المجلة الطبية البغدادية

THE BAGHDAD MEDICAL REVIEW

العدد الثاني — السنة الثالثة — تشرين الاول سنة ١٩٢٧

المقالات الأساسية

الديابطس (*)

او البول السكري

الدكتور سندرسن

حضرة الرئيس والسادة الاعضاء المحترمين

ان محاضرتي التي القيها على مسامعكم في هذا المساء سوف تتضمن فقط البنود الثلاثة من فصل البول السكري واعني بها الاسباب والباثولوجيا والعلاج .

ويرجع شرف اكتشاف حلاوة البول في المصابين بالديابطس العسلي الى احد اعاظم اطباء بغداد وهو ابن سينا الذى عالج هذا الموضوع قبل مايقارب الالف سنة .

والديابطس منتشر جداً في بغداد وتكتنف المعالجة هنا صعوبات جمة وانني واثق من ان محاضرتي هذه سوف تفضي الى مناقشة حول الموضوع لاننى اشعر بان الانسولين لم يحرز في بغداد الرتبة التي نالها في الاقطار الاخرى من العالم بسبب نجاحه في المعالجة

ومن حيث الاسباب يظهر ان هناك كلا النوعين من الاسباب المهيئة والمحرضة .

والمشهور ان الديابطس شائع بين اليهود اكثر من سواهم واظن ان من المفيد احصاء حادثات المرض ووفياته

(*) القيت فى الجمعية الطبية البغدادية فى جلسة آب ١٩٢٧

في بغداد وفي جميع العراق على ان يكون هذا الاحصاء مبنيا على تقسيمات الطوائف الدينية . وعليه فانني اقدم اقتراحي في ذلك الى رئيسنا المحترم للتأمل فيه وانني واثق من ان جميع الاطباء سوف يقدمون له كل مساعدة ممكنة في سبيل القيام بهذا الواجب .

والوراثة هي عامل آخر من عوامل المرض لاسبيل الى الشك فيه اذ ليس من النادر قطعا ان تصاب عدة افراد من العائلة الواحدة بنفس المرض ومن الممكن ان يكون ذلك منبعثا قسما عن مماثلة في طرز المعيشة والافراط من الطعام ولكن الامر الذي لا شك فيه هو ان تلك الاسباب ليس في وسعها ان تعلل الاصابات التي تشاهد في الصغار من افراد العائلة .

والرجال هم اكثر من النساء استعدادا للاصابة بالمرض وتكثر حادثات المرض بين سني الاربعين والستين .

ونورد من بين العوامل المحرضة في الكهول ، القلق والهواجس العظيمة وارتفاع الضغط الدموي والبدانة والافراط من الاغذية الهيدروكربونية والسكرية فهذه كلها من الاسباب المحرضة المهمة غير ان السبب المحرض لحدوث الشكل الحاد للمرض في حديثي السن لم يزل سر من الاسرار الغامضة .

ويعزى عادة انتشار المرض بين اليهود الى تبلبل الفكر وشدة الهواجس التي تستوجبها حياة العمل . والطائفة اليهودية هي جوهريا طائفة تجارية وتكثر في العراق نسبة حوادث الديابطس العسلي بين اليهود والمسلمين على حد سواء ولا شك في ان السمانة والاكثار من تناول المواد النشائية هما من الاسباب التي لها اهمية عظمى في هذه البلاد التي تفرط في تعاطي الهيدروكربونات وخاصة الخبز والارز اللذان هما قوام الغذاء وجزؤه الاساسي.

اريد الآن أن اتحول قليلا الى باثولوجيا هذه الحالة .

يوجد السكر في الدم اعتياديا ومقداره في حالة الصحة يتراوح بين ٠٫٠٨ و٠٫١٢ سانتيغرام في المائة .

