

هذا لا يكفي بل هذا القطر الذي يوجد فيه من الامراض ما تكاد تكون خاصة به وتحتاج الى درس متواصل يقوم به اطباؤه ومن هذا يتضح ان تقدم هذه المجلة منوط بالمساعي التي بذلها اطباء هذه البلاد وليس ببعيد ان نتحقق امانتنا يوما فنشاهد هذه المجلة تسد حقيقة ما يحتاج اليه جمهور الاطباء في العراق .

في هذه البلاد فقد وجب حتما تقوية هذه الرابطة لتلايق الطب في العراق بهزل عن الحركة العامية التي تتأجج نارها في البلاد الراقية على عمر الايام . ربما كانت في غير هذا القطر من الافطار العربية مجلات طبية تقوم بنفس الغرض او ربما كان هناك كثير من زملائنا المحترمين الذين يقرأون المجلات الاوربية ويطلعون عليها مباشرة ولكن

## التهاب العقيدات المغنيزية الاقليمية

Climatic Bubo

الدكتور صائب شوكت

احرر مقالتي هذا بناء على مشاهدتي ثمانية عشرة واقعة شاهدتها ودرستها واجريت عملياتها في المستشفى الملكي في بغداد منذ خمس سنوات .

اول واقعة شاهدتها كانت في سنة ١٩٢٣ وهي ان شخصين فرويين من اهل نجد ارسلوا من دائرة ضيوف جلالة الملك العظيم وكلاهما كان مصابا بانتفاخ العقيدات اللغفاوية المغنيزية والفخذية . وكانت قصة المرض متشابهة في كليهما حيث انهما اصيبا بحمى وانتفاخ ادي الى حصول بضعة نواصير قيحية في الناحية المغنيزية وناحية مثلث سقاربا من الفخذ . ففحصتهما فحصا دقيقا ولم اجد فيهما عرض التدرن او داء الافرنج وكان تعامل واسمرمان سايبا .

كان احد المريضين في الثلاثين والآخر في الخمسين من العمر . وكلاهما شاحب اللون ضعيف البنية كما هو واقع عند عرب البادية ولقد حصلت لدي شبهة آتخذ في تشخيص

المرض اذ كان يشبه تدرن العقيدات اللغفاوية لعدم وجود عرض اخر للتدرن في جسمي المريضين ولعدم مشابهة حالة العقيدات مع حالة العقيدات المتدرنة كما ساذكره بالتفصيل بعدئذ . ولقد تكررت هذه الحوادث بعد ذلك فبدأت بضبطها وتدقيقها وقد راجعت الكتب الطبية فلم اجد اشارة الى مرض حائز لهذه الاوصاف ولكن تمكنت من تدقيق بعض النشرات والمؤلفات الطبية من العثور على مشاهدات عديدة ووصف خاص للمرض .

كل طبيب اشتغل بمعالجة عرب البادية خاصة لابل من انه شاهد هذا المرض . ولذلك اني سوف اعرض مشاهداتي الخاصة مع ما قدرت ان اجمعه من النشرات الطبية .

من الثماني عشرة واقعة التي شاهدتها كان احدى عشرة منها قد عثرت عليها في عرب البادية (نجد والحجاز وشمر) واربع في عرب الفرات وثلاث في سائر انحاء العراق

## تاريخ المرض

كان بونارد Bonard وروبر Ruber سنة ١٨٧٩ اول من فرق التهاب العقد المغنيزية الاقليمية من ضخامة تلك العقيدات والتهاباتها التي تحصل من بعض الامراض كداء الافرنج والتدرن والالتهاب القبيحي البسيط وادعى انه يحصل من الحمى المرزغية (المالاريا) ثم لاحظته سيحسون Simpson في الهند وشاهد روجه Ruge منه اصابات عديدة في باخرة صربية جرمينية كانت قد رست مدة في زانكيبار .

