المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الثالث — السنة الثانية — تشرين الاول سنة ١٩٢٦

المقالات الأساسية

الدكتور جورج حيقاري — اعراض مصلية في معالجة الطاعون ص ٨٢

« نظام الدين — ما وصل اليه العلم في الحال الحاضر عن تدرن الرئة ص ٨٩

« سلمان غزالة — التلقين ص ٩٩

« حناخياط — تحري الشعر ص ١٠٤

« سامي شوكت — الاغذية ص ١١١

المقتبسات

الدكتور هاشم الوتري — سن مائت محشو يصبح منبعا لعدوى الدم بالميكروبات العقدية ص ١١٩

حادثة التهاب تنتشر في غضروف الجفن ص ١٢٠ · الادرينالين في وقوف القلب ص ١٢١ · مولدات الضد للانفلوانزا في معالجة الالتهاب الدماغي النباتي ص ١٢٢

عودة جلالة الملك المعظم · جلسات الجمعية الطبية البغدادية ص ١٢٣ · البعثة الطبية الاولى · وفاة الدكتور بري ص ١٢٥ · كتاب فذلكة الطب ص ١٢٦ · ملخص التقرير الشهري لادارة صحة العاصمة ص ١٢٧ · التقرير السنوي لمصلحة الصحة العراقية ص ١٣٠

المقالات الأساسية

اعراض مصلية
في كافة العقد الليمفاوية العمومية
عَلَى اثر معالجة داء الطاعون

للدكتور جورج حيقاري

ان نوع الطاعون الاكثر حدوثا هو بلا شك النوع العقدي · وبالرغم من كونه اكثر حدوثا من الانواع الاخرى فان انذاره اقل خطرا من الانواع التسممية الدموية (Septicémiques) والاشكال المعوية والرئوية الا اذا انقلب المرض الى احدى هذه الانواع او تضاعف بها كما شاهدنا حدوث ذلك احيانا في آخر المرض · اما تشخيصه فهين جدا مالم يكن الحادث منفردا وآخذا شكلا غريبا او حصل في بلد لم يشاهد فيه الداء سابقا حينئذ يحق التردد فيه فيجب حالا استخدام كل الوسائل الفنية لتشخيصه وابعاد فكرة احتمال وجود اي مرض سواه من الامراض التي ترافق بتضخم او التهاب العقد الليمفاية الموضعية او العمومية · ولا يوجد اوثق وسيلة للتأكيد من رؤية الجرثومة الطاعونية تحت المجهر مباشرة او بعد زرع المادة المستخرجة من العقدة الملتهبة او زرقها الى الجرذ او الى الخنزير الهندي (الكوباى Cobaye)

غير ان تشخيص المرض احيانا لاينحصر في اول الداء فحسب بل قد يحصل الارتباك بعدئذ كما جرى لنا · فبعد التشخيص وتأكيد وجود حادث داء الطاعون ومعالجته بالمصل النوعي (Spécifique) قد شاهدنا تورما في جميع العقد الليمفاوية بعد زوال الداء تماما ببضعة ايام في مشاهدة سريرية ننقلها الى القراء بالتفصيل وهي :

في صباح ١٨ ايار سنة ١٩٢٤ عرض علينا طفل اسمه مارشال له من العمر ١٥ شهرا يشكو من حمى شديدة اعترته

منذ نصف الليل مع امساك في البطن . وفي الايام السابقة كان الطفل متمتعا بصحة تامة . هذا كل ماذكر لنا من قبل اولياء الطفل .

عندما القينا اول نظرة الى المريض أبناء في حالة سباتية مغمض العينين وهو يتنهد بين آونة واخرى ويرتجف ويتنفس تنفسا سطحيا سريعا (٨٥ في الدقيقة) وظاهر عليه ضيق النفس من عدد التنفس ومن زيادة توسع فتحتي انفه . يبوسة شديدة في الشفتين والاغشية المخاطية واللسان كان مشويا . ولدى الفحص الطبي لم نتحقق في جسمه اوفي علائه تدل على تمركز مرضه في احد الاعضاء الاساسية لافي الرئة ولا في القلب ولا في البطن ولا في عضو من اعضاء الرأس اوالجهاز العصبي وكان القلب يدق بسرعة زائدة ويكاد النبض لايعد والطحال قابلا للجس والحرارة مرتفعة الى اعلى من درجة ٤٠ سنتغراد . ولم يمكننا تحليل الادرار .

