

الحوض هنا يساعد على الاجتناب من عملية محفوفة بالمخاطر الاكيدة .

الكليّة المتدرة - في هذه الحالة يمكن جمع البول بالقسطرة الحالبية من كل من الكليتين على حدة وتعيين أي منهما قد نالتها الإصابة - فتصوير الحوض هنا يرتبطا تجويفا في قشر الكلي يظهر وكأنه ظلا من كاس قد اتسع اتساعا ملونا

التجمّات الكليّة والحوض (بيه لونفر ريس) * يرتبطا تصوير الحوض هنا تحديا في الكؤوس بدون تمدد الحوض او اتساعه .

استسقاء الكلي (هيدرونفروزيس) - اذا كان ناجما عن التواء الحالب او وجود الحجر فيه فهو يشخص حينما يظهر بتصوير الحوض تمدد في الحوض والكؤوس وفي الحالات الشديدة يكون ذلك مصحوبا بقرقة شديدة في اقسام الكلي الصلبة .

الاورام البطنية وتشخيصها

الدكتور هاشم الوزري

كثيرا ما ياتي المر يض بشكوى ورم في بطنه وتكاد تكون هذه الاورام اكثر الال التي تسوق ابتداء الشعب من انحاء القطر الى المستشفى الملكي في العاصمة او الى محلات عبادات الاطباء في المدينة واعني بالاورام جميع الافات التي تغير شكل البطن الطبيعي وتذكر بالنظر المجرد او بالبحث الطبيعي واكثر هذه الاورام وكثرة الصوبات

التي تمرض احيانا وضع التشخيص فقد استعسنت ان افصح عام المجلة الثالث بهذا البحث الذي سوف اذكر فيه للقارئ انواع الاورام التي تكون في البطن وكيفية تمييزها عن بعضها وبذلك اعتقد اني سوف اقدم لزملائنا الاطباء خدمة لها من الفائدة ما يبرر صرف بضع دقائق من الزمن لتلاوة هذه السطور . نأقول :

يجب عند بحث البطن اولا التأكد من ان الانتفاخ الموجود ليس ورما كاذبا اذ ان من الممكن ان تدرك اليد ورما في البطن وهو في الحقيقة ليس الا الشران الاوورطي او مواد غائطة متراكمة او رأس البشكر يابس او مجموعة

من الديدان والى غير ذلك من الاورام الكاذبة التي تضل الباحث في التشخيص وفعلا ان رأس البشكر يابس في ضامري البطن يظهر في بعض الاحيان وكأنه ورم البواب ولا يصعب التمييز بين الحالتين : فاذا كانت الورم هو رأس البشكر يابس فانه يتلاشى عند امتلاء المعدة اما اذا كان في البواب فهو في حالة امتلاء المعدة يقرب من جدار البطن وفي جميع الحالات التي يتسرف فيها تشخيص اورام البطن يجب عمل التنقية بالمسهلات قبل اجراء الفحص . وتشاهد الاورام الكاذبة الناشئة عن اجتماع عدد من الديدان في الامعاء لاسيما في هذا القطر وما يماثله من الاقطار الحارة التي بكثرتها وجود الديدان المعائية الاسطوانية وقد تؤدي جماعات الديدان احيانا الى انسداد الامعاء به غامثال هذه الحالات تشخص جيدا وبصورة قاطعة بفحص الغائط مجهريا

والرحم المحمول هو ورم لا يجب ابدا الدهول عنه فيجب في هذه الحالة اجراء فحص المهب والبطن معا وفي الحالات المشكوك فيها بنبض النظر الى الثديين وما يؤيد التشخيص انقطاع الطمث والغثيات في الصباح وزوال الالوان من المنهبل ولا يبقى شك في وجود الحمل اذا ادركت حركات الجنين او ضربات قلبه

ومن الاحوال المرضية التي تفضي الى ورم البطن بكثرة

في هذه البلاهي ضخامة الكبد والطحال ولما كانت الضخامة في هذين العضوين من اشهر الامراض التي تصادفها يوما في حياتنا الطبية فقد وجب افرا بحث مستفيض لها بعد قليل

