

المقالة الرابعة في الجهاز الهضمي ومعلقاته

يتبدئ الجهاز الهضمي بالفم وينتهي بالشرج ويكون مستقيماً عند الحيوانات البسيطة التركيب ومتعرجاً عند الانسان . والأمراض التي تصيب الجهاز الهضمي كثيرة ومتنوعة وأكثرها يشاهد عند الاطفال والشيوخ وبعضها يصيب أجزاء مخصوصة منه دون غيرها وذلك كالذوسوننتاريا والاسهالات في البلاد الحارة لانها تنجم عن أمراض تصيب الامعاء دون غيرها وزيادة على ذلك فان جميع أمراض الأجهزة الأخرى تؤثر على الجهاز الهضمي كما أن جميع الأمراض العفنة والحيات تصطبح دواماً بحالة معدية

المبحث الاول في الفم والبلعوم (١) - التركيب والوظيفة

يسمى الجزء العلوي للقناة الهضمية فـا . وهو يتبدئ بالشفتين ويحد من الجانبين بالشدقين ومن أعلى بقبوة الفم (سقفه) ومن أسفل باللسان وأرضية الفم ومن الخلف باللهاء التي باجتماع قوائمها الخلفية تكون قوساً تقعيره الى أسفل هو برزخ الزور (gossier) * (والبلعوم) (pharynx) هو قناة عضلية غشائية ممتدة من التواء القاعدي لعظم المؤخر الى الفقرة الخامسة العنقية التي في مقابلتها يتبدئ المريء . والبلعوم موضوع أمام العمود الفقري وخلف الحفرة الأنفية والفم والخنجرية وينفتح فيه الحفر الأنفية والفم والخنجرية والمريء وبوق استاش (eustache) الذي هو قناة ممتدة منه الى القناة السمعية الوسطى . ويحصل في الفم انطواهر الاول للهضم فالغذية تنهرس وتنظن وتمتزج باللعاب في الفم ومنه تدفع بقاعدة اللسان الى البلعوم الذي يضبطها وياتقباض أليافه يدفعها الى المريء . وفي أثناء الازدراد تنغلق طرق تواصل البلعوم مع الانف والخنجرية فالاتصال العلوي (أى الأنفي) ينغلق بقوائم اللهاء التي بتقاربها من بعضها لا تترك بينها إلا ميراة وهذا الميراب ينغلق من أسفل بانقباض العضلة العاصرة المتوسطة للبلعوم ومن أعلى بوجود الغلصمة بينهما . وانغلاق قحمة التواصل المقدمة السفلى (أى الاتصال الخنجري) يتم بواسطة لسان المزمار . ويؤدى الفم والبلعوم زيادة على ما تقدم وظيفته في نطق الكلمات . ويوجد في الغشاء المخاطي للسان الاعضاء الدائرية خاصة الذوق

(١) (تنبيه) يجب على الطبيب متى قدم له طفل مريض أن يبحث فيه وحلقه قبل أن يبحث الاعضاء الأخرى

الظواهر المرضية الوظيفية

أولاً - (الألم) من الظواهر المرضية الوظيفية الألم ومتى وجد في عضلات المضغ أوفي اللثة لوجود التهاب لثوي نجم عنه عسر المضغ ويصعب الازدراد في الذبحة الخلقية الحادة لوجود ألم مجلسه البلعوم يتحرض بالازدراد أي بعلامسة البلعة الغذائية لهذا الجزء . وقد يكون الألم عبارة عن احساس بجفاف أو بحرارة . ثانياً - (الشلل) فتى كان مجلسه الشفتين صار تامر تخميتين وسال اللعاب الى الخارج بدون انقطاع وسالت المواد الغذائية معه أثناء المضغ . ومتى كان مجلس الشلل اللهاة نجم عنه رجوع المواد الغذائية والسوائل بالانف أثناء ازدرادها . ويكون الازدراد مؤلماً في التهاب الحلق (اللوزتين واللهاة) . ثالثاً - (تزايد افراز اللعاب) وهو ينجم عن التهاب الغمى الزبقي وعن التهاب الغمى العسائي . وقد يكون تزايدهما عن حالة عصبية كما في الأناكسى أو عن تعاطى أدوية كالبيلوكر بين (pilocarpine) أو عن اضطراب الهضم . رابعاً - (تناقص افراز اللعاب) يتناقص افراز اللعاب ويحذف في جميع الأمراض الخبيثة . ومتى كان فيها اللسان جافاً (كالجلد أو كلسان البيغا) وكان المريض متقدماً في السن دل على اصابته إما بالتهاب رئوي وأما بمرض بولي أو بالحمى التيفودية أو التيفوسية . وإذا كان في امرأة نفساء دل على التسمم النفاسي . ويتناقص الافراز اللعابي بتعاطى الأتروبين . خامساً - (احساس بوجود جسم غريب) يدرك الشخص المصاب بالتهاب البلعوم المزمن مزاحمة في الحلق واحساساً بوجود جسم غريب ينجم عنه حركة ازدراد متكررة ريقه . سادساً - (اضطراب الذوق) - يشعر المريض بتغير طعم فمه في جميع أمراض المعدة . وقد يكون الذوق مفقوداً فاذا وضع الطيب جوهر اذا طعم معلوم على لسان المريض ثم على جانبه بالتوالي ثم سأله عن طعمه فيجب أن لا يشعر بطعم لذلك . سابعاً - (عسر التنفس) - قد يصير التنفس متتابعاً (منكراً) في الذبحة البسيطة . وقد يتعسر حتى يصل لدرجة الاختناق في انخراجات الخلفية للبلعوم . وقد ينجم عسر مستمر في التنفس عن ضخامة العقد الليمفاوية للبلعوم (الوزن) وهذا ما قد يشاهد عند الاطفال فيتنفس الطفل بضمه ويتام وفيه مفتوح ويشخر في نومه وقد ينجم عن ضخامتها نوب اختناق في أزمته مختلفة وينجم عن استمرار عسر التنفس اضطراب في عموم الجهاز التنفسي فيحصل ضيق في القفص الصدري وانحناء في العمود الفقري ووقوف في عمق الجزء العلوي للوجه الذي يتفرطح . ثامناً - (الصوت

الأثني) ينجم الصوت الأثني عن شلل اللهاة أو عن الالتهاب الحلقى الحاد الشديد وحينئذ يصطبغ بزفير حلقى عبارة عن فعل صوتي مثل أح أخ لأخراج بعض مخاط . تاسعا - (قلة السمع) قد يشاهد تناقص السمع بل وفقده أي الصمم التام بامتداد الالتهاب البلعومي إلى بوق استاش ومنه إلى باطن الأذن ويندر أن ينجم عنه الالتهاب الأذني التقضي مع سيلان القيح إلى الخارج (أي إلى الأذن الظاهرة) . عاشرا - (نتانة رائحة الفم) - تنجم نتانة رائحة الفم عن الالتهاب الفمي الرثبي وعن القروح الفمية الغشائية وعن الأحوال المعديّة التي يصحبها وساخة اللسان . وقد تنجم عن وجود سن مسوس أو عن غنغرينا الفم . وقد تكون آتية من الرئة في غنغرينا الرئة

في طرق البحث والظواهر المرضية الاكلينيكية

يبحث تجويف الفم والبلعوم بالنظر بدون واسطة أو بواسطة المراة المعكسة أو بالاصبع . وحيث ان الطفل لا يفتح فمه بسهولة فيلزم لفه في ملاء لعدم تحريك أطرافه ثم يوضع على ركبته مساعد ليضبطه ويثبت رأسه على صدره والطبيب حينئذ يضغط بأصبعه أجنحة أنفه ليمنع مرور الهواء في الأنف فينجبر الطفل على فتح فمه ليتنفس وعند ذلك يزلق الطبيب مخفض اللسان



شكل (٧٥) في الفم ويضغط

به قاعدة اللسان ثم يبحث

حينئذ تجويف الفم

شكل (٧٥)

والبلعوم ويمكن ادخال ريشة أو زبين الشدق والاسنان وتغمشة الحلق بها فتحصل حركة

تهوع يزلق الطبيب أثناءها خافض اللسان بين الاسنان

وفي بحث الفم عند غير الطفل قد يصعب على المريض فتح فمه بسبب الاحتقان النكفي

(الأوريللون) (oreillons) متى وجد وقد يتعذر بسبب أثره التحام في الشدق تعيق حركة

المضع أو بسبب تشوه فتحة الفم بالليبوس (lupus) أو بسبب انكيلوز (التصاق) في

مفصل الفك السفلي للفم فيحدث تعذر فتحه . وعند وضع خافض اللسان في فم المريض (١)

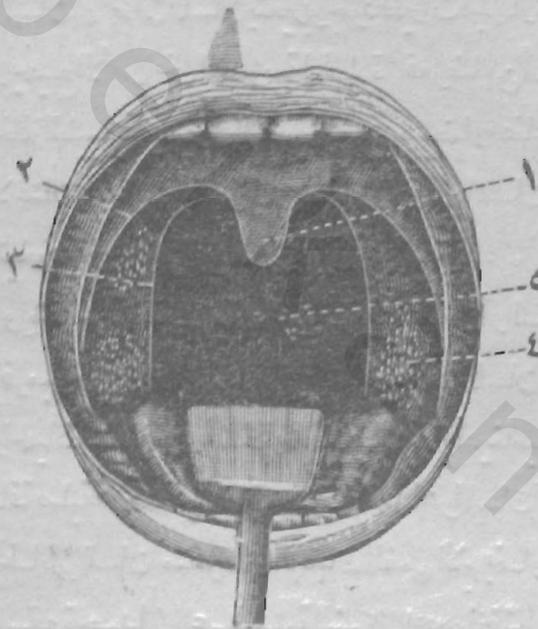
يلزم أن يكون الضمغط به تدرجيا لتجنب تقلص البلعوم وحصول حركة فيء كما أنه يلزم

شكل (٧٥) خافض اللسان

(١) تنبيه إذا أراد المريض ضمغط لسانه بأصبعه أثناء فتح فمه لكونه يكره وضع خافض

اللسان في فمه يجاب لذلك

أن يكون المريض موجهًا وجهه نحو شباكٍ حال فتحه ليلاً الضوء تجويفه وتظهر اللهاة أو يضيء الطيب فم المريض بشمعة أو بكبريتة عند الاقتضاء ويمكن عكس الأشعة الضوئية بواسطة ملعقة تضبط باليد اليسرى بين أصبعي الإبهام والسبابة وتضبط الشمعة بين السبابة والثلاثة أصابع الأخيرة لليد اليسرى المذكورة كما أنه يلزم تذكرة هيئة الفم المفتوح والمنظر الطبيعي له وللخلق الواضح ذلك في شكل (٧٦) وعلى كل يسأل من الطيب أن ينظر أولاً



شكل (٧٦)

(قبل فتح الفم) الشفتين ثم يبعدهما فيظهر له من الامام والجانبين القوسان السينيان والغشاء المخاطي للشدقين من الجانب ثم يفتح الفم وينظر لقبوة الفم واللاهة من أعلى والجانب والغصمة من أعلى والوسط . وقد تكون الغصمة طويلة زيادة عن العادة حتى تصير ملاسة لقاعدة اللسان فيلزم ضغط قاعدة اللسان لإبعادها عنها . (واللسان لا يكون منظوراً الا في نصفه المقدم

فقط متى نظر بدون ضغطه وفي نصفه الخلفي متى كان مضغوطاً بخافض اللسان) . وقد تكون القوائم المقدمة لللاهة مختلطة باللوزة فيختفي منظرها العضلي . وقد يشاهد الطيب أن بعض الأسنان تتخلخل وقد يشاهد في عنقها الخط المرق المميز للتشمم الزحلي * وقد يشاهد اللسان ضامراً أو ضخماً أو مشلولاً . فالضمور يعقب الشلل النصفى الجانبي للسان فيكون شاغلاً للنصف الجانبي المشلول منه . وأما ضخامة اللسان فأنها

(شكل ٧٦) يشير إلى منظر فم مفتوح فيه ثلاث طبقات . الأولى الجدار الخلفي للبلعوم ولونه وردي وأكثر غمافة ومرصع مثل الغشاء المخاطي للشدقين والشفتين بحبيبات هي غدد صغيرة مخاطية . والثانية القوائم الخلفية لللاهة وهي أقل غمافة . والثالثة القوائم المقدمة لللاهة والغصمة ولونها كالثانية . وترى بين القوائم الخلفية والمقدمة اللوزة ومنظرها الطبيعي وردي استغجبي واللسان في هذا الشكل مضغوط بخافض اللسان فرقم (١) من الشكل المذكور يشير للغصمة و (٢) للقوائم المقدمة لللاهة و (٣) للقوائم الخلفية و (٤) للوزتين و (٥) للجدار الخلفي للبلعوم

تكون منفردة وحجم اللسان فيها يكون عظيمًا مثلما التجويف الفم وعائق دخول الهواء فيه بل ومتدليًا خارج الشفتين . وتصطبغ ضخامة اللسان بضخامة الاطراف في مرض ماري (marie) وتكون منفردة في التهاب اللسان الشديد . وأما شلل اللسان فيكون في أغلب الاحوال قاصرًا على نصفه الجانبي ومصاحبًا لشلل النصف الجانبي للجسم فيكون في أعلى تغير مخي مجلسه المرأ كز المحركة للطرف العلوى والسفلى ونصف الوجه واللسان . ثم ان اللسان يتغير بوجود تغيرات الجهاز الهضمي فهو من آفة تغيراته . ويتغير كذلك في جميع الأمراض العمومية الحادة فعوضًا عن أن يكون لون سطحه أحمر ورديًا كما في الحالة الطبيعية يصير في التغير المعدي مبيضًا وسخاخًا يضام فترطحا وحافته موشحة بطواع الاسنان في أغلب الاحوال وهذا هو نموذج اللسان في التلبك المعدي . ويكون في الحمى التيفودية وسخام الوسط ومخمر في حوافه وقته . ويصير جافًا كالجلد في الحميات الخطرة . ويتقشر في القرمزية في نحو اليوم السادس أو السابع فيصير أحمر مثل التوت الأفرنجي (فرمبواز) (framboise) . ويكون اللسان والشفتان في الأمراض العفنة الشديدة والحميات الخطرة وفي أشكالها الانحطاطية (أديناميك) (adinamique) هبابية المنظر جافة صلبة مرصعة بحلمات مسودة (فهذا هو اللسان المقدد أو لسان البيغا) وقد يكون الغشاء المخاطي للسان متقرحًا في التهاب الفمى الايرى تماوى بقروح سطحية قليلة الاتساع (أى صغيرة جدًا) عدسية الشكل يحجبها نقشش البشرة وينجم التهاب المذكور عن تهيجات مختلفة كاستعمال المركبات الزئبقية وعن الأمراض العمومية مثل مرض برت والحمى التيفودية وغيرها . وقد ينجم عن استعمال المركبات الزئبقية التهاب في زئبق يعم الفم فتارة يكون خفيفًا وحينئذ ينجم عند تحلل الاسنان وتقريرتها من اللثة ويكون مجلسه خلف الأضراس الكبيرة السفلى (في الجهة التي ينام عليها المريض) أو قاصرًا على التهاب لثة سنة مسوسة أو على لثة الاسنان المقدمة . وإذا ضغط على هذه اللثة قد يخرج منها نقطة من الصديد . وتارة يكون التهاب الفمى الزئبقى متوسط الشدة يندئ بلثة الأسنان المقدمة المذكورة فتصير جراء منتفخة متقرحة ويورم اللسان وتقرح حوافه ثم تتغطى القروح بمادة بولتاسية (poltacé) وتعطى راحة منتنة لنفس المريض ويكون الإفراز اللعابي متزايدًا ويكون الجزء الخلفى للفم والبلعوم سليمين . وتارة يكون التهاب المذكور بشكل شديد خطر يصير فيه اللسان غليظًا متقرحًا متدليًا خارج الفم وهذا نادر لان علاج الأمراض الزهرية بالمركبات الزئبقية جار بعرفة الأطباء في أكثر

الاحوال فيستعملون كل الطرق المانعة لحصول الشكل المذكور
وقديصاب الفم بالأفت (أى بشور الفم) وهو يتبدى ببقع حمراء يشغل مركزها نقطة بيضاء
تستحيل في الحال الى حويصلة تنفجر بعد يومين أو ثلاثة ويعقبها قرحة صغيرة مستديرة
مبطنة بغشاء كاذب متين الالتصاق مخاط بهالة حمراء وتلتحم هذه القروح بسرعة ويعقبها
بقعة حمراء تزول في أسبوعين الى ثلاثة أسابيع

وقديصاب الفم بالالتهاب الفمى ذى الغشاء الكاذب فيتكون عن ذلك قروح سطحية مغطاة
بخلوط مصفر قليل الالتصاق يوجد أسفل الغشاء المخاطى ذو هيئته فطرية يذمى بسهولة
ومجلسها اللثة والشدقان واللسان واللهاة والسطح الباطنى للشفة السفلى وفي جهة واحدة لافى

الجهتين وهذا ما يميز هذا الالتهاب أيضا

وقديصاب الفم بالموجيت (أى القلاع) ويظهر الموجيت (muguet) على اللسان ومنه
قد يمتد الى الاجزاء الأخرى ولكن ذلك نادر بل الغالب انه يبقى قاصرا على سطح اللسان الذى
يكون في الابتداء أحمر لماعا ثم يظهر على سطحه وحوافه ارتفاعات بيض مثل الثلج
(neije) منعزلة عن بعضها أو ممتدة ومختلطة ببعضها وتكون لطيفة سميكة ذات حلقات
قليلة الارتفاع تشبه اللبن المتخيم. والتصاق هذه الجذر أو اللطخ يكون قليلا فى الشفتين
والشدقين وكثيرا على اللسان وقبوة الفم ويكون الغشاء المخاطى تحت ذلك غير متقرح
. وبالاجمال يكون اللسان فى الامراض الحمية الطفحية المختلفة مجلسا لطفع من نوع طفع
المرض الجلدى الموجود وطفعه يسبق الطفع الجلدى ببعض ساعات وأتمودج ذلك الحصبة
ففيها يحصل طفع على اللسان تكون بقعه أكثر احمرارا من بقع باقى الفم وهذه البقع تكون
منعزلة أو مختلطة

وقديصاب قبوة الفم بانثقاب ذاتى تارة يكون وحيدا متساعما مستديرا وحافته منتظمة
وقدينجم ذلك من الزهري فيكون أولا ورما صغريا يذوب ويعقبه قرحة تأكل الانسجة الرخوة
والصلبة لهذا الجزء من الفم . وتارة يكون صغيرا مستطيلا خيطيا اذا حاقه مشرذمة محاطة
بجيوب سنجابية المنظر فيكون ذلك ناجما عن الدرن (tuberculose) والدرنات المنفردة
الكائنة فى الدائر تنقيح وتقرح الانسجة التى تحتها وتنتهى بثقب قبوة الفم

اللهاة - هى أجهزة عضلية عرضة لاشمال فتى حصل ظهرت للنظر مسترخية (متدلية) تتحرك
بهواء التنفس ولا تنقبض بعلامسة الأصبع لها كعادتها فى حالة الصحة وهذه الظواهر تكون
قاصرة على جهة من الجسم أو على عضلة منها فقط . ووجود سلل اللهاة عقب إصابة الدفتريا

ينسب لها (سببه دائرى) . وعدم حركة اللهاة واتساع المسافة الكائنة بينها وبين الجدار الخلقى للبلعوم زيادة عن العادة يدل على وجود ورم في الجزء العلوى للبلعوم الموجود خلف الفجحات الانفية الخلفية

الخلق - (أى البلعوم) ويسمى أيضا بوعاز الخلق (isthme de gosier) والبلعوم العمى (et pharynx boucal) هو محاط بحلقة من عناصر ليفاوية ولذا تعين على حصول تعضنات ((inflection)) الجهاز الليفاوى . والالتهابات التى تصيب هذا البوعاز (أى الخلق) تسمى بالذبحات وهى تارة تكون عامة لأجزائه وتارة تكون قاصرة على بعضها فمن هذه الالتهابات الالتهاب الخلقى أى الذبحة الخلفية التى متى كانت حادة وخفيفة ينجم عنها احمرار بسيط فقط ومتى كانت شديدة تكون عنها مادة بولتاسية تغطى الأجزاء المصابة ومتى كانت نوعية دفتيرية تكون عنها غشاء كاذب يكون ملتصقا كثيرا أو قليلا بالأجزاء المصابة ومتى كان الالتهاب البسيط أكثر شدة من الالتهاب البولتاسى تكون عن ذلك خراج . ومتى كان أكثر شدة وينجم عنه وقوف التغذية أحدث الغنغرينا

أولا - الذبحة البسيطة - وهى التى تنجم عن الحالة الايرىتماوية سواء كانت الايرىتما أولية أو تالعية . فالذبحة الايرىتماوية الأولية تنجم فى أغلب الأحوال من تأثير البرد . وأما التالعية فتحصل أثناء وجود الامراض العفنة مثل الحجرة والقرمزىة والجدرى والحصبية والحى التيفودية والجرب والرومازم والسقاوة والحجرة الخبيثة وفى التسمات مثل التسمم بالزئبق وودورالبوتاسيوم وعركبات الفصيلة الباذنجانية .
ثانيا - الذبحة البولتاسية هى التهاب أ أكثر شدة من الالتهاب الايرىتماوى السابق . ومجلىه فى أغلب الأحوال اللوزة الملتهبة فى علو سطحها مادة بيضاء كالقشطة أو سنجابية تكون سطحية وذات استطالات تسخل فى الثقوب الموجودة بين الغدد المكونة للوزة وليست المادة البولتاسية المذكورة ملتصقة كثيرا بالغشاء المخاطى الملتهب فىمكنى لرفعها أخذ قضيب من خشب ويربط عليه قطعة من قطن عقيم ثم يمسح بها الغشاء المذكور بحرك خفيف فتخرج القطنه ملوثة بهذه المواد فاذا وضعت حينئذ فى الماء وحركت تجزأت على هيئة ندق تماوج فى الماء بتحركه

ثالثا - الذبحة ذات الغشاء الكاذب - يوجد أعمودجها فى الدفترىا فى شاهد فى الشكل المعتاد من الدفترىا بعد مضى (٣٦) ساعة من ابتداء الاصابة بها أن الغشاء المخاطى المصاب

صار محزواً وبعلاوه بقعة أو بقع من أغشية كاذبة معتمة تصير مبيضة وأ كثر سما في المركز عن الدائر وتمتد هذه البقع بسرعة وتختلط ببعضها وتخرج مثل الثعبان ويندر امتدادها للبلعوم كما أنها تنقف متى وصلت الى قبوة الفم وحوافى هذه البقع تكون مشرذمة وهذه الأغشية تكون متينة الالتصاق بالغشاء المخاطي تحتم او اذا فصلت منه ووجد أن لون الغشاء المخاطي تحتم امتزاج الأجرار قليلا عن لونه الطبيعي وليس متقرحاً لكنه يدمى بسهولة ويتجدد الغشاء الكاذب بعد نزعه منه وقد يكون الغشاء الكاذب رقيقاً جداً فيكون غير واضح وهذا يسمى بالشكل غير التام أو الاجهاضي وقد يكثر الغشاء الكاذب في موضعه بعض أيام ثم يقف امتداده ويلين نوعاً ويفقد التصاقه بالغشاء المخاطي الذي تحته ثم يسقط من نفسه ويستعاض بنضج يقل امتداده وبمكة شيئاً فشيئاً

* ويشاهد كثيراً في الشكل الخبيث (maligne) من الدفتريا أن لون الغشاء الكاذب يكون سنجابياً أو مسوداً قليل التماسك أولينا أو منتنا (fétide)

فالعلامات الاكلينيكية المشخصة للدفتريا الحقيقية هي منظر الغشاء الكاذب ومجلسه وامتداده الى اللهاة والغصمة واصطحاب ذلك باحتقان وانتفاخ العقد الليمفاوية للعنق وتحتم الفك وبهاتة لون المريض وانحطاطه ووجود الزلال في البول والشلل الجزئي . لكن تشخيص الدفتريا بمنظر الغشاء الكاذب فقط غير كاف لان منظر لون الغشاء الكاذب الدفتري يوجد في الموجبت وفي الالتهاب الفمي التفرحي ذى الغشاء الكاذب وفي الالتهاب الحلقى البولتاسي وخصوصاً في الالتهاب الحلقى الهربسي (angine herpétique) الذي فيه يحصل الغلط يومياً في التشخيص بسبب أن الأغشية تكون فيه كافي الدفتريا ويصطب مثلها باحتقان العقد الليمفاوية متى كانت الحى شديدة - ووجود الطفح على الشفتين وعدم وجود الزلال في البول لا يعبران الالتهاب الحلقى الهربسي عن الدفتريا الحقيقية الحميدة وكذلك لا تتميز الدفتريا الحقيقية من الدفتريا الكاذبة اكلينيكيًا الا بالسير لان الأغشية واحدة في النوعين والدفتريا الكاذبة تكون أولية أو تابعة وهذا هو الغالب وهذا ما يشاهد في القرمزية ففي (٤٥) حالة دفتريا مبكرة تكون (٤٤) منها دفتريا كاذبة والواحدة الاخرى تكون دفتريا حقيقية . وتشاهد الدفتريا الكاذبة أيضاً في الزهري أى قد يتكون غشاء كاذب على القرحة الأولية ولكن يشاهد ذلك في أكثر الأحوال في الزهري الثنائي وبالاجمال لا ينبغي الجزم بالقول بالدفتريا الحقيقية بمجرد وجود العلامات الاكلينيكية نعم انه بالنظر للغشاء الكاذب ومجلسه والتصاقه وامتداده واصطحابه باحتقان العقد الليمفاوية

