

الجزء الثاني من وسائل الايتملاج في الطب الباطن
والعلاج تأليف الطبيب الخاذق الرئيس
الدكتور حضرة عزتو سالم
سالم بلنمه - لم علم الامراض
الباطنية بالمدرسة
السنية الطبية
المصرية

• فهرسة يلزمه الثاني من وسائل الالتهاب •

صحيفة	
المقالة الثانية في أمراض الجهاز الهضمي	} ٢
الفصل الاول في امراض القم	
المبحث الاول في النزلة القومية المعروفة بالالتهاب الذي يسمى الالتهاب	} ١٠
أو النزلي	
المبحث الثاني في الالتهاب القوي الذي الغشاء الكاذب المعروف	} ١٢
بالقلاع	
المبحث الثالث في الالتهاب الذي يسمى الدفتيري أي الغشائي التقرحي	} ١٥
المعروف بتقرح القم التقرحي أو تصرح التمام	
المبحث الرابع في نسلخات القم وقروحه	} ١٩
المبحث الخامس في الاتقات الزهرية القومية	
المبحث السادس في الاتقات الاسكربوطية النسبية المعروفة بالخفر	} ٢٣
المبحث السابع في الالتهاب القوي الشظري أو الشظلي المعروف	
بالموجيت عند القرناسوية	} ٢٨
المبحث الثامن في التهاب اللسان	
المبحث التاسع في غثغرينا لثيم الضعيفة المعروفة بانثوما وبالبرطان	} ٣٢
المعاني للقم	
المبحث العاشر في التهاب النكافين وما ياردهما	} ٤٥
المبحث الحادي عشر في التهاب	
الفصل الثاني في امراض الخلق	} ٥٢
المبحث الاول في الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي المعروف بالذبيحة	
النزلية	} ٥٤
المبحث الثاني في الالتهاب الباعوي ذي الغشاء الكاذب ويسمى	
بالذبيحة البعومية الغشائية	} ٥٤
المبحث الثالث في الالتهاب الباعوي الدفتيري أي الغشائي المقيمي	
ويسمى بالذبيحة الخبيثة والغثغرينية	

	صفحة
المبحث الرابع في الالتهاب التلقموني الحائى ويعرف ايضا بالتهاب الاورزة وبالذبحة الحلقية اللوزية	٥٥
المبحث الخامس في امهات الحلق الزهرية وتعرف بالذبحة الزهرية	٥٩
المبحث السادس في التراجعات خلف البلعوم	٦٢
المبحث السابع في ذبحة لودو ويج	٦٤
الفصل الثالث في امراض المري	} ٦٥
المبحث الاول في الالتهاب لمرى ويعرف بعسر لازل راد الالتهاب	
المبحث الثانى في تضاييق المري	٦٩
المبحث الثالث في قعد المري	٧٢
المبحث الرابع في اتولدات الحديد المرصية للمرى	٧٤
المبحث الخامس في ثقوب المري وعقرته	٧٦
المبحث السادس في الامراض العنيفة للمرى	٧٧
الفصل الرابع في امراض المعدة	} ٧٩
المبحث الاول في انزلة معدية عمادة ي الالتهاب انزلى اسما للغشاء المخاطى المعدى	
المبحث الثانى في التربة المعدية المرصنة	١٠٤
المبحث الثالث في الالتهاب المعدى ذى الغشاء اسكاذبى او كدفترى	} ١٢٠
المبحث الرابع في التهاب المسوج المسلول تحت الغشاء المخاطى المعدى المعروف بالتهاب المعدى المعروف	
المبحث الخامس في الالتهاب الذى يمتري الغشاء المخاطى المعدى متميزا بثيراجواهر اسكاذبى وتواسمية رى التغيرات التامة له	١٢١
المبحث السادس في القرحة المعدية المزمنة المعروفة بالمستديرة وبالثاقبة	١٢٤
المبحث السابع في سرطان المعدة	١٣٨
المبحث الثامن في الانزفة المعدية	١٤٧

	صحة
المبحث التاسع في التشنج المعدي أو الالم المعدي العصبي	١٥٦
المبحث العاشر في الديدان ببسبيا	١٦٢
الفصل الخامس في امراض القناة المعوية	} ١٧٢
المبحث الاول في التهاب الغشاء المخاطي المعوي الترنلي المعروف بانزلة المعوية	
المبحث الثاني في القرحة الاثني عشرية الناقبة	١٩٦
المبحث الثالث في تضايق القناة المعوية وانسدادها	١٩٩
المبحث الرابع في الاسباب الخنازيرية والدرنية للمعي والعدد المسارية	٢١٤
المبحث الخامس في سرطان القناة المعوية	٢٢٢
المبحث السادس في التهاب المسوج الخلاوي المحيط بالمعي المعروف بالالتهاب القولوني الدائري أو المحيط المستقيمي الدائري أو المحيط أيضا	٢٢٦
المبحث السابع في التزيف المعوي والتددات الوعائية المعوية	٢٢٨
المبحث الثامن في الالام العصبية للمعي المعروف بالمعص المعوي	٢٣٩
المبحث التاسع (وطبع سهواً الفصل التاسع) في الديدان المعوية	٢٤٦
المبحث العاشر في الحصى المعدي تسمى بالمخاطية والصقراوية	٢٥٧
الفصل السادس في امراض البريتون اعني امراض الغشاء المعدي	} ٢٦٢
المستبطن للبطن	
المبحث الاول في الالتهاب البريتوني	}
المبحث الثاني في الاستسقاء البطني المعروف بلزق	
المبحث الثالث في درن البريتون وسرطانها	٢٨٥
في امراض الكبد والمسالك الصقراوية	} ٢٨٦
فصل الاول في امراض الكبد	
المبحث الاول في الاحتقان الكبد	

٢٩٦ في الامارات الكبد

٢٩٧ المبحث الثاني في الامتصاص الكبدى الجوهرى أو التقوي

٣٠٤ المبحث الثالث في الامتصاص الكبدى الخلقى المعروف بسروز الكبد
والاستتابة المبرية للكبد

٣١٨ المبحث الرابع في الامتصاص الكبدى الزهرى ويهرف ترعا للمعلم
وچنيرورم الكبد الزهرى

٣٢٠ المبحث الخامس في الامتصاص الوريذى الباب

٣٢١ المبحث السادس في الاستتابة لأشعة الكبد

٣٣٠ المبحث السابع في الاستتابة الشوية الكبد

٣٣٣ المبحث الثامن في سرطان الكبد

٣٣٨ المبحث التاسع في درن الكبد
المبحث العاشر في الامراض الوبائية الكبدية
اللايكوكول

٣٤٣ المبحث الحادى عشر فى الامراض الكبدية المتعددة الجيوب

٣٤٨ المبحث الثانى عشر فى الاستتباب الصفراوى للكبد واليرقان المتعلق
به اى اليرقان الكبدى

٣٥٧ المبحث الثالث عشر فى اليرقان الدموى اى غير المحسوب باحتباس
فى اصغراء المعروف باليرقان الكبدى

٣٦١ المبحث الرابع عشر فى الضهور الاصغراء الكبد
انفسه من اى من امراض المسالك الصفراوية

٣٦٩ المبحث لارن فى الامتصاص الكبدى الكبدية المعروفة باليرقان
الورى

المبحث الخامس عشر فى الامتصاص الكبدى الكبدية الكبدية
والقنبرى

٣٧٤ المبحث السادس عشر فى امراض الصفراوية والاسهال والقيء
التابعى لها

صيفة

٣٧٧ البحث الرابع في الحشرات الصفراء وما ينتج عنها

في امراض الطحال

٣٨٩

البحث الاول في احتقان الطحال ونوعه المعروف بورم الطحال الخاد

البحث الثاني في ضخامة الطحال المعروفة بالورم المزمع للطحال

٤٠١ البحث الثالث في الاستمالة النسوية للطحال المعروفة بالطحال الدهني

٤٠٢ البحث الرابع في السدد الدموية للطحال والتهابه

٤٠٧ البحث الخامس في تدرن الطحال وتسرطنه والاسكيباس

الايكينوكوكية

٤٠٨ البحث السادس في تحول الطحال وانتقاله

تذييل لامراض الطحال

٤٠٩ البحث الاول في الليكيميا الحقيقية والليكيميا الكاذبة اى لدم ذي

اللون الابيض اذى الكرات البيضاء

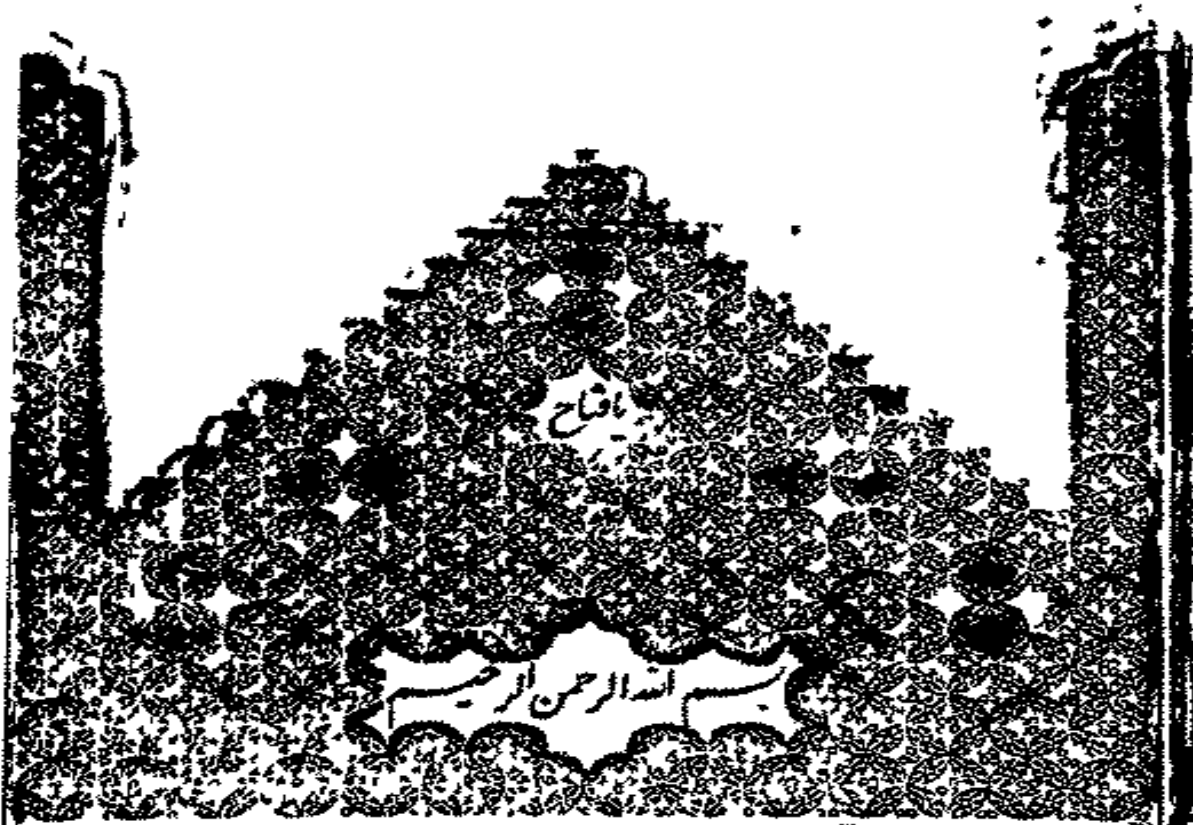
٤٢٠ البحث الثاني في الميلانوما اعنى التلون الاسود للدم والدم المسمر

• (تت) •

بيان صواب اللفظ لواقع في الجزء الثاني من وسائل الایتماج

صواب	خطا	سطر	صحيفة
ان تأثير	ان تأثير	٩	٢
وكاتانعا لجان	وكاتانعا لجان	١٩	٣
لكلورات (وقد تكرر)	لكلورات	١٧	١٨
و يندر	والغالب	١٢	٢٤
بان منشاء	بان منشاء	٢٥	٢٢
مرضى	مرض	٦	٤٦
المواد	المواد	٢٣	٤٨
انتقانا	النتقانا	١١	٥٧
بهبوط	بهبوط	٥	٨٨
والبلعوم	والبلعوم	١٩	١٢٢
ذات	ذا	١٩	٢٢٢
باحتماس	احتماس	٢٧	٢٥٧
الثلاثة	الثلاث	١٧	٢٦٨

•(تم)•



(المقالة الثانية في امراض الجهاز الهضمي)

• (الفصل الاول في امراض الفم) •

(المبحث الاول في النزلة القمية) المعروفة بالالتهاب القمي البسيط او النزلي

• (كبقية الظهور والاسباب) •

الفشاء المخاطي القمي أكثر عرضة للمؤثرات المحدثه لالتهاب نزلي في الأغشية المخاطية ولذا كانت النزلة القمية كثيرة الحصول ومع ذلك فلم تطلق كلمة نزلة قمية على تغيرات الفشاء المخاطي القمي المعاملة لتغيرات ما سواها من الأغشية المخاطية الا من مدة قريبة ومن المستغرب ان لتأثير البرد في الجلد الذي كثيرا ما يعقبه التهابات نزلية في أغشية مخاطية اخرى يكاد لا يعقب بالتهاب نزلي في

والمؤثرات المضرة المحدثه للنزلة القمية هي

اولا المهيجات التي تؤثر بدون واسطة في الفشاء المخاطي القمي كبيت الاسنان فانه كثيرا ما يكون سببا للحصول الالتهاب القمي النزلي باشكاله الثقيلة جدا وكثيرة حوا في الاسنان وقروحها وجروح الفم والاعذية الحارة او الباردة جدا او ذات الخواص الكيماوية الشديدة وشرب التبغ او منقعه

وكماستعمال الاستحضارات الزبقية وذلك ليس بذلك اللثة بالمرهم الزبقى
او تعاطى هذه الاستحضارات من القم سائلة او مسحوقة فقط بل كذلك بالذات
بالمرهم الزبقى على سطح الجلد وتعاطى الحبوب الزبقية ايضا وان احكم
تغليفها وسبب ذلك ان الزبق الذى يتصفه الجلد والقناة المعوية يفرز
في باطن القم من الغدد اللعابية فيصعدت تهيجا لا واسطيا في الغشاء المخاطى
القمى وكثيرا ما يحدث الالتهاب القمى الزبقى عقب تعاطى كمية قليلة من
هذا الجوهر وعلة ذلك ان المواد الزبقية المزودة مع الاعاب تفتتص في المي
ويتكرر ترددها في القم قبل ان تنقذ خارج الجسم وعلى كل حال
فدرجة تأثر القم بالاستحضارات الزبقية تختلف باختلاف الاشخاص
فيكون الالتهاب القمى عند بعضهم سريع الحصول وبطئته عند آخرين
كما ان الالتهاب الجلدى السطحي الذى ستعرفه بالاجزى الزبقية كذلك
سريع الحصول عند اشخاص عقب استعمال ذلك بالمرهم الزبقى بطئته
عند آخرين

وثانيا امتداد الالتهاب النزلى من الاغشية المخاطية للاعضاء المجاورة للقم الى
الغشاء المخاطى القمى بكروج الوجه والتهابات خصوصما الحجره الوجهية
فانها تضاعف بالنزلة القمية غالبا وهذا الالتهاب القمى النزلى التامى هو
السبب في اعتبار الحجره الوجهية والذبحه البلعومية في الزمن الذى كانت
تعتبر فيه تغطية اللسان السمكة علامة قوية على فساد الهضم ظاهرين
تابعين لاضطراب وفساد معدى دائما وكانا يعالجان بحسب ذلك الاعتبار
واما امتداد الالتهابات الانفية والشعبية النزلية الى الغشاء المخاطى القمى
بقابل الحصول واما اصطحاب النزلة المعدية بالنزلة القمية عادة ومزمنة
فكثيرة الحصول فقد ظهر من مشاهده الشهر (يومون) عند ضاهاته العشاء
المخاطى المعدى في مريض (وهو القسيس مرتين الكنديارى) مصاب
بناصور معدى بالغشاء القمى ان تغيرات الاول تقضى الى تغيرات متعاقبة
ها في الثاني ويؤيد ذلك المشاهدات اليومية الا ان الالتهاب المعدى النزلى
وان كان يصطب غالبا بنزلة قمية لا يطرده العكس يعنى ان كل نزلة قمية لا يطرده
امن وجودها الحكم بوجود نزلة معدية

وثالثا ان الالتهاب القمى النزلى قد يكون غالباً عرضاً للمرض بنى عمومي فاما
 الامراض العمومية الحادة التي كثيرا ما تصطب بتغيرات مخصوصة
 نزلية في الغشاء المخاطي القمى فهي القيحوس والقرمزية وسبب ان بيان
 ذلك عند الكلام على اعراض هذه الامراض واما الامراض البنيية
 المزمنة التي تفضي الى النزلة القمبية والبلعومية بكثرة فهي الداء الزهري
 والسهم الزئبقي وجميع الامراض الحمية يكاد أن يكون فيها اللسان مغطى
 دائما بطبقة عارضية لكن لا يستتبط من ذلك ان كل من تصطب بنزلة
 فية

وقد تكون الاسباب المقمة لهذا المرض مجهولة في كثير من الاحوال وذكر
 المعلم (فيقر) ان هذا المرض قد ينشأ عن طول السهر وعن الانفعالات
 النفسية ومن المشاهدا استمرار النزلة القمبية عند بعض الاشخاص استمرارا
 مستعصيا عدة سنين بدون معرفة تأثير الاسباب المضرة

(الصفات التشريحية)

يندر مشاهدة تغيرات الالتهاب القمى النزلى في دوره الاول وانما يشاهد
 فقط الغشاء المخاطي عقب تأثير مهيج شديد او نبت الاسنان الشاق احر دأ كنا
 يافا ابتداء ثم يتغطى في دور الاحتطاط بافراز متعكرا لا تلاحظه بخلايا
 حديثة التكون ولا يشاهد الاحرار الشديد ولا الحفاف بالسكية اريشاهد
 كل منهما وقتيا عقب تأثير المهيجات القليلة الشدة او في الالتهاب القمى
 النزلى المضاعف للنزلة المعدية الحادة

ويحصل بسرعة انتفاخ في الغشاء المخاطي والمنسوج اللوي الذي تحته
 وازدياد افراز محتلط بكمية عظيمة من خلايا جديدة التكون والانتفاخ
 يكثر ظهوره في حافتي اللسان وباطن اللغدين فيظهر اللسان عريضا بحيث
 لا تسعه المسافة التي بين الاسنان فيظهر على جوانبه انبعاثات جانبية سطحية
 ويكون كل من باطن اللغدين واللثة واللسان مغطى بمادة مخاطية متعكرة
 واكثر تراكم المادة المخاطية والطلايات الجديدة التكوين يكون على الحلمات
 اللطبية فينشأ طلاء وسمح على سطح اللسان متفاوت السمك ويوجد في النزلة
 القمبية المزمنة تغيرات شبيهة بالتغيرات المذكورة غير ان انتفاخ الغشاء

الخاطى فيها يكون اكثر وضوحا وقد تشاهد تحبيبات صغيرة تكسب الشهد الحاج
 على اللسان بل وعلى باطن اللسان والشفتين وسقف الحنك وهي عبارة عن
 ابرية مخاطية منتفخة وتكون اللثة خصوصا جزأها المحيط بالاسنان مغطاة
 بطبقة كثيفة من مادة مخاطية تغسنة مصفرة والحلمات اللطيفة المستطيلة
 جسدا تظهر كأنها خيوط مبيضة فتكسب اللسان هيئة خلية او شعرية
 ويظهر بالبحث الميكروسكوبي ان معظم الطلاء اللساني في النزلة القسمية
 المزمعة متسكون من خلايا بشرية محتوية على كرات شمعية ومادة حيوية
 دقيقة ذات لون اسمر وكثيرا ما تكون متصلة ببعضها على شكل صفائح
 مسطحة ويوجد في هذا الطلاء جزئيات شيطانية وهي امتدادات بشرية
 متقطعة من الحلمات اللسانية اللطيفة يتجوع على كثير منها جزئيات فطرية
 خيطية تكون بصيلاته محيطة بالصفائح البشرية القرنية على شكل قشرة
 حيوية كما يوجد فيه كرات شمعية وأهداب خيطية وبقايا غذائية منعقدة
 (الأعراض والسير)

لانضيف للعلامات المدركة المذكورة سابقا الايسر من الاعراض فنقول
 اما شكل النزلة القسمية الحادة الشديدة جدا فيوجد فيه ألم محرق وتورف في الفم
 ولذا يابى الاطفال الضغط باستمانهم على الحلقات المتخذة من العاج او من
 جذور البنفسج التي تعطى اهم ليعضوا عليها تسهلا لتبات الاسنان
 ويكون عنده الامسة القم وعندهما يريدون الرضاعة يتركون الثدي قهرا
 بتألم وصباح شديد وقد تحصل لهم في بعض الاحوال تشنجات (يبالغ في
 كثرتها العوام) تسمى تشنجات التسنين يمكن ان يهلكوا منها بدون ان
 يشاهد تغيرات في المرا كز العصبية عند فتح الجثة فينتد تعتبر هذه التشنجات
 ظواهر عصبية انعكاسية بمعنى ان التهيج الشديد للاعصاب الحسية القسمية
 يسرى منها الى اعصاب الحركة بواسطة المرا كز العصبية ولم يعلم هل حصول
 هذه الظواهر ناشئ عن النزلة القسمية الحادة او عن التهيج الاواسطى
 لاعصاب الحس الناشئ عن اندفاع الاسنان وثقب اللثة باجع مجت
 الا كلبسافي الجزء الثاني
 واما شكل النزلة القسمية الحادة المتوسطة الشدة المتصفة بازدياد في الافراز

وتكون خليات جديدة بكثرة فتشتكي المرضى فيه بطعم ردى في الشم ويعبرون
 عنه غالباً بأنه مخاطي أو هيسي وهذا الطعم في الحقيقة ظاهرة عصبية حسية
 فان القسيولوجيين لا يعترفون الا بوجود طعم مر أو حضي أو حلوا أو ملحي
 والمرضى نفس بوجود طبقة مخاطية ملامسة للغشاء المخاطي القمي فتجهد
 في قذفها بتكرار التغم وحيث ان هناك طبقة سميكة بين الجوهر المذاق وبين
 الاتمهاآت الدائرية لاعصاب الذوق فلا تتضح حسية الذوق الا بواسطة
 الجواهر القوية الطعم وغالباً تشتكي المرضى بعدم نقاوة الطعم او بتفاحته
 وبضع الجواهر الصلبة يحصل تحسين وقتي في طعم القم بسبب زوال الغلاء
 المخاطي للسطح الخاص بالذوق ومن المرضى من يشتكي بحرارة في القسم
 والحوام يعتقدون ان هذه الظاهرة ناشئة عن انصباب الصفر في المعدة
 حتى ان بعض اطباء يزعم ان هناك حالة صفر اوية معدية لان الطعم المرق
 أغلب الاحوال ليس الاعراض محسوسا للمريض غير ناتج من جواهر ذات طعم
 مر بل انه تنوع في حساسية الاعصاب الذوقية ولا يندر ان تشتكي المرضى
 بطعم تقن في القم وهذا التعبير بأباه القسيولوجيون لانه غير حقيق فان التقن
 لا ينشأ عن تنبيه اعصاب الذوق بل عن تنبيه اعصاب الشم التي تكون
 تقرعاتها الدائرية في الطبقة المخاطية الاتنية ملامسة للتصاعدات الغازية
 الاتنية من الطبقة المتعقنة المخاطية للسان والنافذ من الخياشيم فالطعم
 التقن بل الرائحة المنتنة ليست فقط عرضا محسوسا للمريض بل ان كثيرا من
 الاشخاص من يدرك هذا العرض في المريض خصه وصا وقت الصباح قبل
 الاكل ثم يزول بالاكل بمجرد اذداد الطبقة البشرية المنتنة المتراكمه على
 اللسان والصداع الجبهي الذي يصاحب النزلة المعدية بكثرة يشك في وجوده
 في النزلة القمية البسيطة

ثم ان مجموع الاعراض المذكورة كثيرا ما توجد بدون تغيير في الهضم فان
 المرضى مع وجودها يحسون غالباً بجوع اعتيادي لكنهم يميلون لتعطلي
 الاغذية الحضية او المالحه والافاويه التي تنبه الاعصاب الذوقية من خلال
 طبقة اللسان البشرية ولا يوجد غالباً علامة ما تدل على فساد المواد الغذائية
 اى عدم هضمها كما لا يوجد عتب الاكل احساس بضغط في القسم

الشراسيني ولا تجشؤ ولا علامة من علامات فساد الهضم واضطرابه ومع ذلك فان كلامنا نطق اللسان تغطية صكك شفة ومرارة الطم وقتن القم ورائحته العتنة يحمل المريض على ان يظن ان عنده تكدر في الهضم فيستعمل المقتنات

واما التزلة القمية المزمنة الخفيفة كالتى تشاهد عند المدمنين على شرب التبغ فلا يصح باعراضها المريض الا قليلا وذلك انه يوجد مع المرض عند اليقظة طعم عيسى في الفم ورائحة متتنة تشا من تراكم الجزئيات البشرية فيسهل اليسل غير ان هذه الجزئيات تنقذ بالتضم بعد اليقظة بقليل ولا تشتكى المرضى بعد ذلك بشئ من هذه الظواهر ومع ذلك يملون لاستعمال الاغذية الطريفة اكثر من غيرها من الاغذية القليلة التثبية

واما الاحوال الثقيلة للتزلة القمية المزمنة فتتأذى المرضى منها بكثرة وذلك انهم يلجئون في الصباح لكثرة التضم والبصاق وكشط اللسان وتطيق اللثة والاسنان من المواد المخاطية المتراكمة عليها بواسطة فرشاة (او سواك مثلا) ويبقى طعم القم متغيرا طول النهار ورائحته الكريمة مستقره وتشتكى المرضى للطبيب بحالة تلبسك مخاطي مستعص لم تؤثر فيه انواع المسهلات كحبوب اشترال وموريسون وشرب بعض المياه المعدنية ويقعون اسبابا في حالة يوخندارية لكن بالتأمل يعرف ان تشكيم مخالفة لحالة صحتهم العامة وبسؤال الطبيب يتحقق انه يمكنهم تحصيل جميع الاغذية حتى العسرة الهضم فعلى الطبيب التفطن لذلك هذا للاحوال لاوقوف عليها ومعالجتها بما يناسبها

(التشخيص)

لا ينبغي ان يلبس عليك الطلاء المغطى للسان في التزلة القمية بالطلاء التى يوجد على مؤخر اللسان عند كثير من الاصحاء خصوصا في الصباح فان هذا الاخير كما قاله المعلم ميسكيل ينشأ مدة الليل من مرور الهواء من الانف والحياسيم وتبخره للاجزاء السائلة الموجودة في اجزاء القم المجاورة لتحصل مروره حتى ان جزئيات البشرة المخاطية التى تنفصل بالطبيعة على الدوام تجف وتكون طلاء ومضاع على اللسان ويوجد كما قال الطبيب نيدرود في

رسالتها التي القها مضادة لتوجيهه تغطية اللسان الطبيعية بهذه الكيفية
 امور اخرى مهمة في كيفية حصوله وهي ان الطبقة البشرية المغطية لباطن
 القم واللسان يعتبر بها تفلس مستقر ناشئ عن المؤثرات الميكانيكية التي تؤثر
 على السطح الظاهر من هذا الغشاء المخاطي عند التكلم او المضغ ومن الواضح
 ان تفلس الطبقة المذكورة يكون كثيرا للحصول بسرعة في المجال التي فيها
 يلامس اللسان بكثرة الاجزاء المحيطة به في اللامس بالجزء من سطحه العساوي
 سقف الحنك عند كل تغير في اوضاعه كما ان حوافه تلامس باطن الاسنان
 عند كل حركة واما اجزاء اللسان الخلفية التي يتكون عليها اطلاق اللسان
 الطبيعي غالبا فلا تلامس سقف الحنك الا عند حركات الازدراد ويستتبط
 من ذلك من جهة ان الصفيحات البشرية السطحية الكائنة على الاجزاء
 المقدمة من اللسان تنفصل بسرعة انفصالاتا ومن جهة اخرى انها تنطرد
 بسرعة بخلافها في قاعدة اللسان فانها تبقى ثابتة زمانا طويلا وعند انفصالها
 لا تنطرد بسرعة سوا وان الامتدادات الحامية تساعد على البقاء

ثم ان اللسان في كثير من الامراض الحية يكتب بطلاء بيضا اكن لا ينشأ
 غالبا عن تزايد في تفلس تكون خليات جديدة كما في النزلة القمية بل عن
 تناقص الافرازات القمية بسبب تزايد الافرازات الجلدية بحيث ان الخليات
 البشرية تنقل بطريقها وناهاه قليل في زيادة ذلك ان المحرمين
 يكونون فاقدين لشهيتهم فيتمعون عن مضغ الجواهر الصلبة التي بها يسهل
 تنظيف الاغذية البشرية المتكاثرة اذا اطلاق فكما ان الخاص المنوكي
 ذوى الجلد القليل يوجد عندهم تفلسات في البشرة وتعود به ان يكون
 هذا ناتجا عن ازدياد تكوير هذه الاغذية البشرية اتصالا عن سطح
 الجلد كذلك يشاهد في الاحوال الحية اتساع الخليات اسامية القرنية
 واتصال الطبقة البشرية القمية بدون ان يكون ذلك الاثر من زيادة كثرتها
 او انفصالها وما يمنع التماس الطلاء الاساني في القرنية انما يتصل في
 الامراض الحية كون الغشاء المخاطي القمي في القرنية انما يتصل في
 ورخاوة عكس ما في الامراض الحية فان اللسان فيما يكون من الامراض الحية
 قد يكون مديسا والقم جافا والمرضى تشكروا به مشربا ابدها في تبيد

النزلة القحمية المجردة عن المعصوية بنزلة معدية في الفصل الثالث من المبحث
الاول

(الحكم على العاقبة)

الاتحباب القمي النزلي جيد العاقبة وليس فيه ادنى خطر على الحياة الا اذا
كان مصحوبا بالتشنجات عند التسنين ولو كان تعلقها به مشكوكا فيه واما
النزلة القحمية المزمنة فعاقبتها اقل جودة من حيلية عدم راحة المريض
واستهوائها على المعالجة ومع ذلك قد تزول بالمعالجة المستطيلة وامتنال
المريض مع الصبر الجليل

(المعالجة)

اما المعالجة المبنية على معرفة الاسباب فلا يتيسر اجراؤها في كل حال فان شق
الذئبة الموصى به في التسنين الشاق مشكوك في نفعه بل ربما كان مضرا فان
الشقوق الصغيرة قد تلتب عقب فعلها فتكون سببا في تناقل النزلة القحمية
واما الاسنان ذوات الحافة الحادة فينبغي ازالتها واما الجروح القحمية وقروح
الاسنان فيما الجان بما تقتضيه الصناعة واما شرب التبغ سوا في السجارات
الحارة فينبغي تركه وان كان لا بد من الشرب فينبغي ابدالها بسجارات ذات
تبغ بارد في انعام او شوكات طويلة وهو الاوفق وينبغي في النزلة القحمية
الناشئة عن استعمال الاستحضارات الزئبقية ايقاف استعمالها وازالة
جميع ما كان على سطح الجلد من المرهم الزئبقي واما النزلة القحمية التابعة
فتزول في الغالب عقب شفاء الحمرة الوجهية او الذئبة البلعومية والنزلة
المعدية وسنذكر بعد ان هذه النزلة القحمية لا تحتاج في كثير من الاحوال
لاستعمال المقبتات كما هو الجارى عند كثير من الاطباء في الطب العملي فان
ظهور اللسان بعد استعمال المقي نطيفا ظهورا وقتيا انما يحصل حولا
مخزيا ولا يثبت به تحسسين في النزلة القحمية والمعدية واما النزلة القحمية
الناشئة عن امراض يئبية فتعالج بحسب المرض الينبي الذي هو اصلها
واما المعالجة الخاصة بالمرض نفسه فهي معالجة موضعية والشكل الذي
تناسبه المعالجة الموضعية هو الشكل المزمّن من هذا المرض الذي يوجد دائما
بنفسه مستعصيا عن الشفاء حتى بعد زوال الاسباب الناشئة هو عنها

الادوية المجرى باستعمالها فيه مضغ قطع صغيرة من الراوند مضغاً بطيئاً ولا
تنسب منفعته في مثل هذه الأحوال لتأثيره في الغشاء المخاطي المعدي
اذ لا تشاهد هذه النتيجة عقب تعاطي الراوند مطلقاً في حبوب دخوة سهلة
الذوبان

واصح الادوية التي تستعمل في التسلل المزمن لهذا المرض المضمضة بمحلول
كربونات الصودا او شرب مياهها الطبيعية صياح على الريق شرباً ممتداً
ذلك ان السكرينات القلوية من خواصها ان تقلل تماسك المواد المخاطية
وتذويبها فان لم تنجح هذه المعالجة فيستعمل بغاية النجاح من القم بمحلول
السليمانى المكون من قحمة الى اثنتين في رطل من الماء كما اوصى به المعلم (فيقر)
او بمحلول تترات الفضة قحمة على نصف اوقية من الماء كما اوصى به هنوخ
ومنافع هذين الجوهرين في التربة القوية لا تتخالف المنافع التي يحصل عليها
في نزلات اغشية مخاطية اخرى

• (المبحث الثاني) •

(في الالتهاب القمي ذى الغشاء الكاذب المعروف بالقلاع)

(كيفية الظهور والاسباب)

كثيرا ما يشاهد على الغشاء المخاطي القمي لطخ عديدة مبيضة مخاطية الى
محيرة على هيئة حويصلات سطحية تنقل عما قليل ويحلها تسليخ سطحي
يشفى بسهولة واغلب المواقين يعبر عن هذه الاصابة بالقلاع القمي مع ان هذا
اللفظ يطلق ايضا على غير هذا المرض من امراض القم سيما التهاب القسم
التقرحي والفشطي وقد اثبت المعلم (بون) مرتككا على عسدة من المشاهدات
انه يورث هذه النكت المبيضة ولو في دورها الابتدائي لا يخرج منها ادنى
سائل وحينئذ فلا تكون حويصلات بل ترا كات صلبة ناشئة عن مواد
ليبية منتظمة على سطح السائب من الغشاء المخاطي اسفل طبقة البشرية
وهذا التعبير وان كان واضحا واقفا لما ذكره كل من المعلم (روكتسكى)
(غورستن) الا انهم ارى من الاوفق تسمية هذا التغيير المرضي بالالتهاب
القمي ذى الغشاء الكاذب مثل ما يطلق ذلك عليه عند اصابته لاغشية
مخاطية اخرى ولذا يسوغ تعريف القلاع بالالتهاب القمي ذى الغشاء

الكاذب القاصر على اصفار محدود من الغشاء المخاطي القمى ويشاهد
 القلاع في الاطفال رديئى التغذية ووقت التسنين وهو اهم اسبابه وكثيرا
 ما يصيب الحسبة وربما انتشر على شكل أوية صغيرة فكانه سري بالعدوى
 وقد يصاحب التهاب القمى القرمشى الغشائى
 (الصفات القشرية)

مجالس القلاع يكون غالبا في النصف المقدم من اللسان وعلى السطح الباطن
 من الشفتين والشدين وسقف الحنك وشكله يكون مستديرا في حجم العدسة
 كثير العدد ويكون اما منعزلا او مختلطا وتنقسم لثلاثة الفئات
 النهائية والبيضاء المصفرة من الدائرة نحو المركز تدريجا وحيث تصير الهالة
 الحمراء اكثر عرضا وعند انفصال النضج انفصالا تاما لا يبقى تقرح بل مجرد
 تسلخ وتلك الصفة خاصة بالالتهاب ذى الغشاء الكاذب ويمرته عن الدقيرى
 والصنبر المتسلخ يتغذى بسرعة بطبقة بشرية والقلاع لا يخافه ندبة الصامية
 وبقى اجزاء الغشاء المخاطي القمى يكون مجالس الالتهاب نزلى معصوب بنضج
 مخاطى غزير وتكونات خلوية جديدة

(الاعراض والسير)

كثيرا ما يسبق بعدة ايام الطغخ القلاعى بعمى وقلق وقد شبيهة وعلامات
 النزلة القمية وهذا المرض يصطبغ بالآلام شديدة تزداد بالاكثير عند الرضاعة
 او التكلم او المضغ والافراز مع ذلك يكون متزايدا ازديادا عظيما بحيث يسيل
 من فم الاطفال المنفتح نصف انفتاح سائل صاف معصوب برائحة كريهة
 ناشئة عن فساد الاخلية البشرية المتراكمة ومواد النضج الالتهابى المتراكمة
 في القمى سيما عند مضاعفة الالتهاب القمى ذى الغشاء الكاذب بالدقيرى
 وقد يجتهد هذا المرض جملته اما يسبق عقب ترده مرارا متكررة وعاقبة هذا
 المرض في حد ذاته جيدة

(العلاج)

قد اشهر مع التحقيق ككلورورالبوتاسا بانه نوعى في هذا المرض فانه
 باستعماله في جميع الاحوال على هيئة محلول مائى (مركب من اربع قحعات
 الى ستة) في كل مرة تعطى للمريض يحصل تحسین واضح وان لم يتحصل على

التسمية المطلوبة باستعمال هذا الجوهر يلزم من القسلاع بمعلوم موضع ملح
الطعام المنقأ والجراجلهني

• (المبحث الثالث) •

في الالتهاب القمي الدفتيري أي الغشائي التقرحي المعروف بـتقرح
التقرحي وتقرح القم المنقأ

(كيفية الظهور والاسباب)

يحصل في هذا الالتهاب كأذ كراهه مراد انضغ ليقي في جوهر الغشاء المخاطي
بجيت ان يلز به المريض من هذا الغشاء متر به تشكر زعقب انضغاط او عيته
بواسطة هذا التضغ وبعد اتصال الثلث كرىشة المتكورة التي تارة تكون
جافة وتارة رطبة يختلفه فقد جوهر

ثم ان الالتهاب القمي الدفتيري ينشأ عن استعمال المركبات الزهية استعمالا
مفرطاً مستقراً وقد يحصل بدون سبب مدرك سيما عند ذوى العيشة الرديئة
(من مطعموم وملبوس ومسكن) وهذا الشكل الاخير الذي هو كثيراً ما يحصل
بكيفية وبائية منتشرة خصوصاً في ماوى الاقطاء واليتامى وفي القشلاقات
وغيرها من الاماكن العامة وفي المعسكرات غير القارة ويتشرب غالباً بهم
بالعدوى

(الصفات التشريحية)

وفي الدرجات النخبة من الشكل الدفتيري من الالتهاب القمي الزهوي
يوجد ابتداءً في اصفار محدودة من القم سيما على حافات اللسان والاجزاء
اللامسة للاسنان من الشدين والشقتين تلون مبيض او مبيض ومخ
في الغشاء المخاطي على شكل اللطخ بعسرازا انها ثم ان كلاماً من طبقات هذا
الغشاء السطحية والتضغ المرتشح فيها يتصل فينشأ في هذه الاصفار تقرحات
سطحية متغيرة اللون فتتلف يبط ثم تلخصم انهاء من حافات وفي الدرجات
التفيلة من هذا المرض التي فيها يكون التضغ مرتشعاً في جميع طبقات
الغشاء المخاطي ومفسداً لها يستحيل السطح الباطن من انهم في امتداد
عظيم منه الى خشكر يشة رخوة متغيرة اللون وعند انقضاءها يظهر تقرح
عميق ذو حافات غير منتظم وقاع غير مستو وقد الجوهر لا يستعاض بالازرار

الجمية الايطه وبعث ان الغشاء المخاطي القاسد لا يتكون مما يابل يصل
 محله من منسوج خلوي ندي تبي نديه مشرعة ولا يشدر ان يظن ذلك
 التصاقات غير طبيعية او انكاره كاذب

وفي اسوال تن القم القرحي يتدى غالباً الاوتشاح والتا كل في مقدم اللثة
 وفي الاحوال الثقيلة يتد القم من مقدم اللثة الى سطحها الخلق والاجزاء
 الملاصقة من الشفتين والشدين واللسان وغير ذلك وحينئذ تتخلل الاسنان
 بل قد يتعري عظام الفك وبتا كل في عقب ذلك احيا ناسوس وتتكزز
 في عظام الفك

(الاعراض والسير)

يصطب الشكل القشري من الالتهاب القمي الزئبقى بالام شديدة جدا
 خصوصا عند اتصال الخشكر يشة وتكون قروح وهذه الام تزداد
 جدا بالضعف والتكلم ازدياد الايطاق وافر از كل من الغدد العابية والمخاطية
 يزداد كذلك ازديادا عظيما ولا يكون للمريض قدرة على النوم فان الافراز
 ان لم ينقذ فبحركة البصاق يسيل في الخنجره فيحدث سعالا ونوب اختناق
 وان كان المريض مضطجعا على احد جانبيه واستغرق في النوم استيقظ
 بسرعة فيجد وادنه مبتلة باللعاب باردة والاجزاء الجردقة عن الخشكر يشات
 والقروح تكون مغطاة بطبقة بيضاء مضمرة دهنية كاللسان واللثة لاسيما
 حول الاسنان ويتصاعد من القم رائحة منتنة جدا ناتجة عن تعفن اجزاء
 الغشاء المخاطي المنفصلة الواقعة في التسكزز وكون تن القم نلتجعا عن تخلل
 رودان البانسيوم الذي هو من العناصر الطبيعية المكونة للعاب وتكون
 الادوية الحسنة التوشادري امر مشكولة فيه وكل من الام
 والسيلان من القم والرائحة المنتنة لا يزول الا تدريجيا ولو انقطع استعمال
 المركبات الزئبقية بل وفي الاحوال الخفيفة لا بد وان يضى غاية ايام الى اربعة
 عشر لابل تحسين حالة المرضى وصيرورتها عطاقة واما في الاحوال الثقيلة
 فانه لا بد وان يضى زمن اكثر طولا من ذلك حتى تأخذ حالة المريض في النفاة
 بل قد يخلف ذلك اضطرابات مستمرة كما ينذ لك في المبحث السابق
 ثم ان اللثة تسكون في ابتداء هذا المرض طبعا شرح (يون) ذات لون احمر

داكن منتقنة اتفاحتاغلها بسبب الاحتقان الشديد و يظهر أنها منقصة
 عن الاسنان وتدهى باقل لمس وبعد استقرار هذا الدور يومين او اربعة يشاهد في
 الحافة العليا منها الاسيا - ول الاسنان القواطع او أضراس احدى الجهتين
 طبقة سنجابية غشائية وبالبحث عن هذه الطبقة بالدقة التي هي عبارة عن
 مادة قطرية يشاهد أنها ليست موضوعة على اللثة بل ناشئة عن تنكز جوهر
 اللثة نفسه وبعد انفصال هذه المادة القطرية التي تعتبرها خشكر يشة
 دفترية سلافا لما قاله المعلم (بون) يحصل فقد جوهر في اللثة ويتكرر هذا
 الانفصال في كل من سطح هذا القروح ودائره مادام المرض مستقرا حتى
 تلاشى حافة اللثة المحيطة بالاسنان بالكليّة وتختزل الاسنان العارية
 وتحصل تهتكات اخرى كما سبق ذلك وتكون العقد اللثوية الجاورة
 منتقنة مؤلمة وكل من الشدقين والشفتين في مسامحة الاجزاء المريضة
 منتقنا انتفاخا وذيما ويا ويتصاعد من القم رائحة رمية ويسيل من القم على
 الدوام لعاب مدم وتصلب حركة المضغ والشرب بالام شديدة وتحمشي
 المرضى من علق فيها فلا يقتصرون على تباعد الشفتين فقط بل هما والفسكان
 معا حتى لا يحصل ادنى تلامس ومن المستغرب عدم حصول اضطراب في
 الحالة العامة الا قليلا وكذا الشهية وقد توجد الحمى بقلة او تفقد الكليّة ثم
 ان هذا المرض يكاد يكون سيرة على الدوام جيدا بالمعالجة اللائقة فتتفصل
 الخشكر يشات الدفترية وتلتصم القروح المستنقحة عنها في قليل من الزمن
 واما ان أهمل هذا المرض اولم يعالج بالمعالجة اللائقة فانه قد يفرجه اشهر
 الا انه يندر ان يكون مهددا للحياة وان حصل انتهاء محزن فيكون ذلك ناشئا
 عن مضاعفات اخرى

(المعالجة)

ينبغي للطبيب في الشكل الدقتيرى من الالتهاب القمحي الرقيق ان ينبه
 المريض على طول مدة مرضه لكي يستعد على كابداته وذلك ايجاد من اجهام
 الامر عليه لتلايض عشمه من يوم لاخر بسبب انتظاره للشفا ثم يستعمل
 تنظيف القم بالمضامض المأخوذة من الماء البارد القراح او المضامض اليه
 التبيد الاحمر من ابتداء المرض ثم غمس القروح بمحلول الكرو ودرريك

المختلف او محلول نترات القضة كما سبق في المبحث الاول واهم من ذلك هو ان يعطى الامر بعض محلول من كرووات البوتاسيوم الكونه ايجود من استعمال بودور البوتاسيوم وغيره استعمالا باطنيا من ايلواهر المضادة للتسمم الزئبقي ومس القم بروح الكافور الذي هو كثيرا الايلام قليل الجسدي واغوى الوسائط تاثيرا مس القروح بالجربا لجهنغى صلبا زمنا فزمننا ولو كان كثير الام

واما كرووات البوتاسيوم فانه دواء نوعي في قطن القم التقرحي كما في قلاءه فيعطى منه للاطفال الذين هم دون سنة جرام كل يوم ولبن اكبر منهم سننا قدر نصف درهم وللبالغين من جرامين الى خمسة (اعنى من درهم الى اثنين) كل يوم في مائة وخمسين جراما (اعنى ست اواق) من الماء فبهذه المعالجة تزول الرائحة الممتنة من القم بسرعة بل والقروح تأخذ في النفاضة والانتفاء بسرعة ومن النادر الالتجاء الى مس الاجزاء المقرحة بتترات النضة

• (المبحث الرابع في تسلمات القم وقروحه) •

(كيفية الظهور والاسباب)

ينظوره الى الغشاء المخاطي القمي كل من القروح النزلية المعروفة بالتسلخات النزلية والقروح الجرايية فاما القروح النزلية المنتشرة فتكون صغيرة مستديرة مطبعية ثم انالاعلم علة امتداد التكوين انغلاوى الحديد الذي يحصل على سطح الغشاء المخاطي في النزلة البسيطة ويمتد في منسوج هذا الغشاء وفي اجريته فيحدث فيها استرخاء ولينا وفساد او تكون خراجات صغيرة تستحيل بعد انفجار جدرانها الظاهرة الى قروح مستديرة صغيرة كما انالاعلم علة احداث التهاب النزلي اقروح نزلية في الغشاء المخاطي القمي فان القروح النزلية السطحية قد يكثر ظهورها احيانا خصوصا عند الاطفال وقد يندر ظهورها احيانا اخرى بحيث يظن في انتشارها العسوي لانها قد تظهر على التعاقب عند كثير من افراد عائلة واحدة

واما القروح الجرايية في الاشخاص من يصاب بها اصابة ثانوية دورية بدون سبب ظاهر وقد تظهر ظهورا دوريا منتظما كما شاهد بعض اطباء

عند النساء مدة الحيض
وقد تظهر حويصلات صغيرة يعقبها تسليكات مؤلمة جدا بقرب طرف اللسان
ويظهر أنها ناشئة عن اسباب موهجة موضعية بحيث تظن المرضى انه حصل
لهم احتراق في هذا الصغر
وهناك قروح غير منتظمة تظهر في زوايا الفك العلوي والسفلي تنشأ عن
تلاشي نضج لثني مرتشم في الفشاء المخاطي وتكاد تشاهد على الدوام عند
الاطفال الساكنين في الحال الرطبة غير الجيدة ~~سكبيوت~~ المتقطبين
ومارستانات الولادة

وقد تنشأ القروح الجسدية الفمية عن البثور الجدرية التي تكون في باطن
الفم وحصولها مثل حصول القروح الجسدية التي تظهر على الجلد
والحويصلات الهريسية ايضا يمكن اعتدادها تجويفات فموية تنشأ عنها
قروح هريسية صغيرة في ذلك التجويف
واما القروح التي تظهر على حافات اللسان وتكون ناشئة عن حدة حافات
الاسنان والتي تظهر في اللثة ناتجة عن التكوينات الجدرية فتخصص علم
الجراحة واما القروح الافرنكية والاسكر بوتية للفم فتذكرها في موضع
يخصها

(الصفحات التشريحية)

اما القروح السطحية النزلية المنتشرة فجلاسها طرف اللسان وجوانبها وسطح
باطن الشفتين والشدين وتكون مستديرة سطحية في حجم العدسة وكثيرا ما
تختلط ببعضها فتكون اشكالا غير منتظمة وقاع هذه القروح يكون
متغطيا بطبقة غشائية مبرمة ومصفرة تضاربه الى البياض وجوانبها مبرمة
غير متغطية بهذه الطبقة والتمام هذه القروح يكون من الدائرة الى المركز
ولا يبقى محلها ندب الصامية ويظهر زيادة عن ذلك في بقية اجزاء الفم
اعراض النزلة القسمية كزيادة افراز المادة المخاطية وتكونين اخليسية
جديدة

واما القروح الجراية فجلاسها غالبا باطن الشفتين والشدين ويتردها
على اللسان فتشاهد اولاسو بصلات لوائية لماعة تنفجر بسرعة وتسهل

الى قروح يخاربه الشكل ذات قطر صغير وقاع هذه القروح يظهر مصفرا
او دهنيا مغلي ينضع رقيق وحافات محمرة مرتفعة بايسة قليلا وقد لا يوجد
منها الا قرحة واحدة وقد يوجد منها عدة عظيم
واما الخويصلات والتسلخات الصغيرة التي تظهر على طرف اللسان فلا تشاهد
الا بامعان النظر ومتى اتفجرت احسداها تظهر ان الامتدادات البشرية
للحلمات الطبيعية قد انقطعت بحيث لا يرى الاحمال اصغار محمرة صغيرة قليلة
القروح

واما القروح غير المنتظمة التي توجد في زوايا الفكين فقليل تشاهد في كلتا
الجهتين وقد يبلغ قطرها جملته خطوط ويكون شكلها غير منتظم وهي عبارة
عن فقد جوهر في الغشاء المخاطي يمتد الى التسويج العلوي الذي تحتبه
وكثيرا ما ينشأ عن هذه القروح انتفاخات عظيمة في العقد اللينقاوية
العنقية

واما القروح الجدرية فتشاهد بكثرة على سقف الحلق اذ بهما تفجيرات البثور
السطحية التي بها يندى هذا الطمع تشاهد قروح سطحية مستديرة تقضم
بسهولة

واما القروح الهريسية فجلسمها باطن الشفتين وسقف الحلق وتنشأ عن
انفجار بثور بجمعة كبثور الطمع الهريسي وتحتكون سطحية سهلة
الاتهام

(الاعراض والسير)

اما القروح التولية السطحية فالغالب ان تكون مصحوبة بالام شديدة
تزداد بالتكلم والمضغ وكل من المواد المخاطية والاعصاب يتزايد ترايدا عظيما
بحيث يسيل من فم الاطفال على الدوام سائل صاف وتكون رائحة الفم
متقنة بسبب قمعن الاغذية البشرية وهذا الشكل يسمى في بعض البلدان
بالالتهاب القمي المتن وهذه التسمية خطأ فانها تطلق ايضا على امراض قمية
اخرى اكثر ثقلا من هذا المرض وهذه القروح تشفى بسهولة بالمعالجة اللائقة
ولا خطر فيها اصلا الا في الاطفال المنهوكين فانها فيهم تسرع بالاتهام الحزن
بسبب عوقها للمضغ والتغذية

واما القروح الجرايية فتكون معصوية بآلام عند التكلم والمضغ ويقتبة
 اعراض النزلة القمية ووجود القاع الدهني اهذه القروح وتيسر حاقاتها
 كثيرا ما يورثان المرضي حالة نزع خصوصا من تقدمت اصابته منهم بقروح
 افرشجية وهذا الشكل يشق بعد يسير من الزمن بالمعالجة اللائقة
 واما الحويصلات والتسلطات التي تظهر على طرف اللسان فهي وان كانت
 منعبية قليلة الاهمية لانها تزول من نفسها بعد يومين او ثلاثة والتعب الذي
 يحصل من هذه الافة ليس بنسبة التفورات القشرية القليلة والقروح
 التي في زوايا الفكين ينشأ عنها عسر في التكلم والمضغ وتكون شديدة الالم
 عند انقصاص غير محسوسة عند آخريه وايست خطيرة في الغالب وان كانت
 بطيئة الشفاء

واما القروح الجسدرية والهريسية فالغالب ان تكون معصوية بآلام
 خفيفة

(المعالجة)

كل من الحويصلات والتسلطات الصغيرة التي تظهر في طرف اللسان يزول
 بسر عتقى حفظ الفم بعض ايام من المؤثرات المضرة كشرب التبغ وتعاطي
 الاغذية الحارة وغير ذلك

وفي القروح النزلية القمية السطحية المنتشرة لا يكون لكلورورات
 البوتاسا تاثير نوعي ~~سكما~~ يكون له في غير هذا المرض من امراض الفم
 فالاجود نس هذه القروح بمحلول تترات القضة او محلول السليمانى الخفيف
 جدا فانه ناجح كنجاحه في معالجة بعض الامراض الجلدية بالاستنشقات
 الرتيقية

واما القروح الجرايية فينبغى في معالمتها الالتفات الى المضاعفات المعدية
 فيجب اولاً ان انتهائهم علاج القروح المذكورة بمعالجة موضعية قوية ووجود
 الوسائط تاثيرا مسما باطجر الجهنى وان كان مؤلما مع استعمال كلورورات
 البوتاسا من الباطن ومس مثل هذه القروح باطجر الجهنى صلبا وان كان
 مؤلما الا انه كيد النجاح سريره

واما قروح زوايا الفكين فانها لا تستدعى معالجة باطنية وان كان بعضهم

أوصى فيه باستعمال كلورورات البوتاس من الباطن وبالمس بالجرح الجهني
 أو بمحض التخليل لمركز كما قاله (وليه) و (بنفس)
 وأما القروح الجلدية والهرسية فلا تستدعي معالجة مخصوصة
 (البحث الخامس في الآفات الزهرية القمية) •
 (كيفية الظهور والأسباب)

أما القروح الزهرية القمية الأولية والطحخ العريضة الأولية اعني التي
 تنتج عن عدوى اولية في التميم بواسطة السم الزهري فيسكن حصولها في القم
 طبقا للتجارب المستجدة على عكس ما كان يظن سابقا وكثيرا ما حوّلها
 يشاهد في قم الرضع عقب العدوى من حلبة ثدي المرضعة وقد تنشأ في احوال
 اخرى عن عدوى لا واسطية في القم عقب الزنا غير الاعتيادي (اي الايلاج
 في القم) او التلوي الصناعي او تقبيل اشخاص مصابة بقروح زهرية في القم
 وقد شاهدت عائلته أصيب منها عشرة اشخاص مختلفي السن بقروح زهرية
 واطح عريضة في الغشاء المخاطي بالكيفية الاخيرة

وأما القروح الزهرية الثانوية والطحخ العريضة اي التي تنتج عن تأثير ثانوي
 للسم الزهري عقب اتقاربه في البنية وتأثيره في القم فشاهدتهم ما في باطن
 تجويف القم ليس يتأدرو ويعتمد من الحلق او زوايا الشفتين الى الاجزاء
 المجاورة له من باطن القم واما الاصابات الثلاثية الزهرية في القم اعني
 الاصابات التي تحصل في آخر اذوار الداء الزهري كالأورام الزهرية المعروفة
 بالزوائد الصغية فتشاهد على اللسان وكثيرا ما تحتلط بسرطان هذا
 العضو

(الصفات التشريحية)

كل من القروح الزهرية الأولية والثانوية والطحخ العريضة ينشأ عن
 تبيبات زهرية في الغشاء المخاطي القمي اعني عن ارتفاعات حلوية فيه ثم
 بقرا كم اخلية بشرية عليها يصير سطحها الظاهر ميبضا كأنها اقدمت بالجرح
 الجهني ثم يتكون عنها تسلخات او تقرحات عقب تلاش جزئي في هذه
 الطبقة البشرية او درن عريضة عقب نحوها ويجلس القروح غالباً زاوية
 القم وتبقى سطحية في هذا الجزء فكانت تحصل في زاويتي الشفتين تشقق

وكثيرا ما يوجد حول دائرة هذه القروح دون زهري صغير واما القروح التي تظهر على ظهر اللسان وجانبيه فتكون على هيئة تشققات كثيرة الغور أو قليته وقاعها غير المنتظم يكون مغطى بعمدة بيضاء سنجابية واما الدرن العريضة فجلسه الاعتيادي اما جانبا اللسان بان يسكن على جانبيه ارتفاعات سطحية في الغشاء المخاطي ويكثر كما البثرة الغاطية على سطح هذه الارتفاعات بحيث يكون سطحها الظاهر مبيضا واما ظهر اللسان بان يتكون عليه تولدات حلوية مفرطة القاعدة مستديرة او بيضاوية ولا يندر اعتبار الحلمات اللسانية المختلطة المتراكمة على قاعدة هذا العضودرنا عريضا زهريا كما يزعمه العوام والاطباء غير المقرنين واما ورام اللسان الصفية الزهريه فانها تظهر غالباً في ثلثه المقدم في الابتداء يشاهد برص متيسر يفتح بسرعة ويستحيل الى بزور في حجم القولة او الفندقة ثم يلين ويتغير فيما بعد ويعقب ذلك قرحة دائرية محدودة ذات حافات منقصة متبسة

(الاعراض والسير)

كل من القروح الزهريه الاولية والثانوية يحدث آلاما في الفم عند التكلم والمضغ ويصطبب باعراض النزلة القمية المزمنة المذكورة في المبحث الاول وتخصيصها يستتج من الوقوف على السوابق المرضية ومن الظواهر المدركة بالنظر التي ذكرناها فيما تقدم

واما الدرن العريضة الذي يجلسه جانبا اللسان فلا يحدث الا نالما قليلا للمريض بل قد لا يشعر به الا اذا كان مستيقظا وظواهر مرضه بالكلية اذا تقدمت اصابتها بالداء الزهري وقد يزول من محل ويظهر في آخر وقد يزول بدون معالجه بعد يسير من الزمن ثم يظهر ثانيا فانه ذو ميل للنكسة واما الدرن العريضة الذي يظهر على ظهر اللسان فانه يعوق حركته ويسير متعبا وتخصيصه بالنظر سهل حيث لا يمكن اختلاطه بغيره

واما الاورام الصفية في اللسان فتظهر بدون ايلام بل ولا ينتج من تقرحها زيادة الم الا انها تحدث عسرا في حركات اللسان وثقلاته فوق المضغ والتكلم واما القروح التي تعقب اتجارها فانها تكون موهلة عند لامسة حافات

