

السُّلَّام

وَعَلَّامِ الْجَمْرِ

للكاتب فيليب الشدياق

يطلب : من المؤلف . بالقاهرة
ومن جميع المكاتب في القاهرة والاسكندرية
ومن اجزاخانة رشدى - ١٦ شارع فؤاد الاول بالقاهرة
ومن الاستاذ بديع القارح - صاحب جامعة الوطن . بمبدا (لبنان)
ومن الاستاذ سلوم مكرزل - صاحب جريدة الهدى - شارع وشنتاون - نيويورك



المغفور له جلالة الملك فؤاد الاول
الذى يعد بحق مؤسساً لتحضة مصر الحديثة
والى جلالتة يرجع الفضل فى البدء بمكافحة مرض السيل فى مصر

obeykandi.com

الى الشعوب العريية

اهدى مؤلفى هذا عن مرض السل الى جميع الشعوب
الناطقة بالضاد ، راجيا أن تكون الدروس التى يتضمنها
من بواعث نهوضها وشهرها الحرب على هذا الداء الويل ،
قبل أن يقف حائلا دون مضيتها في طريق الرقى الذى
انهجته ، ادراكا لما تنشده من مستقبل مجيد !

المؤلف

obeykandi.com

ذكرى لمن لا أنسى فضله

المرحوم الدكتور هوارد بلس

(رئيس جامعة بيروت الأمريكية - سابقاً)،

الذى وقف حياته على تهذيب الأخلاق ونشر العلم

فى ربوع الشرق الأدنى .

obeykandi.com

مقدمة (١)

تصفحت مؤلف الدكتور فيليب الشدياق على مرض السل - الذى يعلم كل فرد فتكه بالانسان والحيوان - ومما لاشك فيه أن مثل هذا الكتاب ، ضرورى جداً لقراء اللغة العربية ، لعدم وجود مثله بها . وهذا المؤلف غنى بمواضيعه وبأسناده . وقد ناقش الكاتب كل نقطة فى الموضوع وأوضح آراء أساطين هذا الفن .

وأني أشكر الدكتور الشدياق على هذا العمل الشاق ، لأنه لم يدخر جهداً فى القيام به ، خدمة للطب العربى

سليمان عزمى

(١) بعد ان تصفح هذا الكتاب صاحب السعادة الدكتور سليمان عزمى باشا ، استاذ الامراض الباطنية في مدرسة الطب بالقصر العيني ، تفضل وكتب هذه المقدمة التى نشرها مع الشكر.

obeykandi.com

السل مرض مكتسب ووراثي :

أولاً : ينتقل مكروبه الظاهر - غالباً - بالبصاق من العليل الى السليم .

ثانياً : ينتقل «فيروسه» الخفي - المرتشح من الحامل، المصابة به، الى جنينها.

والمكتسب منه ، أكثر انتشاراً وأشد وطأة من الوراثة .

الفصل الاول

بحث عام

مكروب السل : حياته - مقاومته .

دوره الظاهر : انتشاره .

دوره الخفى : انتقاله الى الجنين .

اختلافه فى الشعوب .

فى كل مجتمع - وعلى الخصوص مجتمع السيدات - يجرى على الالسن ذكر الأقرباء والأصدقاء والسؤال عن صحتهم وعن تزوج منهم. أو طلق أو رزق غلاماً. أو فارق الحياة . فاذا قيل فلان طريح الفراش من زمن طويل ، يشكو الهزال والسعال ، ردّد الحاضرون هذه الكلمة : مسكين ! انه لن يعيش كثيراً انه مصاب بالسل . .

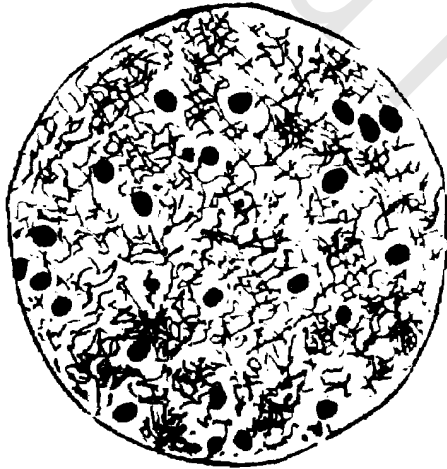
ليس أدل على الجهل من هذا الوهم . انه قول هراء . وظن خاطيء . ان ابعد شيء عن الصواب اعتقاد السواد الأعظم من الناس أن السعال هو الدليل الوحيد على الإصابة بالسل . ما كل من يشكو السعال مصاب بالسل وليس كل مصاب بالسل يشكو السعال . لأن السل الرئوى (السحاف) مرض قائم بذاته ، يختلف عن الأمراض الصدرية الأخرى المصحوبة مثله بالسعال .

ومع أن هذا المرض قديم فى تاريخ البشر ، وقد وصفه لنا أبو قراط الطبيب اليونانى الشهير، الا أن الالمام به لم يبلغ شأواً مذكوراً قبل القرن السابع عشر،

ومعرفتنا العلمية الصحيحة لم تبدأ الا في أواخر القرن التاسع عشر، أى سنة ١٨٨٢، حيث ا كُشف مكروب المرض العالم الألماني الدكتور روبرت كوخ في برلين (١) فوضع لنا حجر الأساس لهذا العلم الجديد . وبواسطة بحوثه القيمة في أسباب التدرن ، فتح لنا بابا جديدا للدرس والتتقيب .

فمعرفةنا لحقيقة هذا المرض لم تبدأ اذن الا منذ خمسين عاما تقريبا . ولذلك فاننا نرى العلماء لا يزالون في حاجة الى مواصلة البحث وتوسيع نطاق معرفتهم ، لوقاية الاصحاء وشفاء المصابين .

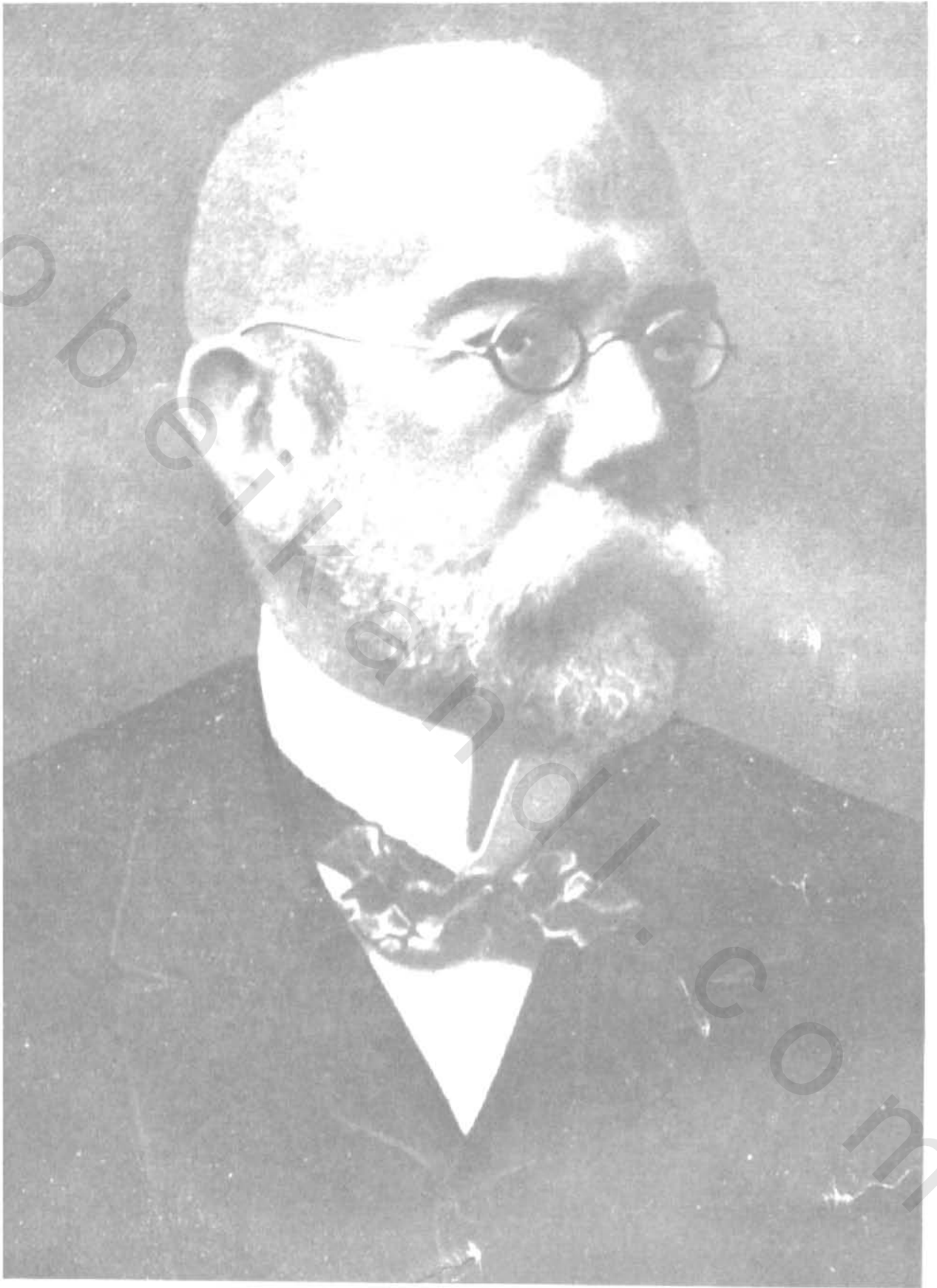
ينجم مرض السل عن جرثومة نباتية تشبه الأنوبة ، تظهر، على شريحة المجهر (٢) بعد تلوينها ، ساكنة ، منحنية الشكل قليلا ، نراها منفردة أو مزدوجة أو جماعات كثيرة . طول الواحدة يتفاوت بين جزئين وأربعة في الألف من المليمتر . وعرضها بين عشرين وخمسة أعشار من جزء واحد في الألف من أجزاء المليمتر .



بأشكال كوخ ، كما يظهر تحت المجهر ، ضمن جزء صغير من عتلة جاوردية . سميت هذه الجرثومة (أو المكروب) : «بأشكال كوخ» نسبة الى المكتشف ، ويمكنها ، بدون غذاء . أن تعيش في الظلام أو في البصاق الجاف من تسعة الى

Robert Koch. Berlin. (١)

Microscope (٢)



کوخ

obeykandi.com

عشرة أشهر ولكنها تموت اذا عرّضت ثلاثة أيام لحرارة الشمس . وتموت في الماء المغلي أو البخار ، بعد دقيقة واحدة ، في حرارة درجتها ٨٥ سانتيجراد . وبعد دقيقتين ، في حرارة ٧٨ . وبعد ثلاث دقائق ، في حرارة ٧٣ وبعد خمس دقائق ، في حرارة ٧٠ . وبعد ١٥ دقيقة ، في حرارة ٦٥ . وتموت بعد ساعتين ، اذا وضعت في محلول السليمان بنسبة ٥ في المئة . وبعد ٢٢ ساعة ، في محلول حامض الفينيك بنسبة ٥ في المئة .

قد يترامى لغير الأطباء أو الصيادلة أو مساعديهم أن هذه التفاصيل لا شأن لها ، ولكن حين يقفون حيارى أمام مصادر العدوى من أمتعة وأواني ملوثة بالمكروب ، أولئك في حاجة الى التعقيم ، يدركون ما لهذه التفاصيل من شأن وخطورة .

في عام ١٩١٠ ، أى بعد ثلاثين عاما تقريبا من تاريخ اكتشاف باشلس كوخ ، اكتشف الاستاذ فونتس البرازيلي (١) سموه المرتشحة وأيده جمهرة من العلماء (٢) في استنتاجه أن حياة هذا المكروب دورين : الظاهر ، و الخفي .

ففي دوره الظاهر تراه بالمجهر كما سبق وصفه - أو كجيبات «موك» - . ولا تراه في دوره الخفي . ولا تستطيع عزله بالترشيح عن السائل الذي يكون فيه . ولكن ، احقن هذا السائل حيوانا سليما ، تر ، بعد حين ، اعراض التدرن فيه بصورة خفيفة .

دوره الظاهر :

نسميه بحسب تاريخه . «دور كوخ» . اذا ظهر في الرئة ، وجب عزل المريض

(١) A.Fontès (Brazil) لا يزال الا. تاذ فونتس عائشا. وهو الآن مدير معهد اوزوالدو - كروز في ريو - دي - جانيرو . Institute Oswaldo-Cruz; Rio-de-Janeiro .
(٢) انظر آخر صفحة ١٦ .

في أما كن بعيدة عن الناس ومساكنهم .

فاذا سأل سائل : هل رئات البشر هي الأعضاء الوحيدة التي يأوى إليها هذا المكروب ويفتك بها؟ أجبت لا فإنه يصيب معظم أعضاء الجسد وأجزائه : كالجلد والعظام والأغشية السحائية والغدد والأمعاء والكبد والبنقراس والكلى والطحال والقلب والأعضاء التناسلية والمجاري البولية وما إليها ، ويحدث فيها تدرن . ولذلك سمي : «مرض التدرن» . ويكاد لا ينجو حيوان من شره . فأننا نجد التدرن في الكلاب والقطط والخنازير والدجاج والأسماك والسلاحف والثعابين والبقر وغيرها .

وهنا البلاء . فالإنسان يشكو إلى طبيبه فيصف له الدواء ، ويتخذ الاحتياطات اللازمة لمنع تسرب العدوى إلى من حوله ، ولكن الحيوان ، كالحمر والكلب ، لا يعلم ما به ولا ينتبه إلى حاله أحد من أهل البيت ، حتى يستفحل الداء . وأوضح أعراضه السعال (١) . فيكون قد نشر العدوى مدة طويلة بالنوم على السرير ولحس الأيدي والحدود والشفاه .

أسوق هذا إلى المغرمين بالقطط والكلاب تنبيهاً لهم إلى الخطر المحدق بهم . أما الخطر الناتج من أكل لحوم البقر وغيرها من الحيوانات المتدرنة فغنى عن الإيضاح . ويجب الانتباه إلى تعقيم هذه اللحوم . وهذا في الواقع ما نفعله يغلبها عند طبخها .

أما المكروب في اللبن فموضوع يجب البحث فيه على حدة لأنه على جانب عظيم من الخطورة . فأننا نشرب اللبن وتتخذ غذاء أولياً لأطفالنا ونأكل ما يستخرج منه كالزبدة والجبن وغيرها . فماذا يحل بنا وبأولادنا إذا كان هذا الغذاء ملوثاً بجراثيم التدرن ؟ هنا تتجسم خطورة المهمة التي تأخذها على عاتقها

(١) الحيوان المصاب بتدرن الرئة يسعل ولكنه لا يعرف التف أو البصق . فهو في ذلك كالطفل .



فونتس

obeykandi.com

مصلحة الصحة العامة من فحص الحيوانات ولحومها وألبانها ومراقبة الحوانيت التي تباع فيها للجمهور .

أما كيف ينتقل المكروب من العليل الى السليم ، فموضوع جدير باهتمامنا ، لأنه أكثر أنواع العدوى شيوعا . ولا نقاله واسطتان :

تنتقل العدوى بالبصاق السائل ، الذي يحمل باشلس كوخ أو مكروب السل . يقذفه العليل بالسعال رشاشا لا تراه العين فيستنشقه السليم اذا كان على مقربة منه . لذلك ينبغي أن نظل بعيدين عن المصاب ، مسافة متر على الأقل اذا أردنا التحدث اليه .

ينتقل بالبصاق الجاف يثيره الهواء العاصف والكناسون في الشوارع فيطير الى انوف المارة والجالسين في المقاهي .

وتسرى باللمس عند استعمال أثاث أو ثياب أو أدوات كأدوات الطعام والشراب مثلا التي تكون قد تلوثت بالمكروب ولم تعقم . وباللمس والاحتكاك ، مباشرة ، من الجلد المتدرن .

لقد ألفنا في الشرق رؤية الناس يهتقون يمينا ويساراً في الشوارع والطرقات وعلى الأرصفة وفي داخل الأبنية والترمواي بلا وازع ولا رادع . على أن هذا يجب أن يمنع منعاً باتاً ويجازى عليه فاعله ، اذا أردنا أن نراعى شروط الصحة العامة ، كما تقضى المدنية الصحيحة .

نعم للمصريين مثلا بعض العذر في هذه العادة الذميمة . وهو كثرة الغبار المتجمع في جو بلادهم ، يعلق بحيازيمهم وانوفهم وحلقهم فيسبب العطاس والسعال والبصاق . وليت الناس في هذه الحال يتعودون استعمال المناديل . قف في محطة القاهرة عند قيام القطار ، ولاحظ كيف يلوح المودعون

بالمناديل المستعملة والجمادير تحيط بهم، تر، بالخيال المجهرى، المكروبات المختلفة - وربما مكروبات السل - تتناثر وتتطاير ذات اليمين وذات الشمال فتلتقها الأنوف والأفواه وأصحابها فى غفلة عما يتسرب الى اجسامهم من جواسيس الداء وعماله السريين !

دوره الخفى :

ما اسميه باسم مكتشفه : « دورفونتس » - أو « فيروس السل الراشح » (١) أو مكروب السل غير المنظور، الذى لا يرى بالمجهر ولا يمكن فصله بواسطة الجهاز الترشيحى عن السائل الذى هو فيه . يسرى مع الدم الى جميع أجزاء الجسم ويستقر فى بعض أ زائه ويصل بالدورة الدموية المشيمية (٢) الى الجنين ، فى بطن أمه ، ينشئ فيه الاستعداد للداء - وأحيانا الداء نفسه - قبل الولادة .

يعود الفضل الأول ، فى التثبت من انتقال العدوى للجنين البشرى الى

مراقبات الطبيين الفرنسيين أرلوان ودوفور (٣) . ذلك فى ٢٦ مارس ١٩٢٦ وقد أصبحت هذه المعرفة ثابتة ولو تشعبت الآراء فى فروعها بين المشتغلين بهذا الفن فالاستاذ كالميت يقول : أن هذا « الفيروس » الراشح أقل تخريباً من « الباشلس » المجسم . أي أن المكروب ، فى دوره الخفى ، أضعف منه فى دوره الظاهر . ولدينا من تجارب نطس الأطباء ، أرباب الفن ، ما يثبت انتقال العدوى الى الجنين اذا كانت الأم مصابة بالسل الرئوي اصابة ظاهرة حادة (٤) . وهكذا نكشف

(١) Virus-Filtrant (٢) الدورة الدموية فى الحلاس . (٣) Arloing and Dufourt (٤) France : Fontès (Brazil), Calmette, Valtis (Greece) Sergeant, Malartre, Arloing, Dufourt, Couvelaire, Nègre, Boquet, etc.

Italy : V.de Bonis, J. Nasso, Angelo Migliavacca, Lino Urizio, Augusto Musso, Guiseppe Vascellari, etc.

Germany: Lydia Rabinovitch - Kempner (Berlin), etc.

Belgium : J. Van Beneden; by Prof. Malvoz (Liège) .

الستار عن بعض الأسباب الغامضة ، المؤدية الى موت الأجنة في بطون الامهات والرضع بعد الولادة بقليل .

ولكن العدوى لا تصل الى الجنين من أمه المصابة الا اذا دخل « الفيروس » الدورة الدموية المشيمية . فأن لم يفعل ، ولد الطفل سليما من الداء .

وما داء الخنازير ، الذى نراه فى الصغار العجاف المهازيل ، سوى نتيجة هذا « السم » الوارثى فى أكثر الأحيان .

على أن العدوى لا تسرى على الاطلاق من منى الذكر الى بيضة الأنثى عند الإخصاب . فلا تصل « سموم » السل الى الجنين من أب مصاب اذا كانت أمه سليمة . وبهذا يختلف التدرن عن الزهري .

وقبل الفراغ من هذا البحث لا بد من الإشارة الى انتقال المكروب من دوره الخفى الى دوره الظاهر : أعنى ، تحول « فيروس فونتس الراشح » الى « باشلس كوخ الجسم » وهذا ما أثبتته العلماء بتجاربهم العديدة فى خنزير غينيا (١) ذلك الحيوان الصغير النافع فى المختبرات (٢) الذى يضحى فى سبيل الانسان .

فأننا اذا حققنا هذا الحيوان ، لأول مرة ، بسائل مرشح ، يحتوى على خلاصة أنسجة مصابة ، تورمت غدده الأربية اللعفاوية . ثم اذا أخذنا بعد ذلك خلاصة طحاله وحقنا بها خنزيرا سليما وجدنا ، بعد أسبوع ، تورما فى غدده الأربية مع حبيبات موك (٣) التى هى الحد الفاصل بين الدور الخفى والظاهر للمكروب أو بين السموم الراشحة الخفية والباشلس الجسم . ثم بعد شهرين أو ثلاثة ، نجد ، فى غدده ورثته ، المكروب ، فى دوره الظاهر ، أى باشلس كوخ نفسه .

وقد قام بهذه التجارب علماء كثيرون منهم بورغى الايطالى وبزانسون

الفرنسي وساناريللى والبسنديني . فكانت النتيجة كما ذكرت مما لا يدع مجالا للريب .

الخلاصة : أن السل أو التدرن ينتقل كثيرا بالعدي المكتسبة ، وقليل بالمدوى ، الوارثية . . ولا يزال العلماء يوسعون الموضوع بحثا . ويشبعونه درسا . ولنا منهم تحت شمس كل يوم جديد :

التدرن في الشعوب : تختلف حالات التدرن باختلاف حالات البشر . فالأوروبيون ولا سيما أبناء الشمال ، الذين رافقهم مكروب السل بكثرة منذ آلاف السنين ، قد اكتسبوا ، طباقا لناموس بقاء الأصالح ، مناعة عظيمة ضد التدرن . أما شعوب الأقاليم ، الجنوبية الذين عرفوا هذا المرض منذ عهد قريب بالنسبة اليهم ، فأنهم أكثر تعرضا لشديد بطشه ووخيم عواقبه .

قد دل الاحصاء أن الوفيات بين الهنود والجر ، حول مضيق ما جلان ، تحدث بعد ستة أسابيع من ظهور المرض . وأن المرض يأتي حاداً في أواسط بلاد العرب ، ولكنه على سواحلها وفي المدن المتصلة بالأوروبيين ، ينهج منهجا معتدلا . وفي الأميركيين السود والمولدين ، تبلغ الوفيات ثلاثة أضعاف ما هي عليه بين الأميركيين البيض .

واخيراً هل يمكن للمكروب أن يعيش بحالة سلبية في جسم الإنسان ؟

أجل بعيش كامناً ما دامت للجسم مناعه توقمه عن الفتك . فإذا فقدت المناعة أو ضعفت في حالة نسيما : فقد الصحة الجيدة ، ظهر فعل المكروب بمظاهره المختلفة . وللأستاذ لايل كمنز (١) في كارديف - بانكلترا ، رأي في هذا الموضوع فيقول : « ان لا خوف على جسم الإنسان من المكروب ، بشكله الظاهر

الكامل ، لو بقي هادئاً ساكناً . اما اذا ابتدأ الباشلش - لسبب ما - ان يتطور ، اى انه اذا اصبح عاملاً ، تغير هيكله وافرز سموماً كانت نتيجتها وبالا على الانسجة الموضعية ومناعة الجسم العمومية .



الفصل الثانى

العدوى والسن .

لقد درسنا ، فى الفصل الاول ، حياة الميكروب ومناحته وانتشاره وانتقاله من العليل الى السليم واختلافه فى الشعوب . وفى هذا الفصل ، أريد أن أبين للقراء كيف أن عدوى التدرن تختلف ، فى الفرد ، باختلاف السن . ولكى أوضح هذا أقسم حالات التدرن الى ثلاثة أنواع : (١)

أولا : الصاعق

ثانيا : الكامن الفعال

ثالثا : الكامن غير الفعال

ماذا نعنى بالتدرن الصاعق ؟

نعنى به الاصابات القاسية التى لا تنحصر ، فى عضو واحد ، بل تتعداه ، بواسطة الدورة اللمفاوية أو الدموية ، الى كل جزء من الجسم . وتكتسح أمامها كل مقاومة ، طبيعية عامة كانت أو موضعية ، فتتهك الجسم وتقترن بحمى مستديمة بطيئة ، نسميها حمى الدق ، (٢) وسعال مع بصاق يحتوى على باشلس كوخ . وهكذا يجتاز المرض شوطا حادا الى ان ينتهى سريعا بالموت .

وهذه الاصابات هى نتيجة عدوى قوية ، حديثة ، فى أجسام حساسة ، لم تلوث بالباشلس بعد أو بسمومه غير المنظورة ولم تلقح بالب . س . ج . لتكتسب مناعة

(١) انظر ، فى الفصل الثالث والثلاثين ، كيفية تقسيم الاستاذ اينماق للاصابات من الوجهة العلاجية .

(٢) حمى الدق تنبسط بعد أن يعرق المريض ، ثم تعود بعد بضع ساعات وتحتفظ بدرجةها

العالية ثانية - ثم تعود الى الهبوط ، بعد العرق ، ثم الى الارتفاع الخ . تقول العامة : دقته البردية ،

نسبية . نجدها غالبا في الأطفال اللذين يصابون بشدة وفي الفتيان والفتيات عند البلوغ . يرى القارىء ، فيما يلي ، تعداداً لاصابات السل في مائتين واثنى عشر ولداً ، بين الرابعة من العمر والخامسة عشرة ، وكيف أن عدد الاصابات والوفيات يزيد كثيراً عند سن المراهقة :

١٠٩ ذكور	معدى	غير معدى	توفى	عولج بادخال الهواء في تجويف البلورا
٧٦ دون السنة ١٣	٢١	٥٥	٦	٥
٣٣ فوق	٢٤	٩	١١	٢٣
١٠٣ اناث				
٤٩ دون العشر سنوات ١٤	٢٨	٣٥	٦	٥
٥٤ فوق	٤٠	١٤	١٦	١٧

ماذا نعنى بالتدرن الكامن الفعال ؟

نعنى العدوى التى تبدى على نحو ما تقدم ، ولكن ، بدلا من أن تقطع شوطا حادا في جميع أجزاء الجسم ، يكمن المكروب في جزء منه محتفظا بمقدرته السامة المخربة . فهو أشبه بحجرة ملتهبة يغطيها الرماد . والاصابة ، كالنار الكامنة ، فأما أن تبقى كذلك ، مدة طويلة ، ثم يتغلب المصاب عليها فينحدر بها الى الحالة الاخيرة ، أى التدرن الكامن غير الفعال ويصبح صحيحا في بدنه صحة نسبية ، أو يعود المرض الى الظهور بالحى والعرق والسعال والتف الايجابى والهزال حتى يدرك المريض الموت .

لا حاجة للتنبيه أنه في الحالتين السابقتين تنتقل العدوى بسرعة . فيجب اذن الاسراع والمبادرة الى ابعاد المصابين عن الاصحاء .

ماذا نعني بالتدرن الكامن غير الفعال ؟

نعني به أن مكروب السل الذي ، لم يدخل الدورة الدموية أو اللمفاوية بل اختبأ في جزء من الجسم ، قد فقد قوته وطبيعته السامة أمام قوة الدفاع وتحول الى ضيف أليف ألم بالجسم محتشما مسالما . ولهذا النوع حالتان :

أولا : حالة خفيفة سببت مقاومة انتهت بانتصار الجسم على باشلس كوخ .

ثانيا : حالة كامنة كانت فعالة ، ثم ضعف فيها المكروب ، أما ، لأنه فقد مزيته السامة وإما ، لأنه سجن موضعيا ، ضمن غلاف ندبي ، كما شرحت سابقا .

لا يسبب الباشلس ، في الحالات الكامنة غير الفعالة ، حرارة او عرقا ولا يظهر هو نفسه في البصاق . وتطول مدة الحالات الكامنة الفعالة وغير الفعالة أكثر من الحوادث الخاطفة . واذا تتبعنا احصاء الاستاذ الالماني الدكتور نيجلي ، الذي درس مئة حادثه من كل دور من هذه الادوار المرضية الثلاث ، وجدنا النتيجة الآتية :

التدرن

السن	حالات خاطفة	حالات كامنة فعالة	حالات كامنة غير فعالة	المجموع
١	١٧	٠	٠	١٧
٥ - ٩ سنين	٢٥	٨	٠	٣٣
٩ - ١٩ سنة	١٥	١٥	٨	٣٨
١٨ - ٣٠	٣٥	٢٦	٢٤	٩٥
٣٠ - ٤٠	٢٧	٢٨	٢٩	٩٤
٤٠ - ٥٠	٢٢	٢٣	٥٥	١٠٠
٥٠ - ٦٠	٢٠	١٨	٦٢	١٠٠
٦٠ - ٧٠	٩	٢٥	٦٦	١٠٠
٧٠ سنة	٠	٢٣	٧٧	١٠٠

فالتس



بابا ظه



obeykandi.com

وتعتبر هذه الاحصاءات الجدول الرسمي له لتكرار اصابات التدرن عند الشعب الألماني. ويقال أنه يمكننا اعتبارها معدلا صحيحا للاصابات في القارة الأوروبية كلها .

يمكن الأستاذ الألماني د شورمن ، (١) من اثبات الحقيقة الآتية وهي: أن ٥٨ في المئة، من الوفيات ، دون الثامنة عشرة من العمر و ٩٢ في المئة من الوفيات ، فوق الثامنة عشرة ، كانت كلها ملوثة باعراض أحد أدوار السل (١) .

أما اذا تكلمنا عن البلاد المصرية ، التي ، تكاد تبدأ باتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع تفشى هذا المرض فيها - كانشاء مستوصفات مجانية عديدة للأمراض الصدرية ومصحات ، تحتوي على عدد كاف من الاسرّة ، لاستقبال المصابين واعداد جيش من الممرضات الزائرات لعيادة المرضى في بيوتهم وتقديم التقارير عنهم - نجد أن الاحصاءات المصرية ، لمعرفة سير هذا المرض بين السكان ، أصبحت من سنة الى أخرى يعول عليها . وكلما زاد انشاء مكاتب للصحة العمومية ، في أنحاء هذا القطر وفي البلاد العربية المجاورة ، زادت معرفتنا عن تفشى المرض ومقدار انتشاره في الشرق الأدنى .

كثيرا ما يهمل الأطباء تبليغ مكتب الصحة العمومية عن حالات كهذه وكثيرا ما يصغى طبيب العائلة الخاص الى توسلات الأهل والأقرباء ، فلا يبوح بسر الاصابة ، لذلك تبقى بيانات الاصابات ، التي بموجبها نحكم على الحالة الصحية العمومية ، أقل من العدد الحقيقي فلا تظهر لنا حقيقة تفشى مرض التدرن عموما في القطر المصري وفي الشرق الأدنى .

(١) قايله بتقرير الدكتور محمود بك أباطه ، للقطر المصري ، في آخر هذا الفصل .

ففى القاهرة، وحدها، فى كل من السنتين ١٩٣٦ و ١٩٣٧، كان عدد اصابات السل الرئوى، حسب التقارير المبلغ عنها، ينيف على ٢٣٠٠ حادثة والوفيات نحو الالف. وفى الاسكندرية، فى كل من السنتين ١٩٣٦ و ١٩٣٧، كان عدد اصابات السل الرئوى نحو الالف والوفيات نحو ٥٠٠. وفى كل من السنتين ١٩٣٦ و ١٩٣٧، كان عدد الاصابات، التى بلغ عنها فى القطر المصرى، ينيف على خمسة آلاف اصابة، والوفيات ٢٥٠٠!

يوجد فى القطر المصرى كله مئتا مكتب صحى تراقب نحو خمسة ملايين من السكان. وتنبئنا هذه المكاتب بأنه فى سنة ١٩٣٧، أصيب ١٠١٤ فى كل مليون من سكان. القطر، بالسل الرئوى، أى ما يزيد على ١٦٠٠٠ فى كل القطر. وتوفى منهم ثمانية آلاف فى تلك السنة. فاذا أضفنا الى اصابات السل الرئوى غيرها من سل الجلد، الذى لا يبلغ عنه أبدا، وسل الأمعاء والعظام والكلى والمثانة وباقى أنواع اصابات السل المختلفة وزدنا على العدد، الذى نحصل عليه، ثمة، باعتبار أنه عدد الاصابات التى لم تبلغ الى مكاتب الصحة، يجب أن لا ندهش اذا عرفنا أن المجموع الحقيقى، لمرض التدرن عموما، يزيد على ٣٠٠٠٠ اصابة و ١٥٠٠٠ وفاة، فى السنة، فى القطر المصرى. ولا شك أن معظمهم من الفتيان، الحديثى السن، أمل الغد ورجاء المستقبل.

أن القاعدة الدولية المتبعة، لحصر مرض التدرن، هى انشاء مصحات بها أسرة يعادل عددها الوفيات السنوية من هذا المرض. واذا عرفنا أنه لا يوجد، فى القطر المصرى، الا من ٤٠٠ الى ٦٠٠ سرير - وهذا يشمل ماوضع فى مصح حلوان وسوف يوضع فى مصح العباسية - لا يسعنا الا أن ندرك جليا تقصيرنا العظيم فى ضبط تنظيم محاربة هذا المرض، الذى يتفشى الآن تفشيا سريعا، بين أفراد

امة تشمل ، من الفلاحين ، ملايين قل غذاؤها وضعفت مقاومة أجسادها . (١)
لنعد الآن الى موضوعنا الرئيسي وهو « العدوى والسن » .

في احصاء ، قام به مؤخرا الدكتور محمود بك ابازة ، مدير قسم الأمراض
الصدرية والجذام بوزارة الصحة في القطر المصرى ، بين خمسة آلاف من
السكان ، كانت النتيجة كما يلى : -

٥٥ فى المئة ، ممن هم دون الخامسة عشرة و ٩٥ فى المئة ، ممن هم فوق الخامسة
عشرة ، يحملون الباشاس السكام (٢) .

وتبين لمصلحة الاحصاء والتعداد لسنة ١٩٣٧ ، ان ٩٦٧ وفاة بالسل الرئوي
فى القاهرة ، كان معظمها بين الخامسة عشرة والثلاثين .

وتبين لمصلحة الصحة العمومية فى القطر المصرى ، أن نسبة الاصابات بالسل
لمجموع من ترددوا على ستة مستوصفات للأمراض الصدرية ، بين سني ١٩٣٤
و ١٩٢٧ ، كانت ٨٤ فى المئة ، تتراوح أعمارهم بين الخامسة عشرة والأربعين

(١) اقراء الفصل الثانى والثلاثين : « القطر المصرى والسل » .

(٢) قابل هذا الاحصاء بقول الاستاذ شورمن ، الذى سبقه ، فى هذا الفصل .

الفصل الثالث

العدوى وطرق مقاومتها

ختمت الفصل السابق بقولى أنه ، ما دامت صحتنا جيدة ، فإن جراثيم السل تكمن فى الجسم ، هادئة ، مستكنة . فما هو المقصود من الصحة الجيدة ؟ وما هو تعريفها ؟ هل يقصد بها مجموع العمل المنتظم لجميع أعضائنا . بحيث تؤدي وظائفها من اجراء افرازات داخلية و اخراج المواد الفضولية ، مرتبطة بعضها ببعض كأجزاء . ساعة دقيقة ؟ أم أن هنالك عنصرا مستقلا فى أجسامنا يقوم بمقاومة العدوى ومحاربتها ؟ أعتقد أن هناك وسيلتين للمقاومة يستطيع جهازنا أن يحمى نفسه بهما من عدوى السل :

الاولى : المقاومة بواسطة بنية الجسم العمومية ، التى تمكن الاعضاء فى القيام بوظائفها .

الثانية : المقاومة بواسطة التفاعل والتأثير الموضعى .

أما الطريقة الاولى ، المتعلقة بقيام الاعضاء بوظائفها قياما عاما صحيحا ، فتمكن مجموع جسدنا أن يتوصل بها الى وقاية نفسه من المكروب المداهم بواسطة افرازات فى الدم مضادة للسم الذى يفرزه المكروب نفسه . وقد دعا الاقدمون هذه المادة « ترياقا » . والعصريون « مادة مضادة » (١) لانها تكسب الجسم مناعة . فاذا فشل الدفاع الاول وعجزت الاعضاء ، بمساعدة الافرازات المضادة ، عن وقاية الجسم من فلك المكروب ، ظهرت فى الانسجة ، التى دخلها المكروب ، حالة رجعية اسمها خط الدفاع الثانى وهو دفاع موضعى محض .



فیر شو

obeykandi.com

يحدث باشلس التدرن التهابا موضعيا تتكون حواليه مادة متجينة ، تصبح ، فيما بعد ، كلسية جافة وتحيط بها أنسجة ندية (١) تسجن المكروب ضمن غلافها ، فتعرقل حركته وسيره وتقف عمل سمه الفعال في الجسم . وهذه الكتلة الكلسية ، التي تحبس في داخلها باشلس التدرن ولا يزيد حجمها عن حبة العدس أو الذرة العويجة ، تدعى العقدة الدرنية الجاورسية (٢) والفضل في معرفتها للاستاذ الالماني فيرشو (٣) الذي لا يزال تمثاله قائما أمام مدخل مستشفيات « الشاريتة » في برلين . وهذا الاستاذ كان أول من وصف هذه العقدة وأثبت وجود المكروب فيها (٤) .

لا بد اذن ، لكبح جماح المرض ، من قيام الاعضاء بوظائفها قياما نشيطا عاما سميناه « الدفاع الاول » . فاذا فشل هذا الدفاع العام أمام العدو ، رجعنا الى خط « الدفاع الثاني » حيث تقوم حركة تطويق الباشلس المتكاثر واكتنافه وحصره والضغط عليه في أجزاء باثولوجية صغيرة من النسيج الرئوى ، تسمى العقدة الدرنية الجاورسية كما ذكرنا آنفا .

رب سائل يقول : هل وفق الباحثون المنقبون الى استنباط وسيلة ، نستطيع بها ، أن نعزز في أجسامنا المقاومة على نوعيها المشار اليهما ، أو الى إيجاد علاج يمنع استفحال باشلس التدرن ؟ فنجيبه :

١. فيما يتعلق « بالدفاع الاول » - وهو المقاومة بواسطة البنية الطبيعية العمومية - : أن المرحوم الاستاذ كالميت ابتكر ، بمعاونة الاستاذ جيران ، لقاح ب . س . ج . (٥) واتخذة سلاحا ماضيا ، يهيء به ، للأطفال ، حياة يتمكنون فيها من مواجهة عدوى التدرن مواجهة قليلة الخطر . أي أن لقاح ب . س . ج .

(١) Cicatricial (٢) من ابن سينا . Miliary Tubercle (٣) Rudolph Virchow

(٤) انظر صفحة ١٢ من الفصل الاول . (٥) B.C.G.

يحدث في الطفل مناعة نسبية ضد مكروب السل. ولكننا مازلنا في حاجة الى مدة طويلة. لنتمكن من جمع الاحصاءات والاسانيد، قبل أن نسلم نهائيا بفائدة هذا اللقاح. وتستحضر مادة ب. س. ج. ، أى لقاح كالميت - جيران ، من استنبات باشلس كوخ. وتجرع للاطفال الرضع ، الذين لا تتجاوز أعمارهم عشرة أيام ، فيمتصها غشاء المعدة المخاطي وينقلها الى الدورة اللمفاوية والجهاز الغدى . ويشترط في هذه المادة أن تكون حديثة التحضير . أما السبب في تجريعهم اياها ، قبل اليوم العاشر، فيرجع الى أن العصير الهضمي ، الذى يفسدها ، لا تبدأ معدة الطفل بفرزه قبل ذلك اليوم . فاذا تجاوز الطفل اليوم العاشر، من العمر، أعطى هذه المادة حقنا تحت الجلد .

لا يعطى لقاح ب. س. ج. الا بعد أن تكون قد ظهرت النتيجة السلبية لامتحان التوبركلين (١) أى أن نكون تينا أن الجسم لا يزال خاليا من مكروب التدرن . وهكذا نزرع هذا المكروب ، بكميات صغيرة معينة ، في تربة بكر خالية منه ونحدث فيه تفاعلا ومناعة ضد هجوم الباشلس في المستقبل. ولكننا، بالرغم من ذلك ، لا نزال نحتاج الى دروس ومقارنات ، مدة سنين طويلة ، للثبوت من فائدة هذا اللقاح . فقد ذكر لنا الطبيب الشهير ان اشباخ ورافينا أن بعض الاطفال ، الذين ولدوا من والدين سليمين ولقحوا عند الولادة بمستحضر كالميت - جيران ، ماتوا بعد أن ظهرت فيهم اصابة جاورسية عمومية بين الشهر الثامن عشر والثاني والعشرين من عمرهم .

تبشئنا اللجنة الدائمة للصحة العامة الدولية ، في جنيف ، أنه حدث في ولاية

(١) الخبرة بالتوبركلين هي ادخال ، من محلول ، يحتوى على سموم المكروب البشرى ، بعد ان يقتل بالتمقيم ويرشح ، جزء صغير تحت الجلد أو بين طبقتي الجلد . فاذا كان الفرد قد أصيب سابقا ، بدخول باشلس كوخ الى جسمه ، حدث تفاعل واحمرار والتهاب موضعي .

نور بوتن، من أعمال أسوج ، أن استعملوا لقاح كالمت - جيران، بين سنة ١٩٢٧ و ١٩٣٢، في ٧٧٦٥ مولودا جديدا، أى في ٢٦٠٥ في المئة من مجموع المواليد، فكانت النتيجة أن بلغت الوفيات، لغاية ٣١ ديسمبر سنة ١٩٣٣، ١٠٤ في المئة، من الذين لقحوا و ٨٠٨ في المئة، من الذين لم يلحقوا . وقد استنتج ، من هذه التجربة ، أن هذا اللقاح يكسب الاطفال حصانة نسبية أكيدة ضد التدرن .

وللفصل في هذا الموضوع ورسم خطة تتبعها ، في اختيار الاطفال لتلقيحهم بلقاح ب. س. ج . ، أقول: يجب تلقيح الطفل الذي يعيش في بيئة ملوثة موبوءة أو الذي أصيب أبوه بمرض التدرن . وفيما خلا ذلك الافضل أن لا نستعمل اللقاح . أما الطفل ، الذي أصيبت أمه بالتدرن الشديد ، فلا يلحق وخير له أن يعزل بحسب طريقة جرانشه (١) . أما اذا كان التدرن في الام، خفيفا، عاد أمر اللقاح الى حكمة الطبيب الاخصائي .

وبهذه المناسبة أذكر حادثة جرت في مقاطعة لوبك ، في المانيا ، وكيف أن بعض الاطباء الالمان أدخلوا بشروط تحضير كالمت - جيران ، فأدى عملهم هذا الى هلاك مئات الاطفال . وبعد البحث عن السبب وجد أن الجرعات ، التي أعطيت للاطفال ، كانت قوية .

زرت في ١٩٣٣ ، عيادة الاطفال في جامعة كولونيا ، على نهر الرين وقد عهد بإدارتها الى الاستاذ كلاينشميت (٢) الذي كان عضوا ، في لجنة المحلفين في حادثة لوبك المذكورة ، فرافقني مدة ساعتين الى أقسام هذا المستشفى، المستقلة بعضها عن بعض والمحاطة بالاشجار والازهار وأراني العمل الذي يقوم به هناك، فوجدته يعالج ، بمحلول التوبركلين ، الاطفال المصابين بالتدرن الرئوي

(١) ارسال الطفل الى مكان صحي ، طلق الهواء ، ينشأ بين اناس غير مصابين بالتدرن .

(٢) H. Kleinschmidt. Köln. a. Rhein

الشديد والذين لا يمكن علاجهم بادخال الهواء في تجويف البلورا والضغط على رئاتهم (١) فكان يعطى هؤلاء الاطفال التوبركلين مخففا: أى كل جزء منه في مليون جزء من الماء . ولكنه لم يتمكن من موافاتي بأي بيان مشجع عن نتيجة إبحائه في هذا الشأن .

وقد وجدته يخالف طريقة كالمت الفرنسي ، مخالفة لم تسبب وفيات . وقال أن طريقته (أى طريقة كلاينشميت) تؤدي الى تحسين حالة الاطفال الداعية الى اليأس .
٢ أما الدفاع الثانى ، فهو المقاومة الموضعية :

أن معرفتنا بتركيب التعقد الدرني ، الذى يمنع انتشار المكروب ويحصره موضعيا ، وادراكنا - كيف أن التكلس يلعب دورا في تكوينه . وكيف أن المادة الكلسية تقل في العظم المسلول . وفائدة محلول انكلس في الالتهابات الرئوية - كل ذلك يجعلنا نميل الى استعمال مستحضرات الكلس في أكثر الحوادث .

أصبحنا نعتقد الآن أن استعمال محلول الكلس - خصوصا اذا حقن في الاوردة - مع أخذ الفيتامين د ، د ، ح ، حقنا أو بالفم ، هو علاج لا بأس به لتعزيز المقاومة الموضعية في حالات الالتهابات الرئوية غير المعينة (٢) وفي الحالات السابقة للتدرن أيضا ، كفققر الدم الشديد وداء الحنارير وتورم غدد العنق أو المنصف الصدرى (٣) ، خصوصا عند الاطفال ، كما نراها بواسطة أشعة اكس .

(١) اتفق الاستاذ ارمان ديل في باريس والاستاذ كلاينشميت في كولونيا على حقن الهواء في تجويف البلورا في الاطفال قبل تجاوزهم السنة الاولى من العمر . وخالفهم المرحوم الاستاذ ليون برنارد ، الذى قال أنه لا يستحسن نفخ الصدر قبل أن يبلغ الطفل السنة الثامنة من عمره . اما أنا فأرى الحق بجانب دليل وكلاينشميت .

(٢) التى يسميها مكروبات أخرى خلاف بائاس كوخ . (٢) Mediastinum



کالت

obeykandi.com

ومما يساعد الفيتامين « د » ، على تثبيت الكلس في الجسم مستحضرات فيتامين أخرى والهواء الطلق: فالفيتامين « س » ينشط المقاومة ويقلل البصاق ويخفض الحرارة . والفيتامين « ب ا » يخفف التهاب الاعصاب ويزيد الشهية والهواء الطلق يساعد الخلايا على التجدد .

أما محلول الذهب الذي نستعمله حقنا ، تحت الجلد ، أو في الوريد ، لتقوية « الدفاع الموضعي » ، فيجب استعماله مع التحفظ ، اذ قد يحدث التهابا في الكلى . ولكن يكثر نفعه اذا استعمل في بدء التورم أو الاحتقان الدرني الخفيف في الرئة . وفي الالتهابات الرئوية ، القديمة ، التي يكون قد بدأ التليف فيها . وسيجيء ذكر هذا في فصول العلاج المقبلة .

يقول أحد أعضاء الجمعية الطبية لامراض الاطفال ، في بوردو بفرنسا ، أنه استعمل محلول الذهب في علاج حوادث السل الرئوي الشديد ، في الصغار ، الذين يتراوح عمرهم بين السنتين والنصف والاحدى عشر سنة وحصل على نتائج حسنة . أما أنا فاقابل هذا القول بكل تحفظ ولا أشير باستعمال محلول الذهب الا في الحوادث الرئوية الحديثة الخفيفة او القديمة المليفة . اما محلول الفحم ، فبالرغم من أن استعماله قد ادى الى فوائده ، في علاج التهابات عديدة - تسببها ميكروبات الستافيلوكوك (١) والستربتوكوك (٢) - وبالرغم من معرفتنا بأن السل الرئوي ، في عمال مناجم الفحم ، أقل وأخف من الاصابات في غيرهم من الناس - لان استنشاق غبار الفحم يؤدي الى تخفيف اعراض السل ، بينما أن استنشاق الرمال والتراب (٣) يسبب ظهورها . وما ذلك الا لان غبار الفحم يمتص سموم بائس السل - مع ذلك لم يؤد استعمال هذا المحلول ، حتى حقنا في الوريد ، الى أية نتيجة حسنة في تعزيز « الدفاع الموضعي » لشفاء الاصابة الرئوية .

(١) Staphylococcus (٢) Streptococcus

(٣) تتريب الرئة : Chalicosis, Silicosis

وأخيراً نسمع اليوم نغمة جديدة من باريس : وهى أن بعض أساتذة جامعة سرقسطة ، فى اسبانيا، ارسلوا الى الاكاديمية الفرنسية تقريراً يقولون فيه أنهم أثبتوا ، بالبحث والتنقيب ، أن اصابات التدرن تزيد بنسبة نقصان عنصر السيلسيوم فى الجسم . فهل يأتى يوم نكافح بالسيلسيوم ، العلل التى تسبق ظهور السل ، كما نكافحها بالكس ، أى بالكسيوم ؟



obeykandi.com



رئتان سليمتان



عقد درنية
في بزره السرّة اليمنى

الفصل الرابع

السل الرئوى أو السحاف

أهم جزء ، من موضوع التدرن الواسع ، هو السل الرئوى أريد قبل البدء بالكتابة عنه ، أن أعيد على القارىء ما قلته فى مقدمة هذا الكتاب :

« لا أود التوغل كثيرا فى التفاصيل الدقيقة ، الفنية ، لأننى لا أخص بهذا الكتاب الأطباء الاخصائيين ، بل أوجه كلامى الى غير الاخصائيين منهم والى جميع المثقفين من الناطقين بالضاد وأكتفى فى كل فصل ، بسرد ايضاحات أساسية ، شاملة ، أرجو أن تنير عقل القارىء بلا تعب ولا ملل . »

من الأمور التى لا خلاف عليها ، أن السل الرئوى ، فى البالغين ، يكون فى الغالب قد بدأ ظهوره فى الطفولة . ففى حالة التعقد الابتدائى (الدرجة الاولى من السل) وحالة التكمس (الدرجة الثالثة) يبقى المرض كامنا الى أن يبلغ المريض سن المراهقة ، أو ما بعدها ، فيعود الى الظهور . ولكنه لا يبقى كامنا فى حالة الاحساسية (الدرجة الثانية) . فإذا أن ينتقل منها الى التكمس (دور المناعة) أو يقضى على المريض . فالدرجة الثانية ، هى فى الواقع ، درجة الخطر الحقيقية ، لا كما يتوهم الناس خطأ . فإذا لم يبلغ الطفل هذه الدرجة ، أو اذا انتقل منها الى الدرجة الثالثة ، سلم من الخطر حتى يبلغ سن المراهقة .

أن ما نراه عادة ، فى رئات البالغين من المرضى ، ليس سوى عودة الباشلس الى الحياة بعد أن يكون قد ظل سنوات عديدة ، مسجونا ، هادئا ضمن عقدة أو عقد عديدة جاورسية متكلسة ، فى رئة المرء . ويظهر ، أن لسن المراهقة

وافرازات الغدد التناسلية ، تأثيرا على اخراج الباشلس من سجنه وفك قيوده من الغدد القصيبية - الشعبية ، وغيرها من الغدد اللعابية القائمة بجوارها ، في المنصف الصدري (١). واذا دخل الباشلس مجرى التنفس فأوقفته الغدد من عن تخريب أنسجه الرئة وسجنته ضمن غلاف ندي أو كلسي . فإنه ، بالرغم من ذلك ، يحدث حالة « احساسية » في المرء يكشف لنا عنها امتحان بيركد (٢) المعروف والذي يفسر لنا قاعدة الاستاذ كوخ ، المشهورة باسم « نظرية كوخ » (٣) التي أود أن أشرحها للقارىء بإسط تعبير :

أن المصاب بالسل يكتسب ، بواسطة « الاحساسية » التي يحدثها فيه الباشلس ، مناعة نسبية ضد اصابة درنية جديدة ، بينما تستمر الاصابة القديمة في تطورها وربما في تداقمها - وقد تؤدي الى الموت !

قسم الفرنسيون السل الرئوى منذ عهد الاستاذ « لاينك » الشهير الى ثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : دور الحويصلة الرئوية ، الدرنية ، التي تحتوى على مواد الاصابة .

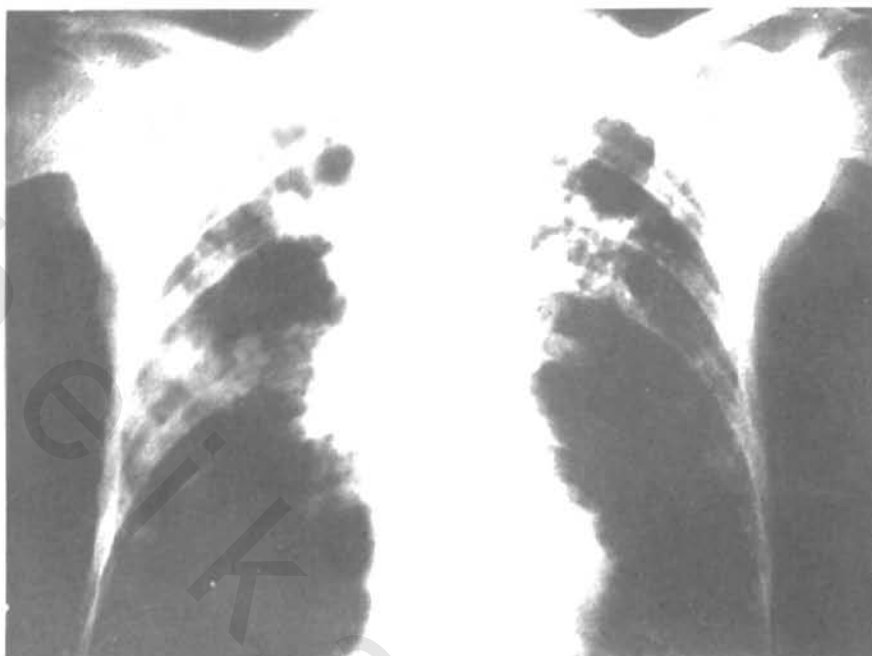
المرحلة الثانية : دور تليين الأنسجة المعتلة ، ثم تجنبها :

المرحلة الثالثة : دور نفث هذ الأنسجة المهترئة وتفريغها بالسعال ، تاركة ، في مكانها في الرئة ، تجويفات وحفر .

أما المرحوم الأستاذ ليون برنارد فقال :

١. أن الاصابة ، التي تصل الى الجنين من الام المصابة ، تختلف باختلاف

الحوادث .



اصابة درنية مرتشحة



اصابة درنية منبتة

obeykandi.com

٢ والاصابة الرئوية ، التى تدخل جسم الطفل من مجرى التنفس ، تقسم فى نظرها الى ثلاثة أدوار :

الدور الأول : مقاومة الاحساسية . ثم الاحساسية الكامنة . ثم ظهور الباشلس فى المجارى اللفافية والدموية . وهذا الدور يطول من أسبوعين الى ثلاثة أسابيع .
الدور الثانى : الاحساسية الظاهرة وهى دخول المرض الى خلايا النسيج الرئوى وتورم الغدد الصدرية وبروز العقد الرئوية .

الدور الثالث : تجدد الاصابة ، أى استيقاظ المكروب ، فى سن المراهقة .

أن هذا التجدد يغلب أن يكون فى الفص الأعلى من الرئة اليمنى (١) ولا نعرف لذلك سببا حتى الآن .

يمكن أن تطول مدة الدور الثانى شهراً ، بل أعواما ، يتسرب خلالها الباشلس الى المجارى الرئوية اللفافية ويحدث اصابات جديدة فى أجزاء أخرى من الرئة وربما فى الرئة المقابلة . وقد يخرج من الرئة متبعا المجارى اللفافية أو الدموية ويحدث التهابا درنيا فى أعضاء أخرى من الجسم . فلو فحصنا الرئة ، فى هذا الدور من التطور ، لوجدنا التورم فى الغدد اللفافية القصية - الشعبية ظاهرا للعيان ولرأينا علامات الانتشار فى الأنسجة الرئوية . وما حى الباشلات انتيفوسية (٢) الا نتيجة الاصابة الأولى ، اذ يعجز التعقد الابتدائى عن تطويق الباشلس ، فيدور هذا ، اذ ذاك ، فى الدورة الدموية .

وفى الدور الثالث ، نجد الاصابة تتجدد باستيقاظ المكروب الكامن منذ الطفولة ، فتتمدد الى جزء من فص أو الى فص كامل من الرئة وتسبب التهابا رئويا يشبه أحيانا الاحتقانات الرئوية والتهابات « ذات - الرئة » المتسعة

(١) تلافى الرئة اليمنى من ثلاثة فصوص واليسرى من فصين . (٢) Typhobacillose

غير الدرنية . أى ان استيقاظ باشلس كوخ يسبب ارتشاحا نسيجيا ، كما يقول
الألمان (١) أو التهابا رئويا - شعبيا (٢) أو التهابا متقرحا - متجنبنا (٣)، كما يقول
الفرنسيون. أو التهابا حويصليا (٤) أى معقدا (٥) ويدعوه الألمان منتجا (٦).
وربما بقيت الإصابة في منطقة سرة البزرة (٧) أو انتشرت أو ربما صارت
جاورسية (٨) .

تظهر تطورات المرض - بالتنفس - جليلة في أعلى الرئة ، عند وضع
السماعة على ظهر المريض أو صدره ، لأن هذا الجزء الرئوى قليل الكثافة ،
فتكون الإصابة فيه قريبة من سطح الرئة. لذلك يسهل على الطبيب الاحاطة بها.
على أن ذلك لا يعنى أن المرض لم يصل الى الأجزاء الكشيفة العميقة في قلب
الرئة . كلا ! فعلى الطبيب ، اذ يتسمع الى حس المرض في أعلا الرئة ، ان يدرك
أن الأجزاء الداخلية، حيث تبدى الإصابة ولا يسمع منها التنفس، هى كذلك
مريضة .

هنا تقوم أشعة اكس بدور هام في تشخيص المرض بدقة . وهنا تقدر
قدر الجهاز الذى صنعه ، مؤخرا ، الأستاذ هنرى شاول العربى اللبنانى . رئيس
معهد روتجن في مستشفيات « الشاريتيه » في برلين ، فهو جهاز ، يمكننا من
رؤية الرئة الى أعماق متفاوتة ، لفحص جميع أجزائها .

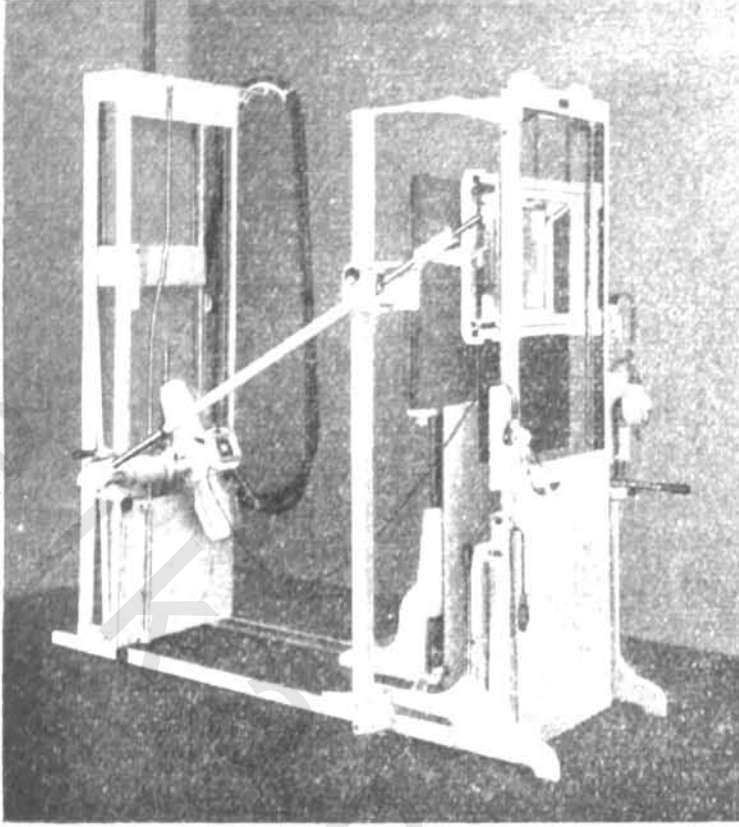
(١) Infiltrat (٢) Bronchopneumonie (٣) Ulcero—Caseux

(٤) Alveolar (٥) Nodular (٦) Productive (٧) Hilum (٨) Miliary



شاؤل

obeykandi.com



جهاز اشعة رونتجن لشاؤل ، فى برلين .

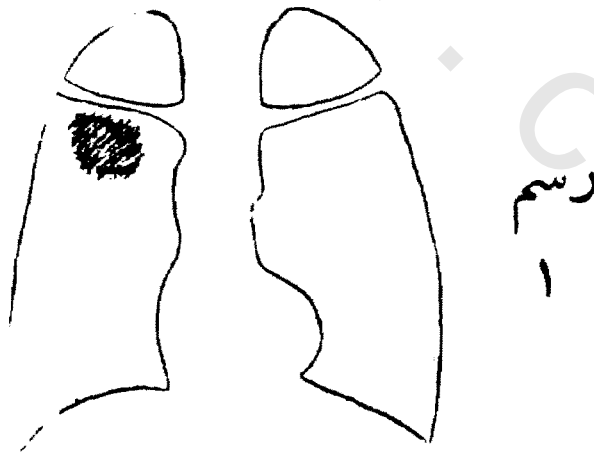
فى أى جزء من أجزاء الرئة تتجدد الاصابة ؟

تتجدد الاصابة ، غالبا كما ذكرت سابقا ، فى الرئة اليمنى . وأكثر الأحيان فى أعلاها ولا نعرف للآن . سببا أكيدا لذلك . ويغلب ظهورها ، فى المراهقين بين السادسة والثامنة عشرة من العمر . ويزيد عدد الاصابات ، بين الإناث ، عليه بين الذكور . ولا يمكننا التعويل كثيرا على المسمع (السماعة) ، بل يجب الالتجاء الى الكشف باشعة اكس وينبغى أن لا نكتفى بما تبديه لوحة الأشعة ، بل علينا أن نأخذ الصورة وندرسها بدقة وانعام .

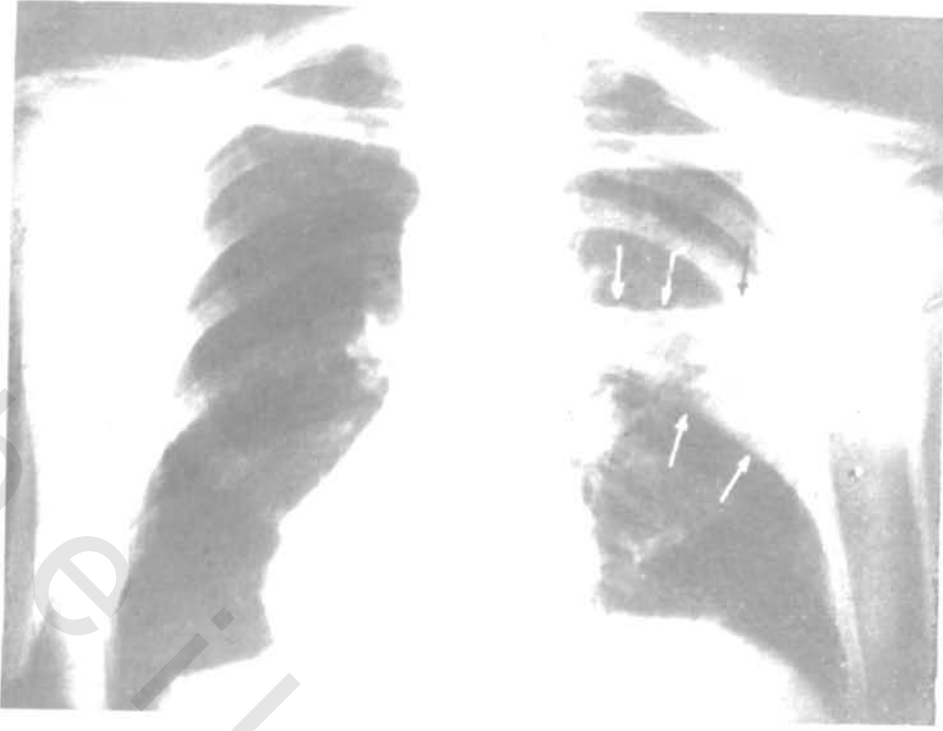
تقع الاصابة « سماك الترقوة » (كما يسميها ابن عباد) أى تحت الترقوة . ويطلق عليها الفرنسيون - على قول المرحوم الأستاذ ليون برنارد - اصابة

« ما بين الترقوة والسرة » (١) . والأستاذان الألمانيان اسمان وراديكر :
« اصابة اسمان » أو « الاحتقان المبكر » (٢) . ولا يختلف الارتشاح النسيجي ،
في هذه الاصابة ، عن الارتشاح الذى يقع حول سرة البررة (٣) .
يبتدىء هذا الاحتقان اما بسرعة أو ببطء .

١. فاذا ابتداء ، بسرعة ، توهمه بعضهم انفلوانزا (٤) ولكن الكشف
بالاشعة يبين لنا احتقاناً ، ربما كان مصحوباً ببؤرة أو بؤرة درنية .
وغالباً ما يسبب بدء الاصابة الفجائى زيفاً من الرئة وحمى ولغطا فى التنفس ،
يسمعه الطبيب بسهولة . فأمام حادث كهذا يتجرى الطبيب عن سبب النزيف
الحقيقى ليعرف هل هو حدة الاصابة الحديثة ، التى مزقت الأوردة والشرايين ،
أم مزع فى أنسجة الاصابة القديمة النديية ؟ فباختلاف التشخيص ، يختلف العلاج .
واذا جاء الاحتقان بطيئاً وجب التدقيق فى فحص المريض وتصويره باشعة
اكس وتحليل بصاقه فى المختبر الكيماوى .
وللاحتقان علامات فى أحد أجزاء الرئة الثلاث كما نرى فى الرسوم الآتية :



نرى ، فى الرسم الاول نوع الاحتقان تحت الترقوة فى الرئة اليمنى وقد سبق



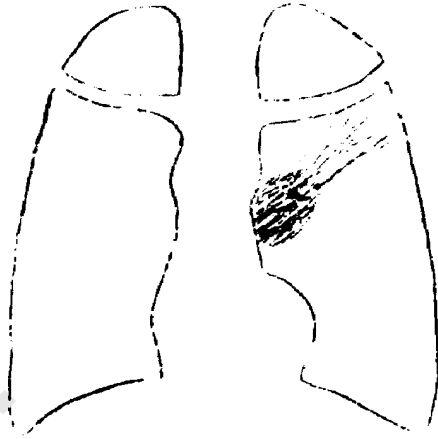
خراج ما بين الفصين « الاعلى و الاوسط » من الرئة اليمنى .
(للتمييز بينه وبين الارتشاح النسيجي الدرني .)



مرض الفطر او اكتينوميكوز الرئة .
(للتمييز بينه وبين الاصابة الرئوية الدرنية المرتشحة .)

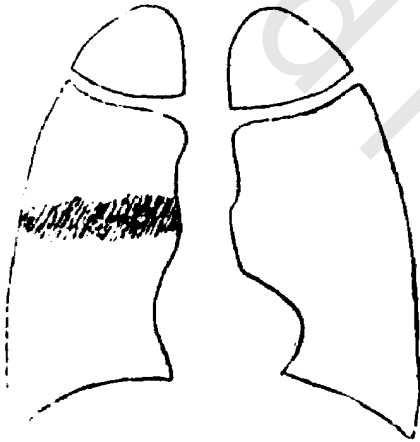
obeykandi.com

ذكره . وهو من أهم الاعراض التي تنبئنا عن تحديد الاصابة الدرنية الرئوية



رسم
٢

ونرى في الرسم الثاني ، في الرئة اليسرى احتقاناً قائماً كالظل (١) متجه نحو الترقوة . وقد يكون هذا الاحتقان مستديراً على شكل مروحة ، هادئاً ، ثم يشتد التهابه فجأة . أو يتقدم ، نحو السرة ، بدلاً من تقدمه نحو الترقوة . ويظهر أحياناً في قعر الرئة . أما ظهوره فوق الترقوة فنادر جداً .



