الأمراض الجنسية

لدى الرجل والمرأة

تأليف

الدكتور جان لاكساني — الدكتور جان روسي

نائبي رئاسة المعاينة الطبية في معهد ليون سابقاً

تعريب

وفيق صبحي طباره — علي عبد الله ماضي

للطباعة والنشر والإعلان

صاحبها ومديرها المسؤول : خليل محمد مينه

الادارة : بناية العيلي - المدخل الرئيسي - بيروت

الطبعة الاولى

١٩٥١/٣

كلمة الدار

لم يعالج الدكتور « هنري دروان » موضوع الامراض الزهرية بين المواضيع الكثيرة المفيدة التي عالجها في كتابه « هذا الجسد » ، الا ليعطي القارىء فكرة أولية عنها . لذلك عمدنا الى اصدار كتاب يبسط هذا الموضوع بدقة وايضاح ، ويتناول الأمراض التناسلية بالتفصيل ، ويشرح اخطارها ، ويعالجها بأمانة وإخلاص .

صدر هذا الكتاب في اواخر عام ١٩٥٠ باللغة الفرنسية وقد وضعه طبيبان شهيران هما « جان لاكساني » و « جان روسي » : رئيسا المعاينة الطبية السابقان في معهد ليون ، فعالجا بحثه معالجة شيقة شارحين أحدث النظريات الطبية على ضوء الأكتشافات الحديثة ، في سرد سلس متماسك وأسلوب متين .

وان دار القلم ، وقد لمست افتقار المكتبة العربية الى أمثال هذه الكتب ، الصحية منها والتربوية والاجتماعية ، أخذت على عاتقها نقلها الى لغة الضاد ، رغبة منها في أن تقدم للقارىء العربي خير ما أنتجته قرائح الغرب ، مقدمة للجيل الجديد دليلا مخلصاً يقيه العثرات ومرشداً حكيما يهديه سواء السبيل .!

خليل محمد صيحة

التعقيبة او السيلان

ان مرض السيلان او ما يسمى بالعامية تعقيبة او حرقة البول ينتج عن وجود وتكاثر مكروب الغونوكوك في الاغشية المخاطية للجهاز البولي الاسفل، عند الرجل، وفي الاغشية البولية والتناسلية عند المرأة. وهو اكثر الأمراض التناسلية انتشاراً حتى قيل فيه « انه مرض يتعرض له حتما كل الناس ».. وهذا تأكيد يصحُّ اعتباره مبالغاً فيه في يومنا هذا لو لم يصبح البغاء بفعل القوانين الحديثة دعارة سرية تعتبر بحق ينبوع مكروبات لا ينضب معينه..

ومن دواعي السرور ان تقابل هذه الاخطار فعالية اكبر في المستحضرات الطبية الحديثة. وقد ادت سهولة استعمال هذه المستحضرات وبالتالي عدم اكتشاف بعض المصابين الى استحالة وضع احصاءات صحيحة تبين مدى انتشار هذا المرض، ولكننا اجمالا نستطيع ان نجزم بان عدد الاصابات حالياً لا يتزايد على الاقل.

ان قدرة المستحضرات الحديثة على الشفاء قد غيرت تماما صورة المرض الكلينيكية فالرجل الذي يراقب نفسه جيداً يشعر بوجود المرض منذ ظهور نقطة بيضاء عند فتحة القضيب يثبت الفحص « بالمجهر » وجود المكروب فيها. فاذا بوشر بالعلاج تواً اختفت المكروبات في الساعات القليلة التي تعقب بدء هذا العلاج وزالت الاعراض المرضية كلها في غضون اربع وعشرين ساعة. هذه هي الصورة الحالية للمرض التي تسهل مشاهدتها — عند الرجل على الاقل — لو ان كل من تعرض للعدوى يتحرى جسده

بعناية ودقة خلال الاسبوع الذي يلي الاتصال الجنسي المشبوه .

لو كان هذا يحدث دائماً في مجتمعنا ، لأمكننا الاستغناء نهائياً عن الصورة المروعة التي نجدها في كتابات الاخصائيين القدامى ، تلك الصورة التي تبور شهرة المرض السيئة. ولكن كثرة من يضربون بالرقابة الصحية عرض الحائط ، ولا يقيمون للاعتبارات الاجتماعية كبير وزن ، تدفعنا للاحتفاظ بالصورة القديمة للمرض وبسطها في هذا الكتاب .

ولن يكون عبثاً ان نسرد للقارىء قصة مرض السيلان لانها تضرب لنا مثلا واقعياً صادقاً عن نكوص الافكار العلمية وتراجعها وبالتالي انكساف الحقيقة ردحاً من الزمن غير يسير .

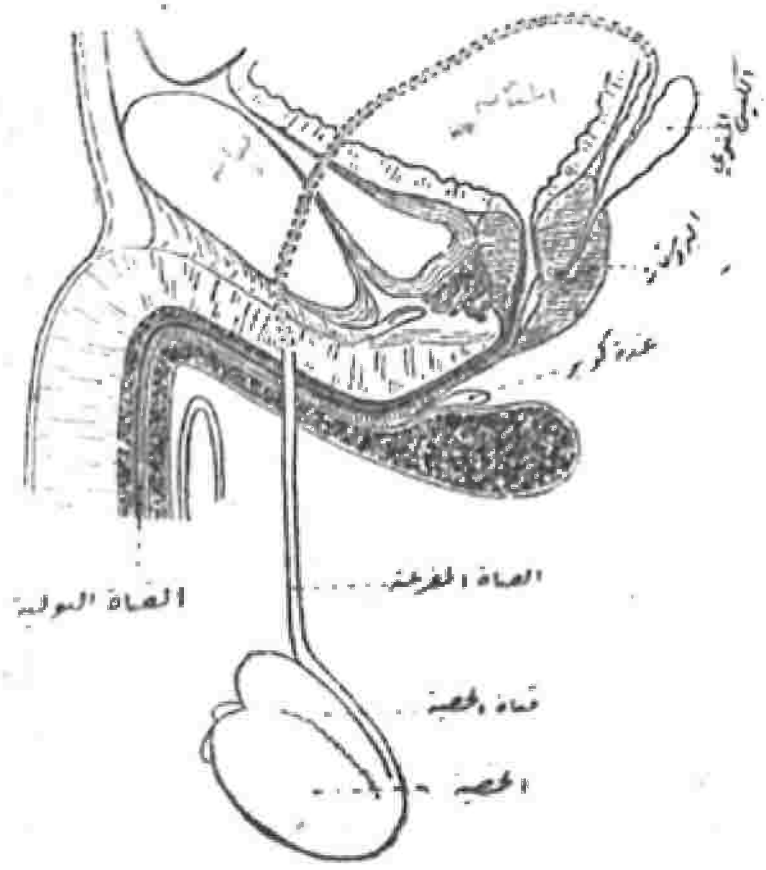
عرف مرض السيلان منذ امد بعيد ، ويدلنا على ذلك ورود ذكره في كتابات اقدم الاطباء الذين اعتبروه مرضاً قائماً بذاته . وانقضت بعدهذا مدة من الزمن استمرت منذ القرن السادس عشر حتى القرن التاسع عشر خلط الاطباء اثناءها بينه وبين الافرنجي « السفلس » فاعتبروهما مرضاً واحداً واخضعوهما لعلاج واحد . وانما يرجع الفضل في اثبات الفرق بين المرضين الى « ريكورد » الذي لم يصل الى هذه الحقيقة الا في منتصف القرن التاسع عشر ، ولكن المؤسف ان لا يعترف هذا الرجل بصحة عدوى السيلان ، وان يعتبره احد اعراض مرض خفيف الوطأة اشتهر في ذلك العصر وهو « الفلوكوز » . وقد ذهب ريكورد الى ابعد من هذا في شرح طريقة العدوى ، وهي تتلخص بان

قيح السيلان

يحتل الرجل مكانا خاصاً في المطعم ، ويطلب غذاء يتكون من «سلاطين» وشمبانيا تشاركه فيه امرأة لنفاوية شقراء .

ان التطور العلمي قد بدد الظلمات التي كانت تكتنف قضية التعقيبة من كل جانب . فقد افسح اكتشاف « نيسر » للغونوكوك المجال للقيام بتجارب عديدة تمكن الطب معها من تحديد طريقة العدوى ، ونوع « التدميرات » ومدة التفريخ وتطور المرض . وان دراسة هذا المرض عند الرجل اسهل منها عند المرأة وذلك نتيجة لاختلاف طبيعي في تركيبها التناسلي .

التعقيبة عند الرجل من خصائص هذه الاصابة « التعريفية » تركزها طويلا في القناة البولية ، اذا لم يتوفر لها علاج ناجع يقضي على الغونوكوك بسرعة . وهي تنقل في هذه الحالة الى الجزء الخلفي من هذه القناة ومن ثم الى الاعضاء التناسلية كالبروستات والاكياس المنوية والقناة المفرغة والخصية وقناتها ولعل ما اشتهر عن التعقيبة من الم ، انما يرجع



مخطط الطرق المنوية لدى الرجل

الى طول القناة عند الرجل ، وهـذا الالم يفسر بدوره اطلاق العامة على التعقيبة اسم « حرقة البول » .

العدوى : ان الصفحة الغشائية التي يوجه اليهـا المكروب هجومه محدودة في فتحة القضيب وما يجاورهـا مباشرة من غشاء الحشفة . وهذا يفسر كون العدوى تكاد تقتصر على العوامل الجنسية ، رغم كونها ممكنة نظرياً بواسطة عوامل مختلفة اخرى ، ولكن الظروف التي تصبح فيهـا العوامل غير الجنسية قادرة على التأثير ، نادرة جداً .

واذا كان الاتصال الجنسي هو السبب المباشر والعملي للاصابة فليس ضرورياً ان يكون هذا الاتصال تاماً ، اذ تكفي احياناً ملامسة بسيطة لاعضاء المرأة التناسلية او في حـالات اخرى لملابسها الداخلية التي تتلقى السيلان المهبلي،لوقوع العدوى . ولكن الغونوكوك يجد اثنـــاء العمل الجنسي سهولة اكبر في الهجوم والتركز في الاغشية . كذلك يجب الا ننظر الى هذه العدوى اثناء العمل الجنسي كامر محتم . واذا كانت المرأة المصابة بالتعقيبة الحادة تعدي شريكها لا محالة ،فان الامر يختلف تماماً فيما يتعلق بالمرأة المصابة بالتعقيبة المزمنة اذ ان عدد المكروبات في هذه الحالة يكون قليلا ، وهي تتركز في غدة واحدة او في عدد محدود من الغدد ، كما تختلف امكانيات العدوى باختلاف ميعاد الحيض .

وتلعب نظافة المرأة قبل العمل الجنسي ، ونظافة الرجل بعده ، دوراً هاماً في هذه القضية . ويجب الا ننسى اختلاف امكانيات العدوى باختلاف « اللذة » التي ترافق العمل والجنس ، فقد تبلغ « لذة » المرأة احيـانا حداً تفرغ معه كل ما في غددها مما يجعل انتقال الغونوكوك امراً سهلا .

وهذا يفسر امكان اصابة رجل واحد بين كثيرين ممن اتصلوا بامرأة واحدة وفي مدة معينة .

وهناك نوع آخر من التعقيبة يتركز في «الشرج» عند المرأة او الرجل وسنوجز بحثه في فصل التعقيبة عند المرأة

التفريخ : هي المدة التي تلي انتقال المكروب وتركزه ، ولا ننكشف فيها الاصابة عن اي عارض « تعريفي » وان معرفة هـذه المدة ضرورية لانهاتسمح لنا بان نمنع من نشك في اصابتهم من نشر المكروب هنا وهناك .

ان التجارب التي اجراها الالماني «فنجر» عند بعض الرجال وذلك بأن نقل اليهم المرض بواسطة ميل محمـل بقيح « التعقيبة » ،دلت على ان مدة التفريخ لهذا المرض لا تزيد على ثلاثة ايام .

ونضيف الى هذه النتائج التجريبية نتائج احصاءات اجريناها عند رجال لم يقوموا بالعمل الجنسي الا مرة واحدة ، وقد اثبت كل هذا ان « مدة التفريخ » تتراوح بين يومين وخمسة ايام .

ولا شك بأن هذه المدة تختلف باختـــلاف طريقة مراقبة الافراد لأنفسهم . فالرجـل اليقظ يراقب نفسه بدقة ، ويكتشف النقطة الأولى على فتحة القضيب منذ اليوم الثـاني ، هذه النقطة التي يعزوها الطبيب الى التعقيبة حين يكتشف فيها الغونوكوك .

ولكن المسألة التي تهمنا اليوم فيما يتعلق بمدة التفريخ هي أمكان العدوى اثناءها أو أستحالتها .لقد اثبتت تجارب « فنجر » ان الغونوكوك يتركز خلال هذه المدة في الطبقة السطحية من غشاء القناة البولية ، وبما ان هذه الطبقة « تتقشر » بصورة دائمة فان الخلايا قد تحوي بعض الميكروبات التي تنتقل بواسطة « المني » أو أفرازات غدد القناة البوليـة الى المتصل بالمصاب . وهكذا نرى ان هذه المدة لا تخلو من خطر عظيم .

اعراض التعقيبة : من هذه الاعراض ما هو ذاتي يكتشفه المريض

بنفسه فيدلي به الى الطبيب ومنها ما هو « موضوعي » يكتشفه الطبيب ، بمساعدة المريض .

تختلف هذه الاعراض بشطريها الذاتي والموضوعي باختلاف المدة التي انقضت على بدء الاصابة . وليذكر القارىء ان ما سنورده منها انما يتعلق بالتعقيبة التي لم تتعرض لاي علاج . وهذه الاعراض تكاد لا تلتقي في شيء مع اعراض التعقيبة التي خضعت لطرق العلاج الحديثة .

دور بدء المرض : يتبع هذا الدور دور التفريخ ، وهو يمتاز بظهور السيلان في مدة تتراوح بين اليومين والستة ايام بعد العدوى ، وقد تثير شكوك المريض أعراض ذاتية أو موضوعية ، ولكن هذه الاخيرة تقل تدريجياً ، حتى لتكاد تنعدم . ويرجع السبب في ذلك اما الى قدرة اقل فتكا في المكروب او الى قوة أكثر فاعلية في المستحضرات الحالية التي تمكننا من القضاء على المكروب بسرعة وبسهولة عجيبتين . واهم من هذا كله قدرة كميات غير كافية من هذه المستحضرات على ازالة الجزء الأكبر من قدرة المكروبات على النمو والتخريب .

ويتكشف الانتان عن ظهور نقطة في فتحة القضيب ، وهذه النقطة القليلة في البدء والتي لا تظهر الا اذا باعدنا بين جوانب فتحة القضيب بالضغط عليه ، لا تلبث ان تغزر في ساعات قليلة فتسيل الى الخارج بطريقة عفوية . اما السائل فهو رمادي في الساعات الاولى ويبيض فيما بعد . في هذا الدور يتحتم على المريض ان يستشير الطبيب ، اذا كانت لصحته او لصحة من يحيطون به أية قيمة في نظره . والطبيب وحده يستطيع بواسطة المجهر ان يكتشف « الغونوكوك » الذي ينتقل من خارج الخلايا الى داخلها خلال الساعات الاولى من ظهور اعراض التعقيبة .

واذا علمنا ان التعقيبة يجب الا تتعدى في ايامنا الحاضرة هذا الدور لأن

علاجاً مناسباً وكافياً كفيل بشفائها في ساعات معدودة ، يزيد وعينا لهذا الواجب الاجتماعي والانساني الخطير .

طور المرض المحقق : يتقرر مصير الاصابة في الاربع والعشرين او الثماني والاربعين ساعة الاول من دور بدء التعقيبة . فان لم يتم المصاب خلالها بمرضه تمكن هذا المرض منه ودخل في دوره الثاني. ويمتاز هذا الدور بانقلاب خصائص السيلان فيه ، فبينا نراه من ناحية يغزر تدريجياً نراه من ناحية اخرى يتغير لونه كلما مضى به الوقت ، ثم تشتد الآلام اذا كانت قد ظهرت منذ الدور الاول وتكون متواصلة متتالية ، وتقوى عند البول والانتصاب ، وهي وان تركزت في القضيب فقد تتعداه أحياناً الى كيس الحصية و « الشرج ». وقد اجمع معظم المصابين اثناء الفحص انهم يشعرون كأنهم يبولون شفرات حلاقة او حديداً حامياً « على حد تعبيرهم » . وتتضاعف الآلام حتى لتبلغ حدها الاقصى عند المجهود الاخير ، حداً قد يضطر معه المريض الى التمسك بالجدران الى ان يفرغ من « التبويل » . ولا يندر ان يصحب نقاط البول الاخيرة بعض الدم ، وخصوصاً اذا اصبح البول متتابعاً شبه متصل .

ويغزر السيلان فيصبح قيحياً دائماً ، وحين يغسل البول القناة فان غدده تفرز مادة كثيفة تشبه الزبد ذات لون اصفر مماثل الخضرة او اخضر ، ولعل هذا السائل لا يختلف في شيء عن القيح الذي يسيل من دمل ساخن اذا ما فتح . وهو يصبح بنياً اذا رافق القيح نزيف طفيف ، اما اذا اصبح النزيف قوياً فان الدم يقطع السائل .

ويصعب احيانا تعيين موضع التقيح فينتج عن ذلك اختلاف في الرأي ولكن طريقة الزجاجات الثلاث كفيلة بحسم النزاع ، وهي تتلخص بان يبول المريض في ثلاث زجاجات على التوالي ويفحص الطبيب هذه

الزجاجات فيجد نفسه امام احتمالات ثلاث :

١ ــ اذا كان القيح عاماً فالقيح كلوي .

٢ ــ اذا كان القيح نهائياً فالقيح متمركز في المثانة .

٣ ــ اذا كان القيح بدائياً فالتقيح بروستاتي او في غدد القناة البولية .

وهكذا نرى ان الزجاجة الاولى هي التي تحتوي على السائل المعتكر في حالة التعقيبة وبما ان القيح يرسب بصورة عفوية فان هـــذا الاعتكار الناتج عن قيح غزير يترك في قعر الزجاجة راسباً كثيفاً .

فاذا فحصنا هذا القيح بالمجهر ظهر لنا الغونوكوك داخل الخلايا [١] اما الخلايا الناتجة عن تقشر الطبقة الغشائية ، التي كانت تملأ السائل في طور بدء المرض فانها تنعدم في هـذا الدور . هكذا يجب ان تكون الصورة المجهرية ، وهكذا يجب ان تظل حتى الدور النهائي الا اذا اعترضت تطور المرض مضاعفات . في هذه الحالات تكثر المكروبات خارج الخلايا ولا تبتلعها هذه من جديد الا متى اشرفت المضاعفات عـــلى نهايتها . يكفينا اذن ان نرى المكروبات داخل الخلايا من جديد ، لنقرر ان المضاعفـــات قد اشرفت على نهايتها .

ويؤدي استمرار السيلان وغزارته الى تهيج الحشفة والقلفة فتبدوان منتفختين . وتكون شقتا فتحة القضيب بفعل انحنائها الى الخارج ما يسمى اكتروبيون [٢] النسيج المخاطي الذي يبدو احمر براقاً متقشراً في اماكن مختلفة كأنما اقتلعت بعض اجزائه بالموسى . واذا كانت فتحة القلفة ضيقة بطبيعتها فان ذلك يكفي لجعل خروج الحشفة صعباً جداً ، وهـــذا ما يسمى «فيموزيس» . واذا اخرجها المريض بالقوة فان القلفة تعصرها عنـد

---

١ – ليست هذه الخلايا سوى كريات الدم البيضاء . .

٢ – يطلق هذا الاسم على جزء من النسيج المخاطي الذي يغطي صفحة القناة البولية الداخلية ، يبرز عبر فتحة القضيب في بعض الحالات المرضية . (المعرب)

قاعدتها مما يؤدي الى احتباس الدم عنها وبالتالي الى اصابتها بالآكلة . وهذا ما يسمى « بارافيموزيس » .

