

المقالة الأساسية

الصدمة الانافيلاكسية

Lechoc Anaphylactique

الدكتور نظام الدين

يوجد ثلاثة أنواع من الصدمة

« ١ » الصدمة الجراحية وتسمى أيضا بالوهن او نفاد القوى .

« ٢ » الصدمة الميكانيكية او الالية التي تنشأ عن اضطراب وظيفي في الجملة العصبية المركزية والمحيطية .

« ٣ » الصدمة الدوائية

ولما كان النوع الاول اى الصدمة الجراحية يندمج في علم الجراحة والنوع الثاني الصدمة الميكانيكية يرجع في الاصل الى اختصاص علم الفسيولوجيا فالتنا سرف نتناول البحث عن النوع الثالث اى الصدمة الدوائية ونعري مفعولها وظواهرها في البدن .

الصدمة الدوائية

وتسمى ايضا بالصدمة الطبية

وسببها دخول بعض الحاصلات الكيميائية في الجسم واذا ما دخلت هذه الحاصلات في البدن سواء من تحت الجلد او داخل العضلات او عن الطرق الوريدية فانها بعد دخولها في الجسم تبلغ الدعامه (١) الدموية واذا كانت تلك الحاصلات قابلة للتمثل ومعني ذلك انها في حالة انحلال تام فان الدعامه الدموية تمتصها فتسير معها في الدورة الدموية ثم تنتقل الى بعض الاعضاء المهمة حيث تثبت فيها نهائيا .

Stroma (١)

ووجود هذه الحاصلات الكيميائية في الدورة الدموية لا ينتج عادة اي مفعول سواء كان فسيولوجيا او باثولوجيا لان هذه المواد الداخلة الى الدعامه الدموية عن الطرق الثلاثة التي سبق ذكرها قد اجري تحييدها مع الدقة التامة وهي قابلة للانحلال كيميائيا وخالية عن الجراثيم وتمثل تماما مع الدعامه الدموية ولذلك فانها تسير ميكانيكيا مع الدم الذي يحملها بدون ان يحدث عنها ادنى فعل غير عادي .

غير انه قد يقع في بعض الاحوال ان يطرأ على الدعامه الدموية بعض العوارض وتكون هذه العوارض على جانب من الخطورة وقد تكون مميتة وذلك بحسب نوعها وطبيعتها نورد اهمها باليجاز وهي :

١ اذا كانت قابلية انحلال المواد الكيميائية غير تامة

٢ اذا كان تعيقها غير كاف - فان تلك المواد تفعل في الدعامه الدموية فعل الاجسام الغريبة عن البدن وعند دورانها مع الدم تولد عوارض مرضية كالسدد .

٣ حين ادخل المواد الى الجسم خصصها عن طريق الاوردة قد تنفذ في الدورة الوريدية فقاعة هواء عن عدم الدقة ويحدث عن تلك الفقاعة مدة هوائية تسبب في القلب فعلا رديئا .

وبعد ان اوردنا اجمالا الرارض التي تختص بالدعامه الدموية فلنتنقل الان الى البحث عن مسئة تثبيت المواد الدوائية في الاعضاء المختلفة .

تثبت المواد الدوائية في الاعضاء المختلفة

اهم الاعضاء التي تثبت فيها المواد الكيميائية الداخلة الى الدم هي : الكبد ، البنكرياس ، الكلى ، واحيانا السائل الدماغي الشوكي وجدر الامعاء . فاذا تثبت في هذه الاعضاء مقدار معتدل من المواد الكيميائية فان هذه الاعضاء تحتمله ولا يستوجب وجوده فيها اي اختلال عضوي او وظيفي . فالدواء بعد ان يقيم في العضو مدة من الزمن يلقيه العضو مرة اخري في الدورة الدموية ويتم ذلك تدريجيا وعليه فان الدواء اذا دخل مرة في الدعامه الدموية فانه بحسب طبيعته ونوعه يعمل على ازالة الافة التي اريد مكافحتها بواسطة . وهذا العمل كما لا يخفى هو تأثير دوائي صالح .

واما اذا كانت المواد الكيميائية قد تثبتت في الاعضاء بمقدار اكثر مما يقتضي لمعالجة الافة وخاصة اذا كان اعطاؤها غير مستند على الدقة والاعتناء الفني فانها تمكث في الاعضاء الى مدة اطول وان خلايا الاعضاء التي ذكرناها آنفا خصوصا الكبد والكلى تنشعب من تلك المواد المخزونة في تركيبها العضوي فتتضرر منها وتستمر الاضرار الخلوية ويتسع نطاقها وتصبح الاعضاء غير قادرة على احتمال تجمع الدواء وبالنتيجة تظهر فيها ظواهر الاختلالات التشريحية والفسيولوجية

فلنتعقب الان هذه الاختلالات المادية والوظيفية على وجه الاجمال :

الكبد - هو من اشهر الاعضاء التي تثرا كم فيها المواد الكيميائية .

فاذا ما اعيد تحميل الخلايا الكبدية بهذه المواد الالاثية مع الدورة الدموية البابية والعمومية فان وظائف تلك الخلايا تضطرب ويزداد هذا الاضطراب احيانا حتى يفضي الى حدوث عدم كفاءة في الكبد .

فاذا اصبح الكبد عديم الكفاءة وهو ذاك العضو الذي له اهمية عظيمة في اعمال البدن المختلفة تبدأ اذ ذاك الصدمة . وتلقى المواد المتراكمة في التيار الدموي عن طريق الاوردة فوق الكبدية نتيجة نشاط خلايا الكبدية وهكذا تسير من الكبد الى الدم مواد كيميائية خارجة عن الحد الطبي فيحمل الدم منها مقدارا قويا يتوارد اليه بصورة مستمرة . وهذا المقدار من المواد يؤثر في البدن حين دورانه فيه وينجم عنه فعل ردي يفضي الى حدوث الصدمات المختلفة .

الكلى - تشهر الكلى بالصدمة بطريقة اخرى

ان المواد الكيميائية التي تسير في الدم ينبغي ان تطرح عن البدن بطرق متعددة وام هذه الطرق واعظها شانهي الكلى . ولكن تلك المواد حينما تخترق الكلى لاجل الاطراح تتراكم فيها ولهذا التراكم نوعان : اما ان تتراكم المواد في القنوات البولية واما ان تتراكم في الغدة فوق الكاوية .

ومفعول هذا التراكم يختلف عن بعضه وان مظاهر كل من هذين النوعين تؤلف شكلا مرضيا خاصا .

ان تراكم المواد في القنوات البولية يمنع تجهيز البول واطراحه لان الجسيمات والقنوات البولية التي في الكلى تكون في هذه الحالة مسدودة وعاطلة عن العمل ولذلك

كبيرة ومستمرة من المواد الكيميائية بدون داع ان يفكروا في هذا العارض الذي يعرض حياة المريض لخطر دائم

العلاج

اعتقد ان الصدمة الانافيلاكسيائية تنتج بالاحتياطات التالية :

١ - ينبغي في كل مرة قياس الادرار القدي يطرح في الاربع وعشرين ساعة ويستمر على ذلك طيلة مدة المعالجة بالحقن .

٢ - يجب الوثوق من فقدان الزلال في الادرار .

٣ - يجب الاطلاع على وجود البول الدموي او عدمه . فاذا ما وجدت هذه العلامات في الادرار يتجه العدول عن اجراء الحقن ثانيا والتثبت بجميع الوسائل التي تصون الكلي عن الخراب والوسائط التي تعيد لها وظائفها في اطراح البول .

٤ - اذا اصبح الكبد عديم الكفاءة يجب :

١ - بحث حجم الكبد لمعرفة الضخامة فيه او عدمها .
٢ - بحث الغائط يوميا للتأكد من حسن سير وظائف الكبد في افراز الصفراء .

