

المقالة الاولى - اعتبارات عمومية

متى حضر المريض أمام الطبيب لزمه ما يأتي . أولاً أن يتأمله ببصره تأملاً تاماً لانه كثيراً ما يرى علامات تكفي لتشخيص المرض قبل أن يسأله عن مرضه وقبل ان يبحثه . ثانياً أن يسأل المريض أو من هو منوط به (ان كان طفلاً أو كهلاً ولكنه مضطرب العقل أو غير قادر على الاجابة) عن اسمه وعن تاريخ مرضه وعن موضع الألم وعن أمراض والديه لان أجوبة المريض أو من هو منوط به كثيراً ما تؤكد التشخيص الذي افنكره الطبيب بمجرد التأمل للمريض بالبصر أو بالأقل تهدي الطبيب اللوه ول التشخيص وزيادة على ذلك فن اجابة المريض بحكم الطبيب ان كان المريض نبيهاً أو لا متغير العقل أولاً . ثالثاً وهو المهم أن يبحث أجهزة المريض واعضاء جهازها اعضاءها وعضواها فعضواها ابتداءً بالجهاز الذي يشتكى منه وذلك البحث يكون كذلك أولاً بالنظر للجهاز المعرض للمعاينة ثم يبحثه بوسائط البحث الخاصة به لمعرفة الطواهر الالكينيكية الموجودة لان بها يتم بل وبها وحدها يمكن تشخيص المرض . ولنتكلم على هذه المباحث الثلاثة تفصيلاً فنقول

المبحث الاول في النظر الى المريض على العموم

بالنظر الى المريض يعرف ان كان تنفسه طبيعياً أو متعسراً طبيياً أو سريعاً فيكون طبيياً معصوباً بالجملة ثبات في الامراض الخفية الكومماوية وفيها أيضاً تنجبه المقابلة الى جهات غير عادية . ويكون التنفس في التغيرات القلبية عسراً سريعاً معصوباً باحتقان الوجه احتقاناً احتباسياً أي يكون منتفخاً ولونه سيانوزياً ولون الشفتين أزرق والاعوية الشعرية للانف والوجنتين والمنتخمة وأوردة العنق متمددة والاطراف السفلى أوزيمماوية ويكون التنفس متعسراً سريعاً في أمراض الجهاز التنفسي . ويعرف وجود مرض في احدي جهتي الصدر معصوباً بالأم يكون المريض مضطجعاً على الجهة السليمة ثابتاً (التسكين الأم الصدرى) في الجهة المذكورة وهذا ما شاهد في الالتهاب البلوراوى والرئوى . ويكون المريض مضطجعاً على الجهة المريضة اذا فقدت رئة هذه الجهة وظيقتها كما في الانسكاب البلوراوى المصلى العظيم الكية أو الانسكاب الهوائى لاحدى جهتي البلوراوى كما في تكبد احدى الرئتين الا اذا وجد عنده ألم في هذه الجهة فيكون مضطجعاً على الجهة السليمة كما ذكرنا لتجنب ترايد الألم . ويكون كذلك مضطجعاً على الجهة السليمة أو الأقل اصابة في الدور الاخير للدور الرئوى . ويكون مستلقياً على ظهره منحنى الجذع الى الامام ومنحنى الاطراف على البطن

متقلص الوجه في التهاب البريتوني الحاد وفي التهاب الكبدى والثانى الحادين أى الحيين . ويكون منسكبا على بطنه في المغص المعوى والكبدى والكوى غير الحية أى غير الالتهابية . وبالتنظر يعرف التشنج الذى يحصل في بعض عضلات الوجه المسمى بالتيدك . وبالتنظر يعرف مزاج المريض .

- والامزجة المتفق عليها أربعة وهو المزاج الدموى والعصبى والليفاوى والصفراوى ولكل منها أمراض يغلب وجودها معه يهتدى لها بعلاماتها . فالدموى يكون عرضة للاصابة بالامراض الالتهابية الحادة وفيها تكون الحمى شديدة . والعصبى يكون عرضة للتنبهات العصبية المركزية والدائرية وللإصابة بالامراض الثنرورية وتكون الظواهر الانعكاسية عنده أكثر شدة . والليفاوى يكون عرضة للاحتقانات العقدية الليفاوية والاوزجما والارتشاحات المصلية وللإصابات النزلية المخاطية الحادة ثم يصير بسهولة عنده مزمنة ويكون عرضة للاصابة بالاسكر وفول وبالدرن وبالأجزيم والتقيحات المستطيلة المدة وشفاؤها أصحاب هذا المزاج تكون غليظة والعقد الليفاوية للعنق ضخمة . والصفراوى يكون عرضة للإصابة بأمراض الجهاز الهضمى معطوبة باضطرابات مخية سيماتيكية Sympatique * وبالتنظر يعرف الطبيب تركيب بنية المريض فتكون جيدة متى كانت جميع وظائف الاعضاء حاصلة بطريقة جيدة ومكافئة لبعضها ومتى كانت بهذه الصفة كانت أقل عرضة للاصابة بالامراض واذا أصابها مرض كان سيره منتظما وأعراضه واضحة وينتهى بالشفاء ويعرف ذلك بجودة هيئة منظر المريض . وتكون البنية رديئة متى كانت بعكس ما تقدم وحينئذ تكون عرضة للاصابة بالامراض والامراض الأولية تتضاعف بأمراض أخرى وجهها تعميل للازمان ويعرف ذلك برداءة هيئة منظر المريض . وبالتنظر ولمس الشرايين بالأصبع بقدر العمر الطبي للشخص فبالنظر يعرف وجود القوس الشخوخى للقرنية أو عدمه وباللمس يعرف وجود صلابة الشرايين من عدم وجودها ثم بعد ذلك يقارن العمر الطبي بالعمر الحقيقى وبالفارق يتحقق من جودة صحة المريض أو عدم جودتها . وبالتنظر الى المريض تعرف الكاشكسيا الدرنية والسرطانية والزهرية والآامية واللون الباهت المميز للانيا . ويصير لون الوجه باهتا أيضا قرب حصول القيء وفي الانغماء وفي دورا القشعريرة في الحيات وكذلك أثناء حصول الأزفة الباطنية . ويكون لون جلد الوجه أحمر في الدور الاول للامراض الالتهابية وفي الاحتقان المخى وفي الحيات . ويكون اللون الأحمر شاعا لجلد الانف والاعين والاذنين في حمرة الوجه وقاصرا على الوجنتين في ابتداء التدرن الرئوى ويكون لون الوجه أصفر برقانيا في جميع الاحوال التى فيها توجد المادة

الملونة للصفراء في الدم سواء كان ذلك عقب تغير في القلب أثر على الكبد أو في الكبد أو في القنوات الصفراوية الكبدية أو في الاثني عشرى . ويكون لون الجلد أسمر مصفرافي بعض الأمراض الكبدية المزمنة وعند المرأة زمن الحمل . ويكون نحاسيا في أمراض محافظ فوق الكليتين . ويكون سنجابيا عند الأشخاص الذين تهادوا في تعاطى نترات الفضة . ويكون الوجه عظيم الحجم محمرا في الحمرة ويكون منتفخا أو زعجا وياها في الأمراض القلبية والكلوية . ويكون غير متواز في جهته في الشلل النصفي للوجه فزاوية الفم من جهة الشلل تكون منخفضة وشدق هذه الجهة يكون مرتخيا ومياريها تكون محموة والحفرة الانفية لهذه الجهة تنسع في الزفير وتنطبق في الشهيق وهذا يدل على أن مجلس التغير إما العصب الوجهي أو المركز المخي وتعرف القروح القديمة بالثرالاتحامية . وبالنظر للوجه يعرف وجود الطفح في جلده ويكون الوجه منقبضافي التآلم كما في التهاب البريتوني الحاد . ويكون الوجه ايبوقراطيا أي نحيفافيه لمن قرب الموت في الأمراض المستطيلة فيصير الانف فيها كأنه أكثر بروزا عن العادة والاعين أكثر غورا والاصداغ أكثر انخسافا والاذنان أكثر بروزا عن العادة والشفتان مرتختين ولون الوجه مرصاصيا أو كلبيا . والوجه هو المجلس المختار للامتييجوعند الأطفال وللأكتة عند الشبان والحمرة عند الكهول ولا يصاب بالجرب . وعلى الوجه يبتدى ظهور طفح الجدري . وعلى الشفة يظهر الهربس الذي يسحب الالتهاب الرئوي في نحو اليوم الرابع من الإصابة الرئوية في بعض الأحيان والطفح الشفوي الهربسي لا يحصل أبدا في الحمى التيفودية ولا في التيفوسية المصرية . وبالنظر تعرف حالة الحدقتين فتكونان منقبضتين في النوم الطبيعي ومتمددتين في الكوما وفي الانعماء وفي الاسفكيا وفي النوبة الصرعية وفي الكوريا وفي تأثير البلادنا . وتصيران متمددتين وغير منتظمتين في الدور الثاني للالتهاب السحائي الدرقي . وعادة تكون حدقة الجهة المشاولة للنصف الجانبي للجسم متمددة وتكون الحدقتان منقبضتين في التسمم بالافيون وفي تزييف البصلة المخية . وتكون الحدقة ضيقة لا تتأثر بالضوء في الأتاكسي لو كوموتريس لكنها تتمدد في النظر الى الاجسام البعيدة عن العين وتنقبض في رؤية الاجسام القريبة وتكون الحدقتان غير متساويتين في الشلل العمومي التدريجي وفي تدرن احدى الرئتين . وتكون الحدقة متمددة لا تتأثر بالضوء عديعة الحركة في الاوغلو كوما أي الكنة . وتكون الحدقة ذات شكل بيضاوي أو على شكل زاوية عقب الالتهاب القرصي بسبب حصول التصاقات فيها وكذلك تكون الحدقة متغيرة الشكل عقب تقرحات القرنية والتصاقها بها . وبالنظر تعرف حالة اليدين فقد

تكونان أوزيماويتين أو يكون بمفاصل الاصابع أو بعظامها أو ورام أو تشوه كافي الروماتزم المشوه أو تكون السلاميات الاخيرة منتفخة كانتفاخ القضبان التي يضرب بها على الطروميسطة وأظافر هامنجية كما عند الدرنين . وقد تكون العضلات الباسطة لليد والاصابع والساعد مثل اوله فتكون الاصابع في نصف انثناء كافي التسمم الرصاصي . وبالنظر يعرف تزايد النسيج السحمي تحت الجلد عن حالته الصحية ووجود المصل في النسيج الخلاوي تحت الجلد المسمى « اوزيما تحت الجلد » وعلى العموم توجد ثلاثة أنواع من الاوزيما (أولا) اوزيما تبدي بالكعبين ثم تمتد فيما بعد الى الساقين ثم الى الفخذين ثم الى البطن وهذا النوع ينجم عن التغيرات الصمامية للقلب غير المعادلة سواء كانت أولية أو ثانوية (ثانيا) الاوزيما التي تبدي بتجويف البطن وتكون الاستسقاء الرقي الابتدائي وهي تنجم عن اعاقدة دورة الوريد الباب سواء كان ذلك العائق سيروز الكبد أو درن البريتون أو سرطانة (ثالثا) الاوزيما التي تظهر ابتداء في الاجفان عقب النوم وتنقل الى اليد والى الساق وهكذا وهي تنجم عن التغيرات الكلاوية ويصحها وجود الزلال في البول . وبالنظر تعرف التغيرات الجلدية التي منها الاجزانتيا *exantima* وهي بقع حمرة زوالا وقتيا بالضغط عليها بالاصبع ثم تظهر بعد رفعه وتشفى بسرعة إما بالتحلل أو بالتقشر ومتى كانت صغيرة مستديرة أو بيضاوية لا تزيد سعتها عن سعة عدسة سميت بالوردية وهي المكونة لطفح الحصبة وللوردية في الحى التيفودية وفي الزهري ومتى كانت بقعها أكثر اتساعا وبدون شكل وغير واضحة الحدود سميت اريتما *erytma* وهي تكون لطفح القرمزيه *scarlatine* ومتى كانت بقعها لا تزول بالضغط عليها بالاصبع سميت بوربوره ترفيه . وقد يوجد في الجلد بقع بجمتية أي مسودة أو بقع فقد فيها الجلد مادته البجمتية الطبيعية (أي الملونة) فتبقى هكذا بيضا ولا يزول هذا اللون قط بالضغط عليها . والبقع البجمتية والبقع المفقودة المادة البجمتية تكون خافية أولية أو مكتسبة عقب أمراض جلدية . وقد تكون البقع وعائية فيقال لها انتصابية وهذه خلقية دائما . وقد يوجد في الجلد حلمات أي بروزات خالية من السوائل صلبة القوام محدودة الدائر يختلف حجمها من حجم حبة دخن الى حجم حبة أو أكبر ومتى شفيت لا يعقبها أثر التحام وهي تكون لطفح البيرورجو وطفح الليكن . وقد يشاهد في الجلد تولدات درنية تتفحج ثم تترك بعد شفائها في أغلب الاحوال أثر التحام وهي توجد في الزهري الجلدي وفي الجذام وفي بعض أنواع الليبوس . وقد يشاهد في الجلد ورام مستديرة بارزة عن سطح الجلد السليم صلبة نوعا حجمها أكبر من

حجم الدرن مجلسها الجزء الغائر للادمة تسمى بالاورام الصمغية تتفجج عادة ويعقبها قرحة غائرة يعقب شفاءها أثر التحام مسمرة اللون أبدية أى لا تمحى قط وهذه الاورام خاصة بالداء الخنازيرى الدرني وبالزهري الثلاثي . وقد يشاهد في الجلد أورام أخرى تمكث فيه زمنا طويلا ويزيد حجمها تدريجيا وذلك كالكيلاويد keloide والمولوسكوم muluscum والسركوم sarcum والايبيثيليوم epitheliome والكارسينوم carcenum وغيرها . وقد يشاهد على سطح الجلد طفح حويصلي كالطفح الهربسي والطفح الاجزيمياوى والطفح الذي يعقب كثرة حصول العرق أو يشاهد طفح فقاعي أو نفاطى وهذه تكون محتوية على سائل إما مصلى أو قيحي أو مصلى دموى أو قيحي دموى وهذا ما يشاهد في البمفيجوس وفي الأيرينما الفقاعية . وقد يشاهد بشورا بكتيماوية وهي حويصلات مخروطية الشكل محتوية على صديد أو يشاهد قشور على هيئة صفائح بشرية تنفصل من سطح الجلد وتكون أولية كما في الصدفية (اكتيوز) وفي النخالية (البسور يازس) وفي الأيرينما والقرمزية . أو ثانوية وهذه ليست بشرية بل انعقادات تنجم من جفاف المادة المصلية أو الصديدية أو الدموية التي توجد على سطح الامراض الجلدية كما في الاجزيمياوى والبمفيجوس والليوس والزهري والامبيجو . وقد يشاهد سحج وهو تسليخ يشغل الطبقة السطحية للادمة قد ينجم عن حلا الجلد كما يشاهد في الامراض الجلدية الحامية كالخزاز والبروريجو (الحكة) والانجيرية وغيرها . وقد يشاهد قروح وهي إما سطحية فلا يعقب شفاءها أثر التحام وذلك كالفروح التي تنجم عن وضع الحراريق وعن الاجزيمياواتهاية والاكتيما الحقيقية . وإما غائرة فيعقبها أثر التحام كقروح الليوس والدرن والجذام والزهري والكروسيونوم والسركوم والايبيثيليوم وغيرها . ومعرفة لون الاثر الاتحامية مهم في التشخيص كالأثر التحام القروح الزهرية والدرنية مثلا . وقد يشاهد في الجلد تشققات وهي قروح خطية الشكل تشاهد في الاطراف وحول صيوان الأذن

