

في هذه البلاد فقد وجب حتما تقوية هذه الرابطة لتلايق الطب في العراق بمزول عن الحركة العامية التي تتأجج نارها في البلاد الراقية على عمر الايام . ربما كانت في غير هذا القطر من الافطار العربية مجالات طبية تقوم بنفس الغرض او ربما كان هناك كثير من زملائنا المحترمين الذين يقرأون المجالات الاوربية ويطلمون عليها مباشرة ولكن

التهاب العقيدات المغننية الاقليمية

Climatic Bubo

الدكتور صائب شوكت

احرر مقالى هذا بناء على مشاهدتي ثمانية عشرة واقعة شاهدتها ودرستها واجريت عمديها في المستشفى الملكي في بغداد منذ خمس سنوات .

اول واقعة شاهدتها كانت في سنة ١٩٢٣ وهي ان شخصين فروين من اهل نجد ارسلوا من دائرة ضيوف جلالة الملك المعظم وكلاهما كان مصابا بانتفاخ العقيدات اللغافية المغننية والفخذية . وكانت قصة المرض متشابهة في كليهما حيث انهما اصيبا بحمى وانتفاخ ادى الى حصول بضعة نواصير قيحية في الناحية المغننية وناحية مثلث سقاريا بن الفخذ . ففحصتهما فحصا دقيقا ولم اجد فيهما عرض التدرن او داء الافرنج وكان تعامل واسمرمان سائيا .

كان احد المريضين في الثلاثين والآخر في الخمسين من العمر . وكلاهما شاحب اللون ضعيف البنية كما هو واقع عند عرب البادية ولقد حصلت لدي شبهة آتخذ في تشخيص

هذا لا يكفي امثل هذا القطر الذي يوجد فيه من الامراض ما تكاد تكون خاصة به وتحتاج الى درس متواصل يقوم به اطباؤه ومن هذا يتضح ان تقدم هذه المجلة منوط بالمساعي التي يبذلها اطباء هذه البلاد وليس ببعيد ان نتحقق امانتنا يوما فنشاهد هذه المجلة تسد حقيقة ما يحتاج اليه جمهور اطباء في العراق .

المرض اذ كان يشبه تدرن العقيدات اللغافية لعدم وجود عرض اخر للتدرن في جسمي المريضين ولعدم مشابهة حالة العقيدات مع حالة العقيدات المتدرة كما ساذكره بالنتفصيل بعدئذ . ولقد تكررت هذه الحوادث بعد ذلك فبدأت بضبطها وتدقيقها وقد راجعت الكتب الطبية فلم اجد اشارة الى مرض حاز لهذه الاوصاف ولكن تمكنت من تدقيق بعض النشرات والمؤلفات الطبية من العثور على مشاهدات عديدة ووصف خاص للمرض .

كل طبيب اشتغل بمعالجة عرب البادية خاصة لابلد من انه شاهد هذا المرض . ولذلك اني سوف اعرض مشاهداتي الخاصة مع ما قدرت ان اجمعه من النشرات الطبية .

من الثماني عشرة واقعة التي شاهدتها كان احدى عشرة منها قد عثرت عليها في عرب البادية (نجد والحجاز وشمر) واربع في عرب الفرات وثلاث في سائر انحاء العراق

تاريخ المرض

كان بونارد Bonard وروبر Ruber سنة ١٨٧٩ اول من فرق التهاب العقد المغننية الاقليمية من ضخامة تلك العقيدات والتهاباتها التي تحصل من بعض الامراض كداء الافرنج والتدرن والالتهاب القيجي البسيط وادعى انه يحصل من الحمى المرزغية (المالاريا) ثم لاحظته سيحسون Simpson في الهند وشاهد روجه Ruge منه اصابات عديدة في باخرة صربية جرمينية كانت قد رست مدة في زانكيبار .