فاذا شوهد ان الكبد عديم الكفاءة ينبغي ترك الحقن اوعلى الاقل تقليل المواد المراد حقنها واتخاذ جميع الوسائل التي تعيد للكبد نشاطه . فعندما يستطيع المرء صيانة هذين العضوين عن الخراب فانه يستطيع ان ينظر الى مريضه بعين الارتياح وبصوته عن الصدمة الانافيلاكسيائية لان هذين العضوين هما اللذان يتوليان اطراح امانة الكيميائية الداخلة الى البدن .

واما انوارض الاخرى التي اوردناها فيما سلف فانها تحتاج الى علاج خاص بحسب موضعها وطبيعتها .

الان نعلم ان الادر بنالين والآتروبين هما العلاجان المؤثران في مداواة الصدمة الانافيلاكسيائية ويضاف اليهما الاستحمام لانه ينفع لقلة البول . ويستخدم الاستحمام الساخن مرتين او ثلاث مرات في اليوم حسب الاحتياج . وهو صبي باستعمال مقويات القلب لمعالجة ضعفه . وتستعمل هذه المقويات حقنا تحت الجلد حين الحاجة . واذا كان الكبد عديم الكفاءة يستعمل للمريض حقن شرجية بالماء البارد والجليسرين لتنقية الكبد واخلائه . وبكر ذلك ثلاث او اربع مرات بحسب الاحتياج وتعالج الاعراض الدماغية بخلاصة الغدة النخامية حقنا تحت الجلد .

وقبل ان اختم مقالي هذا اريد ان اضيف الى ماتقدم كلمة اخرى وهي عندما يراد استعمال الدواء حقنا بالطرق التي سبق ذكرها ينبغي اتخاذ الاحتياطات التالية .

١ - الوثوق من حسن سير وظائف الكلي بالبحث عن مقدار الادرار واصفاه

٢ - الوثوق من سلامة الكبد وانتظام وظائفه .

٣ - الوثوق من عدم وجود محذور مادي في القلب يحول دون استعمال الحقن .

وتتخذ نفس الاحتياطات فيما يخص بالجملة الدماغية الشوكية

وهكذا اذا وثقنا من عدم وجود اي محذور في الاعضاء المذكورة يسوغ لنا استعمال الحقن حين الضرورة ولكن يجب على الطبيب الممارس ان يسير بالحقن متدرعا بالدقة

١ - فقدان الحيض ٢ - كثرة الحيض ٣ - الطمث المؤلم ٤ - التفلسات الرحمية ٥ - اوجاع ما بين الطمث .

فقدان الحيض : ان فقدان الحيض الذي يحصل في ما عدا الاحوال الطبيعية - اي الاحوال التي يكون فيها

انقطاع الطمث حادثة فسيولوجية كالحمل والارضاع وانتهاء زمن الحيض بتقدم السن - يكون على نوعين اما

ان يكون اوليا وهو ان لا يحصل الطمث ابدا واما ثانيا لاسباب عرضية . فالاول يجوز ان يكون ناشئا عن

سبب ولادي والاحوال التي تؤدي الى هذا النوع من فقدان الحيض هي اما فقدان المبيضين وهذا نادر ولا يمكن

تحقيقه الا بفتح الجثة واما عدم تكون حوصل (جراف) وهو نادر كذلك واما ان يكون الرحم استحالويا فيكون

صغيرا وليفيا وصلبا قد يحتوي على تجويف صغير في داخله واما ان يكون طفليا اي لم يكمل نموه فعدم الطمث الذي

ينشأ عن هذه الاسباب هو غير ممكن مداوانه . وهناك نوع آخر من فقدان الطمث الذي تتعذر معالجته وهو الذي

يحصل من نقص بعض الغدد ذات الافرازات الداخلية وبالاخص من ضعف الغدة الدرقية الذي يورث البله

ونشوء الخلقة وهذا يحصل في البنات اكثر من البنين . واعطاء خلاصة الغدة الدرقية هو غير كاف لشفاء هذه

الحالات . والنوع الثاني يكون بنتيجة انسداد الفرج او المهبلي وفي تلك الحالة يكون الرحم والمبيض سالمين ويخرج

الدم من نسيج الرحم ولكنه يحتبس في تجويف الرحم لعدم وجود منفذ يخرج منه الى الخارج والانسداد يكون في اغلب

الحالات في فتحة المهبل وفي هذه الحالة يكون غشاء البكارة تحت هذا الحجاب وهو يتكون من التحام قنوات (مولر)

الدائمة طول امتدادها وان يلاحظ تأثير العلاج الذي اجري حقنه واذا حدثت الصدمة الانافيلاكسيائية يجب عليه

ان يقطع المعالجة في الحال وان يصرف كل عنائته في اطراح المواد التي حقنها من البدن بطرقها المختلفة .

اضطرابات الحيض

الدكتور وودمن

ان الذي سافني الى طرق هذا البحث امران الاول ان من المستحسن البحث عن الشيء الذي يغيب عن نظرنا ونعده

قليل الاهمية في اثناء اجراء الطبيب واعتقد ان القراء يشاركونني في رأي . اننا نحن الاطباء لم نعثر على كثير

من حالات هذه الاضطرابات في تطبيبنا كما هي الحالة في البلاد الاخرى وذلك لجمل المرضى وقلة اهتمامهم بشؤونهم

والثاني انني اعتقد ان نساء هذه البلاد بدان يتعرفن بفضل الاطباء وبامكان شفاء هذه الاضطرابات اذا عولجت

بصورة جيدة في بادئ الامر ولذلك علينا ان نسعي كي لا يتطرق اليأس والملل الى نفوس مرضانا من طول مدة

المعالجة . وقد مضى الزمن الذي كان يسود فيه الاعتقاد بعدم امكان شفاء هذه الاضطرابات ومن جملة وظائفنا

الان ان نقنع المرضى بامكان الشفاء ونشوقهم الى الثبات والصبر على المعالجة .

وفي هذا المقال قد ضربت صفحا عن كثير من وسائل المعالجة القديمة لان اعظمها غير واف بالمطلوب وسوف

اكتفي بايضاح الاسباب المختلفة التي تؤدي الى حصول الاضطرابات في سير الطمث وهي تقسم الى الانقسام

الآتية :

في الجنين ويكون مستورا بشرة ذات خلايا اسطوانية
واما اذا كانت البشرة هنالك ذات خلايا رصفية غنيثند
يكون ذلك غشاء البكارة وتحصل هذه الحالة في الفتيات
الواتي هن في ١٥ - ١٨ من العمر . وتختلف الاعراض
حسب دوام هذه الحالة . فالاعراض الموضعية هي انتفاخ
الغشاء الشفاف ويمكن مشاهدة الدم الاحمر المتراكم خلفه
من خلاله والفرج يكون سالما واذا بحث البطن يظهر فيه
ورم ثابت ذو مرونة في الناحية الخلفية وفي قمة ذلك كتلة
متحركة صلبة تلك هي الرحم نفسه . واذا كانت المثانة
مملوءة فانها تستر الورم المتفتح فاذا اجري فحص الشرج
يظهر انتفاخ صلب يشغل الحفرة الحرقفية بتمامها وتظهر
في هذه الحالة اوجاع اثناء الطمث تشد كما تعظم مقدار
السائل المتراكم في المهبل . وقد ينسكب الدم في بعض
الاحيان في تجويف البريتون من فوهة بوق (فاللوب)
فيسبب اوجعا شديدا ويكون القناة العنقية مملوءة وكذلك
المهبل ولكن جسم الرحم لا يحتوي على الدم . وكما تمدد
جدار المهبل الامامي ازداد جسم الرحم طولاً وزاحم المثانة
ورفعها الى داخل البطن وقد يمتس البول .

