المقالات الأساسية

الصدمة الآنافيلاكسية

Lechoc Anaphylactiqne

الدكتور نظام الدين

يوجد ثلاثة انواع من الصدمة

« ١ » الصدمة الجراحية وتسمي ايضا بالوهن او نفاد القوى .

« ٢ » الصدمة الميكانيكية او الالية التي تنشأ عن اضطراب وظيفوي في الجملة العصبية المركزية والمحيطية .

« ٣ » الصدمة الدوائية

ولما كان النوع الاول اى الصدمة الجراحية يندمج في علم الجراحة والنوع الثاني الصدمة الميكانيكية يرجع في الاصل الى اختصاص علم الفسيولوجيا فاننا سوف نتناول البحث عن النوع الثالث اى الصدمة الدوائية ونتحري مفعولها وظواهرها في البدن .

الصدمة الدوائية

وتسمى ايضا بالصدمة الطبية

وسببها دخول بعض الحاصلات الكيمياوية في الجسم واذا ما دخلت هذه الحاصلات في البدن سواء من تحت الجلد او داخل العضلات او عن الطرق الوريدية فانها بعد دخولها في الجسم تبلغ الدعامة(١) الدموية واذا كانت تلك الحاصلات قابلة للتمثل ومعنى ذلك انها في حالة انحلال تام فان الدعامة الدموية تمتصها فتسير معها في الدورة الدموية ثم تنتقل الى بعض الاعضاء المهمة حيث تثبت فيها نهائيا .

ووجود هذه الحاصلات الكيمياوية في الدورة الدموية لا ينتج عادة اي مفعول سواء كان فسيولوجيائيا او باثولوجيكيا لان هذه المواد الداخلة الى الدعامة الدموية عن الطرق الثلاثة التي سبق ذكرها قد اجري تحضيرها مع الدقة التامة وهي قابلة للانحلال كيميائيا وخالية عن الجراثيم وتتمثل تماما مع الدعامة الدموية ولذلك فانها تسير ميكانيكيا مع الدم الذي يحملها بدون ان يحدث عنها ادنى فعل غير عادى .

غير انه قد يقع في بعض الاحوال ان يطرأ على الدعامة الدموية بعض العوارض وتكون هذه العوارض على جانب من الخطورة وقد تكون مميتة وذلك بحسب نوعها وطبيعتها نورد اهمها بايجاز وهي :

١ً اذا كانت قابلية انحلال المواد الكيمياوية غير تامة

٢ً اذا كان تعقيمها غير كاف — فان تلك المواد تفعل في الدعامة الدموية فعل الاجسام الغريبة عن البدن وعند دورانها مع الدم تولد عوارض مرضية كالسدد .

٣ً حين ادخال المواد الى الجسم خصوصا عن طريق الاوردة قد تنفذ في الدورة الوريدية فقاعة هواء عن عدم الدقة ويحدث عن تلك الفقاعة سدة هوائية تسبب في القلب فعلا رديئا .

وبعد ان اوردنا اجمالا الراض التي تختص بالدعامة الدموية فلننتقل الآن الى البحث عن مسئلة تثبيت المواد الدوائية في الاعضاء المختلفة .

(١) Stroma

تثبت المواد الدوائية في الاعضاء المختلفة

اهم الاعضاء التي تتثبت فيها المواد الكيمياوية الداخلة الى الدم هي : الكبد ، البنكرياس ، الكلى ، واحيانا السائل الدماغي الشوكي وجدر الامعاء . فاذا تثبت في هذه الاعضاء مقدار معتدل من المواد الكيمياوية فان هذه الاعضاء تحتمله ولا يستوجب وجوده فيها اى اختلال عضوي او وظيفوي . فالدواء بعد ان يقيم في العضو مدة من الزمن يلقيه العضو مرة اخري في الدورة الدموية ويتم ذلك تدريجا وعليه فان الدواء اذا دخل مرة في الدعامة الدموية فانه بحسب طبيعته ونوعه يعمل على ازالة الافة التى اريد مكافحتها بواسطتة . وهذا العمل كما لا يخفى هو تأثير دوائي صالح .

واما اذا كانت المواد الكيمياوية قد تثبتت في الاعضاء بمقدار اكثر مما يقتضي لمعالجة الافة وخاصة اذا كان اعطاؤها غير مستند على الدقة والاعتناء الفني فانها تمكث في الاعضاء الى مدة اطول وان خلايا الاعضاء التي ذكرناها آنفا خصوصا الكبد والكلى تتشبع من تلك المواد المخزونة في تركيبها العضوى فتتضرر منها وتستمر الاضرار الخلوية ويتسع نطاقها وتصبح الاعضاء غير قادرة على احتمال تجمع الدواء وبالنتيجة تظهر فيها ظواهر الاختلالات التشريحية والفسيولوجية

فلنتعقب الان هذه الاختلالات المادية والوظيفوية على وجه الاجمال :

الكبد — هو من اشهر الاعضاء التي تتراكم فيها المواد الكيمياوية .

فاذا ما اعيد تحميل الخلايا الكبدية بهذه المواد الاتية مع الدورة الدموية البابية او العمومية فان وظائف تلك الخلايا تضطرب ويزداد هذا الاضطراب احيانا حتى يفضى الى حدوث عدم كفاءة في الكبد .

فاذا اصبح الكبد عديم الكفاءة وهو ذاك العضو الذى له اهمية عظيمة في اعمال البدن المختلفة تبدأ اذ ذاك الصدمة . وتلقى المواد المتراكمة في التيار الدموي عن طريق الاوردة فوق الكبدية بنتيجة نشاط الخلايا الكبدية وهكذا تسير من الكبد الى الدم مواد كيميائية خارجة عن الحد الطبي فيحمل الدم منها مقدارا قويا يتوارد اليه بصورة مستمرة . وهذا المقدار من المواد يؤثر في البدن حين دورانه فيه وينجم عنه فعل ردئ يفضي الى حدوث الصدمات المختلفة .

الكلي — تشعر الكلي بالصدمة بطريقة اخرى

ان المواد الكيمياوية التى تسير في الدم ينبغى ان تطرح عن البدن بطرق متعددة واهم هذه الطرق واعظمها شانا هي الكلي . ولكن تلك المواد حينما تخترق الكلي لاجل الاطراح تتراكم فيها ولهذا التراكم نوعان : اما ان تتراكم المواد في القنوات البولية واما ان تتراكم في الغدة فوق الكلوية .

ومفعول هذا التراكم يختلف عن بعضه وان مظاهر كل من هذين النوعين تؤلف شكلا مرضيا خاصا .

ان تراكم المواد في القنوات البولية يمنع تجهيز البول واطراحه لان الجسيمات والقنوات البولية التي في الكلي تكون في هذه الحالة مسدودة وعاطلة عن العمل ولذلك

كبيرة ومستمرة من المواد الكيميائية بدون داع ان يفكروا في هذا العارض الذي يعرض حياة المريض لخطر دائم

العلاج

اعتقد ان الصدمة الانافيلاكسيائية تتقي بالاحتياطات التالية :

١ — ينبغي في كل مرة قياس الادرار الذي يطرح في الاربع وعشرين ساعة ويستمر على ذلك طيلة مدة المعالجة بالحقن .

٢ — يجب الوثوق من فقدان الزلال في الادرار .

٣ — يجب الاطلاع على وجود البول الدموي او عدمه. فاذا ما وجدت هذه العلامات في الادرار يتحتم العدول عن اجراء الحقن بتاتا والتشبث بجميع الوسائل التي تصون الكلي عن الخراب والوسائط التي تعيد لها وظائفها في اطراح البول .