ومن بعد ما نشرت هذه الملاحظات في المجالات والنشرات الطبية تواردت التقارير الطبية التي تنبئ بوجوده في جميع البلاد الحارة . واقد لاحظته في اوربا كل من (شاسنياق Chassingnac) ومن ثم (نلاتون Nelaton) وتلميذه (هاردي Hardy) وهذان الاخيران وصفا شكله السريري وبيتا اوصافه الاساسية التي تتميز عن تدرن العقيدات المغننية . وفي سنة ١٩١٣ اثبت كل من دوراند Durand ونيقولاس Nicolas وجود هذا المرض في باريس وسمياه بالتهاب الغدد اللغافية المغننية inguinal Lymphogranulomatosis ثم وصفه نانو Destetato اثنتي عشرة واقعة من هذا المرض في بوتوس ايريس في امريكا . وفي سنة ١٩٢٢ يبحث عنه بللارد Bellard في نيزوتللا من امريكا الجنوبية

الشكل السريري

ان التهاب العقد المغننية الاقليمية مرض منتشر في

البلاد الحارة ولكن قلة المشاهدات الطبية ناشئة عن التباس المرض بتدرن العقيدات المغننية . وخصوصية المرض هي انتفاخ في عدة عقيدات لغافية من الناحية المغننية . وحصول خراجات عديدة ، صغيرة منتشرة في نسيج العقدة اللغافية المتضخمة ويحصل كذلك التهاب في محيط الغدد Peryadenitis مع حصول نواصير قيحية عديدة . واما الاحوال العمومية فتبقى سالمة ماعدا انحراف طفيف فيها . يحصل التهاب العقيدات المغننية الاقليمية في اغلب الاحوال بطرف واحد ولكن من الممكن ان يتكون في الطرفين بنسبة ٣٠ في المائة .

التشريح المرضي

يبدأ المرض باحتقان وتضخم في العقيدات اللغافية فاذا فحص مقطع تلك العقدة يشاهد احتقان ونقاط نزفية ثم يقع صغيرة رمادية اللون مكونة من ترشح خلايا اللغافية وهذه البقع تشكل الدور الاول للخراجات . ومنذ الادوار الاولى تحصل التصاقات بين العقيدات المجاورة . تلك هي صفة اساسية مهمة تميزه عن التهاب العقيدات الدرنية في التهاب العقيدات المغننية الاقليمية يصعب تفرق العقيدات عن بعضها ولو في بدء المرض . وفي العمليات الجراحية تخرج العقيدات المتهبة ككتلة واحدة ملتصقة بالتصاقا شديدا . واما في تدرن العقيدات فمن الممكن تفرق العقيدات عن بعضها بسهولة خاصة قبل حصول التقيح . وعندما يتقدم المرض يزداد التهاب محيط العقيدات Peryadenitis فيحصل التصاقات شديدة بين العقيدات والانسجة المجاورة لها . وبهذا الدور يزداد حجم العقيدات بمرات عديدة عن

الحجم الطبيعي ويتكون في نسجها وتلي سطحها خراجات عديدة بحجم العدسة او اصغر منها وتحتوي هذه الخراجات على قيح شين اخضر اللون وتشكل جدرانها من النسج البارانكياوي للعقدات فتلتصق العقدات مع بعضها ومع الانسجة المجاورة بصورة شديدة حيث تصبح جميع العقدات المغنبية والفخذية كتلة واحدة . ويصعب تفريقها من الانسجة المجاورة المهمة كالشريان والوريد والاعصاب الفخذية وكثيرا ما يقطع الوريد العنق اثناء العمليات الجراحية .

اذا قطعت كتلة العقدان المتهبة يشاهد فيها خراجات عديدة ثلاث بالقيح وتشترك هذه الخراجات مع بعضها بواسطة انايب رقيقة ومن هنالك تشترك مع النواصير المفتوحة في سطح الجلد . واما النسيج البارانكياوي الذي يحيط الخراج فيحصل فيه استئصال ونزيف حيث يصبح رخو القوام مربع الفتحة . واما الفحص المجهرى فيظهر التحولات الالية : احتقان وترشحات حجروية في النسيج البارانكياوي للعقدات وبكثيرة وجود خلايا Plasmazellen البلاسما سلان . ومن النادر وجود خلايا جيرة geant cell . ويشاهد التهاب الاوعية الدموية الداخلى - enda-tritis وسدادة دمويه ثم انشقاق الاوعية ونزوف في بارانكيا العقد الالتهابية .

