والساليسيلات قد استعملت للتأثير على متابوليزم السكر

ومع ذلك يوجد صنف من الادوية يصح استعماله في اغلب حالات الديابطس وهي المسهلات . يجب الدوام على تنقية الامعاء جيدا وفي كل يوم . و تستخدم لهذا الغرض المسهلات الملحية . وكذلك يجب اعطاء المقويات العمومية اذ انها مفيدة جدا لاسيما اذا اختلت صحة الجسم

وقبل ان اختم مقالي هذا اودان ابحث قليلا عن النتجة المخيفة التي قد ينتهي اليها الديابطس واعني بها السبات اوالكوما .

يصح اجراء المعالجة بجرعات كبيرة حالما يصاب المريض بهذا العارض ومن المعقول جدا اعطاء ٢٠ او ٣٠ وحدة من الانسولين بدون الانتظار الى تعيين السكر الدموي .

واذا لم تظهر علامة تدل على عودة الشعور الى المصاب يجب بعد ثلاث ساعات اعطاء جرعة اخرى من الانسولين مكونة من ٢٥ وحدة ويجب ان تؤخذ هذه الجرعة مع اوقية من الدكستروز بحالة الانحلال .

ويجب اعطاء الدكستروز شربا او بواسطة قناة الموي

ويجب جمع البول مرة في كل ثلاث ساعات وبواسطة القسطرة اذا اقتضت الضرورة ثم تحليله لمعرفة وجود السكر فيه .

ولابد للبول ان يحتوي على السكر في خلال الثلاث ساعات الاولى بعد استعمال الانسولين واما اذا استمر بقاء السكر في البول من بعد الساعة الثالثة الى السادسة فلاضرر من اعطاء ٢٠ وحدة من الانسولين ومن الخطر اعطاء هذا المقدار اذا لم يوجد في البول سكر فيما بين الساعة الثالثة والسادسة من بعد الجرعة ، مالم يأكل المريض غرامين من السكر عن كل وحدة من الانسولين في وقت واحد .

واذا كانت الحالة دالة على التحسن فلا لزوم لاعطاء الانسولين اكثر من ذلك الا اذا عاد السكر فخرج مع البول.

ويجب اعطاء كباب كبيرة من الماء سواء كان شربا ام حقنا من الانف او الشرج . ويوصي استعمال اوقيتين (اونسين) من زيت الخروع في مبدأ المعالجة لأن حادثات الكوما تكون مصحوبة عادة بالقبض وليس من الكثير اعطاء ١٠ اونسات من الماء مرة في الساعة لمدة ٦ ساعات . وقد ابطل استعمال كربونات الصوديوم منذ الشروع باستعمال الانسولين وقد كان تأثير هذا الملح موضع الشك في كل وقت .

ويجب فحص جسم المصاب بالكوما يوميا بكل دقة للتحقق من وجود اي مرض آخر نحو التهاب الغدة النكفية (باروتيت) والتهاب الاذن الوسطى الحاد او غنغرينا اللسان

واذا نظرنا الى المريض من حيث تحمله للعمليات الجراحية وجب علينا الا نرسله لغرفة العمليات قبل ان نعمل على ارجاع السكر الدموي الى حدوده الطبيعية ولا يجوز استعمال الأثر للتخدير في حالات الديابطس. ويجب اعطاء خمسين غراما من السكر مع ٢٥ وحدة من

الانسولين في وقت واحد قبل العملية بساعتين وذلك لتأمين الحصول على السكر والانسولين في الجسم في مدة العملية .

وسوف يكون من المفيد جدا الحصول على افكار الاعضاء المحترمين في هذ الموضوع الخطير . ومع ذلك اؤمل ان محاضرتي هذه قد اكدت ما للانسولين من التأثير الشديد على انذار الديابطس وبرهنت على ان ليس هناك سبب نفهم منه لماذى لم ينتشر استعمال الانسولين في بغداد بنطاق اوسع مما هو فيه الآن اذا كان استعماله مقرونا بمراقبة دقيقة وتحفظات معقولة .

الديسانتريات

الدكتور هاشم الوتري

قد تقرر اليوم نهائيا ان هنـــاك ثلاثة انواع من الديسانتري تنتسب الى ثلاثة اصناف مختلفة من الطفيليات وهذه الانواع وان كانت تختلف عن بعضها تماما فان الواحد منها لا يتجرد عن صنويه تجردا مطلقا لأنه ربما انضم نوع واحد على آخر فجعل المرض مضاعفا . وفضلا عن ذلك فقد ينضم احد هذه الانواع الثلاثة الى مرض آخر غريب عنه كالملاريا والحمى التيفوئيدية ومن اجل ذلك يجب من الآن فصاعدا ان يفهم من كلمة (ديسانتري) فئة من الاعراض فقط ولا يجب ان يفهم منها مرض خاص قائم بنفسه .

واليك انواع الديسانتري والطفيليات التي تحدثها

١ — البكتيريائي — Bacterial

الديسانتري الباشلسي :

سببه : الباشلوس ديسانتري (شيغا وفلكسنر — Y

٢ — الطفيلي الاولى — Protozoal

آ — الاميبيازيس — الديسانتري الآميبي ، الخراج الكبدي ، الخ .

سببه : الانتهميباهيستوليتيكا

ب — الديسانتري البالانتيديومي

سببه: البالانتيديوم كولى

٢ — الديداني — Helminthic

آ — الديسانتري البلهارزيائي

سببه :الشيستوزوما مانصوني اوجابونيكوم اوهيماتوبيوم

ب — الديسانتري الفرمينوسي

سببه اوزوفاغوستوموم آبيوستوموم

هذه هي انواع الديسانتري ولنذكر الآن شرح تلك الانواع متبدئين بذكر النوع الثاني لأنه هو الشائع في بلادنا .