اذا كان ورم البطن متحركا يجب البحث عن جذره وعن منشئه واصله واذا كان ذلك غير ممكن فحركة الى كل جهة واشرف في جدار البطن قطعة الدائرة التي يرسمها . وهذه الوسيلة يمكن الحكم في ان مركز تلك الدائرة هو اذن عضو من اعضاء البطن ومثلا الحوصلة المرارية . وفي الحالة الاعتيادية يوجد قعر الحوصلة المرارية عميقا في انخفاض سطحي مثلث واقع في جدار البطن بين الحافة الجانبية للعضلة المستقيمة وغضروف الضلع التاسع والورم في الحوصلة يرسم قطعة من الدائرة يتجه انحناءها الى اسفل في حين ان انحناءها في الكبس المبيض متجه الى اعلى .

والاورام البوابية تتحرك الى كل جهة وجميع الاورام البطنية التي تتحرك كثيرا تشير الى كونها ناشئة من الامعاء الدقيقة او المساريقة او البربطون . وقد يتولد من الاكتينوميكوز ورم يكون احيانا متحركا في الناحية اللفافقية الاعوربة وهو بخلاف السرطان لا يولد الانسداد الانفي قل وتندر . ولا يجب ان يغرب عن البال ان الكلي في بعض الاحيان تغير موضعها بسبب ولادي فتذكر كالورم في تجويف البطن

وتدرك اليد اورام البلهارزيا بالجلس في الاحوال التي قد تقدم فيها المرض كثيرا وهذه الاورام توجد على مسير

السبن الحرقى والمستقيم اوفى المشانة بسبب شخانة جذرها واذا وجد في ذات الوقت سقوط في المعى المستقيم كان ذلك مشيرا الى امراض البلهارزيا (الشيستوزوميازيس) واذا كان المريض مقبلا في المناطق التي يستوطن فيها هذا المرض يجب البحث عن بويضات البلهارزيا في الغائط والبول

والاورام العظيمة الحجم التي تشغل قسما كبيرا من البطن هي في الغالب حوضية المنشأ واذا كانت ذات صلابة شديدة فمن المحتمل ان تكون من اورام (الفيبروميوم) في الرحم او تكون نادرا من اورام المبيض (فيبروساركوما) وفي هذه الاحوال يقضى بحث الرحم من الطريق التناسلى والاورام الكبيرة في الاطفال تكون غالبا من نوع الساركوما او اورام الكلى المختلطة

واذا كان الورم كبيرا وغير منظم الملمس دل على كونه مبيض المنشأ والورم الذي يمكن تحديده من اعلى هو ورم المبيض والذي يمكن تحديده من اقسامه السفلى هو ورم الكلى (هيدرونفروز) واذا كان الورم هيدرونفروزا فمن الممكن ان يذكر لنا المريض انه كان قد اصيب بمغص كلوي اعقبه بول غزير والبحث بالاشعة بفصل في كون الورم ناشئا عن الحصى او غيرها والمعاينة بالمنظار المتافى تربنا ان البول قد انقطع من الحالب في الجهة التي قد اصبحت فيها الكلية . والاورام المبيضية تنمو من اسفل وهي لا تورث الالم الا اذا التوت حول جذرها وفي حالات الكيس الديداني يجب عمل تفاعل فاينبرج

فهو كثيرا ما يهديننا الى التشخيص وعند البحث بالاشعة يشاهد ظل الكيس الديداني وهو مفروق تماما عما حوله وله حدود واضحة كل الوضوح وليس من النادر حدوث القيلة المائية (هيدروسيل) البطنية وهي اذا حدثت فانها عملا قسا كبيرا من البطن وبتقدير احتمائنا كشف الاتصال الموجود بينها وبين اخرى مثلها توجد في الصنن في ذات الوقت

واحيانا تتكون الاورام الكيسية في البطن بسبب تكيس الالتهاب الدرني في البربطون

وفي جميع الاحوال المشكوكه التي لم يعلم فيها منشأ الورم فمن المفيد جدا نفخ الامعاء من اسفل وفي هذه الحالة يشاهد ان الورم الكوي موضوع في اعلى البطنية البطنية ووحشها واما الورم المبيض فيكون في اسفل هذه البطنية وانسجها