ومن بعد ما نشرت هذه الملاحظات في المجلات والنشرات الطبية تواردت التقارير الطبية التي تنبئ بوجوده في جميع البلاد الحارة . واقد لاحظته في اوربا كل من (شاسنيانق Chassingnac) ومن ثم (نلاون Nelaton) وتلميذه (هاردي Hardy) وهذان الاخيران وصفا شكله السريري وبيتا اوصافه الاساسية التي تتميز عن تدرن العقيدات المغنيزية . وفي سنة ١٩١٣ اثبت كل من دوراند Durand ونيقولاس Nicolas وجود هذا المرض في باريس وسمياه بالتهاب الغدد اللغفاوية المغنيزية inguinal Lymphogranulomatosis ثم وصف دسقه نانو Destetato اثنتي عشرة واقعة من هذا المرض في بوتوس ايريس في امريكا . وفي سنة ١٩٢٢ يبحث عنه بللارد Bellard في نيزوتللا من امريكا الجنوبية

## الشكل السريري

ان التهاب العقد المغنيزية الاقليمية مرض منتشر في

البلاد الحارة ولكن قلة المشاهدات الطبية ناشئة عن التماس المرض بتدرن العقيدات المغنيزية . وخصوصية المرض هي انتفاخ في عدة عقيدات لثغرة من الناحية المغنيزية . وحصول خراجات عديدة ، صغيرة منتشرة في نسيج العقدة اللغفاوية المتضخمة ويحصل كذلك التهاب في محيط الغدد Peryadenitis مع حصول نواصير قيحية عديدة . واما الاحوال العمومية فتبقى سالمة ماعدا انحراف طفيف فيها . يحصل التهاب العقيدات المغنيزية الاقليمية في اغلب الاحوال بطرف واحد ولكن من الممكن ان يتكون في الطرفين بنسبة ٣٠ في المائة

## التشريح المرضي

يبدأ المرض باحتقان وتضخم في العقيدات اللغفاوية فاذا فحص مقطع تلك العقدة يشاهد احتقان ونقاط نزوية ثم يقع صغيرة رمادية اللون مكونة من ترشح خلايا اللغفاوية وهذه البقع تشكل الدور الاول للخراجات . وهذا الدور الاولية تحصل التصاقات بين العقيدات المجاورة . تلك هي صفة اساسية مهمة تميزه عن التهاب العقيدات الدرنية في التهاب العقيدات المغنيزية الاقليمية يصعب تفريق العقيدات عن بعضها ولو في بدء المرض . وفي العمليات الجراحية تخرج العقيدات المتهبة ككتلة واحدة ملتصقة بالتصاقا شديدا . واما في تدرن العقيدات فمن الممكن تفريق العقيدات عن بعضها بسهولة خاصة قبل حصول التقيح . وعندما يتقدم المرض يزداد التهاب محيط العقيدات Peryadenitis فيحصل التصاقات شديدة بين العقيدات والانسجة المجاورة لها . وبهذا الدور يزداد حجم العقيدات بمرات عديدة عن

الحجم الطبيعي ويتكون في نسجها وتلي سطحها خراجات عديدة بحجم العدسة او اصغر منها وتحتوي هذه الخراجات على قيح شين اخضر اللون وتشكل جدرانها من النسيج البارانكيماوي للعقدات فتلتصق العقدات مع بعضها ومع الانسجة المجاورة بصورة شديدة حيث تصبح جميع العقدات المغنبية والفخذية كتلة واحدة . ويصعب تفريقها من الانسجة المجاورة المهمة كالشريان والوريد والاعصاب الفخذية وكثيرا ما يقطع الوريد العنق اثناء العمليات الجراحية .

اذا قطعت كتلة العقدان المتهبة يشاهد فيها خراجات عديدة ثلاث بالقيح وتشترك هذه الخراجات مع بعضها بواسطة انايب رقيقة ومن هنالك تشترك مع النواصير المفتوحة في سطح الجلد . واما النسيج البارانكيماوي الذي يحيط الخراج فيحصل فيه استئصال ونزيف حيث يصبح رخو القوام مربع الفتحة . واما الفحص المجهرى فيظهر التحولات الالية : احتقان وترشحات حجروية في النسيج البارانكيماوي للعقدات ويكثر وجود خلايا Plasmazellen البلازما سلان . ومن النادر وجود خلايا جيرة geant cell . ويشاهد التهاب الاوعية الدموية الداخلى - enda-tritis وتمددة دمويه ثم انشقاق الاوعية ونزوف في بارانكيما العقد الالتهابية .