٤ — اذا اصبح الكبد عديم الكفاءة يجب :

١ — بحث حجم الكبد لمعرفة الضخامة فيه او عدمها .

٢ — بحث الغائط يوميا للتأكد من حسن سير وظائف الكبد في افراز الصفراء .

فاذا شوهد ان الكبد عديم الكفاءة ينبغي ترك الحقن او على الاقل تقليل المواد المراد حقنها واتخاذ جميع الوسائل التي تعيد للكبد نشاطه . فعندما يستطيع المرء صيانة هذين العضوين عن الخراب فانه يستطيع ان ينظر الى مريضه بعين الارتياح ويصونه عن الصدمة الانافيلاكسيائية لان هذين العضوين هما اللذان يتوليان اطراح المادة الكيميائية الداخله الى البدن .

واما العوارض الاخرى التي اوردناها فيما سلف فانها تحتاج الى علاج خاص بحسب موضعها وطبيعتها .

الان نعلم ان الادرينالين والآتروبين هما العلاجان المؤثران في مداواة الصدمة الانافيلاكسيائية ويضاف اليهما الاستحمام لانه ينفع لقلة البول . ويستخدم الاستحمام الساخن مرتين او ثلاث مرات في اليوم حسب الاحتياج . ويوصي باستعمال مقويات القلب لمعالجة ضعفه وتستعمل هذه المقويات حقنا تحت الجلد حين الحاجة . واذا كان الكبد عديم الكفاءة يستعمل للمريض حقن شرجية بالماء البارد والجليسرين لتنقية الكبد واخلائه ويكرر ذلك ثلاث او اربع مرات بحسب الاحتياج وتعالج الاعراض الدماغية بخلاصة الغدة النخامية حقنا تحت الجلد .

وقبل ان اختم مقالي هذا اريد ان اضيف الى ماتقدم كلمة اخرى وهي عندما يراد استعمال الدواء حقنا بالطرق التي سبق ذكرها ينبغي اتخاذ الاحتياطات التالية .

١ — الوثوق من حسن سير وظائف الكلي بالبحث عن مقدار الادرار واوصافه

٢ — الوثوق من سلامة الكبد وانتظام وظائفه .

٣ — الوثوق من عدم وجود محذور مادي في القلب يحول دون استعمال الحقن .

وتتخذ نفس الاحتياطات فيما يختص بالجملة الدماغية الشوكية

وهكذا اذا وثقنا من عدم وجود اي محذور في الاعضاء المذكورة يسوغ لنا استعمال الحقن حين الضرورة ولكن يجب على الطبيب الممارس ان يسير بالحقن متذرعا بالدقة

الدائمة طول امتدادها وان يلاحظ تأثير العلاج الذي اجرى حقنه واذا حدثت الصدمة الانافيلاكسيائية يجب عليه ان يقطع المعالجة في الحال وان يصرف كل عنايته في اطراح المواد التي حقنها من البدن بطرقها المختلفة .

اضطرابات الحيض

الدكتور وودمن

ان الذي ساقني الى طرق هذا البحث امران الاول ان من المستحسن البحث عن الشيء الذي يغيب عن نظرنا ونعده قليل الاهمية في اثناء اجراء التطبيب واعتقد ان القراء يشاركونني في رأيي . اننا نحن الاطباء لم نعثر على كثير من حالات هذه الاضطرابات في تطبيبنا كما هي الحالة في البلاد الاخرى وذلك لجهل المرضى وقلة اهتمامهم بشؤونهم والثاني اني اعتقد ان نساء هذه البلاد بدأن يعترفن بفضل الاطباء وبامكان شفاء هذه الاضطرابات اذا عولجت بصورة جيدة في بادئ الامر ولذلك علينا ان نسعى كي لا يتطرق اليأس والملل الى نفوس مرضانا من طول مدة المعالجة . وقد مضى الزمن الذي كان يسود فيه الاعتقاد بعدم امكان شفاء هذه الاضطرابات ومن جملة وظائفنا الان ان نقنع المرضى بامكان الشفاء ونشوقهم الى الثبات والصبر على المعالجة .

وفي هذا المقال قد ضربت صفحا عن كثير من وسائل المعالجة القديمة لان اعظمها غير واف بالمطلوب وسوف اكتفي بايضاح الاسباب المختلفة التي تؤدي الى حصول الاضطرابات في سير الطمث وهي تقسم الى الاقسام الاتية :

١ — فقدان الحيض ٢ — كثرة الحيض ٣ — الطمث المؤلم ٤ — التفلسات الرحمية ٥ — اوجاع ما بين الطمث .

فقدان الحيض : ان فقدان الحيض الذي يحصل في ما عدا الاحوال الطبيعية — اي الاحوال التي يكون فيها انقطاع الطمث حادثة فسيولوجية كالحمل والارضاع وانتهاء زمن الحيض بتقدم السن — يكون على نوعين اما ان يكون اوليا وهو ان لا يحصل الطمث ابدا واما ثانويا لاسباب عرضية . فالاول يجوز ان يكون ناشئا عن سبب ولادي والاحوال التي تؤدي الى هذا النوع من فقدان الحيض هي اما فقدان المبيضين وهذا نادر ولا يمكن تحقيقه الا بفتح الجثة واما عدم تكون حويصل (جراف) وهو نادر كذلك واما ان يكون الرحم استحالويا فيكون صغيرا وليفيا وصلبا قد يحتوي على تجويف صغير في داخله واما ان يكون طفليا اي لم يكمل نموه فعدم الطمث الذي ينشأ عن هذه الاسباب هو غير ممكن مداوانه . وهناك نوع آخر من فقدان الطمث الذي تتعذر معالجته وهو الذي يحصل من نقص بعض الغدد ذات الافرازات الداخلية وبالاخص من ضعف الغدة الدرقية الذي يورث البله وتشوه الخلقة وهذا يحصل في البنات اكثر من البنين . واعطاء خلاصة الغدة الدرقية هو غير كاف لشفاء هذه الحالات . والنوع الثاني يكون بنتيجة انسداد الفرج او المهبل وفي تلك الحالة يكون الرحم والمبيض سالمين ويخرج الدم من نسيج الرحم ولكنه يحتبس في تجويف الرحم لعدم وجود منفذ يخرج منه الى الخارج والانسداد يكون في اغلب الحالات في فتحة المهبل وفي هذه الحالة يكون غشاء البكارة تحت هذا الحجاب وهو يتكون من التحام قنوات (موللر)

في الجنين ويكون مستورا ببشرة ذات خلايا اسطوانية واما اذا كانت البشرة هنالك ذات خلايا رصفية فحينئذ يكون ذلك غشاء البكارة وتحصل هذه الحالة في الفتيات اللواتي هن في ١٥ — ١٨ من العمر . وتختلف الاعراض حسب دوام هذه الحالة . فالاعراض الموضعية هي انتفاخ الغشاء الشفاف ويمكن مشاهدة الدم الاحمر المتراكم خلفه من خلاله والفرج يكون سالما واذا بحث البطن يظهر فيه ورم ثابت ذو مرونة في الناحية الحثلية وفي قمة ذلك كتلة متحركة صلبة تلك هي الرحم نفسه واذا كانت المثانة مملوءة فانها تستر الورم المتنفخ فاذا اجرى فحص الشرج يظهر انتفاخ صلب يشغل الحفرة الحرقفية بتمامها وتظهر في هذه الحالة اوجاع اثناء الطمث تشتد كلما تعاظم مقدار السائل المتراكم في المهبل . وقد ينسكب الدم في بعض الاحيان في تجويف البريطون من فوهة بوق (فاللوب) فيسبب اوجاعا شديدة ويكون القناة العنقية مملوءة وكذلك المهبل ولكن جسم الرحم لايحتوي على الدم وكلما تمدد جدار المهبل الامامي ازداد جسم الرحم طولا وزاحم المثانة ورفعها الى داخل البطن وقد يحتبس البول .