المعالجة - تنحصر المعالجة في وضع الغشاء وبزله بموضع
او مكواه بعد تخديره فيخرج حينئذ الدم وهو ذولون داكن
يحياكي الشروب بقوامه واذا خرج الدم يغسل التجويف
الداخلي ثم تقطع الاقسام الباقية من غشاء البكارة وتخط
حافاته وبعد ذلك يفحص الرحم من المهبل للوقوف على حالة
بوق (فاللوب) فاذا كان هذا مملوءا فيجب رفعه حالا
بعملية تجوي على البطن واما اذا ترك البوق على حاله
فقد يصبح سببا لنقل العدوى الى تجويف البطن ولا فائدة

للمريضة من ابقائه كما انه لا ضرر عليها من رفعه لانه
يكون في هذه الحالة غير صالح لاداء وظيفته الطبيعية
لنقل البويضات من المبيض الى الرحم واذا لم يكن مملوءا
يجب غسل المهبل فقط ويجب ان لا يغسل الرحم للسبب
المذكور عينه ويجب الاعتناء بتنظيف الفرج الى ان
يرجع المهبل الى حجمه الاعلى . ان الاسباب العمومية
لانعدام الطمث هي البلوغ المتأخر الذي يصعب تأخر في
تكمل الاوصاف النسوية الاخرى وقد يتأخر البلوغ حتى
٢٥ من العمر وكذلك كثرة التنب وعدم كفاءة الغدة
الدرقية والفقر الدموي والكولروز او التدرن الرئوي
التامض وانتان حوصلات (جراف)
واما فقدان الحيض الذي ليس باولي او يعني آخر الذي
يكون حدوثه تابعا لاسباب عرضية فهو ينشأ عن عدة
اسباب نوردتها في مايلي :

١ - الضعف العمومي وهو يحصل

ا : من مرض حاد

ب : في دور النقاهة بعد العمليات الجراحية

ج - من التهاب الكلي والبول السكري والمالاريا
والسرطان

٢ - الفقر الدموي الشديد

٣ - التسمات المزمنة (بالرصاص واليود)

٤ - اختلالات الجملة العصبية : المستريا ، الجنون

٥ - عدم ملائمة الظروف التي يعيش فيها الشخص

ومن جملتها المناخ والسجن

٦ - البدانة الآخذة في التقدم

٧ - اختلال الغدد ذات الافرازات الداخلية .

٨ - الاصابة بالبرد

٩ - اسباب موضعية وهي :

ا : انسداد الرحم من التفلسات

ب : ضمور الرحم

ج : اورام المبيض المضاعفة

د : استئصال المبيض او الرحم

ويضاف الى ماتقدم جميع انواع الضعف التي تحصل
من اي سبب كان ولا يوجد علاج خاص لارجاع الطمث
الى سيره الطبيعي ما لم ترتفع اسباب الضعف وتعود الصحة
الى المرأة .

وانقطاع الطمث هو عرض وليس مرضا خاصا . ولذلك
يجب معالجة السبب الاولي الذي افضى الى ذلك . واما
الادوية المستعملة لهذا الغرض فهي كثيرة ولكنها كلها
غير وافية بالمطلوب منها « الايول » وخلاصة المبيض
« بمقدار حبتين » ثم الارجوتين وبرمغثات البوتاس وفضل
علاج لهذا المرض هو الحديد ويضارعه في الفائدة
الزرنخ . ويجب معالجة التبيض جيدا لانه يضر كل
معالج اذا كان موجودا . اما المعالجة بالكهربائية فهي غير
نافعة .

كثرة الحيض :

من الصعب تعيين مقدار الدم الذي يخرج في اثناء
الطمث الطبيعي ولذلك نقاس كثرة الدم بنسبة تكاثره
في المريضة نظرا الى الزمن السابق .

الاسباب : تنقسم الاسباب الى قسمين : عمومية وموضعية
الاسباب العمومية هي جميع انواع الفقر الدموي والكولروز
وخاصة الفقر الدموي الخبيث الذي ينقص درجة التخثر

الدموي في البدن والصدمة العصبية وكثرة استعمال المواد
الكحولية في اثناء الطمث فهذه الاسباب كلها تسبب تزايد
نزول الدم في المرأة .

واما الاسباب الموضعية : فهي الحمل في خارج الرحم
والتهاب الرحم المزمن والتهاب الرحم الحاد والتن وانقلاب
الرحم الخلفي وسقوط الرحم المزمن والتهاب الحوض الحاد
والتهاب البوق وتزايد الضغط في البطن والاورام المبيضية
واحتقانات الحوض وتزايد افرازات المبيض الداخلية وتحول
الاقليم كالهجرة الى البلاد الحارة بعد الازدواج .

فيظير مما تقدم ان الاسباب التي تعمل على اكثار
الحيض عديدة ومتنوعة لذلك يجب الاطلاع على احوال
المريض السابقة بصورة جيدة وفحص الحوض وما فيه
خصوصا دقيقا تاما ليتسنى للباحث استخراج نتيجة صحيحة
تبني عليها المعالجة ليكون العلاج ناجحا ولا فائدة من العلاج
اذا كان التشخيص مغلوطا والبحث ناقصا . وقد يزداد
دم الحيض في زمن انقطاع الطمث عند تقدم السن لذلك
يجب معرفة عمر المريضة للاهنداء الى هذه النقطة .

ويوضح للقارى انني اشمات ذكر الاورام التي تغتلب
الرحم ولم ادرجها بين اسباب تزايد دم الحيض مع انها
فضلا عن كونها تكثر من كمية الدم الذي يخرج في كل
حيض فانها تسبب النزيف من الرحم في الفترة التي تفصل
بين كل حيض وآخر وذلك لان هذه الاورام تحتاج الى
فصل خاص .

الادوية : ان الاصل في معالجة كثرة الطمث هو التوسل
لازالة السبب مثلا اذا كان السبب حملا في خارج الرحم
يجب اجراء العملية اللازمة لازالته حالا واذا كان التهابا

من النوع الاول باوجاع الطمث الاولى والثانية باوجاع الطمث الثانية .

وفي ايام الطمث بتقلص الرحم لاجراج الدم من جوفه ثم يتمدد بعد خروج الدم منه وتسمى هذه الحادثة (استعطاب الرحم) في الحالات الطبيعية تكون هذه التقلصات دورية منتظمة وبدون وجع . وقد تصبح هذه التقلصات تشنجية مؤلمة .

وقد يكون الرحم غير مستكمل النمو وفي حالة ابتدائية وفي هذه الحالة تكثر فيه الياف النسيج الضام حين انه لا يحتوي الا على قليل من الالياف العضلية ولذلك يحتاج اثناء الحيض الى جهد كبير وهذا ما يسبب التشنج والالم .

وقد تحدث الاوجاع في الطمث عن انسداد قسمي في عنق الرحم او وجود مرض في عنق الرحم او جسمه او تضيق في فتحة الرحم ، او ورم بوليبي . وهذه الاسباب في حد ذاتها لا تورث الوجع ولكن وجودها يؤدي الى جهد الرحم لاجراج الدم والوجع يحصل من ذلك الجهد وقد يتكون الوجع اثناء الحيض عن تخثر الدم داخل الرحم بصورة غير اعتيادية .

ويحدث في الحالة الطبيعية احتقان خفيف في الرحم اثناء الطمث بسبب وجعا خفيفا فاذا أصبح هذا الاحتقان شديدا كما هي الحال حين يبدل الرحم وضعه الطبيعي او في حالات التهاب او الاورام الرحمية والحوصلية تتكون حينئذ اوجاع شديدة اثناء الطمث .

واعرف نوعين من الاشكال السريرية لاوجاع الطمث ، الاول . الاوجاع الاولى او التشنجية وتنحصر التغيرات في هذا النوع في التقلصات الغير المنتظمة او بمعنى آخر

رحمها مزمننا فيمكن شفاؤه بكحت الرحم وطلاته بصبة اليود او الانيجنيول او الغلافين او اي دواء آخر مضاد للتشنج . وقد تلجى الضرورة احيانا الى تكرار اجراء عملية كحت الرحم .

اما في حال التهاب الرحم الحاد فيجب تسهيل استنزاف السوائل المتراكمة في تجويف الرحم وتخليص المريض من الدور الحاد . واما في التهاب جسم الرحم ، فاذا كان الالتهاب اساسيا او كان قد حصل من سقوط الرحم او من الضخامة حينئذ يكون كحت الرحم غير نافع وفي تلك الحالة يجب استئصال الرحم حينما تساعد حالة المريض على اجراء ذلك .

