ضمن دائرة القرار ، يسلم الطبيب المداوى تلك الوصفات الى اكبر اباء الهيئة موضعا واكثرهم احتراما ليوقع عليها ثم يقدمها الى رفقائه الاخرين للتوقيع عليها . ويوقع عليها هو فى النهاية . وهكذا تنتهي المشاورة .

والان نأتي الى مسئلة مهمة اخرى: وهى مسئلة الانذار . ان عائلة المريض كانها تريدا الاطلاع على التشخيص، فكذلك تبرز الاهتمام لمعرفة الانذار . وحقهم فى ذلك ظاهر ومسلم

ان الهيئة المشاورة كما انها تنظر فى التشخيص فكذلك يجب ان تمعن فى الانذار . فيبين المشاورون قيمة الانذار الى الطبيب المداوي بحسب آرائهم . واذا كان قد حضر فى المشاورة واحد او اثنان من افراد العائلة الفهيمين المدركين ، فيطلع هؤلاء كذلك على الانذار وهكذا تظهر مسئلة الانذار بجلاء باتفاق الهيئة .

ولكن يشاهد في بعض الأحيان وقوع بعض (احوال غريبة) بعد المشاورة . وهذه الاحوال تضع الاطباء المشاورين والطبيب المداوى في موقف حرج ، وذلك ان البعض من افراد عائلة المريض او احبائه يستجوبون الاطباء الذين خرجوا من المشاورة كلا على انفراده . ويحاولون معرفة حقيقة التشخيص ، وقيمة الانذار .

اظن ان حضرات الاخوان الذين يراعون الواجبات والاداب الطبية بحسب المسلك لايرون بأسافي بيان القرار المعطى لدي الهيئة المشاورة ، الى واحد او اثنين من عائلة المريض فقط دون غيرهم طبقا لقاعدة الكتمان المرعى حكامها في مسلك الطبابة الجليل . ولكن يجب ان يكون هذا البيان خاليا من شائبة التضاد مهما كانت ، على الاطلاق وان رعاية هذه القاعدة الجوهرية هي روح واجباتنا الطبية وفي هذا التحوط يندمج شرف ومكانة الطبابة

ولكن الزمان والمكان يرينا فى بعض الاحيان ظهور حركات منافية لهذه الوجيبة الطبية . مثلا شاب مصاب بالحمى التيفوئيدية وقد استقرت فى رئتيه كودة دموية ولما كانت هذه الكودة هى احد اختلاطات المرض وقد تحقق ذلك لدى الاطباء فان مما ينافى الواجبات الطبية القول الى العائلة ، بعد ختام المشاورة ، ان هذا هو ذات الرئة مستقلاً .

مثال آخر : ولد صغير يشكو من معدته وامعائه فى اكثر الاوقات بسبب سوء الهضم وقد يصاب ذلك المريض الصغير بحمر هى نتيجة التسمم الدموي Toxiemie الذي حدث من تخمر المواد والفضلات فى الامعاء . وبعد ان يفهم ذلك ويظهر للعيان فان القول بان هذه الحمى هى (ملاريا) بدون استناد الى اى فحص باكتريولوجى ، نعده تحركا ضد الواجبات . وهلم جرا .

اخوانى الكرام : لاأشك في ان لكم الوقوف التام على كل ما اوردته من المطالعات امامكم . فيما يخص الواجبات والآداب الطبية . وانما كانت غايتى من سرد هذه المطالبات ايقاظ اهتمامكم والفات نظاركم الى ان سلك الطبابة الجليل لايساعد على مثل هذه المعاملات التي تدل على التهامل والى انها منافية للواجبات الطبية .

واود ان ابحث بايجاز عن مسئلة هى بمقام متمم

للواجبات الطبية ، وخاتمة لمعروضاتى هذه . وهى ان بعض المرضى او افراد عائلته يرغبون . بعد المشاورة الطبية في ان يستبدلوا الطبيب المداوى لاى امل اوسبب كان بأحد الأطباء الذين كانوا حاضرين في المشاورة ، ومثل هذا التكليف . مخالف لحقوق الطبيب المداوى على كل حال وفى كل صفة . وان المشاورة الثانية تكون مقبولة بعد موافقة طبيب العائلة وتكليفه من جديد . ان المعذرة القويه الحادثة للطبيب المداوى، ونزاكة ومستعجلية المصلحة ، قد يكونان من الأسباب التي تجعل طبيب المشاورة الذى دعى مضطراً بحسب الوجدان والمسلك ، الى اجابة مثل هذه الدعوة المستعجلة . ولكن مع ذلك فلأجل الظهور بمراعاة الواجبات الطبية تماما . فان المتوسلين بالآداب الطبية يلتزمون اخبار الطبيب المداوى الأصلى عن هذه الدعوة اخيراً بلطف ورقة وتطييب للخاطر .

التدرن الرئوي (*)

الدكتور دانلوب

حضرة الرئس وحضرات الاعضاء: لاحاجة الى طلب المعذرة على انتخابي موضوع التدرن الرئوي البحث فيه في هذه الجمعية لانه موضوع في الدرجة الاولى من الاهمية لنا جميعاً . ويكاد لايمر يوم الاونحن نجابه صعوبة الجزم في هل كان المريض مصابا بالتدرن الرئوي المبكر ام لا . واما اذا تعاظم شر المرض واتسع نطاقه في الجسم فليس من الصعب تشخيصه ولذلك سوف أحصر بحثي في حالات المرض المبكرة

اريد قبل كل شئ ان ابحث عن طرائق التشخيص هناك خمسة طرق يجب سلوكها عند البحث في حالة مشتبه فيها وهى :

١ تاريخ الاعراض التي إنتبه اليها المريض

٢ العلامات المرئية واعنى بها الحقائق التي يهتدي الى معرفتها الطبيب كالحمى وتسرع القلب وضياع ورن البدن وغيرها من الدلائل المنظورة التى تعزز اقوال المريض .

٣ . العلامات المادية التى تكتشف بفحص الصدر

٤ فحص البصاق

٥ تحريات خاصة كالبحث بأشعة (X) وتفاعل التوبركولين .

ومن الواضح ان تشخيص المرض في ادواره الاخيرة ربما امكن بمعاينة قصيرة تجرى باتباع واحدة او اثنين من هذه الطرائق واما تشخيصه في ادواره المبكرة فيستلزم اجراء البحث بأستخدام تلك الطرائق جميعها ولا يمكن اصدار حكم قاطع قبل القيام بذلك .