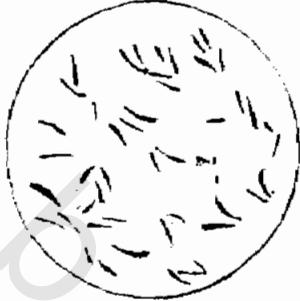
ووجود الزلال في البول وبهاته لون وجه المريض بتوجه الفكر الدفترية الحقيقية ولكن لا يكون التشخيص أكيدا الا بوجود مكروب الدفترية في الاغشية الكاذبة المذكورة ولاجل ذلك توضع قطعة صغيرة من الغشاء الكاذب على صفيحة زجاجية مكروية وسكوبية و يفعل فيها كما فعل في بحث البصاق (النفس) ثم تآون بلون جرام (gram) لان هذا المكروب له شراهية عظيمة بهذا اللون (وأكثر الالوان المستعملة لتلوين المكروبات هو اللون البنفسجي للجنسيان (violet de gentiane) حيث ان جميعها يتلون به فاذا غمرت صفيحة مكروية سكوبية عليها مكروب متلون باللون البنفسجي الجنسياني في الالكول يترك هذا المكروب لونه ولكن اذا وضعت قبل وضعها في الالكول في محلول اليود المكون من واحد من اليود و (٢٠٠) من الماء مدة دقيقة تقريبا ثم وضعت الصفيحة بعد ذلك في الالكول تترك العناصر النشيرية الموجودة في هذا التحضير لونها البنفسجي الجنسياني وكذلك يفقد بعض المكروبات الموجودة في التحضير اللون المذكور في الالكول وبعضها يحفظ اللون المذكور ولا يفقده فمحلول اليود السابق الذكر هو المسمى بلون أو بمحلول (gram) فالمكروبات التي لا تترك لونها البنفسجي الجنسياني بوضعها في الالكول بعد وضعها في محلول اليود يقال لها تأخذ جراما (prend le gram) والتي تترك لونها يقال لها لا تأخذ جراما (ne prend pas le gram) فمكروب الدفترية يأخذ جراما ويسمى بمكروب كليبس لوفلر (klebs lofler) وهو المشار له بشكل (٧٧) وهي قضبان طولها



شكل (٧٧)

كطول باسيل الدرن لكنها أكثر عرضا منها خصوصا في طرفيها وبذلك يصير شكلها كشكل البسكوبية . فاذا زرع مكروب كليبس لوفلر بوضع جزء صغير من الغشاء الدفترية في المرق البسيط البيبتوني أو الخفيف القلوية أو في المصل الجيلاتيني ثم وضع السائل المذكور في فرن حرارته من ٣٢ الى ٣٧ درجة فبعد مضي ٢٤ ساعة تكون في السائل المذكور أعمدة من مكروب كليبس لوفلر مكونة لبقع مستديرة ذات لون أبيض سنجابي اذا أخذ منها جزء

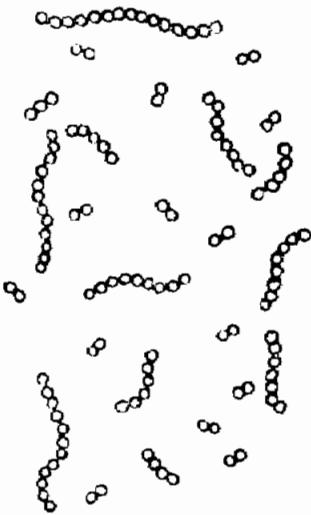
صغير ويبحث بالمكروسكوب بواسطة عدسة معظمة نحو (١٠٠٠) يرى أنها مكونة من عدد عظيم من باسيل كلييس لوفتر المذكور كما في شكل (٧٨) فاذا قمع بجزء صغير من هذه



شكل (٧٨)

البقع لحيوان من الخبثرة أو نكاب أو حشر أو لعصافوراً ولأرنب أو نخزير هندي (كوبيه) أصيب بالدفتريا ومات بسرعة بسبب التوكسين التي فرزها الميكروب المذكور لأنها شديدة السمية وإذا قمع بالمكروب المذكور للفئران لا يصاب بالدفتريا وبناء على ذلك لا يموت ثم إن الصفة المميزة أكثر لباسيل كلييس لوفتر هي زرعه إما في مصصل الدم أو في مصصل

سائل الاستسقاء الزرقى ولاجل عمل الزرع المذكور يؤخذ جزء من مصصل الدم أو من مصصل الاستسقاء الزرقى ويسخن على حرارة درجتها من (٧٠ الى ٧٥) أولاً مدة ساعة فيتجمد حينئذ المصصل المذكور ومتى تجمد يوضع فيه ندفة صغيرة من الغشاء الكاذب الدفتيري ثم يوضع الاناء المحتوي على ذلك ثانياً في فرن حرارته (٣٧) درجة فبعد مضي (١٨) ساعه يشاهد أنه تكون في المصصل أعمدة من المكروب على هيئة بقع مستديرة ذات لون أبيض سنجابي اذا بحثت الباسيلي بالمكروسكوب نرى كما في شكل (٧٨) السابق فباسيل الدفتريا هو الوحيد الذي يتكون بسرعة في المصصل المذكور وأول من اكتشف باسيل الدفتريا هو (كلييس) ثم (لوفتر) ولذا سمى باسمهما وقد لا يوجد في أغشية الدفتريا



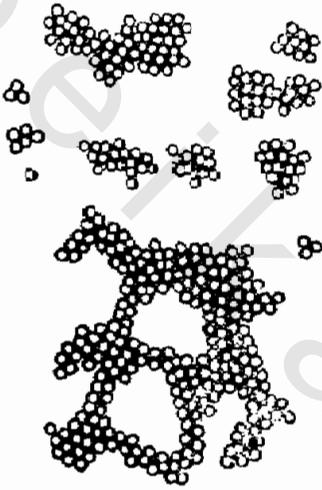
شكل (٧٩)

الأمكروب كلييس فقط وحينئذ قد يكون المرض جيمداً أي يشفي أو يكون مميتاً لشدة سمية افرازه ولأنه وجود باسيل كلييس وحده نادر في الغالب يوجد معه في الأغشية المذكورة الاستربتوكوك (streptococ) شكل (٧٩) وبذلك يتكون الشكل الدفتيري الأكثر خبثاً وهذا النوع يشاهد أيضاً في الدفتريا التابعة ومن الأسف أنه لا يوجد لذلك صفة الكيمائية مخصوصة أي لا توجد صفة كيميائية تميز الأغشية المتكونة

شكل (٧٨) يشير لمكروب الدفتريا بعد انباته

شكل (٧٩) يشير لمكروب الاستربتوكوك

في الشكل الخبيث ولا يعرف ذلك إلا بالانتهاه المحزن أو بالبحث الميكروسكوبي للاغشية الموجودة أو بزراع المكروب ثم تلفجه للخنزير الهندي فيصاب بالمرض ويموت . والاستريبتوكوك هو مكروب مكون من حبوب مصفوفة على هيئة سلسلة كما هو واضح في شكل (٧٩) السابق * وقد يوجد مع باسيل كليبيس في أغشية الدفتريا ووحده في الدفتريا الكاذبة الأولية المكروب المسمى استافيلوكوك (staphylococ) الذي هو عبارة عن كتل عنقودية الشكل مكونة من المكروب كوكوس (micrococcus) أعنى من المكروب المستدير



شكل (٨٠)

الشكل كما في شكل (٨٠) وقد لا يوجد في الاغشية المذكورة الا الاستريبتوكوك (staphylococ) السابق الذكر أولا يوجد فيها الا البنيومونوك الذي هو عبارة عن حبوب مكونة من اثنين اثنين (كوكوسى مزدوج) أى الديبلوكوك (diplocoque) وكل اثنين مخاطين بحفظة كفضى حبة البن الأخضر وهذا النوع هو العامل الفاعل للالتهاب الرئوى النقي الفضى الحاد ويوجد في

بصاق المصاب به وقد سبق ذكره

رابعاً - (الذبحجة الغنغرينية) وهي تنجم عن الالتهاب الحلقى الشديد الذي يوقف تغذية الانسجة المصابة فتموت وتعرف بوجود لطح مستديرة سنجابية اللون أو مسودة ذات رائحة منتنة منبججة ويكون الغشاء المخاطي المحيط بها ذا لون بنفسجي منتفخاً أوز يجاوي ما يكونا لحافة بارزة غير منتظمة حول هذه اللطح ومتى انفصلت هذه اللطح وجد تحتها قروح قد تمتد وتختلط ببعضها فتم باطن الحلق . والذبحجة الغنغرينية ليست مرضاً أولياً بل هي مضاعفة تحصل في الذبحجة القرمزية وفي الدفتريا الخبيثة

خامساً - (الغلغمونى) قد يكون الالتهاب الذي يحدث شديداً فينجم عنه ما يسمى بالالتهاب الغلغمونى (phlegmon) الذي ينتهى في أغلب الاحوال بالتقيح ومجلسه يكون إما اللوزة أو حولها (غلافها) أو في الجدار الخلقى أو الجانبي للبلعوم . فإذا كانت اللوزة مجلسه صارت حمراء كبيرة الحجم وبذلك تصير ملامسة للغلصمة بل وملامسة للوزة الجهة المقابلة فيصعب فتح الفم والازرداد والتنفس . ومتى كان مجلسه غلاف اللوزة (حولها)

من جهتها المتصلة دفعها نحو الخط المتوسط والجهة المقابلة لكن اللوزة نفسها تكون في حجمها الطبيعي . ومتى كان مجلسه في الجدار الخلفي للبلعوم كَوْن فيه بروزا يعرف باللس بالاصبع أحسن من معرفته بالنظر ومتى كان مجلسه الجهة الجانبية للبلعوم (الجدار الجانبى البلعومى) سمي غلغمو فى العنق فيكون فى العنق من انظاهرو وما يعرف بالنظر

سادسا - (الذبجة الخلفية المرمنة) ليست الذبجة الخلفية المرمنة ناجمة عن الذبجة الحادة لان الحادة إما أن تشفى أو تميت المريض وأما المرمنة فأغلبها يتدئ بالازمان لكن يحصل فيها نورانات حادة أو تحت حادة متتابعة * وقد يكون مجلسها الأنف والخلق معا وهذه تشهد عند الأشخاص الذين يستعملون حلقتهم دوما كالمغنين وعند المفرطين فى التدخين أو المشروبات الروحية وتعرف بكون الغشاء المخاطى للخلق يكون محمرا احمرارامسترا ويعلموه بروزات (أى غدد مخاطية) نامية قد يوجد فوقها نقط بيض هي مادة فضحية ملتصقة بها . ومتى كان مجلسها اللوزة قد يخرج من الفتح الموجدة بين فصوص اللوزة الضخمة يضغطها مادة بيضاء يقال لها سد قشطية وهي تميز الالتهاب المزمن للغشاء المخاطى الكائن بين الفصوص اللوزية . والأ كثر أهمية من الالتهابات الخلفية المرمنة هو الالتهاب الخلقى الغددى (أى المصعوب بضخامة الأجرة المخاطية المنفردة للبلعوم أو المجتمع المكونة للوزة) فقد تكون اللوزة ضخمة ومتجاوزة الالهامة من الأمام أو من الخلف ومتجاوزة أيضا الخط المتوسط من الداخل وقد تكون اللوزتان مصابتين ومتلاستين ويكون حجم كل واحدة كحجم البندقية أو بيضة الحمام أو الفروجة ويكون لونها تارة أحمر كالعادة وأخرى يكون باهتا وحينئذ يكون قوامها رخوا وتارة يكون صلبا كالغضروف وقد تصير اللوزة ملتصقة بقوائم الالهامة ويعرف ذلك بأخذ مسبر رفيع من فضة يحنى ثم يمر به بين القوائم واللوزة فاذا وجد التصاق لا يمكن المرور به بينهما . وقد تكون اللوزة ضخمة وواصله من الأمام للجزء الذى شكله كشكل رقم (٧) الموجود فى قاعدة اللسان وقد يلجئ الطبيب لاستعمال المرآة المعكسة للضوء لتوير البلعوم الأنفى تنويرا عظيم الجشده فى التهابات الخلفية للحفرة الأنفية ولجش الخلق فبذلك ترى الأورام اللبفاوية المسماة أدنويد (adinoide) للحفرة الأنفية الخلفية بالنظار الخلقى على هيئة كتل حلوية شاغلة الحفرة الأنفية الخلفية . وقد تكون على هيئة تولدات بوليبوسية الشكل وهذه الأورام تصعب فى أغلب الاحوال ضخامة اللوز * وهذا البحث لا يمكن فعله الا عند من تجاوز عمره السنة الخامسة عشرة وأما عند الذين سنهم أقل من (١٥) سنة فيكفى جس الحفرة الخلفية الأنفية بالاصبع

من الفم ولاجل ذلك تمسك رأس الطفل وتثبت بمساعد ثم يطهر الطيب سبابته ثم يدخلها في الفم موجه ارجحتها الى أعلى ثم يدفعها مرة واحدة الى خلف الغلصمة في الجدار الخلقى للبلعوم وحينئذ يخنى السلاى الألى والثانية الى الامام والاعلى خلف اللهاة لبحث البلعوم الاثنى جيداً (وهذا البحث مؤلم جداً حتى ان المريض قد يبعض اصبع الطيب بفعل غير ارادى أى يحصل منه دفاع منعكس اذا لم يكن الطيب وضع بين سنجى القوسين السنيين جسماً مرنال يحفظهما متباعدين) فعند وجود أورام ليفاوية (adinoide) يترك الاصبع جسمها كجسم الديدان الاسطوانية ملتصقاً على بعضه وبالاصبع يعرف مجلسها وحجمها سابعا - قد يحصل فى الغشاء المخاطى للفم أو للبلعوم أرقق فى الامراض الازفية وخصوصا فى المرض المسمى إيموفيل (hemophile) الذى هو مرض بنى وراثى يصيب الرجال أكثر من النساء ولكن الوراثة تحصل بواسطة الام لا بواسطة الرجل ثامنا - وقد يوجد فى الغشاء المخاطى الفمى قروح زهرية أو لطفخ مخاطية زهرية تعرف بلونها الابيض وباصطعاجها باحتمقان العقد الليفاوية تلعنق وتحت الفك

البحث الثانى فى المريء

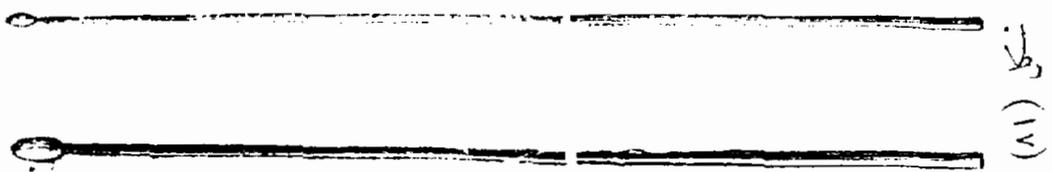
امراض المريء إما أولية أو تابعة لتغيرات مرضية مجاورة كأنفجار أنفريزما الاورطى فيه وكضغطة بالعقد الليفاوية للقصبية والشعب متى فحمت وصارت عظيمة الحجم فى التركيب والوظيفة

المريء هو الجزء القنوى الموصل للبلعوم بالمعدة وبعضهم يقول بانفراش طرفه السفلى يكون المعدة * وقناة المريء تكون مفرطحة فى غير زمن مرور البلعة الغذائية فيها وقطرها عادة نحو (١٤) ملليمتر وهى قابلة للتمدد واتجاهها عمودى ومرة تارة من الخلف على العمودى الفقرى ومنفصلة منه فى جزء من جريئها السفلى بالأورطى . ويوجد أمامها القصبية ونقطة انقسامها الى فرعين ثم بعد القصبية يوجد أمامها التامور . ويوجد على جانبي المريء العصب الرئوى المعدى والعقد الليفاوية للمريء . والمريء مكون من غلاف عضلى مبطن من الداخل بغشاء مخاطى ويحصل مرور البلعة الغذائية فيه بحركة يدانية كحركة البلعوم فى العلامات المرضية - العلامات المرضية الوظيفية

أولا الألم - ينبجى الألم عن التهاب المريء سواء كان هذا الالتهاب ناجما عن حرقه بسائل حار جدا أو بسائل سى ويكون فى هاتين الحالتين عبارة عن احساس بحرقان ثم تدعى طول

المرى . وينجم أيضا عن ضيق المرى الذي يحصل تدريجيا لكنه لا يحصل الا عند مرور البلعة الغذائية من المحل الضيق ويكون أكثر شدة كلما كانت البلعة المذكورة أكبر حجما . وينجم الألم أيضا عن تشنج المرى عند العصبية وحصوله لا يكون الا عند ازدياد السوائل أو ازدياد أجزاء صغيرة من مواد غذائية بخلاف البلعة الغذائية الصلبة الكبيرة الحجم أو مرور القساطير فلا يتنجس عنها ألم قطبخلاف الألم في الضيق فإنه يكون متزايدا كلما كانت البلعة الغذائية كبيرة الحجم حتى ان المريض يفعل أثناء ازديادها أفعالاً مخصوصة أى أنه يبلع باحتراس مع تدوير العنق الى جهة معلومة له يستريح فيها وينجم الألم أيضا عن وجود قرحة مستديرة على جزء من المرى ولكن يكون حينئذ شديد المحرقا تانيا - (التقيء المريئي) وهو ينجم عن ضيق في جزء منه ويتميز بصفتين الأولى أن التقيء يحصل عقب تعاطي الاغذية بزمن قليل والثانية أنه يحصل بدون مجهود كبير فهو في الحقيقة عبارة عن قلس (وقصر المرى) واتصاله مباشرة بالظم يفسر ان هاتين الصفتين المذكورتين وقد يكون التقيء المريئي دمويا ويكون الدم آتيا من تمزق دوالي المرى وهذا يحصل عند وجود دورة جانبية معوضة لدورة الجهاز البالي المغلوقه كما في سيروز الكبد الضمورى وقد يكون الدم آتيا برشح من الاوعية المرئية المتمددة بدون حصول تمزق فيها في طرق البحث والعلامات المرضية الاكلينيكية

لا يعرف الطبيب ضيق المرى بالنظر الى العنق ولا يجسه باليد لاختفائه بسبب غور موضعه وانما يعرف ذلك بتسمعه بالسماع أو بالأذن حال ازدياد سائل ولاجل ذلك يلزم وضع الأذن العارضة أو السماع على الجهة الجانبية للعنق أثناء ازدياد سائل ما فيسمع لفظ جلوجلو (glouglou) في محاذاة الضيق المريئي اذا كان هنالك ضيق ولكن أعظم طريقة لمعرفة ضيق المرى هي فسطرتها . وتتكون القساطير من قضيب مرن من شب القيطس ومن جسم كروي يتوفى الشكل صلب مختلف الحجم كما هو واضح في شكل (٨١) يتصل طرفه العلوى بالطرف السفلى للقضيب بواسطة قلاووظ موجود فيه



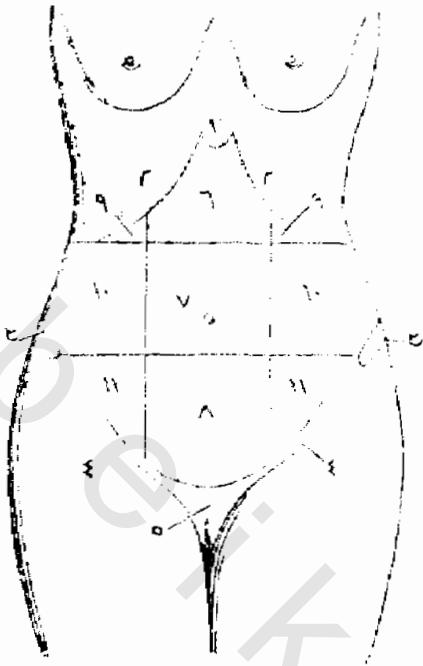
(شكل ٨١) يشير لجسمين مرئيين بأحد طرفي كل منهما اجسم ر يقوى أحدهما غليظ والثاني أقل غلظا منه ومهما كان الغلظ لا يلزم أن يتجاوز ١٨ سنتيمترا

. ولاجل القسطرة توضع أولا كرة ذات حجم صغير في الطرف السفلي للقضيب المذكور ويكون المريض جالسا أمام الطبيب مفتوح الفم ومنحنى الرأس خفيفا إلى الخلف فالطبيب يضغط قاعدة اللسان بأصبع يده اليسرى ويضبط القساطير باليد اليمنى ويدفع طرفه الزيتوني في الفم إلى أن يصل الجسم الزيتوني إلى الجدار الخلفي للبلعوم ثم يدفع القضيب شيئا فشيئا فتدخل الكرة في المريء (ولا يلزم أن المريض يعارض دفعها) وإذا خشى الطبيب أنه يحصل له مريض تهوع أثناء ادخال القساطير (بتزايد الاحساس الانعكاسي للبلعوم والمريء) يجب قبل القسطرة مس البلعوم والمريء بحللول الكوكايين واحد على عشرة (١ : ١٠) لعدم حصول التهوع لأنه لا يعيق القسطرة الا التهوع المذكور . ففي كان المريء طبيعيا لا يترك المريض غير المتعود على القسطرة الا احساسا غيره ألوف عزا حمة لكنها قد تصل لدرجة اختناق ومتى وصل الجسم الزيتوني إلى انتهاء المريء يخرج وتستبدل زيتونته بأخرى أكبر حجما منها وهكذا يراد حجم الكرة تدريجيا * (ويُلزم المريض أن يساعد على الدخول بفعله حركات ازدراد متتابعة أثناء دفع الطبيب القساطير) * واليد الدافعة للقساطير تجهد مقاومة خفيفة بمجرد ترك الكرة للبلعوم ودخولها في المريء . وحينئذ لا يلزم أن يقهرها بقوة بل يكون الدفع بالبطء مما يمكن

ومعلوم أن المسافة الكائنة من القوس السني إلى ابتداء المريء تكون عند الكهل نحو (١٥) سنتيمترا ومن ابتداء المريء إلى المعدة نحو (٢٥) سنتيمترا أي أن طول المريء عند الكهل نحو (٢٥) سنتيمترا والفائدة الاكلينيكية للقسطرة ليست من دخول الكرة في المريء بل الفائدة تكون أكثر عند اخراجها لانها تعاق أكثر بالضيق عند اخراجها وتخرج وعلى طرفها العلوى مواد يمكن بحتمها بالمكربون لمعرفة سرطان المريء * وقد يوجد ضيق في نقطة يعلوها معد في المريء وقد يكون الضيق متعددافيا للقساطير يعرفه الطبيب ويعرف أيضا وجود الأورام المجاورة الضاغطة عليه كالأورام الليفية والقصبية والشعب وانقرضها الأورطى

المبحث الثالث في البطن

(تنبيه) يقسم البطن عادة إلى تسعة أقسام كما في شكل (٨٢) * بخطوط متفق عليها عند الاطباء وقانونية دراسية . ولاجل ذلك يفعل - أولا خطان أفقيان . أحدهما علوى يمر من الطرف الخلفي للضلع الاخير من جهة إلى الطرف الخلفي للضلع الاخير للجهة الاخرى . والثاني سفلى ويمر من الشوكة الحرقفية المقدمة العليا للجهة إلى الشوكة



شكلي (٨٢)

الحرقفية المقدمة العليا للجهة الأخرى ثم يفعل خطان عموديان يمتد كل واحد منهما من وسط الفرع الأفقي للعظم العائى (أى وسط القوس الفخذى) متجها إلى أعلى باستقامة حتى يصل إلى وسط الحافة السفلى لأضلاع جهته فالتسعة أقسام تصير حينئذ محدودة بهذه الخطوط كما هو واضح في شكل (٨٢) فينقسم البطن بذلك إلى القسم فوق المعدة وقسمى المراق اليميني والمراق اليسارى وقسم السرة وقسمى الخاصة وقسم العانة وقسمى الحفرة الحرقفية الباطنة اليميني واليسرى

(في طرق بحث البطن)

الوسائط العظيمة المتبعة في بحث أغلب أحشاء التجويف البطنى هي النظر والجس والقصر والتسمع والبرز