المبحث الثاني في سؤال المريض

— الاسئلة التي يوجهها الطبيب للمريض أولمن هو ومنوط به اذا كان المريض طفلا أو غيره لكنه غير قادر على الاجابة ومعرفة الطبيب لها ضرورة هي السؤال عن اسم المريض وعن سنه (حيث ان السن ينقسم الى طفولية وصبا ومراهقة وشباب وكهولة وشيخوخة وكل منها له أمراض خصوصية فتكون معرفة الطبيب للمسن

ذات أهمية عنده) خصوصا اذا كانت المريضة امرأة ليعرف بالضبط زمن حيضها وزمن انقطاعه انقطاعا طبيعيا أى فسلوجيا . والسؤال عن وجود مرضه في أحد أصوله أى عن الامراض الوراثية للاجداد والآباء لاسيما من جهة الام لان الاب الحقيقي قد يكون غير معروف والبحث عن الوراثة المرضية ضرورى جدا خصوصا في الدرن الرئوى والزهرى والامراض العصبية . اما الدرن الرئوى فعلماء الفن غير متفقين على وراثته بمعنى أن ابن المصابة بالدرن الرئوى لا يولد مصابا بالدرن وانما يولد مستعدا لأن يكتسبه بكل سهولة عند ما توجد أسبابه ومما يؤكده هذا رأى أن كثيرا من العائلات يموت أحد أعضائها الاصليين بالدرن ولا يظهر عند أولاده أو يظهر عند أحد أولاده ولا يظهر عند الآخرين . وأما الزهرى فإنه ينتقل بلاشك بالوراثة وطواهره الوراثة عديدة ومختلفة النوع ومجسها تارة يكون الجلد وتارة الاغشية المخاطية وأخرى المجموع العصبى والاحشاء وأكثرها يظهر في الاعقاب في الزمن الأكثر قربا من الولادة على العموم وأكثرها بعد ان يظهر لغاية سن الاربعين والخمسين سنة . وأما الامراض العصبية الموروثة فهي كثيرة لكن تارة تكون مثل المرض العصبى للاب أو الام أو الجد وتارة تكون مختلفة عنه . والسؤال عن امراض الطفولية التى سبقت للمريض بالنسبة للراشئين والامراض الطفحية وعمما اذا كان أصيب بالروماتزم لأن القلب يصاب فيه وبسبب الروماتزم تحصل الكور يا أيضا وعمما اذا كان أصيب سابقا بالتهاب رئوى أو بالحمرة لان أعضاءه حينئذ تكون مستعدة لاصابه أخرى وعمما اذا كان أصيب بالسعال الديكى في صغره أو بالجحى التيفودية لان اطباء يرون أن هذين المرضين لا يعودان لمن سبق اصابته بهما . والسؤال عن شهيته للطعام وعن عاداته في التبرز والبول وكم عدد مراته في النهار وكم عدد مراته في الليل وما كمية البول الذى يخرجها في كل مرة وهل يخرج بسهولة أو بصعوبة وهل يكون على هيئة نافورة أو نقطاً وهل يستمر خروجه أو يتقطع وهل يحرقه في القاءه أثناء خروجه أم لا واذا ترك في الاناء تتكون في قاع الاناء مواد أولاً وما لونهما . والسؤال عن محل اقامته وعن المحل الآتى منه ان كان حاضرا من بعيد وذلك لان كل محل له امراض وطنية خاصة به وعن تعاطى الدخان أو الخشيش أو الميجون (مادة مخدرة) أو لا وعن تعاطى مقويات الباه لان فيها ذرارى مخ في الغالب وعن تعاطى المشروبات الروحية وما نوعها لان الخلاصات مثل الابنت والقرموت وغيرها ينشأ عنهما امراض عصبية مخيجة نخاعية (أى تشنجية صرعية) . والسؤال عن كيفية معيشته وتغذيته السابقة والحالية وعن مياه شربه وعن الادوية التى تعاطاها سابقا . وان

كانت امرأة يسألها عن كونها باكرا أو متروجة وفي أى تاريخ من عمرها حاضت وما صفة الحيض وهل تعرق ليلا وما زمن حصول العرق وإذا كانت متروجة هل رزقت أولادا وكيف كان الوضع عندها وهل الأولاد في صحة وهل مات منهم أحد وبأى مرض مات وهل الولادة تعددت وما الزمن (مدة الفترة) الفاصل لكل ولادة وما زمن آخر ولادة حصلت وهل حصل لها اجهاض وما عدد ذلك وعن آخر اجهاض حصل وهل أرضعت أولادها سابقا أو الآن وهل هي حامل الآن وما تاريخ آخر حيض وإذا كانت متقدمة في السن يسألها عن زمن انقطاع الحيض وهل أصيبت فيما مضى بمرض آخر غير الحالى أو بمرض مماثل له فجميع ما ذكر من السوابق الشخصية مهم المعرفة (تنبيه) في بعض الأحيان يجب على الطبيب البحث بنفسه عن حالتين خصوصيتين لأن المريض أو المريضة لا يخبر الطبيب بهما إما بسبب جهله لهما - ما أولآنه يريد إخفاءهما عنه - الأولى الإصابة بالزهرى سواء كان المريض رجلا أو امرأة والثانية أحداث الاجهاض الجنائى ولذا يلزم الطبيب ببحث المريض أو المريضة بحثا تاما دقيقا لمعرفة سوابقه الشخصية في ذلك . والسؤال عن صنغته لأن بعض الصنائع ينجم عنه أمراض مخصوصة تصيب الأشخاص المشتغلين بها فمثلا أصحاب الصناعة التى ينجم عنها غبار كثير كالمنظفين للدخان والطحانيين والخبازين ونحاتى الحجارة والمنجدين والكنسجين والفحامين وكذا من يتعاطى الدخان يكونون معرضين للإصابات الصدرية التنفسية المرزمنة . والأشخاص المشتغلون بالتفخ في المزمارة وغيره معرضون للإصابة بالانفخ بما الرئوية . والمشتغلون بالمركبات الرصاصية كالنويجية والرسمين والطباعين وسباكى حروف المطابع الرصاصية معرضون للتسمم الرصاصى . والمشتغلون بالمركبات الزئبقية كالطلائيين وصناع المرات معرضون للتسمم الزئبقي . والمشتغلون بصناعة عيدان الكبريت يكونون معرضين للتسمم بالفوسفور . والمشتغلون بالعلوم العاليه كالمعلمين والمحجرين وأصحاب البنوكه والصارفة والافوكانية والأطباء ورجال السياسة والضباط العسكريين معرضون للإصابات بالامراض العصبية الخفية . والمشتغلون بالكتابة أو بالبيان ونحوه يكونون معرضين للإصابة فى أيديهم بحركات غير ارادية تظهر عند تأدية اليد الوظيفة . والأشخاص الذين تكون معيشتهم جلوسية ويمضون أوقاتهم فى هواء محبوس يكونون معرضين للإصابة بالانيميا وبالامراض الخنازيرية والدرنيسية . ثم يسأل الطبيب المريض أولا من اين تشتكى وما الذى تشعر به أى الذى تحس به من الألم وفى أى محل بالأخص تشعر بزيادة الألم ثانيا وفى أى يوم وفى أى ساعة حصل للأذى وكفى - رأوسنة مضى من ابتداء حصوله

وكيف ابتداء المرض وان كان المرض حادا يسأله هل حصل لك تشعيرة خفيفة أو قوية في أول يوم من الاصابة . فاذا أجاب بحصولها مع حمى وألم صدرى جانبي وصعوبة في التنفس وسعال خفيف جاف دل ذلك على التهاب بلوراوى . واذا أجاب ان المرض ابتداء بشعيرة قوية استمرت من نصف ساعة الى ساعة وحمى وألم جنبى صدرى شديد وسعال شاق قصير الزمن صحبه من اليوم الثاني خروج نفث محمر لزج كما وكسيد الحديد كان ذلك التهابا رئويا . واذا أجاب انه ابتداء بشعيرة وحمى شديدة مصحوبة بألم دماغى شديد وتوتر فى العضلات الخلفية للعنق وفيه وخطر فدل ذلك على التهاب سحائى . واذا أجاب أن المرض ابتداء بسعال وآلام فى الجزء العلوى للصدر ثم عسر فى التنفس وانيميا وضعف ونحافة متزايدة ونفث دموى ونوب حمية وعرق ايلى لزم توجيه الفكر الى ابتداء التدرن الرئوى . واذا أجاب أن المرض ابتداء بحمى وألم شديد فى نقطة ثابتة من البطن وأنه لا يتحمل ثقل الغطاء على البطن وصحب ذلك فى عصر اوى دل ذلك على التهاب بريتنوى . واذا أجاب أنه حصل له تشعيرة ثم حمى وألم دماغى وقطنى وفيه وكان ذلك طفلا أى فى السن الاولى دل على الجدرى . واذا أجاب أنه حصل له تشعيرة تكرر ثم حمى ثم انحطاط فى القوى وفى الوظائف الخفية مع ألم دماغى وجفاف فى الفم واللسان ووساخته واسهال واحيانا رعا فليل الكمية دل على حمى تيفودية واذا صحب ذلك امسالك كانت الحمى تيفوسية وبالاجمال فكثيرا ما يستتج الطبيب من أجوبة المريض أو من هو منوط به معرفة المرض والجهاز الذى هو مريض به الذى يجب بحثه حينئذ ثم يبحث باقى الاجهزة الاخرى بالتوالى لمعرفة ان كان المرض الموجود فى الجهاز الذى يشتكى منه المريض اوليا أو تابعا للمرض آخر موجود فى جهاز آخر واذا كان اوليا هل حصل منه تأثير على الأجهزة الأخرى السليمة أولا . وقبل التكلم على بحث الأجهزة نذكر بعض كلمات على سير بعض الامراض لانه كما أن العلامات التى تعلم بالنظر وأجوبة المريض تقود الطبيب لمعرفة الجهاز المريض كما يقود السلك المعدنى الكهر بائية فكذلك معرفة سير المرض مهمة للطبيب العملى لانها نصف الطب الباطنى حيث معرفة سير المرض يعرف المرض فنقول

المبحث الثالث فى سير بعض الامراض

من الامراض ما يكون سيره حادا ويقال له مرض حادا وحمى ومنها ما يكون من منافع يقال له

مرض مزمن

في الامراض الحادة أو الحمية

الحى عرض سببه تزايد درجة الحرارة العمومية للجسم . وعلاقتها الرئيسة الاكلينيكية هي أولا القشعريرة ثانيا ارتفاع درجة الحرارة العمومية للجسم ثالثا سرعة النبض فالقشعريرة ظاهرة عصبية تحصل في ابتداء النوبة الحمية وهي ارتعاش غير منتظم في الجسم ناجم عن اضطراب الاحساس الجلدى فيشعر المريض ببرودة وفي أثناءها ترتفع حرارة الجسم ومدتها تختلف من بضع دقائق الى ساعة أو أكثر وفي أثناءها يسرع النبض أيضا ويعرف ذلك بحسه بوضع سبابة ووسطى يد الطيب المضادة ليد المريض على طرف الشريان الكعبرى بعيدا عن مفصل رسغ اليد بأصبع أو أصبعين ويكون الابهام موضوعا على ظهر رسغ اليد المذكورة . و يتزايد النبض نحو الثمان نبضات في كل درجة من الحرارة تزايدت عن الدرجة الطبيعية في النوبة الحمية تقريبا . ولاجل أن يكون النبض حيا يلزم أن عدده يتجاوز ثمانين نبضة في الدقيقة ومتى وصل عدده الى مائة وأربعين نبضة في الدقيقة دل على خطر المرض ويختلف عدده في الحالة الطبيعية تبعاً لسن فيكون كثيرا العدد عند الاطفال وقليله عند الشيوخ

عدد النبض	عند الاطفال وقليله عند الشيوخ
١٢٠ يكون	فعدا الطفل الذي عمره سنة
١١٠ »	وعند الذى » ستان
١٠٠ »	» » أربع سنوات
٩٠ »	» » سبع
٨٠ »	» » خمس عشرة سنة
٧٢	» الكهل يكون
٦٠	» الشيوخ يكون

وكثيرا ما يوجد اختلاف في عدده باختلاف الأشخاص ذوات السن الواحد بدون مرض فيكون عند بعض الكهول نحو (٥٠) وعند الآخرين (٨٠) والتأثير التي تنوع عدد النبض في الحالة الصحية هي التأثير الحمية كالانزعاجات والرجات الحمية فتزيد من زيادة وقتية أو تبطؤه ببطأ وقتيا أيضا . والاشغال العضلية تزيد عدده خصوصا عند ضعف البنية وقد يكون مستريدا في بعض امراض غير حمية كبعض امراض الصمامات القلبية غير المعادلة ومتى كان ضغط الدم الشرياني قليلا وفي نفور القلب سواء كان مصحوبا بسرعة التنفس

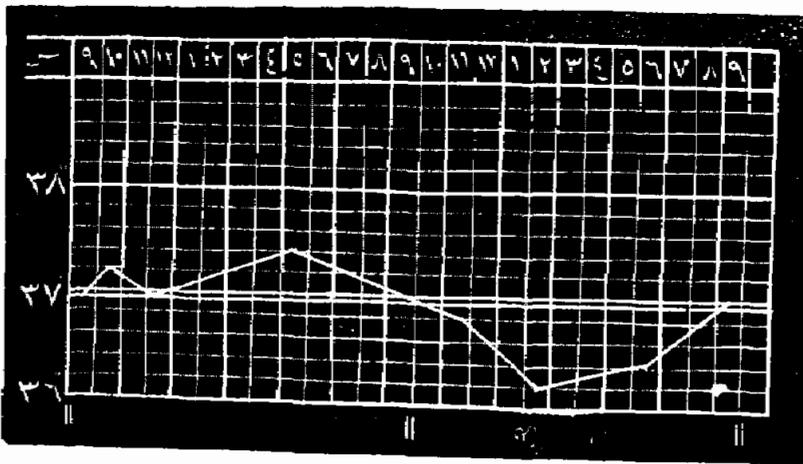
أولا فالذي يصطب بسرعة التنفس يحصل عقب شلل العصب الرئوى المعدى والثانى ينجم عن تنبه العصب العظيم السمبأتوى فقد يصل عدد النبض فيه الى ٢٠٠ بل والى ٣٠٠ ضربة فى الدقيقة وهذه التزايدات يقال لها تزايدات قلبية عصبية ويزداد عدده أيضا فى الانيميا وفى الأنغماء لكن الحرارة العمومية فى هاتين الحالتين تكون أسفل من ٣٧ ونصف والنبض فهما يكون دقيقا جدا خصوصا فى الأنغماء ويكون بطيئا فى ضيق الصمامات الأورطية وفى الاستحالة الشحمية للقلب وعند ازدياد ضغط الدم الشريانى وعند تنبه العصب الرئوى المعدى وعقب شلل العصب العظيم السمبأتوى وفى الأورام المخية وفى الدور الاول للالتهاب السحائى الدرئى لقاعدة المخ ويكون هنا معمورا بحمى ويطي أيضا فى اليرقان بتأثير الصفراء على العقد العصبية للقلب - فماذا كرى علم أن سرعة النبض ليست علامة خاصة بوجود الحمى فقط - ويشعر المريض ببرودة فى الحمى أثناء القشعريرة مع أن حرارة الجسم الحقيقية تزايد وتستمر على التزايد ويشعر بذلك أيضا فى الدرجة الثالثة للشلل الرئوى مع أن حرارة الجسم قد تكون أربعين أو واحدًا وأربعين درجة وهذه هى حمى الدق (fièvre hectique) ومتى انضخت الحمى صار الجلد على العموم حارًا وافتاد وأحيانا يكون رطبا ورطوبته أثناء الحمى علامة جيدة

ومتى انتهت الحمى فقبل أن تصير الحرارة العمومية للجسم طبيعية يعم العرق الجلد ويكثر البول ويصير محتويا على كثير من البولات وإذا استمر حصول العرق زمانطوبلا مع وجود الحمى ظهر على الجلد طفح حوى يصلى مكون من حوى يصلات صغيرة جدا شفافة تسمى سودامينا (sudamina) وهذا الطفح قد يظهر فى الحمى التيفودية بعد ظهور البقع الوردية التى تظهر فى نحو اليوم التاسع من المرض وتظهر السودامينا من اليوم العاشر الى العشرين من ابتداء المرض