(*) المحاضرة التي القاها الدكتور دانلوب في اجتماع كانون الثاني ١٩٢٨ للجمعية الطبية البغدادية

ان الدليل الذى يحصل عليه من كل من هذه الطرائق يعزز قاعدة التشخيص في الحالات المثبتة . ومع ذلك فأذا كان واحد او اكثر منها لا يشير الى وجود المرض يجب تحرى الدليل في الطرائق الاخرى بدقة زائدة . ومن البديهي ان فحص البصاق اذا اسفر عن نتيجة موجبة فقد انتهى معه وضع التشخيص واما اذا ظهر فحص البصاق سالب النتيجة في المعاينات المتكررة فيجب حينئذ التيقظ جدا في اصدار الحكم ويجب ان نحاول تفسير العلامات والاعراض في اتجاه آخر

اريد ان اقول كلمة عن تقدير وسعة المرض ودرجة نشاطه قبل ان ادخل في تفصيل هذه الطرائق الخمس التي يجري عليها الفحص . لا يجب ان يتضمن التشخيص معرفة المرض فقط بل يجب ان يشمل تعيين وسعته ودرجة فعاليته .

يمكن الحكم على وسعة التدرن الرئوي بثلاث من طرائق البحث نذكرها فيما يلي مقدمين الاهم على المهم

(١) العلامات المادية او الطبيعية

(٢) الفحص باشعة ايكس

(٣) تاريخ المريض ومظاهره

يجب ان نستخدم هذه الطرائق الثلاث جميعها .

(١) ان وسعة العلامات المادية غير العادية هي افضل دليل يهتدي به في هذا الصدد ولكنه ربما فقد شيئاً من اعتباره للاسباب الآتية .

(آ) اذا كان المرض عثرا فان العلامات المادية تكون قلية اولا توجد بالمرة نظرا لأختفاء الاقسام المؤوفة بالاقسام الرئوية الصحيحة ، بينما ان الآفة اذا كانت مستقرة في سطوح الرئة فانها تظهر بعلامات صريحة جدا ولو كانت تلك الآفة صغيرة في حد ذاتها .

(ب) اذا كان المرض متناظرا ربما تعذر الاهتداء الى المرض في الرئة القليلة الاصابة لان ليس هناك رئة صحيحة يمكن اجراء المقارنة معها . وينطبق هذا خاصة على ضعف الاصوات القرعية وتزايد الاهتزاز الصوتي .

(ج) ان الاصابة بالانفيزيما (انتفاخ الصدر) او ثخن الجدر الصدرية مما يخمد بعض الاعراض ويطمس اثارها وهي لو لم تكن على هذه الصورة لكانت دليلا على المرض

(٢) ليس للبحث باشعة ايكس فائدة في تعيين وسعة المرض لأن هذه الاشعة تصور لنا آفة هي اوسع نطاقا مما تشير اليه العلامات المادية وهي كثيرا ما تكشف عن آفات عميقة . لا يمكن الوصول الى معرفتها بالسماعة

ومن جهة اخرى فان الاشعة لا تصور البقع الدرنية وحدها بل انها ترسم ايضا النسيج المحيط بها من الذي قد تمت فيه تفاعلات المرض وبعبارة اخرى ان الرئة التي تقع في نسيجها تفاعلات مفيدة واضحة ربما ظهرت بالاشعة اشد اصابة بالمرض من تلك الرئة التي تكون فيها تلك التفاعلات قليلة او معدومة في حين ان المواد الدرنية فيها اكثر في الحقيقة مما هي في تلك الرئة وبالنتيجة هي اشد انذارا بالخطر

(٣) يمكن استخراج شيء يدل على وسعة المرض من تاريخ المرض ومظاهره فاذا ظهر ان المريض كان معتل

الصحة منذ زمن بعيد فان هذا يشير الى وجود مرض متسع النطاق حتى لو كانت العلامات المادية قليلة ، بينما ان صلاح الاحوال العمومية مع فقدان قصر النفس ينفي كون المرض قد قطع مراحل بعيدة حتى فيما لو وجدت علامات كثيرة الانتشار

ولنشاط المرض اهمية تفوق اهمية اتساعه حيث ان النشاط يدل على ان المرض آخذ في التقدم . ويمكن تقدير نشاط المرض وفعاليته بالطرق الآتية :

(آ) التاريخ

(ب) الهيئة والدليل المنظور

(ج) العلامات المادية

(د) فحص النفث

(ر) الفحص باشعة ايكس

(ا) تاريخ اشتداد الاعراض . هو دليل يعول عليه لمعرفة مقدار نشاط المرض ومع ذلك فان البعض من المرضى معتادون على المبالغة في وصف الاعراض ولذلك يجب ضبط اقوالهم في حدودها الصحيحة بالبحث في الطرائق الاخرى .

(ب) الهيئة والدليل المنظور . وهي تسرع القلب وتورد الوجنتين مع الفقر الدموي وضياع مطرد في وزن الجسم وتشير هيئة الجسم هذه الى نشاط المرض واذا احسن ضبط الحرارة وتسجيلها فانها خير دليل على فعالية المرض وخاصة اذا سجل مفعول المجهودات البدنية فيها .

(ج) العلامات المادية، تختلف قيمة هذه العلامات في تقدير النشاط الذي يبدو من المرض فاذا شوهد بالفحص المتوالي ان هذه العلامات آخذة في التزايد فانها تشير الى فعالية المرض اذا كانت من النوع الذي يدل على وجود الافرازات والتصلبات الجديدة وخراب الانسجة الرئوية .

(د) ان وجود باشلسات التدرن في النفث في باكورة اعمال المرض يدل على مقدار من النشاط الا ان عدد تلك الباشلسات لا يدل على خطورة المرض وكثيراً ما وجد اعظم عدد منه في الحالات المزمنة القليلة النشاط بينما انه كان لا يوجد الا بعد فحص عدة ساعات تحت المجهر في كثير من حالات التهاب القصبات والرئة التدرني اذا وجدت في البصاق اكداس يتألف كل منها من ٢٠ الى بضع مآت من البشلس فأنها تشير الى درجة من فعالية المرض احط بكثير مما هي فيما لو كانت الباشلسات منفردة او مجتمعة ثلاث ثلاث او اربع اربع .

(ر) الفحص باشعة ايكس . لا تنفع هذه الاشعة كثيراً في تعيين فعالية المرض . تظهر المناطق المتكلسة او المتجبنة او المتليفة في الصور الشعاعية كظلال واضحة الحدود مختلفة الكثافة في حين ان الآفات الرئوية في مبدأ المرض لها ظل مشوش الحدود ولذلك فأن الظل كلما كان واضح الحدود زاد معه الاحتمال بكونه مشيراً الى آفة قديمة هادئة او مندملة واذا زادت التشوهات في التصاوير المتوالية فانها تدل على فشاط المرض .

لنرجع الآن الى خطوط المعاينة الخمسة التي ذكرناها في صدر البحث ؛ واريد اولاً ان اتناول البحث عن تاريخ الاعراض التي ينتبه اليها المريض .