الاسنان لها والمطعميات اليابسة

• (المعالجة) •

الاصابات الزهرية القسمية تعالج على حسب القواعد المذكورة في الجزء الثاني فان كلامنا من الفروع الزهرية الاولى والثانية والثالثة العريضة القسمية يزول سريعاً باستعمال المركبات الزئبقية ولكن الطيب متأكداً من انها تقطن بل وتزول بالكلية عند استعمال هذه المعالجة الزئبقية بسرعة لكن ينبغي الاحتراس من استعمال الاستحضارات الزئبقية عند تكرور كمات الحملات الزهرية في القسم متى كانت هي العرض الوحيد للداء الزهري وكذا الاورام الصغوية الزهرية في اللسان فانها كذلك تشفى في كل دو ومن ادوارها بواسطة المعالجة اللائقة

• (المبحث السادس) •

في الآفات الاسكروبية القسمية المعروفة بالحفر

• (كيفية الظهور والاسباب) •

تغير اللثة تغيراً مرضياً يعدم من الظواهر الملازمة الابتدائية في اكثر احوال المرض المعروف بالاسكروبيو والتغيرات التي تكادها اللثة شبيهة بالتغيرات التي تنشأ عن هذا المرض في غيرها من المنسوجات ومجموع هذه التغيرات يقضى الى ان التغير حاصل في جدران الاوعية لاني الدم نفسه (فان ينبوع تغير الدم فيها غير معلوم ولم يثبت وجوده) وبهذا يسهل علينا توجيه منشأ حصول النضوح المتنوعة والميل لحصول الانزفة التي تشاهد في هذا المرض وسنذكر (ان شاء الله تعالى) الاسباب المحدثة للاسكروبيو وتغير اللثة الملازم له في الجزء الثاني

(الصفات القشرية)

محاسن التغيرات الاسكروبية في القم اللثة وحدها و اجزاء اللثة الفاقدة للاسنان لا تصاب بهذه التغيرات كبقية اجزاء القم ولذا ترى الاشخاص الفاقدين للاسنان لا يكابدون التغيرات الاسكروبية القسمية اصلاً ثم ان هذه التغيرات قد تكون قاصرة على جهة واحدة من القم بل على محيط بعض الاسنان دون البعض الاخر وذلك انه يشاهد في ابدان هذا المرض حالة

محمرة على الحافة العليا من اللثة ثم تأخذ اللثة بعد يسير من الزمن في الانتفاخ
وتكتسب لونها زرقا كاليا خصوصا امتداداتها الزاوية الكائنة بين
الاسنان فانها تفتخ وتفقدها التصاقها بالاسنان وهذا الانتفاخ الناتج عن
ارتشاح اوزيماوى وانسكاب دموى في جوف اللثة قد يعظم جدا حتى
يجاوز الاسنان ويغطيها او يكون اوراما سفنجية على سطح اللثة يبلغ احداهما
نصف قيراط بل ازيد من ذلك وقد يلين ظاهر سطح اللثة التي حول الاسنان
او قسما الاورام مدة سير المرض فيستحيل ما ذكر الى مادة رخوة ذات
لون كالب ينتج عقب قذفها فتدجوهر من اللثة والتسكروا الذي يحصل في هذه
الاجزاء ينشأ بحسب الظاهر عن توتر الاجزاء المرتشحة وتترا عظيميا وعن
الضغط الواقع عليها حينئذ من الاسنان وعند الشفايزول انتفاخ اللثة
فتنطبق على الاسنان وتعود الى لونها الطبيعي ثم في احوال نادرة يحصل مدة
المرض تكون منسوج خلوى جديد ولذا تبقى اللثة بعد زوال انتفاخها
متينة ندية غير مستوية السطح اى انها تبقى ذات تحديات
(الاعراض والسير)

انتفاخ اللثة العظيم يصير المضغ مؤلما جدا بل متعسيرا في الغالب ويصير
الافراز المخاطي واللغابي في الفم متزايدا وعند المضغ اوردنى ضغط على اللثة
يسهل منها انزفة وسوائل الفم تتعفن من اختلاطها بالدم فينتج عن ذلك
رائحة منتنة كريهة ويجهده الطواهر مع متظرفم وماقيه من التغيرات التي
شرحناها لنقف على حقيقة التشخيص خصوصا بانضمامها بالبقية اعراض
الاسكربوط

(المعالجة)

كثيرا ما تعود اللثة المريضة الى حالتها الطبيعية بسرعة عقب معالجة لا ثقة
بالمرض الاصلى والعادة ان تستعمل المضامض القابضة مع الوسائط العصية
والدوائية التي سندكرها بعد عدم معالجة المرض الاصلى واكثرها استعمالا
روح حشيشة الملاعق وصفغة المر والرثانيا وكذا مغلى الصمغاف والبلوط
رقشور السكينا وقد شوهد في وياة تسلطن في مدينة براج حصول النجاج
في تخليل الاسنان الاسكربوطى بغسل الفم بالخل القاتر المضاف اليه يسير من

روح التبيذ وقد استعمل ايضا عند ارتقاء هذا المرض من اللثة بمخلوط
مضاف اليه بعض الكوردايدريك وتخلط الاسنان المتخاف عن هذا الداء
يزول باستعمال المغليات القابضة ومحلول الشب
• (المبحث السابع) •

في الالتهاب القمي الفطري او القشطي (المعروف
بالوجيت عند القرائساوية)
• (كيفية الظهور والاسباب) •

هذا الالتهاب كان يعتبر التمايضا نضجيا خصوصا الى ان ظهر بالاستكشافات
الحديثة وجود مواد نباتية طافية متكوثة على سطح الغشاء المخاطي وهي
ان لم تكن وحدها سببا لهذا المرض فهي اقوى اسبابه وهذا الفطر النباتي
المسمى بالاديوم اليكائن كما سماه المعلم (روين) لم يشاهد خارج الجسم
ولم تعلم كيفية وصول جرثومته الى الفم وانما المحقق وجود اسباب مخصوصة
لا يسئل نشب جرثومته الطافية بالفم ونحوها فيه وهذا المرض يوجد في
الاطفال عقب الولادة بايام او اسابيع قلائل ويتدرج حصوله لهم بعد
شهرين واما الاطفال البالغون فلا يشاهد فيهم الا في الامراض الثقيلة
المنهكة قبل الموت بنين يسير فينتج من ذلك ان جرثومة هذا الفطر تثبت وتقوم
سهولة عند ما يكون المضع والازدراد ضعيفين بحيث ان هذا الفطر يمكن
ان يقبض وينمو في مصلحات الحلال انطاليا البشرية المتراكمة وبعض اضايا
الاغذية المختلطة بها والظاهر ان الطبقة المخاطية المعشبية للقم تمنع تشبهه
ومنى وجسد الغشاء المخاطي جافا في الولودين جسديا وكذا المنوكين ساغ
القول بتكون هذا الفطر احيانا من قبل فيهم وليس من القريب للعقل ان
قله افرار المواد المخاطية في القم اول درجة من درجات الالتهاب القمي
الترلي في جميع الاحوال وان كان التهيج غير المعتاد الناشئ من الحركة
الرضاعية كثيرا ما يكون سببا في حصول تهيج نزلي في الغشاء المخاطي الرقيق
للاطفال المولودين حديثا ومما يستدعي نحو هذا القطار قلة النظافة ولذا
يكاد يصيب جميع الاطفال الموجودين في مارستانات المتقطعين والولادة
لما انه غالبا يمل في تظافة اقواهم التي يكاد يترتب عليها عدم انتشار

هذا المرض

ثم انه وان نتج تلقيح القطر المذكور في بعض الاحوال من قهقهة من قبل الى آخر
تلقيحها لا واسطيا لا يمكن اعتبار هذا المرض من الامراض التي تنتشر باصل
معداته ليس من الضروري ظهوره في شخص مو يوجد بجوار شخص مصاب
به بل الظاهر ان جرثومته منتشرة جدا ووجوده في كل مكان بحيث يظهر
ويقوم في وجدت الشروط المساعدة على نموه

(الصقات التشريحية)

ويوجد على السطح الباطن من الشفتين واللسان وسقف الحلق نقط صغيرة
بيضاء او طبقة حلقة رقيقة وعند اشتداد المرض توجد مواد جينية او
دهنية منظرها كاللبن المنعقد ويسهل في الابتداء فصلها من الغشاء المخاطي
ثم تلتصق به التصاقا جيدا وهذا الطلاء الجيني يعتمد احيانا من القم الى
الخضرة والغالب امتداده الى المريء حتى ان هذا العضو احيانا يكون
ممتلئا بمقدار عظيم من هذه المواد القطرية وامتداد هذا المرض الى المعدة
لا يكاد يشاهد مطلقا وبالبحث الميكروسكوبي في هذه المواد الجينية يرى
انها مشتملة على اخلية بشرية حديثة وقديمة وكرات شمعية يتخللها خليات
مخصوصة مستديرة وخبوط فالاولى اى الخليات يعرف بشكلها البيضاوى
ودائرتها الواضحة وتجويفها الظاهر واختلاف حجمها وهي علامات نموها
انها اخلية نباتية قطرية والثانية اى الخبوط التي تنشأ من هذه الخليات
تختلف في الفاظ وتصكون ذات حواجز وانما اجابت يخرج منها قرىعات
على شكل زاوية حادة ذات قطر كقطر الخبوط الاصلية وهذه الخبوط تكون
اشكالا تشجيرية منتظمة واذا كانت متراكمة على بعضها تكون على هيئة
اللبد ويجلس هذه المواد القطرية في الابتداء الطبقات السطحية من الطبقة
البشرية المخاطية ثم تنفذ بين اخليتها وقد تنمو بدرجة وتنفذ في عمك الغشاء
المخاطي

(الاعراض والسير)

الرضاعة للاطفال المصابين بالتهاب القمى القشطي تكون مؤلمة وكذا
الاشخاص الاطفال للهلال الشلال الرئوى او السرطان يشكون بحرقان في

القم عند ظهور هذا المرض فيهم ومن المنسكول فيه ان آلام المرضى ناشئة
عن تأثير المواد المذكوورة في الغشاء الغضائى او عن حصول تهيج التهابى
مصاحب لتكوينها في الغشاء المذكوور يحدث تلك الآلام ومعين على نحو
القطر

وكثيرا ما يشاهد في الاطفال المصابين بهذا المرض اسمالات مصحوبة
بالآلام في البطن ونزوح مواد سائلة منخفضة ذات خواص حضية وكثيرا
ما تحمردائرة الشرج والاليتان والسطح الباطن من الفخذين بل قد يحصل
فيها تسليخ سطحي ويكون هذه الاعراض تشاهد في الاطفال الرضع بدون
ان يكونوا مصابين بهذا المرض كالعكس اى انه يوجد فيهم هذا المرض ولا
يوجد تلك الظواهر اعتبرها بعضهم مضاعفات في هذا المرض غير لازمة
له وبعضهم سببا (والعكس) يعتبرها اعراضا لازمة له والحكم في ذلك
عسر والذى يظهر ان الاسمال لا تعلق له في كثير من الاحوال بالقرودات
القطرية القيمة لكن حيث ان اسمال الاطفال في معظم الاحوال مذسوب
اتصالات غير طبيعية في المواد الغذائية وان تكون هذه المواد النباتية
القطرية يحدث تحللات غير طبيعية فالتى يظهر ان جراثيمها من تلك
الاسمالات ناتج عن وجود المواد القطرية المكروبية في القم ووصولها
الى المعدة والامعاء

(المعالجة)

اكثر الامهات ولو القطة تمن لا يعتنين بنظافة افواه الاطفال الرضع
اللازمة لمنع حصول هذا الداء اعتناء كبيرا لانهم وان فعلن بهم ذلك في
الصباح وفي المساء يتركهم ينامون وحيلة الثدي في افواههم ثم يجذبونها
باطراف مخافة ان يستنقلوا فيبقى في افواههم كمية من اللبن فتفسد وتصير
تجوىف القم مستعدا لظهور هذا القطر القم ونحوه وربما ساعدت على
ذلك القوايل بلهلهن او انهن لاهياهن يخفين عن الامهات ان عدم النظافة
هي السبب في تكون هذا القطر بل قد يعتقدن ان ظهور القطر القمى
مرض غير مخوف بل عييز على نجاح صحة الاطفال فيجب على الطبيب ان
يوصى بتنظيف فم الاطفال بعد كل ارضاع مطلقا في حال اليقظة والنوم

بعض خرقه رقيقة مغموسة في الماء القراح او الممزوج بقليل من النبيذ
الاجر فهذه الكيفية تكاد الاطلاق لا تصاب بهذا المرض اصلا

ومتى حصل الالتهاب القمي القطري يقتصر فيه على ازالة المواد الجينية
بكشها بلطف واحتراس وتنظيف القم تنظيها جيدا والوسائط التي تجربها
القوابل من ذوالسكر في القم او مسه مخلوط من كبر من البورق ومعسر
الورد غير جيدة فينبغي رفضها لانها تصير القم لزجا وتعين على حصول
الانحلالات غير الطبيعية فلا تمنع حصول هذا القطر مطلقا والاسمالات
الصاحبة له تعالج على حسب القواعد التي سيأتي بيانها

• (تنبيه) • ما ذكره المؤلف في معالجة انواع التهاب القم المتتاحة تقريبا كاف
في كل مجت على حدته وانما لزيادة الايضاح في معالجة كل نوع من التهاب
القم نذكر مع الاجمال معالجة جميع هذه الامراض ونضيف الى معالجة كل
مرض ما يحقق لنا منفعة في العمل ولو ترتب على ذلك احيانا بعض تكرار
بالنسبة لما ذكره المؤلف فنقول

يجب على الطبيب في معالجة انواع التهاب القم مطلقا سيما في الاطفال البحث
عن حالة الاسنان والاجتهاد في مساعده حصول التسنين ومنع تعاطي
التغذية بالمواد الحريفة او الساخنة او الباردة جدا مع الايضاح بالاعشذية
اللطيفة السائلة او الرخوة ومنع شرب الدخان في اثناء المرض اذ بذلك مع
استعمال مضامض مائية او حمضية خفيفة يحصل تحسن في حالة الالتهاب بل
ربما كان ذلك كافيا في شفاء الالتهاب القمي النزلي البسيط

وشكل الالتهاب القمي المعروف بالقلاع قد تكفي فيه هذه المعالجة البسيطة
لكن الاوفق في هذا المرض فعمل كي سطحي خفيف جدا بالجير الجوهني او
بمعالوه في الاصفار المرخصة لازالة الالم ومرعاة الالتحام ويحتاج في هذا
الشكل الى الالتفات بالسكبية للتغذية وحالة القناة الهضمية اذ كثيرا ما يكون
القلاع متعلقا بتهييج في الغشاء المخاطي المعدي المعوي الناشئ عن الاعذية
الكثيرة الاقاربه والازوتية المحضه فتي مثل هذه الاحوال ينبغي مع المعالجة
السابق ذكرها استعمال اغذية لطيفة من اللعوم البيضاء وبعض
التضاروات اللطيفة وشرب بعض المياه المعدنية المسهلة وتجنب الاعذية

الملاحظة الحريفة وفي هذا الشكل يتغير كلورورات البوتاسا نوعيا كما تبين
 عليه المؤلف فلا بد من استعماله بالكيفية التي ذكرها في مجت القلاع واما
 شكل التهاب القسم ذي الغشاء الكاذب والتقرح فيه ينبغي الانتباه
 بالكلية لحالة العصاة العمومية وجعل المرضى في اوساط صحية جيدة
 وتبعيدهم عن بعضهم وعن السليين احيانا اذا كان يخشى انتشاره بالعدوى
 ويوصى في هذا الشكل بالخصوص باستعمال كلورورات البوتاسا من
 الباطن والظاهر على شكل غسل حيث ان نجاح هذا الجوهر الدوائى في هذا
 المرض مؤيد بالتجارب واستعمال الغسلات به على شكل مضامض وان كان
 لا يتجاوز من الفائدة الا ان استعماله من الباطن بمقدار من درهمين الى عثمانية
 في ١٥٠ جراما او ٢٠٠ من الماء هو العظيم الفائدة اذ يذهب الكيفية تنفصل
 الاغشية الكاذبة بسرعة وتأخذ التقرحات في الالتئام واضاف بعضهم عند
 استعمال محلول هذا الجوهر من الظاهر كقول شيشة الملا عن مقدار ٢٠
 جراما من الاخير على ٢٥٠ جراما من الاول وعند استعماله هذا المرض
 عن هذه المعالجة وتعمد اوصى القروح عن الالتئام ينبغي الكى بالجزر الجهنى
 وهذا الجوهر الدوائى يستعمل كذلك بنجاح في التهاب السحمى الرقيق
 اذ انه في هذا الشكل لا يقتصر عليه بل ينبغي المبادرة باستعمال معالجة
 موضعية في اللثة اما جسمها بصورق الشب او بمحضر الكلور ايدريك بواسطة
 فرشاة ويضم لذلك استعمال المسبلات مع التكرار بحسب الحال لاجل
 استخلاص القناة الهضمية من البواهر الرقيقة اذا كانت محتوية
 عليها وعند تزايد الاعاب وشدة الالم يستعمل المركبات الايونية وفي انتها
 سيره تستعمل المضامض القابضة نباتية كانت او معدنية وان اعقب هذا
 الشكل قروحا واستعصت عن الشفاء ينبغي مسها كذلك بتترات الفضة صلبة
 اوسائلة او بمحضر الكلور ايدريك واما التهاب القم الجنبى فلا نقول فيه بما
 قاله المؤلف من عدم المنفعة لما رأينا في كثير من الاحوال من نجاح
 الغسلات القلوية مع استعمال مخلوط من اجزاء متساوية من معسل
 لورد والبورق وعند ما تكون التراكبات الجينية منتشرة في القم ينبغي بعد
 كذ لها بفرشة مسها بتترات الفضة لاجل اتصالها ومع ذلك فغير بان

الغسل بالماء مع النيد بعد نزوح المواد الجينية وحفظ نظافة الفم كاف في
الاحوال الجيدة

وعند تسلطن حمضية الفم وتوسع الازدرا الناجم من امتداد هذا المرض
في المريء يفتى استعمال الغسلات والمثروبات القلوية كما ويرى بانشراده
او مزوجا بالبن

• (المبحث الثامن في التهاب اللسان) •

(كيفية الظهور والاسباب)

اصابة الغشاء المخاطي المغطى للسان باشتراكها في الالتهاب انزل من الفم
سابق ذكرها فبئذ لا تكلم في هذا المبحث الاعلى التهاب جوهر هذا العضو
مع شكلين سطحيين خفيفين من هذا الالتهاب حيث لم يكن له صفة شاذة
حقيقية بالتهابات الاغشية المخاطية الاخرى

يعني التهاب جوهر اللسان يحصل النضج الالتهابي بين الالباق العصبية
اللسانية غالباً واما نفس الالتهاب العضوية فالتهابها وتلاش نادراً جداً
راجع كيفية ظهور والالتهاب العضلي القاب

ثم ان هذا المرض نادراً فلا يحصل الا عقب المؤثرات القوية في اللسان
كالحرق ولدغ الحبل والزباير وتجميع اللذان بواطة واهر سريرة
او كاوية

واما الالتهاب اللساني الحسري المزمن فيبدأ في الغالب عن ضغط حادات
الاسنان الحادة ومباشرة التبخيشنة

واما اسباب الالتهاب اللساني الشقي فغير معروفة مثل اسباب الالتهاب
اللساني السطحي الذي سماه بعضهم بـسيوريازس الفم فان هذا الالتهاب
عبارة عن ارتشاح في الغشاء المخاطي اللساني مع تكوير طبقة بشرية تكونها
مرضها وقد شاهدت ثلاث مرات في الزمن الاخير هذا المرض الذي شرحه
جيدا المهلم (ريبر) في رسالته الموقوفة في امراض الجلد وسماه بـريازس الدم
(الصقات التشريرية)

اما الالتهاب اللساني الجوهرى الحاد فيم جميع اللسان غالباً ويندر أن
يقصر على احدى جهتيه فيعظم حجم اللسان حتى يصل الى ضعف حجمه

الاصلي بل ازيد ويكون ذالون اسجدا كن وسطه الظاهر املس او متشققا
ومغلي بنضح لزح دوي غالباً وجوه هذا العضو يكون رطبار خويها
فادا حصل التحلل عاد اللسان الى حجه ومنسوجه الاصلين وقديتي اللسان
في بعض الاحوال على الهوام متيسر اضعفا وقديتي ~~تكون~~ في سمكة في
بعض الاشكال النقية له من هذا المرض خراجات صغيرة يعظم حجمها بعد
وتحتلط ببعضها ثم يتثقب الغشاء المخاطي وتخرج المواد الصلبة لتلك
الخراجات ويحمل الجوهر المقتود بسبب ذلك يتحسم فتختلفه ندبة متشعبة
مكمنة

واما الالتهاب اللساني المزمن الجزقي فتوجد فيه محال متبينة محدودة على
جانب اللسان عدية البروزا وقلته بل قد تكون على هيئة ندب جاذبة لما يحيط
به امن منسوج هذا العضو جذبات شعاعية ويتلاشى الجوهر العضلي منه في
هذه المحال ويحل محله تولدات من منسوج خلوي

واما الالتهاب اللساني المتشقي فيكون اللسان فيه منقسما الى جسيمة فصيصة
مختلفة كثرة وفله بواسطة شقوق غائرة يجمع فيها بعض مواد غذائية وأخنية
بشرية تكون سبب التقرحات المستطيلة وكثير من هذه التشققات يكون
عبارة عن مجرد ثنيات في الغشاء المخاطي تشابه ثلثي الجلد الظاهر خصوصا
ما يوجد بكثرة في وجه الاشخاص المتقدمين في السن

واما التهاب اللسان السطحي الذي شبهناه بيسوريان من الجلد الظاهر فقيسه
يكون الغشاء المخاطي نحيما مندملا ومتشققا بجاه شقوق وفي بعض المحال
تكون طبقة اللسان البشرية متزايدة ازديادا مرضيا وفي بعض الاحوال تفقد
بالكلية بحيث يظهر سطح اللسان املس ناعما فكانه مقطوع بطبقة ذات
بريق واعان

(الاعراض والسير)

الالتهاب اللساني الحاد يكون اللسان فيه متزائدا حجم جدا بحيث يكاد ان لا
يسمعه القم فيبر زمن بين صني الاسنان اللذين يكاد ان يكونا متباعدين عن
بعضهما بقدر قريب اط تفريرا ويكون سطحه العساوي ايضا وذالون مسمر
ومخ عندهما يكون المضح المغطى له محتلط بالدم ووسطه السفلي مجرادا كذا

وتستحصل بسرعة الانبعاثات الغائرة التي تطبعها الاسنان على جانيه الى
 قروح ذات سطح شحبي ومن ثور هذا العضو بسبب انتفاخه العظيم يحصل
 الم شديد ويقدسر كانه بسبب الضغط الواقع على اليانه العضوية من التضخ
 الاتمالي ويتعذر كل من الضخ والازدراد ويحيل اللعاب من الدم على جانيه
 رمع ذلك فالسطح العلوي منه لا يزال جافا فلا عدم تنديته باللعاب ولبقاء
 اقم منتفجا بحيث يكون سطحه عرضة لتصادات بخارية قوية وتنتفخ العقد
 تحت الفك وكذا العقد الليمفاوية العنقية ويحصل عوق في الدورة الوردية
 ينتفخ الوجه قليلا ويصير من رقا وقد يحصل ايضا عوق في التنفس عقب
 تضيق فوهة المزمار بسبب انتفاخ قاعدة اللسان ولذا تحصل احيانا نوب
 اختناق يمكن ان تؤدي الى هلاك المريض ويصطب الاتهاب اللساني الحاد
 بجمي شديدة وامتلاء في النبض وضيق وقلق واضطراب عام ثقيل لكن حالة
 المريض تتغير عندما تستقر اعسر التنفس في صير النبض ضعيفا ويحصل هبوط
 للمريض وتظهر الاعراض المنسوية الى التسمم بجمض الكرونيك فاذا
 كان سير هذا الداء جيدا طبيعيا انقطعت الطواهر المرضية تدريجيا وان
 عويل معالجته لا تنفع كثيرا ما تنص تلك الطواهر رجاء وان تكونت خراجات
 في اللسان فان جميع الاعراض تزداد حتى يحصل انفجارها فتتخط بسرعة
 وتحصل الراحة التامة

واما الاتهاب اللساني البلزقي المزمن فيحدث دائما محدودا أصم واذا كان
 هنالك تقرحات فان الالم يصير محرقا والتهال المتبدية من هذا العذ وتعوق
 حر كات اللسان وقد يستمر هذا المرض زمنا طويلا بحيث كثيرا ما يختلط
 بالسرطان

واما الاتهاب اللساني الثشقي فيكون ولما جدا اذا كان هنالك تسلحات بين
 عيصات اللسان وهذه تصامم الايتق سري الهمية القصيبة غير الطبيعية
 وهي لا تنكدر المريض مطلقا

راما يسري ازمن الغشاء المخاطي اللاني فهو آفة مؤلمة مستعصية تشكث
 مدة أربعين سنة مصحوبة بشورانات مختلفة وفي اثنائها توران هذا المرض
 لا يكون للمرضى قدرة على مضغ الطعام والاصلية في ولا شرب التبغ وكل

حركة اسانية يعقبها الم شديد وفي اوقات اخرى تكون مكابدات المرضى قارية
جدا بحيث يتعشم في الشفاء السريع

(المعالجة)

معالجة الالتهاب اللساني الحاد ينبغي ان تكون قوية جدا بسبب الخطر الذي
يمكن ان يترتب عليه والاستقراعات الدموية العامة والموضعية كارسال
العلق على العنق ليس لها تأثير ووضع العلق على اللسان نفسه يزيد في المرض
كما انه لا منفعه للمصرقات على القفا ولا للمعقولات على القناة المعوية
بالمسهلات او الحقن المهيجية وانما الذي ينبغي ابرائه هو غسل الشقوق
الغائرة عمدة على جميع ظهر اللسان وعند ازدياد الانتفاخ لا يحسن من جرح
الشريان الثردى ويزاد على ذلك ان يعطى للمريض سائل سادة المرص قطع
من ابله لسدا والتلج في فمه وعند انحطاط الداء لا تستعمل الا المضامض
المرشحة الفاترة وان خيف حصول الاحتناق ولم تجدد الشقوق الفاترة ففعا
يمكن ان يلجأ الى عملية القطع التجبرى

واما معالجة الالتهاب اللساني المزمن فيجب فيها ازالة حائث الاستئناس الحادة
ولجو ذلك فان لم نقر وهو الغالب كان اجراء عملية الاستئصال هو الواسطة
الوحيدة واما استعمال اليود والمياه المعدنية الیودية كما يفروع ادا هي يد
والمسهلات فلم يثبت بالتجارب نفعها ثبوتاً تاماً وانما استعمالها مؤسس على
تفريبات

واما معالجة الالتهاب اللساني التشنجي فيقتصر فيها على المس يتترات القضة
صلبة ومحلولة

واما الالتهاب اللساني السطحي فلا يفر فيه تعاطى المركبات الزئبقية التي
تستعمل خطأ فلنا ان هذا المرض ينبوعه الداء الزهري بل يحصل من ذلك
ازدياد في المرض وقد شاهدت تحسنا عظيما واضحا في احدى احوال هذا
المرض الثلاثة التي شاهدتها بواسطة غسل الفم مرارا بالمضامض المأخوذة
من حمض الكربوليك المخفض جدا مع المس به زمنا فزمننا من كرا مع غاية
الاحتراس

(تنبيه) * حمض الكربوليك هو المعروف بضمض الفينيليك وهو جوهر

مضاد لتعفن ويستعمل في احوال اخرى عديدة كما ذكرها من الظاهر كالجروح
وغیرها من امراض الجلد

• (المبحث التاسع) •

في غنغرية المائي القم الضعيفة المعروفة بالثوما وبالسرطان المائي للدم
السرطان المائي القم يعتبر شكلا من الغنغرية ناشئا عن التهاب ضده في طرا
على الجسم وهو في حالة النهوك فانه متى حصل تغير غذائي مفسد في جزء من
الاجزاء وكان مكابدا من قبل لاضطرابات عظيمة في تغذيته كان نتيجة ذلك
موت الجزء المصاب سريرا كما قاله (ورجوف) ولا يكاد يشاهد هذا المرض
الاقى الاطفال المنهوكين اما لعدم كفاية التغذية اولداتها اولدادة
مساكنهم او مكابدتهم امراضا ثقيلة وكثيرا ما يشاهد عقب الامراض
الثقيلة كالخسبة ويندر مشاهدته عقب غيرها من الحيات الطغرية للمادة
او عقب التيفوس او الالتهاب الرئوي ويظهر ان استعمال المركبات الزئبقية
في معالجة الامراض السابقة له دخل عظيم في حصول هذا المرض وكثيرا
ما يتبدى في الظهور ومع ظهور الالتهاب القمى الزئبقى حالا وحصول هذا
المرض في الاقاليم الباردة اكثر منه في الاقاليم الحارة ولا يظهر ظهورا
وباتيا البتة

(الصفات التشريحية)

هذا المرض يكاد يتبدى على الدوام في البهية الباطنة من الشدقين وحينئذ
يصير الغشاء المخاطي اعلى الجزء المصاب المرتفع احمر داكنا ثم يتغير لونه
بسرعة وكثيرا ما يظهر عليه حو يصاحبه ثمة مادة مصلية عكرة ويسود
المفر المصاب بسرعة ثم يلين وييتلاشى ثم تمسك الغنغرية في بقية المنسوجات
فتأكل اللثة والشفتان وقاعدة اللسان وحافته المسامة للوجه المصابة
ويتعري القسكان وتسقط اجزاؤها على هيئة قشور راي تتفلس وتتخلخل
الاسنان وتسقط وعند تقدم هذا الداء يمتد الفساد الغنغري الى السطح
الظاهر من الشدقين بسرعة بحيث يستحيل كل من الوجنة وجرع من الانف
والجفن السقلى بل بقية احدى صفتى الوجه الى مادة زغبية رخوة فطرية او
الى خشك ريشة جافة والاوعية الدموية كثيرا المنسوجات مقاومة للورع

في الفساد الغنغريتي فانها عند انتشارها بالحمية توجد غالباً امصوفة الا انهم
 ممتلئة بدمقدات لينة والاحوال النادرة التي يحصل فيها الشفا تنفصل فيها
 الاجزاء المتغفرة وتخذها الزرار الحسية ثم اترندية من منسوج خلوي ليقي
 وعلى الدوام تبقى التصاقات في الفم وتشوهات عظيمة في الوجه
 (الاعراض والسير)

عند ابتداء الغنغريته في الوجه الباطن من الغشاء المخاطي القمعي يشاهد
 (طبقاً لشرح المصنف لم راييه وبريس) بدون الم ظهور وورم او زخم او
 رخوم مستوحدة وفي الخد والشفة يتدششياً فشيئاً ويشاهد في مركزه نواة
 متبسية مستديرة مغطاة بجلاصاع ذي بقع باهتة او بتفصية مرعربة
 والطفل يرى في حال سكون في فراشه ولو كان الفساد الغنغريتي عظيماً
 واستحال كل من الوجه الباطن للخد واللثة الى خشكرشية عظيمة ويسيل
 من الفم لعاب مدم او مسود ومع ذلك لا يزال الطفل يلعب ويطلب الماء كل
 ويأخذ ما يعطى له بشراهة عظيمة ويزدود مع اللعاب وبعض القطع
 المتغفرة المنفصلة ومع ذلك يكون الجلد منتهقاً بارداً والنبض صغيراً قليل
 التواتر ويحصل له مدة الليل هذيان وقد يتسكون في خده وشفته السفلى
 خشكرشية محدودة باقعة مسودة في نحو اليوم الخامس او السادس ثم قد
 زمتنا فرنا الى ان تم جميع احدى صفحتي الوجه ومع هذا كله فقد يكون
 الطفل حافظاً للقواء ويطلب الاكل بل يفرغ بيده بعض قطع غنغريته من
 تجوف الفم وعند سقوط هذه الخشكرشية بصير منتظر الوجه مفرحاً جداً
 فتشاهد بعض اهداب غنغريته متعلقة بالوجنة وتشاهد الاسنان من
 خلالها متعربة متخللة وكذلك الضكان فيشاهد ان متعربين مسودين
 ورائحة الفم حينئذ تكون منقنة جداً وتميط القوى ويحصل اسهال وعطش
 يكاد لا يطاق ويكون الجلد بارداً جافاً والنبض صغيراً غير مدرك ويميل الطفل
 من التهوكة

وقد يحصل هذا الداء للشفاء في اول ادوار بل وعقب سقوط الخشكرشية
 اظاهرة تصد الغنغريته فيميط الورم وتحسن الحالة العامة وينظف سطح
 الجرح ويظهر التقيح الجمد

• (العالجة) •

يستعمل في هذا الداء من الياطن الاستحضارات الكينية وماء الكلور
والنعم النباتي ونحو ذلك من الجواهر المضادة للعنوة
• (تنبيه) • من هذا القبيل غسل الفم بحلول مختلف من بيرة نباتات البوتانا
جرحته على الفم من الماء
لكن لا تمرة لهذه الوسائط فان الاصابة باستعمال هذه الجواهر وتوسس على
نظريات لاعلى تجارب والابجود الالتفات لطالة التغذية والهواء الجيد وان
يعطى للطفل مقدار قليل من التبيذ ثم تعالج الغنرينة بمعالجة موضعية
بحسب القواعد العامة للجراحة وقد اوصى في هذا الداء باستعمال جميع
الكاويات لسكن اثارها الحديدي الحمى والقرص منه افساد الاجزاء
المتغفرة واحداث التهاب مع ردفه في الاجزاء المحيطة به تمدد الغنرينة
وتنهصل

• (المبحث العاشر) •

(في التهاب التسكفتين وما جاورهما)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

التهاب التسكفة بقطع النظر عن احوال التهابها الجرحى اى الناشئ عن
جرحها او اجسام غريبة تسدت في قنواتها الناقلة او تراكمات حجرية
تسكونت فيها وتلك احوال تخص علم الجراحة يميزه شكلان شكل ذاتى اى
اصلى وشكل عرضى ويسمى بالمتساوى اى الاتئالى
وقد اعتبر الشهير (فرجوف) مخالفا لآراء المتفق عليهم ان القنوات الصغيرة
اللامائية للغدة التسكفية هي منشأ هذا المرض وقد اثبت ذلك صريحا بالنسبة
بالتهاب التسكفى العرضى بل والظاهر ايضا ان الاصابة الاولى للقنوات
المذكورة بالنسبة للتهاب التسكفى الذاتى اقرب لاهـ قل من اصابة جواهر
الغدة نفسه الكائن بين هذه القنوات وتى وافقنا هذا الشهير واعتبرنا ان
التهاب التسكفى الذاتى ينشأ عن التهاب نزلى فى القنوات اللامائية ليس له ميل
للتقيح وأن العرضى ينشأ عن التهاب النزلى الذى يميل للتقيح بالكلية ظهرا
ان اعراض هذا المرض وسيره وما يبرعنه بالاتئال فيه قليل الاتهام

بجلاف ما اذا اتبعنا آراء القدماء في كون جوهر الغدة نفسه هو منشأ هذا المرض ويجلسه الحقيقي

أما الشكل الذاتي فالأخبار ان يكون حصوله وباتياوية ندرا ان يكون افراديا ومثل هذه الاويية يتسلطن في فصل الربيع والخريف عند تسلطن الرياح الباردة الرطبة ويندر حصولها في اثناء الصيف عند تسلطن الرياح الحارة اليابسة وتختلف مدة هذه الاويية وقد تكون قاصرة احيانا على بعض الأما كن العامة كبيوت المتقطين والقشلاقات ونحوها وسكثير من المشاهدات الاكيدة ما يؤيد أن انتشار هذا المرض بالعدوى قريب للعقل جدا ولا يسوغ كما قاله (رليه) ضم هذا المرض الى الامراض التسممية لعامة اى جعل التهاب النكفة ظاهرة موضعية لمرض عمومي اى لمرض في الدم وتشبيهه بمرض البلدة في الامراض التسممية المادة لكن ما ذكرناه من الاعتراض عند الكلام على السعال التنسجي بالنسبة لاعتباره من الامراض التسممية العامة معناها الحقيقي يلجينا العزل لهذا المرض عن الامراض التسممية العامة ولو كان معديا والعادة ان الاطفال والشيوخ لا يصابون بالالتهاب النكفي الوبائي واصابة الذكور به اكثرا من الاناث

وأما الشكل العرضي فيصعب بعض الامراض العامة الثقيلة سيما التيفوس فيكاد يصعبه على الدوام في بعض الاويية ويندر ان يشاهد هذا الشكل مدة سير التقويد الهبضي والتسم الصدیدی والحصبية والجدري والدوسونطاريا وبعض الالتهابات الرئوية الثقيلة ونحو ذلك والارتباط السببي الذي بين هذا الشكل وهذه الامراض غير معروف

وربعاً توهم ان الالتهاب النزلي القمى الذى يصاحب التيفوس على الدوام هو السبب في حصول الالتهاب النكفي بواسطة امتداد الالتهاب النزلي من الغشاء المخاطي القمى الى القنوات الناقلة لهذه الغدة ومع ذلك فهذا منقوض بان كثرة حصول الالتهاب النكفي في اثناء سير التيفوس ليس بنفسية شدة اصابة الغشاء المخاطي القمى وسكذا يتقضى بان التهابات النكفة تحصل كذلك في غير هذا المرض من الامراض غير المعهوبة

بتفسير في الغشاء المخاطي القسوي وحيث ان الالتهاب النكفي العرضي لا يحصل فقط في التهاب امراض التسممية الحادة بل في الالتهابات الرئوية ايضا من الجائز ان يكون جميع الغدة النكفية متعلقا بتسمم الدم والقول بان هذا الشكل في بعض الاحوال عبارة عن بجران ذي تأثير جيد في سير المرض الاصلى خطأ مؤسس على نظريات تنافي الحقيقة فانه متى طرأ الالتهاب النكفي مدة سير بعض الامراض الثقيلة اعتبر مطلقا مضاعفة ثقيلة غير مالوفة

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية في الالتهاب النكفي الذاتي ليست معلومة انا كيدا فانه ليس عندنا استكشافات تشريحية مرضية لا واسطية لكون سير هذا المرض يكاد يكون على الدوام جيدا انما يحكم بكل من رخاوة الورم وقلة الالام التي تصاحب ابتداء هذا المرض ولا سيما بالزوال السريع لهذا المرض بدون ان يخلفه اثر على ان هذا الالتهاب يتقوم من مجرد نضح مصلى ونحن وان ذكرنا فيما تقدم ان هذا المرض يتبدى بالقنوات اللعابية الا انه لا يشك في كون مجامع الانتفاخ في المنسوج الضام الكائن بين القنوات الغددية وفي المنسوج انطوى المحيط بالغدة ويكون الورم غالبا متمسدا امتدادا زائدا عن حدود الغدة ولا يستغرب ظهور انتفاخ او زجماوى عظيم حول القنوات المذكورة فان ذلك يشاهد بكثرة في احوال اخرى مماثلة لذلك ومن التادر حصول نضح ليقى صلب في هذا الشكل وتكون صديدي ولا تعلم ان كان منشأ التقيح المنسوج الضام او الغدة نفسها لكن من القريب للعقل ان تكونه يكون كتكونه في الشكل العرضي

واما الالتهاب النكفي العرضي فانه يتبدى باحتقان عظيم في الغدة طبعا لمشاهدة الشهير (فرچوف) وبذلك يصير المنسوج انطوى رخوا منتفعا ثم تحصل بسرعة تغيرات في القنوات الغددية ويجاريها الناقله فيجتمع فيها مادة لزجة خيطية مبيضة او مصفرة تكسب الصفة الصديديه بسرعة بحيث يرى فيها بالمكروسكوب في اليوم الثاني او الثالث جسيمات صديديه مصهوبة بكثير من الجسيمات اللعابية وعند تقدم التغير المرضي يحصل اين وتلاش

في القصصات الغددية يبتدى من باطنها بحيث ان التصيبات عميقة تملأ
بالصدى وتكون تجاوريف ممتلئة به ايضا وأخيرا تتلاشى الطبقة الغمدية
الخاصة بالقصصات الغددية ويمتد التقج الى المتسوج الضام وهذا التقج
الطلائ قد يتبد بسرعة فيكتسب خاصية الالتهابات القلقة ونية المنتشرة
وفي مثل هذه الاحوال يتكون خراج نكفي عظيم او يتلاشى الجوهر
الغددى وهو الغالب وبذلك تنشأ خراجات صغيرة عديدة مع بقاء الجوهر
الطلائ الضام ثم ان كلاً من الالتهاب والتقج قد يتسد من منشأته الى
انجاهات مختلفة فينشأ عن ذلك عوارض خطيرة وغالبها حصول امتدادها الى
المتسوج الطاوى الجاوراوا الى عضلات المضغ او الى سمحاق القوس الزوجى
او الصدغى او سمحاق العظم الاسقىنى او الى العظم نفسه وعند ارتقاء هذا
المرض الى درجة عظيمة يمكن امتداده من العظام الى السحايا الدماغية او الى
جوهر الدماغ نفسه او الى الاذن الباطنة او المتوسطة وهذا الامتداد
كما يحصل بواسطة العظام قد يحصل بواسطة المحدة الاوعية والاعصاب
وبالجملة فقد يودى التهاب النكفة الى الالتهاب الوريدى سيما التهاب كل من
الوريد الوجهى الظاهر المقدم او الخلقى او الوريد الوجهى الظاهر او الى
تكون سد فيها وفساد هذه السدى يمكن ان ينتج عنه ظواهر سدوية او فساد
الدم الصدى

(الاعراض والسير)

التهاب النكفة الذاتى الغالب فيه ان تكون اعراضه الموضعية منسبوقة
بجملتها حقيقة فكل من الاضطراب العام والهبوط والم الرأس وفقد الشهية
واضطراب النوم وغير ذلك من الظواهر التى تصاحب هذه الحمى كغيرها من
الحميات تتهيأ ظواهر مابقة للالتهاب النكفى الذاتى وبعد اسبوعين او احدى
يومين او ثلاثة واحيانا وقت ظهورها يشاهدتكون ورم يبتدى من شحمة
الاذن ثم يتبد بسرعة الى الوجنة ثم الى العنق غالباً والغالب ان يكون مجلس
هذا الورم احدى صفحتى الوجه ويكون صلباً من صخره رخواً من دائرته
والجلد المغطى له يكون باهتا او محمراً قليلاً وهذا الورم يكون مصحوباً بالم
توترى ضاغظ لكنه غير شديد جدا وحركات الرأس تكون عسرة بحيث

لا يكون للمريض قدرة على فتحه الا بصري و يوجد عند صعبه عظمة
 في المضغ والازدياد واما افراز للعاب فيكون اما متزايدا او متناقصا وابقيا
 على حالته الطبيعية ومكابدات المريض لا تكون بنسبة التشوه الزائد
 الحاصل له الموجب للضحك لا للرثاء لحاله والغالب ان المرض يمتد الى الصفحة
 الاخرى من الوجه بحيث يشاهد ازدياد الانتفاخ فيها عند تناقص الانتفاخ
 في الصفحة الاولى والانحطاط في الحركية الحية وفي نحو اليوم الخامس
 والسادس والسابع يأخذ الورم في التناقص الى أن يزول وتنتفيح الجوى
 بالكليفة فيكتب الوجه هيئته الطبيعية بعد مضي ثمانية أيام او عشرة ومع
 ذلك لا يزال في قسم النسكة لمدة مختلفة من الزمن ورم محدود غير مؤلم يابس
 وأقل من ذلك حصول ان يصير الورم اشتد ألماني اليوم الخامس او السادس مع
 ازدياد الاعراض الحية واشتد يوسة واحمرارا وحينئذ تتكون خراجات
 تنفتح من الظاهر او من القناة السمعية الظاهرة

ثم انه قد يشاهد عند تسير الالتهاب النكفي خصوصا في الرجال اصابة احدى
 الخصيتين والصفن بالتهاب كالتهاب النكفي وحينئذ تحصل آلام في قسم
 القطن والعجز وفي اثناء توران الجوى يتسكون او تشاح مصلى في الطبقة
 العمدية للخصية وانتفاخ او زعماوى في الصفن بحيث يكون وربما قليل التور
 بعينها ويندر أن يكون محمرا وهذا الالتهاب يكون عادة ذا سير جيد كالتهاب
 النسكة فانه ينتهي في أيام قلائل بالتحليل وقد يتعاقب أحيانا بالتهاب النسكة
 مع التهاب الخصية فيزول أحدهما عقب ظهور والاخر وبالعكس حتى ان
 بعض الاطباء قال بأنقال التهاب النسكة الذاتي وعنده من الظواهر
 الاتقالية وقد يقطع كل من هذين الالتهابين سيره مع الاخر ويظهر حينئذ
 ان السبب في حصولهما واحد وليس ظهور أحدهما ناتجا عن زوال
 الاخر ومثل ما يشاهد في الرجال من اصابة الصفن ما يشاهد في النساء احيانا
 من اصابة الشفرين العظيمن والثديين باوزعما النهاية قليلة الآلام وفي
 أسوال اخرى يظهر من وجود آلام تزداد بالضغط في احد قسمي المبيضين
 أن المبيض مجلس لالتهاب خفيف كالخصية بل قد يكون كل من الغشاء
 المخاطي في المعدة والبلعوم والانف والمتحمة مجلس الالتهاب او زعماوى

عظيم الشدة قصير المدة في اثنائه ير الا التهاب النكفي الوبائي فقد اتت ديت
 منذ قليل من الزمن الى مريض مصاب باعراض التهاب معدى شديدة وهي
 الاحساس بألم غير طاق في قسم المعدة وفي متواتر عقب كل مطعوم وهي
 شديدة وغير ذلك فبالحدث اليه يظهر لي ان الاصابة الموجودة سببها التهاب
 نكفي خفيف منذ ثمانية ايام واعتقد زوالها التهاب في الخصية لم يزل اثره
 باقيا في المريض وبعد هذا اليوم الخامس من ذلك شفي بالعالجة الخفيفة جدا
 وبالجملة قد يشاهد احوال يظهر فيها في مدة ير الا التهاب النكفي الذاتي
 التهاب صحافي ينتهي انهاء محزنا

واما الالتهاب النكفي المرضي فان حصل في اثنائه مدة التيقوم او غير من
 الامراض التي ذكرناها فلا تستكي المرضي الواقعة في حالة الصدر والهبوط
 بالام ولا غيرها من الاعراض وقد يكون تكون ورم النكفة مسببها
 بقشعريرة خفيفة وثوران في الحنجرة وهذا الشكل يظهر تارة بالتدريج وتارة
 فجأة والغالب ان يكون قاسرا على صفة من الوجهه واما اذا حصل التهاب
 النكفة مدة النقاهة من التيقوم فيكون مصحوبا بالاعراض المحسوسة
 للمريض التي ذكرناها عند الكلام على الالتهاب النكفي الذاتي

ثم ان هذا الشكل قد ينتهي بالتعلل ويحصل بسهولة اذا كان الورم تدريجيا
 وكان قليل القيس متوسط الحجم وتناقصه يحصل اما بسرعة واما ببطء وقد
 ينتهي بالتقيح حينئذ يصير الورم غير منتظم أي ذات قممات شديدة الاجراد
 يظهر الفوج في جملته اصفرار منه غالباً وبعد انفتاح هذا الورم ذاتياً او
 صناعاً يخرج منه قيح جيد وانفتاحه قد يكون في آن واحد من الظاهر وفي
 القامه السهمية الباطنة ويندر نفاحه في تجويف القم أو الباعوم وبالجملة
 قد يسرى الصديد ايضا الى اسفل على طول العنقه القصصية الترقوية الحلية
 او المريء او القصبة الهوائية ويكون خراجات الحنجرية في الجزء السفلي من
 العنق بل وفي تجويف الصدر كما ذكره (برنس) وعند انتهائه بالنكز المتكرر
 والتقرح يصبر لون الجلد ازرقي داكنا والورم بعد ان كان صلبا جدا يصير عجيبا
 ويهبط وبعد ذلك يخرج منه سائل صديدي متغير اللون يمزج ببقايا جهورية
 كهيئة الراتحة

• (المعالجة) •

حدث ان التهاب النكفة الذاتي اذا ترك ونفسه ينهش بالتحليل غالباً فيقتصر في المعالجة على حفظ المريض من المؤثرات المضرة وتنظيم حالة الهضم والتبرؤ من زفيره بالجلوس في اودته ويغطي الورم بقطعة من القطن او بيكيس محشو بأزهار عطرية ويتجنب الاغذية الطرية ما دامت الحصى وقد يلتجأ في بعض الاحوال لاعطاء مقيء او مسهل واذا خشى حصول التقيح وكان التيسر عظيماً والالام متزايدة والحصى شديدة ويجب ارسال العلق لتجنب حصول التقيح وينبغي في الاحوال التي فيها يشاهد التوج استعمال الضمادات القاترة والمبادرة بالفتح لاجل تدارك تهتك النكفة وتجنب اسباب الصديد في القناة السمعية الظاهرة

وقد اوصى بعض اطباء لاجل تجنب حصول الميتاستازي اى الانتقال المرضي باستعمال وضعيات مهيبة كما اوصى بوضع الضمادات التبردية او الحار اريق على قسم النكفة عند نزول الورم هذا العضو واصابة العنق او النكفة لاجل ارجاع المرض الى محله ثانياً لكن قد دلت التجارب على ان هذه الطريقة مضره لا فائدة فيها

واما التهاب النكفي العرضي فلا تحمل فيه الاستقرعات الدموية بسبب ثقل المرض الاصلى واذا كان الورم صلباً محمراً ولما تسببت عمل الوضعيات الباردة او الجليدية ومتى تكون التوج ويجب استعمال الضمادات القاترة والمبادرة بفتح الخراج

• (البحث الحادى عشر فى التهاب) •

لا يفتى اعتبار التهاب مرضاً مستقلاً لانه عرض لامراض مختلفة الا انها تتبع العادة الجارية فيه المتفق عليها في دراسة الباتولوجيا فنشرح التهاب اى الاقران المرضي للالاب في بحث مستقل فنقول

كيفية الالاب المنقرزة في باطن الفم مدة الاربعة والعشرين ساعة تكون عادة من عشر اواق الى اثنتى عشرة ويختلف اختلافاً عظيماً في حالة لصحة

والاجود حيث تعرف التهاب وهو زيادة مرضية في اقران الالاب انه حالة مرضية بواسطة الالاب المنقرز الى المعدة مع الاغذية بكيفية غير

مدركة كما في الحالة العصبية بل بعضها يسيل الى خارج القم وبعضه يتقذف
مع البصاق وبعضه يزدرد على انفراد حيث يحصل من تراكمه تعب
للمريض

• (كيفية الظهور والاسباب) •

يستدل من علم الفسيولوجية على كيفية حصول اغلب اشكال التلعاب
ومنها ما لا تعرف كيفية حصوله

وللتلعاب اسباب منها المهيجات التي تؤثر في لغشاء المخاطي القمي او البلعومي
ولذا ان ادخل الجوهر المهيج في القم حصل عنه التلعاب كما يحصل عقب
جميع الامراض التي ذكرناها في المباحث السابقة وكذا اغلب امراض القم
الجراحية وقد دلت التجارب الفسيولوجية المنسوبة للشهير (لودويج)
على ان افراز اللعاب يتزايد عقب تهيج بعض الاعصاب كالعصب اللساني
الاتي من التوأمي الثلاثي والعصب الوجهي والعصب الاساني البلعومي
وعلى ان هذا التزايد في افراز اللعاب يحصل ايضا عقب قطع كل من العصب
اللساني واللساني البلعومي وتهيج طرفه المركزي وبهذا ثبت ضرورة
ان التهيج ينتقل من الاعصاب المنقطعة الى الاعصاب المنوطة بافراز اللعاب
اي ان التلعاب حصل بطريقتي الانعكاس وبمثل هذه الكيفية يعتبر حصول
التلعاب الذي ينتج عن تهيج القرية ذات الدائرية للعصب اللساني واللساني
البلعومي بواسطة تعاطي الاغذية المهيجة وجروح القم وقروحها اي انه
يكون ظاهرة انكاسية وكذا يعتبر حصول التلعاب في الامراض العصبية
للتوأمي الثلاثي وكذا التلعاب الذي ينتج عن تعاطي الاستحضارات الزئبقية
والبيودية فيظهر انه ليس ناشئا عن مجرد اختلاط هذه الجواهر باللعاب بل هو
ناجم عن التهيج الذي يكابده لغشاء المخاطي القمي من استئصال افراز الجوهر
المذكورة فبه اذ لا يحصل غالباً ووضوحاً زيادة اللعاب الا بعد استئصال هذه
الجواهر زمناتوا ولا يتبدى التلعاب الا بعد اصابة الغشاء المخاطي القمي
بتأثير هذه الجواهر المستقر ولذا وجد العلم ايماناً عند البحث عن اللعاب في
استئصال التلعاب الزئبقي ان الواد الخارجة من القم ليست متمسكة من
اللعاب بل من مواد مخاطية مخزجة بمنزلة من اخلية بشرية منقولة

من الغشاء المخاطي والاستحضارات اليودية التي يندرج تحتها جواهر الالتهابات
الحمية قل ان ينتج عنها التلعب ولو ان انقرا هذه الاستحضارات مع اللعاب
في القم يحصل بسرعة عظيمة وكون التلعب ينتج عن استعمال جواهر غير
المدكورة مثل كلورور الذهب وقد يبرهن الجواهر المعدنية والنباتية
بطريقة كالمتقدمة امر مشكوك فيه

ومما ان التلعب بحسب الظاهر يتعلق في كثير من الاحوال بالمهيجات التي
تؤثر في الغشاء المخاطي المعدي والمعوي بل وكذا الرحي وغيرهما من الاعضاء
وقد ثبت بالتجارب الفسيولوجية للشهير (فيرير كس) ان تهيج الغشاء
المخاطي المعدي يزيد في افراز الغدد الاعيانية فانه عند ادخاله بعض الأطعمة
في معدة الكلاب من قهوة ناصورة معدي شاهد افراز لعاب غزير وبادخال
ملح الطعام يشاهد سيلان كمية عظيمة من المواد الاعيانية من القم ويرتبط
من هذه التجربة ايضا ان تهيج الاعصاب المعدنية يعكس في الاعصاب
المنوطة بافراز اللعاب وهذا يقين على ازدياد سيلان اللعاب الذي يصحب
كثيرا من الامراض العضوية للمعدة كقرحها ووسطانها وغيرها
واللعاب الذي يسبق التي مسواتج عن مقبي او افراط امتلاء المعدة
او امراض معدية وبهذه الكيفية ايضا توجد لعاب التلعب الذي يصحب
نوب المقص الناتج عن الديدان المعوية حتى ان العامة تجزم بوجودها متى
وجد سيلان مواد مائية من القم وينتج ذلك لتهيج المعادن تلك الديدان
لكن نسبة التلعب مدة الاثمن الاول في الحبل وفي الاحوال الاستيرية
الرحيمة الى انعكاس التهيج العصبي لتناسلي في الاعصاب المنوطة باللعاب
اقل وضوحا

ومما ان التلعب يتعلق به من انفعالات نفسية فالتأثرى حصوله من
اشتراز النفس من الاشياء المكروهة المستقدرة والشرة والمنشاهدة
المعلومة من ان تهيج الدماغ تهيجا واسطيا يزيد في افراز اللعاب امر مهم الجأ
الفسيولوجيين الى القول بان منشأ الاعصاب المنوطة بافراز اللعاب في
الدماغ اذ تهيج الزوج التوأمي الثلاثي والوجهي ولو في الاصغار التي لم تحتلط
فيها بالاياف السيمبوتية اعنى اعلى العقد العصبية يزيد كذلك فعل الغدد

اللعابية

ومنها أن التلعاب يشاهد مدقة سير بعض الامراض الثقيلة كالتيفوس
والجذع المتقطع بدون اسباب مدركة حتى ان بعضهم اعتبره ظاهرة بصرانية
لهاتيك الامراض

وبالجمله توجد احوال فيها يكون بعض الاشخاص الجيدى الصحة في الظاهر
مصابين بتلعاب مستعصم بدون اسباب مدركة واما سبب الان التلعاب من اليله
وانطاعنين في السن فالظواهر انه لم ينتج عن ازدياد افرازيل عن اهمال
ازدراده

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التي تعترى الغدد اللعابية عند ازدياد افرازها غير
معروفة لنا ويبدو ان يشاهد في احوال التلعاب المستقر الشديد اتساع
خفيف في الغدة النكفية وكون الاحتقان الوعائي للغدد اللعابية الذي ينتج
عنه اتساع منسوجها وارتشاحه بمادة مصليية ليس وحده هو السبب في
ازدياد الافراز اللعابي يستنتج من أن تهيج الاعصاب ينشأ عنه ازدياد في الافراز
المذكور ولو بعد انقطاع ضربات القلب

• (الاعراض والسير) •

كل من آلام القم والانتفاخ المولم في العدة اللينة قاوية المشاهدة في التلعاب
يخص امراض التهابات القسم المختلفة الشكل المصدرة للتلعاب لان التلعاب
في حد ذاته لا ينتج عنه ألم بل تسكدر معظم المرضى لان تراكم اللعاب بسرعة
في انهم يلجئهم تكرار البصاق بحيث يمنعهم عن استعمال الكلام وبه تضطرب
راحتهم ليلا اما بسبب رطوبة الوسادة او بانحدار اللعاب الى الحلق ووصوله
الى تجويف البلعوم والخنجرة والسائل المنقرز الذي قد تبلغ كميته ستة
ارطال او ثمانية مدة اليوم والليله يكون كما قاله (ايمان) في الابتداء اكثر
مخاطية وتعكر او ذا وزن نوعي ثقيل اى انه يكون في هذه الحالة اثقل منه في
الحالة لصحية ويحتوي على عناصر جامدة (اعنى اخلية بشرية حديثة
التكون او قديمة) اكثر من الحالة الطبيعية وذا خواص قلووية ويحتوي على
كثير من المواد السامة وقليل من الاليانين اى اللعابين ويندر احتوائه

على قليل من رزدان البوتاسيوم (وهو ملح احمر ورد : اللون) وفي انتماس سير
 التهاب يكون السائل المنقرز اقل من الالتهاب الصفي تعكرا واحتواء على
 مواد صلبة فيكون مثل الالتهاب الذي تحصل عليه (لو وبيج) بنجج الاعصاب
 المنوطة بافران هذا السائل تمهيا مستقرا وهذا السائل يكون ايضا اذا
 خواص قلوبية ويحتوي على كثير من الموارد اشحمية وجسيمات مخاطية
 ولا يحتوي على رزدان البوتاسيوم مطلقا وقد يشاهد في الالتهاب يسير من
 مواد زلالية خصوصا اذا استمرت مدة التهاب

ثم انه في انتماس سير التهاب يحصل للمرضى خفاقة عظيمة ليست ناشئة من قلة
 الكمية العظيمة من الماء والابراء العسوية فقط بل وعن تعذر المضغ ايضا
 بسبب الالتهاب القوي وقلة التغذية الناشئ ذلك عن عدم قائل المنعومات
 وعضها فان الالتهاب المزدر بكثرة يعوق الهضم

