الباب الثانى

التشريح المرضى.

الفصل الاول

امراض بلاد المناخ الحار

لقـد أفردنا فصلا خاصا لهذه الأمراض لوجود البعض منها بالديار المصرية والمقصود بأمراض بلاد المناخ الحار هو الأمراض الـكثيرة الحدوث بها والتى يغلب حدوثها فى أنحائها لسبب من الأسباب أو ظرف من الظروف كاستعداد الأهالى للاصابة بها أو لوجود عوامل أخرى كحرارة المناخ أو رطوبتـه أو وجود الجرثومة الناقلة المرض أو الحشرة أو الثوى الواسط أو غير ذلك لأننا إذا لم نحدد تعريف أمراض بلاد المناخ الحار شملت كل أمراض العالم تقريبا

وسيكون كلامنا مقصورا على التشريح المرضى لهذه الأمراض بصفة عامـة بغض النظر عما إذا كان هذا المرض مميتا أو غير مميت لأن المشرح كما أسلفنـا يجب أن يكون دقيقا فى وصف كل مايشاهده فى أثناء التشريح ولذلك وجب أن يكون ملما بتغييرات الأمراض جميعها فى مختلف الأعضاء والأحشاء

ا ـ الأمراض الطفيلية

البلهارسيا

البلهارسيا كما يعرف أو كما يجب أن يعرف كل مشتغل بالطب فى مصر هى مرض مزمن متوطن بالقطر المصرى وسببها إن كانت بولية دودة الشستوما هماتبيوم

وهى من فصيلة الديدان التريماتوية وإن كانت معوية فسببها الشستوما مانسونى والثوى الواسط فى النوع البولى قواقع البولينوس وفى النوع المعوى قواقع بلانوربس وهذه القواقع توجد فى المياه العذبة ويخرج منها إلى الماء مذنب البلهارسيا بعد نموه حتى إذا ما وجد الفرصة علق بالجلد أو الغشاء المخاطى فى الإنسان وأتم دورته داخل الجسم أما التغيرات المرضية التى تحدثها البلهارسيا فى الجسم فتختلف باختلاف درجة الإصابة ومدة المرض وهذه التغيرات هى موضوع هذا الفصل ولا نرى داعيا للكلام عن الدودة نفسها والأدوار التى تمر بها داخل الجسم وخارجه ويمكن للقارىء أن يرجع إلى المؤلفات والرسائل الموضوعة لهذا الغرض وهى الآن تعد بالمئات

وتوجد الديدان البالغة فى الوريد البابى وفروعه فى الكبد وتوجد فى الأوردة المساريقية وفى الأنسجة أسفل الغشاء المخاطى فى المثانة والمعى المستقيم أو أى أجزاء أخرى من الجهاز البولى التناسلى والأمعاء وبواسطة اتصال (تشبك) أوعية هذه الأجزاء بالدورة الدموية العامة قد تنتقل بعض الديدان إلى الدورة الرئيسية وحينئذ تشاهد الديدان محصورة فى وريد متمدد فى أى عضو أو منسوج وقد توجد فى الأجزاء العميقة من الأورام أو الرواسب البلهارسية (أورام)

وتوجد البيضات فى أى جزء من الطريق الذى تسلكه الدودة الأنثى عند مهاجرتها من الكبد إلى الأسفل ولكنها توجد بكثرة أسفل الغشاء المخاطى فى أنسجة المثانة والمعى المستقيم أو فى أى جزء من الجهاز البولى التناسلى أو القناة المعوية حيث تستقر الأنثى ويمكن أن توجد فى أى نسيج من أنسجة الجسم عن طريق اشتباك الأوعية الدموية ببعضها

والتغيرات التي تحدث تتلخص فى أن الأنثى تضع حيث تستقر عددا هائلا من البيضات فيكتظ بها النسيج الضام وكل طبقات جدر الحشا أسفل الغشاء المخاطى ثم تنفذ إلى سطح الغشاء المخاطى الذى منه تخرج إلى الخارج فى حشا كالمثانة أو المعى المستقيم وتأثير البيضات فى الأنسجة أنها تهيجها فتحدث تزايدا فى نمو الابتليوم الذى قد يتكاثر لدرجة عظيمة حتى يحدث عنه انخفاضات ويسبب طيات سطحية تنشأ قنوات أو أوراما فى شكل حلمات باحجام وأشكال مختلفة وأما فى النسيج الضام فأنها تحدث اكتظاظا بخلايا مستديرة ترسب فى النسيج (أى ارتشاحا) وهذا الارتشاح عبارة عن منسوج محبب يكون عرضة لأن يلين وينقضم أو تحدث منسوجا ليفيا كثيفا قد يصيب كل طبقات العضو وقد تنتهى هذه الحالة إذا تقدمت بالمريض إلى إصابته بالسركوما غير أن الغالب أن تنتهى بسرطان صلب جدا

ويشاهد فى الحالات الحديثة أى فى مبدأ الارتشاح البلهارسى أن الغشاء المخاطى يكون أحمردا كنا وقد يكون منتفخا لدرجة أن يشاهد به عدة ثنيات والغشاء المحتقن يكون شديد الاحتقان ناعم الملمس سهل السحج والنزف وقد يكون هذا الارتشاح فى السطح أو يقع منفردا أو يصيب كل الغشاء وقد يكون الالتهاب والارتشاح شديدين حتى ينشأ عنهما خراجات صغيرة

وبعد ذلك يتحول الغشاء المخاطى إلى أسمر فاتح أو أصفر غامق بسبب وجود عدد كبير من البيضات المتكلسة فيه وقد يكون فى هذه الحالة الاحتقان موضعيا كما يظهر بقع ارتشاحات دموية

وباستمرار التهيج ووضع البيضات تتكون الحلمات المغطاة بالغشاء المخاطى

المتفخ والمحتقن وهذه الحلمات محشوة بالبيضات التى قد يسبب ضغطها على عنقها منع الدم عن الحلمات حتى أنها تتأكل فيتخلف عن ذلك فى الغشاء المخاطى قرح مستديرة غير منتظمة الجوانى مقلوبة للخارج و يشاهد ذلك فى الدوسنتاريا البلهارسية

هذه هى التغييرات بصفة عامة وسنتكلم عنها كما تصيب الأجهزة المختلفة

١ — بلهارسيا الجهاز التناسلى البولى

تحصل فى المثانة التغييرات السابق شرحها ولذلك يشاهد فى أول الإصابة احتقان أوعية الغشاء المخاطى و ورم مغطى بحويصلات أو حلمات صغيرة جدا (فى سطح الغشاء المذكور) وتحتوى هذه الارتفاعات على بيضات حتى فى أوعيتها الدموية وقد يصاب كل الغشاء المخاطى ويظهر بلون أحمر داكن محمل يدمى بسهولة و يشاهد النسيج مغطى بطبقة من المخاط و به حبيبات صغيرة صفراء اللون عامقته تظهر كحبيبات الرمل وقد ينتفخ الغشاء المخاطى و يسمك حتى لتنطوى بعض أجزائه إلى طيات كبيرة يمكن انتزاعها بسهولة من الطبقات الكائنة أسفلها وقد تشاهد من أول الإصابة حليمات صغيرة حمراء اللون هشة السطح منتشرة على السطح الخلفى وكثيرا ماتكون حول فتحتى الحالبين وعند تقدم المرض تمتلئ المثانة بهذه الحليمات بأحجام مختلفة وأورام متحركة غير منتظمة و إما أن يتصلب الإبيتليوم أو تتكون كتل معقدة من نسيج ليفى فى الجزء الداخلى من جدر المثانة دافعة أمامها الغشاء المخاطى المكتظ بالخلايا — وفى بعض الحالات تجف البيضات الكائنة فى السطح وأسفله و يظهر السطح بشكل الرمل المحروق بينما تسمك الطبقات أسفله وتصير ليفية وهذه البقع الرملية تصر عند القطع فيها بالسكين

وقد تستحيل الحليمات و يتخلف عنها قروح مكشوفة وقد تسحج الغشاء المخاطى المكتظ بالخلايا وتغطى السطح بطبقة من الفوسفات عند مايصير البول قلويا وقد ينفصل بعض هذه الرواسب الفوسفاتية المحتبسة فى بعض الجيوب وتؤلف نواة حصيات فوسفاتية قد يكون بعضها كبيراً جداً و إن كنا كثيرا مانجد فى المثانة المصابة بالبلهارسيا حصيات ذات طبقات متعددة من حامض البوليك أو أوكسلات الكلسيوم مع طبقات فوسفاتية وهذه توجد فى البول الحمضى وقد تكون نواة حصاة كهذه جزءاً من حلمة مكتظة بالبيضات أو بعض بيضات ملتصقة ببعضها

وقد تشاهد جدر المثانة متضخمة والعضلات قد حل محلها نسيج ليفى حتى أنها تصير ككيس غير قابل للانكماش أو إلى تجويف منكمش مبطن بغشاء مخاطى خشن و بقايا حلمات و بقع رملية و رواسب فوسفاتية وأحياناً تكون منقبضة على حصاة كبيرة وقد ذكر فرجوسن إنه باستمرار تهيج الإبيتليوم فى الغشاء المخاطى بالبيضات قد يتولد ورم سرطانى مع تسرب المرض فى أعضاء أو أحشاء أخرى من الجسم أو قد يشمل الورم السرطانى أو السركومى كل مقدم جدر البطن

وفى الدور المتقدم من البلهارسيا عندما تتلوث الحالة بالعفونة تشاهد كتل من الحلمات ذات سطح كث وتبدو بارزة فى شكل عنقودى من جدر المثانة أو تشاهد بالمثانة أنسجة بلهارسية فى دور الاستحالة الخبيثة وأحياناً تشاهد نواسير فى المنطقة التى فوق العانة أو المنطقة السرية أو فى أى جزء من مقدم البطن متصلا مباشرة بالمثانة أو بواسطة منسوج لين فى حالة استحالة فى الفراغ المقدم للمثانة ونادراً ماتنفجر المواد البلهارسية التى استحالت فى التجويف البريتونى

٢ — بلهارسيا الحالبين

قد تشاهد حلمات عند فتحة الحالب بالمثانة وفى الطرف الأسفل منه وتشاهد أيضاً أورام غير منتظمة فى الغشاء المخاطى المرتشح وحويصلات صغيرة جداً ولطخ حمراء وتضخم جدر الحالب مما قد ينشأ عنه ضيق فى مجراه الذى يسبب استسقاء كلويا وعلى كل حال فى أول الإصابة يشاهد فى الغشاء المخاطى على الأخص ارتشاح عام ينشأ عنه أخاديد غير منتظمة وارتفاعات ذات سطوح هشة ويكون لون الارتشاح رماديا غامقا مائلا إلى السواد أو أسود فحميا وقد يتمدد الحالب ويتقرح وقد يشاهد أيضاً قرح صغير أو سحجات مع رواسب فسفاتية أو حصوات فى جيوب خلف ضيق الحالب أو عند فتحته المثانية

٣ — بلهارسيا الكلية

يشاهد بحوض الكلية حليمات وكذلك فى الكويسات مع اكتظاظ خلالى منتشر ويتبع تغييرات الحالب وضيقه تمدد فى حوض الكلية ثم استسقاء كلوى تتوقف حالته على درجة التلوث بالعفونة التى تتبع فيما بعد وقد يشاهد حصيات فوسفاتية وقد تملأ كل الحوض وقد تغطى مظاهر العفونة على كل مظهر آخر ولا سيما وأن الجهاز البولى بأكمله يكون ملوثا بالعفونة فوق تلوثه بالبلهارسيا

وتشاهد المثانة فى أشد درجاتها ممتلئة بغشاء مخاطى فى حالة استحالة ومغطى بتحجرات فوسفاتية وربما كان توجد بها حصيات وبقايا بلهارسية وجلط دموية متحللة وربما قليل من البول القلوى ذى الرائحة الكريهة المحتوى على صديد وبقايا وجلط ويشاهد الحالبان متمددين سميكين مخنوقين بغير انتظام فى بعض النقط وقد يشاهد استسقاء كلوى قد يتحول إلى تقيح الكلية وحوضها مع حصيات فوسفاتية فى

الحوض والتهاب صديدى كلوى حوضى وعدة خراجات صغيرة فى الكلية أو قد تكون فى قوام كيس من الصديد أو يشاهد التهاب عفن أو التهاب خلالى حول الكلية أو خلف البريتون فى منطقة الكلية مع علامات التسمم العام بالعفونة وقد تشاهد نادرا نواسير بولية أو بين المثانة والمعى المستقيم أعلى البرستاتا

٤ — بلهارسيا الجهاز التناسلى فى الذكر .

تشاهد فى داخل المجرى أفرازات كالموجود بالمثانة من أغشية مستحيلة وجلط دم محللة وصديد و بقايا بلهارسيا وجيوب ونواسير متصلة غالبا بالعجان وقبل هذا قد تشاهد جيوب فى المجري و ورم فى العجان قد يستحيل إلى خراج وقد تكون هذه النواسير وما حولها صلبة جدا وقد تمتد الأنسجة الصلبة البلهارسية والنواسير إلى الصفن الذى قد يصاب بالأوذيما أيضا و يضيق مجرى البول فى الجزء المقدم منه وقد تشاهد فى بادئ تكوين الناسور ديدان بلهارسية فى الأوردة أو فى النسيج حول مجرى البول و فى الحالات المتقدمة جدا قد تمتد هذه النواسير فى جدر البطن حتى السرة وفى الأليتين وفى العجز والعجان والجزء العلوى من الفخذين

وقد يصاب رأس القبل أو الغلفة بالبلهارسيا فيتورمان و يتصلبان وتضيق بسبب ذلك فتحة مجرى البول وقد يصاب كل القبل حتى جذره وتنشأ عن ذلك عدة نواسير تفتح فى مجرى البول في قاعه خلف الرأس وقد يظهر المجرى فى بعض الحالات كأنه أصيب بداء الفيل وقد يمتد ذلك للصفن والعجان والأجزاء المحيطة به وفى هذه الحالة تمتد النواسير من أمام الصفن أو المجرى العجانى وقد تتقرح رأس القبل وينتهى بإيتليوما مصطحبة بغدد متضخمة فى الأوربية والحوض وما يتبع مثل هذا الورم ، وقد توجد أورام بلهارسية فى جزء من

القضيب أو فى العجان أو فى الحبـل المنوى وتنتهى كما تنتهى عادة أورام البلهارسيا السابق الإشارة إليها فى كثير من المواطن

وتصاب البرستاتا أيضاً بما يسبب تضخمها وكذلك الحويصلات المنوية وقد تصير هذه الحويصـلات كتلة واحدة مع الأطراف الأخيرة من الحالبين وتسير الحويصلات أكياساً ممتلئة بمواد هلامية سمراء

٥ — بلهارسيا الجهاز التناسلى فى الانثى

يشاهد بجهاز الأنثى جميع مايشاهد فى حالة الإصابة بالبلهارسيا فى أى غشاء مخاطى فقد يشاهد أورام حلمية على الأشفار وفى الفوهة وحول الدهليز وارتشاح فى الجلد مع تقرحات سطحية لمواد رخوة وقد تأكل هذه التقرحات جزءا من الأنسجة فى غشاء البكارة والبظر وقد تحيط فتحة مجرى البول وقد توجد زوائد عند فتحة المجرى أو حلمة صغيرة مع دنيب طويل متصل بقاعدة المثانةوقد يصاب المهبل مع سقوط الغشاء وقد تشـاهد به حلمات و بعنق الرحم وترى كتل ليفية بالرباط العريض أو متصلة بالمبيض وتشاهد فى الأحوال المزمنة المبايض صلبة ومتليفة

٦ — بلهارسيا الجهاز الهضمى

يظهر إحتقان بالغشاء المخاطى مع هشاشة سطحية وتضخم الغدد المعوية فى الجزء المصاب به و يغطى السطح بمواد مخاطية سميكه لزجة مدممة وقد يصاب جزء كبيرمن المعى حتى ينشأ عن ذلك تدلى الغشاء المخاطى المحتقن والمتورم كما يحصل عادة فى المعى المستقيم وقد يتخذ الغشاء المخاطى فى الحالات المزمنة جدا الشكل الرملى وهو السابق وصفه فى حالة المثانة وقد تشاهد حلمات عدة على أشكال مختلفة

وقد تتخذ شكلا حلقيا وقد يبرز من الشرح وأحيانا تشاهد هذه الحلمات فى أى جزء من القناة الهضمية حتى المعدة وتمتد الإغارة البلهارسية على كل طبقات جدران الأمعاء وقد تتآكل الحلمات وتترك تقرحات تختلط بتقرحات الدوسنتاريا وربما يتآكل سطح الحلمات أو سطح المعى المصاب ثم تتضخم جدر الأمعاء الغلاظ فى بعض أجزائها حتى تحدث ورما صلباً فينسد تجويف المعي لكن لاتحدث سدة معوية كاملة وهذا الانسداد ينشأ عن الورم والحلمات التى تملأ تجويفه وخصوصا فى الأعور والمستعرض والسينى وقد تصاب الزائدة الدودية بهذه الأورام وبكل التغييرات السابق وصفها كخراج مثلا وقد تكون البلهارسيا سببا لالتهاب مزمن بها

وقد يشاهد فى الحالات المتقدمة من بلهارسيا المستقيم نواسير متعددة حول الشرج ممتدة إلى الخلف فى الأليتين وإلى الأمام فى العجان وحتى قد تصل لجدر البطن وتنشأ هذه النواسير كأمثالها التى بالجهاز البولى وقد يعيق النسيج الليفى بانكماشه الدورة اللمفاوية ويحدث تورم فيلى كاذب وقد يتولد أبيتلوما فى مكان التقرح فى حافة الشرج نتيجة التهيج البلهارسى المستتر والنواسير المذكورة ربما تنشأ من أورام بلهارسية فى الأماكن التى أشير إليها من غير أن تكون لها صلة ببلهارسيا المستقيم وقد تكون متصلة بمجرى البول كما أسلفنا

وأما المعدة فربما توجد أورام تكلسية بغشائها المخاطى كما قد تصاب كل طبقات جدرها وينذر أن تصاب الأمعاء الدقاق ماعدا الجزء الأخير من المعى اللفائفى

ويشاهد أحيانا ورم صلب مستدير غير منتظم محيط بالشرج مغطى فى معظم أجزائه بجلد وبه قنوات عديدة مملوءة بمواد دهنية ولا تتصل بتجويف الشرج وأحيانا يشمل هذا الورم كل الشرج وعضلاته العاصرة وجزءا من المستقيم

الكبد : يشاهد فى البلهارسيا المتقدمة تشمع حول تفرعات الوريد البابى وصفه سمرز بان الكبد تكون كبيرة وقد يصل وزنها الى ١٨٠٠ جراما وسطحها كسطح الجلد المدبوغ بسبب تزايد النسيج الضام الذى حول الأوعية فيشاهد من المحفظة خطوط بيضاء تجعل السطح يظهر بشكل شبكة ذات عيون غير منتظمة وهذه العيون تكون مربعة أو مخمسة أو كثيرة الأضلاع ويشاهد بارزا من المحفظة بعض عقد مسطحة ناصعة البياض كلون الخزف تقريبا وخصوصا فى السطح الأسفل بقرب حافته الأمامية وتكون ذات أحجام مختلفة وهي أورام محفظية أى خارج النسيج الحشوى الكبدى .

وعند شق الكبد يشاهد إزدياد عظيم فى النسيج الضام حول القنوات البابية يكون أبيض اللون وتشاهد به فتحات الأوعية البابية والقنوات الصفراوية والنسيج الحشوى متجانس الأجزاء وله لون أنيماوى أسمر لايتفق مع اللون الأبيض الضارب إلى الاحمرار الذى يكون عليه النسيج الضام .

وقد تصطحب الحالة المتقدمة باصفرار الجلد واستسقاء في تجويف البريتون خصوصا إذا ما اصطحبت بتضخم الطحال المصرى

البنكرياس والطحال — قد يشاهد ارتشاح بالبنكرياس والطحال والتهاب طحالى لطخى وتعقد فى الطحال

الوفاة فى البلهارسيا — الإصابات البسيطة غير المضاعفة لاتحدث الوفاة وأما البلهارسيا المضاعفة بأية حالة مرضية شديدة من السابق وصفها فيجوز أن تحدث الوفاة كما تحدثها هذه الحالة المضاعفة فيما لو كانت مرضا مستقلا أو نتيجة مرض آخر كالتسمم الصديدى أو العفن أو البولى أو الهبوط أو الضعف العام أو غيره

الانكلستوما

يحدث هذا المرض بمصر كما هو معروف بسبب دودة الانكلستوماوهى توجد أيضا بجميع المناطق الحارة وخصوصا فى أفريقيا وآسيا وفى بعض المناطق المتوسطة الحرارة وفى أمريكا توجد دودة النكاتر الأمريكانى وهى من الديدان الخيطية وتقطن الأمعاء الدقاق لاسيما المعى الصائم وأحيانا قليلة توجد بالإثنى عشرى ويندر أن تصيب مادونها وقد تصيب المعدة نادراً وتصل للانسان عن طريق الجلدوتاريخ حياتها مفصل فى كتب الطفيليات وقد اختلف الباحثون فى عدد الديدان اللازم وجودها بالأمعاء حتى تحدث أعراضا على المصاب والدودة تعلق بغشاء الأمعاء وتمتص الدم الذى تتغذى منه بشراهة

ويشاهد لون الجلد فى الجثة أصفر كالليمون ولا يشاهد بالجثةهزال عادة بل يوجد الدهن فى أمكنته المعتادة وبكميته العادية وقد توجد أوذيما بالطرفين وأحيانا بالجسم كله وتشاهد العضلات باهتة وقد يوجد انسكاب فى البلوراوالتامور والتجويف البريتونى والبطينات المخية وكل التجاويف المصلية والقلب يكون عادة متمددا ورخوا وتشاهد فى عضلاته استحالة دهنية وقد يشاهد صغير الحجم وربما توجد بعض التغييرات بصماماته وأما الكبد فتشاهد باهتة وغير متضخمة غالبا وتظهر بها استحالة دهنية واضحة والطحال قد يكون كبيرا نوعا ما وأما الكلى فتكون كبيرة باهتة اللون وتفصل محفظتها بسهولة ويكون سطحها املس ومنتفخا وتشاهد عند شقها استحالة دهنية عامة كما شوهدت أحيانا كلى محببة صغيرة مليئة بأكياس صغيرة عديدة

وأما الأمعاء الدقاق فتشاهد غشاؤها المخاطى محتويا على بقع نزفية صغيرة

وقد يشاهد أثر لمص الديدان فى وسط البقع وقد ترى بعض الديدان عالقة بالغشاء إذا عمل التشريح عقب الوفاة بمدة وجيزة جدا كما يرى فى تجويف الأمعاء ديدان قد يصل عددها إلى المئات و يشاهد أثر بقع نزفية قديمة وقد ترى فى الغشاء المخاطى تجاويف صغيرة ممتلئة بالدم و بها دودة أو اثنتان وقل أن يشاهد دم فى تجويف الأمعاء وقد ترى شواهد بعض التهاب الغشاء المخاطى بشكل حويصلات مع تسمك الغشاء المخاطى

و يشاهد مح العظام باهتا والمخ أبيض جدا و يرى الدم باهت اللون يتخثر بسرعة وعلى العموم تشاهد جميع الأحشاء باهتة اللون

وتحدث الوفاة بها إن لم يكن بمضاعفة فبالسنكوب

ملاحظة — قد قلت مضاعفات البلهارسيا والانكلستوما بالقطر المصرى بسبب الحملة الموجهة لمكافحتهما بواسطة مصلحة الصحة العمومية وعلاج إصاباتهما

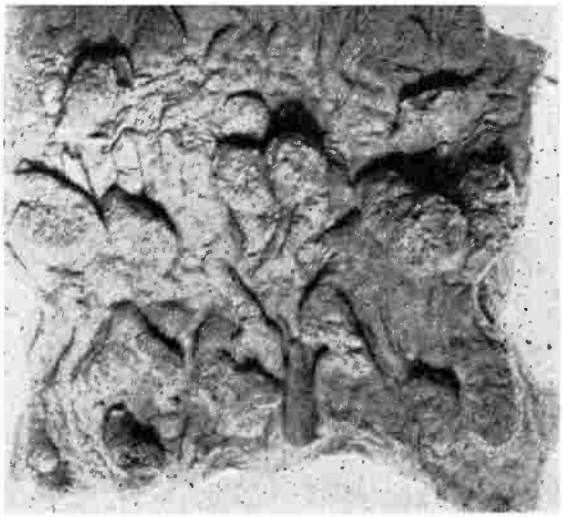
الفلاريا

ينشأ مرض الفلاريا بفعل دودة من فصيلة الديدان الخيطية و يقطن البالغ منها من الجنسين الأوعية اللمفاوية أو النسيج الضام أو المساريقا حيث ينتجان جنينا حيا أو ديدان الفلاريا الدقيقة التى تتسرب فى مجرى الدم وهناك تعيش مدة طويلة بغير أن تنمو والنوع الذى يصيب منها الإنسان هو الفلاريا البنكروفتى والثوى الواسط الخاص به هو بعوض الكيولكس فاتيجانس وتوجد الديدان الدقيقة فى الأوعية الدموية للاطراف ليلا وفى النهار تلجأ إلى الرئتين والشرايين الكبيرة و يقول « مانسون » أن هذه هى الحال الطبيعية الملائمة لوجود البعوض

ليلا حتى يتيسر للديدان أن تتسرب إليها لتتم دورتها هذا وتوجد أنواع من الفلاريا تظل أجنتها ليل نهار فى دورة الأطراف

أما التغيرات المرضية التى تحدثها الفلاريا فتتلخص فى تجمع بعض الديدان البالغة مع بعضها فى جزء من الجهاز اللمفاوى وتكون سدة تعيق الدورة اللمفاوية وتسبب تمدد الأوعية اللمفاوية وقد تسمك جدرانها فتصبح متمددة وهذه الإعاقة قد تكون تامة من اندغام الديدان فى الوعاء اللمفاوى ثم بالتخثر الناجم عن ذلك وقد تكون جزئية فى بادىء الأمر ثم تتدرج إلى أن تصير تامة بسبب التهيج المستمر وما يتبعه من التهاب وسماكة فى جدر الأوعية وتخثر أو بسبب ارتشاح الغدد اللمفاوية بالنسيج الليفى ويتوقف التغير المرضى على حالة الدورة الفرعية الجانبية وعلى الإعاقة إن كانت دائمة أو مؤقتة أو على مجلس الإعاقة من الدورة اللمفاوية فمما تقدم يرى أن الفلاريا تسبب نوعين من المرض أحدهما يتميز بتمدد الأوعية اللمفاوية والآخر بأوذيما ذات صلابة

تمتد الأوعية اللمفاوية : عندما يكون مجلس الإعاقة فى القناة الصدرية فأن الكيلوس يصل الدورة الدموية بحركة رجعية فيمر بالأوعية اللمفاوية البطنية والحوضية والتى فى الأوربية والصفن وجدر البطن فتتمدد هذه الأوعية وكذلك القناة الصدرية حتى مركز الإعاقة وتشاهد هذه القناة أحيانا بحجم الاصبع كما تشاهد أوعية البطن والحوض متمددة حتى تظهر جميعها متضخمة بطول ثلاثين سنتيمتراً وبسمك عظيم وهى مغطية الكلى والمثانة والحبال المنوية ويكون لون ما تحتويه أبيض أو أحمر فاتحا وإذا ما أصاب التمدد أوعية جلد الصفن نشأ عن ذلك الصفن اللمفاوي وإذا كان فى الأوربية نجم عنه تمدد الغدد الأوربية وإذا



شكل — ٢

إصابة متقدمة بالبلهارسيا فى المعى الغليظ

(انظر صفحة ٧٥)

أصيبت المثانة والكلى وانفجرت الأوعية من شدة الامتلاء فالنتيجة حصول البول اللبنى وإذا انفجرت أوعية الطبقة الغمدية للصفن إصابتها أو ذيما كيلوسية أو قيلة كيلوسية وكذلك الحال فى البريتون فإنه ينشأ به استسقاء كيلوسى وقد تشاهد غدد فى الأبط كغدد الأربية وقد تمتد ضفائر لمفاوية بأجزاء من الأطراف سواء أكان تمددا وقتيا أم مستديماً

وقد تكون الإعاقة فى الجانب البعيد عن مداخل الأوعية الحاملة للكيلوس ففى هذه الحالة ينجم عن انفجار الأوعية المتمددة سائل لمفاوى شفاف غير مختلط بمادة كيلوسية وفى معظم أحوال داء الفيل تنشأ السدة من التغيرات الليفية التى أحدثتها الطفيلية فى الأوعية اللمفاوية والغدد

وفيما يلى طائفة الأمراض التى قد تسببها الفلاريا بنكروفتى أو تنشأ مصاحبة لها وهي الخراجات — التهاب الأوعية اللمفاوية — التهاب المفاصل — التهاب الغشاء الزلالى المفصلى — خراج المفصل الوركى — التمدد اللمفاوى الأربى أو الأبطى — والصفن اللمفاوى — تمدد الأوعية الجلدية السطحية والعميقة — التهاب الخصية — التهاب الحبل المنوى — البول اللبنى — داء الفيل فى الرجل أو الصفن أو الفرج أو الذراع أو الثدى أو أية أجزاء أخرى — أو قيلة كيلوسية أو إسهال كيلوسى — وأمراض أخرى تنشأ عن انسداد أو تمدد الأوعية اللمفاوية أو تسبب موت أو إصابة الدودة الوالدة فى خراج لمفاوى ويشمل ذلك الالتهاب البريتونى المميت أو تلوث ثانوى بميكروبات صديدية

فإذا حدثت الخراجات فى الصدر أو البطن فإنها قد تسبب الوفاة وقد يكون مبدأ الخراج نزفا أحدثته الدودة ثم تلوث وإذا ماشمل التهاب الأوعية اللمفاوية

جزءاً كبيراً من جدر البطن فقد يلتهب البريتون وتنتهى الحالة بالوفاة وتكون الأوعية بشكل حبال مصطحبة بورم فى الغدد المجاورة مع احمرار فى الجلد وإذا كان الالتهاب سطحيا يرى على السطح أثر سائل لمفاوى إذا شوهدت الحالة بعد الوفاة مباشرة

وأما الالتهاب اللمفاوى فى الغدد الأربية فقد يكون غير ملحوظ كما قد تصل الغدة إلى حجم قبضة اليد وقد تصيب الأربيتين أو أربية واحدة أو الغدد الفخذية

وقد يشاهد الدود البالغ ملتفا على نفسه في امتداد الأوعية اللمفاوية المتمددة بشكل شبيه بالكيس فى الضفاير اللمفاوية المتضخمة وقد توجد الدودة بأكملها أو بقاياها المتكلسة فى الغدد المتضخمة

وقد يتوفى المصاب بالفلاريا من تسمم عفن بسبب أن الفلاريا تتلف بطانة الأوعية وبذلك تهيىء الوسط الصالح للميكروبات الصديدية إذا ما دخلت الدورة اللمفاوية

وفى حالة التهاب الغشاء الزلالى المبطن للمفاصل قد ينشأ تيبس ليفى فى المفاصل. وفى الحالات الشديدة قد يتكون صديد وتنتهى الحالة بالوفاة

ويشاهد فى داء الفيل إذا ما أصيب بحالة شبيهة بالحمرة أن الجزء يتضخم لدرجة عظيمة ويخشن سطح الجلد وقد تختفى فتحات الغدد والحلمات. هذا والعقد أما أن تكون فى حالة تضخم أو ضمور ويقل الشعر ويخشن وتخشن الأظافر وتتضخم وتتشوه ويظهر الجلد حول المفاصل فى شكل طيات ولا يشاهد فاصل بين الجزء المصاب من الجلد والجزء السليم كما أن الجلد المصاب يكون صلبا وسميكا

لاينبعج إلا قليلا ولا ينزلق على الأنسجة التى أسفله ولا يمكن رفعه عنها بين أصبعين وعند قطع الورم تشاهدالأدمة سميكة ليفية ومتضخمة وكذلك النسيج الضام المجاور يتضخم وفى حالة الصفن يكون أصفر اللون وعند قطع هذا النسيج يسيل منه السائل بغزارة وقد يصل وزن ورم الصفن إلى٢٥ كيلوجراما وشوهدت حالات وصل فيها إلى مائة كيلو جرام وقد شوهدت حالات تدلى فيها الثديان حتى العانة أو الركبتين وكذلك أورام الشفرين والبظر قد تصل إلى ضخامة هائلة

هذا علاوة على مايرى من التهاب الأوعية اللمفاوية والجلد والنسيج الخلالى وتضخم الغدد المجاورة

الديدان المستديرة

ينشأ خطر هذه الديدان من أنها قد تسبب الوفاة فى بعض الحالات عندماتتسلق الديدان المعدة والمرئ وتنحدر من البلعوم إلى المزمار أو عند ماتترا كم فى الأمعاء وينشأ عنها التواء بها أو سدة معوية أو عند ماتدخل القناة البنكرياسية وتسبب انسدادها أو عند ماتنحشر فى قناة الصفراء وينشأ عنها يرقان انسدادى أو لما تخترق جدر الأمعاء وتسبب التهابا بريتونيا أو تحفر جدر البطن وتسبب خراجا أو تدخل الزائدة الدودية وتسبب التهابا بها

الملاريا وحمى البول الاسود

تكون الملاريا خطرة فى حالات ضعاف البنية أو المرضى بأمراض مزمنة كالسل الرئوى أو الدوسنتاريا وتكون نسبة وفياتها كبيرة فى نوع شبه حمى الثلث ويشاهد فى جثة المتوفى بالملاريا هزال وقد ترى أوذيما بالساقين فى الحالات المزمنة

ويكون الجلد متلونا بلون اصفر وكذلك صلبة العينين كما قد تشاهد خصوصا فى حالات حمى الربع أو ذيما عامة بالجسم سببها غالبا التهاب كلوى

ويكون الطحال فى الحالات الحادة متضخما بدرجة متوسطة ويصبح سطحه غامقا أو أسود أحيانا وعند قطعه يشاهد نسيجه أسود أيضا أو غامقا والجزء الحشوى يكون لينا جدا عادة حتى أن لبه الأسود يسيل لمجرد تسليط المياه عليه وفى الحالات الحادة لشبه حمى الثلث التى تحدث فيها الوفاة بسرعة قد تتوتر محفظة الطحال لدرجة عظيمة حتى يظهر الطحال ككيس ممتلئ دماً متخثراً

والكبد تشاهد رخوة ومحتقنة ومتضخمة وملونة بلون غامق وقد يوجد بها بعض الاستحالة الدهنية وقد تكون واضحة جدا فى حالات حمى شبه الثلث وتشاهد أوعية الأم الحنونة والجوهر القشرى للمخ ممتلئة والمادة السنجابية قد تظهر بلون رصاصى وفى النوع المخى من شبه حمى الثلث تشاهد فى المادة البيضاء بالمخ أنزفة نقطية وخصوصا فى الجسم الجاسىء وقد يشاهد نتيجة هذه الأنزفة بؤر استحالة بشكل أورام حبيبية ويشاهد نخاع العظام الاسفنجية كعظم القص وأجسام الفقرات محتقنة وغامقة اللون وقد تشاهد مثل هذه المظاهر فى الرئتين والقناة الهضمية والكلى ويكون القلب خصوصا فى حالات حمى شبه الثلث فى حالة استحالة شحمية عامة تشبه مايشاهد فى أحوال الوفاة من الدفتريا

ويمكن أخذ عينات للفحص عن تلوثات الملاريا والطفيلى فى بعض أدواره إذا ماشرحت الجثة عقب الوفاة بمدة قليلة وفحصت قطاعات من الكبد أو الطحال على الأخص

ويشاهد فى حمى البول الأسود العلامات السابقة كما ترى حويصلة المرارة

ممتلئة بصفراء لزجة خضراء اللون غامقة علاوة على أن الطحال يكون متضخما عادة ولونه داكنا والكبد متضخمة ورخوة ولونها أصفر مائلاً إلى الخضرة وفى الحالات الحادة جدا يكون لونها أصفر كلونها عند الوفاة من ضمور الكبد الحاد والكلى تكون غامقة اللون حتى السواد وإذا حدثت الوفاة بالتسمم البولى فإن مظاهر الاستحالة الحشوية المزمنة تشاهد بالكلى ونخاع العظم يكون أسمر وقوامه يميل إلى السيولة وقد يشاهد الجلد أصفر اللون وكذلك ملتحمة العينين

أسباب الوفاة فى حمى الملاريا الخبيثة

قد يكون سبب الوفاة ارتفاع درجة الحرارة الشديد لأنها قد تصل إلى ٤٣ درجة سنتيجراد وفى هذه الحالة تحدث الوفاة فى ساعة أو بضع ساعات بالكوما

وقد تحصل الكوما من غير أن ترتفع الحمى إلى هذه الدرجة ويموت المريض بعد أزمة الفرق من الهبوط

وقد تحدث الوفاة بسبب الكوما من سدة بالأوعية في المخ بفعل الطفيليات

وقد تكون الوفاة بالهبوط بغير أن تسبقه الكوما وقد يحصل الهبوط بعد إسهال شديد شبيه بالكوليرا

وقد تحدث الوفاة فجأة بالسنكوب خصوصا فى الضعاف ووفاة الفجأة تحصل فى الأنواع الخبيثة من شبه حمى الثلث بسبب الاستحالة الدهنيه فى عضلات القلب

ووفاة الفجأة تحدث فى حمي البول الأسود بهبوط القلب سواء من مجهود ولو قليل أو من الوهن بسبب القئ المستمر أو من النزيف الفجائى فى المعدة أو الأمعاء أو بسبب انقطاع البول عدة أيام تنتهى بسنكوب أو تشنجات وكوما أو قد يموت المريض من تسمم بولى عقب التهاب كلوى أو من تلوث

وقد يشاهد احتقان فى أوعية الرئة والشعب فى بعض أنواع الحمى الشبيهة بالثلث كما قد يشاهد فى بعض الحالات استسقاء فى تجويف البطن أو استسقاء عام أو كل مظاهر التهاب الكلي وفى حالات أخريات تتغنغر أصابع القدمين

وقد تصحب حمى الملاريا بأى مرض يضاعفها فقد تنتهى مثلابالتهاب رئوى فصى أو رئوى شعبى أو تصطحب بمرض آخر كالحمى المعوية أو الدوسنتاريا أو السل الرئوى وخصوصا فى المنهوكين والضعاف البنية

وليلاحظ انه قد تحدث نكسة ملارية عقب اية عملية جراحية او بعد الوضع او بعد صدمة او إجهاد من اى نوع فى شخص سبقت إصابته بالملاريا وقد ينسب خطأ لأى عامل من هذه العوامل انه السبب الرئيسى للوفاة

كاشكسيا (ضعفة) الملاريا

علامات الكاشكسيا الملارية هي النهوكة مع اصفرار الجلد واصفرار صلبة العين وتضخم الطحال وقد تكون الكبد متضخمة ايضا

وليلاحظ انه قد يتأخر بسبب هذه الحالة نمو الجسم وسن البلوغ فى الصغار وقد ينشأ عنها الاجهاض والعقم فى البالغات

ومما يلفت اليه نظر الطبيب الكشاف انه فى المصابين بالكاشكسيا قد يحدث تزيف خطر بعد عمليات بسيطة كخلع ضرس مثلا كما أنهم يكونون عرضة لأمراض كالدوسنتاريا أو السل الرئوى

و بفحص الطحال المتضخم تشاهد محفظته سميكة ولا سيما على جزئه المحدب وقد توجد به أجزاء متليفة وقد يلتصق بالأحشاء المجاورة وقد تتضخم العوارض المكونة لشبكة الطحال و بشق الطحال يلاحظ أن نسيجه صلب ولونه عادة أحمر

مقارب إلى السمرة ولكن إذا حدثت الوفاة فى أثناء نوبة الحمى أو بعدها مباشرة فإن القطاع الذى يؤخذ من الطحال يكون سطحه أسود من رسوب الهموزوين ويكون اللب رخوا (لينا) وقد تسبب شدة الامتلاء انفجار بعض الأوعية فى داخل الطحال وتشاهد بعض تمزقات فى لبه وباقى أنسجة الطحال سابحة فى الدم الطافح ويجب ملاحظة أن الطحال فى هذه الأحوال قد يتمزق لأقل إصابة بالبطن وأحيانا قد ينفجر من تلقاء نفسه أثناء تمدده السريع وقت ارتفاع الحرارة

وأما الكبد فالتغييرات التى تحصل فيها حتى تصل إلى حالتها فى الكاشكسيا هى احتقان والتهاب كبدى ملارى ثم تشمع نتيجة تضخم النسيج الضام

وأما الكلى فيشاهد بها مثل ماشوهد فى الكبد وقد يشاهد فى حالات حمى الربع مظاهر داء بريت

والقلب تستحيل عضلته وتتمدد البطينات وتحدث أوذيما فى الطرفين السفليين ونوجه النظر إلى أن أملاح الكينا تسبب نخرا موضعيا بالألياف العضلية الألوية بعد كل حقنة عضلية فى هذا الموضع وتعقب ذلك أوذيما قد يصحبها تلف فى الأوعية الدموية وبذلك تصبح العضلة بيئة صالحة لزرع الجراثيم كجرثومة التتانوس التى تصل إلى مجرى الدم من هذه البيئة ولذلك كان الحقن يوميا فى موضع واحد قد ينشأ عنه نخر (نكروز) وتزيف وعلاوة على ذلك قد يتضاعف إما بخراج أو تتانوس أو غنغرينة غازية أو تسمم دموى عفن سبحى وقد يصيب الشلل الرجل أحيانا من الحقن فى العصب الوركى

(ب) الحميات والامراض الاخرى

الحميات الطفحية

نقصد بالحميات الطفحية الحمى التيفوسية التاريخية—مرض بريل—الحمي الطفحية لحوض البحر الأبيض المتوسط—حمى النهر اليابانية—حمى جبال روكى ولا يدخل فى تفصيلات هذه الأمراض ولا فى المعلومات الخاصة بتشريح جثث موتاها إلا الحمى التيفوسية التاريخية لأن الجثث التى شرحت فى الحميات الأخرى قليلة

والحمى المميتة من هذه الحميات جميعها هى الحمى التيفوسية إذ أن نسبة الوفيات بها مابين ١٢ ، ٢٠ ٪ وقد تصل فى بعض الأوبئة إلى ٥٠ ٪ وعند تشريح الجثة تشاهد سرعة التعفن وقد يشاهد الطفح بشكل نمشى على الجذع والأطراف وتشاهد العضلات داكنة اللون لينة والقلب لينا رخوا غالبا والدم— إذا كانت الوفاة فى الأسبوع الثانى أو الثالث—أسود اللون سائلا وغير متخثر ويشاهد الغشاء المخاطى للشعب أحمر اللون لامع والشعب ممتلئة لدرجة مابمخاط متلبد رغوى وقد يوجد بالرئتين احتقان ركودى وقطاعات الرئة لاتقرقع وقد تشاهد نقط نزفية على السطح البلوراوى ويرى الطحال محتقنا وكذا الكلي والأغشية المخية ويشاهد فى المادة البيضاء بالمخ نقط نزفية صغيرة والكبد والكلي يشاهد بهاانتفاخ كدروقديكون حجم الطحال أكبر من العادى ومادته لينة وتشاهد عقيدات فى المخ والأحشاء وفى الجلد وقد تتضاعف هذه الحمى بالتهاب الغدة النكفية وقرحة الفم الغنغرينية

الحمى الراجعة

نسبة الوفيات فى هذا المرض ليست كبيرة غالباً فهى حوالى ستة فى المائة ولكن فى بعض الأوبئة قد تزيد عن ذلك كثيرا وخصوصا فى الإصابات الشديدة

المصطحبة بيرقان وتحدث الوفاة فى الشيوخ والضعاف إما وقت ارتفاع الحرارة فى أثناء النوبة أو من الوهن نتيجة النكسات أو من إسهال شديد يسبب هبوط القلب

وإذا حدثت الوفاة أثناء نوبة الحمى يشاهد الطحال كبيرا ورخوا وأحيانا به عدة سدادات ورشح فبرينى وقد ينفجر فجأة فى أثناء الحياة ويشاهد بالكبد والكلى والقلب انتفاخ كدر ويشاهد الجلد فى هذه الحالات المميتة يرقانيا أو توجد أنزفة نقطية تحت الجلد ويكون نخاع العظم محتقنا وقد يشاهد التلوين فى العظام والأمعاء بينما أن القنوات الصفراوية تكون سليمة وتوجد الصفراء فى المعى الأثنى عشرى وقد تكون الكبد كبيرة نوعا فيما إذا توفى المصاب فى أثناء دور الحمى

وإذا كان المريض قد أصيب باسهال شديد قبل الوفاة فان الجثة تصبح فى حالة نحافة شديدة بينما أن الغدد المعوية تكون سليمة

اليرقان المعدى

يشمل هذا العنوان عدة أمراض متشابة فى الأعراض تقريبا وتنتشر من وقت إلى آخر بشكل وبائى بعضها شديد الوطأة والبعض خفيف وقد عرف السبب فى بعضها والبعض الآخر لايزال سببه مجهولا وهى تشمل اليرقان الوبائى الرشحي واليرقان الوبائى الاسبيروكيتى ومرض ويل إلخ

وعند التشريح يشاهد الجلد والاغشية المخاطية صفراء وقد توجد أنزفة نقطية على جلد الجزع والاطراف ويشاهد مثلها فى التامور وبطانة القلب والبلورا والبريتون

ويكون الكبد أكبر من العادى ويختلف حجما ويوجد بالحويصلة

الصفراوية صفراء خضراء اللون مسمرة أوعامقة ولم يتحقق من انسداد القنوات الصفراوية وقد تصل الكبد لحجم كبير جدا وقد شوهد كبد وزنها أربعة أو خمسة كيلو جرامات ويشاهد بها استحالة دهنية ويتضخم الطحال مع رخاوة فى نسيجه ويعم تضخم العقد اللمفاوية وخصوصا عند سرة الكبد ويشاهد فى الكلى بعض النزف فى قنواتها واحتقان ويتلون نخاع العظم ويشاهد أنزفة نقطية فى الغشاء المخاطى للمعدة وكثيرا مايشاهد التهاب بالاثنى عشرى كما يشاهد بعض بقع نزفية فى الرئتين واحتقان فى أغشية المخ ولا يتخثر الدم بالسرعة العادية وقد تصطبغ الاحشاء بالصفراء

الحمى المتموجة

لاتتجاوز نسبة الوفيات فى هذه الحمى ٢ ٪ من عدد الاصابات وأكثر ماتصيب الاشخاص بين السنة السادسة والسنة الثلاثين من العمر ولا يوجد لها مظاهر مرضية مميزة تقريبا غير أن الطحال قد يتضخم حتى يصل إلى ٥٠٠ جرام فى المتوسط وقد يوجد بعض الاحتقان أو التقرح فى الغشاء المخاطى للامعاء غير أن غدد باير والغدد الكيسية الوحدة تكون سليمة وقد يوجد بباقى الاحشاء انتفاخ كدر والتهاب جمع الكلية

الجمرة الخبيثة

يشاهد فى الجثة المظاهر العادية التى توجد فى حالات الحميات الحادة وهى إيكوموزات تحت الأغشيه المخاطية والمصلية وفى عضلة القلب والعضلات الأخرى وأنزفة وأوذيما بالرئتين واحتقان ولين بالكبد والكليتين ولا يكون الطحال متضخما فى جميع الحالات وإذا توفى المريض بالنوع الرئوى يشاهد احتقان بالغشاء المخاطى

بالقصبة الهوائية والشعب وأنزفة بالرئتين أو تحت البلورا وتورم بغدد الرقبةوالغدد الشعبية مع أنزفة داخلها أو حولها وسائل فى كيس البلورا و إيكوموزات وارتشاح هلامى فى الرقبة وفى منتصف الصدر حول القصبة الهوائية والغدد الواقعة فى منتصف الصدر

وقد شاهد أحد المؤلفين وباء بالجمرة الخبيثة الرئوية فى إحدى قرى الوجه البحرى يبدأ فيه المرض بارتفاع بسيط فى درجة الحرارة يعقبه مباشرة انخفاض كبير فيها مصطحب بسرعة وخفة فى ضربات القلب وازرقاق فى الوجه وعسر فى التنفس يعقبه الوفاة و بعد الوفاة يلاحظ وجود كمية كبيرة من سائل مصلى فى تجويف البلورا ولا تتجاوز مدة المرض يومين أو ثلاثة على الأكثر

وفى النوع الذى يصيب الأمعاء يشاهد أفراز مصلى فى تجويف البريتون ويكون أحيانا مدمما وارتشاح هلامى فى المساريقا والنسيج الخلالى تحت البريتون واحتقان وتورم بالغشاء المخاطى وما تحته فى المعدة والأمعاء بشكل بقع يتراوح قطرها بين ربع إلى بوصة أو اثنتين ذات لون أحمر داكن ولكن سطحها متغير اللون أو متقرح أو مغطى بطبقة من الدم لاصقة به و يشاهد أيضاأنزفة تحت الأغشية المخاطية والمصلية ويكون الطحال وغدد المساريقا والقطن متورمة

وقد شوهدت حالات بها التهاب نزفى فى أغشية المخ مع الأعراض السابقة ووجد بهذه الأنزفة عدد كبير من الباشلسات

وفى النوع الجلدى يشاهد على الوجه أو الرقبة أو اليد أو الذراع قرحة قاعها قاتم اللون أو أسود والجلد حولها أحمر ومتورم وجامد فى دائرة قطرها ١٫٥ إلى ٢

بوصة تقريبا وحول القرحة يشاهد حويصلات صغيرة ملآى بالمصل والجلد حولها متورم وكذلك الغدد المجاورة لها

وتوجد حالات لاتشاهد فيها إصابة موضعية وكل مايشاهد عند عمل التشريح أوذيما أغلبها فى جفني العينين والمشاهد الداخلية هى نفس المظاهر التى سبق وصفها

السقاوة

يصيب هذا المرض عادة الخيل والبغال والحمير وحيوانات داجنة أخرى وقد يصيب الإنسان مصادفة وخصوصا من يضطرهم عملهم للاشتغال بين هذه الحيوانات وفى الإنسان يشاهد فى الحالات الحادة عند عمل التشريح علامات التسمم الدموى الصديدى ويكون الدم مائعاً وتوجد خراجات ثانوية فى الرئتين.