الاورام الخبيثة - يجب الاشتباه في وجود الاورام الخبيثة كلما كان الورم سريع النمو مصحوبا بهزال مبكر سريع مع وجود سائل سائب في تجويف البطن ونموه المتوالي الجديده وضخامة العقدات فوق الترقوة في الجهة اليسرى من العنق واذا كان السائل السائب في تجويف البطن مسبوقا باعراض بربطونية كان باعشا للاشتباه في وجود ورم مسانوى في المبيض

القدرن - لا يجوز ابداهامال معاينة ظهر المريض وخاصة عموده الفقري اذا ان كثيرا من الاورام البطنية هي في الحقيقة خراجات ناشئة من العظم . واذا وجد ناصور في انسرة متصل بكثرة موجودة في البطن فمن المحتمل ان

التاسع وفي انتصاب البدن يكون محوره الطويل قائما في اغلب الاحيان وخاصة في كهول النساء .

جنس الطحال - ينبغي لجس الطحال ان يكون المريض منبسطا على ظهره على ان يكون رأسه مرتفعا على مسادة وركبتيه منسحبة الى اعلى ويجب ان يكون مسترخيا لتسنى بذلك الحصول على ارتخاء العضلات . يقف الفاحص الى جهة المريض اليمنى ويمر يده اليسرى من خلف جسم المريض ويضغط بها بلطف على القسم الخلقى للاضلاع اليسرى ثم يضع يده اليمنى مبسوطة على جدار البطان ويحاول البحث عن حافة الطحال عندما تنزل اثناء الشهيق وعندما يحاول البحث بهذه الصورة يجب ان يكون الضغط الذي يجريه خفيفا وبحسن ارشاد المريض بان يتنفس عميقا ومنتظما من الفم بعد فمه جيدا واذا لم تدرك الحافة بهذه الصورة يجب تبديل موضع اليد اليمنى تدريجيا الى اسفل على جدار البطن اذ ان من الممكن اغفال الضخامة في الطحال عند وضع اليد تحت الاضلاع مباشرة والاكتفاء بهذا فقط .

اذا اصيب الطحال بالضخامة فانه ينزل من تحت القوس الضلعي الايسر ويصير ملامسا لجدار البطن مباشرة وينخفض اثناء الشهيق وله سطح أملس وفلول في حافته العليا والباطنة والورم الناشئ عن ضخامة الطحال ذو اصمية بالقرع تمتد الى خلف وعلى نحو الابط في اتجاه القوس الضلعي التاسع والعاشر واخيرا ينتهي بنقطة عالية جدا .

واذا بلغ الطحال حجما كبيرا جدا فانه يملأ تجويف البطن

يكون هناك ندرن والالتهابات الدرنية في البربطون اذا كانت مصحوبة بمقدار وافر من الحين فانها تشير الى وجود التشمع في الكبد او انها تحدث اوراما يختلف حجمها وموضعها وما يدل دلالة قوية على وجود التدرن البطني وجود كتلة كالمجبن مؤلمة بالجنس تظهر فوقها بالقرع نارة اصمية وتارة طبليية تبدل من يوم الى اخر والمريض يكون في هذه الحالة نحيفا فقير الدم وحالته الصحية سيئة جدا وبصا بعادة بالغثيان والقبض ومع ذلك فقد يصاب بالاسهال المدسم اذا وجدت قروح في الامعاء . والحى ترتفع في الحالات الحادة ولكنها تكون معدومة او غير منتظمة في الحالات المزمنة .

ويجب تحليل البول في جميع الحالات المشكوكه لان هذا التحليل يساعد على معرفة العضو الذي قد اخلت وظائفه . وكذلك فان معاينة الدم تفيد في تشخيص الامراض الديدانية وتعين على اثبات وجود التجميع . ولا يجوز عمل البزل الاستقصائي على جدر البطن اذا كان الورم مشكوكا الاصل لان ذلك مما يسبب خطرا انتشار النثانة فضلا عن كونه قبل الفائدة لاجل التشخيص .