وفي جميع هذه الحالات تظهر على ثياب المريض الداخلية لطخات صفراء اذا كان القيح الذي سببها اخضر ، ورمادية اذا كان هذا القيح اصفر .

ولا تتأثر في الغالب حالة المريض العامة بالانتان ، فالحمى والاعدام الشهية نادرتان ، فاذا وجدتا فليس سببها الانتان ضرورة ، بل قد تنتجان عن الارق والانتصاب المؤلم . اما الانحطاط العام فيرجع في الغالب الى عامل خلقي يذكيه فقدان الطمأنينة ، او الى نظام غذائي غير كاف اذا كان المريض يتبع اساليب الوقاية القديمة في العلاج .

واذا لم تعترض المضاعفات هذا الدور فانه لا يتجاوز الاسبوعين او الثلاثة اسابيع . وينتقل المريض منه الى الدور النهائي اذا ما قدر له ان يشفى بحالة عفوية ، وهذا نادر ، او الى دور التعقيبة المزمنة اذا استمر تطور المرض ، وهذا ما يحدث في الاعم الاغلب .

الدور النهائي : في هذا الدور تخف الاعراض الذاتية والموضوعية فتتباعد فترات الانتصاب ثم يختفي نهائياً . وفي نفس الوقت تقل الرغبة في « التبويل » وتخف الآلام التي رافقته في الدور السابق ، اضف الى ذلك اختلاف حالة السائل ، فمن هذا الاختلاف انقلاب لونه من الاخضر الى الاصفر فالرمادي فالابيض المائل الى الرمادي ، ومنه ايضاً اختلاف في الكثافة يبدو معه السائل اقل لزاجة واقل شبهاً بالزبد ، ثم يتحول الى نقطة تميل الى الصفاء ولا تخرج من القضيب الا اذا عصرناه .

واذا كررنا طريقة الزجاجات الثلاث رأينا اعتكار الزجاجة الاولى يخف تدريجياً فيخلف خيوطاً قيحية في البدء ثم مخاطية تفرزها غدد القناة

البولية بفعل الانتان الذي يوسع قنواتها المفرغة . وهـذه الخيوط تدق مع مضي الوقت لتأخذ في النهاية شكل الفواصل .

ولعل الفحص المجهري لا يشذ عن سواه فيما يتعلق بهذا الانقلاب ، فهو يكشف عن مكروبات داخلية نادرة تحتل كرويات الدم البيضاء ، ولا يظهر منها في البدء الا واحد او اثنان في الحقل المجهري الواحـد ، ثم في الحقلين او الثلاثة حقول . ويختلف التركيب النسجي اذ تعود الخـلايا التقشرية للظهور من جديد ، ويزداد عددها تدريجياً . امـا السائل الذي يتحول مخاطياً فانه يحتوي على بعض « الغونوكوك » مما يشير الى اعتصام المكروب في قعر الخلايا الغدّية .

وليس الشفاء من هذه الاصابة ضرورة لا مرد لها، اذ ان التطور الذي يستمر اسبوعين او شهراً قد يطول سنين عـدة فتتحول التعقيبة الى شكلها المزمن. ولكن المستحضرات الطبية الحديثة جعلت من هذه الامكانية امراً نادراً . وعلى كل حال فان اثبات الشفاء يعتمد على الفحص المجهري الى حد بعيد .

التعقيبة المزمنة : يتخلص كل السيلان في هذا الدور في « النقطة العسكرية» ،هذه النقطة المخاطية التي تبدو بلون ابيض مائل الى الرمادي . وهي لا ترى الا اذا كانت فترات « التبويل » متباعدة وصباحاً عنـد الاستيقاظ . وهي تنتج عن كون الغونوكوك لم ينعدم نهائياً بل تجمع في الغدد التي تغطي صفحات القناة البولية . واذا كانت النقطة العسكرية تمتاز بعدم غزارتها فان العوامل التي تعيد لها غزارتها السابقة ليست قليلة ومنها الانهاك الجسدي والافراط الجنسي والتخمة والادمان على الكحول . وينشأ عن كل من العوامل المذكورة سيلان حقيقي ولكنه قيحي كثيف يشبه الزبد ، ذو لون اصفر مائل الى الاخضرار ، وعلى المريض الا يرتعد امام

هذه الاعراض لانها تزول في ايام معدودة ودونما علاج .

وقد يمل الطبيب المحاولات العلاجية امام استحكام المرض فيترك مريضه يائساً ، وينسى هذا نفسه ، اذ لا تقلقه اخطار مباشرة ، فيتكون في القناة البولية في غضون سنين قد تطول وقد تقصر ، ضيق ناتج عن تركز التقيح في نقطة معينة . وقد يؤدي هذا الضيق الى نتائج خطيرة لا يعتبر احتباس البول الحاد الا احد وجوهها . اضف الى ذلك ان ترك المصاب حراً يبذر مكروباته اينما حل وحيثما سار ، خطر اجتماعي اكيد .

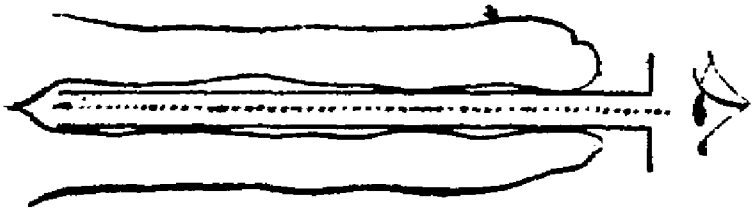
مضاعفات التعقيبة : اذا لم تعالج التعقيبة فان شفاءها « العفوي » او انتقالها الى الدور المزمن دونما مضاعفات احتمالان يندر وقوعهما . واذا كان هنالك من يعتبر مجرد انتقال المرض الى الطور المزمن مضاعفات ، فان المصطلح عليه ان هذه المضاعفات امر مختلف تماماً لانها في الحقيقة ترسم دائرة التعقيبة الحادة وهي على الاجمال انما تنتج عن تسرب المكروبات الى خارج القناة البولية حيث تركزت في البدء .

ينتقل « الغونوكوك » احياناً الى الخارج عبر فتحة القناة البولية ، فيحدث انتان في غدد الانسجة المخاطية في القضيب والقلفة ، ويسمى هذا « بالتهاب الحويصلات الخارجية » ، وهو يتطور كأي دمل عادي . اما اذا التهبت الغدد الداخلية فانها تحدث ما يسمى « بالتهاب الحويصلات العميقة » الذي يكون كسابقه دملا ينفتح الى الخارج او الى الداخل او اليهما على السواء وفي هذه الحالة يخلف الشفاء ممراً « صورياً » دائماً . اما اذا التهبت الغدد التي تغطي جوانب القناة كغدد « كوبر » و « ليتر » فانها تتكشف عن ورم يظهر في الحالب الامامي عند جزع الصفن يقابله احمرار وحرارة وألم .

ولكن الغالب ان ينتقل الغونوكوك الى الداخل فيحتل من القناة البولية جزءها الخلفي ، وقد خيل لبعض المؤلفين ازاء كثرة هذه الحالات

ان كل تعقيبة هي في الاصل خلفيّة . ويمتاز التهاب الجزء الخلفي من القناة البولية بما ينتج عنه من تتابع فترات التبويل حتى لتعقب المرة المرة في مدة لا تتجاوز ربع الساعة . اضف الى هذا اشتداد الآلام التي ترافقه واعتكاره بالقيح الذي يفرز في الزجاجة الثانية (طريقة الزجاجات الثلاث) وليس التهاب القناة البولية الخلفية على كل حال الا مرحلة اولى في التهابات ابعد مدى تتعرض لها المثانة والبروستات والحصية وقناتها .

ان اشتداد الاعراض البولية السابقة هو أهم مظاهر التهاب المثانة ، وقد يبلغ هذا الاشتداد حداً لا يفصل معه بين فترتين متواليتين اكثر من دقائق خمسة . وفي هذه الظروف يكون البول قيحياً ويترك راسباً في الثلاث زجاجات على السواء . وتبلغ الآلام ذروتها فتقترن باعراض عامة كالحمى . واذا كانت الحالات التي يهيء فيها التهاب المثانة التهاب الكلي غير مستحيلة فانها لحسن الحظ نادرة جداً .



المنظار البولي للرؤية المباشرة

وترافق التهاب البروستات في شكله الحاد آلام في الحالب واضطرابات برازية وحمى . ولكن الاضطرابات البولية تحتل المكان الاهم في هذه الصورة المرضية فيصبح انطلاق البول صعباً ، ويسيل ضعيفاً او نقطة نقطة . وقد يستحيل خروجه احياناً فينشأ عن هذا « احتباس بولي حاد » . ويكشف جس المستقيم عن بروستات متضخمه ساخنة مشدودة احياناً وقد ترتخي اذا احتوت على دمل . ولا يبعد ان ينفتح هذا الدمل في المستقيم فيشعر المريض برغبته في الابراز ولكن غائطه في هذه الحالة لا يخرج عن كونه قيحاً يقطعه بعض الدم .

ويندر ان تحافظ الخصية على سلامتها بعد اصابة البروستات ، اذ انه لا يكاد يمضي اسبوع او اسبوعان على احتلال الفونوكوك للغدة المساعدة حتى يهاجم الغدة الاساسية ، فيحدث التهاباً في احـــدى الخصيتين في الغالب ، او في كلتيهما في حالات نادرة، فتتضخم الخصية منذ هذا الوقت وتسبب ألماً يضايق كل حركة .

وقد اثبت الفحص ان قناة الخصية هي التي تصاب في هذا الدور ، اما اصابة الخصية نفسها فلا تقع الا فيما بعد ، وهكذا تكتمل صورة التهاب الخصية وقناتها الناتج عن التعقيبة . وتصحب هذا الالتهاب اعراض عـامة كالحمى وفقدان الشهية ، بينما نرى في احدى الخصيتين ورمـاً مؤلمـاً احمر ساخناً . وتبلغ الخصية المصابة ضعفي حجمها العادي او ثلاثة اضعـــافه . وينتج عن هذا تحول الخصية وقناتها الملتهبتين الى جسم يشبه الحصاة بقساوته ونعومته واستواء صفحته ، وتستمر هذه الحال من عشرة ايام الى عشرين يوماً تخف الاعراض اثناءها تدريجياً ، وقد يخف التضخم حتى تعود الخصية الى حجمها العادي، وهذا نادر، وانما يغلب ان تبلغ حجماً شبه عادي مع بقاء نواة قاسية في قناتها . وحيناً يستمر النكوص طويلا حتى تضمحل الغـدة وتخلف نواة ليفية قاسية مكونة من نسيج ندبي ، ويتوقف هذا التراجع باكراً حيناً آخر تاركاً غدة متضخمة . في هاتين الحالتين تتعرض وظيفة الخصية المصابة لخطر الضياع . ويحدث احياناً ان تتناوب الغدتان الالتهاب او ان يتعاقب على احداهما الشفاء والالتهاب عدة مرات متوالية . واذا لم ينتج عن التهاب الخصيتين هزال او تضخم دائم فان هـذا الالتهاب يؤدي نادراً الى العقم [1] .

وتشترك مع الخصية في الاصابة القناة المنوية فتصحب التهابها آلام في

١ — سيصدر عن دار القلم كتاب خاص عن العقم والعنانة والضعف الجنسي فارتقبوه .

الحالب . وينشأ عن اصابة جزئه الموجود داخل البطن انتفاخ . هـــذا ، وتتقلص عضلاته ويتبع ذلك تقيء ، وهذه اعراض التهاب غشاء البطن مخففة .

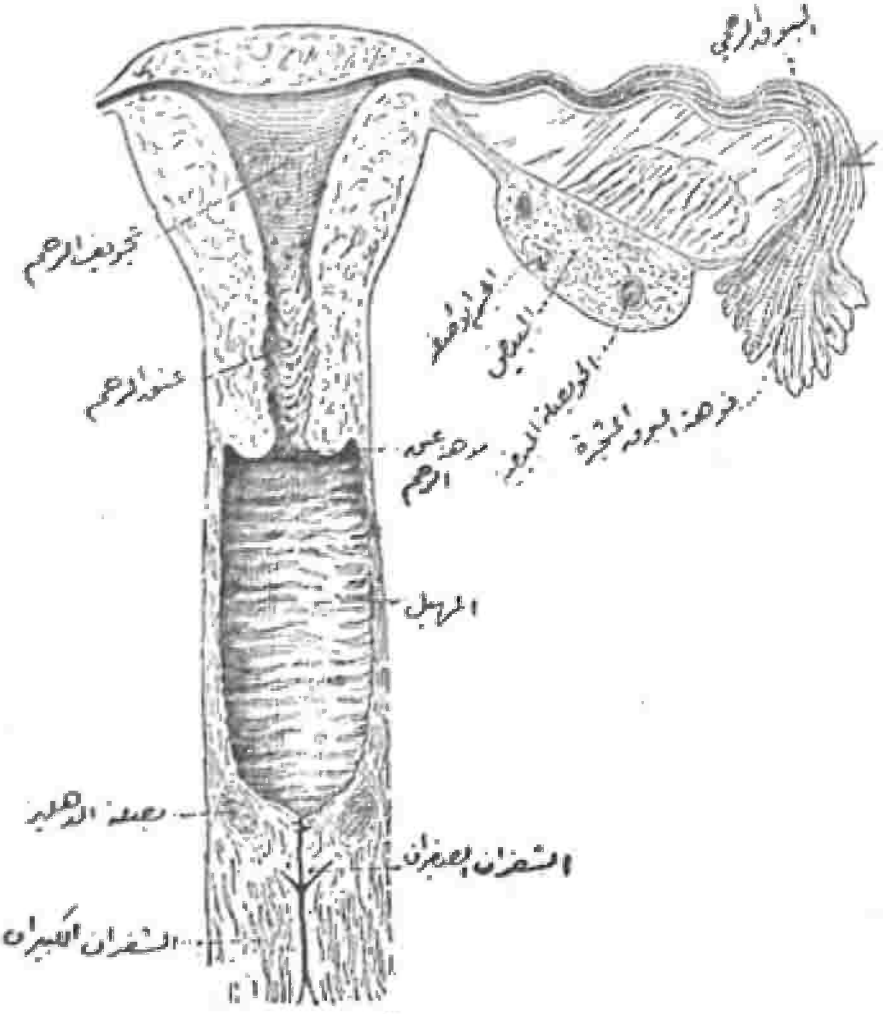
***

التعقيم عند المرأة: تصيب التعقيبة عند المرأة الجهازين التناسلي والبولي دفعة واحدة، نتيجة للصلات الوثيقة التي تربط هذين الجهازين احدهما بالآخر.

طريقة العدوى : وهنا ايضا تحتفظ الصلات الجنسية باهمية كبرى كسبب اول في العدوى ، ولكن، على عكس ما نرى عند الرجل ، تصبح الاسباب الاخرى ، كملامسة اشياء ملطخة بقيح التعقيبة ، اكثر احتمالا . وهذا يرجع الى اتساع رقعة الصفحة المعرضة لهجوم الغونوكوك مـــا يفسر اصابة الفتيات غير البالغات وحتى الصغيرات منهن. وقد حدثت في بعض المستشفيات اصابات بالغونوكوك تعرض لها اطفال انتقل اليهم المرض بواسطة ميزان الحرارة ، واخرى تعرضت فيها بعض النساء للعدوى بواسطة اصابع الطبيب او المولدة ، واصابع الشريك الملطخة بالغونوكوك . ولكننا ، رغم كل هذه الاسباب الثانوية ، نصر على ان الاتصال الجنسي مع شريك مصاب هو السبب العملي والاساسي في هذه العدوى ، وقلما تنجو المرأة من الاصابة بالتعقيبة ، نظراً لتركيب اعضائها التناسلية والبولية الخاص حتى ولو اقتصر الاتصال المسبب على ملامسات خارجية بسيطة .

دور التفريخ : هذه المدة التي تظل فيها الاصابة خفيفة كخفتها لدى الرجل اصعب تحديداً عند المرأة منها عنده نتيجة لقصر قنـــاة المرأة البولية واستقامتها ، وقد لا تكون الاعراض البولية بارزة تماماً فلا تثير شكوك المصابة ولا ينبهها الا السيلان المهبلي . ويمكن القول انه اذا شك الطبيب في اصابتها فانه يكتشف الغونوكوك بسهولة في افرازات القنـاة البولية او الغدد المهبلية او في عنق الرحم . واذا ظهرت للطبيب اصابـة

عند مريض يعترف بانه اتصل بامرأة يظنها سليمة ، حق له[1] معاينة هـذه المرأة ، وفي هـذه الحالة يظهر الغونوكوك عندها بعد مدة لا تتجاوز



مقطع يبين الاعضاء التناسلية لدى المرأة .عن كتاب « هذا الجسد »

الاربع والعشرين ساعة من الاتصال المشبوه، نتيجة لسهولة نمو المكروب بفعل تركيب اجهزتها الخاص .

وقد قيل بحق ان كل الاسباب التي تؤدي الى احتقان اعضاء حوض المرأة الاصفر تساعد على نمو المكروب . وهكذا اتهمت بتهيئة التعقيبة عند المرأة : العادة الشهرية وانعدام النظافة ، التمارين الرياضية الشاقة ،

١ – تسمح القوانين الفرنسية للطبيب باستدعاء من يشك في اصابته بهذا المرض .

وركوب الدراجة والافراط في الطعام وفي الصلات الجنسية ، وامراض القناة البولية والاعضاء المتصلة بها .

اعراض التعقيبة عند المراة : لا تدل هذه الاعراض على المرض كما تدل عليه اعراض التعقيبة عند الرجل وذلك نتيجة لتركيب جهاز المرأة التناسلي التشريحي ذي الطابع الخاص ، مما يجعل الاصابة تمر احياناً دونما ضجة فتجهلها المريضة جهلا تاماً ولا تعمل على انقاذ من تحبه منها . من اجل هذا نستهجن آراء بعض الرجال الذين يصابون بهذا المرض فيضمرون الشر للمسكينة التي نقلته اليهم دون دراية منها .

ويؤدي قصر القناة البولية الى تخفيف آلام المرأة حتى لتقتصر على شعورها بما يدغدغها او يشكها عند التبويل، وهذه الاعراض نفسها لا تخرج عن كونها عرضية لان الاصابة جنسية في الدرجة الاولى . كذلك يمر دور بدء المرض خفية في معظم الاحيان وخصوصاً اذا رافق العادة الشهرية لان اعراض الحيض كفيلة بتغطية اعراض هي في حد ذاتها اضعف من ان تثير انتباه امرأة عديمة التجربة لا تشك باخلاص شريكها وتثق بالزوج الذي تضع امانته فوق كل الشبهات .

واما السيلان المهبلي فهو الذي يسترعي انتباه المرأة ويعلن بدء دور المرض المحقق ، وهو سيلان قيحي كثيف يشبه الزبد اصفر في البداية ويخضر فيما بعد . وقد يلوث الثياب الداخلية بلطخات صفراء اذا كان اخضر ورمادية اذا كان اصفر . وتزيد غزارة هذا السيلان الدائم تدريجياً فتبلغ درجة تلتصق معها الاشفار وتتجمع الشعيرات وتهيج الصفحة المجاورة لطيات الحالب وشق الشرج وصفحة الفخذ الداخلية ، وينشأ عن هذا الهياج بثر احمر رطب يرافقه احياناً تقشر يصبح معه المشي صعباً جداً وتشعر المرأة في نفس الوقت بآلام تشبه الثقل او الهياج الداخلي او الحريق وقد تصل هذه

الآلام احياناً الى قمة العانة والبطن والافخاذ والشرج .