الديسانتري الاميبي والآميبيازيس

Amoebic Dysentery and Amoebiasis

حده او تعريفه :

الاميبيـــازيس كلمة تطلق للدلالة على العدوى بالطفيلي الاولى (Protozoon) المسمى بالانتهميبا

هيستوليتيكا (Entamœba histolytica) واذا كانت العدوى منحصرة فى القناة المعوية ولم تتعدها احدثت مايسمي بالديسانتري الآميبي (Amoebicdysentery) وهو مرض خداع مخاتل (insidious) عند هجومه (Onset) مزمن فى سيره ويجنح كثيرا الى الانتكاس

مواطنه :

يستوطن الاميبياز جميع المناطق الحارة وما دونها فى الكرة الارضية حيث تكون شدته مختلفة بالنسبة الى اجزاء تلك المنطقة . ويوجد عامله الانتميبا هيستوليتيكا فى بريطانيا العظمى وهو هناك هندي المنشأ ومع ذلك فلم يحدث المرض . ويكثر وجود الطفيلي خاصة فى الهند الصيني وبلاد الصين وفى الفلبين وهو منتشر ايضا فى منتصف افريقيه وشمالها وفى جنوبى الولاية التحدة وامريكا الجنوبية وفى العراق .

اوبئته :

تحدث من الآميبيازيس (امراض الاميب) وقائع شتى فى جميع فصول السنة بدون ان يكون لها موسم تكثر فيه ولا يعلم احد الى الآن ان المرض قد احدث وباء .

واما الطريقة الدارجة التي ينتقل بها المرض عادة من شخص الى آخر فهي لم تتحقق نهائيا ومع ذلك فان هناك ادلة تبرهن على ان للذباب يدا مهمة فى نقل العدوى كما يحدث ذلك فى الديسانتري الباشلسي وقد تحقق من ابحاث ونيون (Wenyon) واوكونور (O'Connor) انه من الممكن اثبات وجود اكياس الانتميبا هيستوليتيكا فى براز الذباب البري وفضلا عن ذلك فقد وجد ان هذه الحشرة اذا لقحت بالمرض قصدافانها تطرح الطفيليات مع برازها وتستمر على هذه الحالة ستة عشر ساعة وهناك ادلة تبرهن على ان الماء الملوث والخضار التي تؤكل بدون طبخ هي بمثابة سواغ[1] جيد للطفيليات .

واذا لاحظنا ان اكياس الطفيلي تموت بسرعة فى الجفاف حاز لنا ان نحكم بان التراب والرمل لايعملان على انتشار المرض .

الاسباب :

ان اكتشاف آلاميب فى البراز قد تم من قبل الاستاذ لوش (Losch) فى عام ١٨٧٣ وقد كان آميب الامعاء موضوع الابحاث العميقة التى قام بها العلماء على اثر اكتشافه وكانوا قد حسبوه فى بادىء الامر حوينا واحدا لا غير وهو الاميبا كولى (AmoebaColi) اما الآن فقد اتضح ان نتيجة المساعى التى قام بها العلماء واخص منهم بالذكر الاساتذة شاودين (Dchaudinn) وهارتمان (Hartman) وونيون (Wenyon) ودوبل (Sobell) — ان للاميب بضعة انواع معينة توجد فى القناة المعوية من جسم الانسان وان احد هذه الانواع يورث المرض وهو

(١) سواغ Vehicule هو ما يسيغ ابتلاع الميكروبات او المواد التي تكون فى احد السوائل وهو من قولك اساغ المادة الفلانية اي سهل مدخلها فى الحلق .

الانتميبا هيستوليتيكا بينما ان الانواع الاخرى لاتورث المرض وتعيش فى الامعاء مسالة للجسم وهي (١) الانتميبا كولى (٢) والاندوليماكس نانا (Endolimax Nan) (٣) واليودامبا بوتشلى (iodamoebaButchlii) والديانتاميبا فراجيليس (Dientamoeba fragilis) .

وقد نجح اخيرا زرع الانتاميباهيستوليتيكا بمساعى بروك (Broeck) ودر بوهلاو (Drbohlav) .

اكتشاف الانتاميبا فى الغائط — اذا كان يحتوي الغائط على الانتاميبا فان من السهل العثور عليه . ومن الضروري فى كل المستحضرات ان تلتقط قطعة صغيرة من الغائط بعد اطراحه ثم توضع هذه القطعة فوق صفيحة من الزجاج وتغطى بصفيحة اخرى ثم يضغط عليها الى ان يصير الغائط بين الزجاجتين طبقة شفافة .

ويجب الحذر من ان يكون الاناء الذي يوضع فيه الغائط محتويا على مادة مضادة للتعفن . لا يعيش الاميب فى الغائط بعد اطراحه الا ساعات قليلة ويتشوه شكله حالا اذا وجد البول فى الغائط .

وآميب الديسانتري هو حوين رائق له لون ضارب قليلا الى الخضرة وجسم شفاف يبلغ حجما نحو ثلاثة او خمسة اضعاف الكريوة الحمراء . ويعرف آلاميب وهو فى طور النمو بحركاته التى تشبه حركات آميب الماء الطري العادي وباحتوائه على اجسام دخيلة كالكريوات الحمراء التى ابتلعها . ومن طبع آلاميب المولد للمرض ان يأكل الكريوات الحمراء وخلايا انسجة الجسم وبهذه السجية يمتاز عن صنوه الغير مولد للمرض اي الاميبا كولى .

واذا نظرنا الى الآميب فى التحاضير الملونة نراه مكونا من منطقتين — منطقة حبيبة مركزية (اندو بلازم Endoplasm) تحيطها منطقة رائقة (اكتو بلازم Ectoplasm) وله نوة ذات نسيج متناسق مميز لها وتظهر النواة على هذه الصورة حينما يكون المستحضر طريا وعندما يكون قد اجري تثبيت الآميب وهو حى .

