى وبالفرق يتحقق من جودة صحة المريض أو عدم جودتها . وبالنظر الى المريض تعرف الكاشكسيا الدرنية والسرطانية والزهرية والآجامية واللون الباهت المميز للانيميا . ويصير لون الوجه باهتا أيضا قرب حصول القىء وفى الاغماء وفى دور القشعريرة فى الحميات وكذلك أثناء حصول الانزفة الباطنية . ويكون لون جلد الوجه أحمر فى الدور الاول للامراض الالتهابية وفى الاحتقان المخى وفى الحميات . ويكون اللون الاحمر شاغلا لجلد الانف والاعين والاذنين فى حمرة الوجه وقاصرا على الوجنتين فى ابتداء التدرن الرئوى ويكون لون الوجه أصفر برقانيا فى جميع الاحوال التى فيها توجد المادة

الملونة للصفرا في الدم سواء كان ذلك عقب تغير في القلب أثر على الكبد أو في الكبد أو في القنوات الصفراوية الكبدية أو في الاثنى عشرى . ويكون لون الجلد أسمر مصفرا في بعض الأمراض الكبدية المزمنة وعند المرأة زمن الحمل . ويكون نحاسيا في أمراض محافظ فوق الكليتين . ويكون سنجابيا عند الاشخاص الذين تعاطوا في تعاطى نترات الفضة . ويكون الوجه عظيم الحجم محمرا في الحمرة ويكون منتفخا أو زعاوبا باهتا في الامراض القلبية والكلوية . ويكون غير متوازن في جهتيه في الشلل النصفي للوجه فزاوية الفم من جهة الشلل تكون منخفضة وشدق هذه الجهة يكون مرتخيا ومياز يبها تكون ممحوة والحفرة الانفية لهذه الجهة تتسع في الزفير وتنطبق في الشهيق وهذا يدل على أن مجلس التغير إما العصب الوجهى أو المراكز المخى وتعرف القروح القديمة بالاثر الالتحامية . وبالنظر للوجه يعرف وجود الطفح في جلده ويكون الوجه منقبضا في التألم كما في الالتهاب البريتونى الحاد . ويكون الوجه ابيض قراطيا أى نحيفا فيه لمن قرب الموت في الامراض المستطيلة فيصير الانف فيها كأنه أكثر بروزا عن العادة والاعين أكثر غورا والاصداغ أكثر انخسافا والاذنان أكثر بروزا عن العادة والشفتان مرتخيتين ولون الوجه رصاصيا أو كابيا . والوجه هو المجلس المختار للاميتيجو عند الاطفال وللأكنة عند الشبان وللحمرة عند الكهول ولايصاب بالجرب . وعلى الوجه يبتدئ ظهور طفح الجدرى . وعلى الشفة يظهر الهربس الذى يصحب الالتهاب الرئوى في نحو اليوم الرابع من الاصابة الرئوية في بعض الاحيان والطفح الشفوى الهربسى لايحصل أبدا في الحمى التيفودية ولا في التيفوسية المصرية . وبالنظر تعرف حالة الحدقتين فتكونان منقبضتين في النوم الطبيعى ومتمددتين في الكوما وفي الاغماء وفي الاسفكسيا وفي النوبة الصرعية وفي الكوريا وفي تأثير البلادنا . وتصيران متمددتين وغير منتظمتين في الدور الثانى للالتهاب السحائى الدرنى . وعادة تكون حدقة الجهة المشلولة للنصف الجانبى للجسم متمددة وتكون الحدقتان منقبضتين في التسمم بالافيون وفي تزيف البصلة المخية . وتكون الحدقة ضيقة لاتتأثر بالضوء في الأتاكسى لوكوموتريس لكنها تتمدد في النظر الى الاجسام البعيدة عن العين وتنقبض في رؤية الاجسام القريبة وتكون الحدقتان غير متساويتين في الشلل العمومى التدريجى وفي تدرن احدى الرئتين . وتكون الحدقة متمددة لاتتأثر بالضوء عديمة الحركة في الاوغلوكوما أى الكمنة . وتكون الحدقة ذات شكل بيضاوى أو على شكل زاوية عقب الالتهاب القزحى بسبب حصول التصاقات فيها وكذلك تكون الحدقة متغيرة الشكل عقب تقرحات القرنية والتصاقها بها . وبالنظر تعرف حالة اليدين فقد

تكونان أوزيما وبتين أو يكون بمفاصل الاصابع أو بعظامها أورام أو تشوه كما فى الروماتزم المشوه أو تكون السلاميات الاخيرة منتفخة كانتفاخ القضبان التى يضرب بها على الطرو مبسطة وأظافرها منحنية كما عند الدرنيين . وقد تكون العضلات الباسطة لليد والاصابع والساعد مشلولة فتكون الاصابع فى نصف انثناء كما فى التسمم الرصاصى . وبالنظر يعرف تزايد النسيج الشحمى تحت الجلد عن حالته الصحية ووجود المصل فى النسيج الخلوى تحت الجلد المسمى « اوزيما تحت الجلد » وعلى العموم توجد ثلاثة أنواع من الاوزيما (أولا) أوزيما تبتدئ بالكعبين ثم تمتد فيما بعد الى الساقين ثم الى الفخذين ثم الى البطن وهذا النوع ينجم عن التغيرات الصمامية للقلب غير المعادلة سواء كانت أولية أو ثانوية (ثانيا) الاوزيما التى تبتدئ بتجويف البطن وتكون الاستسقاء الزقى الابتدائى وهى تنجم عن اعاقة دورة الوريد الباب سواء كان ذلك العائق سيروز الكبد أو درن البريتون أو سرطانه (ثالثا) الاوزيما التى تظهر ابتداء فى الاجفان عقب النوم وتنتقل الى اليدو الى الساق وهكذا وهى تنجم عن التغيرات الكلوية ويصحبها وجود الزلال فى البول . وبالنظر تعرف التغيرات الجلدية التى منها الاجزانتيما exantima وهى بقع حمر تزول زوالا وقتيا بالضغط عليها بالاصبع ثم تظهر بعد رفعه وتشفى بسرعة إما بالتحلل أو بالتقشر ومتى كانت صغيرة مستديرة أو بيضاوية لا تزيد سعتها عن سعة عدسة سميت بالوردية وهى المكونة لطفح الحصبة وللوردية فى الحمى التيفودية وفى الزهرى ومتى كانت بقعها أكثر اتساعا وبدون شكل وغير واضحة الحدود سميت اريتما erytma وهى تكون طفح القرمزيه scarlatine ومتى كانت بقعها لا تزول بالضغط عليها بالاصبع سميت بورپوره نزفية . وقد يوجد فى الجلد بقع بحمنية أى مسودة أو بقع فقد فيها الجلد مادته البحمنية الطبيعية (أى الملونة) فتبقى هكذا بيضاء ولا يزول هذا اللون قط بالضغط عليها . والبقع البحمنية والبقع المفقودة المادة البحمنية تكون خلقية أولية أو مكتسبة عقب أمراض جلدية . وقد تكون البقع وعائية فيقال لها انتصابية وهذه خلقية دائما . وقد يوجد فى الجلد حلمات أى بروزات خالية من السوائل صلبة القوام محدودة الدائر يختلف حجمها من حجم حبة دخن الى حجم حصة أو أكبر ومتى شفيت لا يعقبها أثر التحام وهى تكون طفح البيرو ريجو وطفح الليكن . وقد يشاهد فى الجلد تولدات درنية تتقيح ثم تتقرح بعد شفائها فى أغلب الاحوال أثر التحام وهى توجد فى الزهرى الجلدى وفى الجذام وفى بعض أنواع الليبوس . وقد يشاهد فى الجلد أورام مستديرة بارزة عن سطح الجلد السليم صلبة نوعا حجمها أكبر من

حجم الدرن مجلسها الجزء الغائر للادمة تسمى بالاورام الصمغية تتقيح عادة ويعقبها قرحة غائرة يعقب شفاءها أثر التحام مسمرة اللون أبدية أى لاتمحى قط وهذه الاورام خاصة بالداء الخنازيرى الدرنى وبالزهرى الثلاثى . وقد يشاهد فى الجلد أورام أخرى تمكث فيه زمنا طويلا ويتزايد حجمها تدريجيا وذلك كالكيلويد keloïde والمولوسكوم mulluscum والسركوم sarcum والابيتيليوم epitheliume والكارسينوم carcenum وغيرها. وقد يشاهد على سطح الجلد طفح حويصلى كالطفح الهربسى والطفح الاجزيماوى والطفح الذى يعقب كثرة حصول العرق أو يشاهد طفح فقاعى أو نفاطى وهذه تكون محتوية على سائل إما مصلى أو قيحى أو مصلى دموى أو قيحى دموى وهذا ما يشاهد فى البمفيجوس وفى الاريثما الفقاعية . وقد يشاهد بثور ايكتيماوية وهى حويصلات مخروطية الشكل محتوية على صديد أو يشاهد قشور على هيئة صفائح بشرية تنفصل من سطح الجلد وتكون أولية كما فى الصدفية (اكتيوز) وفى النخالية (البسوريازس) وفى الاريثما والقرمزية أو ثانوية وهذه ليست بشرية بل انعقادات تنجم من جفاف المادة المصلية أو الصديدية أو الدموية التى توجد على سطح الامراض الجلدية كما فى الاجزيما والبمفيجوس واللبوس والزهرى والامبتيجو . وقد يشاهد سحج وهو تسلخ يشغل الطبقة السطحية للادمة قد ينجم عن حك الجلد كما يشاهد فى الامراض الجلدية الحامية كالحزاز والبروريجو (الحكة) والانجرية وغيرها . وقد يشاهد قروح وهى إما سطحية فلا يعقب شفاءها أثر التحام وذلك كالقروح التى تنجم عن وضع الحراريق وعن الاجزيما الالتهابية والاكتيما الحقيقية . وإما غائرة فيعقبها أثر التحام كقروح اللبوس والدرن والجذام والزهرى والكوسينوم والسركوم والابيتيليوم وغيرها . ومعرفة لون الاثر الالتحامية مهم فى التشخيص كأثر التحام القروح الزهرية والدرنية مثلا . وقد يشاهد فى الجلد تشققات وهى قروح خطية الشكل تشاهد فى الاطراف وحول صيوان الأذن

المبحث الثانى فى سؤال المريض

ـ الاسئلة التى يوجهها الطبيب للمريض أولمن هو منوط به اذا كان المريض طفلا أو غيره لكنه غير قادر على الاجابة ومعرفة الطبيب لها ضرورية هى السؤال عن اسم المريض وعن سنه (حيث ان السن ينقسم الى طفولية وصبا ومراهقة وشباب وكهولة وشيخوخة وكل منها له أمراض خصوصية فتكون معرفة الطبيب للسن

ذات أهمية عنده) خصوصا اذا كانت المريضة امرأة ليعرف بالضبط زمن حيضها وزمن انقطاعه انقطاعا طبيعيا أي فسلوجيا . والسؤال عن وجود مرضه في أحد أصوله أي عن الامراض الوراثية للاجداد والآباء لاسيما من جهة الام لان الاب الحقيقي قد يكون غير معروف والبحث عن الوراثة المرضية ضروري جدا خصوصا في الدرن الرئوي والزهري والامراض العصبية . اما الدرن الرئوي فعلماء الفن غير متفقين على وراثته بمعنى أن ابن المصابة بالدرن الرئوي لا يولد مصابا بالدرن وانما يولد مستعدا الآن يكتسبه بكل سهولة عند ما توجد أسبابه ومما يؤكد هذا الرأي أن كثيرا من العائلات يموت أحد أعضائها الاصليين بالدرن ولا يظهر عند أولاده أو يظهر عند أحد أولاده ولا يظهر عند الآخرين . وأما الزهري فانه ينتقل بلاشك بالوراثة وظواهره الوراثية عديدة ومختلفة النوع ومحلها تارة يكون الجلد وتارة الاغشية المخاطية وأخرى المجموع العصبي والاحشاء وأكثرها يظهر في الاعقاب في الزمن الأكثر قربا من الولادة على العموم وأكثرها بعدا يظهر لغاية سن الاربعين او الخمسين سنة . وأما الامراض العصبية الموروثة فهي كثيرة لكن تارة تكون مثل المرض العصبي للاب أو الام أو الجد وتارة تكون مختلفة عنه . والسؤال عن أمراض الطفولية التي سبقت للمريض بالنسبة للراشيتسم والامراض الطفحية وعما اذا كان أصيب بالروماتزم لأن القلب يصاب فيه وبسبب الروماتزم تحصل الكوريا أيضا وعما اذا كان أصيب سابقا بالتهاب رئوي أو بالحمرة لان أعضاءه حينئذ تكون مستعدة لاصابة أخرى وعما اذا كان أصيب بالسعال الديكي في صغره أو بالحمى التيفودية لان الاطباء يرون أن هذين المرضين لا يعودان لمن سبق اصابته بهما . والسؤال عن شهيته للطعام وعن عادته في التبرز والبول وكم عدد مراته في النهار وكم عدد مراته في الليل وما كمية البول الذي يخرجه في كل مرة وهل يخرج بسهولة أو بصعوبة وهل يكون على هيئة نافورة أو نقطا وهل يستمر خروجه أو ينقطع وهل يحرقه في القناة أثناء خروجه أم لا واذا ترك في الاناء تتكون في قاع الاناء مواد أولا ومالونها . والسؤال عن محل اقامته وعن المحل الآتي منه ان كان حاضرا من بعيد وذلك لان كل محل له أمراض وطنية خاصة به وعن تعاطي الدخان أو الحشيش أو المجون (مادة مخدرة) أولا وعن تعاطي مقويات الباه لان فيها ذرارايح في الغالب وعن تعاطي المشروبات الروحية ومانوعها لان الخلاصات مثل الابسنت والقرموت وغيرهما ينشأ عنهما أمراض عصبية مخية نخاعية (أي تشنجية صرعية) . والسؤال عن كيفية معيشته وتغذيته السابقة والحالية وعن مياه شربه وعن الادوية التي تعاطاها سابقا . وان

كانت امرأة يسألها عن كونها بكرا أو متزوجة وفى أى تاريخ من عمرها حاضت وما صفة الحيض وهل تعرق ليلا وما زمن حصول العرق واذا كانت متزوجة هل رزقت أولادا وكيف كان الوضع عندها وهل الاولاد فى صحة وهل مات منهم أحد وبأى مرض مات وهل الولادة تعددت وما الزمن (مدة الفترة) الفاصل لكل ولادة وما زمن آخر ولادة حصلت وهل حصل لها اجهاض وما عدد ذلك وعن آخر اجهاض حصل وهل أرضعت أولادها سابقا أو الآن وهل هى حامل الآن وما تاريخ آخر حيض واذا كانت متقدمة فى السن يسألها عن زمن انقطاع الحيض وهل أصيبت فيما مضى بمرض آخر غير الحالى أو بمرض مماثل له فجميع ما ذكر من السوابق الشخصية مهم المعرفة (تنبيه) فى بعض الاحيان يجب على الطبيب البحث بنفسه عن حالتين خصوصيتين لان المريض أو المريضة لا يخبر الطبيب بهما إما بسبب جهله لهما أو لأنه يريد اخفاءهما عنه الاولى الاصابة بالزهرى سواء كان المريض رجلا أو امرأة والثانية احداث الاجهاض الجنائى ولذا يلزم الطبيب بحث المريض أو المريضة بحثا تاما دقيقا لمعرفة سوابقه الشخصية فى ذلك . والسؤال عن صنعته لان بعض الصنائع ينجم عنه أمراض مخصوصة تصيب الاشخاص المشتغلين بها فمثلا أصحاب الصناعة التى ينجم عنها غبار كثير كالمنظفين للمداخن والطحانين والخبازين ونحاتى الحجارة والمنجدين والكناسين والفحامين وكذا من يتعاطى الدخان يكونون معرضين للاصابات الصدرية التنفسية المزمنة . والاشخاص المشتغلون بالنفخ فى المزمار وغيره معرضون للاصابة بالانفزيما الرئوية . والمشتغلون بالمركبات الرصاصية كالبويجية والرسامين والطباعين وسباكى حروف المطابع الرصاصية معرضون للتسمم الرصاصى . والمشتغلون بالمركبات الزئبقية كالطلائين وصناع المرايات معرضون للتسمم الزئبقى . والمشتغلون بصناعة عيدان الكبريت يكونون معرضين للتسمم بالفوصفور . والمشتغلون بالعلوم العالية كالمعلمين والمحررين وأصحاب البنوكه والصيارفة والافوكاتية والأطباء ورجال السياسة والضباط العسكريين معرضون للاصابات بالامراض العصبية المخية . والمشتغلون بالكتابة أو بالبيانو ونحوه يكونون معرضين للاصابة فى أيديهم بحركات غير ارادية تظهر عند تأدية اليد الوظيفة . والاشخاص الذين تكون معيشتهم جلوسية ويمضون أوقاتهم فى هواء محبوس يكونون معرضين للاصابة بالانيميا وبالامراض الخنازيرية والدرنية . ثم يسأل الطبيب المريض أولا من اين تشتكى وما الذى تشعر به أى الذى تحس به من الألم وفى أى محل بالاخص تشعر بزيادة الألم ثانيا وفى أى يوم وفى أى ساعة حصل لك ذلك وكم شهرا أو سنة مضى من ابتداء حصوله

