

المقالة الرابعة في الجهاز الهضمي ومترقاته

يبتدئ الجهاز الهضمي بالفم وينتهي بالشرج ويكون مستقيماً عند الحيوانات البسيطة التركيب ومتعرجاً عند الإنسان . والأمراض التي تصيب الجهاز الهضمي كثيرة ومتنوعة وأكثرها يشاهد عند الأطفال والشيوخ وبعضها يصيب أجزاء مخصوصة منه دون غيرها وذلك كالذوسونتراريا والاسهالات في البلاد الحارة لأنها تنجم عن أمراض تصيب الأمعاء دون غيرها وزيادة على ذلك فإن جميع أمراض الأجهزة الأخرى تؤثر على الجهاز الهضمي كما أن جميع الأمراض العفنة والحيات تصطبح دواماً بحالة معدية

المبحث الأول في الفم والبلعوم (١) - التركيب والوظيفة

يسمى الجزء العلوي للقناة الهضمية فـ . وهو يبتدئ بالشفتين ويحد من الجانبين بالشدقين ومن أعلى بقبوة الفم (سقفه) ومن أسفل باللسان وأرضية الفم ومن الخلف باللهاء التي باجتماع قوائمها الخلفية تكون قوساً تقعيره إلى أسفل هو برزخ الزور (gossier) * (والبلعوم) (pharynx) هو قناة عضلية غشائية ممتدة من التو القاعدي لعظم المؤخر إلى الفقرة الخامسة العنقية التي في مقابلتها يبتدئ المريء . والبلعوم موضوع أمام العمود الفقري وخلف الحفرة الأنفية والفم والخنجرية وينفتح فيه الحفر الأنفية والفم والخنجرية والمريء وبوق استاش (eustache) الذي هو قناة ممتدة منه إلى القناة السمعية الوسطى . ويحصل في الفم الظواهر الأولى للهضم فالغذية تنهرس وتنظن وتمتدج باللعب في الفم ومنه تدفع بقاعدة اللسان إلى البلعوم الذي يضبطها وياتقباض أليافه يدفعها إلى المريء . وفي أثناء الأزدراء تنغلق طرق توصل البلعوم مع الأنف والخنجرية فالإتصال العلوي (أي الأنفي) ينغلق بقوائم اللهاء التي يتقاربها من بعضها لا تزال بينهما الميراب وهذا الميراب ينغلق من أسفل بانقباض العضلة العاصرة المتوسطة للبلعوم ومن أعلى بوجود الغلصمة بينهما . وانغلاق قحمة التواصل المقدمة السفلى (أي الإتصال الخنجري) يتم بواسطة لسان المزمار . ويؤدي الفم والبلعوم زيادة على ما تقدم وظيفته في نطق الكلمات . ويوجد في الغشاء المخاطي للسان الاعضاء الدائرية خاصة الذوق

(١) (تنبيه) يجب على الطبيب متى قدم له طفل مريض أن يبحث فيه وحلقه قبل أن يبحث الأعضاء الأخرى

الظواهر المرضية الوظيفية

أولاً - (الألم) من الظواهر المرضية الوظيفية الألم ومتى وجد في عضلات المضغ أوفي اللثة لوجود التهاب لثوي نجم عنه عسر المضغ ويصعب الازدراد في الذبحة الخلقية الحادة لوجود ألم مجلسه البلعوم يتحرض بالازدراد أي علامة البلعة الغذائية لهذا الجزء . وقد يكون الألم عبارة عن احساس بجفاف أو بحرارة . ثانياً - (الشلل) ففي كان مجلسه الشفتين صارتا مرنحتين وسال اللعاب الى الخارج بدون انقطاع وسالت المواد الغذائية معه أثناء المضغ . ومتى كان مجلس الشلل اللهاة نجم عنه رجوع المواد الغذائية والسوائل بالانف أثناء ازدرادها . ويكون الازدراد مؤلماً في التهاب الخلق (اللوزتين واللاهة) . ثالثاً - (تزايد افراز اللعاب) وهو ينجم عن التهاب الفمى الزبقي وعن التهاب الفمى الغشائى . وقد يكون تزايدهما عن حالة عصبية كفى الأنا كسى أو عن تعاطى أدوية كالبيلوكر بين (pilocarpine) أو عن اضطراب الهضم . رابعاً - (تناقص افراز اللعاب) يتناقص افراز اللعاب ويحذف في جميع الأمراض الخبيثة . ومتى كان فيها اللسان جافاً (كالجلد أو كلسان البيغا) وكان المريض متقدماً في السن دل على اصابته إما بالتهاب رئوى واما عرض بولى أو بالحمى التيفودية أو التيفوسية . واذا كان في امرأة نفساء دل على التسمم النفاسى . ويتناقص الافراز اللعابى بتعاطى الأتروبين . خامساً - (احساس بوجود جسم غريب) يدرك الشخص المصاب بالتهاب البلعومى المزمن مزاحمة في الخلق واحساسا بوجود جسم غريب ينجم عنه حركة ازدراد متكررة ريقه . سادساً - (اضطراب الذوق) - يشعر المريض بتغير طعم فمه في جميع أمراض المعدة . وقد يكون الذوق مفقوداً فاذا وضع الطيب جوهر اذا طعم معلوم على لسان المريض ثم على جانبه بالتوالي ثم سأله عن طعمه فيجب بأنه لا يشعر بطعم لذلك . سابعاً - (عسر التنفس) - قد يصير التنفس متتابعاً (منكرشاً) في الذبحة البسيطة . وقد يتعسر حتى يصل لدرجة الاختناق في الخراجات الخلفية للبلعوم . وقد ينجم عسر مستمر في التنفس عن ضخامة العقد الليمفاوية للبلعوم (الوزن) وهذا ما قد يشاهد عند الاطفال فيتنفس الطفل بضمه وينام وفيه مفتوح ويشخر في نومه وقد ينجم عن ضخامتها نوب اختناق في أزمته مختلفة وينجم عن استمرار عسر التنفس اضطراب في عموم الجهاز التنفسى فيحصل ضيق في القفص الصدرى وانحناء في العمود الفقري ووقوف في نواحي الجزء العلوى للوجه الذى يتفرطح . ثامناً - (الصوت

الأذني) ينجم الصوت الأذني عن شلل اللهاة أو عن التهاب الخلق الحاد الشديد وحينئذ يصلح بزفير حالي عبارة عن فعل صوتي مثل أ ح أخ لأخراج بعض مخاط . تاسعا - (قوله السمع) قد يشاهد تناقص السمع بل وفقدته أي الصمم التام باستداد التهاب البلعومي اليوق استنش ومنه الى باطن الأذن ويندر أن ينجم عنه التهاب الأذني التقضي مع سيلان القيح الى الخارج (أي الى الأذن الظاهرة) . عاشرا - (تناه رائحة الفم) - تنجم تناه رائحة الفم عن التهاب الفم الرثبي وعن القروح الفمية الغشائية وعن الأحوال المعديّة التي يعجمها وساخة اللسان . وقد تنجم عن وجود سن مرس أو عن غنغرينا الفم . وقد تكون آتية من الرئة في غنغرينا الرئة

في طرق البحث والظواهر المرضية الاكلينيكية

يبحث تجويف الفم والبلعوم بالنظر بدون واسطة أو بواسطة المراة المعكسة أو بالاصبع . وحيث ان الطفل لا يفتح فمه بسهولة فيلزم لفه في ملاء لعدم تحريك أطرافه ثم يوضع على ركبته مساعد ليضبطه ويثبت رأسه على صدره والطيب حينئذ يضغط بأصبعه أجنبية أنه يمنع مرور الهواء في الأنف فينجبر الطفل على فتح فمه ليتنفس وعند ذلك يراقى الطبيب مخفض اللسان



شكل (٧٥) في الفم ويضغط به قاعدة اللسان ثم يبحث حينئذ تجويف الفم

شكل (٧٥)

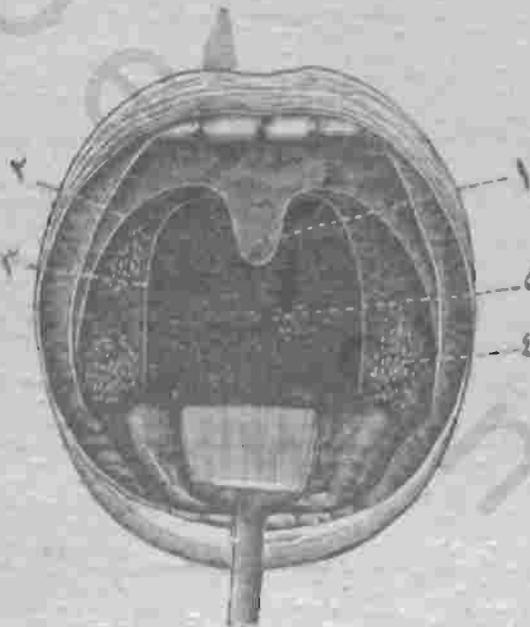
والبلعوم ويمكن ادخال ريشة أوز بين الشدق والاسنان ونعمشة الخلق بها فتحصل حركة تهويع يراقى الطبيب أثناءها خافض اللسان بين الاسنان

وفي بحث الفم عند غير الطفل قد يصعب على المريض فتح فمه بسبب الاحتقان النكفي (الأوريليون) (oreillons) متني وجد وقد يتعذر بسبب آثرة التحام في الشدق تعيق حركة المضغ أو بسبب تشوه فتحة الفم بالليبوس (lupus) أو بسبب انكيازوز (التصاق) في مفصل الفك السفلي الفم فيحدث تعذر فتحه . وعند وضع خافض اللسان في فم المريض (١) يلزم أن يكون الضغطة به تدريجيا تجنب تقلص البلعوم وحصول حركة فيء كما أنه يلزم

شكل (٧٥) خافض اللسان

(١) تنبيه إذا أراد المريض ضغط لسانه بأصبعه أثناء فتح فمه لكونه يكره وضع خافض اللسان في فمه يجاب لذلك

أن يكون المريض موجهًا وجهه نحو شباك حال فتح فمه ليلاً الضوء تجويفه وتظهر اللهاة أو بضيء الطيب فم المريض بشمعة أو بكبريته عند الاقتضاء ويمكن عكس الأشعة الطورية بواسطة ملعقة تضبط باليد اليسرى بين أصبعي الإبهام والسبابة وتضبط الشمعة بين السبابة والثلاثة أصابع الأخيرة باليد اليسرى المذكورة كما أنه يلزم تذكرة هيئة الفم المفتوح والمنظر الطبيعي له وللحلق الواضح ذلك في شكل (٧٦) وعلى كل يلزم الطيب أن ينظر أولاً



(قبل فتح الفم) الشفتين ثم يباعدهما

فيظهر له من الامام والجانبين القوسان

السينان والغشاء المخاطي للشفقين من

الجانب ثم يفتح الفم وينظر لقبوة الفم

واللهاء من أعلى والجانب والغلصمة

من أعلى والوسط . وقد تكون الغلصمة

طويلة زيانة عن العادة حتى تصير

ملامسة لقاعدة اللسان فيلزم ضغط

قاعدة اللسان لابعادها عنها . (واللسان

لا يكون منظورا الا في نصفه المقدم

شكل (٧٦)

فقط متى نظر بدون ضغطه وفي نصفه الخلفي متى كان مضغوطا بخافض اللسان) . وقد

تكون القوائم المقدمة لها تخطيطة باللوزة فيختفي منظرها العضلي . وقد يشاهد

الطبيب أن بعض الأسنان تتخلخل وقد يشاهد في عنقها الخط المررق المميز للتسمم الزحلي

وقد يشاهد اللسان ضامرا أو مضغما أو مشلولاً . فالضمور يعقب الشلل النصفي

الجانبى اللسان فيكون شاغلا لنصف الجانبى المشلول منه . وأما ضخامة اللسان فانها

(شكل ٧٦) ينسب لمنظر فم مفتوح فيه ثلاث طبقات . الاولى الجدار الخلفي للبلعوم ولونه وردي

وأكثر ضافة ومرصع مثل الغشاء المخاطي للشفقين والشفقين بجيبان هي عدد صغيرة مخاطية . والثانية

القوائم الخلفية للهامة وهي أقل ضافة . والثالثة القوائم المقدمة للهامة والغلصمة ولونها كالثانية . وترى

بين القوائم الخلفية والمقدمة اللوزة ومنظرها الطبيعي وردي استعجبى واللسان في هذا الشكل مضغوط بخافض

اللسان فرقم (١) من الشكل المذكور يشير للغلصمة و (٢) للقوائم المقدمة للهامة و (٣) للقوائم

الخلفية و (٤) للوزتين و (٥) للجدار الخلفي للبلعوم

تكون منفردة وحجم اللسان فيها يكون عظيماً مثلما لتجويف الفم وعائق دخول الهواء فيه بل ومتدياً خارج الشفتين . وتصطبغ ضخامة اللسان بضخامة الاطراف في مرض ماري (marie) وتكون منفردة في التهاب اللسان الشديد . وأما شلل اللسان فيكون في أغلب الاحوال قاصراً على نصفه الجانبي ومصاحباً لشلل النصف الجانبي للجسم فيكون في أعلى تغير مخي مجلسه المرأ كز المحركة للطرف العاوى والسفلى ونصف الوجه واللسان . ثم ان اللسان يتغير بوجود تغيرات الجهاز الهضمي فهو مما آة تغيراته . ويتغير كذلك في جميع الأمراض العمومية الحادة فعوضاً عن أن يكون لون سطحه أحمر وردياً رطباً كما في الحالة الطبيعية يصير في التغير المعدي مبيضا وسخايراً يضام فطحا وحافته موشحة بطواع الاسنان في أغلب الاحوال وهذا هو نموذج اللسان في التلبك المعدي . ويكون في الحمى التيفودية وسخايراً من الوسط ومخراً في حوافه وقته . ويصير جافاً كالجلد في الحميات الخطرة . ويتقشر في القرمزية في نحو اليوم السادس أو السابع فيصير أجرم مثل التوت الاقربحي (فرمبواز) (tramboise) . ويكون اللسان والشفتان في الأمراض العفنة الشديدة والحميات الخطرة وفي أشكالها الانحطاطية (أديناميك) (adinamique) هبابية المنظر جافة صلبة مرصعة بحلمات مسودة (فهذا هو اللسان المقدد أو لسان البيغا) وقد يكون الغشاء المخاطي للسان متقرحاً في التهاب الفمى الايرى تماوى بقروح سطحية قليلة الاتساع (أى صغيرة جداً) عدسية الشكل يحجبها نقشش البشرة وينجم التهاب المذكور عن تهيجات مختلفة كاستعمال المركبات الزئبقية وعن الأمراض العمومية مثل مرض بريث والحمى التيفودية وغيرها . وقد ينجم عن استعمال المركبات الزئبقية التهاب في زئبقى يم الفم فتارة يكون خفيفاً وحينئذ ينجم عند تحلل الاسنان وتعريرتها من اللثة ويكون مجلسه خلف الأضراس الكبيرة السفلى (في الجهة التي ينام عليها المريض) أوقاصراً على التهاب لثة سنة مسوسة أو على لثة الاسنان المقدمة . وإذا ضغط على هذه اللثة قد يخرج منها نقطة من الصديد . وتارة يكون التهاب الفمى الزئبقى متوسط الشدة يندئ بلثة الأسنان المقدمة المذكورة فتصير جراً منتفخة متقرحة ويورم اللسان وتتقرح حوافه ثم تغطي القروح بمادة بولتاسية (poltae) وتعطى راحة منتدلة لنفس المريض ويكون الافراز اللعابي متزايداً ويكون الجزء الخلقى للفم والبلعوم سليمين . وتارة يكون التهاب المذكور بشكل شديد خطر يصير فيه اللسان غليظاً متقرحاً متدياً خارج الفم وهذا نادر لان علاج الأمراض الزهرية بالمركبات الزئبقية جار بعرفة الأطباء في أكثر

الاحوال فيستعملون كل الطرق المانعة لحصول الشكل المذكور
وقد يصاب الفم بالأفت (أى بشور الفم) وهو يتبدى ببقع حمراء يشغل مركزها نقطة بيضاء
تستحيل في الحال الى حويصلة تنفجر بعد يومين أو ثلاثة ويعقبها قرحة صغيرة مستديرة
مبطنة بغشاء كاذب متين الالتصاق يحاط بهالة حمراء وتلتحم هذه القروح بسرعة ويعقبها
بقعة حمراء تزول في أسبوعين الى ثلاثة أسابيع

وقد يصاب الفم بالالتهاب الفمى ذى الغشاء الكاذب فيتمكون عن ذلك قروح سطحية مغطاة
بخلوط مصفر قليل الالتصاق يوجد أسفله الغشاء المخاطى ذو هيئته فطرية يذمى بسهولة
ومجلسها اللثة والشدقان واللسان واللهاة والسطح الباطنى للشفة السفلى وفي جهة واحدة لاني

الجهتين وهذا ما يميز هذا الالتهاب أيضا

وقد يصاب الفم بالموجيت (أى القلاع) ويظهر الموجيت (muguet) على اللسان ومنه
قد يمتد الى الاجزاء الأخرى ولكن ذلك نادر بل الغالب انه يبقى قاصرا على سطح اللسان الذى
يكون في الابتداء أحمر لما عا ثم يظهر على سطحه وحوافه ارتفاعات بيض مثل الثلج
(neije) منعزلة عن بعضها أو ممتدة ومختلطة ببعضها وتكون لطيفة سميكة ذات حلمات
قليلة الارتفاع تشبه اللبن المتخين. والتصاق هذه الجذر أو اللطخ يكون قليلا في الشفتين
والشدقين وكثيرا على اللسان وقبوة الفم ويكون الغشاء المخاطى تحت ذلك غير متقرح
وبالاجمال يكون اللسان في الامراض الحية الطيفية المختلفة مجلسا لطيف من نوع طفيف
المرض الجلدى الموجود وطفحه يسبق الطفح الجلدى ببعض ساعات وأعوذج ذلك الحصبة
ففيها يحصل طفح على اللسان تكون بقعه أكثر احمرارا من بقع باقى الفم وهذه البقع تكون
منعزلة أو مختلطة

وقد تصاب قبوة الفم بانثقاب ذاتى تارة يكون وحيدا متساعما مستديرا وحافته منتظمة
وقد ينجم ذلك من الزهري فيكون أولا ورما صغيا يذوب ويعقبه قرحة تأكل الانسجة الرخوة
والصلبة لهذا الجزء من الفم . وتارة يكون صغيرا مستطيل الخيطيا اذا حاقه مشرذمة محاطة
بجيوب سنجابية المنظر فيكون ذلك ناجما عن الدرن (tuberculose) والدرنات المنفردة
الكائنة في الدائر تنفج وتقرح الانسجة التى تحتها وتنتهى بثقب قبوة الفم

اللهاة - هى أجهزة عضلية عرضة لاشمال فتى حصل ظهرت للنظر مسترخية (متدلية) تتحرك
بهواء التنفس ولا تنقبض علامسة الأصبع لها كعادتها في حالة الصحة وهذه الظواهر تكون
قاصرة على جهة من الجسم أو على عضلة منها فقط . ووجود سلل اللهاة عقب إصابة الدفتريا

ينسب لها (سببه دائرى) . وعدم حركة اللهاة واتساع المسافة الكائنة بينها وبين الجدار الخلقى للبلعوم زيادة عن العادة يدل على وجود ورم في الجزء العلوى للبلعوم الموجود خلف الفتحات الانفية الخلفية

الخلق - (أى البلعوم) ويسمى أيضا بوعاز الخلق (isthme de gosier) والبلعوم الفمى (et pharynx boucal) هو محاط بحلقة من عناصر ليفاوية ولذا تعين على حصول تعضنات ((inflection)) الجهاز الليفاوى . والالتهابات التى تصيب هذا البوعاز (أى الخلق) تسمى بالذبحات وهى تارة تكون عامة لأجزائه وتارة تكون قاصرة على بعضها فمن هذه الالتهابات الالتهاب الخلقى أى الذبحة الخلقية التى متى كانت حادة وخفيفة ينجم عنها احمرار بسيط فقط ومتى كانت شديدة تكون عنها مادة بولتاسية تغطى الأجزاء المصابة ومتى كانت نوعية دفتيرية تكون عنها غشاء كاذب يكون ملتصقا كثيرا أو قليلا بالأجزاء المصابة ومتى كان الالتهاب البسيط أكثر شدة من الالتهاب البولتاسى تكون عن ذلك خراج . ومتى كان أكثر شدة وينجم عنه وقوف التغذية أحدث الغنغرينا

أولا - الذبحة البسيطة - وهى التى تنجم عن الحالة الاىريتماوية سواء كانت الاىريتما أولية أو تاليفية . فالذبحة الاىريتماوية الأولية تنجم فى أغلب الأحوال من تأثير البرد . وأما التاليفية فتحصل أثناء وجود الامراض العفنة مثل الحمرة والقرمزية والجدرى والحصبية والحى التيفودية والجرب والرومازم والسقاوة والحمرة الخبيثة وفى التسمات مثل التسمم بالزئبق وودور البوتاسيوم وعركبات الفصيلة الباذنجانية .
ثانيا - الذبحة البولتاسية هى التهاب أ أكثر شدة من الالتهاب الاىريتماوى السابق . ومجلىه فى أغلب الأحوال اللوزة الملتبته فى علو سطحها مادة بيضاء كالمشقة أو سنجابية تكون سطحية وذات استطالات تسخل فى الثقوب الموجودة بين الغدد المكونة للوزة وليست المادة البولتاسية المذكورة ملتصقة كثيرا بالغشاء المخاطى الملتب فيه كفى لرفعها أخذ قضيب من خشب ويربط عليه قطعة من قطن عقيم ثم يمسح بها الغشاء المذكور بحرك خفيف فتخرج القطنه ملوثة بهذه المواد فاذا وضعت حينئذ فى الماء وحركت تجزأت على هيئة ندق تماوج فى الماء تحركه

ثالثا - الذبحة ذات الغشاء الكاذب - يوجد أعوزجها فى الدفتريا فيشاهد فى الشكل المعتاد من الدفتريا بعد مضى (٣٦) ساعة من ابتداء الاصابة بها أن الغشاء المخاطى المصاب

صار محمرا وبعلاوه بقعة أو بقع من أغشية كاذبة معبئة تصير مبيضة وأ كثر سما في المركز عن الدائر وتمتد هذه البقع بسرعة وتختلط ببعضها وتخرج مثل الثعبان ويندر امتدادها للبلعوم كأنها تنقف متى وصلت الى قبوة الفم وحوافى هذه البقع تكون مشرذمة وهذه الأغشية تكون متينة الالتصاق بالغشاء المخاطي تحتم او اذا فصلت منه وجد أن لون الغشاء المخاطي تحتم امتزاج الأجرار قليلا عن لونه الطبيعي وليس متقرح الكنه يدعى بسمولة ويتجدد الغشاء الكاذب بعد نزعه منه وقد يكون الغشاء الكاذب رقيقا جدا فيكون غير واضح وهذا يسمى بالشكل غير التام أو الاجهاضي وقد يكثر الغشاء الكاذب في موضعه بعض أيام ثم يقف امتداده ويلين نوعا ويفقد التصاقه بالغشاء المخاطي الذي تحتمه ثم يسقط من نفسه ويستعاض بنضج يقل امتداده وممكة شيئا فشيئا

* ويشاهد كثيرا في الشكل الخبيث (maligne) من الدفتريا أن لون الغشاء الكاذب يكون سنجابيا أو مسودا قليل التماسك أولينا أو منتنا (fétide)

فالعلامات الاكلينيكية المشخصة للدفتريا الحقيقية هي منظر الغشاء الكاذب ومجلسه وامتداده الى اللهاة والغصمة واصطحاب ذلك باحتقان وانتفاخ العقد الليمفاوية للعنق وتحتم الفك وبهاته لون المريض والمخاطبه ووجود الرلال في البول والشلل الجزئي . لكن تشخيص الدفتريا بمنظر الغشاء الكاذب فقط غير كاف لان منظر لون الغشاء الكاذب الدفتري يوجد في الموجبت وفي التهاب الفمى التفرجى ذى الغشاء الكاذب وفي التهاب الحلقى البولتاسى وخصوصا في التهاب الحلقى الهريسى (angine herpétique) الذى فيه يحصل الغلط يوميا في التشخيص بسبب أن الأغشية تكون فيه كفى الدفتريا ويصطب مثلها باحتقان العقد الليمفاوية متى كانت الحى شديدة - ووجود الطفح على الشفتين وعدم وجود الرلال في البول لا يعيزان التهاب الحلقى الهريسى عن الدفتريا الحقيقية الحميدة وكذلك لا تميز الدفتريا الحقيقية من الدفتريا الكاذبة اكلينيكيما الا بالسيرلان الاغشية واحدة في النوعين والدفتريا الكاذبة تكون أولية أو تابعة وهذا هو الغالب وهذا ما يشاهد في القرمزية ففي (٤٥) حالة دفتريا مبكرة تكون (٤٤) منها دفتريا كاذبة والواحدة الاخرى تكون دفتريا حقيقية . وتشاهد الدفتريا الكاذبة أيضا في الزهري أى قد يتكون غشاء كاذب على القرحة الأولية ولكن يشاهد ذلك في أكثر الأحوال في الزهري الثنائى وبالاجمال لا ينبغي الجزم بالقول بالدفتريا الحقيقية بمجرد وجود العلامات الاكلينيكية نعم انه بالنظر للغشاء الكاذب ومجلسه والتصاقه وامتداده واصطحابه باحتقان العقد الليمفاوية