يجب البحث عن تاريخ هذه الاعراض بقصد الوقوف على اى علة ربما كانت مظهراً صغيراً من مظاهر المرض كذات الجنب او حملات حمية متكررة الوقوع قد ظن الباحث في وقتها انها اصابات بالانفلوآنزا او نفث دموى طفيف . ويجب ايضاً التنقيب عن تاريخ العائلة لتعيين ما اذا كان هناك استعداد عائلي للمريض او هل كان المريض قد عرض نفسه للعدوى . ومما يستحق الالتفات ان اتصال العدوى من الزوج الى الزوجة او بالعكس هو من النوادر على ما يظهر .

ندوج فيما يلي اعراض التدرن الرئوي المألوفة ثم نشرع بعدئذ في بسط كل منها على حدة بالنظر الى اصابة من المرض وهي في ادوارها المبكرة .

واشهر تلك الاعراض واهمها هي .

(١) السعال .
(٢) النفث او التقشع
(٣) النفث الدموى
(٤) ذات الجنب
(٥) عسر النفس والتزرق
(٦) ضياع وزن البدن
(٧) تسرع القلب والخفقان
(٨) التعرق وخاصة في الليل
(٩) الفتور وفقد الشهية للطعام والاضطراب المعدوي
(١٠) انقطاع الطمث في الفتيات الحديثات السن

(١) السعال . من المهم تعيين مدة السعال . وان السعال اذا استمر اكثر من اسبوعين في شاب بالغ وكان مائلاً الى الازدياد فمن الممكن وحتى من المحتمل ان يكون درني المنشأ اذا لم يوجد له سبب في البلعوم او القناة الانفية البلعومية .

ان الالتهاب الشعبي المزمن (البرونشيت المزمن) في المرضى الطاعنين في السن هو سبب السعال المستديم لاسيما اذا كان غير متأثر من احوال الجو .

يعد السعاد من اعم اعراض التدرن واسبقها ظهوراً ولكن يجب ان لا يبرح عن الذهن انه ربما كان معدوماً في ظروف نادرة او ربما كان طفيفاً جداً حتى في الحالات التي قد قطع فيها المرض اشواطاً بعيدة .

اذا كان السعال مسبباً للقيئ وكان القيئ باعثاً لتخفيفه فأنه يشير الى وجود التدرن الرئوى او ضخامة العقدات في المنصف الصدرى .

(٢) النفث او التقشع . تنعت القشعات الدرنية بسم القشعات الدرهمية وهي كتلات مخاطية قيحيه ينفثها المريض فتنبسط في الوعاء على هيئة قطع النقود وتوجد هذه القشعات عند تقدم المرض وتكون الكهوف في الرئة .

واما في الاصابات الجديدة فربما انعدمت هذه القشعات في بادئ الامر واخيراً تظهر وكأنها خطوط من

الصديد في كتلة من المخاط وتكون هذه الكتلة مخضبة او مخططة بالدم .

(٣) نفث الدم . يعتبر نفث الدم من اهم اعراض التدرن الرئوي ومن الصعب ان يحدث بدون ان ينتبه اليه المريض وهو يبعث عادة الى المريض خوفاً كافياً لحثه على طلب المشورة الطبية اذا لم يكن الى ذلك الوقت قد انتبه الى الاعراض الاخرى .

وربما كان بالفعل العرض الاول ومن المحتمل الدليل الوحيد على المرض على انه في حد ذاته من الاعراض المشخصة للمرض فعلا ولذلك من المهم جداً الجزم في هل كان خروج الدم مع السعال نفثاً دموياً حقيقياً . يراد بالنفث الدموى « اخراج الدم من نقطة دامية في الرئتين او في القصبة الهوائية والمسالك الهوائية التي تليها » وبالنظر الى هذا التعريف فلا يمكن اعتبار الدم الذى يخرج من الانف او اللثة او البلعوم والحنجرة والمعدة نفثاً دموياً وليس لهذا الدم علاقة بالتدرن الرئوي . ويصعب في بعض الاحيان تمييز النفث الدموي الحقيقي عن الكاذب

ويحوز في النفث الدموي الغزير ان يجد المريض في فمه شيئاً من السائل بدون ان يسعل فيبصقه واذا هو دم خالص ذو لون احمر رائق ، سائل ، ذو رغوة الا ان هذا النزيف الدموي لا يشاهد الا اذا كان قد نشأ من الرئتين في حالات النفث الدموى الغزير .

واما المألوف في اغلب الاحوال ان يخرج الدم بالسعال اما كعلقات صغيرة واما كمخاط مخضب بالدم . ولذلك يجب توجيه الاهتمام خاصة لمعرفة ما اذا كان المريض قد اخرج الدم بعد توبة من السعال ام قد بصقه من الفم بدون ان يسعل .

وليس من الصعب تمييز النفث الدموي عن النزيف الدموى الذي يخرج بالقيئ

ولا يندر خروج الدم من اللثة والقناة الانفية البلعومية والأنف وكثيراً ما يستدعى خروج هذا الدم البت في هل كان هناك نفث دموى حقيقي ام لا ؛ فيجب في هذه الحالة الرجوع الى الاعراض الاخرى واخذ افادة المريض بالضبط فيما يختص بتاريخ المرض فاذا دل البحث في هذه الجهة على ان المريض لم يشك من اعراض اخرى ولم تكن هناك علامات مادية ولم تكن في تاريخ المرض اشارة الى وجود السعال عند خروج الدم فأن من المحقق ان يكون منبع الدم فوق مستوى القصبة الهوائية .

والنفث الدموى وان كان حاصلاً في اغلب الاحيان عن التدرن فأن من الحسن ان يحفظ في الذهن امكان حصوله بأسباب آخرى كتوسع القصبات والاورام الخبيثة وامراض الدسامات القلبية مع احتقان تواردي في الرئتين ولاسيما التضيق الأكليلي والاحتشاء وذات الرئة وتمزق الخراج الاميبي او وجود صنوغ افرنجيه او الآكتينو ميكوزيس او كيس هيداتيكي في الرئة او تمزق ام الدم الابهريه وامراض الدم والصدمات الجرحيه .