انما الشيء الذي جلب انتباهنا هو اننا لما اردنا بسط الطفل للمعاينة كان يتمنع من مدسافه الايسر الذي كان مطويا على بطنه الا اننا تمكنا من مده وحينما بحثنا المنطقة المغبنية بالجس لاحظنا ان الطفل يدافع بجز رجله ويئن وكان يرى على سيماه قليلا من امارات الالم لكننا مع كل ذلك لم نقدر نتأكد من وجود ادنى انتفاخ عقدي لنفاوي . غير اننا بناء على مشاهدة حوادث اخرى من داء الطاعون في المدينة في تلك الآونة وحالة الطفل العمومية الدالة على مرض عفني جدي واحساسية المنطقة المغبنية اليسرى بدون وجود اسباب ظاهرة لجرح اوتقرح في الساق اوحول هذه المنطقة ذهب فكرنا الى وجود داء الطاعون . وبينا الوالدة اريض احتمال ظهور علامة اي تورم في محل المشتبه فيه ولزوم زرق المصل لولدها . الا انها لم ترض بذلك معترضة اننا لم نتأكد وجود الداء . ولما رأيناها مصرة على رأيها اشرنا عليها ان تخبرنا بكل مايحدث لطفلها في ذلك اليوم اوفي الغد بدون تأخير بعد ان وصفنا مارأينا ملائما لحالة المريض .

بعدما انصرفوا بخمس ساعات رجع والد الطفل الينا مخبرا ان المحل الذي جسسناه صباحا قد ورم كثيرا . فذهبنا حالا معه وشاهدنا في المنطقة المغبنية تورم عقدة ليمفاوية تورما يقارب حجم الجوزة ولا يمكن مد ساق الطفل الايسر تماما من شدة الالم . فلم يبق لنا اذذاك اقل ريبة في داء الطاعون فاستجلبنا للحال المصل النوعي الموجود في البلد (وهو تجهيز معهد باستور في باريس) وزرقنا الطفل ٢٠ س م ٣ وتركنا المريض في تلك الحالة .

وفي اليوم الثاني وجدنا : ارتفاع الحرارة ذاته (٤٠٫٥) ونفس الاعراض السابقة الا ان الحالة العمومية تحسنت وكان الطفل يرضع احسن من الامس . نومه هادئ يفتح عينيه ويشعر بما حوله . وهي حالة استبشرنا بها فزرقنا ٢٠ س م ٣ اخرى وانصرفنا .

في اليوم الثالث : هبوط الحرارة الى درجة ٣٨٫٥ الحالة العمومية جيدة جدا . تورم العقدة اقل . زرق ٢٠ س م ٣ من المصل .

في اليوم الرابع : الحرارة ٣٧ فقط . لايشكو الولد من شيء لم يتغير ورم العقدة . زرق ١٠ س م ٣ من المصل .

في اليوم الخامس : حرارة ٣٧ حالة عافية زرق ١٠ س م ٣ من المصل .

في اليوم السادس : الحالة ثابتة . سوى ان حجم العقدة اخذ شكلا متحجرا ثابتا . ولا يظهر ان الورم قابل للتصريف في الوقت القريب .

تركنا الولد في حالة الصحة الى اليوم التاسع من مرضه حيث وجدنا اهل المريض قادمين الى محل عيادتنا حاملين الطفل الينا وهو مصاب منذ مساء الامس بنفخ في القدمين وفي مفصليهما مغطى ببقع حمراء زرقاء شرابية يمتد ذلك من القدمين الى فوق الركبتين ويرى بقع اخرى منفردة ومتفرقة على البطن والوجه وقد ارتفعت الحرارة كما كانت في اول المرض .

في الحقيقة ان حرارة الطفل كانت تتجاوز الـ ٤٠٫٥ وان انتفاخ واحمرار الساقين والقدمين خاصة كانا في درجة ان الجلد صار يلمع ويكاد ان يتشقق ويقطر دما من شدة التوتر الورمي ومن اجل تورم المفاصل ايضا كان المريض يصرخ ويضطرب كلما كنا نلمسها اونحركها . وعلاوة على تلك الاعراض شاهدنا تورما يقارب حجم البندقة الصغيرة في كائنة العقدا الليمفاوية المغبنية والابطية وتحت الفكية ... وهي اعراض اوقعتنا في الحيرة وكانت الداعي لنشر هذا المقال . غير ان حالة الطفل العمومية لم تكن رديئة ابدا ولا الاغشية المخاطية يابسة محترقة مثلما كانت في بادىء الداء .

