

الحوض هنا يساعد على الاجتناب من عملية محفوفة بالمخاطر الاكيدة .

الكلية المتدرة - في هذه الحالة يمكن جمع البول بالقسطرة الحالبية من كل من الكلتيين على حدة وتعيين اي منها قد نالتها الاصابة - فتصوير الحوض هنا يرتبطا تجويفا في قشر الكلتي يظهر وكأنه ظلا من كاس قد اتسع اتساعا ملونا

التجمعات الكلوية والحوض ( بيه لوفرييتس ) • يرتبطا تصوير الحوض هنا تحديا في الكؤوس بدون تمدد الحوض او اتساعه .

استسقاء الكلتي ( هيدرونفروزيس ) • اذا كان ناجما عن التواء الحالب او وجود الحجر فيه فهو يشخص حينما يظهر بتصوير الحوض بتمدد في الحوض والكؤوس وفي الحالات الشديدة يكون ذلك مصحوبا بقرحة شديدة في اقسام الكلتي الصلبة .

والنمو الخبيث اذا تعدى الي احد الكؤوس فان هذا الكاس يظهر وكأنه مشوه او معدوم في حين ان الكؤوس الاخرى ترى في حالة طبيعية .

ونستطيع برسم الحالب ( اوره نروغرافي ) تميز الاجزاء الوريدية والعقد المتكلسة عن الاجزاء الحالبية وحينما يوجد صدفة ظلان في ان واحد فقد امكن اثبات ان احدهما كان بالفعل حجرا في الحالب والاخر حجرا وريديا او عقدة والحالات التي بحثت عنها هي افات كبيرة ولا يجب ان ان نذهل ان جمع البول من كلا الكلتيين وتحليله هو كذلك مهم لوضع التشخيص الصحيح وكذلك فقد تحقق ان تصوير الحوض وتصوير الحالب بسف ان كثيرا عن نتائج سلبية وهذه النتائج لها من الفائدة ما يفوق النتائج الموجبة .

## الاورام البطنية وتشخيصها

الدكتور هاشم الوزري

التي تمرض احيانا وضع التشخيص فقد استحسن ان افصح عام المجلة الثالث بهذا البحث الذي سوف اذكر فيه للقارئ انواع الاورام التي تكون في البطن وكيفية تمييزها عن بعضها وبذلك اعتقد اني سوف اقدم لزملائنا الاطباء خدمة لها من الفائدة ما يبرر صرف بضع دقائق من الزمن لتلاوة هذه السطور . نأقول :

كثيرا ما ياتي المررض بشكوى من ورم في بطنه وتكاد تكون هذه الاورام اكثر الال التي تسوق ابناء الشعب من انحاء القطر الى المستشفى الملكي في العاصمة او الى محلات عبادات الاطباء في المدينة واعني بالاورام جميع الافات التي تغير شكل البطن الطبيعي وتدرج بالنظر المجرد او بالبحث الطبيحي واكثر هذه الاورام وكثرة الصوبات

في هذه البلادهي ضخامة الكبد والطحال ولما كانت الضخامة في هذين العضوين من اشهر الامراض التي تصادفها يوما في حياتنا الطبية فقد وجب افرا بحث مستفيض لها بعد قليل

اذا كان ورم البطن متحركا يجب البحث عن جذره وعن منشئه واصله واذا كان ذلك غير ممكن فحركة الي كل جهة واشرف في جدار البطن قطعة الدائرة التي يرسمها . وهذه الوسيلة يمكن الحكم في ان مركز تلك الدائرة هو اذن عضو من اعضاء البطن ومثلا الحوصلة المرارية . وفي الحالة الاعتيادية يوجد قعر الحوصلة المرارية عميقا في انخفاض سطحي مثلث واقع في جدار البطن بين الحافة الجانبية للعضلة المستقيمة وغضروف الضلع التاسع والورم في الحوصلة يرسم قطعة من الدائرة يتجه انحناؤها الى اسفل في حين ان انحناؤها في الكبس المبيض متجه الى اعلى .

والاورام البوابية تتحرك الي كل جهة وجميع الاورام البطنية التي تتحرك كثيرا تشير الي كونها ناشئة من الامعاء الدقيقة او المساريقة او البربطون . وقد يتولد من الاكتينوميكوز ورم يكون احيانا متحركا في الناحية اللفائفية الاعوربة وهو بخلاف السرطان لا يولد الانسداد الانبساطي وتندر . ولا يجب ان يغرب عن البال ان الكلتي في بعض الاحيان تغير موضعها بسبب ولادي فتدرك كالورم في تجويف البطن

وتدرك اليد او يرام البلهارزيا بالجلس في الاحوال التي قد تقدم فيها المرض كثيرا وهذه الاورام توجد على مسير