وأهم العلامات المميزة للسقاوة توجد فى الأغشية المخاطية والجلد والرئتين فى الغشاء المخاطى للأنف يشاهد عقد صغيرة تحت الغشاء يتراوح حجمها بين حجم العدسة وحجم الحمصة وهى مكونة من خلايا لمفاوية أو صديدية وفى الدور الأخير من المرض تشاهد هذه العقد متقرحة ولها قاعدة صفراء اللون وحول هذه العقد تشاهد عقد صغيرة كالسابقة وفى الرئتين تشاهد نفس هذه العقد وقد تتنخر مراكزها وتتجبن ويشاهد حول هذه العقد بقع لالتهابات رئوية شعبية وقد تتقيح وتشاهد نفس هذه العقد فى الغشاء المخاطى للأمعاء وفى الجلد والأغشية التى تحت الجلد وفى العضلات

حمى الدنج

لم يشرح من ضحايا هذه الحمى إلا جثث قليلة جدا ولم يشاهد فى هذه الجثث مايستحق الذكر إلا الالتهابات الرئوية والموضعية أو بداخل الجمجمة وقد تحدث انسكابات مصلية فى مجاورات المفاصل وفى الرباط الصليبى فى مفصل الركبة.

حمى عض الفأر

فى الحالات المميتة وهى قليلة جدا تشاهد قرحة موضع عضة الفأر وتكون الغدد اللمفاوية محتقنة والطحال كبيراً والكبد محتقنة وقد يشاهد نزف فى الرئتين وتوجد الحلزونات فى الكبد والطحال والكلى والمحافظ التى فوقها والعيون والخصى

الطاعون

الطاعون الدملي

قد يشاهد على سطح الجثة بعض ايكوموزات أوطفح نزفى يختلف عددها فى مختلف الأوبئة وقد تشاهد فى بعضها أنزفة جلدية متعددة ومتسعة تعطي الجثة لونا أسود حتى أطلق عليه فى الأيام الأولى «الموت الأسود» ويشاهد خيرجل فى الأربية غالبا وخصوصا اليمنى منها على الأغلب أو فى الأبط أو فى الزاوية التى تحت الفك السفلى وغالبا مايوجد خيرجل واحد وقد يتعدد فى جانبى الجسم أو فى أجزاء مختلفة منه ويصادف نادرا فى المأبض وغدد اللقمة الأنسية للطرف السفلى لعظم العضد أو فى الغدد التى فى جذر العنق

وهذه الخيرجلات تختلف فى الحجم أيضا وإذا توفى المريض بعد أسبوع فان هذه الخيرجلات تكون قد بدأت فى التقيح وقد تشاهد وهى منفجرة من نفسها إذا تركت مدة طويلة من غير شق وقد يشاهد بالجثة تسمم دموى صديدى ومظاهره دمامل وخراجات والتهاب خلالى والتهاب نكفى أو مظاهر التهاب الغدد اللمفاوية

وقد تشاهد حالة الطاعون رئوى ثانوية عقب الطاعون الدملى

وقد تشاهد متوفاة بالطاعون الدملى أصابها الاجهاض بسببه وقد توجد علامات الطاعون على جثة الجنين وتحدث الوفاة من اليوم الثالث إلى الخامس إما

من ضعف القوى الحيوية أو فشل القلب أو من تشنجات أو من كوما أو نزف داخلي أو من الوهن من حمى طويلة الأمد أو من تقيح أو أنزفة ثانوية

وفى الطاعون التسممى قد لا يوجد أى ورم بالجثة ولكن بعد الوفاة تكون كل الغدد متضخمة وقد تحدث الوفاة فى الثلاثة أيام الأولى بالكوما وفى هذه الحالات توجد أنزفة عامة

أما نسبة الوفيات فتختلف عادة حسب مختلف الأوبئة ومتوسطها حوالى الأربعين فى المائة فى الطاعون الدملى وفى بعض الجهات فى آسيا قد تصل إلى ٦٠ — ٩٥ فى المائة وأما الطاعون الرئوى فميت فى مدة من يوم إلى ثلاثة أيام

وفى الوفاة بالطاعون يكون التيبس الرمى عادة متوسط وقد يشاهد تقلص عضلى بعد الوفاة كما فى الكوليرا وقد توجد الحرارة الباطنية مرتفعة بعد الوفاة ويبكر التعفن الرمى

والمظاهر المميزة للطاعون فى الجثة هى الاحتقان والنزيف فى كل عضو تقريبا بدرجات مختلفة واستحالة حشوية فى معظمها ويشاهد احتقان واضح فى المخ والنخاع الشوكى وسحاياهما وزيادة فى السائل الذى تحت العنكبوتية فى البطينات وتشاهد فى قطاعات المخ نقط نزفية واضحة وقد تشاهد ارتشاحات فى مادته أيضاً .

وتوجد الإيكوموزات على جميع الأسطح المصلية وتكون محتويات التجاويف المصلية مدممة ؛ وقد تشاهد أنزفة فى تجويف البريتون والمنصف الصدرى والقصبة الهوائية والمعدة والأمعاء أو حوض الكلية والحالب والمثانة أو فى التجاويف البلوراوية وقد ترى مظاهر التهاب شعبى أو التهاب رئوى ركودى ، وقد توجد سدادات نزفية أو خراجات بالرئتين ، وترى الجهة اليمنى من القلب والأوعية الدموية الكبيرة ممتلئة بالدم السائل أو المتخثر .

وفى الطاعون الرئوى لايشاهد تضخم فى الغدد اللمفاوية السطحية وتحتوى التجاويف البلوراوية على مصل مدمم والرئة تكون شديدة الاحتقان وأو ذيماوية وفيما بعد تتكبد وتحتوى الشعب على سائل مدمم والغدد الشعبية تكون متورمة وبها نزيف وتكون الكبد متورمة ومحتقنة وبها استحالة والطحال ضعف أو ثلاثة أمثال حجمه الطبيعى ومثله الكلى والغشاء المخاطى للقناة الهوائية تشاهد محتقنة ويرى فى بعض أجزائه نقط انسكابات دموية وأحياناً تقرحات نزفية وربما بعض تقرحات وخصوصاً بقرب الصمام اللفائفى الأعورى

وقد يشاهد حول الغدد اللمفاوية بعض رشح وانسكاب دموى

التريبانوسوميازا البشرى

(مرض النـــــوم)

يشاهد تضخم عام مع احتقان وربما نزيف فى الغدد اللمفاوية بصفة عامة وخصوصا فى الموجود منها فى مثلثات العنق وأسفل الفك وفى المساريقا

ويشاهد فى المجموع العصبى احتقان السحايا وانسكاب لمفاوى وتزيد كمية سائل النخاع الشوكى ويصبح عكرا

وقد يوجد التريبانوسوم فى المخ خصوصا فى الفص الجبهى أو جسر فارول أو النخاع أو فى سائل النخاع الشوكى

وقد يشاهد الطحال متضخما نوعا ما وقد وجد الطفيلى فى لبه كما قد تلتهب عضلة القلب

وتكون الجثة فى حالة هزال شديد وإذا كانت الحالة مهملة فيشاهد أيضاً التهاب أنفى عفن وأذنى كذلك

وهذا المرض متى وصل لدور السبات فهو مميت حتما

الليشمانيـــا

يطلق هذا الاصطلاح على ثلاثة أمراض هى الـكالا أزار والقرحة الشرقيـة والاسـبنديا

(١) الـكالا أزار أو مرض ضخامة طحال البلاد الحارة يوجد بكسلا ومنطقة النيل الأزرق كما يوجد فى ممالك أخرى و يندر جدا وجوده بالقطر المصرى

وهذا المرض يحصل فى أية سن و يصيب الجنسين إلا أنه يحصل فى حوض البحر الأبيض المتوسط بين الأطفال تقريبا من سن خمسة أشهر

و يشاهد فى الجثة الطحال متضخما والمحفظة سميكة وقد توجد بها علامات الالتهاب وتسمك العوارض و يزداد اللب و يشاهد ممتلئا بالدم وترى الـكبد متضخمة أيضا و يغمق لونها وتـكون مبقعة وفى قطاعاتها وقطاعات الطحال ترى الليشمانيا دونوفانى فى الأوعية البابية والـكبدية المتمددة داخل خلايا وحيدة النواة وملتصقة بالأوعية أو غير ملتصقة بها وقد يوجد بعض التشمع فى الـكبد وتوجد الطفيليات بكثرة فى نخاع العظم وقد يشاهد تقرح فى الأمعاء وفى الجلد و يعثر على الطفيلى أيضا فى هذه المجالس أو فى أوعية الكلى وقد يعثر عليه فى البول بالزرع و يلاحظ على الجثة والأعضاء أنها فى حالة تحول و إنيميا

وقد يكون سبب الوفاة فيه أمراضا أخرى كالدوسـنتاريا أو النزلة الشعبية الرئوية

وقد توجد على سطح الجلد فى كثير من الحالات بعد شفاء المصابين بها بسنة أو أكثر طفح جلدى معقد يوجد به الطفيلى

(٢) أما القرحة الشرقية أو قرحة حلب فيحدثها نوع من الليشمانيا وتوجد بجهات عديدة كحلب و بغداد والعجم وغيرها من الأقطار وشوهدت أيضا بالقطر المصرى ومجلسها أجزاء الجسم العارية غالبا ولا سيما الوجه ولا تظهر على الأجزاء التى بها شعر وشوهدت فى صيوان الأذن و يندر أن توجد على الجذع والخطر ينشأ من تلوثها بجراثيم العفونة . وقد شوهد بمصر نوع من الليشمانيا الجلدية فى الطرفين الأسفلين (ثؤلولى) وهى ثآليل أو حلمات وقد تكون واحدة أو أكثر وتوجد أنواع تشبه اللوبس فى الوجه وهى مفرطحة ونوع جدرى و يوجد نوع طفحى حلمى عقدى عام والنوع الجلدى لايسبب الوفاة

(٣) والاسبنديا وهو نوع أمريكى من الليشمانيا و يعرف بتقرحات على الغشاء المخاطى و ينتهى بقرحة متآكلة فى اللسان وتجاويف الفم والأنف وهى تسبب الوفاة و إنهاك القوى وقد تتضاعف هذه القرحة بهجوم ميكروبات أخرى كالصديدية

الحمى الصفراء

توجد هذه الحمى متوطنة الآن فى بعض مناطق من أمريكا الوسطى والجنوبية وفى البرازيل وفى الساحل الغربى من إفريقيا ولم يشاهد منها حالات بالقطر المصري ولكن يخشى من انتشارها فيه وفى بعض البلدان الأخرى بواسطة الطائرات الجوية إذا حضرت من بلدان متوطن فيها المرض وكان بها الناموس الناقل للعدوى أو أشخاص مصابون بالمرض أو يحملون عدواه ولذلك كانت الرقابة شديدة على مثل هذه الطائرات لمنع هذا الخطر .

وتختلف شدة هذا المرض وما يسببه من الوفيات فى الأوبئة المختلفة وتتراوح

نسبة الوفيات عادة بين ٢٥ و ٣٠ ٪ من الإصابات وقد تصل فى بعضها إلى ٥٠ أو ٨٠ ٪ والوفيات عادة قليلة بين الأطفال .

ويشاهد فى جثة المتوفى بالحمى الصفراء أن لون الجلد أصفر زيتونى وخصوصا فى الأجزاء المدلاة والتيبس الرمى يكون ظاهراً جداً وبالجلد والغشاء المصلى نزيف وبالعضلات ارتشاح دموي ويشاهد المخ والسحايا محتقنة وقدتشاهد بها انسكابات نزفية نقطية وهى وكل أنسجة الجسم تكون مصطبغة باللون الأصفر والغضاريف شديدة الاصفرار والدم غير متخثر جيداً (مائعا) فى الأوعية وتوجد بالمعدة مادة سوداء وأحيانا دم سائل وأثر القيء الأسود قد يشاهد بالفم وحوله . ويشاهد غشاء المعدة المخاطى متورما وبه إيكوموزات وتشاهد بالأمعاء مظاهر كالتى شوهدت بالمعدة

وتكون الكبد — إذا كانت الوفاة حدثت فى دور متأخر — هشة وبها استحالة دهنية متقدمة صفراء اللون وتشاهد هذه الاستحالة فى كل الأحشاء .

وليس من الضرورى أن تكون بالطحال مظاهر خاصة وأما الكلى فيشاهد بها التهاب حشوى وأنزفة تحت المحفظة وفى القشرة ويوجد بالكلى ورم كدر واستحالة دهنية .

وقد تحصل الوفاة إما مبكرة فى الأيام الأولى ويسبقها ارتفاع عظيم فى الحرارة ولكن غالباً ماتحدث الوفاة فى اليوم الخامس أوالسادس ويسبقها هبوط فى الحرارة

وقد يشاهد من المضاعفات فى الجثة خراج — دمامل — التهاب الغدة النكفية — خيرجلات .

وتحدث الوفاة إما من هبوط القلب بعد إسهال شديد أو من احتباس البول الذى تعقبه الكوما .

الحميات المعوية

يقصد بالحميات المعوية الحمى التيفودية والباراتيفودية (ا)، (ب) وهى أكثر ماتصيب الأشخاص بين سن الخامسة عشرة والخامسة والعشرين ويصاب بها الجنسان على السواء ونسبة الوفيات بها تتراوح بين ٥٪ و ٢٠٪ من الإصابات والوفيات أقل فى الأطفال عنها فى البالغين وتحدث الوفاة غالبا فى نهاية الأسبوع الثانى أو فى الأسبوع الثالث من ابتداء الحمى .

العلامات الظاهرة — يشاهد هزال على الجثة وتكون العينان غائرتين وربما كانت البطن متمددة — وتشاهد أحيانا أو ذيما فى أحد الساقين أو فيهما معاً بسبب انسداد أوردة الفخذ وأغلب ماتصاب هى الساق اليسرى .

العلامات الباطنة — الجهاز القلبى الوعائى — يكون القلب متمدداً قليلا وعضلته باهتة اللون ومسترخية ولينة ويكثر الانحلال الدهنى ويندر وجود التهاب التامور أو التهاب بطانة القلب وقد يشاهد تخثر حيوي للدم فى أحد الأوردة .

جهاز التنفس — يوجد دائما التهاب شعبى فى أول المرض وإذا حدثت الوفاة فى الأسبوع الثالث من المرض فيشاهد عادة التهاب رئوى فصى وقد تحدث بعدئذ غنغرينا فى الرئة وقد يصاب المرضى الضعفاء باحتقان رسوبى مصحوب بتجمد فى قاعدة الرئة وشوهدت حالات بها تقرح بالحنجرة ناشىء عن الحمى التيفودية

الجهاز الهضمى : لاتصاب المعدة أية إصابة ويندر إصابة الإثنى عشرى وأكثر الإصابات تحدث فى الأمعاء الدقاق ففي الأسبوع الثالث تكون الأجسام الليمفاوية (وهى بقع باير والحويصلات الكيسية الوحيدة) فى الجزء الأسفل من المعى اللفائفى قد أصبحت متنخرة . وتتكون خشكريشة ذات لون أسود

ضارب للخضرة وقدتكون هذه الخشكريشة قد انفصلت عند الأطراف أو تركت قرحة والنوع المثالى لهذه القرحة هو الذى يكون محوره الطولى في اتجاه خط الأمعاء وشكله بيضاوى غير منتظم وأطرافه لينة محفورة وأرضيته ملساء ومؤلفة من الطبقة العضلية وتوجد تغيرات طفيفة بالبريتون وقد يحدث انثقاب ويكون الثقب دقيقا كما يحدث الالتهاب البريتونى العام الحاد ويؤدي انفصال الخشكريشة إلى حصول نزيف ينشأ عنه في بعض الحالات وفاة المريض ولا يمكن تبين نقطة النزف عادة وتكون الأمعاء ممتلئة بالدم ويدل البراز المقطرن على أن النزيف قد حدث قبل الوفاة بزمن ما .

أما في الأمعاء الغلاظ فقد تصاب الحويصلات الليمفاوية بتقرح كما هى الحال في المعي اللفائفى وتخف وطأة الإصابة كلما بعدت عن الصمام اللفائفى الأعور — وقد تتورم الكبد ولدى شقها يظهر بها تغير دهنى وقد تكون هناك بعض نقط مبعثرة ذات لون أبيض مائل للصفرة ناشئة عن بؤرة تنخر

الأجهزة المولدة للدم — يتضخم الطحال كثيراً ويكون لينا جدا وقد يكون نصف سائل ولكن يندر جدا تمزقه

وتكون الغدد الليمفاوية محتقنة ومتورمة وقد يظهر بها بؤر تنخر صغيرة

ويزداد النخاع الأحمر الذى في العظام الطويلة بعض الزيادة

الجهاز العصبى — يندر وجود تغير عضوى في هذا الجهاز

العضلات الإرادية — إن عضلات البطن وخصوصا العضلات المقربة في الفخذ والعضلات الصدرية قد يظهر عليها بقع نخرية (استحالة زنكر Zenker) وقد يحدث أحيانا تمزق العضلة المستقيمة البطنية

والفرق بين الحمى التيفودية والباراتيفودية في الجثة أنه فى الحمى الأخيرة لايوجد فى الغالب تغير في الأمعاء الدقاق وتكون ملتهبة جميعها والنسيج الليمفاوى سليما والتقرح يكون أكثر ظهورا في الأمعاء الغلاظ عنه في التيفودية

ويمكن العثور على جرثومتى المرضين في الجثة من إصابات الأمعاء ومن النسيج الليمفاوى المتضخم والطحال والحويصلة المرارية ودم القلب وأنسجة أخرى بالجسم

الدوسنتاريا

الدوسنتاريا الأميبية

أغلب مايصاب بهذا المرض الذكور بين سنى العشرين والخامسة والثلاثين وقد يصاب به الأطفال وتحدث الوفاة عادة من النهوكة أو من نزيف الأمعاء أو انثقابها أو من خراج الكبد

العلامات الباطنة : أهم علامات المرض توجد في الأمعاء الغلاظ وقلما يوجد منها شيء في الأمعاء الدقاق ويشاهد من التغيرات المبكرة ارتفاعات صغيرة جدا بالغشاء المخاطى للأمعاء وهذه الارتفاعات تنفجر بعد ذلك وتكون القروح بشكل قوارير وقواعدها مستقرة في الطبقة التى تحت الغشاء المخاطى وهذه القروح تملأ الأمعاء الغلاظ وهى غالبا لاتتعدى الصمام اللفائفى الأعورى وقد تصاب الزائدة الدودية

وهذه القروح قد يتراوح قطرها من بضع ملليمترات حتى اثنين أو ثلاثة سنتيمترات أو أكثر كلما تقدم المرض وفى هذه الحالة تكون الحوافي منثنية وملتفة والأطراف مدكوكة والقاعدة مكونة من النسيج العضلى وسطوح القروح مغطاة بخشكريشة صفراء أو خضراء أو سوداء وقد تكون من التسمك بدرجة أنها تبرز في تجويف الأمعاء

وتبدأ الإصابة في الأعور ثم تنتشر فى المعى المستعرض والسينى والمستقيم وتصل الإصابة حتى العضلة العاصرة الداخلية ومع ذلك يكون الغشاء المخاطى الذى بينها سليما

وفي حالة مايزمن المرض يحدث التهاب كبير مع تضخم فى جدر الأمعاء وأحيانا توجد أكياس صغيرة وتقاصات بسبب تقلص ندب الالتئام في أجزاء من الأمعاء وضعف في أجزاء أخرى ويتخثر الدم فى الأوعية الصغيرة فى قيعان القروح وقد ينتفخ بعضها بالتآكل ويسبب نزيفا قد يكون تنشأ وقد تتعفن بعض القروح أو تحدث غنغرينة وخصوصا فى مجاورة المعى الأعور وينشأ التهاب بريتونى مميت

وفى حالة الشفاء قد ترى ندب التئام ملونة فى مكان القروح أو التصاقات مابين الأمعاء وبعضها أو بينها وبين الطحال أو الكبد

والأمعاء نفسها تكون هشة وتتمزق بالاصابع وفى الحالات المزمنة يرى أيضا بوليب وقد توجد أهداب متغنغرة بارزة في تجويفها ومحتويات الأمعاء قد تكون مكونة من مادة برازية مدممة سوداء اللون ذات رائحة نفاذة خاصة

وشوهدت أورام سرطانية تيبست في مكان قروح أميبية لم تشف

ولا تشاهد على الجثة علامات امتصاص تسمى كما فى حالات الدوسنتاريا الباشلسية ولا يشاهد في باقى الاحشاء إلا ضمور وقد ترى الكبد ملتهبة

وقد توجد مع الإصابة الأميبية إصابة باشلسية أو بلهارسية

خراج الكبد : قليل الحدوث الآن بالقطر المصرى بعد العلاج بالأميتين

ويبدأ الخراج باحتقان عام وتضخم فى الكبد وقد يكون فى فص أو جزء من فص ثم تتكون بقعة واحدة أو أكثر لونها قريب من اللون الرمادى غير

محددة تماما ومستديرة ، قطرها من ١ إلى ٢ أو ٣ سنتيمترات ولا يمكن تمييز الفصيصات بها وتظهر هذه القطع فى الكبد ويمكن أن تعصر منها نقطة أو اثنتين من صديد أحمر صمغى لأن هذه البقع ليست إلا أجزاء نخرة من الكبد و بعد ذلك تتحول هذه المادة إلى سائل وتتكون تجاويف مشرذمة لخراجات الكبد وتمتد هذه العملية فى الكبد وجدر الخراج تكون عفنةوذات منظرممزق

و يتعدد الخراج و يختلف حجمه وقد يكبر حتى يشمل كل الكبد وهو أكثر ظهورا في الجزء العلوى من الفص الأيمن وقد تحصل بينه و بين الأحشاء المجاورة التصاقات يؤمن معها جانب انفجاره في التجويف البريتونى وقد تشاهد معه تقرحات فى الأمعاء أو التهاب في الرئة مع وجود خراج آخر يتصل بخراج الكبدبفتحة فى الحجاب الحاجز بينما يكون الكيس البلوراوى مسدوداً بالتصاقات

ولون صديد خراج الكبد كلون الشوكولاطة و به سيور (خيوط) دموية أو مختلطة بالدم والجلط الدموية مع سيور (خيوط) مخاطية شفافة اللون أو صفراء والصديد سميك ولزج وقد توجد به بعض الأنسجة النخرة و إذا اختلط بالصديد الأصفر اخضر لونه

وقد يتلوث الخراج بجراثيم الصديد أو جراثيم القولون وقد يتكيس الخراج فى أحوال نادرة و يكون صديده أصفر اللون قشديا وتتألف جدره من مادة ليفية سميكة متينة ناعمة ثم تتجبن محتوياته و فى هذه الحالة ينكمش الكيس إلى حجم صغير جداً وقد ينفجر الخراج فى أى عضو مجاور — فى الرئة أو البلورا أو المعدة أو التامور أو البريتون — أو يتجه للخارج من جلد البطن

أما الوفاة الآن بهذا الخراج فقليلة و إذا حدثت تكون بسبب الضغط عليه

أو انفجاره وغنغرة جدره أواستر واح الصدر أو التهاب رئوى أو من الدوسنتاريا المصاحبة له أو أى مرض آخر يصاحبه أيضا وقد تشاهد في مرضى الدوسنتاريا الأميبية خراج المخ الأميبى أو الطحال أو البربخ بالخصية وأميبا الرئة (التهاب شعبى رئوى)

(ب) الدوسنتاريا الباشلسية

يصاب بها الأطفال والبالغون على السواء وخصوصا الأشخاص الذين فى حالة صحية سيئة بسبب الجوع أو عدم ملاءمة الغذاء أو النهوكة أو التعرض للبرد أو بسبب إصابتهم بأمراض مزمنة كالملاريا أو السل أو أمراض أخرى وهى خطرة فى ضعاف العقول وفى الأطفال وفى الشيوخ والنساء الحوامل والأطفال الصغار يظهر عليهم أعراض تسممية ظاهرة ويموتون فى نوبة تشنج أو غيبوبة (كوما)

والدوسنتاريا الباشلسية تصيب غالبا الجزء الأسفل من الأمعاء الغلاظ من التعريج السينى حتى القناة الشرجية وأول ماتصاب الغدد الكيسية المفردة للأمعاء الغلاظ وينشأ عن ذلك تقرح ملتو فى طيات الغشاء المخاطى وفى الحالات الحادة جدا يشاهد احتقان شديد فى الأمعاء قد ينتهى بغنغرينة الغشاء المخاطى وكذلك الجزء الأخير من المعى اللفائفى وأحيانا يصاب كل غشاء الأمعاء الدقيقة

وفى دور النخر تنقبض الأمعاء الغلاظ حتى تكون كالأنبوبة الصلبة ويتحول الغشاء المخاطي إلى مادة خضراء زيتونية أو سوداء صلبة وتقاوم الضغط كما توجد علامات التسمم الحاد

ولما تكون البقع النخرة موضعية قد توجد قرح غير منتظمة متصلة ببعضها بنواسير أسفل الغشاء المخاطى ويكون سطح الأمعاء ذا ثقوب

وقد توجد تقرحات مزمنة أصغرها بشكل عدسى ولا تصيب إلا الغشاء المخاطى و يندر أن ينثقب المعى و فى بعض الحالات قد يتلف الغشاء المخاطى تمام التلف حتى يظهر كقطعة من الجلد الناعم وعليه شبكة من المواد الليفية وقد يعقب هذه الحالة المزمنة أكياس مخاطية أو توجد غدد كيسية وقد تظهر كمرتفعات دافعة أمامها الغشاء المخاطى و يمكن الحصول منها على الباشلس

وقد لايشاهد فى هذا النوع المزمن من هذه الدوسنتاريا تقرح بل تشاهد أزرار فى الغشاء المخاطى منتشرة بشكل غير منتظم ولا سيما فى الجزء الأسفل من الأمعاء الغليظة و تكون مصطحبة بارتشاح عظيم فى الجدر

و يجب على الكشاف أن يفرق بين تقرحات الأمعاء الدرنية والبلهارسية والأميبية و بين تقرحات الدوسنتاريا الباشلسية

وسنذكر فيما يلى الفرق بين القرحة الأميبية والقرحة الباشلسية

القرحة الأميبية

١ — اصابة موضعية فى المعى الغليظ تنشأ عن القروح

٢ — تبدأ كخراجات صغيرة أسفل الغشاء المخاطى و تنتشر فى اتجاه المحور الطولى المعى

٣ — شكلها بيضى ومحيطها منتظم وقطاعها فى شكل القوارير وهى تصيب كل طبقات الجدر وقاعها مكون من خشكريشة نخرية لزجة سوداء

٤ — قد تكون منثقبة الجدر سميكة — الغشاء المخاطى الذى بين القرحة والأخرى سليم

القرحة الباشلسية

(١) نخر (نكروز)منتشر حاد فى الغشاء المخاطى للمعى الغليظ ينشأ عن سموم باشلس الدوسنتاريا

(٢) توجد على حافة الطيات المستعرضة للغشاء المخاطى وتنتشر فى اتجاه مستعرض

(٣) محيطها ثعبانى الشكل ، والحوافي مشرذمة ومدكوكة وقد تكون متصلة بالقرح المجاورة والقاع به أزرار لحمية

(٤) الغشاء المخاطى الذى بين القرحة والأخرى محتقن ويندر أن ينثقب والجدر لايصيبها تسمك تعويضى

وقد يشاهد فى الدوسنتاريا الباشلسية انسكاب فى تجويف بعض المفاصل ولا سيما فى الركبتين ومفصلى القدمين وحول أربطتها وقد يشاهد تشوه ناشىء عن ذلك وقد يرى أيضا التهاب فى الغدة النكفية فى جهة أو جهتين وقد ينشأ عنها فى الأطفال انغماد الأمعاء يسبب الوفاة

ونسبة الوفاة بها تختلف من ٥ في المائة حتى حوالى خمسين في المائة فى بعض الجهات والوفاة فيها تكون إما لكلال أو لتسمم الدم

الكوليرا

يصيب هذا المرض جميع الأعمار وتتراوح نسبة الوفيات فيه بين ٣٠ و ٨٠ فى المائة من الإصابات وتكثر الإصابات والوفيات لدى الشيوخ والأطفال والحبالى والضعاف والمرضى بأمراض مزمنة سابقة ويلاحظ ارتفاع درجة حرارة الجثة بعد الوفاة ويبكر التيبس الرمى ويستمر لمدة أطول من المعتاد وتكون الجثة فى حالة هبوط وانكماش شديدين

و إذا حدثت الوفاة بعد دور الانحطاط الكلى يرى سطح البطن كامدا ومنكمشا وعند فتح الجثة تشاهد كل الأنسجة جافة والعضلات داكنة اللون صلبة وقد يتمزق بعضها — والجهة اليمنى من القلب والأوردة ترى ممتلئة بالدم الأسود السميك القوام و بعضها متجلط تجلطا غير تام وملتصقة بباطن الأوعية وتشاهد جلط فبرينية بالقلب والأوعية وترى الرئتان إيناويتين والشرايين الرئوية تكون ممتلئة بالدم والأوردة خالية منه والكبد محتقن بالدم والحويصلة الصفراوية ممتلئة بالصفراء والطحال صغير والبريتون ككل الأغشية المصلية جاف ولزج ولا يحتوى على سائل وظاهر الأمعاء أحمر وردى وأحيانا محتقن و يوجد بتجويف الأمعاء براز كماء الأرز وأحيانا يوجد به دم والغشاء المخاطى للمعدة والأمعاء أحمر فاتح من الاحتقان وقد يشاهد الاحتقان فى أجزاء دون الأخرى وقد يكون شجرا

و فى بعض الحالات قد يمكن العثور على الفبريون فى حويصلة الصفراء أو فى الحالات التسممية فى الرئة والكلى والطحال والبول إذا وجد

وقد يتضاعف المرض بالأمراض المميتة الآتية — التهاب معوى مزمن — التهاب كلوى — التهاب رئوى — غنغرينة بأى جزء من الجسم — قروح الفراش — و إذا توفيت امرأة بمرض الكوليرا وهى حامل فقد يشاهد بالجنين التغيرات الخاصة بهذا الوباء

ولا تشرح الجثث فى حالة الكوليرا إلا بأمر مصلحة الصحة العمومية و يطلب البكتريولوجى لأخذ العينات بنفسه فيأخذ قطعتين من الأمعاء الدقاق كل قطعة طولها عشرة سنتيمترات و إحداهما من فوق الصمام اللفائفى الأعورى والأخرى من وسط المعي اللفائفى وهذا فى الحالات المشتبه فيها فقط

القلاع « اسهال البلاد الحارة »

هو نوع من الالتهاب المزمن يصيب بعض أو كل الغشاء المخاطى للقناة الغذائية وهو خطر جدا ولا داعى للاسهاب فى وصف أسبابه لأن هذا ليس مكانه

وقد يصطحب هذا المرض بالدوسنتاريا الأميبية وقد يسبق أحدهما الآخر ولكن ثانيهما يأتى بعد الأول

وتشاهد فى الجثة الأنسجة جافة والدهن زائلا من جميع الأنسجة تقريبا والعضلات والأحشاء جميعها فى حالة إيباوية وضامرة حتي نصف حجمها الطبيعى تقريبا وقد توجد استحالة دهنية فى البنكرياس وأما القناة الغذائية فيشاهد فيهاما يأتى :

الأمعاء — ترق حتى تصير شفافة وتصبح الطبقة المصلية سليمة والطبقة العضلية ضامرة وباطن الأمعاء مغطى بطبقة كثيفة من مخاط لزج رمادى اللون أسفله بقع محتقنة ومتآكلة أو تقرح أو ندب لإصابة سابقة فى أجزاء رقيقة جدا وقد تتفتت الأجزاء المتقرحة و ينشأ عنها التهاب بريتونى صديدى

وقد تشاهد كرية دقيقة متصلبة ومتناثرة فى الغشاء المخاطى و بشقها ترى غدد كيسية متمددة و ممتلئة بمادة صديدية مخاطية لزجة والإصابات متآكلة وخصوصا فى نهاية المعى اللفائفى والقولون ولكن قد توجد فى أى جزء من الفم حتى الشرج وقد توجد فى الأمعاء مواد برازية باهتة اللون رماديته عجينية القوام متحجرة وتحتوى على غذاء غير مهضوم ومواد دهنية وتختلف باختلاف الجزء المصاب من القناة

وعلى كل حال فهذا مرض مزمن و خطورته فى الشيوخ وخصوصا الذين يهملون معالجته

الجـــذام

قل أن يصيب الجذام الأطفال قبل سن الخامسة أو السادسة من العمر أو الشيوخ بعد سن الأربعين و فى أغلب الأحيان يبدأ المرض فى السنة العاشرة أو الثالثة عشرة من العمر و يصيب الجنسين على السواء و يعيش المريض بالجذام عمرا طويلا وهو مريض به وتحدث الوفاة عادة بمرض مصاحب أو لاحق له كالسل الرئوى أو الالتهاب الكلوى أو الدوسنتاريا أو الاستحالة الزلالية للقناة الغذائية أو ضيق الحنجرة أو الالتهاب الرئوى وتشاهد على الجثة عقد فى أى جزء من أجزائها تختلف فى الحجم عن الحمصة أو الفولة إلى أورام قطرها بضعة سنتيمترات وقد تتقرح هذه العقد وتنقيح وتفرز صديدا لزجا أصفر اللون ذا رائحة كريهة

وفى النوع العصبى تشاهد على سطح الجلد بقع منتشرة حافتها حمراء مرتفعة قليلا وداخلها جلد باهت اللون

و بقطع الورم الجذامى الحديث يرى أبيض لامعاً والقديم يكون لونه أغمق والفرق بينه و بين الورم الدرنى هو أن الجذامى يغذى بأوعية دموية ولا يوجد به خليات عملاقيه متعددة النوى ولا يتجبن مطلقا و يعثر فى خلايا الورم على باسلس الجذام غالبا وفى الحالات القديمة قدلايعثر عليه وتشاهد جذوع الأعصاب الكبيرة متضخمة وقد تصبح حبلا ليفيا

وفى النوع العقدى يوجد ارتشاح فى الكبد و الطحال وقد يكون واضحا للعين المجردة وقد تضمر الخصيتان وفى كل أنواع الجذام تشاهد الغدد اللمفاوية المجاورة للأجزاء المصابة متورمة وصلبة و بشقها يشاهد النسيج مصفرا

و ترى أحيانا استحالة زلالية فى القناة الغذائيــة والـكبد والطحال والتهاب كلوى فى حالات الجذام العقدى

قرحه الفرمبيزيا

يصيب هذا المرض جميع الأعمـار و يصيب الذكو ر أكثر من الأناث و يكثر و جوده فى أفر يقيا و جزر الهند الشرقية و جزر الهند الغر بية وسيلان و جزر المحيط الهادى ولم تشاهد منه حالات بالقطر المصرى

ولا تو جد تغير ات حشو ية خاصة بهذه القرحة وتتميز تشر يحيا عن الزهرى الذى تشتبه به بعـدم حدوث التهاب فى بطانة الشر ايين بينما أن هـذا الالتهاب كثير الحدوث فى الزهرى ونسبة الوفيات به قليلة جدا والقرحة الأولية به لاتظهر على أعضاء التناسل ولا تصيب الغشاء المخاطى ولا يشاهد به صلع أو اصابة العينين فى دو ره الثانى كما أن الأحشاء لا تصاب فى الدو ر الثالث ولا يصـاب الجهاز العصبى إصابة شد يدة

ضخامة الطحال المصرية

يكثر هـذا المرض فى القطر المصرى و شمال نياسالاندا ولا يعرف سببـه على و جه التحقيق إلى الآن ولـكن يغلب أنه ينشأ عن اصابة بالبهارسيا المعو ية (شستوز وما مانسونى)

و يشاهد على الجثة هز ال شد يد وأنيميا متقدمة و يكون البطن منتفخا وقد تشاهد اوذيما بالساقين أو بالجسم كله و بفتح الجثة يشاهد الطحال متضخما إلى حد كبير جدا وقد يصل إلى وزن تسعة كيلو جرامات و يكون صلبا و يوجد از دياد عام

فى الأنسجة وتكون الكبد عادة متضخمة أيضا و يرى بها تشمع متعدد الفصوص الصغيرة ومصطحب بثور نخرية متفرقة وفى الحالات المتقدمة فى المرض تكون مجعدة وملتصقة بالتصاقات مثبتة إلى الحجاب الحاجز و يرى نخاع العظام متغيرا فقد يرى أحمر هلاميا أو أحمر داكنا ومتماسكا و تشاهد التصاقات أيضا بين الطحال ومجاوراته وفى نهاية المرض تتضاعف حالة الكبد باستسقاء بريتونى وتشاهد الجثة فى حالة نهوكة

وفى الدم تتكاثر الكريات البيضاء (الوحيدة النواة والايوزينوفيل) فى بادىء المرض ثم يلى ذلك نقص فى عددها مع زيادة فى الكريات البيضاء الامفاوية و يتناقص عدد الكريات الحمراء و تتغير أشكالها وأحجامها وتنقص نسبة الهموجلوبين بها و تتضاعف بالالتهاب الشعبى والاحتقان القاعدى الرئوى و الالتهاب الرئوى الركودى

و تحدث الوفاة من الوهن وعدم كفاية الكبد من غير وجود استسقاء وقد يساعد على التعجيل بالوفاة مرض مصاحب كالبلاجرا أو البلهارسيا

عضة الثعبان والحية

يعمل سمه بما يحتويه من مواد حالة للدم وخمائر

و تدخل فى تركيبه خمائر فبرينية وحالة للمواد البروتينية والخلايا التى تفعل فى الخلايا الحمراء والبيضاء والخلايا البشرية والعصبية وهو يحتوى على الاجلوتينين وسم عصبى يؤثر خصوصا فى مراكز الأوعية والحركة والتنفس والجهاز الدورى و يختلف كثرة وقلة فى مختلف أنواع الثعابين والحيات

ففى سم الكوبرا يفرز النيورو تكسين وفى سم الصل تفرز المواد الأخرى التى تؤثر على الجهاز الدموى الدورى

أما نسبة الوفاة فى هذه الحالات فهى حول ثلاثين فى المائة وليس كما نعتقد أن من يعضه ثعبان أو حية يموت حتما

وتشاهد حول العضة أوذيما شديدة و بمكانها يشاهد وخزات وقد يحصل تقيح موضعى شديد وتآكل وأوذيما خبيثة أو تيتانوس وقد يشاهد أثر نزف من كل الأغشية المخاطية ، وقد تتورم الجثة وتزرق

و فى الموت من سم العظاية (Lizard) يشاهد القلب متمدداً والأوردة ممتلئة والأحشاء محتقنة مع تغير مكرسكوبى فى خلايا العقد العصبية بالنخاع الشوكى

لسع العقرب

تحدث بها بعض الوفيات ولا سيما فى الأطفال وتأثير سم العقرب كتأثير سم الثعبان غير أنه أقل خطرا هذا وتركيب السمين متشابه