* (المعالجة) *

اما المعالجة السببية فتستدعي في الالتهاب التي يكون فيها التهاب ناشئا عن
 امراض الفم معالجة لاقتنة بالمرض الاصيل وتسترعى في الاحوال التي
 يكون فيها التهاب ناشئا عن الافراط في تعاطي الاستحضارات الزئبقية
 استعمال المسهلات اللطيفة اذبهذه الوسائط يتيسر قذف الجواهر الزئبقية
 من الامعاء ولهذا كانت أجود تأثيرا من المعرفات والمدرات وكذا التهاب
 الناتج عن امراض في المعدة او المعى او الرحم فانه يستدعي ايضا معالجة
 المرض الاصيل واما في غير هذه الاشكال من التهاب فلا يمكن اتمام
 ما استدعيه المعالجة السببية

واما معالجة المرض نفسه فتستدعي استعمال المحولات كالحامات
 العمومية ووضع الحرارة يقي واللجج المرديسة على العنق والقفا والاضامض
 الماخوذة من محلول الشب وكبريتات الحار يقي ومطبوخ الرقيقة أو قشور
 البانوط لكن انجج الجواهر استعمالها هو الايون واما يستدعيه العقل
 ويستحسنه تطبيق النظريات على العمل عند تأسيس المعالجة الطبيعية
 واجرائها كما في هذه الحالة فان استعمال الايون في التهاب مودى به من
 معظم مشاهير الاطباء المتمرنين في العمل وحيث يقتضيه الاعصاب يحصل

زدياد في سيلان العباب من المعقول انه عند زيادة الافراز تستعمل وسائط
علاجية كالتهدوات به فيحط التئيب ويزول وهناك احوال من التلعب
الذاني تستعصى عن المعالجة

• (الفصل الثاني في امر اخ الحلق) •

المبحث الاول في الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي المعروف
بالذبحة النزلية

• (كيفية الظهور والاسباب) •

مجموع الاضطرابات الوظيفية والغذائية الدالة على الالتهابات النزلية كثيرا
ما يشاهد في لغشاء المخاطي للبلعوم وقوائم اللهاة والغلصمة واللوزتين
ويطلق عليه لفظ ذبحة نزلية

والاستعداد للاصابة بالالتهاب النزلي الحلقى يختلف باختلاف الاشخاص فمنهم
من يصاب بسرعة في هذا الالتهاب متى تعرض لادنى مؤثرات مرضية ومنهم
من لا يصاب به ولو تعرض لها فيبقى سليما او يصاب بمرض في اعضاء اخرى
وهناك اشخاص يصابون به اذا الالتهاب كل عام مرارا ومنهم من لا يصاب به
بجملته اعموم

والاسباب التي تفضي الى زيادة الاستعداد للاصابة بالذبحة النزلية اغلبها غير
معروف لنا وقد اشتمر ان المزاج اللينقاري يهيئ للاصابة بالذبحة الحلقية
النزلية اكثر من غيره وان الاشخاص ذوي البنية الخنازيرية اكثر اصابة من
غيرهم ولا مانع من ان الاشخاص الاقوياء البنية اي الذين لا يشاهد في بنيتهم
ادنى تغير يصابون بالذبحة النزلية بكثرة عند تعرضهم لادنى اسباب مرضية
وهذا المرض في الاطفال والشبان اكثر حصولا منه في الشيوخ وبما يشاهد
عند زيادة الاستعداد لهذا المرض تكرر الاصابة به وبمن يكون معرضا
لاصابة بهذا المرض بتوحيه الحاد والمزمن الاشخاص الذين كانوا مصابين
بالداء الزهري او تعاطوا الاستحضارات الزئبقية زمنا طويلا

ومن الاسباب المتهمة للذبحة النزلية المهيجات التي تؤثر في الغشاء المخاطي
الحلقى بدون واسطة كالجواهر الحارة والكافور وبعض الشوك او الشفايا
العظمية الحادة التي تشبث بالغشاء المخاطي الحلقى ويظهر ايضا ان الذبحة

البلعومية الناشئة عن الافراط في استعمال المشروبات الروحية متعلقة
 بالتهيج اللاواسطي لهذه الجواهر ومنها تأثير البرد ومنها امتداد الالتهابات
 النزلية من بعض الاعضاء الى الغشاء المخاطي الحلقى كالذئبة الحلقية النزلية
 التي تصيب الالتهاب القمعي الرئوي وكذا التي تصيب النزلات المعدية لكن
 ينبغي التنبيه لان الذئبة الحلقية ليست متعلقة على الدوام بحالة اضطراب
 معدى كما كان يظن سابقا ومنها ان تكون النزلة الحلقية نتيجة تغير مرض
 في الدم فهي لا تعتبر بالنسبة للقرمزية مضاعفة بل عرضا من أعراضها
 الملازمة لها كالطفح القرمزي الذي يظهر على الجلد ويسد حصول هذا
 المرض في احوال التيفوس الطمعي والحصبية اللذين يكونان على الدوام
 مصحوبين بتغير نزلي في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية والدار الزمري
 الذي هو من جهة الديد كرازيات المزمنة كثيرا ما يظهر على شكل التهاب
 حلقى نزلي لكن عماد قليل من الزمن تظهر تغيرات أخرى مرضية في الغشاء
 المخاطي الحلقى سنذكرها فيما بعد ومنها ظهور الالتهاب الحلقى النزلي اى
 الذئبة البلعومية ظهورا وباتيا فتصاب به جملة من الاشخاص في زمن واحد
 بدون ان تعرف الاسباب المهددة لذلك وقد توجد احوال فيها الاسباب المقيمة
 للذئبة النزلية غير معرفة لنا

(الصفات التشريحية)

الذئبة البلعومية الحادة يظهر فيها الغشاء المخاطي للحلقى لاجزاءه العلوية
 اقواما الهامة احمر قاعا كثيرا او قليلا واتفاخ هذا الغشاء والمنسوج
 الخاوي تحته يكثر ظهوره في الغلصمة واضعا فانها محتوية على منسوج
 خاوي كثيرا الهشاشة تحت الغشاء المخاطي وحينئذ تصير الغلصمة ثخينة
 مستطيلة فتلامس قاعدة اللسان غالبا (وهذا ما يسمى عند العامة بيسقوط
 الغلصمة وعند عامة بلادنا سما السودان بابي اللسان)

• (تنبيه) • كثيرا ما ينسب في بلادنا السعال مهما اختلفت اسبابه لسقوط
 الغلصمة خطأ ويرتب على ذلك قطعها بلاطائل غالبا وتكون اللوزتان
 منتفختين قليلا او كثيرا وفي الابداء يكون الغشاء المخاطي جافا ثم يغطى
 بافراز مخاطي متعكر متراكم على اللوزتين والجدار الخلقى للبلعوم

واما الالتهاب الحلقى المزمن فيظهر فيه الغشاء المخاطي حجرا احمر اوسع
 مستوعبا لباوتوجد فيه اوعية ووريدية ودالية وبقع مسمرة داكنة بجمتية
 والاتفاخ فيه يكون عظيما واقل انتظاما منه في الشكل السابق ويظهر
 هذا الغشاء جاقا لناعانة وتارة مغطى بافراز مخاطي عكر والغالب ان يوجد
 على قوائم اللهاة والغشاء نحو وصلات مصفرة تنفجر ويحلقها قروح جوائية
 مستديرة ويوجد ايضا في القصات المقعدة من اللوزتين سدود جينية ذات
 رائحة كريهة او تجمعات حجرية عبارة عن افراز اجرية اللوزتين المتكاثف
 المتعفن او المذكلس

ثم ان النزلة الحلقية المزمنة اشتهرت في هذا العصر وصار الكلام عليها في
 الجرائل الطبية اكثر منه في كتب الطب وهذا المرض قد يكون قاصرا
 على الغشاء المخاطي الحلقى وقد يمتد الى الغشاء المخاطي الخنجري والجمية
 النخفية من الغشاء المخاطي الاتي والتغيرات الواصفة له تشمل على احتمال
 غير مستمر بحيث لا يرى على الغشاء المخاطي الباهت الابعض اوعية ودالية
 ممتدة واتفاخ واضخم في هذا الغشاء يكون امام انتشار استواء او قاصرا
 على بعض اجزاء هذا الغشاء المذكور وعلى ازيد في افراز الاحرقة المخاطية
 بسبب اتفاخ هذا الغشاء اتفاخا جريما والمذبح النخوي تحته يكتب
 الغشاء المخاطي البلعومي هيئة جيبيية فيشاهد فيه ارتفاعات عديدة
 مستديرة او بيضاوية منزلة او مختلطة ومن ثم ساع تسمية هذا الشكل من
 النزلة الحلقية المزمنة بالالتهاب البلعومي الجيبي وسماء بعضهم بالالتهاب
 البلعومي الجراحي والنزلة الحلقية الجرازية نظر الاقتصار ضخامة الغشاء
 المخاطي الحلقى على محيط الاجرقة المخاطية المريضة ولو ان ذلك يثبت
 المشاهدات القسرية المرضية الاواسطية وافراز الاجرقة المخاطية قد
 يكون غزيرا جسدا وله ميل للجفاف وتكون قشرة رقيقة مصفرة او مخضرة
 كريهة المنظر وقد يكون في احوال اخرى قليل الكمية وله ميل للجفاف
 ايضا بحيث ان السطح الخلق من الباهوم يظهر مغطى بطبقة رقيقة لامعة
 واذ اسماء (لوين) بالالتهاب البلعومي الجفاف وهي تسمية جديدة

• (الاعراض والسير) •

النجفة الحلقية النزلية الحادة تصطب في الغالب بجمي كثيرة نزلية تسبب
 احيانا الظواهر المرضية ويندر أن تفقد الكلية وحيث ان الافراز في
 ابتداء هذا المرض يكون متناقصا تشتكي المرضى باحساس جفاف في الحلق
 وبالآلام شديدة تزداد عند سركات الازدراد ومنشأ هذه الآلام التور الذي
 يعترى الغشاء المخاطي خصوصا في قوائم اللهاة فان هذا الغشاء فيه يكون
 شيئا تشبها متينا بالعضلات الكائنة تحته بواسطة منسوج خلوي رقيق
 منديج ولذا يقاوم المريض وجهه عند كل حركة ازدراد متى حصل له تطالة
 في الغلصمة وهو الغالب ولاست قاعده اللسان نتج عن ذلك احساس بجسم
 غريب في البلعوم وتهمج مستمر للازدراد وفي الشك كل التميل للذبحمة
 البلعومية الذي سماه بعضهم بالذبحمة الاريمحاوية والحريية (باللهمة) ترتفع
 الاليف العضلية لقوائم اللهاة بمادة مصلبة بها يعسر اتمام وظائفها ومن
 المعلوم في الحالة الطبيعية ان انقباض عضلات القوائم المقدمة من اللهاة
 يمنع تفهقر البلعة الغذائية الى تجويف القوم وانقباض عضلات القوائم
 الخلفية منها يكون سببا في سد الفوهات الخلفية من الغياشيم عند سده
 الغلصمة أيضا المسافة التي بين تلك القوائم فتحصل عائق في اتمام وظيفة
 هذه العضلات شوهد خروج المواد الغذائية السائلة من غياشيم او
 ارتدادها الى باطن القوم ثانيا عند انقباض البلعوم عليها وقت الازدراد
 وتزداد هذه المتاعق في المريض متى صار الغشاء المخاطي البلعومي مجلجا
 لانهاب نزلي شديد وحصل شلل في عضلات هذا العضو عقب ارتشاحها
 بمادة مصلبة ففي مثل هذه الحالة متى حصلت لينة الغذائية لاسيما السوائل
 خلف القوائم المقدمة للهاة تصير المرضى في حالة خنجر عظيم اذ لا يكون لها قدرة
 على ازدراد البلواهر المذكوكة ولا دفعها الى باطن القوم ثانيا وحيث ان
 المادة الموجودة في البلعوم يمكن ان تدخل في الخنجر عند الحركات التنفسية
 فالمرضى توقف حركة التنفس وتجتهد لاجل الحصول على دخول الهواء ثانيا
 بدفع هذه المواد الى خارج القوم بحيث ينحنون الى الامام ويخرجون رؤوسهم
 من الفراش ومع ذلك قد يدخل يسير من البلزيمات التي في الحلق الى الخنجر
 ولا يندفع الى الخارج ثانيا الا بعد سركات تشنجية عالية شديدة وفي مثل

هذه الحالة تخشى المرضى من تعاطي الجواهر الغذائية او الدوائية السائلة
وتفزع من ذلك غاية الفزع وتستمر على وضع متعب جدا ليلالونهم ارا الاجل
خروج الاعاب من الفم وعدم ازدياده

ثم من العلامات الدالة على جميع امراض الخلق التي بها تعاق عضلاته عن
اتمام وظائفها والواصفة للاشكال الثقيلة من الذبحة الحلقية التكلم بصوت
انفي أي اخن اذن المعلوم انه عند النطق بحرف النون والميم يمر من
الغياشيم تيار هوائي خفيف واما عند النطق بباقي الحروف فتبقى الغياشيم
منسدة فيحصل للمرضى الذين لا قدرة لهم على غلق الغياشيم بسبب عدم
انقباض القوائم الخلفية من الالهة نوع خن في جميع المقاطع بسبب رفايتها
في التجاوير الانفية بهر عنه بالنطق الانفي وزيادة على اختلاف رفايته
التكلم يوجد عند المرضى ايضا نوع اخر في النطق فيكون نطقهم بطيأ مع
صعوبة فان التكلم عندهم خصوصا بالمقاطع النونية يحصل منه ألم بسبب
ضغط قاعدة اللسان برهة من الزمن على الالهة وبالجملة فمن الواصف لهذا
المرض ايضا شدة التألم من نطق المقاطع الحلقية او تعذر بالكلمة عند كثرة
انتفاخ الغلصمة واستطالما ان ذلك تم ترالغصمة اهتراز اعظما وكل من
شكل الذبحة البلعومية النزلية الثقيل والخفيف يصطبب بالتهاب في نزي
فيكون اللسان مغطى بطبقة سمكية وطعم الفم متغيرا اذا راحة كريهة مماثلتا
بالاعاب ولا يندرامداد النزلة الحلقية الحادة الى بوقى استاكيوس ومنها
الى تجويق الطبلية فيصير السمع ثقيل وتحصل آلام ناخسة في الاذن يمكن ان
ترتق الى درجة عظيمة جدا ولا تلتطف الا عقب انثقاب غشاء الطبلية وخروج
سائل صديدي من الاذن دفعة واحدة

ثم ان الذبحة البلعومية النزلية تنتهي عما قبل من الايام غالبيا بالشفاء فاعتأخذ
الآلام والمشاق التي يكابدها المريض عند الازدراد في التناقص تدريجا
وحيث يخرج من الفم بالتختم او البصاق مواد مخاطية غزيرة ومع ذلك تزول
اعراض النزلة القمية

واما النزلة الحلقية المزمنة فتكون في الآلام ومشاق الازدراد غالبا خفيفة
الا عند ثوران التهاب النزي المزمن زمنا فزمننا بتأثير بعض الاسباب المضرة

اللقحية سيما في الالتهاب النزلي المزمن للهامة الذي يشاهد عند الأشخاص
الذين كانوا مصابين بالداء الزهري والذين استعملوا الاستحضارات الزئبقية
زمنًا طويلا

والعادة ان هذه الاعراض اللقحية في مثل هذه الحالة تصير امرضى في حالة
اضطراب عظيم بحيث يتعلمون البعث عن الحلق بانفسهم امام مرآة
ويصرون ما يظهرون فيه من بشور تتكون على بعض الاوردة الدوائية المارة في
الهامة ومق حصل لهم أدنى تألم في الحلق ظنوا انه من الداء الزهري ولا يسكن
روعهم الا بعد مجت الطيب واخبارهم بانهم ليسوا مصابين به

والنزلة البلعومية التي تشاهد عند المعتادين بالافراط في المشروبات الروحية
من خواصها ان تصطبغ بافراز مخاطي غزير يكون عندهم سببا للتخضم
مستمر سيما في الصباح وكثيرا ما يتسبب عن الجهود التي يقبلونها
للتخلص من هذا الافراز غيثان وفي الصباح يسمى بقى الصباح عند
السكرارى واما الاشكال الثقيلة من النزلة الحلقية المزمنة سيما البرابية
او الحبوية فانها كثرة لامعات تقدم والازدراد في هذا الشكل الجيبي
وان لم يكن متعسرا لان المرضى تشتكي بتسريح واحساس مستمر بدغدعة في
الحلق او جفاف فيه يلجئهم لفتح حركات ازدراد غير ارادية وتضخم وسعال
خفيف وهو الغاب بحيث كثيرا ما يظن ان التخضم المتكرر عندهم نوع
اعتيادي ردى. وحيث ان الغشاء المخاطي للعنبرة يكون غالباً مشتركاً في هذا
الالتهاب فالغالب ان ينضم للاعراض المذكورة بجملة خفيفة في الصوت
وعند ثوران اعراض كل من الذبحة الحلقية والخنجرية البرابية يرتقى
السعال الخفيف الى سعال تشنجي شديد والجملة اللقحية الى انقطاع تام في
الصوت وعند امتداد الالتهاب الى الغشاء المخاطي الانفي ينسد تجويفه في
اشياء اللبيل ولذا تنام المرضى والقسم مفتوح وبذلك يرتقى بجفاف الحلق
والاجزاء الحلقية من اللسان في ساعات الصباح الى درجة عظيمة جدا بحيث
انه عند تحرك اللسان والحلق عند اللقطة تتكون تسلمات خفيفة في
الغشاء المخاطي لهذه الاجزاء وفي الطلاء المعطى له فتنشأ أنزفة خفيفة وكثير
من المرضى يقع في رعب عظيم من هذا الشكل من النقت الدموى الذي

يحصل لهم عند اليقظة والنزلة الحلقية الخجيرية الجرايية وان كانت من
الامراض المستعصية الا انها لا تخاطر ب حياة المرضى وانما تحدث عندهم
حالة يأس وحرن

واما السدد الجينية التي تتكون في اجربة الاوزين المخاطية فتخرج
احيانا بالتختم وكثيرا ما توقع المرضى في فزع عظيم فانهم يظنون ان هذه المواد
المستديرة المصفرة ذات الرائحة الكريهة عند الضغط عليها من علامات
الدرن الرئوى الا كيدة بحيث يعسر احيانا على الطبيب تسكين روعهم
وتفهمهم انهم غير مصابين بالسل الرئوى بلزمهم ان هذه التعقدات
الكسبية حصوات رئوية

• (المعالجة) •

الالتهاب البلعوى النزلى الحاد متى ظهر بشدة متوسطة فلا يحتاج للمعالجة
مخصوصة وكثيرا ما لا تلحق بالمرضى الا اللجاجة والسيالات القاتلات برفع
الغليظة يجذب شعر مخصوص من فروة الرأس (او الزاعجات برفع الحلق
الساقط كما يفعله بحما زمرصر) ومثل هذه الترهات يستنج منها عدم
الاحتياج في مثل هذه الحالة الحقيقية للمعالجة قوية حيث يفهم منها ان مثل
هذا المرض يزول من نفسه فينبغي حينئذ التنبيه في مثل هذه الحالة على
عدم استعمال معالجة قوية بالاسيما المقيتات فانها لا تستعمل الا اذا كانت
الذئبة البلعومية مصحوبة بوجود جواهر غير منضمة في المعدة تحدث حالة
نزاية في هذا العضو وحافظة لها ولا يعقد في مثل هذه الحالة على حلة اللسان
وتقطيعه

واما اسوال هذا المرض الشديدة فيوصى فيه بالاستعمال وقائده مبتلة بالماء
البارد وبعد العصر جيدا تلف على العنق ثم تحاط بالضبط بمسديل جاف فان
خاف المريض من استعمالها اولم يتيسر ذلك لسبب ما يوصى باستعمال
الضمادات القاترة على العنق ويؤمر باستعمال غرغرة من الماء البارد او
محلول الشب او سلقات الزنك او سلقات الرصاص او نحو ذلك وقد يتيسر
احيانا إيقاف هذا المرض في ابتدائه بمس الاجزاء الملتهبة بمسوق الشب او
بمحلول نترات الفضة (بان يوضع درهم منه على اوقية من الماء المقطر) اعنى

٥ جرارات من هذا الجوهر على ٥٠ جرام من الماء
 واما الالتهاب الحلقى النزلي المزمن فاجود ما يعالج به استعمال الغرغر
 القابضة السابق ذكرها ومن الاجزاء الملائمة بمحاول تقرات القضة
 واما التزلة الحلقية المزمنة فانها تحتاج المعالجة لاثقة مستقرة للحصول على
 النجاح فانها كثيرا ما تستعصى عن المعالجة الطبيعية وفي الشكل السيلاني من
 هذا المرض الذي هو اسلم الاشكال عاقبة كثيرا لا تنجح المعالجة لعدم انقياد
 المرضى اثر ترك المشروبات الروحية وكثرة شرب التبغ واجود ما يوصى به
 في هذا المرض المس بمحاول تقرات القضة والشب او التين والظاهر ان
 استعمال هذه السوائل يكون بالاستنشاق على هيئة الرزاز نجح من المس
 بالقرشة وكذا التزلة الحلقية المزمنة المعصوية بقله الافراز خصوصا بطراية
 او الحبيبية يظهر ان استعمال هذه السوائل فيها له تأثير منوع في الغشاء
 المخاطي المريض فيحدث في حالة المرض تحسنا عظيما لكن الذي يظهر ان
 هذه المنفعة وقتية واستعمال محلول السليمانى وكبريتور الكلس قليل
 التأثير ايضا والاجود استعمال محلول (ايبول) تبعا لما اوصى به المعلم (لوين)
 المركب من ست قعات من اليود واثنى عشرة من يودور البوتاسيوم على
 ست اواق من الماء المقطر فبالبحاريب الجديدة ثبت ان المس بهذا المحلول
 جيد المنفعة في التزلة البلعومية الخاففة سواء كانت مصحوبة بتصيبات ام لا
 وكذا من المدوح بكثرة في هذا الشكل الاخير المياه المعدنية القلوية
 الكلوريدية كماء امس والمياه الكبريتية الطبيعية كماء وايبلنج وغير
 ذلك من يناسب وجارات البرزين

• (المبحث الثاني) •

في الالتهاب البلعوى ذى الغشاء الكاذب ويسمى

بالذئبة البلعومية الغشائية

• (كيفية الظهور والاسباب) •

في الالتهاب البلعوى ذى الغشاء الكاذب تكون الاغشية الكاذبة ملتصقة
 بالغشاء المخاطي المتهب التصاقا متينا بحيث يختلف نزعها فقد جوهر سطحي
 دام ولذا نعتبر هذا الالتهاب استحالته من الالتهاب ذى الغشاء الكاذب الى

الدقترى

ثم ان الذبجة الغشائية الحلقية تارة يكون مصورها ذاتا عقيب تأثرها بالاسباب
التي تقضى الى النزلة البلعومية الخادة بحيث يظهر ان الالتهاب هذا الغشاء
الكاذب حيا نائلا ليس الاشكلا شديدا من الالتهاب النزلى الحلقى وتارة يكون
التهاب الغشاء المخاطى الشديد ناشتا عن التهاب شديد في اعضاء كاتبة
اسفل منه ولذا كثيرا ما تشاهد تكونات غشائية على اللوزتين في احوال
الذبجة اللوزية الشديدة وتارة تكون مصاحبة لغيرها من الالتهابات ذات
الغشاء الكاذب المصيبة لغير هذا الغشاء من الاغشية المخاطية كالغشاء
المخاطى الخنجري او القصى ونحوهما وحوها اما ان يكون افراديا
او بآثما وهو الغالب وفي هذه الحالة يكون امتداد الالتهاب الذى ضمن
بصدده اما من الخنجرة الى الحلق او من الحلق الى الخنجرة ويسمى في الحالة
الاولى بالصاعد وفي الثانية بالنازل وتارة تشاهد هذه الذبجة مصاحبة لغيرها
من الالتهابات الغشائية والدقترية في الدور الاخير من التيفوس والتسمم
الصدى وغيرهما من الامراض المماثلة لذلك

(الصفات التشريحية)

يشاهد على الغشاء المخاطى المحمر جدا في اللهاة واللوزتين والبلعوم مواد
غشائية مبيضة او سنجابية ذات قوام مختلف مكوثة في الغالب للطخ صغيرة
مستديرة غير منتظمة ويندر ان تكون مكوثة لامتدادات غشائية عظيمة
ولا يوجد اسفل منها فقد جوهر في الغشاء المخاطى

(الاعراض والسير)

لا ينشأ عن الذبجة البلعومية الغشائية اذا طرأت بانفرادها ولم تضاعف
بغيرها من الاعراض الا الاعراض التي ذكرناها في الشكل الشديد من
الذبجة الحلقية النزلية وانما بالبحث عن البلعوم بمجرد النظر يعرف شكل هذا
الالتهاب لكن ينبغي الحذر من اختلاط اللطخ السنجابية بالقرح البلعومية
الشحمية القاع

والاعراض الحسية اى التي يحس بها المريض في احوال التهاب اللوزتين
لا يحصل فيها اذنى تغير عند تكون اغشية كاتبة على الغشاء المخاطى بحيث

لا تعرف هذه الحالة الا بالبحث بالنظر ايضا
واما الذبحة البلعومية الغشائية التي تصيب الالتهاب الخجيري ذا الغشاء
الكاذب وتظهر عادة ظهورا وبائيا فكمثرا ما لا تعرف لان اعراضها واهية
تصادف تحتى من اعراض المرض الذى تصيبه لاسيما انما لا تصيب الا الاطفال
وبالنظر فى حلق الاطفال المصابين بالسعال الديكى يشاهد مغطى بالغشائية
كاذبة غالباً بدون ان تتشكى هؤلاء الاطفال بعسر فى الازدراء ولا تقيظ لها
اهلهم ولذا يبقى للطبيب ان يبحث عن حلق كل طفل بالنظر كلما حصل عنده
بحة فى الصوت

• (المعالجة) •

الذبحة البلعومية الغشائية التي تحصل بانفرادها عقب تأثير البرد او نحوه
لا يلجأ فى معالجتها الا لاستعمال الوسائط العلاجية التي ذكرناها عند الكلام
على معالجة الاشكال الثقيلة من الذبحة البلعومية النزلية
واما الذبحة البلعومية الغشائية التي تصيب الالتهاب الخجيري ذا الغشاء
الكاذب فتستدعى اولا ازالة الغشائية الكاذبة بسرعة ثم كى الغشاء المخاطى
المريض بمحلول مر كمن تترات الفضة كياقويا

• (المبحث الثالث) •

فى الالتهاب البلعوى الدفتيرى اى الغشائى القيقى

ويسمى بالذبحة الخبيثة والغنغرينية

شكل الالتهاب الذى فيه يتكون نضج ليني غزير فى جوف الغشاء المخاطى
وتنكسر زقيه عقب انضغاط او عتبه المغذية يحدث ما يسمى بالالتهاب
الدفتيرى وهذا الالتهاب يصيب على الخصوص الغشاء المخاطى الحلقى لكنه
لا يظهر كمرض اولى قائم بنفسه كالالتهاب النزلى وذى الغشاء الكاذب
من الحلق بل يتعلق على الدوام بتسمم فى الدم بواسطة السم القرمزى او
غسيرة من السموم التي تنتج عن الدفتيرية الوبائية التي اعتبرناها مرضا من
الامراض التسممية العامة ومنذ ~~ك~~ عند الكلام على الظواهر المرضية
للحمى القرمزية والدفتيرية الوبائية شكل الالتهاب الدفتيرى من الحلق
بالتفصيل

• (المبحث الرابع) •

في الالتهاب القلغموني الحلقى ويعرف أيضا بالتهاب

اللوزة وبالذئبة الحلقية اللوزية

• (كيفية الظهور والأسباب) •

المسوج الخاوي تحت الغشاء المخاطي الحلقى وانسلاقي بلوهر اللوزتين اللتين تكونان مجلسا لارتشاح او ذئباوي بسيط في الالتهابات النزلية وذات الغشاء الكاذب للحلق يمكن ان يعتريهما اضطرابات غذائية التهاية وهي في كثير من الاحوال عبارة عن ارتشاح جوهرها بنضج ليفي متفاوت الكمية وعن غو في منسوجها الخاوي وفي احوال أخرى عبارة عن تقحج أجزائها الملتببة بتكون كرات صليدية في جوهرها فيتشأ عن ذلك نراجات ويندر ان يحصل فيها تنكس زمنتشر فتسلاشي هذه الاجزاء وتتفرح

والذي يظهر ان المؤثرات المرضية بحسب درجة شدتها واستعداد الشخص تارة تحدث الذئبة الحلقية النزلية وتارة تحدث الذئبة الحلقية اللوزية التي نحن بصدددها فلتراجع اسباب الذئبة الحلقية النزلية والتهاب اللوزتين كذلك يورث استعدادا عظيما للتكسفة فكما كثرت اصابة الشخص به سهل ترده ومن الاشخاص وهو كثير من يصاب به في كل سنة مرة او مرارا وانما هذا الالتهاب بالتقحج مرة يهيئ للذئبة مرة أخرى بحيث ان الطبيب في مثل هذه الاحوال يقل عشمه في اذتهائه بالتحال عند حصول اصابة جديدة

(الصفات التشريحية)

اما الالتهاب الحلقى القلغموني الحاد فغالبا ان يكون في اللوزتين لكن تارة يصيبهما معا وتارة يصيب احدهما ثم يتسدى الى الاخرى وكثيرا ما يحصل انتفاخهما من النضج الذي يرتشح فيه مما الى ان يصل الانتفاخ الى حجم البلوزة ويكون سطحهما ماذا برو زات ولونهما احمر فاتح في الغالب ومغطى بنضج لزج او ترا كبات غشائية كاذبة وعند انتقال الالتهاب الى التقحج يصير غالبا احدا صغار اللوزة الملتببة رخو ابارزا ثم تقجر جردو وانطراج الرقيقة ويندر حصول الالتهاب القلغموني الحاد في المسوج تحت الغشاء المخاطي

للهاة وحينئذ يظهر في هذا الجزء اتساع صلب يظهر فيه تدريجاً تقوج واضح ينتهي في هذه الحالة باستفراغ القيح في تجويف القم أو الحلق والالتهاب الحلقى القلغموني المزمع مجلسه ايضا جوهر اللوزتين غالباً ويندر حصول ضخامة في الغلصمة أو اللهاة بسبب الالتهاب المزمع المستمر وقد اكتسب اللوزتان بسبب ضخامة جوهرهما اللبني حجماً عظيماً جداً وصلابة عظيمة ويكون سطحهما في الغالب غير منتظم وذات تحدبات وتقعرات في الاصفرار التي حصل فيها قد جوهر بسبب التقحج وحينئذ يكون الغشاء المخاطي قليل الاحمرار وياهت اللون ويوجد في فوهات الابرة الغددية المنقصة السدد الجينية التي سبق ذكرها

(الاعراض والسير)

اما الالتهاب الحلقى القلغموني الحاد فيبتدى غالباً بحمى شديدة مسبوقه بقشعريرة قوية واضطراب عظيم في حالة عام عند المرضى مع امتلاء عظيم وسرعة في النبض وارتفاع في الحرارة حتى انها تصل الى اربعين درجة او تزيد فالحمى في هذه الحالة لا تكون كما في النزلة الحلقية متصفة باوصاف الحمى النزلية بل تكون كالحميات الالتهابية الشديدة التي تصعب التهاب اعضاء مهمة كالالتهاب الرئوى وفي الأحوال التي تكون فيها شدة هذا المرض قليلة او يكون فيها هذا المرض ذا سير بطيء تكون الحمى كذلك قليلة الشدة وفي يوم ابتداء الحمى او التالى له تشتكى المرضى باحساس تور او جرح في الحلق او بالآلام شديدة ناشئة فيه تتقدم نحو الاذن ويكون عندهم مع ذلك احساس بجسم غريب في الحلق بحيث يلجئهم ذلك الاحساس الى فعل حركات ازدرادية متواترة تزيد في الالم وبعد ذلك قليل تتضح الظواهر المؤلمة التي ذكرناها في المبحث الاول للاشكال الثقيلة من الالتهاب الحلقى النزلى فالازدراد لا يصير مؤلماً للغاية فقط بحيث كلما ارادت المرضى ازدراد بعض الاعباب اضطرت الى ان تقاوس وجهها بل قد تنطرد بالجوهر الغذائية سواء كانت صلبة او سائلة من القم والانف ثانياً بسبب ارتشاح عضلات اللهاة والبلعوم وشللها وقد نشئت هذه الاعراض بالكلية بحيث لا يمكن ازدراد شيئ من الاغذية فيصير المريض في حالة كرب عظيم واقراز الاعباب

يكون في هذا المرض متزايدا تزايدا عظيما بحيث يسيل من زوايا الفم عند
 قصه يدون بصق ويكون اللسان مغطى بطبقة سمكية ورائحة الفم كريهة
 جدا وينضم لهذه الاعراض تغير مخصوص في الصوت بحيث تتغير نغمته
 ويصير التكلم أيضا واخف ومن العلامات الواصفة لهذا المرض أيضا
 تعسر افتتاح الفم والتألم عند تباعد الفكين عن بعضهما بحيث لا يكون لهما
 قدرة على تباعد الاسنان عن بعضهما ببعض خطوط ويظهر ان سبب ذلك هو
 التوتر العظيم الحاصل في الصفاق الفمي البلعومي وقد يتعسر التنفس أيضا في
 هذا المرض لكن هذا نادر من تعسر التكلم وفتح الفم لكن اذا اشتد عسر
 النفس يكون محزنا فينبغي الالتفات له جدا اذ قد يكون ناشئا عن اوديما لسان
 المزمار وبالبحث بالنظر في تجويف الفم والحلق الذي لا يتأني الا بعسر شديد
 توجد اللوزتان منتفختين القاطنا عظيمي بحيث تتلامسان وتتضغط الغلصمة
 المنتفخة اتقاها اوديما ويأتيهما وان كان التهاب احدي اللوزتين كانت
 الغلصمة مندفعة الى الجهة المقابلة وقوائم اللهاة مندفعة نحو الامام ويوجد
 في العنق حذاء اللوزة اى خلف واسفل زاوية الفك السفلي ورم صلب مؤلم
 وكثيرا ما يعتد بالتهاب في هذا المرض الى بوقى استساكيوس فينتج عنه آلام
 عظيمة فيهما وفي صندوق الطلبة أيضا وهذه الاعراض الموضعية ناخذغالبا
 في الشدة والازدياد نحو ثلاثة ايام او اربعة فتستد حينئذ الحى وتضعف
 باعراض احتقان دماغي فتشكى المرضى بالآلام شديدة في الرأس وتنفقد
 النوم وتصير معدبة بالاحلام المقرعة وقد يحصل لهم هذيان وعند انتهاء هذا
 الالتهاب بالتهاسل ويصعب ذلك نحو انتهاء الاسبوع الاول تأخذ
 الاعراض الموضعية في التناقص شيئا فشيئا فيتم الشفاء في ثمانية ايام الى
 اربعة عشر وعند انتهائه بالقيح وتكون الخراج يحصل المحطاط في
 الامراض فجأة بعد ان تكون قد وصلت الى ارقى درجة من الشدة وكثيرا
 ما لا تعرف المرضى افتتاح الخراج اللوزي الا بالمحطاط الاعراض فجأة
 فان القيح كثيرا ما يزدردأ ولا يستشعر بجز وجه من الفم وقد يعرف افتتاحه
 برائحة المواد المنذقة الكريهة ولونها المصفر القبيح ولا يعلم لماذا ان القيح
 المنصر والمقووظ من تأثير الهواء يكون احيانا ذار رائحة كريهة جدا

وتحصل النفاحة في الغالب بسرعة عظيمة عقب انفتاح الشراخ
وينتج عن الاتهاب القلبي حرق في الحاد للهامة اعراض محسوسة للمريض
مشابهة لاعراض التهاب اللوزتين فلا يتميز هذان الشكلان عن بعضهما
الا بالبحث بالنظر

وعصول الذبحة القلغومية المزمنة اما ان يكون من بطء مكث لنوب
الحادة او ذاتيات تدريجيا والاعراض الناتجة عن شكل هذا المرض تكون
خفيفة ويتبعها في ذلك آلام قليلة وربما فقدت بالكلية والاقراص الخاطي
المترايد يسبب للنزلة المصاحبة لكن بطرق اذنى اسباب مضره ينتقل هذا
الشكل من الحالة المزمنة الى الحالة الحادة وكثيرا ما يتغير التكلم من ضخامة
اللوزتين او يحصل للمريض عسر مستقر في السمع بسبب ضغطه مما على
بوق استناكيوس والغضمة الضخمة المستطيلة يمكن ان تهيج فتحة المزمار
فينتج عنها سعال تشنبي اعتيادي

(المعالجة)

قد اوصى في هذا المرض بالاستفرغانات الدموية العامة والموضعية الا انه
لا يلجأ الى الاولى وان بالغ في استعمالها المعلم (ويو) مع السكر اذ لا احتياج
لها بالنظر للمرض في حد ذاته بل وللضاغطاته الانادرا واما الثانية اعني
الموضعية بارسال العلق على العنق فلا يتحصل منها الا على راحة قليلة وكذا
تسريط اللوزتين فلا يتحصل على النصح المرجو منه

ومثى نديب الطبيب لمعالجة هذا المرض في اليوم الاول والثاني فله ان يستعمل
طريقة (وابو) وهي عبارة عن مس الاجزاء الملتبسة بمصوق الشب
واستعمال الغراغر الماخوذة من محلول المركبة من ثلاثة دراهم منه الى نصف
اوقية على ست اواق من مغلي غروري كغلي الشعير اعنى من ١٠ جرامات
الى ١٥ جرامات على ١٥٠ جراما من السائل وقديس تعمل الخجرا الجاه في
مسابل الشب لايجل قطع سير هذا المرض

واما اذ نديب الطبيب بعد المدة المنصورة ولم تشر طريقة (وابو) فينبغي
استعمال التبريد العظيم فانه واسطة عقابية مؤيدة بالتمارين وذلك بان
تستعمل الغراغر الماردة او تسحب قطع من الجليد في القموياء العنق

بالرقائد المبتلة بالماء البارد بعد عصر خفيف وتغييرها مع السرعة
 وفي ظهر الفوج يوصى باستعمال الضمادات الباردة حول العنق ومضعفة
 الحلق بمنقوع البابونج وقهوه والمبادرة بفتح الطراج اما بشرط ماوقوف
 عليه شريط من الشمع الى قرب سنه واما بنظر الاصبع
 ثم ان المقصات لا تستعمل في هذا المرض بالنظر لذاته وانما تستعمل اذا لم
 يمكن فتح الطراج بغيرها واما المسملات فتكون ناجحة سيما عند وجود اعراض
 الاحتقان الدماغى واما المحولات والحمرات والابزن القدمية وغيرها من
 الجواهر المعيرة نوعية في هذا المرض كصبغة البثينيلا والبورق وخشب
 لانبا فليس لها تاثير في سير هذا المرض

واما الذبحة الفلغمونية المزمنة فلا تفرقها الوسايط العسلاجية الباطنة واذا
 كان اتفاخ اللوزتين ناشئا من ارشاح النهابي فيهما وجب استعمال محلول
 الشب او قترات الفضة او صبغة اليود المخففة مساعلي اللوزتين المنتفختين
 ووضع المكمدات الباردة حول العنق وتركيها حتى تسخن واما اذا حصل
 في اللوزتين ضمادة فلا يتيسر ازالتها الا بعملية جراحية
 • (المبحث الخامس) •

(في امراض الحلق الزهرية وتعرف بالذبحة الزهرية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الاضطرابات الغذائية التي تنشأ عن الداء الزهرى البنى في الغشاء المخاطى
 المعنى للعلق تنحصر تارة وهو نادر في احتقان الغشاء المخاطى واتفاخه
 وخطونه وتغير افرازه اعنى في جميع اطوار الالتهاب النزلى وتارة وهو الغالب
 يحصل بتاثير التسمم الزهرى حلمات في الغشاء المخاطى من الحلق والبلعوم
 كالتى شرحناها عند الكلام على الالتهابات الزهرية لانتم تسبب في ما بعد الى
 قروح سطحية او اطح عريضة وبالجملة يشاهد في الحلق والبلعوم اورام صمغية
 تعرف بالعدو الزهرية وعند تلامس هذه الاورام وليتها تحصل تمسكات
 دائمة

وكل من الالتهاب النزلى الزهرى للعلق والحلمات الزهرية يعد من اطوار
 التابعة للداء الزهرى حيث انهما في الغالب يعقبان بسرعة التسمم الزهرى

واما العقد الصفحية فانهما تعد من الظواهر الثلاثة لهذا المرض حيث انها تظهر في الادوار الاخيرة منه

(الصفات التي يوجبها)

اما الالتهاب التري الزهري للعروق والبلعوم فيجلسه غالباً قوائم الالهة واللوزتان وكل من الاحرار المحسود بين الالهة ويستف الحنك واللون الاحمر المرزق (اي الخامس) للغشاء المخاطي ليس واصف لهذا الالتهاب فان كلا منهما قد يوجد في الذبجات الحلقية المزممة غير الزهرية

واما الحلمات الزهرية للغشاء المخاطي فتشاهد كذلك على قوائم الالهة واللوزتين فان هذه الاجزاء قد تكون مغطاة بحلمات مجمعة في امتداد عظيم وان حصل في مثل هذه الاحوال تكدر في الطبقة البشرية فربما توهم بالتأمل بحسب الظاهر ان الغشاء المخاطي مغطى باغشية كاذبة وان كانت هذه الطبقة المبيضة بين قوائم الالهة فقط ربما توهم بحسب الظاهر ان هناك قرحة ذات قاع شعبي والقروح الزهرية الناشئة عن تلاش جزئي في الحلمات المخاطية الزهرية تكون فقد جوهر حجر القاع او مغطى بمادة سنجابية دائمة بسهولة وهذه القروح قد تعرضا بالتلاشي الحاصل في الحلمات المتكسنة جديدة في دائرتها غير ان هذه القروح لا يكون لها ميل للامتداد في الغور واما الدرن العريضة فانه يكون على الغلصمة او راما صغيرة حلوية او زوائد عنيقية

واما العقد الصفحية فانهما تحصل في جميع اجزاء الحلق والبلعوم وان تكونت ابتداء على اللوزتين شوهدت انها عظيمة الاتفاخ ذات سطح محرم الملس ويلين هذه العقد وتلاشيها تنشأ قروح بعد هذه العقد تكون في حجم العدسة او الفولة غائرة ذات قاع شعبي ولا يندرتكون هذه العقد الصفحية خلف الالهة فتنبها قبل ان تشاهد ويجلسها غالباً الغلصمة والاجزاء القرية من قوائم الالهة وتظهر الغلصمة في الابتداء كأنها متأكدة ثم تقرح وتصير معقدة بعنق دقيق واخيرا يمكن ان تهتك بالكلية هي وجزء عظيم من الالهة وبالعالمية اللائقة تمتص هذه العقد وتزول وفي مثل هذه الاحوال تشكلون ندب الصامية متشعبة وذلك بان يتكون في محل العقد غموشاوي ينكمش

فيما بهد وعند شفاء قروح عمدة تبقى ندب الحامية مبيضة متشعبة صلبة وقد
يحصل التصاق اللهاة مع الاجزاء المجاورة وتضايق وانكماش في البلعوم
او انسداد في يوق استا كيرس

• (الاعراض والسير) •

اما التهاب التزلي الزهري للعلق والبلعوم فلا ييسر تمييزه في الابتداء عن غيره
من اشكال الالتهابات التزلية للعلق فينتدلا يتم التشخيص ولا يتأق الاقبا
بعد اى عند تقدم سير المرض ومتى اشتكى المريض منذ ايام يسبع بالآلام عند
الازدراد متوسطة الشدة وكان ظهورها تدريجيا لا فجائيا واستعصت
الآلام المذكورة على الوسايط المسلاجية الاعتيادية ويجب على الطبيب
ان يظن ان الالتهاب التزلي الحلقى الموجود زهري اليقنوع واذا حصلت هذه
الظاهرة عند مريض كابدت الاصابة بالقروح الزهرية الاولية قبل قليل
من الاسابيع كان التشخيص اكد اسمان حصل باستعمال الاستحضارات
الزبقية تحسين سريع

واما الحلمات المخاطية الزهرية فانها تنشأ عاليا بدون آلام ومكابدات أخرى
حيث تشاهد احيانا بالصدفة عند البحث عن حلق مريض معتريه ظواهر
زهريه وعند تقرح هذه الحلمات يصير الازدراد مؤلما وتتضح الاعراض
المدركة للطبيب فيما تقدم ذكره في التشرح مع المرضى واما العقد الصمغية
فانها تصطب بالآلام وعسر في الازدراد عند ما تأخذ في اللين والتقرح
وينبغي للطبيب البحث عن الجهة الخلفية من اللهاة بواسطة المنظار الاتق
في كل مريض يظن فيه الاصابة بالداء الزهري متى تشكى بالآلام عند
الازدراد ولولم يوجد بالنظر قروح في الحلق والبلعوم وحيانا يتضح للطبيب
وجود هذه العقد الصمغية من وجود اصقار معدودة جراء قائمة على سطح
اللهاة المقدم ذات مقاومة وعند تثقب اللهاة يتعسر الازدراد ويتغير الصوت
كما تقدم خصوصا اذا كان هذا التثقب نحو الامام وقد تصل المطعومات
والمشروبات الى تجويف الحياشيم ويسمع عند اول كلمة من المريض اللغظ
الاتق للصوت الاثن واما الاعراض المدركة للطبيب فتراجع فيما ذكرناه
فيما تقدم

* (تنبيه) • القاعدة المتبعة عموماً هي ان يشكس في البحث عن الخلق الطيب بقوة وسرعة فاعدة اللسان عند فتح فم المريض وبأصم وينطق حرف الهمزة القرانساوي اذ بذلك يظهر جيداً ما كان محتقياً خلف اللهاة على الجدار الخلقى من البلعوم وقد يستدعي الحال احياناً بالبحث عن الخلق وخلف اللهاة بالاصبع او المنظار الاثني كما ذكره المؤلف

• (المعالجة) •

الاتفات الزهرية الحاصلة في الخلق تعالج باستعمال المركبات الزئبقية ولم يرفض استعمالها من الاطباء الامن كان يشكر منقعتها في مثل هذه الاتفات مع انهم فيها النجس منها في غيرها من الاتفات الزهرية والنكسات وان حصلت هنا ايضا عقب استعمالها فهي اقل حرجاً ولائها عقب استعمال غيرها من الطرق العلاجية المضادة للداء الزهري وتستعمل مقدار صغيرة من الزئبق الخلو او يودور الزئبق لمقاومة الالتهاب التزلي الزهري الحاصل في الخلق وتولداته الزهرية وقرح حسه التي لا تقبل للامتداد في العرض والغور واما القروح التي تنذر بفساد المنسوجات في امتداد عظيم فيعطي فيها الزئبق الخلو بمقدار عظيم على حسب طريقة المعلم (واين هولند) العلاجية وهو ان يعطى للمريض مساءً جلة ايام على التعاقب من خمسة ديسي جرامات الى عشرة قاعق من نصف جرام الى جرام حتى يقف التهابك وهذا يحصل غالباً في اليوم الثالث او الرابع فان امتدت القروح بسرعة يوصى بزيادة عما تقدم بكها بسائل تترات الزئبق الخفضي او بالجير الجهنفي

• (المبحث السادس) •

(في الخراجات خلف البلعوم)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

يشاهد احياناً في المنسوج الخلو بين العمود الفقري والبلعوم التهابات تنتهي بالسقيج خصوصاً في الاطفال ثم تارة وهو الغالب يكون ينبوع هذا المرض تسوس القفص العنقية وتارة تتكون عن التهاب خنار يري وتقيح في العقد البسقاوية الكائنة خلف الجدار الخلقى من البلعوم و احياناً يظهر هذا المرض مصاحباً لالتهابات تابعة في غير هذا العضو من الاعضاء كما

يشاهد ذلك عند انتهاب مسير التيفوس والتسمم الصديدي للدم ونحو ذلك
وبالجمل قد يظهر هذا المرض ظاهرا اذا تابا قاهما بنفسه ويككون اذ ذلك
فلهذا وينادى اذ تابا

(الصفات التشريحية)

كثيرا ما يشدقع الجدار الخلقى نحو الامام من تجمع صديدي خالقه فيبرز في
تجويف الخلق قبضيقه او يسده بالكلية والصديدا ما ان يشق بجدار
الباعوم فيما بعد او ينحدرت نحو تجويف الصدر فيثقب المري او القصبية
الهوائية او البليورا

(الاعراض والسير)

متى انضم تكون الخراج خلف الباعوم لتسوس في الذنقرات العنقية كان
ذلك مسبوقا بزمن متفاوت بعسر في حر كات العنق وغيره من اعراض
امراض هذا الجزء من العمود الفقري وهذا المرض في مثل هذه الحالة
لا يخفى على الطبيب فان عاداته ان يبحث عن الخلق بالنظر مع الدقة متى حصل
تعسر في الازدراد واما في غير هذه الحالة خصوصا في الاطفال الذين يظهر فيهم
هذا الداء بدون تلك السوابق المرضية فمعرفة فيها عسرة جدا والغالب
ان كلا من قلق الاطفال وعند قبولهم حملة الثدي والضعف الشديد عند
جبرهم على الرضاعة ونوب السعال او الاختناق القاطعة للشرب تنسب
خطا في الغالب لمرض اولي في الخنجر وهو الذبحة الخنجرية العشائية سيما
متى انضم لذلك عسر مستمر في التنفس وكان صوت الاطفال ابح او مقودا
وعندهم سعال ابح رنان والبحث الدقي عن الخلق يوقنا بسرعة على حقيقة
التشخيص الذي ان اهمل عند وجود مجموع الاعراض السابق ذكرها
كان من الخطا العظيم فان الاصبغ الباحث يحس غالبيا خلف اللهاة ورم
متوتر مرتن مقوج في الغالب وقد ينحجر الخراج بنفسه في الباعوم فيزدرد
متصله او يتقذف الى الخارج وحينئذ تحصل راحة فجائية وكثيرا ما ينتهي
هذا المرض انهاء محزنا بالموت اذ الميسف المريض وتعمل الوسائط اللازمة
فان كلا من غلق فوهة المزمار غلقا تاما بواسطة الورم المتزايد وانفتاح
الخراج في اثناء النوم ودخول متحصلا في الخنجرية يمكن ان يؤدي الاختناق

وفي احوال اخرى قد يسرى الصديد الى تجويف الصدر فيؤدي لحصول
الالتهاب اليبس او الرئوي او التاموري
* (المعالجة) *

متى عرفت تكون الخراج بودر بفتح ه على حسب القواعد الجراحية اما
بواسطة المشرط بعد تغليظه بشرط من نحو المشع الى قرب سنه او ينظر
الطبيب ان امكن

* (المبحث السابع) *
(في ذبحة لودويج)

قد يكون كل من قاع القم والمنسوج الخلاوي بين العضلات وتحت الجلد
للقسم تحت الفك مجلسا احيا نالتهاب فلقسموني يؤدي بسرعة لتشكل
وتفريخ منتشر واحيا نايؤدي لتكون الخراج ولا يتداوم او بالتخلل وهذا
المرض المعروف بالتهاب المنسوج الخلاوي العنقي الغنغريفي وهي تسمية
في غير مجاهها والاولى تسميته كما تقدم بذبحة لودويج الذي كان يعلم الطب في
استجاره وهو اقل من شرحه بالذقة كثيرا ما يشاهد على افراده مكونا
لمرض قائم بنفسه ويظهر احيا ناي باثما وفي بعض الاحوال التي شاهدتها
بنفسى كان التهاب الجوهر الخلاوي آخذ البتداؤه من التهاب السمحاق
تحت الفك السفلي وبالجملة قد يوجد شكل من هذا المرض ينضم لالتهاب
الكفة العرضي والاتقالي كالذي يظهر في اثناء سير التيفوس وغيره من
الامراض التسممية العامة ويكون منشؤه بحسب غلبة القن من الغدد
تحت الفك

وهذا المرض يتبدى بانتفاخ متفاوت الالم شديدة صلب للغاية في قسم احدى
الغدد تحت الفك ويحس بهذا الورم من داخل القم ومن الظاهر ويصير
الجلد المغطى لهذا الورم حافظا للونه الطبيعي وعماقا ليل يتشرف في جميع القسم
تحت الفك والى الاعلى فهو الغدة الكفية والى الاسفل احيا نالتهاب الخنجر
والقصبة الهوائية وقاع تجويف الحنك يرتفع حينئذ الى الاعلى فيتمصر
كل من المضغ والتكلم تعسران اذ او تكاد تفسد حركات اللسان بالكلية
ويتعذر على المريض فتح فمه وذلك لان العضلات المتوسطة به هذه الوظيفة من

جهة تكون موضوعة في التسويج الخلوى الملتب ومن جهة أخرى تكون هي نفسها مشاركة لغيرها في الالتهاب وهذا المرض يكون سهرا عادة معصوبا بمعنى متوسط الشدة واضطراب عمومي قليل وفي أحوال أخرى تكون الحى شديدة وكذا الاضطراب البنى العمومي

وتيس هذا الورم يزول ببطء ولو في الأحوال الجيدة والالتهاب بالتحلل وعند انتهائه بالخراج يصور الجلد في محل محدود ويظهر فيه القويج ثم ينقب غطاء الخراج المسترق بالصديد وكثيرا ما يحصل انتفاخه في تجويف القدم وعند انتهاء هذا المرض بالتشكرو والتقرح المتقشر يخرج بدلا عن القويج الجسد سائل كره الرائحة محتلط باهداب خلوية ذلولة ومخوق قد يحصل الموت عند ارتقاء هذا المرض الى أشد درجاته بواسطة أوديميا المزمار والاختناق أو يتسهم الدم الصلبيدي عند انتهائه بالتشكرو والتقرح وأما في أشكاله الاتقالية فالالتهاب المزمن يكون في الغالب متعلقا بالمرض الاصلى

(المعالجة)

يجتهدا ابتداء في تحليل هذا الالتهاب بإرسال كمية عظيمة من العلق بجوار الورم ثم باستعمال الضمادات القاترة على الدوام وعند ظهور القويج ينبغي اخراج الصديد بواسطة شق عظيم وعند التهديد بالاختناق مثلا تفعل شقوق عديدة وان لم يتم ذلك وخيف من حصول ما ذكر وجبت المبادرة بعمل القطع الخجيري وان بقي انتفاخ يابس غير مؤلم زمنا طويلا فالاجود طبة قاتجاري بي استعمال الشراريق فانها أتفع من ذلك بالمراهم اليودية والزبقية والمس بصغة اليودا ومجاول (ليجول)

• (الفصل الثالث) •

(في أمراض المري)

• (المبحث الاول) •

(في الالتهاب المروي ويعرف بعسر الازدراد الالتبابي)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

كل من الالتهاب التزلي والالتهاب ذى الغشاء الكاذب والالتهاب البثري يعثر في الغشاء المخاطي المروي كما يعثر به ايضا قروح وقد يحصل فيه

تتكزز وتفجـم عقب تأثير الكاويات الكيماوية الشديدة رقيقة. ترى
 المنسوج الخاوي تحت هذا الغشاء الثابت وتجمعات حديدية
 فاما الالتهاب النزلي لهذا العضو فأكثـر ما يحصل من المؤثرات المصرة
 المؤذية كالمطعمات الحريفة او الساخنة جدا وكادخال الجرس المروي
 ادخالا غير مناعى وقد يمتد الالتهاب المعدي او الحلقى النزلى نحو المري. كما ان
 التهاب هذا العضو النزلى قد يكون متعلقا باحتقانات وريدية احتباسية
 ناشئة عن مرض فى القلب او فى الرئتين فيم الغشاء المخاطى بلجم القناة
 الهضمية

وأما الالتهاب المروي ذوا الغشاء الكاذب فتندر مشاهدته ويكاد لا يحصل
 الا عند وجود التهاب ذى غشاء كاذب فى الخنجرة او الحلق او معدة سير
 التنوس او الحالة التى قويدية للهضة او فى الجيمات الطبخية الحادة
 وأما الالتهاب البثرى للمرى فيندر حصوله فى البلدى او عقب استعمال
 الطرطير المقيئ

وأما قروح المري فالأغلب ان تنشأ من أجسام حادة تثبت مثل الغشاء
 المخاطى او من أجسام زاوية تقف فى أحد اجزاء هذا العضو وتحتبس فيه
 وينسدر ان تتسكون عقب كى الغشاء المخاطى وفى مدة سير الالتهاب النزلى
 المزمـن لهذا العضو وعين هذه الاسباب قد تؤدى لالتهاب المنسوج الخاوي
 تحت الغشاء المخاطى وتقيحه واما النخيم البزقى من الغشاء المخاطى المروي
 فانه يحصل عقب تأثير الجواهر الاكالة سيما الخوامض المركزة
 (الصفات التشرىحية)

اما الالتهاب المروي النزلى فتندر مشاهدته على شكل حادى البنية وان شوهد
 كان الغشاء المخاطى ذا احمرار شديد منقذا سهل التمزيق ومغطى بافراز
 مخاطى واما الالتهاب المروي النزلى المزمـن فيظهر فيه الغشاء المخاطى سمائلمه
 السلى عيكا اسمر محمرا وضااوسفيا ومغطى بعادة مخاطية لزجة رقيقة ينتج
 عن الالتهاب المذكورا هذا العضو اتساع فيه عقب استرخاء طبقة العضلية
 كما ينتج عنه ضيق فيه عقب الضخامة الجزئية لطبقة العضلية المذكورة
 هى والمنسوج الخاوي تحتها راجع المبحث الثالث والثالث

وأما الالتهاب المروي ذو الغشاء الكاذب فيوجد فيه الغشاء المخاطي احمر
قائما ومغطى بنضج غشائي مختلف السمك على هيئة لطح او غشبية
معددة

وأما الالتهاب البثري لهذا العضو فتكون في طبيعته البشرية بفترات غير
واضحة تتلى بالصديد وتتغير فيخلقها فقد جوهه مطحى وهذا الشكل يكون
فأصرا على الثالث السفلى الروى اذا كان هذا الالتهاب ناتجا عن استعمال
الطرطير المقيئ

وأما قروح المريء فالغالب ان تكون على هيئة تسطحات سطحية في سطح
الغشاء المخاطي لكن قديتقروح جميع سمك الغشاء المخاطي بل قديتعدا التقروح
الى الطبقة العظمية والمنسوج الخلاوي المحيط بها
وأما التهاب المنسوج الخلاوي تحت الغشاء المخاطي فقد ينشأ عنه سماكة
وتضيق في المريء إذا كان سيرا هذا الالتهاب مزمننا وقد ينشأ عنه تقحج
وخراجات اذا كان سيرا حادا

وأما الالتهاب المروي الذي ينتج عن جواهر كاوية فتسبب فيه الاصفار
المصابة الى خشك يشات ممرمة متغيرة اللون او مسودة ويظهر حولها
بسرعة احترقان ونضج ثم يرم من مادة مصلبة ثم تنصل الخشك ريشة وقد
يستعاض فقدي الجواهر لكن يخلقها دائما تضيق في المريء متى كان التهابك
عظيما عقب انقباض المنسوج الندبي

(الاعراض والسير)