بعد التردد والتفكر ماليا قررنا واعتقدنا ان حالة المريض الجديدة هذه ليست الا اعراض مصلية لاغير لدواع سوف نذكرها بعد قليل . فطمئنا اهل المريض وهدأنا اضطرابهم على حالة طفلهم مبينين لهم ان هذه الاعراض تزول بعد بضعة ايام . غير ان اعتقادهم في كلامنا ضعف في اليوم الثاني لبقاء مريضهم في عين الحالة . فما ابثوا ان جاؤنا مساء ومعهم انابيب مصل داء الطاعون لازرق بها الطفل من جديد حسب تشخيص ووصفة احد الزملاء المعروفين ومراجعتهم لنا (ولوان طبيبا آخر وصف تكرار استعمال المصل) كانت برهانا لتعلقهم بنا وامتنانهم منا لتخليصنا ولدهم من مرضه الاول . غير اننا كررنا كلامنا السابق عليهم ومنعنا من زرق المصل وطلبنا الاجتماع مع الزميل للمذاكرة . وبعد مواجهتنا الزميل اصر هذا على رأيه ونحن كذلك على رأينا . فلما رأى والد الطفل اختلاف الاراء اخذ انابيب المصل ورماها في الارض امنا بالقدر وقائلا : ليحدث لولدي ما يشاء الله . والله شاء ان يشفي ولده . اذ ان كل الاعراض المصلية وارتفاع الحرارة وانتفاخ العقد الليمفاوية العمومية فارقته تماما عقب ثلاثة ايام بدون تكرار زرق المصل . ولم يبق من الحالتين الاولى والثانية الا تورم العقدة المغبنية الاصلية التي لم تذب تماما الا بعد مرور بضعة اشهر . وهكذا تأكدنا من تشخيصنا ومن وجود تعامل في العقد الليمفاوية ناتج من تأثير المصل ومعدود من اعراضه .

فبناء على وصف حالة مريضنا الجديدة اي بمناسبة رجوع التورم العقدي مع ارتفاع الحرارة الزائدة تحصل الحيرة والارتباك في التشخيص وتتسائل : أهل نحن ازاء انتكاس المرض كما ذكر حدوث ذلك باروزي (Barozzy) في افريقيا وفير weir في بومبي الهند ام ان المرض عاود مريضنا كما يقر بامكان ذلك برتراند وارنود وماتينيون وسيموند وفير وساكيه وكارسان ؟ انما معاودة المريض تحدث عادة عقب بضعة اشهر من شفاء المريض ويمكن

تكرار تلك المعاوده مراراً متعدده في ذات الوباء الواحد ·
ام اخيراً نحن تجاه اعراض مصليه وليس لداء الطاعون
اذ ذاك دخلا في هذه التورمات اللمفاويه العموميه ؟

ان الاتفاق تام بما يختص بالاعراض المصليه المألوفه
التي حصلت عند مريضنا اي : تورم المفاصل واوجاعها
انتفاخ الجلد والنفاط او البقع الملونه (Urticaire)
الاورتكاريه · وارتفاع الحراره معها · ولا ينجم
الاختلاف او التعقد التشخيصي الا في معرفة سبب
الامراض العقديه، الليمفاويه الحقيقي :