مرض القدم الفطرى

﴿ او مرض المادورا ﴾

مرض فطرى ينتشر فى المناطق الحارة ويصيب القدم غالبا وأحيانا اليد ويتقدم ببطء ولكنه لايشفى من ذاته و إذا لم تقطع القدم أو اليد المصابة بعملية جراحية يموت المصاب بعد سنوات عديدة من الانهاك أو من مرض طارىء

و يشاهد الجزء المصاب متورما ومشوها وعند قطعه تتعرى كتلة ذات لون رمادى باهت لاتتميز معظم الأجزاء التشريحية فيها وسطحها زيتى وقد تختفى العظام

شكل — ٣

قرحة تيفو يدية بالمعى اللفائفى

(انظر صفحة ٩٩)

شكل — ٤

صورة الأمعاء فى حالة الاصابة الشديدة بالدوسنتاريا الباشلسية

(انظر صفحة ١٠٤)

شكل — ٥

قرح أميبية بالأمعاء الغلاظ

شكل — ٦

خراجات أميبية بالكبد

(أنظر صفحة ١٠١)

بتاتا فى بعض الأجزاء وباقى الأجزاء التى توجد بها العظام تكون كالأسفنجة وتصبح رقيقة وهشة جدا ومتنخرة ومرتشحة بمادة زيتية — وأقوى الأنسجة مقاومة الإوتار والأصفقة

وتشاهد عدة نواسير وتجاويف متصلة بعضها ببعض مختلفة الأحجام ومملئة بمادة سوداء أو سمراء هشة وتتفتت بعض أجزاء هذه المادة وهى التى تشاهد عالقة بالغيار أوفى الإفراز فى أثناء الحياة — هذا فى النوع الأسود وأما فى الأبيض فتمتلئ هذه التجاويف بمادة بيضاء أو صفراء بلون البطارخ وتنفصل منها حبوب صغيرة فى أثناء الحياة كما فى النوع الأسود وفى النوع النادر جدا وهو الأحمر يكون اللون أحمر

البلاجرا

مرض يصيب الأشخاص من سن العشرين إلى الخمسين غالبا وأكثر مايوجد بين سكان الريف من الفلاحين وهو مرض مزمن وقد يتضاعف بأمراض أخرى كالدوسنتاريا أو السل الرئوى تسبب الوفاة ويشاهد بالجثة كاشكسيا ونهوكة والأجزاء العارية المعرضة للشمس يتقشر جلدها ويخشن لفقد مادته الدهنية وضموره وتشاهد العضلات والقلب والكبد والطحال والكلى ضامرة وقد تشاهد مظاهر درنية بالرئتين وتكون جدر الأمعاء رقيقة جدا وقد يلاحظ ضمور فى قشرة المخ واستحالة دهنية فى الأحشاء الباطنية ويشاهد ميكروسكوبيا تغيرات فى المخ والنخاع الشوكي لاترى بالعين العادية

البرى

هو مرض يوجد فى ممالك عدة فى آسيا وغيرها ويكثر بين سن الخامسة عشرة والثلاثين ويصيب الأغنياء والفقراء على حد سواء وينتشر بكثرة بين بحارة البواخر

أو فى السجون وفى المدارس والمناجم وبين الجيوش ويرجع سببه إلى فقر الغذاء فى الفيتامين (ب) ويتميز بعد الوفاة بتمدد القلب وخصوصا الناحية اليمنى منه وتجمع الدم فيه وفى الأوردة الكبرى من الجسم ويشاهد أيضا تجمع مصلى فى التامور وتجويف البلورا والبريتون والأنسجة الخلالية كما قد تشاهد أوذيما بالرئتين ولا يشاهد التهاب بالكلى وتكون الجثة فى جميع الأحوال فى حالة نهوكة وبها استسقاء عام وفى النوع العصبى منه يشاهد تغيرات بالأعصاب عند فحصها بالمجهر ولا ترى بالعين المجردة

والتغير الوحيد الذى يشاهد فى هذا المرض ويعتبر خاصا به هو التهاب الاثنى عشرى

الاسقربوط

مرض ناشئ عن نقص الفيتامين (ج) فى الغذاء وقد كان منتشرا فى الأزمنة الغابرة بكثرة بين بحارة السفن الشراعية وبين الجيوش ولا يزال يوجد إلى الآن فى بعض جهات روسيا بصفة متوطنة وفى أمريكا

ويشاهد على الجثة هزال شديد وأنيميا متقدمة وبالجلد بقع نزفية كما توجد أنزفة دموية بالعضلات وتحت سمحاق العظام وأحيانا داخل المفاصل أو حولها وتحدث الأنزفة على الأخص فى الأسطح المصلية وفى الكلى والمثانة وتكون اللثة متورمة وأحيانا متقرحة كما قد تشاهد القرح فى المعي اللفائفى والقولون

وتوجد أنزفة بكثرة فى الأغشية المخاطية ويكون الطحال متضخما ولينا وتشاهد استحالة خلالية في الكبد والكليتين والقلب

الفصل الثانى
الامراض المعدية

التسمم الدموى العفن

العلامات الظاهرة — ترى الجثث من الجنسين ومن جميع الأعمار وقد يعثر على مصدر العفونة كسحج أو جرح منتفخ وتشاهد الأوعية اللمفاوية السطحية المجاورة ملتهبة وقد يكون التسمم العفن العام الدور الختامى المضاعف لبعض الأمراض كالحمى التيفودية أو السل أو الدفتريا ولذلك تشاهد علاوة على علامات التسمم الدموى العفن علامات هذه الأمراض كما قد تشاهد علامات النفاس

وعلامات التسمم الدموى العفن هى الهزال والوجه الباهت اللون أو الأصفر وقد يشاهد طفح نزفى عام أو فى جهات دون الأخرى ويكون التيبس الرمى ضعيفا ولا يستمر زمنا طويلا ويبكر التعفن الرمى فى الظهور وتكون الزرقة الرمية واضحة وضوحا تاما خصوصا على طول الأوردة السطحية وخلف الجثة

العلامات الباطنة — يكون الدم سائلا وتخثره غير تام ولونه أسود كالقطران وإذا ترك مدة ينفصل منه مصل ذو لون أحمر بسبب انحلال كريات الدم الحمراء الذى يحدث فى جميع الأمراض الحادة المعدية وهذا يفسر سبب ظهور الزرقة الرمية بوضوح كما يفسر سبب تلون بطانة الأورطى والشرايين الكبرى الأخرى وبطانة القلب باللون الأحمر القاتم الذى يرى فى هذا المرض والذى كان يعتبر فيما مضى أنه ناتج عن التهاب تلك البطانة

ويلاحظ وجود سائل مدم فى جميع الكهوف المصلية كما يشاهد تحت أغشيتها بقع نزفية نقطية وخصوصا تحت التامور والبلورا

القلب — قد يرى متمددا والعضلة باهتة اللون بسبب الاستحالة الشحمية و إذا وجدت به جلط دموية فيشاهد أعلاها هلاميا أحمر وسافلها نصف شفاف أصفر وقد يرى التهاب فى بطانة القلب

جهاز التنفس — ترى الرئتان محتقنتين احتقانا شديداً وأوذيماويتين وخصوصا فى الخلف

القناه الغذائية — يظهر اللسان جافا وأسود اللون — الغشاء المخاطى المعوى قد يوجد به أنزفة نقطية وقد ترى فى الأمعاء مواد برازية لينة ملوثة بالدم ذات رائحة كريهة — الكبد متضخمة نوعا ما وبها انتفاخ كدر ولونها باهت بسبب الاستحالة الدهنية

الطحال — منتفخ ولين ولون لبه احمر فاتح

الجهاز البولى — قد يكون منشأ التسمم التهابا صديديا فى حوض الكلية بسبب وجود حصاة بها وقد يوجد معها التهاب فى المثانه و بالبول صديد و زلال وهو مايوجد فى جميع احوال التسمم و يشاهد احتقان وانتفاخ كدر بالكلية

الجهاز العصبى — لايرى فيه شىء غير عادى

وفى التسمم المعروف بالسابريميا يشاهد ماسبق وصفه فى التسمم العفن

وفى حالة التسمم النفاسى العفن — يشاهد بصفه خاصة ما يأتى :

البريتون الحوضى محتقن ومغطى بافراز — الرحم مرتخ ولين — الاوعية الدموية متمددة جدا — بطانة الرحم قد تكون سليمة واحياناتشاهد مغطاة بنسيج نخرى أسود اللون مخضر ومشرذم هش — قد توجد بقايا المشيمة وأحيانا يغطى النسيج المذكور بطبقة فبرينية تكون غشاء كاذبا — جدرالرحم رخوة و بالأوردة

المتمددة تخثر وترى عدة خراجات صغيرة بجدر الرحم و تشاهد الأربطة العريضة والأنسجة الحوضية المجاورة مرتشحة أوذ يماوية وسميكة وقد تشاهد الأوردة هنا أيضا متخثرة والروبات ملوثة ومتقيحة

التسمم الدموى الصديدى

العلامات الظاهرة — قد يشاهد أن الحالة ناشئة من جرح مثلا يوشك على الفناء أو قد شفى تماما أو من التهاب حاد فى نخاع العظم أو غدة متقيحة أوخراج فى الزائدة الدودية أو انسكاب صديدى فى الصدر أو غيره أو التهاب صديدى فى الأذن المتوسطة أو التهاب الحوض الكلوى بسبب حصاة وتشاهد خراجات انثقابية فى أجزاء متعددة من سطح الجثة والجلد يكون عادة باهتا وقد يغطى أحيانا بأريثيما وهذه الخراجات قد توجد تحت الجلد أو فى المفاصل أو بين الصفاق والعضلات

العلامات الباطنة — هى نفس المظاهر التى سبق وصفها فى التسمم العفن وعلاوة عليها توجد الخراجات التى وزعها الدم على الجسم بما ينقله من مكان العفونة الأصلى من روبات عفنة ترسب فى أوعية شعرية بعيدة وتنشأ عنها الخراجات وهذه الخراجات تتوزع على الجسم فى أمكنة تختلف بحسب مركز العفونة الأصلية وإن كانت فى جرح بظاهر الجسم فتنقلها الأوردة إلى الجهة اليمنى من القلب وقد تنحشر بعد التسرب منها فى الأوعية الشعرية للرئتين حيث قد تسبب سدادات بشكل وتدى لونها رمادى مع لين فى مركزها و يعرف هذا التغير بالالتهاب الرئوى الانسدادى و بجوارها يشاهد التهاب رئوى شعبى و يصطحب مجلس التقيح بنزيف وفى الحالات الحادة جداً قد يحدث النزيف بغير تقيح ما و إذا كانت الإصابة الأولية فى أى جزء من الجهاز الهضمى فأول ماتصادفه الروبات من

الأوعية الشعرية هى أوعية الكبد وفى حالة التهاب الزائدة الدودية المهمل يوجد غالبا تخثر فى أوردة المساريقا وقد يوجد الوريد البابى ممتلئا بالروبات الدموية العفنة التي قد تنتشر فى الكبد وفى هذه الحالات تشاهد علامات اليرقان لدرجة ماعلى الجثة وتكون الكبد مكتظة ببؤرات صغيرة متقيحة حول أفرع الوريد البابى التى تكون ممتلئة بالروبات العفنة وتعرف هذه الحالة بالتسمم الصديدى البابى

وفى جميع الحالات قد يصير التلوث عاما وتشاهد خراجات تحت الجلد وفى المفاصل وحتى فى عضلة القلب وقد يشاهد خراج فى المخ فى بعض الأحيان وغالباً مايكون مضاعفا لتمدد الشعب المزمن وقد ترى انسكابات بلوراوية وتامورية وغالباً صديدية وسدادات فى الطحال مصطحبة بالتهاب فى محفظته وكذلك فى الكلى وفى الغدد النكفية وباطن العين

الجدرى

تتوقف المظاهر التى تشاهد فى الجثة على دور المرض الذى توفى فيه المريض فإذا حدثت الوفاة فى الدور التسممى الأول تشاهد أنزفة كثيرة بالجثة ولكنها عادة قليلة فى الأعضاء المهمة من الجسم كالكبد والقلب والطحال

وإذا حدثت الوفاة فى الأدوار المتأخرة من المرض يشاهد فى الجثة الأعراض العادية المسببة عن التسمم الدموى العفن التى تشاهد فى بقية الحميات وهى الاحتقان والانتفاخ الكدر بالأعضاء المهمة من الجسم خصوصا فى الكبد والطحال وعضلة القلب وقد يشاهد أيضا التهاب رئوى فصى حاد

وقد تشاهد البثرات ليس فقط على الجلد بل على الأغشية المخاطية للسان

واللهاة والمزمار والمجارى الهوائية وأعلى البلعوم و بالمستقيم والأعضاء التناسلية الخارجية فى الغشاء و فى المهبل و فى الاحوال التى تكون فيها البثرات قد تقشرت يشاهد مكانها تقرحات

ولهذا المرض تغيرات هستولوجية خاصة لانرى داعيا لذكرها هنا .

الحصبة

تحدث الوفاة فى الحصبة بسبب مضاعفاتها وأهمها الالتهاب الرئوى الشعبى وتكون الجثة عادة لصغير فى الحولين من العمر والطفح لا يرى بعد الوفاة إلا فى حالة الطفح النزفى وقد يرى بعض الأوذيما فى الجلد .

وأهم مايشاهد من العلامات الباطنة إحتقان وأحياناً تقيح بالغشاء المخاطى للحنجرة والقصبة الهوائية وقد يرى به أحيانا نزف نقطى وقد يشاهد تقرح بلسان المزمار والحنجرة و يشاهد بالرئة أجزاء فى حالة هبوط ولونها داكن و بقطعها تشاهد أجزاء متصلبة مرتفعة حول الشعيبات التى تحتوى على صديد وقد تحاط بمنطقة أمفزيما تعويضية و يشاهد تضخم وإحتقان بجميع الاجهزة اللمفاوية بالجسم كاللوزتين والعقد اللمفاوية وخصوصاً عقد الرقة والغدد اللمفاوية بالامعاء و يكون الطحال متضخما نوعا

أما باقى المضاعفات كالنزلة المعوية الشديدة وغيرها فستذكر فى مكانها

الدفتريا

تكون الجثة عادة لطفل بين الثانية والعاشرة أو الثانية عشرة من عمره

و يلاحظ أن الدفتريا قد تكون مضاعفة لإحدى الحميات الأخرى وأهمها الحصبة والحمى القرمزية

وأهم مايشاهد من الأعراض الموضعية فى الدفتريا هو الغشاء الخاص الذى يتكون فوق اللوزتين أو فى الحلق و يمكن فصله بسهولة وقد يشاهد غنغرينة فى الأغشية فى موضع الغشاء فى الأحوال الشديدة

و يتكون الغشاء نتيجة تنخر في الأغشية السطحية مع إفراز فبرينى وخلايا بيضاء و يشاهد هذا الغشاء غالباً فوق إحدى اللوزتين أو فيهما معاً أو فوق اللهاة أو بعمد سقف الحلق أو فوق لسان المزمار أو الحنجرة وقد يمتد من مواضعه إلى الأمام أو الخلف وأحياناً يشاهد هذا الغشاء فى الأنف أو ملتحمة العين أو قناة أوستاكيو أو المزمار أو المسالك الهوائية

وفى أحوال نادرة قد يشاهد الغشاء على أعضاء التناسل الخارجية فى الأناث أو فوق أحد الجروح

و يشاهد حول الغشاء احتقان وتورم بالأنسجة وتكون العقد اللمفاوية بالرقبة متورمة ومرتشحة وقد تشاهد بالرئة علامات الالتهاب الرئوى الشعبى وفيما عدا ذلك لايشاهد بالأعضاء الداخلية مظاهر غير المظاهر التى ترى فى الحميات العادية فى الاحوال التى تكون الوفاة فيها بسبب هبوط القلب تشاهد عضلته باهتة ولينة وهشة كما يشاهد انحلال دهنى فى أليافها وأنزفة دموية بها و يشاهد بالكليتين مظاهر التهاب كلوى تحت الحاد

السعال الديكى

لاتوجد علامات خاصة لهذا المرض بعد الوفاة و إذا وجدت علامات فهى للمضاعفات التى تحدث مع المرض وأهمها الالتهابات الرئوية الشعبية كما قد تشاهد أمفزيما تعويضية فى بقية الرئتين

ويشاهد الغشاء المخاطى للحنجرة والقصبة الهوائية محتقنا والغدد الشعبية اللمفاوية متورمة

الانفلونزا

قل أن تحدث الوفاة من الانفلونزا مباشرة والوفاة تحدث عادة من المضاعفات التى تصحبها وأهمها الالتهاب الرئوى الشعبي أو الالتهاب الرئوى الفصى فتشاهد عند التشريح علامات المضاعفات التى سببت الوفاة

الحمى القرمزية

تكون الجثة عادة لطفل يقل عمره عن عشر سنوات وهى قليلة الحدوث جدا فى المناطق الحارة

ولا يشاهد على الجثة طفح عادة إلا فى الحالات النزفية

ولا يشاهد عند التشريح علامات مميزة خاصة وكل مايشاهد فى الأعضاء الداخلية يرجع إلى وجود الحمى والعدوى بميكروبات صديدية كما يشاهد فى بقية الحميات فيكون الدم مائعا والكبد والطحال لينين وتشاهد نقط نزفية على الاغشية المصلية واحتقان رسوبى وأوذيما في قاعدتى الرئتين ويشاهد على اللوزتين تقرح أو تقيح وأوذيما التهابية بأغشية العنق أو صديد أو تغنغر كما يشاهد تضخم فى العقد والانسجة اللمفاوية ويكثر وجود التهاب ببطانة القلب وبالتامور وقليلا مايشاهد إصابات بعضلة القلب

وقد يشاهد بالجثة مضاعفات أخرى ترجع إلى العدوى بالميكروبات الصديدية كالتهاب الزور والأذن إلخ التى تضاعف عادة هذه الحمى ويكثر وجود علامات لالتهاب كلوى حاد

الكلب

لايوجد فى الجثة من المظاهر التى يمكن مشاهدتها بالعين المجردة سوى شىء قليل وفيما عدا الجرح الذى يوجد نتيجة العقر أو ندبة التحامية لايشاهد سوى ازدياد فى كمية السائل النخاعى فى أغلب الحالات .

أما العلامات الميكروسكوبية التى تشاهد فى الجهاز العصبى فهى تجمع خلايا صغيرة حول الأوعية وفى الأغشية وسدة فى الأوعية وأنزفة صغيرة وأغلب هذه التغيرات ترى فى قشرة المخ والنخاع الشوكى وبالأخص فى النخاع المستطيل وشوهد ارتشاح بالخلايا البيضاء فى غدد اللعاب وفى الكليتين وقد وجد نيجرى فى سنة ١٩٠٣ أجساما صغيرة سميت أجسام نيجرى فى خلايا الأعصاب فى بعض أجزاء المخ

التيتانوس

لايشاهد بالعين المجردة فى أغلب الأحيان أى تغيرات مرضية بعد الوفاة وأهم الأعضاء التى يظهر عليها تغيرات هي الرئتان التى قد يوجد بهما التهاب فصى أو نزلة شعبية أو أوذيما أو أنزفة . أما الجهاز العصبى المركزى فغالبا لايشاهد به شىء غير عادى سوى بعض احتقان فى المادة السنجابية

ويشاهد أحيانا احتقان فى عضلات الجذع وبالأخص عضلات البطن أو قد توجد بها أنزفة . وليس لاتساع الجرح أو حالته أى علاقة بالمرض فقد يكون نظيفا وملتئما أو آخذاً فى الالتئام أومتقيحاً أو متغنغراً

الروماتزم الحاد

تحدث الوفاة غالبا من مضاعفات بالقلب أو بطانته أو بالتامور أو من التهاب رئوى أو التهاب البلورا — أما الوفاة الناشئة عن المضاعفات المتأخرة فستذكر فى مواضع أخرى

من هذا الكتاب كضيق صمام منزال إلخ ولا تسبب الحمى الروماتزمية بمفردها عددا كبيرا من الوفيات ولو أنها تحدث بطريق غير مباشر وفيات كثيرة .

العلامات الظاهرة — تكون الجثة عادة لطفل أومراهق وغالباً أنثى وقد يبدو الجلد طبيعياً أو قدتظهر عليه علامات طفح دخنى وفى أحوال قليلة يشاهد طفح فرفورى وتظهر المفاصل المصابة بالمرض متورمة وغشاؤها الزلالى محتقناً وارما ويوجد مقدار قليل من الانسكاب داخل تجويفها بيد أنالورم الذى يظهر بالمفصل يرجع إلى ارتشاح فى النسيج وأغماد الأوتار المحيطة بالمفصل أكثر من رجوعه إلى وجود السائل داخله ويكون هذا السائل كدرا نظرا لوجود ندف من القبرين به ولا تتقيح المفاصل مطلقا وتكون إصابتها فى الغالب بالترتيب الآتى — : الركبة — الكاحل — المعصم — مفصل الكتف — المرفق — مفصل الفخذ (الورك) — اليد — القدم ، وقد يصاب بالمرض أكثر من مفصل واحد وفى الغالب يصيب المفاصل المتماثلة — وقد توجد العقيدات الروماتزمية تحت الجلد فوق الصفاق والأوتار التى حول المرفقين والمعصمين — وتوجد أيضا فى المنكب (ما حول الكتف) وعلى طول الفقرات . وقد تكون كثيرة وهي غالبا سريعة الزوال ولكن ما يبقى منهايحتوى على نسيج ليفى

العلامات الباطنة — الجهاز القلبى الوعائى — يكون التامور عادة ملتهبا ويكون الالتهاب فى إحدى الدرجات التالية (١) احتقان فقط (٢) قد يفقد السطح لمعانه (٣) قد يتكون رشح فبرينى كثيرا أو قليلا

ويكون الرشح لزجا وقد تحدث التصاقات بين الطبقتين ويعطى القلب مظهرا خشنا وكثيرا ما أطلق على هذه الحالة اسم القلب الشبيه بالخبز الموضوع عليه الزبدة وتتكون الالتصاقات أسرع فى الأطفال ويتضخم القلب وتكون كافة خزائنه

متمددة وتكون عضلة القلب باهتةاللون ولينة ومسترخية بسبب التهابها الذى يوجد فى هذه الاحوال والذى قد يكون من الشدة بحيث يسبب الوفاة بغير أن يصاحبها التهاب بطانة القلب — و يظهر على الصمامات التغيرات المثالية لالتهاب بطانة القلب الروماتزمى وأغلب مايصاب هو صمام المترال وحده و يليه إصابة صمامى الأورطى ومترال معا وقلما يصاب الصمام الأورطي وحده ويقع النبت على طول حافة الصمام فى الجانب الأذينى لصمام المترال و فى الجانب البطينى لصمام الأورطى ويكون النبت صغيرا وتؤلوليا و يقع على طول الصمام فى شكل حبات السبحة

جهاز التنفس — يوجد أحيانا انسكاب فى تجويف البلورا وقد يظهر على الرئتين التهاب رئوى وشعبى واحتقان شديد

الجهاز الهضمى — يتغطى اللسان بطبقة بيضاء سميكة وغالبا مايوجد تضخم باللوزتين و بالغدد اللمفاوية فى البلعوم وقد يوجد ازدياد فى الأنسجة اللمفاوية فى جميع الأمعاء ولكن لايعثر على تغيرات مميزة و يتضخم الكبد و يظهر به احتقان و بعض الاستحالة الدهنية

الجهاز الكلوى — لايوجد من التغيرات إلا القليل فيما عدا فساد حشوى تصاب به الكليتان

الجهاز العصبى — لايظهر به أية تغييرات مميزة

التهاب المادة السنجابية المخية الحاد
والتهاب مادة النخاع الشوكى السنجابية الحاد

العلامات الظاهرة — لايوجد من هذه المظاهر ماهو مميز لهذا المرض ولكن الجثة فى الغالب تكون لطفل أو مراهق

العلامات الباطنة — تقتصر الإصابات على الجهاز العصبى المركزى ماعندا

مقدارا معينا من تزايد الأنسجة اللمفاوية على طول القناة الهضمية مع تضخم بسيط فى الطحال ومع ذلك فان هذه العلامات تشترك في كثير من أمراض الطفولة .

ولا يوجد إلا قليل من التغيرات فى أجهزة الجسم الأخرى غير فساد حشوى وقد شوهدت فى بعض الحالات بؤر تنخر في الكبد وفي الغدد اللمفاوية

الجهاز العصبى -- يمكن تقسيم المرض من الوجهة الأكلينيكية إلى عدة أنواع تبعا لمنطقة الجهاز العصبى المركزى التى يصيبها المرض ومع ذلك فإن المظاهر الباثولوجية متماثلة فى كافة هذه الأنواع وتختلف فقط فى توزيعها فمثلا قد نجد في المخ زيادة في السائل المخى الشوكى الرائق وتحتقن الأم الحنونة و تصير رطبة ولو أنه لايوجد رشح حقيق على سطحها — وتحتقن المادة السنجابية في المخ وقد يؤدى هذا الاحتقان فى الحالات الشديدة إلى انتفاخ المخ كله ثم يلى ذلك تفرطح لفائفه و يكثر وجود أنزفة صغيرة في الأم الحنونة و إذا قطعت يشاهد أن المادة السنجابية ممتلئة بنقط نزفية صغيرة وكلما حدثت الوفاة بسرعة كلما ظهرت و تعددت هذه الأنزفة

و تبدو مثل هذه المظاهر على الحبل الشوكى فتحتقن الأم الحنونة نفس الاحتقان المشار إليه آنفا و يكون هناك نفس الميل إلى حدوث الانزفة الصغيرة المتعددة وعند قطع الحبل تظهر علامات مميزة إذ تبرز المادة السنجابية من السطح المقطوع و يكون لونها أحمر وفى بعض الحالات تظهر هذه العلامات فى القرن الأمامى والخلفى على السواء ولكنها أكثر ظهورا وخصوصا الأنزفة فى القرن الأمامى وتظهر بعض الأوذيما على المادة البيضاء و قدتقتصر الإصابات على الحبل الشوكى وحده أو فى تضخماته العنقية والقطنية فقط ومن جهة أخرى فان الحبل

الشوكى قد يكون فى حالة طبيعية تماما بينما تشتد الإصابة فى وسط الدماغ وخصوصا فى منطقة المادة السوداء — وقد يظهر تغير جسيم على الجسر والنخاع أو تشمل الإصابة الجوهر القشرى المخ بأكمله و يوافق موقع النقط النزفية و مناطق الاحتقان موضع الإصابات فى المخ كما دل عليه التشخيص فى أثناء الحياة من مجموعة الأعراض الخاصة التى ظهرت على المريض .

التهاب (المخ) السباتى

إن التغيرات التى تظهر على الجهاز العصبى المركزي هى الوحيدة التى يجدر بنا أن نصفها وصفا خاصا فى هذا المرض — أما غيرها من التغيرات الأخرى فلم تخرج عن كونها نفس المظاهر الخاصة بإحدى الحميات النوعية الحادة وهى عبارة عن الفساد الحشوى الذى تصاب به أعضاء الجسم المختلفة .

الجهاز العصبى — يصاب المخ غالبا وتحتقن الأوعية السحائية وقد يتلون سطح المخ بلون أحمر كريزى وتحتقن الأم الحنونة والعنكبوتية احتقانا شديدا على النخاع والجسر والجزء القاعدى من المخ وتحدث بهذه المناطق أنزفة صغيرة و يظهر على مادة تلك الأجزاء من المخ احتقان وقد توجد أنزفة صغيرة ومناطق لينة وتصطبغ مادة المخ بلون أحمر وردى عام وتبرز الأوعية الدموية الكبيرة وفى كثير من الحالات لا يظهر من التغيرات للعين المجردة إلا القليل وقد تحتقن المادة السنجابية فى الحبل الشوكى بعض الاحتقان .

الحمرة

تكون الجثة عادة لشخص متقدم فى السن (فوق الأربعين سنة) أو لطفل صغير وتحدث الوفاة عادة فى الأشخاص المدمنين الخمر أو المصابين بإجهد

الأمراض المزمنة كسيروز الكبد أو الالتهاب الكلوى المزمن أو الضعف العام ويشاهد عادة جرح أو خدش بسيط أما عرضى أو نتيجة عملية جراحية وفى النساء يحدث المرض أحيانا بعد الولادة وفى أحوال ليست نادرة لايشاهد أى جرح بالجثة

وفى الأحوال العادية لايشاهد على الجثة سوى التهاب منتشر بالجلد فى موضع الإصابة مصحوب بأوذيما التهابية وفى الحالات الشديدة قد يشاهد تقيح منتشر بالجلد ويكثر حدوث سدة بالرئتين أو الطحال أو الكليتين كما يشاهد علامات تسمم دموى صديدى وفى بعض الحالات يشاهد التهاب عفن بالتامور والبلورا وفي حالات قليلة قد يصيب الالتهاب أغشية المخ

والالتهاب الرئوى ليس كثير الحدوث ولكن يغلب مشاهدة التهاب كلوى حاد فوق التهاب مزمن

الدرن والزهرى

قد ذكرت علامات الاصابات بهذين المرضين عند ذكر امراض الاجهزة المختلفه بالجسم

الفصل الثالث

آمراض الجهاز القلبي الوعائى

التهاب التامور الحاد

يشاهد هذا المرض عادة مصاحبا للحمى الروماتزمية وقد يحدث في أمراض أخرى كالالتهاب الرئوى أو التسمم الدموى العفن أو الصديدى كما قد تشاهد أنواع منه فى مرض بريت أو النقرس أو البول السكرى أو الأسقربوط أوالجواتر

الجحوظى أو الدرن كما قد ينشأ الالتهاب المذكور عن تسرب التهاب صديدى إليه من أجزاء مجاورة كما فى التهاب البلورا أو الرئتين أو غدد المنصف الصدرى أو نكروز الأضلاع أوينشأ الالتهاب من إصابة فى جدر الصدر أو من امتداد ورم خبيث وفى هذه الحالة الأخيرة يكون السائل دمويا

وعند التشريح تشاهد علامات المرض الذى سبب التهاب التامور و بشق التامور نجد السائل مصليا فبرينيا أو دمويا أو صديديا ومقداره من ٢٠٠ إلى ٣٠٠ سنتيمتر مكعب فى بعض الحالات وقد يصل إلى لترين و إذا كان السائل مصليا فبرينيا كما يشاهد عادة فى الحمى الروماتزمية شوهد التامور مغطى بطبقة فبرينية قشدية سميكة وقد يصل سمك التامور الجداري إلى بضعة ملليمترات ويكون قوامه جلديا متيناوأما الانسكاب الدموى فيشاهد في حالات الالتهاب التامورى الدرنى أو السرطانى أو في الشيوخ ويكون اللمف أقل في هذه الحالة منه فى الحالة الأولى غير أن سطحي التامور يكونان محتقنين وتشاهد عليهما بعض الأنزفة ويشاهد فى الجزء المدلى من التامور كتل سميكة متخثرة من اللمف

وعند ما يكون الانسكاب صديديا يكون سطح التامور محببا خشناسنجابى اللون وقد يشاهد بعض التآكل فى الطبقة الباطنة من التامور و بتقطع عضلة القلب نجد أنها شاحبة اللون و بها علامات استحالة حبيبية وشحمية وقد يوجد التهاب مستقل فى بطانة القلب

التهاب بطانة القلب الخبيث

تحدث هذه الحالة فى الذكور والأناث على السواء وفي أى عمر من الأعمار وهى تنتهى في كافة الأحوال تقريبا بالوفاة وقد تحدث إصابات مضاعفة لالتهاب

رئوى أو التهاب نخاع العظم أو تسمم الدم (الناشئ عن جرح خارجى أو عن النفاس) أو تكون مضاعفة لإحدى الحميات النوعية الحادة وتشاهد الجثة فى حالة هزال ويكون الشحوب ظاهرا عليها ويتلون الجلد بلون يرقانى وقد تشاهد علامات المرض الأولى الذى سبب إصابة القلب

العلامات الباطنة — قد يسفر فحص القلب عن وجود إصابة مزمنة في الصمامات أضيفت اليها الإصابة الحادة الحالية — وأكثر ما يصاب فى الصمامات صمام متترال ويليه صمام الأورطى أما إصابات الجانب الأيمن فقليلة ويبدأ سير المرض من حافة الصمام ولكن النبت إذا مضى عليه زمن فانه يكون كبيرا ولينا وقد يكون النبت قد نما الى الأجزاء البعيدة عن الصمام فيتجه إلى بطانة القلب المجاورة ومنها الى أوتار العضلات اللاحمية للقلب أو إلى جدر الأوعية الدموية في حالة اصابة صمامات الأورطى او الشريان الرئوى ويكثر وجود تقرح وقد تتلف الصمامات أو تنثقب وقد تتدلى الأوتار فى مجرى الدم وتكون عضلة القلب باهته اللون ولينه ومسترخية ويتمدد القلب بأكمله وقد يظهر على بطانة الأورطى بعض مساحات صفراء مخططة لاستحالة دهنية وقد تصطبغ البطانة عند انحلال الدم عقب الوفاة وتكون المعدة طبيعية وقد يشاهد بالأمعاء انسدادات عديدة صغيرة جداً ولكنها فى بعض الأحيان تكون من الكبر بحيث تؤدى الى الوفاة مباشرة وتتضخم الكبد وتكون حوافيها مستديرة ولدى شقها ترى باهتة نظرا للاستحالة الدهنية وقد تظهر مراكز الفصيصات بوضوح بسبب تمدد أوردة الكبد ويتضخم الطحال عادة ويلين ويكون غلافه مشدودا ولا يحتفظ بشكله عند شقه ويبرز لبه حتى يعلو غلافه وتشاهد به أجزاء مخروطية الشكل أو غير منتظمة بسبب الانسدادات

ولونها أبهت مما حولها بينما تكون مراكزها سائلة أو قد تصبح خراجات حقيقية مشتملة على صديد

وقد تتضخم الكليتان بعض التضخم و يشاهد بسطحها أنزفة صغيرة ذات لون أحمر ولدى الشق تظهر القشرة متورمة و باهتة وتشاهد الخراجات السدادية لاعلى السطح فقط بل فى الأجزاء العميقة أيضا وقد تكون هناك سدادات عفنة

وقدتوجدسدادات فى بعض الشرايين المخية أو يعثر على أثر يزم حاد وغالبا مايكون الالتهاب السحائى الصديدى السبب المباشر للوفاة وقد توجد أنزفة فى الشبكية وتقيح داخل مقلة العين

التهاب بطانة القلب الحاد البسيط

التهاب بطانة القلب الحاد البسيط ليس مرضا قائما بذاته ولكنه يشاهد عادة مصاحبا لأمراض أهمها الحمى الروماتزمية ومنها التهاب اللوزتين الحاد والحمى القرمزية وقليلا مايشاهد مضاعفا للحصبة والدفتريا والجدرى وقدشوهدت حالات منه فى الالتهاب الرئوى وفى الخوريا والعلامات التى تشاهد فى الجثة هى علامات المرض الذى سبب التهاب بطانة القلب وقد سبق وصف حالة القلب فى هذا المرض عند الكلام على الحمى الروماتزمية

مرض صمامات القلب المزمن

يلاحظ فى هذه الأمراض أنه توجد مجموعتان من العلامات التشريحية إحداهما خاصة بالصمام المصاب والثانية هى التى تتسبب عن الهبوط العام للقلب

١ — عدم كفاية الصمام الاورطى

تكون الجثة عادة لرجل متوسط العمر أو متقدم في السن وغالبا ما تحدث الوفاة فجأة وللوجه فى هذه الحالات سمة خاصة فيكون طويلا ومنخسفا وأنيميا ولا يعثر مطلقا على استسقاء عام شديد وتظهر الأوزيما فى الكاحلين

وعند التشريح يشاهد البطين الأيسر متضخما ومتمددا وكذلك يتمدد ويتضخم الأذين الأيسر — وفى الحالات التى يطول فيها المرض يتمدد الجانب الأيمن من القلب ويتضخم وتتوقف حالة الصمام الأورطى على نوع المرض الموجود — وتوجد خمس أنواع منه وهى : —

أولا — الاندماج الخلقى لشرافات الصمام وعادة تكون هي الشرافات التى يبتدئ من خلفها شريان إكليلى — فالصمامات المشوهة خلقيا تكون عرضة بصفة خاصة للاصابة بالتهاب بطانة القلب

ثانيا — قد يخشن الصمام ويتغضن بسبب التهاب بطانة القلب (وهذا الالتهاب يكون عادة روماتزميا) — وقد يصحب هذه الحالات ضيق الصمام بعض الضيق ويصاب صمام متترال أيضا

ثالثا — قد تكون الإصابة جزءا من التهاب الأورطى الناشئ عن الزهرى وتكون الحافة الطليقة للشرافات سميكة جدا وفي غاية التصلب والنعومة ويظهر على الجزء الأول من الاورطى الندوب المتغضنة المميزة لمرض الزهرى وقد تنسد فتحات الشرايين الإكليلية انسدادا كليا أو جزئيا

رابعا — وثمة نوع آخر يرجع إلى الورم الهلامى (أثيروما) الذى يصيب شرافات صمام الأورطى — وفى هذه الحالات تبدأ الإصابة بقاعدة

الصمام وتصبح الشرافات سميكة ومتليفه ثم تعود فتتحجر — وتكون الإصابة الأولى على الجانب الأورطى من الشرافة ويكون التغيير جزءا من تغير ورم هلامى (أثيروما) بالجهاز الوعائى بأكمله

خامسا — وفى أحوال نادرة قد يرجع عدم كفاية الصمام إلى تمزق جزء كان مصابا بالمرض

وتكون عضلة القلب فى أغلب الحالات متمددة ومتضخمة تضخما عظيما أكثر مما تكون فى أى مرض من أمراض القلب الأخرى وقد يصل وزن القلب إلى أكثر من كيلو جرام وتكون العضلة مقرا لتغير ليفى — ويرجع هذا إلى قلة الدم الذى يجرى فى الأوعية الإكليلية إذ أنه من السهل على الدم أن يعود من خلال الصمام العديم الكفاية عن أن يندفع فى الأوعية الإكليلية حتى لو لم تكن هذه الأوعية ضيقة الفتحات . ويظهر التليف من صلابة العضلة عند شقها ومن البقع والخطوط الباهتة ذات اللون الأبيض الضارب للصفرة ويمكن رؤيتها مبعثرة فى الأجزاء البعيدة عن مورد الدم أى تحت بطانة القلب وفى رأس البطين الأيسر وفي العضلات الحلمية ولا يظهر من التغيرات المميزة على الأعضاء الأخرى إلا القليل — وفى حالات هبوط القلب يوجد احتقان وأوزيما فى الرئتين وقد يظهر على الأعضاء الأخرى احتقان رسوبى بدرجة طفيفة — أما الحالات المصابة بالزهرى فقد يبدو عليها علامات زهرى قديم فى أجزاء أخرى من الجسم ومن أكثر هذه العلامات شيوعا تليف الخصية وندوب رقيقة على الظنابيب (حرف عظم الساق) — أما الحالات الناشئة عن الورم الهلامى (الأثيروما) فيظهر على الأورطى وفروعه تغيرات هذا الورم الهلامى وتليف الكلية الناشئ عن تصلب الشرايين

٢ــ ضيق الصمام الأورطى

هذه الحالات نادرة وتكون الجثة عادة لرجل تقدم به العمر وهذا المرض لايتعارض مع الحياة الطويلة وتكون علامات هبوط القلب أكثر وضوحا عما تكون عليه فى حالة عدم كفاية الصمام الأورطى

وقد يكون هناك استسقاء عام واستسقاء بطنى ظهر قبل الوفاة ببرهة وجيزة

أما العلامات الباطنة فتكون عبارة عن علامات تصلب الشرايين مضافا إليها علامات إصابة القلب وينشأ الضيق عادة عن اندماج الشرافات التى تثخن إلى درجة جسيمة وتتحجر ويسمك جدار البطين الأيسر إلى حد كبير ولكن لايتسع التجويف أو يتسع قليلا ولا يحدث تضخم وتمدد فى الجانب الأيمن من القلب إلا فى حالة ما إذا كان المرض قد بقى زمنا طويلا وبدأ هبوط القلب

٣ــ رجوع الدم من صمام مترال

تكون الجثة منتفخة لإصابتهابدرجة شديدة بالاستسقاء العام وفى بعض الحالات يكون هناك يرقان طفيف وكثيرا ماتكون الأصابع عجراء والأظافر مقوسة

الجهاز القلبى الوعائى ــ يتمدد الأذين الأيسر كثيرا ويتضخم وتكون بطانة القلب سميكة وغير شفافة وجدار البطين الأيسر أسمك من المعتاد ويتسع التجويف ويتضخم البطين الأيمن كثيرا ويتمدد وكذلك الأذين الأيمن يصبح فيما بعد متضخما ومتمددا وتتمدد الأوعية الدموية الرئويةوقد توجد أثيروما بالشرايين الرئوية نظرا للضغط المستمر عليها وتقصر أوتار العضلات اللحمية فى الصمام المترالى وتتصلب الشرافتان وقد تتحجران وقد تتحول دائرة الصمام أحيانا إلى فتحة متحجرة شديدة الصلابة حيث لاتستطيع الصمامات الفاسدة أن تغلقها وقلما توجد

إصابة تسبب رجوع الدم فقط إلا فى الأطفال وأحيانا يكون هناك نبت حديث على الصمامات مما يدل على رجوع الإصابة الروماتزمية الأصلية

جهاز التنفس — تكون الرئتان قاتمتى اللون ومحتقنتين وكبيرتين ويوجد دائما التهاب شعبى مزمن وإذا شقت الرئة شوهدت الجدر الشعبية الثخينة بارزة من النسيج الأوزيماوى القاتم ويوجد مخاط مدمم فى الشعب والمسالك الهوائية وغالبا توجد كمية وافرة من السائل فى التجاويف البلوراوية وخصوصا في الجانب الأيمن

الجهاز الهضمى — إن التغيرات التى تظهر فى القناة الهضمية تشبه التغيرات التى تشاهد فى حالة ضيق صمام متترال ويكون الاستسقاء البطنى موجودا وتظهر على الكبد أدلة لاحتقان مزمن ويتضخم الطحال قليلا ويصير جامدا وبصفة عامة يكون فى نفس الحالة التى يكون عليها فى ضيق صمام متترال

أما انسدادات الأعضاء المختلفة فتكون أقل بكثير فى حالة رجوع الدم من صمام متترال عن حالة ضيق الصمام نفسه

٤ — ضيق صمام متترال

تكون الجثة عادة لامرأة بالغة وربما كانت عجوزا ويظهر عليها استسقاء بالبطن واستسقاء عام لدرجة تصل أحيانا إلى درجة الاستسقاء فى حالات رجوع الدم من صمام متترال

العلامات الباطنة — تكون خزانتا الجانب الأيمن متمددتين ومتضخمتين بينما يظل البطين الأيسر في حجمه الطبيعى أو يضمر فإذا كان ضامرا شوهدت الأوعية الإكليلية ملتوية معوجة أما الأذين الأيسر فيكون متمددا ومتضخما وبطانة

القلب بيضاء غير شفافة وقد تكون هناك جلطة دموية تكونت قبل الوفاة فى زائدة الأذين وأحيانا يعثر على جلطة فى هيئة الكرة داخل التجويف

وتكون التغيرات فى صمام متترال نتيجة إصابة روماتزمية قديمة وتكون الشرافتان ثخينتين وملتصقتين عند أطرافهما وقد تكونان متحجرتين وقد تكون فتحة الصمام على أحد نوعين وأكثر هذين النوعين شيوعا فى البالغين هو نوع (العروة) وهذا النوع هو أن التغيرات فى الصمام تؤدى إلى وجود حجاب يابس وليس مجوفا إلا تجويفا ضئيلا جدا و به فتحة لاتزيد عن شق بسيط لمرور الدم أما ضيق الصمام الذى يشبه المخروط فيشاهد عادة فى الأطفال وتكون أطراف الصمام قد أصبحت لاصقة ولا تثخن الصمامات لدرجة كبيرة ولكن أوتار العضلات اللحمية تقصر كثيرا

وقد يظهر على الشريان الوريدى ورم هلامى (أثيروما)

جهاز التنفس — قد تحتوي المسالك الهوائية على مخاط كثير ملوث بدم أسود وتكون الرئتان كبيرتين وقاتمتى اللون وعند شقهما يخرج منهما دم ويكون لونهما أسمر بسبب الهيموجلوبين المتغير وجامدتين وتحتويان على نسيج ليفى أكثر مما تحتويه الرئة الطبيعية ويمكن الحصول على تفاعل زرقة بروسيا والانسدادات كثيرة الحصول فى الرئتين ويكون مقرها عادة الفص الأسفل وتكون الدورة الدموية بطيئة الحركة والنسيج ردئ التغذية إلى درجة أن بعض هذه الانسدادات قد تتسبب عن تخثر موضعى فى الدم وتكون سدادة الرئة فى شكل المخروط تقريبا وتكون دائما أبدا نزفية وذات لون أسود وترتفع عن بقية الرئة على السطح المقطوع فتفقد البلورا فوق السدادة لمعانها وترتفع منطقة السدادة قليلا عن السطح وتكون سوداء اللون ولدى جسها تتبين صلابتها

