

الأمراض الجنسية

لدى الرجل والمرأة

تأليف

الدكتور جان لاكسماني الدكتور جان روسي

ناثي رئاسة المعاينة الطبية في معهد ليون سابقاً

تقديم

علي عبد الله ماضي

رئيس صحي طباريه

خزانة المحررين

للطباعة والنشر والإعلان

صاحبها ومديرها المسؤول : خليل محمد منعمه

الإدارة : بناية الصليبي - المدخل الرئيسي - بيروت

الطبعة الأولى

١٩٥١/٣

كلمة الدار

لم يعالج الدكتور « هنري دروان » موضوع الأمراض الزهرية بين المواضيع الكثيرة المفيدة التي عالجها في كتابه « هذا الجسد » ، إلا ليعطي القارئ فكرة أولية عنها . لذلك عمدنا الى اصدار كتاب يبسط هذا الموضوع بدقة وايضاح ، ويتناول الأمراض التناسلية بالتفصيل ، ويشرح أخطارها ، ويعالجها بأمانة وأخلاص .

صدر هذا الكتاب في اواخر عام ١٩٥٠ باللغة الفرنسية وقد وضعه طبيبان شهيران هما « جان لاكساني » و « جان روسي » : رئيسا المعاينة الطبية السابقان في معهد ليون ، فعالجا بحثه معالجة شيقة شارحين أحدث النظريات الطبية على ضوء الأكتشافات الحديثة ، في سرد سلس متماسك وأسلوب متين .

وان دار القلم ، وقد ملست أفئدة المكتبة العربية الى أمثال هذه الكتب ، الصحية منها والتربوية والاجتماعية ، أخذت على عاتقها نقلها الى لغة الضاد ، رغبة منها في أن تقدم للقارئ العربي خير ما أنتجته قرائح الغرب ، مقدمة للجيل الجديد دليلاً مخلصاً يقيه العثرات ومرشداً حكماً يهديه سبيل السبيل !

فليب محمد ضخمه

obeykandi.com

التعقيب أو السيلان

ان مرض السيلان او ما يسمى بالعامية تعقيب او حرقة البول ينتج عن وجود وتكاثر مكروب الفونوكوك في الاغشية المخاطية للجهاز البولي الاسفل عند الرجل، وفي الاغشية البولية والتناسلية عند المرأة . وهو اكثر الامراض التناسلية انتشاراً حتى قيل فيه « انه مرض يتعرض له حتما كل الناس » . وهذا تأكيد يصح اعتباره مبالغاً فيه في يومنا هذا لو لم يصبح البغاء بفعل القوانين الحديثة دغارة سرية تعتبر بحق تنوع مكروبات لا ينضب معينه ..

ومن ذواعى السرور ان تقابل هذه الاخطار فعالية اكبر في المستحضرات الطبية الحديثة . وقد ادت سهولة استعمال هذه المستحضرات وبالتالي عدم اكتشاف بعض المصابين الى استحالة وضع احصاءات صحيحة تبين مدى انتشار هذا المرض ، ولكننا اجمالاً نستطيع ان نجزم بان عدد الاصابات حالياً لا يتزايد على الاقل .

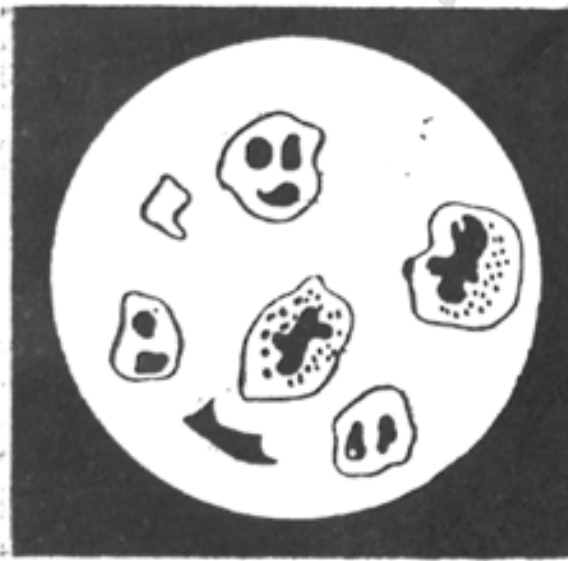
ان قدرة المستحضرات الحديثة على الشفاء قد غيرت تماماً صورة المرض الكلينيكية فالرجل الذي يراقب نفسه جيداً يشعر بوجود المرض منذ ظهور نقطة بيضاء عند فتحة القضب يثبت الفحص « بالمجهر » وجود المكروب فيها . فاذا بوشر بالعلاج تواء اختفت المكروبات في الساعات القليلة التي تعقب بدء هذا العلاج وزالت الاعراض المرضية كلها في غضون اربع وعشرين ساعة . هذه هي الصورة الحالية للمرض التي تسهل مشاهدتها — عند الرجل على الاقل — لو ان كل من تعرض للعدوى يتحرى جسده

بعناية ودقة خلال الاسبوع الذي يلي الاتصال الجنسي المشبوه ..

لو كان هذا يحدث دائماً في مجتمعنا ، لأمكننا الاستغناء نهائياً عن الصورة المروعة التي نجدها في كتابات الاخصائيين القدامى ، تلك الصورة التي تبرز شهرة المرض السيئة. ولكن كثرة من يضربون بالرقابة الصحية عرض الحائط ، ولا يقيمون للاعتبارات الاجتماعية كبير وزن ، تدفعنا للاحتفاظ بالصورة القديمة للمرض وبسطها في هذا الكتاب ..

ولن يكون عبثاً ان نسرد للقارئ قصة مرض السيلان لانها تضرب لنا مثلاً واقعياً صادقاً عن نكوص الافكار العلمية وتراجعها وبالتالي انكشاف الحقيقة رديحاً من الزمن غير يسير .

عرف مرض السيلان منذ امد بعيد ، ويدلنا على ذلك ورود ذكره في كتابات اقدم الاطباء الذين اعتبروه مرضاً قائماً بذاته . وانقضت بعدهذا



قيح السيلان

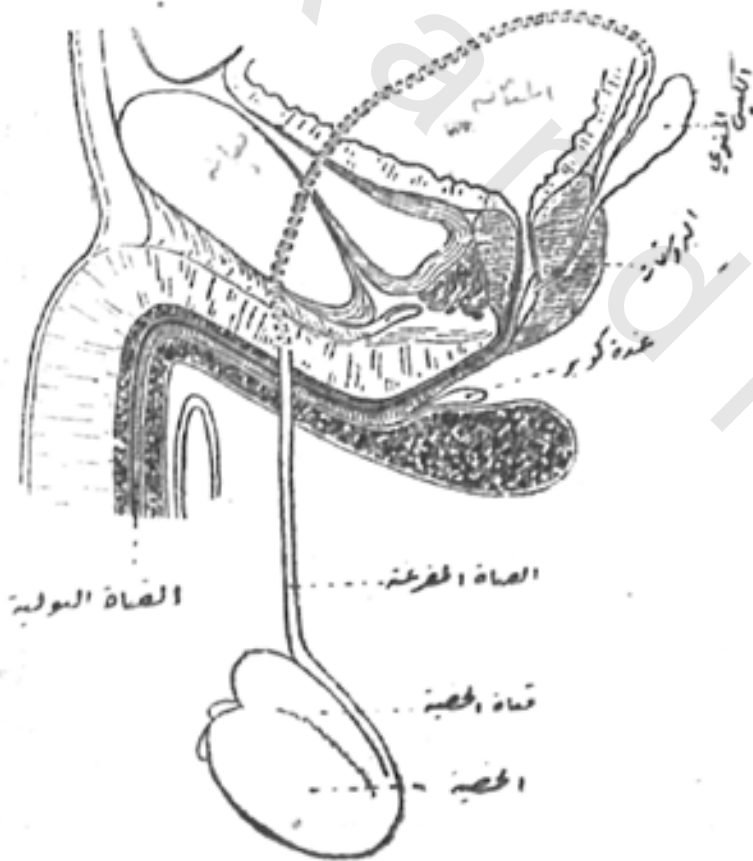
مدة من الزمن استمرت منذ القرن السادس عشر حتى القرن التاسع عشر خلط الاطباء اثناء هابينه وبين الافرنجي « السفلس » فاعتبروها مرضاً واحداً واخضعوها لعلاج واحد . وانما يرجع الفضل في اثبات الفرق بين المرضين الى « ريكورد » الذي لم يصل الى هذه الحقيقة الا في منتصف القرن التاسع عشر ، ولكن المؤسف

ان لا يعترف هذا الرجل بصحة عدوى السيلان ، وان يعتبره احد اعراض مرض خفيف الوطأة اشتهر في ذلك العصر وهو « الفلو كوز » . وقد ذهب ريكورد الى ابعد من هذا في شرح طريقة العدوى ، وهي تتلخص بان:

يحتل الرجل مكاناً خاصاً في المطعم ، ويطلب غذاء يتكون من «سلاطين» وشبانيا تشاركه فيه امرأة لنفاوية شقراء .

ان التطور العلمي قد بدد الظلمات التي كانت تكتنف قضية التعقبة من كل جانب . فقد افسح اكتشاف « نيسر » للغونوكوك المجال للقيام بتجارب عديدة تمكن الطب معها من تحديد طريقة العدوى ، ونوع « التدميرات » ومدة التفريخ وتطور المرض . وان دراسة هذا المرض عند الرجل اسهل منها عند المرأة وذلك نتيجة لاختلاف طبيعي في تركيبها التناسلي .

التعقبة عند الرجل من خصائص هذه الاصابة « التعريفية » تركزها



مخطط الطرق المنوية لدى الرجل

طويلا في القناة البولية ، اذا لم يتوفر لها علاج ناجع يقضي على الغونوكوك بسرعة . وهي تنقل في هذه الحالة الى الجزء الخلفي من هذه القناة ومن ثم الى الاعضاء التناسلية كالبروستات والاكياس المنوية والقناة المفرغة والحصى وقناتها ولعل ما اشتهر عن التعقبة من الم ، انما يرجع

الى طول القناة عند الرجال ، وهذا الالم يفسر بدوره اطلاق العامة على التعقبة اسم « حرقة البول » .

العدوى : ان الصفحة الفشائية التي يوجه اليها المكروب هجومه محدودة في فتحة القضيب وما يجاورها مباشرة من غشاء الحشفة . وهذا يفسر كون العدوى تكاد تقتصر على العوامل الجنسية ، رغم كونها ممكنة نظرياً بواسطة عوامل مختلفة اخرى ، ولكن الظروف التي تصبح فيها العوامل غير الجنسية قادرة على التأثير ، نادرة جداً .

واذا كان الاتصال الجنسي هو السبب المباشر والعملي للاصابة فليس ضرورياً ان يكون هذا الاتصال تاماً ، اذ تكفي احياناً ملامسة بسيطة لاعضاء المرأة التناسلية او في حالات اخرى لملابسها الداخلية التي تتلقى السيلان المهبلي ، لوقوع العدوى . ولكن الغونوكوك يجد اثناء العمل الجنسي سهولة اكبر في الهجوم والتركز في الاغشية . كذلك يجب الا ننظر الى هذه العدوى اثناء العمل الجنسي كامر محتم . واذا كانت المرأة المصابة بالتعقبة الحادة تعدي شريكها لا محالة ، فان الامر يختلف تماماً فيما يتعلق بالمرأة المصابة بالتعقبة الزمنة اذ ان عدد المكروبات في هذه الحالة يكون قليلاً ، وهي تتركز في غدة واحدة او في عدد محدود من الغدد ، كما تختلف امكانيات العدوى باختلاف ميعاد الحيض .

وتلعب نظافة المرأة قبل العمل الجنسي ، ونظافة الرجل بعده ، دوراً هاماً في هذه القضية . ويجب الا ننسى اختلاف امكانيات العدوى باختلاف « اللذة » التي ترافق العمل والجنس ، فقد تبلغ « لذة » المرأة احياناً حدّاً تفرغ معه كل ما في غدها مما يجعل انتقال الغونوكوك امراً سهلاً .

وهذا يفسر امكان اصابة رجل واحد بين كثيرين ممن اتصلوا بامرأة واحدة وفي مدة معينة .

وهناك نوع آخر من التعقبة يتركز في «الشرح» عند المرأة او الرجل وسنوجز بحثه في فصل التعقبة عند المرأة

التفريخ : هي المدة التي تلي انتقال المكروب وتركزه ، ولا نكتشف فيها الاصابة عن اي عارض « تعريقي » وان معرفة هذه المدة ضرورية لانها تسمح لنا بان نمنع من نشك في اصابته من نشر المكروب هنا وهناك .

ان التجارب التي اجراها الالماني «فنجر» عند بعض الرجال وذلك بأن نقل اليهم المرض بواسطة ميل يحمل بقيح « التعقبة » ، دلت على ان مدة التفريخ لهذا المرض لا تزيد على ثلاثة ايام .

ونضيف الى هذه النتائج التجريبية نتائج احصاءات اجريناها عند رجال لم يقوموا بالعمل الجنسي الا مرة واحدة ، وقد اثبت كل هذا ان « مدة التفريخ » تتراوح بين يومين وخمسة ايام .

ولا شك بأن هذه المدة تختلف باختلاف طريقة مراقبة الافراد لأنفسهم . فالرجل اليقظ يراقب نفسه بدقة ، ويكتشف النقطة الأولى على فتحة القضيب منذ اليوم الثاني ، هذه النقطة التي يعزوها الطبيب الى التعقبة حين يكتشف فيها الغونوكوك .

ولكن المسألة التي تهتمنا اليوم فيما يتعلق بمدة التفريخ هي أماكن العدوى أثناءها أو أستخالطها . لقد اثبتت تجارب « فنجر » ان الغونوكوك يتركز خلال هذه المدة في الطبقة السطحية من غشاء القناة البولية ، وبما ان هذه الطبقة « تنقشر » بصورة دائمة فان الخلايا قد تحوى بعض الميكروبات التي تنتقل بواسطة « المني » أو إفرازات غدد القناة البولية الى المتصل بالمصاب . وهكذا نرى ان هذه المدة لا تخلو من خطر عظيم .

اعراض التعقبة : من هذه الاعراض ما هو ذاتي يكتشفه المريض

بنفسه فيدلي به الى الطبيب ومنها ما هو « موضوعي » يكتشفه الطبيب ،
بمساعدة المريض .

تختلف هذه الاعراض بشطريها الذاتي والموضوعي باختلاف المدة التي
انقضت على بدء الاصابة . وليذكر القارئ ان ما سنورده منها انما يتعلق
بالتعقبة التي لم تتعرض لاي علاج . وهذه الاعراض تكاد لا تلتقي في شيء
مع اعراض التعقبة التي خضعت لطرق العلاج الحديثة .

دور بدء المرض : يتبع هذا الدور دور التفريخ ، وهو يمتاز بظهور
السيلان في مدة تتراوح بين اليومين والستة ايام بعد العدوى ، وقد تثير
شكوك المريض أعراض ذاتية أو موضوعية ، ولكن هذه الاخيرة تقل
تدريجياً ، حتى لتكاد تنعدم . ويرجع السبب في ذلك أماً الى قدرة اقل
فتكا في المكروب أو الى قوة أكثر فاعلية في المستحضرات الحالية التي
تمكننا من القضاء على المكروب بسرعة وبسهولة عجيبتين . وأهم من هذا
كله قدرة كميات غير كافية من هذه المستحضرات على إزالة الجزء الأكبر
من قدرة المكروبات على النمو والتخريب .

ويتكشف الانتان عن ظهور نقطة في فتحة القضيب ، وهذه النقطة القليلة
في البدء والتي لا تظهر الا اذا باعدنا بين جوانب فتحة القضيب بالضغط
عليه ، لا تلبث ان تغزر في ساعات قليلة فتسيل الى الخارج بطريقة عفوية .
اما السائل فهو رمادي في الساعات الاولى ويبيض فيما بعد . في هذا الدور
يتحتم على المريض ان يستشير الطبيب ، اذا كانت لصحته او لصحة من
يحيطون به أية قيمة في نظره . والطبيب وحده يستطيع بواسطة المجهر ان
يكتشف « الغونوكوك » الذي ينتقل من خارج الخلايا الى داخلها خلال
الساعات الاولى من ظهور اعراض التعقبة .

واذا علمنا ان التعقبة يجب الا تتعدى في ايامنا الحاضرة هذا الدور لأن

علاجاً مناسباً وكافياً كفيل بشفائها في ساعات معدودة ، يزيد وعينا لهذا الواجب الاجتماعي والانساني الخطير .

طور المرض المحقق : يتقرر مصير الاصابة في الاربع والعشرين او الثاني والاربعين ساعة الاول من دور بدء التعقية . فان لم يتم المصاب خلالها بمرضه تمكن هذا المرض منه ودخل في دوره الثاني . ويمتاز هذا الدور بانقلاب خصائص السيلان فيه ، فيينا نراه من ناحية يغزر تدريجياً نراه من ناحية اخرى يتغير لونه كلما مضى به الوقت ، ثم تشتد الآلام اذا كانت قد ظهرت منذ الدور الاول وتكون متواصلة متتالية ، وتقوى عند البول والانتصاب ، وهي وان تركزت في القضيب فقد تتعداه أحياناً الى كيس الخصية و « الشرج » . وقد اجمع معظم المصابين اثناء الفحص انهم يشعرون كأنهم يبولون شفرات حلاقة او حديداً حامياً « على حد تعبيرهم » . وتتضاعف الآلام حتى لتبلغ حدها الاقصى عند المجهود الاخير ، حداً قد يضطر معه المريض الى التمسك بالجدران الى ان يفرغ من « التبول » . ولا يندر ان يصحب نقاط البول الاخيرة بعض الدم ، وخصوصاً اذا اصبح البول متتابعاً شبه متصل .

ويغزر السيلان فيصبح قيحياً دائماً ، وحين يغسل البول القناة فان غدها تفرز مادة كثيفة تشبه الزبد ذات لون اصفر مائل الخضرة او اخضر ، ولعل هذا السائل لا يختلف في شيء عن القيح الذي يسيل من دمل سماخن اذا ما فتح . وهو يصبح بنياً اذا وافق التقيح تزيف طفيف ، اما اذا اصبح التزيف قوياً فان الدم يقطع السائل .

ويصعب احيانا تعيين موضع التقيح فينتج عن ذلك اختلاف في الرأي ولكن طريقة الزجاجات الثلاث كفيلة بحسم النزاع ، وهي تلخص بان يبول المريض في ثلاث زجاجات على التوالي ويفحص الطبيب هذه

الزجاجات فيجد نفسه امام احتمالات ثلاث :

١ - اذا كان القيح عاماً فالقيح كلوي .

٢ - اذا كان القيح نهائياً فالقيح متركز في المثانة .

٣ - اذا كان القيح بدائياً فالقيح بروستاتي او في غدد القناة البولية .

وهكذا نرى ان الزجاجاة الاولى هي التي تحتوي على السائل المعتكر

في حالة التعقبة وبما ان القيح يرسب بصورة عفوية فان هذا الاعتكار

الناتج عن قبح غزير يترك في قعر الزجاجاة راسباً كثيفاً .

فاذا فحصنا هذا القيح بالمجهر ظهر لنا الغونوكوك داخل الخلايا^١

اما الخلايا الناتجة عن تقشر الطبقة الغشائية ، التي كانت تملأ السائل في طور

بدء المرض فانها تنعدم في هذا الدور . هكذا يجب ان تكون الصورة

المجهرية ، وهكذا يجب ان تظل حتى الدور النهائي الا اذا اعترضت تطور

المرض مضاعفات . في هذه الحالات تكثر المكروبات خارج الخلايا ولا

تبتلعها هذه من جديد الا متى اشرفت المضاعفات على نهايتها . يكفي

اذن ان نرى المكروبات داخل الخلايا من جديد ، لنقرر ان المضاعفات

قد اشرفت على نهايتها .