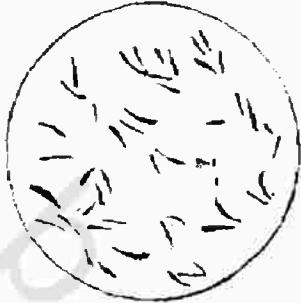
ووجود الزلال في البول وبهاته لون وجهه المريض يتوجه الفكر الدفترية الحقيقية ولكن لا يكون التشخيص أكيدا الا بوجود مكروب الدفترية في الاغشية الكاذبة المذكورة ولاجل ذلك توضع قطعة صغيرة من الغشاء الكاذب على صفيحة زجاجية مكروية وسكوبية و يفعل فيها كما فعل في بحث البصاق (النفث) ثم تآون بلون جرام (gram) لان هذا المكروب له شراعية عظيمة بهذا اللون (وأكثر الألوان المستعملة لتلوين المكروبات هو اللون البنفسجي للجنسيان (violet de gentiane) حيث ان جميعها يتلون به فاذا غمرت صفيحة مكروية وسكوبية عليها مكروب متلون باللون البنفسجي الجنسياني في الالكول يترك هذا المكروب لونه ولكن اذا وضعت قبل وضعها في الالكول في محلول اليود المكون من واحد من اليود و (٢٠٠) من الماء مدة دقيقة تقريبا ثم وضعت الصفيحة بعد ذلك في الالكول تترك العناصر التشريحية الموجودة في هذا التحضير لونها البنفسجي الجنسياني وكذلك يفقد بعض المكروبات الموجودة في التحضير اللون المذكور في الالكول وبعضها يحفظ اللون المذكور ولا يفقده فمحلول اليود السابق الذكر هو المسمى بلون أو بمحلول (gram) فالمكروبات التي لا تترك لونها البنفسجي الجنسياني بوضعها في الالكول بعد وضعها في محلول اليود يقال لها تأخذ جراما (prend le gram) والتي تترك لونها يقال لها لا تأخذ جراما (ne prend pas le gram) فمكروب الدفترية يأخذ جراما ويسمى بمكروب كليبس لوفلر (klebs loffler) وهو المشار له بشكل (٧٧) وهي قضبان طولها



شكل (٧٧)

كطول باسيل الدرن لكنها أكثر عرضا منها خصوصا في طرفيها وبذلك يصير شكلها كشكل البسكوبية . فاذا زرع مكروب كليبس لوفلر بوضع جزء صغير من الغشاء الدفترية في المرق البسيط البيبتوني أو الخفيف القلوية أو في المصل الجيلاتيني ثم وضع السائل المذكور في فرن حرارته من ٣٢ الى ٣٧ درجة فبعد مضي ٢٤ ساعة تكون في السائل المذكور أعمدة من مكروب كليبس لوفلر مكونة لبقع مستديرة ذات لون أبيض سنجابي اذا أخذ منها جزء

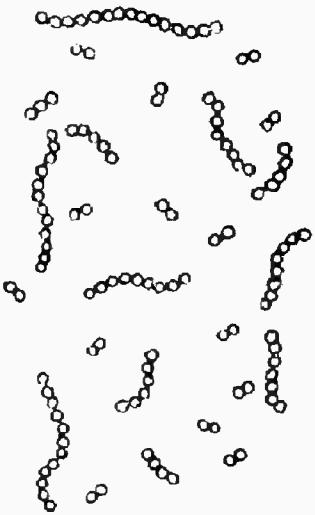
صغير ويبحث بالمكروسكوب بواسطة عدسة معظمة نحو (١٠٠٠) يرى أنها مكونة من عدد عظيم من باسيل كليبس لوفتر المذكور كما في شكل (٧٨) فاذا قمع بجزء صغير من هذه



شكل (٧٨)

البقع لحيوان من الخبثرة أو لكاب أو هراً أو لعصاً فوراً ولا ترتب أو تلخـ نزر هندي (كويبه) أصيب بالدفتر ياومات بسرعة بسبب التوكسين التي فسر زها المذكروب المذكور لأنها شديدة السمية واذا قمع بالمكروب المذكور للفشار لا يصاب بالدفتر يا وبنشاء على ذلك لا يموت ثم ان الصفة المميزة أكثر لباسيل كليبس لوفتر هي زرعه إما في مصل الدم أو في مصل

سائل الاستسقاء الزرقى ولا جـل عمل الزرع المذكور يؤخذ جزء من مصل الدم أو من مصل الاستسقاء الزرقى ويسخن على حرارة درجتها من (٧٠ الى ٧٥) أولاً مدة ساعة فينتجهد حينئذ المصل المذكور ومتى تجهد يوضع فيه ندفة صغيرة من الغشاء الكاذب الدفتر يا ثم يوضع الاناء المحتوى على ذلك ثانية في فرن حرارته (٣٧) درجة فبعد مضي (١٨) ساعه يشاهد أنه تكوّن في المصل أعمدة من المكروب على هيئة بقع مستديرة ذات لون أبيض سنجابي اذا بحثت الباسيلي بالمكروسكوب ترى كما في شكل (٧٨) السابق فباسيل الدفتر يا هو الوحيد الذي يتكوّن بسرعة في المصل المذكور وأول من اكتشف باسيل الدفتر يا هو (كليبس) ثم (لوفتر) ولذا سمى باسمهما وقد لا يوجد في أغشية الدفتر يا



شكل (٧٩)

الامكروب كليبس فقط وحينئذ قد يكون المرض حميداً أي يشفي أو يكون مميتاً لشدة سمية افرازه وكون وجود باسيل كليبس وحده نادراً في الغالب يوجد معه في الأغشية المذكورة الاستربتوكوك (streptococ) شكل (٧٩) وبذلك يتكوّن الشكل الدفتر يا الأكثر خبثاً وهذا النوع يشاهد أيضاً في الدفتر يا التابعة ومن الأسف أنه لا يوجد لذلك صفة الكيمياء مخصوصة أي لا توجد صفة كيميائية تميز الأغشية المتكوّنة

شكل (٧٨) يشير لمكروب الدفتر يا بعد انباته

شكل (٧٩) يشير لمكروب الاستربتوكوك

في الشكل الخبيث ولا يعرف ذلك إلا بالانتهاه المحزن أو بالبحث الميكروسكوبي للاغشية الموجودة أو بزراع المكروب ثم تلفجه للخبز الهندى فيصاب بالمرض ويموت . والاستريبتوكوك هو مكروب مكون من حبوب مصفوفة على هيئة سلسلة كما هو واضح في شكل (٧٩) السابق . وقد يوجد مع باسيل كليبس في أغشية الدفتر يا ووحده في الدفتر يا الكاذبة الأولية المكروب المسمى استافيلوكوك (staphylococ) الذى هو عبارة عن كتل عنقودية الشكل مكونة من الميكروب كوكوس (micrococcus) أعنى من المكروب المستدير



شكل (٨٠)

الشكل كما في شكل (٨٠) وقد لا يوجد في الاغشية المذكورة الا الاستريبتوكوك (strepitococque) السابق الذكر أولا يوجد فيها الا البنيومونوك الذى هو عبارة عن حبوب مكونة من اثنين اثنين (كوكوسى مزدوج) أى الديبلوكوك (diplocoque) وكل اثنين محاطين بمحفظة كفضى حبة البن الأخضر وهذا النوع هو العامل الفاعل للالتهاب الرئوى النقي الفصى الحاد ويوجد في

بصاق المصاب به وقد سبق ذكره

رابعاً - (الذئبة الغنغرينية) وهى تجمع عن الالتهاب الحلقى الشديد الذى يوقف تغذية الانسجة المصابة فتموت وتعرف بوجود لطح مستديرة سنجابية اللون أو مسودة ذات رائحة منتنة منبججة ويكون الغشاء المخاطى المحيط بها ذا لون بنفسجى منتفخاً أوز مجاويامكونا لحافة بارزة غير منتظمة حول هذه اللطح . ومتى انفصلت هذه اللطح وجد تحتها قروح قد تمتد وتختلط ببعضها فتم باطن الحلق . والذئبة الغنغرينية ليست مرضاً أولياً بل هى مضاعفة تحصل في الذئبة القرصية وفي الدفتر يا الخبيثة

خامساً - (الغلغمونى) قد يكون الالتهاب الذئبى شديداً فيتجم عنه ما يسمى بالالتهاب الغلغمونى (phlegmon) الذى ينتهى فى أغلب الاحوال بالتقيح ومجلسه يكون إما اللوزة أو حولها (غلافها) أو فى الجدار الخلقى أو الجانبي للبلعوم . فإذا كانت اللوزة مجلسه صارت حمراء كبيرة الحجم وبذلك تصير ملامسة للغلصمة بل وملامسة للوزة الجهة المقابلة فيصعب فتح الفم والازرداد والتنفس . ومتى كان مجلسه غلاف اللوزة (حولها)

من جهتها المتصلة دفعها نحو الخط المتوسط والجهة المقابلة لكن اللوزة نفسها تكون في حجمها الطبيعي . ومتى كان مجلسه في الجدار الخلفي للبلعوم كونه في برور يعرف باللس بالأصبع أحسن من معرفته بالنظر ومتى كان مجلسه الجهة الجانبية للبلعوم (الجدار الجانبى البلعوى) سمي غلاموفى العنق فيكون في العنق من انظاهرور وما يعرف بالنظر

سادسا - (اللبحة الخلفية المرمنة) ليست اللبحة الخلفية المرمنة ناجمة عن اللبحة الحادة لان الحادة إما أن تشفى أو تمت المريض وأما المرمنة فأغلبها يتدنى بالازمان لكن يحصل فيها نورانات حادة أو تحت حادة متتابعة * وقد يكون مجلسها الأنف والخلق معا وهذه تشهد عند الأشخاص الذين يستعملون حلقهم دوما كالمغنين وعند المفرطين في التدخين أو المشروبات الروحية وتعرف بكون الغشاء المخاطى للخلق يكون محرارا مستمرا ويعالوه برورات (أى غدد مخاطية) نامية قد يوجد فوقها نقط بيض هي مادة فضحية ملتصقة بها . ومتى كان مجلسها اللوزة قد يخرج من الفتحبات الموجودة بين فصوص اللوزة الضخمة بضغطها مادة بيضاء يقال لها سد قشطية وهي تميز الالتهاب المزمن للغشاء المخاطى الكائن بين الفصوص اللوزية . والأكثر أهمية من الالتهابات الخلفية المرمنة هو الالتهاب الخلقى الغددى (أى المصعوب بضخامة الأجرة المخاطية المنفردة للبلعوم أو المجتمع المكونة للوزة) فقد تكون اللوزة ضخمة ومتجاوزة الأهمية من الأمام أو من الخلف ومتجاوزة أيضا الخط المتوسط من الداخل وقد تكون اللوزتان مصابتين ومتلاستين ويكون حجم كل واحدة كحجم البندقية أو بيضة الحمام أو الفروجة ويكون لونها تارة أحمر كالعادة وأخرى يكون باعنا وحينئذ يكون قوامها رخوا وتارة يكون صلبا كالغضروف وقد تصير اللوزة ملتصقة بقوائم الأهمية ويعرف ذلك بأخذ مسبر رفيع من فضة يحنى ثم يمر به بين القوائم واللوزة فاذا وجد التصاق لا يمكن المرور به بينهما . وقد تكون اللوزة ضخمة وواصله من الأمام للجزء الذى شكله كشكل رقم (٧) الموجود في قاعدة اللسان وقد يلجئ الطبيب لاستعمال المرآة المعكسة للضوء لتتوير البلعوم لأننى تنويرا عظيم البحثه فى التهابات الخلفية للحفرة الأنفية ولبحث الخلق فبذلك ترى الأورام اللبغفاوية المسماة أدنويد (adinoide) للحفرة الأنفية الخلفية بالنظر الخلقى على هيئة كتل حلوية شاعلة الحفرة الأنفية الخلفية . وقد تكون على هيئة توادان بوليسوسية الشكل وهذه الأورام تصعب فى أغلب الاحوال ضخامة اللوز * وهذا البحث لا يمكن فعله الا عند من تجاوز عمره السنة الخامسة عشرة وأما عند الذين سنهم أقل من (١٥) سنة فيكفى جس الحفرة الخلفية الأنفية بالأصبع

من الفم ولاجل ذلك تمسك رأس الطفل وتثبت بمساعد ثم يظهر الطيب سبابة يده ثم يدخلها في الفم موجه راحتها الى أعلى ثم يرفعها مرة واحدة الى خلف العنقصة في الجدار الخلقى للبلعوم وحينئذ يخنى السلاى الألى والثانية الى الامام والاعلى خلف اللهاة ليبحث البلعوم الاثنى جيداً (وهذا البحث مؤلم جدا حتى ان المريض قد يبعض اصبع الطيب بفعل غير ارادى أى يحصل منه دفاع منعكس اذا لم يكن الطيب وضع بين سنخى القوسين السنين جسماً مرناً ليحفظهما متباعدين) فعند وجود أورام ليفاوية (adinoide) يبرك الاصبع جسمها كجسم الديدان الاسطوانية ملتة بنا على بعضه وبالاصبع يعرف مجلسها وحجمها سابعا - قد يحصل فى الغشاء المخاطى للفم أو للبلعوم أترق فى الامراض الزفية وخصوصا فى المرض المسمى إيعوفيل (hemophile) الذى هو مرض بنى وراثى يصيب الرجال أكثر من النساء ولكن الوراثية تحصل بواسطة الام لا بواسطة الرجل ثامنا - وقد يوجد فى الغشاء المخاطى الفمى قروح زهرية أو لطفخ مخاطية زهرية تعرف بلونها الابيض وباصطحابها باحة تقان العقد الليفاوية تلعنق وتحت الفك

البحث الثانى فى المريء

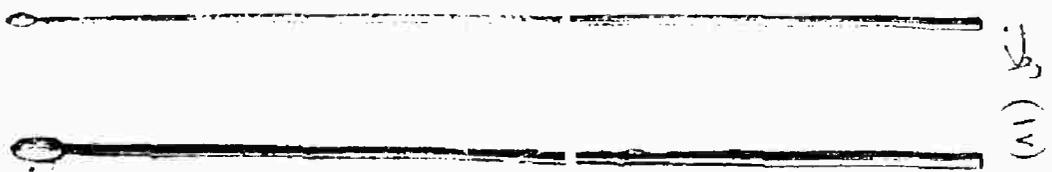
أمراض المريء إما أولية أو تابعة لتغيرات مرضية مجاورة كأنفجار أنفريزما الاورطى فيه وكضغطة بالعقد الليفاوية للقصبية والشعب متى فحمت وصارت عظيمة الحجم فى التركيب والوظيفة

المريء هو الجزء القنوى الموصل للبلعوم بالمعدة وبعضهم يقول بانفراش طرفه السفلى يكون المعدة * وقناة المريء تكون مفرطحة فى غير زمن مرور البلعة الغذائية فيها وقطرها عادة نحو (١٤) ملليمتر وهى قابلة للتمدد واتجاهها عمودى ومرتكزة من الخلف على العمودى الفقرى ومنفصلة منه فى جزء من جريتها السفلى بالأورطى . ويوجد أمامها القصبية ونقطة انقسامها الى فرعين ثم بعد القصبية يوجد أمامها التامور . ويوجد على جانبي المريء العصب الرئوى المعدى والعقد الليفاوية للمريء . والمريء مكون من غلاف عضلى مبطن من الداخل بغشاء مخاطى ويحصل مرور البلعة الغذائية فيه بحركة يدانية كحركة البلعوم فى العلامات المرضية - العلامات المرضية الوظيفية

أولا الألم - ينجم الألم عن التهاب المريء سواء كان هذا الالتهاب ناجما عن حرقه بسائل حار جدا أو بسائل سى ويكون فى هاتين الحالتين عبارة عن احساس بحرقان ثم تدعى طول

المرى . وينجم أيضا عن ضيق المرى الذي يحصل تدريجيا لكنه لا يحصل الا عند مرور البلعة الغذائية من المحل الضيق ويكون أكثر شدة كلما كانت البلعة المذكورة أكبر حجما . وينجم الألم أيضا عن تشنج المرى ، عند العصبية وحصوله لا يكون الا عند ازدراد السوائل أو ازدراد أجزاء صغيرة من مواد غذائية بخلاف البلعة الغذائية الصلبة الكبيرة الحجم أو مرور القساطير فلا يتنجس عنها ألم قط نجح الألم في الضيق فإنه يكون متزايدا كلما كانت البلعة الغذائية كبيرة الحجم حتى ان المريض يفعل أثناء ازدرادها أفعالا مخصوصة أي أنه يبلع باحتراس مع تدوير العنق الى جهة معلومة لا يستريح فيها وينجم الألم أيضا عن وجود قرحة مستديرة على جزء من المرى ، لكن يكون حينئذ شديد المحرقا نائبا - (التقيء المريئي) وهو ينجم عن ضيق في جزء منه ويتميز بصفتين الأولى أن التقيء يحصل عقب تعاطي الاغذية بزمن قليل والثانية أنه يحصل بدون مجهود كبير فهو في الحقيقة عبارة عن قلس (وقصر المرى) واتصاله مباشرة بالظم يفسران هاتين الصفتين المذكورتين (وقد يكون التقيء المريئي دمويًا ويكون الدم آتيا من تمزق دوالي المرى) وهذا يحصل عند وجود دورة جانبية معوضة لدورة الجهاز البالي المغلقة كما في سيروز الكبد الضموري وقد يكون الدم آتيا برشح من الاوعية المريئية المتمددة بدون حصول تمزق فيها في طرق البحث والعلامات المرضية الاكلينيكية

لا يعرف الطبيب ضيق المرى بالنظر الى العنق ولا يجسه باليد لاختفائه بسبب غور موضعه وانما يعرف ذلك بتسمعه بالسماع أو بالأذن حال ازدراد سائل ولاجل ذلك يلزم وضع الأذن العارضية أو السماع على الجهة الجانبية للعنق أثناء ازدراد سائل ما فيسمع لفظ جولوجو (gougou) في محاذاة الضيق المريئي اذا كان هنالك ضيق ولكن أعظم طريقة لمعرفة ضيق المرى هي فسطرتة . وتتكون القساطير من قضيب مرن من شب القيطس ومن جسم كروي يتوفى الشكل صلب مختلف الحجم كما هو واضح في شكل (٨١) يتصل طرفه العلوي بالطرف السفلي للقضيب بواسطة قلاووظ موجود فيه



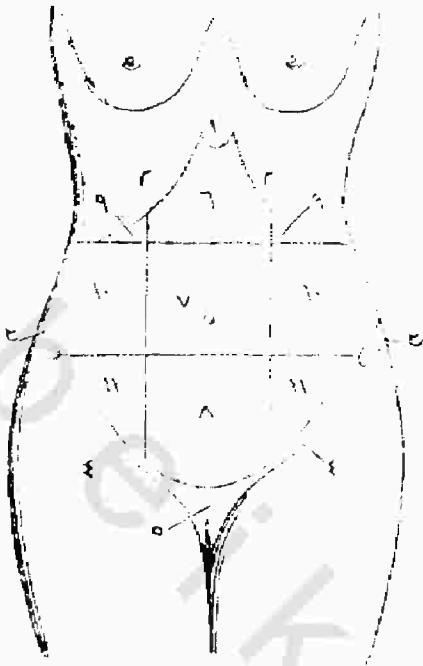
(شكل ٨١) يشير لجسمين مرئيين بأحد طرفي كل منهما اجسم رقيق يقوى أحدهما قليظ والثاني أقل غلظا منه ومهما كان الغلظ لا يلزم أن يتجاوز ١٨ سنتيمترا

. ولاجل القسطرة توضع أولا كرة ذات حجم صغير في الطرف السفلي للقضيب المذكور ويكون المريض جالسا أمام الطبيب مفتوح الفم ومنحنى الرأس خفيفا إلى الخلف فالطبيب يضع طرف قاعدة اللسان بأصبع يده اليسرى ويضبط القساطير باليد اليمنى ويدفع طرفه الزيتوني في الفم إلى أن يصل الجسم الزيتوني إلى الجدار الخلفي للبلعوم ثم يدفع القضيب شيئا فشيئا فتدخل الكرة في المريء (ولا يلزم أن المريض يعارض دفعها) وإذا خشى الطبيب أنه يحصل له مرض تهوع أثناء ادخال القساطير (بتزايد الاحساس الانعكاسي للبلعوم والمريء) يجب قبل القسطرة مس البلعوم والمريء بمحلول الكوكايين واحد على عشرة (١ : ١٠) لعدم حصول التهوع لأنه لا يعيق القسطرة الا التهوع المذكور . ففي كان المريء طبيعيا لا يدرك المريض غير المعتود على القسطرة الا احساسا غير ألوف بمزاجية لكنها قد تصل لدرجة اختناق وحتى وصل الجسم الزيتوني إلى انتهاء المريء يخرج وتسبب زيتونه بأخرى أكبر حجما منها وهكذا يراى حجم الكرة تدرجيا * (ويلزم المريض أن يساعد على الدخول بفعله حركات ازدراد متتابعة أثناء دفع الطبيب القساطير) * واليد الدافعة للقساطير تجهد مقاومة خفيفة بمجرد ترك الكرة للبلعوم ودخولها في المريء . وعندئذ لا يلزم أن يقهرها بقوة بل يكون الدفع بالبطء مما يمكن

ومعلوم أن المسافة الكائنة من القوس السنى إلى ابتداء المريء تكون عند الكهل نحو (١٥) سنتيمترا ومن ابتداء المريء إلى المعدة نحو (٢٥) سنتيمترا أى أن طول المريء عند الكهل نحو (٢٥) سنتيمترا والفائدة الاكلينيكية للقسطرة ليست من دخول الكرة في المريء بل الفائدة تكون أكثر عند اخراجها لانها تعاق أكثر بالضيق عند اخراجها وتخرج وعلى طرفها العلوى مواد يمكن بحتمها بالمكربون لمعرفة سرطان المريء * وقد يوجد ضيق في نقطة يعلوها عند في المريء وقد يكون الضيق متعددافيا للقساطير يعرفه الطبيب ويعرف أيضا وجود الأورام المجاورة الضاغطة عليه كالأورام الليفاوية للقصبية والشعب وانقرضها الأورطى

المبحث الثالث في البطن

(تنبيه) يقسم البطن عادة إلى تسعة أقسام كفى شكل (٨٢) * بخطوط متفق عليها عند الاطباء وقانونية دراسية . ولاجل ذلك يفعل - أولا خطان أفقيان . أحدهما علوى يمر من الطرف الخلفى للضلع الاخير من جهة إلى الطرف الخلفى للضلع الاخير للجهة الاخرى . والثانى سفلى ويمر من الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة إلى الشوكة



شكلي (٨٢)

الحرقفية المقدمية العليا للجهة الأخرى ثم يفعل خطان عموديان يمتد كل واحد منهما من وسط الفرع الأفقي للعظم العاني (أى وسط القوس الفخذي) متجها إلى أعلى باستقامة حتى يصل إلى وسط الحافة السفلى لأضلاع جهته فالتسعة أقسام تصبح حينئذ محدودة بهذه الخطوط كما هو واضح في شكل (٨٢) فينقسم البطن بذلك إلى القسم فوق المعدة وقسمي المراق اليميني والمراق اليساري وقسم السرة وقسمي الخاصرة وقسم العانة وقسمي الحفرة الحرقفية الباطنة اليميني واليسري

(في طرق بحث البطن)

الوسائط العظمية المتباعدة في بحث أغلب أحياء التجويف البطني هي النظر والجس والقصر والتسمع والبرز

أولا البحث بالنظر - إذا نظر الطبيب بطن المريض أثناء وقوفه كان ذلك أفيد لمعرفة حالته الطبيعية أثناء هذا الوضع الطبيعي فيكون شكل البطن عند الطفل كرويا كبيرا الحجم بسرة مرتفعة كثيرا إلى أعلى (وتكون جدر البطن عند الكهل موجودة في خط مستو مما تدمن القص إلى العانة) ويكون البطن عظيم الحجم كثيرا عند الأشخاص الشحيمين الضخام البطنون فتكون بطونهم أمامهم ويوجد عندهم ثنية عميقة الغور في محاذ الأوربية تحدد البطن من الفخذ ويكون بطن المرأة التي ولدت كثيرا في الغالب كبيرا الحجم ولكنه رخو وقد يحدث الاعتماد على ليس المنطقة (كورسه) عند النساء نشوها في الجزء العلوي للبطن وفي الجزء السفلي للصدر فينجم عن ذلك مزاحمة الأعضاء الحشوية وقد يشاهد بالنظر بروزات في البطن مختلفة المحاس ناجمة عن وجود أورام فيه . وقد يشاهد بالنظر أن