اما انقلاب الرحم الخلفي فيحتاج الى استعمال حلقات لتعديله . واذا لم يكن ذلك كافيا فيجب اجراء احدى العمليات الخاصة بتعديل الرحم وانا افضل اجراء عملية (جيليام) لانها بسيطة ولا تمنع الحمل .

واما سقوط الرحم المزمن اذا لم يمكن ارجاعه بمداخلة بسيطة فيجب اجراء عملية « مبيزل » ولكن يجب ان لا ننسى ان هذه العملية صعبة الاجراء .

والتهاب البوق يحتاج الى معالجة خاصة وفي الحالات السليمة يستفاد من (الدياتري) واما تزايد الضغط في البطن من وجود اورام فيه فيحتاج الى ازالة تلك الاورام .

الطمث المؤلم :

هو الطمث الذي يصعبه الم شديد يمنع المرأة من ان تقوم باشتغالها الاعتيادية واسبابه اما اختلال فعل الطمث نفسه او امراض في الرحم او في غيره من اعضاء الحوض التي تسبب الوجع خاصة في حين الحيض وتسمى الاوجاع

التشنج . واكثر هذه الاحوال يحدث لدى الفتيات الغير المتزوجات ويزول الالم على اثر الزواج . ويبدأ التشنج في الغالب مع البلوغ وفي الطمث الاول فتكون صحة الفتاة في هذه الحالة جيدة الا انها تشعر بثعب في جسمها وتكون عصبية المزاج والطمث يتم فيها في الميعاد الطبيعي اي مرة في كل ٢٨ يوما ولكنه يستمر قليلا وبكمية قليلة من الدم وقد يختل نظام الحيض او ينقطع تماما اذا كان رحم الفتاة غير كامل النمو . ويبدأ الاوجاع قبل ظهور الدم بضع ساعات وتختلف شدتها ويكون موضع الالم في اسفل البطن في الناحية الخلفية وفي الظهر وينتشر الى اسفل نحو الفخذين والساقين . ويستمر ١٢ - ٢٤ ساعة وتختلف شدته بنسبة معكوسة مع مقدار الدم الذي يخرج ويخف الوجع بعد هذه المدة وفي الحالات الشديدة يحصل القي والصداع وحيانا يحصل تشنج في الشرج والمثانة .

والعلاج الجراحي : يقصد بالعلاج الجراحي تسهيل جريان دم الحيض وتستعمل لذلك عممية توسيع فتحة الرحم وبشير بعض الاخصائيين الى وضع انبوبة زجاجية في فتحة الرحم وتركها هناك مدة ٢٤ ساعة والظاهر ان توسيع فتحة الرحم يؤدي الى تسهيل جريان الدم الذي ذكرنا آنفا ويعدل تشنجات الرحم ومن النادر ان لا تنفع هذه الوسائط في معالجة آلام الطمث وحينئذ يجب استئصال الرحم .

والنوع الثاني من اوجاع الطمث هي الاوجاع الثانوية اي التي يكون حدوثها تابعا لامراض اخرى . ويحصل هذا النوع من الاوجاع نتيجة امراض اخرى كالتهاب مزمن في بوق (فاللوب) او في المبيض او في نسيج الحوض الخلو او يحصل عن اورام الرحم كالفيبروما او انقلاب الرحم الخلفي وخاصة اذا كان مصحوبا بسقوط الرحم فكل هذه الامراض تولد في الرحم احتقانا والمما وتكون درجة الالم متناسبة مع درجة التهاب واذ كان هناك ورم فان الالم يكون متناسبا مع درجة تأثير الورم في اعاقه الدورة

المداواة : اذا وجد تغيير موضعي في الرحم فيكون العلاج الجراحي احسن وسيلة للشفاء . ولكن اذا لم يوجد شيء فتكون المعالجة عرضية وهي ان يعطى للمرأة انغليبات كل صباح لمدة يومين او ثلاثة ايام قبل حصول الطمث وتوضع على البطن اثناء الطمث رفادات ساخنة او تدعى الى الاستحمام بالماء الدافئ ويعطى لها علاج مسكن مركب من برومور الامنيوم وليكور خلات الامنيوم والبلادونا

الدموية في الحوض . وهذه الآلام تكون شديدة كما في النوع التشيجي وتكون مستمرة وتحصل في الظهر والفخذ والورك وتسكن بعد الاستراحة في الفراش ولا يصحبها صداع أو قيء وإذا بحث المرء عن سوابق المريضة وجد أنها قد أصيبت بمرض تناسلي فيما مضى من حياتها . ومن النادر أن تحصل هذه الاوجاع في سن البلوغ كما هي الحال في الاوجاع الأولية والنشجية ويكون دم الحيض في هذه الحالة غزيرا . وإذا بحثت الأعضاء التناسلية وجد فيها احد الامراض التي سبق ذكرها .

وعلاج هذه الاوجاع يتم بإزالة السبب المؤدي اليها . فضلا عن ذلك يوصي باستعمال المسهلات الخفيفة قبل بداية الطمث واجتناب الغيب الجسائي بالاستراحة في الفراش لاسيما بعد ظهور الدم . وتعمل حقنة شرجية بماء الملح الساخن تمكث في المعى المستقيم واما الكحول والبلادونا فهما يزيدان الوجع . والبروم نافع جدا ويجب ان لا يعطى الارجونين او الهيدراستس قبل خروج دم الحيض . وينفع استعمال السيتبول بمقداره ١٥ - ٣ حبات التفلسات الرحمة :

يتم الحيض في بعض الاحيان مصحوبا بسقوط اغشية من داخل الرحم وهذا بسبب المرأة اوجاع عند الحيض . وقد اطلقوا على هذه الحالة قديما اسم الطمث الغشائي ولكن ظهر اخيرا انه يجوز سقوط الاغشية من الرحم من دون ان يكون ذلك بالآلام الطمث ولذلك ابدل ذلك الاسم بغيره وسمى (التهاب الرحم التفلسي) وقد ترك هذا الاسم ايضا لانه يبين امكان عدم وجود التهاب رحمي في هذه الاحوال .

وتحصل هذه الحالة من سقوط قطع من الغشاء المخاطي

الرحمي وتكون القطعات الساقطة صغيرة بدرجة انها تختفي عن نظر الباحث وتكون في بعض الاحيان كبيرة بسعة تجويف الرحم . ويكون سطحها الظاهر أملس وسطحها الباطن الملاصق للرحم مجعدا ومخططا وبظهر بالفحص النسيجي ان هذا الغشاء انما هو غشاء مخاطي طرأت عليه الاستحالة . ويرى بالفحص المجهرى كأنه نسيج ليفي مرتشح بالدم ولا يوجد داخل الرحم علامات النهاية او تعفن . يمكن ظهو اغشية كهذه بعد عملية كحت الرحم والسبب لذلك مجهول والمرأة في هذه الحالة تكون دائما مقيمة وبتمنذر شفاؤها ويخرج منها دم غزير عند الحيض مصحوب بالآلام شديدة تستمر الى ان يسقط الغشاء . ويتم ذلك في ٢ - ٣ أيام . العلاج : لا يوجد علاج او عملية تمنع تكون هذا الغشاء ولا ينفع كحت الرحم بتاتا . والافضل استئصال الرحم بمرته .