اسباب المرض

كثير من المؤلفين كانوا يزعمون حصول التهاب العقد المغنبية الالتهابية الى بعض الامراض الالتهابية كاللاريا وداء الافرنج والطاعون والتدرن وبعض الالتهابات المعدية المعائية ولكن ظهر من التدقيقات الاخيرة ان لا يدخل لجميع هذه الامراض

في حصول التهاب العقدات الدرنية الالتهابية . ولكن لم يتمكن احد من كشف السبب الاصلى للمرض . كشف بعض المؤلفين في جوار الخراجات وفي الخلايا الالتهابية بعض الاجسام الغريبة الشكل سموها (الاجسام القرومانيتية) Cromatic bodies فالبعض منهم يظن ان هذه الاجسام هي طفيليات تولد المرض ولكن الفحص المجهرى وزرع القيح اظهر عدم وجود الجراثيم المرضية في الخراجات وفي النسيج الملتصق . واما التلقيح في الحيوانات فيمكن ان يولد المرض في بعض انواع التردد فقط . واحسن طريقة للتلقيح هو قصب القرود . حيث يظهر انتفاخ في العقد الالتهابية المغنبية بعد مرور ٢٠ - ٣٠ يوما . ولكن لا يحصل تقيح ويزول الانتفاخ بعد مرور ٣ - ٤ اشهر .

اعراض المرض

يبدأ المرض بانتفاخ في الناحية المغنبية وفي اغلب الحالات يقي هذا كعرض وحيد لمدة طويلة . ولكن بعقب ذلك الانتفاخ ترفع قابل في الحرارة فيحصل احمرار في الناحية المغنبية وتصبح العقدات المتهبة موجعة بالمتى واما في حالة السكون فيزول الالم . وفي الاحوال الاعتيادية تزول الحرارة بعد بضعة ايام .

العقدات المتهبة لها قوام صلب كالخشب وهي ملتصقة بالانسجة المجاورة التصاقا شديدا . وهذه العقدات المتهبة تشل الناحية المغنبية والناحية الفخذية وفي بعض الاحيان تسرى الى الناحية الحرقفية . ولكن العقدات الحرقفية لا تصل الى دور التقيح بل تنفخ فقط .

يمكن تحريك الجلد فوق العقدات المتهبة في الدور

الاول ولكن بعد تقدم المرض تلتصق العقدات بالجلد وحينئذ يمكننا ان نحكم بحدوث التقيح فاذا جست العقدات في ذلك الدور يمكن كشف تابين وتوج سيف وسط كتلة متصلة شنيعة . وبعد مرور بضعة ايام على هذه الحالة ينتفخ الجلد ويخرج منه القيح فيتكون هناك ناصور قيحي . ويمرور الايام وتقدم المرض تتكون نواصير جديدة ويخرج من كل ناصور بضع قطرات من قيح ثخين . ولكن لا تتجد تلك الخراجات الصغيرة ابدا كما في التهاب العقدات الدرنية .

من الممكن زوال التهاب العقدات المغنبية الالتهابية بعد مرور اشهر عديدة ولكن في الاحوال الاعتيادية لا يزول من تلقاء نفسه بل يكون عدة نواصير وبسبب تقيحا والتهابا والتصاقات واسعة .

من خواص الناصور القيحي لالتهاب العقدات الالتهابية هو عدم تغير الجلد الذي يحيط بالناصور ومحافظة على الشكل واللون الطبيعي . واما مقدار القيح الذي يظهر من النواصير فهو قليل للغاية ولا يتجاوز بضع قطرات في ٢٤ ساعة وتنتحر هذه الحالة لمدة بضعة اشهر او عدة سنين يزول المرض اعماله في اثنائها ولا يشعر سوى بضعف قليل وهبوط في قواه العمومية

تشخيص المرض

يصعب تشخيص المرض في البلاد التي يتدر فيها وجوده وذلك لقلّة مشاهدة الاطباء له ولانتماسه خاصة بتدرن العقدات الالتهابية المغنبية ولكن يوجد فرق عظيم بين تدرن العقدات الالتهابية المغنبية والتهاب العقدات