ويؤدي استمرار السيلان وغزارته الى تهيج الحشفة والقلقة فتبدوان

منتفختين . وتكون شقنا فتحة القضيب بفعل انحنائها الى الخارج ما يسمى

اكتروبيون^٢ النسيج المخاطي الذي يبدو احمر براقاً متقشراً في اما كن

مختلفة كأنما اقتلعت بعض اجزائه بالموسى . واذا كانت فتحة القلفة ضيقة

بطبيعتها فان ذلك يكفي لجعل خروج الحشفة صعباً جداً ، وهذا ما

يسمى « فيموزيس » . واذا اخرجها المريض بالقوة فان القلفة تعصرها عند

١ - ليست هذه الخلايا سوى كريات الدم البيضاء . .

٢ - يطلق هذا الاسم على جزء من النسيج المخاطي الذي يغطي صفحة القناة البولية

الداخلية ، يبرز عبر فتحة القضيب في بعض الحالات المرضية . (المعرب)

قاعدها مما يؤدي الى احتباس الدم عنها وبالتالي الى اصابتها بالآكلة . وهذا ما يسمى « بارافيموزيس » .

وفي جميع هذه الحالات تظهر على ثياب المريض الداخلية لطخات صفراء اذا كان القيح الذي سببها اخضر ، ورمادية اذا كان هذا القيح اصفر .

ولا تتأثر في الغالب حالة المريض العامة بالانتان ، فالحمى وانعدام الشبيهة نادرتان ، فاذا وجدتا فليس سببها الانتان ضرورة ، بل قد تنتجان عن الارق والانتصاب المؤلم . اما الانحطاط العام فيرجع في الغالب الى عامل خلقي يذكيه فقدان الطمأنينة ، او الى نظام غذائي غير كاف اذا كان المريض يتبع اساليب الوقاية القديمة في العلاج .

واذا لم تعترض المضاعفات هذا الدور فانه لا يتجاوز الاسبوعين او الثلاثة اسابيع . وينتقل المريض منه الى الدور النهائي اذا ما قدر له ان يشفى بحالة عفوية ، وهذا نادر ، او الى دور التعقبة المزمنة اذا استمر تطور المرض ، وهذا ما يحدث في الاغلب .

الدور النهائي : في هذا الدور تخف الاعراض الذاتية والموضوعية فتتبع فترات الانتصاب ثم يخفني نهائياً . وفي نفس الوقت تقل الرغبة في « التبويل » وتخف الآلام التي رافقته في الدور السابق ، اضاف الى ذلك اختلاف حالة السائل ، فمن هذا الاختلاف انقلاب لونه من الاخضر الى الاصفر فالرمادي فالابيض المائل الى الرمادي ، ومنه ايضاً اختلاف في الكثافة يبدو معه السائل اقل لزاجة واقل شبيهاً بالزبد ، ثم يتحول الى نقطة تميل الى الصفاء ولا تخرج من القضيب الا اذا عصرناه .

واذا كررنا طريقة الزجاجات الثلاث رأينا اعتكار الزجاجات الاولى يخف تدريجياً فيخلف خيوطاً قيحية في البدء ثم مخاطية تفرزها غدد التمثانة

البولية بفعل الاثنان الذي يوسع قنواتها المفرغة . وهذه الحيوط تدق مع مضي الوقت لتأخذ في النهاية شكل الفواصل .

ولعل الفحص المجهرى لا يشذ عن سواه فيما يتعلق بهذا الانقلاب ، فهو يكشف عن مكروبات داخلية نادرة تحتل كرويات الدم البيضاء ، ولا يظهر منها في البدء الا واحد او اثنان في الحقل المجهرى الواحد ، ثم في الحقلين او الثلاثة حقول . ويختلف التركيب النسبى اذ تعود الخلايا التقشرية للظهور من جديد ، ويزداد عددها تدريجياً . اما السائل الذي يتحول مخاطياً فانه يحتوي على بعض « الغونوكوك » مما يشير الى اعتصام المكروب في قعر الخلايا الغدية .

وليس الشفاء من هذه الاصابة ضرورة لا مرد لها ، اذ ان التطور الذي يستمر اسبوعين او شهراً قد يطول سنين عدة فتتحول التعقيبية الى شكلها المزمن . ولكن المستحضرات الطبية الحديثة جعلت من هذه الامكانية امراً نادراً . وعلى كل حال فان اثبات الشفاء يعتمد على الفحص المجهرى الى حد بعيد .

التعقيبية المزمنة : يتخلص كل السيلان في هذا الدور في « النقطة العسكرية » ، هذه النقطة المخاطية التي تبدو بلون ابيض مائل الى الرمادي . وهي لا ترى الا اذا كانت فترات « التبويل » متباعدة وصباحاً عند الاستيقاظ . وهي تنتج عن كون الغونوكوك لم ينعدم نهائياً بل تجمع في الغدد التي تغطي صفحات القناة البولية . واذا كانت النقطة العسكرية تمتاز بعدم غزارتها فان العوامل التي تعيد لها غزارتها السابقة ليست قليلة ومنها الانهاك الجسدي والافراط الجنسي والتخمة والادمان على الكحول . وينشأ عن كل من العوامل المذكورة سيلان حقيقي ولكنه قيجي كثيف يشبه الزبد ، ذو لون اصفر مائل الى الاخضرار ، وعلى المريض الا يرتعد امام

هذه الاعراض لانها تزول في ايام معدودة ودونما علاج .

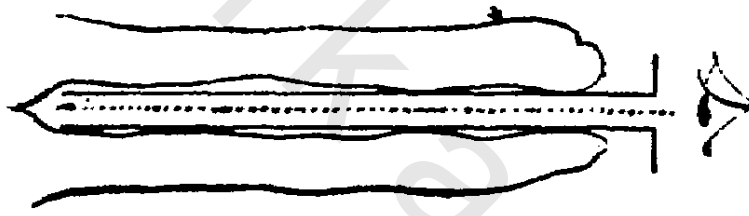
وقد يمل الطبيب المحاولات العلاجية امام استحكام المرض فيترك مريضه يائساً ، وينسى هذا نفسه ، اذ لا تقلقه اخطار مباشرة ، فيتكون في القناة البولية في غضون سنين قد تطول وقد تقصر ، ضيق ناتج عن تركز التقيح في نقطة معينة . وقد يؤدي هذا الضيق الى نتائج خطيرة لا يعتبر احتباس البول الحاد الا احد وجوهها . اضف الى ذلك ان ترك المصاب حراً يندر مكروباته اينما حل وحيثما سار ، خطر اجتماعي اكيد .

مضاعفات التعقية : اذا لم تعالج التعقية فان شفاءها « العفوي » او انتقالها الى الدور المزمن دونما مضاعفات احتمالان يندر وقوعهما . واذا كان هنالك من يعتبر مجرد انتقال المرض الى الطور المزمن مضاعفات ، فان المصطلح عليه ان هذه المضاعفات امر مختلف تماماً لانها في الحقيقة ترسم دائرة التعقية الحادة وهي على الاجمال انما تنتج عن تسرب المكروبات الى خارج القناة البولية حيث تركزت في البدء .

ينتقل « الغونوكوك » احياناً الى الخارج عبر فتحة القناة البولية ، فيحدث انتان في غدد الانسجة المخاطية في القضيب والقلقة ، ويسمى هذا « بالتهاب الحويصلات الخارجية » ، وهو يتطور كأني دمل عادي . اما اذا التهب الغدد الداخلية فانها تحدث ما يسمى « بالتهاب الحويصلات العميقة » الذي يكون كسابقه دملاً ينفث الى الخارج او الى الداخل او اليها على السواء وفي هذه الحالة يخلف الشفاء بمرأ « صورياً » دائماً . اما اذا التهب الغدد التي تغطي جوانب القناة كغدد « كوبر » و « ليدر » فانها تتكشف عن ورم يظهر في الحالب الامامي عند جزع الصفن يقابله احمرار وحرارة وألم . ولكن الغالب ان ينتقل الغونوكوك الى الداخل فيحتل من القناة البولية جزءها الخلفي ، وقد خيل لبعض المؤلفين ازاء كثرة هذه الحالات

ان كل تعقبة هي في الاصل خلفية . ويمتاز التهاب الجزء الخلفي من القناة البولية بما ينتج عنه من تتابع فترات التبول حتى لتعقب المرة المرة في مدة لا تتجاوز ربع الساعة . اضف الى هذا اشتداد الآلام التي ترافقه واعتكاره بالقيح الذي يفرز في الزجاجة الثانية (طريقة الزجاجات الثلاث) وليس التهاب القناة البولية الخلفية على كل حال الا مرحلة اولى في التهابات ابعد مدى تتعرض لها المثانة والبروستات والحصى وقناتها .

ان اشتداد الاعراض البولية السابقة هو أهم مظاهر التهاب المثانة ، وقد يبلغ هذا الاشتداد جداً لا يفصل معه بين فترتين متواليتين اكثر من



دقائق خمسة . وفي هذه

الظروف يكون البول قيحياً ويترك راسباً في

الثلاث زجاجات على

المنظار البولي للرؤية المباشرة

السواء . وتبلغ الآلام ذروتها فتقترون باعراض عامة كالحمى . واذا كانت الحالات التي يهيئ فيها التهاب المثانة التهاب الكلي غير مستحيلة فانها لحسن الحظ نادرة جداً .

وترافق التهاب البروستات في شكله الحاد آلام في الحالب واضطرابات برازية ورحمى . ولكن الاضطرابات البولية تحتل المكان الاهم في هذه الصورة المرضية فيصبح انطلاق البول صعباً ، ويسيل ضعيفاً او نقطة نقطة . وقد يستحيل خروجه احياناً فينشأ عن هذا « احتباس بولي حاد » . ويكشف جس المستقيم عن بروستات متضخمة ساخنة مشدودة احياناً وقد ترتخي اذا احتوت على دمل . ولا ينبغي ان يفتح هذا الدمل في المستقيم فيشعر المريض برغبته في الابراز ولكن غائظه في هذه الحالة لا يخرج عن كونه قيحاً يقطعه بعض الدم .

ويندر إن تحافظ الخصية على سلامتها بعد إصابة البروستات ، اذ انه لا يكاد يمضي اسبوع او اسبوعان على احتلال الغونوكوك للغدة المساعدة حتى يهاجم الغدة الاساسية ، فيحدث التهاباً في احدى الخصيتين في الغالب ، او في كليهما في حالات نادرة، فتتضخم الخصية منذ هذا الوقت وتسبب ألماً يضيق كل حركة .

وقد اثبت الفحص ان قناة الخصية هي التي تصاب في هذا الدور ، اما إصابة الخصية نفسها فلا تقع الا فيما بعد ، وهكذا تكتمل صورة التهاب الخصية وقنواتها الناتج عن التعقبة . وتصحب هذا الالتهاب اعراض عامة كالحمى وفقدان الشهية ، بينما نرى في احدى الخصيتين ورماً مؤلماً احمر ساخناً . وتبلغ الخصية المصابة ضعفي حجمها العادي او ثلاثة اضعافه . وينتج عن هذا تحول الخصية وقنواتها الملتهبتين الى جسم يشبه الحصة بقساوته ونعومته واستواء صفحته ، وتستمر هذه الحال من عشرة ايام الى عشرين يوماً تخف الاعراض اثناءها تدريجياً ، وقد يخف التضخم حتى تعود الخصية الى حجمها العادي ، وهذا نادر ، وانما يغلب ان تبلغ حجماً شبه عادي مع بقاء نواة قاسية في قنواتها . وحينئذ يستمر النكوص طويلاً حتى تضمحل الغدة وتختلف نواة ليفية قاسية مكونة من نسيج ندبي ، ويتوقف هذا التراجع باكراً حينئذ آخر تاركاً غدة متضخمة . في هاتين الحالتين تتعرض وظيفة الخصية المصابة لخطر الضياع . ويحدث احياناً ان تتناوب الغدتان الالتهاب او ان يتعاقب على احدهما الشفاء والالتهاب عدة مرات متوالية . واذا لم ينتج عن التهاب الخصيتين هزال او تضخم دائم فان هذا الالتهاب يؤدي نادراً الى العقم^١ .

وتشارك مع الخصية في الاصابة القناة المنوية فتصحب التهابها آلام في

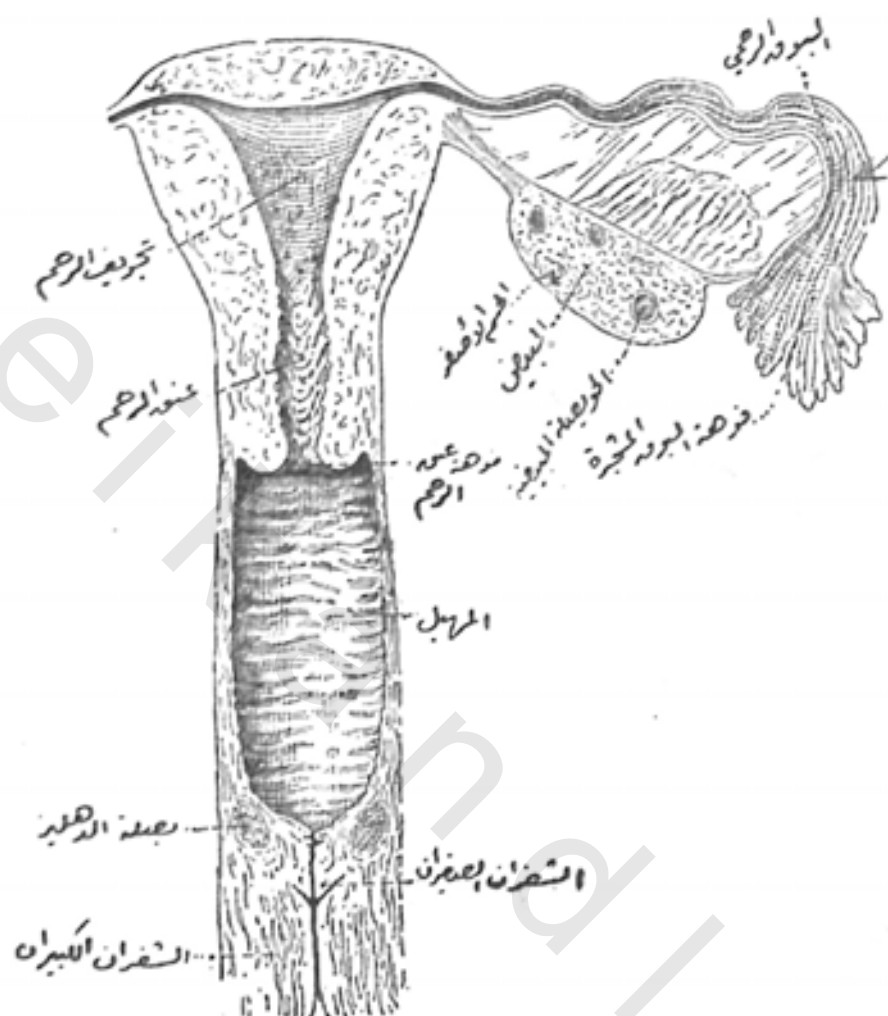
١ - سيصدر عن دار القلم كتاب خاص عن العقم والعنانة والضمف الجنسي فارتقبوه .

الحالب . وينشأ عن إصابة جزئه الموجود داخل البطن انتفاخ . هذا ،
وتتقلص عضلاته ويتبع ذلك تقيء ، وهذه اعراض التهاب غشاء البطن مخففة .

التهقيم عند المرأة : تصيب التعقبة عند المرأة الجهازين التناسلي والبولي
دفعه واحده ، نتيجة للصلات الوثيقة التي تربط هذين الجهازين احدهما بالآخر .
طريقة العدوى : وهنا ايضا تحتفظ الصلات الجنسية باهمية كبرى
كسبب اول في العدوى ، ولكن ، على عكس ما نرى عند الرجل ، تصبح
الاسباب الاخرى ، كملامسة اشياء ملطخة بقيح التعقبة ، اكثر احتمالاً .
وهذا يرجع الى اتساع رقعة الصفحة المعرضة لهجوم الغونوكوك ما
يفسر إصابة الفتيات غير البالغات وحتى الصغيرات منهن . وقد حدثت في
بعض المستشفيات اصابات بالغونوكوك تعرض لها اطفال انتقل اليهم المرض
بواسطة ميزان الحرارة ، واخرى تعرضت فيها بعض النساء للعدوى بواسطة
اصابع الطبيب او المولدة ، واصابع الشريك الملطخة بالغونوكوك .
ولكننا ، رغم كل هذه الاسباب الثانوية ، نصر على ان الاتصال الجنسي مع
شريك مصاب هو السبب العملي والاساسي في هذه العدوى ، ولما تنجو
المرأة من الاصابة بالتعقبة ، نظراً لتكوين تركيب اعضاءها التناسلية والبولية الخاص
حتى ولو اقتصر الاتصال المسبب على ملامسات خارجية بسيطة .

دور التفريخ : هذه المدة التي تظل فيها الاصابة خفيفة كخفتها
لدى الرجل اصعب تحديداً عند المرأة منها عنده نتيجة لقصر قناة المرأة
البولية واستقامتها ، وقد لا تكون الاعراض البولية بارزة تماماً فلا تثير
شكوك المصابة ولا ينبهها الا سيلان المهبل . ويمكن القول انه اذا شك
الطبيب في اصابتها فانه يكتشف الغونوكوك بسهولة في افرازات القناة
البولية او الغدد المهبلية او في عنق الرحم . واذا ظهرت للطبيب اصابة

عند مريض يعترف بأنه اتصل بامرأة يظنها سليمة ، حق له ١ معاينة هذه المرأة ، وفي هذه الحالة يظهر الغونوكوك عند ما بعد مدة لا تتجاوز



وركوب الدراجة والافراط في الطعام وفي الصلات الجنسية ، وامراض القناة البولية والاعضاء المتصلة بها .

اعراض التعقبة عند المرأة : لا تدل هذه الاعراض على المرض كما تدل عليه اعراض التعقبة عند الرجل وذلك نتيجة لتركيب جهاز المرأة التناسلي التشريحي ذي الطابع الخاص ، مما يجعل الاصابة تمر احياناً دوناً ضجة فتجهلها المريضة جهلاً تاماً ولا تعمل على انقاذ من تحبه منها . من اجل هذا نستهن آراء بعض الرجال الذين يصابون بهذا المرض فيضرون الشر للمسكينة التي نقلته اليهم دون دراية منها .

ويؤدي قصر القناة البولية الى تخفيف آلام المرأة حتى لتقتصر على شعورها بما يدغدغها او يشكها عند التبويل ، وهذه الاعراض نفسها لا تخرج عن كونها عرضية لان الاصابة جنسية في الدرجة الاولى . كذلك يمر دور بدء المرض خفية في معظم الاحيان وخصوصاً اذا رافق العادة الشهرية لان اعراض الحيض كفيلة بتغطية اعراض هي في حد ذاتها اضعف من ان تثير انتباه امرأة عديمة التجربة لا تشك باخلاص شريكها وتثق بالزوج الذي تضع امانته فوق كل الشبهات .