(شكل ٨٢) يشير لتقسيم البطن إلى ٩ أقسام فرغم (١) يشير للنتوء الخجيري و (٢) للعانة الضلعية و (٣) للشوكة الحرقفية المقدمية العليا و (٤) للثنيين الأوربيين و (٥) لجبل الزهرة و (٦) للمعدة و (٧) بقسم السرى و (٨) للقسم العاني و (٩) للمراق و (١٠) للخصر و (١١) للحفرة الحرقفية الباطنة

البطن متزايدا الحجم لتمدد الامعاء بغازات فيه فيقال لذلك تيمانيسم (tympanisme) ومتى كان التيمانيسم عاما للبطن كان البطن كروي الشكل وجلده رقيقة وقد ترى العرى المعوية مرسومة وقد يكون التيمانيسم جزئيا وقد اصرا على المعدة أو على الامعاء وحينئذ يمكن تمييز حدود الاجزاء المتددة تحت الجلد بالنظر . وقد يكون تزايد حجم البطن ناجما عن انسكاب سائل في تجويف البريتون فيقال لذلك استسقاء زقي ومتى كان سائله سائبا فيه صار البطن مفرط عام مثل بطن الضفدع باستلقاء المريض على ظهره وتبعاً لوضع المريض يتجه السائل الى الجهة المنحدرة وهذا ما يشاهد في الاستسقاء الذي ينجم عن سير وزال الكبد الضموري وحصوله يكون ناجما عن رشح يحصل من جدار الجهاز البالي . وأما اذا حصل التهاب بريتوني فتتكون أغشية كاذبة تحيط بالسائل فيكسب البطن في زيادة السائل الشكل الكروي وعوضا عن أن السائل ينحدر الى المراق عند نوم المريض عليه فلا يتغير وضعه بل يبقى حافظا محمله ويحفظ الجزء المذكور والشكل الكروي مهما كان الوضع . ويرى في الاستسقاء الزقي الناجم عن سير وزال الكبد تحت جلد البطن تمددات وريدية تعلن باعاقه دورة الدم الوريدية الباب وهذا التمدد معوض انهافة كون الخدوع الوريدية المتمددة غليظة كرشة الاورصاعدة الى أعلى موازية في الجهة اليمنى للسرة الى الاضلاع الكاذبة وعددها من (٤ الى ٥) أو أكثر يتجمع بها الفريعات الصغيرة المستعرضة المتفهمة ببعضها وهذا ما يعرف عنه برأس مديوس (tête de medius) وتكون الاوردة تحت الجلد أسفل السرة على العموم أقل تمددا من التي أعلاها ولذا تكون غير واضحة الظهور . وجلد المصابين بسير وزال الكبد يكون جافا مائلا للصفرة ذاقشور * ويوجد كذلك عند الاشخاص المصابين بالاستسقاء البطني الناجم عن التهاب البريتوني الدرني تمدد وريدي للاوردة الجلدية البطنية لكنه قليل الوضوح أو واضح فقط في القسم السفلي من البطن وفي الجهتين ومنظر جلد البطن في هذا النوع يكون أملس مثل المرآة . وقد يشاهد بالنظر أن جدار البطن منخسفة كما في التهاب السحائي الدرني ففيه تصير البطن كالمقارب بالتحساف جدرها المقدمة الى الداخل حتى ان الجدر المذكور تلامس الامعاء الفارغة والعمود الفقري وان النقط العظمية تكون بارزة في الزوايا البطنية أي يكون الخط الضلعي بارزا من أعلى وحافة العظام الخرقفية بارزة من أسفل

تانيا البحث بالجس - لاجل جس بطن المريض يلزم أن يكون مستلقيا على ظهره والساقين في نصف انثناء لمساعدة استرخاء جدر البطن وأن يتنفس بالراحة التامة ناسيا منحصه ويقف

الطبيب على عينه اذا أراد جس قسم الكبد وعلى يساره اذا أراد جس الطحال ويلزمه أن يضع يديه مبسوطتين على جدر البطن وتكونان غير باردتين عن حرارة جسم المريض اثلا يحصل له احساس غير مأوف ينجم عنه انقباض دواعي جدر البطن خصوصا العضلات المستقيمة لانها هي التي تنقبض وينجم عنها زيادة عن توتر جدر البطن عقد صلابة انقباضية في العضلة نفسها وقد يعتبرها غير المترنص الابة في تجوف البطن (صلابة غائرة أي أوراما) ويلزم أن يكون ضغط جدر البطن بالوجه الراحي لجميع الأصابع وليس براحة قاعدة اليد وأن يكون أثناء الزفير العميق (لا أثناء الشهيق). ومتى عرف الطبيب ما هي حالة البطن ووجد فيه ورما ضغط بأطراف الاصابع حوله لتحديده * ومهما كان الجس غائرا يلزم أن يكون بلطف وتدرجيا . وقد يكون الاحساس الجلدي متزايدا عند بعض الاشخاص العصبيين فينألمون بجس البطن فيظن الطبيب أن مجلس هذا الألم الاجزاء الغائرة فلان تميز يضبط الطبيب نسبة من الجلديين الاجهام والسبابة ويضغط عليهم بما ضغطا خفيفا واذ تألم المريض وكان ذلك كآلمه أثناء الجس علم أن الألم في الجلد لا في الاجزاء الغائرة للبطن . ويختلف قوام جدر البطن كثيرا فكم يرا فيكون رخوا عند بعض المصابين بفساد الهضم وعند بعض العصبيين حتى انه يمكن ضغطها ووصول اليد الضاغطة الى الأورطى وادرائها تبخها الذي يلزم أن يكون معروفا . وقد يكون الجس بوضع إحدى اليدين تحت الجدار الخلفي للجهة الجانبية للبطن والأخرى على الجدار المقدم لهذه الجهة وذلك في البحث عن الكلى وفي بحث الجهة الجانبية للبطن وقد يوضع المريض على ركبتيه وصدرة في البحث المذكور عن الكلى خصوصا في التهاب الغلغمو في المحيط بهما

ثالثا البحث بالقرع - يلزم للقرع البطني استلقاء المريض على ظهره واسترخاء بطنه لان توتر جدر البطن ينجم عنه لغط تحت أصم يقع في الغرور والقرع يكون (خفيفا أو قويا) تبعاً لكون العضو المراد معرفته سطحيا أو غائرا . وقد يكون القرع أولا خفيفا في نقطة ثم بصير قويا فيها وذلك عندما يوجد جزء من الامعاء أمام العضو الغائر المراد معرفته . واتجاه القرع لا يكون مفيدا الا في الاستدقاء الرقيق الناجم عن سير وز الكبد لان السائل فيه يجتمع أولا في الجزء المنحدر من البطن وهو الحوض الصغير والحفرتان الحرقفيتان ولذا يلزم الطبيب أن يبتدىء بالقرع من نقطة مركزية وينزل الى أسفل تابعا لخط المنوسط أه لاثم الجانبين الى أن يصل في كليهما الى أحمية السائل والنقطة المركزية هي السرة فيبتدىء بالقرع منها وينزل الى العانة ثم يقرع على خط ممتد من جانب السرة الى الشوكة الحرقفية المقدمه العليا اليمنى

ثم على خط ممتد من الجهة اليسرى للسرة الى الشوكة الحرفية المقدمة العليا اليسرى ثم تجمع
نقط ابتداء الأضمة للجهات المختلفة ببعضها وبذلك يعرف انحناء ارتفاع السائل . فقرع
أقسام البطن في الحالة الطبيعية ينجم عنه ألغاط مختلفة النغم تبعاً لوجود الامعاء وعدم وجودها
في الاقسام المقرورة . فيكون صوت القرع واخفا (claire) في أقسام البطن المشغولة
بالامعاء وهذه الاقسام هي الحفرا الحرفية والقسم السرى والقسم الشراسيفى أى المعدى
والقسم العائى بشرط ان تكون المثانة والرحم فارغين . ويكون صوته أصم في المراق
اليمنى ولا يتجاوز من الاسفل حافة الاضلاع وهذه الأضمة ناجمة عن وجود الكبد . ويكون
صوت القرع في المراق اليسارى أصم قليلا في الجهة الجانبية والخلفية لوجود الطحال ويوجد
في الجهة المقدمة تحت الاضلاع الكاذبة اليسرى قسم صوت قرعه رنان هو جزء من المعدة
ويسمى بالجزء النصف الهلالى لتروب (traube)

رابعا البحث بالسمع - اذا وضع السماع على أحد الأوردة الممتدة لرأس ميدوس في سيروز
الكبد قد يسمع فيه نفع وعائى كما أنه قد يسمع نفع في الطحال الضخم . واذا وجد التهاب بريتونى
قد يسمع احتكاكاً أثناء التنفس ناجم عن ملاسة ور يفتى البريتون الحشنتين
أو المعطتين بأغشية كاذبة بسبب التهاب المذكور . (ثم ان تسمع البطن عند الحامل
يكون بعد الشهر الخامس لأن به تعرف ألغاط ضربات قلب الجنين ونفع دورة الرحم)

خامسا بحث البطن بالبرز - قد يلتهب الطيب لعمل البرز الاستقصائى في الاستسقاء البطنى
لمعرفة طبيعة سائل الاستسقاء الرقى ويكون البط في وسط خط ممتد من السرة الى الشوكة
الحرفية المقدمة العليا اليسرى وبعضهم يفعلها في الخط المتوسط للبطن أى في الخط الأبيض
بسبب عدم وجود أوعية غليظة في هذا الخط فالبط يخرج في أغلب الاحوال سائل مصلى ذو
لون أصفر أو مخضر كثير السيولة وزنه النوعى من (١٠٠٥ الى ١٠٢٤) وقد يكون
السائل الخارج مدمما ولكن ذلك نادر ولا يشاهد الا عند وجود الكرسينوم البريتونى وأندر
من ذلك أن يكون كياوسيا (chyliforme) . وينجم الاستسقاء الرقى إما عن ارتشاح
عمومى للجسم ناجم عن تغير فى الكلى أو فى القلب أو فى الرئة وإما عن سيروز الكبد الضمورى
وإما عن التهاب بريتونى وحينئذ يكون السائل أكثر كثافة من سائل الارتشاح الميخانيكى
ويكون منحصرا في نقط منفصلة عن بعضها محدوددة بالأغشية الكاذبة التى نجمت من المادة
الييفية المتضخمة مع المصل بسبب التهاب المذكور

المبحث الرابع في المعدة - التركيب والوظيفة

المعدة هي المؤشر لها برقم (٣) من شكل (١٤) التي هي الجزء الأكثر تمدداً من الجهاز الهضمي وهي كائنة بين المريء المؤشر له برقم (١) من الشكل المذكور والامعاء الدقيقة وشكلها بيضاوي ذو طرف غليظ كائن في الجهة اليسرى من الخط المتوسط للجسم ككروم واضح في انشكل المذكور وتسمى أطرافها بالحدبات ولها قوسان صغيرا علوي وكبير سفلي والاشنان موجودان بين فمحتها وهما الفتحة المريئية ويقال لها كريبا (Cardia) أي الفؤاد المؤشر لها برقم (٢) من شكل (١٤) والفتحة المعوية ويقال لها بيلور (Pylorus) أي البواب وهي المؤشر لها برقم (٤) من الشكل المذكور والفتحة الفوادية خالصة وأما الفتحة البوابية فحاطة بحلقة سمكية من العشاء المخاطي تخدم كصمام والفتحتان بعيدتان عن بعضهما بمسافة امتدادها نحو (٢٠) سنتيمترا تقريبا وهذا هو قياسها المعروف (أي طول المعدة المعروف) الثابت عند المؤلفين ولكن يختلف حجم المعدة باختلاف درجة امتلائها و فراغها ويختلف شرح المؤلفين بالنسبة لانتحاءها فالمتقدمون من المؤلفين المشركين يقولون ان المعدة أفقية الوضع والتأخرون يقولون انها ودية كالشعاع في شكل (١٤) ولكن هذا وذلك يختلف باختلاف النقط التي تؤخذ كنقط ثابتة للشرح * وعلى كل فطرق البحث تثبت أن خمسة أجزاء (cinq sixiemes) من المعدة توجد في الجهة اليسرى للخط المتوسط للجسم والجزء السادس منها موجود على يمين الخط المذكور . ويوجد الفؤاد في مقابلة الطرف الانسي لغضروف الضلع السادس والسابع اليساريين والفقرة الحادية عشرة الظهرية . ويوجد البواب في مقابلة جسم الفقرة الأولى القطنية . والوجه المقدم للمعدة مجاور بحجز منه للحجاب الحاجز ومجاور بحجزه الأكبر للجدار المقدم للبطان . والحافة السفلى (أي القوس العظيم) للمعدة لا يتجاوز في الحالة الطبيعية من الجهة الوحشية الخط الممتد من حافة الاضلاع الكاذبة اليسرى الى السرة . والقوس الصغير أي الحد العلوي يكون في مقابلة الحافة السفلى للضلع الخامس اليساري قريبا من القوس . ويوجد أسفل من الحد العلوي المذكور وحشيه مسافة شكلها كنصف هلال تسمى المسافة النصف هلالية لتروب (espace demi lunain de traube) وهي المؤشر لها بحرف (ت) من شكل (١٨) المذكور في العموميات وبرقم (٦) من شكل (١٤) التي وفيها يكون الصوت الرئوي مستعاضا بالصوت التيمانيك المعدي لان الجزء العلوي الطرف الغليظ للمعدة يحتوي دائما على جزء من غازات . والمعدة مغطاة في وجهها بالبريتون . وخلاف ذلك تركيب المعدة من

غلافين وهما غلاف عضلي وغلاف مخاطي متنوع على عدد عظيم من غدد خصوصية . فالغلاف العضلي هو المحرك للمعدة حركاتها الدينامية التي بها تدور المواد الموجودة فيها وان كانت هذه الحركات ضعيفة . والغلاف المخاطي للمعدة مهم لانه يوجد به بشرته خلايا اسطوانية تحمي المعدة من ان تهضم نفسها بسوائلها الهاضمة ولانه يفرز من غده السائل الهاضم (أى العصير المعدى المنفرز من الغدد الببسينية) الذى يكون شفافا عديم اللون وتأثيره حمضيا ووزنه النوعى من (١٠٠١ الى ١٠١٠) ويحتوى على أصل فعال (مادة ألبومينويد) (Albuminodi) يسمى ببسين (Pepsine) وخميرة الهضم وهى دائبة فيه لكنها تتخمد ومن خواصها أنها تحيل المادة الزلالية (Albumine) الى ببتون (Pepton.) لكنها لاتفعل ذلك الا بوجود العنصر الثانى للعصير المعدى وهو الحمض وهذا الحمض هو حمض اللكتيك (lactique) تبعاً للبعض وتبعاً للآخرين هو حمض الكلوريدريك (Chlorhydrique) * وأما وظيفة المعدة فهى الهضم بمساعدة العصير المعدى

العلامات المرضية - العلامات المرضية الوظيفية

من هذه العلامات أولاً - اضطراب الشهية فقد تكون متناقصة (أنوريكسى (Anorexie.) أو متزايدة بوليفاجى (Polyphagie.) أو مفسودة (Perversion.) . ففساد الشهية يشاهد عند الاستيريات والعصبية ذوى الهضم المفسود . وتزايد الشهية (البوليفاجى) هى عرض من الاعراض الملازمة للبول السكرى وقد تزايد فتصير بولمى (Boulimi) (جوع كلبى) لكن البولمى ليست عرضاً لأمراض الجهاز الهضمى بل عرضاً للشلل العمومى ولذا عند وجودها يلزم البحث عن باقى أعراض الشلل العمومى المذكور أى الجنون كما أنه لا ينبغى اعتبار الذى يشتهى الاكل بدون لزوم مصاباً بالبولمى لان اشتهاه الاكل بدون احتياج أى قبل انتهاء الهضم يعلن اضطراباً فى الوظائف الهضمية (أى فساد الهضم الحمضى) . وتناقص الشهية (أنوريكسى) يوجد فى فساد الهضم المسمى (ديسبسيى Dyspepsie) ويكون العرض الاكثر وجودها ولا يلزم اعتبار كراهة بعض المأكولات أو تجنب الاكل بسبب حصول ألم اثناء الازدراجاً أنوريكسى . ويحصل تناقص الشهية أيضاً فى النلبك المعدى بل وفى جميع الاحوال المعدية وتكون مطلقة ومستمرة فى الحيات الخطرة وتكون نسبية عند المصابين بفساد الهضم والعصبين . والمصاب بالسرطان المهضوى يكره طعام اللحم حتى النظر اليه والحال أنه يقبل

الاطعمة النباتية

(ثانيا - الألم) هو ظاهرة عمومية لجميع التغيرات المعديّة ودرجته ونوعه يختلفان كثيرا تبعاً للتغيرات المذكورة وقد لا يكون له مجلس محدد وحتى إذا أمر الغيب المريض بوضع يده على محل الألم وضع يده على سترته . وعلى العموم يكون الألم في فساد الهضم الناجم عن قلة الحض عبارة عن احساس بشغل في قسم المعدة يتركه المريض عقب تعاطي الطعام محسوبا باحساس بعدم راحة عمومية للجسم وأحيانا يكون محسوبا بتعس ثقيل وبالاحص عقب غذاء المساء فينام المريض براحة ولكن يستيقظ نحو الساعة الواحدة أو الثانية بعد نصف الليل متضايقا ويعيل لأكل الموالح دون اللحوم . وأحيانا يكون الألم الناجم عن فساد الهضم عبارة عن احساس بحرقان (وهذا يحصل في فساد الهضم الناجم عن تزايد الحض المعدي) مجلسه المعدة فقط أو يصعب في المريء على هيئة قلس محرق (Pyrosis) ويسكن هذا الاحساس سكونا وقتيا بتعاطي قليل من الماء أو تعاطي لقمة خبز أو مادة غذائية أخرى ويعيل المريض لأكل اللحوم . وقد يكون الألم المحرق شديدا أو مستمرا ويزايد بتعاطي أقل جزء من المواد الغذائية ومجلسه يكون (في آن واحد) من الامام حفرة المعدة ومن الخلف في محاذة الفقرة الحادية عشرة الظهرية ويزايد بضغط النقطتين المذكورتين فيدل على وجود قرحة معدية . ويكون الألم على العموم شديدا مستمرا في السرطان المعدي ويحصل فيه تزايد ثوراني . وقد يوجد السرطان المعدي بدون الألم ولذا لا ينبغي نفي وجود السرطان عند عدم وجود الألم فقد وجدت أورام سرطانية معدية بدون أن يحسبها ألم أثناء الحياة . وقد يوجد الألم المعدي على هيئة نوب عند اشخاص ذوي صحة جيدة ومعدة جيدة ظاهرا فيستمر بعض ساعات أو أيام ثم يزول ثم يعود وهكذا . ومن صفته انه ألم ضاغط شديد أو ألم زائغ شديد جدا حتى ان المريض يلتوى منه وأثناء وجوده لا تتحمل المعدة دخول شيء فيها من الاغذية بل ترد في الحمال بالقيء كل ما دخل فيها من أغذية صلبة أو سائلة وهذا الألم يختص بالاشخاص المصابين بالتابس (tabes)

(ثالثا - القيء) قد يتبدئ بالغمثان (أي التوع) الذي هو ظاهرة أقل درجة من القيء لان القيء ظاهرة متضاعفة منعكسة قد تنجم من تأثير بعض الجواهر على المراكز العصبية وعلى أطراف الأعصاب الحساسة التي تنقل التأثير المذكور الى المراكز العصبية المعكسة وهذه تعكسه على الأعصاب المحركة المحدثة للقيء . وقد يحصل القيء بدون تعاطي جواهر مقيئة . ومواد القيء قد تكون أغذية مختلفة الهضم وقد تكون مادة صفراوية أو مخاطية أو دموية فتي كان القيء ناجما عن سوء الهضم كانت مواده غذائية وكثيرة الكمية وكان

حصوله بدون مجهود عظيم وهو ذاهواً نموذج التي عوهو يتسدى يتهوع كما ذكر اصحبه عدم راحة عمومية تعرف بيها لون المريض ودوخاء وتغطية وجهه بعرق بارد ثم حصول القيء . وتكون مواد التي الساجم عن التمدد المعدي (سواء كان سبب هذا التمدد أو نيا أو ثانوياً أي معحبواً ينشيق في البواب) مكونة من مواد الاغذية الحديثة المعاطى ومن الاغذية التي تعاطاها المريض منذ يوم أو أكثر وتكون غير تامة الهضم فيعرف نوعها في أغلب الاحوال . وتكون مواد التي عند المدمنين على تعاطى الحجر المصابين بالترلة المعدي المزمته مكونة من مواد مخاطية وحصوله يكون في الصباح بمجرد قيامهم من النوم ووضع أقدامهم على الارض ويحسب ذلك دوخان يستمر الى أن يتعاطوا الكمية المعتادين على شربها من الخمر . وأما المصابون باستمرار الافراز المعدي (جستروسوكوريه) (*gastro sucrore*) (مرض رثن (rotulman) فيتقايئون كمية كثيرة من مادة سائلة غير متعلقة بكمية المواد الغذائية وغير متعلقة بساعات الأكل . وأما المصابون بالقرحة المعدي المستدرة أو بالالتهاب المعدي التعرضي فيتقايئون في الحال عقب تعاطى الاغذية ويصطبب القيء فيه بابا الالم معدي شديدة وتكون مواد التي مختلطة بدم . وأما المصابون بالسرطان المعدي فتارة يحصل عندهم التي الغذائية وتارة لا يحصل خصوصاً اذا كان مجلس الورم الجدر المعدي . وقد تكون مواد التي السرطاني المعدي مكونة من مواد سائلة مصفرة أو مسودة كثيرة الكمية كلون المرق الوسخ وقد تكون من مواد دموية . ويتميز التي الدموي للقرحة المستدرة الكمية فيخرج بياق كاللوجه ذالون أحمر ناصع لانه خرج بالقيء بمجرد دخو جسد من الوعاء الذي تأكلت جدره بالقرحة . وأما في التي السرطاني فيكون الدم قليل الكمية أسود اللون (مثل الهباب المضروب في الماء أو مثل محلول القطران) لأنه ابتدأ فيه حصول الهضم لكونه يحصل بترشح نقطة فنقطة من الورم المتقرح ولكن هذا التميز لا يكون في أغلب الاحوال مطلقاً وأما اذا كان الورم مجلسه الفؤاد فينجم عنه ضيقه والتي حينئذ يكون قشامريثياً واذا كان مجلس الورم في البواب نجم عنه ضيقه فيحصل تمدد معدي ثانوي ومواد التي تكون كما سبق ذكره . وأما التي في المعص الكبدى أو الكاوى فيسببه ويحسبه ألم شديد مجلسه في المعص الكبدى قسم الكبد وفي الكاوى قسم الكلى والخالب فيكون الألم المذكور مميز الكل منهما وتكون مواد التي غذائية فيهما اذا حصل بعد الأكل بزمن قليل ولا يحصل العرور في التشخيص الا اذا كان الألم المصاحب

لهما خفيفا جدا أو ليس تابعا لسير القنوات الصفراوية أو الحالبية ولكن حصول الشيء كظاهرة منفردة . ومواد التي عند المصابين بسقوط الكلي نفر وبتوز (Anuria) تكون غذائية نوية ونوبه تكون منفصلة بفترات مستطيلة في الابتداء ثم تقتارب حتى تكون نوبامعدية حقيقية ، وأما في التي العصبية فتكون المواد المنقذفة صفراوية أو مخاطية . وأما في التهاب البريتوني العمومي بل والجزئي فتكون المواد المنقذفة خضراء كلون الكرات وتسبق بتي مخاطية ثم صفراوية . وأما في الانسداد المعوي فتكون المواد برازية أي شيء مواد التي ورأحتسه تكون كلون ورأحة المادة البرازية الاعتمادية ويسبق الشيء البرازي بتي غذائية ثم مخاطية ثم صفراوية ثم يصير برازيا . وأما التي عند الحوامل فيكون إما وقتيا وإما مستمرا فالوقتية يحصل عند القيام من النوم أو عقب تعاطي غذاء ما ويتبدئ عادة من الأسابيع الأولى للحمل وهو علامة تخمينية لوجوده ويقف على العموم في نحو الشهر الرابع منه . وأما التي المستمرة فهو الذي لا يقف من نفسه ولا بالعلاج وينجم عنه عدم تغذية المرأة فضعفها بل والموت وأحيانا يفتقر العمل الولادة المعجزة لا يقاومه لكن لا يلزم اعتبار كل شيء يحصل عند حامل أنه ناجم عن الحمل * وأما التي عند المسلولين فيكون محرضات تجابات السعال الذي يكثر عندهم عقب تعاطي الأكل (سعال متقي) (toux émetique) . وأما التي الناجم عن التغييرات الخفية المختلفة (أي التي مجلسها المنخ) فإنه يحصل بسهولة أي أن المريض لا يفعل إلا فتح فيه لخروج مواد التي والخروج ذلك يشاهد في التهاب السحائي الدرني . وأما التي الناجم عن التسمم البولي (أوريمي) (urémie) فإن موادها تكون إما من مواد سائلة كثيرة الكمية ذات لون كالمرق الوسخ وإما من مواد مختصرة تخرج دفعة دفعة (أي جزءا جزءا) . وأما التي الناجم عن التفرزات (أي الأحوال العصبية) (nevroses) فيكون حصوله سهلا كذلك ولكنه لا يؤثر على الصحة وليس له وقت معلوم بل يحصل يوما ولا يحصل في اليوم الآخر * وأما التي السمي فهو الذي يحصل عقب استنشاق الكلور وفورم وتعاطي الدخان أو غيره . وأما التي المعدية النوبية (crise gastrique) فيتميز بكونه يكون نوبا أو يكونه يكون مصاحبا للنوبة المؤلمة للمعدة . وأما التي الدموية السمي (إيماتيز) (hematimese) فيكون ناجما عن تأثير جسم غريب في المعدة كوجود عظم فيها ازدرد وجرحها أو عن وجود جرح فيها ذاتي أو انفجار أنفريزما فيها عقب التصاقها أو تقرحها أو تقرح جدار المعدة . وقد يكون التي الدموية ناجما عن سبب ميكانيكي أحدث احتقانا احتسابيا ثم ترقاوعائيا وذلك عندما يوجد ضغط على الجهاز