أولا البحث بالنظر - اذا نظر الطبيب بطن المريض أثناء وقوفه كان ذلك أقيدا لمعرفة حالته الطبيعية أثناء هذا الوضع الطبيعي فيكون شكل البطن عند الطفل كرويا كبيرا الحجم بسرة مرتفعة كثيرا إلى أعلى (وتكون جدر البطن عند الكهل موجودة في خط مستو مما تدمن القص إلى العانة) ويكون البطن عظيم الحجم كثيرا عند الأشخاص الشبه بين الضخام البطون فتكون بطونهم أما مهم ويوجد عندهم ثنية عميقة الغور في محاذاة الأوربية تحدد البطن من الفخذ ويكون بطن المرأة التي ولدت كثيرا في الغالب كبيرا الحجم لكن درخو وقد يحدث الاعتقاد على لبس المنطقة (كورسه) عند النساء تشوها في الجزء العلوى للبطن وفي الجزء السفلى للصدر فينجم عن ذلك مزاجاة الأعضاء الحشوية وقد يشاهد بالنظر بروزات في البطن مختلفة المجلس ناجمة عن وجود أورام فيه . وقد يشاهد بالنظر أن

(شكل ٨٢) يشير لتقسيم البطن إلى ٩ أقسام فرقم (١) يشير لانتواخجورى و (٢) للعانة الضلعية و (٣) للشوكة الحرقفية المقدمة العليا و (٤) للثنيتين الأوربيتين و (٥) لجبل الزهرة و (٦) للمعدة و (٧) بقسم السرى و (٨) للقسم العائى و (٩) للمراق و (١٠) لتخصر و (١١) للحفرة الحرقفية الباطنة

البطن متزايدا الحجم لتمدد الامعاء بغازات فيه فيقال لذلك تيمانيسم (tympanisme) ومتى كان التيمانيسم عاما للبطن كان البطن كروي الشكل وجلده رقيقة وقد ترى العرى المعوية مرسومة وقد يكون التيمانيسم جزئيا وقد اصرا على المعدة أو على الامعاء وحينئذ يمكن تمييز حدود الاجزاء المتعددة تحت الجلد بالنظر . وقد يكون تزايد حجم البطن ناجما عن انسكاب سائل في تجويف البريتون فيقال لذلك استسقاء زقي ومتى كان سائله سائبا فيه صار البطن مفرط عام مثل بطن الضفدع باستلقاء المريض على ظهره وتبعالوضع المريض يتجه السائل الى الجهة المنحدرة وهذا ما يشاهد في الاستسقاء الذي ينجم عن سير وزال الكبد الضموري وحده وله يكون ناجما عن رشح يحصل من جدار الجهاز البالي . وأما اذا حصل التهاب بريتوني فتتكون أغشية كاذبة تحيط بالسائل فيكثرت في البطن في زيادة السائل الشكل الكروي وعوضا عن أن السائل ينحدر الى المراق عند نوم المريض عليه فلا يتغير وضعه بل يبقى حافظا محمله ويحفظ الجزء المذكور والشكل الكروي مهما كان الوضع . ويرى في الاستسقاء الزقي الناجم عن سير وزال الكبد تحت جلد البطن تمددات وريدية تعلن باعاقه دورة دم الوريد الباب وهذا التمدد معوض انها فتكون الجذوع الوريدية المتمددة غليظة كريشة الاورصاعدة الى أعلى موازية في الجهة اليمنى للسرة الى الاضلاع الكاذبة وعددها من (٤ الى ٥) أو أكثر تجتمع بها الفريعات الصغيرة المستعرضة المتفهمة ببعضها وهذا ما يبر عنه برأس مديوس (tête de medius) وتكون الاوردة تحت الجلد أسفل السرة على العموم أقل تمددا من التي أعلاها ولذا تكون غير واضحة الظهور . وجلد المصابين بسير وزال الكبد يكون جاوا مائلا للصفرة ذا قشور * ويوجد كذلك عند الاشخاص المصابين بالاستسقاء البطني الناجم عن التهاب البريتوني الدرني تمدد وريدي للاوردة الجلدية البطنية لكنه قليل الوضوح أو واضح فقط في القسم السفلي من البطن وفي الجهتين ومنظر جلد البطن في هذا النوع يكون أملس مثل المرآة . وقد يشاهد بالنظر أن جدار البطن منخفض كما في التهاب السحائي الدرني ففيه تصير البطن كالتقارب بانحناء جدرها المقدمة الى الداخل حتى ان الجدر المذكور تلامس الامعاء الفارغة والعمود الفقري وان النقط العظمية تكون بارزة في الزوايا البطنية أي يكون الخط الضلعي بارزا من أعلى وحافة العظام الخرقفية بارزة من أسفل

تانيا البحث بالجس - لاجل جس بطن المريض يلزم أن يكون مستلقيا على ظهره والساقين في نصف انثناء لمساعدة استرخاء جدر البطن وأن يتنفس بالراحة التامة ناسيا شخصه ويقف

الطيب على عيئه اذا اراد جس قسم الكبد وعلى يساره اذا اراد جس الطعان ويلزمه أن يضع يديه مبسوطتين على جذر البطن وتكونان غير باردتين عن حرارة جسم المريض اثلا يحصل له احساس غير مألوف ينجم عنه انقباض دواعي جذر البطن خصوصا العضلات المستقيمة لانها هي التي تنقبض و ينجم عنها زيادة عن توتر جذر البطن عقد صلابة انقباضية في العضلة نفسها وقد يعتبرها غير المترنص لالابة في تجويف البطن (صلابة غائرة أي أوراما) (ويلزم أن يكون ضغط جذر البطن بالوجه الراحي لجميع الأصابع وليس براحة قاعدة اليد وأن يكون أثناء الزفير العميق لأثناء الشهيق). ومتى عرف الطبيب ما هي حالة البطن ووجد فيه ورعا ضغط بأطراف الاصابع حوله لتحديده * ومهما كان الجس غائرا يلزم أن يكون بلطف وتدرجيا . وقد يكون الاحساس الجلدي متزايدا عند بعض الاشخاص العصبيين فيتمألون بجس البطن فيظن الطبيب أن مجلس هذا الألم الاجزاء الغائرة فلانتميز يضبط الطبيب ثنية من الجلديين الابهام والسبابة ويضغط عليهما مضغطا خفيفا واذاتألم المريض وكان ذلك كآلمه أثناء الجس علم أن الألم في الجلد لا في الاجزاء الغائرة للبطن . ويختلف قوام جذر البطن كثيرا فكمبرافيكور رخوا عند بعض المصابين بفساد الهضم وعند بعض العصبيين حتى انه يمكن ضغطها ووصول اليد الضاغطة الى الأورطى وادرائها بنصفها الذي يلزم أن يكون معروفا * وقد يكون الجس بوضع إحدى اليدين تحت الجدار الخلفي للجهة الجانبية للبطن والأخرى على الجدار المقدم لهذه الجهة وذلك في البحث عن الكلى وفي بحث الجهة الجانبية للبطن وقد يوضع المريض على ركبتيه وصدرة في البحث المذكور عن الكلى خصوصا في التهاب الغلغمو في المحيط بهما

ثالثا البحث بالقرع - يلزم للقرع البطني استلقاء المريض على ظهره واسترخاء بطنه لان توتر جذر البطن ينجم عنه لغط تحت أصم يقع في العرور والقرع يكون (خفيفا أو قويا) تبعالكون العضو المراد معرفته سطحيا أو غائرا . وقد يكون القرع أو لا خفيفا في نقطة ثم يصير قويا فيما وذلك عندما يوجد جزء من الامعاء أمام العضو الغائر المراد معرفته . واتجاه القرع لا يكون مفيدا الا في الاستسقاء الزقي الناجم عن سير وز الكبد لان السائل فيه يجتمع أولا في الجزء المنحدر من البطن وهو الحوض الصغير والحفرتان الحرقفيتان ولذا يلزم الطبيب أن يبتدىء بالقرع من نقطة مركزية وينزل الى أسفل تابعا لخط المنوسط أه لاثم الجانبين الى أن يصل في كليهما الى أصمية السائل والنقطة المركزية هي السرة فيبتدىء بالقرع منها وينزل الى العانة ثم يقرع على خط ممتد من جانب السرة الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا اليمنى

ثم على خط ممتد من الجهة اليسرى للسرة الى الشوكة الحرقفية المقدمة العليا اليسرى ثم تجمع
نقط ابتداء الأضمة للجهات المختلفة ببعضها وبذلك يعرف انحناء ارتفاع السائل . فقرع
أقسام البطن في الحالة الطبيعية ينجم عنه ألغاط مختلفة النغم تبعاً لوجود الامعاء وعدم وجودها
في الاقسام المقرورة . فيكون صوت القرع واخفا (claire) في أقسام البطن المشغولة
بالامعاء وهذه الاقسام هي الحفرة الحرقفية والقسم السرى والقسم الشراسيفى أى المعدى
والقسم العائى بشرط ان تكون المثانة والرحم فارغين . ويكون صوته أصم في المراق
اليمنى ولا يتجاوز من الاسفل حافة الاضلاع وهذه الأضمة ناجمة عن وجود الكبد . ويكون
صوت القرع في المراق اليسارى أصم قليلا في الجهة الجانبية والخلفية لوجود الطحال ويوجد
في الجهة المقدمية تحت الاضلاع الكاذبة اليسرى قسم صوت قرعه رنان هو جزء من المعدة
ويسمى بالجزء النصف الهلالى لتروب (traube)

رابعا البحث بالسمع - اذا وضع السماع على أحد الأوردة الممتدة من رأس ميدوس في سيروز
الكبد قد يسمع فيه نفع وعائى كما أنه قد يسمع نفع في الطحال الضخم . واذا وجد التهاب بريتنوى
قد يسمع احتكاكاً أثناء التنفس ناجم عن ملامسة وريقتى البريتون الحشنتين
أو المعطتين بأغشية كاذبة بسبب التهاب المذكور . (ثم ان تسمع البطن عند الحامل
يكون بعد الشهر الخامس لأن به تعرف ألغاط ضربات قلب الجنين ونفع دورة الرحم)

خامسا بحث البطن بالبرز - قد يلجئ الطبيب لعمل البرز الاستقصائى في الاستسقاء البطنى
لمعرفة طبيعة سائل الاستسقاء الرقى ويكون البط في وسط خط ممتد من السرة الى الشوكة
الحرقفية المقدمة العليا اليسرى وبعضهم يفعلها في الخط المتوسط للبطن أى في الخط الأبيض
بسبب عدم وجود أوعية غليظة في هذا الخط فالبط يخرج في أغلب الاحوال سائل مصلى ذو
لون أصفر أو مخضر كثير السيولة وزنه النوعى من (١٠٠٥ الى ١٠٢٤) وقد يكون
السائل الخارج مدمما ولكن ذلك نادر ولا يشاهد الا عند وجود الكرسينوم البريتونى وأندر
من ذلك أن يكون كياوسيا (chyliforme) . وينجم الاستسقاء الرقى إما عن ارتشاح
عمومى للجسم ناجم عن تغير فى الكلى أو فى القلب أو فى الرئة وإما عن سيروز الكبد الضمورى
وإما عن التهاب بريتنوى وحينئذ يكون السائل أكثر كثافة من سائل الارتشاح الميخانيكى
ويكون منحصرا فى نقط منفصلة عن بعضها محدوددة بالأغشية الكاذبة التى نجمت من المادة
الييفية المنتضحة مع المصل بسبب التهاب المذكور

المبحث الرابع في المعدة - التركيب والوظيفة

المعدة هي المؤثر لها برقم (٣) من شكل (١٤) التي وهي الجزء الأكثر تمدداً من الجهاز الهضمي وهي كائنة بين المريء المؤثر له برقم (١) من الشكل المذكور والامعاء الدقيقة وشكلها بيضاوي ذو طرف غليظ كائن في الجهة اليسرى من الخط المتوسط للجسم كمشهور واضح في الشكل المذكور وتسمى أطرافها بالخدبات ولها قوسان صغيرا لوى وكبير سفلى والاثنان موجودان بين فمحتها وهما الفتحة المريئية ويقال لها كريبا (Cardia) أى الفؤاد المؤثر لها برقم (٢) من شكل (١٤) والفتحة المعوية ويقال لها بيلور (Pylorus) أى البواب وهي المؤثر لها برقم (٤) من الشكل المذكور والفتحة الفؤادية خالصة وأما الفتحة البوابية فحاطة بحلقة سمكية من العشاء المخاطي تخدم كصمام والفتحتان بعيدتان عن بعضهما بمسافة امتدادها نحو (٢٠) سنتيمترا تقريبا وهذا هو قياسها المعروف (أى طول المعدة المعروف) الثابت عند المؤلفين ولكن يختلف حجم المعدة باختلاف درجة امتلائها و فراغها ويختلف شرح المؤلفين بالنسبة لانتحائها والمتقدمون من المؤلفين المشرحين يقولون ان المعدة أفقية الوضع والتأخرون يقولون انها ودية كالمشاهد في شكل (١٤) ولكن هذا وذلك يختلف باختلاف النقط التي تؤخذ كنقط ثابتة للشرح * وعلى كل فطرق البحث تثبت أن خمسة أجزاء (cinq sixiemes) من المعدة توجد في الجهة اليسرى للخط المتوسط للجسم والجزء السادس منها موجود على يمين الخط المذكور . ويوجد الفؤاد في مقابلة الطرف الانسى لغضروف الضلع السادس والسابع اليساريين والفقرة الحادية عشرة الظهرية . ويوجد البواب في مقابلة جسم الفقرة الأولى القطنية . والوجه المقدم للمعدة مجاور بحجز منه للحجاب الحاجز ومجاور بحجزه الأكبر للجدار المقدم للبطن . والحافة السفلى (أى القوس العظيم) للمعدة لا يتجاوز في الحالة الطبيعية من الجهة الوحشية الخط الممتد من حافة الاضلاع الكاذبة اليسرى الى السرة . والقوس الصغير أى الحد العلوى يكون في مقابلة الحافة السفلى للضلع الخامس اليسارى قريبا من القص . ويوجد أسفل من الحد العلوى المذكور ووحشيه مسافة شكلها كنصف هلال تسمى المسافة النصف هلالية لتروب (espace demi lunain de traube) وهي المؤثر لها بحرف (ت) من شكل (١٨) المذكور في العموميات وبرقم (٦) من شكل (١٤) التي وفيها يكون الصوت الرئوى مستعاضا بالصوت التيمانيك المعدى لان الجزء العلوى للطرف الغليظ للمعدة يحتوى دائما على جزء من غازات . والمعدة مغطاة في وجهها بالبريتون . وخلاف ذلك تركيب المعدة من

غلافين وهما غلاف عضلي وغلاف مخاطي متنوع على عدد عظيم من غدد خصوصية . فالغلاف العضلي هو المحرك للمعدة حركاتها الدورية التي بها تنور المواد الموجودة فيها وان كانت هذه الحركات ضعيفة . والغلاف المخاطي للمعدة مهم لأنه يوجد به بشرته خلايا اسطوانية تحمي المعدة من أن تهضم نفسها بسوائلها الهاضمة ولأنه يفرز من غده السائل الهاضم (أى العصير المعدى المنفرز من الغدد البيسينية) الذى يكون شفافا عديم اللون وتأثيره حمضيا ووزنه النوعي من (١٠٠١ الى ١٠١٠) ويحتوى على أصل فعال (مادة ألبومينويد) (Albuminodi) يسمى بيسين (Pepsine) وخميرة الهضم وهي ذائبة فيه لكنها تتجمد ومن خواصها أنها تحيل المادة الزلالية (Albumine) الى بيبتون (Pepton.) لكنها لاتفعل ذلك الا بوجود العنصر الثانى للعصير المعدى وهو الحمض وهذا الحمض هو حمض اللكتيك (lactique) تبعاً للبعض وتبعاً للآخرين هو حمض الكلوريدريك (Chlorhydrique.) وأما وظيفة المعدة فهي الهضم بمساعدة العصير المعدى

العلامات المرضية - العلامات المرضية الوظيفية

من هذه العلامات أولاً - اضطراب الشهية فقد تكون متناقضة (أنوريكسى (Anorexie.) أو متزايدة بوليفاجى (Polyphagie.) أو مفسودة (Perversion.) . ففساد الشهية يشاهد عند الاستيريات والعصبية ذوى الهضم المفسود . وتزايد الشهية (البوليفاجى) هي عرض من الاعراض الملازمة للبول السكرى وقد تزايد فتصير بوليمى (Baulimi) (جوع كلبى) لكن البوليمى ليست عرضاً لأمراض الجهاز الهضمى بل عرضاً للشلل العمومى ولذا عند وجودها يلزم البحث عن باقى أعراض الشلل العمومى المذكور أى الجنون كما أنه لا ينبغي اعتبار الذى يشتهى الاكل بدون لزوم مصاباً بالبوليمى لان اشتهاه الاكل بدون احتياج أى قبل انتهاء الهضم يعلن اضطراباً فى الوظائف الهضمية (أى فساد الهضم الحمضى) . وتناقص الشهية (أنوريكسى) يوجد فى فساد الهضم المسمى (ديسبسيى Dyspepsie) ويكون العرض الاكثر وجودها ولا يلزم اعتبار كراهة بعض المأكولات أو تجنب الاكل بسبب حصول ألم اثناء الازدراء أنوريكسى . ويحصل تناقص الشهية أيضاً فى التلبك المعدى بل وفى جميع الاحوال المعدية وتكون مطلقة ومستمرة فى الحيات الخطرة وتكون نسبية عند المصابين بفساد الهضم والعصبين . والمصاب بالسرطان المعدي يكره طعام اللحم حتى النظر اليه والحال أنه يقبل

الاطعمة النباتية

(ثانيا - الألم) هو ظاهرة عمومية لجميع التغيرات المعديّة ودرجته ونوعه يختلفان كثيرا تبعاً للتغيرات المذكورة وقد لا يكون له مجلس محدد وحتى إذا أمر الغديب المريض بوضع يده على محل الألم وضع يده على سترته . وعلى العموم يكون الألم في فساد الهضم الناتج عن قلة المحض عبارة عن احساس بشغل في قسم المعدة يتركه المريض عقب تعاطي الطعام محسوبا باحساس بعدم راحة عمومية للجسم وأحيانا يكون محسوبا بتعس ثقيل وبالاحص عقب غذاء المساء فينام المريض براحة ولكن يستيقظ نحو الساعة الواحدة أو الثانية بعد نصف الليل متضايقا ويميل لأكل الموالح دون اللحوم . وأحيانا يكون الألم الناتج عن فساد الهضم عبارة عن احساس بحرقان (وهذا يحصل في فساد الهضم الناتج عن تزايد المحض المعدي) مجلسه المعدة فقط أو يصعب في المريء على هيئة قلس محرق (Pyrosie) ويسكن هذا الاحساس سكونا وقتيا تعاطى قليل من الماء أو تعاطى لقمة خبز أو مادة غذائية أخرى ويميل المريض لأكل اللحوم . وقد يكون الألم المحرق شديدا أو مستمرا ويزايد بتعاطى أقل جزء من المواد الغذائية ومجلسه يكون (في آن واحد) من الامام حفرة المعدة ومن الخلف في محاذة الفقرة الحادية عشرة الظهرية ويزايد بضغط النقطتين المذكورتين فيدل على وجود قرحة معدية . ويكون الألم على العموم شديدا مستمرا في السرطان المعدي ويحصل فيه تزايد ثوراني . وقد يوجد السرطان المعدي بدون الألم ولذا لا ينبغي نفي وجود السرطان عند عدم وجود الألم فقد وجدت أورام سرطانية معدية بدون أن يحسبها ألم أثناء الحياة . وقد يوجد الألم المعدي على هيئة نوب عند اشخاص ذوي صحة جيدة ومعدة جيدة ظاهرا فيستمر بعض ساعات أو أيام ثم يزول ثم يعود وهكذا . ومن صفته انه ألم ضاغط شديدا وألم زائق شديد جدا حتى ان المريض يلتوى منه وأثناء وجوده لا تحمل المعدة دخول شيء فيها من الاغذية بل ترد في الحمال بالقيء كل ما دخل فيها من أغذية صلبة أو سائلة وهذا الألم يختص بالاشخاص المصابين بالتابس (tabes)

(ثالثا - القيء) قد يبتدىء بالغثيان (أي التروع) الذي هو ظاهرة أقل درجة من القيء لان القيء ظاهرة متضاعفة منعكسة قد تنجم من تأثير بعض الجواهر على المراكز العصبية أو على أطراف الأعصاب الحساسة التي تنقل التأثير المذكور الى المراكز العصبية المعكسة وهذه تعكسه على الأعصاب المحركة المحدثه للقيء . وقد يحصل القيء بدون تعاطي جواهر مقيته . ومواد القيء قد تكون أغذية مختلفة الهضم وقد تكون مادة صفراوية أو مخاطية أو دموية فتي كان القيء ناجعا عن سوء الهضم كانت مواده غذائية وكثيرة الكمية وكان

حصوله بدون مجهود عظيم وهو ذاهواً نموذج التيء وهو يتسدى بتتوع كما ذكر اصعبه عدم راحة عمومية تعرف بيهاته لون المريض ودوخاه وتغطية وجهه بعرق بارد ثم حصول التيء وتكون مواد التيء الناجم عن التمدد المعدي (سواء كان سبب هذا التمدد أو نيا أو ثانوياً أى معحبواً بضميق في البواب) مكونة من مواد الاغذية الحديثة المعاطى ومن الاغذية التي تعاطها المريض منذ يوم أو أكثر وتكون غير تامة الهضم فيعرف نوعها في أغلب الاحوال . وتكون مواد التيء عند المدمنين على تعاطى الحمر الصابين بالترلة المعدي المرزمنة مكونة من مواد مخاطية وحده وله يكون في الصباح بمجرد قيامهم من النوم ووضع أقدامهم على الارض ويصعب ذلك دوخان يستمر الى أن يتعاطوا الكمية المعتادين على شربها من الحمر . وأما المصابون باستمرار الافراز المعدي (جستروسوكوريه) (*gastro sucrore*) (مرض رشن (*roschman*) فيتقايئون كمية كثيرة من مادة سائلة غير متعلقة بكمية المواد الغذائية وغير متعلقة بساعات الأكل . وأما المصابون بالقرحة المعدي المستديرة أو بالالتهاب المعدي التقرحي فيتقايئون في الحال عقب تعاطى الاغذية ويصطبب التيء فيه باباً الام معدي شديدة وتكون مواد التيء مختلطة بدم . وأما المصابون بالسرطان المعدي فتارة يحصل عندهم التيء الغذائى وتارة لا يحصل خصوصاً اذا كان مجلس الورم الجدر المعدي . وقد تكون مواد التيء السرطاني المعدي مكونة من مواد سائلة مصفرة أو مسودة كثيرة الكمية كلون المرق الوسخ وقد تكون من مواد دموية . ويتميز التيء الدموي للقرحة المستديرة المعدي من التيء الدموي لسرطان المعدة بكونه يكون في القرحة المستديرة كثيراً الكمية فيخرج بياقء كالموجة ذالون أحمر ناصع لانه خرج بالتيء بمجرد دخر وجهه من الوعاء الذي تأكلت جدره بالقرحة . وأما في التيء السرطاني فيكون الدم قليل الكمية أسود اللون (مثل الهباب المضروب في الماء أو مثل محلول القطران) لأنه ابتداء فيه حصول الهضم لكونه يحصل بترشح نقطة فنقطة من الورم المتقرح ولكن هذا التميز لا يكون في أغلب الاحوال مطلقاً وأما اذا كان الورم مجلسه الفؤاد فينجم عنه ضيقه والتيء حينئذ يكون قشامريئياً واذا كان مجلس الورم في البواب نجم عنه ضيقه فيحصل تمدد معدي ثانوى ومواد التيء تكون كما سبق ذكره . وأما التيء في المغص الكبدي أو الكوى فيسببه ويصعبه ألم شديد مجلسه في المغص الكبدي قسم الكبد وفي الكوى قسم الكلى والحالب فيكون الألم المذكور مميزاً لكل منهما وتكون مواد التيء غذائية فيها ما اذا حصل بعد الأكل بزمن قليل ولا يحصل العرور في التشخيص الا اذا كان الألم المصاحب