الجهاز الهضمى — قد يظهر في الغشاء المخاطى المعدة أوردة متمددة و يوجد عادة التهاب معدى مخاطى و يكون المخاط ملوثا بالدم بدرجة خفيفة و يظهر على بقية القناة الهضمية احتقان أكثر ظهورا فى الغشاء المخاطى أما محتويات الأمعاء كلها فتكون مدممة وقد يتضخم الكبد و يمكن جسه تحت حافة الأضلاع وتكون أطرافه مستديرة و يزيد سمكه من الأمام إلى الخلف و يمكن بعج السطح فى الغالب بواسطة الأصابع ولدى شقه يخرج الدم من السطح المقطوع و يكون اللون خليطا من أصفر و أحمر داكن و يتضح من الفحص الدقيق أن المناطق الحمراء الداكنة تتفق ومراكز الفصيصات التى تقع حول فروع أوردة الكبد مباشرة أما المنطقة الصفراء فتقع بقرب الوريد البابى و يكون نسيج الكبد المجاور للوريد البابى و الشريان الكبدى ذا لون رمادى أو أصفر رمادى و فى الحالات التى يطول فيها المرض قد تندمج المناطق المحتقنة و يصبح نسيج الكبد غير ظاهر و يمتزج اللونان امتزاجا غير منتظم و يتضخم الطحال بدرجة متوسطة و يكون فى لون أرجوانى قان و يكون غلافه مشدودا والطحال بأكمله مستديرا وجامدا ومرنا وعند شقه لايعلو اللب على السطح المقطوع وتكون العوارض وأجسام ملبيجى والاوعية الدموية ظاهرة بوضوح إلى جانب اللب ذى اللون الأرجوانى القانى وفى بعض الحالات قد تكون هناك زيادة واضحة في كمية النسيج الليفي

و السدادات كثيرة الحصول فى الطحال وتظهر بارزة فوق سطح الغلاف و ذات لون أبيض وعند شق إحداها يتبين أنها فى شكل الهرم تقريبا قمته متجهة نحو السرة و يكون لونها أبيض مائلا للصفرة وتحددها منطقة ضيقة من الاحتقان

الجهاز الكلوى — تتورم الكليتان وتكون محفظة كل منهما مشدودة ولكنها غير لاصقة إلا فى الأماكن التى تكون الندوب المخلفة عن السدادات القديمة قد سببت تجعدات في سطح الكلية و يظهر على السطح المقطوع الشكل الخاص المسبب عن الاحتقان الوعائى الشديد و يكون لون الأهرامات أسود وتكون القشرة مبقعة و تشاهد الأوعية الدموية متمددة بشكل خطوط حمراء داكنة و تبدو جمّع الكلية فى لون أحمر قان بينما الجزء الأنبوبى يظهر فى لون رمادي معتم و تبدو السدادات الحديثة في الكلية فى شكل هرمى وقمته نحو الحوض ولا تصل المساحة المسدودة حتى محفظة الكلية ويحد السدادة منطقة ضيقة محتقنة

الجهاز العصبى — قد تشاهد السدادات أما قديمة أو حديثة التكوين فى المخ فاما الانسدادات القديمة فتبدو كأكياس في داخل المخ وقد تكون الانسدادات الحديثة كبيرة لدرجة أنها تحدث الوفاة وأكثر أمكنة الانسدادات شيوعا هى المنطقة التى يغذيها الشريان المخى الأوسط الأيسر و يؤدى الأنسداد في المخ إلى تلين مادته وتحولها إلى سائل فى مثل القشدة ذى لون أصفر يميل إلى اللون الوردى

مرض الشريان الاكليلى

هذا مرض على جانب من الأهمية إذ أنه يسبب الوفاة الفجأة فى كثير من الناس الذين يبدون فى صحة جيدة وتكون العلامات عند التشريح فى بعض الحالات قليلة جدا حتى أنها لتبدو للفاحص غير كافية لإحداث الوفاة فيجب التدقيق في البحث عنها و وضع هذه الحالة نصب العين عند فحص حالة وفاة

حصلت فجأة و على غير انتظار و إصابة الشريانين الأكليلين قد تتخذ إحدى الأشكال الآتية : ضيق فتحة الشريان عند مأخذه من الاورطى أو ضيق في أجزاء مختلفة من الشريان أو مرض يصيب الشريان من أوله لآخره وتختلف نتائج الإصابة تبعا لكيفية وقوف ورود الدم إن كانت فجأة أو تدريجا وعما إذا كان الانسداد قد حصل عند فتحة الشريان أو فى أحد فروعه ففى الحالات التى تسد فيها فتحة الشريان فجأة تحدث الوفاة دائما و يحصل ذلك عندما تنحشر سدادة فى الشريان أو عند ماتسقط جلطة (نبت) عالقة بفتحة الأورطى فتسد الشريان الاكليلى وتمنع دخول الدم فيه

أما التأثير التدريجى على مورد الدم عند فتحة الشريان فيرجع إما إلى مرض الزهرى أو إلى ورم هلامى (أثيروما) يصيب الجزء الأول من الأورطى و يؤدى إلى ضيق فم الشريان فإن اقتصرت الاصابة على الشريان الأكليلى الأيمن تنشأ دورة دموية جانبية إضافية تكفى لسد حاجات القلب ولكن إذا كانت الاصابة فى الشريان الأكليلى الأيسر فتكون الحالة أشد خطورة فيحدث ضمور فى ألياف العضلة فى الجزء الذى كان يغذيه الشريان المسدود و يحل النليف محله وأكثر ماتحصل هذه الحالة فى الجزء المقدم من جدار البطين الأيسر و يصبح جدار القلب رقيقا وغير مرن وباهت اللون أما العمد اللحميه لبطينات القلب فتقل ثخانتها وتصير شاحبة ومتليفة وفي الحالات الشديدة يكون الجدار من الرقة بحيث يؤدى إلى حالة أنوريزم فى القلب و يعقبها انفجار ينشأ عنه الوفاة

أما إصابات فروع الشريان الأكليلى فيكون سببها الأثيروما (الورم الهلامى) أو التهاب بطانة الشرايين السدادى الناشىء عن الزهرى وأكثر

أسباب الانسداد الفجائى هو تخثر الدم فى هذه الأوعية الدموية والسبب الآخر هو تكون السدادة

وتحدث الوفاة بغتة إذا انسد فرع كبير فجأة بهذا الشكل أما فى الفروع الصغيرة فيحدث انسداد فى جدار القلب ويكون لمثل هذه السدة شكل غير منتظم وتكون المنطقة باهتة اللون ويحيط بها منطقة احتقان سوداء وقد تمتد الإصابة في بعض الحالات إلى السطح التاموري فتظهر على الجزء المصاب تغيرات تامورية مبكرة أو فقد اللمعان أو وجود طبقة من اللمف على السطح ومع ذلك فإن السدادة لا تصيب عادة إلا الطبقات الداخلية من جدار البطين وقد تتلف بطانة القلب أحيانا وتتكون جلطات جدارية وتكون عادة ذات طبقات رقيقة ممزقة وهاشة أما المادة الميتة من السدادة فتمتص تدريجا إذا كانت السدادة صغيرة ويعقبها تكون ندبة ليفية وقد يمتد النسيج الليفى فى العضلة إلى مسافة تبعد كثيرا عن موقع السدادة وفي بعض الحالات تلين المادة الميتة وقد تستمر عضلة القلب فى اللين والتشحم حتي تتمزق فتحدث الوفاة فجأة

التهاب الأورطى الناشئ عن الزهرى

قد تحدث هذه الحالة الوفاة فجأة فى الشبان بغير أن يصحبها أية تغيرات أخرى تؤدى إلى الموت والعلامات التى تشاهد فى الأورطى هى بعينها التى تشاهد فى حالات أنورزم الأورطى وقد تشاهد فى المرضى المتقدمين فى السن علاوة على هذه العلامات أثيروما فى جدر الشريان فتطمس معالم الصورة الأصلية

ويشاهد الأورطى عند فتحه ملتويا وبه جيوب غير منتظمة الشكل فى بعض مواضعه وتندمج طبقات الجدار بعضها مع بعض ولا يمكن تمييزها

ويظهر داخل الأورطى أجزاء غير منتظمة تكون فيها البطانة سميكة ذات لون أبيض مائل للصفرة ويكون لها مظهر شفاف نوعا وبينها أجزاء من البطانة الطبيعية وتظهر الندب التى تنشأ من التئام هذه المناطق المصابة بالمرض فى لون ناصع البياض وهذه الندب هى التى تسبب تقضن جدار الأورطى وتكون قابلة للمد وهذا هو سبب تكون الجيوب فى الجدار التى أشرنا إليها آنفا

وهذه التغيرات أكثر شيوعا فى الجزء الأول من الأورطى ولو أن الأوعية الدموية الكبيرة التى تتفرع من قوس الأورطى فى الجزء المصاب بالمرض لايظهر عليها من التغيرات شىء أو يظهر عليها القليل . وتخف شدة الإصابة فى الأجزاء الأخرى من الأورطى وقد تنتهى فجأة عند مروره خلال الحجاب الحاجز أو في موضع أعلى من ذلك وتعمل الإصابة الزهرية على إتلاف الطبقات المرنة والعضلية من الجدار ولذلك يظهر على مثل هذه الأوعية الدموية تكون أنورزمى

ويرجع حدوث الوفاة فجأة فى هذه الحالات إلى تغيرات فى عضلة القلب تنشأ عن الإغلاق التدريجى لفتحات الشرايين الإكليلية وفى بعض الحالات يؤدى المرض إلى عجز صمام الأورطى إما بتمدد فتحته أو بامتداد الإصابة إلى الشرافات وتظهر هذه الشرافات سميكة ذات حواف مستديرة ملساءوفى غاية التصلب

أما علامات الزهرى الأخرى التى قد تكون فى الجسم فهى :

١ — عقد أو تخانات فى سمحاق العظام الطويلة وخصوصا فى عظم القصبة

٢ — ندب رقيق جدا ناتجة من أورام تجبنية قديمة تحت الجلد

٣ — تليف الخصيتين أو إحداهما فقط ويكون التليف فى الغالب خفيفا

الانوريزم

تنشأ الانوريزمات من ضعف موضعى فى جدر الأوعية وتحدث من ازدياد الضغط داخل الوعاء وأهم الأسباب الأولية التى يعزى إليها تكون الأنوريزمات هو الزهرى . وفى أحوال أخرى قد يعزى إلى الأدمان على الخمر أو النقرس أو التسمم بالرصاص أو أى تسمم مزمن آخر كما قد تحدث نتيجة داء برايت أو إصابة موضعية فى الشريان أو امتداد تقرح إلى جدره من أعضاء مجاورة أو من سدة متقيحة

وقد يصيب التمدد الأنوريزمى أى شريان من الشرايين ولكنه أعم فى الأورطى الصدرى ثم يليه فى ترتيب تنازلى الأورطى البطنى والشريان السباتى والشريان تحت الترقوة والشريان الأبطى ولا تبدو علامات بعد الوفاة إلا فى حالة الأنوريزم الذى يصيب الأورطى الصدرى والأورطى البطنى

١ — انوريزم الأورطى الصدرى

العلامات الظاهرة — تكون الجثة عادة لرجل تتراوح سنه بين الثلاثين والخامسة والأربعين وقد لا تكون هناك علامات ظاهرة مميزة ولكن من ناحية أخرى قد تكون هذه الأعراض فى غاية الوضوح فقد يكون هناك احتقان وريدى كبير فى الرأس والعنق أو فى أحد جانبى الصدر أو فى ذراع واحدة وتكون هذه الذراع عادة هى اليمنى وأحيانا يبدو على يد واحدة فقط تشوه الأصابع وتقوس الأظافر وقد يحدث هذا فى الحالات التى لا يظهر عليها أى احتقان وريدى خاص فى الذراع وقد يشاهد ورم خارجى يختلف موقعه

باختلاف الجزء المصاب من الأورطى فإذا كان القوس الصاعد هو المصاب ظهر الورم فى فرجتى الأضلاع الثانية والثالثة اليمنيين وقد يبرز إلى الحد الأقصى ويحدث تآكلا فى الأضلاع وأجزاء من عظم القص بضغطه عليها ففى هذه الحالات تكون الأوزيما موجودة عادة فى الذراع اليمنى . أما تآكل الأضلاع الواقعة إلى يسار عظم القص فنادر ويحدث هذا عند مايبرز الأنوريزم من أسفل القوس وإذا كان القسم المستعرض من القوس هو المصاب فقد يكون الورم فى الجانب الأيمن من القص ولكن هذا نادر فى أغلب الحالات وهو نادر فى الجانب الأيسر وأحيانا يظهر ورم في ثغرة النحر

وأما إذا كان القوس النازل هو المصاب فإن الورم ينمو متجهاً نحو الظهر ويحدث تآكلا فى فقرات الظهر من الفقرة الثالثة حتى السادسة وقد تتقدم الإصابة إلى أبعد من هذا حتى أنها تسبب ورما ظاهرا فى الجانب الخارجى من لوح الكتف مصحوبا بتقوس الحبل الشوكى بعض التقوس وإذا خرج الكيس من الأورطى الصدرى النازل وجد ورم على الجانب الأيسر من الظهر وأما فيما يتعلق بظهور الورم فقد يغطيه جلد اعتيادى أو قد يظهر الجلد رقيقا جدا بل مدمما ومتقرحا وفى بعض الحالات ترجع الوفاة إلى أنوريزم ينفجر إلى الخارج فيظهر عندئذ محتويات الكيس المؤلفة من طبقات فإذا كان الكيس يضغط على الوريد الأجوف الأسفل ظهرت الأوزيما على الساقين ويظهر الاستسقاء البطنى وعلاوة على ماقدمنا من علامات الأنوريزم يشاهد كل أو بعض العلامات الخارجية للزهرى ولذلك يجب البحث دائما فى إصابات الأنوريزم عن ندوب لإصابات أولية أو لتقرح متجبن وكذلك عند فحص باطن الجثة يجب البحث عن علامات الزهرى الثلاثى

الجهاز القلبي الوعائي — العلامات الباطنة — يشاهد القلب وخصوصا البطين الأيسر متمدداً ومتضخما في كافة الحالات التي يصاب فيها الصمام الأورطى وتشاهد حالة التهاب الأورطى الراجع للزهرى ، وقد يظهر الأنوريزم نفسه فى أى جزء من قوس الأورطى أو الأورطى الصدرى النازل وقد يكون أحد أنواع ثلاثة — بيضى الشكل أو كيسى الشكل أو تشريحى .

وأكثر مايوجد منها بعد الوفاة هو النوع الكيسى وقد يكون الأنوريزم حقيقيا (عندما تتألف جدره من أغشية الشريان) أو كاذبا (عندما تتألف جدره من الأنسجة المحيطة به) إذ تكون الجدر الأصلية للشريان قد تلفت وربما وجد كيس الأنوريزم ممتلئا بدم نصف سائل ولكنه عادة يمتلىء بجلطة دموية ذات طبقات جامدة فيما عدا الأجزاء الوسطى منها وقد تكون هناك أدلة على أن تمزق الكيس كان السبب المباشر للوفاة وقد يكون التمزق قد حدث فى القناة الهضمية أو فى مجرى التنفس أو إلى الخارج وقد يكون الكيس كبيراً جداً وفي الغالب تنتقل محتويات الصدر من مواضعها الأصلية كثيراً وتوجد في حالة التواء واعوجاج

أما الأنوريزم التشريحية التى لايكون أصلها مرض الزهرى فنادر حصولها ولكن لها علامات خاصة ومميزة وقد توجد أحيانا فى الحالات التى لايشتبه فى إصابتها بالأنوريزم وتكون الوفاة قد حدثت بسبب مرض طارىء وعند التشريح يظهر كأنه يوجد أورطى مزدوج فيشاهد مجرى جديد يكون فى الغالب مبطناً ببطانة الغشاء المصلى ويبدو سليما وكأنه مكون خارج الأورطى الأصلى الذى يتصل به بفتحة واحدة أو أكثر وقد تكون هذه الفتحات صغيرة جداً ونشوء هذا المجرى الجديد للدم في غشاء الشريان قد يمتد على طول الأورطى الصدرى

والبطنى وحتى فى الشريانين الحرقفيين حتى نقطة تفرعهما أو فيما بعد ذلك فى أوعية الساق وقد يصحب حالة أنوريزم الصدر إصابة بعض شرايين أخرى بالأنوريزم

جهاز التنفس — قد تصبح القصبة الهوائية مفرطحة الأنورزم وفى بعض الحالات تنسد إحدى الشعبتين فيصير من السهل دخول الهواء ولكن يصعب خروجه فتصبح الرئة متمددة إلى أقصى حد ومنتفخة (امفيزيماوية) وإذا اشتد وقع الضغط على أحد الشعب امتنع خروج أفرازه فتتمدد الشعب والشعيبات وتنشأ حالة تمدد الشعب

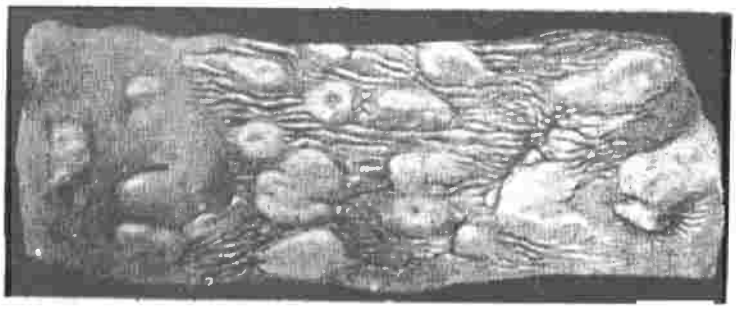
الجهاز الكلوى — قد يوجد عادة إصابة خفيفة بالبول الزلالى ومن المعتاد أن تصحب إصابة الأنوريزم وجود الكلية المحببة المتقلصة (تليف الكلية الناشىء عن وقوف الدم)

الجهاز العصبى — لا يظهر عليه شىء غير عادى بصفة عامة ولو أن إصابة الشرايين بالمرض قد يؤدى إلى مناطق تلين مخى أو نزيف

٢ — انوريزم الاورطى البطنى

العلامات الظاهرة — تكون هذه المظاهر مماثلة للعلامات التى سبق وصفها فى أنوريزم الأورطى الصدرى فيما عدا الورم الصدرى فإنه لايظهر وقد يكون هناك ورم ظاهر يمكن جسمه فى البطن . أما التمزق الخارجى فغير معروف

العلامات الباطنة — الجهاز القلبى الوعائى — توجد حالة التهاب الأورطى الناشىء عن الزهرى وقد يشغل كيس الأنوريزم القسم الشراسيفسى أو الكشح الأيسر أو الحاصرة اليسرى أو المنطقة القطنية ويكون الورم عادة كبيراً واذا كان تمدده إلى الخلف فقد تتاثر الفقرات



شكل — ٧

التهاب الأورطى الناشىء عن الزهرى

(انظر صفحة ١٣٩)

وينتج من الضغط على الحبل الشوكى شلل نصفى أسفل وقد ينفجر الأنورزم فى النسيج خلف البريتون فيكون جلطة دموية كبيرة

جهاز التنفس — قد يكون الأنورزم قد أحدث تآكلا فى الحجاب الحاجز وانفجر فى التجويف البلوراوى

الجهاز الهضمى — قد يكون هذا الجهاز طبيعيا فيما عدا الحالات التي تحدث فيها الوفاة بسبب إصابته بنتائج الورم فقد ينفجر الأنورزم في التجويف البريتونى فيمتلىء هذا التجويف بالدم أوينفجر فى الأمعاء وعادة فى الإثنى عشرى حيث يعثر على الدم فيه وربما وجد الدم كذلك في المعدة والمرىء والفم . ومن المضاعفات الأخرى التى تنتهى عادة بالوفاة انسداد شريان المساريقا الأعلى الذي يعقبه موت جزء من الأمعاء

الجهاز الكلوى — قد يوجد بعض التليف فى الكلية ناشئ عن وقوف الدم الراجع إلى تغييرات فى الشرايين

الجهاز العصبى — ربما أصيبت الشرايين المخية بالمرض

تصلب الشرايين

تصلب الشرايين هوعبارة عن انحلال فى الطبقات العميقة لبطانة الشريانات الدموية وحلول أغشية أخرى عضلية ليفية مكان الطبقات المنحلة تبرز داخل الوعاء فى لون شفاف تصبح فيما بعد بيضاء قائمة أو صفراء للانحلال الدهنى فى طبقاتها العميقة وتكون هذه التغيرات فى بقع بجدر الأوعية أو عامة ومع مضى الزمن تزداد هذه التغيرات ويرسب فوق سطحها أملاح جيرية فتتحجر فعند جس الشريان يظهر صلبا متعرجا ويصعب ضغطه بالأصبع

وينشأ تصلب الشرايين عادة عن ارتفاع ضغط الدم لأى سبب من الأسباب كما فى ارتفاع الضغط الذاتى أو نتيجة مرض الكليتين أو القلب أو التسمم بالخمر

أو بالزهرى و يتوقف الانذار في هذا المرض على حالة القلب والكليتين وتحدث الوفاة عادة إما من إصابة الشريان الأكليلى وحدوث الوفاة فجأة (وقد سبق ذكر علامات هذه الحالة) أو من مرض الكليتين وهبوط القلب أو من نزيف مخى.

وسنذكر هنا علامات الوفاة فى الحالتين الأخيرتين

١ — العلامات التشريحية فى حالة هبوط القلب

يكون حجم القلب عظيما والقلب متضخما ومتمددا وخصوصا جانبه الأيسر وتكون بطانة التجاويف سميكة وغير شفافة و تصاب عضلة القلب ببعض تليف بقعى و يشاهد هذا بوضوح فى العضلات الحلمية و يظهر على الشرايين الأكليلية ورم هلامى (اثيروما) بدرجة كبيرة

وتكون الصمامات التى في الجانب الأيمن طبيعية و يظهر على صمام مترال عادة ثخانة منتشرة في الشرافتين وفى أوتار العضلات اللحمية للقلب

و يظهر على قاعدة شرافات الأورطى بعض تغيرات هلامية (اثيروما) و يتمدد الجزء الأول من الأورطى

وتشاهد التغيرات الهلامية (أثيروما) فى بطانة الأورطى عند فتحات الأوعية الكبيرة وتبدو على بطانة الأورطى بعض بقع سميكة غير منتظمة الشكل وخصوصا حول فتحات الفروع وقد تختلط هذه البقع فى بعض الأحيان . ولدى شق بقعة من البقع الحديثة التكوّن تشاهد طبقة سميكة من نسيج ليفى على السطح الداخلى تليها طبقة صفراء متحللة وترسب أملاح الكلسيوم فى مادة الورم الهلامى اللينة وتصبح القشرة متكلسة فيصير الأورطى بذلك سهل الإنكسار وقد تنفصل هذه القشرة و تترك تحتها قرحة هلامية و بعض هذه البقع المتقرحة تكون ذات لون أحمر داكن وذلك بسبب الدم الذى ارتشح فى النسيج الانحلالى اللين و يظهر على الرئتين امفيزيما عادة وتحتقن بعض الاحتقان وقد يوجد سائل فى التجويف

البلوراوى ويكون الكبد متضخما قليلا ومشدودا ويكون سطحه أملس ولدى شقه يشاهد به احتقان مبقع ويكون الطحال محتقنا وجامدا . وقد تكون الكليتان أو إحداهما متقلصة جدا وتنتزع المحفظة بصعوبة ويظهر تحتها سطح خشن لايكون دائما محببا بشكل متناسق وقد تكون هناك بعض أكياس على السطح ولدى الشق تشاهد القشرة ضيقة ولكن الخط الفاصل بين القشرة والنخاع يمكن رؤيته بسهولة إذ يكون النخاع محتقنا بسبب الاحتقان الوريدى العام وتكون الأوعية الدموية سميكة وبارزة فى مادة الكليتين ويظهر على الأوعية الرئيسية منها ورم هلامى (اثيروما) . وقد يظهر على الأوعية الدموية المخية ورم هلامى (أثيروما) متسع النطاق والتغير الذى يلحق المخ قليل وتظهر بعض الأوذيما على تلافيف المخ وعلى الام الحنونة فوق الأجزاء الضامرة

٢ — العلامات التشريحية فى حالة النزيف المخى

تكون الجثة غالبا لرجل تزيد سنه عن الستين وقد توجد أدلة لإصابة قديمة بشلل نصفى أو تقلص العضلات أو ضمور العضلات إذا كان قد سبق إصابته بنزيف سابق ولكن فى معظم الأحوال يؤدى النزيف الأول إلى الوفاة

الجهاز القلبى الوعائى — يشاهد القلب متضخما قليلا ويتمدد البطين الأيسر ويتضخم وفى بعض الحالات تبدو عضلة القلب سليمة ولكن توجد عادة بعض أجزاء متفرقة متليفة وقد يظهر على الشرايين الأكليلية بعض الورم الهلامى البقعى وقد يتضخم جدار الجزء الأول من الاورطى وقد يوجد أحيانا تغيرات متقدمة لورم هلامى (اثيروما) بالأوعية الدموية

جهاز التنفس — تكون الرئتان محتقنتين واوذيماويتين وقديوجد فى قاعدة الرئة بعض التهاب رئوى رسوبى إذا طالت مدة المرض

الجهاز الهضمى — لايوجد فيه من التغيرات إلا القليل

وقد يظهر فى الطحال زيادة فى النسيج الليفى وقد يكون الشريان الطحالى ملتويا وربما ظهر على صفاقه المستبطن بعض الورم الهلامى (الاثيروما)

الجهاز الكلوى — قد تكون الكليتان طبيعيتين فى الحجم وقد تكونان متقلصتين قليلا ويمكن نزع المحفظة بسهولة تاركة وراءها سطحا به آثار التئام غير منتظمة ومحببا تحببا غير متسق ويتبين عند شق الكلية أنها أجمد من المعتاد وتكون القشرة ضيقة ضيقا غير منتظم ويكون السطح كله ذا لون أحمر متناسق أما الأوعية الكلوية فتثخن لدرجة طفيفة وعند فتح هذه الأوعية تظهر بها خطوط مستعرضة صفراء اللون بسبب استحالة الطبقات الوسطى استحالة دهنية

الجهاز العصبى — يكون الشريانان السباتيان والأوعية الدموية لدائرة ويليس متصلبة وجدرها متحجرة في بعض المواضع ويكون سطح المخ محتقنا وتلافيف الدماغ مسطحة وقد يبرز الجانب المصاب وأهم مصدر للنزيف هو فروع الشريان المخي الأوسط التى تمر خلال الفرجة المنثقبة الأمامية وأكثر مايصاب من هذه الفروع هو شريان النواة العدسية والجسم المخطط (Lenticulo Striate Body) ويتمزق جوهر المخ ويتشرزم بفعل الدم النازف الذى يعثر عليه فى هيئة جلطة كبيرة شاغلة لموضع الصماد المخى الباطن والنواة المذنبة وقد تمتد إلى البطين الجانبي وربما مر الدم خلال ثقب منرو إلى بطين الجانب الأخر وقد تمتد الجلطة إلى البطين الثالث كذلك وتظهر أنزفة صغيرة كثيرة فى المخ فى الأجزاء المجاورة للجزء المشرذم .والموضع التالى الذى يكثر فيه حدوث الأنزفة هو الجسر وتظهر فيه أما كن الأنزفة القديمة فى شكل أكياس ذات جدر صفراء وتحتوى على سائل أصفر رائق والأنزفة الصغيرة لا تترك من الأثر إلا بقعة صغيرة ذات لون أصفر

الفصل الرابع

أمراض جهاز التنفس

سرطان الحنجرة

تكون الجثة لرجل تزيد سنه عن الأربعين وتكون فى غاية النحول و يبدو عليها مظاهر الكاشكسيا التى تشاهد فى كثير من حالات المرض الخبيث وفى الأحوال التى يطول فيها المرض كثيرا تتضخم العقد اللمفاوية العنقية و يرتشح فيها الورم الخبيث ومن المحتمل العثور على جرح فى العنق لعملية فتح القصبة الهوائية وتحدث الوفاة أحيانا بسبب انتشار الورم الخبيث لأحد الأوعية الدموية الكبيرة وما يعقب ذلك من النزيف

و يكون الورم الذى فى الحنجرة عادة من نوع السرطان البشرى المخاطى و متشعبا حتى يكاد يسد فتحة الحنجرة و يبد النمو أصلا فى منطقة الأوتار الصوتية ثم ينتشر فى الجيوب الكمثرية الشكل ومنها إلى لسان المزمار و يلاحظ دائما وجود تقرحات و انخسافات ممتلئة بفيح مخاطى كريه الرائحة و ينتشر النمو إلى جدار الحنجرة وما يجاورها من الأنسجة ولدى التشريح يتضح أن الورم داخل الحنجرة يكون صلبا وذا لون رمادى ضارب للبياض وله مظهر حبيبى وتكون الأنسجة التى وصل إليها الورم شديدة التيبس

وقد يظهر على القصبة الهوائية بعض الإلتهابات فإن غشاءها المخاطى يكون

محتقنا وخشنا ويشاهد صديد مخاطى كريه الرائحة فى تجويف القصبة الهوائية وفى الشعب الرئوية الكبرى

وتظهر على الرئتين الحالة المثالية للالتهاب الرئوى البلعي (الشفطى) ويكبر حجم الرئتين ويمكن جس أجزاء صلبة فيهما كما يوجد بعض أمفيزيما ظاهرة على طول حوافى الفصوص وفى القمتين وعند شق الرئتين يلاحظ أنهما مشحونتان بخراجات صغيرة داخل الفصوص السفلى ويظهر على الرئة تكبدوأوذيما فيما بين الخراجات وتكون الرئة المتجمدة باهتة اللون ويخرج صديد من الشعبوإذا قطع سطح الرئة جرى منه السائل الاوذيماوى

وقد يمتد الورم إلى قاعدة اللسان والحلق واللوزتينوالبلعوم وقديصابالمرىء بالمرض أحيانا أو قد يضغط عليه الورم فقطبنموه ولا يبد على المعدة أو بقية القناة الهضمية أية تغيرات مميزة ويكونالكبد باهتاللونولدى قطعهيرى أنه متشحم بسبب إستحالته الدهنية

ولا يبدوعلى الطحال أى مظهر غيرعادى ولكن إذا ساءت حالة الرئة كثيرا أو تلوث النمو تلوثا شديدا فقد يتقيح الطحال . ولا يظهرعلى الكليتين أو الجهاز العصبى أية تغيرات خاصة

الالتهاب الشعبى المزمن

يكثر حدوث هذا المرضفى الذكور فى السنين المتقدمة من العمر وتحدث الوفاة من هبوطالقلب عن تحمل الضغط المتزايد عليه بسبب مرض الجهاز التنفسى ويكون القلب متمددا وخصوصا البطين والأذين الأيمنين اللذين قد يظهر عليهما

أيضا تضخم طفيف وأحيانا تشاهد جلطة دموية تكون قد تكونت قبل الوفاة فى نتوء الاذين الأيمن أما الدم فيكون أسود اللون وسائلا . ويحتقن الجهاز الوريدى إحتقانا شديدا وقد تظهر أوذيما على القدمين والرجلين واستسقاء بالبريتون مصحوب بتضخم الكبد واحتقانه وانحلاله إنحلالا دهنيا مع تضخم الطحال وقد يشاهد التهاب مخاطى بغشاء الأمعاء

ويصحب هذا المرض عادة أمراض الرئة المزمنة وأمراض القلب وأنورزم الأورطى وأمراض الكليتين فتشاهد علامات هذه الأمراض مع العلامات الوضعية الخاصة بالمرض . وأهم علامات المرض تشاهد بالرئتين والشعب الهوائية فيكون الغشاء المخاطى للشعب رقيقا وتتمدد الشعب وتضمر عضلاتها وكذلك الغدد المخاطية وفى بعض الحالات يكون الغشاء المخاطى ثخينا ومحببا ومتقرحا وتمتلىء المسالك الهوائية بصديد مخاطى أو مخاط رغوى وقد يمتد التهاب الغشاء المخاطى واحتقانه إلى أعلى فتلتهب القصبة الهوائية والحنجرة والبلعوم والحفرتان الانفيتان وقدينحصر تمدد الشعب فى بعض المواضع فتتمدد تمددا كبيرا بشكل بيضى وتمتلىء بإفراز كريه وبذلك تتكون الحالة التى يطلق عليها اسم (تمدد الشعب)

أما الرئة نفسها فتكون قاتمة اللون شديدة الاحتقان وترسب بعض قطع منها فى الماء دالة بذلك على التهاب رئوى شعبى أدى بالمريض إلى الوفاة — على أن بعض أجزائها الأخرى وخصوصا الحوافى المقدمة للرئة يشاهد بها فقاقيع هوائية متمددة وذات جدر رقيقة وهى العلامات المميزة لحالة انتفاخ الرئة (الامفيزيما) التى تصحب دائما نزلات الصدر المزمنة أما الشعب الهوائية السميكة فتظهر بارزة على السطح المقطوع

وفى جميع الحالات تقريبا توجد الاوذيما فى قاعدتى الرئتين كما يوجد مقدار قليل من سائل صاف في الأكياس البلوراوية — فإذا كان الالتهاب الشعبى مضاعفا لمرض مزمن فى الرئة كالتدرن أو التليف الراجع لأى سبب من الأسباب أو زهرى الرئة فإن علامات هذه الأمراض تكون ظاهرة

تمدد الشعب

يكثر حدوث هذا المرض فى الذكور بين سن العشرين والأربعين وله جملة أسباب أهمها الالتهاب الشعبى المزمن أو الالتهاب الرئوى الشعبى أو يعقب حالة الالتهاب الرئوى الفصى الحاد الذى لم ينصرف أو الالتهاب الرئوى البلعى أو ضيق إحدى الشعب بسبب الضغط عليها بورم من الخارج أو انسداها بجسم غريب داخلها على أن تمدد الشعب ذائع فى حالات السل و يعقب التمدد ضغط الرئة سواء أكان هذا الضغط ناشئا عن انورزم أم ورم جديد . وقد يصحب تمدد الشعب انتفاخ الرئة (أمفيزيما) ويشاهد فى زهرى الرئة . ويوجد نوع خلقى منه يشاهد فى الأطفال ولكنه نادر ويجب البحث عن علامات هذه الأمراض عند فحص حالة تمدد الشعب

وتشاهد علامات هبوط الجانب الأيمن من القلب كما يشاهد وجود الأصابع العجراء (المتكورة) والأظافر المقوسة والتهاب بالمفاصل وتثخن الاطراف السفلى للعظام الطويلة عند مفصل الكعب والرسغ وقد يكون الازرقاق واضحاً

وعند عمل الصفة التشريحية يظهر على الجانب الأيمن من القلب علامات الهبوط فيكون هذا الجانب متضخما ومتمدداً للحد الأقصى ومصاباً بالانورزم و غالباً ما يزاح القلب إلى الرئة المصابة إذا كانت منكمشة

وأهم مايشاهد هو تمدد الشعب وهذا التمدد قد يكون مغزلى الشكل أو فى هيئة كيس وقد يكون عاما أو يقتصر على موضع واحد أو يصيب رئة بأكملها أو يقتصر على فص منها. وفى النوع الخلقى يقتصر المرض على رئة واحدة فتتحول إلى كتلة من أكياس متصلة بعضها ببعض و يفصلها نسيج سيروزى سميك لايجمعه أى شبه بنسيج الرئة . أما فى الأنواع الأخرى التى يصاب بها الانسان خلال حياته فتكون الأكياس فى الأجزاء العليا مبطنة بغشاء لامع ناعم ذى لون رمادى بينما فى الأجزاء السفلى يكون غشاؤها متقرحا. و يملأ الأكياس إفراز أسمر اللون ذو رائحة كريهة جدا وقد توجد أيضا أجزاء صغيرة فى الرئة متغنغرة وأما المناطق التى لاتلحقها الإصابة فتظهر عليها امفيزيما تعويضية

ويلاحظ وجود خراج أو عدة خراجات فى المخ فى عدد معين من حالات تمدد الشعب التى تنتهى بالوفاة وقد تكون هى السبب المباشر للوفاة .

الامفزيما الرئوية

يوجد شكلان من الأمفزيما الرئوية شكل يرى فيه الهواء متخللا أنسجة الرئة و يسمى الأمفزيما الخلالية و شكل يكون الهواء فيه ممددا خلوات (عوينات) الرئة و يسمى الأمفزيما الخلوية

الأمفزيما الخلالية : وهى نادرة الحدوث وفيها يرى الهواء متخللا أنسجة الرئة فقط أو قد ينتشر فيشمل المنصف الصدرى والرقبة وجدار الصدر وأحيانا الجسم كله وتحدث من تمزق الرئة من إصابة نافذة أو غير نافذة فى الصدر أو أثناء نوبة سعال شديدة كما فى السعال الديكى أو إجهاد كبير كما يحصل أثناء

الوضع وقد تشتبه هذه الحالة بفقاعات الغازات التى توجد فى الرئة نتيجة تعفنها بعد الوفاة

الامفزيما الخلوية : يوجد منها نوعان

النوع الأول تكون فيه الرئة ضامرة

والنوع الثانى تكون فيه الرئة متضخمة

فالامفيزيما الخلوية الضامرة تشاهد فى أحوال الشيخوخة وفقر الدم المتقدم والأمراض المزمنة وتكون الرئة فيها صغيرة وضامرة ولا تعلو فوق التامور ولونها باهتا ولا يزيد وزنها عن ثمانية أو تسعة أوقيات (٢٤٠ — ٢٧٠ جراما تقريبا) وعند قطعها تكون أغشية الرئة باهتة وجافة ولا يسيل منها أى سائل عند ضغطها وإذا فحصت بالمجهر ترى جدر الخلوات الرئوية ضامرة

أما الامفيزيما الخلوية المتضخمة فتحدث من زيادة الضغط الهوائى داخل خلوات الرئة مع ضعف جدر الخلوات وقد تكون وراثية وتبدأ فى وقت مبكر من العمر . ويحدث إزدياد ضغط الهواء داخل الرئة من تتابع النزلات الشعبية المصحوبة بالربو

وفى بعض الحالات قد تكون الامفزيما ثانوية لمرض فى الأضلاع ينشأ عنه تعظم غضاريفها فى وقت مبكر من العمر كما قد تنشأ نتيجة إحدى الحرف كما فى نافخى الأبواق . وأكثر أجزاء الرئة إصابة بالامفزيما هى الحوافى الأمامية ومقدم ومؤخر الحافة السفلى والفص الأيمن المتوسط وقمة الرئتين ويلاحظ فى الجثة أن الصدر في هيئة البرميل والغضاريف الضلعية متعظمة وعند فتح الصدر تشاهد الرئتان تملآن التجويف الصدرى وتحجب التامور وحجمهما عظيما ولا تهبط

عند فتح الصدر ويكون لون البلورا باهتاً وقد توجد أجزاء منها خالية من اللون جاتاً وتكون الرئة ذات ملمس ناعم و تنبعج بسهولة عند ضغطها و تشاهد فقاعات غير منتظمة على سطحها وخصوصاً فى الحوافى الأمامية وقد تصل الفقاعات إلى حجم البيضة و تشاهد علامات النزلة الشعبية فيكون الغشاء المخاطى للشعب سميكا وخشناً وقد تتمدد الشعيبات

وفيما عدا ذلك لا يشاهد بالجسم سوى علامات هبوط القلب فيتمدد الجانب الأيمن منه و يتضخم وتتسع الفتحة ذات الثلاثة لرؤوس و تصير الصمامات فى بعض الأحيان سميكة

وتحدث الوفاة عادة من مرض طارىء كالالتهاب الرئوى أو هبوط القلب و يوجد نوع من الامفزيما يسمى الامفزيما التعويضية و يشاهد عند مايهبط أحد أجزاء الرئة فيتمدد الجزء المجاور كما فى حالات الالتهاب الرئوى الشعبى أو تدرن الرئة فيرى حول البقع الملتهبة أو المتدرنة هالة منتفخة من خلوات الرئة وتحدث أقصى هذه الحالة فى الرئة المتليفة فتتمدد الرئة الأخرى . وعند بدء حدوث هذه الحالات تكون الخلوات الرئوية متمددة فقط ولا تفقد مرونتها ولكن إذا استمرت تضمر الجدر وتفقد مرونتها

الالتهاب الرئوى الخلالى المزمن (الرئة المتليفة)

تكون الجثة لرجل دون الخمسين وقد تكون أحيانا لطفل و بها إزرقاق و يكون الصدر مشوها وضامرا فى الجانب المصاب و ينخسف الكتف كثيرا و يتقوس العمود الفقرى عادة وتكون الأصابع عجراء فى الحالات التي تكون فيها الشعب متمددة وقد تكون هناك علامات على هبوط القلب الأيمن كالاوذيما

ويشاهد القلب ومحتويات المنصف الصدرى عند التشريح جانحة نحو الجانب المصاب ويكون الجانب الأيمن من القلب متمددا وقد يظهر عليه بعض التضخم ويثخن أحيانا الصمام ذوالثلاث رءوس

وتحتوى القصبة الهوائية على صديد مخاطى وغالبا لاتظهر العلامات المميزة إلا على رئة واحدة فقط وتكون الرئة السليمة أكبر حجما من الرئة الطبيعية وبها إمفزيما تعويضية وإذا كانت الوفاة نتيجة هبوط القلب الأيمن فيلاحظ وجود أوذيما وفى بعض الأحوال تنشأ الوفاة عن الالتهاب الرئوى الشعبى

وتختلف العلامات التى يعثر عليها فى الرئة المصابة باختلاف السبب ويوجد نوعان أصليان وهما النوع الذى تكون فيه الرئة صماء وهو يصيب رئة واحدة والنوع المحدود الذى يعقب الالتهاب الرئوى الشعبى وهذا النوع الأخير هو الأكثر شيوعا وقد يصيب الرئتين معا

فى النوع الذى تكون فيه الرئة صماء تشاهد الرئة المصابة ضامرة جداً وصغيرة الحجم وواقعة فى جوار العمود الفقرى وتكون الرئة السليمة ضخمة وبها أمفزيما تعويضية وتغطى معظم المنصف الصدرى ويكون القلب متجها ناحية الرئة المصابة وتكون الرئة المصابة خالية من الهواء وجامدة وصلبة ويصعب قطعها وإذا قطعت يشاهد نسيج ليفى قاتم اللون منتشرا بها ومحتويا على الأوعية الدموية والشعب التى قد تكون متمددة تمدداً كبيرا

أما النوع المحدود فيعقب الألتهاب الرئوى الشعبى وقد تكون هناك علامات على تكرار الإصابة بالمرض وتثخن البلورا قليلا فى بعض مواضع وقد تظهر عليها التصاقات قديمة ولا تكون الرئة ضامرة فى هذه الحالات ضمورها فى الحالات

التى تكون فيها صماء ولكنها تكون صغيرة وصلبة وجامدة ويمتد بين الشعب نسيج ليفى حديث ملون ويصعب قطعة كالغضاريف ويكون نسيج الرئة بينها متمددا وكثيرا ماتكون الشعب متمددة وجدرها ثخينة وقد يكون الغشاء المخاطى المبطن متقرحا كما توجد بالرئة بعض تجاويف

ولا توجد بأجهزة الجسم الأخرى علامات أخرى مميزة ألا القليل وربما حدثت الوفاة بسبب المضاعفات كخراج فى المخ إلخ التى تنشأ عن تمدد الشعب

ترب الرئة

ينشأ هذا المرض من استنشاق الأتربة باستمرار ومن أهم هذه الأنواع تفحم الرئة الذى يصاب به عمال مناجم الفحم وفى هذه الحالة تكون الجثة لرجل فى متوسط العمر أو أكبر قليلا ولا تكون هناك علامات خارجية وربما كانت الوفاة قد حدثت بسبب مرض طارئ وقد يظهر على القلب علامات الهبوط

وأهم العلامات التى تشاهد عند التشريح هى تلون الرئة بلون يختلف بين الرمادى القاتم والأسود الحالك ولا يكون اللون متناسقا وفى الحالات الشديدة يكون نسيج الرئة أسود ويكاد يخلو من الهواء وفى حالات أخرى قد توجد بقع سوداء خالية من الهواء ومحاطة برئة سوداء بها بعض الهواء وفى بعض الأحيان يذوب وسط هذه البقع الخالية من الهواء وتتكون تجاويف تمتلئ بسائل أسود وتحيط هذه البقع بأحد الشعب الصغيرة وتتلون الغدد اللمفاوية الواقعة حول الشعب والشرايين بلون داكن أما الغدد الموجودة عند تشعب القصبة فغالبا ماتكون صلبة ولدى شقها تظهر كالرمل فى ملمسها ويصحب هذه الحالات الالتهاب الشعبى المزمن وانتفاخ الرئة فى كافة الحالات تقريبا ولكن إصابات التدرن فى عمال