الوردي الباسي يعيق سير دمّه ويحدث دوالي في جذوره وهذا ما يحصل في سيروز الكبد
الضموري ولذا تمّ وجدت الاعيان يميز يلزم بحث الكبد جيداً الآن حصول الاعيان يميز قد
يكون علامة ابتداء المرض الكبدي المذكور الذي يكون مجهولاً وقد يكون الاعيان يميز
ناجماً عن تغير عضوي مجلسه المريء أو المعدة أو الاثنا عشرى كوجود قرحة أو سرطان في
أحدها أو تغير نجم عن التهاب معدى الكولي أوبولى (أوريميك) أو ثانوي لتعاطي سم
كالفوسفور مثلاً . فالقيء الدموي الناجم عن تعاطي الفوسفور يحصل عقب تعاطي هذا
الجوهر ببعث ساعات ويتكرر حصوله ويصير متعاصياً عن العلاج وإذا وقف في نحو اليوم
الثالث أو الرابع كان ذلك وقتاً لأنه يعود ناسياً ويتكرر الى الموت وأنموذج ذلك في الحى الصفرا
الخطرة النزفية (اليرقان النزفي الخطر) . وأما القيء الدموي الديسكراسى (dyscrasique)
أى الاستعدادى الشخصى فيحصل زمنافزماً (أى يحصل عقب فترات مستطيلة المدة)
ونادر أن يكون منفرد بل يحصل معه أنفة أخرى مختلفة المجلس وهو يشاهد في الفورفور
وفي الحيات الطفحية وفي الحى التيفودية وبصطب بطواهر عمومية خطيرة كالادينامى
(adynamie) أى الانحطاط أو الأناكسى (ataxie) أى النهجان أو باليرقان الخطر
أو بالاسكوربوت (scurbut) * وعلى كل فتشخيص الاعيان يميز يحتاج لمعرفة ما يأتى
هل الخارج هو دم حقيقة وهل هوات من الفم أو من الأنف (رعاف خفي) أو من
المريء أو من المعدة أو من الاثنى عشرى وما سبه وهل المريض من المدمنين على الخمر وهو
مصاب بالسيروز الضمورى الكبدي أو مصاب بالسرطان المعدى أو بالقرحة المعدية
البسيطة المستديرة

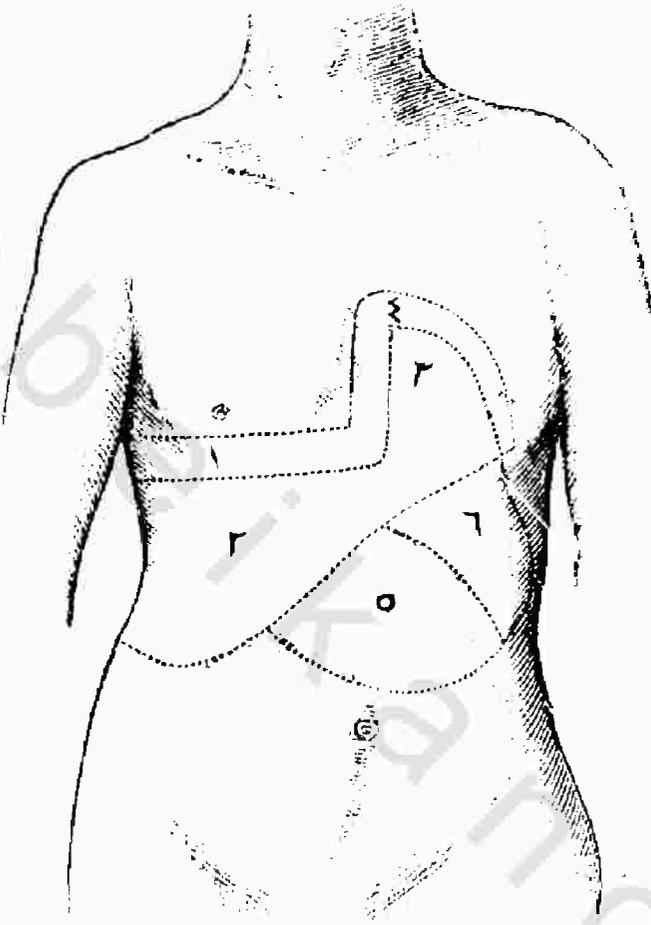
وقد ينجم عن مجهودات التي تغرق عضلى أو وعائى مخي (نزيف مخي) ولذا يلزم تجنب
اعطاء المقيء المتقدمة يمين فى السن والمصابين بالارتيريو سكايروز والذين عندهم فتق * وقد
تزموا التي في المسالك الهوائية أثناء التي

طرق البحث والعلامات المرضية الاكلينيكية

أولاً - بحث المعدة بالنظر (inspection) - يمكن الطبيب بنظره لقسم المعدة في بعض
الاحوال معرفة حالتها فالبطن المتزايد الحجم من أعلى يدل على أن المعدة كبيرة الحجم مستعرضة
الوضع وهذا ما يشاهد عند السمرهين المكثرين من تعاطي الاغذية كما عند الدياتيبيين
مثلاً وأما بروز الخط المتوسط لقسم المعدى وانحساء الحفرة فوق المعدة عقب الاكل فيدل
على الاصابة بالتمسدد العظيم للمعدة بدون ضيق في البواب وإذا كان التمدد مصحوباً بضيق

فيه حدث عقب الاكل تحذب الجزء اليسارى للبطن بحيث ان جزء البطن الكائن أعلى السرة ويمينا يظهر كأنه منبعج . وينظر الطبيب القسم المعدي يمكنه رؤية شكل الورم المعدي أسفل الجلد البطني اذا كان يقدم المعدة وورم وكان الشخص نحيف البنية كثيرا . وقد يرى الطبيب بالنظر ورما أملس أو محدبا في المعدة يتميز عن أورام الكبد بكونه لا يتبع حركة التنفس الا اذا كانت المعدة ملتصقة بالكبد . وأحيانا يشاهد أن الورم يتحرك بنبض الأورطي لكن يتميز عن الانقريز بما يكون حركته من الامام الى خلف وليست في جهانه كما يحصل في الانقريز ما تاليا - بحث المعدة بالجس - يتبع الطبيب في الجس باليد القواعد التي سبق ذكرها وبه يمكن ادراك الورم الموجود في المعدة . والذي يدرك به بسهولة أكثر من غيره هو سرطان الجدار المقدم للمعدة فنذكره اليد ككتلة صلبة كروية (كأبي فروه) أو كتلة حديدية غير منتظمة أو كارتشاح صلب في عموم الجدار أو كشمع حقن وتصلب كما يفعله المشرحون في الجثث . وأما سرطان الحدبات المعدية فيصعب ادراكه بالجس لغور مجلسه وكذلك ادراك سرطان القوس الصغير لها لانه مغطي بالكبد ولهذا اذا لم يدرك الطبيب الورم السرطاني باليد لا ينبغي له نفي وجود سرطان المعدة عند وجود الظواهر الاخرى الخاصة به كما أنه يلزم أن يتذكر الطبيب أنه اذا تكررت الالتهاب الجزئي المعدي الناجم عن وجود القرحة البسيطة المستديرة المعدية نجم عنه ثخن جدر الجزء المعدي المصاب لكنه ليس تديسا سرطانيا . وعلى كل يجب على الطبيب أن يتدبى بجس القسم المعدي على الخط المتوسط من أعلى الى أسفل ثم على الجانبين لتحديد هاتم يحرض باليد اللفظ المعدي المسمى كلا بوتاج (clapotage) الذي متى وجد كان ذا أهمية في التشخيص ولاجل تحريضه تهتز جدر المعدة باصابع اليد أثناء ما يكون المريض مستلقيا على ظهره مسترخية جدر بطنه مثنيا سابقه نصف انثناء ويكون الهز المذكور حاصلا في جدر البطن حذاء المعدة بأطراف أصابع اليد الممتدة ويكون ذلك انهر عبارة عن ارتجاجات في ائمة فكل ارتجاج من هذه الارتجاجات نجم عنه حصول اللفظ المذكور متى كانت المعدة محتوية على سائل وغاز (أى أن حصوله يدل على أن المعدة ممتدة ومحتوية على سائل وغاز) لكنه لا ينبغي الوقوع في الغرور باختلاط لفظ الكلا بوتاج بللفظ القرافر المعوية المسمى جرجويلن (gargouillement) الذي يتميز بكون لفظه يكون قصيرا محصورا . وقد يشبه اللفظ المعدي (كلا بوتاج) باللفظ الذي يحصل في القولون واذا ضبط الطبيب المريض من صدره أو من حوضه وحركه جذعه فجأة الى اليمين ثم الى اليسار

بجمله مرات يسمع حينئذ لعضائمه اللغظ المعدي الأولى وهذا اللغظ يسمى لغظ الجولوجلو وهو
 ناجم عن اهتزاز السائل في المعدة المتمددة بالغاز (كما اذا رجع برميل محتون نصفه على ماء
 والنصف الآخر على هواء لانه ينجم عن هذا الرج لغظ الجولوجلو المذكور) . ولاجل
 إدراكه يعنى الطبيب جذع المريض الى الامام ليقترب رأسه من جدار المعدة أثناء ما بهرزه كما
 ذكر . وأحيانا يكون لغظ الجولوجلو قويا حتى انه يسمع بدون فعل الانحناء المذكور
 وبدون احتياج انحضير المريض قبيل هذا العمل لأنه أحيانا يلزم انحضير المريض باعطائه
 جزءاً من مائتين ماقبل عمل هذا الرج بزمن قليل . ومع كل فعدم وجود اللغظ المعدي
 لا ينفى وجود التمدد المعدي لان المعدة إن لم تحتو على سائل وغاز لا يحصل فيها اللغظ المذكور
 ويحصل هذا اللغظ أيضا عندما تكون متمتة عقب الأكل حالاً لانه يوجد فيها سائل وغاز ازدرد
 مع الاغذية وبالاخس عندما يوجد فيها قليل من السائل وكثير من الغاز موثر اللغظ
 . وأما تحريك الحركه الدينامية للمعدة فيكون بفعل ارتجاج سريع فجائى في جدرانها
 بأطراف أصابع اليد فتشاهد حركتها الدينامية التي هي المحصل تكو رأى بروز حدى للمعدة
 في الجهة اليسرى من السرة ثم يتجه نحو الجهة اليمنى منها وينتهي في الفؤاد واليد الموضوعة
 راحتها على هذا البروز الكروي تدرك مقاومة الألياف العضلية المعدية المنقبضة وهذا
 الانقباض الدينامي الواضح قد يكون علامة على ضخامة الألياف المعدية لوجود عائق في البواب
 ثالثاً - البحث (بالقرع) - ينجم عن قرع القسم المعدي صوت رنان به يمكن تحديد
 المعدة انما بهعب تحديدها به من الأسفل لوجود القولون المستعرض المؤثر له برقم (١٢)
 من شكل (٨٤) الآتى أسفل منها . ولكون صوت القرع فيها ماقديكون واحدا وان كان
 صوت كل منهما مختلفا عن الآخر عادة فتارة يكون الصوت المعدي هو الاكثر رنانية عن صوت
 القولون وتارة يكون الصوت القولوني هو الاكثر رنانية عن الصوت المعدي وذلك تبعاً للايام
 بل وتبعاً لنقط القوس العظيم المعدي المقروع . ولاجل تمدد المعدة ليسهل على الطبيب
 تحديدها يعطى المريض مساحيق تفاعل في المعدة وينجم عنها تكون مقدار من الغاز كاعطائه
 ثانياً كربونات الصودا أو لاثم اعطائه محلول حمض الليمون وبذلك تمدد . وحينئذ يعرف بالقرع
 حدودها الطبيعية وهذه الحدود هي كفى شكل (٨٣) وقد تكون المعدة متمددة
 تمدا عظيماً مرضياً حتى ان حدها السفلى يصل للعبانة فلا يلزم حينئذ اعطاء أهمية
 لخط الرنانية المعدية المنخفض لان المعدة قد تكون تمددت تمدا وقتياً ولكن أليافها



شكل (٨٣)

العضلية قوية فتقبض وتعود الى حجمها الاصلى بعد هذا التمدد . وعلى كل فتى وجد الطبيب تمردا معديا وجب عليه البحث عن معرفة كونه أوليا (أى متعلقا بفساد في الهضم) أو ثانويا أى متعلقا بعدم مرور المواد المهضومة من المعدة الى الامعاء بعائق في البواب مثل ضيق فيه نجم عن أثره التحام قرحة بسيطة معدية قد عجزت أو عن انسداد جزئى للبواب لوجود سرطان فيه وفي هاتين الحالتين تضخم الألياف العضلية المعدية ويرى تحت الاصابيح المحرصة لانقباضها حركتها الدينامية

(رابعاً الجس باليد) لاجل معرفة حالة المعدة يدخل الجس المعدى في المعدة على الخلقو يخرج به السائل الموجود فيها فإذا كانت كمية هذا السائل قليلة ومختلفة من (٢٠ الى ٣٠) سنتيمترا مكعبا أو كانت أكثر من ذلك وكانت غير محتوية على فضلات غذائية دل ذلك على عدم تمام إعاقة مواد المعدة الناجم عن عائق محاسه خارج المعدة كالجام يرتونى أو تحول في الامعاء . وأما اذا كان السائل محتويا على فضلات غذائية فيبدل ذلك على أن العائق موجود داخل المعدة ونجم عنه ضيق محسوس في فتحة البواب كما يحصل من أثره التحام قرحة محاسها الجزء المعدى الخا والبواب أو وجود سرطان فيه كما سبق

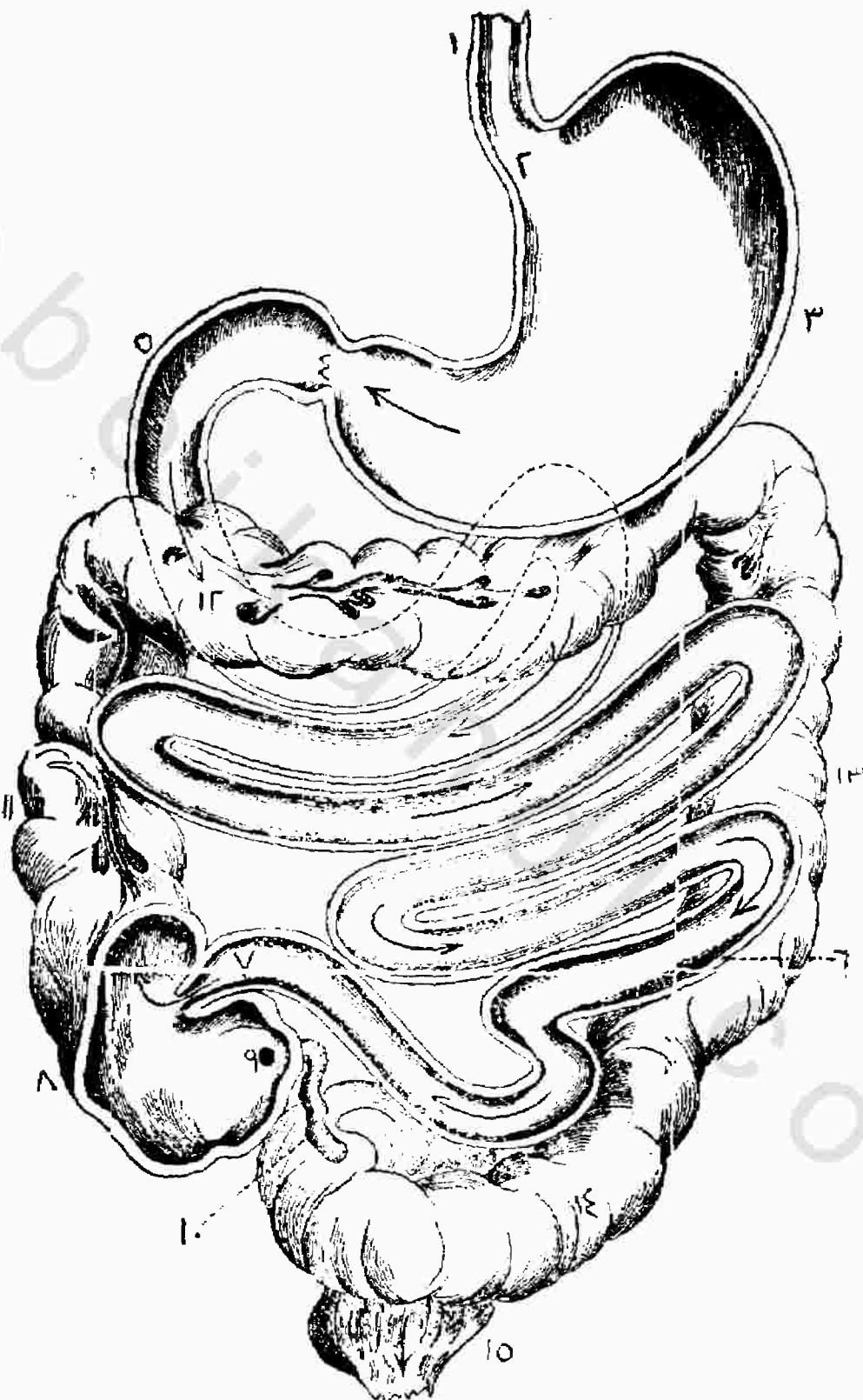
خامسا - (البحث الكيماوى) . البحث الكيماوى لسوائل المعدة مهم جدا لمعرفة أنواع فساد الهضم وأحيانا لمعرفة التغيرات المعدية العائرة . ولجل ذلك يستخرج السائل المعدى بواسطة مجس فوشير (laucher) وهو أنبوبة من كاوتشوت طولها نحو متر تقريبا

شكى (٨٣) يشير الى عدد الطيبعية للمعدة والكبد والقاب فرقم (١ و ٢) يشيران للاصمعية الكبرى والاصمعية الكبرى والصغرى للقلب و (٥) للمعدة و (٦) لساقوة تروب

وحجمها منتظم وقطرها نحو (١٢) ملليمتر عرضا وهي ملساء ذات مرونة كافية لدفعها في المريء واستمرارها في النزول وتتوافق مع الانحناءات الرئيسية فالمقدار الذي يدخل من الشفتين الى المعدة يكون نحو (٤٠) سنتيمترا والباقي يكون منحنيًا وأكثر طولًا ليكون مصابًا به يفرغ السائل الموجود في المعدة . ودخول المجس المذكور يكون بالطريقة التي أدخل بها المجس المريئي في قسطرته . ولأجل أخذ السائل المعدي المراد بحثه يعطى المريض صباحا على خلو غداء التجربة للعالم إيوالد (Ewald) المكون من (٢٥٠) جراما من منقوع خفيف من الشاي الاسوديون لين و (٦٠) جراما من الخبز الابيض البائت وقد لا يعطى المريض غداء ما في ليلة التجربة أو يكون ذلك وما ليلية قبل صبغة التجربة لان المعدة تكون عند بعض الأشخاص لم ترزل محتوية على فضلات الاغذية التي تعاطاها في الوقت الماضي المذكور ولذا يلزم أولا شطف السائل الموجود في المعدة بسل وغسلها بواسطة المجس المذكور قبل اعطاء غداء التجربة ثم يعطى الغداء المذكور ويترك في المعدة مدة ساعة ثم يستخرج بواسطة هذا المجس ثم يبحث السائل الذي استخرج بحثا كيميائيا وقد يكرر تعاطي غداء التجربة ببل ويكرر استخراج السائل لعمل أبحاث متتابعة منفصلة عن بعضها بجملة أيام بل وقد يلجأ لاستخراج جزء من السائل كل ربع ساعة أثناء مدة الهضم لمعرفة ما يتم أثناء كل مدة في الهضم لأن تأثير العصير الهضمي على الاغذية كثير المضاعفة ولذا لا نتعرض هنا لذكر الاعمال الكيميائية لمعرفة كل جوهر من عناصره حيث ذلك يخص المعمل الكيميائي انما نقول هنا ان عدم وجود حمض الكلورايد يدل في العصير المعدي يدل على وجود سرطان المعدة

المبحث الخامس في الامعاء - التركيب والوظيفة

تمتد الامعاء من البواب الى الشرج والجزء الاولي منها هو الامعاء الدقاق وطوله من ستة أمتار الى سبعة ولكن يسعها نحو يفت البطن تتعرج على هيئة أقواس وهي المؤشر لها برقم (٦) من شكل (٨٤) الآتي * وتنتهي في الحفرة الحرقفية اليمنى باتصالها على زاوية قائمة مع الجزء الاولي للامعاء الغلاظ ويوجد في هذا الاتصال صمام ذو فلتين مؤشرا برقم (٧) من الشكل المذكور يسمى بالصمام الاعوري يسمح لمرور المواد الغذائية من الامعاء الدقاق الى الامعاء الغلاظ ويمنع رجوعها من الامعاء الغلاظ الى الامعاء الدقاق وتبتدى الامعاء الغلاظ من الحفرة الحرقفية اليمنى بالجزء المتصل بالامعاء الدقاق وهذا الجزء يسمى بالأعور



شكل (٨٤)

شكل (٨٤) يشير للعسلية والامعاء، فرقم (١) المريء، و (٢) الشواد و (٣) المرندو و (٤) البواب و (٥) للاتي عشرى و (٦) و (٧) الى ١٥ كما هو موضح بتعريفه ١٩٢

وهو مؤثر له برقم (٨) من شكل (٨٤) وشو من أعلى متصل بالقولون الصاعد المؤثر له برقم (١١) من الشكل المذكور ومن أسفل يكون القعر كبير يتصل بفتحة صغيرة جدا مؤثر لها برقم (٩) من الشكل المذكور متصلة بالمعلقة الدودية التي قطرها كرشة أوز وهي المؤثر لها برقم (١٠) منه وطولها يكون من (٨ الى ١٠) سنتيمترات وتكون في أغلب الاحوال ملصقة بالأعور وبعيد القولون الصاعد من الأعور الى الوجه السفلى للكبد وهناك ينحني على زاوية قائمة ثم يتجه مستعرضا من الجهة اليمنى الى الجهة اليسرى للبطن وبذلك يكون القولون المستعرض المؤثر له برقم (١٢) من شكل (٨٤) وهناك أي في الجهة اليسرى للبطن ينحني ثم ينزل الى أسفل في الجهة اليسرى من البطن ليكون القولون النازل المؤثر له برقم (١٣) من الشكل المذكور ثم الاس الى أي التعرج السيني المؤثر له برقم (١٤) وجزؤه الاخير ينتهي في الشرج المؤثر له برقم (١٥) وهذا الجزء يسمى بالمستقيم وهو مركب على العجز وبناء على ما ذكر يكون مجموع الامعاء الغلاظم كذا تنوع قوس يحيط بالامعاء الدقاق كما هو واضح في الشكل المذكور والذي يسم الطيب من الامعاء الغلاظم هو الأعور ومعلقته الدودية كثيرة امراضها وهي أيضا المستقيم سهولة فحصه بالاصبع مباشرة . ووظيفة الامعاء مزدوجة فهي . اولاً تهضم الهضم بالعصير المعوي وبالصفراء الآتية من الكبد وبالعصير البنكرياسي الآتي من البنكرياس . ثانياً تعصم المنحصل النهائي للهضم المسمى شيل (chyle) (كبلوس) بواسطة أخليتها البشرية المكونة للحمول وتوصله الى الأوعية الليمفاوية والأوردة الموجودة فيها والاختدة جذورها منها وهذه توصله الى الدورة العمومية . ثالثاً اخراج المواد الفضلية للاغذية التي تعوطت وهضمت قبل ذلك بزمن يختلف من (١٢ الى ٢٤) ساعة وهذا الاخراج يسمى تغوطا أو تبرزا والمواد الخارجة تسمى برازا أو غائطا ويخرج مع المواد البرازية في الحالة الطبيعية فضلات الأخلية البشرية للقناة المعوية . والرجل الكهل يتبرز مرة واحدة أو مرتين في كل (٢٤) ساعة فيخرج في (٢٤) ساعة من المواد الفضلية نحو (١٥٠) جراما وتكون أكثر من ذلك عند الأشخاص الذين يتعاطون الخضراوات بكثرة . وتكون المواد البرازية متلوثة عادة باللون الاسمر بسبب تأثير الصفراء عليها ولذلك تصير مواد البراز عديمة اللون متى حصل احتباس في الصفراء ويتبرز الطفل عادة من مرتين الى ثلاثة في اليوم ومواد برازه يكون لونها وقوامها كالون وقوام صفار البيض الذي . ويتبرز الجنين بمجرد ولادته مواد مسهرة أو مسودة عادة تسمى عقيا أو ميكونيوم (meconium) .