(كيفية أخذ الحرارة فى الحميات)

يقال للحرارة باطنية اذا كانت فى الشرج أو المهبل أو فى الفم وظاهرة اذا كانت تحت الابط . والباطنية أضبط من الظاهرة وبها يعرف وجود الحمى عند الشيوخ لان الحرارة الظاهرة تكون عندهم قليلة الارتفاع بسبب قلة تكونها عندهم وبسبب عدم ضبط وضع الترمومتر تحت إبطهم وبسبب التبريد الذى ينجم من وجود العرق هناك ومن عادى أن أستعمل لمعرفة درجة الحرارة الترمومتر الزئبى المقسم الى سنتيمترات وكل

سنتيمتر مقسوم الى عشرة خطوط متساوية ودرجانه مقتضرة من ٣٢ الى ٤٣ درجة لكن يجب التحقق من جودته بمقارنته بترمومترا آخر يكون مضبوطا ومعالموما . وأطباء الانكليزي يستعملون ترمومترا فارانهايت المقسم الى ١٨٠ درجة ومع ذلك فاستعمال الترمومتر المئتي المقسم الى ١٠٠ درجة أو المقسم الى ١٨٠ درجة يتعلق بذوق الطبيب وكل منهما يؤدي المقصود ويوضع عادة الطرف الزئبقي للترمومتر تحت الابط بعد تجريد المريض من الملابس بحيث يكون الطرف المذكور محاطا بجدار الحفرة تحت الابط انما قبل وضعه يلزم تخفيف حفرة الابط من العرق ما أمكن ثم بعد وضعه يوضع ساعد المريض على صدره ويصق عضده بجذعه ويثبت بيد الطبيب واذا كان المريض اس مضطرب الحواس يوضع الترمومتر تحت لسانه ويضم شفطه عليه مدة الوضع ليضبطه . وحرارة الفم تزيد عن حرارة تحت الابط بنحو نصف درجة . وعند الاطفال يوضع الترمومتر في المستقيم وحرارته تزيد عن حرارة تحت الابط بدرجة . ويترو الترمومتر سواء كان في الفم أو تحت الابط أو في المستقيم من ثلاث دقائق الى خمسة وأخذ الحرارة يكون مرتين في الاربع والعشرين ساعة (أى في الساعة الثامنة صباحا وفي الساعة السادسة مساء) وتدوّن الدرجة التي وجدت في ورقة مخططة خطوطا عمودية يكتب فيها اليوم والصبح والمساء وخطوطا أفقية توضع فيها الدرجات وكسورها ويلزم ملاحظة تأثير الوسائط المستعملة لتنقيص حرارة الجسم كالغسولات والحمامات الباردة والادوية المنخفضة الحرارة وغير ذلك لانه قد يكون المريض تحت تأثيرها أثناء أخذ حرارته فتكون الدرجة الموجودة ليست الدرجة الحقيقية للجسم فيلزم في ابتداء المرض أن لا تستعمل وسائط تنزيل حرارة الجسم الا بعد أخذها لمعرفة الدرجة الحقيقية لها . والدرجة الطبيعية للحرارة العمومية للجسم هي ٣٧ درجة تقريبا ويحصل فيها بعض تبدلات طبيعية أثناء الاربع والعشرين ساعة كما هو واضح في شكل (١) الذي يشير للتبدلات



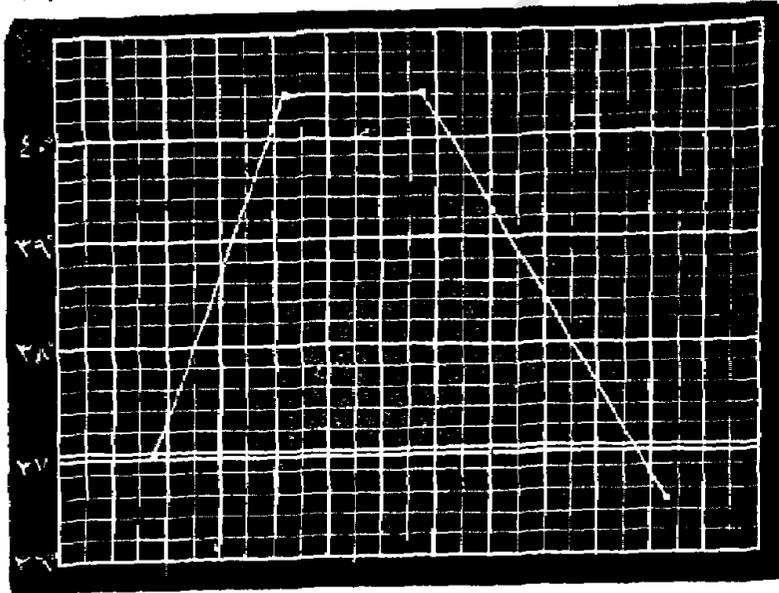
الطبيعية للحرارة العمومية للجسم أثناء الاربع والعشرين ساعة ومنه يرى أن الحرارة في النهار من الساعة التاسعة صباحا الى الساعة

(شكل ١)

التاسعة مساء تكون أكثر ارتفاعا لبعض خطوط من درجة (٣٧) مع نقطتي ارتفاع

حقيقتين احدهما تحصل في الساعة العاشرة صباحا والثانية تحصل في الساعة الخامسة مساء . وأما أثناء الليل فتكون الحرارة أقل من درجة (٣٧) ببعض خطوط من الساعة التاسعة مساء إلى الساعة التاسعة صباحا مع حصول انخفاض محسوس في الحرارة نحو الساعة الثانية من الصباح أى بعد نصف الليل بساعتين

وعلى العموم متى وصلت الحرارة العمومية للجسم إلى درجة (٣٨) كان هناك حمى (لأنه لا يوجد حمى بدون ارتفاع الحرارة العمومية للجسم كما أنه لا يوجد ارتفاع فيها بدون حمى) وشدة الحمى تكون متناسبة مع درجة ارتفاع الحرارة وكل نوبة حمية منفردة تتكون عادة من ثلاثة أدوار الأول دور القشعريرة أى دور الهجوم أو دور الازدياد لان ارتفاع الحرارة يبتدئ من ابتداء حصول القشعريرة ويستمر في الصعود أثناءها ويصل إلى أقصى ارتفاعه في انتهائها وهو الذى يكون خط الصعود . الدور الثانى دور الحرارة أو دور الوقوف أو دور التكون وهو أن الحرارة قد تستمر واقفة في الدرجة التى وصلت لها في الارتفاع فيكون الجاد فيه حاراجافا . الدور الثالث دور العرق أو دور الانحطاط لأنه يحصل في هذا الدور عرق يعقبه انحطاط الحرارة إلى الدرجة الطبيعية . بجميع هذه الظواهر الثلاثة يتبع بعضها بعضا في بضع ساعات متى كانت النوبة الحمية منفردة كما في نوبة الحمى الآجامية اليومية الواضحة في شكل (٢)

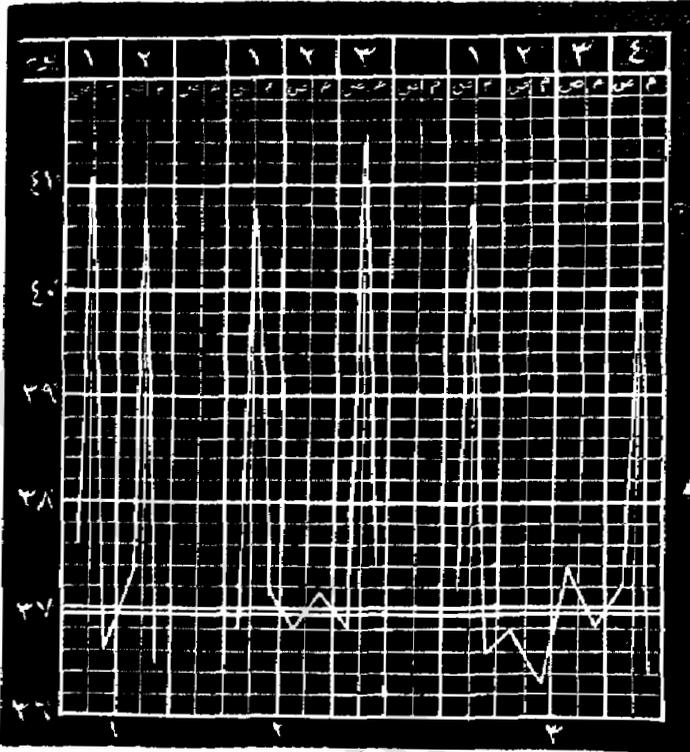


(شكل ٢)

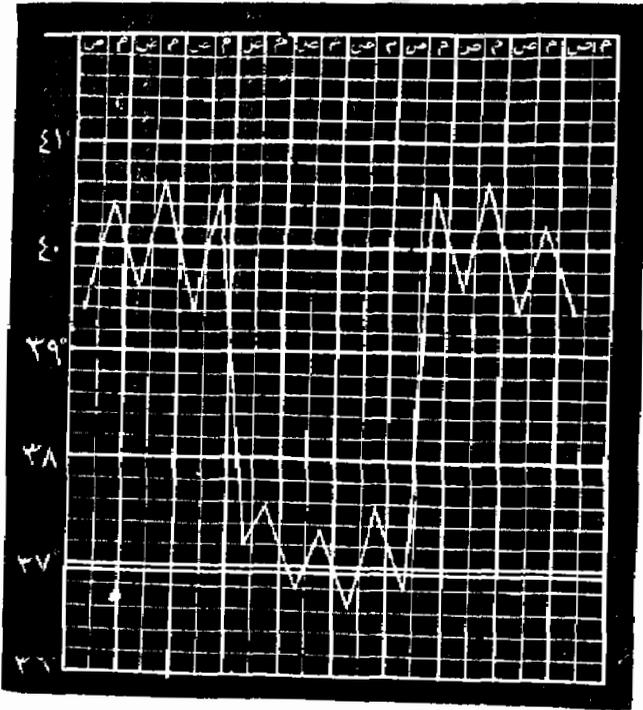
ويكون دور العرق متأخرا متى كانت مدة المرض الحمى بعض أيام وتكون الحمى منقطعة متى ظهرت على هيئة نوب منفصلة عن بعضها بفترة لا يوجد في أثناءها تزايد في الحرارة

أى لا توجد الحمى ويكون ظهور نوبها بطريقة منتظمة كما في شكل (٢) السابق . ومتى كانت الحمى منقطعة ومنسببة عن الملاريا كان تكرارها بانتظام أى تكون النوبة يومية أو ثلاثية أو رباعية كما هو واضح في شكل (٣) الآتى

شكل (٢) يشير لحرارة نوبة حمية منفردة فيبضع منه دور الهجوم ثم دور الوقوف ثم دور الانحطاط



(شكل ٣)



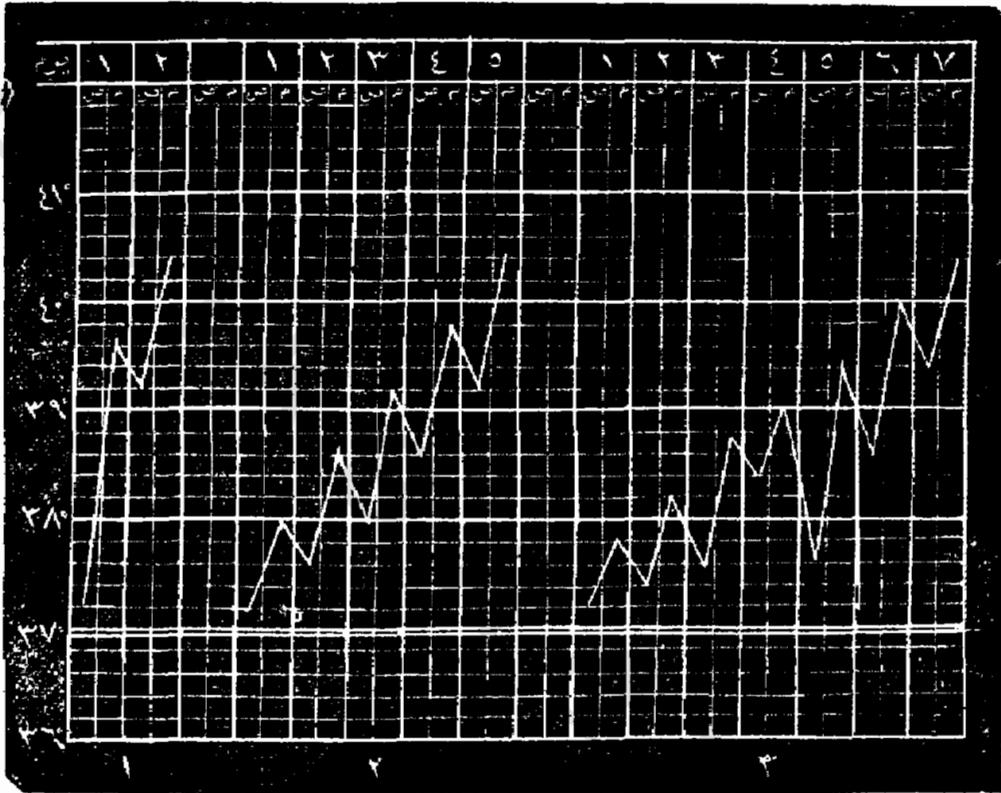
(شكل ٤)

والحمى تكون راجعة
(recurrence) متى
استمرت مدة أيام ثم زالت
ومكث المرض مدة
مثلها بدون حمى ثم عادت
النوبة الأولى ثم زالت وهكذا
كما في شكل (٤)
ويحصل في الجدري
الحقيقي حمى كافي الحمى
الراجعة المكروبية ورجوع
الحمى في الجدري ناجم عن
التقيح الذي يحصل في الطفح

* ثم ان دور الهجوم الحمى قد
يكون فجائيا وترتفع الحرارة نحو
درجتين أو أكثر في بضع ساعات
وتصل الى أقصاها من اليوم الثاني
كما في رقم (١) من شكل (٥) الآتي
وقد يكون بطيئا وحينئذ تارة
يكون تدريجيا منتظما كما في رقم
(٢) من شكل (٥) وتارة يكون
غير منتظم كما في رقم (٣) من
شكل (٥) المذكور فيكون
دور الهجوم فجائيا في الحمرة

شكل (٣) يشير للافواع الثلاثة في الحمى المنقطعة فرقم ١ من الشكل المذكور يشير لحمى منقطعة ذات نوبة
يومية ورقم ٢ يشير لنوبة تحصل يوما ثم تضي يوم بدونها ثم تعود في اليوم الثالث ولذا سميت حمى ثلاثية
ورقم ٣ يشير لنوبة حصلت يوما وانقطعت في الثاني والثالث وعادت في اليوم الرابع ولذا يقال لها حمى رباعية
شكل (٤) مبين فيه سير الحرارة في الحمى الراجعة