ويتمتع هذا الآميب بحركة هى اشبه بالسيلان منها بالحركة فتجده يجري كالسيل فى عرض الزجاجة التى هو عليها وليس من حدود واضحة تماما بين الآندو والاكسو بلازم حينما يكون الطفيلي على قيد الحياة ويهلك او يستحيل بسرعة فى خارج الجسم . ويبقى عاطلا عن الحركة حينا من الزمن عندما يوجد فى حرارة منخفضة واذا ما سخنت الزجاجة التى هو عليها اخرج من حين الى آخر استطالات (تشبه نصل السكين) تدعى بالارجل الكاذبة وتعرف اشكاله المستحيلة بوجود الاجواف فى جسمه وهذه الاجواف لا توجد فيه وهو فى حالة الصحة واذا عاكسته احوال البيئة طرأ عليه ما يدعى بالتكيس وقبل ان يصل الى هذه المرحلة يجتاز دورا يكون فيه اصغر حجما مع تكوين الاشكال المتوسطة التي

تدعى بالاشكال القريبة من الاكياس (Precystic)

الاكياس — تختلف الاكياس من حيث الحجم اختلافا عظيما وهناك من قسم الانتاميبا هيستوليتيكا الى خمسة عروق منفصلة بمجرد النظر الى حجم الكيس ولكن لايوجد فى الوقت الحاضر دليل مقنع يبرهن على ان تلك العروق المختلفة تختلف من حيث تأثيراتها المرضية . وتحتوي الاكياس على كتل كاسرة للنور مكونة من الكروماتين تعرف عموما باسم الاجسام الكروماتوايديه (Chromatoidbodies) واجواف تحتوي على الجليكوجين . وتوجد فى الكيس نواة هى فى مبدأ تكون الكيس واحدة لا غيرها ويكون حجمها معادلا لثلث الكيس ثم تنقسم هذه النواة حتى تكون اخيرا اربعا كل منها يساوي سدس حجم الكيس .

وكيس الانتاميبا هيستوليتيكا هو الذي يستطيع وحده ان يعيش فى خارج الجسم لمدة مهما كانت طويلة على شرط ان يكون فى بيئة تتيسر فيها الرطوبة والبرودة واما الاكياس فى الماء اوالغائط فلا تستطيع ان تعيش اكثر من خمسة عشر يوما ويهلكها الجفاف حالا وتعيش فى الحرارة المنخفضة زمنا اطول مما لو كانت فى الحرارة المرتفعة .

خلاصة تاريخ حياة الانتاميباهيستوليتيكا — ان الانتاميبا النامي النشيط يعيش على انسجة جدر الامعاء حيث يأكل الكريوات الحمراء ويتكاثر بالانقسام . وحيثما حل يحدث قرحة فى سطح الامعاء ويتخللى البعض منه عن القرحة التى احدثها فيدخل فى جوف المصارين ويتكيس ثم يخرج على هذه الصورة مع الغائط . وتكون الاشكال القريبة من الاكياس اصغر من الاشكال العادية المثابرة على التكاثر فى الانسجة وهي خلية من البروتوبلاسم والاكياس النموذجية تكون عند البلوغ ذوات اربع نوى وهى اصغر من الاشكال القريبة من الاكياس واذا مادخلت جوف انسان صحيح آخر بلغت الامعاء الدقيقة وفقست نقفاً تولى بدوره الهجوم على الانسجة وبذلك تبتدىء الدورة من جديد .

ومع ذلك فقد يهاجر الاميب النامي (وليس الكيس) ، فى احوال نادرة ، عن مقره المنتخب فى جدر الامعاء وذلك بان يغير على الانسجة التى تحجبه عن الدم ويقتحمها ثم يدخل فى الجهاز الوريدي ويسير بواسطة الدم الى الكبد او استثنائيا الى الطحال او الدماغ او الرئة ولكنه بهجرته هذه يصبح غير قادر على اتمام دورة النمو كما يحدث فى خارج جسم الانسان .

الاصحاء الذين يطرحون الانتاميباهيستوليتيكا. — ان الاصحاء الذين يطرحون الطفيلي هم اشخاص لم يشكوا سابقا ولا فى الوقت الحاضر من اعراض الديسانتري ومع ذلك فانهم يطرحون اكياس الاميب بالرغم عن تمتعهم بالصحة التامة وربما وجد فى هؤلاء عدد من الاميب النشيط يسكن في انسجتهم .

يمكن الآن تقسيم الاشخاص الذين يطرحون الاكياس (Cyst — Passers) الى صنفين

١ — الذين اصابتهم العدوى بالاحتكاك من غير ان تورث فيهم اي عرض من اعراض الديسانتري الاميبي .(٢) الناقهين من المرض الذين قد زالت عنهم اعراض المرض . ومن المعلوم اليوم انه يوجد من المصابين بالديسانتري اشخاص يطرحون مقادير من نوع الاميب النامي ومع ذلك فان هذا الاميب غير معد للغير .ويوجد من جهة اخرى عدد كبير من الاصحاء يطرحون اكياس الانتاميباهيستوليتيكا بصورة مستمرة وهم منبع مستديم للعدوى والاميب فى كلا الحالتين يعيش على حساب انسجة الجسم الذي يحل فيه ضيفا ونعلم من فتح جثث الموتى ان فى الامكان وجود تقرح واسع فى الامعاء بدون ان يكون لذلك التقرح اى عرض مرئي من اعراض الديسانتريه فى اثناء الحياة وفى هذه الحالة ربما كان المريض مصحوبا بوجود خراج فى الكبد . وقد تكون افات الغشاء المخاطي خفيفة جدا بحيث انها لاترى الا بالمكروسكوب لان الغالب على الظن هو ان الادلة المرضية التي تشير فعلا الى وجود الديسانتري ، لاتتضح الا فى عدد قليل فى المائة من الذين قد اتصلت بهم العدوى . وتدل الاختبارات التى اجريت على الانسان ان من العشرين شخصا الذين اكلوا الاميب الهيستوليتيكي كان ١٨ قد اصيبوا بعدوى هذا الطفيلي ولكن اعراض الديسانتري لم تظهر الا فى ٤ من هؤلاء بينما ان الباقين قد باشروا فى اطراح الاكياس الاميبية مع الغائط .