وقد ورد في المصنفات الطبية ذكر الاضطرابات الطمثية بين الاسباب الداعية الى خروج الدم مع السعال وانا شخصياً

قد شاهدت حديثاً وقعة من هذا القبيل فى فتاة عمرها ١٣ سنة يمكن درجها فى هذا الصنف

(٤) ذات الجنب . وهو لا يقل اهمية عن النفث الدموى من حيث كونه عرضا من اعراض المرض ولا يمكن ان يمر بدون ان ينتبه اليه المريض بل يسوقه عادة الى طلب المشورة الطبية . واذا كان ذات الرئة اول عرض من اعراض المرض بالفعل وكانت صولاته متكررة ومصحوبة بانضباب فيعد عمليا من الاعراض المشخصة للمرض ولا اريد ان ادخل فى شرح العلامات والاعراض التى يعرف بها ذات الرئة ، ولكن احب ان اورد قليلا من الامراض التى يجب تمييزه عنها وهى الآلام العصبية بين الضلعية وكسر الاضلاع والأتكال فى العمود الفقرى والاوسته ثوار تريتيس والتعب العضلى والروماتيزما العضلية وخراج الجدار الصدرى والكبد . وفضلا عن ذلك فان اوجاع الجهة اليمنى من الصدر قد تكون حاصلة عن آفات بطنية كالتهاب الزائدة وتحصل اوجاع الجهة اليسرى من الصدور عن التهاب الشغاف الخارجى للقلب وعن التهاب المعدة او تمددها وعن توسع القلب ولا يخفى ان اوجاع الصدر تكون فى اغلب الاحيان مصاحبه لذات الرئة وذات الرئة والقصبات والاحتشاء infarct الا انها متى حدثت اولياً اي بدون مرض واضح فهي تشير فى الغالب الى التدرن او من النادر حصولها عن الروماتيزم .

(٥) عسر النفس والتزرق . وكلاهما عرضان مهمان ويندر وجود العرض الاول فى وقائع التدرن المبكر الأ ان قصر النفس او عسره ربما كان اول عرض ينتبه اليه المريض فيشعر بوجوده عندما يقوم بجهود اعتيادية كالصعود على الدرج

وعسر النفس dyspnoea يحصل فى بعض الامراض الرئوية من غير التدرن او الامراض غير الرئوية وخاصة الامراض القلبية وبعض حالات الجسم كالسمنة ونقصان الرياضة البدنية وعليه فلا يشير حتما الى وجود التدرن ومع هذا فأنه فى الغالب عرض ثابت لهذا المرض الاخير ولو فى ادواره المبكرة ولاشك فى انه يصير اعظم وضوحاً كلما قطع المرض اشوطاً بعيدة

(٦) ضياع وزن البدن . لايكاد يمكن درج هذا العرض بين الاعراض المبكرة وقد ينشأ طبعاً عن اسباب عديدة اخرى من غير التدرن الرئوى ومع ذلك فأنه يعتبر علامة مبينة على نشاط المرض ونتيجة المعالجة . يجب ارشاد جميع المصابين بالتدرن الرئوى على تسجيل وزن ابدانهم اسبوعياً ويجب طبعا ان يتم الوزن بميزان واحد وثياب واحدة

(٧) تسرع القلب والخفقان . ربما انتبه المريض الى هذين العرضين حتى فى اول ادوار المرض وحتى لو كان غير شاعر بالحمى التى تصحب هذين العرضين عادة . ومع ذلك فأنهما ليسا من الاعراض التي يعول عليها كثيرا .

(٨) التعرق فى الليل . وهو من حيث العموم ليس من الاعراض المبكرة وطبعا انه ربما حصل بسبب آخر غير التدرن . فأذا عاد العرق ليلا والمريض تحت المعالجة

فأن رجوعه هذا يعد اشارة مبينة على نشاط المرض من جديد

(١٠) الفتور وفقدان الشهية للطعام والاضطراب المعدى . كل هذه الاعراض ربما ساقت المريض الى مراجعة الطبيب ولكنها ليست من الاعراض التي توجد باكرا .

(١٠) انقطاع الطمث . يجب تدقيق البحث فى جميع حالات انقطاع الطمث فى فتاة حديثة السن لأخراج التدرن الرئوى . اذ ليس من النادر ان يكون هذا عرضا مبكرا ولكن الاعراض الاخرى تكون عادة اشد وضوحا لدى المريضة وهى التي تسوقه عادة الى استشارة الطبيب

(٣) الطريق الثاني من طرق البحث واعنى به العلامات المنظورة كالحمى وتسرع القلب .

من المفيد جدا تسجيل الحمى بالضبط لاسيما فى تعيين درجة فعالية المرض وتؤخذ درجة الحمى اما من الفم واما من الشرج والطريق الاول هو اكثر استعمالا والثاني اضبط منه واذا كان المراد اخذ الحمى مرتين فقط فى اليوم ينبغي ان تؤخذ فى نفس الزمن من كل يوم مرة فى الصباح ومرة فى المساء ويجوز ان تكون الحمى فى حدودها الطبيعية فى الادوار المبكرة جدا او عندما يكون المرض هادئا الأ ان القاعدة المألوفة ان ترتفع الحرارة فى المساء ويكون ارتفاعها هذا اول علامة للمرض

تكون درجة الحرارة متقطعة اعتياديا في دور فعالية المرض ومعنى ذلك انها تكون مثلا طبيعية فى الصباح ثم ترتفع الى ١٠٠° او ١٠١° فهرنهايت في المساء .

ينفع اختبار درجة الحرارة بالرياضة البدنية اذا وجدت للمرض علامات واعراض نهائية . في الحالة الاعتيادية اذا مشى الانسان نصف ساعة لاترتفع درجة الحرارة اكثر من درجة واحدة ويزول هذا الارتفاع بعد نصف ساعة

واذا اتفق ان ترتفع الحرارة الى اعظم من هذه الدرجة او ان تستمر الى زمن اطول من نصف ساعة فيجب اعتبار هذه الحرارة غير عادية وهى قلما تنعدم في الحالات المبكرة التي تبقى فيها درجة الحرارة طبيعية في الظاهر .

من النادر عدم وجود التسرع في القلب حتى في الادوار المبكرة ويكون النبض في مبدأ المرض بالغا حد الـ ٩٠ او الـ ١٠٠ في الدقيقة في اغلب الاحيان واما الحرارة فلا ترتفع مع هذا النبض الا قليلا جدا وهذه خاصية لم توجد عادة في الحمى الخفيفة الناشئة عن اسباب اخرى .

واما الضغط الدموي فهو منخفض من حيث العموم حتى في الحالات المبكرة

﴿الطريق الثالث من طرق البحث﴾

واعني به العلامات المادية التي توجد بفحص الصدر .

لايتسع الوقت الذي لدينا للدخول في مناقشة طويلة لدرس جميع العلامات التي يمكن استخراجها بالتفتيش والجس والقرع والاصغاء ومع ذلك اريد ان استلفت النظر الى عدة نقاط هى :—

اولا — الوثوق من ان المريض في وضع صحيح عند جلوسه حين المعاينة اى انه قد جلس باستقامة تجعل

صدره متناظرا وان العضلات التي تكسو الصدر مسترخية في كلا الجانبين وهذه النقطة مهمة جدا لأن العلامات الغير عادية في حالات المرض المبكرة لاتدرك الا بالمقارنة التي تجري بين الجانبين من الصدر فاذا كان المريض جالسا بصورة غير متناظرة ربما كان جلوسه هذا باعثا لعلامات ظاهرية لاتوجد فعلا .