لهما خفيفا جدا أو ليس تابعا لسير القنوات الصفراوية أو الحالبية وكان حصول القيء كظاهرة منفردة . ومواد التي عند المصابين بسقوط الكلى نفر وبتوز (nephropotosis) تكون غذائية نوية ونوبية تكون منفصلة بفترات مستطيلة في الابتداء ثم تتقارب حتى تكون نوبيا معدية حقيقية . وأما في التي العصبية فتكون المواد المنقذفة صفراوية أو مخاطية . وأما في التهاب البريتوني العمومي بل والجذري فتكون المواد المنقذفة خضراء كلون الكرات وتسبق قيء مخاطي ثم صفراوي . وأما في الانسداد المعوي فتكون المواد برازية أي أن مواد التي ورأحتسه تكون كلون ورأحة المادة البرازية الاعتمادية ويسبق القيء البرازي قيء غذائي ثم مخاطي ثم صفراوي ثم يصير برازيا . وأما التي عند الحوامل فيكون إما وقتيا وإما مستمرا فالوقتية يحصل عند القيام من النوم أو عقب تعاطي غذاء ما ويتبدئ عادة من الأسابيع الأولى للحمل وهو علامة تخمينية لوجوده ويقف على العموم في نحو الشهر الرابع منه . وأما التي المستمرة فهو الذي لا يقف من نفسه ولا بالعلاج وينجم عنه عدم تغذية المرأة فضعفها بل والموت وأحيانا نتيجة العمل الولادة المعجزة لا يقافه . لكن لا يلزم اعتبار كل قيء يحصل عند حامل أنه ناجم عن الحمل * وأما التي عند المسالولين فيكون محرضا بانجابات السعال الذي يكثر عندهم عقب تعاطي الأكل (سعال مقيء) (toux émétique) . وأما التي الناجمة عن التغييرات الخفية المختلفة (أي التي مجلسها المنخ) فإنه يحصل بسهولة أي أن المريض لا يفعل إلا فتح فيه لخروج مواد التيء وانخروج ذلك يشاهد في التهاب السحائي الدرني . وأما التي الناجمة عن التسمم البولي (أوريمي) (urémie) فإن موادها تكون إما من مواد سائلة كثيرة الكمية ذات لون كالمرق الوسخ وإما من مواد مختصرة تخرج دفعة دفعة (أي جزءا جزءا) . وأما التي الناجمة عن الثفرورات (أي الاحوال العصبية) (nevroses) فيكون حصوله سهلا كذلك ولكنه لا يؤثر على الصحة وليس له وقت معلوم بل يحصل يوما ولا يحصل في اليوم الآخر * وأما التي الشمية فهو الذي يحصل عقب استنشاق الكلور وفورم وتعاطي الدخان أو غيره . وأما التي المعدية النوبية (crise gastrique) فيتميز بكونه يكون نوبيا ويكونه يكون مصاحبا للنوبة المؤلمة للمعدة . وأما التي الدموية المسمى إيماتيميز (hematimese) فيكون ناجما عن تأثير جسم غريب في المعدة كوجود عظم فيها ازدرد وجرحها أو عن وجود جرح فيها ذاتي أو انفجار أنفريزما فيها عقب التصاقها وتقرحها وتقرح جسد المعدة . وقد يكون التي الدموية ناجما عن سبب ميكانيكي أحدث احتقانا احتسابيا ثم ترقاوعائيا وذلك عندما يوجد ضغط على الجهاز

الوردي الباسي يعيق سير دمّه ويحدث دوالي في جذوره وهذا ما يحصل في سيروز الكبد الضموري ولذا تمّ وجدت الاعيان يميز يلزم بحث الكبد جيداً الآن حصول الاعيان يميز قد يكون علامة ابتداء المرض الكبدي المذكور الذي يكون مجهولاً وقد يكون الاعيان يميز ناجماً عن تغير عضوي مجلسه المريء أو المعدة أو الاثنا عشرى كوجود قرحة أو سرطان في أحدها أو تغير نجم عن التهاب معدى الكولى أو بولى (أوريميك) أو ثانوي لتعاطى سم كالنوسفور مثلاً . فالقيء الدموي الناجم عن تعاطى الفوسفور يحصل عقب تعاطى هذا الجوهر ببعض ساعات ويتكرر حصوله ويصير متعاصياً عن العلاج وإذا وقف في نحو اليوم الثالث أو الرابع كان ذلك وقتاً لأنه يعود ناسياً ويتكرر الى الموت وأنموذج ذلك في الحى الصفرا الخطرة النزفية (اليرقان النزفي الخطر) . وأما القيء الدموي الديسكراسى (dyscrasique) أى الاستعدادى الشخصى فيحصل زمنافزماً (أى يحصل عقب فترات مستطيلة المدة) ونادر أن يكون منفرداً بل يحصل معه أنزفة أخرى مختلفة المجلس وهو يشاهد في الفورفور وفي الحيات الطفحية وفي الحى التيفودية وبصطب بطواهر عمومية خطيرة كالاديسامى (adynamie) أى الانحطاط أو الأناكسى (ataxie) أى الهيجان أو باليرقان الخطر أو بالاسكوربوت (scurbut) * وعلى كل فتشخيص الاعيان يميز يحتاج لمعرفة ما يأتى هل الخارج هو دم حقيقة وهل هوات من النغم أو من الأنف (وعاف خلقى) أو من المريء أو من المعدة أو من الاثنى عشرى وما سببه وهل المريض من المدمنين على الخمر وهو مصاب بالسيروز الضمورى الكبدي أو مصاب بالسرطان المعدى أو بالقرحة المعدية البسيطة المستديرة

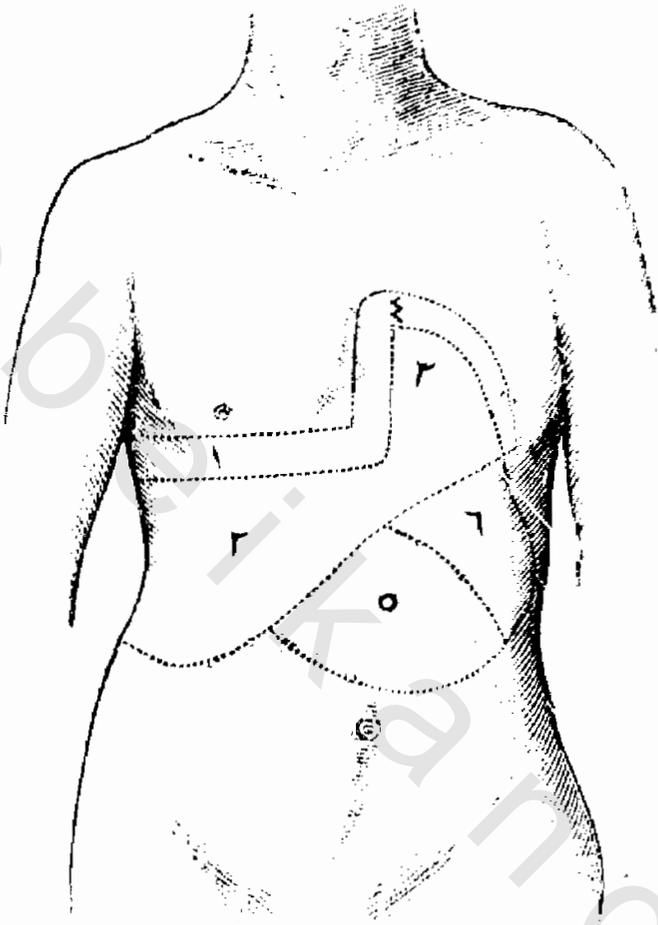
وقد ينجم عن مجهودات التي تغرق عضلى أو وعائى مخى (نزيف مخى) ولذا يلزم تجنب اعطاء المقيء للمتقدمين في السن وللمصابين بالارتيريو سكليروز والذين عندهم فتق * وقد تفر مواد التي في المسالك الهوائية أثناء التيء

طرق البحث والعلامات المرضية الاكلينيكية

أولاً - بحث المعدة بالنظر (inspection) - يمكن الطبيب بنظره لقسم المعدة في بعض الاحوال معرفة حالتها فالظن المزايده الحجم من أعلى يدل على أن المعدة كبيرة الحجم مستعرضة الوضع وهذا ما يشاهد عند الشبهين المكثرين من تعاطى الاغذية كما عند الدياتميين مثلاً وأما بروز الخط المتوسط لقسم المعدى وانحساء الحفرة فوق المعدة عقب الاكل فيدل على الاصابة بالتمدد العظيم للمعدة بدون ضيق في البواب وإذا كان التمدد مصحوباً بضيق

فيه حدث عقب الاكل تحذب الجزء اليسارى للبطن بحيث ان جزء البطن الكائن أعلى السرة وعينها يظهر كأنه منبعج . وينظر الطبيب القسم المعدي يمكنه رؤية شكل الورم المعدي أسفل الجلد البطني اذا كان بقسم المعدة وورم وكان الشخص نحيف البنية كثيرا . وقد يرى الطبيب بالنظر ورما أملس أو محدبا في المعدة يتميز عن أورام الكبد بكونه لا يتبع حركة التنفس الا اذا كانت المعدة ملتصقة بالكبد . وأحيانا يشاهد أن الورم يتحرك بنبض الأورطي لكن يتميز عن الانفرز بما يكون حركته من الامام الى خلف وليست في جهانه كما يحصل في الانفرز ما تاليا - بحث المعدة بالجس - يتبع الطبيب في الجس باليد القواعد التي سبق ذكرها وبه يمكن ادراك الورم الموجود في المعدة . والذي يدرك به بسهولة أكثر من غيره هو سرطان الجدار المقدم للمعدة فنذكره اليد ككتلة صلبة كروية (كأبي فروه) أو كتلة حديدية غير منتظمة أو كارتشاح صلب في عموم الجدار أو كشمع حقن وتصلب كما يفعل المشرحون في الجثث . وأما سرطان الحدبات المعدية فيصعب ادراكه بالجس لغور مجلسه وكذلك ادراك سرطان القوس الصغير لها لانه مغطي بالكبد ولهذا اذا لم يدرك الطبيب الورم السرطاني باليد لا ينبغي له نبي وجود سرطان المعدة عند وجود الظواهر الاخرى الخاصة به كما أنه يلزم أن يتذكر الطبيب أنه اذا تكررت الالتهاب الجزئي المعدي الناجم عن وجود القرحة البسيطة المستديرة المعدية نجم عنه ثخن جدر الجزء المعدي المصاب لكنه ليس تيبسا سرطانياً وعلى كل يجب على الطبيب أن يتسدى بجس القسم المعدي على الخط المتوسط من أعلى الى أسفل ثم على الجانبين لتحديد هاتم يمرض باليد اللغظ المعدي المسمى كلا بوتاج (clapotage) الذي متى وجد كان ذا أهمية في التشخيص ولاجل تحريضة تهرت جدر المعدة بأصابع اليد أثناء ما يكون المريض مستلقيا على ظهره مسترخية جدر بطنه مثنيا سابقه نصف انثناء ويكون الهز المذكور حاصلا في جدر البطن حذاء المعدة بأطراف أصابع اليد الممتدة ويكون ذلك انهر عبارة عن ارتجاجات في ائمة فكل ارتجاج من هذه الارتجاجات نجم عنه حصول اللغظ المذكور مني كانت المعدة محتوية على سائل وغاز (أى أن حصوله يدل على أن المعدة ممتدة ومحتوية على سائل وغاز) لكنه لا ينبغي الوقوع في الغرور باختلاط لغظ الكلا بوتاج بلغظ القرافر المعوية المسمى جرجويلن (gargouillement) الذي يتميز بكون لغظه يكون قصيرا محصورا . وقد يشبه اللغظ المعدي (كلا بوتاج) باللغظ الذي يحصل في القولون واذا ضبط الطبيب المريض من صدره أو من حوضه وحركه جذعه فجاءة الى اليمين ثم الى اليسار

بجمله مرآت يسمع حينئذ لفظ المعدي الأولى وهذا اللفظ يسمى لفظ الجولوجلو وهو
 ناجم عن اهتزاز السائل في المعدة المتمددة بالغاز (كما اذا رجع برميل محتون نصفه على ماء
 والنصف الآخر على هواء لأنه ينجم عن هذا الرج لفظ الجولوجلو المذكور) . ولاجل
 إدراكه يعنى الطبيب جذع المريض الى الامام ليقترب رأسه من جدار المعدة أثناء ما بهرزه كما
 ذكر . وأحيانا يكون لفظ الجولوجلو قويا حتى انه يسمع بدون فعل الانحناء المذكور
 وبدون احتياج انحط يرا المريض قبل شذا العمل لأنه أحيانا يلزم تحضير المرء بض باعطائه
 جزءا من مائه ما قبل عمل شذا الرج بزمن قليل . ومع كل فعدم وجود اللفظ المعدي
 لا ينفى وجود التمدد المعدي لان المعدة إن لم تحتو على سائل وغاز لا يحصل فيها اللفظ المذكور
 ويحصل هذا اللفظ أيضا عندما تكون متمتعة عقب الاكل حاله لا به يوجد فيها سائل وغاز اتردد
 مع الاغذية وبالاخض عندما يوجد فيها قليل من السائل وكثير من الغاز موثر للمعدة
 . وأما تحريض الحركة الدينامية للمعدة فيكون بفعل ارتجاج سريع فجائى في جدرها
 بأطراف أصابع اليد فتشاهد حركتها الدينامية التي يتم الحصول تكوراى بروز حدى للمعدة
 في الجهة اليسرى من السرة ثم يتجه نحو الجهة اليمنى منها وينتهى في الفؤاد واليد الموضوعة
 راحتها على هذا البروز الكروي تدرك مقاومة الألياف العضلية المعدية المنقبضة . وهذا
 الانقباض الدينامى الواضح قد يكون علامة على ضخامة الألياف المعدية لوجود عائق في البواب
 ثالثا - البحث (بالقرع) - ينجم عن قرع القسم المعدي صوت رنان به يمكن تحديد
 المعدة انما يسمع تحديدها به من الأسفل لوجود القولون المستعرض المؤثر له برقم (١٢)
 من شكل (٨٤) الآتى أسفل منها . ولكون صوت القرع فيه - ما قد يكون واحدا وان كان
 صوت كل منهما مختلفا عن الآخر عادة فتارة يكون الصوت المعدي هو الاكثر رنانية عن صوت
 القولون وتارة يكون الصوت القولونى هو الاكثر رنانية عن الصوت المعدي وذلك تبعاً للايام
 بل وتبعاً لنقط القوس العظيم المعدي المقروع . ولاجل تمدد المعدة ليسهل على الطبيب
 تحديدها يعطى المريض مساحيق تفاعل في المعدة وينجم عنها تكون مقدار من الغاز كاعطائه
 ثانيا كربونات الصودا أو لاثم اعطائه محلول حمض الليمون وبذلك تمدد . وحينئذ يعرف بالقرع
 حدودها الطبيعية وهذه الحدود هي كما فى شكل (٨٣) * وقد تكون المعدة متمددة
 تمدا عظيما مرضيا حتى ان حدها السفلى يصل للعبانة فلا يلزم حينئذ اعطاء أهمية
 لخط الرنانية المعدية المنخفض لان المعدة قد تكون تمددت تمدا وقتيا ولكن أليافها



شكل (٨٣)

العضلية قوية فتقبض وتعود الى حجمها الاصلي بعد هذا التمدد . وعلى كل فتى وجد الطبيب تمردا معديا وجب عليه البحث عن معرفة كونه أوليا (أى متعلقا بفساد في الهضم) أو ثانويا أى متعلقا بعدم مرور المواد المهضومة من المعدة الى الامعاء بعائق في البواب مثل ضيق فيه نجم عن أثره التحام قرحة بسيطة معدية قد عجزت أو عن انسداد جزئى للبواب لوجود سرطان فيه وفي هاتين الحالتين تضخم الألياف العضلية المعدية ويرى تحت الاصابع المحرصة لانقباضها حركتها الدينامية

(رابعا الجس باليد) لاجل معرفة حالة المعدة يدخل الجس المعدي في المعدة على الخلقو يخرج به السائل الموجود فيها فإذا كانت كمية هذا السائل قليلة ومختلفة من (٢٠ الى ٣٠) سنتيمترا مكعبا أو كانت أكثر من ذلك وكانت غير محتوية على فضلات غذائية دل ذلك على عدم تمام إعاقة مواد المعدة الناجم عن عائق مجلسه خارج المعدة كالجام يرتونى أو تحول في الامعاء . وأما اذا كان السائل محتويا على فضلات غذائية فيدل ذلك على أن العائق موجود داخل المعدة ونجم عنه ضيق محسوس في فتحة البواب كما يحصل من أثره التحام قرحة مجلسها الجزء المعدي الخجاءور للبواب أو وجود سرطان فيه كما سبق

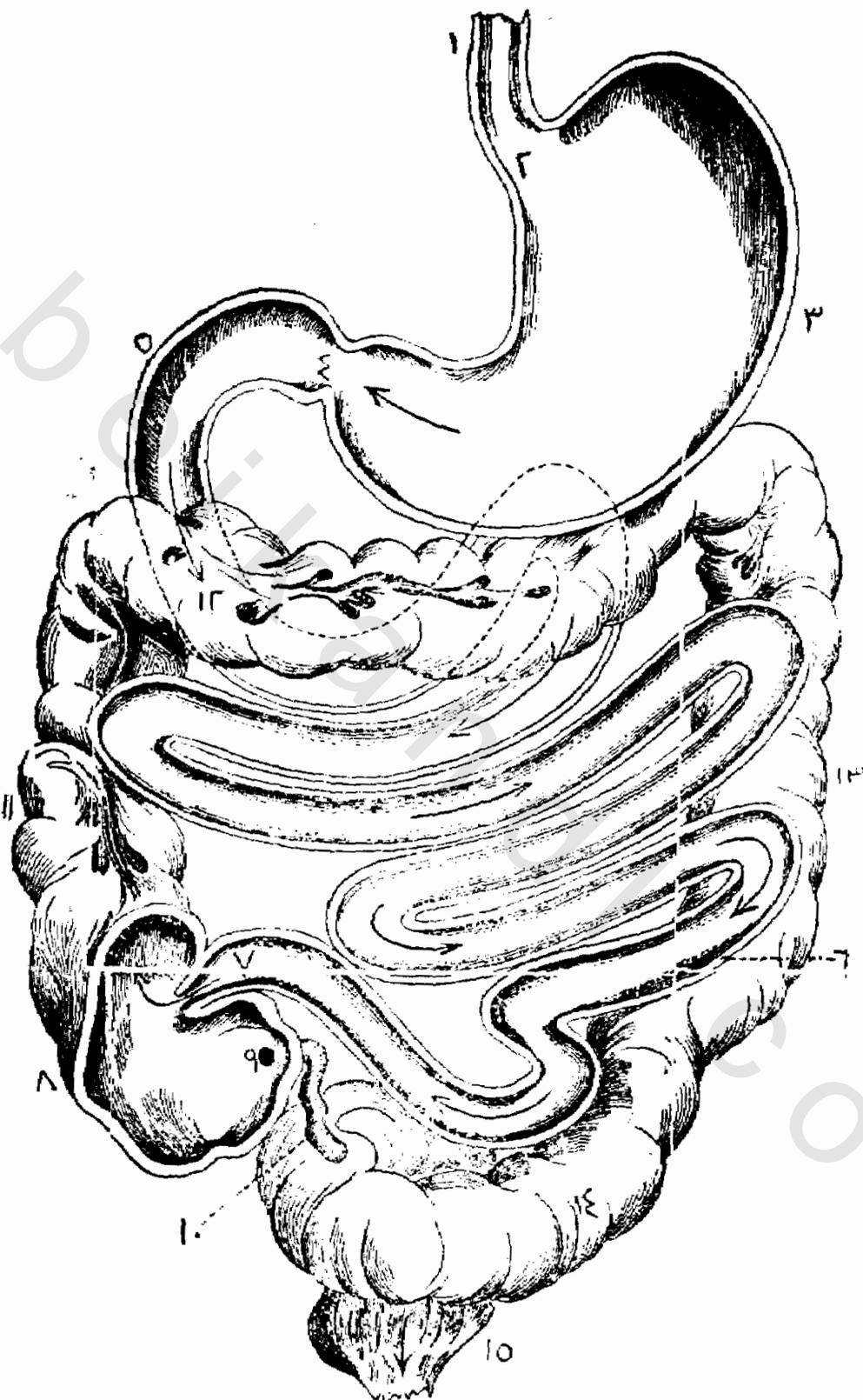
خامسا - (البحث الكيماوى) . البحث الكيماوى لسوائل المعدة مهم جدا لمعرفة أنواع فساد الهضم وأحيانا لمعرفة التغيرات المعدية العائرة . ولاجل ذلك يستخرج السائل المعدي بواسطة مجس فوشير (laucher) وهو أنبوبة من كاوتشوت طولها نحو متر تقريبا

شخى (٨٣) يشير للعديد الطبيعية للمعدة والكبد والقلب فرقم (١ و ٢) يشيران للاصميمة الكبرى والاصميمة الكبرى والكبد و (٣ - ٤) للاصميمة الكبرى والصغرى للقلب و (٥) للمعدة و (٦) اسافة تروب

وحجمها منتظم وقطرها نحو (١٢) ملليمتر عرضا وهي ملساء ذات مرونة كافية لدفعها في المريء واستمرارها في النزول وتتوافق مع الانحناءات الرئيسية فالمقدار الذي يدخل من الشفتين الى المعدة يكون نحو (٤٠) سنتيمترا والباقي يكون منحنيا وأكثرطولا ليكون مصابا به يفرغ السائل الموجود في المعدة . ودخول المجس المذكور يكون بالطريقة التي أدخل بها المجس المريئي في قسطرته . ولاجل أخذ السائل المعدي المراد بحثه يعطى المريض صباحا على خلو غذاء التجربة للعالم إيوالد (Evans) المكون من (٢٥٠) جراما من منقوع خفيف من الشاي الاسوديون لين و (٦٠) جراما من الخبز الابيض البائت وقد لا يعطى المريض غذاءا في ليلة التجربة أو يكون ذلك وما ويلة قبل صبيحة التجربة لان المعدة تكون عند بعض الأشخاص لم ترزل محتوية على فضلات الاغذية التي تعاطاها في الوقت الماضي المذكور ولذا يلزم أولا شطف السائل الموجود في المعدة ببل وغسلها بواسطة المجس المذكور قبل اعطاء غذاء التجربة ثم يعطى الغذاء المذكور ويترك في المعدة مدة ساعة ثم يستخرج بواسطة هذا المجس ثم يبحث السائل الذي استخرج بحثا كيميائيا وقد يكرر تعاطى غذاء التجربة ببل ويكرر استخراج السائل لعمل أبحاث متتابعة منفصلة عن بعضها بجملة أيام بل وقد يلتجأ لاستخراج جزء من السائل كل ربع ساعة أثناء مدة الهضم لمعرفة ما يتم أثناء كل مدة في الهضم لأن تأثير العصير الهضمي على الاغذية كثير المضاعفة ولذا لا نتعرض هنا لذكر الاعمال الكيماوية لمعرفة كل جوهر من عناصره حيث ذلك يخص العمل الكيماوي انما نقول هنا ان عدم وجود حمض الكاوريايدريك في العصير المعدي يدل على وجود سرطان المعدة

المبحث الخامس في الامعاء - التركيب والوظيفة

تمتد الامعاء من البواب الى الشرج والجزء الاولي منها هو الامعاء الدقاق وطوله من ستة أمتار الى سبعة ولكن يسعها نحو يفت البطن تنعرج على هيئة أقواس وهي المؤشر لها برقم (٦) من شكل (٨٤) الآتي * وتنتهي في الحفرة الحرقفية اليمنى باتصالها على زاوية قائمة مع الجزء الاولي للامعاء الغلاظ ويوجد في هذا الاتصال صمام ذو فلتين مؤشرا برقم (٧) من الشكل المذكور يسمى بالصمام الاعوري يسمح لمرور المواد الغذائية من الامعاء الدقاق الى الامعاء الغلاظ ويمنع رجوعها من الامعاء الغلاظ الى الامعاء الدقاق وتبتدى الامعاء الغلاظ من الحفرة الحرقفية اليمنى بالجزء المتصل بالامعاء الدقاق وهذا الجزء يسمى بالأعور



شكل (٨٤)

شكل (٨٤) يشير للعسلية والامعاء، فرقم (١) المريء، و (٢) الشواد و (٣) المعدة و (٤) البواب و (٥) للثني عشرى و (٦) و (٧) الى ١٥ كما هو موضح بصيغة ١٩٢