واذا حقن غائط يحتوى على الاكياس فى المستقيم اوفى داخل الاعور احدث فى القطط والكلاب قرحة فى جدر الامعاء وربما حدث عنه خراج فى الكبد ولكن الاكياس لاتتكون ابدا فى اجسام هذه الحيوانات ولو ان الغائط ربما كان مشحونا باشكال الاميب النامي النشيط .

وترسخ العدوى(٥) في الذين يطرحون الاميب رسوخا عظيما واذا لم يعالجوا فانهم يستمرون في اطراح الاكياس طول البقية الباقية من حياتهم .

باتولوجيا المرض اوطبيعته :

ان الآفات التى يورثها الديسانتري في بادئ الامر عبارة عن بارزات صفراء دقيقة نصف كروية تنشأ من الغشاء المخاطي وهذه البارزات تشير الى موضع المنطقة المتنخرة الكائنة عميقا وعندما تكبر تلك البارزات وتكتسب حدا من النمو تنفجر فتكون قرحة على هيئة الصحن ويكون قاع هذه القرحة موضوعا في الطبقة تحت المخاطية وهذه القروح توجد مشتتة في الامعاء الغليظة من اول هذه الى آخرها ولا تنتشر ابدا الى ما فوق الصمام الاعوري اللفائفي وقد تستولي على الزائدة الدودية .

والقروح قد لاتزيد على رأس الدبوس حجما وربما كانت اكبر فبلغ قطرها القيراط او ازيد وكلما تقدم المرض ازدادت حجما وفي هذه الحالة تكون حوافي القرحة مطوية

(٥) infection

أسباب الموت :

ربما حدثت الوفاة من النحول او النزيف المعوي او التثقب او خراج الكبد .

وتثقب الامعاء قد يحدث فجأة او يتقدمه الم موضعي شديد وهذا الالم اذا انحصر في الحفرة الحرقفية اليمنى ربما التبس بالتهاب الزائدة الدودية واغلب مضاعفات الديسانتريه حدوثا هو الخراج الكبدي . ومن اشد الآثار التي يخلفها الديسانتري الآميبي فى الجسم سقوط الاحشاء واحتناق الأمعاء من جهة واتساعها من جهة اخرى بحيث يتعذر سير الغائط .

التشخيص :

ان اهم نقطة يجب النظر فيها عند تشخيص نوع الاسهال هي هل هذا الاسهال ناشيء عن الديسانتري الأميبي ام الباشلسي ولا يجوز الركون الى الميزات السريرية وحدها فى البت فى هذه النقطة ومن المحتمل ان يستمد الباحث مساعدة من بعض هذه الميزات كسرعة هجوم المرض والحمى وسرعة النبض فى الامراض الباشلسية وهناك قاعدة مقررة هي ان عدد الغائط في الديسانتري الباشلسي اكثر مما هو في الديسانتري الآميبي كما ان جرم الغائط في الاول اصغر مما هو في الثاني .

يجب في هذه الاحوال الالتجاء الى تشخيص المختبر ولكن يجب على الطبيب عند اخذه نتائج التشخيص من المختبر ان يحلل تلك النتائج بالنظر الى تجارب الباحث الذي قام بمعاينته وكفاءته في تعيين ماهية الاجسام المشابهة للآميب التي عثر عليها فى الغائط اكانت حقيقة من نوع الانتاميباهيستوليتيكا ام كانت من نوع الانتاميبا كولى ام هي لاهذا وذاك بل هي خلايا كبيرة من الانسجة وخاصة الماكروفاج . وهذه النقطة لايصعب تحقيقها والتمييز بين هذه الاجسام ليس من الامور العسرة ويتمكن من القيام به كل من مارس العمل به فى المختبر ولكن يجب ان لا يغرب عن الذهن ان الانتاميبا قد لا يوجد فى قطعة من الغائط بينما هو موجود بكثرة فى قطعة اخرى فالافضل اذاً ان تفحص من الغائط عدة قطع من الجوانب التي يكون فيها المخاط اذا وجد ذلك .

وربما تعذر العثور على الطفيلي فى الغائط الذي يحتوي على كثير من الدم ومن المهم جدا فى نجاح الفحص ان يكون الغائط جديداً مهما امكن . ومن حيث العموم اذا وجد فى الغائط شيء من الآميب الحي كانت فى ذلك كفاية للطبيب المداوي لان يضع تشخيصه . وفى الحالات المزمنة او الخفية يجب البحث عن الاكياس التي هى من ميزات النوع المزمن للمرض . والفحص الذي ينفي وجود الاميب من الغائط لا يعتبر صحيحا الا عندما يكون قد اجري يوميا فى سبعة ايام متوالية .

وفى الحالات التى تحوم فيها اي شبهة كانت حول هوية الاكياس يجب الالتجاء الى طريقة التلوين

بالحديد[1] والهيماتوكسيلين . ويمكن الحصول على معلومات اعظم قيمة بمزج الغائط الطري مع محلول يود (وايجرت) (Weigert's Iodin) (وهو مكون من جزء من اليود وجزأين من يودور البوتاسيوم و١٠٠ جزء من الماء) . فهذا المحلول من افضل الملونات توضيحا لنواة الكيس وما يماثلها من مميزاته .