يجب عند بحث البطن اولا التأكد من ان الانتفاخ الموجود ليس وربما كاذبا اذ ان من الممكن ان تدرك اليد ورماني البطن وهو في الحقيقة ليس الا الشريان الاورطي او مواد غائطة متراكمة او رأس البشكر يابس او مجموعة من الديدان والى غير ذلك من الاورام الكاذبة التي تضل الباحث في التشخيص وفعلا ان رأس البشكر يابس في ضامري البطن يظهر في بعض الاحيان وكأنه ورم البواب ولا يصعب التمييز بين الحالتين : فاذا كانت الورم هو رأس البشكر يابس فانه يتلاشى عند امتلاء المعدة اما اذا كان في البواب فهو في حالة امتلاء المعدة يقرب من جدار البطن وفي جميع الحالات التي يتسرف فيها تشخيص اورام البطن يجب عمل التنقية بالسهلات قبل اجراء الفحص . وتشاهد الاورام الكاذبة الناشئة عن اجتماع عدد من الديدان في الامعاء لاسيما في هذا القطر وما يماثله من الاقطار الحارة التي بكثرتها وجود الديدان المعانية الاسطوانية وقد تؤدي جماعات الديدان احيانا الى انسداد الامعاء به فامثال هذه الحالات تشخص جيدا وبصورة قاطعة بفحص الغائط مجهريا

والرحم المحمول هو ورم لا يجب ابدا الدهول عنه فيجب في هذه الحالة اجراء فحص المعبل والبطن معا وفي الحالات المشكوك فيها بنبض النظر الى التدين وما يوبد التشخيص انقطاع الطمث والعثبات في الصباح وزوال اللون من المنهبل ولا يبقى شك في وجود الحمل اذا ادركت حركات الجنين او ضربات قلبه ومن الاحوال المرضية التي تفضي الي ورم البطن بكثرة

السبن الحرقى والمستقيم اوفى المشانة بسبب سخانة جذرها واذا  
وجد في ذات الوقت سقوط في المعى المستقيم كان ذلك  
مشيرا الى امراض البهارزيا ( الشيستوزوميازيس )  
واذا كان المريض مقبلا في المناطق التي يستوطن فيها  
هذا المرض يجب البحث عن بويضات البلهارزيا في  
الغائط والبول

والاورام العظيمة الحجم التي تشغل قسما كبيرا من  
البطن هي في الغالب حوضية المنشأ واذا كانت ذات صلابة  
شديدة فمن المحتمل ان تكون من اورام ( الفيبروميوم ) في  
الرحم او تكون نادرا من اورام المبيض ( فيبروسارcoma )  
وفي هذه الاحوال يقضى ببحث الرحم من الطريق  
التناسلى والاورام الكبيرة في الاطفال تكون غالبا من نوع  
السالارcoma او اورام الكلى المختلطة

واذا كان الورم كبيرا وغير منظم الملمس دل على  
كونه مبيض المنشأ والورم الذي يمكن تحديده من اعلى هو  
ورم المبيض والذي يمكن تحديده من اقسامه السفلى هو  
ورم الكلى ( هيدرونفروز ) واذا كان الورم هيدرونفروزا  
فمن الممكن ان يذكر لنا المريض انه كان قد اصيب  
بمغص كلوي اعقبه بول غزير والبحث بالاشعة بفصل  
في كون الورم ناشئا عن الحصى او غيرها والمعينة بالانظار  
الغائى نرى ان البول قد انقطع من الحالب في الجهة التي  
قد اصبحت فيها الكلية . والاورام المبيضية تنمو من اسفل  
وهي لا تورث الالم الا اذا التوت حول جذرها  
وفي حالات الكيس الديداني يجب عمل نفاخل فابرج

فهو كثيرا ما يهدينا الى التشخيص وعند البحث بالاشعة  
يشاهد ظل الكيس الديداني وهو مفروق تماما عما حوله  
وله حدود واضحة كل الوضوح وليس من العادر حدوث  
القيلة المائية ( هيدروسيل ) البطنية وهي اذا حدثت فانها  
تتأق قسا كبيرا من البطن ويتمذر احيانا كشف الاتصال  
الموجود بينها وبين اخرى مثلها توجد في الصنن في  
ذات الوقت

واحيانا تتكون الاورام الكيسية في البطن بسبب تكيس  
الانتهاب الدرني في البريطون

وفي جميع الاحوال المشكوكه التي لم يعلم فيها منشأ الورم فمن  
المفيد جدا نفتح الامعاء من اسفل وفي هذه الحالة يشاهد ان  
الورم الكوي ووضوح في اعلى الطبلية البطنية ووحشها واما  
الورم المبيض فيكون في اسفل هذه الطبلية وانسجها

الاورام الخبيثة - يجب الاشتباه في وجود الاورام الخبيثة  
كلما كان الورم سريع النمو مصحوبا بهزال مبكر سريع مع  
وجود سائل سائب في تجويف البطن ونمعد النمو الجديد  
وضخامة العقدات فوق الترقوة في الجهة اليسرى من العنق  
واذا كان السائل السائب في تجويف البطن مسبوقا باعراض  
بريطونية كان باعشا للاشبهاء في وجود ورم مسائوى  
في المبيض

التدرن - لا يجوز ابداهمال معاينة ظهر المريض وخاصة  
عموده الفقري اذا ان كثيرا من الاورام البطنية هي في  
الحقيقة خراجات ناشئة من العظم . واذا وجد ناصور في  
انسرة متصل بكثرة موجودة في البطن فمن المحتمل ان

يكون هناك ندرن والانتهايات الدرنية في البريطون اذا  
كانت مصحوبة بمقدار وافر من الحين فانها تشير الى وجود  
التشمع في الكبد او انها تحدث اوراما يختلف حجمها  
وموضعها وما يدل دلالة قوية على وجود التدرن البطني  
وجود كتلة كالمجبن مؤلمة بالجنس تظهر فوقها بالقرع  
نارة اصمية وتارة طبلية تتبدل من يوم الى اخر والمريض  
يكون في هذه الحالة نحيفا فقير الدم وحالته الصحية سيئة جدا  
وبصاى عادة بالفشيان والقبض ومع ذلك فتدبصاى بالاسمال  
المدسم اذا وجدت قروح في الامعاء . والحى ترتفع في  
الحالات الحادة ولكنها تكون معدومة او غير منتظمة في  
الحالات المزمنة .