وكيف ابتدأ المرض وان كان المرض حادا يسأله هل حصل لك قشعريرة خفيفة أو قوية في أول يوم من الاصابة . فاذا أجاب بحصولها مع حمى وألم صدري جانبي وصعوبة في التنفس وسعال خفيف جاف دل ذلك على التهاب بلوراوي . واذا أجاب ان المرض ابتدأ بقشعريرة قوية استمرت من نصف ساعة الى ساعة وحمى وألم جنبي صدري شديد وسعال شاق قصير الزمن صحبه من اليوم الثاني خروج نفث محمر لزج كأوكسيد الحديد كان ذلك التهابا رئويا . واذا أجاب انه ابتدأ بقشعريرة وحمى شديدة مصحوبة بألم دماغي شديد وتوتر في العضلات الخلفية للعنق وقيء وخطرفة دل ذلك على التهاب سحائي . واذا اجاب أن المرض ابتدأ بسعال وآلام في الجزء العلوي للصدر ثم عسر في التنفس وانيميا وضعف ونحافة متزايدة ونفث دموي ونوب حمية وعرق ليلي لزم توجيه الفكر الى ابتداء التدرن الرئوي . واذا أجاب أن المرض ابتدأ بحمى وألم شديد في نقطة ثابتة من البطن وأنه لا يتحمل ثقل الغطاء على البطن وصحب ذلك قيء صفراوي دل ذلك على التهاب بريتوني . واذا أجاب أنه حصل له قشعريرة ثم حمى وألم دماغي وقطني وقيء وكان ذلك طفلا أي في السن الاولى دل على الجدري . واذا أجاب أنه حصل له قشعريرة تكررت ثم حمى ثم انحطاط في القوى وفي الوظائف الحيوية مع ألم دماغي وجفاف في الفم واللسان وورم في الخصيتين واسهال واحيانا رعاف قليل الكمية دل على حمى تيفودية واذا صحب ذلك امساك كانت الحمى تيفوسية وبالاجمال فكثيرا ما يستنتج الطبيب من أجوبة المريض أو من هو منوط به معرفة المرض والجهاز الذي هو مريض به الذي يجب بحثه حينئذ ثم يبحث باقي الاجهزة الاخرى بالتوالي لمعرفة ان كان المرض الموجود في الجهاز الذي يشتكي منه المريض أوليا أو تابعيا لمرض آخر موجود في جهاز آخر واذا كان أوليا هل حصل منه تأثير على الأجهزة الأخرى السليمة أولا . وقبل التكلم على بحث الأجهزة نذكر بعض كليات على سير بعض الامراض لانه كما أن العلامات التي تعلم بالنظر وأجوبة المريض تقود الطبيب لمعرفة الجهاز المريض كما يقود السالك المعدني الكهربائية فكذلك معرفة سير المرض مهمة للطبيب العملي لانها نصف الطب الباطني حيث بمعرفة سير المرض يعرف المرض فنقول

المبحث الثالث في سير بعض الامراض

من الامراض ما يكون سيره حادا ويقال له مرض حاد أو حمى ومنها ما يكون مزمنا فيقال له

مرض مزمن

فى الامراض الحادة أو الحمية

الحمى عرض سببه تزايد درجة الحرارة العمومية للجسم . وعلاماتها الرئيسة الاكلينيكية هى أولا القشعريرة ثانيا ارتفاع درجة الحرارة العمومية للجسم ثالثا سرعة النبض فالقشعريرة ظاهرة عصبية تحصل فى ابتداء النوبة الحمية وهى ارتعاش غير منتظم فى الجسم ناجم عن اضطراب الاحساس الجلدى فيشعر المريض ببرودة وفى أثنائها ترتفع حرارة الجسم ومدتها تختلف من بضع دقائق الى ساعة أو أكثر وفى أثنائها يسرع النبض أيضا ويعرف ذلك بجسه بوضع سبابة ووسطى يد الطبيب المضادة ليد المريض على طرف الشريان الكعبرى بعيدا عن مفصل رسغ اليد بأصبع أو أصبعين ويكون الابهام موضوعا على ظهر رسغ اليد المذكورة . ويتزايد النبض نحو الثمان نبضات فى كل درجة من الحرارة تزايدت عن الدرجة الطبيعية فى النوبة الحمية تقريبا . ولاجل أن يكون النبض حميا يلزم أن عدده يتجاوز ثمانين نبضة فى الدقيقة ومتى وصل عدده الى مائة وأربعين نبضة فى الدقيقة دل على خطر المرض ويختلف عدده فى الحالة الطبيعية تبعا للسن فيكون كثير العدد عند الاطفال وقليله عند الشيوخ

		عدد النبض	
فعند الطفل الذى عمره	سنة	يكون	١٢٠
وعند الذى	« سنتان	«	١١٠
« «	« أربع سنوات	«	١٠٠
« «	« سبع «	«	٩٠
« «	« خمس عشرة سنة	«	٨٠
« الكهل يكون			٧٢
« الشيوخ يكون			٦٠

فى كل دقيقة

وكثيرا ما يوجد اختلاف فى عدده باختلاف الاشخاص ذوات السن الواحد بدون مرض فيكون عند بعض الكهول نحو (٥٠) وعند آخرين (٨٠) والتأثيرات التى تنوع عدد النبض فى الحالة الصحية هى التأثيرات المخية كالانزعاجات والرجات المخية فتزيده زيادة وقتية أو تبطؤه بطأ وقتيا أيضا . والاشغال العضلية تزيد عدده خصوصا عند ضعفاء البنية وقد يكون مترايدا فى بعض أمراض غير حمية كبعض أمراض الصمامات القلبية غير المعادلة ومتى كان ضغط الدم الشريانى قليلا وفى نقرز القلب سواء كان مصحوبا بسرعة التنفس

أولا فالذى يصطحب بسرعة التنفس يحصل عقب شلل العصب الرئوى المعدى والثانى ينجم عن تنبه العصب العظيم السمباتوى فقد يصل عدد النبض فيه الى ٢٠٠ بل والى ٣٠٠ ضربة فى الدقيقة وهـذه التزايدات يقال لها تزايدات قلبية عصبية ويزداد عدده أيضا فى الانيميا وفى الاغماء لكن الحرارة العمومية فى هاتين الحالتين تكون أسفل من ٣٧ ونصف والنبض فيهما يكون دقيقا جدا خصوصا فى الاغماء ويكون بطيأ فى ضيق الصمامات الآورطية وفى الاستحالة الشحمية للقلب وعند ازدياد ضغط الدم الشريانى وعند تنبه العصب الرئوى المعدى وعقب شلل العصب العظيم السمباتوى وفى الاورام المخية وفى الدور الاول للالتهاب السحائى الدرنى لقاعدة المخ ويكون هنا منحوبا بالحمى ويبطئ أيضا فى السرقان بتأثير الصفراء على العقد العصبية للقلب — فمما ذكر يعلم أن سرعة النبض ليست علامة خاصة بوجود الحمى فقط — ويشعر المريض ببرودة فى الحمى أثناء القشعريرة مع أن حرارة الجسم الحقيقية تتزايد وتستمر على التزايد ويشعر بذلك أيضا فى الدرجة الثالثة للسل الرئوى مع أن حرارة الجسم قد تكون أربعين أو واحدا وأربعين درجة وهـذه هى حمى الدق (fievre hectique) ومتى اتضحت الحمى صار الجلد على العموم حارا جافا عادة وأحيانا يكون رطبا ورطوبته أثناء الحمى علامة جيدة

ومتى انتهت الحمى فقبل أن تصير الحرارة العمومية للجسم طبيعية يعم العرق الجلد ويكثر البول ويصير محتويا على كثير من البولات واذا استمر حصول العرق زمنا طويلا مع وجود الحمى ظهر على الجلد طفح حويصلى مكون من حويصلات صغيرة جدا شفافة تسمى سودامينا (sudamina) وهذا الطفح قد يظهر فى الحمى التيفودية بعد ظهور البقع الوردية التى تظهر فى نحو اليوم التاسع من المرض وتظهر السودامينا من اليوم العاشر الى العشرين من ابتداء المرض

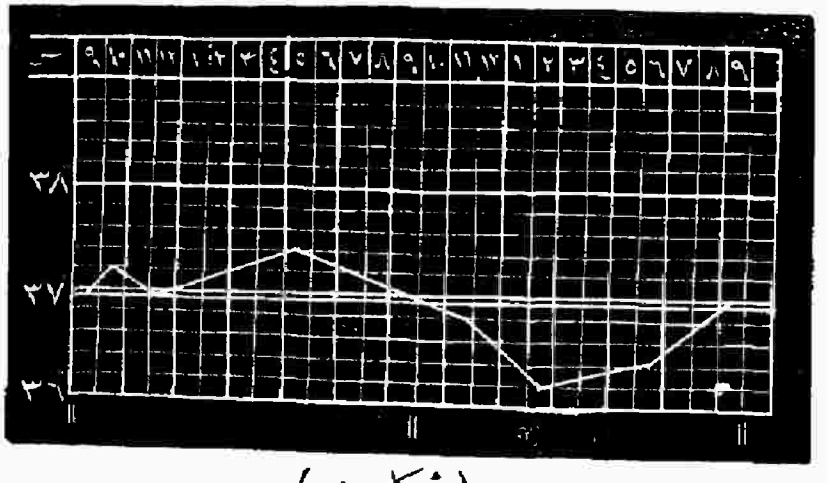
(كيفية أخذ الحرارة فى الحميات)

يقال للحرارة باطنية اذا كانت فى الشرج أو المهبل أو فى الفم وظاهرية اذا كانت تحت الابط . والباطنية أضبط من الظاهرية وبها يعرف وجود الحمى عند الشيوخ لان الحرارة الظاهرية تكون عندهم قليلة الارتفاع بسبب قلة تكثفها عندهم وبسبب عدم ضبط وضع الترمومتر تحت إبطهم وبسبب التبريد الذى ينجم من وجود العرق هنالك

ومن عادتى أن أستعمل لمعرفة درجة الحرارة الترمومتر الزئبقى المقسم الى سنتيمترات وكل

سنتيمتر مقسوم الى عشرة خطوط متساوية ودرجاته مقتصرة من ٣٢ الى ٤٣ درجة لكن يجب التحقق من جودته بمقارنته بترمومتر آخر يكون مضبوطا ومعلوما . وأطباء الانكليز يستعملون ترمومترا فارانهيت المقسم الى ١٨٠ درجة ومع ذلك فاستعمال الترمومتر المئيني المقسم الى ١٠٠ درجة أو المقسم الى ١٨٠ درجة يتعلق بذوق الطبيب وكل منهما يؤدي المقصود ويوضع عادة الطرف الزئبقي للترمومتر تحت الابط بعد تجريده من الملابس بحيث يكون الطرف المذكور محاطا بجلد الحفرة تحت الابط اما قبل وضعه يلزم تجفيف حفرة الابط من العرق ما أمكن ثم بعد وضعه يوضع ساعد المريض على صدره ويلصق عضده بجذعه ويثبت بيد الطبيب واذا كان المريض لابس مضطرب الحواس يوضع الترمومتر تحت لسانه ويضم شفتيه عليه مدة الوضع ليضبطه . وحرارة الفم تزيد عن حرارة تحت الابط بنحو نصف درجة . وعند الاطفال يوضع الترمومتر في المستقيم وحرارته تزيد عن حرارة تحت الابط بدرجة . ويترك الترمومتر سواء كان في الفم أو تحت الابط أو في المستقيم من ثلاث دقائق الى خمسة وأخذ الحرارة يكون مرتين في الاربع والعشرين ساعة (أي في الساعة الثامنة صباحا وفي الساعة السادسة مساء) وتدون الدرجة التي وجدت في ورقة مخططة خطوطا عمودية يكتب فيها اليوم والصباح والمساء وخطوطا أفقية توضع فيها الدرجات وكسورها ويلزم ملاحظة تأثير الوسائط المستعملة لتنقيص حرارة الحمى كالغسولات والحمامات الباردة والادوية المخفضة للحرارة وغير ذلك لانه قد يكون المريض تحت تأثيرها أثناء أخذ حرارته فتكون الدرجة الموجودة ليست الدرجة الحقيقية للحمى فيلزم في ابتداء المرض أن لا تستعمل وسائط تنزيل حرارة الحمى الا بعد أخذها لمعرفة الدرجة الحقيقية لها .

والدرجة الطبيعية للحرارة العمومية للجسم هي ٣٧ درجة تقريبا ويحصل فيها بعض تذبذبات طبيعية أثناء الاربع والعشرين ساعة كما هو واضح في شكل (١) الذي يشير للتذبذبات الطبيعية للحرارة العمومية للجسم أثناء الاربع والعشرين ساعة ومنه يرى أن الحرارة في النهار من الساعة التاسعة صباحا الى الساعة التاسعة مساء تكون أكثر ارتفاعا ببعض خطوط من درجة (٣٧) مع نقطتي ارتفاع

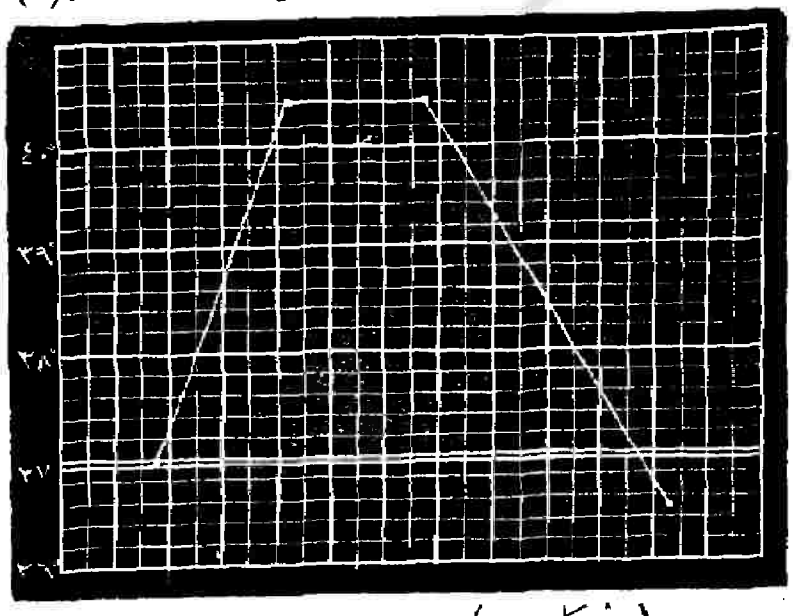


(شكل ١)

الذروة

حقيقتين احداهما تحصل فى الساعة العاشرة صباحا والثانية تحصل فى الساعة الخامسة مساء . وأما أثناء الليل فتكون الحرارة أقل من درجة (٣٧) ببعض خطوط من الساعة التاسعة مساء الى الساعة التاسعة صباحا مع حصول انخفاض محسوس فى الحرارة نحو الساعة الثانية من الصباح أى بعد نصف الليل بساعتين