ويعتقد (توصون) و (روبرتصون) كلاهما ان بلورات (شاركو — لايدن) لا توجد فى غير حالات الديسانتري الآميبي ولذلك يعتبر ان وجود هذه البلورات فى الغائط من الادلة المهمة المشخصة لهذا المرض .

وهي بلورات مغزلية الشكل تشبه حجر السن (Whetston) وقابلة للذوبان في الماء السخن والحوامض الفازية القوية والكحول . وربما وجدت ايضا في الحكاكة التي تخرج من جدر الامعاء من بين المنظار المستقيمي .

المعاينة بمنظار السين[2] الحرقفي . — ربما امتدت القروح الاميبية الى المعي المستقيم وفي هذه الحالة يمكن الحصول على معلومات مفيدة من المعاينة بمنظار السين الحرقفي وتجرى هذه المعاينة بدون تخدير ومن حيث العموم تشاهد بواسطة المنظار قروح صغيرة صفراء تحيطها دائرة احتقان دموي واذا جرفت هذه القروح وفحصت بالمجهر امكن العثور فيها على الاميب الحي حتى في الحالات التى تعذر فيها اكتشاف الطفيلي في غائط المريض واذا قورن الفحص بالمنظار بمثله في حالات الديسانتري الباشلسي المزمن اتضح الفرق بينهما في عدم وجود الالم . وفي الحقيقة ان قروح الآميب غير موجعة ويمكن مسها وجرفها بدون ان يحس المريض بوجع وغاية مايشعر به المريض عند دخول الآلة هو انزعاج بسيط ولاتلتهب الاقسام المحيطة بالقروح وتحتفظ الاغشية المخاطية بلونها الاحمر الوردي ونشاهد الآفات الاميبية في ادوارها المبكرة وكانها بروزات صفراء بحجم رأس الدبوس منتشرة فوق غشاء مخاطي سليم او تشاهد وكانها الآثار التي تحصل من مرور الحلزون على الارض وتحيط تلك الاثار حاشية نزيفية وكثيراما تكون العلامات الدالة على مرض الطبقة المخاطية عبارة عن مناطق نزيفة على شكل لهيب النار ويمكن اكتشاف الآميب في مركزها بفحص الحكاكة التي تخرج بواسطة مجس يدخل في المنظار .

العلاج

تحتاج معالجة الديسانتري الاميبي الى مراقبة شديدة ويحسن اعطاء مسهل قبل الشروع باستخدام العقاقير

---

(١) Iron Haematoxylin Method — تتم طريقة التلوين هذه باستعمال مادتين الاولى ملونة وهى مركبة من ١ فى المائة من الهيماتين و ٧٠ فى المائة من الكحول ، والثانية مثبتة وهى مركبة من ١ فى المائة من مضاعف كبريتات الحديد والبوتاسيوم و٧٠ فى المائة من الكحول .

(٢) Sigmoidoscope

الخاصة وافضل مسهل يستعمل في هذا الباب زيت الخروع ويجب الاجتناب عن اتخاذ الافيون من جملة الوسائل المتبعة في معالجة الديسانتري وقد عرف منذ زمن طويل ان عرق الذهب (Ipecacuanha) افضل الادوية التي استعملت في هذا الصدد . واول من امتدح هذا العلاج الاستاذ مانصون مستندا في ذلك الى اختباراته الواسعة جدا وقد ايد مدحه هذا ما صادفه العلاج من الرواج في معالجة الديسانتري المزمن .

عرق الذهب[1] Ipecacuanha . — يجب اعطاء هذا الدواء عندما تكون المعدة فارغة . والافضل ان يمنع المريض عن الطعام ثلاث ساعات ثم يعطى ١٠ او ٢٠ قطرة من اللاودانوم (صبغة الافيون) في معلقة كبيرة من الماء وفي ذات الوقت توضع على معدة المريض لبيخة من الخردل وبعد نحو خمس وعشرين دقيقة ، اي عند ما يبدأ مفعول اللاودانوم في المريض ، تعطى الايبيكا بمقدار ٢٠ الى ٣٠ حبة ومنهم من اعطاها بمقدار ٦٠ حبة وتؤخذ الايبيكا في ضمن حبوب او ملبس او تلعق وهي معلقة في نصف قدح من الماء

ويؤخذ مقدار قليل من الطعام عندما يرتفع كل شعور بالغثيان ولا يكون ذلك الا بعد ست او ثماني ساعات ويجب الاستمرار على اطعام المريض بكميات قليلة متوالية الى مدة ست او ثماني ساعات او الى حلول اليوم الثاني وعندئذ يجب ان تؤخذ جرعة ثانية من العلاج بنفس الكيفية . في كثير من الاحوال تكفي جرعة او جرعتان من هذا العلاج لتعقيم الديسانتري ودفع اعراضه الحادة عن الجسم ومع ذلك فمن الصواب ان يستمر على استعمال الايبيكا في ايام متعاقبة او متوالية لمدة اسبوع او اكثر.

الايمه تين — ان فوائد عرق الذهب (الايبيكا) في حالات معينة لم تزل ثابتة لاتقبل الشك الا ان استعماله قد ابطل اخيرا وحل محله استعمال الايمه تين وهي مادة شبه قلوية استخرجت منه وتقوم اليوم هذه المادة مقام الاولى بمقياس واسع . يوجد في عرق الذهب اربعة انواع من اشباه القلويات — الايمه تين[1] والسفالين[2] والبسيكوترين[3] والامه تامين[4] — ولا يعلم تركيبها الحقيقي الى حد الان . والمادة الاولى وحدها هي التي لها مفعول دوائي .