وتتضخم الاعضاء الجنسية الخارجية « كالبظر » والشفرين الكبيرين ، وتكتسب مع الوقت احمراراً وبريقاً . فاذا استشارت المريضة الطبيب في هذه الاثناء فان شدة الآلام تحول دون اتمام الفحص ، اذ تكفي ازاحة الشفرين لايقاظ آلام لا تحتمل ، ويمنع الانتفاخ الغشائي كل محاولة تهدف الى ايلاج الاصبع او المنظار المهبلي (سبا كولوم) في المهبل ، ويقابل هذا انتشارات متسعة في صفحة الشفر الداخلية ينشأ عنها ألم شديد . وفي هذه الحالة لا يبقى للطبيب الا فحص السائل المهبلي بالمجهر لان اكتشاف النوكوك يثبت طبيعة هذا الالتهاب المتمركز في المهبل والفرج .

واذا لم تعن المصابة باستشارة الطبيب فانها تتعرض لمضاعفات اعظم خطراً اهمها تسرب المكروب الى اعضاء الحوض الاصغر . ولكن الغالب ان تفتر حدة الاعراض عفواً او نتيجة لعناية خاصة كالحقن المهبلية مثلا . وهكذا ينتقل المرض الى الدور المزمن .

الدور المزمن : ان المرأة التي تجهل حقيقة اصابتها فلا تتولاها بعلاج اساسي لا تلبث ان تلاحظ تضاؤل السيلان المهبلي تدريجياً وانقلابه في غضون اسابيع او شهور معدودة مخاطياً قيحياً او مخاطياً . ويمتاز هذا السائل بلونه الابيض المائل الى الرمادي وغزارته المتوسطة ، وهو يزداد مع التعب وخصوصاً مع العادة الشهرية ، واذا لم تكن لهذه المرأة صلات جنسية اخرى : أي إذا لم تعد احداً ، ظلت تجهل تماماً طبيعة مرضها ، وتعزو ما تلاحظ من أعراض الى أسباب أخرى .

ويستطيع الطبيب أن يكتشف المكان الذي اعتصم فيه النوكوك بعد فتور الاعراض المرضية . ويندر جداً ان يلجأ هذا المكروب الى القناة البولية وانما يتجمع في الغدد التي تحيط بهذه القناة وتصب فيها افرازاتها او

في غدد « برتولان » الواقعة على جانبي فتحة المهبل والتي تصب افرازاتها داخل صفحة الشفر الصغير الداخلية . وينجم عن الاحتمال الاخير التهاب في غدد برتولان ، واذا كان هذا الالتهاب يتكشف الى الخارج عن وجود دائره حمراء حول فتحه العدة فان عارضين مختلفين يسمحان باكتشافه احدهما ظهور ورم قاس صلب والثاني سيلان نقطة قيحية لدى الضغط على هذا الورم . اما اذا لم تتعرض القناة البولية او الغدد للانتان فانما يحتل المكروب عنق الرحم فيحدث فيه التهاباً يسبب سيلانا قيحياً مخاطياً عبر فتحة العنق . ويثبت الفحص المجهري وجود الغونوكوك في السائل المهبلي ولكن عدد المكروبات يقل احياناً الى درجة يصعب معها هذا الفحص .

وهناك حالات نادرة لحسن الحظ ، يؤدي وجود المكروب فيها في اماكن عميقة داخل الغدد ، بحيث يصعب معها اكتشافه بالطرق العادية — الى نتائج سلبية في جميع الفحوص ، ولكن اذا اقتنع الطبيب بان المرأة التي تستشيره قد تعرضت حتما للاصابة ، فانه يتسلح في فحوصه بطرق خاصة . وأن المكروب المعتصم في أعماق الغدد يخرج منها اثناء الاتصال الجنسي او العادة الشهرية ، لذلك يعمد الأطباء الى أعادة الفحص المجهري السلبي النتيجة بعد انتهاء الحيض ، او يسببون عودة المكروب بالتهيج ولعل الوسيلة الفضلى لأدراك هذه الغاية هي دلك الأغشية التناسلية بحجر جهنم ، وان يعقب هذه العملية مباشرة فحص مجهري .

وانما يشتد خطر المرأة في الدور المزمن من المرض ، لان آلام الدور الحاد تمنعها من أي أتصال جنسي بينما لا تجد في ذلك الدور أية غضاضة في هذه الصلات او اي منها ، إذ تحسب انها قد شفيت . وهي لو علمت انها ستؤذي شريكها لرفضت حتما دعوته . ويفسر امكان اعتصام الغونوكوك

في اعماق الغدد ، حالات العدوى الغامضة ، حيث تقـــاوم كل محاولة لاخراجه . ثم يخرج بعد ذلك بصورة عفوية .

مضاعفات التعقيبة عند المرأة : قد ينتقل الغونوكوك من القناة البولية الى المثانة فيحدث التهاباً يتكشف عن آلام بالغة ورغبة ملحة في التبويل. ولكن باقي المضاعفات المتصلة بالجهاز البولي لا تشاهد هنـا بنفس كثرتها لدى الرجل .

ويحتل المكروب في حالات عديدة غدد برتولان فينشأ عن هذا التهاب يصحبه ورم شـــديد الألم يحتل الشفر الصغير الذي يبدو أحمر براقاً ، ويكتسب هذا الورم بفعل الزمن كل صفات الدمل الساخن ، فتؤدي شدة ما يرافقه من ألم الى استحالة المسير واضطرار المريضة الى اتخاذ وضع خاص لساقيها يخفف بعض آلامها . واذا لم يفتح الجراح هذا الدمل فانه ينفتح عفوا في صفحة الشفر الصغير الداخلية فيسيل منه قيح بني كريه الرائحة . واذا كان الشفاء في هذه الحالة ممكناً فليس الانتقال الى الدور المزمن اقل امكاناً . وهو ينجلي عن ورم في الغدة يتضخم من حين الى آخر ، تقابله آلام تستمر يوماً او يومين ، ثم تختفي نتيجة لسيلان بضع نقط من فتحة الغدة . ويعقب هذا الدور الحاد دور مزمن تتألف من اعراضه صورة تشبه تلك التي وصفناها في الفصل السابق لالتهاب غدد برتولان المزمن .

ولكن الغونوكوك يحتل الرحم في الدرجة الاولى فيسبب اضطرابات تتخذ احياناً طابعاً مؤثراً او تؤدي الى نتـــائج خطرة ، وينتج عن بلوغ المكروب هذا العضو ، التهاب حـاد في عنق الرحم ، ينتقل تدريجيـاً الى الدور المزمن الذي يتكشف عن بلغم مخاطي او مخـــاطي قيحي ، بينما يكون هذا البلغم قيحياً صرفاً في دور العفونة الحاد . وينتقل المكروب من عنق الرحم الى جسمه فيرافق هذا الانتقال وما يحدثه من الالتهاب ،

تضخم وآلام يقابلها اضطرابات تحدث التهاباً حاداً في غشاء البطن، هذا اذا كانت التعقيبة لم تكتشف بعد او لم تتأكد عدواها المسببة . ولكن هـذه الاعراض تخف تدريجياً فلا يبقى منها في غضون ثمانيـة او عشرة ايام الا السيلان القيحي ، هذا اذا لم يوغل المكروب في التسرب فيبلغ البوق ثم المبيض . في هذه الحالة ، كما في سابقتها ، ترافق الالم اعراض التهاب غشاء البطن ، ويكشف جس المهبل عن جسم قاس ساخن مؤلم يؤكد وجوده اشتراك ملحقات الرحم في الالتهاب .

وقد يتسرب المكروب الى ابعد من هذا ، فيحدث التهاباً حاداً حقيقياً في غشاء البطن تصبح معه العملية الجراحية العاجلة ضرورية . ونستطيع في هذه الحالة ان نتحقق من طبيعة المكروب المسبب بزراعته على سائل خاص مما يساعد على ظهور مستعمراته التعريفية .

اصطلح المؤلفون على اطلاق كلمة « عالية » على جميع هـذه المضاعفات التي ألحقت بالانسانية في يوم من الايام ما لا يقل عما الحقه الطاعون من اهوال لانها كانت تقضي بالعجز الدائم على شابات ملء اعطافهن الحيـاة والحيوية نتيجة لاشتراك دفعات التهابية جديدة مع العادة الشهرية كانت تؤدي الى اشتداد علتهن واستحكامها . ولكن فعالية المستحضرات الطبية التي نتسلح بها اليوم لم تزل تقلل من خطورتها ومن حالاتها المشاهدة حتى لتكاد لا ترى الا عند النساء اللواتي يجهلن انهن كن ضحية الغونوكوك . ولقد اقترنت في الماضي بنتائج شخصية واجتماعية جد خطيرة لما كانت تستلزمه من عمليات استئصالية كان التعقيم في كثير من الاحيان نتيجتها الاولى حتى لم يجرؤ احـد على نقض قول استاذ لنا قديم في المعاينة الطبية ، في معرض كلامه عن مضاعفات الافرنجي العصبية وقلة حدوثها عند المرأة والرجل : « ان التعقيبة اعظم خطراً عند المرأة من الافرنجي ، وخير لهذه ان تصاب

بالثاني من أن تصاب بالاولى » . وقد قلبت الاكتشافات الحديثة ، لحسن الحظ ، كل هذه الاوضاع واكسبت التعقيبة عند المرأة نفس بساطتها لدى الرجل .

***

مرض السيلان الشرجي : يحدث هذا الأنتان في الشرج لدى الرجل والمرأة على السواء . ولا يتعرض له من الرجال سوى من كان ضحية شذوذ جنسي ، بينما تراها عند النساء اما نتيجة لاتصال جنسي في الشرج ، او عند المصابات بالتعقيبة العادية بفعل انتقال السائل المهبلي الى الشرج عبر الشق الشرجي وخاصة عند الاستلقاء .

ولا نرى لهذا التركز الالتهابي اي طابع خاص الا في الحالة الاخيرة اذ ان قضيب الشريك المصاب هو الذي ينقل المكروب الى القناة الشرجية عند الرجل والمرأة . وينتج عن هذا التهاب في المستقيم يتكشف عن آلام عفوية حادة تعم جميع البطن والحوض والطرفين السفليين ، واحساس بجسم غريب يحتل الشرج يقابله رغبة كاذبة في الابراز ، ويسبب هذا الابراز آلاما تستمر وتتزايد بعد خروج الغائط الذى يبدو مغطى بطبقة من بلغم قيحي يقطعه الدم . ويكشف الفحص عن سيلان شرجي يمكن اكتشاف الغونوكوك فيه بواسطة المجهر واذا لم يبادر المصاب الى العلاج ، يعقب هذا الدور الحاد دور مزمن يمتاز بتكوين ضيق شرجي دائم .

ادت صعوبة القضاء على هذه الاصابة الى احتفاظها بصورتها المريعة حتى زمن غير بعيد ، ولكنها اليوم ، وفي ظل التقدم العلاجي الحديث ، قد اكتسبت ما ذكرناه من خصائص التعقيبة العامة .

***

التعقيبة عند الاطفال والمواليد : يتعرض الجنين اثناء مروره في المجاري التناسلية النتنة لمكروب الغونوكوك الذي يتركز في هذه الحالة

في الفرج عند الاناث والعينين عند الجنسين . وقد تؤدي الحالة الاخيرة الى العمى اذا لم تكتشف وبالتالي اذا لم يتوفر لها العلاج .

تتسبب هذه العدوى عن انتقـــال المكروب الى النسيج المنضم في الجفنين . ولا تظنن ان عند المرأة البالغة او الرجل البالغ مناعة ضـد هذه الاصابة الاخيرة ، وانما نراهما يتعرضان لها اذ يتسرب الغونوكوك الى اعينها بواسطـــة اصابعها او اصابع غيرهما او اي شيء آخر مـــلوث . وينتهي الالتهاب بسرعة الى تقيح يذهب بالعينين سواء اكان ذلك عنـــد الرجل او عند الطفل .

اما الآن فقد اصبحت هذه الاصابة نظير باقي اصابات التعقيبـــة تخضع بسهولة للمستحضرات الطبية الحديثة . ولكن هذا لم يمنع الطب الوقائي من الاستمرار في استعمال طريقة « كرادا » التي تقضي بوضع بضع نقاط من محلول حجر جهنم في عين المولود، واذا كنا نستعيض اليوم عن هذا المحلول بالبنسلين فلأن التجارب الحديثة اثبتت افضلية العلاج الاخير .

بقي انتقال المكروب الى الفتيات بواسطة الثياب كالملابس الداخليـة والاغطية او اشياء اخرى محملة بالغونوكوك كميزان الحرارة مثلا ، مـدة طويلة ، السبب الوحيد المعترف به لالتهاب الفرج والمهبل عندهن . ولكننا نعلم اليوم ان هناك حالات ينتج فيها هذا الالتهاب عن محاولة اغتصاب او اتصال جنسي مبتور بالفتيات لم ينتج عنه افتضاض البكارة، وفي كلتا الحالتين تتكشف الاصابة عن انتفاخ في الفرج يقابله سيلان مهبلي اخضر واصفر . ويظهر الغونوكوك بسهولة في الفحص المجهري .

ان الطب الحديث، وقد تسلح بالمستحضرات الفعالة، قد محا عملياً جميع هذه الاشكال غير الزهرية من اصابات التعقيبة .

***

تشخيص التفيئة وعلاجها: مهما كان نوع الانتان عند الرجل او المرأة

ومهما وضحت اعراضه، فان الطريقة الوحيدة للتثبت من طبيعة المرض هي الفحص المجهري ، اذ يكفي اكتشاف الغونوكوك لتأكيد حقيقة التعقيبة . وتبلغ قيمة هذا الفحص حداً لا يحق معه للطبيب ان يقبل تشخيص التعقيبة ما لم يعمد اليه وما لم يكتشف بواسطته الغونوكوك وترتكز اهميته على اعتبارين مختلفين . الاول فني يتعلق بطبيعة التشخيص الطبي الذي يجب ان يكون صحيحاً . والثاني خلقي يرجع الى ما نعرفه من ان اصابة احد شريكين تكاد تتسبب دائماً عن اصابة الآخر . فاذا كان ذلك كذلك فان اصابة الزوج تكاد تعطيه الدليل المادي على عبث زوجته بالامانة . نقول « تكاد » لان هناك حالات نادرة ، كما بينا ، لا تكون فيها التعقيبة نتيجة لاتصال جنسي .

والمسلم به ان شرب الخمر والبيرة يسبب في معظم الاحيان ظهور المكروب من جديد في الافرازات ، اذا كان قد اختفى منها بفعل الزمن . كما يؤدي دهن الاغشية الجنسية بمحلول حجر جهنم الى النتيجة نفسها . وقد وضعت خاصة الغونوكوك هذه في خدمة الطب لاثبات اختفاء المكروب او عدم وجوده اطلاقاً . لذلك يعمد في اليوم الاول الى هذه الترتيبات ويعقبها الفحص المجهري في اليوم الثاني .

وهناك طرق اخرى اهمها زراعة الافرازات وخاصة المني ، على سائل خاص . ولكن فعالية المستحضرات الحديثة قد انقصت من اهمية هذه الطرق ، فاصبح الفحص المباشر وسيلة التشخيص الاكثر استعمالا .

وقبل اكتشاف السلفاميد والمستحضرات ضد المكروبيه كان الطب يتعرض بالعلاج لكل مظهر من مظاهر التعقيبة على حدة . كالتهاب القناة البولية والتهاب عنق الرحم والتهاب المثانة والتهاب البوق والروماتزم لانه لم يكن يتسلح باي علاج يفتك بالغونوكوك خاصة .

اما الان فقد تغير وجه المسألة واختفت من عالم العلاج الحديث جميع الوسائل الكلاسيكية كالحقن الصغيرة لغسل القناة البولية او الحقن الكبيرة لغسل القناة البولية والمثانة والتقطير والاقلام الخ ... وحتى مركبات السلفاميد التي لعبت دوراً هاماً في وقت ما اخذت حالياً تتخلى عن كل اهميتها وقيمتها للبنسلين الذي يؤمن الشفاء لاي شكل من اشكال التعقيبة في ساعات معدودة .

وتتعدد المستحضرات ضد المكروبية الفعالة في القضاء على التعقيبة ولكن البنسلين يظل اكثرها استعمالا . ولا بدع ، فقد تضاءل خطر هذا المرض بادخال البنسلين في علاجه الى حد غريب، اصبحت معه ٢٠٠٠٠٠ الى ٣٠٠٠٠٠ وحدة تعطى في حقنتين، كافية للقضاء على المكروب وشفاء الاصابة . وقد اثبت بعض الاطباء ان ١٠٠٠٠٠ وحده في حقنتين تكفي احياناً .

يلاحظ الباحثون اليوم ان حقنتين من البنسلين المذاب في مادة بطيئة الانتشار كفيلتان بالقضاء على التعقيبة غير المضاعفة . اما المادة البطيئة الانتشار والاكثر استعمالا فهي عبارة عن مزيج من زيت الفستق وشمع النحل ، ولكن استعمال املاح البنسلين سواء اكانت ذات تركيب بسيط او معقد يعطي نتائج مماثلة. واهم هذه الاملاح بنيسيلينات السكوروكايين. وينتج عن اذابة البنسلين في هذه المواد او عن استعمال املاحه ان تمتد عملية افراغه مدة اطول بينا نرى فعاليته تستنفذ بسرعة اذا اعطي في شكله العادي ، وتطول مدة التفريغ من ٣ ساعات الى ٨ — ٢٤ ساعة .

ويمتاز العلاج بالبنسلين كما بينا ببساطة تفوق حد التصور. وقد يستعاض عن الطرق التي شرحناها بمحلول ٢٥ ٪ من ٢٠٠٠٠٠ وحدة من البنسلين في بوليفينيل البيريدون الذي يعطى في حقنتين في العضل . ويجب على

المريض ان يتجنب افراغ الدواء بسرعة ، ولذلك يطلب منه ان يمتنع عن كل ما يسبب سيلان عرقه وبالتالي ان يلتزم الراحة ويمتنع عن تناول المشروبات الروحية . ويحظر عليه الى ذلك اخذ اية مادة مسهلة ولا يستمر في هذه الظروف دفاع الغونوكوك طويلا فترى مقاومته تنهار في مدة لا تتجاوز الـ ٥ او ٦ ساعات .

يباع في جميع المكاتب

القرحة الرخوة

لما كانت القرحة الناتجة عن الافرنجي تتميز بصلابتها، ولما كان لا بد من التفريق بينها وبين القرحة البسيطة التي تتسبب عن العدوى بعصيات دوكري فقد اطلق على الاخيرة اسم القرحة الرخوة . وتتركز عصيات دوكري في الانسجة المحيطة بموضع تسربه الى الجسم حيث يكون بثراً قد ينتقل منه المكروب الى الاشخاص الذين يحتكون بالمصاب او الى موضع آخر في جسم المصاب نفسه . ولا تنتشر عصيات دوكري في الجسم كله شأن اللولبيات الشاحبة ولكنه قد يتسرب الى الجهاز اللمفاوي المحيط بالقرحة اذا لم يعن بعلاج الاصابة .

بدأت القرحة الرخوة تختفي تدريجياً في ربوعنا على الاقل ، ولا غرو فللقذارات اثر كبير في انتشارها ولهذا السبب تعتبر النظافة العامل الاهم في علاجها الوقائي . وعلى كل حال لم تعد هذه الاصابة تقترن بخطرها السابق بالنظر لما نملك من مستحضرات طبية تسمح بالقضاء عليها بسهولة .