يتضح بسهولة عند ازدراد بلعات غذائية ساخنة قلة احساس المريء سيما
جزء السفلى فلا تحصل الا لام الا في التهابات المروية الشديدة جدا كالتى
تحصل عقب حرق هذا العضو وجرحه بواسطة اجسام حادة مديية وكالتى
تعقب تأثير الجواهر الكاوية الا كالة ويحس بهذه الا لام حينئذ في الجزء
الفاخر من الصدر وفي الظاهر بين المكتفين ثم ان هذه الاشكال الثقيلة من
الالتهاب يشاهد فيها ايضا عسر في الازدراد متى التهابت عضلات المريء
وارتفعت بمادة مصلبة اذ لا يكون لها مقدرة حينئذ على دفع البلعات
المذاثية وهذه الحالة المعروفة قديا باسم الازدراد الالتهابي نصطب داما

بضيق وضجر شديدين وكلما كان وقوف البلعة الغذائية في اعلى المريء كان احساس المريض بها اقوى وعند اجراء سر كات ازدراد جديدة يمكن بانقباضات المريء عوضا عن دفعها ما احتوى عليه هذا العضو الى اسفل طرده الى اعلى بحيث تتقهقر الاغذية المزدردة ثانية ويخرج عنها مواد مخاطية مدمجة وبعض اجزائها من النضج الاتهابي وجميع هذه الاعراض يصطبغ دائما بعطش شديد وقد تكون مصحوبة مع ذلك باعراض حمية سيما اذا امتد الالتهاب امتدادا عظيما ثم اذا كان سير هذا المرض حيدا تنزول الاعراض تدريجا في الغالب وقد تنزل دفعة واحدة عقب انفتاح خراج متكون في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي المروي وقد يخلف هذا المرض تضايقات مروية وربما اعقبه الموت عقب تشعب المريء او عزقه

راجع المبحث الخامس

واما الاشكال الخفيفة من الالتهاب المروي التنزلي الحاد والمزمن فلا تصطبغ باضطرابات واضحة مدة الحياة سيما الالتهاب المروي البشري والالتهاب المروي ذو الغشاء الكاذب يكاد لا يعرف الا اذا حصل خروج مواد غشائية كاذبة فان هذا الشكل من الالتهاب المروي اذا اصطبغ بالتهاب حنجري او بلعوي ذي غشاء كاذب تحتى اعراضه وهي الآلام وعسر الازدراد باعراض هذين المرضين كعسر التنفس وتحموه كما انه اذا ظهر ظهورا تابعا في القيحوس وغيره من الامراض لا تيسر معرفته ايضا فان المريض حينئذ يكون ذا هبوط وغدر عظيم فلا تسمع له شكوى بخصوص هذا المرض

واما القروح المروية المزمنة فانه ينشأ عنها احيانا آلام قاررة في محل محل معين من هذا العضو وعسر مسر في الازدراد لكن لا تيسر تمييزها عن التضايقات الالتهابية المروي غالبا اذ في حال القروح المروي لا يعوق الجبس عائق ويخرج معه مواد مخاطية مدمجة وعند انهام القروح المروية تنضج اعراض تضايق المريء

(المعالجة)

معالجة الالتهاب المروي لان تكون الا في الاحوال الثقيلة جدا لان اشكاله

الخشيفة لا تعرف فتستخرج الاجسام الغريبة الناشئة عنها الاتهاب على حسب القوانين الجراحية وعند حصول الناكل بواسطة الحوامض المعدنية او القلوبات الكاوية لا ينبغي استعمال مضادات هذه الجواهر الا اذا كان المرض حديشا وليقتصر في الاتهابات الحادة لهذا العضو على اعطاء الماء الجليدي او تعاطي بعض قطع صغيرة منه في القم ثم استعمالها واستعمال الاستفرغانات الدموية عامة او موضعية لاثرة فيه اصلا بل ربما كان مضرا كما ان تعاطي الادوية عسر ولاشجاج فيه غالبا واذا كان المريض ذا اقتدار على الازدراء لا تعطى له الا الاغذية السائلة واذ لم يكن ذا قدرة على الازدراء يلجأ لتغذيته بواسطة الجس المروي او الحلقن وعند وجود قروح مزمنة لا تثر الطرق العلاجية المتعددة الموصى باستعمالها فيقتصر حينئذ في معالجة المرضى على تغذيتهم بغاية الاحتراس والاطف

• (المبحث الثاني) •

(في تضايق المري)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

تضايق المري تارة ينشأ عن الضغط الواقع عليه وتارة عن غزو تولدات مرضية في قناته وتارة عن تغيرات في جدره وهذه الحالة هي الجديرة بان تسمى بتضايق المري وهي تنفج عن انتهاآت الاتهاب المذكور في المبحث السابق

(الصفات التشريحية)

اما الضغط على المري فقد يحصل بكيفية ميكانيكية واغلب الاسباب هي اما من اتفاح الغدة الدرقيسة والغدة اللينقاوية للعنق وغدد الحجاب المنصف وامان تحول العظم اللامي وامان الاورام العظمية التي تحصل في العمود القشري وامان الطراجات والاورام الكائنة بين القصبة الهوائية والمري وامان سرطان الرئة والبلبيورا والاورام المتارة وهو نادرتضغط الجيوب المروية التي سنشرحها في المبحث الآتي على الاجزاء الكائنة اسفل منها من المري وقد وجد في بعض الاحوال التي شوهد فيها اعلامه الضغط المري واضحة مدة الحياة ان الشريان تحت الترقوة الايمن المتدد دما مرضيا خارج من خلف الشريان تحت الترقوة الايسر وما ترجحه اليمين من بين

القضية الهوائية والمرى، او من بين المرى والعمود الفقري وهذا الشكل من تعسر الازدراد الناشئ عن عيب طبيعي يسمى بعسر الازدراد التلقائي واما التولدات الجديدة التي تظهر على السطح الباطن من المرى فهي اكثر الاسباب اتجاها للتضايقة وستتكم عليها في المبحث الرابع واما ما يسمى بتضايق المرى حقيقة فينشأ اولاً عن انقباض ندي في اغشيته يتكون عقب فقد جوهر عظيم فيها وهو يخالف في الغالب التالكلى او القروح الممتدة وثانياً عن ضخامة في الطبقة العضلية والمنسوج الخلاوى الكائن بين اليافها ناتجة عن الالتهاب الترنى المزمّن لهذا العضو بحيث يظهر عند شق جدار هذا العضو العميك جدا اشقا طوليا هيئة مخططة مخصوصة لان الالياف العضلية الضخمة تكون ذات لون اسمر محمر واما المنسوج الخلاوى الضخم الكائن بينها فيكون ذا لون مبيض ومكونا لجوانب ليقية ومع ذلك يكون الغشاء المخاطى على الدوام ثخينا منتفخا غير مستو وثالثا عن ضخامة في المنسوج الخلاوى تحت الغشاء المخاطى لهذا العضو وانكاشه انكاشا نديا

ثم ان تضايق المرى تارة يكون غير واضح بالكلى وتارة يكون عظيما جدا بحيث ينسد تجويفه وهذا التضايق يعترى الثلث السفلى من المرى غالباً وقد يشاهد في بقية اجزائه وجدار المرى على محل التضايق تكاد تكون ذات ضخامة على الدوام وقناة هذا الجزء الاعلى متسعة واما جداره اسفل محل التضايق فتكون ذات رقعة رقعة هذا الجزء الاسفل منطقة

(الاعراض والسير)

حيث ان تضايق المرى على اختلاف اسبابه يتكون دائماً تكونا تدريجياً مبتدأ ولا بد هذا المرض باعراض غير خطيرة وغير مهمة في الظاهر اذ قد يستمر العائق زمنا طويلا خفية عند ازدراد الباعث الفسذائية العظيمة ثم يزول بالشرب وابعاء حركات ازدرادية قوية فيكون ذلك هو العرض الوحيد لهذا المرض ثم يرداد عسر الازدراد شياً فثيباً ولو اعتنت المرضى بمضغ الاعذية وتجزئتها بحيث يتعسر عليهم تدريجياً ازدراد الباعثة الغذائية

ووصولها الى المعدة والجزء الذي تحس المريض فيه بوقوف البلعة الغذائية يكاد يكون على الدوام خاف فاه مدة القصر وان كان محل التضايق قريبا من القوادى فم المعدة ثم يقوى ازدياد عسر الازدراد بحيث لا يتيسر ازدراد الجواهر السائلة

وكما عظم العائق وقل امكان قهره بواسطة الشرب او باجراء حركات ازدرادية جديدة كثرته قهر البلعة الغذائية واندفاعها الى الاعلى ثانيا وازداد البلعة الغذائية لا يكون بحركات ديدانية عكسية اى غير طبيعية كما قد يتوهم ومعنى كونها عكسية ان يعقب انقباض جزء ما من المريء انقباض الجزء الاعلى منه لان هذه الحركات لا تحصل في المريء اصلا كما ثبت ذلك بالمشاهدات القسبولوجية بل ان انقباضات المريء التي تحدث بالصناعة لا تسرى دائما لامن الاعلى الى الاسفل حتى تتجاوز محل التضايق ومع ذلك فلا مانع من اندفاع البلعة الغذائية وتقهقرها الى اعلى اذا لم يكن مرورها الى اسفل بالحركات الديدانية الطبيعية اى المستقيمة التي تعتمد من اعلى الى اسفل حتى تصل الى محل التضايق فلا يتيسر مرور البلعة منه فينتدب بتتابع البلعات يمتلي المريء وتدفع السفلى ما فوقها فيحصل تقهقرها فيما احتوى عليه المريء الى القسم ثانيا واحيانا لا يحصل ادنى انقباض في عضلات البطن عند حصول هذا الشكل من التقي وفي احوال اخرى تحصل انقباضات تشنجية في عضلات البطن بدون ان يكون لذلك دخل في استقراغ المريء وعند ازدياد التضايق في المريء يحس على الدوام بعد الاكل والشرب بضغط مؤلم عائر في الصدر مصوب بتناق وضجر عظيم يرتقيان الى درجة عظيمة حتى تنقذف المواد المزودة سواء كانت قليلة الكمية او كثيرتها وهو القاب من القسم ثانيا اختيارا او اضطرارا بواسطة مجهودات ازدرادية انقذاقا متعبا تدريجيا وتكون المواد المنذفة ثانيا قليلة التغير لاحتوائها لمختلطة بمواد مخاطية كثيرة

ومما يتوكدنا حقيقة التشخيص استعمال المحس المروى اذ به يعرف التضايق ودرجته ومجاسه بل وشكله ومع وجود هذه الظواهر الناتجة عن التضايق او وجود سرطان او غيره من

الاورام تشاهد ضخافة تدريجية تأخذ في التزايد دائما نتيجة عن عدم وصول
الجواهر الغذائية للمعدة فحينئذ تنقبض البطن ويمتنع التبرز أياما بل أسابيع
فتهلك المرضى من الحرمان والجوع

(المعالجة)

معالجة تضيق المريء من قملقات الجراحة وبجهد الطيب والصبر
والمداومة يمكن الحصول على نتائج عظيمة بحيث في ابتداء الامر الذي
لا يتيسر فيها احيانا ادخال اساطير مرنة دقيقة يمكن الوصول بالقدر صحيحا
بعد ادخال مجسات مروية عظيمة بل وبلعة غذائية مناسبة الحجم كما شهد
ذلك في مريض عويج في الاكلينك الجراحي في مدينة حريسوله كان
مصايبا بتضيق مروى حاصل عن اسباب غير مدركة وحيث يكون المريء
المتضيق على الدوام يجلسا مواد مخاطية متراكمة تزيد في عوق مرور
الطعومات فوصى المرضى المصابة بتضيقات مروية باستعمال ماء الصودا
او محلول بي كربونات اصودا كواسطة تسكينية ونأمرها بتعاطي جملة
ملاعق من هذا المحلول الدواقي قبيل كل اكل حتى تندفع المواد المخاطية
ويسهل مرور الطعومات منه

• (المبحث الثالث) •

(في تمدد المريء)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

تمدد المريء اما ان يكون عاما لهذا العضو او جزئيا فاصرا على امتداد قابل
منه وقد لا يمتري هذا الاخير الا جهة من جدره فينشأ عن ذلك تجاوب في
كثيرا ما يهضم حجمها فتصير على شكل جيوب متصلة بالمريء تسمى بالجيوب
المروية وقد تتسكون جدر تلك الجيوب من الغشاء المخاطي فقط بان يبرز
هذا الغشاء بين الياف المريء العضلية على هيئة القفق ويكون مغطى
بالطبقة الخلفية الظاهرة

واكثر ما يشاهد بقطع النظر عن تسكون الجيوب المروية تمدد هذا العضو على
محبل تضيقاته ثم اذا حصل تضيق في القواد كان التمدد مرويا عاما وان
حصل تضيق في المريء كان التمدد جزئيا وقد يكون العام ناشئا عن التهابه

الزلى المزمع وشلل طبقتة العضلية الناشئ عنه و يظهر أن تمدد المري
الذى قد يشاهد عند المرضى المصابة بأرض حزمينة في المعدة مع قمتكر
ناشي عن ذلك أيضا وكثيرا ما تكون أسباب تمدد المري غير معروفة رأسا واما
زعم بعضهم أنه ناشئ عن ارتجاج الجسم او عن معالجة داء النقرس بقماطى
كبيرة عظيمة جدا من الماء القاتر فلا يعول عليه وقد تتكون الجيوب المروية
عن الاجسام الغريبة التي تنشب في ثقبات الغشاء المخاطي وتغور في جسده
شيئا فشيئا بضغط الاغذية المارة عليها من البلعوم وقد تتكون في بعض
الاحوال من ضمور بعض الغدد الشعبية التي كانت متصلة بالغشاء المخاطي
مدة التمايم او اتفانها ثم جذبت معها عند ضمورها وقد لا تعرف اسباب
تكون الجيوب المروية بالكلية

• (الصفات التشريحية) •

اما التمدد العام للمري فتكون فيه قناة هذا العضومة معة في غلظ ذراع
الرجل وجدرها ذات ضخامة غالبا يزيد كونها رقيقة
واما التمدد الجزئي ففيه يكون الجزء الذي في أعلى محل التضيق مباشرة أكثر
انساعا ثم يتناقص نحو الاعلى بحيث يتكون من ذلك كيمر مستطيل يوجد
في قاعدته قصبة ضيقة

واما الجيوب المروية فتتكون في الاغلب جدا تفرع القصبة الرئوية
وقد تتكون في محل اتصال البلعوم بالمري وهذه الجيوب في الابتداء
تكون مستديرة ثم تستحيل فيما بعد الى معلقات اسطوانية او هرمية كأنه
بين البلعوم والعمود الفقري واستطراق هذه الجيوب بالمري يكون بواسطة
قصبة ضيقة مبرازية منسكحة وقد تظهر هذه الجيوب كما تمداد اعورى
للمري فيه تتراكم المواد الغذائية فالجزء السفلى من المري اذا ذلك يكون
فارغا منضابا منطبقا على نفسه

• (الاعراض والسير) •

اما التمدد العام للمري فيوجد بدون ظواهر مرضية تدل عليه واما
التمدد الجزئي السكاشن اعلى محل التضيق فلا يتوقع اعراض التضيق الا من
حيث كون الاغذية تمسك في مخاطويلا في المري وتتراكم فيه بمقدار عظيم

قبل ان تتقهقر وعند طردها الى الخارج (بحركة الحركة الاجتمار) تكون
لينة جدا مختلطة بمواد مخاطية وتارة فاسدة متعفنة لكنهما غير منهضة وذات
خواص قلووية فينبغي الالتفات الى هذا الامر اذ به يتميز كون الاغذية مر تدة
من المعدة او من المري *

ومنى وصلت الجيوب المروية بنجم عظيم جدا بحيث تقف الاغذية فيها بدل
المعدة تخرج عن ذلك اعراض تشابه اعراض تضيق المري المصنوعة بقصد
جزئي تابعي فالاغذية المزدردة تنطرد ثانيا بعد يسير من الساعات غالباً وتكون
ذات فساد متقدم ويتشم من ثم المرضي رائحة كريهة منتهية وقد لا تعرف
حقيقة التشخيص الا بالمجس المروي فانه تارة يصادم عائقاً عظيماً وتارة يترلق
من امام الجيب المروي ويصل الى المعدة بدون عائق واذا استعان الجيب
المروي في مبتداهذا، اعضاءه او نحو طرفة العلوى امكن ان يشاهد خفق
الخصرة ودم وخويزيد حجمه عقب تعاطي المضمومات ويتناقص عقب
استقرارها واما اذا كان اسفل من ذلك فينتج عنه احياناً من الضغط على
القصبية الهوائية والاوعية الغليظة عسر عظيم في التنفس واضطرابات
في الدورة الدموية وفي مثل هذه الحالة تتم لك المري جوعاً

• (المعالجة) •

ليس للصناعة اقتدار على معالجة تمدد المري ثم اذا تيسر الوصول بالمجس الى
المعدة من امام الجيب المروي وجب تغذية المريض زمنياً وبلابوا سطة ذلك
المجس غشى ان يصغر حجم الجيب المروي عقب منع دخول الاغذية فيه
وهيات ان يحصل ذلك

• (المبحث الرابع) •

(في التولدات الجديدة المرضية للمري)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

يشدر مشاهد الاورام الليفية في المري واما الدرن فيكاد لا يشاهد فيه
مطلقاً واما السرطان فيحصل فيه بكثرة والغالب ان يكون حصوله في هذا
العضو اورياً ويشدر امتدادها اليه من التولدات السرطانية للحجاب
المتصف

واسباب الاستحالة السرطانية لهذا العضو غير مروفة لنا كاسباب التولدات السرطانية لغيره من الاعضاء ويقال ان أكثر من يصاب به المعتادون على الافراط في تعاطي المشروبات الكحولية

• (الصفات التشريحية) •

أما الأورام الليفيّة فهي تجمعات متصّرة كذات لون ابيض من ورق في حجم حب العدس والقول وتتكوّن في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي لهذا العضو وقد تظهر على شكل بوليبيوس ذي عنيق منقسم طرفه السائب الى جهة قصوص والغالب ان يكون منشؤها من سمحاق القصر وف الخبثي الخلق كما قاله (روكيتانكي)

وأما تولداته السرطانية فأكثرها السرطان البشري ويشدر وجود الاسكروس والسرطان النخاعي في هذا العضو والاغلب ان يكون مجلس السرطان الثلث السفلي والعلوي من المري ويشدر ان يعترى الثلث الاوسط والغالب ان الاستحالة المرضية تصيب جميع دائرة القناة المروية فتكوّن حينئذ التضايق السرطاني لهذا العضو وهذه الاستحالة تبدي دائما بالمنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي ثم تتدبسرعة الى الغشاء المذكور فتبرز على سطحه وعنداين السرطان وتلاشيه تتكوّن قروح غير منتظمة محاطة بدائرة من تشحة مغطاة بقطر مدعم ومواد صديديه او مواد خلية مسودة وقد يعتد سرطان المري من طبقتيه الظاهرة والباطنية الى الاعضاء المجاورة وعند تقرحه تحصل ثقبات في القصبة الهوائية والشعبور بما حصلت مع ذلك في الابم والشرايين الرئوية

• (الاعراض والسير) •

أما الأورام الليفيّة الصغيرة المتجمّرة لهذا العضو فلا ينشأ عنها اعراض وأما البوليبيوس الليفي ذو العنق فيصطب بطواهر تضايق المري وقد ينتج عنه نزفة ويمكن الوصول اليه بالبحس المروري بل وبالاصبع ان كان مجلسه

جهة الاعلى

وأما سرطان المري فلا تعسر معرفته لانه يغلب على الظن وجوده متى ظهر عند مريض متقدم في السن عسر في الازدوايدون سبب معلوم يزاد شياً

فشيأ على التعاقب الى ان تنتج عنه الظواهر الموهولة التي ذكرناها في المبحث الثاني من هذا الفصل سيما عند من اعتاد على المشروبات الروحية فان من المعلوم ان اغلب اسباب التضايقات المروية هو السرطان واما بقية أنواع التضايق المروية فنادره جدا بالنسبة له ويقوى الظن بوجود تضايق سرطانية في المريء متى انضم لذلك آلام ناعسة في محال مختلفة خصوصا بين الكنتين وحصل للمريض مخافة سريرة واكتسب اللون الاصفر الوسخ الكاشكسي الذي يظهر عادة في الوجه عند من يكون مصابا بالسرطان على العموم ويتأكد التشخيص اذا خرج مع المواد الخساطية او الصديدية المدعمة المنبصقة او المتشبهة بالجمس المروي قطع سرطانية وتحقق الطبيب من طبيعتها وقد تتناقص اعراض التضايق عند تقدم سير هذا المرض عقب تلاشي السرطان لكن لا تزال المخافة آخذة في التزايد بسرعة فتنتفخ الاطراف وتتكون تعقدات في الاوردة الغذائية غالباً وينتهي الحال بالموت عقب النهوك او عقب تنقب أحد الاعضاء السابق ذكرها

• (المعالجة) •

توسيع التضايق السرطانية للمريء بواسطة المجسات أمر خطير فيبقى تركه بدون عملية التوسيع متى عرفت طبيعة المرض وذلك انه في ابتداء سير هذا المرض يسرع في تفرجه وفي دوره الاخير يؤدي لحصول التثقيبات المروية فالمعالجة حينئذ لا تكون الاعرضية فعند التألم الشديد تعطى الاستحضارات الانبوية وعند عدم القدرة على الأزدراء يجتهد في تغذية المرضى بالحقن من الامراق وان لم يكن في ذلك ثمرة من حيثية النجاح

• (المبحث الخامس) •

(في تنقب المريء وعزقه)

تنقب المريء اما ان يحصل من الباطن الى الظاهر او من الظاهر الى الباطن فهو حينئذ ذو شكلين فالشكل الاول أكثر ما ينتج عن تفرح السرطان وتلاشيه ويندر حصوله عقب تفرحات ناشئة عن شقيايات عظيمة او عقب تهتكات غائرة ناتجة عن تأثير جواهر كاوية واما القرحة الثاقبة كالتى تشاهد في المعدة والاثني عشرى فلا تشاهد في المريء واما الشكل الثاني اى

تثقب المري من الظاهر الى الباطن فينشأ اما عن ايتوريزما الاورطى
او عن تقرح الغدد الشعبية الدرنية وتلاشها سيما التي يجلسها محل تقرح
القصبية الهوائية واما عن خراجات كائنة على الجهة المقدمة من العمود
الفقري ناشئة عن تسوس الفقرات او عن كهوف درنية
واما تمزق المري بدون تقدم تغيرات مادية في جدره فلم يشاهد الا نادرا جدا
والغالب ان جدر المري التي كانت متمسكة بالكلية اما بواسطة السرطان
او التآكل بالكاويات والتقرحات وقرية من التمزق تمزق فجأة عند التجشئ
الشديد والقيء

ومتى اثبتت جدر المري باحدى الكيفيات المذكورة وصل متحمله الى
المسوح العلوى المحيط به او تكون عن ذلك استطرقات بين هذا العضو
والقصبية الهوائية او بينه وبين تجاويف البليورا او التامورا او بينه وبين
الاووية الغليظة

وقد يظهر في الاعضاء المجاورة للمري التهابات التصاقية قبل حصول التمزق
او التثقب بسبب تقدم الفساد نحوها واعراض هذه الالتهابات حينئذ تعتبر
من مقدمات هذا التثقب وقد شاهدت عند مريض مصاب بسرطان في المري
ظهور التهاب بلوراوى مزدوج والتهاب تامورى ظهورا تدريجيا وعند
فعل الصقات التشرىجية وجدت الحمال الملامقة للسرطان من البليورا
وغلاف القلب متغيرة اللون وواقعة في حالة خشك ريشة لكن لم يكن حصل
فيها خروج متحصل المري في هذه التجاويف

وعند حصول التمزق نفسه تحصل آلام شديدة عائرة في الصدر حصولا فجائيا
ويتضم لذلك قشعريرة وبهاته وبرودة في الاطراف وانحماوعلى حسب
محل التمزق او التثقب يعقب ذلك اما عراض اختناق واعراض التهاب
بليوراوى شديدة جدا او نزيف ثم يحصل الموت بعد ذلك بقليل او في
الحال

وحيث انه لا معالجة لهذا الداء فلا محل لذكرها

• (المبحث السادس) •

(في الاعراض العصبية للمري)

من الامراض العصبية المروية الايبيركيزيا اعنى ثوران قابلية تنبيه اعصاب الحس المروية ومن ذلك ما يسمى بالسكره الايستيرية وهو الاحساس بكرة كأنها تصعد في المريء وتقف في جزمه من منه وقد سبق ذكر السكره الايستيرية عند الكلام على الامراض العصبية للسنجرة ومن ذلك ايضا الحالة المعتدلة تشنجا من ويا اعنى الحالة التي لا يحس فيها المريض الا بانقباض في المريء به يتصور ان لا قدرته على الازدراد وهذه الحالة لا يندر وجودها عند الشخص الذي عضه الكلب الكلب وقد ذكر الشهير (ايندوال) حالة فيها لازم الشهير (بويه) اوقات الطعام مدة شهر مع مريضة كانت تظن مدة أكلها انها تحتق كلما ارادت الازدراد

واما الايستيزيا المروية اعنى تشاقص اوزوال قابلية تنبيه اعصاب الحس المروية فلا حاجة الى الكلام عليها النسرة الاحساس الطبيعي جيد لهذا العضو

ومنها الايبيركيزيا المروية اعنى ثوران قابلية تنبيه اعصاب الحركة المروية وتسمى بعسر الازدراد التشنجي فتشاهد بكثرة والينبوع الاعطابي وهذا التشنج المروي الانعكاسي هو تشنج الرحم ولذا يشاهد في الغالب بكثرة عند النساء المصابات بالايستيريا وقد يكون ينبوعه من كزيا فيكون عرضا لمرض دماغي او مرض في الجزء العلوي من النخاع الشوكي وقد ينشأ ايضا عن التسمم بالجواهر المخدرة او الكحولية والتشنج المروي كغيره من الامراض العصبية دونوب وقترات فاما النوب فيكثر حصولها في أثناء الاكل بحيث يصير المريض بخافة غير قادر على الازدراد ويكاد يحس على الدوام كأن جسمه غريب او وقف في المريء ثم اذا اعتري التشنج الجزء العلوي من المريء ارتدت المواد المزدردة حالا واذا اعتري الجزء السفلي منه فلا ترتد المواد الا بعد نزولها فيه ببرهة والغالب ان يوجد مع ذلك احساس بتضايق ونوب اختناق واسياتا انقباضات تشنجية في عضلات العنق وبعدها تقرارات توبية زمنية متفاوتة في المدة تزول امراضها بالكلية لكن تارة تبقى درجة قليلة من هذا المرض اسابيع بل اشهر وتسمى بالضييق التشنجي وعند البحث بالحس المروي لا يوجد في أثناء الفترة ادنى عائق واذا أجرى البحث بالحس مدة

التوبة يزول تارة الانقباض عند الجس ثم انه يوصى في هذا المرض زيادة
عن معالجة المرض الاصلى باستعمال المخدرات سيما اليلادونا والجواهر
المضادة للتشنج كمشيشة الهر والحلتيت والمائستر واذا لم يتيسر للمريض
الازدراد وجب استعمال هذه الوسائط حثنا وانصح الوسائط استعمالا
الجس المروى الصناعى المتكرر

ومنها الا كتنزيا المروية اى زوال قابلية تنبيه الاعصاب المروية المحركة
اعنى الشلل وهذا المرض يشاهد قبل الموت بقليل مصاحبا لعلامات الشلل
العام مشاهدة غير نادرة وقد يكون هذا الشلل المروى ذا ينبوع مركزي
فيصاحب امراض الدماغ والجزء العنقى من النخاع الشوكى ثم ان هذا
المرض اى الشلل المروى اذا كان تاما كان الازدراد متعذرا حتى ان اهل
المريض كثيرا ما يفرجون عندهما يربطون قدم المريض الذى كابد حر كات
الفرع لانهم يرونه لا قدرة له على الازدراد وان المواد التى يعطونها له ترد
فانيا للقم وتصل الى الخنجرة فينتج عنها نوب الاختناق المألومة وأما اذا كان
الشلل غير تام قابلية الغذائية لا تكاد تنقصم الا ان البلعات الغذائية
العظيمة الحجم والجواهر الصلبة تكون أسهل ازدرادا من غيرها في هذه الحالة
وبالوقوف يسهل الازدراد وبالشرب يستعان على ترشح البلعة الغذائية
والمريض المصاب بعسر الازدراد الذى من هذا النوع لا يشتكى باحساس
مؤلم عادة والجس المروى لا يصادفه عند وضعه عائق في هذه الحالة

ثم ان المرض الاصلى نحيبه لافائدة في معالجة شلل المريء الناتج عنه وقد
اوصى بعضهم بادخال الجسات المروية ادخالا متكررا وباعطاء الاستر كين
واستعمال السكر ربائية وقد قال انه شاهد في بعض الاحيان فائدة من ذلك

• (الفصل الرابع فى امراض المعدة) •

• (المبحث الاول) •

(فى النزلة المعدية الحادة اى التهاب الغزلى الحاد للغشاء المخاطى المعدى)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الغشاء المخاطى المعدى يشاهد فيه مدة كل هضم طبيعى تغيرات اذا شوهدت
فى غير هذا الغشاء من الاغشية المخاطية تعتبر تغيرات تزاوية وذلك ان افراز

العصير المعدى يكون مصعوباً دائماً استحقاقاً عظيماً في الغشاء المخاطي المعدى
يعتبه دائماً إفراز مخاطي غزير واتصال كمية عظيمة من اخلية بشرية وهذه
الحالة الصحية كثيراً من التغيرات المرضية الحقيقية المتشابهة لها تكون
مصعوبة بأضطراب بني عمومي يسمى بحصى الهضم وعلى هذا فالتعريف الذي
ينطبق عموماً على الالتهاب النزلي للاغشية المخاطية لا يمكن ان ينطبق على
النزلة المعدية فان التغير في الحالة الاولى مرضي وفي الثانية صحي فلا يعبر حينئذ
عن تغير الغشاء المخاطي المعدى بأنه التهاب نزلي الا اذا جاوز هذا التغير حده
الصحي ومن الواضح تجاوز هذه الحالة حدودها الصحية بسبب تكرار
الهضم كل يوم وبسبب تعاطي الجواهر الغذائية المضاعفة التركيب او غير
الجيدة التي تستعمل عادة فيترتب على ذلك ان النزلة المعدية الحادة تعد من
التغيرات المرضية الكثيرة الحصول جداً ولهذا السبب كان من الواضح
ايضاً ان الارتقاء المرضي لحالة صحية يزدول ويعود بسهولة أكثر من تغيرات
اخرى مخالفة بالكلية للاحوال الصحية ولذا كانت النزلة المعدية الحادة عند
المسك بالقواعد الصحية اللاتفة والمعالجة الجيدة اقل مكثاً وأسهل شفاً من
غيرها من التغيرات النزلية للاغشية المخاطية الاخرى

ثم ان الاستعداد للاصابة بهذا المرض يختلف باختلاف الاشخاص فمنهم من
يصاب بسرعة بالنزلة المعدية من التعرض لاثرات رديئة ومنهم من يحصل
هذه الاثرات بدون شمر ومنهم وهو كثير من يكون استعداده للاصابة بهذا
المرض بكثرته متعلقاً بتناقص في افراز العصير المعدى اذ به يحصل حصول
تخللات غير طبيعية في المعدة وهذا هو السبب الغالب في حصول التخللات
المعدية وبهذا السبب ايضاً يتناقص افراز العصير المعدى يشاهد كثرة
استعداد الاشخاص المصابين بامراض حادة لهذا المرض والقول بأنه يوجد
في جميع الاحوال الحمية نزلات معدية من المبالغات المتجاوزة الحد فان كلا
من نقطية اللسان وفقد الشهية عند المريض المحموم لا يترتب عليه وجود
تلك النزلة نعم حيث انه في كل حي يحصل بارتقاء درجة الحرارة ازدياد في
التخثير المائي بواسطة الجلد والرئتين فلا بد وأن يتناقص افراز اللعاب
ويستتبط من ذلك تناقص افراز العصير المعدى ايضاً وهذا الحكم لا يثبت

عجبر دمة قارنة العصير المعدي بغيره من الافرازات بل ايضا بالمشاهدات
 اللاراسكوبية للطبيب (يومن) وعلى هذا اذا لم تحصل مراعاة هذا الامر ولم
 تحترس المرضى الاحتراسات اللازمة في ابراء التدبير الصحي الغذائى
 الموافق لتناقص افراز اللعاب والعصير المعدي لا بد وان تحصل نزلات
 معدية ثقيلة واغلب المضاعفات المعدية التى تشاهد مدة سير الامراض
 الالتهابية كالالتهاب الرئوى وغيره ينتج بدون شك من اهمال التدبير الصحي
 الغذائى

وكذا فزيادة الاستعداد للإصابة بالنزلة المعدية الحادة فى الأشخاص
 المنهوكين ذوى التغذية الرديئة يظهر انها ناشئة عن تناقص افراز اللعاب
 والعصير المعدي او يكونهما ضعيفين غير كافيين فى الهضم اذ بذلك يسهل
 تحلل المطعومات وفسادها ومن القواعد المطردة انما متى تناقصت كمية الدم
 حصل تناقص فى افراز العصير المعدي كغيره من الافرازات وحيث ان
 التسكون انطوى التمسيل وحيث فى المنهوكين يكون متناقصا والقوة الحيوية
 لجميع الخلايا منخفضة كذلك فلا شك انه فى مثل هذه الاحوال تنقص كل
 من كمية اللعاب والعصير المعدي ولا يحتوى الاعلى فليس من الجسيمات
 الدفاعية او العصبية المعدية ذات الخاصية التخثيرية الضعيفة واد ايشاهد
 كثيرا فى الناقهين نزلات معدية بكثرة عند تعاطى مطعومات لا تضر بهم فى
 وقت آخر بسبب ضعف تأثير كل من اللعاب والعصير المعدي وعدم تحلل
 المواد الغذائية فتحللا تلاما بحيث يبقى جزء منها فى المعدة فاسدا ومثل ذلك يقال
 فى الاطفال المنهوكين فاسما انصاب بالنزلة المعدية عند تعاطى كمية من لبن الام
 ارباب البقر مخففة بالماء لا تضر بغيرهم من الاطفال اقويا البقية المماثلين
 بهم فى السن

وأقل من ذلك وهو فى التوريبه اذ يزداد الاستعداد للإصابة بالنزلة المعدية
 فى الأشخاص الذين يصرفون جهدهم مع غاية الاحتراس من جميع المنبهات
 الغير الطبيعية فان الأشخاص الغير المعتادين على تعاطى بعض المشروبات
 الروحية والاطفال الملاحظ عليهم استتدبير الغذائى بغاية الضبط يكثرون
 حصول النزلات المعدية متى أهمل تدبيرهم الصحي ولو بسيرا بخلاف غيرهم

من الاشخاص المعتادين يومياً على تعاطي قليل من المشروبات الروحية
والاطفال المعتادين ايضاً على تعاطي الاغذية المتنوعة العسرة الهضم فيندبر
فيهم حصول التزلة المعديّة وبالجملة يشاهد ايضاً زيادة الاستعداد للاصابة
بالتزلة المعديّة فيمن اصيب بهذا الداء مراراً

وأما الاسباب المتعممة لحصول التزلة المعديّة فمنها ادخال كمية عظيمة جدا من
الجواهر الغذائية في المعدة ولو مهله الهضم في حد ذاتها وقد اثبتنا فيما مر
الى ان حصول التزلة المعديّة في مثل هذه الحالة لا يكون ناشئاً عن امتلاء
المعدة بل عن تأثير متحصلات التخليل والفساد الحاصل من عدم كفاية كمية
العصير المعدي المنقري في هضم الجواهر الغذائية الموجودة في المعدة ولذا
لا يشاهد حصول التزلة المعديّة عقب زيادة امتلاء المعدة بدون واسطة بل
لا تشاهد اعراض هذه التزلة الا في اليوم التالي ليوم حصول الامتلاء
المذكور

ويندر تعاطي كمية من اطعموات زائدة عن الحد بالنسبة للبالغين والاشخاص
المتفطنين بدون معتق بخلاف الاطفال الحديثي القطام فانهم لا يستشعرون
بالشبع فيقرطون في الماء كل متى أمكنهم ذلك افر اطعمو جبال زيادة امتلاء
المعدة خصوصاً الاطفال المنوعيين من ذلك مع شدة الاحتباس ومن
المعلوم ان الاطفال الرضع لا يدركون الاحساس بالشبع فتراهم ينردون
اللبن متى وجدوه الى ان تمتلئ معدتهم زيادة فاذا تقايؤوه زال هذا الامتلاء
الزائد ولم يبق في المعدة الا ما يمكن هضمه واذ لم يتقايؤوه بقي هذا الامتلاء
فيصابون بالتزلة المعديّة ولو كان ما تعاطوه من الطف الاغذية ومما اشتهر بين
اقوابل ان الاطفال الذين يتقايؤون اللبن بسهولة يحفظون صحتهم فلا يكثرون
تعرضهم كغيرهم

ومنما تعاطى الجواهر الغذائية العسرة الهضم ولو بكمية متوسطة وفي هذه
الحالة ايضاً لا تؤثر هذه الجواهر الغذائية تأثيراً مهيجاً في الغشاء المخاطي
المعدي بل المؤثر متحصلاً لتجديدها وفسادها التكوّنة عند عدم تمام هضمها ثم
ان عسر هضم الجواهر الغذائية يتعاقب في الغالب بشكها فان ذوى الشراعية
وعديبي الاسنان وان ادخلوا في معداتهم جواهر غذائية مهله الهضم في حد

داتها لكن على حاله بما يعسر تشربها بالعصير المعدي لقله تجزى الاغذية
وتخلل العصارة المعدية في جميع اجزائها ومن المعلوم ان صفار البيض الشديد
الاستواء اسهل في الهضم من بيضه وذلك لان الاقل يسهل تجزئته في القم
مهولة عظيمة دون الثاني فلا تيسر تجزئته الى جزئيات صغيرة الا بعسر عظيم
فاذا حصل ازدراده قبل ذلك كان عسرا نهضم وكذلك اللعوم الشخصية
وامر اقمها الالسة فانه كثيرا ما ينشأ عنها نزلات معدية لكن ليس هذا ناشئا
كثاثة العادة من عسر هضم الشحوم بل من عوق تشرب اللعوم بالعصير
المعدى واختلاطه بهذه المواد الالسة فيعسر هضمها ولا تذكر هنا جميع
الجواهر العسرة الهضم التي ينشأ عن تعاطيها ولو بتعداد لا تليق بزلات معدية
مخافة من طول الكلام

ومنها وهو كثير جدا ادخال جواهر غذائية آخذة في الفساد قبل وصولها
الى المعدة فانه يمكن حصول النزلة المعدية في الباقيين من تعاطي اللعوم
الاخذة في التعفن ومن البوزة الغير التامة التخمير ونحو ذلك ويحصل
في الاطفال بسبب كثرة من تعاطى اللبن الذي ابتدأ فيه تخمر الحضر اللبني ولذا
تتبع تغذية الاطفال تغذية صناعية مدة الصنف لكون فساد اللبن في
هذا الفصل سريع الحصول فاذا لم يتطاف فم الاطفال تنظفها جيدا وأعطى
لهم اللبن في ثدي صناعى لاجل عدم صراحتهم يمكن ابتداء فساد لبن البقر
بل ولبن الام ولو حدث في القم (ومن المعلوم انه يلزم الدقة في تنظيف اناء اللبن
المراد حفظ اللبن فيه عن الفساد وتنقيته من الجزئيات انقاسدة التي توجد
فيه عادة حتى يتحصل على هذه الغاية) ومتى ابتدأ فساد اللبن المحتوية عليه
المعدة أثرت في اللبن الطارئ ولو جيدا مهما أمكن كسب بحيث انه يقصد بسرعة
وسنذكر فيما سياتى ان الجواهر الاخذة في التخمير يمكن انما تحدث في جدر
المعدة فسادا ولينا بعد الموت ومثل هذا التأثير وان كان لا يقع على المعدة مدة
الحياة بسبب الدورة الدموية والتبادل العنصرى السريع في تلك الجدران الا
انه ليس من المعتمد عن العقل ان الطبقة البشرية ذات التغذية القليلة القوة
تستمددة الحياة بتأثير يحصل المعدة الاخذة في التخمير وان تعرى الغشاء
المعاطى من طبقة البشرى الحافظة له يؤدي لافراز غير جيد فيظهر ان

اعراض التي موالاسهال مدة الحياة ولبس المعدة بعد الموت لا ينتج عن متصل
تخمير الحض اللبني اعني حض اللبنيك بل عن فعل التخمير نفسه ويستنتج ذلك
من كون اللبن المذوق الذي استحاله سكره اللبني الى حض لبنيك استحالة تامة
يمكن تناوله بجملة دار عظيم بدون ان ينتج عنه ادنى ضرر للاطفال الكبار و
البالغين وان اللبن المعدى المذوق يمكن حدوثه في معدة بعض الحيوانات
بعد فصلها منه جائم ابالبن الحديث وتعريضها لدرجة حرارة لطيفة واحداث
اللبن بتمذه الكيفية فيما أسهل منه اذ عملت بجوارض مختلفة

ومنها وهو كثير - صوابها عقب تهيج الغشاء المخاطي المعدى بواسطة
المطعومات الحارة او الباردة جدا والجواهر الدوائية والكول والاقاويه الا
ان تأثير الكول كلما كان أقل خفة كان أكثر ضررا وأما الاقاويه ونحوها
من الجواهر المبهية فان استعمالها بقدر قليل نبت حر كالهضم وأجريت
على حصوله بازدياد افراز اللعاب والعصير المعدى بطريق الانعكاس وان
استعملت بقدر عظيم زاد التقييه المذوق وزيادة مجاوزة للحد فتؤدي
لحصول التورمة المعدية

ومنها حصولها من ادخال جواهر تعوق القوة الهاضمة للعصير المعدى
أو تضعف حر كالمعدة وتبطلها ومن الواضح ان كلامنا من هذين التأثيرين
يؤدي اقصاد المواد الهضوية عليها المذوية والافراط في المشروبات لوجية
زيادة عن تأثير الكول المهيج للاواسطي في الغشاء المخاطي المعدى من
قبيل هذه الاسباب واذنا تشاهد مواد اقل في اليوم التالي ليوم الافراط
في المشروبات الروحية متكونة من مواد طعامية غير منضمة تكاد
لا تكون متغيرة بالكيفية ومن قبيل هذه الاسباب القدرات سبب المركبات
الاقوية فانها تضعف حر كات المعدة وتعوقها عن مزج المطعومات
بالعصير المعدى وبطول بنائها يحدث نزلات معدية كما يشاهد ذلك بكثرة
عقب استعمال مقدار عظيم من هذه الجواهر

ومن هنا قد تحصل من تأثير البرد الا ان حصولها منه أقل من حصول نزلة
المسالك الهوائية به

وبالجمله كثيرا ما تشاهد نزلات معدية بكثرة بدون اسباب معروفة في ازمنة

مخصوصة بتسلطن الحالة المرضية الوباتية المعدية كما ان الامراض المختلفة
في ازمسة هذا التساكن تتضاعف بزلات معدية بدون سبب واضح ومن هذا
القبيل النزلة المعدية الوباتية المصعوبة بجر كحجية قوية والمتمدة الى القناة
المعوية فتحدث ما يسمى بالهيمضة الافرادية واما النزلة المعدية العرضية
للتسم في الدم فتسلك عليها في مجاهها

• (الصقات التشريرية) •

سدر مشاهدة آثار النزلة المعدية الحادة في الرمة ومنى أمكن ذلك شوهد
الغشاء المخاطي المعدى محمرا احمرارا نقطيا بسبب الاحتقان الخفيف
ومنسرجه رخو واسطحه الظاهر مغطى بمادة مخاطية لزجة والغالب أن لا
يشاهد في المعدة تغير في الاطفال الذين هلكوا باعراض الهيمضة الطفلية
ولاغرابة في ذلك فان الاحتقان الشعري للاغشية المخاطية غير المعدية
الذي تحقق وجوده مدة الحياة بالنظر بزول ولا يبقى له أثر بعد الموت وان
استرخاء الغشاء المخاطي وانفصال بعض أجزاء من طبقاته البشرية اللذين
يتميزان بيبالاقراز المعدى المعوى الغزير الذي يحصل في الهيمضة الطفلية
كثيرا ما يمتنى علينا رؤيتهما بعد الموت بحيث لا يمكن مطلقا اثبات وجودهما
مع التأكيد ولذا كانت المشاهدات الاواسطية التي اجراها (يومن) على
الغشاء المخاطي المعدى في حالة ناصورية معدية عند القيس (مرتين
السكنديارى) مهمة جدا من حيث رؤيته التغيرات التشريرية التي تحصل
في الغشاء المخاطي المعدى عند التهابه التهابا نزليا ورية لاواسطية وذلك انه في
مثل هذه الحالة منى حصلت نزلة معدية عقب امتلاء المعدة امتلاء مفرطا
بجواهر عسرة الهضم او عقب الانراط في الشروبات الروحية يشاهد
الغشاء المخاطي في ابتداء النزلة المذكورة محمرا احمرارا شديدا ومرصعا
يقع جرابية محمرة مغطاة بمواد مخاطية لزجة محتلمة في بعض الاصقار باآثار
تلية من الدم وعند تقدم سير هذه المرض تشاهدهم موكفة في الطبقة المخاطية
ويتم انقراز العصير المعدى بالكامة بحيث يكون اغلب السائل الخارج
من الناصور المعدى متكونا من مواد مخاطية قنط او مخاطية صديديية
ذات خواص قابلية ثم بعد يسير من الايام يزول كل من الاقراز المخاطي

والخواص القليلة للمواد المحترقة عليها المعدة وحينئذ يكسب الغشاء
المخاطي المسمى خواصه الطبيعية

واما لين المعدة الذي يشاهد في رمة بعض الاطفال فهو وان كثر تشخيصه
مدة الحياة وتبين ان الصفة القشرية موصولة وكذله وشرح بعضهم اعراضه
شرحاً وافحماً وشوهدت احوال مرضية مطابقة للشرح المذكور بالكيفية
ليس الاظاهرة رمية دائماً فان الاوصاف التي طبقت على لين المعدة عيّن
ارصاف الهيمضة الطائفة والصفات القشرية التي زعم انها موصولة
للتشخيص توجبها في غاية السهولة وذلك انه متى مات طفل كان مصاباً بقية
واسهال عقب تخمر غير طبيعي في المعدة ولم يزل موجوداً فيها جواهر آخذة في
التخمر فالخمر لا تنقطع حركته عند برودة الجثثة ببطء او حيث ان المعدة في
هذه الحالة لا تقاوم ذلك التخمر عقب انقطاع الدورة الدموية فيها تشترك في
حركة الفسادتين كما تلين المعدة المنفصلة من حيوان بامتثالها باللين
ووضعها زماناً يسيراً في محل قليل الحرارة ولذا ترى الاطباء الذين يقولون بان
لين المعدة ظاهرة رمية يحكمون بوجوده في الجثثة متى مات طفل باعراض
الهيمضة الطائفة وكان متعاطياً كمية من اللبن او غيره من الجواهر السهلة
التحال والفساد قبل الموت بزمن قليل

ثم ان (روكيثافسكي) الذي لا يقول بان لين جدران المعدة ظاهرة رمية في
جميع الاحوال قد قسمه الى شكلين الشكلى الهلامي والشكلى الاسود
فالاول منهما يكاد يطبق القول ان يبتدىء دائماً من قاع المعدة ويمتد بالتدريج
الى قوسها العظيم وأقول شيئاً يلين الغشاء المخاطي ثم يمتد اللين الى الطبقة
العضلية ثم الى الطبقة البريتونية وحينئذ تستحيل جميع اغشية المعدة الى
هلام سنجابي فقط او سنجابي محض ارب الى الصفرة شفافاً تتدفق فيها احيانا
اشربة مسخرة موازية للاوعية الدموية الواقعة في اللين ايضاً ثم متى
انصلت الطبقات الباطنة اللينة لقاع المعدة وجد هذا القاع مقوساً من
مجرد البريتون الذي يكون على هيئة طبقة رقيقة مهلهلة القزق فينتد المدة
اللينة تمزق من ادنى امساليه ليبدو تدوير بين الاصابع بل قد توجد المعدة
تمزقة ومتحصلاً منسكباً في تجويف البطن وهذا اللين لا يقتصر على المعدة

دائماً بل قد يمتد الى الجنب الجانبي وقد يكون الجنب المذكو ومنقوباً
 فيسكب محتصل المعدة في التجويف الايسر للصدر
 وأما الشكل الثاني اي الاسودالين المعدة ففيه لا يستحيل جدران المعدة الى
 مادة هلامية شفاقة بل الى عجينية سوداء او مسهرة وهذا التغيير يتكون متى
 كانت الاوعية الشعرية للمعدة ممتلئة بالدم وطراً على اللين والاشربة
 المسخرة الناشئة من تغير الاوعية العائقة والدم المحتوية عليه تلك الاوعية
 في الشكل الهلامي تنشأ عنها عن نفس هذا التغير في الاوعية الشعرية
 وما احتوت عليه من الدم

والادلة التي تثبت اننا ان لين المعدة انما يحصل عقب الموت او عند التزعزاع اقل
 ما هنالك اي في الزمن الذي يسلك كل من الدورة والتبادل العنصرى في
 الجدران المعدةية يكون مفقوداً فيه هي

أولاً ان لين المعدة يكاد يوجد على الدوام في قاع المعدة الذي تكون فيه
 المتحصلات الحمضية المعدةية متراكمة ولا يشاهد في الجزء البوابى الا اذا كانت
 البلهة مائلة الى الجانب الايمن بحيث تجرد المتحصلات الحمضية المذكورة
 اليه

ثانياً ان لين المعدة يشاهد في جثة نهوض الاطفال الذين لم يكن فيهم مدة الحياه
 اذ في علامه من علامات اضطراب وظيفة المعدة وكانوا قد تعاطوا قبل الموت
 بقليل ابناً او ماء محلى بالسكر او جواراً اخرى سائلة التخمر

ثالثاً ان المشاهدات المألوفة من انه في الاحوال التي توجد فيها جدران المعدة
 متمزقة عند فتح البلهة وتصلها بمنسكبها في تجويف البطن لم يظهر فيها مادة
 الحياض اذ في عرص من اعراض التهاب البريتون ولا أثر تغيرات تشريحية
 برتوية عند فتح الرمة

رابعاً ان ما يؤيد ذلك اخيراً ما ذكرناه من التجارب التي بها يمكن احداث
 لين صناعى في جدران المعدة المنفصلة من حيوان

• (الاعراض والسير) •

اول ما تكلمنا على اعراض النزلة المعدةية الحادة القليلة الشدة المحسوبة
 بجر كحبة خفيفة والمكونة لاصابة يومية تقريباً والناشئة في الغالب عن

الخارج المواد المحترقة على المعدة فتغير اقربا وضعيفا وتكون ذات رائحة وطعم حامين ومختلطة بمواد مخاطية كثيرة غالباً وقد يتكرر القيء بعد فترات مختلفة طويلاً وقصراً وكلما طال مكث الطعامات في المعدة كانت مواد القيء عادة مرة الطعم مخضرة اللون بسبب اختلاطها بالماء قراء

وينضم لأعراض سائلة التلبك المعدي الشديد أعراض تهيج شديد في الغشاء المخاطي المعوي غالباً فيحصل أسهال غزير من مواد مائية مخضرة مصحوب تارة بمغص وتارة لا ويحس المريض دائماً براحة عقب القيء والأسهال بل قد يشق بالكليّة بعد يسير من الأيام وقد يشهد كل من القيء والأسهال اشتداداً عظيماً بحيث يذأ عنه ما يسمى بالهَيْضَة الْاِفْرَادِيَّة

والهَيْضَة الْاِفْرَادِيَّة عبارة عن شكل من النزلة المعدية الحادة التي تمتد إلى المي وتتمصف بارتشاح غزير من مواد سائلة قليلة الزلالية في المعدة والمي ومثل هذا الارتشاح المائي يحصل في الدور الأول من الألمات النزلية لاغشبية مخاطية غير غشاء المعدة سيما الغشاء المخاطي الاثني بكثير جداً حتى انه لا مانع من اعتبار التغيير المعدي المعوي الناشئ عنه كل من الهَيْضَة الْاِفْرَادِيَّة ومعظم أعراض الهَيْضَة الْاَسِيَّة تغيرات زلالية يؤدي بسبب امتداد حصول أعراض لا تشاهد في غيره من الألمات النزلية

وهذا المرض يحصل في فصل الصيف غالباً وحينئذ يصيب عدداً كثيراً من الأشخاص في آن واحد ويندر أن يحصل في فصل غير الصيف من سوء التدبير المعوي ويندر أيضاً أن تسبق التوبة الهَيْضِيَّة أعراض مقدمة والغالب أن يصاب المريض به دفعة واحدة مدة الليل بأن يحس بضغط متعب في القسم الشراسيفي يلاوه بسرعة غشيان وفي من مواد طعامية غير منضجة في الابتداء ثم يخرج بعد ذلك بتكرار القيء كمية عظيمة من مواد سائلة خفيفة الاستقرار اوضاربه إلى الخضرة ذات طعم مر وبعد ذلك بقليل يحس المريض بقرقر في البطن ثم يتبرز برازاً متكرراً من مواد رخوة هيجنية في الابتداء ثم من مواد سائلة يخرج منها في زمن يسير كمية عظيمة جداً وكلما زادت كميته اقل تلونها فان الصفراء المنصبة في المي بكمية الطبيعة لا تسكني لتلويين جميع الارتشاح المرضي وفقد الدم لكمية عظيمة من الماء فينتج عنه عطش شديد

جدا لا يطفى بتعاطي معة مدار عظيم من المشروبات الانطفاء وقتيا والمواد
 السائلة بمجرد وصولها الى المعدة تنقذف من اعلى او من اسفل بالقيء او
 الاسهال اللذين يتكرر وصولهما كل ربع ساعة تقريبا وبذلك تزداد كثافة
 الدم والافرازات سيما الافراز البولي فانه يتناقص او يمتنع بالكلية بسبب فقد
 السائل الضروري لتكوينها وتمتص السوائل الثلاثية من جميع المنسوجات
 فيجف الجلد ويحول امتلاؤه ويضهر المريض وتغير سخنة ويتسبب الاتق
 وتغور العين بسبب جفاف المنسوجات السائلة للجواين وبذلك يتناقص
 حجمه ويتضم هذه الاعراض انقباضات عضلية مؤلمة خصوصا في سمانة
 السابقين مع انه يكاد لا يوجد ألم في البطن وعند انضمام هذه الانقباضات
 العضلية المؤلمة الى الاستقرات المتسكونة من سائل عديم اللون عاتم فيه
 ندف من خليات بشرية معوية شبيهة بما يغسبيل الارز والشعير تتشكل
 الهيمزة الافرادية بصورة مشابهة بالكلية لشكل الهيمزة الباقية الهندية
 ومع ذلك يندر مشاهدة زوال ضربات القلب والنبض زوالا تاما ومشاهدة
 اللون السيانوزي اى المزرق للجلد وبرودته وبرودة القاعمة كما يشاهد ذلك
 دائما في الدور الاسفكسي للهيمزة الهندية ثم ان شدة الاعراض وهبوط
 المريض وانحطاطه والخطر الظاهر وان بلغ جميع ذلك ما بلغ لا ينبغي
 للطبيب ان ييأس مادام محققا ان المرض ليس وبائيا اى ليست الهيمزة
 هيمزة وبائية هندية اذ من المعالوم ان الشخص البالغ السليم البنية يكاد
 لا يموت من الهيمزة الافرادية والغالب ان يمتنع القى والاسهال بعد تيسير
 من الساعات ويندر ان يستمر الى اليوم التالي ليوم الاصابة فيصير الجلد حارا
 ويكتسب امتلاء ثانيا ويحصل للمريض نوم وهو في حالة الاضمحلال ثم
 يتشكى بعد ذلك بتعب عظيم ويندر ان تتلوو به الهيمزة اعراض الحمى
 المعدية ويندر جدا ان تفتى هذه الحالة بالموت فان حصل ذلك فلا يكون الا
 للاشخاص المهوكين او المرضى من قبل او للاطفال او التسبب وخو حيث قد
 فشل الحمى ويمتنع القى والاسهال لكن مع استمرار الارتشاح ويحول النبض
 وتضعف حركات القلب شيئا فشيئا وتكدر الحواس وتملك المرضى في حالة
 انحطاط

وأما الالتهاب المعدي التزلي الحاد للإطفال الرضع فهو ذو أوصاف مخصوصة
 ناتجة عن تغذي هؤلاء الإطفال بلبن الأم أو البقر فاما الدرجسة الخفيفة لهذا
 الالتهاب التي يسببها الاضطراب الهضمي الى تخضير الاغذية كما قاله الملم
 (بيد تار) لا تغير مرضى اولى ولا ثانوى في جدران المعدة ويسمى بها بسوء الهضم
 فتكون الحالة الظاهرة للإطفال قليلة التغير وانما تكون أكثر ما هنالك فيها
 تعاملها شرحه باهتسة اللون بهاته خشيفة واسمهم محاطة بم التمنطلة ويكاد
 يحصل لهم دائما بعد الرضاعة بزمن يسير في من لبن غير منعقد انهقادا
 صصا ونوع هذا التي من الاعراض الموهمة فينبغي تمييزه عن التي ذي اللبن
 المنعقد الناتج عن امتلاء المعدة فان انعقاد اللبن اى شبيهه في التي الصصى
 للإطفال لا يدل على ان اللبن صار حضا بل على ان الصارة المعدية اثرت فيه
 تأثير صصا حتى انعقدت المادة اللبنية وأما عدم انعقاد اللبن المنعقد بالقي
 فيدل على عكس ذلك اى على وجود افراز غير طبيعي في المعدة ويؤدى لترجيع
 وجود نزلة معدية وبعد ظهور هذا التي بتقابل او معه تصير الاستقراعات
 المعوية غير طبيعية وقد يقد التي بالكلية وتكون صفة هذه الاستقراعات
 هي العرض الوحيد للنزلة المعدية بان تكون من سائل ذي خواص حضية لونه
 مخضرا او اخضر مفرور ومن تعقدات مختلفة الصلابة بيضاء اللون شبيهة بالقي
 تشاهد في اللبن عند ما يمتريه تغيرات من استطالة مكته خارج الجسم وذلك
 يثبت لنا ان العصير المعدي لا قوة له على هضم اللبن كما لا قوة له على انعقاد بقاء
 وكل من التي والأمهال التسالى لضجر الإطفال وصريحها والمجذب
 اطرافها السفلى نحو البطن يتكرر بقترات مختلفة المدة وكثيرا ما يتغير لون
 الاستقراعات وقوامها

ثم تارة وهو الغالب يزول التي مما قليل من الايام و بعدم اللبن غير المتضم من
 الامتقراعات البرازية وتعود الإطفال الى صحتها وتأخذ في النمو تانيا وتارة
 يحصل زمنا فزمنيا من مواد حضية الرائجة من لبن سائل غير متضم
 او مستحيل الى كتل صلبة وعمزوج بمواد مخاطية ويكثر الاسهال وتكون
 استقراعاته سائلة رقيقة غزيرة جدا ذات لون مصفر قاقع او مخضرم مبيض
 في غالب الأحوال وكثيرا ما يسبج في سائل الاسهال بعض ندق مصفرة