المعالجة — تنحصر المعالجة في بضع الغشاء وبزله بمبضع اومكواة بعد تخديره فيخرج حينئذ الدم وهو ذو لون داكن يحاكي الشروب بقوامه واذا خرج الدم يغسل التجويف الداخلي ثم تقطع الاقسام الباقية من غشاء البكارة وتخاط حافاته وبعد ذلك يفحص الرحم من المهبل للوقوف على حالة بوق (فاللوب) فاذا كان هذا مملوءا فيجب رفعه حالا بعملية تجري على البطن واما اذا ترك البوق على حاله فقد يصبح سببا لنقل العدوى الى تجويف البطن ولا فائدة للمريضة من ابقائه كما انه لا ضرر عليها من رفعه لانه يكون في هذه الحالة غير صالح لاداء وظيفته الطبيعية لنقل البويضات من المبيض الى الرحم واذا لم يكن مملوءا يجب غسل المهبل فقط ويجب ان لايغسل الرحم للسبب المذكور عينه ويجب الاعتناء بتنظيف الفرج الى ان يرجع المهبل الى حجمه الاصلي . ان الاسباب العمومية لانعدام الطمث هي البلوغ المتأخر الذي يصحبه تأخر في تكمل الاوصاف النسوية الاخرى وقد يتأخر البلوغ حتى ٢٥ من العمر وكذلك كثرة التعب وعدم كفاءة الغدة الدرقية والفقر الدموي والكلوروز او التدرن الرئوي الناعض وانتان حويصلات (جراف)

واما فقدان الحيض الذي ليس باولي او بمعنى آخر الذي يكون حدوثه تابعا لاسباب عرضية فهو ينشأ عن عدة اسباب نوردها في مايلي :

١ — الضعف العمومي وهو يحصل

ا : من مرض حاد

ب : في دور النقاهة بعد العمليات الجراحية

ج — من التهاب الكلي والبول السكري والملاريا والسرطان

٢ — الفقر الدموي الشديد

٣ — التسممات المزمنة (بالرصاص واليود)

٤ — اختلالات الجملة العصبية ، الهيستريا ، الجنون

٥ — عدم ملاءمة الظروف التي يعيش فيها الشخص ومن جملتها المناخ والسجن

٦ — البدانة الآخذة في التقدم

٧ — اختلال الغدد ذات الافرازات الداخلية .

٨ — الاصابة بالبرد

٩ — اسباب موضعية وهي :

ا : انسداد الرحم من التغلسات

ب : ضمور الرحم

ج : اورام المبيض المضاعفة

د استئصال المبيض اوالرحم

ويضاف الى ماتقدم جميع انواع الضعف التي تحصل من اي سبب كان ولا يوجد علاج خاص لارجاع الطمث الى سيره الطبيعي مالم ترتفع اسباب الضعف وتعود الصحة الى المرأة .

وانقطاع الطمث هو عرض وليس مرضا خاصا . ولذلك يجب معالجة السبب الاصلي الذي افضى الى ذلك . واما الادوية المستعملة لهذا الغرض فهي كثيرة ولكنها كلها غير وفية بالمطلوب منها « الابيول » وخلاصة المبيض « بمقدار حبتين » ثم الارجوتين وبرمنغنات البوتاس وافضل علاج لهذا المرض هو الحديد ويضارعه في الفائدة الزرنيخ . ويجب معالجة القيض جيدا لانه يضر كل معالج اذا كان موجودا . اما المعالجة بالكهربائية فهي غير نافعة .

كثرة الحيض :

من الصعب تعيين مقدار الدم الذي يخرج في اثناء الطمث الطبيعي ولذلك تقاس كثرة الدم بنسبة تكاثره في المريضة نظرا الى الزمن السابق .

الاسباب : تقسم الاسباب الى قسمين : عمومية وموضعية الاسباب العمومية هي جميع انواع الفقر الدموي والكلوروز وخاصة الفقر الدموي الخبيث الذي ينقص درجة التخثر الدموي في البدن والصدمة العصبية وكثرة استعمال المواد الكحولية في اثناء الطمث فهذه الاسباب كلها تسبب تزايد نزول الدم في المرأة .

واما الاسباب الموضعية ، فهي الحمل في خارج الرحم والتهاب الرحم المزمن والتهاب الرحم الحاد التنن وانقلاب الرحم الخلفي وسقوط الرحم المزمن والتهاب الحوض الحاد والتهاب البوق وتزايد الضغط في البطن والاورام المبيضية واحتقانات الحوض وتزايد افرازات المبيض الداخلية وتحول الاقليم كالهجرة الى البلاد الحارة بعد الازدواج .

فيظهر مما تقدم ان الاسباب التي تعمل على اكثار الحيض عديدة ومتنوعة لذلك يجب الاطلاع على احوال المريض السابقة بصورة جيدة وفحص الحوض وما فيه فحصا دقيقا تاما ليتسنى للباحث استخراج نتيجة صحيحة تبنى عليها المعالجة ليكون العلاج ناجعا ولا فائدة من العلاج اذا كان التشخيص مغلوطا والبحث ناقصا . وقد يزداد دم الحيض في زمن انقطاع الطمث عند تقدم السن لذلك يجب معرفة عمر المريضة للاهتداء الى هذه النقطة .

ويتضح للقارئ انني اهملت ذكر الاورام التي تنتاب الرحم ولم ادرجها بين اسباب تزايد دم الحيض مع انها فضلا عن كونها تكثر من كمية الدم الذي يخرج في كل حيض فانها تسبب النزيف من الرحم في الفترة التي تفصل بين كل حيض وآخر وذلك لان هذه الاورام تحتاج الى فصل خاص .

المداواة : ان الاصل في معالجة كثرة الطمث هو التوسل لازالة السبب مثلا اذا كان السبب حملا في خارج الرحم يجب اجراء العملية اللازمة لازالته حالا واذا كان التهابا

الدموية في الحوض . وهذه الآلام تكون شديدة كما في النوع التشنجي وتكون مستمرة وتحصل في الظهر والفخذ والورك وتسكن بعد الاستراحة في الفراش ولا يصحبها صداع او قيء واذا بحث المرء عن سوابق المريضة وجد انها قد اصيبت بمرض تناسلي فيما مضى من حياتها . ومن النادر ان تحصل هذه الاوجاع في سن البلوغ كما هي الحال في الاوجاع الاولية او التشنجية ويكون دم الحيض في هذه الحاله غزيرا . واذا بحثت الاعضاء التناسلية وجد فيها احد الامراض التي سبق ذكرها .