ضخامة الطحال

يوجد الطحال في الجهة الخلفية للقسم العلوي والايسر من تجويف البطن ويوجد قسم منه في الناحية الشرسوفية وان معظمه موضوع في المراق الايسر ومحوره الطويل في حالة الاضطجاع يوافق في اتجاهه القسم الخلقى للضلغ

ويظهر للباحث وكأنه حزين وفي هذه الحالة يدهش أحيانا في الحوض و يفقد حركته التابعة لحركات التنفس . ولا يجب ان ننسى ان الطحال القابل للجس يجوز ان يكون قد انتقل من موضعه لسبب الضغط الواقع عليه من نمو نف الصدر ولذلك يجب على كل حال بحث الصدر المنهق من وجود انصباب صديدي او مائي او ورم في الصدر .

الاورام التي تتظاهر بمظهر الضخامة في الطحال - اذا استثنينا الاورام الكبيرة جدا وجدنا ان جميع اورام الكلية اليسرى والغدة التي فوقها تكون مغطاة بالمعدة او المعدة والقولون ولذلك نجد القرع عليها طبليا بدرجة مختلفة . واذا بلغت الضخامة في الكلى حدا كبيرا فهي تملأ الحاصرة وتترك بين اليدين وكانها ورم قوي صلب والبول الدموي والصديدي او البول الزلالي هو من الاعراض التي تبهرن على ان الورم ناشئ من الكلى .

واورام التبكر باس كثيرا ما تكون على الخط المتوسط وتوجد امامها المعدة وقد يوجد في التبكر ياس كبس كبير يدفع المعدة من امامه ويظهر تحت جدار البطن وكأنه الطحال الا ان هذا الكبس يتميز عن الطحال الضخم بعدم احتوائه على الحز الذي هو من مميزات الطحال .

وان كبس المبيض اذا كان عظيم الحجم فهو يلتبس بالطحال واكن الاول قلما يرتفع بحيث يلامس الحافة الضامية ولا يتحد الى اسفل عند الشيق ولبس له حوافي معينة ولا يحتوي على الحز المعروف وجوده في الطحال واذا فحص الكبس بواسطة اليدين يتضح ان الرحم وعمقه قد اندمجا الى اعلى تبعا للكيس .

الضخامة المزمنة في الطحال

تشاهد الضخامة العظيمة في الامراض التالية :

(١) اللوكيميا الطحالية النخاعية

Spenomedullary Leukaemia

(٢) اللوكيميا اللمفاوية

Lymphatic leukaemia

(٣) اللوكيميا المختلطة

Mixed Leukaemia

(٤) الملاريا المزمنة

Chronic malaria

(٥) الليفانوز الاحشائي

Visceral Leishmaniasis

(٦) فقر الدموى الطحالي

Splenic anaemia

(٧) الضخامة الطحالية المصرية

Egyptian splenomegaly

(٨) اللوكيميا المكاذبة الطفولية

Pseudo-leukaemia infantum

Splenomegalic polycythaemia (٩)

(١٠) الأنيكلوستوميازيس (نادر)

(١١) الشيتو زوميازيس (نادر)

وتشاهد الضخامة المعتدلة في الاحوال الآتية :

(١) جميع الحالات السابقة الذكر في ادوارها الاولى .

(٢) فقر الدموى الخبيث (كثيرا ما يكون الطحال ضارفا في هذه الحالة بدلا في ان يكون ضخما

(٣) الليفادينوما

Lymphadenoma

(٤) تشمع الكبد

(٥) الامراض الشحمية

Lardaceous disease (٦) الكساح

Rickets

(٧) السفلى الولادى

(٨) التريانا زوميازيس

(٩) الحمى الماطية Undulant Fever

ينبغي في الدرجة الاولى فحص الدم في جميع الحالات التي ذكرناها آنفا لنفي وجود الامراض الدموية الاولى .

اللوكيميا النخاعية Myeloid Leukaemia

او Splenomedullary leukaemia - يصبح

فيها الدم سريع التدفق عند الوخز . واذا نشر على صفيحة

من الزجاج يرى شحمى اللون وذلك ناشئ عن احتوائه

على عدد كبير من اللوكوسيت ولا يقل عدد الكريات الحمراء

في الدم في ادوار المرض الاولى ولكنه يهبط كلما تقدم المرض

الى ان يصبح عدد هذه الكريات ما بين ١٠٠٠ في كل سنتيمتر

مكعب من الدم . وبقل مقدار الميخوغلويين ويزداد عدد

اللوكوسيت الى ان يبلغ ٢٠٠ الف في كل سنتيمتر مكعب

من الدم وهذا لا يوجد في اية حالة اخرى من الحالات المرضية .

