اذا كانوا قد اصيبوا به فيحسن بنا ان نبث فكرة امكان حصول السيلان بعد زمن من الحضانة يمتد ثلاثة اسابيع ولو كان ذلك شاذا ونادرا جدا فبهذه الواسطة يمكن منع حدوث مشاكل عائلوية وبما انني في المدة الطويلة التي مارست فيها هذه المهنة وهي ٢١ سنة كنت دائما في ظروف ملائمة لحسن القيام بالبحث ومع ذلك لم اشاهد سوى حادثتين من حوادث السيلان الذى طال امد دور حضانته : اذا اصيب الزوج بالسيلان الذي يطول عهد حضانته فمن الميسر انتقال مرضه هذا الى زوجته لجهله الصدف التي تؤخر انكشاف اعراض المرض في وقته المعتاد والزوج بعد ان خان زوجته المسكينة بهذه الكيفية ربما اعتبر انها هي التي نكثت عهده وارتكبت خيانته وليست المسألة باقل اهمية في نظر الطب الشرعي ·

فاذا نظرنا الى المسألة من الوجهة التي سبق ذكرها فاننا نكون قد ضربنا عصفورين بحجر واحد (كما يقول المثل) · السفلس يمكن ان يمتد دور حضانته الى ٣ اسابيع · اذاً اننا لو دعونا الرجل الى الاحجام عن مواقعة زوجته قبل ان يمر عَلَى فعله الغير المشروع مدة ثلاثة اسابيع فاننا نعمل بذلك تدبيرا ذا فائدتين هما وقاية الزوجة من العدوى وايقاع الزوج الغير مكترث لهذه الامور في ارتباك حقيقي ·

الحرارة الكهربائية في معالجة السيلان

LA DIATHERMIE ENDO-URETHRALE

لفتح الله عقراوي

طالب طب في كلية باريس (*)

من المواضيع الطبية مايدور حوله الكلام الكثير اكثر من غيره حتى يصبح حديث الاندية الطبية او سواها والسبب في ذلك حداثة الموضوع «ولكل جديد طلاوة» واهم من ذلك ان الناس بين طبيب وعامي يعلقون عليه امالا كبيرة عله يفتح باب النجاة لالوف من المرضى الذين فرغ صبرهم وهم يقرعون باب الاطباء ·

وهذا شأن موضوعنا اليوم الكهرباء في معالجة التعقيبية · فكم وكم من الكلام الكثير دار ويدور حتى الان حول هذا الموضوع بين الناس في البلاد الغربية ! احسن شاهد عَلَى ذلك النشرات التي يستعملها الاطباء لبث دعوتهم ومن مر في شوارع باريس وساعده الحظ فلا يمشي ساعة حتى يرى جيبه مملوءا بنشرات في هذا المعنى توزع عَلَى الناس عَلَى قارعة الطريق · اما في العراق فلا اشك في انه كان للطريقة الجديدة رنة خاصة بين من يهمهم الامر ·

لست ممن يستخفون (وهم كثيرون كما سنرى) بالطريقة الجديدة الى درجة اهمالها بتاتا ولكني اعتقد من درس المسئلة وبحثي عنها ان الامر قد بولغ فيه وان الطرق المتعارفة في معالجة السيلان الحاد والمزمن كانت ولا تزال حجر الاساس في معالجة هذا المرض الشائع · الحرارة الكهربائية لا تخلو من الفائدة في معالجة التعقيبة ولكن في احكام مخصوصة لاغير · هذا ماسأجرب ان ابينه في هذا المقال ضمن دائرة من البراهين العلمية غير مكترث لما يحوم من المبالغة الكثيرة خارجها ·

(*) فتح الله عقراوي شاب عراقي يدرس الطب في باريس وقد سرجدا لصدور مجلة طبية في وطنه العراق فاراد ان يشارك ابناء وطنه في النهضة العلمية المباركة بالرغم من كونه لم يزل تلميذا · فبعث الينا بهذا المقال راجيا نشره في المجلة الطبية البغدادية وقد كتب الينا كتابا بديعا نثبت هنا اهم ماجاء فيه : « ... كنت ولا ازال منذ ماظهر العدد الاول من (المجلة الطبية البغدادية) اتتبع اعدادها بكل شوق واقرأ المقالات التي تنشر على صحائفها بكل لذة حتى عزمت وانا الفتي في سلكنا المحبوب عَلَى الانخراط في صف من يعضدون مجلتنا الطبية العراقية ويوافونها بمقالاتهم · وها اني اقدم لكم اول ثمرة اجتهادي وهي مقالة عن الحرارة الكهربائية في معالجة السيلان · وكم يسرني ان ارى اول مقال طبي لي ينشر في اول مجلة طبية عراقية ··»