اسباب المرض

كثير من المؤلفين كانوا يزعمون حصول التهاب العقد المغنبية الالتهابية الى بعض الامراض الالتهابية كالاريا وداء الافرنج والطاعون والتدرن وبعض الالتهابات المعدية المعائية ولكن ظهر من التدقيقات الاخيرة ان لا يدخل جميع هذه الامراض

في حصول التهاب العقدات الدرنية الالتهابية . ولكن لم يتمكن احد من كشف السبب الاصيل للمرض . كشف بعض المؤلفين في جوار الخراجات وفي الخلايا الالتهابية بعض الاجسام الغريبة الشكل سموها (الاجسام القرومانينية) Cromatic bodies فالجسم منهم بظن ان هذه الاجسام هي طفيليات تولد المرض ولكن الفحص المجهرى وزرع القيح اظهر عدم وجود الجراثيم المرضية في الخراجات وفي النسيج الملتصق . واما التلقيح في الحيوانات فيمكن ان يولد المرض في بعض انواع الفروم فقط . واحسن طريقة للتلقيح هو قصب القرد . حيث يظهر انتفاخ في العقد الالتهابية المغنبية بعد مرور ٢٠ - ٣٠ يوما . ولكن لا يحصل تقيح ويزول الانتفاخ بعد مرور ٣ - ٤ اشهر .

اعراض المرض

يبدأ المرض بانتفاخ في الناحية المغنبية وفي اغلب الحالات يقي هذا كعرض وحيد لمدة طويلة . ولكن يعقب ذلك الانتفاخ ترفع قابل في الحرارة فيحصل احمرار في الناحية المغنبية وتصبح العقدات المتهبة . وجمعة بالمتي واما في حالة السكون فيزول الالم . وفي الاحوال الاعتيادية تزول الحرارة بعد بضعة ايام .

العقدات المتهبة لها قوام صلب كالخشب وهي ملتصقة بالانسجة المجاورة التصاقا شديدا . وهذه العقدات المتهبة تشل الناحية المغنبية والناحية الفخذية وفي بعض الاحيان تسرى الى الناحية الحرفية . ولكن العقدات الحرفية لا تصل الى دور التقيح بل تنفخ فقط .

يمكن تحريك الجلد فوق العقدات المتهبة في الدور

الاول ولكن بعد تقدم المرض تلتصق العقدات بالجلد وحينئذ يمكننا ان نحكم بحدوث التقيح فاذا جرت العقدات في ذلك الدور يمكن كشف تابين وتوج سيف وسط كتلة متصلة شخينة . وبعد مرور بضعة ايام على هذه الحالة ينتفخ الجلد ويخرج منه القيح فيشكل هناك ناصور قيحي . ويمرور الايام وتقدم المرض تتكون نواصير جديدة ويخرج من كل ناصور يضع قطرات من قيح تخين . ولكن لا نتجد تلك الخراجات الصغيرة ابدا كما في التهاب العقدات الدرنية .

من الممكن زوال التهاب العقدات المغنبية الالتهابية بعد مرور اشهر عديدة ولكن في الاحوال الاعتيادية لا يزول من تلقاء نفسه بل يكون عدة نواصير وبسبب تقيحا والتهابا والتصاقات واسعة .

من خواص الناصور القيحي لالتهاب العقدات الالتهابية هو عدم تغير الجلد الذي يحيط بالناصور وبمحافظة على الشكل واللون الطبيعي . واما مقدار التقيح الذي يظهر من النواصير فهو قليل للغاية ولا يتجاوز بضع قطرات في ٢٤ ساعة وتنتشر هذه الحالة لمدة بضعة اشهر او عدة سنين يزول المرض اعماله في اثنائها ولا يشعر سوى بضعف قليل وهبوط في قواه العمومية

تشخيص المرض

يصعب تشخيص المرض في البلاد التي يتدر فيها . وجوده وذلك لقلته مشاهدة الاطباء له ولانتماسه خاصة بتدرن العقدات الالتهابية المغنبية ولكن يوجد فرق عظيم بين تدرن العقدات الالتهابية المغنبية والتهاب العقدات