وعلى العموم متى وصلت الحرارة العمومية للجسم الى درجة (٣٨) كان هناك حمى (لانه لا يوجد حمى بدون ارتفاع الحرارة العمومية للجسم كما أنه لا يوجد ارتفاع فيها بدون حمى) وشدة الحمى تكون متناسبة مع درجة ارتفاع الحرارة وكل نوبة حمية منفردة تتكون عادة من ثلاثة أدوار الاول دور القشعريرة أى دور الهجوم أو دور الازدياد لان ارتفاع الحرارة يبتدئ من ابتداء حصول القشعريرة ويستمر فى الصعود أثناءها ويصل الى أقصى ارتفاعه فى انتهائها وهو الذى يكون خط الصعود . الدور الثانى دور الحرارة أو دور الوقوف أو دور التكون وهو أن الحرارة قد تستمر واقفة فى الدرجة التى وصلت لها فى الارتفاع فيكون الجلد فيه حارا جافا . الدور الثالث دور العرق أو دور الانحطاط لانه يحصل فى هذا الدور عرق يعقبه انحطاط الحرارة الى الدرجة الطبيعية . فجميع هذه الظواهر الثلاثة يتبع بعضها بعضا فى بضع ساعات متى كانت النوبة الحمية منفردة كما فى نوبة الحمى الآجامية اليومية الواضحة فى شكل (٢)



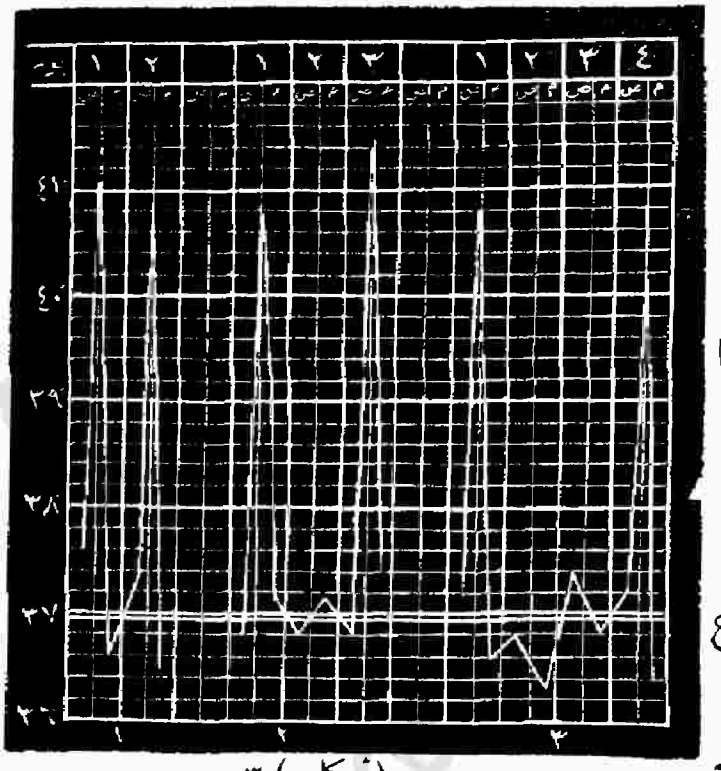
(شكل ٢)

ويكون دور العرق متأخرا متى كانت مدة المرض الحمى بعض أيام وتكون الحمى متقطعة متى ظهرت على هيئة نوب منفصلة عن بعضها بفترات لا يوجد فى أثنائها تزايد فى الحرارة أى لا توجد الحمى ويكون ظهور نوبها بطريقة منتظمة كما فى شكل (٢) السابق . ومتى كانت الحمى متقطعة ومتسببة عن الملاريا كان تكرارها بانتظام أى تكون النوبة يومية أو ثلاثية أو رباعية كما هو واضح فى شكل (٣) الآتى

شكل (٢) يشير لسير حرارة نوبة حمية منفردة فيتضح منه دور الهجوم ثم دور الوقوف ثم دور الانحطاط

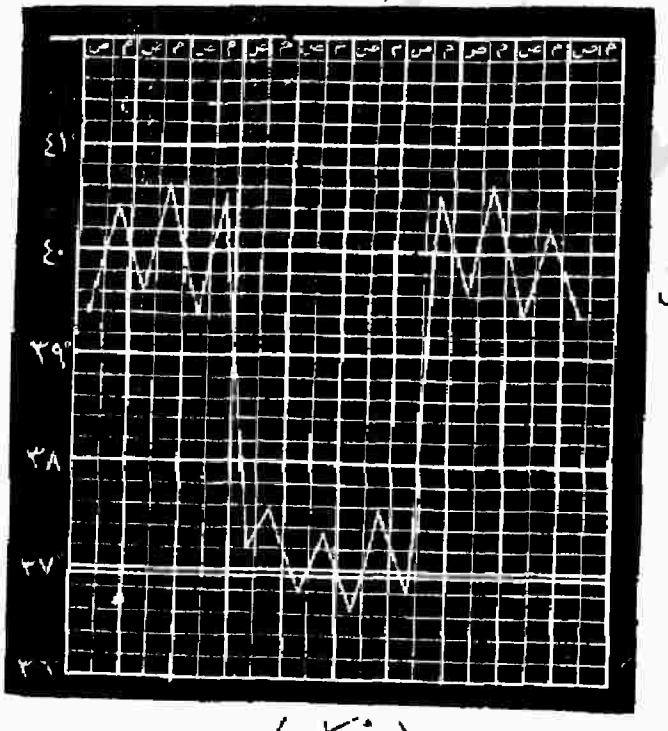
والحمى تكون راجعة (recurente) متى استمرت مدة أيام ثم زالت ومكث المريض مدة مثلها بدون حمى ثم عادت النوبة الاولى ثم زالت وهكذا كما فى شكل (٤)

ويحصل فى الجدرى الحقيقى حمى كما فى الحمى الراجعة المكروبية ورجوع الحمى فى الجدرى ناجم عن التقيح الذى يحصل فى الطفح



(شكل ٣)

* ثم ان دور الهجوم الحمى قد يكون فجائيا فترتفع الحرارة نحو درجتين أو أكثر فى بضع ساعات وتصل الى أقصاها من اليوم الثانى كما فى رقم (١) من شكل (٥) الآتى وقد يكون بطيئا وحينئذ تارة يكون تدريجا منتظما كما فى رقم (٢) من شكل (٥) وتارة يكون غير منتظم كما فى رقم (٣) من شكل (٥) المذكور فيكون دور الهجوم فجائيا فى الحمرة

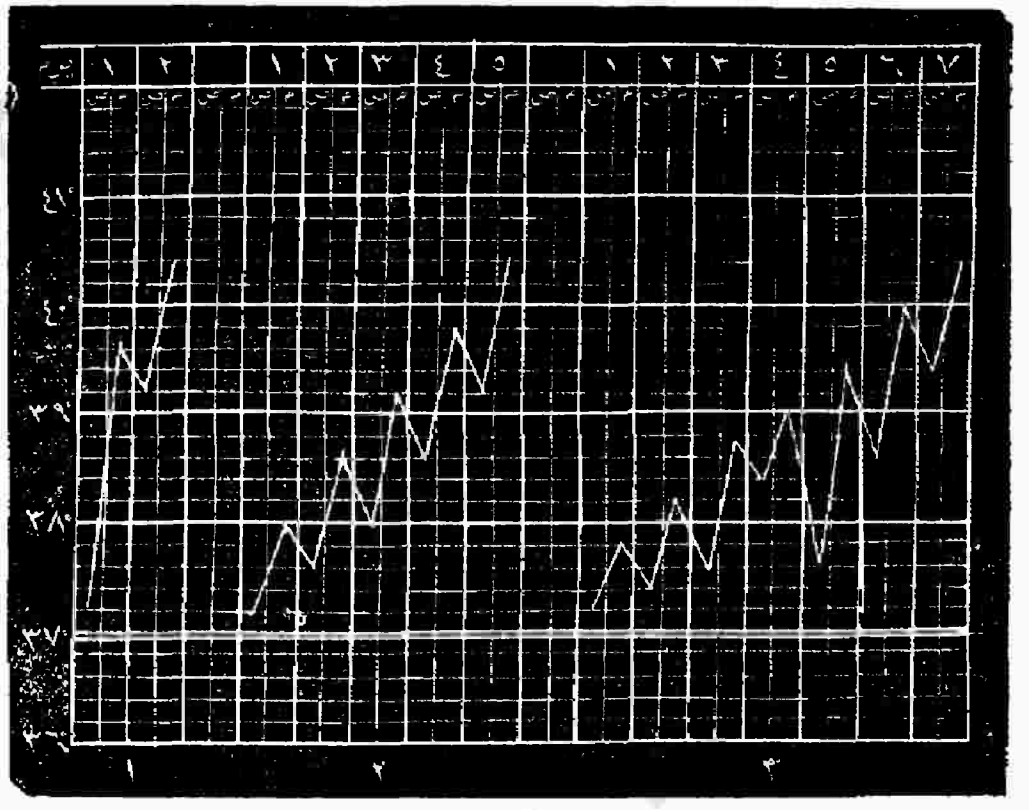


(شكل ٤)

شكل (٣) يشير للانواع الثلاثة فى الحمى المتقطعة فرقم ١ من الشكل المذكور يشير لحمى متقطعة ذات نوبة يومية ورقم ٢ يشير لنوبة تحصل يوما ثم يمضى يوم بدونها ثم تعود فى اليوم الثالث ولذا سميت حمى ثلاثية ورقم ٣ يشير لنوبة حصلت يوما وانقطعت فى الثانى والثالث وعادت فى اليوم الرابع ولذا يقال لها حمى رباعية

شكل (٤) مبين فيه سير الحرارة فى الحمى الراجعة

وفى الحمى المتقطعة وفى الالتهاب السحائى وفى الالتهاب الرئوى الفصى وفى الغرغرينة وفى التيفوس الطفحى وفى الجدرى . ويكون بطيأ منتظما فى الحمى التيفودية والتيفوسية المصرية والالتهاب الرئوى الفصيصى وفى الحصبة . ويكون بطيأ غير منتظم فى الالتهاب التاموري والبلوراوى والروماتزمى المفصلى الحاد

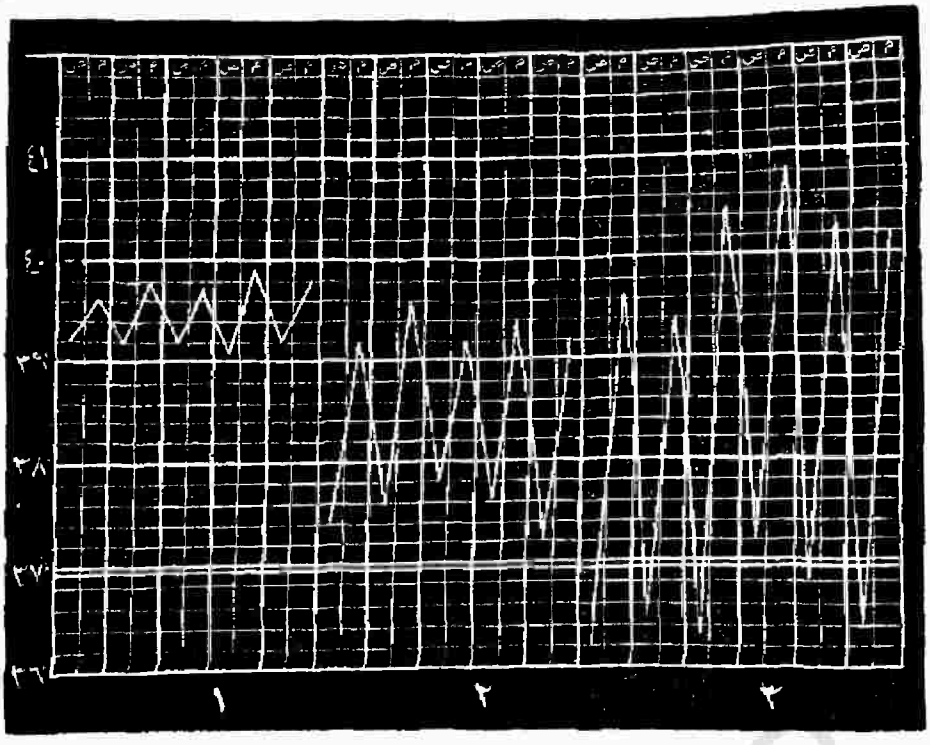


(شكل ٥)

• ودور الوقوف يحصل فيه اختلاف فى سير الحرارة فى الحميات المستمرة مهم المعرفة منها ان سيرها يكون تقريبا ثابتا وذلك متى استمرت الحرارة واقفة تقريبا فى درجة (٣٩) مثلا وكانت تذبذباتها اليومية أقل من درجة أى يكون التذبذب مابين (٣٩) وأربعين درجة فى الغالب ويقال للحمى حينئذ التهابية كما فى رقم (١) من (شكل ٦) الآتى . واذا كانت التذبذبات اليومية عظيمة أى من درجة الى ثلاث درجات كما فى رقم (٢) من شكل (٦) قيل للحمى حمى ذات انحطاط . واذا كان الانخفاض فى التذبذبات غير منتظم وأسفل من (٣٧) درجة أى يصل الى (٣٦ ونصف) أو أقل وكان ارتفاع التذبذبات عظيما وغير منتظم أيضا كما فى رقم (٣) من شكل (٦) قيل للحمى حمى الدق (hectique) وبالاجمال تكون الحرارة الحميه فى دور الوقوف غير ثابتة فى نقطة واحدة مدة الاربع والعشرين ساعة

شكل (٥) يشير الى كيفية دور الهجوم فى الحميات

ويكون تزايدها على العموم فى المساء وانخفاضها فى الصباح لكن قد يكون ذلك بالعكس فى الدرن . وتكون الحرارة ثابتة تقريبا فى دور الوقوف فى الدرجة التى وصلت اليها فى دور الهجوم فى الحمى التيفودية (من اليوم الثامن الى السادس عشر) وتكون ثابتة أيضا فى دور الوقوف للالتهاب الرئوى والحلق والمعدى والاعورى . وتكون حرارة دور الوقوف انحطاطية فى الدور الثالث للحمى التيفودية من اليوم السادس عشر الى الواحد والعشرين وتكون كذلك انحطاطية فى الدور الثالث للتدرن الرئوى وتسمى بحمى الدق

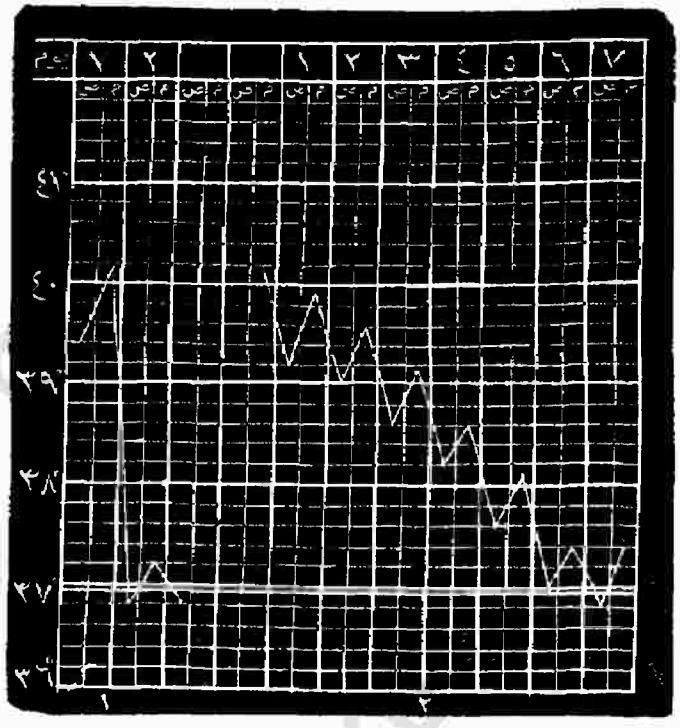


(شكل ٦)