في العلامات المرضية - العلامات المرضية الوظيفية

أولا الألم المعوي ويسمى بالمغص . ومتى حصل فقد يهقبه اسهال فاذا لم يعقبه اسهال سمي مغصا جافا . ويبدل المغص المعوي على وجود تغير في الامعاء فان كان التغير خفيفا كان مجلس الألم أولا حول السرة ثم يتشعب منها في جميع كتلة البطن . وان كان التغير أكثر شدة وقاصرا على نقطة من الامعاء كان مجلس الألم من الابتداء في هذه النقطة دائما وبذلك يمكن معرفة الجزء المتغير فسلامة متى حصل ألم فجأة في الحفرة الحرقمية اليمنى وكان شديدا مثل ألم رصاصة مقذوفة دخلت في هذا الجزء دل على التهاب المعلقة الدودية . ومتى صار الألم فيما بعد عموما في البطن دل ذلك على أن الالتهاب البريتوني صار عموما . وقد يكون مجلس الامعاء ونفسه عندما يكون مصابا بالتهاب وحده أو مع التسمم الخلوي المحيط به . ويختلف المغص المعوي على العموم في الشدة فتارة تكون الآلام خفيفة وتزول بسرعة وهذا ما يحصل من تأثير البرد وتارة تكون الآلام شديدة حتى ان المريض يضع نفسه في أوضاع غريبة كي يخففها ويصبح ويقطب جبهته ووجهه من شدة الألم لكي يحصل ذلك من التسمم الزحلي ومن الاختناق المعوي

(ثانيا الامساك) وهو عدم التبرز يوميا بطريقة منتظمة كالعادة ويصحبه في أغلب الاحوال مهما كان سببه تغير معدى خفيف ينجم عنه تناقص الشهية ووساخة اللسان وتفترجه وعدم راحة عمومية وتوتر البطن بتعدد الامعاء تعددا خفيفا بالغاز وتكون مواد البراز كتلاصبا مثل الزبل وعمورها في الشرج تمدده وتحدث فيه تشققات . واذا جس الطبيب البطن باليد وكان رخوا يدرك كتلاصبا من المواد الثعلبية (ولا ينبغي اعتبارها أوراما) واذا أدخل الاصبع في المستقيم يتقابل مع كتلة يابسة في الجزء القمعي للمستقيم قد ينجم عنها تعدد الامعاء وضغط الاعضاء المجاورة كالمثانة والمهبل والرحم فينجم عن ذلك آلام في هذه الاعضاء واحتقانها احتقاناً احتسابيا . ويمكن ادراك الكتلة الثعلبية المذكورة عند المرأة بالجلوس المهبل وضغطها بالاصبع فيشاهد أنها تنبمع تحتها وهذا النوع من الامساك مميز في أغلب الاحوال لفساد الهضم المعدى

(أسباب الامساك) قد ينجم الامساك التام أو لاعن إعاقه ميكانيكية لوجود لحام بريتوني ضاغط على المستقيم وموانع لمرور المواد أو لوجود ورم مجاور ضاغط على المستقيم أيضا أو لوجود ورم في جدار المستقيم نفسه يحدث لضيق فيه أو لوجود ضيق في الامعاء بأي سبب كان . ثانيا عن دخول عروية معوية في فتحة طبيعية وعدم امكان خروجها فتختنق أو من التواء العروية المعوية نفسها

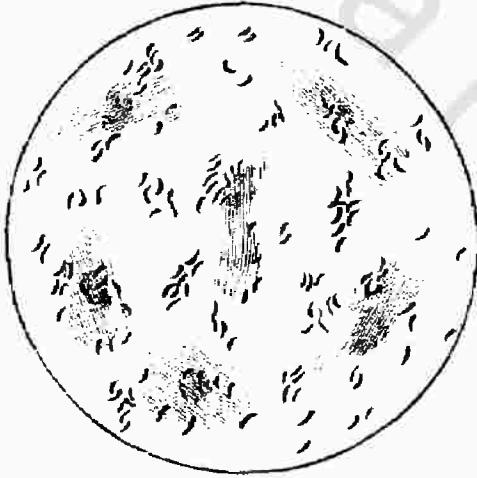
فيكون الانسداد المعوي حينئذ حاداً أي يحصل فجأة ويسمى بالاختناق الباطني (étranglement interne.) بخلاف الانسداد المعوي فانه يكون تدريجياً وحرزنا ويسمى بالانسداد المعوي (obstruction intestinale) ويتميز الاختناق المعوي الباطني باصطحابه الألم بطني شديداً وابتهاخ بطني (يصير عموماً في زمن قليل) وبقاء (يصير في زمن قليل من مادة برازية) وبالخطاط في الحرارة العمومية وبكآبة الوجه التي هي علامة مهمة. وعدم خروج مواد من الشرج لبرازية ولاغازية وجميع ذلك يكون حصوله فجائياً ويسير بسرعة. وأما الانسداد المعوي فيتميز بحصول الامساك فيه تدريجياً أي بزيادة شيئاً فشيئاً. ثالثاً قد يكون ناجماً عن تغير معوي حرز من وفيه يكون الامساك توبياً أي يستمر مدة ثمانية أيام أو أكثر مصحوباً بظطراب في الهضم وآلام بطنية غير واضحة المجلس ثم يعقب ذلك فجأة اطلاق (أي اسهال) يعقبه تحسین الحالة السابقة يستمر بعض أيام ثم يعود الامساك ثانياً مصحوباً بالظواهر الأولية وربما كانت أكثر تزايداً عن النوبة الأولى ثم يتكرر ذلك إلى أن يموت المريض بأحد العوارض العمومية أو الطارئة الحادة إن لم يعالج. رابعاً قد ينجم عن الانسداد المعوي التدريجي الناجم عن بيس المواد البرازية. خامساً ينجم عن الضعف المعوي كما عند الشيوخ. سادساً عن الانسداد الناجم عن التهاب البريتوني الحاد وهو يكون غير تام حيث يخرج من الشرج أرياح ومواد برازية بل ويحصل اسهال فيما بعد. سابعاً عن الانسداد المزمن الذي يحصل في أكثر أحوال التهاب البريتوني المزمن (الدرني) ويتميز بوجود التيبسات الدرنية البطنية. ثامناً ينجم الامساك عن ضيق البواب ويتميز باصطحابه بظواهر التمدد المعدي. تاسعاً يسبق الامساك الظواهر الأخرى الخاصة بالامراض العفنة العمومية الحمية. عاشرًا يكون الامساك على العموم مصاحباً للتريف واللين الخمين ولذا يلزم الطبيب الالتفات إلى التبرز والتبول عند المصابين بهذه التغيرات. حادي عشرًا يوجد الامساك في التهاب السحائي الدرني فيكون أحد الأعراض الثلاثة المميزة له التي هي الامساك والتقيء والوجع الدماغى. وعلى كل فالظواهر المصاحبة للامساك تعين على معرفة سببه.

ثالثاً من العلامات المرضية الوظيفية الاسهال وهو عبارة عن تبرز مادة سائلة بالنسبة لغير الاطفال عوضاً عن المادة العجينية القوام. وأما عند الاطفال فيكون عبارة عن تكرار التبرز أكثر من العادة مع تغير الصفة الطبيعية للمادة البرازية. ومنى كانت كمية السائل البرازي عظيمة دلت على أن الجزء المصاب من الامعاء أكثر امتداداً الكهنا ليست علامة على

الخطر. وعلى العموم يختلف عدد مرات التبرز وكية مادته فقد يكون عدده مراته في الـ ٢٤ ساعة من ١٠ إلى ٢٠ مرة في اليوم لكن مع قلة المواد الخارجة . وأما في الاسهال المزمن فيكون عدده من مرتين إلى أربعة في (٢٤) ساعة . ويختلف لون المواد البرازية فتكون ذات لون أخضر أو أسمر أو أصفر . ويختلف أيضا رائحتها فتكون منتنة في الاسهال الناجم عن فساد الهضم وتكون قليلة الرائحة في الاسهالات الكثيرة الكمية . وأما قوام المواد البرازية في الاسهال فيختلف من نصف عجينة إلى المائي المصلي وقد تكون مواد غير مهضومة فيسمى انزلاق لينتري (lientérie) والاسهال المصلي ذو الكمية الغزيرة المتكرر أي الحاد يؤدي في أسرع وقت إلى حالة عمومية خطيرة عبارة عن جفاف اللسان وازدياد العطش وتغيرهجة المريض والحطاط قواه ودقة النبض وانخفاض حرارة الجسم ونحافة الوجه وغورا العين بخلاف الاسهال المزمن فان هذه الظواهر فيه تحصل بالتدريج في مدة طويلة حتى تؤدي بعد زمن إلى الاضعلال ماراسم (marasme)

أسباب الاسهال - منها أولا التهاب المعوي الحاد (سواء كان ناجما عن تأثير برد أو عن فساد هضم) فيكون الاسهال أول عرض له وقد يكون خفيفا ووقتها عند الكهول تبعا لدرجة التهابه وحينئذ لا يكون خطرا ويشاهد هذا التهاب بكثرة عند الاطفال حديثي الولادة وفي السن الأولى لهم لكونه كثيرا الحصول عندهم فيكون التبرز نازلا زائدا عن العادة ويحصل عقب الرضاعة ثم يزول بتنظيم الشروط الصحية الغذائية وقد يصير مستمرا ويتزايد عدده وتكون مواد محتوية على مواد جينية بيضا (اسهال مبيض) أو تكون مواد مخضرة مثل عصارة الكرات (اسهال أخضر) ويظهر أن ذلك ناجم عن درجة تسمم معوي كبير الشدة . وحينئذ يكون تأثير المواد البرازية حضا . نائيا التهاب المعوي الخصوصي الطفلي وفيه يكون الاسهال متكررا وغزيرا الكمية فيسمى بالكولرا الطفلية (choléra infantile) ويتميز حينئذ بكون البراز عديم اللون متعاصيا على العلاج وبصعوبة في الايقظ وعطش متزايد ونقص متواتر ثم انحطاط عظيم ثم برودة الجسم ثم اللون السيانوزي ثم الموت في أغلب الاحوال . نائيا التهاب المعوي الخصوصي المكروبي المسمى بالكولرا الآسيه (choléra asiatique) وبالتهواء الاصفر وهو يتميز باسهال مصلي غزير جدا ينجم عنه سرعة حصول ثخن دم المريض وبرودة جسمه ففي الدور الأول لهذا المرض تكون مواد الاسهال فضلية مصلية كاسهال عسر الهضم البسيط وكفى النوع السابق ثم بعد (٢٤ ساعة إلى ٢٨ ساعة) تصير مواد

الاسهال مصليّة مبيضة (أرزبية) غزيرة ما تلبث أن يوجد فيها الافضالات بشرية وحييات مبيضة كالأرز وبجثتها بالمكروسكوب يوجد فيها باسيل الكوليرا ذو الشكل الشبيه بالرفعة المسمى بالفرنساوى فيرجول وهو يعيش في الماء جملة شهرين ويحمل البرد الى ١٠ درجات تحت الصفر لكنه لا يتحمل الحرارة فيموت في درجة ٦٠ فوق الصفر ويزرع في جميع سوائل الانبات الصناعيه المتعادلة خصوصا الخفيفة القلوية ولاجل زرعه يؤخذ جزء من المرق يضاف له جزء في المائة من البيبتون وجزء في المائة من ملح الطعام وجزء في المائة من الجيلاتين ثم توضع نقطة من سائل البراز المشبه فيه ثم يوضع الجميع في اناء مسطح ويوضع ذلك في فرن حرارته ٣٧ درجة فبعد ٨ ساعات إذا كان البراز محتما ويأعلى المكروب الكولري تكون على سطح السائل غلاف رقيق اذا أخذ جزء منه ووضع تحت المكروسكوب ونظر بعدسة معظمة بنحو الالف وجد فيه المكروب المذكور كما يوجد في سائل المعى الدقاق للمصابين بالكوليرا وهو المؤثر له بشكل (٨٥) وأول من اكتشفه (هو المعلم كوخ)



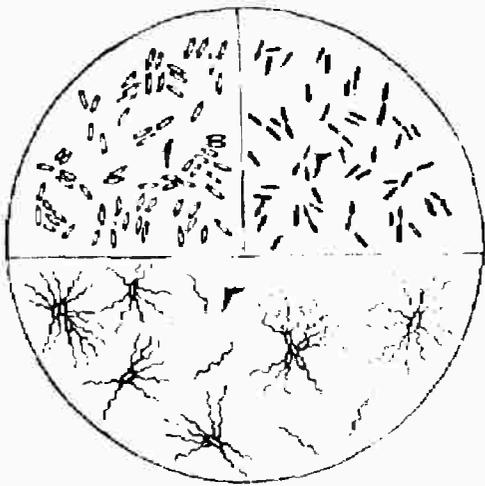
شكل (٨٥)

سنة ١٨٨٤ في الهند وفي القطر المصري أثناء انتشاره فيه وهو يتلون بجميع الملونات البسيطة مثل زرقة الميتلين وغيرها ولا يأخذ جراما ويوجد في المادة البرازية للاسهالات الأخرى نوع آخر من المكروب ولكن يتميز مكروب الكولرا عنه بشكله وبكونه اذا وضع في مصل المصاب بالكولرا اجتمع مع بعضه وتكون لكثلة ثم مات وهذا لا يحصل في المكروب الآخر الذي يوجد عند المصابين بالالتهابات المعوية ذات الشكل الكولري وغيرها ولاجل الحصول على تجمعه في مصل المصاب بالكولرا يؤخذ جزء قليل من المادة البرازية بواسطة مسبر من بلاستين معقم ثم يوضع في نقطة من السائل البيبتوني ويهون ثم يضاف له نقطة من مصل دم مصاب بالكولرا مكون من ١/١٠ ثم يوضع ذلك في مخبر يوضع في فرن حرارته ٣٧ درجة من ٥ ساعات الى ٦ ثم يوضع على صفيحة المكروسكوب نقطة منه وينظر فيرى عدد عظيم من مكروب الكولرا لكنه مجتمعة مع بعضه وميت وأما اذا وضعت مادة البراز في نقطة من السائل البيبتوني

شكل (٨٥) يشير لمكروب الكولرا الآتية

ثم وضع عليها نقطة من مصّل حيوان غير مصاب بالكوليرا . ثم وضعت في الميكروسكوب ووجد عدد عظيم من مكروب الكوليرا متحرك وسريع الحركة وليس مجتمعاً ولا ميتاً كما في الحالة الأولى وبهذه الطريقة الأخيرة لا يستغرق البحث زيادة عن ست دقائق . وإذا كانت المواد البرازية محتوية على مكروب الكوليرا وعلى مكروب الالتهابات الكوليرية الشكل ووضع ذلك في مصّل المصاب بالكوليرا كان مكروب الكوليرا مجتمعاً وميتاً وأما المكروب الآخر فيبقى متحركاً وليس مجتمعاً وإذا كان الزرع في الجيلاتين يلزم وضعه في فرن حرارته ٣٧ درجة ممدّة من (١٢ ساعة الى ٢٠ ساعة) رابعاً ينجم الاسهال عن التغيرات المعوية في الحى التيفودية وهو عرض يراها عن الحى التيفوسية المصرية وينظر من الاسبوع الاول للحى ولون مواد البراز فيه يكون أصفر وتكون المواد منتنة الرائحة ومحتوية على المكروب الخاص بالحى التيفودية المميزتها . وأول من درس هذا المكروب هو الدكتور إيبيرت (eberth.) من سنة ١٨٨٠ الى ١٨٩٣ وأول من نجح في زراعته هو الدكتور جافسكي (gaffky.) وهو ينتشر بواسطة مادة براز المصابين بالمرض المذكور ويوجد هذا المكروب أيضاً في الطحال والكبد وفي عقد المساريقة وفي لطخ بيروفي الدم وفي البقع العنسية الجلدية في كثير من الاحوال وهذا المكروب عبارة عن قضبان قصيرة مستديرة الاطراف وموشحة بكثير من الخلل جهات متحركة وقهقهة وطول هذه القضبان أكثر من عرضها ٣ مرات وهي تعيش جيداً في الماء وتقاوم درجة البرودة الشديدة أي درجة الجليد وإذا وضعت نقطة من دم المصاب بالحى المشتبه فيها أو من مصّل دمه على ٥٠ نقطة من زرع مكروب الحى التيفودية الطحال الى مستحلب ثم وضع ذلك في فرن ممدّة ٢٤ ساعة فإذا كان المريض مصاباً بالحى التيفودية

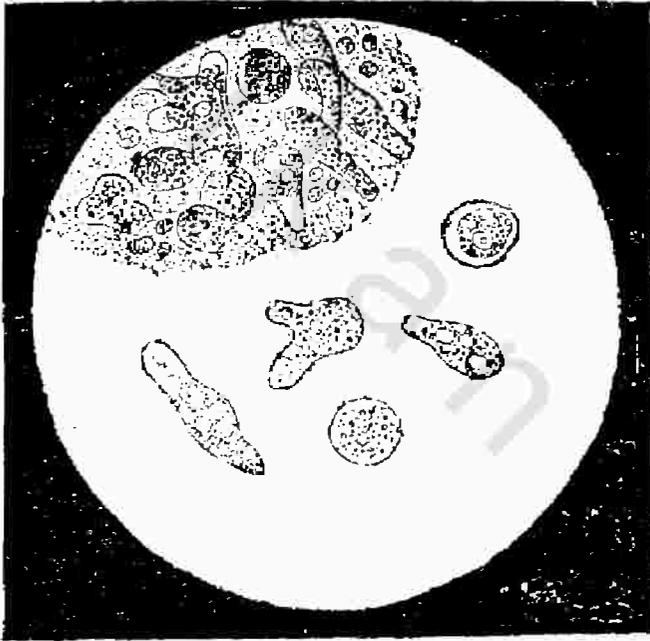
اجتمع المكروب والتصق ببعضه وتكون كتلة مندحجة ومات وأما إذا كان المريض غير مصاب بالحى التيفودية فلا يحصل هذا الانعقاد . ويرزغ مكروب الحى التيفودية في المرق واللبن والبسول وبالاخص في الغرا ولكن ينبت بسرعة أكثر في الجيلوز (gelose.) ويتلون بطرق التسلون البسيطة ولا يأخذ جراماً وهو المؤشر له بشكل ٨٦



شكل (٨٦)

شكل (٨٦) يشير مكروب الحى التيفودية فرقم (١) يشير مكروب قديم و (٢) لمكروب زرع من مدة ٢٤ ساعة في الجيلوز و (٣) للخلل المكروب

ولكونه يوجد دائما في براز المصابين بالحمى التيفودية وضعناه هنا وان كان يوجد أيضا في دم طحال المصابين بها . خامسا يحصل الاسهال عن التهاب الجزء السفلي للمعوي الغلاظ المسمى بالدوسنتاريا انما تكون مواد البراز فيه في الابتداء تفلية ثم مخاطية أو مخاطية مدعمة قليلة الكمية وقد تكون مثل غسالة اللحم واذما بحثت بالمكروسكوب وجد فيها في أغلب الاحوال لاسميا في الباردة الحارة الميكروب المسمى أميبيا كولي المؤثر له بشكل (٨٧) وهي كائنات يتغير شكلها بحركاتها فتصير كروية أو مستطيلة أو ذات فرعين وغير ذلك



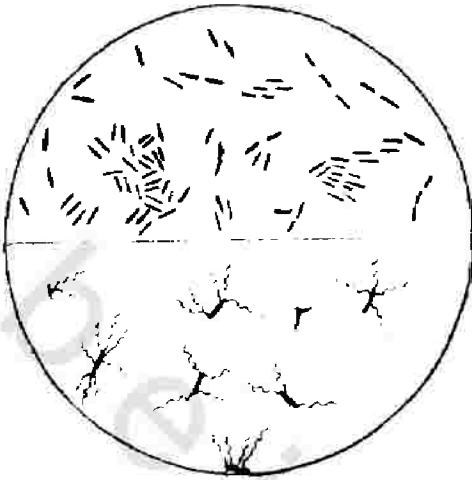
شكل (٨٧)

سادسا ينجم الاسهال عن الالتهاب المعوي الدرني فتكون مواده مصلبة ذات لون سنجابي واذا كان لونها اسود دل على وجود دم فيها وهذا مما يزيد الانذار خطرا وفي انتهاء المرض المذكور يكون الاسهال غزيرا وتخرج مواد تدون إرادته المصاب واذما بحثت بالمكروسكوب وجد فيها باسيل الدرن وقد يحصل امساك في هذا المرض

إذا أصيبت السجيا بالالتهاب الدرني المذكور لكن ذلك لا يعوق الاسهال زمنا طويلا بل يعود بعد زمن قصير وفي مدة المرض يكون التبرز ليليا وأغلبه قرب الصباح ويستمر الاسهال الدرني جملة أسابيع بل وشهور لكن لا يلزم اعتباره كل اسهال مزمن متعاص اسهالا درنيا حيث توجد التهابات معوية مزمنة غير درنية ناجمة عن الميكروب المعوي القولوني لأنه يحدث الالتهاب المعوي الحاد وهذا قد يصير مزمننا . وأول من اكتشف هذا الميكروب المسمى أيضا كولي باسيل (Coli Bacille.) سنة ١٨٨٨ هو الدكتور ايشيرخ (Escherich.) وهو يوجد دائما في القناة المعوية وفي البراز وهو المسبب لبعض التهابات المعوية والسكري المنفرجة والسكري الطفلية والتغيرات الصفراوية والكبدية والبولية ويرزغ في كافة سوائل

شكل (٨٧) بشير الميكروب المسمى أميبيا كولي أي ميكروب الدوسنتاريا

الانبات كالمرق البسيط أو البييتوفى والبول واللين و يتلون بألوان الاليتين البسيطة ولا يأخذ جراما وهو المؤشر له بشكل (٨٨)

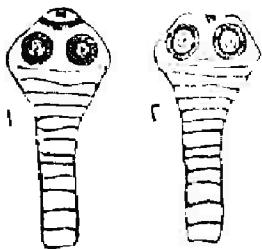


شكل (٨٨)

• سابعا ينجم الاسهال عن الاوريميا أى التسمم البولوى (uremique) ويتميز اسهال هذا النوع باضطحابه ببقء وبقلة كمية البول ويجب على الطبيب عدم قطع الاسهال المذكور بل يحترضه عند عدم وجوده . تامنا قد ينجم الاسهال عن بعض أمراض مثل التابس والجواتر الجعوظى . تاسعا قد ينجم عن تأثيرات

عصبية مثل الخوف والاستريا . عاشرا قد يحصل من وجود الكاشيكسيا ويكون ناجما عنها عن اضطراب فى وظائف الامعاء ثم ينتهى بالموت . حادى عشر قد ينجم الاسهال عن وجود امسالك ناجم عن تغير معدى معوى أو عن وجود دوزم سرطانى معوى أو مجاور للامعاء وضاعط عليها أو وجود درن بر يتوفى أو معوى أو فى العقد المسار يقية أو تولدات أخرى فى الامعاء أو خارجة عنها وضاعطة عليها فتحدث الامسالك أو لا ثم يعقبه اسهال وهكذا

فى بحث المواد البرازية - بحث البراز متم لبحث الامعاء لانه كثير ما يوجد فيه أجسام غريبة تكون سببا لتغيرات مرضية منها أولالديتان وهى على أنواع . النوع الاول الديدان الشريطية فكثيرا ما يوجد فى البراز عققل من الديدان الشريطية المساحة أو من الشريطية غير المسلحة المسمى بوتريسدفال (botriospade) أى محفورة الرأس وعقل هذه الأخيرة هى الأكثر خروجا فى الفترات الكائنة بين التبرز فقد يخرج منها قطع مكونة من (٥ الى ٦) عقل وأما عقل الدودة الشريطية المسلحة فانه يخرج فى زمن التبرز . وتتكون العققل دائما من الرأس ولذا يلزم البحث عن الرأس عندما يعطى المريض



