حول السيفيليس العصبي الزوجي

الدوقتور جورج حيقارى

قرأت في العدد الثامن من المجلة الطبية البغدادية الغراء مقالا عن « السيفيليس العصبي الزوجي وتكونه » لحضرة فتح الله افندي عقراوي طالب طب في اوربا . واول ماقرأت عنوان المقال تخطرت حالا مقالة الاختصاصي الشهير سيزارى التي كنت قد اطلعت عليها سابقا . وقد ترجم حضرة رصيفنا المقبل افكار المؤلف المذكور . الا اني بعد ان انتهيت من تلاوة ترجمته وجدت انه قد اغفل عن ذكر نقطة مهمة جدا في الموضوع وانه اعطى الاهميه الى نقطة اخرى لم يعترف بها المؤلف الاصلي :

اولا : ان المترجم قد اهمل ذكر سبب مهم وهو التربية البنيوية او الاستعداد الشخصي الموجود عند كل فرد لقبول مرض خصوصي دون سواه او تمركزه واختلاف مظاهره في اجهزة لاتصاب عموما عند غيره . والعلامة سيزاري ذاته لم يرفض في مقاله هذا السبب المهم فيقول: « كل يعرف اهمية العامل البنيوي في حدوث الامراض فلنر الى اي حد يمكنه شرح الزهري العصبي الزوجي ، لا يسوغ الادعاء بان ذات الاستعداد الارثي موجود عند الزوجين . قد ذكر ذلك الاستعداد بملاحظة ان بعض افراد الاسرة الواحدة لقحوا بجراثيم مختلفة المصدر وكلهم اصيبوا بمظاهر عصبية . وقد ذكر نون Noune حوادث كهذه » وسيزاري نفسه يؤيد هذه الحوادث بمشاهدات شخصية ويضيف عَلَى ذلك قائلا : « حقيقة يمكن تصور زوجين مستعدين بالتساوي وراثيا للابتلاء باصابة عصبية ولكن يجب ان يبرهن ان الاستعداد للاصابات موجود حقيقه في العائلات التي ينسبا اليها والحال ان هذا البرهان لم يحصل بعد » (اذا يمكن وجوده) « عدا ذلك انه عَلَى وجه العموم وعَلَى مايبان لنا لقد بولغ في تأثير عامل الاستعداد الارثي او السالي عَلَى الامراض الزهرية الاصل » اذا له تأثير ولكن يجب ان يحدد حسبما يستحسن) . « وهكذا كما بينا ان الاولاد الناتجة من مريضين مصابين بعلة عصبية لايتحتم اصابتهم بعلة عصبية » .

وان كان المؤلف يفند حسب نظرياته وملاحظاته كل ادعاءات خصومه فانه لاينفي تماما تأثير التربية البنيوية ولوان وجودها تماما عند الزوجين يحصل من باب التصادف ولاينقص شيئا من قوة برهانه . والمؤلف السالف لذكر يرجع الى عين الموضوع عندما يتكلم عن تكون الزهري العصبي في مقالة شائقة في ذات المجلة الطبية La Presse Médicale عددا سنة ١٩٢٦ اذ يقول ان عامل التربية يظهر لنا اولي او اساسي حقيقة « وهذه التربية يكتسبها الجسم عَلَى ممر العصور حسب تعامل خصوصي يغير في هرمظاوتمركز الداء الزهري مثلما يشاهد في امراض اخرى كالرثية المفصلية التي صارت وتتمركز في القلب اكثر مما كانت في العصور الاولى ايام تفشيها في احدى الاقوام وقس عليه البواقي

ثانيا : ان المترجم نسب الاهمية التي خصها المؤلف بالاستعداد الشخصي الى المحيط بقوله . « اما تأثير المحيط فلا احد يستطيع ان ينكره » والحال ان المؤلف قال مايقارب هذا القول عن الاستعداد الشخصي لاعن المحيط وقد اضاف المؤلف عَلَى ذلك قائلا « ان العامل الاجتماعي ليس له اقل تأثير في حدوث الزهري العصبي الزوجي »

لا اقصد في ملاحظاتي هذه مغالطة نظريات ليفاديتي

وا . مارى ونون من جهة ولا تأييد نظرية سيزارى وجانسليم وسيكار من جهة اخرى ولوان الحقيقة عَلَى مايظهر في جانب الآخرين ثم ولا انتقاد زميلنا المقبل الذى لابد لى ان اهنئه عَلَى جده وتعلقه في حب العلم بل اريد ان اخدم قرآء المجلة الغراء واذكرهم ان الحقائق العلمية المنشورة عَلَى صفحات المجلات توثر جدا عَلَى من يتتبع سير الاراء والتقدم في مهنتنا الشريفة العالية المنال . وان كل حقيقة تعرض على الرأى العام الطبي سوف تتبع عمليا وتطبق عَلَى الاصحاء او المرضى . لذلك يعتمد عَلَى الحقائق اذا كانت خاصه معطاة ومدافع عنها من قبل ائمة المهنة المشهود لهم بطول الباع ونزاهة النية ولكي يمكن للقاوئ التمسك باحدى النظريات او التحرب لبعض المبادئ العلميـة والعمل بها يجب على الكاتب وبالاحرى على المترجم ان يعرض له في مقالاته حقيقة افكار المؤلف الاصلي ان يفهمها جيدا ويذكر كل ماجاء موافقا او مخالفا لها وهكذا يساعده عَلَى انتقاء النظرية التي تبان انها الاصوب والاقوى .

المستشفى الملكي — الطبيب داود نسيم

سرطان الخصية عند الصبيان

يقال بوجه عام ان اورام الخصية في دور الطفولة نادرة الوجود ولا تظهر الا عند الكهول في الزمن الذي تنشط فيه الافعال التناسلية والاورام تكون عادة منحصرة في جهة واحدة . وان هجرة الخصية وتبديل موضعهـا من الاسباب المهيئة لحدوث الاورام . وقد عثرت اخيرا على صبي اصيب بورم خبيث من هذا القبيل وهو من النوادر . لذلك رأيت ان اتحف به قراء المجلة الطبية البغدادية لما فيه من الفائدة العلمية :

راجع عيادة المستشفى الملكي في ١٢—١٢—٢٥ صبي يدعى ع . ن عبد الخالق وهو من كربلا وله من العمر ست سنوات يشكو من ورم في الخصية مصحوب باوجاع طفيفة . وكان ابواه في قيد الحياة ومتمتعان بصحة جيدة وله ثلاثة اخوة وكلهم في تمام الصحة . وكان الصبي تام الخلق ولا تدل ملامحه عَلَى انه مصاب بمرض مهم .

وقد تكون هذا الورم في خصيته قبل مراجعته باربعة اشهر ولم ينتبه اليه الصبي ولكن اقرباؤه قد شاهدوه فيه عَلَى اثر رجوعهم من التنزه يوم من الايام ولم يتخطروا تماما احوال الورم في بادئ الامر وغاية ما استطعنا ان نفهم منهم ان الورم كان في بدأه صلبا للغاية وقد اخذ في النمو تدريجا الى ان ابلغ هذا الحجم ولكنه لم يؤثر في صحة الصبي تأثيرا محسوسا . وكان ادراره طبيعيا ولم يشك اثناء المدة المذكورة سوى من الارق الذي يأخذه في بعض الليالي . وعند بحث المريض وجدنا خصيته قد استحالتا الى ورم مستطيل يمتد طولا من الارتفاق العاني الى نقطة تبعد من فوهة الشرج بسانتمترين وعرضا من الثنية المغبنية اليمنى الى ما يقابلها في الجهة اليسرى وكان لون الجلد طبيعيا في اسفل الصفن وجوانبه واما في جهته الامامية فقد كان الجلد احمرا ومجعدا وملتصقا بما تحته من الاقسام .