وعلاج هذه الاوجاع يتم بازالة السبب المؤدي اليها . وفضلا عن ذلك يوصي باستعمال المسهلات الخفيفة قبل بداءة الطمث واجتناب التعب الجسماني بالاستراحة في الفراش لاسيما بعد ظهور الدم . وتعمل حقنة شرجية بماء الملح السخن تمكث في المعى المستقيم واما الكحول والبلادونا فهما يزيدان الوجع . والبروم نافع جدا ويجب ان لايعطى الارجونين او الهيدراستس قبل خروج دم الحيض . وينفع استعمال الستيبتول بمقدار ١٥ — ٣ حبات

التفلسات الرحمية :

يتم الحيض في بعض الاحيان مصحوبا بسقوط اغشية من داخل الرحم وهذا يسبب للمراة اوجاعا عند الحيض . وقد اطلقوا عَلَى هذه الحالة قديما اسم الطمث الغشائي ولكن ظهر اخيرا انه يجوز سقوط الاغشية من الرحم من دون ان يكون ذلك باشالآلام الطمث ولذلك ابدل ذلك الاسم بغيره وسمي (التهاب الرحم التفلسي) وقد ترك هذا الاسم ايضا لانه تبين امكان عدم وجود التهاب رحمي في هذه الاحوال .

وتحصل هذه الحالة من سقوط قطع من الغشاء المخاطي الرحمي وتكون القطعات الساقطة صغيرة بدرجة انها تختفي عن نظر الباحث وتكون في بعض الاحيان كبيرة بسعة تجويف الرحم . ويكون سطحها الظاهر املس وسطحها الباطن الملاصق للرحم مجعدا ومخططا ويظهر بالفحص النسيجي ان هذا الغشاء انما هو غشاء مخاطي طرأت عليه الاستحالة . ويرى بالفحص المجهري كانه نسيج لبني مرتشح بالدم ولا يوجد داخل الرحم علامات التهابية او تعفن .

يمكن ظهو اغشية كهذه بعد عملية كحت الرحم والسبب لذلك مجهول والمرأة في هذه الحالة تكون دائما سقيمة ويتعذر شفاؤها ويخرج منها دم غزير عند الحيض مصحوب بآلام شديدة تستمر الى ان يسقط الغشاء ويتم ذلك في ٢ — ٣ يام .

العلاج : لايوجد علاج او عملية تمنع تكون هذا الغشاء ولا ينفع كحت الرحم بتاتا . والافضل استئصال الرحم برمته .

اوجاع مابين الطمث :

يوجد عدد غير قليل من النساء اللواتي يشكين من اوجاع تحصل لهن في الفترة التي تفصل مابين الطمث . وكثيرا ماتحدث هذه الحالة في النساء الكاملات النمو التناسلي ولا تحصل لمن هن في سن البلوغ ويكون هؤلاء عقيمات في حين وجود هذه الاوجاع ولكن من الممكن ان يكن قد حملن قبل ذلك وهذه الاوجاع تكون غالبا مصحوبة بطمث مؤلم وغزير . ولا يكون الالم شديدا ولكنه يحدث بشكل وجع في الظهر وينشأ دائما من امراض عضوية كالتهاب البوق او المبيض او التهاب غشاء الرحم الداخلي .

ان سبب اوجاع مابين الطمث لايزال غير معلوم واما المداواة فهي معالجة السبب الاصلي ومن النادر حصول شفاء تام

التدرن الجراحي

الدكتور صاڤ شوكت

قلما يوجد مرض يستوجب علاجه الاعتناء والسعي الطويل كتدرن العظام والمفاصل . وتختلف الوسائط التي تستعمل لهذا الغرض بين عمليات جراحية كبيرة كنشر المفصل وبين معالجة تحفظية مبنية على راحة العضو المصاب راحة تامة واجتناب المداخلة الجراحية .

يظهر من التباين العظيم بين هاتين الطريقتين الى طريقة العلاج الجراحي المفرط وطريقة العلاج التحفظي والجدال القائم بين مدافعيها منذ سنين عديدة ان كلا الطريقتين غير كافل النجاح القطعي .

فالعمليات الجراحية كنشر المفصل تؤدي الى بؤس المفصل وعدم حركته ، وكذلك تحدث تقصرا في الطرف والعملية قد تتلف المشاشة (Epyphise) العظيمة ايضا وهذا ما يفضي الى تأخر نمو الطرف المؤلف — خاصة في الاطفال — فيبقى قصيرا . وفضلا عن ذلك فان الة الجراح لا تتمكن الا من رفع النسيج المتدرن الذي يمكن رؤيته بالعين المجردة ولا شبهة في ان هناك تغيرات درنية اخرى عديدة بمحيط ذلك ولكنها جديدة ولا يمكن تفريقها الا بالفحص المجهري . فكلما رفعت الاقسام المتدرنة من عضو لابد وان تبقى فيه بعض الاقسام المتغيرة ولذلك نرى دوام المرض او اشتداده بعد عمليات مثل هذه او على الاقل حصول جيوب قيحية وناصور ورجوع حالة المرض الى ما كانت عليه .

واما الطريقة التحفظية فيمكننا بواسطتها شفاء كثير من الوقائع الدرنية ولكن ما يستعمل في هذه الطريقة من تثبيت الطرف زمنا طويلا وعدم حركته يؤديان غالبا الى التصاقات وبس في المفصل .

ولذلك يجب انتخاب واسطة لشفاء التدرن من غير ان تسبب التصاق المفصل او تقصره . وهذه هي المسئلة المهمة التي سوف اعالجها في مقالي هذا .

تدرن المفاصل

يبدأ التدرن من العظام او من الغشاء المصلي في المفاصل وتنتقل العدوى الدرنية الى المفصل من بؤر درنية بعيدة كالبؤر الدرنية التي في الرئة والعقد اللنفاوية . ويتم انتقالها بواسطة الدم مباشرة بالتماس مع البؤر الدرنية المجاورة للمفصل .

وبعد دخول باسيلوس كوخ الى المفصل عن كلا هذين الطريقين يحصل انسكاب مصلي وانتفاخ في المفصل . ويحتوي المصل المنسكب عَلَى مقدار كبير من مادة الفبرين وهذا الفبرين اما ان يتوضع على سطح المفصل فيشكل هنالك طبقة او يتخثر بشكل خيوط وجالحات تبقى عائمة في السائل المنسكب .

عندما يتوضع الفبرين عَلَى السطح المفصلي يشكل طبقة كثيفة ويزداد ثخن هذه الطبقة كلما زاد توضع الفبرين . وحينئذ ترسل الاوعية الدموية ازرارها الوعائية فتشكل النسيج الحبيبي الدرني نحو الغضروف المفصلي فينخره ويحصل حينئذ عَلَى سطح الغضروف نقاط متنخرة مستورة بالنسيج الحبيبي الدرني . ففي ذلك الحين يحصل تنخر في الخلايا النسيجية المحيطية فتذوب نواتها وتختلط

مادتها الاساسية مع بعضها فيزول حدود الخلايا وتتكون مادة متجانسة وهذا ما نسميه بالتجبن . فالتجبن اما ان يمتص وذلك اذا كان قليلا او يتكلس بتوضع الحبيبات الكلسية . فيحدث عن ذلك التصاق مفصلي . واما ان يتميع و يتحل فينتج صديدا مايعا . وحين تتسع هذه الاخرجة تنفتح في التجويف المفصلي فيحصل عنها انسكاب قيحي مفصلي او اخرجة ظاهرية تنفتح في سطح الجلد واذا كان التدرن بدأ من النسيج العظمي فاما ان يبدأ من لقمات عظم الفخذ او من رأس عظم القصبة (في مفصل الركبة) وكثيرا ما يتكون عن ذلك خراج ثم شظايا عظمية . ويتجه هذا الخراج نحو المفصل فينفتح في التجويف المفصلي او يسير الى الخارج فيكون اخرجة محيطية .