الفحم نادرة إذ أن نسبة إصابتهم به أقل نسبة من إصابة بقية الأفراد ويعثر غالباً على رواسب من تراب الفحم فى الكبد والطحال وهى تنشأ عن الذرات التى يبتلعها هؤلاء العمال . أما تلون الغدد اللمفاوية الموجودة داخل الصدر فيرجع بعضه على الأقل إلى تطرق هذه الذرات إلى الأوعية اللمفاوية التى تخترق الحجاب الحاجز من الأسفل

أما نوع ترب الرئة الذى يصاب به عمال المحاجر فيطلق عليه اسم السيليكوزس وتأثيره أشد فى الغالب من تأثير تفحم الرئة فإن ذرات الحجر لها تأثير مهيج وتؤدى إلى زيادة نمو النسيج الليفى وفي هذه الحالات يشاهد بوضوح علامات هبوط القلب فيتضخم الجانب الأيمن منه ويتمدد وينشأ عن ذلك احتقان وريدى عام وأوذيما إلخ .وفى حالات أخرى تصاب الرئتان بباشلس الدرن وربما وجدت إصابة اندرن حاد أو مزمن

وتبدو على الرئتين علامات مميزة فى حالات الوفاة الناشئة عن هبوط القلب فتشخن البلورا وتلتصق طبقتاها الحشوية والجدارية ويظهر على سطح الرئة عقيدات رمادية اللون وجامدة عند اتصال الحواجز التى بين فصيصات الرئة بالبلورا ولدى شق هذه العقيدات قد ترى مرملة الملمس ويعثر على عقيدات مماثلة فى داخل الرئة وقد توجد أجزاء كبيرة تحتوى على نسيج ليفى كثيف يرجع سبب تكوينها إلى اختلاط العقيدات الصغيرة بعضها ببعض ويعثر أيضا على تليف منتشر فى مادة الرئة كما يوجد تمدد فى الشعب وعند فحص هذه الأجزاء بالميكرسكوب يرى أنها تشتمل على نسيج ليفى كثيف جدا فى هيئة طبقات وقد يكون هناك رواسب لمواد ملونة وذرات من تراب الحجر الصوانى وتكون خلايا الرئة مضغوطة عند حافة الرئة وتكون هناك أمفزيما تعويضية حول العقيدات

الالتهاب الرئوى الفصى الحاد

يكون هذا المرض خطرا فى بداية العمر أو نهايته ولذلك فان جثة المتوفي تكون إما لطفل صغير أو لبالغ متقدم فى العمر تزيد سنه عن الستين

ويشاهد على الجثة من الظاهر هربس بالشفة وفى الإصابات الشديدة طفح فرفورى وأحيانا يرقان خفيف وقد تظهر على الجسم علامات مرض سابق أومرض يكون قد أعد الطريق لمرض الرئة كالسرطان أو مرض مزمن بالقلب

ويظهر على القلب علامات لالتهاب عضلته وانحلالها الدهنى وتكون العضلة رخوة وباهتة اللون أما خزائن القلب وخصوصا ما كان منها فى جانبه الأيمن فتكون متمددة لوجود جلطة صلبة متماسكة متميزة وهذه الجلطة تعتبر عادة السبب المحدث للوفاة

ومن المضاعفات التى تشاهد فى بعض الحالات التهاب بطانة القلب التهابا متقرحا وهو يصيب بالأكثر الجانب الأيسر من القلب

وقد ينشأ التهاب التامور بسبب التمدد وهو من المضاعفات الخطرة التى قد تنتهى بالوفاة ويكون الرشح مصليا فبرينيا أو فبرينيا صديديا ويتغطى سطح كل من طبقتى التامور بلمف خشن

أما تخثر الدم فى الأوردة السطحية فهو مضاعفة نادرة الحصول .وقد تحدث فى بعض الحالات سدادة الشرايين

وتختلف التغيرات في الرئة تبعا لاختلاف دور المرض الذى تحدث فيه الوفاة فقد يموت المريض قبل البحران ولو أنه أحيانا في الحالات التى يتأخر فيها زوال

الالتهاب أو التى يشفى فيها المريض فى مدة قصيرة جدا قد لا تظهر هذه التغيرات قبل شهر من بدء الإصابة — أما الوفاة التى تحدث فى بدء الالتهاب الرئوى أى بينما تكون الرئة محتقنة أو متطحلة فتكاد تكون غير معروفة

وأكثر المظاهر شيوعا التكبد الأرمد أو التكبد الأحمر ففى حالة التكبدالأرمد تكون الرئة جامدة وخالية من الهواء وتغطس قطع منها في الماء وقد يظهر على الرئة بأكملها انبعاجات من الضلوع — ويفقد السطح البلوراوى للرئة لمعانه ويتغطى بطبقةرقيقة من الفبرين ولدى قطعه يبدو السطح جافا وذا لون أسمر ضاربا للحمرة ويكون هشا لدرجة كبيرة وتوجد سدادات فبرينية فى خلايا الهواء تجعل للسطح المقطوع مظهر السطح المحبب وتكون جدر الشعب الصغرى حمراء اللون وتحتوى على سدادات فبرينية

وفى دورالتكبد الأرمد تكون الرئة متضخمة وكثيفة وثقيلة ويتغطى السطح البلوراوى بطبقة ثخينة جدا من الفبرين الشبيه بالصديد يمكن انتزاعه تاركا وراءه سطحا قاتما وهذا الرشح لايعثر عليه فقط على سطح الفص المتجمد بل يعثر عليه أيضا على سطح الرئة جميعها وعلى البلورا الجدارية وتلتصق فصوص الرئة بعضها ببعض بسبب هذا الرشح وقد يعثر على كمية قلية من سائل عكر في التجويف البلوراوى ولدى قطعها يبدو السطح المقطوع للرئة الجامدة رمادى اللون أو أبيض مائلا للون الرمادى ولا يكون السطح محببا بالدرجة التى يكون عليها فى دورالتكبد الأحمر بل يكون جافا وهشا

وتشاهد أحيانا حالة يكون المرض قد تقدم فيها إلى أبعد من هذا وهى حالة يطلق عليها اسم الارتشاح الصديدى ويكون الفص بأكمله رمادى اللون لين الملمس

ويبدو كما لو كان مغموسا بالصديد وهذا لايحصل إلا في الحالات التى تنتهى بالوفاة وهي في ذلك على الضد من حالات انصراف الالتهاب التى لاترى إلا نادرا عند التشريح إلا إذا توفي المصاب بمرض طارىء

وتكون إصابة الرئة اليمنى عادة أشد من اليسرى فإن اقتصرت الإصابة على فص واحد من فصوص الرئة كان هذا الفص على الوجه الغالب هو الأسفل ولكن فى الأطفال كثيرا ماتتناول الإصابة قمة الرئة

وقد يحدث التكبد الأرمد والتكبد الأحمر معا

ويكون الجزء الغير المصاب من الرئة محتقنا واوذيماويا وقد يظهر على الرئة السليمة علاوة على هذا أنفيزيما تعويضية وقد تحتوى مسالك الهواء على البصاق المدمم الأسود اللون المميز لهذه الحالة

ويتغطى اللسان بطبقة قذرة وقدشوهدالتهاب الغدةالنكفيةفى بعض الحالات وقد تتمدد المعدةوتلتهب التهابا مخاطيا وقد يظهرعلى الأمعاءوخصوصا القولون التهاب مخاطى وقد يتورم الكبد تورما عكرا وغالبا ماتحتقن أوردته إحتقانا شديدا وقد يشاهد التهاب البريتون الناشىء عن النيوموكوكس بسبب نفوذ الميكروب مباشرة من الحجاب الحاجز

ويتضخم الطحال وكذلك نخاع العظام وتتضخم أيضاً الغدد اللمفاوية الموجودة عند تفرع القصبة إلى شعبتين وتظهر عليها أوذيما

ويظهر على الكلتين ورم عكر وتظهر في بعض الحالات تغيرات خلالية مزمنة وهذا يرجع إلى أن المصابين بالالتهاب الكلوى المزمن معرضون للاصابة بالالتهاب الرئوى الفصى

أما المضاعفات الأخرى التى قد تحدث أحياناً فهى :

الالتهاب السحائى المصحوب على الأخص بالتهاب بطانة القلب المتقرح — التهاب مفصل واحد أو أكثر الذى يوجد فيه صديد سميك وهو المميز لعدوى النيوموكوكس . غنغرينا الرئة وقد تنشأ عن إصابة ثانوية بجراثيم أخرى غير النيوموكوكس . خراج الرئة وهو أندر هذه المضاعفات جميعا ومن الجائز أن يكون سببه أيضاً عدوى ثانوية . إرتشاح كيس البلورا الصديدى (أمبيما) وهو مضاعف منتشر نسبياً وخصوصاً بين الأطفال

الالتهاب الرئوى الشعبي الاولى فى الاطفال

تكون الجثة عادة لطفل دون سن الخامسة من عمره ولونها شاحبا والشفتان مزرقتين .

و يتمدد الجانب الأيمن من القلب وتحتوى خزائنه عادة على جلطة دموية صغيرة فى غاية الصلابة

وتصاب كلتا الرئتين عادة على أن الإصابة تكون أكثر تقدماً فى أحديهما أو أحد الفصوص عنها فى الرئة الأخرى أو فى بقية الفصوص و يكون الدور الأول للاصابة هو التهاب الشعب الشعرية وتفرز الشعيبات فى هذا الجزء من الرئة قليلا من سائل صديدى وتحيط بها منطقة محتقنة أما الدور الثانى للاصابة — وقد يشاهد فى جزء آخر من نفس الرئة — فهو مراكز صغيرة متجمدة تتكون حول الشعيبات يمكن جسها بسهولة وهى ترتفع قليلا عن السطح المقطوع وتكون باهتة اللون وتوجد هذه الاجزاء عادة متجمعة ويصحبها أجزاء أخرى هابطة من الرئة .

وتحيط بمساحات الهبوط عادة فقاقيع أمفيزيماوية دقيقة وفى الإصابات المتقدمة تزداد الأجزاء المتجمدة ويختلط بعضها ببعض فقد يتجمد فص أو رئة بأكملها ويبدو السطح المقطوع لمثل تلك الرئة دائما فى مظهر مبقع أكثر من مثيله فى حالات الالتهاب الرئوى الفصى

ويكون لون البلورا على الأجزاء المصابة من الرئة قاتما وقد تظهر عليها طبقة واضحة من رشح فيبرينى وتكفى الأدوار المبكرة للمرض فى أحداث وفاة الرضع وضعاف الأطفال بدون اختلاط الأجزاء المتجمدة . ولدى فحص الرئة بالعين المجردة لايشاهد سوى علامات قليلة غير الأجزاء الهابطة المصحوبة ببعض الامفيزيما التعويضية

ويتغطي اللسان بطبقة قذرة وتلتهب المعدة التهابا مخاطيا إلى حد ما ولا يظهر على بقية القناة المعوية إلا القليل فيما خلا محتويات لينة تكون فى الغالب سائلة وذات رائحة كريهة أحيانا .وقد يظهر على الكبد انحلال دهنى

وقد يتضخم الطحال قليلا ويكون لبه باهت اللون ونسيجه غير واضح وتبدو الغدد اللمفاوية التى توجد عند تفرع القصبة الهوائية الى شعبتين مصابة بأوذيما وشاحبة اللون . ولا يظهر على الكليتين شيء غير عادى

تغييرات فى الدورة الدموية فى الرئة

(ا) الاحتقان إما فعّال أو منفعل

فالاحتقان الفعّال يشاهد فى الالتهاب الرئوى أو الشعبى أو البلوراوى أو فى الدرن أو نتيجة استنشاق غازات أو أبخرة مهيجة أو ذرات من مواد غير عضوية ويحدث أحيانا بعد التعرض لحرارة أو برد شديد أو مجهود كبير وتسبب الوفاة الفجأة

والاحتقان المنفعل إما ميخانيكى أو رسوبى والنوع الأول يشاهد فى أمراض

الجهة اليسرى من القلب وخصوصا ضيق المترال وتكون الرئتان متضخمتين ولونهما أسمر ضارب إلى الحمرة وتصادف مقاومة عند قطعهما أو تمزيقهما . وبالقطع يشاهد السطح أحمر ضاربا إلى السمرة و بتعرضه للهواء يتغير اللون إلى الأحمر القانى لتأكسد الهيموجلوبين الموجود بهما وهذا مايعرف بالتصلب الأسمر وقد يسبب هذا الاحتقان ضغط ورم ما

وأما النوع الثانى فيشاهد فى الحميات والحالات اللاميخانيكية حيث ترى قاعدتى الرئتين محتقنتين جدا بسبب الرسوب وضعف القلب خصوصا فى الجزء الخلفى منهما ومتلئتين بالدم والمصل ولونهما قاتم وتغطس بعض أجزاء الرئة فى الماء لأن النخاريب فقدت ما كان بها من الهواء

وقد تشاهد هذه الحالة فى قاعدتى الرئتين فى الاستسقاء الرقى وانتفاخ الأمعاء وأورام البطن بسبب الضغط عليهما

وتحتقن قاعدتا الرئتين في حالات النزف المخى وفى بعض أمراض المخ العضوية وتحتقن الرئتان فى التسمم بالمورفين وقد تشاهد أجزاء محتقنة منفصلة فى أحوال الكوما بسبب التهاب الرئة الشفطى لدخول مواد غذائية فى النخاريب الهوائية

(٢) الأوذيما — تشاهد الأوذيما الحادة فى الالتهاب الرئوى وفى التهاب الكلى المصطحب بتسمم بولى وفي أمراض القلب خصوصا الذبحة الصدرية والتهاب عضلة القلب وإصابات الصمامات وفى التصلب الشرايينى وفى الحمل والأوذيما الوعائية العصبية وفى النوبات الصرعية وبعد بزل الصدر

و تشاهد الرئة شاحبة اللون ثقيلة الوزن مبتلة وتنبعج بالضغط عليها و بقطعها تسيل كمية كبيرة من مصل رائق أو مدمم وقد يأخذ قواما جيلاتينيا

(٣) النزيف الرئوى اما أن يكون بشكل نزيف رئوى شعبى أو من سدة رئوية

والنزيف الرئوى الشعبى تشاهد آثاره بعد الوفاة فى الشعب أو الرئة فضلا عن وجود مرض آخر كالدرن خصوصا أو الالتهاب الرئوى أو السرطان وأحيانا من زهرى أو نزلة شعبية اسبروخيتية أو غنغرينا أو خراج أو تمدد فى الشعب وفى أمراض القلب خصوصا أمراض صمام المترال وفى تقرحات الحنجرة أو القصبة الهوائية أوالشعب أو من أنورزم أو من نزيف فى حالات الحيض المتقطع أوفى مرض ميوعة الدم أولوكيميا أو فرفورة نزفية أو من إصابة بعيار نارى أومن أجسام غريبة أو من بعض الديدان

ويشاهد بالتشريح إحتقان فى الغشاء المخاطى بالشعبتين أوفى نسيج الرئة أو يشاهد وعاء متقوب

وأما السدة الرئوية فيشاهد فيها الدم منسكبا فى الخلايا الرئوية أوفى النسيج الخلالى ويكون النزيف عادة منتشرا وقد يبقى النسيج الحشوى سليما وأحيانا تشاهد الرئة فى أمراض المخ أو فى الحالات العفنة أو فى الحميات الخبيثة مرتشحة بالدم وبقطعها تشاهد سوداء جلاتينية . وتنشأ السدة اما من سد فرع من أفرع الشريان الرئوى بسدادة أونتيجة تخثر الدم . وأسباب السدادة اما من التهاب وريدى مصطحب بتخثر وأكثرها حدوثا في الوريد الفخذى أو الاوردة الحوضية وقد يحصل ذلك بعد عمليات الحوض أوعملية الزائدة الدودية وأما من الثآليل فى صمامات القلب في الجهة اليمنى منه حيث يسقط بعضها (من الأوذين الأيمن مع هبوط

عضلة القلب)ينشأ انسداد الشريان الرئوى من مواد دهنية بعد عملية أو كسر أو من جزء من ورم يتسرب في الدورة الوريدية أو من هواء أو تخثر

وتشاهد السدادة عادة فى سطح الرئة وتكون مخروطية الشكل وقاعدتها متجهة إلى السطح وفى بدئها تكون غامقة اللون صلبة ومتينة وتظهر عند قطعها كجلطة الدم وبالتدريج يتغير اللون إلى السمرة الضاربة للاحمرار وتشاهد الرئة في أعلاها ملتهبة . وقد تتعدد السدة وتختلف حجما من حجم الجوزة لحجم البرتقالة وقد نجد فى الشريان الداخل فيها سدة أو تخثر . والسدة القديمة تشاهد مكانها بقعة ملونة ليفية ومتباعدة

وإذا كانت السدة ملوثة يشاهد خراج أو دبيلة (انسكاب صديدى فى البلورا) أو غنغرينا وقد تنفجر السدة فى الحالة الأخيرة و ينجم عنها استرواح (انسكاب) هوائى صديدى

اورام الرئة

يندر أن تكون هذه الأورام ابتدائية ومعظمها ثانوى والابتدائى منها عادة سرطانى أما الأندوثليوما والساركوما فليست كثيرة الحدوث . والهيبرنفروما الثانوية كثيرة الحدوث بالرئتين

وسرطان الرئة مميت حتما و يشاهد على الجثة هزال شديد وقرح متقدم وقد يرى بالرئة علامات التهاب رئوى أو نزلة شعبية مزمنة أو تمدد الشعب أو كهوف وقد ترتشح غدد المنصف الصدري بالورم فى بعض أنواعه وتتضخم وتضغط على الأحشاء المجاورة كما قد ترتشح البلورا و يمتلئ تجويفها بسائل قد يكون مدمماً وفي بعض الأنواع ينتشر الورم فى العقد اللمفاوية والأحشاء انتشاراً كبيراً

الانسكاب البلوراوى

يحدث الانسكاب البلوراوى فى عدة حالات مختلفة وتكون العلامات التى تشاهد بالجثة هى علامات المرض الذى سبب الوفاة ويكون وجود السائل فى الكيس البلوراوى ثانويا . والانسكاب قد يكون في إحدى الأشكال الآتية :

١ — فى شكل اللمف اللزج أو شكل الفبرين ويرى متجمداً فى طبقات وهذا النوع لاينتهى بالوفاة فى أغلب الحالات وكثيرا ماتشاهد عواقبه فى هيئة التصاقات بالرئة عند إجراء الصفة التشريحية بعد عدة سنوات من الإصابة وهو يحصل إما بمفرده — وهذا نادر — أو يصحب الالتهاب الرئوى أو الورم السرطانى أو الخراج أو الغنغرينا إذا أصابت الأجزاء السطحية من الرئة

٢ — أما الرشح الفبرينى المصلى فيكون فى كافة الأحوال تقريبا ذا أصل تدرنى ويكون السائل غزيرا أصفر اللون ومصحوبا بندف من اللمف قد تختلف مقاديرها وفى هذا النوع يكون السائل من الغزارة بحيث يزيح بعض أجهزة الجسم المجاورة عن أماكنها فيدفع بالكبد إلى الأسفل وبالقلب إلى الجنب ويضغط الرئة المصابة إلى ناحية العمود الفقرى

٣ — أما الرشح النزفى فيوجد فى حالات السرطان ومرض برايت والأنواع الخبيثة من الحميات وسيروز الكبد

٤ — وأما الاستسقاء الصدرى وهو الذى يكون فيه الغشاء البلوراوى ناعم الملمس والسائل صافيا فيوجد فى كافة حالات الاستسقاء سواء منها الكلوية أو القلبية أو الناشئة عن فقر الدم

الدبيلة او تجمع الصديد فى جوف البلورا

يندر أن تكون الدبيلة مرضا أوليا وغالبا ماتكون ثانوية لإحدى الأمراض الأخرى فقد تتكون بعد كسر فى الأضلاع أو إصابة نافذة إلى الصدر أو مرض فى البلعوم وكثيرا ماتشاهد مضاعفة لإحدى الحميات المعدية وبالأخص الحمى القرمزية وهى تحدث غالبا نتيجة امتداد عدوى من الرئة كما فى حالات الالتهاب الرئوى أو سدة رئوية أو خراج بالرئة أو غنغرينا بها أو درن رئوى وهى كثيرة الحدوث فى الأطفال الذين يقل عمرهم عن عشر سنوات

ويشاهد على الجثة علامات المرض الأولى الذى سبب الدبيلة ويبدو جدار الصدر فى الجانب المصاب منتفخا وتبرز الأجزاء الواقعة بين الضلوع وفى الحالات التى يطول بها المرض يشاهد تشوه بالاصابع وتقوس بالاظافر (الاصابع العجراء)

وقد يشاهد عند التشريح تغير فى موضع القلب فيتجه نحو الجانب السليم وربما يصحب هذه الحالة التهاب التامور وقد يتمدد الجانب الايمن من القلب وقد يمتلئ التجويف البلوراوى بالصديد أو يوجد الصديد فى جيوب صغيرة تفصلها الالتصاقات وقد تنكمش الرئة إلى جانب العمود الفقرى

ويثخن الغشاء البلوراوى وقد يعثر على أجزاء متقرحة ونواسير تفتح داخل الرئة أو إلى الخارج فاذا كانت الرئة نفسها مثقوبة شوهد عادة هواء يتخلل الصديد (استرواح الصدر الصديدى) وقد تكون الوفاة قد حدثت فجأة بسبب انفجار دبيلة مفاجأة فى المسالك الهوائية وفى مثل هذه الحالات تكون الشعب وغيرها ممتلئة بالصديد

وقد يحدث التهاب البريتون بسبب امتداد العدوى اليه وقد يزاح الكبد

أو الطحال إلى الأسفل بسبب انسكاب القيح فوق الحجاب الحاجز على الجانب الأيمن أو الأيسر على التوالى وقد يظهر على الكبد انحلال دهنى

و يتضخم الطحال قليلا ويكون لبه ناعما ومتورما وتكون الغدد اللمفاوية التى توجدعند تفرع القصبة الهوائية متورمة وأوذيماوية

و يظهر على الكليتين ورم عكر

وقد يوجد فى بعض الاحيان خراج فى المخ ويكون موقعه غالبا فى الفص المؤخرى أو الفص الصدغى الوتدى

الانسكاب الهوائى فى الصدر ﴿ الاستروا ح ﴾

يحدث غالبا في البالغين الذكور أكثر من الأناث وقليل الحدوث فى الأطفال. و يندر أن يشاهد استرواح هوائى بمفرده داخل الصدر وغالبا يصطحب بإفراز سائلا كان أم صديديا

وهو ينشأ من إصابة نافذة فى الصدر و يصحبه فى هذه الحالة امفزيما تحت الجلد و يندر أن ينشا عن كسر فى الأضلاع وقد ينشأ عن انفجار البلورا من جهة الحجاب الحاجز نتيجة ورم خبيث فى المعدة أو القولون أو خراج في الكبد كما ينشأ عن تمزق الرئة نتيجة مجهود فى السعال أو مرض بالرئة كتجويف درنى أو بؤرة متجبنة أو مرض خبيث بها أوفى حالات الدبيلة

و إذا أدخلنا آلة بازلة فى التجويف الصدرى بين ضلعين ثم أزلنا البازل وتركنا الأنبوبة فان الهواء يخرج بقوة كافية لاطفاء عود ثقاب

و بفتح الصدر نرى أن المنصف الصدرى والتامور قد تزحزحا من مكانيهما إلى الجهة المقابلة و يلاحظ أن القلب لم يدر و يستمر حافظا لاوضاع أجزائه بالنسبة

لبعضها كما لو كانت الحالة طبيعية وقد نجد بعض السائل المصلى أو الصديدى والتهابا بالأغشية وقد نجد سبب الاسترواح . وتكون الرئة عادة منكمشة ومتليفة

اورام البلورا

يندر فيها أيضا الابتدائية وهى عادة سرطانية أواندوثوليومية أو ساركوما واما الثانوية فتحدث أحيانا وسببها إما امتداد من ورم رئة مصابة بالسرطان أو من ورم بمنصف الصدر أو من تسرب الورم من جهة أخرى وخصوصا من سرطان الصدر

ويشاهد على الجثة هزال شديد وقد يلاحظ تضخم فى غدد العنق أو تحت الأبط وعند التشريح يشاهد وجود سائل بكيس البلورا يكون غالبا مدمما

خراج المنصف الصدرى

يشاهد فى الذكور غالبا وفى المنصف المقدم وغالبا ما يكون سببه إصابة فى مقدم الصدر وقد يعقب الحمرة أو بعض الحميات الطفحية أو إصابة أو مرض بالمرىء أو القصبة الهوائية أو الشعب أو يكون نتيجة امتداد عفن من الرئة أو البلورا أو التامور أو القصبة أو العمود الفقرى أو يكون درنيا

وقد يمتد الصديد من الخراج الى البطن أو يخترق إحدى المسافات التى بين الأضلاع أو يأكل القص أو يصيب القصبة الهوائية أو المرىء

ويشاهد فى الجثة علامات التسمم الصديدى زيادة عن العلامات الموضعية

اورام المنصف الصدرى

اما سرطانية أو سركومية وتصاب فيها الرئة أيضا وفى معظمها تصاب الغدد الأمامية ومنشؤها أما الغدة التيموسية أو الغدد اللمفاوية أو الرئة أو البلورا ويصاب بهذه الأورام الذكور أكثر من الاناث مابين سن ٣٠ و ٥٠ سنة

١ — الورم السرطانى بالمنصف الصدرى

يظهر هزال على الجثة وتتمدد أحيانا الأوردة السطحية فى الصدر والرقبة وأحيانا أحد الذراعين أيضا وقد تظهر أوذيما بجدار الصدر ويوجد عادة ازرقاق وتورم بالوجه والرقبة

وعند التشريح يشاهد ازدياد قليل فى السائل الذى يحتويه التجويف التامورى ويضمر القلب وقد يحيط الورم بالأورطى وبالشرايين الرئوية ويضغط عليها بدرجات متفاوتة وقد يكون هناك ضغط على الوريد الأجوف النازل مصحوب بانسداد جزئى

وتحتوى القصبة على سائل رغوى مدمم وقد تكون مضغوطة فى نهايتها السفلى

ويشتمل التجويف البلوراوى على سائل مدمم وقد ينمحى بأكمله بسبب الالتصاقات وربما يصل إلى البلورا فينتشر بها ويلتصق بجدار الصدر كما ينتشر بالسمحاق والعظم

ويشغل الورم عادة المنصف الصدرى المقدم وتقع كتلته الرئيسية الفصيصية الغير المنتظمة فوق جذر إحدى الرئتين عادة وقريبا جدا من الشعبة وهو يمتد لمسافة متفاوتة على امتداد الشعبتين فى الرئة ويحيط بالأوعية الدموية ويضغط جدرها بدون أن يصيبها غالبا . ولدى قطعه يرى الورم صلبا وأبيض ويظهر فى وسطه نخر جسيم وفى بعض الأحيان تشاهد إحدى الشعب فاتحة وسط الورم أو قد يظهر الورم داخل إحدى الشعب الكبيرة إما بشكل قرحة أو يبدو وما يزال مغطى بالغشاء المخاطى السليم . وقد يمتد الورم فيعبر الخط المتوسط ويصيب جذر الرئة الأخرى

وتختلف حالة الرئتين فقد تكونان مضغوطتين فقط أوقد تهبط بسبب انسداد الشعب الهوائية وينشأ عن الضغط الخفيف أو الانسداد البسيط زيادة فى التمدد وقد يجتمع الهبوط والأمفزيما فى اجزاء مختلفة من الرئة الواحدة ويظهر على الرئة التى تنجو من الإصابة أمفزيما تعويضية

ويشاهد تمدد الشعب فى أغلب الحالات وإذا سدت إحدى الشعب فإن جزءها الأسفل المتمدد يكون ممتلئا بمخاط نصف جيلاتينى ذى لون ضارب للسمرة

وقد يسبب الضغط على الأوردة الشريانية احتقاناً ظاهرا وأوذيما فى الرئتين أو فى إحداهما فقط

ولا تظهر على المعدة أو الأمعاء علامات مميزة . وقد تحتوى الكبد على عقيدات من الورم وتبرز هذه العقيدات على سطحها فى كتل ذات لون أبيض مائل للصفرة وعند قطعها يتبين أن هذه العقيدات لها نفس تركيب الورم الأولى ويكون الجزء الأوسط منها متنخراً وقد يعثر على عقيدات منفصلة ومتفرقة فى جميع الكبد وأحياناً ترتشح الكبد ارتشاحا تاماً بالورم . اما مادة الكبد التى بين الاورام فتحتقن احتقانا مبقعا وغير منتظم

وقد ينتشر الورم احيانا فى الطحال

وقد يعثر على عقيدات من الورم في الكلية التى لايظهر عليها فيما خلا ذلك أى تغيرات مميزة

وقد يرتشح الورم فى السحايا أو فى جوهر المخ

٢ — سركوما الغدد اللمفاوية بالمنصف الصدرى

لاينشأ عن السركوما الأولية للغدد اللمفاوية بالمنصف الصدرى عادة أى تسرب إلا فى الغدد اللمفاوية وتوجد الأعراض المميزة الوحيدة في الصدر

ويحتل الورم عادة المنصف الصدرى المقدم ويظهر فى شكل ورم فصيصى غير منتظم ذى حجم كبير غالباً وقد يوجد ملتصقاً تمام الا لتصاق بما حوله من الأنسجة ـ ولدى قطعه يرى لونه أبيض ولكنه كثير الأوعية وهو عادة لين الملمس يخرج عصير مبيض اللون من سطحه المقطوع و يشاهد الورم ملتفاً حول القصبة الهوائية والشعبتين والأوعية الدموية الكبيرة وغيرها ومفرطحها ولكنه لايخترق جدرها عادة . أما التامور الجدارى فقديرتشح بالورم وبذلك يصبح القلب وقد أحيط بالورم من كل جانب وفى مثل هذه الحالات تظهر تغيرات ضمورية على القلب و يحتوي الكيس التامورى على كمية قليلة من سائل صافى اللون وفى بعض الحالات تمتد الإصابة إلى القلب ذاته

وقد تتفرطح القصبة الهوائية عند أو باقرب من تفرعها وقد يضغط الورم على إحدى الشعبتين الرئيسيتين فتتفرطح أو تضيق كثيرا وقد تتمدد الشعب الهوائية إلى درجة كبيرة وقد يظهر على الرئتين أى تغير من التغيرات السالف ذكرها

الفصل الخامس

امراض الجهاز الهضمى

غنغرينا الفم

تكون الجثة عادة لطفل بين السن الثانية والخامسة من العمر وغالبا لأنثى وتكثر هذه الأصابة بين أطفال الطبقة الفقيرة فى الأحياء المزدحمة بالسكان من المدن الكبيرة ويغلب أن تصيبهم فى دور النقاهة من حمى كالحصبة غالبا وقد تحدث بعد الحمى التيفودية أوالقرمزية .ويشاهد على الجثة من الظاهر نهوكة بالغة ويشاهد بالفم إما بداخل الخد أو باللثة قرحة قذرة حولها احمرار وفى وسطها جزء متقنغر أسود اللون ويسيل منها صديد كريه الرائحة وقد تشاهدعظام الفك وأحيانا عظام الوجه متآكلة فى قاع القرحة وقد تشاهد هذه القرحة أحيانا باعضاء التناسل

ويشاهدمن الداخل وجود التهاب رئوى غالبا وأحيانا تشاهد أعراض تسمم دموى عفن أو صديدى

سرطان المرىء

العلامات الظاهرة — تكون الجثة عادة لرجل تزيد سنه عن الخمسين غالبا ولكن قد يشاهد فى النساء أو فى الأشخاص الأصغر سنا وتكون الجثة فى حالة هزال شديد وربما تكون قد عملت له عملية الناسور المعدي—أما العلامات التى يعثر عليها فهى علامات الكاشكسيا كالتى تحدث فى حالة أى مرض خبيث مضافا إليها علامات عدم التغذية

العلامات الباطنة — تنشأ الوفاة عادة من الإصابة الموضعية التى توجد غالبا في الثلث الأوسط أو الثلث الأسفل من المرىء — ويكون الورم عادة من نوع الخلايا البشرية (أبثيليوما) ويكون لينا ومتقرحا ويشاهد المرىء أعلا الورم متضخما ومتمددا . وقد يصل التقرح إلى القصبة أو الشعبتين أو النسيج الضام المجاور أو التجويف البلوراوى أو إلى أحد الأوعية الدموية الكبيرة أو الفقرات الظهرية أو التامور فإذا حدث التقرح فى القصبة أو الشعبتين نشأ عنه التهاب رئوى شعبى عفن — أما إذا وصل إلى النسيج الضام فإن القيح المتكون منه قد ينتشر فى الأنسجة الرخوة ويتجه إلى الأسفل متخذا طريقه فى الصدر . وأما إذا حدث التقرح فى البلورا مباشرة نشأ عن ذلك التهاب البلورا المصحوب بانسكاب صديدى (أمبيما) ويكون السائل الموجود في هذه الحالات مدما . وقد ينشأ نزيف مميت من تقرح يصاب به أحد الأوعية الدموية

ويعثر على أورام ثانوية فى الغدد اللمفاوية المجاورة ولكن لا ينتشر الورم فى مواضع بعيدة

التغيرات الرمية فى المعدة

قبل الكلام عن تشريح أمراض المعدة يجب أن ننبه الكشاف إلى التغيرات الرمية التى تحدث فى المعدة بعد الوفاة فإن المواد الغذائية الموجودة بها تتحلل بسرعة فتؤثر على غشائها المخاطى وتصبغه بلون أحمر أو أخضر يتغير فيما بعد إلى لون قاتم وأحيانا إلى أسود نتيجة التغيرات التى تحدث فى المادة الملونة بالدم وهذه التغيرات تطمس معالم العلامات المرضية التى قد تكون موجودة بها قبل الوفاة فاذا حدثت الوفاة أثناء الهضم فقد تذوب جدران

المعدة نفسها (أى تنهضم) وفى هذه الحالات يشاهد الغشاء المخاطى متضخما ولينا وذائبا وقد ينثقب الغشاء العضلى والبريتونى وهذه التغيرات . توجد عادة فى قعر المعدة وغالبا فى جدارها الخلفى قرب فتحة الفؤاد أى فى الجزء الذى يتجمع فيه الغذاء عند ماتكون الجثة ملقاة على ظهرها وقد تشاهد محتويات المعدة داخل البريتون نتيجة هذه التغيرات . وتميز هذه التغيرات الرمية من التغيرات الحيوية بعدم وجود علامات تدل على الالتهاب الحيوى بالمعدة أو البريتون أو تسمك بحافة الثقب

تمدد المعدة الحاد

يحدث هذا المرض الخطر قليلا لحسن الحظ وأغلب حالاته تحدث بعد العمليات الجراحية فى البطن وأحيانا فى أثناء مرض حاد كالإلتهاب الرئوى وفى بعض الحالات لايمكن العثور على سبب خاص . ويشاهد عند التشريح أثر العملية أو المرض الحاد الذى سبب هذه الحالة أن وجد وفيما عدا ذلك لايشاهد سوى تمدد كبير فى المعدة قد يصل بها إلى حافة الحوض ولايوجد بداخلها سوى سائل مائى ويلاحظ فى هذه الحالات وجود مساريقا طويلة . والاعتقاد السائد أن سبب هذه الحالات يرجع إلى انقباض الإثنى عشرى بواسطة الشد على المساريقا بسبب طولها

القرحة الهضمية الحادة

قد تحدث القرحة الهضمية المستديرة فى المعدة (فتسمى القرحة المعدية) أو تحدث فى الاثنى عشرى ويحدث انثقاب إحدى القرحتين علامات واحدة فى الحالتين عند التشريح

وأغلب إصابات قرحة المعدة توجد فى الفتيات مابين ١٥ و٣٠ سنة — أما قرحة الإثنى عشر فأغلب ماتكون فى الرجال ويوجد غالبا أثر التآم جرح ناشىء

عن عملية فتح بطن حديثة و ربما كانت هناك فتحة لأنبوبة تصريف وتكون العلامات الظاهرة نفس علامات التهاب البريتون العام الحاد وقد يظهر الطرامة (قذارة الأسنان) حول الفم والشفتين وتغور العينان والصدغان وتتمدد البطن وتظهر على جدارها بقع خضراء اللون ناشئة عن انحلال مبكر

وتظهر على أجهزة الجسم ذات النسيج الحشوى التغيرات الناتجة من الامتصاص العفن من الأمعاء . فيظهر ورم عكر على الكبد والكليتين والطحال الخ . وأهم العلامات المميزة توجد فى التجويف البطنى. وعند فتح المعدة تشاهد القرحة المعدية الحادة متعددة فى الغالب وقد توجد فى أى موضع من المعدة ولكنها فى أغلب الحالات توجد فى الحنية الصغرى بقرب فتحة البوّاب وعلى الجدار المقدم للمعدة . وقد تكون الفتحة قد أغلقت باللفف المتكون على السطح الملتهب ومع ذلك يمكن مشاهدتها . وتكون مستديرة أو بيضاوية وفى حجم القطعة ذات خمسة القروش أو أصغر قليلا وحوافيها محددة تماما وقاعها أملس والسطح البريتونى غير سميك أما قاعدتها فتتألف من الطبقات التى تحت الغشاء المخاطى أو الطبقات العضلية أو العميقة . وتكون الجدر مكونة من طبقات بعضها فوق بعض والطبقة الباطنية منها ترى تالفة بدرجة أكبر من الخارجية . ويوجد الانثقاب عادة عند إحدى حوافيها . و يكون فوق قاعدة القرحة بعض التغير البريتونى القديم و يدل التغضن المنتشر في الغشاء المخاطى على مكان قرحة ملتئمة

أما قرح الاثنى عشرى فتكون منفردة فى كافة الأحوال تقريبا وأغلب ما تكون فى الجزء الأول. وتكون هذه القرح صغيرة عادة وتمتد خلال كافة الأغشية فتبدو كأن جزءا من الغشاء قد أزيل . وأكثر مواضعها فى الجدار الأمامى

وتشاهد فى الحالتين لفائف الأمعاء متمـددة عند فتح البطن بسبب الشلل وتجمع الغازات . ويربط اللفاللفائف بعضها ببعض و يفقد البريتون لمعانه ويصبح أحمر اللون ومحتقنا . و يختلف مقدار الرشح و يرى متجمعا فى الأجزاء السفلى وهى الحوض وتحت الكبد إلى ناحية اليمين — والرشح إما أن يكون فبرينيا مصليا أو صديديا . وفى حالة القرحة المعدية قد يعثر على فضلات من الطعام وكذلك على دم متغير

ويظهر على الكبد التهاب بريتونى سطحى ولدى شقها تكون باهتة اللون متورمة .أما الطحال فتظهر ندف من اللف على غلافه و قد يتضخم و يلين قليلا . و يظهر على الكليتين و رم عكر . وقد ينتشر الالتهاب . فيشاهد التهاب بلوراوى مبكر ببلورا الحجاب الحاجز

القرحة الهضمية المزمنة

فى حالات القرح المعدية المزمنة قد يسبب النزيف الناشىء عن تآكل أحد الأوعية الدموية وفاة المريض . فاذا حدث انثقاب فان الالتصاقات السابقة ونحوها تحول دون التهاب البريتون التهابا عاما حادا و يتكوّن خراج موضعى — والقرحة المعدية المزمنة تكون عادة منفردة وهى تقع بقرب فتحة البوّاب وعلى السطح الخلفى . وقد تمتد بضعة سنتيميرات . وتكون حوافيها غير منتظمة وصلبة وقاعها أملس أو به آثار ندب و يمكن مشاهدة الشريان الذى حدث منه النزيف عادة. وتشتمل المعدة على دم . وقد يحتوى الاثنى عشرى الخ . على دم متغير أسود اللون وقد تحدث القرح التى تظهر على الجدار الخلفى للاثنى عشرى الوفاة بسبب

تآكل الشريان البنكرياسى الإثنى عشرى أو الشريان المعدى الإثنى عشرى. أما النزيف المميت من قرحة الإثنى عشرى فنادر

وفى حالة انثقاب الجدار الامامى للمعدة يحدث التهاب بريتونى حاد. وأما فى حالة انثقاب الجدار الخلفى فان القرحة تتصل مباشرة بتجويف البريتون الصغير وبذلك قد يشاهد خراج تحت الحجاب الحاجز به هواء

وقد تشاهد فى حالات نادرة التصاقات وناسور معدى جلدى فى منطقة السرة أو ناسور معدى معوى أو معدى اثنى عشرى وقد يتصل حتى بالتامور أو البطين الأيسر أو البلورا. وقد يشاهد أمفيزيما عامة بعد انثقاب القرحة المعدية

سرطان المعدة

تكون الجثة لرجل غالبا يتراوح عمره بين الأربعين والستين ويكون مصابا بالأنيميا المصحوبة بتلون الجسم بلون أصفر وأحيانا يظهر عليه اليرقان. وقد يكون الهزال على أشده وربما يتورم الكعبان

ويكون القلب ضامرا والأوعية التى على سطحه ملتوية أشد التواء. وتوجد أثيروما في الأوعية الدموية عادة فى هذه السن

وتكون الرئتان صغيرتين وتميلان إلى الهبوط عند مايفتح الصدر وبهما أمفزيما ضمورية. وقلما يعثر على عقيدات صغيرة تكون قد انتشرت من الورم

ويوجد السرطان غالبا فى المعدة قرب فتحة البوّاب كما توجد كتلة مستديرة قابضة حول نفس الفتحة. ويتقرح السطح المخاطى ولا يمتد الورم مطلقا إلى المعي الإثنى عشرى بل قد يمتد إلى الناصية الأخرى داخل المعدة نفسها وكلما بعد عن فتحة البوّاب كلما رق تدريجيا. وأكثر أنواع سرطان المعدة انتشارا هو النوع

الغددى ذو الخلايا الاسطوانية ويليه الكرسنوم النخاعى الرخو ثم السرطان اليابس المعقد ثم النوعى الغروي . فالنوع النخاعى الرخو يشبه شكله فصوص القرنبيط ويكوّن كتلة كبيرة بارزة فى تجويف المعدة وترتفع أطرافه بغتة من الغشاء المخاطى الطبيعى المجاور له وهو أكثر مايكون فى ناحية القلب. والنوع اليابس يرتشح فى جدار المعدة كله متخذا منه جدارا صلبا ومتقلصا وقد أطلق على هذه الحالة اسم المعدة الشبيهة بالزجاجة الجلدية—والنوع الثالث وهو ناشئ عن استحالة مخاطية للورم يكون لين ويميل إلى الامتداد داخل جدار المعدة مباشرة ويحدث أوراما ثانوية عامة فى البريتون أما بقية القناة المعوية فلا يظهر عليها من التغيرات إلا القليل

وتتضخم الكبد وتشتمل عادة على عقيدات من الورم مختلفة الحجم والعدد ترى منتشرة فيها وأحيانا لايبقى من نسيج الكبد إلا القليل . وتظهر عقيدات الورم على السطح فى قوام مستديرة بارزة ذات لون رمادى مائل للبياض وقد تكون أطرافها محززة وينخسف وسط العقيدة . ويتميز السطح بوجود خيوط منتشرة من سدى النسيج الضام.وعند قطعها تبرز العقيدات على السطح المشقوق من الكبد ويظهر النسيج الحشوى للكبد مشوها عند حافة كل عقيدة نظرا لضغط نمو الورم . ويكون نسيج الكبد قاتما عن المعتاد وقد يكون ملونا بالصفراء إذا كانت الغدد المتضخمة فى الشق البابى قد سببت انسدادا فى الحوصلة الصفراوية

ويكون الطحال صغيرا وغلافه متغضنا وتزداد نسبة النسيج الليفي به بسبب ضمور لبه وأجسام مليبجى . وتكون العقد اللمفاوية فى الثرب الصغير بقرب

فتحة البوّاب و فى الشق البابى مرتشحة بالورم . وقد ينتشر الورم فيصل إلى عقد أبعد من هذه وخصوصا التى تقع منها فى الصدر والغدد التى تعلو الترقوة اليسرى . وكذلك يظهر الورم في غدد المساريقا إذا امتد إلى البريتون

ويعثر في كثير من الحالات على أدلة لانتشار الورم فى المخ

التهاب الزائدة الدودية

هذا المرض أكثر شيوعا بين المراهقين وخصوصا من كان منهم دون العشرين من العمر وقلما توجد علامات لانفجار خراج انفجارا خارجيا وقد تشاهد زائدة دودية ملتهبة فى كيس فتق وتسبب خراجا ينفجر إلى الخارج

وقد توجد آثار لعملية حديثة . فإذا كانت الوفاة قد حدثت نتيجة تقيح الدم بالوريد البابى شوهد على الجسم يرقان شديد

وتحدث الوفاة بسبب تسمم الدم أو تقيحه وتكون العلامات فى أجهزة الجسم بصفة عامة عبارة عن علامات إحدى هاتين الإصابتين . وعند فتح البطن تشاهد الزائدة الدودية متغنغرة أومنثقبة ومصحوبة بالتهاب بريتونى عام أوخراج موضعى . فاذا كانت الزائدة الدودية موجودة فانها تكون سميكة جدا ومثقوبة فى جهة من جهاتها أو تكون قد تغنغرت بأكملها ويعثر عليها منفصلة فى صديد الخراج . وقد تحتوى على مواد برازية متجمدة

وقد يكون الخراج مفصولا فصلا تاما وممتلئا بصديد كريه الرائحة جدا ورائحته كالرائحة المميزة لعدوى باشيلس القولون . وقد يكون تجويف الخراج فى بعض الحالات مغطى بلفائف الأمعاء الدقاق المرتبطة بعضها ببعض بسبب الالتصاقات .