وقد وجد في كل من الالتوائين المغبنيين اربع عقد لنفاوية مرتبة عَلَى الوجه الآتي : واحدة منها في الاعلى وموضوعة

مستعرضا والثلاث الاخرى مرتبة على هيئة مثلث وكان هـذا الترتيب واحد في كلا الجهتين وكان على الجلد ارتسامات وريدية ولا يمكن ادراك الحد الخلفي للورم لانه كان ممتدا الى الحفرة الحرقفية وطوله يساوي ٢١ سانتمترا وعرضه في قسمه الاعلى ١٨ سانتمترا وفي قسمه الاسفل ١٣ سانتمترا وكان سطح الورم مستورا بحدبات صغيرة الحجم

الشكل ٢

(كما يدل عليه الشكل ٢) البعض منها صلب والبعض الآخر رخو له قوام الكيس المملوء بالسائل وقـد ظهر بالفحص الشرجي ان الورم كان ملتصقا بجدار المعي المستقيم الامامي . وعند بحث الخصيتين بالجس فلم يمكن تفريق الورم عنهما اذ ان الجميع كان قد استحال الى كتلة واحدة صلبة القوام .

ولما اجرى فحص دم المصاب يتفاعل فلمرمان اسفر الفحص عن نتيجة سالبة ولم يتيسر استنباط شيء من المعلومات من البحث باشعة رونتجن .

فاذا القينا نظرة الى الاوصاف التي اسلفنا ذكرها لم يبق شك لدينا ان تلك الافة انما كانت نوعا من الاورام الخبيثة ولكن كان من المستحيل تعيين جنس هذا الورم قبل الشروع بالعملية والبحث « التشريحي المرضي » لان نسج الخصية واغشيتها كان متنوع جدا : وقد قام الدكتور صائب شـوكت باجراء العملية فاتضح لديه ان الخصية اليمنى سالمة واما الخصية اليسرى فكانت بحجم البرتقالة تمتد من فوهة الشرج حتى العانه وملتصقة جـدا بالجسم الاسفنجي والجدار الامامي للمعي المستقيم واما بالارتفاق العاني وكان من الصعب سلخ الجلد عن هذا الورم وكان الورم في الجهة اليمنى قد زاحم الخصية ودفعها الى القناة المغبنية وبعد استيصال الورم قد ظهر ان الخصية اليمنى سالمة ولا يوجد فيها تغير مرضي واما الخصية اليسرى فكانت تحتوي على ورم يمتد الى داخل القناة المغبنية وكان مستول على قسم عظيم من الحبل المنوي لهذا فقد اقتضت الضرورة لتوسيع الشق الى جهة البطن اثناء العملية لاجل رفع الحبل المذكور .

وقد صعب تجريد الورم عما يجاوره من الانسجة لشدة التصاقه بها عند القسم الاسفنجي الاحليلي وقد اسفرت العملية عن نجاح باهر ولم يطرأ على المريض بعدها اختلاط ما وقد شفي المريض بعد عشرة ايام وترك

المستشفى وهو على اتم درجة من الصحة (كما يدل عليه الشكل ٣)

الشكل ٣

اوصاف التشريحي المرضي : كان الورم المستأصل بشكل مخروط ناقص مضغوط من اعلى الى اسفل ووجد على سطحة العلوي ثلم حاصل من انطباع الوجه السفلي للاحليل وقد وجدت على جانبيه انطباعات الحافة السفلى للقسم العاني وكان الوجـه السفلي لم يزل محتويا على جلد مجعـد ظل ملتصقا وكان يرى الحبل المنوي في احد زواياه والورم يحتوي على جميع اجزاء الخصيـة ومشتبك معها بحيث لا يمكن تفريقه . وعنـد قطع الورم المذكور قد شوهد ان نسج الورم غير منتظم وغير متجانس فالبعض منه صلب غضروفي والبعض الآخر بصلابة العظم يتخلله احواف وعدم التجانس هذا منبعث عن تعدد نسيج الخصية واعتلافه وقد تبين بالفحص المجهري ان الورم انما كان من نوع الكرسينوما والابحاث التي اجريت سواء كانت سريرية او جراحية او نسيجية فانها جميعها جاءت مؤيدة لهذا التشخيص .

وتقسم الاورام الخبيثة للخصية الى عدة اقسام ولكن يمكن حصرها في قسمين اساسيين .

الاول : الاورام العائدة الى انسجة الخصية كالانابيب الابثيليائية والحجرات الخلالية والنسج الضام .

الثاني : الاورام الناشئة عن جسم وولف اي الرشيمية .

فلهذه الاسباب ونظرا الى ما ذكرته انفا من الممكن حصول اورام خبيثة متعددة في الخصية بحسب اختلاف الانسجة التي فيها ولكنني اضرب صفحا عن ذكرها لاعتقادي ان ليس للقراء فائدة من ايرادهـا . اما من حيث الاعراض فان اورام الخصية تشكل بحد ذاتها وحدة سريرية لا يمكن التفريق بينها وفي جميعها يبـدأ المرض باعراض تخدع المريض فلا يشعر بشيء منها سوى ثقل في الخصية مصحوب باوجاع طفيفة ثم ينمو الورم سريعا حتى يكسب حجم جمع اليد بل وحجم رأس الجنين .

ويكون قوامه غير متجانس فهو صلب في بعض الاقسام ورخو في اقسام اخرى ويكون سطحه املس في بعض الاحيان ومحدبا في احيان اخرى ويحتوي الصفن احيانا على جزا من الترشحات المصلية اي الانسكابات ويمكن في بعض الاحيان جس الحبل المنوي وحينئذ تدركه اليد وهـو غليظ ملتصق بخصية عظيمـة الحجم وتتسع التغيرات

المرضية في الحبل المنوي حتى تصل اقسامه التي في داخل القناة المغبنية ويكون الورم دائما بضخامة العقد اللنفاوية المغبنية والقطنية والقريبة من الفقرات الا ان العقد الاخيرة لا تدرك بالجس واذا تقدم المرض يتقيح الورم ويتقرح والورم لا يورث الالم الا حين يضغط على الاوعية والاعصاب والمرض اما ان يظهر بشكل حاد يهلك المريض في بضعة اشهر واما يكتسب شكلا مزمنا . يصطحب البعض منه انسكاب في الصفن ويحجب الورم ويحول دون ظهوره مدة من الزمن وفي بعض الاحيان ينشاب الورم خصية مهاجرة كما ذكرت في مقدمة هذا البحث ولا يشعر المريض به الا عندما يضغط على الامعاء ويحدث فيها انسدادا حادا .

اما عاقبة تلك الاورام ومعالجتها فلا تختلف عن باقي الاورام الخبيثة الا ان Chevassue قد ذكر حصول الشفاء التام في ١٦ حاله من ال ٤٧ حالة التي عثر عليها ويتم هذا الشفاء على شرط انجاز العملية الجراحية قبل فوات الوقت واستيصال الطرق والعقد اللفاوية المجاورة للورم .

الحبن او الاستسقاء الزقي في العراق ومناسبته مع الانكيلوستومياز

Ascite et Ankylostomiasts

الدكتور هاشم الوتري

تعريف الحبن :

لما كان البريطون غشاء مصليا او بعبارة اخرى شبكة من النسيج الضام تغطيه طبقة من الاندوتليوم فكان من الطبيعي ان يتصف باوصاف ما يشاكله من الاغشية المصلية ومن تلك الاوصاف ان تتجمع فيه السوائل قليلة كانت او كثيرة ويكون تجمعها منبعثا عن اسباب مختلفة .

فهذه السوائل التي تنسكب في تجويف البطن وتمدده تسبب حالة مرضية تدعى (الحبن) والحبن لغة عظم البطن وورمه ويراد به في الطب تجمع السوائل في البطن حتى يصير شبيها بالزق وهذه الكلمة هي مقابل (Ascites) اليونانية ومعناها (الزق) او القربة وهي تؤدي معناها تماما اذ انها تصور للمرء بطنا كبيرا متمددا يحاكي القربة او الزق المملوء بالماء (*)

ولكن هذه الكلمة لا تطلق على اي سائل ينسكب في تجويف البطن بل انها خصصت للسوائل المصلية دون سواها واما الانسكابات (Epanchements) الاخرى كالتهابات البريطون الصديدية الحادة او المزمنة والهيمو بريطون Hémopéritoine وهو عبارة عن انسكاب دم خالص في تجويف البطن و (الكوله بريطون) (Cholépéritoine) الناشئ عن انسكاب الصفراء في البطن فكل هذه الانسكابات لا تندمج في دائرة الآسيت بل انها تدرج في ابحاث مستقلة .