ويمكن القول ان مفعول الامه تين على الانتاميبا هيستوليتيكا في الانسجة قد اصبح من الامور المحققة ولكن طريقة هذا التأثير لم تزل مجهولة والابحاث الدقيقة التي قام بها دال (Dale) ودوبل (Dobl) كانت قد عجزت عن تصديق الملاحظات الاصلية التي ابداها فدده (Vedder) وروجرس (Rogers) فيما يختص بان الامه تين يؤثر تأثيرا ساما على الانتاميبا هيستوليتيكا . وكانت تجاربهما تلك قد برهنت على ان ليس للامه تين

(١) يقال ان عرق الذهب الذي يخرج في البرازيل (Psychotria ipecacuanhae) اشد مفعولا من الذي ينبت في جرينادا الجديدة (Uragoya granutensis) لان الاول يحتوي على الامتين اكثر من الثاني .

(١) Emetine (٢) Cephaline (٣) Psychotrine (٤) Emetamine

ولا لغيره من اشباه القلويات التي تخرج من عرق الذهب اي مفعول خاص على الطفيلي وهو في انبوبة التجربة ؛ وفعلا ان البسيكوترين والكنين وهما من اشباه القلويات فانهما من وجهة الشفاء عاطلان تماما عن اجراء اي مفعول كان على الانتاميبا هيستوليتيكا ومع ذلك فان لهما مفعولا اقوى في اتلاف الاميب اذا كان في داخل الزجاج ومجمل القول ان طرز تأثير اشباه القلويات التي تخرج من عرق الذهب لم يكن معلوما بصورة باتة الى حد الآن .

وليس هناك دليل يدل على ان الامتين يؤثر في حالات الديسانتري الاخرى وانواع الاسهال مهما كان سببها ولذلك فلا يجوز استخدام هذه المادة في معالجة الاسهال الا اذا كان ناشئا عن الاميب الذي نحن في صدده . والامه تين اذا تجاوز الجبة الواحدة في اليوم احدث في الجسم اعراضا تدل على التسمم . ومن تلك الاعراض الوهن وعدم انتظام ضربات القلب وانحطاط عقلي وفي احوال نادرة تلتهب الاعصاب (نوريت) وربما اثر ذلك في طائفة من العضلات واحدث فيها شللا قسميا . وهناك عرض وخيم آخر من اعراض التسمم وهو حدوث الاسهال ولعل الباحث زعم ان هذا الاسهال حادث من الديسانتري نفسه . وكثيرا ما تنتهي المعالجة بالامه تين بتقشر في الجلد يشبه النخالة وضمور في الأظافر .

وطريقة استعمال الامه تين هي ان يحقن منه تحت الجلد او في داخل العضل يوميا بمقدار جبة واحدة في ١ س٣ م ماء مقطر الى مدة اثنى عشر يوما . وهذا وحده لا يكفي لاستئصال شأفة المرض بل ينبغي ان يضاف اليه استعمال حبوب من يودور الامه تين والبزموت المضاعف (Emetine – Bismuth – Iodide) تحتوي كل حبة على ٢٦ في المائة من الامه تين . ينفع هذا العلاج خاصة في الديسانتري المزمن وفي معالجة الذين يطرحون اكياس آلاميب ويؤخذ من الفم . ويرمز الى هذا العلاج بالحروف التالية : (E,B.I) . وهو سفوف غير قابل للانحلال واذا دخل الامعاء ولامس عصيرها طرد من تركيبه الامه تين واطلق سراحه والتجارب دلت على انه اذا ضغط شديدا وعملت منه اقراص قوية جدا او انه اذا كان ملبسا بمادة غير قابلة للانحلال فانه يمر من القناة المعوية بدون ان يطرأ عليه تغيرما والافضل ان يوضع السفوف كما هو في ضمن محفظات من الجلاتين او يمزج بالمربا او الشروب ويؤخذ على هذه الصورة والجرعة اليومية التي تؤخذ من هذا العلاج هي ٣ قمحات ويجب الاستمرار في اعطاء العلاج لمدة اثنى عشر يوما متعاقبا. ويجب ان يعلم الطبيب المداوي ان المريض في مبدأ استعماله لهذا العلاج يصاب بالقيء والاسهال ويجب ان يتخذ من هذين العرضين دليلا على امتصاص الدواء . ولا ينبغي ان يكون القيء سببا لقطع العلاج الا اذا كان فارطا للحدود واذا لم يحدث القيء يحتمل إذاً أن تكون محفظات العلاج قد قاومت العصير

المعائي ولم تطلق مافيها من السفوف . ومن الضروري ان يلازم المريض فراشه عند أخذه العلاج وان لا يأخذ من الطعام سوي ما كان سائلا او ان يكتفي بالحليب وحده . ويمكن اعطاء العلاج مع قدح من الشاي السخن بعد العشاء بنحو ساعة من الزمن .

ويمكن اتقاء القيء والغثيان بأعطاء ١٠ — ١٥ قطرة من صبغة الافيون قبل اخذ العلاج ويصاب اغلب المرضى بهزال شديد اثناء المعالجة يجب البحث عن حالة القلب والنبض يوميا ولا يجب قطع العلاج الا عند مايصبح انحطاط الجسم منذرا بالخطر ولايجوز تعاطي المسكرات في تلك الاثناء مهما كان نوعها .

وفي الحالات المنتكسة ربماوجب اعادة دورة المعالجة بهذا الدواء اكثر من مرة واحدة ويحسن في هذه الحالة فحص الغائط مرارا وبفواصل قصيرة بعد انتهاء الدورة الاولى من المعالجة للتحقق من وجود اكياس الاميب او عدمها ولا يجوز القول ان المريض قد اصبح بمعزل عن العدوى الا بعد ان يفحص غائطه مرارا عديدة وفي فواصل بعيدة . يجب ان يجرى الفحص الاول بعد اسبوع من انتهاء المعالجة ويستأنف الفحص مرارا عديدة وفي اوقات مختلفة لمدة ثلاثة اشهر . هذه هي الطريقة التي يجب العمل بموجبها في معالجة الحالات المزمنة الميالة للانتكاس .