ثانيا — من المهم جدا ان يتذكر الباحث ان فقدان العلامات المادية في الصدر لايعني فقدان الافات الدرنية فيه . وهذا الفقدان يتوقف كله على موضع الآفة . فالآفة اذا كانت عميقة ومستورة بطبقة من الرئة الصحيحة فان العلامات الدالة عليها تكون خفيفة طبعا وحتى انها ربما كانت معدومة بالمرة .

ولذلك لايمكن تأييد القول بأن فحص الصدر هو الطريق الوحيد من طرق البحث الخمسة .

ثالثا — لايجب الركون الى علامة مادية واحدة مهما كانت عليه من الوضوح . ان اجتماع الدلائل المأخوذة من عدة علامات مهما كانت خفيفة هو افضل من علامة واحده يجوز ان تكون غير صحيحة لايعول عليها لأن جميع اصابات التدرن لابد ان تظهر بعلامات مادية عديدة يبنى التشخيص على مجموعها .

رابعاً — ان لفقدان بعض العلامات اهمية تكاد تعادل وجود العلامات الأخرى ومثالاً لذلك اذا ظهرت اصمية بالقرع في منطقة من الصدر وكانت الالغاط التنفسية معدومة في هذه المنطقة فأن هاتين العلامتين من العلامات المهمة الدالة على وجود الانصباب ؛ ولكن اذا لم يكن الاهتزاز الصدري معدوماً فأن من المحتمل عدم وجود السائل .

ان العلامات التي نتوقع العثور عليها في منطقة صغيرة من الآفات السطحية الحديثة او المبتدئة هي : تأخر قليل في تمدد الصدر وخفوت اوسكوت دائمي في الاصوات التنفسية في منطقة محدودة وبعض الضعف في اصوات القرع وخراخر رطبة دقيقة او متوسطة تشتد بالسعال . وكلما ازداد التصلب ازداد معه الاهتزاز الصوتي والتنفس القصبي مع الزفير المتطاول .

ان شدة هذه العلامات وخفتها تختلف اختلافاً كليا في الحوادث المتنوعة واذا كان هناك مجرد شبهة في وجود حالة غير اعتيادية يجب متابعة البحث في الطرق الاخرى فهي التي تحسم المسئلة . ان الامر المهم في مبدأ المرض هو وضع التشخيص بصورة نهائية اذ ان المعالجة السريعة والفعالة تكون في هذا الدور على اعظم جانب من النصيب في شفاء المرض . فاذا قام المريض بواجبات المعالجة بصورة معقولة فلاينتظر ان يكون المرض منذراً بعواقب غير محمودة

﴿الطريق الرابع من طرق البحث﴾

وهو فحص النفث او القشعات .

تنحصر اهمية فحص (البلغم) طبعاً في تحري باشلس التدرن بواسطة التلوين بطريقة (زيل — نلصون) ولااريد ان اسرد كيفية التلوين بهذه الطريقة بل اكتفي بالتنويه عن سهولة القيام بها فاذا اسفر الفحص عن نتيجة موجبة فان هذه النتيجة تشخص المرض طبعاً .

واريد ان اؤكد مرة اخرى ان عدد الباسيل الذي يوجد في البصاق لايدل دلالة اكيدة على فعالية المرض ومن النقاط المهمة جدا التذكر ان الفحص اذا اسفر عن نتيجة سالبة فان هذه النتيجة لاقيمة لها فيجب تكرار المعاينة ؛ فقد عرفت مريضاً اجرى فحص بصاقه اربع عشرة مرة في ايام متوالية ولم يعثر على الباسيل في اية مرة كانت ولما اجريت الفحص للمرة الخامسة عشرة وجد الباسيل بكميات وافرة .

قد يكون القرار امراً مهم جداً في احوال استثنائية وتكون الطرائق العادية قد فشلت في اظهار الباسيل ففي هذه الحالة ربما وجب عمل التلقيح في الحيوان غير ان هذا العمل يكلف نفقات زائدة ولايمكن الحصول على نتيجة منه الا بعد مضي اربعة او ستة اسابيع .

﴿الطريق الخامس من طرق البحث﴾

وهو معاينة الصدر باشعة اكس .

ان طريقة البحث بالأشعة طريقة ثمينة جداً لاسيما في الوقائع المبكرة حيث تكون العلامات المادية معدومة او مشكوكا فيها . فاذا لم يظهر شئ في رقوق الاشعة فأسلم طريقة هي اعتبار الشخص خاليا من التدرن وان كان قد لزم الاستمرار على المشاهدة بالطرق الاخرى .

واذا اتفق وجود شخص في اول اصابته بالتدرن ووجد فيه بعض الاعراض ولكن لم يوجد في صدره لا العلامات المادية ولا باسيل التدرن وكانت الاشعة قد اكتشفت فيه دلائل تبرهن على وجود المرض فيجب اعتباره مصابا بالتدرن ومعالجته على هذه الصورة . واما الانتظار الى ان تنكشف فيه العلامات السريرية فليس سوى مساعدة للمرض على التقدم وبلوغه الدرجة التي لاينفع معها العلاج

ومع ذلك فقد لايبدي التصوير بالاشعة دليلا على المرض في احوال نادرة مع ثبوت وجوده اما باكتشاف الباسيل في البصاق واما من النفث الدموي الغزير

وكثيرا ما يتعذر التمييز بين التدرن الجاوري المبكر والتهاب القصبات الحاد بدون الفحص بالاشعة .

والبحث بالاشعة طريقة ثمينة جدا لتعيين وسعة المرض في مريض عرف سابقاً انه مصاب بالتدرن ومثلا ان العلامات المادية ربما عجزت عن بيان المرض في الرئة القليلة الاصابة ولكن الاشعة تقوم ببيان ذلك حالاً

والفحص بالاشعة ضروري قبل المعالجة بالنوموتوراكس الصناعي وبعده وهو الطريق الوحيد لتشخيص التدرن السروي في الرئة

﴿الانذار﴾

ان اول خطوة في سبيل الوصول الى معرفة الانذار هو تشخيص الحالة المرضية في رئتي المريض بصورة مضبوطة والخطوة الثانية هي تعيين قوة مقاومة المريض ولا يتم هذا الا بالاختبار .

فاذا شاهد الطبيب ان التدرن لم يزل في ادواره الاولى فلا يكون لديه مايعول عليه في تعيين مستقبل المرض الا بعد مدة من الزمن يفضي بذلك الى المريض او اقاربه

مبينا لهم ان المرض في ادواره الاولى ولايمكنه ان يقول شيئاً عن عواقب المرض الا بعد ثلاثة اشهر . فاذا اقتنعوا بهذه الافادة فنعم المطلوب اذ ان الطبيب سوف يجد فرصة كافية لتعيين مقاومة المريض بشئ قليل او كثير من الاتقان .