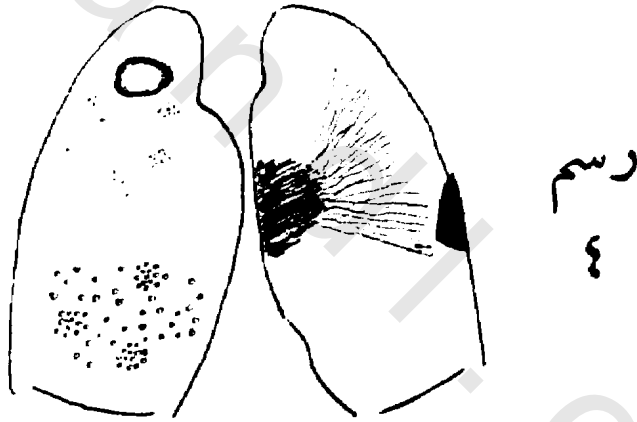
رسم
٣

في الرسم الثالث ، نرى احتقاناً بين فصين أو حول فصين في الرئة وعلى الخصوص في الفص الاعلى الايمن .

لا نلاحظ جلياً بالمسمع تغيرات التنفس ، اذا كان تجدد الاصابة حديثاً ، لأن الالتهاب يكون عميقاً ، بالقرب من سرة البزرة .

أما الحوادث ، التي نستطيع فيها استماع اللغط في التنفس ، فتكون قديمة .
أى أن الالتهاب ، الذي ابتداء بجوار سرة البزرة ، يكون قد امتد الى سطح الرئة
وأصبح مستحكما . لذلك لا يمكننا التعويل كثيرا ، على مسمع الصدر ،
لاكتشاف الإصابة في بدء ظهورها .

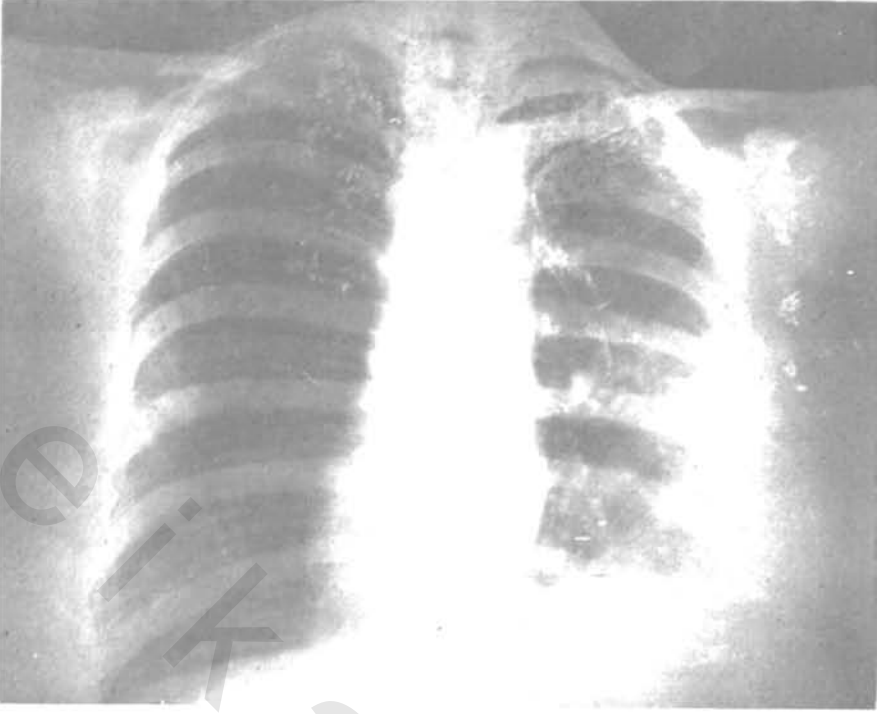
يرى القارئ في الرئة اليسرى من الصورة الرابعة الآتية رسوما مختلفة :
منها مجموعة خطوط متفرعة (١) وفي الرئة اليمنى منها ، مجموعة دوائر صغيرة
مبعثرة (٢) ومنها مجموعة حبيبات متفرعة أو مجمعة وهي التي تسبب التجويقات (٣)



ليست الخطوط المتفرعة الا نسيجا مصابا ، ابتداء يتحول الى ندوب (٤)
وما الدوائر المبعثرة الا التهابات ، بجوار السرة ، تشبه بنسيجها الخطوط . أي
أنها ندية مثلها . أما الحبيبات (٥) فتنبئنا بوجود التهاب درني في العيون الرئوية .

Alveolites. (٢) Marbrures. Sequels. Tramites. (١)

Granules. (٥) Fibrous Tissue. (٤) Cavities. (٣)



اصابة درنية رئوية نديية .



اصابة رئوية زهرية .

« المتمعين بينها وبين السمل الرئوى النديى . »

obeykandi.com

فمن الخطأ أن ندعوها « الحبيبة الباردة » . وتكون هذه الحبيبات اما مبعثرة أو متجمعة ، اسفنجية الشكل . وربما تجبنت فيما بعد ونكست وشفيت . أو استمرت في الترابها ، ثم تساقطت كتلا لينة ، تاركة مكانها ، في النسيج الرأوى ، عددا من التجاويف والحفر .

ولست في حاجة الى تذكير القارىء أن الباشلس يتسرب ، الى أنحاء الرئة المختلفة ، بطريقة الاقنية اللفاوية والمجارى الدموية . وتسربه ، بالطريقة الاولى ، يكون بطيئا ولعله يكون أخف وطأة .

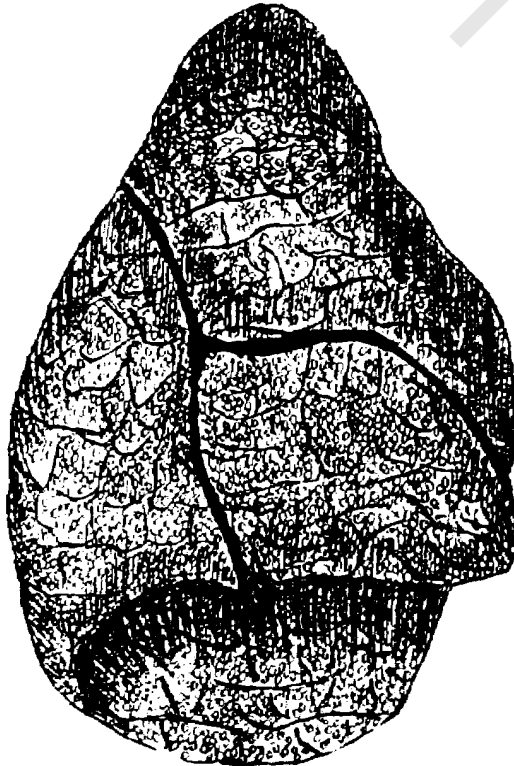


الفصل الخامس

النزيف الرئوى

لا أقصد، فى هذا الفصل، أن أبسط جميع الأسباب، التى من أجلها نشاهد دما فى البصاق، اذ ربما كان سبب هذا الدم التورم أو التضخم فى اللوزتين أو الحلق بل أريد الاكتفاء بالكتابة عن النزيف الجقيقى: أى خروج الدم، من الرئة المعتلة، عن طريق الفم أو الأنف، بكمية كبيرة، اما دفعة واحدة واما على دفعات متعددة.

لا أقدر أن أنسى حادثة دعيت اليها، منذ مدة قصيرة. ذلك أنى وجدت شابا، مصابا بالتدرن فى الرئة، يناهز السادسة والعشرين من العمر، ملقى على سريريه والدم يتدفق من فمه وقد علا وجهه الاصفرار وذبلت عيناه وكان قلبه ينبض نحو مئة وأربعين نبضة فى الدقيقة وكل من حوله ينوح ويندب!



الرئة اليمنى
(فيها ثلاثة فصوص)

بعد فحصه بالسماعة (مسماع الصدر)، وجدته يشكو من تجويف في الفص الأعلى من الرئة اليمنى واذ لم أتمكن من ضغط رئته، بادخال الهواء في تجويف البلورا، لتهيئتها واقفال ذلك التجويف، اضطررت الى استعمال الادوية والطرق العلاجية وتمكنت، بعد أيام، من وقف نزيف الدم.

يسألنى القارئ ما هو السبب في نزف الدم من الرئة؟

فأجيب: تنتشر الاصابة الدرنية في الرئة، فتحدث نخرًا في الانسجة وأحيانًا في الاوردة والشرايين الصغيرة، فيخرج منها الدم الى شعبيات الرئة بكثرة ويصل الى احدى الشعبتين الكبيرتين، ثم يخرج من الفم. فيمكننا اتخاذ الحادثة، التي ذكرتها في ما تقدم، مثلاً لنخر الاوردة أو الشرايين الصغيرة الشعرية، في التجويف الذى يحدث، في الرئة المصابة.

ويسألنى القارئ: واذا لم يحدث هذا، بل تطورت أنسجة الرئة واستمالت الى ندىية، هل يمكن أن يحدث، بعد ذلك، نزيف من الرئة؟

فأجيب: نعم! لينظر القارئ الى جرح اصابه، في أى جزء من جسمه، أو الى عملية فى البطن، عملت له، فبرى، عند التئام الجرح، خطأ أبيض وهذا الخط يمثل نوعاً من الانساج الضعيفة،^(١) لا يجرى فيها الدم. وكما يلتئم الجرح فى الجلد، يلتئم أيضاً فى الرئة. فاذا أوجد باثلس كوخ التهاباً فيها وبذر سمومه وأوجد جروحاً وقرحاً فى أنساجها، ثم انقرض هذا المكروب وأخذت هذه الانساج بالشفاء واقتربت أطراف الجراح الواحدة من الأخرى واتصقت بعضها ببعض وقدر للرئة الشفاء، على هذه الطريقة، فان ذلك الالتئام يظل ظاهراً كاللحام.

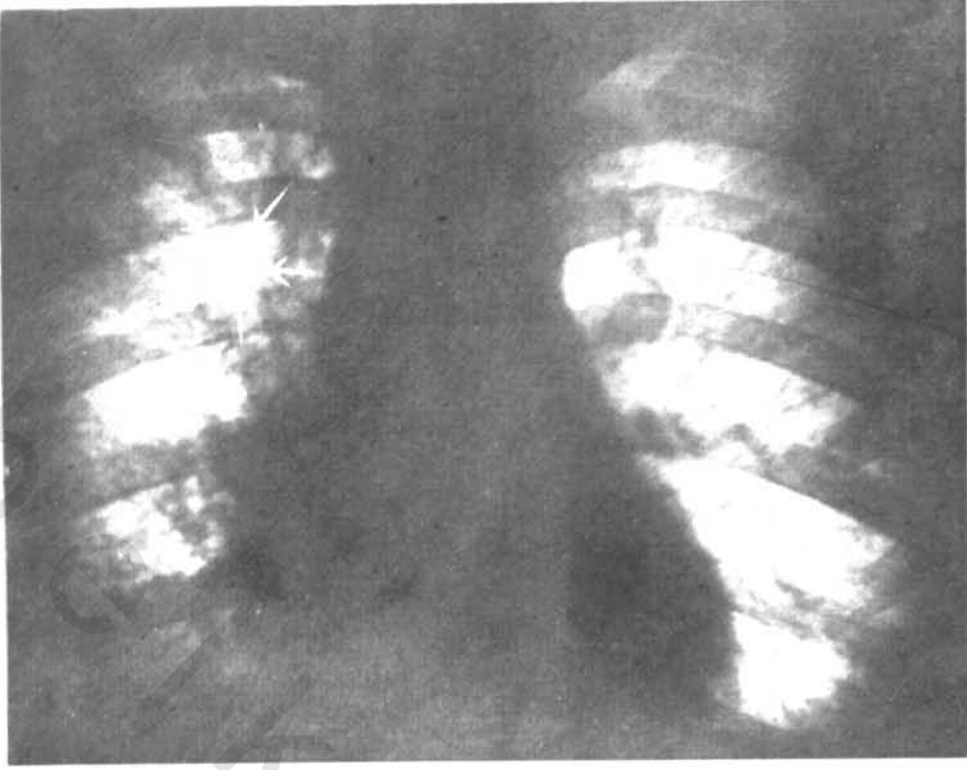


الرئة اليسرى
(فيها فصان)

لنفرض أن لدينا كرة من المطاط (١)، في جنب من جانبها لحام ونفخنا هذه الكرة، نفخا شديدا، فأننا نعرضها للتمزق في نقطة اللحام. وهذا ما يحدث عند ما يئشق الانسان دما من رئته . فربما مزق المصاب د لحام د رئته من جراء التعب من الركض ، أو من السباحة ، أو غير ذلك من الاسباب المجهدة، وعندئذ تتمزق بعض الشرايين ، أو الاوردة ، بجوار اللحام .

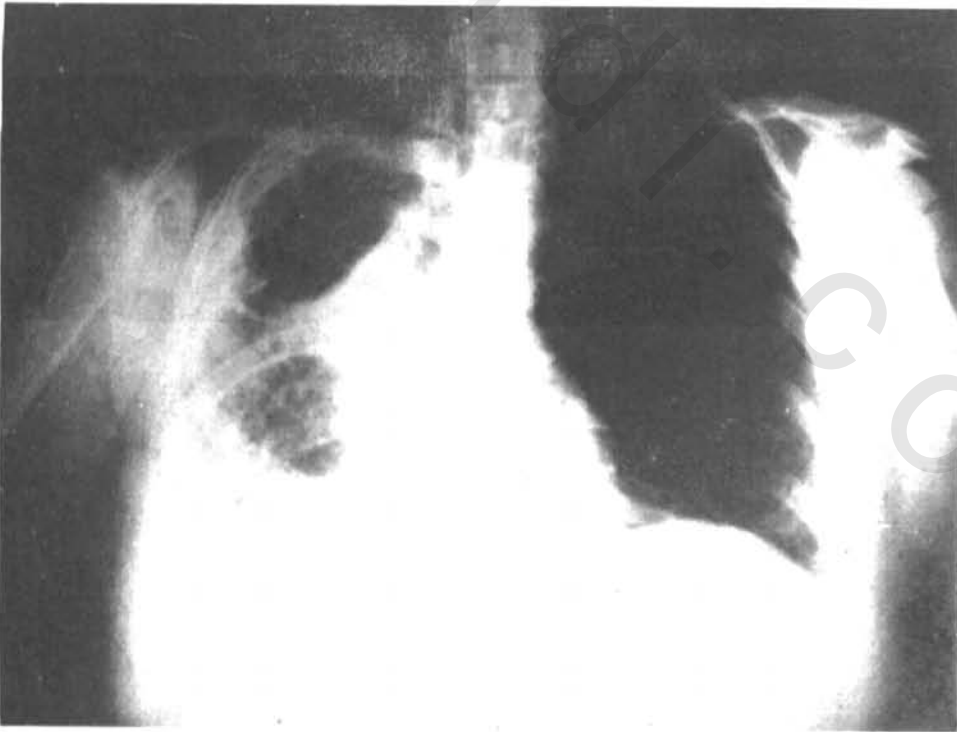
لا يعتبر دائما خروج الدم من الرئة، الى أنابيب الهواء ، دليلا على شدة المرض. ولا يحسن أن يقال حينئذ أن فلانا، في آخر درجة من درجات السل وأنه مشرف على الهلاك، لأنه بصق دما ، أو أصيب بنزيف من رئته. اذ أن هذا الحكم يكون خطأ في بعض الأحيان: اذ قد يحدث نزيف من الرئة في غير المصابين بالتدرن الرئوى. مع ذلك يمكننا القول أن ٩٠ في المئة من الذين يشكون النزيف الرئوى، مصابون بالتدرن .

لا يحدث النزيف كثيرا في الفتيان ولا في الاطفال ولكنه ، حين يصيب الطفل ، يكون شديد الوطأة عايه .



النزيف الرئوي

الحفرة المشار اليها، سببت نزيفاً رئوياً (كما جاء في هذا الفصل).



سل رئوي ندبي

مصحوب بحفرة كبيرة لم تسبب نزيفاً.

obeykandi.com

يكثر حدوث النزيف الرئوي الدرني في الربيع وفي الخريف . ولكنه لا يؤثر فيه استمرار الحر والبرد، الا اذا كان هناك، تغييرات فجائية متواصلة. يكثر هذا النزيف، أثناء الطمث، في النساء المصابات، العصبيات، السريعات التأثر. ثم أنه وحده لا يسبب الموت. بل أن الذي يسبب الموت عادة هو الاختناق من قلة الاوكسجين ووقوف حركة القلب.

نعالج النزيف من الرئة بالاستراوح (حقن الهواء في تجويف البلورا) (١). اما اذا كانت الالتصاقات البلورية، داخل الصدر، كثيرة ومتسعة ولا تسمح بتهييط الرئة، بواسطة الضغط عليها، لو أدخلنا الهواء في تجويف البلورا، عالجنا هذه الحالة باستئصال عصب الحجاب الحاجز (٢) أو بالعلاج الجراحي الكبير أى بتطبيق الصدر (٣)

واذا استصوب الطبيب اتباع الطرق العلاجية، وضع كيسا، فيه ثلج، على موقع النزيف والتجأ كذلك، الى العلاجات التي تقلل من شدة الضغط في الاوردة.

أما اختيار العقاقير، فيرجع الى حكمة الطبيب الاختصاصي ومعرفته.

الفصل السادس

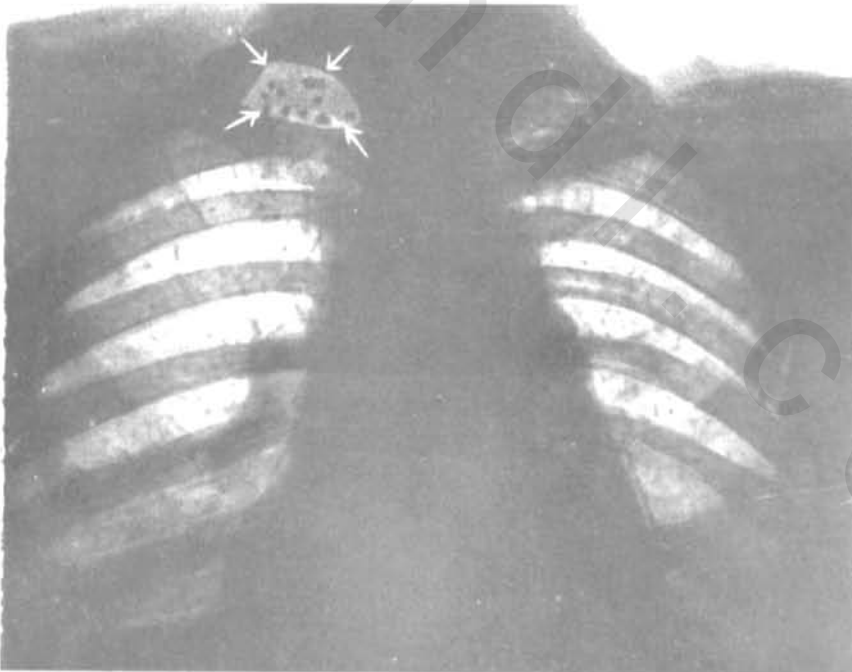
مراحل السل الرئوى « الثلاث »

يذكر القراء أننى ، فى الفصل الثانى ، حصرت قولى فى طريقتى المقاومة : العامة والموضعية . وأضحت كلا من الطريقتين ، على حدة . وأشرت ، بإيجاز ، الى طرق العلاج ، ذا كرا بعض العقاقير التى نستعملها لتزيد مقاومة الجسم لمرض التدرن . واسكنى ، لم أتكلم عن طريقة حقن الهواء فى تجويف البلورا ولا عن الأقليم والراحة والغذاء وعلاج التدرن خارج الرئة والعمليات الجراحية المتبعة فى علاج تدرن الرئة . وما ذلك ، الا ، لأننى سأشرحها فى فصول مستقلة ، يجدها القارىء فيما بعد وواضح ، بأسهاب ، كل ما يمكن أن يفهمه الفرد المثقف ، تثقيفا عاما .

أما فى هذا الفصل ، فكلامى عن مراحل السل الرئوى الثلاث : كثيرا ما نسمع الناس يبدون رأيهم ، اعتباطا ، فيقولون : فلان فى الدرجة الأولى من السل ، فلا خطر عليه بعد . أو فى الدرجة الثالثة ، فلا يرجى له شفاء . وهم ، فى هذا التقسيم ، لم يتعدوا كثيرا عن الترتيب الفنى لسير المرض . ولكن الفكرة ، التى يبنون عليها آراءهم ، خطأ محض . اذ أهم ، يعتبرون هذه الدرجات مقياسا للمسافة الموجودة بين هذا المريض ونهاية حياته . الرأى السائد ، هو أن الدرجة الثانية اقل خطورة من الدرجة الثالثة والدرجة الثالثة هى اليأس للجسم ، فالموت وهذه اعتقادات أقل ما يقال فيها أنها سخيفة ولا أساس لها من الصحة ! الأصح ، هو أن تقيس درجات السل الرئوى بتطور انساج الرئة من اللين الى الصلابة . ففي الدرجة الأولى ، يتسرب المرض الى الأنسجة فتظهر لينة ونسمى ذلك « ارتشاحا » ، أو « احتقاناً » أما فى الدرجة الثانية وهى دور



التعقد الابتدائي
(المرحلة الأولى)



عقد متكسبة في قمة الرئة اليمنى
(المرحلة الثالثة)

قابل هذا ببعض أدوار المرحلة الثانية (مرحلة الانتشار) : كما في المرتفعة
والمنبئة صفحة ٤٧ - والاحتقان المبكر صفحة ٧٣ .

obeykandi.com

امتداد المرض الى الانسجة المجاورة ونسميه « تعميما » ، فتكون هذه الانسجة كذلك لينة . اما في الدرجة الثالثة وهي درجة « النشوفة » ، فتكون الانسجة المصابة قد أصبحت متكلسة أى صلبة ، فتتوقف حركة البشاس الذى ينخرها ويمتنع الميكروب من افراز سمومه فى الدورة اللفاوية والدورة الدموية ونشرها فى أطراف الجسد . وهذه الدرجة هى الأسلم عاقبة .

كان الدكتور « فون رانكه » (١) استاذا المانيا فى مونيخ . ولما كنت فى تلك المدينة ، تتبععت كثيرا الأعمال التى قام بها ودرست نظرياته بتوسع . ومع أن الأستاذ بتروشكى كان قد وصف لنا ، منذ سنة ١٨٩٣ ، التشابه بين مَرَضَى التدرن والزهرى وأوضح لنا ، أن كلا منهما يسلك مسلكا ذا ثلاث مراحل ، الا أننى أشعر ، كما يشعر به الكثيرون معى ، أن الفضل يرجع الى رانكه فى تقسيم مراحل هذا المرض ، تقسيما جليا ، اذ جعلها ثلاث مراحل : (٢)

المرحلة الأولى : التعقد الابتدائى (التلقيح)

المرحلة الثانية : الاحساسية الزائدة (انتشار المرض)

المرحلة الثالثة : المقاومة أو المناعة النسبية (التكلس)

ما هو التعقد الابتدائى ؟

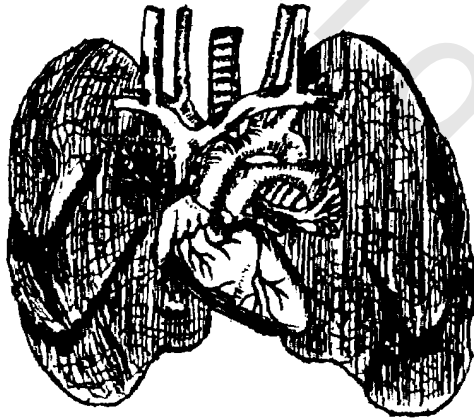
هو اصابة درنية ، فى الجزء الخارجى من الرئة ، تحت الغشاء البلوروى الاحشائى ، يظهر لنا غالبا فى الجزء الأعلى أو الأسفل من الرئة اليمنى ، ونراها ، عند الكشف بأشعة اكس ، كنقطة أو كبقعة عاتمة ، غير شفافة . واذا قمنا بفحص رئة المصاب ، بعد الموت ، وجدنا أن تلك النقطة ، أو تلك البقعة الغامضة ، هى درنة ، صغيرة

(١) Heinrich Von Ranke

(٢) قابل هذا لقول بتقسيم الاستاذ اينمان لاصابات التدرن فى الفصل الثالث والثلاثين .

أو كبيرة متكلسة ، تحتوي على جرثومة السل . وقد بات المكروب فيها ، سجيناً ، محاطاً بغلاف لا يمكنه الخروج منها .

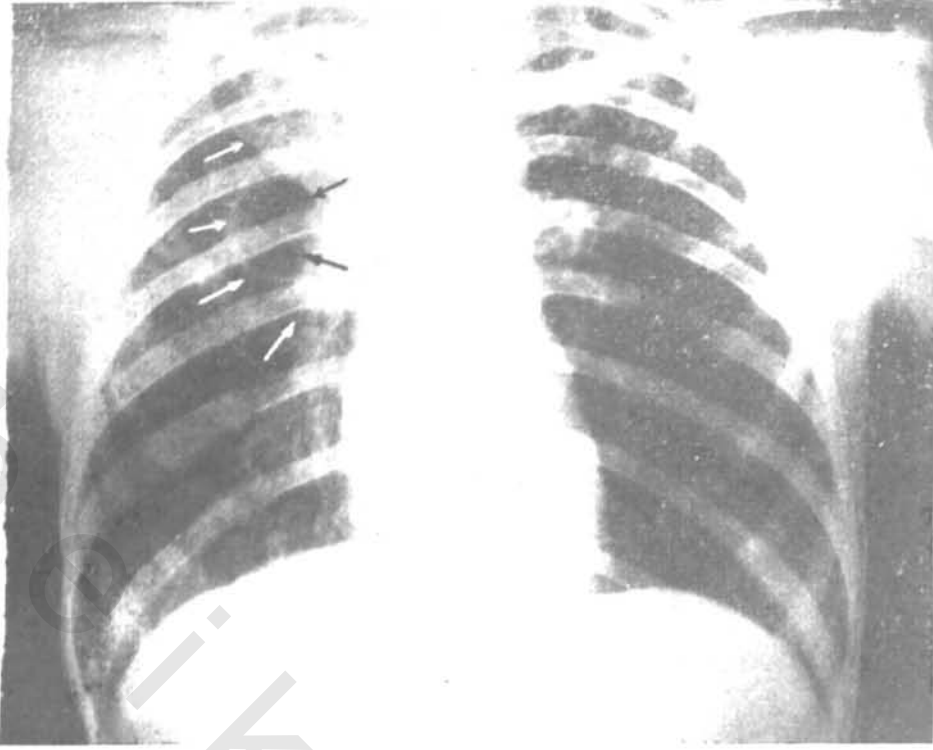
نجد هـذا التعقد الابتدائي في الصدر ، لا في مكان آخر ، لأنه ، كما سبق وأوضحنا للقارئ ، تحدث الإصابة باستنشاق المكروب ، مع الهواء ، عن طريق الأنف والفم . وبما أن الرئة تكون ، اذ ذاك ، - ميناء الدخول الى الجسد - فتكون ، بالطبع ، أكثر تعرضاً للعدوى . واذا اعتبرنا الأمعاء ، باباً آخراً لدخول المكروب الى الجسم ، مع اللبن الذي تتغذى به ، نجد أن الاصابات ، التي تحدث عن طريق الأمعاء ، لا تتجاوز جزءاً بسيطاً في المئة ، من معدل مجموع اصابات التدرن كلها .



القلب والرئتان
(منظر أمامي)

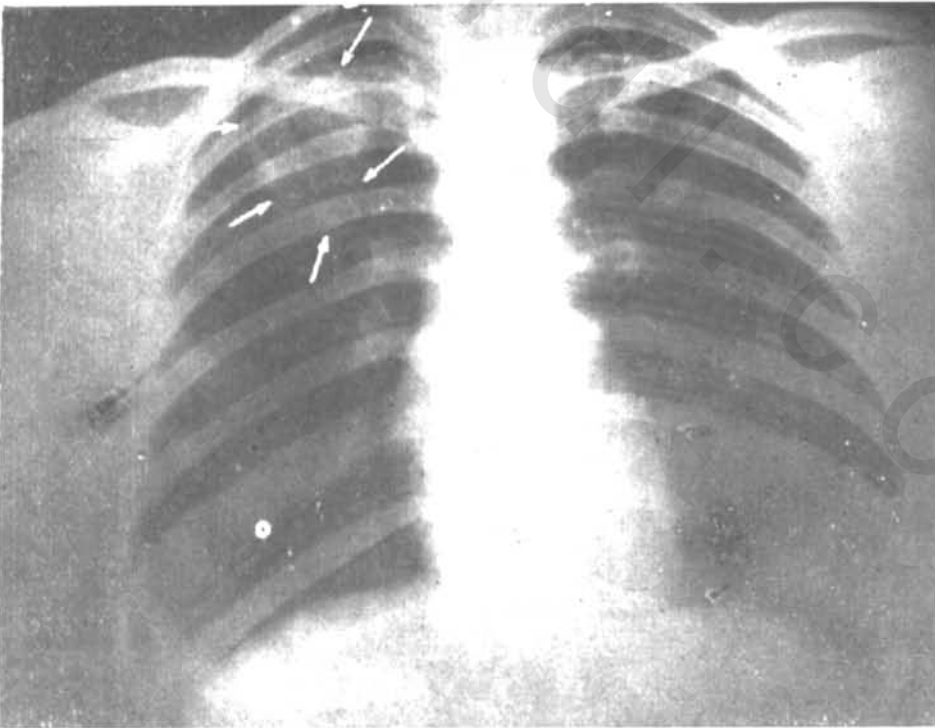
ما هي الاحساسية الزائدة ؟

هي المرحلة التي ، بدلا من أن يعاني فيها المكروب مرارة السجن في الرئة ضمن غلاف يحيط به ، كما جاء فيما تقدم ، يأخذ في الانتشار ، متبعاً طريقاً واحداً أو أكثر من الطرق الآتية ، الى أن يصل الى أى عضو في الجسم ، فيفتك به .



الاحتقان المبكر

أصابة ما بين الترقوة والسرة، مع حفرة، في الرئة اليمنى.



تطور هذا الاحتقان

زوال الحفرة وتحول الأنسجة المحتقة المتورمة الى طرية لزجة.

obeykandi.com

ا - ينتشر المـكروب بالتلاصق . وبالأخص في الرئة لأنها عضو مركب من نسيج هش ، قصيف كالاسفنج ، سهل التمزيق . وخصوصا أن هذا العضو ، دائما أبدا ، في حركة مستديمة أثناء الشهيق والزفير .

ب - ينتشر ساجحا في سائل الاقنية اللعابية (١) . ثم ينفذ هذه الاقنية الى الغدد التي تحيط بها ويحدث فيها تضخما ، كما نراه غالبا ، في أعناق الأطفال .
ت - يدخل المـكروب في مجرى الدم . ويسير في الدورة الدموية فيؤدي بالمريض الى الموت العاجل .

ث - ربما انفجرت بؤرة درنية وانتشر المـكروب في مجارى مختلفة ، كالشعبيات في الرئة ، مثلا ، أو القناة الهضمية ، أو المجارى البولية ، أو الجهاز التناسلي .
جـ - ذا الانتشار ، يتولد في الجسم احساسية (٢) ، هدفها ونتيجتها ايجاد ما نسميه : « مناعة مكتسبة » . وهذه الاحساسية ، شديدة (٣) كانت أضعيفة (٤) ، تولد مقاومة في الجسم . وهذه المقاومة ، عمومية كانت أم موضعية ، اما ان تكبح جماح المـكروب وتوقف سير المرض بسرعة أو تخفق . فاذا أخفقت نوعاً ، طال أمدالنضال بين هجوم ودفاع ، الى أن ينتهى الامر ، اما بموت الفرد أو بانتقاله الى المرحلة الثالثة ، التي نسميها « مرحلة المقاومة ، أو « المناعة النسبية » .
ما هي المناعة النسبية ؟

هي قوة الدفاع التي تظهر في جهازنا ، بواسطة المناعة المكتسبة الناشئة عن الاحساسية ، كما تقدم ، وذلك بواسطة :

(١) مجارى تحيط بخلايا الجسم كلها يسيل فيها اللعاب . وهو سائل ابيض .

(٢) Allergy (٣) Hyperallergy (٤) Hypoallergy

ا - مواد مضادة لسموم العدوى ، يفرزها الجسم لمقاومة المكروب ، تساعد الأعضاء على التخلص منه بشكل عام .

ب - جفاف الأنسجة وتكلسها لمنع تقدم المكروب بشكل موضعي وسجنه في مكانه .

لقد وضع الأستاذ رانكه هذه المراحل الجوهرية الثلاث ، وكافهم منه ، قال انها تمتد في حياة المريض على هذه الصورة . ولم يفعل ذلك ، الا حين رسخ هذا الاعتقاد في مخيلته ، بعد ان قام باختبارات عديدة في مختبره ودرس طويل شاق في قاعة التشرح . أما ريديكر (١) وهو استاذ الماني آخر ، جاء بعده ، فقد قال : أصاب رانكه في تقسيمه الثلاثي هذا ، لمرض السل . ولكنه لم يعن بهذا التقسيم امتداد المرض في « حياة الفرد كلها » ، بل انما قصد ، بقوله هذا ، مدى « حياة الاصابة الواحدة » وادوارها .

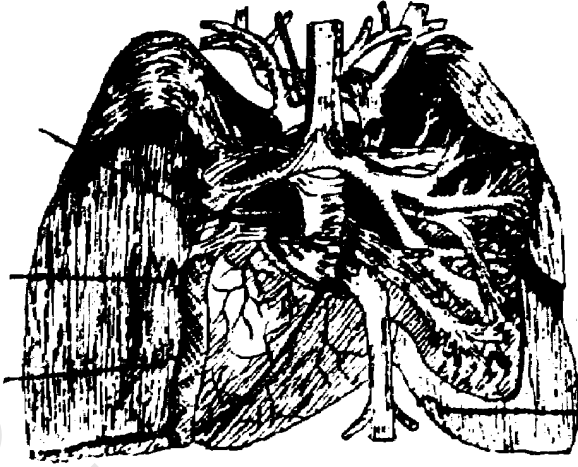
وجاءت الحوادث والبحوث الاخيرة مؤيدة لرأى ريديكر الصائب ، لانه ، بهذا الرأي الحديث ، حدد اراء رانكه وأظهر ، بوضوح ، جهوده وعمله الثمين . في الاستعراض السابق ، يرى القارىء ، بحلاء ووضوح ، الضلال الذي يهيم فيه العوام وكيف أنهم يتسرعون في ابداء آرائهم الخاطئة ، الضارة ، البعيدة عن الصواب .

جاءت لعيادتي يوما ، سيدة مريضة ، تصحبها شقيقتها وابنتاها . وكن ، جميعا ، في حالة ذعر شديد امتد الى الكلب الذي رافقهن !! أتعلم أيها القارىء السبب في ذلك ؟ هو أن المرأة رأت ، في بصاقها ، قليلا من الدم !!



فون رانکه

obeykandi.com



القلب والرئتان
(منظر خلفي)

أسرّت ألى الشقيقة هامة وشفتها ترتجفان وعيناها جاهظتان : « ليست شقيقتى فى الدرجة الثالثة من السل ، ؟ فأفهمتها أن خروج الدم من الفم لا يعنى وجود المرض . فقد يخرج الدم من بلعوم محتمن أو من معدة مصابة بقرحة . ولنفرض أن الدم من الرئة فلا يعنى ذلك دائماً وجود إصابة درنية . بل قد يكون نتيجة التهاب رئوى ، غير درنى ، أدى الى التصاق غشائى البلورا ، بعضها ببعض وبالرئة . فنشأ من هذا الاجهاد أو السعال تمزق الالتصاق وحدوث النزيف .

وفعلا ، بعد فحص المريضة بالأشعة ، وجدت التصاقات بلورية فى جانبها الأيمن . إذ أنها كانت قد أصيبت « بذات الجنب » منذ ثمانى سنوات . فارسلت فى اليوم التالى بصاقها ، الى المختبر الكيماوى ، فجاء الجواب ، بعد التحليل ، نافيا للإصابة . رأيت ، عندئذ ، أن فحصى فى العيادة ، وتحليل البصاق فى المختبر ، تضافرا على استئصال تلك الفكرة الخاطئة من رأس شقيقتها المضطربة وعادت اليهن جميعا الطمأنينة التى تبعها المعرفة الصحيحة .

ويخيل ألى أن ذلك الكلب الأمين يربض الآن آمنا عند قدمى سيدته

الفصل السابع

تدرن البلورا أو ذات البلورا الدرني

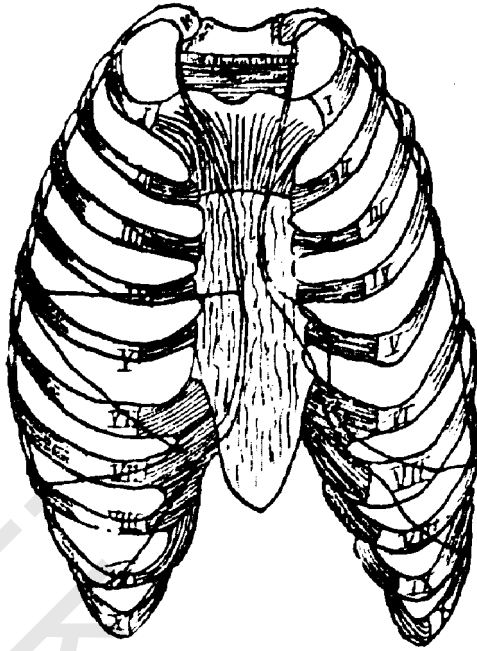
هذا موضوع هام جدا يحدر بنا ، قبل معالجته ، أن ندرس معا ، بإيجاز ، تركيب الأعضاء التي هي تحت البحث الآن ووظيفتها ، فأقول :

يكتنف الرئة غشاء ، نسميه البلورا ، مؤلف من طبقتين ، طبقة تلتصق بالرئة نفسها ، نسميها « الطبقة الاحشائية » ، وطبقة تلتصق بالقفص الصدري ، من الداخل ، نسميها « الطبقة الجدارية » .

وهاتان الطبقتان رطبتان ، زلقتان ، تحتكان ، أثناء الشهيق والزفير ، بسهولة : مما يجعل حركة الرئتين سهلة منطلقة . فاذا دخل في الغشاء عامل غريب ، أحدث تغيرات باثولوجية (١) وأصبح الغشاء أكثر رطوبة وانتفخ متورما . والعوامل التي تسبب تغييرا باثولوجيا ، في هذا الغشاء أي البلورا ، متعددة ، أشهرها :

١ - أولية أي ناشئة من البرد . اذا كان الالتهاب من النوع الجاف ، سبب نمرة أو وخزا في الجنب ، يتلاشى عندما تعود البلورا الى حالتها العادية الطبيعية . أما اذا تطور الجفاف الى ارتشاح يتجمع ، بين طبقتي الغشاء ، فلا يعود المريض يشعر بالوخز في جنبه . ولكنه لا يعتبر سليما ، وعافى ، الا بعد أن تكون قد زالت الرطوبة كلها .

وهذا الالتهاب البسيط ، المصحوب بارتشاحات ، كثيرا ما يكون سببا للتفكير والبحث والجدل ، عند ما نهتم بسحب المادة السائلة ، المتجمعة ، لتقصير مدة المرض ، مخافة أن يكون ، وراء هذه الارتشاحات ، اصابة درنية كامنة ، تضطرنا الى الامتناع عن تفريغها ، اذا كان اجتناب هذا النوع من العلاج ممكناً .



اضلاع الصدر
وانعكاسات البلورا
(منظر امامى)

قد يسأل القارئ: لماذا؟ - الجواب هو أن مثل هذا السائل العقيم (١) أى المسبب عن عدوى ميكروب من نوع واحد، كثيرا ما يصبح، بعد عملية ثقب الجنب؛ « خصباً » (٢). أى، إذا أدخلنابرة، فى جنب المريض، وصلنا بها الى الطبقة الجدارية من البلورا، فثقبناها وبزلنا السائل المتكون بين الطبقتين، ربما أحدثنا هناك مضاعفات. أى أن ميكروبات أخرى قد تنسرب الى الأجزاء المريضة فيصبح شفاؤها صعبا. وإذا تطورت الارتشاحات الموجودة الى مادة صديدية، نسميها « ديلة » (٣)، أصبحت وطأة المرض شديدة ومدته طويلة، فباختيارنا أهون الشرين، نضطر الى قطع ضلع أو ضلعين وثقب طبقة البلورا الجدارية وتفرغ المادة الصديدية منها وتشيت أنبوب من المطاط يسحب بقايا السائل، الذى نريد تجفيفه وما قد يتجمع من مادة صديدية فيما بعد.

لواتبعنا هذه الطريقة، فى علاج الديلة (المادة الصديدية) العقيمة، جازفنا بتحويلها الى ديلة خصبه (مختلطة). أما اذا وجدنا أنفسنا أمام حالة حى متواصلة،

مع ضغط على القلب ، من جراء تجمع المادة الصديدية في الصدر وأصبحنا نخشى حدوث الفساد الشحمي أو الشمعي ، في أعضاء الجسم الداخلة وعلى الأخص في الكبد أو الكلى ، فنأتجىء مضطرين الى هذه الطريقة العلاجية .

٢ - ثانوية لاى نوع من العدوى ، يصل اليها ، بواسطة الدورة الدموية أو الدورة اللمفاوية . أو امتداد من رئة مصابة بذات - الرئة أو بخراج أو بغنغرينا أو بنمية غريبة جديدة. أو من شفاف القلب (التامور) (١) المصاب . والتهاب البلورا يسبب مرضا في الكبد أو في البريتون (الباريطون) أو خراجا، تحت الحجاب الحاجز ، نسميه اصابة صاعدة . وقد يؤدي مرض الروماتزم المفصلي والالتهاب الحلقى ، الى ما نسميه التهاب البلورا الانبذاري (٢) . أى أن العدوى تنتقل من مركز الاصابة الأصلية ، بواسطة الدورة الدموية أو اللمفاوية ، الى أجزاء أخرى في الجسم حيث تتمكن فيها وتسبب اصابة ثانوية .

قسم المتقدمون التهاب البلورا الى قسمين :

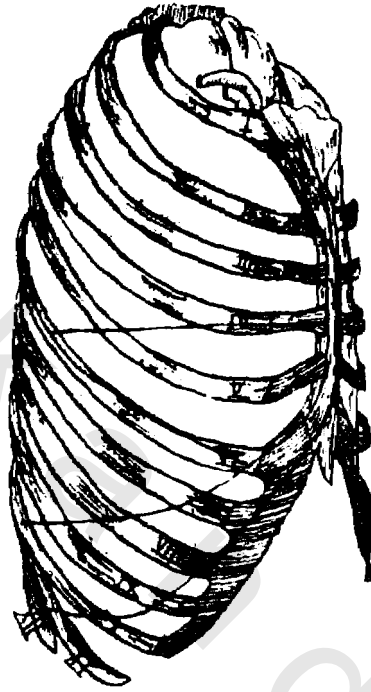
الأول : الالتهاب الذي لم تسبقه اعراض ولم يعرف عن سببه شيء .

الثاني : الالتهاب الذي يمت الى اصابة مجاورة له أو الى اصابة أخرى انبذارية .

أما الآن ، فقد ثبت لنا أن الشطر الأول من هذا الرأي القديم خاطئ . وأن مرض التدرن هو السبب الحقيقي ، في الالتهاب ، الذي لا نعرف عن أسبابه شيئا .

يجب أن لا يستغرب القارىء قولى له أن في ٥٠ في المئة من حالات التهابات البلورا ، المصحوبة بارتشاح ، نجد باشلس كوخ في المادة السائلة التي نخرجها بالبزل . وإذا اعتبرنا جميع ما لدينا من المعلومات والأدلة المختصة

بحالة البلورا، في جميع أدوار التدرن الرئوي، لا نكون بعدين كثيرا عن الحقيقة، لو قلنا أن ٩٥ في المئة، من حالات التهاب البلورا المجهولة السبب، والمصحوبة بارتشاح، منشأها مرض التدرن دون سواه.



اضلاع الصدر
وانعكاسات البلورا
(منظر جانبي ايمن)

تقسم التهابات البلورا الى نوعين رئيسيين :

١ - التهاب البلورا الجاف . يشعر المريض ، في هذا النوع من الاصابة ، عند السعال وعند التنفس العميق ، بوخزة في الجنب . ويسمع الطبيب ، عند الفحص بواسطة سماعة الصدر أو الاستماع بالأذن، صدى احتكاك بين طبقتي البلورا ، يشبه احتكاك قطعتين من الجلد . وكما قلت سابقا ، قد يصاب المرء ، بهذا المرض، لو تعرض مدة طويلة لجرى هوائى بارد . ثم يشفى منه بعد علاج بسيط أو يتطور الى النوع الارتشاحي . وربما كان التدرن سبب هذا المرض . وقد يظهر مصحوبا بارتفاع قليل في الحرارة . وهذه الحالات نعالجها بالراحة التامة وبالمدفئات، على الجنب المصاب، ثم بالأدوية من الداخل، كالمه اليسيلات والديونين والسكوديين وهلم جرا .

٢ - التهاب البلورا المصحوب بارتشاح .

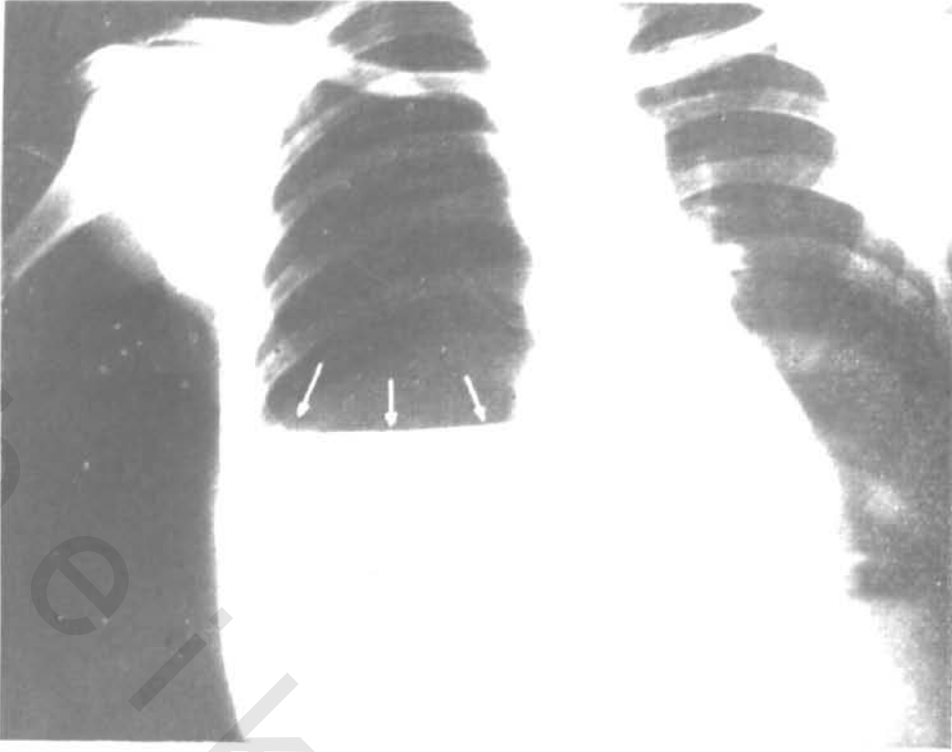
وهو ثلاثة أقسام : المصلى (١) والصديدي (٢) والنزفي (٣). أما نتائج هذا

النوع الارتشاحي من الالتهاب ، فكثيرة مختلفة ، منها :

١ - يظهر الالتهاب السليم العاقبة مصحوبا بحمى مع ارتشاح قليل ولدى الفحص يجد الطبيب أصمية خفيفة عند القرع بالأصابع . وقد لا نسمع صوت السائل عند هز المريض بشدة . وربما بقيت هذه الحالة غامضة الى أن يكشف على المريض بأشعة اكس وكثيرا ما تمتص البلورا هذا الارتشاح فلا يبقى له أثر .

ب - يصحب التهاب فبريني (ليفى) مصلى (٤) أى أن السائل يكون كثيفا . وهذه الاصابة ، اما أن تكون مستقلة أو نتيجة للنوع السابق ، أى أن هذا النوع بدلا من أن ينتهى بالامتصاص ، يتكاثر فيه السائل الكثيف ويولد ارتفاعا فى الحرارة . وقد يضغط على القلب ، فيميل به عن موضعه ولا نعرف مقدار هذا الضغط ، الا بواسطة الأشعة . فيجب والحالة هذه أن لا تتأخر عن فحص المريض ، بأشعة اكس وأخذ صورة كاملة لصدره عند الزوم والتشخيص ، فى هذه المرحلة ، سهل لأننا اذا هزنا المريض نسمع صوت السائل ضمن القفص الصدرى . على أن هذا لا يغنينا عن الفحص بالأشعة .

ت - يتحول الارتشاح ، بعد بقاءه مدة فى تجويف البلورا ، من مصلى أو فبريني ، الى مادة صديدية ، فتصبح الأعراض عندئذ حادة ، اذ ترتفع درجة الحرارة ويظهر فى الجسم ، رد فعل شديد ويصحب هذه الحالة ، عادة ، تقيؤ وعرق كثير واذا كان تصبب السائل غزيرا ، ضغط على الأعضاء الداخلية كالقلب والرئتين وسبب ضيقا فى التنفس ، فنضطر ، اذ ذاك ، الى تفريغ البلورا



ارتشاح صديدي
في تجويف البلورا الايمن



معالجة هذا الارتشاح
بإستئصال الأضلاع اليمنى

obeykandi.com

وغسلها بمحلول مانع للتعفن ويقول بعض الأطباء لا فرق في نوع المحلول ،
الذى نستعمله ، ما دام معقما وغير مهيج للانسجة ، اذ أن حصوانا على نتيجة
حسنة لا يتوقف على نوع المحلول الذى نستعمله ، بل على التفريغ نفسه وأراحة
البلورا . فاذا استمر الارتشاح ، خشينا تكوين عقدة درنية ، تتحول مع
الزمن الى خراج ، يتصل بتجويف البلورا . وفي هذه الحالة ، يصبح الشفاء متعذرا .
واذا ابتدأ الامتصاص ، ظهر لنا تحسن فى الحالة والتقدم الى الشفاء وبانت
الالتصاقات البلورية ، التى تساعد غالبا على تثبيت الرئة ومنعها من الحركة .
وهذا ما نرمى اليه عادة فى علاجنا .

وعلى ذكر التصاقات البلورا وتثبيت الرئة ، أزيد على ذلك أننا نجد فى
أمراض البلورا ، بعد الكشف ، التصاقا بالرئة ، عند قاعدتها ؛ يجعل الرئة قليلة
الحركة . واذا عرض شخص كهذا نفسه لاجهاد ما ، يتمزق هذا الالتصاق
ويصبح المكان قابلا لالتقاط الاصابة الدرنية . وكم من الرياضيين والمصارعين
لقوا حتفهم بمرض التدرن المنفجر ، الصاعق : وما ذلك الا نتيجة تمزيق
التصاقات قديمة فى البلورا ، وظهور اصابة درنية جاورسية .

ث - يصبح الافراز ، فى التهاب البلورا الدرني الحاد ، صديديا بسرعة
وترتفع الحرارة ، الى درجة عالية ، تصحبها قشعريرة وقىء وضيق فى التنفس
ويكون النبض سريعا قصيرا .

فبازاء اصابة كهذه ، نجد أنفسنا أمام أخطار جمعة ، كاثقب الرئة أو امتداد
الاصابة الى الرئة الأخرى أو انتشارها . وبالرغم من الاستمرار فى البزل
وتطهير تجويف البلورا ، غسلا ، تكون الاصابة غالبا مهلكة .

ج - قد تصاب البلورا بانواع مختلفة من المكروبات مع باشلس كوخ .
أى أن الاصابة تكون مختلطة ، فتنتهى الى التسمم .

وقد يعيش المريض ، أشهرا بعد البزل وتطهير تجويف البلورا . لكنه ، لا محالة ، هالك بعد مدة ، بسبب فقر الدم الشديد والانحطاط الناشئ من الفساد النشوى أو الدهنى أو الشمعى .

ح - اذا زاد التصبب البلوروى ، يضغط على الرئة ولا يلبث أن يقرض طبقة البلورا الداخلية الاحشائية أو يمزق بعض الالتصاقات ، فتعرض الخلوات والعيون الرئوية للاصابة . فاذا حدث ثقب الرئة فجأة ، شعر المريض بألم حاد وبصعوبة فى التنفس وسعال جارح . اما اذا قرض الافراز ، يبطئ ، الطبقة الاحشائية من البلورا وسطح الرئة ، كانت الاعراض أقل حدة وبصق المريض ، من فمه ، الارتشاح البلوروى وأصيب بالقىء تكرارا .

لا يكون ثقب الرئة فى جميع الحالات ، مميتا . فاننا نعرف حالات كهذه انتهت بالشفاء اتمام ، لأن الارتشاح لا يحتوى على مكروبات مميتة . أما اذا ثقبت الرئة ، عند ما يملأ تجويف البلورا افراز صديدي كثير ، فالتقيح يستمر لمدة طويلة وترتفع الحرارة ويشتد القىء وينتاب المريض الضعف والسقم .

فاذا لم توجد وسائل نافعة ، لمعالجة هذه الحالة ، أمكننا القول : أن ثقب الرئة مع وجود افراز صديدي فى البلورا ، لا بد أن ينتهى الى الموت العاجل .



الفصل الثامن

مزع البلورا او استرواح الصدر الذاتى

اشرت مراراً فى الابحاث السابقة ، الى استرواح الصدر الاصطناعى ، اى حقن الهواء فى تجويف البلورا وذلك بغرز انبوب دقيق كالابرة فى جنب المريض ، بين الاضلاع ، يخرز الطبقة الجدارية ويدفع الهواء بين طبقتى البلورا - الجدارية والاحشائية - من جهاز ضاغط ينفخ التجويف ، فنزحم الرئة ونفزعها من الهواء ونلصقها بمتصف الصدر ، هابطة ، مذكمة على نفسها ، لاراحتها من عناء التنفس واعدادها للشفاء .

اما الاسترواح الذاتى ، فهو الدخول الطبيعى للهواء الخارجى ، من الفم وبطريق الرئة (التى تكون شدة المرض قد مزقت انسجتها) ، الى تجويف البلورا ، فيحدث الهواء ضغطايجابيا فى هذا التجويف . (ولا يتم هذا الضغط الا اذا حصر الهواء الداخل بين طبقتى البلورا كما لو حصر بصمامات تمنع خروجه .) لا نكون مغالين اذا قلنا ان السل الرئوى هو السبب فى ٩٠ فى المئة من هذا التمزيق ، فى الرئة وفى البلورا ، المؤدى الى الاسترواح الذاتى . وما بقى نسبته الى الخراجات الرئوية أو الجراح او انتفاخ الرئة .

ولا يحدث مثل هذا الاسترواح ، فى الدرجة الاولى من مرض السل ولا فى الدرجة الثالثة ايضا ، الا نادراً ، اذ تكون الألتامات الندية قد اكتملت فى الانسجة المريضة . بل نراه فى الدور الثانى من الالتهاب واتساع الاصابة ، اى عند ما تكون الانسجة المصابة لينة .

نعلم كل العلم ان الالتهابات الدرنية تحدث حفراً فى الرئة وبذلك تضعف

انسجتها فتمزق . واذا وجد هذا التمزيق أو هذا الحفر ، على سطح الرئة ،
اتلف الطبقة البلورية الأحشائية وتسرب الهواء ، كما قلت ، من الرئة الى
تجويف البلورا .

فاذا التأمّت الشقوق وانقطعت صلة تجويف البلورا بالهواء الخارجى ، اى
اذا سد المنفذ الذى فتح فى البلورا الاحشائية ، فالهواء ، الذى يكون قد تسرب
اليها ، يبقى سجيناً ويصبح استرواحاً صدرياً مسدوداً .

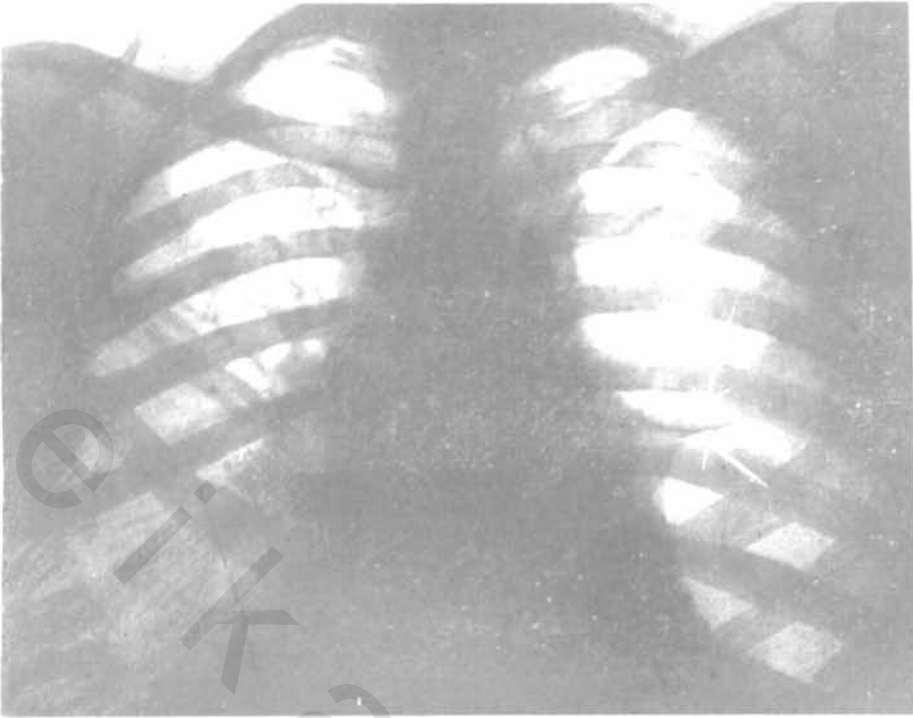
وهذا يحدث احيانا لمصلحة المريض ، فنزيد الاسترواح المسدود بأن ندخل
عليه ، من الجهاز الضاغط ، كمية أخرى من الهواء ليشدد الضغط على الرئة ويتم
احباطها اذا امكن . فأذا لم يحل ظهور التصاقات بلورية ، دون احباط الرئة ،
حولنا الاسترواح الذاتى الطبيعى الى طريقة اصطناعية للعلاج .

يسهل علينا غالبا تشخيص الاسترواح الذاتى . فالمرضى يشكو ألما فجائيا
وسعالا وضيقا فى التنفس مصحوبا بسرعة متزايدة فى النبض وازرقاق
وعرق كثيراً واحيانا ، يكون مقدار الهواء زهيدا ، لا يدرك بغير
الاستعانة بأشعة اكس .

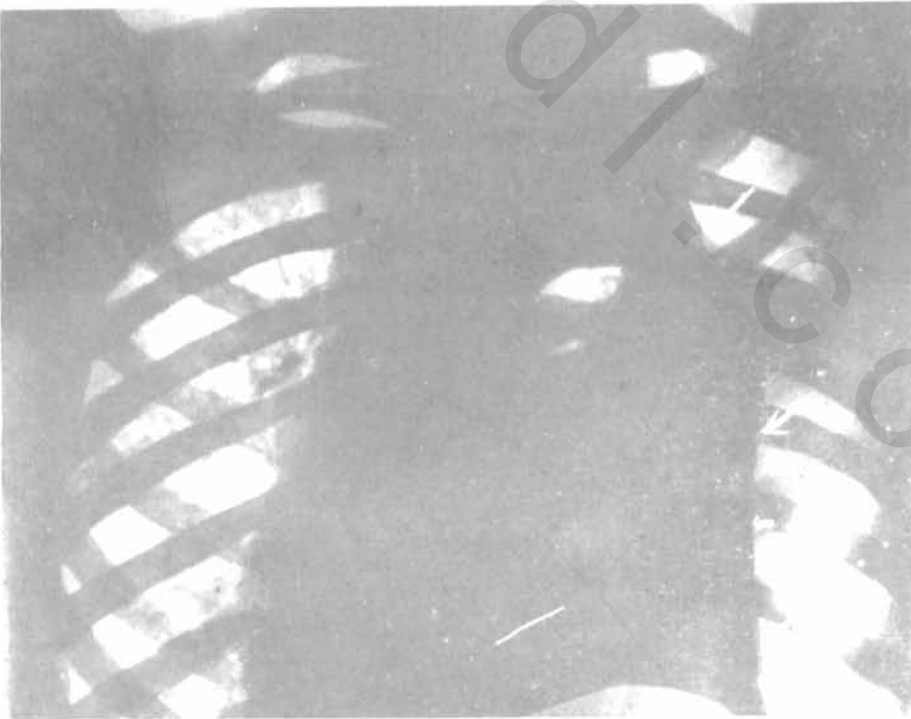
ان مضاعفات الاسترواح الذاتى تكون احيانا شديدة . اذ ربما تكون
بؤرة رئوية افرغت محتوياتها ، من سموم وباشلس على الأنسجة المجاورة
الممزقة ، فأحدثت اصابة عمومية مختلطة خطيرة ، او ربما ادى هذا الى ظهور
مادة صديدية فى تجويف البلورا (١) .

(١) افرأ الفصل الرابع والثلاثين : حقن الهواء فى تجويف البلورا ، او استرواح الصدر الاصطناعى .

حالة رقم ١



حالة رقم ٢



مزع البلورا او استرواح الصدر الذاتى
يرى القارىء فى الرسمين حدود الرئة كما هو مشار اليها .

obeykandi.com

الفصل التاسع

بحث آخر في التهابات البلورا وعلاجها .

لقد أوضحت في الفصل السابق أن التدرن منشأ جميع التهابات البلورا التي لا نعرف عن سببها شيئا . وقسمت التهاب البلورا الى قسمين : النوع الجاف وهو غير الدرني والنوع الرطب وهو في الغالب درني وله درجات تختلف في حدتها من « الديلة » الى « انثقاب الرئة » ، ويثبت للقارىء كيف أن غشاء البلورا ، ذا الطبقتين ، يحيط بالرئة من جميع جهاتها وكيف أن التصبيب المتجمع بين طبقتيه ، مصلا كان أم صديديا ، يسبب ضغطا على الرئة الأخرى وبرهسا أزاح القلب عن مكانه . فربما يتصور القارىء ، بعد هذا الوصف ، أن التهاب المصلى أو السائل الكثيف لا يوجد الا بين طبقتى البلورا في الجنب وهذا خطأ . فقد نجد بين طبقتى البلورا ، المجاورة للقلب ، فينفخ البلورا ويضغط على المركز المجاور ويزيح القلب وربما ملاء الفراع الذى نسميه المنصف الصدرى (١) . فأننا نجد ، فى التهاب البلورا الصدرى الرطب ، كمية من الإفراز ، أحيانا وراء الرئة وأحيانا تحتها وربما عن يمينها وفى بعض الحالات حولها . وهذا الإفراز يزحزح القلب بالنسبة الى حجمه وقوة تأثيره فى المنصف الصدرى .

يصعب علينا أحيانا تشخيص هذه الحالة ، عند ما لا تكون كمية السائل كبيرة . فاذا كان الإفراز كثيرا وتمكنا من سماع أصمية ، بواسطة النقر بالأصابع ، تطرق أحيانا الى الذهن استنتاج آخر وهو وجود ورم أو نمو جديد غريب داخل الصدر . لذلك لا نستطيع البت فى الحالة نهائيا ، الا بالفحص على لوحة أشعة اكس ، أو بتصوير صدر المريض .

(١) Mediastinum : فراغ فى الصدر عند تفرع الشعبتين .

وقد لا يتمكن ، بعد هذا كله ، من الوصول الى تشخيص أكيد ، فنلجأ اذ ذاك ، الى ابرة طويلة أو آلة بازلة ، ندخلها في الجنب أوفى أى جزء من الصدر نرتاب في وجود سائل فيه ، حتى اذا أظهر لنا البزل أن هناك ارتشاحا ، فخصناه في المختبر لنتحقق من نوع الإصابة .

يعرف الكثيرون منا أن الرئة ليست كتلة واحدة ، بل اجزاء ، يدعى كل منها فص . فالرئة اليمنى ، التي ترتكز على الكبد ، لها ثلاثة فصوص والرئة اليسرى ، التي تحتضن القلب ، لها فصان . وبين هذه الفصوص ، فتحات ، فيها طيات وانعكاسات البلورا . ففي هذه الفتحات ، بين الفصوص ، يتجمع الافراز أحيانا . ولو نظرنا الى الرئة ، أثناء الكشف باشعة اكس ، لرأينا الافراز باديا كأسفين بين فصين منها وربما أنبأنا الفحص ، بمسمع الصدر ، بوجود احتكاك بين طبقتى البلورا الملتهبة وأسمعنا ضعفا في اللفظ الحويصلى (١) .

قد لا يؤدي بنا خرز الصدر الى نتيجة ، حتى ولو استعملنا ابرة أو آلة بازلة طويلة . ففي هذه الحالة نكشف على المريض بالاشعة ونصور صدره وهو مائل الى جانب واحد ، فتأكد عندئذ اذا كان هنالك سائل أم لا .

اذا تسرب الارتشاح الى داخل أحد الفصوص ، بعد ثقب غشاء البلورا الاحشائي ، أصبحت الإصابة محتاطة وربما ارتفعت الحرارة وبصق المريض افرازاته البلورية وساءت حاله وأصبح شفاؤه متعذرا . ورب سائل يقول : ماذا يحدث ، من التغيرات ، اذا بقى الافراز المصلى أو الصديدي في تجويف البلورا ؟ وكيف نجد البلورا نقصها ؟ وعلى هذا أجيب : نجد هذا الغشاء أكثر كثافة عن ذى قبل . ونلاحظ نقصا في مقدرة على امتصاص الهواء ، (لو عالجننا الرئة بادخال الهواء بين طبقتى البلورا) ، فيبقى الهواء مدة طويلة بين هاتين الطبقتين اللتين

ارتشح منها الافراز . وينتج من ذلك التصاق البلورا الجدارية بالرئة التصاقا يعرقل حركة انقباضها عند الزفير . فاذا زادت الالتصاقات ووصلت الى الأنسجة الرئوية نفسها ، أحدثت فيها تليفا وانكماشاً وشدا بالأضلاع الى الداخل ، فتضيق تلك الجهة من القفص الصدرى . فالتطور الليفى فى الأنسجة ، هو الذى يسبب هذا الانكماش ويكفى الأجزاء المصابة بما فيها من مكروبات ويغلفها ويحول دون تقدم واتساع التهاباتها . ولذلك نقول: اذا كانت الالتصاقات البلورية تعبت بسهولة التنفس ، فهى ، من جهة أخرى ، تعمل على كبح جماع الاصابة .

اذا عالجت الرئة بنفخ البلورا ، يحدث أحيانا ارتشاح يترك ، بعد امتصاصه ، التصاقات تثبت الرئة ، فى وسط الصدر ، أى تجعلها كما كانت وهى خالية من الهواء وتمنعها من الانبساط . وأحيانا تترك هذه الحالة ، بين الالتصاقات فى تجويف البلورا ، فراغا يضطر معه ، حتى بعد الشفاء ، الى الاستمرار فى ملئه بالهواء لمنع ألم المريض أو قلقه .

