دماغية الا انها لم تستوجب انسداد ثقبة لوشكا *Trou De Luschka* فان ذلك الهواء يصل حالا الى البطينات المخية ويولد الصداع الوقتي الخالي عن المحاذير يزول حالا بعد تعطيل الزرق واذا حصل الصداع يكون قد حصل المطلوب فلا حاجة اذاً للاستمرار في زرق الهواء .

والهواء الذى يدخل الى المسافات تحت العنكبوتية يتلاشى تماما في بضع ساعات ولا يوجد ضرر ولا محذور في اجراء طريقة التشخيص هذه التي لا تنتج اي عارضة كانت واحد الاسباب التي تفضل استعمال هذه الطريقة هو امكان تشخيص المرض في سرير المريض والاستغناء بها عن معاينات الرونتكن التي لا يمكن استخدامها بسهولة وفي اى وقت كان فبهذه الواسطة التشخيصية تستطيع الوقوف على وجود اشتراك واتصال بين طبقات النخاع الشوكي المختلفة . فلو كان فى المسافات تحت العنكبوتية مانع لما اقتحم الهواء تلك المانعة ووصل الى البطاني المخي واحدث الصداع .

وبعباره اخري اذا كانت هناك آفة التهابية تسبب التصاق الغشاء العنكبوتي بعضه ببعض اواورام في النخاع الشوكي فاى ارتفاع منه اوجب انسداد اقنيه الفقريه فان هذه الافه اوتلك الاورام ستكون حائلة دون نفوذ الهواء ومروره الى فوق . وبناء على هذا ، فاذا حقنا الهواء فى دماغ شخص مصاب بافة كالسل الظهرى تابس) اوالالتهاب النخاعي الشوكى الافرنجي اوالتصلب اللوحى (*Sclerose En. Plaque*) اوالالتهابات الشوكية الحادة فان هذا الشخص سيحس بوجع وصداع في رأسه من جراء ذلك الحقن .

اما اذا كان الشخص مصابا بافة (*Pachy Méningit*) تسبب تلاصق الاغشية العنكبوتية بعضها ببعض اوباورام نخاعية فان الهواء الذي يحقن فى نخاعه لا يمكنه المرور من هذه الحوائل ولذلك فلا يحس المريض بوجع فى رأسه . نرى ان طريقة التشخيص هذه مهمه جدا من حيث التشخيص التفريقى . وهناك امر آخر يزيد فى اهميتها وهو انه يشاهد في بعض الاحيان عند حقن الهواء فى نخاع شخص مصاب بمثل هذه الافات الاخيرة ، ان الهواء المحقون عند وصوله الى تلك الافات التى تمنع صعوده الى جرف الدماغ ، يضغط على تلك الموانع المرضية فيسبب للمريض الما شديدا في ذلك المكان . وهذا الالم الشديد والموقت لا يحدث اى محذور بل يزول سريعا . وهو من الجهة الاخرى يفيد ويساعد فى حسن جريان المداواة المؤخرة بسبب دلاله على محل المرض وتعيينه النقطة الموقوفة .

فاذا لم يكن الانسداد تاما فان الهواء المحقون سيصل الى البطين الدماغي تدريجا ولذلك فان المريض سيحس بعد حين (ساعة اوساعتين) بصداع مميز في رأسه .

المقتبسات

اخبار طبية — الدكتور ه . الوترى

المغلي في الفقر الدموي الخبيث

Cardiac Pain in pernisious Anemia

ان مذكرة الدكتور كارى كومبس (*Carey Coombs*) حول الالم القلبى فى الفقر الدموي الخبيث فى المجلة الطبية البريطانية — قد ذكرني بحادثة من حادثات الفقر الدموى قد تغلب فيها وجع القلب وضيق النفس على اعراض الفقر الدموى الى حين من الزمن وهذه هي الحادثه :

رجل له من العمر ٤٨ سنة جاء يستشيرني في وجع

يشعر به فوق قلبه كلما انتهي من اشغاله اليومية . وكان الالم يخف عندما يستريح بعد طعام المساء ولم يشك من عرض عدا ذلك سوى ضيق قليل في التنفس عند الجهد وكانت تلوح على الرجل علائم الصحة وقد قامى الامه ما يقارب السنتين قبل استشارته في مرضه وعند التسمع على القلب لم يظهر فيه شئ ما عدا ضخامه قليلة وقد تقدمت صحته بعد معالجه دامت شهرا واحدا ولم اره بعد ذلك مدة ثلاثه اشهر ولما عاد الي وجدت ان الم قد عاد اليه واضحى لونه اكثر شحوبا مما كان في زيارته الاولى وعند البحث في بدنه لم اعثر على علامه واضحه فى قلبه غير ان قدميه كانت منتفخه قليلا حول الرسغ فخطر لي انئذ ان احصي الكريات الحمراء في دمه فوجدت مقدارها احط من ثلاثة ملايين ونصف وكانت ظواهر الدم تدل على وجود الفقر الدموى الخبيث والضغط الدموى كان عاديا بالنظر الى عمره . فباشرت منذ ذاك الحين فى معالجته واستمررت على هذه المعالجه مدة اربع سنوات ولم يسلم فى هذه المدة من حملات عنيفه من الالم قلبيه كان البعض منها يشبه نوبات الخناق الصدري .

ان هذه الحادثه تشبه بعض الشبه ما ذكره الدكتور كارى كومبس فى مقالته ولكن التصلب القلبي كان فى هذه الحادثه اقل وضوحا وغرض فى تدوين هذه الحادثه هو ان اعرض ان وضوح الاعراض القلبيه يستر حقيقه المرض فى سلسلة من امثال هذه الحادثات

T. Stenner Evans
M.B.B.S Lond

موت فجائى منبعث عن التهاب حاد نزفي فى البنكرياس

Tudden Death Due To Acute Haemorrhagic pancrecatitis

ان رجلا له من العمر ٢٩ سنة قد مات فجأه بالتهاب حاد نزفى فى البنكرياس وهي حادثه غريبة في بابها وهي جديرة بالذكر لما فى ذلك من الفوائد وهى :

ان المريض كان متمتعا بصحته المعتاده حتى يوم مماته وقد شكا من سيال خفيف لم يمنعه من الاستمرار في لعب كره القدم فى قسم كبير من بعد الظهر ثم سقط مغميا عليه فجأه واخذ يشكو من الم شديد في معدته بدون قيء او تزرق وقد افاق قليلا والقي نفسه فى عربة ولكنه فارق الحياه فجأه بعد دقائق قليلة

وعند بحث الجثه بالتشريح وجدت البنكرياس مرتشحه بدم كثيف في جميع اقسامها ولم يكن هناك سائل سائب في البريطون ولم يتضح وجود نكروز شحمي وكانت الحوصلة المراريه والمسالك الصفراويه في حالة عاديه فلم يكن هناك لاحصاة ولا التهاب وكان الطرف السفلى المعي المفائى (*Ileum*) ملتهبا في حين ان الاعور والزائدة الدوديه كانا بمعزل عن التغيير واما القلب والكلى والدماغ والاعضاء الاخرى فكانوا في حالة الصحه .