التشريح المرضي :

ينقسم الحبن الى مصلي اوليموني اللون وكيلومي ولبني وبرقاني او صفراوي ودموي :

الحبن المصلي او الليموني : هو حبن يحتوي على سوائل

(*) قد قسمت العرب الاستسقاء الى ثلاثة اقسام (١) الاستسقاء اللحمي وهو ما تتراكم فيه السوائل تحت الجلد ويطابق كلمة (الاوزيما) (٢) الاستسقاء الهوائي وفيه ينتفخ البطن ويعظم بسبب هواء فيه (٣) الاستسقاء الزقي وفيه يكون البطن عظيم الحجم بسبب مياه تتراكم فيه وهو ما يطابق (الحبن)

رائقة عديمة اللون او في الغالب ضاربة الى الصفرة كلون الكهرباء او الليمون وعديمة الرائحة وتفاعلها يكاد يكون دائما قلوياوقد يكون متعادلا في بعض الاحيان وقد روى البعض من ثقات الاطباء ان التفاعل يكون حامضيا في احوال نادرة حتى لو كانت السوائل قد افرغت حديثا . والثقل النوعي لهذه السوائل يتراوح بين ١٠٠٥ و١٠١٩ ومع ذلك فان السائل اذا ركد في البطن زمانا طويلا فانه يتكاثف ويتلبد نظير ما يحدث في الادرار وهو في المثانة ومن ثم فاننا كثيرا ما وجدنا عند بزل البطن ان الطبقات العميقة والتي تجري اولا تكون اعظم ثقلا نوعيا من التي تليها

واذا افرغ السائل فلا يلبث ان يطرأ عليه التخثر وتكون المواد المتخثرة رقيقة شفافة في بادئ الامر ثم يشتد قوامها كلما طال امد افراغ السائل حتى تصير شمعية القوام واخيرا تذوب مرة اخرى في السائل ودرجة انجماد هذه الوسائل تكون اعظم مما هي في المصل الدموي بسنتيمترين او اربع سنتيمترات وعلى هذا يكون الحبن المصلي هيبو تونيكيا بالنسبة الى الدموي .

ولما كان سائل الحبن مشتقا من المصل الدموي فانه يقرب منه من حيث التركيب الكيمياوي اذ انه يحتوي على نفس الاملاح غير العضوية التي توجد في البلاسما الدموية ولكنه يشتمل فضلا عن ذلك على آثار من مركبات عضوية هي : صور عديدة من الزلال (سروم البومين، سروم جلوبولين ، فيبرين ، واحيانا البارالبومين) واجسام دهنية نخص بالذكر منها (الكولسترين) والبولينا (الاوره) وحامض البوليك والجوانين والكسانتين والهيبوكسانتين والكريانين والكرياتينين واللستين واللوسين والكولسترين والدكستروز . ولكن لا يتحتم وجود هذه المواد جميعها في اي حبن مصلي بل قد يكون البعض منها مفقودا .

وقد وجدنا في سوائل الحبن عند اثنين من المصابين باليرقان شيء من الصباغات الصفراوية ويكون مقدار البولينا في سوائل الحبن المصلي عادة بنسبة نصف الجرام في الليتر ولكن قد يرتفع مقدارها في بعض الحالات وقد ذكر بعضهم انه قد وجد في مصاب بالاورمي ١٢ ليتر من سائل الحبن وكان يحتوي هذا على ٢٥ جراما من البولينا في حين ان ادرار المريض كان لا يتجاوز ٤٠٠ س م٣ في الاربع والعشرين ساعة وكان هذا الادرار لا يشتمل على اكثر من جرامين ونصف الجرام من البولينا . وقد وجد مصاب بالسرطان وهو لم يطرح منذ ثلاثة ايام ولا قطرة واحدة من الادرار ومع ذلك فقد وجد فيه ١٠ س م٣ من سائل الحبن ٦ جرامات من البولينا (دائرة المعارف الطبية الالمانية) .

واهم ما يستوقف نظر الباحث من مقادير العناصر التي يتركب منها سائل الحبن المصلي هو الزلال لان الوقوف على مجموع الزلال الذي في السوائل يفيد في معرفة نوعه فهو الذي يساعدنا في الحالات المشكوكة على تفريق الترشحات (Transsudat) البريطونية من النشحات (Ezudat) الالتهابية . فاذا كان مقدار الزلال في سوائل البطن يفوق نسبة ٤٠ جرام في الليتر دل ذلك على ان الحبن التهابي واذا كان دون الـ ١٥ جرام في الليتر فان الحبن يكون حينئذ رشحيا اي ميكانيكيا . ولما كان مقدار الزلال في السائل مطابقا لدرجة ثقله النوعي

فمن الجائز استخدام الثقل النوعي للتمييز بين ترشحات البريطون ونتحاته . ويقال اجمالاً ان السوائل التي يكون ثقلها النوعي دون درجة ١٠١٤ هي من نوع الترشحات والسوائل التي يفوق ثقلها النوعي درجة ١٠١٦ هي من نوع النتحات . ومع ذلك فلا الزلال ولا الثقل النوعي يساعد المرء في بعض الحالات على الجزم في هل هناك حبنا ام التهابا بريطونياً لذلك فلا يحق للباحث ان يستند في تشخيصه على الثقل النوعي وحده دون ان يراعي الظواهر الاكلينيكية التي تتضح له من معاينة المريض

وهناك طريقة خاصة لتمييز الحبن الالتهابي عن الرشحي تدعى بتفاعل (ريفالتا) (١) وهذا التفاعل مؤسس على خاصة من خواص الفيبرين وهي تخثره في وسط حامضي وهو التفاعل الذي نستعين به كل يوم في المستشفى الملكي لتعيين نوع الحبن مبدئيا .

وبالفحص المجهري يوجد عادة في سوائل الحبن المصلي شيء قليل من العناصر الخلوية وهي عبارة عن خلايا مدورة قد تميع جزء منها وتشحم آخر واستحال الى خلايا ذات حبيبات دهنية . وخلاف ذلك فقد يوجد في الحبن المصلي خلايا ابتليائية مفعمة في الغالب بتجاويف او حبيبات دهنية وتتأتى هذه الخلايا من سطح البريطون وماعدا ذلك يوجد بضع كريوات حمراء واحيانا لويحات الكولستربن .

وسائل الحبن المصلي او الميكانيكي يكون خلواً من المكروبات لاسيما الذي يخرج في البزل الاول وقد تتسرب اليه بعد ذلك انواع عديدة من المكروبات باوجه متنوعة .

الحبن اللبني : Ascits Lactescentes يحتوي هذا الحبن على سائل ابيض غير شفاف قليل الدهن يشبه اللبن المخفف بالماء وهو خلافاً لمظهره فلا يحتوي على قطرات الشحم ولا الخلايا ذات الحبيبات الدهنية وبالفحص المجهري فلا يوشك ان يختلف عن الحبن المصلي وقد علل البعض منظره هذا باحتوائه على اجسام النوكلئين والموكوئيد بينما ان مؤلفين آخرين يرون ان اللون اللبني انما هو حاصل عن احتوائه على كمية وافرة من اللسيتين .

الحبن الشحمي : (Ascites Adiposus) ويحتوي على سائل يشبه ايضا اللبن ولكن اللبن الذي لم تنزع زبدته لانه اذا ركد مدة من الزمان تعلوه قشرة من الزبد تماثل الحباب (القايمق) ويشاهد هذا النوع من الحبن في الليبيميا (Lipâmie) وتدرن البريطون وسرطانه وقد شاهدته مرة في امرأة مصابة بسرطان البريطون وهي في نحو الستين من العمر توفت في المستشفى وقد ظهر في احشائها عدة بؤر للسرطان .

وينشأ هذا الحبن الدهني في سرطان البريطون وتدرنه لان كثيرا من خلايا هاتين الافتين تتشحم وتستحيل الى خلايا ذات حبيبات دهنية وهذه الخلايا تمتزج بالمرتشحات البطنية فتجعلها غنية من الشحوم .

ويتميز سائل هذا الحبن عن غيره مجهريا بكثرة احتوائه

(١) تفاعل ريفالتا : يؤخذ قدح ذو قدم اهرامي مملوء بالماء المقطر ثم يحمض الماء بعشر قطرات من حامض الخليك تقطر عليه ثم يسقط عليه قطرة واحدة من سائل الحبن فيكون التفاعل موجبا اى ان قطرة السائل تحدث فى الماء المحمض سحابة تشبه دخان السيكارة اذا كان سائل الحبن التهابيا واذا كان الحبن عبارة عن رشح ميكانيكي فان التفاعل يكون سالبا اى ان قطرة السائل الحبني تفتل فى الماء المحمض ثم تذوب فيه .