فنحن لايسعنا الا الاجابة الى طلبه تشويقا له على الجد في سبيل التقدم ونرجو ان يكون سعي هذا التلميذ النشيط باعثا الى تحريك همم اطبائنا المحترمين للخروج من عزلتهم ومعاضدتنا في هذا المشروع المفيد ·

التعقيبية من الامراض التي اذا طال امدها تفرغ صبر صاحبها فتجعله كالاعمى « يتلمس الحيطان الصقيلة » على قول العامة ليتخلص من مرضه ملتجئا الى هذا او الى ذاك حسبما تهب الريح . وانه لما يدعو الى الاسف ان نرى من وقت الى آخر مبالغات زائدة في بعض اذيال الموضوع من جرائها يبتعد المرضى عن الطريق الصحيحة وتزداد مصيبتهم وعلى الطبيب حينئذ مدفوعا بواجب مقدس ان يرشدهم الى الحقيقة .

ليست الطريقة الجديدة التي نحن بصددها بنت اليوم او الامس بل يرجع مصدرها الى سنة ١٩١١ . وحسب اطلاعي على الامور سواء من المؤلفات الطبية او مما سمعته شفاهيا من اساتذتي ان اول من طبق المعالجة المعروفة باسم: Diathermie endo—urétnrale هو الدكتور روكيرول (Roucayrol) (١) الرئيس الحالي لدائرة المعالجات الكهربائية في مستشفى الامراض البولية (Hôpital Laribοisière) الذي يديره الاستاذ ماريون (Marion) في باريس .

غير ان الالمان يدعون انهم سبقوه في ذلك وان الفضل في تطبيق المبدأ الجديد في معالجة التعقيبة يرجع اليهم لا الى الافرنسيين . ولكن قلما يهمنا ان كان مكتشف المبدأ المانيا او افرنسيا ! فان العلم لا وطن له كما كان يقول الاستاذ برت .

ما هو ذلك المبدأ ؟ وهنا لا بد لي من سرد بعض من مفكرات المكتشف يقول : « ... ان المعالجة الاسقاطية التي اقترحها جاني (Janet) لشفاء السيلان الحاد بواسطة الغسيل الباكر بالمطهرات القوية لم يقبلها عقلي من دون اعتراض او تحفظ لاني شاهدت امام عيني كما يشاهد كل طبيب ان المطهر مهما كان نوعه ومهما كانت قوته وان كان يفني الميكروبات غير انه يضر با لخلايا التي يمر بها فيرفع عنها قوتها الدفاعية الطبيعية .

« ... ثم لفت نظري الى الجهة الاخرى فرأيت اختلاطات للتعقيبة تظهر في الجسم على اثر انتشار الكونوكوك في الدم واهمها التهاب المفاصل ففكرت في نفسي : ان الميكروب المذكور غير قادر على مقاومة حرارة تصعد فوق الدرجة الاربعين فماذا لو يفعل لو اصعدنا حرارة الجسم الى الدرجة الكافية لافنائه بسهولة ؟ وهكذا تولدت عندي فكرة ما اسميه « الحمية الاصطناعية » فقمت اطبقها على المجرى البولي ولكن من دون نتيجة محسوسة اذ ان تجاربي الاولى كانت بواسطة الماء الحار وجريان كالفاني (Courant galvaniquə) واخيرا

(١) غير ان سانتوس (Santos) هو اول من قال بتأثير ارتفاع الحرارة على الكونوكوك وبين ذلك بواسطة تجاريب باكتريولوجية عديدة ثم عاد فاختبر فكرته على الحيوانات وذلك بادخال امبال خصوصية اصطنعها لاجل هذه الغاية في المجرى الادمي عند الكلب . واخيرا جرب العملية على نفسه فوجد ان اصعاد الحرارة الى ما فوق الدرجة الثالثة والاربعين حتى الخامسة والاربعين من ميزان سنتغراد بواسطة جريان كهربائي لا ضرر منه . ولم يشعر بشيء فط من جراء ذلك سوى ازدياد الحرارة في المجرى البولي . هذه هي تجاريب سانتوس ولكن الفضل في تطبيق الطريقة الجديدة في معالجة التعقيبة كما نعهده اليوم يرجع لا شك الى روكيرول .