وقد يسأل القارئ: لماذا يسبب ادخال الهواء بين طبقتى البلورا ارتشاحا؟
فالجواب :

١ - أن ادخال الهواء ، بكمية كبيرة بين طبقتى البلورا الحساسة ، يغط جدرانها مغطا ، يحدث فيها تجريحا ، فيهيئها وهذا هو سبب الارتشاح .

٢ - تعرض المريض للبرد وهو يحمل هواء فى تجويف البلورا ، ولو بكمية قليلة ، يسبب ارتشاحا .

٣ - الضغط الهوائى على الرئة قد يسبب انتقال بؤرة درنية الى البلورا فتحدث ارتشاحا .

٤ - التسمم في البلورا ، على أثر ادخال الهواء ، يحدث ارتشاحا ولكن من الخطأ أن ننسب هذا التسمم الى الابرّة التي ندخله بواسطتها . بل أننا ، بضغطنا على الرئة ، ندفع بالباشلس وبالمكروبات الأخرى ، الموجودة في بؤر درنية بعيدة عن البلورا ، الى سطح الرئة ، فننتقل منها الى طبقة البلورا الاحشائية ، التي تغطيها وتصيبها اصابة حادة .

أما علاج ذات البلورا الدرني فمعرقل جدا ويختلف كثيرا . فلنترك التفاصيل للاخصائي ولنكتف بالرئيسيات .

يهمنا جدا أن نفرق بين التهاب البلورا ، الذي يحدث أثناء العلاج بالهواء الاصطناعي والتهاب البلورا ، الناتج من التدرن في البلورا نفسها .

يجب أن لا نبزل الافراز المصلي أو الصديدي من الصدر وهو في حالة التجمع . ويجب أن لا نعيد الكرة ونستعمل طريقة التفريغ مرارا من غير أن تدعونا الحاجة الى ذلك . وينبغي ألا نغفل أمر الاشتراكات ، التي يمكن أن تظهر وتؤخر الشفاء ، كالناسور الدرني مثلا .

يجب تفريغ السائل تدريجيا . والأفضل ادخال الهواء خلال التفريغ ، فنمنع التغيير الفجائي في الضغط الداخلي . وأحيانا ، ندخل في جوف البلورا زيتا معقما (١) ، نمنع بواسطته ، ظهور الالتصاقات الكبيرة ، التي توقف فيما بعد حرية الحركة في الرئة والبلورا .

في التهاب البلورا البسيط ، نوقف ادخال الهواء اليها ونشير على المريض بان يأوى فراشه ونصف له المدفئات على الجانب المصاب . أما العلاج بالأشعة فوق البنفسجية وغيرها فيساعدنا كثيرا .

يزداد افراز البلورا ، فى مدة الطمث ، عند النساء المصابات بالتدرب ، فيستحسن ، عند معالجتهم وهن فى هذه الحالة ، أن لا ندخل الهواء فى تجويف البلورا . واذا كان لا بد من ذلك ، فيجب أن لا نصل الى ضغط ايجابى .

واذا كانت الرئة مثقوبة ، نوقف ادخال الهواء الى البلورا ونجتهد ، علاوة على ذلك ، فى اخراج الهواء الموجود فيها . وربما التجأنا ، تحت خطر احداث ناسور درنى مستعص فى جنب المريض ، الى فتح جدار القفص الصدرى بقطع أو بنزع أحد الأضلاع وفتح البلورا وتفرغ كل افراز مصلى أو صديدى واخراج الهواء من الرئة وتهييطها .

وفى حالة تسمم البلورا وخشية انتشار المرض فى الجسم كله ، لا يحسن اجراء فتحات واسعة فى البلورا ، الا اذا اضطررنا الحالة الخطرة الى ذلك .

ومن الممكن تجربة العلاج بالتلقيح وبالمصل الواقى لمحاربة الاصابة المختلطة .

وبالاختصار ، يمكننا أن نقول أن القواعد الثلاث الآتية ، تساعد على

تقليل الارتشاح وهى :

١ - عدم نفخ الهواء فى تجويف البلورا ، أثناء مدة الطمث .

٢ - ملاحظة درجة الحرارة ومراقبة أى ارتفاع فيها ، بعد ادخال الهواء .

٣ - عدم ادخال الهواء الى تجويف البلورا ، بكميات كبيرة والوصول الى

ضغط ايجابى شديد . وعلى الأخص ، فى بدء ممارسة هذا العلاج .

الفصل العاشر

كيف نجتنب العدوى

لا يسعنا الا القول بان انتشار السل يزداد تقدما ، فى جميع أنحاء العالم ، بالرغم من الجهود المبذولة لمكافحته . ويظهر أن الحالة ، فى الحرب العالمية الكبرى وبعدها ، ساعدت المكروب على الفتك بالبشر . فان المنهوكى القوى ، من رجال ونساء والمصابين بدين العظام ، من أطفال أسيئت تغذيتهم ، يقعون بسهولة لدى اصطدامهم بهذا المرض الفتاك !

منذ أربع سنوات ذهبت الى بلاد المجر (١) . تلبية لدعوة رسمية من حكومتها ، وقضيت فى ضيافتها مدة ستة أشهر . فاتيحلى وقتئذ أن أتفقد مصحاتها ومستشفياتها ووجدت أن هنغاريا - تلك البلاد المشهورة باراضيتها الواسعة ومزارعها الغنية وفاكهتها اللذيذة - أصبحت فريسة سائغة لباشلس كوخ ! وبردابست ، تلك المدينة الجميلة ، ذات المناظر الساحرة الخلابة ، التى امتازت بموقعها على الدانوب بمحاسن جعلتها ، وهى تعانقه معانقة الحسنة للمحسن اليها ، من عرائس الشعرو فرائد العواصم ، تحتوى على أكبر عدد لاصابات التدرن ، بالنسبة الى غيرها من العواصم الأوربية !

جاءتها الحرب بالفاقة والعوز ، فعاش سكانها على الذرة والحشائش فى تلك الايام السود ، حيث احتكرت المواد الغذائية للوحدات المحاربة ، فكانت قلة الغذاء مسعفة للمكروب على بسط سلطانه ، لا انعدام الهواء النقى ولا قلة الحقول ، كما يتوهم البعض ! لأنه قد يعيش الانسان فى الغرف النظيفة الضيقة ، فى عمارات المدن الكبيرة ، المتلاصقة ولا يصاب بالتدرن . أن السبب اذن هو

ضعف مناعة الفرد الداخلية: أى نقص الفيتامين (١) والأوبسونين (٢) فى دمه .
أو بعبارة أصح ، هو نقص الغذاء .

أن للتغذية والمحافظة على الوزن المعتدل ، الشأن الأول فى وقاية الجسم .
فالى العناية بالغذاء المناسب لأطفالنا وابعادهم عن الأوساط الملوثة بالمرض ،
ينبغى أن تصرف الجهود وتبذل المساعى وحذار من الإهمال الذى يبطل
فعل العلاج .

أريد الآن أن أذكر بعض الأمور التى ، إذا أهملناها ، تمكن منا الداء
وعز الدواء :

أولا - الزكام المهمل : إذا سألنا طبيبا ذكيا . خبيرا بالزكام ، عن نتائج الإهمال ،
كان جوابه على الفور : أن إهمال الزكام هو غالبا الطريق المؤدى الى مرض التدرن .
أن كثيرين ، من الناس ، يعتقدون بأن السيل لا ينتقل الا بالوراثه ، فاذا
لم يتلوث به أحد أسلافهم ، يكونون بمنجاة منه ، فلا يستطيع أن يجد بابا يدخل
منه عليهم ، مهما ارتكبوا من الأغلاط وخرجوا فى معيشتهم عن القواعد
الصحية . اذا أصيبوا بزكام شديد ، لا يكتفون لتأجه ، بل يتركونه يتضاءل
ويزول تدريجيا من تلقاء نفسه . أن الزكام ، قد يبدأ بتوسط بسيط من جراء
الجلوس فى مجرى هواء شديد ، فيحدث رعشة بسيطة ، تنقلب لأقل إهمال ، الى
نزلة والتهاب فى القصبة الهوائية وشعبتها وهذا يسبب ما نسميه « نزلة قصبية
شعبية » ، معروفة عند العامة « بالنزلة الصدرية » .

نرى المريض يشكو ، فى بادئ الأمر ، اعياء مصحوبا بسعال حاد ، جارح

(١) Vitamine : مواد مقوى موجود فى زيت السمك والطماطم وفنر التفاح وغيرها
من المكولات والفواكه .

(٢) Opsonine : مواد فى الدم يقوى الكريات البيضاء على الفتك بالمكروبات .

مع ألم خلف القص (١) وربما مع احتقان في الحلق وحمى بسيطة أيضا . ثم نراه بعد حين ، وقد قل سعاله وأصبح بصاقه كثيفا لنا ، فيظن في نفسه التحسن . أما الحقيقة فهي أنه لم يتقدم نحو الشفاء قيراطا واحدا . وهذا هو دور الإهمال الفظيع ، حيث يبتدىء الانقلاب المحزن .

لو أن ذلك السعال المؤلم الممزق ، الذي أصبح الآن لنا ، هينا ، عديم الأهمية ، استمر في شدته ، لبحث المريض عن علاج للتخلص منه . أما وقد أصبح خفيفا ، لا يسبب ألما ، فإن المريض لا يبالي به ولا يعابأ بعواقبه ، بل يزاول عمله اليومي كأنه قد شفى تماما - هنا الخطأ الذي لا يغتفر ! والذنب الذي لا تنفع معه التوبة !

لنوضح لمثل هؤلاء الناس ، الخطر الذي يستهدفون له والنتائج السيئة التي تترتب عليه في مستقبل حياتهم - ذلك المستقبل الذي عليه يتوقف ترقية المجتمع ، بزيادة الإنتاج وتحسين النسل - لنوضح لهم أنهم لا يسيئون فقط لأجسادهم ، بل يخالفون القوانين الاجتماعية وبذلك يحنون على الإنسانية بأجمعها ، فماذا يظنون بنا ؟ يعتقدون بلا شك أننا نغرق في المجون أو أننا من الذين تعمر بهم مستشفيات المجاذيب اقل لأولئك : « انتبهوا لأنفسكم ! أن الرشح المهمل يقتل ! » تجدهم يذمرون منك ويهزأون من نصائحك ويفضلون الحديث عن كواكب السينما والمفاضلة بين الأماكن التي تصلح لقضاء سهرتهم . وكم من السيدات ، يخرجن ليلا ، نصف عاريات وفي ملابس خفيفة شفاقة ، ويسهرن الى ساعة متأخرة من الليل البارد !

أن المتعدين يجهل أوليات علم الصحة . فبينما هو يعرف أسماء أسرع الطيارين أو أشهر المصارعين وأبرع الممثلين ، نجده يجهل من هو « كوخ »

أو « كالت » ، وماذا فعلا ، فى سبيل الإنسانية ، من إزالة آلامها وأوجاعها وشفاء أسقامها .

كم أود أن أكرر آلافًا من المرات لقراء هذا الكتاب ، أنه من الخطر أن يسعل الفرد أكثر من أسبوعين وأن الرشع البسيط يجب أن ينتهى فى مثل هذه المدة ، فإذا تجاوزها ، أصبحت الحالة غير عادية وأصبح من اللازم أن نضع لها حداً نهائياً ونعالجها علاجاً فعالاً . ولذين يظنون بى المبالغة فى الانذار ويتسمون بتهكم ، عند قراءة هذه السطور ، أقول :

أن الجهد ، الذى يسببه السعال ، يبذل الضغط السلبى فى التجويف الصدرى خلال السعال ويسبب ضغطاً إيجابياً ضمن الشعبات الشعبية والعيون الرئوية ويمددها فجأة . وهذا « المد والجزر » ، الفجائى الشديد المستمر ، يصلب اليافها المرنة ويغير تكوينها ، فتصبح جافة ، غير متناسبة مع حاجة الشهيق والزفير . والمرضى الذى نسميه « الربو » هو احدى هذه الحالات .

وإذا انتهى هذا الاضطراب فى الرئة ، الى اختلال فى التنفس ، فإذا تكون النتيجة ؟ يبدأ القلب بالتعب ، ثم يتضخم وربما بدأ فقر الدم وظهر ضعف المناعة العمومية . وإذا دامت الحال ، على هذا المنوال ، فلا بد لباشلس كوخ من انتهاز الفرصة المناسبة للنزول الى الميدان كالفتاح المتيقظ المتربص ، الذى يتخذ ما يبدو له من اضطراب فى بلاد مجاورة له ، سبيلاً الى الاغارة عليها ودخولها فاتحاً .

أن علاج الزكام ، فى الغنى وفى الفقير على السواء ، هو راحة وهواء نقي وطعام مغذ . أعنى بذلك الانقطاع عن العمل والاستراحة فى غرف يتجدد فيها الهواء ويدخلها نور الشمس .

عند ما أرى العمال ، القليل التغذية والفقراء المهزولين ، فى شوارع القاهرة ،

عائدين، بعد نهار طويل من العمل الشاق، الى احيائهم القدرة وأزقتهم المظلمة، يبيتون كل خمسة منهم أو أكثر في غرفة صغيرة، فاسدة الهواء، لا تدخلها الشمس، لا يسعنى الا الرثاء لحالهم والاشفاق عليهم من العلل والأمراض. ولا سيما مرض الزكام، الذى يذهب بمساعة أجسامهم ويعرضها للاصابات الدرنية الفتاكة. فهؤلاء لا يمكننى ارشادهم الى طرق الوقاية الكافية، لأنها تتطلب غذاء وافرا ومساكن نظيفة، معرضة للشمس والهواء النقى وراحة، من عناء الأعمال، لا تسمح لهم بها أحوالهم المادية. لذلك أوجه كلامى الى ذوى المقدرة، الذين تمكنهم ظروفهم من اتباع نصائحي، فأقول :

إذا أصبت بـ **زكام** شديد، الزم غرفة تواجه الجنوب وافتح نوافذها ما استطعت. لا تجلس فى أشعة الشمس الشديدة أن الاعتقاد السائد، أن حرارة الشمس القوية تساعد على التخلص من الزكام، هو اعتقاد فاسد. فكثيرا ما رأيت حوادث ارتفاع الحرارة أو اصابات بالروماتزم العضلى أو المفصلى، تتبع هذه العادة الطائشة. وكان يدهشنى أن أرى أكثر المصابين بها من أذكاء الناس. لذلك أصر على وجوب الاقلاع عن هذه الأساليب العقيمة التى يصفها العامة ويمارسونها عن جهل وقلة اختبار وادعاء المعرفة.

نم ونوافذك مفتوحة، الا فى الليالى التى يكون فيها الهواء شديدا. ولا تم فى مجرى الهواء، مهما كان غطاؤك ثقيلًا. وبعبارة أصح: لا تضع سريرك بين نافذتين مفتوحتين أو بين نافذة وباب. وإذا سكنت فى الطبقة الاولى من المنزل، فى وسط مدينة كبيرة، أنصح لك أن لا تفتح النوافذ ليلا، لان الغازات المنبعثة من المجارى، فى وسط المدن، فى ساعات الليل، تفسد طبقة الهواء السفلى.

يجب أخذ كميات وافرة من الاطعمة النشائية والازوتية والدهنية، كاللحوم

المشوية وعلى الاخص لحم العجول واللبن والبطاطا والارز والبيض والخبز والزبدة والفواكه الناضجة والمربيات. ولا بأس بالحجامة (اخذ كاسات هواء) ووضع لزقة على الظهر أو على الصدر . اما اذا كان الزكام شديداً ، مزمناً مستقراً في قرارة الصدر ، لزم علاجه بأكثر مما ذكرت هنا ، (من الهواء النقي والطعام المغذى والراحة التامة) . وربما اقتضى الأمر حجامة دم ، من ظهر المريض واعطاء مواد للاستنشاق وجرعات من عقاقير . وكثيراً ما نصف للمريض شيئاً من المسكنات السعال ، مع تركيبات بخورية (١) او قطراتية وليمونات الصودا او اليود .

ثانياً - فقر الدم الاخضر او الانيميا الخضراء . وفقر الدم البسيط والخبيث :

من اهم الاسباب ، التي تعترض وتبي الجسم لمرض التدرن ، الانيميا أو فقر الدم وعلى الاخص النوع الخبيث .

يعلم القارىء ان الدم يتركب من جزئين : السائل المسمى بلازما وهو سائل قلوى ، زلالى ، يحوى كمية كبيرة من الاملاح . والجزء الجامد وهو الكريات الدموية واغلبها الكريات الحمراء ، التي يبلغ عددها خمسة ملايين فى المليمتر المكعب الواحد فى الذكر واربعة ملايين ونصف فى المليمتر المكعب فى الانثى . ثم الكريات البيضاء ، التي هى بنسبة خمسة آلاف الى سبعة آلاف كرية فى المليمتر المكعب ، فى كلا الجنسين . وكما نقرأ فى علم مبادئ الصحة ، يمكننا تشبيه الكريات البيضاء بجنود تحمى اجسادنا من غائلة الجراثيم ، مدافعة عنا بكل شجاعة ، مضحية بنفسها ، اثناء ذلك الدفاع . اما الكريات الحمراء ، فتحترى على الهيموغلوبين (٢) وهى المادة البلورية (٣) . وبينها وبين الاوكسجين ، ألفة كيميائية تجعلها قادرة على خزنه فى الجسم . والاوكسجين ضرورى لاشعال الحرارة الداخلية ، التي لا بد منها لبقائنا وحفظ توازننا الكيميائى وتجديد اجهزتنا .

وهذه الكريات ، الحمراء والبيضاء على السواء ، تضطرب في تركيبها ، اذا أصيب الجسم بفقر الدم .

ندعو فقر الدم المرض الأخضر ونجده منتشراً جداً ، بين الفتيات الصغيرات ، اللواتي هن بين الرابعة عشرة والعشرين من العمر . ويكون لون الجلد مخضراً . ويظهر ان سن البلوغ وما يتبعه ، من حالات غير طبيعية ، يحدث تأثيراً في نوع وكمية خلايا الدم .

فاذا ما اتبعنا طريقة كثرة التغذية ، بالاطعمة المفيدة وأخذ زيت السمك ، في فصل الشتاء والأدوية المقوية المحتوية على صديد وزرنيخ وفوسفور وخلاصة الكبد ومستحضرات دم الحصان وغير ذلك ، من العقاقير والهواء الطلق ، النقي والنوم في غرفة يدخلها نور الشمس ويجدد فيها الهواء وممارسة بعض التمرينات البدنية والحمامات الدافئة والباردة ، حيثئذ يتقوى الجسم ويتغلب على الأنيميا الخضراء .

أن فقر الدم ، بسيطاً كان أم خبيثاً ، نجده في الذكور والإناث على السواء ولكنه يكثر في الإناث ويقسم الى قسمين :

١ - الأنيميا الأساسية وهي مرض أولي ، يؤثر عموماً على بنية الجسم وعلى الأنخس ، على الغدد وافرازاتها الداخلية وعلى حالة كريات الدم . وقد يكون ، من جملة أسبابه ، النوع المرتشح لباشاس كوخ الوراثي .

ب - الأنيميا المكتسبة وهي مرض ثانوي ، تنشأ عن مرض آخر حاد كالحمى التيفودية والروماتزم المفصلي الحاد المضعف للقلب والمalaria ، والزهرى والبلهارزيا والأنكيلوستوما وبعض الاصابات العفنة ، الناتجة من نجيج الأسنان وتقرح اللثة (١) ومرض الزائدة الدودية والمصران الأعسور ،

المزمن وباشلس القولون العادى فى الدم أو فى البراز أو هى نتيجة لوجود طفيليات مختلفة فى الجسم . ففى هذه الحالة لا بد أن تظهر هذه الاعراض وهى شحوب الوجه وخلو الشفاه من احمرار الدم فيها ولون الجسم الشمعى عموما . وكلا النوعين (الانيميا الأساسية والانيميا المكتسبة) يمكن تطورها الى حالة شديدة نسميها : « الانيميا الخبيثة » وتميزها باعراضها الشديدة الواضحة . كم من المصابين بالانيميا ، بدلا من استشارة طبيبهم ، يبادرون الى شراء دواء جاهز أحرز شهرة بالاعلان أو أوصى به صديق وهم لا يدركون أن لكل حالة من حالات « فقر الدم » سببا خفيا يختلف باختلاف الأفراد . فكم يجد الطبيب المعالج أن التهاب اللوزتين ، فى الأولاد بين الثامنة والثانية عشرة ، يفتح الباب على مصراعيه لتسرب الميكروبات منهما الى الدورة الدموية واللمفاوية ، فتقسمم جسم الولد كله . وربما أصيب ، من جراء ذلك ، بروماتزم مفصلى وضف فى القلب . ففى حالات كهذه ، يصبح معالج الانيميا بالادوية الجاهزة ، كمن يملأ حوضا بالماء قبل أن يسد ثقبها كبيرا فى قعره . وكم يسبب الانيميا احتباس الهواء الذى نستنشقه وقلة تجديده ساعات طوالا فى حجرة الدرس أو مكتب العمل أو جلوس العامل ، بشكل خاص يتطلبه عمله اليدوى كالانحناء الطويل . أو حرمان المرأة جسمها من الغذاء ، محافظة على اعتدال قوامها ونحافتها ولعمري أن النحيفات الضعيفات لسن بخير الامهات .

وهناك سبب آخر للانيميا وهو لحمة الانف وعظمة متضخمة فى داخله ، تضطر الى استئصالها لاصلاح مجرى التنفس .

أرأيت أيها القارى ، كيف أن الادوية والعقاقير المعلن عنها والمقويات المترددة على اللسان ، غالبا ما تفشل وتعجز عن شفاء الانيميا ؟

ثالثا - داء الخنزير (الخنازير) - العقد الخنازيرية

لا بد أن يكون القارئ قد سمع اسم هذا الداء الذى اسمه «عقبة السل» ، فما هو؟ هو ضعف عمومى ، فى الغدد اللمفاوية ، نعرف أن له علاقة متينة بسموم باشلس كوخ. الوارثى غير المنظور ، تصبح معه الغدد عاجزة عن حماية الجسم من هجمات الأمراض الأخرى .

نرى وجوه الشبان المصابين بهذا المرض شاحبة وشفاههم منتفخة وجلدهم شفافا وعضلاتهم رخوة . وربما أصابهم المرض من التهاب فى الأنف أو رائحة كريهة فيه ، أو التهاب صديدى فى الأذن ، أو سوس فى الأضلاع ، أو خَصَر (١) فى الأطراف صيفا وشتاء ، أو ورم فى مفصل الركبة . ولا أكون بعيدا عن الصواب ، اذا قلت أننا أحيانا ، نجد هؤلاء يتحدرون من أسلاف أصيبوا بمرض الزهري . فمرض الزهري هذا ، وراثيا كان أم مكتسبا ، يضعف مناعة الأنسجة ويهيئها لمرض التدرن .

فمن واجباتنا الأولى ، أن ندرس حالة المصابين الوارثية واستعداداتهم الطبيعية قبل معالجتهم . عندئذ يأتى العلاج ناجعا ، يرد عن هذه الأمة ، أسوأ عواقب الإهمال .

(١) تصقع الأطراف . وهو نوع من السل الجلدى ، الشبيه بالحقيقى ، Chilblains :

الفصل الحادي عشر

التدرن خارج الجهاز الرئوي

اول ما يتبادر الى الذهن ، عند ذكر مرض السل ، هو السل الرئوي .
فقلما تتصور المرض في مكان غير الرئة من الجسم . ولا يعجبن القارىء . اذن
حين اقول ، ان بائس كوخ يهاجم جميع اجزاء الجسم تقريبا . فالى الفصول
الآتية ، عن السل خارج الرئة ، ألفت نظر القارىء . واسترعى انتباهه .

سأخصص بعض هذه الفصول للتدرن الجلدى او سل الجلد . واحاول
معالجة الموضوع بايجاز ، بتقريبه الى ذهن القارىء ، محتثا جهد طاقى ، العبارات
الفنية الصعبة والاصطلاحات الطبية غير المألوفة .

يصعب علينا ان نلم بجميع اعراض السل الجلدى المتعددة واسباب اختلافها ،
فهى لا تزال غامضة علينا . فأنتنا نرى نطس الاخصائين يتلمسون طريقهم
اليها تلمسا ويبدلون العلاج كلما تبدلت الحالات المختلفة وقل وضوحها . فحدث
السل الجلدى ، التى تمر على الطبيب كل يوم فى غرفة استشارته ، متعددة الانواع
متماثلة الاشكال ، فتسهل لفهم الموضوع وتقريبه الى الاذهان ، رأينا بعد الدرس
الطويل ، ان نقسمها الى ثلاثة اقسام رئيسية :

اقسام السل الجلدى :

الاول : الحقيقى

الثانى : الشبيه بالحقيقى (١)

الثالث : المبهم

وسأفرد لكل من هذه الاقسام فصلا خاصا واتبعها بفصل آخر اضمنه
اساليب العلاج .

الفصل الثانى عشر

السل الجلى الحقيقى

أن سل الجلد الحقيقى انما هو تدرن واضح فى الجلد، نجد فيه غالبا باشلس كوخ . فاذا حقنا خنزير غينيا بارتشاحات قروحه ، ظهرت فى غدده بعد مدة ، جميع اعراض السل . حتى أن المكروب يعود الى الظهور فى الخنزير ولو كانت الارتشاحات ، التى حقن بها ، خالية منه .

وتسرى العدوى بطرق ثلاث :

عدوى اللمس الخارجية : أن الأطباء البشريون وأساتذة علم الأمراض والأطباء البيطريون والجزارون ودباغو الجلود ، جميع هؤلاء يتعرضون لهذا النوع من العدوى باللمس . وكذلك ينقل المريض العدوى أحيانا الى نفسه بمجرد ملامسة بصاقه أو من خدش جلده ، باظافر لوثها المكروب . ونرى العدوى أحيانا، تسرى بعد الختان أو ثقب شحمة الأذن. على أن التغير الفجائى فى حرارة الجلد ، يساعد على طرد المكروب عنه ، فلا يصاب به ما لم يتعرض له تعرضا شديدا .

العدوى الذاتية : تسرى العدوى من بؤرة درنية فى عظمة أو فى غدة مجاورة ، يجرى منها المكروب فى الأوعية اللمفاوية المحيطة بها ويرسو فى الجلد. عدوى الدم الداخلية : يجرى المكروب فى الدم ، آتيا من أنسجة درنية فى الجسم ويدخل فى طبقات الجلد .

يتساوى النوعان البشرى والبقرى من باشلس كوخ فى نشر السل الجلى الحقيقى . وتصاب به النساء أكثر من الرجال والقاصرون أكثر من البالغين .

وله صلة خفية بسل الرئة . فقد وجد الأستاذ روست ، أن ٤٠ مره في المئة من المصابين بسل الجلد ، مصابون كذلك بسل الرئة . ودلت الاحصاءات في برلين ، على أن من بين ١٢٠٠ حادثة التهاب درنى جلدى ندعوه ذئبة ، ٢١ في المئة كانت اصابات بالسل الرئوى . ومن بين ١٢٠٠ حادثة التهاب درنى فى الغشاء المخاطى ، ٤٢ فى المئة ، أى ضعفا العدد السابق ، كانت من اصابات هذا السل . لقد ذكرنا مرض الذئبة فلنتقل الآن الى درس أنواع السل الجلدى الحقيقى مبتدئين بأهمها :

سل الجلد الذئبى . أو مرض الذئبة (١) هو النوع الأعظم أهمية والأكثر انتشارا . ينشأ بسيطا محدودا فى الأنسجة الجلدية وعلاجه سهل جدا ، اذا نحن تداركنا كل التهاب جلدى يستمر أكثر من شهرين فى المريض وعالجناه باعتباره مرض الذئبة . ولا يجوز اهمال هذا المرض الى أن يتسع ويتقرح . فكلما اتسعت دائرة الأنسجة المعتلة عز شفاؤها .

يسهل علينا تشخيص الذئبة ، اذا ضغطنا بملوق (٢) زجاجى على الجلد . فان الدم يختفى من الجلد ويظهر عليه ، أى على الجلد ، من خلال الزجاج الشفافة ، عقد درنية ملتهبة يبلغ معدل حجمها من ١ — ٣ مليمترات . وتبدو بارزة أو مسطحة أو منفصلة أو متصلة ، لونها أحمر أو أحمر برتقالى أو أصفر رمادى . وهناك طريقة أخرى للتشخيص وهى : ثقب الجلد الرقيق الشفاف بآبرة خاصة لشرط الجلد ، فاذا دارت الآبرة تحت الجلد بسهولة ، كأنها فى حفرة أو مكان فارغ ، استنتجنا من ذلك أننا نواجه اصابة جلدية ذئبية .

لهذه العلة أنواع عديدة : فالجلد ، الذى يغلى الأنسجة المعتلة ، يكون متقرحا أو متضخما أو مبرقا ذا ثآليل (٣) أو أكالا كالقروح الساعية (٤)

(١) Lupus Vulgaris (٢) أصبح زجاجى مفلاط يستعمله الصيدلى لمزج المرامم .

أو : Tuberculosis Luposa (٣) Verrucous (٤) Serpiginous

أوقشريتا (١) أو قباويتا أكريميتا (٢) أو فيليا (٣) أو صدفيتا (٤) أو حصفيتا (٥) أو غير ذلك . ويمكن ظهورها ، في أى مكان من الجلد ، بأشكالها المختلفة ولكنها أكثر ظهورا على الأنف والشفة العليا والحدين والأذنين . فإذا تركت ، بدون علاج ، ربما شوهت هذه الأجزاء كلها . ولعل هذا هو المرض الذى أصيب به أيوب كما تحدثنا التوراة . على أن بعضهم يقول بأنه أصيب بداء الزهرى وآخرون بالجذام .

لا نجد الذئبة عادة على الجلد ، حيث يكثر الشعر وبذلك تميزها عن الذئبة المحمرة . وفى الغالب نجدها على الرقبة وقليلًا على الأطراف أو على البدن . أما الغشاء المخاطى . فيصاب كثيرا بمرض الذئبة ، الذى نجده فى مجارى الأنف العليا ، حيث يمكنه مهاجمة المآقى . بل يذهب الى أبعد من ذلك ، فقد يدخل الفم ويصيب اللثة وسقف الحلق واللسان والحنجرة . وهناك تبدو اعراضه ونتائجه كما تبدو على الجلد الخارجى . وقد سبق وصف لونها الاحمر البرتقالى وشكلها وظهور عقدتها تحت الملق واذنا الغشاء المخاطى ، احمر وغطته البثور (٦) وتقرح أحيانا وانتشر فوق جلد رفيع رمادى اللون أو أصبح بعكس ذلك ، محفورا منقوبا . ويتطور المرض ، حتى فى هذا الدور ، ببطء كثير ، حتى أن الطبيب لا يرى اختلافا فى مظهره بين زيارة وأخرى .

يبتدىء هذا المرض فى الحداثة ويتطور فى سن الشباب . ثم يصل الى سن الشيخوخة ، بعد أن يكون قد شوه جزءا من الوجه أو الوجه كله أو العنق والأذنين وربما شوه الأنف . (كما يرى القارىء فى الرسم الآتى) . وكما يقول الاستاذ كوجيرو (٧) : ربما استمرت الإصابة على حالها ، بلا تغيير ، شهورا

(١) Squamous (٢) Eczematous (٣) Elephantiasis (٤) Psoriasis

(٥) Impetigous (٦) Papules (٧) H Gougerot - Paris



سل الجلد الذئبي
أو مرض الذئبة

obeykandi.com

متعاقبة، ثم تستيقظ دفعة واحدة وتتقدم بسرعة، تارة بلا سبب واضح وطورا بعد مرض حاد معد، كالحصبة. حتى أن الحمل والرضاعة من الثدي، كثيرا ما يؤديان الى اشتداد الاصابة ثانية وكثيرا ما يبدأ المرض في نقطة من الجسم، ليظهر في غيرها.

أن أواسط الانسجة الجلدية المحتملة أسلم نسيجا من أطرافها. أقول نسيجا، لان العقيدات الذئبية لا تبرأ أبدا، بل أنها في أخف أدوار المرض، تبقى تقريبا على حالها. وربما استمر التطور البطيء بدون أن تحصل اشتراكات أو مضاعفات موضعية. وإذا حصلت رأينا الاشتراكات الآتية:

الذئبة السرطانية: تطوّر في الانسجة المعتلة الذئبية، يعالج بأشعة اكس المرشحة.

الاحشائية: التهاب درني، في الغدد اللمفاوية، تبقى عادة متصلة وتشفى. أو تلين أحيانا، حتى يتقرح الجلد فوقها ويؤسس ناسورا درنيا، تقترن به اذ ذاك اصابة جديدة ذئبية.

الثانوية: كالتهاب الاوعية اللمفاوية. يقال أنه اذا حدث اصابة ثانوية بالحمرة، فأنها تساعد على شفاء التقرح الناتج من الالتهاب الجلدي الذئبي.

النوبات الحادة: تظهر مصحوبة بورم واحمرار وربما بارتفاع الحرارة ويصاب المريض بتوعك عام. يجب أن نشبهه « بالذئبة » لدى كل اعتلال جلدي مزمن ولاكن حذار من الالتباس بين الذئبة والزهرى، لشدة الشبه بين قروحاتها. فالخاطب بين الاثنين خطأ فادح، عظيم الضرر، بالنسبة الى الاختلاف الكبير في معالجة هذين المرضين. أما اذا صادفتنا حادثة زهرى وذئبة مختلطة معا - وهذا نادر - وجب اتخاذ العلاجين المختلفين بكل حكمة وفي هذا ما فيه من الصعوبة، اذ ان احد العلاجين كثيرا ما يفيد من جهة

ويضر من جهة اخرى . فيتعين اذن على الطبيب المعالج اتخاذ الحيلة الدقيقة ليحصل المريض على احسن النتائج .

يختلف مرض الذئبة عن الزهري بمهاجمته وبفتكه بأجزاء العضو البدينة في حين ان الزهري ، كما يفعل بالأنف ، ينخر العظم نفسه . وكلما اشتدت الذئبة ضيقت مجرى الأنف وأكل الفم وتشوّهت الجفون وربما اصبحت الملتحمة وفقدت العين نظرها .

واذا قارنا بين مرض الذئبة والجذام ، وجدنا الفرق بينهما كبيراً وكان تشخيصنا للمرض أسهل واسرع . فعقد الجذام اكبر وابرز واصلب من عقد الالتهاب الدرني . ولونها بنفسجي غير شفاف وعند خزها لا يحس المريض بشيء .

يقول البعض ان الالتهاب الجلدي الذئبي قابل للشفاء من تلقاء نفسه . ولكن هذا نادر جداً . ولو حصل تحسّن ، لوجدنا الشفاء نسبياً سطحياً . وان القروحات الذئبية التي تكون قد شفيت ظاهراً ، لا تزال تحتوى عقداً درنية كامنة ، قد تصبح فعالة عند اول فرصة . وما التحسين الظاهري سوى مرحلة سكون يعود المرض بعدها الى الاشتداد . لذلك يجب ان لا نعول على هذا الشفاء الوهمي . ويتحتم علينا ان نبادر الى معالجة المرض بعد التشخيص .

ينبغي ان تكون المعالجة متواصلة ، مع الانتباه الشديد لثلاث تكون القروح انداباً أو اليافاً او التآلمات بارزة صلبة (تسمى جذراً) (١) فيجب والحالة هذه تدمير تلك البثور الذئبية واحدة بعد اخرى ، اذ لو بقيت واحدة منها كانت كافية لرجوع المرض الى الظهور . وبالاختصار ، ينبغي الاستمرار على مواصلة العلاج حتى يتم الشفاء . ولنفرض اننا ، بعد التلقيح



السل الجلدي الجذامي او الجذام الدرني

obeykandi.com

بالتوبركولين ، وجدنا على الذراع قرحة ذئبية ، فأننا نمتنع حالا عن ادخال هذه المادة فى الجسم . واذا وجدنا مثلا ، قرحة ذئبية على الوجه اصلها فى مجرى الأنف ، (قد يكون الباشلس علق بالأنف بالاستنشاق مع الغبار) تحتم علينا معالجة مكان الإصابة الاصلى ، داخل الأنف ، لئلا تصل العدوى الذاتية الى القناة الدمعية فالماقى . وربما وصلت الى سقف الحلق والبلعوم الخلفى والطنظلة والحنجرة ، فيكفى العلاج نجاحا اذا أدى الى تحسين الحالة ومنع الامتداد الى أنحاء مختلفة من الجسم .

تسيل أحيانا الى الخارج مادة صديدية من الاذن ، تحتوى على باشلس كوخ ، فتحدث قروحا ذئبية فى شحماتها . واذا تجمعمت تحتها ، عقداء الخزازير أو كانت هى نتيجة ناسور درنى ، فلن نحصل على الشفاء البتة ، ما لم نعالج الاصل معالجة جدية تستأصل شافته . والقاعدة العمومية هى ، ان لا نكتفى بمعالجة الجلد الخارجى وأن لا نغيبط لو رأينا القرحة الذئبية تضمحل أمام العلاج ، بل يجب فحص ما تحت الجلد من غدد وعظام ، للوصول الى منبع الإصابة الذى هو غالبا على مقربة من القروح الخارجية . واليك الأنواع الأخرى من السل الجلدي الحقيقى :

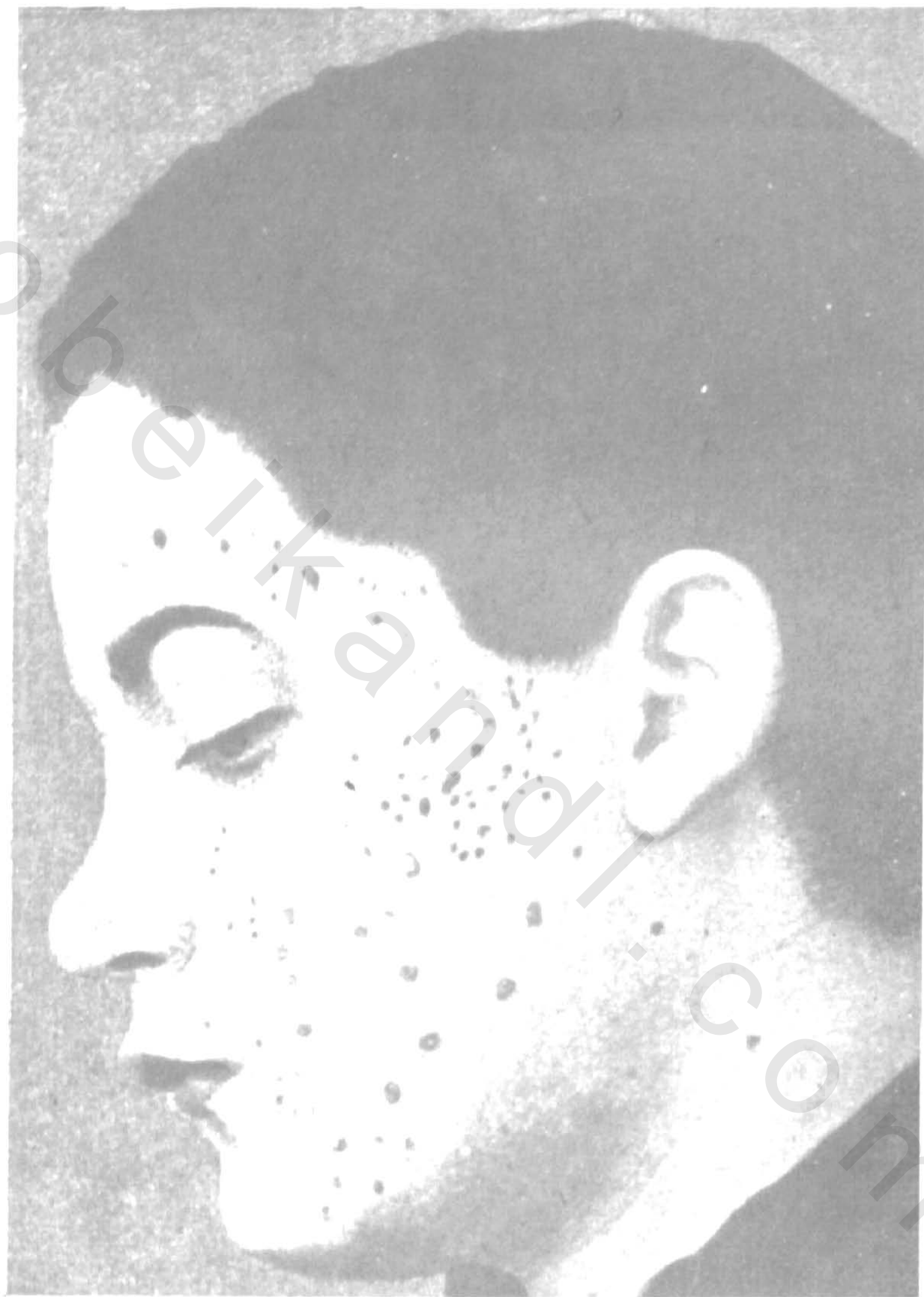
- ٢ - الجاورسى المتبثر (١) . بشور صغيرة حمراء قاسية فى الوجه كله ، لا تميل الى الاتساع ولا الى اللين . يبقى أثرها ، بعد شفاؤها ، نسيجا ندبيا ظاهرا . وهى أشبه بما نسميه « حب الصبي » فى وجوه الشباب . وتختلف عن « الذئبة » بخلوها من الارتشاحات وعن البثور العادية ، بانها لا تنفتح بالضغط عليها .
- ٣ - الرازي (٢) ثآليل ، كاللطح القشرية الجافة ، فى طبقات الجلد الخارجية .

ترى غالبا على أطراف الأصابع ، أو حول الاظافر ويتراوح قطرها بين ٥ مليمترات و ٥ سنتيمترات . وهى من نوع العدوى الخارجية ، نجدها كما بينا فى ما تقدم ، فى الجزارين والذباغين والاطباء والبيطرة والعاملين فى غرف التشريح . لا نجد هناك ارتشاحات أو تقرح وربما مرت السنون ، قبل أن تصل الى الاقنية أو الغدد اللبفاوية . وأحيانا تتشقق التآليل وتسبب اصابة اخرى ثانوية ، فتظهر الخراجات التى بمجرد الضغط عليها ، تخرج صديدا متقطعا .

وهذه التآليل الدرنية يبدأ شفاؤها من وسطها ، اذ يتكون نسيج ندبى لونه بين الزرقة والحمرة . ويحدث الشفاء أحيانا ، من تلقاء نفسه . أما العلاج ، فهو الذى نستعمله للالتهابات الدرنية الموضعية .

٤ - المُنَبَّتْ (١) . قرح غير متناسقة الشكل ، خشنة المنظر ، بليلة البثور كثيرة الانتشار على الجلد ، حتى ليدو العضو المصاب مغطى بالقروح كداء الفيل وحجم القرحة فى ٢ الى ٥٠ سنتيمترا . أما علاجها فباشعة اكس والهواء الحار لدرجة ٧٠٠ سانتىغراد أو بالكى بالكهرباء ، اذا اقتضى الامر .
٥ - الخنزيرى (٢) . نادرا ما تكون هذه الاصابة أولية ، فهى فى الغالب ، نتيجة غدد درنية محتوية على مادة جينية صديدية أو ناسور فى عظم أو مفصل مصاب بالتدرن تشق منه الاصابة .

فاذا كانت أولية ، نجدها احتقانات تحت الجلد ، حمراء ، زرقاء وعقدا ، غير متناسقة فى وضعها ، تتضخم تدريجيا وتضغط الى أعلى ، فتسبب نخرا موضعيا وتقبب الجلد . وحينئذ تظهر منها مادة سائلة ، نجد فيها باشلس كوخ



السل الجلدي الحقيقي البثوري الجاوري

obeykandi.com

بكل سهولة . وربما اتصلت عقد عديدة بعضها ببعض وسدت تورما متسعا
وتقرحا في الاجزاء المصابة . ونجد ، بين كل ثلاثة أو أربعة قروح واسعة ،
أجزاء من الجلد لا تزال سليمة .

أما سطح الجلد المتقرح ، المغطى غالبا بحبيبات درنية ، فتتسع أطرافه ،
بينما يتبدى وسطه بالشفاء بتكوين نسيج ندبي . ولكي يتمكن الطبيب الاختصاصي
من معرفة مدى عمق الانسجة المعتلة ، يسبر الموضع المصاب بمجسه الفضي ،
بدون أن يؤلم المريض .

أما في الاصابات الثانوية ، فيحدث الثورم بدون عقد أولية . وتظهر هذه
غالبا على العنق والصدر والمرفق والابط والساق . ويصعب التفريق بينها وبين
الزهري ، الا يكون نسيج الورم الصمغي ، في الدور الثالث من الزهري ، أثخن
وأغلظ وأطراف الصمغ (١) نفسه أكثر نعومة وسرعة اتساع . ويحدث الضغط
عليها ألما . أما علاج هذا المرض ، فيتوقف على معرفتنا بسبب القرحة وهل هي
أولية أم ثانوية . فاذا كانت ثانوية ، وجب معها علاج سببها الخفي .

٦ - الحزازي (٢) : يختلف عن الرازي وغيره ، من أنواع التدرن الجلدي
المتشابهة ، غير أنه يرتبط بشدة بالخزيري ويحدث في الاطفال والمراهقين .
ويظهر طفرة ، في شكل عقد حمراء ، صفراء بحجم الفولة ، خشنة الملمس
وفي الغالب مرتبطة ببثرة أو قرحة وعالقة كل منها بحويصلة شعرة . يظهر
هذا الطفح من العقد متجمعا وأحيانا منفردا ، ثم ينتشر . ومن المحتمل أن
نغفل عنه ، اذا ظهرت عقدة بمفردها على البطن مثلا أو على الجنب . ولكن
الطفح الغزير ، على الظهر أو على البطن ، لا لبس فيه ، فدلائله جلية ونادرا

ما نراه على الاطراف أو على الوجه . والفرق بينه وبين حزاز الزهري ، هو أن الزهري أدكن اللون ، يثبت نوعه امتحان « واسارمان » كما يثبت تفاعل « التوبركلين » وجود التدرن .

٧ - الحويصلي المتبثر (١) . التهاب حويصلي (٢) حبيبي . وهو حالة غير مؤلمة من السل الجلدي الحقيقي ، تظهر فيه عقد صغيرة جدا ، لونها أدكن ، أكمد ، على الاصابع والاطراف السفلى ونادرا على الاذرع أو البدن أو الوجه . وهي اما أن تكون نخرة في وسطها فتغطيها قشور ، أو تتحول الى قروح صغيرة قبل أن تتكون القشور عليها . ويتطور هذا النوع من التدرن الجلدي ببطء في المصابين باعتلال درني خفي ، فيقطع شوطا مطابقا لطول الاصابة الخفية الموجودة . وفي هذه الحالة يكون التفاعل بالتوبركلين في الغالب ايجابيا .

٨ - الحبيبي المستدير (٣) نراه غالبا على اليد والذراع أو الكوع ، كنمو من الداخل الى الخارج ، بشكل ناعم من الوسط ومحجب مدور من الخارج . وقد تسنى للاستاذ ديتريخ ، أن يجد باشلس كوخ في بعضه . وهذان النرعان الأخيران - الحويصلي المتبثر والحبيبي المستدير - نعالجهما كغيرهما من حوادث التدرن المشابهة لهما .

Papulo Necrotica and Papulo Pustulosa – Acnitis Tuberculosis (١)

ويسميه البعض : Necrotic Tuberculosis أو : Leicheneides

Tuberculosis Granuloma Annulare (٣) Folliculitis (٢)

الفصل الثالث عشر

سل الجلد الشبيه بالحقيقي (١)

ان هذا القسم الثانى من سل الجلد، الذى اخترنا أن نسميه الشبيه بالحقيقى، أو غير الحقيقى، يحتوي كذلك على قروح جلدية غير مؤلمة، بطيئة التطور، نسميها بالآفرنجية «توبركليد»، ويشمل أنواعاً متعددة مختلفة التكوين. وقد أنشأ هذا القسم الأستاذ داريه سنة ١٨٩٤.

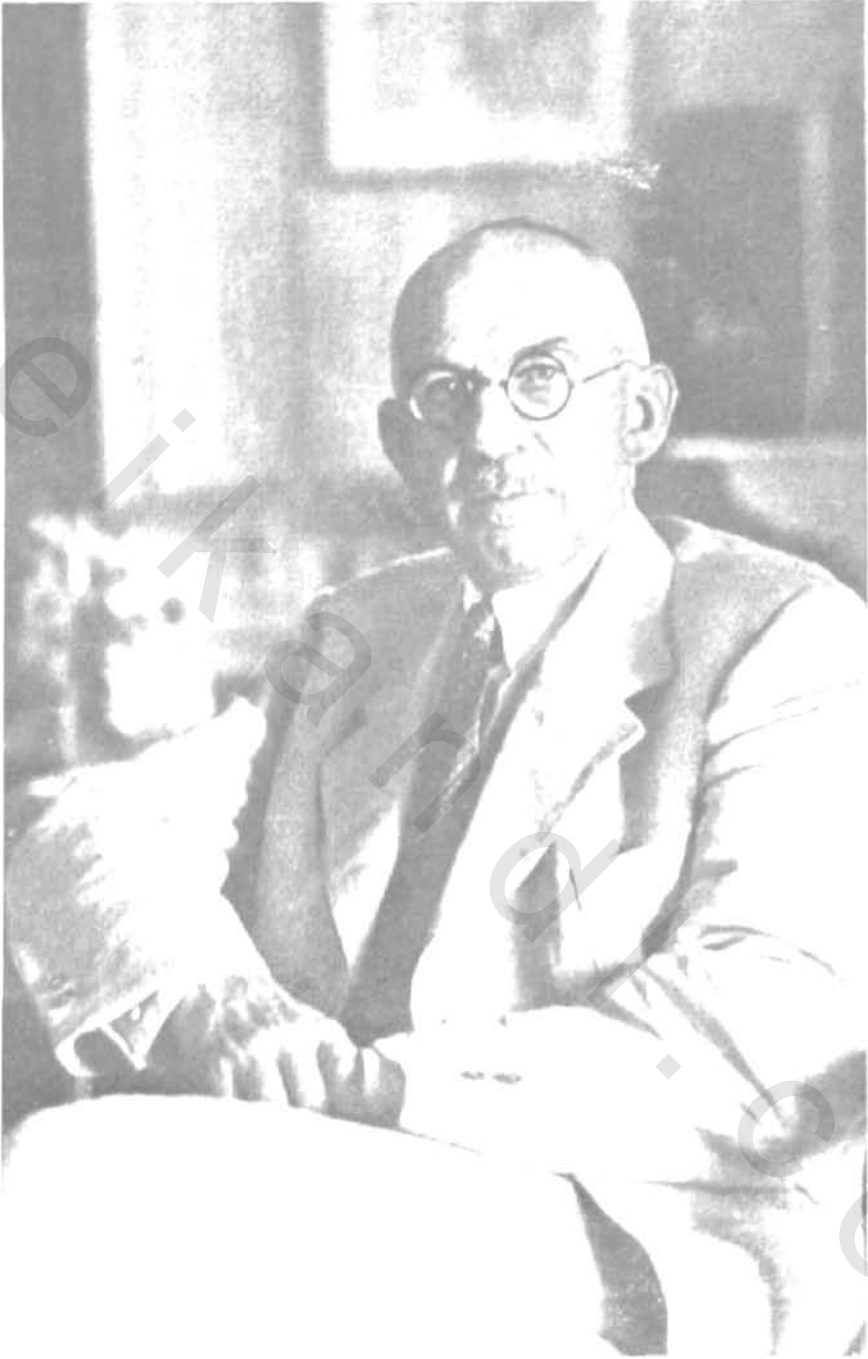
إذا حاولنا البحث عن باشلس كوخ، فى تلك القروح بالطرق العادية فى المختبر، كتلوين أنموذج منها وفحصه تحت المجهر، أو بتلقيح خنزير غينيا بحسب الطرق الفنية المعروفة، يذهب بحثنا سدى. فلا نجد الباشلس الا فى الحالات النادرة جداً. ولـكننا نستدل على ان الإصابة درنية من حالة الفرد الدرنية الثابتة، أو من وجود إصابة درنية سابقة، جلدية أو احشائية، أو من مشابهة الأنسجة المصابة لأنموذج الأنسجة الدرنية. وفى هذا الدليل الأخير، نستعين بالمجهر. لقد ثبت لنا أخيراً، أن هذا المرض الجلدى ناجم عن سموم الباشاس المرتشحة: أى عن الميكروب نفسه فى شكله غير المنظور. وهو أقل فتكاً من الباشاس نفسه. ولـكن فى هذا، كما فى كثير من التحديدات العلمية، اختلفت الآراء. فرئيس مصلحة آغرا فى سويسرا، وهو الأستاذ هانز الكساندر (٢)، الذى مكثت معه مدة من الزمن أتبع أعماله، يقول: «ان هذا السل الشبيه بالحقيقى هو كالحقيقى نتيجة الباشلس الجسم». بينما أن الأستاذ فالتس اليونانى (٣)، المشهور بأبحاثه فى معهد باستور مع الأستاذ كالميت بيـاريس والذى يرى

القارىء. رسمه فى الفصل الثانى مع رسم الدكتور محمود بك أباطه ، يخالفه ويقول أن هذا المرض ، الشبيه بالحقيقى ، مسبب عن ارتشاحات الباشلس ، كما سبقت الإشارة . وقد أتاح لى الحظ معرفة هذا العالم العظيم ومتابعة تجاربه عن كسب وهذا ما يحمانى على الاعتقاد بأن كليهما على جانب من الحق .

يصعب علينا فى أحوال كثيرة ، اقامه الحدود بين نوعين متقاربين من المرض . وكم نقف أمام اصابة درنية جلدية ، مكتوفى الأيدى ، حائرين لا نعلم الى أى النوعين نرجعها . قلنا أن القروح « التوبركلدية » تشمل أنواعاً مختلفة فى تكوينها ، أى أن هذا السل الجلدى غير الحقيقى ، لا يكون متماثلاً فى جميع الحالات على الإطلاق . وقد نجد له ، حتى فى المريض الواحد أحياناً ، أشكالاً مختلفة فى تكوينها ، اصطلاح الأخصائيون على تسميتها : « السل الجلدى الشبيه بالحقيقى المتعدد الأشكال » .

لا نعرف سبباً لظهور هذه الأشكال أكثر من غيرها . فهى تظهر اصابة أولية أو ثانوية على الجلد ، فوق قرحة يكون قد تم شفاؤها أو بالقرب منها ، فى موضع سليم من الجلد ، تشبه فى تكوينها الأنسجة التى أصيبت وبرتت أو تتخذ لها شكلاً آخر مختلفاً فى نوعه ونسيجه .

ان هذا المرض لا يكون عادة فى شدته ، مصحوباً بحمى أو بتغيير ما فى الصحة اجمالاً . وإنما فى الغالب ، يسبقه نقص واضح فى الوزن . أى أن المريض يأخذ بالهزال ، قبل أن يتمكن منه المرض الذى من خصائصه السير ببطء ، فلا يشعر المريض بالتغير الذى يطرأ عليه . وقد يدوم هذا أسابيع عديدة ثم يشفى . وربما عاد الى الظهور بعد سنة أو سنين . ولكن فى بعض الحالات ولسبب بسيط ، كتعرض الجلد لأشعة الشمس أو بعد التلقيح ، بحلول باشلس كوخ المخفف ، يشتد المرض بغتة . من العادة أن يبنى المصابون بهذا المرض المتعدد الأشكال ، باصابة أو باصابات درنية أخرى تكون دائماً فى غدد العنق والأبط



الكساندر

obeykandi.com

وتتصلب وتتحجر ، بدلا من أن تبقى طرية لينة . وتبدى لنا أشعة اكس الدرن المجاورة للقصبه الهوائية وشعبتها جافة متكلسة . وانما لا نجد اصابة درنية في الرئة نفسها .

واذا قارنا بين السل ، الحقيقي ، في ناحية من نواحي الجسم والسل الشبيه بالحقيقي ، في الانسجة المعتلة . ولاحظنا كيف يسير الاثنان ، متوازيين متأثرين الواحد بالآخر ، أدركنا أن اشتداد الاصابه الجلدية يقابله تسرب كمية من باشلس كوخ أو سمومه المرتشحة الى الدورة اللفافوية من بؤرة درنية . ورغمنا من أن علم البكتريا (الميكروبات) ، لم يتمكن لان من اثبات هذه النظرية بالطرق العملية ، فان حدوث هذا التفاعل لا يزال حقيقة ثابتة ، رغما من كل شبهة أو انكار . فبعد درس أشكال السل ، الشبيه بالحقيقي ، المتعددة أحيانا في المريض الواحد ومراقبة نوع التدرن في الانسجة المريضة ، يتضح لنا أن تعدد أشكالها أو اختلاف تكوينها ، لا يتوقف على نوع السموم المسببة ولا على رد فعل خاص في تركيب الجسم العام ، بل على طبيعة ونوع مكان الجلد الذي يظهر فيه المرض . أما مسألة حساسية الفرد وما لها من تأثير شديد على تطور الانسجة ، التي تصاب بمختلف أنواع هذا المرض ، فتلعب ولا شك دورا كبيرا . غير أنها تعتبر ثانوية بالنسبة لطبيعة ولنوع جزء الجلد المصاب . ولكي نفهم كيف تصيب العدوى مواضع متعددة من الجسم ، وجب علينا أن نعرف شدة السموم التي دخلت الدورة الدموية وأن مصدرها ، الذي هو باشلس كوخ ، موجود في الجسم بكثرة . عندئذ يصبح الواجب الأول ازالة ذاك المصدر ولو جراحيا ، اذا لزم الحال .

فنفرض أن مريضا يشكو سلا-توبركليدياً (غير حقيقي) ، في أنسجة الأنف وتدرنا حقيقيا ، في غدد العنق ، فماذا يجب على الطبيب أن يفعل ؟ -

الجواب: عليه أن يستأصل هذه الغدد، حتى ولو تمكن من شفاء أنسجة الأنف. هذه هي الطريقة الناجعة لمنع المرض من الظهور ثانية في المستقبل.

للسل الشبيه بالحقيقي كما يخبرنا الأستاذ جادسون، أشكال تشبه لطخات طفحية، تشفى من تلقاء نفسها بدون علاج. نجد بينهم الإصابة التوبركليدية الحليمية النخرية (١) ولحمية بوكشه (٢) والطفح الوردى المتصلب (٣)

١ - السل الجلدى الخصرى العمومى (٤). هذا تدرن جلدى، شبيه بالحقيقى، لا يصعب تشخيصه. يظهر الجلد المصاب أحمر اللون، مائلا الى الزرقة، مصحوبا بارتشاح ومغطى بجبيبات صغيرة. وأكثر حدوثه في الأجزاء المكشوفة من الجسم. وغالبا على شحمه الأذن أو على الأنف أو الخدين أو الأيدي وأحيانا على الأرجل. وإذا ضغطنا على الجلد المصاب بالملوك الزجاجى، كما ذكرنا في فصل سابق، لا تظهر احتقانات وعقد ذئبية. فالإصابة تترك، بعد شفاؤها وانتهاء قروحها، ضمورا جلديا في الأجزاء التي ظهرت فيها، ويمكننا تخفيف المرض والحصول على الشفاء، غالبا باستعمال حامض التانيك والقوابض الأخرى مع الجليسرين، علاجا أساسيا بمساعدة الأشعة البنفسجية والأشعة فوق البنفسجية ومصباح كروماير (٥)

٢ - السل الجلدى الخصرى الملطخ (٦) يختلف عن التدرن الخصرى العمومى بمركز الإصابة. فهو يتجلى على الأيدي والأصابع، بمظهر لطخات حمراء أو بنفسجية، متبشرة، محاطة باحتقان. ويختلف أيضا، عن التهاب الدرني

Sarcoid of Bocksche (٢) Papular Necrotic Tuberculid (١)

Lupus Pernio Proper (٤) Indurated Erythema (٣)

Lupus Pernio in Patches (٦) Kromayer Lamp (٥)

المحمرّة (الارثيمي) (١)، بوضوح حدود الإصابة . وعن خصر الأصابع (٢) بقلة امتداده وارتشاحه . ويختلف كذلك ، عن أمراض أخرى مبرقة (ذات ثآليل) وعن أشكال أخرى خرسفية (ذات قشور) لأن الجلد يبقى ناعماً ، خالياً من الشقوق .

٣ - الشامة الخصرية (لبازان) (٣). يسميها الاستاذ ميبل - قروت الجلد

الانكليزية ، (٤) (أي الجلد الثخين) . وتشبه التدرن الجلدي الخصري ، مع هذا الفرق وهو أن الأيدي وبعض الأحياء الأذان تكون باردة ، متورمة ، لحدوث ارتشاح فيها وتنتشر فوقها لطخ حمراء وقشور خشنة رمادية .

٤ - خصر الأطراف الشديد (٥) كثير الشبه بالتدرن الخصري . ويصيب

الأشخاص الذين فيهم استعداد طبيعي للتدرن فتري الأصابع والأيدي زرقاء غامقة ، باردة كالثلج حتى في فصل الصيف .

صادفت يوماً فتاة مصابة بهذا المرض وهي في غفلة عنه . كانت تعالج برودة يديها ، بين آونة وأخرى ، بلعب التنس . صافحتها ودرجة الحرارة في القاهرة ٤٢ سانتيفراد في الظل . ذعرت عند ملامسة يدها الباردة كالثلج . ثم لاحظت أن لون أصابعها رصاصي غامق مكمد . واذكاشنتها بملاحظتي ، قالت أنها كثيراً ما كانت تصاب بتورم في أصابعها . فعساها تكون بعد ذلك ، قد لجأت إلى غير التنس ، لتدفأ يديها .

إذا لاحظنا حالة كهذه ، في الشتاء ، قلنا هو البرد . ولكن كيف تلتبس علينا ، في فصل الصيف ولا سيما في مصر . فالهواء الحار لا يمكن أن يسبب تلك البرودة !

أجل أن الخصر العسادي - وهو ورم الأصابع أو غيرها من البرد - يتلاشى بعد انقضاء فصل الشتاء . ولكن الخصر الدرني لا يزول مع الشتاء وإذا فحمتنا الأصابع المريضة بالأشعة ، رأينا حويصلات عديدة ، في أنسجة العظام ، تدل عن أن المرض اخترق الطبقات الجافية .



الفصل الرابع عشر

السل الجلدى المبهم

١ - لحمية « بك » المضاعفة غير الحبيثة (١). اختلفت الآراء فى هذا النوع من سل الجلد . فمن قائل بانسبائها الى الالتهاب الدرئى الخصرى وقائل آخر ، بارتباطها بالالتهاب الدرئى الذئبى . ومنهم من يعد هذه اللحمية ارتشاحا درئيا فى الجلد أو تحته . وآخر يقول أن هذه الشحمية اصطلاح ، يطلق على كل نمو جديد غريب يظهر فى الأنسجة المعتلة ، فلا يصح إطلاقه فقط على الالتهابات الدرئية لمجرد تورمها . فربما كان سبب هذا التورم مرض الزهري أو التدرن أو حالات جرثومية فى جذور الشعر (٢) أو ورم حبيبي فطري (٣) أو غير ذلك ، فتتكون هذه اللحمية من مجموعة عقد تتراوح بين ٢ و ٣٠ و ٤٠ ملمترا ، وتكون حمراوية اللون ، مستديرة الشكل ، وتظهر على الجبهة وعلى جانبي الوجه ونادرا على الجزء الأعلى من الظهر أو على العضلات الباسطة ، فى الأطراف العليا . وبعد شفائها ، تترك علامة مستديرة كأنها نسيج ندبي ، أبيض أو أكمد . وكثيرا ما يشابه هذا المرض القروح الزهرية . لذلك ، اذا ما خالطنا الشك بصحة تشخيصنا ، يستحسن تجربة علاج مرض الزهري . وفى حالة الوضوح ، نعالج اللحمية كما نفعل بالالتهابات الدرئية تماما ونستعمل المطهرات الموضعية والأشعة البنفسجية والفرق البنفسجية .

٢ - سل الجلد المتصلب (٤) . وصفه لنا باذان سنة ١٨٦١ « بالطفح الوردى المتصلب فى المصاب بداء الخنازير » . أكثر ما نراه فى الفتيات الضعيفات ،

Sporotrichosis (٢) Multiple Benign Sarcoid of Böeck (١)

Tuberculosis Indurativa (٤) Mycosis (٣)

اللواتي فيهن استعداد لداء الخنازير. وغالباً يظهر على السيقان ونادراً على الأذرع ويتخذ شكل عقد صغيرة، كثيرة العدد، مائلة الى الزرقة، لا يصحبها ألم. وأحياناً تظهر عقدة واحدة، فتتو وتكبر، الى أن تصبح بحجم الجوزة. وربما تكون منها خراج أو قروح أو ناسور يسيل منه الصديد. وغالباً ما تكسو الجلد الملتب جلبة أو قشرة.

إذا درسنا أنسجة هذه الإصابة تحت المجهر قبل شفاؤها، وجدنا تركيبها مطابقاً لما نجده عادة في أحوال سل الجلد « الشبيه بالحقيقى ». وبعد البحث والتنقيب، اختلف الأخصائيون ولم يتفقوا في أى باب من سل الجلد يجب أن يدرج هذا المرض.

أنه يختلف كثيراً عن الطفح الوردى المتعقد (١) الذى لا علاقة له بالتدرن بل بمرض الروماتزم. والذى تظهر عقده بسرعة، غالباً على عرف عظم القصبة (٢) وتؤلم جداً عند الضغط عليها. ولا تعود الى الظهور، بعد الشفاء، الا نادراً. ومع ذلك، فالمشابهة بين الأصابتين عظيمة جداً، حتى أنه يصعب أحياناً على الطبيب التفريق بينهما في الحال. لذلك يجب درس وتحليل المشابهات والاختلافات بكل دقة.

يبدو هذا المرض، لأول مرة، بشكل عقدة كبيرة، قرحية، شبيهة بإصابة درنية أو زهرية أو جذامية أو يظهر بمظهر التهاب جرثومى في جذور الشعر (٣)، فنقف حائرين أمام صورة غامضة للمرض، تضطرنا الى سائلة طويلة من المقابلات والمقارنات، الى أن نصل أخيراً الى التشخيص النهائى.

وقصارى القول، أن التشابه بين الورم الصمغى الدرني وهو في دور



الطفح الوردى المتعقد
(لا علاقة له بالسل)

obeykandi.com

اتلين وقروحات الجذام المتخذة (١) وبين العقد الدرنية الحقيقية، المتقرحة، عظيم جداً .

يقول الأستاذ كوجيرو في وصفه للمرض : يرى في الاحداث وعلى الأخص في الآثام المصابات بداء الخنازير أو ذوات الوجوه التعب الشاحبة المتفخة . ونراه في اللواتي يعملن أعمالاً شاقة، كالغسلات مثلاً . فيظهر على الفخذين والذراعين والبطن ، حتى على الوجه وعلى الأخص في الشتاء ونادراً ما تشبه قروح . ويقول أنه ينتشر ببطء ويندر أن تستمر النوبة الواحدة أكثر من شهرين ، فهو يختفي بعد فصل الشتاء القاسي ، تاركاً أثراً لمروءه . وقد يعود إلى الظهور في الشتاء الثاني بسبب العمل الشاق .