على الخلايا ذات الحبيبات الدهنية والخلايا المنشحمة وربما وجدت فيه شذرات شحمية سائبة وخلايا الاورام التي نشأ عنها الحبن . والثقل النوعي لهذا السائل يتراوح بين درجتي ١٠١٢ و ١٠٢٣ واذا ارتفى الثقل النوعي الى درجة اعلى من تلك فلا شك ان ذلك يكون دالا على وجود التهاب . ولا يطرأ التخثر على الحبن الدهني مهما طال مكثه في الهواء بخلاف مايكون في الحبن الكيلوسي .

الحبن الكيلوس : Ascites Chylosus يتكون هذا الحبن من تجمع الكيلوس في تجويف البطن ومن النادر جدا ان يرى في هذه الحالة تمزق في الاوعية الكيلوسية كالقناة الصدرية مثلا فلا يكون حينئذ حبنا بالمعنى الصحيح بل ان مايتجمع في البطن هو نزيف كيلومي . وفي اغلب الاحيان لايرجد مثل هذا التمزق ويحصل الحبن الكيلومي عن رشح من جدر الاوعية الكيلوسية وقد ذكر V. Winckel في مشاهده له ان مثل هذا الحبن قد حدث عن انسداد القناة الصدرية بدود الفلياريا .

وفي عام (١٩١٠) رفع الدكتور Wise تقريرا ذكر فيه انه وجد شخصا من اهالي Guiana البريطانية تحقق بزل البطن انه مصاب بالحبن الكيلوس وعند وفاته وجد في بطنه كيس واسع قد استوعب تجويف البطن برمته وزاحم الاحشاء وحصرها في الحوض وفي المسافة التي تحت الحجاب الحاجز . وقد اظهر البحث النسيجي ان الكيس قد تكون بين وريقتي المساريقة وكان من المحتمل ان هذا الكيس عبارة عن كيس احتباسي نشأ عن انسداد احدى القنوات الكيلوسية ولكنه لم يتوصل الى كشف (الفلياريا بانكروفتي) هناك سواء كانت في حالة الكهولة او السرفة .

وفي عام ١٩١٧ وجد Breinl و Priestly مصابا آخرا توفى باعراض البريطونيت الحاد ووجد في بطنه مايزيد على النصف ليتر من سائل كيلوس وعدة اكياس مكونة من الاوعية اللنفاوية التي وجد فيها دود الفلياريا . (١)

والسوائل البريطونية في الحبن الكيلوس تكون قاعدة مشابهة جدا لسوائل الحبن اللبني وتقوى هذه المشابهة خصوصا مع سوائل الحبن الشحمي بحيث يتعذر تفريقهما بصورة اكيدة مالم يستخدم البحث المجهري والكيمياوي الخاص .

وتختلف سوائل الحبن الكيلوس من حيث التركيب الكيمياوي ولم تأت المصنفات الطبية على ذكر تركيب ثابت له . ومع ذلك فهو لابد من ان يحتوي على الزلال والشحم والبتبون وقد ذكر ان ثقله النوعي يبلغ درجة ١٠٢٣ .

الحبن الصفراوي او اليرقاني Aseites Ictericus يشاهد هذا النوع من الحبن في المصابين باليرقان فتكون ترشحات البطن في هذا الحبن ذات لون اصفر واضح او صفراوي وينبعث لونها هذا عن كثرة احتوائها على البيليروبين ويهتدي الى كشف هذه المادة بتفاعل جمهلن Gmelin الذي يظهر العناصر الملونة للصفراء بواسطة حامض النتريك .

الحبن النزفي او الدموي Aseites Haemorrhagicus ينشأ هذا الحبن عندما تبلغ ركودة الدم حدا منتاهيا لان الركودة في هذا الحد تفضي الى تمزق الاوعية الدموية

(١) The practice of the Medicien in the Tropics.

وهذا مايجعل المرشحات البطنية تأخذ لونا قانيا شديدا اوخفيفا . وينقلب لون هذه الترشحات بعد حين من الزمان على اثر انحلال الكريوات الحمراء والتغيير الذي يطرأ على موادها الصباغية فيصير اما اسمر ضاربا الى الحمرة واما احمر ضاربا الى السمرة . ويحصل مثل ذلك اذا تمزق احد الاوعية التي في جدار البطن عند عمل البزل كما حدث لي مرة اذ انني استخرجت من البطن في البزل الاول سائلا رائقا اصفر اللون وفي المرة الثانيه عدت فبزلت البطن واذا قد تدفق منها سائل احمر داكن علمت انه كان لبزلي الاول يد في احداثه .

وتتميز سوائل هذا الحبن بانفحص المجهري بكثرة احتوائها على الكريوات الحمراء ويطرأ التغيير على هذه الكريوات بدرجة شديدة او خفيفة وذلك بحسب عهد المرض ومن اشهر هذه التغيرات هو زوال اللون .

الاسباب :

الحبن ليس من الامراض المستقلة التي تنتاب الشخص مباشرة ولا يخرج عن كونه عرضا ينشأ عن اسباب مختلفة نظير ما يكون في اليرقان وتنحصر الظروف التي تعمل على احداث الحبن في ثلاثة امور الاول ، ارتفاع الضغط الدموي بسبب مانع يحول دون دورانه والثاني ، تخزش يحصل في البريطون عن التهاب فيه والثالث : تغيير يطرأ على الدم من مرض في الكلي فيجعل مصله يخترق الاوعية الدموية بصورة غير عادية ومن ذلك تنشأ ثلاثة اصناف من الحبن : الاول الحبن الميكانيكي والثاني الحبن الالتهابي والثالث الحبن الكلوي .

١ — الحبن الميكانيكي — ينشأ هذا الصنف من الحبن في حالات ثلاث . الاولى ارتفاع الضغط الدموي في الجهاز البابي والثانية انضغاط الوريد الاجوف السفلى والثالثة ركود دموي ناشئ عن مرض في القلب .

الحبن الناشئ عن ارتفاع الضغط في الجهاز البابي ، يتكون هذا الحبن ببطء في تشمع الكبد ويكون اسرع حدوثا في التهاب وريد الباب وبتقدمه في اغلب الاحيان تمدد في الامعاء لغازات فيها ومن العلائم الدالة على اشتداد الضغط في وريد الباب ، نمو الدوران الدموي تحت جلد البطن وانتفاخ الطحال انتفاخا احتقانيا وحدوث البواصير والنزيف المعدي المعائي .

وحيثما وجد سندروم اشتداد الضغط البابي يتبادر الى الذهن حالتان الاولى تشمع الكبد والثانية التهاب وريد الباب اي (البيلفلبيت Pylèphlebite) .

التشمع — اول ما يخطر ببال الباحث من انواع التشمع ثلاثة : التشمع الكحولي ، التشمع الدرني ، التشمع السفلسي .

اما التشمع الكحولي فهو نادر الوجود في العراق ولم يكن بين الستين حالة التي عثرت عليها في المستشفى الملكي في خلال ستة اشهر سوى حالة من هذا القبيل ومما يستوقف النظر ان للفلاحين اعظم نصيب من هذا المرض واذا اعتبرنا حالة الفلاح من الوجهة الادبية نراه ابعد الناس عن الانهماك في الملاهي واستعمال المشروبات الكحولية وهذا ما يعلل لنا ندرة التشمع الكحولي في هذا القطر .

واكثر نماذج التشمع الكحولي حدوثا هو التشمع الضموري المنسوب الى لاينك (Laënnec) ويظهر هذا التشمع في قدماء المدمنين على تعاطي المشروبات

الكحولية وبكثر وجودهم في البلاد التي شاع فيها شرب الخمور منذ القدم وهم (في الغالب) من طبقة سائقي العربات وخدمة المقاهي والحانات فيعرفون بسحنة شاحبة اللون تعلق وجنتيها شبكة من اوعية اصابها الدوال وبطن ضخم يشبه الجود يحمله بدن مهزول الصدر والاطراف ويظهر التشمع الكبدي في هؤلاء بحبن ذي مبدأ خداع ويسير في الخفاء ببطء الى ان يبلغ كماله وهو عادة متوسط المقدار سائب ومصحوب بعلائم الضغط البابي وهي تمدد الاوردة التي تحت جلد البطن وضخامة الطحال والبواسير والنزيف المعدي المعائي واما الكبد فهو صغير الحجم يختفي تحت الاضلاع الكاذبة وينخفض عند افراغ السائل من تجويف البطن فيصير كتلة غير منتظمة متحركة .