وأما دور الانخفاض النهائى للحميات فتارة يحصل فجأة بحيث ان الحرارة تنخفض جملة درجات فى مسافة ١٢ ساعة وتصل للدرجة الطبيعية كما فى رقم (١) من شكل (٧) الآتى وهذا الانخفاض يعقب حصول عرق غزير ويصحبه تناقص عدد النبض وخروج كمية عظيمة من البولات مع البول وتارة يكون الانخفاض تدريجيا فتحصل تذبذبات انخفاض وارتفاع يوميا يكون فيها الانخفاض أكثر من الارتفاع ويكون منتظما ويتكرر جملة أيام حتى يصل آخر انخفاضها الى الدرجة الطبيعية ويبقى فيها بدون ارتفاع كما فى رقم (٢)

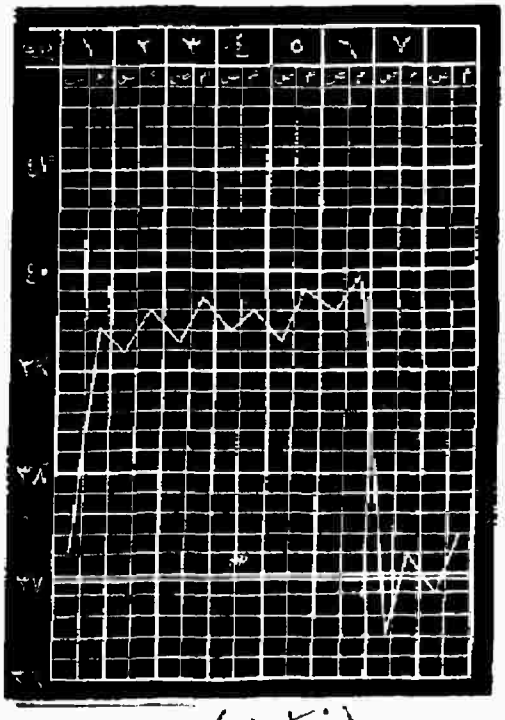
شكل (٦) يشير لكيفية سير الحرارة زمن دور الوقوف فى الحميات المختلفة

من شكل (٧) المذكور ويشاهد الانخفاض الفجائى فى الالتهاب الرئوى وفى الحصبة ويشاهد الانخفاض التدريجى فى الحمى التيفودية وفى القرمزية وفى الجدرى . ويقال للحمى وقتية (ephemer) متى كانت مركبة من نوبة واحدة واستمرت جملة ساعات أو يوما ومستمرة متى مكثت أكثر من ذلك



(شكل ٧)

وسير الحرارة فى الحميات المستمرة يكون منتظما فى الامراض الآتية أولا فى الالتهاب الرئوى الفصى فيكون الارتفاع فجائيا ترتفع مبتدئا بقشعريرة وخيدة قوية الحرارة اثناءها حتى تصل الى أعلى من (٣٩) درجة وتستمر مرتفعة مابين (٣٩) درجة و (٤٠) درجة مدة خمسة أيام أو ستة ثم يحصل الانحطاط فيها من اليوم السادس الى السابع كما فى شكل (٨) عقب عرق غزير يصحبه تناقص فى عدد النبض والتنفس . ثانيا فى الالتهاب الحلقى ففيه تتبع الحرارة سيرا مثل سير الالتهاب الرئوى الفصى اعنى الارتفاع الابتدائى يكون أقل مفاجأة من ارتفاع ابتداء الالتهاب الرئوى الفصى ويوجد تذبذب منتظم زمن دور الوقوف ثالثا فى الحصبة وفيها يوجد دور تقريخ أى حضانة incubation مدته عشرة أيام أثناءها لا تشاهد ظواهر مرضية والمرض نفسه مدته نحو سبعة أيام فى الاحوال المتوسطة تقسم الى ثلاثة أدوار . دور سابق أو أولى أو دور الهجوم ومدته نحو ثلاثة أيام وهو

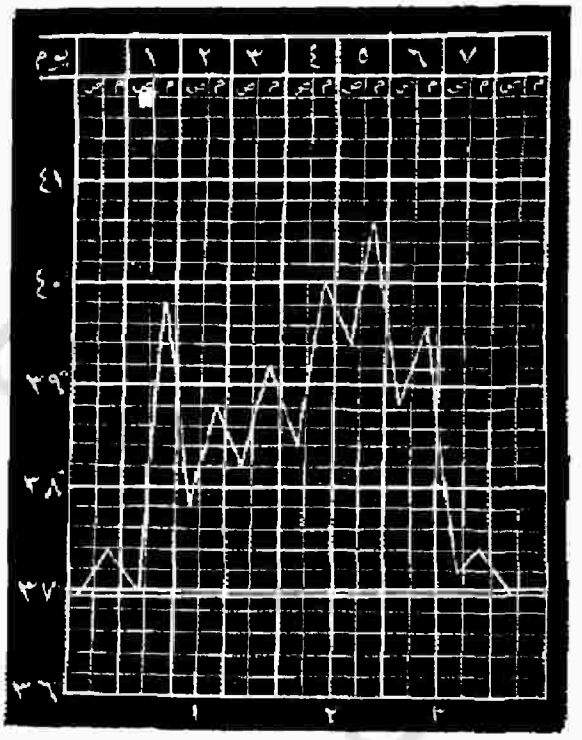


(شكل ٨)

شكل (٧) يبين الانتهاآت المختلفة لانواع الحميات

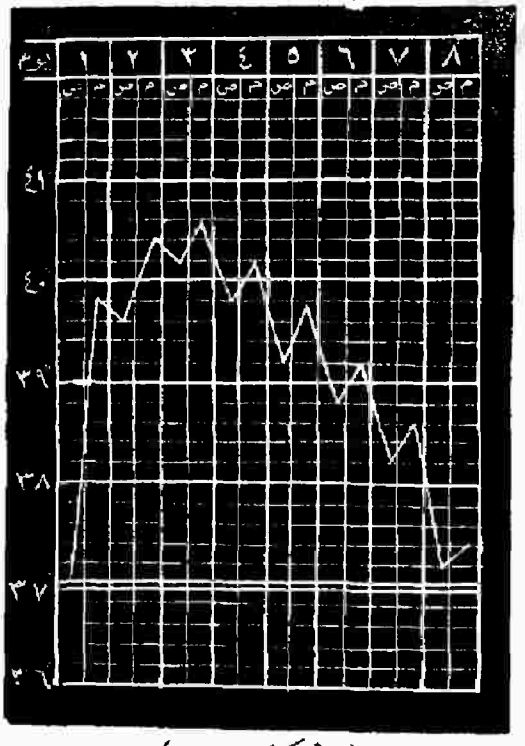
شكل (٨) يبين سير الحرارة فى الالتهاب الرئوى الفصى

المؤشر له برقم (١) من شكل (٩) وفيه ترتفع الحرارة فجأة ثم تنخفض نوعا وقد تصل للدرجة الاعتيادية فى اليوم الثالث وفى أثناء هذا الدور تظهر الظواهر التزلية للغشاء الملتحمى والانفى والقصبى .



(شكل ٩)

والدور الثانى دور الطفح وفيه يحصل ارتفاع حديث فى الحرارة يكون ببطء وتدريجيا وتذبذبيا وهذا الدور مؤشر له برقم (٢) من شكل (٩) المذكور والارتفاع النهائى له يكون أكثر ارتفاعا من ارتفاع الدور الاول كما هو واضح فى رقم (٢) المذكور ويسمى هذا الدور حمى الطفح لانه يصحبها ظهور الطفح الذى يظهر أولا على الوجه وهو لا يستمر الا يومين أى أن الحمى لا تمكث طول مدة وجود الطفح . والدور الثالث دور الانحطاط ويبتدئ من اليوم السادس الى السابع وهو المؤشر له برقم (٣) من شكل (٩) المذكور

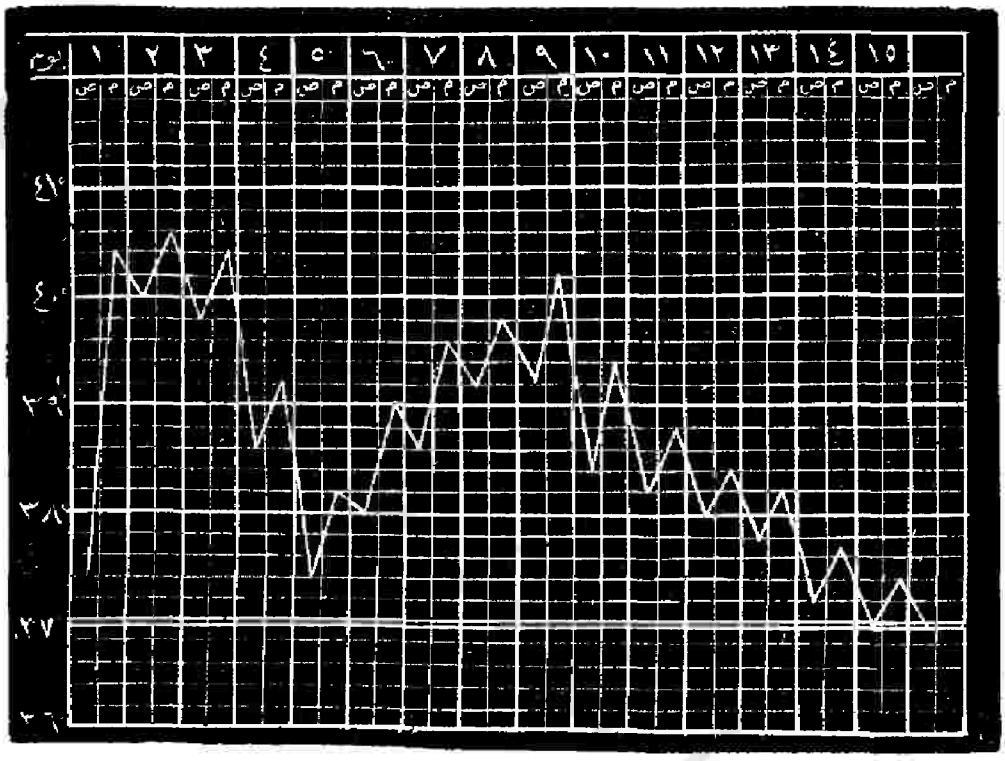


(شكل ١٠)

رابعا فى القرمزية وفيها يوجد دور تفريخ مدته من أربعة أيام الى سبعة ثم يليه دور الهجوم ومدته من يوم الى يومين ويبتدئ بقشعريرة شديدة وذبحة حلقية وارتفاع الحرارة فيه يكون فجائيا كما هو واضح فى شكل (١٠) وفى انتهاء هذا الدور يحصل الطفح ووجوده يستمر ثلاثة أيام ويظهر من اليوم الثانى من ابتداء الحمى وفيه تكون الحمى مستمرة فى درجة مرتفعة

شكل (٩) يشير لسير الحرارة فى الحصبة
شكل (١٠) يبين سير الحرارة فى القرمزية

والدور الثالث أى دور الانحطاط يبتدئ من اليوم الرابع أو الخامس من ابتداء الحمى فيبهت لون الطفح وتنحط الحرارة تدريجيا وتصير طبيعية نحو اليوم الثامن كما فى شكل (١٠) المذكور خامسا فى الجدرى وفيه تكون مدة دور التفريخ تسعة أيام ومدة المرض تنقسم الى أربعة أدوار كما فى شكل (١١) ففى دوره السابق أو الحمى الاولى تحصل قشعريرة أولية قوية تصطحب



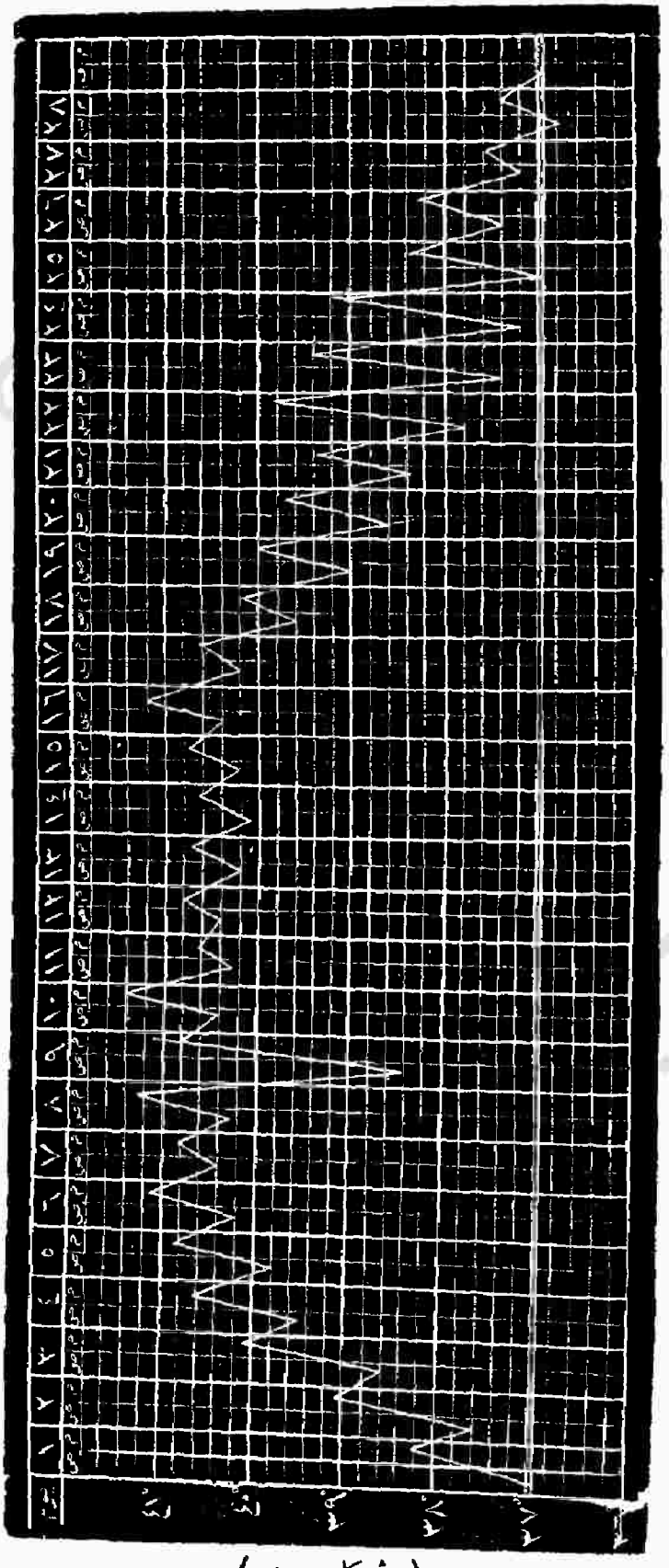
(شكل ١١)

بارتفاع فجائى للحرارة وتمكث تقريبا فى الدرجة التى وصلت لها مدة يومين أو ثلاثة وفى دور الثانى يحصل الطفح من اليوم الثالث أو الرابع فيبتدئ ظهوره مع انخفاض فجائى فى الحرارة فتقرب من الدرجه الطبيعية وتبقى مستمرة قليلة الارتفاع مدة يومين أو ثلاثة وفى الدور الثالث أى دور التقيح ترتفع الحرارة ثانيا ارتفاعا تدريجيا منتظما وتصل على العموم الى أقصاها فى اليوم التاسع وهى حمى التقيح وفى الدور الرابع أى دور التقشر تبتدئ الحرارة فى الانخفاض تدريجيا من اليوم العاشر . وتنفصل القشور نحو اليوم السادس عشر

سادسا الحمى التيفودية ويمكن تقسيم مدتها الى أربعة أسابيع ففى الاسبوع الاول تحتقن غدد بيير وفى آخر هذا الاسبوع يزداد حجم الطحال . وفى الاسبوع الثانى يموت الغشاء المخاطى المغطى للطحال بيير ويظهر على جلد الصدر والبطن بقع وردية عدسية الشكل . وفى الاسبوع