واذا فرضنا ان الدم هو جزؤ من ثلاثة عشر من مجموع ثقل البدن فان مجموع السكر في الدم عند انسان يزن ١٠ ستونات او ٦٤ كيلو يكون حينذ ٤ او ٦ غرامات فقط وتبقى نسبة السكر المئوية ثابتة طالما لم يؤخذ شيء من الطعام ولكن اذا اخذ ١٠٠ غراما من الدكستروز كان ذلك سببا لارتفاع نسبة السكر الدموي من ٠٫١٠ في المائة الى ٠٫١٥ او اكثر في خلال ٣٠ دقيقة من الهضم ويعود السكر الى منسوبه السابق بعد زمن يختلف امتداده بحسب اختلاف الاشخاص ومع ذلك فهو يتراوح عادة بين ساعة وساعتين من الزمن .

وفي اغلب الاحيان لا يطرح السكر مع البول الا عندما تكون نسبته المئوية في الدم قد بلغت ٠٫١٨ او ٠٫٢٠ في المائة . ومع ذلك فان لهذه القاعدة شواذ . وربما قد مر السكر من الكلى في نسبة مئوية هي احط من ٠٫١٥ او بالعكس ربما احتبس في نسبة ٠٫٢٥ المئوية .

ولطعام الهيدروكربون مفعولا يماثل مفعول الدكستروز ولكن ارتفاع السكر هنا ابطأ وقوعا واطول دواما . واما

البروتئين فهو يعمل عادة على تزييد السكر في الدم الا انه ليس كذلك في المصابين بالديابطس فقط . ويستطيع الرجل الصحيح من اكل كمية من السكر بين المائة والمئتين غرام بدون ان يشاهد فيه بول سكري

وفي حالات الديابطس الخفيفة يكون السكر الدموي في مستواه العادي اذا كان المصاب صائما الا ان الشخص في مثل هذه الحالة اذا تناول ٥٠ غرام من السكر ارتفع السكر الدموي الى نسبة ٠٫٢٥ في المائة في مدة تتراوح بين الساعة والثلاث ساعات

والسكر يطرح مع البول طالما كان السكر الدموي فوق طاقة الشخص وهذا ما يكون دائما في الوقائع الوخيمة حيث يوجد السكر في البول في اي وقت كان وفي مثل هذه الاحوال يصبح البدن عاجزا عن احراق السكر لتناقص تلك القابلية فيه وعلاوة على ذلك فان البروتئين ايضا يكون سببا لاحداث زيادة في السكر الدموي . والعطش الذي يشكو منه المريض انما هو ناشي عن الحاجة الى الماء في اطراح السكر من الجسم.

واذا لم يتمكن السكر من الاحتراق كما يجب فأن الاضطراب يشمل الشحوم ايضا وعلى ذلك يضطرب المتابوليزم في هذه المواد فتكون نتيجة ذلك ظهور الحوامض الشحمية وحامض البأ — اوكسي بوتيريك وحامض الاستوآسيتيك والاستون في البول . ويطلق على هذه الحالة الآن اسم الكتوزيس (Ketosis) بدلا من الآسيدوزيس ذلك الاسم القديم الذي اريد به وجود الاجسام الاستونية في البول .

وتشرف على متابوليزم السكر افرازات داخلية لاربع غدد وهي جزر لانجرهانس والغدتان الادرينالتيان والغدة الدرقية والفص الخلفي للغدة النخامية.

وقد كانت علاقة النبكرياس بالاعمال المتابوليكية للسكر معلومة منذ سنة ١٨٨٩ حينما اثبت فون مرينغ وموكوفسكن ان حذف الغدة برمتها يسبب البول السكري والموت .

وتتألف النبكرياس من قطعتين الاولى قطعة سنخية (acinous) تفرز العصير البنكرياسي بواسطة القناة النبكرياسية والثانية عبارة عن جزر كان لنجرهانس البادي في وصفها في سنة ١٨٦٩ وهي جزء من مائة جزء من كتلة النبكرياس

وتكون خلايا الجزر على نوعين الخلايا الألفية — آلفا — والخلايا الباثية — بهتا — . ولم يزل فعل الخلايا الالفية مجهولا والذي يهمنا من هتين الزمرتين هي الخلايا الباثية حيث ان منها قد جرد بانتينغ وبست لأول مرة افرازاتها الداخلية واعني به الانسولين في عام ١٩٢٢

ان تركيب الانسولين الصحيح لم يزل في طي الخفاء والذي نعلمه عنه انه يولد الاملاح باتحاده مع الحوامض ويتلف بتأثير البيسين والتريبسين ولهذا السبب لا يمكن استعمال الانسولين من القناة الغذائية .