وقد نشاهد نادراً وفي بعض المدمنين نفس الاعراض التي ذكرناها آنفا وانما يكون الحبن مصحوبا بتشمع كبدي ضخامي منسوب للاستاذ (هانوت) وحينئذ يكون الكبد من اسفل متجاوزاً الاضلاع الكاذبة ويتألم المريض بالضغط عليه ويكون سطحه املس وحافته السفلى قد تكون حافظة لشكلها ونظامها ولكنها على العموم تكون ثخينة مستديرة متثلمة متجاوزة الاضلاع الكاذبة وفي هذه الحالة يكون الحبن مصحوبا باليرقان وقد تترفع الحرارة وترفعها يدل في الغالب على تطرق المكروبات الى المسالك الصفراوية .

وقد عرفت رجلا بغداديا صاحب مقهى في نحو الـ ٣٥ من العمر تعاطي الخمرة منذ نعومة اظفاره فتولع بها وشربها ليلا ونهاراً حتى افاق ذات يوم واذا بحمى وبرقان والم طرحه في الفراش وقد شفي ومرض مراراً الى ان الفى بنفسه اخيراً في احضان المستشفى الملكي فوجد في بطنه حبن اخذ ينكشف رويداً رويداً وهو في المستشفى واشتد اليرقان واخذته حمى يشتد فوارها في المساء وتدعه في الصباح الى ان مات باعراض التهاب المسالك الصفراوية ولما فتحت جثته وجد في بطنه كبد ضخم متشمع واحتباس في الصفراء والتهاب في مسالكها .

التشمع الدرني : قلما يخطر ببال الباحث تشخيص التشمع الدرني المصاحب للحبن وتظهر الاشكال الحبنية للتشمع الدرني في ثلاثة نماذج .

١ً — النموذج الاعتيادي المصحوب بحبن وكبد ضخم او ضامر يبدو للباحث كأنه تشمع كحولي ولكن لا تلبث ان تتضح على المريض ظواهر التدرن وعلاماته في الرئة فيعتريه الهزال وتأخذه نوبات من الحمى وتتجمع في بطنه السوائل بسرعة ويعود تجمعها بعد بزل البطن بزمن يسير وقد روي ان سوائل الحبن في هذه الحالة تحتوي على عصيات كوخ .

وقد تضاربت الآراء حول اتهام التدرن في توليد امثال هذا التشمع وهناك من ادعى ان التدرن ليس سوى حادثة ثانوية تحصل في سير التشمع الكحولي ومن جهة اخرى اننا لا نجهل ما بين التدرن وداء الكحول من صلات باثولوجيكية وثيقة العرى تجعل المرضين في اتصال دائم . ومع ذلك فان من الصعب اصدار حكم في هذه الحالات والتشخيص هنا قد يكون على جانب من الخطورة

٢ً — النموذج الخبيث من التشمع الذي يشاهد عند المصابين بداء الكحول والتدرن معا فترى المريض من

هذا الفريق وهو ذو بطن جسيم يشتمل على حبن وكبد ضخم موجع وطحال كبير ويرقان خفيف وتتجلى فيه ظواهر عدم الكفاءة الكبدية بسبب الاستحالة الدهنية وتزداد وضوحاً حتى تنتهي بموت عاجل .

٣ً — النموذج القلبي الدرني الذي ذكره فريق من المؤلفين الافرنسيين وقد عثروا عليه سواء كان في الاطفال او الكهول . وهو يبدو بجميع الظواهر التي يتصف بها الحبن المصحوب بكبد ضخم وطحال كبير ونمو في اوردة جلد البطن فيرى في هذه الحالة ان الحبن يتجمع عاجلا ويزرق جلد المريض لاسيما في نهاية الاطراف ويكون الطرفان السفليان منتفخين باوزيما مزمنة ويضطرب المريض من عسر تنفس جهدي . واذا ما بحث بدنه يتضح فيه ارتفاق نابي درني .

التشمع السفلسي : تظهر الاشكال الحبنية في التشمع السفلسي بمظاهر تشمع الاستاذ (لاينك) ويكون التشابه بين هذين التشمعين كاملا في بعض الحالات الا انه يوجد في سوابق المريض حادثات سفلسية يرجع عهد بدئها الى اعوام عديدة وقد يوجد تشمع كحولي في مصاب قديم بالسفلس ولكن السفلس ايضا في وسعه ان يولد تشمعا ضموريا .

ومع ذلك فان القاعدة في التشمع السفلسي النموذجي هي ان يوجد ما عدا الحبن وظواهر الضغط البابي المصاحبين له علامات اخرى وهي ان يكون الكبد عظيم الحجم صلبا عديم الالم والانتظام فيكون سطحه مستوراً باتلام غائرة وحدبات صلبة ويكون الطحال اعظم حجما مما يكون في التشمع الكحولي واشد صلابة وخلاف ذلك يشاهد على جسم المريض ندبات السفلس القديم او عوارض السفلس الثلاثية وهي في حالة النمو ويكون تفاعل فاسرمان موجبا سواء كان مع الدم او سوائل الحبن

والتشمع السفلسي ليس موجوداً في العراق كثيراً بدليل اننا لم نعثر الا على حالتين منه واذا نسبناه الى جميع حالات الحبن التي جمعتها نراه لا يربو على الواحد في المائة ومهما تفشى السفلس في هذه الربوع فانه لم يبلغ بعد حداً يستطيع معه مضارعة الاسباب الاخرى في توليد الحبن .

وهناك انواع اخرى من التشمع الكبدي غير ماذكر نورد منها ما عثرنا عليه في المدة التي تعهدنا فيها البحث عن الحبن وهي :

اولاً : التشمع الناشئ عن الملاريا ويكون ضموريا او ضخامياً ويصحبه الحبن وقد تحققنا بالبحث الاكلينيكي وجود ثمانية انواع من هذا القبيل اي ما يقارب نسبة الـ ١٦ في المائة من جميع الحالات التي حصلنا عليها . وكان اغلب هؤلاء المصابين من فلاحي جهات الفرات ولم يكشف البحث السريري ما يعلل حدوث الحبن ما عدا الملاريا التي ابدتها اقوال المرضى انفسهم . وكان التشمع الكبدي في هذه الحالات من النوع الضموري ومصحوبا بطحال عظيم الحجم وحبن جسيم وقد زارنا يوماً رجل من اهل الحلة مصاب بالملاريا قديما وكان مضطرباً من حبن عظيم المقدار اوشك ان يسبب له الاختناق فافرغنا من بطنه بالبزل سائلا رشحيا قد بلغ ١٣٠٥ ليترا واجرى البزل في ٢٦ — ١ — ٩٢٦ ثم عادت

السوائل فتجمعت مرة اخرى وقد بلغت حدها الاول في ٤ — ٢ — ٩٢٦ اي في مدة لا تبلغ الشهر فاخرجت بالبزل واذا بها تزيد عن مقدارها الاول ثم عادت فتجمعت في مدة اقصر من الاولى فعدنا بالبزل مرة ثالثة وهكذا تجمعت واخرجناها بالبزل ست مرات متوالية فكان ما اخرج من بطن هذا البائس قد بلغ الثمانين ليترا وكان ذلك قد جفف عروقه واستنزف قواه فخرج من المستشفى وهو ذلك المريض الاصفر اللون الذاهب اللحم العظيم البطن ولم ينفعه العلاج ومما زاد الطين بلة انه كان مصابا في ذات الوقت بالآنكيلوستوميالز .