اوجاع ما بين الطمث :

يوجد عدد غير قليل من النساء اللواتي يشكين من اوجاع تحصل لمن في الفترة التي تفصل ما بين الطمث . وكثيرا ما تحدث هذه الحالة في النساء المكاملات النمو التام ولا تحصل لمن هن في سن البلوغ ويكون هؤلاء عقيبات في حين وجود هذه الاوجاع ولكن من الممكن ان يكن قد حملن قبل ذلك وهذه الاوجاع تكون غالبا مصحوبة بطمث مؤلم وغزير . ولا يكون الا شديدا ولكنه يحدث بشكل وجع في الظهر وبشأ دائما من امراض عضوية كالتهاب البوق او المبيض او التهاب غشاء الرحم الداخلي . ان سبب اوجاع ما بين الطمث لا يزال غير معلوم واما المداواة فهي معالجة السبب الاصلي ومن النادر حصول شفاء تام

التدرن الجراحي

الدكتور صائب شوكت

قلما يوجد مرض يستوجب علاجه الاعتناء والسعي الطويل كتدرن العظام والمفاصل . وتختلف الوسائط التي تستعمل لهذا الغرض بين عمليات جراحية كبيرة كنشر المفصل وبين معالجة تحفظية مبنية على اراحة العضو المصاب راحة تامة واجتناب المداخلة الجراحية .

يظهر من التباين العظيم بين هاتين الطريقتين اس طريقتا العلاج الجراحي المفرد وطريقة العلاج التحفظي والجدال القائم بين مدافعيها منذ سنين عديدة ان كلا الطريقتين غير كافلت النجاح القطعي .

فالعمليات الجراحية كنشر المفصل تؤدي الى بيمس المفصل وعدم حركته . وكذلك تحدث تقصيرا في الطرف والعمالة قد تتلف المشاشة (Epyphise) العظيمة ايضا وهذا ما يفضي الى تأخر نمو الطرف المؤوف - خاصة في الاطفال - فيبقى قصيرا . فضلا عن ذلك فان آلة الجراح لا تتمكن الا من رفع النسيج المتدرن الذي يمكن رؤيته بالعين المجردة ولا شبيهة في ان هناك تغيرات درنية اخرى عديدة يحيط ذلك ولكنها جديدة ولا يمكن تفريقها الا بالفحص المجهرى . فكما رفعت الاقسام المتدرنة من عضو لآخر وان تبقى فيه بعض الاقسام المتغيرة ولذلك نرى دوام المرض او اشتداده بعد عمليات مثل هذه او على الاقل حصول جيوب قيحية وناصور ورجوع حالة المرض الى ما كانت عليه .

واما الطريقة التحفظية فيمكننا بواسطتها شفاء كثير

من الوقائع الدرنية ولكن ما يستعمل في هذه الطريقة من تثبيت الطرف زمنا طويلا وعدم حركته يؤديان غالبا الى التصاقات ويبس في المفصل .

ولذلك يجب انتخاب واسطة لشفاء التدرن من غير ان تسبب التصاق المفصل او تقصره . وهذه هي المسئلة المهمة التي سوف اعالجها في مقالتي هذا .

تدرن المفاصل

يبدأ التدرن من العظام او من الغشاء المصلي في المفاصل وتنتقل العدوى الدرنية الى المفصل من بور درنية بعيدة كالبور الدرنية التي في الرئة والعقد اللفاوية . ويتم انتقالها بواسطة الدم مباشرة بالتاس مع البور الدرنية المجاورة للمفصل .

وبعد دخول باسيلوس كوخ الى المفصل عن كلا هذين الطريقين يحصل انسكاب مصلي وانتفاخ في المفصل . ويحتوى المصل المنسكب على مقدار كبير من مادة الفيرين وهذا الفيرين اما ان يتوضع على سطح المفصل فيشكل هنالك طبقة او يتخثر بشكل خيوط وجالطات تبقى عائمة في السائل المنسكب .

عندما يتوضع الفيرين على السطح المفصلي سيشكل طبقة كثيفة ويزداد ثخن هذه الطبقة كلما زاد نوضع الفيرين . وحينئذ ترسل الاوعية الدموية ازرارها الوعائية فتشكل النسيج الحبيبي الدرني نحو الغضروف المفصلي فينخره ويحصل حينئذ على سطح الغضروف نقاط متغيرة مستورة بالنسيج الحبيبي الدرني . ففي ذلك الحين يحصل تنخر في الخلايا النسيجية المحيطية فتذوب نواتها وتختلط

مادتها الأساسية مع بعضها فيزول حدور الخلايا وتكون مادة متجانسة وهذا ما نسميه بالتجبن . فالتجبن اما ان يمتص وذلك اذا كان قليلا او يتكاس بتوضع الجيبات الكلسية . فيحدث عن ذلك التصاق مفصلي . واما ان يتميع ويحل فينتج صديدا مايعا . وحين تقع هذه الاخرجة تنفتح في التجويف المفصلي فيحصل عنها انسكاب فيجى مفصلي او اخرجة ظاهرة تنفتح في سطح الجلد واذا كان التدرن يبدأ من النسيج العظمي فاما ان يبدأ من اقمات عظم الفخذ او من رأس عظم القصبة (في مفصل الركبة) وكثيرا ما يتكون عن ذلك خراج ثم شظايا عظمية . وينتج هذا الخراج نحو المفصل فينتفخ في التجويف المفصلي او يسير الى الخارج فيكون اخرجة محيطية .

ويمكن تمييز هذه الاشكال التشريحية بالتشخيص السريري بسهولة ولكن يصعب تفريق منشأ التدرن ودرجة انتشاره . والواسطة المهمة لتعيين درجة التغيرات التشريحية ومنشأها هو البحث باشعة رونتجن واهم الاشكال السريرية هو الشكل الاستسقي (Hydosps) ففي هذا الشكل تكون الركبة ملأى بالسائل المصلي فتظهر منتفخة

ولا يكون هذا الانتفاخ منتظما بل يكون بليغا بالقسم الذي هو فوق الرضفة ولا يحصل تغيير في الجلد . فاذا جس بواسطة اليد فان اليد تدرك تموجا في داخل المفصل واما قابلية الحركة في المفصل فهي لا تتغير كثيرا حتي وان كان الانسكاب عظيما . ان منشأ القسم الوافر من الاستسقاء المفصلي المزمن في الاطفال هو التدرن . واما

في الشيوخ فيمكن اختلاطه مع الروماتيزم او التهاب المفصل الناشئ من حرقة البول . وما عدا الاوصاف السريرية المهمة بلجا في التشخيص الى البحث عن الباهلوس في السائل المتسكب او زرق هذا السائل الى الارنب او استعمال تعامل التوبركولين الجلدي .

يوجد شكل سريري اخر اندرن المفاصل وبالاخص مفصل الركبة وهو الشكل الكؤي Genu Fungus وفي هذا الحال تكون الركبة منتفخة ايضا ولكن اذا مسناها زاهها صلبة وكثيفة ولا تدرك فيها اليد التموج . ويحصل هذا الشكل من تكاثر الازرار الدرية والغيرين وتشكل نسيج انتهائي والتصاقات في المفصل . يحصل في هذا الشكل ضمور عضلي شديد في الساق وفي الفخذ . ولما ينتشر التدرن الى النسيج المحيط بالركبة وتحصل ارتشاحات خلوية والتهاب مزمن في تلك الانسجة الليفية يزداد الانتفاخ ويتوتر الجلد فيأخذ لونا ابيض وحينئذ نسمي هذه الحالة بالورم الابيض (Tumor Albus) . تحصل اوجاع ذاتية في هذا النوع من تدرن الركبة تمتد على طول الساق وتزداد في أثناء الحركة . واما الحركة فهي محدودة للغاية بعكس الشكل الاستسقي . وذلك لحصول التصاقات مفصلية وتشنج في الاربطة والمفظة المفصلية . لان الحركة تثير الالم الشديد فيبقى المفصل من اجل ذلك عاطلا .

ويوجد شكل ثالث لتدرن مفصل الركبة وهو الشكل الصديدي المصحوب بخراج بارد . يحصل هذا من تميع المواد الجينية التي تحصل من تخر الانسجة الرخوة والعظام . واذا ما اتسع نطاق هذه الاخرجة تنفتح في التجويف

المفصلي او بين الانسجة فتتكون منها اخرجة باردة . وتنتد هذه الاخرجة بين الانسجة الرخوة الى مسافات بعيدة . مثلا كثيرا ما ترى الفخذ ممتلئا بصديد الخراج البارد الذي قد نشأ عن تدرن الركبة .