ويمكن تمييز هذه الاشكال التشريحية بالتشخيص السريري بسهولة ولكن يصعب تفريق منشأ التدرن ودرجة انتشاره . والواسطة المهمة لتعيين درجة التغييرات التشريحية ومنشئها هو البحث باشعة رونتكن واهم الاشكال السريرية هو الشكل الاستسقائي (Hydosps) ففي هذا الشكل تكون الركبة ملاي بالسائل المصلي فتظهر منتفخة

ولا يكون هذا الانتفاخ منتظما بل يكون بليغا بالقسم الذي هو فوق الرضفة ولا يحصل تغيير في الجلد . فاذا جس بواسطة اليد فان اليد تدرك تموجا في داخل المفصل واما قابلية الحركة في المفصل فهي لا تتغير كثيرا حتى وان كان الانسكاب عظيما . ان منشأ القسم الوافر من الاستسقاء المفصلي المزمن في الاطفال هو التدرن . واما في الشيوخ فيمكن اختلاطه مع الروماتيزم او الثهاب المفصل الناشئ من حرقة البول . وما عدا الاوصاف السريرية المهمة يلجأ في التشخيص الى البحث عن الباسالوس في السائل المنسكب او زرق هذا السائل الى الارنب او استعمال تعامل التوبركولين الجلدي .

يوجد شكل سريري اخر لتدرن المفاصل وبالاخص مفصل الركبة وهو الشكل الكوئي Genu Fungus وفي هذا الحال تكون الركبة منتفخة ايضا ولكن اذا المسناها نراها صلبة وكثيفة ولا تدرك فيها اليد التموج . ويحصل هذا الشكل من تكاثر الازرار الدرنية والفيرين وتشكل نسيج انتهابي والتصاقات في المفصل . يحصل في هذا الشكل ضمور عضلي شديد في الساق وفي الفخذ . ولما ينتشر التدرن الى النسيج المحيط بالركبة وتحصل ارتشاحات خلوية والتهاب مزمن في تلك الانسجة الليفية يزداد الانتفاخ ويتوتر الجلد فيأخذ لونا ابيض وحينئذ تسمى هذه الحالة بالورم الابيض (Tumor Albus) . تحصل اوجاع ذاتية في هذا النوع من تدرن الركبة تمتد على طول الساق وتتزايد في اثناء الحركة . واما الحركة فهي محدودة للغاية بعكس الشكل الاستسقائي . وذلك لحصول التصاقات مفصلية وتثخن في الاربطة والمحفظة المفصلية . لان الحركة تثير الالم الشديد فيبقى المفصل من اجل ذلك عاطلا .

ويوجد شكل ثالث لتدرن مفصل الركبة وهو الشكل الصديدي المصحوب بخراج بارد . يحصل هذا من تميع المواد الجبنية التي تحصل من تنخر الانسجة الرخوة والعظام . واذا ما اتسع نطاق هذه الاخرجة تنفتح في التجويف

المفصلي او بين الانسجة فتتكون منها اخرجة باردة . وتمتد هذه الاخرجة بين الانسجة الرخوة الى مسافات بعيدة . مثلا كثيرا ما نرى الفخذ ممتلئا بصديد الخراج البارد الذي قد نشأ عن تدرن الركبة .

التشخيص باشعة رونتكن . — حينما يبدأ التدرن المفصلي كاكثر الافات الدرنية يبدأ تدريجيا وحينئذ لا تظهر له اعراض واضحة وخاصة في تدرن الركبة يحس المريض بوجع قليل في ركبته اذا مشى شوطا طويلا ويتعب بسرعة في هذا الدور لا يمكن وضع التشخيص القطعي الا بواسطة اشعة رونتكن . ويرى في هذا الدور بفحص الاشعة رونتكن ضمور في العظام التي تكون المفصل وثالثي قسم عظيم من المواد الكلسية فيرى حينئذ بالتصوير الشعاعي تناقص كثافة تجاه الاشعة ولكن بعد ذلك يبدأ تنخر في الغضروف المفصلي وتنخر العظام ويمكن رؤية هذا التنخر خاصة في تدرن الركبة في الموضع الجانبي و اما تقعر العظمي فيمكن رؤيته شكل مماربق سوداء في النهايات العظمية التي يتألف منها المفصل .

اكثر المفاصل تأثرا بالتدرن هو مفصل الركبة . وسبب ذلك هو كثرة حركة هذا المفصل وكونه يحمل الجسم باجمعه . وهو عرضة للصدمات الخارجية . وتصادف هذا كثيرا من تدرن العمود الفقري ايضا ويكون ذلك غالبا في الفرس والكرد ومن الممكن ان لحرفة الحمل يدا في توليد ذلك . ويبدأ التدرن من وسط جسم الفقرة ويتسع نحو المحيط فيتكون عنه تنخر في جسم الفقرة وخراج يتسع حتى يشمل جسم الفقرة باجمعه . وحينئذ تخسف تلك الفقرة بنتيجة الضغط فتسقط الفقرة التي فوقها ويحصل بنتيجه ذلك انحناء في الظهر (Kyphosis) واذا كان المرض في منتصف الفقرة يحصل انحناء نحو ذلك الطرق فقط و يسمى هذا بالانحناء الجانبي (Skoliosis) وقد يعم التدرن فقرات عديدة وهذا مايسبب تزايد الانحناء ومع تقدم التدرن تتكون اخرجة باردة تسير الى اسفل فالتي تنشأ من القسم القطني تسير مسير صفاق بسواس الحرقفي وتظهر في ناحية مثلث اسقاريا او تتبع الصفاق المربعة القطنية فتظهر خلفا فوق الشوك الحرقفي واما اذا كان التدرن مستقرا في العمود الرقبي او في الفقرات الظهرية العلوية فيسير الصديد خلف المنصف الصدري ويتعقب مسير الاغمدة المعلقة للمري والشريان الابهري ويقضي اخيرا تكوين خراج الحجاب الحاجز او يتابع سيره الى اسفل مع الشريان الابهري والشريان الحرقفي فيظهر في قناة هونتهر في الفخذ .

اول عرض يبدو من تدرن العمود الفقري هو الوجع الذي يحصل في الظهر حين السعال او التي او الانحناء والسير واذا ضغطنا في هذه الحالة على النتوءات الشوكيه نعثر على نقاط مؤلمة توافق المحل المتدرن يحصل شيء من هذا فيمكن اظهار الالم من المواضع المتدرنة بالضرب على الرأس ضربا خفيفا . ويحاول المريض دفع الآلام التي تحصل عند سيره بتثبيت العمود الفقري وعدم تحريكه ويتضح عمل المريض هذا اذا دعوناه لان يلتقط شيئا من الارض فانه في هذه الحالة يتكئ بيده على ركبته وساقيه ليتسنى له الوصول الى الارض و بفعل مثل هذا عندما يريد الوقوف و باثناء هذه الحركة يقبض المريض على مفصل الحرقفة والركبة بكل قواه محاولا منع انحناء العمود الفقري