ويجب تحليل البول في جميع الحالات المشكوكه لان  
هذا التحليل يساعد على معرفة العضو الذى قد اختلفت  
وظائفه . وكذلك فان معاينة الدم تفيد في تشخيص  
الامراض الديدانية وتعين على اثبات وجود التقيح .  
ولا يجوز عمل البزل الاستقصائى على جدر البطن اذا  
كان الورم مشكوك الاصل لان ذلك مما يسبب خطر انتشار  
الثانة فضلا عن كونه قليل الفائدة لاجل التشخيص .

### ضخامة الطحال

يوجد الطحال في الجهة الخلفية للقسم العلوي والايسر  
من تجويف البطن ويوجد قسم منه في الناحية الشرسوفية  
وان معظمه موضوع في المراق الايسر ومحوره الطويل في  
جاة الاضطجاع يوافق في اتجاهه القسم الخلقى للضلع

التاسع وفي انتصاب البدن يكون محوره الطويل قائما في  
اغاب الاحيان وخاصة في كهول النساء .  
جنس الطحال - يتبني لجنس الطحال ان يكون المريض  
منبسطا على ظهره على ان يكون رأه مرتفعا على وسادة  
وركبيه منسحبة الى اعلى ويجب ان يكون مسترخيا لتسنى  
بذلك الحصول على ارتخاء العضلات . بقف الفاحص الى جهة  
المريض اليمنى ويمر يده اليسرى من خلف جسم المريض ويضغط  
بها بلطف على القسم الخلقى للاضلاع اليسرى ثم يضع  
يده اليمنى مبسوطة على جدار البمان ويحاول البحث عن  
حافة الطحال عندما تنزل اثناء الشهيق وعندما  
يحاول البحث بهذه الصورة يجب ان يكون  
الضغط الذي يجربه خفيفا ويحسن ارشاد المريض بان  
يتنفس عميقا ومنتظما من الفم بعد فنهه جيدا واذا لم تدرك  
الحافة بهذه الصورة يجب تبديل موضع اليد اليمنى تدريجيا  
الى اسفل على جدار البطن اذ ان من الممكن اغفال الضخامة  
في الطحال عند وضع اليد تحت الاضلاع مباشرة والاكتفاء  
بهذا فقط .

اذا اصيب الطحال بالضخامة فانه ينزل من تحت القوس  
الضلعي الايسر ويصير ملامسا لجدار البطن مباشرة وينخفض  
اثناء الشهيق وله سطح املس وفلول في حافته العليا والباطنة  
والورم الناشىء عن ضخامة الطحال ذو اصمية بالقرع  
تتمد الى خلف وعلى نحو الابط في اتجاه القوس الضلعي  
التاسع والعاشر واخيرا ينتهي بنقطة عالية جدا .  
واذا بلغ الطحال حجما كبيرا جدا فانه يملأ تجويف البطن

ويظهر للباحث وكأنه حين وفي هذه الحالة يدمشراحيانا في الحوض و يفقد حركته التابعة لحركات التنفس . ولا يجب ان ننسى ان الطحال القابل للجس يجوز ان يكون قد انتقل من موضعه لسبب الضغط الواقع عليه من تجويف الصدر ولذلك يجب على كل حال بحث الصدر المنهتق من وجود انصباب صديدي او مائي او ورم في الصدر .

الاورام التي تتظاهر بمظهر الضخامة في الطحال - اذا استثنينا الاورام الكبيرة جدا وجدنا ان جميع اورام الكلية اليسرى والقعدة التي فوقها تكون مغطاة بالمعدة او المعدة والقولون ولذلك نجد القرع عليها طبليا بدرجة مختلفة . واذا بلغت الضخامة في الكلى حدا كبيرا فهي تملأ الحاصرة وتترك بين اليدين وكانها ورم قوي صلب والبول الدموي والصديدي او البول الزلالي هو من الاعراض التي تبرهن على ان الورم ناشئ من الكلى .

واورام التبكر باس كثيرا ما تكون على الخط المتوسط وتوجد امامها المعدة وقد يوجد في التبكر باس كيس كبير يدفع المعدة من امامه ويظهر تحت جدار البطن وكأنه الطحال الا ان هذا الكيس يتميز عن الطحال الضخم بعدم احتوائه على الحز الذي هو من مميزات الطحال .

وان كيس المبيض اذا كان عظيم الحجم فهو يلتبس بالطحال واكن الاول قلما يرتفع بحيث يلامس الحافة الضامية ولا يتحد الى اسفل عند الشيق ولبس له حوافي معينة ولا يحتوي على الحز المعروف وجوده في الطحال واذا فحص الكيس بواسطة اليدين يتضح ان الرحم وعمقه قد اندجبا الى اعلى تبعا للكيس .