التشخيص باشعة رونتجن . - حينما يبدأ التدرن المفصلي كالكثير الافات الدرية يبدأ تدريجيا وحينئذ لا يظهر له اعراض واضحة وخاصة في تدرن الركبة يخزن المريض بوجع قليل فيركبته اذا مشى شوطا طويلا ويتعب بسرعة في هذا الدور لا يمكن وضع التشخيص القطعي الا بواسطة اشعة رونتجن . ويرى في هذا الدور بفحص المعة رونتجن ضمور في العظام التي تكون المفصل وثلاثي قسم عظيم من المواد الكلسية فيرى حينئذ بالتصوير الشعاعي تناقص كثافة تجاه الاشعة ولكن بعد ذلك يبدأ تنخن في الغضروف المفصلي وتنخر العظام ويمكن رؤية هذا التنخن خاصة في تدرن الركبة في الموضع الجانبي واما تضرر العظمي فيمكن رؤيته شكل ماربقي سوداء في النهايات العظمية التي يتألف منها المفصل .

اكثر المفاصل تأثرا بالتدرن هو مفصل الركبة . وسبب ذلك هو كثرة حركة هذا المفصل وكونه يحمل الجسم باجمعه . وهو عرضة للصدمات الخارجية . ونصادف هذا كثيرا من تدرن العمود الفقري ايضا . ويكون ذلك غالبا في الفرس والكرد ومن الممكن ان لحرفة الحمل يدا في توليد ذلك . ويبدأ التدرن من وسط جسم الفقرة ويتسع نحو المحيط فيشكون عنه تنخر في جسم الفقرة وخراج يتسع حتى يشمل جسم الفقرة باجمعه . وحينئذ تحسف تلك الفقرة نتيجة الضغط فتسقط الفقرة التي فوقها ويحصل بنتيجة

ذلك انحناء في الظهر (Kyphosis) واذا كان المرض في منتصف الفقرة يحصل انحناء نحو ذلك الطرق فقط ويسمى هذا بالانحناء الجانبي (Skoliosis) وقد يعم التدرن فقرات عديدة وهذا مايسبب تزايد الانحناء ومع تقدم التدرن تتكون اخرجة باردة تسير الى اسفل فالتى نشأ من القسم القطبي تسير مسير صفاق بسواس الحرقفي وتظهر في ناحية ثلاث اسقاربا او تنبع الصفاق المربعة القطبية فتظهر خلفا فوق الشوك الحرقفي واما اذا كان التدرن يستقر في العمود الرقي او في الفقرات الظهرية العلوية فيسير الصديد خلف المنتصف الصدري ويتعقب مسير الاغمدة المعلقة للعري والشريان الابري ويقضي اخيرا تكوين خراج الحجاب الحاجز او يتابع سيره الى اسفل مع الشريان الابري والشريان الحرقفي فيظهر في قناة هونتير في الفخذ .

اول عرض يبدو من تدرن العمود الفقري هو الوجع الذي يحصل في الظهر حين السعال او القي او الانحناء والسير واذا ضغطنا في هذه الحالة على التنتوءات الشوكية نعلم على نقاط مؤلمة توافق المحل المتدرن يحصل شي من هذا فيمكن اظهار الالم من المواضع المتدرة بالضرب على الرأس ضربا خفيفا . ويحاول المريض دفع الآلام التي تحصل عند سيره بتثبيت العمود الفقري وعدم تحريكه ويتضح عمل المريض هذا اذا دعونه لان يلتقط شيئا من الارض فانه في هذه الحالة يشكى بيده على ركبته وصاقيه ليتسنى له الوصول الى الارض وبفعل مثل هذا عندما يزيد الوقوف واثاء هذه الحركة يقبض المريض على مفصل الحرقفة والركبة بكل قواه محاولا منع انحناء العمود الفقري

والعرض المهم هو الانحناء الظهري Kyphosis او الانحناء الجانبي Scoliosis واذا حدثت من سقوط الفقرات والانحناء ضغط او ضرر على النخاع الشوكي فلا شك في حدوث شلل في الطرف الاسفل واذا لم يكن حصل تلف في النسيج العصبي يمكن تلافي ذلك باجراء العملية الجراحية ويقصد بها تخفيف الضغط او رفعه ولكن قد يلتهب النخاع الشوكي او ينتفخ او يتلين من انتقال العدوى اليه وحينئذ يصعب العلاج وتحصل تغيرات عصبية عديدة كالألام العصبية اوشدة الاحساس او التهييج العصبي وكل ذلك ينبعث عن انضغاط الاعصاب المختلفة بالصدبد الدرني فيجب اذا بحث العمود الفقري كلها اشتكى المريض من ألم يوافق سير الازواج العصبية التي تصدر من العمود الفقري فإذا لم يكن انحناء ظهري او خراج ظاهري فالواسطة الوحيدة لتشخيص التدرن هي اشعة رونتجن يظن في الظاهر ان تشخيص داء البوت هو سهل ولكن المشاهدة الانية تدل على صعوبة ذلك . جاء الى هذا المستشفى بتاريخ ٣ كانون اول سنة ١٩٢٥ شخص بدعي ج . د وهو فارسي الاصل يشكي من انتفاخ فوق شوك الحرقفة وعند الفحص تبين ان فيه خراجا باردا نازلا من العمود الفقري ولكن لا يوجد انحناء ظهري وقد بزل الخراج وظهر منه صديد كالصديد الدرني الذي نراه دائما ثم ارسل الى الفحص باشعة رونتجن لتأكيد التشخيص ولكن كان الجواب مشبها فيه وان الدكتور نورمن ظن ان المرض الموجود ليس له اوصاف التدرن العادية . لان العرض الاصيل في التدرن هو تلف العظم وضموره يكون الاماس وانا هنا فكان يوجد تناقص في تكلس العظم وجسور عظمية بين الفقرات وبقي المرض

المدواة

لا يخفى ان التدرن مرض يستولى على النخاع الشوكي القوي ويتبعه عن الاقوياء . فانسال القوي والشعب النشيط هما بعيدان عن هذا الداء وكلما تقدمت مدارسنا وتقدمت عندنا تربية الفتيان والاطفال والاعتناء بالصحة والرياضة البدنية يقلص ظل هذا المرض الفتاك وتنكمش شوكته وما اعظم ارتياحي حينما اري صفوف الكشافة تسير باقدام نشيطة وارواح مفعمة بروح الشباب نحو المستقبل الزاهر غير انه مما يدعو الى الاسف اننا لانزال نري كثيرا من

ناشئتنا وهم هزبلو الابدان منهوكو القوى وقد نسلط الضعف عليهم منذ نشأتهم بدواع وراثية عديدة لانهما لالطفل منها .

وتنقسم المعالجة الى قسمين : واقية وشافية .

فالقسم الاول هي المدواة الواقية وهي من وظائف الامهات والمدرسين والمربين ومصالح الصحة . وهذا مما يدخل في بحث خاص يخرج عن صدد هذه المقالة .

واما المدواة الشافية التي يجب استخدامها بعد حصول المرض فهي اما موضعية واما عمومية . وسوف اصرف النظر عن المعالجة العمومية تاركا البحث فيها الى اخصائي الامراض الباطنة واكتفي منها بذكر كلمة وجيزة وهي :

ان المعالجة العمومية تنحصر في جميع الوسائل التي تعمل على تنشيط الجسم ، من هواء طلق وغذاء جيد وحياة منظمة وما يلزمها من وسائل ميكانيكية وحككية اودوائية اذكر منها دواء واحدا ليس لانه افضل دواء ولكنه يعين الطبيب في كثير من الحالات على انجاز مهمته حينما يكون مكثوف اليدين امام مريض تقدم فيه التدرن الى درجة لا يمكنه معها توقيفه او تبديل بعض الاعراض التي تزعج المريض كالحرارة والاضطراب في القوي والعرق الغزير .