ومع ذلك فان كان من الضروري ابداء رأي عاجل في خصوص الانذار يجب ان تحاول تقدير المقاومة .

اولاً — بتدقيق البحث في تاريخ العائلة ؛ فاذا وجد ان البعض من افراد العائلة قد اصيب بالتدرن في ذات العمر تقريباً وتوفي منه ، فيكون الانذار بالطبع سيئا والخلاصة ان تاريخ العائلة كلما كان سيئا كان الانذار وخيما

ثانياً — بتعيين حدة المرض ؛ فاذا دلت اقوال المريض على ان المرض قد تقدم سريعا واشتدت وطأته بمدة قصيرة فان هذا يدل على ان المريض قليل المقاومة وان مرضه آخذ في التقدم وسوف يكون عديم الرجاء في القريب العاجل .

ومن جهة اخرى اذا انقضت حدة المرض الاولى واعقبتها فترة وجد فيها المريض تحسناً ظاهرياً ثم انتكس المرض مرة اخرى فمن المعقول ان نترقب تحسن المرض كرة اخرى بالمعالجة الصحيحة وان نامل وقاية المريض من انتكاس آخر بالاحتياطات اللازمة .

ثالثاً — بالتفتيش عن وجود او فقدان الظروف التى ربما اعاقت المعالجة كمزاج المريض والصعوبات العائلية او المالية او وجود امراض اخرى .

ان انذار التدرن وخيم مهما كانت درجته الا انهم اذا كان المريض قد عزم على الشفاء وانصف في اتباع العلاج الموصوف له وتعلم كيف يعتنى بصحته ويحتاط لنفسه واما اذا كان المريض مصاباً بالضيق المالي الى درجة بليغة واضطر الى الاختصار من مدة الاستشفاء فى المصح (سناتوريوم) وعاد منه الى مشاغله السابقة ومشاكلة العائلية فقد يكون الانتكاس امرا لابد منه

المعالجة

لااعرف فى هذه البلاد مرضاً يخدم العزائم عند معالجته كالتدرن الرئوي الا اذا كان ذلك المرض من الامراض الخبيثة وفى اغلب الاحيان لايستطيع المريض اولا يريد الدوام على معالجة صحيحة تستغرق زمناً طويلا بل انه يطير من طبيب الى طبيب باحثاً بدون فائدة غالباً عن ذلك الطبيب الذي يوعده بالشفاء باستعمال بعض المستحضرات التجارية الغير مفيدة والغالية التى تستعمل بواسطة الابرة

لم يوجد للتدرن علاج خاص الى حد الآن ومع ذلك فهو ليس من الامراض التى تفضي الى الموت حتماً .

ولايمكن سرد جميع انواع المعالجة ولذلك سوف اكتفي بذكر البعض منها بصورة موجزة :

ان جميع انواع المعالجة ترمى الى احد الاغراض الآتية :

(١) اتلاف باسيللات التدرن .

(٢) اتلاف السموم اى الثوكسينات

(٣) حصر الآفة بأيجاد سور من النسيج الليفى حول الادران

١ — اتلاف باسيل التدرن

استعملت طرائق مختلفة لهذا الغرض اشهرها واجدها استعمال احد املاح الذهب يدعى بأسم الصوديوم غولد تيوسولفات Sodiumgold thiosulphat او الساتوكريزين Sanocrysin وهو من مكتشفات الاستاذ مولغارد (*) من الدنمارك وقد استعمله بشئ من النجاح ولم تفلح التجارب التي اجريت باستعماله في انكاترة ولم تسفر عن نتائج نهائية الى حد الآن وقد حصلت من استعماله عوارض شديدة ولذلك فلا يمكن الآن استعماله فى التطبيقات العمومية . كان كل من الكريوزوت (خلاصه القطران) وزيت الثوم oil of garlic وزيت الدراصينى oil of cinnamon مستعملا فى المعالجة لمدة طويلة من الزمن وربما كانت هذه المواد قاتلة للباسيل فى المسالك الهوائية ولكنها لاتسطو عليه وهو في الآفات الدرنية ومن المحتمل ان يكون مفعول زيت كبد الحوت (دهن السمك) من هذا القبيل بواسطة الفيتامين ألف ( ) الذي يزود به الجسم ويفعول حوامضه فى محفظه الباسيل . وان زيت كبد الحوت يساعد على تثبيت الكالسيوم فى البدن .

وهناك مواد اخرى تندرج فى صنف الادوية القاتلة للباسيل منها مصل (سبالينجر) الذى قامت حوله مجادلة عنيفة فى الوقت الحاضر ويستحصل من تلقيح عدد كبير من الحيوانات بأنسال مختلفة من باسيل التدرن وهذه الطريقة طويلة وتحتاج الى نفقات زائدة لايمكن فى الوقت الحاضر وضعها فى موضع التطبيق فى الممارسة العامة وقد تضاربت التقارير التى تتضمن نتائج استعماله تضاربا كليا فبينما نجده مفيدا في نظر البعض نجده عديم الفائدة فى نظر البعض الآخر .

(٢) اتلاف التوكسين

لقد حاولوا اتلاف التوكسينات بانتاج مضادها بواسطة انواع مختلفة من التوبركولين وهناك انواع شتى منه مما يشير الى عدم وجود نوع واحد مقنع ويكاد لايستعمل الآن فى حوادث التدرن الرئوي ومع ذلك فهو نافع فى حالات التهاب الكلى والمثانة والقزحية اذا كان هذا درنيا .

(٣) حصر الآفة بايجاد سور من النسيج الليفى حول الادران وهو نوع المعالجة الذي يجب ان نرمي اليه ويحصل عليه باعلاء قوة مقاومة المريض ومنعه عن القيام بالمجهودات البدنية التي تفضى الى تأخير سير الشفاء .

الهواء النقي والطعام الملائم ونور الشمس والمقويات والادوية الاخرى . كل هذه المواد تعمل على اعلاء قوة المقاومة .

الهواء النقي الطلق

اذا كان المريض مكتسياً كما يجب فلا خوف عليه من البقاء فى الهواء الطلق طول النهار بل وطول الليل وتضر به الارياح الرطبة لأنها تفضى الى تغيرات فجائية عظيمة فى المناخ ومن المهم ان يكون الهواء خاليا من الغبار

(*) Mollgaard

نور الشمس

ينفع جدا التعرض لنور الشمس الطبيعي ولكن نفعه اقل في غير حالات التدرن الرئوي ويستعمل ايضاً نور الشمس الصناعي وقد رجح استعماله البعض من المؤلفين

الحمية او ترتيب الطعام

يجب اطعام المريض في حدود قابليته الهضمية بالاطعمة المغذية ويسمح بتعاطي كميات وافرة من السمن كلما كان المريض محتاجا للتعويض عن الخسارات المادية القديمة .