يظهر ان هذه الحادثه هي احدى الحادثات التي جمعها مايو روبصون « *Mayo.Robson* » في طائفه واحدة اطلق عليها اسم السكته البنكرياسه « *pancreatic apoplexy* » وتتصف باوصاف مميزة لها وهى انها تبتدأ بوطأة شديدة وفجائه وتكون مصحوبه بالغشى وتنتهى بالموت السريع . وقد اتضح من مساعي ديوه *Deaver* وآشورست *Ashurst* ان عدوى التهابة تتصل بالبنكرياس بطريق الاوعيه اللمفاويه فبالنظر الى هذه الاعتبارات يصح تعليل هذا الالتهاب المميت فى البنكرياس بالالتهاب الذى حدث في النهايه السفلى للمعي الدقيق .

A. C. Maconie, M.B., Lond., F.R.C.S Eng.

مخدر موضعي لاجل الاذن

a Local Anasthetic for the Ear

قد اهتديت بعد تجارب اجريتها عدة سنين الى تجهيز مزيج يخدر موضعيا وهو يقوم بخدمات حقيقية لمتخصصي الاذن و يتكون هذا المزيج من مقادير متساوية من الكوكائين والمانتول وحامض الفنيك المثيلور والكحول النقي وزيت الفرنفل ولا استطيع ان ادعى السبق في هذا الاكتشاف لانني قرأت قبل سنة او اكثر نظير هذا الترتيب او ما يشابهه كل المشابهة في المجلات الطبية افرنسية كانت او اميركية.

وطريقة التخدير بهذا المزيج هي ان تؤخذ قطعة من القطن وقبل به ثم توضع في داخل الاذن بجوار الطبل مدة عشر دقائق فاذا انتهت هذه المدة اصبح التخدير كافيا بالمطلوب وقد عملت بهذا التخدير عمليات تفجير الطبل عدة مرات في حالات حادة ومضطربة نجحت كلها بدون الم وكان التخدير كاملا وقد قطعت مرارا غشاء الطبل من خلف المطرقة لاجل استنزاف السوائل من الاذن الوسطي وقد رفعت حديثا غشاء الطبل برمته وكان متلصقا بالحديبة العظمية البارزة في الجدار الباطني للاذن الوسطي وكانت هذه العملية في امراة عصبية المزاج ومع ذلك لم تشعر باي الم كان. الا ان هذا المحلول المخدر له مخدور واحد وهو اذا لامس جدر الفتحة السمعية الظاهرة يولد في الاذن الظاهرة التهابا. وقد سعيت لازالة هذا المخدور بحذف زيت الفرنفل من المحلول ولكن اتضح لي ان المحلول يصبح عديم الجدوى عند حذف هذا العنصر واستطيع ان اعلل شدة تاثير هذا المخدر بان زيت القرنفل ينفذ من غشاء الطبل و بهذه الوسيلة يتصل باعماق الاذن و بهذه الوسيلة يتصل باعماق الاذن الوسطي فيخدرها

F. Feare strum, M. Ch

الادرينالين في وقوف القلب

adrenaline in cardiac arrest

عندما قرأت في المجلة الطبية البريطانية عدد ٣٨ اب صحيفة ٣٨٨ حادثة الدكتور ليفينكستون *Livings ton* التي ذكر فيها انه اعاد الى الحياء طفلا قد مات في الظاهر بتقبجة (البنج) — فقد جربت انا ايضا نفس العلاج في اربعة اطفال ولدوا مائتين في الظاهر ولم تفلح في اعادة الحياة اليهم جميع الوسائل التي اعتقدنا على اتخاذها. وقد نجح العلاج في ثلاثة اطفال حيث عادت اليهم الحياة بعد استعمال العلاج حالا. واما الطفل الرابع فلم تفلح فيه هذه الواسطة

Mary. G. Cardwell, M. D.

ملخص ما نشر في المجلات الطبية من الابحاث الجديده

الامراض الداخلية

١. اختناق مضيق الابهر

Stsnosis of the Aortic Isthmue

يقول الدكتور كينغ (*G. K. King*) في مقال له بهذا العنوان ان الافات القلبية الوعائيه الولادية كثيرة ولها علامات مرتبكه تجعل الباحث يذهب في تشخيصها مذاهب عديدة الا ان الامر ليس كذلك في حالة الاختناق الولادي لمضيق الابهر فان تشخيص هذا المرض على جانب عظيم من السهولة وقد ذكر الدكتور اربع حادثات من

هذا المرض قد اهتدي الى اكتشافها اثناء الحياة فكان اختناق الابهر خفيفا في اثنين منها وشديدا في الاثنين الاخريين بحيث كان الاختناق بالغا الى درجة انسداد الوعاء عند مدخل القناة ٢ » الشريانى وقد دلت سجلات فتح الاموات على ان تشخيص المرض لم يتم عادة الا بعد موت المريض والمرض ينتاب الرجال اكثر من النساء وقد شوهد في اي عمر كان بعد الولادة وهو لا يمنع المصاب عن القيام باي جهد بدني والاعراض التي يمكن مشاهدتها في المريض هي قصر سعة التنفس والخفقان وضعف العضلة القلبية ومغص في الساقين