وهذا الدواء هو زيت الكافور . وقد استعملت هذا العلاج في الحالات التي تعد معدومة الرجاء . ومن تلك ان مريضا كانت تأخذه الحمى كل يوم منذ اشهر عديدة وهو فاقد الشهية ويشكي من اضطراب وآلام وقد اعطيته ٤ - ٦ زرقات في اليوم من زيت الكافور واسفر هذا العلاج عن هبوط الحرارة ورجوعها الى حد الاعتدال ، وعودة الشهية للطعام ورجوع نشاطه . ولو كان لدينا

واسطة اشد من هذه تأثيرا على المرض لكان من الممكن انتشار هذا المرض وتخليصه من الموت .

واما العلاج الموضعي فهو اساس بحثي . ولكن لاشك ان العلاج الموضعي يجب ان يصعب علاج عمومي وليس من الشرط الاسامي ان يتحسن التدرن الموضعي مع تحسن الحالة العمومية فاني رأيت تحسن تدرن المفصل رغما عن تدرن الحالة العمومية وطبعاً ان هذا التحسن لا يكفي الا اذا رافقه صلاح الحالة العمومية .

والعلاج الموضعي يختلف حسب الحالة ولكونه يرتكز على اساسين الاول العلاج بالشمس والثاني الاحتقان المنفصل . وقبل ان ادخل في وصف هذين العلاجين احب ان اورد بعض التدابير الصغيرة وهي تنوع بحسب المفصل المراد علاجه فاذا كان قد حصل قرب المفصل خراج كبير لا يجوز اننا طبعاً ان نترك ذلك الخراج الى فعل العلاج الشمسي مؤملين امتصاص الكمية العظيمة من الصديد بهذه الواسطة وفي هذه الحالة افضل خذف الخراج برومته بدلا من افراغه بالبرز وحقنه بمحلول اليودفورم بالزيت . ولذلك اشق الخراج شقا واسعا والغرض من ذلك الشق رؤية كل زاوية من زوايا الخراج فيخرج منه الصديد ثم بجرف قاعه وجميع خباياه بواسطة المجرف ويحذف الغشاء الصديدي الذي يفرش باطن الخراج . ونرى اثناء ذلك ان الخراج متصل باخرجه اخرى مستقرة بين العضلات والانسجة فيجب تنظيفها كلها بعناية تامة ويجب اجراء عملية التنظيف بمهارة ورفق تعاشيا من قطع الاعوية وبالاخص الاوردة العالقة بالخراج . وبعد ذلك التنظيف يطلي جدار الخراج باليودفورم والبنزوت .

ثم يخط الجرح ويربط ربطا محكما ويثبت العضو كله بواسطة جبيرة .

ثم يترك على هذه الصورة عشرة ايام ويلاحظ كل يوم او يومين . واذا ما تمت هذه العملية ينبغي الشروع بالعلاج الشمسي لتسهيل شفاء البؤرة الدرقية المفصالية .

واذ كان نوع التدرن مما يفضي الى بئس العضو وتعطيل حركاته يستعمل اذا التمديد التدريجي . وكثيرا ما يحدث ذلك في تدرن الركبة او المفصل الحرقفي . ولذلك يحرق الطرف المؤوف بان يربط في نهايته جسم ثقيل يعمل على تمديد ذلك الطرف بدون ان يشتر المريض باضطراب ويمكن بهذه الوسطة تمديد الركبة المتهبضة بمدة ٣٠ - ٤٠ يوما وفي اثناء هذا التمديد يداوم طبعا على تطبيق العلاج الشمسي وارى ان افضل وسيلة لتعديل الانحناء الظهري في تدرن العمود الفقري هو وضع وسادة لينة بصورة مناسبة تحت ظهر المريض وتركه مستلقيا على ظهره فاذا كان المريض طفلا فيجب تثبيته في الفراش وبهذه الوسائل يمكن تعديل الانحناء المريض الى درجة ما واذا تم ذلك يثبت العضو برباط من الجبس . واذا كان تدرن العمود الفقري قد سبب ضغطا على النخاع الشوكي او قد كون مخرجا في الحجاب الحاجز فلا شك في انه يجب فتح العمود الفقري وتنظيف البؤرة الدرقية ورفع الضغط عن النخاع وقد اكتشف Albee اخيرا عملية جراحية جيدة لاجل معالجة تدرن العمود الفقري وهي ان يقطع من عظم القصبة شظية عظمية طولها ١٠ - ١٢ سانتمترا ثم يعمل شق طولاني في التواء الشوكية للفقرات التي حول البؤرة الدرقية وتوضع تلك الشظية العظيمة في داخل الشق .

واقدر اجري بنا هذه العملية اربع مرات وكلها انتج نتائج باهرة .

العلاج الشمسي

ما هي القوة التي تعطي الشمس تأثيرها الشافي على التغيرات الدرقية ؟

لا يمكننا ان نقول ان لاشعة الشمس نفسها خاصية شافية على التغيرات الدرقية لان تلك الاشعة لا يمكنها ان تخترق الانسجة كلها وتصل الى العظم والمفصل كي تهلك جرثومة التدرن . اذا كيف يمكننا ان نفل النتائج الحسنة التي حصلنا عليها من العلاج الشمسي ؟ كل منا يعلم انه اذا عرض احد جلده الى اشعة الشمس مباشرة لزمان طويل يحصل احمرار في جلده ثم يتحول ذلك الى حن الم وحرقة وبعد ذلك تحصل في الجلد تحولات نسجها بحرقه الشمس ولكن اذا عرضنا جلدها الى الشمس تدريجيا يتبدل لون الجلد فتحصل فيه سمرة وتزداد صبغاته ويحصل هذا التبدل ليقسنى للجسم مدافعة ضد اشعة الشمس الحارقة . واما الوسطة الاخرى التي يدافع الجسم بها نفسه تجاه الشمس الحارقة فهي توسع الاوعية في الناحية المعرضة للشمس ونشاط الدورة الدموية (اي حصول الاحتقان التواردي) فيها والغرض من ذلك جذب الحرارة الزائدة من تلك الناحية ومنع تغيرها . ولا ثبات حصول الاحتقان في العضو المعرض لتأثير الشمس يمكن اجراء التجربة الاتية : خذوا ابرة وعقموها ثم اغسلوا الجلد بالكحول وايزلوه وعدوا قطرات الدم التي تسيل منه . ثم اعرضوا تلك الناحية الى الشمس نصف ساعة وايزلوا الجلد ثانية وعدوا قطرات الدم تجددوها اكثر من الاولى ٤ - ٧ مرات .

واذا دققتم كيفية حصول الاحتقان بهذه الصورة تجدون ان الاحتقان لا يزول بعد ان تحجبوا العضو عن تأثير الشمس بل يزداد ويبلغ حده الاعظم ساعة بعد رفع العضو عن تأثير الشمس ويستمر على الاقل حتى ساعتين او اكثر بعد ذلك . وفعل الاحتقان هو كاف لا يضاع جميع النتائج الحسنة . وان نشاط الدورة الدموية في احد الاعضاء يؤدي اولا الى نقل جميع السموم المرضية بسرعة ثانيا الى تزييد هضم الجراثيم (الفايغوسيتوز) وبهذه الوسطة يتحلل جميع النسيج المتدرن والصديد المتراكم وينمو نسيج جديد . الم قوى ليحل محله . فبعد ان يستمر هذا العلاج الى زمن موافق يبدأ الصديد الثخين والمتحجن ان يذوب ويتحول الى صديد سائل ثم يتبدل الى مص وبعد ذلك نرى ازرار النسيج الجديد السالم بارزة من فوهات ناصور القيح . وتوجد واسطة اخرى لتزييد الدورة الدموية واحداث الاحتقان وهي مداواة الاستاذ (بير) المبينة على تكوين الاحتقان الاحتياسي