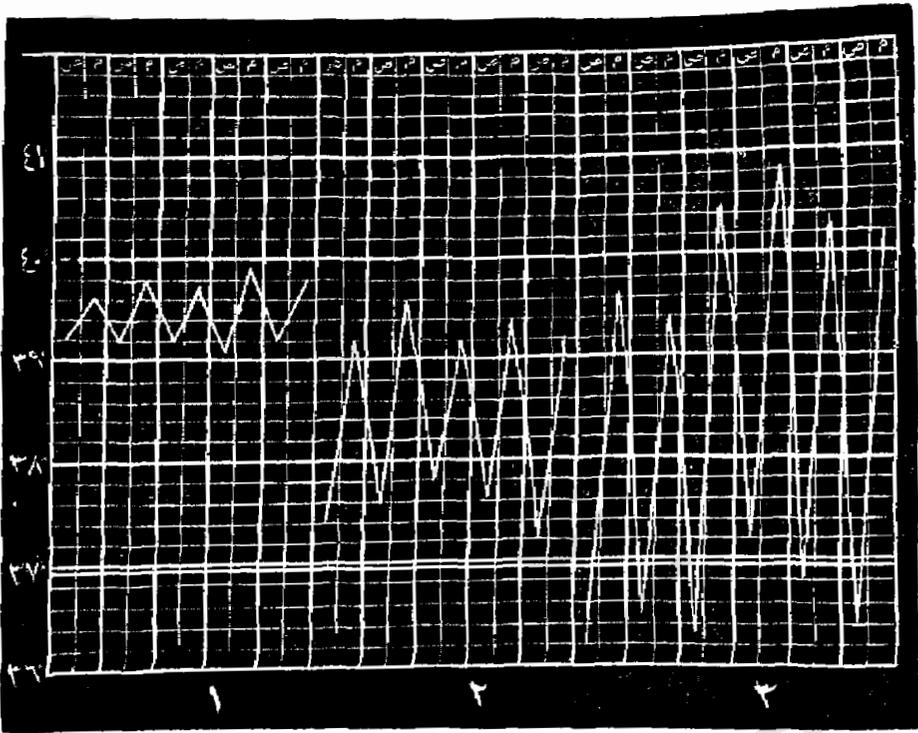
وفي الحمى المتقطعة وفي الالتهاب السحائي وفي الالتهاب الرئوي الفصي وفي العرمرزية وفي التيفوس الطفحي وفي الجدري . ويكون بطياً منتظماً في الحمى التيفودية والتيفوسية المصرية والالتهاب الرئوي الفصي وفي الحصبة . ويكون بطياً غير منتظم في الالتهاب التاموري والبلوراي والروما ترمي المفصلي الحاد



(شكل ٥)

• ودور الوقوف يحصل فيه اختلاف في سير الحرارة في الحميات المستمرة مهم المعرفة منها ان سيرها يكون تقریباً ثابتاً وذلك متى استمرت الحرارة واقففة تقریباً في درجة (٣٩) مثلا وكانت تذبذباتها اليومية أقل من درجة أي يكون التذبذب ما بين (٣٩) وأربعين درجة في الغالب ويقال للحمى حينئذ النهائية كما في رقم (١) من (شكل ٦) الآتي . واذ كانت التذبذبات اليومية عظيمة أي من درجة الى ثلاث درجات كما في رقم (٢) من شكل (٦) قيل للحمى حمى ذات انحطاط . واذ كان الانخفاض في التذبذبات غير منتظم وأسفل من (٣٧) درجة أي يصل الى (٣٦ ونصف) أو أقل وكان ارتفاع التذبذبات عظيماً وغير منتظم أيضاً كما في رقم (٣) من شكل (٦) قيل للحمى حمى الدق (hectic) وبالاجمال تكون الحرارة الحمية في دور الوقوف غير ثابتة في نقطة واحدة مدة الاربع والعشرين ساعة

ويكون تزايدها على العموم في المساء وانخفاضها في الصباح ولكن قد يكون ذلك بالعكس في الدرر
 . وتكون الحرارة ثابتة تقريباً في دور الوقوف في الدرجة التي وصلت اليها في دور الهجوم في
 الحى التيفودية (من اليوم الثامن الى السادس عشر) وتكون ثابتة أيضاً في دور الوقوف
 للالتهاب الرئوى والحلقى والمعدى والاعورى . وتكون حرارة دور الوقوف انخطاطية
 في الدور الثالث للعمى التيفودية من اليوم السادس عشر الى الواحد والعشرين وتكون
 كذلك انخطاطية في الدور الثالث للدرن الرئوى وتسمى بحمى الدق

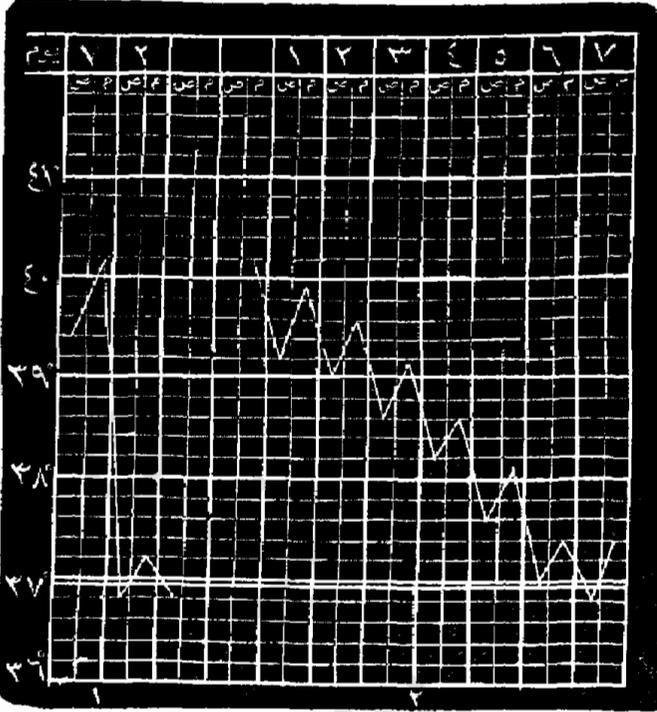


(شكل ٦)

وأما دور الانخفاض النهائى للحمى فتارة يحصل فجأة بحيث ان الحرارة تنخفض جملة درجات
 في مسافة ١٢ ساعة وتصل للدرجة الطبيعية كما في رقم (١) من شكل (٧) الآتى
 وهذا الانخفاض يعقب حصول عرق غزير ويصحبه تناقص عدد النبض وخروج كمية عظيمة
 من البولات مع البول وتارة يكون الانخفاض تدريجياً فتحصل تذبذبات انخفاض
 وارتفاع يومية يكون فيها الانخفاض أكثر من الارتفاع ويكون منتظماً ويتكرر جملة أيام حتى
 يصل آخر انخفاضها الى الدرجة الطبيعية ويبقى فيها بدون ارتفاع كما في رقم (٢)

شكل (٦) بشير لكيفية سير الحرارة زمن دور الوقوف في الحميات المختلفة

من شكل (٧) المذكور ويشاهد الانخفاض الفجائي في الالتهاب الرئوي وفي الحصبة ويشاهد

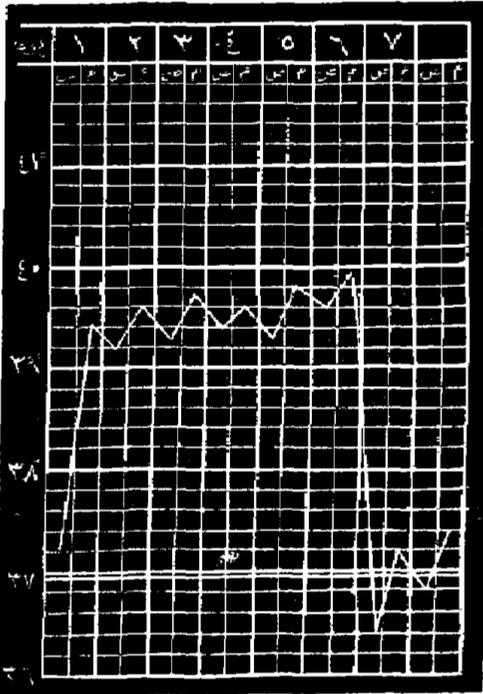


الانخفاض التدريجي في الحمى التيفودية وفي القرمزية وفي الجدري . ويقال للحمى وقتة (epheMER) متى كانت مركبة من نوبة واحدة واستمرت جملة ساعات أو يوماً ومستمرة متى مكثت أكثر من ذلك وسير الحرارة في الحيات المستمرة يكون منتظماً في الامراض الآتية أولاً في الالتهاب الرئوي الفصبي فيكون الارتفاع فجائياً

(شكل ٧)

ترتفع مبتدئاً بشعيرة وخيدة قوية

الحرارة أثناءها حتى تصل إلى أعلى من (٣٩) درجة وتستمر من تفعة ما بين (٣٩) درجة و (٤٠) درجة مدة خمسة أيام أو ستة ثم يحصل الانحطاط فيها من اليوم السادس إلى السابع كافي

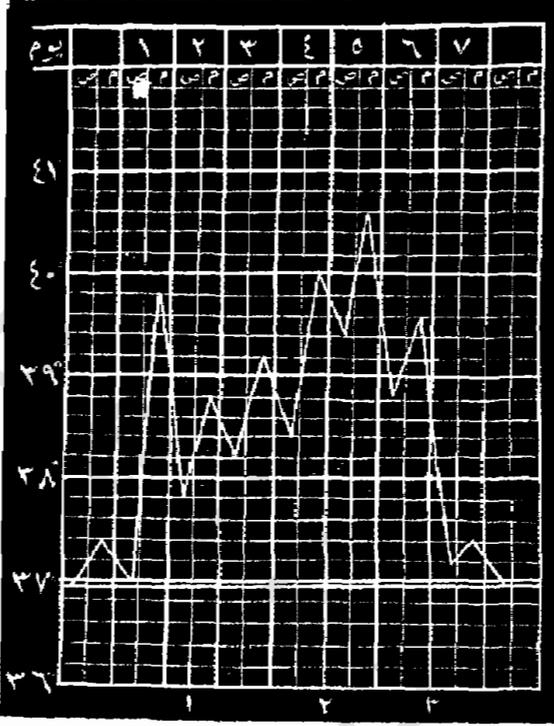


(شكل ٨)

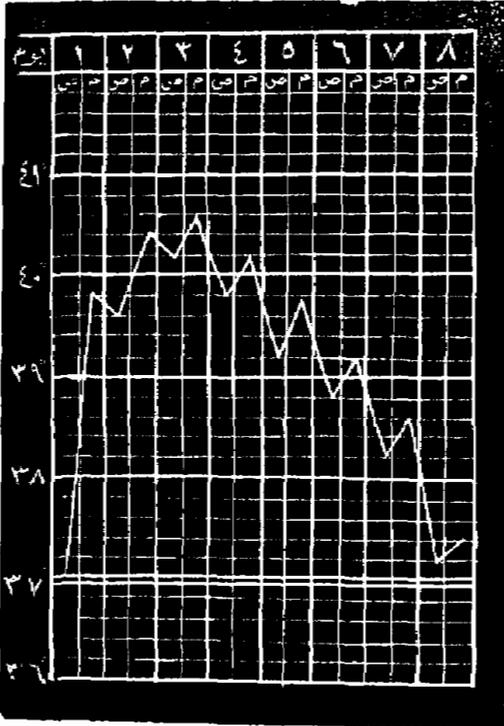
شكل (٨) عقب عرق غزير يصعب تناقص في عدد النبض والتنفس . تأتي في الالتهاب الحلقى ففيه تتبع الحرارة سيراً مثل سير الالتهاب الرئوي الفصبي إنما الارتفاع الابتدائي يكون أقل مفاجأة من ارتفاع ابتداء الالتهاب الرئوي الفصبي ويوجد تذبذب منتظم زمن دور الوقوف ثالثاً في الحصبة وفيها يوجد دور تفرج أي حضانة incubation مدته عشرة أيام أثناءها لا يشاهد ظواهر مرضية والمرض نفسه مدته نحو سبعة أيام في الأحوال المتوسطة تقسم إلى ثلاثة أدوار . دور سابق أو أولى أو دور الهجوم ومدته نحو ثلاثة أيام وهو

شكل (٧) يبين الانتهاآت المختلفة لأنواع الحيات شكل (٨) يبين سير الحرارة في الالتهاب الرئوي الفصبي

المؤشر له برقم (١) من شكل (٩) وفيه ترتفع الحرارة فجأة ثم تنخفض نوعا وقد تنصل



(شكل ٩)



(شكل ١٠)

لدرجة الاعتيادية في اليوم الثالث وفي أثناء هذا الدور تظهر الظواهر التريزية للغشاء الملحمي والانبثاق والقصبي .

والدور الثاني دور الطفح وفيه يحصل ارتفاع حديث في الحرارة يكون ببطء

وتدر يحما وتذبذبا وهذا الدور مؤشر له برقم (٢) من شكل (٩) المذكور

والارتفاع النهائي له يكون أكثر ارتفاعا من ارتفاع الدور الأول كما هو واضح في

رقم (٢) المذكور ويسمى هذا الدور حجي الطفح لانه يصعب ملاحظه وهو

الطفح الذي يظهر أولا على الوجه وهو لا يستمر الا يومين أي أن الحمى لا تمكث

طول مدة وجود الطفح . والدور الثالث دور الانحطاط وابتدئ من اليوم السادس الى

السابع وهو المؤشر له برقم (٣) من شكل (٩) المذكور

رابعاً في القرصية وفيها يوجد دور تفريخ مدته من أربعة أيام الى سبعة ثم يليه دور

الهجوم ومدته من يوم الى يومين وابتدئ بقشعريرة شديدة وذبحه حلقية وارتفاع

الحرارة فيه يكون فجائيا كما هو واضح في شكل (١٠) وفي انتهاء هذا الدور يحصل

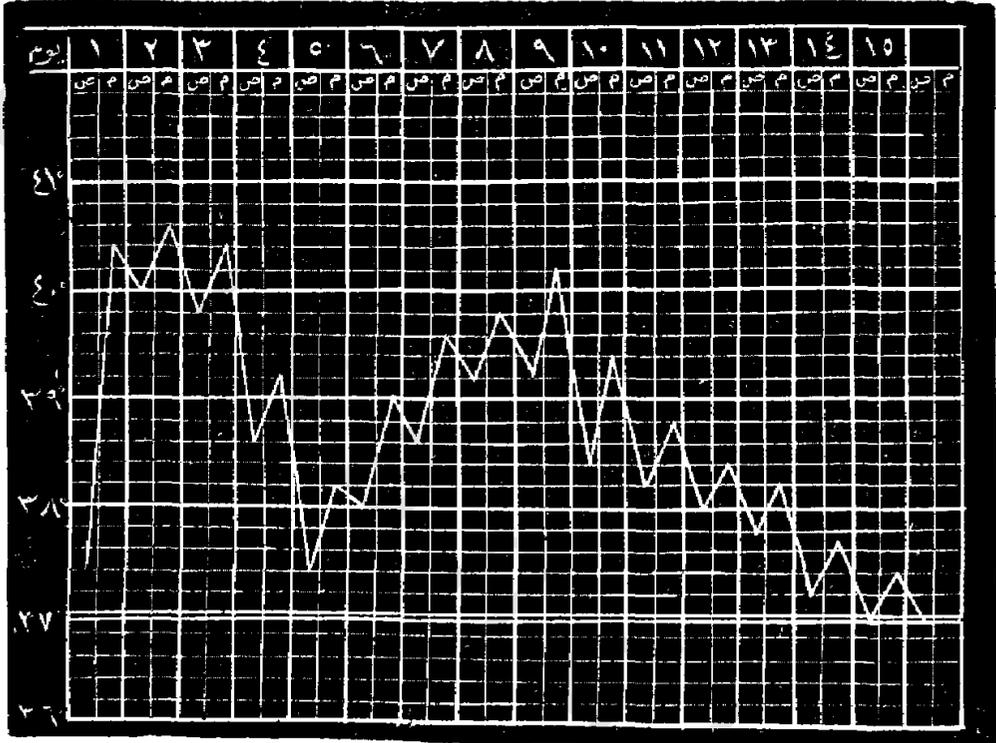
الطفح ووجوده يستمر ثلاثة أيام ويظهر من اليوم الثاني من ابتداء الحمى وفيه