وان تلوين الدم يساعد على تشخيص المرض مساعدة كلية اذ انه

يرينا وجود عدد كبير من الميولوسيت Myelocytes

ولهذه الخلايا اعظم نسبة مئوية في احصاء جميع انواع

اللوكوسيت وهي عادة اكبر الخلايا اللوكوسيتية

الموجودة ومنها ما هو (نوتروفيل) وما هو انوزيتوفيل -

Eosinophil وفي ادوار المرض المتأخر يوجد في الدم

نوع الخلايا المعروف باسم الميهلوبلاست myeloblast

وهي خلية ذات نواة كبيرة بالنسبة لها ثلاث اواربع نويات

وفيه اسيتوبلازم تملون بشدة بالاصباغ القاعدية ويزداد عدد

اللوكوسيت الانوزيتوفيل والبازوفيل في حين ان النسبة

والانفوسيت ولكن قلما يوجد من الانوزيتوفيل والبازوفيل

المئوية للخلايا الكثيرة الاشكال والنفوسيت تقل جدا .

وتوجد بكثرة الكريات الحمراء ذات النواة واسمها

النورمابلاست وفي الحقيقة انها في هذا المرض اكثر

مصادفة من اي مرض اخر .

اللوكيميا اللمفاوية Lymphatic Leukaemia

يظهر الدم في هذا المرض شاميا الماء نوعا ما وقد تناقص فيه عدد

الكريات الحمراء وقدر الميخوغلويين . وهناك نوع من

اللوكوسيتوز غير واضح كما هو في اللوكيميا الميهلوبلاستية

يتراوح عادة بين ٢٠ الف و ٦٠ الف في السنتيمتر المكعب

والخلايا الغالبة هي الانفوسيت من النوع الصغير . وبقل عدد

اللوكوسيتات الكثيرة الشكل والانوزيتوفيل . ونوجد صدفة

الميهلوبلاست النوتروفيلية وهناك عدد من النورموبلاست

يكثر وجوده في النوع الحاد من المرض ولكنه لا يبلغ

ابدا الحد الذي يبلغه في اللوكيميا الميهلوبلاستية .

اللوكيميا المختلطة Mixed Leukaemia ويظهر فيها

الدم باوصاف متوسطة بين النوعين الانفي الذكر وربما كانت

هذه الحالة دالة على انتقال اللوكيميا من الطور الاول

الى الثاني .

اللوكيميا Leukaemia . وهي في الحقيقة دور من

ادوار اللوكيميا يقل فيها مقدار الكريات الحمراء

وربما هبط الى مليون في السنتيمتر المكعب ولا

يوجد تحول كبير في عدد اللوكوسيتات عما هو في الحالة

الاعتيادية وانما يوجد في بعض الحالات تناقص فيها

(Leucopenia) وكثير عدد الميهلوبلاست

والانفوسيت ولكن قلما يوجد من الانوزيتوفيل والبازوفيل

والانفوسيت ولكن قلما يوجد من الانوزيتوفيل والبازوفيل

والانفوسيت ولكن قلما يوجد من الانوزيتوفيل والبازوفيل

يشاهد في الحمي تحولات تترك في مذكرة الحرارة منظرًا مماثلًا لما هو في الحمي البارافيتويدية الراجعة