شكل (١١) يشير لسير الحرارة فى الجدرى

الثالث يسقط الغشاء المخاطى الميت من على سطح لطخ بيير ويخلفه قرحات يقال لها تقرحات تيفودية (وهذا هو دور المضاعفات كالانزفة والانثقاب المعوى البريتونى والالتهابات وغيرها). وفى الاسبوع الرابع يبتدئ حصول الشفاء ويمكن تقسيم مدة الحمى التيفودية الى أربعة أدوار بالنسبة لسير الحرارة فهاوهى . أولا دور الهجوم أو الصعود فترتفع الحرارة فيه ببطء وبانتظام ويتم هذا الدور فى نحو اليوم الثامن تقريبا من المرض أى بعد انتهاء الاسبوع الاول كما هو واضح فى شكل (١٢) . ثانيا دور الوقوف ويبتدئ من اليوم التاسع وينتهى نحو اليوم السادس عشر وتكون الحرارة أثناءه ثابتة فى نقطة تتذبذب مابين أربعين وواحد وأربعين



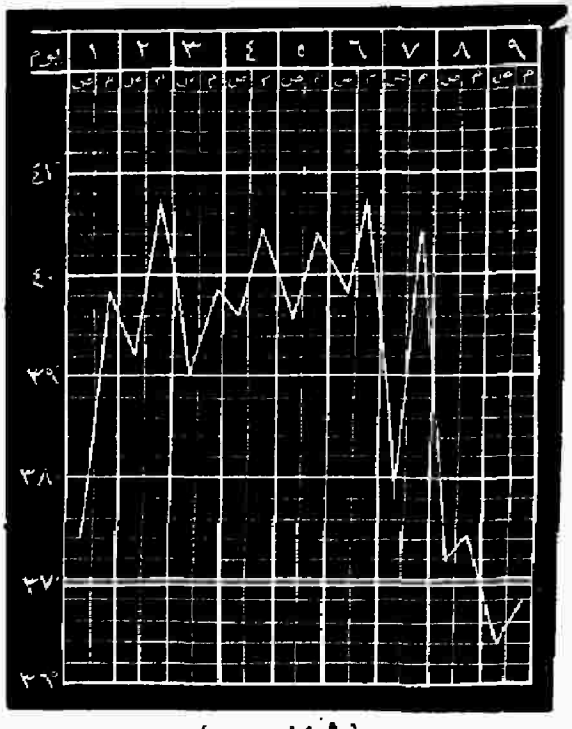
(شكل ١٢)

شكل (١٢) يشير لسير الحرارة فى الحمى التيفودية

وقد يحصل انحطاط فيها فى اليوم التاسع عشر عقب ظهور الوردية ثم ان الحمى التى كانت ثابتة تقريبا فى دور الوقوف تصير انحطاطية . ثالث دور الانحطاط ويبتدئ من اليوم السادس عشر الى اليوم الحادى والعشرين وأحيانا بعد ذلك فيكون الفرق ما بين درجة المساء والصباح فى هذا الدور أكثر من درجة وهذا الدور المتوسط بين دور الوقوف ودور الانحطاط النهائى يسمى بدور التذبذبات الكبرى وهو واضح فى شكل (١٢) المذكور . رابع دور الانحطاط النهائى ويوافق الاسبوع الرابع ويعرف بانخفاض الحرارة انخفاضا بطيأ تدريجيا منتظما ويكون الانخفاض أبطأ من الصعود الابتدائى فى السير ثم تصير الحرارة فى الدرجة الطبيعية نحو اليوم الثامن والعشرين تقريبا

. وفى الحمى التيفوسية المصرية لا يشاهد الطفح الوردى ولا احتقان لطحال بير وعلى ذلك لا يوجد فى مدتها الاسبوع الرابع حيث تنتهى فى انتهاء الاسبوع الثالث (٢١ يوما) وفيها يكون دور الصعود أكثر سرعة عما فى الحمى التيفودية ويستمر هذا الدور أسبوعا وكذا دور الوقوف يستمر أسبوعا بل وأسبوعين ويحصل دور الانحطاط النهائى فجأة بجران عرق غزير أو اسهال متكرر وبناء على ذلك لا يوجد الدور الانحطاطى الكائن بين دور الوقوف ودور الانحطاط النهائى الموجود فى الحمى التيفودية كما ذكرنا

وسير الحرارة فى الحمرة يقرب أن يكون منتظما فتبتدئ الحمى فجأة مصحوبة بقشعريرة أولية ثم يظهر الاحمرار الجلدى عقب ذلك من اليوم الاول الى الثانى وتستمر الحرارة مرتفعة أثناء امتداد الاحمرار الجلدى ومتى وقف الاحمرار عند حده انخفضت الحرارة وقد يحصل مع ذلك أثناء سير الامتداد المرضى الجلدى انحطاط عظيم فى الحرارة يعقبه ارتفاع ثان عظيم كما هو واضح فى شكل (١٣) ويكون دور الانحطاط فجائيا اذا كانت الحمرة محدودة وليست كثيرة الامتداد والا كان الانحطاط تدريجيا

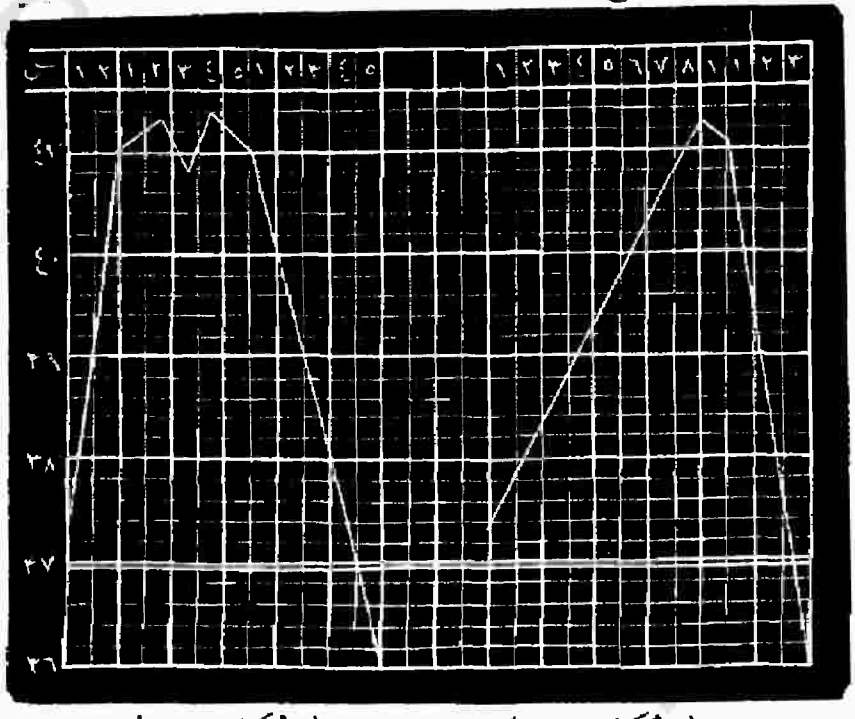


(شكل ١٣)

ويلون سير الحرارة فى الحمى العفنة المسماة سبتيكوبيمى septicopyemie

شكل (١٣) يشير لسير حرارة الحمرة

أى العفنة التقيحية كسيرا الحمى المتقطعة أوسيرا الحمى الانحطاطية ولكن فى الغالب تكون ذات نوب كالحمى المتقطعة وتبتدئ النوبة بقشعريرة قوية شبيهة بنوبة الحمى المتقطعة اليومية أوالثلاثية ولكن نوبتها تتميز عن نوبة الحمى المتقطعة الآجامية فدور القشعريرة يكون فى الحمى المتقطعة الحقيقية قصير المدة وطويلها فى الحمى العفنة التقيحية ودور الحرارة فى الحمى المتقطعة الحقيقية تكون مدته جملة ساعات ويحصل فى سير حرارته تذبذبات ويكون فيه الجلد جافا كما هو واضح فى شكل ١٤ واما دور الحرارة فى الحمى العفنة التقيحية فيكون قصيرا حتى لا يستمر الا نحو ساعة كما هو واضح فى شكل (١٥) ودور العرق يكون أكثر طولا فى الحمى المتقطعة الحقيقية وقصيرا فى الحمى العفنة



(شكل ١٥) (شكل ١٤)

*وسير الحرارة فى الدور الاخير للدرن الرئوى يكون غير منتظم وتسمى حماه بحمى الدق أى حمى ضعفية كما فى شكل ١٦ الآتى وقد يستمر وجودها جملة أشهر * وأما الحمى فى ابتداء الدرن الحاد فكثيرا ما يصعب تميزها عن الحمى التيفودية ولكن فى كثير من الاحوال تزداد حمى الدرن فى الصباح عن المساء وهذا لا يحصل قط فى الحمى التيفودية فمتى وجد ذلك أمكن تميزها عنها بالترمومتر بدون التجاء الى المكرسكوب

و بالاجمال يعرف بواسطة الترمومتر أولا وجود الحمى . ثانيا نوعها فى الاحوال المشتبه فيها . ثالثا الدور الموجود للمرض . رابعا ان كان المرض تابعا لسيره بانتظام أو مصحوبا بضاعفة

وحيث اننا فى حمى التدرن فنذكر هنا بعض كلمات عنه وان كانت علاماته الاكلينيكية ستذكر فى باب الجهاز التنفسى فنقول

شكل (١٤) يشير لنوبة حمى متقطعة آجامية

شكل (١٥) يشير لسير حرارة الحمى المتقطعة العفنة

(التدرن الرئوى) مرض ذو سير مختلف جدا وذلك تبعا لاختلاف السن والجنس بل واختلاف الاشخاص وان كانوا من جنس وسن واحد حتى انه يلزم اعتبار الشخص المصاب لا اعتبار المرض نفسه وانه الى الآن لم يعلم سبب خطره عند البعض وعدم خطره عند البعض الآخر وتكون اعراضه كالآتى

تكون القوى الطبيعية لجسم الشخص المستعد للتدرن على العموم ضعيفة وهذا الضعف يكون وراثيا أو مكتسبا أثناء الحياة الشخصية من الافراط فى الاعمال الطبيعية أو العقلية أو من الحزن والكدر أو الفقر أو الحرمان من الهواء النقى أو من الاقامة فى المحلات الرطبة أو من التسمم الكؤلى (بتعاطى المشروبات الروحية) أو من وجود البول السكرى فمتى كان الشخص فى هذا الضعف وأصيب بالدرن كان شكل المرض عنده تقرحيا ذا سير بطىء يبتدئ بفقد المريض شهيته وضعف قواه فينحف كثيرا (ولهذا الاضمحلال والنحافة سمى المرض بالسل والمريض بالمسلول) فينخسف شدقاه وصدغاه وتتلون وجنات الاشخاص البيض بالحمرة ثم تظهر الحمى كل ليلة ويحصل العرق الغزير فى أجزاء الصدر وبالاخص فى الرأس أثناء النوم خصوصا قرب الصباح ويحصل قىء غذائى بسبب السعال وتزايد فى ضربات القلب وآلام نقر الجبا فى المسافات بين الاضلاع أو آلام التهاب بلورا وى درنى مصاحب له . ومتى أصيبت الحنجرة انبح الصوت وتعسر الازدراد . ويحصل فى كثير من الاحوال اسهال كاشكسى ناجم عن الكاشكسيا أو عن تدرن الامعاء وتصير النحافة فى أكملها متى حصل التقيح فتتورم الاقدام (أو زيما كاشكسيه) وتكون القوى العقلية محفوظة بدون اضطراب فيها ولذا يكون المصاب مفرغا عقله فى مشروعات مختلفة ليجربها ظنا أنه مصاب فقط بنزلة شعبية بسيطة ولا يخطر بباله أنه قريب من الموت

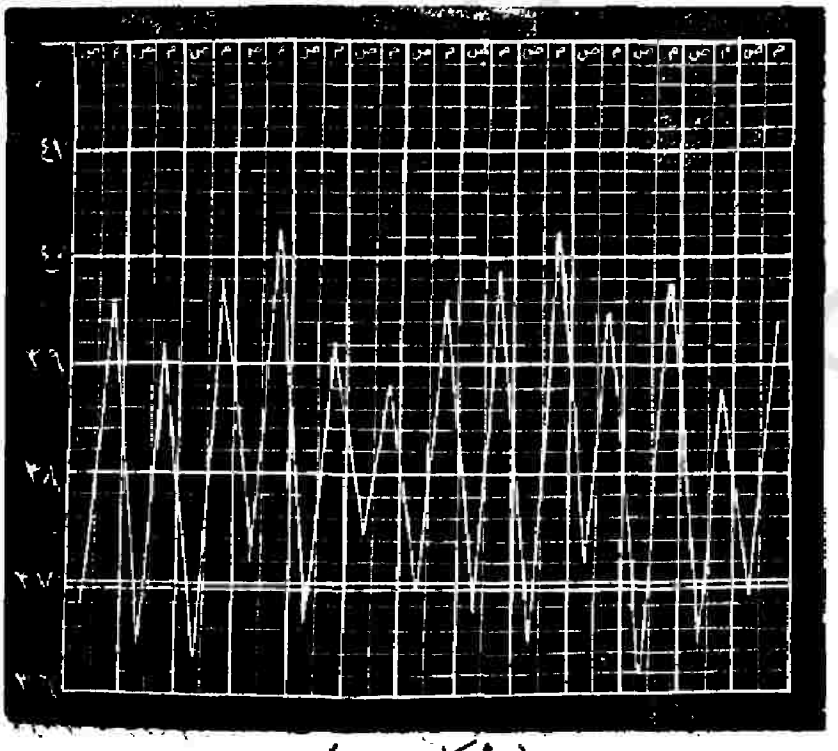
وعلى كل يقسم سير التدرن الرئوى المسزمن تبعا للعادة المألوفة الى ثلاثة أدوار يكون مجلس علاماتها الموضعية الاكلينيكيه دائما فى قمة الرئة

الدور الاول (أى دور التكون) يعرف بوجود عتامة فى صوت قرع احدى القمم الرئوية وبالتسمع يسمع الحرير الحويصلى فيها خشنا أثناء الشهيق ويكون الزفير مستطيلا ارتجاجيا (scadé) ويسمع فيها ألغاط فرقعية جافة (craquements secs.) أو بعض الالغاط الفرقعية المسماة سيبلن (sebelants)

الدور الثانى أى دور التقيح — يعرف بوجود أصمية واضحة فى قمة الرئة بالقرع

عليها و بالتسمع تسمع ألغاط رطبة مخاطية ـ craquements humides. ـ وتنفس نفخي و باللمس يدرك تزايد وصول الاهتزازات الصدرية فى القمة المذكورة نعم ان امتداد التغير لا يحصل فى زمن واحد وحينئذ فلا تكون صفة العلامات الاكلينيكية المذكورة واحدة بل يكون بعض التغيرات لم يزل فى الدرجة الاولى أى لم يحصل فيه لين والبعض يكون فى الدرجة الثانية أى حصل فيه اللين والتقيح وهذا هو السبب فى أنه عند التسمع يسمع فى نقط علامات الدرجة الاولى وفى نقط أخرى تسمع علامات الدرجة الثانية

الدور الثالث ـ يعرف بتكون الكهوف الناجمة عن التقيح وعلاماته هى . أولا بالنظر الى البصاق يرى أنه صديدى ذو شكل مستدير مشرذم الدائرة و يحصل فى كثير من الاحوال نفث دموى يقال له اميو بيتيزى . ثانيا بالقرع يوجد إما صوت رنان ان كان الكهف سطحيا ومتسعا و إما صوت أصم لتيبس النسيج المحيط للكهف بالالتهاب و وجود درن لم يزل صلبا . ثالثا بالتسمع يسمع النفخ الكهفى والقراقر الكهفية . رابعا بالحمى (وهى ليست حمى ابتداء تكون التدرن أى حمى تكون الحبيبات الدرنية التى سيرها يكون منتظما مستمرا بدون تذبذب عظيم و وجودها يعلن بتكون الدرن لانها تصحب تكونه أى توالده واذا عادت بهذه الكيفية بعد زوالها تعلن بتكون درن حديث) وهى حمى الدق السابقة الذكر المشار لها بشكل (١٦) وهى ناجمة من الامتصاص العفن ووجودها علامة على وجود كهوف وتعرف بتذبذباتها العظيمة فتكون درجة الحرارة فى الصباح نحو (٣٧) أو أقل من ذلك ثم تصعد فى