ثانياً : قد عثرت على تسع حالات من الحبن الناشئ عن التشمع الكبدي لم اتوصل الى اكتشاف الملاريا فيها بالرغم عن جميع الوسائل التي اتخذتها لذلك وكانت اقوال المرضى تنفي وجود اي نوع من الحمى في ماضي حياتهم . وكان معظم هؤلاء المرضى مضطربين من حبن ناشئ عن تشمع كبدي ضموري غير مصحوب باليرقان ولا ضخامة الطحال . والمرض في جميعهم واحد لايختلف من حيث الاعراض وكلهم من طبقة الفلاحين الذين يعملون على حرث الارض في ضفتي الفرات او في الارض التي تروى من فروعه . فاذا القى الباحث نظرة عامة الى هؤلاء يرى في جميعهم سحنة تكاد تكون خاصة بهذا النوع من التشمع الكبدي وما يؤل اليه من الحبن فتلك السحنة تنطوي على معنى خاص يدل على اليأس والتأثر ، سحنة ذهبت عنها نضارة الحياة وجف لحمها واستولى عليها الشحوب واذا سئلت المريض عن تاريخ مرضه اجابك انه كان نشيطاً يعمل في مسحاته فشعر ذات يوم بخفوق في قلبه ودوار في رأسه وضعف في ساقيه اخذ يزداد على ممر السنين الى ان انتهت الحالة به بورم اصاب بطنه فاقعده عن العمل فرمى مسحاته وودع اهله ورمى نفسه في احضان المستشفى . بحثت كثيراً في مصيبة هؤلاء التعساء فلم اجد هناك لا السفلس ولا الملاريا ولا التدرن ولا السرطان ولا اي شيء يعلل التشمع والحبن سوى شيء واحد وهو وجود الآنكيلوستوما في الغائط .

فهل هناك تشمع كبدي ناشئ عن الانكيلوستوما انبعث عنه الحبن كما ينبعث عن الملاريا ؟ . تلك مسألة لااجرأ على الادعاء بها الآن لان الجثث لم يزل ناقصا يحتاج الى التمام . وكل ماوجدته في تدقيق البحث هو ان الكبد قد اصابه تشمع ضموري . ومما اردت ان الفت نظر العالم الطبي الى هذه النقطة التي تزداد في ذهني رسوخاً كل يوم ليبحثوا عن مصائب الآنكيلوستوما التي شلت حركة الطبقة العاملة في هذا القطر ليس من حيث تسميمها الكبد فحسب بل من حيث تأثيرها في توليد قسط وافر من الامراض الشائعة في هذه البلاد بطريقة لم نزل نجهلها .

هذه انواع الحبن التي تحدث التشمع في العراق والآن نعود الى السبب الثاني الذي يحدث سندروم اشتداد الضغط البابي وبالنتيجة الحبن وهو التهاب وريد الباب او البيافلبيت .

التهاب وريد الباب (Pyléphlebite) . يكون الحبن في البيافلبيت عظيم الحجم ومصحوباً بدوران جانبي نشيط وطحال كبير ويتكون الحبن عاجلا ويد البزل

باربع وعشرين ساعة او ثمان واربعين ساعة و يشاهد فيه نزيف معوي واسهال .

فاذا ما وجدت هذه الاعراض في سير التشمع تبادر الى الذهن ان التشمع قد تضاعف بانسداد وريد الباب بسبب التهاب فيه وهذا الانسداد يحذف الكبد عن الدورة الدموية البابية ويمنع كل اتصال بينها كما لو كانت قد ربطت اصول الجهاز البابي ربطاً صناعيا . وفي هذا كفاية لتعليل الموت العاجل الذي ينجم عن هذا النوع من الحبن اذ ان الجسم يكون عرضة لخطر التسمم والكشكسيا المصلية التي تحدث بسبب البزل المتواصل .

والبيلفليبيت ليس من العوارض التي تضاعف التشمع فقط بل انه ينضم احيانا الى سرطان المعدة او البنكرياس او الكبد . وينشأ الحبن في المصابين بالسرطان عن عدة اسباب فهي اما التهاب في وريد الباب او انضغاطه بعقد سرة الكبد التي اعترتها الضخامة واما انتشار السرطان الى البريطون .

ومن النادر جدا ان يتلبك مرض الحصوات الصفراوية بالتهاب بابي مصحوب بالحبن وفي حالات اخرى لا توجد سدد في وريد الباب بل ان انسداده يحصل عن انضغاطة بكيس ديداني كبدي او كتلة من سرطان العقد السروية الكبدية او تدرنها .

الحبن الناشئ عن انضغاط الوريد الاجوف السفلي : ينشأ الضغط عموما عن اورام البطن وتكون سوائل الحبن قليلة المقدار و يصحبها دوران جانبي تحت السرى يتم بواسطه الوريد الاستحيائي الظاهر و يرى (جلبر) ان هذا الدوران الجانبي يكون منحصراً في وريد واحد عندما يكون الحبن منبعثاً عن اورام الكبد خاصة . ويكون عظم البطن ناشئاً في الغالب عن الحبن وليس عن اورامها المكونة له كالاكياس المبيضية او الثربية او السرطان الكبدي . واذا بلغت هذه الاورام حجماً عظيما يتعذر ادراك سوائل الحبن بالبحث ولا يتضح وجودها الا اثناء العملية او عند عمل الصفة التشريحية .

وقد شاهدنا حادثة من هذا القبيل في شاب ايراني كان يشكو من ورم في بطنه ظهر لنا بالبحث انه انما كان ورمين الاول عظيم الحجم ومالئ لمعظم الجهة اليمنى من البطن والآخر متمركز في الخاصرة اليسرى واصغر من الاول وكان البطن متزايد الحجم بسبب هذين الورمين ولكننا لم نجد وسيلة الى تعيين ماهية هذا الورم في بطن المريض الا بعد ان فارق الحياة فاتضح لدينا انه انما كان سرطانا في البنكرياس قد انتقل الى الكبد وكان يصحب هذا الورم حبن قليل المقدار قد غاب عنا تشخيصه حينما كان المريض في قيد الحياة .

واذا كان الورم صغير الحجم يكون الحبن حينئذ واضحاً وتحس اليد بالورم يسبح بالبطن وعند وجود الكيس المبيضي تدرك يد الباحث نوعين من التموج الاول سطحي منبعث عن الحبن والثاني عميق يدرك بالضغط على جدار البطن وهو حاصل عن سوائل الكيس

وتكون سوائل الحبن في هذه الاحوال مدممة في الغالب ومحتوية على خلايا الاورام .

الحبن في امراض القلب : لا يظهر الحبن في امراض القلب الا عندما تبلغ هذه الامراض دور (الآسيستول)

اي الدور الذي تكون فيه عضلة القلب عديمة الكفاءة بمرض مزمن في الصمام الاكليلي او مرض في الكبد او انتفاخ في الرئة او تصلب فيها او ما اشبه ذلك من الامراض التي تنهك عضلة القلب .

ويكون الحبن في جميع هذه الاحوال حادثاً تبعيا للمرض الاصلي ويكون محتجباً باوزيما الجدر البطنية ويكون حكمه حكم (الهيدروتوراكس) الذي يكون مصاحبا له ، بل هو جزء من الاستسقاء العام الذي ينتاب جميع اجزاء الجسم . ويظهر على المصاب بهذا الحبن عسر في التنفس وزرقة في الجلد وانتفاخ مؤلم في الكبد وقلة في الادرار . ويكون هذا الحبن في اغلب الاحيان مصحوباً بتشمع قلبي وتتجح فيه مقويات القلب فتلاشيه مع غيره من ظواهر الركود الدموي العام .

ومع ذلك فلا ينبغي ان يفهم من ذلك ان الحبن يزول ابديا واذا حدث من ذلك شيء فانه نادر . وجميع الحالات التي عثرت عليها من هذا القبيل تشير الى ان الحبن الناشئ عن آفة في القلب لا يشفى شفاء نهائياً وقد شاهدت ذلك في اكثر من خمسة مصابين بالحبن مع الاستسقاء العام فكان الحبن والاوزيما يزولان تماما طالما مكثوا في المستشفى حيث يتبعون نظام الحمية ولكنهم لا يلبثون ان يعودوا الى المستشفى بعد خروجهم منها بقليل لرجوع المرض اليهم .

ويظهر هذا الحبن عند الاطفال في سير البعض من الامراض القلبية الروماتيزمائيه التي تنتاب طبقات القلب الثلاث في آن واحد وتحدث دفعة اسيستولا مستديما يمتاز باوصاف مشخصة له فلا يصعب في مثل هذه الحالات معرفة اسباب الحبن .