فعلمة الاطباء تقبل على وجه الاجمال امكان حصول التعامل في
العقد الليمفاويه المرضية او العموميه بعد زرق المصل
مهما كانت محتوياته (هنا نجلب انتباه القارى) اى كان
ميكروبيا حاويا جراثيم مكيفة الحال حسب تطالب الداء
الذى لاجله استحضرت او كان مصلا بسيطاً خالياً عن
كل جرثومة · وهكذا فقد ذكر موريكاند وجيراردو وبوفيه
في جلسة ٨ كانون الثاني سنه ١٩٢٤ لجمعية المستشفيات
الطبية في مدينة ليون ثلاث مشاهدات خناق ظهر فيها
تورم الغدد الليمفاوية بعد زرق المصل المعد لهذا الداء ·
وانه يوجد تزامن او على الاقل تعاقب في الاعراض
المصليه كالنفاط وتورم العقد الليمفاويه وارتفاع الحرارة
وآلام المفاصل · · ويكون الامتصاص فيها سريعاً ·
ويرجع سبب انتفاخ العقد الى مرض المصل اي يعد من
الاعراض المصلية · وقد شوهد ذلك التعامل ايضا حتى
بعد زرق مصل حصان سليم الصحة الى اشخاص غير مصابين
بمرض عفني · غير انه حسب تقرير المؤلفين السابقين من
الصعب ان يؤكد نفي العامل الميكروبي في ذلك · لان
انتفاخ العقد الليمفاويه يشاهد عادة في منطقة العقد
الراجعه الى محل الالتهاب الاولي (اذا زرق المصل في
مرض التهابي) هذا مما يختص بالتورم في العقد الموضعيه
كما يحصل في داء الخناق مثلا في الجهاز الليمفاوي العنقي ·

اما تورم العقد الليمفاويه العمومية فقد ذكره له كونت
وياكويل في اجتماع لجمعية المستشفيات الطبيه الباريسيه في
تاريخ ٧ اذار سنه ١٩٢٤ حيث نقلا مشاهدة تورم في كافة
العقد تحت الفكيه والابطيه والمغبنيه عقب زرق مصل
الغنغرينا الرئيويه · وقد بلغ الانتفاخ في العقد الى درجة
انهما شكا في وجود ادينوفلكمون (Adéno Phlegm-
on) وكان اضمحلال وذوبان تلك التورمات العقديه
سريعا كما ابتدأ · والاعراض المصليه التي انكشفت
بعد بضعة ايام اوجاع في المفاصل وتفاط جلدى اكدت
ان اصل الاعراض العقديه كان المصل ·

وقد ذكر نيتر (Nettor) انه صادف احياناً كثيرة
بعض التورم في العقد الليمفاويه بعد استعمال المصل ·
وان فون بيركة (Von Pirquet) قد جلب الانتباه
الى هذا التفاعل الليمفاوي بعد زرق المصل ·

ويؤيد دوفور (Dufour) تلك الاعراض في
مشاهدات داء الخناق عولجت بالمصل النوعي ·

وقد سبق ل · مارتن (L. Martin) واعلم منذ
اول استعمال المصل في الطب عن امكان حصول تعامل
في العقد الليمفاويه العموميه . وقد تأكد له ذلك في
اختباراته على مصل داء الخناق · ويعتقد ان هذه الاعراض

تشاهد خاصة عند المصابين بعلة عفنية ينسبها الى تعامل
دفاعي ضد التوكسين او ضد الميكروبات المستقرة في
العقد الليمفاويه ·

وقد وضع نفس الموضوع على بساط البحث في ذات
الجمعية الطبية الباريسيه في اجتماع ٢١ اذار سنة ١٩٢٤
حيث تكلم باستور فاليري رادو Pasteur Vallery
Radot قائلا : ان تورم العقد العموميه التابع لزرق
المصل ليس من الحوادث النادر وقوعها · ولا يحدث يرافق
عادة النفاط المصلي واحياناً يسبق النفاط ببضعة ايام كما ذكر
له كونت وياكويل Le Conte Yacoél او انه
يكون العارض الوحيد بعد زرق المصل

نستكفي بما تقدم برهانا لوجود اعراض مصلية تظهر في
العقد الليمفاويه واحتمال حدوثها وحدها بدون اعراض
اخرى · انما حسب نظرنا تختلف اهمية هذه الاعراض
العقديه اختلافاً شاسعاً حسب المرض الذي ظهرت بعده
وهكذا ما نشاهدها مثلا بعد زرق المصل في داء الخناق
او الفرغرينا كما رواه المؤلفون السابق ذكرهم لا نخاف
من تمركز داء الدفتيريا او داء الفرغرينا في هذه الانسجه
ولا نخلج عن مصير المريض من جراء ذلك · ثم اننا لا نرى
داعيا لمتابعة زرق المصل · انما الحالة ليست كذلك اذا
ظهرت الاعراض العقديه عقب معالجة داء الطاعون ،
لاننا نعلم ان الاعراض العقديه هي العلامة الاساسيه
المميزه في النوع العقدى من الطاعون · وانها لا تعتبر
ابداً بين الاعراض الفارقه لداء الخناق او الفرغرينا او
غيرها من الامراض العفنية الاكثر حدوثاً · خاصة اذا
لم يرافقها او يعقبها او يسبقها اعراض مصلية اخرى كما
شاهد باستور فاليري رادو · حينئذ يجب البت في سبب
هذه التورمات العقديه · فان كانت ناتجة من المصل فلا
خوف على المريض ويقتضي ترك المصل جانباً · اما اذا
كانت علامة انتكاس المريض او رجوع المرض اليه
فيجب للحال تكرار زرق المصل بعكس ما تتطلب الاعراض
المصليه