وهو مؤثر له برقم (٨) من شكل (٨٤) وشو من أعلى متصل بالقولون الصاعد المؤثر له برقم (١١) من الشكل المذكور ومن أسفل يكون القعر كبير يتصل بفتحة صغيرة جدا مؤثر لها برقم (٩) من الشكل المذكور متصلة بالمعلقة الدودية التي قطرها كرشة أوز وهي المؤثر لها برقم (١٠) منه وطولها يكون من (٨ الى ١٠) سنتيمترات وتكون في أغلب الاحوال ملتصقة بالأعور وبعيد القولون الصاعد من الأعور الى الوجه السفلى للكبد وهناك ينحني على زاوية قائمة ثم يتجه مستعرضا من الجهة اليمنى الى الجهة اليسرى للبطن وبذلك يكون القولون المستعرض المؤثر له برقم (١٢) من شكل (٨٤) وهناك أى في الجهة اليسرى للبطن ينحني ثم ينزل الى أسفل في الجهة اليسرى من البطن ليكون القولون النازل المؤثر له برقم (١٣) من الشكل المذكور ثم الاس الى أى التعريرج السيني المؤثر له برقم (١٤) وجزؤه الاخير ينتهي في الشرج المؤثر له برقم (١٥) وهذا الجزء يسمى بالمستقيم وهو مركب على العجز وبناء على ما ذكر يكون مجموع الامعاء الغلاظم كقوس يحيط بالامعاء الدقاق كما هو واضح في الشكل المذكور والذي يسمهم الطبيب من الامعاء الغلاظم هو الأعور ومعلقته الدودية لكثرة امراضها وسمها أيضا المستقيم لسهولة فحصه بالاصبع مباشرة . ووظيفة الامعاء مزدوجة فهي . اولاً تهضم الهضم بالعصير المعوي وبالصفراء الآتية من الكبد وبالعصير البنكرياسي الآتي من البنكرياس . ثانياً تعصص المتحصل النهائي للهضم المسمى شيل (chyle) (كبلوس) بواسطة أخليتها البشرية المكونة للخصل وتوصله الى الأوعية الليمفاوية والأوردة الموجودة فيها والآنخذ جذورها منها وهذه توصله الى الدورة العمومية . ثالثاً اخراج المواد الفضلية للاغذية التي تعوطت وهضمت قبل ذلك بزمن يختلف من (١٢ الى ٢٤) ساعة وهذا الاخراج يسمى تغوطا أو تبرزا والمواد الخارجة تسمى برازا أو غائطا ويخرج مع المواد البرازية في الحالة الطبيعية فضلات الأخلية البشرية للقناة المعوية . والرجل الكهل يتبرز مرة واحدة أو مرتين في كل (٢٤) ساعة فيخرج في (٢٤) ساعة من المواد الفضلية نحو (١٥٠) جراما وتكون أكثر من ذلك عند الاشخاص الذين يتعاطون الخضراوات بكثرة . وتكون المواد البرازية متلوثة عادة باللون الاسمر بسبب تأثير الصفراء عليها ولذلك تصير مواد البراز عديمة اللون متى حصل احتباس في الصفراء ويتبرز الطفل عادة من مرتين الى ثلاثة في اليوم ومواد برازه يكون لونها وقوامها كالماء وقوام صفار البيض النيء . ويتبرز الجنين بمجرد ولادته مواد مسهرة أو مسودة عادة تسمى عقيا أو ميكونيوم (meconium)

في العلامات المرضية - العلامات المرضية الوظيفية

أولا الألم المعوي ويسمى بالمغص . ومتى حصل فقد يده عقبه اسهال فاذا لم يعقبه اسهال سمي مغصا جافا . ويبدل المغص المعوي على وجود تغير في الامعاء فان كان التغير خفيفا كان مجلس الألم أولا حول السرة ثم يتشعب منها في جميع كتلة البطن . وان كان التغير أكثر شدة وقاصرا على نقطة من الامعاء كان مجلس الألم من الابتداء في هذه النقطة دائما وبذلك يمكن معرفة الجزء المتغير فسلامتي حصل ألم فجأة في الحفرة الحرقمية اليمنى وكان شديدا مثل ألم رصاصة مقذوفة دخلت في هذا الجزء دل على التهاب المعلقة الدودية . ومتى صار الألم فيما بعد عموما في البطن دل ذلك على أن الالتهاب البريتوني صار عموما . وقد يكون مجلس الامعاء ونفسه عندما يكون مصابا بالتهاب وحده أو مع التسبب الخلوي المحيط به . ويختلف المغص المعوي على العموم في الشدة فتارة تكون الآلام خفيفة وتزول بسرعة وهذا ما يحصل من تأثير البرد وتارة تكون الآلام شديدة حتى ان المريض يضع نفسه في أوضاع غريبة كي يخففها ويصبح ويقطب جبهته ووجهه من شدة التآلم لكي يحصل ذلك من التسمم الزحلي ومن الاختناق المعوي

(ثانيا الامسالك) وهو عدم التبرز يوميا بطريقة منتظمة كالعادة ويصحبه في أغلب الاحوال مهما كان سببه تغير معدى خفيف ينجم عنه تناقص الشهية ووساخة اللسان وتفرضه وعدم راحة عمومية وتوتر البطن بتعدد الامعاء تعددا خفيفا بالغاز وتكون مواد البراز كتلاصبة مثل الزبل وعمرورها في الشرج تمدده وتحدث فيه تشققات . واذا جس الطبيب البطن باليد وكان رخوا يدرك كتلاصبة من المواد الثقلية (ولا ينبغي اعتبارها أوراما) واذا أدخل الاصبع في المستقيم يتقابل مع كتلة يابسة في الجزء القمعي للمستقيم قد ينجم عنها تعدد الامعاء وضغط الاعضاء المجاورة كالمثانة والمهبل والرحم فينجم عن ذلك آلام في هذه الاعضاء واحتقانها احتقانا احتباسيا . ويمكن ادراك الكتلة الثقلية المذكورة عند المرأة بالجلوس المهبل وضغطها بالاصبع فيشاهد أنها تنبعج تحته وهذا النوع من الامسالك مميز في أغلب الاحوال لفساد الهضم المعدى

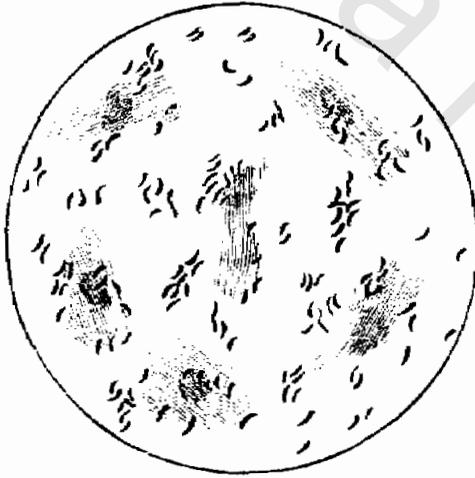
(أسباب الامسالك) قد ينجم الامسالك التام أو لاعن إعاقه ميكانيكية لوجود لحام يرتوني ضاغط على المستقيم وموانع لمرور المواد أو لوجود ورم مجاور ضاغط على المستقيم أيضا أو لوجود ورم في جدار المستقيم نفسه محدث لضيق فيه أو لوجود ضيق في الامعاء بأي سبب كان . ثانيا عن دخول عروية معوية في فتحة طبيعية وعدم امكان خروجها فتختنق أو من التواء العروية المعوية نفسها

فيكون الانسداد المعوي حينئذ حاداً أي يحصل فجأة ويسمى بالاختناق الباطني (étranglement interne.) بخلاف الانسداد المعوي فإنه يكون تدريجياً وحرزنا ويسمى بالانسداد المعوي (obstruction intestinale) ويتميز الاختناق المعوي الباطني باصطحابه الألم بطني شديد وابتدأ بفتح بطني (يصير عموماً في زمن قليل) وبقاء (يصير في زمن قليل من مادة برازية) وبالخطاط في الحرارة العمومية وبكآبة الوجه التي هي علامة مهمة وعدم خروج مواد من الشرج لبرازية ولاغازية وجميع ذلك يكون حصوله فجائياً ويسير سريعاً . وأما الانسداد المعوي فيتميز بحصول الامساك فيه تدريجياً أي بزيادة شيئاً فشيئاً . ثالثاً قد يكون ناجماً عن تغير معوي حرز من وفيه يكون الامساك نوبياً أي يستمر مدة ثمانية أيام أو أكثر مصحوباً باضطراب في الهضم وآلام بطنية غير واضحة المجلس ثم يعقب ذلك فجأة اطلاق (أي اسهال) يعقبه تحسين الحالة السابقة يستمر بعض أيام ثم يعود الامساك ثانياً مصحوباً بالظواهر الأولية وربما كانت أكثر تزايداً عن النوبة الأولى ثم يتكرر ذلك إلى أن يموت المريض بأحد العوارض العمومية أو الطارئة الحادة إن لم يعالج . رابعاً قد ينجم عن الانسداد المعوي التدريجي الناجم عن بيس المواد البرازية . خامساً ينجم عن الضعف المعوي كما عند الشيوخ . سادساً عن الانسداد الناجم عن التهاب البريتوني الحاد وهو يكون غير تام حيث يخرج من الشرج أرياح ومواد برازية بل ويحصل اسهال فيما بعد . سابعاً عن الانسداد المزمن الذي يحصل في أكثر أحوال التهاب البريتوني المزمن (الدرني) ويتميز بوجود التيسات الدرنية البطنية . ثامناً ينجم الامساك عن ضيق البواب ويتميز باصطحابه بظواهر التمدد المعدي . تاسعاً يسبق الامساك الظواهر الأخرى الخاصة بالامراض العفنة العمومية الحمية . عاشراً يكون الامساك على العموم مصاحباً للتريف واللين المخمين ولذا يلزم الطبيب الالتفات إلى التبرز والتبول عند المصابين بهذه التغيرات . حادى عشر يوجد الامساك في التهاب السحائي الدرني فيكون أحد الأعراض الثلاثة المميزة له التي هي الامساك والتقيء والوجع الدماغى . وعلى كل فالظواهر المصاحبة للامساك تعين على معرفة سببه . ثالثاً من العلامات المرضية الوظيفية الاسهال وهو عبارة عن تبرز مادة سائلة بالنسبة لغير الاطفال عوضاً عن المادة العجينية القوام . وأما عند الاطفال فيكون عبارة عن تكرار التبرز أكثر من العادة مع تغير الصفة الطبيعية للمادة البرازية . ومتى كانت كمية السائل البرازي عظيمة دلت على أن الجزء المصاب من الامعاء أكثر امتداداً الكهنالست علامة على

الخطر. وعلى العموم يختلف عدد مرات التبرز وكية مادته فقد يكون عدده مراته في المتوسطات نحو مائة مرة في اليوم لكن مع قلة المواد الخارجة . وأما في الاسهال المزمن فيكون عدده من مرتين الى أربعة في (٢٤) ساعة . ويختلف لون المواد البرازية فتكون ذات لون أخضر أو أسمر أو أصفر . وتختلف أيضا رائحتها فتكون منتنة في الاسهال الناجم عن فساد الهضم وتكون قليلة الرائحة في الاسهالات الكثرية الكمية . وأما قوام المواد البرازية في الاسهال فيختلف من نصف عجين الى المائي المصلي وقد تكون مواد غير مهضومة فيسمى انزلاق لينتري (lienterie) والاسهال المصلي ذو الكمية الغزيرة المتكرر أي الحاد يؤدي في أسرع وقت الى حالة عمومية خطيرة عبارة عن جفاف اللسان وازدياد العطش وتغير محنة المريض والحطاط قوامه ودقة النبض وانخفاض حرارة الجسم ونحافة الوجه وغور العين بخلاف الاسهال المزمن فان هذه الظواهر فيه تحصل بالتدريج في مدة طويلة حتى تؤدي بعد زمن الى الاضعلال ماراسم (marasme)

أسباب الاسهال - منها أولا الالتهاب المعوي الحاد (سواء كان ناجما عن تأثير برد أو عن فساد هضم) فيكون الاسهال أول عرض له وقد يكون خفيفا ووقتها عند الكهول تبعا لدرجة الالتهاب وحينئذ لا يكون خطرا ويشاهد هذا الالتهاب بكثرة عند الاطفال حديثي الولادة وفي السن الأولى لهم لكونه كثيرا الحصول عندهم فيكون التبرز نارة زيادة عن العادة ويحصل عقب الرضاعة ثم يزول بتنظيم الشروط الصحية الغذائية وقد يصير مستمرا ويتزايد عدده وتكون مواد محتوية على مواد جينية بيضا (اسهال مبيض) أو تكون مواد مخضرة مثل عصارة الكراث (اسهال أخضر) ويظهر أن ذلك ناجم عن درجة تسمم معوي كثير الشدة . وحينئذ يكون تأثير المواد البرازية حضا . نائيا الالتهاب المعوي الخصوصي الطفلي وفيه يكون الاسهال متكرر راوغزير الكمية فيسمى بالكولرا الطفلية (choléra infantile) ويتميز حينئذ بكون البراز عديم اللون متعاصيا على العلاج وبصعبه فيء لا ينقطع وعطش متزايد ونقص متواتر ثم انحطاط عظيم ثم برودة الجسم ثم اللون السيانوزي ثم الموت في أغلب الاحوال . نائيا الالتهاب المعوي الخصوصي المكروبي المسمى بالكولرا الآسيه (choléra asiatic) وبالهبوء الاصفر وهو يتميز باسهال مصلي غزير جدا ينجم عنه سرعة حصول ثخن دم المريض وبرودة جسمه ففي الدور الاول لهذا المرض تكون مواد الاسهال فضلية مصلية كاسهال عسر الهضم البسيط وكفى النوع السابق ثم بعد (٢٤ ساعة الى ٢٨ ساعة) تصير مواد

الاسهال مصليّة مبيضة (أرزبية) غزيرة ما تيسر لا يوجد فيها الافضالات بشرية وحييات مبيضة كالأرز وبعثها بالمكروسكوب يوجد فيها أسيل الكولرا ذو الشكل الشبيه بالرفعة المسمى بالفرنساوى فيرجول وهو يعيش في الماء جملة شهرين ويحمل البرد الى ١٠ درجات تحت الصفر لكنه لا يتحمل الحرارة فيموت في درجة ٦٠ فوق الصفر ويزرع في جميع سوائل الانبات الصناعيه المتعادله خصوصا الخفيفة القلوية . ولاجل زرعه يؤخذ جزء من المرق يضاف له جزء في المائة من البيبتون وجزء في المائة من ملح الطعام وجزء في المائة من الجيلاتين ثم توضع نقطة من سائل البراز المشبه فيه ثم يوضع الجميع في اناء مسطح ويوضع ذلك في فرن حرارته ٣٧ درجة فبعد ٨ ساعات إذا كان البراز محتويا على المكروب الكولري تكون على سطح السائل غلاف رقيق اذا أخذ جزء منه ووضع تحت المكروسكوب ونظر بعدسة معظمة بنحو الالف وجد فيه المكروب المذكور كما يوجد في سائل المعى الدقاق للمصابين بالكولرا وهو المؤثر له بشكل (٨٥) وأول من اكتشفه (هو المعلم كوخ)

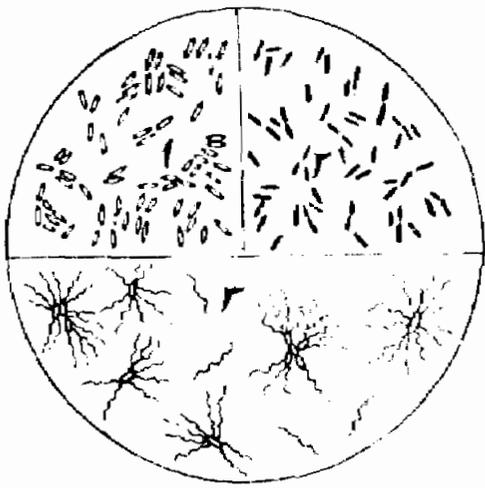


شكل (٨٥)

سنة ١٨٨٤ في الهند وفي القطر المصري أثناء انتشاره فيه وهو يتلون بجميع الملونات البسيطة مثل زرقة الميتلين وغيرها ولا يأخذ جراما ويوجد في المادة البرازية للاسهالات الاخرى نوع آخر من المكروب ولكن يتميز مكروب الكولرا عنه بشكله وبكونه اذا وضع في مصل المصاب بالكولرا اجتمع مع بعضه وتكون لكثلة ثم مات وهذا لا يحصل في المكروب الاخر الذي يوجد عند المصابين بالالتهابات المعوية ذات الشكل الكولري وغيرها ولاجل الحصول على تجمعه في مصل المصاب بالكولرا يؤخذ جزء قليل من المادة البرازية بواسطة مسبر من بلاتين معقم ثم يوضع في نقطة من السائل البيبتوني ويهون ثم يضاف له نقطة من مصل دم مصاب بالكولرا مكون من ١/١٠ ثم يوضع ذلك في مخبر يوضع في فرن حرارته ٣٧ درجة من ٥ ساعات الى ٦ ثم يوضع على صفيحة المكروسكوب نقطة منه وينظر فيرى عدد عظيم من مكروب الكولرا الكنه مجتمع مع بعضه وميت وأما اذا وضعت مادة البراز في نقطة من السائل البيبتوني

ثم وضع عليها نقطة من مصلى حيوان غير مصاب بالكوليرا . ثم وضعت في الميكروسكوب ووجد عدد عظيم من مكروب الكوليرا متحرك وسريع الحركة وليس مجتمعاً ولا ميتاً كما في الحالة الأولى وبهذه الطريقة الأخيرة لا يستغرق البحث زيادة عن ست دقائق . وإذا كانت المواد البرازية محتوية على مكروب الكوليرا وعلى مكروب الالتهابات الكوليرية الشكل ووضع ذلك في مصلى المصاب بالكوليرا كان مكروب الكوليرا مجتمعاً وميتاً وأما المكروب الآخر فيبقى متحركاً وليس مجتمعاً وإذا كان الزرع في الجيلاتين يلزم وضعه في فرن حرارته ٣٧ درجة مدة من (١٢ ساعة الى ٢٠ ساعة) رابعاً ينجم الاسهال عن التغيرات المعوية في الحى التيفودية وهو عرض يتردها عن الحى التيفوسية المصرية ويظهر من الاسبوع الاول للحى ولون مواد البراز فيه يكون أصفر وتكون المواد منتنة الرائحة ومحتوية على المكروب الخاص بالحى التيفودية الميزنها . وأول من درس هذا المكروب هو الدكتور إيبيرت (eberth.) من سنة ١٨٨٠ الى ١٨٩٣ وأول من نجح في زرعه هو الدكتور جافسكى (gaffky.) وهو ينتشر بواسطة مادة براز المصابين بالمرض المذكور ويوجد هذا المكروب أيضاً في الطحال والكبد وفي عقد المساريقة وفي لطخ بيروفي الدم وفي البقع العنسية الجلدية في كثير من الاحوال وهذا المكروب عبارة عن قضبان قصيرة مستديرة الاطراف وموشحة بكثير من الخلل بها تتحرك وتتهته وتطول هذه القضبان أكثر من عرضها ٣ مرات وهي تعيش جيداً في الماء وتقاوم درجة البرودة الشديدة أى درجة الجليد وإذا وضعت نقطة من دم المصاب بالحى المشتبه فيها أو من مصلى دمه على ٥٠ نقطة من زرع مكروب الحى التيفودية المحال الى مستحلب ثم وضع ذلك في فرن مدة ٢٤ ساعة فإذا كان المريض مصاباً بالحى التيفودية

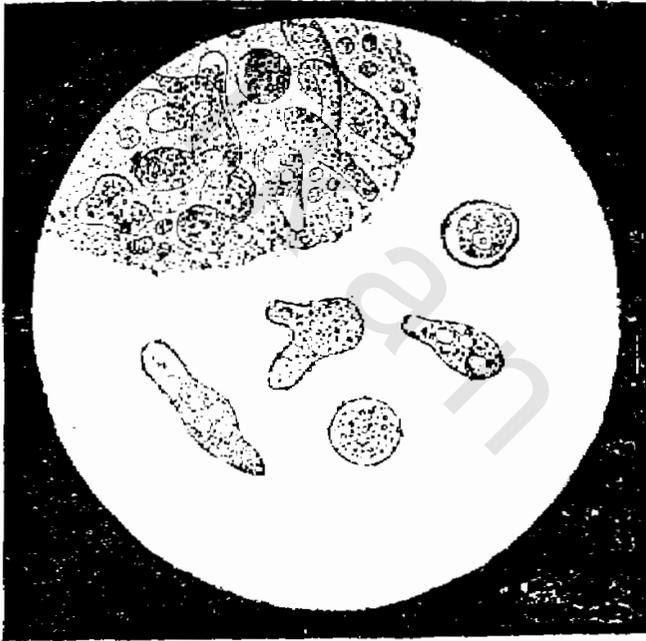
اجتمع المكروب والتصق ببعضه وتكون كتلة مندحجة ومات وأما إذا كان المريض غير مصاب بالحى التيفودية فلا يحصل هذا الانعقاد . ويرزغ مكروب الحى التيفودية في المرق واللبن والبسول وبالاخص في الغرا ولكن ينبت بسرعة أكثر في الجيلوز (gelose.) ويتلون بطرق التلويين البسيطة ولا يأخذ جراماً وهو المؤشر له بشكل ٨٦



شكل (٨٦)

شكل (٨٦) يشير مكروب الحى التيفودية فرقم (١) يشير مكروب قديم و (٢) لمكروب زرع من مدة ٢٤ ساعة في الجيلوز و (٣) لخلل المكروب

ولكونه يوجد دائما في براز المصابين بالحمى التيفودية وضعناه هنا وان كان يوجد أيضا في دم لحال المصابين بها . خامسا يحصل الاسهال عن التهاب الجزء السفلي للمعدة الغلاظ المسمى بالدرنستاريا انما تكون مواد البراز فيه في الابتداء طفلية ثم مخاطية أو مخاطية مدعمة قليلة الكمية وقد تكون مثل غسالة اللحم واذما جثت بالمكروسكوب وجد فيها في أغلب الاحوال لاسميا في الباد الخارطة الميكروب المسمى أميبيا كولي المؤثر له بشكل (٨٧) وهي كائنات يتغير شكلها بحركاتها فتصير كرية أو مستطيلة أو ذات فرعين وغير ذلك



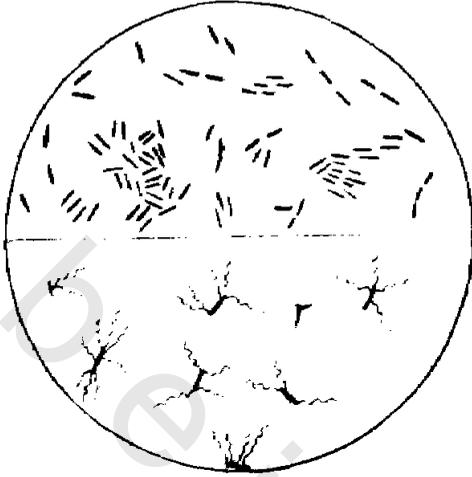
شكل (٨٧)

سادسا ينجم الاسهال عن الالتهاب المعوي الدرني فتكون مواد مصليته ذات لون سنجابي واذا كان لونها اسود دل على وجود دم فيها وهذا مما يزيد الانذار خطرا وفي انتهاء المرض المذكور يكون الاسهال غزيرا وتخرج مواد تدون إرادة المصاب واذما جثت بالمكروسكوب وجد فيها باسيل الدرن وقد يحصل امساك في هذا المرض

إذا أصيبت السحايا بالالتهاب الدرني المذكور لكن ذلك لا يعوق الاسهال زمنا طويلا بل يعود بعد زمن قصير وفي مدة المرض يكون التبرز ليليا وأغلبه قرب الصباح ويستمر الاسهال الدرني جملة أسابيع بل وشهور لكن لا يلزم اعتبار كل اسهال مزمن متعاص اسهالا درنيا حيث توجد التهابات معوية مزمنة غير درنية ناجمة عن الميكروب المعوي القولوني لأنه يحدث الالتهاب المعوي الحاد وهذا قد يصير مزمنًا . وأول من اكتشف هذا الميكروب المسمى أيضا كولي باسيل (Coli Bacille.) سنة ١٨٨٨ هو الدكتور ايشيرخ (Escherich.) وهو يوجد دائما في القناة المعوية وفي البراز وهو المسبب لبعض التهابات المعوية واسباب الكوليرا المنفردة والكوليرا الطفلية والتغيرات الصفراوية والكبدية والبولية ويرزغ في كافة سوائل

شكل (٨٧) بشير الميكروب المسمى أميبيا كولي أي ميكروب الدرنستاريا

الانبات كالمرق البسيط أو البييتوفى والبول واللين و يتلون بألوان الانيلين البسيطة ولا يأخذ جراما وهو المؤشر له بشكل (٨٨)

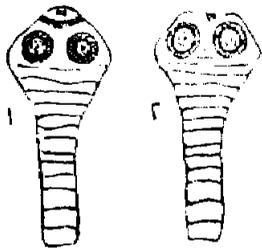


شكل (٨٨)

. سابعاً ينجم الاسهال عن الاوريميا أى التسمم البولى (uremique) ويتميز اسهال هذا النوع باضطحابه بقاء وبقلة كمية البول ويجب على الطبيب عدم قطع الاسهال المذكور بل يحترضه عند عدم وجوده . تأمنافدينجم الاسهال عن بعض أمراض مثل التابس والجواتر الجحوظى . تأسعاقدينجم عن تأثيرات

عصبية مثل الخوف والاستريا . عاشراقد يحصل من وجود الكاشيكسيا ويكون ناجمافها عن اضطراب فى وظائف الامعاء ثم ينتهى بالموت . حادى عشر قد ينجم الاسهال عن وجود امسالك ناجم عن تغير معدى معوى أو عن وجود دورم سرطانى معوى أو مجاور للامعاء وضاعط عليها أو وجود درن بر يتوفى أو معوى أو فى العقدة المسار يقية أو تولدات أخرى فى الامعاء أو خارجة عنها وضاعطة عليها فتحدث الامسالك أو لا ثم يعقبه اسهال وهكذا

فى بحث المواد البرازية - بحث البراز منهم لبحث الامعاء لانه كثير امانو جند فيه أجسام غريبة تكون سببا لتغيرات مرضية منها أولالديدان وهى على أنواع . النوع الاول الديدان الشريطية فكثير امانو جند فى البراز عققل من الديدان الشريطية المسلحة أو من الشريطية غير المسلحة المسمى بوتريسيهفال (botriophale) أى محفورة الرأس وعقل هذه الاخيرة هى الاكثر خروجا فى الفترات الكائنة بين التبرز فقد يخرج منها قطع مكونة من (٥ الى ٦) عقل وأما عقل الدودة الشريطية المسلحة فانها تخرج فى زمن التبرز . وتتكون العقل دائما من الرأس ولذا يلزم البحث عن الرأس عندما يعطى المريض