الضخامة المزمنة في الطحال

تشاهد الضخامة العظيمة في الامراض التالية :

(١) اللوكيميا الطحالية النخاعية

Splenomedullary Leukaemia

(٢) اللوكيميا اللانفاوية

Lymphatic leukaemia

(٣) اللوكيميا المختلطة

Mixed Leukaemia

(٤) الملاريا المزمنة

Chronic malaria

(٥) الليفانوز الاحشائي

Visceral Leishmaniasis

(٦) فقر الدموي الطحالي

Splenic anaemia

(٧) الضخامة الطحالية المصرية

Egyptian splenomegaly

(٨) اللوكيميا الكاذبة الطفولية

Pseudo-leukaemia infantum

Splenomegalic polycythaemia (٩)

(١٠) الالانكيلوستوميازيس (نادر)

(١١) الشيتوزوميازيس (نادر)

وتشاهد الضخامة المعتدلة في الاحوال الآتية :

(١) جميع الحالات السالفة الذكر في ادوارها الاولى .

(٢) فقر الدموي الخبيث (كثيرا ما يكون الطحال

ضامرا في هذه الحالة بدلا في ان يكون ضخما

(٣) اللانفادينوما Lymphadenoma

(٤) أشمع الكبد

(٥) الامراض الشحمية Lardaceous disease

(٦) الكساح Rickets

(٧) السفلس الولادي

(٨) التريانا زوميازيس

(٩) الحمى الماطية Undulant Fever

يتبعي في الدرجة الاولى فحص الدم في جميع الحالات

التي ذكرناها آنفا لنفي وجود الامراض الدموية الاولى .

اللوكيميا النخاعية Myeloid Leukaemia

او Splenomedullary leukaemia - يصبح

فيها الدم سريع التدفق عند الوخز . واذا نشر على صفيحة

من الزجاج يرى شحى اللون وذلك ناشئ عن احتوائه

على عدد كبير من اللوكوسيت ولا يقل عدد الكريات الحمراء

في الدم في ادوار المرض الاولى ولكنه يهبط كلما تقدم المرض

الى ان يصبح عدد هذه الكريات ما واثين في كل سنتيمتر

مكعب من الدم . وبقل مقدار الميغوغلوبين ويزداد عدد

اللوكوسيت الى ان يبلغ ٢٠ الف في كل سنتيمتر مكعب

من الدم وهذا لا يوجد في اية حالة اخرى من الحالات المرضية .

وان تلوين الدم يساعد على تشخيص المرض مساعدة كلية اذ انه

يرينا وجود عدد كبير من الميولوسيت Myelocytes

وط-ذه الخلايا اعظم نسبة مئوية في احصاء جميع انواع

اللوكوسيت وهي عادة اكبر الخلايا اللوكوسيتية

الموجودة ومنها ما هو ( نوتروفيل ) وما هو انوزيتوفيل - ل

Eosinophil وفي ادوار المرض المتأخر يوجد في الدم

نوع الخلايا المعروف باسم الميهولوبلاست myeloblast

وهي خلوة ذات نواة كبيرة بالنسبة لها ثلاث اواربع نويات

وفيه اسيتوبلازم تنلون بشدة بالاصباغ القاعدية ويزداد عدد

اللوكوسيت الايوزينوفيل والبازوفيل في حين ان النسبة

المئوية للخلايا الكثرية الاشكال والنفوسيت تقل جدا .

وتوجد بكثرة الكريات الحمراء ذات النواة واسمها

النورمابلاست وفي الحقيقة انها في هذا المرض اكثر

مصادفة من اي مرض اخر .

اللوكيميا اللانفاوية Lymphatic Leukaemia

يظهر الدم في هذا المرض شابه الماء نوعا ما وقد تناقص فيه عدد

الكريات الحمراء وقدر الميغوغلوبين . وهناك نوع من

اللوكوسيتوز غير واضح كما هو في اللوكيميا الميهولوبلاستية

يتراوح عادة بين ٢٠ الف و ٦٠ الف في السنتيمتر المكعب

والخلايا الغالبة هي اللانفوسيت من النوع الصغير . وبقل عدد

اللوكوسيتات الكثرية الشكل والايوزينوفيل . ونوجد صدفة

الميهولوبلاست النوروفيليه وهناك عدد من النورموبلاست

يكثر وجوده في النوع الحاد من المرض ولكنه لا يبلغ

ابدا الحد الذي يبلغه في اللوكيميا الميهولوبلاستية .

اللوكيميا المختلطة Mixed Leukaemia وبظهر فيها

الدم باوصاف متوسطة بين النوعين الاثني الذكر وربما كانت

هذه الحالة دالة على انتقال اللوكيميا من الطور الاول

الى الثاني .