و يرى في كلا المسافتين بين الكتفيتين نبضان ينحدر من اعلى الى اسفل وهذا النبضان يعتبر في نظر الدكتور كينغ من دلائل المرض الاساسيه وهو واضح في الاقسام العليا اكثر منه في الاقسام السفلي وترى الاوعية السطحية نابضة في خلف الصدر ومنحدرة منحنيا من اعلى الى اسفل ومتجهة نحو الاشواك الفقرية واما الشريانين بين العضلية فهي متمددة و يكون الضغط الشريانى في الاطراف العليا اكثر ارتفاعا منه في الاطراف السفلى ويكون في اليد اليمنى اكثر ارتفاعا منه في اليد اليسرى ويكون النبض الكعبرى الايمن اوسع من الايسر و يسمع في المسافتين بين الكتفين نفخ مصاحب للغط القلب الاول (السيستول) و يسمع مثل ذلك فوق الاوعية السطحية المتمددة و يسمع احيانا فوق القوس الابهرى في مقدمة الصدر او على طول الابهر النازل من الخلف

(١) «مضيق الابهر (*Isthme de l'Aorte*) هو المضيق الناشيء عن تناقص سعة الشريان الابهر بغتة تحت منشا الشريان تحت الترقوي الايسر

(٢) القناة الشريانية (*ductus arteriosus*)

عن مجلة الامراض الباطنية الانكليزية

عدد تموز ١٩٢٦ صحيفة ٦٩

٢. (ذات الجنب هوائي) ذاتي

Spontaneous Pneumothorax

ذكر الدكتور كونسميد *A. J. R Koelensmid* ثلاث حادثات موضحة بالتصاوير وافاد ان البنوموتوراكس الذاتي هو من الصدف النادرة وهو عادة لاينشأ عن التدرن وينتاب الشخص بغتة بينما يكون صحيح البدن تماما او مضطربا من الم في صدره وضيق في نفسه. وفي اكثر من نصف الحالات من هذا القبيل يصول المرض بمد نوع من الجهود البدنية. وعند الكشف عن المريض في نوبة المرض تدرك العلامات المميزة لانصباب هوائي جاف ولم يوجد في تجويف البلورا ماعدا الهواء الا في حالات شاذة حيث وجد مع الهواء شيء قليل من سائل مصلي او دم. ويؤول المرض قاعدة الى الشفاء التام عاجلا او آجلا ولا يدع في المريض اقل بقية اواثر منه. ولا يسير سيرا رديئا الا فيما قل وندر من الاحوال وعند فتح الجثة بعد موت المصاب يشاهد ان سبب هذا الانصباب الهوائي في تجويف البلورا انما كان انشقاق احدى الحوصلات الهوائية الكائنة في سطح الرئة تحت غشاء البلورا. وهذه الحويصلات الهوائية مكونة من انتفاخ الرئة ويكون الانتفاخ اما منحصرا في بعض مناطق الرئة واما شاملا لجميعها وقد

يكون متخللا الفصوص الرئوية وهذا مايوجد خاصة في الاطفال والحويصلات الهوائية الامفيزيماوية توجد غالبا في قمة الرئة او في جوار منطقة درنية قديمة حيث يبلغ اتساعها حجم الكراز ولا يوجد لهذا المرض اقل علاقة بتدرن الرئة .

٣ . السفلس الدماغي النخاعي

Cerebro-Spinal Syphilis

عن مجلة معهد الامراض العصبية

في جامعة ويانة مايس ١٩٢٦

صحيفة ٢٩٠

يقول الدكتور ناغازاكا (*G.Nagasaka*) ان من الامور المقررة الآن هو ان السحايا هي اول نقطة في الاعصاب المركزية تستهدف للحملات التي يصول بها ميكروب السفلس وان الاسبروكت، مكروب السفلس ، ينفذ الى السائل الدماغي الشوكي والسحايا عن طريق المسافات اللنفاوية التي تسير في النسيج الضام وقد يوجد التغيير في السحايا سنين طويلة بدون ان يفضي الى اي عرض سريري ويؤيد ذلك حادث شهده الدكتور سيستان (*Cestan*) وريسلر (*Risler*) وهو انهما وجدا التهابا مزمنا منتشرا في السحايا عند مريض لم يظهر فيه سوى عرض واحد وهو جمود الحدقة وعدم حركتها وهناك ثلاث حادثات اخرى شهدها الدكتور اوسترتاج « *Ostertage* » كان المرض في كل منها التهابا سفلسيا مزمنا في السحايا ومع ذلك فلم يوجد اي عرض كان هذا من جهة ومن جهة اخرى قد ذكر الدكتور بت « *Pette* » حالات من نفس المرض قد ظهرت فيها الاعراض باكرا حتى ان هذه الاعراض في احداهما ظهرت بعد تشكل القرحة الابتدائية باشهر قليلة وقد انتهت بالموت بعد ذلك بمدة قصيرة وعند بحث الجثة وجد في السحايا التهاب شديد مصحوب بافات التهابية في النسيج العصبي الموضوع تحتها . واتيح للدكتور ناغازاكا ان يفحص اخيرا ست حادثات كان فيها التهاب السحايا قد استمر بصورة مزمنة بضع سنوات من قبل ان يحدث اعراضه السريرية التي اتضح حالا انها مهلكة وكان جميع المرضى في نحو السنين من العمر مصابين طبعا بتغيرات وعائية لاتتعلق بالسفلس وحده . وفي الحقيقة ان التهاب السحايا لم يكن السبب الباعث لظهور الاعراض السريرية بصورة فجائية بل ان حدوث هذه الاعراض على تلك الصورة انما كان ناشئا عن تغييرات وعائية حدث البعض منها بتأثير السفلس والبعض الاخر بتأثير الشيخوخة .

وفي جميع الحالات من هذا القبيل تكون التغيرات الدماغية مصحوبة بالتهاب المفاصل وامراض في القلب وكثيرا مايتفق وجود الاعراض الدماغية مع التهاب سفلسي في الاوورطي . وقد ذكر ان تغيرات الاوورطي في السفلس الدماغي هي بنسبة ٣٤,٨ في المائة .