خطر على بالي استعمال الجريان المعروف بالجريان الكثير التكرر (Courant de Haute Fréquence) او بمجرى دارسونفال Courant de D'arsonval

ولما عرضت الفكرة على الاستاذ دارسونفال ذاته استحسنها وشجعني فعملت بمساعدته الالات المرغوبة وما كان اعلان الحرب الكبرى حتى وجدت بين يدي نتائج باهرة حصلت عليها بواسطتها: اربع واربعون حادثة تعقيبة من منة شفيت كل واحدة منها باقل من خمس عشرة جلسة . حينئذ عرضت الامر على اكاديمية الطب ومنذ ذلك اليوم وانا احسن الالة المذكورة كلما سنحت لي الفرصة ورأيت فيها نقصا جديدا ....»

هذا مايقوله روكيرول وهذه هي النتائج التي يدعي انه حصل عليها بواسطة طريقته الجديدة ولكننا سوف نرى فيما يلي ان مؤلفين عديدين لم يستقبلوها بعين الحماس .

ليس بنيتي ان اصف هنا تفاصيل الالة المذكورة لاني ارى ان الشرح سيطول بي لاشك خصوصا وان بغيتي من هذا المقال هي البحث في النتائج السريرية التي يمكن الحصول عليها لا غير . ولهذا اقتصر على القول ان الات عديدة صنعت في هذا الباب ولكل منها فضيلة على اخواتها غير ان اكثرها استعمالا (في فرنسا على الاقل) اثنتان هما : الة روكيرول والالة التي صنعتها محلات Gaiffe-gallot في باريس والمعروفة باسمها . وتفضل الثانية على الاولى لانها لا تحدث ضجة عظيمة كالاولى والبعض يفضلها لانه يرى فيها بساطة التركيب غير اني وجدت الاثنتين الواحدة اعقد من الاخرى . وهنا يجب الملاحظة ان الصعوبة ليست في كيفية استعمالها وتطبيق العلاج على المريض — ولو كان ذلك يتطلب من الطبيب المعالج دقة زائدة مع وقوع حوادث مخطرة كحرق المجرى البولي — بل في ان الالات المذكورة معقدة التركيب لدرجة لا يستهونها رجل اقتصرت معلوماته الكهربائية على مايتضمنه في هذا الفرع برنامج الدروس في اغلب الكليات الطبية في العالم . فان وقع خلل في القسم الجوهري من الالة — وان ذلك كثير الحدوث لسوء الحظ في الالات المخترعة حتى الان — وجب تصليحها على يد خبير في تلك الامور وهذه احدى سيئاتها .

ان القوة الكهربائية المستعملة لاصعاد حرارة المجرى الى الدرجة المرغوبة تتراوح بين الف وخمسمائة والفين وخمسمائة ميلليمبير (Milliaupére) ما يكفي لاصعاد حرارة المجرى الى الدرجة السادسة والاربعين حتى الثامنة والاربعين بميزان سنتغراد وهي الدرجة المستعملة في اغلب الاحيان . وعلى كل حال فالدرجة الثامنة والاربعون هي اقصى ما يجب ان يصل اليه الطبيب المداوي خوفا من ان تتضرر خلايا المجرى البولي . اما قول المعارضين للدياثرميا بوقوع حوادث مشؤومة كحرق اطراف المجري فهو مردود لان الاحتراق وهو عبارة عن تخثر الالبومين الموجود في القسم المصاب غير قابل الحدوث الا بيد طبيب غير خبير والذي بغلطة او قلة انتباه يصعد الحرارة الى نحو الدرجة الخامسة والخمسين وهي الدرجة التي يتخثر فيها البومين الجسم الحي .