تكون الحمى مستمرة في درجة مرتفعة

شكل (٩) يشير لسير الحرارة في الحصبة

شكل (١٠) بين سير الحرارة في القرصية

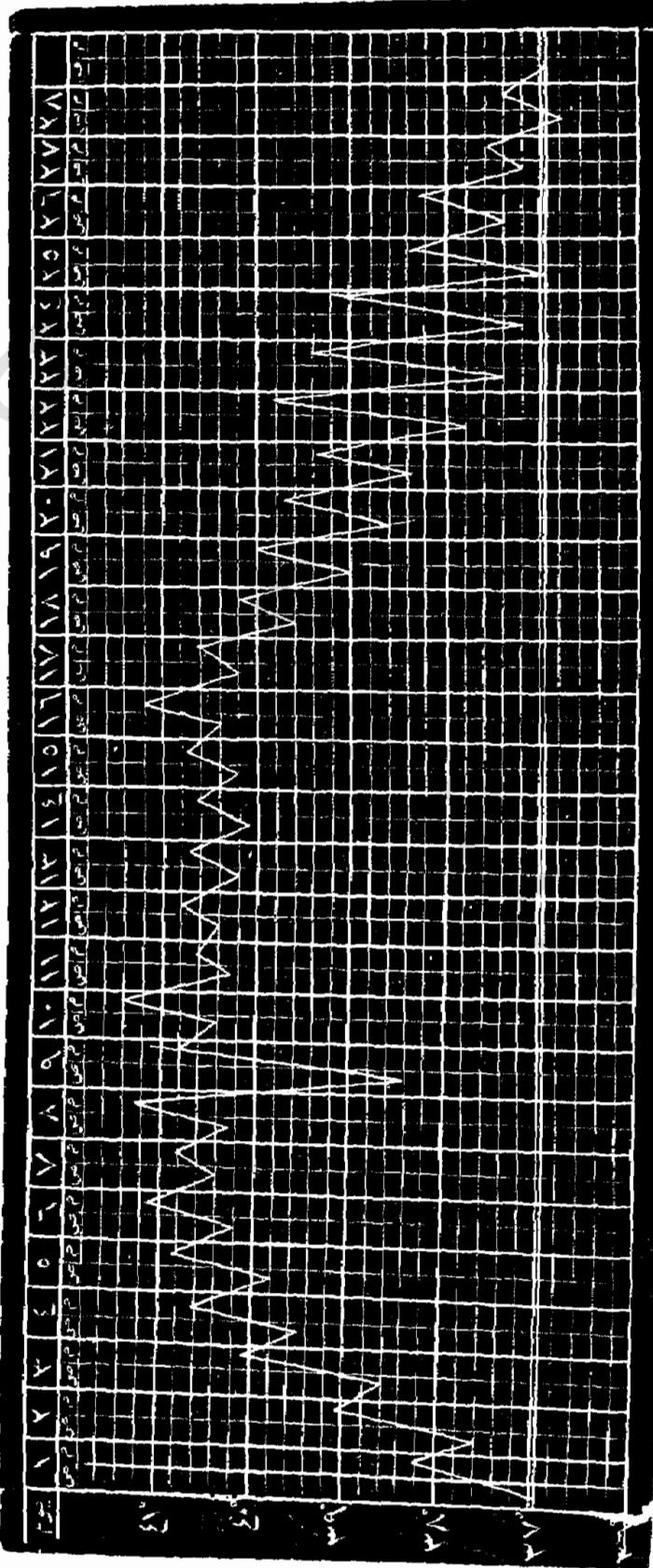
والدور الثالث أى دور الانحطاط يبتدىء من اليوم الرابع أو الخامس من ابتداء الحمى فيبهز لون الطفح وتنحط الحرارة تدريجيا وتصير طبيعية نحو اليوم الثامن كما فى شكل (١٠) المذكور خامسا - فى الجدري وفيه تكون مدة دور التفريح تسعة أيام ومدة المرض تقسم الى أربعة أدوار كما فى شكل (١١) ففي دوره السابق أو الحمى الأولى تحصل قشعيرة أولية قوية تصطبغ



(شكل ١١)

بارتفاع فجائى للحرارة وتمكث تقريبا فى الدرجة التى وصلت لها مدة يومين أو ثلاثة وفى دور الثانى يحصل الطفح من اليوم الثالث أو الرابع فيبتدىء ظهوره مع انخفاض فجائى فى الحرارة فتقرب من الدرجة الطبيعية وتبقى مستمرة قليلة الارتفاع مدة يومين أو ثلاثة وفى الدور الثالث أى دور التقيج ترتفع الحرارة فانيا ارتفاعا تدريجيا منتظما وتصل على العموم الى أقصاها فى اليوم التاسع وهى حى التقيج وفى الدور الرابع أى دور النقش يبتدىء الحرارة فى الانخفاض تدريجيا من اليوم العاشر . وتنفصل القشور نحو اليوم السادس عشر

سادسا الحمى التيفودية ويمكن تقسيم مدتها الى أربعة أسابيع فى الاسبوع الاول تحتقن غدد يبير وفى آخر هذا الاسبوع يزداد حجم الطحال . وفى الاسبوع الثانى يموت الغشاء المخاطى المعطى للطح يبير ويظهر على جلد الصدر والبطن بقع وردية عدسية الشكل . وفى الاسبوع



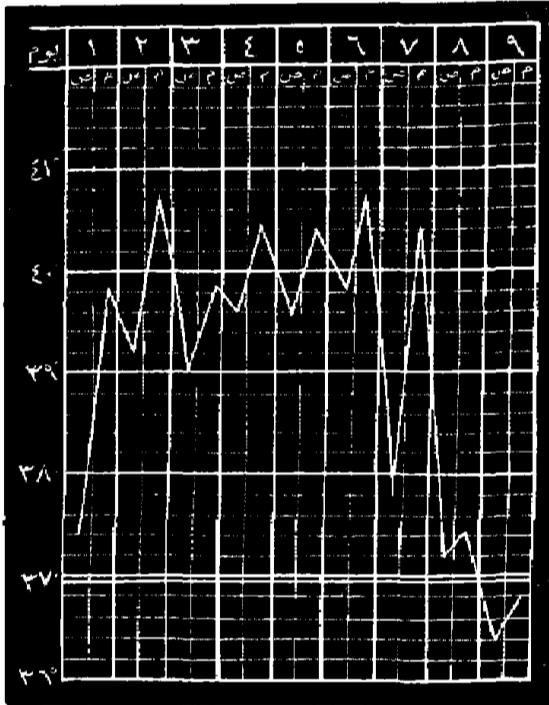
(شكل ١٢)

الثالث يسقط الغشاء
المخاطي الميت من على
سطح لطح بيمر ويخلفه
قمرحات يقال لها قمرحات
تيفودية (وهذا هو دور
المضاعفات كالانزفة
والانشقاق المعوي
البريتوني والالتهابات
وغيرها). وفي الاسبوع
الرابع يتبدئ حصول
الشفاء ويمكن تقسيم مدة
الحمل التيفودية الى أربعة
أدوار بالنسبة لسير
لحرارة فيها وهي: أولادور
الهجوم أو الصعود وترتفع
الحرارة فيه ببطء وبانتظام
ويتم هذا الدور في نحو
اليوم الثامن تقريبا
من المرض أي بعد انتهاء
الاسبوع الأول كما هو
واضح في شكل (١٢)
• ثانيا دور الوقوف ويتبدئ
من اليوم التاسع وينتهي
نحو اليوم السادس عشر
وتكون الحرارة أثناءه
ناطقة في نقطة تتذبذب
ما بين أربعين وواحد وأربعين

وقد يحصل انحطاط فيها في اليوم التاسع عشر عقب ظهور الوردية ثم ان الحمى التي كانت ثابتة تقريبا في دور الوقوف تصير انحطاطية . ثالثا دور الانحطاط وينتدئ من اليوم السادس عشر الى اليوم الحادى والعشرين وأحيانا بعد ذلك فيكون الفرق ما بين درجة المساء والصباح في هذا الدوراً كثر من درجة وهذا الدور المتوسط بين دور الوقوف ودور الانحطاط التهاى يسمى بدور التذبذبات الكبرى وهو واضح في شكل (١٢) المذكور . رابعا دور الانحطاط التهاى ويوافق الاسبوع الرابع ويعرف بانخفاض الحرارة انخفاضاً بطيئاً تدريجياً منتظماً ويكون الانخفاض أبطأ من الصعود الابتدائى في السير ثم تصير الحرارة في الدرجة الطبيعية نحو اليوم الثامن والعشرين تقريبا

. وفي الحمى التيفوسية المصرية لا يشاهد الطفح الوردى ولا احتقان لطح يبير وعلى ذلك لا يوجد في مدتها الاسبوع الرابع حيث تنتهى في انتهاء الاسبوع الثالث (٢١ يوما) وفيها يكون دور الصعود أكثر سرعة عما في الحمى التيفودية ويستمر هذا الدوراً أسبوعاً وكذا دور الوقوف يستمر أسبوعاً بل وأسبوعين ويحصل دور الانحطاط التهاى فجأة بجران عرق غزير أو اسهال متكرر وبناء على ذلك لا يوجد الدور الانحطاطى الكائن بين دور الوقوف ودور الانحطاط التهاى الموجود في الحمى التيفودية كما ذكرنا

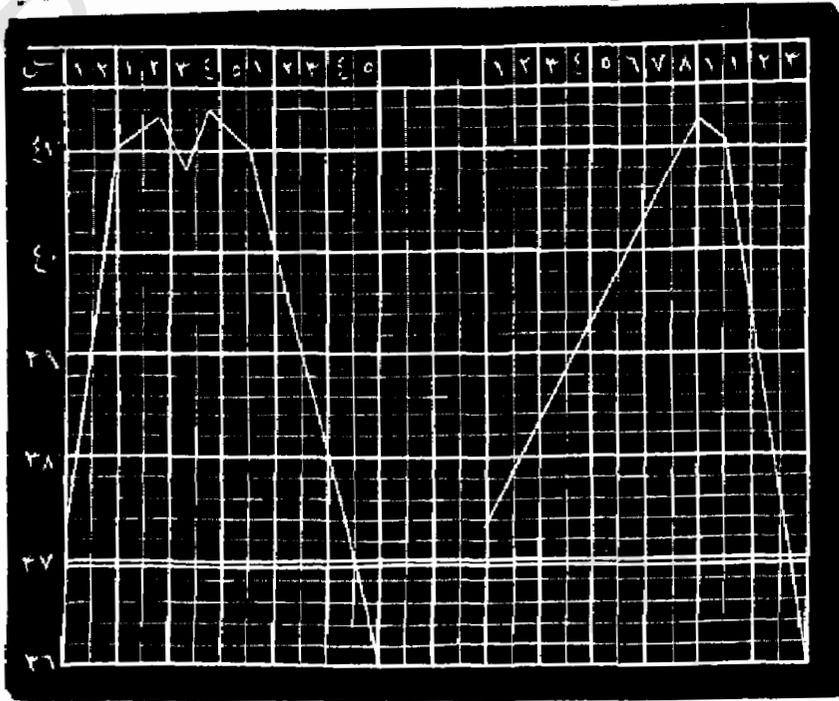
وسير الحرارة في الحمرة يقرب أن يكون منتظماً فتبتدئ الحمى فجأة مصحوبة بقشعريرة أولية ثم



(شكل ١٣)

يظهر الاجرار الجلدى عقب ذلك من اليوم الاول الى الثانى وتستمر الحرارة مرتفعة أثناء امتداد الاجرار الجلدى ومتى وقف الاجرار عند حده انخفضت الحرارة وقد يحصل مع ذلك أثناء سير الامتداد المرضى الجلدى انحطاط عظيم في الحرارة يعقبه ارتفاع ثان عظيم كما هو واضح في شكل (١٣) ويكون دور الانحطاط فجائياً اذا كانت الحمرة محدودة وليست كثيرة الامتداد والا كان الانحطاط تدريجياً ويدون سير الحرارة في الحمى العفنة المسماة سبتيكوبيمى septicopyemie

أى العفنة التفجيمية كسيرا الحى المتقطعة أو سيرا الحى الانحطاطية ولكن فى الغالب تكون ذات نوب كالحى المتقطعة وتبتدى النوبة بقشعريرة قوية شبيهة بنوبة الحى المتقطعة اليومية أو الثلاثية ولكن نوبتها تتميز عن نوبة الحى المتقطعة الآجامية فدور القشعريرة يكون فى الحى المتقطعة الحقيقية قصيرة المدة وطويلها فى الحى العفنة التفجيمية ودور الحرارة فى الحى المتقطعة الحقيقية تكون مدته جملة ساعات ويحصل فى سير حرارته تذبذبات ويكون فيه الجلد جافا كما هو واضح فى شكل ١٤ واما دور الحرارة فى الحى العفنة التفجيمية



فيكون قصيرا حتى لا يستمر الا نحو ساعة كما هو واضح فى شكل (١٥) ودور العرق يكون أكثر طولاً فى الحى المتقطعة الحقيقية وقصيرا فى الحى العفنة

* وسير الحرارة

(شكل ١٥) (شكل ١٤)

فى الدور الاخير للدرن الرئوى يكون غير منتظم وتسمى سماه بحى الدق أى حى ضعيفة كما فى شكل ١٦ الآتى وقد يستمر وجودها جملة أشهر * وأما الحى فى ابتداء الدرن الحادة كثيرا ما يصعب تمييزها عن الحى التيفودية ولكن فى كثير من الاحوال تزداد حى الدرن فى الصباح عن المساء وهذا لا يحصل قط فى الحى التيفودية ففى وجد ذلك أمكن تمييزها عنها بالترمومتر بدون التجاء الى المكرسكوب

وبالاجمال يعرف بواسطة الترمومتر أو لا وجود الحى . ثانيا نوعها فى الاحوال المشتبه فيها . ثالثا الدور الموجود للمرض . رابعا ان كان المرض تابع لسيره بانتظام أو مصحوبا بمضاعفة وحيث اثنافى حى الدرن فنذكر هنا بعض كميات عنه وان كانت علاماته الاكلينيكية ستذكر فى باب الجهاز التنفسى فنقول

شكل (١٤) يسير لنوبة حى متقطعة آجامية
شكل (١٥) يسير لحرارة الحى المتقطعة العفنة

(التدرن الرئوى) مرض ذوسير مختلف جداً وذلك تبعالاختلاف السن والجنس بل واختلاف الاشخاص وان كانوا من جنس و سن واحد حتى انه يلزم اعتبار الشخص المصاب لا اعتبار المرض نفسه وانه الى الآن لم يعلم سبب خطره عند البعض وعدم خطره عند البعض الآخر وتكون اعراضه كالآتى

تكون القوى الطبيعية لجسم الشخص المستعد للتدرن على العموم ضعيفة وهذا الضعف يكون وراثياً أو مكتسباً أثناء الحياة الشخصية من الافراط فى الاعمال الطبيعية أو العقلية أو من الحزن والكدر أو الفقر أو الحرمان من الهواء النقي أو من الإقامة فى المحلات الرطبة أو من التسمم الكئولى (بتعاطى المشروبات الروحية) أو من وجود البول السكرى ففى كان الشخص فى هذا الضعف وأصيب بالتدرن كان شكل المرض عنده تقرحاً ذا سير بطيء يتبدئ بفقد المريض شهيته وضعف قواه فينحف كثيراً (ولهذا الاضمحلال والخافة سمي المرض بالسسل والمريض بالسلول) فينخسف شداقاه وصدغاه وتتلون وجنات الاشخاص البيض بالحجرة ثم تظهر الحمى كل ليلة ويحصل العرق الغزير فى أجزاء الصدر وبالاخص فى الرأس أثناء النوم خصوصاً قرب الصباح ويحصل فى غذائى بسبب السعال وتزايد فى ضربات القلب وآلام زفر الجيا فى المسافات بين الاضلاع أو آلام التهاب بلوراوى درنى مصاحبه . ومتى أصيبت الخنجره انبع الصوت وتعسر الازرداد . ويحصل فى كثير من الاحوال اسهال كاشكسى ناجم عن الكاشكسى أوعن تدرن الامعاء وتصير الخافة فى أكلها متى حصل التقبج فتتورم الاقدام (أوزيما كاشكسيه) وتكون القوى العقلية محفوظه بدون اضطراب فيها ولذا يكون المصاب مفرغاً عقله فى مشروعات مختلفة ليجربها ظناً انه مصاب فقط بنزلة شعبية بسيطة ولا يخطر بباله أنه قريب من الموت