او محضرة تبنى متشبهة بلقافة العنقل و برشح السائل من تلك اللقافة و يترك
 فيها بقعا عظيمة رطبة عديدة اللون و رائحة الاستفرغات البرازية و بقية
 خواصها تكون حينئذ حمضية و قد يتغير بدون سبب معلوم لون الاستفرغات
 البرازية بسرعة احيانا فانه قد ينفذ بلحاة كثة عظيمة من مواد مسخرة جدا غروية
 رخوة ذات رائحة كريهة ثم ان هذه الاشكال القليلة من النزلة المعديّة
 المعوية التي سماها المعلم (سيدناور) بالاسهال العنقلي تورث الاطفال المخطاطا
 عظيماسريعا فتفسير مصنتهم و تنقبض انقباضا تامليا و حماة قلبه من الايام
 تتكسر و توجد اعينهم من طبقة نصف انطباق غالباً عائرة في الخجاجين و تزرق
 شفاههم و ايديهم و ارجلهم و يصير الجسم سيما الظهر رمية عايقع مرمرية
 و تكون حرارة الجسم متوزعة توزعا غير منتظم فيكون الجذع سيما البطن ذا
 حرارة لا تطاق و الوجه و الاطراف باردة و البروايح تفسد و تورعها بسبب
 تناقص امتلاء او حية الدماغ فتضيق بل يخسف كل من الجهة و العظم
 المؤخرى اسفل العظمين الجداريين و تضعف حركات العنقل و تعسر رضاعته
 بحيث يترك الثدي بسهولة الا انه يشرب الماء بشراهة كبيرة و يتبدل
 صراخه الشديد الذي يسبق التبرز عادة باثنين ضعيف تدريجيا و يكون في
 فترات اوقات التبرز ذاحلة تعاسية خفيفة و من الاطلاق من يملات عند ازدياد
 الاخطاط و قد يحصل له قبل الموت يسير نشجات و اعراض اخرى ناتجة عن
 انيميا الدماغ (المعروف بالايديروسقا الويد اعني شبه الاستسقاء الدماغى) ثم
 اذا شرع هذا المرض في السير الحميد تناقصت الاستفرغات المعديّة تدريجيا
 و صارت طبيعية و زال الاخطاط و استوى توزع الحرارة العامة و شفى
 الطفل الا انه يبقى عنده استعداد عظيم للنكسة

واما اذا ظهرت الاعراض المذكورة بسرعة عظيمة و كثرت تكرار التبرز
 و حصل للاطفال في يسير من الساعات اخطاط عظيم قبل ان تحصل الصفاة
 العظيمة و كان ذلك مصحوبا بتناقص عظيم في حرارة الجسم العامة و انضم
 لذلك علامات تكاثف الدم يسمى ذلك بالهيمضة الطاقية و كثافة الدم تعرف
 اولاً بما ينتج عنها من العطش الذي لا يكاد ان يطاق حتى ان الطفل يتنظر
 لانا الماء بشراهة عظيمة و اذا اعطى له اسكبيديه اما كاقوا و يشرب

ما فيه حتى يفرغ وثانياً بتضاح اعراض السياتوز وثالثاً بضيق خاص في التنفس حتى ان بعد الصدر والجناب الخارج تكايد مجهودات عظيمة بدون ان يعرف بوجود عائق للتنفس سوى صعوبة مرور الدم المتكاثف في الاوعية الشعرية للرئتين وقد يهلك الطفل باعراض الهبضة الطفلية المذكورة في يسير من الساعات وقد تضي نوبة الهبضة الطفلية عليه ولا يبقى فيه الا شكل خفيف من النزلة المعدية وقد يعقب نوبة الهبضة المفزعة شفاء تام بعد يسير من الزمن

• (التشخيص) •

اما تمييزا النزلة المعدية الحادة التي تظهر على صورة تلبك معدى عن غيرها من اضطرابات الهضم فسنذكره في المبحث العاشر من هذا الفصل
واما الهبضة الافرادية فلا يمكن تمييزها تمييزا كلياً عن الهبضة الهندية اى الوباقية الناتجة عن تأثير ميازما في هيمى فان اعراضها ليست متشابهة فقط بل اعراض الهبضة الافرادية عين اعراض الاحوال المتشابهة من الهبضة الهندية ولا فرق بين هذين المرضين الا بان نصف المصابين بالهبضة الهندية يهلكون واما المصابون بالهبضة الافرادية فيكاد يشفى جميعهم وكثيرا ما تشبه الهبضة الافرادية بالتسمم الا انه يندر ان تكون مصطلحاً بالام شديدة جدا كالتسمم بالحوامض او بالاملاح المعدنية ويندر ان يحصل في التسمم استقراعات غزيرة جدا بخلاف الهبضة الافرادية فلا يندر فيها ذلك ومتى استطالت مدة المرض واتضح في مدة سيره ظواهر اعتيادية وجب مراعاة الاحوال التي تدل على وجود السم
واما النزلة المعدية الحادة الحاصلة للاطفال الرضع وكذا امهاتهم فلا يسهل اختلاطهما بغيرهما من الامراض

• (الحكم على العاقبة) •

الحكم على عاقبة النزلة المعدية الحادة بالخطر والسلامة يستقبط شرحه من سير هذا المرض وذلك ان البالغين السليمي البنية من قبل يكادون لا يهلكون بهذا المرض اصلا واذا تسكروا تسكروا كما انها احتمال بسهولة الى الحالة المزمنة واما الاطفال فالنزلة المعدية الحادة وتساخنها بالنسبة لهم تعد من الامراض

الخطرة جدا بحيث يهلك الطفل بها ولومع المعالجة الدقيقة

• (المعالجة) •

معالجة هذا المرض تنقسم الى واقية وسببية ومعالجة المرض نفسه ومعالجة عرضية

فاما المعالجة الواقية للنزلة المعدية الحادة فشرحها يصحح الى تطويل فاما لو اردنا ذلك لزمانا نذكر جميع قوائين التدبير العصى لكن بما تقدم يتضح انما انه ينبغي تجنب حصول النزلات المعدية الاعتناء التام في تدبير غذا بعض الاشخاص كالمحمومين والناقهين وحديثات الولادة والرضع فاما الاطفال الرضع فينبغي دائما ان يعطى لهم اما لبن الام او المرصعة اذا تبسر ذلك وان اقتضى الحال تغذيتهم بلبن البقر ويجب ان يراعى في ذلك قوائين صحية مهمة يعرف اغلبها مما تقدم منها ان يكون اللبن جيدا اى حديثا بحيث يكون محلويا في اليوم الواحد مرتين بالاقل ومتى ظهر فيه ادنى حوضة ويجب غليه في الحال لمنع استحالة السكر اللبني الى حمض اللبنيك ويمكن ان يضاف لمثل هذا اللبن قليل من الكربونات القلوية حتى يصير متعادلا او زائدا القلوية قليلا فان في ذلك فائدة عظيمة ومنها ان لا يكون اللبن مأخوذا من البقر المغذى بالكسب ونحوه بل من البقر المغذى بالبرسيم ونحوه من المراعى الجيدة ومنها ان يكون مخففا متحقيقا كافيابا يضاف اليه في الربع الاول من السنة الاولى قدر ثابته من الماء وفي الربع الثاني يضاف اليه قدر ثلثه ومنها ان يعطى اللبن في ازمة منتظمة غير قصيرة جدا وفي الاسابيع الاولى من الولادة يعطى للرضيع الممص الزجاجي ذوا الحلة المرة الشبيهة بحلة الثدي كل ساعتين وبعد ذلك يعطى له كل ثلاث ساعات ثم كل اربع ساعات وكلما كانت فترات التعاطى قصيرة ويجب ان تكون الكمية المعطاة صغيرة ومنها ان تنظف الاواني التي يشرب منها الطفل وكذا فمه تنظيفا جيدا وقلتها ون في هذه الاحتراسات ربما يؤدي حصول النزلات المعدية واما القسك به اعياه القسك فقد يحفظه من النزلات المعدية اقله من كثرة حصولها

واما المعالجة السببية فتستدعي في الاحوال التي تكون فيها النزلة المعدية مسقرة بسبب تناول المطعومات المضرة او الجوهر الغذائية الاخذة في

الفساد والتحليل استعمال مقي ثم ان بعضهم قد فرط من جهة في استعمال ذلك في التزلة المعديّة الحادة كما أهمل بعضهم من جهة أخرى في استعماله اهما لا زائدا عن الحد فانه اذا وافق الطبيب على تطلب المريض او يجرم بمجرد اخباره باحساس بضغط وامتلاء في القسم الشراسيقي وبتعطي اللسان ورائحة الفم بان عنده تلبكات معدية وأمر للمريض في جميع هذه الاحوال بعرق الذهب والطرطير المقي فلا بد ان تستعمل مدة المرض غالباً التعريض المدة المريضة من قبل تاثير سبب مضر بدون استياح الى ذلك كما ان من المضر خوف الطبيب المفرط من تاثير الجواهر المقيشة حذراً من كونها تحدث اسهالاً ومن كونه يمكن ان يشاهد عقب استعمال الطرطير المقي المستطيل التهاب معدى يجرى ومن نظريات غير صحيحة في تاثير هذه الجواهر فان من يزعم ذلك من الاطباء يكون قد نسى ان تهيج المعدة الذي ينتج عن تاثير الجواهر المقيشة فيها ليس مضر اولاً متلقاً عادة كحالات على ذلك التجارب اليومية للطب العملي وبجهد التجارب المقيدة للمعلم (ماجندى وبودجه) التي ثبتت بها ان تاثير عرق الذهب المقي والطرطير المقي ليس نتيجة التهيج الشديد الذي تحدثه هذه الجواهر في جدران المعدة بل هو نتيجة دخولها في الدم واختلاطها به وان (ماجندى) المذكور تيسر له احداث التقيان بواسطة الحقن بالطرطير المقي في الاوردة ولو بهد تعويض المعدة بمخانة

ففي جزم الطبيب بان المعدة محتوية على مواد فاسدة فيان دل على ذلك اتفاخ قسم المعدة وصوت القرع على هذا القسم وتخشى غازات وسوائل تترك براحتها وطعمها الاطعمة التي في المعدة وسوغت حاملة المريض استعمال هذه الواسطة القوية تترك بدون تاخير استعمال المقي والاجودان يؤخذ جرام من عرق الذهب وقلعة من الطرطير المقي ويعطى ذلك المقعد اربعة واسدة وخروج المواد غير المنهضمة الفاسدة وان أمكن بسرعة من المعدة بدون المقي وبدون ادنى ضرر وكما أشرنا لذلك لا يحصل دائماً فان هذه الجواهر الفاسدة كثيراً ما تمسكت في المعدة زمن طويلاً وتحدث بوصولها الى الامعاء اضطرابات مستمرة ثقيلة ففى أمكن تخليص المعدة من تلك الجواهر التي تحدث فيها تهيجا مسهراً وأممكن ايضاً صيانة المعى عن تاثيرها المضر يلزم ان لا يخشى الطبيب

من التهييج الوقتي الذي تحدثه الجواهر المقيمة في المعدة وأما إذا امتنع الطبيب
من اعطاء المقي في مثل هذه الحالة وأمر بدله بجرعة من المغنيسيا المكسدة
كما هو جار الاآن بكثرة كان ذلك بلا شك هو السبب في استتالة المرض كما
يحصل في الاحوال الاخرى التي يعطى فيها المقي بدون احتياج اليه ثم ان
الحى المتوسطة الشدة التي تصحب النزلة المعديّة لا تمنع من استعمال المقي
وأما إذا كانت شديدة جدا وشك الطبيب في كونها ابتداء حى تيفوسية
ويجب عليه ان لا يعطى المقي فان التيفوس ربما اكتسب سيرانقا بلا استعمال
في الاحوال التي فيها يعطى ابتداء مقيتات او مسهلات

وأما المعالجة السببية فانها في النزلة المعديّة البسيطة لا تستدعي استعمال
المسهلات الا اذا وصلت المطعومات القاسية الى الحى وفتح عنها اتقاخ غازي
في البطن ومغص خفيف ونزوح غازات كريهة الرائحة وغيرها من
اعراض الامتلاء المعدي المنذفع الى اسفل ففي مثل ذلك تعطى المسهلات
اللطيفة خصوصا الراوند او متقوع السننالمركب ويوصى في مثل هذه
الحالة خصوصا اذا اصطحبت بتكوّنات حمضية غير طبيعية في المعدة بجرعة
من المغنيسيا المكسدة (بان يؤخذ منها نصف اوقية على غمان اواق من الماء
ويعطى منها كل ساعة او ساعتين مل ملعقة من ملاعق الاكل) فحدث
ولا بد اسما الاخفقا فحينئذ تفضل عن الاملاح المتعادلة

وأما ان حصلت في المعدة تكوّنات حمضية غير طبيعية وظهوراتها حافظة للنزلة
المعدية بان استحوالت الجواهر النشائية الى حمض لينيك وسميك او حصل
تخمر تحلى في المعدة عقب تعاطى البوزة او النبيذ ولم تسوخ مكابدات
المرىض الخفيفة اعطاء مقي فان المعالجة السببية تستدعي استعمال
القلويات الكربونية والمستعمل بكثرة هو ثاني كربونات الصودا فيعطى
منها كل مرة من ست قعات الى عشرة مصهوقة او محلوقة واذا اريد اعطاء
ماد كرساتلا على الشكل المعروف بماء الصودا فليكن الماء المحفوظ في الخازن
محتويا على بيكربونات الصودا - حقيقة لا مكوّنات فقط من حمض الكربونيك
والماء كما هي العادة في تكوين مياه الصودا على مقتضى الدستور الاقرباذ في
الانجيزي

وكثيرا ما يتخلف في المعدة قليل من الجواهر الاخذة في الفساد ولو مع الاستقرات المتكررة من اعلى ومن اسفل والقلاويات المستعملة ايضا وان كانت ذات قوة على تعادل الحوامض المتكوثة في المعدة لا قوة لها على إيقاف حركة الانحلال اى الفساد الحاصل في هذه المواد ومنع تكون متصلات حمضية جديدة وهذه الجواهر المتخلفة في المعدة الاخذة في الفساد تسرى حركة انحلالها وفسادها الى المطعومات الجيدة فتحصل الاغذية غير المضرة الى جواهر مضرة بالغشاء المخاطي المعدى خصوصا في الاطفال الذين تشاهد قديم هذه الحالة بكثرة جدا فالعلاج السببية في هذه الحالة تستدعى إيقاف فساد الجواهر التي تبقى في المعدة ولو بعد النقي والاسهال والحصول على هذه الغاية عسر وكثيرا ما تعجز عنه صناعة الطب ففى علم الطبيب ان السبب الغالب للاسهال في الاطفال هو الفساد اى الانحلال الغير الطبيعى لما احتوت عليه المعدة والامعاء التضع له توجيه النتائج المضرة بما يلتزم اذا لم يراع فيها غير النزلة المعدية والمعوية ومن المعلوم انه يعسر إيقاف التخمر من الابتداء وغيره من حركات الانحلال خارج الجسم وايضا الوسايط التي تستعمل لذلك خارج الجسم عادة لا يمكن استعمالها جميعها لايقاف التخمر والفساد اللذين يحصلان في باطنه اذ لا يتيسر لنا تخفيف ما احتوت عليه المعدة ولا جعله في درجة حرارة مرتفعة جدا أو منخفضة كذلك بحيث يقف تخمره وفساده بل بعض الجواهر التي تستعمل مضادة للتخمر ذات تأثير سمي في الجسم لكن لو اعتبرنا الجواهر العديدة المختلفة الخواص التي تستعملها الاطباء على سبيل التجربة او العقل في اسهال الاطفال وقيئهم مع الصباح العظيم احيانا لوجدنا انها جواهر تستعمل ايضا خارج الجسم لايقاف التخمر وغيره من انواع الفساد والانحلال واغلب هذه الجواهر استعملت في اسهال الاطفال القلاويات الكرونية والحوامض المعدنية خصوصا حمض المرياتيك والزئبق الحاو وتترات الفضة وكذا التين والسكر يوزوت والجوز المقي ومن الجائز ان بعض هذه الجواهر لا سيما تترات الفضة والتين ذات تأثير جيد في الغشاء المخاطي المعدى المعوى لانها تلطف درجة احتقانه بسبب خاصية القيص التي فيها

الآن اغلبها خصوصاً الزئبق الحلو لا يؤثر هذا التأثير في الغشاء المخاطي
 الممدى فلا يمكن توجيه التجارب الذي يعقب استعمالها الا يكونها توقفاً سرورة
 الاثلال والفساد الحاصلة في الجواهر المحتوية عليها المدة فتعد حينئذ من
 المعالجة السببية فعلى هذا معنى وجد الطيب طقلا مصاباً بنزلة معدية تخفيفه
 تعرف بالقيءات الخاصة بهذا المرض وباختلاط مواد البراز الحضية بالبن غير
 متضخم ويجب عليه ان يأمر للطفل بالحمية القاسية التي سبقت بيانها في شرح
 معالجة المرض نفسه بالقلاويات الكربونية التي هي الطب الجواهر السابق
 ذكرها بشرط ان تكون ممزوجة بقليل من الراوند على شكل السقوف
 المائزى الراوندى الكثير الاستعمال فان كانت النزلة ثقيلة وكان الاسهال
 شديداً كان استعمالها على شكل الصبغة الراوندية بأن يأمر له بالبرعة
 القديمة المشهورة المكونة من درهمين من صبغة الراوند وثلاث عشرة نقطة
 من محلول كربونات البوتاسا واوقيتين من ماء الككمون ودرهمين من
 الشراب البسيط ويعطى من هذا الخليط على ملعقة صغيرة عدة مرات في
 اليوم فان لم تفر هذه الطريقة ودام فساد الجواهر المحتوية عليها المدة
 وازداد الاسهال وجب اعطائه دار صغير من الزئبق الحلو كما هو الممدوح
 في معالجة اسهال الاطفال من منذر من طويل والعادة ان يعطى منه عن قعدة
 او ربع قعدة مرتين او ثلاثة في اليوم والمعلم (يدينار) مع تقضيه الزئبق الحلو
 في مثل هذه الحالة عن غيره من الجواهر العلاجية يعطى منه مقدار اعظم
 من المقدار المذكور ويكرره في اليوم أكثر من التكرار المتقدم ما زجاله
 بمقدار قليل من الجلبة وكيفية ذلك ان يؤخذ

- | | | | |
|---|--------------------------------|---------------|-------|
| } | من الزئبق الحلو المجهز بالجوار | ٤ | قحعات |
| | من مسحوق جذر الجلبة | ٢ | قحعات |
| | من السكر الابيض | $\frac{1}{3}$ | درهم |

يعمل ذلك مسحوقاً ويجزأ الى ثمانية اجزاء متساوية في اوراق ويعطى منه
 كل ساعتين ورقة سقوفاً مع قليل من الماء الا ان هذه الطريقة لا توصل الى
 الغاية المطلوبة في جميع الاحوال فكثيراً ما يبس قرا الاسهال والتي ولو مع
 الحمية القاسية وتكرار استعمال سقوف الزئبق الحلو وبينتذ لا تصح

المدائمة على اعطاء هذا الجوهر الشديد التأثير ولومع ندرة ما ينتج عنه من
 الالتهاب القوي الرئوي بسبب استقرار التيء والاسهال اللسدين يمنعان
 امتصاصه بكثره بل بكمية قليلة جدا كما يظهر فيضطر الطبيب في مثل هذه
 الحالة ترك الجواهر التي تأكدت جودتها بالتجارب ويتجنى لاستعمال
 غيرها ولودات التجارب على انه أقل منفعة مما تقدم وقد يتفق ان تصير
 الطيب يلجسه لاستعمال جوهر بعد الاخر فينتقل من جوهر الى آخر
 تنقلا تجر مبيلا تعقليا وليس هناك أدلة واضحة يستدل بها على تقصير
 استعمال نترات الفضة مثلا او التين او حمض الكلورايدريك او صبغة
 الجوز المقبي والغالب ان الطيب يتدنى باستعمال ما ظهر له نجاحه في آخر
 مرة علاج فيها مريض غير المريض الذي يدهم والذي تفضله وتأمر باستعماله في
 الاحوال ذات التيء الغزير والعطش الشديد جدا والاستقرات الهرازية
 المائية الغزيرة هونترات الفضة لكن بقدار قليل جدا (بان يؤخذ من

نترات الفضة المبلورة } $\frac{1}{4}$ قحمة
 ماء مقطر } ٢ اوقيتين

ويوضع هذا المحلول في زجاجة سوداء ويعطى منه كل نصف ساعة او ساعة ملء
 ملعقة صغيرة) وكذلك جرعات صغيرة من الماء الجليدي فاذا فقد التيء مع
 استقرار الاسهال وكان غزيرا فالاجودان يعطى التين ان لم يثمر الرئوي المحلول
 (بان يؤخذ من التين $\frac{1}{4}$ جرام فيصلى في ٣ اواق ماء مقطر
 ويعطى من هذا المحلول ملء ساعة صغيرة كل ساعتين)

واحوال هذا المرض المستتبله غير الخطينة يؤمر فيها باستعمال حمض
 الكلورايدريك في محلول غروي واما استعمال صبغة الجوز المقبي
 والكريونوت وصبغة الحديد فدلائله مجهولة واما النزلة المعدية الناشئة
 عن تأثير البرد فتستدعى معالجتها السببية الاتجاه الى الوسائط المعركة واما
 الناشئة عن مؤثرات وبائية غير معروفه فلا يمكن اجراء ما تستدعيه المعالجة
 السببية فيها

وأما معالجة المرض نفسه ففيها ينبغى الاعتناء الكلي بالتدبير الغذائي مع
 تجنب استعمال الاستحضارات الدوائية بكثره فقد دلت التجارب على ان

استحسان الغشاء المخاطي المتزايد عن الحالة الطبيعية المعهوية بازدياد الافراز
المخاطي وغيره من التغيرات الغزبية يعود بسرعة الى حالته الطبيعية متى زالت
الاسباب التي احدثت ارتقاء الاحتقان في الغشاء المخاطي احتقاناً مرضياً
واجتبت الاسباب المضرة التي تستبقه وحيث كان من الثابت ان اللفظ
المطعومات يحتفظ الاحتقان التزلي في الغشاء المخاطي المعدي ويجب على
الطبيب منع المريض المصاب بهذا المرض من الماء كل رأساً فياً امره بالصوم
زمتاً معلوماً ولا بد من التمسك بهذا الاحتراز خصوصاً في شكل النزلة المعدية
التي تظهر على صورة التلبك المعدي وكثيراً ما يلاقى الطبيب عمراً في تيم
امره هذا فان شأن الامهات ان يعسر عليهن منع الطفل من الاغذية
ولو زماناً قليلاً كما ان البالغين المصابين بنزلات معدية يميلون لتعاطي
الماء كولات المبلطة الطريقة وان لم يحسوا بالجووع وكلمت الطيب على
الاحتقان عن الاكل تحصل على النتيجة العظيمة لكن اذا استطلت مدة
المرض وكان مصطباً بجمركه حمية وخشى من ازدياد النهوكة بسبب تمادي
الحركة الحمية وجب عليه امر المريض بالماء كولات سائلة فانه يقل تفسيه للغشاء
المخاطي المعدي بهذه المثابة وعليه ان لا ينسى في مثل هذه الاحوال ان
العصر المعدي صار قلوباً بسبب اختلاطه بالمواد المخاطية وقد معظم قوته
المهاضمة ولذا ينبغي منع استعمال الجواهر الغذائية التي تحتاج في تناولها
لمصارمة معدية حضية كاللبن والبيض واللحوم واعطاء الاغذية القشائية
مادامت العلامات الدالة على تكوّنات حضية غير طبيعية موجودة
فالشربة الكاذبة اي المائية غذاء لطيف للمصابين بنزلات معدية
مستطيلة

ومن العسر جداً على الطبيب اجراء التدبير الغذائي في الاطفال المصابين
بنزلات معدية ناتجة عن فساد يعسر ايقافه في الجواهر المحتوية عليها المعدة
او محفوظة بها فان اللبن مع كونه غذاء لطيفاً طبيعياً للاطفال يصير في مثل
هذه الحالة مضر جداً فانه يفسد بسرعة وحينئذ يتعسر الطبيب في اعطاء
جوهر غذائي غير اللبن واتحاب بجواهر غذائية لا تفسد في المعدة في مثل هذه
الحالة ولا تستحيل الى مواد مضرّة اذ من المؤكد ان المطبوخ الغروي من

الشعير او القمح او الاروروط او لباب الخبز يسد بسرعة كسرعة فساد اللبن ويستعمل الى متصلات حمضية فعلى الطبيب حينئذ في معالجة مثل هذه الحالة مع النجاح ان لا ينسى ان الاطفال لا تمكث من البلوع ولو اقطع عنهم الغذاء يوما او يومين واعطى لهم بدله الماء بدون ان يضاف اليه السكر كما يفعل غالباً وهذا امر مهم للغاية فينبغي القسك به ومتى زال القيء والاسهال بهذه الطريقة واستعاض الدم المتكاثف ماء مشوهد زوال انقطاع الطفل بسرعة بحيث يظهر ان الاطفال الجياع عادت اليهم قواهم وحينئذ يتبدأ باعطاء قليل من اللبن المخفف واذا لم يحصل الطفل ذلك وخيف من استئطالة الحمية عليه وجب ان يعطى له بعض ملاعق من خلاصة اللحم المجهزة بطريقة وضع قطع اللحم الصغيرة في زجاجة مسدودة سداسي كابدون اضافة ماء اليها ثم توضع تلك الزجاجة في قدر مملوء بالماء المغلي بجملة ساعات

واما الوسائط العلاجية المضادة للالتهاب فلا يلجأ اليها في معالجة النزلة المعدية في حدوداتها الانادرا والغالب ان يستغنى عن الاستقرائات الدموية العامة والموضعية واما التبريد فيمكن استعماله بنجاح في النزلة المعدية الشديدة المصحوبة بتيء او عطش شديدين ولذا اوصى الاطباء في احوال الهيضة الافرادية والطفولية باستعمال الماء الجليدي شرباً او باستحلاب قطع من الثلج ووضع الكمادات الباردة على البطن وضمان تكرار بسرعة

واما استعمال الملح النوشادوي في النزلة المعدية فمذبول بعدم منفعة هذا كثر مما ذكرنا في النزلة الشعبية ولا يرتكن الى القول بتأثيره المضاد للحالة النزلية في النزلة المعدية الحادة فتماطيه حينئذ لا يبرهن الا على تماثل المرض واما استعمال حمض الكربونيك في معالجة النزلة المذكورة فممدوح للغاية ويعطى على شكل المساحيق او اللبونات الغازية القوارة والمياه الحمضية الكربونية والعادة ان يحصل عقب تماطيه حمض الكربونيك في المعدة فحشو بسرعة وبذلك يظهر انه يخرج من المعدة غازات اخرى موجودة فيها فيحصل عقب ذلك راحة وقتية ومع ذلك فلا يقال ان حمض الكربونيك المعتبر ذاتاثير مهيج قد لطف الاحتقان المعدى وانه ذو تأثير لا واسطى في الشفاء

السريع للنزلة المعديّة

وعكس ذلك يقال في القلويات الكربونية فان ايصالها للمعدة يحصل به تناقص في تماسك المواد المخاطية المنقرضة وسهولة في انقذاقها ولذا ينبغي لاعتنا باعطائها في الادوية الاخيرة من النزلة المعديّة بقطع النظر عما تستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض في استعمالها كما تقدم ذلك ويظهر زيادة على ذلك ان القلويات الكربونية تزيد في افراز العصير المعدي كما دلت عليه تجارب كل من المعلم (باتدلو وفرير بكس) التي تأكد منها انه بعد تماطي القلويات الكربونية يتكون عصير معدي حضي بحيث لا يحصل تعادل القلي فقط بل ان العصير المعدي يكتب صفة حضية بسرعة والاجود ان تعطي القلويات الكربونية في احوال التلبك المعدي على شكل ماء الصودا او على شكل صبغة الراوند المائية

واما المعالجة العرضية فيندران تستدعي وسائط غير السابقة والاعراض التي تلحظنا في الغالب لاستعمال وسائط غير السابقة هي التي والاسهال عند اشتراك المي والمعدة في المرض فانهما ان كانا حقيقين لايجوز انما لاستعمال وسائط مخصوصة وان كانا ثقيلين جدا كما في الهبضة الافرادية والطفلية ونجح عنهما فقد عظيم في مائة الدم وتكاثره صار مهددين للحياة فيستدعيان وسائط علاجية مخصوصة واكثر هذه الوسائط استعمالا في التي والاسهال لثقلين الاقيون لكن لا يعلم يقينا ووجه ايقاف الاقيون للتي والاسهال ولا اعتباره مضادا لهما فان قيل انه لايجوز ان لايجوز الاثمل سر كات المي وبذلك يقل عددا لاستفراغات بدون ان يلطف افراز الغشاء المخاطي قلنا هذه المنفعة وهمية والذي يظهر حقيقة ان الاقيون كما يؤثر في سر كات المي يؤثر ايضا في تناقص افراز الغشاء المخاطي المعوي ويجوز ان يكون هذا ناتجا عن ذلك ولذا اذا لم يؤثر في الهبضة الافرادية الماء الجليدي الذي ذكرنا انه ذو تأثير جيد في التي الشديد وتكررت فيها نوب الاسهال بسرعة شديدة يجب اعطاء الاقيون بمقدار نصف قعقة كل مرة امامه صحتا او على حالة صبغة سواء كان مجزدا او منقضا غيره من الجواهر المتعشة والاقيون وان كان ينبغي التوقف في استعماله في الطب العملي للاطفال لاسيما واعطاء هذا الجوهرا لا يستدعيه

كل من المعالجة السببية لهذا المرض والمعالجة المؤسفة على طبيعته قد يلجأ
الى استعمال مقادير صغيرة منه في الهبضة الطفلية متى صارت الاستقرارات
شديدة جدا وكما ازداد الهبوط في الهبضة الافراذية والطفلية وصار النقيض
مفسيرا والمخفضت الحرارة ووجب ان يعطى مع ذلك وسائط منبهة بان يعطى
للمرضى مقادير من النيذا والايثير والقهوة وتستعمل مع ذلك اللبخ النردلية
من الظاهر

وهناك احوال قد يحصل فيها تراكم كمية عظيمة من المواد المخاطية في المعدة
مما يسبب النزلة المعديّة ولومع استعمال القلويات وهذه المواد التي هي
متصلة النزلة المعديّة يمكن ان يكون فسادها سببا لاستمرار هذا المرض
استمرارا مستعصيا او سببا في استطالة النقاها وتذكر الهضم عقب انتهاء
هذا المرض ففي اتضح للطبيب في ادوار النزلة المعديّة الاخيرة بحركات
التقايي المتعبسة التي تنفذ في ازمنا فزمننا كمية عظيمة من مواد مخاطية
ويقتد الشهية ويطال النقاها ان هناك مواد مخاطية متراكمة في المعدة ووجب
عليه اعطاء مقبي

• (المبحث الثاني في النزلة المعديّة المزمنة) •

(كيفية الظهور والاسباب)

الالتهاب المعدي النزلي المزمن تارة يحصل عقب النزلة المعديّة الحادة متى
استطالت مدتها او تكررت نكساتها وتارة يحصل من ذاته ابتداء واسباب
النزلة المعديّة المزمنة هي غالباً من اسباب النزلة المعديّة الحادة فمن ان جميع
المؤثرات المضرة التي تحدث الاخيرة تنشأ عنها الاولى متى استطال تأثيرها
او تكررت خصوصا استطالة الاقراط في المشروب والروحيّة فانه السبب
العالم للنزلة المعديّة المزمنة والكول يزداد تأثيره المضر كلما كان أكثر

تركزا ولذا ترى الاثناض المدمنين للسكر يصابون بهذا الداء كثيرا
ومنها ان النزلة المعديّة المزمنة تكون متعلقة في كثير من الاحوال باحتقانات
احتباسية في اوعية الغشاء المخاطي المعدي والعاتق الذي ينشأ عنه احتباس
الدم قد يكون مجلسه الوريد الباب ولذا ترى جميع امراض الكبد التي يفتج
عنها ضغط الوريد الباب وتفرعاته تصطب دائما بنزلات معديّة مزمنة وقد

يكون مجاس العائق بعيدا عن الكبد وهو الغالب فان جميع امراض القلب والرئتين والبلبورا التي تعوق استقراغ دم الاوردة الاجوفية تعوق أيضا انصباب دم الكبد والمعدة كما هو كذلك في تلك الاوردة ولذا كثيرا ما تشاهد النزلة المعديّة المزمنة في أحوال الانقباض الرئوية وسيرور الرئتين والآفات العضوية للصمامات القلبية كما يشاهد سبب انوز الجلد العام في جميع هذه الاحوال فان هاتين الحالتين تخصلان بكيفية واحدة ومنها ان النزلة المعديّة المزمنة كثيرا ما تعقب السلس الرئوي وغيره من الامراض المزمنة وقد ذكرنا فيما تقدم ان المصابين بالسلس الرئوي كثيرا ما يشكون باعراض النزلة المعديّة لا باعراض مرض الصدر ويتجهون الى الطبيب في معالجة النزلة المعديّة دون السلس الرئوي ومنها ان النزلة المعديّة تعقب دائما سرطان المعدة وغيره من الاستحالات المرضية لهذا العضو

• (الصفات التشريحية) •

الغشاء المخاطي للمعدة في النزلة المعديّة المزمنة يشاهد غالبا اللون الأحمر ضارب الى السمر او مسنجابي كما يشاهد ذلك في غيره من الاغشية المخاطية متى كانت مجاس النزلات مزمنة وهذا اللون ينشأ عن نزف من الاوعية الشعريّة الصغيرة في جوهر الغشاء المخاطي واستحالة المادة الملونة للدم الى مادة هيمنتية وبديل الاحتقان الرفيع الذي يشاهد في الغشاء المخاطي المعدي المصاب بالنزلة الحادة يوجد في النزلة المعديّة المزمنة تقرحات وعائية غليظة غالباً بل وتعددت دوالية في بعض المجالس ويكون الغشاء المخاطي زيادة على ذلك متزايداً في السموكه بسبب ضخامة قيسه كثيراً ما تشاهد في الحالة الطبيعية وذاتيات بارزة متعددة وان لم تكن الالياف العضلية للمعدة منقبضة عقب البرودة الرميّة وقد يشاهد في بعض احواله ارتفاعات اسفنجية رخوة ناتجة عن ضخامة غليظة وكثيرا ما يشاهد فيه بروزات متعددة منقصة له عن بعضها بيازيب سطحية وهذه الحالة تعرف بالحالة الخلية الغشاء المخاطي المعدي وتتلوق غالباً بضخامة جزئية في هذا الغشاء تتمدد فيها بعض الغدد المعديّة والنسوج الكائن بينها وقد تتعاق هذه الحالة على رأى

(فريركس) بجمعات ضخمة مستديرة في الفسوج انطوى تحت الغشاء
 المخاطي او ينفذ بعض الاجزى المسدودة المتكاثفة وعلى رأى (بود) بامتلاء
 الغدد المعدية باقراز محتبس والتغيرات التشرىحية المذكورة يكثر وجودها
 وقتئذها في الجزء البوابي من المعدة وماذا الا الكثرة وجود الغدد
 المخاطية في هذا الجزء والسطح الباطن من هذا العضو يكون مع ذلك مغطى
 بمادة مخاطية مبيضة سنجابية لينة متشعبة بجدران المعدة تشبهاً بما يتناويزه
 عن هوكة الغشاء المخاطي وكثافته قد يستحيل كل من المذسوج انطوى
 تحت هذا الغشاء والطبقة العضلية الى مادة ضخمة يبلغ سمكها قليلاً من
 الخطوط وقد يبلغ نصف قيراط وان يزداد هوكة الجسد المعوية بتعلق بضخامة
 بسيطة فيها تتولد ألياف عضلية تولد اجياداً ويحصل ازدياد في ألياف
 المذسوج انطوى تحت الغشاء المخاطي وبين الألياف العضلية والطبقة
 العضلية الخشنة عندئذها تكون على هيئة مادة سنجابية باهتة صخرية رخوة
 كاللحم تمتد فيها من الظاهر الى الباطن حواجز خلوية تنكس بها هيئة مدرجة
 وقد يكون الجزء البوابي للمعدة جميعه خصوصاً البواب نفسه متغيراً بهذه
 الكيفية وقد تكون هوكة جدران المعدة قاصرة على بعض اصقار ومكونة
 لتعدت بارزة وبسبب هوكة جدران المعدة عقب تضخمها قد يحصل ضيق
 عظيم في البواب ربما يعقبه تمدد عظيم في المعدة

• (الاعراض والسير) •

المريض في النزلة المعدية يشكون غالباً باحساس بضغط وامتلاء متعب في
 القسم الشراسبي في يزداد عقب الاكل لكن يندران يرتقي الى درجة الايلام
 الشديدة ومقي ظهر الايلام المذكور عقب الاكل وكان القسم المعدى
 شديد الاحساس عند الضغط ترجح أن النزلة المعدية ليست بسيطة بل
 مضاعفة بتغيرات عضوية تميزها في المعدة وزيادة عن الاحساس بالامتلاء
 بوجود القسم المعدى اذا اتفاح ناشئ عن امتلاء هذا العضو بالغازات
 وبالطعومات التي تكتف فيها زناطاً ويلاحظ ان الغازات التي تكتف في
 المعدة المسابة بالنزلة المعدية المزمنة معظمها ناشئ عن الفساد الذي يهترى
 الطعومات بسبب ان العصير المعدى الذي صار قلوباً لا قوة له على هضمها هضمها

طبيعيًا وعن تأثير المواد المخاطية فيما احتوت عليه المعدة كخميرة غير طبيعية ومما يساعده على حصول الانحلال غير الطبيعي في النزلة المعدية المزمنة كون الطبقة العضلية للمعدة مع ازديادها وكثافتها مشلولة في وظيفة تيسب ارتشاحها ارتشاحًا أو ذمًا أو يافًا فإن المعدة متى ضعفت حر كانت ما مكثت الاطعمة فيها زيادة عن مكثها الاعتيادي فباعتبار سبب ذلك التفساد فينبغي دفع من المعدة زمنًا فزمنًا بواسطة التجشؤ وغازات ذات تركيب كثير كريب الغازات التي تتكون في النزلة المعدية الحادة وجم هذا التجشؤ وهو أحد الاعراض الملازمة للنزلة المعدية المزمنة يصل الى القيم زيادة على الغازات بعض مواد من متصل المعدة ذات طعم حضي أو زخج نارًا تزود وتارة تنفذ بالصق وتكون من اللبن أو السمك الماشي عن استحالة الشائبات استحالته غير طبيعية يصل في النزلة المعدية المزمنة الى درجة عظيمة حدًا بحيث ان السوائل الحضية الطريقة المذرفة في المريء والبلعوم بالتجشؤ ينتج عنها في مثل هذه الاحوال احساس بأحسنة تراقبها يسمى بالتجشؤ الحديدي الحمضي

وقد ينضم للاعراض المذكورة في النزلة المعدية المزمنة فيمكن هذا العرض ليس ملازمًا له هذا المرض دائمًا بل لا يحصل فيه عادة الا نادرا وقد اتت مشاهدات الشهير (فريركس) الذي ارشدنا الى أغلب ما نعرفه في اضطرابات الهضم على ان المواد الكربونية المائية في أحوال النزلة المعدية المزمنة تستحيل احكامًا الى مادة لزجة خيطية تشبه الفصغ كالمادة التي لا تسدر كونها عندئذ تخرج اللبن خارج الجسم وقد لا تكون مواد التي متمكنة الامن مقسار عظيم من هذه الجواهر الخاطئة عن الازوت التي تستقرغ بمركات في عنية. وتكون على صفة مادة لزجة خيطية وقد ينفع بالقي مادة مخاطية حقيقية مع مادة سائلة نقية وهذا النوع من التي يشاهد في أحوال النزلة المعدية المزمنة للسكري ويسمى بقى الصباح وقد امتحن المع (فريركس) المذكور هذه المواد بالدقة فوجد لها ذات خواص قلووية في العالب وذات وزن خاص خفيف ومحتوية دائمًا على مركبات رويدانية وتنبه به هذا اللفظ آت من لفظ رويدون وهو معدن هو هذا الاسم لان

من كانه المحية ذات لون أحمر وردي) وانه اذا أضيف اليها مقدار عظيم من
 لسكول رسب منها مادة مبيضة ندفية تحيل النشاء بسرعة الى مادة سكرية
 وهذه الخاصية لهذا السائل تدل على انه ليس آتيا من المعدة بل من الغدد
 اللعابية وقد ذكرنا فيما سبق ان تميجات الغدد وامراضها ينتج عنها ازدياد في
 افراز اللعاب فمن الواضح حينئذ ان اللعاب المتزايد الذي يزدرد تدريجيا في أثناء
 الليل في النزلة المعدية للسكارى هو الذي يستقر غ في الصباح ويندرج في
 النزلة المعدية البسيطة اى غير المضاعفة ان تنقذ المواد الغذائية المزودة
 تانيا متغيرة تغيرا مختلفا قوة وضعفان - حصل ذلك كانت في الغالب مختلفة
 بكمية عظيمة من مواد مخاطية وكانت ذات رائحة كريهة وطعم حريف
 بسبب اختلاطها بمحوض السنيك ومحتوية تارة على تكونات مخمصة وصية
 ميكروسكوبية تسمى بالسرسينا المادية (وهو اسم اواد نباتية طقيلية) وهذه
 المواد تكون ذات كمية عظيمة متى وجدت في المعدة وأبست الأنواع من
 النباتات الابلية اى النباتات المائية او القطر المائى وهى مكونة من خليات
 قطرها واحد من اربعمائة او بالاكثر واحد من مائتين من الخط وذات اسطحة
 منقسمة الى مسافات دقيقة مربعة وكثيرا ما تكون منضعة الى بعض اوجرى
 ان هذا النبات الطفيلى هو السبب في فساد ما احتوت عليه المعدة وتخلله
 تحللا غير طبيعى كما هو شأن المواد النباتية القطرية الضمرية غير صائبة
 لوجودها حيا نافي المعدة السليمة غير مصهوبة بطواهر التحللات غير طبيعية
 والاحساس بالجوع يكاد لا يوجد دائما عند المصاب بالنزلة المعدية المزمنة وان
 كان ذلك الحافة عظيمة وجسمه مخنجا لتعويض ما نقص منه احتياجا عظيما
 فالمرضى يكاد لا يتعاطى اغذية مطلقا الا بالاحاح عليه وتارة تنفخ شهيته
 لاكل الا انه يحس بالتسبب سريرا ولو بعد تعاطى يسير من الاغذية وتارة
 يحصل في بعض الاحوال خصوصا المعهوية بتكونات حمضية كثيرة
 احساس مؤلم في قسم المعدة وانما لا يتحصن ان الابدع تعاطى قليل من
 اطعموات واذا يسمى هذا الاحساس في العادة بالجوع الكلبى او المحرق
 والعطش في هذا المرض ما لم يكن معه وباجمى لا يكون متزايدا بل متناقصا
 مثل الاحساس بالجوع عاليا

وان امتدت النزلة المعديّة الى تجويف القم غالباً شوهد معها اعراض النزلة
 القمية المزمنة فيكون اللسان مغلي بطبقة سميكه اذا اتبعها جات سنية جانبية
 وطم القم تقها جعينا ورائحته منتنة تقنا مختلفا كثيرة وقلة وكل من تطاقت
 اللسان وقد باقى علامات النزلة القمية المزمنة لا يدل على سلامة المعدة
 وقد عتد النزلة المعديّة في كثير من الاحوال الى المي وحينئذ يطرأ على الظواهر
 السابقة اعراض النزلة المعوية المزمنة وليعلم انه لا ينتج عن كل نزلة معوية
 اسهال فان جميعها لا يظهر بازدياد في الافراز المسائي والمهطاطي المعوي بل
 العادة ان يوجد اسهال الشمس مستعص اما بقوة او بضعف فان حركات المي
 تكون متناقصة جدا في النزلة المعوية كما تناقص أيضا حركة المدة في النزلة
 المعديّة وفساد بطواهر الغذائية التي تمكث حينئذ من اطوار يلا في المي يستمر
 فينشأ عنه اتفاح طبعلي وقرقر وتوتر في البطن ويخرج من المريض زمن
 فزمن اغازات تحدث عنده راحة وقتية ولذا كثيرا ما تنسب المرضى مرضهم
 لحالة التجمع الغازي في البطن

وتارة وهو كثير بعد التهاب النزلي الحاصل في الاثني عشرى الى القناة
 الصفراوية فتكتسب الصفرا حينئذ رقتص وسند كرقميا بعد ان اليرقات
 الناتج عن النزلة المعديّة الاثني عشرية اكثر اشكال اليرقان حصولا
 واما ما يخص الحالة العامة للمريض في هذا المرض فهي ان لا يوجد عادة ألم
 شديد في الرأس ولا تسكبر مؤلم في الاطراف ولا بقية الظواهر العامة
 المصاحبة للنزلة المعديّة الحادة بل تصطب النزلة المعديّة المعوية المزمنة
 بتغيرات نفسية مع حالة كآبة لا مانع من تسميتها بالايوشندارية لتعلق
 التنبيه الدماغي غير الطبيعي باحوال غير طبيعية في الاحشاء البطنية اذ لفرق
 بين التغيرات المذكورة التي تصحب النزلة المعديّة المعوية وبين غيرها من
 بقية اشكال الايوشندارية فان الجسم يكون موضوعا لافكار محزنة
 في كلتا الحالتين وقد شاهدت كثيرا في النزلات المعديّة المعوية عند بعض
 اشخاص يأسا عمويا وقلة اعتبار الشخص لمعرفة العقلية وبأسا من
 المظاهر الدنيوية وجميع هذه التغيرات زالت بزوال النزلة المذكورة وقد
 عالجت من مئذنين رجلا غنبا مصابا بنزلة معدية معوية مزمنة كان يظن

في اثناء مرضه انه كاد يفسد ولا يكمل بتمامه في شرع في بنائه اتوهمه انه
لاقدرة له على ذلك ثم بهدمه في حمام (كاد اسباده) مدة شهر عاد الى
الاحساس بقوام الاصلية وغناه فكمل بنائه به مع غاية الزخرفة ولم يزل في
صحة زينا طويلا

ثم ان التغيير الذي يعترى التكيس وعوفي الامتصاص بسبب الطبقة المقاطية
اللزجة المغطية لسطح المعدة والتي ينتج عنها اضطراب عظيم في التغذية
فيتمتص النخيم وتسترخى العضلات ويصير الجلد قويا ولا يندر ان تظهر تغيرات
اسكوريوطية كارتخا مسلم الاسنان وانزفته منها بل قد تشاهد ارتخاات
ويقع نزيفية تحت جلد الاطراف لكن يخشى من ارتقاء النفاثة الى درجة
عظيمة جدا فان تقدم النفاثة ربما يظن منه ان النزلة المعدية المزمنة تكون
عرضية تابعة لمرض آخر كالسرطان الذي يكون محدثا وحافظا لها ومن
المستغرب العسر الايضاح ما يعترى البول في هذا المرض من التغيير الكثير
الحصول فان اضطراب القائل وان نتج عنه تغير في صفات محتلات الجسم
كما هو معلوم لا يلم مطلقا على احتواء البول على كمية عظيمة من المواد الملوثة
السوداء ورسوبات من املاح بولوية يظهر كمية عظيمة جدا من فوسفات
الكلس في بول الأشخاص المصابين بنزلات معدية منمنة راجع ذلك في مجت
سوء الهضم

واما سير الربة المعدية المزمنة وانماؤها فيقال فيها ان الاعراض السابق
ذكرها كثيرا ما تستمر جلة اسابيع بل سنين مع تفاوت في شدتها
وتعاقبها والاحوال التي يمكن فيها ازالة سببها هذا المرض تنهى غالباً
المعالجة للاتفة بالثنا وقد يؤدي هذا المرض لتغيرات عضوية عظيمة في
المعدة سيما الحصول القرحة المزمنة لهذا العضو او الحصول التزيف المعدي
اذا كان ناتجا عن احتقان احتبائي ويندر بقطع النظر عن الامراض
التابعة ان يؤدي هذا المرض للموت وقد يوجد احوال فيها تلك المرتضى
عقب النهوكة والاستسقاء والغالب ان يكون هلالا المريض عقب
الامراض التي تضاعف النزلة المعدية المزمنة او بعض الامراض التي تحت
هي عنها وضخامة اغشية المعدة لا يمكن معرفتها مدة الحياة مادام قطر الموان

لم يحصل فيه ضيق بسببها ومثل ذلك يقال في الضخامة الخيلية للغشاء المخاطي
المعدى التي سبق شرحها

واما تضيق البواب الناشئ عن ضخامة اغشية المعدة فينتج عنه عسر عظيم
في مرور الاغذية من المعدة الى المي بحيث ان هذه المضاعفة تزيد في قوة
اسباب فساد ما احتوت عليه المعدة المصابة بالنزلة المعدية من المواد اى
الفساد لا الخلل الا غير طبيعي وبهذه الكيفية يعطل ارتقاء الامراض المنسوبة
الى فساد تحصل المعدة في النزلة المعدية كحبث وغازات ومواد سائلة ذات
طعم كريه وما يسمى بالحديد الحمى وشحو ذلك ارتقاء شديد جدا بحيث يصير أشد
ايلا للمريض عما يحصل في النزلة المعدية المزمنة البسيطة وينضم لذلك ان
لقى الذي يفقد في كثير من أحوال النزلة المعدية بل في معظمها والذي لا
يحصل الا زمانا فزنا يصير من العلامات الملازمة لتضيق البواب او يحصل
غالبا بانتظام عظيم اى عقب الاكل بساعتين او ثلاث وهذه الظاهرة قد تتغير
في بعض الاحيان متى اعترى المعدة درد عظيم جدا بحيث تجعل تراكم كمية
عظيمة من الاغذية وحينئذ لا يدرك ان يرتفع التي عمدة يومين او ثلاثة لكنه بعد
هذه الفترة تندفع منه كمية عظيمة جدا دفعة واحدة وعلى هذه الحالة
قد تنتظم أوقات التي نوع انتظام ثم ان مواد التي في أحوال تضيق البواب
تستعمل غالباً على مواد غذائية متفاوتة الانضمام ملتصقة بمواد مخاطية ذات
رائحة حضية او رائحة زنتخة كريهة جدا وتكون محتوية غالباً على كمية
عظيمة من حمض اللينيك وحمض السنيك ويكاد يوجد دقيماً اذا ما ايضا اجراء
نباتية طفيلية وهي المروفة بالسريينا فحينئذ متى وجد عند المريض تكونات
حضية عظيمة غير ممكن ان التهاوى متكرر ويجب ان يغلب على الظن وجود
تضيق في البواب ويتأكد التشخيص متى امكن اثبات وجود تمدد تابعي في
المعدة ربما يصير عتاجا جدا بحيث ان هذا العضو بلا معظم تجويف البطن
ويعرف هذا التمدد العظيم الحاصل في المعدة حينما يابوا اسطة البحث بالنظر
على قسم هذا العضو فانه حينئذ يتضح على هيئة بر ورساقت الى السرة او الى
اسفل منها وذي تحدد بل الاسفل وقد ذكر الشهر (ببرغر) ان المعدة
اذا كانت ساقتة بالكلية الى اسفل قد لا يشاهد قوسها العظيم وحده بل

يشاهد معه جزء متفاوت الامتداد من قوسها الصغير يكون مكونا اسفل
 مقعر المعدة الذي يكون اكثر انخسافا وسقوطا بر وزامتفاوت الوضوح
 عمدا من تضاريف الاضلاع الكاذبة من احدي البلهتين الى الاخرى
 ومقعر اقل سلا من الاعلى وقد تشاهد احيانا سركات المعدة التوجية غير
 المنتظمة من خلال الجدر البطينية وعند البحث بالجلس يرى الجزء البارز
 ذامقاومة قليلة تشبهها بعضهم بمقاومة الوسادة المحشوة هوامواتقاع القسم
 الشراسبي يزول او يتناقص متى تقايا المريض كمية عظيمة واذا كانت المعدة
 ممتلئة بكمية عظيمة من المواد الغذائية يكون صوت القرع في امتداد عظيم
 فارغا واذا كانت محتوية على كثير من الغازات كما هي العادة كان صوت
 القرع في المحل البارز ممتلئا ممتلا عظيما بل طيلياتا عاليا واذا غدير المريض
 وضعه تغير الحد الفاصل بين صوتي القرع الممتلئ والقرع خ وذلك لان المواد
 الغذائية تنحدر الى الاصغار الغائرة ثم ان الاعراض المذكورة وان كانت
 تدل على تضايق في البواب لايسوغ لنا الحكم بان هذا التضايق ناتج عن
 مجرد ضخامة في الجدر والمعدية الابعدا كما ان المريض ليس مصابا بغير
 هذا الشكل من التضايقات البوابية التي هي اكثر حصولا منه
 كالتضايق السرطاني والنسدي لهذا الجزء اي الناتج عقب شفاقرع
 من زمنة فيه

وانذار النزلة المعدية ينضج مما ذكرناه في سير هذا المرض ومن الامراض
 التابعة له التي تؤدي الى الموت كثيرا تضايق البواب فان المرضى كثيرا
 ماتهم لهذا المرض ولو بعد زمن طويل عقب ظهور النوبة والاستسقاء
 * (المعالجة) *

المعالجة العقلية في الالتهاب المعدى المزمن اعظم نجاحا منها في غيره من
 الامراض المزمنة
 وحدث ذكرنا ان المؤثرات المرضية التي تنتج عنها النزلة المعدية المزمنة هي
 المؤثرات التي تنتج عنها النزلة المعدية الحادة على اختلاف مدتها التأثير ليميق
 علينا الامر اجمع ما ذكرناه في البحث السابق من المعالجة السببية ولا تزيد
 عليه الاشياء سيرا فنقول

اما المعالجة السببية لهذا المرض فيندران تستدعي استعمال مقبي اذلا
 تمكاد توجد في المعدة اصلا جوهر مضرة تعتبر سببا لهذا المرض مستمر التأثير
 والغالب ان يجسد الطيب جدا من هذه الحبيبة مخالفة عظيمة من المريض فانه
 يعسر على الطيب جدا أن يفهمه ان الضغط الذي يحس به في المعدة غير ناتج
 عن جواهر ضاغطة على هذا العضو وان يفهمه أن اعطاء المقي لا راحة له
 فيه بل يزيد في مرضه وأقوى ما تستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض منع
 استعمال المشروبات الروحية اذا كان ادمان الافراط منها محسنا لهذا
 المرض او حفاظه ومن النادر نجاح أمر الطيب بالكف عن استعمال هذه
 الجواهر لكنه مع ذلك ينبغي له ان لا يتراخى في النهي عنها والمحرضون على
 القناعة في المطعومات والمشروبات الروحية والواصفون للنتائج المضرة
 الناشئة عن الافراط من ذلك وصفاة فترا بحيث يظهر على رؤس الاشهاد
 ما يحصل من التغيرات في معد السكارى وان كان لا غرة في تحريرهم ومن
 قبيل الاحياء من تنادى قديما يحصلون على بعض نتائج لا تذكر من تمكوار
 اصلا تحسهم قائما قد تمر عند بعض الافراد فاذا وجب على الطيب كما ذكرنا
 عدم التراخي في النهي عن ذلك ومما تستدعيه المعالجة السببية في النزلة
 المعدية الناتجة عن تأثير البرد المتكرر وتأثير الاقاليم الباردة الرطبة ايقاظ
 فعل الجلد بالتدثر بالملابس الدافئة واستعمال الحمامات الفاترة وشورها مما
 ماثل هذه الوسائط والنزلة المعدية المزمنة لنتيجة عن احتقانات احتباسية
 لا يمكن غالباً التمام ما تستدعيه دلالتها العلاجية السببية

واما معالجة المرض نفسه فن أهم الادوية التي التمسك بالتدبير الغذائي ومن
 حيث انه لا يصح ترك المريض بلاغذاء حتى يهلكوا من الجوع مدة سير
 المرض المستطيل يجب انتخاب المطعومات التي ينبغي للمريض تناولها مع
 غاية الاحتراس والمداومة على استعمالها مع غاية الضبط وكلما كانت
 الاوامر الطبية أكثرنا كيدا سهل اتباعها بالضبط خصوصاً اذا كان الامر
 بالتدبير الغذائي على صورة المعالجة فان المريض تتبعه مع غاية الاحتراس
 وحيث ان تعاطى اللعوم وغيرها من الجواهر الحيوانية يحتاج لقوة فعمل
 المعدة عاظن انه لا يسمع للمرضى المصابين بنزلات معدية مزمنة الذين فقدت

عصارتهم المعدي قوية الهاضمة الا بالتغذي من الجواهر النباتية لكن
 قد دلت التجربة على عكس ذلك فان استحالة الجواهر الاولية بالعصير المعدي
 الحبيبتون كما قاله (لبن) او الى زلاين كما قاله (مبال) وان كانت تتناقص في
 النزلة المعدي المزممة لاتنطفي بالكلية فيقتدا اذا اعطيت الجواهر المذكورة
 وحصل الاتخاب اللائق فيها واعطيت على شكل جيد تصنت حالة المرضى
 دون ما اذا امر لهم بتعاطي التشويات بكمية عظيمة ونحوها مما يتولد عنه
 في المعدة كمية عظيمة من حمض اللبنيك او حمض الشحميك ومن الواضح كما يعلم
 مما تقدم انه يجب منع استعمال اللعوم الدسمة والامراق كذلك وانه يجب
 وضع الاغذية مضغاً جيداً ولا يؤخذ منها الا بمرصغير كل مرة ومن المرضى
 من يحصل له راحة عظيمة من استعمال الامراق المركزة المكثورة ومنهم من
 حسنت حالته من استعمال اللعوم الشواء باردة مع قليل من الخبز وهذا
 التدبير الغذائي الاخير ينبغي الايصابه خصوصاً للمرضى الذين يوجد
 عندهم تكوثات حمضية بكثرة بل يمكن ان يوصى في مثل هذه الحالة
 المستعصية باستعمال اللعوم المعطاة او المحققة بديل اللعوم الشواء الباردة
 ومن استغرب من الاطباء كون بعض المرضى يسهل عليهم هضم اللعوم على
 هذه الحالة العسرة الهضم دون ما اذا كانت على شكل آخر فسي ان اللعوم
 المعطاة والمحفقة وان كانت أكثر عسراً في الهضم من غيرها فهي مفضلة على
 اللعوم الحديثة الطرية لسهولة فساد هذه دون تلك

واما التغذية بالالبان الصرفة اى المعالجة بالابن من المرضى من يحصل له منها
 راحة عظيمة ومنهم من لا يتحملها وليس يمكن على الدوام ان يعرف الطبيب
 ذلك ويحكم به قبل التجربة ومن المرضى وهم كثير من يحصل الابن المنعقد
 ويحصل له منه منفعة عظيمة دون اللبن الحليب فيشاهد باستعمالهم ايام
 تحسبن عظيم جداً والظاهر ان عدم حصول اللبن الحليب ناتج من كونه منعقد
 في المعدة على هيئة تعقدات عظيمة جامدة واما الابن المنعقد اى الذي انعقدت
 المادة الجينية فيه وتجزأ الى جزئيات صغيرة فيسهل هضمه من هذه
 الهيئة