ما هي مدة المعالجة في كل جلسة ؟ ان الاطباء الذين استعملوا العلاج الجديد في بادئ الامر اقترحوا ان لا تقل المدة عن نصف ساعة في كل جلسة . غير ان اغلبهم عدلوا اليوم عن ذلك بملاحظتهم ان بعض المرضى

العصبي المزاج يتكلفون من ذلك لدرجة ان منهم من يأخذه الارق في الليالي التي تعقب الجلسات الاولى . اذا فالافضل ان لا تزيد مدة المعالجة في كل مرة على عشرين دقيقة وعلى الطبيب بملاحظته مرضاه ان يختار المدة الموافقة لكل واحد منهم حسب مزاجه وتركيبه والتأثيرات التي تحدثها عليه المعالجة .

بقي علينا قبل ان نبحث في النتائج السريرية ان نبين ما هي التأثيرات التي تحدثها الدياثرميا على المجرى البولي . لو فحصنا بول المريض بعد كل جلسة لرأينا ثلاثة امور مهمة تشهد علنا بحسنات الدياثرميا :

اولا : ازدياد الافراز الكلوي : يشعر المريض بعد كل جلسة بحاجة كبرى الى التبول ويفرز عقب الجلسة كمية كبرى من البول على غير العادة حتى ان بعض المرضى من لا يقدر ان يمتنع عن التبول في اثناء الجلسة فيتدفق البول من بين اطراف المجرى والميل الناقل الحرارة الكهربائية (Thermophore) .

ثانيا : ازدياد الخيوط في البول : يظهر ان الحرارة الكهربائية تساعد كثيرا على اخراج الخيوط من المجرى البولي ولا يخفى ما لذلك من التأثير الحسن على تطور هذا المرض المزمن .

ثالثا : ازدياد عدد الكريوات البيضاء في افرازات القناة البولية : وربما كان لذلك اكبر تأثير تحدثه الحرارة الكهربائية على التهاب المجرى المزمن لانها بفعلها هذا تقوي دفاعه عن نفسه تجاه ميكروكوك نيسر او الميكروبات الثانوية التي ترافقه في اغلب الاحيان حينما تدخل التعقيبة في مرحلتها المزمنة .

هذه هي التأثيرات العاجلة التي تحدثها الدياثرميا على المجرى البولي المصاب بالسيلان (المعقب) ولنأت الان الى البحث في النتائج السريرية وهذا ما اردت الوصول اليه بعد هذه المقدمات وسوف اشرع اولا بسرد اراء من يجيزون استعمال هذه الطريقة ثم ابين موقف المعارضين في ذلك .

الحرارة الكهربائية في السيلان الحاد : ربما استغرب القارئ من معالجتي هذا الموضوع لانه يضاد بذات نفسه مبدأ طبيا معروفا عند جميع الاختصاصيين بالامراض البولية وهو المبدأ الصريح القائل : « سيلان حاد = لا آلة في المجرى » اي لا يسمح للطبيب ان يدخل الة مهما كان نوعها في مجرى مصاب بالتهاب حاد كما هي التعقيبة الحادة . غير ان قسما غير قليل من محبذي الطريقة الجديدة لا يهتمون بذلك بل يستعملون الحرارة الكهربائية في الاحوال الحادة كما في المزمنة . اسمع ما يقوله روكيرول بهذا الخصوص : « لا شك في ان ادخال الميل الناقل الحرارة (Thermophore) في مجرى ملتهب التهابا شديدا امر لا يستهان به ويتطلب تحفظات عديدة من جانب الطبيب المعالج . غير ان الاختصاصي اذا كان ذا خبرة عالية يسهل عليه الامر ويتجنب عواقب غير ممدوحة . » ثم يزيد على ذلك قوله : « كلما تقع تحت يدي حادثة سيلان حاد لا اتردد بتطبيق الحرارة الكهربائية عليها ولو كانت علائم السيلان الاولى قد ظهرت خمسة عشر يوما قبل مشاهدتي المريض لاول مرة لاني لا ارى ضررا او مانعا يمنعني عن ذلك . ان اختباراتي الشخصية علمتني امرين : اولها ان التعقيبة الحادة قابلة الشفاء اذا

عولجت على هذه الصورة بمدة قصيرة للغاية : بجلستين او ثلاث فقط . وثانيهما ان اعراض المرض الحادة كالسيلان الدائم والاوجاع التي يقاسيها المريض عند التبول تغيب بسرعة مدهشة بعد استعمال الحرارة الكهربائية مرة او مرتين ... »

ثم يسرد مشاهدات سريرية عديدة ليبرهن نظريته ويستنتج منها ان حوادث الشفاء في الحالات الحادة لا تقل عن ثمانين في المائة على شرط ان يبدأ بالمعالجة في ظرف ثمان واربعين ساعة من ظهور السيلان وتقل حوادث الشفاء كلما طالت هذه المدة .