الكوروز Chlorosis . فيه يكون الدم باهت اللون سيالًا جادًا وسريع التخثر وان عدد الكريات الحمراء يبقى في حالته الاعتيادية وقد يزداد أو يقل وأما نسبة الهيموغلوبين المئوية فهي منخفضة والدلالة اللونية واضحة جدًا . وكثيرًا ما توجد الميكروسيت وقد سجل وجر دال Poikilo-cytosis وان الخلايا تكون عادة باهتة اللون وقد توجد الخلايا ذات النواة في الحالات الخطرة واللوكوسيت هو في الحالة الاعتيادية ومع ذلك فقد يقل عدده مع تناقص في البوليمورف وتزايد في اللنفوسيت . المرض ينتاب الجنس الموث بين سن البلوغ وسن الثلاثين ولا يوجد الهزال في الجسم ولا يوجد أي عرض يدل على تغيير عضوي . و يوجد في القلب نفخ غير عضوي والقبض موجود وليس هناك بول زلال ناشئ عن الكوروز ويجب ان تذكر جيداً ان الانكيلوستوميازيس والشيسوزومازيس كلاهما يولدان ضخامة عظيمة في الطحال وقد توجد الحمي في كلا الحالتين . وبصاب الطحال والكبد بالضخامة العظيمة في حادثات الليشمانيا الاحشائية وعندئذ يصاب الجسم بفقر دموي وتأخذه حمى ويعرؤه الهزال والاسهال .

والخلاصة اذا وجدت الضامة في الطحال وثبت عدم وجود الامراض الدموية أو عجز البحث عن العثور على براهين تدل على وجود الملاريا أو السيستوزومازيس أو الانكيلوستوميازيس أو الحمي المالطية أو السفلس أو

التقيح - فيجب حينئذ التفكير في مسألة الليشمانيازيس الاحشائي أو بعبارة أخرى (الكالاآزار) ففي هذا المرض قد يبلغ الطحال درجة قصوي من الضخامة وأما الكبد ففي اغلب الاحيان يزداد حجماً وبما يقوى الشبهة في وجود هذا المرض وجود اللوكوبينيا Leucopenia وترفع بومي مضاعف في الحرارة وفشل الكبد في المعالجة . وفي هذه الحالة يجب عمل البزل في الكبد واذا لم ينفع هذا في التشخيص ينبغي تكراره في الطحال وفحص العصارة التي تخرج بمحقنة البزل بعد تلويئها بطريقة « حمزة » وفي هذه العصارة توجد عادة جراثيم الليشمانيا

ضخامة الكبد

يمكن ادراك الحافة السفلى للكبد الطبيعي عند نزولها اثناء الشهيق العميق . تمتد اصمية الكبد غالباً الى المفصل الخنجرى القصي والى القسم العلوي للمسافة بين الضامة الخامسة على الخط الثديي ، والى المسافة السابعة على الخط الابطي المتوسط والى المسافة التاسعة على خط زاوية الكتف ولا يكون خط الاصمية اقياً الا في الكبد الضخم والحافة السفلى للكبد الطبيعي توافق تقريباً ما كشفه « كانتلي » الحافة السفلى للبد البطني اذا وضعت مبسوطة على الصدر بحيث تكون الحافة الكبدية للبدية متوازية مع المفصل الخنجرى القصي على ان تكون الحافة العليا للبد موضوعة اقياً فالخط الذي يرميه الحافة السفلى للبد وهي موضوعة على هذه الصورة يشير الى حدود الكبد السفلى والاصمية بالقرع اذا لم تنزل الى هذا الخط كان ذلك دليلاً على تناقص حجم الكبد واذا نزلت الاصمية الى اسفل ذلك

الخط دل ذلك على تزايد حجم الكبد . وتعيين حدود الكبد السفلى بهذه الطريقة هي اقرب الى الحقيقة من تعيينها بأي طريقة مبنية على خطوط فرضية يمر من اطراف الفضار يف الصامية تلك الخطوط التي لا يمكن معرفتها عملياً .

وكان كانتلي قد لفت ابصاره الى ان الكبد اغما هو في الحقيقة عضوان وقد اظهر :

١ - ان حقن شعبي ور بد الباب البطني والبصري بادنين مختلفي اللون قد يبرهن على ان هناك منطقتين منفصلتين بخط يمتد من منتصف الانطباع الموافق للحوصلة المرارية الى تلم الور بد الاجرف السفلى وليس في الامكان حقن الايمن من الاسير او بالعكس بالعكس

٢ - اذا قطع الكبد الى قطعتين من الخط المذكور اتفقا وجد ان العضو قد انشطر الى شطرين متساوين وزناً

٣ - ان فروع الشريان الكبدي وور بد الباب والقنوات الكبدية هي متساوية الابعاد في كلا النصفين من الكبد

٤ - ان الفرع اليسر لور بد الباب لا ينقسم فيما يطلق عليه عادة اسم الفص الكبدي اليسر فحسب بل انه ينفرع ايضا في الفصعين الصغيرة والجرى الكبدي من القسم الذي يدعى بالقص الايمن في ضمن الحدود التي يفصلها الخط الموصوف في المادة الاولى .