الالتهابية يختلف حسب دور المرض . ففي الدور الاولي اي قبل حصول التقيح والتليح بين تكون العقدات المتدرة مستقلة عن بعضها وغير ملتصقة بالانسجة العميقة حيث يمكن تحريكها بسهولة واما في التهاب العقدات المغنبية الالتهابية فتكون العقدات متشبكة ببعضها ملتصقة بالانسجة المجاورة التصاقا شديدا بحيث يصعب تحريكها . واما في دور التقيح فيكسب الجلد الذي يحيط بالناصور اوصافا خاصة بالتدرن حيث يكون الجلد ذا لون سنجابي و يصبح رقيقا للغاية . واما في التهاب الالتهابي فلا يتغير اوصاف الجلد واما النواصير ففي التدرن تكون قليلة العدد كبيرة الحجم يخرج منها قيح اوجبن ابيض واما في التهاب الالتهابي فالنواصير كثيرة العدد رقيقة الحجم ويخرج منها قيح سنجابي اللون قليلة المقدار بحيث لا يتجاوز البضع قطرات في ٢٤ ساعة واما الاحوال العمومية ففي التدرن لها شكلا الخاص ويمكن كشف محار بق درنية في سائر الاعضاء واما في التهاب الالتهابي فلا يتغير حالة المرض العمومية كثيرا

من السهل تفريق التهاب العقد المغنبية الالتهابي عن ضخامة العقدات المغنبية التي تحصل من الامراض الاخرى كداء الافرنج والقرحة اللينة والطاعون مثلا ومن الاوصاف الخاصة بضخامة وتقيح العقدات المغنبية في التهاب الالتهابي ولوجود اعراض موضعية وعمومية اساسية في الامراض الاخرى كتعامل واسرمان والقرحة في داء الافرنج والقروح الخاصة في القرحة اللينة والاعراض العمومية الشديدة في الطاعون .

الانذار

الانذار سليم نظرا لحياة المريض ولكن يندر حصول الشفاء التام ويمكن حصول الشفاء باستئصال العقيدات المتهبة فقط

المعالجة

بدعي ( راووت Ravaut ) بانه استفاد من استعمال محلول لوغول مع الامين وامائه، هيلي Emily فاستعمل مخلوط اليودفورم وقسيلول وزيت البارفين والبعض يوصون باستعمال اشعة (X) ولكن في الحقيقة لانجح من جميع الوسائط والادوية سوى العمليات الاساسية فلا يكفي فتح الخراج وحرف جدرانه فقط . والطريقة هذه ليست مشهورة والعمليات التي يجب اجراؤها هي

استئصال العقيدات المتهبة باجمعها Peradenectomy يمكن اجراء العملية في الدور الاولي بالخدر الموضعي فقط ولكن بعد التفتيح لايكفي ذلك ويجب استعمال الخدر العمومي بسبب صعوبة العملية الناشئة عن الالتصاقات . يجب سذخ العقد من الانسجة العميقة بدقة واعتناء عظيمين لان في أكثر الحالات تكون العقيدات ملتصقة بالاوعية الغضبية التصاقا شديدا بعد استئصال العقيدات وخطابة الجلد يجب وضع انبوب لتفجير الانفرازات اللثاوية التي يكثر حصولها بعد العملية ويجب الاعتناء باستئصال العقيدات المتهبة باجمعها . فترك قطعة صغيرة يكفي الي بقاء المرض واستمرار السيلان القبيح

اصابات التراخوما

بالنظر الى احصاء مرضى المستشفى الملكي في بغداد

لسنة ١٩٢٦

الدكتور عبد الرحمن المقيد

ان مجموع المرضى الذين دخلوا في جميع فروع المستشفى في عام ١٩٢٦ كان ( ٣٩٦٢٧ ) وان المصابين بامراض العيون كانوا ( ١٠٠١٦ ) مريضاً . وهذا ما يربو على الربع من جميع المرضى . هذا فضلا عن المرضى القديمين الذين يعالجون بومبايندا كرهم القديمة و يبلغ عددهم ( ٧١٧١٥ ) مريضاً . وهم يراجهون دائري الامراض العيضية والزهرية فقط . واما دائرة العيادة الخارجية فليس عندها مرضى من هذا القبيل ، بل هي تعالج الذين يحملون نذاكر جديدة وقد درجتنا مجموع الذين يراجعونها في ضمن المجموع العام الانف الذكر ومن مجموع مرضى العيون الجدد كان ( ٦٦٢٩ ) مريضاً مصابا بمرض التراخوم . وهو ما يعادل نسبة ( ٢٦ ر ٦٦ ) في المائة من المرضى . وكان من المصابين بالتراخوم ( ٨٦٧ ) مريضاً قد التجاوا الينا وهم في دور المرض الحاد