وعلى كل يقسم سير التدرن الرئوى المزمن تبعاً للعادة المألوفة الى ثلاثة أدوار يكون مجلس علاماتها الموضوعية الاكلينيكية دائماً فى قمة الرئة

الدور الاول (أى دور التكون) يعرف بوجود عتامة فى صوت قرع احدى القمم الرئوية وبالسمع يسمع الخريير الحويصلى فيها خشناً أثناء الشهيق ويكون الزفير مستطيلاً ارتجاجياً (scadé) ويسمع فيها الغاط فرقية جافة (craquements secs) أو بعض الالغاط الفرقية السماء سيلين (sebelants)

الدور الثانى أى دور التقبج - يعرف بوجود أصميه واضحة فى قمة الرئة بالقرع

المساعف ودرجة (٤٠) وانذار المرض يتعلق بدرجة الحمى المذكورة . وانذار الكهف القليل الاتساع أجد من انذار التدرن المرتشح الممتد في جزء عظيم من الرئة

- ومن الامراض الحمية العمومية العفنة ذوات السير غير المنتظم الر وما تزم المفصل على الحاذ والحمى فيه تكون درجتها من (٣٩ الى ٤٠) وسيرها غير منتظم ويصحبها احتقان المفاصل المصابة وانتفاخها وتألماها وينقل ذلك من مفصل الى آخر وينجم عن هذا المرض في أسرع وقت حصول الانيميا في هت لون المصاب وفي هذا المرض يجب التحفظ لعدم اصابة القلب لان صماماته تكون كالمفاصل مستعدة للاصابة بالر وما تزم خصوصا الصمام اذا الشرافتين أى الصمام المترال

ومن الامراض العمومية العفنة غير الحمية ذات السير المعلوم الزهري وهو يحصل بالعدوى بواسطة مكروب حلزوني لا يتلون بالمادة الملونة ولذا يسمى بالمكروب اللولبي الباهت وينقل هذا المرض بالوراثة أى انه يكتسب أولا بالعدوى ثم ينتقل من الذى اكتسبه بالعدوى الى أعقابها بالوراثة

(في زهري العدوى) - الزهري المكتسب بالعدوى ذو ثلاثة أدوار . فالدور الاول يبتدى دائما بقرحة تسمى قرحة أولية وقد تحصل وتشفى بدون أن يدركها المريض وهي قعد جوهرى فى الادمه وتكون ذات سطح أملس ولون أحمركون العضل حافتها ليست بارزة بل محوّة قاعدتها صلبة اذا بحث سائلها وجد فيه المكروب الحلزوني وتظهر القرحة فى محل الملامسة مهما كان مجلس الملامسة للمادة العفنة المعديّة وتصلح باحتقان عقدي لينفاوى فى العقد المجاورة

(الدور الثانى) - يعرف بظهور أعراض جلدية ومخاطية يقال لها أعراض ثنائية موضعية مجلسها الجلد والاغشية المخاطية وبظهور أعراض عمومية . فالاعراض الجلدية منها الطفح الجلدى المتكون على العموم من بقع مستديرة الشكل عييل لان يجتمع مع بعضه ليكون شكل دائرة أو نصف دائرة ولونه على العموم أحمركون التماس وكثيرا ما تكون البشرة مر تفعه فى دائرة البقعة ولا يصطب ذلك الطفح بأكلان ان لم يكن مضاعفا بحالة الكؤايمه أو حالة بارازينيه . ومنها تكون قروح يعقب شفاءها أثر التحام مسمره اللون خصوصا فى الاطراف السفلى لداعى عسر سير الدورة الوريدية فيها . وأكثرا أنواع الطفح مشاهدته هو الشكل الاير يتماوى والوردية التى تظهر فى نحو اليوم الخامس من ابتداء القرحة الاولى ويبتدى الطفح الوردى فى جلد الجذع ويحصل على دفعات وبذلك يعم الجسم فى أسبوع (وعادة جلد الوجه والايدي لا يصاب به)

ويتكون من بقع عدسية الشكل لونها يشبه اللون الاحمر زهر الخوخ لا ينجم بالضغط عليه بالاصبع وهذا الطفح يستمر موجودا جملة أسابيع . والاعراض التي مجلسها الاغشية المخاطية هي لطخ تسمى باللطخ المخاطية مجلسها الفم والحلق والشرج والشفران والمهبل والخجيرة

والظواهر العمومية الزهرية الثنائية هي ضعف التغذية فيضعف المريض ويهت لونه ويسقط شعره خصوصا شعر الحواجب وتزايد ضربات قلبه ويحصل له آلام دماغية غائرة مستمرة مع توران فيها أثناء الليل وآلام في الاطراف وانحطاط في القوى الحية وأحيانا جحى (الدور الثالث والاعراض الثلاثية) - أحيانا لا يظهر شي بعد الظواهر الثنائية وأحيانا تظهر تغيرات تسمى بالاعراض الثلاثية ومجلسها الجلد والأحشاء . فالتغيرات الثلاثية الجلدية الأكثر حصولا هي الاورام الصمغية وهي عبارة عن تولدات مستديرة عدسية الالم صلبة في الابتداء ثم تتفج وينجم عن ذلك قرحة مستديرة غائرة حوافها واضحة وقاعها ذو أزرار ومتى شفيت تركت أثرة التحام غائرة ذات لون أحمر مسمر نحاسي ومتى كانت القروح الجلدية الناجمة عنها متقاربة اتصلت ببعضها وكونت قرحة متسعة ذات شكل غير منتظم وحوافي مشرذمة غائرة ومتى تكونت الاورام الصمغية في الكبد استحال النسيج المحيط بها الى حالة اسكليروزية (سكليروز صمغي) . والتغيرات الثلاثية الحشوية أي التي تحصل في الاحشاء ليس لها عضو حشوي مخصوص بل قد تحصل في جميعها وانما التغيرات الزهرية الحية هي أكثر التغيرات الحشوية حصولا ومختلفة النوع كثيرا فثلاثا انا كسى والشلل العمومي مرضان يكون الزهري من سوابقهما ان لم يكن أصلا لهما وبسبب ذلك كان الزهري مرضا كثيرا الخطر

(في الزهري الوراني) ينجم عن الزهري الوراني أن متحصل العلقوق قد لا يتم مدة جملة بل يموت ويخرج بالاجهاض وبهذه الحالة تحصل اجهاضات متكررة نحو الشهر السادس من الحمل وكلما كان الاجهاض قريبا من انتهاء مدة الحمل في كل مرة كانت الأم هي التي وصلت الزهري لمتحصل العلقوق

والاعراض الزهرية الوراثية بتبدئي في الظهور في أكثر الاحوال في متحصل العلقوق في مدة الثلاثة الأشهر الاول من الحمل وهي إما حالة كاشكسيا أو طفح جلدي ذلون أحمر مصفر يظهر في الاليتين أو عدم اتصال قسبي الشفة ببعضهما أو تغير في المستقيم أو ظهور نفاطات على سطح الجلد أو نزول سوائل من الانف بسبب اصابة غشائه المخاطي بالكوريزا المزمنة أو

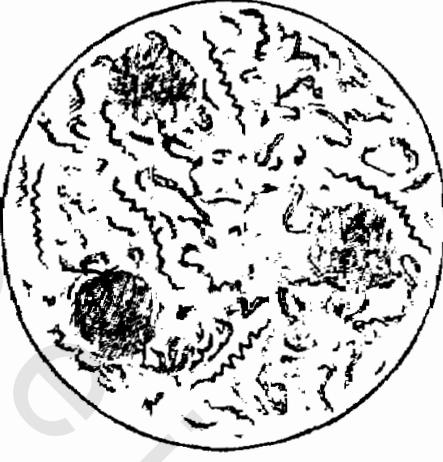
ضخامة في الكبد أو الطحال أو تغيرات في العظام مجلسها عظام الجمجمة وهي نحو البروزات العظمية الجبهية فتكون بروزين جانبيين . وقد يكون ظهور تغيرات الزهري الوراثي متأخرا عن الولادة بجملة سنين و يظهر حينئذ في العينين أو في العظام أو في الجلد أو في الخلق أو في المجموع العصبي أو في الجهاز السمعي وغير ذلك

وبالاجمال ينجم عن التغيرات الزهريّة الوراثية المتأخرة الظهور نخافة الشخص وتلون جلده بلون السمرة وتأخر نمو الاعضاء والوظائف ووجود انطبعة الصبانية دواماً هماً تقدّم الشخص في السن وتشوه الجمجمة والانف وعظام الجذع والاطراف السفلى فقصة الساق تكون حادة ويحصل للشخص التهابات قرنية وأذنية تفجّية بل وصمم فجائي وتشوه في تركيب الاسنان الفواطع الوسطى العليا للتسنين الثاني ويعرف ذلك بنشر دم الحافة القاطعة للسن على هيئة ميزاب نصف هلالى وبضيق الجزء العلوى للسن واستدارة الحواف الجانبية لها ويحصل أيضاً تغير في الخصيتين فتصيران صغيرتين صلبتين وتحصل ضخامة في العقدة الليمفاوية وتغيرات في المفاصل

ولاجل تلوين المكروب الخلزوني الزهري يوجد طريقتان وهما طريقة المعلم (جمسا) وطريقة المعلم (مورينو) فالاولى تنحصر في حل سطح القرحة بشرط وأخذ المتحصل على صفيحة المكروكوب ثم توضع مدة ٣٠ دقيقة في الكؤل النقي المطلق لتثبيت التحضير ثم تخرج وتجفف ثم توضع مدة ٢٤ ساعة في سائل جامي محضر حديثا لتحضيره يؤخذ ١٢ جزءاً من محلول الاوزين eosine للمعلم جمسا (المكون من ٢ سنتيمتر مكعب من محلول الاوزين واحد على ١٠٠٠ ومن ٥٠٠ سنتيمتر مكعب من الماء العقيم) و ٣ أجزاء من محلول الآزور غرة ١ asure (المكون من واحد على ١٠٠٠) و ٣ أجزاء من محلول الآزور asure غرة ٢ (المكون من ٨٠٠ على ١٠٠٠) ثم بعد مضي ٢٤ ساعة تخرج الصفيحة وتجفف وتبحث بالمكروكوب

والطريقة الثانية لا تحتاج الى أكثر من ربع ساعة ولذلك تفضل على طريقة (جمسا) وتنحصر في حل سطح القرحة ووضع المتحصل على صفيحة المكروكوب وتركه برهة لتجف بنفسها ثم يصب على سطحها مقدار سنتيمتر مكعب من زرقعة (مورينو) (المكونة من ١٠ سنتيمترام من الآزور asure ومن ٥٠ سنتيمتر مكعب من الكؤل المتيل) ثم تترك الصفيحة فيه مدة عشر دقائق ثم تخرج منه ويصب عليها سنتيمتر مكعب من محلول الاوزين eosins (المكون من ٢٠ على ١٠٠٠) وتترك فيه من دقيقتين الى ١٠ ثم تخرج وتغسل بالماء ثم تجفف

وتبحث بالمكروسكوب فترى المكروبات الحلزونية ذات لون وردي يرتفالي وهي كما في شكل (١٧)



(شكل ١٧)

(تنبيه وان كان البحث جاريا الى الآن عن المكروب الحلزوني لمعرفة ان كان حقيقة هو مكروب الزهري أولا فحين وضعناه لكي يتنبه المطلع ويبحث الى أن يثبت كونه مكروبه أم لا) وهو يوجد في القرحة الصلبة وفي الخلمات والعقد الليمفاوية الأولية والثانية والثلاثية للمصابين بالزهري المكتسب والوراثي وبتلقيحه

للقرديوأدعنده الزهري لكن للآن ما أمكن زرعه

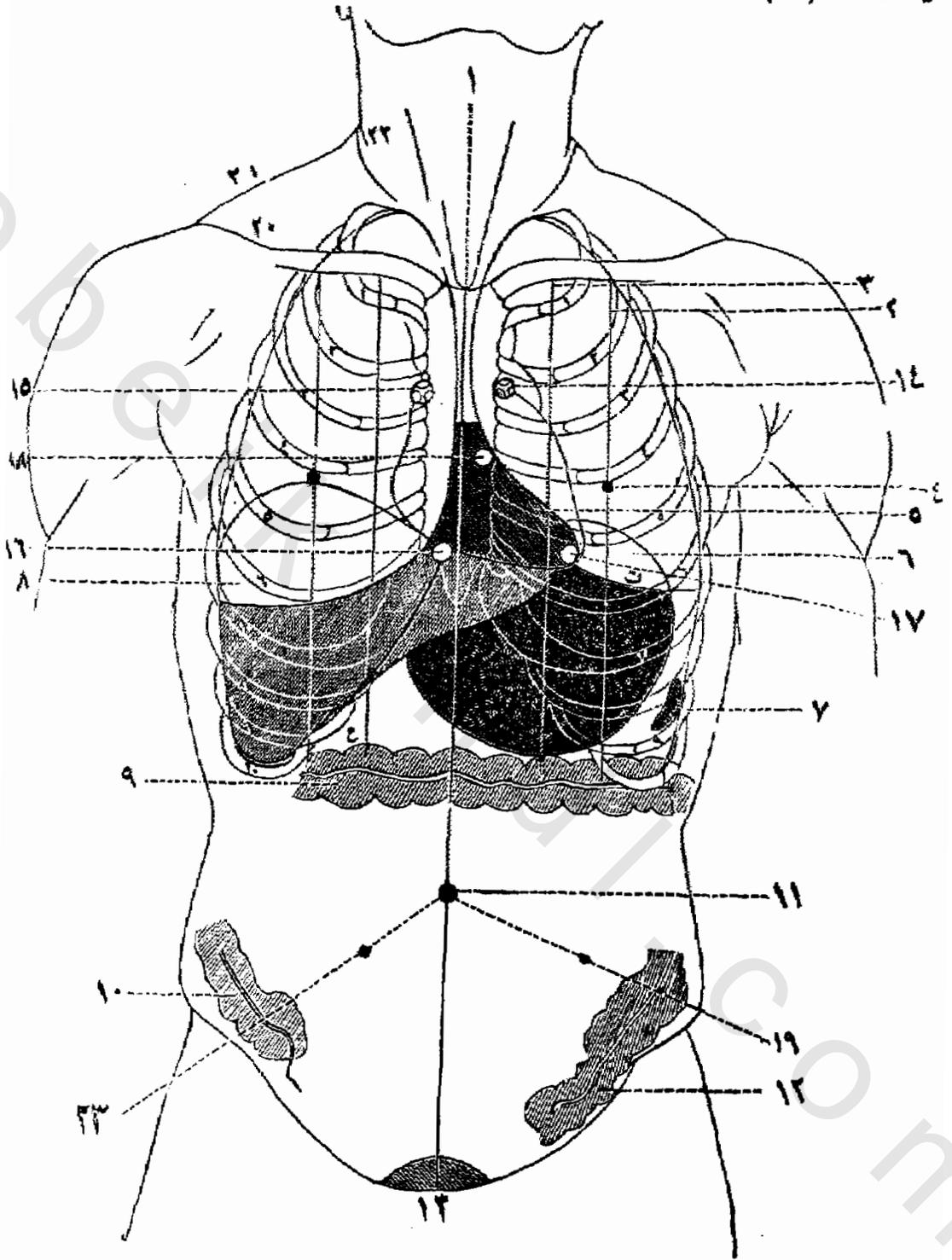
﴿ البحث الرابع في بحث المريض باللس والقرع والتسمع ﴾