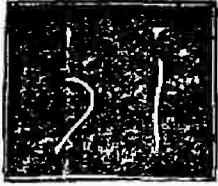
شكل (٨٩)

العلاج القاتل لها أو المخرج لها . ورأس المسلحة هى المشار لها برقم (١) من شكل (٨٩) ورأس غير المسلحة هى المشار لها برقم (٢) من الشكل المذكور

النوع الثانى - الديدان الاسطوانى والخيوطانى أى دود الجبن الذى طوله من (٦ الى ١٥) ملليمتر

شكل (٨٨) يشير لكروب القولون بعد زرع لمدة ٢٤ ساعة فى الجيلوز رقم (١) يشير لكروب و (٢) الحماة شكل (٨٩) يشير لرأس الدودة الشريطية المسلحة وغير المسلحة رقم (١) للصلحور رقم (٢) لغير المسلحة

النوع الثالث - الديدان ذوالقمين الاثنى عشرى المسمى انكيلوستوما (enkylostoma)



شكل (٩٠)

وهي نادرة الوجود في المواد البرازية وهي المؤثر لها بشكل (٩٠) وان لم يوجد في البراز نفس الديدان وجد في مبيداتها . ومتى وجدت دل وجودها على وجود الديدان في القناة المعوية ويعرف وجودها ايضا بمبحث مواد البراز بالمكروسكوب . فيبيض الديدان

الشريطية المسلحة يكون يعضاوى الشكل وطول الواحد نحو (٤) من ألف من ملليمتر وبيض مخفورة الرأس أكبر من بيض الدودة المسلحة مرتين وأما بيض الديدان الاسطوانية فكثير العدد جدا حتى انه يمكن وجود مليون في جزء صغير جدا من البراز وشكله يعضاوى وأما بيض الانكيلوستوما فكثير العدد في مواد البراز . ومقر الديدان الانكيلوستوما هو الاثنا عشرى ووجود بيضها في البراز صعب المشاهدة وهذه الديدان تشبه ديدان التراب وجرانيمها تدخل في الماء وفي الاطعمة الملوثة بالايادي التي لامست التراب المذكور وقد تشاهد في البراز بيضات ديدان بلهارس

ثانيا من المواد الغريبة التي توجد في البراز حصوات صفراوية وهي عبارة عن تجمعات من مادة صفراوية آتية من الكبد وقد يكون المغص الكبدي ناجعا عن مرورها من الكبد الى الحويصلة المرارية أو عن مرورها من الحويصلة المذكورة الى الاثنى عشرى ولاجل رؤيتها في المادة البرازية يلزم جعل البراز سائلا بخاطه بالماء وتصفيته جلة مرات الى أن لا يبقى فيه مواد متماسكة وقد يحتاج هذا العمل الى جلة أسابيع وقد تكون الحصوات المذكورة عبارة عن حبوب رفيعة جدا أو كتل صغيرة من مواد صفراوية

. ثلثا من الاجسام الغريبة التي قد توجد في البراز الدم ومتى وجد سميت مواد البراز ميلينا (melæna) ويكون الدم آتيا من الأمعاء (تزييف معوى) ونقيا أو يكون مختلطا بمواد الاسهال وبكمية كثيرة أو قليلة أو كعروق توجد على سطح المادة البرازية المتجمدة وقد يكون حصل في الدم نوع هضم وهو الغالب فتهكون حينئذ مواد البراز على هيئة ندف سوداء كلون الهباب أو سوداء رغوية كماء القطران وفي هذه الحالة اذا أميل الاناء الشامل لهذه المواد يرى في الاناء من محاذاة السائل الى قاع الاناء خيوط دم حقيقي وهذا العمل ضرورى تمييز الميلينا من البراز الاسود الذي ينجم عن تعاطي بعض الادوية كالراتانيا والبوزموت

شكل ٩٠ يشير للديدان الذي يوجد في الاثنى عشرى في حجمه الطبيعي فرقم (١) يشير لكروفرم (٢) يشير للاثنى

. أسباب وجود الدم في البراز . أولاً قد يكون آتيامن الرعاف الخلفي للحفرة الأنفية وازدردرهضم ومر في القناة المعوية وخرج بالبراز . ثانياً قد يكون آتيامن البواسير وحينئذ يكون أجروخوجه يعقب حصول تطاهر بامورية أى آلام واحتقان في الزوائد الباسورية وقد يكون نزوله مستمرًا وغزيرًا حتى ينجم عنه أنيميا عظيمة أى نوع كاشميكسياباسورية (والسبب الاولي البواسير قد يكون عسر سيردم الموريد الباب كما عند المصابين بالسيروز الضموري للكبد) . ثالثاً قد يكون الدم آتيامن المستقيم وناجم عن وجود ورم يوليوسى أو إيبندليوما فيه فيكون لونه أحمر ولذا يلزم جس المستقيم بالأصبع . رابعاً قد يكون النزيف المعوي ناجم عن الحى التيفودية وحينئذ يشاهد إمامي انتهاء الاسبوع الاول وإمامي ابتداء الاسبوع الثاني وإمامي انتهاء الاسبوع الثاني الى انتهاء الاسبوع الخامس . فالاول نزيف مبكر احتقاني . والثاني متأخر ويحصل عقب سقوط الخشكر يشات وتقرح الأوعية الدموية بقروح غديبير . وينجم عن النزيف المذكور الموت في (٣٠) إصابة من المائة ويصحب النزيف المذكور انحطاط في الحى نحو درجة أو أكثر . خامساً يوجد الدم في براز المصابين بالدوسنتاريا وحينئذ يكون قليل الكمية وممزجاً بمادة مخاطية ومحتويًا على الأميبيا كولى ومضخبات حبر مستعقبي ومتى أزم من المرض وجد في البراز المذكور مادة صديرية . سادساً يوجد الدم في براز المصابين بالسرطان المعوي وحينئذ يكون أقل كمية من دم براز المصابين بالقرحة البسيطة ويكون أسود اللون ويتكرر حصوله . سابعاً يوجد الدم في براز المصابين بالقرحة البسيطة المستديرة وحينئذ يحصل فجأة ويكون بكمية غزيرة حتى أنه قد يؤدي فجأة الى الموت . ويكون حصول النزيف في هذه الحالة مصحوباً بالام شديدة في النقطة المشغولة بالقرحة . ثامناً يوجد الدم في براز المصابين بالدرن المعوي ولكن ذلك نادر واذا وجد كان قليل الكمية ولقائه يلون مواد الاسهال باللون الاسودمدنطويلة . تاسعاً قد يشاهد البراز الدموي في الامراض الحمية الخطرة أى العنفة مثل الحيات الطفعية واليرقان الخطر والبوربوره . عاشراً قد يشاهد البراز الدموي (الميلينا) عند الاطفال حديثي الولادة بدون أن يعرف ان كان ناجم عن صعوبة الولادة أو عن الربط المبكر للحبل السرى أو عن وجود قرحة في الاثنى عشرى لانها تظهر عندهم في الثلاثة أيام الاول من الولادة فيكون البراز دمماً وقد يتكرر ذلك وينجم عنه الموت

. ومن الاجسام الغريبة التي قد توجد في مواد البراز الصديد وحينئذ تكون مواد البراز جميعها صدينية أو يكون الصديد مختلطاً بالمواد الفضلية البرازية في الحالة الاولى بل على

استفراغ بورة صديدية انفتحت في القناة المعوية مثل خراج تكوّن من التهاب بريتنوى
تقيحي وتكيس ثم انفتح في القناة المعوية أو خراج حصل حول الاعور أو في نقطة أخرى
. وفي الحالة الثانية يدل على تغير مزمن أو غائر في نفس القناة المعوية نجم عن افراز قبيح
كفي ضيق المستقيم وفي هذه الحالة يكون خروج المواد البرازية من المستقيم صعبا ويكون
طحها مملوًا بالصديد . وقد تكون كمية المادة الصديدية غزيرة كما في بلونوراجيا
المستقيم * ومن الاجسام الغريبة التي قد توجد في مواد البراز المواد الدهنية فتكسبه
لونا بيضا فيدل ذلك على تغير في البكتيريا

في طرق البحث الكليتي للأعضاء والعلامات المرضية الاكلينيكية لها

بحث الامعاء متم لبحث المعدة لان المعدة والامعاء هما جزآن من جهاز واحد وامراض
أحدهما تؤثر على الآخر وقد يكونا طرق البحث في التكلم على البطن وإذا لاند كرهننا الا القليل
أولا البحث بالنظر - يبحث المستقيم بالنظر مباشرة بواسطة المسطار ذي الفلقتين للعلم تريلا
(171110) ولاجل إدخاله في المستقيمين هن السطح الظاهري للفلقتين بالغاز يلين البور يكي
بعد تعقيم المنظار وتدهن فتحة الشرج ودأثره بعد تعقيمها جيدا أيضا ثم يدخل المنظار مغلوقا
بباطف وتدرجيا ومتى دخل جميعه الى بده بعد الطيب بكل بطء الفلقتين لان التباعد المذكور
يكون مؤلما لحد المرض ولذا يفضل ادخال المنظار وتباعد فلقتيه تحت تأثير الكوروفورم
لتجنب المرض ادراك الادخال المذكور وعدم ادراكه للالم ثم انه يلزم أيضا أن يكون تباعد
الفلقتين بالتدريج لانه ان كان فجائيا وعما نجم عنه عرق عاصرة الشرج ولذا يستعمل التمديد
الفجائى لتمزيق العضلة المذكورة في معالجة البواسير بقرينة التمديد الفجائى الشرج
ثانيا البحث بالجلس - يبحث باليد عن القراقر المعوية (garguilllements) . ولاجل
تحريضها يلزم ضغط جزء من البطن بالاصابع ضغطا فجائيا وغائرا . ووجود القراقر يدل على
وجود سائل وغاز في الامعاء وذلك يدل على فساد هضم معوى (Dyspepsie intestinale)
ويدل في كثير من الاحوال على وجود اسهال . والصياح المعوى هو صوت متنوع من
القراقر ويحرض بوضع اليدين على البطن مفرطحتين والضغط بهما ضغطا متسعا وغائرا ثم
ترك الضغط فجأة وهذا الصياح مهم في تشخيص التهاب البريتونى الدرني . فاذا وجدت
القراقر يلزم البحث عنها في جميع اجزاء الامعاء وخصوصا في الاعور ومتى وجدت فيه مع الحى
كانت مشخصة للحى التيفودية وعدم وجودها فيه مع الحى مشخص للحى التيفوسية
المصرية (وعند وجود ألم في الاعور يلزم أن يكون الجلوس بلطف لانه يكون في أغلب

الاحوال مصابا بالتهاب . وقد يكون التهاب في معلقته الدودية فإذا كان الألم ناجما عن التهابها كان مجلسه في وسط خط ممتد من اسرة الى الشوكة الخرقفية المقدمة العليا اليمنى . وان كان ناجما عن التهاب الاعورى نفسه كان مجلسه الجزء السفلى من الخط المذكور) وينجم التهاب الاعورى من تراكم المادة الفضلية فيه ويعطى الاعور المتتهب الممتد الى بالواد عند الكهل الفخيم احساس منباز غليظ مستطيل ممتد من أسفل الى أعلى وعريض كقبضة يسطل ويكون ألمه متوسط الشدة وبضعه ينبعج كأن المواد البرازية الموجودة داخله انبعجت بالضغط المذكور . ويصحب ابتداء التهاب المعلقة الدودية ألم بخائى شديد مجلسه يكون محدودا جيدا فيلزم البحث عنه وتعيينه ويكون ذلك بطرف اصبع واحد وهو كائن كذا ذكرنا في وسط خط ضام للسرة بالشوكة الخرقفية المقدمة العليا اليمنى وهذه النقطة تسمى بنقطة مارك بارنى (mare barney) . ومعلوم أن التهاب الاعور أو التهاب المعلقة الدودية ان لم يتحمل انتهى بالتقيح والتجا الطيب لفتح البطن لاستفراغ الصديدان لم يكن فتح في ابتداء المرض لقطع المعلقة الدودية في ابتداء التهابها . وتبعاً للعلمرو (POUX) (في لوزان) ان اليد تترك (متى حصل التقيح في الحفرة الخرقفية اليمنى) عند الجس احساسا كالذى ينشأ عن جس أنبوية من الورق المقوى لان في ماء ساخن . وأما جس المستقيم فيكون بالاصبع السبابة لأنه لا يدرك به الا الجزء الاخير منه الذى طوله كطول اصبع السبابة ولا تدخل الاصبع السبابة يدهن بالفازيلين ودهن فتحة الشرج ودائرتها ثم يدخل الطيب الاصبع بلطف تدريجاً حتى يكون مرفقاً من تكرار على سطح السرير بدون تركه وهذا شرط لا مكان إدخال الاصبع غائراً ما أمكن والاصابع الاخرى تكون منتبذة على راحة اليد وموجهة نحو النخبة الموجودة بين الألتين في الحالة الطبيعية يصير الاصبع في الجزء العميق للمستقيم الذى يكون خالياً من المواد الفضلية في أغلب الاحيان فإذا وجد تغير كورم سرطاني أو ضيق عرف بالاصبع المذكور كما يعرف به وجود البواسير الداخلية والفتحة الباطنة للناصور الشرجي وأورام المثانة وضخامة البروستاتا عند الرجل وأورام المثانة والشرج والمهبل عند المرأة

ثالثاً بحث الامعاء المقرع - ينجم عن قرع الامعاء صوت تبايكى لوجود غازات داخلها وإذا وجدت أصمية متسعة الامتداد منتظمة دل ذلك على وجود سائل في تجويف البطن كائن بين الامعاء والاصبع المقرع عليه . وأما إذا كانت الاصمية قليلة الاتساع وقاصرة على نقطة أو ساغلة لجملة نقط منفصلة عن بعضها برائبة تبايكية دل ذلك على أن الاجزاء

التي فيها الاصبية هي أجزاء من الامعاء شاملة لمداد فضلية متجمدة أو أنها أوزام محدودة . وعادة بتوافق نتائج الجس والفرع معاً يحكم على نوع المواد ان كانت ثقيلة أو أورا ما المبحث السادس في الكبد - التركيب والوظيفة

تتكون الغدة الكبدية أثناء التكون الجنيني من جزء من الامعاء ثم بالآلة تتدم التكويني تنفصل شيئاً فشيئاً ومتى تم التكون المذكور لا تصير متصلة بالامعاء الا بالقناة الصفراوية (المسماة بقناة كولوديك) (cholodique) الآتية منه (أى من الكبد) ومنفتحة في القناة المعوية في جزئها المسمى بالاثني عشرى كما هو واضح في شكل ٩١

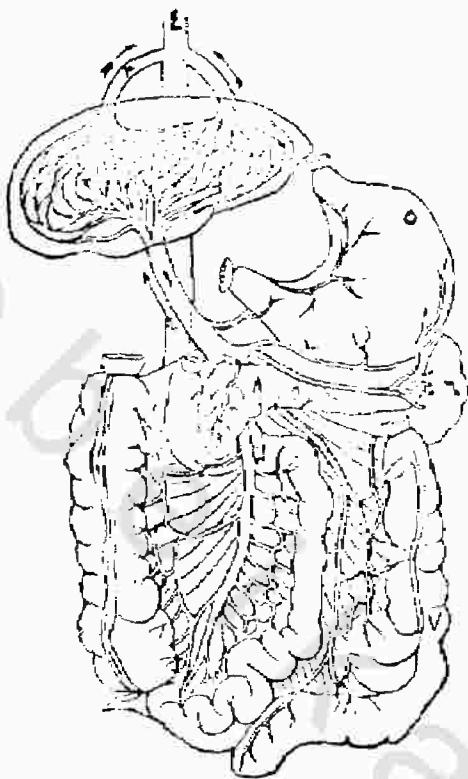


شكل (٩١)

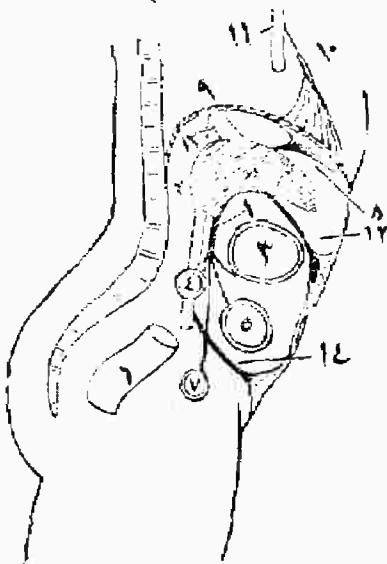
والكبد عضو منفرد سمى ثرى ثقله نحو كبد لوجرامين أثناء الحياة وبعد الموت لايزن الا نحو (١٤٥) جراما بسبب استفراغ أوعيته من الدم بعد الموت . ويشغل الكبد النصف اليمنى من تغير احجاب الحاجز بل ويتجاوز كثيرا أوقليل الخط المتوسط للجسم الى نحو اليسار . ويميز الكبد وجهان وحاقتان وطرفان فالوجهان علوى وسفلى . فالوجه

شكل (٩١) يشير للقناة الكبدية والقناة المرارية والحويصة المرارية وقناة كولوديك وقناة البنكرياس وجزء الاثنى عشرى فرقم (١) يشير للقناة الصفراوية الكبدية و (٢) للقناة الصفراوية المعوية و (٣) للحويصة المرارية و (٤) للقناة الصفراوية الكولوديكية و (٥) للقناة البنكرياسية و (٦) لقعر الكيس الذى فيه تنفتح قناة كولوديك وقناة البنكرياس في الاثنى عشرى و (٧) لقناة الاثنى عشرى و (٨) لحويصة ثراوية داخل الحويصلة نحو قاعها و (٩) لحويصة ثراوية تتكونت في الحويصلة المرارية وعند مرورها نحو القناة الحويصلية وقت (١٠) لكأس الحويصلة الصفراوية و (١١) لحويصة وقتت في قناة كولوديك

العلوي محدب ومعشوق بالنصف اليميني من تقعر الحجاب الحاجز . والوجه السفلي مقعر وبه فتحة (أى فرجة) تدخل منها الاوعية الكبدية في الكبد (وهذه الاوعية هي الوريد الباب والشريان المعدي الكبدى) وتخرج من هذه الفتحة القناة الصفراوية الكبدية والاوردة الكبدية . ويوجد في الجزء السفلى للوجه المذكور انبعاث توجد فيه الحويصلة الصفراوية المؤثر لها بحرف ح من شكل (١٨) السابق ويكون الوجه السفلى المذكور مجاورا لأول الكلبة اليمنى والمحفظة فوقها كما هو واضح في شكل (٤٧) السابق وثانيا للزاوية اليمنى للقولون المتكونة من القولون المستعرض والقولون الصاعد كما هو واضح في شكل (٨٤) السابق ثالثا للقائم اليمنى للحجاب الحاجز وجزء من الوجه المقدم للمعدة وللقطعة الأولى للثلاثى عشرى كما هو واضح في شكل (١٨) السابق . وأما حافتا الكبد فهما عليا وسفلى فالحافة العليا سمكة متنامة وغائرة الوضع حتى لا يمكن الوصول اليها بالبحث ومجاورة للقلب والرئة اليمنى كما في شكل (١٨) السابق . وأما الحافة السفلى فهي حادة رفيعة كأنه خلف الاضلاع الأخيرة بسهل الوصول اليها بالجس باليد . وأما طرف الكبد فهما يمينى ويسارى فالطرف اليمنى مستدير ومكون لكثلة الكبد المنحنية تحت الحجاب الحاجز وأما الطرف اليسارى فيتجاوز خط الاضلاع الكاذبة اليمنى وواصل الى قسم فوق المعدة وهو سهل الادراك من خلال الجلد بالجس باليد . ويعتمد الكبد في حالته الطبيعية في الخط الشدين اليمينى من حزمة الشدى اليمنى الى حافة الاضلاع الكاذبة لكن جزؤه العلوى مغطى بالرئة الى الضلع السادس كما هو واضح في شكل (١٨) السابق . ونسيج الكبد يتكون من فصيصات كبدية وكل فصيص مكون من كتلة من خلايا كأنه في احدى عمون الشبكة الوعائية للجهاز الباني المكون بالكيفية الآتية فالوريدات المعوية المؤثر لها برقم (٧) من شكل (٩٢) والوريدات المعوية المؤثر لها برقم (٥) والوريدات الكلوية المؤثر لها برقم (٦) والوريدات البنكرياسية المؤثر لها برقم (٨) من الشكل المذكور تجتمع ببعضها وتكون جذعا وحيدا وهو جذع الوريد الباب المؤثر له برقم (١) من الشكل المذكور وهذا الجذع يصعد الى أعلى نحو الفتحة الوعائية الكبدية الموجودة في سطحه السفلى (أى فرجته) ومنها يدخل في الكبد ويتفرع فيه والفرع يتفرع الى فروع والفرعيات تتفرع الى فروع أدق منها وهكذا تتفرع بجملة مرات الى فروع شعيرية متعاقبة كما هو واضح في شكل (٩٢) المذكور . ويوجد خلاف ما تقدم دورا إضافية للكبد تعوض دورة



شكل (٩٢)



شكل (٩٣)

الوريد الباب عند اعاقه مرور دمها بالتغير الخلوي للنسيج الكبدي كما في سبه وزده وهي واضحة في شكل (٩٢) الذي يشير للدورة المذكورة فرقم (١) فيه يشير لجذع الوريد الباب و (٢) للكبد و (٣) للدورة البابية للعدة (أى الناشئة من المعدة) و (٤) للقطعة الثالثة من الاثنى عشرى و (٥) للقولون المستعرض و (٦) للسفيم و (٧) للمعى الدقاق وانطحال ورقم (٨) يشير للوريات المكونة لجذور أول جهاز باي اضافي ممتد من الوجه السفلى للحجاب الحاجز المؤثر له برقم (٩) الى الكبد وأصول هذه الوريات تتصل بأصول الوريات الناشئة من الوجه العلوى للحجاب الحاجز المؤثر لها برقم

(١٠) وهذه تتصل بواسطة الوريد الثاني المؤثر له برقم (١٠) بالوريد الاجوف العلوى المؤثر له برقم (١١) والقسم الثاني من الاوردة البابية الاضافية هو المؤثر له برقم (١٢) وأورده تنشأ من الجدر البطنية واتجه تابعة الحافة السفلى للرباط المعلق للكبد وأصول هذه الوريات تتصل بأصول وريات الوريد فوق المعدة بأصول وريات الجلد البطني ثم يتجهان الى أعلى ويتصلان بالوريد الاجوف السفلى المؤثر له برقم (١٣) من شكل (٩٣) المذكور . ويوجد جهاز باي

شكل (٩٢) يشير تركيب النسيج الكبدي فرقم (١) يشير لجذع الوريد الباب و (٢) الى تفرعاته في الكبد لتعدد الفصيصات الكبدية ولتفرعات الشعيرات النهائية تعود وتجتمع بعضها لتكون جذوعا وريديا حديثة تسمى الاوردة فوق الكبد ومؤثر لها برقم (٣) وعددها من ثلاثة الى أربعة تتصل بالوريد الاجوف السفلى المؤثر له برقم (٤) عند صعوده خلف الكبد ثم ان المسافات الكثيرة بين التفرعات الشعيرية التي للوريد الباب هي الشاملة بالفصيصات الكبدية (واتجه أسمهم الحجاب يشير لا لجهاز باي والسهم المفرد يشير للوريد الباب السهمان يشيران لذوية فوق الكبد) شكل (٩٣) يشير للدورة المعوضة لدورة الوريد الباب