وأحيانا يتكون السقف من جدار البطن المقدم. وقد يكون الخراج في حفرة الحرقفة اليمنى أو فى الحوض . وقد توجد أوردة المساريقا التي تقوم بتصريف منطقة الزائدة الدودية ممتائة بجلط عفنة ربما تكون قد تقيحت فعلا — وفى مثل هذه الحالات قد تتجه الجلط المتقيحة إلى الأعلى فى الوريد البابى ثم إلى الكبد وتحدث خراجات ثانوية به (انظر فصل تقيح الدم البابى)

وأحياناً تمتد الإصابة إلى شريان فتحدث به نزيفاً ميتاً ، ومن المضاعفات التى تعقب العملية تخثر الدم فى الوريد الحرقفى أو الوريد الفخذى ؛ وقد تحدث الوفاة فى هذه الحالات بسبب سدادة الشريان الرئوى وتوجد الجلطة التى تكون قد تكوّنت فى حياة الشخص ثم أزيحت من مكانها مستقرة فى الشريان الرئوى عند مستوى تفرع القصبة عادة أو تكون سادة لأحد الفروع الكبيرة ولا تحدث تغيرات في الرئة فى هذه الحالات

الالتهاب الردبى

قد توجد أرداب الأمعاء فى مواضع مختلفة ، وإذا التهبت أعقبتها نفس سلسلة الأعراض التى تنشأ عادة عقب التهاب الزائدة الدودية

أرداب الأمعاء الدقاق — هذه الأرداب نادرة ويعثر عليها على طول الأمعاء من ناحية المساريقا. وتمتد فيما بين طبقتى المساريقا وتكون فى حجم الحمصة أو أكبر منها ؛ وقد توجد مصحوبة بتدرن الأمعاء وربما يعثر على أرداب خلقية فى الإثنى عشرى وتحتوى عادة على نسيج بنكرياسى فى طرفها الأصم

أرداب الأمعاء الغلاظ — تحدث هذه الأرداب فى أى مكان بين الأشرطة العضلية للأمعاء ، وكثيراً ماتدخل فى إحدى الزوائد الشحمية بالأمعاء وهى متعددة

ويحيط بها التهاب شديد وهى فى الواقع فتوق للغشاء المخاطى مابين أربطة العضلات فى الجدار ، وتحتوى على مواد برازية وتكون قابلة جدا للا ثتقاب وإحداث خراج وقد تتكوّن فتحة ناسور مع المثانة فتنشأ عن ذلك حالة التهاب المثانة الحاد وتحتوى المثانة على صديد وبراز وغازات . وقدتحدث إصابة صاعدة في الكليتين

ردب ميكل — هذا الردب وهو بقايا القناة السرية المساريقية قد يلتهب كالزائدة الدودية أو يسبب خنق جزء من الأمعاء التى تكون قد التوت عليها

الانسداد المعوى

وهو ينشأ عما يأتى : —

(ا) الاختناق — ويشاهد إما من التصاقات أو من بقايا غشاء المعى أو زائدة ملتصقة أو من ثقوب مساريقية أو ثريبة أو جيوب أو فتحات بريتونية أو بوق ملتصق أو ورم ذى سويق أو من اندغام معى فى جرح ناشىء عن عملية فى البطن

(ب) الانغماد — ويشاهد في الأطفال عادة وبفتح البطن يشاهد التهاب في البريتون أو احمرار فى الغشاء المصلى . وإذا حدثت الوفاة من الصدمة العصبية فى أول المرض فلا يشاهد إلا شىء قليل ، وأما إذا حدثت بعد مدة فيشاهد الجزء المصاب من الأمعاء كبير الحجم سميكا مكوّنا ورما مستطيلا وله دائر منحن . ويكون محتقنا ومتورما . وقد يكون لونه أزرق وفى الأحوال الحديثة لايشاهد الاحتقان ويكون مغطى بلمف وربما يمكن حل الانغماد . وأما إذا كان قد مضت عليه أيام فان الأجزاء تكون ملتصقة بعضها ببعض ولا يمكن جذب جزء المعى الداخل وقد يشاهد تنكرز أو تآكل فى الجزء المنغمد وهو إما لفائفى أعورى أو لفائفى قولونى أو لفائفى قولونى شرجى أو فى الزائدة وهو نادر الحدوث

(ح) وقد تشاهد ثنيـة أو عقدة و يحدث الالتواء المعوى فى الرجال غالبا فى سن مابين ٣٠ و٤٠ فى التعريج السينى أو القولون الأعور

(د) أجسام غريبة كنقود أو طاقم أسنان أوالديدان المستديرة

(ه) من أورام أو ضيق

(و) التواء لفائق شللى

وفى الحالات الحادة يظهر بالوجه شحوب وتغور العينان و يشاهد اللسان جافا والبطن منتفخا وخصوصا إذا كان الانسداد فى الأمعاء الغلاظ وعند فتح الجثة تشاهد العلامات السابقة مع علامات التهاب البريتون التى سيأتى ذكرها ، وقد توجد بالمعدة بقايا مواد برازية

اسهال الأطفال

تـكون الجثة لطفل يتراوح عمره بين الستة أشهر والسنةوتبدو عليها مظاهر الضعف الشديد ، فيكون الجلد متغضنا واليافوخ منخسفا ولون الجلدشاحبا أومزرقا وكثيرا مايوجد التهاب رئوى شعبي كما يشاهد فى أغلب أمراض صغار الأطفال ، وتـكون المعدة طبيعية ، ولا يوجد من العلامات فى الأمعاء إلا القليل ، فإذا كانت هناك إصابات واضحة فإن الغشاء المخاطى للأمعاء الغلاظ والدقاق يكون وارما و بقع باير و كذلك الغدد الـكيسية الوحيدة متضخمة،ويكون الغشاء المخاطي أحمر اللون وخصوصا فى قمم الغضون بينما يوجد هناك تقرح واضح للنسيج اللمفاوى مصحوب بمنطقة احتقان تحيط بكل قرحة وتنضم هذه القروح بعضها إلى بعض ولا يبقى فى بعض الأحيان من الغشاء المخاطى سليما إلا شقق ضيقة ، ومن الغريب مع ذلك أنه لايحدث انثقاب قط،وتتضخم غدد المساريقا وتـكون الـكبد فى حالة

استحالة دهنية . ويتضخم الطحال والمخ وأغشيته تكون إيناوية غالبا ويندر جدا أن يشاهد التهاب سحائى أو تخثر .

أما بقية الجسم فيكون طبيعيا

سرطان الامعاء

يشاهد السرطان غالبا فى الأمعاء الغلاظ فى قولون المستقيم أو القولون السينى ويكون عمر المتوفى من ٤٠ إلى ٦٠ سنة. والسرطان يكون من النوع ذى الخليات العمودية أو الأسطوانية وقد يحدث بسببه تسرب السرطان فى أعضاء أخرى من الجسم ولكن عند تقدم المرض . ويشاهد على الجثة هزال شديد وكاشكسيا وأنيميا متقدمة . وقد يسبب السرطان انثقاب الأمعاء وينشأ عنه التهاب البريتون

التغيرات الرمية فى الكبد

تتحل الكبد بسرعة بعد الوفاة ويتغير لونها تغيراً كبيراً فيصير أزرقا مائلا إلى السواد خصوصاً عند مواضع التصاقها بالأمعاء الغلاظ (القولون المستعرض) كما يشاهد بقع صفراء أو قاتمة اللون نتيجة ضغط الأضلاع عليها . وكثيراً ماتوجد بها غازات تتخل أجزائها بشكل واضح إذا ما وصل إليها الميكروب الخاص وهو الباشيلس الهوائى المغلف (أريوجنس كابسولاتس) وهذا ما يحدث غالبا بعد الوفاة ولكن توجد حالات حدثت فيها هذا التغير أثناء الحياة

سيروز الكبد

كلمة عامة : أهم التغيرات التى تحدث بالكبد فى السيروز هى (١) ازدياد فى النسيج الضام (٢) انحلال خلايا الكبد ، ولم يستقر البحاث على رأى ثابت فى أى التغيرين

يحدث أولا ، و يظهر أن الرأى يميل إلى الاعتقاد أن السبب الذى يحدث انحلال الخلايا هو الذى يسبب بانفعاله تزايد النسيج الضام،وتختلف مواضع تزايد النسيج، ويسمى نوع السيروز بحسب مواضع تزايده . فأحيانا يضم عدة فصيصات و يسمى السيروز الخشن وهذا النوع هو مايشاهد غالبا فى مرض تشمع الكبد الضمورى . وأحيانا يضم النسيج المتزايد فصيصا واحدا وهو مايشاهد فى مرض(هانو) . وأحيانا يتزايد النسيج على طول الأوعية الشعرية كما قد يتزايد بشكل غير منتظم وعام. وهذه الأنواع قد توجد مجتمعة فى الحالة الواحدة فلا يوجد حالات نشاهد فيها نوع واحد فقط

ويحدث غالبا عند ابتداء السيروز وتزايد النسيج الضام أن يتضخم الكبد ولكن إذا طال المرض وتليف النسيج وانقبض انكمشت الكبد وقل حجمها ،

ويحدث غالبا نتيجة هذه التغيرات اختلال في الدورة الدموية البابية بالكبد ينشأ عنها استسقاء بريتونى واختلال فى حركة اخراج الصفراء ينشأ عنها يرقان ، ويختلف حدوث هاتين العلامتين فى الأنواع المختلفة من السيروز ولكن يمكن القول بصفة عامة أن الاستسقاء يشاهد واضحا فى تشمع الكبد الخشن واليرقان فى تشمع الكبد المتضخم (مرض هانو)

تقسيم أنواع سيروز الكبد

يصعب تقسيم أنواع سيروز الكبد تقسيما وافيا بالغرض لنقص معرفتنا الحقيقية باسبابه فقد يمكن تقسيمه بالنسبة لمسبباته أو بالنسبة لعلاماته التشريحية والتقسيم فى الحالتين يختلف عن الآخر ، وسنذكر فيمايلى أهم أنواع السيروز من الوجهة التشريحية ، وإذا ما استبعدنا سيروز الكبد الناشىء عن الزهرى يمكن تقسيمه إلى نوعين مهمين وهما التشمع الضمورى أو الخشن (ليناك) والتشمع الصفراوى المتضخم (مرض هانو)

التشمع الضمورى او الخشن (ليناك)

يكثر حدوثه فى الأشخاص المدمنين على الخمر وقد يوجد فى حالات أخرى نتيجة الزهرى أو الدرن

وتكون الجثة عادة لشخص في الأربعين من عمره أو أكثر وبها شحم قليل تحت الجلد ولونه يبدو شاحباً — وقد تصطبغ ملتحمتا العينين بلون يرقانى ويظهر على الخدين والأنف بعض الأوردة الصغيرة وتتمدد البطن ، ومن المحتمل أن ترى الأوردة بسطحها واضحة وضوحاً غير عادى خصوصاً حول السرة

ويشاهد فى أغلب الحالات إستسقاء بريتونى ويكون السائل صافيا وفى لون القش ، وتختلف كمية هذا السائل اختلافا كبيراً ، ويكون البريتون سميكا وقاتما

ويظهر تمدد على الأوعية فى المرىء وخصوصاً في الجزء الأسفل منه، وتحدث الوفاة أحيانا بسبب تمزق إحدى هذه الدوالى الذى ينشأ عنه نزيف قاتل،وتشاهد نقطة النزف فى بعض الحالات عند التشريح ، ويجب البحث عنها بدقة فى الحالات التى يكون المصابون قد تقيئوا دما قبل وفاتهم

ويظهر على سطح المعدة أوردة متمددة وخصوصا فى الجزءالأسفل منها ويكون الغشاء المخاطى محتقنا وقد ينثنى فى شكل طيات ذات حواف سميكة وقد يتآكل وينشأ عن ذلك نزيف داخل المعدة وقد يصاب غشاؤها ببعض الالتهاب

أما الإثنا عشرى وبقية الأمعاء وأعضاء الجسم الواقعة فى منطقة تصريف الوريد البابى فيظهر على أوردتها احتقان شديد، وتكون محتويات الأمعاء مدممة . وتتضخم الكبد غالباً فى بدء المرض ثم يقل حجمها بعد ذلك ، وفى الحالات

المتقدمة من المرض قد يصل حجمها إلى أقل من نصف حجمها الطبيعى و يتغير شكلها و يكون سطحها محببا بحبوب خشنة والغلاف الذى يعلوها سميكا ومتصلا بشبكة النسيج الضام الذى يمر خلال الكبد فإذا قطع سطحها بدت مادتها أجزاء صغيرة يفصل كل منها عن الأخرى أجزاء متخللة عريضة من النسيج الضام ، و إذا كان النسيج الضام حديث التكوين كان لونه قرنفلياً ، أما إذا مضى وقت أطول على تكوّنه فيكون لونه رماديا ، وكثير من هذه الأجزاء يكون ذا حجم كبير ويشمل عدة فصيصات ويصطبغ نسيج الكبد بلون أصفر ضارب للسمرة نظراً للتغير الشحمى

ويتضخم الطحال و يحتقن وعند قطعه يتضح أن مادته صلبة وأن حرف الجزء المقطوع حاد و يظل مسطحا و يصير لون لب الطحال أحمر أرجوانيا داكنا، و فى الحالات التى يطول المرض فيها يكون لونه أسمر جليا، أما الأوعية الدموية فى الطحال فكثيرا ماتكون منضخمة وملتوية غاية الالتواء

تشمع الكبد الصفراوى المتضخم (هانو)

يحدث هذا المرض فى سن مبكرة وأكثره فى الذكور وأحيانا يشاهد فى الأطفال ، ولا يعرف سببه الحقيق إلى الآن وقد يكون نتيجة تسمم عفن مزمن كما قد تحدث نفس التغيرات من انسداد مجارى الصفراء بحصيات أو ضيق أو ضغط من عقد أو ورم خبيث

وتحدث الوفاة من النهوكة أو من نزيف قاتل أو من مرض مصاحب . وتشاهد الجثة مصطبغة بلون يرقانى قاتم وتكون الكبد متضخمة تضخما كبيراً وقد تزن من ٢٠٠٠ إلى ٤٠٠٠ جراما وسطحها أملسا أو محببا تحببا رقيقا ولونها أخضر

زيتونى قاتم وأجزاؤها متماسكة وعند قطعها يشاهد السطح مصطبغا بلون أصفر مائل إلى الخضرة و يشاهد النسيج الضام متكاثرا حول الفصيصات

ويكون الطحال متضخما وقد يصل وزنه إلى ٦٠٠ جراما أو أكثر . ولا يشاهد فى هذه الحالات استسقاء بريتونى

ضمور الكبد الاصفر الحاد

مرض نادر ولكنه شديد الخطورة و يكثر حدوثه بين سن ٢٠ — ٣٠ سنة وأكثر مايصيب النساء ، ومن أهم أسبابه الحمل وقد يحدث بعد الحمى التيفودية أو الإنفلونزا وأعراضه تنطبق على علامات التسمم بالكلوروفورم أو الفسفور ، و يشاهد على الجثة بعد الوفاة أنزفة بالجلد والأغشية المخاطية . وتكون الجثة مصطبغة بلون أصفر مائل إلى الخضرة . وعند فتحها قد يشاهد بالمعدة آثار دم وأنزفة من الأنف والكليتين والرحم والامعاء . وتشاهد الكبد صغيرة الحجم جداً ورقيقة مفرطحة و ينقص وزنها إلى النصف أو الثلث من وزنها العادى ويكون قوامها رخوا وغلافها متغضنا ولونها من الظاهر أصفر مخضرا و بقطعها يشاهد لونها أسمر أو أحمر ضاربا إلى الصفرة أو مبقعا وحدود الفصيصات غير واضحة فالأصفر لونها فى أدوار المرض الأولى والأحمر فى الأدوار المتأخرة . وقد يشعر بصلابة الكبد عند قطعها في الحالة الأخيرة . وقد يشاهد الطحال متضخما قليلا

خراج الكبد

يحدث خراج الكبد في الأحوال الآتية :

(١) الخراج الوحيد وقد سبق شرحه مع الدوسنتاريا الأميبية

(٢) خراج عفن نتيجة إصابة موضعية في حادثة .وقد يحدث خراج عفن فى الكبد مضاعفا لإصابة بالمخ

(٣) خراجات عفنة ناتجة عن تسمم دموى صديدى. وهى عادة متعددة وتصل إلى الكبد عن طريق الدم الشريانى . ولكن فى غالب الأحيان يصل الصديد إلى الكبد بطريق الوريد البابى نتيجة تقرحات بالأمعاء كما فى الحمي التيفويدية أو الدوسنتاريا أو التهاب الزائدة الدودية أو خراج الحوض إلخ . . فإذا وجدت خراجات من هذا النوع عند التشريح يجب البحث عن منشئها فى أفرع الوريد البابى . وقد تحدث هذه الخراجات نتيجة تخثر الدم فى الوريد البابى الذى ينشأ عن الضغط عليه بحصيات فى مجارى الصفراء ويعقبه التهاب أو تقرح

(٤) خراجات ناشئة عن مجارى الصفراء عند انسدادها بحصيات أو ورم خبيث وتقيح الأفراز نتيجة عدوى بباشيلس القولون غالبا

(٥) خراجات أخرى ناتجة عن عدوى الكبد بالفطريات كالإكتينوميكوزس أو تقيح كيس هيداتى . ويمكن تمييز هذه الأخيرة بوجود بقايا الأكياس بها. وتوجد فى خراجات الكبد أحيانا أجسام غريبة كأبرة أو حسكة سمك تكون قد وصلت من المعدة أو الأمعاء وفى هذه الحالة تكون هى المسببة للخراج . وقد شوهدت بعض الخراجات متصلة بالرئة أو المعدة أو الأمعاء أو التامور أو بالجلد

تشحم الكبد

يوجد نوعان من هذا التشحم وهما الرسوب الشحمى والاستحالة الشحمية أو الدهنية .وتشاهد حالات تشحم الكبد فى أحوال السمنة المفرطة وفى الكاشكسيا الناتجة من الأمراض المزمنة وفى أحوال الأنيميا المتقدمة والسل الرئوى وفى

الأشخاص المفرطين في تعاطى الخمر كما تشاهد في حالات التسمم بالفسفور أو الزرنيخ أو الكلوروفورم أو بعد الحميات الحادة وعند التشريح تشاهد علامات المرض الذى سبب التشحم وتكون الكبد متضخمة تضخما متناسباً فى جميع أجزائها وقد تصل حافتها إلى ما تحت السرة وتشاهد ملساء صفراء خالية من الدم . و بقطعها يشعر بجفافها وبتلوث السكين بالمادة الدهنية ويزداد وزن الكبد زيادة عظيمة ومع ذلك فلا يزيد ثقلها النوعى ولذلك تعوم على سطح الماء

ولا يشاهد فى أحوال تشحم الكبد يرقان بالجثة ولا يتضخم الطحال

الكبد الشبه النشوية

تشاهد الاستحالة الشبه النشوية فى الحالات المصحوبة بتقيح (صديد) مزمن كالدرن فى الرئة أو العظام أو فى الزهرى وأحيانا في الكساحة وفى كاشكسيا السرطان أو فى النقاهة المرضية من الحميات وتشاهد فى الجثة علامات المرض الذى سبب حالة الكبد . وتكون الكبد متضخمة جدا وقد يصل وزنها إلى سبعة كيلوجرامات وتكون صلبة ومتماسكة واينماوية ومرتشحة ونصف شفافة و إذا لونت المادة الشبه نشوية بمحلول يودى مخفف تعطى لونا أسمر قاتما

اليرقان الكبدى العفن والتسممى

هذا النوع يشاهد فى الحميات كالحمى التيفودية والالتهاب الرئوى والحمى الصفراء والزهرى أو من سموم كالكلوروفورم ومشتقات الزرنيخ المركبة ورابع كلورور الايثين ومركبات الزرنيخ الغير العضوية والفسفور إلخ : وفي ضمور الكبد الأصفر الحاد والتسمم البولى

وفى هذه الحالات قد يشاهد البراز أصفر اللون كما قد تشاهد استحالة الكبد أو تشمعها وضمورها مع استسقاء زقى . و تشاهد الجثة مصطبغة بلون يرقانى ماعدا المخ والنخاع الشوكى . وتوجد أنزفة والتهاب بالقناة الهضمية وخصوصا المعى الإثنى عشرى و بالكليتين

وفى حالة التسمم بالزرنيخ تكون الاستحالة الشحمية أوالدهنية واضحة جدا

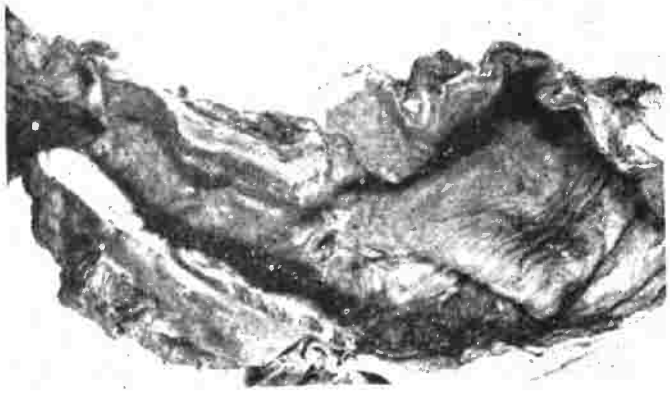
يرقان الاطفال

يبحث فى النوع الخطر منه عن عدم التكون الخلقى للقناة الصفراوية المشتركة أو القناة الكبدية وعن الالتهاب الكبدى الزهرى الخلقى أو عن التلوث العفن المصطحب بالتهاب الوريد السرى العفن . وقد يصطحب هذا المرض بنزيف من الحبل السرى فتلاحظ علاماته

ويلاحظ فى هذا النوع من اليرقان أن المخ والنخاع الشوكى قد يصطبغان بالصفرة . هذا عدا مايشاهد طبيعيا من الاصفرار فى أنسجة الجسم و إفرازاته . وأما البراز فيكون ملونا لونا خفيفا بخلاف حالته فى النوع البسيط الذى يكون فيه البراز خاليا من اللون

الحصيات الصفراوية

تلاحظ حالة القلب في حالة الوفاة فى أثناء نوبة مغص صفراوى فقد توجدبه استحالة شحمية تكون سبب السنكوب . ويشاهد تمدد بالحويصلة أو التهابها قد يكون غلغمونيا . وتنشأ الوفاة عن التهاب بريتونى بسبب انثقاب الحويصلة وقد يمتد التلوث للبنكرياس أو لقناتها أو للكبد



شكل — ٨

سرطان المعدة

(انظر صفحة ١٧٩)

وفى حالة الالتهاب الصديدى للحويصلة قد تنفجر الحويصلة فى الوريد البابى أو الشريان الكبدى أو المعدة أو الأمعاء أو الكلية أو التامور وينشأ عن ذلك خراجات ونواسير بينها وبين الأجزاء المجاورة وقد تنفجر فى الجلد . وقد تشاهد الحويصلة متكلسة أو ضامرة أو بها جيوب بإحداها الحصيات

وهى تشاهد غالبا فى أناث تتراوح سنهن مابين ٣٠ و٦٠ سنة وقد يوجد بعضها فى الكبد أو فى القنوات الكبيرة ولكنها غالبا ماتكون فى الحويصلة .

سرطان الكبد

ينشأهذا السرطان فى الغالب ثانويا لسرطان فى عضوآخر من الجسم والابتدائى نادر . وهوأشكال منها العقدى ويظهر بشكل عقدمتناثرة فى الكبد والوحيد وهو يشغل إما فصاباً كمله أوجزءا كبيراً منه ونوع ينتشر بشكل عدة أورام صغيرة تسريية . ويوجد نوع من السرطان معروف بالسرطان والتشمع حيث توجد عدة أورام بالكبد مصطحبة بازدياد فى النسيج الضام فى جميع أجزائها . ويشاهد مع سرطان الكبد عادة تضخم بالطحال واستسقاء وأوذيما عامة بالجسم وتحدث الوفاة بعد ابتداء المرض بمدة قليلة

وأما السرطان الثانوى فقد يصل حجم الكبد المصابة به إلى ١٥ أو ١٦ كيلو جراما وتنتشر الأورام في جميع الكبد ويندر أن تقتصر على فص واحد . وهى ترى بارزة فوق سطح الكبد ومنتشرة به وتكون صلبة عادة وعند قطعها يرى سطحها أبيض سنجابيا أونزفيا وقد تنفجر الأوعية الدموية فيحدث نزيف فى البريتون أو الحويصلة الصفراوية

والسرطان الثانوى يكون من نوع السرطان الذى انتقل منه وغالبا من النوع الأسطوانى أو ذى العيون وقد تشاهدفيه استحالة شحمية أونزيف أوتقيح

وقد تشاهد أورام أخرى كالسركوما وغيرها . ويشاهد على الجثة نهوكة متقدمة وفى حالات كثيرة يلاحظ اصطباغ الجثة بلون يرقانى . وقليلا مايوجد استسقاء بريتونى . ويشاهد البطن منتفخا خصوصا في جزئه الأعلى وقد تشاهد أوذيما بالقدمين ولكن الطحال لايتضخم إلا نادرا

التهاب البنكرياس الحاد

ويحدث إما من الركود أو التلوث العفن بواسطة قنواتها أو بواسطة التسرب من بؤرة كالحويصلة الصفراوية أو من قرحة أو من الأمعاء أو بواسطة الأوعية اللمفاوية وقد يصطحب أمراض معدية كالتهاب الغدتين النكفيتين . وتكون الجثة غالبا لرجل بالغ

وتشاهد البنكرياس متضخمة ويوجد دم أو جلط دموية في الأنسجة التى بين فصوصها ، وتشاهد الأنسجة التى حولها مرتشحة بالدم . وقد يشاهد سائل فى الكيس البريتونى الصغير وتنخر (نيكروز) شحمى فى الشحم الذي خلف البريتون وفى المساريقا وتكون الغدة نفسها منتفخة وبالقطع فيها يرى النسيج الأساسى مبقعا ولون الغدة أسمر غامق وقد يشاهد بها أوذيما أحيانا

وقد يتقيح بعضها ويتخلف عن ذلك خراج بجوارها قد ينفجر فى المعدة أو فى ذى الإثنى عشرى أو البريتون أو يحصل تخثر فى الوريد البابى . وقد يشاهد علامات اليرقان أو الإسهال . وقد يوجد سكر فى البول . وقد يتغنغر البنكرياس

وأما النوع المزمن فيشاهد فيه أحيانا تليّف واضح بين الفصوص أو بين الفصيصات المجهرية

اكياس البنكرياس

قد يكون سببها العنف كالضرب على البطن أو الضغط المستمر. وقدأعقبت حادثة التدليك القاسى ويشاهد فى هذا النوع أن السائل الذى يحتويه الكيس إما مدمم أوأصفر أورائق

وقد تعقب أحوالا التهابية وهى إما أكياس انحباسية أوتكاثر أورام كيسية غددية أوأكياس كاذبة وهى السابق ذكرها آنفا وهذه الحال تصطحب بنزيف وسائل فى الكيس البريتونى الصغير وقد تسبب بحجمها ضغطا على مجارى الصفراء وينشأ عنها يرقان ويشاهد على الجثة عادة ضعف وهزال شديد

أورام البنكرياس

السرطان أكثرها حدوثا ويليه السركوما والورم الغددى فاللمفوما والأخيران نادران . ويشاهد على الجثة نهوكة شديدة وانتفاخ بالبطن ويرقان شديد ثابت

التهاب البريتون العام الحاد

يظهر على الجثة هزال بسبب سرعة فقد السوائل من الجسم بواسطة القىء. وتغور العينان وينكمش الجلد وتتمدد البطن وفى بعض الحالات يرى جرح حديث لعملية فتح البطن . وقد تكون العملية هى سبب الالتهاب البريتونى أو تكون قد أجريت لعلاجه . وقد يشاهد أحيانا وجود إصابة ثاقبة لجدار البطن

ويتغطى اللسان بطبقة بيضاءأو سمراء وقد يكون كثير التشقق . ولدى فتح البطن ترى لفائف الأمعاء متمددة ملتصقا بعضها ببعض بواسطة اللمف وقد يضغط الحجاب الحاجز إلى الأعلى . أما حالة البريتون بالضبط فتختلف باختلاف السبب الحقيقي للحالة ويشاهد رشح داخل البريتون قليلاأو كثيراً كما قد يكون صافياً أو عكراً أو صديديا أوعفنا وقد يوجد نوع نزفي

ويجب البحث عن سبب الحالة فقد لا يكون هذا السبب واضحا فى بعض الحالات على أنه يجب ألا يغرب عن البال أن وجود بؤرة تقيح خفية كالتهاب الأذن الوسطى الناشىء عن ميكروب البنومو كوكس قد يؤدى إلى التهاب البريتون . ومن أكثر أسباب إلتهاب البريتون مايلى : —

فى النساء — إصابات الحوض الكثيرة كالتسمم عقب الولادة وخراج الحوض والتهاب قناة فلوب السيلانى وخراج الرباط العريض وهى قد تؤدى بسهولة إلى التهاب البريتون ولذلك يجب البحث عن هذه الاصابات . ومن جهة أخرى فالانثقاب الذى ينشأ عن أحد الأسباب المختلفة كجرح خارجى أو بسبب قرحة الإثنى عشرى أو بالمعدة أو بسبب الحمى التيفودية الخ ... كثير الحدوث . وقد يكون إلتهاب البريتون أحيانا ناشئا عن عدوى فى أثناء أجراء عملية كعملية استئصال الزائدة الدودية ويكون هذا الالتهاب فى الغالب خاتمة مرض خبيث

وتكون محتويات الأمعاء سائلة وتحتوى المعدة إما على مخاط ملوث بالصفراء أو سائل أسمر قاتم له رائحة البراز وهو بقية القىء البرازى الذى تقيأه المريض فى حياته

ولا توجد سوى بعض علامات قليلة أخرى تستحق الذكر فى أجهزة الجسم الأخرى غير العلامات التى تحدثها الإصابة الموضعية على أنه يجب التنبيه إلى أنه كثيراً ما تكون هناك إستحالة فى عضلة القلب لدرجة محسوسة وتكون كمية البول فى المثانة قليلة ومشتملة على مقدار كبير من الأندىكان

وقد تشاهد أدلة على الإمتصاص العفن كتضخم الطحال ولينه وورم الكبد والكليتين ورما عكراً

التهاب البريتون الموضعى

يحدث الالتهاب البريتونى الموضعى فى ثلاث مواضع مهمة

(١) التهاب البريتون فيما يلى الحجاب الحاجز وقد يكون امتداد الالتهاب بلوراوى ناشىء من إصابة صديدية أو درنية أو سرطانية أو قد يكون بسبب إصابة الكبد بسرطان أو كيس هيداتي أو خراج أو إصابة الحويصلة المرارية

وقد تشاهد الإفرازات الالتهابية والنزيف فى البريتون الأصغر فقط خصوصا فى الحالات الدرنية وقد يلتهب هذا البريتون بانثقاب المعدة أو ذى الإثنى عشرى أو القولون . وحذار من خلط التهاب الكيس البريتونى الأصغر وامتلائه بالدم أو الإفرازات الالتهابية بالكيس البنكرياسى لاسيما فى حالة إصابة البنكرياس بعنف أو نزيف

ويوجد نوع من الخراج الذى تحت الحجاب الحاجز به هواء وهذا قد يختلط بالانسكاب الهوائى الصدرى (الاستر واح الصدرى) . وهذا الخراج يكون سببه قرحة معدية أو إثنى عشرية أو خراج فى الزائدة الدودية أو سرطان فى المعدة أوالتهاب رئوى أو انسكاب بلوراوى صديدى ويندر أن يكون سببه إصابة عنف او انثقاب خراج كبدى أو كلوى أو إصابة أو خراج الطحال أو كيسا فى البنكرياس

(٢) ومن أسباب الالتهاب البريتونى الموضعى فى الذكور غالبا التهاب الزائدة الدودية ومكان الالتهاب يختلف بحسب موقع الزائدة وبناء عليه قد تشاهد الالتصاقات والانثقاب والخراج فى الحوض أو على يسار الخط المتوسط فى المنطقة الحرقفية أو فى الربع الأيمن الأسفل المنطقة السرية أو فى الحفرة الحرقفية اليمنى . والمجلس الأكثر وجود الخراج به على العضلة البسواسية

وقد ينحصر الخراج تماما ونجد عند التشريح الزائدة منطمسة فى وسط كتلة نسيج ندبى متين

(٣) ومن أسباب الالتهاب البريتونى الموضعى الالتهابات التى حول الرحم وأبواق فالوب التى يسببها السيلان أو التسمم العفن النفاسى أو الدرن و يكون السبب غالبا التهاب البوق . فيشاهد الأطراف الهدابية ملتصقة بالمبيض وببعضها مع زيادة فى سمك الأجزاء حتى أنه يصعب أحيانا تمييز المبيض أو البوق الذى يشاهد متمددا وممتلئا بمادة جبنية أو بصديد. وقد تشاهد عدة خراجات فى الرباط العريض وقد ينشأ عن انفجار البوق التهاب بريتوني عام . وفي حالة الدرن قد يسببه الامتداد الالتهابى

الالتهاب البريتونى المزمن

هو على أنواع كالالتهاب البريتونى الالتصاق الموضعى والمنتشر والازرارى والبزفى وهو ينتج عادة عن إصابة حادة من الإصابات التى ذكرت تحت الالتهاب البريتونى الموضعى

أورام البريتون

سرطان البريتون يكون عادة ثانويا لسرطان المعدة أو الكبد أو الأحشاء الحوضية وإن كانت قد ذكرت حالات سرطانية إبتدائية . و يصطحب السرطان بالتهاب البريتون . والأورام تكون مستديرة ومتناثرة وقد تكون كبيرة أو صغيرة ، والكبيرة تكون منبعجة فى الوسط وقد يحدث تغير غروى ويصل لحجم كبير يزن حوالى ٥٠ كيلو جراما وهو يشاهد فى النساء غالبا وفى سن متقدمة .

الاستسقاء الزقى

يشاهد فى التهابات البريتون البسيطة والسرطانية والدرنية وفى الإنسداد البابى فى أفرعه بداخل الكبد كما فى التشمع والزهرى والاحتقان السلبى المزمن وفي غيره كالضغط على الوريد فى الثرب المعدى الكبدى بالالتهاب البريتوني الإزرارى أو الأورام الصغية أو الأنورزم أوفى تخثر الوريد البابى أوأورام البطن كورم المبيض الجسيم والطحال من اللوكيميا. وتوجد أسباب عامةللاستسقاء الزقى كأن تكون جزاءمن استسقاءعام كما فى مرض القلب والكلى والأنيميا المتقدمة

والسائل عبارة عن مصل رائق أصفرخفيف و ثقله النوعى لايتجاوز ١٠١٠ر١ أو ١٠١٥ر١ بينما يصل ثقل السائل فى الكيس المبيضى والتهاب البريتون المزمن إلى أكثر من ذلك . والسائل زلالى وقد يتجمد من تلقاء نفسه فوريا وقديشاهد به دم فى الاحوال السرطانية أو الدرنية وأحيانا فى تشمع الكبد وفى حالات انفجار الحمل البوقى

والاستسقاء الكيلوسى قد يشاهد فى الأورام والتدرن وأمراض القناة الصدرية أو الجهاز اللمفاوى أو الأسباب السابق الإشارة إليها آنفا

والسائل إما أن يكون لبنيا أودهنيا أو عكرا بسبب استحالة الخلايا الدهنية أومواد كيماوية غير دهنية والسائل يكون أبيض مصفرا و به كريات دهنيةوتتكون على سطحه طبقة قشدية عند تركه مدة وثقله النوعى اكثر من ١٠١٢ر١ ومحتوياته الدهنية وافرة

التشنج النفاسى (الاكلمسيا)

يشبه هذا المرض فى علاماته ضمور الكبد الأصفر الحاد. وتكون الجثه لامراة وتظهر عليها علامات الحمل أو الوضع الحديث . وقد يعثر على أنزفة صغيرة نمشية

تحت التامور وتحت بطانة القلب ويتمدد القلب قليلا وتكون عضلته باهتة اللون ومترهلة

ويعثر على مخاط زبدى بمسالك الهواء العليا . وتكون الرئتان مأذومتين ومحتقنتين .

وقد يظهر على اللسان آثار عض أو رض . وقد تشاهد أنزفة صغيرة تحت الغشاء المخاطى فى المعدة والأمعاء . وقد تكون الكبد فى حجمها الطبيعى وحوافيها مستديرة وتشاهد أنزفة تحت غلافها — أما نسيج الكبد بصفة عامة فيكون باهت اللون

وفي الحالات المثالية لهذا المرض تظهر فى الكبد أجزاء متنخرة صفراء غير منتظمة تحوطها مناطق نزفية وفى بعض الحالات تكون الأجزاء المتنخرة دقيقة وتبدو كأنها بقع حمراء صغيرة جدا . وتكون الحوصلة الصفراوية ومجارى المرارة فى حالتها الطبيعية . وقد تكون هناك أنزفة تحشية مبعثرة تحت البريتون

وتتضخم الكليتان قليلا ولدى شقها ترى قشرتها باهتة ومنتفخة وقد تشاهد فى بعض الحالات بقع صفراء صغيرة ناشئة عن تغير النسيج الحشوى تغيرا دهنيا

وقد تظهر الأوذيما على المخ وقد تنشأ الوفاة فى بعض الحالات بسبب النزف المخى . ولا يظهر على الطحال أى تغيرات مميزة .

الفصل السادس

امراض الكليتين

الالتهاب الكلوى الحاد (مرض برايت)

يحدث هذا المرض من عدة أسباب أهمها :

الحميات المعدية كالحمى القرمزية والحمى التيفودية والحصبة والدفتريا والجدرى والجديرى والملاريا والكوليرا والحمى الصفراء والتهاب السحايا والحالات القرفورية والإصابات المزمنة (كالتدرن والزهرى) عند ماتحدث فى شكل حاد والسموم المختلفة كالذرارح والتربنتين والأمراض الجلدية أو الحروق المتسعة النطاق وأحيانا تسمم الدم من الحمل . فتشاهد عند التشريح علامات هذه الأمراض زيادة عن مرض الكلى

وتكون الجثة عادة لشخص صغير السن ويكون في الغالب طفلا . وتشاهد أوذيما واضحة بالأنسجة التى تحت الجلد بالجسم كله وهى أكثر وضوحا على الوجه الذى ينتفخ ويشحب لونه وقد تظهر بعض الكدمات على الجلد

ويزداد مقدار السائل الصافى في التامور ويكون القلب متمدداً وقد يكون متضخما فى بعض الحالات وتكون عضلته باهتة اللون ومترهلة

وقد يشاهد أوذيما بالمزمار وأحياناً بالثنيات الطرجهارية المزمارية وتحتوى القصبة على سائل رغوى والتجاويف البلوراوية على كمية قليلة من سائل صاف ويكبر حجم الرئتين ويتشبعان بالماء وعند قطعهما يخرج منهما ماء أوذيماوى وقد

يشتمل التجويف البريتوني على مقدار من السائل . وفى بعض الحالات تشاهد أوذيما بالأنسجة الواقعة خلف البريتون و بالأنسجة الضامة في التجويف البريتونى. أما القناة الهضمية فلا تظهر عليها علامات مميزة كما أن الكبد لاتبدو عليها تغيرات ما .

وتشاهد أهم الإصابات فى نفس الكليتين حيث تكونان متضخمتين وشديدتى الاحتقان ولدىٰ قطع إحداهما تنتفخ مادتها حتى تعلو على المحفظة و يسهل رؤية الخط الفاصل بين القشرة والنخاع وتكون القشرة متورمة و يزداد عرضها ويكون لونها قاتما في غالب الأحوال وتبدو جمّع الكلية كنقط حمراء صغيرة أما الأهرامات فتكون محتقنة ولونها أحمر دا كنا وفى بعض الأحيان توجد أنزفة صغيرة فى مادة الكلية وعلى سطح الكلية نفسها و يمكن نزع المحفظة بسهولة و يظهر تحتها سطح أملس له مظهر رخامى بسبب احتقان الأوردة النجمية الشكل وقد تحتوى المثانة على قليل من البول المدمم أوالداخن

وعند إزالة الأم الجافية يرى الغشاء العنكبوتى المغطى لسطح المخ أوذيماويا وكذلك تشاهد الأوذيما فى نسيج المخ . وتحتوي البطينات على مقدار من السائل يزيد عن المقدار العادى

الالتهاب الكلوى التحت الحاد

تكون الجثة لفتى صغير و يكون الجلد شاحب اللون بشكل واضح و بالجثة استسقاء عام وتصيب الأوذيما الأنسجة الواقعة تحت الجلد فى الجسم كله

وقد يشاهد تمدد بالقلب في بعض الحالات . وتنشأ الوفاة أحيانا عن التهاب التامور القبرينى .

و يظهر على المعدة التهاب مخاطى وقد تكون هناك علامات لالتهاب الأمعاء والقولون مصحوبة بكمية وافرة من المخاط العالقة بالغشاء المخاطى المحتقن . وقد شوهدت حالات التهابية قولونية متقرحة

الجهاز الكلوى — تتضخم الكليتان وتكون المحفظة فى كل منهما مشدودة و يمكن انتزاعها بسهولة تاركة سطحا أملس ذا لون أبيض رمادى تظهر فيها الأوردة النجمية الشكل بارزة ؛ ولدى شق الكلية ترى القشرة متسعة العرض ومتورمة وذات لون أبيض مائل للصفرة ، وقد تشاهد بعض بقع صفراء راجعة إلى الانحلال الدهنى للقنوات الدقيقة . أما النخاع فيكون أخف لونا من الطبيعى و يظهر متميزا عن القشرة الباهتة اللون نظرا لإحتقانه

وقد يظهر على المخ بعض الأوذيما السطحية وزيادة طفيفة في السائل الذى تحتويه البطينات

التهاب الكلية المزمن

يظهر على الجهاز القلبى الوعائى وعلى الجهاز الكلوى الإصابات المميزة لهذا المرض ؛ و يغلب فى مثل تلك الحالات أن تنشأ الوفاة عن التسمم البولى

وتكون الجثة لشاب يتراوح عمره بين ٢٥ و ٣٠ عاما ونحيلة بعض النحول و بها أوذيما قليلة

وتكون التغيرات أكثر وضوحا فى الحالات المزمنة . فيتضخم البطين الأيسر للقلب و يبدو على عضلته بعض التليف البقعى الناشئ عن نخانة جدر الشرايين الإكليلية — و يتضخم جدار الأورطي و يظهر عليه ورم هلامى بقعى

يكون أكثر تقدما عند فتحات فروعه التى بين الأضلاع وسواها ، وتظهر على الأوعية الدموية الكبيرة نفس هذه التغيرات

وقد يصاب المزمار والحنجرة بالأوذيما ، ويعثر على سائل رغوى فى القصبة ، وتحدث الوفاة فى بعض الحالات نتيجة استسقاء عام حاد فى الرئتين مصحوب بأوذيما شديدة وقد يوجد أحيانا مقدار وافر من السائل فى التجاويف البلورا وية ، وقد تحدث الوفاة كذلك بسبب الالتهاب الرئوى الشعبى فى بعض الحالات

ويشاهد على الجهاز الهضمى بعض التغيرات البسيطة التى ترجع إلى الالتهاب المعدى أو الالتهاب المعوى أو التهاب القولون الذى يكون أحدهما مضاعفا المرض

وتكون الكليتان صغيرتين ولا تزنان فى بعض الأحوال أكثر من أوقية ونصف أوقية أو أوقيتين (٤٥ — ٦٠ جراما) والمحفظة سميكة وإذا انتزعت ظهر تحتها سطح محبب بدرجة عامة ويكون حجم الحبيبات كبيرا وقطر كل منها ملليمتر واحد أو أكثر — ولدى شق الكلية تشاهد القشرة وقد نقص عرضها كثيرا وأصبحت حوافيها غير منتظمة ولونها أبيض مصفرا قاتما ويصعب التمييز بين النخاع والقشرة ويزداد الشحم فى حوض الكلية

التسمم البولى

التسمم البولى ليس فى الواقع مرضا قائما بذاته فقد يحدث فى كثير من أمراض الكلية

والعلامات التى تشاهد بالجثة وترجع إلى التسمم البولى فى ذاته قليلة جداً . وأغلب مايشاهد من العلامات يرجع إلى المرض الذى سبب حالة التسمم البولى وهو فى الغالب نتيجة التهاب الكلية المزمن .