ورغماً من أن شكل هذه الانسجة كشكل الانسجة المصابة بسل الجلد الشبيه بالحقيقي ، فقد قرر بعض الأطباء وجود باشلس كوخ في هذه القروح وقالوا أنه ، في بعض الأحيان ، بعد أن تكون هذه العقد قد شفيت شفاء بطيئاً ، كما هي عاداتها ، تعود بعد حين إلى الظهور . والتفاعل بالتوبركلين يعطينا دائماً نتيجة ايجابية . نعالج هذه الإصابة باستعمال ضمادات مطهرة و برفع الساقين ، حتى إذا شعر المريض بتعب أو بتخدر في هذه الأجزاء ، غيرنا الوضع ، ثم عدنا إليه . وإذا كان لا بد للمريض من الانتصاب على قدميه ، فليلبس جوارب من المطاط .

٣ - سل الجلد الذئبي المحمر (٢) يظهر هذا المرض لطخات حمراء ، زرقاوية ،

تكون مصحوبة أو غير مصحوبة بالتهاب . له جلبة أو قشور خارجية تشفى من وسطها . ونرى الأنسجة الندية تتكون بدون أن يحدث تقرح سابق . ولهذا المرض اشكال كثيرة ، نجدها على الوجه والأذن والشفة والغشاء المخاطي ويمكن ظهوره في مواضع أخرى من الجسم . فأحيانا يتساوى ، على كلا الخدين ويمر بينهما بالأنف ، كانه الفراشة بجناحيها المنشورين . وأحيانا يسبب لطخا عديدة ، منتشرة ، متناسقة ، متفاوت حجمها بين المليمتر والسنتيمتر . أما إذا

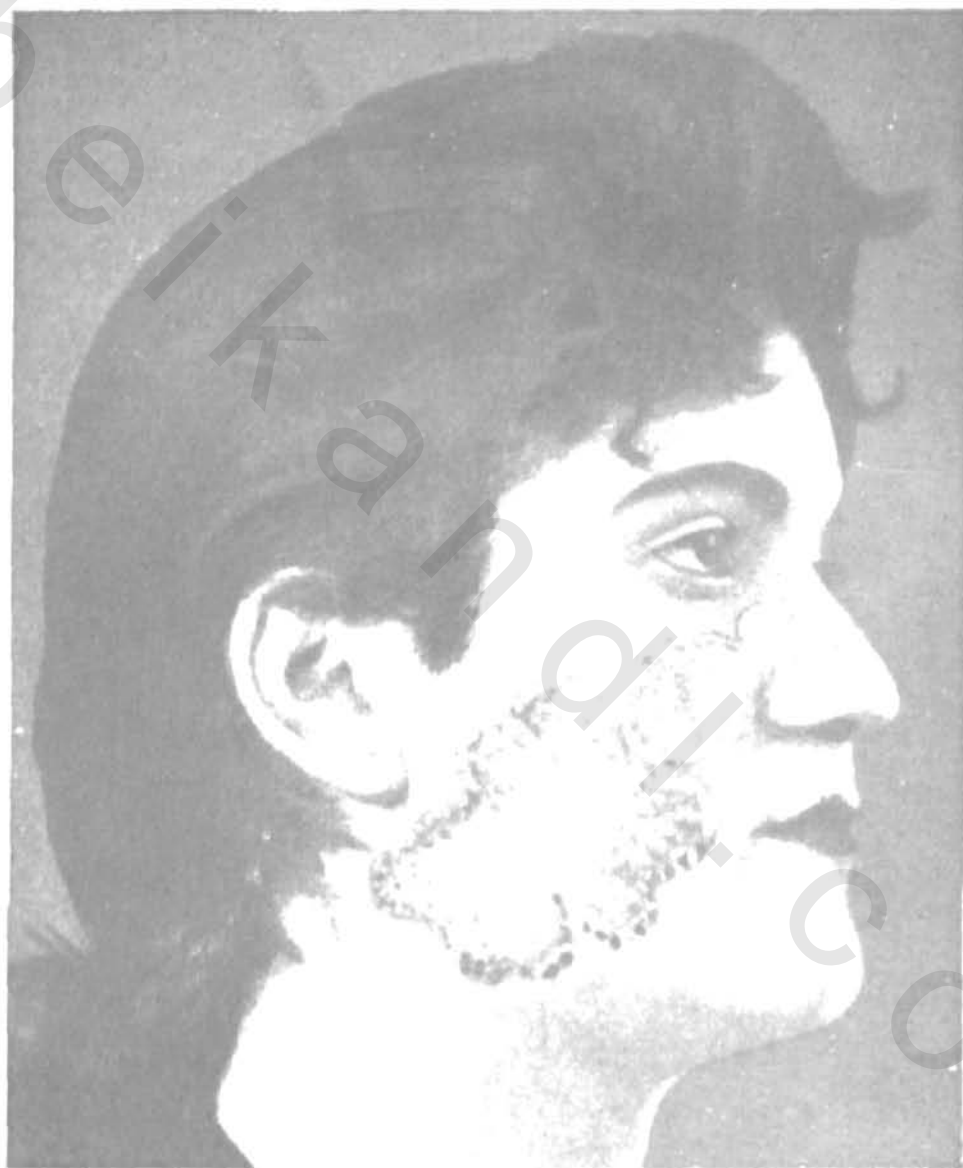
ظهر لطاخة كبيرة واحدة ، كانت حجمها سانتيمترات عديدة وبدأت لنا محاطة بدائرة في وسطها دائرة داخلية أخرى . بها اعراض التقرح والارتشاح ، لونها زرقاوى وعليها قشور . وفي وسط هذه الدائرة الثانية . نجد نسيجاً ندياً حيث يبتدىء الشفاء . فلو وجدنا كل هذه الاعراض جميعها معا ، لأمكنا القول بان هذه القرحة التى تتسع وتشفى من الوسط الى الخارج ، قد أصبحت الآن فى حالة التكون الكامل .

أما اذا أخذت الدائرة الندية الداخلية الثالثة فى الاتساع وشغلت جزءا كبيرا من الوجه كله ولم يبق الا جزء صغير للدائرة الداخلية الثانية ، التى نجد فيها الارتشاحات والقشور ، سميت الآفة باسم الدائرة الثالثة ودعيت : «آفة ندية» . فالاسم يتبع نوع الأنسجة المتغلبة فى الآفة . فالتا ندعو هذا المرض حرشفيا (١) اذا تغلبت القشور فى الدائرة الملتهبة (أى الدائرة الثانية) . ومحمر (٢) اذا انحصرت الاصابة فى لطخ حمراء ، زرقاوية ، قليلة الارتشاحات وبدون قشور . ومتناسقا (٣) ، اذا وجد على الخدين ، مارا فوق الانف بشكل الفراشة . وكما فى المرض السابق ، تشفى هذه الاصابة أحيانا من تلقاء نفسها وتترك أثرا طفيفا لوجودها .

٤ - ذئبة دهيرة ، المحمرة (٤) . أو سيلان دهنى احتقانى درنى . تظهر

الانسجة فى هذه الحالة دهنية ، لامعة ، قليلة الارتشاحات ، عليها قشور أحيانا . ولا يختلف هذا المرض عن غيره ، الا فى مظهره الشحمى اللامع .

أعود الآن الى سل الجلد الذئبى المحمر ، فأقول : أن نشوء هذا المرض ، غالبا ما يكون بطيئا ، وأحيانا تلتصق فيه اللطخ بعضها ببعض ، فتبدو بشرة المريض كرية المنظر ، فاذ ذاك ، يحق لنا أن نخشى تطور هذه الاصابة وانقلابها الى تدرن حاد فى الجلد . ولو ندر ، فان حدوث هذا يؤدى غالبا الى الموت العاجل .



سجل الجلد المحمر

obeykandi.com

الفصل الخامس عشر

علاج سل- الجلد

فى الفصول السابقة ، ألمت باصابات الجلد الدرنية ، الأ أكثر شيوعاً وقسمتها إلى ثلاثة أقسام . ويثبت كيف يكون انتشارها بطيئاً ، فى أكثر الأحيان . وكيف تصيب الغشاء المخاطى وكيف أن سل الجلد الذئبى هو الأكثر انتشاراً . وبرهنت على ضرورة معالجة البؤرة الدرنية الأولية الأصلية لئلا يعود المرض ثانية . والآن ننتقل إلى موضوع العلاج :

تختلف طرق العلاج بحسب العوامل العديدة التى تواجه الطبيب والتى نقسمها إلى ثلاثة أقسام :

١ - المناطق التى تتعلق أو لا تتعلق بحسن شكل المريض ومنظره .

٢ - حجم الأنسجة المصابة .

٣ - الشكل التشريحي (١) للأنسجة المصابة .

ويتوقف نجاح العلاج على فهم أعراض المرض . فإن لدينا طرق علاجية كثيرة ، تتيح لنا اختيار ما يناسب كل حالة . وسوف الحّص فيما يلى ، التطبيقات الفنية المختلفة ، لأعطى القارىء فكرة عن كيفية العلاج الذى اعتبره معقداً وصعباً جداً . فلا يظن القارىء ، بعد اطلاعه على هذا الفصل ، أنه ألم الماسماً كافياً بتفاصيل علاج تدرن الجلد . بل بالعكس ، فإن الاطلاع على الأساليب التسع الآتية ، يريه صعوبة العلاج وضرورة استشارة الطبيب الاختصاصى فى كل حين :

١ - الاستئصال : هو أفضل طريقة لبدء علاج التهاب الدرنى . ويجب استعمالها بأسرع ما يمكن وبأوسع أشكالها، فى جميع الحالات التى تستدعى للعلاج الجراحى . والاستئصال ، سهل فى تقرح الأطراف ، اذ يمكننا وقتئذ توسيع دائرته لنضمن عودة المرض ونموه ثانية .

أن قطع الأنسجة المعتلة وإزالة سنتيمتر واحد من الأنسجة الصحيحة حولها ، إنما هو احتياط كاف لمنع عودة المرض . أما الوجه ، فلا يمكننا إجراء عملية الاستئصال فيه دون تشويهه ، لذلك نجتنبها على قدر الامكان ونعتمد على العلاج بالأشعة البنفسجية والفوق البنفسجية وفانوس كروماير (١) ونعلق على ذلك أهمية كبرى .

ثم أنه بعد الشفاء ، سواء بطريقة الاستئصال أو بالأشعة ، لا بد من مراقبة مركز الإصابة بكل يقظة ، مدة أعوام طويلة .

٢ - الكحت : أن هذا التنظيف التمهيدى يقصر أجل العلاج ، اذ تنفذ الأشعة بواسطته الى طبقات الأنسجة المعتلة العميقة . واذا حدث نزيف شديد ، تمكنا من منعه باستعمال ميسم حار ، أو بمس الموضع بالحامض اللبني ورش اليودوفورم قبل تضميد الجرح .

٣ - التشريط : طريقة علاجية صعبة ، تتطلب صبرا طويلا من المريض والطبيب على السواء . وتعد نافعة ، لأنها تهىء الأجزاء المصابة لتصبح أكثر تعرضا للأشعة البنفسجية أو الفوق البنفسجية . والتشريط يكون بشكل مربعات وبعمق يتفق وحالة الأنسجة المعتلة . ثم تعاد هذه العملية كل ثمانية أو عشرة أيام ، أى بعد أن يبرأ الغشاء الرقيق اللامع ، الذى يغطى القرحة الملتبحة . فبذلك تقصر مدة العلاج .

أما تضמיד الجراح ، فيكون بالمشمع الأبيض أو بالحامض اللبني أو بمرهم سليمانى شديد التأثير ، نستعمله نهارا ، أما فى الليل ، فنستبدله بمرهم يودوفورم .
 ٤ - السكرى النارى : نستعمل هذا العلاج ، بطريقتى الخمسة الجلوانية والمحمى الحرارى . أما علاج الانتهاب الدرئى الذئبى ، فلا تستعمل فيه الطريقة الأولى ، بل الثانية لأنها الطريقة الشائعة . ولكن كثيرا ما نستعمل المحمى الحرارى ، فى الحالات التى لا يهمننا فيها المحافظة على جمال الجلد بعد الشفاء : كما فى علاج قروح الأطراف أو البدن . وفى علاج الحبيبات الدرئية البارزة ، نستعمل ابرة دقيقة ، ندخلها فى العقد ، فندمرها واحدة بعد الأخرى . وفى بعض الحالات ، يتعين علينا أن نخرج عن دائرة الرفق ، فنكوى دائرة أكبر من موضع الإصابة ، اتقاء لشر عودة المرض .

٥ - السكرى الكيماوى : يقول الأستاذان جابرت وكارنو ، من الجامعة الفرنسية ، أنه لا فائدة من هذه الطريقة ، بل يجب أن تُترك وتهجر . اذ لا يمكن الوثوق من حسن نتائجها ولا من فعل برمنغنات البوناس . بل بالعكس ، فإن العلاج بالسكرى الكيماوى ، قبل استعمال الأشعة ، يكون انسجة ندية سطحية تعوق فعل الأشعة البنفسجية والفوق البنفسجية .

٦ - علاج فinsen (١) : هو أفضل الطرق لمعالجة إصابات الجلد الدرئى الذئبى ، التى لا يمكن قطعها أو كحتها . نعالج حالات كهذه بقوس فحمى (٢) أو بمصباح المروءة ، أى ثانى او كسيد السليكون المتبلور (٣) ونستعمل هذا النوع من العلاج فى كل مكان ، الا فى الأجزاء التى تجعله مستحيلا .

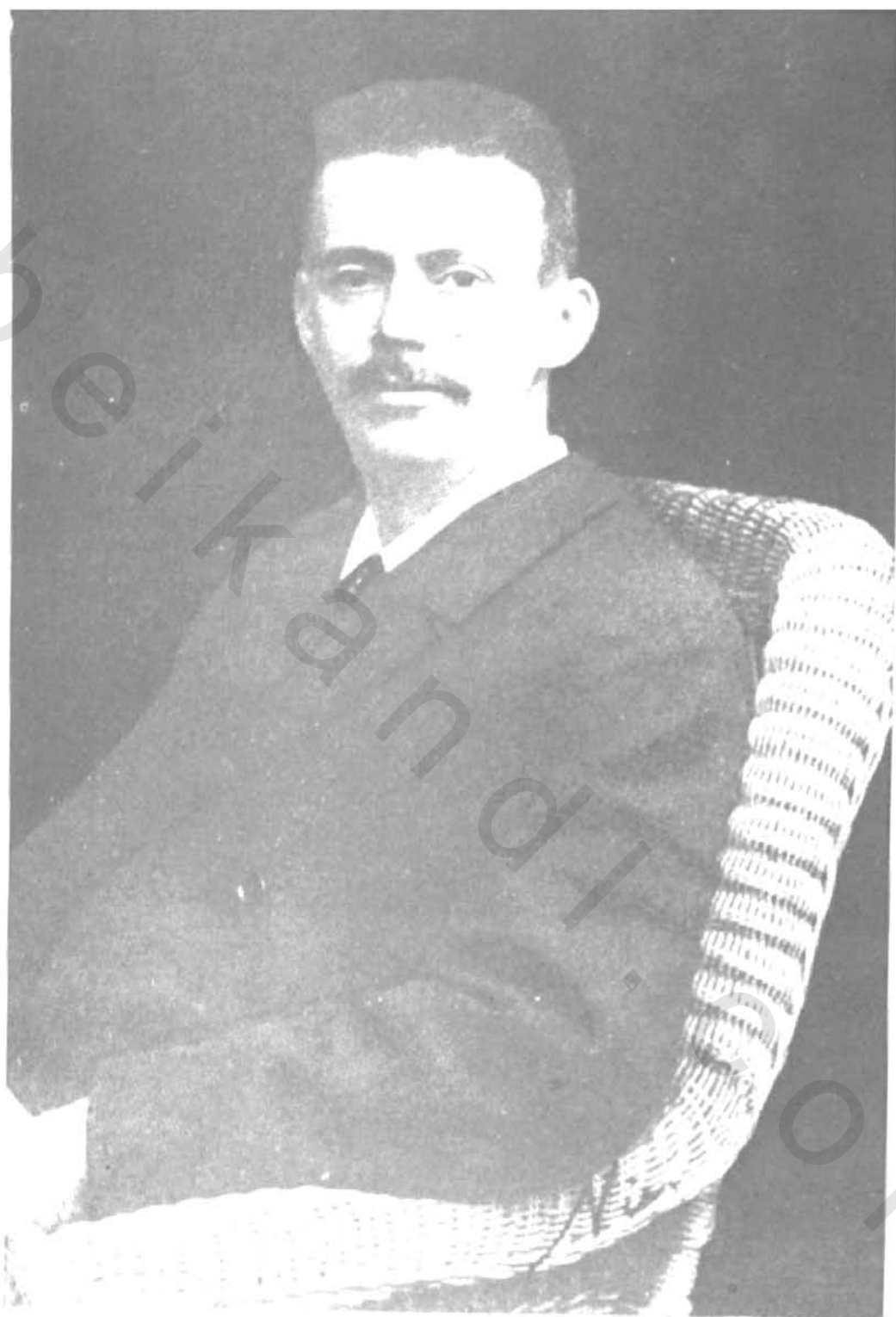
هذا العلاج فعال ومفيد جدا فلو اتبعه المريض الى أن يتم فعله ويحصل على الشفاء ، فلا يكون قد أضاع الوقت والمال وتحمل تعب التردد على الطبيب بدون

فائدة وعانى مرارة البقاء في المصححات أو المستشفيات . ونتائج هذا العلاج تتوقف على مقدار الشدة والنظام اللذين يتبعهما الطبيب المعالج والمريض على السواء . ولا يقترن بالفشل ، الا اذا أهمل الاثنان المثابرة والمواظبة والدقة .

لانزال طريقة فنسن العلاجية المثل الأعلى لشفاء الاصابات الدرقية ، التي تحدث في الوجه ، لأنها لا تترك ندوباً أو التآلمات أو أى أثر للعلاج . فلو تركت شيئاً من ذلك ، لما رآها الناظر بسهولة . ونظراً لعدم تشويهاها حسن المنظر ، تعتبر أفضل علاج للمحافظة على الشكل والجمال . فضلاً عن انها غير ضارة بتاناً ، فهي مريحة واستعمالها في علاج الاطفال سهل جداً .

كل هذا حسن ، يدعو الى كل ارتياح ولكن كم هم القادرون على الأخذ به ؟ فأتنا اذا فكرنا في الأمر من الوجهة المالية ، نجد علاجاً كهذا باهظ الكلفة للمريض وللطبيب على السواء . فكثيرون من الأطباء يجدون اقتناء هذه العدد ، الغالية الثمن المستعملة في تطبيق هذا العلاج ، فوق طاقتهم المالية ، لذلك نرى هذه الاجهزة الثمينة عادة ، أما في عيادات الاختصاصيين وأما في المستشفيات . وكثيرون من المرضى يجدون اكلاف العلاج وتضحية الوقت الطويل الذي يستغرقه وإهمال أعمالهم أموراً فوق طاقتهم ، ففي أحوال كهذه ، يجب أن نذلل كل صعوبة مالية وأن لا نقف مكتوفى الأيدي .

يمكننا تقصير مدة العلاج بتشريط الجلد - حتى في تقرحات الوجه - وهكذا نمهد ، لنور فنسن ، اختراق الالتهاب الذئبي والوصول الى عمقه الحقيقي . هنا يختلف الاستاذ كوجيرو مع الاستاذين جلابرت وكرنو على مبلغ تأثير برمنغنات البوتاس . فالاول يحبذ استعمال هذا الدواء بقوله : « يفيد برمنغنات البوتاس كثيراً في تقصير أمد العلاج » . وهو في الواقع ، بعد تشريط الجلد وتعريضه لنور فنسن ، يكوى الانسجة المعتلة بمحلول من هذا الدواء بنسبة ١ الى ١٠ . ويمكن معالجة عدة مرضى معاً كأنهم مريض واحد ، بزيادة عدد



فلسفین

obeykandi.com

الامبيرات (١) وهذه الزيادة لا تكلف ثمناً . والضغط على الجزء المعتل ، الذى نعالجه ، يحدث فيه انيميا موضعية أو هرب الدم ، مما يهيء للعلاج بالاشعة سرعة النجاح .

لا تستغرق جلسة العلاج الاولى أكثر من دقائق قليلة . ثم نأخذ باطالة الجلسات شيئاً فشيئاً حتى أربعين دقيقة على الأقل . ولا ننفلك عن الاستمرار فى ذلك الى أن نصل الى النتيجة المطلوبة وهى الشفاء . وغالباً ما نضطر الى الانتظار أسبوعاً أو أكثر ، بين الجلسة والاخرى ، الى أن يزول الالتهاب الجلدى الذى تسببه الاشعة . وعند معالجة تدرن متسع أو عند معالجة قروح مختلفة المواضع ، فى العليل الواحد ، لا يمكننا الوصول الى جميع الاجزاء مرة واحدة ، فنواصل العلاج يومياً ، كل يوم لجزء ، على أن نعود اليه بعد زوال الالتهاب . فان علاج سل الجار الذئبي مثلاً ، يتطلب من ٧٠ الى ١٠٠ جلسة وربما اقتضى التفرغ المتسع مئات الجلسات .

٧ - أشعة اكس : هى احدى طرق العلاج ، الى تدور حولها الآن ابحاث كثيرة . فلا نستطيع ابداء رأى بات فيها ، اذ ليس لدينا براهين تؤكد لنا حسن نتائجها ، فى معالجة الالتهابات الجلدية الدرنية الذئبية . فبعض الاخصائيين يحبذها وبوضهم ينكرها . فالمنكرون يقولون أن فعلها غير كاف وأنها مهيجة للجلد . والمحبذون يرون أنها مفيدة جداً وتساعد على الشفاء . وان استعمالها أقل كلمة من علاج فنسن ، لأن المريض لا يحتاج فيها الا الى جلسات قليلة قصيرة : اذ أن جلسة العلاج بأشعة اكس ، لا تستغرق أكثر من ثلاث الى ست دقائق . وربما حصلنا على فائدة جلى ، باستعمال هذا النوع من العلاج ، لاجزاء خاصة كالاذن أو الشفة أو أعضاء أنثوية ، حيث لا يكون الضغط ممكناً .

٨ - العلاج بالعقاقير . أما المعالجة الطبية ، كحقن الكالوميل ، فلا تستحق

الذكر . ولا يزال الحقن بالتوبركلين موضوعاً للبحث والمناقشة .

٩ - العلاج بالتضاد الكحولى أو بالمادة المشيئة المضادة : يعطى هذا

المركب حقناً فى الجسم (١) .

١٠ - العلاج « بالغذاء بدون ملح » ، أى غذاء جرسون - زوربروخ -

هرمانز دورفر . وعلى الاخص فى اصابات الذئبة (١) .

قبل انتهاء فصل علاج التدرن الجلدى ، اود أن أشير الى نقط مختلفة ،

مزودا القارىء ببعض الايضاحات المفيدة ، فأقول :

يستدعى علاج الاغشية المخاطية والاغشية المشابهة لها ، كغشاء الانف

أو الشفة ، عناية طبيب اخصائى ، متضلّع من ممارسة العلاج بالمحسم الحرارى

وبالمواد الكيماوية الكاوية وبمصباح كروماير وبالشعة البنفسجية والفوق

البنفسجية . أى أن هذا العلاج دقيق جداً . فلو قام به أطباء قليلو الخبرة

لا تنهى الى غير مايرضى .

ليس التدرن الرئوى وحده يستلزم علاج المصححات . فالارتفاع العالى

وهواء البحر يفيدان المصابين بتدرن الجلد والعظام ، المهزولين والمزهو كى القوى .

يجب فى علاج التدرن الجلدى ، الاكثار من التغذية بالمواد الدهنية

كتناول زيت السمك والزبدة الجديدة المازجة بكثرة .

تنبعت فى مستشفيات « الشاريتيه » فى برلين طريقة استعمال غذاء جرسون -

زوربروخ - هرمانز دورفر ، أى تغذية المرضى بدون ملح وشاهدت بنفسى

نتيجة هذا العلاج ، فوجدت تحسناً فى الاصابات الجلدية وليس الرئوية .

(١) اقرأ تفاصيل هذا العلاج فى الفصل الثالث واثلاثين : « علاج السل غير الجراحى . »

أضف الى ما سبق من طرق التغذية ، استعمال الاشعة المفيد ولا سيما مصباح ثانى أو أكسيد السليكون المتبلور على الاقل . واذا لم نخش تحريك اصابة كامنة فى الرئة ، استعملنا هذه الاشعة المنشطة للانسجة بكثرة وأطلقنا الجلسات ، تحت الفانوس تدريجيا ولو أصبح جلد المريض نحاسيا فان ذلك لا ضرر منه .

ويستعمل الطبيبان سيفى وشالار (١) فى لوزان ، مع علاج الاشعة ، حقنات كبيرة من التوبركلين . ويدعيان الحصول على نتائج مذهشة . ولكن ما كل مريض يصمد للعلاج بالتوبركلين وكثيرا ما نرى أنفسنا مطربين لتغيير هذه الطريقة .

يجب أن لانهمل حقن المريض أحيانا بمحلول الذهب داخل الوريد أو فى العضلات . وربما أفادنا اعطاء الزرنيخ بمفرده أو ممزوجا بالكينا أو كاليوسا الفارسان .

وكما أن « آخر الطب الحكى » كما يقول الاقدمون ، كذلك آخر هذه العلاجات الاستئصال . فالواجب اذن أن لا ننسى هذه المعالجة الجراحية والتشريط والحكى .

الآن أريد أزيد القارىء ايضا حان تأثير أجهزة الأشعة المختلفة ، التى نستعملها فى علاج التدرن الجلدى :

مصباح فنسن (٢) : هو مصباح قرصى ، فحصى (٣) ، يولد نورا يتخذ شكل نصف دائرة ، غنى باشعته الفوق البنفسجية والممتزجة بأشعة الحرارة . وهو الأقرب الى أشعة الشمس الممتزجة بأشعة بنفسجية مستقلة . ولاستعماله بطريقة فعالة ، نحتاج الى قوة كهربائية تتراوح بين ٤٠ - ١٠٠ امبير .

مصباح كوارتز (١) أو مصباح ثاني أكسيد السليكون المتبلور : هو جهاز غني بالأشعة الفوق البنفسجية . ويحتوى على الموجات الاشعة القصيرة القياسية و فقير جدا بأشعة الشمس . ولا نحتاج فى استعماله الا الى قوة ١٠ أمبيرات ، فهو أسهل من مصباح قنسن .

مصباح كروماير (٢) : يشبه مصباح ثاني أكسيد السليكون المتبلور ، لكنه أصغر حجما . أطلق عليه هذا الاسم ، نسبة الى مخترعه ، الأستاذ كروماير فى براين . ويستعمل للعلاجات الموضعية ، حيث يزيد الشدة .

مصباح يسيونك (٣) : للأشعة الفوق البنفسجية وهو أكبر من مصباح كوارتز حجما . يستعمل للعلاج العمومى . وقد أطلق عليه اسم مخترعه الأستاذ يسيونك الالمانى .

جهاز بوكى للأشعة المحدودة (٤) : فى الاهتزازات الكهرائية المغنطيسية ، نبدأ بالموجات القصيرة وننتهى بالموجات الطويلة . ونجد أن «الأشعة الكونية» ، منها هى الأهم . (و تقترن هذه باسم الأستاذ «مليكن» الاميركى - على أن طائفة كبيرة من العلماء اشتغلت بها - وذلك لانه فى مقدمة الذين بينوا ما فيها من الشأن الكبير .) ثم ننقل الى أشعة كاما . فأشعة رونتجن القاسية . فأشعة رونتجن الطرية . فالأشعة المحدودة . فالأشعة الفوق البنفسجية . فالطيف المرئى (النور العادي) . فالأشعة تحت الحمراء فالأشعة اللاسلكية ذات الموجات القصيرة والمتوسطة والطويلة فأشعة الدياترمى . فأشعة التيار الكهربائى السريع التذبذب ، العالى الفولتات . فـجهاز «بوكى» هو ابتكار الأستاذ الالمانى الذى يحمل اسمه . وهو جهاز يطينا الأشعة المحدودة (أى الأشعة التى نجدها بين الفوق البنفسجية وأشعة رونتجن الطرية) ، لعلاج تدرن الجلد . وقد أسفر استعماله عن نجاح باهر .

الفصل السادس عشر

السل العظمى

أعيد على القارىء أنى بهذا الكتاب ، التزمت فى بحث موضوع التدرن بمختلف وجوهه ، جانب الاختصار لأجل تنوير الفرد المثقف فى الشرق الأدنى ووضع أساس لدرس هذا العلم فى لغتنا العربية ، على منوال يذتفع به تلامذة الطب ويكون حافزا للطباء على زيادة البحث والتوسع ، فى ما ضربت صفحا عنه ، فيصبح هذا الموضوع أكثر قربا الى الأذهان .

والآن انتقل الى البحث فى سل العظام ، متوخيا الإيجاز على رغم ما لهذا الموضوع من الخطورة والشأن ، فأقول :

أن باشلس كوخ البشرى يسبب من اصابات سل العظام ، أربعة اضعاف ما يسببه الباشلس البقرى . وقبلما نجد سل العظام مستقلا ، بل كثيرا ما نراه مربوطا باصابات درنية أخرى فى جسم العليل ربطا محكما . لذلك نعتبر اصابات التدرن فى العظام حالات ثانوية متفرعة على اصابات أصلية . والقارىء يذكر مراحل السل الثلاث : من « التلقيح » الى « التعقد الابتدائى » فى الرئة ، الى « الاحساسية » أو « التعميم » فى الجسم - حتى فى العظام - ، الى المرحلة الثالثة أى « التكلس » أو « المقاومة » . ولما كان لكل قاعدة شواذ ، فلا عجب اذا حدث السل العظمى فى المرحلة الأولى أو الثالثة من السل الرئوى ، بدلا من الثانية ، كما هى القاعدة . وربما نشأ عن خراج درنى احشائى ووصل الى العظام بواسطة الدورة الدموية وهذا ما يندر وقوعه .

قلت أن سل العظم اصابة ثانوية ، مع أننا كثيرا ما نلاحظ ظهورها فى الأطفال وهم فى المرحلة الأولى ، فنتوهم أنها تقع فى دور التعقد ، ولكن عند

ما نذكر طريقة سريان العدوى السريع ، بالباشلس وسمومه ، بشكليه المنظور وغير المنظور ، بواسطة الدم ، يزول كل غموض والتباس .

أن التدرون اذن يصل الى العظم بطريقتين :

الاولى : بالدورة الدموية - والثانية : بالملامسة .

لوحظ أن بين خمسة آلاف من المرضى ، المصابين بسل العظام ، ٧٨ في المئة منهم في سن لا تجاوز الرابعة عشرة ، مع تساوى الاصابات في الذكور والاناث منهم ، ما عدا اصابة واحدة زادت في عدد اصابات الاناث . ويتفشى هذا المرض في الاطفال الفقراء ، القليلي التغذية ، العائشين في جو غير صحى ويقل بين اطفال الطبقة الغنية .

أما العدوى ، فقد ثبت لنا أنها تسرى من الخارج الى الداخل ، (١) ، فنعتبرها والحالة هذه اصابة موضعية ، منشؤها مكان آخر ولكن لا نعرف كيف يكون ذلك . ولكن هناك ظاهرة غريبة لها شأن خطير ، تلفت النظر وهى أن السل الرئوى الشديد يندر في البالغين الذين أصيبوا في صغرهم بسل العظام . فهل أن تلك الاصابة في الصغر تكون لقاحا ينتج مناعة نسبية ضد المرض ؟ أم أن الباشلس وسمومه يجد منفذا الى أجزاء أخرى من الجسد فيتخلى عن الرئة ؟

تقع الاصابة في أجزاء مختلفة من العظام :

ربما ابتدأت في السمحاق (٢) وسيت سل السمحاق (٣) أى تدرون الغشاء

حول العظم . أو في العظم نفسه وسيت سل العظم (٤) . أو ربما انتشرت في

تجويف العظم (٥) وسيت سل نخاع العظم (٦) أو ربما هاجمت الانسجة

الاسفنجية في رأس العظم (٧) وسيت السل المفصلي (٨) .

(١) Exogenous (٢) غشاء العظم : اى Periosteum (٣) Periostitis (٤) Ostitis

(٥) Medullary Cavity (٦) Osteomyelitis (٧) Cancellous Tissue

(٨) Tuberculous Arthritis

١ - سل السمحاق هو ارتشاحات درنية في غشاء العظام ينذر أن يكون ابتدائيا ، ويرى غالبا في الاضلاع . نجد في تركيبه نسيجا حيويا ، ذا عقد جاورسية ، يظهر جزء منها في السمحاق والجزء الآخر تحته . وتستمر عملية التخريب ، كما لو كان التدرن في أى موضع آخر ، فتتكون الخراجات تحت السمحاق مع تجبن وتقيح . ويتم الشفاء بالتفاف الأنسجة الندبية ، حول الكتل المتجينة ، التي لا تلبث أن تجف وتتكلس . أما اذا استمر تقدم الإصابة ، يصل المرض بعد قليل من الزمن الى ظاهر العظم ، فينخره نخرا . أو الى كردوس العظم (١) أو الى المفصل المجاور له . وهكذا ينخر التسوس العظام ، على مرور الأيام ، فتصبح أجزاؤها في موضع الإصابة الأصلية ، رمية (٢) ومنفصلة وتسمى حينئذ الرمة أو القطعة المتنكرزة (٣) .

ونرى أحيانا تضخما واضحا في العظم تسببه العقد الدرنية المدفونة في أنسجة السمحاق العميقة . وهذه العقد اذا ابتدأت في النمو ، بدا العظم متورما . وربما امتد هذا النمر الى جزء كبير من العظم أو اخترق نقطة واحدة أو أكثر من رأس العظمة أو قصبتها فيزيد في حجمها كلما ازداد حجم الورم .

٢ - سل العظم . يهاجم المكروب الأجزاء الاسفنجية أو الأنايب الكثيفة ، الصغيرة ، الكثيرة العدد في العظم . ومن هذه الأنايب تمتد الإصابة فتبدأ في الغالب بمهاجمة الأجزاء الطرية الاسفنجية من العظام الصغيرة ، كالفقرات (٤) وسلاميات الأصابع (٥) والعظام الرسغية (٦) والمشطية (٧) في اليد والرجل وعظم العقب . ثم أننا نجد في سل العظام نوعين مختلفين يشبهان نوعي السل الرئوي المصحوبين بارتشاحات واحتقان . فالمتقرح المتجبن (٨) يشبه

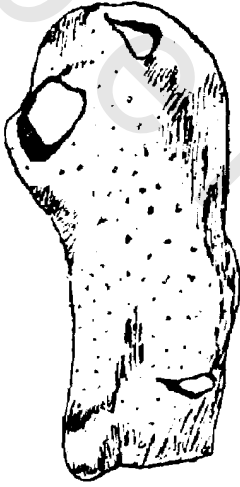
(١) Epiphysis (٢) Necrosed (٣) Sequestrum (٤) Vertebrae

(٥) Phalanges (٦) Carpal-Tarsal (٧) Metacarpal-Metatarsal

(٨) Ulcero Caseux

التدرن الفصى أو الفصيصى . والحبيبي (١) يشبه التدرن الحويصلى المعقد (٢) .

١ - المتقرح المتجهن . يبرز سريعاً وتتكون فيه مادة جبنية . وعند الكشف باشعة اكس ، يبدو لنا جلياً نحول العظام . وعكس ذلك نجد فى حالة نسميها « نخر العظام » (٣) اذ تتجمع انسجة عظمية محبة على سطح السمحاق تحت الجلد ، فتظهر عظام الأصابع متضخمة .



ب - الحبيبي . يشبه كما قلت فيما تقدم ، الالتهاب الحويصلى الرئوى المعقد . ويصبح ليفياً . وهذان النوعان : المتقرح المتجهن والحبيبي ، نجدهما أحياناً مختلطين أحدهما بالآخر .

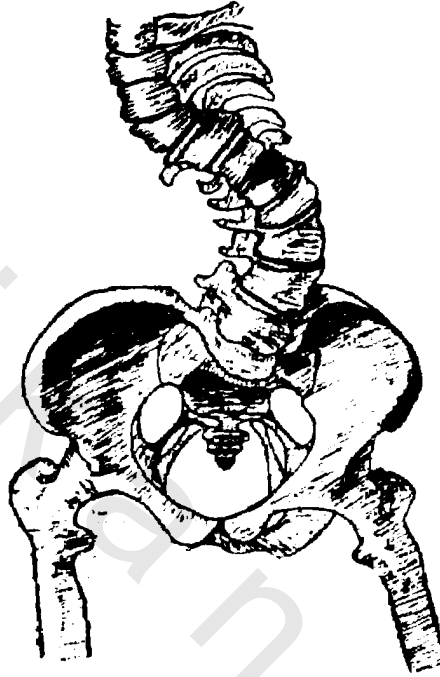
٣ - سل النخاع العظمى . تصل هذه الإصابة الى داخل العظم ولها كل أو بعض الاعراض الآتية الذكر .

٤ - سل المفصل . أو « الرثية الدرنية » . تكون : نخر العظام أو ريج العظام (٣) أولية . اذا ابتدأت مهاجمة باشلس كوخ فى الغشاء الزلاالى للمفصل (٤) أو ثانوية : اذا وصلت الإصابة الى المفصل من مصدر بعيد .

أن أكثر من ٥٠ فى المئة من إصابات الالتهاب المفصلى الدرنى ، إنما هى نتيجة ثانوية لإصابة سابقة فى قصبة العظم نفسها . وينقسم مرض الالتهاب الدرنى المفصلى الى ثلاثة أنواع :

١ - التصبب المفصلى (٥) وهو التهاب ارتشاحى تشتق منه الأنواع « المصلية » (٦) و « المصلية الليفية » (٧) التى تصبح صديدية . ولا نجد باشلس كوخ عادة فى

التصبب الدرني المفصلي. انما يظهر الغشاء الزلالي للمفصل محتقنا كشيئا. والمفصل متورما ، يؤلم عند الضغط . وأحيانا يشعر المريض بألم فجائي يحدثه التصبب داخل المفصل . ويصعب عليه تحريك المفصل في هذه المرحلة .



سـ
السلسلة الفقرية
والتواؤها

ب- الحبيبي . نسيج محبب فوق الغلاف الذي يغطي كبدوس العظمة . يتورم معه المفصل وتضعف العضلات التي تحركه. ثم يحدث انتفاخ وأوزيما (١) في الجلد ويصبح لون المفصل شاحبا فنسميه الورم الدرني الأبيض (٢). نجد غالبا في المفصل مادة مصلية أو مصلية صديدية أو ما نسميه د التصبب الدرني المفصلي الليفي ، (٣) . فإذا خفت هذه الحالة ووجدنا نفسنا أمام مرحلة الأنسجة الليفية ، سميناهـ د نخرآ جافاً غير متقيح ، (٤) . وهذا التحول يحدث غالبا في الكتف المصاب أو في المرفق (الكوع) .

ت- الصديدي المتجن . هو نوع من التدرن الحبيبي الذي ، بدلا من أن يتحول الى نخر جاف غير متقيح ، يزداد في اللين والرخاوة والاتساع الى أن يتحول الى خراجات ونواسير .

لا بد من الإشارة هنا الى تشابه الأوجاع بين داء المفاصل والسل المفصلي. وكان الأستاذ بونسه أول من نبه الى الآلام المفصالية الناجمة عن السل الرئوى المزمّن ووجوب التفريق في العلاج بينها وبين داء المفاصل. ففي السل المفصلي، لا يتأثر القلب ولا ينفع العلاج بالساليسيلات .

قد وضع الأستاذ فيزه جدولاً للسل المفصلي بالنسبة الى الأعمار ، نوره هنا للفائدة .

موضع الإصابة	من ١ - ٥ سنوات	من ٦ - ١٠ سنوات	من ١١ - ١٥ سنة
السلسلة الفقريه	١٩ر٣ في المئة	٣٧ر٦ في المئة	٣٤ر٣ في المئة
مفصل الفخذ	١٥ر٤ " "	٤٠ر٤ " "	٣٢ر٧ " "
مفصل الركبة	١٧ر٤ " "	٣٠ر٥ " "	٤١ر٥ " "
مفصل القدم	١٥ " "	٤٠ " "	٤٥ " "
العظام الرسغية	٦ر٦٠ " "	١٣ر٤ " "	٦٦ر٦ " "
المرفق (الكوع)	٢٣ر١ " "	٣٠ر٨ " "	٣٨ر٥ " "
العظام المشطية	٥٤ر٦ " "	١٨ر٢ " "	٢٧ر٣ " "
مواضع مختلفة	٢٧ " "	٥٠ " "	٨٠ر٧ " "

وهنا أرى أن أشير الى نوعين من السل مع أهمهما ليسا في العظم نفسه ، فإن لهما علاقة غير مباشرة به :

الأول - سل الكيس الزلاالى الغمدى (١) أن الطبقة الغضروفية الوثيرة ، التى تقع فى آخر العظمة عند المفصل وتكون مع الطبقة المقابلة كيساً زلالياً لمنع احتكاك المفصل ، تتعرض للإصابة الدرنية ولها علاقة بالسل المفصلي .

الثانى- سل غمد الأربطة^(١) وهو يقع فى غلاف أو تار العضلات عند المفاصل ، حيث يتصل العضل بالعظم ، فيصبح نسيجاً أبيض اللون شديد اللمعان نسميه « وتر » العضلة أو رباطها . وهو يشبه الشريط الرفيع فى شكله ويلتصق بالعظم التصاقاً متيناً . ولهذا الرباط غلاف لوقايته نسميه « غمدا » هو الذى يصاب بالمرض. والسل فى الكيس الزلالى والغمدة يؤدى الى النتيجتين التاليتين :

١ - التهاب مع تصيب أو « ماء على الركبة » ، (٢) .

٢ - تورم فى المفصل كأنه نمو غريب ، اسفنجى الشكل .

يشعر المريض فى كلتا الحالتين بألم من الضغط وبصعوبة فى الحركة .

والعلاج يختلف بالنسبة الى اختلاف حالات المرض وربما اضطر

الطبيب الى بزل الانسكاب المصلى أو ادخال الجليسرين واليودوفورم أو الى استعمال أشعة الشمس الطبيعية أو احتقان فعولى (٣) واعاقة مرور الدم أو تجربة العلاج بأشعة اكس وعلى الأخص اذا كشطنا أولاً الأجزاء المصابة .

Tuberculosis of the Tendon Sheaths. (١)

(٢) يجب ان لا يتصور القارئ ان كل حادثة « ماء على الركبة » هى اصابة درنية :

Bier's Hyperæmia (٣)

الفصل السابع عشر

بحوث أخرى في السل العظمى وعلاجه

قسمت في الفصل السابق الى أربعة أقسام وهي: السمحاقى والعظمى والنخاعى والمفصلى . والآن انتقل الى دائرة من البحث ، حول الموضوع ذاته ، أكثر اتساعاً وتنويراً للاذهان .

أن أشعة اكس تساعدنا في تشخيص المرض مساعدة كبيرة . ولكننا وحدها لا تكفى للتمييز بين أنواع المرض ومراحله المختلفة . فعلى الطبيب أن يلم بمعلومات أخرى عن المريض ، كتاريخ حياته وسنه وتفاعل دمه وعد كرياتته ، ليتحقق نوع الإصابة . وأن يقوم بفحص الهيموجلوبين والزلال المفصلى وغير ذلك . فانه ليس من السهل التمييز مثلاً بين السل المفصلى وداء المفاصل كما ذكرت قبلاً . فالأمر يدعو أحياناً الى الملاحظة والدرس الطويل ، قبل أن يصل الطبيب الى تشخيص النهائى يتيح له أن يسمى العلة باسمها الحقيقى ، بعد أن يكون قد ظنهما التواء فى عنق الفخذية (١) أو سلائخاعيا فى العظم (٢) أو التهاباً عفناً (٣) أو الزهري أو الضئى (٤) أو السيلان الأفرنجى أو الالتهاب المصغلى الشريشى (٥) أو النيفرسى (٦) وذلك لنشابه أعراض هذه الأمراض كلها . وعند العلاج ، ، نعتبر الهراء النقى والطعام الدسم أساساً دائماً رئيسياً لا بد منه لمحاربة هذه العلة . ويجذب الكثيرون تغذية المريض بطعام خال من الملح .

ومع أن الهواء أو ما نسميه «العلاج الأقليمى» لا تأثير له البتة على باشلس

(١) Coxa Vera (٢) Osteomyelitis (٣) Septic (٤) Tabetic

(٥) Arthritis Deformans (٦) Typhic



روليه

obeykandi.com

كوخ نفسه ، فانتا نجد في الانتقال الى مكان منعش ، مقو ، اما في الجبال أو على شاطئ البحر ، عاملا غير مباشر من عوامل الشفاء . واذا صرفنا النظر عن علاج السل الرئوى ، فان سل العظم نعالجه مباشرة باشعة الشمس حيث نصل الى نتائج باهرة . وهذا العلاج انشأه الدكتور روليه (١) ووضع له جدولا يبين فيه الوقت والتكرار اللازمين .

وَمَا يجدر بالذكر في هذا المقام أن إقامة المريض على شاطئ البحر مع إعطائه جرعات من اليود تأتي بأفضل النتائج . وبديهي أن الإصابة السطحية أسرع تأثرا من الإصابات العميقة . ففصل الورك والسلسلة الفقرية هما الأقل تلبية للعلاج باشعة الشمس . أما العظام الرسغية والمشطية في القدم ، فهي أكثر تأثرا . على أن عظام مفاصل الجسم الكتف والكوع واليد والأصابع متوسطة في تأثرها . واذا قاومت الإصابات المفصليّة المشتركة (٢) كل علاج سابق ، عرضنا العضو المصاب لأشعة اكس وحصلنا أحيانا على نتائج حسنة .

قد ثبت لنا أخيرا أن الحقن بالتوبركلين أو بالذهب ان لم يكن عديم الفائدة فهو قليلها . وتستعمل مؤسسات كثيرة المادة المثيلية المضادة أو التضاد المثيلي ، حقنا في الجسم . وهذا المركب يحضر في معهد باستور في باريس ويستعمل لمعالجة الإصابات الخارجية ، كما يستعمل في سل الغدد والحنجرة والكلبي . ويجد القارىء تفصيلا مسهبا عنه في فصل ، علاج السل غير الجراحي ، في آخر هذا الكتاب .

اذا وقفنا امام اصابة تدرن في العظم ، حائرين مترددين في الحكم بقطع الجزء المصاب ، خائفين في الوقت ذاته من ضياع الوقت ، فاشتداد المرض

(١) A.Rollier—(Leysin) (٢) فيها مكروبات اخرى خلاف بائس كوخ .

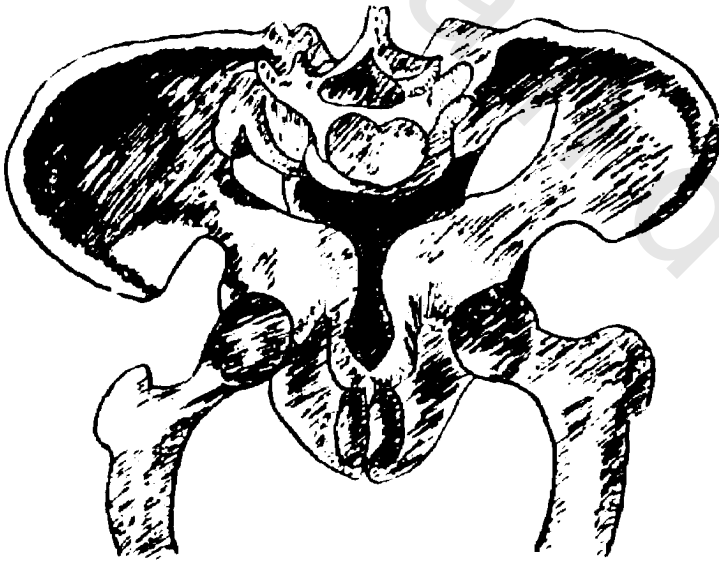
وازدیاد سمومه ، علينا أولا بالالتجاء الى طريقة الاحتقان المتفعل ، (١) التي يعود الفضل فيها الى الاستاذ الالماني بير (٢) . نربط الموضع المجاور للاصابة برباط يعوق رجوع الدم الوريدي ، بدون ايقاف الدورة الشريانية وبدون احداث اى الم . ثم نرفع الرباط من حين الى آخر ، لراحة الجزء المربوط . وهذه الطريقة العلاجية يمكننا استعمالها في حالات كثيرة . وقد دلت الاحصاءات على ان كثيرين من الاطباء تمكنوا من معالجة وشفاء اطراف عديدة ، كان قد سبق ان حكم عليها بالقطع .

كلما كان المريض حديث السن ، مكنته مناعة الشباب من الحصول على الشفاء . ولكننا لا نطلب من الطبيعة المستحيل والقاعدة القياسية هي انه في سل مفصل القدم والركبة واليد والمرفق ، لا ينبغي الالتجاء الى العمليات الجراحية قبل مرور سنة او سنة ونصف سنة على الاصابة ، مستعملين في اثناء ذلك علاجات أخرى . وفي سل مفصل الورك والكتف ، يمكن الانتظار حتى السنة الثالثة . هذه هي القاعدة العمومية . ولكن هناك حالات كثيرة نغيرها اهتماما خاصا وتستدعى تغيير العلاج بحسب طول المدة او قصرها او نوع العلاج الذي يجب ان نتبعه . ويتوقف حكمنا طبعا على استعداد الفرد وحالته العمومية . ولكن في الغالب لا بد من بتر العظم أو كشط المفصل ، اذا لم ينقطع الصديد منها واصح مزمنا .

فالصديد في داخل الجسم ، ينهك القوى ويمنع الاعضاء من تأدية وظائفها بدقة وانتظام ويسبب انحطاطا في الغدد الداخلية المختلفة . ويصبح اقوى العوامل الخبيثة ، التي تؤسس فيها فسادا دهنيا (٣) ، فيظهر شكل المريض عندئذ منتفخا قليلا ولونه كالشمع . وهي حالة فاسدة مرضية عمومية ، تدل على ان جهاز

المريض قد بعد جدا عن الحالة الصحية .

يجب عند معالجة السل المفصلي أن نرمى الى غرض واحد وهو الوصول الى « التصلب في المفصل » ، (١) أو تثبيته بوضعه في الجبس ، اى الى ايقاف كل حركة فيه . وهى حالة لا يمكن الوصول اليها ، الا بعد اختفاء كل أثر للتقيح في الجزء المصاب . ولكنى أدع للطبيب الاختصاصى تفصيل ذلك وشرح العلاج الفنى باشعة الشمس أو البتر أو الكشط أو الفرز أو التداوى بالعقاقير ، اما عن طريق الفم أو بوضعها فى حفر العظم المتدرن ، كالزيت والجليسرين واليودوفورم والجوايا كول والكريوزوت والنفثول والكافور والفينول وغيرها .
وانهى هذا الفصل بتنبية القارىء الى الأغلاط التى ترتكبها العامة فى تحليل عاهات المفصل الوركى والسلسلة الفقرية ، كما تفعل بالسل الرئوى .



البن عظام الحوض (٢)

أن العامة يستنكرون قولنا أن السل لا ينحصر فى الرئة ، كما هو راسخ فى أذهانهم ، بل يوجد فى كل عضو من أعضاء الجسم وأن سببه هو باشلس كوخ - المكروب الخاص الذى نعرف عنه الشئ الكثير - وتؤكد أن فلانا

أصيب بالسل (الرئوى طبعا) لأنه شرب من اناء قذر ، فعل فيه فعل السم البطىء . وأن فلانا يعرج لأنه وهو طفل سقط من بين يدي مرضعته « وفك » ، وركه . وآخر له سنام (٣) لأن والدته لم تحسن حمله على ذراعها فغير الوضع مركز العظام . وهكذا نكاد نسمع تلك الأقاصيص يوميا ، حتى فى العيادة ، وعلى وجوه رواتها رزاة الحكماء وهيبة العارفين !

الفصل الثامن عشر

السل في بعض الاعضاء الرئيسية الباطنية .

١ - سل البريتون (الباريطون أو الهرب) .

ما هو البريتون أو الهرب ؟ هو غشاء دهني ، منتشر ضمن جدران البطن ، يمتد من المعدة الى أسفل ويغطي جميع الأعضاء التي يحويها البطن . فبالس كوخ وسمومه — بانتقاله من الأمعاء بواسطة الدورة اللفاوية أو من غدد الهشّه أو المساريق (١) أو من قناة فلويوس (٢) التي تحمل البويضات في الأثى الى الرحم أو من الرئتين بواسطة الدورة الدموية أو ثانوية لاصابة الخصية في الذكر — يهاجم هذا الغطاء ويسبب الالتهابات الآتية :



الموضعي : يتبع غالباً اصابات الجلد أو الطحال أو الأمعاء . وكلما ارتفع مركزه في البريتون ، اشتد نوع الاصابة . وربما كانت الاصابة مسببة في الصغار عن الباشلس البقرى ، الذي نجده في اللبن غير المعقم .

الشامل : اشد الأنواع خطراً . فهو نتيجة اصابة درنية ، جاورسية ، حبيبية تفشت بالدم .

وهو في الحالات المزمنة ، على نوعين : البريتون والثرّب الأكبر (٣)

الجاف : نشعر به عند الجس بشكل كتل قاسية ، منتشرة أو متراكمة فوق

سطح البريتون . أو تجمّع التصاقات متسعة، بين الأثناء المعوية، تحضن أحيانا البريتون والمساريق والثرّب (١) وتحجز البؤرة الدرقية كما لو وضعت في كبسولة صلبة نشعر بها عند الجلوس . وأحيانا نجدها مصحوبة بارتشاح بسيط . وربما ثقت البؤرة الدرقية النسيج اللين المحيط بها ودخلت التواءاً معوياً أو تسربت الى الخارج وظهرت على البطن وسيت ناسورا غائطيا .

المرشح، الاستسقاءى : يصحبه تجمع مائى ينتشر عرضا ويتحرك فى بادية الامر بسهولة، ثم يصبح ثابتا، ثم يكوّن جيوبا . ولا تصحبه بالضرورة حمى التدرن العادية، التى نسميها «حمى الدق» (٢)، ويقترن بقلة الشهية للطعام وباسهال شديد من وقت الى آخر . ويشعر المريض بألم بسيط، عند الضغط . وإذا انتشرت الالتصاقات تغيرت هذه الصورة فيما بعد وابتدأ الضغط الداخلى وأصبح البطن صلبا ومؤلما جدا . ويشكو المريض مغصا حادا، صعب الاحتمال . وتصاب المرأة بالحصى قبل الطمث وفى أثناءه .

أن سل البريتون يصيب المرأة عادة عند البلوغ، كأن التكوين التناسلى عامل ينشط المرض . ولا تتعادل الاصابات فى سن الشباب بين الذكور والاناث، ويسلك هذا المرض طريقا طويلا جدا . ولا يشفى من تلقاء نفسه، كما يحدث فى حالات أخرى ورد ذكرها فيما تقدم، الا نادرا .

ولا يعرف فى بدئه بسهولة، اذ لا يكون لدينا ما ينبئنا بوجوده سوى اعراض عمومية كالحمى الثابتة والنقص المستمر فى الوزن وزيادة عدد كريات الدم البيضاء، على رغم أن المريض يكون فى سن الشباب . ولكن عند ما تظهر اعراضه فيما بعد، نجد لدى الجلوس سائلا أو كتلا قاسية تحت جلد البطن . ويصاب المريض بالاسهال المتقطع . ثم يظهر التفاعل بالتوبركلين ايجابياً - واذا

أخذنا قليلا من السائل الموجود في بطن المريض وحقنا به خنزير غينيا ، تظهر النتيجة إيجابية - عندئذ يصبح المرض واضحا . وقد يخطئ الأطباء في تشخيص هذا المرض أحيانا . فرب تورم مبيض أو التهاب الزائدة الدودية المزمن اعتبر سلا بريتونيا موضعيا ، فعولج خطأ بالأدوية وبالأشعة . والأولى في هذه الحالة إجراء عملية جراحية .

أما علاجه ، فأشبه بعلاج غيره من أنواع السل . ولا ننسى أن نصف له مستحضرات اليود مع الاستشفاء بأشعة الشمس وبمصباح ثاني أو أكسيد السليكون المتبلور وبأشعة رونتجن بكثرة . أما العلاج بالتوبركلين ، فهو في الحالات المرتشحة أكثر تأثيرا منه في الحالات الجافة ،

ويجب تناول الغذاء الموافق ومحاربة الاسهال أو الامساك وتسكين الألم الحاد . وقد اتضح لنا أن استعمال المسكنات الساخنة على البطن ، يخفف من حدة الألم . ومن المحتم سحب السائل من البطن لأمن شر اصابة ثانوية في الحالات التي يتعذر فيها التنفس أو التي نجد فيها القلب في خطر . ولكن هذه العملية لا تجدى نفعا كبيرا ، إذ أن السائل يعود فيكون وفي وقت قصير يملأ البطن ثانية . أما طريقة نفخ البطن بالهواء للضغط على الاعضاء التي تفرز السائل ، ايقافا للارتشاح ، فالضرر من اجرائها يفوق النفع كثيرا . ولا أريد أن أذكر شيئا عن عملية فتح البطن ، في حالات كهذه ، بل أترك الحكم في استعمال هذا العلاج الخطر في الوقت المناسب للاخصائي والجراح .

٢ - سل الكبد : اذا أصيب الكبد (ولا تسرى العدوى الى الكبد

الا بالدورة الدموية) ، استهدف لاحد الطوارىء التالية :

١ - التقلص أو الانكماش .

ب - التشمع أو الفساد الدهني .



الكبد والمرارة

ت- تشمع أو الفساد النشوى .

يتألف الكبد من خمسة فصوص وله

وظائف عديدة :

مخزن للجسم

وغدة للأفراز

وعضو للإبراز ، (أى لإخراج المواد الفضولية) .

١ - تحوى الكبد مادة تدعى «النشاء الحيوانية» (١) وهى سكر يصبح بدوره

كحولاً ، يحرق فى الجسم عند الحاجة الى القوة ، للقيام بحركة عضلية (٢)

ب - تفرز المرّة أى الصفراء وهى مادة تساعد على هضم المواد الدهنية

وامتصاصها . ولها أيضاً خاصيات مطهرة طفيفة . وهى تخزن فى المرارة ، تحت

الكبد وتسيل ببطء بحسب الحاجة اليها ، فى أقتية واقنة فى الجزء الاعلى من

الامعاء الدقيقة المسمى «الاثنى عشرى» (٣) ، حيث تساعد على اتمام عملية الهضم .

ت - تبرز الكبد - تماماً لعملية النفّض - المواد الفاسدة الناتجة من الحركة

والقوة الفاعلية الجسدية وهى الاصبغة والحوامض الصفراوية (٤) والكولسترين

واللستين واليورينا . فأن هذه المواد - وأهمها اليوريا أى البولينا - اذا لم تخرج

من الجسم سممت جهازنا . والكولسترين ، مادة غير أزوتية فى المادة النخاعية

البيضاء فى الياف الاعصاب - فهى لذلك عامل جوهرى فى تكوين جهازنا

العصبى . أما اللستين - المادة الدهنية الازوتية - فهى عنصر جوهرى آخر فى

(١) Glycogen (٢) ارجو ان يتذكر القارىء كيف ان مجموعة الخلايا التى نسميها :

جزر لانجرهانز والى نجدها فى البنكرياس ، هى التى تحكم مقدار السكر الذى يجب ارساله

الى الدورة الدموية او الذى يجب خزنه فى الكبد . (٣) Duodenum

Bile Acids and Pigments. (٤)

الجزء الابيض من الجهاز العصبي . ونسمى بولينا أو يوريا الانتاج النهائي للنتروجين أى الازوت الذى تحويه المواد الغذائية الزلالية كاللحوم والحبوب . وتكون البولينا أو اليوريا فى الكبد وتسرّب الى الدورة الدموية وتصل الى الكليتين ، فتدخل فيها الى الاوعية الشعرية فى « أجسام ملبيجى » حيث تقطّر منها وتقدّف الى البول .

ففى « الانحطاط النشوى » ، تتضخم الكبد لدرجة جسيمة ولربما تمددت الى وسط البطن ووصلت الى السرة واشتدت كالمطاط ، ولكنها تبقى بدون ألم . مما شرحته سابقا عن وظائف الكبد وما يطرأ عليها بواسطة التقيح المستمر ، من الانحطاط النشوى ، الذى يغير أنسجتها وتكوين شرايينها ، يستطيع القارىء أن يتصور الارتباك الذى قد يحدث فى الوظائف الافرازية والابرازية لهذا العضو ، اذ تتعرقل حركته فى انتاج الصفراء والنشاء الحيوانية وتقل قدرته تدريجيا على امتصاص الدهن وهضمه .

ينبغى التمييز بين أربعة أنواع من اصابات السل فى الكبد .

١ - التكوين الدرني الجاورسى الحبيبي أو ما يقاربه .

٢ - بؤر صغيرة متعددة متجينة .

٣ - وحدات متراكمة كبيرة الحجم ، نجدها على الاخص فى الاطفال المصابين بالسل البريتونى .

٤ - كباد مزمن (سرّوز) (١) . كما نجد فى الالتهاب المزمن المتأتى عن

الاكثار من شرب الكحول . وقد شرحنا ذلك فى ما تقدم . ويصعب جدا التأكد من هذه الحالة والمريض لا يزال على قيد الحياة .

٣ - سل الغدة الحلوة (البنكرياس أو البنقراس) .

هذه الغدة التي تقع عرضا في البطن خلف المعدة ، تمتد من الطحال الى الاثنى عشرى في الامعاء الدقيقة ، بطول ١٧ سنتيمتر وبعرض ٤ سنتيمترات . وفوق احتوائها على الخلايا المعروفة باسم « جزر لانجرهانز » . المختصة بحفظ ميزانية استخراج السكر من الكبد ، لها افراز داخلي يصب في مجراها المسمى قناة ويرسنج (١) . وهذا الافراز سائل شفاف ، عديم اللون ، رغوى ، يسمى « العصارة البنكرياسية » ويصب في الاثنى عشرى قرب فتحة مجرى الصفراء ، فيساعد على الهضم .



الغدة الحلوة أو البنكرياس
والاثنى عشرى

وهذه العصارة تحتوي على أربعة افرازات نسميها خمائر (الأنزيم) (٢) :

١ - « الهاضم الشحمى » وهو خميرة تؤثر في المواد الدهنية فتحولها الى حامض وجليسرين .

ب - الهاضم الزلالى وهو مادة « كيمياوية عضوية » تساعد على هضم اللحوم والمواد الزلالية (البروتينية) .

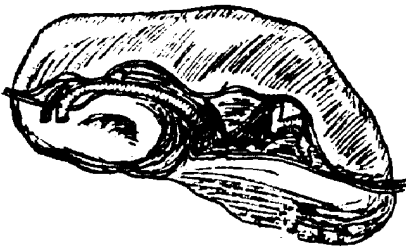
ت - « الهاضم النشوى » وهو مادة تحول المواد النشوية الى سكرية اعدادا لهضمها .

ث - « الهاضم اللبنى » وهو مادة تحول اللبن الى جبن .
ويشك بعض اساتذة الفيزيولوجيا في هذا النوع الرابع .

قلت أن هذه الغدة تضبط المواد السكرية ، بفعل افراز داخلي من مجموعة خلايا فيها نسميها « جزر لانجرهانز » (١) ، نسبة الى مكتشفها . ومنها نستخرج المادة المسماة : « أنسولين » (٢) . فاذا ما أصيبت هذه « الجزر » بضعف ، ظهر السكر في البول وفي الدم ، فنستعمل اذ ذاك الأنسولين لضبط انبعاث السكر من الكبد . ولكنها اذا أصيبت بمرض السل ، عندئذ يظهر مرض « السكري » بجميع اعراضه الدائمة . واذا صادفنا حالات شديدة من « السكري » - استلزمنا علاجاً مستمراً بالأنسولين - قادنا الاستنتاج الصحيح الى الاشتباه بالسل في البنكرياس . والبول السكري يساعد بدوره على ظهور اعراض الارتشاح والتقرح في الرئة ، لذلك تحتم علينا في حالات السل ، استمرار الغذاء بالمواد النشوية واستعمال الأنسولين ، فيحتفظ المريض بواسطة حسن التغذية بمقدرته على مقاومة المرض . وهكذا تتمكن من صد الاصابة الدرنية .

٤ - سل الطحال :

لا تزال وظائف الطحال غير واضحة تماماً . وانما نعتقد أنها ترتبط نوعاً ما ، بتكوين الكريات الحمراء وباعداد الهيموجلوبين الجديد . وهذا مجرد تقدير وتخمين . وكثيرون من علماء الفيسيولوجيا ينكرونه . لذلك نجد أنفسنا غير واثقين من تفسير الاضطرابات التي تحدث في وظائفه والتي تسببها التغيرات المرضية في حالة حلول الانحطاط النشوي فيه .



الطحال

والطحال عند ما يتضخم بالبرداء (الملاريا) ، يصبح معداً لباساً كوخ . واصابته في الغالب ثانوية ، ناتجة عن التهاب جاورسي عمزى ،

فتظهر الأنسجة المصابة متجبة كثيفة وتحتوي على مادة صديدية جافة (٣) .

(١) Islands of Langerhans (٢) Insulin

(٣) اقرأ « الملاريا والسل » في الفصل السابع والعشرين .

٥ - سل الغدد اللمفاوية :

يكون اصابة اولية مباشرة من باشلس كوخ نفسه .

أو اصابة ثانوية بواسطة الدورة اللمفاوية .

أو اصابة ثانوية بواسطة الدورة الدموية .

وهو ثلاثة انواع :

الجاورسى . المتفشى . المتجبتن .

والغدد التى تصاب بهذا المرض هى الآتية :

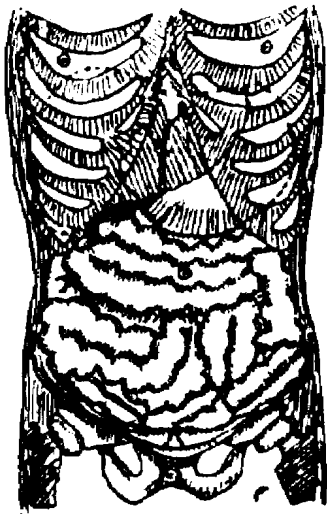
١ - الغدد القصبية الشعبية .

ب - غدد الهوشه (المساريقا) (١) .

ت - غدد الفم والحلق والعنق وتحت الفك الأسفل أو تحت الأبط

أو فى الأريية (المحلب) (٢)

٦ - سل الجهاز الهضمى :



الامعاء

الجهاز الهضمى قناة طويلة تبتدىء بالفم وتنتهى

بالمخرج . فباشلس كوخ يهاجم أى جزء منها ، كاللوزتين

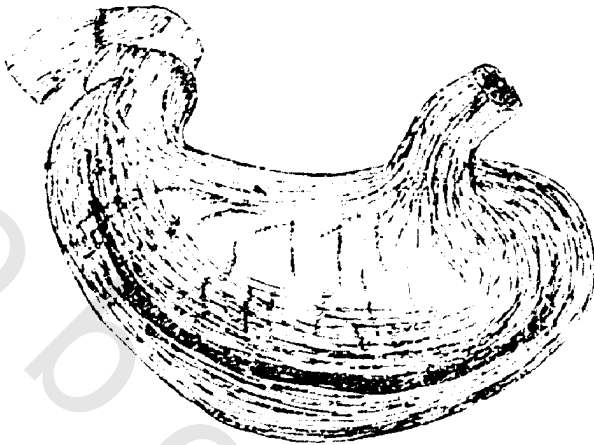
والبعوم والحنك . واذا كانت اصابة اللسان حادة ،

رأيناه بالعين المجردة وقد علقه عقد درنية وظهر

عليه الالتهاب .