اضافي آخر مؤشر له برقم (١٤) تتصل فر وعه ببعضها لتكون جذعا هو المؤشر له برقم (١٤) وهو يتصل بالاجوف السفلى أيضا فالنفيمات الاصلية تكون نفيمات بيية أجوفية عليا ونفيمات أجوفية سفلى فور يرات هذه النفيمات تكون ممتددة ومكونة للشجرات الوريدية الجلدية التي تشاهد في سيروز الكبد . والقطوعات المكونة لشكل (٩٢) المذكور ناجمة عن فعل قطع من أعلى الى أسفل مقدم خلني للجسم وفي الخط المتوسط . وعلى كل يوجد في الحالة الطبيعية في دائرة الفصيصات بجوار تفرعات الوريد الباب ابتداء القنوات الخارجة للصفرا وتكون هذه القنوات الصفراوية والأوعية الشعيرية الدموية محاطة بنسيج خلوي وبناء على ذلك يكون كل فصيص كبدي محاطا بنسيج خلوي يفصله عن الفصيص المجاور له ويكون شكل كل فصيص كشكل جسم كثير الاضلاع ومنفصلا عن المجاور له بفريع الوريد الباب الداخل فيه وبالقناة الخارجة الخارجة من مركزه وبالفريع الوريدي الخارج من مركزه أيضا وكل فصيص يكون مكونا من أخلية كبدية وكل خلية لها أربعة أسطح فسطحان منها مقعران كنصف ميزاب يتصقان بالسطح المماثل لهما من الخلية المجاورة وبذلك يتكون عنهما قناة عسرفها وعاء شعيري من الأوعية الشعيرية الدموية . والسطحان الآخران محفوران بميزابين كالأولين ويتصالحهما بالخلية المجاورة التي بها ميزابان كذلك يتكون عنهما قنوات تفرعها التي تفرأى ان هذه القنوات هي نفس القنوات الخارجة للصفرا بخلاف الأوعية الشعيرية الدموية فانها لا تفقد جدورها في القنوات الموجودة بين الأخلية الكبدية . وأما القنوات الصفراوية فتكون مكونة ابتداء من القنوات الموجودة بين الأخلية ولا يتكون لها جدر خصوصية إلا أعلى المصيصات (أي ان جدر القنوات الصفراوية لا تتكون الا فوق الفصيصات) وأما بين الأخلية فتكون القنوات هي ميزاب موجود بين الأخلية وبعضها ثم يختلط بعضها ببعض حتى انها تنتهي بان لا يكون لها الاقناة واحدة تسمى بالقناة الكبدية رقم واحد من شكل (٩١) السابق تخرج من السطح السفلي للكبد وتنزل الى أسفل ثم تنقسم الى فرعين فرع رقم (٢) يتصل بالحويصلة المرارية وفرع رقم (٤) يتجه نحو القطعة الثانية من الاثنى عشرى المسمى بانتفاخ قاتر (vater) ويسمى هذا الفرع بقناة كولوديك وتنتفخ أيضا في انتفاخ قاتر قناة البنكرياس ثم ان فرع القناة الكبدية المتجهة للحويصلة المرارية يوصل الصفرا من القناة الكبدية الى الحويصلة المرارية التي فيها تتخزن الصفرا أثناء الفترات الموجودة بين أوقات الطعام وفي أثناء الهضم يوصل الصفرا من الحويصلة الى قناة كولوديك وهذه

توصله الى الاثنى عشرى . وهذا التركيب يكون الكبد كمرشح للوادا لا تبتعد من الامعاء فيحفظ بعضها ويؤثر عليه وينوعه تنوعا عميقا ويخرج البعض أى يفرزه فيخرج منه مع الصفرا في وظائف الكبد - يوجد الكبد وظيفتان مهمتان الاولى هي أنه يحفظ السكر والجليكوز أى السكر ووزنهما ما الى جليكوجين (glycogène) أى السكر القابل للاستعمال الجسمية ويعطيه الدم شيئا فشيئا على حسب احتياج البنية (كما قاله المعلم كلوت برنار سنة ١٨٤٨) ثم ان المجموع العصبى المركزى والدائرى تأثيرا على تاديد الكبد هذه الوظيفة الجليكوجينية حتى انه اذا خزت أرضية البطن الرابع في جزئه المتوسط ازداد التكون السكرى في الكبد وحينئذ يوجد السكر بكثرة في الدم وفي البول وجودا وقتيا (كما قاله المعلم كلوت برنار) ويحصل ذلك ايضا بالصناعة باحداث تغير في البصلة الخفية وفي الغواصم الخفية (كما ذكره شيف (schyll.) وفى الخنازير والشوكى العنقى (كما تسمى عليه موربات) (moral) وفى الاعصاب الدائرية خصوصا فى العصب الرئوى المعدى (تبعاً للمعلم يافى) (javy) والوظيفة الثانية للكبد هي افرازه السائل المسمى بالصفرا ومقدار ما يفرزه منها (نحو كيميولوجرام فى اليوم) وهذا الافراز يحصل بتأثيراً خفياً وتأثيراً متوقفاً على بعض الجواهر الآتية اليه بالوريد الباب وتنصب هذه الكمية فى القناة المعوية أثناء تعاطى الاغذية والهضم بواسطة القناة الكولوديكية . وتأثير الصفرا تبعاً لغالبا الغلب المورثين هو هضم المادة الدهنية وجعلها مستحلبة تص وتعالى لتأخرين انهما مظهره للقناة المعوية فقط . ويوجد الكبد خلاف ما تقدم من الوظائف وظائف أخرى . منها تكونه البولينا (أورى) (uré) التى تنتج من التحليل المزدوج للواد الزلالية وبعض الاملاح النوشادرية بتأثير الخلايا الكبدية عليها . ومنها أن الكبد يوقف ويفسد السموم الطبيعية للهضم أى الموجودة طبيعياً فى مواد الهضم مثل السمات العفنة للخميرات المعوية والقولويات النباتية ولذا كان مقدار السم فى دم الاوردة فوق الكبد أقل من مقداره فى الدم الداخلى فيه بالوريد الباب . ومنها أن الكبد يخزن فى أخليته الدهن وكثيراً من الجواهر المعدنية كالخديد والرصاص وغيرهما . ومنها أن الكبد يتنوع زلال البيض والجبنة (caseine) والبيبتون (peptones) .

• أمراض الكبد تنجم أمراض الكبد من امتداد أمراض الاعضاء المجاورة له ولكن أكثرها بآنى له بواسطة دم الوريد الباب . فمثلاً حالة السيروزية تنجم عن تعاطى المشروبات الروحية بمرورها فيه بواسطة دم الوريد الباب . وكذلك خراجاته تحصل بسبب وصول مواد القروح المعوية له خصوصاً الدوسنتاريا . وكذلك حصول السرطان الكبدى الثانوى

يكون عقب دخول سدة سيارة اليه بواسطة الوريد الباب من سرطان معوي
في العلامات المرضية الكبدية - العلامات الوظيفية

بالنسبة لتضخف وظائف الكبد فأقل اضطراب يحصل في وظائفه فيجسم عنه اضطراب في
الهضم وفي عموم البنية لان - لامة الخلايا الكبدية ضرورية للصحة حيث ان كثير من
المواد السمية والمكروبات عفنة والادوية السمية لا تؤثر تأثيرا مضر في الصحة متى كانت
الخلايا الكبدية سليمة . وبالعكس فانه تؤثر تأثيرا مضر في الصحة متى كانت هذه الخلايا تالفة
وفاقدة وظائفها . فمن الاضطرابات الوظيفية الكبدية - أولا (اليرقان) (jaundice)
وهو حالة ناجمة عن تغير كبدى في كثير من الاحوال أو عن إعاقة سير الصفراوى في كلا الخالين
يعرف بوجود المادة الملونة للصفراوى في الدم وفي الادمة وفي النسيج الخلووى تحت الجلد وفي
الاعشبة المخاطية . ويكون اليرقان الكاذب (المنسوب لسرعة وكثرة احتراق السكريات
الجمراء للدم تبعاً لبعضهم) ناجم عن تغير كبدى أيضا . وعلامات اليرقان هي . أولا
اللون الاصفر للجلد والاعشبة المخاطية فاللون الاصفر للجلد يختلف من اللون الاصفر الخفيف
الى اللون الاخضر الغامق وعند زواله ينتقل اللون من درجة الى درجة أخرى وهكذا
الى أن يصل الى اللون الطبيعي . ويظهر اللون الاصفر أولا في العشاء المخاطى للعين وتحت
اللسان ثم بعد ذلك يظهر أيضا في الاجزاء الرقيقة من الجلد كجلد جناح الانف وجلد
الصدغ والجبهة ثم يعم جلد الجسم (اللون اليرقانى لهذه الاعشبة لا يرى في النور
الشماعى بل يرى في النور الطبيعي أى أثناء النهار ولذا يلزم بحث الجلد والاعشبة
المخاطية أثناء النهار لمدة الليل) . ثانيا من علامات اليرقان بطة النبض فقد ينزل الى
(٥٠) بل الى (٤٠) نبضة في الدقيقة أو أقل من ذلك وبطء النبض في اليرقان هو
القاعدة المطردة في اليرقان الوقتى ثم متى أخذ المريض في الشفاء تزايد عدد النبض عن
ذلك حتى يصير في عدد الطبيعي عند تمام الشفاء وقد تزايد عن العدد الطبيعي متى استمر
اليرقان زمنا طويلا . ثالثا من علامات اليرقان حصول أكلان في الجلد . رابعا
من علامات أن يترك المريض في كثير من الاحوال طعاما رافيه ونادرا أن يرى المرثبات
صفراء اللون . خامسا - من علامات اليرقان اخطر حصول أنزفة مختلفة المجلس
خصوصا الرعاف . سادسا كثيرا ما يحصل للصاب به ظواهر عصبية غميمة وذلك
كأخطرفة والهزبان والتفضات الوترية أو التنعس والكوما مع تعدد الحدقة
(أى شللها) فلا تنقبض بتنبهها بالضوء . سابعاً قد يصطب اليرقان بحالة حمية

. تامسا يكون البول محتويا على المادة اللونية للصفراء . كما عديم تلون المادة البرازية متى كان اليرقان احتسابيا أى ناجعا عن انسداد القنوات الصفراوية بالخرجة للصفراء كما في الحالة النزلية الاثنى عشرية فوكل في انسداد القناة بالحصاة الكبدية أو ضغط القناة الصفراوية بأورام تمنع نزول الصفراء في القناة المعوية فتكون مواد البراز مبيضة عديدة اللون منتنة الرائحة في كثير من الاحوال

(أسباب اليرقان) أولا - قد ينجم اليرقان عن حالة نزلية بسيطة للعدة والاثني عشرية نجحت عن تلبك معدى أو عن تأثير برديهم ما يحصل انتفاخ في الغشاء المخاطي لقناة كولودريك فتتسد واليرقان فيه ما يظهر من اليوم الخامس الى السابع من ابتداء المرض وحينئذ تصير المواد البرازية عديدة اللون ثم تناقص الحى والظواهر العمومية بسرعة وتمكث المواد البرازية عديدة اللون في الاحوال العادية مستمرة مدة تختلف من (١٠ الى ٢٠) يوما ثم تتلون باللون الاصفر متى زال الانسداد الناجم عن الحالة المذكورة ويكون زواله تدريجيا في الاحوال المنتظمة وقد لا يستزواله الا بعد جلاء أشهر متى كان حاصلا في قناة كولودريك . ثانيا - قد ينجم اليرقان عن مرض عفن حاد اثر على الاخيلة الكبدية وحينئذ فلا يصطبغ بطواهر انسداد المسالك الصفراوية وبناء على ذلك لا تكون مواد البراز فيه مبيضة بل يصطبغ بطواهر ترايد كية للصفراء المنزلة في القناة المعوية فتكون مواد البراز فيه ذات لون اصفر مخضرا . ويوجد من هذا النوع نوع آخر يتسدى كالأعراض العفنة الخطرة ثم تحسن حالة المريض وتحصل نقاهته ولكن بعد مضي ثلاثة أيام الى ثمانية من النقاهة تحصل نوبة أخرى مثل الاولى فيقال له يرقان حى عفن نوبى وقد يكون التأثير الواقع على الخلايا الكبدية من التعفن المرضى عظيما فتتلف بالتعفن وتصير عديدة الكفاءة (insuffisance hepitique) لتأدية وظائفها كما في اليرقان الخطر والتسمم بالفوسفور (intoxication) وكوجود أورام في الكبد أو إعاقه دورة الكبد إعاقه مستمرة لانه ينجم عنها تلف الخلايا الكبدية . وقد يكون التعفن الكبدى أوليا ومجهول الطبيعة وفي أغلب الاحوال يكون ناتويا فيحصل عقب كل مرض تعفنى عمومى (infection générale). ثالثا ينجم اليرقان الخطر أيضا عن السيروز الكبدى الضخامى . رابعا - قد ينجم أيضا عن السيروز الكبدى القلبي . خامسا - قد ينجم اليرقان عن الالتهاب الرئوى الفصى . سادسا - ينجم اليرقان عن الحصوات الكبدية في المغص الكبدى بسبب انسداد القناة الصفراوية بالحصاة كما هو واضح في شكل (٩١) السابق ويظهر في اليوم الثانى أو الثالث من نوبة المغص ويصحب

اليرقان المذكور عدم تلون المادة البرازية أى تكون بيضاء كما سبق وقد لا يحصل المغص الكبدي ولكن يظهر اليرقان وتصبح مادة البراز بيضاء فيكون ذلك على مغص أجهض أى لم يتروك ذلك نادر وقد تقف الحصى الكبدية في القناة الصفراوية بدون أن تسدها قمر الصفرا من بين الحصى وجدنا القناة وبذلك لا يحصل اليرقان ولكن ذلك نادر بل متى وجدت الحصى سدت القناة ونجم عن ذلك اليرقان واستمر مادام الانسداد المذكور حاصلا .

سابعاً - قد يحصل اليرقان من انضغاط القناة الصفراوية بثورم بطني أو بدمرطان رأس البنكرياس .

ثامناً - قد ينجم اليرقان عن الاحتقان الكبدي التواردي (وحيث يشعر المريض قبل ظهور اليرقان بثقل وعدم راحة في المراق اليميني ثم عقب ذلك بيومين أو ثلاثة يظهر اليرقان) وهذا ما يحصل عند المدمنين على تعاطي المشروبات الروحية وعند المصابين بتمدد معدي والمصابين بالنقرس . وعادة يكون اليرقان الناجم عن الاحتقان المذكور قليل الوضوح فلا توجد المادة الملونة للصفرا في البول حينئذ . وقد يحصل اليرقان عن الاحتقان الكبدي الاحتمالي الناجم عن عدم الكفاءة القلبية خصوصاً الناجم عن تغير الصمام المترال (لان فيها يحصل تمدد في البطين اليميني ثم عوق سير الدم في الاوردة الأجوافية) فينجم عنه سيروز الكبد (سيروز كبدي قلبي) وقد ينجم عنه عدم كفاءة الاخلية الكبدية ويرقان خطر قلبي . ولا ينجم عن السيروز الوعائي الدموي (أى الذى يبتدىئ التغيير فيه بالأوعية الشعرية الدموية الكبدية) يرقان لعدم تكون الصفرا من ابتداء تلف الأوعية الدموية والاخلية الكبدية . وأما فى السيروز الصفراوى (أى الذى يبتدىئ فيه التغيير بالقنوات الصفراوية الكبدية) فيكون اليرقان موجوداً دائماً ووجود اليرقان علامته الرئيسية لانه ناجم عن كون الصفرا انحبست قبل تلف الاخلية الكبدية فدخلت فى الدم وأحدثت اليرقان فيصطبغ السيروز الناجم عن التهاب أصول قريعات القنوات الصفراوية (أى الناجم عن الحالة السيروزية للقريعات الصفراوية) باليرقان . والسيروز الصفراوى الضخامى المعلوم هانوت هو نموذج هذا النوع .

تاسعاً - قد ينجم اليرقان عن الحالة الشحمية للكبد كما عند المصابين بالدرن الرئوى .

عاشراً - قد يحصل اليرقان بعد حصول انتعال نفسانى أو كدر فجائى أو خوف فجائى بزمن يسير من نصف ساعة الى ساعة وفسره بعض اطباء بانقباض تشنجى للقنوات الصفراوية ينجم عنه حصول احتباس وقتى فى الصفرا .

حادى عشر - قد يحصل اليرقان فى الزهري أثناء الشهر الثانى أو الثالث من الاصابة المكتسبة وهو يشبه اليرقان النزلى

العادى ولكن يتوافق حصوله مع ظهور العوارض الثنائية للزهرى ومدته طويلة كشهريين
أوأكثر . ناني عشر - قد يحصل اليرقان خديث الولادة بعد بضعة أيام ويكون ناجما
عن الضغط الذي حصل له أثناء ولادته ومدته قليلة فيزول بسرعة فلا يفتبس باليرقان
العفن الوبائي الناجم عن حديث الولادة من التهاب الوريد السرى ويقود بسرعة الى الموت
بامتداد الالتهاب الى البريتون وحصول التهاب بريتونى حاد

وتوجد أمراض كبدية لا تصطب باليرقان وهى . أولا - السيروز الكبدى
الضمورى بسبب تلف الخلية الكبدية فيه من الابتداء . ثانيا - سرطان الكبد حيث
لا توجد الا خلية الكبدية مع انها هى التى تكون الصفراء وقد تلفت من الابتداء
ثالثا - الخراج الأولى للكبد لان الخلية تلفت فى الجزء المصاب . رابعاً زهرى

الكبد لان الخلية تلفت أيضا

. الثانى من الاضطرابات الوظيفية للتغيرات الكبدية الألم الكبدى وهذا الألم قد يكون
عبارة عن احساس بمراحة وثقل يدركه المريض فى المراق اليمىنى تحت الاضلاع السكاذبة
فتى وجد بهذه الصفة دل على وجود احتقان كبدى تواردى أو احتسابى . وأما الألم فى
المغص الكبدى فيكون ألما حقيقيا شديدا جدا حتى ان المريض يصبح ويتقيأ ويتغطى
وجهه بالعرق البارد وقد يكون الألم المذكور قصيرا المدة فيزول بعد بضع ساعات لكن يبقى
دائما بعده احساس خفيف بثقل فى المراق المذكور يستمر جملة أيام . وعلى العموم يكون
مجلس الألم فى المراق اليمىنى ومنه قد يتشعب نحو الكتف اليمىنى والحفرة فوق المعدة . وقد
يكون الألم خفيفا فى قسم الكبد أى فى محل منشئه حتى لا يدركه المريض فيه لكنه يكون
قويا فى الحفرة فوق المعدة حتى يظن أنه ألم معدى ومن صفة ألم المغص الكبدى أن يكون نوبيا
وتختلف مدة كل نوبة بسرعة وبطء مرور الحصة . وينجم الألم الكبدى الشديد المذكور
فى تسعة من العشرة عن وجود حصة صفراوية فى إحدى القنوات الصفراوية أو فى
الحويصلة المرارية كما هو واضح فى شكل (٩١) السابق . وأما الألم فى السرطان الكبدى
فن صفة أن يكون نحسا ومستمر بعكس ألم الحصة فى المغص الكبدى فانه يكون نوبيا ونوبه
تبتدى بعد الاكل تقريبا . وأما الألم الكبدى فى التهاب الحادة فيجلسه يكون المراق اليمىنى
أيضا ومنه قد يتشعب الى الكتف اليمىنى ونحو الحفرة فوق المعدة أيضا الا أنه يكون مستمرا
ومصحوبا بحمى وهذه هى التى تميزه

. الثالث من الاضطرابات الوظيفية للتغيرات الكبدية الحمى - وهى عرض من ضمن

الاعراض العمومية التي تُحسب الامراض الخادة وتُمكن للجُمى في التغيرات الكبدية سير مخصوص حتى يثبت يمكن اعتبارها عرضا خاصا للتغير الكبدى . ويوجد من الجُمى الكبدية شكلا ن اذون متقطع تتكون من نوبة من نوبة من ثلاثة اذوار دورقشعرية ودور حرارة جافة ودور عرق أى تتكون النوبة كنوبة الجُمى المتقطعة للمالاريا ولكن تتميز عنها بكون نوبة المالاريا تحصل قبل الظهر وتُتبع سير منتظما في الساعة وانه يام ويوجد في الدم اثناءها الايماتوزوير (hematozaires) ويحسبها تزايد في افراز البولينا (urine) وأما نوبة الجُمى الكبدية فتحصل بعد الظهر وبدون انتظام ولا يوجد في البول نوباتها ولا يحسبها تزايد في افراز البولينا في البول بل بالعكس يحسبها تناقص في افراز المادة الأزوتية (hypoazoturie) . وقد تتكرر النوب الجُمية الكبدية مدة أسابيع بل وأشهر وقد لا تتكون الجُمى المذكرة ذات نوب بل تكون مستمرة وتكون حرارتها أقل ارتفاعا عن حرارة الجُمى في النوب وأكثرت ارتفاعا عن الحرارة الطبيعية ويحصل فيها انخراط صباحي وارتفاع مساكى ففى استمرت هكذا صارت مزمنة وخطرة كالتنوع المتقدم ويتميز النوع المذكرة عن الجُميات الأخرى غير الكبدية بالتظاهر المصاحبة . والشكل الثاني من الجُمى الكبدية تتكون فيه حرارة الجُمى الصفراوية شديدة فتصل درجاتها الى (٤١) لكنها وقتية وهذه الجُمى الليفية قد تُحسب مرور اخصاها الصفراوية (أى أنهم اتحسب المغص الكبدى وتزول بزواله) . وهذان الشكلان من الجُمى الصفراوية ينسبان بدون شك الى تعفن . فاماولى (أى النوبى والانتظامى) يدل فى الغالب على وجود التهاب الغر يعات الصفراوية واثباتها بالتقيح . وأما الثاني فيدل على تعفن عارضى نجم عن احتباس الصفراوات متصاص جزء منها أثناء مرورها فى القناة الصفراوية ولكنه لا يتبع بشئ غير ذلك

فى طرق بحث الكبد والعلامات المرضية الاكلينيكية له

الاول - البحث بالنظر يشاهد بالنظر تحسب فى المراتب اليبنى بل وفوق المعدة متى كان حجم الكبد متزايدا عن حجمه الطبيعى وبالعكس يشاهد تمدد الاوردة تحت جلد البطن متى كان الكبد ضامرا (سيروز الكبد الضهورى) ويشاهد نبض وريدى فى الاجوف متى وجد سيروز الكبد الناتج عن عدم كفاءة الصمام ذى الثلاث شرافات (كبد قلبى) الثاني - البحث بالجس باليد يعرف بالجس باليد ضخامة الكبد بتجاوزه الاضلاع الكائبة ويعرف به أيضا قوام الكبد (ان كان نسيجه طريا كالعادة أو صلبا كما فى الاحوال المرضية

الخلوية) ويتبدى الطيب بالجلس بالأصابع بضغط المراق اليميني بهامن القسم تحت
السررة وصاعداً من أسفل إلى أعلى ليحمل باليد إلى انكبد من حده السفلى فالأصابع الضاغطة
من أسفل إلى أعلى تدرك أو لا تدرك البطن ومتى وصلت للكبد أدركت صلابته وليكن
إذا كان في البطن انتفاخ غازي معوي أو استسقاء في صعب ادراك ذلك بالجلس المذكور
وحينئذ إذا كان الموجود في البطن سائلاً كالاستسقاء الزقي يلزم الضغط بالأصابع فبإعادة في
محاذاة الحافة السفلى للكبد فيتبع السائل في التقطع المذكور تحت الأصابع وتصل
إلى الأجزاء الغائرة فتدرك صلابته الكبدية وعلى العموم متى كان الكبد متجاوزاً من أسفل
حافة الأضلاع الكاذبة يلزم قياس الجزء المتجاوز الأضلاع بالأصابع ليعرف مقدار هذا
التجاوز لأن التجاوز يعد في الكلى كمينيك بعرض الأصبع فيقال إن الكبد متجاوزاً للأضلاع
بعرض أصبعين أو ثلاثة أو أربعة إلى آخره ويلزم الطبيب جس الحافة السفلى للكبد
لمعرفة شكلها إن كانت حادة ومنتظمة كفي الحالة الطبيعية أو أنها رقيقة حتى يمكن
ضبطها بالأصابع أو أنها مسيكة ومنتظمة أو ذات حديدات أو حديدية واحدة أو بها ورم
أو أنها ذات حروز ومنكشمة ولمعرفة كون الكبد عديم الاحساس كفي الحالة الطبيعية
أو يتألم المريض من ضغطه وكون الحافة المذكور طريقة كالعادة أو صلبة * وجميع
ذلك يكون سهل الإدراك باليد متى كان حجم الكبد متزايداً نعم قد يكون الكبد ضخماً
ولكن لا يتجاوز حافة الأضلاع الكاذبة وذلك متى كان جزءه العلوي منحنيًا إلى الخلف
(أي منتبهاً تحت سطحه السفلي) كما أنه قد يكون متجاوزاً للأضلاع مع أنه غير ضخم
بل أنه متغير الشكل فقط (كبد مستطيل أو كبد خرج الحجاج) فلاجل عدم الوقوع في
الاشتباه يفعل الجس بطريقة (جليارد) (Glehard) وهي أن توضع الأربعة
أصابع لليد اليسرى خلف القسم الخصري (القطن) والابهام من الامام وبذلك
تتحصر الخاصرة بين الابهام من الامام والأربعة أصابع الأخرى من الخلف ثم يوجه الطبيب
الوجه الراحي لأغله الابهام إلى الأعلى نحو المراق اليميني طالما تضغط أصابع اليد اليميني
الجدار المقدم للبطن أثناء هميق المريض فيدرك الابهام حينئذ أثناء الشهيق نزول المكلمة
اليميني أولاً ثم يعقبها نزول عضو آخر نحو الامام وهذا العضو هو الكبد فيكون على الأصبع
فيوجهه الأصبع من الخلف إلى الامام ومن أسفل إلى أعلى ومن الداخل إلى الخارج
وبذلك يدرك الطبيب عرفاً هذا العرف هو حافة الكبد فقد ينزل الكبد أسفل من الضلع
الثاني عشر بحملة سنتيمترات في الشهيق ويعود إلى محله في الزفير . وبالجلس باليد تعرف