ثم ان وسائل التدبير الغذائي لاتكفي في معالجة النزلة المعدي المزممة وان

كانت تمكني غالباً في النزلة المعديّة الحادة وللصناعة وسائط علاجية لها بلحة
 المرض الذي نحن بصدده فتم اوهواهمها القلويات الكربونية
 وقد اوصينا فيما مر باستعمال مقدار صغير من ثاني كربونات الصودا مع صبغة
 الراوند في النزلات المعديّة الحادة المستعصية طيلة المدة ونوصي ايضاً باستعمالها
 في أحوال النزلة المعديّة المزمنة المستعصية واهمها في التعاطي ماء الصودا
 او المياه الصودية الحضية الطبيعية كما امس وسلترس وبلين وكذا المياه
 الطبيعية التي تحتوي زيادة عن كربونات الصودا على كثير من القلويات
 الكبريتية واجود من جميع ذلك نجاها المعالجة بالمياه الطبيعية في حمامات
 كرلوس باد او ماريينباد وامس ولذا مدحها مشاهير اطباء وبيننا وبراج
 كثيراً في معالجة النزلات المعديّة المزمنة بل والقروح المزمنة للمعدة ولا يخفى
 ان هذا المدح صادر عن اطباء لا يبالغون في قوة الوسائط العلاجية على العموم
 وزيادة على ذلك ان الاحوال العديدة التي شفي فيها اليرقان المستعصية
 بالمعالجة بمياه تلك الينابيع كادت تكون عموماً أحوالاً فيها اليرقان ناشئ عن
 نزلات معدية اثني عشرية ولا ينبغي التواني في استعمال هذه المعالجة حتى
 ينتج عن النزلة المعديّة الاثني عشرية يرقان واضح كما لا ينبغي اعتقاد ان
 المعالجة تقل عمرها اذا لم توجد المضاعفة المذكورة فحي سمحت حالة المريض
 ان يتوجه الى حمام من الحمامات المذكورة وجب اجراء المعالجة فيه فان
 المرضى في هاتيك الاماكن تضطر الى القسك بالتدبير القوي في الحمى مع
 الدقة لشهرة ان التباعد عن التدبير الصحي في مثل هذه الحمامات ذو نتائج
 خطيرة جداً بل المرضى بعد رجوعهم الى بلادهم يخافون من عدم اتباع وصايا
 التدبير الغذائي اتباعاً كلياً فانهم يعتقدون ان التباعد عن التدبير الصحي
 يعقبه ضرر عظيم وأما اذا اقتضى الحال استعمال هذه المياه المعدنية في محل
 المريض فانه يجب على الطبيب ان يأمر له بما يدون أن يعين الينابيع الذي
 تأتي منه فان ينابيع حمام كرلوس باد المختلفة لاقتسوت بينها الا بدرجته
 حرارتها ومن المتيسر تسخينهم الى الدرجة اللازمة والمياه المستعملة بكثرة
 في الحمام المذكور لمعالجة النزلات المعديّة المزمنة صياها الينابيع القليلة
 الحرارة وأحوال النزلات المعديّة التي ليست فيها تلك النزلة محصورة بما سالت

مستعمل ينكفي فيها استعمال ماء الصودا بشرط أن يكون استعماله على
طريقة علاجية منتظمة بمعنى أن المريض يلزم التدبير الغذائي الذي
يلزمه في حمام كارلوس باد وأن يكون استعماله صباحا على الريق وأن يكون
المريض قائل اكله في المساء المتقدم على صبيحة يوم استعماله وأن لا يعطى
الاكل بعد استعماله الا بعد شرب الكوب الأخير من هذا الماء بقدر ساعة
لاجل عدم اختلاطه بالأغذية وتأثيره حال كونه غير مخفف على الغشاء
المخاطي المعدى والمواد المخاطية المغطية له وهذه الطريقة من اعظم الطرق
التي تحصلت عليها صناعة الطب لبحا

ومن المدوح في معالجة التآكل المعدية المزمنة تحت تترات البزموت وتترات
الفضة فان كلا من هذين الملمين المعديين خصوصا الأخير منهما ذو تأثير جيد
جدا في سير هذا المرض وذلك لانهم - ما يوققان حركة الأشجالات والفساد
الحاصل في المعدة ويحدثان انقباضا قويا في الغشاء المخاطي المعدى المحقق
المسترخى وكثيرا ما يستعملان بمقادير عظيم في الاكلينك فيعطى من تحت
تترات البزموت عشر قعات كل مرة ومن تترات الفضة كل مرة من قعة الى
ثنتين واعطاؤهما ما يكون بكيفية مشابهة لكيفية اعطاء القساويات
الكربونية اعنى انهما يعطيان في الصباح على الريق قبل القطور واغلب
المرضى يتحمل اعطاء هذا المقدار تحملا جيدا فلا يحصل عندهم الألم شديد
ولاتموع ولا قيء ويندر ان يحصل من تعاطيها ما أحيانا تسهال الا ان نجاحهما
ليس دائما فانه حصل منهما في احوال نجاح عظيم بسرعة وفي اخرى لم يحصل
وان لم يدم لذلك سبب ولا علة تميز هذه الاحوال عن بعضها

وقد يحصل في مدة سير التآكل المعدية المزمنة ضعف به لا يمكن الاستمرار على
تعاطي الاغذية غير المنبهة بل من المرضى من يتحمل الاغذية المتبيلة تقبلا
خفيفا بالاقاوية والمهضة اكثر من غيرها وهذه الحالة الضعيفة للغشاء المخاطي
المعدى منى طرأت ويجب على الطبيب ان يعطى للمريض الاستحضارات
الحديدية والوسائط المنبهة الخفيفة والمياه المعدنية الحديدية هنا كما فرانس
برون وبيرمون ودربرغ وكدوا ناجحة الاستعمال واسهل تحملا من
المياه القلوية كحمام كارلوس باد ومارية باد والواسطة المنبهة للغشاء المخاطي

المعدى الجيدة الاستعمال في مثل هذه الحالة هي عرق الذهب الذي اوصى
 باستعماله (بود) على شكل حبوب مأخوذة من مسهوق عرق الذهب من نصف
 قبة الى قبة ومن ثلاث قعات الى اربع من الراوند فيعطى من هذه الحبوب
 المقدار اللازم قبيل الاكل ومن المستعمل بنجاح في مثل هذه الحالة ايضا
 صبغة الراوند التبذية والا كسير المعدى للشهير (هوقن) والزنجبيل وقصب
 الذريرة لكن ينبغي تجنب الافراط من استعمال هذه الجواهر واستعمالها في
 احوال غير لا تقه بها او بقدار عظيم

واما المعالجة العرضية لهذا المرض فيندرج فيها الالتجاء الى استعمال ارسال
 العلق او المهاجم التشريطية على قسم المعدة ولا تستعمل الا اذا كان القسم
 الشراسيفي ذاتا لم عظيم وهو نادرقان الا لام تناقص عقب الاستقراعات
 الدموية تناقسا عظيما وان كان توجيهه تأثيرها عسرا والحالة التي تكون فيها
 النزلة المعدية المعوية ظاهرة من ظواهر الامتلاء الدموي البطي العظيمة
 الناتج عن ضغط على الوريد الباب او عن عوق استفراغ دم الكبد يحصل
 للمريض فيها راحة واضحة جدا من استفراغ الدم من التقيحات الوعائية
 البوائية بواسطة ارسال العلق على دائرة الشرج واما استعمال المسكات
 الذي هو ضروري جدا في معالجة القروح المعدية فمن النادر الالتجاء اليه
 في معالجة النزلة المعدية المزمنة البسيطة والحالة التي فيها تستدعي المعالجة
 العرضية استعمال المقيمات في النزلة المعدية المزمنة هي بعينها حالة النزلة
 المعدية الحادة التي تستدعي فيها معالجتها العرضية استعمال تلك المقيمات
 الا انه ينبغي هنا زيادة الاحتراس حيث لا يتيسر تحقيق كون الغشاء المخاطي
 حصل فيه تقروح اولوا الامسالك الذي يكاد لا يقد يستدعي استعمال الحقن
 المليئة والمسيلات الخفيفة واكثر الوسائط استعمالا في مقاومة الامسالك
 المصاحب للنزلة المعدية المزمنة الراوند والصبر وخالصة الحنظل فيما اذا كان
 الامسالك مستعصما جدا والاحسن ان تحفظ هذه الجواهر ببعضها فان
 خالصة الراوند المركبة المستعملة بكثرة في مثل هذه الحالة من كبة من الصبر
 والراوند وصابون الجلبة واختار العالم (بود) استعمال الصبر والحنظل فانهما
 يؤثران في المهي الغليظ ولا يهيجان المعدة الا قليلا فهما الجود المسهلات في

الغزلة المعدية المزمنة واما السنن المسمى وزيت الخروع فيصن من
استعمالهما في هذا المرض

ثم ان معالجة القود المعدية تقدمت في هذا العصر تقدما عظيما جدا فانه قد
استحصل في بعض الاحوال على نجاح عظيم بواسطة تنويع معالجة الطبيب
شروت وهي عبارة عن تقليل تعاطي كل من الماء والاعذية السائلة بقدر
تحمل المرضى كما انه استحصل في كثير من الاحوال على بحسين عظيم بل وشفاء
تام بواسطة استقراغ المعدة بالطلومية المعدية للمعلم (ويمان) ثم غسل تلك
المعدة بعد استقراغها بماء الصودا ومحلولات قلووية او قلووية كلورورية حمضية
وبانتشار هذه الطريقة العلاجية في الطب العملي قد استحق المعلم (قوسهول)
المدح الزائد والعادة ان يحصل للمرضى من أول مرة استعملت فيها الطلومية
المعدية راحة عظيمة جدا بحيث لا تأتي تكرار هذه العملية التي هي غير مألوقة
في حد ذاتها بل يرغبون فيها رغبة عظيمة ومتى زال القزع الاشد اتي صار
ادخال الجبس المروي الذي يكاد يقرع منه كل مريض في أول مرة قليل الام
سهل الاجراء بل قد يتعلون ادخال هذا الجبس في المعدة بانفسهم وقد شاهدت
بجسلة أحوال فيها لم تنتظر المرضى حضورنا في الاكلينك بل كانوا يشدون
المساعدين مع ترجع ملهم في استقراغ المعدة بواسطة الطلومية وغسلها كما
تقدم ومن بجسلة الاحوال التي شاهدتها حالة فيها لم تثر جميع الوسائط
العلاجية بحيث ان المريض قد وصل فيها الى أشد درجة في الضيقة وتعذرت
عليه اشغاله مطلقا فبعد معالجته بواسطة الطلومية المعدية زاد وزن جسمه
ثلاثين رطلا وحصل له شفاء تام وعاد لاشغاله وزالت بالكلية من هذا المريض
المرسيتا (اي التولدات النباتية الطقيلية) التي كانت موجودة في مواد
فتنه بكمية عظيمة ومن المستغرب ان المعدة صارت تدفع معظم محتصلها في
الاثني عشرى بعد دفعات قليلة من استعمال هذه الطلومية وهذا الامر سهل
الاثبات بزوال الامساك المستعصي الذي يكاد يوجد دائما عند المرضى
وحصول تير زاعتيادي عندهم وازدياد افراز البول الذي كان متناقصا
تناقصا عظيما وهذه المشاهدة الأخيرة يستدل منها بدون شك على ان السائل
المحتوية عليه المعدة المتعددة تقدما عظيما لا يمتص منه الا قليل جدا

ثم ان الشفاء التام للتقدمات المعديّة التي كان يظهر اليأس من شفائها يمكن ان يوقعنا في القول بان هذا المرض كثيرا ما يكون قائما بنفسه مكوّنا للمرض على حدته اكثر مما يقال عادة ومع ذلك فكان موجودا في كل من الاحوال التي شاهدتها والتي شاهدتها المعلم (قوسبول) علامات واضحة جدا تدل على حصول قروح معدية سابقة بحيث لا يشك في ان عدد المعدة يكون متعلقا بتضايق يندبى في البواب وهكذا شاهد المعلم المذكور احوال امن تضايق البواب تضايقا سرطانيا حصل فيها تحسب زائد وان لم يحصل فيها شفاء تام ولا يشاهد انسداد البواب انسدادا تاما فاته في الاحوال التي فيها يكاد ينتهي الحال بعدم وصول شيء مما احتوت عليه المعدة الى الاثني عشرى وفيها اعترى المرضى امساك مستعص مسفرجه اساييع واستفرغت كمية عظيمة من سائل حمضي مختلط احيانا بالدم كل يومين او ثلاثة يوجد قطر البواب متسعا اتساعا كافيا بحيث يتغرب عدم وصول شيء مما احتوت عليه المعدة ولو السوائل الى الاثني عشرى مدة الحياة ويستنتج من مثل هذه الصفتات القشرية ان ضعف انقباض الطبقة العضلية للمعدة دخل عظيم في احتباس متصاها عند عددها والضغط الواقع على السطح الباطن من المعدة المقددة والامتلاء يكون عظيم جدا بحيث ان فعل الطبقة العضلية يكون متزايدا تزايد اعظيما فضلا عن كون التقدم المسفر للطبقة المذكورة يحدث شيلا مستمرا عضليا فيها كما يحدثه في باقي العضلات ايضا وان النزلة المعديّة المزمنة التي تكاد تعترى جميع المرضى ينتج عنها ايضا في كثير من الاحوال تغير مرضي في الطبقة العضلية من المعدة وسواء كان زوال الضغط الواقع على جدر المعدة وتحسين حالتها الترياسة وتقوية الطبقة العضلية المترتبة على ذلك والذي ينسب اليه حسن نتيجة المعالجة بالطبقة المعديّة فن الثابت المعلوم ان استعمال استفرغ المعدة بالطبقة عمّا قليل من الايام او الاساييع لا يحتاج له بكثرة والعارض الوحيد المفرع الذي شاهدته يندرة عند استعمال الطبقة المذكورة ونحوه وخرج قطعة من جدر المعدة في قوّة الجس عند المص ولاجل صون المريض عن هذا العارض ينبغي عند عنبر حركة مكبس الطبقة تترك قليلا ودفع كمية من الماء والهواء في المعدة قبل

استفراغ المعدة بالكلية

* (المبحث الثالث) *

(في الالتهاب المعدى ذى الغشاء الكاذب والدفترى)

يندر مشاهدة هذا الالتهاب في الغشاء المخاطى المعدى ان لم تؤثر فيه جواهر سامة كما سبق في المبحث الخامس وقد يرتقى الالتهاب المعدى الغزلى عند الرضع الى الالتهاب ذى الغشاء الكاذب وقد يكون الغشاء الكاذب أو الدفترى الحاصل في المعدة من جهة الالتهابات التابعة التي تشاهد في بعض الامراض التسممية الحادة سيما التيفوس والتسمم العفن للدم والبلعدي ويندر أن تشغل الأغشية الكاذبة امتدادا عظيما من الغشاء المخاطى المعدى والغالب وجودها في اصفار صغيرة محدودة كما ان الخشك يشات الدفترية لا تشغل في الغالب الا اصفارا محدودة ويختلف سقوطها فة قد جوهري ذى قاعدة مغلقة متغيرة اللون

وهذا المرض لا يمكن معرفته مدة الحياة الا اذا خرجت اغشية كاذبة بالقيء فان الاعراض التي تحصل عنه لا يتيسر بيان علمها مدة الحياة بالدقة كما ان الصورة المرضية الثقيلة للتيفوس او التسمم العفن للدم ونحو ذلك لا تتنوع الا قليلا جدا بهذا المرض عند طرؤه بحيث يتعذر تشخيصه

* (المبحث الرابع) *

(في التهاب المنسوجات الخاوي تحت الغشاء المخاطى)

المعدى المعروف بالالتهاب المعدى القلغموني

الالتهاب المعدى القلغموني الذي يشبه الشهبير و كيتانسكي بالحرة القلغمونية ظاهرة نادرة وتارة يحصل ذاتيا يعنى بدون اسباب مدركة عند اشخاص سليمين من قبل وتارة يحصل تابعا او اتقا لى اعداء المصابين بالتيفوس او بالتسمم العفن للدم او ما ثلها من التغيرات المرضية ويوجد المنسوجات الخاوي تحت الغشاء المخاطى المعدى مر تشها بالقيء المتجمع في هالاته المتعددة ويندرت اهدنة خراجات محدودة في المنسوجات الخاوي تحت الغشاء المذكور والغشاء المخاطى المتعري يوجد مستترقا او ذاتقريب عند يذخريج منها القيح كثير وجه من المصفاة ويعتد الالتهاب

هنا بسرعة الى الطبقة العظمية والبريتون وعند حصول الشفاء من هذا المرض قد تتكون في هالات المنسوجات الملوحة ندب التهامية تكون سببا احياا لحصول تضايقات كما يثبت ذلك بالاستحضارات التي يجرى بها المرضية المحفوظة في قاعات المعاهد والشرىحية بمدينة اراهن
والاعراض الرئيسية لهذا المرض هي الالم الشديد الحاصل في القسم الشراسيقي والتي هو الضجر العظيم والحى الشديدة وينضم لهذا الاعراض فيما بعد ظواهر الالتهاب البريتوني فتضطرب قوى المريض ويملك في يسير من الايام ومن مجموع هذه الاعراض ووجود الصديد في واد التي يتيسر الوقوف على تشخيص هذا المرض في احوال قارة فيها يتيسر للطبيب ان يتأكد من عدم وجود غير هذا النسل من أشكال الالتهاب المعدي خصوصا شكل الالتهاب الناشئ عن التسمم والمهالبة هذا لا تكون الاعرضية
* (المبحث الخامس)

(في الالتهاب الذي يعترى الغشاء المخاطي المعدي عتب تأثير
الجواهر الكاوية والسامة وفي التغيرات الاله تله)
* (كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات التي تعترى المعدة من تأثير الحوامض المركزة والقلويات الكاوية او بعض الاملاح المعدنية تنشأ عن كون هذه الجواهر تحدث بجزيات جدران المعدة فتجارات كيميائية يبعثها افساد عضوي في جدران المعدة وأما التغيرات التي تنشأ عن تأثير المهرم النباتية والحيوانية في الغشاء المخاطي المعدي فلا تدب لانتجات كيميائية والغالب ان يكون دخول الاملاح النحاسية او حمض الكبريتيك او المهرم النباتية في المعدة لا عن قصد واما الزرنيخ وسيانوز البوتاسيوم فالعادة ان يكون دخولها فيها عن قصد التسمم

* (الصفات التشرىحية)

ذا أثرت الحوامض المعدنية في الغشاء المخاطي وكانت قليلة التركز وجدت الطبقة البشرية والطبقات السطحية في الغشاء المخاطي مستحيلة الى خشك ريشة رخوة سمراء او وداة واذا وصل الى المعدة بقدر عظيم من هذه

الحوامض وهي كثيرة التراكز استحال طبقات الغشاء المخاطي جميعها الى
 مادة رخوة سودة يبلغ سمكها جلة خطوط بسبب تشرب السائل ما في مدم
 والطبقة العضلية توجد رخوة واهلامية سهلة التمزق ويندر أن تتلاشى
 بالكلمة هي والطبقة المعدية فتنتقب المعدة والعادة ان تكون التغيرات
 المذكورة قاصرة على ثنيات الغشاء المخاطي الممتدة من الفؤاد الى البواب
 واما الاجزاء المحيطة بهذه الثنيات فتكون ذات اجرار بسبب احتقانها
 وانسكاب الدم فيها وانتفاخها بسبب ارتشاحها ارتشاحا وذيماويا والدم
 المحتوية عليه او عمية جدر المعدة ودم الاوعية المغليظة الجاورة لها يوجد
 مستحبالا الى مادقة سودة شبيهة بالقطران والشقاء لا يحصل الا في الاحوال
 الخفية عقب انفصال الاجزاء القاسية وتعويض نقصها الجوهر عنده ووج
 تدلى متيسر

واما الجوهر القلوية الكاوية فتعمل الطبقة البشرية والطبقات السطحية
 من الغشاء المخاطي بل والطبقات الغائرة الى مادة عينية وسخة اللون
 والفساد هنا يمتد الى الطبقة العضلية والصلبة أكثر من امتدادها اليها عقب
 تأثير الحوامض فيكون حصول التنقب ولا يحصل الشقاء في مثل هذه الحالة
 الا اذا كان الفساد سطحيا عقب انفصال المواد الخشكرية

واما السليمانى الاكال واملاح الحامض والاملاح المعدنية فتكون
 عقب تأثيرها خشكر يشات مسمرة او مسودة محاطة باحتمقان شديد
 وانتفاخ وذيماوى في الغشاء المخاطي والقوصف ويرى يحدث ايضا تغيرات
 شبيهة بذلك

وذا حصل الالتهاب المعدي عقب التسمم بالزرنج وهو داء احد اصقار الغشاء
 المخاطي المعدي او جملة منها منتفخة محمرة رخوة عينية ومستحيلة الى
 خشكر يشة مصفرة ومخضرة باثلة للسمره وعليها مادة تقيية بيضاء ويمتد
 في محل الخشكر يشات ثنيات محمرة في الغشاء المخاطي كثيرا ما تكون جدر
 المعدة التي بينها سليمة

واما الزيوت الطيارة والسهوم النباتية او الحيوانية الحريفة فيشاهد عقب
 تأثيرها في المعدة آثار الالتهاب المعدي التزلى الشديد او ذى الغشاء الكاذب

(الاعراض والسير)

الالتهاب المعدي التسمي يتصف بكون الاعراض المرضية فيه ينضم لها بسرعة انحطاط عام خصوصا في الدورة فيحصل فيها اضطراب ونحود ولولم تكن السموم التي ادخلت في المعدة ذات تأثير مثل لا واسطى على المجموع العصبي نظواهر الشلل المذكورة نشاهد أيضا في غير الالتهاب المعدي التسمي من الامراض الثقيلة الحاصلة في المعدة او غيرها من أعضاء البطن لاسيما في احوال تنقب المعدة عقب وجود تفرجات

ففي أصيب شخص سليم من قبل بالام شديدة جدا وانتشر من التسم الشراسبي الى البطن وانضم لذلك في تخرجت بواسطته مواد مخاطية فقط او مخاطية مدعمة واصهال مسميوق بجفص ونحيرش نديدين وتخرج بواسطته أيضا مواد مخاطية مدعمة شبيهة بمواد التي ووقع المريض مع ذلك في حالة انحطاط متفيرا السحنة وكانت أطرافه باردة ونفضه صغيرا وجلده مغفلي يعرق باردا زج غلب على الظن جدا إذ المريض أثر على غشائه المخاطي المعدي جواهر كاوية او غيرها من السموم ومثي ادخل في المعدة حواء من مركزية او قلوبات كاوية توجد على الدوام غشكريشات واصفة حول القم والغشاء المخاطي لهذا التجويف تفسد بعض اصغاره أيضا ويوجد مع ذلك آلام شديدة في القم والبصوم والازدراد يكون عسرا جدا او عتمة راولا يوجد عتب تعاطي الاملاح المعدنية او الزنج علامات الاضراق في القم والبصوم متى كانت الجواهر المذكورة أخيرا مخففة كما لا توجد علامات الالتهاب المعدي بدون واسطة عقب تعاطيها بل بسد التعاطي بزمن يسير ونظواهر التي تشاهد في الاعضاء المختلفة حه وصا بالبحث عن المواد المستفرغة تعرف طبيعة السم التعاطي والاشكال الثقيلة لهذا المرض تحصل فيها حركات تنبني او تموجات الا ان المدة المشاولة لا يكون لها اقوة على دفع ما احتوت عليه ويتشر على جميع سطح الجلد بودة جلدية ثم يصير الشلل عامارا وبما هلك به المريض بعد سير من الساعات وأما الاحوال الخفيفة لهذا المرض فالوقت فيها الاينرا الأبعد من متفاوت بل قد تزول اعراض الشال شيئا فشيئا

إذا انقذت كمية من السم بواسطة التي • فتتظلم الدورة ثانية ومع ذلك
تستميل النقاها عادة بل قديق مع المريض ما ول حياته ثم وكه بسبب بقاء
التضابق في المري والمعدة وبسبب الف الذي احده تأير السم في البنية
• (المعالجة) •

لا ينبغي استعمال مضادات السموم الا في علم السموم الا في الاحوال
الحديثة للتسمم بالحوامض المركزة والقلويات الكاوية والاملاح المعدنية
اعني عقب ادخالها بساعة أو أكثر ان المضادات المذكورة لا تؤثر تأثيرا جيدا
بعد ذلك يذاف البواهر المذكورة مع التي • او تكويها بالتخادات كيميائية
مع الغشاء المخاطي المعدي بل تؤثر حينئذ تأثيرا ضرا جدا بسبب تهيجها
للغشاء المخاطي المعدي الملائم تهيجا جيدا واما احوال التسمم بالزرنج
او بالسموم النباتية او الحيوانية الحريفة فينبغي استعمال مضادات التسمم
فيها اولوية تعاطى البواهر المعوية المذكورة بزمن طويل فان تأثيرها يهتر
زمن اطويلا والاحوال التي فيها يفتقد لتي بالكيفية او يكون غير كاف في قذف
السم من المعدة يجب فيها اعطاء مقي من عرق الذهب وخصوصا استعمال
الطلية المعدنية فانها واسطة كيدة بريعة في استخراج تلك المواد السامة من
المعدة وزيادة عن القسك بالعارق المذكورة التي تستدعي المعالجة السببية
تستدعي المعالجة المؤسدة على طبيعة المرض نفسه استعمال البرودة واما
الاستفرغات الدموية فتقليل المنفعة او مدومها فيغطي البطن برفا تدبلة
بالمخاط ايرد او الجليدي وتغير بسرعة ويعطى للمريض من الباطن الماء
الجليدي او يؤمر بازدرا دقطع صغيرة من الجليد ان يسر ذلك واما بقية
المعالجة فتراجع في كتب علم السموم

• (المبحث السادس) •

(في لترحة المعدنية الزمنة المعروفة بالمستديرة وباشاقبة)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

يغلب على الظن ان الترحمة المعدنية الناقبة تنشأ دائما بكيفية حادة وكذا
امتداد هذه الترحمة عرضا وعمقا يظهر أيضا انه متداول بتغير مرضي ذي سبب
حاد في دترتها وقاعدتها ومع ذلك حيث ان هذه الترحمة تحدث عند المريض

المصاب بها مكابدات عظيمة كثيرا ما تسفر بجله من السفين فمن الجائز الاستقرار
 على تسميتها بالقرحة المعدية المزمنة ثم ان الحدا الواضح لتلك القرحة المستديرة
 وقد سئلوا هرا الانتهاب والتقيح في دائرتها والمشاهدة اللاواسطة لبعض
 الاحوال الحديثة وكذا الاستنتاجات الواضحة لعدة من التجارب على
 الحيوانات تثبت لنا مع التاكيد ان تتهلك جدار المعدة لا يكون ناشئا عن فساد
 تدريجي وتقيح بل عن تكون خشك ريشة وتنكز جزئي وان هذا التنكز
 الجزئي في معظم الاحوال بل في جميعها متعلق بانسداد أحد القروح الوعائية
 الغذائية وهذا التنكز الناشئ عن امتناع ورود عناصر التغذية في جزء
 محدود ومن جدار المعدة يشابه ولا بد للين التنكزي في الدماغ على شكل
 بورة والسدد الرئوية والغنغرينا الذاتية للاصابع التي تنشأ عن انسداد في
 الاوعية والتجارب التي فعلت على الحيوانات التي أمرنا بها كان فيها انسداد
 أوعية المعدة حاصل بسد صناعية ونشأ القروح المعدية المستديرة في
 الانسان بهذه الكيفية نادر ومع ذلك فتوجد بعض احوال يثبت فيها ذلك
 مع التاكيد بل قد شاهدت في السفين الاخيرة حالة واضحة من هذا القبيل
 والغالب ان تتكون التقرحات الدموية السادة في المهمل المتقروح نفسه
 وتكونها يظهر انه متعلق بحالة مرضية في جدار الاوعية فانه يصير المعدى
 يحدث في الجزء الميت من جدار المعدة الذي لا يقاوم تأثيره ليناسر يعا وتلاشيا
 تاما بحيث تنسده شاهدة الهدور الاول من هذا التغيير في الصفات التشرية
 والاسهتعداد للاصابة بالقرحة المذكورة كثيرا لا تشار جدا والتقاويم
 العديدة للمعلم با كس وغيره من الاطباء دلت على كثرة حصول القرحة
 المعدية الثابتة في اطوار الصر المختلفة والابناس المختلفة أيضا بل والعايش
 المختلفة وذلك ان المعلم المذكور باطلاع على الصفات التشرية في
 عد ٢٢٣٠ وجد ٥٧ شخصا مصابين بالقرحة المعدية المستديرة و ٥٦
 شخصا عندهم تدب الحماسة أعقب شفا هذه القروح بحيث ان كل عشرين
 جثة يوجد فيها جثة مصابة بقرحة معدية أو بنوبة ناشئة عن ذلك وهكذا
 مشاهدات المهمل والنجان وبرتون وغيرهم المستخرج منها ما يطابق ذلك
 ويندره مشاهدة القرحة المعدية المستديرة عند الاطفال ويكثر حصولها جدا

في سن البلوغ والنساء أكثر مصابا بهما من الرجال وأظن أن كلا من الانيميا
والخلوروز الذي هو من النتائج الكثيرة للاضطرابات التناسلية له دخل عظيم
في حصول هذه القرحة وذلك ان الدم ذا الصفة غير الطبيعية يهبط بالحصول تغير
مرض في جدران الاوعية ويظهر في أحوال أخرى ان الالتهابات النزلية
المادة والمزمنة للغشاء المخاطي المعدي تحدث تغيرا مرضيا في جدران الاوعية
وحصول السدد فيها

والاسباب المقمة لهذا المرض شقية علينا ويقال ان منها التباعد عن التدبير
الصحي وتعاطي الأطعمة والمشروبات الحارة والباردة جدا والادمان من
تعاطي المشروبات الروحية وانما يستغرب كثرة حصول النزلات المعديّة
المزمنة عند السكارى وقلة مشاهدة القرحة المعديّة المستديرة فيهم

(الصفات التشريحية)

القرحة المعديّة المزمنة تعترى المعدة والجزء العلوي المستعرض من الاثني
عشري دون غيرهما من اجزاء القناة المعوية والغالب ان تعترى الجزء البوابي
من المعدة ووجودها في الجدار الخلق أكثر منه في الجدار المقدم والغالب
ان توجد في القوس الصغير أو قريباً منه ويندرجدا وجودها في قاع المعدة
والغالب ان لا يوجد الا قرحة واحدة وقد يوجد اثنتان أو أكثر ولا يشتر
وجود قرحة حديثة بجوار ندب قروح ملتصمة ويوجد في حالة هذا المرض
الواضحة كإفاله الشهير وكي تانسكي في الطبقة المصلية من المعدة ثقب
مستدير ذو حواف حادة كأنه مقطوع بآلة الانتظام بثقب حلق يشاهد
بالنظر في باطنه ان فقد البلوهر في الطبقة المخاطية أكثر اعا منه في الطبقة
المصلية بحيث ان القرحة تكون ذات تدرج على هيئة قمع وقطر القرحة
يكون عادة من ربع قيراط الى نصف قيراط وقد يصل قطرها الى قطر الريال
او راحة اليد

وشكل هذه القرحة المزمنة يكون في الابتداء مستديرا غالبا وبعد مكنه
زمن طويلا يصير بيضاويا وتحصل فيه نشر زمام فيصير غير منتظم وأغلب
امتداده يكون عرضيا بحيث تصير المعدة احيا ناسحاطة بقرحة على هيئة
منطقة

والقرحة المعدية في كثير من الاحوال تشق قبل ان يحصل تثقب في جميع
اغشية المعدة فان كان فقد الجوهر فاسرع على الغشاء المخاطي المعدى
والمسوح النلوى تحته حصل التعويض بواسطة اذرار لينة تستصبل فيما
بعد الى مسوح ندي سهل الانكماش به تقارب حوافي القرحة الى بعضها
وبذلك تتكون اثره انعام متشعبة ذات عظام متفاوت على السطح الباطن من
المعدة واما اذا كان فقد الجوهر اكثر فورا مما ذكر بحيث انه هناك الطبقة
العضلية ايضا فانه يحصل انقباض تشعي في البريتون عند شفاء القرحة
بواسطة الانكماش الندي للمسوح النلوى المتكون تكونا جديدا بل قد
يجذب سطح البريتون الباطن في المعدة ويكون فيها ثنية واما اذا كانت
القرحة متسعة جدا فربما ينتج عن شفاها عند حوله والانتقباض الندي
تضيق في المعدة بسبب ضيق القطر المستعرض وهذا التضيق يكون عاتقا
غير قابل للشفاء يمنع مرور ما احتوت عليه المعدة الى المي

ثم اذا كان مجلس القرحة القوس الصغير للمعدة كما هي العادة فالغالب ان
يمنع انسكاب ما احتوى عليه هذا العضو في تجويف البريتون امتناعا وقتيا
او دائما ولومع تثقب جميع طبقات المعدة ويتم ذلك بكيفية خاصة هي انه عند
امتداد التقرح من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب بريوني جزئي في المهل
المصاب فجزء الطبقة المصلية المهديا بالتقرح يلتصق بالاعضاء المجاورة له
وعند تأسكه تسد الاعضاء المتصلة بحوافي القرحة التصاقا متينا
كالبنكرياس والطحال والقص الايسر من الكبد الثقب المتكون في جدار
المعدة ثم ان التقرح قد يسرى الى العضو السائل للثقب المتصق بحوافيه
لكن الغالب ان يتكون على السطح الظاهر لهذا العضو طبقة سمكية من
مسوح نلوى تكون قاعا للقرحة فلا يسرى التقرح اليه ولا يشاهد أصلا
ان العضو المائل للمسافة الخالية مواز للطبقة الباطنة من المعدة او يارز في
تجويفها بل ان الغشاء المخاطي ينعطف من الباطن الى الظاهر على حوافي
القرحة بعد انكماش الطبقة العضلية ويصل حينئذ الى العضو المائل
للمسافة الخالية ومتى حصل الشفاء في مثل هذه الحالة انقبضت الطبقة
الحلوية النسيجية التي على العضو السائل للقرحة وحينئذ تقارب حوافي

القرحة من بعضها حتى تتلاصق فتتكون ندب التهامية صلبة ملتصقة بما تحته التصاقاً متيناً

وعند امتداد القرحة كثيرا ما تنهت اوعية الجدران المدية او الاعضاء الملتصقة فيها القرحة وحينئذ تحصل انزفة غزيرة في باطن المعدة وقد شوهد تمزق كل من الشريان الاكيلي الممدى والشرايين البوابية والشريان الممدى الثرى الايسر والشريان الممدى الاثني عشرى او تمزقاته والشريان الطعالي لسكن الغالب مشاهد تمزق فروغ الشريان الطعالي والشريان البانكرياسى الاثني عشرى

وبالجمله تظهر في الغشاء المخاطى المعدى جميع التغيرات التي شرحناها في المبحث السابق اى الخصاص بالنزلة المعدية المزمنة وفي بعض الاحوال تفقد تلك التغيرات اولا توجد الا بدرجة واهية جدا

• (الاعراض والسير) •

من الجائز ان القرحة المعدية ينتج عنها التهاب يرتوى فجائى قتال عقب تنقب جميع طبقات المعدة وتخرج منحصل هذا العنق في تجويف البطن او ينتج عنها نزيف غزير يهلك عقب تأكل بعض الاوعية الغايظة قبل معرفة هذا المرض او قبل امكان معرفته ومن الخطا اليقن اعتبار ظواهر الالتهاب البريتونى الفجائى او النزيف المحدث علامات او اعراضا اولية للقرحة المعدية فان الطبيب اذا دقق في بحثه لا بد ان يجد ان المريض كان عنده قبل حصول الظواهر السابق ذكرها او انزيف اضطرابات قليلة في الهضم واحساس ضغط خفيف في القسم الشراسيقي يزداد بالاكل وان المريض لم يكن له طاقة على حمل حزام مشدود شد اقويا على البطن ولا نحوه مما يضط على البطن والفقرة التي بين ظهوره وهذه الاعراض الخفيفة والعرض اقاتل قد يكون بعض اياما واسابيع قليلة بحيث لا يشك في ان جميع طبقات المعدة قد تنقب في مدة هذه الفترة القصيرة بل يظهر ان تنقب المعدة وانما كتابت معها في تجويف البطن لا يحصل غالباً الا في الاحوال التي يظهر فيها هذا المرض باعراض خفية ثم يأخذ تفسيرا مريعا جدا والاحوال التي يظهر فيها باعراض واضحة واحدة شديدة ويستمر جهل مشهور بل جهل تسنين فالمعدة

ففيها نجد دزمننا كافيا لاتصاقها بالاعضاء المجاورة وبذلك يمتنع انسكاب
متحصلها في تجويف البطن وحصول التثقب الممدى بهذه الكيفية يذكرنا
ما يحصل في الاوتشاحات الجينية الرئوية ذات السير السريع جدا فيحصل
عنده تثقب في البليورا يؤدي للتجمع مع الغاز في الصدر أكثر من حصوله في
الدرن الدخني ذي السير البطيء الذي تكاد توجد فيه صفحات البليورا
دائما ملتصقة ببعض امتى اعتمادا لفسادها اليها

ثم ان الاحوال التي فيها تكون علامات التفرح المعدى غير واضحة بحيث
تعدر تشخيصه والتي فيها يكون المريض غير متألم من هذا المرض بحيث
لا يلجئ الى الاعاقات الطبية قبل حصول التثقب او الزين المعدى نادرة
جدا بالنسبة للاحوال التي فيها يسهل معرفة هذا المرض من الابتداء والتي
فيها يحصل للمريض اعراض مؤلمة جدا وأكثر اعراض القرحة المعدية
المزمنة وأشدّها اتعايا للمريض الالم الذي يحصل في قسم المعدة فالمرضى
يتشكى بالأم مستقر في القسم الشراسيفي يزداد بالضغط على هذا القسم ويكون
عادة كثير الشدة في جزء محدود منه كأنه يتشكى بنوب آلام شديدة جدا
تبدئ من قسم المعدة وتنتمع فهو الطهر كالألام العصبية المعدية وهذه
النوب تظهر عادة بعد الاكل بزمن يسير وكلما كانت اطعمومات أعسر
هضموا أكثر تهيجا كانت الآلام أشد قوة فالمرضى يصبح ويكي من شدة
الالم ويربما الفحنى على نفسه ولا يرتاح الا بعد تخلص المعدة من المواد المحتوية
عليها بواسطة اتي فان لم تخلص فربما استقرت نوبة الآلام جملة ساعات
ويمكن الحكم بتعيين مجلس التفرح تقريرا بواسطة الزمن الذي فيه تثقب
نوب الآلام تعاطى الماء كولات وذلك ان نوب الآلام ان ظهرت عقب
الاكل حال ادل ذلك على ان مجلس التفرح القواد أي قم المعدة وان ظهر بعد
الاكل بساعة او ساعتين دل ذلك على ان مجلسه الجزء البوابي من المعدة هذا
وس المقرر معلوم ان نوب الآلام تحصل بعد تعاطى الاكل وانها تكون
أكثر شدة كلما كانت اطعمومات أعسر هضموا أكثر تهيجا كاذ كرناه قبل
ذلك الا أن هنالك استثناءات من المهتم معرفتها وان كانت عشرة
التوجيه

منها ان تحصل الالام عند فراغ المعدة وتتلطف بالتعاطى ومنها ان المريض
 يكون مصونا من الالام عقب تعاطى المطعومات العسرة الهضم بعض
 الاطعمة السهلة الهضم فانها تحدث عنده آلاما شديدة والعادة ان تنسب
 نوب الالام الى التهيج الذى تحدثه متصلات المعدة على سطح القرحة حال
 تزوج تلك المتصلات من صفرا الى آخر وهذا التهيج لا يوجد عند فراغ
 المعدة وقد وجه بعضهم حصول نوب الالام ايضا بان العصير المعدي الحمضى
 الذى يتفرز بغزارة عند تعاطى الاغذية يهيج القرحة فتنتج عنه نوب الالام
 واما الفترات التى بين هذه النوب فهى ناشئة من كون سطح القرحة حال
 فراغ الماء مغطى بطبقة مخاطية قليلة التهيج لىكن متى علمنا انه قد يحصل
 احيانا ثقب فى جميع طبقات المعدة بدون أن يسبق ذلك نوب ألمية وانه قد
 يشاهد استقرار نوب الالام الشديدة ولو بعد شفاء القرحة فيما اذا كانت
 المعدة ملتصقة بالاعضاء المجاورة لها كان ذلك دليلا على ان الاتهاب
 البريتونى الناتج عن القرحة والالتجذاب الذى يعترى جدار المعدة الملتصقة
 بما جاورها من الاعضاء وقت سر كانت هذا العضو الريدانية لهم ما دخل عظيم
 فى احداث الالام المعديّة الشديدة وكلما كانت المطعومات اكثر غلظا
 وثقلا كانت سر كانت المعدة الناتجة عنها اكثر شدة واستمرارا وكذا كانت
 نوب الالام المعديّة عقب تعاطى نحو الخبز غير الجيد وفتح الارض
 والبقول ونحو ذلك اكثر شدة واطول مدة وراحة المرضى راحة نسبية عقب
 تعاطى نحو الشربة والالبان والجواهر الغذائية السائلة اللطيفة
 ومن الاعراض الملازمة لهذا المرض كـ لازمة زيادة حساسية القسم
 الشراسبى ونوب الالام المعديّة التى دورى وهو ينتج عادة من نفس
 الاسباب المحدثه لنوب الالام وكثيرا ما تنتهى تلك النوب به وهذا التى
 تارة يحصل عقب تعاطى الاكل وتارة بعده بزمن طويل بحسب قرب القرحة
 من الفؤاد او البواب وكلما كان مجلس القرحة قريبا من فتحات المعدة كان
 حصول التى اكثر وجودا وملازمة وقد نيه الشهير (هينوك) على ان المعدة
 كغيرها من الاعضاء الجوفية يسهل فيها الاحداث سر كانت انعكاسية متى كانت
 فتحاتها الطبيعية مجلسا لاصراض وعلى انه يكثر حصول التشنجات المتأينة

الشديدة عندما يكون مجلس التبرج الاتهابي عنق المائة وان الزجر المتعلق
 باعراض القولون تكثر شدة كلما كان مجلس المرض قريبا من الاست
 والغالب ان تتقيا المرضي اطعمومات متغيرة تتفاوتنا ومختلفة عواد
 مخاطية وسائل حضية وصفات المواد المذقة بالقيء التي توجد فيها اخلاصات
 نباتية غالباً وهي تتعاقب بشدة النزلة المعدية الملازمة لهذا المرض وامتدادها
 وقد لا يتقذف بالقيء الامواد مخاطية او سائلة حضية بكمية عظيمة مع ابتداء
 الاغذية في المعدة

فعلى هذا يترجح الحكم بوجود قرحة معدية مزمنة متى حصلت آلام معدية
 شديدة وفي على الدوام عقب تعاطي الاكل ويعتبر التشخيص يتميز بما في
 انضم لذلك في دموى والقيء الدموى مختلف الينايبع فتارة يكون ينبوعه
 نزيفاً شرياً فثأعن هي التقرح وتارة وهي أكثر حدة ولا من السابقة يكون
 ينبوعه تآكل بعض الاوعية الغليظة وهذا الشكل هو الواصف للقرحة
 المعدية وستكلم في المبحث الثامن على النزول المعدى كلاً ما مبسوطاً
 ثم ان اعراض النزلة المعدية التي تصب القرحة المعدية وان انضمت دائماً الى
 الاعراض الواصفة لهذا المرض تتفاوت شدة وضعفاً باختلاف درجة تقدم
 النزلة المعدية وامتدادها فان من المرضى من يشكى بآفة اخ عظيم في القسم
 الشراسيفي وفقد في الشهية وتجشئ متمكرو واحساس بجأش شبه الحديد
 الحمصي في القواد ومنهم من يكون أشباه فترات نوب الآلام ذاهمة متسببة
 تكاد الشهية عنده تكون تامة

وأما علامات النزلة القسمية التي تضاعف القرحة المعدية فتختلف مخالفة
 تمامات النزلة القسمية التي تصاحب النزلة المعدية فان السوائل الحضية
 التي تندفع بالقيء وتصل الى القم في القرحة المعدية يظهر أنها تحصل الطبقة
 البشرية فتتفصل عند القيء واللسان بدل كونه مغطى بطبقة محكمة يغاب
 ان لا تفقد في النزلة المعدية المزمنة البسيطة يكون أجهر منشقاً وحالته هذه
 تكون معطوبة دائماً بزيادة في العطش ثم يوجد امساك مستعص كما يوجد
 في جميع أحوال النزلة المعدية المزمنة

وأما الحالة التامة لانبية المريض في هذا المرض فهي ان القرحة المعدية

الزمنة تحدث اضعافا لاسريعا في التغذية بحيث ان المريض ينحط بسرعة
ويضعف ويظهر ذاهنة باهتة ضعفية وقد لا تضرب التغذية المريض الا قليلا
وهذا الاختلاف منوط بلاشك باختلاف درجة النزلة المعدية المصاحبة
للقرحة المعدية شدة وامتدادا

واما سير القرحة المعدية فهو طويل جدا الا في الحالة المتقدمة ذكرها التي
تعتبر فيها احادة فقد يمتد هذا المرض بجملة سنين وفي أثناء هذه المدة تظهر تقلبات
عديدة في مكابدات المريض فقد يعقب الزمن الذي كانت فيه حالة المريض
مطابقة زمن يعتريه فيه مكابدات عظيمة بدون سبب ظاهر ولا يتدرأ ان يحصل
في أثناء النقاهة الظاهرية في دموى فجائي كما لا يتدرأ ان يعود التآلم للمريض
دفعة بعد انطفائه بالكلية مدة سنين وما ذالك الا من يسيل القرحة المعدية
للتسكسات

وأكثر انتماآت القرحة المعدية حصول الشفاء بأن تزول مكابدات
المريض شيئا فشيئا وتعود الية جودة التغذية ولا يبقى عنده أدنى ألم ثم اذا
مات بعد زمن ما أي مرض توجد فيه الندبة الاتهامية التي تختلفت عن
القرحة المعدية وقد ينتمى هذا المرض نادرا بشفا غير تام بان تزول
اعراض النزلة المعدية المزمنة والتي الدورية غالبا ويكتسب المريض هيئة
صحية لكن لا يزال يعقب كل اكله من اكلاته آلام معدية وقد تكون اشد
من سابقتها فيلزم حينئذ ان تسكون القرحة قد التهمت في مثل هذه الحالة
وعاد انشاء المخاطي الى سلامته الا ان الندبة الاتهامية التي تختلفت تعوق
حركات المعدة في جزء محدود منها او ينشأ عن ذلك التصادم بالاعضاء المجاورة
وهو الغالب وبذلك تنوتر جدران المعدة وتجذب عند تحركها فتسقر نوب
الآلام المعدية ثم انه كثيرا ما يتكون تضايق في البواب وتعد في المعدة
كمرض تابعي للقرحة المزمنة المعدية بواسطة ندبة الاتهام التي يكون مجامعها
يقرب البواب او بواسطة تضامة جدران المعدة التي تنشأ عن النزلة المعدية
المزمنة المضاعفة لهذا المرض

وقد تنتمى القرحة المعدية المزمنة بالموت بان يحصل عند المريض تشنّب في
جدران المعدة وانسكاب مخصاها في تجويف البطن وهلاك الشخص في مثل

هذه الحالة يحصل احداثا بدون ظهور علامات التهاب يرتوني اواقل ما هنالك قبل أن يصل الالتهاب المذكور الى درجة عظيمة جدا بحيث لا يعرف على حصول الموت منه وعند ظهور الالام الشديدة جدا في البطن تظهور احيانا يصير جلد المريض باردا ونفضه صغيرا وتغير مهنته ويهبط ثم يهلك وهو على تلك الحالة

وان حصل في هذه الحالة ضعف في ضربات القلب وقل امتلاء الشرايين تدريجيا نتج عن تراكم الدم في الاوردة طواهرسيا نوزية واضحة فتصير الهيمته الظاهرة لمقتل هؤلاء المرضى شبيهة بهيمته المصابين بالهيمضة في الدور الاستيفيكي ويظهر أن التنقب المعدي في هذه الحالة ينتج عنه مثل في المجموع العصبي المنوط بالتغذية كما يحصل ذلك في غير هذا المرض من الآفات الثقيلة وهذه الحالة اى التي يطرأ الموت فيها في مدة اليوم الاول او الثاني من حصول التنقب فادرة بالنسبة للعالة التي يطرأ الموت فيها عقب انضمام اعراض الالتهاب يرتوني القتال الى مجموع الاعراض التي بينهاها سابقا وقد يكون حصول الموت من التزيف المعدي وهذا نادرا فان المريض يوم راحته عادة ولو في الاحوال التي فيها يظهر ذاهيمته متمتعة مصفرة كالشمع الاصفر خالصة عن الدم ويعقب رفع رأسه اعجمه ويوجد فيها بالاختصار علامات فقد الدم كالضجر والتمهقان والاعماوطنين الاذنين ونحو ذلك ومع هذا اذا تأكات او عيصة تليقطة شربانية امكن حصول الموت بسرعة وقد شاهدت حالة سقط فيها الشخص على الارض فجأة وهلك عقب تشقب الشريان الطعالي وقبل ظهور القيء الدموي وقد يحصل الموت عقب النهوكة التدريجية ويحتمل ان يكون حصوله في الاحوال التي التهمت فيها القرحة المعدي الا انه نشأ عنها في المعدة تضاييق عقب انقباض المعدة الاتهامية وفي مثل هذه الحالة لا تستمر نوب الالام الشديدة المعدي وحدها بل مع ذلك يتقايأ المريض بجميع مائه اطباء من المطعومات ويكون مع ذلك امسالك مستعص بحيث ينقطع التبر زجفة أيام فيهبط البطن وينصف المريض تخافه زائدة هيكلية ثم يموت من عدم التغذية

(التشخيص)

من الحال تتميز القرحة المعدية المزمنة عن النزلة المعدية البسيطة المزمنة في
الحالة النادرة التي ايسر فيها القرحة المعدية مصحوبة بجميع علاماتها
الواضحة واما التمييز بينهما في غالب الاحوال فلا يصحكون عسرا فان زيادة
احساس القسم الشراسيبي في جز محدود منه ووجود نوب ألمية معدية
شديدة وفي متكرر سبها التي الدموي الغزير يتنافى وجود النزلة المعدية
البسيطة بالكلية وقد يعتمد قليلا في التمييز بينهما على حالة اللسان فانه في
أحوال القرحة المعدية يكون احمر امس وفي أحوال النزلة المعدية يكون
غالباً مغطى بطبقة واما التمييز بين القرحة المعدية وتضايق البواب الناتج
عن ضخامة في جسد المعدة فقد يكون صعباً جداً ويعتمد في ذلك على ان نوب
الام تكون اقل شدة في تضايق البواب وايسر بنسبة كثيرة تسكر اوال التي وان
حصول التي فيه ايضا يكون في أزمنة منتظمة ومصحوباً بآلام تدناهي للمعدة
فجموع هذه الاعراض الاخيرة يثبت وجود التضايق دون القرحة
المعدية

والشدة الاتهامية التي بها تعاقب المعدة عن تميم حر كآها وتنجذب يغلب
على الظن انه يمكن تشخيصها في الحالة التي فيها توجد الآلام المعدية الشديدة
غير مصحوبة باضطراب وتكدر في وظائف الهضم بان يكون المريض في اجمع
شدة تألمه ومكابدة ممتدتها بصحة جيدة وتناً كدغلبة الظن متى تأكد الطبيب
أن المريض كان عنده سابقاً علامات دالة دلالة كبدية على وجود قرحة
معدية زالت بالكلية ولم يبق لها اثر سوى الآلام المعدية ويغلب على الظن
وجود التضايق النسي للمعدة في الحالة التي فيها تظهر اعراض التضايق
ظهوراً بطيئاً مع ازديادها عقب زوال علامات القرحة المعدية
السابقة

واما تمييز القرحة المعدية المزمنة عن سرطان المعدة وعن الآلام المعدية
العصية فسياتي في المبحث التالي لهذا

(الحكم على العاقبة)

الحكم على عاقبة القرحة المعدية المزمنة بالنظر لما ذكرناه في سيرها وانما آتتها
جميعاً غالباً لكن على الطبيب ان لا ينسى ان هذا المرض كثيراً انكسرات

والتورانات وأنه في أثناء التحسن الظاهري يمكن ظهور نزيف معدى وان
المرض بعد حصول الشفاء يكون عرضة غالباً للتكسبات

• (المعالجة) •

يندر أن يكون تغير جدر الاوعية الناقية عنه كل من التسكر والجزق بلادر
المعدة وانها ذلك بالقرحة المعدية المستديرة نتيجة التربة المعدية المزمنة فان
المدمنين على السكر الذين نشاهد عندهم التزلات المعدية المزمنة المستعصية
جداً يندر أن يعترهم قروح معدية وحيث ان الاسباب الاصلية للتغير
المرضى في جدر الاوعية غير معلوم فتعرف ولا بد انه لا يمكننا انعام ما نستدعيه
المعالجة السببية في القرحة المعدية واستعمال المركبات الحديدية الذي يظهر
انه ضرورى بسبب الانهيا الحاصلة لا تصحله المعدة في احوال القرحة
المعدية

واما معالجة المرض نفسه فينبغي فيها اتباع تدبير صحتي بغاية الدقة فان شجاع
المعالجة يتعلق بالاكثر بما عايناه من ولولم يكتبنا بالضرورة وحفظ الجزء المريض
من جدر المعدة من تأثير أى سبب مضر كما يكون ذلك في القروح الجلدية
الظاهرة فان ادخال اى جوهر غذائى مهما كان لطيفاً يحدث ولا بد احتقانا في
الغشاء المخاطى المعدى وتيج الجزء المتروح ومع ذلك فكلما كانت اطعمومات
أكثر غلظا وثقلا كان التهيج الناقى عنها اكثر شدة ويستخرج من هذه الحقائق
الثابتة المطابقة بالسلبية للتجارب قاعدة عامة وهي انه لا يسمح للمرضى الا
باغذية لطيفة سائلة فيجتمد ابتداء باتباع تدبير غذائى مطلق بالالبان وينظر في
تحصيل المرضى له وعدمه فان غالبهم لا يتصوره وان انعقد اللبن في المعدة على
هيئة جلت بجامدة لزجة ينبغى اتباع طريقة (بود) وهي تعاطى الالبان مصحوبة
بقليل من الحسبر الابيض النظيف وبعض المرضى لا يتحمل اللبن الحليب
ويتحمل اللبن المنعقد والحضى فحملا جيدا وان وجد عند المرضى كراهة
عظيمة للالبان وكان لا يمكن تحصيل كل من اللبن المنعقد والحضى فيبقى ان
يؤمرهم باسعمال الشربات القوية التي لا يؤخذ بزبد هامضا فالخلاصة
المعم للمعلم (ليج) وقوة تغذية المقادير الصغيرة من هذه الخلاصة وان كانت
قليلة الا انها منشطة قوية وكذا يؤمر المرضى بخلاصة الشعير النابت الجفف

للمعلم (تروبير) المحتوية على الأبرياء المغذية لهذا الجوهر على الحالة السائلة
 وحيث ان المرضى يمكنهم تعاطي جولة ملاءق منها في أثناء النهار بدون مشقة
 ينبغي اعتبارها جوهر اغني ذاتيا جيدا وانى لا عرف مرضى كانت تعاطي
 في كل يوم من اوقية الى اثنتين من خلاصة الشعير المذكورة و ينبغي تجنب
 تعاطي البقول والخبز المصنوع من الدقيق الخشن والبطاطس المسمر
 والمصنوع عساسة واما المطبوخ على هيئة عصيدة فيسمح به استعماله ومن الناجع
 جدا في معالجة القروح المعدية المزمنة استعمال القلوبات الكربونية فانها
 ذات تأثير واضح ويفضل من المياه المعدنية المحتوية على قلوبات كربونية
 واما ملح مسهلة ما كان حار امنها على البارد فتعمل المرضى التي تسمح احوالهم
 بالسفر الى حمام كرلوس باد وان لم تسمح حالتهم بذلك يوصوا باستعمال مياه
 كرلوس باد ومارية باد وtrasbir وTherha وهم في اما كنتم انما ينبغي قبل
 تعاطيها تسخينها جيدا وقد شاهدت نجحا عظيما في بعض الاحوال من
 شرب مياه وبلديات وغيرها من المياه المعدنية الحارة عند بعض المرضى
 المصابين بقروح معدية مزمنة وكانت تعاطت بلاطائل كالماء
 كرلوس باد ومارية باد دون ان يتحقق لي كل التحقيق من ان شرب بعض
 مياه الينابيع الحارة يقوم مقام مياه كرلوس باد كما قاله المعلم (بوك) في جرنالاته
 ومما يتأسف منه كون هذا الطبيب الخاذق مجتهدا في انتشار معاريفه
 تامة بين العامة مثل هذه فاني قد شاهدت جملة اشخاص يزعمون انهم تحصلوا
 على معارف كافية من قراءة ما ذكر ويدعون ان لهم قدرة على معالجة أنفسهم
 وبذلك استحلوا على الضرر والتدبير اخصى في المعالجة بمياه الينابيع
 الطبيعية وان احتوى على بعض امور زائدة غريبة لا ينبغي عدم الاعتما
 به ورفضه فانه يترب على ذلك عدم اتصاع الوصايا العقلية كإصاء المريض
 بعدم التأخر في النوم زيادة عن الساعة السابعة ليلا (المقابلة للساعة الثانية
 بحسب العربي) ليلا وعدم تعاطي شئ سوى الشربيات مساء وعدم تعاطي
 شئ في الصباح من الاغذية الا بعد مضي نصف ساعة الى ساعة بعد شرب
 آخر كوب من الماء فان من المهم جدا حصول المياه المعدنية الى المعدة
 وهي خالية

وإذا لم تنثر المعالجة المذكورة وجب الانتقال إلى المعالجة بواسطة نترات
الفضة أو نترات البرموت فان هاتين الواسطتين سيما الأولى منهما
يطابقان دلالات معالجة هذا المرض نفسه وذلك لأنهما كما يشاهد من
تأثيرهما في الصمام قروح الجلد والاعشمية المخاطية غير المعدية يسرعان في
الصمام القرحة المعدية والمرضى يصحلهما في هذا المرض ولو زاد مقدارهما
زيادة عظيمة لكن ينبغي التنبيه على ان نجاحهما في القرحة المعدية ليس
محققا كما هي عادة مما في النزلة المعدية المزمنة فانه قد يشاهد منهما التبراح
العظيم في بعض الاحوال بسرعة وفي بعضها الايثران أصلا وككل من
استعمال هذين الجوهرين ومقدار التعاطي منهما سبق ذكره في معالجة
النزلة المعدية المزمنة