(١) Mesentery : الهوشه نسيج يمتد فى البطن على شكل مروحة ويلتصق احد جانبيه

بالامعاء . (٢) Groin

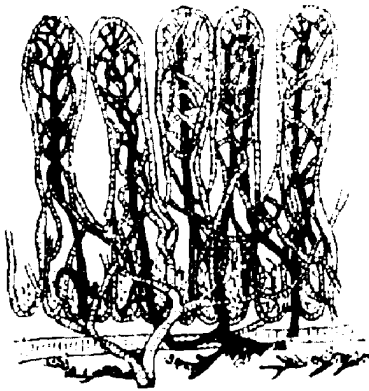


المعدة

وكثيرا ما يهاجم الباشلس المعدة ويسبب فيها اصابة معوية حادة ، هي أهم جميع مضاعفات السل الرئوى . ويقدرها بعض الباحثين بنسبة ٤٠ - ٨٠ فى المئة من مجموع تلك المضاعفات. فالباشلس يصل الى المعدة من الرئة بطريق

الفم ، اذ يتلعه المصاب فيزرع المكروب فى قناته الهضمية .

فى السل المعوى نجد الأوعية الشعرية وأنسجة الخمل (١) مصابة بالفساد



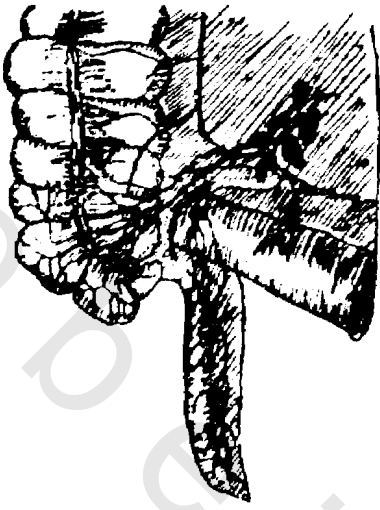
الخمل

الشمعى ، شديدة كالمطاط الهندي ، غير قادرة على تأدية وظيفتها . يمر فيها الغذاء السائل فلا تمتصه الأمعاء الدقيقة ، بل ينحدر الى الغليظة ويقذف كالاسهال الى الخارج ، بدون أن يستفيد منه الجسم ، فتقل تغذية المريض وينقص وزنه وتنحط قوته ويصبح سقيما ، مصابا بفقر الدم الشديد ويموت من الهزال .

أما القسم اللفائفى الأعورى - وهو الجزء الأيمن الأسفل من الأمعاء - فهو معرض أكثر من سواه لاصابات السل على أنواع أربعة :

١ - القرحة : قرحة درنية أو أكثر ، على طول مجارى الدم والاقنية اللمفاوية فى الأمعاء . اذا تطورت وتحولت الى زديية ، ضيقت قناة الأمعاء

(١) Villi اصابع شعرية فى الأمعاء تمتص الغذاء بعد ان يصبح سائلا .



وأدت أحيانا الى انسداد فيها ، يجعل التدخل الجراحي ضروريا . وربما تكونت التصاقات واسعة النطاق وظهرت فوق ذلك اعراض الالتهاب البريتوني وقد يضطر الجراح الى قطع جزء من الامعاء .

ب - الاعورى : المعى الاعور (١) . كيس على

جانب البطن الايمن يصل المعى الدقيق بالمعى الاعور والزائدة الدودية الغليظ وتمدلى منه الزائدة الدودية (٢) فهذا يلتهب أحيانا تحت تأثير الاصابة ويكون خراجا ، فيصبح جداره الداخلى غليظا ، محتقنا ، مرتشحا . والجدار الخارجى خشنا ، مغطى بعقد صلبة .

ت - الدودى : غالبا ما يحسبه الطبيب التهابا بسيطا فى الزائدة الدودية ، فلا يصل الى تشخيص ايجابى نهائى الا بعد قطعها وفحصها تحت المجهر . فالكشف باشعة اكس يساعدنا كثيرا على ذلك .

ث - الشرجى : يصيب الفتحة الشرجية فى نهاية القناة الهضمية فيكون فيها خراجا ، اذا فتح تحول الى ناسور صعب الشفاء . ويمكن أن يكون اصابة أولية . ولكن معظم هذه الاصابات ثانوى للسلس المعوى أو بؤرة درنية أخرى فى الجسم . تنقل العدوى الى الشرج بواسطة الدورة الدموية .

أن التثبت من السلس فى الامعاء صعب ، لا ينفع معه التعويل على وجود باشلس كوخ فى البراز . فقد يتلع المصاب بالسلس الرئوى بصاقه المحتوى على

المكروب ، فيظهر في برازه . ثم أن الامساك والاسهال ، اللذين يعول الطبيب على تعاقبهما ، لا يرافقان جميع الحالات . فينبغي اجراء فحص أدق لهذه الحالات ، مع ملاحظة اعراض أخرى أكثر وضوحا ، للوصول الى التشخيص الصحيح .

أما العلاج ، فطويل شاق ، يستلزم الراحة التامة للمريض واستعمال المقويات وتعريض البطن أحيانا لأشعة الشمس أو لمصباح ثاني أو أكسيد السليكون المتبلور . ووضع ضمادات دافئة على البطن . واعطاء مسكنات عند اشتداد الألم . والمواظبة على حقن المريض بمحلول الكلس وأحيانا بالتوبركلين . واعطاءه ملينات ، اذا أصابه امساك . أو قوابض ، في حالة الاسهال . وجميع ذلك موكل الى ذمة الطبيب الاخصائي .



الفصل التاسع عشر

القلب والسل

١ - حالة القلب : يعرف الاخصائيون الملمون بمرض السل على اختلاف

أنواعه ، أن القلب ، اذا لم تطرأ عليه عوامل غير التي نحن بصدددها ، كثيرا ما يصبح أثناء المرض أصغر حجما - شكله كشكل قلعة ماء متدلية ، أعلاه دقيق ضيق وأسفله واسع مستدير - بحيث يضمر ويصبح أصغر من حجمه الطبيعي ويرى الشريان الابهري (١) - وهو الشريان الاعظم المنحدر من القلب بشكل قوس - دقيقا ، هزيلا ، مستطيلا ، يدل على التأخر في النمو ويظهر في الشكل الذي نسميه « الصدر المشلول » .



كلما وقفنا أمام حالة كهذه تملكنا الحيرة وتساءلنا: هل نجم الهزال عن اصابة أولية في القلب أضعفته وأمتدت منه الى الجسم أو أن اصابة الجسم هي التي أورثت القلب النحول باصابة ثانوية ؟ ولكن مما لا شك فيه أن الاصابة الدرنية ، في كل دور من أدوارها - أولية كانت أم ثانوية - لها علاقة شديدة باضعاف القلب . وقد دل الاحصاء على أن ٤ في المئة

من حوادث نحول القلب ، كانت مرتبطة القلب والشرايين والاوردة الرئيسية باصابات درنية حادة وهه في المئة ، باصابات خفيفة . لذلك لا يمكننا البت

نهائيا ، في ما اذا كان هذا الضعف العضلي في القلب ، هو في حد ذاته اصابة أولية ، أم هزال ناشئ عن اصابة سابقة في الرئة ولا يزال هذا الموضوع تحت البحث . ولكننا نعلم أن ٩٧ في المئة من المصابين بالسل الشديد ، يصابون في الدور الاول منه بهبوط واضح في قوة الدورة الدموية .

٢ - مركز القلب : لا يقتصر فعل السل على أنسجة الرئة ، بل يؤثر في شكلها وحجمها . ونجد أن الارتشاح المستمر في البلورا ، أو ادخال الهواء في تجويفها ، للضغط على الرئة ، أو تليف الانسجة الرئوية في الاصابات المزمنة ، أو جفافها وتصلبها بعد زوال الارتشاح ، كل ذلك يقترن بازاحة القلب من مركزه في الصدر ، سواء الى اليمين أو الى اليسار . وهذا التغير في مركز القلب تابع للتغير في أنسجة الرئة . واصحاب الاصابات المتوسطة لا يشعرون بنتائج سيئة من جرائه . ولكن عند ما يعتري القلب الهزال ويستولى الضعف على عضلاته ، يشعر المريض باعراض متعبة جدا ويصبح الانخفاض في نشاط الدورة الدموية ، أكثر وضوحا وأكبر مغزى .

٣ - سل القلب : أنواعه بالنسبة الى احزائه المصابة :

سل التامور (١) أو سل الشفاف : هو أهم أنواع السل الفؤادى على الإطلاق . والتامور أو شفاف القلب ، غشاء مزدوج ، له طبقتان رطبتان ، بينهما سائل يمنع الاحتكاك عند تقاص القلب وتمدده . والشفاف للقلب هو كالبلورا للرئتين . أما الاصابة التي تحدث فيه ، فهي من النوع الجاف ونادرا ما نجدها مصحوبة بارتشاحات . وسواء كانت نتيجة اصابة جاورسية عمومية ، أم درنية موضعية في عضل القلب ، فإن اعراض التدرن الجاورسي تظهر دائما في هذا الغشاء .

إذا كانت إصابة «التامور» حادة، شعر المريض بألم موضعي شديد وبصعوبة في التنفس . وازرق لون الجلد عموماً وسمع الطبيب اعراضاً داخلية كاحتكاك راقى «الشفاف» . الا اذا اقترنت الإصابة بارتشاحات ، فلا يسمع عندئذ صوت احتكاك . واذا نشف هذا الارتشاح ، على تراخي الايام ، التصق راقا التامور أحدهما بالآخر فوق القلب وتعرقلت حركة انزلاقهما أثناء الشيق والزفير وأصبح التنفس أكثر صعوبة والنبض أقصر وأسرع . وكل خلل يطرأ على القلب ، الذى هو أشبه شيء بالطلمبة ، يؤدي الى ابطاء في الدورة الدموية : فاحتقان وتعب في الكبد، فمرض الاستسقاء في البطن . أما اذا التهاب التامور والتصق عند قاعدته بقبة الحجاب الحاجز (١) ، ظهرت هذه الاعراض السابقة للمرض عنيفة جداً .

وترجع هذه العلة الى ثلاثة مصادر عليلة :

- ا - الى الرئة او البلورا او عضل القلب أو غدد المنصف الصدرى (٢) .
- ب - الى غدد بجوار القلب ، بواسطة الدورة اللفاوية .
- ت - الى الدورة الدموية .

سل عضل القلب : هذه الإصابة نادرة جداً وغالباً ما تكون نتيجة تدرن جاورسى عرمرى يطرأ على الجسم وتتميز اعراضها بسرعة النبض واختلاله وضيق النفس والازرقاق والدوار (٣) .

سل بطانة التجـاـويف : نشك كثيراً في حدوث هذا النوع كإصابة أولية في القلب .

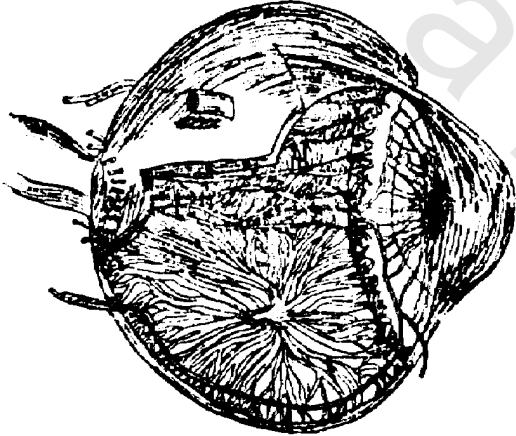
وعلاج هذه الانواع مختلف ، كثير التعقيد ، يتفاوت بتفاوت الحالات والاشتراكات والاسباب وهو من شأن الأخصائى وحده .

الفصل العشرون

سل الدين والاذن والاعصاب

١ - سل العين :

اصابة العين تكون ثانوية، سواء جاءت من الدورة الدموية أم من الدورة اللفافوية أم من التهاب درني جلدى بجوار العين أم من الأنف . ولا تكون أولية ، الا اذا سرت العدوى عن كشب من جو موبؤ أو من اسعمال مثلا مناشف ملوثة أو مناديل أحد المصابين أو من ذلك جفن العين باصابع ملوثة بالمكروب .



العين

والاصابة تكون على :

١ - الغشاء المخاطى أو الملتحمة . وهى تحدث كثيرا فى الاطفال . ونجدها عادة فى عين واحدة . تظهر عقدا صغيرة أو انتفاخات منتشرة على أساس أصفر مائل الى الاحمرار . وتطول مدتها وتصبح

مزمنة وربما امتدت الى انسان العين (١) . ولكن هناك فرق بين هذه الاصابة وبين الرمد الحبيبي أى التراخوما . على أن المريض لا يشعر فى أول الامر بألم ما ولكن فيما بعد ، عند ما يلاتهب جفن العين ، تبتدىء الآلام المبرحة .
نعالج هذه الحالة بالاستئصال أو بالكحت (لا بالكى) وبمراهم اليودفورم .
ومن الممكن تجربة العلاج بالاشعة وبحقن التوبركلين .

ب - القرنية : يمكن أن تصاب القرنية الصلبة اصابة ثانوية تصل اليها من

المتحمة، وفي معالجتها، نستعمل علاوة على ما سبق ذكره، محلول الاترويين .
 ت - شبكة العين : هي جهاز العين العصبي المؤلف من خيوط عصبية،
 مرتبة بعضها الى جانب بعض . ترتكز عند قاعدة كرة العين، حيث تنطبع عليها
 صور الأشياء الخارجية التي ينظر اليها .

ث - عصب النظر : ينتهي هذا العصب في شبكة العين . وينقل منها الى
 الدماغ صور المرئيات . واصابته بالسلس من النادر جدا .

ج - حجاج العين أو محجر العين : أعنى به التجويف العظمي الذي ترتكز
 فيه كرة العين قد يصاب بالتسوس الدرني اذا كان وراءه أو بجانبه خراج درني .
 ٢ - سل الأذن :

هو في الأطفال أكثر منه في الكبار . وغالبا ما نجد الإصابة في الأذن
 المتوسطة . وربما وجدناها في أجزاء أخرى من الأذن .



١ - سل الأذن الخارجية . يصيبها على
 أثر تقرح الجلد، من خرق شحمة الأذن
 (لادخال القرط) أو من افرازات درنية
 تسيل باستمرار من الأذن المتوسطة الى
 الخارج . وهي إصابة قليلة الحدوث .

ب - سل الأذن المتوسطة : هو الأكثر

شيوعا ولذلك كان سل الأذن الحقيقي . تبدأ الإصابة في الغشاء المخاطي وتخترقه
 هابطة ، حتى تصل الى عظام الأذن الباطنية المسماة (١) .

ت - سل الأذن الباطنية : تنفرع منها الإصابة الى التجويف العظمي
 وراء الأذن الظاهرة ، المعروف بالخششاء (٢)، فيسبب ما نسميه السل الخششائي .

يجب التحقق من حالة العظام قبل العلاج بالطرق الجراحية وأشعة الشمس وحقن الذهب أو التوبركلين .

٣ - سل الأعصاب :

يتركب جهازنا العصبي من ملايين الأعصاب ، كالنقط والخيوط ، متصلة بعضها ببعض تدعى « وحدات النسيج العصبي » ، (١) . وهي تحرك أجزاء الجسم المختلفة . وكل منها يتألف من خلية (٢) ومحور (٣) أو أكثر . منها ما يحمل الرسائل من مراكز الفكر الى سائر أعضاء الجسم وبالعكس .

تتأثر غلافات المحور بسموم التدخين المتفرح ، المزمن ، فتتورم . وتسبب ضغطا على نسيج العصب وألما مبرحا لا يطاق . ولا علاج لهذه الآلام الا المسكنات المختلفة .

وهنا انتقل بك أيها القارئ . في الفصل المقبل ، الى موضوع على غاية كبيرة من الأهمية : وهو موضوع السل السحائي .

الفصل الواحد والعشرون

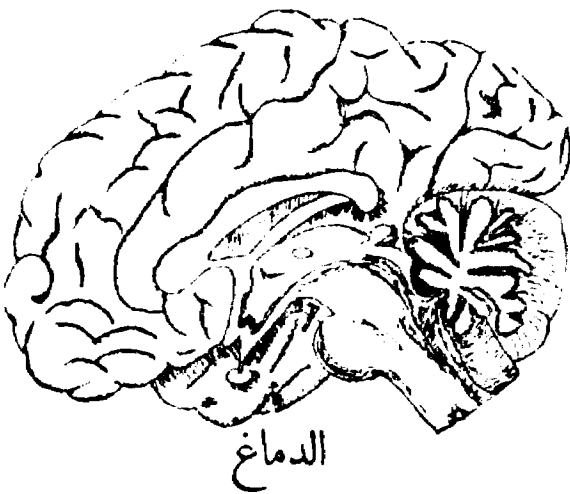
السل السحائي

السل السحائي هو تدرن غشاء الدماغ المؤلف من طبقتين هما : الام القاسية والام الحنون .

الام القاسية ، (١) ، أى الغشاء الظاهر لكلا المخ والحبل الشوكى . وهو غشاء ليفى ملتصق بجدران الجمجمة .

والام الحنون (٢) . هى غشاء وعائى ، تحت الغشاء الأول ، يغلف الدماغ ، وفيه تنتشر الأوعية الدموية التى منها يستمد الدماغ الدم والغذاء .

عندما نقول « سل فى أغشية الدماغ » ، (٣) نعني بذلك انتشاره (ثانويا) ، حتى فى السحايا الدقيقة العنكبوتية والام الحنون . وكما يقرر الاستاذ هو بثمان ، ٧٥ فى المئة من التدرن الجاورسى انما هى اصابات درنية فى أغشية الدماغ . وتصل الغشاء بواسطة الدورة الدموية . أو ربما انتقلت اليه بواسطة الدورة اللمفاوية ، من الاذن المتوسطة أو من



درنة جاورسية تحته فى الدماغ نفسه أو من عظم متدرن فى الجمجمة . أما القول بوصول العدوى الى هذه الاغشية من اللوزتين أو غدد الرقبة ، فامر لم تثبت صحته الى الآن .

تسرى العدوى الى «الام الحنون» من اصابة جاورسية أو من اصابة رئوية

متسعة . وأحيانا يظهر التدرن في أغشية الدماغ ، بعد أن يكون أتم عمله في الرئة ، فيكون نهاية التدرن الرئوى المتسع . ومن أسباب السل السحائى أحيانا ، تدرن البلورا أو عقد لمفاوية شعبية أو مساريقية متجينة أو تدرن العظام أو المفاصل . وفى البالغين ، تدرن المجارى البولية ولا سيما الاعضاء التناسلية . وما لا شك فيه ، أن هذه العدوى تصل الى الأغشية السحائية بواسطة الدورة الدموية . على أنه يجب التمييز بين :

ا - التهاب .

ب - ظهور الدرن الجاورسية .

ربما وجدنا احدى هاتين الحالتين أو كليهما فى غاية الحدة والشدة . واذا ظهر الاثنان معا ، وجدنا الاصابة تتبع مجرى الاوعية الدموية الكبيرة ، عند قاعدة الدماغ ، بدلا من تحدبه . ولذلك سميناهما تدرن الغشاء السحائى القاعدى (١) .

لا يبتدىء هذا المرض فجأة ، بل يصيب المريض فى بادىء الامر صداع وضعف فى القابلية وامساك وقى . فيصبح قلقا متنبه الاصاب مضطربا فى نومه ، ثم تزداد هذه الاعراض شدة . وبعد اسبوع أو أسبوعين ، تصير الرقبة جاسية ، تتألم من الضغط . حتى أن العمود الفقرى كله ، يصبح متوترا . وعند ثنى الساق فوق البطن ، يشعر المريض بالآم مبرحه وهذا ما نسميه « علامة كرنيج » (٢) . وحيث أن الاعصاب ، التى تحرك عضلات العين والوجه جميعها ، تنفرع من الدماغ عند قاعدة الجمجمة التى هى مركز الاصابة الرئيسى ، كان من البديهي أن تحدث اضطرابات مختلفة ، فى العين أو فى قعرها ، تسبب حولا (٣) أو ترجرجا

أو تشنجات (١) أو تخالف في انساني العينين .

عند ما يصاب الجوهر القشري للمخ (٢) ، وهو المركز المحرك الاعصاب الارادية ، تظهر الاضطرابات في الاطراف فيبتدىء بصعوبة قليلة في الحركة ، تنتهى غالبا بشلل في أحدها . وربما ارتفعت درجة الحرارة وصار النبض بطيئا ، غير منتظم ، ونسميه « تنفس تشينى ستوكس » (٣) ، أى ان الخفوق والتنفس ، بعد بطئهما لدرجة الانقطاع ، يرتفعان ثانية وتدرجيا .

ويصاب المريض دائما بامساك في الامعاء ويبول في فراشه . وعند التحليل نجد في بوله زلالا . وهكذا يحل الضعف الشديد والسقم المضنى بسرعة .

والاستاذ الالماني « شترومبل » يقسم المرض الى مراحل ثلاث :

١ - مرحلة التهيج المصحوب بصداع وقى ، وتصلب في العنق .

٢ - مرحلة الضغط أو الاستسقاء الدماغى ، نسبة الى ارتشاح يضغط على الدماغ (٤)

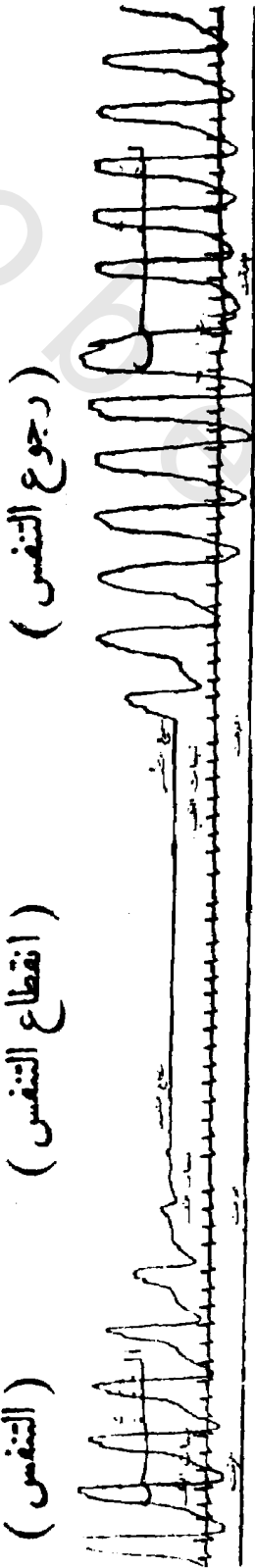
٣ - مرحلة الفلج (٥) المؤدية الى غيبوبة عميقة (٦) . وارتخاء في العضلات المتقلصة . وزيادة في سرعة النبض . واختلاف في درجة الحرارة والتنفس .

تختلف مدة المرض . فاذا انتشر واتسع ، لا يدوم أكثر من عشرة أيام على الاكثر ، ثم ينتهى بالموت .

تنفس تشينى ستوكس (٣)

Cheney Stokes Respiration (٣) Cortex of the Brain (٢) Nystagmus (١)

Lethargy (٦) Paralytic Stage (٥) Hydrocephalus (٤)



ونعرف هذا المرض تماما ، عند ما تصبح الاعراض الآتية الذكر ظاهرة .
ولو أن ظهورها هذا لا يعد دليلا قاطعا على نوع المرض ، فلذلك نضطر الى
فحص السائل النخى الشوكى (١) الذي نجد فى ٥٥ فى المئة منه ، باشلس كوخ .
عندئذ يصبح تشخيص المرض سهلا ، اذ ندرك أنه التهاب درنى ايجابى أكيد فى
فى أغشية المخ . أما فى الخمسين فى المئة الباقية ، فلا نجد السائل النخى الشوكى الا
رنقا عكرا . وعلاوة على ذلك ينبغى لنا أن لا نتغافل فحص البصاق ، وتقدير
وجود بؤرة درنية فى العظام أو المفاصل أو الرئة أو البلورا أو الأعضاء
التناسلية وتخمين وجود فقر الدم (الانيميا) أو داء الخنازير . فلو دققنا فى
كل هذه الاعراض ، بصرف النظر عن السائل العسكر الذى نجده فى العمود
الشوكى ، امكنتنا الوصول الى تشخيص حقيقى صحيح .

أكثر ما يصيب السائل السحائى الحداثى الولادة والأطفال ويكون حدوثه
بسرعة ، تتفق مع المرحلة الأولى من التدرن ، أى التعقد الابتدائى . ولكنه
بدلا من أن يقف عند هذا الحد ، يمتد ويتسع حتى يصل الى حالى التدرن الجاورسى
والسحائى . ولذلك نجد هذا المرض ، كما قال الأستاذ ليون برنارد (٢) ، قليلا
بين البالغين الذين أصيبوا فى حداثتهم بالتدرن وأصبحت لهم مناعة نسبية . أما
النوع الجاورسى ، فيصيب الأشخاص الذين لا يكونون قد أصيبوا فى حداثتهم
بأية بؤرة درنية فيكونون قابلين للعدوى بشدة . فيتسرب المكروب فيهم
بسهولة ، الى الدورة الدموية .

وفى الجدول الآتى أثبت لنا الأستاذ هوبشمان ، العلاقة المتينة فى سن
الطفولة ، بين التدرن الجاورسى والتدرن السحائى :



برنارد

obeykandi.com

السن	معدل الاصابات	الدرنية الجاورية المقرونة باصابات درنية في السحايا	الدرنية الجاورية غير المقرونة باخرى درنية في السحايا	اصابات درنية في السحايا فقط
لغاية ١٢ شهر	٢٥	١٩	٤	١٢
من سنة الى ٥ سنوات	٨٩	٦٧	٦	١٦
٦ - ١٠	٢٦	٢٣	٠	٣
١١ - ٢٠ سنة	٤٥	٢٥	٥	١٥
٢١ - ٣٠	٥١	٢٥	١١	١٥
٣١ - ٤٠	٣٢	١٤	٢	١٦
٤١ - ٥٠	٣٣	١٢	١٠	١١
٦١ - ٧٠	٢٩	٧	١	١
٧١ - ٨٠	٣	١	١	٠
٨١ - ٩٠	١	٠	٠	٠

نادرا ما نسمع عن شفاء التدرن في السحايا . فأن هذا المرض ، كما قلت سابقا ، ينتهى غالبا بالموت بعد الاصابة به بأسبوعين الى أربعة أسابيع على الأكثر . وذلك يتوقف على سرعة سير المرحلة الابتدائية .
 واسائل أن يقول : اذن ما فائدة العلاج ؟ فاجيبه لا يأس مع الحياة .
 ونحن مجبرون على استعمال جميع الوسائل الممكنة ، حتى النهاية !
 ومن وسائل المعالجة وضع الثلج في كيس على الرأس ، بعد حلق الشعر ودهنه بمزيج اليودفورم . واستعمال مغاطس لتسكين حالة المريض العصبية .
 ومرش الماء الساخن . وبعضهم يستعمل دهن الرأس والعنق والظهر بمزيج الزئبق . . وينبغي تنظيف الأمعاء جيدا ، باعطاء الكاوميل ومنقوع السنامكي .

ويعجز اعطاء يودور البوتاس بجرعات موافقة للاطفال ، كما نعطيه أيضا للبالغين . نوصف المخدرات في الحالات المضطربة ، عند المرحلة الأخيرة من المرض . وقد تعطى كذلك المنبهات .

وبالاختصار ، يمكن القول أننا في معالجة السيل السحائي ، نحاول أن نشفي المرضى بقدر الامكان . ولكن واجبنا الأول هو تخفيف آلامهم وادخال الرجاء الى قلوبهم وبث روح الأمل فيهم . وهذا واجب انساني !



الفصل الثاني والعشرون

سل الحنجرة

الحنجرة أو آلة الصوت ، ذات التركيب الدقيق الغريب ، نجدها في القسم الأعلى من مجرى التنفس الى الجهة الأمامية من العنق، عند أسفل العظام اللامي (١) وجذور اللسان . تتصل بالبلعوم من جهة وبالقصبه الهوائية من الجهة الثانية . وهى للقصبه الهوائية كالمبسم للمزمار . تقع في وضعها العمودى من السلسلة الفقرية أمام الفقرة الرابعة والخامسة والسادسة من فقرات الرقبة . وحتى سن البلوغ ، لا نجد فرقا عملياً في الحنجرة بين الذكر والأنثى ولكن بعد البلوغ ، تنمو حنجرة الذكر كثيراً ، على أنه لا يطرأ على حنجرة الأنثى سوى تغيير طفيف .

يتألف هذا الصندوق الصوتى من غضاريف (٢)

أكبرها حجماً الغضروف الدرقي أو الترسى ، الذى يصبح بعد البلوغ ، بارزاً فى مقدم عنق الذكر . نسميه نحن تشبيهاً : «جوزة الرقبة» ويسميه الأفرنج استعارة : « تفاحة آدم » . . .



والحنجرة فى الذكر البالغ ، قطرها عمودياً ٤٤ ملليمتر وأفقياً ٤٣ . ومحيطها ١٣٦ . وفى الأنثى البالغة ، قطرها عمودياً ٣٦ ملليمتر وأفقياً ٤١ . ومحيطها ١١٢ . وتحتوى على نوعين من الأوتار :

الحنجرة والقصبه

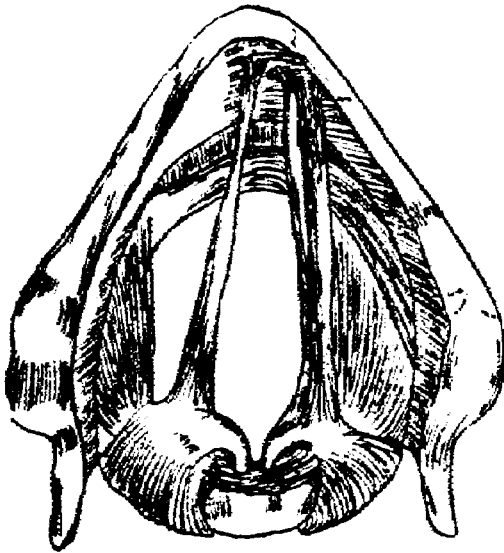
وشعباتها

١ - الأوتار الكاذبة ، التى لا صلة لها

مباشرة بتكوين الصوت . ونجدها فى الجزء الأعلى من الصندوق الصوتى .

٢ - الأوتار الحقيقية ، ، التي تخرج الصوت . ونجدها في أسفله .
فعندما تصاب هذه الأوتار بمرض التدرن ، يظل الأمر ملتبسا علينا حتي يفقد المريض صوته .

ويصل باشلس كوخ اليها بواسطة : ١ - الدورة الدموية . و ٢ - الدورة الهوائية . و ٣ - التنفس . و ٤ - البصاق ، اخراجا وبلعا . فمروره باستمرار في الحنجرة ، يعرضها للعدوى ويحدث فيها التهابا أو تقرحا درنيا . ولكن غالبا ما تقترن هذه الاصابة باصابة جلدية ذئبية ، نجدها على الوجه ، فيكون الالتهاب عندئذ من النوع الليفي البطيء ، لا من النوع السريع المشتعل .
فالقاعدة العامة هي أن سل الحنجرة اصابة ثانوية ، أى أنه نتيجة بؤرة درنية حية موجودة في مكان آخر من الجسم . وهذه القاعدة تطبق على ٢٠ - ٣٠ في المئة من المصابين بالسل الرئوى الذين نجد في بصاقهم باشلس كوخ .
على أن لكل قاعدة شواذ ولكن لا تكون الاصابة أولية ، الا نادرا جدا .



الأوتار الصوتية

(منظر عمودى)

لهذه الاصابة أربعة أنواع :

المحتقن وفيه نجد الأنسجة متورمة .

المتقرح وفيه نجد الأنسجة ممزقة .

الملتهب ضمن الغضروف .

المتورم العمومى .

وقد يجتمع نوعان أو أكثر أو جميعها ،

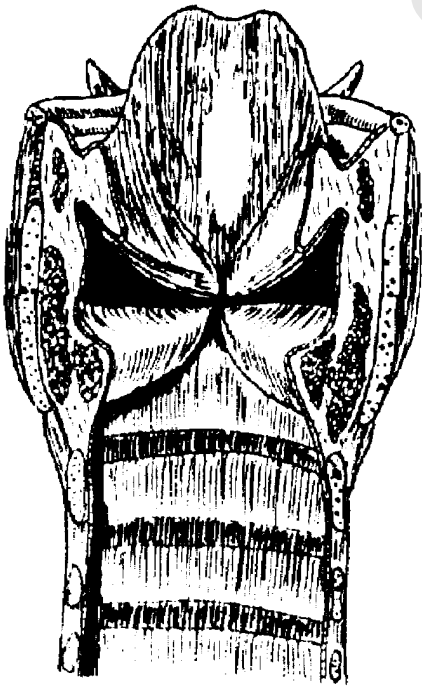
في آن واحد . ويقال أن الالتهاب يبتدىء

في جنب واحد من الحنجرة في الجهة

الموازية للرئة المصابة ولكن ذلك لا يزال قيد البحث . والذي نعلمه هو أن

التدرن غالبا ما يبدأ بتورم الجدار الخلفى، عند جذور الأوتار السفلى الحقيقية .
لذلك يحصل تبدل وتغير فى رنين الصوت وحجمه . عندئذ يجب فحص الرئتين،
ثم فحص حنجرة كل مصاب بالسل الرئوى، فتمى عرفنا المرض فى بادىء أمره،
هيا نأله علاجا مناسباً وتمكنا من تداركه قبل استفحاله .

يشعر المريض فى الدور الأول من الإصابة ، بتعب وبسعال وبحة خفيفة
فى صوته - وهذه الاعراض لا تلبث أن تشتد وتزداد وضوحا مع الأيام -
حتى يصل المريض الى مرحلة الألم عند الازدرداد . فلا يبقى عندئذ مجال للشك
ويصبح التشخيص اذ ذاك سهلا . ولكن يعترضنا التمييز بين أمراض ثلاثة فى
الحنجرة : ١ - السل . ٢ - الزهري . ٣ - السرطان .



الحنجرة والأوتار

(منظر أفقى)

السرطان فى الحنجرة : يظهر بعد سن

الأربعين، بين قواعد الأوتار الكاذبة والحقيقية .
وينتشر أفقيا أو عموديا . ويهاجم الغضاريف
ناخرا للانسجة ، فتبدو رمادية فاتحة .

يبتدىء المرض فى جهة واحدة من الحنجرة
ويسبب بحة فى الصوت وأحيانا فقدان الصوت
بالكلية (١) . وقد يسعل المريض ويتنخع
بلغما مخاطيا ، صديديا ، ذا رائحة كريهة جدا .
فاذا استمر فى الانتشار، هاجم الأعضاء المجاورة
كاللسان والمرى (٢) والبلعوم (٣) .

يصبح تشخيصنا للمرض أكيدا ، اذا قطعنا

جزءاً من الورم وفحصنا بالمجهر ، الأنسجة التى يتركب منها .

الزهرى فى الحنجرة: اصابة أولية نتيجة «السيروخيت» أى مكروب الزهرى، الذى يدخل فم المدمنين على العلاقات التناسلية غير الطبيعية ويعلق بالحنجرة وهذا نادر . وقد رأيت حادثة كهذه اشتدت اعراضها وارتفعت الحرارة فيها وعولجت مدة طويلة كالبرداء (حى المالاريا) !

أما القاعدة فهى اصابة ثانوية . ونجده كسائر الاعراض الثانوية للزهرى ، مرافقا لاعراض اخرى خاصة كالطفح الجلدى وتضخم الغدد فى العنق ولطخ مخاطية على الشفتين . وفى المرحلة الثانية من المرض ، تظهر الاصابة قروحا سطحية ، بجوار الأوتار الحقيقية ويصبح المريض أجش الصوت ابجه . ولكنها تضمحل بسهولة اذا استعملنا الأدوية اللازمة . ويشفى المريض بدون أن يسبب للطبيب المعالج تعباً كثيراً .

أما اذا بلغ الداء الدور الثالث من التقرح والتخريب فى الأنسجة ، فانه يصبح عضالا . ونرى اذ ذاك تورما غريبا نسميه « صمغة » (١) . واذا اصبحت اللهاة (٢) وحدث نخر فى غضاريف الحنجرة ، رافق بحمة الصوت ضيق فى التنفس . أن تشخيص هذا المرض يتوقف على « تفاعل وسرمن » والتاريخ المرضى .

والآن نعود الى التدرن فى الحنجرة فنقول: يُخطئ من يؤكد أن هذا المرض لا يجىء اصابة أولية . فأننا نجده فى أشخاص لا أثر للتدرن فى أى جزء من أجزاء جسمهم .

حدثنا الدكتور كارنو استاذ كلية الطب فى جامعة باريس، عن ابنة كورسيكية جاءته يوما تشكو التهابا حادا متسعا فى حلقتها ، لم يسبب لها لا صعوبة فى التنفس

ولا بصاقا ولا نزيفا من الرئة . ولم تكن تشكو الا من ألم شديد عند الشرب .
فبعد فحص الالتهاب الممتد الى الحنجرة ، وجد فيه درنا جاورسية وباشلس
كوخ . ولم يمر وقت طويل ، حتى أخذت تظهر اعراض التدرن الجاورسى فى
الرئة . وظل التفاعل بالتوبركلين سلبيا . ثم ارتفعت الحرارة بشدة بعد ظهور
الاعراض الرئوية .

أمام حقائق كهذه ، نستنتج أن باشلس كوخ لجأ الى البلعوم والحنجرة
وأحدث فيهما اصابة أولية . ثم بعد ذلك ، هاجم الرئتين والحق بهما الاصابة .
يسهل التشخيص اذا كان المريض مصابا بالسل الرئوى أو يشكو من بحة فى
الصوت أو صعوبة فى الازدرداد . فاذا فقد صوته بالكلية - وهذا نادر - اقدمنا
حالا على فحص الحلق والحنجرة بالاجهزة الخاصة ، كنظار الحنجرة . فربما
وجدنا تقرحا متسعا أو رشحا ، اذ أنه يصعب علينا رؤية العقد الدرنية الجيبية
فى بادى أمرها ، لأنها تكون صغيرة جدا .

فاذا وجدنا الرشح متجمعا بكثرة فى جانب واحد من الحنجرة ، شككنا
فى الحال بمرض التدرن . واذا كان المرض فى مرحلة متقدمة ، ظهر عندئذ فى
الحنجرة ارتشاح وتقرح وعقد درنية . وربما شكى المريض من ضيق فى
التنفس . أما اذا كانت الاصابة مصحوبة بحمى أو كانت شديدة الشكيمة ، مسببة
لفقر الدم والنقص المستمر فى الوزن ، عندئذ يسهل التشخيص كثيرا . واذا
عثرنا على باشلس كوخ فى البصاق ، أصبح التشخيص بالطبع ايجابيا لا شك فيه .
يسهل الالتباس فى الحنجرة ، بين التدرن والدور الثانى للزهري ، أكثر
بما بينه وبين السرطان . لان الزهري يحدث كالتدرن نخرا وتقرحا فى اللهاة
ويساعد على التكوين الندبى .

أما علاج التدرن فى الحنجرة ، فيختلف كثيرا . ففى العلاج العمومى

نستعمل المقويات وحقن الذهب في الاوردة والعضلات والمادة المشيلية المضادة (التضاد الكحولى) من معهد باستور .

وفي العلاج الموضعى ، نستعمل الادوية الكاوية كالمنتول وحامض الاوليك والجامض اللكتيك والكحول . ثم أشعة الشمس المنعكسة ومصباح ثانى أو أكسيد السليكون المتبلور ومصباح كروماير والدياترمى والرادىوم . وهذه نقف تاركين التفاصيل للطبيب الاختصاصى لأنها لا تهم سواه .



الفصل الثالث والعشرون

التدرن في المجارى البولية

١ - سل الكلى :

قبل الخوض في هذا الموضوع ، أريد أن أذكر كلمة عن الكلية و تركيبها الداخلى الدقيق وقيامها بعملها فأقول :

ترتكز الكليتان فى الجزء الخلفى السفلى من الجوف ، على جانبي السلسلة الفقرية . وهما مبطنتان بطبقة من الدهن . أطرافهما العليا على مستوى الحدود العلوية للفقرة الثانية عشرة الصدرية . وأطرافهما السفلى على مستوى الفقرة الثالثة القطنية (١) . والكلية اليمنى تكون عادة أوطأ بقليل من الرئة اليسرى وربما يرجع السبب فى ذلك الى امتداد الفص المجاور من الكبد .

الكليتان فى الاناث أحط فى الوضع قليلا منهما فى الذكور . والكلية اليسرى أطول قليلا وأضيق من الكلية اليمنى . أما معدل طول الكلية فهو ١١ر٥ سنتيمترا . وعرضها ٥ر٥ . وسمكها ٣ر٧ ووزنها فى الذكر بين ١٣٠ و ١٧٠ جراما . وفى الانثى بين ١١٥ و ١٥٥ . وتشبه الفولة فى شكلها .



الكليتان (منظر خلفى)

يتألف داخل الكلية من أقنية صغيره تحمل البول وتنقسم الى : ١ - المتعرجة (٢) . و ٢ - المستقيمة (٣) . فالأقنية المتعرجة تفرز البول وتسمى «غلافات» (٤) . والمستقيمة تجمع البول وتسمى «أنابيب» (٥) .

وربما يتساءل القارىء : قائلًا : كيف تجمع هذه الأنايب البول ؟

الجواب : أن منبع البول هو مصفاة شبكية عنقودية مؤلفة من أوعية دموية دقيقة تدعى «الحزم» (١) لأنها تشبه كتلا مخروطية الشكل نجدها داخل الغلافات. والحزم بأجمعها أو مجموع أنايب ناقلة للبول وأوعية دموية وغلافات، تدعى «جسمًا ملبيجيًا» (٢).

وتركيب «الحزمة» يسترعى الانظار : فهي تتألف من شريان كلوى صغير يسمى «الموصل الداخل» (٣)، أي الناقل من الطرف إلى المركز . يحمل الدم إلى الكلية مباشرة. ويتفرع بعد دخوله الحزمة إلى عدة شعريات ملتوية تتجمع فيما بعد، لتخرج من الكلية بشكل وريد صغير، يسمى «الموصل الخارجى» (٤)، أي الناقل من المركز إلى الطرف .

وهذا الغلاف ذو الطبقتين، المؤلف كما قلت من جزئين وهما : المتعرج الذى يفرز والمستقيم - الذى يجمع - يرتكز فوق الحزمة . وبواسطة خلايا (٥) فى طبقتها الخارجة، المتصلة فوق الشعريات (٦) الدقيقة، المتفرعة من الشريان الكلوى، تمتص من الدم جميع العناصر المضرة والسامة لأجسامنا . فالكليتان إذا هما من أعضاء النقص فى الجسد .

يقول الأستاذان بومان وهايدنهاين أن الاملاح غير العضوية (٧) والجزء المائى فى البول تفرز بواسطة الحزمة، بينما حامض البوليك والأجسام المشتركة الأخرى تفرز بواسطة الأوعية الملتوية أى الغلافات .

حسبى ما تقدم لأوضح للقارىء تركيب الكلوى المختلط المعقد مبينًا له كيف أن بعض الخلايا تمتص، بقوة خاصة بها، مواد ضارة لأجسامنا من شبكة

(١) Glomerulus (٢) Malpighian Body (٣) Afferent (٤) Efferent (٥) Cells (٦) Capillaries (٧) Inorganic

الاورية الدموية الدقيقة وترسلها إلى أسفل فتصل إلى مجرى أوسع نسميها الكؤوس الصغرى، (١). ومنها إلى الكؤوس الكبرى، (٢)، حيث تصل إلى فسحة واسعة تدعى الحوض الكلوى، (٣). ومنه يجرى الحالبان (٤) إلى أسفل حاملين البول إلى المثانة (٥). فمن هذا البيان، يتصور القارىء عمل التصفية، الدقيق الذى تقوم به خلايا الكلية والضرر الذى يستطيع باشلس كوخ أن يسببه لنا عند عبثه بأنسجتها أو تغييره لتكوينها. يحدث التدرن فى الكلى بأحدى هذه الطرق الثلاث:

١ - أما أن يكون نتيجة إصابة درنية عامة، تعرضت لها الكلية فبدت ملانة بالعقد الدرنية الجاورسية. وهذه الإصابة تنتهى بموت المريض.

ب - أوقد تكون الإصابة أولية فيستقر المرض غالباً فى كلية واحدة.

تبتدىء الإصابة فى الجزء الخارجى أى القشرة الجلدية، ثم تشمل فيما بعد دهليز أو بهو الكلية الذى نسميه الحوض الكلوى. وهو الذى يمتد منه الحالبان كما بينت ذلك فيما تقدم. ثم تنتشر الإصابة فى داخل الكلية، فتحول أنسجتها إلى نسميها، النسيج الحشوى، (٦)، إلى كتل معتلة متجينة. عندئذ نجد فى الكلية عقدا درنية جاورسية، لاتعد ولا تحصى وجيشاً كبيراً مهاجماً من باشلس كوخ. وهذه الكتل الرمادية المتجينة تتكلس مع الزمن، فتمنع الكلى من تأدية وظيفتها وتلف الأنسجة الصحيحة فيها.

فالتهاب كهذا، بعد أن يتفاقم أمره فى الكلى، ينحدر فى الحالب إلى أسفل وينتهى بإصابة المثانة، خلافاً لما يزعم الذين ينكرون وجود السل الكلوى

(١) Minor Calices (٢) Major Calices (٣) Pelvis of Kidney (٤) Ureters

(٥) Bladder (٦) Parenchyma

الأولى ويقولونه أنه دائماً من مضاعفات السل الرئوى .

ت : وأخيراً قد يكون سبب الإصابة فى الكلى ، امتداد من المثانة المصابة الى أعلى . وهذه الحالة تظهر على الأخص فى المراهقين الذكور المصابين إصابة درنية أولية فى الأعضاء التناسلية . لأن المجارى البولية والأعضاء التناسلية فى الذكور - خلافاً للإناث - تتصل بعضها ببعض . وفى مثل هذه الحالة ، قد تكون الإصابة فى الكليتين معاً فنجد الحالب متصلاً ضخماً وربما تعذر وصول البول بعد حين من الكاية الى المثانة .

ومع أن التدرن فى الكلى يكون عادة بين سن العشرين والاربعين ، إلا أنه يحدث أحياناً فى أى عمر آخر .

أعراض المرض : يكون المرض فى البداية غامضاً جداً ، يشبه بوجوده فى الذكور أكثر من الإناث . فيشكو المريض ألماً فى الجنب ويشعر دائماً بالحاجة إلى التبول . وإذا حفظنا البول مدة ، وجدنا فيه مادة زلالية أو صديدية مصحوبة بالدم . وقد يكون هذا مانسميه «بول كيلوسى» ، أو «بول لبنى» ، (١) ، فيظهر كسائل أبيض تتخلله أحياناً عروق حمراء . ثم ينقص وزن المريض ويزداد عرقه ليلاً وتعرؤه حمى متقطعة . وأحياناً ليسفر الفحص عن وجود باشلس كوخ فى البول نفسه .

عند تشخيص التدرن الكلوى ، يجب أن تمثل أولاً وجود مرض التدرن أما فى الرئتين أو فى الأعضاء التناسلية ، مع نفي كل التباس بين تدرن الكلى والحصى الكلوية . فلهذين المرضين أعراض كثيرة متشابهة . ولكن الفروق الرئيسية بينهما هى أنه فى التدرن الكلوى (بعكس الحصى) لا يزيد التعب أعراض

المرض . ويكون الدم في البول أقل والوجع أخف على طول المجرى من الكلبي إلى المثانة . ولا يحس المريض بالآلام عند الضغط على الكلية العلية . وبهذه المناسبة أقول أن مرض الحصى في الكلبي أكثر شيوعاً من مرض التدرن .

وأكبر عون لنا على التمييز بين العلتين ، هو منظار المثانة (١) وتصوير الكلبي بالأشعة . وأحياناً نسحب البول بأنبوب دقيق من كل كلية على حدة لفحص أفراسها عند العلاج الذي يجب أن نراعى فيه كل طريقة من طرق التدرن الثلاث . وربما استعملنا الأشعة البنفسجية أو أشعة اكس أو حقن التوبركلين أو محلول الذهب الذي لا بد من الحذر والتحفظ في استعماله . وربما لجأنا في الحالات المستعصية إلى العلاج الجراحي وإزالة إحدى الكليتين .

٢ - سل المثانة

هذه الإصابة قليلة الوقوع . وهي تابعة لإصابة الكلبي وغالباً نجد هامة مرتبطة بتدرن الأعضاء التناسلية في الذكور ، حيث نرى الداء فيهم يهاجم المجارى البولية والأعضاء التناسلية في آن واحد . في حين أن في الإناث ، يصاب أحد هذين الجهازين لاستقلال الواحد استقلالاً تاماً عن الآخر .

تظهر الأجزاء المصابة في المثانة بشكل عقد رمادية اللون مائلة إلى الاصفرار أو نتوءات مستديرة ، لا تلبث أن تنتشر داخل المثانة كلها وتمتد إلى أجزاء مجاورة لها ومتصلة بها . والمثانة خزان لجمع البول . وبطانها التي تمنع النضج ، غشاء مخاطي ناعم كالمخمل أو القطيفة ، إذا أدركه المرض تقيح وظهرت على أطراف القروح تلك العقد الرمادية السابق وصفها .

في هذه الحالة ، يشكو المصاب لطيبه كثرة التبول والام عند خروج البول . وربما شكا عجزه عن ضبطه داخل المثانة . وهي حالة التهاب في المثانة نسميه ذات المثانة ، ويكون فيه البول عكرا غير شفاف ، له راسب لبنى يحتوى بعض كريات الدم الحمراء التى تخرج مع آخر نقط البول كما يشاهدها المريض . فلو فحصنا البول تحت المجهر ، لما وجدنا فيه باشلس كوخ ، لان هذا الميكروب يبقى في الكليتين ويبعث بسمومه المرتشحة الى المثانة . فليس من الضروري أن تنشأ الاصابة هناك من الميكروب نفسه بل غالبا ما يسببها شكله غير المنظور الذى سبق ذكره في الفصل الاول . فهذه الاصابة اذن تابعة لاصابة الكل الى ايرجى شفاؤها إلا بازالة السبب الاصلى . لذلك نلجأ الى استئصال الكلية المصابة ، حتى لا يمتد المرض منها الى الاخرى . أما اذا كانت الكليتان مصابتين معا ، فلا يبقى لنا إلا العلاج العمومى المخفف المسكن الوقتى . ولكى نعلم اذا كانت الكلية مريضة أولا ، ندخل مرجاسا (١) دقيقا في الحالب ونستخرج من الكلية نفسها بولا نفحصه تحت المجهر أو نحقق به خنزير غينيا ، لنصل الى نتيجة ايجابية .

جاء عيادتي بالقاهرة مريض في الخامسة والستين من عمره . وكان قد قضى نحو عشرين سنة وهو مصاب بالتدرن في الكليتين والمثانة . وصار يشعر بخفقان في القلب وهبوط في ضغط الدم . فقلت لزوجته ان لا أمل بشفاؤه تماما ، بعد أن أصبح على هذه الحالة . وكل ما أستطيعه هو تخفيف أوجاعه وإطالة حياته على قدر الامكان . وفي الواقع لم تنقض ستة أشهر حتى توفي المريض على رغم العلاجات التى عوаж بها .

من العلاجات المساعدة على التدرن في المثانة ، الاشعة البنفسجية ومصباح

فنسن والتوبركلين ، حقنا أو شربا واستعمال المطهرات الموضعية في المثانة . ومن مخففات الألم استعمال الحرارة موضعيا .

٣ - سل المبولة

المبولة هي القناة التي يجرى فيها البول من المثانة الى الخارج . فاذا كانت مصابة ، نجد على طول مجراها عقدا جاورسية وأحيانا خراجات كبيرة . وهذه المبولة في الذكر ، تمر عند قاعدة المثانة ضمن غدة تسمى غدة المثانة ، (١) لها علاقة بالتدرن المبولي .

أما العلاج النهائي ، بعد فشل العلاج العمومي ، فهو الاستئصال . وهي عملية جراحية خطيرة ، كثيراً ما تنتهي بالموت .

الفصل الرابع والعشرون

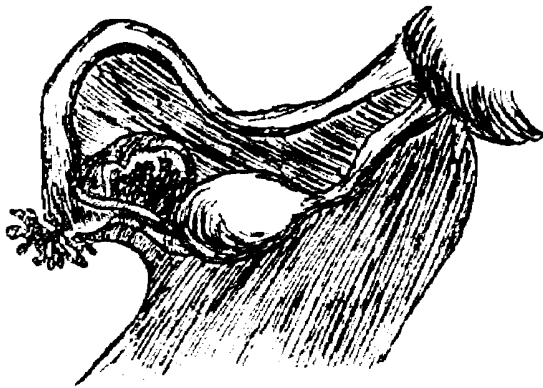
سل الاعضاء التناسلية

ذكرت في الفصل السابق ، أن تدرن المسالك البولية في الذكر ، يتناول الاعضاء التناسلية ، ذلك لاتصال هذين الجهازين بعضهما ببعض . أما في الانثى ، فالجهازان منفصلان ، فتقع الاصابة في كل منهما على حدة .

١ - سل الأعضاء التناسلية الانثوية :

١ - سل قناة فلويوس (البوق) . قناتا فلويوس أو البوقان ترتكزان على الجانبين في الاربية فتربطان المبيضين من الجهتين بالرحم . تمر بهما البويضات من المبيض الى الرحم حيث تلتقى بمنى الذكر فتتحد معه ويحدث اذ ذاك الاخصاب وتوليد الحياة .

تصاب قناة فلويوس بالتدرن أكثر من كل جزء من الاعضاء التناسلية الانثوية وتكون الاصابة غالبا أولية . وإذا امتدت اليها الاصابة من أجزاء أخرى من الجهاز التناسلي ، كانت في هذه القناة أكثر شدة ولا يحدث المرض في بادئ الامر تغيرات باثولوجية في الانسجة . فلابد ان يتحقق من



القناة والمبيض

وجوده نعود إلى فحص إفراز البوق المخاطي تحت المجهر ، فنجد الباشلس بسهولة . بعد أن يقطع المرض مرحلة من الوقت ، نجد أنسجة القناة متورمة غليظة وأحيانا رقيقة تنتشر فيها الدوالي (١) وتمدد فيها الاوردة وتغطيها بثور جبنية درنية جاورسية .

وإذا قطعنا هذه الانسجة لنرى ما تتطوى عليه ، وجدناها مليئة مادة صديدية متجينة . ووجدنا تغيرات في غشائها المخاطي ، كما يحدث في مواضع أخرى عندما تصاب بالندرن ، كالاختقان والتورم والارتشاح المسبب من التهاب الدرني الذي يحيط عادة بالعقد المتجينة المتبعثرة .

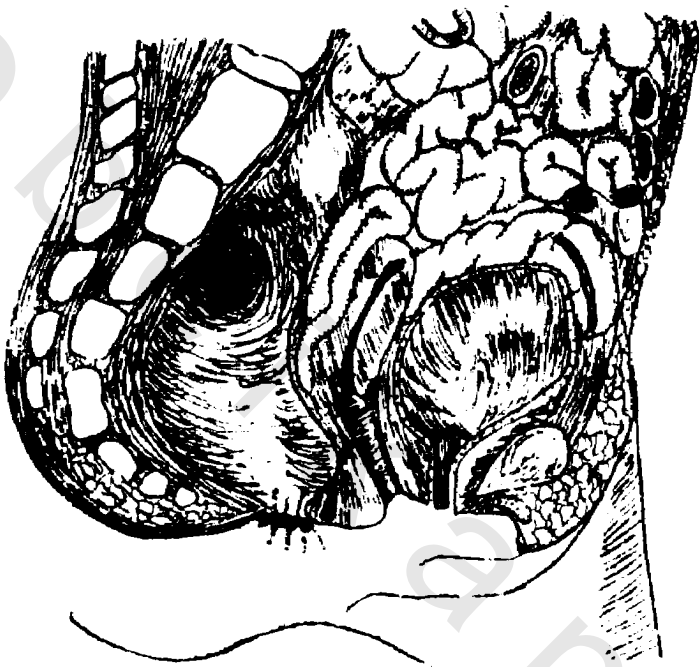
وفي التهاب الدرني المزمن تلتصق قناة فلوبيوس بالاعضاء المجاورة لها وترتبط غالبا بالمبيض وأحيانا بالرحم وبالمعى المستقيم حتى وبالزائدة الدودية وبأجزاء أخرى من الامعاء . وفي هذه الحالات تنتفخ القناة وتتورم وتمتلئ مادة صديدية ويصبح نجيحا واضحا . وأحيانا تحرق المادة الصديدية جدارها وتتسرب الى جوفة الحوض وترسو فيه ضمن جيوب أو انعكاسات الانسجة المجاورة المختلفة .

وإذا تساءلنا عن سبب اصابة أعضاء الانثى التناسلية وعلى الاخص قناة فلوبيوس بالندرن ، تطرأت الى ذهننا فكرة دخول باشلس كوخ محمولا على منى الذكر اليها . أما هذا الرأي فلا يمكن اثباته بعد ، على رغم أن البعض يؤكد زاعما أن هذا - ولو نادرا - يحدث أحيانا . أما وصول الباشلس الى هذه الاعضاء وعلى الاخص الى قناة فلوبيوس ، فيكون عادة عن طريق الدورة الدموية وتكون الاصابة أولية أو بالامتداد من اصابة سابقة في البريتون . وبواسطة الافراز المخاطي ، تتسرب العدوى من القناة إلى الرحم وإلى المهبل (الفرج) . وأحيانا تنعكس الاصابة . أى أن الباشلس يتسرب من الاعضاء التناسلية الموبوءة ويزرع الاصابة في البريتون .

وبما يساعد على ظهور الاصابة الدرنية في قناة فلوبيوس ، عدم نمو الاعضاء التناسلية بعد البلوغ وبقائها طفلية .

ب - سل المبيض . لا يصاب المبيض بقدر ما تصاب بقية الاعضاء التناسلية

الاثوية . وقد يمكن أن تكون الإصابة أولية ، تصل اليه بالدورة الدموية . ولو فحصنا أنسجته تحت المجهر لظهرت لنا فيها بوضوح عقد جاورسية متعددة .



الاعضاء التناسلية والمجاري البولية في الاثوية

أما الانسجة المجاورة للمبيض ، فتصاب كثيراً وتكون الإصابة ثانوية وتسرّب اليها من سل في قناة فلوبيوس (البوق) أو في جزء من الامعاء أو البريتون . وفي هذا النوع الأخير من الالتهاب ، عند ما يتكاثر الارتشاح ويتسرّب اليه الباشلس ، يملأ أحياناً جيب

دجلاس (١) وينقل العدوى الى ثايات البريتون في الحوض .

أما التغيرات الباثولوجية التي نجدها في الانسجة المجاورة للمبيض وثايات البريتون في الحوض ، فنشبهه ما نجده عادة في أجزاء أخرى من البريتون . حتى أن الباشلس يمكن أن ينتشر في المبيض نفسه ويظهر لنا ، مع طول مدة الإصابة ، ضمن عقد كبيرة متجينة .

ت . سل الرحم (٢) . الرحم هو العضو الذي يحمل الجنين في البطن عدة شهور . يصاب غشاؤه المخاطي وعضلاته بالسل . وفي أول الامر ، نجد عقداً جاورسية صغيرة مجهرية منتشرة على الاغشية ، وهذه العقد تكبر وتتجمع

(١) Pouch of Douglas : جيب دجلاس أو دوغلاس . وهو جراب مكون من ثني

البريتون بين المستقيم والرحم . (٢) Uterus

مع طول مدة الإصابة ، إلى أن تبدو لنا عقداً كبيرة متجبهة . ولا يقف عمل المكروب عند الغشاء المخاطي ، بل يخترقه أحيانا ويدخل الطبقات العضلية ويحدث ضعفا في قوة الرحم على التقلص .

يصيب السل جسم الرحم أكثر من عنقه ، لأن العدوى تصل إليه من قناة فلوبيوس وتنتشر إلى أسفل . وأحيانا - وانما هذا نادر - تستمر في سيرها السفلى إلى أن تصل إلى المهبل (١)

ث : سل المشيمة (٢) . تصل الإصابة إلى المشيمة أى «الخلاص» ، غالبا كإصابة أولية عن طريق الدورة الدموية . ونجد الباشلس فيها منتشرا على سطح الخمل والعقد الدرقية ، بين خملة وأخرى . وتظهر بعضها متقرحة وقليل ما نجد العقد الدرقية ضمنها .

أما الغشاء الخوريونى ، أى الغشاء الخارجى من أغشية الجنين والغشاء الأمنيونى (الصاءة) أى الغشاء الداخلى ، المصابين بالتدرن ، فقليل ما نجدهما متقرحين . وفى حالات قليلة جدا نجد باشلس كوخ ضمن جسم الجنين نفسه . أما الإصابة فتدخل المشيمة أحيانا من أوردة الخمل المتقرحة المتمزقة وهكذا يتسرب الباشلس من الدورة الدموية فى الام إلى الدورة الدموية المشيمية (٣) .

٢ - سل الأعضاء التناسلية فى الذكر .

١ - سل الخصية والبرنج (٤) والبروستاتة (غدة المثانة) .

يصل المرض الى هذه الاعضاء بالدورة الدموية وربما وصل اليها متبعا مجرى الإفراز المنوى . فتمت أصاب أحد الجهازين البولى أو التناسلى - وعادة يبدأ

(١) Vagina (الفرج) . (٢) Placenta (٣) راجع فراهة الفصل الاول وما

يتضمنه عن الفيروس المرشح . (٤) Epidydemis

بالكلى ، أى أن الإصابة تمتد من أعلى إلى أسفل - لا يلبث أن يمتد إلى سائر الأجزاء فى أقرب مدة ويعم الجهازين معا . على أن البرنج يبتلى بأوفر قسط فنتمو فى أغشيته عقد صغيرة وتصبح بعد قليل واضحة فيبدو متضخما . وتلين هذه العقد أحيانا فيظهر فيها التجبن والتقرح . أو يشفى البرنج من تلقاء نفسه . ولكنتنا فى الغالب نضطر إلى الاستعانة بالجراحة أو الأشعة المختلفة وحقن التوبركلين وأشعة اكس وما إلى ذلك من ضروب العلاج .

أما أنساج العضو المصاب فتظهر محتقنة ونجد فى «الخللى» منها عقدا درنية متجبنة ، يزداد حجمها إلى أن تملأ المجارى والأقنية .

ان الإصابة فى الخصية شديدة الشبه بما نراه فى الالتهاب الرئوى الشعبي .



أى أنها تمتد وتتسع فيها كإصابة مرتشحة ، متقرحة ، متجبنة . وأحيانا تتطور منقبة الى نسيج ندبي . وعندئذ تبدو لنا الخصية كبيرة الحجم متورمة وعند الضغط عليها نجدها متحجرة .

أما الطبقة الغمدية للخصية (١) فتظهر الإصابة فيها كعقد صغيرة أو كبيرة وربما سميت ارتشاحا وقيلة مائية (٢) والتصاقا بين طبقتى هذا الغلاف . وهذه العقد تنخر أحيانا الطبقة الغمدية الخارجية والجلد

جزء من الاعضاء التناسلية والمجارى البولية فى الذكر وارتباط بعضها ببعض

وتظهر عليه بشكل متفرح تجعلنا ندعوها «الخصية الاسفنجية» . أو تسبب ناسورا يفرز مادة صديدية الى الخارج .

السل في الخصية كثير الوقوع والاصابة به تقع في كل دور من أدوار العمر . وتظهر في خصية واحدة أو في الخصيتين معا .

ب : سل الحبل المنوى (القناة الناقلة للمني) (١) . يرتبط بسل الاعضاء التناسلية والبولية وتظهر فيه الانسجة متورمة ومغطاة بعقد متجنبة تسد أحيانا فوهة القناة فتعيق مرور المنى او تمنعه بالكلية .

ت : سل الحويصلات المنوية (٢) . يرتبط بسل الاعضاء التناسلية والبولية وانما يمكن أن تصاب بمفردها بالبلاسل الذي يتسرب اليها من الخصية . فيتكاثر فيها ويحدث التهابا في غشائها المخاطي ثم ضررا حقيقيا في انساجها . فتظهر العقد المنجنبة مصحوبة بتقرح واسع في الاغشية .

واذا أصبحت ندية وشفيت ، أقفلت المخرج الى القناة التي تقذف بالمني الى الخارج وانقلبت الحويصلات المنوية الى كيس مقفل يزداد مع طول المدة انتفاخا وتورما .

وبالاجمال يمكنني القول أن أعضاء التناسل تصاب بمرض السل اصابة أولية مستقلة أو ثانوية لاصابة درنية أخرى في الجسم وعلى الاخص في الرئة . ويكثر السل بين الاطفال الذين تتراوح أعمارهم ، بين الستين والاربع سنوات ويسطو على الاولاد الاكبر سنا والبالغين .

الفصل الخامس والعشرون

السل والزواج والحمل

١ - الزواج : ان القاعدة العمومية هي أن كل امرأة أصيبت بالسل الرئوى ينبغي أن لا تتعاقد على الزواج قبل أن تتأكد ، لمدة ثلاث سنوات على الأقل ، أن رئتيها أصبحتا خاليتين من كل علامة فعالة للندرن . وبالطبع يجب أن يأتى هذا التأكد صريحا من الاطباء الذين عالجوها . ويستحسن تطبيق هذه القاعدة على الرجل أيضا .

٢ - الحمل : لا بد لى فى هذا الباب من اعادة بعض ما جاء فى الفصل الاول من الكتاب . فأقول أن الناس من أيام أبو قراط الى عهد كوخ فى أواخر القرن التاسع عشر (١٨٨٢) ما برحوا يعتقدون أن السل ينتقل بالوراثة فقط . ثم قال الاساطين بعد ذلك من كوخ الى فونتس فى أوائل القرن العشرين (١٩١٠) أنه يسرى بالعدوى فقط من العايل الى السليم . أما الآن فقد ثبت لنا بعد فونتس أن مكروب السل - بشكله المنظور وأسميه « شكل كوخ » ، (١) وغير المنظور ، أي سمومه المرشحة وأسميه « شكل فونتس » ، (٢) - ينتقل بالعدوى وبالوراثة (٣) . وكما ذكرت فى أول هذا الكتاب ، يعود الفضل فى معرفتنا بانتقاله الى الجنين البشرى قبل الولادة ، الى الاستاذين الافرنسيين ارلوان ودوفور ، الذين قاما حتى سنة ١٩٢٦ بتجارب قيمة جليلة الفائدة ، ليس هنا مجال الاسهاب فى شرحها . فأمام هذه الحقيقة ما الذى يفرض علينا عمله بازاء الحوامل المسلولات ؟ وما هو واجبنا نحو الام وجنينها على السواء ؟



جراثشه

obeykandi.com

ان القاضية عمرانية من اعتبار الحامل المصابة غير صالحة لولادة طفل سليم ويجب اسقاط جنينها قبل نهاية الشهر الثالث من الحمل . واذا وضعت يؤخذ طفلها منها ويرسل الى وسط غير موبوء على طريقة جراثيشه (١) الافرنسية . واذا كانت أمه مصابة اصابة متوسطة ، ربما أوجدت عدوى «الفيروس» المرتشح ، اذا كان خفيف الوطأة ، مناعة نسبية في الطفل وتفاعلا يشبه ما يحدثه فيه لقاح ب.س.ج . واذا ترعرع هذا الطفل متأثرا بأشعة الشمس والهواء الطلق والغذاء الكافي ، نشأ سليما .