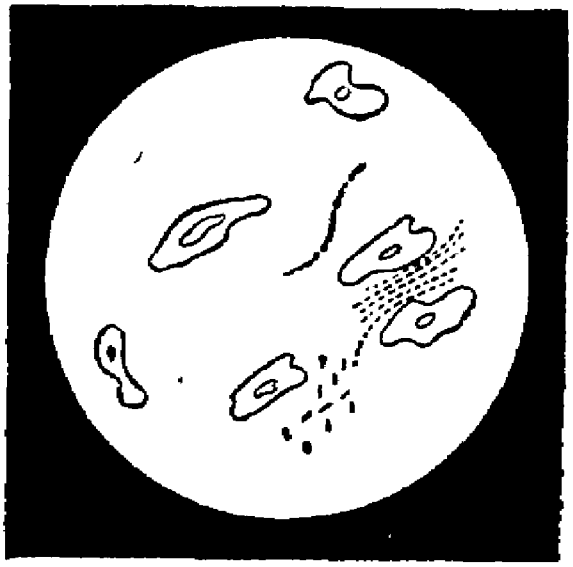
قصة المرض : درس ابو قراط وغاليا وسلس هذا المرض منذ قرون، ولكن طبيعته الزهرية لم تكتشف الا بفضل بحوث غليوم ده ساليا وغي شولياك . وان ما يؤسف له ان تقترن هذه البحوث ببحوث دارسي الافرنجي التي بلغت ذروة ازدهارها في نفس العصر وتختلط بها حتى كان القرن التاسع عشر .

ففي عام ١٨٥٢ استطاع باسورو ، تلميذ اريكورد ، بمساعدة مدرسة الانتيكاي في ليون ان يثبت للمرة الاولى اختلاف القرحتين وبالتالي كون القرحة الرخوة مرضاً مستقلا بذاته .

واذا كان دوكري ده نابل قـــد اكتشف المكروب المسبب في عام

١٨٨٩ فان درسه بالوسائل العلمية الصحيحة وزرعه على سائل خاص لم يتما الا في عام ١٩٠٠ بجهود نيكول و ب. دوران . اما عنصر القرحة الرخوة فهو قصير ثخين يمتاز بحيوية ضعيفة وتأثر بالحرارة شديد مما يجعل لزرعه شروطاً قاسية يصعب معها تحقيقه .

طريقة العدوى : قلنا ان القرحة الرخوة هي احد الامراض الناتجة عن القذارة ، واكثر ما تصيب افراد الطبقات الفقيرة والطبقة المنحطة من بائعات اللذة. ان عصيات دوكري لا يعيش الا عند اولئك الذين لا يستطيعون — او لا يريدون — ان يخضعوا لابسط قواعد الوقاية . وتبلغ القرحة الرخوة ذروة انتشارها في زمن الحروب لما تقترن به هذه الايام الفاجعة من انحطاط اجتماعي يعم جميع مرافق الحياة . ولكنها تنقرض في زمن السلم اذ تفقد التربة الخصبة التي تساعد على نمو بذورها . وقد اكدت الحرب العالمية الثانية هذه القاعدة ولم تشذ عنها .



مكروبات القرحة الرخوة

ولكي تتم العدوى لا بد من اتصال جنسي لا يعقبه تنظيف الاعضاء التناسلية، ومن بثر بسيط او جرح طفيف في القلفة بصورة خاصة، ولعل المصاب لا يشك في اصابته في البدء او يجهل المنفذ الذي تسرب منه المكروب .

اعراضها : لم يبق لهذه الاعراض سوى قيمتها التاريخية اذ ان جميع الاكتشافات الحديثة قد قلبت تطور المرض رأساً على عقب وهو يختلف عنه في الماضي في كل شيء .

دور بدء المرض : يختلف شكل البثرات الاولية باختلاف طريقة انتقال المكروب واتساع المنفذ الذي تسرب منه الى الجسم . ولا شك اذن في ان القرحة الناتجة عن تلوث مكان واحد تختلف الى حد كبير عن تلك التي يسببها تلوث صفحة كاملة . ولعل تجارب نقل المكروب الى المصاب نفسه ، التي كانت تساعد على تأكيد التشخيص، قد ادت الى نتائج اكثر وضوحاً : لانها تتكشف منذ اليوم الثاني للتجربة عن ظهور احمرار التهابي دائري يحيط بالبثرات الاولى . وهذا ينفي وجوده مدة تفريخ حقيقية كما هو الحال في التعقيبة مثلا، اذ ان البثور في هذه الظروف تصبح تعريفية منذ اليوم الثالث فيتكون وسط الدائرة الحمراء التي تتسع مع الوقت ، ارتفاع في القشرة الجلدية يتحول تدريجياً الى ورم صغير ابيض في البدء متقيح فيما بعد ، وهو ينفتح في النهاية مخلفاً البثر الخاص بهذه الاصابة .

دور المرض المحقق : تصبح البثور في هذا الدور نموذجية وتستمر من اليوم الخامس الى اليوم العشرين واذا لم يكن منفذ المكروب متسع الرقعه فانها تتكشف عن بثر مدور ذي حافات حادة منفصلة عن باقي اجزائه وله قعر رمادي منعرج مقطن ذو قاعدة صلبة مؤلمة عند اللمس يسيل منها فيح متوسط الغزارة . ويمتاز هذا البثر عن هذا كله بتوسع دائري منتظم . وتحتفظ كل خاصة من هذه الخصائص باهمية كبيرة فيما يتعلق بالتشخيص. فالشكل المدور مثلا عرضي اذ ان حافاته التي تنقلب مسننة في وقت قصير ، لا تلبث ان تأخذ شكلها التعريفي الممزق . وتغطي البثر في النهاية حافات حادة. واذا كانت قاعدته في الغالب مرنة فانها تصبح صلبة الى حد ما اذا ما توطنت في مناطق معينة كالقلفة او فتحة القضيب ، او حينما تلتهب القرحة او تهيج بفعل مواد مهيجة كالتي كان يلجأ اليها في طرق العلاج القديمة لكي القرحة . وتؤدي غزارة السيلان القيحي ، الذي

يخـــالطه بعض الدم ، الى عدم تكون قشرة تغطي هذا البثر في معظم الاحيان باستثناء ما يجاور الحافات من صفحته .

الدور النهائي : تنخفض حافات القرحة فتعود الى الالتصاق ببـــاقي الاجزاء ويكتنفها الشحوب من جديد . ويقابل هذا اختلاف في لون قعر البثر اذ يتخلص من اشباه الاغشية التي كانت تغطيه ، ويسيل منه قيح صرف . منذ هذا الوقت يلتئم البثر كأي جرح عادي نتيجة لظهور براعم لحمية تغطي قعره. ويصبح ندبة تختلف اهميتها باختلاف اتساع القرحة الاصلية

واذا كانت القرحة الصلبة تكاد تمتاز بانفرادها، فان الغالب ان تكثر القرحات الرخوة حتى اصبح لتعددها اهميـــة كبرى كعنصر اساسي في التشخيص التفريقي ، وينتج هذا عن تركز المكروب في اكثر من مكان واحد اثناء العدوى ، او عن انتقاله من مكان الى آخر في جسم المريض .

* * *

القرحة المزدوجة : في عام ١٨٥٨ اثبت دولا من ليون امكان وجود قرحة مزدوجة يسببها عنصران مكروبيان هما عصيات دوكري ولولبيات الافرنجي ، واذا نتجت هذه القرحه عن الاصابة في نفس الوقت بالمكروبين فأنها انما تنكشف في البدء عن اعراض القرحة الرخوة لتكتسب بعد حوالي عشرين يوماً صلابة قرحة الافرنجي وما يرافقها من التهاب في العقد اللمفاوية . ويمكن في بعض الاحيان اكتشاف لولبيات الافرنجي الى جانب عصيات دوكري في نفس الحقل المجهري .

العلاج : خطا هذا العلاج ـ الذي كان يخيب الآمال يوم كان يقتصر على الكي او على بودرات اليودفورم ـ خطوة طيبة حينما اكتشف نيكول وب دوران لقاح القرحة الصلبة . ولكن اكتشاف السلفاميد وبعده البنسلين ذهب بكل ما لهذا اللقاح من اهمية وقيمة، اذ ان البنسلين كفيل بالقضاء على هذه الاصابة في ايام معدودات .

الافرنجي (السفلس)

نظرات عامة : يعرف بهذا الاسم المرض الناتج عن تسرب مكروبات اللولبيات الشاحبة الى الجسم وانتشارهـــا فيه . ولهذا المرض وجهان مختلفان احدهما الافرنجي المكتسب الذي يتبع اتصالاً بين شخصين احدهما مصاب، والثاني الافرنجي الوراثي الذي ينتقل من الأم الى الجنين اثناء الحمل.

قصة الافرنجي : اذا كنا لا نملك حتى اليوم دليلاً مادياً يؤكد لنا أصل هذا المرض فأننا لا نشك قط بظهوره فجأة في العصر الخـامس عشر بين جنود شارل الثامن اثناء حصارهم لنابولي في ايطاليا ، وانتشاره بعد ذلك بسرعة في انحاء اوروبا . وبما ان هـذه الاحداث وافقت في الزمن اكتشاف القارة الاميركية فقد مال البعض ،وربما بحق،الى الاعتقاد بأصل الافرنجي الاميركي . ولم يدر بخلد أحد في تلك العصور ان البون شاسع بين هذا المرض وبين التعقيبة ، حتى اكتشف باسورو الفرق بينهما في عام ١٨٥٢ . وفي عام ١٩٠٣ نجحت تجارب مخنكوف و دو في نقـــل المكروب الى القرد ، واتم شوديان وهوفمان بعد عامين دراسة اللولبيات الشاحبة . اما طريقة بورده وجنجو التي سارت بتشخيص الافرنجي خطوات موفقة الى الامام فانها ،لم توضع حيز التنفيذ الا في عام ١٩٠٧ حين باشر واسرمان تجاربه .

الافرنجي المكتسب : يقسم تطور هذا الداء الى ادوار عدة تنتظم حسب قدم التلقيح وشكل الاضطرابات المشاهدة ، وانما بني هذا التقسيم الاختياري على دراسة الافرنجي الذي لم يخضع لاي علاج ، مما يفسر تضاؤل

قيمته حاليا وبعد اكتشاف المستحضرات الطبية الحديثة والفعالة في القضاء على الاصابة . وتنقضي عقب التلقيح مدة تتراوح بين ٢١ و ٣٠ يوماً ، (وتكون على الاغلب بين ٤٣ و ٢٤ يوماً وقد تظهر في احوال نادرة بين ١٠ و ٤٠ يوما) لا تتكشف الاصابة خلالها عن اي عـــارض مرضي أو تجريبي . ويلي مدة التفريخ هذه ظهور القرحة الصلبة التي تميز الدور الاولي والذى يدوم شهراً ونصف الشهر . ثم تليه الاضطرابات الثانوية التي تتلخص في اعراض تسمم حقيقي ناتج عن انتشار اللولبيات في جميع الاعضاء والانسجة وهـذه الاضطرابات عرضية عابرة على الاجمال ، ولكنها ربما تعود للظهور بعد مدة قد تمتد من سنتين الى خمس سنوات . ويتبع هذا الدور دور ثالث يبدو فيه الافرنجي خفياً كأنه قد شفي ، على ان الشفاء قد يكون حقيقياً في حالات محدودة . وقد يستمر هذا الدور سنين عديدة واحياناً يدوم نصف قرن ثم ينتهي الى الدور الثالث الذي يمتاز باعراض تدميرية محدودة لا تظهر في بعض الحالات او تقتصر في حالات اخرى على تدميرات في الاعضاء كالقلب والكبد والجهاز العصبي والكلى والرئة . وهنـاك دور يعرف فيـه المرض باسم الافرنجي الرباعي وهو يتكشف عن اضطرابات قهرت وسائل العلاج القديمة مدة طويلة . والمثل على هذه الاضطرابات الشلل .

اسبابه : يتسبب الافرنجي عن تسرب اللولبيات الى جسد صحيح ولكن لا يبعد ان يتعرض لهذه الميكروبات مصاب بالافرنجي الوراثي بعد شفائه . وسواء اكان اتصال المصاب بمريض في الدور الاول او الثاني او الثالث فان اصابته تبدأ دائماً بالدور الاول .

واذا كان دور ظهور القرحة ودور الاضطرابات الثانوية يمتازان بشدة العدوى فيهما ، فانهما تكون ممكنة فقط في الدور الثالث ، نتيجة لتضاؤل عدد اللولبيات في هذه الحالات . ولذلك يقل حدوث الاصابات في هذا الدور .

ولا تمكن العدوى في الافرنجي الرباعي الا اذا رافقت تطوره اعراض الدور الثالث .

ولا ننكر احتمال العدوى بواسطة الدم في مده تدوم حتى اواخر الدور الثاني (عمليات نقل الدم وما يرافقها من اصابات في حالة الاهمال) . ولكن الدم يفقد هذه الخاصة منذ الدور الثالث . اما الحليب والبصاق والمني والبول والدموع ودم الحيض فلا تعدي الا اذا احتكت مباشرة بمواضع غير سليمة من الجلد او بالانسجة المخاطية .

العدوى : لا تحدث هذه العدوى الا اذا احتك جزء من الغشاء الجلدي او المخاطي بجسم ملوث في حد ذاته او بما يحمله من افرازات او سوائل فيزيولوجية او مرضية . ولا بد لهذا الاحتكاك ، ليسبب العدوى ، من ان يكون مباشراً . لذلك يشترط ان يحتوي الجزء الغشائي الذي تعرض للعدوى على منفذ للمكروب ولو طفيف ، وهذا يرينا كم تتباين طرق هذه العدوى واسبابها .

وتأتي في الدرجة الاولى الصلات الجنسية الطبيعية وتلك التي تسمى غير طبيعية . وهذا يفسر كثرة حدوث الاصابات الاولية في الاعضاء الجنسية والفم والثدي والشرج والاصابع والاطراف والبطن والفخذين .. وينقص العدوى غير الزهرية عامل التوضع ، فنرى اللولبيات الشاحبة تنتشر دونما تفريق في اية ناحية من نواحي الجسم الذي يتعرض لاتصالات ملوثة بشكل من الاشكال . لذلك لا عجب اذا ما رأينا — فيما يتعلق بالافرنجي — شبه مساواة في الاهمية بين اسباب العدوى المباشرة وغير المباشرة .

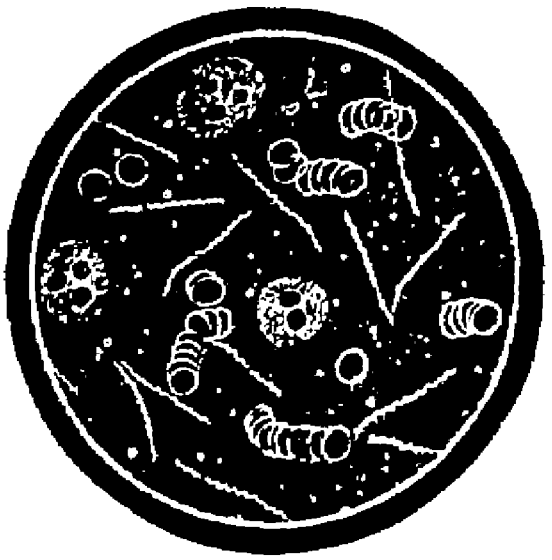
اما العدوى غير المباشرة فهي تعقب استعمال شيء ملوث باللولبيات كبعض آلات موسيقية يتناقلها موسيقيون مختلفون ، او الاقلام او كؤوس

الشرب التي تحتفظ بخطرها مده نصف ساعة بعد استعمالها ، او ادوات التنظيف كفرشاة الاسنان والموسى الخ ... او اية مادة طبية غير معقمة كقلم حجر جهنم مثلا او الثياب او احدى لوازم التضميد الملوثة .

ومن العوامل التي تسهل العدوى وجود تآكل جلدي او مخاطي

المناعة والاصابة مجدداً : تعطي الاصابة بالافرنجي للجسم الانساني مناعة تجعله غير قابل لعدوى ثانية ، وترتبط هذه المناعة ببقاء اللوبيات في الجسم ، حتى اذا ما قتلت هذه اللوبيات بفعل علاج ناجع امكنت الاصابة من جديد وذلك اذا تعرض المريض المعافى لعدوى جديدة .

اللوبيات الشاحبة: هي مكروبات ذات شكل خيطي ناحلة في طرفيها يبلغ طول الواحد منها ٦ الى ١٥ من الالف من المليمتر ، وهي ملتفة على شكل لولب ذي دوائر متقاربة متراصة عميقة يتراوح عددها بين ثماني او عشر دوائر . وتمتاز هذه المكروبات بحركتها الدائمة دونما اختلاف في ترتيب دوائرها ، أضف الى هذا تفاعلها الشديد الصعوبة مع المواد الملونة ، وحتى حجر جهنم ، مما جعل المؤلفين يطلقون عليها اسم المكروبات الشاحبة .



اللوبيات الشاحبة كما تظهر بالمجهر

وهي تفقد الجزء الاكبر من حيويتها وحركتها خارج الجسم ، وتتأثر كثيراً بالحرارة وبالمواد المعقمة مهما ضعفت فاعلية هذه المواد . وهذا كله

يفسر استحالة رؤيتها بواسطة مجهر عادي، وامكان هذه الرؤية بواسطة مجهر ذي حقل اسود . وفي هذه الظروف يمكن تلوينهـــا حسب طريقة مونتانا — ترمونده .

وتعتبر زراعة لولبيات الافرنجي ، للسبب نفسه ، من العمليات الصعبة جداً ، ولكن يمكن نقلها تجريبياً الى حيوانات الاختبار كالقرد والارنب حيث تسبب اصابات افرنجية لا تمثل تماماً الاصابة الانسانية، ولكنها على الرغم من هذا وفيما يتعلق بدراسة المرض لم تخل من فوائد جليلة .

* * *

الدور الاول : تسمى القرحة الافرنجية ايضاً عـــارضاً بدائياً ، فان ظهورها وتطورها يعتبران العارض التعريفي لهـــذا الدور الذي شاء البعض ان يقسموه الى مرحلتين :

١ — مرحلة تكون فيها الاصابة موضعيـــة وتظل اثناءها التفاعلات الدمويه سلبية .

٢ — مرحلة تصبح فيها الاصابة عامة وتمتاز بايجابية هذه التفاعلات .

ولكن هذا التقسيم أصبح شكلياً في يومنا هذا . ولا بدع فان الابطاء في استئصال القرحة في حالات

قروح افرنجية خبيثة معممة.

الافرنجي التجريبي عنـــد القرد اثبتت ان اللوبيات تجتاح كل انحاء الجسم في وقت غيرطويل مستعينة بالمجاري الدموية واللمفاوية ، وهذا ما تحاول اثباتـه التفاعلات الحديثة من ناحية اخرى ، كتفاعل « كاهن» وتفاعـل « ماينك » مثلا .

اما القرحة الافرنجية نفسها أو مايسمى أحيانا القرحة الصلبة او العارض البدائي فانها انمـا تتوضع ويتم نموها في مكان التلقيح وهي من هذه الناحية الاثر الوحيد لهذا التلقيح .

التفريخ البدائي : تمتد هذه المرحلة منذ بدء الانتان حتى ظهور القرحة وهي ضرورية تتراوح مدتهـــا بين ١٥ و ٣٠ يوماً ، ولكنها في الحالات الاكثر حدوثاً تتراوح بين الـ ١٨ — ٢٥ يوماً . وهذا لا ينفي امكان تضاؤلها حتى تبلغ العشرة ايام فقط ، كما هو الحال في تجربة تلقيح الافرنجي التي تمت اليه في النصف الاول من القرن الماضي ، وقد تطول حتى تصل الى الـ ٤٢ يوماً او تزيد .

اسباب العدوى : لم تنج اية ناحية من غشاء الجسم الجلدي والمخاطي باستثناء اسفل القدم من الاصابة بالقرحة الافرنجية ، ولكن الاغشية الجنسية تظل رغم هذا كله هدف اللولبيات المفضل .

القرحة الافرنجية : تبدأ هذه القرحة في بعض الاحيان بلطخة حمراء تتحول الى حُبَيْبَة تتصلب مع الوقت ثم يظهر عليها تقرح صغير ، وفي احيان أخرى ، كما في الافرنجي التجريبي مثلا ، نراها تبدأ بحويصلة تتفتح فيما بعد لتخلف تأكلا قشرياً .