لاجل بحث المريض يجب على الطبيب أن يرفع الثياب عن القسم المراد معاينته ويبحثه لان وجود الثياب عليه يحجب النظر فتصعب معرفة الحقيقة وعليه عند بحثه كل قسم من أقسام الصدر والبطن أن يتذكر الوضع الطبيعي للأعضاء الحشوية الموجودة في كل منهما والحجم الطبيعي لكل عضو منها ومجاوراتها البعضها وجدر الصدر والبطن ويتحقق ان كان حجمها الحالي طبيعيا أم لا وان مجاوراتها الحالية طبيعية أم لا . ولسهولة معرفة الوضع الطبيعي والمجاورة الطبيعية والحجم الطبيعي للعضو المبحوث عنه بالضبط يجب على الطبيب ان يلاحظ النقط والخطوط الجلدية الطبيعية المتفق عليها المسماة بنقط وخطوط المقارنة لانه عقارتهما مع ما يجده في بحثه يعرف الفرق الكائن بين الحالة الطبيعية والمرضية . وحيث ان معرفة النقط والخطوط والمجاورات المذكورة مهمة فنذكرها هنا تماما للفائدة

فنقط المقارنة الثابتة المتعارفة الكائنة في الجهة المقدمية للصدر والبطن هي أولا حلة الندى ثانيا النواخجبرى ثالثا السرة رابعا الارتفاق العاني خامسا الشوكة المحرقفية المقدمية العليا سادسا المسافة الثانية بين الاضلاع في حافة القص سابعاً الضلع الخامس اليسارى

شكل (١٧) يحتوي على خمس مكروبات حلزونية

ينظر شكل (١٨)



(شكل ١٨)

٦ وأما خطوط المقارنة المتعارفة في الجهة المقدمية للبطن والصدر فمما - الخط القصي المتوسط الممتد

شكل (١٨) يشير بالنقطة والخطوط المتفق عليها ويشير بمجاورة الاحشاء الصدرية والبطنية للصدر المقدمية الصدرية والبطنية فرقم (١) يشير للخط المتوسط القصي الممتد من قاعدة القص نازلا الى أسفل فاسمما القص الى نصفين متساويين مارا بالنقطة الخجري فالسرعة فالارتفاع العاني وطوله من قاعدة القص الى النقطة الخجري نحو =

من أعلى الى أسفل من قاعدة القص قاسما القص طولاً الى نصفين متساويين ماراً بالنقطة الخنجري فالسرة فالارتفاق العاني ومؤشره برقم (١) من شكل (١٨) ومنها الخط الشدي الآتي من الترقوة نازلاً الى أسفل ماراً على حمة الثدي من أعلى الى أسفل موازياً للخط القصي المتوسط ومؤشره برقم (٢) من شكل (١٨) ومنها الخط القريب من حافة القص الممتد من أعلى الى أسفل من الترقوة وموازياً للخطين السابقين وقاسما المسافة الموجودة بين حافة القص والخط الشدي الى قسمين متساويين ومؤشره برقم (٣) من شكل (١٨) المذكور ومنها الخط بين الثديين أي الضام للثديين ببعضهما وطوله نحو (٢١) سنتيمترا ومنها الخط المحيط بحافة الاضلاع السائبة ممتداً من أعلى الى أسفل ومن الانسية الى الوحشية فن أعلى من غضروف الضلع الثامن نحو النقطة الخنجري الى الضلع الحادي عشر قرب الخط القريب من القص وجزء هذا الخط الموجود من الضلع التاسع الى الحادي عشر حال من السكب

ومنها الخطوط المتكوّنة من المسافات بين الاضلاع وتعد من أعلى الى أسفل انما المسافة الموجودة بين الترقوة والضلع الاول قليلة الظهور حتى عند تحجف الصدر بسبب وجود الترقوة

= ١٨ سنتيمترا ورقم (٢) للخط الشدي الممتد من وسط الحافة السفلى من الترقوة وينزل الى أسفل ماراً بحمة الثدي ثم بانراق ثم بالحفرة الحرقمية ورقم (٣) للخط القريب من القص وهو ممتد من الترقوة الى أسفل قاسما المسافة الكائنة بين الخط الشدي والخط القصي المتوسط الى جزأين متساويين و (٤) لحمة الثدي و (٥) للقلب و (٦) للعدة وحرف (ت) يشير لمسافة تروب الكائنة في مقابلة المسافة الخامسة والسادسة بين الاضلاع اليسرى و (٧) للطحال و (٨) للسكب وحرف (ح) يشير لمحل الحويصلة المرارية وهو وحشى الخط القريب من القص و (٩) للقولون المستعرض و (١٠) للاعور ومعاثته الدودية و (١١) للسرة و (١٢) لتعرج السيني و (١٣) للمحل الموجود فيه المثانة والارتفاق العاني و (١٤) لمحل فتحة الشريان الرئوي (المسافة الثانية بين الاضلاع اليسرى خلف القص تقريبا) و (١٥) لفتحة الشريان الاورطي (في المسافة الثانية بين الاضلاع اليمنى خلف حافة القص تقريبا) و (١٦) لمحل فتحة الصمام ذى الثلاث شرافات (في قاعدة النخجري) و (١٧) لمحل فتحة الصمام ذى الشرافتين (ميتال في فتحة القلب تقريبا) في المسافة الخامسة بين الاضلاع اليسرى و (١٨) للمحل سمع الاغاط التي تنتج من التهاب التاموري اذا وجد (محلها مركز الاصمية القلبية) و (١٩) للخط الذي يمتد من السرة الى الشوكة الحرقمية المقدمة العليا اليسرى وفي وسطه يفعل بزل البطن في الاستسقا الرقي وفيه يسمع ضربات قلب الجنين في الوضع الرأسى الطبيعي له أثناء الأشهر الاخيرة للعمل و (٢٠) للمعد السفلى المثلث فوق الترقوة و (٢١) للمعد العلوى الخلقى للمثلث المذكور و (٢٢) للمعد الانسى المثلث المذكور و (٢٣) للخط الذي توجد في وسطه شدة الألم في التهاب المعلقة اندوديه

وتغطيها للضلع الاول في جميع امتداده تقريبا فالمسافة التي تظهر للطبيب أو لاهي المسافة الكائنة بين الضلع الاول والضلع الثاني كما هو واضح في شكل (١٨) المذكور وأما المجاورات الواجبة ملاحظتها فهي أن يكون الحد العلوي الأيمن للكبدة أي الحافة العليا للاصمية الاكلينيكية للكبدة ملاصقة للحافة السفلى للضلع السادس اليميني في المسافة الكائنة من الحافة اليمنى للقص الى الخط التذيي اليميني أي من منشأ الضلع المذكور من القص الى الخط التذيي كما هو واضح في شكل (١٨) ومنها أن الحد العلوي للاصمية الاكلينيكية للقص اليساري للكبدة يعتمد من الحافة اليمنى للقص من محاذة الحافة السفلى للضلع السادس اليميني المذكور ثم يتجه الى اليسار مواز بالحد الاسفل للاصمية القلبية أي مواز بالحافة السفلى للقلب الى قته كما هو واضح في شكل (١٨) ومنها ان الحافة السفلى للاصمية الكبدية أي الحد الاسفل الاكلينيكي للكبدة لا تتجاوز الحافة السفلى السائبة للاضلاع الكاذبة في المسافة الكائنة من الضلع الحادي عشر الى الضلع التاسع اليميني أي الى الخط القريب من القص ثم بعد ذلك فصاعد نحو اليسار تكون الاصمية الكبدية متجاوزة الحافة السائبة للضلع الثامن والسابع والنتوء الخنجري لانها متجهة نحو اليسار الى قمة القلب لتتلاقى مع الحد العلوي للقص اليساري للكبدة الموازي للحافة السفلى للقلب كما ذكر وكما هو واضح في شكل (١٨) ومنها أن تكون نقطة قرع قمة القلب لحد الصدر خلف المسافة الخامسة بين الاضلاع اليسرى أو خلف الضلع الخامس اليساري في وسط خط ممتد من الخط القريب من القص اليساري الى الخط التذيي اليساري أي بعيدا عن الخط المتوسط القصي بنحو (٨) سنتيمترات الى (١٠) كما هو واضح في شكل (١٨)

ومنها أن تقف أصمية الحافة الاكلينيكية اليمنى للقلب أي الحد اليميني للاصمية الاكلينيكية للقلب في محاذة الحافة اليمنى للقص كما هو واضح في شكل (١٨)

ومنها أن تقف الحافة الاكلينيكية اليسرى للقلب أي الحد اليساري للاصمية القلبية من أعلى في محاذة الحافة العليا لغضروف الضلع الرابع اليساري خلف نقطة اتصاله بالقص كما هو واضح في شكل (١٨) المذكور وتنتهي من أسفل في قمة القلب

ومنها أن تختلط الحافة السفلى للقلب بالحافة العليا للكبدة من قمة القلب الى غضروف الضلع الخامس اليميني كما هو واضح في شكل (١٨)

ومنها أن تمتد الحافة السفلى للرئة اليمنى من القص الى الخط التذيي اليميني تابعة للحافة السفلى للضلع السادس اليميني كما هو واضح في شكل (١٨)

ومنها أن تمتد الحافة المقدمة للرئة اليمنى من محاذاة غضروف الضلع الثالث اليميني الى محاذاة غضروف الضلع الخامس اليميني تابعة لسير الخط القصي المتوسط في طول امتداد المسافة المذكورة

ومنها أن تمتد الحافة السفلى للرئة اليسرى من محاذاة قمة القلب متجهة الى أسفل والوحشية مارة خلف الضلع السادس اليسارى المقاطعة له في محاذاة الخط الثديي اليسارى متجهة الى أسفل والخلف

ومنها أن تمتد الحافة المقدمة للرئة اليسرى من الخط القصي المتوسط في محاذاة غضروف الضلع الثالث اليسارى وتجه الى اليسار والاسفل نحو قمة القلب مقاطعة للفصل القصي لغضروف الضلع الرابع اليسارى

ومنها أن تمتد الحافة العليا (أى الانسية) لكل رئة (بالنسبة للاكلينيك) من قاعدة القص الى قمة الزاوية العنقية الكتفية فتحد هذه الحافة القسم فوق الترقوة من الداخل ومنها أن تكون حلة الثدي موضوعة أمام الضلع الرابع وهو الغالب أو أسفل منه في المسافة الرابعة من بين الاضلاع كما في شكل (١٨)

ومنها أن تمتد الخط تحت الابط من قمة الحفرة تحت الابط الى الشوكة الحرقمية المقدمة العليا لتلك الجهة * وعلى العموم اذا خطط الطبيب قبل عمل القرع الخطوط الفسلوجية للاعضاء الحشوية الصدرية والبطنية كان أتم فلاجل ذلك يفعل ما يأتى
أولاً - يحدد قمة القلب بتعيين نقطة قرعها الجدر الصدر بعلامة بالحبر توضع في النقطة المذكورة

ثانياً - يمد خطاً اولياً من النقطة المذكورة أى من نقطة قمة القاب التي صار تعيينها الى حلة الثدي اليميني فيكون هذا الخط في مبدئه أى من جهة القلب مقعراً قليلاً من أعلى ثم يصير محدباً بعد ذلك وهذا الخط هو الحد العلوى للتشريحي الكبد جزؤه اليسارى مكون الحد الاسفل للقلب كما هو واضح في شكل (١٨) وجزؤه الوحشى اليميني العلوى مغطى بالرئة اليميني الى الحافة السفلى للضلع السادس اليميني

ثالثاً - يمد خطاً ثانياً ممتداً من الخط القصي المتوسط في محاذاة نقطة اتصال غضروف الضلع الثاني اليميني بالقص ثم ينزل الى أسفل باستقامة وبعد أن يمر على المفصل القصي للضلع السادس اليميني يتجه الى اليمين والوحشية تابعا للحافة السفلى للضلع السادس المذكور الى الخط الثديي اليميني وهذا الخط هو الحد اليميني للاصمية القلبية في جزئه العلوى والحد العلوى للاصمية الكبدية

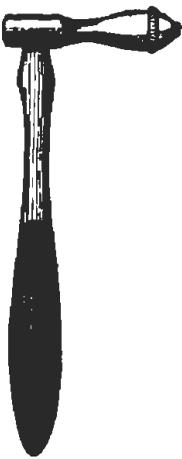
للغص اليميني للكبد في جزئه السفلي الوحشي و يكون هذا الخط منحنيًا وتقع عبره متجهًا نحو
اليمين والاعلى كما هو واضح في شكل (١٨)

رابعًا - يمد خطنا الثامن من النقطة القصية المركزية التي امتد منها الخط الثاني السابق
في محاذاة غضروف الضلع الثاني ثم يتجه الى أسفل والوحشية واليسار نحو الجزء العلوي لقمة
القلب ثم يحيط بالقمة المذكورة مع تقاطع الضلع الخامس اليساري بالقرب من الخط الثديي
اليساري تقريبًا وهذا الخط هو الحد اليساري للقلب كما هو واضح في شكل (١٨) المذكور
خامسًا - يمد خطنا رابعًا (شكته كشكل إس القرنساوي مستطيلة مقلوية) يبتدئ به من الخط
الاول (أى من الخط المتجه من قمة القلب الى حيلة الثدي اليميني عند نقطة تقاطع الخط المذكور
للخط القريب من الغص اليساري) ثم يتجه به الى أسفل واليمين وينتهي بطرفه الاسفل في الحافة
السفلى السائبة للضلوع الثاني في محاذاة الخط القريب من الغص اليميني وهذا الخط هو الحد
الاسفل للاصمية الكبدية في جزئها العلوي الانسي وأما الجزء السفلي الوحشي من الحافة
الكبدية السفلى (أى جزء الكبد الموجود وحشى الخط القريب من الغص اليميني) فمخلف
الحافة السفلى السائبة للضلوع الثامن والتاسع والعاشر والحادي عشر كما هو واضح في شكل (١٨)
فهذه الخطوط يتحصل الطيب قبل الفرع على الحدود الطبيعية لكل من الرانية الرئوية
والاصمية القلبية والاصمية الكبدية والرانية الطمبانكية للمعدة المسافة (تروب) وهذه
المسافة مهمة المعرفة لانها محدودة بالكبد وبالقلب وبالرئة والطحال ومؤثراتها بحرف
(ت) من شكل (١٨) . ثم ان القسم فوق الترقوة محدود من الامام والاسفل بالترقوة
المؤثر لها برقم (٢٠) ومن الخلف بالعضلة الترابيزية المؤثر لها برقم (٢١) ومن
الانسية بالعنق المؤثر له برقم (٢٢) من شكل (١٨) ويشتمل هذا القسم على قمة
الرئة . والمعدة المؤثر لها برقم (٦) من شكل (١٨) موضوعة تقريبًا على الخط
المتوسط الطولي للجذع في النصف العلوي للمسافة الممتدة من قاعدة التواخجى الى السرة
ففي هذه المسافة يلزم البحث عن المعدة خصوصًا عن جزئها البوابي وأما حديتها الغليظة
فتجاوزة الخط المتوسط للجسم نحو اليسار كما هو واضح في شكل (١٨) . ويوجد في الحفرة
الحرقفية اليمنى الاعور ومعلقته الدودية المؤثر لها برقم (١٠) من شكل (١٨) وفي
التهاب هذه المعلقة يكون مجلس الالم في وسط خط ممتد من السرة الى الشوكة الحرقفية المقدمة
العليا اليمنى وهو المؤثر له برقم (٢٣) من شكل (١٨) . ويوجد في الحفرة الحرقفية
اليمنى أيضا ابتداء القناة المعوية الغليظة أى الطرف الاسفل للقولون الصاعد

ووجد في الحفرة الحرقفية اليسرى التعرّيج السفلي (أي الجزء الموجود بين المستقيم والقولون النازل) المؤشر له برقم (١٢) من شكل (١٨) . والبزل البطني في الاستسقاء الزقي يفعل في وسط الخط الممتد من السرة الى الشوكة المقدمة العليا للحرقفة اليسرى المؤشر له برقم (١٩) . فتى وجد الطيب بالقرع تنوعا في النقط والخطوط الطبيعية علم عليها وضم هذه النقط بخطوط صناعية ثم تقاس المسافة المحصورة بالخطوط المذكورة وتقابل بالحجم الطبيعي ايعرف ان كان حجم العضو طبيعيا ومجاورا له كذلك أو متغيرة