الالتهابية يختلف حسب دور المرض . ففي الدور الاولي اي قبل حصول التقيح والتليح بين تكون العقدات المتدرة مستقلة عن بعضها وغير ملتصقة بالانسجة المحيطة حيث يمكن تحريكها بسهولة واما في التهاب العقدات المغنبية الالتهابية فتكون العقدات متشبكة ببعضها ملتصقة بالانسجة المجاورة التصاقا شديدا بحيث يصعب تحريكها . واما في دور التقيح فيكسب الجلد الذي يحيط بالناصور اوصافا خاصة بالتدرن حيث يكون الجلد ذا لون سنجاني و يصبح رقيقا للغاية . واما في التهاب الالتهابي فلا يشهد اوصاف الجلد واما النواصير ففي التدرن تكون قليلة العدد كبيرة الحجم يخرج منها قيح اوجبن ابيض واما في التهاب الالتهابي فالنواصير كثيرة العدد رقيقة الحجم ويخرج منها قيح سنجاني اللون قليلة المقدار بحيث لا يتجاوز البضع قطرات في ٢٤ ساعة واما الاحوال العمومية ففي التدرن لها شكلا الخاص ويمكن كشف محار بق درنية في سائر الاعضاء واما في التهاب الالتهابي فلا يشهد حالة المرض العمومية كثيرا

من السهل تفريق التهاب العقد المغنبية الالتهابي عن ضخامة العقدات المغنبية التي تحصل من الامراض الاخرى كداء الافرنج والقرحة اللينة والطاعون مثلا ومن الاوصاف الخاصة بضخامة وتقيح العقدات المغنبية في التهاب الالتهابي ولوجود اعراض موضعية وعمومية اساسية في الامراض الاخرى كعامل واسرمان والقرحة في داء الافرنج والقروح الخاصة في القرحة اللينة والاعراض العمومية الشديدة في الطاعون .

الانذار

الانذار سليم نظرا لحياة المريض ولكن يندر حصول الشفاء الدائم ويمكن حصول الشفاء باستئصال العقيدات المتهبة فقط

المعالجة

بدعي (راووت Ravaut) بانه استفاد من استعمال محلول لوغول مع الامين وامائه، هيلي Emily فاستعمل مخلوط اليودوفورم وقسيلول - وزيت البارفين والبعض يوصون باستعمال اشعة (X) . ولكن في الحقيقة لانجح من جميع الوسائط والادوية سوى العمليات الاساسية . فلا يكفي فتح الخراج وحرف جدرانه فقط . والطريقة هذه ليست مشهورة والعمليات التي يجب اجراؤها هي

استئصال العقيدات المتهبة باجمعها Peradenectomy يمكن اجراء العملية في الدور الاولي بالخدر الموضعي فقط ولكن بعد التفتيح لا يكفي ذلك ويجب استعمال الخدر العمومي بسبب صعوبة العملية الناشئة عن الالتصاقات . يجب سذخ العقد من الانسجة العميقة بدقة واعتناء عظيمين لان في أكثر الحالات تكون العقيدات ملتصقة بالاووية الفخذية التصاقا شديدا بعد استئصال العقيدات وخياطة الجلد يجب وضع انبوب لتفجير الافرازات المتفاوتة التي يكثر حصولها بعد العملية ويجب الاعتناء باستئصال العقيدات المتهبة باجمعها . فترك قطعة صغيرة يكفي الي بقاء المرض واستمرار السيلان القبيح

اصابات التراخوما

بالنظر الى احصاء مرضى المستشفى الملكي في بغداد

لسنة ١٩٢٦

الدكتور عبد الرحمن المقيد

ان مجموع المرضى الذين دخلوا في جميع فروع المستشفى في عام ١٩٢٦ كان (٣٩٦٢٧) وان المصابين بامراض العيون كانوا (١٠٠١٦) مريضا . وهذا ما يربو على الربع من جميع المرضى . هذا فضلا عن المرضى القديمين الذين يعالجون بومبايندا كرهم القديمو يبلغ عددهم (٧١٧١٥) مريضا . وهم يراجهون دائرتي الامراض العينية والزهرية فقط . واما دائرة العيادة الخارجية فليس عندها مرضى من هذا القبيل ، بل هي تعالج الذين يحملون نذاكر جديدة وقد درجنا مجموع الذين يراجعونها في ضمن المجموع العام الانف الذكر ومن مجموع مرضى العيون الجدد كان (٦٦٢٩) مريضا مصابا بمرض التراخوم . وهو ما يعادل نسبة (٢٦ ر ٦٦) في المائة من المرضى . وكان من المصابين بالتراخوم (٨٦٧) مريضا قد التجاوا اليتاومهم في دور المرض الحاد