اللوكيميا Leukaemia . وهي في الحقيقة دور من

ادوار اللوكيميا يقل فيها مقدار الكريات الحمراء

وربما هبط الى مليون في السنتيمتر المكعب ولا

يوجد تحول كبير في عدد اللوكوسيتات عما هو في الحالة

الاعتيادية وانما يوجد في بعض الحالات تناقص فيها

( Leucopenia ) وكثير عدد الميهولوسيت

واللانفوسيت ولكن قلما يوجد من الايوزينوفيل والبازوفيل

وتوجد المغالو بلاست والتورمو بلاست الكلوروما Chloroma . يجهل ان يكون هذا المرض نوعا من اللوكيميا الليفائية . وفيه يقل عدد الكريات الحمراء وبصغر حجمها وبظهور في الدم عدد كبير من الخلايا الليفائية ويقل عدد البوليمورف والايوزينوفيل . توجد التورمو بلاست والميلوسيت . وهذا المرض نادر الوقوع ويكون مصحوبا بمحدوث اورام لها ارتباط باعظام وهو مغطر ويهتدي الي تشخيصه حالا بواسطة اللون الاخضر الذي تظهر فيه الاورام .

الفقر الدموي الطحالي Splenic anaemia ويعرف هذا المرض باسم مرض بانتي ( Banti's disease ) ويهبط فيه مجموع الكريات الحمراء وتقل فيه نسبة الهيموغلوبين ويقل مقدار اللوكوسيت ( Leucopenia ) عامة ويزداد منها عدد الوحيدات النوية ( mononuclear ) .

الضخامة الطحالية المصرية Egyptian Splenomegaly وبالنسبة لهذا المرض يمرض بانتي الذي سبق ذكره . ويقل فيه اللوكوسيت ( Leucopenia ) ويهبط فيه عدد الكريات الحمراء وتوجد فيه عادة حمي غير منتظمة واذا اهل مداواة هذا المرض فان الطحال يكبر حجما ويحدث الحبن ثم يموت المريض .

الفقر الدموي الطحالي الطفلي Splenic anaemia of infants . يقل فيه عدد الكريات الحمراء وتهبط فيه نسبة الهيموغلوبين ويختلف حجم الكريات الحمراء ويكثر عدد التورمو بلاست والميغالوبلاست ويزداد جدا عدد الكريات البيضاء وقد يبلغ الستين الفاهي السليختر المكعب

وتزداد كذلك عدد اللنفوسيت والوحيدات النوية الكبيرة Splenomegalic Polycythaemia . يزداد فيه عدد الكريات الحمراء ( الي اكثر من ١٢ مليون ) وقد يبلغ الهيموغلوبين نسبة ١٨ في المائة وقد يوجد النور وبلاست في الدم المحيطي وهناك لوكوسيتوز واضح ويقل عدد الكريات البيضاء الي ٢٠ الف مع ازدياد في عدد الخلايا ذات النواة المتعددة الشكل وتوجد الميلوسيت في كثير من الاحيان .

وهذا المرض نادر الوقوع وهو ينتاب الكهول ويشصف بوجود السيانوز ( الزرقة ) وهو غير محسوس في مبدئه ويقدم ببطي ويحدث فيه النزيف الدموي من الاغشية المخاطية ايتا كنت . وبصاحب القاب عادة بالضخامة ويملوفيه الضغط الدموي .

الفقر الدموي الخبيث Pernicious anaemia يقل فيه عدد الكريات الحمراء وتهبط فيه نسبة الهيموغلوبين مع ارتفاع في الدلالة الصبغية ( Colour index ) وتكون عادة بدرجة ١،٣ او ٣،١ وارتفاع الدلالة اللونية على هذه الصورة لا يشاهد الا في حالة واحدة اخرى وهي اللوكيميا الليفائية وهي نقطة مهمة من حيث التشخيص في الفقر الدموي الخبيث وفي هذا المرض يسهل الدم بسهولة واذا ما اجري تلوين الدم نشاهد فيه قاعدة الحالات التالية

(١) Poikilocytosis (٢) Polychromatophilia (٣) Basophilia . فضلا عن ذلك يوجد دائما الكريات الحمراء ذات النواة وهي عادة من نوع الميغالوبلاست . واذا اجري تعداد اللوكوسيت وجد فيه

نقص في البوليمورف وازياد اللنفوسيت وفي الحالات الخطرة توجد الميولوسيت . واخلاصة اذا اجري عدواحصاء الخلايا الدموية فان النتيجة تكون كمايلي : مليون ونصف من الكريات الحمراء ، ٤٠ الف من الكريات البيضاء والنسبة المئوية للهيموغلوبين هي ٤٠ والدلالة اللونية هي ١،٣ .

رناشهد نفس الحالة في الدم في امراض اخرى مثل الانكيلوستومييازيس والبوتريوسفالوس لانوس فيجب التحقق من عدم وجود هذين المرضين بفحص الفائط ولم يوجد اللوكوسيتوز في الفقر الدموي الخبيث الحقيقي .

عسر في التنفس ، خفقان ، اوزها (٥) ضياح وزن البدن (٨) رعاف (٨) حمي . وكثير من المرضى لا يشكون من امراض كثيرة ومن النادر ان يراجعوا الطبيب الا بعد ان يهبط عدد الكريات الحمراء الي ما دون ١٠ في النسبة المئوية المكعب . ويوجد قاعدة ضغط دموي منخفض ونفخ قلبي غير عضوي . وهناك بجران معدوي واعراض عصبية تشبه ما يحدث في القابس الظهرى ويحدث الاسهال المشابه للدوسنطر يا وفي بعض الحالات تشدد الانعال المتمكسة . ويكون المشي تشنجا او يصاب البدن ببعض انواع الشال .