ومن الضروري وجود المقدار الكافي من الانسولين لحدوث المتابوليزم بصورة صحيحة واذا وجد الانسولين

بمقدار كاف فأن السكر الدموي يكون اذا اعتياديا واذا وجد كثير من الانسولين فان هذه الكثرة تسبب تناقص السكر الدموي وزوال الجليلوجين من الكبد . واما اذا كان هناك قليلا من الانسولين يزداد السكر الدموي لانه لم يتصرف بالاحتراق .

واذا وجد مقدار كافي من الانسولين والسكر يتم اذاً احتراق الشحوم على الوجه الطبيعي ولا اجسام استونية تظهر في البول

ولا يعلم بالضبط مايعمل الانسولين لأنه عديم التأثير في الدكستروز في خارج الجسم وتقدوقوة الانسولين بدرجة استطاعته على خفض مقدار السكر الدموي في ارنب صائم صحيح الجسم . واذا ما اعطي هذا الحيوان جرعة كبيرة جدا من الانسولين فربما كان ذلك باعثا الى اختلاج الحيوان وموته الا انه من الممكن دفع هذه المخاذير حالا بحقن السكر اوالادرينالين او البتوتيرين تحت الجلد .

ان مقدار ٥ او ١٠ وحدات من الانسولين في وسعها ان تخفض نسبة السكر الدموي الى ٠،٠٥ في المائة في رجل صحيح الجسم يزن ٦٥ كيلوجراما.

واذا ارتفع مقدار السكر الدموي كما هو الحال في الديابطس فان الانسولين يعمل نفس العمل في تخفيض السكر الاان المقدار يختلف في كل من المصابين . ويحصل الانخفاض بعد الحقن بزمن هو بين الثلاث الست ساعات بحسب كمية الجرعة وربما استمر بقاء هذا الانخفاض ١٠ ساعات وبعد هذه المدة يشرع السكر الدموي في الارتفاع ثانية . واذا كان سكر الدم متجاوزا لطاقة الكلى نرى ان السكر يظهر مع البول ولكنه حالما يهبط الى ما دون طاقة الكلى ينقطع السكر عن البول

واذا انخفض سكر الدم الى ٠،٠٥ في المائة ربما حدثت اعراض الهيبوغليسيميا

واخف اعراض الهيبوغليسيميا العطالة والعرق الغزير واوجاع بطنية تشبه آلام الجوع وارتعاش اليدين وهذيان خفيف وتسرع من ضربات القلب والاعراض التي هي اشد من هذه الاعراض هي التنمل في اليدين والوجه واللسان والرؤية المضاعفة والصعوبة في النطق .

والاعراض العنيفة هي فقدان الشعور الذي يشبه النوم العميق ونوبات صرعوية الاوصاف وحالة عصبية يختل فيها انسجام الحركات في العضلات كما يحدث في فقد النظام الحركي او الاتاكسيا الحركية .

ويمكن رفع الاعراض الخفيفة عن المريض بشيء من عصير البرتقال او الطماطة وحتى بشيء من اصناف الاطعمة الهيدروكربونية اذا اعطيت هذه حالما يتضح وجود الاعراض .والاعراض التي هي اشد من هذه تدفع عن المريض بشرب محلول من السكر يحتوي على نصف اوقية (اونص) من السكر واذا كان المريض غير قادر على البلع يزرق تحت الجلد ١٥ مليما من محلول الادرينالين في الماء بنسبة واحد في الالف او ١ س ٣ م من البيتوتيرين واذا لم ينجح ذلك العلاج يجب ان يعطى محلول من الدكستروز في ماء الملح بنسبة ٥ في المائة حقنا في الوريد

او المعي المستقيم.