ولا يخفى على احد منا كم يحتاج الطبيب المعالج في هذا
الحال الى حس سريري خاص دقيق لتمييز الاعراض
ونسبتها الى سببها الحقيقي خاصة اذا كان بعيدا عن
المعاهد التحليلية · ولا يجوز له ان يتأخر ابدا في اتخاذ
الخطة التي يجب اجراؤها قبل فوات الفرصة وتشبع
الجسم بالتوكسين او استيلاء الميكروب على القرى الدفاعية
وانتشاره في اماكن شتى من الجسم او انقلابه الى الانواع
التسممية او الرئيوبة وهذا على فرض ان الاعراض
طاعونية لذلك يجب عليه ليس فقط اعتبار الاعراض
الموضعية او العمومية العقدية فحسب بل عليه ايضا
بملاحظة الحالة العمومية وما يرافقها من اعراض سابقة
او حديثة ومقابلة الحالة الثانية مع حالة المرض الاولى
لتحليل الاعراض جميعا ونسبتها سريريا الى مصدرها ·
وهذا الحس السريري الطبيعي او المكتسب من الاختبار
يسوغ للطبيب الاعتماد احيانا على رأيه والعمل به كما فعلنا
نحن · الا اذا كان الاستنجاد بالمجهر ممكنا فالاحرى به
ان ينير طريق التشخيص ويرشد الى الحقيقة الراهنة ولا
يجوز التخلي عنه الا اذا كانت الظروف توجب ذلك ·

وسبب عدم استمانتنا بالتحليل المجهري في مشاهدتنا كان تمنع اهل المريض من باب التقليد والجهل كما اعترضوا على استعمال المصل في اول مراجعتهم لنا .

اننا نشبه الاعراض المصلية الليمفاوية العمومية او الموضعية في داء الطاعون بالاعراض المصلية السحائية التي تحدث بعد معالجة التهاب السحايا الدماغية الشوكية الوبائية حيث قد تاخذ الاعراض المصلية مشهدا ينطبق تمام الانطباق على اعراض المرض الاصلي الذي لاجله زرق المصل . ولا تختلف عنه شيء الا ربما احيانا ببعض علائم سريرية غير كافية لايصح في اغلب الاحيان الاعتماد عليها وحدها لتمييزها عن المرض الاصلي . ولذلك يقتضي استنجاد المجهر او غير الوسائل التحليلية لتحقيق وتاكيد التشخيص وتاسيسه على اسس ايجابية مطلقة قبل تكرار زرق المصل من جديد بدون تاكيد التشخيص . لان الاعراض المصلية السحائية تزيد حينئذ وخامة (على فرض ان الاعراض مصلية) اما اذا كان التحليل غير ممكن قطعيا يتبع الطبيب حسه السريري ويعمل بموجبه بدون جسارة غير معقولة (على كيس المريض) او توقف وخوف بلا برهان .

نؤمل نجاح اكتشاف دهريل (D 'Herelle) اي معالجة داء الطاعون (النوع الدرني) بطعم مجهز من آكلة الميكروب الطاعوني Bachériyphage Specifique) بزرق موضعيا في العقدة التي استقر فيها المرض .

« F. D 'Herelle: Presse Médicale Le 21 October 1926 وهكذا تمحي من فصل الطاعون ومن نصيب المطعونين الاعراض المصلية ويكون تقدما عظيما وبسهولة فائقة في معالجته .