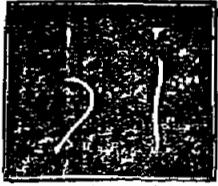
شكل (٨٩)

العلاج القاتل لها أو المخرج لها . ورأس المسلحة هى المشار لها برقم (١) من شكل (٨٩) ورأس غير المسلحة هى المشار لها برقم (٢) من الشكل المذكور

النوع الثانى - الديدان الاسطوانى والخيوطانى أى دود الجبن الذى طوله من (٦ الى ١٥) ملليمترا

شكلا (٨٨) يشيران كروب القولون بعد زرعهم مدة ٢٤ ساعة فى الجيلوز فرقم (١) يشيران كروب و (٢) الحماة شكل (٨٩) يشيران رأس الدودة الشريطية المسلحة وغير المسلحة فرقم (١) للسلحفور رقم (٢) لغير المسلحة

النوع الثالث - الديدان ذوالقمين الاثنى عشرى المسمى انكيلوستوما (enkylostoma)



شكل (٩٠)

وهي نادرة الوجود في المواد البرازية وهي المؤثر لها بشكل (٩٠) وان لم يوجد في البراز نفس الديدان وجد في مبيداتها . ومتى وجدت دل وجودها على وجود الديدان في القناة المعوية ويعرف وجودها ببيضانها ببحث مواد البراز بالمكروسكوب . فيبيض الديدان

الشريطية المسلحة يكون بفضاوى الشكل وطول الواحد نحو (٤) من ألف من ملليمتر وبيض مخفورة الرأس أكبر من بيض الدودة المسلحة مرتين وأما بيض الديدان الاسطوانية فكثير العدد جدا حتى انه يمكن وجود مليون في جزء صغير جدا من البراز وشكله بفضاوى وأما بيض الانكيلوستوما فكثير العدد في مواد البراز . ومقر الديدان الانكيلوستوما هو الاثنا عشرى ووجود بيضها في البراز صعب المشاهدة وهذه الديدان تشبه ديدان التراب وجرانيمها تدخل في الماء وفي الاطعمة الملوثه بالايادى التى لامست التراب المذكور وقد تشاهد في البراز بويضات ديدان بلهارس

ثانيا من المواد الغريبة التى توجد في البراز حصوات صفراوية وهي عبارة عن تجمعات من مادة صفراوية آتية من الكبد وقد يكون المغص الكبدي ناجعا عن مرورها من الكبد الى الحويصلة المرارية أو عن مرورها من الحويصلة المذكورة الى الاثنى عشرى ولاجل رؤيتها في المادة البرازية يلزم جعل البراز سائلا بخاطه بالماء وتصفيته بجملة مرات الى أن لا يبقى فيه مواد متماسكة وقد يحتاج هذا العمل الى جملة أسابيع وقد تكون الحصوات المذكورة عبارة عن حبوب رقيقة جدا أو كتل صغيرة من مواد صفراوية

. ثلثا من الاجسام الغريبة التى قد توجد في البراز الدم ومتى وجد سميت مواد البراز ميلينا (meléna) ويكون الدم آتيا من الأمعاء (تزييف معوى) ونقيا أو يكون مختلطا بمواد الاسهال وبكمية كثيرة أو قليلة أو كعروق توجد على سطح المادة البرازية المتجمدة وقد يكون حصل في الدم نوع هضم وهو الغالب فتكون حينئذ مواد البراز على هيئة ندف سوداء كلون الهباب أو سوداء رغوية كماء القطران وفي هذه الحالة اذا أميل الاناء الشامل لهذه المواد يرى في الاناء من محاذاته السائل الى قاع الاناء خيوط دم حقيقى وهذا العمل ضرورى تمييز الميلينا من البراز الاسود الذى ينجم عن تعاطى بعض الادوية كالراتانيا والبوزموت

شكل ٩٠ يشير للديدان الذى يوجد في الاثنى عشرى في حجمه الطبيعى فرقم (١) يشير لكروورقم (٢) يشير للاثنى

. أسباب وجود الدم في البراز . أولاً قد يكون آتيامن الرعاف الخلفي للحفرة الانفية وازدردرهضم ومرثى القناة المعوية وخرج بالبراز . ثانياً قد يكون آتيامن البواسير وحينئذ يكون أجروخوجه يعقب حصول تطااهر بامورية أى آلام واحتقان في الزوائد الباسورية وقد يكون نزوله مستمر اوغزيراحتى ينجم عنه أنيميا عظيمة أى نوع كاشميكسياباسورية (والسبب الاولى البواسير قد يكون عسر سيردم الوريد الباب كعند المصابين بالسيروز الضمورى للكبد) . ثالثاً قد يكون الدم آتيامن المستقيم وناجعا عن وجود ورم يوايوسى أو إيتيليوما فيه فيكون لونه أحمر ولذا يلزم جس المستقيم بالأصبع . رابعاً قد يكون النزيف المعوى ناجعا عن الحى التيفودية وحينئذ يشاهد إمامى انتهاء الاسبوع الاول وإمامى ابتداء الاسبوع الثانى وامامن انتهاء الاسبوع الثانى الى انتهاء الاسبوع الخامس . فالاول نزيف مبكر احتقانى . والثانى متأخر ويحصل عقب سقوط الخشكر يشات وتقرح الأوعية الدموية بقروح غندبير . وينجم عن النزيف المذكور الموت فى (٣٠) اصابة من المائة ويصحب النزيف المذكور انحطاط فى الحى نحو درجة أو أكثر . خامساً يوجد الدم فى براز المصابين بالدوسنتاريا وحينئذ يكون قليل الكمية وممزجا بمادة مخاطيه ومحتويا على الأميبيا كولى ومضغبار حير مستعقبى ومتى أزم من المرض وجد فى البراز المذكور مادة صديدية . سادساً يوجد الدم فى براز المصابين بالسرطان المعوى وحينئذ يكون أقل كمية من دم براز المصابين بالقرحة البسيطة ويكون أسود اللون ويتكرر حصوله . سابعاً يوجد الدم فى براز المصابين بالقرحة البسيطة المستديرة وحينئذ يحصل فجأة ويكون بكمية غزيرة حتى انه قد يؤدي فجأة الى الموت . ويكون حصول النزيف فى هذه الحالة مصحوبا بالام شديدة فى النقطة المشغولة بالقرحة . تامناً يوجد الدم فى براز المصابين بالدرن المعوى ولكن ذلك نادر واذا وجد كان قليل الكمية ولقاته يلون مواد الاسهال باللون الاسودمدة طويلة . ثاسعاً قد يشاهد البراز الدموى فى الامراض الحية الخطرة أى العفنة مثل الحيات الطفعية واليرقان الخطر والپورپوره . عاشراً قد يشاهد البراز الدموى (الميلينا) عند الاطفال حديثى الولادة بدون أن يعرف ان كان ناجعا عن صعوبة الولادة أو عن الربط المبكر للحبل السرى أو عن وجود قرحة فى الاثنى عشرى لانها تظهر عندهم فى الثلاثة أيام الاول من الولادة فيكون البراز دمما وقد يتكرر ذلك وينجم عنه الموت

. ومن الاجسام الغريبة التى قد توجد فى مواد البراز الصديد وحينئذ تكون مواد البراز جميعها صديدية أو يكون الصديد مختلطا بالمواد الفضلية البرازية فى الحالة الاولى يسأل على

استفراغ بورة صديدية انفتحت في القناة المعوية مثل خراج تكوّن من التهاب بريتنوى
تقيحي وتكيس ثم انفتح في القناة المعوية أو خراج حصل حول الاعور أو في نقطة أخرى
. وفي الحالة الثانية يدل على تغير مزمن أو غائر في نفس القناة المعوية نجم عن افراز قيحي
كفي ضيق المستقيم وفي هذه الحالة يكون خروج المواد البرازية من المستقيم صعبا ويكون
طحها مملوئا بالصديد . وقد تكون كمية المادة الصديدية غزيرة كفي بلون راجيا
المستقيم * ومن الاجسام الغريبة التي قد توجد في مواد البراز المواد الدهنية فتكسبه
لونا بيضا يدل ذلك على تغير في البكتيريا

في طرق البحث الكلينيكي للأعضاء والعلامات المرضية الاكلينيكية لها

بحث الامعاء متمم لبحث المعدة لان المعدة والامعاء هما جزآن من جهاز واحد وامراض
أحدهما تؤثر على الآخر وقد يكونا طرق البحث في التكلم على البطن وإذا لاند كرهننا الا القليل
أولا البحث بالنظر - يبحث المستقيم بالنظر مباشرة بواسطة المنظار ذي الفلقتين للعلم تريلا
(Trilla) ولاجل إدخاله في المستقيمين من السطح الظاهري للفلقتين بالغاز يلين البور يكي
بعد تعقيم المنظار وتدهن فتحة الشرج ودأثره بعد تعقيمها جيدا أيضا ثم يدخل المنظار مغلوقا
بلاطف وتدرجيا ومتى دخل جميعه الى يده بعد الطيب بكل بطء الفلقتين لان التباعد المذكور
يكون مؤلما لحد المرض ولذا يفضل ادخال المنظار وتباعد فلقتيه تحت تأثير الكوروفورم
لتجنب المريض ادراك الادخال المذكور وعدم ادراكه لئلا لم ثم انه يلزم أيضا أن يكون تباعد
الفلقتين بالتدريج لانه ان كان فجائيا يزعج عنده عنق عاصرة الشرج ولذا يستعمل التمديد
الفجائى لتمرير العضلة المذكورة في معالجة البواسير بطريقة التمديد الفجائى للشرج
ثانيا البحث بالجلس - يبحث باليد عن القراقر المعوية (garguilllements) . ولاجل
تحريضها يلزم ضغط جزء من البطن بالاصابع ضغطا فجائيا وغائرا . ووجود القراقر يدل على
وجود سائل وغاز في الامعاء وذلك يدل على فساد هضم معوى (Dyspepsie intestinale)
ويدل في كثير من الاحوال على وجود اسهال . والصياح المعوى هو صوت متنوع من
القراقر ويحرض بوضع اليدين على البطن مفرطحتين والضغط بهما ضغطا متسعا وغائرا ثم
ترك الضغط فجأة وهذا الصياح مهم في تشخيص التهاب البريتونى الدرني . فاذا وجدت
القراقر يلزم البحث عنها في جميع اجزاء الامعاء وخصوصا في الاعور ومتى وجدت فبمع الحى
كانت مشخصة للحمى التيفودية وعدم وجودها فيه مع الحى مشخص للحمى التيفوسية
المصرية (وعند وجود ألم في الاعور يلزم أن يكون الجلس بلاطف لانه يكون في أغلب

الاحوال مصابا بالتهاب . وقد يكون التهاب في معلقته الدودية فاذا كان الألم ناجما عن التهابها كان مجلسه في وسط خط ممتد من اسرة الى الشوكة الحرقفية المقدمية العليا اليمنى . وان كان ناجما عن التهاب الاعورى نفسه كان مجلسه الجزء السفلى من الخط المذكور) وينجم التهاب الاعورى من تراكم المادة الفضلية فيه ويعطى الاعور المتهب الممتد الى بالواد عند الكهل الفخيم احساسا منبازا غليظا مستطيل ممتد من أسفل الى أعلى وعريض كقبضة يسطف ويكون ألمه متوسط الشدة وبضعته ينبعج كأن المواد البرازية الموجودة داخله انبعجت بالضغط المذكور . ويصحب ابتداء التهاب المعلقة الدودية ألم جانبي شديد مجلسه يكون محدودا جيدا فيلزم البحث عنه وتعيينه ويكون ذلك بطرف اصبع واحد وهو كائن كذا ذكرنا في وسط خط ضام للسرة بالشوكة الحرقفية المقدمية العليا اليمنى وهذه النقطة تسمى بنقطة مارن بارني (mare barney) . ومعلوم أن التهاب الاعور أو التهاب المعلقة الدودية ان لم يتحمل انتهى بالتقيح والتجا الطيب لفتح البطن لاستفراغ الصديدان لم يكن فتح في ابتداء المرض لقطع المعلقة الدودية في ابتداء التهابها . وتبعاً للعلمرو (POUX) (في لوزان) ان اليد تترك (متى حصل التقيح في الحفرة الحرقفية اليمنى) عند الجس احساسا كالذي ينشأ عن جس أنبوية من الورق المقوى لان في ماء ساخن . وأما جس المستقيم فيكون بالاصبع السبابة لأنه لا يدرك بها الا الجزء الاخير منه الذي طوله كطول اصبع السبابة ولا دخل الاصبع السبابة يدهن بالفازلين وتدهن فتحة الشرج ودائرته به ثم يدخل الطيب الاصبع بلطف تدريجاً حتى يكون مرفقة مرفقة من تكرار على سطح السرير بدون تركه وهذا شرط لا مكان إدخال الاصبع غائراً ما أمكن والاصابع الاخرى تكون منتبذة على راحة اليد ومتجهة نحو النخبة الموجودة بين الألتين في الحالة الطبيعية يصير الاصبع في الجزء العميق للمستقيم الذي يكون خالياً من المواد الفضلية في أغلب الاحيان فاذا وجد تغير كورم سرطاني أو ضيق عرف بالاصبع المذكور كما يعرف به وجود البواسير الداخلية والفتحة الباطنة للناصور الشرجي وأورام المثانة وضخامة البروستاتا عند الرجل وأورام المثانة والشرج والمهبل عند المرأة

ثالثاً بحث الامعاء المقرع - ينجم عن قسرع الامعاء صوت عبا يكي لوجود غازات داخلها فاذا وجدت أصمية متسعة الامتداد منتظمة دل ذلك على وجود سائل في تجويف البطن كائن بين الامعاء والاصبع المقرع عليه . وأما اذا كانت الاصمية قليلة الاتساع وقاصرة على نقطة أو ساغلة لجملة نقط منفصلة عن بعضها برناية تمايكية دل ذلك على أن الاجزاء

التي فيها الاصبية هي أجزاء من الامعاء شاملة لمواد فضلية متجمدة أو أنها أوزام محدودة . وعادة بتوافق نتائج الجس والفرع معاً يحكم على نوع المواد ان كانت ثقيلة أو أورا ما المبحث السادس في الكبد - التركيب والوظيفة

تتكون الغدة الكبدية أثناء التكون الجنيني من جزء من الامعاء ثم بالتهديم التكويني تنفصل شيئاً فشيئاً ومتى تم التكون المذكور لا تصير متصلة بالامعاء الا بالقناة الصفراوية (المسماة بقناة كولوديك) (cholodique) الا تيمه منه (أى من الكبد) ومنفتحة في القناة المعوية في جزئها المسمى بالاثني عشرى كما هو واضح في شكل ٩١

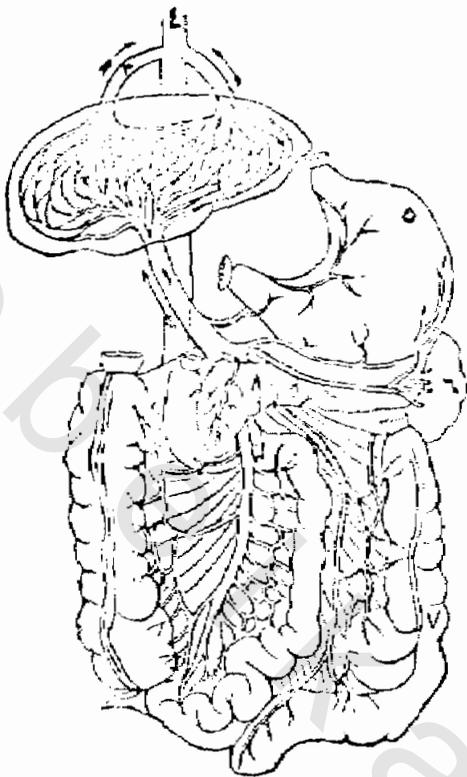


شكل (٩١)

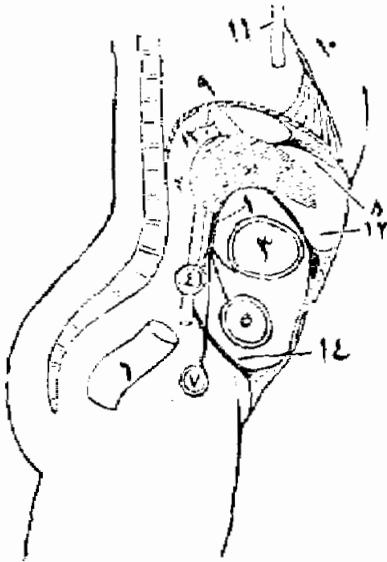
والكبد عضو منفرد سمى ثرى ثقله نحو كبراً من أثناء الحياة وبعد الموت لايزن الا نحو (١٤٥) جراماً بسبب استفراغ أوعيته من الدم بعد الموت . ويشغل الكبد النصف اليمنى من تقعر احجاب الحاجز بل ويتجاوز كثيراً أو قليلاً الخط المتوسط للجسم الى نحو اليسار * ويميز الكبد وجهان وحافتان وطرفان فالوجهان علوى وسفلى . فالوجه

شكل (٩١) يشير للقناة الكبدية والقناة المرارية والحويصة المرارية وقناة كولوديك وقناة البنكرياس وجزء الاثنى عشرى فرقم (١) يشير للقناة الصفراوية الكبدية و (٢) للقناة الصفراوية المعوية والحويصة المرارية و (٣) للحويصة المرارية و (٤) للقناة الصفراوية الكولوديكية و (٥) للقناة البنكرياسية و (٦) لقعر الكيس الذى فيه تنفتح قناة كولوديك وقناة البنكرياس في الاثنى عشرى و (٧) لقناة الاثنى عشرى و (٨) لحويصة المرارية و (٩) لحويصة صفراوية تتكوّن في الحويصة المرارية وعند مرورها نحو القناة الحويصليّة ووقفت و (١٠) لكأس الحويصة الصفراوية و (١١) لحويصة صفراوية وقفت في قناة كولوديك

العلوي محدب ومعشوق بانصاف اليمينى من تقعر الحجاب الحاجز . والوجه السفلى مقعر وبه فتحة (أى فرجة) تدخل منها الاوعية الكبدية فى الكبد (وهذه الاوعية هى الوريد الباب والشرىان المغذى الكبدى) وتخرج من هذه الفتحة القناة الصفراوية الكبدية والاوردة الكبدية . ويوجد فى الجزء السفلى للوجه المذكور انبعاث توجد فيه الحويصلة الصفراوية المؤثر لها بحرف ح من شكل (١٨) السابق ويكون الوجه السفلى المذكور مجاورا لأول الكمية اليمنى والمحفظة فوقها كما هو واضح فى شكل (٤٧) السابق وثانيا الزاوية اليمنى للقولون المتكونة من القولون المستعرض والقولون الصاعد كما هو واضح فى شكل (٨٤) السابق ثالثا للقائم اليمنى للحجاب الحاجز وجزء من الوجه المقدم للمعدة وللقطعة الاولى للثلاثى عشرى كما هو واضح فى شكل (١٨) السابق . وأما حافتا الكبد فهما عليا وسفلى فالحافة العليا سمكة متنامة وغائرة الوضع حتى لا يمكن الوصول اليها بالبحث ومجاورة للقلب والرئة اليمنى كما فى شكل (١٨) السابق . وأما الحافة السفلى فهى حادة رفيعة كأنه خلف الاضلاع الاخيرة يسهل الوصول اليها بالجس باليد . وأما طرف الكبد فهما يمنى ويسارى فالطرف اليمنى مستدير ومكون لكثلة الكبد المتخفية تحت الحجاب الحاجز وأما الطرف اليسارى فيتجاوز خط الاضلاع الكاذبة اليمنى وواصل الى قسم فوق المعدة وهو سهل الادراك من خلال الجلد بالجس باليد . ويعتمد الكبد فى حالته الطبيعية فى الخط الشدى اليمنى من حزمة الشدى اليمنى الى حافة الاضلاع الكاذبة لكن جزؤه العلوى مغطى بالرئة الى الضلع السادس كما هو واضح فى شكل (١٨) السابق . ونسيج الكبد يتكون من فصيصات كبدية وكل فصيص مكون من كتلة من خلايا كأنه فى احدى عيون الشبكة الوعائية للجهاز الباني المكون بالكيفية الآتية فالوريدات المعوية المؤثر لها برقم (٧) من شكل (٩٢) والوريدات المعوية المؤثر لها برقم (٥) والوريدات الشكوية المؤثر لها برقم (٦) والوريدات البنكرياسية المؤثر لها برقم (٨) من الشكل المذكور تجتمع ببعضها وتكون جذعا وحيدا وهو جذع الوريد الباب المؤثر له برقم (١) من الشكل المذكور وهذا الجذع يصعد الى أعلى نحو الفتحة الوعائية الكبدية الموجودة فى سطحه السفلى (أى فرجته) ومنها يدخل فى الكبد ويتفرع فيه والفروع تتفرع الى فروعيات والفروعيات تتفرع الى فروعيات أدق منها وهكذا تتفرع بجملة مرات الى فروعيات شعيرية متعاقبة كما هو واضح فى شكل (٩٢) المذكور . ويوجد خلاف ما تقدم دورة اضافية للكبد تدعى دورة



شكل (٩٢)



شكل (٩٣)

الوريد الباب عند اعاقه مرور دمها بالتغير الخلوي للسيج الكبدى كفى سبه وزده وسمى وأخصه في شكل (٩٢) الذى يشير للدورة المذكورة فرقم (١) فيه يشير لجذع الوريد الباب و (٢) للكبد و (٣) للدورة البابية للعدة (أى الناشئة من المعدة) و (٤) للقطعة الثالثة من الاثنى عشرى و (٥) للقولون المستعرض و (٦) للمستقيم و (٧) للعي الدقاق والطحال ورقم (٨) يشير للورينات المكونة لجذور أول جهاز باني اضافى ممتد من الوجه السفلى للحجاب الحاجز المؤشر له برقم (٩) الى الكبد وأصول هذه الورينات تتصل بأصول الورينات الناشئة من الوجه العلوى للحجاب الحاجز المؤشر لها برقم

(١٠) وهذه تتصل بواسطة الوريد الاثنى المؤشر له برقم (١٠) بالوريد الاجوف العلوى المؤشر له برقم (١١) والقسم الثانى من الاوردة البابية الاضافية هو المؤشر له برقم (١٢) وأورده تنشأ من الجدر البطنية وتوجه تابعة الحافة السفلى للرباط المعلق للكبد وأصول هذه الورينات تتصل بأصول وريانات الوريد فوق المعدة بأصول وريانات الجلد البطني ثم يتجهان الى أعلى ويتصلان بالوريد الاجوف السفلى المؤشر له برقم (١٣) من شكل (٩٣) المذكور . ويوجد جهاز باني

شكل (٩٢) يشير تركيب السيج الكبدى فرقم (١) يشير لجذع الوريد الباب و (٢) الى تفرعاته فى الكبد لتعدد الفصيصات الكبدية فالتفرعات الشعرية النهائية تعود وتجتمع ببعضها لتكون جذوعا وريديا حديثة تسمى الاوردة فوق الكبد ومؤشر لها برقم (٣) وعددها من ثلاثة الى أربعة تتصل بالوريد الاجوف السفلى المؤشر له برقم (٤) عند صعوده خلف الكبد ثم ان المسافات الكائنة بين التفرعات الشعرية التي تسمى الوريد البابى الشاملة بالفصيصات الكبدية (واتجه أسمهم الحجاب يشير لا لجاسرهم والسهم المفرد يشير لوريد الباب السهمان يشيران لوريدية فوق الكبد) شكل (٩٢) يشير للدورة المعوضة لدورة الوريد الباب