واما السيلان المهبلي فهو الذي يسترعي انتباه المرأة ويعلن بدء دور المرض المحقق ، وهو سيلان قيحي كثيف يشبه الزبد اصفر في البداية ويخضر فيما بعد . وقد يلوث الثياب الداخلية بلطخات صفراء اذا كان اخضر ورمادية اذا كان اصفر . وتزيد غزارة هذا السيلان الدائم تدريجياً فتبلغ درجة تلتصق معها الاشعار وتتجمع الشعيرات وتهيج الصفحة المجاورة لطيات الخالب وشق الشرج وشفة الفخذ الداخلية ، وينشأ عن هذا الهياج بثر احمر رطب يرافقه احياناً تقشر يصبح معه المشي صعباً جداً وتشعر المرأة في نفس الوقت بآلام تشبه الثقل او الهياج الداخلي او الحريق وقد تصل هذه

الآلام أحياناً الى قمة العانة والبطن والافخاذ والشرح .
وتتضخم الاعضاء الجنسية الخارجية « كالبظر » والشفرين الكبيرين ،
وتكتسب مع الوقت احمراراً وبريقاً . فاذا استشارت المريضة الطبيب في
هذه الاثناء فان شدة الآلام تحول دون اتمام الفحص ، اذ تكفي ازاحة
الشفرين لايقاظ آلام لا تحتمل ، ويمنع الانتفاخ الغشائي كل محاولة تهدف
الى ايلاج الاصبع او المنظار المهبلي (سبا كولوم) في المهبل ، ويقابل هذا
تقشرات متسعة في صفحة الشفر الداخلية ينشأ عنها ألم شديد . وفي هذه
الحالة لا يبقى للطبيب الا فحص السائل المهبل بالمجهر لان اكتشاف
الغونوكوك يثبت طبيعة هذا الالتهاب المتمركز في المهبل والفرج .
واذا لم تعن المصابة باستشارة الطبيب فانها تتعرض لمضاعفات اعظم
خطراً اهمها تسرب المكروب الى اعضاء الحوض الاصفر . ولكن الغالب
ان تفتر حدة الاعراض عفواً او نتيجة لعناية خاصة كالحقن المهبيلة مثلاً .
وهكذا ينتقل المرض الى الدور المزمن .

الدور المزمن : ان المرأة التي تجهل حقيقة اصابتها فلا تتولاها بعلاج
اساسي لا تلبث ان تلاحظ تضائل السيلان المهبل تدريجياً وانقلابه في
غضون اسابيع او شهور معدودة مخاطياً فيحياً او مخاطياً . ويمتاز هذا
السائل بلونه الابيض المائل الى الرمادي وغزارته المتوسطة ، وهو يزداد
مع التعب وخصوصاً مع العادة الشهرية ، واذا لم تكن لهذه المرأة صلات
جنسية اخرى : اي اذا لم تعد احداً ، ظلت تجهل تماماً طبيعة مرضها ،
وتعزو ما تلاحظ من أعراض الى أسباب أخرى .

ويستطيع الطبيب أن يكتشف المكان الذي اعتمد فيه الغونوكوك
بعد فتور الاعراض المرضية . ويندر جداً ان يلجأ هذا المكروب الى القناة
البولية وانما يتجمع في الغدد التي تحيط بهذه القناة وتصب فيها افرازاتها او

في غدد « برتولان » الواقعة على جانبي فتحة المهبل والتي تصب افرازاتها داخل صفحة الشفر الصغير الداخلية . وينجم عن الاحتمال الاخير التهاب في غدد برتولان ، واذا كان هذا الالتهاب يتكشف الى الخارج عن وجود دائره حمراء حول فتحة الغدة فان عارضين مختلفين يسحان باكتشافه احدهما ظهور ورم قاس صلب والثاني سيلان نقطة قيحية لدى الضغط على هذا الورم . اما اذا لم تتعرض القناة البولية او الغدد للالتان فانما يحتل المكروب عنق الرحم فيحدث فيه التهاباً يسبب سيلاناً قيحياً مخاطياً عبر فتحة العنق . ويثبت الفحص المجهرى وجود الغونوكوك في السائل المهبلي ولكن عدد المكروبات يقل احياناً الى درجة يصعب معها هذا الفحص .

وهناك حالات نادرة لحسن الحظ ، يؤدي وجود المكروب فيها في اماكن عميقة داخل الغدد ، بحيث يصعب معها اكتشافه بالطرق العادية - الى نتائج سلبية في جميع الفحوصات ؛ ولكن اذا اقتنع الطبيب بان المرأة التي تستشيرها قد تعرضت حتماً للاصابة ، فانه يتسلح في فحوصه بطرق خاصة . وأن المكروب المعتصم في أعماق الغدد يخرج منها اثناء الاتصال الجنسي او العادة الشهرية ، لذلك يعتمد الأطباء الى إعادة الفحص المجهرى السلي النتيجة بعد انتهاء الحيض ، او يسببون عودة المكروب بالتهيج ولعل الوسيلة الفضلى لأدراك هذه الغاية هي ذلك الأغشية التناسلية بجبر جهنم ، وان يعقب هذه العملية مباشرة فحص مجهرى .

وانما يشتد خطر المرأة في الدور المزمن من المرض ، لان آلام الدور الحاد تمنعها من أي اتصال جنسي بينا لا تجد في ذلك الدور أية غضاضة في هذه الصلات أو أي منها ، إذ تحسب أنها قد شفيت . وهي لو علمت انها ستؤدي شريكها لرفضت حتماً دعوته . ويفسر امكان اعتصام الغونوكوك

في اعماق الغدد ، حالات العدوى الغامضة ، حيث تقاوم كل محاولة لاجراجه . ثم يخرج بعد ذلك بصورة عفوية .

مضاعفات التعقبة عند المرأة : قد ينتقل الغونوكوك من القناة البولية الى المثانة فيحدث التهاباً يتكشف عن آلام بالغة ورغبة ملحة في التبول . ولكن باقي المضاعفات المتصلة بالجهاز البولي لا تشاهد هنا بنفس كثرتها لدى الرجل .

ويحتل المكروب في حالات عديدة غدد برتولان فينشأ عن هذا التهاب يصحبه ورم شديد الألم يحتل الشفر الصغير الذي يبدو أحمر براقاً ، ويكتسب هذا الورم بفعل الزمن كل صفات الدم الساخن ، فتؤدي شدة ما يرافقه من ألم الى استحالة المسير واضطرار المريضة الى اتخاذ وضع خاص لساقها يخفف بعض آلامها . واذا لم يفتح الجراح هذا الدم فإنه ينفث عفواً في صفحة الشفر الصغير الداخلة فيسيل منه قيح بني كريمة الرائحة . واذا كان الشفاء في هذه الحالة ممكناً فليس الانتقال الى الدور المزمن اقل امكاناً . وهو ينجلي عن ورم في الغدة يتضخم من حين الى آخر ، تقابله آلام تستمر يوماً او يومين ، ثم تختفي نتيجة لسيلان بضع نقط من فتحة الغدة . ويعقب هذا الدور الحاد دور مزمن تتألف من اعراضه صورة تشبه تلك التي وصفناها في الفصل السابق لالتهاب غدد برتولان المزمن .

ولكن الغونوكوك يحتل الرحم في الدرجة الاولى فيسبب اضطرابات تتخذ احياناً طابعاً مؤثراً او تؤدي الى نتائج خطيرة ، وينتج عن بلوغ المكروب هذا العضو ، التهاب حاد في عنق الرحم ، ينتقل تدريجياً الى الدور المزمن الذي يتكشف عن بلغم مخاطي او مخاطي قيحي ، بينما يكون هذا البلغم قيحياً صرفاً في دور العفونة الحاد . وينتقل المكروب من عنق الرحم الى جسده فيرافق هذا الانتقال وما يحدثه من التهاب ،

تضخم وآلام يقابلها اضطرابات تحدث التهاباً حاداً في غشاء البطن، هذا اذا كانت التعقيبية لم تكتشف بعد او لم تتأكد عدواها المسببة . ولكن هذه الاعراض تخف تدريجياً فلا يبقى منها في غضون ثمانية او عشرة ايام الا السيلان القيحي ، هذا اذا لم يوغل المكروب في التسرب فيبلغ البوق ثم المبيض . في هذه الحالة ، كما في سابقتها ، ترافق الالم اعراض التهاب غشاء البطن ، ويكشف جس المهبل عن جسم قاس ساخن مؤلم يؤكد وجوده اشتراك ملحقات الرحم في الانتان .

وقد ينسرب المكروب الى ابعد من هذا ، فيحدث التهاباً حاداً حقيقياً في غشاء البطن تصبح معه العملية الجراحية العاجلة ضرورية . ونستطيع في هذه الحالة ان نتحقق من طبيعة المكروب المسبب بزراعته على سائل خاص بما يساعد على ظهور مستعمراته التعريفية .

اصطلاح المؤلفون على اطلاق كلمة « عاليه » على جميع هذه المضاعفات التي ألحقت بالانسانية في يوم من الايام ما لا يقل عما لحقه الطاعون من احوال لانها كانت تقضي بالعجز الدائم على شابات ملء اعطافهن الحياة والحيوية نتيجة لاشتراك دفعات انتانية جديدة مع العادة الشهرية كانت تؤدي الى اشتداد علتهم واستحكامها . ولكن فعالية المستحضرات الطبية التي نتسلح بها اليوم لم تؤل تقلل من خطورتها ومن حالاتها المشاهدة حتى لتكاد لا ترى الا عند النساء اللواتي يجهلن انهن كن ضحية الغونوكوك . ولقد اقترنت في الماضي بنتائج شخصية واجتماعية جد خطيرة لما كانت تستلزمه من عمليات استئصالية كان التعقيم في كثير من الاحيان نتيجتها الاولى حتى لم يجرؤ احد على نقض قول استاذ لنا قديم في المعاينة الطبية ، في معرض كلامه عن مضاعفات الافرنجي العصبية وقلة حدوثها عند المرأة والرجل : « ان التعقيبية اعظم خطراً عند المرأة من الافرنجي ، وخير لهذه ان تصاب

بالتالي من ان تصاب بالاولى . وقد قلبت الاكتشافات الحديثة ،
لحسن الحظ ، كل هذه الاوضاع واكسبت التعقبة عند المرأة نفس بساطتها
لدى الرجل .

مرض المهبلة الشرجي : يحدث هذا الاثنان في الشرج لدى الرجل
والمرأة على السواء . ولا يتعرض له من الرجال سوى من كان ضعيفة
شدوذ جنسي ، بينما تراها عند النساء اما نتيجة لاتصال جنسي في الشرج ،
او عند المصابات بالتعقبة العادية بفعل انتقال السائل المهبلي الى الشرج عبر
الشق الشرجي وخاصة عند الاستلقاء .

ولا نرى لهذا التركيز الالتهابي اي طابع خاص الا في الحالة الاخيرة
اذ ان قضيب الشريك المصاب هو الذي ينقل المكروب الى القناة الشرجية
عند الرجل والمرأة . وينتج عن هذا التهاب في المستقيم يتكشف عن
آلام عفوية حادة تعم جميع البطن والحوض والطرفين السفليين ، واحساس
بجسم غريب يحتل الشرج يقابله رغبة كاذبة في الابرار ، ويسبب هذا
الابرار آلاما تستمر وتزيد بعد خروج الغائط الذي يبدو مغطى بطبقة
من بلغم قيحي يقطعه الدم . ويكشف الفحص عن سيلان شرجي يمكن
اكتشاف الغونو كوك فيه بواسطة المجهر واذا لم يبادر المصاب الى العلاج ،
يعقب هذا الدور الحاد دور مزمن يمتاز بتكوين ضيق شرجي دائم .

ادت صعوبة القضاء على هذه الاصابة الى احتفاظها بصورتها المريعة حتى
زمن غير بعيد ، ولكنها اليوم ، وفي ظل التقدم العلاجي الحديث ،
قد اكتسبت ما ذكرناه من خصائص التعقبة العامة .

التعقبة عند الاطفال والمراهقين : يتعرض الجنين اثناء مروره في
المجاري التناسلية لثلاثة لمكروب الغونو كوك الذي يتركز في هذه الحالة

في الفرج عند الاناث والعينين عند الجنسين . وقد تؤدي الحالة الاخيرة الى العمى اذا لم تكتشف وبالتالي اذا لم يتوفر لها العلاج .

تسبب هذه العدوى عن انتقال المكروب الى النسيج المنظم في الجفنين . ولا تظن ان عند المرأة البالغة او الرجل البالغ مناعة ضد هذه الاصابة الاخيرة ، وانما نراهما يتعرضان لها اذ يتسرب الغونوكوك الى اعينها بواسطة اصابعها او اصابع غيرهما او اي شيء آخر ملوث . وينتهي الالتهاب بسرعة الى تقيح يذهب بالعينين سواء اكان ذلك عند الرجل او عند الطفل .

اما الآن فقد اصبحت هذه الاصابة نظير باقي اصابات التعقيبية تخضع بسهولة للمستحضرات الطبية الحديثة . ولكن هذا لم يمنع الطب الوقائي من الاستمرار في استعمال طريقة « كرادا » التي تقضي بوضع بضع نقاط من محلول حبر جهنم في عين المولود، واذا كنا نستعير اليوم عن هذا المحلول بالبنسلين فلأن التجارب الحديثة اثبتت افضلية العلاج الاخير .

بقي انتقال المكروب الى الفتيات بواسطة الثياب كالملايس الداخلية والاعطية او اشياء اخرى محملة بالغونوكوك كميزان الحرارة مثلا ، مدة طويلة ، السبب الوحيد المعترف به لالتهاب الفرج والمهبل عندهن . ولكننا نعلم اليوم ان هناك حالات ينتج فيها هذا الالتهاب عن محاولة اعتصاب او اتصال جنسي مبتور بالفتيات لم ينتج عنه اقتضاض البكارة ، وفي كلتا الحالتين تتكشف الاصابة عن انتفاخ في الفرج يقابله سيلان مهبلي اخضر واصفر . ويظهر الغونوكوك بسهولة في الفحص المجهرى .

ان الطب الحديث ، وقد تسليح بالمستحضرات الفعالة ، قد محا عملياً جميع هذه الاشكال غير الزهرية من اصابات التعقيبية .

تفحص النفية وعملها : مهما كان نوع الاثنان عند الرجل او المرأة

ومهبطا وضحت اعراضه، فان الطريقة الوحيدة للتثبت من طبيعة المرض هي الفحص المجهرى ، اذ يكفي اكتشاف الغونوكوك لتأكيد حقيقة التعقية . وتبلغ قيمة هذا الفحص حداً لا يحق معه للطبيب ان يقبل تشخيص التعقية ما لم يعتمد اليه وما لم يكتشف بواسطته الغونوكوك وتتركز اهميته على اعتبارين مختلفين . الاول في يتعلق بطبيعة التشخيص الطبي الذي يجب ان يكون صحيحاً . والثاني خلقي يرجع الى ما نعرفه من ان اصابة احد شريكين تكاد تتسبب دائماً عن اصابة الآخر . فاذا كان ذلك كذلك فان اصابة الزوج تكاد تعطيه الدليل المادي على عبث زوجته بالامانة . نقول « تكاد » لان هناك حالات نادرة ، كما بينا ، لا تكون فيها التعقية نتيجة لاتصال جنسي .

والمسلم به ان شرب الخمر والبيرة يسبب في معظم الاحيان ظهور المكروب من جديد في الافرازات ، اذا كان قد اختفى منها بفعل الزمن . كما يؤدي دهن الاغشية الجنسية بحلول حجر جهنم الى النتيجة نفسها . وقد وضعت خاصة الغونوكوك هذه في خدمة الطب لاثبات اختفاء المكروب او عدم وجوده اطلاقاً . لذلك يعتمد في اليوم الاول الى هذه الترتيبات ويعقبها الفحص المجهرى في اليوم الثاني .

وهناك طرق اخرى اهمها زراعة الافرازات وخاصة المني ، على سائل خاص . ولكن فعالية المستحضرات الحديثة قد انقصت من اهمية هذه الطرق ، فاصبح الفحص المباشر وسيلة التشخيص الاكثر استعمالاً . وقبل اكتشاف السلفاميد والمستحضرات ضد المكروبيه كان الطب يتعرض بالعلاج لكل مظهر من مظاهر التعقية على حدة . كالتهاب القناة البولية والتهاب عنق الرحم والتهاب المثانة والتهاب البوق والروماتزم لانه لم يكن يتسلح باي علاج يفتك بالغونوكوك خاصة .

اما الان فقد تغير وجه المسألة واختفت من عالم العلاج الحديث جميع الوسائل الكلاسيكية كالحقن الصغيرة لغسل القناة البولية او الحقن الكبيرة لغسل القناة البولية والمثانة والتقطير والاقلام الخ... وحتى مركبات السلفاميد التي لعبت دوراً هاماً في وقت ما اخذت حالياً تتخلى عن كل اهميتها وقيمتها للبنسلين الذي يؤمن الشفاء لاي شكل من اشكال التعقبة في ساعات معدودة .

وتتعدد المستحضرات ضد المكروبية الفعالة في القضاء على التعقبة ولكن البنسلين يظل أكثرها استعمالاً . ولا بدع ، فقد تضاعف خطر هذا المرض بادخال البنسلين في علاجه الى حد غريب ، أصبحت معه ٢٠٠.٠٠٠ الى ٣٠٠.٠٠٠ وحدة تعطى في حقنتين ، كافية للقضاء على المكروب وشفاء الاصابة . وقد اثبت بعض الاطباء ان ١٠٠.٠٠٠ وحدة في حقنتين تكفي احياناً .

يلاحظ الباحثون اليوم ان حقنتين من البنسلين المذاب في مادة بطيئة الانتشار كفيلتان بالقضاء على التعقبة غير المضاعفة . اما المادة البطيئة الانتشار والاكثر استعمالاً فهي عبارة عن مزيج من زيت الفستق وشمع النحل ، ولكن استعمال املاح البنسلين سواء اكانت ذات تركيب بسيط او معقد يعطي نتائج مماثلة . واهم هذه الاملاح بنيسيلينات السكوروكاين . وينتج عن اذابة البنسلين في هذه المواد او عن استعمال املاحه ان تمتد عملية افراغه مدة اطول بينما نرى فعاليته تستنفذ بسرعة اذا اعطي في شكله العادي ، وتطول مدة التفريغ من ٣ ساعات الى ٨ - ٢٤ ساعة .

ويمتاز العلاج بالبنسلين كما بينا ببساطة تفوق حد التصور . وقد يستغاض عن الطرق التي شرحناها بمحلول ٢٥ ٪ من ٢٠٠.٠٠٠ وحدة من البنسلين في بوليفينيل البيريدون الذي يعطى في حقنتين في العضل . ويجب على

المريض ان يتجنب افراغ الدواء بسرعة ، ولذلك يطلب منه ان يمتنع عن كل ما يسبب سيلان عرقه وبالتالي ان يلتزم الراحة ويمتنع عن تناول المشروبات الروحية . ويحظر عليه الى ذلك اخذ اية مادة مسهلة ولا يستمر في هذه الظروف دفاع الغونوكوك طويلا فنرى مقاومته تنهار في مدة لا تتجاوز الـ ٥ او ٦ ساعات .



يباع في جميع المكاتب

القرحة الرخوة

لما كانت القرحة الناتجة عن الافرنجي تتميز بصلابتها، ولما كان لا بد من التفريق بينها وبين القرحة البسيطة التي تسبب عن العدوى بعصيات دو كيري فقد اطلق على الاخيرة اسم القرحة الرخوة . وتتركز عصيات دو كيري في الانسجة المحيطة بموضع تسربه الى الجسم حيث يكون بثراً قد ينتقل منه المكروب الى الاشخاص الذين يمتسون بالمصاب او الى موضع آخر في جسم المصاب نفسه . ولا تنتشر عصيات دو كيري في الجسم كله شأن اللولبيات الشاحبة ولكنه قد يتسرب الى الجهاز اللمفاوي المحيط بالقرحة اذا لم يعن بعلاج الاصابة .

بدأت القرحة الرخوة تختفي تدريجياً في ربوعنا على الاقل ، ولا غرو فللقذارات اثر كبير في انتشارها ولهذا السبب تعتبر النظافة العامل الاهم في علاجها الوقائي . وعلى كل حال لم تعد هذه الاصابة تقتون بخطورها السابق بالنظر لما نملك من مستحضرات طبية تسمح بالقضاء عليها بسهولة .