الراحة

لعل الراحة من اهم الاسباب الداعية الى انهاض قوة المريض لمقاومة المرض ولايخفى ان التثبيت هو الوسيلة الوحيدة التي يلجأ اليها في معالجة الالتهابات الدرنية التي تصيب المفاصل ونظير ذلك فان التدرن في الرئة يشفى بسرعة اذا قل شغل الرئة مهما امكن لأن اتساع الرئة يمدد النسيج الليفي الجديد التكوين ويمزقه وكذلك فان زيادة التنفس تسبب جرف التوسكلين من الرئتين الى

اذا كانت الآفة في ابان نشاطها يجب التزام الراحة المطلقة في الفراش ويسمح بالحركة تدريجيا كلما تحسنت احوال المريض على ان يلاحظ مفعول هذه الحركة بمقدار ماتنتجه من الحمى

وهناك طريقة ثمينة جدا لأراحة الرئة المؤوفة وهي (البنوموتوراكس) الا ان مضادات الاستطباب بهذه الطريقة كثيرة في هذه البلاد الى حد انها جعلتني ابتعد عنها ولااوصي بها ابدا واكبر محاذيرها طول المدة التي تستوجبها المعالجة حتى اصبح من المتعذر القيام بهذا الامر في محل غير المستشفى او المصح اي السناتوريوم . يجب اعداد المريض في المستشفى لتقديمه للمعالجة مدة تتراوح بين ٤و٦ اشهر ويجب على المريض اعادة المعالجة من قبل الطبيب الذي شرع فيها والاستمرار على مراجعته بفترات تتراوح بين اسبوعين وستة اسابيع لأنه يجب ابقاء الرئة في حالة التكمش لمدة سنتين على الاقل .

يتضح من هذا بسهولة ان هذه الشروط تجعل هذا النوع من المعالجة عديم الاستفادة في اغلب الحالات التي تشاهد هنا .

وبعد هذا اريد ان اقول بضع كلمات عن المعالجة في السناتوريوم؛ تعلمون جميعكم ان هذه البلاد محرومة من هذه المؤسسات واذا خطر ببالنا تأسيس واحدة منها فأن هذا الامر من الامور التي تحتاج الى ملاحظات دقيقة جداً

وقبل كل شيء اودان ابين ماهو السناتوريوم فأقول ان السناتوريوم او (المصح) هو منزل للنقاهة معد للمصابين بالتدرن تجرى فيه المعالجة بالهواء الطلق والطعام الملائم والرياضة البدنية التدريجية . واما المرضى الذين قد بلغ فيهم المرض حداً كافياً لأحداث الحمى فيجب ان يعالجوا في المستشفى وليس في السناتوريوم

قلنا انه اذا حدثتنا نفسنا في انشاء السناتوريوم يجب ان نلاحظ امكان ذلك بكل دقة والآن اعود فأقول ان

مديرية المكتبة الوطنية
بغداد - العراق
الرقم العام

النقاط التي تعارض آلان فكرة انشاء السناتوريوم هي :

اولا . النفقات او المصروفات

ثانيا . فقدان المحل الملائم

ثالثا . صعوبة العثور على مرضى يوافق اعدادهم للقيام بالمعالجة الطويلة اللازمة

اولاً ان مسئلة المصروفات مسئلة لايمكن التغلب عليها في هذه الضائقة المالية ولو فرضنا اننا حصلنا على مقدار محدود من المال فسوف تساورنا الشكوك في هل يكون من الافيد صرفها في مشاريع اخرى اعم فائدة من السناتوريوم

ان ما يلزم حقيقة لانشاء بناء مناسب لأيواء خمسين مريضاً مثلاً لا يحتاج الى مصارفات طائلة . ولكن اذا افتكرنا في طول المدة اللازمة لاجل المعالجة ولحاظنا الفقر المستولي على اكثرية المرضى وجب ان نلقي مصروفات هذا المشروع على عاتق الحكومة ويصح ذلك اذا نظرنا الى الامر من الوجهة العملية.

المحل . انا شخصياً لا اعلم الا القليل عن احوال الانحاء العراقية الجبلية ولا كنني على يقين من انه من الممكن العثور على محل موافق للسناتوريوم. فيجب ان يكون هذا المحل بمعزل عن الملاريا ويجب ان يكون سهل الوصول وتصح الاقامة فيه في جميع فصول السنة .

صعوبة العثور على اصابات موافقة من اصابات التدرن

ان اغلب الاصابات التي ترد لأجل المعالجة هي من التي قد قطع فيها المرض اشواطاً بعيدة قد جعل السناتوريوم غير مفيد لها . وقليل من المرضى يستطيع او يرغب في تقديم الفرصة المناسبة للطبيب في ادوار المرض الاولى .

ان المصابين بالتدرن هم من المتفائلين بالخير ولا تخطر ببالهم ضرورة المعالجة والاستعجال فيها الا اذا كانوا في شدة المرض .

انا واثق من ان اصلاح التعليم . واتخاذ التدابير الصارمة ضد المرض وتأسيس السناتوريومات المجانية وغير ذلك من الامور سوف تقتحم هذه الصعوبات مع الزمن وتسوق المريض الى طلب المعالجة في مبدأ المرض وتجعلهم راضين بطول هذه المعالجة .

هذه هي النقاط التي تقف في وجه مشروع السناتوريوم

واما النقاط التي تستوجب انشاءه فهي :

اولاً . ان السناتوريوم هو من بين انواع المعالجة النوع الوحيد الذي يمكن التعويل عليه في استحصال الشفاء الدائم .

ثانياً اذا قام المريض في السناتوريوم ولو لمدة قليلة فأنه يحصل على تربيه صحية يستفيد منها جداً لأنه سوف يتعلم كيف ينظم حياته ويدرك كيف يكون مفعول التعب الزائد والخلاصة انه سوف يعتاد على النظام ويتعلم مبادئ المعالجة وربما جرى عليها في بيته .

قد طالت خطبتي هذه ولكن اسمحوا لي بأبداء ملاحظة اخرى وهي .

هل يجب ان نعلم المريض بمرضه ؟ نعم . يجب ذلك دائما ولو كان المريض عصبي المزاج . لأن المصابين

بالتدرن يجب ان يعملوا والطبيب معـا للحصول على معالجة مفيدة وهم في الغالب من الاذكيـاء فأذا علموا بمرضهم سوف يكونون مساعدين للطبيب فى عمله .