ولنفرض أن الام مانعت في اسقاط جنينها ، فعلى الطبيب إذ ذاك أن يبدأ بمعالجتها بالاسترواح الاصطناعي . أي أن يحقن الهواء في تجويف البلورا للضغط على الرئة . وكلما ارتفع الرحم ، قلل الطبيب من كمية الهواء . أما بعد الولادة ، فندخل الهواء حالا وبكثرة لتعويض الضغط العمودي الذي كان يحدثه الرحم ويجب علينا اتباع هذه القاعدة العلاجية لان المرأة بعد الولادة تصبح في خطر كبير من انقلاب الاصابة البسيطة الى جاورسية عمومية تنتهي عاجلا بالموت ، اذا لم نمنع بالاسترواح ، انتشار الميكروب . وبالطبع يجب أن يؤخذ الطفل من هذه الوالدة بعد الولادة .

ولكل حالة دواء فلا يصح أن نعامل الحامل في مرحلة تكوين الانسجة الليفية في الرئة كما نعاملها وهي تشكو اصابة رئوية فعالة .

والآن ونحن بهذا الصدد ، لابد من أن نتساءل عما اذا كان لم يشن الاوآن لتتخذ حكومات الشرق الادنى اجراءات فعالة لمنع تفشي هذا المرض ، فأقول : حيث أنه قد تبرهن لنا أن الام المصابة بالسل الرئوى توجد في جنينها

الاستعداد لهذا الداء وأحيانا الداء نفسه ، أفلا يجب على الحكومة أن تسن قانونا تحتم به على وزارة الصحة إيجاد مجلس طبي يحكم بتعقيم كل أنثى ، بعد التثبيت من إصابتها بالمرض . وبذلك نخول دون ولادة أطفال ضعفاء أو مرضى وزيادة عدد المصابين بهذا الداء ؟ (١)

(١) أعد قراءة الفصل الأول حيث نجد كيف أن «فيروس» الباشاس المرتشح ينتقل ، بواسطة الدورة الدموية المشيمية (الخلاص) ، من الأم المصابة إلى جنينها.

الفصل السادس والعشرون

السل والغدد الصم

في جسمنا غدد كثيرة ذات افرازات داخلية تسير مع الدورة الدموية أو اللعابية وترسو في أعضاء أخرى تؤثر في عملها . أي أن هناك علاقة متينة دائمة بين أعضاءنا الداخلية وبين الإفرازات . فإذا طرأ على هذه الغدد طارئ ، كالتدرن ، تطرق إلى عملها الإفرازي خلل لا نلبث حتى نرى نتيجته في جسمنا .

١ - الغدة الدرقية . قائمة في الجهة الأمامية من العنق وفي جانبيه . وتتألف من ثلاثة فصوص يسبب فقدانها السَّغْل أو القزم بعد البلوغ . وأعراض هذا غريبة الشكل كقصور القامة وبروز البطن وبقاء الفم مفتوحاً وصغر العينين وانتفاخ الجفون وإكمداد اللون والبلاهة . وتحتوي الغدة الدرقية على اليود (١) . وقد أصبحنا الآن نعرف شيئاً كثيراً عن علاقتها بالتدرن . ويمكننا القول إن استئصال هذه الغدة أو مرضها أو ضعفها (٢) يسبب ظهور التدرن بشدة . في حين أن تضخمها وكثرة عملها (٣) يضعف أعراض السل . ويخفف وطأته .



الغدة الدرقية

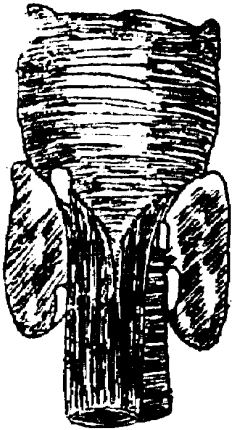
نجد هذه العلاقة معكوسة مع افرازات الغدد التناسلية . أي أن كثرة افراز غدد التناسل ، كما يحدث في زمن البلوغ أو وقت الحيض أو في مدة الحمل ، يهيج السل الرئوي . بينما

-
- (١) يوجد اليود بكمية كبيرة في غدة الخنزير أولاً وتاليها غدة البقر .
 - (٢) كما يحدث في الاوذيميا المخاطية أو الضعفة الدرقية : أي تجمع مادة شبيهة بالمخاط في النسيج الخلوي وحوله في الجسم وعلى الأخص في الوجه ، يحدث مع سقوط الشعر وضعف في القوى العقلية .
 - (٣) كما نراها في «الجوانزه» أو مرض باسيدو : وهو تضخم الغدة الدرقية وجعوظ المبيطين . أو سرعة النبض ، مع ارتعاش في الأطراف وضيق في التنفس ، مع أو بدون جعوظ في المبيون .

الأخصاء (١) يسكنه . لذلك لا ينبغ الجماع للمصابين بمرض السل . ونحتم عليهم الامتناع عن المهيجات (٢) وضبط النفس .

يخيل الى بعضهم أن ما نراه في المصابين بالسل من الميل الى الجماع ، هو نتيجة ملازمة لتأثير سموم المرض المهيجة للغدد التناسلية . وهذا خطأ ، فكثيرا ما يكون الوسط المغرى الذى يعيش فيه المريض وكثرة الغذاء الذى يتناوله وقلة العمل ، من دوافع الشهوة .

٢ - جارات الدرقية (٣) . يوجد عادة فى الجهتين العليا والسفلى من الدرقية أربع غدد صغيرة وأحيانا ستة أو ثمانية . وهذه الغدد الصغيرة الحجم تدعى جارات الدرقية وتختلف بتركيبها الخللى عن الغدة الدرقية اختلافا كبيرا . وهى خلافا لهذه ، ضرورية للحياة . ويقال أن لها علاقة بالتوازن الكلى ومنع السموم من التراكم فى الجسم . فاستئصالها إذن يسبب الموت العاجل بعد ارتعاش وتوتر شديدتين فى العضلات وكزاز .



أما الاختبارات العديدة التى قام بها الكثيرون ، لتثبيت الكلس فى الجسم ولا يقف نزيف الدم من الرئة باستعمال خلاصة غدة جارة الدرقية ، فلم تسفر للان عن نتيجة مرضية .

٣ - وهناك الغدة النخامية (٤) القائمة فى أسفل الدماغ

للجهة الامامية فوق الانف . وهى تتألف من جزئين : جارات الدرقية

الجزء الامامى وهو الاكبر . والجزء الخلفى وهو الاصغر . (منظر خلفى)

وكل منهما مستقل بنوع تركيبه . وكل جزء منها يفرز مادة مختلفة عن الاخرى .

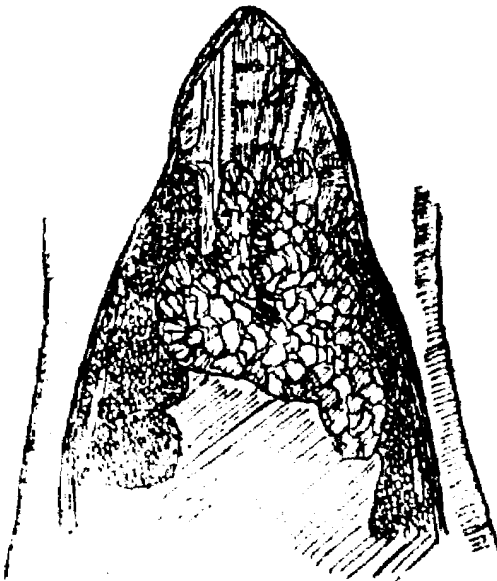
(١) استئصال المذاكر او المبيضين . (٢) ولا سيما جلد عميرة ، عند الفتيان والفتيات

(٣) Parathyroid (٤) Hypophysis or Pituitary

فالجزء الخلفى يفرز مادة تقوى الضغط فى الشرايين . وتحدث اشتدادا وبطئا فى نبض القلب . وتدر البول من الكلى والابن من الثدي . وتحرك عضلات الرحم وتسبب البول السكرى ولاكن استئصالها لا يؤدى الى الموت . أما الجزء الامامى فيساعد على النمو وعلى حفظ السكر فى الجسم . فاذا دب فيه المرض، كبرت الأطراف وزاد النمو والسمنة . وضمرت الأعضاء التناسلية . واستئصاله يؤدى الى الموت . واذا تضخمت الغدة النخامية كلها، أصيب المريض بكبر الأطراف ويول السكرى .

أن الغدة النخامية من عجائب التركيب الجسدى . فهمى بافرازاتها تسيطر على أعمال غدد أخرى عديدة كالغدة الدرقية والغدد جارة الدرقية والثدى والبنكرياس وغدة ما فوق الكلى . وتؤثر على النمو والتناسل فى الجسم . فاذا مرضت وأصاب الفرد داء الأطراف أو السكرى ، علاوة على السل ، استفحل التدرن وكانت النتيجة وبالا .

٤ - الغدة الصنوبرية (١) قائمة فى أسفل الدماغ . يذهب بعضهم الى أنها بقية العين الثالثة التى كانت للحيوان الذى تطور منه الانسان . اذا أعطينا



الغدة التيموسية

خلاصتها حقنا فى الوريد ، سيناب هبوطا فى الدورة الدموية . ويعزى الى الغدة الصنوبرية السيطرة على الغدد التناسلية والقدرة على اخماد الشهوة . فاذا دب فيها المرض ضعفت افرازاتها وتخلصت الغدد التناسلية من حكمها واشتد الميل التناسلى .

٥ - الغدة التوتية (٢) أو التيموسية

أو الصعترية : قائمة فى الصدر بين الرئتين .

فوق القلب وتحت الغدة الدرقية . تستمر

فى النمو الى السنة السابعة من العمر . ثم يحدث فيها ضمور ونحول . وقد يتطرق الورم الى هذه الغدة فيفضى الى الموت . وهناك علاقة وثيقة بين نمو جسدنا وبين هذه الغدة . ويقال أنها تدفع عنا مرض التدرن فى الصغر .

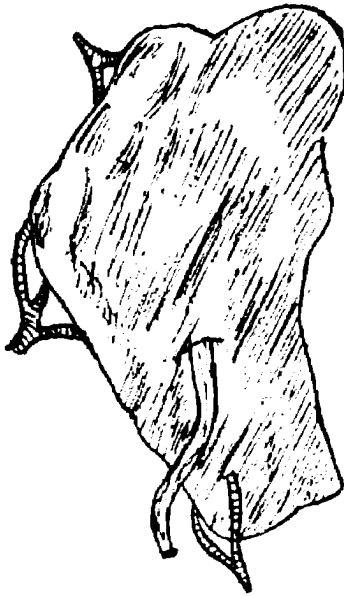


غدة ما فوق الكلوى اليمنى

٦ - غدة ما فوق الكلوى (١) أو الكظران:

فى الجهة الخلفية من البطن يميناً وشمالاً وراء البريتون، فوق وأمام طرف الكلوى الأعلى وهى جزآن: داخلى وخارجى .

فالدخلى يفرز الأدرينالين وله ارتباط بارترفاع الضغط فى الشرايين وبتقوية وبتهدئة نبضات القلب وبالاحتفاظ بميزانية السكر فى الجسد .



غدة ما فوق الكلوى اليسرى

والخارجى أو القشرة، لأفرازاتها علاقة بعملية النمو والتناسل . وقد بين لنا وظائفها المعقدة براون سيكار فى ١٨٥٦ . والأساندة أوليفر وشيفر فى سنة ١٨٨٤ . وما نعرفه الآن زيادة على ذلك هو أن قشرتها تحتوى فى الحالة الطبيعية، كمية كبيرة من مادة ضرورية لمناعة

الجسم. نسميها «لستين» (١) وتتضمن جزءا من «الكولين» (٢). فإذا فحصنا الدم في المختبر الكيماوى ووجدنا «اللستين» فيه قليلا. وفي الوقت نفسه، وجدنا هبوطا في الدورة الدموية، أدركنا ذلك أن في الغدة اعتلالا.

وفي سنة ١٨٥٥ أكتشف الاستاذ الانكليزى أديسون المرض الذى دعى باسمه، أولما نسميه المرض النحاسى. ومع أننا نعزو ظهوره الى مرض «غدة فوق الكللى»، فإن له كذلك علاقة بمرض الغدة الدرقية والغدة التيموسية والغدة النخامية. ونجد مرض أديسون فى الذكور أكثر منه فى الإناث. تظهر فى المصاب أولا اعراض فقر الدم والتعب الجسدى والعقلى. ويصبح لون الجلد نحاسيا، مبتدئا بالوجه واليدين وتحت الأبط وبجوار الأعضاء التناسلية وحلقة الثدي، ثم على الجنبين والأكتاف. وأحيانا نرى هذا اللون على الأغشية المخاطية كالشفة واللثة والحلق وداخل الخد وعلى الأخص داخل الجفن الأسفل. ومدة هذا المرض طويلة. ونعالجه بخلاصة الغدد وخصوصا «الفوق الكللى»، وأحيانا نحصل على تحسين فى اعراضه.

إذا انتقلت اصابة درنية الى هذه الغدة من الكللى المجاورة، تضخمت وأصبحت بحجم البرقوقة وأصبحت بيثور درنية متجبنة. وربما استهدفت أيضا لاصابة درنية جاورسية، فنجد فيها باشلس كوخ نفسه. فإذا عمها الداء، حل الضعف بجميع الجسم وفقد العليل القابلية للطعام وأصيب بسوء الهضم والأرق واعراض أخرى عصبية وانخفض ضغط الدم وارتفع النبض وأصبح ضعيفا وظهر فقر الدم أى الانيميا وبدأ الجلد أدكن اللون حتى داخل الفم والحلق. أما الكف وأخص القدم والأظافر فتبقى على لونها.

وأما النساء المصابات فيتألمن كثيرا أثناء الحيض. وإذا أصيبت الغدتان معا

- وقد يحدث ذلك في العقد الرابع أو الخامس من العمر - يطول المرض مدة خمس سنوات وينتهي بالموت .

نعود الى الكلام عن تأثير مرض التدرن في افرازات هذه الغدة فنقول :
أن ظهور اعراض مرض أديسون لا يحدث تلطيفا أو اشتدادا في اعراض السل فلو حققنا المريض بخلاصة قشرة هذه الغدة (من اللستين والكولين) رأينا غالبا تحسنا في سير مرض السل حتي ولو وجد مصحوبا بمرض أديسون .

وخلاصة القول أن علاقة مرض السل بالغدد الصم ، ذات الافرازات الداخلية، لها علاقة عمومية، لارتباط افرازات الغدد وتأثير بعضها في بعض .
واذا تسرب مرض التدرن الى غدة واحدة، ربما اضطرب الجهاز الافرازي كله فاشتدت لذلك اعراض مرض التدرن.



الفصل السابع والعشرون

أمراض أخرى وتأثيرها على السل

كل مرض يستولى على الجسم فينهك قواه ويقلل من مناعته، يعرضه لمرض السل . وهذا ما يكثر حدوثه بين الأولاد الذين يصابون مثلاً بالحصبة أو بالسهال الديكي . أما القول بأن التهابات الحلق المتكررة والنزلات الشعبية المزمنة، تنتهى لا محالة بالسل، فيخيل الى أنه بعيد عن الصواب . والأصح الأرجح هو أن هذه الحالات مقدمات تشق الطريق وتمهده للسل اذا جاء بعدها .

١ - من هذه الأمراض المغرية ، الزهرى فى مرحلته الأولى . وهى مرحلة مقاومة المرض والاحساسية القوية وسرعة التأثير . فلو دخل مكروب السل فى هذه الفرصة السانحة ، لوجد فى جسد المريض ارضاً خصبة صالحة لنمو بذوره بسرعة وحدة . ولكن اذا كان الزهرى فى مرحلة تكوين الأنسجة الليفية، فلا يستطيع مكروب التدرن أن يعمل كثيراً على تخريب الأنسجة . ولماذا ؟ لان التكوين الليفى هو الطريقة الطبيعية لابقائه . ولذا ذكر بهذه المناسبة المراحل الثلاث: التلقيح والانتشار وتكوين الأنسجة الليفية .

أما اذا دخلت الاصابتان الدرنية والزهرية فى وقت واحد فإن قوة الدفاع فى الجسم تتراجع وتتهزم وتؤدي الى أسوأ النتائج . وليس من النادر أن نجد هذين المرضين معا فى شخص واحد . واذا اجتمعا فيه أصبح لا يقوى على العلاج بالزئبق، فيعالج بالبرموت وعلى الاخص البيفاتول (١) و النيسالفارسان (٢) و النوفارسنوبنزول (٣) . وأنى أنصح كذلك بتجربة مستحضرات الذهب التى

تستعمل في علاج المرضى على السواء. أما الكاديور (١) وهو مزيج من الذهب والكادميوم، فالأفضل أن يعطى بانتباد، حقنا بالوريد ومزوجا بدم المريض. أما مستحضرات اليودور التي تستعمل في مرض الزهري، فيستحيل استعمالها في مرض السل وهو في دور الانتشار. على كل حال يجب أن نعلم إلى فحص المريض بواسطة تفاعل وسرمان في الإصابات المشتبه بها وعلى الأخص في الأطفال الذين يكون أحد والديهم أصيب سابقا بمرض الزهري.

ومن الأمراض المساعدة للسل، مرض الملاريا والسكر والربو:

٢ - نعلم أن الملاريا أصبحت علجا لبعض أنواع الشلل التدريجي،

ولكن كيف تؤثر في التدرن؟

أن الملاريا المزمنة تسبب فقر الدم أي الأنيميا فتضعف مقاومة الجسم للتدرن. وتؤثر هكذا تأثيرا غير مباشر ولكن الاستاذ الكساندر يقرر، بعد درس طويل، أن لا تأثير للملاريا بتاتا في سير التدرن، لو عالجتها بالطرق المألوفة الفعالة. ويذكر حادث طحال متضخم بالملاريا ظنه الذين عالجوه قبله افرازا بلورويا دريسا.

٣ - السكرى لا شك يضعف مقاومة الجسد. أما إذا دخل بأشلس كوخ

جزر لانجرهانز في غدة البنكرياس وسبب مرض السكر، ندرك حينئذ أن الإصابة الدرنية في جهاز المريض، قد تأصلت وأظلم مستقبلا وأصبح أملنا بشفائه ضئيلا. فالسكرى الأولى بسيط ولكن إذا تمكن، كان سببا في ارتباك شديد وخلل في توازننا الصحي، يحول دون تمكننا من دفع التدرن أو حصره ضمن نسيج ليفي.

٤ - والربو. كثيرون من المصابين بالربو يخشون أن يكونوا مصابين

أيضا بالتدرن. وكثيرون يعتقدون أن الربو يؤدي الى التدرن، بدليل ما تظهره الأشعة أحيانا من تضخم في غدد المنصف الصدرى . والصواب هو أن الربو لا يؤدي الى التدرن. بل بالعكس ، فقد دلت الاحصاءات على أن حلول التدرن في المرضى المصابين بالربو قليل جدا .



الفصل الثامن والعشرون

التدرن الطفلى

أدرك القارىء بما تقدم ما للتدرن فى الطفولة من الشأن والخطر على حياة الأمة وما هنالك من الجهود التى تبذلها أوربا وأميركا لمكافحة ومنع انتشاره بين الأطفال. فان فى هاتين القارتين قامت مؤسسات صحية كثيرة، للعناية بالأطفال تعرف باسم «الوقايات». وفى هذه المؤسسات يجمعون الأطفال الضعيفى البنية، الذين يبدو فيهم استعداد لمرض التدرن. ويعالجونهم بالهواء النقى وأشعة الشمس والغذاء الصحيح والرياضة البدنية الملائمة التى تفرض عليهم، تحت رقابة طبية. وتختلف «الوقايات»، عن «المصحات» (٢)، فى أنها تغنى بالأطفال عاملة أعلى وقايتهم من غوائل مرض السل قبل أن يتأصل فيهم، على حد القول المأثور : « درهم وقاية خير من قنطار علاج » .

وهذه المؤسسات لا تكفى بالعناية الصحية الوقاية، بل تصرف جهودا كبيرة الى التربية العقلية والاخلاقية، بتطبيق برنامج مقرر للتعليم العملى المفيد يهيئ الولد لحياة تامة النواحي لا تفسدها البطالة. فهى والحالة هذه معاهد علمية تتوافر فيها شرائط صحية خاصة .

وقد ذكرنا فى الفصل الثانى من هذا الكتاب شيئا عن مؤسسات جرانشه التى تستخدم ممرضات عائدات (٣) لهن مناطق خاصة . فتبحث كل ممرضة فى منطقتها عن الأمهات المصابات بالتدرن وتذهب من حين الى آخر لعيادتهن وارشادهن الى اتباع الأنظمة الصحية فى العائلة . وكثيرا ما تذهب باطفالهن الرضع الى



ارماند دليل

obeykandi.com

مؤسسة جراثشة ، وهذه ترسلهم إلى مرضعات صحيحات الابدان في الريف بعيدا عن الجو الموبوء الملوث ، لينشأوا في الهواء الطلق نشأة صحية .

والافرنسيون وعلى الاخص الاستاذ ارماند دليل (١) يستعملون كثيرا لقاح ب. س. ج (كالمت - جيران) للأطفال ، عند ولادتهم ، سواء كانوا مولودين من أمهات مصابات بالتدرن أو لا . والغرض من ذلك ، إيجاد تفاعل فيهم يكسبهم مناعة خاصة ضد المرض .

وعندى أن تلقح أطفال الأمهات المصابات بالتدرن خطأ ، لانهم يكونون قد لقحوا وهم في الرحم ، بسموم الباشلس المرتشحة التي تجري في دم الأمهات . فالاجدر بنا اذن الاكتفاء بتلقيح الأطفال الذين أصيب آبائهم ، أو أى فرد آخر في وسطهم - لا أمهاتهم . أما الأطفال المولودين من والدين سليمين وليس في وسطهم مريض بالسل ، فلا لزوم لتلقيحهم .

على كل حال ، لا بد كما ذكرت قبلا ، من استعراض اختبارات سنين طويلة وجمع احصاءات عن تجارب عديدة ، قبل أن نقرر نهائيا نفع هذا اللقاح ومقدار فائدته .

هكذا يبذل الغرب جهوداً جبارة في محاربة التدرن الطفلى ، علما منه بما يحجره من المصائب على الأطفال ، في مستقبل حياتهم وبما يخلفه في جسم الامة جمعاء من العوامل الهدامة . فان هذا المرض يضعف النشاط ويستنزف القوى في الفرد . والعاقل يدرك الفرق بين أمة يكثر فيها مثل هؤلاء الافراد وأمة خالية منهم .

وكما زادت معرفتنا بهذا المرض الفتاك ، أدركنا التبعة الملقاة على القاسمين بتربية الأطفال والعناية بصحتهم وضرورة فحص الاحداث من تلاميذ

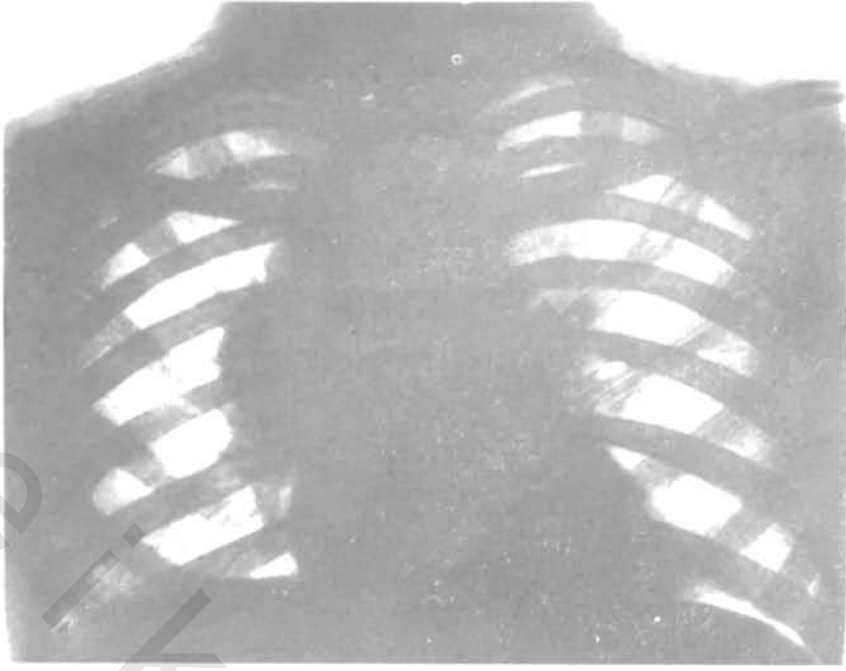
المدارس من آن الى آخر. فقد أثبتت لنا المراقبة الدقيقة وجود هذا المرض حتى في الاولاد الذين تبدو للعين أجسامهم صحيحة. وخلافا لما هو شائع بين الناس، من أن السل لا ينتشر إلا بين الطبقات الفقيرة المحرومة، نجده أحيانا في أطفال الطبقات الغنية، حتى تتوفر لبنائها جميع أسباب الراحة والرفاه من مسكن صحي وغذاء جيد ونحو ذلك من مقومات الحياة الهنيئة.

فلتأكد من صحة الصغار نستعمل امتحان (منتو) (١)، بحسن محقق. محلول التوبركلين بين طبقتي الجلد. فاذا جاءت النتيجة ايجابية، كان من المستحسن فحص الصدر بأشعة اكس وأخذ صورة عنه، لان الفحص بالسماع وبالنقر لا يكفي لاثبات شيء قاطع. وكثيرا ما يكون المرض في أخف أدواره الاولى لا يظهره الا الفحص الدقيق الكامل. فاذا أهملناه أصبح في وقت قصير حادا وعلى جانب من الخطورة.

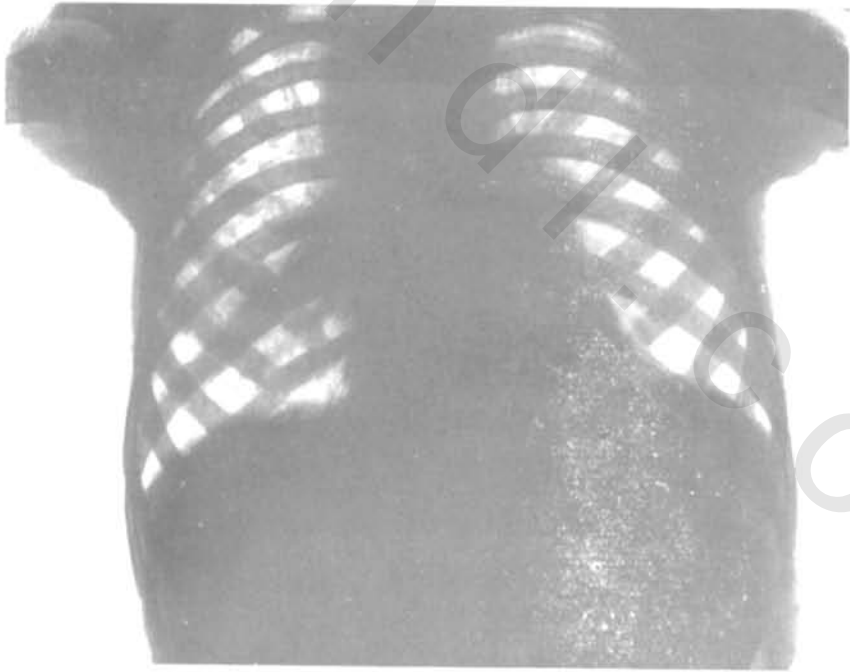
أما شكل المرض ومكان ظهوره في الرئة، فلا يزال موضوع جدل ومناظرة، فليس في وسعنا الجزم بشيء. وكل ما نستطيعه هو أن نقرر مكان الظهور وشكله. وكيف أن المرض في الطفولة، اذا غلب على أمره، وقف عند حد التعقد الابتدائي (الدرجة الاولى) اعواما عديدة، الى أن تظهره أحوال خاصة تضعف مناعة المرء في زمن الشباب أو الرجولة.

كيف تسرى العدوى الاولى الى الطفل؟

تسرى اليه وهو جنين من أمه. وبعد الولادة من مرضته أو ممن يكونون من أهله في المنزل على اتصال به. فقبل الولادة تسرى بواسطة الباشلس غير المنظور، خلال الدورة الدموية المشيمية. وبعد الولادة بواسطة الباشلس المنظور بالمجهر. والفرق بين هذين النوعين من العدوى، هو كالفرق بين قوة الباشلس



إصابة درنية طفالية فى الزاوية الترقوية القصية اليمنى
(إصابة خطيرة)

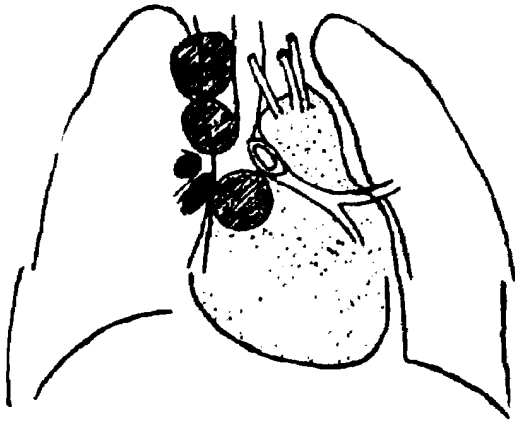


إصابة درنية طفالية فى الزاوية الترقوية القصية اليمنى
تنتشر الى أسفل
(أقل خطورة من الاولى)

obeykandi.com

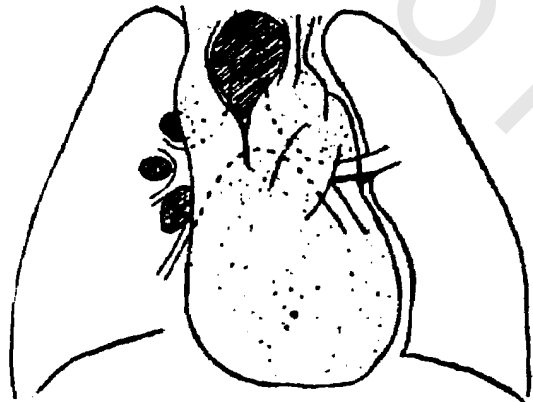
ووسائط سريانه في كلتا الحالين . فالباشاس في الجنين سموم مرتشحة ، قوتها أضعف من قوة الباشلس العادى . وواسطة سريانه واحدة ، هى الام . أما بعد الولادة ، فوسائط سريانه جميع من يحيط بالطفل من المصابين . كيف تظهر فيه العدوى ؟

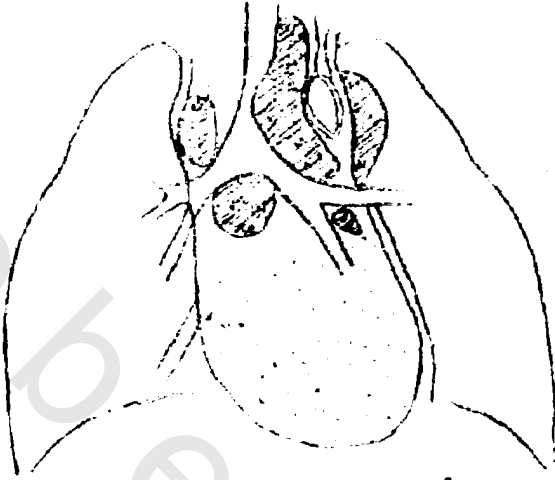
تظهر على لوحة اكس : ١ . كعوبا (١) وعقدا (٢) لمفاوية متضخمة .
٢ . التهابات واحتقانات أوارتشاحات رئوية فضية .
في سنة ١٩٠٧ لاحظ الطيبان فارىو وباره ، عند فحص أحد الاطفال بالاشعة ، خيالات ثابتة حوالى القصبة الهوائية وشعبيتها . وبعد أن توفى الطفل ، فتحا صدره وثبتاً من أن الخيالات لم تكن سوى غدد ضخمة التدرن . ثم أظهرت الاحصاءات العديدة بعد ذلك ، أن هذه الخيالات تقسم بالنسبة الى مواضعها وخطورتها الى ثلاثة أنواع :



النوع الاول يظهر عند الزاوية
الترقوية (٢) القصية (٤) اليمنى وهو أشد
الاسهلات .

النوع الثانى يظهر فى الجهة اليمنى الى
أسفل القصبة الهوائية . وهو أقل خطراً
من الاول .





النوع الثالث يظهر وراء أعلا القص (١) عند الزاوية الأترقية القصية اليسرى وينتشر إلى أسفل وهو الذى نتنفس الصعداء عند اكتشافه ونعال أنفسنا بالشفاء (٢)

ويساعد الطبيب على معرفة هذه الأنواع ، أعراض جمة هي فى الغالب الحمى والسعال وما ينقله مسمع الصدر من لغط يدفعنا إلى التثبت منه بواسطة الأشعة . فبدون هذا التثبت قد يستمر الطبيب فى معالجة الطفل معالجة لا علاقة لها بالتدبر .

وتتراوح المدة اللازمة للشفاء بين السنة والسنتين تختفى على أثرها خيالات الغدد المصابة أو تتكلس بعد شفاؤها ويستمر ظهور خيالاتها بالأشعة .

تكاد تكون أنواع الإصابات فى الرئة مشابهة للإصابات فى الغدد اللمفاوية السابق ذكرها ، من حيث مواضعها وخطورتها كما سترى .

فلاحتقانات الرئوية ، عندما تظهر فى الفص الأعلى من الرئة اليمنى ، تنذر بشدة الإصابة .

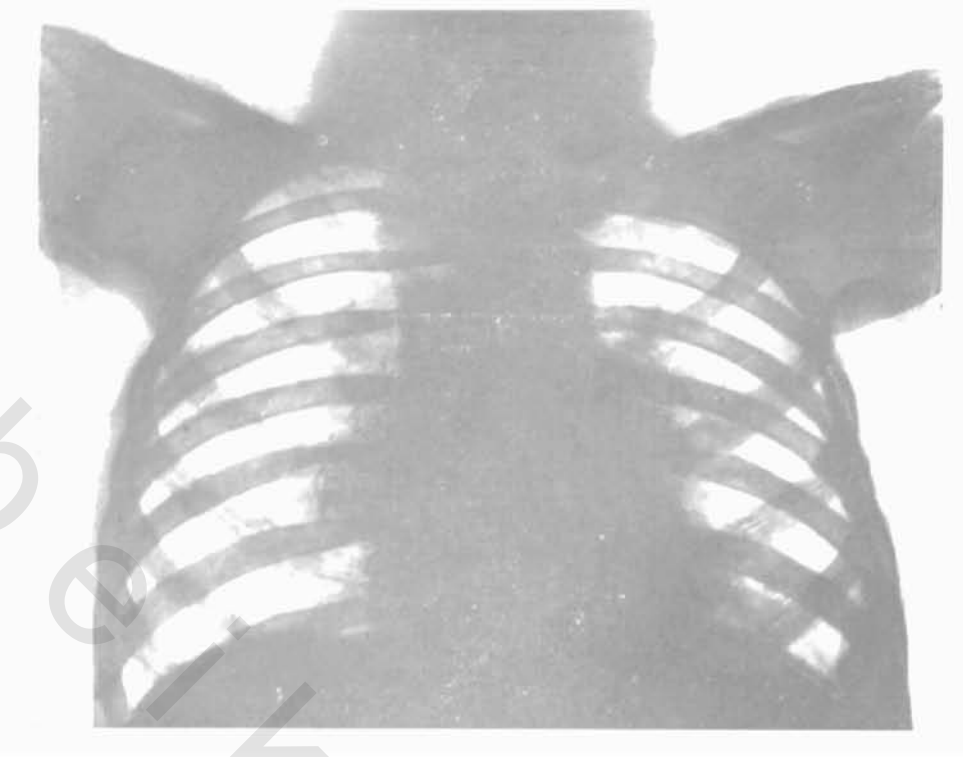
وعندما تظهر فى الفص الأوسط من الرئة اليمنى ، تكون أخف وطأة من الأولى .

أما متى ظهرت عند بكرة السرة اليسرى ، أى مكان اتصال شعبة القصبة الهوائية بالرئة اليسرى ، فتكون أقل الأنواع الثلاثة شأنا .

(١) عظمة الصدر الجامعة للأضلاع .

(٢) انظر الى رسوم الأشعة فى هذا الفصل فهى تمثل أيضا الأنواع الثلاثة لإصابات الغدد

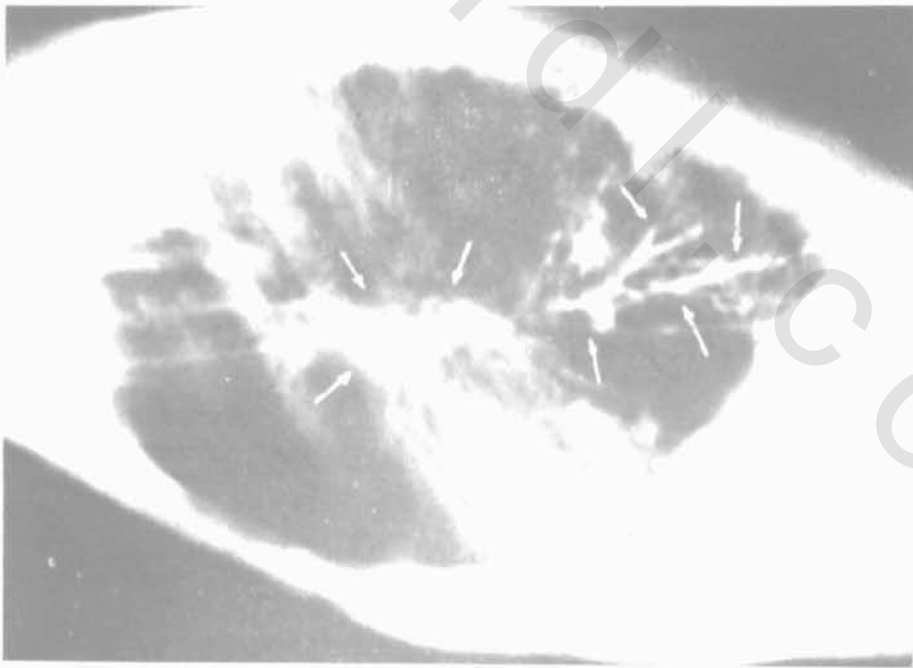
فى سل الطفولة .



اصابة درنية طفلية في الزاوية الترقوية القصية اليسرى

تنتشر الى اسفل

(انتهى علاج الشفاء)



تمزيق في الشعيبات وانسجة الرئة

بدا واضحا بعد ادخال محلول اليوديين

او اللييودول عن طريق الحنجرة

obeykandi.com

بعد ما تقدم من الشرح ، يهـم القراء عملياً أن يعرفوا ما يجب أن نصنع بالاولاد المصابين بهذه الأنواع من السل كل على حدة ، فأقول :

ان الذين يصابون بعدوى خفيفة لا يحتاجون من أنواع العلاج الا الى تقوية عمومية لأجسامهم . ولا بأس عليهم من متابعة دروسهم بالرغم مما يظهره الامتحان بالتوبركلين من تفاعل إيجابي والاشعة من تكلس درنى .

أما الذين تتمكن العدوى منهم وتظهر ظهورا جليا ، بعد أن يكون الاهمال قد أخفاها زمتا قصيرا ، فهؤلاء يرسلون الى «الواقيات» لمعالجتهم وتعليمهم معاً . وأما الذين يكونون قد أصيبوا باحتقانات رئوية فى التهابات فى الغدد اللمفاوية ، طال أمرها واشتدت وطأتها ، فيرسلون حالا الى «المصحات» حيث يحتم عليهم بالانصراف عن جميع الجهود العقلية والجسدية .

يجب التعويل على الاختصاصيين فى تفسير تفاعل التوبركلين وما تظهره الاشعة على لوحاتها ، لان ما تشير اليه هذه النتائج وما يقتضى من علاج ، يختلف باختلاف حالات الاولاد المرضى واستعدادتهم الطبيعية .

وكذلك لاغنى لنا عن الاختصاصيين فى الاشراف على «الواقيات» و«المصحات» وفحص التلاميذ لتدارك المرض اذا ظهر ، قبل تفاقمه والتمكن بذلك ، من ابقاء الكثيرين منهم فى مدارسهم .

الفصل التاسع والعشرون

التدرن الطفلى في الكبار

اتهى الفصل السابق بالاشارة الى امكان معالجة التدرن الطفلى . فما هو التدرن الطفلى ؟

هو السل الرئوى الذى لم يسبقه تعقد ابتدائى ولا ينحصر فى الاطفال ، بل نجده أحيانا فى البالغين من الجنس الأبيض وبكثرة فى البالغين من غير البيض ، كالسودانيين وسكان الفيلبين والموريين وهنود أميركا والاستراليين الأصليين . والسبب فى ذلك ، هو أن مناعة هؤلاء ضعيفة ، لان باشلس كوخ حديث العهد فى بلادهم ، أدخله اختلاط الشعوب الشمالية بهم .

السل الطفلى على ثلاثة أنواع :

١ - ذو البؤرة أو البؤر التى نجدھا غالبا فى الجزء الخارجى من الرئة بالقرب من البلورا . وفى الحالات الحادة ، تتسع هذه البؤر وتتناول باحتقاناتها فصا من الرئة أو أكثر .

٢ - ذو البؤر المتجنية الندية التى يتراوح قطرها بين عشرى وخمسة أعشار السنتيمتر ، فى أى جزء من أجزاء الرئة . وفى هذا الغلاف الندى يكمن المكروب .

٣ - ذو البؤر المتكاسة . وهى عبارة عن بقعة بيضاء تظهر على جدار الرئة الداخلى .

ولا تظهر هذه الانواع الثلاثة مجتمعة أو متفرقة الا بعد أن تكون الغدد اللمفاوية ، المجاورة للقصبة الهوائية وشعبتيها ، قد غلبت على أمرها . فهى خط

الدفاع الاول ولها وظيفة المصفاة فمتى التهبت، علمنا أن الانتصار قد تم للباشلس عليها فيتسرب إلى أنسجة الرئة . فالتدرن الطفلى يشمل الالتهاب فى الغدد اللمفاوية المذكورة وأنسجة الرئة فى آن واحد ، ولا ينحصر فى الصغار ، بل يتعداهم الى الكبار الذين تكون أنسجتهم عذراء .

أما أعراضها فتظهر لنا على أحد هذه الصور الآتية :

١ - عقدة درنية صغيرة فى الرئة قد ترافقها عقد لمفاوية حول القصبة وشعبتها .

٢ - احتقان محصور أو منتشر يصيب أحيانا فصا كاملا من الرئة ، قد لا ترافقه عقد لمفاوية متكلسة (حول القصبة وشعبتها) .

٣ - احتقان يحدث انتشاره نخرأ فى الأنسجة وتحفيرا . وهذه الحفرة تشفى أو تتحول إلى منبع إصابات أخرى فى أى موضع من الرئة . وقد تصبح مصدرا لإصابة عمومية فى الجسم .

٤ - احتقان واضح فى الرئة غير مقرون بعلامات أخرى للمرض ، سوى التكلس أحيانا فى العقد اللمفاوية حول القصبة وشعبتها .

٥ - بروز كتل من العقد المتجينة (رسومها وشرحها فى الفصل السابق) فى الجهة اليمنى أو اليسرى من أعلا الصدر وراء عظم القص .

أما الفرق بين السل الطفلى (أى الإصابة الأولى) والسل المتجدد فى الكبار (أى الإصابة الثانية) ، فهو :

ان السل المتجدد ، هو استيقاط الإصابة بنفس الباشلس الكامن فى الجسم بعد رقاذه طويلا . أو وقوع إصابة جديدة بميكروب جديد فى جسم أصيب قبلا بالتدرن .

٢ - ويظهر عادة في الثلث الاعلى من الرئة اليمنى . أما اذا ظهر في الثلث الاسفل فيكون قد سبقه تمدد وتمزيق في الشُعَب والأنسجة الرئوية .

٣ - ويكون مقروناً أما باحتقانات ، فخر ، فتحفير ، فانتشار يسبب الموت . أو بتعجن وتليف ندبي فتكس فشفاء .

٤ - ولا يكون مصحوباً بالتهاب شديد في العقد اللمفاوية القصية الشعبية .

٥ - اذا جاء متجدداً في الصغار ، اعتبر حالة شاذة تنتهى سريعاً بالموت .

أما السل الطفلى ، وهو السل الذى يظهر عادة للمرة الاولى فى الصغار و احياناً فى الكبار ، فيكون :

١ - سليم العاقبة عند البالغين .

٢ - وينتهى بالامتصاص فلا تترك الارتشاحات البسيطة فى الرئة أثراً لوجودها .

٣ - وقد يتطور متحولاً الى تجبن تاركا أثراً للتكس أو يتقدم فيتحول الى حالة النخر والتحفير وينقب أنسجة الرئة . وهو من هذه الناحية يشبه السل المتجدد .

٤ - ولا يظهر كالسل المتجدد فى موضع معين من الرئة .

٥ - وتلتب مع الغدد اللمفاوية حول القصبة الهوائية وشعبتيها وكذلك الغدد خلف القلب . ولكن هذه لا يمكن رؤيتها بالأشعة ، لكثافة القلب أمامها .

يهنأ الآن التمييز بين السل الطفلى واصابات أخرى غير درنية لاعلاقة

لها بمرض السل ، كالنزلة الرئوية الشعبية الحادة ، أو مرض هو دجكن اى



کلايشمت

obeykandi.com

ليمفادينوم ، التى تشبه السل باعراضها كالاكتقانات والارتشاحات فى الرئة وتضخم غدد الصدر .

فالنزلة الرئوية الشعبية ، اذا كانت حادة ، تسبب كثافة فى الرئة مصحوبة بارتفاع سريع فى درجة الحرارة واعراض تسمم عمومى شديد .

ومرض هودجكن يسبب فوق التضخم القصى الشعبى تورما ، فى الغدد اللمفاوية حول العنق وتضخما شديدا قد يمتد الى الغدد تحت الابط وفي الأريية . وربما تكونت مادة صديدية وتحولت الى خراج فى الرئة . أو يكون هناك خراج فى المنصف الصدرى ، فتزداد صعوبة التمييز . ففي هاتين الحالتين نعود غالبا فى تحليل السبب الى وجود تقيح فى اللوزتين أو الى عملية جراحية فى الحلق ، عند ما لا تكون الرئتان سليميتين من النزلات الصدرية أو تجدد ذات الرئة بعد شفاء حديث أو انزلاق مادة صلبة الى القصبة الهوائية واستقرارها فى احدى شعبتيها .

وقد تنتفخ الشعبيات فيحدث اتساعا وتمزيقا فى أنسجة الرئة (١) يبدو بالأشعة كاوعية منسلة من السرة الى أسفل الرئة ، كأنها أوتار ثخينة تجعل التشخيص يبدو لأول وهلة عسيرا . ولكن الامتحان بادخال محلول «اليوديين» أو «اللييودول» فى القصبة الهوائية يكشف عن حقيقة المرض ، اذ يرسب المحلول فى الشعبيات المتمددة . وهناك دليل آخر لمنع الالتباس بين المرضين وهو التضخم فى أطراف السلاميات وتقوس الأظافر فى انتفاخ الشعبيات المزمن .

أو ربما كان فى الرئة احتقانات مزمنة ، يرجع تاريخها الى التهابات قديمة تكون قد حدثت أثناء بعض الأمراض ، كالحمى القرمزية والحصبه والسعال الديكى .

والغدة التيموسية ، في أعلى القصبة الهوائية ، اذا تضخمت سببت خيالات تظهر لنا كعقد لمفاوية درنية نراها بالأشعة الى يمين أو الى يسار القص .
وأخيرا قد يضللنا ورم بسيط أو خبيث في نسيج الرئة أو بين الرئتين ،
انحسبه احتقانا أو تضخما . فمما تقدم يدرك القارىء صعوبة الوصول الى تشخيص
حقيقى فى بعض الأحيان وضرورة الالتجاء فى مثل هذه الحالات الى طبيب
اخصائى حتى فى بدء الإصابة . فان الخطأ فى التشخيص يجر الى الخطأ فى العلاج
وضياع الوقت والتعب والمال وسوء العواقب .



الفصل الثلاثون

بحث آخر في التدرن الطفلي

أريد في هذا الفصل ، الرجوع الى ما يجب مراعاته عند فحص المريض للوصول الى التشخيص الصحيح . أن طرح الأسئلة على المريض أو والديه فن قائم بذاته ، له أهميته الخاصة . فعلى أن نعرف هل أن أحد سكان المنزل كوالدة الطفل أو مرضعته أو والده أو غيرهم من الأهل والخدم ، مصاب بمرض التدرن . وقد بينت سابقاً تأثير الوسط الموبؤ في سرعة نقل العدوى الى الأطفال ، لشدة تأثيرهم ودقة احساسهم . وأن العدوى تنتقل أحيانا اليهم قبل الولادة وهم أجنة في بطون أمهاتهم .

أن شدة العدوى تكون بالنسبة الى كمية المكروبات التي يستنشقها الطفل ، فكلما كثرت الكمية ، اشتدت الاصابة .

جمعت في الولايات المتحدة احصاءات لآلاف من الأولاد تعرض البعض منهم للعدوى والبعض الآخر عاش بمعزل عنها . فوجد أن الاصابات بالتدرن « المتجدد » في الذين تعرضوا للعدوى ، كانت ضعفى اصابات الذين لم يتعرضوا لها . وأن الاصابات بالتدرن « الطفلي » ، بلغت أربعة اضعاف .

دلت احصاءات أخرى في الولايات المتحدة على أن اصابات الأولاد الذين تعرضوا للعدوى كانت سبعة اضعاف بل عشرة اضعاف الذين لم يواجهوا باشلس كوخ .

ويجب أن ننتبه الى الباشلس البقرى في الذين يشربون اللبن غير المعقم ويأكلون من مستحضراته وهو لا يزال ملوثاً كالجبن والزبدة . فاذا أصيب الأطفال بالعدوى ، وجدنا المرض فيهم معويّاً بربتونينا .

أن المرضى البالغين تم عادة هياتهم وسختهم على المرض. أما الأولاد فعلى عكس ذلك، فكثيرا ما يحمل الأولاد اصابة رئوية واحتقاناً يتسع ضمن الصدر باضطراب ربما كان مقرونا بتضخم في الغدد اللمفاوية القصية الشعبية. ومع ذلك تخالفهم اصحاء لما يبدو في وجوههم من النضارة والصحة. وأحيانا يزيد وزنهم. على أن الزيادة أو النقصان في الوزن ليسا مقياسا لصحة الأولاد، يمكن الاعتماد عليه. فالتدرن لا ينحصر في الأولاد الذين ينقص وزنهم، بل نجده كذلك في الذين يزيد وزنهم. ولكن هناك علاقة ثابتة نستطيع الاعتماد عليها دائماً في هذه الأحوال. وهي عجز الولد المصاب بالتدرن عن احتمال المجهود الجسدي طويلا.

يسعل الولد كثيرا في دور الاحتقان الرئوي ونجد الوالدين - على الأخص إذا دلت ظواهر الطفل على حسن الصحة - يعزوان السعال الى برودة الهواء. فاذا زال الاحتقان وجف الارتشاح الرئوي - عند انقضاء الفصل البارد مثلاً - واجتازت الرئة مرحلة التجبن الى الجفاف، انقطع السعال، فهدأ روع الوالدين وابتهجا، لا اعتقادهما أن الزكام الذي كان قد أصاب ولدهما قد زال.

تنبأنا الاحصاءات في الولايات المتحدة أن بين كل سبعة ولد، أظهرت أشعة اكس واحدا مصابا بتصبب بلوروي، سببه التدرن في البلورا. وبين كل خمسة وأربعين من ألفين ولد في مصحات التدرن، وجد ولد واحد مصاب بالتصبب في تجويف البلورا.

تكون اعراض التصبب غالبا غير واضحة، فترتفع الحرارة فجأة لمدة وجيزة، يومين أو ثلاثة أيام على الأكثر ثم تهبط. وحيث أن هذا كله يحدث بدون أن يتألم الولد، فلا نغير الامر اهتماما.

وبهذه المناسبة، يجب أن لا يخفى علينا الفرق بين درجة الحرارة في الاطفال



باريزو

obeykandi.com

وبينها في الكبار : فهي ٣٨ سائتيغراد في الاطفال ، بينما هي ٣٧ في البالغين .
ونجدها ترتفع عند الاولاد درجة أو درجتين بعد الرياضة البدنية في المدارس
(هذا في المصابين طبعا) .

أن مسمع الصدر والنقر بالاصابع لا يكفيان في أكثر الاحيان لاكتشاف
احتقان في الرئة أو ارتشاح خفيف في تجويف البلورا أو تضخم أو تورم في
الغدد اللمفاوية القصصية الشعبية ، فيصبح الالتجاء والحالة هذه الى أشعة اكس
ضروريا .

وأصبح الامتحان بتفاعل التوبركلين من الطرق التي لا بد منها . فالتفاعل
السلبى ينفى وجود باشلس كوخ . والتفاعل الايجابى يثبت .

نمتحن بالتوبركلين على طريقة « بيركه » : أى بتخديش الجلد والقاء اللقاح
عليه . وبطريقة « ماتو » : أى بحقن اللقاح بين طبقتى الجلد . وهذه الطريقة هي
الاصح ، فيها نتمكن من اثبات وجود الباشلس على أهون سبيل مهما قلت كميته .

نجد باشلس كوخ بسهولة في بصاق الاولاد الكبار المصابين بالتدرن
لو فحصناه تحت المجهر . أو لو حقنا به خنزير غينيا ثم فحصنا غده بعد أيام تحت
المجهر . أما الاولاد وعلى الاخص الاطفال ، الذين لا يعرفون التنخع والبصق ،
فيصعب علينا اكتشاف باشلس كوخ فيهم . لذلك نسمح أحيانا حنجرة الطفل
بقطنة أو بشاشة معقمة ونفحص محتوياتها بالمجهر .

وأول من استعمل أنبوبا من المطاط وادخله في المرى الى معدة الطفل
واستخرج ما تحتويه معدته من العصارة باحثا عن باشلس كوخ فيها ، هو
الاستاذ أرماند دليل في باريس . فالباشلس يصل الى معدة الطفل العاجز عن
التنخع والبصق بطريقة البلع والازدرداد .

والاستاذ أرماند دليل الذى يجذب ، كما سبق وقلت ، تلقيح الاطفال الرضع

بلقاح ب . س . ج . (كالت - جيران) (١) لايجاد مناعة نسبية بهم ضد الباشلس ، يقول : يجب ابعاد الاولاد المصابين اصابة خفيفة عن مصادر العدوى الشديدة . وفي أوربا ينقلونهم الى « الواقيات » حيث يتمتعون بالهواء النقي الطلق وباشعة الشمس والغذاء المساعد على شفائهم .

وهذا ما يبشر به الاستاذ باريزو (٢) رئيس اللجنة الصحية في مجلس عصبة الامم وبطل محاربة السل في بلاد السافواي العليا (٣) بفرنسا .

أجل ، يمكننا ارسال الاولاد المصابين الى المدارس ولكن من غير أن نحملهم على اجساد نفوسهم . على أن مصحات الوقاية ، أو على الاقل مدارس الخلاء ، أنفع لهم وأضمن لسلامتهم .

أما الاولاد الذين لا تزال غددهم اللمفاوية القصبية الشعبية المريضة غير متكلسة والاولاد المصابون باحتقان في الرئة وفيهم جميعا مصدر خطر وعدوى لكثيرين ممن هم حولهم ومعالجتهم في بيوتهم من الامور المتعذرة ، فالأفضل ارسالهم الى « المصحات » .

يجدر بنا في ختام هذا الفصل ، أن نكرر ما قلناه في ما تقدم وهو أن تغلب الولد على التدرن لا يعنى نجاحه النهائية منه . فقد يعود اليه المرض في سن المراهقة كما ذكرنا . لذلك يجب أن لا ندعه يجهد نفسه بالالعباب الرياضية أو العمل الجسدي ، فان ذلك قد يؤدي الى استيقاظ المكروب الكامن واعادته الكرة على فريسته .

A. Calmette — B. C. G. Pasteur Institute — Paris (١)

Haute-Savoie (٢) Jacques Parisot - Nancy (٢)



مصحح بختس - لبنان



مصحح اغرا - سويسرا

obeykandi.com

الفصل الواحد والثلاثون

الاقليم والسل

« آخر دواء تغيير الهواء » . هذا مثل من الامثال السائرة ينطوى على شيء من التعريض بالطبيب ويعلن عجز الطب بازاء بعض الحالات المستعصية . ولكن اطلاقه على جميع الحالات لا يتفق والتقدم العلمى الحديث . فليس التغيير بذاته نافعا . ورب اقليم ، البقاء فيه خير من الانتقال منه .

ولكن الذى ينفع ، هو التمييز الصحيح بين هواء اقليم وهواء آخر ، بحيث يتمكن الطبيب من تعيين الاقليم الموافق . فان اقامة المريض فى مكان موافق له يعتبر ، الى حد بعيد ، متمما لوسائل العلاج .

الاقليم مجموعة العوامل الجوية والارضية التى يتأثر بها الاحياء . فالعوامل الجوية هى : الحرارة والنور والرطوبة والهواء . والعوامل الارضية هى : الارتفاع عن سطح البحر والتربة والماء والنبات .

العوامل الجوية : اذهب فى فصل الصيف الى قلم الجوازات فى القاهرة ،

ترى الناس أفواجا ينتظرون بفارغ الصبر « التأشير » على جوازات سفرهم ، ليتمكنوا من الانتقال الى بلاد يجدون فيها جوا أقل حرارة من جوتهم . وقلما ترى من هؤلاء الناس ولا سيما الضعفاء منهم ، من يدرس المكان المقصود من حيث ارتفاعه وهوائه ورطوبة جوه ، ليعرف هل هو ملائم لصحته أم لا .

يذهب المصطاف فى الغالب الى الاماكن التى نصح له بها مصطاف آخر عرفها قبله وجنى منها الفائدة الصحية المطلوبة . أو التى أعلنت عنها شركات السفر . أو يولى وجهه على غير هدى ، شطر مكان جديد . ثم يعود فى آخر الصيف من

غير أن يكون اكتسب فائدة صحية تذكر .

إذا كانت حالتك الصحية سيئة تستدعى تغيير الهواء ولا سيما في فصل الصيف، فلماذا لا تستشير الطبيب ؟

إن للحرارة شأنا كبيرا في صحة الإنسان ومرضه . نرى أثرها السيء في الكبد والقناة الهضمية وهذا أشهر من أن يذكر . أما الربو والنزلات الشعبية المزمنة والسل الرئوي المزمن ، ففي الامكان معالجتها في أقليم حار . على أن الاقليم المعتدل المستقر الحرارة يؤاثر الرئة الحديثة الاصابة بالسل . بينما الاقليم السريع التقلب يحدث فيها نزيفا . ثم أن التغير الفجائي - أى تغير الاقليم - يؤثر في الجهاز العصبي ويمنعه من ضبط حرارة الجسم . ويخلف فيه آثار الاجهاد والاعياء .

أن الهواء القليل الرطوبة يفيد الرئة المتدثرة لانه يريح أعصابها، في حين أن الهواء الجاف يهيج السعال فيساعد على انتشار الداء فيها . وهذا عكس ما نقوله في المصابين بداء المفاصل والكلى . فالهواء الرطب ولو قليلا يضرهم . وعلى ذلك فأن هواء الشواطىء ولا سيما شواطىء البحر المتوسط ، ينفع المصاب بسل العظام بصورة خاصة ، لانه يجمع بين الرطوبة وأشعة الشمس .

ينقلب الهواء الرطب ضارا ، اذا كانت التربة حوالية لزجة لا تمتص المطر، او كان امتصاصها له قليلا جدا . وهنا أريد أن أزيد القارىء إيضا : أن كثرة المطر لا تضر المصاب بالتدثرن بوجه من الوجوه . لان المطر وحده لا يخفض حرارة الهواء بل يحفظها ويحول دون التقلبات المفاجأة . ولكن التربة التي لا تمتص المطر بسرعة وسهولة، تجعل الجو قليل الصفاء شديد الرطوبة . حتى اذا كان الهواء متقلبا ، أحدث تغيرا مفاجئا في الحرارة لا يلائم المصاب بالسل . فعلى الطبيب أن يتبين مهاب الريح في الاماكن التي ينصح للمريض بها .

ان الأهوية المستمرة الشديدة الهبوب لا توافق المريض بالسل، لأنها تخفض حرارة جسده . والرياح الصحراوية الجافة تمنعه من النوم العميق ، لأنها تنبه الأعصاب وتحول دون انتظام التنفس . أما الرياح المعتدلة التي تحمل بعض الرطوبة ، فتساعده على انتظام التنفس والنوم نوما هادئا مريحا مجددا للقوى . وخير الرياح ما هب فوق البحار . لأنها تكون معتدلة الحرارة تحمل على أجنحتها غاز اليود المفيد .

العوامل الأرضية : أن علو ١٢٠٠ متر هو الحد الفاصل بين الارتفاع الذي

يجهد المريض والارتفاع الذي يريحه . وعلو ٦٠٠ متر هو المتوسط . وتختلف الشواطئ البحرية عن الأماكن المرتفعة بأن ضغط الهواء فوقها كثير وليس فيها تلك الانخفاضات المفاجئة الكثيرة . لذلك فنصح بها للمصابين بضيق النفس وضعف القلب والكلى وضغط الدم وتصلب الشرايين ونزيف الرئة . فهؤلاء يشعرون بشيء من الفرج عندما يهبطون من الجبال إلى ساحل البحر . لأنهم لا يجدون ضالتهم في الأماكن المرتفعة كثيرا عن سطح البحر . وكثيرا ما يرى الطبيب نفسه مضطرا إلى العدول عن تنشيط الدورة الدموية والتنفس تنشيطا يكسب الجسم مناعة يقوى بها على الداء ، لأن المريض لا يلائمه هواء المرتفعات فيعود به إلى السهول وشواطئ البحار .

وللسن تأثير كبير في ذلك . فالشبان أقوى من المسنين على سكنى الجبال . وقلما نجد مصابا بالسل الرئوى بعد سن الخامسة والاربعين ، يستطيع أن يعيش في جو بارد ومكان مرتفع ، بدون أن يصاب بالتهابات جديدة . حتى أن المصابين بالسل الرئوى المزمن ، الذين تصلبت بعض أجزاء من رئاتهم ، يعجزون بعد سن معين عن المعيشة في الامكنة العالية .

أجل ، أن كريات الدم الحمراء تتكاثر بسرعة في الأماكن المرتفعة . وقد

ثبت لنا بعد البحث أنها تتكاثر أيضا بعد اقامة قصيرة على شواطئ البحار .
ففى خلال الاسابيع الثلاثة الاولى تطرد الزيادة فى هذه الكريات . ثم يأخذ
معدل الزيادة فى النقصان . ولكن الكريات تظل مع ذلك أ كثر مما كانت
قبل مجيء المريض إلى الشاطئ .

لا يختلف جو الشاطئ كثيرا عن جو الجبل من حيث النتروجين
والاكسجين وثنائى أو كسيد الكربون . ولكن الاوزون فى هواء الجبال
المحرشة أكثر منه فى هواء الشاطئ . إلا أن هواء الشاطئ يفوق هواء الجبل
بما يحتويه من الملح واليود . والاوزون يختلف عن الاكسجين باحتواء ذراته
على ثلاثة أجزاء اكسিজينية لا اثنين فقط كما هى الحال فى ذرات الاكسجين .
ولذلك له فعله المطهر ووجوده دليل على نقاء الجو . وهو يزيد مقدار
الهيموغلوبين النسبى فى كريات الدم الحمراء . وهذا يؤدى الى تحسين الحالة
الصحية بوجه عام . على أن مقدار الملح الذى قلنا أنه يكثُر فى هواء الشواطئ
ليس ثابتا ، بل يتغير بتغير الاموية وعلالاتها . وأما اليرد فجردم محقق فى
هواء البحر ومقداره فيه يفوق ١٢ ضعفا مقداره فى الهواء الذى يهب فى داخل
البلاد .

لقد أسهبت الكلام فى تأثير الاقليم وما له من عوامل جوية وأرضية فعالة .
والفرق بين الاماكن المرتفعة والمنخفضة . وبين الهواء الجاف والرطب . على
شاطئ البحر وبعيدا عنه . وما يحتويه الهواء من اكسجين ونتروجين وثنائى
أو كسيد الكربون واليود . فما هى الاسنتاجات التى تصل اليها وكيف نطبقها
عمليا على الديار المصرية والعراقية ، عندما نفكر فى المرضى بالسسل الرئوى
وعلاجهم . وعلى الاخص فى شهور الصيف الحارة ؟

لا شك أن جو الصيف فى هذين القطرين غير ملائم لعلاج هؤلاء المرضى

وحصولهم على الحد الاقصى من الفائدة ، فينبغى نقلهم أثناء أشهر الحر الى
أما كن صالحة بحرية أو جبلية . وهل هنالك أفضل من المصايف المعروفة على
شواطئ الديار المصرية مثلاً أو مصايف الديار الشامية المشهورة ... « جبال
لبنان وكيف بوصفها ... وصيفين شتاء ! » . فهناك الهواء يوده واوزونه
والمرتفعات العالية المنشطة والمعتدلة المريحة !

وسياتى يوم تصبح فيه تلك الجبال ملجأ عظيمًا للاستشفاء كما هى اليوم قبلة
لأنظار المصطافين . حينئذ تقام هناك أعظم مصحات فى الشرق يجمع المرضى
فيها أحدث العلاجات وانجمعها .

الفصل الثانى والثلاثون

القطر المصرى والسل

لعل فى بعض فصول هذا الكتاب قد أسهبت فى وسم الجمهور بالاهمال ووصمه بالجهل . وما ذلك إلا لما أراه بعين الطبيب من البلاء الفاشى والويل الداهم . ونحن فى غفلة عن واجباتنا ، نرى الامراض حولنا ولا نمد يدا لمنع تفشيها وتسربها الى الاجزاء السليمة من المجموع . والخاصة مقصرون كالعامّة لاهون بشؤونهم كأنما لا يهتمهم من أمر العامّة شيء . وكأن هؤلاء فى واد وأولئك فى واد آخر . مع أن الشر الذى يصيب فريقا منهم يصيب الفريق الآخر بلا مرأ .

فى أوربا نقابات ومؤسسات ومستشفيات ومصحات يقوم بتشيدھا وتنظيمها الفئات اليقظة من العامّة والخاصة على السواء . فتسد بها ثلثة كبيرة فى الحياة الاجتماعية . وليس عندنا هنا من ذلك إلا ما تقلد به ثقافة الغرب تقليدا أعمى . فأين المؤسسات الصحية المنوعة لمكافحة الامراض ؟ وأين يذهب المصاب بالسل اذا لم يتسع له مصحح حلوان . ولم تسمح له حالته المالية بالاستشفاء خارج البلاد ؟ من يعوله ويعول عائلته اذا أقعده المرض عن العمل ؟

ان تاعسا كهذا خطر متنقل سيار على أهله وجيرانه وجميع من حوله ينفث سموم الداء وينشر بسعاله جراثيم العدوى .