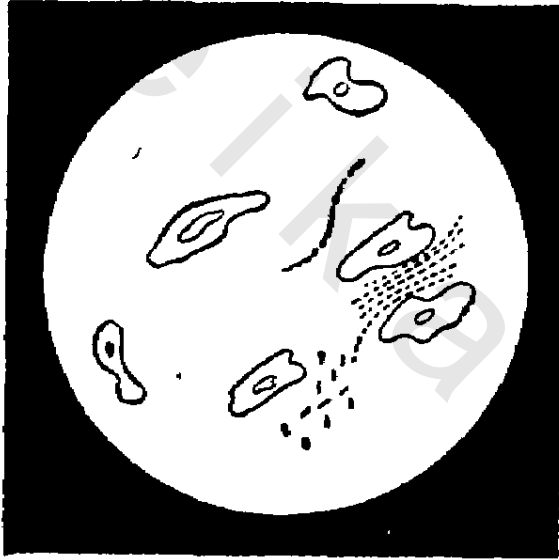
قصة المرض : درس ابو قراط وغاليا وسلس هذا المرض منذ قرون ، ولكن طبيعته الزهرية لم تكتشف الا بفضل بحوث غليوم ده سالبا وغي شولياك . وان ما يؤسف له ان تقتون هذه البحوث ببحوث دارسي الافرنجي التي بلغت ذروة ازدهارها في نفس العصر وتختلط بها حتى كان القرن التاسع عشر .

ففي عام ١٨٥٢ استطاع باسورو ، تلميذ اريكورد ، بمساعدة مدرسة الانتيكاي في ليون ان يثبت للمرة الاولى اختلاف القرحتين وبالتالي كون القرحة الرخوة مرضاً مستقلاً بذاته .

واذا كان دو كيري ده نابل قد اكتشف المكروب المسبب في عام

١٨٨٩ فان درسه بالوسائل العلمية الصحيحة وزرعه على سائل خاص لم يتما
الا في عام ١٩٠٠ بجهود نيكول و ب. دوران . اما عنصر القرحة الرخوة
فهو قصير ثخين يمتاز بحيوية ضعيفة وتأثر بالحرارة شديد مما يجعل لزرعه
شروطاً قاسية يصعب معها تحقيقه .

طريقة العدوى : قلنا ان القرحة الرخوة هي احد الامراض الناتجة عن
القدارة ، واكثر ما تصيب افراد الطبقات الفقيرة والطبقة النحطة من



مكروبات القرحة الرخوة

بائعات اللذة . ان عصيات دو كري
لا يعيش الا عند اولئك الذين لا
يستطيعون - او لا يريدون - ان
يخضعوا لابطس قواعد الوقاية .
وتبلغ القرحة الرخوة ذروة انتشارها
في زمن الحروب لما تقترون به هذه
الايام الفاجعة من انحطاط
اجتماعي يعم جميع مرافق الحياة .
ولكنها تنقرض في زمن السلم اذ
تفقد التربة الخصبة التي تساعد على نمو بذورها . وقد اكدت الحرب العالمية
الثانية هذه القاعدة ولم تشذ عنها .

ولكي تتم العدوى لا بد من اتصال جنسي لا يعقبه تنظيف الاعضاء
التناسلية ، ومن بثر بسيط او جرح طفيف في القلفة بصورة خاصة ، ولعل المصاب
لا يشك في اصابته في البدء او يجهل المنفذ الذي تسرب منه المكروب .

اعراضها : لم يبق لهذه الاعراض سوى قيمتها التاريخية اذ ان جميع
الاكتشافات الحديثة قد قلبت تطور المرض رأساً على عقب وهو يختلف
عنه في الماضي في كل شيء .

دور بدء المرض : يختلف شكل البثرات الاولى باختلاف طريقة انتقال المكروب واتساع المنفذ الذي تسرب منه الى الجسم . ولا شك اذن في ان القرحة الناتجة عن تلوث مكان واحد تختلف الى حد كبير عن تلك التي يسببها تلوث صفحة كاملة . ولعل تجارب نقل المكروب الى المصاب نفسه ، التي كانت تساعد على تأكيد التشخيص ، قد ادت الى نتائج اكثر وضوحاً : لانها تتكشف منذ اليوم الثاني للتجربة عن ظهور احمرار التهاوي دائري يحيط بالبثرات الاولى . وهذا ينفي وجوده مدة تفريخ حقيقية كما هو الحال في التعقبة مثلاً ، اذ ان البثور في هذه الظروف تصبح تعريفية منذ اليوم الثالث فيتكون وسط الدائرة الحمراء التي تتسع مع الوقت ، ارتفاع في القشرة الجلدية يتحول تدريجياً الى ورم صغير ابيض في البدء متقيع فيما بعد ، وهو ينفتح في النهاية مخلقاً البثر الخاص بهذه الاصابة .

دور المرض المحقق : تصبح البثور في هذا الدور نموذجية وتستمر من اليوم الخامس الى اليوم العشرين واذا لم يكن منفذ المكروب متسع الرقعة فانها تتكشف عن بثر مدور ذي حافات حادة منفصلة عن باقي اجزائه وله قعر رمادي منعرج مقطن ذو قاعدة صلبة مؤلمة عند اللمس يسيل منها قيح متوسط الغزارة . ويمتاز هذا البثر عن هذا كله بتوسع دائري منتظم . وتحتفظ كل خاصة من هذه الخصائص باهمية كبيرة فيما يتعلق بالتشخيص . فالشكل المدور مثلاً عرضي اذ ان حافته التي تنقلب مسننة في وقت قصير ، لا تلبث ان تأخذ شكلها التعريفي الممزق . وتغطي البثر في النهاية حافات حادة . واذا كانت قاعدته في الغالب مرنة فانها تصبح صلبة الى حد ما اذا ما توطئت في مناطق معينة كالقلقة او فتحة القضيب ، او حينما تلتهب القرحة او نهيج بفعل مراد مهيجة كالتي كان يلجأ اليها في طرق العلاج القديمة لكي القرحة . وتؤدي غزارة السيلان القيحي ، الذي

يخالطه بعض الدم ، الى عدم تكون قشرة تغطي هذا البثر في معظم الاحيان باستثناء ما يجاور الحافات من صفحته .

الدور النهائي : تنخفض حافات القرحة فتعود الى الالتصاق ببعض الاجزاء ويكتنفها الشحوب من جديد . ويقابل هذا اختلاف في لون قعر البثر اذ يتخلص من اشباه الاغشية التي كانت تغطيه ، ويسيل منه قيح صرف . منذ هذا الوقت يلتئم البثر كأني جرح عادي نتيجة لظهور براعم لحمية تغطي قعره . ويصبح ندبة تختلف اهميتها باختلاف اتساع القرحة الاصلية واذا كانت القرحة الصلبة تكاد تمتاز بانفرادها ، فان الغالب ان تكثر القرحات الرخوة حتى اصبح لتعددتها اهمية كبرى كعنصر اساسي في التشخيص التفريقي ، وينتج هذا عن تركيز المكروب في اكثر من مكان واحد اثناء العدوى ، او عن انتقاله من مكان الى آخر في جسم المريض .

القرحة المزمنة : في عام ١٨٥٨ اثبت دولا من ليون امكان وجود قرحة مزمنة يسببها عنصران ميكروبيان هما عصيات دو كري ولولبيات الافرنجي ، واذا نتجت هذه القرحة عن الاصابة في نفس الوقت بالمكروبين فأنها انما تنكشف في البدء عن اعراض القرحة الرخوة لتكتسب بعد حوالي عشرين يوماً صلابة قرحة الافرنجي وما يرافقها من التهاب في العقد اللمفاوية . ويمكن في بعض الاحيان اكتشاف لولبيات الافرنجي الى جانب عصيات دو كري في نفس الحقل المجهرى .

العلاج : خطأ هذا العلاج الذي كان ينجب الآمال يوم كان يقتصر على الكي او على بودرات اليودفورم - خطوة طبية حينما اكتشف نيكولوب دوران لقاح القرحة الصلبة . ولكن اكتشاف السلفاميد وبعده البنسلين ذهب بكل ما لهذا اللقاح من اهمية وقيمة ، اذ ان البنسلين كفيلاً بالقضاء على هذه الاصابة في ايام معدودات .

الافرنجي (السفلس)

نظرات عامة : يعرف بهذا الاسم المرض الناتج عن تسرب ميكروبات اللولبيات الشاحبة الى الجسم وانتشارها فيه . ولهذا المرض وجهان مختلفان احدهما الافرنجي المكتسب الذي يتبع اتصالاً بين شخصين احدهما مصاب ، والثاني الافرنجي الوراثي الذي ينتقل من الأم الى الجنين اثناء الحمل .

قصة الافرنجي : اذا كنا لا نملك حتى اليوم دليلاً مادياً يؤكد لنا أصل هذا المرض فأنا لا نشك قط بظهوره فجأة في العصر الخامس عشر بين جنود شارل الثامن اثناء حصارهم لنابولي في ايطاليا ، وانتشاره بعد ذلك بسرعة في انحاء اوروبا . وبما ان هذه الاحداث رافقت في الزمن اكتشاف القارة الاميركية فقد مال البعض ، وربما بحق ، الى الاعتقاد بأصل الافرنجي الاميركي . ولم يدر بخلد أحد في تلك العصور ان البون شاسع بين هذا المرض وبين التعقية ، حتى اكتشف باسورو الفرق بينها في عام ١٨٥٢ . وفي عام ١٩٠٣ نجحت تجارب مخنكوف ورو في نقل المكروب الى القرد ، واثم شويديان وهوفمان بعد عامين دراسة اللولبيات الشاحبة . اما طريقة بورده وجنغو التي سارت بتشخيص الافرنجي خطوات موفقة الى الامام فانها ، لم توضع حيز التنفيذ الا في عام ١٩٠٧ حين باشر واسرمان تجاربه .

الافرنجي المكتسب : يقسم تطور هذا الداء الى ادوار عدة تنتظم حسب قدم التلقيح وشكل الاضطرابات المشاهدة ، وانما بني هذا التقسيم الاختياري على دراسة الافرنجي الذي لم يخضع لاي علاج ، مما يفسر تساؤل

قيمته حالياً وبعد اكتشاف المستحضرات الطبية الحديثة والفعالة في القضاء على الإصابة . وتنقضي عقب التلقيح مدة تتراوح بين ٢١ و ٣٠ يوماً ، (وتكون على الاغلب بين ٤٣ و ٢٤ يوماً وقد تظهر في احوال نادرة بين ١ و ٤٠ يوماً) لا تتكشف الإصابة خلالها عن اي عارض مرضي او تجريبي . ويلي مدة التفريخ هذه ظهور القرحة الصلية التي تميز الدور الاول والذي يدوم شهراً ونصف الشهر . ثم تليه الاضطرابات الثانوية التي تتلخص في اعراض تسمم حقيقي ناتج عن انتشار اللولبيات في جميع الاعضاء والانسجة وهذه الاضطرابات عرضية عابرة على الاجمال ، ولكنها ربما تعود للظهور بعد مدة قد تمتد من سنتين الى خمس سنوات . ويتبع هذا الدور دور ثان يبدو فيه الافرنجي خفياً كأنه قد شفي ، على ان الشفاء قد يكون حقيقياً في حالات محدودة . وقد يستمر هذا الدور سنين عديدة وحياناً يدوم نصف قرن ثم ينتهي الى الدور الثالث الذي يمتاز باعراض تدميرية محدودة لا تظهر في بعض الحالات او تقتصر في حالات اخرى على تدميرات في الاعضاء كالقلب والكبد والجهاز العصبي والكلى والرئة . وهناك دور يعرف فيه المرض باسم الافرنجي الرباعي وهو يتكشف عن اضطرابات فحرت وسائل العلاج القديمة مدة طويلة . والمثل على هذه الاضطرابات الشلل . اسبابه : يتسبب الافرنجي عن تسرب اللولبيات الى جسد صحيح ولكن لا يبعد ان يتعرض لهذه الميكروبات مصاب بالافرنجي الوراثي بعد شفائه . وسواء اكان اتصال المصاب بمريض في الدور الاول او الثاني او لثالث فان اصابته تبدأ دائماً بالدور الاول .

واذا كان دور ظهور القرحة ودور الاضطرابات الثانوية يمتازان بشدة لعدوى فيها ، فانها تكون ممكنة فقط في الدور الثالث ، نتيجة لتضاؤل عدد اللولبيات في هذه الحالات . ولذلك يقل حدوث الاصابات في هذا الدور .

ولا تمكن العدوى في الافرنجي الرباعي الا اذا وافقت تطوره اعراض.
الدور الثالث .

ولا ننكر احتمال العدوى بواسطة الدم في مده تدوم حتى او آخر.
الدور الثاني (عمليات نقل الدم وما يرافقها من اصابات في حالة الاهمال) .
ولكن الدم يفقد هذه الخاصة منذ الدور الثالث . اما الحليب والبصاق
والمني والبول والدموع ودم الحيض فلا تعدي الا اذا احتكت مباشرة بمواضع
غير سليمة من الجلد او بالانسجة المخاطية .

العدوى : لا تحدث هذه العدوى الا اذا احتك جزء من الغشاء الجلدي
او المخاطي بجسم ملوث في حد ذاته او بما يحمله من افرازات او سوائل
فيزيولوجية او مرضية . ولا بد لهذا الاحتكاك ، ليسبب العدوى ، من
ان يكون مباشراً . لذلك يشترط ان يحتوي الجزء الغشائي الذي تعرض
للعوى على منفذ للمكروب ولو طفيف ، وهذا يرينا كم تتباين طرق هذه
العدوى واسبابها .

وتأتي في الدرجة الاولى الصلات الجنسية الطبيعية وتلك التي تسمى غير
طبيعية . وهذا يفسر كثرة حدوث الاصابات الاولى في الاعضاء الجنسية
والفم والثدي والشرج والاصابع والاطراف والبطن والفخذين . وينقص
العدوى غير الزهرية عامل التوضع ، فزرى اللولبيات الشاحبة تنتشر
دونما تفريق في اية ناحية من نواحي الجسم الذي يتعرض لاتصالات ملوثة
بشكل من الاشكال . لذلك لا عجب اذا ما رأينا - فيما
يتعلق بالافرنجي - شبه مساواة في الاهمية بين اسباب العدوى المباشرة
وغير المباشرة .

اما العدوى غير المباشرة فهي تعقب استعمال شيء ملوث باللولبيات
كـ بعض آلات موسيقية يتناقلها موسيقيون مختلفون ، او الاقلام او كؤوس .

الشرب التي تحتفظ بخطرهما مدة نصف ساعة بعد استعمالها ، او ادوات
التنظيف كفرشاة الاسنان والموسى الخ ... او اية مادة طبية غير معقمة
كقلم حجر جهنم مثلاً او الثياب او احدى لوازم التضييد الملوثة .

ومن العوامل التي تسهل العدوى وجود تآكل جلدي او مخاطي

المناعة والاصابة مجدداً : تعطي الاصابة بالافرنجي للجسم الانساني
مناعة تجعله غير قابل لعدوى ثانية ، وترتبط هذه المناعة ببقاء اللوبيات في
الجسم ، حتى اذا ما قتلت هذه اللوبيات بفعل علاج ناجع امكنت
الاصابة من جديد وذلك اذا تعرض المريض المعافى لعدوى جديدة .

اللوبيات الشاحبة: هي ميكروبات ذات شكل خيطي ناعلة في طرفيها
يبلغ طول الواحد منها ٦ الى ١٥ من الالف من المليمتر ، وهي ملتفة
على شكل لولب ذي دوائر متقاربة متراصة عميقة يتراوح عددها بين ثنائي



اللوبيات الشاحبة كما تظهر بالمجهر

او عشر دوائر . وتمتاز هذه
الميكروبات بحركتها الدائمة
دونما اختلاف في ترتيب
دوائرها ، أضف الى هذا
تفاعلها الشديد الصعوبة مع
المواد الملوثة ، وحتى حجر
جهنم ، مما جعل المؤلفين
يطلقون عليها اسم الميكروبات
الشاحبة .

وهي تفقد الجزء الاكبر من حيويتها وحركتها خارج الجسم ، وتتأثر
كثيراً بالحرارة وبالمواد المعقمة مهما ضعفت فاعلية هذه المواد . وهذا كله

يفسر استحالة رؤيتها بواسطة مجهر عادي، وامكان هذه الرؤية بواسطة مجهر
ذي حقل اسود. وفي هذه الظروف يمكن تلوينها حسب طريقة
مونتانا - تريموند.

وتعتبر زراعة لولبيات الافرنجية، للسبب نفسه، من العمليات الصعبة
جداً، ولكن يمكن نقلها تجريبياً الى حيوانات الاختبار كالقرد والارنب
حيث تسبب اصابات افرنجية لا تمثل تماماً الاصابة الانسانية، ولكنها على
الرغم من هذا وفيما يتعلق بدراسة المرض لم تخل من فوائد جلية.

الدور الاول: تسمى القرحة الافرنجية ايضاً عارضاً بدائياً، فان



قروح افرنجية خيثة معمة.

ظهورها وتطورها يعتبران
العارض التعريفي لهذا
الدور الذي شاء البعض
ان يقسموه الى مرحلتين:
١ - مرحلة تكون
فيها الاصابة موضعية
وتظل اثناءها التفاعلات
الدموية سلبية.

٢ - مرحلة تصبح فيها
الاصابة عامة وتمتاز بايجابية
هذه التفاعلات.

ولكن هذا التقسيم أصبح
شكلياً في يومنا هذا.
ولا بدع فان الابطاء في
استئصال القرحة في حالات

الافرنجي التجريبي عند الفرد اثبتت ان اللوبيات تحتاج كل انحاء الجسم في وقت غير طويل مستعينة بالمجاري الدموية واللمفاوية ، وهذا ما تحاول اثباته التفاعلات الحديثة من ناحية اخرى ، كتفاعل « كاهن » وتفاعل « ماينك » مثلاً .

اما القرحة الافرنجية نفسها أو مايسمى أحياناً القرحة الصلبة أو العارض البدائي فانها انما تتوضع ويتم نموها في مكان التلقيح وهي من هذه الناحية الاثر الوحيد لهذا التلقيح .

التفريغ البدائي : تمتد هذه المرحلة منذ بدء الانتان حتى ظهور القرحة وهي ضرورية تتراوح مدتها بين ١٥ و ٣٠ يوماً ، ولكنها في الحالات الاكثر حدوثاً تتراوح بين ال ١٨ - ٢٥ يوماً . وهذا لا ينفي امكان تضاعفها حتى تبلغ العشرة ايام فقط ، كما هو الحال في تجربة تلقيح الافرنجي التي تمت اليه في النصف الاول من القرن الماضي ، وقد تطول حتى تصل الى ال ٤٢ يوماً أو تزيد .

اسباب العدوى : لم تنج اية ناحية من غشاء الجسم الجلدي والمخاطي باستثناء اسفل القدم من الاصابة بالقرحة الافرنجية ، ولكن الاغشية الجنسية تظل رغم هذا كله هدف اللوبيات المفضل .

القرحة الافرنجية : تبدأ هذه القرحة في بعض الاحيان بلمطة حمراء تتحول الى حبيبة تتصلب مع الوقت ثم يظهر عليها تقرح صغير ، وفي احيان أخرى ، كما في الافرنجي التجريبي مثلاً ، نراها تبدأ بجويصلة تتفتح فيما بعد لتخلف ناسكاً قشرياً .

ولا يمر اليوم الثامن أو العاشر حتى تكون هذه القرحة قد استكملت نضجها ، وهي تتكشف في الحالات النموذجية عن تدمير ثابت الحدود متحجب في الغالب ولا يعدو حد التآكل .