(شكل ١٦)

شكل (١٦) يشير لسير الحرارة فى الدور الاخير للسل أى فى الدرجة الثالثة

المساء محمودرجة (٤٠) وانذار المرض يتعلق بدرجة الحمى المذكورة . وانذار الكهف القليل الاتساع أحمد من انذار التدرن المرتشح الممتد فى جزء عظيم من الرئة

ـ ومن الامراض الحميـة العموميـة العفنة ذوات السير غير المنتظم الروماتزم المفصلى الحاد والحمى فيـه تكون درجتها من (٣٩ الى ٤٠) وسيرها غير منتظم و يصحبها احتقان المفاصل المصابة وانتفاخها وتألمها و ينتقل ذلك من مفصل الى آخر و ينجم عن هذا المرض فى أسرع وقت حصول الانيميا فيبهت لون المصاب وفى هذا المرض يجب التحفظ لعدم اصابة القلب لان صماماته تكون كالمفاصل مستعدة للاصابة بالروماتزم خصوصا الصمام ذا الشرافتين أى الصمام المترال

ومن الامراض العموميـة العفنة غير الحمية ذات السـير المعلوم الزهرى وهو يحصل بالعدوى بواسطة مكروب حلزونى لا يتلون بالمادة الملونة ولذا يسمى بالمكروب اللولبى الباهت و ينتقل هـذا المرض بالوراثة أى انه يكتسب أولا بالعـدوى ثم ينتقل من الذى اكتسبه بالعدوى الى أعقابه بالوراثة

(فى زهرى العدوى) ـ الزهرى المكتسب بالعدوى ذو ثلاثة أدوار . فالدور الاول يبتدئ دائما بقرحـة تسمى قرحـة أوليـة وقد تحصـل وتشـفى بدون أن يدركها المريض وهى فقد جوهرى فى الادمـة وتكون ذات سطح أملس ولون أحمر كلون العضـل حافتها ليست بارزة بل ممهدة قاعدتها صلبة اذا بحث سائلها وجد فيـه المكروب الحلزونى وتظهر القرحة فى محل الملامسة مهما كان مجلس الملامسة للمادة العفنة المعدية وتصطحب باحتقان عقدى لينفاوى فى العـقد المجاورة

(الدور الثانى) ـ يعرف بظهور أعراض جلدية ومخاطية يقال لها أعراض ثانية موضعية مجلسها الجلد والاغشية المخاطية و بظهور أعراض عمومية . فالاعراض الجلدية منها الطفح الجلدى المكون على العموم من بقع مستديرة الشكل يميـل لان يجتمع مع بعضه ليكون شكل دائرة أو نصف دائرة ولونه على العموم أحمر كلون النحاس وكثيرا ما تكون البشرة مرتفعة فى دائرة البقعة ولا يصطحب ذلك الطفح بأكلان ان لم يكن مضاعفا بحالة الكؤليـة أو حالة بارازيتية . ومنها تكون قروح يعقب شفاءها أثر النحام مسمرة اللون خصوصا فى الاطراف السفلى لداعى عسر سير الدورة الوريدية فيها . وأكثر أنواع الطفح مشاهدة هو الشكل الابريتماوى والوردية التى تظهر فى نحو اليوم الخامس من ابتداء القرحة الاولية و يبتدئ الطفح الوردى فى جلد الجذع ويحصل على دفعات وبذلك يعم الجسم فى أسبوع (وعادة جلد الوجه والايدى لا يصاب به)

ويتكون من بقع عدسية الشكل لونها يشبه اللون الاحمر لزهر الخوخ لا ينمحي بالضغط عليه بالاصبع وهذا الطفح يستمر موجودا جملة أسابيع . والاعراض التي مجلسها الاغشية المخاطية هي لطخ تسمى باللطخ المخاطية مجلسها الفم والحلق والشرج والشفران والمهبل والحنجرة

والظواهر العمومية الزهرية الثنائية هي ضعف التغذية فيضعف المريض ويبهت لونه ويسقط شعره خصوصا شعر الحواجب وتتزايد ضربات قلبه ويحصل له آلام دماغية غائرة مستمرة مع ثوران فيها أثناء الليل وآلام في الاطراف وانحطاط في القوى المخية وأحيانا حمى

(الدور الثالث أو الاعراض الثلاثية) — أحيانا لا يظهر شيء بعد الظواهر الثنائية وأحيانا تظهر تغيرات تسمى بالاعراض الثلاثية ومجلسها الجلد أو الاحشاء . فالتغيرات الثلاثية الجلدية الاكثر حصولا هي الاورام الصمغية وهي عبارة عن تولدات مستديرة عديمة الالم صلبة في الابتداء ثم تتقيح وينجم عن ذلك قرحة مستديرة غائرة حوافيها واضحة وقاعها ذو أزرار ومتى شفيت تركت أثرة التحام غائرة ذات لون أحمر مسمر نحاسي ومتى كانت القروح الجلدية الناجمة عنها متقاربة اتصلت ببعضها وكونت قرحة متسعة ذات شكل غير منتظم وحوافي متمرزمة غائرة ومتى تكونت الاورام الصمغية في الكبد استحال النسيج المحيط بها الى حالة اسكلير وزية (سكلير وزصمغي) . والتغيرات الثلاثية الحشوية أي التي تحصل في الاحشاء ليس لها عضو حشوي مخصوص بل قد تحصل في جميعها وانما التغيرات الزهرية المخية هي أكثر التغيرات الحشوية حصولا ومختلفة النوع كثيرا فشلل الاتاكسي والشلل العمومي مرضان يكون الزهري من سوابقهما ان لم يكن أصلا لهما وبسبب ذلك كان الزهري مرضا كثير الخطر

(في الزهري الوراثي) ينجم عن الزهري الوراثي أن متحصل العلوق قد لا يتم مدة حمله بل يموت ويخرج بالاجهاض وبهذه الحالة تحصل اجهاضات متكررة نحو الشهر السادس من الحمل وكلما كان الاجهاض قريبا من انتهاء مدة الحمل في كل مرة كانت الأم هي التي وصلت الزهري لمتحصل العلوق

والاعراض الزهرية الوراثية تبتدئ في الظهور في أكثر الاحوال في متحصل العلوق في مدة الثلاثة الاشهر الاول من الحمل وهي إما حالة كاشكسيا أو طفح جلدي ذو لون أحمر مصفر يظهر في الاليتين أو عدم اتصال قسمي الشفة ببعضهما أو تغير في المستقيم أو ظهور نفاطات على سطح الجلد أو نزول سوائل من الانف بسبب اصابة غشائه المخاطي بالكوريزا المزمنة أو

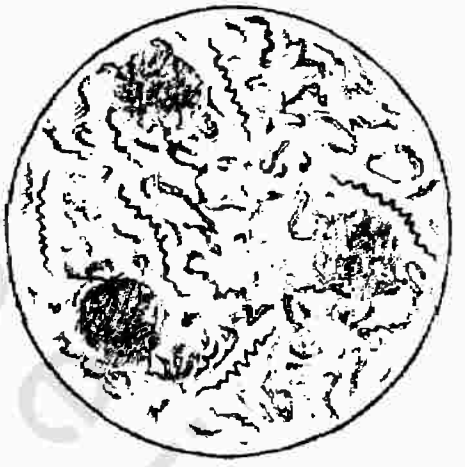
ضخامة فى الكبد أو الطحال أو تغيرات فى العظام مجلسها عظام الجمجمة وهى نمو البروزات العظمية الجبهية فتكون بروزين جانبيين . وقد يكون ظهور تغيرات الزهرى الوراثى متأخرا عن الولادة بجملة سنين و يظهر حينئذ فى العينين أو فى العظام أو فى الجلد أو فى الحنك أو فى المجموع العصبى أو فى الجهاز السمعى وغير ذلك

و بالاجمال ينجم عن التغيرات الزهرية الوراثية المتأخرة الظهور نحافة الشخص وتلون جلده بلون السمرة وتأخر نمو الاعضاء والوظائف و وجود الطبيعة الصبيانية دواما مهما تقدم الشخص فى السن وتشوه الجمجمة والانف وعظام الجذع والاطراف السفلى فقصبة الساق تكون حادة و يحصل للشخص التهابات قرنية وأذنية تفجية بل وصمم جزئى وتشوه فى تركيب الاسنان القواطع الوسطى العليا للسنين الثانى و يعرف ذلك بتشرذم الحافة القاطعة للسن على هيئة ميزاب نصف هلالى وبضيق الجزء العلوى للسن واستدارة الحوافى الجانبية لها و يحصل أيضا تغير فى الخصيتين فتصيران صغيرتين صلبتين وتحصل ضخامة فى العقد الليمفاوية وتغيرات فى المفاصل

ولاجل تلوين المكروب الحلزونى الزهرى يوجد طريقتان وهما طريقة المعلم (جمسا) وطريقة المعلم (مورينو) فالاولى تنحصر فى حك سطح القرحة بمشرط وأخذ المتحصل على صفيحة المكرسكوب ثم توضع مدة ٣٠ دقيقة فى الكؤل النقى المطلق لتثبيت التحضير ثم تخرج وتجفف ثم توضع مدة ٢٤ ساعة فى سائل حمامى محضر حديثا ولتحضيره يؤخذ ١٢ جزأ من محلول الاوزين eosine للمعلم جسا (المكون من ٢ سنتيمتر مكعب من محلول الاوزين واحد على ١٠٠ ومن ٥٠٠ سنتيمتر مكعب من الماء العقيم) و ٣ أجزاء من محلول الآزور غرة ١ asure (المكون من واحد على ١٠٠٠) و ٣ أجزاء من محلول الآزور asure غرة ٢ (المكون من ٠٫٨٠ على ١٠٠٠) ثم بعد مضى ٢٤ ساعة تخرج الصفيحة وتجفف وتبحث بالمكرسكوب

والطريقة الثانية لا تحتاج الى أكثر من ربع ساعة ولذلك تفضل على طريقة (جسا) وتنحصر فى حك سطح القرحة و وضع المتحصل على صفيحة المكرسكوب وتترك برهة لتجف بنفسها ثم يصب على سطحها مقدار سنتيمتر مكعب من زرقة (مورينو) (المكونة من ١٠ سنتيجرام من الآزور asure ومن ٥٠ سنتيمتر مكعب من الكؤل المتيل) ثم تترك الصفيحة فيه مدة عشر دقائق ثم تخرج منه و يصب عليها سنتيمتر مكعب من محلول الاوزين eosins (المكون من ٢٠ على ١٠٠٠) وتترك فيه من دقيقتين الى ١٠ ثم تخرج وتغسل بالماء ثم تجفف

وتبحث بالمكرسكوب فترى المكروبات الخلزونية ذات لون وردى برتقالى وهى كما فى شكل (١٧)



(شكل ١٧)

(تنبيه وان كان البحث جاريا الى الآن عن المكروب الخلزونى لمعرفة ان كان حقيقة هو مكروب الزهرى أولا فنحن وضعناه لكى ينتبه المطلع ويبحث الى أن يثبت كونه مكروبه أم لا) وهو يوجد فى القرحة الصلبه وفى الحلمات والعقد اللمفاوية الاولية والثانية والثلاثيه للمصابين بالزهرى المكتسب والوراثى وبتلقيحه للقرد يولد عنده الزهرى لكن للآن ما أمكن زرعه

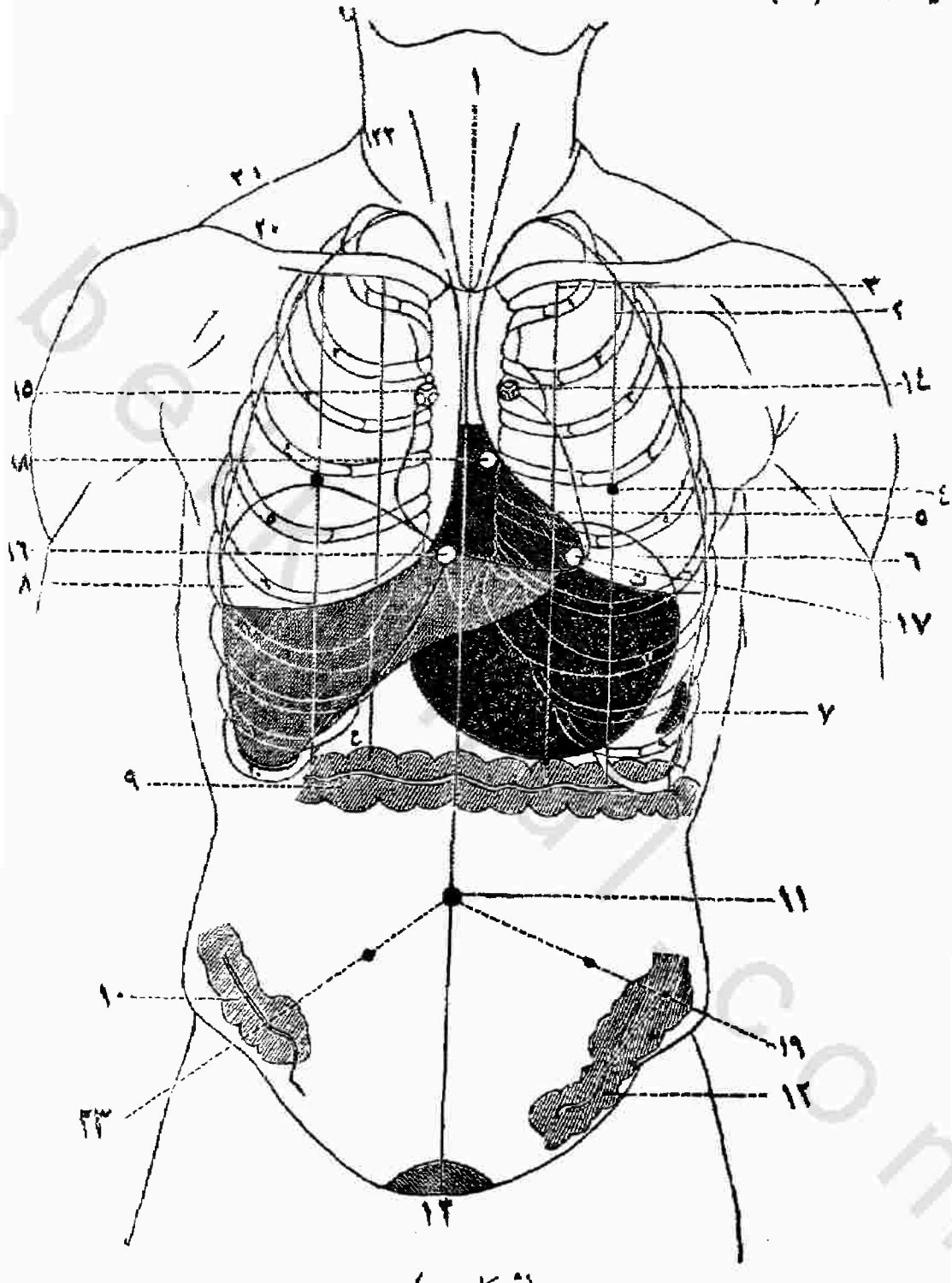
﴿ المبحث الرابع فى بحث المريض باللمس والقرع والتسمع ﴾

لاجل بحث المريض يجب على الطبيب أن يرفع الثياب عن القسم المراد معاينته وبحثه لان وجود الثياب عليه يحجب النظر فتصعب معرفة الحقيقة وعليه عند بحثه كل قسم من أقسام الصدر والبطن أن يتذكر الوضع الطبيعى للاعضاء الحشوية الموجودة فى كل منهما والحجم الطبيعى لكل عضو منها ومجاوراتها لبعضها ولجدر الصدر أو البطن و يتحقق ان كان حجمها الحالى طبيعيا أم لا وان مجاوراتها الحالية طبيعية أم لا . ولسهولة معرفة الوضع الطبيعى والمجاورة الطبيعية والحجم الطبيعى للعضو المبحوث عنه بالضبط يجب على الطبيب ان يلاحظ النقط والخطوط الجلدية الطبيعية المتفق عليها المسماة بنقط وخطوط المقارنة لانه بمقارنتها مع مايجده فى بحثه يعرف الفرق الكائن بين الحالة الطبيعية والمرضية . وحيث ان معرفة النقط والخطوط والمجاورات المذكورة مهمة فنذكرها هنا اتماما للفائدة