والافرازات الداخلية التي تصدر من القطعة المخية للغدتين فوق الكليتين — مفعولا قطعياً على متابوليزم السكر ومفعولها هذا هو تقييد اعمال الانسولين وارجاعها عندما تتجاوز حدودها فهي من هذا الاعتبار بمثابة ترياق للانسولين

وهناك مؤثرات اخرى تعمل في متابوليزم السكر وتصدر هذه المؤثرات من الغدة الدرقية — فتقل قابلية احتمال السكر في الجدرة الجحوضية وتزداد هذه القابلية في الميكزودم

وكذلك فان اكل الفص الخلفي للغدة النخامية مما يسبب التناقص في قابلية احتمال السكر وان افرازاتها الداخلية تعمل كترياق (Antid) ضد عمل الانسولين عندما يكون عمله قد تجاوز الحدود .

والآن اريد ان انظر ايجاز في علاج الديابطس فاسمحوا لي في افتتاح ذلك بأن اقول مؤكداً ان ادخال الانسولين وان كان قد غير اتجاه المرض من حيث الانذار فانه لم يغير شيئا من الاوليات المقررة في الحمية الديابطسية

ان المواد الاساسية التي تقود المعالجة هي : —

١ — يجب ان يكون سكر الدم في حدوده الطبيعية عندما يكون المريض صائما وبعبارة اخرى فان البول يجب ان لا يحتوي على السكر في اي وقت كان من اوقات اليوم

٢ — لا يجب ان يحتوي الدم من حامض الاسه توآسه تيك اكثر من الاثر المعين

٣ — يجب ان نطلع المريض على بعض الامور وهي ان قسما كبيرا من القوة الاحتياطية التي في جزر لانجرهانس قد ضاع وان حياته يجب ان ترتب بحيث لا ينشأ عنها تعب البقية الباقية من الانسجة وان احتياج البدن الى الانسولين يجب ان يكون قليلا مهما امكن وفي الحالات الخفية يكفي الوقاية من البول السكري ان يتقيد المريض في الاكل تقيدا معتدلا ولكن هذا التقيد لا يكفي في كثير من الحالات

ولا يجب ان يغرب عن الذهن ان حذف الهيدروكربونات من الغذاء بدون العمل في ذات الوقت على تقليل الشحوم والبروتئين — هو من الامور المخوفة بالمخاطر وربما كان باعثا لتسريع حدوث السبات (الكوما) .

ومن التدابير الصائبة ان تراقب محاصيل السكر والاجسام الاستونية لمدة يوم واحد على ان يتناول المريض طعاما عاديا وذلك قبل ان يشرع في المعالجة .

ولا اجد حاجة للبحث عن قوائم الحمية الكثيرة المتنوعة لان حضراتكم تعلمونها جيدا . الا انني اريد ان ابحث بالاختصار عن تطبيق الانسولين في الممارسة الخاصة في بغداد . ومن الصعب ان اقول ان افضل استعمال الانسولين ما كان قد تم في المستشفى . على ان كثير من الاطباء في بغداد يعدون الانسولين من جملة الادوية التي هي في الاصل يجب ان تستعمل في المستشفى وهم

يرتعبون من استعماله بين مرضاهم الخصوصيين . فاريد ان اقلل ذلك الرعب في هذا المساء اذا تيسر لي ذلك .

نحن كلنا نعرف ان المرضى يطلبون النتائج العاجلة والعلاج بالانسولين يورث الضجر لانه مطرد النسق ولايستحسنه المرضى الا بعدان شاهدوا اقربائهم واصدقائهم النتائج العجيبة التي حصلت منه . يجب ان نذيع فكرة استعمال الانسولين بين المرضى ونكون يداً واحدة في معالجة المرضى بهذه المادة فاذا تم لنا ذلك سوف تنفع هذه الدعاية ويكون قد رسخ الانسولين عاجلا في افكار الجمهور .