٤ . الاضطرابات السمباتيكية في القلب

عن مجلة ليون الطبية الافرنسيه

١٥ اكتوبر ١٩٢٦ صحيفة ٤٨٣

يقول الدكتور دوما « *A.Dumas* » ان الاضطرابات السمباثيكية تؤثر في القلب اما مباشرة واما بواسطة

التغيرات التي تحدثها في الرئة او الدورة الدموية العامة . والعلائم السريرية لمثل هذه الاضطرابات هي عدم انتظام ضربات القلب « الاريثميا » والخناق الصدري الكاذب وتمدد القلب وعدم كفاية العضلة القلبية وما يعقب ذلك من الاوذيما الرئوية الحادة . ويظهر ان هذه الاضطرابات الانعكاسية لاتقع في الظروف العادية سواء كان هناك آفة قديمة في القلب كما يعتقد الاستاذ « *Vapuez* » اولم تكن . وتكون الاضطرابات السمباتيكية في القلب السليم وقتية وفجائية وماثلة الى الشفاء . والسبب المحرض لهذه الظواهر القلبية قد يكون الم في الكبد اوفي المعدة او في الاعصاب المحيطية ويعتقد الدكتور دوما ان مثل هذه الاضطرابات السمباتيكية الفجائية قد تسبب ايضا صدمة انافيلاكسية « *Choc Anaphylactique* » وخاصة انافيلاكسيا الهضم في المرضى الذين لهم استعداد لها بشدة الاحساس وغالبا بمرض القلب او الابهر . ويحدث البحران القلبي نظير مايحدث « البحران الهضمي الناشئ عن الضفيرة الشمسية » . والافات القلبية نحو الضخامة البسيطة او عيوب الشريان الاكليلي القلبي وحتى آفات العضلة القلبية فان هذه كلها تجعل اصحابها مستعدين لصولة البحران المذكور . وتنحصر الصعوبات السريرية في التمييز بين العوامل العضوية والعوامل العصبية وقد يحصل هبوط في القلب وعدم كفاية في الدورة الدموية عن اضطرابات الاعصاب السمباتوية وانعكاسها في القلب ولكن قبل التسليم بذلك يجب على الطبيب ان يأخذ بنظر الاعتبار الاسباب المهيئة وربما كانت هذه الاسباب اتفه مما يحتاج الى معالجة سريعة ومعقولة .

الجراحة

٥ . حادثة فتق مغبني غير اعتيادية

An Unusual Cause Of iguinal Hernia

عن مجلة الامراض الجراحية الالمانية

٢٤ تموز ١٩٢٦ صحيفة ١٨٩٢

يقول الدكتور فلدمان (*E.Feldmano*) ان الفتق المغبني ينتج عادة عن تمدد الجلد وماتحته من الانسجة باشتداد الضغط الذي في داخل البطن وقد وصف حادثة عامل له من العمر ٦٥ سنة قد شاهد في اربيتية ورما يبرز منذ ثلاثة او اربعة اشهر ولما دخل المستشفى كان كل من الورمين بحجم الجوزة فاستأصل الورمين بدون مشقة غير ان المريض قد اصيب في اليوم الثاني باعراض تدل على انسداد الامعاء وشوهد فيه نزيف دموي خفيف من الشرج بعد عمل الحقنة وبعد ان شفي جرح العملية وجد بالجس الاصبعي سرطان في المعي المستقيم ولم يكن الفتق من النوع العادي وقد اجريت عملية استئصاله قبل ان يظهر اي عرض يدل على وجود سرطان في المعي المستقيم

فيستنتج الدكتور فلدمان من هذه المشاهدة انه لايجوز اجراء عملية الفتق لرجل طاعن في السن قبل ان يبحث بدنه بحثا دقيقا كاملا . ويقول ان بروز الفتق منبعث حسب ما نعلم عن اشتداد الضغط داخل البطن وهذا ما يشاهد غالبا في الشيوخ وهو ناشئ عن انسداد قسم من الامعاء بوجود السرطان اوعن تزايد الضغط بسبب ضخامة البروستات او تضيق مجري البول او بسبب السعال المستمر الناشئ عن التهاب شعبي مزمن . ويحدث الفتق في الاطفال

بنتيجة عسرة البول الناشئه عن اختناق الغلفة او السمال الديكي ٠

٠٦ تفهم الكيس المراري بالاثنى عشري

Cholecystoduodenostomy

عن المجلة الجراحية السنوية (انكليزية)

تموز ١٩٢٦ صحيفة ٩٥

قد اتي الدكتور موللر (*G.P.Muller*) على ذكر الاسباب التى تبرر عمل التفجير الداخلى (*Internal-Drainage*) الذى يعمل فى الحوصلة المرارية ومما ذكره من هذه الاسباب : الانسداد الدائم في القناة الصفراوية العام وآفات هذه القناة وحدباتها وحصى الحوصلة المرارية المضاعفة بالتهاب البنكرياس وقد اتفق جميع الباحثين المتأخرين على انتخاب المعدة او الاثني عشرى لعمل الكيس المراري فيها ٠ وقد استعمل الدكتور موالر انبوبة من المطاط لهذا الغرض وغايته من هذا الحصول على نتيجة جيده من عملية التفهم فهو بعد ان يخيط الحوصلة المرارية بالاثني عشري يوصلهما بتلك الانبوبة التى يدخلها من جانب الحوصلة المرارية وبعد ذلك يثبتها في موضعها ويقول ان هذه العملية سهلة جدا والانبوب يحول دون انسداد الفتحة الصناعية التى توصل العضوين وفضلا عن ذلك فلم يعد يرى بعد هذا التدبير التفاف البريطون حول موضع الاتصال او نضح السائل منه ٠

وقد ذكر الدكتور ان النتائج في هذه الحالة كانت باهرة جدا وقد خف البرقان ٠

واذا كان الانسداد ناشئا عن التهاب مزمن في البنكرياس فان المفاغمة (*Anastomcsis*) تكون ذات فائدة عظمي وتخفف الاعراض بوجه يوجب الارتياح ٠

٠٧ احداث الانصباب الجنبي الهوائي فى اكياس الرئة الديدانية

Artificial Pneumothorax in Hydatid Diseases Of The Lung

عن المجلة الطبية — الجراحية للجهاز التنفسي (افرنسية)

نيسان ١٩٢٦ صحيفة ١٢٦

يذكر الدكتور دهفه (*F.Dévé*) ان ٩٠ في المائة من الاكياس الديدانية الموضوعة فى مركز الرئة تشفي من تلقاء نفسها اذ انها تنفتح في القصبات الهوائية ولم يكن هناك حاجة الى احداث الانصباب الهوائي الا فيما ندر

وعلى كل حال فان الشفاء الطبيعى يسير في بعض الاحيان سيرا يبعث الملل بحيث ان عملية فورلانيني (*Forlanini*) تصبح واجبة التطبيق في سلسلة من الحادثات وهي «١» عندما يظهر بالفحص الشعاعي اتتابع ان الشفاء الطبيعي قد تاخر عن موعده وخاصة عندما تتضاعف تقشعات الاكياس الديدانية بنفث دموى كثير الانتكاس « ٢ » عندما يكون الكيس مستقرا فى مركز الرئة ومنتجا كهفا دائميا يحترى على الهواء والصديد يدل على فقدان قابلية النمو في الانسجة الرئوية المحيطة بالكهف « ٣ » عندما تسوء الاحوال العمومية فى وجود التقيح ولم يهتد البحث بالاشعة الى اكتشاف موضع الكهف الذى يتحتم افراغه ٠