والعرض المهم هو الانحناء الظهري Kyphosis او الانحناء الجانبي Scoliosis واذا حدث من سقوط الفقرات والانحناء ضغط او ضرر على النخاع الشوكي فلاشك في حدوث شلل في الطرف الاسفل واذا لم يكن حصل تلف في النسج العصبي يمكن تلافي ذلك باجراء العملية الجراحية وبقصد بها تخفيف الضغط او رفعه ولكن قد يلتهب النخاع الشوكي او يتفخ او يتلين من انتقال العدوى اليه وحينئذ يصعب العلاج وتحصل تغيرات عصبية عديدة كالآلام العصبية اوشدة الاحساس او التهيج العصبي وكل ذلك ناتج عن انضغاط الاعصاب المختلفة بالصديد الدرني فيجب اذا بحث العمود الفقري كلما اشتكى المريض من الم يوافق سير الازواج العصبية التي تصدر من العمود الفقري فاذا لم يكن انحناء ظهري او خراج ظاهري فالواسطة الوحيدة لتشخيص التدرن هي اشعة رونتكن يظن في الظاهر ان تشخيص داء البوت هو سهل ولكن المشاهدة الاتية تدل على صعوبة ذلك • جاء الى هذا المستشفى بتاريخ ٣ كانون اول سنة ١٩٢٥ شخص يدعى ج • د وهو فارسي الاصل يشكي من انتفاخ فوق شوك الحرقفة وعند الفحص تبين ان فيه خراجا باردا ناازلا من العمود القطني ولكن لا يوجد انحناء ظهري وقد بزل الخراج وظهر منه صديد كالصديد الدرني الذي نراه دائما ثم ارسل الى الفحص باشعة رونتكن لتأكيد التشخيص ولكن كان الجواب مشتبها فيه وان الدكتور نورمن ظن ان المرض الموجود ليس له اوصاف التدرن العادية • لان العرض الاصلي في التدرن هو تلف العظم وضموره يكون الاساس وانا هنا فكان يوجد تناقص في تكلس العظم وجسور عظمية بين الفقرات وبقي المرض مشتبها بين التدرن والتهاب المفصل التعظمي وقد عولج وتحسنت حالته وخرج من المستشفى ولكن ما لبث ان رجع بعد ثلاثة اسابيع وقد عادت اليه الامه وفيه خراج كبير فوق شوك الحرقفة واخر في الفخذ بمثلث اسقاريا وثالث في خلف الفخذ تحت الناحية الاليوية وارسل الى الفحص باشعة رونتكن ثانية وقد اوصاني الدكتور نورمن في هذه المرة ان افحص دمه بتفاعل واسرمان وقد فعلت ذلك واسفر التفاعل عن نتيجة موجبة شديدة تساوي (+++) ولكن كانت حالة المريض سيئة جدا ولقد توفي بالرغم من معالجته بالعلاج السفلسي الخاص وقد فتحت جثته بعد الممات واستخرجت العمود القطني فكان منظره يؤيد نتائج البحث باشعة رونتكن اي كان فيه اشواك وجسور تسير من فقرة الى اخرى وهذا ما ابد تشخيص المرض « بالتهاب الزنجي في العمود الفقري — Spond iliteSyphil itique » ولذلك من الخطا ان نعتمد على التشخيص السريري وحده يجب تعزيزه بالفحص باشعة رونتكن •

المداواة

لايخفى ان التدرن مرض يستولي على النحفاء المنهوكي القوى وتبتعد عن الاقوياء • فالنسل القوي والشعب النشيط هما بعيدان عن هذا الداء وكلما تقدمت مدارسنا وتقدمت عندنا تربية الفتيان والاطفال والاعتناء بالصحة والرياضة البدنية يتقلص ظل هذا المرض الفتاك وتتكسر شوكته وما اعظم ارتياحي حينما اري صفوف الكشافة تسير باقدام نشيطة وارواح مفعمة بروح الشباب نحو المستقبل الزاهر غير انه مما يدعو الى الاسف انه لا ينزال نري كثيرا من

ناشئتنا وهم هزيلو الابدان منهوكو القوى وقد تسلط الضعف عليهم منذ نشأتهم بدواع وراثية عديدة لامتناص للطفل منها •

وتنقسم المعالجة الى قسمين : واقية وشافية •

فالقسم الاول هي المداواة الواقية وهي من وظائف الامهات والمدرسين والمربين ومصالح الصحة • وهذا مما يدخل في بحث خاص يخرج عن صدد هذه المقالة •

واما المداواة الشافية التي يجب استخدامها بعد حصول المرض فهي اما موضعية واما عمومية • وسوف اصرف النظر عن المعالجة العمومية تاركا البحث فيها الى اخصائي الامراض الباطنة واكتفي منها بذكر كلمة وجيزة وهي : ان المعالجة العمومية تنحصر في جميع الوسائل التي تعمل على تنشيط الجسم ، من هواء طلق وغذاء جيد وحياة منظمة وما يتلوها من وسائط ميخانيكية وحكمية اودوائية اذكر منها دواء واحدا ليس لانه افضل دواء ولكنه يعين الطبيب في كثير من الحالات على انجاز مهمته حينما يكون مكتوف اليدين امام مريض تقدم فيه التدرن الى درجة لايمكنه معها توقيفه او تبديل بعض الاعراض التي تزعج المريض كالحرارة والانحطاط في القوي والعرق الغزير • وهذا الدواء هو زيت الكافور • وقد استعملت هذا العلاج في الحالات التي تعد معدومة الرجاء • ومن تلك ان مريضا كانت تأخذه الحمى كل يوم منذ اشهر عديدة وهو فاقد الشهية ويشتكي من اضطراب وآلام وقد اعطيته ٤ — ٦ زرقات في اليوم من زيت الكافور واسفر هذا العلاج عن هبوط الحرارة ورجوعها الى حد الاعتدال، وعودة الشهية للطعام ورجوع نشاطه • ولو كان لدينا واسطة اشد من هذه تأثيرا على المرض لكان من الممكن انتشال هذا المريض وتخليصه من الموت •

واما العلاج الموضعي فهو اساس بحثي • ولكن لاشك ان العلاج الموضعي يجب ان يصحبه علاج عمومي وليس من الشرط الاساسي ان يتحسن التدرن الموضعي مع تحسن الحالة العمومية فاني رأيت تحسن تدرن المفصل رغما عن تردي الحالة العمومية وطبعا ان هذا التحسن لايكفي الا اذا رافقه صلاح الحالة العمومية •

والعلاج الموضعي يختلف حسب الحالة ولكنه يرتكز على اساسين الاول العلاج بالشمس والثاني الاحتقان المنفعل • وقبل ان ادخل في وصف هذين العلاجين احب ان اورد بعض التدابير الصغيرة وهي تتنوع بحسب المفصل المراد علاجه فاذا كان قد حصل قرب المفصل خراج كبير لايجوز انا طبعا ان نترك ذلك الخراج الى فعل العلاج الشمسي مؤملين امتصاص الكمية العظيمة من الصديد بهذه الواسطة وفي هذه الحالة افضل خذف الخراج برمته بدلا من افراغه بالبزل وحقنه بمحلول اليودفورم بالزيوت • ولذلك اشق الخراج شقا واسعا والغرض من ذلك الشق رؤية كل زاوية من زوايا الخراج فيخرج منه الصديد ثم يجرف قاعه وجميع خباياه بواسطة المجرف ويحذف الغشاء الصديدي الذي يفرش باطن الخراج • وترى اثناء ذلك ان الخراج متصل باخرجة اخرى مستقرة بين العضلات والانسجة فيجب تنظيفها كلها بعناية تامة و يجب اجراء عملية التنظيف بمهارة ورفق تحاشيا من قطع الاوعية وبالاخص الاوردة العالقة بالخراج • وبعد ذلك التنظيف يطلي جدار الخراج باليودفورم والبزموث •

ثم يخاط الجرح ويربط ربطا محكما ويثبت العضو كله بواسطة جبيرة .