ولا يمر اليوم الثامن او العاشر حتى تكون هذه القرحة قد استكملت نضجها ، وهي تتكشف في الحالات النموذجية عن تدمير ثابت الحدود متحبب في الغالب ولا يعدو حد التآكل .

ولكن هنالك حالات يصبح فيها هذا التدمير تقرحاً حقيقياً مستديراً او بيضاوياً (الا اذا استلزمت طبيعة الصفحة الجلدية المصابة شكلا آخر) ذا حافات واضحة غير منفصلة . وتتوضع هذه القرحة على قاعدة متصلة لها مقاومة جلد الغنم . وقد بين فورنيه افضل وسيلة للتحقق من هذه الصلابة ، وهي تقضي بامساك القرحة بين السبابة والابهام ومحاولة رفعها الى اعلى . وتكون القرحة حمراء فاتحة لها لون العضل المقطوع او رمادية تحيط بهـــا دائرة بنفسجية ، ولكنها تتغطى في بعض الحالات بشبه غشاء ابيض مائل الى الرمادي كما يظهر عليها في حالات اخرى نقاط نزيف قـــد يؤدي الى ما سماه فورنيه « القرحة الارجوانية » . امـــا صفتها فهي مستوية في الغالب ، ويندر جداً ان يظهر فيها تقيح ما .

قرحة اللسان الفرنجية

وقد اطلق موريك اسم «القرحة الوردية» على نوع من هذه التدميرات ذو قعر ابيض مائل الى الرمادي يغطيه شبه غشاء ابيض ويحيط به خط احمر .

واذا كانت القرحة مؤلمة في بعض الاحيان فان الغالب ان لا يرافقها اي الم ، ويتسبب هذا الالم ان وجد ، اما عن احتلال القرحة لمنافذ الجسم الطبيعية كالشفة واللسان وفتحة القناة البولية ، واما عن اشتراك مكروبات اخرى في الانتان كما يحدث في القرحة المزدوجة .

وهنالك حالات تبدو فيها القرحة الافرنجية مختلفة في مظهرها او تنقصها بعض اعراضها الاعتيادية . من هذه الصور الاستثنائية ما يعرف بالقرحة

« غير الصلبة » (قرحة القلفة او جراب القضيب) والقرحة المنبسطة والقرحة التي تشبه فوهة البركان والتي تتكون من قطعتين (قرحة بين الحشفة والقلفة) والتي تشبه الحلقة او المضرب (قرحة اللجام).

والى هذه الاختلافات في الشكل يجب ان نضيف اختلافات في الحجم . فاذا كان حجم القرحة الصلبة يتراوح غالباً بين حجم الفرنك وحجم نصف الفرنك فان هذا لا يمنع من وجود حالات يزيد فيها حجم القرحة عن حجم الفرنك او ينقص عن حجم نصف الفرنك .

القرحة الصلبة في الوجنة

تطور القرحة الصلبة : تستكمل القرحة الصلبة تطورها في مدة تتراوح بين الـ ٣٠ و الـ ٤٥ يوماً ولا يستحيل مع هذا ان تزيد مدة التطور او تنقص احياناً كما هو الحال مثلا في الاصابات العابرة العرضية التي تشاهد عند المرأة خصوصاً . اما الالتئام فيتم من الخارج الى الداخل تاركا في معظم الاحيان ندبة . وفي هذه الاثناء يزول التصلب تدريجياً ، وقد يدوم مع ذلك اشهراً عديدة .

القرحة الصلبة في الجفن عند الشبان

وقد سلم القدماء بان القرحة الصلبة تتطور منفردة ولكن الابحاث الحديثة تدل على ان اشتراك اكثر من قرحة واحدة ليس غريباً ولا نادراً في شيء . وهنالك حالات يبدو فيها جسم المريض مسرحاً تحتل منه القروح مواقع مختلفة كما في الاعضاء التناسلية .

اجتياح اللوبيات للجهاز اللمفاوي : يعتبر هذا الاجتياح أحد الاعراض

المبكرة ويصبح بديهياً بعد مرور ٤ او ٦ أيام على ظهور القرحة . ويتكشف الالتهاب الناتج عنه عن تكون حبل اسطواني صغير وصلب منفصل تماماً عن الانسجة التي تحيط به وهو يربط القرحة الافرنجية بالعقد اللمفاوية المجاورة .

تتركز اصابة العقد اللمفاوية الناتجة عن الافرنجي الاولي في مكان التلقيح حيث تنمو القرحة ، ولهذا التركز قيمة تعريفية لا ريب فيها فيما يتعلق بالتشخيص .

اما الفحص فيكشف عما نسميه « مجموعة ريكور الغدية » وهي عبارة عن مجموعه غدد صغيرة تحيط بغدة أكبر منها حجما ، وتمتاز هذه الغدد بصلابتها وانفلاتها من الاصابع وخلوها من كل ألم . وهي الى هذا لاتصل الى طور التقيح قط .

تشخيص القرحة الصلبة : اذا رافقت القرحة جميع اعراضها التعريفية اصبح هذا التشخيص بديهياً ولكن خطورة الخطوة العلاجية التالية تمنعنا من الاكتفاء به وتدفعنا الى تأكيده بالفحوص التجريبية قبل الشروع في اي علاج .

التشخيص التفريقي : لعل القرحة الرخوة التي تقابل القرحة الصلبة هي المسألة الاهم في التشخيص التفريقي ، وتمتاز هذه القرحة بحافات منفصلة وافرازات قيحية كما يرافقها التهاب في العقد اللمفاوية وآلام .

وقد يشتبه الامر على الطبيب فلا يفرق بينها وبين البثور الجلدية والقرحات الاخرى واعراض الاكزما والسحجات والجروح العادية وما الى ذلك . وقد لا يجد الطبيب في بعض الحالات حلا مرضياً لهذه المسائل في عيادته الخاصة ، ولكنه يقهر هذه الصعوبة بالاستعانة بالفحوص التجريبية .

الافرنجي بلا قرحة : اذا كان هذا النوع من الافرنجي قد تعرض في وقت ما لموجة كبيرة من الشك فانه يبدو اليوم حقيقة لا مجال لنقضها ولا غرو فقد أمنت طريقة نقل الدم ، بمـــا سببته من اصابات افرنجية لم تقترن بها أية قرحة ، الادلة المادية لمن كانت تعوزهم هـذه الادلة .

وقد أطلق هذا الأسم على أصابات افرنجية تحدث وتتمكن من المريض دون ان ترافقها القرحة التعريفية ، واذا كنا اليوم نقبل هذه الاصابات كحقائق اثبتها اكثر من دليل مادي واحد فاننا نرفض باصرار تسميتها خطأ بالافرنجي الناقص والمبتور .

اما النتائج التجريبية الاخيرة فمنها ما يؤكد وجود وجود افرنجي بلا قرحة ومنها ما ينفيه . من ذلك فشل التجارب التي اريدبها نقل المرض الى القرد دونما قرحة بواسطة الغشاء الجلدي ، بينا نجحت تجارب اخرى حققت فيها الغاية نفسها بنقل المكروب الى الخصية مباشرة .

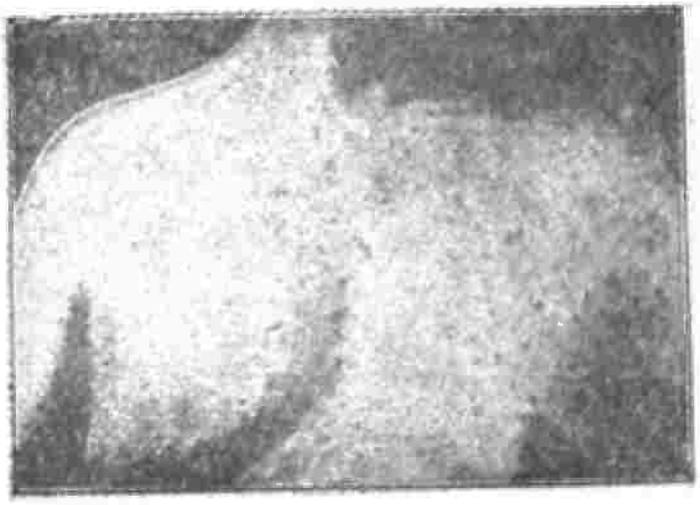
ولا تدخل في هذا الباب حالات من الافرنجي تكون فيها القرحة خفية فلا تثير انتباه المريض . من هذا اختفاء القرحة في طيات الفرج و المهبل ، وعنق الرحم ، وداخل الفم والانف والمستقيم . وان وجود حالات من الافرنجي الوراثي يولد فيها الطفل وهو ضحية افرنجي ثانوي ، يعتبر دليلا كافياً في هذه القضية .

اما حالات الافرنجي الناقص او المبتور الحقيقية ، فانمـــا نجدها في الاصابات المكتسبة كأن تتم عملية الختان مثلا في دور استعداد المرض فتذهب بموضع تسرب اللولبيات الى الجسم وبالتالي بالقرحة . وهنالك حالات عدوى عميقة تحدث داخل الاعضاء مباشرة كعدوى الجراح اثناء العمليات او العدوى الناتجة عن نقل الدم الى مريض لم يتعرض لغزو هذه المكروبات عن طريق آخر .

وترجع الحالات الاخيرة الى جهل المتبرع بالدم لاصابته كأن يكون نقل هذا الدم في الايام الاولى لظهور القرحة حين تكون التفاعلات الدموية سلبية . ويبدو ان المدرسة الاميركية الجديدة لا تخشى عدوى افرنجية في الدور الثالث لذلك لا يرفض معظم الاطباء في اميركا ما يقدم لهم من دم المرضى في هذا الدور .

* * *

الافرنجي الثانوي : لعل كل ما سنورده من اعراض هذا الدور انما يأتي عن تسمم عام ناتج عن انتشار اللوليبات في الجسم كله. ويسمى مجموع هذه الاعراض احياناً فورة ثانوية . وقد تكون هذه الفورة العارض الاول المشاهد في تطور بعض الاصابات كما نرى في الافرنجي المبتور ، وقد لا ترى الا في نهاية تطور القرحة الصلبة اذا لم يعن بعلاج الاصابة في هذا الوقت او اذا كان علاجها متأخراً او غير كاف . ولا تتبع الفورة نمو القرحة مباشرة وانما تفصلها عنها مدة تتراوح في الغالب بين الـ ٣٥ و الـ ٥٠ يوماً « دور الاستعداد الثانوي »



جسم مصاب كله بالقروح من الدور الثاني

دور التفريخ الثاني : يأتي هذا الدور مباشرة بعد ظهور القرحة الصلبة ولا يعرفه الا استمرار تطور هذه القرحة ، هذا اذا وجدت ولم تكن خفية او مختبئة . وان كان الغالب ألا تقل مدة هذا الدور عن ٣٥ يوماً فان هنالك حالات نادرة لا يستمر فيها اكثر من ١٢ يوماً ، يقابل هذا حالات اكثر

حدوثاً تزيد فيها مدته عن الـ ٥٠ والـ ٦٠ يوما بل والثلاثة اشهر . وهذا ما نسميه بالافرنجي الثانوي المتأخر وتكثر حالاتـه حينما يلجأ في علاج المرض الى مستحضرات تبدو عنيفة الهجوم في الظاهر وان كانت في الحقيقة تعوزها الفعالية أو لا يثابر عليها مدة كافية ، اضف الى هذا انها لا تشكل العلاج الاساسي للاصابة . اما المستحضرات الحديثة فانهـا تؤدي ان استعملت بحكمة الى استمرار هذا الدور دونما نهاية ، الا اذا قطعته اعراض ثانوية .

واذا استثنينا حالات الافرنجي الناتجة عن جهل المريض لاصابته والتي اخذت في الانقراض بفعل تقدم التشخيص وانتشار العلم في مختلف الطبقات الاجتماعيه ، فان كل ما نشاهده اليوم من حالات الافرنجي الثانوي انما يرجع الى عدم الاكتراث بالاصابة ، وبالتالي اهمال علاجها ، او الاكتفاء بعلاج غير كاف . وهكذا تقطع دور الاستعداد الثاني اعراض ذات طابع انتاني عام ، وهي اعراض عرضية سطحية عابرة تقترن بالاضطرابات العامة الاعتيادية التي ترافق عادة كل انتان شامل كالصداع او الهبات الحارة ، والتعب المؤلم والحمى ، والوهن ، والتهاب القشرة العظمية ووجود الزلال في البول ، واليرقان (ريقان) . ويقابل هذا كله ما سماه « اودري » الاعراض التحضيرية للطفح الجلدي (الازهار = روزا يول) . ولكن العارض الاهم في هذا الدور هو ايجابية تفاعل بوردا فاسرمان التي تظهر منذ اليوم الخامس عشر او العشرين فتؤمن للتشخيص عنصره التجريبي الاساسي وربما الكافي

الاعراض العامة : يعتبر الازهار (الطفح الجلدي) العارض التعريفي لبدء هـــذا الدور ، ولكن هنالك حالات يبدأ فيها الافرنجي الثانوي باضطرابات عامة عنيفة تظهر دفعة واحدة كالنحول والشحوب وفقدان الشهية والخفقان القلبي وعسر التنفس والخمول الجسدي والفكري . يقابل هـــذا اعراض عصبية مختلفة كالارق العرضي او الناتج عن آلام عصبية

ومفصليه ، وشبه الروماتيزم الانتاني الحقيقي والوهن العقلي . وهـــذه الاعراض ترافق معظم حالات الانتان العام . اما فقر الدم فهو عارض قد تشتد وطأته احياناً فيؤدي الى فقر دم حقيقي خطر . ويتكشف هـــذا العارض عن تضاؤل واضح في الكريات الدموية الحمراء وزيادة في الكريات الدموية البيضاء يقابلها نقص في مادة الدم الحمراء .

ويعتبر الصداع اضطراباً تعريفياً لهذا الدور من الاصابة وهو كثير الحدوث ويعم الرأس جميعه او يتركز في العظمين الجبهي والخلفي . وهو اما ان يكون متصلا واما ان يكون متقطعاً يتخذ شكل نوبات تشتد اثناء الليل ويرافق احيانا آلامه الصماء دوار وهذيان .

اما فحص السائل الشوكي فيكشف عن اعراض التهـاب حقيقي في السحايا تتلخص في انقلاب خصائص السائل الشوكي ، فيزداد ضغط السائل الشوكي الدماغي وافرازه لمادتي اللنف والزلال .

وليست الحمى اقل اهمية من الصداع ، وهي مثله أما ان تكون متصلة واما ان تكون متقطعة تأتي في دفعات غير منتظمة . وقد ترتفع احيانا الى ٣٩ او ٤٠ درجة ، وتبدو كأنما هي حمى سل حاد او حمى التيفوئيد . وقد تأخذ في حالات اخرى شكل حمى الملاريا .

يقابل هذه الاعراض تضخم في الطحال وزلال في البول .

الافرنجي الثانوي والجلد : وهذه اصابات نادرة ولكنها تمتاز رغم اختلافها ، بخصائص عامة مماثلة . فالطفح الجلدي (الازهار) يكون شاملا غير محدود ، وسطحياً لا يخلف أية ندبة . أمـــا عناصره فتبدو معقدة الاشكال متحببة وتنتشر دونما نظام في صفحة الغشاء الجلدي . وهي الى هذا ، لا تقترن بالحكة الا عند المرضى المدمنين على الخمر أو العصبيين أو في الحالات التي يتم فيها نموها في مواضع يكسوها الشعر .

وقد يسبق احيانا ظهور الاعراض الثانوية العامة تفتح موضعي في افرنجي المحيط بالقرحة الصلبة يشبه توسع نقطة الزيت. أما انتشار اللولبيات شاحبة في الجسم بواسطة الدم او البلغم فانه لا يهيء هذا التفتح الدائري انما يليه في الزمن . ولعل اهم انواع افرنجى الجلد واكثرها حدوثا هي آتية :

الافرنجي الجلدي ذو الشكل الطفحي : اذا كانت ميزة الازهار او طفح الجلدي النموذجية تجعل له اهمية لا شك فيها في الدور الثانوي للافرنجي ان ميزته كعارض اول في هذا الدور تجعل له اهمية اكبر .

تفصل هذا العارض عن القرحة مدة تتراوح بين الـ ٣٥ والـ ٧٠ يوما تراه تكشف في نهايتها عن لطخات تكاد تتركز دائماً في الجنب والجذع ولا ترب الوجه والاطراف . اما لونها فانه يشبه لون زهر الدراق .

الافرنجي الجلدي ذو الشكل الحبيبي : يكون للحبيبة الفرنجية حجم حبة العدس ولون اللحم المملح او لون النحاس .

الافرنجي الجلدي ذو الشكل المتقرح : تتوضع هذه الاصابة في الوجه وفي الطرفين السفليين خاصة وهي تتعرض للعفونة المكروبية التي تكوّن سهاراً يغطي التقرح .

الافرنجي ذو الشكل الملون : ينشأ عن هذا النوع من الافرنجي ما سماه القدماء «بعقد فينوس» وهو يحيط العنق بلطخات صفراء او مائلة الى البني

الافرنجي ذو الشكل الندبي غير المندثر : وهو يسبب تقلصاً جلديا كالذي تحدثه بعض الحروق .

الافرنجي الثانوي والغشاء المخاطي : تكثر هذه الاصابات اذا هيأتها بعض العوامل المساعدة « كقرمية ضرس» او قذارة الفم او بعض الافرازات المرضية كالتي تسببها تعقيبة مزمنة ترافق الافرنجي . وقد تتعرض

هذه الاصابة الاغشية المخاطية في الفم والحنجرة والاعضاء الجنسية والشرج والعين . وتمتاز كلها بشدة عدواها اما اكثر تدميراتها حدوثاً فهو الخناق الذي يتكشف عن لطخات حمراء تتركز في قعر الحنجرة . وهنالك اللوحات المخاطية التي تمتاز بلون كلون الحليب وهي تغطي الحنجرة، مما يؤدي احياناً الى خلطها بلوحات الخانوق .

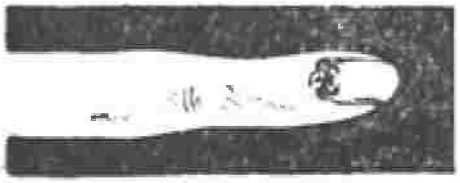
لوحات افرنجية على الغشاء المخاطي

وكذلك نشاهد احياناً اصابات تمتاز بشقوق في الشفتين وفي صفحة الوجنة الداخلية .

الافرنجي الثانوي والشعر : لا يندر ان يرافق تساقط شعر المصاب اعراض الدور الثانوي ، ويبدأ هذا العارض في فترة تتراوح بين الشهرين الثاني والسادس . وقد يأخذ شكلا غير محدود او شكل بقعات جرداء او لوحات . ولكن الصلع التام عارض نادر جداً ، وعلى كل حال فان علاجاً فعالا كفيل بالقضاء على هذا الاضطراب في غضون ثلاثة او اربعة اشهر

الافرنجي الثانوي والاظفار : وهذه اصابة اخرى تتعدد اشكالها :

١ ــ هنالك حالات نرى الظفر فيها متفتتاً قابلا للكسر .



الفرحة الصلبة في الاصبع

٢ ــ وقد يكون كثيفاً يشبه تركيبه تركيب الاسفنج .

٣ – بينما يصاب في حالات اخرى بتآكل يؤدي الى قرحة حقيقية .

٤ – ويقابل هذا كله اصابات يصبح معها الظفر منفصلا ويفقد شكله الطبيعي اذ تظهر تحته حبيبات صغيرة بنية فيتقلع وينخفض ويظهر فيه شق او حز .

اما التهاب دائرة الظفر فأنه يأخذ في الغالب احد شكلين هما :

١ – حالات يتعرض فيها الظفر للتقشر والتكثف

٢ – وحالات اخرى يبدو فيها متقرحاً في البدء ليرخو فيما بعد ويسيل منه قيح كريه الرائحة .