واما ما بقي وهو ( ٥٧٦٢ ) مريضاً اي ( ٨٦ ) في المائة فكانوا قد راجعونا وهم في الدور الزمن . وهذا التفاوت والبون الشاسع بين العددين ليس ناشئا عن كون الاشكال الزمنة للتراخوم هي بطبيعة الحال و بصورة عمومية اكثر حدوثا من الاشكال الحادة فحسب بل ان السبب الاصل المهم هو اهمال اغلب المرضى وعدم استراحتهم في استشارة الطبيب وهم في الدرر الحاد ومراجعتهم في ادوار المرض المتأخرة لاجل تطيب ومعالجة عوالب وتخريبات مما انتجه المرض والرمد في عيونهم ليس الا .

واما العمى بين مجموع مرضى العيون السنوي فقد وجد منه ( ٥٢١ ) اصابة بالعمى الجزئي ( وهو الذي تناقص فيه البصر لحد الاستطاعة على عد الاصابع من مسافة متر واحد فقط ، والذي يضطر صاحبه للاتكاء بالمصا او المكاز عند المشي ) ، و ( ١٦٦ ) اصابة بالعمى الكلي ( وهو الذي تضاعل البصر فيه لحد الاستطاعة على عدا الاصابع من بعد ربع متره فقط ، والذي يضطر صاحبه للاستعانة بغيره عند المشي والمسير ) و يبلغ مجموع التوعين ( ٩٨٨ ) وتكون النسبة بالنظر اعموم مرضى العيون ( ٩٨٨ ) في المائة . ومن مجموع العمى ( ٦٨٧ ) اصابة اي ( ٦٩ ر ٥٤ ) في المائة من العميان اي اكثر من الثلثين عائد لمرض التراخوم والبقية اي ( ٣٠١ ) يخص المرضى الذين هم غير مصابين بالتراخوم ، وتكون النسبة اقل من الثلث وموافقة الى ( ٣٠ ر ٣ ) بالمائة . ومعظم هؤلاء عائدون للغلوقوم ، وللساد الشبخوخي . ثم كثير من المصابين بالغلوقوم كانوا قد راجعونا في ادوار المرض المتفرقة

زاعمين بانهم مصابون بالساد ( الماء الابيض ) ، وهم يتظنون ان يقل نظرهم لدرجة عد الاصابع من قرب انوفهم ( كما هي القاعدة في الساد الشبخوخي ) وهو ما يربو رجوع بصرهم على ما كان عليه سابقا باجراء العملية المخصوصة . والسبب لذلك هو لانهم لم يراجعوا طبيبا اخصائيا في العيون لتشخيص مرضهم وتحقيق ما اذا كانوا مصابين بمرض الغلوقوم او بمرض الساد الشبخوخي . وهذه مسئلة في غاية من الاهمية والخطورة حيث في الاوول يجب المداخلة بالسرع ما يمكن لتوقيف سير وتقدم المرض ، ولتخفيف آلامه واضراره على العين والبصر . واما في الثاني فبالعكس يلزم التريث والتأمل لحين تكامل الساد وانصلا جميع اقسام الجسم البلوري ، ليسهل اخراجه بالتام ، بدون ان يترك بقايا يصعب ويتعسر خروجها ، وتقلب وتتحول الى الساد التالي

اذا لو ازل بل السبب الانف الذكر وهو عدم تشخيص الغلوقوم لكان من المحقق ان ينخفض عدد العمى الناتج من الغلوقوم بكثير عن ما هو الان . واذا اعتبرنا ان الساد الشبخوخي يشفى بالعملية وطرحناه من ضمن العميان لاصبحت نسبة العميان العائدة لغير التراخوم زهيدة وقليلة جدا بدل ان كانت بنسبة ( ٣٠ ر ٤ ) بالمائة .

واذا دققنا وامننا النظر في هذا الاحصاء السنوي لوجدنا ان المرضى معظمهم والعميان جلهم عائدون لمرض التراخوم . وبما هو جديد بالحد وجانب القرع والمرور ان ابتداء شعبنا فهم اصابات قليلة للغاية من امراض طبقات المقلة الداخلية ( كالتآبات القرحية والهدبية والشبكية