٠٨ كزاز حدث على اثر عملية طاهرة

عن مجلة مونيخ الطبية الاسبوعية الالمانية

٨ اكتوبر ١٩٢٦ صحيفة ١٧٠٣

سجل الدكتور كونيغسفيزر A. Kônigswieser ثلاث وقائع مهلكة من الكزاز حدثت فى خلال خمس سنوات بعد عمليات طاهرة اجريت في القدم لاشخاص تتراوح اعمارهم بين ١٠ و١٧ سنه فى مستشفى الاورتوبيدى الاستاذ شبيتسي (*Spitzy*) في فينه وكان هؤلاء الاشخاص قد اعتادوا المشى حفاة من جوار الاصطبلات فالمؤلف يفتكر ان باسيلات الكزاز قد انسلت الي اعماق الجرح بعد شق الجلد الذى يكسوا اخمص القدم وبهذا يظن ان الشق كان سبب الدخول الجراثيم من مقرها فى الجلد الى البدن ٠ والطريقه المستعمله الى حد اليوم فى تحضير المريض لاجل العمليه هي استحمامه فى المساء الذي يتقدم يوم العمليه ثم غسل موضع العمليه غسلا جيدا بالصابون في الصباح وتطهير هذا الموضع بصبغه اليود ثم تضميده بضماد معقم ٠ ويرفع الضماد قبل العمليه مباشرة ويطهر الجلد مرة اخرى بالكحول وصبغه اليود ٠ والظاهر ان هذه التدابير ليست كافيه لتطهير الطبقات الجلديه الغائرة فقد شاع الان فى مستشفى الاورتوبيدى فى فينه استعمال حقن المصل المضاد للكزاز بقصد الوقايه قبل كل عمليه يراد اجرائها في اقدام المرضي الذين قد اعتادوا المشي حفاة ٠

٠٩ غانغرين ذاتى فى الاعضاء التناسلية الظاهرة

عن المجلة الاكلينيكية الاسبوعية النمسوية

٣٠ سبتمبر ١٩٢٦ ص ١١٧٧

سجل الدكتور تايتشر (*E.Teitscher*) وقعة مهلكة من هذا القبيل حدثت لرجل له من العمر ٦٠ سنة ومما قال في هذا الصدد ان الدكتور فورنيه (*Fournier*) تحدث في عام ١٨٨٣ عن غانغرن خاص ينتاب اعضاء الرجل التناسلية ويحدث من تلقاء نفسه وينتشر سريعا الي جلد القضيب والخصيتين ويتلف الاعضاء التناسلية الظاهرة في مدة تتراوح بين ٢٤ و٤٨ ساعة ٠ وقد جمع الدكتور كونين (*Coenen*) ورتسدبورسكي (*Perzedborsky*) في عام « ١٩١١ » ٢٠٤ حادثات من غانغرين الاعضاء التناسلية الظاهرة للرجال كان ١٤٥ منها حدث من تلقاء ذاته ٠ والمرض حسب الدكتور «راندال» ثلاثة اعراض اساسية : المباغتة وسرعة النمو ٠ وفقدان اسباب الفانغرين المعتادة ٠ والمرض ينتاب عادة الشباب الاصحاء ويتبدأ بحمى وعرواء وازدياد عدد النبض والقيء وغالبا الهذيان وتظهر في بادىء الامر صلابة واوذيما تتسعان فوق الاعضاء التناسلية فتصبح هذه منتفخة وبتعاظم حجمها فيبلغ اربعة اضعاف ما هو في الحالة الطبيعية وثم يتكون الغنغرين الراطب بسرعة ٠ وقد امكن في هذه الحالة العثور على طائفتين من المكروبات ٠ الطائفة الاولى هي بكتريا مولدة للغاز والثانية تشتمل على جراثيم مولدة للصديد اشهرها المكروبات العقدية « الاستربتوك » ويكثر هذا المرض في زمن الحرب حيث تشتد سمية اكثر الميكروبات ٠

وقد روى الدكتور تايلشر ان اول وفعة من هذا القبيل دونت من قبل توسيديديس « *Thocydides* » في طاعون « اثينه » الذى حدث في حرب البلوبونزيين « *Peloponnesian* » ونسبة الوفيات في هذا المرض هي ٢٠ الى ٢٣ في المائة وتنحصر معالجته في شق موضع الانة باكرا وتفجيرها .

١٠ معالجة التهاب البريطون الصديدى المتعمم

Traitement De Peritirite Snppurative Generalisee

عن مجلة الامراض النسائية الافرنسية

اتي الدكتور كيرشنر (*Kirschner*) على ذكر ١٠٠٠ حادثة من حادثات التهاب البريطون واستنتج ان جميع التهابات البريطون المتعممه ماخلا التي تحدث عن الجونوكوك والبنوموكوك ينبغى ان تعالج بالعملية حالا . وبتوقف نجاح العملية على سرعة اجرائها ، وقد وجد ان الوفيات هي ٢٤ في المائة عندما تعمل العملية بعد ابتداء المرض باثني عشرة ساعه وترتفع نسبه الوفيات الى ٦٠ في المائه عندما تتأخر العملية ثمانية وار بعين ساعه ويحصل الموت عادة بالصدمه العصبيه « الشوك » فى يوم العمليه . ويعتقد الدكتورانه يجب ان يكون الشق على الخط المتوسط وينبغي ان يكون طويلا بدرجه كافيه للبحث عن منبع التهابه واستئصاله . وهو يغسل تجويف البطن بالمصل الصناعى اذا كان الالتهاب منتشرا ويكتفى بتجفيفه بالقطن اذا كان متحصرا وقال ان غسل البطن بالمحاليل الدوائيه مما يضر جدا ويحسن عدم استعمالها الا انه يجب افراغ الامعاء تفريغا ميكانيكيا ولا بقى بالمطلوب تفجير التجويف البريطوني فاذا كان في الامكان رفع جميع البؤر المعفنه فلا حاجه لتفجير بل يجب غلق الجرح بدونه .