اجل ان النتائج لباهرة . ولكن يا ليت لو شارك سائر الاساتذة والاطباء روكيرول واتباعه في تفائلهم هذا وحتى في احصاآتهم وسنرى فيما يلي اسباب ذلك .

الدياثرميا في التعقيبة المزمنة : للمجرى البولي في الحالات الحادة قوة طبيعية عظيمة للدفاع ثم التغلب على العامل المرضي الاصلي وهو الكونوكوك . غير ان هذه القوة تنقص كلما ازمنت التعقيبة وطال امدها فتستولي الميكروبات الثانوية على المجرى مما يكثر صعوبة المعالجة بالطرائق المتعارفة زد على ذلك ان اغلب هؤلاء المرضى لا يصلون الى الدرجة المذكورة من مرضهم الا ويكونون قد عولجوا بطرق مختلفة وسيئة في اكثر الاحيان ما يضعف القوة الدفاعية التي نتكلم عنها و يزيد الطين بلة . وحينئذ يجب على الطبيب ان يستعمل كل ما لديه من الوسائط العلاجية لمساعدة هذه القوة الدفاعية على النمو ولديه لاجل ذلك واسطتان غير متساويتين في الاهمية : التطعيم Vaccinothérapie et anto-Vacinothérapie والدياثرميا . كل يعلم ما للتطعيم من الاهمية في معالجة التعقيبة المزمنة والنتائج العجيبة التي اصبح بالامكان الحصول عليها اليوم في عدة حالات كانت تعنون « غير قابلة الشفاء » قبل اكتشافه . اما الدياثرميا فقد ذكرنا اعلاه ان احدى مزاياها هي مساعدة المجرى البولي بل تقويته في الدفاع عن نفسه تجاه العوامل المرضية سواء كان ذلك بتنشيط خلاياه او باكثار الكريوات البيضاء في اطرافه Leucocytose local

اذا استعمالها في التعقيبة المزمنة معقول لهذا السبب ولاسباب اخرى بيناها اعلاه ولاشك ان الطريقة الجديدة اوجدت للحالات المزمنة قبل غيرها . فاذا كانت نتائجها ؟

« اما في التعقيبة المزمنة فقد رأيت ان النقطة الصباحية لا تلبث ان تنقطع وان البول يصبح صافيا وخاليا من الخيوط الثقيلة التي ترسب في اسفل الوعاء .... ويخلو المجرى من سائر الجراثيم سواء كان الكونوكوك او الجراثيم المشتركة معه كالاستافيلوكوك والانتروكوك والكولي باسيل ... الخ وكل ذلك بمعالجة قصيرة لا تزيد مدتها على بضع جلسات وعلى كل حال فهي اقصر مدة من المعالجة بالطرائق المتعارفة .... ولا يخفى ما للوقت من الاهمية في بعض الحالات كقرب ميعاد الزواج او ضرورة السفر العاجل الخ .. مما يزيد اهمية الدياثرميا العلاجية ....»

(روكيرول)

وهنا لا بد من ان اذكر حادثة عولجت بالحرارة الكهربائية اوردها الاستاذ بوردبه (Bordier) في

كتابه الحديث عن الدياثرميا لانها لا تخلو من الفـائدة يقول :

«الحادثة الخامسة تعقيبة مزمنة يرجع تاريخها الى احدى عشرة سنة عند رجل في الثلاثين من عمره . اجري في ١١ تموز فحص النقطة بالمجهر : كونوكوك وستافيلوكوك . اما الفحص السريري فاظهر وجود تضييق في ثلاثة امكنة في المجرى البولي والتهاب البروستـات والطرق المنوية . بين ١١ تموز و ٩ تشرين الاول : معـالجة التضييق وتوسيع المجرى بواسطة البنيكة (Bérniqué) ولكن من دون نتيجة محسوسة . يعلن المريض انه مضطر بزواجه في الخامس والعشرين من تشرين الاول . حينئذ جربت الدياثرميا وبأقل من عشر جلسـات بعد اجراء الامتحـانات الـلازمة (البـاكتريولوجيـة والسريرية) سمح للمريض بالزواج بعد التأكد من شفائه التام » .