ثم يترك على هذه الصورة عشرة ايام ويلاحظ كل يوم او يومين . واذا ماتمت هذه العملية ينبغي الشروع بالعلاج الشمسي لتسهيل شفاء البؤرة الدرنية المفصلية .

واذ كان نوع التدرن مما يفضي الى يبس العضو وتعطيل حركاته يستعمل اذا التمديد التدريجي . وكثيرا ما يحدث ذلك في تدرن الركبة او المفصل الحرقفي . ولذلك يجر الطرف المؤوف بان يربط في نهايته جسم ثقيل يعمل على تمديد ذلك الطرف بدون ان يشعر المريض باضطراب ويمكن بهذه الواسطة تمديد الركبة المتقبضة بمدة ٣٠ — ٤٠ يوما وفي اثناء هذا التمديد يداوم طبعا على تطبيق العلاج الشمسي وارى ان افضل وسيلة لتعديل الانحناء الظهري في تدرن العمود الفقري هو وضع وسادة لينة بصورة مناسبة تحت ظهر المريض وتركه مستلقيا على ظهره فاذا كان المريض طفلا فيجب تثبيته في الفراش وبهذه الوسائل يمكن تعديل انحناء المريض الى درجة ما واذا تم ذلك يثبت العضو برباط من الجبس . واذا كان تدرن العمود الفقري قد سبب ضغطا على النخاع الشوكي او قد كون خراجا في الحجاب الحاجز فلا شك في انه يجب فتح العمود الفقري وتنظيف البؤرة الدرنية ورفع الضغط عن النخاع

وقد اكتشف Albee اخيرا عملية جراحية جيده لاجل معالجة تدرن العمود الفقري وهي ان يقطع من عظم القصبة شظية عظمية طولها ١٠ — ١٢ سانتمترا ثم يعمل شق طولاني في النتوآت الشوكية للفقرات التي حول البؤرة الدرنية وتوضع تلك الشظية العظيمة في داخل الشق .

ولقد اجرينا هذه العملية اربع مرات وكلها انتج نتائج باهرة .

العلاج الشمسي

ما هي القوة التي تعطي الشمس تأثيرها الشافي على التغيرات الدرنية ؟

لا يمكننا ان نقول ان لاشعة الشمس نفسها خاصة شافية على التغيرات الدرنية لان تلك الاشعة لا يمكنها ان تخترق الانسجة كلها وتصل الى العظم والمفصل كي تهلك جرثومة التدرن . اذا كيف يمكننا ان نعلل النتائج الحسنة التي حصلنا عليها من العلاج الشمسي ؟ كل منا يعلم انه اذا عرض احد جلده الى اشعة الشمس مباشرة لزمن طويل يحصل احمرار في جلده ثم يتحول ذلك الى حس الم وحرقة وبعد ذلك تحصل في الجلد تحولات نسميها بحرقة الشمس ولكن اذا عرضنا جلدنا الى الشمس تدريجيا يتبدل لون الجلد فتحصل فيه سمرة وتزداد صبغانه ويحصل هذا التبدل ليتسنى للجسم مدافعته ضد اشعة الشمس المحرقة . واما الواسطة الاخري التي يدافع الجسم بها نفسه تجاه الشمس المحرقة فهي توسع الاوعية في الناحية المعرضة للشمس ونشاط الدورة الدموية (اي حصول الاحتقان الترواردي) فيها والغرض من ذلك جذب الحرارة الزائدة من تلك الناحية ومنع تغيرها . ولاثبات حصول الاحتقان في العضو المعرض لتأثير الشمس يمكن اجراء التجربة الاتية : خذوا ابرة وعقموها ثم اغمزوا الجلد بالكحول وابزلوه وعدوا قطرات الدم التي تسيل منه . ثم اعرضوا تلك الناحية الى الشمس نصف ساعة وابزلوا الجلد ثانية وعدوا قطرات الدم تجدوها اكثر من الاولى ٤ — ٧ مرات .

واذا دققتم كيفية حصول الاحتقان بهذه الصورة تجدون ان الاحتقان لا يزول بعد ان تحجبوا العضو عن تاثير الشمس بل يزداد و يبلغ حده الاعظم ساعة بعد رفع العضو عن تأثير الشمس و يستمر على الاقل حتي ساعتين او اكثر بعد ذلك . وفعل الاحتقان هو كاف لايضاح جميع النتائج الحسنة . وان نشاط الدورة الدموية في احد الاعضاء يؤدي اولا الى نقل جميع السموم المرضية بسرعة ثانيا الى تزييد هضم الجراثيم (الفاغوسيتوز) وبهذه الواسطة يتحلل جميع النسج المتدرن والصديد المتراكم ويتمو نسج جديد . الم قوى ليحل محله . فبعد ان يستمر هذا العلاج الى زمن موافق يبدأ الصديد الثخين والمتجبن ان يذوب و يتحول الى صديد سائل ثم يتبدل الى مصل وبعد ذلك نرى ازرار النسج الجديد السالم بارزة من فوهات ناصور القيح . وتوجد واسطة اخرى لتزييد الدورة الدموية واحداث الاحتقان وهي مداواة الاستاذ (بير) المبنية على تكوين الاحتقان الاحتباسي

يستعمل (بير) طريقة الاحتقان الاحتباسي في العضو المتدرن ثلاث مرات في اليوم تستمر كل مرة اربع ساعات وتتخللها فترات تمتد كل منها ساعة واحدة ويعطي ١ — ٢ غرام من يودور الصوديوم عشر دقائق قبل المباشرة بعملية الاحتقان . ويقول الاستاذ ان اليود ينتقل الى الناحية المحتقنة ويتراكم فيها فيضعف جراثيم التدرن . وفي الحقيقة ان استعمال اليود يمنع تكوين الاخرجة التالية في اطراف العضو المتدرن اثناء العلاج الاحتقاني . وقبل ان استعمل اليود قد حصلت في ثلاثة من المرضى ثوليت مداواتهم اخرجة درنية في اطراف العضو المتدرن في حين ان التدرن كان آخذا في التحسن وسائرا نحو الشفاء . ولم تحدث اخرجة مثل هذه بعد استعمال اليود . الا ان استخدام طريقة الاحتقان الاحتباسي بوضع الرباط الحابس يحتاج الى شيء من الاختبار ويجب ان لا يعهد به الى المضمدين في بادي الامر . يستعمل للربط اربطة من انابيب الصمغ المرن فاذا كان التدرن في الاطراف كالركبة او القدم او الرسغ يربط فوق هذه النواحي ويجب وضع الرباط بصورة ملائمة بشرط ان تنتفخ الاوردة الجلدية وتزداد حرارة تلك الناحية ويجب ان لا يحصل وجع او الم من وضعه . فاذا احكم وضع الرباط احكاما شديدا فانه يمنع جريان الدم الشرياني والوريدي معا فيحصل فقر دموي في تلك الناحية عوضا عن الاحتقان وذلك ينتج عكس الغاية التي نرمي اليها . وعلى عكس ذلك اذا لم يشد الرباط الى الدرجة المطلوبة لا يحصل الاحتقان وعليه فلا تحصل النتيجة المرغوبة . واحسن علامة تدل على ان الرباط قد وضع بصورة موافقة هي تمدد الاوردة وتزايد الحرارة واحمرار الناحية ثم عدم حصول الم او وجع . فاذا كانت الآفة الدرنية مستقرة في الساعد او المرفق او الرسغ فالرباط يوضع على العضد واذا كانت في الركبة او القدم فانه يوضع على الفخذ . ويشير (بير) الى وضع الرباط حول البطن اذا كان مركز التدرن في الحوض او في المفصل الحرقفي . ويمكن وضع الرباط الحابس حول الكتف او الحرقفة وتثبيته بواسطة حزام يشد في اطراف الصدر او البطن لمنع انزلاقه . واما انا فكنت استعمل الطريقة التالية في المستشفى :