الافرنجي الثانوي والاعضاء : ان كل عضو في الجسم يتعرض لهذه الاصابة ، اذ تنتشر اللولبيات الشاحبة في الجهاز الهضمي (الكبد – يرقان) وفي الكلي (زلال البول والتهاب الكلي الحاد) والشرايين والاوردة ، والغـــدة الدرقية ، وغشاء الرئة والجهاز العصبي ، والعين ، والاذن ، والعظام والمفاصل .

***

الافرنجي الثالثي : ان استمرار تطور الوسائل الوقائية يقابله استمرار تقدم الطرق العلاجية ، سيؤديان يوماً ما الى القضاء نهائياً على هذا « البعبع» البشري . والحقيقة ان فكرة القضاء على الافرنجي قـد وضعت في حيز التنفيذ منذ نشأ هذا المجتمع البشري الراقي في معظم اطرافه ، لان الانظمة الاجتماعية والصحية الحالية ، اذ تخضع كل فرد في المجتمع للرقابة الطبية الدائمـــة تجعل من الاصابات نادرة الوقوع حتى لتكاد تقتصر على انتانات خفية تثير شكوك المصاب وبالتالي لا يتسنى له ان يعالجها . ولعلنا لا نظلم الحقيقة في شيء اذا ما قررنا انه لا الاضطرابات الافرنجية الثـانوية ولا الاضطرابات الثالثة تمتـاز بطابع محتوم . ويكفي لكي نقصر كل اعراض

الافرنجي وتدميراته على القرحة الصلبة ان نعني بتأكيد التشخيص منذ الدور الاول ونوقف من ثم تطور المرض بوسائلنا الفعالة .

قرحات افرنجية من الدور الثالث

لقد قلنا في مطلع هذا الكتاب ان الغاية من تقسيم تطور الافرنجي الى ادوار اربعة هي في الدرجة الاولى تعليمية رغم اتفاق هذا التقسيم على الاجمال ، مع ما نشاهده في الواقع . وتراثا نعزو لهذه الوحدة في التطور عجزنا عن ايجاد حد فاصل بين الدورين الثاني والثالث اذ تتصل اعراضها وبين الدورين الثالث والرابع لامتداد اضطرابات كل منهما الى الآخر . ولكن الدور الثالث رغم اختلاط بدايته ونهايته بما سبقه وما لحقه ، يمتاز بتدميرات تعريفية لها خصائص قائمة بذاتها ، وتتكشف مقابلتها بخصائص التدميرات السابقة عن الفروق الاساسية التالية :

١ — ظهورها فجأة في الفترة التي تكثر فيها دلائل الصحة الجيدة ويظن المريض معها انه شفي فعلا .

٢ — قلتها وتركزها .

٣ — امكان امتدادها الى الجسم كله وفي هذه الحالة يظل الانتان جلدياً رغم اشتراك معظم الأعضاء في الاصابة .

٤ — طابعها التدميري وهو يجمل خصائصها الاساسية .

٥ — مقاومتها القوية والطويلة للعلاج .

والحقيقة ان الخاصتين الاخيرتين تشكلان وحدة اثبتتها فعالية المستحضرات الطبية الحديثة اذ دلت على ان تأخر الشفاء ليس الا النتيجة المباشرة لعمق التدميرات وبطء تحسنها .

بدء هذا الدور : تتبع معظم الاصابات الثالثية ظهور القرحة بعد مدة لا تتعدى الثلاث سنوات . ولكن هنالك اصابات ثالثية لم تظهر الا بعد مضي نصف قرن ، بل ان بعض من تعرضوا لاصابات من هـذا النوع لم يشعروا طوال هذه المدة باي عارض مرضي وانجبوا ابناء اصحاء لا تشوههم علة او عاهة . وان بعض العوامل لتساعد على ظهور الاعراض الثالثيـة ومنها الملاريا والارهاق الجسدي والفكري والادمان على الخمر .

اعراض الدور الثالث العامة : وهذه حالات مرضية مختلفة رفضهـا بعض المؤلفين زمناً طويلا واثبتتها اخيراً البحوث العلمية الحديثة ، منهـا الوهن وفقدان الشهية والالام العصبية والخفقان القلبي ، ويقابل هذا احيانا اعراض « نوراستانيا » حقيقية وحمى قد تعود الى ما يسببه الانتان الافرنجي من تدميرات عضوية او الى اسباب اخرى مختلفة .

التدميرات الجلدية الثالثة : قلنا في الفصل السابق ان هذه الاعراض قد ترافق احياناً الطفح الجلدي الثانوي والازهار منذ السنة الثانية للاصابة وهي تمتاز بالخصائص الاتية :

١ ــ تفرقها في مواضع مختلفة او اجتماعها في بقعة معينة

٢ ــ تطورها التدميري الذي يؤدي الى ندبة دائمة .

٣ ــ ضعف عدواها رغم وجود اللولبيات الشاحبة فيها .

٤ ــ تأثرها بالعلاج ، وتعتبر هذه الخاصة احد عناصر التشخيص الهامة .

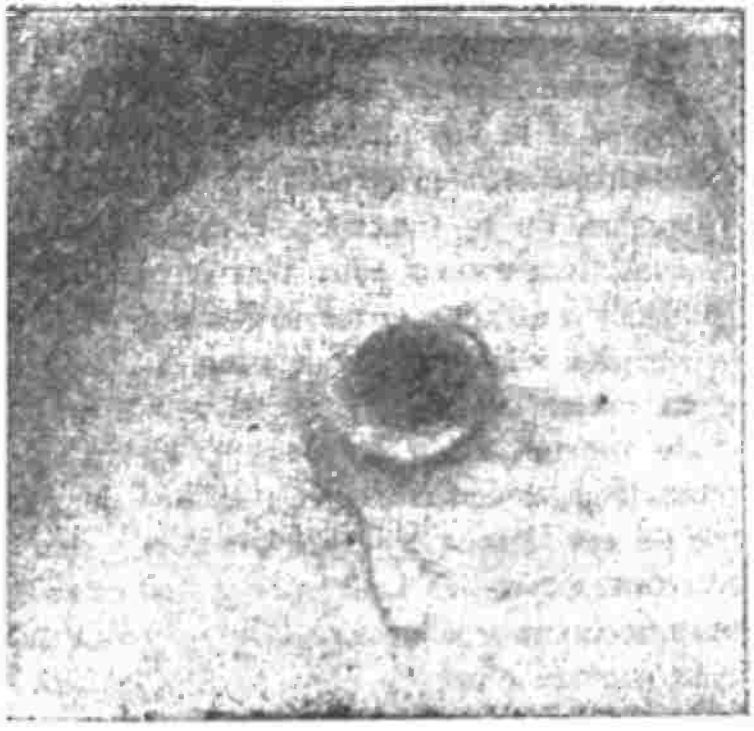
٥ ــ اقترانها احياناً بتفاعلات في المصل سلبيـــة ، وهي تقسم حسب مظهرها وخصائصها الى ما يلي :

السيفيليد : يستمر تطور هذه التدميرات شهوراً واحياناسنين . وتميزها عن الاعراض الثانوية خصائصها التخريبية . وهي لا تعدو كونها نتوءات مدورة متصلبة يشبه لونها الاحمر لون اللحم المملح او لون النحاس وهي الى هذا تنقر الانسجة السطحية ولا تتكشف عن اي الم ، وقد تتفتح احياناً فتحدث تآكلا مستديراً ، ذا حافات واضحة حادة غير منفصلة بينا يكون قعره جافاً او تملؤه الخراجات . كما يغطيه احياناً مسحار بني كثيف ملتصق به .

تتركز التدرنات الثالثية في مكان واحد من الجسم وتتجمع فيه على اشكال خاصة متقاربة متراصة حول بقعة من الغشاء الجلدي ندبية سليمة تتوسع الى الخارج بشكل دائري . وتظهر التدرنات الجديدة على حاشية هذه الدائرة بينا تحتل التدرنات القديمة الوسط فيها ، حيث تخلف ، وتختفي ندبة قد تمتد فتكتسح جزءاً تاماً من احد الاطراف ، اما اذا وجدت في الانف والشفتين فانها تتضخم جملة وقد تؤدي الى اقتطاع اجزاء منها كبيرة الاهمية .

الصمغ الافرنجي :

هو تدمير منفرد في الغالب ويبدأ بانتفاخ غير ملتصق بالانسجة السطحية ، ذي حدود تامة الوضوح . ويكبر هذا الانتفاخ ويطرى تدريجياً حتى اذا ما تحول داخله الى سائل رأيناه يلتصق بالجلد الذي يبدو احمر ، ثم



الصمغ الافرنجي في عظم الصدر

ينفتح فيخرج منـــه سائل لزج اصفر يخلف خراجاً تحوله حافات حادة واضحة ملتصقة بالجلد الى ما يسمى « القرحة الصحفية » . وتكون هذه القرحة مستديرة كانما خطها بركار (بيكار) اما الخراج الذي يشبه اليـاف القنب التي توضع عـــلى المغزل فانـه لا يلبث ان يقذف الى الخارج تاركا ندبة غير منتظمة تحيط بها دائرة ملونة . وهذا التدمير الذي يتطور مدة لا تتجـــاوز الشهرين او الاربعة شهور لا يقترن باي التهاب في العقد اللمفاوية .

التكاثر الصمغي : يتسبب هذا التدمير عن اجتماع عدة صموغ مجاورة واتحادهـا في لوحة قاتمـــة ، متبعجة ، رخوة ، متقرحـة في بعض اجزائهـــا .

الافرنجي الثالثي والاعضاء : لا يكاد ينجو من الاصابة بالافرنجي الثالثي اي عضو او جهاز ، ويلوح لنا ان الاعضاء النبيلة تجتذب اللولبيات الشاحبة فتحدث فيها هذه تخريبات تقضي على وظيفتها بصورة دائمة ونهائية في معظم الاحيان .

الاعضاء التناسلية : يتعرض الرجل بالاضافة الى ما نشاهد عنده من التدميرات الافرنجية في القضيب والعنق لالتهاب البروستات والخصية وقناتها . اما عند المرأة فتحتل الاعراض الافرنجية الفرج وعنق الرحم بينما يكون جسم هذا العضو مسرحاً لتخريبات واسعة تحدثها فيه الصموغ الافرنجية .

اعضاء الحواس : تتجلى اصـابة العين عن اضطرابات مختلفة اكثرها حدوثاً التهاب القزحية (بؤبؤ) ،التهاب شيمة العين حول عصب النظر وقد تؤدي هذه التدميرات مباشرة الى العمى .

كذلك تهاجم اللولبيات الاذن الوسطى ولكن تخريباتها تتركز بصورة غريبة في الاذن الداخلية وقد تسبب صمماً دائماً وتاماً .

الجهاز الهضمي : تتكشف اصابة هذا الجهاز ، بالاضافة الى ما نشاهده من التهابات في اللسان ، عن تدميرات مختلفة ، منهـــا الالتهابات المعوية والتدميرات في المستقيم والشرج ، اضف الى هذا تخريبات صمغية في اعضاء مختلفة تؤدي الى اصابة الكبد وتضخم الطحال واحياناً فقر الدم .

الجهاز التنفسي : يصاب الانف بالدرجة الاولى فتحدث فيه ثقوب في حاجز الانف ، يقابلها التهاب في الاغشية المخاطية . ومن الفوهات الانفية ، تنتقل اللولبيات الشاحبة الى الشعب والرئة .

الكلي : تسبب فيه الاصابة الافرنجية التهابات مزمنة ، وصموغاً وهزالا ، بالاضافة الى تكاثر مادة الدم الحمراء (هيموغلوبين) بشكل خطير .

الاطراف : لا يرحم الافرنجي جزءاً واحداً من هذه الاعضـــاء . فتراه يتجلى عن التهابات في العظام وسل فقري وآلام في المفاصل ترافق او تسبق تنضح هذه الاجزاء . يقابل هذا تحول بارز في العضل .

الشرايين والاوردة : تكاد تخريباتها تقتصر على التهابات الشرايين وتضخمها وقد تتضخم الاوردة ايضاً .

الجهاز العصبي : ان اصابات هذا الجهـــاز كثيرة واهمها الافرنجي الدماغي والصموغ الدماغية والشلل والتهاب السحايا وخاصة الفالج الافرنجي الذي يضاف احياناً الى اعراض الافرنجي الثانوي .

***

الدور الرابع : تعرف هـــذا الدور اعراض افرنجية متأخرة كالشلل العام التدريجي الناتج عن التهاب دماغي شامل ، ولوكوبلازيا اللسان والشفتين . وتضـــاف الى هذه الاعراض آثار التدميرات التي ذكرناها في الفصل السابق كاتساع الشرايين وتحول اعضاء مختلفة الى نسيج ليفي ، وتضخم الطحال وضيق في المستقيم يأخذ اشكالا مختلفة .

وان فشل العلاج القديم في القضـــاء على هذه الاعراض جعل قدماء

المؤلفين ينسبونها الى مرض مختلف سموه « شبه السفلس » ورفضوا رغم وثوقهم بأصله الافرنجي الاقرار بطبيعته الافرنجية .

ولكننا نعلم اليوم ان هذه الاصابات افرنجية اصلا وطبيعية ، وانما ترجع مقاومتها الشديدة للعلاج وعدم تأثرها به الى تحولها مع الوقت الى تدميرات ليفية ندبية دائمة ونهائية . لذلك يعتبر الطبيب ان اكتشافها باكراً قضية ذات اهمية اساسية في مغالبة العلاج ومستقبل المرض .

وقد كان الطب يحتفظ من الناحية العلاجية باهمية خاصة لهذه الاعراض باعتبارها مرحلة انتقال بين الدورين الثالث والرابع . ويعود هذا الى مقدرة المستحضرات الحديثة على ايقاف تطوره وعجزها عن اصلاح تخريباته التي تمتاز بطابع نهائي. وبينما كان الطب قديماً يترك المصابين بالشلل العام التدريجي الى مصيرهم المظلم ، يوم كان سلاحه يقتصر على مستحضرات غير فعالة في القضاء على هذه الاصابة ، نراه اليوم ، وقد تزود بالمستحضرات الشديدة المفعول يعيد الى هؤلاء المرضى صفتهم كعناصر اجتماعية صالحة . واذا كان المجتمع الانساني قد اعتبر الشلل العام التدريجي مرضاً عضالا لا امل بشفائه مدة من الزمن فقد حان الوقت لتبديد هذه الاوهام وإثبات عجز اللولبيات الشاحبة عن قهر الطب .

الاضطرابات الرباعية : تقسم هذه الاضطرابات الى فئات ثلاث :

١ ــ الاضطرابات العصبية : كالشلل العام التدريجي .

٢ ــ الاضطرابات العضوية : التحول الليفي والتوسع الشرياني .

٣ ــ الاضطرابات الجلدية والمخاطية : زهري الفم وضيق المستقيم .

وسنكتفي هنا من الفئتين الاولى والثانية بالاشارة الى اهمية تفاعلات السحايا فيها ووجوب البحث عنها واكتشافها سواء بالفحص الطبي او تجريبيا بواسطة السائل الشوكي في بدء المرض اولا واثناء تطوره في السنتين الرابعة

والعاشرة فيما بعد . وانما يقتصر هذا البحث على الاصابات الجلدية لانها رغم كونها اقل اهمية من اضطرابات الفئتين السابقتين فان معرفتها لا تخلو من فائدة لاسباب عدة .

زهري الفم : وترجع أهميته الى كونه احـــد اعراض الافرنجي الرباعي التعريفية ، لذلك يجب البحث عنـــه عند من يشك في اصابته . ومتى اكتشف وجب تنبيهه الى خطره والعمل على تجنبه ما قد يسببه له من عواقب وخيمة لانه قد يتحول الى سرطان . كذلك يقترن اختلاف مظهره مع الزمن بأهمية تشخيصية كبرى ، ومن هنـــا ندرك خطر إهماله واهمية فحصه من حين الى آخر .

اصابات الوجـــه : وهـذه اصابة تتركز في الوجـــه ، وليس اصلها افرنجياً مطلقاً اذ تدخل في تدميرات امراض اخرى مختلفة . وهي تتجلى عن تنضحـات صمغية متكررة تظهر حول الفم والانف فتسبب في هذين العضوين انتفاخاً دائماً يرافقه ورم طري .

ويبدو ان الجذام المشاهد في اجزاء اخرى من الجسم ليس غريبـا عن هذه الاصابة . لذلك نستطيع ان نؤكد ان الاصابات الجذامية في الطرفين السفليين والاعضاء التناسلية افرنجية في الاصل .

ضيق المستقيم : اعتبر هذا الاضطراب مدة طويلة ، المرحلة النهـائية في تطور اصابة افرنجية اكتشفها لارسن في المستقيم والشرج ثم درسهـا فورنيه واطلق عليها اسم « افرنجي الشرج والمستقيم » . ولكن تجارب جارسيلد دلت على ان معظم المصابين بهذا النوع من الافرنجي يتعرضون لاصابة افرنجية جديدة ، مما يحمل الاطباء اليوم على اعتباره نوعاً من الجذام ، يتركز في الشرج او المستقيم .

ومن المحتمل ان يتسبب هذا الجذام عـــلى انسداد العقد اللمفاوية في

الحالب والمستقيم ، ولا يبعد ان ينتج هذا الانسداد عما تحدثه تقرحات مختلفة الاسباب من عفونات في هذين العضوين .

زهري الفم واللسان« اللوكوبلازيا » : ان اللولبيات الشاحبة تنشط التفاعلات العضوية التي تؤدي الى تكوين « الكاداتوهيالين والآلايدين » وهما المادتان اللتان تعطيان للجلد خصائصه التعريفية ، فاذا تجمعت منهما كميات كافية في الانسجة المخاطية فانها تحول هذه الانسجة الى غشاء شبه جلدي وقد اطلق اسم « لوكوبلازيا » على البقعة التي تحدث فيها هذه التفاعلات ويتعرض غشاؤها المخاطي لهذا التحول .

يأخذ زهري الفم واللسان احد شكلين ، اما ان يكون خفيفاً تتكون منه لوحات مستوية بيضاء ، او ان يكون مقرحاً مهيئاً للتحول الى سرطان.

وسواء اكانت اللوكوبلازيا خفيفة او شديدة فانها تبدأ بصفحة مستوية رمادية مائلة الى البياض تظهر عليها فيما بعد نقط بيضاء تغطي حبيبات لا تلبث ان تتجمع فتتحول الى لطخات مائلة الى البياض. اما اللوكوبلازيا الخفيفة فانها تتجلى عن لوحات دائرية او غير واضحة الحدود تحافظ على خصائصها الذاتية الى النهاية .

وحين تصل الى هذا الطور فهي اما ان تقف عنده نهائياً او ان تتعرض لانقلابات سريعة بفعل تكثف الغشاء المخاطي . ولا يقتصر نمو « اللوكوبلازيا » الافرنجية الحقيقية على اللسان والفم لانها قد تحتل ايضاً الجهاز التناسلي فتتركز في الحشفة عند الرجل حيث تأخذ شكل مجموعة من اللطخات البيضاء . او تتوضع في الفرج عند المرأة فتبدو وكأنها لوحات حمراء .

ومهما كان نوع هذه (اللوكوبلازيا) فان مراقبتها مهمة واساسية في نفس الوقت لان اصابات السرطان غالباً ما تتوضع عليها . ويجب ان

نعقب ،المسبب نفسه ، كل اختلاف في مظهرها بفحوص جدية نستخدم فيها جميع وسائلنا الحديثة لكي نصل الى تشخيص مبكر .

ويجب ان نعترف بان المستحضرات الطبية ضد الافرنجيـــة ، حتى العنيفة منها ، لا تشفي هذا التدمير الا في حالات نادرة جداً ولكنها ، ان استعملت حسب الانظمة العلمية الحديثة ، قد تحسن تطورهـا او تحد من تحددها او لتشفي ما قد يتوضع عليها من تقرحات وشقوق .