النفاد بنوما Lymphadenoma يوجد فقر دموي في ادوار هذا المرض المبكرة وتكون النسبة المئوية للهيموغلوبين منخفضة بالنسبة الي عدد الكريات الحمراء . وبعبارة اخرى ان « الدلالة اللونية » تكون منخفضة . واذا ما بلغ الفقر الدموي درجة القصوى فان النور مو بلاست تظهر الي عالم الوجود . ويمكن ان يكون هناك تغيير في شكل الخلايا وفي تفاعلاتها الصبغية . واللوكوسيت لا يتغير عادة عما هو في الحالة الاعتيادية . ويجوز ان يكون هناك لنفوسيتوز واذا تفاقم شر الفقر الدموي يهبط عدد اللوكوسيت ( Leucopenia ) وربما وجدت الميولوسيت

واخلاصة فلا يمكن استنتاج شئ معين من منظر الدم يدل دلالة خاصة على هذا المرض . ومن الوجهة السريرية توجد في النفاد بنوما ضخامة متوقفة في المقعد اللفاوية وهذه الضخامة تشاهد اولا في العنق وتوجد عادة حمي غير منتظمة وفي بعض الحالات

(١) الضعف (٢) الاضطراب المعدي المعاني : فثيان في ، عسرة الهضم ، اسهال او قرح في الفم (٣) ظواهر عصبية : صداع ، تشوش في البصر ، اغماء ، خدر او وخز في الاطراف ، تغيرات عقلية (٤) اضطرابات دورانية :

يشاهد في الحمي تحولات تترك في مذكرة الحرارة منظرًا مماثلًا لما هو في الحمي البارافينويدية الراجعة الكلاوروز Chlorosis . فيه يكون الدم باهت اللون سيالاجدا وسريع التخثر وان عدد الكريات الحمراء يبي في حالته الاعتيادية وقد يزداد او يقل واما نسبة الهيموغلوبين المتوفرة فهي منخفضة والدلالة اللونية واطمة جدا . وكثيرا ما توجد الميكروسيت وقد سجل وجرودال Poikilo-cytosis وان الخلايا تكون عادة باهتة اللون وقد توجد الخلايا ذات النواة في الحالات الخطرة واللوكوسيت هو في الحالة الاعتيادية ومع ذلك فقد يقل عدده مع تناقص في البوليمورف وتزايد في اللنفوسيت . المرض ينتاب الجنس الموث بين سن البلوغ وسن الثلاثين ولا يوجد الهزال في الجسم ولا يوجد اي عرض يدل على تغيير عضوي . و يوجد في القلب نفخ غير عضوي والقبض موجود وليس هناك بول زلالي ناشئ عن الكلاوروز ويجب ان تذكر جيد ان الانكيلوستوميازيس والشبثوزومازيس كلاهما يولدان ضخامة عظيمة في الطحال وقد توجد الحمي في كلا الجنسين . وبصاب الطحال والكبد بالضخامة العظيمة في حادثات اليشانينا الاحشائية وعندئذ يصاب الجسم بفقر دموي وتأخذه حمى وبعروه الهزال والاسهال . والخلامة اذا وجدت الضامة في الطحال وثبتت عدم وجود الامراض الدموية او عجز البحث عن العثور على براهين تدل على وجود الملاريا او السيستوزومازيس او الانكيلوستوميازيس او الحمي المايطية او السفلس او

التقيح - فيجب حينئذ التفكير في مسألة اليشانيازيس الاحشائي او بعبارة اخرى ( الكالاآزار ) ففي هذا المرض قد يبلغ الطحال درجة قصوي من الضخامة واما الكبد ففي اغلب الاحيان يزداد حجما وبما يقوى الشبهة في وجود هذا المرض وجود اللوكوبينيا Leucopenia وترفع بومي مضاعف في الحرارة وفشل الكبد في المعالجة . وفي هذه الحالة يجب عمل البزل في الكبد واذا لم ينفع هذا في التشخيص ينبغي تكراره في الطحال وفحص العصارة التي تخرج بمحقنة البزل بعد تلويئها بطريقة « حمزة » وفي هذه العصارة توجد عادة جراثيم اليشانينا ضخامة الكبد

يمكن ادراك الحافة السفلى للكبد الطبيعي عند نزولها اثناء الشهيق العميق . تمتد اصمية الكبد غالبا الى المفصل الخنجري القصي والى القسم العلوي للمفاصة بين الضامة الخامسة على الحظ الثديي ، والى المسافة السابعة على الحظ الابطي المتوسط والى المسافة التاسعة على خط زاوية الكتف ولا يكون خط الاصمية اقيا الا في الكبد الضخم والحافة السفلى للكبد الطبيعي توافق تقر بيا بحسب ما كشفه « كانتلي » الحافة السفلى للبد اليمنى اذا وضعت مبسوطة على الصدر بحيث تكون الحافة الكبرية للبدية متوازية مع المفصل الخنجري القصي على ان تكون الحافة العليا للبد موضوعة اقيا فالخط الذي يرمه الحافة السفلى للبدومي موضوعة على هذه الصورة يشير الى حدود الكبد السفلى والاصمية بالقرع اذا لم تنزل الي هذا الخط كان ذلك دليلا على تناقص حجم الكبد واذا نزلت الاصمية الى اسفل ذلك