فنقط المقارنة الثابتة المتعارفة الكائنة فى الجهة المقدمة للصدر والبطن هى أولا حلمة الثدى ثانيا السنة الخنجرى ثالثا السرة رابعا الارتفاق العانى خامسا الشوكة الحرقفية المقدمة العليا سادسا المسافة الثانية بين الاضلاع فى حافة القص سابعا الضلع الخامس اليسارى

شكل (١٧) يحتوى على خمس مكروبات خلزونيه

ينظر شكل (١٨)



(شكل ١٨)

وأما خطوط المقارنة المتعارفة فى الجهة المقدمة البطن والصدر فهى ـ الخط القصى المتوسط الممتد

شكل (١٨) يشير النقطوا لخطوط المتفق عليها ويشير لمجاورة الاحشاء الصدرية والبطنية للجدر المقدمة الصدرية والبطنية فرقم (١) يشير للخط المتوسط القصى الممتد من قاعدة القص نازلا الى أسفل قاسما القص الى نصفين متساويين مارا بالنتوا لخنجرى فالسرة فالارتفاق العانى وطوله من قاعدة القص الى النتوا لخنجرى نحو =

من أعلى الى أسفل من قاعدة القص قاسما القص طولا الى نصفين متساويين مارا بالنتو الخنجرى فالسرة فالارتفاق العانى ومؤشره برقم (١) من شكل (١٨)

ومنها الخط الثديى الآتى من الترقوة نازلا الى أسفل مارا على حلمة الثدى من أعلى الى أسفل موازيا للخط القصى المتوسط ومؤشره برقم (٢) من شكل (١٨)

ومنها الخط القريب من حافة القص الممتد من أعلى الى سفل من الترقوة وموازيا للخطين السابقين وقاسما المسافة الموجودة بين حافة القص والخط الثديى الى قسمين متساويين ومؤشره برقم (٣) من شكل (١٨) المذكور

ومنها الخط بين الثديين أى انضام الثديين ببعضهما وطوله نحو (٢١) سنتيمترا

ومنها الخط المحيط بحافة الاضلاع السائبة مبتدئا من أعلى الى أسفل ومن الانسية الى الوحشية فمن أعلى من غضروف الضلع الثامن نحو النتو الخنجرى الى الضلع الحادى عشر قرب الخط القريب من القص وجزء هذا الخط الموجود من الضلع التاسع الى الحادى عشر خال من الكبد

ومنها الخطوط المتكونة من المسافات بين الاضلاع وتعد من أعلى الى أسفل انما المسافة الموجودة بين الترقوة والضلع الاول قليلة الظهور حتى عند نحيف الصدر بسبب وجود الترقوة

= ١٨ سنتيمترا ورقم (٢) للخط الثديى الممتد من وسط الحافة السفلى من الترقوة وينزل الى أسفل مارا بحلمة الثدى ثم بالخاصرة الحرقفية ورقم (٣) للخط القريب من القص وهو ممتد من الترقوة الى أسفل قاسما المسافة الكائنة بين الخط الثديى والخط القصى المتوسط الى جزأين متساويين و (٤) لحلمة الثدى و (٥) للقلب و (٦) للعدد وحرف (ت) يشير لمسافة تروب الكائنة فى مقابلة المسافة الخامسة والسادسة بين الاضلاع اليسرى و (٧) للطحال و (٨) للكبد وحرف (ح) يشير لمحل الحويصلة المرارية وهو وحشى الخط القريب من القص و (٩) للقولون المستعرض و (١٠) للاعور ومعلقته الدودية و (١١) للسرة و (١٢) للتعريج السينى و (١٣) للمحل الموجود فيه المثانة والارتفاق العانى و (١٤) لمحل فتحة الشريان الرئوى (المسافة الثانية بين الاضلاع اليسرى خلف القص تقريبا) و (١٥) لفتحة الشريان الاورطى (فى المسافة الثانية بين الاضلاع اليمنى خلف حافة القص تقريبا) و (١٦) لمحل فتحة الصمام ذى الثلاث شرافات (فى قاعدة النتو الخنجرى) و (١٧) لمحل فتحة الصمام ذى الشرافتين (مبتدأ فى قمة القلب تقريبا) فى المسافة الخامسة بين الاضلاع اليسرى و (١٨) للمحل سماع الالغاط التى تنتج من الالتهاب التامورى اذا وجد (محلها مركز الاصمية القلبية) و (١٩) للخط الذى يمتد من السرة الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا اليسرى وفى وسطه يفعل بزل البطن فى الاستسقا الزقى وفيه يسمع ضربات قلب الجنين فى الوضع الرأسى الطبيعى له أثناء الاشهر الاخيرة للحمل و (٢٠) للحد السفلى للمثلث فوق الترقوة و (٢١) للحد العلوى الخلفى للمثلث المذكور و (٢٢) للحد الانسى للمثلث المذكور و (٢٣) للخط الذى توجد فى وسطه شدة الالم فى التهاب المعلقة الدوديه

وتغطيتها للضلع الاول فى جميع امتداده تقريبا فالمسافة التى تظهر للطبيب أولا هى المسافة الكائنة بين الضلع الاول والضلع الثانى كما هو واضح فى شكل (١٨) المذكور

وأما المجاورات الواجبة ملاحظتها فهى أن يكون الحد العلوى الأكلينيكى للكبد أى الحافة العليا للاصمية الاكلينيكية للكبد ملامسة للحافة السفلى للضلع السادس اليمنى فى المسافة الكائنة من الحافة اليمنى للقص الى الخط الثدى اليمنى أى من منشأ الضلع المذكور من القص الى الخط الثدى كما هو واضح فى شكل (١٨) ومنها أن الحد العلوى للاصمية الاكلينيكية للقص اليسارى للكبد يمتد من الحافة اليمنى للقص من محاذاة الحافة السفلى للضلع السادس اليمنى المذكور ثم يتجه الى اليسار موازيا للحد الاسفل للاصمية القلبية أى موازيا للحافة السفلى للقلب الى قمته كما هو واضح فى شكل (١٨) ومنها ان الحافة السفلى للاصمية الكبدية أى الحد الاسفل الاكلينيكى للكبد لا تتجاوز الحافة السفلى السائبة للاضلاع الكاذبة فى المسافة الكائنة من الضلع الحادى عشر الى الضلع التاسع اليمنى أى الى الخط القريب من القص ثم بعد ذلك فصاعدا نحو اليسار تكون الاصمية الكبدية متجاوزة الحافة السائبة للضلع الثامن والسابع والنتوء الخنجرى لانها متجهة نحو اليسار الى قمة القلب لتتلاقى مع الحد العلوى للقص اليسارى للكبد الموازى للحافة السفلى للقلب كما ذكر وكما هو واضح فى شكل (١٨)

ومنها أن تكون نقطة قرع قمة القلب لجدر الصدر خلف المسافة الخامسة بين الاضلاع اليسرى أو خلف الضلع الخامس اليسارى فى وسط خط ممتد من الخط القريب من القص اليسارى الى الخط الثدى اليسارى أى بعيدا عن الخط المتوسط القصى بنحو (٨) سنتيمترات الى (١٠) كما هو واضح فى شكل (١٨)

ومنها أن تقف أصمية الحافة الاكلينيكية اليمنى للقلب أى الحد اليمنى للاصمية الاكلينيكية للقلب فى محاذاة الحافة اليمنى للقص كما هو واضح فى شكل (١٨)

ومنها أن تقف الحافة الاكلينيكية اليسرى للقلب أى الحد اليسارى للاصمية القلبية من أعلى فى محاذاة الحافة العليا لغضروف الضلع الرابع اليسارى خلف نقطة اتصاله بالقص كما هو واضح فى شكل (١٨) المذكور وتنتهى من أسفل فى قمة القلب

ومنها أن تختلط الحافة السفلى للقلب بالحافة العليا للكبد من قمة القلب الى غضروف الضلع الخامس اليمنى كما هو واضح فى شكل (١٨)

ومنها أن تمتد الحافة السفلى للرئة اليمنى من القص الى الخط الثدى اليمنى تابعة للحافة السفلى للضلع السادس اليمنى كما هو واضح فى شكل (١٨)

ومنها أن تمتد الحافة المقدمة للرئة اليمنى من محاذاة غضروف الضلع الثالث اليمنى الى محاذاة غضروف الضلع الخامس اليمنى تابعة لسير الخط القصى المتوسط فى طول امتداد المسافة المذكورة

ومنها أن تمتد الحافة السفلى للرئة اليسرى من محاذاة قمة القلب متجهة الى أسفل والوحشية مارة خلف الضلع السادس اليسارى المقاطعة له فى محاذاة الخط الثدى اليسارى متجهة الى أسفل والخلف

ومنها أن تمتد الحافة المقدمة للرئة اليسرى من الخط القصى المتوسط فى محاذاة غضروف الضلع الثالث اليسارى وتتجه الى اليسار والاسفل نحو قمة القلب مقاطعة للفصل القصى لغضروف الضلع الرابع اليسارى

ومنها أن تمتد الحافة العليا (أى الانسية) لكل رئة (بالنسبة للأكليل) من قاعدة القص الى قمة الزاوية العنقية الكتفية فتحد هذه الحافة القسم فوق الترقوة من الداخل

ومنها أن تكون حلمة الثدى موضوعة أمام الضلع الرابع وهو الغالب أو أسفل منه فى المسافة الرابعة من بين الاضلاع كما فى شكل (١٨)

ومنها أن يمتد الخط تحت الابط من قمة الحفرة تحت الابط الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا التالى الجهة * وعلى العموم اذا خطط الطبيب قبل عمل القرع الخطوط الفسلوجية للاعضاء الحشوية الصدرية والبطنية كان أتم فلأجل ذلك يفعل ما يأتى

أولا — يحدد قمة القلب بتعيين نقطة قرعها الجدر الصدر بعلامة بالحبر توضع فى النقطة المذكورة

ثانيا — يمد خطا أوليا من النقطة المذكورة أى من نقطة قمة القلب التى صار تعيينها الى حلمة الثدى اليمنى فيكون هذا الخط فى مبتدئه أى من جهة القلب مقعرا قليلا من أعلى ثم يصير محدبا بعد ذلك وهذا الخط هو الحد العلوى التشريحى للكبد فجزؤه اليسارى مكون للحد الاسفل للقلب كما هو واضح فى شكل (١٨) وجزؤه الوحشى اليمنى العلوى مغطى بالرئة اليمنى الى الحافة السفلى للضلع السادس اليمنى

ثالثا — يمد خطا ثانيا مبتدأ من الخط القصى المتوسط فى محاذاة نقطة اتصال غضروف الضلع الثانى اليمنى بالقص ثم ينزل الى أسفل باستقامة وبعد أن يمر على المفصل القصى للضلع السادس اليمنى يتجه الى اليمين والوحشية تابعا الحافة السفلى للضلع السادس المذكور الى الخط الثدى اليمنى وهذا الخط هو الحد اليمنى للاصمية القلبية فى جزئه العلوى والحد العلوى للاصمية الكبدية

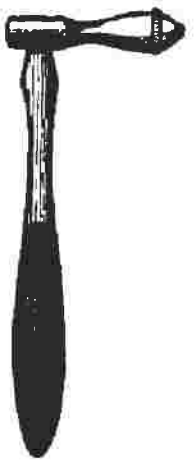
للقص اليمنى للكبد فى جزئه السفلى الوحشى و يكون هـذا الخط منحنيا وتقـعيره متجها نحو اليمين والاعلى كما هو واضح فى شكل (١٨)

رابعا ـ يبـدخطا ثالثا مبتـدأ من النقطة القصية المركزية التى امتد منها الخط الثانى السابق فى محاذاة غضروف الضلع الثانى ثم يتجه الى أسفل والوحشية واليسار نحو الجزء العلوى لقمة القلب ثم يحيط بالقمة المـذكورة مقاطعا الضلع الخامس اليسارى بالقرب من الخط الثدى اليسارى تقريبا وهذا الخط هو الحد اليسارى للقلب كما هو واضح فى شكل (١٨) المذكور خامسا ـ يبدخطا رابعا (شكله كشكل إس القرنساوى مستطيلة مقلوبة) يبتدئ به من الخط الاول (أى من الخط المتجه من قمة القلب الى حلمة الثدى اليمنى عند نقطة تقاطع الخط المذكور للخط القريب من القص اليسارى) ثم يتجه به الى أسفل واليمين وينتهى بطرفه الاسفل فى الحافة السفلى السائبة للاضلاع اليمنى فى محاذاة الخط القريب من القص اليمنى وهذا الخط هو الحد الاسـفل للاصمـة الكبدية فى جزئها العلوى الانسى وأما الجزء السفلى الوحشى من الحافة الكبدية السفلى (أى جزء الكبد الموجود وحشى الخط القريب من القص اليمنى) فيختلف خلف الحافة السفلى السائبة للضلع الثامن والتاسع والعاشر والحادى عشر كما هو واضح فى شكل (١٨) فبهذه الخطوط يتحصـل الطبيب قبل القرع على الحدود الطبيعية لكل من الرنانية الرئوية والاصمية القلبية والاصمية الكبدية والرنانية الطمبانيكية للمعدة المكونة لمسافة (تروب) وهذه المسافة مهـمة المعرفة لانها محـدودة بالكبد والقلب والرئة والطحال ومؤشرها بحـرف (ت) من شكل (١٨) . ثم ان القسم فوق الترقوة محـدود من الامام والاسـفل بالترقوة المؤشر لها برقم (٢٠) ومن الخلف بالعضـلة الترابيزية المؤشر لها برقـم (٢١) ومن الانسـية بالعنق المؤشر له برقم (٢٢) من شكل (١٨) ويشـتمل هـذا القسم على قمة الرئة . والمعـدة المؤشر لها برقم (٦) من شكل (١٨) موضوعـة تقريبا على الخط المتوسط الطولى للجذع فى النصف العـلوى للمسافة الممتدة من قاعدة الثنوا الخنجرى الى السرة ففى هذه المسافة يلزم البحث عن المعـدة خصوصا عن جزئها البوابى وأما حـدبتها الغليظـة فتجاوز الخط المتوسط للجسم نحو اليسار كما هو واضح فى شكل (١٨) . ويوجد فى الحفرة الحرقفيـة اليمنى الاعور ومعلقته الدودية المؤشر لها برقم (١٠) من شكل (١٨) وفى التهاب هذه المعلقة يكون مجلس الالم فى وسط خط ممتد من السرة الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا اليمنى وهو المؤشر له برقم (٢٣) من شكل (١٨) . ويوجد فى الحفرة الحرقفيـة اليمنى أيضا ابتداء القناة المعوية الغليظة أى الطرف الاسفل للقولون الصاعد

ويوجد فى الحفرة الحرقفية اليسرى التعريج السينى (أى الجزء الموجود بين المستقيم والقولون النازل) المؤشر له برقم (١٢) من شكل (١٨) . والبزل البطنى فى الاستسقاء الزقى يفعل فى وسط الخط الممتد من السرة الى الشوكة المقدمة العليا للحرقفة اليسرى المؤشر له برقم (١٩) . فمتى وجد الطبيب بالقرع تنوعا فى النقط والخطوط الطبيعية علم عليها وضم هذه النقط بخطوط صناعية ثم تقاس المسافة المحصورة بالخطوط المذكورة وتقابل بالحجم الطبيعى ليعرف ان كان حجم العضو طبيعيا ومجاوراته كذلك أو متغيرة