اما العلاج الموضعي فيعتمد عـــلى نظافة الفم في الاساس ، وينصح المصاب بالاستغناء عن كل المهيجات والخمر والبهـــار . واذا لزم الامر يغسل الفم بسائل مخفف او قلوي .

اما الطريقة القديمة التي كانت تقوم على كي التدمـير بحجر جهنم فقد اثبتت التجـارب الاخيرة عقمها ، من اجل ذلك لا يسعنا الا ان نحذر المصابين منها وان ندعوهم الى الاستعاضة عنـــها بالمصوق المكونة من « مرهم بارو » او حامض الساليسيليك او سلفات النحاس .

وللقضاء نهائياً على هذه التدميرات يفضل استعمال الترموكوتاد اوالثلج الكاربوني ، وقد جرب بعض العاملين في هذا الحقل طريقة تقشير لوحات اللوكوبلازيا .

* * *

الافرنجي الوراثي

هو مجموعة اعراض مرضيةتظهر على الطفل منذ ولادته ويرثها من ابويه وقد اثبتت البحوث العلمية ان الام هي التي تنقـــل الاصابة الى جنينها اذا كانت مصابة ، وان الاب المصاب الذي عالج نفسه علاجاً كافيا لا ينقل مرضه الى حويناته المنوية . وبعبارة اخرى ، اذا لم تنتقل الاصابـة الى

المرأة من شريكها المريض بالافرنجي ، امكن لطفلها ان لا يصاب به ، وليس صحيحاً ما يزعمه بعض الناس من ان الام تنقل الى الجنين مكروبات والده من غير ان تصاب هي نفسها قبل ذلك .

ويكفي لاثبات هذه الحقيقة ان نلاحظ ان الاصابة الوراثية تخف تدريجياً نتيجة لتقدم الوقاية الاجتماعيه ودونما اختلاف كبير في طرق العلاج . ولا بدع ، فان المرأة الحامل توضع في ايامنا هذه تحت مراقبة دقيقة منظمة يستحيل معها افلات اية اصابة مهما كان نوعها .

وتنقسم حوادث السفلس الوراثي الى فئات مختلفة تبعاً لتاريخ ظهورها في حياة المصاب .

منشأ الافرنجي : يمكن ان تنشأ اصابة الافرنجي عن تلقيح البويضة فيما اذا كانت الام مصابة بالافرنجي قبل الحمل . ويمكن كذلك ان تنتقل العدوى عن طريق الخلاص اذا اصيبت الام اثناء الحمل لا قبله . ويقول ريتشل أخيراً ان انتقال اللولبيات لا يتم في بعض الاحيان الا اثناء الوضع

وثمة سؤال لا يمكن الا ان نجيب عليه ، ويتعلق بانتقال السفلس الى الجيلين الثاني والثالث . يمكن للمصاب بالافرنجي الوراثي ان ينقل اصابته الى اولاده ، ويكون هؤلاء من مصابي الجيل الثاني ، واصابتهم قابلة لان تكون شرسة معدية ، كما هي ذات آثار في النمو . ولكن الاصابة التي تنتقل من مصابي الجيل الثاني الى اولادهم تكون في الاغلب ذات آثار في النمو دون ان تكون شرسة معدية الا في اندر الحالات . اما بعد الجيل الرابع فلا يمكن للافرنجي ان تكون له سوى الآثار في النمو . وما قيل عن اصابات شرسة في الجيلين الرابع والخامس موضع للشك .

ثم نلاحظ مسألة اخرى هامة ، هي استعداد المصاب بالافرنجي الوراثي لاكتساب اصابة افرنجية جديدة . فالراهن ان الافرنجي لا يعطي المصابين

به اية مناعة ، ولذلك امكن ان يصاب المرضى بالافرنجي الوراثي بالقرحة الصلبة من جديد .

افرنجي النطفة : تسبب اصابة النطفة بالافرنجي موت النطفة وقذفها خارج الرحم ، بالاجهاض ، قبل الشهر الخامس .

افرنجي الجنين : وينشأ عنه ولادة الجنين قبل اوانه ، بين الشهرين الخامس والتاسع . وتكون الاجنة في هذه الحالة ميتة وعليها قروح واضطرابات تشريحية تجعلها غير قابلة للحياة . ويكون الخلاص عادة اثقل من المعتاد وقد يصل وزنه الى ربع وزن الجنين ، بدل ان يكون سدس هذا الوزن كما هو الوضع الطبيعي .

افرنجي الوليد : يولد الطفل في هذه الحال حياً ، في أوانه او قبل الاوان ، ولكنه يحمل قروحاً معدية . ويكون الخلاص أثقل من المعتاد بصورة عامة .

ويتنفس الوليد بصعوبة في اغلب الاحيان ،ويتبرد بسهولة ، وتكون على جسده غضون رخوة صفراوية تعطيه المظهر الذي يسمى «الصغير الهرم» ويكون بطنه متضخما ، ووجهه اكبر حجما من المألوف ، وغالبا ما يكون افطس قاعدة الانف .

وفضلا عن ذلك تلاحظ عليه الآثار التالية :

على الجلد فقاعات متوسطة الحجم تحتوي على سائل مصلي دموي اما ان تولد مع المصاب او تظهر بعد ولادته بايام . وتظهر هذه الفقاعات في الاغلب في اسفل القدمين وراحة اليدين . وقد يظهر عليه الازهار كذلك أو صفحات مخاطية على الشفتين أو الشرج ، كما تظهر آثار شقوق في الشفتين ونزف في الحبل السري .

ثم لا يلبث التهاب اغشية الانف المخاطية ان يظهر بعد ذلك بوقت

يختلف من طفل لاخر،وغالبا ما يكون ذلك بعد الشهر الاول، ويكون هذا الالتهاب قيحياً ومزمناً .

وتكون الاصابات الداخلية ذات اشكال مختلفة ، كالنزف الشرجي وذات الرئة البيضاء ، وتضخم الكبد والطحال بحيث يمكن التأكد منه بالجس باليد .

ويكشف التصوير بالاشعة عن اضطرابات في العظام .

افرنجي الاطفال او الافرنجي الوراثي المبكر : وهو يظهر بين الاسبوعين الثاني والسادس بعد الولادة ، ويندر ظهوره بعد الشهر الرابع، كما يندر اكثر ظهوره بعد الشهر السادس ، وبذلك اختلافه عن الافرنجي الوراثي المتأخر .

الافرنجي الوراثي في المرحلة الاولى للطفولة : وهو يظهر بين الولادة وبين السنة الثانية من العمر . ويلاحظ فيه نوعان من الظواهر : ظواهر اليقين وظواهر الاحتمال .

آ ـ **ظواهر اليقين عديدة :** أولها الازهار ،ثم رخاوة العظام،وبعض الاصابات العينية ، وبعض الاضطرابات في نمو الاسنان كتلك المعروفة باسم « اسنان هتشنسون » ، ولكن هذه الاضطرابات تظهر في الاغلب في الاسنان الطبيعية لا في أسنان اللبن الاولى .

ب ـ **ظواهر الاحتمال او الافتراض :** وهي الطحال المتضخم، والتهاب اغشية الانف ، والظواهر العصبية من رجفة وانواع الشلل ، وتصلب الانسجة ، وطائفة من الظواهر الاخرى كالنزف الشرجي أو النزف بانواعه ، والتشويهات في التكوين وفقر الدم ، والتهابات الاحشاء ، القيء ، الخ ...

ان جميع هذه الظواهر لا تقطع بوجود الاصابة اذا لم يرافقها التحقيق

عن السوابق المرضية ، وعن التفاعلات الدموية التي يجب ان تقود خطوات الطبيب .

ولنذكر احوالا ظهر فيها الافرنجي الوراثي باعراض متأخرة ، وهذه الاحوال تتعلق باطفال ولدوا قبل الاوان ، او ولدوا ضعاف الجسم ، ثم برز لديهم بين الاسبوعين الرابع والسادس او بعد شهرين ،تضخم في الطحال والتهاب في أغشية الالف المخاطية ، وتمدد غير طبيعي في عروق الجلد المكسو بالشعر، وتشويهات عظمية مرئية بالتصوير بالاشعة. هذه الاحوال هي احوال الافرنجي الوراثي المبكر ، ولكنها ذات مظاهر متأخرة .

الافرنجي الوراثي المتأخر : والاصح تسميته افرنجي الطفولة الثانية. وهو يظهر في العام الثالث او الرابع ولا يأخذ شكلا تسمسياً ناتجاً عن انتشار اللولبيات في جسم الطفل بل يأخذ شكل امراض تصيب الاعضاء والانسجة والاجهزة .

وترى في كثير من الاحوال اعراض اكيدة للافرنجي الوراثي كاسنان هتشنسون التي تبدو معها الثنايا العليا في الوسط مشوهة مائلة بعضها الى بعض ، منحنية من اعلى الى اسفل ، ويحتل حافتها السفلى حز هلالي . ثم صمم يظهر دفعة واحدة وهو اذ يشمل الاذنين يمتاز بانه نهائي ، ويتسبب هذا الاضطراب عن تدميرات في الاذن الداخلية . واخيراً يرافق تجمع السائل في الركبتين ثالوث هتشنسون في حالات مختلفة .

وتقابل هذا الثالوث اضطرابات نمائية يتعرض لها الانف والجمجمة ، وتشويهات في فوهة الفم وفي قصبة الساق التي تبدو كالجراب او كشفرة الخنجر. أضف الى هذا تدميرات في الاسنان والاظافر وتضخم في الطحال .

وتصحب هذا النوع من الافرنجي امراض تتطور بشكل تدريجي اهمها داء الكبد والتهاب العظام الطويلة وظهور مادة الدم الحمراء بكميات وافرة

في البول . ويمتاز المرض الاول باستحالة شفائه في معظم الاحيان مما يجعله أشد الامراض خطراً .

الافرنجي المقنع : يؤكد المؤلفون الفرنسيون امكان اقتران الافرنجي باعراض مقنعة يخال معها الناظر العـــادي ان المرض المسبب لا يمت الى الافرنجي بصلة . ولكن هذا التأكيد يلقى معارضة شديدة خارج فرنسة .

ويلوح لنا ان من المفيد ذكر الوقائع التالية دونما تعليق وترك الحكم للقارىء ، اما للفرنسيين او عليهم .

يتعرض الرضيع لاضطرابات مختلفة كتوقف النمو وتأخـر التطور الفكري وتشوه الهيكل العظمي بفعل اضطرابات تدميرية متنوعة ،وفقر الدم . اما الطفل الصغير او الكبير فقد يكون ضحية اضطرابات اخرى كالزلال المزمن في البول والتهاب الكلي والامراض الرئوية المزمنة سواء رافقها او لم يرافقها توسع في الشعب الرئوية والامراض القلبية . ويقابل هذا تشويهات عظمية في الانف والجمجمة والاسنان وقصبة الرجل وتدميرات في الغدد الداخلية وفي الجهاز العصبي .

وتفقد هذه التدميرات طابعها غير المحدود عند الرجل لتتوضع في اعضاء او اجهزه معينة ، ويؤدي هذا الى ما نشاهده من ارتفاع الضغط في الشرايين ، والعنانة والعقم وتكرر الطرح والوضع المبكر ، ووضع اجنة مشوهة غير صالحة للحياة ، وزيادة وزن الخلاص .

كل هذه الاعراض تدخل فيما ذكرناه من اعراض الافرنجي الاحتمالية وتتضاعف قيمتها في نظر الطبيب اذا تبين له انها انتقلت من جيل الى جيل.

ولا غرابة في ان يكون التشخيص صعبا وسط هذه الاعراض المختلفة، ويتوجب اللجوء الى استخبار عائلي يتناول السوابق المرضية عند الآباء والجدود والاخوة والاخوات لتكوين فكرة صحيحة عن المرض . وقد

يكون الاستجواب غير كاف ، فيضطر الطبيب الى القيام بفحوص حقيقية ليتسنى له مقابلة نتائجها بنتائج الفحوص عند المريض نفسه .

ان اي تشخيص تهمل فيه هذه الاعراض الاحتمالية لا يمكن ان يعتبر تشخيصاً طبيا صحيحاً لان الافرنجي المقنع لا يمتاز بخصائص اخرى يمكن لها ان تثبت صلته بالافرنجي العامي .

التشخيص : لا تتساوى جميع حالات الافرنجي الوراثي في الوضوح اذ ان هنالك ظروفاً لا تعدو فيها اصاباته حد الشك ، وهـذه الظروف اكثر من ان تهمل . ولكن الطبيب الماهر لا يعجز الا نادراً وقد لايعجز قط عن تبديد الشك وحل المعضلات ، وهكذا نراه يلجأ الى الاستخبارات العائلية عن الاقارب وحتى الجدود منهم ، والاستخبارات الشخصية باحثاً بواسطتها عن السوابق المرضية المباشرة وغير المباشرة عند المريض نفسه . كذلك تلعب التفاعلات المصلية (واسرمان — كاهن — فارن) دوراً هاماً . وبما ان هذه التفاعلات قد لا تخرج عن سلبيتهـا في اكثر اصابات الافرنجي الوراثي وضوحاً ، ترانا نحتفظ للاصابات الايجابية بقيمة كبرى . فـــاذا فشلت جميع هذه الوسائل لجأ الطبيب الى العلاج التجريبي كآخر سهم في كنانته . ولكن هذه الوسيلة في التشخيص تستلزم ملاحظة لا بد منها وهي انه اذا كان هذا العلاج ذا فعالية مدهشة على الاضطرابات الافرنجية العادية فانه عديم الاثر فيما يتعلق بالاضطرابات النمائية . وهذا مثال صادق يثبت هذه الملاحظة : ان العلاج الخاص بالافرنجي يعجز عن شفاء الاضطرابات الهرمونية المرافقة . ولكي يتم هذا الشفاء لا بد ضمن العلاج التجريبي من اعطاء هرمونات ، وخلاصة الغدد .

علاج الافرنجي الوراثي

العلاج الوقائي: ويعتمد على المراقبة الصحية الدقيقة قبل الحمل ، ليعطى

علاج فعال للام المصابة بالافرنجي .

العلاج الشفائي : ويعتمد على حقن بنزوات الزئبق، وعلى التدليك بالزئبق ويفضل الاطباء الفرنسيون في الحـــالات الخطرة استعمال البزموت والدلك الزئبقي مباشرة في الاسابيع الاولى من العمر .

وقد أثبتت التجارب ان البنسيلين يعطي نتائج طيبة وسريعة في شفاء الافرنجي الوراثي شرط الا تتعدى الكمية المعطاة منه ٤٠٠٠٠ الى ٥٠٠٠٠ وحدة للكيلو الواحد من وزن الطفل ، توزع على ايام ثمانية . أمـا في حالات الافرنجي العادي فانه لا مناص من علاج عنيف يستمر أربعة أعوام تقسم الى فترات علاج وفترات راحة لا تتعدى أربعة أسابيع . ويتكون هذا العلاج من السلفارسانول والبزموت والزئبق غير الذائب .

وهنالك حالات يشك فيها الطبيب باصابة افرنجي وراثي ، وفي هـذه الحالات يعتبر البزموت افضل المستحضرات . واذا تعرض الكبد للاصابة الافرنجية تصبح املاح الزرنيخ خطرة يعجز الجسم عن تحملهـا ، لذلك يستعاض عنها باملاح الزئبق .

ولا يخلو استعمال البزموت نفسه من خطر ايضاً لما قد يرافق الاصابة الافرنجية من التهابات كلوية ، لان البزموت يهيج الكلي .

أما اصابات العينين فانها تستلزم علاجاً عنيفاً وطويل الامد بواسطة سيانور الزئبق والبنسلين .

ويجب ألا تهمل كذلك الطرق العامة في العلاج ، والتي تستهدف شفاء الكبد والغدد الداخلية والتدميرات العظيمة لان الاصابات العضوية قلما ترحم ضحايا الافرنجي .

***

تشخيص الافرنجي وعلاجه : تختلف نظرتنا اليوم الى الافرنجي باختلاف ادواره ، ولا بدع فان التشخيص في الدورين الاولين، اذ يسمح

وجود اللولبيات الشاحبـــة باكتشاف طبيعة التقرحات ، أسهل منه في الدورين الاخيرين . ولا نبالغ في قولنا ان نقطة الانطلاق في هـــذا التشخيص هي البحث عن اللولبيات الشاحبه بحثاً علمياً وجدياً في نفس الوقت . وقد بينا قلة تأثير هذه الميكروبات بالمواد الملونة ،لذلك يستعاض عن هـذه الطريقة بالفحص المجهري بواسطة المجهر في الحقل الاسود الذي يسمح بتكرار الفحص ، ويؤخذ للفحص سائل التدميرات المتقرحـة ، شرط ان تخضع هذه التدميرات للتنظيف الذي يقضي على ما قد تحويه من انتانات في الطبقات الغشائية، وألا تكون قد تعرضت لاي تعقيم ليومين خليا على الاقل ، لان المواد المعقمة تقضي على اللولبيات في الطبقـــات السطحية بينما تعج بها الطبقات العمقية . ومن هنـــا كانت ضرورة الامتناع عن اي علاج موضعي فيما يتعلق بالتقرحات المشبوهة لما قد يعقب هذا العلاج من خطأ في التشخيص .

ويمكن اللجوء الى التفاعلات التجريبية منذ الدور الاول للمرض ، ومن هذه التفاعلات ما تسمح حساسيته باستخدامه منذ اليوم الثامن او الخامس عشر بعد ظهور القرحة. وهي لا تقتصر على الدم اذ يمكننا البحث عنها في السائل الشوكي ايضاً . وتكشف التفاعلات الايجابية عن احتفاظ الكريات الدموية بمادتها الحمراء ، ولكنها ، وان كانت ذات قيمة كبرى لا يمكن ان تعتبر مطلقة المدلول،ولا غرو فان ايجابيتها لا تقترن بالافرنجي وحده ، وقد تشاهد في الامراض التالية : الجذام ، الملاريا ،خناق ففسنت امراض الكبد والحميات . كذلك قد تحتفظ بسلبيتها في حالات يكون المرض فيها محققاً . من هنا نرى خطأ اعتبارها تفاعلات مطلقة ووجوب تفسيرها على ضوء الاعراض التي تظهر على المريض .

وتفقد هذه التفاعلات قيمتها كلية اذا لم نراع فيها القواعد التالية .

١ ــ ان يتم اخذ الدم من مريض صائم .
٢ ــ الا يبحث عنها عند المريض في فترات الحمى .
٣ ــ ان يعني في البحث عنها بتطبيق قواعد التعقيم .

ونضيف الى هذا ان انقلاب تفاعل ايجابي الى السلبية لا يتم بين عشية وضحاها مهما اشتدت فعالية العلاج اذ ان الدم يمتاز بفترة جمود تظل فيها تفاعلاته ثابتة. وهكذا نرى ان تكرار الفحص يجب الا يتم الا بعد اسبوعين على الاقل من نهاية العلاج .

ولا يحسبن احد ان هنالك اية صلة بين هذه التفاعلات وبين عنف الاصابة والتاهي تقيس عنف دفاع الجسد. وهذا يفسر احتفاظها بسلبيتها في بعض حالات الطفح الجلدي العام الثانوي وفي بعض التدميرات الثالثية الخطيرة. وهي انما تشير حينئذ الى ان قوى الجسد الدفاعية لم تتحرك بعد او لم تتحرك .

العلاج : مع ان العلاج الكيماوي والعلاج ضد المكروبي لم يقولا بعد كلمتها الاخيرة، فان ما لدينا من مستحضرات وما تمتاز به هذه المستحضرات من فعالية ليسمح لنا بان نقول « لن يقـــدر للافرنجي ان يقهر الطب » . ويمكننا مع هذا ان نؤكد انه سيأتي يوم تنعدم فيه الحاجة الى انواع العلاج الطويلة الامد .