٥ - فهذه الحقائق التشرحية تشير الى الخط الذي يمكن منه قطع الكبد بدون خشية من النزيف الدموي وتفسر ما يحدث عادة من انحصار الامراض الخبيثة

الضخامة الظاهرية . قد يظهر الكبد وكأنه قد ائسم وذلك بسبب السقوط فيكون المر يض من بلا وتكون الحدود العليا لاصمية الكبد احط مما هي في الحالة الاعتيادية وتسقط كتلة الكبد عادة بسبب انصباب بولرائي مائي او صديدي . او ورم في داخل الصدر

الضخامة الحقيقية . اذا اصيب الكبد بالضخامة فهو ينحدر الى تجويف البطن وتذكر حالته في مستوى احط من مستواه الطبيعي وفي مثل هذه الاحوال لا يشاهد اتساع حدود الاصمية غالباً فاذا اتسعت حدود الاصمية الظاهرية غالباً يجب البحث « ١ » عن سبب في الصدر

٢ خراج تحت الحجاب الحاجز ٣ خراج كبدي

٤ كيس هيداليكي . وعند وجود احد السببين التاليين لا تنفع الاصمية غالباً بصورة متساوية بل انها في اتساعها ترسم منطقة على شكل القبة . والبحث بالاشعة يساعد مساعدة حمة على تمييز هذه الحالة بكل سهولة . ولو ان البحث في بعض الاحيان لا يكشف عن أي ظل محدود ناشئ من الكبد فان ظل الحجاب الحاجز في الجهة البعيدة في مثل تلك الاحوال لابد وان يشاهد في مستوا أعلى من مستواه الطبيعي مع تقييد في مجال الحركات التنفسية واما الاحوال الاخرى التي نستوجب ان يكون الحجاب الحاجز في مستوي ارفع من مستواه الطبيعي فهي :

الحين وانكاش الرئة وتوسع المعدة وتلج الحجاب الحاجز

والجل والاورام البطنية الكبيرة . وقد بقي حركات الحجاب الحاجز مقيدة لمدة طويلة في ذات الرئة بعد زوال التغيرات الموضعية .

ويجب ان نتذكر ان الحركات التنفسية تنتقل الى ابرة نغمه في خراج موضع تحت الحجاب الحاجز وليس الامر كذلك حينما نغمه الابرة في انصباب بلوراني صددي ومن اشهر اسباب ضغامة الكبد في البلاد الحارة هو التهاب الكبد يجب ان يذكره الباحث قبل اي

تاريخ الطب:

قسم هيبيوقراط

الدكتور صائب شوكت

هيبيوقراط نفسه وله اهمية عظيمة من حيث التاريخ الطبي لانه يصف لنا حالة الطب اليوناني في عهد هيبيوقراط ومعاصرة (سقولا بوس Aesculapius) وبين انا المسؤولية الوجدانية والاخلاص التي كانت الاطباء اليونانيون يأخذونها على عاتقهم في ذلك الحين وهو بشكل اساس الاداب الطبية Deontologie Menical التي يراعونها ويحترمها كل طبيب في عصرنا هذا نذكر قبل كل شيء تعريب نس القسم الهيبيوقراطي بحروقه: «اقسم باسم ابوالو الطبيب وباسم سكوولاب باسم ياناس واشهد ذلك على جميع الالهة والالاهات (gods and goddesses) انني اراعي واعمل حسب قابليتي وانتياري العهد الاتي:

«ان احب كل من علمني هذه الصنعة كابي وامى وان

ان نص قسم هيبيوقراط Hippocratic oath هو من ام المؤلفات التي تركها لنا تاريخ الطب .