واما اذا بقى نزيف قليل وقسم منخر يتبغي وضع انبوب مرن في موضع العمليه ليتسني بواسطته تصريف ماقد يتراكم فى تجويف البطن .

والمعالجه بعد العمليه يجب ان تتجه الى اعلاء نشاط الدورة الدمويه في الاوعيه الشعريه والاوعيه الدمويه والقلب وتزيد المقاومه العموميه . ويكون المريض فى الاضطجاع الظهرى او فى اى وضع ملائم آخر . ويجب اكثار البول باستعمال ١ الى ١½ ليتر من مصل يحتوى على الملح او السكر حقنا داخل الوريد او الشرج واذا حدث القى فمن الممكن ايقافه بغسل المعدة وينبغي تنشيط وظائف الامعاء بجميع الوسائل الممكنه وفى حالة شلل الامعاء ينفع النفخ المعوي او بزل الامعاء من الجلد في مواضع عديدة

فن العلاج او الاقرباذين

Therapeutics

١١ . معالجة الحمرة بالمصل

Serum Treatment Of Erysipelas

عن المجلة الطبية الامريكية

٨ مايس ٩٢٦ صحيفة ١٤١١

قد عالج الدكتور بركهاوغ (*K.E.Berkhaug*) ستين حادثة من حادثات الحمرة المتوسطة الشدة بالمصل

المضاد للمكروبات العقدية (الاستربتوكوك) حقنا داخل العضل بمقدار ١٠٠ س م٣ من المصل غير المركز و ١٥ الى ٢٠ س م٣ من المصل المركز (*Concenrated*) ووجد ان المصل اذا استعمل في الثلاثة ايام الاولى من مدة المرض فانه يسبب تحسنا سريعا في الانحطاط النسمي وهبوط بحراني في الحرارة وعدد النبض وذبول سريع في الافات الجرويه وارتشاف سريع فى الحويصلات والاوذيما في منطقة الالتهاب . واما في الحادثات التي يكون فيها المرض قد بلغ ادواره الاخيرة فكان للمصل تأثير نافع فى الانحطاط العام المسبب عن سموم المرض وانما يتحتم الاستمرار على حقن المصل لتعديل السموم التي في دم المريض وكان النبض والحراره ينخفضان الى حدهما الطبيعي عندما يحقن المصل فى مدة تتراوح بين ١٢ و ١٨ ساعة وربما انتكس المرض في بعض الحادثات ففي مثل هذه ينبغي اجراء الحقن مرة ثانية لحصول الشفاء التام .

١٢ . معالجة داء الافرنج بالبزموت

Treatement Of Syphilis By Bismuth.

عن مجلة الامراض البولية

والجلدية الانكليزية مايس ١٩٢٦

صحيفة ٢٨٩

اوضح الدكتور غروند « *J.L Grund* » فوائد البزموت في حادثات السفلس التي تعذر علاجها بالسالفرسان او الزئبق او بكليهما . وطريقته فى استعمال هذا العلاج هي : يحقن في داخل العضلات مقدار ٠٫٢ غرام من تارترات البوتاسيوم والبزموت مع شيء قليل من المخدر الموضعي مرة فى كل اربعة او سبعة ايام . ياخذ كل مريض ٢٫٤ غرام تارترات البوتاسيوم والبزموت وهو المقدار الاعظم . ولم تحصل من هذا الحقن عوارض رديئة الا فيما قل وندر . فاذا حدثت عوارض موضعية كالانتفاخ والالم يجب تخفيض مقدار العلاج الى النصف وتزييده شيئا فشيئا الى ان يتسني اعطاء المقدار كله بدون حصول اضطراب ما . وقد انكر الدكتور غروند حدوث الخط الازرق ان لم يكن التهاب الفم موجودا ولم يشاهد في هذه المعالجة وقوع البول الزلالي او الهزال . وقد وجد ان البزموت يفعل في بعض المرضى فعل الادوية المقوية . واستنتج الدكتور ان البزموت ينبغي ان يحل محل الزئبق في معاضدة السالفرسان عند معالجة السفلس .

١٣ . معالجة الصدمة العصبية بالانسولين والجليكوز

Insulin- Glucose Treatment Of Shock

عن مجلة الامراض الجراحية والنسائية

والولادية الامريكانية اغستوس ١٩٢٦

صحيفة ٢٢٤

يقول الدكتور فيشر *Fisher* ان الصدمة العصبية تعتبر نتيجة لتنبه شديد يحصل في المجموع العصبي الحركى ببعض العوامل كالرياضة البدنية والتهيج النفساني والجروح وهذه العوامل تؤدي الى تغيرات فسيولوجيائية (غريزيه) في المجموع الحركى وقد تفضى الى انهاكه اذا باغت حدا كافيا .

وكان يقصد باساليب المعالجه المعتادة محافظه الضغط الدموي عند حده وحبس الحرارة البدنيه وقد اهملت الحوادث المرضيه الاساسيه التي تقع في الخليات وبعبارة اخري الاسفكسيا الداخليه والتحمض والعوامل الاصليه ويعتقد الدكتور فيشر ان الاسفكسيا الداخليه وحموضه البدن مع توقف افعال التأكسدي نتائج لحالة من حالات النهوكة وهذه الحالة تنشأ في الاصل عن اضطراب فجائي يصيب المجموع العصبي المركزي واعتقاده هذا قدساقه الى الحكم بان مجادلة الشوك لاتتم الا باستخدام بعض الطرائق التي تمنح البدن عناصر تزوده حالا بما يحتاج من القدرة على ان تكون تلك الطرائق كافله لابقاء هذه القدرة الى الزمن المطلوب ومحافظه على حجم السوائل في عروق البدن .

وقدوجد ضالته هذه بمعالجة الشوك بالانسولين والجليكوز ولهذا الغرض يحقن داخل الوريد ٥٠٠ الى ٢٠٠٠ س م٣ من محلول الجليكوز المعقم بنسبة ١٠ الى ١٥ في المائة ويقول ان مجموع مدة استعمال الحقن يجب ان تكون ساعة واحدة على الاقل والافضل ان تكون ساعتين اواربع ويضيف الى ذلك قائلا ان هذا الاحتياط مهم جدا يجب مراعاته في كل مرة يراد عندها ادخال كمية كبيرة من السوائل في داخل الاوردة وبخلاف ذلك ربما تمدد القلب الايمن وهو من الاخطار الحقيقية ومقدار الانسولين الذي يجب استعماله بتبع مقدار الجليكوز الذي حقن تستعمل وحدة واحدة من الانسولين لكل ٣ جرامات من الجليكوز ومجموع الانسولين ينبغي ان يقسم الى قسمين متساويين يعطى القسم الواحد بعد البدء باستعمال الجليكوز بنحو خمس عشرة دقيقة والقسم الباقي عند انتهاء الاستعمال ويحسن استحضار اسباب حقن الادرينالين للالتجاء اليه حالا لمقاومة التفاعلات الرديئة التي قد تحصل من هذا الحقن . وليس من استعمال الانسولين اي خطر مادام الجليكوز يطرح مع الادرار .