ولكن هنالك حالات يصبح فيها هذا التدمير تقرحاً حقيقياً مستديراً او بيضاوياً (الا اذا استلزمت طبيعة الصفحة الجلدية المصابة شكلاً آخر) ذا حافات واضحة غير منفصلة . وتتوضع هذه القرحة على قاعدة متصلة لها مقاومة جلد الغم . وقد بين فورنيه افضل وسيلة للتحقق من هذه الصلابة ، وهي تقضي بامساك القرحة بين السبابة والابهام ومحاولة رفعها الى اعلى . وتكون القرحة حمراء فاتحة لها لون العسل المقطوع او رمادية تحيط بها دائرة بنفسجية ، ولكنها تتغطى في بعض الحالات بشبه غشاء ابيض مائل الى الرمادي كما يظهر عليها في حالات اخرى نقاط نزيف قد يؤدي الى ما سماه فورنيه « القرحة الارجوانية » . اما صفتها فهي مستوية في الغالب ، ويندر جداً ان يظهر فيها تقيح ما .



قرحة اللسان الفرنجية

وقد اطلق موريالك اسم « القرحة الوردية » على نوع من هذه التدميرات ذو قعر ابيض مائل الى الرمادي يغطيه شبه غشاء ابيض ويحيط به خط احمر .

واذا كانت القرحة مؤلمة في بعض الاحيان فان الغالب ان لا يرافقها اي ألم ، ويتسبب هذا الألم ان وجد ، اما عن احتلال القرحة لمنافاذ الجسم الطبيعية كالشفة واللسان وفتحة القناة البولية ، واما عن اشتراك ميكروبات اخرى في الانتان كما يحدث في القرحة المزروجة .

وهناك حالات تبدو فيها القرحة افرنجية مختلفة في مظهرها او تنقصها بعض اعراضها الاعتيادية . من هذه الصور الاستثنائية ما يعرف بالقرحة

« غير الصلبة » (قرحة القلفة او جراب القضيب) والقرحة المنبسطة والقرحة التي تشبه فوهة البركان والتي تتكون من قطعتين (قرحة بين الحشفة والقلفة) والتي تشبه الحلقة او المضرب (قرحة اللجام) .



القرحة الصلبة في الوجنة

والى هذه الاختلافات في الشكل يجب ان نضيف اختلافات في الحجم . فاذا كان حجم القرحة الصلبة يتراوح غالباً بين حجم الفرنك وحجم نصف الفرنك فان هذا لا يمنع من وجود حالات يزيد فيها حجم القرحة عن حجم الفرنك او ينقص عن حجم نصف الفرنك .

تطور القرحة الصلبة : تستكمل القرحة الصلبة تطورها في مدة تتراوح بين الـ ٣٠ و الـ ٤٥ يوماً ولا يستجيب مع هذا ان تزيد مدة التطور او تنقص احياناً كما هو الحال مثلاً في الاصابات العابرة العرضية التي تشاهد عند المرأة خصوصاً . اما الالتئام فيتم من الخارج الى الداخل تاركاً في معظم الاحيان ندبة . وفي هذه الاثناء يزول التصلب تدريجياً ، وقد يدوم مع ذلك اشهرأ عديدة .



القرحة الصلبة في الجفن عند الشبان

وقد سلم القدماء بان القرحة الصلبة تتطور منفردة ولكن الابحاث الحديثة تدل على ان اشتراك اكثر من قرحة واحدة ليس غريباً ولا نادراً في شيء . وهنالك حالات يبدو فيها جسم المريض مسرحاً تحتل منه القروح مواقع مختلفة كما في الاعضاء التناسلية .

اجتياح اللويحات للجهاز اللفاوي : يعتبر هذا الاجتياح أحد الاعراض

المبكرة ويصبح بديبياً بعد مرور ٤ او ٦ أيام على ظهور القرحة . ويتكشف
الالتهاب الناتج عنه عن تكون حبل اسطواناني صغير وصلب منفصل تماماً
عن الانسجة التي تحيط به وهو يربط القرحة الافرنجية بالعقد المفاوية
المجاورة .

تتركز اصابة العقد المفاوية الناتجة عن الافرنجي الاولي في مكان
التلقيح حيث تنمو القرحة ، ولهذا التركيز قيمة تعريفية لا ريب فيها فيما
يتعلق بالتشخيص .

اما الفحص فيكشف عما نسميه « مجموعة ريكور الغدية » وهي عبارة
عن مجموعه غدد صغيرة تحيط بغدة أكبر منها حجماً ، وتمتاز هذه الغدد
بصلابتها وانفلاتها من الاصابع وخلوها من كل ألم . وهي الى هذا لاتصل
الى طور التقيح قط .

تشخيص القرحة الصلبة : اذا رافقت القرحة جميع اعراضها التعريفية
اصبح هذا التشخيص ، بديبياً ولكن خطورة الخطوة العلاجية التالية تمنعنا
من الاكتفاء به وتدفعنا الى تأكيد به بالفحوص التجريبية قبل الشروع
في اي علاج .

التشخيص التفريقي : لعل القرحة الرخوة التي تقابل القرحة الصلبة
هي المسألة الاهم في التشخيص التفريقي ، وتمتاز هذه القرحة بحافات منفصلة
وافرازات قيحية كما يرافقها التهاب في العقد المفاوية وآلام .

وقد يشتبه الامر على الطبيب فلا يفرق بينها وبين البثور الجلدية
والقرحات الاخرى واعراض الاكزما والسحجات والجروح العادية وما
الى ذلك . وقد لا يجد الطبيب في بعض الحالات حلاً مرضياً لهذه المسائل
في عيادته الخاصة ، ولكنه يقهر هذه الصعوبة بالاستعانة بالفحوص التجريبية .

الافرنجي بلا قرحة : اذا كان هذا النوع من الافرنجي قد تعرض في وقت ما لموجة كبيرة من الشك فانه يبدو اليوم حقيقة لا مجال لنقضها ولا غرو فقد أمنت طريقة نقل الدم ، بما سببته من اصابات افرنجية لم تقتون بها أية قرحة ، الادلة المادية لمن كانت تعوزهم هذه الادلة .
وقد أطلق هذا الأسم على اصابات افرنجية تحدث وتمكن من المريض دون ان ترافقها القرحة التعريفية ، واذا كنا اليوم نقبل هذه الاصابات كحقائق اثبتنا اكثر من دليل مادي واحد فاننا نرفض باصرار تسميتها خطأ بالافرنجي الناقص والمبتور .

اما النتائج التجريبية الاخيرة فمنها ما يؤكد وجود وجود افرنجي بلا قرحة ومنها ما ينفيه . من ذلك فشل التجارب التي اريد بها نقل المرض الى القرد دونما قرحة بواسطة الغشاء الجلدي ، بينما نجحت تجارب اخرى حققت فيها الغاية نفسها بنقل المكروب الى الحصى مباشرة .
ولا تدخل في هذا الباب حالات من الافرنجي تكون فيها القرحة خفية فلا تثير انتباه المريض . من هذا اختفاء القرحة في طيات الفرج و المهبل ، وعنق الرحم ، وداخل الفم والانف والمستقيم . وان وجود حالات من الافرنجي الوراثي يولد فيها الطفل وهو ضحية افرنجي ثانوي ، يعتبر دليلاً كافياً في هذه القضية .

اما حالات الافرنجي الناقص او المبتور الحقيقية ، فانما نجد لها في الاصابات المكتسبة كأن تتم عملية الحثان مثلاً في دور استعداد المرض فتذهب بموضع تسرب اللولبيات الى الجسم وبالتالي بالقرحة . وهناك حالات عدوى عميقة تحدث داخل الاعضاء مباشرة كعدوى الجراح اثناء العمليات او العدوى الناتجة عن نقل الدم الى مريض لم يتعرض لغزو هذه المكروبات عن طريق آخر .

وترجع الحالات الاخيرة الى جهل المتبرع بالدم لاصابته كأن يكون نقل هذا الدم في الايام الاولى لظهور القرحة حين تكون التفاعلات الدموية سلبية . ويبدو ان المدرسة الاميركية الجديدة لا تحشى عدوى افرنجية في الدور الثالث لذلك لا يرفض معظم الاطباء في اميركا ما يقدم لهم من دم المرضى في هذا الدور .

* * *

الافرنجي الثانوي : لعل كل ما سنورده من اعراض هذا الدور انما يأتي عن تسمم عام ناتج عن انتشار اللولبيات في الجسم كله . ويسمى مجموع هذه الاعراض احياناً فورة ثانوية . وقد تكون هذه الفورة العارض الاول المشاهد في تطور بعض الاصابات كما نرى في الافرنجي المبثور ، وقد لا ترى الا في نهاية تطور القرحة الصلبة اذا لم يعن بعلاج الاصابة في هذا الوقت او اذا كان علاجها متأخراً او غير كاف . ولا تتبع الفورة نمو القرحة مباشرة وانما تفصلها عنها مدة تتراوح في الغالب بين ٣٥ و ٥٠ يوماً « دور الاستعداد الثانوي »



دور التفريخ الثاني :

يأتي هذا الدور مباشرة بعد ظهور القرحة الصلبة ولا يعرفه الا استمرار تطور هذه القرحة ، هذا اذا وجدت ولم تكن خفية او مختبئة . وان

جسم مصاب كله بالقروح من الدور الثاني كان الغالب ألا تقل مدة هذا الدور عن ٣٥ يوماً فان هنالك حالات نادرة لا يستمر فيها اكثر من ١٢ يوماً ، يقابل هذا حالات اكثر

حدوثاً تزيد فيها مدته عن ٥٠ و ٦٠ يوماً بل والثلاثة أشهر . وهذا ما نسميه بالافرنجي الثانوي المتأخر وتكثر حالاته حيناً يلجأ في علاج المرض الى مستحضرات تبدو عنيفة المهجوم في الظاهر وان كانت في الحقيقة تعوزها الفعالية أو لا يثابر عليها مدة كافية ، اذف الى هذا انها لا تشكل العلاج الاساسي للاصابة . اما المستحضرات الحديثة فانها تؤدي ان استعملت بحكمة الى استمرار هذا الدور دونما نهاية ، الا اذا قطعت اعراض ثانوية .

واذا استثنينا حالات الافرنجي الناتجة عن جهل المريض لصابته والتي اخذت في الانقراض بفعل تقدم التشخيص وانتشار العلم في مختلف الطبقات الاجتماعية ، فان كل ما نشاهده اليوم من حالات الافرنجي الثانوي انما يرجع الى عدم الاكتراث بالاصابة ، وبالتالي اهمال علاجها ، أو الاكتفاء بعلاج غير كاف . وهكذا تقطع دور الاستعداد الثاني اعراض ذات طابع انتاني عام ، وهي اعراض عرضية سطحية عابرة تقتون بالاضطرابات العامة الاعتيادية التي ترافق عادة كل انتان شامل كالصداع أو الهبات الحارة ، والتعب المؤلم والحمى ، والوهن ، والتهاب القشرة العظمية ووجود الزلال في البول ، واليرقان (ريقان) . ويقابل هذا كله ما سماه « اودري » الاعراض التحضيرية للطفح الجلدي (الازهار = روزا يول) . ولكن العارض الاهم في هذا الدور هو ايجابية تفاعل بوردا فاسرمان التي تظهر منذ اليوم الخامس عشر أو العشرين فتؤمن للتشخيص عنصره التجريبي الاساسي وربما الكافي

الاعراض العامة : يعتبر الازهار (الطفح الجلدي) العارض التعريفي لبدا هذا الدور ، ولكن هنالك حالات يبدأ فيها الافرنجي الثانوي باضطرابات عامة عنيفة تظهر دفعة واحدة كالحول والشحوب وفقدان الشهية والخفقان القلبي وعسر التنفس والحول الجسدي والفكري . يقابل هذا اعراض عصبية مختلفة كالارق العرضي أو الناتج عن آلام عصبية

ومفصلية ، وشبه الروماتيزم الانتاني الحقيقي والوهن العقلي . وهذه الاعراض ترافق معظم حالات الانتان العام . اما فقر الدم فهو عارض قد تشتد وطأته احيانا فيؤدي الى فقر دم حقيقي خطر . ويتكشف هذا العارض عن تضائل واضح في الكريات الدموية الحمراء وزيادة في الكريات الدموية البيضاء يقابلها نقص في مادة الدم الحمراء .

ويعتبر الصداع اضطراباً تعريفياً لهذا الدور من الاصابة وهو كثير الحدوث ويعم الرأس جميعه او يتركز في العظمين الجبهي والخلفي . وهو اما ان يكون متصلاً واما ان يكون متقطعاً يتخذ شكل نوبات تشتد اثناء الليل ويرافق احيانا آلامه الصماء دوار وهذيان .

اما فحص السائل الشوكي فيكشف عن اعراض التهاب حقيقي في السحايا تتلخص في انقلاب خصائص السائل الشوكي ، فيزداد ضغط السائل الشوكي الدماغى وافرازه للمادتي اللنف والزلال .

وليست الحمى اقل اهمية من الصداع ، وهي مثله اما ان تكون متصلة واما ان تكون متقطعة تأتي في دفعات غير منتظمة . وقد ترتفع احيانا الى ٣٩ او ٤٠ درجة ، وتبدو كأنما هي حمى سل حاد او حمى التيفوئيد . وقد تأخذ في حالات اخرى شكل حمى الملاريا .

يقابل هذه الاعراض تضخم في الطحال وزلال في البول .

الافرنجي الثانوي والجلد : وهذه اصابات نادرة ولكنها تمتاز رغم اختلافها ، بخصائص عامة بمائلة . فالطفح الجلدي (الازهار) يكون شاملاً غير محدود ، وسطحياً لا يخلف أية ندبة . أما عناصره فتبدو معقدة الاشكال متحبة وتنتشر دونما نظام في صفحة الغشاء الجلدي . وهي الى هذا ، لا تقترن بالحكة الا عند المرضى المدمنين على الخمر أو العصيين أو في الحالات التي يتم فيها نموها في مواضع يكسوها الشعر .

وقد يسبق احيانا ظهور الاعراض الثانوية العامة تفتح موضعي في
افرنجي المحيط بالقرحة الصلبة يشبه توسع نقطة الزيت. أما انتشار اللولبيات
شاحبة في الجسم بواسطة الدم او البلغم فانه لا يهيء هذا التفتح الدائري
انما يليه في الزمن . ولعل اهم انواع افرنجي الجلد واكثرها حدوثا هي
آتية :

الافرنجي الجلدي ذو الشكل الطفحي : اذا كانت ميزة الازهار او
طفح الجلدي النموذجية تجعل له اهمية لا شك فيها في الدور الثانوي للافرنجي
ان ميزته كعارض اول في هذا الدور تجعل له اهمية اكبر .

تفصل هذا العارض عن القرحة مدة تتراوح بين ال ٣٥ وال ٧٠ يوماتراه
تكشف في نهايتها عن لطخات تكاد تتركز دائماً في الجنب والجذع ولا
ترب الوجه والاطراف . اما لونها فانه يشبه لون زهر الدراق .

الافرنجي الجلدي ذو الشكل الحبيبي : يكون للحبيبة الفرنجية حجم
بنة العدس ولون اللحم المملح او لون النحاس .

الافرنجي الجلدي ذو الشكل المتقروح : تتوضع هذه الاصابة في الوجه
في الطرفين السفليين خاصة وهي تتعرض للعفونة الميكروبية التي تكون
سهماً يغطي التقرح .

الافرنجي ذو الشكل الملون : ينشأ عن هذا النوع من الافرنجي ما
سماه القدماء «بعقدفينوس» وهو يحيط العنق بلطخات صفراء او مائلة الى البني
الافرنجي ذو الشكل الندبي غير المندثر : وهو يسبب تقلصاً جلدياً
كالذي تحدثه بعض الحروق .

الافرنجي الثانوي والغشاء المخاطي : تكثر هذه الاصابات اذا هبأتها
عض العوامل المساعدة « كقرمية ضرس » او قذارة الفم او بعض الافرازات
لمرضية كالتى تسببها تعقبة مزمنة ترافق الافرنجي . وقد تتعرض

هذه الاصابة الاغشية المخاطية في الفم والحنجرة والاعضاء الجنسية والشرح

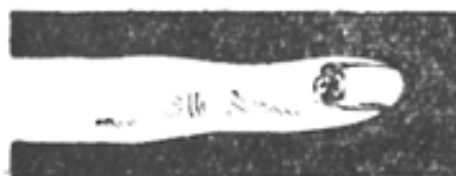


لوحات افرونية على الغشاء المخاطي

والعين . وتمتاز كلها بشدة عدواها
اما اكثر تدميراتها حدوثاً فهو
الحناق الذي يتكشف عن لطخات
حمراء تتركز في قعر الحنجرة .
وهناك اللوحات المخاطية التي تمتاز
بلون كلون الحليب وهي تغطي
الحنجرة، مما يؤدي احياناً الى خلطها
بلوحات الحانوق .

وكذلك نشاهد احياناً اصابات
تمتاز بشقوق في الشفتين وفي صفحة
الوجنة الداخلية .

الافرونجي الثانوي والشعر : لا يندر ان يرافق تساقط شعر المصاب
اعراض الدور الثانوي ، ويبدأ هذا العارض في فترة تتراوح بين الشهرين
الثاني والسادس . وقد يأخذ شكلاً غير محدود او شكل بقعات جرداء
او لوحات . ولكن الصلع التام غارض نادر جداً ، وعلى كل حال فان
علاجاً فعالاً كفيل بالقضاء على هذا الاضطراب في غضون ثلاثة او اربعة اشهر
الافرونجي الثانوي والاذفار : وهذه اصابة اخرى تتعدد اشكالها :



الفرحة الصلبة في الاصبع

١ - هنالك حالات نرى الظفر فيها
متفتتاً قابلاً للكسر .

٢ - وقد يكون كثيفاً يشبه
تركيبه تركيب الاسفنج .

٣ - بينما يصاب في حالات اخرى بتآكل يؤدي الى قرحة حقيقية .
٤ - ويتقابل هذا كله اصابات يصبح معها الظفر منفصلاً ويفقد شكله الطبيعي اذ تظهر تحته حبيبات صغيرة بنية فيتقلع وينخفض ويظهر فيه شق أو حز .
اما التهاب دائرة الظفر فإنه يأخذ في الغالب احد شكلين هما :
١ - حالات يتعرض فيها الظفر للتقشر والتكثف
٢ - وحالات اخرى يبدو فيها متقرحاً في البدء ليرخو فيما بعد ويسيل منه قيح كريه الرائحة .

الافرنجي الثانوي والاعضاء : ان كل عضو في الجسم يتعرض لهذه الاصابة ، اذ تنتشر اللولبيات الشاحبة في الجهاز الهضمي (الكبد - يرقان) وفي الكلي (زلال البول والتهاب الكلي الحاد) والشرايين والاوردة ، والفدة الدرقية ، وغشاء الرئة والجهاز العصبي ، والعين ، والاذن ، والعظام والمفاصل .

الافرنجي الثاني : ان استمرار تطور الوسائل الوقائية يقابله استمرار تقدم الطرق العلاجية ، سيؤديان يوماً ما الى القضاء نهائياً على هذا « البعع » البشري . والحقيقة ان فكرة القضاء على الافرنجي قد وضعت في حيز التنفيذ منذ نشأ هذا المجتمع البشري الراقى في معظم اطرافه ، لان الانظمة الاجتماعية والصحية الحالية ، اذ تخضع كل فرد في المجتمع للرقابة الطبية الدائمة تجعل من الاصابات نادرة الوقوع حتى لتكاد تقتصر على اثناات خفية تثير شكوك المصاب وبالتالي لا يتسنى له ان يعالجها . ولعلنا لا نعلم الحقيقة في شيء اذا ما قررنا انه لا الاضطرابات الافرنجية الثانوية ولا الاضطرابات الثالثة تمتاز بطابع محتوم . ويكفي لكي نقصر كل اعراض

الافرنجي وتدميرانه على القرحة الصلبة ان نعني بتأكيد التشخيص منذ الدور الاول ونوقف من ثم تطور المرض بوسائلنا الفعالة .