واما في الحالات التي يستعصي فيها المرض فيجب بعد الدورة الاولى تأجيل العلاج لمدة اسبوع يسمح للمريض في خلالها ان يترك الفراش ولكن على شرط ان يلتزم الحمية المطلقة المفروضة ثم تستأنف المعالجة بمقدار من الدواء يكون من حيث المجموع ٣٦ قحة ياخذها المريض في مدة اثنى عشر يوما او ٧٢ قحة تؤخذ في اربع وعشرين يوما بصورة متوالية .

والنتائج التي يحصل عليها من المعالجة بالبزموت امتين يواديد مي ارسخ دواما من التي يمكن الحصول عليها من الامه تين وحده ومع ذلك فلسوء الحظ ان هناك حادثات قليلة من المرض تعرف بالانواع (المقاومة للامتين) وفيها يتقدم المرض بالرغم عن العلاج فيزول فيها المرض في الظاهر لمدة تتراوح بين ستة وثمانية اسابيع ثم يعود فينتكس . ينفع في هذه الاحوال حقن النه وسالفارسان في الوريد وربما كان نفعه هذا ناشئا عن تأثيراته المقوية وينفع السالفارسان خاصة اذا كان المريض مصابا في ذات الوقت بالسفلس ويشفي المريض احيانا شفاءً تاما بأتخاذ التدابير اللازمة ضد السفلس مع استعمال الامه تين بيزموت يوداید . ولاجل ذلك يجب على الطبيب ان يجرب استعمال يودور البوتاسيوم في الحالات التي يخال له انها اصابات بالديسانتري الاميبي غير قابلة للشفاء

قد سردنا فيما سلف اقوال اشهر المؤلفين فيما يختص بتأثير الامه تين بزموت يوداید وتوجد منه في صيدليات العاصمة حبوب حمراء يحتوى كل منها قحة واحدة من العلاج . واما قولنا فيه بالنسبة الى التجارب التي قمنا بها في المستشفى الملكي فهو من حيث الاجمال ان هذا العلاج شديد التأثير على المرضى وكان القيء شديدا

بعد استعماله ويضاف الى ذلك الوجع في البطن والاسهال ولذلك كان من الصعب علينا ان نواصل التجربة الى النهاية نظرا لاشمئزاز المرضى منه وربما فضلوا ترك المستشفى بدلا من الاستمرار على هذه المعالجة القاسية ومن ذلك لم يتيسر لنا الوقوف على حقيقة مفعوله واذا سلمنا بفوائده فان ضرره في الجسم قد اوجب النفور منه ولو كان ذلك الضرر وقتيا كما يقال هذا فضلا عن اننا ليس بواثقين من تأثيراته الشافية ولذلك قد اعرضنا عنه ونستعمل الآن الأمه تين وحده .

والظاهر ان قساوة هذا العلاج هي التي ساقت علماء اوربا الى تعديل تركيبه او اكتشاف علاج آخر الطف منه تأثيرا على الجسم ومن ذلك فقد حاول الدكتور مارتيندال (Martindal) تلطيف الأمه تين بزموت يوداید وغير تركيبه فاحدث علاجا يعرف باسم الأمه تين فوق اليوداید (Emetine Periodide) ويظهر ان هذا العلاج اقل سمية من الاول يعطى في محفظات بمقدار ٦ قحات يوميا مع مرارة النوز (ويقال ان هذه المرارة تساعد على انفصال الأمه تين من تركيب العلاج) ويوجد من هذه المرارة اقراص يعطى منها ما يقابل ٥ قحات ثلاث مرات في اليوم ويرمز الى هذا العلاج الجديد بحروف (E.P.I.)

ولا يشاهد عند استعماله القيء والظواهر السمية الأخرى التي تشاهد غالبا على اثر استعمال العلاج الأول ومع ذلك فال المريض لايسلم من الاسهال وان كان خفيفا وعدا ذلك فان هذا العلاج الجديد ليس باشد تأثيرا من العلاج القديم في مسألة شفاء المرض وقد ظهر ذلك بالتجارب الأخيرة

المعالجة بالياترين — الياترين رقم ١٠٥ (yatren No. 105) هو اسم لعلاج جديد صنعه معمل الماني في ماربورج يدعى بعمل بهرينغ وقد ارسلت منه نماذج الى بغداد اخيرا وبدأنا في تجربته في المستشفى منذ شهرين واسمه الكيمياوي هكذا : (يودين — اوكسي كينولين — سولفونيك — آسيد[1]) . ويكون فيه اليود مرتبطا تمام الارتباط . وهو مطهر قدير للامعاء ومنبه للخلايا وقد اوجب ثناء الأطباء عنه في المانيا والأماكن التي شاع فيها إستعماله . والنماذج التي وردت منه كانت على نوعين حبوب وسفوف . تحتوي كل حبة على ٠٫٢٥ سانتيغرام من العلاج . يعطى في الحالات الحادة من الحبوب ما يعادل ثلاث غرامات في اليوم (اي ١٢ حبة) للبالغين اربع في الصباح واربع في الظهر واربع في المساء وتستمر دورة المعالجة الى نحو عشرة ايام ولا يحصل من هذه المعالجة اي عرض يدل على التسمم وربما حدث اسهال بسيط لا أهمية له يزول في ايام قليلة ويحسن تكرار المعالجة بعد خمسة عشر يوما وفي هذه المرة تكون دورة المعالجة خمسة ايام فقط .

[1] Iodine-Oxyquinolin Sulphonic Acid)

وفى الحالات المزمنة تعطي ست حبوب فى اليوم من الحبوب التي يحتوي كل منها على ٠٫٢٥ سنتيغراما من العلاج وفى ذات الوقت تعمل حقنة شرجية من محلول السفوف فى الماء بنسبة ١٫٥ — ٣ فى المائة ويحقن من المحلول ٢٠٠ — ٣٠٠ س٣م فى مساء كل يوم . وتستمر المعالجة على هذه الصورة مدة ٦ — ٨ ايام ثم تؤجل مدة ٣ — ٦ ايام وتعاد الكرة مرة او مراراً عديدة بحسب اللزوم .