أيضا حالة المسالك الصفراوية أو بالأقل حالة الحويصلة الصفراوية التي توجد في حذاء الضلع العاشر وفي محاذ الحافة الوحشية للعضلة المستقيمة البطنية في الجزء المؤثر منه بحرف (ح) من شكل (١٨) السابق

الثالث البحث بالقرع - يعرف بالقرع الاصلية الكبدية ولكن قد توجد أسباب توجب صعوبة الوصول لذلك منها تراكم كمية عظيمة من الغازات أو من المواد الفضلية في القناة المعوية ومنها انتقال الكبد وسقوطه أي انخفاضه فقط أو بقليل على محور المستعرض أو وجود تشوه في شكله . وبالقرع تعرف الحافة السفلى والحافة العليا للكبد انما يجب التذكر لنقطة المقارنة المتعارفة السابقة الذكر في العموميات . ويكون القرع من أسفل الى أعلى لمعرفة الحافة السفلى وابتدئ الطبيب بالقرع من أعلى الى أسفل لمعرفة الحافة العليا أولا ويكون ابتداء القرع من النقطة الاكبررناية من الجهة اليمنى للصدر ومتى وجدت الاصلية يعلم عليها ثم يستمر القرع الى انتهائها ويعلم على هذه النقطة أيضا ويمكن الرجوع بالقرع من أسفل الاصلية الى الرناية ثانيا ومتى وجد أن الاصلية العليا التي تنتهي في الحافة السفلى للضلع السادس في الخط الثاني اليميني اليميني في الحالة الطبيعية متجاوزة هذه الحافة على الخط المذكور من أعلى وان كانت حافظة لحدها السفلى كانت هنالك تضخمات . واذا كانت الاصلية منخفضة عن الحافة المذكورة بقدر تجاوز الاصلية حافة الاضلاع الكاذبة من أسفل كان هنالك انخفاض كتلة الكبد لا تضخمات . ومتى كان الحد العلوي للاصلية لا يصل الى حافة الضلع السادس واخذ السفلى لها كائن أعلى من الاضلاع الكاذبة كان الكبد صغيرا الحجم أي ضامرا

. ويشاهد الضمور الكبدى أولا في اليرقان الخطر العفن ويسمى ذلك بالضمور الاصفر الحد للكبد وفيه يكون الكبد ضامرا في قطره العمودى وفي قطره المستعرض حتى ان حدبته اليسرى أى الفص اليسارى قد يزول كلية . ثانيا - عنداً كثر المدمنين على تعاطى المشروبات الروحية ويسمى بالضمور الالكولى وبسبب الكبد وبالسيروز الضمورى وفيه قد ينكمش الكبد حتى ان الفص اليسارى يصير غير مدرك الصغر حجمه بالضمور . ومتى بزل الاستسقاء الزرقى المصاحب له ويبحث الكبد وجد ضامرا صغيرا الحجم ونسيجه صلبا عديم الأمل وتكون حافته السفلى صلبة ذات ارتفاعات وغير منتظمة عوضا عن ان تكون متساوية ملتساء كما في الحالة الطبيعية . ومتى كان حجم الكبد متزايدا عن حجمه الطبيعي وكان التزايد عاما لجميع كتلته قبل له كبد ضخم وقد يكون هذا التزايد قاصرا على جزء منه فالحالة الاولى

تشاهد في الاحتقان الكبدي وفيه تكون وقتية في أغلب الأحيان أي انها تزول بزواله وتستمر متى كان مستمر اسواء كان الاحتقان وارديا أو احتباسيا وفيه تتجاوز حافته السفلى حافة الاضلاع نحو عرض أصبع واحد على العموم . وتشاهد الاحتقان التواردي عند المصابين بفساد الهضم (dyspeptiques) ومتى استمر أحدث اضطرابا في وظيفة الكبد ثم ان الكبد المتزايد الحجم بسبب ضغطه على الكلى يحدث سقوطها الى أسفل . وأما الاحتقان الكبدي الاحتباسي فيشاهد عند المصابين بعدم كفاءة القلب لتأدية وظائفه كما ذكر . وتشاهد أيضا الضخامة العمومية للكبد في استحالاته الى الحالة الدهنية المسماة بالسيروز الكبدي الضخامي للمعلم هانوت (Hanot) ففيه يتجاوز الكبد من أسفل الاضلاع الكاذبة ويمتد الى أعلى فقد يصل للمسافة الرابعة بين الاضلاع فيكون طول الابهة من أعلى الى أسفل نحو (٢٠) سنتيمترا (وليس من النادر امتداد الكبد الى المراق اليساري ووصوله الى الطحال الذي يكون ضخما كذلك) ويكون سطح الكبد صلبا أملس وحافته السفلى قد تكون حافظة لشكلها ونظامها لكنها على العموم تكون ثخينة مستديرة متملمة متجاوزة الاضلاع الكاذبة وهذا ما يشاهد في السبل الرئوي أيضا . وأما في الاستحالات الدهنية الكبدية الاخرى فلا تتجاوز الحافة السفلى للكبد الاضلاع الكاذبة . وتشاهد أيضا الضخامة العمومية الكبدية في الاستحالة النشوية له فيدفع الكبد جزء الصدر الى الامام فيتحجب القفص الصدري في الجهة اليمنى ويمتد الكبد الى أسفل نحو البطن فتعرض البطن ويكون سطح الكبد أملس وقوامه رخاوا ولا يتألم المريض بالضغط عليه . وتشاهد أيضا الضخامة العمومية الكبدية في اصابة الكبد بالزهري ويظهر الزهري الكبدي الوراثي مبكرا عند حديث الولادة . ويظهر الزهري الكبدي المكتسب مؤخرا عند انهكل . والزهري الكبدي من العوارض الثلاثة للزهري . فالوراثي يظهر بعد ولادة الطفل بثلاثة شهور (وقد يكون متأخرا) فيكون الطفل مصابا بحالة الكاشكسية افتكون هيئته كههيئة شيخ عرم صغير الجسم والكبد يكون عنده عظيم الحجم صلبا أملس يتألم من ضغطه . والزهري الكبدي الثلاثي الكهول لا يصطب بيرقان ولا بالألم ولا بالاستسقاء الزقي ولذا لا يعرف الا بالجس والقرع لكون الكبد عنده يكون ضخما ومتغير الشكل . وقد يكون عظم الحجم قاصرا على أحد قصوصه والقفص الآخر يكون باقيا على حالته الطبيعية والقفص المتغير نفسه يكون بعضه منخفا وبعضه بارزا ويكون باقي الكبد بارزا بينهما

. وأما التزايد الجزئي للكبد فيشاهد أولاً - في الخراج الكبدي الذي يعرف بتحبيب الجوزة المقدمة أي في لقاعدة الصدر وبأخذ في الأزد ياتدر تحبباً أثناء وجود مرض آخر عند المر يض يفهم عنه سد سيارة بابية كالدوسنارياو يكون مصحوباً بحمى الحظاطية وبالتهديد في الكبدي تنبع أحباباً نعل الحث الجيد بالجس والقرع معا . ثانياً - في السرطان الكبدي وهو يحصل حصولاً أولياً أو تبعياً لوجود سرطان في عضو آخر فالسرطان الأول هو الأكثر مشاهدة وتهي تواتراً عن كتلة سواء كان مركزياً أو سطحيًا والمركزي يكون كتلة مركزية تمتد نسيج الكبـد المحيط بها والمكون لها كقشرة (سرطان لوزي) (cancer en amande .) وتهي كن السرطان سطحيًا كون حديبه أو جملته حديبات صلبة منتشرة بدون نظام في سطح الكبـد . وتهي تزايد حجم السرطان المركزي تزايد حجم الكبـد في جميع كتلته فيتجاوز جميع حافة الاضلاع ويمكن أن يصل الى السرة بل ويتقرب من الشوكة الحرقفية المقدمـة العليا ويكون قوامه صلباً ويحفظ شكله وملاسة سطحه الى الانتهاء وتزايد حجم الكبدي في هذه الحالة يحصل بكل سرعة حتى انه يمكن أن يتجاوز التزايد نحو (٣) سنتيمترات في مدة (١٥) يوماً . وهذا التزايد السريع من العلامات المهمة الشخصية لوجود السرطان الكبدي عند عدم موضح العلامات الأخرى السرطانية الكبـدية التي منها الحالة الكاشيكية أي الأنيما الشدية لان بها يكون تشخيص وجود السرطان الكبدي أكيداً . والحديبات السرطانية السطحية الكبـدية سواء كانت أولية أو ثانوية تدرك بالجس على هيئة حديبات بارزة (مثل أبي فرود) ووجودها يغير شكل الكبـد ويلايتها تميزها من بروزات الاكياس الديدانية الكبـدية

. وعلى كل متى وجد الطبيب بروزاً أو انتفاخاً موضعياً كبدياً فخصه لانه (خلاف ما تقدم) قد يكون عبارة عن كيس ديداني كبدي أو عن تزايد في حجم الحويصلة المرارية فأما الكيس الديداني فيه يكون وربما أملاس مستديراً يجلسه إما في قسم فوق المعدة في الفص اليساري للكبد وإما في المراق اليميني متى كان مشاغلاً الجهة المقدمـة أو السطحي للكبد ومتى كان مشاغلاً الجهة العليا للكبد أو في وسط نسيجه فينتفخ عنه عظم حجم الكبـد وتجاوز أضيقه الاضلاع في جميع طوله . ويعرف الكيس الديداني بالارتعاش الديداني الذي يحصل فيه أثناء قرعه ثم إذا برز وبجث متصله بالمكرو سكوب تشاهد كلاليب الديدان المذكورة كجلى شكل (٣٠) السابق * وأما تزايد حجم الحويصلة المرارية في التهابها فيعرف بجلسها لانها موضوعة في وسط الحافة السفلى للكبد وحشي الحافة الوحشية للعضلة المستقيمة البطنية التي قرب

الخط القريب من القص في النقطة المؤشر لها بحرف (ح) من شكل (١٨) السابق ففي هذا الجزء يجد الطبيب بالجلس ورماسلها منتظمة متوترا وان أمكن ان تحساف جدر البطن حوله يرى أن شكله كمنرى واذاحصل التهاب فيها وفي الاجزاء المحيطة بها تعسر تحديدها ولكن تدرك الاصابع حينئذ نوع تعجن منتشر . والتهاب الخويصلة المرارية يشاهد في الحصى التيفودية . وعلى العموم يعرف كون الورم متصلا بالكبد أو لا بالجلس والقرع فتى وجد بالقرع ان أصمبة الجزء البارز متصله بأصمبة الكبد كان ذلك البروز في الكبد ومتى كان منفصلا عنه برنانية كان في غيره وأما في حالة وجود الامعاء بين الكبد وعنق الورم واختفاء اتصال الاصمبة ببعضها فيلتجى الطبيب الى النظر فاذا شاهد أن الورم ينخفض في البطن أثناء الشهيق ويرتفع أثناء الزفير كان الورم متصلا بالكبد لانه يتبع حركة الحجاب الحاجز في الارتفاع والانخفاض واذالم يحصل فيه الانخفاض والارتفاع المذكور ان كان في غير الكبد

ومن وسائل بحث الكبد البزل الشعري الاستقصائي عند وجود شك في تكون الصديد فيه أو الاشتباه في وجود كيس ديداني لان به يخرج جزء من السائل اذا وجد فتعرف طبيعته فيكون شفاوا أو صديديا أو صفراويا ويبحثه بالمكروسكوب توجد الكلايب اذا كان آتيا من كيس ديداني وفي هذه الحالة الاخيرة يلزم الاحتراس لانه يحصل خطر عظيم من سقوط جزء صغير (أى نقطة صغيرة) من سائل الكيس الديداني الكبدى في البريتون أثناء اجراء البزل الشعري لان هذا السائل سم قاتل يصيبه طواهر طفح أنجري وطواهر سنكوبية (انماء) بل وأعراض مميتة في بضع دقائق

المبحث السابع في الطحال - التركيب والوظيفة

يوجد الطحال في المراق اليسارى بين الكاية اليسرى والحجاب الحاجز وقاع المعدة كما هو واضح في شكل (١٨) السابق وله سطحان سطح أنسى يوجد فيه فتحة دخول أو عيته وخروجها و سطح وحشى أملس محدب ملامس للاضلاع والحجاب الحاجز وهو الذى يتوصل اليه بالمبحث الخارجى . وقد يكون الطحال موضوعا عند الكهل بين الحافة السفلى للضلع الحادى عشر (بل وأسفل من ذلك) والحافة العليا للضلع الثامن ومحور الطحال عادة (هو جزء دخول الاوعية فيه) هو الاكثر تشبها وهو موجود في محاذاة الضلع التاسع . وقد يترشح الطحال من محله بتمدد الاعضاء المحيطة به وضغطها عليه . ويتركب الطحال من عدد عظيم من غدد ليفاوية منتشرة في شبكته وقنواتها الليفافية مستعاضة بأوعية دموية أى أن الطحال غدة

ليفاوية دموية ولذا اذا تلف الطحال أو استؤصل ضخمت جميع الغدد الليفافية الأخرى للجسم لتعوض الطحال . وأما وظيفته فلم تفهم جيدا إلى الآن فالترتيب العضوي يضع الطحال كعضو مكون لكثير من الكرات البيضاء وأمانا ثابته على الكرات الحرافة وقليل ومع ذلك فبعضهم قال ان الطحال يتلفها والبعض قال انه يكونها وتد قال (برون سكار) ان الطحال يفرز سائلا داخليا كالغدة الدرقية والتموس وقال بعض الأطباء انه لا وظيفته له ويمكن استئصاله بدون تغير يحصل في الصحة

في العلامات المرضية للطحال - العلامات المرضية الوظيفية له

لعدم معرفتنا جيدا لوظائف الطحال لانعرف جيدا اضطراب هذه الوظائف انما قد يوجد ألم في المراق الأيسر يشعر به الشخص في بعض التهابات الطحالية ويكون هذا الألم شديدا في بعض سدده خصوصا في تعفنه الحاد حتى يقال له انه ألم جنبي

طرق بحث الطحال والعلامات المرضية الاكلينيكية له

أولا - البحث بالنظر قد لا يمكن ادراك شئ بالنظر بسبب وجود الاضلاع المغطيه له متى كان لم يتجاوز حجمه الطبيعي الا قليلا وأما متى صارت زايده عظميا فيشاهد تمدده وملامسته للكبد الذي قد يكون هو كذلك ضخما بالسبب نفسه الذي أحدث ضخامة الطحال فتى كان التزايد قاصرا على الطحال نجم عنه بروز المراق اليساري كما في شكل (٢١) السابق ومتى صاحب ضخامته ضخامة الكبد نجم عن ذلك بروز الجزء العلوي للبطن وتقعمره أسفل منهما ثانيا البحث بالجلس باليد - قد يكون الطحال ضخما كثيرا ونازلا الى نصف البطن حتى يمكن معرفة ذلك بضبطه بين اليدين كما هو واضح في شكل (٢١) السابق

ثالثا البحث بالقرع - لاجل قرع الطحال يسطح المريض على جنبه الايمن وذراعه الايسر يكون مرفوعا الى أعلى فوق رأسه كما سبق في العموميات ثم يبحث عن قطره العمودي ثم عن قطره المستعرض . فالاجل بحث القطر العمودي يقرع من قمة الحفرة تحت الابط الى الشوكة الحرقضية المقدمه العليا كما سبق . ولجل بحث قطره المستعرض يقرع على خط ممتد من الخط الأول الى التواخنجري ثم من الخلف نحو العمود الفقري ويلزم ان يكون القرع قويا عاترا لان جزاه العلوي مغطى بجزء رئوي نعم ان جزاه السفلي موجود تحت الجدر البطنية ويمكن قد يكون القولون مغطياه أو أن قاع المعدة هو المغطيه له ولذا متى أدرك الطحال بسهولة دل ذلك على انه متزايد الحجم . وحدوده الطبيعية هي المشار لها بشكل (٢٠) السابق وسدد الطحال وخراجاته لا يوجد لها علامات إكلينيكية الامتني نجم عنها التهابات دائرية تفحيمية

فيوجد حينئذ فقط علامات غلغمة في غائر بدون أن يعرف مجلسه ولا سببه . و يعرف كون الطحال سائظا متى وجد منخفضا فقط عن محله الطبيعي وحافظا لحجمه وقد يكون منخفضا ومتعرجا متى أمكن تحركه باليد الى جهات مختلفة وشكله حينئذ يميزه عن الأورام الأخرى للبطن وأورام الطحال نادرة الحصول . وأما ضخامته فأسبابها كثيرة ولكنها معجة التفسير فمما ضخامته المصاحبة لضخامة الغدد الليمفاوية الأخرى للجسم ويصححها تكون كثير من الكرات البيضاء وحالة أنيميا عومية واضحة . ومنها ضخامته الناجمة عن الاستحالة التشويبه له وهي تصحب الاستحالة التشويبه للأعضاء الأخرى . ومنها ضخامته في الأمراض الحادة الحية كالحميات الطفحية وبالأخص القرمزية والجدري والخطر والحمى التيفودية والتيفوسية المصرية وفي البرقان العفن الخطر (الحمى الصفراء) . ويكون متزايد الحجم ولكن يكون قليل الوضوح عند الاطغال المصابين بالحمى التيفودية ويحصل التزايد في الحمى المدكورة من نحو وسط الأسبوع الأول لها ويبلغ أقصاه في انتهاء الأسبوع الثاني ثم يتدنى في التناقص بعد ذلك حتى انه في الأسبوع الثالث لها لا يكون الطحال الذي ضخم كثيرا حافظا الا نحو ضعف حجمه الأصلي . وفي سير البرقان الخطر تكون ضخامة الطحال مفيدة لمعرفة الخطر أي كلما كان الطحال أكثر ضخامة كلما كان البرقان أكثر خطرا . ويتأخر تزايد حجم الطحال في التهاب الرئوى وفي الدفتريا وفي الحمرة . وتوجد الضخامة الطحالية في سيروز الكبد وفي البالديسم (paludisme) حتى انه متى وجدت ضخامة الطحال بدون حمى كان ذلك ناجما عن سيروز كبدى وإما عن البالديسم فالضخامة الطحالية هي القاعدة في سيروز الكبد الضمورى وفي سيروز الكبد الضخامى لها نوت (hautot) ففي سيروز الكبد الضمورى تكون الاصبحة العمودية للطحال من (٨ الى ١٠) سنتيمترات وأما في سيروز الكبد الضخامى فان الطحال يتجاوز حافة الاضلاع ولكن تزايد حجم الطحال والكبد هو علامة الايمبالوديسم المزمن (impalurdisme chronique) ففيه يصل حجم الطحال الى حجم عظيم جدا ومتى حصلت الضخامة المدكورة استمر وجودها بل وقد يحصل فيها بعض نوب تزايد بطيئة . وقد يسمع نغغ خفيف في الطحال الضخم الناجم عن البالديسم أو عن السيروز الكبدى (وقد تحصل ضخامة طحالية أولية يصحبها فيما بعد اضطرابات هضمية وكاشيكسيات تنتهى الرت) . وضخامة الطحال عند حديثى الولادة تكون ناجمة عن وجود الدرن أو عن أمراض زهرية وراثية وفي هذه الحالة الأخيرة قد تزول ويصير الطحال عاديا بعد زمن قليل من العلاج

ومن وسائل بحث الطحال برزله الاستقصائي لأخذ جزء من دمه وزرعه لمعرفة وجود باسيل الحبي
التيفودية (باسيل ايرت) (Basilii) لان هذا الميكروب لا يوجد في اطحال
فقط ولا يوجد قط في دم الأوعية الأخرى للجسم ويلزم أن يكون البرز في وسط المسافة بين
الاضلاع المقابلة لمرکز الاصممة الطعالية ويلزم أنداء البرز أن لا يتنفس المريض وأن الآلة
البارزة تكون معقمة وكذلك الجلد

المبحث الثامن في البنكرياس - التركيب والوظيفة

البنكرياس هو عضو حشوي بطني من متعلقات الجهاز الهضمي وهو موضوع في البطن
بالعرض خلف المعدة بين الطحال والاثنى عشرى على العمود الفقري في محاذات الفقرة الاولى
والثانية القطنيتين ينظر رقم (٨) من شكل (٩٢) السابق ويميز للبنكرياس رأس نحو
اليمين وذنب نحو اليسار وجسمه بينهما . ويركب البنكرياس من غددة عنقودية كالغدد
اللعابية وفنواها المخرجة متصلة ببعضها او مكونة لقناة عمومية مخرجة هي القناة
البنكرياسية أرقناة ويرسو نج (. vversung) وهي كائنة في داخل البنكرياس بطول
امتداده ومتى وصلت رأسه تخرج منه وتختفي نحو الاسفل وتلتصق بالقناة الصفراوية
الموجودة أعلاها وتمرر معها في الجدار الخلفي للاثنى عشرى وتفتح في قناته في قعر وائر
(ampoule de Vater) ووظيفة البنكرياس هي أن عصيره يؤثر على الزلال فيتم
استحالة الى بيبتون ويؤثر على النشا ويحمله الى جلو كوزو ويؤثر على الدهن ويحمله الى
مستحلب فهذه هي الثلاث وظائف الغدة الوظيفية المعروفة الآن ولكن ليس من
البعيد أن يكون له افراز باطني خاص كالأفراز الباطني الخاص لبعض الغدد الأخرى كالغدة
الدرقية وغيرها مثلا

في العلامات المرضية للبنكرياس - العلامات الوظيفية له

متى حصل تغير في البنكرياس نجم عنه اضطراب وظيفته في الهضم أي عدم استحالة
الدهن الى مستحلب وامتصاصه وبذلك يصير انبراز دهنيا حبيبيا . وينجم عن عدم استحالة
للسكر وجوده في البول أي يصير الشخص ديابيطيا فيوجد في بوله السكر ويحجب ذلك
اضطراب الهضم واضطراب الازدراد ونحافة سريرة تنتهي بالموت في مسافة أربع سنوات

طرق البحث والعلامات المرضية الاكلينيكية للبنكرياس

بحث البنكرياس بالنظر غير مفيد لكونه لا يمكن مشاهدته لغورم وضعه وصغر حجمه
وأمما بحثه بالجلس فهو غير مفيد أيضا لصعوبة وصول اليد اليه وبذلك يعسر معرفة سرطانه

ثم انه بسبب وجود البنكر ياس أمام الأورطى ووجود الأورطى بينه وبين العمود الفقري قد يوصل الورم الموجود في البنكر ياس الى اليد نبض الأورطى فيظن أن ذلك الورم المصحوب بنبض هو أنقر يزما الأورطى البطنية اذالم يبحث الطبيب ذلك جيد التمييز الأنقر يزما من ورم البنكر ياس . وقد يكون اضطراب وظائف البنكر ياس ناجما عن ضغط الأورام المجاورة عليه أو عن ضغط الحويصلة المرارية الممتدة بالصفر أو عن ضغط سائل الاستسقاء الزقي عليه

المقالة الخامسة في الجهاز البولي

نتكلم في هذه المقالة فقط على الكليتين والبول ومجاورة المثانة للأعضاء الأخرى وحالة الرحم حيث ان أمراض باقى أعضاء خاصة بالجراحة

المبحث الاول في الكليتين

الكليتان عضوان مهمان موضوعان في القسم القطنى على جانبي العمود الفقري أمام الجدار الخلفى الجانبي للقسم القطنى من تجويف البطن كما هو واضح في شكل (٤٧) السابق وتكون الكليتان مريضتين متى كانت بشرة أنابيبهما مريضة وعرض هذه البشرة بوصول جراثيم الامراض العنقنة وبالادوية المضرة لها - ما بواسطة شرايينها وتعرض الكليتان أيضا باصابة شرايينها بالتهاب الخلوى المزمن

التركيب والوظيفة

لاجل رؤية التركيب الباطنى للكليتين تشق الكلية من حافتها الوحشية الى حافتها الانسية فتتقسم الى نصفين متساويين فيشاهد أن سطح الشق مكون من جزأين مختلفي اللون أحدهما وهو الداخلى لونه أحمر غامق مكون من اهرامات قاعدتها نحو الدائر وقمها نحو المركز وهذه القمم تكون بارزة على هيئة حلقات منفصلة عن بعضها بمسافات خالية تسمى كؤوسايعالوها جزء غشائى تقريبا هو الحويض وتسمى الاهرامات المذكورة باهرامات (مالپيغى) (malpighi) والجزء المتكون من الاهرامات المذكورة يسمى بالجواهر النخاعى (médullaire) للكلى وأما الجزء الثانى المتكون للكلى الموجود نحو قاعدة الاهرامات (أى فى الدائر) فهو موجود أيضا بين الاهرامات وفاصل لها عن بعضها ولونه أحمر باهت ومنظره حبيبي ويسمى بالجواهر القشرى للكلى وبناء على ذلك يكون كل هرم محاطا بالجواهر القشرى فيكون كل هرم عبارة عن نص كلوى مركب من جزء من الجواهر القشرى ومن هرم * ويتركب كل هرم من جسم ذات قنات مركزية يلبها جزء رفيع قنوى ينتهى بحلقة