ولكن ليس الامر كذلك في التشمع القلبي الدرني الذي ذكره (هايم) ورصفاؤه ففي هذه الحالة يتفلق وجود التصاق درني بين القلب والتامور وتشمع في الكبد هو قلبي ودرني معا وفضلا عن ذلك يوجد معها تدرن في البريطون . والظواهر التي تدل على مرض القلب في هذه الحاله تكون قليلة الوضوح وتمر غير منظورة فيجهلها الباحث ويقع في خطأ التشخيص ويحسبها التهابا بريطونيا درنيا .

٢ — الحبن الالتهابي :

قد يتكون الحبن بالتهاب بريطوني يحدث عن عدوى مكروبية ذات سير مزمن كما في التدرن او عن تخرش بريطوني منبعث عن وجود السرطان ويكون هذا الحبن متصفا باوصاف اكلينيكية خاصة .

فهو ينشأ تدريجيا او بسرعة ولكن البطن يكون فيه اقل تمدداً مما يكون في الحبن الناشئ عن زيادة الضغط ويكون سائبا او منحصراً بين حجابات ناشئة عما يولده الالتهاب من الالتصاقات . ويكون جلد البطن متمددا رقيقا لامعا واوزيماويا ولا يوجد دوران جانبي في المعنى الصحيح وتظهر الاوردة من تحت جلد البطن لانها متمددة ولا تكون شبكة حول السرة او في القسم الشراسيفي . ويكون الطحال والكبد خاليين من التغيير والثرب يتكمش غالبا وينسحب نحو المعدة فتدركه اليد في المراق الايسر وكأنه ورم مستطيل عميق عديم الانتظام وفيه حدبات .

ويعثر على الحبن الالتهابي في تدرن البريطون وسرطانه تدرن البريطون — للحبن منزلة مهمة بين ظواهر

التدرن البريطوني سواء كان هذا التدرن تحت الحاد او مزمنا . واذا كان تحت الحاد فانه يسير سيراً حثيثاً ولا يلبث ان تنضم اليه ظواهر درنية تأخذ في تجويف البلورا واما الحبن في التهاب البريطون المزمن فانه اهم شأنا لانه قد يصبح العرض الوحيد الذي يهتدى به الى هذا المرض . وربما ذهل المرض الاصلي وسمي المرض بعرضه فقيل له حبن كما حدث قديما حيث افردوا مرضا مستقلا اطلقوا عليه اسم « الحبن الاصلي للفتيات الحديثات السن » وهو لم يكن سوي ضرب من تدرن البريطون ينشأ بصورة غير محسوسة ويمكث في البطن سائبا ويكون في بعض الاحيان غزيراً ولكنه يرتشف ويبرأ في كثير من الاحوال وقد عرفت فتاة في نحو الـ ١٦ من العمر دخلت المستشفى تشكو من الم في بطنها وهي من مهاجري (اورمي) وتبين لي بالبحث ان البطن كان في حجمه الطبيعي تقريبا ولكنه يحتوي على حبن قليل المقدار . وما كان اشد جزع الفتاة وفزعها حينما بزلت البطن واستخرجت منه سائلا يبلغ الثلاث ليترات وكان السائل التهابيا يدل على تخرش التهابي في البريطون ولكن من حسن حظ الفتاة ان الحبن قد شفي تماما بعد البزل وهي لم تزل في صحة تامه بفضل ما اجرى بعد ذلك من العلاج الذي قصدنا به تقوية البدن .

وفي الكهول قد يمكث تدرن البريطون في بدايته متظاهراً بالحبن لمدة مديدة ويكون هذا الحبن سائبا وليس من الصعب تفريقه عن الحبن التشمعي . والحبن الدرني يرتشف ويبرأ احيانا على اثر البزل ولكنه في اغلب الاحيان يتنحي ويترك محله لانواع اخرى من البريطونيت الدرني كالانواع القرحوية الجبنية او الليفية .

ومن حيث العموم يكون الحبن متكيساً ومنحصراً بين حواجز من النسيج الضام اذا كان درنى المنشأ وتكون سوائله مصلية فيبرينية ذات لون اصفر ليموني وتحتوي على الزلال واللنفوسيت .

وقد وجدت من الحبن الدرني خمس حوادث .

سرطان البريطون — يحدث سرطان البريطون في مراحل معلومة من العمر سواء كان حدوثه اوليا او تابعيا لسرطان المعى المستقيم او الرحم او المعدة او الكبد او البنكرياس ومن علائمه الحبن .

والحبن السرطاني هو حبن بريطونيتيكي يصعب احيانا بتمييزه عن الذي يظهر في الالتهابات البريطونية الدرنية ويمكن غالبا ادراك الآفات السرطانية من تحت الجدر البطنية وهي عقد مختلفة الحجم مؤلمة كثيراً او قليلا منتشرة هنا وهناك بصورة منفردة او قد يتصل بعضها ببعض فتكون منها كتل كبيرة . واحيانا تكون غير ظاهرة فتحتاج الى بحث دقيق .

والحبن في السرطان هو نزفي دموي وقد تكون سوائله في بعض الاحيان بنية اللون وتحتوي على الزلال والفيبرين والخلايا اللنفوسيتية ويحتوي بعضا على خلايا السرطان . ولم اشاهد من هذا الحبن سوى واحدة في امرأة بتجاوز عمرها الستين سنة قد افرغت من بطنها بالبزل ماينوف على الاربع ليترات من سائل احمر داكن وقد توفيت في المستشفى فتأكد لنا بفتح الجثة ان البريطون كان مصابا بالسرطان وقد التصقت العرى المعائية مع بعضها حتى اصبحت كتلة واحدة .

٣ — الحبن الكلوي — يوجد الحبن في امراض الكلي كجزء من الاستسقاء الذي يصاحب هذه الامراض . ويوجد مصحوبا بالاوزيما واستسقاء الصدر والبول الزلالي والاضطرابات الكلوية المتصفة باحتباس الكلورورات . ويكون الحبن على العموم قليل المقدار وتحجبه اوزيما الجلد .

وخلاف ذلك فقد تتضح في المريض احيانا اضطرابات قلبية وعائية وظواهر آستيسنولية فيكون الحبن اذ ذاك ناشئا عن اسباب مختلطة . وسواء كان الحبن ناشئا عن مرض كلوي او قلبي او وعائي او عن كليهما فانه يزول بمعالجة الكلي اوالقلب اوكليهما .

وقد شاهدت من الحبن الكلوي اربع حالات فكان الحبن في اثنتين منها جزءا من الآنازارك وثلاث منها لم يوجد فيها سوى الحبن الناشئ عن النفريت .

قد ذكرنا فيما سلف انواع الحبن التي تحدث في الحياة عقب الولادة والآن يجب ان نضيف اليها نوعاً آخر وهو (الحبن الولادي) . وهو وان كان من النوادر الا انه يكتسب اهمية عظيمة باعتباره اكبر عائق للوضع . ويدرك المرء تلك الاهمية جيداً اذا علم أن هناك حينا يبلغ الخمسة عشر ليتراً وهو في الغالب ذو لون دموي ومن هذا القبيل قد دون Franpué و Voss و Vorstiàdter مشاهدات لم يتيسر لهم فيها اخراج المولود الا عند بزل بطن الجنين في داخل الرحم واخراج سائل منه يساوي ثلاث ليترات وقد وجد ان سبب الحبن في المواليد هو استحالة في الكبد والطحال تنشأ عن سفلس وراثي ويظهر ان بعض الامراض التي تنتاب الوالدة حين الحمل نحو الملاريا مثلا قد تكون سبباً لحدوث الحبن في الجنين .

العلاج

ينبغي ان يقصد بالعلاج قبل كل شئ ازالة السبب المؤدي الى الحبن او بعبارة اخرى شفاء المرض الاصلي . والفكر الشائع ان الحبن في حد ذاته لا يحتاج الى علاج خاص الا اذا كان المرض الاصلي مجهولاً او اذا كان قد بلغ حداً يهدد بحدوث الاختناق او شلل القلب .

ومن الوسائل الشفائية التي اوصى اتخاذها في المعالجة العرضية في الحبن هي المسهلات والمدرات ، والمعرقات والمصرفات والجاذبات والكربائية ، والبزل وفتح البطن وينبغي ترتيب غذاء نافع قبل المباشرة بوصف الدواء . فيجب تحديد ادخالات المريض من المايعات وارجاعها الى ٥٠٠ او ١٠٠٠ س م ٣ في اليوم ومنعه عن تعاطي المواد الزلالية التي اتضح انها تساعد على تكوين الحبن وقد اتضح ايضا (Day) ان الخضار اشد من المواد الزلالية تأثيراً في توليد الحبن . فاحسن غذاء للمريض اذاً هو الدقيق .