تتشعر الأبدان عن ذكر الجذام . وتضع الحكومات المجذومين فى أماكن بعيدة عن العيون لانهم مشوهو الخلقة ، قبيحو المنظر ، بشعو الشكل . لأن لهذا المرض مظاهر خارجية تنبوعنها العيون وتشمئزمنها النفوس . ولكن



برنان
(أول مدير لمصحّ حلوان)

obeykandi.com

للسل عكس ذلك من المظاهر . فأنك تجد المسؤولين على جانب عظيم من اللطف والدعة . الفتيات هزيلات رقيقات تدعو حالتهن إلى الشفقة ، والشبان وادعون مستكنون . فليس في منظر هؤلاء ما يهيب بالمجتمع إلى عزلهم درءاً للخطر وحسباً للعدوى ، إلا بعد أن يكون قد استفحل الداء وعم البلاء وعاث المرض فسادا في جميع الطبقات ،

هكذا يسير الداء في القطر المصرى سيرا حثيثا ويتفاقم ويعيث فسادا . فما نحن فاعلون ! لدينا ٤٠٠ سرير في مصح حلوان . وأهل حلوان يتدّمرون من وجودها ، ويطلبون أعفاهم منها . وهناك مصح العباسية وسيتم اعداده قريباً . وحتى تاريخ نشر هذا الكتاب ليس في القطر المصرى كله سوى ثمانية مستوصفات للأمراض الصدرية . مع أنه لو كان فيه مئة مستوصف لما كانت كافية . فالذى عندنا من هذا القليل ليس سوى نواة لعمل ينبغي أن تتسع دائرته بلا إبطاء .

وإذا عدنا في بحثنا إلى أهم نقطة جوهرية في هذه الخدمة الاجتماعية ، وتساءلنا عما فعلنا لوقاية الأطفال ومساعدتهم في أدوار المرض الأولى ، لكان الجواب مع الأسف سلبيا . فأننا لم نفعل شيئا البتة . وعلى رغم البرنامج الذى وضعته مصلحة العمومية وطلبت فيه مثل هذه الانشاءات ، فليس في هذه الديار مؤسسة واحدة لتدرن الأطفال . وكان علينا أن نبدأ بمكافحة السل في الصغار لشدة استعدادهم ، على نحو ما ذكرت قبلا ، لالتقاط العدوى بأجهزتهم النحيفة وتدرج المرض إلى حالة التعقد الابتدائى . فاذا كانت الإصابة قوية رزح الطفل تحت وطأتها ومات . وإذا قلت المقاومة بعد سنين ، عاد المرض إلى الظهور فى سن الشباب .

هل أنشئت في وادى النيل مؤسسة واحدة من المؤسسات المعروفة عند

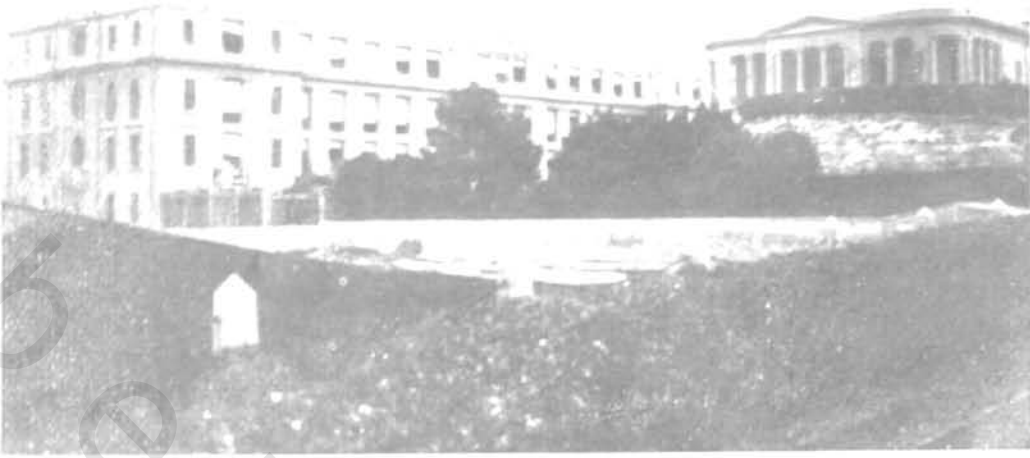
الفرنسيين باسم «واقيات» (١)، دفعاً عن الضعفاء من الأطفال عادية المرض، أو إيقافاً له عند حد لو تطرق إلى أبدانهم؟ بل أية استعدادات اتخذت للعناية بهم وأعدادهم حياة مستقبلية يكونون فيها رجالاً أشداء عاملين ..

تنفق الأموال الطائلة سنوياً على الدعاية لمصر في الخارج تشويقاً للسياح من سكان الشمال. فيؤمها الأصحاء منهم والمبتلون بأمراض الصدر والروماتزم، استشفاء بنور شمسها واعتدال هوائها ودفء جوها في الشتاء. ولكن ماهي النتيجة؟ ان تلك الحركة تزيد ثروة البلاد بلا ريب. ولكنها تجلب معها عوامل كثيرة من عوامل العدوى بالسل لاضافتها الى ما في البلاد من عناصر هذا الداء الويل.

لقد أوقفنا سير الجدرى بالتلقيح. وخففنا حمى التيفوئيد بالتطعيم والأنظمة الصحية. ووضعنا حداً للطاعون والكوليرا بالحجر الصحي على البواخر ولكن التدرن وعلى الاخص السل الرئوي يتسرب إلى البلاد من بين أصابع موظفي الصحة على المرافئ. وهم ينظرون إلى جوازات السفر ورسوم المعاينة الصحية لا إلى وجوه المسافرين وصحتهم ...

في جميع بلاد الشمال الباردة يتنادون: «أيها المصدور أقصد إلى مصر!»، وكم من مصدور جاءني في عيادتي طالباً شهادة طبية رغبة منه في إبدال «جواز المرور» بتمديد الإقامة، للاستشفاء! ...

نحن الآن في عصر الآلة التي تحتاج البلدان الزراعية وتتحكم في مقدرات الجنس البشري. عصر أوجد بمواصلاته اختلاطاً شديداً بين الشرق والغرب. وكما نقل الشرق قديماً النهضة الروحية الى الغرب، أخذ الغرب حديثاً ينقل



مصيح حلوان - مصر



مصيح عين شمس - (ضواحي القاهرة)

obeykandi.com

النهضة الآلية إلى الشرق . وكانت الحروب الدموية آفة الامس فأصبحت الحروب الاقتصادية آفة اليوم . وها هي مصر تستيقظ بعد السبات الطويل لتجارى سائر البلدان فى حلبة الصناعة . فكل خطوة تخطوها فى هذا الميدان الصناعى وكل دعاوة تنشرها لتشجيع السياحة فى وادىها ، تجعل أبنائها على اتصال وثيق مستمر متزايد بياشلس كوخ الشمالى .

لا يظنن القاريء اننى أدعو إلى إغلاق أبواب الشرق فى وجه المدينة أو اقترح بناء سور حوله كسور الصين ، لعزله عن البلاد الغربية ، فإن ذلك محال لان المدينة تكثسحنا اكتساحا . بل اننى أنذر بالشئ المستطير وانصح بالحيلة والحذر ، وأبسط الحقائق جلية مكشوفة . وأتساءل عما نحن فاعلون لاتقاء الاخطار المقترنة بهذه المدينة ، لان أبناء الشرق الادنى وعلى الاخص المنحدرين من أصل افريقى قليلو المناعة ضد هذا الميكروب الاكثر شدة فى الشمال والجديد نسيا فى الجنوب ، رغما من أن الفراغنة عرفوا مرض السل . هل تعلم كم تطول الآن حياة البربرى ، مثلا ، اذا ظهرت فيه الاصابة وبقي بدون علاج ؟ - ستة أشهر على الاقل وأثنى عشر شهرا على الاكثر ! هل فكرنا اذن بوسيلة لمنع انتشار العدوى على يده وتسربها إلى أبنائنا ؟

قام فى فرنسا أستاذ فى طب الاطفال يدعى جرانشه (١) ، كان يعتقد بانتقال مرض السل إلى الاطفال عن طريق العدوى . لاحظ هذا الطبيب بعد التنقيب والاحصاء أن الاطفال المصابين بالسل كانت ترضعهم أمهات مصابات بهذا المرض أو كانوا على اتصال بشخص آخر مصاب . فتكلم ونصح وجد واجتهد وأخيرا نجح وعهد اليه فى العناية بعدد قليل من الاطفال الحديثى الولادة من أمهات مصابات لم تظهر فيهم أعراض السل بعد . وحصل على اعانات مالية

لارسار لهم الى عائلات قروية صحيحة الجسم للعناية بهم . وكم كان سروره عظيما
إذ لاحظ أنه بعد حين لم تظهر فيهم أعراض السل إلا بنسبة واحد في الالف .
فمن ذلك الحين لم يعد يكتفى بالكلام بل صار يصيح بأعلى صوته في فرنسا
كلها : « انقذوا أطفالكم من السل ! » . وترى اليوم في كل مستشفى للأطفال وفي
كل مركز لرعاية الطفل في فرنسا ، جناحا خاصا « لعمل جرانشه » الخيرية .
وهو ترتيب بديع لخدمة الهيئة الاجتماعية ..

لا يهتصر « عمل جرانشه » في انقاذ الاطفال من أمهات مصابات بالسل
وتربيتهم في جو صحي تحت رعاية ممرضات مخصوصات يقمن بزيارات منتظمة
فقط ، بل يتجاوز ذلك إلى إيجاد عمل للوالدين اذا كانوا فقراء عاطلين عن العمل .
لماذا لا تقوم بعمل اجتماعي كهذا في الشرق الأدنى ، ونحن في أشد الحاجة
اليه ؟ وهو لا يتطلب مالا كثيرا !



الفصل الثالث والثلاثون

علاج السل غير الجراحي^(١)

ملاحظات عمومية : اذا ذكر مرض السل في مجامع من المجالس الكفر الجوى وتكهرب . ولاح للحاضرين شبح اليأس الخاطف فاقشعرت الأبدان . وتحدثت الأسماع وجحظت العيون ، فأن ذكر هذا الداء كاف لالقاء الذعر والرعب فى قلوب السامعين لا اعتقادهم أن السل مرض غير قابل للشفاء .

هذا خطأ فادح وضلالة وبعد عن المصاب . فرض السل ممكن للشفاء !
أجل هنالك حالات يهجم فيها المرض هجوما لا يقوى الجسم على احتماله ،
فيتغاب الميكروب على كل مقاومة ويستفحل ويستشرى ويفتك فتكا ذريعا .
ولكن هذه حالات شاذة قليلة .

فاذا بادر المرء الى الطبيب على أثر زكام وسعال ونزلة شعبية وحمى خفيفة وعرق ليلي أو ظهور دم فى البصاق أو فقدان الشهية أو نقص مستمر فى الوزن ولم يهمل العلاج ، فانه رغم من ثبوت الاصابة الدرنية لا ينقض ردى من الزمن حتى يغلب المرض على أمره ويتماثل العليل الى الشفاء .

ليس السل عصيا عصيا كما القى فى روع العامة . ولا شفائه عسيرا ، اذا بادر العليل الى العلاج . فان العلم بوجود المرض قبل استفحاله كالعالم بخطوط العدو فى فنون القتال قبل وقوعه . اذا نحن بادرنا الى اتخاذ الحيلة للامور قبل وقوع المحذور واعداد العدة فى أقرب مدة ، جنينا بلا مرء الفائدة المبتغاة .

(١) لقد ضمنت الفصول المقبلة بعض التفاصيل العلاجية التى سبق ذكرها فى مواضع مختلفة سابقة فى هذا الكتاب ليصبح للقارىء مجموعة كاملة للعلاج يرجع اليها عند لزوم .

يتساءل القارى : أين يجب أن يعالج المريض . فى البيت أم فى المصح ؟
يتوقف ذلك على أمرين : حالة المريض والوسط الذى يعيش فيه .

١ - فإذا كانت الإصابة لا تستوجب علاجاً خصوصياً ، يصعب الحصول عليه فى المنزل وأمكن المريض اختيار مكان يتنزل فيه بحيث لا يستعمل أدوات غيره من سكان المنزل ولا يقبله أحد خصوصاً على فمه ويصق فى الماء مخصوص ذى غطاء محكم لا يدخله الذباب ولا البعوض ، كان علاجه فى البيت والحالة هذه ممكناً . فالمهارة فى استعمال العلاج ، سواء كان المريض فى البيت أو سجين المصح ، يؤدى الى النتائج ذاتها . اللهم اذا اتخذت أسباب الوقاية من سريان العدوى الى الأصحاء ولا سيما الأطفال لشدة استعدادهم ودقة احساسهم ، فمؤلاً . يبعدون عن المريض أو يبعد هو عنهم .

أما اذا كانت الإصابة قد قطعت شوطاً بعيداً يستدعى العلاجات المختلفة ، فنقل المريض الى المستشفى أو المصح أنسب وأجدى نفعا .

نشير بفائدة « العزلة فى رأس الجبل » ونصف هراء المرتفعات النقى للتدرن . ولكن لا فائدة كبيرة من ذلك اذا أهملنا وسائل العلاج الأخرى . فأن التغذية فى أما كن قليلة الارتفاع أو عديمة الارتفاع لهى أفضل من وجود المريض فى أما كن مرتفعة كثيراً عن سطح البحر بدون تغذية كافية . وهكذا قل عن سائر أنواع العلاج .

٢ - لما كان للأقليم تأثيره فى صحة الفرد ، عنى الأطباء بمعرفة أى أقليم أصلى لحالة العليل وعلاجه وغذائه . أهو المهبج أم المعتدل أم الهادى ؟

فبالأقليم المهبج نعنى الأما كن التى يزيد ارتفاعها على ١٢٠٠ متر كـ بعض القمم فى جبال لبنان . وبالمعتدل ما يقل ارتفاعه عن ١٢٠٠ متر . وبالهـادى السهول التى لا تعلو عن سطح البحر .



obeykandi.com

تبذل الحكومات والشركات جهودا كبيرة لاقامة المصحات فوق المرتفعات وفي السهول وعلى شواطئ البحار . فهل تأتى هذه المؤسسات دائما بالفوائد التي نرجوها منها ؟ - كلا !

لندع جانبا المرضى الذين يرسلون اليها بعد أن يكونوا قد أشرفوا على الهلاك فمؤلا . لا ينجع فيهم علاج أينما كانوا . ولنتظر الى الذين يرسلون على الفور الى مرتفعات لا تلائمهم ولا طاقة لهم بها . فما كل من بلى بالتدرن يقوى على احتمال الارتفاع الجوى الذى يزيد الضغط الدموى فى بعض المرضى ويعرضهم للتزييف الرئوى . لذلك وجب درس حالة المريض درسا دقيقا قبل اختيار الارتفاع الملائم وملاحظة تنفسه ونبضه وقلبه ووزنه بعد ذلك . والأسلم عاقبة هو هواء السهول التى لا تعلو عن سطح البحر . فانه وان كان لا يحدد نشاطا ولا يحدث رد فعل لتقوية مناعة المريض وتحسين صحته ، فهو دافئ فى الشتاء يلائم الضعفاء . ولكن هواء بعض السهول ، كداخل القطر المصري أو القطر العراقي مثلا ، حار جدا فى الصيف وجاف ، لا يأتى بالنتائج المطلوبة . وخير منه هواء الشواطئ البحرية .

يرى القارىء من هذه المفاضلات ما يواجه الطبيب من الصعوبات عند النصيح للمريض بالمكان الموافق للاستشفاء . ولا سيما اذا كانت أحوال المريض المالية غير مؤاتية .

٣ - يعرف القارىء الآن أن حمى الدقة (أى التى تتراوح بين الارتفاع والهبوط بعد العرق) ، لا تلازم كل مصاب بالتدرن فتلزمه الفراش . لذلك نعتبر اعصاب التدرن قبل وصولها الى الطبيب ، طبقا لتقسيم الاستاذ اينمان ، على الترتيب الآتى : (١)

ا - المتجولة غير المصحوبة بحرارة .

ب - المتجولة المصحوبة بحرارة .

ت - المستريحة غير المصحوبة بحرارة .

ث - المستريحة المصحوبة بحرارة .

فبعد أن تعمل الى الطبيب وتوضع تحت العلاج ، نقسمها الى قسمين :

ا - المصحوبة بارتفاع الحرارة .

ب - المصحوبة بهبوط الحرارة .

ففى الحوادث المصحوبة بارتفاع الحرارة، يلزم المريض فراشه ولا نسمح له بالتعرض لأشعة الشمس . بل نضع سريره فى الظل على شرفة بمعزل عن مهب الهواء الشديد ، كل يوم مدة تختلف باختلاف حالته . فنبدأ مثلاً بنصف ساعة ونطيل الوقت تدريجياً الى أن يستغرق النهار بطوله .

أما فى الحوادث المصحوبة بهبوط الحرارة فنسمح للمريض بالاستلقاء على كرسي مستطيل فى الهواء الطلق . ومتى أصبحت حرارته طبيعية نسمح له بالمشى على أن يستريح ساعتين قبل الظهر وساعتين بعده ويأوى الى فراشة كل ليلة بين التاسعة والعاشر على الأكثر . وكلما تقدم نحو الشفاء ، أكثر التجول وقلل ساعات الفراش .

٤ - التغذية يجب أن تكون فنية وافرة . أى أنه يجب الاكثار من مواد الغذاء الرئيسية الثلاث وهى الزلالية والدهنية والنشوية ويضاف اليها الفاكهة المختلفة . أما التفاح فالأفضل ان يؤكل مع قشره (١) بعد غسله جيداً .

إذا كان الصحيح يحتاج يومياً الى ٣٠٠٠ وحدة حرارة (٢) لتوليد نشاط

(١) يحتوى قشر التفاح على كمية كبيرة من الفيتامين . (٢) Heat Calory



برادر

obeykandi.com

الجسم ، فالعليل المصاب بحمى يحتاج حتى لا يصاب بالهزال بل يزيد في الوزن ، الى ٣٥٠٠ حتى ٤٥٠٠ وحدة أى الى غذاء أوفر . ويعطى المواد الغذائية التى يكثُر فيها الفيتامين د ا ، و د د ، أو مستحضراتها وغيرها من العلاجات المقوية كخلاصة الكبد ومصل دم الخيول .

ومما هو جدير بالذكر ، أن العلاج بالأنسولين ليس مقتصرًا على المسؤولين المصابين د بالسكرى ، بل نعطيه كذلك الى الذين لا أثر للسكر فى بولهم . فانه اذا أخذ بعناية وبمقادير قليلة ، يحسن الشهية الطعام ويساعد على زيادة الوزن والمضاعاة .

من المستحدثات الطبية الألمانية التى يقال أنها مفيدة جدا غذاء نسميه غذاء زوربروخ وهرمانز دورفر ، كما رأيتـه يعطى فى مستشفى «الشاريته» فى برلين . وهو طعام بدون ملح . كان بودنجر (١) الألمانى أول من وضع أساسه قائلا : « أن الملح بمفرده يسبب أمراضا أكثر من التبغ والكحول معا . فأيده مواطنه ماكس جرسون (٢) واقتفى أثرهما هرمانز دورفر (٣) وقرينته فى «الشاريته» تحت ادارة الجراح الكبير زوربروخ .

يتألف هذا الغذاء من نحو ٨٥ غراما من النروجين و ١٧٠ جراما من الدهن والشحم و ٢٣٥ غراما من السكر و ١٠٠ غرام من الخضار و ٤٠٠ من الفاكهة الطازجة . أما اللحوم الحمراء والسوائل أو المواد الكحولية فتسكاد تكون ممنوعة منعًا باتا . ولكن السمك مرغوب فيه بكثرة . وقد وفى الألمان هذا الموضوع حقه بكتب عديدة أهمها كتاب للدكتور ماكس جرسون جاء فى مقدمته ما يلى :

يمكننى بعد اختبارات طويلة أن أقول أنه يمكن شفاء إصابات السل الشديدة إذا عالجناها بالتغذية بدون ملح وبدون أن نلتجئ إلى العمليات الجراحية وذلك :

أولا - إذا كان لا يزال في الرئة أنسجة حية عاملة .

ثانيا - إذا لم يتأخر المريض كثيرا عن الشروع بالعلاج .

ثالثا - إذا كان لا يزال في المريض نشاط وقوة لاستعادة صحته .

رابعا - إذا كان لم يكن قد ظهر في المريض مضاعفات مستعصية على العلاج تجعله بدون

جدوى كالانفجار في الاوعية الدموية أو الالتهاب السحائي أو الفساد الشمعى أو الذئبى في الاعضاء الداخلية .

ثم قال : « لي في هذا التأليف غرضان » .

الغرض الاول: أن أعيد الرجاء والثقة إلى قلوب أطباء الامراض الصدرية أثناء قيامهم بواجبهم فلا يعتبرون المصابين المتقدمين من الهالكين ولا ينظرون اليهم نظرة اليأس والقنوط .

الغرض الثاني : ازالة الاعتقاد العالق بالاذمان وهو أن التغذية بدون ملح لا تشفى السل الرئوى ولا توجد مناعة ضده في المستقبل . فكما أن ذات الرئة لا تترك بعد شفائها مناعة ضد ظهورها مرة ثانية كذلك شأن الإصابة الدرقية التي تشفى سواء بالتغذية بدون ملح أو بغيرها من العلاجات . فأن المرء يبقى معرضا لظهورها في المستقبل . لذلك أريد التشديد في المواظبة على العلاج في الإصابات التي يظهر فيها قابلية للنكسه .

فعلى المريض الذى شفى أن يفكر دائما أن قابليته للنكسه واحتمال عودة المرض يضطرانه إلى الاستمرار في التغذية الخصوصية مدة أشهر أو ربما سنوات للحصول نهائيا على إيقاف قابليته للنكسه ومنع الإصابة من العودة إلى الظهور » .

وإذا طلب إلى القارىء أن أبدى له رأيا قاطعا في هذا النوع من الغذاء وجدنى مضطرا إلى الاعتراف باننا لا نزال بعيدين عن الامام بفائدته للسل الرئوى والسل العظمى ولكنه أسفر عن نتائج حسنة في علاج الالتهابات الدرقية الجلدية كمرض الذئبة .

ولا يزال هذا الموضوع بين الأخذ والرد والانكار والتأييد حتى أن أحدهم



کمز

obeykandi.com

ذهب الى ابعد من ذلك فقال بضرر هذا الغذاء وتهييجه للاجزاء المصابة. وخالفه آخر مجذبا له مدعيا أن نفعه ، حتى في معالجة السل الرئوى ، أصبح حقيقة ثابتة لا تحتل الانكار والشك .

٥ - العلاج بأشعة الشمس يعد منها جدا للتحويل الغذائى فى الخلايا ولعمليات الافراز والابراز . وأن من استنبطه الدكتور رولىه السويسرى الذى كشف عن نتائج الحسنة وخصوصا الأشعة فوق البنفسجية .

يستعمل الاستاذ كش (١) فى برلين هذا العلاج فى حوادث السل العظمى ولكنه يعلق أهمية عظيمة على الأشعة الحمراء والأشعة تحت الحمراء .

والآن بعد أن انتشر العلم بفائدة العلاج الشمسى ، أصبح الناس يمارسون الاستحمام بأشعة الشمس على شواطىء البحار وفى شرفات المنازل وعلى السطوح وفى الحقول بدون روية ولا تمييز .

أود أن أبين لهؤلاء المجازفين خطأهم الفادح مؤكدا لهم أن حوادث عديدة للتدرن الرئوى كانت كامنة فظهرت من جراء تعرض كمذا لأشعة الشمس .

لا نلتجئ الى هذا العلاج الا فى حوادث سل العظام وذلك بكل حرص ودقة فنبدأ باصابع القدم مدة لا تزيد على خمس دقائق . ونزيدها تدريجا ونعرض الجسم أكثر فأكثر ثم نحصر العلاج فى الجزء المعتل . واذا حدث ارتفاع فى الحرارة بسبب العلاج ، وجب الافلاع عنه حالا ، ثم الرجوع اليه بعد مدة كما يتراعى للطبيب .

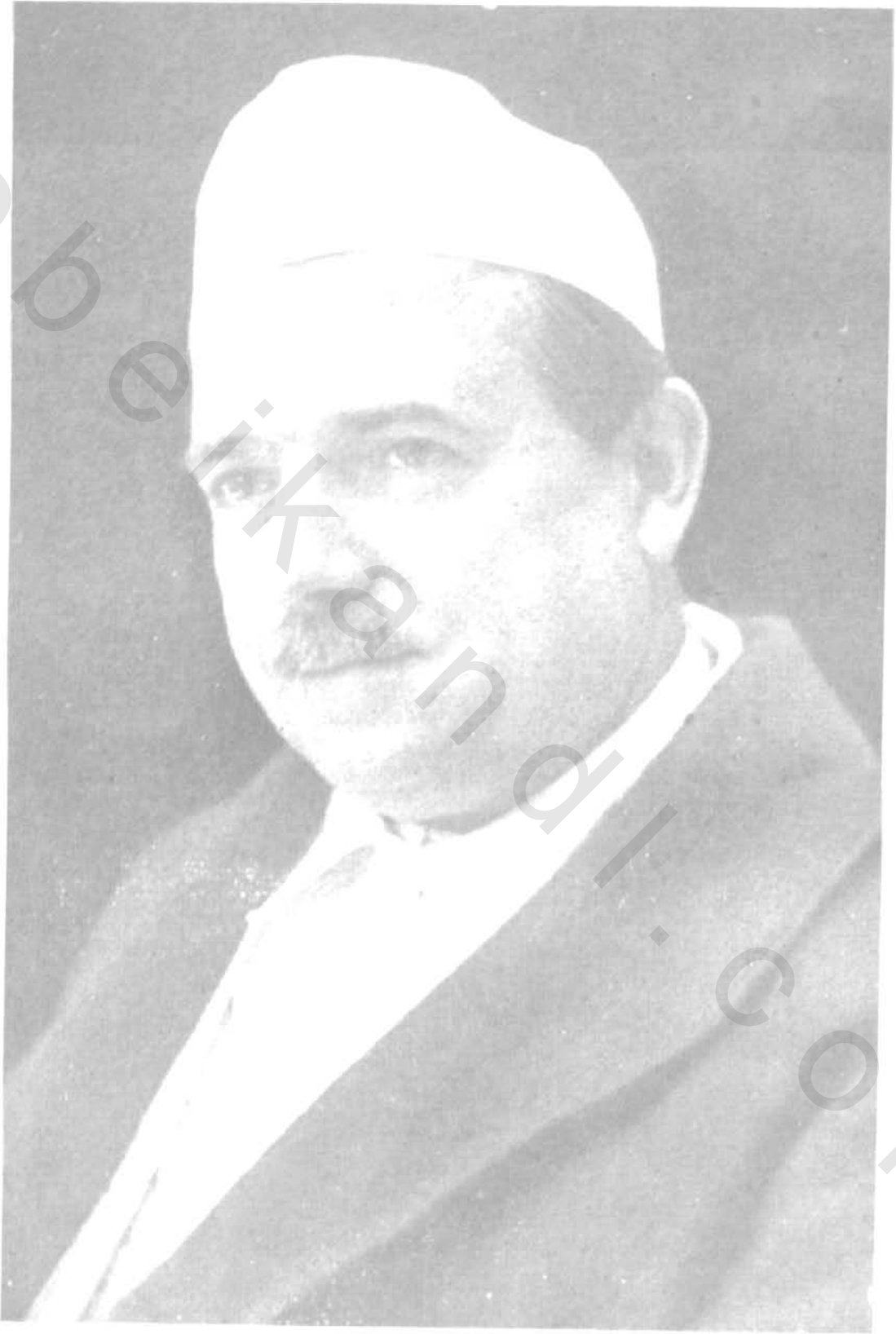
٦ - العلاج بمصباح ثانى أو كسيد السليكون المتبلور أو بأشعة رونتجن لا يمكننا اتخاذه فى حالات لا تزال فيها الاصابة نشطة فعالة . أى فى الحالات المصحوبة

بارتفاع الحرارة . واذ استعملنا هذا العلاج ، عمدنا أحيانا الى تعريض المصاب بالسل العظمى أثناء جلسات مختلفة الى الأشعة فوق البنفسجية وأشعة اكس بالتناوب .
٧ - مستحضرات الذهب المستعملة الآن عديدة . وهى من صنع المانيا والدمرك وفرنسا وايطاليا . أما فكرة علاج السل الرئوى بها ، فقد خرجت أولا من الدمرك وتستعمل كذلك لعلاج الروماتزم المستعصى والزهرى والجذام وأمراض جلدية أخرى . ولكنها لا تستعمل فى السل العمومى أو الرئوى الموضعى الفعال النشط ، بل فى الحالات التى لا تكون مصحوبة بحمى .

لا يزال العلاج بمستحضرات الذهب ، فى حالة افراز جديد فى الرئة ، موضوع جدل بين الأوساط العلمية الألمانية والفرنسية . فالفرنسية تحبذه فى الالتهابات الرئوية الدرنية الحديثة القليلة الانساع ، بينما الألمانية تحظر استعماله فى تلك الحالات . غير أن الفريقين متفقان على استعماله فى السل القديم اللينى المستكن وسل الخنجرة والجلد . ويمارسانه بعد حقن الهواء فى تجويف البلورا لأنه يعد عونا لذلك . وعلى الأخص اذا ظهر بعد حقن الهواء ، التهاب فى الرئة المقابلة . ولكنهما يحذراننا من سوء تأثيره فى الكليتين والأمعاء . فقد يسبب فى الكليتين زلالا وفى الأمعاء اسهالا .

ويعتبر الأستاذ ليون برنارد مستحضرات الذهب علاجا للحوامل المصابات بالتدرن ، خلافا لما يقوله الأستاذ تروسو وهو : « أن لاستعمال محلول الذهب فى علاج الحوامل ، نتائج غير محمودة » . وربما عني تروسو بقوله ، الضرر الذى يمكن أن يحدثه هذا العلاج فى الكلى .

تزيد مستحضرات الذهب نزيف الدم فى الحيض لذلك لا تستعمل فى النساء اللواتى يكثر عندهن النزيف الشهرى أو فى سنى انقطاع الطمث . أما اللواتى حيضهن قليل فتفيدهن هذه المستحضرات فائدة جزيلة . أما مستحضرات الزئبق ،



موریر

obeykandi.com

فأن تأثيرها على الاعضاء التناسلية في الذكر أكثر منه في الأنثى . فهي تهيجها في الذكر وتزيد الشبق .

٨ - أجريت في فرنسا تجارب عديدة وفي أوقات مختلفة، لعلاج السل بمصل يستخرج من الخيول ، كما نفعل بالدفتيريا وغيرها . فلم تسفر الا عن النتيجة ذاتها التي أسفرت عنها التجارب لايجاد مصل لمعالجة الزهري . أى أنها انتهت جميعها بالفشل . فأن الباشلس أى مكروب السل يحيط به ويحفظه جيدا غلاف شمعى لا تقدر الحوامض أو العقاقير على حله أو انتزاعه عنه بأى تفاعل، لنصل الى المكروب نفسه . بل يستمر هذا العدو محتبئا في جهازنا . أما المصل الذى استخرجه الأستاذ فريدمان من السلحفاة ، فقد أثبت الامتحان أن لا قيمة له البتة .

٩ - وابتكر الأستاذان بوكه ونيجر (١) العلاج ، بالتضاد الكحولى ، (٢) . وهو تركيب يؤلف من خلاصة باشلس كوخ ، مغسولا بالاسيتون أى روح حامض بيرواسيتيك . نصفه للمريض خصوصا بسل الجلد والظلام والغدد والحنجرة بكميات تزداد تدريجيا حقنا تحت الجلد مرتين فى الاسبوع ، اما نقيا واما محلولاً حلاً خفيفاً . ونعيد اعطاء الكمية نفسها خمس أو ست مرات قبل أن نزيدها سانتيمترا مكعبا لا أكثر فى الدفعة الواحدة . ونعالج المريض خمسة أو ستة أشهر ، ثم نوقف العلاج لنعود اليه بعد ستة أسابيع .

وعلى الرغم من الزعم أن هذا التركيب لا يحدث أى رد فعل حاد ولا يساعد على ايقاظ الالتهابات الدرنية الرئوية القديمة، فان الاقتصار على استعماله فى الحالات الليفية المستكنة أفضل وأسلم . ويخبرنا الأستاذ كوركوفال الفرنسى أنه تمكن من شفاء ٨٦ فى المئة من حوادث سل الغدد التى عالجها كما أخبرنا

الأستاذ أرماند دليل عن حوادث عديدة انتهت على يده بالشفاء .

١٠- لا تأثير للمواد الدهنية أو الزيتية كمستحضرات الهلبين والليستين أو الكولين أو الليبتين أو الجاملان في المرض نفسه . ولكنها تقوى الشهية فتزيد وزن المريض ومقاومته ومناعته ضد المرض .

١١- أما العلاج بحقن البروتيدات ، فيقصد به تنشيط الحركة الحيوية في البروتوبلازما ضمن الخلايا التي يتركب منها جسمنا وتقويتها على مقاومة العدوى .

١٢- لما كنت في كولونيا قابلت الدكتور ويدكند فأراني مستحضرات محلول الفحم التي يستعملها هو في علاج التدرن الرئوي . ورأيت يستعملها حقنا في الأوردة كما يستعمل محلول الذهب ولكن ليس لديه بعد أو لدى أى اختصاصى آخر ، احصاءات كافية تشهد بفائدة هذا العلاج .

وبالرغم مما برهنت لنا احصاءات الأستاذ لایل كمنز الانكليزي في

كلية كارديف الطبية ، على أن اصابات السل الرئوي في عمال مناجم الفحم أقل وأخف من الاصابات في غيرهم من الناس (١) . يبقى هذا العلاج عديم الفائدة .

وقد قال لنا الأستاذ بنتهين الألماني (٢) :

أن مستحضرات محلول الفحم لا تفيد مرض السل ولكنها تساعد على مكافحة مكروب الستافيلوكوك والستربتوكوك وباشلس القولون وحمى النفاس والطفح الدملي والذبحجة الستربتوكوكسية والتهابات حوض الكلية والمجارى البولية التي تحدثها هذه المكروبات .

١٣- يظل العلاج بالتوبركلين الطريقة المثلى لتعزيز دفاعنا ضد مرض السل .



انفر شت

obeykandi.com

على أنه يستدعى خبرة واسعة باستعماله والمأما تاما بدقائق المرض وتطوراته، لا يظفر بها الا الاخصائى. فليس من السلامة اللجوء الى سواه والاستعانة بغيره على استعمال هذا العلاج ، لما يصاحبه من الاخطار ويتوقف عليه من النتائج . بعد أن نشر الأستاذ كوخ رسالته المشهورة سنة ١٨٩٠ وأوضح طريقة استعمال هذا العلاج، أجريت تجارب كثيرة فى جميع أنحاء أوربا انتهى أكثرها بالفشل . والآن لا يستعمل فى فرنسا الا قليلا بشكل : « توبركلين س. ل. (٢) ». أما فى ألمانيا، فهو أكثر شيوعا وله أنواع مختلفة ، أهمها : ا. ت. ك. (٣) . وهو محلول الاستحالة النهائية للبائسل لا البائسل نفسه . ويستغرق تحضيره من ٦ الى ٨ أسابيع .

أريد أن أردد هنا القول باننا لا نداوى بالتوبركلين كل مريض . ولا نعتبره علاجاً عمومياً فعالاً . فمن الخطر استعماله فى الحالات الشديدة المصحوبة بافراز . ولا نلجأ اليه الا فى الحالات الهادئة وفى التى تكون قد تلتفت أى تصدّت فيها الأنسجة . وينبغى ملاحظة رد الفعل الذى يحدثه فى المريض ، كارتفاع الحرارة أو زيادة انتشار الإصابة .

نداوى بالتوبركلين بطرق مختلفة :

١ - الحقن تحت الجلد : طريقة علاجية سريعة . يعطى بها التوبركلين للذين حرارتهم عادية أو قليلة الارتفاع بكميات قليلة تزداد أو تنقص بنسبة هبوط أو ارتفاع الحرارة وبحسب حالة المريض العمومية .
نبدأ بعلاج الطفل باعطائه عشر السانتي متر المكعب (٣) من المزيج المخفف (٣.٠ : ٠.١ : ٠.٠١) ثم نحقق اسبوعياً كمية أكبر فأكثر عشر مرات . فبعد ذلك نستعمل مزيجاً أقوى نعطى منه مجموعة أخرى من الحقن .

ب- الحقن بين طبقتي الجلد : طريقة نخرن بها التوبركلين في المرضى غير المقيمين . أى الذين يترددون على المستوصف أو المصح .

ت- الحقن داخل الوريد : طريقة يتبعها الأستاذ كلاينشميت في مستشفى الأطفال التابع لجامعة كولونيا والأستاذ الكساندر في مصح أغرآ في سويسرا . هذه الطريقة تستعمل في حالات التدرن الشديد المنتشر في الرئة التي، لكثرة الالتصاقات، لا يمكن الضغط عليها بحقن تجويف البلورا هواء . وفى داء الخنازير وأى افراز رئوى ليس فيه باشلس كوخ . يعطى فى بادىء الأمر اليود مع يودور البوتاسيوم بالفم . ثم يحقن بعد ذلك التوبركلين فى الوريد ، مخففا ١ على ١٠٠ مليون . نبتدىء بعشر السانتي متر المكعب ونعيد الكرة ونزيد الكمية كل أربعة أيام الى أربعة أعشار ثم الى خمسة أعشار ثم الى سانتي متر مكعب . وإذا لم ترتفع حرارة المريض ، يعطى هذا المزيج بكمية أكثر كثافة . وتتوقف الكثافة على رد الفعل فى المريض وعلى ما نعثر عليه فى رئتيه عند الكشف . ثم اذا أردنا بعد ذلك تخفيف المزيج استعملنا كمية من دم المريض نفسه .

ث- مرهم للدلك : طريقة "اتبعها بتروشكى (١) الذى كان يدلك بمرهم التوبركلين الجلد الى أن يتشربه .

أما مرهم اكتبين - مورو (٢) ، فيحتوى على نوعى باشلس كوخ . البشرى والبقري معا مع مادتيهما الدافعتين . ويدلك به الجلد ويعطى الغذاء خاليا من الملح فى علاج التدرن الجلدى الذئبي واصابات التوبركليد (٣) ، فيأتى بنتائج حسنة .



کویر

obeykandi.com

ليس التوبركلين في حد ذاته دواء شافيا، بل مساعدا للطرق العلاجية الأخرى. فهو يقوى الجسم على مقاومة المرض. لذلك من الخطأ استعماله في الحالات التي يبدو فيها من تلقاء نفسها اتجاه نحو الشفاء. ويجب أن لا ننسى الخطر من تحريك إصابة حية أو من النزيف الرئوى.

١٤ - العلاج بالعقاقير الطبية: هو ما نلجأ اليه في محاربة الاعراض الأخرى التي تظهر مع مرض التدرن. على أن تظافر الهواء النقى والعامل المحرك (١) والغذاء الجيد ولا سيما الكبد والطحال نيثا ودم الغنم حالا بعد ذبحه، لأفضل وأصلح أنواع العلاج. أما العقاقير، فمنها ما نصفه لتخفيض الحمى وازالة الصداغ والأرق وتحريك الشهية للطعام وتخفيف السعال. ويمكن اجتناب العرق في الليل، أثناء النوم بتخفيف الملابس والغطاء.

أن الحقن بالمستحضرات الكلسية في الأوردة يزيل الإفراز والاحتقان في الرئة ويخفف السعال. والعقاقير التي نعالج بها اضطرابات المعدة والقلب تختلف باختلاف الحالات. وفي وقت الطمث يكون جسم المرأة سريع التأثير، شديد الاحساس. لذلك نستعمل المسكنات للتنفس عند النزيف الرئوى. وتفضل مستحضرات الكلس والكلودين والكواجولين على الجيلاتين. والثلج يساعد كثيرا على وقف النزيف اذا وضع فوق المحل المصاب. ينبغي أن لا نكثر من حقن الأفيون، فلربما انتشر المرض في الرئة عن طريق الامتصاص وكانت النتيجة سيئة.

الخلاصة: في معالجتنا للتدرن الرئوى، يجب أن نضع أمرين نصب أعيننا: الاول - أن لا « نهيج » ولا « نثير » بؤرة درنية حية كامنة في الجسم. الثانى - أن نذشط المقاومة العمومية، ليتمكن الجسم من التغلب على مكروب

التدرن وسمومه.

الفصل الرابع والثلاثون

علاج السل الرئوى بحقن الهواء فى تجويف البلورا
أو استرواح الصدر الاصطناعى (١)

حقن الهواء فى تجويف البلورا أو نفخ الصدر أو استرواح الصدر الاصطناعى
هو ابتكار العلامة الايطالى كارلو فورلانىنى (٢) صاحب الفضل الكبير فى
مكافحة التدرن ولا سيما التدرن الرئوى. فهو أول من أثبت عمليا فائدة الضغط
على الرئة بإدخال الهواء فى تجويف البلورا. وأيده بايل الفرنسى (٣)، مطنبا فى
مدحه، وحذا حذوه سبانجلر السويسرى (٤) وبراور الألمانى (٥) وغيرهم حتى
عمت هذه الطريقة كل بلد وأصبحت أشهر علاج للتدرن الرئوى.

لرئة، كما ذكرت فيما تقدم، غلاف يغطيها يسمى البلورا له طبقتان: احشائية
تلتصق بالرئة وجدارية تلتصق بداخل الصدر. وهاتان الطبقتان تتراقان بدون
احتكاك أثناء الشهيق والزفير. فبإدخال أنبوب دقيق كالإبرة فى خلال الأضلاع
الى التجويف بين هاتين الطبقتين، ودفع الهواء فيه بآلة مخصوصة لنفخه بحسب
الحاجة، نضغط على الرئة ونالصقها بالمنصف الصدرى. وبذلك نعوق حركة
التنفس فيها أو نمنعه اذا شئنا. فنخرج الهواء والصديد ونسد ما أحدثه فيها
مكروب السل من حفر وقروح.

بعد البدء بهذا العلاج والضغط على الرئة ترينا أشعة اكس أحيانا فضا

Carlo Forlanini— Italy (٢) Artificial Pneumothorax (١)

Brauer—Germany (٥) Spengler-Swtizerland (٤) Bayle—France (٣)

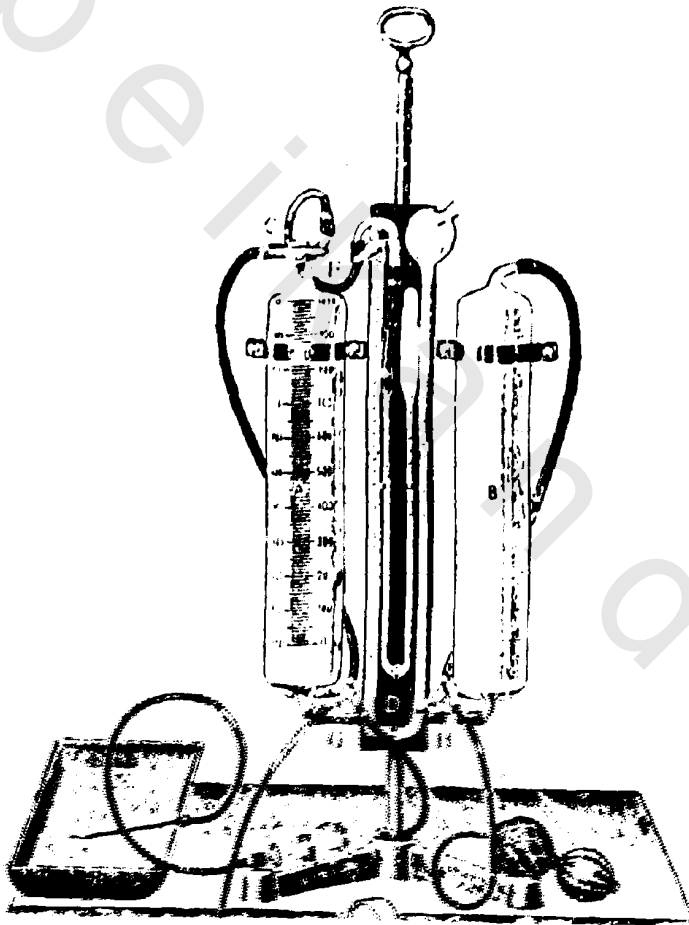


فورلانی

obeykandi.com

رئويًا كاملاً هابطاً على ذاته دون سائر أجزاء الرئة ، فنجزم بوجود المرض في هذا الفص بكامله . ونسمى هذه الحالة : الهبوط الاختياري . (١)

أما الآلة التي ندفع منها الهواء إلى البلوراء فلها مقياس نعرف بواسطته كمية الهواء التي خرجت منها إلى التجويف وعامود مائي يفيدنا عن الضغط الذي يحدثه الهواء على الرئة . ولها أشكال عديدة معروفة باسماء مخترعيها منها نورلاني (كافي الرسم)



جهاز الحقن

وكوس الافرنسي وفون
مورالت ساوجماز وبراور
ولشكه الألمان ولوره
وغيرهم .

ندخل الابرة (٢)
حتى نشعر بوصولها إلى
الطبقة البلورية الاحشائية
فيحول نسيجها الكشيف
دون تجاوز هذا الحد
وجرح الرئة . ويحسن
استعمال البنج الموضعي
قبل ادخال الابرة . ندير
مفتاح الآلة لنصل الهواء

المائي بالابرة المتصلة بهواء البلوراء . عندئذ نلاحظ سطح الماء يرتفع وينخفض مع تنفس المريض شيئاً وزفيراً . فلم بقوة الضغط العادية . ثم ندير المفتاح ثانية لنصل الزجاجاة المملوءة هواء بالابرة الداخلة في تجويف البلوراء فيرتفع الماء

(١) Selective Pneumothorax

(٢) في جنب المريض في الفسحة الضلعية التاسعة الخلفية في التهابات قمة الرئة ونجويها . ول
الفسحة الضلعية الثامنة في الفرجة الأمامية في التهابات أسفل الرئة وقاعدتها .

ويدفع الهواء منها الى تجويف البلورا . حيثئذ نوقف العمل ونقيس بالعـامود المائى مقدار الضغط فى تجويف البلورا ونعيد الدفع، فالمقياس بكل دقة وعناية . وهكذا دواليك حتى يتم الضغط المطلوب .

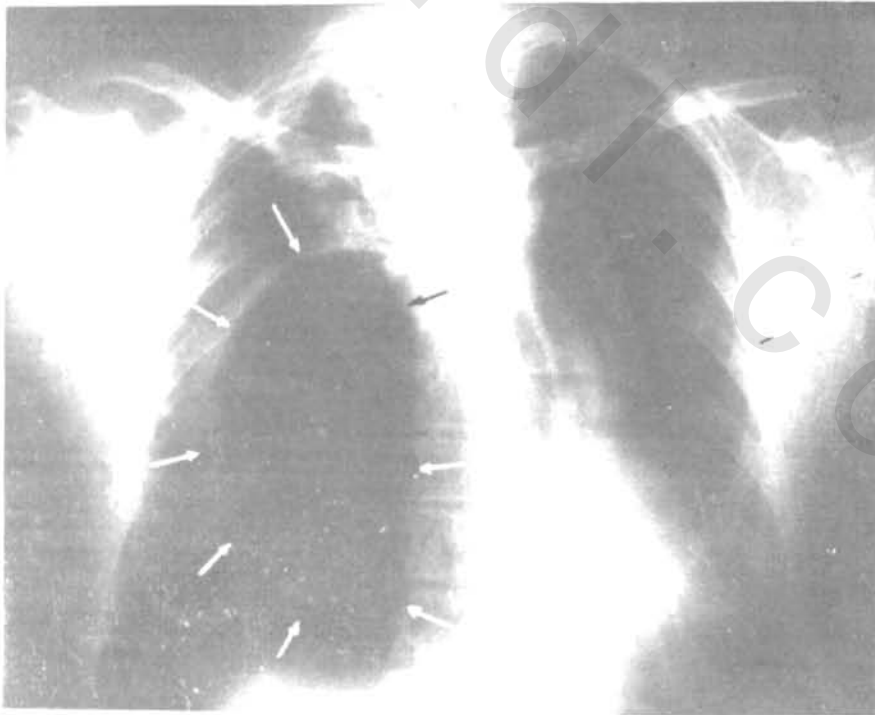
اذا وجدنا العامود المائى ساكنا لا يرتفع ولا ينخفض مع تنفس المريض أدركنا أن الـبرة هى خارج تجويف البلورا، فى النسيج الرئوى أو فى التصاقات لمية بجوار الرئة أو مسدودة . فيتبين علينا اذ ذاك اصلاح موقعهـا أو فتح مجراها . زد على ذلك أن دخول الهواء فى أنسجة الرئة خطر على الحياة . فإذ ادخل فى وريد أو شريان فربما سبب انسدادا هوائيا أو تشنجا أو شللا أو عمى أو غيبوبة أو موتا لذلك يجب أن لا يباشر علاجا خطرا كهذا الا المتمرنون والاختصاصيون . ولا يزالون فى فرنسا يستعملون الأوكسيجين فى الجاستين الأولين . وفى ذلك حكمة على الأقل فى المرة الأولى لأنه يقلل من خطر الانسداد الهوائى فى الأوردة أو الشرايين .

بعد فحص المريض باشعة اكس والتأكد من نجاح العملية، نعيد الكرة فى اليوم الثالث ونضاعف الهواء الى ثلاثمئة أو أربعمئة سانتيمتر مكعب . ثم نفعل مثل ذلك بعد ثلاثة أيام ثم بعد أربعة وهلم جرا ، حتى نتأكد باستعمال أشعة اكس، أن امتصاص الهواء أصبح بطيئا وأنه يمكننا الانتظار اثنى عشر أو خمسة عشر يوما . وكلما تمكنا من اهـباط الرئة استطعنا أثناء الجلسة الواحدة أن ندخل فى تجويف البلورا كمية أوفر من الهواء . وفى بعض الحالات يسهل علينا ادخال ما يوازى ١٥٠٠ سانتيمتر مكعب من الهواء دفعة واحدة . وإنما يجب الحذر من ادخال كمية من الهواء تجعل الضغط ضمن الصدر ايجافيا شديدا يعوق حركة التنفس فى المريض .

قلت فيما تقدم أنه يحدث فى بادىء الأمر امتصاص مقدار من الهواء الذى



حقن الهواء في تجويف البلورا
وانقلاب الاصابة على أثر العلاج الى جاورسية
« انظر الى الحبيبات »



حقن الهواء في تجويف البلورا
وعلى اثر العلاج حدث فتق وانقلاب في المنصف الصدرى

obeykandi.com

ندخله . لذلك نكرر نفخ الصدر بدون انتظار مدة طويلة الى أن تصبح البلورا كثيفة قادرة على ضبط كمية الهواء طويلا . ودليلنا في معرفة الضغط هو العמוד المائى أو أشعة اكس .

بعد نفخ الصدر يخفئ حس التنفس في تلك الجهة . ويصبح صدئ النقر بالأصابع طبيئاً عالياً . ثم يقل البصاق والعرق ليلاً أو يزولان وتهبط الحرارة تدريجياً . وحذار من حقن الهواء في العضلات أو تحت الجلد فإن هذا يؤدي الى انتفاخ في النسيج الجلدى الخلوى وتشويه الوجهه وغور العينين والفم ضمن الانتفاخ المحيط بها . فاذا حدث ذلك عاجلناه بتشريط الجلد ليخرج منه الهواء تدريجياً .

على أن هنالك - عدا عن ضيق تنفس المريض من اكثار حقن الهواء - خطراً آخر أبعد مدى وهو الارتشاح فى البلورا لدقة احساسها ، مما يضطرنا الى الاقلال من ادخال الهواء . فاذا تحول هذا السائل الى مادة صديدية وبقيت ضمن الصدر مدة طويلة ، نشأت مضاعفات علاجية خطيرة الا اذا حدث امتصاص وجفاف وتثبيت الرئة والتقليل من حركتها أثناء التنفس . وهذا ما زى اليه فى عملية نفخ البلورا . وعلى كل حال يجب أن لا نضطرب كثيرا لظهور ارتشاح فى تجويف البلورا لأن هذا الحادث كثير الوقوع .

يصعب علينا تحديد الاستمرار فى نفخ الصدر . فقد لا تتجاوز سنتين فى الاصابة الموضعية الخفيفة . وأربع سنوات فى الموضعية الشديدة . وفى الحالتين يجب أن تتأكد مدة سنة قبل انهاء العلاج أن لا وجود للبشاش فى البصاق .

لا يزال هذا انجم علاج للسل الرئوى المنحصب أى الحوىصلى المعقد لا الارتشاحى المتفرح . فقد دلت الاحصاءات على امكان شفاء ٤٠ فى المئة من السل الرئوى المنحصب الحوىصلى و ٢٠ فى المئة من المنحصب الارتشاحى

و ١٥ في المئة من الارثشاحى المقترح . وهنا لا بد لنا من ذكر هذه الملاحظة المهمة وهي أنه في الاصابات التي يظهر فيها تحفير وتجويف في رئة واحدة ، يجب الشروع حالا في نفخ الصدر ، الا اذا شملت الاصابة الرئتين معا . وبين هذين الطريقتين آراء وأحكام مختلفة .

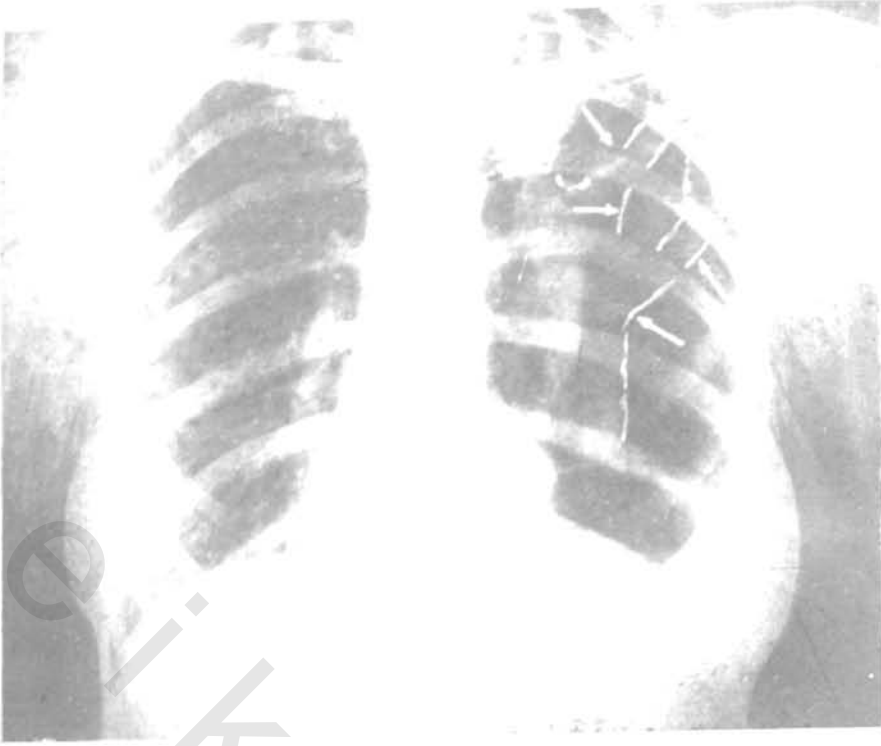
عندما يوجد التصاقات بلورية تشد الرئة الى جدار الصدر الداخلى وتثبتها فتمنعها من الهبوط عند النفخ ، نبادر الى قطعها باجراء عملية يسميها الالمان ، كاوستيك ، وسأتكلم عنها فيما بعد .

اذا سبب الارثشاح ظهور التصاقات بلورية عند قاعدة الرئة ، يتعذر علينا قطعها لتحرير الرئة ، نحقق التجويف حينئذ بالزيت المعقم لوقف نموها وانتشارها والتقليل من تثبيت الرئة .

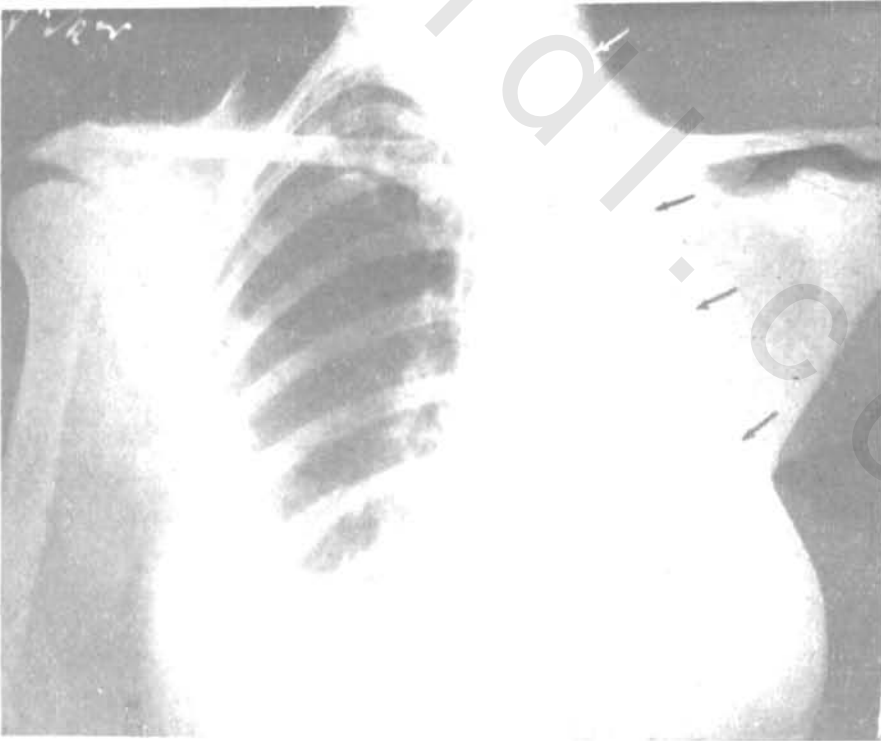
لا يمنعنا من نفخ الصدر وجود السل في الحنجرة أو في كلية واحدة أو ضغط الدم - اذا لم يكن هذا الضغط بداية اعتلال كوى شديد - ولكن يمنعنا من ذلك سل الأمعاء أو البريتون أو الجلد أو الكليتين معا أو السلسلة الفقرية والسكري الشديد ومرض القلب مع عدم التوازن فيه وانتفاخ الرئة والربو ، لأن هذه الال تزداد بعد ادخال الهواء في تجويف البلورا واهباط الرئة وعصرها واخراج محتوياتها .

اذا وجدنا في أسفل الرئة عند قاعدتها التصاقات واسعة النطاق تعوق هبوطها نعمل الى عملية قطع عصب الحجاب الحاجز وننفخ الصدر فنحصل غالبا على نتائج مشكورة .

في حالة اصابة جديدة في الرئتين معا وظهور تحفير وتجويف فيهما ، نعمل حالا الى نفخ كلا الجنين ونسأل أيهما الأفضل ؟ أنفخهما في آن واحد أم جنبا

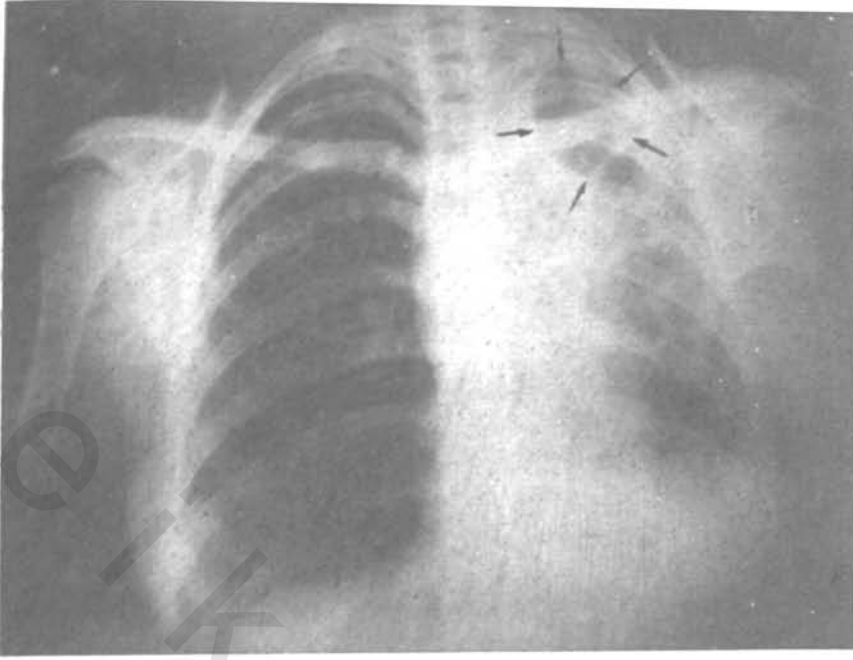


حقن الهواء عمثا في تجويف البلورا اليسر
ولكثرة الالتصاقات لم تهبط الرئة



عولجت هذه الحادثة باستئصال الاضلاع
كما يرى القارئ في الجهة اليسرى

obeykandi.com



سل رئوى مع حفرة والتصاقات
في أعلا الرئة اليسرى



تعذر علاجها بحقن الهواء فعولجت
بإستئصال الاضلاع

obeykandi.com

بعد آخر ؟ - يرجع أن نفخ الجنين في آن واحد، أحسن نتيجة .

ورب سائل يقول . « كيف يستطيع المريض أن يتنفس بغير رئة ؟ »
وجوابا على ذلك نقول : « لا يمكننا على كل حال افراغ الرئة من الهواء افراغا تاما . فاذا افرغنا الرئتين نسبيا باهباطهما، الزمنا العليل الفراش ومنعناه من المشي الا ببطء . ولا نفرغهما اذا كان انتشار المرض فيهما واسعا مصحوبا بارتفاع في الحرارة أو متجها الى تسميم الدم .



الفصل الخامس الثلاثون

علاج السل الرئوى الجراحى

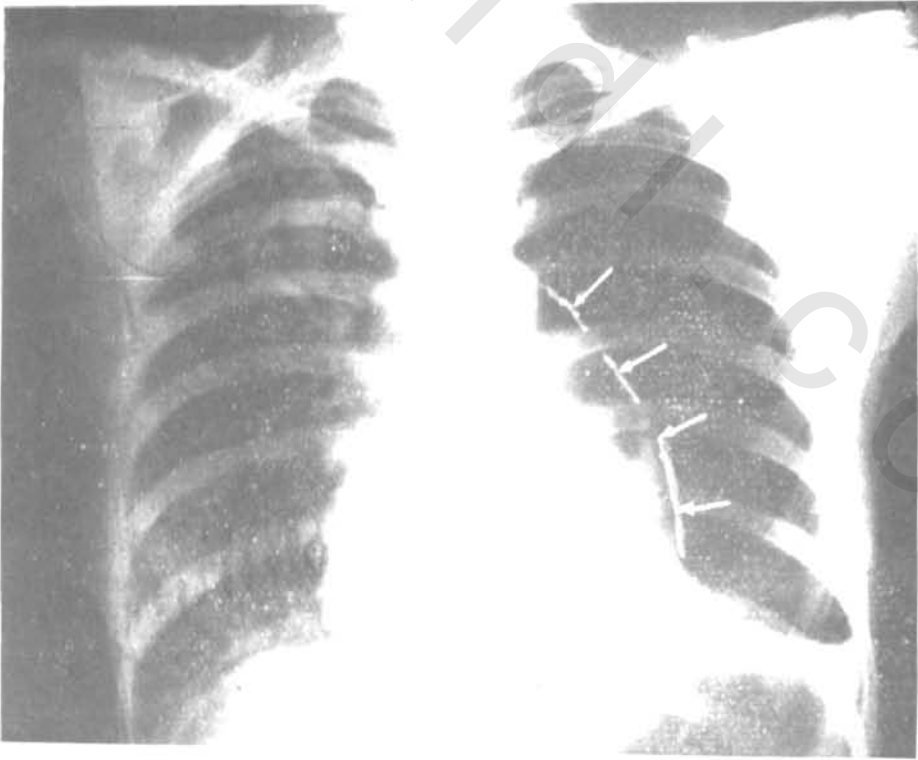
١ - عملية قطع الالتصاقات .

جاء فى فصل سابق أن حقن البلورا يسبب فى الرئة هبوطا كاملا أو جزئيا طبق المراد . ويحول دون تمامه المقصود أحيانا الالتصاقات بلوروية متفاوتة الحجم والعدد ، تربطها بالرئة وتشدها الى جدار الصدر . فإذا كانت ضعيفة فصلها شيئا فشيئا ضغط الهواء الدافع المحقون . وإذا كانت غليظة لا ينفع معها دفع الهواء ، عمدنا الى عملية جراحية دقيقة سميت باسم مستنبطها الأسوجى « جا كويوس » (١) . ويسمىها الألمان « كاوستيك » ، وهى عملية قطع الالتصاقات البلوروية . أما اذا اتسعت هذه الالتصاقات اتساعا لا تجدى معه العملية نفعا ، كان لا بد عندئذ من قطع عصب الحجاب الحاجز . وفى الحالات القصوى نستأصل الأضلاع ونزق الصدر .

نرى بأشعة اكس الالتصاقات التى تحول دون هبوط الرئة ، فتبدو كالحبال المشدودة متفاوتة الحجم دقيقة أو غليظة ، طويلة أو قصيرة . تمتد الى داخلها أحيانا أنسجة رئوية محفوظة لا بد من الانتباه اليها لاجتناب قطعها فى العملية . بعد أن نفتح ممرا بواسطة آلة حادة نغرزها بين ضلعين فى الصدر أو فى الجنب على بعد سنتيمترين من موضع الالتصاقات التى نود قطعها ، ندخل مجلدة دقيقة مستطيلة تشبه مجلدة أو منظار المثانة ، فى رأسها مصباح كهربائى صغير . فنرى بعدسة المجلدة وعلى نور مصباحها الموضع المطلوب . ثم نفتح ممرا آخر



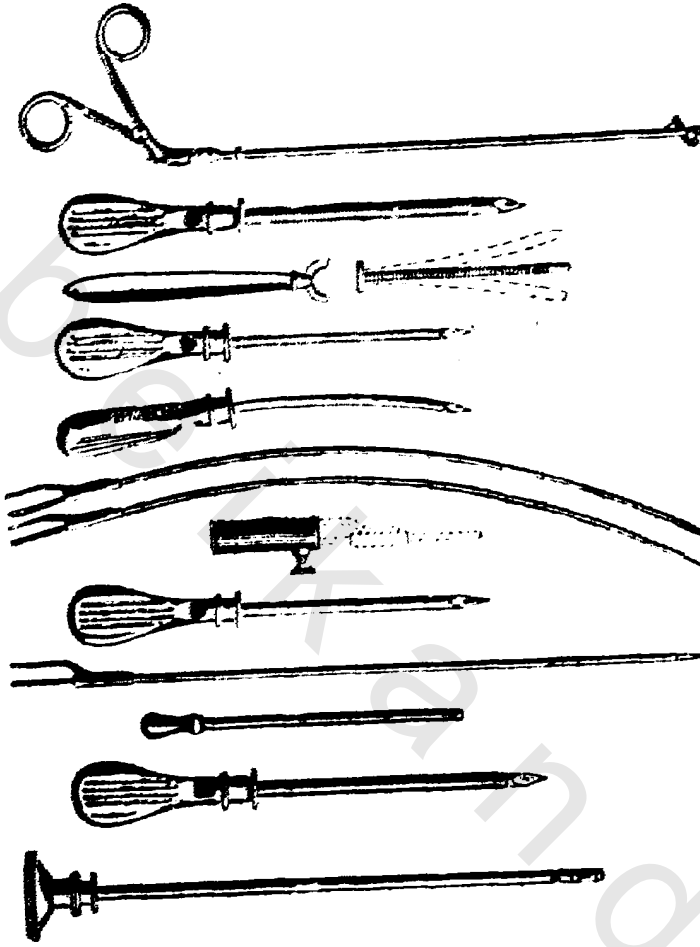
الزصاقات تمنع الرئة من الهبوط على نفسها
بالرغم من حقن الهواء في تجويف البلورا



قطع الالتصاقات وهبوط الرئة على نفسها
عند ادخال الهواء في تجويف البلورا

obeykandi.com

بالقرب من الأول وندخل سلكاً من البلاتين مستطيلاً يتصل ببطارية كهربائية عادية .