اضافي آخر مؤشره برقم (١٤) تتصل فر وعه ببعضها لتكون جذعا هو المؤشره برقم (١٤) وهو يتصل بالاجوف السفلى أيضا فالنفيمات الاصلية تكون نفيمات بيية أجوفية عليا ونفيمات أجوفية سفلى فور يرات هذه النفيمات تكون ممتددة ومكونة للشجرات الوريدية الجلدية التي تشاهد في سيروز الكبد . والقطوعات المذكورة لشكل (٩٢) المذكور ناجمة عن فعل قطع من أعلى الى أسفل مقدم خلني للجسم وفي الخط المتوسط . وعلى كل يوجد في الحالة الطبيعية في دائرة الفصيصات بجوار تفرعات الوريد الباب ابتداء القنوات الخارجة للصفرا وتكون هذه القنوات الصفراوية والأوعية الشعيرية الدموية محاطة بنسيج خلوي وبناء على ذلك يكون كل فصيص كبدي محاطا بنسيج خلوي يفصله عن الفصيص المجاوره ويكون شكل كل فصيص كشكل جسم كثير الاضلاع ومنفصلا عن المجاوره بفريع الوريد الباب الداخل فيه وبالقناة الخارجة الخارجة من مركزه وبالفريع الوريدي الخارج من مركزه أيضا وكل فصيص يكون مكونا من أخلية كبدية وكل خلية لها أربعة أسطح فسطحان منها مقعران كنصف ميزاب يلتصقان بالسطح المماثل لهما من الخلية المجاورة وبذلك يتكون عنق ما قناة عريفها وعاء شعيري من الأوعية الشعيرية الدموية . والسطحان الآخران محفوران بميزابين كالأولين وباتصالهما بالخلية المجاورة التي بها ميزابان كذلك يتكون عنق ما قنوات عريفها الصفرية أي ان هذه القنوات هي نفس القنوات الخارجة للصفرا بخلاف الأوعية الشعيرية الدموية فانها لا تفقد جدرانها في القنوات الموجودة بين الأخلية الكبدية . وأما القنوات الصفراوية فتكون مكونة ابتداء من القنوات الموجودة بين الأخلية ولا يتكون لها جدر خصوصية إلا أعلى المصيصات (أي ان جدر القنوات الصفراوية لا تتكون الا فوق الفصيصات) وأما بين الأخلية فتكون القنوات هي ميزاب موجوده بين الأخلية وبعضها ثم يختلط بعضها ببعض حتى انها تنتهي بان لا يكون لها الاقناة واحدة تسمى بالقناة الكبدية رقم واحد من شكل (٩١) السابق تخرج من السطح السفلي للكبد وتنزل الى أسفل ثم تنقسم الى فرعين فرع رقم (٢) يتصل بالحويصلة المرارية وفرع رقم (٤) يتجه نحو القطعة الثانية من الاثنى عشرى المسمى بانتفاخ قاتر (vater) ويسمى هذا الفرع بقناة كولوديك وتنتفخ أيضا في انتفاخ قاتر قناة البنكرياس ثم ان فرع القناة الكبدية المتجهة للحويصلة المرارية يوصل الصفرا من القناة الكبدية الى الحويصلة المرارية التي فيها تتخزن الصفرا أثناء الفترات الموجودة بين أوقات الطعام وفي أثناء الهضم يوصل الصفرا من الحويصلة الى قناة كولوديك وهذه

توصله الى الاثنى عشرى . وهذا التركيب يكون الكبد كمرشح للوادا لا تبة من الامعاء فيحفظ بعضها ويؤثر عليه وينوعه تنوعا عميقا ويخرج البعض أى يفرزه فيخرج منه مع الصفرا في وظائف الكبد - يوجد للكبد وظيفتان مهمتان الاولى هى أنه يحفظ السكر والجليكوز أى السكر ووزو ويحمله ما الى جليكوجين (glycogène) أى السكر القابل للاستتالة الجسمية ويعطيه الدم شيئا فشيئا على حسب احتياج البنية (كما قاله المعلم كلوت برنار سنة ١٨٤٨) ثم ان للمجموع العصبى المركزى والدائرى تأثيرا على تادية الكبد هذه الوظيفة الجليكوجينية حتى انه اذا خزت أرضية البطين الرابع فى جزئه المتوسط ازداد التكون السكرى فى الكبد وحينئذ يوجد السكر بكثرة فى الدم وفى البول وجودا وقتيا (كما قاله المعلم كلوت برنار) ويحصل ذلك ايضا بالصناعة باحداث تغير فى البصلة الخفية وفى القوائم الخفية (كما ذكره شيف (schyll.) وفى الخجاج الشوكى العنقى (كما تبه عليه موريات) (moral) وفى الاعصاب الدائرية خصوصا فى العصب الرئوى المعدى (تبع للمعلم يافى) (pavy) والوظيفة الثانية للكبد هى افرازه السائل المسمى بالصفرا ومقدار ما يفرزه منها (نحو كيمولوجرام فى اليوم) وهذا الافراز يحصل بتأثيرا خفيتها تأثيرا متنوعا عميقا فى بعض الجواهر الآتية اليه بالور يد الباب وتنصب هذه الكمية فى القناة المعوية أثناء تعاطى الاغذية والهضم بواسطة القناة الكولوديكية . وتأثير الصفرا تبع الاغلب الموائفين هو هضم المادة الدهنية وجعلها مستحلبة تص وتعالى لتأخرين انهما مطهرة للقناة المعوية فقط . ويوجد للكبد خلاف ما تقدم من الوظائف وظائف أخرى . منها تكوينه البولينا (أورى) (uré) التى تنتج من التحليل المزدوج للواد الزلالية وبعض الاملاح التوشادرية بتأثير الخلايا الكبدية عليها . ومنها أن الكبد يوقف ويفسد السموم الطبيعية للهضم أى الموجودة طبيعته فى مواد الهضم مثل السمات العفنة للفخيرات المعوية والقولويات النباتية ولذا كان مقدار السم فى دم الاوردة فوق الكبد أقل من مقداره فى الدم الداخلى فيه بالور يد الباب . ومنها أن الكبد يخزن فى أخيلته الدهن وكثيرا من الجواهر المعدنية كالخديد والرصاص وغيرهما . ومنها أن الكبد يتنوع زلال البيض والجبنة (caseine) والبيبتون (peptones) .

• أمراض الكبد تنجم أمراض الكبد من امتداد أمراض الاعضاء المجاورة له ولكن أكثرها يأتى له بواسطة دم الور يد الباب . فملا حالته السيروزية تنجم عن تعاطى المشروبات الروحية عمور وهافيه بواسطة دم الور يد الباب . وكذلك خراجاته تحصل بسبب وصول مواد القروح المعوية له خصوصا الدوستاريا . وكذلك حصول السرطان الكبدى الثانوى

يكون عقب دخول سدة سيارة اليه بواسطة الوريد الباب من سرطان معوي
في العلامات المرضية الكبدية - العلامات الوظيفية

بالنسبة لتضاعف وظائف الكبد فأقل اضطراب يحصل في وظائفه فيجسم عنه اضطراب في
الهضم وفي عموم البنية لان سلامة الخلايا الكبدية ضرورية للصحة حيث ان كثير من
المواد السمية والمكروبات تعفنة والادوية السمية لا تؤثر تأثيرا مضر في الصحة متى كانت
الخلايا الكبدية سليمة وبالعكس فانها تؤثر تأثيرا مضر في الصحة متى كانت هذه الخلايا تالفة
وفاقد وظائفها فمن الاضطرابات الوظيفية الكبدية - أولا (اليرقان) (١٣١١١١)
وهو حالة ناجمة عن تغير كبدى في كثير من الاحوال أو عن إعاقة سير الصفراوى في كلا الحالتين
يعرف بوجود المادة الملونة للصفراوى في الدم وفي الادمية وفي النسيج الخلوى تحت الجلد وفي
الاعشبية المخاطية . ويكون اليرقان الكاذب (المنسوب لسرعة وكثرة احتراق السكريات
الجمراء للدم تبعاً لبعضهم) ناجما عن تغير كبدى أيضا . وعلامات اليرقان هي . أولا
اللون الاصفر للجلد والاعشبية المخاطية فاللون الاصفر للجلد يختلف من اللون الاصفر الخفيف
الى اللون الاخضر الغامق وعند زواله يتقل اللون من درجة الى درجة أخرى وهكذا
الى أن يصل الى اللون الطبيعى . ويظهر اللون الاصفر أولا في العشاء المخاطى للعين وتحت
اللسان ثم بعد ذلك يظهر أيضا في الاجزاء الرقيقة من الجلد كجلد جناح النصف وجلد
الصدغ والجبهة ثم يعم جلد الجسم (اللون اليرقانى لهذه الاعشبية لا يرى في النور
الصناعى بل يرى في النور الطبيعى أى أثناء النهار ولذا يلزم بحث الجلد والاعشبية
المخاطية أثناء النهار لمدة الليل) . ثانيا من علامات اليرقان بنية النبض فقد ينزل الى
(٥٠) بل الى (٤٠) نبضة في الدقيقة أو أقل من ذلك وبطء النبض في اليرقان هو
القاعدة المطردة في اليرقان الوقتى ثم متى أخذ المريض في الشفاء تزايد عدد النبض عن
ذلك حتى يصير في عدد الطبيعى عند تمام الشفاء وقد يتزايد عن العدد الطبيعى متى استمر
اليرقان زمنا طويلا . ثالثا من علامات اليرقان حصول أكلان في الجلد . رابعا
من علاماته أن يترك المريض في كثير من الاحوال طعاما رافقه ونادرا أن يرى المرثبات
صفراء اللون . خامسا - من علامات اليرقان اخطر حصول أنزفة مختلفة المجلس
خصوصا الرعاف . سادسا كثيرا ما يحصل للصاب به ظواهر عصبية غميمة وذلك
كأخطرفة والهزبان والتفضات الوترية أو التنعس والكوما مع تمدد الحدقة
(أى شلها) فلا تنقبض بتنبهها بالضوء . سابعاً قد يصطبغ اليرقان بحالة حمية

. تامنا يكون البول محتويا على المادة اللونية للصفراء . تساعدهم تلون المادة البرازية متى كان اليرقان احتباسيا أى ناجما عن انسداد القنوات الصفراوية المتفرجة للصفراء كما في الحالة النزلية الاثنى عشرية وذلك في انسداد القناة بالحصاة الكبدية أو ضغط القناة الصفراوية بأورام تمنع نزول الصفراء في القناة المعوية فتكون مواد البراز مبيضة عديدة اللون منتنة الرائحة في كثير من الاحوال

(أسباب اليرقان) أولا - قد ينجم اليرقان عن حالة نزلية بسيطة للعدة والاثنى عشرية نجت عن تلبك معدى أو عن تأثير برديهم ما يحصل انتفاخ في الغشاء المخاطي لقناة كولوديك فتسده واليرقان فيه ما يظهر من اليوم الخامس الى السابع من ابتداء المرض وحينئذ تصير المواد البرازية عديدة اللون ثم تنقص الحى والظواهر العمومية بسرعة وتمكث المواد البرازية عديدة اللون في الاحوال العادية مستمرة مدة تختلف من (١٠ الى ٢٠) يوما ثم تتلون باللون الاصفر متى زال الانسداد الناتج عن الحالة المذكورة ويكون زواله تدريجيا في الاحوال المنتظمة وقد لا يستمر زواله الا بعد جلاء أشهر متى كان حاصلا في قناة كولوديك . ثانيا - قد ينجم اليرقان عن مرض عفن حاد أثر على الاخلية الكبدية وحينئذ فلا يصطب بطواهر انسداد المسالك الصفراوية وبناء على ذلك لا تكون مواد البراز فيه مبيضة بل يصطب بطواهر ترايد كية الصفراء النازلة في القناة المعوية فتكون مواد البراز فيه ذات لون اصفر مخضرا . ويوجد من هذا النوع نوع آخر يتسدى كالأعراض العفنة الخطرة ثم تحسن حالة المريض وتحصل نقاهته ولكن بعد مضي ثلاثة أيام الى ثمانية من النقاهة تحصل نوبة أخرى مثل الاولى فيقال له يرقان حى عفن نوبى وقد يكون التأثير الواقع على الخلايا الكبدية من التعفن المرضى عظيما فتتلف بالتعفن وتصير عديدة الكفاءة (insuffisance hepitique) لتأدية وظائفها كما في اليرقان الخطر والتسمم بالفوسفور (intoxication) وكوجود أورام في الكبد أو إعاقه دورة الكبد إعاقه مستمرة لانه ينجم عنها تلف الخلايا الكبدية . وقد يكون التعفن الكبدى أوليا ومجهول الطبيعة وفي أغلب الاحوال يكون ناتويا فيحصل عقب كل مرض تعفنى عمومى (infection générale). ثالثا ينجم اليرقان الخطر أيضا عن السيروز الكبدى الضخامى . رابعا - قد ينجم أيضا عن السيروز الكبدى القلبي . خامسا - قد ينجم اليرقان عن التهاب الرئوى الفصى . سادسا - ينجم اليرقان عن الحصوات الكبدية في المغص الكبدى بسبب انسداد القناة الصفراوية بالحصاة كما هو واضح في شكل (٩١) السابق ويظهر في اليوم الثانى أو الثالث من نوبة المغص ويصحب

اليرقان المذكور عدم تلون المادة البرازية أى تكون بيضاء كما سبق وقد لا يحصل المغص الكبدي ولكن يظهر اليرقان وتصبح مادة البراز بيضاء فيكون ذلك على مغص أجهض أى لم يتم ولكن ذلك نادر وقد تقف الحصى الكبدية في القناة الصفراوية بسبب أن تسدها قمر الصفرا من بين الحصى وجد نثر القناة وبذلك لا يحصل اليرقان ولكن ذلك نادر بل متى وجدت الحصى سدت القناة ونجم عن ذلك اليرقان واستمر مادام الانسداد المذكور حاصلا . سابعاً قد يحصل اليرقان من انضغاط القناة الصفراوية بنورم بطني أو بسرطان رأس البنكرياس . ثامناً - قد ينجم اليرقان عن الاحتقان الكبدي التواردي (وحيث يشعر المريض قبل ظهور اليرقان بثقل وعدم راحة في المراق اليميني ثم عقب ذلك بيومين أو ثلاثة يظهر اليرقان) وهذا ما يحصل عند المدمنين على تعاطي المشروبات الروحية وعند المصابين بتمدد معدي والمصابين بالنقرس . وعادة يكون اليرقان الناجم عن الاحتقان المذكور قليل الوضوح فلا توجد المادة الملونة للصفرا في البول حينئذ . وقد يحصل اليرقان عن الاحتقان الكبدي الاحتمالي الناجم عن عدم الكفاءة العقلية خصوصاً الناجم عن تغير الصمام المترال (لان فيها يحصل تمدد في البطين اليميني ثم عوق سير الدم في الاوردة الأجوفية) فينجم عنه سيروز الكبد (سيروز كبدي قلبي) وقد ينجم عنه عدم كفاءة الخلية الكبدية ويرقان خطر قلبي . ولا ينجم عن السيروز الوعائي الدموي (أى الذى يتسدى التغيير فيه بالأوعية الشعرية الدموية الكبدية) يرقان لعدم تكون الصفرا من الابتداء لتلف الأوعية الدموية والخلية الكبدية . وأما فى السيروز الصفراوى (أى الذى يتسدى فيه التغيير بالقنوات الصفراوية الكبدية) فيكون اليرقان موجوداً دائماً ووجود اليرقان علامته الرئيسة لانه ناجم عن كون الصفرا انحبست قبل تلف الخلية الكبدية فدخلت فى الدم وأحدثت اليرقان فيصطبغ السيروز الناجم عن التهاب أصول قريعات القنوات الصفراوية (أى الناجم عن الحالة السيروزية للقريعات الصفراوية) باليرقان . والسيروز الصفراوى الضخامى المعلوم هانوت هو نموذج هذا النوع . تاسعاً - قد ينجم اليرقان عن الحالة الشحمية للكبد كما عند المصابين بالدرن الرئوى . عاشراً - قد يحصل اليرقان بعد حصول انتعال نفسانى أو كدر فجائى أو خوف فجائى بزمن يسير من نصف ساعة الى ساعة وفسره بعض اطباء بانقباض تشنجى للقنوات الصفراوية ينجم عنه حصول احتباس وقتى فى الصفرا . حادى عشر - قد يحصل اليرقان فى الزهري أثناء الشهر الثانى أو الثالث من الاصابة المكتسبة وهو يشبه اليرقان النزلى

العادى ولكن يتوافق حصوله مع ظهور العوارض الشائبة للزهرى ومدته طويلة كشهريين
أوأكثر . ثانيا عشر - قد يحصل اليرقان خديث الولادة بعد بضعة أيام ويكون ناجما
عن الضغط الذى حصل له أثناء ولادته ومدته قليلة فيزول بسرعة فلا يفتبس باليرقان
العفن الوبائى الناجم عن حديث الولادة من التهاب الوريد السرى ويقود بسرعة الى الموت
بامتداد الالتهاب الى البريتون وحصول التهاب بريتونى حاد

وتوجد أمراض كبدية لا تصطب باليرقان وهى . أولا - السيروز الكبدى
الضمورى بسبب تلف الخلية الكبدية فيه من الابتداء . ثانيا - سرطان الكبد حيث
لا توجد الا خلية الكبدية مع انها هى التى تكون الصغرا وقد تلفت من الابتداء
ثالثا - الخراج الأولى للكبد لان الخلية تلفت فى الجزء المصاب . رابعا زهرى
الكبد لان الخلية تلفت أيضا

. الثانى من الاضطرابات الوظيفية للتغيرات الكبدية الألم الكبدى وهذا الألم قد يكون
عبارة عن احساس بمزاحة وثقل يتركه المريض فى المراق اليمىنى تحت الاضلاع السكاوية
فتى وجد بهذه الصفة دل على وجود احتقان كبدى تواردى أو احتسابى . وأما الألم فى
المغص الكبدى فيكون ألما حقيقيا شديدا جدا حتى ان المريض يصبح ويتقايأ ويتغطى
وجهه بالعرق البارد وقد يكون الألم المذكور قصيرا المدة فيزول بعد بضع ساعات لكن يبقى
دائما بعده احساس خفيف بثقل فى المراق المذكور يستمر جملة أيام . وعلى العموم يكون
مجلس الألم فى المراق اليمىنى ومنه قد يتشعب نحو الكتف اليمىنى والحفرة فوق المعدة . وقد
يكون الألم خفيفا فى قسم الكبد أى فى محل منشئه حتى لا يتركه المريض فيه ولكنه يكون
قويا فى الحفرة فوق المعدة حتى يظن أنه ألم معدى ومن صفة ألم المغص الكبدى أن يكون نوبيا
وتختلف مدة كل نوبة بسرعة وبطء مرور الحصة . وينجم الألم الكبدى الشديد المذكور
فى تسعة من العشرة عن وجود حصة صفراوية فى احدى القنوات الصفراوية أو فى
الحويصلة المرارية كما هو واضح فى شكل (٩١) السابق . وأما الألم فى السرطان الكبدى
فن صفة أن يكون نحسا ومستمر بعكس ألم الحصة فى المغص الكبدى فانه يكون نوبيا ونوبه
تبتدى بعد الاكل تقريبا . وأما الألم الكبدى فى التهاب الحادة فيجلسه يكون المراق اليمىنى
أيضا ومنه قد يتشعب الى الكتف اليمىنى ونحو الحفرة فوق المعدة أيضا الا أنه يكون مستمرا
ومصحوبا بحمى وهذه هى التى تميزه

. الثالث من الاضطرابات الوظيفية للتغيرات الكبدية الحمى - وهى عرض من ضمن

الاعراض العمومية التي تُحسب الامراض الخادة ولكن للحمي في التغيرات الكبدية سير مخصوص حتى يثبت يمكن اعتبارها عرضا خاصا للتغير الكبدى . ويوجد من الحمي الكبدية شكلا ن الاول متقطع تتكون كل نوبة من نوبة من ثلاثة اذوار دورقشعرية ودور حرارة جافة ودور عرق أى تتكون النوبة كنوبة الحمي المتقطعة للمالاريا ولكن تتميز عنها بكون نوبة المالاريا تحصل قبل الظهر وتبع سير منتظم في الساعة وانه يام ويوجد في الدم اثناءها الايماتوزوير (hematozvoaires) ويحجمها تزايد في افراز البولينا (urée) وأما نوبة الحمي الكبدية فتحصل بعد الظهر وبدون انتظام ولا يوجد في البول ورائها ولا يحجمها تزايد في افراز البولينا في البول بل بالعكس يحجمها تناقص في افراز المادة الأزوتية (hypoazoturie) . وقد تتكرر النوب الحمية الكبدية مدة أسابيع بل وأشهر . وقد لا تتكون الحمي المذكورة ذات نوب بل تكون مستمرة وتكون حرارتها أقل ارتفاعا عن حرارة الحمي في النوب وأكثرا ارتفاعا عن الحرارة الطبيعية ويحصل فيها انحطاط صباحي وارتفاع مسائي فتي استمرت هكذا صارت مزمنة وخطرة كأنواع المتقدم وتتميز النوع المذكور عن الحميات الأخرى غير الكبدية بالتظاهر المصاحبة . والشكل الثاني من الحمي الكبدية تتكون فيه حرارة الحمي الصفراوية شديدة فتصل درجاتها الى (٤١) لكنها وقتية وهذه الحمي الوقتية قد تحجب مرور اخصا الصفراوية (أى أنها تصعب المغص الكبدى وتزول بزواله) . وهذان الشكلان من الحمي الصفراوية ينسبان بدون شك الى تعفن . فالأولى (أى النوب والانحطاطى) يدل في الغالب على وجود التهاب الفريعات الصفراوية وانتهائه بالتعفن . وأما الثاني فيدل على تعفن عارضى نجم عن احتباس الصفراوامةصاص جزء منها أثناء مرورها في القناة الصفراوية ولكنه لا يتبع بشئ غير ذلك

في طرق بحث الكبد والعلامات المرضية الاكلينيكية له

الاول - البحث بالنظر يشاهد بالنظر تحدد في المراقب اليبنى بل وفوق المعدة متى كان حجم الكبد متزايدا عن حجمه الطبيعي وبالعكس يشاهد تعدد الاوردة تحت جلد البطن متى كان الكبد ضامرا (سيروز الكبد الضمورى) ويشاهد نبض وريدى في الاجوف متى وجد سيروز الكبد الناتج عن عدم كفاءة الصمام ذى الثلاث شرافات (كبد قلبى) الثاني - البحث بالجس باليد يعرف بالجس باليد ضخامة الكبد بتجاوزه الاضلاع الكائبة ويعرف به أيضا قوام الكبد (ان كان نسيجه طريا كالعادة أو صلبا كما في الاحوال المرضية

الخلوية له) ويتبدى الطبيب بالجلس بالأصابع بضغط المراق اليميني بهامن القسم تحت
السررة وصاعداً من أسفل إلى أعلى ليحمل باليد إلى انكبدمن حده السفلى فالأصابع الضاغطة
من أسفل إلى أعلى تدرك أولاً رخاوة البطن ومتى وصلت للكبد أدركت صلابته ولكن
إذا كان في البطن انتفاخ غازي معوي أو استسقاء في صعب ادراك ذلك بانحس المذكور
وحيثما إذا كان الموجود في البطن سائلا كالاستسقاء الرقي يلزم الضغط بالأصابع فبأداة في
محاذاة الحافة السفلى للكبد فيتبعها السائل في النقطة المذكورة تحت الأصبع وتصل
إلى الأجزاء الغائرة فتدرك صلابه الكبد وعلى العموم متى كان الكبد متجاوزا من أسفل
حافة الاضلاع الكاذبة يلزم قياس الجزء المتجاوز الاضلاع بالأصبع ليعرف مقدار هذا
التجاوز لان التجاوز يعد في الكلى كالتدبير بعرض الأصبع فيقال إن الكبد متجاوزا الاضلاع
بعرض أصبعين أو ثلاثة أو أربعة إلى آخره ويلزم الطبيب جس الحافة السفلى للكبد
لمعرفة شكلها ان كانت حادة ومنتظمة كفي الحالة الطبيعية أو انها رقيقة حتى يمكن
ضبطها بالأصابع أو انها مسيكة ومنتظمة أو ذات حديدات أو وحدة واحدة أو بها ورم
أو انها ذات حروز ومنكشمة ولمعرفة كون الكبد عديم الاحساس كفي الحالة الطبيعية
أو يتألم المريض من ضغطه وكون الحافة المذكورة طرية كالعادة أو صلبة * وجميع
ذلك يكون سهل الادراك باليد متى كان حجم الكبد متزايدا نعم قد يكون الكبد ضخما
ولكن لا يتجاوز حافة الاضلاع الكاذبة وذلك متى كان جزؤه العلوي منحنيًا إلى الخلف
(أي منتبها تحت سطحه السفلى) كما أنه قد يكون متجاوزا الاضلاع مع أنه غير ضخم
بل أنه متغير الشكل فقط (كبد مستطيل أو كبد خرج الحجاج) فلاجل عدم الوقوع في
الاشتباه يفعل الجس بطريقة (جليارد) (glenard) وهي أن توضع الأربعة
أصابع لليد اليسرى خلف القسم الخصري (القطن) والابهام من الامام وبذلك
تتحصر الخاصرة بين الابهام من الامام والأربعة أصابع الأخرى من الخلف ثم يوجه الطبيب
الوجه الراحي لأغله الابهام إلى الأعلى نحو المراق اليميني طالما تضغط أصابع اليد اليميني
الجدار المقدم للبطن أثناء شهيق المريض فيدرك الابهام حينئذ أثناء الشهيق نزول الكمية
اليميني أولاً ثم يعقبها نزول عضو آخر نحو الامام وهذا العضو هو الكبد فيكون على الأصبع
فيوجهه الأصبع من الخلف إلى الامام ومن أسفل إلى أعلى ومن الداخل إلى الخارج
وبذلك يدرك الطبيب عرفه هذا العرف هو حافة الكبد فقد ينزل الكبد أسفل من الضلع
الثاني عشر بحملة ستمترات في الشهيق ويعود إلى محله في الزفير . وبالجلس باليد تعرف