والمعالجة العرضية لهذا المرض تستدعي أولا مضاربة نوب الآلام
المعدية اذ من التادرات وجود آحوال من آحوال القرحة المعدية المزمنة
لا تحتاج لاستعمال المسكات فيها والغالب ان تأثير المسكات في نوب الآلام
المعدية سريع ووضوح للغاية فان تعاطي مقدار صغير من المورفين يحصل
منه في المعدة بعد التعاطي يسير من الدقائق لتطيق عظيم بل يكون كلي في
الآلام وهذه النتيجة تؤيد ما كنا من ان نوب الآلام المعدية تنشأ في
أكثر الاحوال عن انجذاب المعدة وتوترها فانها لو كانت متعلقة بالتوهج
الذي يهتري سطح القرحة من الاغشية او من العصارات المعدية الحامضية
لكان تأثير الجواهر المسكنة فيها غير معقول مع انه كما قال المعلم (باكش)
يطرأ بسرعة عجيبية وأما كونها متعلقة بالانجذاب الواقع على جدار المعدة
فلا صفة فيه واضح فان المسكات زيادة عن تخديرها تحدث بطأ في حركات
المعدة وقال المعلم (استوكس) ان المورفين هو الدواء الوحيد الناجح في
معالجة القرحة المعدية المزمنة ورأيه ان نجاح غيره من الجواهر الدوائية انما
هو ناتج عن اعطائها بمزوجة بالمسكات التي فيها المورفين كما هي عادة الاطباء
في كيفية اعطاء نترات البرموت في هذا المرض والغالب ان يكتفى باعطاء
مقدار صغير من المورفين (بان يعطى منه جر من اثني عشر جزءا من قحمة
او جر من عناية ابراهم) فقط ولا حاجة الى زيادة كيته فقد شاهد المعلم

(باكش) امرأة تعاطت هذا المقدار زيادة عن مائة مرة بدون ان يتأخر فعله
المسكن والمورفين في هذه الاحوال افضل من خلاصة الشوكران والبلادونا
الموصى بهما ايضا في هذا المرض وعند وجود ازدياد في احساس القسم
الشراسيبي عند الضغط تستدعي المعالجة العرضية ارسال العلق على القسم
الشراسيبي او المهاجم التشريطية واذا لم تثمر الوسايط المذكورة فلتستعمل
الحراريق او المشقعات الطرطيرية على القسم الشراسيبي زمنا طويلا فقد
شوه حصول الصباح اسيا نامن ذلك ومن الاعراض التي تستدعي معالجة
مخصوصة ايضا التي المستعصى وبما يثمر فيه غالباً المقدرات سيما المورفين
فان لم يثمر وجب استعمال مقدار صغير من الماء الجليدي او استحلاب قطع
صغيرة من الثلج فان لم يثمر ذلك فقد شوهت المنفعة العظيمة في استعمال
الكريوزوت ووضع عا منه اربع نقط على ست اواق من الماء ويتعاطى منه
ملعقة فلهمة او صبغة اليود من نقطتين الى ثلاثة في ماء محلي وقد تستدعي
الانزفة المعدنية والالتهايات البريتونية التي تطرأ عدة مسير القرحة المعدنية
معالجة مخصوصة وسياتي بيانها

• (المبحث السابع) •

(في سرطان المعدة)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

المعدة اكثر الاعضاء مصابة بالسرطان والغالب ان تكون اصابته اولية
وينشدر ان يتبع سرطان المعدة آفة سرطانية في غير المعدة من الاعضاء
كاصابة تايهية كما يندرامتداد سرطان الاعضاء المجاورة للمعدة اليها
ثم ان اسباب سرطان المعدة كغيره من الآفات السرطانية تخفية بالكلية
ويظهر ان هذا المرض في بعض العائلات وراثي فان (نابليون) الاول واخته
ووالده ~~الملك~~ كانوا ابرطان في المعدة واما عروضة بالنسبة للصنف والسن
والمعيشة فيقال فيه عادة ان الرجال اكثر مصابة به من النساء ومن كان
سنه من اربعين الى ستين فهو اكثر مصابة به من غيره ومثا هدته قبل سن
الاربعين نادرة واما حوله قبل سن الثلاثين فيعد من الاحوال الاستثنائية
وتصاب به الاغنياء والفقراء على حد سواء وكثرت في الفقراء لكثرة عددهم

عن الاغنياء وما ادعاه بعض الاطباء من أن تظهر وهذا المرض يكون من
تأثير الافراط في تعاطي المشروبات الروحية والانتفعالات النفسانية المحزنة
وارتداع بعض الطبقات الجلدية والقروح فليس يثبت
(الصقات التشريحية)

اغلب ظهور سرطان المعدة يظهر في جزء المعدة البوابي واقل من ذلك اصابتها
لجزئها القوادي او قوسها الصغير واندر من ذلك اصابتها قاع المعدة وقوسها
العظيم وهذا الداء ذو ميل عظيم للامتداد جهة العرض بحيث ان سرطان
القوس الصغير يمتد الى القوس الكبير وسرطان البواب او القوادي ينشأ
عنه تضايق حاق في المعدة والعاقدان يكون التضايق السرطاني للبواب
محدودا بالصمام البوابي واما سرطان القوادي فيكا يمتد دائما الى المريء
امتدادا متناوتا

واكثر انواع السرطان مشاهدة في المعدة السرطان الاسكروسي واقل منه
مشاهدة السرطان النخاعي واندر منهما السرطان الهلامي او الخلاق وكثيرا
ما تنضم انواع السرطان الى بعضها كاسرطان الاسكروسي والسرطان
النخاعي وهذا هو الغالب في الانضمام

فاما سرطان المعدة الاسكروسي فيكاد يبتدىء دائما في المنسوج الخسلوي
تحت الغشاء المخاطي فيتكون عنه تارة عقدة متفرقة وتارة تيبسات منتشرة
يظهر فيها بسبب عدم انتظام نمو جميع اصقارها جولة تضخيمات ويشاهد في هذا
التولد المرضى جميع الاوصاف الخاصة بالسرطان اليابس اي الاسكروسي
وهي كونه مادة كثيفة مبيضة يابضا كاليابسة بصلاية الغضروف والغشاء
المخاطي يلتصق سريعيا بالتولد المرضى البلديد السكان اسفل منه ثم يلين فيما بعد
فيصير ذاهبة هيمينية مسودة ثم يفصل ويبقى سطح السرطان متعريبا والطبقة
العضلية للمعدة يحصل فيها تضامة ممتدة وتظهر الهيمية المدرجة الخاصة
كاذن كما ناه سابقا وعند تقدم سير هذا المرض تقع تلك الطبقة في ضمور
او تتلاشى بالسكلية والطبقة العضلية يحصل فيها فخرن وعمامة عقب اصابتها
بالا التهاب البريتوني الجزئي وتلتصق غالبيا بحولها وتغطي بقايات يابسة
مبيضة صفحية وبعد تلاشي الغشاء المخاطي يأخذ السرطان العادي في

التقرح فيتكون فيه انبعاثات سطحية في الابتداء ثم تصير فيما بعد عائرة
 وحينئذ تتكون القروح السرطانية ذات الشكل غير المنتظم والحواف
 المتبسة الشبيهة بقروح السرطانية التي تحصل في ظاهرا الجلد وقد تعالج
 احيانا بسطح القروح الاسكرولية وحوافها تولدات سرطانية شخاعية
 واما سرطان المعدة الشخاعي في ابتداء وجدت عقدا وتبيسات منتشرة تتكون
 اسفل الغشاء المخاطي من الابتداء ذات رخاوة وهيئة مشابهة لهيئة الجوهر
 الدماغى الشخاعي يسهل بعد شقها نحو ح مادة لبنية سرطانية منها وأخذ هذا
 السرطان في الامتداد اسرع من السرطان الاسكرولى فيعالو بسرعة على
 السطح الباطن من المعدة على شكل تولدات اسفنجية رخوة سهلة الادماء
 والعادة ان يتقسم هذا التولد المرضى من مركزه الى جملة كتل مسودة رخوة
 خلية واما اثره فلا يزال نحوها آخذ في التقدم وعند اتصال الاجزاء
 المسودة المتبسة تتكون قرحة ذات حواف منقلبة الى الظاهر قنبطية
 ومحيطة بالقرحة على شكل حيز وقطر هذه القرحة يصل الى جملة قراريط
 والتولدات المرضية قد تنمو فتزداد اذ ياد اعظما جدا بحيث يضيق بجوف
 المعدة

واما السرطان الخلاقى والهلامى فيندر ظهوره على شكل عقد متفرقة
 والغالب ان يظهر على شكل استعمال سرطانية منتشرة وابتدى في المنسوج
 النساوى تحت الغشاء المخاطي ايضا الا أنه يؤدي بسرعة الى فساد جميع
 طبقات المعدة بحيث ان يندرها التي يصير محكا اجلة خطوط بل نصف قراط
 لا يرى فيها آثار منسوجها الاصلى بل توجد جميعها متكونة في تجاويف
 صغيرة (هى التلبيات) محتوية على سائل هلامى وبالصفت المكرسكوبى يستدل
 على ان هذا السائل نشأ من تراكم الخلايا السرطانية المتجمعة في التجاويف
 الصغيرة والتي اعترتها الاستحالة الهلامية والغشاء المخاطي يتلاشى ايضا في
 السرطان الهلامى فيستفرغ منه متصل التجاويف الصغيرة فيظهر سطحه
 السائب خليا متغير اللون رديشه ومع ذلك فقد الجوهر لا يكون عارفا انه يجعل
 محل الاجزاء المتلاشية تكونات جديدة ثم كثيرا ما تمتد الاستحالة السرطانية
 الى الاعضاء المجاورة للمعدة سيما العقد الليمفاوية والبانكرياس والكبد

والقولون المستعرض والثرب كما ان تقرح هذا التولد الجديد قد يتسدم من
المعدة الى الاعضاء المذكورة وبذلك يمكن ان يتكون استطراق بين المعدة
والقولون او استطراق الى الظاهر بعد التصاق المعدة بالجدار والمقدم للبطن
وتثقبه ويندرام تمداد السرطان انقلوي الى الاعضاء المذكورة وكثيرا ما
يؤدي هذا النوع من السرطان الى استحالة سرطانية منتشرة في البريتون
في عقب ذلك انسكابات استوائية في تجويفه

واذا امتد القرع السرطاني الى البريتون قبل التصاق المعدة بالاعضاء
المجاورة نشأ عن ذلك انسكاب متصلها في تجويف البطن في عقب ذلك
التهاب بريتونى قتال

واذا نتج عن الاستحالة السرطانية تضيق عظيم في البواب يمنع مرور محتصل
المعدة الى المهى نتج عن ذلك تقلد في المعدة وهذا العائق يزداد بسبب البروزات
المعدية للسرطان ويقترح الجزء المصاب واذا كان مجلس السرطان النواد
او كانت جدر المعدة مكابدة للاستحالة السرطانية في امتداد عظيم منها كما
يشاهد ذلك في السرطان الهلامي نتج عن ذلك تضيق في تجويف المعدة
والبواب المتسطن في غالب الاحوال يبقى في محله الطبيعي بسبب تثبته
بالتصاقات وهناك احوال يبقى فيها اسباب فيسقط بثقله نحو الخثرة وقد
يسقط الى الارتفاق العاني

• (الاعراض والسير) •

يتعدر معرفة السرطان المعدي في بعض الاحوال مدة الحياة مع التأكيد
حيث ان بعض الفقراء الذين يكثر ورودهم الى المارستانات للمعالجة
يكونون في نهوكة متقدمة ومع ذلك فلا يتشكون بشئ ولا يعلمون سبب هذه
النهوكة والقسم الثمرا سبقي حينئذ لا يظهر فيه ألم بالضغط في مثل هذه الحالة
والشبهية تكون فيها اقليل ولا تخرج الطعومات بالقيء ثانيا ولا يدل البحث
عن البطن على وجود ورم فيه فيبقى للطبيب حينئذ ان يعرف ان سرطان
المعدة قد يبر بدون هذه الاعراض المذكورة اخيرا وان يتقبط لكونه سببا
للنهوكة العظيمة جدا بدون ان يجزم بتشخيصه ومتى هلك مريض من هؤلاء
ووجد عند تشريحه قرحة سرطانية عظيمة في المعدة زاد تذهب بعض الاطباء

غير المقرنين من عدم امكان تشخيص هذا المرض مع تقدمه تقديما عظيميا
مدة الحياة

وهناك احوال لا يعرف فيها سرطان المعدة الا بوجه التقريب وذلك كما في
الاحوال التي فيها المرضى المتقدمون في السن يتشكون بتفقد في الشهية
وامتلاء في القسم الشراسيبي وتجشئ وشحوذك من ظواهر فساد الهضم
ومع هذه الاعراض الخفيفة في الظاهر يتضح للطبيب ان هؤلاء المرضى
يتفقدون قواهم بسرعة وتكذب وجوههم هيئة مصفرة ومحنة تدل على سوء
القنية ويظهر عندهم احمانا اتقاخا وذيما وى خفيف حول الكهين في
مثل هذه الاحوال متى أمكن الطبيب ان يتق جميع الاعراض المهددة
للهوكة دون المرض الذي نحن بصدده ترجع عنده ان المريض ليس مصابا بنزلة
معدية من منسة بل بمرض خبيث في المعدة أى بسرطانها وان لم يوجد كل من
الآلام الخاصة والتي هو ورم المعدة الواصف لهذا المرض

لكن في غالب الاحوال تكون المصقة التي يسير بها سرطان المعدة كثيرة
الوضوح فتعرف بسهولة وذلك في الاحوال التي فيها ينضم ظواهر فساد
الهضم ولاعراض الهوكة وسوء القنية الم شديد في قسم المعدة يزداد بالضغط
ويرتق الى درجة عظيمة بعد الاكل لكنه لا يصل عادة الى درجة شديدة ثوب
الآلام المعدية العميقة وينضم لذلك غالباً ما يقول كنه يحصل زماناً فزماً اذا
كان مجلس السرطان القوس الصغير ويحصل بعد كل مرة من تعاطى
المطعمات اذا كان مجلسه القواد او البواب غير ان التي يحصل بعد الاكل
يجملة ساعات اذا كان مجلس الضايق السرطاني البواب وبعد الاكل حالا
او في اثنتاه اذا كان مجلسه القواد ومن الجائز احياناً ان يصير التي نادراً
بعد استقراره زماناً طويلاً على حالة منتظمة او يزول بالكلية او يستعاض
بمركبة ارتداد الاطعمة كاجترار بعض الحيوانات ويسمى توجيهه هذه
الظاهرة متى انضح بالتشريح ان الجزء الضيق صار متسعاً بسبب لين السرطان
وتقرحه او ان المعدة بسبب تعددها القمد العظيمة بما اعتري جسد رها من
الاستهالة السرطانية فقدت قوة الانقباض التي تساعد حركة التي مدة
الحياة وقد لا يتضح من الصفات القشرية سبب زوال التي المذكور ثم ان

المواد المنقذة بالتي تارة تكون متكونة من الاطعمة المزردة ملتفة بطبقة
 من مواد مخاطية وقليلة التغير وذلك اذا كان مجلس السرطان القواد وكثيرة
 التغير بحيث تسكاد لا تعرف وذلك اذا كان مجلس السرطان البواب وتارة
 تكون متكونة من مواد مخاطية غزيرة ومن سائل كثير التلون حصى الطعم
 والرائحة وظهور كل من حصى اللبنيك او السنيك وانجليك في المواد
 المنقذة بالتي يتعلق بنفس الاسباب التي ينهاها في شرح التزلة المعدية
 والتضايق البسيط للبواب وكثيرا ما يشاهد في مواد التي الخليات النباتية
 المعدية واما وجود قطع سرطانية فيها فنادر جدا وما ذالك الا لكون السرطان
 عند تقرحه وفساده تفقد جزئياته شكلها الاصلى الواصفها وعند تقرح
 هذا التولد المرضى الجديدا كثيرا اوعية كثيرة ما تحصل ازفة شعيرية والام
 المسكب في المعدة يتغير بسرعة بواسطة منصلها الحصى فيستحيل الى مادة
 مسودة مخصوصة ولذا كان وجود هذه المادة المسودة الشبيهة بدردي القهوة
 محتالطة بمواد التي معتبرا من العلامات المهمة الكثيرة الوجود في سرطان
 المعدة الا انه يولغ في اهميتها التخصيصية في هذا المرض مباغاة خارجة عن
 حدها ويندرنا كل اوعية غليظة عند تقرح السرطان بحيث يحصل تزيق
 غزير جدا ولذا كان وجوده في العرض في الاحوال المشكوك فيها امر بها
 لكون المرض قرحة معدية منمنة لاسرطانا معديا واهم اعراض السرطان
 المعدية وجود ورم في القسم الشراسيني الا انه يجب معرفة كون هذا العرض
 يفتقد في كثير من الاحوال ومن علم وضع اجزاء المعدة بالنسبة للكبد وقوس
 الاضلاع سهل عليه ادراك ذلك فان سرطان القواد يكاد لا ينتج عنه ورم
 محسوس في القسم الشراسيني ولو بلغ ذلك الورم حجما عظيما كما ان سرطان
 القوس الصغير للمعدة لا ينتج عنه ورم في القسم الشراسيني الا اذا امتد ذلك
 الورم نحو القوس العظيم من هذا العضو ومعظم الاورام السرطانية
 المدركة باليخس يكون مجلسها البواب او اقله الجزء البوابي من المعدة وليكون
 سرطان المعدة يوجد في هذا القسم غالبا فالغالب ايضا في اربعة اخماس جميع
 احوال هذا المرض وجود ورم مدرك باليخس في القسم الشراسيني والظاهر
 ان قول المعلم (هرقل) بالنسبة لوضع المعدة مؤسس على خطأ وبالخصوص

ما قاله من ان طرف المعلة الخبيرة يكون مقابلا لوسط الجدار المقدم من
 المعدة عند الوضع الرقوى من الجباب الحاجر ويتضح من كتاب المشرح
 (لوشكا) المحتوي على القوائد الكثيرة لكل طبيب على أن الشق العمودي في
 الخط المتوسط من الجسم يقسم المعدة بكيفية بحيث ان خمسة اسداس هذا
 العضو تكون موضوعة في الجهة اليسرى والجزء السادس في اليمنى بحيث ان
 الورم الشاغل للجهة اليسرى من القسم الشرقي - في يكون مجلسه الجزء
 اليماني في الوضع الطبيعي له وسرطان البواب لا ينتج عنه ايضا ورم محسوس
 الا متى سقط الورم بثقله الى اسفل ولا يقط الا اذا كان غير ملتصق بما حوله
 ويجلس الورم اذ ذلك يكون قريبا من السرة والغالب ان يكون اعلاها وكونه
 على يمينها اكثر من كونه على يسارها واذا كان الورم ساقطا الى اسفل فن
 الجبان ان يعتاد بوزم في المبيض وعظم الورم يختلف فيكون من قدر البيضة
 الى حجم قبضة اليد واذا كان عظيما جدا أمكن ان ينتج عنه احيا نابرو وظاهر
 في البطن والسطح الظاهر من هذا الورم يكون غالبا غير مستو ذات تحدبات
 في كثير من الاحوال ويكون منحرفا فيمكن تزحزحه وتغير وضعه على حسب
 فراغ المعدة وامتلائها وفي احوال أخرى يكون غير منحرف وذلك اذا كان
 يلتصق بما حوله ودرجة حساسية هذا الورم تختلف ايضا وقد يشاهد بدل
 هذا الورم المحدود ذي التحدبات بوزم مستو متفاوت الامتداد ذو مقاومة
 في القسم الشرقي وبالقرع على الورم المتكون من سرطان المعدة يسمع
 صوت ذلك القرع غير فارغ بالكافية وواضح الطلية

وبالبحث الطبيعي يظهر لنا في احوال التضايق السرطاني البوابي زيادة عن
 الورم قد تدفي المعدة وقد شربنا اعراضه عند الكلام على التضايق البوابي
 البسيط واذا كانت المعدة متضايقه وكانت الامعاء فارغة كما هي العادة
 توجهت الحالة السفلى من قوس الاضلاع بارزة الى الامام والبطن على
 عكس ذلك مختنضا بحيث يحس بالعمود الفقري وثبات الشريان الاورطي
 وقد تنوع اعراض سرطان المعدة عقب تولدات سرطانية في غيرها من
 الاعضاء خصوصا الى الكبد وقد عتد السرطان من العقد اللينفاوية للمعدة
 الى العقد اللينفاوية خلف البريتون ومنها الى العقد اللينفاوية من الجباب

المنصف الخلق ومنها الى عقد العنق بحيث يظهر ورم صلب في العقد أعلى
الترقوة يعين على تحقيق التشخيص كما شاهدت ذلك احيانا واما اعراض
سرطان المعدة الهلالي فانها كثيرا ما تقتوح عقب ظهور واسمة آت زقية
في البطن

ثم ان سرطان المعدة يظهر في مدة سيره ازدياد وارتقاء في جميع الاعراض
المذكورة ويندرج صول فقرات فيها تحسن حالة المريض بان تنقص
الالام والقيء وتعود الشهية ثانيا لكن هذه الفترات اذا حصلت لا تطول
مدتها عادية بل تتور بسرعة مكابدات المريض ثانيا وتنفذ الشهية والامساك
الذي يوجد مع المريض من الابتداء يستتجد او تزداد الخفاقة ازدياد اعظيما
واذا كان التولد المرضي انطيت سرطانا متخفعا قطع سيره في عدة أشهر غالبا
وأما السرطان الاسكيري وهي والهلامي فتدب سران مدة من السنين

وليس لسرطان المعدة انتهاء الا الموت فحينئذ ما قبل من اقته في بعض الاحوال
انتهى بالشفاء مبني على خطأ في التشخيص كما ان الصفات التشريحية التي
ذكر فيها مشاهدة أثر الحمامية سرطانية لا يعقد عليها فانه ان شوهد حول
المنديبة الاحمامية تولدات سرطانية جديدة فالمرض لا يكون حقة ذاتنفا
بالكلية وان لم توجد هذه التولدات لا يمكن التمييز ندبة الحمامية سرطانية
وندبة الحمامية قرصية والموت يحصل عادة عقب ظهور التهوك التدريجية
وحيث لا يتضم ذلك حتى فالترع عمتد عادة زمنا طويلا الى قرب الانتهاء المحزن
فيبقى المريض جملة أيام على قيد الحياة وفي مثل هذه الحالة يصير اللسان مجرا
فيه ميل للجفاف ويتغلى هو اوجبانية ومع ذلك لا يندران يظهر عند المريض
قبل الموت بزمن يسيرا وذيما، وامة متوترة في أحد الاطراف وهذا المرض
يتعلق بانسداد في الوريد الفغندي ويدل على ان بلاء الدورة أدى لحصول
تعدلات دموية فيه وأقل من ذلك حصول الموت عقب تثقب المعدة وظهور
اعراض التهاب بريوني قتال بسرعة وأندرعماذ كحصول الموت بازدياد
التهوك عقب التزيف المعدي الغزير وقد يحصل الموت عقب ظهور
مضاعفات واستحالات سرطانية تابعة تسرع في حصوله

• (التشخيص) •

تميز سرطان المعدة عن نزلتها المزمنة سهل جدا في الاحوال التي يوجد فيها ألم
 في القسم الشراسيبي وفي منكره ونزوح مادة مسودة شبيهة بدردي
 القهوة ومختلطة بمواد التي خصوصا التي فيها يوجد ورم في القسم الشراسيبي
 وأما الاحوال الجردة عن هذه الاعراض خصوصا عن الورم الذي يعتد به
 الشهير (اندرال) علامة واضحة لسرطان المعدة فالتمييز فيها بين هذين المرضين
 عمر جدا ومن المهم في حل هذه المسئلة من المريض وفيما عدد ذلك يمكن
 التمييز بينهما بمراعاة الحالة البدنية العامة للمريض
 وكذا التمييز بين سرطان المعدة والقرح المزمنة لها تارة يكون سملا وتارة
 عمر الغاية حتى ان اثنين من مشاهير اطباء وهما (أبولسر) و(شونلين)
 اختلفا رأيهما في حالة مشيئة فقال أحدهما بوجود سرطان في المعدة
 والاخر بوجود قرحة فيها وما ينبغي مراعاته في التشخيص التمييز هنا
 أمور منها سن المريض فان سرطان المعدة عند الشباب يكاد لا يوجد بالكلي
 ومنها مدة المرض فان طول مدة سنين يمنع ان يكون سرطان في المعدة ومنها
 قوى المريض وحالة تغذيته فانهما في حالة قروح المعدة لا يتغيران الا قليلا
 ويبطء وفي سرطان المعدة يكون تغيرهما سريعاً وشديداً جدا ومنها صفة
 الآلام فان نوب الآلام المعدية العصبية الحقيقية تعلن بوجود قرحة في
 المعدة أكثر من اعلا منها بسرطان ومنها صفة الدم المنقذف مع التي فان
 العادة في قروح المعدة أن تخرج كمية عظيمة من الدم ولذا لا يكون متغيرا
 الا قليلا وفي سرطان المعدة لا تخرج الا كمية قليلة غالباً على شكل مادة مسودة
 كدردي القهوة ومع ذلك فندشوه في بعض أحوال السرطان المعدية في
 دموى غزير كما شوهد في بعض أحوال قروح المعدة المزمن نزوح مادة
 مسودة حبيبية شبيهة بدردي القهوة ومنها وجود ورم في القسم الشراسيبي
 او عدمه قالو جيداً كما يحقق وجود سرطان المعدة فان الاحوال التي ينتج
 فيها عن القرحة المعدية المزمنة ورم بسببها كما تجد في المعدة وتكونات
 خالو يتجدد في محيطها من التوادد العظيمة جدا كما ان عدم وجود ورم في
 القسم الشراسيبي لا يلزم منه عدم وجود سرطان معدية كما نرى على ذلك
 فعلى الطبيب أن لا يفتأ

ومن النادر بالجزم مدة الحياة يتبعين شكل السرطان المعدي المصاب به المريض والسرطان الهلامي الذي هو أندر أشكال سرطان المعدة حصوله لا يترجح وجوده الا اذا كان المرض ذا سير بطيء للغاية وظاهر في أثناءه استقامته ويكاد يجزم بتشخيصه اذا خرج عند بزل البطن قطع سرطانته ذات خصائص من الثوب تعرف بالأمس فان لم توجد هذه العلامات فالمرض اما سرطان اسكرومي او نخاعي لكن كلما كان سير المرض حادا وكان حجم الورم عظيما ونموه سرهاتر يرجح ان التولد المرضي الجديد سرطان نخاعي

• (المعالجة) •

حيث ان المعالجة السليبية والمعالجة المؤسسة على طبيعة المرض لا يتأتى هنا اتمامها تقتصر على المعالجة العرضية فنقول

التدبير الغذائي ينظم على حسب القانون الذي يبناه في معالجة النزله المعديه المزمنة فان أمكن تصممه اللبن فهو أجود غذاء للمصاب بالسرطان المعدي وان لم يمكن تصممه وجب على الطبيب ان يوصي بتعاطي الامراق المركزة وصفار البيض ونحوه من الجواهر الغذائية لكن بمقدار صغير كل مرة وعلى حالة سائلة او متجزئة تجزأ دقيقا نحو صاعده وجود تضايق في البواب وان يوصى باستعمال مقدار قليل من النبيذ الاحمر والاعادق ان المرضي تصممه وعند كثرة التكوينات الحمضية يجب استعمال القلوبات الكرونية والاحسن ان تكون على شكل ماء الصودا وكثيرا ما لا تفر الجواهر المذكورة فلا يمنع حصول التكوينات الحمضية نحو صاعده وجود تضايق في البواب فيجب في مثل هذه الحالة استعمال الحبوب التي اوصى بها المعلم (بود) الموجود في كل حبة مئزر ربع نقطة او نصف نقطة من السكر يوزون واما استعمال الطلية المعديه فنقول فيه ما ذكرناه في المبحث الثاني وعند وجود امساك المستعصم يؤمر باستعمال حبوب من كبة من الصبر وخلاصة الحنظل واما استعمال المسكات سيما المورفين لاجل مضاربة الام والارق

• (المبحث الثامن في الانزفة المعديه) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الانزفة المعديه تنبع عن عدة اسباب منها غزق او عيبه هذا العضو المحقنة

احتقاناً شديداً بدون أن يسبق ذلك تغير في منسوجها ومن النادر أن يشهد
 الاحتقان التواردي الشرياني اشتداداً عظيماً يؤدي للتمزق الوعائي ولا يحصل
 ذلك أحياناً إلا عند اضطراب الحيض بقطع النظر عن الانزفة القلبية التي
 تشاهد في التهاب المعدة وكون نضج بيضة الاتي وانقذافها قد لا يكون
 مرتبطاً باحتقان تواردي وأنزفة في الرحم بل باحتقان تواردي في غير الرحم
 من الأعضاء أمر محقق وإن كان توجيهه متعذراً وأكثر من ذلك مشاهد
 حصول الانزفة المعدية من احتقانات احتباسية وريدية في غشاء المعدة
 المخاطي وأعظم هذه الاحتقانات الوريدية حصولاً وأشدّها ما يحصل عند
 ما يجيد الدم الوارد إلى الكبد عاتقاً في سيره ولذا تحصل الانزفة المعدية من
 انسداد الوريد الباب بواسطة تعقدات دموية ومن الضغط الواقع على
 ثغره عقب انكماش المنسوج الخاوي لهذا العضو كما يحصل في سيرور
 الكبد ومن تمدد المسالك الصفراوية عقب انسداد القناة الكبدية
 أو الصفراوية ومن انسداد الأوعية الشعرية الكبدية بواسطة ندف
 بجمتية كما في الحيات الأجنبية الخبيثة كما قاله الشمبر (فرير كس) ومن
 ثلاثي الأوعية الشعرية الكبدية في المرض المعروف بالضمور الأصغر
 للكبد ومن النادر أن يرتقي احتقان الغشاء المخاطي المعدي إلى درجة
 عظيمة جداً عند ما يجيد الدم عاتقاً في سيره وقت مروره في تجويف الصدر كما
 يشاهد ذلك في أمراض الرئتين والبليورا والقلب والتاء ورجحيت أن هذا
 الاحتقان المرتقي إلى الدرجة المذكورة يؤدي لحصول تمزق في بعض الأوعية
 الشعرية ومع ذلك فقد شوهد أحياناً في مثل هذه الأحوال انزفة معدية ومن
 هذا القبيل الانزفة التي تشاهد عند بعض المولودين جديداً فإنه يغلب على
 الظن أن هذه الانزفة تتعلق بالتدغم التام للرئتين وبالعاتق الناتج عن ذلك

المانع لسريان الدم في الأوعية الشعرية المعدية
 ومنها أن تنتج الانزفة عن تمزق في جدار الأوعية المريضة كتمزق بعض العقد
 الدوائية أو اتساع بعض الأورام الأنوريزماوية في تجويف المعدة ونسبة
 التزيف إلى هذه نادرة والغالب أن ينسب هذا التزيف لتغير مرضي في جدار
 الأوعية وإن لم يمكن رؤية ذلك لا بالنظر ولا بالميكروسكوب ومن هذا القبيل

الانزفة التي تشاهد عند الاشخاص أصحاب سوء القنية التزييني والانزفة التي
تحصل عقب الامراض الثقيلة وفي مدد سيرة الخبي الصغراء وتجوها من
الامراض الثقيلة والانزفة التي تحصل عن رداة المعيشة خصوصا التي
تحصل عن عدم اكل اللعوم الحديثة والخضراوات والتزييف حيث قد
يكون أحد ظواهر المرض المعروف بالاسكوربوت ولا يجوز في مثل هذه
الاحوال اعتبار التغيير المرضي للدم سببا لواسطيا في التزييف المعسدي بل
واسطيا يعني ان تغيير الدم ينتج عنه أو لا اضطراب في تغذية جدران الاوعية
فحصل الانزفة

ومنها ان تنفج الانزفة عن تأكل في جدران الاوعية او غيره من اصحاباتها
الطرحية ومن ذلك الانزفة التي تنفج عن القرحة المعدية المزمنة او السرطان
المتنوخ وهذه تحصل تارة من اوعية شعرية وتارة من اوعية غليظة والانزفة
التي تنفج عن افتتاح اوعية المعدة عقب تأكل جدرانها بواسطة الكاوي من
الجواهر والاجسام الغريبة المادة والانزفة التي تنفج عن تمزق بعض الاوعية
عقب تأكل صدمة او ضربة على القسم الشراسيني
• (الصقات التشريحية) •

كثيرا ما . عن نزوح التزييف في الانزفة المعدية ولو الغزيرة بلا فائدة فان
الغشاء الذي يوجد احيانا عقب هلاك المريض او بعد غسله باهنا خاليا عن
الدم كبقية لحمه وأحيانا يحصل مع ذلك تزييف شعري في جوهر الغشاء
المخاطي فتوجد فيه لطح من رقعة ضاربة الى الهمرة او سود شمرة يرشح منها
بالضغط اللطيف اهدام وهذا الارتشاح الدموي القاصر على بعض
الاصفار من الغشاء المخاطي يؤدي عادة لحصول لين سطحي وسقوط الاجزاء
الليننة وهذه الكمية تتكون انبعاثات سطحية لا تتضح الا بعد زوال
ما عليها من الجزية . وية المسفرة الوضفة الملتصقة بها غالبا وهذه
لانبعاثات السطحية سمية التي سميت بالتسلخات التزييفية ذات عدد عظيم
والواحد منها ذو قطر . ي وشكل مستطيل او مستدير ومجلمها في العادة
اعلى الثنيات الممتدة التي تتكون في الغشاء المخاطي هذا اذا كان التاكل
مصيبا لوعية غليظة وأما اذا كان مصيبا لوعية غليظة بسبب قرحة

معدية مزمنة او سرطان معدى او كان التزيف آتيا من انقباض دوالي او ورم
أنور يزماوى فانه يمكن الوصول في كثير من هذه الاحوال الى قهصة الوعاء
المصاب

ثم ان الدم المتراكم في المعدة قد يكون جالطا متماسكا مخرقة متى سلكه
الشخص عقب التزيف حالا وكان ذا كمية غزيرة وحصل انسكابه فجأة وأما
اذا كان انسكاب الدم بطيئا وبقى في المعدة زمانا طويلا بحيث أمكن ان يؤثر
فيه عصير المعدة ومتصلها الخصى فان الدم يوجد مسمر او سودا واذا كان
التزيف قليلا فلا توجد في المعدة الا شرطة متفرقة مودة ونذف او مواد
حبيبية شبيهة بدردى القهوة

• (الاعراض والسير) •

نزيفت المعدة متى كان قليل الغزارة ولم ينقذف منسهي بواسطة التي يمضت
غالب امدد الحياة ولا يعرف فانه يحصل في الغزلة المعدية الحادة طبقا لما شاهدت
الطبيب (يومن) نزيف قليل في المعدة يندرجدا أن يحصل فيه في من مواد
مخاطية مدمجة كما يندرج ان الانزفة الشعرية التي كثيرا ما تعقب الزلات
المعدية المزمنة والسرطان والقرحمة المعدية كما ثبت ذلك في المقامات
التشريحية تؤدي لحصول التي الدموى ولذا لا تعرف مدة الحياة الا بشدرة
وهناك احوال يدل فيها اختلاط الدم ولو قليلا بمواد التي على وجود نزيف
معدى مادام الطبيب محققا أن المريض لم يزد دد ما فالتى الدموى في مثل
هذه الاحوال هو العرض الوحيد لمرض المعدى غالبا وذلك كما يشاهد كل
يوم عند المرضى المصابين بسرطان في المعدة حيث لا تخصص حالتهم ولا تتناقل
عقب في المواد المسودة الشبيهة بدردى القهوة

وأما اذا كان الدم المنسكب في المعدة غزيرا فالغالب ان يسبق التي الدموى
اعراض مرضية تكون ناشئة عن امتلاء المعدة من جهة ومن قراغ الاوعية
الدموية من جهة أخرى وهي احساس المرضى بضغط في القسم الشراسيبي
بحيث يجعلهم ذلك الارتفاع الثياب عن البطن والتضبر والتهوع وامتقاع
اللون وصغر النبض وبرودة الجلد ثم ظهور ورش رأم الام العين وطين في الاذنين
ودوار في الرأس او وقوع في الانحما وقد شاهدت جرحا حاد والذته في مثل

هذه الحالة ظاناً انها مصابة بالسكنة الغريبة لكن الاشخاص اقوياء البنية لا توجد عندهم ظواهر الانغماء فتكون السوابق المرضية فيهم قاصرة على الاحساس بالضغط والامتلاء في القسم الشراسبي

وبعد استقرار التورع و زمناء متفاوتا في الطول مصحوبا باحساس بصعود سائل فاتر في البلعوم غالباً او بطعم حلو أو قهقه في الفم يحصل في شديدي نقدف به من القم والاتق مواد دموية سائلة أو متعقدة ذات لون أحمر داكن او ضارب للساوادي يحصل منه للمريض قزع ورعب زائدان عن الحد وكثيرا ما يصل يسير من مواد دموية الى الحنجرة فتكسر من السعال عند المريض بحيث يخرج من المريض في اثنائه دم ايضا فيظن فيما بعد انه أصيب بثقت دموى ولا يدري هل خروج الدم منه بواسطة القيء والسعال ثم يترتب هذا القيء الدموى خروج مواد مدعمة مع الجرا فان كان التزييف غزيرا خرج الدم من الاست بعد برهة قليلة والدم المندفق منه يكون انذاك متكوّنا من مواد سود ضاربة الى الحمرة كتلية وأما اذا حصل اندفاع الدم الواصل الى المعى بعد يومين او ثلاثة من الاست فانه يوجد مستحيلا الى مادة مسودة قطرانيسة ومن الاحوال الاستوائية خروج الدم المنسكب في المعدة مع البراز بدون ظهور القيء الدموى ولذا اذا حصل لصاحب بقرحه معدية مزمنة انتقاع وجهاته في الوجه وانضح في زمن يسير مع ذلك اعراض تنسب الى الانزفة الباطنة ويجب على الطبيب ان لا يقرط في رؤية المواد الثقيلة جله مرار

ثم ان التزييف المعدي قد ينتج عنه فقد جله اوطال من الدم في زمن يسير فيعسر المريض وان كانوا اقوياء البنية انتقاع عظيم في اللون وبرودة في الجسم وميل للاغماء فاذا ثقل عليهم الحال جدا اعتراهم ايضا تورع وسدد في الابصار ودوار عند ارادتهم للجلوس او رفع الرأس او انغماء شديدا عند ارادة القيام

والانغماء وان كان عادة من الاعراض المقزعة جدا للمرضى ومن حولهم من لا تارب ذو تأثير جيد في سير النوبة اذ به يقف التزييف وقتيا فتصل مساعدة على تكون التعقيدات او السدد الدموية والذي يظهر ان سير هذا المرض البليد يتعلق بهذه الظاهرة غالباً ما كان القزع الذي يترتب على

رقية المريض وهيبته والواقع انه لا يهلك باثر ينف الممدى الاقليل من المرضى
عقب القصد الدموي والاختناق من وصول الدم الى الخنجره والغالب ان
يزول القي الدموي ويمتنع الدم من العراشيا فشيئا والنقاهاه تحصل يبطه بعد
ان كانت المرضى الممتنعون بالكسبه في نهوكة عظيمة ويأس من الحياة مدة
طويلة وفي أثناء النقاهاه المذكورة تبقى المرضى زمنا طويلا فاقدن للشهية
ويتشكون بتجشئ منتن وطعم كريه جدا وحيث ان فقد الدم العظيم يستعاض
ابتداءا بممتصاص الماء تشاهد المرضى في الاحوال الشديده في حالة ميوعه
في الدم او في حالة استسقاءية غالبا لكن هذه تزول فيما بعد ولو يبطه وتشفى
المرضى شفاء تاما

وهناك احوال فيم اتمهلت المرضى من غزارة الدم النازف قبل ان يتقذف من
الاعلى او من الاسفل ويتصور حصول ذلك متى سقط من مرضى بفاة وهلك
باعراض الانزفة الباطنسة وكان مصابا من قبيل باعراض القرحة المعديده
المزمنة او السرطان المعدي

• (التشخيص) •

حيث ان المرضى المصاب بالنفث الدموي يعتبر به مع ذلك تقايرها والمصاب
بالقي الدموي يعتبر به مع ما ذكره عال بعسر في كثير من الاحوال تمييز كون
مرضه نزيقامعديا او رثويا او شعيبا خصوصا اذا كان الطيب وقت الاصابة
غير حادرا وكان الغرض معرفة نزيقحصل من قبل بعدة سنين والتشخيص
التمييزى يبقى هنا على أمور

منها صفات الدم المنقذف فان الدم الخارج باقى يكون في غالب الاحوال
داكنا سودا كتليا مختلفا يبقايا المنطه ومات والترص الدموي الناتج عنه
غير المهتوي على فقاقع هو ائبسة يكون ذا ثقل نوعى متزايد وخواص حمضية
احيانا بسبب تاثير العصب المعدي فيه وأما الدم الآتى من الرتين والشعب
فيمسكون بعكس ذلك أجرا ناصعا رغويا مختلفا بجواد مخاطية غير منهقذ في
الابتداء ثم متى انعدوه يكون منه قرص دموي كان هذا القرص محتويا على
فقاقع هو ائبسة ذا ثقل نوعى خفيف وخواص قلوبية دائما وليعلم الطيب مع
ذلك ان الدم الذى لم يكتف في المعدة الا زمنا يسيرا بحيث لا يؤثر فيه العصب

المعدي الاقرب لا قد يكون أحمر فأيا كان الدم في النقت الدموي كثيرا
 ما يكون نحو انهما سير المرض ذاقطع صغيرة مسودة ومنها ان الدموي
 يسبقه في أغلب الاحوال آلام هدية وغيرها من بقية اعراض التقرح او
 السرطان المعدي او علامات احتقان في كافة اعضاء البطن في الاحوال
 النادرة التي فيها يكون الزيت ناتجا عن احتقان احتبامى او وارىدى
 واما النقت الدموي فيكون عكس ذلك مسبوقا باضطراب في اعضاء التنفس
 والدورة غالباً ومنها ان ذا الادراك من المرضى يتيسر له لاخبار بان الدموي
 الذى وصل ابتداء ثم انضم اليه السعال فيما بعد او بان كلامه التثوق
 والغثبان والقي هو الذى اعقب السعال الدموي ونتج عنه ومنها ان القرع
 على القسم الشراسيبي في الدموي يدل في الغالب على امتلاء المعدة
 بخلاف البحث الطبيعى بالقرع على الصدر والسمع فلا يدلان على تفسير فيها
 واما السعال الدموي فالقرع فيه على القسم الشراسيبي لا يكسب صوتا
 اصم وبالسمع على الصدر تسمع خراخرا واضحة هذا اذا لم توجد غير هذه
 العلامة من اعراض الصدر ومنها ان الدموي يعقبه في اليوم التالى
 على الدوام برزات مدممة واما السعال الدموي فيعقبه عوض ذلك نقت
 مخاطى مدمم ثم انه لا يعرف من صفة الدم المنقذ بالقي او البراز كونه ناشئا
 حقيقة من المعدة أولا وانما يصل اليها بالازدواجين في مثل هذه الاحوال
 المشكولة فيها سيما ان الدموي الذى يزعم المريض وجوده في الصباح عند
 اليقظة من النوم البحث عن الاتق والبلعوم بالدقة والسؤال من المريض
 هل كان عنده في اليوم السابق على يوم حصول الدموي رعا ف أولا
 والبحث بالدقة عن السوابق المرضية قد يوصل الى الوقوف على الحقيقة سيما في
 الاحوال التي فيها يتوقع حصول الغش والدعوى الكاذبة كما يقع من
 أهباب الهتان والتصيل فان عادتهم أن يبالغوا في وصف الاعراض التي
 سبقت الدموي المدعى عمدا ويحاوونهم والتأمل في اقوالهم المتناقبة
 يمكن الوقوف على الحقيقة

واما كون المواد الخارجة بالقي من الدم حقيقة او مما يشبهه فمعرفة سهلة
 غالباً وان اختلط الحال في بعض الاحيان على بعض الاطباء فاشطأ حيث

اعتقد ان الشوربة المصنوعة من ثمر الكرز دم فان الكرات الدموية يسهل
معرفة بالميكروسكوب وان كانت في المواد المسودة الشبيهة بدردي القهوة
التي فيها هذه الكرات تكون متكرثة ويندر ان يلجأ الى البحث الكيماوي
في اثبات وجود الحديد في المواد المسوقة ومعرفة كونه اليست الا دما
متغيرا

ومما يسهل معرفته كون التزيف المعدى متعلقا بنا كل في اوعية غليظة
او يترق في اوعية دقيقة شعرية فانه يقطع النظر عن غزارة التزيف في الحالة
الاولى دون الثانية اذا اعتبرت السوابق المرضية كفت في الوقوف على
حقيقة الامر فحيث كان التزيف المعدى مسبوقا بالام معدية شديدة
وتقايي مزمن ونحو ذلك من علامات التقرح المعدى دل ذلك على تاكل
وما غليظ كما هو السبب الكثير الحصول في الانزفة المعدية واذا ظهر عند
المريض قبل التي الدموي استسقا زرق وعظم في عجم الطحال ونحو ذلك من
علامات الاستقان الاحتياسي في مجموع الوريد الباب غلب على الظن ان
التزيف من اوعية دقيقة شعرية صغيرة متعلقة باحتقان وريدي تفهقري
ومنى حصل التزيف في احوال قطع الطمث على طرز منتظم بان كان يظهر كل
اربعة اسابيع تعين انه ناتج عن احتقان قوي تواردي نحو المعدة

(تنبيه) عندى من مشاهداتي ما يثبت حقيقة هذا الامر اعنى حصول
الاحتقان التواردي السريع في الغشاء المخاطي المعدى والتي الدموي
تبع ذلك في اثناء زمن الحيض وهي ان شابة جيدة النمو سنها نحو ٢٧ سنة
يحصل لها في اثناء كل حيضة في دموي مصحوب بالام معدية شديدة يستمر
تكرره عدة ايام ثم يقطع بدون ان يترك ادنى اثر وفي اثناء ذلك لم يشاهد
مطلقا خروج الحيض وقد تتردد نوبة التي الدموي مع الالام المعدية
الشديدة والانحما ونحو ذلك تارة بقوة وتارة بضعفة وهذه الشابة تحت
مشاهدتي من نحو احدى عشرة سنة ولم تزل تتردد هذه الظاهرة كل اربعة
اسابيع تقريبا

واذا حصل التزيف المعدى مدة سير الحى الصفراء او الاسكودوبوط
او نحوها من امراض النهوكة تعين انه ناتج عن تغير غذائي في جدران اوعية

* (الحكم على العاقبة) *

قد ذكرنا فيما تقدم أن من التادره لاله المريض بالتزيف المعدي وأنه ينبغي الحكم بالسلامة وان كان لون المريض ممتعا جدا واستطالت نوب انغماته وان من المشكول فيه كون التزيف المعدي في احوال خاصة ذاتاثير جيد في المرض الاصلى الناتج منه ذلك التزيف خصوصا القرحة المعدية فان المصاب بها قد يوجد بعد زوال القعد الدموى ممتعا بصحة اجود من صحتة التي كان عليها سابقا وما ذلك الا لشدة احتراسه في التسدير الغذائى عقب حصول الفزع وقت حصول نوبة التزيف والتزيف المعدي الناشئ عن احتقان تفهقرى قد يكون ذاتاثير وقتى في بقية اعراض الامتلاء الدموى البطني واما التزيف المعدي الذى يصعب الاستكسور وبوط او نحوه من الامراض الضعفية فهو مضاعفة غير جيدة دائما

* (المعالجة) *

المعالجة الواقية والسببية في هذا المرض ترجع الى معالجة المرض الاصلى ففى وجد عند المريض المصاب بسيروز الكبد او نحوه من اضطرابات الدورة اعراض سابقة تنذر بحصول تزيف معدي ساغ ارسال العلق على الامتصع التجاح كايو غ ارسال العلق على قم الرحم زمانا فرضا عند النساء المصابات باقتطاع الطمث وتزيف معدي دورى

واما معالجة المرض نفسه فتستدعى في الاحوال التي يكون فيها التزيف المعدي متعاقبا يمزق في الاوعية الدقيقة الشعرية استعمال وسائط لطيفة دون الاحوال التي فيها يكون هذا التزيف متعلقا بآثار كل في اوعية غليظة وقد اوصى الطبيب (باكش) في هذه الحالة الاخيرة بالفصد حال ابتداء التزيف لكن هذه الطريقة قليلة التجاح واذا لم تنجح زادت المرضى خطرا فاختار استعمال محجم الطبيب (بوندي) لكن لا يستعمل الا اذا كان التزيف لا ينتج عنه انغمات فان كان ينتج عنه ذلك فاستعمال هذا المحجم الجاذب للدم خطر اذ هو كاف في حدوث الانغمات وحده ولو عند اقوياء البنية واقوى الوسائط في التزيف المعدي استعمال البرودة فيؤمر للمريض بتعاطي كمية قليلة من

الماء البارد او الجليدي زمانا قزمنا او يعطى له قطعة صغيرة من الجليد يوصلها
 ويزدورها ثم تغطيه القسم الشرابي بمكمدات باردة او بطبقة تغير بسرعة
 والخواهر المعدة لا يقاوم التزييف لا تعمل دائما بل كثيرا ما يتقاها بها
 المريض واكثر ما يستعمل من ذلك الطرعة الحمضية الكبريتية او محلول
 الشب خصوصاً المصنوع على شكل مصل اللبن الذي يقال له مصل اللبن
 الشببي وينبغي ان لا يعطى من هذه الادوية الا مقدار صغير في كل مرة مع
 وضعه في الجليد واما اخلاط الرصاص وكبريتات الحديد والارجنتين فلا
 حاجة لها

واما اما الحمة العرضية فتستدعي ملاحظة الاعضاء فينبغي وضع المريض
 وضعا أفقيا في الفراش ويمنع من التوجه الى المراض وعند التبرز
 توضع له القصارى فان حصل مع ذلك انجاء ويجب تشييقه بماء الملكة او روح
 النوشادر ويرش على وجهه الماء البارد وينبغي الاحتراس في استعمال
 المنعشات واجودها استعمال نبيذ الشمبانيا البارد لانه لا يوقظ حركة
 التي كية المنعشات واتعب الاغراض للمريض الميسل الدائم التي التي
 يصعب نوب الاعضاء او الذي ينتج عن الدم المحتوى عليه المعدة وينبغي في
 مضاربه الاحتراس من استعمال المنعشات والاجود استعمال الان
 فوضع اللبخ الطردلية على قسم المعدة وتعطى المسهوقات الغازية بمحاولة في
 الماء معلقة معلقة وقد حصل الاصابة باستعمال الحظن والمسيلات الحقيقية
 المرطبة ترطيبا عاما في هذا المرض من منذ ان نهر الشهير (فرنك) على
 وجوب استعمالها حيث قال انه ينبغي استعمال المينات في التزييف المعدي
 خوفا من ان التزييف المتبس في الامعاء ينتج عنه حيات عفنة لكن قد دلت
 التجارب على ان المسيلات ولو حقنا مصرة في الايام الاول من حصول
 التزييف المعدي

• (المبحث التاسع) •

(في التشخيص المعدي والام المعدي العصبي)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الام المعدي العصبي عبارة عن آفة معدية مؤلمة غير متعلقة بتغير جوهري

مدول في المعدة وقد قسمه الشهر (روبرغ) الى شكلين احدهما ناتج عن
 ثوران في حساسية العصب المتعير والاخر ناتج عن ثوران في حساسية
 الضفيرة الشمسية ويسمى الاول بالآلام العصبية المعدية فقط والثاني بالآلام
 العصبية البطني يمكن هذا التقسيم غير مجد في الطب العملي اذ لا يتيسر
 معرفة كون الساق العصب المتعير او الضفيرة الشمسية مجلسا للآلام وقال
 الطبيب (هينوك) ان هذا التقسيم وان امكن عقلا لا يتيسر تحقيقه في
 الطب العملي

ثم ان الآلام العصبية المعدية كثيرا ما يشاهد كغيرها من الآلام العصبية
 عند الأشخاص الانمياريين اي قليلي الدم ومتى زالت الانيميا بواسطة
 الاستحضارات الحديدية عند الثبات المصابات بالخلل ووزن الألقى يكون
 عندهن نوب الآلام المعدية العصبية المتفاوتة الشدة من الظواهر الملائمة
 لهذه الحالة زالت ايضا الآلام المعدية العصبية ولو مع بقاء انقطاع الطمث
 ومتى عاد الخلل ووزن لكونه كثيرا النكسات تزداد نوب الآلام المعدية
 العصبية ايضا وهذا اقوى دليل على ان نوب الآلام العصبية متعلقة فقط
 بالانيميا الدموية وابت كآلام العصبية الاستيريه المتعلقة بمرض اعضاء
 التناسل ومن قبيل الآلام المعدية العصبية الناتجة عن الانيميا الآلام
 المعدية العصبية التي لا تندرمشا هدم عند المصابين بالسل الرئوي والناقمين
 والمنهوكين من جلد عميرة (الاستمناء بالسكف)

وكثيرا ما تفتح الآلام المعدية العصبية عن امراض الرحم كقول هذا العضو
 والشحنات والتهااته المزمنة وقرح عنقها التزلية والجرابية او عن امراض
 المبيضين فان هذه الآلام المعدية العصبية من الاعراض الكثيرة الحاصلة
 في الاستيريا الرجية وارتباط المرض الذي نحن بصدد اى التشخيص المعدية
 بامراض اعضاء التناسل الاثوية يكثر وضوحه في الاحوال التي فيها لا تحصل
 النوب الامدة الطمث واقله انم تزداد مدته ازدياد اعظما جدا وقد شاهدت
 امرأة كانت مصابة بانقطاع الطمث وانقلاب الرحم الى الخلف مع تقرحات
 نزلية في عنق هذا العضو فكانت نوب الآلام المعدية العصبية تزداد عندها
 مع الانتظام كل اربعة اسابيع وتسير النوبة مدة ثلاثة ايام وما كانت تحصل

في زمن القترات الا عند ارسال العلق على عنق الرحم
وقد تكون الالام المعدية العصبية متعلقة بامراض في الصواع الشوكي
او الدماغ ويظهر ان التغييرات المادية للعصب المتغير او العظيم السباتوي
كاستفاح غمدها والاورام الضاغطة عليها ينتج عنها الالام عصبية معدية قياسا
على ما يحصل في غيرها من الالام العصبية غير المعدية وان لم يكن اثبات ذلك
على الدوام بالمشاهدات التشريحية الدقيقة

وقد تتعلق الالام المعدية العصبية بالديسكرازيات المختلفة اى سوء القنية
المختلفة اذ من الجائز ان تسخم الدم بالتصعدات الارجية يحدث نوب الالام
معدية عصبية بل ان يحدث نوب يخفى متقطعة كما انها قد تتعلق بالاصابات
النقرسية تبه على ذلك مع التأكيد الشهير (روبرغ) فانه اعتراف نوب
شديدة من هذا المرض عند حصول اول نوبه تقرسية

وقد لا يمكن معرفة السبب الاصلى للالام المعدية العصبية الممتدة بجملة ستين
لامدة الحياة ولا بعد الموت في الصفة التشريحية

ومن جملة الالام المعدية العصبية نوب الالام المعدية التي تنتج بكثرة عن
بعض تخصصات المعدة بدون تفسير مادي في منسوجها وهذه ينطبق عليها
التعريف الذي ذكرناه ومن هذا القبيل نوب الالام المعدية العصبية التي
نتج من ازدياد في التسكرات الحضية للمعدة ومن وصول الديدان الاسطوانية
اليها ومن تعاطي بعض الجواهر الدوائية ومن شرب الماء البارد دفعة احياها
وتعود ذلك من الاسباب

• (الاعراض والسير) •

الالام المعدى العصبى يتميز كبقية الالام العصبية عن غيره من الامراض بسيره
الدورى بمعنى ان يعقب القترات التي بين نوب الالام نوب شديدة بالغة
الغاية قد تكون منتظمة الطرز بمعنى انها تحصل في ساعات معينة من النهار او
في كل يومين او ثلاثة وقد وصف الشهير (روبرغ) نوبة الالام المعدى العصبى
بكيفية مختصرة فقال ان المريض يصاب فجأة او بعد ان يحس بضغط في القسم
الشراسيفى بالمثـ يدب مزق في حجرة المعدة يتد عادة نحو الظهر ويصطب
باحساس بانغمام وتألم في السحنة ويرودة في الاطراف ونبض صغير متقطع

ثم يرتق هذا الألم في الشدة وارتفاعها بحيث تصرخ منه المريض وقسم
المعدة تارة يكون منتفخا اتفانحا متوترا كريا وتارة وهو الغالب يكون
منقبضا مع توتر في جسد البطن وكثيرا ما يحس حينئذ نبضات شريانية في
القسم الثراسيني والمريض يتحمل الضغط على قسم المعدة بل قد يسند
قسم المعدة بقوة الى جسم صلب أو يضغط عليه بيديه وقد توجد بكثرة في
أثناء هذه النوبات احساسات مؤلمة في تجويف الصدر وأسنل القص أو في
القرع البلعومية للعصب المتخبر وأما وجود احساسات مؤلمة في الظاهر
فنادر

ثم ان النوبة تمتد من دقائق الى نصف ساعة ثم يأخذ الألم في التناقص تدريجيا
ويحافظه انقباط عظيم في قوى المريض وقد يزول دفعة عقب تجشئ غازي
أو قلس أو قيء أو عرق خفيف أو بول حمر

وقد يشاهد خلاف هذه النوب النقبلة من الألم المهدى العصبي بكثرة نوب
خفيفة من آلام معدية عميقة مغايرة لهذه متفاوتة الشدة ومتعاقبة كذلك
بمترات خالية عن الألم لا تزداد بالضغط من الظاهر ولا بإدخال المطعومات بل
تتناقص بذلك وتكون ايضا مصحوبة باحساسات مؤلمة في الصدر والظهر
وحركات انعكاسية في عضلات البطن ولحوها وهذه النوب اقله ثقلها
لا يوجد فيها احساس بالانجلاء ولا تمديد بقصد الحماية وقد سماها الشهير
(رومبرغ) يا آلام العصب المتخبر تميزها عن الآلام العصبية المعدية
للاضحية الشعبية

• (التشخيص) •

صفة الألم وحدها لا يعتمد عليها في التمييز بين نوب الآلام المعدية التي تعصب
القرحة المعدية والنوبة التي تطرأ في الآلام المعدية العصبية لاعصاب المعدة
فإننا شاهد في الأولى امتداد الألم وتشعبه نحو الظهر والصدر وانقباطه
عقب التجشئ أو القيء أو القلس وتأثيره الخودي على سائر وظائف جسم
المريض كما شاهد ذلك في الثانية ومن المهم في التمييز بين هاتين الحالتين أن
تراهي أمور