كنت اضع الرباط الحابس فوق القسم المتدرن صباح

كل يوم عند وصولي الى المستشفى وانقل المريض الى خارج الغرفة واجلسه في ظلها وامدد طرفه المتدرن تحت تأثير شعاع الشمس مباشرة واتركه في هذه الحالة اربع ساعات

يبدأ الاحتقان بعد وضع الرباط ببضع دقائق فيزداد ويبلغ حده الاعظم بعد نصف ساعة . فتزرق تلك الناحية وتزداد حرارتها واذا كان هناك ناصور او بؤرة درنية مفتوحة يبدأ سيلان الصديد والمصل منها بتأثير شدة الاحتقان . ولا يشعر المريض بالم او رجع بل انه على عكس ذلك يشعر بارتياح اذا كان متألما من قبل ويحصل له ذلك حالا تحت تاثير فعل الاحتقان فيشعر المريض بخدر في الطرف المؤوف . وبعد مرور اربع ساعات يضمد المفصل تضميدا رطبا و ينتقل الى غرفته وقد استخدمت طريقة العلاج هذه في ما يقارب السنين وقعة وكانت النتيجة كما يأتي :

المرض	عدد الذين عولجوا	الشفاء التام	التحسن	عدم التحسن
تدرن القدم	١١	٧	٣	١
تدرن الركبة	٨	٤	٤	.
تدرن المفصل الحرقفي	٦	.	٣	٣
تدرن الفقرات	٩	.	٣	٦

وتحتاج هذه المعالجة الى الصبر والثبات من المرضى وهو ما يندر وجوده فيهم وكثيرا ما كنت اضطر الى اخراج المرضى من المستشفى بعد تحسن قليل وقبل اتمام المداواة لعدم وجود محل كاف في المستشفى يساعد على ابقائهم الى الزمن المطلوب . واظن ان القراء يدركون اهمية هذا النجاح على ما فيه من النواقص اذا لاحظوا المحل الذي كان يقوم فيه المستشفى القديم اعني (المستشفى العام الجديد) وتذكروا الصعوبات الجمة التي كانت تعرقل آنئذ استقصاء البحث والسعي الى اتمامه . ومع ذلك فقد كان معدل مدة المداواة يتراوح بين ٤ — ٨ اشهر وبعض المرضى اكثر من سنة . واما المرضى الذين لم ينجح فيهم العلاج فهم من الذين قد تقدم المرض فيهم كثيرا فافقدهم قوتهم وكان معظمهم مصابا بالسل الرئوي والضعف العمومي والفقر الدموي .

كنت افكر في السعي لتأسيس شعبة في المستشفى الملكي لمعالجة التدرن الجراحي ولكن كان عدد سرره محدودا لايتسع لتأسيس هذا المشروع فاضطررت لقطع تجاربي وسعيي لاختبار هذا العلاج المهم . ولقد عرضت فكرة تأسيس شعبة خاصة لمداواة التدرن الجراحي في المستشفى الملكي على حضرة مدير المستشفى فاستحسنه ولكن عدم وجود المخصصات حال دون ذلك .

والكلمة الاخيرة في هذا الموضوع هي ان معالجة التدرن تحتاج الى تشكيلات خاصة كمحال الاستشفاء (سناتور يوم) ولكن مما يوجب الاسف ان العراق محروم من مؤسسات كهذه ولم تكن لدينا وسيلة في الوقت الحاضر سوى (مستشفى الاعتزال) نرسل اليه القسم القليل من المصابين بالتدرن وهو القسم الذي قد تقدم المرض فيهم فلم يعد يفلح الدواء وعليه فان احداث مؤسسات خاصة تقوم بمعالجة التدرن هو من اهم المسائل التي يجب الاعتناء بها في المستقبل .

الامراض في الوية العراق (١)

الدكتور هيكس
(اخصائي الامراض السارية في مصلحة الصحة العامة)

تتوقف كثرة الاصابات وقلتها في المناطق المختلفة على عوامل شتى سننظر الآن في بعضها .

(ا) الميكروبات والطفيليات

يمكن تقسيم هذه الحيوانات من الديدان المعوية الى الطفيليات الميكروبية الى قسمين عظيمين «١» الطفيليات التي تعيش شطرا مهما من حياتها في جسم آخر غير الجسم البشري و «٢» الطفيليات التي لاتعيش في غير بدن الانسان

ومن امثال القسم الاول طفيليات الملاريا والشيزوستومياز س والتريبيشين والاكياس المائية وغيرها من نوع التنيا وهلم جرا والعوامل الطبيعية التي تؤثر على هذا النوع قد تؤثر على الانسان مباشرة او على الطفيلي او على الوسيط الاخر الذي يعيش فيه الطفيلي قبل دخوله بدن الانسان فالحرارة والبرودة مثلا تؤثران على نمو طفيلي الملاريا في الانسان والبعوض معا وتؤثر كذلك على توالد البعوض

اما طفيليات القسم الثاني التي تعيش فقط في الانسان فمنها تحيى حياة قصيرة جدا خارج الجسم البشري كجراثيم الحصبة والزهري والانفلونزا التي لاتلبث ان تموت اذا كانت خارج الجسم ومنها يعيش عيشة طويلة خارج الجسم ويكون معرضا كثيرا لبعض العوامل الطبيعية كطفيليات التدرن في البصاق والتيفو في الماء والتيتانوس في التراب والجدري في المواد ذوات المسام والطاعون في الجرذان المائتة وتتوقف كثرة الاصابات بهذه الامراض على درجة مقاومة الطفيليات للعوامل الطبيعية عندما تكون خارج البدن

(ب) الحيوانات والحشرات

ان وجود امراض تختص بالحيوانات ويمكن سرايتها الى الانسان امر مهم جدا . ومن امثال هذه الامراض التدرن البقري وداء الكلب والانتراكس «البثرة الخبيثة» والطاعون وقد تكون بعض الحيوانات الوحشية او الاليفة بمثابة مستودع لبعض الامراض التي تنقل الى الانسان ومرض النوم المعروف في افريقيا هو احد هذه الامراض وبعض الحيوانات والهوام وان كانت ليست ضرورية لنمو مكروبات بعض الامراض غير انها تكون واسطة لنقل المرض اليه ومن امثال ذلك الذباب في نقل جراثيم التيفو والزحار ، وبعض انواع البعوض (ساند فلاى) في الليشمانيا الجلدية (بثرة العراق) (وربما كانت تنقل المرض المعروف باسم كالا ازر ايضا) وحمى البق ، والقمل في الحمى النمشية

(ج) احوال الطقس

ان حرارة الطقس وبرودته ومقدار الرطوبة الموجودة في الهواء والارتفاع فوق سطح البحر والقرب منه والمستنقعات والصحاري والرياح ونوع التربة وتعرض المنطقة لاشعة الشمس والرياح ونوع الزراعة (اذا كانت للحصد او الرعى) ووجود الاشجار والخضار ودرجة

(١) خطاب نفيس ومفيد جدا القي في اجتماع الجمعية الطبية البغدادية لشهر مايس ١٩٢٦ وقد تلاه بالعربية حضرة الدكتور سامي بك شوكت مدير صحة العاصمة .