هذه واحدة من عشرات من الحوادث التي نشرت في المجلات الطبية ولو لا خوفي من التطويل لسردت عددا غير قليل منها لانها لا تخلو من اللذة والفائدة كما يرى القارئ من قراءة الحـادثة اعلاه التي يكاد عقلي ينكر صحتها رغما عن اني لم اقف بنفسي عَلَى تفاصيلها ! لا انكر اني في اول عهدي بدرس الموضوع والاطلاع عَلَى هذه الحوادث خيل لي ان معضلة التعقيبة المزمنـة قد حلت بطريقة ملائكية تجمع بين الدقة والسرعة والشفاء المؤكد ! ولكن سرعان ما خاب املي حينما عمقت الدرس فرأيت المخالفين عديدين :

يقول الاستاذ ماريون في مقدمته للكتيب الذي وضعه روكيرول في الموضوع بعد انتهاء الحرب : « ان الطريقة الجديدة لا تخلو من الاهمية لان المبدأ الذي تقوم عليه حقيقي لا يتزعزع لا سيما وان نتائجها الاولى حسنة لا بأس بها كما بيان لنا حتى هذه الساعة ان كثيرين ممن سيطلعون عليها ويقفون على تفاصيلها سوف يأخذهم الشك في امرها ونتائجها ولكن ليعلموا ان الطبيب العالم لا يصح له ان ينكر عَلَى الفور صحة امور تلقي بين يديه لاول مرة اذاً لندرس سوية تفـاصيل الطريقة الجـديدة ومتى ما اختبرها كل واحد منا بدقة تامة حينئذ نقدر ان نحـكم بحسناتها او بسيئاتها . في التعقيبة اكثر من غيرها من الامراض يجب على الطبيب الاختصـاصي ان لا يدع طريقة ما تمر امام عينيه الا ويجربها لان التعقيبة كثيرا ما يصعب شفاؤها بالطرق المتعارفة لدينا » .

هذا ما قاله ماريون حينئذ وهو كما يرى القارئ يتجنب اعطاء رأي صريح بات في المعالجة بالحرارة الكهربائية رغما عن ان في الاربع سنين التي مرت بين سنة ١٩١٧ (وهي السنة التي فيها عرضت النتائج الاولى عَلَى اكاديمية الطب في باريس) وسنة ١٩٢١ حين كتب الاستاذ ماريون مقدمته المذكورة نشر في الصحف الطبية القسم الاكبر من المشاهدات السريرية واراء اكثر الاختصاصيين الذين طبقوا الطريقة الجديدة على الوف من المرضى فمنهم من حبذها وهم الفئة القليلة والاكثرية نبذتها .

ثم نعود فنرى ماريون ذاته يكتب عنها في كتابه المشهور عن الامراض البولية في اواخر سنة ١٩٢١ بضعة اسطر بحرف ناعم عادا اياها احدى الطرق الثانوية

لا غير رغما عن ضجيج المحبذين بنتائجهم الباهرة . كل ذلك بعد تجربة دقيقة وفتح دائرة خاصة لذلك في مستشفى اللاريبوازيير (Lariboisiére) تحت ادارة روكيرول ذاته وكل من يتتبع اليوم حركة المستشفى المذكور يتحقق قلة الاهمية المعطاة للطريقة الجديدة في معالجة المئات من المرضى الذين يفحصون ويعالجون يوميا في دائرة المعاينات الخارجية . والقليل من المرضى الذين يعالجون بالحرارة الكهربائية مصابون بتعقيبة مزمنة عصي شفاؤها على الطرق العادية حديثة كانت او قديمة . اما حوادث السيلان المزمن (والتي فيها ادعى روكيرول واتباعه انهم حصلوا عَلَى نتائج مدهشة كما تقدم) فلا ذكر لمعالجتها بالحرارة الكهربائية ابدا وكلها تعالج بالغسل العـادي (Grands Lovages) .

هذه اراء ماريون وموقفه تجاه المسئلة وقد اسهبت عَلَى قدر الامكان في شرحها لعلمي ان كل من عرف ماريون من القراء سواء كان في مستشفاه او من قراءة مؤلفاته يقدر مقدرة الرجل ومعارفه الواسعة .