وهناك عيب آخر وهو غلاء الانسولين وثمن عيادة الطبيب . واظن انه من الممكن دفع المحذور الثاني بتعليم المرضى عمل الابرة لانفسهم في الحالات الخفيفة اذا كان المرضى من الطبقة الراقية وبذلك تقل عيادة الطبيب وتنحصر في مرتين في الاسبوع فقط واما في الطبقة الفقيرة والمحرومة من الذكاء فلا يمكن اتخاذ مثل هذا التدبير بل ان الوسيلة الوحيدة التي يمكن اتخاذها هي ارسال المرضى الى المستشفى .

والمانعة الاخرى التي تعترض استعمال الانسولين في الممارسة الخاصة هو لزوم تقدير السكر الدموي . ومن الضروري تحليل الدم مرتين في الاسبوع لهذا الغرض وفي الاماكن التي يتيسر فيها اجراء هذا التحليل يجب الاستعاضة عنه بفحص البول ولذلك يجمع بول النهار مرة في كل ثلاث ساعات ويفحص للبحث عن السكر.

يحتوى البول على السكر طالما كان سكر الدم قد تجاوز حد التحمل اى قد تجاوز نسبة الـ ٠٫١٨ في المائه . إلا ان جرعة الانسولين اذا كانت وافية لتنزيل السكر الدموى الى مادون الـ ٠٫١٨ في المائة فسوف لا يوجد في البول اى مقدار من السكر .

ولذلك فمن المهم اختبار البول الذى يطرح على التوالى وبهذه الوسيلة يكون المرء مستعداً للقول فيما اذا كان السكر الدموى قد ارتفع مرة ثانية وتجاوز نسبة الـ ٠٫١٨ في المائة . وباختبار البول بهذه الطريقة سوف يوجد ان مقدار السكر الدموى في حالة الصيام قد انخفض الى مادون نسبة الـ ٠٫١٨ في المائة ولكن يصعب بعد ذلك القول في هل ان مقدار السكر الدموى في حالة الصيام طبيعي ام لا وعليه يكون من الضرورى تعيين مقدار السكر في الدم .

واما مقدار الانسولين الذى يجب استخدامه في معالجة الدبابطي فهو خمس وحدات في الحالات الخفيفة تعطى يوميا وكثيراً ما وجد ان هذا المقدار يسبب تحسناً في اعراض المرض .

ربما ابطل استعمال الانسولين بعد اسابيع قليلة بناء على التقدم الذي حصل في الصحة وعلى ذلك يجب مراقبة هذا التقدم وفك الحمية رويداً رويداً .

وفي الحالات الخطرة يبقى البول حاويا على السكر اذا لم يستعمل الانسولين اكثر من ٥ وحدات في اليوم واسلم طريقة يجب اتباعها في مثل هذه الحالات ، تزييد

الجرعة مقدار ٥ وحدات في كل ثلاثة ايام الى ان تبلغ الجرعة (٢٠) وحدة على شرط ان يلازم المريض فراشه عندما يأخذ هذه الجرعة وان يلاحظ ملاحظة دقيقة . ولا يجب السماح للمريض بان يعمل ابرة الانسولين هو بنفسه الا في الاصابات الخفيفة جدا . ولا يجوز ان تستعمل الجرعات الكبيرة من العلاج الا على يد الطبيب او الممرضة المختصة بهذا العمل .

وقد تستدعى الضرورة في بعض الاحيان لاستعمال جرعة من الانسولين فوق العشرين وحدة الا ان مثل هذا المقدار لا يجب ان يعطى الا مع الاشراف التام على احوال المريض ومن الامور الجوهرية في هذه الحالة ان تكون المعالجة في احدى المستشفيات او في منازل التمريض (نرسينك هوم) على ان تكون هناك سهولة تامة لتعيين مقدار السكر الدموي .

فبعد ان ينزل مقدار السكر الدموي فى الصيام الى حده الطبيعي يضحى من الضروري تنقيص جرعة الانسولين . ويجب الانتباه شديداً الى اى غرض قد يحصل اذا تجاوز العلاج مقداره المعين .