لقد اعتمد العلاج القديم على الزئبق والزرنيخ والبزموت ، واذا كان هنالك من يؤكد افضلية الزرنيخ والبزموت فان هناك اطباء لم يجدوا حتى اليوم ما يبرر الاستغناء عن الزئبق .

يستعين الطب اليوم بالزئبق كعامل مساعد ضمن علاج آخر ، وهو مع ذلك العلاج الخاص بالافرنجي الوراثي عند الاطفال. وتختلف طرق استعماله باختلاف الحالات، وهكذا يعطى السيانور بواسطة الحقن وكذلك الاملاح غير الذائبة ، بينما يستعمل مرهم الكالومال للدلك ، ويصنع من لكتات الزئبق دواء يؤخذ بطريق الفم .

اماالسالفارسان والنيوسالفارسان وهما المركبين الزرنيخيان الفعالان. فان خصائصهما التسميمية توجب احاطة استعمالهابحذر شديد . كذلك يستغنى عنهما في الحالات التي يتكشف فيها الافرنجي عن اضطرابات في الدوران والكبد والجهاز العصبي،واهم من هذا كله عامل السن. ولا يوحي استعمالها مع هذا كله ، باي اطمئنان لان هنالك اصابات تقاومها واخرى تختفي في الظاهرلتعود بعد عدة حقن . واسوأ من هذا ما يرافق استعمالها في البدء من هياج في الاضطرابات التدميرية ولكننا لا ننسى بعض المركبات الزرنيخية التي قد لا تفلح في القضاء على الافرنجي في حد ذاته ؛ ولكنها تلعب دوراً خطيراً في علاج الشلل العام .

ويكاد العلاج في يومنا هذا يقتصر على املاح البزموت والمستحضرات ضد المكروبية . واذا كانت الاولى تمتاز بفعاليتها فانها تحتاج لتؤمن الشفاء لوقت غير قصير . واكثرها استعمالا الاملاح غير الذائبة كالهيدروكسيد واليودوبسموت،اضف الى هذا بعض الاملاح غير الذائبة ذات التركيب المعقد . وتعطى هذه الاملاح في الزيت او في مواد يمتصها الجسم بسهولة كبيرة . ويقسم العـــلاج بالبزموت الى مجموعات يختلف عددها في العام باختلاف دور الافرنجي .

ولا يسعنا الا ان نلاحظ انه منذ استعمل البزموت لعلاج الافرنجي اختفت الاعراض الجلدية والمخاطية من صورته القديمة ، وخصوصاً الثانوية منها ، شرط ان يبدأ بالعلاج منذ ظهور القرحة . ولا تختلف الاضطرابات العضوية والعصبية في تأثرها بالبزموت عن سابقاتها ، اما اصابات الشلل العام فقد دلت الاحصاءات في الملاجيء على انها تكاد تنعدم .

وبالرغم من ان المستحضرات ضد الميكروبية (بنسلين) قد تجلى عن فعالية شديدة ، فاننا لا نسمح لانفسنا بان نحكم عليها حكماً نهائياً وهي لما تتعد طور التجربة حتى الان .

الامراض الزهرية والزواج

تتضاءل اصابات الافرنجي الوراثي مع الوقت بفعل تقدم اساليب الوقاية من الامراض الزهرية ، كما تساعد طرق العلاج الحديثة على تجنيب الام والطفل هذا المرض . لذلك ننصح ضحايا الامراض الزهرية من المرشحين للزواج بان يقدروا مسؤولياتهم تجاه زوجة الغد ، وعائلة المستقبل ، على ضوء سعادة هذا المجتمع الصغير الذي سيخلقوه ، والا يخفوا سوابقهم المرضية عن طبيبهم العادي المكلف باعطائهم الشهادة الصحية .

ويجب ان يؤجل الزواج الى ما بعد اختفاء كل اثر للانتان المكروبي في حالات التعقيبة المزمنة والحادة على السواء ، لذلك يجب الا تهمل الانواع الخفية من الانتان كالتي لا يدل عليها الا سيلان طفيف لا يعدو احياناً النقطة الصباحية (النقطة العسكرية) . في هذه الحالات يجب اللجوء الى الطبيب المختص ليكتشف اصابة في البروستات او القناة البولية الخلفية او الاكياس المنوية .

ان حالات العقم الناتجة عن التعقيبة اكثر من ان تهمل ، وهذا ما يؤكد اهمية علاج هذه الامراض قبل الزواج .

اما فيما يتعلق بالافرنجي فقد بين الدكتور « داجوس » الشروط التي يمكن معها السماح بالزواج لضحايا هذا المرض وهي التالية :

١ — يسمح بالزواج بعد مضي سنتين من بدء الاصابة ، لمريض خضع لعلاج فعال قبل ظهور التفاعلات المصلية ولم تتكشف اصابته طوال هذه المدة عن اي عارض دموي .

٢ – يصبح الزواج كذلك ممكناً اذا انقضى على التحقق من سلبية التفاعلات المصلية اعوام اربعة ، واذا كان المريض قد عولج باكراً ولم يتعرض لاي عارض مرضي او مصلي .

اما من كان مريضاً بالفعل فيجب ان يعالج ، واننا ننصحه بالا يتزوج الا متى توفر له الشفاء التام .

وهنالك مرضى يزوجون تحت عبء احدى العاهات الفرنجية كالشلل العام والافرنجي الفقري وامراض القلب ، وهؤلاء لا ننصحهم بالزواج قط

فاذا طبقت هـــذه النظم الابتدائية بجذافيرها أصبح بامكاننا تجنيب الازواج المقبلين ما كان ينتظرهم في حياتهم الزوجية من مآس تهدد مستقبلهم فضلا عما يتعرض له الجنين اثناء الحمل من تشويهات وتدميرات خطيرة .

الوقاية من الامراض الزهرية : لا ترجع اليوم اهمية هذه الوقاية ، في نظرنا ، الى علاقتها المتينة بحياة الفرد الانساني فحسب ، ولكن الى صلتها الاكيدة بكيان المجتمع البشري ايضاً . ولعل قيمتها الكبرى تقترن بأفدح الامراض الزهرية خطراً ، او بالحري بأطولها تطوراً ، وهو الافرنجي الذي قيل فيه « انه اطول الامراض المزمنة على الاطلاق »

الوقاية الشخصية : هي مجموعة التدابير التي يلجأ اليها الفرد المعرض للعدوى لتجنب الاصابة الزهرية ، واننا نعترف منذ الان بان الطريقة التي قد توحي بالاطمئنان المطلق لم توجد بعد ، وليقتنع كل فرد بان اية وسيلة يتسلح بها لا تقصي عنه كل الخطر .

وقد كتب كثيرون عن التدقيق في اختيار شريك الحياة ، ولا نشك في ان هذه الطريقة لم تكن لتخلو من فائدة يوم كان البغاء علنياً يحميه القانون ، لان الاحصاءات اثبتت وتثبت دائماً ان خطر هـذا النوع من البغاء اقل بكثير من الخطر الذي يرافق البغاء السري ، لان هذا الاخير

بما انه لا يخضع لاية رقابة طبية ، يتحول الى بؤرة تعج بالميكروبات . وكل ما نستطيعه اليوم هو تنبيه الشباب الى ان كل امرأة لا تحجم عن عن الارتماء في كل حضن ، او تبيع جسدها لاي عابر سبيل لا تخلو من خطر عظيم . اما فعالية بعض النصائح التي تعطي للشباب فانها كانت ولما تزل موضع شك كبير. وهي على كل حال تدخل تدريجياً في عداد الاوهام في هذا العصر الذي بلغت فيه الحرية الجنسية حدها الاقصى[1] .

ولا يسعنا ان ننكر ما قدمته بائعات اللذة للطب من خدمات جلى يوم لم تكن العلاقات الجنسية تعتبر جرائم يعاقب عليها قانونيا . لانهن كن بطرقهن الخاصة ، يكتشفن بسهولة اصابات زبائنهن باكتشاف ما قد يرافقها من سيلان قيحي او خدش مشبوه .

اما عند المرأة فلم توضع بعد الطريقة التي تؤمن للشريك اكتشاف اصابة زهرية عند شريكته ، وكل ما يتناقله الرجال من هذا القبيل لا يعدو حد الاوهام ولا يمت الى العلم بصلة .

وبديهي ان على الفرد ان يمتنع عن اي اتصال جنسي اذا ظهرت على شريكه اعراض طفح جلدي (حبيبيات او سحجات) واذا كان هذا الشريك ضحية لتساقط الشعر او لسيلان قيحي او لخشونة غير طبيعية في الصوت وهنالك نصائح قديمة اثبت العلم صحتها وهي تقضي بالعمل سريعاً ودونما انشغال بالقشور لتقليل اسباب العدوى .

---

١ – الغي البغاء في فرنسة ولكنه لم يزل ساريا في لبنان وبعض البلاد العربية الشقيقة ليس البغاء في شكله المطلق الا احد مظاهر الانحطاط الاجتماعي ولا يمكن ان نجده في مجتمع رزين يعيش في ظل انظمة راقية. وانما تظهر الحاجة اليه في المجتمعات التي لم يكتمل نضجها والتي تتعرض حياتها لاكثر من عامل اضطراب . والحقيقة ان البغاء العلني في هذه الحالة يفضل بكثير البغاء السري الذي هو في حد ذاته عامل اضطراب اجتماعي .

ويعتبر استعمال الاكياس الواقية (برازارفاتيف) والمواد المعقمة من اهم طرق الوقاية العملية . اما « الكبابيت الانكليزية » التي تستعملها النساء فانها لا تمنع عنهن سوى الحمل ، وكذلك لا يقى« البرازار فاتيف » من جسم الرجل المعرض بكليته للعدوى الزهرية الا القضيب . ولكن يجمل بنا الا نغض من قيمة هذه الطريقة الوقائية اذ لولاها لما نجا معظم جنود الجيش الالماني من فتـــك الامراض الزهرية في الحرب الاخيرة . ولكي يمتاز « البرازار فاتيف » بفعالية حقيقية لا بد من ان يكون جديداً وجيداً . وان تطور صناعته والعناية بجودته يحيطان استعماله اليوم بشبه طمأنينة اذ يقصيان خطر تمزقه اثناء العمل الجنسي ، وبالرغم من هذا لا نرى بأساً في الكشف عليه بعد العمل للتأكد من سلامته .

ولا يقل استعمال المواد المعقمة اهمية عن استعمال « البرازار فاتيف » واذا كان الغسل بالبرمنجانات قد اعطى نتائج طيبة فاننا نرى ان الصابون وحده يكفي شرط ان يستمر الغسل طويلا وان يكون جديا وتاما . ولا ريب في ان اتباع كل اتصال جنسي بهذه العملية يعتبر خطوة اولى في الوقاية من الزهري .

ومما يستعمل للوقاية من التعقيبة عند الرجل بعض املاح الفضة كالارجيرول والبروتارجول . ويلاحظ اليوم ان بعض هذه الاملاح تساعد ايضاً على مقاومة عدوى الافرنجي وهي تحقن في القناة البولية بعد العمل الجنسي مباشرة.

وتباع اليوم انابيب ذات قناة دقيقة تحتوي على مرهم الكالومال [1] ممزوجاً بالتيمول [2] او بغيره من المواد . يحقن جزء من المرهم في القناة البولية وتدلك ببعض الباقي الحشفة والقلفة مدة خمس دقائق تكفي في الغالب

---

(١) الكالومال هو احد مركبات الزئبق

(٢) التيمول هو نوع من الكحول العضوية

لامتصاص المادة المعقمة . وما تبقى يستعمل في دلك الجراب والصفن. ثم تغطى الصفحة التي تعرضت للدلك مدة ساعة لئلا تلطخ الثياب الداخلية .
ويجب الا ننسى ان فعالية هـــذه الطريقة رهن بتطبيقها بوقت مبكر ، ونستطيع ان نعتبرها غير مجدية بعد مضي ٨ ساعات على اتصال مشبوه . ولكنها رغم قيمتها الحقيقية ليست ذات اهمية مطلقة ، ففي الحالات التي يلاحظ فيها وجود خدش سبق الاتصال الجنسي [1] او تسبب عنه يجب تطهير موضع الخدش بالكحول واليود ومضاعفة دلكه بالمرهم بعد ذلك .

ولكن هذه الطرق جميعها غير عملية عند المرأة التي كانت وما تزال ضحية الزهري الخالدة .

الوقاية الاجتماعية : هي مجموعة التدابير الادارية التي تهدف الى الحد من اصابات الزهري والقضاء على هذه الآفة الاجتماعية نهائياً . وترتكز هذه التدابير في الدرجة الاولى على وجوب عناية الافراد بصحتهم تحت طائل الانتان .

ولكي يكون لهذا التدبير فعالية حقيقية لا بد من تدابير حتمية ، وهي ان « الاخبار عن الاصابة الزهرية اجباري » . وقد سن هذا القانون فعلاً اثناء الاحتلال الالماني لفرنسة . ولكن ما يؤسف له ان يقتصر تطبيق هذه التدابير على المصالح الصحية الحكومية فحسب .

وكما ان مراقبة المصاب وعلاجه ضرورية فان ملاحقة من نقل اليه المكروب وعلاجه لا تقل عنها اهمية . واننا لننظر بغبطة الى كفـاح « المساعدات الاجتماعيات » اليوم ضد الزهري وما يعطي من نتائج تتزايد اهميتها . اذ انهن بالاضافة الى ما يقمن به من استخبارات واحصاءات في حالات سريان

---

(١) كان الواجب في هذه الحالة الامتناع عن العمل الجنسي

المرض ، يؤدين عملا خلقيا واجتماعيا عظيم الاهمية : انهن يتعهدن المرضى بالعلاج الطبي والنفسي ويسدين اليهم النصح والارشاد [1] .

ولا ريب في ان هنالك حالات يجب ان تستكمل فيها المراقبة الطبية بالفحوص المصلية ، ومن هذه الحالات الانخراط في الجندية او في بعض المهن ، او الزواج والحمل . ولعل هذه هي وسيلتنا الوحيدة لحفظ النوع وتجنب علل هي في الحقيقة مصيبة اجتماعية . واذا روعي الاساس العلمي في تطبيق هذه التدابير امكننا بواسطتها القضاء على الافرنجي الوراثي وعلى انواع الافرنجي الخفية .

ولكن هذه التدابير وصفت للمجموع ولم تقصد بها الفئة الاجتماعية الاكبر خطراً وهي فئة المومسات . وقبل عام ١٩٤٦ كان نظام « الحماية القانونية » يؤمن الى حد كبير ازالة خطر البغاء لانه كان يتولى المومسات بالمراقبة ويخضعهن لفحوص طبية ومجهرية ومصلية دائمة . وكانت هنالك فرق « بوليس » خاصة تسمى « البوليس الاخلاقي » مهمتها مراقبة هذه الفئة التي قسمت الى شطرين حسب طبيعة نشاطها الجنسي .

١ — ربات البيوت الخاصة اللواتي يتمتعن بحماية البوليس .

٢ — مومسات الساحات العامة .

وفي ظل نظام «الحماية القانونية» كان اطباء اخصائيون يقومون بفحوص منظمة في فترات معينة . ولا يستطيع احد ان ينكر قيمة هذه التدابير لان عدد اصابات الافرنجي التي وقعت آنذاك في بيوت اللذة كان اقل

---

(١) ان لبنان بحاجة ماسة الى نظام المساعدة الاجتماعيـــة والتأمين الاجتماعي ، ليس فقط فيما يتعلق بالامراض الزهرية وانما ايضاً في جميع الحالات التي ينشأ عنها انقلاب اجباري في حياة المريض . ومن المؤسف ان يضطر مرضى القلب في هذا البلد بعد ابلالهم الى متابعة اعمال ينتج عنها حتما تجدد مرضهم . وليس حال مرض الرئة والكبد والجهاز العصبي والمرضى عامة ليختلف عن حال هؤلاء . (المعرب) .

بكثير منه في البيوت الزوجية . ولكن هذا النظام لم يلبث ان الغي في عام ١٩٤٦ اثر الحملات العنيفة التي قامت ضده . وقد امل الشارع حينئذ ان تساعد التدابير الموضوعة للمجموع على اصلاح حال هذه الفئة . ولكن التجارب[١] اثبتت عكس هذا وما مصلحة« المراقبة الضحية للبغاء »الا نوع من المراقبة الطبية .

ولكن النظام الجديد لم يسفر عن النتائج المنتظرة فقد فات الذين وضعوه ان الزهري ينطبق على كل الظروف ولا يقتصر على حالة واحدة. وان سير هذا النظام البطيء المطول وما يتطلبه من استدعاءات بريدية وما يرافقه من مراقبة مشتتة يفسر كون اقل من ٥ ٪ من المومسات يكلفن انفسهن مشقة حضور الزيارات بصورة غير منظمة ،اضف الى هذا ان واحدة من هؤلاء لم تخضع لقانون اخراجها من البلد .

وفي الختام نستطيع ان نقول انه منذ الغي البغاء العلني اتسع مجال الفضائح الاجتماعية وضاعت جهود البوليس وانقرضت المراقبة الطبية المفيدة .

---

(١) كل ذلك في فرنسا – المعرب .

الفهرست

كلمة الدار	٣
التعقيبة او السيلان	٥
التعقيبة عند الرجل	٧
التعقيبة عند المرأة	١٨
مرض السيلان الشرجي	٢٥
التعقيبة عند الاطفال والمواليد	٢٥
تشخيص التعقيبة وعلاجها	٢٦
القرحة الرخوة	٣٠
القرحة المزدوجة	٣٣
العلاج	٣٣
الافرنجي (السفلس)	٣٤
الدور الاول	٣٨
الافرنجي بلا قرحة	٤٣
الافرنجي الثانوي	٤٤
الافرنجي الثالثي	٤٩
الدور الرابع	٥٤
الافرنجي الوراثي	٥٨
علاج الافرنجي الوراثي	٦٤
تشخيص الافرنجي وعلاجه	٦٥
الامراض الزهرية والزواج	٦٩

- لتعرف ما يخفيك عن القضية الجنسية
- ولتثقف أولادك ثقافة جنسية صحيحة سليمة تعصمهم من الزلل

اقرأ:

ثمنه
ليرة واحدة

إعلانات دار القلم

والان اليك كتابنا الثالث :

عجائب الطب الحديث

الفه **الدكتور غاستون بيسيت**

نقله الى اللغة العربية : **الطبيب الجراح شفيق سنو**

أقرأ عناوين فصوله ، ثم احكم فيما اذا كنت تستغني عنه :

الاعجوبة والمعجزة ـ الجراثيم ـ الفيروس ـ المجهر العادي والالكتروني ـ مركبات السلفاميد ـ قاتلات الجراثيم والبنسلين ـ التيفوئيد ـ الطاعون ـ الجذام ـ الطفيليات ـ الد.د.ت. ـ التخدير ـ الجراحة وجراحة التجميل ـ الاطفال الزرق ـ جراحة الألم ـ السل وادويته الكيماوية وادويته المضادة للجراثيم ـ التطعيم ضد السل ـ السفلس ـ الروماتزم ـ روماتزم القلب والاوعية الدموية الحاد ـ الكورتيزون الشافي ـ موجات الدماغ ـ الصدمة الكهربائية ـ مصل الاعتراف ـ السرطان وتداويه ـ المسكرات ـ الشمس المعافية ـ الطب الشرعي والروايات البوليسية ـ غدد الجسم والروح ـ الهرمونات ـ قوانين الحمل ـ تشخيص الحمل ـ الفيتامينات ـ الموت ، وهل له دواء ؟ ـ حشرجة الموت منبع للحياة ـ الشيخوخة قابلة للشفاء ـ التجارب على الجثث والاحياء والجمادات ـ الحق في الصحة وغيرها وغيرها .

جواب بسيط ، واضح ، مفهوم ، على كل سؤال يخطر ببالك .

احجز نسختك منذ الآن ، فقد لا تجدها بسهولة !!

دار القلم