ولكن ان كان ماريون متهاود الاراء معتدلها فالقسم الاعظم من الاساتذة الاختصاصيين والاطباء في فرنسة يهمل بتاتا تطبيق الدياثرميا في معالجة التعقيبة لدرجة ان لا ذكر لها في مستشفياتهم . فالاستاذ لكو (Legueu) وهو الاستاذ الاول للامراض البولية في جامعة باريس لا يستعملها قطعيا ! وهكذا قل عن اغلب مستشفيات باريس ومستوصفاتها خصوصية كانت او عمومية . اما في بوردو فقد سمعت الاستاذ دوفرجه (Duverger) بنفسه يرجم الطريقة الجديدة في سنة ١٩٢٤ مدعيا انها عدا عن الحروق التي تسببها في بعض الاحيان في اطراف المجرى البولي فنتائجها الباهرة التي هلل لها الكثيرون ليست الا ظاهرية وان الدياثرميا لم تأت بما كان يرتجى منها .

ولا اظنها حازت عَلَى نصيب اوفر في عيون المدرسة الليونية (Ecole Lyonnaise) وان كان الاستاذ بورديه في ليون حامل لواء محبذي الدياثرميا في السنتين الاخيرتين في فرنسة .

هكذا كان نصيب الدياثرميا في فرنسة وهي البلد الذي خرجت منه لاول مرة : الاهمال وعدم الاهتمام !

ولكن ان كان محبذو الطريقة التي نحن بصددهـا قد بالغوا في محاسنها ونتائجها فيظهر ان مضاديها قد بالغوا ايضا في اهمالها وعدم الاكتراث لها . الطب اكثر من سائر العلوم فن تجريبي اختباري والدياثرميا في معالجة التعقيبة تحتاج الى درس ادق واعمق من الذي اجري حتى الان واكبر داع لذلك ان الطريقة نفسها تاتي بنتائج لا يستهان بها في معالجة امراض عديدة وخصوصا في الامراض العصبية . ومن المنتظر انهـا تأتي بنتائج مشابهة في معالجة التعقيبة بعد ان تدخل عليها التحسينات اللازمة . اما الآن — في الساعة الحاضرة — فالكل متفقون عَلَى امرين :

اولا : ان هنالك بعض حوادث مزمنة يرجع تاريخها الى سنين عديدة يعصى شفاؤها بالطرق المتعارفة وان اجريت هذه عَلَى يد اختصاصي خبـير ولا احد ينكر ان الحرارة الكهربائية تتمكن بسهولة غريبة من شفاء هذه الحالات وبوقت قصير . وقد ساعدني الحظ وشاهدت

مؤخرا بعيني بفضل الدكتور فوويل (Fauvel) ثلاث حوادث عَلَى هذا الشكل وثقت ايماني وملأ تني امالا في مستقبل الطريقة الجديدة ٠

ثانيا : اما في التعقيبة المزمنة العادية فمن الافضل ان تعالج اولا بالطرق العادية وان لا تطبق الحرارة الكهربائية عليها الا متى ما طال امد المعالجة وقلت ثقة الطبيب بالحصول عَلَى شفاء تام بالوسائط المتعارفة لديه وهذا هو رأي روكيرول ذاته حين يقول في استنتاجاته الاخيرة : « اعتقد انه يجب الشروع بالوسائل المتعارفة ومتى ما فشلت هذه وجب تجريب الحرارة الكهربائية ٠

اما في السيلان الحاد فالاغلب ان لم يكن الكل مجمعون عَلَى ان الغسل بالمطهرات لا يزال العلاج الافضل في مداواته وان الحرارة الكهربائية يجب ان تنفى من هذا الباب ٠ هذا رأي الاكثرية الساحقة واظن ان محبذي الديا ثرميا ذاتهم رجعوا عن ادعا آتهم الاولى وربما كانت حوادث الشفاء السريع التي نشرت في اول الامر مشكوكا فيها او لم يكن ذلك الشفاء الا ظاهريا ٠