ويجب معالجة اي عرض من هذا القبيل حالا بواسطة عصير البرتقال او السكر او الادرينالين او البتوبترين كما ذكرناه آنفاً .

ولايجب ان يؤكل اي طعام من الاطعمة الدبابطسية ما لم يكن تركيبه معلوما بالضبط . اذ ان اغلب هذه الاطعمة يحتوي على اكثر من ٤٠ فى المائة من النشاء وتحتوي جميع انواع العصائر المجمدة (جللى) والمربيات المعدة للمصابين بالدبابطس على ٢٠ فى المائة من الجليسرين الذي يحترق كالسكر ولذلك يجب اعتباره من الاغذية الهيدروكربونية .

ويجب معالجة الصحة العامة للمصابين بالدبابطس معالجة دقيقة واذا وجدت بؤرة للمنتانة كسيلان الاسنان الصديدي والدمامل فانها تنقص من قابليته احتمال السكر ويكون هذا النقصان عظيما .

وينبغي ان لايبرح عن الذهن احتمال وجود السفلس ويجب عمل تفاعل فاسسرمان اذا امكن قبل الشروع بالمعالجة .

والتدابير التى تتخذ بعد المعالجة هي كذلك من الاهمية بمكان ومن الامور الجوهرية فى معالجة الدبابطس ان يأخذ المريض على عاتقه قسما من وظائف الطبيب فيعمل معه مشتركا فى مكافحة الداء الذي اصابه ولذلك يجب ان يلقن بمبادىء هذا المرض وباوليات المعالجة ويرخص للمتعلمين من المرضى بان يفحصوا بولهم بايديهم ليتحققوا من وجود السكر فيه .

واذا لم يكن قد اخذ الانسولين فان الافضل ان يفحص البول فى وقت الذهاب الى النوم . واذا كان المريض تحت معالجة الانسولية يجب فحص البول قبل الابرة . لانه اذا فحص على هذه الصورة تكون النتيجة صحيحة جدا .

وهناك كثير من الادوية كالافيون والكودئين

والساليسيلات قد استعملت للتأثير على متابوليزم السكر

ومع ذلك يوجد صنف من الادوية يصح استعماله في اغلب حالات الديابطس وهي المسهلات . يجب الدوام على تنقية الامعاء جيدا وفي كل يوم . و تستخدم لهذا الغرض المسهلات الملحية . وكذلك يجب اعطاء المقويات العمومية اذ انها مفيدة جدا لاسيما اذا اختلت صحة الجسم

وقبل ان اختم مقالي هذا اودان ابحث قليلا عن النتجة المخيفة التي قد ينتهي اليها الديابطس واعني بها السبات اوالكوما .

يصح اجراء المعالجة بجرعات كبيرة حالما يصاب المريض بهذا العارض ومن المعقول جدا اعطاء ٢٠ او ٣٠ وحدة من الانسولين بدون الانتظار الى تعيين السكر الدموي .

واذا لم تظهر علامة تدل على عودة الشعور الى المصاب يجب بعد ثلاث ساعات اعطاء جرعة اخرى من الانسولين مكونة من ٢٥ وحدة ويجب ان تؤخذ هذه الجرعة مع اوقية من الدكستروز بحالة الانحلال .

ويجب اعطاء الدكستروز شربا او بواسطة قناة الموي

ويجب جمع البول مرة في كل ثلاث ساعات وبواسطة القسطرة اذا اقتضت الضرورة ثم تحليله لمعرفة وجود السكر فيه .

ولابد للبول ان يحتوي على السكر في خلال الثلاث ساعات الاولى بعد استعمال الانسولين واما اذا استمر بقاء السكر في البول من بعد الساعة الثالثة الى السادسة فلاضرر من اعطاء ٢٠ وحدة من الانسولين ومن الخطر اعطاء هذا المقدار اذا لم يوجد في البول سكر فيما بين الساعة الثالثة والسادسة من بعد الجرعة ، مالم يأكل المريض غرامين من السكر عن كل وحدة من الانسولين في وقت واحد .