اما الآن لنرجع الى الاسباب التي جعلتنا ان نعتقد ان الاعراض العقدية العمومية اعراض مصلية لا طاعونية ذكرنا ان لتشخيص حالة كالتي شاهدناها يجب مقابلة الاعراض التي كانت في اول الداء باتي اعقبتها بعد زرق المصل . كذلك لا يجوز التعلق بالاعراض الموضعيه فقط كتورم العقد مثلا بل يجب اعتبار كل الاعراض وتناسبها مع بعضها بعضا ولو ان العقد الطاعونية لها مميزات خاصة بها دون سواها . واننا نقر ان اعتقادنا بتشخيصنا الثاني لم يمكن مبنيا الا على اعتبار الحالة العمومية عند المريض . ففي اول مرضه وجدنا ان حالته العمومية كانت سيئة للغاية اي تنا تاكدنا معادلة بين الاعراض وبين خطورة طبيعة المرض ولو اننا لم نشاهد الا انتفاخ عقدة ليمفاوية فقط . اما في الحالة الثانية رغما عن تعمم التورم العقدي ونفس ارتفاع الحرارة الزائد لم يحصل تغيير في الحالة العمومية . ولم يكن ذلك التفاوت على زعمنا بين شدة الاعراض وهذه الحالة العمومية الا لاختلاف الاسباب عن الحالة الاولى . لاننا نعتقد ان استيلاء الميكروب على كافة العقد الليمفاوية في داء الطاعون يدل على خسران الجسم دفاعه واستسلامه الى بطش الجراثيم . وفي ظروف كهذه يفهم ان لابد من ظهور علامات عمومية تنذر بوخامة الحال والعاقبة ونسير نوعا الى الاسباب ان كانت جدية او طفيفة . ثم اننا دعمنا تشخيصنا بمعرفتنا احتمال حدوث اعراض مصلية

تظهر في العقد الليمفاوية . لذلك رمينا عنا فكر انتكاس المريض او ايضا احتمال وجود الطاعون مع الاعراض المصلية الاخري

ولكن الفحص السريري وان يكن كاف في بعض الاحيان لوضع التشخيص وسن الخطة اللازم اتباعها الا انه ناقص وضعيف في اوقات اخري . فنحتاج بلا شك الى التحليلات المجهرية . وبما اننا نبحث عن النوع العقدي نذكر ماذا يجب عمله لكشف الجرثومة الطاعونية عندما نكون ازاء حالة كالتي صادفناها ونقدناها :

يمكن استكشاف جرثومة الطاعون في الدم او في العقدة المتورمة :

١ : في الدم : على وجه الاجمال ان الجرثومة الطاعونية لا توجد في الدم الا في الانواع المخطرة وفي اواخر المرض اي بقدر ما يتقرب المريض الى حتفه ويتحتم عليه . اذا عبثا نضيع الوقت في اخذ الدم في بدء المرض او في الانواع الخفيفة منه ثم ان نتيجة الفحص المجهري تختلف ايضا حسب الطريقة المتبعة لروئيه الجرثومة . ففي فحص المادة مباشرة تحت المجهر كما فيرت (Calvert) وجد ان النتيجة ايجابية في ٣١ مشاهدة قتالة بين ١ — ٣١ اي $\frac{٣٠٢٢}{١٠٠} - \frac{١٠٠}{١٠٠}$ استخرج فيها المادة بين ١٢ = ٢٤ ساعة قبل الوفاة . اما النتيجة بعد زرع الدم ثم فحصه فالايجاب يصادف اكثر حتى وفي الايام الاولي من المرض . على وجه العموم اذا كان الميكروب يرى بالمجهر مباشرة $\frac{٣}{١٠٠}$ في زرع الدم يشاهد $\frac{٤٠}{١٠٠}$. وتطبيقا على الممارسة الطبية يظهر جيدا ان الدم لا ينقل الطاعون الا متى تكاثرت فيه جدا الجراثيم . وهذه الظروف لا تصادف ابدا الا في الانواع القتالة عند حلول النزع . وهذا ما يشرح لنا عدم سريان المرض الى اهل المريض المتراكمين حوله في مسكن ضيق المجال وللاختبارات المجهرية يؤخذ مقدار من الدم بتراوح بين ٥ — ١٠ س م٣ يزرع في المرق العادي . فاذا كان الزرع ايجابيا يرى ان السائل يصفى وفي قعره حلف (Grumeaux) ثم لاجل تجريد الميكروب يؤخذ من الزرع الاول ويزرع في انبوب على صطح الجيلوز ثم يعرض تحت المجهر . وجرثومة الطاعون لا تتلون بطريقة جرام.