يستعمل (بير) طريقة الاحتقان الاحتياسي في العضو المتدرن ثلاث مرات في اليوم تستمر كل مرة اربع ساعات وتخللها فترات تمتد كل منها ساعة واحدة ويعطى ١ - ٢ غرام من يودور الصود يوم عشر دقائق قبل المباشرة بعملية الاحتقان . ويقول الاستاذ ان اليود ينتقل الى الناحية المحترقة ويتراكم فيها فيضعف جراثيم التدرن . وفي الحقيقة ان استعمال اليود يمنع تكوين الاخرجة التالية في اطراف العضو المتدرن اثناء العلاج الاحتقاني . وقبل ان يستعمل اليود قد حصلت في ثلاثة من المرضى نوليت مداواتهم اخرجة درنية في اطراف العضو المتدرن في حين ان التدرن

كان آخذا في التحسن وسائرا نحو الشفاء . ولم تحدث اخرجة مثل هذه بعد استعمال اليود . الا ان استعمال طريقة الاحتقان الاحتياسي بوضع الرباط الحابس يحتاج الى شيء من الاختبار ويجب ان لا يعهد به الى المضمدين في بادئ الامر . يستعمل للرباط ربطة من انايب الصمغ المرن فاذا كان التدرن في الاطراف كالركبة او القدم والرغ يربط فوق هذا النواحي ويجب وضع الرباط بصورة ملائمة بشرط ان تفتح الاوردة الجلدية وتزداد حرارة تلك الناحية ويجب ان لا يحصل وجع او ألم من وضعه . فاذا احكم وضع الرباط احكاما شديدا فانه يمنع جريان الدم الشرياني والوريدي معا فيحصل فقر دموي في تلك الناحية عوضا عن الاحتقان وذلك ينتج عكس الغاية التي نرى اليها . وعلى عكس ذلك اذا لم يشد الرباط الى الدرجة المطلوبة لا يحصل الاحتقان وعليه فلا تحصل النتيجة المرجوة . واحسن علامة تدل على ان الرباط قد وضع بصورة موافقة هي تمدد الاوردة وتزايد الحرارة واحمرار الناحية ثم عدم حصول ألم او وجع . فاذا كانت الآفة الدرقية مستقرة في الساعد او المرفق او الرغ فالرباط يوضع على العضد واذا كانت في الركبة او القدم فانه يوضع على الفخذ . ويشير (بير) الى وضع الرباط حول البطن اذا كان مركز التدرن في الحوض او في المفصل الحرقفي . ويمكن وضع الرباط الحابس حول الكتف او الحرقفة وتثبيته بواسطة حزام يشد في اطراف الصدر او البطن لمنع انزلاقه . واما انا فكنت استعمل الطريقة التالية في المستشفى :

كنت اضع الرباط الحابس فوق القسم المتدرن صباحا

كل يوم عند وصولي الى المستشفى وانتقل المريض الى خارج الغرفة واجلسه في ظلها وامتد طرفه المتدثر تحت تأثير شعاع الشمس مباشرة واتركه في هذه الحالة اربع ساعات يبدأ الاحتقان بعد وضع الرباط ببضع دقائق فيزداد ويبلغ حده الاعظم بعد نصف ساعة فتزرق تلك الناحية وتزداد حرارتها واذا كان هناك ناصور او بؤرة درنية مفتوحة يبدأ سيلان الصديد والمصل منها بتأثير شدة الاحتقان ولا يشعر المريض بالمر او رجوع بل انه على عكس ذلك يشعر بارتياح اذا كان متألما من قبل ويحصل له ذلك حالا تحت تأثير فعل الاحتقان فيشعر المريض بخدر في الطرف المؤوف وبعد مرور اربع ساعات يضم المفضل تضجيذا رطبا وينقل الى غرفته وقد استخدمت طريقة العلاج هذه في ما يقارب السنتين وقعة وكانت النتيجة كما يأتي :

المرض	عدد الذين عولجوا	الشفاء التام	التحسن	عدم التحسن
تدرن القدم	١١	٧	٣	١
تدرن الركبة	٨	٤	٤	٠
تدرن المفصل الحرقفي	٦	٠	٣	٣
تدرن الفقرات	٩	٠	٣	٦

وتحتاج هذه المعالجة الى الصبر والثبات من المريض وهو ما يندر وجوده فيهم وكثيرا ما كنت اضطر الى اخراج الرضى من المستشفى بعد تحسن قليل وقبل اتمام المداواة لعدم وجود محل كاف في المستشفى يساعد على ابقائهم الى الزمن المطلوب واظن ان القراء يدركون اهمية هذا النجاح على ما فيه من النواقص اذا لاحظوا المحل الذي كان يقوم فيه المستشفى القديم اعني (المستشفى العام الجديد) ونذكروا الصعوبات الجمة التي كانت تعوق آنئذ

الامراض في الولاية العراقية (١)

الدكتور هيكس

(اخصائي الامراض السارية في مصلحة الصحة العامة)

توقف كثرة الاصابات وقتلها في المناطق المختلفة على عوامل شتى سننظر الآن في بعضها .

(١) الميكروبات والطفيليات

يمكن تقسيم هذه الحويثات من الدبدان المعوية الى الطفيليات الميكروبية الى قسمين عظيمين ١٠ الطفيليات التي تعيش شطرا مهما من حياتها في جسم آخر غير الجسم البشري و « ٢ » الطفيليات التي لا تعيش في غير بدن الانسان

ومن امثال القسم الاول طفيليات الملاريا والشيذوستوميازس والتريشين والاكياس المائية وغيرها من نوع التينيا وهلم جرا والعوامل الطبيعية التي تؤثر على هذا النوع قد تؤثر على الانسان مباشرة او على الطفيلي او على الوسيط الاخر الذي يعيش فيه الطفيلي قبل دخوله بدن الانسان فالحرارة والبرودة مثلا تؤثران على نمو طفيلي الملاريا في الانسان والبعوض معا وتؤثر كذلك على توالد البعوض

اما طفيليات القسم الثاني التي نعيش فقط في الانسان فمنها نجي حياة قصيرة جدا خارج الجسم البشري كجراثيم الحصبة والزهري والانفلونزا التي لا تلبث ان تموت اذا كانت خارج الجسم ومنها يعيش عيشة طويلة خارج الجسم

(١) خطاب نفيس ومفيد جدا التي في اجتماع الجمعية الطبية البغدادية لشهر مايس ١٩٢٦ وقد تلاه بالعربية حضرة الدكتور سامي بك شوكت مدير صحة العاصمة .

ويكون معرضا كثيرا لبعض العوامل الطبيعية كطفيليات التدرن في البصاق والقيح في الماء والتينانوس في التراب والجدرى في المواد ذوات المسام والطاعون في الجرذان الملائنة وتوقف كثرة الاصابات بهذه الامراض على درجة مقاومة الطفيليات للعوامل الطبيعية عندما تكون خارج البدن

(ب) الحيوانات والحشرات

ان وجود امراض تخصص بالحيوانات ويمكن مراقبتها الى الانسان امر مهم جدا . ومن امثال هذه الامراض التدرن البقري وداء السكب والانتراكس « البثرة الخبيثة » والطاعون وقد تكون بعض الحيوانات الوحشية او الاليفة بمثابة مستودع لبعض الامراض التي تنقل الى الانسان ومرض النوم المعروف في افريقيا هو احد هذه الامراض وبعض الحيوانات والحوام وان كانت ليست ضرورية لنمو ميكروبات بعض الامراض غير انها تكون واسطة لنقل المرض اليه ومن امثال ذلك الذباب في نقل جراثيم التيفو والزحار ، وبعض انواع البعوض (ساند فلاي) في الليشمانيا الجلدية (بثرة العراق) (وربما كانت تنقل المرض المعروف باسم كالا ازرايضا) وحى البق ، والقمل في الحمى التمشية

(ج) احوال الطقس

ان حرارة الطقس ويزودته ومقدار الرطوبة الموجودة في الهواء والارتفاع فوق سطح البحر والقرب منه والمستنقعات والصحاري والرياح ونوع التربة وتعرض المنطقة لاشعة الشمس والرياح ونوع الزراعة (اذا كانت للحصد او الرعى) ووجود الاشجار والخضار ودرجة