ويقول الدكتور فيشر ان بهذه المعالجة يتيسر تزويد الخلايا بالقدرة الحرورية بواسطه احتراق الجليكوز السريع في الزمن الذي تتوقف فيه اعمال التأكسدات الطبيعية وتلك القدرة الحرورية هي من اعظم العوامل الحيوية التي توقظ في الخلايا اعمال الشفاء . وقد عالج بهذه الطريقة ٣١ حالة من حالات « الشوك » تكللت كلها بالنجاح وقد استعمل الطريقة نفسها بنجاح في كل الوقائع الجراحية من قبيل الوسائل التحضيرية التي تجري قبل العملية لوقاية المريض اذا كان قليل المقاومة او لمنع حدوث التي المتواصل في حالة التهاب حاد في البريطون وقد استعملها اوكستر « ochsnsr » في جميع حادثات الفتر الدموي الخبيث عندما يكون حقن المصل الصناعي عديم التأثير .

القبالة والامراض النفاسية

Obstetrics And Gynaecology

١٤ . الوقاية من العدوى النفاسية

Prevention Of Puerperal infetion

عن الجريدة الطبيه

الانكليزيه

يعتقد الدكتور بسه سين *D.H.Bessesen*

ان منبعا مهما للعدوى النفاسية لم ينل ما يستحقه من الاهتمام والالتفات الى حد الان . يوجد في اغلب النساء اثنان مهبلي بكتيريائي مزمن وهن صحيحات البدن في الظاهر . ويقول ان عددا كبيرا من هذه الاثنانات ناشئ عن البكتريا العقدية (الاستربتوكوك) وكثير في المائة من هذه الجراثيم هو من النوع المحلل للدم . وعليه فانه يعمل التطهير المهبلي الاتي قبل ابتداء الجهود الولادية مباشرة لاتقاء الحمى النفاسية التي تنشأ من تلك المهبل يعالي الفرج بعد حلق الشعر منه وغسله بمحلول من الزئبق والكروم (*Mercuro-Chrome*) بنسبة ١٠ في المائة ثم يؤخذ منظار مهبلي واسع ويدهن بجليسرين معقم يحتوي على ٢ في المائة من (الميركورو كروم) و٥٠٫٥ في المائة من صبغة اليود المخففة بنسبة $\frac{١}{٢}$ ٣ في المائة ويدخل هذا المنظار في المهبل ثم يحقن فيه ٥ س م٣ من نفس المحلول وتسد فوهته بقطعة من الشاش (غاز) لاجل حفظ السائل في داخل المهبل وعندما يسحب المنظار يعلق السائل المذكور في جدر المهبل وهكذا يتم تطهيره وقد زاد الكاتب على ذلك فقال انه نسبة المزيج المطهر عينت في الخارج باختبارات طويلة اجريت قبل استعماله في المهبل لاجل معرفة المقادير التي يمكن الحصول بها على اعظم درجة من التأثير المطلوب باصغر درجة من التخرش وهذا المحلول اللزوجي يعلق بانغشاء المخاطي للمهبل لمدة طويلة .

ويظن الدكتور (بسه سين) انه يمنع التنانة الميكانيكية عن الرحم عند نزول الرأس وصعوده بالتتابع اثناء الدور الثاني من الجهود الولادية . ويقول ان هذا المحلول غير سام نسبة وان الرأس عندما ينحدر الى المهبل وينسحب منه ياخذ معه طبقة من هذا المحلول المطهر ويطلى بها تجويف الرحم بدلا من المواد المعفنة التي قد يحملها الى الرحم فيما لو كان المهبل غير مطهر والمحور المذكور قد اتهم ايضا طريقة كريده (*Crédé*) في اخراج المشيمه بالضغط على البطن وقال انها تنقل العدوى الى الرحم لان الضغط على الرحم وهو في حالة الارتخاء بسبب انحدار الحبل الى المهبل واذا ما رفع الضغط يعود الى الرحم بعد ان يتلوث من المهبل . وكذلك فان التبكير في تمزيق الاغشية مما يسبب امتداد الدورة الثانية من الولادة وهذا ما يزيد في اخطار العدوى بسبب حركات الصعود والنزول التي يجريها الجنين على الثوالي . وان اخراج المشيمة باليد بعد تمزقها هو ايضا من الاسباب التي تدعو الى اشتداد الخطر لان اليد عند دخولها تسحب معها كمية وافرة من الجراثيم من المهبل الى قعر الرحم .

١٥ . معالجة الاضطرابات الطمثية

Treatment of Menstrual Disorders.

عن جريدة فن العلاج الانكليزية

Therapeutic Grazett, May 1926, P.315

ينافش الدكتور نوفاك (*E.Novak*) معالجة اضطرابات الطمث مسترشدا بالابحاث الفسيولوجية الحديثة فيعتقد ان انقطاع الطمث لما كان مصاحبا لازدياد السمنة فهو متبعث بلا شك عن اضطراب في

وظائف الغدد ذات الافرازات الداخلية وعلية فمن الواضح ان المعالجة بالاعضاء (*Organotherapie*) تكون في هذا الباب اقرب شيء الى المنطق وابعده عن الخطر وبالرغم عن كون هذه المعالجة لم تات في الوقت الحاضر بنتائج وافية بالمطلوب — فان الدكتور (نوفوكا) يؤمل ان انكشاف الابحاث الكيمياوية الحياتية التي تجرى الان في هذا الصدد سوف تكفل في المستقبل التقدم في ميدان المعالجة هذه .

اذا استعمل (الانروبين) في معالجة عسر الطمث الى حد الاشباع وقبل حلول وقت الحيض فانه ينفع في تسكين الالم واذا لم ينجح هذا العلاج ينبغي الاشتباه من وجود اقات تشريحية كورم عضلي في الرحم في خلال العضل او تحت الغشاء المخاطي وفي هذه الحالة لا تنفع خلاصات الغدد النخاعية والدرقية والمبيضية وكثيرا ما تحصل نتائج حسنة من توسيع العنق .