الحظ دل ذلك على تزايد حجم الكبد . وتعيين حدود الكبد السفلى بهذه الطريقة هي اقرب الى الحقيقة من تعيينها بماي طريقة مبنية على خطوط فرضية يمر من اطراف الفضار بف الصافية تلك الخطوط التي لا يمكن معرفتها عمليا . وكان كانتلي قد لفت ايضا الانظار الى ان الكبد انما هو في الحقيقة عضوان وقد اظهر :

١ - ان حقن شعبي وور بد الباب اليمنى والبسرى بادنين مختلفي اللون قد يبرهن على ان هناك منطقتين منفصلتين بخط يمتد من منتصف الانطباع الموافق للحوصلة المرارية الى تلم الور بد الاجرف السفلى وليس في الامكان حقن الايمن من الاسير او بالعكس بالعكس

٢ - اذا قطع الكبد الى قطعتين من الخط المذكور اتقا وجد ان العضو قد انشطر الى شطرين متساوين وزنا ٣ - ان فروع الشريان الكبدي وور بد الباب والقنوات الكبدية هي متساوية الابعاد في كلا النصفين من الكبد

٤ - ان الفرع الايسر لور بد الباب لا يتقسم فيما يطلق عليه عادة اسم الفص الكبدي الايسر فحسب بل انه يتفرع ايضا في الفصين الصغيرة والجهرم الكبرى من القسم الذي يدعى بالقص الايمن في ضمن الحدود التي يفصلها الخط الموصوف في المادة الاولى .

٥ - فهذه الحقائق التشرحية تشير الى الخط الذي يمكن منه قطع الكبد بدون خشية من النزيف الدموي وتفسر ما يحدث عادة من انحصار الامراض الخبيثة

والخراجات الكبدية والاكباس البدائية في فص واحد او بالاجري في نصف واحد من الكبد دون ان تمتدى الى النصف الاخر

الضخامة الظاهرية . قد يظهر الكبد وكأنه قد اتسع وذلك بسبب السقوط فيكون المر يض من بلا وتكون الحدود العليا لاصمية الكبد احظ مما هي في الحالة الاعتيادية وتسقط كتلة الكبد عادة بسبب انصباب بلورائي مائي او صديدي . او ورم في داخل الصدر

الضخامة الحقيقية . اذا اصيب الكبد بالضخامة فهو ينحدر الى تجويف البطن وتدر كحائه في مستوى احظ من مستواها الطبيعي وفي مثل هذه الاحوال لا يشاهد اتساع حدود الاصمية غالبا فاذا اتسعت حدود الاصمية الظاهرية غالبا يجب البحث « ١ » عن سبب في الصدر ٢ خراج تحت الحجاب الحاجزى ٣ خراج كبدي ٤ كيس هيداليكي . وعند وجود احد السببين التاليين لا تتسع الاصمية غالبا بصورة متساوية بل انها في اتساعها ترسم منطقة على شكل القبة . والبحث بالاشعة يساعد مساعدة حمة على تمييز هذه الحالة بكل سهولة . ولو ان البحث في بعض الاحيان لا يكشف عن اى ظل محدود فاشي من الكبد فان ظل الحجاب الحاجز في الجهة اليمنى في مثل تلك الاحوال لا بد وان يشاهد في مستواها على من مستواه الطبيعي مع تقييد في مجال الحركات التنفسية واما الاحوال الاخرى التي نستوجب ان يكون الحجاب الحاجزى في مستوي ارفع من مستواه الطبيعي فهي : الحين وانكماش الرئة وتوسع المعدة وفلج الحجاب الحاجز

والجمل والاورام البطنية الكبيرة وقد تبقى حركات الحجاب الحاجز مقيدة لمدة طويلة حتى ذات الرئة بعد زوال التغيرات المرضية .  
ويجب ان نتذكر ان الحركات التنفسية تنتقل الى ابرة نغمه في خراج موضع تحت الحجاب الحاجز وليس الامر كذلك حينما نغمه الابرة في انصباب بلوراني صدبدي ومن اشهر اسباب ضغامة الكبد في البلاد الحارة هو التهاب الكبد يجب ان يذكره الباحث قبل اي

شيء وهو ناشئ عموما عن الامراض الالتهابية وينفع فيه الامتياز والمرضى في هذه الحالة عبارة عن ثقل وامتلاء يشعرون به المرض في المراق الايمن ولا يصل هذا الشعور الى حد الام وتاخذ المرء بضحي وقد لا يذكر انه اصيب بالدوسنطر يا وليس هناك يرقان ولا هزال ولكن الغائط اذا فحص وجد انه يحتوي على الالمب نفسه او اكياسه . وقد يوجد في الدم قليل من الكوكو سيتوزيس وباخذ المرء عادة سعال جاف

تاريخ الطب:

## قسم هيبيوقراط

الدكتور صائب شوكت

هيبيوقراط نفسه وله اهمية عظيمة من حيث التاريخ الطبي لانه يصف لنا حالة الطب اليوناني في عهد هيبيوقراط ومعاصرة (سقولا بوس Aesculapius) وبين ابنا المسؤولية الوجدانية والاخلاقية التي كان الاطباء اليونانيون ياخذونها على عاتقهم في ذلك الحين وهو بشكل اساس الاداب الطبية Deontologie Menical التي يراعونها ويحتمها كل طبيب في عصرنا هذا نذكر قبل كل شيء تعريف نس القسم الهيبيوقراطي بجروته: «اقسم باسم ابولو الطبيب وباسم سكولاب باسم ياناس واشهد ذلك على جميع الالهة والالاهات (gods and goddesses) اني اراعي واعمل حسب قابليتي واننداري العهد الاتي:

«ان احب كل من طهني هذه الصنعة كابي وامى وان

ان نص قسم هيبيوقراط Hippocratic oath هو من ام المؤلفات التي تركها لنا تاريخ الطب . لقد تالفت في الاسكندرية لجنة من قطا حلال الاطباء في العصر الثالث قبل الميلاد لجمع وتدوين مؤلفات هيبيوقراط العالم الكبير والذي يحق له ان يسمى بجدا لاطباء الكبر . ولقد تمكوا حينئذ من جمع وتدوين ستين كتابا وصميت هذه المجموعة من الكتب الجسم الهيبيوقراطي Corpus Hypocraticum ولكن بعد ذلك تبين في تدقيق علماء التاريخ الطبي ان اكثر هذه الكتب ليست من مؤلفات هيبيوقراط نفسه . ويقول غر ونر Gruner ان مؤلفات هيبيوقراط لا تزيد على العشرة ولكن من المحقق ان القسم او اليمين الهيبيوقراطي هو وضع

اعيش معه بسلام وان اشارك بشروتي اذا اقتضى الحال . وان انظر الى اولاده كاخواني وان اطعمهم هذه الصنعة اذا ارادوا ذلك من دون اجرة وان اعلم اولادي واولاد استاذي وكل من انتسب الى هذه المهنة وانهدم بمراعاة قوانينها .

ان اصف الحمية لمرضى حسب اقتداري ومعلوماتي وان لا اعمد لضرر احد . وان لا اعطى احدا سما قاتلا وان لا اعلم احدا كيفية التسميم اذا طاب من ذلك . والا اعطى امرأة دواء بسبب الاسقاط . وان احافظ على شرف مهنتي وصنعتي . وان لا اطعم لاجل اخراج حصة المثانة وان شئت لدي وجودها بل اترك اجراء هذه الصلابة الى الاخصائين «

« وحينما ادخل بيت المريض ان اعلم فقط ما يجب عمله لمعالجة المريض وان اتجنب عمل السوء في العائلة خاصة حب النساء او الرجال لاجل انسي وطربي اسباب كان هو لاء . ارحم بيديا وان اكنتم جميع الاسرار التي افصح عليها اثناء اجراء صنعتي او خارج صنعتي او في اثناء اشغالي اليومية «

« واذا حافظت على هذا العهد بصدق واخلاص فلنكن التوفيق حليتي حين اجراء صنعتي ولاكن محترما من قبل جميع الناس دائما . واذا خنت صنعتي ونقضت هذا العهد فالصبي عكس ذلك انتمى .

بقول بلاطو Plato ان هيبيوقراط هو من اهالي جزيرة كوس Cos وينتسب الى عائلة (Aescolepiads سقولا بيا) رانه كان يدرس الطب بدون اجرة .

واذا دققنا القسم الهيبيوقراطي نرى فيه قسمين مهمين الاول يرتب التشكيلات الطبية ووضعها للاطباء في عهد هيبيوقراط وما كان يحيط بالطبابة من الاسرار والقوامض التي يمنع قسم هيبيوقراط عن كشفها الى غير المتسببين للطب والثاني هو صفحة جميلة من الاداب الطبية . يحتوي على تعهد الطبيب برعاية بعض المسائل الوجدانية حينما يمارس مهنته .

كان الطب في زمن هيبيوقراط صنعة سرية مستقلة . ولا ينتسب الى هذه الجمعية السرية سوى الاطباء واولادهم ومن اقسام يمين الاخلاص بمراعاة ونطبق نصوص القسم الهيبيوقراطي . والقسم الهيبيوقراطي يجبر المتسببين اليه ان يعاونوا بعضهم بعضا حين ظهور الاحتياج وان يستدوا بعضهم في جميع الحالات . واهم وظيفة يلقيها المرء الهيبيوقراطي على عاتق الاطباء هو تدريس الطب . وكان يدرس الطب بثلاثة شعب مستقلة . الاولى هي قواعد الطب العمومية وتتألف هذه من بعض القواعد الاخلاقية والقواعد المسلكية التي على كل طبيب ان يتحرك بموجبها حين اجراء صنعته .

واما الثانية فهي علم الطب المعلى ويدرس هذا بدرس يلقيها الاساتذة الى جنب المرضى . واما الثالثة فهي درس الكتب والمؤلفات الطبية المختلفة .

كان لاولاد اساتذة الطب حق طبيعى في الالتماس الى زمرة الاطباء السرية

واما الذين لم يسوا من ابناء الاطباء فيتصكبون من