٢ اذا كان الميكروب قد استولى على الجسم وانتشر وتكاثر في الدم بهون وجوده فيه ولكن بما ان ذلك لا يحدث عادة لذلك يجب التفتيش على الجرثومة في محل استقرارها اي في العقدة المتورمة او الاكثر تورما اذا كانت العقد المتنفخة متعددة كما صادفنا في حادثتنا في المشهد الثاني من مرضه . ولكن يجب بزل العقدة قبل انفجارها والا اذا كانت مفتوحة تكون مفعمة بالجراثيم المختلفة التي تعيش على سطح الجلد . ثم يجب تطهير الجلد تماما لئلا تختلط جراثيم اخرى مع المادة المستخرجة فتضل النتيجة . اخيرا بلزم بزل العقدة في قلبها . فعادة تبقي مادة في الابرة وبعد ما تجر يوضع ما احتوت عليه قسم منه في انبوب الجيلوز للزرع كما ذكرنا انفا والقسم الآخر على الزجاج ليعرض مباشرة تحت المجهر . انما البعض قد انتقدوا البزل قائلين انه يساعد احيانا على تعمم الجراثيم في كل الجسم ولذلك يشيرون بزرق المريض

١٠ س م ٣ من المصل النوعي متما لذلك التحصين . الا اننا لانرى ان ذلك التحفظ محتما الا فى اول المرض حيث لايوجد الا تورم عقدة فقط اى ان الميكروب متمركز والشبهة قوية فى نوع المرض . اما اذا كنا نظن ان العفن قد عم الجسم فليس للبزل تاثير فى زيادته عدا ان المعالجة بالمصل يتحتم تطبيقها بدون تاخير .

نستنتج مما تقدم ان تعامل العقد الليمفاوية ضد المادة المصلية لا يتمركز فقط فى المناطق المتعلقة بمحل الالتهاب كما ذكر موريكاند وجيراردو وبوفيه بل يمكن ظهوره في كل العقد الليمفاوية ايضا . ثم ان نسبة هذه الاعراض المصلية الليمفاوية الى تفاعل دفاعي ضد التوكسين او ضد الميكروبات المستقرة فى العقد كما نسب نه تيرليس كاف دائما لان يشرح كل حادث كهذا اذ ان هذه الاعراض تحصل ايضا بعد زرق مصل عديم الجراثيم وعند مرضى غير مصابين بعلة عفنية . ونظن ان هذا التعامل الليمفاوي يمكن حصوله من تاثير مادة المصل البروتيئينية .

ليس في علمنا ان احد المولفين ذكر اعراض مصلية عمومية على اثر معالجة داء الطاعون كالتي ننشرها اليوم وما ذلك حسب اعتقادنا الا لعدم انتباههم الى هذا العارض المصلي وعدم التفكر فيه والتفتيش عليه اوربما لقلة حدوثه . ولا يخفى على الطبيب الممارس اهمية وجود هذا الحادث الخطير بعد معالجة داء الطاعون بالمصل كما بينا سالفا . وها اننا نعرض مشاهدتنا وملاحظاتنا على الزملاء المحترمين ليبدوا رأيهم فيها ويوافونا بملاحظاتهم اولينتبهوا ويستعدوا عند حلول الفرصة وهذه لاتندر في العراق .

ما وصل اليه العلم في الحال الحاضر

عن تادرن الرئة

الدكتور
نظام الدين

لقد فهم الكل الآن ان تدرن الرئة هو اكبر مصائب البشر وانه اعظم مرض ساري لقد أبان الاخصائيون المشتغلون بالتحريات في التدرن ، ان هذا المرض الهائل يسري وينتقل بين الاشخاص بالشرائط الآتيه :

تصاب الرئة بالتدرن بواسطة الاستنشاق (inhalation) دائما

وكان الظن سائداً حتى الآن بأن باشلس التدرن الداخلة الى الرئه عن طريق مجاري التنفس ، يتثبت فى ذروة تلك الرئة ، ولكن الواقع اثبت خلاف ذلك ، وذلك ان الباشلس بعد ان يدخل الى الرئه عن طريق التنفس ينتخب بعض مناطق الرئه فيتثبت فيها