لقد قلنا في مطلع هذا الكتاب ان الغاية من تقسيم تطور الافرنجي الى ادوار اربعة هي في الدرجة الاولى تعليمية رغم اتفاق هذا التقسيم على الاجمال ، مع ما نشاهده في الواقع . وترانا نعزو لهذه الوحدة في التطور عجزنا عن ايجاد حد فاصل بين الدورين الثاني والثالث اذ

فرحات افرنجية من الدور الثالث

تتصل اعراضها وبين الدورين الثالث والرابع لامتداد اضطرابات كل منها الى الآخر . ولكن الدور الثالث رغم اختلاط بدايته ونهايته بما سبقه وما لحقه ، يمتاز بتدويرات تعريفية لها خصائص قائمة بذاتها ، وتكشف مقابلتها بخصائص التدميرات السابقة عن الفروق الاساسية التالية :

- ١ - ظهورها فجأة في الفترة التي تكثر فيها دلائل الصحة الجيدة ويظن المريض معها انه شفى فعلا .
- ٢ - قلتها وتركزها .
- ٣ - امكان امتدادها الى الجسم كله وفي هذه الحالة يظل الانتان جليدياً رغم اشتراك معظم الأعضاء في الاصابة .
- ٤ - طابعها التدميري وهو يجمل خصائصها الاساسية .
- ٥ - مقاومتها القوية والطويلة للعلاج .

والحقيقة ان الخاصيتين الاخيرتين تشكلان وحدة اثبتتها فعالية المستحضرات الطبية الحديثة اذ دلت على ان تأخر الشفاء ليس الا النتيجة المباشرة لعرق التدميرات وبطء تحسنها .

بدء هذا الدور : تتبع معظم الاصابات الثانية ظهور القرحة بعد مدة لا تتعدى الثلاث سنوات . ولكن هنالك اصابات ثالثة لم تظهر الا بعد مضي نصف قرن ، بل ان بعض من تعرضوا لاصابات من هذا النوع لم يشعروا طوال هذه المدة باي عارض مرضي وانجبوا ابناء اصحاء لا تشوهم علة او عاهة . وان بعض العوامل لتساعد على ظهور الاعراض الثانية ومنها الملاريا والارهاق الجسدي والفكري والادمان على الخمر .

اعراض الدور الثالث العامة : وهذه حالات مرضية مختلفة رفضها بعض المؤلفين زمناً طويلاً واثبتتها اخيراً البحوث العلمية الحديثة ، منها الوهن وفقدان الشهية والالام العصبية والحفقان القلبي ، ويقابل هذا احياناً اعراض « نوراستانيا » حقيقية وحمى قد تعود الى ما يسببه الانتان الافرنجي من تدميرات عضوية او الى اسباب اخرى مختلفة .

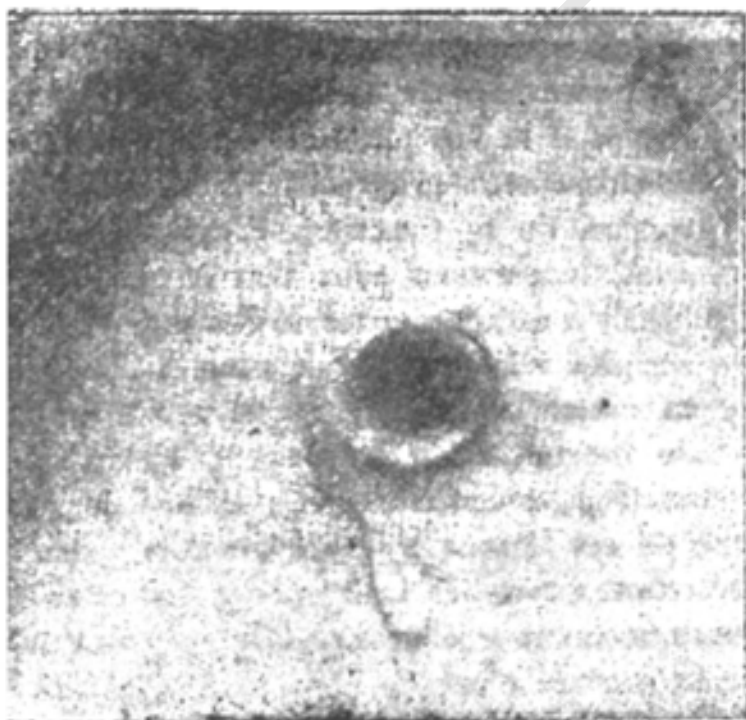
التدميرات الجلدية الثالثة : قلنا في الفصل السابق ان هذه الاعراض قد ترافق احياناً الطفح الجلدي الثانوي والازهار منذ السنة الثانية للاصابة وهي تمتاز بالخصائص الآتية :

- ١ - تفرقها في مواضع مختلفة او اجتماعها في بقعة معينة
- ٢ - تطورها التدميري الذي يؤدي الى ندبة دائمة .
- ٣ - ضعف عدواها رغم وجود اللولبيات الشاحبة فيها .
- ٤ - تأثرها بالعلاج ، وتعتبر هذه الخاصة احد عناصر التشخيص الهامة .
- ٥ - اقترانها احياناً بتفاعلات في المصل سلبية ، وهي تقسم حسب مظهرها وخصائصها الى ما يلي :

السيفيليد : يستمر تطور هذه التدميرات شهوراً واحياناً سنين . ونميزها عن الاعراض البانوية خصائصها التخريبية . وهي لا تعدو كونها نتوءات مدورة متصلة يشبه لونها الاحمر لون اللحم المملح او لون النحاس وهي الى هذا تنقر الانسجة السطحية ولا تتكشف عن اي الم ، وقد تفتتح احياناً فتحت تآكلاً مستديراً ، ذا حافات واضحة حادة غير منفصلة بينا يكون قعره جافاً او مملوءاً بالحراجات . كما يغطيه احياناً مسمار بني كثيف ملتصق به .

تتركز التدرنات الثالثة في مكان واحد من الجسم وتتجمع فيه على اشكال خاصة متقاربة متراصة حول بقعة من الغشاء الجلدي ندبية سليمة تتوسع الى الخارج بشكل دائري . وتظهر التدرنات الجديدة على حاشية هذه الدائرة بينا تحتل التدرنات القديمة الوسط فيها ، حيث تخلف ، وتختفي ندبة قد تمتد فتكتسح جزءاً تاماً من احد الاطراف ، اما اذا وجدت في الانف والشفتين فانها تنضحها جملة وقد تؤدي الى اقتطاع اجزاء منها كبيرة الاهمية .

الصمغ الافرنجي :



هو تدمير منفرد في الغالب ويبدأ بانتفاخ غير ملتصق بالانسجة السطحية ، ذي حدود نامة الواضح . ويكبر هذا الانتفاخ ويطرى تدريجياً حتى اذا ما تحول داخله الى سائل رأينا ان يلتصق بالجلد الذي يبدو احمر ، ثم

الصمغ الافرنجي في عظم الصدر

ينفتح فيخرج منه سائل لزج اصفر يخلف خراجاً تحوله حافات
حادّة واضحة ملتصقة بالجلد الى ما يسمى « القرحة الصغرى » . وتكون
هذه القرحة مستديرة كأنما خطها بركار (بيكار) اما الخراج الذي يشبه
البياف القنب التي توضع على المغزل فانه لا يلبث ان يقذف
الى الخارج تاركاً ندبة غير مندثرة تحيط بها دائرة ملونة . وهذا التدمير
الذي يتطور مدة لا تتجاوز الشهرين او الاربعة شهور لا يقتون باي
التهاب في العقد اللغافية .

التكاثر الصغرى : يتسبب هذا التدمير عن اجتماع عدة صموغ مجاورة
وانجادهما في لوحة قائمة ، متباعدة ، رخوة ، متقرحة في بعض
اجزائها .

الافرنجي الثاني والاعضاء : لا يكاد ينجو من الاصابة بالافرنجي
الثاني اي عضو او جهاز ، ويلوح لنا ان الاعضاء النبيلة تجتذب اللولبيات
الشاحبة فتحدث فيها هذه تخريبات تقضي على وظيفتها بصورة دائمة ونهائية
في معظم الاحيان .

الاعضاء التناسلية : يتعرض الرجل بالاضافة الى ما نشاهد عنده من
التدميرات الافرنجية في القضيب والعنق لالتهاب البروستات والحصى وقناتها .
اما عند المرأة فتحتل الاعراض الافرنجية الفرج وعنق الرحم بينما يكون
جسم هذا العضو مسرحاً لتخريبات واسعة تحدثها فيه الصموغ الافرنجية .
اعضاء الحواس : تتجلى اصابة العين عن اضطرابات مختلفة اكثرها
حدوثاً التهاب القرحة (بؤبؤ) ، التهاب شيمة العين حول عصب النظر وقد
يتؤدي هذه التدميرات مباشرة الى العمى .

كذلك تهاجم اللولبيات الاذن الوسطى ولكن تخريباتها تتركز
بصورة غريبة في الاذن الداخلية وقد تسبب صمماً دائماً وقامماً .

الجهاز الهضمي : تتكشف اصابة هذا الجهاز ، بالاضافة الى ما نشاهد من التهابات في اللسان ، عن تدميرات مختلفة ، منها الالتهابات المعوية . والتدميرات في المستقيم والشرج ، اصف الى هذا تخريبات صمغية في اعضاء مختلفة تؤدي الى اصابة الكبد وتضخم الطحال واحياناً فقر الدم .

الجهاز التنفسي : يصاب الانف بالدرجة الاولى فتحدث فيه ثقبوب في حاجز الانف ، يقابلها التهاب في الاغشية المخاطية . ومن الفوهات الانفية ، تنتقل اللولبيات الشاحبة الى الشعب والرئة .

الكلي : تسبب فيه الاصابة الافرنجية التهابات مزمنة ، وصموغاً وهزالاً ، بالاضافة الى تكاثر مادة الدم الحمراء (هيموغلوبين) بشكل خطير .

الاطراف : لا يرحم الافرنجي جزءاً واحداً من هذه الاعضاء . فتراه يتجلى عن التهابات في العظام وسل فقري وآلام في المفاصل ترافق او تسبق تنضج هذه الاجزاء . يقابل هذا تحول بارز في العضل .

الشرايين والاوردة : تكاد تخريباتها تقتصر على التهابات الشرايين وتضخمها وقد تتضخم الاوردة ايضاً .

الجهاز العصبي : ان اصابات هذا الجهاز كثيرة واهمها الافرنجي الدماغية والصموغ الدماغية والشلل والتهاب السحايا وخاصة الفالج الافرنجي الذي يضاف احياناً الى اعراض الافرنجي الثانوي .

الدور الرابع : تعرف هذا الدور اعراض افرنجية متأخرة كالشلل العام التدريجي الناتج عن التهاب دماغي شامل ، ولو كوبلازيا اللسان والشفيتين . وتضاف الى هذه الاعراض آثار التدميرات التي ذكرناها في الفصل السابق كاتساع الشرايين وتحول اعضاء مختلفة الى نسيج ليفي ، وتضخم الطحال وضيق في المستقيم يأخذ اشكالا مختلفة . وان فشل العلاج القديم في القضاء على هذه الاعراض جعل قديماً

المؤلفين ينسبونها الى مرض مختلف سموه « شبه السفلس » ورفضوا رغم وثوقهم بأصله الا فرنجي الاقرار بطبيعته الا فرنجية .

ولكننا نعلم اليوم ان هذه الاصابات افرنجية اصلا وطبيعية ، وانما ترجع مقاومتها الشديدة للعلاج وعدم تأثرها به الى تحولها مع الوقت الى تدميرات ليفية ندبية دائمة ونهائية . لذلك يعتبر الطبيب ان اكتشافها بأكراً قضية ذات أهمية اساسية في مغالبة العلاج ومستقبل المرض .

وقد كان الطب يحتفظ من الناحية العلاجية بأهمية خاصة لهذه الاعراض باعتبارها مرحلة انتقال بين الدورين الثالث والرابع . ويعود هذا الى مقدرة المستحضرات الحديثة على ايقاف تطوره وعجزها عن اصلاح تحريباته التي تمتاز بطابع نهائي . وبينما كان الطب قديماً يتوكأ المصابين بالشلل العام التدريجي الى مصيرهم المظلم ، يوم كان سلاحه يقتصر على مستحضرات غير فعالة في القضاء على هذه الاصابة ، نراه اليوم ، وقد تزود بالمستحضرات الشديدة المفعول يعيد الى هؤلاء المرضى صفتهم كعناصر اجتماعية صالحة . واذا كان المجتمع الانساني قد اعتبر الشلل العام التدريجي مرضاً عضالاً لا امل بشفائه مدة من الزمن فقد حان الوقت لتبديد هذه الاوهام وإثبات عجز اللولبيات الشاحبة عن قهر الطب .

الاضطرابات الرباعية : تقسم هذه الاضطرابات الى فئات ثلاث :

- ١ - الاضطرابات العصبية : كالشلل العام التدريجي .
 - ٢ - الاضطرابات العضوية : التحول الليفي والتوسع الشرياني .
 - ٣ - الاضطرابات الجلدية والمخاطية : زهري الفم وضيق المستقيم .
- وسنكتفي هنا من الفئتين الاولى والثانية بالاشارة الى أهمية تفاعلات السعايا فيها ووجوب البحث عنها واكتشافها سواء بالفحص الطبي او تجريبياً بواسطة السائل الشوكي في بدء المرض اولا واثناء تطوره في السنتين الرابعة

والعاشرة فيما بعد . وانما يقتصر هذا البحث على الاصابات الجلدية لانها رغم كونها اقل اهمية من اضطرابات الفشتين السابقتين فان معرفتها لا تخلو من فائدة لاسباب عدة .

زهري الفم : وترجع اهميته الى كونه احد اعراض الافرنجي الرباعي التعريفية ، لذلك يجب البحث عنه عند من يشك في اصابته . ومتى اكتشف وجب تنبيهه الى خطره والعمل على تجنبه ما قد يسببه له من عواقب وخيمة لانه قد يتحول الى سرطان . كذلك يقتون اختلاف مظهره مع الزمن بأهمية تشخيصية كبرى ، ومن هنا ندرك خطر إهماله واهمية فحصه من حين الى آخر .

اصابات الوجه : وهذه اصابة تتركز في الوجه ، وليس اصلها افرنجياً مطلقاً اذ تدخل في تدميرات امراض اخرى مختلفة . وهي تتجلى عن تنضجات صمغية متكررة تظهر حول الفم والانف فتسبب في هذين العضوين انتفاخاً دائماً يرافقه ورم طري .

ويبدو ان الجذام المشاهد في اجزاء اخرى من الجسم ليس غريباً عن هذه الاصابة . لذلك نستطيع ان نؤكد ان الاصابات الجذامية في الطرفين السفليين والاعضاء التناسلية افرنجية في الاصل .

ضيق المستقيم : اعتبر هذا الاضطراب مدة طويلة ، المرحلة النهائية في تطور اصابة افرنجية اكتشفها لارسن في المستقيم والشرح ثم درسها فورنيه واطلق عليها اسم « افرنجي الشرج والمستقيم » . ولكن تجارب جارسيلد دلت على ان معظم المصابين بهذا النوع من الافرنجي يتعرضون لاصابة افرنجية جديدة ، مما يحمل الاطباء اليوم على اعتباره نوعاً من الجذام ، يتركز في الشرج او المستقيم .

ومن المحتمل ان يتسبب هذا الجذام على انسداد العقد اللمفاوية في

الحالب والمستقيم ، ولا يبعد ان ينتج هذا الانسداد عما تحدثه تقرحات مختلفة الاسباب من عفونات في هذين العضوين .

زهري الفم واللسان « اللوكوبلازيا » : ان اللولبيات الشاحبة تنشط التفاعلات العضوية التي تؤدي الى تكوين « الكاداتوهيالين والالايدين » وهما المادتان اللتان تعطيان للجلد خصائصه التعريفية ، فاذا تجمعت منها كميات كافية في الانسجة المخاطية فانها تحول هذه الانسجة الى غشاء شبه جلدي وقد اطلق اسم « لوكوبلازيا » على البقعة التي تحدث فيها هذه التفاعلات ويتعرض غشاؤها المخاطي لهذا التحول .

ياخذ زهري الفم واللسان احد شكلين ، اما ان يكون خفيفاً تتكون منه لوحات مستوية بيضاء ، او ان يكون مقرحاً مهبطاً للتحول الى سرطان . وسواء اكانت اللوكوبلازيا خفيفة او شديدة فانها تبدأ بصفحة مستوية ومادية مائلة الى البياض تظهر عليها فيما بعد نقط بيضاء تغطي حبيبات لا تلبث ان تتجمع فتتحول الى لطخات مائلة الى البياض . اما اللوكوبلازيا الخفيفة فانها تتجلى عن لوحات دائرية او غير واضحة الحدود تحافظ على خصائصها الذاتية الى النهاية .

وحين تصل الى هذا الطور فهي اما ان تقف عنده نهائياً او ان تتعرض لانقلابات سريعة بفعل تكثف الغشاء المخاطي . ولا يقتصر نمو « اللوكوبلازيا » الا فرنجية الحقيقية على اللسان والفم لانها قد تحتل ايضاً الجهاز التناسلي فتتركز في الحشفة عند الرجل حيث تأخذ شكل مجموعة من اللطخات البيضاء . او تتوضع في الفرج عند المرأة فتبدو وكأنها لوحات حمراء .

ومهما كان نوع هذه (اللوكوبلازيا) فان مراقبتها مهمة واساسية في نفس الوقت لان اصابات السرطان غالباً ما تتوضع عليها . ويجب ان

نعقب ، للسبب نفسه ، كل اختلاف في مظهرها بفحوص جديدة نستخدم فيها جميع وسائلنا الحديثة لكي نصل الى تشخيص مبكر .

ويجب ان نعترف بان المستحضرات الطبية ضد الافرنجية ، حتى العنيفة منها ، لا تشفي هذا التدمير الا في حالات نادرة جداً ولكنها ، ان استعملت حسب الانظمة العلمية الحديثة ، قد تحسن تطورها او تحد من تحددها او لتشفي ما قد يتوضع عليها من تقرحات وشقوق .

اما العلاج الموضعي فيعتمد على نظافة الفم في الاساس ، وينصح المصاب بالاستغناء عن كل المهيجات والحمر والبهار . واذا لزم الامر يغسل الفم بوسائل مخفف او قلوي .

اما الطريقة القديمة التي كانت تقوم على كي التدمير بمحجر جهنم فقد اثبتت التجارب الاخيرة عقمها ، من اجل ذلك لا يسعنا الا ان نحذر المصابين منها وان ندعوهم الى الاستعاضة عنها باللصوق المكونة من « مرهم بارو » او حامض الساليسيليك او سلفات النحاس .

وللقضاء نهائياً على هذه التدميرات يفضل استعمال الترمو كوتاد او الثلج الكاربوني ، وقد جرب بعض العاملين في هذا الحقل طريقة تقشير لوحات اللوكوبلازيا .

* * *

الافرنجي الوراثي

هو مجموعة اعراض مرضية تظهر على الطفل منذ ولادته ويرثها من ابويه وقد اثبتت البحوث العلمية ان الام هي التي تنقل الاصابة الى جنينها اذا كانت مصابة ، وان الاب المصاب الذي عالج نفسه علاجاً كافياً لا ينقل مرضه الى حويناته المنوية . وبعبارة اخرى ، اذا لم تنتقل الاصابة الى

المرأة من شريكها المريض بالافرنجي ، امكن لطفلها ان لا يصاب به ،
وليس صحيحاً ما يزعمه بعض الناس من ان الام تنقل الى الجنين مكروبات
والده من غير ان تصاب هي نفسها قبل ذلك .