اللمس باليد يبتدأ عادة بجس الاعضاء السطحية (أى السهلة الادراك) باليد قبل القرع ويسمى الجس المذكور بالپاسيون (Palpation) ويسمى القرع (پركوسيون) (percûtion) ويفعل اللمس بجميع راحة اليد أو بالاصابع فقط منحنية خفيفا فيضغط بها القسم المراد بحثه ضغطا خفيفا سطحيا تارة وأخرى قويا غائرا وذلك لمعرفة حجم العضو وقوامه فيفعل اللمس لمعرفة النقطة التى فيها تفرع قة القلب ولمعرفة ما اذا كانت الحافة المقدمة للكبد متجاوزة خط حافة الاضلاع الكاذبة أولا ويستعمل أيضا فى البحث عن الانسكابات البلوراوية والتامورية وعن الاورام البطنية وغيرها

القرع — يفعل لمعرفة ما اذا كان القسم المقروع رنانا أو أصم فقرع الرئة السليمة ينجم عنه صوت رنان واضح (كابير) وينجم عن قرع الكبد صوت أصم وعن قرع المعدة الخالية من الاغذية والسوائل صوت رنان عال يقال له طمپانيك . والقرع يفعل تارة بدون واسطة ويكون ذلك باليد اليمنى بأطراف أصابعها الاربع منضمة الى بعضها على خط واحد أفقى ومنحنية خفيفا على نظام المشط لكن هذه الطريقة غير جيدة فيفضل فعل القرع بواسطة بان يضع الطبيب جسما على القسم المراد قرعه ويقرع عليه بأصبع اليد اليمنى أو بمطرقة وذلك الجسم يكون إما قطعة من معدن أو من عاج أو من قرن مفرطحة مستطيلة أو مستديرة مقسمة الى سنتيمترات وملليمترات تسمى پليسيمتر . والمطرقة تتكون من ساق ومن جزء آخر متصل به على زاوية فائمة منته بطرف يربط عليه كرة صغيرة من الكاوتشوك يقع القرع على البليسيمتر وتكون المطرقة من معدن عادة وهى المؤشر لها بشكل (١٩) ولكن الافضل أن يستعاض البليسيمتر



شكل (١٩)

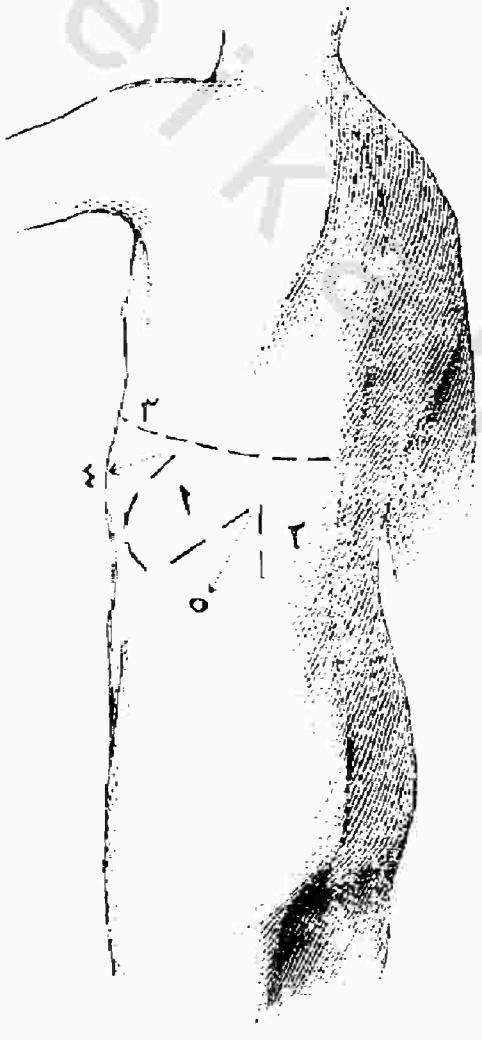
شكل (١٩) يشير لمطرقة القرع

بالاصبع الوسطى لليد اليسرى لانه يمكن وضعه على أى نقطة من الجسم حيث يتوافق معها ويدلك الاصبع مرونة الانسجة التى تحته أثناء القرع وتستعاض المطرقة بالاصبع الوسطى لليد اليمنى وبذلك يكون الصوت الناجم من القرع هو الصوت الحقيقى للعضو الموجود تحت هذا الاصبع المقروع

قواعد القرع بالاصبع - يضع الطبيب الاصبع الوسطى لليد اليسرى وضعا جيدا على الجزء المراد قرعه حتى يصير كأنه جزء منه ثم يقرع مرتين متواليتين خفيفتين على السلامى الثانية للاصبع الوسطى لليد اليسرى ومقاطعا لاتجاهها بأنملة الاصبع الوسطى لليد اليمنى المنحنى خفيفا ويلزم رفع الاصبع القارع فى الحال عقب كل قرع وأن يكون مركز حركة اليد القارعة فى مفصل رسغها لا فى مفصل المرفق ولا فى مفصل الكتف ويكون القرع خفيفا اذا كان العضو سطحيا وقويا اذا كان غائرا . ويلزم أن يكون القرع أولا على خطوط المقارنة السابقة الذكر ويكون وضع الاصبع أو البليسيمتر عليها مقاطعا لاتجاهها ثم يستمر بالقرع متباعدا عن الخط شيأ فشيأ ويعلم بالتوالى بالحبر أو بالظفر على كل نقطة يكون صوت قرعها مغايرا لصوتها الطبيعى وهكذا فى قرع كل خط ومجاوراته وبذلك يصير تحديد الاعضاء التى صوتها ليس واحدا

بحث الطحال - لما كان حجم الطحال يتزايد فى كل حمى استصوبنا بحثه فى العموميات . ويلزم لاجل بحثه أن يتذكر الطبيب أنه مستتر فى الحالة الطبيعية بالضلع التاسع والعاشر والحادى عشر من أضلاع الجهة اليسرى من الصدر ويكون محدودا كلينيكيا (أى بالقرع) من الامام بالصوت التمبانيكى (tympanique) للمعدة والقولون المستعرض ومن أعلى برنانية الرئة اليسرى ومن الخلف والاسفل تكون أصميته ممتدة الى أصمية الكلى اليسرى . والمحور الاكثر طولا للطحال يتبع تقريبا سير الضلع العاشر للجهة اليسرى للصدر . والطرف الخلفى له يكون قرب الفقرة العاشرة الظهرية . والطرف المقدم يكون واصلا الى الخط المفصلى الضلعى القصى اليسارى «الممتد من المفصل القصى الترقوى اليسارى الى قمة الضلع الحادى عشر اليسارى» . ويلزم أن يقرع الطحال على الخط تحت الابط قرعا خفيفا . ومع ذلك فالطحال صعب الادراك لقلة حجمه ولانه محاط من كل جهة بأعضاء رنانة (الرئة والمعدة والامعاء) فلاجل قرعه يلزم أن يضجع المريض على جنبه الايمن بدون أن يوضع تحت رأسه خديات ثم يرفع ذراعه الايسر ويوضع فوق رأسه ثم يضع الطبيب الاصبع الوسطى ليده اليسرى « أصبع البليسيمتر » على الخط تحت الابط

«الممتد من قمة الحفرة تحت الابط الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا الجهة كما ذكر» مقاطعا له وفى محاذاة الرنانية الرئوية لهذه الجهة ثم يقرع بأصبع اليد اليمنى على الاصبع البليسيمتر من أعلى الى أسفل تابعا الخط الابطى المذكور الى أن يدرك صوتا أقل رنانية فيضع على النقطة المذكورة علامة بالحبر ثم يقرع من أسفل الى أعلى مبتدئا من الحفرة الحرقفية اليسرى تابعا للخط الابطى دائما ومتى ظهر صوت أقل رنانية وضع على النقطة المذكورة علامة بالحبر كذلك ثم يقرع داخل النقطتين المذكورتين ثم خارجهما أيضا ففى داخلهما يبتدئ من الرنانية المعدية متجها الى الخلف الى أن يجد نقطة أقل رنانية فيعلم عليها بالحبر كذلك ثم يستمر القرع خارجها الى أن تزول الاصمية فيعلم بالحبر ثم توصل هذه النقط الثلاث المؤشر عليها بالحبر بخط يصير منحنيا هو رسم الطحال كما هو مبين فى شكل (٢٠) فتقاس أولا المسافة الكائنة بين العلامتين الاوليين أى المسافة الكائنة بين العلامة الاولى العليا والعلامة الثانية السفلى ثم تقاس المسافة الكائنة من الامام أى من النقطة الثالثة للاصمية الى الخط تحت الابط أى الى النقطة التى صار فيها الصوت رنانا فالاصمية الطبيعية للطحال فى الخط تحت الابط من أعلى الى أسفل يكون امتدادها من (٣ الى ٥) سنتيمترات وتتجاوز الخط تحت الابط نحو الامام بمقدار يختلف من (٣ الى ٤)



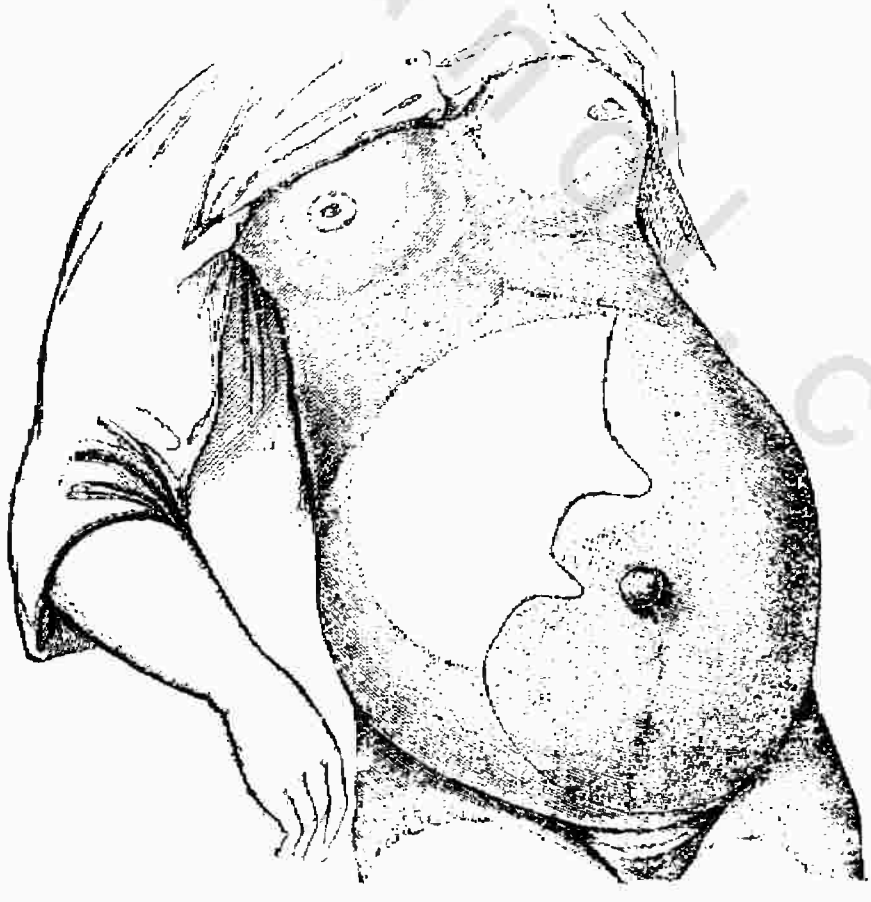
شكل (٢٠)

شكل (٢٠) يبين أصمية الطحال فى الحالة الصحية فرقم (١) يشير لاصمية الطحال و ٢ للاصمية الكلوية و ٣ للحافة السفلى للرئة اليسرى و ٤ للزاوية الرئوية الطحالية و ٥ للزاوية الطحالية الكلوية

سنتمترات تقريبا

وقد تنقص أحيانا الطحال بأسباب مختلفة (لكن النقص الحقيقي نادر المشاهدة) منها اندفاعه من أسفل الى أعلى بحو تجويف الحجاب الحاجز بانتفاخ غازي معوي أو بالاستسقاء الزقي أو بوجود ورم عظيم الحجم في تجويف البطن * وقد يكون حجم الطحال متناقصا باندفاعه الى الداخل بوجود انفزعار رئوي يسري أو انسكاب بلوراوي يساري غازي أو مائي وفي الحالتين الأخيرتين قد تختفي الاحمية الطحالية بالكلية وبناء على ما تقدم يصعب تحديد الطحال من أسفل متى وجد في البطن سائل أو أورام . ويصعب تحديده من أعلى متى وجد في الجهة اليسرى من الصدر أحمية كتكبد الرئة اليسرى او انسكاب بلوراوي مائي يساري

وتتزايد أحمية الطحال في جميع الامراض الحمية كالحمى التيفودية والنزلة والالتهاب الرئوي والبلوراوي وفي الحمرة وفي الروماتزم المفصلي الحاد وفي الانفلونسا وفي الحمى التيفوسية والتيفوس الطفحي وفي الحمى الصديدية أي العفنة وفي حمى الملاريا وغير ذلك من أنواع الحمى * ويتزايد حجم الطحال في الاستحالة النشوية له وفي التكون الكثير لكروي الابيض المسمى ليكوسيمي (Leucoremie) كما في شكل (٢١) وعندما يكون الطحال مجلسا لاحد الاورام المختلفة ويزداد أيضا في التغيرات القلبية وفي سيروز الكبد * وبالاجمال فبحث المريض بحثا تاما ينجم عنه التشخيص الجيد للمرض



شكل (٢١)

شكل (٢١) طحال ضخم كثيرا في حالة ليكوسميا

الموجود وأما التشخيص التميزى والتشخيص السببى فيعرفهما الطبيب بالمناقشة مع فكره . وبالتشخيص يعرف الطبيب الانذار (أى الحكم على المستقبل) والدلالة العلاجية

وحيث ان الانذار يجعل الحكيم مسؤلا أمام المريض وأمام الهيئة الاجتماعية فيلزم الاحتراس فى اعلانه لان القدرة الالهية تغير متى شاءت وأما الدلالة العلاجيـة فيلزم مراعاتها بحيث يكون العلاج مساعد الطبيعة التى تساعد على شفائه لاضدها وهذا ما يقال له العلاج التعقلى (raisonné) بحيث لا يعالج المرض ان لم توجد دلالة لذلك لكن هذا لا يمنع استعمال العلاج العرضى (symptomatique) فمثلا فى الأورعيا يحترم الاسهال أى لا يعالج لكنه يعالج أى يوقف فى الدوسونتاريا لانه فى الحالة الاولى تجتهد الطبيعة فى تخليص البنية من السم المرضى المميت وفى الحالة الثانيـة يمنع الاسهال لتجنب تكوّن القروح والانثقابات المعوية واضمحلال المريض

وحيث عرف ما تقدم فلنشرع الآن فى بحث الاجهزة على التوالى لمعرفة العلامات الاكلينيكية لكل مرض من أمراضها فنقول (*)

(المقالة الثانية فى معاينة وبحث الجهاز التنفسى)

من وظائف الجهاز التنفسى مقابلة الدم والهواء الموجود فيه بالهواء النقى الآتى من الخارج الذى بتأثيره الكيماوى على الدم يجدد له خاصيته المحيوية

و يمتد الجهاز التنفسى من الحفر الأنفية المقدمة الى الحويصلات الرئوية التى تحصل فيها مقابلة الهواء النقى الداخل مع الدم وفيها يحصل التحيون الدموى (hématose.) فجميع أجزاء الجهاز التنفسى يساعد بعضها بعضا لاتمام هـذه الوظيفة ومع هذا فيعنها لها وظيفة خصوصية . فمثلا خاصية الحفر الانفية شم الروائح ومع ذلك فهى معدة لمرور الهواء الداخل فى الرئتين والخارج منهما بفعل التنفس . وخاصية الحنجرة تكوّن الصوت ومع ذلك يمر منها الهواء الداخل والخارج من الرئة أى تؤدى وظيفة تنفسية . وللعلق (البلعوم) وظيفة فى الجهاز الهضمى وهى الازدراد ووظيفة أخرى حقيقيـة هى مرور الهواء منه فى فعل التنفس .

* (تنبيـه) يبتدأ عادة ببحث الجهاز الذى يشتكى منه المريض (ولنفرض انه هو الجهاز التنفسى)