واذا كانت الحالة دالة على التحسن فلا لزوم لاعطاء الانسولين اكثر من ذلك الا اذا عاد السكر فخرج مع البول.

ويجب اعطاء كباب كبيرة من الماء سواء كان شربا ام حقنا من الانف او الشرج . ويوصي استعمال اوقيتين (اونسين) من زيت الخروع في مبدأ المعالجة لأن حادثات الكوما تكون مصحوبة عادة بالقبض وليس من الكثير اعطاء ١٠ اونسات من الماء مرة في الساعة لمدة ٦ ساعات . وقد ابطل استعمال كربونات الصوديوم منذ الشروع باستعمال الانسولين وقد كان تأثير هذا الملح موضع الشك في كل وقت .

ويجب فحص جسم المصاب بالكوما يوميا بكل دقة للتحقق من وجود اي مرض آخر نحو التهاب الغدة النكفية (باروتيت) والتهاب الاذن الوسطى الحاد او غنغرينا اللسان

واذا نظرنا الى المريض من حيث تحمله للعمليات الجراحية وجب علينا الا نرسله لغرفة العمليات قبل ان نعمل على ارجاع السكر الدموي الى حدوده الطبيعية ولا يجوز استعمال الأثر للتخدير في حالات الديابطس. ويجب اعطاء خمسين غراما من السكر مع ٢٥ وحدة من

الانسولين في وقت واحد قبل العملية بساعتين وذلك لتأمين الحصول على السكر والانسولين في الجسم في مدة العملية .

وسوف يكون من المفيد جدا الحصول على افكار الاعضاء المحترمين في هذ الموضوع الخطير . ومع ذلك اؤمل ان محاضرتي هذه قد اكدت ما للانسولين من التأثير الشديد على انذار الديابطس وبرهنت على ان ليس هناك سبب نفهم منه لماذى لم ينتشر استعمال الانسولين في بغداد بنطاق اوسع مما هو فيه الآن اذا كان استعماله مقرونا بمراقبة دقيقة وتحفظات معقولة .

الديسانتريات

الدكتور هاشم الوتري

قد تقرر اليوم نهائيا ان هنـــاك ثلاثة انواع من الديسانتري تنتسب الى ثلاثة اصناف مختلفة من الطفيليات وهذه الانواع وان كانت تختلف عن بعضها تماما فان الواحد منها لا يتجرد عن صنويه تجردا مطلقا لأنه ربما انضم نوع واحد على آخر فجعل المرض مضاعفا . وفضلا عن ذلك فقد ينضم احد هذه الانواع الثلاثة الى مرض آخر غريب عنه كالملاريا والحمى التيفوئيدية ومن اجل ذلك يجب من الآن فصاعدا ان يفهم من كلمة (ديسانتري) فئة من الاعراض فقط ولا يجب ان يفهم منها مرض خاص قائم بنفسه .

واليك انواع الديسانتري والطفيليات التي تحدثها

١ — البكتيريائي — Bacterial

الديسانتري الباشلسي :

سببه : الباشلوس ديسانتري (شيغا وفلكسنر — Y

٢ — الطفيلي الاولى — Protozoal

آ — الاميبيازيس — الديسانتري الآميبي ، الخراج الكبدي ، الخ .

سببه : الانتاميباهيستوليتيكا

ب — الديسانتري البالانتيديومي

سببه: البالانتيديوم كولى

٢ — الديداني — Helminthic

آ — الديسانتري البلهارزيائي

سببه :الشيستوزوما مانصوني اوجابونيكوم اوهيماتوبيوم

ب — الديسانتري الفرمينوسي

سببه اوزوفاغوستوموم آبيوستوموم

هذه هي انواع الديسانتري ولنذكر الآن شرح تلك الانواع متبدئين بذكر النوع الثاني لأنه هو الشائع في بلادنا .

الديسانتري الاميبي والآميبيازيس

Amoebic Dysentery and Amoebiasis

حده او تعريفه :

الاميبيـــازيس كلمة تطلق للدلالة على العدوى بالطفيلي الاولى (Protozoon) المسمى بالانتاميبا