ويكفي لاثبات هذه الحقيقة ان نلاحظ ان الاصابة الوراثية تخف تدريجياً
نتيجة لتقدم الوقاية الاجتماعية ودونما اختلاف كبير في طرق العلاج . ولا
بدع ، فان المرأة الحامل توضع في ايمانها هذه تحت مراقبة دقيقة منظمة
يستحيل معها افلات اية اصابة مهما كان نوعها .

وتنقسم حوادث السفلس الوراثي الى فئات مختلفة تبعاً لتاريخ ظهورها
في حياة المصاب .

منشأ الافرنجي : يمكن ان تنشأ اصابة الافرنجي عن تلقيح البويضة
فيما اذا كانت الام مصابة بالافرنجي قبل الحمل . ويمكن كذلك ان تنتقل
العدوى عن طريق الخلاص اذا اصبحت الام اثناء الحمل لا قبله . ويقول
ريتشل أخيراً ان انتقال اللولبيات لا يتم في بعض الاحيان الا اثناء الوضع
ورثة سؤال لا يمكن الا ان نجيب عليه ، ويتعلق بانتقال السفلس الى
الجيلين الثاني والثالث . يمكن للمصاب بالافرنجي الوراثي ان ينقل اصابته
الى اولاده ، ويكون هؤلاء من مصابي الجيل الثاني ، واصابتهم قابلة لان
تكون شرسة معدية ، كما هي ذات آثار في النمو . ولكن الاصابة التي
تنتقل من مصابي الجيل الثاني الى اولادهم تكون في الاغلب ذات آثار
في النمو دون ان تكون شرسة معدية الا في اندر الحالات . اما بعد الجيل
الرابع فلا يمكن للافرنجي ان تكون له سوى الآثار في النمو . وما قبل
عن اصابات شرسة في الجيلين الرابع والخامس موضع للشك .

ثم نلاحظ مسألة اخرى هامة ، هي استعداد المصاب بالافرنجي الوراثي
لاكتساب اصابة افرنجية جديدة . فالراهن ان الافرنجي لا يعطي المصابين

به اية مناعة ، ولذلك امكن ان يصاب المرضى بالافرنجي الوراثة بالقرح الصلبة من جديد .

افرنجي النطفة : تسبب اصابة النطفة بالافرنجي موت النطفة وقذفها خارج الرحم ، بالاجهاض ، قبل الشهر الخامس .

افرنجي الجنين : وينشأ عنه ولادة الجنين قبل اوانه ، بين الشهرين الخامس والتاسع . وتكون الاجنة في هذه الحالة ميتة وعليها قروح واضطرابات تشريحية تجعلها غير قابلة للحياة . ويكون الخلاص عادة اثقل من المعتاد وقد يصل وزنه الى ربع وزن الجنين ، بدل ان يكون سدس هذا الوزن كما هو الوضع الطبيعي .

افرنجي الوليد : يولد الطفل في هذه الحال حياً ، في اوانه او قبل الاوان ، ولكنه يحمل قروحاً معدية . ويكون الخلاص اثقل من المعتاد بصورة عامة .

ويتنفس الوليد بصعوبة في اغلب الاحيان ، ويتبرد بسهولة ، وتكون على جسده غضون رخوة صفراوية تعطيه المظهر الذي يسمى «الصفير الهرم» ويكون بطنه متضخماً ، ووجهه اكبر حجماً من المألوف ، وغالباً ما يكون افطس قاعدة الانف .

وفضلاً عن ذلك تلاحظ عليه الآثار التالية :

على الجلد فقاعات متوسطة الحجم تحتوي على سائل مصلي دموي اما ان تولد مع المصاب او تظهر بعد ولادته بايام . وتظهر هذه الفقاعات في الاغلب في اسفل القدمين وراحة اليدين . وقد يظهر عليه الازهار كذلك أو صفحات مخاطية على الشفتين أو الشرج ، كما يظهر آثار شقوق في الشفتين ونزف في الحبل السري .

ثم لا يلبث التهاب اغشية الانف المخاطية ان يظهر بعد ذلك بوقت

يختلف من طفل لآخر، وغالباً ما يكون ذلك بعد الشهر الاول، ويكون هذا الالتهاب قيصياً ومزمناً .

وتكون الاصابات الداخلية ذات اشكال مختلفة ، كالنزف الشرجي وذات الرئة البيضاء ، وتضخم الكبد والطحال بحيث يمكن التأكد منه بالجنس باليد .

ويكشف التصوير بالاشعة عن اضطرابات في العظام .

افرنجي الاطفال او الافرنجي الوراثي المبكر : وهو يظهر بين الاسبوعين الثاني والسادس بعد الولادة ، ويندر ظهوره بعد الشهر الرابع، كما يندر أكثر ظهوره بعد الشهر السادس ، وبذلك اختلافه عن الافرنجي الوراثي المتأخر .

الافرنجي الوراثي في المرحلة الاولى للطفولة : وهو يظهر بين الولادة وبين السنة الثانية من العمر . ويلاحظ فيه نوعان من الظواهر : ظواهر اليقين وظواهر الاحتمال .

أ - ظواهر اليقين عديدة : أولها الازهار ، ثم رخاوة العظام ، وبعض الاصابات العينية ، وبعض الاضطرابات في نمو الاسنان كتلك المعروفة باسم « اسنان هتشنسون » ، ولكن هذه الاضطرابات تظهر في الاغلب في الاسنان الطبيعية لا في اسنان اللبن الاولى .

ب - ظواهر الاحتمال او الافتراض : وهي الطحال المتضخم ، والتهاب أغشية الانف ، والظواهر العصبية من رجفة وانواع الشلل ، وتصلب الانسجة ، وطائفة من الظواهر الاخرى كالنزف الشرجي أو النزف بانواعه ، والتشوهات في التكوين وقطر الدم ، والتهابات الاحشاء ، القيء ، الخ ...

ان جميع هذه الظواهر لا تقطع بوجود الاصابة اذا لم يرافقها التحقيق

عن المواقب المرضية ، وعن التفاعلات الدموية التي يجب ان تقود خطوات الطبيب .

ولنذكر احوالا ظهر فيها الافرنجي الوراثي باعراض متأخرة ، وهذه الاحوال تتعلق باطفال ولدوا قبل الاوان ، او ولدوا ضعاف الجسم ، ثم برز لديهم بين الاسبوعين الرابع والسادس او بعد شهرين ، تضخم في الطحال والتهاب في أغشية الالف المخاطية ، وتعدد غير طبيعي في عروق الجلد المكسو بالشعر ، وتشوهات عظمية مرئية بالتصوير بالاشعة . هذه الاحوال هي احوال الافرنجي الوراثي المبكر ، ولكنها ذات مظاهر متأخرة .

الافرنجي الوراثي المتأخر : والاصح تسميته افرنجي الطفولة الثانية .

وهو يظهر في العام الثالث او الرابع ولا يأخذ شكلا تسميياً ناتجاً عن انتشار اللولبيات في جسم الطفل بل يأخذ شكل امراض تصيب الاعضاء والانسجة والاجهزة .

وترى في كثير من الاحوال اعراض اكيدة للافرنجي الوراثي كاسنان هتشنسون التي تبدو معها الشيايا العليا في الوسط مشوهة مائلة بعضها الى بعض ، منحنية من اعلى الى اسفل ، ويحتل حافتها السفلى حز هلالى . ثم صمم يظهر دفعة واحدة وهو اذ يشمل الاذنين يمتاز بانه نهائى ، ويتسبب هذا الاضطراب عن تدميرات في الاذن الداخلية . واخيراً فاق تجمع السائل في الركبتين ثلوث هتشنسون في حالات مختلفة .

وتقابل هذا الثلوث اضطرابات غمائية يتعرض لها الانف والجمجمة ، وتشوهات في فوهة الفم وفي قصبة الساق التي تبدو كالجرب او كشفرة الحنجر . أضف الى هذا تدميرات في الاسنان والاذن وتضخم في الطحال . وتصحب هذا النوع من الافرنجي امراض تتطور بشكل تدريجي اهمها داء الكبد والتهاب العظام الطويلة وظهور مادة الدم الحمراء بكميات وافرة

في البول . ويمتاز المرض الاول باستحالة شفاؤه في معظم الاحيان بما يجعله
أشد الامراض خطراً .

الافرنجي المنفع : يؤكد المؤلفون الفرنسيون امكان اقتران الافرنجي
باعتراض مقنعة يخال معها الناظر العادي ان المرض المسبب لا يمت الى
الافرنجي بصلة . ولكن هذا التأكيد يلقي معارضة شديدة خارج فرنسا .
ويلوح لنا ان من المفيد ذكر الوقائع التالية دوغما تعليق وترك الحكم
للقارئ ، اما للفرنسيين او عليهم .

يتعرض الرضيع لاضطرابات مختلفة كتوقف النمو وتأخر التطور
الفكري وتشوه الهيكل العظمي بفعل اضطرابات تدميرية متنوعة ، وفقر
الدم . اما الطفل الصغير او الكبير فقد يكون ضحية اضطرابات اخرى
كالزلال المزمن في البول والتهاب الكلي والامراض الرئوية المزمنة سواء
رافقها او لم يرافقها توسع في الشعب الرئوية والامراض القلبية . ويقابل
هذا تشوهات عظمية في الانف والجمجمة والاسنان وقصبة الرجل وتدميرات
في الغدد الداخلية وفي الجهاز العصبي .

وتفقد هذه التدميرات طابعها غير المحدود عند الرجل لتتوضع في اعضاء او
اجهزة معينة ، ويؤدي هذا الى ما نشاهده من ارتفاع الضغط في الشرايين ،
والعانة والعقم وتكرار الطرح والوضع المبكر ، ووضع اجنة مشوهة غير
صالحة للحياة ، وزيادة وزن الخلاص .

كل هذه الاعراض تدخل فيما ذكرناه من اعراض الافرنجي الاحتمالية
وتتضاعف قيمتها في نظر الطبيب اذا تبين له انها انتقلت من جيل الى جيل .
ولا غرابة في ان يكون التشخيص صعبا وسط هذه الاعراض المختلفة ،
ويتوجب اللجوء الى استخبار عائلي يتناول السوابق المرضية عند الآباء
والجدود والاخوة والاخوات لتكوين فكرة صحيحة عن المرض . وقد

يكون الاستجواب غير كاف ، فيضطر الطبيب الى القيام بفحوص حقيقة لينسني له مقابلة نتائج بنتائج الفحوص عند المريض نفسه .

ان اي تشخيص تهمل فيه هذه الاعراض الاحتمالية لا يمكن ان يعتبر تشخيصاً طبيياً صحيحاً لان الافرنجي المقنع لا يمتاز بخصائص اخرى يمكن لها ان تثبت صلته بالافرنجي العامي .

التشخيص : لا تتساوى جميع حالات الافرنجي الوراثي في الوضوح اذ ان هنالك ظروفًا لا تعدو فيها اصاباته حد الشك ، وهذه الظروف اكثر من ان تهمل . ولكن الطبيب الماهر لا يعجز الا نادراً وقد لا يعجز قط عن تبديد الشك وحل العضلات ، وهكذا نراه يلجأ الى الاستخبارات العائلية عن الاقارب وحتى الجدود منهم ، والاستخبارات الشخصية باحثاً بواسطتها عن السوابق المرضية المباشرة وغير المباشرة عند المريض نفسه . كذلك تلعب التفاعلات المصلية (واسرمان-كاهن-فارن) دوراً هاماً . وبما ان هذه التفاعلات قد لا تخرج عن سلبيتها في اكثر اصابات الافرنجي الوراثي وضوحاً ، ترانا نحتفظ للاصابات الايجابية بقيمة كبرى . فاذا فشلت جميع هذه الوسائل لجأ الطبيب الى العلاج التجريبي كآخر سهم في كنياته . ولكن هذه الوسيلة في التشخيص تستلزم ملاحظة لا بد منها وهي انه اذا كان هذا العلاج ذا فعالية مذهشة على الاضطرابات الافرنجية العادية فانه عديم الاثر فيما يتعلق بالاضطرابات النائية . وهذا مثال صادق يثبت هذه الملاحظة : ان العلاج الخاص بالافرنجي يعجز عن شفاء الاضطرابات الهرمونية المرافقة . ولكي يتم هذا الشفاء لا بد ضمن العلاج التجريبي من اعطاء هرمونات ، وخلاصة الغدد .

علاج الافرنجي الوراثي

العلاج الوقائي: ويعتمد على المراقبة الصحية الدقيقة قبل الحمل ، ليعطى

علاج فعال للام المصابة بالافرنجي .

العلاج الشفائي : ويعتمد على حقن بنزوات الزئبق، وعلى التدليك بالزئبق

ويفضل الاطباء الفرنسيون في الحالات الخطرة استعمال البزموت

والدلك الزئبقي مباشرة في الاسابيع الاولى من العمر .

وقد أثبتت التجارب ان البنسيلين يعطي نتائج طيبة وسريعة في شفاء

الافرنجي الوراثي شرط الا تتعدى الكمية المعطاة منه ٤٠٠٠٠ الى ٥٠٠٠٠

وحدة للكيلو الواحد من وزن الطفل ، توزع على ايام ثمانية . أما في

حالات الافرنجي العادي فانه لا مناص من علاج عنيف يستمر أربعة أعوام

تقسم الى فترات علاج وفترات راحة لا تتعدى أربعة أسابيع . ويتكون

هذا العلاج من السلفارسانول والبزموت والزئبق غير الذائب .

وهناك حالات يشك فيها الطبيب باصابة افرنجي وراثي ، وفي هذه

الحالات يعتبر البزموت أفضل المستحضرات . وإذا تعرض الكبد للاصابة

الافرنجية تصبح املاح الزرنيخ خطرة يعجز الجسم عن تحملها ، لذلك

يستعاض عنها باملاح الزئبق .

ولا يخلو استعمال البزموت نفسه من خطر ايضاً لما قد يرافق الاصابة

الافرنجية من التهابات كلوية ، لان البزموت يهيج الكلي .

أما اصابات العينين فانها تستلزم علاجاً عنيفاً وطويل الامد بواسطة

سيانور الزئبق والبنسلين .

ويجب ألا تهمل كذلك الطرق العامة في العلاج ، والتي تستهدف شفاء

الكبد والغدد الداخلية والتدميرات العظيمة لان الاصابات العضوية قلما

توحم ضحايا الافرنجي .

تشخيص الافرنجي وعلاجه : تختلف نظرتنا اليوم الى الافرنجي

باختلاف ادواره ، ولا بدع فان التشخيص في الدورين الاولين ، اذ يسمح

وجود اللولبيات الشاحبة باكتشاف طبيعة التقرحات ، أسهل منه في الدورين الاخيرين . ولا نبالغ في قولنا ان نقطة الانطلاق في هذا التشخيص هي البحث عن اللولبيات الشاحبة بحثاً علمياً وجدياً في نفس الوقت . وقد بينا قلة تأثير هذه الميكروبات بالمواد الملونة ، لذلك يستعاض عن هذه الطريقة بالفحص المجهرى بواسطة المجهر في الحقل الاسود الذي يسمح بتكرار الفحص ، ويؤخذ للفحص سائل التدميرات المتقرحة ، شرط ان تخضع هذه التدميرات للتنظيف الذي يقضي على ما قد تحويه من انتانات في الطبقات الغشائية ، وألا تكون قد تعرضت لاي تعقيم ليومين خلبا على الاقل ، لان المواد المعقمة تقضي على اللولبيات في الطبقات السطحية بينما تعجز بها الطبقات العميقة . ومن هنا كانت ضرورة الامتناع عن اي علاج موضعي فيما يتعلق بالتقرحات المشبوهة لما قد يعقب هذا العلاج من خطأ في التشخيص .

ويمكن اللجوء الى التفاعلات التجريبية منذ الدور الاول للمرض ، ومن هذه التفاعلات ما تسمح حساسيته باستخدامه منذ اليوم الثامن او الخامس عشر بعد ظهور القرحة . وهي لا تقتصر على الدم اذ يمكننا البحث عنها في السائل الشوكي ايضاً . وتكشف التفاعلات الايجابية عن احتفاظ الكريات الدموية بمادتها الحمراء ، ولكنها ، وان كانت ذات قيمة كبرى لا يمكن ان تعتبر مطلقة المدلول ، ولا غرو فان ايجابيتها لا تقترن بالافرنجي وحده ، وقد تشاهد في الامراض التالية : الجذام ، الملاريا ، خناق فنتست امراض الكبد والحيات . كذلك قد تحتفظ بسلبيتها في حالات يكون المرض فيها محققاً . من هنا نرى خطأ اعتبارها تفاعلات مطلقة ووجوب تفسيرها على ضوء الاعراض التي تظهر على المريض .

وتفقد هذه التفاعلات قيمتها كلية اذا لم نراع فيها القواعد التالية .

- ١ - ان يتم اخذ الدم من مريض صائم .
 - ٢ - الا يبحث عنها عند المريض في فترات الحمى .
 - ٣ - ان يعني في البحث عنها بتطبيق قواعد التعقيم .
- ونضيف الى هذا ان انقلاب تفاعل ايجابي الى السلبية لا يتم بين عشية وضحاها
مهما اشتدت فعالية العلاج اذ ان الدم يمتاز بفترة جمود تظل فيها تفاعلاته ثابتة .
وهكذا نرى ان تكرار الفحص يجب الا يتم الا بعد اسبوعين على الاقل
من نهاية العلاج .

ولا يحسن احد ان هنالك اية صلة بين هذه التفاعلات وبين عنف الاصابة
وانما هي تقيس عنف دفاع الجسد . وهذا يفسر احتفاظها بسليبتها في بعض
حالات الطفح الجلدي العام الثانوي وفي بعض التدميرات الثالثة الخطيرة .
وهي انما تشير حينئذ الى ان قوى الجسد الدفاعية لم تتحرك بعد ولم تتحرك .
العلاج : مع ان العلاج الكيماوي والعلاج ضد المكروبي لم يقولوا بعد
كلمتها الاخيرة ، فان ما لدينا من مستحضرات وما يمتاز به هذه المستحضرات
من فعالية ليسمح لنا بان نقول « لن يقدر للفرنجي ان يقهر الطب » .
ويمكننا مع هذا ان نؤكد انه سيأتي يوم تنعدم فيه الحاجة الى انواع العلاج
الطويلة الامد .

لقد اعتمد العلاج القديم على الزئبق والزرنيخ والبزموت ، واذا كانت
هنالك من يؤيد افضلية الزرنيخ والبزموت فان هناك اطباء لم يجدوا حتى
اليوم ما يبرر الاستغناء عن الزئبق .

يستعين الطب اليوم بالزئبق كعامل مساعد ضمن علاج آخر ، وهو مع
ذلك العلاج الخاص بالفرنجي الوراثة عند الاطفال . وتختلف طرق استعماله
باختلاف الحالات ، وهكذا يعطى السيانونر بواسطة الحقن وكذلك الاملاح
غير الذائبة ، بينما يستعمل مرهم الكالومال لذلك ، ويصنع من لكتات
الزئبق دواء يؤخذ بطريق الفم .

اما السالفارسان والنيوسالفارسان وهما المركبين الزرنيحيان الفعالان. فان خصائصها التسممية توجب احاطة استعمالها بحذر شديد . كذلك يستغنى عنها في الحالات التي يتكشف فيها الافرنجي عن اضطرابات في الدوران والكبد والجهاز العصبي، واهم من هذا كله عامل السن. ولا يوحى استعمالها مع هذا كله ، باي اطمئنان لان هنالك اصابات تقاومها واخرى تختفي في الظاهر لتعود بعد عدة حقن . واسوأ من هذا ما يرافق استعمالها في البدء من هياج في الاضطرابات التدميرية ولكننا لا ننسى بعض المركبات الزرنيخية التي قد لا تفلح في القضاء على الافرنجي في حد ذاته ؛ ولكنها تلعب دوراً خطيراً في علاج الشلل العام .