المس باليد يتبدأ إعادة بحس الاعضاء السطحية (أي السهلة الادراك) باليد قبل القرع ويسمى الجس المذكور بالباسيون (Palpation) ويسمى القرع (بركوسيون) (percution) ويفعل المس بجميع راحة اليد أو بالأصابع فقط منحنية خفيفة فافيضط بها القسم المراد ببحثه ضغطا خفيفا سطحيا تارة وأخرى قويا غائرا وذلك لمعرفة حجم العضو وقوامه فيفعل المس لمعرفة النقطة التي فيها تفرع قبة القلب واعرفه ما اذا كانت الحافة المقدمية للكبد متجاوزة خط حافة الاضلاع الكاذبة أولا ويستعمل أيضا في البحث عن الانسكابات البلوراوية والتامورية وعن الاورام البطنية وغيرها

القرع - يفعل لمعرفة ما اذا كان القسم المقروع رنانا أو أصم فقرع الرئة السليمة ينجم عنه صوت رنان واضح (كإير) وينجم عن قرع الكبد صوت أصم وعن قرع المعدة الخالية من الاغذية والسوائل صوت رنان عال يقال له طمانيد . والقرع يفعل تارة بدون واسطة ويكون ذلك باليد اليمنى بأطراف أصابعها الاربع منضمة الى بعضها على خط واحد أفقي



شكل (١٩)

ومنحنية خفيفة على عظام المشط لكن هذه الطريقة غير جيدة فيفضل فعمل القرع بواسطة بان يضع الطبيب جسما على القسم المراد قرعه ويقرع عليه بأصبع اليد اليمنى أو بمطرقة وذلك الجسم يكون إما قطعة من معدن أو من عاج أو من قرن مفرطحة مستطيلة أو مستديرة مقسمة الى ستة أمتارات ومليمترات تسمى بليسيمتر . والمطرقة تتكون من ساق ومن جزء آخر متصل به على زاوية قائمة منته بطرف يربط عليه كرة صغيرة من الكاوتشوما يقع القرع على البليسيمتر وتكون المطرقة من معدن عادة وهي المؤشر لها بشكل (١٩) ولكن الافضل أن يستعاض البليسيمتر

شكل (١٩) يشير لمطرقة القرع

بالاصبع الوسطى لليد اليسرى لانه يمكن وضعه على أى نقطة من الجسم حيث يتوافق معها ويدرك الاصبع مرونة الأنسجة التي تحته أثناء القرع وتستهاض المطرقة بالاصبع الوسطى لليد اليمنى وبذلك يكون الصوت الناجم من القرع هو الصوت الحقيقي للعضو الموجود تحت هذا الاصبع المقروع

قواعد القرع بالاصبع - يضع الطبيب الاصبع الوسطى لليد اليسرى وضعا جيدا على الجزء المراد قرعه حتى يصير كأنه جزء منه ثم يقرع مرتين متواليتين بفأيدتين على السلاحي الثانية للاصبع الوسطى لليد اليسرى ومقاطعها لاتجاهها بأثمة الاصبع الوسطى لليد اليمنى المنحنى خفيفا ويلزم رفع الاصبع القارع في الحال عقب كل قرع وأن يكون مركز حركة اليد القارعة في مفصل رسغها الا في مفصل المرفق ولا في مفصل الكتف ويكون القرع خفيفا اذا كان العضو سطحيًا وقويًا اذا كان غائرًا . ويلزم أن يكون القرع أولاً على خطوط المقارنة السابقة الذكر ويكون وضع الاصبع أو اليديتين على المقاطع لاتجاهها ثم يستمر بالقرع متباعدًا عن الخط شيئاً فشيئاً ويعلم بالتوالي بالخبر أو بالظفر على كل نقطة يكون صوت قرعها مغاير الصوتها الطبيعي وهكذا في قرع كل خط ومجاوراته وبذلك يصير تحديد الاعضاء التي صوتها ليس واحدا

بحث الطحال - لما كان حجم الطحال يتزايد في كل حي استصوبنا بحشه في العموميات . ويلزم لاجل بحشه أن يتذكر الطبيب أنه مستتر في الحالة الطبيعية بالضلع التاسع والعاشر والحادي عشر من أضلاع الجهة اليسرى من الصدر ويكون محدوداا كلينيكيا (أى بالقرع) من الامام بالصوت التيمانيكي (tympanique) للعدة وللقولون المستعرض ومن أعلى برنانية الرئة اليسرى ومن الخلف والاسفل تكون أصميته ممتدة الى أصميه الكلبي اليسرى . والمحور الاكثر طولاً للطحال يتبع تقريبا سير الضلع العاشر للجهة اليسرى للصدر . والطرف الخلفي له يكون قرب الفقرة العاشرة الظهرية . والطرف المقدم يكون واصلا الى الخط المفصل الى الضلع القصي اليسارى « المتمد من المفصل القصي الترقوى اليسارى الى قمة الضلع الحادي عشر اليسارى » . ويلزم أن يقرع الطحال على الخط تحت الابط قرعا خفيفا . ومع ذلك فالطحال صعب الادراك لقلته سمكه ولانه محاط من كل جهة بأعضاء رنانة (الرئة والمعدة والامعاء) فلاجل قرعه يلزم أن يضمج المريض على جنبه الايمن بدون أن يوضع تحت رأسه خديدات ثم يرفع ذراعه الايسر ويوضع فوق رأسه ثم يضع الطبيب الاصبع الوسطى ليده اليسرى « أصبع اليديسمتر » على الخط تحت الابط

«المتد من قمة الحفرة تحت الابط الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا لجهته كإذ كر» مقاطعا له وفي محاذاة الرنانية الرئوية لهذه الجهة ثم يقرع بأصبع اليد اليمنى على الاصبع اليسيمتر من أعلى الى أسفل تابعا للخط الابطى المذكور الى أن يندرل صوتا أقل رنانية فيضع على النقطة المذكورة علامة بالخبر ثم يقرع من أسفل الى أعلى مبتدئا من الحفرة الحرقفية اليسرى تابعا للخط الابطى دائما ومتى ظهر صوت أقل رنانية وضع على النقطة المذكورة علامة بالخبر كذلك ثم يقرع داخل النقطتين المذكورتين ثم خارجهما أيضا ففي داخلهما يبتدىء من الرنانية

المعدية متجهما الى الخلف الى أن يجد

نقطة أقل رنانية فيعلم عليها بالخبر كذلك

ثم يستمر القرع خارجها الى أن تزول

الاصمية فيعلم بالخبر ثم توصل هذه

النقط الثلاث المؤشر عليها بالخبر بخط

يصير متخنيا هو رسم الطحال كما هو مبين

في شكل (٢٠) فتقاس أولا المسافة

الكائنة بين العلامتين الاوليين أى

المسافة الكائنة بين العلامة الاولى

العليا والعلامة الثانية السفلى ثم تقاس

المسافة الكائنة من الامام أى من

النقطة الثالثة للاصمية الى الخط تحت

الابط أى الى النقطة التى صار فيها

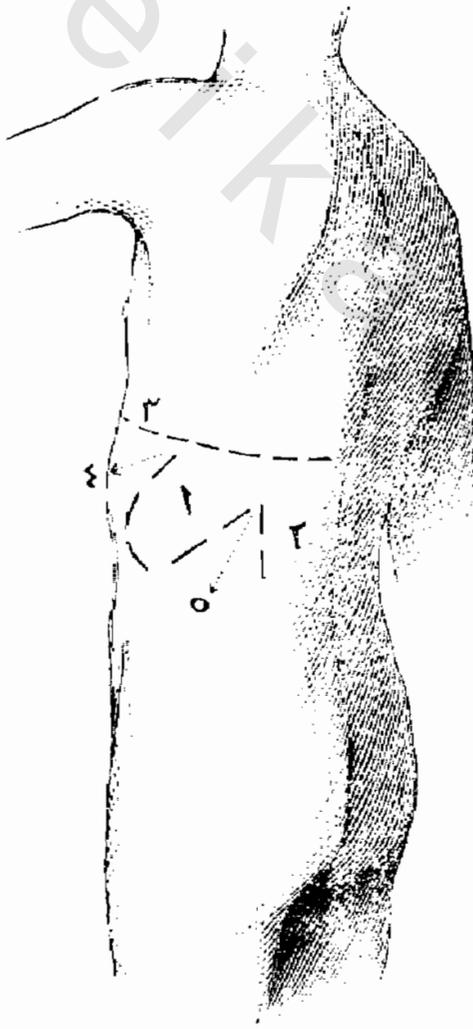
الصوت رنانا فالاصمية الطبيعية للطحال

فى الخط تحت الابط من أعلى الى أسفل

يكون امتدادها من (٣ الى ٥)

سنتيمترات وتجاوز الخط تحت الابط نحو

الاعام بمقدار يختلف من (٣ الى ٤)

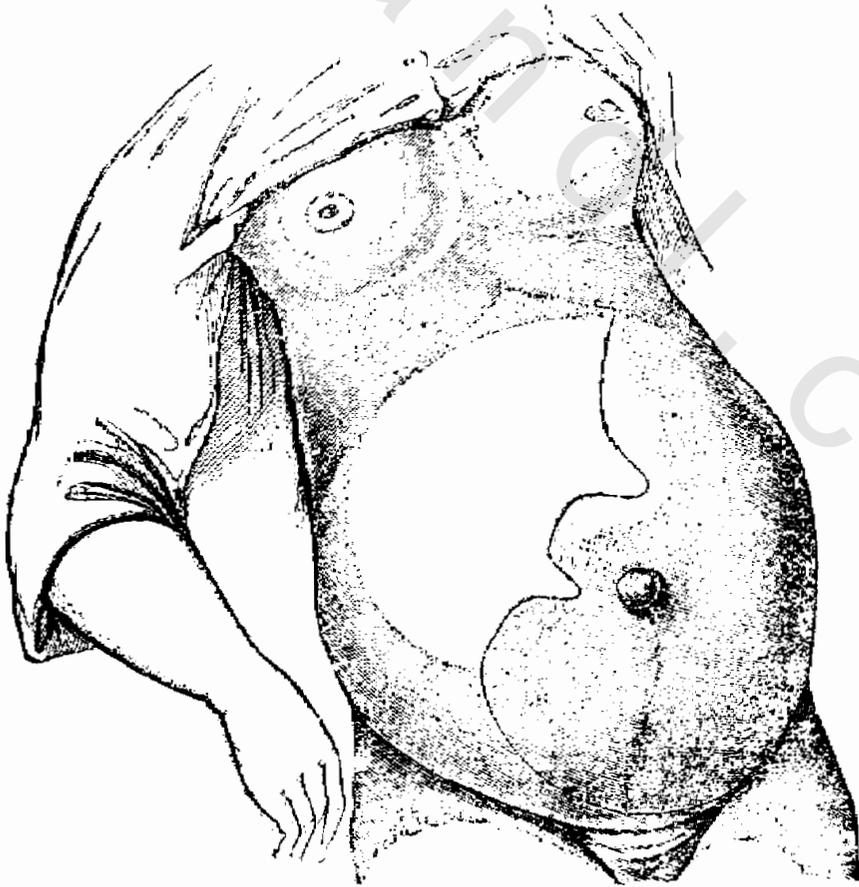


شكل (٢٠)

شكل (٢٠) يبين أصممة الطحال فى الحالة الصحية فرقم (١) يشير لاصممة الطحال. و ٣ للاصممة الكلووية و ٣ للمحافة السفلى للرئة اليسرى و ٤ للزاوية الرئوية الطحالية و ٥ للزاوية الطحالية الكلووية

سنتميرات تقريبا
وقد تنقص أصممة الطحال بأسباب مختلفة (لكن النقص الحقيقي نادر المشاهدة) منها اندفاعه
من أسفل الى الأعلى نحو تجويف الحجاب الحاجز بانتفاخ غازي معوي أو بالاستسقاء
الزقي أو بوجود ورم عظيم الحجم في تجويف البطن * وقد يكون حجم الطحال متناقصا اندفاعه
الى الداخل بوجود أنفريمارثوية يسرى أو انسكاب بلوراوى يسارى غازى أو مائى وفى
الحالتين الأخيرتين قد تختفى الأصممة الطحالية بالكلية وبناء على ما تقدم يصعب تحديد
الطحال من أسفل متى وجد فى البطن سائل أو أورام . ويصعب تحديده من أعلى
متى وجد فى الجهة اليسرى من الصدر أصممة كتكبد الرئة اليسرى أو انسكاب بلوراوى
مائى يسارى

وتترأد أصممة الطحال فى جميع الامراض الحمية كالحمى النفودية والنزلة والالتهاب
الرئوى والبلوراوى وفى الحمرة وفى الروماتزم المفصلية الحاد وفى الانفلونسا وفى الحمى
التفوسية والتيفوس الطفعى وفى الحمى الصديديه أى العفنة وفى حمى المالاريا وغير ذلك
من أنواع الحمى * ويترايد حجم الطحال فى الاستحالة النشوية له وفى التذون الكثير لكروى
الابيض المسمى ليكوسمى (Leucemie) كما فى شكل (٢١) وعندما يكون الطحال



شكل (٢١)

محلسا ل احد
الاورام
المختلفة
ويرداد أيضا
فى التغيرات
القلبية وفى
سيروز
الكبد
وبالأجمل
فجئت
المريض بحثا
تاما ينجم عنه
التشخيص
الجيد للمرض

شكل (٢١) طحال ضخم كثيرا فى حالة ليكوسيميا

الموجود أو ما تشخيص التمييزي والتشخيص السببي في معرفة ما الطبيب بالمناقشة مع فكره . وبالتشخيص يعرف الطبيب الأنداز (أى الحكيم على المسئلة قبل) والدلالة العلاجية

وحيث ان الأنداز يجعل الحكيم مسؤولاً أمام المريض وأمام الهيئة الاجتماعية فيلزم الاحتراس في اعلانه لان القدرة الالهية تغير متى شاءت وأما الدلالة العلاجية فيلزم مراعاتها بحيث يكون العلاج مساعد الطبيعة التي تساعد على شفاؤها لا ضدها وهذا ما يقال له العلاج التعقلي (raisonné) بحيث لا يعالج المرض ان لم توجد دلالة لذلك لكن هذا لا يمنع استعمال العلاج العرضي (symptomatique) فمثلا في الأورعيا يحترم الاسهال أى لا يعالج لكنه يعالج أى يوقف في الدوسونار بالانه في الحالة الأولى تجتهد الطبيعة في تخليص البنية من السم المرضي المهمت وفي الحالة الثانية يمنع الاسهال تجنب تكون القروح والانقباضات المعوية واضمحلال المريض

وحيث عرف ما تقدم فلنشرع الآن في بحث الاجهزة على التوالي لمعرفة العلامات الاكلينيكية لكل مرض من أمراضها فنقول (*)

(المقالة الثانية في معاينة وبحث الجهاز التنفسي)

من وظائف الجهاز التنفسي مقابلة الدم والهواء الموجود فيه بالهواء النقي الآتي من الخارج الذي يتأثره الكيمياء على الدم بجذده خاصيته المحيونة ويمتد الجهاز التنفسي من الحفرة الأنفية المقدمة الى الحويصلات الرئوية التي تحصل فيها مقابلة الهواء النقي الداخل مع الدم وفيها يحصل التخمير الدموي (hématose) بجميع أجزاء الجهاز التنفسي يساعد بعضها بعضا لاتمام هذه الوظيفة ومع هذا فبعضها له وظيفة خصوصية. فمثلا خاصية الحفرة الأنفية شم الروائح ومع ذلك فهي معدة لمرور الهواء الداخل في الرئتين والخارج منها بفعل التنفس. وخاصية الخنجر تكون الصوت ومع ذلك يمر منها الهواء الداخل والخارج من الرئة أى تؤدي وظيفة تنفسية . وللحلق (البلعوم) وظيفة في الجهاز الهضمي وهي الازدراد ووظيفة أخرى حقيقية هي مرور الهواء منه في فعل التنفس .

* (تنبيه) يبدأ عادة ببحث الجهاز الذي يشتكى منه المريض (وانفرض انه هو الجهاز التنفسي)