واما ما بقي وهو (٥٧٦٢) مريضا اي (٨٦) في المائة فكانوا قد راجعونا وهم في الدور الزمن . وهذا التفاوت واليون الشاسع بين العددين ليس ناشئا عن كون الاشكال الزمنة للتراخوم هي بطبيعة الحال و بصورة عمومية اكثر حدوثا من الاشكال الحادة فحسب بل ان السبب الاصل المهم هو اهمال اغلب المرضى وعدم استراحتهم في استشارة الطبيب وهم في الدرر الحاد ومراجعتهم في ادوار المرض المتأخرة لاجل تطيب ومعالجة عواقب وتخريبات ما انتجه المرض والرمد في عيونهم ليس الا .

واما العمى بين مجموع مرضى العيون السنوي فقد وجد منه (٥٢١) اصابة بالعمى الجزئي (وهو الذي تناقص فيه البصر لحد الاستطاعة على عد الاصابع من مسافة متر واحد فقط ، والذي يضطر صاحبه للالتكأ بالمصا او المكاز عند المشي) ، و (١٦٦) اصابة بالعمى الكلي (وهو الذي تضاعل البصر فيه لحد الاستطاعة على عدا الاصابع من بعد ربع متره فقط ، والذي يضطر صاحبه للاستعانة بغيره عند المشي والمسير) و يبلغ مجموع النوعين (٦٨٧) وتكون النسبة بالنظر اعموم مرضى العيون (٩٨٨) في المائة . ومن مجموع العمى (٦٨٧) اصابة اي (٥٤ ر ٦٩) في المائة من العميان اي اكثر من الثلثين عائد لمرض التراخوم والبقية اي (٣٠١) يخص المرضى الذين هم غير مصابين بالتراخوم ، وتكون النسبة اقل من الثلث وموافقة الى (٣٠ ر ٣٠) بالمائة . ومعظم هؤلاء عائدون للغلوقوم ، وللساد الشبخوخي . ثم كثير من المصابين بالغلوقوم كانوا قد راجعونا في ادوار المرض المتفرقة

زاعمين بانهم مصابون بالساد (الماء الابيض) ، وهم يتظنون ان يقل نظرهم لدرجة عد الاصابع من قرب انوفهم (كما هي القاعدة في الساد الشبخوخي) وهو ما يربو رجوع بصرهم على ما كان عليه سابقا باجراء العملية المخصوصة . والسبب لذلك هو لانهم لم يراجعوا طبيبا اخصائيا في العيون لتشخيص مرضهم وتحقيق ما اذا كانوا مصابين بمرض الغلوقوم او بمرض الساد الشبخوخي . وهذه مسئلة في غاية من الاهمية والخطورة حيث في الاوول يجب المداخلة بالسرع ما يمكن لتوقيف سير وتقدم المرض ، ولتخفيف آلامه واضرارها على العين والبصر . واما في الثاني فبالعكس يلزم التريث والتأمل لحين تكامل الساد وانصلا جميع اقسام الجسم البلوري ، ليسهل اخراجه بالتام ، بدون ان يتروك بقايا يصعب ويتعسر خروجها ، وتقلب وتتحول الى الساد التالي

اذا لو ازيل السبب الانف الذكر وهو عدم تشخيص الغلوقوم لكان من المحقق ان ينخفض عدد العمى الناتج من الغلوقوم بكثير عن ما هو الان . واذا اعتبرنا ان الساد الشبخوخي يشفى بالعملية وطرحناه من ضمن العميان لاصبحت نسبة العميان العائدين لغير التراخوم زهيدة وقليلة جدا بدل ان كانت بنسبة (٣٠ ر ٤٠) بالمائة .

واذا دققنا وتمعنا النظر في هذا الاحصاء السنوي لوجدنا ان المرضى معظمهم والعميان جلهم عائدون لمرض التراخوم . وبما هو جدير بالحمد وجانب الفرح والمرور ان ابتداء شديدا فهم اصابت قليلة للغاية من امراض طبقات المقلة الداخلية (كالتلآبات القرنية والهدبية والشبكية