الساد الانكلوستومى

Cataract ankylostomateuse

الدكتور عبد الرحمن المفيد

لايخفى أن الجسم البلورى او العدسة العينية (Cristallin) واقع بين البؤبؤ والحدقة وبين الجسم الزجاجى (Corp vitrée) وموكول ومسند اليه قسم مهم من فعل الانكسار ، كما انه قائم بعبء ووظيفة مهمة من فعل التحديق (Accommodation) .

(واستطرادا في الموضوع أبين ان العرب سموا المنطقة المدورة في وسط سواد العين «بالبؤبؤ — pupille» بسبب ارتسام صورة مصغرة للشخص الذي ينظر فيه ، واطلقوا اسم «حدقة» على القطعة المحيطة والمحدقة للبؤبؤ ، والتى يقابلها باللغات الاوربية كلمة «Iris» . واذاً فمن المستحسن ان نستعمل كلمة «تحديق» مقابل كلمة «Accommodation» لان «الحدقة اى Iris» تتحرك وتتقلص ايضا ، وتكون مشتركة بفعل التحديق حين النظر من مسافة قريبة . واما كلمة «مطابقة» لأجل Accommodation وقزحية لاجل Iris وكلمة حدقة لاجل pupille والتى نستعملها ونتصرف بها في الحال الحاضر ، فهي موضوعة من قبل اطباء الترك ، وهم انما ترجموها عن الكلمات الاوربية حرفيا .)

والجسم البلوري عضو ذو لين ومرونة ، وهو في منتهى درجة الصفاء والشفافية ، الذين بواسطتها وبفضلها يكون بصرنا راقيا ايضا ، وتكون الاجسام التى نراها واضحة وعارية عن كل شائبة .

ولكن متى اختلت شفافيته وحصل كثافة وتعكر يتشوش ويقل ويضعف بصرنا كذلك ، وكلما زادت كمية الكثافة فيه يزداد التشوش في البصر الى ان تصبح قوته عبارة عن (الاحساس بالضياء) فقط ، ويضحى العضو المذكور كثيفا في كل قسم منه ، وصلبا بأجمعه .

فحالة التصلب والتكثف متى تتكون في الجسم البلورى تسمى (بالساد — Cataracte) لدها

(البؤبؤ — pupille) ومنعها الأشعة الضوئية الواردة من الأجسام من المرور الى داخل المقلة .

وانحرافا عن البحث اذكر أن علماء العرب الأقدمين كانوا عالمين بتلك الحالة ومطلعين عليها وكانوا يسمونها «بالماء» او بعبارة اخري (الماء النازل في العين) والعلماء الأوربيون قد أخذوا التعبير والتسمية عن العرب الأقدمين وترجموه الى لغتهم وسموه بكلمة (Cataracte)

التي معناها (نزول الماء — chute d'eau) .

وها انني تأييدا لما ذكرت أدرج فيما يلي ما اورده المؤلف الشهير (اقسانفلد) فى كتابه المسمى (بالأمراض العينية) حرفا بحرف :

Chez les Arabes L'opacitée de cristallin S'appelait (mà) ou plus exactement: (Alma ou Nazil fi Lain), C'est-à-dire L'eau qui descends dans L'oeil. de la, viens le Te me medical (cataract) chute D'eau

Axcenfeld

ترجمتها — عند العرب تسمى كثافة الجسم البلوري (بالماء) أو بعبارة اصح (الماء النازل فى العين) التي معناها سقوط الماء فى العين . ومن هذه العبارة استخرج التعبير الطبي (Cataracte) اي نزول الماء .

فالماء يصادفه ويشاهده الكحالون والمشتغلون بالأمراض العينية من الأطباء على الأكثر فى الأشخاص الطاعنين فى السن ، وفى الغالب فيمن تجاوز سن الخمسين . ويسمى هذا النوع من الساد (بالساد الشيخوخى واما فى (Cataract Senile)

واما فى الكهول الذين يتراوح عمرهم بين سني (٣٠ — ٤٥) فمن النادر جدا ان يحصل الساد فى عيونهم ولا سيما بسبب الديدان المعوية . فلندرة وقوع هذا النوع من الساد سأسرد لقراء المجلة الأفاضل بعض حادثات شاهدتها من ذلك القبيل ، والتي كانت ناشئة عن ديدان (الأنكيلوستوما) المعائي Ankylostoma duodenale فاحدى تلك الحادثات قد وقعت لرجل اسمه (حمد بن احمد) من سكنة قضاء سامراء ، ويشتغل بالفلاحة والزراعة ، وعمره (٣٥) سنة . قد راجع الدائرة العينية فى المستشفى الملكي فى تاريخ (٢٤ تموز ٩٢٧) لأجل معالجة عينية . وهو يشكو من فقدان ابصارها منذ سنتين ؛ ولم يذكر مرضا اصابه فيما مضى . سوى انه يشعر بالم فى الناحية الشرسوفية من بطنه ، وبدوار وبانحطاط قواه البدنية وضعفها وانحلالها من نحو ثلاثة سنين تقريباً ، ويرى أنها آخذة بالتنازل شيئا فشيئا مما اضطره الى ترك اشغاله الاعتيادية وملازمة بيته .

وحين فحص عينيه وجدت قوة بصرهما بدرجة (الأحساس بالضياء) ، وحلة الطبقة المنضمة اظهرت شكل التراخوم النديبي ، وكانت باهتة اللون بدرجة شديدة ، ومنظرها ابيض ضارب الى الصفرة والطبقة القرنية شوهدت بحالة سالمة ، وخالية من