فتكون الجثة لرجل فى الأربعين من عمره أو تزيد ، وقد تشاهد أوذيما تحت الجلد حول مفصل الكعب

ويتضخم القلب فى الغالب وخصوصا البطين الأيسر ويصير جداره سميكا جدا ، ويظهر على الشرايين الإكليلية عادة بعض الورم الهلامى البقعى ويصير جدار الأورطى سميكا جداً

وقد يوجد مقدار من سائل رغوى فى المسالك الهوائية ، وقد تصاب الرئتان باحتقان قاعدى مصحوب بأوذيما

وقد يشاهد تقيح بثغور الأسنان وتلتهب اللثة فى معظم الحالات وتتقيح ، أما مايعثر عليه من العلامات فى بقية القناة الهضمية فتكون علامات عسر الهضم المزمن فيصير الغشاء المخاطى المعدة سميكا وسطحه خشنا ويشاهد وجود مخاط عالق بسطحها وغالبا ما يكون الغشاء المخاطى للقولون ملتهبا ومتقرحا تقرحا طفيفا .

وتكون محفظة الكلية سميكة وقد توجد لاصقة بسطح الكلية الذى يكون محبباً وله مظهر السطح المبقع — أما الحبيبات نفسها فتكون باهتة وذات لون مصفر ويكون لون الانخسافات التى تقع بينها أحمر قانيا . وكثيرا ماتوجد أكياس صغيرة على السطح تحتوى علي مادة جيلاتينية أو مائيةوتكون الكلية على وجه الإجمال شديدة التماسك فإذا قطعت ظهرت القشرة ضيقة للغاية ويحتجب نسيج الكلية العادى تماماً ويظهر فى قوام مبقع أحمر ومختلط بعضه ببعض وتصير جدر الشرايين سميكة وتبرز الأوعية الدموية وخصوصا فى منطقة الحد الفاصل،ويقل عرض النخاع كالقشرة ، وتظهر على الأوعية الدموية عند سرة الكلية عادة تغيرات تصلب الشرايين ، ويكثر وجود أورام غددية صغيرة فى

الكليتين فى مثل تلك الحالات، ويبدو هذا الورم في القشرة على شكل أجزاء صغيرة صفراء اللون غير منتظمة وفى بعض الحالات تصاب الكليتان باستسقاء طفيف وتتضخم المثانة أحيانا وتظهر فيها الحزيمات العضلية واضحة

وتظهر بعض الأوذيما على سطح المخ ، وقد يعثر عليها أيضا فى مادة المخ ؛ وقد يزيد مقدار السائل الموجود فى البطينات . أما الأوعية الدموية المخية فتبدو عليها تغيرات الورم الهلامى بدرجة مختلفة . وقد يشاهد فى بعض الحالات نقط نزفية بالمخ

التهاب الكلية الصديدى

تكون الجثة غالبا لرجل إذ أن منشأ هذه الحالة بصفة عامة هو انسداد مجرى البول الأسفل ؛ ويظهر عليها علامات التسمم أو تقيح الدم

وقد يرجع الانسداد إلى ضيق مجرى البول؛ ويجب بذل عناية خاصة فى البحث عما يثبت هذا أو ينفيه وقد يكون تضخم البروستاتا سببا فى هذا الانسداد فيظهر على البروستاتا تضخم شيخوخى أو سرطان، والحالة الأولى أكثر شيوعا فى الرجال المتقدمين فى العمر ، وقد يشمل التضخم الفصين معا أو يصيب الفص الأوسط، فإذا تضخمت البروستاتا كلها صارت جامدة عند الشق وغلافها طبيعيا وسطحها ملمظهر السطح ذى الفصوص الصغيرة وقد تشاهد بها بعض الأكياس الصغيرة ويمكن إخراج سائل أبيض عكر من الأنابيب والغدد المتمددة بعصرها؛ وقد تحتوى هذه الأنابيب والغدد أيضا على بعض المواد المتحجرة مما يجعل للبروستاتا ملمس الرمل ، وإذا تضخم الفصيص الثالث الأوسط كان بمثابة الصمام العائق لفتحة مجرى البول ؛ فإن كبر حجمه قليلا أدى ذلك إلى الانسداد الكلى ؛ ومن المتعذر على العين المجردة أن تفرق بين سرطان البروستاتا فى أول أدواره وبين تضخم البروستاتا

ولـكن بعد الأدوار الأولى فى حالة السرطان يرتشح الورم فى غلاف البروستاتا ويغزو الأنسجة المجاورة ؛ ويكون الورم عادة رخوا وفى هيئة العقيدات

وتظهر على المثانة تغيرات مميزة إذا كان الانسداد راجعا إلى تضخم البروستاتا أو ضيق مجرى البول فيكون الجدار العضلى سميكا ومجموعة العضلات الواقعة تحت الغشاء المخاطى متضخمة وبارزة ومن الجائز العثور على جيوب ذات أكياس صغيرة فى قاع المثانة حيث انقطع العضل لفرط تمدده . وقد يتغطى الغشاء المخاطى كذلك بغشاء كاذب متقشر أسود اللون وعليه راسب من أملاح الفسفات ؛

ويكون البول فى المثانة عكرا وملوثا بالقيح ؛ وينشأ عن سرطان المثانة أحيانا تمدد أحد الحالبين أو الإثنين معا مع مايعقب ذلك من امتداد الإصابة إلى الأجزاء العليا للجهاز البولى ؛ وفيما خلا علامات التهاب المثانة لايلحق جدار المثانة أية تغيرات إلا فى المواضع التى يمتد إليها الورم

ويتمدد الحالبان ويثخن جدارهما ويحتقن فى كل منهما الغشاء المخاطى . ويشتمل مجراهما على صديد

ويمتلئ حوض الـكلية بالصديد (ويطلق على هذه الحالة اسم التهاب حوض الـكلية) وعند فتحه يكون الغشاء المخاطى خشنا أحمر اللون ومتورما

وقد تصاب الـكليتان بإصابات متفاوتة الدرجة فى الدور المبكر للاصابة الصاعدة فى مادة الـكلية يطلق على الحالة اسم التهاب الـكلية وحوضها . وتـكون الـكلية متضخمة ومتورمة ومادتها أوذيماوية ورخوة ومحتقنة ولدى شقها تشاهد خطوط مصفرة فى الأهرامات ممتدة إلى داخل القشرة ويحيط هـذه الخطوط أنسجة محتقنة . ويعثر فى القشرة على مجموعات من أجزاء مستديرة مصفرة اللون متباينة الحجم . ويبدو نسيج القشرة بين هذه الخراجات الصغيرة سليما

أما الحالات التى يتقدم فيها المرض فتظهر عليها إصابات أشد ويتجمع فى القشرة صديد كثير يصل إلى السطح ويبدو كأورام ذات لون مصفر عند نزع المحفظة ولا تكون الخراجات مورعة بانتظام وقد تتصل بالحوض أو تتصل بعضها ببعض وقد يتلف نسيج الكلية إلى حد كبير (التهاب الكلية وحوضها)

الكلية النشوية

هذه الحالة عبارة عن استحالة نشوية تشاهد فى أحوال الالتهابات الكلوية المزمنة الحشوية التى تعقب الحميات أو الأمراض المنهكة وهى حالة معتبرة جزءا من استحالة نشوية عامة كما فى أحوال الزهرى والدرن وأمراض العظام والنقرس والتسمم بالرصاص والكوليرا

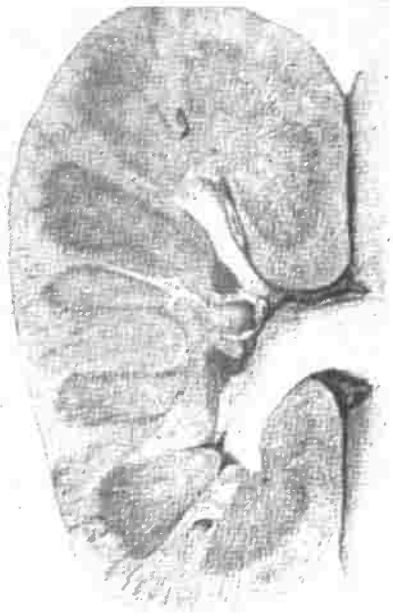
وتشاهد الكلية متضخمة شاحبة اللون ملساء السطح والأوردة النجمية واضحة . وبالقطع تشاهد القشرة كبيرة ولامعة وجمّ الكلية واضحةجدا بينما يكون لون الإهرامات أحمر قاتم . وإذا شبعت بصبغة اليود يشاهد بقع لونها ماهوجونى أو بلون الجوز

وقد تشاهد حالات تكون بها الكلا بحجم طبيعىأو صغيرة شاحبة ومحببة ويشاهد مع هذه الحالة تضخم القلب أحيانا

استسقاء الكلية

هو عبارة عن تمدد حوض الكلية وكؤوسها مع ضمورفىمادتها بسببتجمع سائل غير صديدى ينشأ عن انسداد بسبب خلق لشذوذ فى الحالباو مجرى البول

وينشأ الانسداد فىالبالغين بسبب حصاة أو ضيق فى الحالب الذى قد يكون سببه تلوث انتقل من بؤرة عفنة بعيدة كالوزتين وكذلك الأورام التى تضغط



شكل — ٩

التهاب الكلية التحت الحاد

(انظر صفحة ٢٠٢)

شكل — ١٠

التهاب الكلية المزمن (الكلية المحببة)

(انظر صفحة ٢٠٣)

على الحالب كأورام المبيض والرحم أو اشرطة ندبية ، وقد يحصل من الضغط على المثانة بانسدادها من الداخل بحصاة أو ورم أوتضخم البروستاتا أوضيق مجرى البول

وينشأ من الانسداد ضمور فى الكلية وتمدد . وفى الحالات المتقدمة تصير الكلية عبارة عن كيس مملوء بسائل قد يتقيح فى بعض الأحيان فيسبب حالة الاستسقاء الصديدى .

الاستسقاء الصديدى

أسبابه إما التهاب الحوض وإما استسقاء كلوى ويحدث فى حالتى الحصاة والدرن

الحصيات الكلوية

تشاهد الحصيات فى الحوض أو الكؤوس وقد تستمر عدة سنوات دون أن تسبب أعراضا خطرة على الحياة .وأهم آثارها الخطيرة هما : التهاب الحوض ، والاستسقاء الصديدى وقد سبق ذكر علاماتهما

اورام الكلية

الأورام الحميدة هى الليفية (فى الأهرامات) والأورام الشحمية والدرقمائية والليمفو آدونوما الورم الغددى اللمفى

وأما الأورام الخبيثة فهى السركوما (وتحدث فى الأطفال غالبا) والورم الكلوى (هيبرنفروما) وهو نمو النسيج الادرنيالى فى الكلى أو حولها وهذه الأورام إما كبيرة أو صغيرة ، والكبيرة تصطحب بتسرب سرطانى خصوصا في الرئتين.وفى أورام قشرة الغدة التى فوق الكلية يشاهد نمو غيرطبيعى فى أعضاء التناسل الظاهرة وأحيانا نمو فى الجسم والشعر فى الوجه والثديين في البنات

وقد يموت الطفل فجأة بتسرب قطعة من الورم إلى الشريان الرئوى أو الفتحة ذات الثلاثة الشعب فى القلب

الفصل السابع

امراض الدم والأجهزة المولدة للدم

الانيميا الخبيثة

تكون الجثة لرجل غالبا فى متوسط العمر و إن كانت الأنيمياتصيب الإناث أكثر من الرجال قبل سن الثلاثين . وأحيانا تصيب الفتيان. ولا يبدو على الجثة أى ضعف بل بالعكس يلوح أن صاحبها كان جيد التغذيةوقدتوجدبعض الأوذيما في الكعبين ويكون الجلد كله شاحبا ولونه أصفر فاقعا وقد يعثر فيه على نزف نمشى وخصوصا حول الساقين والكعبين

ويكون لون الشحم الذى تحت الجلد أصفر زاهيا يقابله لون العضلات الأحمر الضارب للسمرة ويكون الدم رقيقا جدا ومائيا

ويشاهد على سطح القلب عادة مقدار وافر من الشحم . وقد يوجد نزف نمشى على التامور وتكون عضلة القلب لينة ورخوة وذات لون أسمر مائل للصفرة وبها استحالة شحمية متقدمة، ويكون القلب خاليامن الدم

ولا يشاهد على الرئتين تغير ما وقد تشاهد أنزفة تحت البلورا وقد تظهر بعض الأوذيما فى قاعدة الرئة

وقد تظهر بعض البقع الملونة على الغشاء المخاطى للفم .أو يكون الفم مصابا بالتهاب متقرح وقد تظهر بعض القروح السطحية الصغيرة على حافة اللسان وتشاهد أحيانا حالات لتقيح ثغور الأسنان

و يبدو الغشاء المخاطى للمعدة باهت اللون جدا و رقيقا وضامرا، وقد يظهر على غشاء القناة الهضمية نفس هذه التغيرات ، وقد تشاهد أحيانا أنزفة صغيرة

وتتضخم الكبد قليلا، ويكون غلافها ناعما، و يبدو سطحها المقطوع فى لون أسمر ضارب للصفرة، وقد يتعتم نسيج فصوصها ، و يكون المادة ملمس الدهن وتنتفخ ، فتعلو قليلا على الغلاف وعلى الفرجات البابية . أما اللون فيكون منشؤه تغيرا شحميا مصحوبا برسوب مواد ملونة تشتمل على الحديد (الهيموسيدرين) فى الأجزاء الخارجية من الفصوص و يمكن إثبات وجود هذه المواد الملونة بوضع شريحة من الكبد فى محلول سيانور الحديد والبوتاسيوم مدة بضع دقائق، ثم نقلها إلى محلول حامض الايدروكلوريك (بنسبة واحد فى المائة) فينشأ عن هذا أن الحديد الخالص فى الكبد يلون الشريحة بلون زرقة بروسيا إذا عولجت بالطريقة السالفة . وتحتوى المرارة على صفراء سوداء اللون

و يتضخم الطحال قليلا، و يبدو شاحب اللون عند شقه، ويكون جامدا بسبب از دياد النسيج الليفى عادة، وفى بعض الحالات يعطى الطحال تفاعل زرقة بروسيا و تكون هذه الزرقة منتشرة فى العضو بأكمله

و تظهر على نخاع العظم تغيرات ظاهرة . ففى العظام الطويلة يمتلىء التجويف النخاعى بنخاع أحمر، لا يبقى للشحم الأصفر أى أثر، و يزداد عادة حجم التجويف، ويدل النخاع الهلامى الشكل ذو اللون الأحمر القانى على نشاط فى تكون كريات الدم الحمراء

ولا يبدو أى تغير بالغدد اللمفاوية للعين المجردة ولكن قد يتغير لونها فيصير أحمر قاتما

وتكون الكليتان باهتتى اللون ، و يمكن انتزاع غلاف كل منهما بسهولة تاركا وراءه سطحا ناعما، ولدى شق الكلية تنتفخ القشرة .و يرجع لونها الشاحب إلى الاستحالة الدهنية، وفى بعض الحالات تعطي القشرة تفاعل زرقة بروسيا، ويكون هذا التفاعل عادة فى خطوط بسيب راسب فى جدر القنوات الصغيرة الملتفة

الجهاز العصبى — يحتوى المخ على قليل من الدم، ولكن فى بعض الحالات توجد أنزفة شعرية صغيرة، وقد يظهر على الحبل الشوكى تغيرات انحلالية فى العمد المؤخرية الجانبية وقد تشاهد هذه التغيرات فى المخ

الدم الابيض (اللوكيميا) النخاعى الطحالى

تكون الجثة عادة لبالغ تتراوح سنه بين الثلاثين والخمسين ، وتكون الجثة فى الغالب لرجل وقد يكون هناك دم حول الفم أو الأنف، إذ أنه عند الوفاة يكون النزيف من الأنف واللثة شديدا فى الغالب، وقد تكون الأوردة التى تحت الجلد ستمددة وظاهرة وقد تشاهد أوذيما عامة مصحوبة بتجمع سائل فى الأكياس المصلية ولكن الأوذيما الموضعية فى الساقين والكعبين أكثر شيوعا . ويكثر حدوث غنغرينا فى مواضع مختلفة من الجسم

و يكون الدم باهت اللون عكرا

وتتمدد خزائن القلب وتمتلىء بجلطة دموية ، جزؤها الأعلى ذو لون أبيض ضارب للخضرة و براق، كما لو كانت قد امتزجت بصديد و يظهر على عضلة القلب تغير شحمى

وتصاب الرئتان عادة بالاوذيما وقد يعثر على مناطق نزفية صغيرة دالة بذلك على المواضع التى تكونت فيها جلط الدم البيضاء الدقيقة

ويظهر على الغشاء المخاطي المعدة بعض الضمور ، وقد تكون هناك بعض الأنزفة . وقد تشاهد عقد بيضاء فى الغدد الوحيدة وغدد باير بالأمعاء وكذلك بالمعدة والمساريقا والبريتون وكثيرا مايرى استسقاء بريتونى . وقد تتضخم الندة التيموسية فى الحالات الحادة

وتتضخم الكبد تضخما كبيرا ويكون الغلاف ناعم الملمس .وقد تشاهد بقع باهتة اللون وهى عبارة عن تجمع كريات الدم البيضاء التى فى الدم ؛ وقد يكون المظهر الميكروسكوبى لهذه البقع مشابها لمظهر نخاع العظم . ولدى شق الكبد يكون لونها ظاهر الشحوب ليس كالحالة الطبيعية ويرجع بعض هذا الشحوب إلى استحالة النسيج الحشوى للكبد استحالة دهنية والبعض الآخر إلى المناطق المتفرقة من ارتشاح كريات الدم البيضاء. ويكون موقع هذه الأجزاء عادة فى أطراف الكبد

الأجهزة المولدة للدم — يتضخم الطحال كثيرا فقد يبلغ وزنه عشرة أرطال بل قد وصل فى بعض الحالات إلى ١٨ ½ رطلا وتوجد حوله التصاقات ويثخن غلافه وفى بعض الحالات تحدث الوفاة بسبب تمزق الطحال الذى قد يحدث من تلقاء نفسه.وتزداد مقاومة الطحال للقطع ويكون السطح المقطوع ذا لون أحمر مائل للسمرة ومتجانساً ولا تشاهد أجسام ملبيجى ويرتفع اللب عن الغلاف وعن العوارض ، وتوجد أحيانا مناطق رمادية ناشئة عن سدة دموية

وقد تتضخم الغدد اللمفاوية قليلا

أما نخاع العظم فيتغير تغيرا تاما فلا يبقى من النخاع الأصفر الطبيعى شىء والتجويف النخاعى — الذى يتضخم أحيانا — يمتلئ بمادة متجانسة غير شفافة وذات لون رمادى مائل للون الأحمر الوردى ، وقد يشاهد به أنزفة وقد يتحول النخاع أحيانا إلى كتلة تكاد تكون صديدية

ويظهر على الكليتين شحوب جسيم بسبب الاستحالة الدهنية وقد يظهر عليهما أيضا مناطق باهتة اللون ناشئة عن تجمع الخلايا النخاعية وقد يكون لبعض هذه المناطق المظاهر الميكروسكوبية التي لنخاع العظم فتشبه مثيلاتها فى الكبد وفى بعض الحالات توجد أنزفة صغيرة فى مادة الكلية

وتوجد فى الغالب أنزفة فى جوهر المخ وتكون هذه الأنزفة فى العادة صغيرة جدا ولكنها قد تكون فى بعض الحالات من الكبر بحيث تؤدى الى الوفاة

الدم الابيض (اللوكيميا) الليمفاوى

هذا النوع من الدم الأبيض (لوكيميا) هو أندر من النوع الذى سبق ذكره وهو إما حاد أو مزمن ، والأخير نادر الحدوث

وتكون الجثة عادة لفتى ، أو فتاة حديثة البلوغ ، أو لطفل ، وتكون في غاية الشحوب ، ويشاهد فى الغالب دم حول الفم أو الأنف بسبب نزيف من اللثة والمسالك الأنفية ، وتتضخم الغدد اللمفاوية السطحية وقد تكون هناك أورام لمفاوية متعددة فى الجلد

ويكون لون الدم باهتا

ويتمدد القلب وتكون عضلته رخوة وظاهر عليها التغير الدهنى كما هي الحال فى أنواع الأنيميا الشديدة الأخرى ويكون للدم المتجمد فى خزائن القلب طبقة عليا ذات لون أصفر غير شفاف فى الحالات التى تكثر فيها كريات الدم البيضاء

ولا توجد تغيرات مميزة فى الرئتين ، وقد تحدث أنزفة تحت البلورا أو فى مادة الرئة وقد يكون هناك قليل من الأوذيما

ويوجد دائما ورم فى اللثة بسبب ارتشاح كريات الدم البيضاء وكثيرا ما يوجد تقرح مصحوب بمقدار وفير من نزيف فى الأغشيه المخاطية وفي التجويف الفمى وتزداد كافة الأنسجة اللمفاوية وتتكاثر وقد تكون اللوزتان متقرحتين

وقد يظهر على الغشاء المخاطى فى المعدة أنزفة نمشية صغيرة ، وفيما خلاذلك يكون الغشاء باهت اللون وضامرا ، و يظهر على بقية القناة الهضمية تزايد فى النسيج اللمفاوى و قد يكون ورم بقع باير كبيرا و يظهر على بقية جدر الأمعاء عقيدات لارتشاح لمفاوي وتكثر التقرحات و تشاهد أنزفة صغيرة كثيرة

وتتضخم الكبد بدرجة متوسطة ،و يكون غلافها ناعما . ولدى شق السطح يظهر نسيجه غير واضح .أما النسيج الحشوى للكبد الذى يكون قد استحال استحالة دهنية وأصبح لونه أصفر فتتخلله مناطق بيضاء مبعثرة في غير انتظام وأكثرها حول الأوردة البابية

وقلما يبلغ الطحال الحجم الذى يبلغه فى حالات الدم الأبيض النخاعى الطحالى و يكون غلافه سميكا و به التصاقات و يكون السطح المقطوع أحمر رماديا ومتجانس اللون ولا يمكن تمييز كريات ملبيجى . وتبدو الأنزفة فى لب الطحال فى شكل مناطق غير منظمة وحمراء اللون و قد تؤدى الجلطات اللمفاوية إلى تكوّن سدادات ذات لون أبيض تحدها مناطق محتقنة ومحددة تماما

وتتضخم الغدد اللمفاوية فى الجسم كله ولدى شقها يتضح أنها لينة نوعا ما وذات لون متجانس رمادى مائل للبياض وفى الغدد الكبيرة تحدث أنزفة صغيرة و يكون نخاع العظم فى سيقان العظام الطويلة ذا لون أبيض ضارب للصفرة وغير شفاف ولكنه متجانس و يكثر وجود أنزفة صغيرة كثيرة

وفى هذا النوع كما في أنواع الدم الأبيض السابق لنا وصفها يرجع التغير الوحيد إلى الأنزفة التى تحدث فى جوهر المخ على أن الميل إلى حدوث الأنزفة يكون هنا أقوي كثيراً

تضخم الغدد اللمفاوية (مرض هود جكن)

العلامات الخارجية — تكون الجثة فى العادة لفتى حديث البلوغ ويبدو عليها شحوب وهزال وقد يتلون الجلد بلون البرنز وخصوصا فى الحالات التى تتضخم فيها غدد البطن بوجه خاص. وتتضخم كافة الغدد اللمفاوية السطحية تضخما جسيما وتطوق الغدد العنقية العنق كإطار سميك وتبرز الغدد الإبطية والفخذية فى هيئة كتل معقدة وتكون منفصلة وغير لاصقة بالجلد وفى بعض الحالات يوجد استسقاء عام ولكن فى أغلب الحالات تقتصر الأوذيما على الساقين فإذا تضخمت الغدد الإبطية كثيرا فقد تظهر الأوذيما على الساعدين

وتظهر على القلب التغيرات الراجعة إلى الأنيميا أيا كان سببها، وهى الاستحالة الدهنية لألياف العضلة ، وتمدد كافة خزائن القلب ، وقد يزداد السائل في الكيس التامورى

وقد تنضغط القصبة الهوائية أو شعبتاها بواسطة العقد اللمفاوية المتضخمة — وقد وصفت إصابات نوعية فى الرئتين ولكنها نادرة ، ولا تحدث عادة تغيرات باثولوجية أكيدة فى هذه الأعضاء فيما خلا الالتهاب الشعبى المزمن وكثيرا ما تحدث الوفاة نتيجة الالتهاب الرئوى الشعبى

وتتضخم اللوزتان وبقع باير فى الأمعاء والعقد اللمفاوية فى القناة الهضمية وقد تشاهد عقيدات مبعثرة فى الكبد وأحيانا تكون التغيرات فى شكل نسيج جديد منتشر من النسيج المميز حول الأوعية البابية ويظهر على النسيج الحشوى استحالة دهنية ويكون باهت اللون

ويتضخم الطحال ويكون مظهره مميزا للمرض إلى حد بعيد، فإن اللب يكون

أسود اللون ومحتقنا وتوجد كتل كثيرة مبعثرة فى الطحال مختلفة الأحجام والأشكال وذات لون أبيض أو أصفر وفى بعض الحالات يتضخم الطحال بدون وجود عقيدات به

وقد يزداد النخاع العظمى بسبب الأنيميا وقد توجد عقيدات من الورم الحبيبى مبعثرة في نخاع العظام الطويلة

وتتضخم الغدد اللمفاوية في الجسم كله وتضغط على الأحشاء المجاورة . ففى الصدر تنضغط القصبة الهوائية والأوردة الدموية وقد ينثقب عظم القص . وفى البطن قد تضغط على الحالبين والأعصاب القطنية والعجزية والأوردة الحرقفية ويبدأ المرض عادة فى الغدد العنقية ولكنه قد يبدأ أحيانا بالغدد التى خلف الريتون . وعلى العموم فإن الغدد الحديثة الإصابة بالمرض تكون لينة نوعا ما وذات لون رمادى متجانس أما الغدد التى أصيبت بالمرض من مدة والتى تتقدم الإصابات فيها فتكون أغلظ فى التركيب . أما فى الحالات التى تتقدم فيها الإصابات إلى حد بعيد فيشاهد بها تليف كثيف ومساحات صفراء ناشئة عن النخر ولدى شق سطح العقدة فى هذه الادوار الاخيرة تظهر أربطة من نسيج ليفي وردى اللون وكثيف ، مكونة شبكة في الفرجات التى انتشرت فيها العقيدات المؤلفة من النسيج ذى اللون الرمادى الضارب للبياض وليس هناك تقيح ولا تجبن بالمعنى الصحيح

وقد تظهر في الكليتين عقيدات حبيبية وتتضخم الكليتان قليلا

ولا يظهر بالجهاز العصبى تغيرات خاصة

امراض الطحال

١ — قد يشاهد به سدة أو خراج أو أكياس أو تدرن أو تصمغ وإن كان ذلك نادراً ،والكيس قد يكون هيداتى والتدرن الابتدائى نادر ،وقد سبق ذكر علامات هذه الأمراض فى مواضع مختلفة

٢ — مرض بانتى(الأنيميا الطحالية)

تكون الجثة غالبا لذكر شاب أو فى متوسط العمر قبل الأربعين عادة، وهو يصيب الإناث أيضا والأطفال أحيانا . وتكون الجثة شاحبة اللون وقد يشاهد دم في البول ، و يكون الطحال متضخما جدا وصلبا وغلافه سميكا ومادته جامدة ومتينة جدا أى يكون فى حالة تليف متقدم وقد تشاهد الأوعية الدموية المجاورة متمددة وقد يوجد فى بعضها اثيروما

وقد نجد أثرا لنزف من المعدة أو الأمعاء كما يوجد استسقاء زقى وتشمع في الكبد وعلامات يرقان

٣ — و يوجد أنواع أخرى من تضخم الطحال سبق وصفها كطحال المناطق الحارة والكلاأزار

٤ — و يصطحب تشمع الكبد الكحولى والزهرى والنوع التضخمى بتضخم الطحال و يوجد نوع تضخمى اندثليومى

امراض المولودين حديثا (النزفية)

١ — الزهرى النزفى لحديثى الولادة — يشاهد أثر نزيف من السرة والأغشية المخاطية وأنزفة تحت الجلد وقد تشاهدعلى الجثة علامات اليرقان و بتشريح

الجثة يشاهد انسكاب دموى فى الأحشاء وتغيرات زهرية فى الكبد والأحشاء الأخرى ويحدث بعد بضعة أيام من الولادة

٢ ـ البول الهيموجلوبينى الوبائى ـ وتشاهد بالجثة علامات اليرقان و بالتشريح لانجد بؤرة عفنة تكون سبب هذا اليرقان و يشاهد الطحال متورما وتوجد أنزفة نمشية فى أجزاء متعددة و قد يشاهد فى بعض الأحوال استحالة شحمية فى الأحشاء و يكون البول غامق اللون ، ويحدث هذا المرض عادة بعد أربعة أيام من الولادة

٣ — مرض ورلهوف لحديثي الولادة — وهو يحدث لغير الأسباب المتقدمة أو بغير سبب العنف أو الإصابة فى أثناء الولادة ويحدث النزف من السرة أو أى حشا وقد لانجد شيئا عند الكشف على الجثة أو نجد علامات يرقان و تكون الوفاة منه سريعة من يوم إلى سبعة بعد الولادة

ولا يغيب عن البال انه قد يوجد لدى المولود حديثا قرح فى المرىء أوالمعدة أو الامعاء وتسبب نزيفا مميتاً

الفصل الثامن

امراض الغدد الصماء

مرض أديسون

هذا المرض نادر الحدوث ويرجع الى نقص الافراز الداخلى للكظرين (وهما الغدتان اللتان تعلوان الكليتين) وينشأ ذلك عن عدة اسباب ، أكثرها شيوعا هو تدرن هاتين الغدتين ولهذا يجب البحث عند تشريح جثة ما عن أعراض أخرى دالة على التدرن وفي أحوال كثيرة تكون إصابة هذه الغدة هى الإصابة الوحيدة فى الجسم

ومن الأسباب الأخرى لنقص افراز هذه الغدد ضمورها ، أو الالتهاب الخلالى المزمن الذى يؤدى الى الضمور ، أو الاورام الخبيثة ، أو النزيف بداخلها .

وتكون الجثة لشخص يتراوح عمره بين العشرين و الاربعين ، وكثيرا مايكون ذكراً . وقد تكون الجثة فى حالة ضعف ولكنه لا يبلغ مبلغ الهزال الشديد وأهم مظاهر المرض المميزة هو تلون الجلد بلون يختلف بين الأصفر الخفيف وبين الأسود الضارب للسمرة القاتمة . و يشاهد هذا التلون عادة (١) فى الاجزاء المكشوفة بطبيعتها وهى اليدان والوجه و (٢) فى الاجزاء الملونة بطبيعتها وهى هالة حلمة كل من الثديين والإبط والاعضاء التناسلية الخارجية والعجان و (٣) فى الأجزاء المعرضة للضغط ، وقد لايكون التلون متجانسا فى جميع الجسم ، وأحيانا تشاهد نقط ملونة بلون قاتم و قد شوهدت حالات بها بقع من جلد ضامر ذات

لون ناصع البياض .وقد يظهرالتلون على الغشاء المخاطى للفم والمهبل . وفى أحوال نادرة لايوجد تلون ما

وتظهرعلى القلب تغيرات ضمورية كالتغيرات التى تشاهد فى جميع الأمراض المزمنة ، ويضمر الغشاء المخاطى للمعدة وتتضخم الغدد اللمفاوية فى الأمعاء

ويظهر فى أغلب الحالات على الكظرين (وهما الغدتان اللتان تعلوان الكليتين) تدرن ليفى متجبن .وقد يشمل هذا التغير الكليتين معاأو قد يقتصر على واحدة منهما دون الأخرى. وتكون الغدة المصابة متضخمة ومشوهة وبها عقيدات . ولدى قطعها يتبين وجود تليف دائرى مع تجبن مركزى . وفى بعض الحالات لايوجد بالغدتين سوى ضمور بسيط

وقد تكون الغدة التيموسية ماتزال باقية

ويتضخم الطحال ويصير لينا

وقد تشمل الالتصاقات التى حول الكظرين العقد الهلالية العصبية وتكون هذه العقد العصبية أحيانا حمراء اللون ومتورمة

وقد وجد المخ فى بعض الأحوال لينا بدرجة غير عادية وقد شوهدت حالات لاحتقان المخ

نقص افراز الغدة الدرقية

ينشأ عن نقص إفراز الغدة الدرقية (ا) الأوذيما المخاطية (ب) أو القزم

ا ــ الاوذيما المخاطية

تكون الجثة لامرأة غالباً ويكون سطح الجثة شاحبا وجافا ووارما ولكن الجلد لاينبعج لدى الضغط كما هى الحال فى الأوذيما ويوجد ارتشاح مخاطى فى

الطبقات العميقة من الجلد ويكون واضحا حول الوجه والرقبة فتصبح تقاطيع الوجه غليظة والأنف عريضا والشفتان ثخينتين وتظهر على الرقبة أورام متماثلة في المنطقتين اللتين تعلوان الترقوتين ويكون الشعر خشنا وجافا وقليلا ويصاب جلد الجسم عامة بالمرض وتكون اليدان عريضتين وغليظتين ويوجد هناك ميل كبير لرسوب شحم تحت الجلد وعند فحص الرقبة لايوقف للغدة الدرقية على أثر بالجس فوق الجلد . وفي بعض الحالات (وهى حالات الكاشكسيا الناشئة عن انعدام الغدة الدرقية) قد يكون على الرقبة أثر التئام نتيجة عملية استئصال الغدة الدرقية .

ولا تظهر تغيرات خاصة فى الجهاز القلبى الوعائى فى الحالات المبكرة ، أما فى الإصابات المتقدمة فقد يكون هناك انحلال فى عضلة القلب .

ويكثر حدوث مرض طارئ بالرئتين فى هذه الحالات وأكثرها التدرن الرئوى وقد تكون هى السبب المباشر للوفاة

وتتورم الشفتان واللثة واللسان

ويصغر حجم الغدة الدرقية كثيرا ، فقد لايزيد عن ثلاثة أو أربعة جرامات مع العلم بأن متوسط وزنها فى النساء هو حوالى ٣٠ جراما . وتكون الغدة باهتة اللون وصلبة عند شقها .

وقد يظهر على الغدد المجاورة للغدة الدرقية تغير كيسى فى بعض الأحيان ، وتتضخم الغدة النخامية أحيانا

وقد تتليف الكلية فتؤدى إلى الوفاة .

ب — القَزَم

إن هذه الحالة خلقية ؛ وناشئة عن انعدام إفراز الغدة الدرقية

وتكون الجثة عادة لطفل إذ قل ان يصل الاقزام الى العشرين من العمر. لان مقاومتهم للامراض اقل من المعتاد . وتكون الجثة ناقصة النمو ، وفي شكل جثة طفل . ويكون الجلد جافا خشنا وغليظا . وشعر الرأس خشنا وقليلا جدا ، ولا يعثر عادة على شعر تحت الإبط أو على العانة . وتشاهد بالوجه علامات مميزة ، فيكون لونه باهتا والجبهة عريضة ومنخفضة والمسافة التى بين العينين كبيرة ، وتكون الانف عريضة ومسطحة والمنخران متسعين ، والشفتان ثخينتين ، والجفنان متورمين واللسان أكبر من أن يسعه الفم ،وطرفه بارزاً ، والرقبة قصيرة وثخينة ، وربما عثر على تورمات دهنية فوق عظمتى الترقوتين ، ويختلف شكل الجمجمة فتكون شبه البيضة وطرفها الأكبر للخلف فى الحالات المتوطنة ، ومستطيلة فى الحالات الافراديه ، وتظل اليوافيخ مفتوحة إلى وقت متأخر من العمر

وتكون الجثة قصيرة ومشوهة ، والبطن بارزة ، والساقان قصيرتين بالنسبة إلى طول الجسم . أما اليدان والقدمان فتكون عريضة وقصيرة وبدينة ، والأظافر قصيرة وثخينة ومشوهة الشكل وقد يعثر فى الجثة غالبا على آثار درنية

وتتضخم الغدة الدرقية فى الحالات المتوطنة . ويكون هناك ازدياد فى النسيج الليفى مع وجود مقدار قليل من سائل غروى فى الحويصلات . أما فى الحالات الافرادية فالجواتر نادرولكن المعتاد ان لايعثر على الغدة الدرقية وفى بعض الحالات الافرادية يظهر على الغدة تليف وضمور .

ويستمر وجود الغدة التيموسية فى الجسم.

وقد تتضخم الغدة النخامية .

وتكون غدد وأعضاء التناسل فى شكل أعضاء الأطفال .

وتكون العظام أصغر وأقصر من المعتاد بسبب النقص العام فى التعظم، ويتأخر التعظم فى الغضاريف الكراديسية

زيادة إفراز الغدة الدرقية
(الجواتر الجحوظى أو مرض جريفز)

تكون الجثة عادة لفتاة تزيد سنها عن ١٦ عاما وتقل عن الأربعين، وتكون الجثة أحيانا فى هزال شديد ويتلون الجلد بلون برنزى عام ولو أن التلون قد يقتصر على بضع مناطق غير منتظمة على الوجه والرقبة والبطن وفى الأبط وحنايا الذراعين والفخذين . وقد توجد بقع من البهق وتيبس الجلد . وتجحظ المقلتان ؛ ولكن هذا الجحوظ لا يظهر كثيرا بعد الوفاة .

أما الغدة الدرقية المتضخمة فيمكن رؤيتها وجسها .

وقد يشاهد تضخم وتمدد بالقلب خصوصا فى الحالات التى يطول بها المرض، وقد يكون تمدد القلب الحاد السبب المباشر للوفاة .

وكثيرا ما يشاهد التهاب رئوى

ويظهر على الغدة الدرقية تضخم متجانس ، وتكون الشرايين التي تغذيها كبيرة وملتوية ، ويزداد عدد الأوردة التى على الغدة نفسها وتتمدد كثيرا . ولدى شق الغدة يتبين أنها صلبة ، وأن سطحها ذو لون أسمر ، ويشاهد السطح المقطوع محببا . وقد تكون هناك مناطق أوذيماوية مع حويصلات مملوءة بمادة غروية ، ولكن غالبا ما تكون الحويصلات فارغة

ويستمر وجود الغدة التيموسية ، وتكون عادة متضخمة ولدى شقها يتبين أنها لحمية ، ويمكن عصر سائل أبيض اللون من السطح المقطوع (ويسمى اللبن التيموسى) وقد يتضخم الطحال .

وقد يظهر على هذا الجهاز علامات تهيج معدى معوى ، ولا تكون هناك تغيرات ثابتة فى العقد السمبثارية أو فى الجهاز العصبى المركزى

كبر الأطراف (أكروميجالى)

هذا المرض نادر ، ويحدث بسبب ازدياد إفراز الغدة النخامية ، ويكون بدء ظهوره عقب تعظم كراديس العظام ، وتنشأ الوفاة — عادة — بسبب مرض طارىء

وتكون الجثة عادة لبالغ تزيد سنه على الثلاثين ، ويصيب المرض النساء أكثر قليلا من الرجال

والمرض مظاهر مميزة. فيكون الوجه كبيرا وطويلا ، والأنف كبيرة ، ويبرز عظم الوجنة والحيد الذى فوق الحجاج ، ويتضخم الفك الأسفل ، وتبرز الأسنان السفلى عن العليا ، وتثخن الشفة السفلى ، وتتضخم غضاريف الأذن ، ويكون الرأس — على العموم — متضخما والشعر خشنا ولكنه غزير

وتتضخم اليدان والقدمان كثيرا ، ويكثر وجود القدم المفرطحة ، وتكون الأظافر — فى الغالب — مضلعة تضليعا طوليا ، ويتضخم الصدر وخصوصا فى قطره المقدمى المؤخرى. وكثيرا مايشاهد حدب الظهر فى المنطقة العنقية الظهرية ، مع تحدب أمامى فى الكشح . وبالفحص يتضح أن التغيرات فى العظام هى عبارة عن ازدياد فى النمو فى الأجزاء النابتة وفى مواضع الإجهاد ؛ أى مواضع اندغام العضلات. ويرجع تضخم اليدين والساقين فى الغالب إلى ثخانة الجلد والأنسجة التى تحته

ولا يظهر من التغيرات الثابتة على بعض أجهزة الجسم إلا النادر . ويظهر على جدر القناة الهضمية تضخم الأغشية العضلية ، وقد يظهر على الجهاز العضلى — بصفة عامة — نفس التغيرات . ويجب البحث عن إصابات لأمراض طارئة

وتظهر على الغدة النخامية دائما أدلة على زيادة النشاط ، و يتضخم الفص المقدم . وقد يرجع هذا التضخم إلى ورم غددى جديد . ويتضخم السرج التركى كثيرا . وقد يضمر العظم ، وإذا وجد ورم كبير فى الغدة النخامية فقد توجد علامات على ازدياد الضغط داخل الجمجمة

وقلما تكون الغدة الدرقية فى حالتها الطبيعية ، وقد وصفت حالات كانت فيها ضامرة ،وحالات أخرى كانت فيها متضخمة

التتانى (التقبض المستمر)

يرجع هذا المرض — غالبا — إلى اضطراب فى عمل الغدة المجاورة للدرقية . وقد ينتشر أحيانا بشكل وبائى ، كما قد يعقب بعض الحميات المعدية ، كالحمى التيفودية أو الحصبة ، أو يكون نتيجة ولادات متكررة . ويكثر حدوثه فى الأطفال مع لين العظام (الكساحة) أو الاضطرابات المعدية المعوية ، وخصوصا فى الأطفال الذين يتغذون بالرضاعة الصناعية ، وقد يجد المشرح ضمورا أو نزيفا أو أدينوما أو أكياسا أو التهابا :فى الغدة المجاورة للغدة الدرقية . وفى بعض حالات مميتة قد لا يجد الطبيب شيئاً ما

الفصل التاسع

امراض الجهاز العصبي

سنقتصر فى هذا الفصل على وصف أمراض الجهاز العصبى المركزى التى يظهر عليها تغيرات ثابتة يمكن رؤيتها بالعين المجردة ، وقدأغفلنا ذكر الأمراض التى تحدث أعراضا عصبية دون أن تترك تغيرات ألبتة ، أو تترك تغيرات طفيفة ، وكذلك الأمراض التى لم تشاهد فيها أى تغيرات تشريحية ثابتة للأعراض العصبية التى تسببها ، كالصرع مثلا

التهاب الام الجافية

الالتهاب : إما خارجى و إما باطنى

والخارجى: إما مخى و إما شوكى. فالمخى إذا كان بسبب كسر شوهد به نزف، وهو يحدث عادة بسبب تنكرز فى العظم ، سواء أكان من امتداد التهاب الأذن الوسطى أم من الزهرى ، وفى الحالة الأخيرة يشاهد ازدياد فى سمك الصفيحة الداخلية وكمية وافرة من الصديد بين الأم الجافية والعظم . وقد يشاهد الصديد مرتشحا بين طبقتيها أو يمتد ويحدث التهابا عنكبوتيا علاوة على التهاب الأم الجافية

وأما النوع الشوكى فقد يشاهد منه نوع حاد في الإصابات الزهرية للعظم ، أو فى الخراج الموجود خلف البلعوم

غير أن النوع المزمن من الالتهاب أكثر حدوثا ، ولا سيما مع التنكرز الدرنى للعمود الفقرى . ويشاهد فيه السطح الداخلى للغشاء أملس، بخلاف الخارجى فإنه يكون خشنا ومغطى بمواد تحبيبية .

واما الالتهاب الباطنى فإما أن يكون صديديا أو نزفيا أو تضخميا . وقد يغطى الغشاء بغشاء كاذب . وقد شوهدت هذه الحالة مضاعفة لحالة التهاب رئوى . وقد تعقب الحالات الصديدية العنف . ولكن قد يكون سببها امتداد التهابى من الام الحنون .