أيضا حالة المسالك الصفراوية أو بالأقل حالة الحويصلة الصفراوية التي توجد في حذاء الضلع العاشر وفي محاذ الحافة الوحشية للعضلة المستقيمة البطنية في الجزء المؤثر به بحرف (ح) من شكل (١٨) السابق

الثالث البحث بالقرع - يعرف بالقرع الاصلية الكبدية ولكن قد توجد أسباب توجب صعوبة الوصول لذلك منها تراكم كمية عظيمة من الغازات أو من المواد الفضلية في القناة المعوية ومنها انتقال الكبد وسقوطه أي انخفاضه فقط أو بقليل على شعوره المستعرض أو وجود تشوه في شكله . وبالقرع تعرف الحافة السفلى والحافة العليا للكبد انما يجب التذكر لنقطة المقارنة المتعارفة السابقة الذكر في العموميات . ويكون القرع من أسفل الى أعلى لمعرفة الحافة السفلى وابتدئ الطيب بالقرع من أعلى الى أسفل لمعرفة الحافة العليا أولا ويكون ابتداء القرع من النقطة الاكثرتناية من الجهة اليمنى للصدر ومتى وجدت الاصلية يعلم عليها ثم يستمر القرع الى انتهائها ويعلم على هذه النقطة أيضا ويمكن الرجوع بالقرع من أسفل الاصلية الى الرناية ثانيا ومتى وجد أن الاصلية العليا التي تنتهي في الحافة السفلى للضلع السادس في الخط الشديدي اليميني في الحالة الطبيعية متجاوزة هذه الحافة على الخط المذكور من أعلى وان كانت حافظة لحدها السفلى كانت هناك تضخمات . واذا كانت الاصلية منخفضة عن الحافة المذكورة بمقدار تجاوز الاصلية حافة الاضلاع الكاذبة من أسفل كان هناك انخفاض كتلة الكبد لا تضخمات . ومتى كان الحد العلوي للاصلية لا يصل الى حافة الضلع السادس واخذ السفلى لها كائن أعلى من الاضلاع الكاذبة كان الكبد صغيرا الحجم أي ضامرا

. ويشاهد الضمور الكبدى أولا في اليرقان الخطر العفن ويسمى ذلك بالضمور الاصفر الحد للكبد وفيه يكون الكبد ضامرا في قطره العمودى وفي قطره المستعرض حتى ان حذبه اليسرى أى الفص اليسارى قد يزول كلية . ثانيا - عنداً كثر المدمنين على تعاطى المشروبات الروحية ويسمى بالضمور الالكولى وبسبب الكبد وبالسيروز الضمورى وفيه قد ينكمش الكبد حتى ان الفص اليسارى يصير غير مدرك الصغر حجمه بالضمور . ومتى بزل الاستسقاء الزرقى المصاحب له ويبحث الكبد وجد ضامرا صغيرا الحجم ونسيجه صلبا عديم الالم وتكون حافته السفلى صلبة ذات ارتفاعات وغير منتظمة عوضا عن ان تكون متساوية ملساء كافي الحالة الطبيعية . ومتى كان حجم الكبد متزايدا عن حجمه الطبيعي وكان التزايد عاما لجميع كتلته قبل له كبد ضخمة وقد يكون هذا التزايد قاصرا على جزء منه فالحالة الاولى

تشاهد في الاحتقان الكبدي وفيه تكون وقتية في أغلب الاحيان أي انها تزول بزواله وتستمر متى كان مستمر اسواء كان الاحتقان وارديا أو احتباسيا وفيه تتجاوز حافته السفلى حافة الاضلاع نحو عرض أصبع واحد على العموم . وتشاهد الاحتقان التواردي عند المصابين بفساد الهضم (dyspeptiques) ومتى استمر أحدث اضطرابا في وظيفة الكبد ثم ان الكبد المتزايد الحجم بسبب ضغطه على الكلى يحدث سقوطها الى أسفل . وأما الاحتقان الكبدي الاحتباسي فيشاهد عند المصابين بعدم كفاءة القلب لتأدية وظائفه كما ذكر . وتشاهد أيضا الضخامة العمومية للكبد في استحالاته الى الحالة الدهنية المسماة بالسيروز الكبدية الضخامي للعلم هانوت (Lannet) ففيه يتجاوز الكبد من أسفل الاضلاع الكاذبة ويمتد الى أعلى فقد يصل للمسافة الرابعة بين الاضلاع فيكون طول الابهامة من أعلى الى أسفل نحو (٢٠) سنتيمترا (وليس من النادر امتداد الكبد الى المراق اليساري ووصوله الى الطحال الذي يكون ضخما كذلك) ويكون سطح الكبد صلبا أملس وحافته السفلى قد تكون حافظة لشكلها ونظامها لكنها على العموم تكون ثخينة مستديرة متملمة تتجاوزة الاضلاع الكاذبة وهذا ما يشاهد في السيل الرئوي أيضا . وأما في الاستحالات الدهنية الكبدية الاخرى فلا تتجاوز الحافة السفلى للكبد الاضلاع الكاذبة . وتشاهد أيضا الضخامة العمومية الكبدية في الاستحالة النشوية له فيدفع الكبد جزء الصدر الى الامام فيتحجب القفص الصدري في الجهة اليمنى ويمتد الكبد الى أسفل نحو البطن فتعرض البطن ويكون سطح الكبد أملس وقوامه رخاوا ولا يتألم المريض بالضغط عليه . وتشاهد أيضا الضخامة العمومية الكبدية في اصابة الكبد بالزهري ويظهر الزهري الكبدية الوارثي مبكرا عند حديث الولادة . ويظهر الزهري الكبدية المكتسب مؤخرا عند الكهل . والزهري الكبدية من العوارض الثلاثة للزهري . فالوراثي يظهر بعد ولادة الطفل بثلاثة شهور (وقد يكون متأخرا) فيكون الطفل مصابا بحالة الكاشكسية فتكون هيئته كهية شيخ هرم صغير الجسم والكبد يكون عنده عظيم الحجم صلبا أملس يتألم من ضغطه . والزهري الكبدية الثلاثي الكهول لا يصطب بيران ولا بألم ولا بالاستسقاء الزرق ولذا لا يعرف الا بالجس والقرع لكون الكبد عنده يكون ضخما ومتغير الشكل . وقد يكون عظيم الحجم قاصرا على أحد قصوصه والقص الآخر يكون باقيا على حالته الطبيعية والقص المتغير نفسه يكون بعضه منخفا وبعضه بارزا ويكون باقي الكبد بارزا بينهما

. وأما التزايد الجزئي للكبد فيشاهد أولاً - في الخراج الكبدي الذي يعرف بتحبيب الجوزة المقدمة اليمنى لقاعدة الصدر ويأخذ في الازدياد تدريجياً أثناء وجود مرض آخر عند المرء يضيقهم عنه سد سيارة بابية كالدوسناري أو يكون مصحوباً بحمى مخاطية وبالم شديد في الكبديتين أحياناً فعلى البحث الجيد بالجس والقرع معا . ثانياً - في السرطان الكبدي وهو يحصل حصولاً أولاً وتالياً لوجود سرطان في عضو آخر فالسرطان الأول هو الأكثر مشاهدة والتي تولد تكون عنه كتلة سواء كان مركزياً أو سطحيًا والمركزي يكون كتلة مركزية تمسد نسيج الكبد المحيط بها والمكون لها قشرة (سرطان لوزي) (cancer en amande .) والتي كان السرطان سطحيًا كون حديبه أو جملته حديبات صلبة منتشرة بدون نظام في سطح الكبد . والتي تزايد حجم السرطان المركزي تزايد حجم الكبد في جميع كتلته فيتجاوز جميع حافة الاضلاع ويمكن أن يصل الى السرة بل ويقترب من الشوكة الحرقفية المقدمية العليا ويكون قوامه صلباً ويحفظ شكله وملاسة سطحه الى الانتهاء وتزايد حجم الكبدي في هذه الحالة يحصل بكل سرعة حتى انه يمكن أن يتجاوز التزايد نحو (٣) سنتيمترات في مدة (١٥) يوماً . وهذا التزايد السريع من العلامات المهمة الشخصية لوجود السرطان الكبدي عند عدم موضح العلامات الأخرى السرطانية الكبديّة التي منها الحالة الكاشيكية أي الأنيما الشدية لان بها يكون تشخيص وجود السرطان الكبدي أكيداً . والحديبات السرطانية السطحية الكبديّة سواء كانت أولية أو ثانوية تدرك بالجس على هيئة حديبات بارزة (مثل أبي فروه) ووجودها يغير شكل الكبد ووزنها تميزها من بروزات الاكياس الديدانية الكبديّة

. وعلى كل متى وجد الطبيب بروزاً أو انتفاخاً موضعياً كبدياً فخصه لانه (خلاف ما تقدم) قد يكون عبارة عن كيس ديداني كبدي أو عن تزايد في حجم الحويصلة المرارية فأما الكيس الديداني فيكون وربما أملس مستديراً مجلسه إما في قسم فوق المعدة في الفص اليساري للكبد وإما في المراق اليميني متى كان مشاغلاً الجهة المقدمية أو السفلى للكبد ومتى كان مشاغلاً الجهة العليا للكبد أو في وسط نسيجه فيتم عنه عظم حجم الكبد وتجاوز أخصيته الاضلاع في جميع طوله . ويعرف الكيس الديداني بالارتعاش الديداني الذي يحصل فيه أثناء قرعه ثم إذا برز وبجس متصله بالمكروسكوب تشاهد كلاليب الديدان المدكورة كجافى شكل (٣٠) السابق * وأما تزايد حجم الحويصلة المرارية في التهابها فيعرف بجلسها لانها موضوعة في وسط الحافة السفلى للكبد وحشى الحافة الوحشية للعضلة المستقيمة البطنية اليمنى قرب

الخط القريب من القص في النقطة المؤشر لها بحرف (ح) من شكل (١٨) السابق ففي هذا الجزء يجد الطيب بالجلس ورماسلها منتظمة متوترا وان أمكن انخساف جدر البطن حوله يرى أن شكله كمنرى واذا حصل التهاب فيها وفي الاجزاء المحيطة بها تعسر تحديدها ولكن تدرك الاصابع حينئذ نوع تعجن منتشر . والتهاب الخويصلة المرارية يشاهد في الحصى التيفودية . وعلى العموم يعرف كون الورم متصلا بالكبد أو لا بالجلس والقرع عفتي وجد بالقرع ان أصمبة الجزء البارز متصله بأصمبة الكبد كان ذلك البروز في الكبد ومتى كان منفصلا عنه برنانية كان في غيره وأما في حالة وجود الامعاء بين الكبد وعنق الورم واختفاء اتصال الاصمبة ببعضها فيلجئ الطيب الى النظر فاذا شاهد أن الورم ينخفض في البطن أثناء الشهيق ويرتفع أثناء الزفير كان الورم متصلا بالكبد لانه يتبع حركة الحجاب الحاجز في الارتفاع والانخفاض واذا لم يحصل فيه الانخفاض والارتفاع المذكوران كان في غير الكبد

ومن وسائل بحث الكبد البزل الشعري الاستقصائي عند وجود شك في تكون الصديد فيه أو الاشتباه في وجود كيس ديداني لان به يخرج جزء من السائل اذا وجد فتعرف طبيعته فيكون شفاوا أو صديديا أو صفراويا ويبحثه بالمكروسكوب توجد الكلايب اذا كان آتيا من كيس ديداني وفي هذه الحالة الأخيرة يلزم الاحتراس لانه يحصل خطر عظيم من سقوط جزء صغير (أى نقطة صغيرة) من سائل الكيس الديداني الكبدى في البريتون أثناء اجراء البزل الشعري لان هذا السائل سم قاتل يصيبه طواهر طفع أنجري وطواهر سنكوبية (انماء) بل وأعراض مميتة في بضع دقائق

المبحث السابع في الطحال - التركيب والوظيفة

يوجد الطحال في المراق اليسارى بين الكاية اليسرى والحجاب الحاجز وقاع المعدة كما هو واضح في شكل (١٨) السابق وله سطحان سطح أنسى يوجد فيه فتحة دخول أو عيته وخروجها و سطح وحشى أملس محدب ملامس للاضلاع والحجاب الحاجز وهو الذى يتوصل اليه بالمبحث الخارجى . وقد يكون الطحال موضوعا عند الكهل بين الحافة السفلى للضلع الحادى عشر (بل وأسفل من ذلك) والحافة العليا للضلع الثامن ومحور الطحال عادة (هو جزء دخول الاوعية فيه) هو الاكثر ثبوتا وهو موجود في محاذاة الضلع التاسع . وقد يترشح الطحال من محله بتمدد الاعضاء المحيطة به وضغطها عليه . ويتركب الطحال من عدد عظيم من غدد ليفاوية منتشرة في شبكته وقنواتها الليفاوية مستعاضة بأوعية دموية أى أن الطحال غدة

ليفاوية دموية ولذا اذا تلف الطحال أو استؤصل ضخمت جميع الغدد الليفافية الأخرى للجسم لتعوض الطحال . وأما وظيفته فلم تفهم جيدا الى الآن فالترتيب العضوي يضع الطحال كعضو مكون لكثير من الكرات البيضاء وأمانا تأثيره على الكرات الحمرافه وقليل ومع ذلك فبعضهم قال ان الطحال يتلفها والبعض قال انه يكونها وتدقان (برون سكار) ان الطحال يفرز سائلا داخليا كالغدة الدرقية والتمبوس وقال بعض الاطباء انه لا وظيفه له ويمكن استئصاله بدون تغيير يحصل في الصحة

في العلامات المرضية للطحال - العلامات المرضية الوظيفية له

لعدم معرفتنا جيدا لوظائف الطحال لانعرف جيدا اضطراب هذه الوظائف انما قد يوجد ألم في المراق الأيسر يشعر به الشخص في بعض التهابات الطحالية ويكون هذا الألم شديدا في بعض سدده خصوصا في تعفنه الحاد حتى يقال له انه ألم جنبي

طرق بحث الطحال والعلامات المرضية الاكلينيكية له

أولا - البحث بالنظر قد لا يمكن ادراك شئ بالنظر بسبب وجود الاضلاع المغطيه له متى كان لم يتجاوز حجمه الطبيعي الا قليلا وأمامتي صارت زايدة حجمه عظيما فيشاهد تمدده وملامسته للكبد الذي قد يكون هو كذلك ضخما بالسبب نفسه الذي أحدث ضخامة الطحال فتى كان التزايد قاصرا على الطحال نجم عنه بروز المراق اليساري كما في شكل (٢١) السابق ومتى صاحب ضخامته ضخامة الكبد نجم عن ذلك بروز الجزء العلوي للبطن وتقعره أسفل منهما ثانيا البحث بالجلس باليد - قد يكون الطحال ضخما كثيرا ونازلا الى نصف البطن حتى يمكن معرفة ذلك بضبطه بين اليدين كما هو واضح في شكل (٢١) السابق

ثالثا البحث بالقرع - لاجل قرع الطحال يسطح المريض على جنبه الايمن وذراعه الايسر يكون مرفوعا الى أعلى فوق رأسه كما سبق في العموميات ثم يبحث عن قطره العمودي ثم عن قطره المستعرض . فلاجل بحث القطر العمودي يقرع من قمة الحفرة تحت الابط الى الشوكة الحرقضية المقدمه العليا كما سبق . ولاجل بحث قطره المستعرض يقرع على خط عمدة من الخط الأول الى التواخنجري ثم من الخلف نحو العمود الفقري ويلزم ان يكون القرع قويا غائرا لان جزاه العلوي مغطى بجزء رئوي نعم ان جزاه السفلي موجود تحت الجدر البطنية ويمكن قد يكون القولون مغطياه أو أن قاع المعدة هو المغطيه له ولذا متى أدرك الطحال بسهولة دل ذلك على انه متزايد الحجم . وحدوده الطبيعية هي المشار لها بشكل (٢٠) السابق وسدد الطحال وخراجاته لا يوجد لها علامات إكلينيكية الامتني نجم عنها التهابات دائرية تفحيمية

فيوجد حينئذ فقط علامات غلغمة وفي غائر بدون أن يعرف مجلسه ولا سببه . ويعرف كون الطحال سائظا متى وجد منخفضا فقط عن محله الطبيعي وحافظا لحجمه وقد يكون منخفضا ومتحر كما متى أمكن تحركه باليد الى جهات مختلفة وشكله حينئذ يميزه عن الأورام الأخرى للبطن وأورام الطحال نادرة الحصول . وأما ضخامته فأسبابها كثيرة ولكنها معبة التفسير فمنا ضخامته المصاحبة لضخامة الغدد الليمفاوية الأخرى للجسم ويصحبها ما تكون كثير من الكرات البيضاء وحالة أنيميا عومية واضحة . ومنها ضخامته الناجمة عن الاستحالة التشويبه له وهي تصحب الاستحالة النشوية للأعضاء الأخرى . ومنها ضخامته في الأمراض الحادة الحية كالحميات الطفحية وبالخصوص القرمزية والجدري والخطر والحمى التيفودية والتيفوسية المصرية وفي البرقان العفن الخطر (الحمى الصفراء) . ويكون متزايد الحجم ولكن يكون قليل الوضوح عند الاطفال المصابين بالحمى التيفودية ويحصل التزايد في الحمى المذكورة من نحو وسط الأسبوع الأول لها ويبلغ أقصاه في انتهاء الأسبوع الثاني ثم يبتدىء في التناقص بعد ذلك حتى انه في الأسبوع الثالث لها لا يكون الطحال الذي ضخم كثيرا حافظا الا نحو ضعف حجمه الأصلي . وفي سير البرقان الخطر تكون ضخامة الطحال مفيدة لمعرفة الخطر أي كلما كان الطحال أكثر ضخامة كلما كان البرقان أكثر خطرا . ويتأخر تزايد حجم الطحال في التهاب الرئوى وفي الدفتريا وفي الحمرة . وتوجد الضخامة الطحالية في سيروز الكبد وفي الپالوديسم (paludisme) حتى انه متى وجدت ضخامة الطحال بدون حمى كان ذلك ناجما عن سيروز كبدى وإما عن الپالوديسم فالضخامة الطحالية هي القاعدة في سيروز الكبد الضمورى وفي سيروز الكبد الضخامى لها نوت (hautot) ففي سيروز الكبد الضمورى تكون الاصبعية العمودية للطحال من (٨ الى ١٠) سنتيمترات وأما في سيروز الكبد الضخامى فان الطحال يتجاوز حافة الاضلاع ولكن تزايد حجم الطحال والكبد هو علامة الانيما الپالوديسم المزمن (impaludisme chronique) ففيه يصل حجم الطحال الى حجم عظيم جدا ومتى حصلت الضخامة المذكورة استمر وجودها بل وقد يحصل فيها بعض نوب تزايد بطيئة . وقد يسمع نغص خفيف في الطحال الضخم الناجم عن الپالوديسم أو عن السيروز الكبدى (وقد تحصل ضخامة طحالية أولية يصحبها فيما بعد اضطرابات هضمية وكاشيكسيات تنتهى الرت) . وضخامة الطحال عند حديثى الولادة تكون ناجمة عن وجود الدرن أو عن أمراض زهرية وراثية وفي هذه الحالة الأخيرة قد تزول ويصير الطحال عاديا بعد زمن قليل من العلاج

ومن وسائل بحث الطحال برزله الاستقصائي لأخذ جزء من دمه وزرعه لمعرفة وجود باسيل الحصى التيفودية (باسيل ايرت) (Dilat.) لان هذا المكروب لا يوجد في اطحال فقط ولا يوجد قط في دم الأوعية الأخرى للجسم ويلزم أن يكون البرز في وسط المسافة بين الاضلاع المقابلة لمركز الاصمبة الطعالية ويلزم أثناء البرز أن لا يتنفس المريض وأن الآلة البازلة تكون معقمة وكذلك الجلد

المبحث الثامن في البنكرياس - التركيب والوظيفة

البنكرياس هو عضو حشوي بطني من متعلقات الجهاز الهضمي وهو موضوع في البطن بالعرض خلف المعدة بين الطحال والاثنى عشرى على العمود الفقري في محاذات الفقرة الاولى والثانية القطنيتين يتظر رقم (٨) من شكل (٩٢) السابق ويميز للبنكرياس رأس نحو اليمين وذنب نحو اليسار وجسمه بينهما . ويركب البنكرياس من غددة قودية كالغدة اللعابية وقنواتها المخرجة متصلة ببعضها ومكونة لقناة عمومية مخرجة هي القناة البنكرياسية أرقناة ويرسو نج (. vversung) وهي كائنة في داخل البنكرياس بطول امتداده ومتى وصلت رأسه تخرج منه وتحنى نحو الاسفل وتلتصق بالقناة الصفراوية الموجودة أعلاها وتمرر معها في الجدار الخلفي للاثنى عشرى وتنفخ في قناته في قعر واثر (ampoule de Vater.) ووظيفة البنكرياس هي أن عصيره يؤثر على الزلال فيتم استحالته الى بيبتون ويؤثر على النشا ويحيله الى جلوكوز ويؤثر على الدهن ويحيله الى مستحلب فهذه هي الثلاث وظائف الفسولوجية المعروفة الى الآن ولكن ايس من البعيد أن يكون له افراز باطني خاص كالأفراز الباطني الخاص لبعض الغدد الأخرى كالغدة الدرقية وغيرها مثلا

في العلامات المرضية للبنكرياس - العلامات الوظيفية له

متى حصل تغير في البنكرياس نجم عنه اضطراب وظيفته في الهضم أي عدم استحالته الدهن الى مستحلب وامتصاصه وبذلك يصير انبراز دهنيا حبيبيا . وينجم عن عدم استحالته للسكر وجوده في البول أي يصير الشخص ديابيطيا فيوجد في بوله السكر ويتحجب ذلك اضطراب الهضم واضطراب الازدراد ونحافة سريرة تنتهي بالموت في مسافة أربع سنوات

طرق البحث والعلامات المرضية الاكلينيكية للبنكرياس

بحث البنكرياس بالنظر غير مفيد لكونه لا يمكن مشاهدته لغورم وضعه وصغر حجمه * وأما بحثه بالجلس فهو غير مفيد أيضا لصعوبة وصول اليد اليه وبذلك يعسر معرفة سرطانه

ثم انه بسبب وجود البنكر ياس أمام الأورط ووجود الأورطى بينه وبين العمود الفقري قد يوصل الورم الموجود في البنكر ياس الى اليد نبض الأورطى فيظن أن ذلك الورم المصنوب بنبض هو أنقر يزما الأورطى البطنية اذالم يبحث الطبيب ذلك جيد التمييز الأنقر يزمان ورم البنكر ياس . وقد يكون اضطراب وظائف البنكر ياس ناجما عن ضغط الأورام المجاورة عليه أو من ضغط الحويصلة المرارية المتمددة بالصفراء أو من ضغط سائل الاستسقاء الزقي عليه

المقالة الخامسة في الجهاز البولي

نتكلم في هذه المقالة فقط على الكليتين والبول ومجاورة المثانة للأعضاء الأخرى وحالة الرحم حيث ان أمراض باقى أعضاء خاصة بالجراحة

المبحث الاول في الكليتين

الكليتان عضوان مهمان موضوعان في القسم القطنى على جانبي العمود الفقري أمام الجدار الخلقى الجانبى للقسم القطنى من تجويف البطن كما هو واضح في شكل (٤٧) السابق وتكون الكليتان مريضتين متى كانت بشرة أنابيبهما مريضة وتعرض هذه البشرة بوصول جراثيم الامراض العنقنة وبالادوية المضرة لها ما بواسطة شرايينها وتعرض الكليتان أيضا باصابة شرايينها بالتهاب الخلوى المزمن

التركيب والوظيفة

لاجل رؤية التركيب الباطنى للكليتين تشق الكلية من حافتها الوحشية الى حافتها الانسية فتتقسم الى نصفين متساويين فيشاهد أن سطح الشق مكون من جزأين مختلفى اللون أحدهما وهو الداخلى لونه أحمر غامق مكون من اهرامات قاعدتها نحو الدائر وقها نحو المركز وهذه القمم تكون بارزة على هيئة حلقات منفصلة عن بعضها بمسافات خالية تسمى كؤسا يعاينها جزء غشائى تقريبا هو الحويض وتسمى الاهرامات المذكورة باهرامات (مالپيجى) (malpighi) والجزء المتكئون من الاهرامات المذكورة يسمى بالجواهر النخاعى (médullaire) للكلى وأما الجزء الثانى المكون للكلى الموجود نحو قاعدة الاهرامات (أى فى الدائر) فهو وجود أيضا بين الاهرامات وفاصل لها عن بعضها ولونه أحمر باهت ومنظره حبيبي ويسمى بالجواهر القشرى للكلى وبناء على ذلك يكون كل هرم محاط بالجواهر القشرى فيكون كل هرم عبارة عن فص كلوى مركب من جزء من الجواهر القشرى ومن هرم * ويتركب كل هرم من جسم ذات قنات مركزية يلبها جزء رفيع قنوى ينتهى بجمله