واما النزيف الرحمي الوظيفوي في زمن البلوغ فانه يشفي من تلقاء نفسه اذا كان متوسط الشدة ولكنه اذا كان شديدا فهو يستوجب جرف الرحم للاغراض التشخيصية وكثيرا ما شفى المرض نهائيا بعد هذه العملية وقد وجد (نوفوكا) نفسه نتائج حسنة من استعمال خلاصة الغدة النخامية يوميا واذا استعملت خلاصات الغدد الداخلية في معالجة النزوف الرحمية المستمرة التي تحصل عند زمن انقطاع الطمث «*Menopose*» فهي تؤدي الى انقطاع الدم نهائيا وينبغي الانقطاع عن استعماله للنساء الحديثات السن واذا مست الحاجة اليها فيجب اخبارهن بما قد يحدث من خطر انقطاع الطمث والعقامة وكثير من متخصصي الامراض الولادية يفضلون الالتجاء الى تكرار جرف الرحم بدلا من استعمال الراديوم عندما تكون النساء حديثات السن .

الباثولوجيا

١٦ كيفية تعيين الثقل النوعي للادرار اذا كانت كميقليلة ته

عن مجلة الجمعية الطبية الاميركانية

Journ.Amer.Med.Assoc, August,14th 1926,P 487

قد وصف الدكتور كيرك باتريك *J.Kirkpatrick* والدكتور كلينيك *H·H.Kling* طريقة لتعيين الثقل النوعي للادرار عندما لايتيسر الحصول الا على بضع قطرات منه ومثلا اذا كان قد اخذ من المثانة بواسطة الميل «الصوندة» يرشح في قدح من الزجاج مزيج مؤلف من رابع كلورور الفحم *CabronTetrachloride* فوالكيسلين *Xylene* بنسبة ١ الى ٣٫٥ ثم يرج الاثنان بواسطة مضيب من الزجاج . فيكون الثقل النوعي لهذا المزيج في حرارة ٧٠ فهرنهايت معادلا لدرجة ١٠٢٠ بمقياس البول ويضاف الى ما يقرأ في هذا المقياس ٠٠٥ ، ٠٠ من الدرجة عن كل درجة من انخفاظ الحرارة والعكس بالعكس وبعبارة اخرى ان درجات مقياس البول *Urometere* تسجل اوطأ مما يظهر ب ٠٠٠١ ، ٠ من الدرجة عن كل درجتين من ارتفاع الحرارة

يسقط قطرة واحدة من الادرار في المزيج فاذا انحدرت

الى قعر الاناء عرف ان ثقلها اعظم مما هو في المزيج واذا طافت يعرف انها اوطأ ثقلا والثقل النوعي للمزيج يرفع في الحالة الاولى باضافة الكربون تترا كلورايد ويخفض في الحالة الاخيرة باضافة الكسيلين ويحرك على مهل وباعتناء الى ان تكون قطرة الادرار لاعائمه في سطح السائل ولا منحدرة الى قعره وفي هذه الحالة يقرأ مايظهر في مقياس البول فيكون معادلا لثقل الادرار النوعي بعد اضافة اوطرح المقدار الذي اوجبه اختلاف حرارة الطقس كما ذكر

الشؤون

١ - وفاة الدكتور التونيان

في اليوم الثاني عشر من شهر تشرين الثاني ١٩٢٦ توفي الدكتور التونيان في المستشفى الملكي بعد ان قاسى آلامه المرضية الاخيرة نحو ١٣ يوما وبذلك انطوت آخر صفحة من صفحات حياة الدكتور المملوءة بالمشقات

ولد الدكتور باركيف مارد التونيان في بيله جك التابعة الى بروسه احدي ولايات الاناضول في اليوم السادس عشر من شهر تموز سنة ١٨٨٩ وكان ابوه طبيبا درس الطب في ادنبورج ولما اكمل دراسته الاولى في وطنه اوفده ابوه الى اميركا فدرس الطب في جامعة وابه ريزو في شيكاغو ونال منها الشهادة في عام ١٩١٣ . وقد دخل قبيل الحرب في خدمة (شركة ايلينوئيس الحديدية) في جولييت من مقاطعات الولايات المتحدة الاميركية وتولى طبابتها بصفة (آسيستان سارجان) ولما شبت الحرب العامة التحق بوفد الصليب الاحمر الذي اوفد الى روسيه ومكث هناك حتى اعلان الهدنة وبعد ذلك انتقل الى العراق والتحق بمصلحة الصحة العراقية في ٢٧ كانون الاول ١٩١٨ وعين طبيبا لمستشفى خانقين ثم استقال من وظيفته هذه في اواخر تموز ١٩١٩ وقفل راجعا الى امريكا وعند ما بلغ الاستانه في طريقه الى الولايات المتحدة اتفق ان حدث له حادث عائلي منعه عن استئناف سفره فصحت عزيمته على الرجوع الى العراق ولما عاد الى هذه البلاد التحق بمصلحة الصحة في كانون الثاني عام ١٩٢٠ وعين لطبابة مندلي ولما شبت نار الثورة في العراق عام ١٩٢٠ وقع اسيرا بيد القبائل الثائرة بين شهربان ومندلي ثم وجد طريقة فر بها هاربا من الاسر وعاد الى بغداد في ايلول ١٩٢٠ واستخدم في المستشفى العام الجديد وظل في هذه الخدمة حتى كانون الثاني ١٩٢١ ثم نقل الى طبابة خانقين للمرة الثانية . وفي خانقين عرفنا هذا الرجل النشيط وكان مثالا لمكارم الاخلاق حلو الحديث كريم النفس يسحرك اسلوبه العذب وهو شديد الغيرة على واجباته له الملم واسع النطاق بالمعارف الطبية وبهذه المزايا عرف الطبيب بين طبقات الاطباء الراقية وحصل على اصدقاء عديدين في انحاء القطر فجاءت وفاته ضياعا عظيما لهذه البلاد وكان المرحوم قد قضى دورة عصيبة في آخر يوم حياته وهو يتازع الموت في المستشفى الملكي من مرض الدل الرئوي وقد شيع جنازته الى مقره الاخير جمع غفير يضم نخبة الاطباء والطبقات الراقية من سكان العاصمة .