هذه المناطق هي القسم الذي فوق الفص الاسفل للرئه والاماكن التي هي حذاء حافات الرئه وحواشي الشقوق التى في الرئة . فالباشلس الذي يستقر في هذه المناطق ينمو زرعه فيها فتتلقح ومن ثم تتكون القرحة المسماة قرحة التلقيح Chancre d' inoculation وباشلس كوخ الذي يتكاثر في قرحة التلقيح ينتقل الى سرة الرئه بواسطة الاوعية اللنفاويه فيستولي على العقدات اللنفاوية هناك فيلقحها ويحدث فيها التهابا . وهذه هي المرحلة الثانيه وهي فى غاية من الاهمية

وهنا يجب ان نتذكر بملاحظة تشريحية كثرة العقدات اللنفاوية في سرة الرئة ووضعيتها واتصالها بالاوعية

اللنفاوية واشتراكها معها : فان سيل الباشلس الوارد الى هنا بسبب انتان العقدات فتكون مجموعة العقدات المنتفخة (Bouquetes Ganglionnaires) مخزنا للباسيلات فتجتهد العضوية طليا للمدافعة في حصر الباشلسات المتجمعة فى هذا المخزن وتضعها فى اكياس وتحجرها هناك وتحدد اعمالها المضرة وتسعى لصيانة البدن من شرها لمدة . وهذه المدة التى يبقى فيها الباشلس مقيدا هى دورة البطالة والتوقف وستعطي الايضاحات اللازمة عن الاهمية التي تحرزها هذه الدورة فى السريرات الطبيه

ان اعراض دورة التوقف السريرية لا تظهر في بادي الامر بوضوح . فالباشلسات محبوسة وفعاليتها ناقصة . وهي فى حالة سبات فى الاماكن التى توجد فيها .

اذا كانت قرحة التلقيح في الطفل الرضيع قد حدثت من دخول الباشلس الى رئته عن طريق الاستنشاق — فنظرا لان انتان الطفل الرضيع يكون سيره سريعا — فان تلك القرحة تسبب انتان العقدات اللنفاوية لذلك الطفل بسرعة . والباشلس الوارد الى هنا يولد فيه الانتان العام بسرعة تامة بدون ان يتكيس او يتوقف ، فيؤدى به الى الموت العاجل .

فاذا حدث الانتان الدرني فى مثل هذا الطفل بتأخر قليل عن ذلك العمر فيكون الباعث لهذا التأخر هو قلة الباشلس الذى سبب قرحة التلقيح وقلة سمومها نسبة . وحالة الاعتدال للانتان هذه تضاعف مقاومة الطفل تجاه الانتان الدرني وذلك بتأثير الحال المسمى فى نظر الفسيولوجيا المرضيه الاشباع المستمر (Impregnation Coutinuele) والتدرن الانتاني فى الولد الذى في هذا السن من العمر يقطع مراحل مختلفة . وقد يصل التعامل الذى في العقدات اللنفاوية فى بعض الاحوال الى الافراط . فيكون هو المسيطر فى ساحة المرض ونموذج ذلك فى السريرات هو التهاب العقد اللنفاوية للقصبة الهوائية والشعب والباشلس المتوضع فى العقدات اللنفاوية لسرة الرئة والذى ينطلق من مخزنه بين حين وآخر ، يستولي على الرئة من جديد . وهو بهذا الاستيلاء اما ان يتعرض لتسييج الرئة رأسا فينتشر فيه واما ان ينفلق الباشلس المهاجم من بعض العقدات اللنفاوية المفعمة به فينصب الى احدي قصبات تلك العقدة فيجرى نفوذه على القصبات . وهذه الصفحة التعرضية هي التى تدعى بالصمامة القصبية (Embolie Bronchique)

ان اهمية هذه الصفحة تختلف بحسب وخامتها:

ان الباشلس الذي يفلت من العقدة اللنفاوية المحبوس والمقيد فيها يسير في بعض الاحيان فى طريق آخر في غاية الخطر ، تنفتح العقدة اللنفاويه المخزونة بالباشلس الى وريد مهم من اوردة الرئة .

والحالة التى تسمي الصمامة الدموية (Embolic Sanguine) هي هذه . وهذا الحادث ينجر الى عاقبتين الاولى ان الدم يتلوث بالباشلس (Bacilhémia) ومنها تتظاهر الحالة الهائلة المسماة غرانولي Granulie الثانية ان الباشلس يستقر مرة ثانية فى منطقة محدودة من الرئة وهذه العاقبة هي طبعا اهون العاقبتين شرا .

ان الانتان الدرني للرئة بعد ان يتأسس في الطفولية الثانية بهذه الصورة يكتسب حالتين :