لقد تالفت في الاسكندرية لجنة من قطا حلال الاطباء في العصر الثالث قبل الميلاد لجمع وتدوين مؤلفات هيبيوقراط العالم الكبير والذي يحق له ان يسمى بجدا لاطباء الكبير . ولقد تمكوا حينئذ من جمع وتدوين ستين كتابا ومسميات هذه المجموعة من الكتب الجسم الهيبيوقراطي Corpus Hypocraticum ولكن بعد ذلك تبين في تدقيق علماء التاريخ الطبي ان اكثر هذه الكتب ليست من مؤلفات هيبيوقراط نفسه . ويقول غر ورنر Gruner ان مؤلفات هيبيوقراط لا تزيد على العشرة

ولكن من المحقق ان القسم او اليمين الهيبيوقراطي هو وضع

اعيش معه بسلام وان اشارك بثروتي اذا اقتضى الحال . وان انظر الى اولاده كاخواني وان اطعمهم هذه الصنعة اذا ارادوا ذلك من دون اجرة وان اعلم اولادي واولاد استاذي وكل من انتسب الى هذه المهنة وانهم بمراعاة قوانينها .

ان اصف الحمية لمرضى حسب اقتداري ومعلوماتي وان لا اعمد لضرر احد . وان لا اعطي احدا سماً قاتلاً وان لا اعلم احدا كيفية التسليم اذا طاب من ذلك . والا اعطي امرأة دواء بسبب الاسقاط . وان احافظ على شرف مهنتي وصنعتي . وان لا اقطع لاجل اخراج حصة المثانة وان تحقق لدي وجودها بل اترك اجراء هذه الصلابة الى الاختصاصين «

«وحينما ادخل بيت المريض ان اعمل فقط ما يجب عمله لمعالجة المريض وان اتجنب عمل السوء في العائلة خاصة حب النساء او الرجال لاجل انسي وطربي اسيا دكان هو لاء ارعبيدا وان اكتم جميع الاسرار التي افق عليها اثناء اجراء صنعتي او خارج صنعتي او في اثناء اشغالي اليومية «

«واذا حافظت على هذا العهد بصدق واخلاص فلا يكن التوفيق خلقي حين اجراء صنعتي ولا كن محترماً من قبل جميع الناس دائماً . واذا خنت صنعتي ونقضت هذا العهد فالصبي عكس ذلك ا انتهى .

بقول بلاطو Plato ان هيبيوقراط هو من اهالي جزيرة كوس Cos وينتسب الى عائلة (Aesclepiads سقولا بيا د) رانه كان يدرس الطب بدون اجرة .

واذا دفعنا القسم الهيبيوقراطي نرى فيه قسمين مهمين الاول يرتب التشكيلات الطبية ووضعيات الاطباء في عهد هيبيوقراط وما كان يحيط بالطبابة من الاسرار والقوامض التي يمنع قسم هيبيوقراط عن كشفها الى غير المتسبين للطب والثاني هو صفحة جميلة من الاداب الطبية . يحتوي على تعهد الطبيب برعاية بعض المسائل الوجدانية حينما يمارس مهنته .

كان الطب في زمن هيبيوقراط صنعة سرية مستقلة . ولا ينتسب الى هذه الجمعية السرية سوى الاطباء واولادهم ومن اقسام عين الاخلاص بمراعاة وتطبيق نصوص القسم الهيبيوقراطي . والقسم الهيبيوقراطي يجبر المتسبين اليه ان يعاونوا بعضهم بعضاً حين ظهور الاحتياج وان يستندوا بعضهم في جميع الحالات . واهم وظيفة يلقيها العهد الهيبيوقراطي على عاتق الاطباء هو تدريس الطب . وكان يدرس الطب بثلاثة شعب مستقلة . الاولى هي قواعد الطب العمومية وتعالف هذه من بعض القواعد الاخلاقية والقواعد السلوكية التي على كل طبيب ان يتحرك بموجبها حين اجراء صنعتيه .

واما الثانية فهي علم الطب المعلى ويدرس هذا بدروس يلقيها الاساتذة الى جنب المرضى . واما الثالثة فهي درس الكتب والمؤلفات الطبية المختلفة .

كان لاولاد اساتذة الطب حق طبيعي في الالتحاق الى زمرة الاطباء السرية

واما الذين لم ليسوا من ابناء الاطباء فيتمسكون من