ولا يجب اخفاء المرض عن المريض الا فى الحـالات التى قد تتقدم فيها المرض واصبح عديم الرجاء فالا فضل ان يؤمل المريض بالخير ليكون مرتاح الضمير فى ايامه الاخيرة وبالطبع يجب ان لا نكتم عاقبة المرض عن الاشخـاص الذين لهم علاقة بالامر

الانكيلوستوميازيس (*)

الدكتور توفيق رشدي

سيدي الرئيس ساداتى المحترمين الاعضاء

لكل بلاد امراض عديدة والعراق انواع واشكال من شتي الامراض لاستيلائية والمحلية. ان البلاد معروضة للامراض الوافدة كالهيضة والطاعون عدا ان انتشار الملاريا والسل وداء الافرنج عظيم جدا . لكن اريد ان اقتصر بكلامى حول احد المرضين المهمين الذين لم يلفتا النظر كـاثر الامراض السارية مع ان الاضرار الناجمة عنهما لاتقل باي صورة كانت . عن اشد الامراض الاستيلائية ان هذين المرضين هما البيلهارزيا والانكيلوستوما . وسيقتصر كلامي حول الانكيلوستوما فقط ، نظر الاهميه البحث ووسعته .

ان معضلة الانكيلوستوما اجتماعية اكثر من ان تكون طبية وبما ان المرض يصيب الفلاحين ويمنعهم عن تعاطى مهنتهم فيجب علينا ان جهدنا لاستئصال هذا المرض طالما البلاد زراعيه والنفوس قليلة . فالانكيلوستوما تقلل قابلية العامل للعمل بل تمنعه بتاتاً من الاشتغال في كثير الاحيان فبدل ان يكون الشخص منتجا يكون عالة على المجتمع وبهذا تقل الايدي العاملة التي نحن بمسيس الحاجة اليها لانهاض مستوى البلاد الاقتصادي .

فطالما الفلاح هو العماد الاصلى لهذة البـلاد التي لايمكن ان تقوم لها قائمة بدونه فالواجب يفرض علينا ان نبذل قصارى جهدنا لاعلاء مستواه الصحى وحفظه من جميع العلل والاسقام . وكثيرا ما قرأنا وسمعنا زملائنـا الكرام يحثون الناس على تكثير المواليد ظانين ان مجرد تزايد المواليد يكفي لتزايد النفوس والحال هذا رأى مغلوط جدا فالنفوس لاتزداد بنسبة المواليد بل بنسبة التفاضل الموجود بين الولادات والوفيات . ثم لا ادري ماهى الفائدة التى ستجنيها البلاد من كثرة النفوس طالما نحن عاجزون عن ان نحفظ هذه الكتلة من الامراض الاستيلائية الوافدة او الموجودة محليا . ولذلك اود ان الفت انظار من بيدهم الحل والعقد

(*) المحاضرة التي القاها الدكتور توفيق رشدى فى اجتماع شباط ١٩٢٨ للجمعية الطبية البغدادية

لهذه النقطة المهمـة وارجو ان يرسخ في اذهانهم ان من الصعب جدا ان لم يكن من المستحيل تزييد نفوس البلاد طالما السواد الاعظم وهم الفلاحون يذوقون انواع العذاب من الملاريا والبيلهارزيا والانكيلوستوما . فمن الظلم اذاً ان نطلب من المرأة المسكينة ان تلد عدة اولاد لتدفنهم بعد مدة بنتيجة الامراض السارية . ان الاحصاآت في قسم الولادة في المستشفى الملكي تدلنا دلالة واضحة على ان الام لاتحتفظ على نصف ماولدته بل كثيرا ما تنزل هذه النسبة الى الثلث . فهذا دليل قاطع على كثرة الوفيات في الاطفال ولو كانت لنا احصاآت صحيحه لعرفنا نسبة الوفيات العظيمة الناتجة عن الانكيلوستوما مباشرة في الكهول والشبان .

ان حياة الفلاح المسكين عبارة عن بؤس وشقاء مستمرين فتارة تهلكه الملاريا وتارة تذيقه البلهارزيا الامرين اما الانكيلوستوما فهى ثالثـة الاثافى وهي تقطع الحرث والنسل بكل معنى الكلمة . وانا لاأستغرب اذا امتثل الفلاحون قول ابي العلاء المعرى قائلين : هذا جناه ابي علي وما جنيت على احد . . فيتبعدون عن تكثير النسل المحكوم بالهلاك عاجلا ام آجلاً لكن الجهـل المطلق المخيم على هؤلاء السذج يسوقهم غريزيا فيتكاثرون كالبهائم نعم يعيشون كالبهائم او الدواب لا يعرفون من هذه الدنيا سوى الالم او الشقاء . فانا شخصيا لا اشوق احداً خصوصاً الفلاحين، على تكثير ابنائهم ليكونوا لقمة سائغة لملك الموت . لا يمكن ان تقوم لهذه البلاد قائمة طالما يبقى الفلاح في هذا الجهل المطبق . ان نشر العلوم من جهة وانشاء قرى مؤسسة على القواعد الصحية الحديثـة من جهة اخرى ضروريان لحفظ النسل وتكثيره . ان اكبر خدمة يمكن ان يقوم بها احد هى تخليص هؤلاء المساكين من مخالب الامراض المهلكه وتعليمهم ان يعيشوا عيشة مرضيـة . « ان الفلاح سيد البلاد » وكل التدابير التي تتخذ بدون الاكتراث به والأهتمام برفاهة لا تجدينـا ان فائده ما . ولذلك يجب ان تتجه كل جهودنا لأعلاء مستواه وترفيهه بصورة حقيقيه .....

ايها السادة ! ان المرض مهم وان الاضرار الناجمـه عنه عظيمه جدا فعليـه من الضروري ان تهتم الدوائر المختصه لمكافحة هذا الداء الوبيل بهمـة لا تقـل عن مكافحة اى مرض سارى آخر . لان الضحايا التى تقدمها لهذا المرض الخبيث سنويا تفوق ما يخطفها اى مرض انتاني ساري آخر بكثير .... وهذا الذي حدا بي ان اجلب انظاركم وجراني ان اشغل قسماً من وقتكم الثمين لمطالعة هذا الداء

ان الانكيلوستوميازيس انتان خصوصى منتشر فى اكثر الاقاليم الحاره وقرب الحاره اما فى الاقاليم المعتدله فيشاهد فى مواقع خصوصيه كالمناجم والانفاق ومعامل الآجر (الطابوق) ان المرض يصيب الاشخاص الذين يشتغلون فى الاراضى الرطبه او المياه العكره الملوثه بثفرات Ankylostoma Duodenale americanus

فاذا كانت العدرى كافيـة لتوليد مرض ذي اعراض سريريه واضحة يشاهد حينئذ فقر دموى متزايد