هذه هي الحقيقة عن الديا ثرميا في معالجة التعقيبة حسبما قدرت ان افهمها من درسي اياها وقد جربت في هـذا المقال ان اسند كلامي عَلَى اراء اشهر من اشتهر في الموضوع من اساتذة واختصاصيين سواء باطلاعي عَلَى الامور في نفس مستشفياتهم او من درسي كتبهم ونشراتهم ٠ والى القارئ قائمة اهم الكتب التي اعتمدت عليها في درسي هذا :

١ : « Diathrmie et Diathermotheropie » par Bordier (Bailliére et Fils, Paris 1925)

٢ : « L'Electricité dans le traiteurent des uréthrite saiguès et chrouiques» par roucayrol (Vigot Frères, Paris 1921)

٣ : Archives d'Electricité medicale, Juillet 1913

٤ : Journal d'Urologie, 1922

٥ : Paris Médical, 15 décemre 1917

٦ : « Traité d'Urolgie » par Marion (Masson, Paris 1921)

باريس في ٢٨ تشرين الاول سنة ١٩٢٥

المستشفى الملكي

اللوسيميا الميلوئيدية

الطبيب

داود نسيم

ارى من الواجب قبل الدخول في الموضوع وتعريف مرض اللوسيميا ، ان الفت الانظار الى خاصة من خواص اللوكوسيتوز وهي، في اللوكوسيتوز يقع التزايد في اشكال اللوكوسيت العادية والطبيعية دائما ولا يصحب ذلك تغير ما في الاعضاء المولدة للدم Hemopoïésique اما في اللوسيميا فيكون تكاثر الخلايا مصحوبا بوجود اشكال غير طبيعية ويكون معه كذلك تغير جزئي او كلي في الاعضاء المولدة للدم ٠

فاذا وجدنا تكثر الكريوات مترافقا مع اشكال لم تكن في حالتها الطبيعية التي توجد في الدم ، وكان مع هذا التزايد بعض التغيرات في الاعضاء المولدة للدم فيحق لنا ان نقول ان هناك مرضا ، وهذا الحال المرضى هو المسمى باللوسيميا ٠

من هذا التعريف يتبين لنا وجود نوعين من هذا المرض ٠ الاول ، ان هـذا التغير والتكثر يقع عَلَى نوع اللنفوسيت وعَلَى الاعضاء اللنفاوية فيكون اللوسيميا اللنفاوية اما في النوع الثاني فالتغيرات المذكورة تقع عَلَى نوع الميـلوسيت Myelocite والاعضـاء الميلوئيدية Myeloïde فيكون اللوسيميا الميلوئيدية ولكن يوجد في المشاهدات السريرية بعض انواع اللوسيميا تظهر اعراضا خاصة يطلق عليها اسماء مخصوصة كاللوسيميا الحادة والبارالوسيميا Paraleucemie ولكن لما كانت المشاهدتان اللتان لدينا هما من نوع اللوسيميا الميلوئيدية فسأقتصر بحثي عَلَى هذا النوع فقط وقبل الشروع في التفصيل ارى من الواجب ان اقدم للقراء الحالتين المذكورتين ٠

اما الاولى فقد نشرت في المجلة الطبية البغـدادية (عدد ٤ صحيفة ١٩١) لهذا لا ارى لزوما لتكرار ذكرها هنا ٠ اما الحالة الثانية فهي تخص المريض آ٠ع ٠ وهو الآن في السريريات الداخلية تحت نظارة حضرة الطبيب السيد هاشم الوتري ، وبما ان لهذه الحالة تعلقا في بحثي فاودان اذكرها بنبذة ولو مختصرة عن احوال هذا المريض ٠

المريض آ٠ع ٠ عمره ٣٨ سنة وله ولدان حسنا الصحة مهنته الفلاحة منذ صغره ٠

احواله السابقة لا يتخطر انار انحراف في صحته قبل الثلاث سنوات الاخيرة ٠ ومنذ ثلاث سنوات شعر بحمى يسميها المريض نفسه (حمى مثلثة) يعني انها كانت تنتابه كل ثلاثة ايام مرة ودامت تعتريه على هذا المنوال مدة سبعة عشر شهرا ثم زالت من نفسها ومن دون معالجة ٠

اوصاف الحمى كما يصفها المريض ٠ انه عندما يعود من فلاحته يأخذه سهف (١) ومع كل نوبة كان يشرب كما يدعي تقريبا جرتين من الماء ثم كان يتقيأه وبعد بضع

(*) السهف : العطش الشديد