والنوع التضخمى سببه — غالبا — الزهرى ، وقد تزداد سماكة الأم الجافية ، حتى تشمل جذور الأعصاب والنخاع الشوكى . وأما النوع النزفى فقد يشاهد فيه إما نزيف عادى وجلط دموية ، وإما غشاء رقيق وعائى . أو يشاهد الاثنان معا . وقد تشاهد فى الغشاء أكياس . وسبب النزيف غالبا أوعية الأم الجافية . ويصطحب النزيف تحت الأم الجافية بضمور اللفائف ، وخصوصا فى الشلل العام ، وفى الجنون الشيخوخى ، وفى أحوال الكاشكسيا (النهاكة) التى يلازمها ضمور المخ ، وقد تصطحب بالتدرن

التهاب الام الحنون

قد تصاب السحايا القشرية أو القاعدية ، وتختلف إصابات السحايا النخاعية الشوكية

والالتهاب السحائى — فى غير الحمى المخية الشوكية والتهاب السحايا الدرنى — قد يصحب الحميات كالالتهاب الرئوى والحمرة والتسمم العفن ، ويندر أن يصحب الجدرى أو الحمى التيفودية أو القرمزية أو الحصبة أو الأنفلونزا

وقد يعقب التهاب الأم الحنون الإصابات العنيفة ، أو أمراض العظام ، وخصوصا إصابة الجزء الصخرى فى التهاب الأذن المزمن . وقد يحصل نتيجة امتداد مرض من الأذن ، كما فى حالة ثقب الجيب الجبهى ، أو الالتهاب الصديدى فى أحد الجيوب ، أو تسوس المصفاة

وقد يأتى الالتهاب المشار إليه كاصابة ختامية للالتهاب السكلوى المزمن ، أو تصلب الشرايين ، أو مرض القلب، أو الأمراض الناهكة فى الأطفال

وفى أحوال الامتداد من الأذن يكون الالتهاب فى جانب واحد ، وقد يشاهد معه خراج أو تخثر فى الجيب

وفي الأحوال المصطحبة بالتهاب بطانة القلب التقرحى والالتهاب الرئوي يكون الالتهاب فى الجزء القشرى ، وفى الأحوال الغير الدرنية فى الأطفال، أو في التهاب السحايا ، فى التهاب الكلى المزمن وفى أحوال النهاكة يكون الالتهاب فى الجزء القاعدى غالبا .

وفى الأحوال الثانوية الالتهاب الرئوى يشاهد الانسكاب أسفل العنكبوتية سميكا وصديديا . وقد تصاب البطينات — ولو أن ذلك نادراً — فى الحالات البسيطة . وأما فى حالات التدرن فتتمدد البطينات وتلين غالبا .

انيميا المخ

تشاهد السحايا شاحبة اللون، ولا يرى ممتلئا إلا الأوردة الكبيرة . أما الأوعية الصغيرة فتشاهد فارغة ، وتكون كمية السائل المخى الشوكى متزايدة ، وبالتشريح يشاهد سطح القشرة والمادة البيضاء رطبة ولونهما شاحباً جداً، ويشاهد قليل من النقط الدموية التى تعقب قطع الأوعية

أوذيما المخ

لا يعرف بالضبط كون هذه الحالة تحدث بذاتها كمرض أولى ، ولكنها تشاهد عادة فى الإصابات وفى أمراض عديدة، كضيق صمام المترال، أو فى الأورام،

حيث يشاهد المخ رطبا، وأشد حالات الأوذيما الموضعية هى التى تحدث حول الأورام والخراجات ..والأعراض التى تعقب الرض أوارتجاج المخ يكون سببها أوذيما المخ التى تحدث بسبب التغير فى الضغط الأوزموزى . وقد يشاهد ارتشاح شديدموضعى أوعام فى حالات التهاب السكلى، ويعزى إليه بعض أمراض التسمم البولى، ويوجد نوع من الأوذيما يشاهد فى مخ المدمنين على الخمر ويعرف فيه المخ (بالمخ الرطب) وتشاهد الأوذيما فى حالات الضمور العام فى تلافيف المخ ، وبالتشريح تشاهد سائلا فى السحايا وتحتها، ونجد المخ أنيماويا ورطبا ولامعا، وفى بعض الحالات تكون الأوذيما شديدة جدا وموضعية، تظهر المادة المخية كأنها مرتشحة بالسائل، وكذلك يشاهد السائل الذى فى البطينات متزايدا

النزف المخى

يكثر حدوثه فى الذكور بعد سن الأربعين ، وخصوصا فى المصابين بارتفاع فى ضغط الدم أو مرض فى الأوعية الدموية

وهذا النزف إما أن يكون من الأوعية المخية القاعدية وضمنها دائرة ويليس وإما من الأوعية القشرية (الأوعية المخية والامامية والوسطى والخلفية)

وقد يشاهد النزف إما فى مادة المخ نفسها وإما فى السحايا ، والحالة الأولى هى التى يطلق عليها : النقطة المخية ، والثانية : النزيف السحائى . ولكن اصطلاح النزف المخى — أو النزف داخل الجمجمة — يشمل الحالتين معا

ويحدث النزيف (١) إما من تمزق فى انورزمات صغيرة ، وهذه الحالة هى السبب الشائع للنزيف المخى ، وبقطع المخ تشاهد هذه الانورزمات بشكل

أجسام صغيرة موضعية قاتمة بحجم رأس الدبوس ، وخصوصا فى أحوال النقطة (السكتة المخية) بعد سن الأربعين (٢) وإما من أنورزم فى أفرع دائرة ويليس (٣) وإما بسبب التهاب الشرايين النهائية أو التهاب ما حول الشرايين فى الأوعية المخية بسبب ما تحدثه من الأنورزمات ، وقد لا يجد المشرح فى هذه الحالة إلا استحالة منتشرة فى الأوعية ، وفي الذين تجاوزوا الستين من العمر قد تشاهد مساحات صغيرة فى المادة السنجابية فى حالة ليونة يتراوح حجمها بين رأس الدبوس والفولة ، ولونها يكون سنجابيا ، وهو ما يشاهد كثيرا فى النواة العدسية وتكون الأوعية عادة فى حالة مرضية

والنزيف : إما سحائى وإما مخي وإما فى داخل البطينات . فالنزيف السحائى إما أن يكون خارج الأم الجافية وإما بينها وبين العنكبوتية وإما بين العنكبوتية والام الحنون ، ويشاهد هذا النوع من النزيف فى كسر الجمجمة الذى يكون مصدره تمزق الأوعية السحائية أو الجيوب ، وغالبا ما يكون النزيف خارج الأم الجافية أو بينها وبين العنكبوتية . وقد يكون سبب هذا النزيف أيضا : انفجار أنورزمات الأوعية المخية الكبيرة ، أو يكون النزيف عنكبوتيا ، وقد يتسرب نزيف من داخل المخ إلى السحايا . كما يوجد نوع من النزيف السحائى يشاهد فى المولودين حديثا مصاحبا لإصابات الولادة ، وقد يحصل النزيف السحائى أيضا من أمراض البنية والحميات ، وتكون كميته كبيرة وفى القاعدة ، وقد يمتدمنها إلى الحبل الشوكى أو القشرة المخية ، وبسبب كثرة حدوث أنورزمات الأوعية المخية الوسطى تشاهد غالبا شقوق (سلفيا) ممتلئة بالدم ، وأما النزيف الذى بداخل المادة المخية فهو غالبا فى مجاورة الجسم المخطط ، وقد تكون كميته قليلة ، ولا يوجد إلا فى الجسم العدسى ، أو المهاد البصرى

أو فى المحفظة الداخلية ، وقد يمتد إلى الجزيرة ، و يندر ألا ينحصر النزيف إلا فى المادة البيضاء ، وقد يحصل نزيف موضعى فى ساق المخ والقنطرة ، و يحصل النزيف فى المخيخ عادة من الشريان المخيخى العلوى ، وقد يقتصر تسرب الدم على مادة المخ نفسها ، أو قد يتصل بالبطين الرابع ، و يندر أن يكون النزيف البطينى أوليا ، وهو — عادة — ثانوى ، أى يحصل بعد نزف فى المادة المخية

وقد يحصل النزيف في أثناء الوضع ، أو يكون في بطين واحد ، وإن كان عادة يشاهد فى البطينين الجانبيين ، ومنهما إلى البطين الثالث والرابع ، وهذه الحالة هى المسببة عادة للسكتة المخية الصاعقية. وقد يحصل نزيف متعدد أو فى أجزاء عديدة من المخ ، و يعقب النزيف : الضغط على المخ الذى يتلوه أو ذيما ثانوية ، وهى التى تلعب دورا هاما فى إحداث الكوما ، و إذا حصل تشريح الجثة بعد مدة من النزيف فيشاهد تغيرات في اللون حتى يصل إلى لون هيموتويدين ؛ و يحصل التهاب حول منطقة النزيف ، يحصر النزيف بها ، و يتسبب عن ذلك — أحيانا — حدوث جدر تحوى فى داخلها كيسا ذا محتويات سائلة ؛ وفى حالات أخرى لا يحدث كيس ، بل يتكاثر النسيج الضام ، و يترك ندبة ملونة ، وفى النزيف السحائى قد يمتص الدم تدريجيا ولا يترك سوى تلونا فى السحايا. وفى الأطفال — عند ما يكون الانسكاب غزيراً وفى القشرة — قد يشاهد ضمور فى التلافيف ، وكيس فى السحايا ، وقد تحدث استحالة ثانوية تختلف مجالسها باختلاف أمكنة حدوث النزيف ، وكذلك ما تحدثه من اتلاف

السدة والتخثر

تحدث السدة ـ فى أغلب الحالات ـ فى الشريان السباتى ، وفى الشريان الفقرى في أحوال نادرة، وفى أغلب الأحوال تأتى من الجهة اليسرى للقلب؛ والسدة إما من نبت من التهاب بطانة القلب الحديثة و إما من التهاب متكرر — وهو الأغلب — و إما من أجزاء الصمامات التى يكون قد شملها الالتهاب التقرحى ؛ و يحصل أيضا من قطعة من جلطة متكونة فى الزائدة الأذنية ، ومن مصادر السدة أيضا جلطة الانورزم أو التخثر بسبب الاثيروما فى الاورطى أو فى الاوردة الرئوية ، وكل هذه قد تسبب انسداد فرع من أفرع دائرة ويليس . ويكثر حدوث السدة المخية فى احوال النفاس ، كما يحصل لدى النساء فى أمراض القلب ، وهذه حالة عامة . وقد ذكرت حالات نادرة حصلت فيها السدة فى إصابات التهاب بطانة القلب الحادة فى حالات الحمى الروماتزمية الحادة والخوريا والحميات

والسدة تتسرب عادة إلى الشريان المخى الأوسط اليسارى أو الخلفى ، وقليلا مايصاب الشريان الفقرى ، وقد نجد سدة منحشرة عند تفرع الشريان القاعدي . وسدادات الأوعية المخيخية نادرة

وأما التخثر فيحصل اما حول سدة و إما بسبب إصابة جدر شريان ، سواء أكان الشريان نهائيا به اثيروما أم كان خاليا منها ، وخصوصا فى حالة الالتهاب الشريانى الزهرى ، كما يحصل أيضا فى الانورزمات كنتيجة لحالة الدم الغير الطبيعية ، كما فى فقر الدم الناشىء عن النزيف ، أو فى حالة فقر الدم الخضراوى ، أو التسمم العفن أو نهاكة السرطان . و يحصل التخثر بعد ربط الشريان السباتى ، و يكثر التخثر فى الشريان المخى الأوسط والقاعدى . وقد يسبب ضعف القلب هبوط بعض

الشرايين المخية مما ينجم عنه ليونة بعض أجزاء المخ وهذه تكفى لإحداث الشلل النصفى

و يشاهد عند التشريح أوذيما بالمخ حول السدة، وهي التى تسبب أمراض القوما كما فى حالات النزيف ، وتاين وتنحل أجزاء المخ التى يغذيها الشريان الذى به السدة ، و يتوقف لونها على كمية الدم التى بها ، و يتغير لون الهيموجلوبين مع الزمن من الأحمر إلى الأصفر . وتشاهد أنزفة نمشية بالمادة السنجابية ؛ وقد يشاهد التهاب بأجزاء المخ اللينة وحولها ، وقد تمتص هذه الأجزاء و يحل محلها نسيج ضام إذا كانت مساحتها صغيرة أو يشاهد محلها كيس إذا كانت كبيرة

المضاعفات داخل الجمجمة

الناشئة عن التهاب الاذن الوسطى

تكون الجثة — عادة — لطفل . وقد يكون هناك جرح نتيجة عملية حديثة فى منطقة النتوء الحلمى فى أحد الجانبين . وقد يشاهد إفراز خارج من صماخ الأذن الظاهرة، و تظهر الأوذيما فى منطقة النتوء الحلمى إذا كان الدم قد تخثر فى إحدى الجيوب . أما إذا امتدت روبة الدم إلى الجيب المتكهف فتظهر الأوذيما حول العين

وقد تحدث الوفاة من تقيح دموى، وفى هذه الحالة تكون العلامات هى نفس علامات هذا المرض، وسنذكر هنا العلامات الموضعية و إصابة العظم وهى — عادة — : الخراج المخى، وتكون روبة الدم فى جيب، والالتهاب السحائى، و يشاهد عادة مجرى من عظام متنكرزة تنفذ منه الصديد إلى الخارج من بؤرة المرض الأولية فى العظم الصدغى . وقد يعثر على خراج موضعى بين العظم و بين الام الجافية ، و إذا وصلت

العدوى إلى الطبقة الداخلية من الأم الجافية فقد تتكون أحيانا التصاقات تفصل الجزء المصاب ، وفى مثل هذه الحالة يوجد التهاب سحائى موضعى مصحوب بتقيح تحت الأم الجافية ، ويقل حدوث الالتهاب السحائى العام. ولكن عند حدوثه يغطى سطح المخ كله بصديد سميك ذى لون أصفر أو مائل للخضرة . وقد ينتشر هذا الرشح على طول الحبل الشوكى ، وغالبا على سطحه الخلفى . وأكثر المواضع لخراج المخ الناشىء عن التهاب الأذن الوسطى هو الفص الصدغى السفلى من المخ أو الفص الجانبي من المخيخ . وقلما تتكون الخراجات فى الفص الجبهى أو المؤخرى أو الجدارى . وتتفرطح تلافيف المخ فى الناحية المصابة و يختلف الخراج فى الحجم وفى الشكل ، فقد وصف بأنه يكون فى شكل الكمثرى وحافته لاصقة بالعظم المصاب . وفى الحالات الحادة لايتكون جدار للخراج . بل يكون عبارة عن صديد فى تجويف غير منتظم ، وفى حالات أخرى يوجد غشاء مبطن سميك جدا يحده . وتكون محتوياته عبارة عن صديد سميك ذى لون أصفر أو أخضر مائل للصفرة ورائحته نتنة جدا ، أما الخراجات الأكثر حدة فتحتوى على مادة سميكة كالقشدة حمراء اللون ، وقد ينفجر الخراج فى البطين الجانبى

وتصل العدوى إلى الجيب السينى مباشرة من العظم الصدغى فيتخثر الدم على الجدار الجانبى ، وتلتصق الجلطة الدموية ببطانة الغشاء المصلى التالف للجيب . ثم يزداد نموها بما يرسب عليها من طبقات الفبرين فتسد فتحة الجيب ، وأخيرا تصاب الجلطة بالعدوى فتتكسر . وقد يتغنغر الجدار الخارجى للجيب تاركا كتلة صديدية ملاصقة للعظم (خارج الأم الجافية) . وإذا كان الجيب قد أغلق إغلاقا تاما بسبب الالتهاب فيظل الخراج في موضعه ، ولكن قد تتكون جلطات فى أعلى

الجلطة الأولى وأسفلها . أما في الحالات التى تصاب بتقيح دموى عام فيشاهد تقيح فى جلطة داخل الجيب ولكن لا تسده سدا تاما

علامات الزهرى داخل الجمجمة

تكون الجثة لبالغ ،وقد تظهر عليهاعلامات شلل نصفى قديم وقصر العضلات الدائم الخ . وقد تشاهد ندب رقيقة جدا متخلفة من ورم صمغى قديم

وقد تشاهد أية إصابة من الإصابات المسببة عن الزهري المكتسب أو التهاب الأورطى أو تليف الحصية الخ ، وقد تظهر علامات زهرى بالحبل الشوكى،ويمكن تقسيم التغيرات التى تظهر فى المخ والسحايا إلى أقسام ثلاثة :

١ — التغيرات الراجعة الى مرض الأوعية الدموية

٢ — التغيرات الراجعة الى الالتهاب السحائى الصمغى

٣ — التغيرات الراجعة الى الأورام الصمغية المنفصلة

وقد تشاهد إحدى هذه التغيرات بمفردها ،أو ترى ثلاثتها مجتمعة في حالة من الحالات

١ — فى هذه الحالات تلتهب أطراف شرايين قاعدة المخ ،أو أى فرع من فروع شرايين دائرة ويليس ، ويصحب هذا الالتهاب انسداد فتحة الشريان انسدادا كليا أو جزئيا وتخانة الطبقة الخارجية منه،وقد يحدث تخثر الدم فتلين أنسجة المخ فى الجزء الذى يغذيه الشريان. وتصاب بالأوذيما ويصير لونها إما أحمر وإما أصفر تبعاً لمقدار الدم الموجود،وربما تقاصت وتصلبت وتكون فيها أكياس الزهرى .

٢ — يحدث الالتهاب فى هذه الحالات فى الام الحنون والعنكبوتية فى

قاعدة الجمجمة غالباء وتصير أغشية المخ سميكة، ويصاب نسيج المخ الواقع تحتها إصابة سطحية ، وتتورم الأغشية المصابة ، وتلين وتظهر فيها أجزاء متنخرة

٣ — توجد أورام صمغية منفصلة ومحددة فى السحايا فى هذا النوع من الحالات وتبدو بشكل كتل صغيرة ذات لون أحمر رمادى ؛ وتكون نصف شفافة أو جيلاتينية ، والإصابات القديمة تحاط بنسيج ليفى فى وسط كتلة متنخرة، وتميل الأورام إلى الانتشار فى الداخل وتتعدد، وإذا حدث الورم الصمغى فى الأم الجافية تقرطح وأحيانا يحدث الورم الواقع على السطح الخارجي للأم الجافية تآكلا فى العظم

إصابات الزهرى فى الحبل الشوكى

١ — الإصابات الحادة — تكون الجثة لرجل فى متوسط العمر عادة، وربما كانت الوفاة قد نشأت عن قروح الفراش أو التهاب المثانة ومضاعفات كل منهما وتحدث الوفاة فى إصابات منطقة العنق من شلل جهاز التنفس

والإصابة عبارة عن التهاب مستعرض فى الحبل الشوكى فى الثلث الأوسط أو الأسفل لمنطقة الظهر . وقد يظهر على الحبل الشوكي اختلاف فى قوامه أو فى سمكه فى قسم أو قسمين منه . ويكون الحبل ليناً ، وقد يتسرب كسائل عند فتح السحايا ، وفى بعض الحالات قد توجد كل من العنكبوتية والأم الحنون منفصلة ومتجعدة فوق حبل شوكى منكمش . وتبدو العنكبوتية والام الحنون فى لون البنى ، وتلتصق فى بعض الحالات بالأم الجافية .

٢ — الإصابات المزمنة — تحدث الوفاة عادة فى هذه الحالات بسبب قروح الفراش التى تنتقل إليها العدوى (تقيح الدم) ، أو بسبب التهاب الكلية وحوضها ومضاعفاته . أما التغيرات التى تظهر على الحبل الشوكى وعلى سحاياه، فتكون

عبارة عن التهاب سحائى نخاعى .وقبل فتح الأم الجافية يبدو الحبل الشوكى وارما بشكل متسق لمسافة طويلة بسبب سمك الام الحنون والعنكبوتية حول جذور الأعصاب الشوكية والحبل الشوكى،وقد تثخن جدر الأوعية وتضيق فتحاتها،وربما يتخثر فيها الدم .ويظهر في قطاع الحبل الشوكى تصلب بقعى، وأحيانا يوجد التجبن فى الأغشية .

وثمة نوع خاص لمرض الزهرى يصيب سحايا الحبل الشوكى ويتخذ شكل التهاب الحبل الشوكى العنقى المتضخم ، فتصير الأم الجافية فى منطقة العنق سميكة بدرجة كبيرة ، وأكثر سمكها في الناحية الخلفية للحبل الشوكى، وقد تلتصق الام الجافية بسمحاق الفقرات وبرباط الفقرات الخلفى . وتلتصق الأم الجافية كذلك بالعنكبوتية وبالأم الحنون وتكون فى غاية الصلابة والتليف

ويتفرطح الحبل الشوكى من الأمام إلى الخلف وتلتصق العنكبوتية والام الحنون به وتكون سميكة ،، يظهر على الحبل الشوكي عند قطعه تصلب عندحافاته وقد تكون هناك تغيرات تصلبية واسعة النطاق فى الحالات المتقدمة، وتكون جدر الأوعية الدموية سميكة وتنضغط جذور الأعصاب الشوكية

الشلل العام للمجانين

تكون الجثة — عادة — لرجل تتراوح سنه بين الخامسة والثلاثين والخامسة والخمسين ،وتشاهد على الجثة علامات إصابة قديمة بالزهرى . وإذا حدثت الوفاة فى وقت مبكر في المرض بسبب طارىء تكون العلامات هى علامات المرض الذى أحدث الوفاة مضافا اليها تغيرات خاصة ترى في الجهاز العصبى

وإذا حدثت الوفاة متأخرة فى الشلل العام شوهدت علامات خارجية أخرى

فتبدو الجثة عادة فى حالة ضعف مصحوبة بضمور العضلات وتقلص الأطراف ؛ وقد توجد قروح الفراش فى درجات مختلفة بين مجرد تلف يلحق الجلد إلى قروح متغنغرة عميقة ؛ ويجب فحص الأذنين للبحث عن ورم دموى أو عن التغضن الذى يتركه هذا الورم

ويعثر أحيانا على التهاب الأورطى الناشىء عن الزهرى ؛وقدتشاهد حالة أنورزم أو يقتصر الأمر على ورم هلامى (اثيروما) شيخوخى بالأوعية الدموية وكثيرا مايشاهد التهاب رئوى قد يكون سبب الوفاة

وقد تشاهد حالة الكلية المحببة المتقلصة . وقد يكون التهاب المثانة الناشىء عن استعمال القثطرة سببا فى حدوث إصابة صاعدة تنتهى بالتهاب الكلية وحوضها ، فالتسمم البولى ، فالوفاة

وتكون قبوة الجمجمة في الغالب أثقل من المعتاد . وقد ينطمس الخرز ، ويكون العظم فى غاية التصلب والطبقة المتوسطة لعظم الجمجمة منطمسة

وتكون الأم الجافية سميكة ومحتقنة ولاصقة بقبوة الجمجمة وخصوصا فوق العظم الجبهى ،وتكون أجسام بكيونى كبيرة لدرجة شاذة والعظم الملاصق لهامنبعجا ويكون منجل المخ فى الغالب متحجرا . ويتغطى السطح الداخلى للأم الجافية بغشاء مختلف السمك فى لون الصدأ ، وقد يحتوى على جلطة دموية ذات طبقات أو على أكياس ، وقد يكون كثير الأوعية ويمكن انتزاعه بسهولة من الأم الجافية (التهاب الأم الجافية النزفى)

ويزداد السائل فى الفجوة التى تحت الام الجافية وفى فجوة العنكبوتية وتكون العنكبوتية حيث تمتد فوق شقوق المخ معتمة ومتورمة وربما كانت جيلاتينية

وتكون السحايا الرقيقة عادة سميكة وأوذيماوية وبها خطوط ليفية على طول الأوردة الرئيسية . وقد تلتصق الام الحنون بقمم التلافيف ؛ وعند ما تنتزع تترك سطحا خشنا ويقل حجم المخ ، وتتكمش التلافيف ؛ وربما كانت فى هيئة الشريط ، وتتسع الشقوق ويلين المخ ، ويهبط لدى وضعه على المنضدة ويسهل تمزيقه . ويرى عند قطعه أن البطينين الجانبيين متضخمان ويحتويان على مقدار زائد من سائل عكر وتكون بطانة بطينات الدماغ محتقنة ، وقد تكون هناك حبيبات فى أرضية البطين الرابع المتمدد . وقد تظهر على الجوهر القشرى للمخ بؤر نزفية أو بقع متغيرة اللون ويكون هذا الجوهر ضامرا وخصوصا فى المنطقة الجبهية والمنطقة الجدارية . وتضمر المادة البيضاء كذلك ، وكثيرا ما تشاهد أدلة المرض فى الحبل الشوكى فتكون هناك التصاقات بين الام الجافية والعظم الملاصق لها ، وتكون أغشية الحبل الشوكى سميكة وقاتمة وعلى الأخص فى السطح الخلفى ، وقد تظهر فى القطاع مناطق انحلالية ذات لون رمادى فى العمد الجانبية والخلفية . وفى بعض الحالات يقل حجم الحبل الشوكى بصفة عامة

الخرع (تخبط الحركة)

قد تنشأ الوفاة بسبب التهاب المثانة ومضاعفاته ؛ أو بسبب مرض طارئ . وقد تؤدى إصابات الزهرى فى الأورطى — أو صمامات الأورطى — إلى الوفاة فجأة

وتكون الجثة لرجل متوسط العمر ، وقد تشاهد أدلة على إصابات زهرية قديمة أو ندوب ألخ ... وقد توجد بالجثة قروح من ملازمة الفراش وقد تبدو الساقان هزيلتين بسبب ضمور العضلات . ويكثر وجود قرحة ثاقبة فى القدم لها

فتحة فى ألية أخمص القدم . وقد تشاهد إصابات أشد خطرا يطلق عليها أحيانا قدم الخرع ، وتكون العظام خفيفة كثيرة المسام، وقد تكون مكسورة ، وقد تختفى بعض العظام الصغرى وتتآكل سطوح العظام المفصلية . وقد يوجد الجزء المقدم من القدم مع المشط مخلوعا إلى فوق عظام رسغ القدم أو تحتها . فإذا صحبت هذه الحالة قرحة ناشئة عن عدم التغذية أو ثاقبة ، فإن العظام قد تصبح نخرة وتنفصل من الجرح ، وأحيانا قد تزول واحدة — أو أكثر — من السلاميات .

وقد تشاهد تغيرات راجعة إلى نقص تغذية العظام والمفاصل، ومماثلة لما يحدث فى حالات « تكهف الحبل الشوكى

وفي حالات الخرع تحدث ٧٥ ٪ من إصابات العظام الناشئة عن نقص التغذية فى مفاصل الساقين وعظامهما، على أن هذه الإصابات لا تظهر إلا على أربعة فى المائة من المصابين بهذا المرض

ويكثر وجود التهاب الأورطى الناشىء عن الزهرى

ويوجد عادة احتقان رسوبى ، ويودى الالتهاب الرئوى عادة بحياة المريض

وقد تصاب المثانة بعدوى بسبب تكرار استعمال القثطرة ، وقد يصاب مجرى البول بإصابة صاعدة ، مع التهاب حوض الكلية والتهاب الكلية نفسها

ولدى تشريح المخ وفتح الام الجافية تشاهد العنكبوتية والام الحنون فوق السطح الخلفى للحبل الشوكى سميكتين ولاصقتين، وتكون جذور الأعصاب الخلفية رفيعة ومنبسطة وضامرة وذات لون رمادى ، ويكون الجزء الخلفى من الحبل الشوكى ذا لون رمادى أو أحمر رمادى ، وتشاهد العمد الخلفية في القطاع

منكمشة وذات لون رمادى ، أو أحمر رمادي . فتتميز بذلك عن العمد المقدمة الجانبية ذات اللون الأبيض ، ويكون هذا التغير عادة أكثر تقدما فى المنطقة القطنية للحبل الشوكى ، وتكون الأعصاب الخلفية التى تكون المخروط النخاعى رقيقة — عادة — لدرجة كبيرة

وقد توجد تغيرات فى الجوهر القشرى للمخ تشبه التغيرات التى تشاهد فى حالات الشلل العام للمجانين ، ولكنها تكون أقل منها شدة .

ضمور العضلات بسبب مرض الحبل الشوكى

(ضمور العضلات المطرد ، وضمور العضلات الناشىء عن التصلب الجانبى ،)
(وشلل الانتفاخ النخاعى المطرد أى الشلل اللسانى الشفوى الحنجرى)

تتشابه نتائج هذه الحالات الثلاث لدرجة كبيرة بعد الوفاة ، إذ كل منها يندمج فى الآخر إكلينيكيا . ولا يمكن التفريق بينها خلال الحياة إلا بملاحظة مقدار الترهل أو التوتر الموجود بالعضلات المختلفة ، ومعرفة أيتها أكثر إصابة من غيرها . ولذلك فسنبحث هذه الحالات الثلاث مجتمعة :

تكون الجثة عادة لرجل تزيد سنه على الثلاثين ، وقد يكون متقدما فى العمر لأن المرض مزمن لأقصى حد ، وأكثر المظاهر بروزاً هو الضمور العضلى الشديد وفى الحالات الشديدة قد تضمر كافة عضلات الهيكل الجسمى تقريبا . وقلما تصاب عضلات الوجه وعضلة الرقبة بالمرض إلا فى شلل الانتفاخ النخاعى ، حيث يظهر الضمور على الشفتين واللسان ؛ وفى حالة الضمور العضلى المتدرج يكون الضمور أكثر وضوحا فى العضلات الصغرى لليدين أولا ؛ ثم يلى ذلك إصابة العضلات القابضة فى الساعد ؛ وكذلك تصاب القدمان والساقان ، وأخيرا تصاب كل عضلة

فى الجسم . فتتوقف حالة العضلات التى تشاهد فى التشريح على المدة التى مضت مذ أصيب الشخص بالمرض حتى توفى . وتنشأ الوفاة — عادة — عن مرض طارئ . وقد تكون هناك انقباضات دائمة وتشويهات شديدة توجد نفس التغيرات فى إصابات ضمور العضلات الناشئ عن التصلب الجانبى، ولكن الضمور لا يبلغ الحد الذى يبلغه فى الحالات السابقة. أما فى شلل الانتفاخ النخاعى فيقتصر الضمور على عضلات الوجه واللسان والبلعوم والحنجرة

ولا يوجد عند التشريح إلا قليل من العلامات البارزة، ولا يوجد فى الجهاز القلبى الوعائى والجهاز الهضمى ما يستحق الذكر

وقد يعثر على سبب الوفاة فى هيئة التهاب رئوى بلعى فى حالة شلل الانتفاخ النخاعى ، ويعثر على إصابات أخرى للجهاز التنفسى فى حالات أخرى

ولا توجد تغيرات فى الجهاز الكلوى ، لأنه قل أن يحدث التهاب بالمثانة مادام المريض محتفظا بقدرته على ضبط حركة عاصرتى البول والغائط

ويظهر الانحلال فى الجهاز العصبى المحرك بأكمله بدرجات مختلفة وفى أجزاء متباينة . وأحيانا يصاب تلفيف الدماغ أمام الشق المتوسط بضمور . وقد تبدو المادة السنجابية فى التضخمات العنقية والتضخمات القطنية العجزية فى الحبل الشوكى ضامرة (فى حالات الضمور العضلى المتدرج) . وأحيانا قد تبدو المادة البيضاء في العمد البطنية والجانبية للحبل الشوكى منكمشة بمقارنتها بالموجود من هذه المادة فى العمد الظهرية (ضمور العضلات الناشىء عن التصلب الجانبى) . أما الجذور الأمامية للأعصاب فى الجهاز كله فتكون أقل عتمة وأكثر احمرارا من الجذور الخلفية، وفى الأحوال الحادة لشلل الانتفاخ النخاعى تشاهد نزف أو ليونة فى القنطرة أو النخاع . وقد تحدث الوفاة من الالتهاب الرئوى الشفطى الذى سبق وصفه ، أو الغصص بالشراب أو الطعام ، أو بوقوف التنفس ، وهو نادر

الاختلاج الوراثى لفردريك

تحدث الوفاة ـ فى هذه الحالات ـ بسبب مرض طارئ

وتشاهد علامات هذا المرض عادة فى الأطفال فى الهيكل العظمى غالبا . وكثيراً ماينحرف العمود الفقرى ويصحبه تحدب الظهر . وأعم هذه التشويهات هو القدم المرفوع عقبها والمعوج للجهة الأنسية ،وتكون هذه القدم حنفاء وقصيرة، والقوس الأخمص مرتفعا ، وأصابع الرجل مجذوعة بشدة إلى الخلف عند المفاصل السلامية ، وتكون المفاصل المتطرفة منثنية ، وفى بعض الحالات لايوجد من التشويهات سوى الأصابع المنثنية

ويكثر وجود مرض الصمامات المزمن بين المصابين بمرض فردريك وكذلك تكثر أمراض الشرايين ، وعند ما تمتد الإصابة إلى الشرايين الإكليلية تتسبب الوفاة عادة عن التهاب عضلة القلب وهبوطه

وقد تزداد سماكة السحايا الخلفية، ويظهر على العمد الخلفية والجانبية تغيرات تصلبية . وقد تصاب غير هذه العمد من المسالك ؛ ولكن لايبدو منها إلا القليل للعين المجردة،وأحيانا يكون الحبل الشوكى رفيعا بدرجة غير عادية،فيصل إلى نصف حجمه الطبيعى عند قطعه ، ونادرا مايكون المخيخ صغيرا إذا قورن بالأخ الذى يكون أصغر من العادى

الاختلاج المخيخى الوراثى

يشاهد فى أشخاص متوسطي العمر ، وتجد المخيخ فى حالة ضمور

الشلل النصفى السفلى التشنجى الوراثى

يشاهد فى هذه الحالة نقص فى نمو الحبل الشوكي عادة ، والاستحالة تكون عادة فى العمد المرمية القطنية والصدرية السفلية ، وإذا كان المرض متقدما شوهد تصلب فى هذه المناطق قد تشترك فيه العمد المخيخية الرأسية

الخوريا الوراثية المزمنة (الرقص السنجى)

تشاهد فى بعض الحالات زيادة فى سماكة السحايا ، وضمور فى القشرة . وفى الحالات المتقدمة تجد تصلبا فى الشرايين

التصلب المنثور

تحدث الوفاة عادة من مرض طارئ

وتكون الجثة فى الغالب لامرأة ليست متقدمة في العمر . ويبدأ المرض فى فجر البلوغ وقد يستمر عدة سنوات . وتشاهد قروح الفراش فى المرضى الذين لازموا الفراش زمنا ما . وقد تؤدى عدوى هذه القروح إلى امتصاص عفن ، أو إلى حالة تقيح دموى تودى بحياة المريض . وقد توجد تغيرات ضمورية فى عضلات مختلفة ، وأغلب ماتصاب العضلات الصغيرة في اليدين . وتكون الأظافر سهلة الانكسار ومشدوخة

وتختلف العلامات الباطنة تبعاً لاختلاف سبب الوفاة ، وقد تنشأ الوفاة — كما ذكر — عن حالة تقيح دموى . وأسباب الوفاة الأخرى — الكثيرة الحدوث — انتقال العدوى إلى مجرى البول والالتهاب الرئوى والتدرن الرئوى

وأما التغيرات المميزة الوحيدة لهذا المرض فتوجد فى الجهاز العصبى المركزى فتشاهد أجزاء متصلبة منتشرة فى جميع أجزاء الجهاز العصبى ، ويختلف حجم كل منها عن الأخرى اختلافا بينا ، فبعضها لايتجاوز قطره عدة ملليمترات والبعض الآخر أكبر من ذلك بكثير . وتوجد هذه الأجزاء فى أى مكان فى الجهاز ، ولكنها تكثر فى مناطق معينة من المخ وهى : —

العقد العصبية القاعدية وحول البطينات و فى الجسر والنخاع وفى المادة البيضاء للحبل الشوكي . وتكثر الإصابات فى المادة البيضاء وتبدو للعين المجردة بشكل بقع واضحة غير منتظمة الشكل ذات لون وردى أدكن أو أسمر ، وتبدو أكثر قتمة وشفوفا من المادة السنجابية فى الجوهر القشرى المخ . وقد يكون لها مظهر هلامى وتمتاز برخاوتها . وعند النظر اليها فى قطاع من الجزء المصاب تبدو فى مستوى النسيج السليم أو منخسفة عنه قليلا

تكهف الحبل الشوكى

تكون الجثة غالباً لرجل . وقد يشاهد فيها بعض التشويه الخلقى ، كرأس كبير مع جذع وأطراف صغيرة . وتكون عضلات الساعدين والساقين ضامرة ضمورا كبيرا ، وقد يرى تقوس العمود الفقرى . وقد يظهر على عظام اليدين تغيرات راجعة إلى نقص تغذية مصحوبة بتقرح . وقد تتشوه بعض المفاصل وخصوصا مفصل الكتف والمرفق .

وأهم التغيرات الباطنة تشاهد فى الجهاز العصبى المركزى وفى الهيكل العظمى

وتكون الإصابة المميزة عبارة عن تجويف يختلف طوله داخل مادة الحبل الشوكى . وتكون سحايا الحبل الشوكى طبيعية . والحبل نفسه غير منتظم الشكل

فيبرز فى بعض المواضع ، و يتقلص فى مواضع أخرى ؛ و يزداد عادة القطر الجانبى بالنسبة إلى القطر المقدمى المؤخرى ، وفي بعض الأحيان قد يتفرطح الحبل الشوكى و يصغر حجمه عن المعتاد ؛ وقد يلاحظ وجود تموج فوق التجويف

وأعم مواضع هذا التجويف هى : الأقسام العنقية الأخيرة والظهرية . و يتبين من قطاع الحبل الشوكى فى مستويات مختلفة أن حجمه وشكله يختلفان كثيرا فقد توجد عند احدى المستويات عدة تجاويف مسببة عن وجود أرداب مبطنة بمادة هلامية ذات لون أسمر ضارب للصفرة ، أو شاحبة اللون ، وأحيانا تبدو كغشاء قاتم أصفر اللون ، و يقع التجويف عادة خلف المقرن الأمامى قرب القناة الوسطى أو إلى أحد الجوانب قرب قاعدة أحد القرون الظهرية . وقد يعثر على شق أو أكثر فى أرضية البطين الرابع متجها قليلا إلى ناحية من الخط المتوسط

وتوجد تغيرات فى المفاصل ، وعلى الأخص فى مفاصل الأطراف العليا فيما يقرب من عشرة فى المائة من الحالات . فتتمدد المفاصل لامتلائها بسائل ، ولوجود التغيرات الناتجة عن عدم تغذية العظام . وقد تتورم الأنسجة المحيطة بسبب الاوذيما ، ولا تنبعج لدى الضغط إلا قليلا . ويكون الجلد فوق المفصل مشدودا وتسهل رؤية الأوردة الواقعة تحت الجلد . ولدى فتح المفصل يشاهد الغلاف ليفا وتالفا ، و يكون الغشاء الزلالى محتقنا وسطحه مغطى بنتوءات . وقد يلين الغضروف المفصلى و يتلف . وقد توجد أجسام منفصلة داخل المفصل ناشئة عن كسر العظام أو انفصال بعض النتوءات

و ينشأ عن التغيرات التالية فى المفاصل حدوث الحالتين الآتيتين :

ففى إصابات المفاصل المكونة من الكرة والحق — كالكتف — تكون

علامات الضمور أكثر ظهورا، والسطوح المفصلية للعظام تالفة بأكملها تقريبا ويختفى الغشاء الزلالى، وتتكون عقد عظمية خارج المفصل. على أن التغير المميز هو التهاب العظم المرقق الذى قد يمتد لمسافة طويلة خارج المفصل، أما في المرفق فالتضخم يكون أكثر ظهورا، وتتكون رواسب عظمية بغلاف المفصل وتتخذ شكل عقد عظمية ملاصقة له، أو تتكون في الأوتار والعضلات المحيطة به، وقد يتحجر الغلاف أو يختفى كله، وتنكشف أطراف العظام وتتضخم فى غير انتظام بسبب تكون عقد عظمية داخل المفصل، وتبدو العظمة المنكشفة ذات مسام فى شكل أسفنجي، وقد تمتد تغيرات العظام إلى خارج الغلاف. وقد تنمو عدة نتوءات فى الغشاء الزلالى، وقد تنفصل هذه النتوءات فتملأ التجويف بأجسام عديدة بشكل بذور البطيخ. وتكثر حدوث كسور العظام من تلقاء نفسها، ويظهر على العمود الفقرى أحيانا تلف مركزى فى الفقرات مصحوب بتضخم فى بروزاتها، ويلين العمود فيسهل قطع العظم بسكين، وينحرف ويتشوه لهذا السبب.

الاستسقاء الدماغى

الاستسقاء الدماغى: إما ورائى وإما مكتسب، ويمكن تقسيم حالاته إلى ثلاثة أنواع:

(١) نوع داخلى ذاتى

(٢) نوع خلقى

(٣) نوع ثانوى أو مكتسب

فالنوع الأول: يحدث من التهاب بطانة بطينات الدماغ، ينشأ عنه زيادة فى إفراز

السائل المصلى داخل البطينات ، وفي الأحوال الحادة تشاهد البطانة ناعمة الملمس وطبيعية، أما فى الحالات المزمنة فتتضخم وترتطب، وتحدث هذه الحالات فى الأطفال والبالغين على السواء، ولكنها أكثر حدوثا فى البالغين ، وتتوقف العلامات التى تشاهد بالمخ على مقدار السائل الموجود داخل البطينات وما يحدثه من ضغط

والنوع الثانى : ينشأ عن انسداد قناة تصريف السائل من البطينات، أو من نقص امتصاصه من النسيج الواقع تحت العنكبوتية ، وقد ينشأ عن ذلك تمدد البطينات فى المخ تمددا كبيرا ، وتكون بطانتها أحيانا سميكة ومحببة ، وقد يصل السائل داخل البطينات إلى بضع لترات ، فينضغط المخ ويقل سمكه فى بعض المواضع إلى بضع ملليمترات ، وتنعدم التلافيف والشقوق التى بينها ، وتتضخم الجمجمة ، وقد يصل محيطها فى طفل عمره ٣ سنوات إلى ٢٥ بوصة أو ٣٠. وتتباعد بعض عظام الجمجمة عن بعض وترق

وقد تتعسر ولادة الطفل لهذا السبب ، وعادة يموت الطفل فى السنة الرابعة أو الخامسة من عمره

أما النوع الثالث : فقد يكون ذاتيا فى بعض الأحوال، ولكنه فى الغالب يكون مكتسبا أثناء البلوغ . ويحدث عادة نتيجة ورم ضاغط ، أو انسداد فتحة تصريف السائل من البطينات نتيجة التهاب البطانة، كما قد يحدث نتيجة الحمى المخية الشوكية ، وينشأ عن ذلك استسقاء دماغى كبير ، بدون أن تتمدد الجمجمة عادة .

أورام المخ

أهم أنواع أورام المخ هى : —

(أولا) الأورام الحبيبية المعدية ، وهى :

(ا) الورم الدرنى ، وقد يسبب أوراما مختلفة الحجم ، وقد تصطحب هذه الحالة بدرن الغدد أو العظام ، ولكنها قد تحدث بمفردها ، ويكثر حدوثها في السنين الأولى من العمر قبل سن العشرين . وتكثر هذه الأورام في قاعدة المخ

(ب) الورم الزهرى ، ويكثر حدوثه فى قشرة المخ .

وتكون هذه الأورام عادة متعددة وسطحية ومتصلة بالأوعية الدموية أو السحايا ، وقد تصيب هذه الأورام الغدة النخامية ، وتسبب أعراضا تشبه البول الغير السكرى

(ثانيا) الأورام الخبيثة وهى : —

(ا) الجليومة ، وهي أكثر أمراض المخ حدوثا ؛ وتظهر فى أى جزء منه ، وقد تكون أحيانا منتشرة أو متكيسة ، وتكثر فيها الأوعية الدموية التى قد تتحلل جدرها فينشأ عنها نزيف شديد ، ولا تنتشر هذه الأورام عادة فى أعضاء أخرى

(ب) الاندوثليومه : كثيرة الحدوث أيضا ، وهى تلى الجليومة . وتشاهد غالبا فى السحايا فوق المخ أو جذره

(ج) الكرسنوما : تحدث دائما ثانوية ، لمرض فى أعضاء أخرى من الجسم .

(د) السركوما : تكون دائما ثانوية إذا وجدت داخل أنسجة المخ ، ولكن قد تبدأ احيانا فى السحايا .

وتوجد أنواع أخري من الأورام فى المخ ، ولكنها نادرة ، ويتوقف مايشاهد من العلامات فى الجثة على حالة الورم وحجمه ، وما أحدثه فى المخ ، والتغيرات التى حدثت به