وتنفع المسهلات خاصة اذا كان في البطن ميل للاحتباس او كان الحبن منبعثا عن آفة في وريد الباب او مرض في الكبد . واما امر انتخاب المسهلات الشديدة نحو سلفات الصوديوم او سلفات المغنيسيوم او ثاني طارطرات البوتاسيوم او جذور الراوند او اوراق السنا او ادران الجالاب ومستحضراتها او المياه المعدنية التي تحتوي على سلفات المغنسيوم او سلفات الصوديوم . او المسهلات الدراستيكية كالحنظل وزيت الكروتون

— فذلك تابع لقوة المريض ودرجة القبض . ويجب التحفظ عند اعطاء المسهلات لان كثرة اطراح السوائل والاستمرار على تعاطي المسهلات مما ينهك المريض —

واذا كان اطراح الادرار قليلاً جداً وكانت قوة الامعاء لم تزل على جانب من النشاط فيجوز استخدام المدرات لاغراض التداوي العرضي وانما يجب ان لا تستخدم هذه الواسطة اذا كان هناك ما يدعو الى الشبهة في وجود احتقان او التهاب في الكلي ويحسن بالمرء ان يتجنب مهما امكن استخدام المدرات المخرشة كبصل السيل مثلا ومن المدرات الملحية يوصي خاصة استعمال نترات البوتاسيوم ونترات الصوديوم وثاني طارطرات البوتاسيوم وليكور خلات البوتاسيوم (Liquor Kalii acetici) ومن المدرات النباتية يرجح استعمال اوراق الديجيتيتال والجونيبر Baccae juniperi و Semina petroselini و Species Diureticae واما المدرات الجاهزة فمنها ما له تأثير حقيقي نافع وهي الديورتين Duiretine (١) والثيوفيلين Theophyllin (٢) والثيوسين Theocin (٣) او الآجورين agurin (٤) وكذلك كلورور الزئبق Hydragyrum chloratum فانه ينفع كثيراً في اطراح الادرار ولكنه يحدث التهابا في الفم ومع ذلك فيمكن دفع هذا المحذور بغسل فم المريض بمحلول كلورات البوتاسيوم في الماء بنسبة (٥ : ٢٠٠) عقيب كل طعام .

(١) كل ساعتين قرطاس يحتوى على (١) جرام (٢) ثلاث مرات فى اليوم ٣٠ سنتيغرام (٣) ٣٠ سنتيغرام ثلاث مرات فى اليوم (٤) جرام ثلاث مرات فى اليوم

واما طريقة المعالجة بالمعرقات فقد اثنى عليها (V. Ziemssne) ومن انفع الوسائل في جلب التعرق الغزير واوفرها راحة للمريض هو الهواء السخن الذي يجهز بواسطة آلة تدعى (Phenixàairchaud) (١) والغرض من استخدام هذه الآلة هو امرار الهواء الملتهب السخن من تحت غطاء فراش المريض . واذا اريد التعرق بالاستحمام الساخن فينبغي وضع المريض في حمام تبلغ حرارته ٣٤ سنتغراد وابقاؤه هناك مدة نصف ساعة او ساعة كاملة ترفع في خلالها حرارة الحمام الى ٤١ سنتغراد باضافة ماء ساخن آخر تدريجيا . وثم يجفف المريض بابقاءه مدة نصف ساعة مشتملا بغطاء من صوف وهناك بعض وسائل اخرى للتعرق لا فائدة لنا من اطالة الكلام في ذكرها واما استعمال العلاج شربا لاجل التعرق فليس من التدابير المضمونة الفائدة كما انه مما يأنفه المرضي ويجه طبعهم . واصدق من ذلك تأثيرا هيدروكلورور البيلوكابين - Pelocarpinum Hydrochloricum الذي يستعمل حقنا تحت الجلد بمقدار نصف س م٣ من محلوله في الماء بنسبة (٢٠ر٠ الى ١٠ اجرامات) او اخذ جرعات كبيرة (٣—٥ جرامات) من ساليسيلات الصوديوم عن طريق الفم .

والادوية الجاذبة (Resorbentien) تكاد تكون دائما نافعة سواء اعطيت داخلا بشكل يودور البوتاسيوم ويودور الصوديوم ويودوبين او خارجا بشكل مرهم اليودور او مرهم اليود او مرهم اليودوفورم او يودوفورم مع الكولوديون .

(١) (آلة للهواء السخن لاجل المريض الذى يلازم الفراش)

المصرفات (Deivantien) ليس من النادر ان يحصل المريض على نتيجة جيدة من المصرفات كاستعمال الـ (Saqo Kalinus venalis) دلكا على البطن بصورة منتظمة وطريقة العمل هي ان يدلك (بالصابون الاخضر) بشدة متساوية في جميع اقسامه يوميا حتى اذا احمر جلد البطن احمراراً شديداً يترك الدلك بضعة ايام ليزول الاحمرار ثم تعاد الكرة من جديد . ويقوم مقام ذلك ادوية اخرى كالصفة (الكنتاريد) ومروخ الـ (Tartri stibiati) .

وقد راجت في الايام الاخيرة الفكرة التي ترمي الى تزييد اطراحات الادرار (بفراديزاسيون) الجدار البطني وبالنتيجة تطمين امتصاص بعض انواع الحبن التي يطول امدها ويستعمل لذلك تيار فارادي زي قوي يستمر تأثيره ١٠ دقايق في كل جلسة فالبعض من عضلات البطن تتقلص في كل جلسة ٥٠—١٠٠ مرة . وقد عللوا (Glak) تأثير طريقة المعالجة هذه بكون الحبن يصبح تحت تأثير اقصى درجة من الضغط المنبعث عن تقلص عضلات البطن وهذا ما يجعل ارتشاف الحبن الى درجة ما امراً اجباريا وقد اعترض البعض على هذا النوع من التعليل بحجة ان (الفراديزاسيون) اذا اجرى حسب الاصول فانه كثيراً ما يحرض اطراح البول ، عند تطبيقه على ناحية الكبد وبتم ذلك حتى فيما لو كان الشخص سليما وهذا ما يدل على ان لتأثير الاعصاب المحركة الوعائية يداً في هذا الامر .

ويرى البعض (Mackenzie) ان لتطويق البطن بحزام من اللباد (فانيلا) تأثيراً حسناً على الحبن وان كان هذا التأثير بطيئاً .

واما بزل البطن فهو تدبير مصيب اذا كانت هناك ضرورة للحصول على نتيجة اكيدة وسريعة ولاسيما اذا كانت حياة المريض مهددة بالاختناق وشلل القلب وتنعكس المسئلة اذا اتخذ البزل آخر حيلة لتداوي الحبن . والبزل يخفف عن المريض ويجلب له ارتياحا عظيما ولا نزاع في ان البزل من الوجهة النظرية يؤدي الى ضياع جانب عظيم من عصارات البدن ولكن التجربة من جهة اخرى علمتنا ان مثل ذلك الضياع مما يطيق احتماله اغلب المرضى .

وفي بعض الاحيان ينقطع الحبن عن التجمع بعد اجراء البزل مرتين او ثلاث مرات وينقه المريض تماما ومن المؤلفين من يرى في البزل وسيلة شفاء للحبن الناشئ عن تشمع الكبد . ويرى المؤلفون من الافرنسيين ان يحقن في البطن مذاب اليود بعد البزل ويقصد بذلك احداث التصاقات بريطوانية تكون الغايه منها الحيلولة دون تراكم الترشحات التي قد تتكون في تجويف البطن من جديد ولكن لم يسلم الجمهور بهذا الرأي لما يترتب عليه من المخاطر .

وقبل ان اختم مقالي اريد ان اذكر كلمتي الاخيرة على ذكر معالجة الحبن وهي ان الحبن ليس من العلائم التي تجلب الارتياح والتفاؤل وهي دائما علامة تنذر بالموت وان اغلب المصابين بالحبن يلقون حتفهم آجلا ام عاجلا وليس لدينا في الوقت الحاضر ما يصده لانه نتيجة لامراض وخيمة عجز الفن الحاضر عن معالجتها .