ويكاد العلاج في يومنا هذا يقتصر على املاح البزموت والمستحضرات ضد الميكروبية . واذا كانت الاولى تمتاز بفعاليتها فانها تحتاج لتؤمن الشفاء لوقت غير قصير . واكثرها استعمالا الاملاح غير الذائبة كالهيدروكسيد واليودوبسموت، اذف الى هذا بعض الاملاح غير الذائبة ذات التركيب المعقد . وتعطى هذه الاملاح في الزيت او في مواد يمتصها الجسم بسهولة كبيرة . ويقسم العلاج بالبزموت الى مجموعات يختلف عددها في العام باختلاف دور الافرنجي .

ولا يسعنا الا ان نلاحظ انه منذ استعمال البزموت لعلاج الافرنجي اختفت الاعراض الجلدية والمخاطية من صورته القديمة ، وخصوصاً الثانوية منها ، شرط ان يبدأ بالعلاج منذ ظهور القرحة . ولا تختلف الاضطرابات العضوية والعصبية في تأثرها بالبزموت عن سابقتها ، اما اصابات الشلل العام فقد دلت الاحصاءات في الملاجيء على انها تكاد تنعدم .

وبالرغم من ان المستحضرات ضد الميكروبية (بنسلين) قد تجلى عن فعالية شديدة ، فاننا لا نسمح لانفسنا بان نحكم عليها حكماً نهائياً وهي لما تتعد طور التجربة حتى الان .

امراض الزهريّة والزواج

تتضاءل اصابات الافرنجي الوراثة مع الوقت بفعل تقدم اساليب الوقاية من الامراض الزهريّة ، كما تساعد طرق العلاج الحديثة على تجنب الام والطفل هذا المرض . لذلك ننصح ضحايا الامراض الزهريّة من المرشحين للزواج بان يقدرُوا مسؤولياتهم تجاه زوجة الغد ، وعائلة المستقبل ، على ضوء سعادة هذا المجتمع الصغير الذي سيخلقوه ، ولا يخفوا سوابقهم المرضية عن طبيبهم العادي المكلف باعطائهم الشهادة الصحية .

ويجب ان يؤجل الزواج الى ما بعد اختفاء كل اثر للانتان المكروبي في حالات التعقبة المزمنة والحادة على السواء ، لذلك يجب الاتّهم الانواع الحفية من الانتان كالتي لا يدل عليها الا سيلان طفيف لا يعدو احيانا النقطة الصباحية (النقطة العسكرية) . في هذه الحالات يجب اللجوء الى الطبيب المختص ليكتشف اصابة في البروستات او القناة البولية الحلفية او الاكياس المنوية .

ان حالات العقم الناتجة عن التعقبة اكثر من ان تهمل ، وهذا ما يؤكّد اهمية علاج هذه الامراض قبل الزواج .

اما فيما يتعلق بالافرنجي فقد بين الدكتور « داجوس » الشروط التي يمكن معها السماح بالزواج لضحايا هذا المرض وهي التالية :

١ - يسمح بالزواج بعد مضي سنتين من بدء الاصابة ، لمرضى خضع لعلاج فعال قبل ظهور التفاعلات المصلية ولم تتكشف اصابته طوال هذه المدة عن اي عارض دموي .

٢ - يصبح الزواج كذلك ممكناً اذا انقضى على التحقق من سلبية التفاعلات المصلية اعوام اربعة ، واذا كان المريض قد عولج باكرأ ولم يتعرض لاي عارض مرضي او مصلي .

اما من كان مريضاً بالفعل فيجب ان يعالج ، واننا ننصح به بالا يتزوج الا متى توفر له للشفاء التام .

وهناك مرضى يرزحون تحت عبء احدى العاهات الفرنجية كالشلل العام والافرنجي الفقري وامراض القلب ، وهؤلاء لا ننصحهم بالزواج قط فاذا طبقت هذه النظم الابتدائية بجذافيرها أصبح بإمكاننا تجنب الازواج المقبلين ما كان ينتظرهم في حياتهم الزوجية من مأس تهديد مستقبلهم فضلا عما يتعرض له الجنين اثناء الحمل من تشوهات وتدميرات خطيرة .

الوقاية من الامراض الزهرية : لا ترجع اليوم اهمية هذه الوقاية ، في نظرنا ، الى علاقتها المتينة بحياة الفرد الانساني فحسب ، ولكن الى صلتها الاكيدة بكيان المجتمع البشري ايضاً . ولعل قيمتها الكبرى تقترن بأفدح الامراض الزهرية خطراً ، او بالحري بأطولها تطوراً ، وهو الافرنجي الذي قيل فيه « انه اطول الامراض المزمنة على الاطلاق »

الوقاية الشخصية : هي مجموعة التدابير التي يلجأ اليها الفرد المعرض للعدوى لتجنب الاصابة الزهرية ، واننا نعترف منذ الان بان الطريقة التي قد توحى بالاطمئنان المطلق لم توجد بعد ، وليقتنع كل فرد بان اية وسيلة يتسلح بها لا تقضي عنه كل الخطر .

وفد كتب كثيرون عن التدقيق في اختيار شريك الحياة ، ولا نشك في ان هذه الطريقة لم تكن لتخلو من فائدة يوم كان البغاء علنياً بحميه القانون ، لان الاحصاءات اثبتت وثبت دائماً ان خطر هذا النوع من البغاء اقل بكثير من الخطر الذي يرافق البغاء السري ، لان هذا الاخير

بما انه لا يخضع لاية رقابة طبية ، يتحول الى بؤرة تعج بالميكروبات .
وكل ما نستطيعه اليوم هو تنبيه الشباب الى ان كل امرأة لا تحجم عن
عن الارتقاء في كل حضن ، او تباع جسدها لاي عابر سبيل لا تخلو من
خطر عظيم . اما فعالية بعض النصائح التي تعطي للشباب فانها كانت ولما
تزل موضع شك كبير . وهي على كل حال تدخل تدريجياً في عداد الاوهام
في هذا العصر الذي بلغت فيه الحرية الجنسية حدتها الاقصى .

ولا يسعنا ان ننكر ما قدمته بائعات اللذة للطب من خدمات جلى يوم
لم تكن العلاقات الجنسية تعتبر جرائم يعاقب عليها قانونياً . لانهن كن
بطرفهن الخاصة ، بكتشفن بسهولة اصابات زبائهن باكتشاف ما قد يرافقها
من سيلان قيحي او خدش مشبوه .

اما عند المرأة فلم توضع بعد الطريقة التي تؤمن للشريك اكتشاف اصابة
زهريّة عند شريكته ، وكل ما يتناقله الرجال من هذا القبيل لا يعدو حد
الاوهام ولا يمت الى العلم بصلة .

وبديهي ان على الفرد ان يمتنع عن اي اتصال جنسي اذا ظهرت على
شريكه اعراض طفح جلدي (حببيات او سحجات) واذا كان هذا الشريك
ضحية لتساقط الشعر او لسيلان قيحي او لحشونة غير طبيعية في الصوت
وهناك نصائح قديمة اثبت العلم صحتها وهي تقضي بالعمل سريعاً ودونما
انشغال بالقشور لتقليل اسباب العدوى .

١ - الغي البقاء في فرنسة ولكنه لم يزل ساوياً في لبنان وبعض البلاد العربية الشقيقة
ليس البقاء في شكله المطلق الا احد مظاهر الانحطاط الاجتماعي ولا يمكن ان نجده في
مجتمع رزين يعيش في ظل انظمة راقية . وانما تظهر الحاجة اليه في المجتمعات التي لم يكتمل نضجها
والتي تتعرض حياتها لأكثر من عامل اضطراب . والحقيقة ان البقاء العاني في هذه الحالة
يفضل بكثير البقاء السري الذي هو في حد ذاته عامل اضطراب اجتماعي .

- المغرب -

ويعتبر استعمال الاكياس الواقية (برازافاتيف) والمواد المعقمة من اهم طرق الوقاية العملية . اما « الكبايت الانكليزية » التي تستعملها النساء فانها لا تمنع عنهن سوى الحمل ، وكذلك لا يقى « البرازافاتيف » من جسم الرجل المعرض بكليته للعدوى الزهرية الا القضيبي . ولكن يحمل بنا الا نغض من قيمة هذه الطريقة الوقائية اذ لولاها لما نجا معظم جنود الجيش الالماني من فتك الامراض الزهرية في الحرب الاخيرة . ولكي يمتاز « البرازافاتيف » بفعالية حقيقية لا بد من ان يكون جديداً وجيداً . وان تطور صناعته والعناية بجودته يحيطان استعماله اليوم بشبه طمأنينة اذ يقصيان خطر تمزقه اثناء العمل الجنسي ، وبالرغم من هذا لا نرى بأساً في الكشف عليه بعد العمل للتأكد من سلامته .

ولا يقل استعمال المواد المعقمة اهمية عن استعمال « البرازافاتيف » واذا كان الغسل بالبرمنجانات قد اعطى نتائج طيبة فالتناثر ان الصابون وحده يكفي شرط ان يستمر الغسل طويلاً وان يكون جديداً وقاماً . ولا ريب في ان اتباع كل اتصال جنسي بهذه العملية يعتبر خطوة اولى في الوقاية من الزهري .

وبما يستعمل للوقاية من التعقيب عند الرجل بعض املاح الفضة كالارجيرون والبروتارجول . ويلاحظ اليوم ان بعض هذه الاملاح تساعد ايضاً على مقاومة عدوى الافرنجي وهي تحقن في القناة البولية بعد العمل الجنسي مباشرة . وتباع اليوم انايب ذات قناة دقيقة تحتوي على مرهم الكالومال^١ ممزوجاً بالتيمول^٢ او بغيره من المواد . يحقن جزء من المرهم في القناة البولية وتذلك ببعض الباقي الحشفة والقلفة مدة خمس دقائق تكفي في الغالب

(١) الكالومال هو احد مركبات الزئبق

(٢) التيمول هو نوع من الكحول المضوية

لاحتصاص المادة المعقمة . وما تبقى يستعمل في ذلك الجراب والصفن . ثم تغطى الصفحة التي تعرضت لذلك مدة ساعة لئلا تلتصق الثياب الداخلية . ويجب الا ننسى ان فعالية هذه الطريقة رهن بتطبيقها بوقت مبكر ، ونستطيع ان نعتبرها غير مجدية بعد مضي ٨ ساعات على اتصال مشبوه . ولكنها رغم قيمتها الحقيقية ليست ذات اهمية مطلقة ، ففي الحالات التي يلاحظ فيها وجود خدش سبق الاتصال الجنسي^١ او تسبب عنه يجب تطهير موضع الخدش بالكحول واليود ومضاعفة ذلك بالمرهم بعد ذلك . ولكن هذه الطرق جميعها غير عملية عند المرأة التي كانت وما تزال ضحية الزهري^٢ الخالدة .

الوقاية الاجتماعية : هي مجموعة التدابير الادارية التي تهدف الى الحد من اصابات الزهري والقضاء على هذه الآفة الاجتماعية نهائياً . وتتركز هذه التدابير في الدرجة الاولى على وجوب عناية الافراد بصحتهم تحت طائل الاثنان .

ولكي يكون لهذا التدبير فعالية حقيقية لا بد من تدابير حتمية ، وهي ان « الاخبار عن الاصابة الزهرية اجباري » . وقد سن هذا القانون فعلاً اثناء الاحتلال الالماني لفرنسة . ولكن ما يؤسف له ان يقتصر تطبيق هذه التدابير على المصالح الصحية الحكومية فحسب .

وكما ان مراقبة المصاب وعلاجه ضرورية فان ملاحقة من نقل اليه المكروب وعلاجه لا تقل عنها اهمية . واننا لننظر بغبطة الى كفاح « المساعدات الاجتماعية » اليوم ضد الزهري وما يعطي من نتائج تتزايد اهميتها . اذ انهن بالاضافة الى ما يقمن به من استخبارات واحصاءات في حالات سريان

(١) كان الواجب في هذه الحالة الامتناع عن العمل الجنسي

المرض ، يؤذين عملاً خلقياً واجتماعياً عظيم الأهمية : انهن يتعهدن المرضى
بالعلاج الطبي والنفسي ويسدين اليهم النصح والارشاد ^١ .

ولا ريب في ان هنالك حالات يجب ان تستكمل فيها المراقبة الطبية
بافحوص انصليية ، ومن هذه الحالات الانخراط في الجندية او في بعض
المهن ، او الزواج والحمل . ولعل هذه هي وسيلتنا الوحيدة لحفظ النوع
وتجنب علل هي في الحقيقة مصيبة اجتماعية . واذا روعي الاساس العلمي
في تطبيق هذه التدابير امكن بواسطتها القضاء على الافرنجي الوبائي وعلى
انواع الافرنجي الخفية .

ولكن هذه التدابير وصفت للمجموع ولم تقصد بها الفئة الاجتماعية
الاكبر خطراً وهي فئة المومسات . وقبل عام ١٩٤٦ كان نظام « الحماية
القانونية » يؤمن الى حد كبير ازالة خطر البغاء لانه كان يتولى المومسات
بالمراقبة ويخضعن لفحوص طبية ومجهرية ومصلية دائمة . وكانت هنالك
فرق « بوليس » خاصة تسمى « البوليس الاخلاقي » مهمتها مراقبة هذه
الفئة التي قسمت الى شطرين حسب طبيعة نشاطها الجنسي .

١ - بيات البيوت الخاصة الوبائي يتمنعن بحماية البوليس .

٢ - مومسات الساحات العامة .

وفي ظل نظام « الحماية القانونية » كان اطباء اخصائون يقومون بفحوص
منظمة في فترات معينة . ولا يستطيع احد ان ينكر قيمة هذه التدابير
لان عدد اصابات الافرنجي التي وقعت آنذاك في بيوت اللذة كانت اقل

(١) ان لبنان بحاجة ماسة الى نظام المساعدة الاجتماعية والتأمين الاجتماعي ، ليس
مقط فيما يتعلق بالامراض الزهرية وانما ايضاً في جميع الحالات التي ينشأ عنها انقلاب اجباري
في حياة المريض . ومن المؤسف ان يضطر مرضى القلب في هذا البلد بعد ابلالهم الى متابعة
اعمال ينتج عنها حتماً تجمد مرضهم . وليس حال مرض الرئة والكبد والجهاز العصبي والمرضى
عامة يختلف عن حال هؤلاء . (العرب) .

بكثير منه في البيوت الزوجية . ولكن هذا النظام لم يلبث ان الغي في عام ١٩٤٦ اثر الحملات العنيفة التي قامت ضده . وقد امل الشارع حينئذ ان تساعد التدابير الموضوعة للمجموع على اصلاح حال هذه الفئة . ولكن التجارب اثبتت عكس هذا وما مصلحة « المراقبة الضحية للبغاء » الا نوع من المراقبة الطبية .

ولكن النظام الجديد لم يسفر عن النتائج المنتظرة فقد فات الذين وضعوه ان الزهري ينطبق على كل الظروف ولا يقتصر على حالة واحدة . وان سير هذا النظام البطيء المطول وما يتطلبه من استدعاءات يريديّة وما يرافقه من مراقبة مشتتة يفسر كون اقل من ٥ ٪ من المومسات يكلفن انفسهن مشقة حضور الزيارات بصورة غير منظمة ، اضافة الى هذا ان واحدة من هؤلاء لم تخضع لقانون اخراجها من البلد .

وفي الختام نستطيع ان نقول انه منذ الغي البغاء العلني اتسع مجال الفضائح الاجتماعية وضاعت جهود البوليس وانقرضت المراقبة الطبية المفيدة .

(١) كل ذلك في فرنسا - العرب .

obeykandi.com

الفهرست

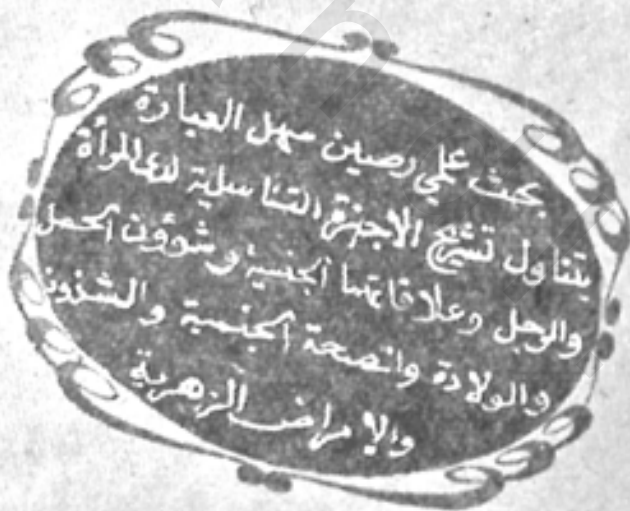
٣	كلمة الدار
٥	التعقبة او السيلان
٧	التعقبة عند الرجل
١٨	التعقبة عند المرأة
٢٥	مرض السيلان الشرجي
٢٥	التعقبة عند الاطفال والمواليد
٢٦	تشخيص التعقبة وعلاجها
٣٠	القرحة الرخوة
٣٣	القرحة المزدوجة
٣٣	العلاج
٣٤	الافرنجي (السفلس)
٣٨	الدور الاول
٤٣	الافرنجي بلا قرحة
٤٤	الافرنجي الثانوي
٤٩	الافرنجي الثالثي
٥٤	الدور الرابع
٥٨	الافرنجي الوراثي
٦٤	علاج الافرنجي الوراثي
٦٥	تشخيص الافرنجي وعلاجه
٦٩	الامراض الزهرية والزواج

• لتعرف ما يكفيك عن القضية الجنسية
• ولتقف أولادك ثقافة جنسية صحيحة سليمة
تصممهم من الزلل

اقرأ:

هذا الجسد

في أخطر قضاياها



كلية

مكتبات دار القلم - بيروت - لبنان

اعلانات دار القلم

ثمنه
ليرة واحدة

والله ابيك كتابنا الثالث :

عجائب الطب الحديث

الفه الدكتور غاستون بيسيت
نقله الى اللغة العربية : الطبيب الجراح شفيق سنو

اقرأ عناوين فصوله ، ثم احكم فيما اذا كنت تستغني عنه :
الاعجوبة والمعجزة - الجراثيم - الفيروس - المجهر العادي
والالكتروني - مركبات السلفاميد - قاتلات الجراثيم والبنسلين -
التيفوئيد - الطاعون - الجذام - الطفيليات - الدودة - التخدير -
الجراحة وجراحة التجميل - الاطفال الزرق - جراحة الألم - السل
وادويته الكيماوية وادويته المضادة للجراثيم - التطعيم ضد السل - السفلس -
الروماتزم - روماتزم القلب والاعوية الدموية الحاد - الكورتيزون
الشافى - موجات الدماغ - الصدمة الكهربائية - مصل الاعتراف -
السرطان وقداويه - المسكرات - الشمس المعافية - الطب الشرعي
والروايات البوليسية - غدد الجسم والروح - الهرمونات - قوانين الحمل -
تشخيص الحمل - الفيتامينات - الموت ، وهل له دواء ؟ - حشرة الموت
منبع للحياة - الشيخوخة قابلة للشفاء - التجارب على الجثث والاحياء
والجمادات - الحق في الصحة وغيرها وغيرها .

جواب بسيط ، واضح ، مفهوم ، على كل سؤال يخطر ببالك .
احجز نسختك منذ الآن ، فقد لا تجدها بسهولة !!

دار القلم