يختلف الألمان عن

الأسوجيين الذين ابتكروا

هذه العملية، بوضع النور

الكهربائي الصغير في جنب

المجلاة لا في رأسها تماماً

وهكذا ينبرون في الصدر

جانبا أرحب . ويختلفون

عن السويسريين في إجراء

العملية . فأن هؤلاء

يحضرون الالتصاقات

بالرصف أي الحرارة

القصوى أو الديانزى، قبل

الاسلحة

قطعها منعاً للزيف . ثم يرسلون المجرى الكهربائي الى سلك البلاتين فتشتد الحرارة فيه ويقطعون الالتصاقات به ولو كانت بحجم قبضة اليد، اذا أعادوا الكرة، كما قال لي الدكتور ماورير (١) . أما الألمان - كما يشدد الأستاذ أنفرشت في تعليمه (٢) - فيخافون التذيؤ أي الغفرينا أو الآكلة في الالتصاقات الغليظة اذا حاولنا قطعها مرارا . وقد جربت بنفسى الطريقة الألمانية في براين ورغما من اقدامى على استعمال الميسم الجلواني (٣)، لم يحصل أى زيف بعد قطع الالتصاقات الرقيقة والمتوسطة . لكن الدكتور ماتسون في الولايات المتحدة يستعمل بدلا

من سلك البلاتين مشرطا صغيرا كهربائيا سريعا بعد تجميد الأنسجة بالترضيف (١) وهكذا فإن قطع الالتصاقات يطلق الرئة من قيودها ، فيمكننا من نفخ البلورا بسهولة. أما اذا لم تتمكن من قطعها لكثرتها أو كبر حجمها، عمدنا الى قطع عصب الحجاب الحاجز واستئصال جزء منه أو حشو الرئة أو رقع الصدر .

٢ - قطع عصب الحجاب الحاجز :

أول من أقدم على قطع عصب الحجاب الحاجز هو الأستاذ ستوارتز في فينا (٢) سنة ١٩١٠ .

هذا العصب الموجود الى جانبي العنق والذي نسميه عصب « بل » (٣) أو عصب التنفس الداخلي، يسير سيرا عميقا في العنق منحدرًا الى أسفل وعرضا فوق العضل الأخمى الأمامي . ثم يدخل في جوف الصدر مارا أمام الرئة وينتهي بفرعين في الحجاب الحاجز . وجاء الأستاذ دوشين البولوني مبرهنا لنا على أن كلا من جهتي الحجاب الحاجز تتحرك مستقلة عن الأخرى . وبذلك أوحى فكرة القطع الى الأستاذ ستوارتز بعد أن برهن على أن قطع عصب الحجاب في الجهتين من العنق وإيجاد الشلل في الحجاب كله لا يؤدي الى الموت . ثم استعملت هذه الطريقة لشل حركة التنفس في رئة واحدة في بعض حالات السل الرئوي . وفي السنة التالية هذا حذوه الأستاذ شتوتز . وما انقضت سنة ١٩١٣ حتى كان الأستاذ زوربروخ الألماني (٤) قد نشر أراءه بعد خمس عمليات قطع فيها هذا العصب، مشيرا الى الفوائد الجمّة التي نشأت عن القطع .

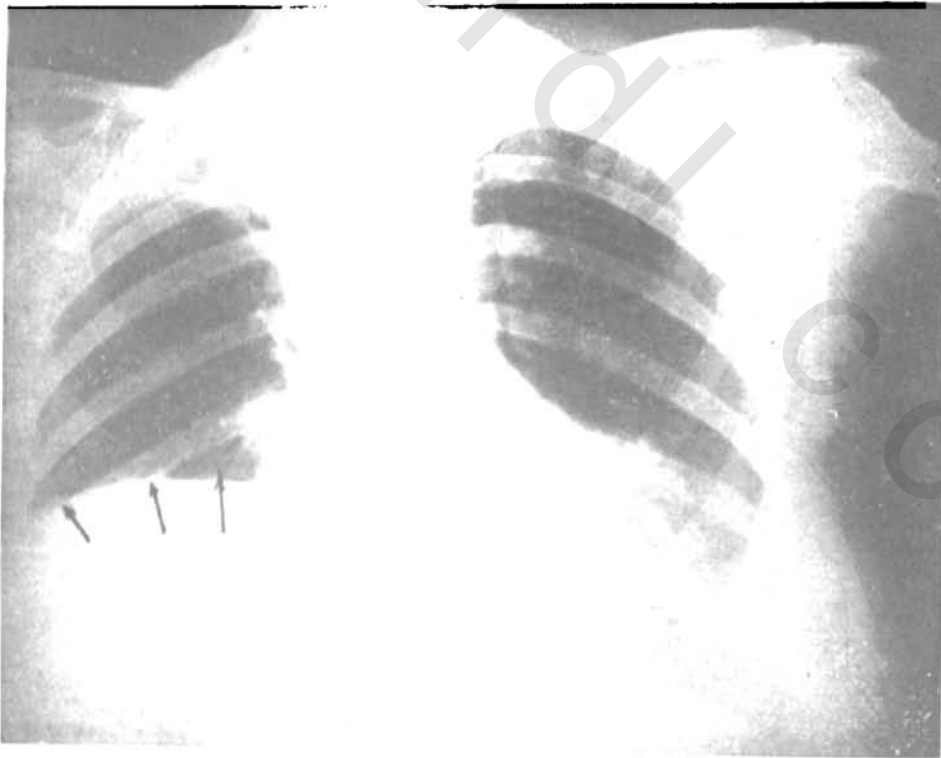
نقطع عصب الحجاب في الحوادث التي نجد فيها تجويفا في أعلى أو في أسفل الرئة . وعلى الأخص اذا كانت قاعدة الرئة ملتصقة بالحجاب الحاجز . وهذا القطع لا يكون له أقل تأثير اذا كان التجويف والتحفير في سرّة الرئة - أي

(١) Diathermy (٢) Stuartz-Vienna (٣) Bell

(٤) F. Sauerbruch-Berlin



حفرة في اعلا الرئة اليمنى
(تحت الترقوة)



عولجت الحفرة بقطع واستئصال عصب الحجاب الحاجز
لاحظ كيف ان ارتفاع الحجاب في الجهة اليمنى قد سبب
اختفاء الحفرة

obeykandi.com

بالقرب من دخول شعبة القصبة الهوائية إليها - لان ارتفاع الرئة بعد شل الحجاب الحاجز لا يضغط على هذا الجزء الرئوى . أما فى الحوادث المزدوجة التى تشتد الاعراض فى جهة منها أكثر من الجهة الاخرى وفى النزيف الرئوى وفى حوادث الديلة الدرنية (١) وعلى الاخص اذا كانت مصحوبة بناسور فى جدار الصدر ، فالقطع يأتى بنتائج حسنة .

وقد ظل الجراحون الى سنة ١٩٢٢ يقطعون العصب ، فيعود الى النمو والالتحام . ويعود الحجاب الى عمله السابق ، حتى استنبط الطبيب الانمانيان - فيليكس وجوتز - طريقة قطع عشرة سنتيمترات منه عند العنق ، فحال ذلك دون الالتئام .

بعد هذه العملية نجد الحجاب ثابتا عند الزفير لا يتحرك . مما يدل على أن نصفه الذى كان متصلا بالعصب المقطوع أصبح أعلى من النصف الآخر . ويتم ارتفاعه الى أقصى علو بين الشهر الثالث والسادس بعد العملية . وهكذا يضغط بارتفاعه على أنسجة الرئة ضغطا نسبيا .

أن نفخ البلورا عند خلوها من الالتصاقات ، يمكننا من اهباط الرئة هبوطا تاما . واستئصال الاضلاع أو رقع الصدر يهبطها نصف هبوط . أما قطع عصب الحجاب فيأتى باربعة أو خمسة أو ستة أعشار هذه النتيجة الاخيرة . لذلك نعتبر عملية قطع العصب أقل فائدة من العلاجين السابقين وغير مؤدية الى الشفاء . ولكنها تساعد على تكوين الانسجة الليفية وتحضير المريض لعملية يرقع الصدر . وعلى الاخص اذا عمدنا إليها فى حوادث النفخ التى لكثرة الالتصاقات لا تهبط الرئة فيها وفقا لرغبتنا .

من الخطأ استئصال العصب من الجهتين وشل حركة الرئتين . اذ أننا

(١) نجمع مادة صديدية درنية ضمن تجويف البلورا .

بهذا العمل نحكم ببقاء المريض طول حياته عالة على غيره .

٣ - حشو الرئة :

نلجأ الى هذا العلاج عند حصول التجوف في سطح الرئة . فبعد تعيين مركز التجوف بالاشعة ، نستأصل ضلعاً أو ضلعين فوقه ونحترق اليه أغشية البلورا بعد رصفها ونملاء الحفرة بسائل من البرافين نمرجه باليودوفورم أو بعقاقير أخرى تمنع التعفن فيتصلب هذا السائل ضمن الحفرة ويضغط على أنسجتها المجاورة . أن هذه العملية كما دلتني التجارب والملاحظات قلما تأتي بالنتيجة المطلوبة ، بل يبقى باشلس كوخ في البصاق . ولكنها تكون مفيدة في اصابات تمدد الشعب في أسفل الرئة حين لا يظهر باشلس كوخ (في البصاق) .

٤ - استئصال الاضلاع أو : ترقيع الصدر .

هذا آخر سهم في الكنانة نعالج به السل الرئوي الليفى المزمن . ونلجأ اليه بعد فشل علاجي النفخ وقطع العصب ، لا قبله .

سميت هذه العملية كما سماها مبتكرها « استلاندر » (١) بعملية « البلاستيك » . وقد أيدها الاستاذ سارانفيل سنة ١٨٨٥ فلم تحز كتابته عنها قبولا . وتلاه الاستاذ كوينكى ، سنة ١٨٨٨ . فالاستاذ كارل سبانجلار ، سنة ١٨٩٠ . فالاستاذ براور . فالاستاذ فريدريخ . فالاستاذ موشهايم ، سنة ١٩٠٣ . فالاستاذ ولمز ، سنة ١٩١١ ، متبعا طرقا دقيقة سليمة . الى أن ظهر الآن « زوربروخ » الالماني ، بطل جراحة الصدر . بدأ عمله في زوريخ في سويسرا ثم انتقل الى مونيخ في المانيا ثم الى برلين ، مستصحباً الدكتور هنرى شاول العربى اللبناي (٢) الذى يعاون زوربروخ في جراحة الصدر بمقدرته المعروفة في التشخيص بالاشعة .

(١) Estlander (٢) H. Chaoul-Berlin طبيب الاشعة في القاهرة سابقا والذى صار فيما بعد استاذ المانيا . ولا يزال لآن مديرا لمعهد روتجن الشاريتيه ، في برلين ، بجانب الاستاذ زوربروخ .



حفرة في اعلا الرئة اليمنى

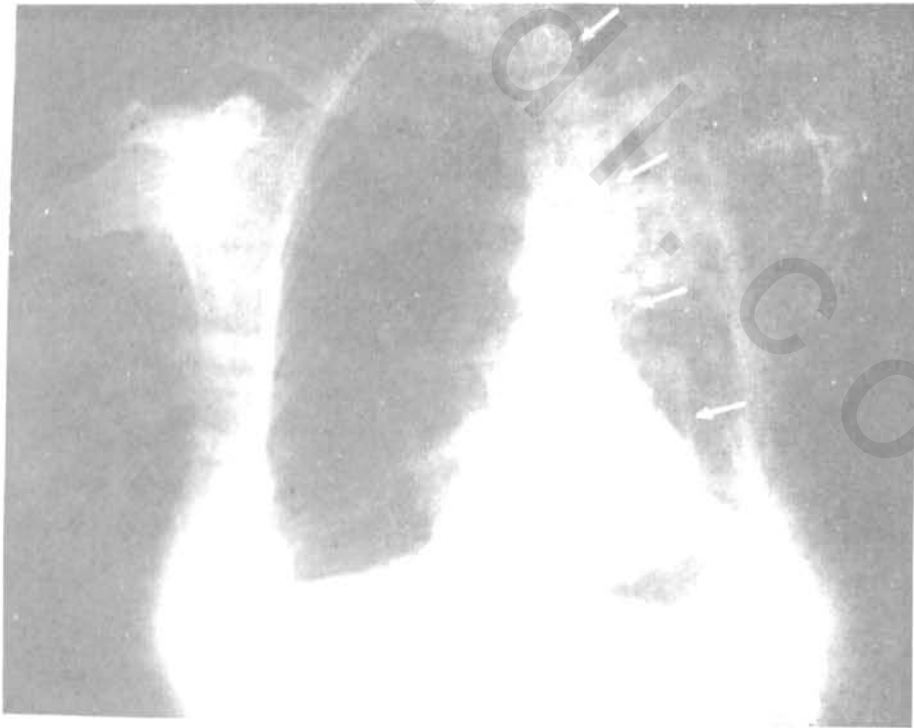


اختفاء الحفرة بعد حشوها

obeykandi.com

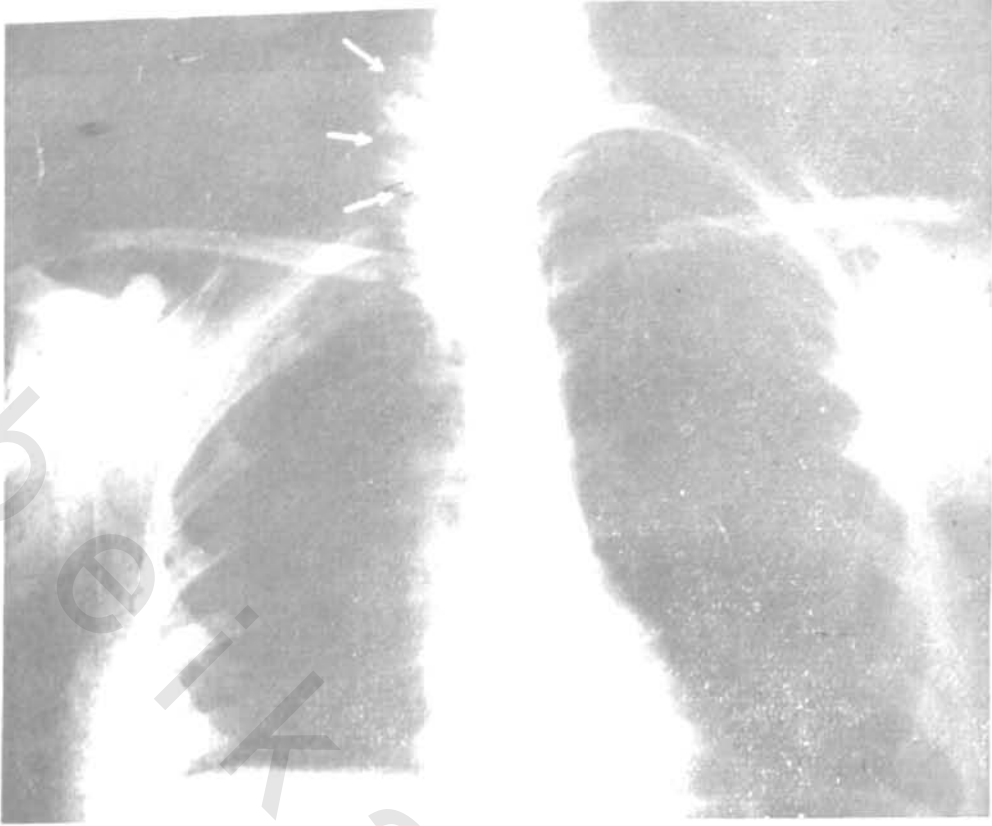


حفرتان في الرئة اليسرى
ولكثرة الالتصاقات لم تتممكن من حقن الهواء وتهييط الرئة



الاصابة بعد علاجها باستئصال الاضلاع
وشفاء المريض

obeykandi.com

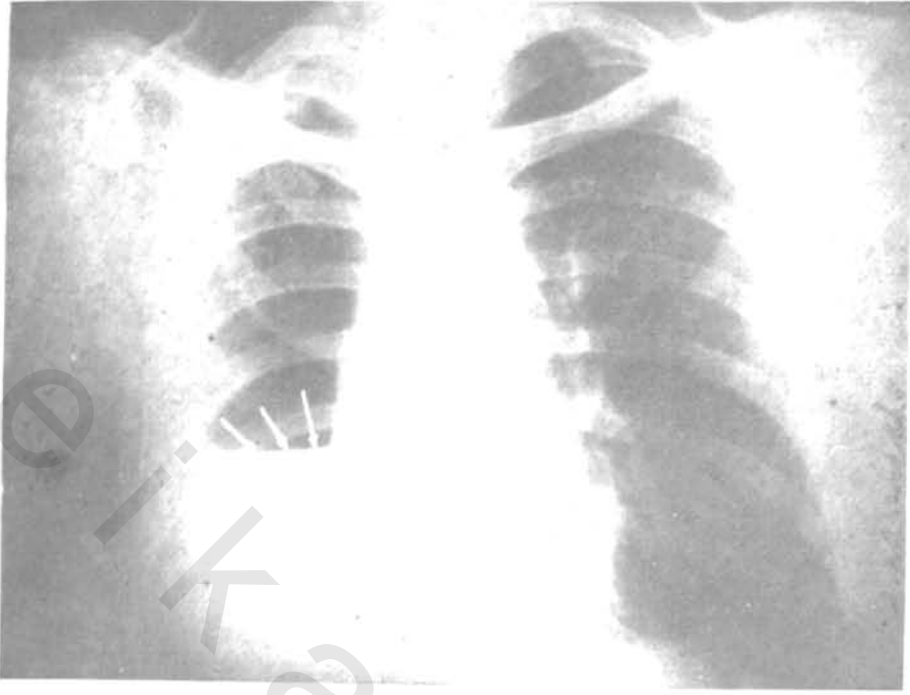


استئصال الضلع الاول اليمين
(Graffsche Plastik)

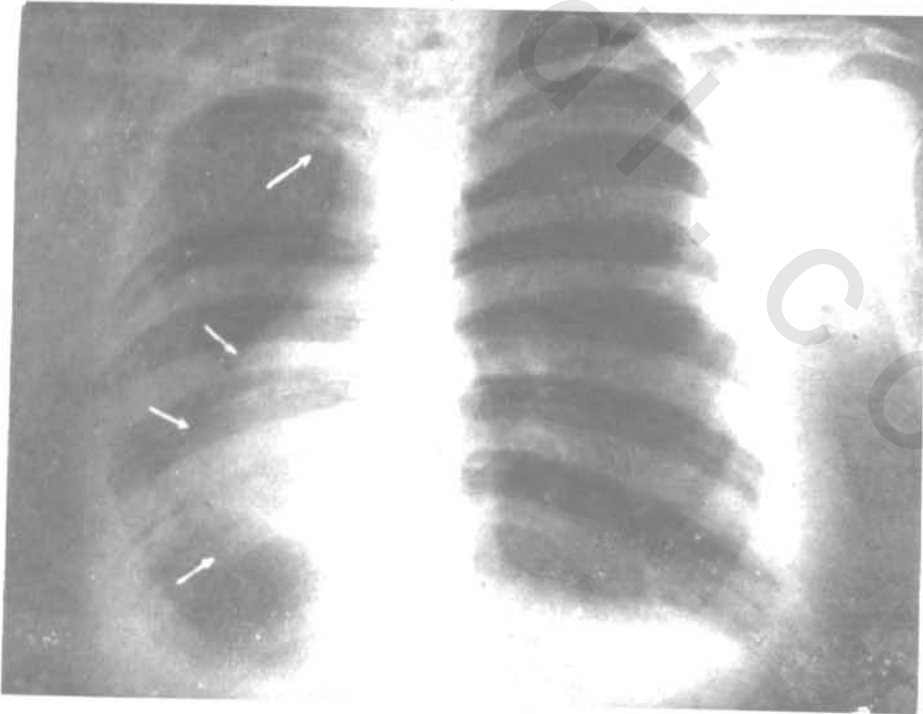


استئصال الاضلاع العليا من ١ - ٨

obeykandi.com



ارتشاح صديري في تجويف البلورا الأيمن

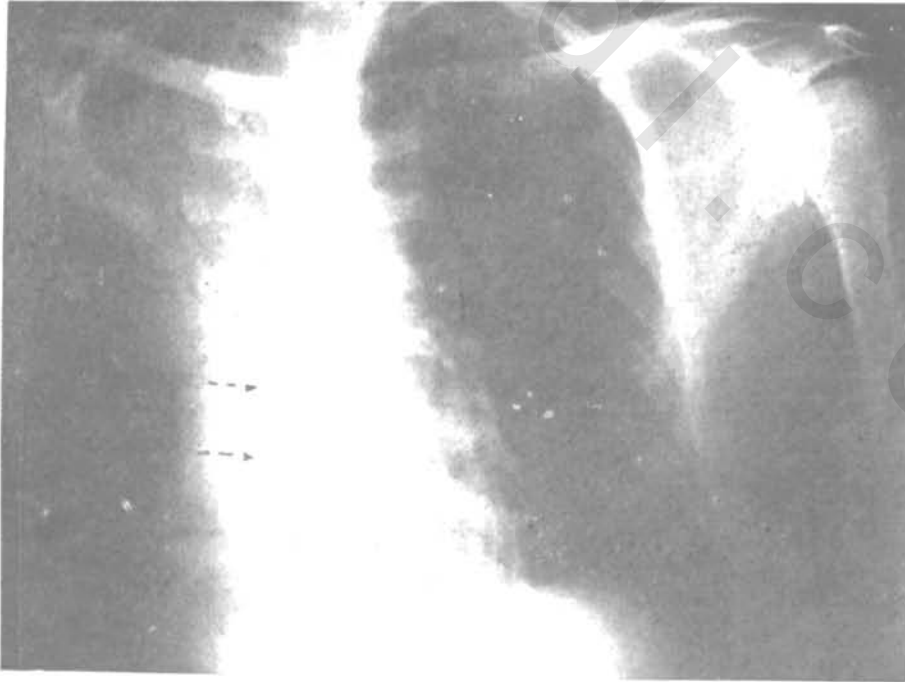


اصابة عمومية في الرئة اليمنى
اشد فيها التقلص فنقات القلب وظهرت كأنها اصابة يبرى

obeykandi.com



عولج الارتشاح الصدیدی الأيمن باستئصال
الاضلاع خارج البلورا
انما لم يمكن تهبط الرئة تماماً كما يتبين للقارىء من الفراغ المشار اليه



بعد اجراء عملية جراحية ثانية داخل البلورا
هبطت الرئة تماماً فاختفى الفراغ كما يرى القارىء

obeykandi.com



عولجت الإصابة العمومية اليمنى (التي تظهر كأنها يسرى)
 بقطع عصب الحجاب الحاجز (استعدادا لاستئصال الأضلاع)
 فارتفع الحجاب كما يراه القاري .



بعد ستة شهور قطعت واستئصلت الأضلاع
 في الجهة المصابة من أسفل الى أعلى وتم شفاء المريض .

obeykandi.com

أما الطريقة التي تتبعها الآن على الغالب فهي طريقة زوربروخ، مع التعديل الذي أدخله عليها جراحو الممالك المختلفة كالاستاذ بيرار (١)، بطل جراحة الصدر في فرنسا. واليك وصف العملية كما رأيت زوربروخ يجرها.

يحقن المريض بالبنج الموضعي دفعة واحدة فوق الأضلاع وتحتها. ويشترط جلد الظهر منحرفا. ثم يقطع من الأضلاع ما يراد قطعه مرة واحدة أو مرتين ابتداء من أسفل. وتزال الأضلاع الأمامية وأحيانا مع الخلفية. أما الضلع الأول أى الأعلى، فيستأصل بعملية مخصوصة تسمى استئصال كرافشه (٢).

دعيت مرة لمساعدة الدكتور مورير (٣)، فوجدته في استئصال الأضلاع يتبع طريقة مختلفة عن طريقة الاستاذ زوربروخ. فبدلا من شرط الجلد طولا ومنحنيا - كما يفعل زوربروخ الذي يتبع طريقة بوفان كما شرحها كورده - شرط أفقيا على حدود عظم الكتف، بعد حقن البنج موضعيا. فمن هذه الفتحة تحت عظم الكتف، حقن البنج في الأنسجة العميقة وتمكن من الوصول الى أعلى كما وصل الى أسفل. وسهل عليه كذلك استئصال الضلع الأول. ولا حظت أنه لا يقطع الأضلاع بل يحثها من أصولها فيقلعها قلعا من فقرات السلسلة. وهذا ما يساعدنا حقيقة على اهباط الرئة اهباطا كاملا (٤).

وقبل ختام هذا الفصل الأخير، اود أن أذكر الجراح البارع كوير الهولاندي (٥) الذي يرى القارىء رسمه ضمن الفصل الثالث والثلاثين والذي كان أول من اشتغل بجراحة الصدر في بلاده وكتب عنها باللغة الهولندية.

لقد رأيت أثناء زيارتي له في الهاي، من العمليات الجراحية المدهشة والتأليف الطبية الفذة القيمة والترتيب المتقن في القسم الجراحى من مستشفى القديس يوحنا حيث هو الرئيس، ما يضطرني أن أضع اسمه بين أساطين هذا الفن.

Graffsche Plastik (٢) L. Berard—Lyon (١)

(٣) A. Maurer—Paris : رئيس قسم جراحة الرئة بمستشفى لاينك في باريس.

(٤) لزيادة الايضاح يجب الرجوع الى التأليف الفنية في هذا الباب للاستاذ زوربروخ في الطريقة

المالانية والاستاذ بيرار في الطريقة الافرنسية. (٥) J. Kuijzer—the Hague

كلمة المؤلف

تم وضع هذا التأليف في الشهر الثاني من سنة ١٩٣٨ ميلادية ، بعد أن عانيت مشاق الأسفار مدة أربع سنوات متواصلة ، قمت في أثناءها بدروس ومطالعات وزيارات خصوصية للمعاهد الطبية في مختلف أنحاء القارة الأوربية. وغرضي من هذا العمل خدمة الشرق العربي الذي انتسب اليه ، راجياً أن يحوز كتابي هذا قبولا عند أبناء لغتي ويكون حافزاً لأطباء آخرين ، من بلاد الهند الى بلاد المغرب ، على الخوض في هذا الموضوع ومعالجته بما يقتضيه المقام من البحث والتحقيق والله ولي الأمر والتوفيق ؟

فيليب الشربل

الفهرست

صفحة	
٣	- اهداء الكتاب
٥	- ذكرى
٧	- المقدمة
٩	- تفسير مرض السل

الفصل الاول

١١

بحث عام : كيف يفهم العوام مرض السل .
شكل مكروب السل . - كيف يظهر لنا تحت المجهر . - حياته . - مناعته .
دوره الظاهر : انتشاره في البشر الحيوانات . - دور كوخ .
دوره الخفي : انتشاره في جسم الأم وانتقاله منها الى الجنين . - دور فونتس .
اختلافه عن الزهري . - اختلافه في الشعوب . - أى متى ينقلب الى عدو
مضر في الجسم .
ماذا يقول الأستاذ كمنز في كارديف .
رسوم : كوخ - فونتس .

الفصل الثانى

٢٤

العدوى والسن : تقسيم العدوى الى الصاعق والكامن الفعال والكامن
غير الفعال . - تعداد الاصابات بالنسبة الى العمر بين ١٤ و ١٥ وبالنسبة
لهذا التقسيم . - انتشار السل في القطر المصرى . - ما الذى عمل لغايه الآن

صفحة

لمحاربته . - احصاء انتشار الباشلس في القطر المصرى .
رسوم : فالتس - أباطه .

الفصل الثالث

٣٢

العدوى وطرق مقاومتها : المقاومة بواسطة البنية العمومية وشرحها . -
المقاومة بواسطة التفاعل والتأثير الموضعى وشرحها . - العقدة الجاورية . -
لقاح ب . س . ج . - افادة اللجنة الدائمة للصحة العامة في جنيف . - من
يجب أن يلقح ومن لا يجب أن يلقح من الاطفال . - استعمال التوبركلين
في كولونيا . - حادثة لوبك . - محلول الكلور . - الفيتامين . - محلول
الذهب . - ترتيب الرئة والسل . - غبار الفحم والسل . - هل سوف
نستعمل محلول السليسيوم ؟
رسوم : فيرشو - كالمت .

الفصل الرابع

٤٥

السل الرئوى أو السحاف : يبدأ في الطفولة ويعود الى الظهور في سن
المراهقة . - تأثير افرازات الغدد التناسلية في ظهوره . - حالة الاحساسية
ونظرية كوخ وتفسيرها . - تقسيم الفرنسيون لمراحل السل منذ أيام
لاينك . - تعاليم ليون برنارد . - أنواع 'الان' - ابات النى - يحدثها
الميكروب . - ظهور الاصابة غالباً في الجزء الأعلى من الرئة اليمنى . -
لماذا ؟ - اذا كان أعلا الرئة مريضاً تكون الأنسجة العميقة عليلاً أيضاً . -
ضرورة الكشف على أعماق مختلفة . - الجهاز الذى ابتكره الأستاذ
هنرى شاول العربى اللبنانى فى برلين . - اصابة والاحتقان المبكر ، كما يقول

الألمان وما بين الترقوة والسرة، كما يقول الفرنسيون. - علامات الالتهاب في الأنسجة الرئوية. - رسم أنواع الالتهابات فيها. - طريقة تسرب الباشلس الى أنحاء الرئة.

رسوم : شاول.

رسوم أشعة : رثنان سليمة - ان. - عقد درنية في بكرة السرة اليمنى. - اصابة مرتشحة. - اصابة منبثة. - اصابة نديية. - اصابة رئوية زهرية. - خراج ما بين الفصين - مرض الفطر (اكتينوميكوز).

الفصل الخامس

٦٢

النزيف الرئوى : كيف يحدث النزيف. - ما الذى يسببه. - فى أى الفصول يكثر وقوعه.

رسوم أشعه : حفرة رئوية يبنى سببت نزيفا. - حفرة لم تسبب نزيفا.

الفصل السادس

٦٨

مراحل السل الرئوى الثلاث : كيف تبدى الناس رايها اعتباطا وكيف يجب أن نفهمها. - كيف نرى التعقد الابتدائى (التلقيح) . - تفسير مرحلة الاحساسية (الانتشار) . - تفسير مرحلة المناعة النسبية (التكلس) . - خوف الجمهور من بصق الدم.

رسوم : فون رانكه.

رسوم أشعة: التعقد الابتدائى (المرحلة الأولى) . - عقد متكلسة فى قمة الرئة (المرحلة الثالثة) . - الاحتقان المبكر. - تطور هذا الاحتقان (المرحلة الثانية) .

الفصل السابع

تدرن البلورا أو ذات البلورا الدرني: العوامل التي تسبب فيه التغيرات المرضية (الباثولوجية) . - الاصابة أولية أو ثانوية . - أنواع الالتهاب: جاف ومرتشح (أنواع المارتشح) . - ثقب الرئة . رسوم أشعة: ارتشاح صديدي أيمن . - عولج باستئصال الاضلاع .

الفصل الثامن

مزع البلورا أو استرواح الصدر الذاتي: لماذا وكيف يحدث دخول الهواء الى تجويف البلورا . - فائدته قليلة . - أخطاره كثيرة . رسوم أشعة: حادثة استرواح نمرة ١ . - حادثة استرواح نمرة ٢ .

الفصل التاسع

بحث آخر عن التهابات البلورا وعلاجها: أين نجد الافرازات البلورية بالنسبة الى الرئة . - تغير مركز القلب في المنصف الصدري . - ضرورة الكشف بالأشعة . - الالتجاء الى البزل . - الالتهاب بين فصوص الرئة . - تصوير المريض وهو مائل الى جانب واحد . - كيف تصبح البلورا كثيفة . - ظهور الالتصاقات داخل الصدر . - تطور الأنساج الى ليفية . - الانكماش والشد على الاضلاع والتضييق في القفص الصدري . - لماذا يحدث الارتشاح في تجويف البلورا . - أي متي لا يجب أن ننزل الافراز . - العلاج بالأشعة البنفسجية . - ازدياد الافراز في مدة الطمث . - ماذا نفعل في حالة ثقب الرئة . - القواعد الثلاث لتقليل الارتشاح . -

الفصل العاشر

كيف نجتنب العدوى : السل في بلاد المجر . - ما هو السبب ؟ . - بعض الحالات التي تقلل من مناعتنا ضد بائس كوخ . - الزكام المهمل . - فقر الدم الأخضر أو الأنيميا الخضراء . - فقر الدم البسيط والخبيث . - داء الخنزير (الخنازير) . - شرحها .

الفصل الحادى عشر

التدرن خارج الجهاز الرئوى . تنقسم سل الجلد الى : الحقيقى والشبيه بالحقيقى والمبهم .

الفصل الثانى عشر

السل الجلدى الحقيقى : مصادر العدوى الثلاث : عدوى اللمس الخارجية . العدوى الذاتية . العدوى الداخلية بالدورة الدموية . - مرض الذئبة . - اشتراكها : (السرطانية . الاحشائية . الثانوية . الزوبات الحادة .) . - النوع الجاورسى المتبثر . - الحبيبي المستدير . رسوم : سل الجلد الذئبي . - سل الجلد الجذامى . - سل الجلد المتبثر الحقيقى الجاورسى .

الفصل الثالث عشر

سل الجلد الشبيه بالحقيقى : الاختلاف بين الأستاذ الكساندر فى أغراض والأستاذ فالتس فى معهد باستور . - السل الجلدى الشبيه بالحقيقى

صفحة

المتعدد الأشكال . - الإصابة التوبركليدية الحليمية النخرية . - لحمية بوكشه . - الطفح الوردى المتصلب . - السل الجلدي الخَصْرِي العمومى . - السل الجلدي الخَصْرِي الملطخ . - الشامة الخَصْرِيَة (لبازان) . - خَصْر الأطراف الشديد .

رسوم: الكساندر .

الفصل الرابع عشر

١٣١

السل الجلدي المبهم : « لحمية بوك ، المضاعفة غير الخبيثة . - السل الجلدي المتصلب . - السل الذئبي المحمر . - ذئبة « هبرة » المحمرة أو سيلان دهني احتقاني درني .

رسوم: الطفح الوردى المتعقد (لا علاقة له بالسل) . - سل الجلد المحمر .

الفصل الخامس عشر

١٣٩

علاج سل الجلد : الأقسام الثلاثة التي نبني عليها مختلف طرق العلاج . - الأساليب التسعة التي تتبعها : الاستئصال . - الكحت . - التشريط . - الكي الناري . - الكي الكيماوى . - علاج فَنَسَن . - أشعة اكس . - العلاج بالعقاقير . - العلاج بالتضاد الكحولى . - العلاج بالغذاء الخالى من الملح . - علاج سيفى وشالار بالتوبركلين فى لوزان .

إيضاحات عن: مصباح فَنَسَن . - مصباح كروماير . - مصباح يوسيونك . - جهاز بوكى للأشعة المحدودة .

رسوم : فَنَسَن .

الفصل السادس عشر

السل العظمى : انتشار الإصابة بالدورة الدموية وبالملازمة . - سل السمحاق . - سل العظم . - سل النخاع العظمى . - سل المفصل :
(التصبب . الحبيبي . الصديدي المتجبن .) . - جدول السل المفصلي
بالنسبة الى الاعمار . - سل الكيس الزلالي الغمدى . - سل غمد الاربطة :
(التهاب مع تصبب . - تورم كنمو غريب) .

الفصل السابع عشر

بحوث أخرى في السل العظمى وعلاجه : أهمية أشعة اكس في تشخيص
المرض . - التغذية بطعام خال من الملح . - العلاج الاقليمي . - قلة
فائدة التوبركلين ومحلول الذهب في مثل هذه الحالات . - التضاد الكحولى . -
الاحتقان المنفعل . - نرمى الى التصلب في المفصل . - تفسير العوام
لاصابات السلسلة الفقرية والورك .
رسوم : رولىه .

الفصل الثامن عشر

السل في بعض الأعضاء الرئيسية الباطنية : سل البريتون أو الهرب :
(التهابات موضعية . شاملة . جافة . مرتشحة) . - يشتد في أيام الطمث .
يكثر في الشباب . - سل الكبد : (ثانوى . التقلص . التشحم . التشمع) .
سل البنكرياس والسكرى العضال . - سل الطحال : ثانوى . - سل
الجهاز الهضمى : المعدة . - الأمعاء الدقيقة : الخلل . - الأمعاء الغلاظ :
(القرعى . الأعورى . الدودى . الشرجى) .

الفصل التاسع عشر

١٧٣

القلب والسرل : حالة القلب . - مركز القلب . - سر القلب :
(التامور . عضل القلب . بطانة التجاوىف)

الفصل العشرون

١٧٦

سر العين : الغشاء المخاطى أو الملتحمة . - القرنية . - شبكة العين . -
عصب النظر . - حجاج العين أو محجز العين .
سر الأذن : الخارجية . الوسطى . الباطنية .
سر الأعصاب : وحدات النسيج العصبي . - تورم المحور .

الفصل الواحد والعشرون

١٧٩

السر السحائى : الأم القاسية . - الأم الخنون . - السحايا الدقيقة العنكبوتية . -
الاصابة بواسطة الدورة الدموية وأحيانا اللفاوية . - أسباب الاصابة . -
التفريق بين الالتهاب والاصابة الجاورية . - اعراض المرض . - علامة
' كرينج ' . - تنفس ' تشينى ستوكس ' . - للمرض ثلاثة أدوار . -
يكثر حدوثه فى الأطفال . - جدول علامة السر السحائى والجاورسى
فى سن الطفولة . - صعب الشفاء . - وجوب تخفيف الآلام وادخال
الرجاء الى قلوب أهل المرضى .

رسوم : ليون برنارد .

الفصل الثانى والعشرون

١٨٧

سل الحنجرة : الأوتار الكاذبة . - الأوتار الحقيقية . - الإصابة أربعة أنواع : المحتقن . المتقرح . الملتهب . المتورم . - التفريق بين إصابات السرطان والزهرى والسل .

الفصل الثالث والعشرون

١٩٣

التدرن فى المجارى البولية . سل الكلى : ما هى الكلى . - الإصابة على ثلاثة أنواع : جاورسية . أولية . امتداد من أسفل الى أعلى . - أعراض المرض . - التفريق بين الحصى والسل فى الكلى . - العلاج .
سل المثانة : ثانوى . - علاقته بتدرن الأعضاء التناسلية بالذكر . - كيف تظهر لنا الإصابة . - أعراضها . - علاجها .
سل المبولة : ثانوى . - علاقته بغدة المثانة . - يظهر فى المبولة عقد جاورسية وأحيانا خراجات كبيرة .

الفصل الرابع والعشرون

٢٠٠

سل الأعضاء التناسلية . فى الانثى : قناة فلوبيوس وإصابة أكثر من كل جزء من الجهاز التناسلى . - المبيض . - المشيمة .
فى الذكر : الخصية . - البرنيج . - البروستات . - الحبل المنوى . - الحويصلات المنوية .
نجد السل فى الأعضاء التناسلية والمجاري البولية فى الذكر ، فى آن واحد ، لاتصال بعضها ببعض .

الفصل الخامس والعشرون

٢٠٦

السل والزواج والحمل: أى متى يمكن السماح للمصابة أو للمصاب بالزواج .
وجوب تعقيم النساء المصابات بالسل .
رسوم : جرائشه .

الفصل السادس والعشرون

٢١١

السل والغدد الصمّ : الغدة الدرقية . - جارات الدرقية . - الغدة النخامية .
الغدة الصنوبرية . - الغدة الصعترية (التيموسية) . - ما فوق الكلوى .

الفصل السابع والعشرون

٢١٧

أمراض أخرى وتأثيرها على السل : الزهري يغرى السل بنا فى مرحلته
الاولى ومرحلته الثانية . - الملاريا . - السكري . - الربو .

الفصل الثامن والعشرون

٢٢٠

التدرن الطفلى : - الواقيات . - اختلافها عن المصححات . - مؤسسات
جرائشه . - الممرضات العائدات . - التلقيح بـلقاح ب . س . ج . - من
يجب ومن لا يجب أن يلقح من الاطفال . - كيف تظهر العدوى فى
الاطفال . - العقد (الكوب) على ثلاثة أنواع . - الاحتقانات فى الانساج
على ثلاثة أنواع . - المدة اللازمة للشفاء .
رسوم : أرماند دليل .

رسوم أشعة : اصابة طفلية ترقوية قصية يبنى عليها . اصابة طفلية ترقوية

صفحة

قصية يبنى تنتشر الى أسفل . - اصابة طفاية ترقية قصية يسرى تنتشر الى أسفل . - تمدد الشعب مع تمزيق الانساج الرئوية وحقن يودين أو ليبيودول .

الفصل التاسع والعشرون

٢٣٢

التدرن الطفلى فى الكبار : نجده فى الاجناس الذين لا مناعة لهم . - وهو على ثلاثة أشكال . - اعراضه عديدة . - ما هو السل الطفلى ؟ - ما هو السل المتجدد ؟ - التمييز بين السل الطفلى واصابات اخرى غير درنية : النزلة الرئوية الشعبية . مرض هودجكن أو لمفادينوم . خراج فى الرئة أو المنصف الصدرى . تمدد الشميمات . غدة تيموسية ملتهبة . ورم فى انساج الرئة أو نمو جديد بين الرئتين . رسوم : كلاين شمت .

الفصل الثلاثون

٢٣٩

بحث آخر فى التدرن الطفلى : شدة العدوى تكون بالنسبة الى كمية الميكروبات التى يستنشقها الطفل . - احصاءات الولايات المتحدة . - ضرورة الانتباه الى تعقيم اللبن . - النقصان أو الزيادة فى الوزن لا يعتبر مقياسا ثابتا . - التسبب البلوروى . - حرارة الاولاد . - ضرورة الكشف بالاشعة . - الامتحان بالتوبركلين . - فحص عصارة المعدة . - مدارس الحلاء . - الاجهاد الجسدى .

رسوم : باريزو .

الفصل الواحد والثلاثون

٢٤٧

الاقليم والسل : هل تغيير الاقليم (المناخ) ضرورى؟ - العوامل الارضية. -
العوامل الجوية . - تأثيرها على المرضى .
رسوم : مصح بحنس (لبنان) . - مصح أغرآ (سويسرا) .

الفصل الثانى والثلاثون

٢٥٢

القطر المصرى والسل : تطور القطر المصرى الزراعى الى صناعى . -
الخطر من هذا التطور ومن تشجيع السياحة . - عمل جرانسه .
رسوم : برنان - مصح حلوان . - مصح عين شمس .

الفصل الثالث والثلاثون

٢٦١

علاج السل غير الجراحى : يمكن شفاء السل . - فى المنزل أو فى المصح؟ -
الاقليم . - تقسيم اينمان للاصابات . - تقسيمنا لها تحت العلاج . -
التغذية . - غذاء جرسون زور بروخ هرمتزدورفر بدون ملح . - فائدته
فى مرض الذئبة . - أشعة الشمس . - مصباح ثانى أو كسيد السليكون المتبلور . -
دم الخيول . - دم السلاحف . - التضاد الكحولى . - المواد الدهنية أو
الزيتية . - البروتيدات . - محلول الفحم . - التوبركلين (تحت الجلد . بين
طبقتى الجلد . داخل الوريد . الدلك) . - العقاقير الطبية . - النبأ الاخير
عن استعمال البزموت .

رسوم : زور بروخ - برار - كمنز - مورير - انفرشت - كوير .

الفصل الرابع والثلاثون

٢٨٦

علاج السل الرئوى بحقن الهواء فى تجويف البلورا : الجهاز اشكال مختلفة متعددة . - طريقة اجراء عملية حقن الهواء . - الاخطار . - دروس . رسوم : فورلانيني .

رسوم أشعة : حقن الهواء وانقلاب الحادثة الى جاورسية . - حقن الهواء وحدث فتق وانقلاب فى المنصف الصدري . حفرة فى الرئة اليسرى لم تتمكن من علاجها بحقن الهواء . - عولجت باستئصال الاضلاع .

حقن الهواء عبثا لكثرة الالتصاقات فى تجويف البلورا الايسر . - عولجت باستئصال الاضلاع

الفصل الخامس والثلاثون

٣٠٠

علاج السل الرئوى الجراحى :

- ا - قطع الالتصاقات . - العدد التى تستعمل . - دروس .
- ب - قطع عصب الحجاب الحاجز . - خطأ قطعه فى الجهتين من العنق . - لا يجب قطعه فى الجهتين الا نادرا جدا . - دروس .
- ت - حشو الرئة . - بماذا نملأ الحفر فى الرئة . - لا يعول على هذه الطريقة العلاجية كثيرا . - دروس .
- ث - استئصال الاضلاع أو رقع الصدر . - خارج البلورا وداخلها . - بعض الاضلاع أو كلها . - نستأصل الاضلاع عادة من أسفل الى أعلى . - صعوبة استئصال الضلع الاول . - الطريقة الالمانية . - الطريقة الفرنسية .

رسوم أشعه :

- ١ - التصاقات تمنع هبوط الرئة بحقن الهواء في تجويف البلورا . - هبوط الرئة الكامل بعد قطع الالتصاقات .
- ٢ - حفرة في أعلا الرئة اليمنى تحت الترقوة . - اختفاؤها بعد قطع العصب وارتفاع الحجاب الحاجز .
- ٣ - حفرة في أعلا الرئة تحت الترقوة . - كيف تظهر بعد حشوها .
- ٤ - حفرتان في الرئة اليسرى . - عولجت باستئصال الاضلاع اليسرى .
- ٥ - استئصال الاضلاع من ١-٨ . - استئصال الضلع الاول (عملية جرافشه) .
- ٦ - حادثة ارتشاح صديدي أيمن . - واصابة عمومية يمني (تظهر لكثرة التقلص والشد الذي نقل القلب ، كأنها اصابة يسرى) .
- ٧ - علاج الارتشاح الصديدي بعملية أولى ، خارج البلورا ، لاستئصال الاضلاع . انما لم تهبط الرئة هبوطا كاملا .
- أجريت عملية ثانية داخل البلورا فهبطت الرئة هبوطا كاملا .
- ٨ - علاج الاصابة العمومية بتقطع واستئصال جزء من عصب الحجاب الحاجز . - ثم بعد ستة شهور استئصلت الاضلاع .

فهرست رسوم الاساطين كما جاء بالحروف الهجائية الافرنجية

الاسم	صحيفة	الاسم	صحيفة	الاسم	صحيفة	الاسم	صحيفة
اباطه	٥١	شاول	٢٠٦	جرانشه	٢٧٩	انقرشت	٢٧
الكساندر	٢٧١	كنز	٢٣٥	كلاينشت	٧٧	وانيكه	١٢٤
برار	٢٢٠	دليل	١٢	كوخ	١٥٧	روليه	٢٦٧
برنارد	١٤٣	فلسن	٢٨٣	كوير	٢٦٣	زوربروخ	١٨٣
برنان	١٦	فوننس	٢٧٥	مورير	٢٧	فالتس	٢٥٣
كلت	٢٨٧	فورلانيني	٢٤١	باريزو	٣٣	فيرشو	٣٩

CHAPTER XXXIV

268 **Artificial Pneumothorax.** First used by Forlanini, whose famous Institute stands now in Rome ... Various kinds of apparatus... Technique... Indications... Dangers... Results ..
Portrait : Forlanini.

Films : Infection turning Miliary after Pneumo induction...
Mediastinal Hernia after induction of Pneumothorax...
Cavity in left lung, not collapsible by Pneumo... Treated by resection of ribs... Too many adhesions...
Treated by Thoracoplasty.

CHAPTER XXXV

300 **Surgical Treatment of Lung Tuberculosis.**

- 1) Resection of Adhesions : Jacobeus in Oslo .. Difference between German, American and Swiss methods.
- 2) Extraction of the Phrenic nerve (Exarèse)... Stuartz of Vienna .. Method of operation... Double Exarèse not advisable ...
- 3) Plombage. Not very efficacious as a cure for Tubercular cavities...
Efficacious for non-tubercular Brochiectasis of the base of the lung.
- 4) Thoracoplasty : Estlander, the father of this surgical method... It is the last resort... Extra-pleural, Intra-pleural... We generally operate from below upwards .. German methods... French Methods.

Films : Incomplete collapse caused by pleural adhesions. —
Complete collapse after resection of adhesions.
Cavity in right lung... Disappearance after Exarèse.
Cavity of right lung... How it appears after Plombage.
Two cavities in left lung... Treated by Thoracoplasty.
Thoracoplasty from 8th to 1st rib.
Graffsche Plastik (Extraction of 1st rib).
Right Empyema... General lung infection.
Empyema treated by Extra-pleural Thoracoplasty, leaving a « Rest-Höle ».
Operated again Intra-pleural; disappearance of the « Rest-Höle » and perfect collapse.
The general lung infection was treated by Exarèse, in preparation to Thoracoplasty... Six months later, Thoracoplasty performed and perfect collapse attained.

P. S. Chapter 1st - Page 21 : Moch's Granules should be written Much's.

كل نسخة غير موقع عليها بخط المؤلف تعتبر مسروقة ويعاقب حاملها .

CHAPTER XXVII

- 217 **Effect of other co-existing Diseases upon Tuberculosis.** Syphilis (aids Tuberculosis during its own First and Second stages)... Malaria... Diabetis... Asthma.

CHAPTER XXVIII

- 220 **Infantile Tuberculosis.** Difference between Preventoria and Sanatoria ... (Œuvre Grancher... B. C. G... Who should and who should not be inoculated... Visiting sisters... Three types of glandular tumefaction in the chest... Three types of lung infiltration. Portrait : Armand Delille.
Films : Sternal clavicular right... Sternal clavicular right proceeding downwards... Sternal clavicular left proceeding downwards .. Bronchiectasis and Lipiodol or Iodipin instillations.

CHAPTER XXIX

- 232 **Infantile Tuberculosis in Adults.** Three infantile forms... Symptoms are multiple... Found in non-sensitized races and Hybrids... Differences between Infantile and Adult types... Difference from other non-tuberculous affections. (Hodgkins' Disease, Abscess, Thymus inflammation, Growth, etc). Portrait : Kleinschmidt

CHAPTER XXX

- 239 **Further Remarks about Infantile Tuberculosis :** Strength of infection is proportional to quantity of microbes inhaled... Statistics... Children, Schools and Tuberculosis... Parisot and preventoria... Milk pasteurization... Loss or gain of weight is not always a sure index... Necessity of X Rays' examination... Tuberculin Test... Examination of stomach juice and Armand Delille... Open air schools... Bodily fatigue.
Portrait : Parisot.

CHAPTER XXXI

- 247 **Climate and Tuberculosis.** Meteorological Factors... Earthly Factors... Influence upon patients... Change of climate is not always necessary.
Illustrations : Béhannés Sanatorium (Lebanon). Agra Sanatorium (Switzerland).

CHAPTER XXXII

- 252 **Egypt and Tuberculosis.** Sociological, economical, racial studies and Tuberculosis.
Illustrations : Helwan Sanatorium, near Cairo... Ain - Shams Sanatorium, Cairo Suburbs.
Portrait : Burnand (First Director of Helwan Sanatorium).

CHAPTER XXXIII

- 261 **Non-Surgical Treatment of Tuberculosis.** Where to treat the patient... Climate... Inman's classification... Our classification for treatment... Food (saltless)... Sun treatment... Ultra-Violet lamp... Gold solutions... Serums... Antigène Méthylé... Coal and charcoal solutions... Tuberculine (intracutaneous, subcutaneous, rubbing)... Medicinal.
Portraits : Sauerbruch ... Béard ... Maurer (Paris ...)

CHAPTER XXVII

- 7 **Effect of other co-existing Diseases upon Tuberculosis.** Syphilis (aids Tuberculosis during its own First and Second stages)... Malaria... Diabetis... Asthma.

CHAPTER XXVIII

- 0 **Infantile Tuberculosis.** Difference between Preventoria and Sanatoria ... (Euvre Grancher... B. C. G... Who should and who should not be inoculated... Visiting sisters... Three types of glandular tumefaction in the chest... Three types of lung infiltration.
Portrait : Armand Delille.
Films : Sternal clavicular right... Sternal clavicular right proceeding downwards... Sternal clavicular left proceeding downwards... Bronchiectasis and Lipiodol or Iodipin instillations.

CHAPTER XXIX

- 32 **Infantile Tuberculosis in Adults.** Three infantile forms... Symptoms are multiple... Found in non-sensitized races and Hybrids... Differences between Infantile and Adult types... Difference from other non-tuberculous affections. (Hodgkins' Disease, Abscess, Thymus inflammation, Growth, etc).
Portrait : Kleinschmidt

CHAPTER XXX

- 39 **Further Remarks about Infantile Tuberculosis :** Strength of infection is proportional to quantity of microbes inhaled... Statistics... Children, Schools and Tuberculosis... Parisot and preventoria... Milk pasteurization... Loss or gain of weight is not always a sure index... Necessity of X Rays' examination... Tuberculin Test... Examination of stomach juice and Armand Delille... Open air schools... Bodily fatigue.
Portrait : Parisot.

CHAPTER XXXI

- 47 **Climate and Tuberculosis.** Meteorological Factors... Earthly Factors... Influence upon patients... Change of climate is not always necessary.
Illustrations : Béhannés Sanatorium (Lebanon). Agra Sanatorium (Switzerland).

CHAPTER XXXII

- 52 **Egypt and Tuberculosis.** Sociological, economical, racial studies and Tuberculosis.
Illustrations : Helwan Sanatorium, near Cairo... Ain - Shams Sanatorium, Cairo Suburbs.
Portrait : Burnand (First Director of Helwan Sanatorium).

CHAPTER XXXIII

- 261 **Non-Surgical Treatment of Tuberculosis.** Where to treat the patient... Climate... Inman's classification... Our classification for treatment... Food (saltless)... Sun treatment... Ultra-Violet lamp... Gold solutions... Serums... Antigène Méthylique... Coal and charcoal solutions... Tuberculine (intracutaneous, subcutaneous, rubbing)... Medicinal.
Portraits : Sauerbruch ... Bérard ... Maurer (Paris ...)
Cummins ... Unverricht ... Kuijjer.

Lymphatic Glands .. Alimentary Canal : (Stomach, Small Intestines, Villi : Ulcerous type, Cecal tumour.. Large Intestines: (Tuberculosis of the Cæcum, Appendix, Anus).

CHAPTER XIX

- 173 **Heart and Tuberculosis.** Condition... Position... Secondary infection.. Tubercular Pericarditis ... Tubercular Myositis... Tubercular Endocarditis.

CHAPTER XX

- 176 **Tuberculosis of the Eye, Ear and Nerves.** Eye infection : (Conjunctiva, Cornea, Retina, Optic Nerve, Orbit)... Ear: (external, middle, internal)... Nerves: (Neurone, Axis sheath).

CHAPTER XXI

- 179 **Tuberculous Meningitis.** Dura Mater... Pia Mater... Leptomeninges... Extension through : blood, lymph... Differentiation between inflammatory condition and miliary infection... Cheney-Stokes-Respiration... The three stages of : Excitation, Compression, Paralysis... Frequent in small children... Hubschman's statistics : High frequency of miliary cases accompanied by Tuberculous Meningitis according to age. Difficult to cure... Allay pain, sustain hope .. Portrait : Léon Bernard.

CHAPTER XXII

- 187 **Tuberculosis of the Larynx.** False and true vocal cords... Infection of four kinds : Congested, swollen, inflamed, ulcerated... Differentiation between : Cancer, Syphilis and Tuberculosis.

CHAPTER XXIII

- 193 **Tuberculosis of the Urinary Tract.** What is the kidney... Tuberculous Nephritis (Miliary, primary, ascending)... Differentiation between Calculus and Tuberculosis... Tuberculous Cystitis... Tuberculous Urethritis and Prostate .. We may find Miliary Tubercles ... Abscesses... Urinary Tract Tuberculosis is, generally secondary and, in the male, related to Genital Organs' tuberculosis... Symptoms... Treatment.

CHAPTER XXIV

- 200 **Tuberculosis of the Genital Organs.** In the Female : Fallopian tube (most attacked)... Ovary... Placenta... Infection in the Female is independent of the Urinary Tract.
In the Male : Testicle, Epidydemis, Prostate, Seminal Cord, Seminal Vesicles... In the male, the Urinary Tract is generally affected as well.

CHAPTER XXV

- 206 **Tuberculosis and Marriage.** When should tuberculous people marry ? .. The Female .. The Male .. We should sterilize tuberculous women.
Portrait : Grancher.

CHAPTER XXVI

- 211 **Glands with Internal Secretions and Tuberculosis.** Thyroid.. Parathyroid .. Pituitary (Hypophysis)... Pineal... Thymus Suprarenals.

External by Contiguity. Self-infection. Through blood... **Lupus Vulgaris** : (Lupus carcinoma, visceral infection, exacerbations).. **Tuberculosis luposis miliaris disseminatæ faciei**... **Verrucous**.. **Vegetating**... **Scrofuloderma** (primary, secondary)... **Lichen Scrofulosorum** ... **Papulo pustulosa acnitis** .. **Granuloma anulare**... H. Gougerot-Paris.
 Illustrations : **Lupus Vulgaris** .. **Leprous Tuberculosis** .. **Tuberculosis Luposis Miliaris Disseminatæ Faciei**.

CHAPTER XIII

- 123 **Tuberculids**. Relation between internal tuberculous infection and Tuberculids .. **Lupus Pernio Proper**... **Lupus Pernio in Patches** .. **Nævus Pernio**... **Advanced Chillblains**.
 Portrait : Alexander.

CHAPTER XIV

- 131 **Vague Cutaneous Tuberculosis**. Multiple Benign Sarcoid of Bœck... **Tuberculosis Indurativa**... **Erythematous Lupus**... **Seborrheica Congestiva** or **Lupus Erythematosus of Hebra**.
 Illustrations : **Erythema Nodosum**... **Erythematous Lupus**.

CHAPTER XV

- 139 **Treatment of Cutaneous Tuberculosis**. Common sense necessary .. Nine methods : Extirpation, Curettage, Scarrification, Heat-cautery, Finsen therapy, Radiotherapy, Medicinal, Antigene Methylique, Saltless food. Cevey and Schaller in Lausanne and Tuberculine... Explanation of : Finsen Arc Lamp, Kroymayer Lamp, Yessionneck Lamp, Bucky Limited Rays Apparatus.
 Portrait : Finsen.

CHAPTER XVI

- 149 **Bone Tuberculosis**. Secondary infection during dissemination period from lesion in body... Reaches the bone through Blood, Contiguity. Forms are : Periostitis, Ostitis, Osteomyelitis, Arthritis (effusion, granulation, caseation)... Wiese's table according to age and various joints... **Bursae and Tendons**.

CHAPTER XVII

- 156 **Further studies about Bone Tuberculosis and their Treatment**. Importance of X Rays in the differential diagnosis of Bone affections ... Climate... Heliotherapy.. Rollier in Leysin... Saltless food... Antigène Methylique... Gold solutions and Tuberculine useless... Bier's Hyperæmia... When to amputate .. Amyloid degeneration... What we seek in Arthritis... False explanation of Pott's disease and tuberculous Hip-joint.
 Portrait : Rollier.

CHAPTER XVIII

- 162 **Tuberculosis of some important Internal Organs**. Peritoneum : (Local, general, dry, exudative)... Severe during menstruation... Frequent in young girls... Liver : Secondary infection, cirrhosis; amyloid, fatty degenerations; miliary, disseminated, caseous ... Pancreas; Incurable Diabetis... Spleen: Amyloid degeneration, secondary to Miliary infection...

CHAPTER V

- 62 **Hæmoptysis.** Caused by : Cavity formation in new cases... Tearing of fibrous tissue in old cases... When does Hæmoptysis occur ? Treatment.
Films : New cavity causing Hæmoptysis... Old cavity not causing Hæmoptysis.

CHAPTER VI

- 68 **The three stages of Phthisis.** Wrong explanation of these stages by the public... We owe them to Ranke... Conception corrected by Redeker... Primary Complex (Inoculation)... Sensibilisation (Dissemination)... Resistance (Calcification)...
Portrait : Von Ranke.
Films : Primary complex... (1st stage)... Apex Calcification. (3rd Stage)... Früh-Infiltrat... Evolution of this infiltration. (2nd stage).

CHAPTER VII

- 80 **Tuberculous Pleuritis** (Tuberculosis of the Pleura). Predisposing causes... Primary... Secondary... Dry... Wet : (Serous, sero-fibrinous, purulent, sterile, mixed, septic)... Perforation of the lung.
Films : Right side Empyema... Treated by Thoracoplasty.

CHAPTER VIII

- 89 **Spontaneous Pneumothorax.** Atmospheric air in pleural cavity, after tearing of visceral pleural layer and superficial lung tissue... Used and amplified (when possible) as artificial pneumothorax... Of little usefulness but of great dangers.
Films : Case No. 1... Case No. 2.

CHAPTER IX

- 93 **Further remarks about pleural Inflammations and their treatment.** Effusion collects in different parts of the chest... Interlobar effusion... Fixation of lung... Fibrosis... Displacement of heart... What causes effusion to appear in pleural cavity : (air inflation, cold, tuberculosis, septic infection)... Differentiation... When should we draw the effusion and when should we refrain... Three rules to lessen effusion... More effusion during menstruation... What to do in lung perforation.

CHAPTER X

- 98 **How to evade the Disease.** Hungary and Tuberculosis... its causes.. Some predisposing causes to Tuberculosis : - The neglected cold... (Treatment of new and old colds)... Chlorosis . Simple and Pernicious Anæmia... Scrofula.

CHAPTER XI

- 107 **Extra-Pulmonary Tuberculosis.** Cutaneous Tuberculosis (Tuberculosis of the skin) divided into three parts :
1: Cutaneous proper... 2: Tuberculids... 3: Uncertain Cutaneous.

CHAPTER XII

- 108 **Cutaneous Tuberculosis Proper.** Three ways of infection:

Synopsis of the important topics treated in this first Arabic Work on Tuberculosis.

Pages

- 3 Dedication.
- 5 In Memory.
- 7 Preface.
- 9 What is Tuberculosis ?

CHAPTER I

- 11 **General.** Wrong conception of the Disease by the Public. Appearance of the Bacillus under the Microscope... Its life... Its resistance... Type Koch is visible... Its Habitat.. Methods of contamination.. Type Fontès is invisible.. Virus-Filtrant... Much's Granules are the boundary line .
Diseased mothers... Infection of Foetus... Difference from Syphilis... What S.L Cummins of Cardiff says about the harmlessness and the harmfulness of the Bacillus in our System... Races react differently.
Portraits : Koch... Fontès.

CHAPTER II

- 21 **Age and Infection.** Infection is of three kinds : Fulminating. Latent active. Latent inactive... Puberty is the danger period.. Statistics for Egypt up to 1937... What has been accomplished in Egypt to fight this disease.
Portraits : Valtis... Abaza.

CHAPTER III

- 32 **How to evade the Infection.** Two ways : **Physiological.** The Military Tubercle . B.C.G. Vaccine... Information of the League of Nations' Health Committee... Which children should we vaccinate?... The Lubeck Story... Kleinschmidt in Cologne and Tuberculine... **Local** : Calcium... Vitamines... Gold preparations... Inefficiency of coal and charcoal preparations Tuberculosis in miners... Chalicosis ... Silicosis.
Portraits : Virchow... Calmette.

CHAPTER IV

- 45 **Phthisis or Lung Tuberculosis.** Beginning in childhood (Primary Complex)... Reappearing in Puberty (Dissemination)... Effect of Sexual Development?... Sensibilisation and Koch's Phenomenon... French divisions since Lennec... Léon Bernard's teachings ... Infection begins mostly in upper part of right lung.. Why?... Diseased apex means diseased deep tissues... X Rays' examination necessary in suspected cases... H Chaoul in Berlin and X Rays... The German Früh-Infiltrat.. The French Tramites, Sequels, Marbrures... Pneumonic infiltrations.. Cavities... Fibrous tissue formation... etc.
Portrait : Chaoul.
Films : Healthy lungs... Hilar glands... Exudative... Productive... Interlobar abscess... Actinomycosis... Cicatricial... Syphilitic.

To the Memory of,

and in personal gratitude to,

Dr. Howard Bliss D.D.

(Late President of the American University — Beirut)

who consecrated his life to

the service of

the

Near - East.

Alphabetical Index of Portraits

Name	Page	Name	Page
Abaza	27	Grancher	206
Alexander	124	Kleinschmidt	235
Bérard	267	Koch	12
Bernard	183	Kuijjer	283
Burnand	253	Maurer A. (Paris)	275
Calmette	39	Parisot	241
Chaoul	51	Ranke	77
Cummins	271	Rollier	157
Delille	220	Sauerbruch	263
Finson	143	Unverricht	279
Fontès	16	Vallis	27
Fortanini	237	Virchow	33

TUBERCULOSIS

IS :

1. **Acquired**, through the visible **Microbe (1)**, which spreads itself mostly by sputum, from the diseased to the healthy.
2. **Inherited**, through the invisible **Virus-Filtrant (2)**, which reaches the **Fœtus** from the diseased mother, by way of the **Placental circulation**.

The **Acquired Form** is more widely spread and more virulent than the **Inherited**.

(1) **Type Koch.**

(2) **Type Fontès.**

PREFACE ⁽¹⁾

I have read Dr. Philip C. Shediak's book on Tuberculosis, a disease which most people know to be very dangerous to Man and animal.

Such a Work fills in a gap and is a necessity to those who speak Arabic ; for nothing similar has ever before been written on Tuberculosis in this language.

This Work is rich in its subjects and its references. The author has analyzed every point and has made clear the views of all masters in this Science.

I wish to thank Dr. Shediak for accomplishing this most difficult work, in which he has left " no stone unturned ", in order to render this most valuable service to Arabic Medicine.

SULEIMAN AZMY.

(1) By His Excellency :

Dr. Suleiman Pasha Azmy

Professor "Internal Medicine"

Kasr-el-Aini Medical School — Cairo.

DEDICATION

I dedicate this first Arabic Work on one of the plagues which are producing ravages — not only amongst the peoples of the West, but also amongst those of the East — to all those who speak my Tongue.

I hope that this contribution — which condemns the evil — would aid to make the Arabic speaking Peoples react and fight this disease, in the interest of the common good.

The Author.

DEDICACE

Je dédie ce premier ouvrage arabe sur un des fléaux qui font des ravages, non seulement parmi les peuples d'Occident mais aussi parmi les peuples d'Orient, à tous ceux qui parlent ma langue.

Je veux espérer que par cette contribution, qui dénonce le mal, les Peuples de langue Arabe pourront réagir dans le sens du bien commun.

L'Auteur.

TUBERCULOSIS

and its

Treatment

by

Dr. Philip C. Shediae M.D.

This book is obtainable from :

1. The Author : *Cairo.*
2. All Book Stores in *Cairo and Alexandria.*
3. Roushdy Pharmacy : *16 Fouad Avenue, Cairo*
4. Professor Badih Kareh - *Nation College - Baabdah (Lebanon)*
5. Al-Hoda Publishing House - *Washington Street, New York City.*

Price :

**Sixty Plastres Egyptian.
or : Three American Dollars.**

All Rights Reserved.

Cairo 1938