سها ان الآلام التي تظهر في القرحة المعدية تزداد غالباً عقب الضغط من

الظاهر وعقب ادخال اطعمومات عكس ما يحصل في الآلام المعدية العصبية فان كلاً من الضغط من الظاهر وادخال اطعمومات ينتج عنه تلطيف فيهما في الغالب ومنها انه يوجد في القرحة المعدية المزمنة مدة الفترة تطوآهر فساد الهضم ونحوها من علامات اضطراب هذه الوظيفة وأما الآلام المعدية العصبية فلا توجد فيها هذه الظواهر وعلى هذا لا تضرب التغذية العامة فيها الا قليلا بل قد توجد المرضي في صحة جيدة واضحة ما لم يكن سبب الآلام المعدية العصبية الانيميا ومنها ما يرجح ان المريض ذو طبيعة عصبية وجود انقطاع الطمث والتزيف الرحمي او عدم العلق او نحوها من الاعراض التي تدل على مرض في اعضاء التناسل او وجود الخلل او روزه الواضح الا انه لا يعتمد على ذلك كل الاعتماد حيث ان المصاب بمرض من هذه الامراض كثيرا ما توجد عنده القرحة المعدية ايضا ومنها ان وجود امراض عصبية في اعضاء غير المعدة يرجح ان نوب الآلام المعدية من طبيعة عصبية ومنها ان التشنج المعدى قد يحدث بدون اسباب معلومة ويطرأ غالبا عند فراغ المعدة وأما نوب الآلام المعدية في القرحة المعدية فخصواها يكون غالباً عقب الاكل

(الحكم على العاقبة)

الآلام المعدية العصبية المتعلقة بالانيميا جيدة العاقبة ما لم تكن الانيميا ناتجة عن سرطان او درن او نحوه من الامراض الثقيلة العضالية والآلام المعدية العصبية المتعلقة بامراض الرحم تزول عقب زوال المرض الاصلى عادة ان كان للمتاعمة حيلة في الوصول اليه ومعالجته وكذا الآلام المعدية العصبية الناشئة عن مؤثرات اجبية والمرتبطة بالتهابات مفصلية عاقبتها حيلة أيضاً وأما الآلام المعدية العصبية المتعلقة بامراض في الدماغ او نخاع والتي اسبابها مجهولة فمعالجتها تكاد لا تنمر أبداً

• (المعالجة) •

اما المعالجة السببية فتستدعى عند الأشخاص الانيميا وبين وانحلوروزيات المبادرة باستعمال المركبات الحديدية مع الاقدام ومن الخطا البين والاعتقاد الفاسد في معالجة انحلوروزيات تأخير استعمال المركبات الحديدية الى أن تصير

المعدة قوية على تحملها أي الرأت تزول ظواهر مسادا الهضم ونوب الآلام
 المعدية العصبية فان ظواهر اضطراب الهضم والآلام المعدية العصبية
 لاتزول بسرعة إلا عقب استعمال الجوهر الدوائي المصلح تركيب الدم وصفاته
 الحديدية او مركباته ومن الناجح في مثل هذه الاحوال المياه المعدنية
 الحديدية كالمعالجة في حمام بيرون ودرمبيرغ وكودووا وأجودا المركبات
 الحديدية كربونات الحديد السكرى وأجودا تر كيب في ذلك حبوب بلود
 (وايراجع تركيبها في معالجة الطلوروز) وأما الآلام المعدية العصبية
 لا يستتدعي معالجتها السببية ارسال الملق على عنق الرحم او كى
 لقروح الموجودة فيه بالجرا الجهنى او نحو ذلك مما سذكركه في امراض هذا
 لعضو من الوسائل العلاجية بانها ناجحة للغاية في مثل هذه الاحوال
 واما الآلام المعدية العصبية الناتجة عن السمومات الاجزئية وعن الزفرى
 فتستدعي معالجتها السببية كذلك معالجة المرض الاصلى
 واما معالجة المرض نفسه فتستدعي استعمال المخدرات وافضلها اخلات
 المورفين فهي افضل من خلاصة البنج والبلادونا المدوية ايضا في هذا
 المرض والعادة ان ينضم الى استعمال هذه الجواهر استعمال الجواهر
 المضادة للتشنج سيما الوالرياناى حشيشة الهروا الخلتيت والسكرتور يوم اى
 المنستر وقد اوصى المتأخرون باستعمال مركب مصنوع من صبغة الجوز
 المقهى وصبغة السكرتور يوم اجزاء متساوية فيعطى منه مدة الزوبة مقدار
 اثنتى عشرة نقطة كما اوصى ايضا باستعمال وسائط دوائية معدنية كمثل
 تترات البزموت وتترات الفضة وايدروسيلانات الزنك لكن حيث ان هذه
 لاتستعمل وحدها بل مفضلة الى المخدرات يكون تأثيرها الجيد مشكوكا
 فيه وقد اوصى الشهير (رومبيرغ) لاجل مساعدة معالجة هذا المرض
 بتغطية قسم المعدة بلصقة من البلادونا ومن (الجليبانوم) اى الصمغ
 الراتنجى او يدلك هذا القسم بمخلوط مركب من اوقية من مخلوط زيتى
 يسمى ودرهمين من صبغة الافيون

(تنبيه) قد شاهدت حصول الثمرة العظمى في ايقاف نوب التشنج المعدى من
 استعمال محلول املاح المورفين سقتا تحت الجلد فاني وجدته في نسكين

الآلام المعدية اقوى واسرع من استعمال هذا الجوهر الدوائى من الباطن
 كما انه يستعمل بنجاح في هذا المرض المورفين حمز وجا بالمانيزيا المكلسة
 واليزموت على هيئة سفوف وايضا قد مدح في هذا العصر الاخير رمور
 الباتسيوم بمقدار جر ام منه او جر امين كل يوم وعند اصطحاب هذا المرض
 بالانجاء المعروف بالدوار المعدى ينبغي ان تستعمل الجواهر الدوائية المزة
 كخشب المرو ونحوه والمياه القلوية

• (المبحث العاشر) •

(في الديسبسيا)

الديسبسيا كلمة يونانية من كبة من دس وييسيا اي سوء الهضم او فساده
 وطالما ذكرنا في المباحث السابقة ظواهر سوء الهضم اى ظواهر اضطراب
 الهضم لكن عقدنا هنا مبحثا مخصوصا وليس الغرض منه الا التكلم على
 اضطراب الهضم الذى يحصل بدون تغيرات مادية مدركة في منسوج المعدة
 واشكاله والهضم المختلفة يمكن تقسيمها الى قسمين

الاول ان يكون ناتجا عن تغير غير طبيعى في خواص العصير المعدى

والثانى ان يكون ناتجا عن ضعف في حركات المعدة يقتضى ان المطعومات
 لا تختلط بالعصير المعدى اختلاطا كافيا وحيث ان لاعصاب ليس لها تأثير
 في الهضم لانه ظاهرة كيميائية محضة سوى كونها تنوع افراز العصير
 المعدى او حركات هذا المضمون فلا تتكلم على سوء الهضم العصبى الا من هذا
 الخلقية فتقول التغير غير الطبيعى في خواص العصير المعدى اما ان ينتج عن
 تغير في صفات هذا العصير واما عن تغير في كميته فاما تغير الصفات فلا تلزم منه
 لا ليسير جدا كالتغير الناتج عن عدم تناسب بعض اجزائه الطبيعية مع
 البعض الاخر كتناقص حمض العصير المعدى بالنسبة لغيره من اجزاء هذا
 العصير فانه يضره خاصة اذا به للعناصر الاولية من الجواهر الغذائية
 وكاختلاطه بجواهر غريبة كما ثبت ذلك عند حصول التسمم البولوى فان
 ذلك العصير وجد مختلطا بالبولينا عند احتباس البول وكثير هذا العصير
 باسباب مختلفة يفقد بعض اجزائه وتعود بعضها باجزاء اخرى

والاعراض التى تنشأ عن تغير في صفات العصير المعدى مجهولة لنا بالكلمة

كما ان الوسائط التي يعالج بها الاحوال المذكورة غير معروفة لنا ايضا
 واما تغيرات العصير المعدى بالنسبة لكميته فهي تناقص تكون العصير
 المعدى اوقلة تركه والاحوال المرضية الماشئة عنهما تسمى خطأ بـ
 الهضم الضعيف وقد ذكرنا في الكلام على اسباب النزلة المعدية ان تناقص
 مرارة العصير المعدى اوقلة تركه اى وقته وجدان عند الاشخاص القليلي
 لدم اى الانيميا وبين والشايات المصابات بالبلوروز وبيدها هناك ان هذا
 التغير غير الطبيعى يزيد في الاستعداد للإصابة لنزلة المعدية بسبب سهولة
 فساد اطعمومات ونحللها وان مخصصاتهم تحدث تمهيدا شديدا في الغشاء
 المخاطى المعدى ونذكر هنا زيادة على ما سبق انه لا يحصل مرض في الغشاء
 المخاطى المعدى في جميع الاحوال التي فيها يترى اطعمومات فساد ومحلل
 وانه ينبغي تمهيد الاحوال التي فيها يبقى الغشاء ماد كورم ليجاعن لاحوال
 التي فيها يصير ذلك الغشاء مريضاً لواقع ان الاعراض التي تنتج عن تناقص
 مرارة العصير المعدى ذات مشابهة عظيمة للاعراض التي تشاهد في النزلة
 المعدية بل واقرحه المعدية المزمنة اذ في هذا الشكل من سوء الهضم تكون
 لثمة متناقصة او يعقب تعاطى القليل من اطعمومات احسان باناسع
 وبما ايضا يحصل اتقاخ في القسم الشر اسبق عقب الاكل فيعقب كل ذلك
 تجشؤ وغازات او قلنس من غازات او وائل حمضية زخفة والمرضى تشكى
 بفراق في البطن وتكون في سائلة كآبة وضجر وبقطع النظر عن الآلام
 الحمضية القواديه التي تشاهد عند الانيميا وبين والخلوروزيات يمكن ان
 يحصل من ازدياد تكون الحمض في العصير المعدى آلام تقلصية في القسم
 المعدى (نقد شاهد المعلم فرير كس في المواد المنقذة بالقي عند الخلوروزيات
 كمية من حمض الحليك ومقدار اعظيها من قطرات الحمض) وفي مثل هذه الاحوال
 يقع الاشتباه فيظن ان المريض مصاب بقرحه معدية من منسة واعلم ان
 تشخيص شكل سوء الهضم الذي نحن بصدده مؤسس على معرفة الاسباب
 ففي انقضت العلامات المذكورة في الشايات المصابات بالبلوروز وهن
 في زمن النمو وعند الاشخاص المنوكين من الافراط في الشهوات سيما جلد
 عمرة او من الحزن المستطيل او الجهود الشاقة او السهر الكثير او زمن

النفاحة من امراض ثقيلة مستطيلة واما ~~كن اثبات~~ وجود اضطراب
التغذية قبل اضطراب الهضم دل ذلك على وجود سوء الهضم الضعفي لاعلى
تغير مادي في المعدة ويعقد في التشخيص ايضا على هيئة الاسان فانه في النزلة
المعدية يكاد يكون دائما متغظيا ومعه علامات النزلة القمية بخلاف هيئته
في احوال سوء الهضم المذكور عند الاشخاص الانبياءيين فانه يكون
نظيفا وطعم القم غير متغير والنفس غير كرية الرائحة ويمكن في كثير من
الاحوال معرفة التشخيص بان الجواهر المهيجة والمتبلة بالافاويه التي تزيد
في مكابدة المريض المصاب بالنزلة المعدية المزمنة او بقرحة معدية يتحملها
المريض اذا كان مصابا بسوء الهضم الضعفي ويحصل له تحسين عظيم في
الجواهر المصاحبة لهذا المرض

ويحصل زيادة عن ذلك في سوء الهضم الناجم عن الانبياء والايدي عيا شجاع
عظيم جدا من تحسين التغذية واعطاء المركبات الحديدية واستعمال
الحامات البصرية مع ان هذه الجواهر ليس لها الا تأثير قليل جدا في سير النزلة
المعدية المزمنة والقرحة المعدية وفي بعض احوال من هذا القبيل سيما التي
فيها يكون سوء الهضم مرتبطا بتيج عظيم وزيادة حساسية في المعدة يحصل
شجاع عظيم من استعمال الادوية النباتية المرة اللغوية لاسيما الخشب المر
وحشيشة الدينار ومن المنبهم علينا تاثير هذه الجواهر في الغشاء المخاطي
المعدى وكذا تاثيرها الجيد في اسوال سوء الهضم فان هذه الجواهر الدوائية
وان كانت لها تاثير مهيج في اعصاب الذوق الا ان تاثيرها اصلا عند وضعها
على باقى الاعشية المخاطية من الجسم والجلد الظاهر ويستعمل الخشب المر
منقوعا باردا بالتعطين وذلك ان يوضع من هذا الخشب بعد تجزئته جيدا قدر
ملعقة وقت المساء في كوب ماء ويترك منقوعا فيه مدة الليل ثم يشرب صباحا
على الريق بعد تصفيته او يشرب الماء الموضوع في كوبه مصنوعة من
الخشب المر بعد تركه فيها مدة من الزمن حتى يتكامل بنواحي هذا الجوهر
الدوائي المر واما حشيشة الدينار فالغالب استعمالها على شكل البوزة
لباقية نسبة لبلاد الباقيرا المستعملة بكثرة بشرط ان يكون اخذها من
معمل بوزة جيد بحيث لا يوضع بدلها بجواهر اخرى مضره عوضا عنها وقد

شاهدت منقعة عظيمة في سوء الهضم ذي الشكل التهيبي من استعمال
 خلاصة الشعير النابت بل واحيانا كان هذا البلور المدواني الغذاء في هو
 الوحيد الذي كانت تصمله المعدة ومن الجائز ان البلور المقي المدوح ايضا
 في مثل هذه الاحوال يؤثر جيدا بسبب صراوته واستعمل منه في احوال
 سوء الهضم خلاصته المائية من نصف قعة الى قعة في كل مرة وكذا خلاصته
 الكحولية من ربع قعة الى نصف قعة وصيغته من عشر نقط الى اثني عشرة
 نقطة

وقد شوهد ايضا التناقص في افراز العصير المعدي والاعراض التابعة له عند
 الأشخاص الذين ضعفت عندهم حساسية الغشاء المخاطي المعدي لاعتيادهم
 على مهيجات قوية متى تغيرت معيشتهم وتناولوا أغذية غير متيبله بالاقاويه
 تبيلا قويا ولا يصح ان يكثر تعود الاعضاء على المهيجات الشديدة ولو ان توجيه
 ذلك عشر ثم يمكن تشبيه الغشاء المخاطي المعدي في الأشخاص المعتادين
 على تعاطي كمية عظيمة من القفل او الطردل او ما مثل ذلك من الاقاويه
 القوية بالغشاء المخاطي الاثني لاعتاد النشوق فان قوامه ولو قليلا لم
 يتسده يورث عندهم حركات عكاسية قوية دون من اعتاده فانه
 يحصل لذلك وان من انقعه منه فكذا افراز العصير المعدي ينبغي اعتباره
 ظاهرة انعكاسية ناتجة عن التهيج الذي تحدثه المطعومات في الغشاء المخاطي
 المعدي فعند الأشخاص الذين نحن بصددهم لا يمكن التهيج الذي تحدثه
 المطعومات الاعتيادية في الغشاء المخاطي المعدي في افراز كمية وافرة كافية
 من العصير المعدي فيبقى جزء من المطعومات غير منضم فيفسد وحينئذ
 تشهد جميع الاعراض التي شرحتها انما فادادخات المطعومات مع كمية
 عظيمة من الاقاويه حصل للمريض من ذلك راحة عظيمة فتقوى تغذيته
 وحينئذ لا يجوز اننا ~~نحسب~~ بأن المريض مصاب بنزلة معدية وغيرها من
 تغيرات هذا العضو المادية الا اذا حصلت اعراض اخرى تدل على ان المعدة
 لم تحصل تكر هذه المهيجات بدون ضرر وينبغي الاحتراز الزائد في
 معالجة مثل هؤلاء الأشخاص فلا يجمعهم بالاستمرار على عوائدهم المضرة
 لكن لا ينعون عنها الا بالتدريج فالتمسك بهم اثنين القاعدتين تكون عند

المرضى بسهولة تزلزلات معدية ونحوها من امراض المعدة
والجواهر المعدنية المدوحة بكثرة في هذا الشكل من سوء الهضم المسمى ايضا
بسوء الهضم الضعفي هي الراوند ويطلى امامه صوفيا او حبوبا او صبغة مائية
خصوصا النيذية والاولى تعطى معلقة فمعلقة والثانية تعطى من ٢٠ نقطة
الى ٣٠ وكذا عرق الذهب الذي مدحه العلماء الا ان كلز بكثرة في هذا الشكل
ايضا فيعطى منه من ربع قعقة الى نصف قعقة كل مرة وكذا الجواهر الدوائية
لمرة المختوية على زيوت طيارة واكثرها استعمالا ورغبة هو اكسير قنبر
المارنج لمركب من ثلاثين نقطة الى اربعين

ثم انه يظهر ان سوء الهضم المشاهد عند الشيوخ نائي ايضا عن تناقص في
افراز العصير المعدي اما لقله المناسب للضرورة او لكونه اقل تقص قابلية
تغذية العصبي للاعصاب المعدنية عندهم بحيث تضاعف سرعات اهددة ومن
المسرحية معرفة درجة اشتراك ضعف تغذيته الطبقة العضلية للمعدة
وضعف سرعاتها في فساد الهضم في هذا الشكل والشكل السابق ويكفي التقيح
الى ان ضعف سرعات المعدة الناتج عن ضعف تغذيتها يؤدي لحصول سوء
الهضم بسبب عدم امتزاج المطعومات بالعصير المعدي امتزاجا كافيًا وما اذا
زداد افراز العصير زديا غير طبيعي فلا يشأ عنه في الواقع فساد في الهضم
لكننا مع ذلك نذكر الاعراض التي تنتج عن غزارة الافراز المذكور في المعدة
وهي قارعة فنقول من المشاهد انه يحصل تقايؤ من تهيجات لا تصيب الغشاء
المخاطي المعدي بل غيره من الاعضاء الجوارية للمعدة سيما الحالبين والقنوات
الصفراوية والرحم وينسب ذلك عادة لحرركات انعكاسية والابجود ان ينسب
ذلك كما قاله الطيب (بود) الى توران انعكاسي في فعل الاعصاب المنوطة
بافراز العصير المعدي وقد اثبت (اسبلانساني) في نفسه ان تهيج الحلق بواسطة
لدغثة ينتج عنه في ولومع فراغ المعدة من مواد سائلة حمضية فيها كفاءة لحل
العلوم اي هضمها وهذا يدل على ان تهيج الحلق تهيجا مبنيا كما ينتج عنه افراز
من عصير معدي ولومع فراغ المعدة وقد ذكر الطيب (بود) ايضا انه يشاهد في
اسحوال اختناق الحصى الصفراوية والبولية في من مواد كثيرة الحمضية
وان كانت المعدة خالية قبل ذلك من المواد الغذائية وان الحوض المحتوى

عليه هذه المواد هو حمض الكلوريدريك وهذا الامر هو وحصول
التأليف السريع في اعراض المعدة بواسطة اطلاق القلوبات يدل غالباً على
ان بعض الالام وكذا التي كلاًهما ناتج عن تهيج الغشاء المخاطي المعدى
بواسطة العصير المعدى المنصب فيها وهي قارعة ولذا اوصى هذا الطبيب
باستعمال القلوبات الكاربونية بمقدار عظيم في احوال المغص الناتج عن
الحصيات الصفراوية والبولية (بان يعطى منها قدر درهمين على ستة اواق
من الماء القاتر)

ويوجد عدد عظيم من الاطباء سيما في انكلترا وفرنسا يقولون ان وجود
حمض الاكساليك في الدم ينتج عنه نوع مخصوص من سوء الهضم مع ظواهر
مرضية أخرى وان سوء الهضم لا يشق الا بشفا سوء القنية الثاني عن حمض
الاكساليك وحيث اتبع رأى هذا القائل بوجود سوء قنية ناشئ عن حمض
الكسالي ونوع من سوء الهضم المتعاقب به من بعض الاطباء في بلادنا وصار
رفضه بأدلة قوية من آخرين من الاطباء فعلياً ان نبدي رأينا في هذا المسئلة
التي هي الى الآن لم تصل بعبارة مختصرة فنقول

كثيراً ما يوجد في البول أثر من اكسالات الجير عند السليم بحيث ان هذا
الملح يعتبر من مكونات انواع استعماله بين العناصر الطبيعية من البول وغير
الطبيعية

وقد توجد كمية عظيمة من هذا الملح في البول متى تعاطى الاشخاص جواهر
محتوية على املاح كسالية بكثرة سيما بعض الخضراوات كالخبيض ونحوه
وبالجمله قد يظهر في البول هذا الملح بكمية عظيمة ظهوراً وقتياً عقب تعاطى
مشروبات محتوية على حمض الكربون كالثبانيا وماء سلتريس وماء الصودا
ونحو ذلك وفي جميع هذه الاحوال لا يحصل اضطراب في الهضم ولا اضطراب

بني
ويعكس ذلك في الاحوال التي يوجد فيها كمية عظيمة من اكسالات الكلس
في البول مدة طويلة من الزمن فانه يكاد يوجد على الدوام في مثل هذه
الاحوال ظواهر مرضية أخرى وعند بعض المرضى يوجد زيادة عن
اكسالات الكلس في البول كمية عظيمة من الحيوانات المنوية ومن المواد

الخاطبة وذلك يدل تقريرا على ان ا كسالات الجير لا تنقرز في مثل هذه
 الاحوال بواسطة الكلتيين من الدم بل يتكون في البول في اثنائه مكثه في
 المائة فانه من عند ما أثبت كل من المعلم جلاوا وهوب سيلير انه لا يندران
 يحصل عظم في عجم بلورات ا كسالات الكلس (ذات الشكل ذى الثمانية
 أسطحة المسمى بتشكيل حطروف البلورات) عند مكث البول زه منا طويلا فلا
 شك أن هذا الملح يتكون في البول بعد انقراضه عقب انحلال المادة الخاطبة
 غالبا فلذا ينبغي رفض القول بان هذا الملح غير القابل للذوبان المتكون في
 لقنوات اليولية ذوات تأثيره ضرر على المعدة وباقي أعضاء الجسم فان الظواهر
 المرضية المصاحبة لتكوينه في البول وهي الاضطرابات البنية العمومية
 وحالة الكآبة الما ليضوليه وامتقاع اللون ونحوها يمكن توجيهها بسهولة
 بالسيلان المتوى والحالة النزلية في المسالك البولية وبالجملة يوجد عدد عظيم
 من الاحوال فيها لا يمكن نسبة تكون ا كسالات الجير الى انحلال البول
 المنقرز وفساده بل فيها تلجى الى القول بنسبة ظهور هذا الملح في البول الى
 ازدياد تسكونه في الدم اى الى سوء قنيسة ا كسالية فان قيل ما هي الامور
 المتعلقة بها تتكون هذا الملح في الدم بكمية عظيمة وظهورها في الاقرارات
 المنقذفة من الجسم التي لا توجد فيها في الحالة الطبيعية الا آثار قليلة يقال ان
 المسئلة لم تصل الى الآن لكن من المعلوم ان تتكون هذا الملح في البول بكمية
 عظيمة يشاهد بكثرة في انكثرة التي فيها يفتدى الانسان باغذية جيدة ويشرب
 مشروبات قوية زيادة عن المائيا وان وجد في المائيا لا بد وان يتكون عند
 الأشخاص ذوى الثروة المفرطين في تعاطي المغمومات الجيدة القوية وكذا
 المشروبات ومهما كانت قوية ميلد للنظريات الصيولوجية الكيمائية فلا
 بد وان نعترف انه من القريب للعقل القول بان بين سوء القنيسة الا كسالى
 والبول الا كسالى ارتباطا سيديا وانهما انما هما عن تعاطي كمية عظيمة من
 الجواهر المغذية زيادة عن احتياج الجسم وانضرب صفحا في احوال عدم
 التناسب عن كون مخصلات الاحتراق متعلقة بدرجة تا كسد ضعيفة وعن
 كون ظهورها في اقرارات الجسم على هيئة الملح الا كسالى او البول متعلقا
 بامور اخرى منبهة علينا

والذي أراه ان الأشخاص المكتسبين لسمن عظيم بسبب الافراط في
المأكل والمشرب يقون حافظين لصحتهم أكثر من الذين لا يكتسبون منا
ولو كانوا معتادين بهذه المثابة ولا سيما أكثر من الذين يفتاقص عنهم مع القادى
على المعيشة المذكورة فان الأولين لا يشتكون غالباً الا بدرجة خفيفة من
عدم الراحة الناتجة عن تناقل جسمهم واما الآخرون فانهم يتشكون
غالباً باضطرابات مختلفة تنسبها الاطباء تارة الى احتقانات احتباسية في
الاوردة البوافية وتارة الى البواسير وطورا الى حالة مرضية تقرسية
روماتيزمية او نزلية وهذه المشاهدة تقرب من العقل ان متصلات التبادل
العنصرى بعنصرها تغيرات في كثير من الاحوال عند وجود عدم التاسب
المذكور بين تعاطى الجواهر الغذائية واحتياج الجسم اذ لم يحصل
التعادل بواسطة تكوين الشحم وان المكابدات المرضية السابق ذكرها
تتعلق بالتغذية غير الطبيعية في الاعضاء المختلفة وبالدم المتحصل لتصللات
فضلية غير طبيعية من جنسية كيميائية وبعدها استقرار كل من الكاوية
الاىو وخذارية واضطراب الهضم والتزلات الحلقية والشعبية والاصابات
المؤلمة للمفاصل ولا سيما المفاصل الصغيرة واتضح ظواهر مرضية مختلفة
مع التعاقب او الاستقرار بصير أمثال هؤلاء المرضى فاقدة لقواها باهتة اللون
لخفة الجسم بحيث انها تظهر في حالة قمرض ثقيل ولا يظهر في البول المترکز
الكثير الحمض تغيرات واضحة على الدوام لكن يتكون في معظم الاحوال
رواسب بوايسه تظهر زمنافز مناشقة على املاح بوايسه غزيرة وقد دلت
التجارب على انه من المضر عند مثل هؤلاء المرضى أمرهم بتدبير غذائى مقو
مع تعاطى الابيضه والمركبات الحديدية والكيوية التي يلجئنا الى استعمالها
ككل من تناقص قوى المرضى وامتقاع لونهم وخصافتهم بخلاف
استعمال مياه البنايب القلوية المحمية ولا سيما اذا أضيف لذلك غسل الجسم
او التشلشل بالماء البارد واعقب ذلك باستعمال الحمامات البصرية فانه ينتج
عنهما نتائج جيدة للغاية وليس عندي تجارب عظيمة بخصوص البول الاكسالى
وسواء القنية الاكسالى لكن بعض الاحوال التي شاهدتها تشابه الاحوال
السابق شرحها وان لم تماثلها في جميع الاحوال حيث ان فيها عين الاسباب

السابقة وعين شكوى المرضى المتنوعة كثيرا والتي لم تكن مشابهة لشكل
 من الأشكال المرضية وعين الضعف والاسترخاء وانقاع اللون والصفاء
 والبول المتركم الحضي غالبا لا يحتوي على رواسب من املاح بوايسة بل على
 بلورات من اكسالات الجير وتبعاً لذلك ترى من الصواب اعتبار سوء الهضم
 الذي هو عبارة عن ظاهرة مرضية من جملة الظواهر المرضية المنتشرة في
 سوء القنية المعبر عنه بالاكسالي نتيجة لاضطراب بنى عمومي يظهر عند
 بعض الأشخاص المستعدين لذلك عقب المعيشة السابق ذكرها والى
 الآن لم نعلم حقيقة تعاقب التغيرات التي تحصل بين عمائل العناصر الغذائية
 وقذف بنيات الجسم القلبية التي يعتمدها التغيير بتأثير المؤثرات المضرة
 السابق ذكرها فيتكاثرون عن ذلك. تحصلات مرضية متفاوتة إنكم
 والكيف

ثم انه يوصى في معالجة سوء القنية الاكسالي وسوء الهضم الناتج عن ذلك
 باتباع الوسائل التي ذكرنا كغذاء في معالجة سوء القنية الاكسالي ولو أنها
 غير مماثلة لها بالكلية (والذي يضاداً لعمائل الكلى هنا هو وجودا كسالات
 الكلس فقط في أحوال الديابتيز الاكسالي دون غيره من المتحصلات
 الانتهائية للتبادل العنصري) واستعمال حمض النتريك (بقدر عشرين
 نقطة مرتين أو ثلاثة في اليوم) وتجنب جميع الاغذية المحتوية على سكر
 الموصى بكل منهما من اطباء الانكليزي في أحوال سوء القنية الاكسالي يظهر
 أن كلامهم مبني على فرضيات نظرية لا على نتائج عملية تجريبية

ومن الصواب قبل ان ننهي الكلام على سوء الهضم ان نتكلم على ظاهرة
 مرضية شبيهة كثيرة الحصول أعني شكلاً مخصوصاً من الدوار صفاء المعلم
 (ترسو) بالدوار المعدي فانه يعتبر ناشئاً عن حالة سوء الهضم اذ يكاد كل طبيب
 مشتغل بالطب العملي ان يكون شاهداً على هذه أحوال مماثلة بالكلية للصورة
 المرضية التي شرحها مع الايضاح الشهير (ترسو) وبماها بالدوار المعدي كما
 يسميها العامة بذلك أيضاً وهذا المرض الذي يكون مستطيلاً ومعتاداً
 جددياً أثناء سيره يتبدى غالباً بدون أن يسبقه هجوم ظواهر مرضية بكمية
 خارقة للعادة فان المرضى تشتكي فجأة بعد أن كانت في حالة صحبة بدوار شديد

فكانت المربيات المحيطة بها او مكانها هي نفسها اعتراها حركة دورانية
او قوجية وينضم لذلك احساسات غير طبيعية في الرأس لا يمكن المرضى ان
تعب عنها بالالام ولا تعبد لفظا موافقا للتعبير والافصاح عنها سوى ان يقولوا
احساس فراغ في الرأس وبعض المرضى يحس بدوار او يضغط غير محدود
في الرأس او يضارمتصاصا عذيبا وينضم لذلك غالباً بالاشد أمام العينين وطنين
في الاذنين فخشى المرضى من الوقوع فتبعت عن صفر ارتكازت على عذيبه
وتطلب الجلوس والاستلقاء ومثل هذه النوبة التي فيها لون جلادة الوجه
يكون غير متغير ومنتقع اللون يزول غالباً بعد بعض دقائق وفي أثناء هذا
الزمن تكون الاشخاص المصابون ومن حولهم من الاقارب في حالة رعب
عظيم وانتهاء هذه النوبة يكون في الغالب معصوباً بتثاؤب متكرر
او تجش غالباً

ومن الطائرتان مثل نوبة الدوار المعدي المذكورة تبقى هي الوحيدة لكن
الغالب ان تتردد في فترات متفاوتة الطول ومن المستغرب جدا ترداد النوب
الجديدة باسباب واهية في الظاهر جدا كالشي على ارض ملساء مستوية
او المرو على نحو قنطرة وكون المرضى لا يحصل لهم الدوار عند صدور
ما ذكرتمى كانوا قايضين ولو على يد طفل ضعيف او متكئين ولو على عصا
رقيقة وبالجملة يفقد الدوار متى اشتغل المرضى بشي موجب لاصرف ذهنهم
اليه بالكلية او كانوا في حالة اتعاش اطيب وقد شاهدت شخصاً لم يمكنه
العبور في قاعة على انفرادها والاجتياز من محل الى آخر مع انه كان يمكنه
بدون تفكير الرقص في مثل هذه القاعة منفرداً ويجتازها بكافرسه ولو كان
جوحاً في مجال مختلفة وكلماتي هذا المرض واسعة طالتمدته زاد توجه
افكار المرضى اليه فيقعون في حالة تفكر وكابة زائدة ظناً منهم أنهم مصابون
بالفة دماغية سيما اذا سمعوا أن غيرهم من المرضى ماتوا بامراض دماغية
حقيقيةة مثل ابن الخ الذي تخشاه العوام بكثرة وكانوا مصابين ايضا بالدوار
وكثيراً ما نعترا لاطباء فيأمرون المرضى بالاستقراعات الدموية واستعمال
المحولات والمركبات اليودية والمياه المعدنية الحية ويمنعونهم من تعاطي
التبيذ والبوزة وياصرونهم بالاقصار على الطهومات القليلة جدا فان لم تمر

هذه المعالجة وصاوت المرضى باهتة اللون شحفاء البنية فسكنيرا ما ترجع الاطباء
 عن اعتقادهم ويظنون ان نوب الدوار ناشئة عن انجبة الدماغ فبأمر من
 المرضى بتعاطي الاستحضارات الحديدية والابنية والبوزة ويسمحون لهم
 بتعاطي تدبير غذائي مقوم مع ذلك فلا تفر المعالجة كما ان المرضى يعودون من
 جبال الالب ومن أماكن الاستحمامات الباردة والمعالجة بها ومن الحمامات
 البخرية بدون طائل وقد نص المعلم (ترسو) كما ذكرنا على أن نوب الدوار
 المذكورة تنشأ عن سوء الهضم وقال ان علامات في كثير من الاحوال
 تكون واضحة جدا حتى تخفى علينا بسهولة وعددا حوالا من الدوار المهدى
 حصل فيها الشفاء بواسطة تعاطي منقوع من الخشب المروم كبير من
 القلوبات الكريونية على التناوب ونحن لم نرى نجاحا من هذه المعالجة فالتى وان
 اعترفت ان النوب الاول من هذا الدوار التى حصلت في المرضى الذين
 شاهدتهم ظهرت غالبا عقب سوء الهضم واصطعبت بظواهره الا انه لم توجد
 علامات واضحة من سوء الهضم عند المرضى التى كانت تعتبرها نوب الدوار
 المتكررة مدة سنين والذي أظنه أن تكرر نوب الدوار ناشئ عن امور نفسية
 فكما انه يوجد اشخاص يعترهم دوار عندما يكونون مطمئن على محل منخفض
 جدا او واقفين على محل مرتفع كذلك كخسارة وكان الشخص الذى
 اعتراه الدوار مرة في مثل ما ذكر يكاد يطرأ عليه ذلك متى تعرض لمثل هذه
 الامور فكذلك الانسان الذى اعتراه الدوار مرة او اكثر وهو في اودنه
 او كان ماشيا في قلاة فانه يعتبر به ما ذكر والفزع في مثل هذا الشكل من
 الدوار كالقزع من الدوار الذى يعترى كثيرا من الاشخاص عندوقوفهم على
 محال مرتفعة جدا وذلك بسبب معين جدا على تكراره فكل من الانتفات
 القوي الى هرق والانتقال النفسى والسكرانلقيف بحققا نوعا من حصول
 أحدهذين الشككين ويؤيد ذلك عندى مشاهدة من جعله مشاهدات
 شاهدتها في قسيس قد أصيب بنوبة دوار شديدة بحيث سقط منها على الارض
 وهو في الكنيسة على الانبل ولم يطرأ عليه ثانيا مرة نوبة الدوار مطلقا طول
 مشاهدتي له غير أنه لم يعد الى الانبل ثانيا حيث شرع يجرب من نفسه الصعود
 عليه مرتين او ثلاثة فحصل عنده سوايق الدوار فكان ذلك هو الباعث له على

الامتناع فاتزم المعافاة من وظيفته وكذا كل من المؤذن والمبيض لا بد وان يلجئ للمعافاة من اشغاله اذا اعترته نوبة الدوار مرة ثا كثر في أثناء اشتغاله بوظيفته

• (الفصل الخامس) •

(في أمراض القناة المعوية)

• (المبحث الاول) •

(في التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي المعروف بالنزلة المعوية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي ينتج عن كل احتقان يظهر في هذا الغشاء سواء كان الامتلاء الوعائي حاصلًا بكيفية ميكانيكية او ناشئًا عن اسباب مخرطة أخرى والاحتقان في ابتداء هذا المرض وفي حالة حدته يؤدي لارتشاح مخزير من سائل قليل الزلاية ملحي فاذا تقدم سير المرض وأزمن أدى ذلك الاحتقان الى تكوين مادة مخاطية وخطيات جديدة

ثم ان النزلة المعوية الحادة وبالخصوص المزمنة من الامراض الكثرة الحصول جدا تصاحب على الدوام اضطراب الدورة الكبدية اذ عوق استقراغ دم الوريد الباب ينتج عنه بالضرورة تمدد وامتلاء في اوردة المعى ومن ذلك نشأ النزلة المعوية

وكثيرا ما تصيب النزلة المعوية أمراض أعضاء التنفس والدورة التي ينتج عنها عائق في السباب دم الاوردة الاجوفية فان هذه الامراض اذا خرج عنها احتقان وريدي تهقرى في اوردة الدورة العظيمة لا بد وأن يظهر ذلك في الغشاء المخاطي المعوي فاحتقان هذا الغشاء والتهاب النزلي في مثل هذه الاحوال عبارة عن سيا نوز الغشاء المخاطي

ويندر ان ينشأ عن اضطراب الدورة في الجسم احتقان واوردي والتهاب نزلي في الغشاء المخاطي المعوي ومن هذا القبيل ما يحصل من احتقان الغشاء المخاطي المعوي الشديد الذي ينشأ عن التهابات ممتدة في الجلد عقب الحرق وكذا ما يحصل من الاحتقان السريع الحصول الوقتي المصوب بارتشاح مصلي غزير الناشئ عن تأثير البرد القباني في الجلد كما يشاهد ذلك في السياحة

في الجبال مثل اهل التزلة المعوية الحادة التي تنشأ عن برد الاقدام او البطن
وتستقر من اطول ولا يعذب وال تأثير البرد والتزلة المعوية المزمنة التي تنشأ عن
تأثير الاطاليم الباردة الرطبة من هذا القبيل اولى امر غير متطوع به
وقد يحصل الالتهاب التزلي المعوي الشديد مدة سير الالتهاب البريتوني سيما
الالتهاب البريتوني الثفاني ويعتبر حينئذ هذا الالتهاب نتيجة الاحتقان
التواردي الشديد فان الالتهاب الشديد للطبقة المصاصة يؤدي في مثل هذه
الحالة لحصول ارتشاح مصل في المتسوج انطوى تحت الغشاء المصلي وفي
الطبقة العضلية والطبقة المخاطية المعوية يقع المتسوج انطوى تحتها فان
هذا النوع من الارتشاح الاوذيمياوي يشاهد دائما بجوار الاجزاء المتتهبة
وقد صبرنا عنه مرارا بانه نوع اوذيمياة قصبية جانبية او اوذيمياة ناتجة عن
احتقان تواردي جانبي وبه يسهل توجيه حصول الامهالات المائية التي
تصاحب الالتهاب البريتوني بكثرة ولومع وجود شالي في الطبقة العضلية
المعوية ويظهر ان الاحتقان التواردي للاوعية الشعرية المعوية المتساو
بارتشاح مصل غزير هو غبوع الامهالات الناتجة عن انفعالات نفسية
ويجوز في مثل هذه الاحوال ان يقال ان الازوعية الموردة للدم حصل فيها
تعدد بواسطة التأثير العصبي وقد اكتسبت هذه النظريات قوتها من وقت ان
شاهد المعلم (بودجيه) حصول امهالات دائمة عقب قطع العقد الشيمسية من
الارانب

والغالب ان يكون الاحتقان والتزلة المعويان ناشئين عن مهيجات أثرت
تأثيرا وضعيا كاعلم المسهلات فان القليل منها يحدث الاسهال بكونه
يحدث عنه افراز سائل غزير من اوعية المي بطريفة الاندمع وزبدون ان ينتج
عنه تهيج واحتقان موضعي وذلك كعمل لمحاول المهي المركز ويندر ان ينتج
الالتهاب التزلي المعوي عن افراز الصفراء الغزير وهذا خلاف ما كان
يعتقد سابقا كما يندر حصوله من وجود حيوانات طبقية في المي كديدان
ثلاوم هذا القبيل التزلة المعوية التي تنتج عن جواهر غير دوائية كبعض
الاعمار وعن وصول مفضلات المعدة غير المنهضمة الاية للقضاء الى المي
(انظر ذلك في اسباب التزلة المعوية)

احتباس المواد الثقيلة فانها ان بقيت في جزء من أجزاء المي فهناطويلا
 زائدا عن العادة اعترأها الفساد والاشغال فتكون عنها مخصلات تورث
 تمجها شديدا في الغشاء المخاطي المعوي وقد تبه الشهير (ورجوف) على كلمة
 حصول الالتهاب البريتوني بالزرق وما يشأ عنه من تفسير اوضاع المي
 كما يجذبه وانحنائه وفي الحقيقة ان ذلك هو السبب الغالب للاسالك
 المستعصي الاعتيادي في كثير من الاحوال ولبعض أحوال تنوكة الجسم
 المزمنة التي كانت تعتبر ناتجة عن آفات في البطن السفلي فانها تنشأ عن مجرد
 انجذاب اوضاع في القناة المعوية يعقبه تكون غازات من المواد الثقيلة
 الفاسدة ووزلة معوية تابعة

وقد يكثر حصول النزلة المعوية في بعض الازمنة عن مؤثرات مجهولة ولعدم
 معرفة هذه المؤثرات يحصل سببها تسلسل الاحوال البلوية البوائية
 المعوية

وقد يكون الالتهاب المعوي النزلي عرضا من اعراض بعض الامراض العامة
 كالتيقوس البطني اى المي التيفويدية فانه ايضا حيسه دائما كالهبضة
 الالتهابية فانه احد اعراضها الرئيس ويمكن احداثه في بعض الحيوانات
 بالصناعة بواسطة حقن مادة متعقنة في وريد من اوردتها

وستكلم فيما بعد ان شاء الله تعالى على شكل النزلة المعوية العرضية وعلى
 الالتهاب المعوي النزلي الذي يصاحب تقرحات المي واستحالاته المرضية
 • (الصفات التشريحية) •

يندر أن نشاهد اصابة الالتهاب النزلي للقناة المعوية بتمامها ومع ذلك فهو
 أكثر وجودا في المي الغليظ وأقل وجودا في اللفائي واندر مشاهدة في الصائم
 والاثني عشرى والتغيرات التشريحية التي تخلف النزلة المعوية الحادة في
 الرمة هي احمرار الغشاء المخاطي احمرارا يكون تارة باهتا وتارة داكنا
 منقشرا أو قاصرا على ما يحيط بالغدد المفرقة او غدد (بيير) ثم انتفاخ هذا
 الغشاء ورخاوته ومهولة تمزقه وارتشاح مادة صلبة في المنسوجات الخاوية
 تحت الغشاء المخاطي وقد يزول الاحتقان بالكليّة عقب الموت فيظهر الغشاء
 المخاطي حينئذ باهتا خاليا عن الدم ويشاهد على الدوام في النزلة المعوية الحادة

انتفاخ في الاجربة المعوية المتفرقة وفي غدد (بير) فتكون بارزة برونا
واضعا على سطح الغشاء المخاطي والغالب ان تشاهد العقد المسارية
كذلك محققة منتفخة قليلا ومحصلة المي يكون في الابدان متكونا من
سائل مصلي مختلط بجزئيات بشرية منفصلة وخلايا جديدة ثم يصير فيما بعد
متكونا من مواد مخاطية متكررة ملتصقة بسطح المي وفيها كذلك جزئيات
بشرية

واما التغيرات التي تخلف النزلة المعوية المزمنة فهي ان يشاهد الغشاء
المخاطي ذا لون مسجرجاربي الى الجرة او مسجرجابي وسخ وممتقنا يظهر فيه
احيانا بروزات بوليبوسية خصوصا بجهة المستقيم والابرية المنتفخة هنا
تكون أكثر بروزا منها في النزلة المعوية الحادة فتظهر على شكل عقد
مبيضة بارزة على سطح الغشاء المخاطي الذي يكون مغلي بمادة مخاطية
قيصة لزجة وفي المزمنة يحصل احيانا في الطبقة العضلية للمي خجاءة ينتج
عنها تضيق بسيط في المي شبيه بما يحصل في البواب في احوال النزلة الحادة
وان كان ما هنا نادرا

وقد يكتب الالتهاب التزلي للغشاء المخاطي المعوي شكل الالتهاب الدقيري
تقريرا فيتمكون على سطح الغشاء المخاطي المحررتا خشك كبريشات سطحية
كأنها حمر شوش بالفضالة ويخلف اتصال هذه الخشك كبريشات تاكلات
او تسلخات سطحية صغيرة دامية وهذه الصفة التشرىحية التي تشاهد في
الجزء السفلي من المي الغليظ والمستقيم وتنتج عن تراكم المواد الثقيلة في هذه
الاجزاء تطابق مطابقة كلية الصورة الاكلينيكية للدوسنتاريا التزلية
المنفصلة

وقد تؤدي اشكال النزلة المعوية الشديدة لمصروف القروح المعوية كالقروح
التزلية المنتشرة والقروح الجراية

فاما القروح التزلية المنتشرة فتنتج عن الالتهاب التزلي المعوي لاسيما الالتهاب
التزلي المزمن اذا انضم اليه التهاب نزلي حاد وأكثر ما تشاهد هذه القروح
عن الاجسام الغربية التي تخلف في المي اوعى المواد البرازية المهتصة فيه
ولذا تغلب مشاهدتها في الهال التي يكثر فيها وقوف المواد الصلبة كالاسود

والقولون الصاعد (ويسمى المرض حينئذ بالالتهاب القولوني البرازي)
 وسبب المعلقة الديدانية والمستقيم والمي الغليظ أعلى محال التضايق
 والاشجاذ

والغشاء المخاطي الاجر الداكن المتقح يلين ويتلاشى بسبب تكون الصديد
 في منسوجه فينتج عن ذلك فقد جوهري يورث تعري المنسوج الخلوى تحت
 الغشاء المخاطي والطبقة العضلية ومتى شفيت القرحة في هذا الدور امتلا
 مكان فقد الجوهري بالازرار اللحمية وتختلف ذلك ندية يابسة تورث المي ضيقا
 دائما وقد تنأ كل الطبقة العضلية والمصلية فينتقب المي وعندما امتداد
 التهتك من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب يرتوي جزئيا به يمكن امتناع
 انصاب متحصل المي في تجويف البطن عقب التصاقه بالاجزاء المجاورة له
 كما يحصل ذلك بكثرة عند تنقب المعلقة الديدانية وكما يحصل بكثرة في التهاب
 الاعور وتقيمه المعروف بالالتهاب الاعوري البرازي التهاب في المنسوج
 الخلوى الهش الذي يثبت الاعور والقولون الصاعد في الصفاق الحرقى
 ويعرف بالالتهاب الاعوري الدائري او الهبط وينشأ عنه في مجت على
 حدته

وأما القروح المعوية الجرايية فالاغلب ان تظهر في المي الغليظ والجزء
 السفلى منه وينتج عنها تهتكات عمدة وهي تصنف بقلة ظهور الاعراض
 الالتهابية حوالها وقد شرح ظهور القروح الجرايية الشهير (روكيتانسكي)
 وقال هذه الاجربة تكون في الابتداء منفتحة انتفاخا عظيما ومحاطة بمخالة
 وعائمة جراثيم ضاربة للسفرة ثم يحصل التقرح في باطنها فتتفجر جدرانها
 فينشأ حينئذ خراج صغير جرابي ذو جدران فضيصة حبيبية وفحة منقرحة
 مشرزمة ومتى تهتك الجراب تهتك كليا من التقيح زال احتقان الغشاء
 المخاطي المجاور له بل قد يوجد هذا الغشاء باعنا واستجابيا ومخا وسيتخذ
 يكون اتساع القرحة كأنساع حبة العدم مستديرا او يضاويا وبسرعة
 يمتد التقرح الى الغشاء المخاطي المجاور له فتعدم القرحة شكلها المستدير
 وتكتسب شكلا مستداما متشرذما وقد لا يبقى من الغشاء المخاطي الا بعض
 أصفار او ثنيات مسنة في وسطه وبقية الطبقة العضلية والمنسوج الخلوى

تحت الغشاء المخاطي تكون متعريّة ويوجد في المني نفسه مادة سنجابية شمرة
نصفية السيولة تدفية محتاطة بمواد غذائية غير منهضمة
* (الاعراض والسير) *

في النزلة المعوية يحصل في المني زيادة عن الارتشاح المصل سرعة في الحركات
الدينامية للقناة المعوية بحيث ان التبر زرع سيواته تنكسر نوبه وتتكسر
فالاسهال الذي تسبقه قراقر واضحة في البطن هو العرض الملازم للنزلة
لمعوية بل هو العرض الوحيد اذا ما كان الام وغيرها من الاعراض قد
لا توجد رأساً وقوى المريض وتغذيته يبقين على الحالة الطبيعية مادامت
لاستقرات غير كثيرة التكرار والغزارة ولم تسقر زماناً طويلاً وفي مثل هذه
الحالة يعتبر الاسهال عند العامة أمراً عارياً من تنقية الجسم ونحوها مما
يعود نفعه على الصحة ثم ان الاستقرات المعوية تتكون في الابتداء من
مواد ثقيلة مائعة (وهذا ما يسمى بالاسهال البرازي) ومتى استقر كل من
الارتشاح المصل وازدياد الحركات الدينامية للمني فالاستقرات بعد
انقذاف جميع المواد الثقيلة المتوى عليها المني تفقد رائحتها البرازية
الخاصة بها شيئاً نسبياً وتصير متكونة من ارتشاح مصل ملى سابع فيه ندف
بشرية وخليات جديدة ومواد غذائية غير منهضمة قليلة التغير ومتفاوتة
الكمية (وهذا ما يسمى بالاسهال المصلي) ولونه واد البراز السائل يكون
عادة مخضراً متقارناً في الخضرة وهذا ناشئ عن انقذاف المواد المذكورة مع
مواد المني السائلة قبل ان تسكبا بالاستحالة الطبيعية لاعتنا انصاب كمية غير
اعتيادية من الصفرة في المني وكلما كان الارتشاح أكثر غزارة كان تلون
المواد قليلاً فان الصفراء المختلطة بها لا تنكفي حينئذ في تلونها بالكلية
والغالب في الاستقرات لنزلية ان لا يوجد فيها آثار من المواد الزلالية لكن
لا يندران يوجد فيها بلورات من فوسفات المغنيزيا والنوشادر وكان
وجودها يعتبر سابقاً واصفاً للبرازات التيفوسية ويوجد في الاستقرات
المذكورة كمية عظيمة من ملح الطعام وبعد استقرار الاسهال يوماً أو يومين أو
أكثر تأخذ مواد الاسهال في اكتساب الاستحالة الطبيعية للمطعمات عادة
فيقل تكرار الاسهال وتكتسب هيئة البراز ورأحتته ويعقب الاسهال كما

هي العادة امساك المتفاوت الاستعصاء وذلك لان التنجس المرضي للطبقة
العضلية المعوية يعقبه حالة ضعف

وهناك أحوال فيها يتضمحل الامهال احساسات مؤلمة في البطن وهي عبارة
في الغالب عن نوب آلام قارصة تتردد تزداد نوبيا وتعرف بالمغص ويصير
المرضى عند حصولها حيانا باوردا اذا اللون باهت سيما اذا اشتدت اشتدادا
عظيما وهذا المغص يتلطف عقب التبريز او قرب حصوله واندر من نوب
الآلام المذهكرة حصولا ما يشاهد من احساس مؤلم مسر بضغط في
البطن او تألم يزداد ذلك الاحساس بالضغط من الظاهر وهذا الاحساس
لا يشتد جدا الا في أحوال نادرة فيها يصاحب الالتهاب النزلي المعوي حرق في
الجلد عند جسدا وبهذه الصفة الخاصة بوجود الدم في مواد البراز تميز هذا
الشكل من الالتهاب المعوي النزلي عن غيره من أشكال هذا المرض

وكثيرا ما يكون البطن في النزلة المعوية الحادة متنفخا تنفخا خفيفا
ويخرج بالتبريز كمية عظيمة من غازات كريهة الرائحة وتظهرها في المني
لا بعد عرضا للنزلة المعوية ولا نتيجة لها مادامت في دور ازدياد الارتشاح
المصلي والحركات الديدانية المتزايدة وانما تنبت نتيجة عن السبب المحدث
للنزلة المعوية نفسها أعني من وصول جواهر قاسدة وغير منضجة من المعدة
الى المني

وكثيرا ما تصطبغ النزلة المعوية باعراض حمسة اسكن ان كانت هذه النزلة
نتيجة عن تأثير البرد مثلا لاقال حركة الحمية تكسب شكل الحنجرة النزلية وقد
تكون شديدة جدا فتلتبس بالحمى المعدية او الصفراوية او المخاطية سيما
اذا اشترك كل من المعدة والمني في الالتهاب النزلي وبهذه الكيفية يكون
سير النزلة المعوية اذا كان الالتهاب فيها ممتدا في جزء عظيم من المني ارجح له
الجزء السفلي من اللقائفي والتولون كما هو العادة ثم ان الالتهاب النزلي الاثنى
عشري يصاحب في الغالب النزلة المعدية ولا يعرف الا اذا امتد الى القناة
الصفراوية ونبت عنه احساس الصفراء ويرقان وبدون ذلك لا يمكن معرفته
فانه لا ينوع اعراض النزلة المعدية الا قليلا جدا

والالتهاب النزلي في المني الدقيق يسير بدون اسهال متى مكث متصل المني

الدقيق السائل زمناطو يلا في المي الغليظ وتكاثف عقب امتصاص أجزاءه
السائل فعلى هذا متى انضم لأعراض النزلة المعديّة قرأ في البطن تعلق
بوجود غازات وسوائل في المي الدقيق وأمكن تزحزحها من محلها إلى آخر
ولم يحصل مع ذلك إسهال ترجح أن النزلة المعديّة امتدت إلى المي الدقيق دون
الغليظ

وأما التهاب النزلي في الجزء السفلي من المي الغليظ أو في المستقيم فكثيرا
ما يحصل بدون إصابة باقي أجزاء المي وقد تمكسب صورة هذا الالتهاب هيئة
أخرى عند اشتداده جدا أي عند ما يظهر ارتفاعه من الحالة النزلية إلى
الدقيرة يان يسبق التبرز في الدوسنطاريا آلام شديدة قرصة تتقدم نحو
السرة إلى القطن ثم يعقب ذلك انقباض تشنجي في العاصرة وحرق شديد
في الأست ثم يخرج بمركات الزحير مادة مخاطية متفاوتة الكمية مبيضة
زجاجية مختلطة بمواد دموية والعادة أن يعقب ذلك راحة للمريض غير أنه بعد
مضي ساعة أو أقل تعود الآلام وكذا الظواهر السابقة ويخرج من
المريض مواد ثقيلة جامدة زعمنا فزمننا يحصل له عقب ذلك راحة بعض زمن
وهذا الشكل من النزلة المعوية المعروف بالدوسنطاريا النزلية يشق
بسرعة بالمعالجة اللاثقة أعني بالمبادرة بإزالة المواد الثقيلة التي في المي ونج
عنها هذا المرض مع استمراره فإذا لم تعالج بما لا يليق استطالت مدة المرض
وأدت لحصول تقرح جراحي

وأما إذا كان الالتهاب النزلي قاصرا على المستقيم فلا بد وأن يوجد كذلك
زحير وتطلب للتبرز وخرج مواد مخاطية فقط أو مخاطية مدمجة غير مختلطة
بمواد ثقيلة لكن لا يوجد في هذا الشكل الآلام دالة في البطن كالتى تسبق
التبرز في الدوسنطاريا النزلية

وأما النزلة المعوية المزمنة فلا ينتج عنها في البالغين إفراز مصلي غزير في القناة
المعوية إلا في أحوال نادرة والغالب أن يكون إفراز الغشاء المخاطي قليلا
ولذا لا يصطبب الالتهاب النزلي المعوي المزمن بالإسهال في البالغين إلا نادرا
وإن حصل الإسهال فإنه يكون وقتيا فالمرضى بهذه النزلة يكون عندهم في
أغلب الأحوال إسهال لا إسهال وبواسطة الطبقة المخاطية الزججة المغطية

لسطح المي يحصل عوق في الامتصاص واضطراب في التغذية فتتناقص
 قوى المرضى فتضعف وتكثرت لونا تمتصها وحقا وزيادة على ذلك فالمواد
 المتراكمة في المي الغليظ يعثر بها بتأثير الحرارة الرطبة في هذا العضو فساد
 والمخلال يخافه ظهور غازات في المي بكمية عظيمة فتقدد وينشأ عن ذلك
 مكابدات ثقيلة فيتوتر البطن ويتدفع الحجاب الحاجز الى أعلى ويتعسر
 التنفس وينشأ عن الضغط الواقع على الاوعية الشريانية احتقانات تواردية
 في غير المي سيما نحو الدماغ ويحصل من خروج الغازات من البطن راحة
 عظيمة وينضم للاعمال الاعتيادي واضطراب التغذية وانتفاخ البطن
 الغازي اضطراب عقلي كالذي يحصل للمصابين بنزلات معدية من منة فينتد
 يجعل المرضى حالة اجسامها موضعا لانفسكار رديئة ولا تلتفت لغيرها وتقع
 في حالة يأس من صحتها ويمانيب في الالتفات اليه انه يوجد في جثث المرضى التي
 كانت مصابة بأمر اض عقلي كالكاهن والقاتلين لاقتسمهم الحناآت
 او تحولات في المي وهي السبب الغالب في النزلة المعوية المزمنة والامساك
 الاعتيادي قد يتعاقب معها سعال مفرص شديد واسهال وقي تخرج به كمية
 عظيمة من مواد مخاطية وبرازية كريهة الرائحة جدا وحيث ان ثوب الاسهال
 الوقتية تطرا بدون سبب ظاهر يقرب على الظن ان فساد محتصل المي ينشأ
 عنه تتكون متحصلات مهيجة اسما فتؤثر في الغشاء المعوي وتثير النزلة
 المعوية المزمنة فتترقى الى نزلة معوية حادة والنزلة المعوية المزمنة التي تسير
 بهذه المنابة تعتبر من الامراض الكثيرة الحصول المستعصية عن الشفاء بحيث
 ينقطع عشم كثير من المصابين بها من تقع الطبيب لعدم نجاح المعالجة التي
 أجريت عليه فيلجئ الى الدجالين او يقتصر على حبوب موريسون (التي
 قاعدتها الصمغ النقطي) او حشائش ليروه (وهو منقوع مخلوط مكون من
 ازهار البنفسج وشم الحما والمزومة مضافا لذلك كبريتات المنيزيا) او حبوب
 اشتال (وهي مركبة من خلاصة الصبر درهمان ومن خلاصة الراوند المركبة
 درهم ومن خلاصة المنطل المركب نصف درهم ومن برادة الحديد نصف درهم
 يمزج جميعه ويعمل مائة وعشرين حبة ويعطى منه من حبة الى اثنتين الى
 ثلاثة حسب الاقتضاء) او نحو ذلك من المعالجات السرية وسيوضح فيما بعد

أن كلام من هذه المركبات يتخذ من مسلمات ظاهرة النجاح في مقاومة ما يفتح
 عن النزلة المعوية المزمنة من المشاق وأنه بسبب كثرة هذا المرض اشتهرت عند
 العامة بعموم النفع في جميع الامراض
 ثم ان النزلة المعوية المزمنة عند البالغين قد تصطبغ بازدياد الافراز المعوي
 وسرعة الحركات الديدانية وتكسب سير الاسبال المزمن الان هذه
 الاحوال نادرة فيهم ولذا كان وجود اسهال مستقر عتقاً أسبوعاً أو أشهر
 مربحاً للتصور وجود تغيرات مادية عظيمة في المعى فينتدلاً تعتبر النزلة
 المعوية المزمنة البسيطة سبباً لاسبال الابد متحققاً اتفاقاً بقية تغيرات المعى
 المادية والاستقراعات في مثل هذه الاحوال معظمها مكون من مواد
 مخاطية زجاجية أو صيدية مختلطة بمواد ثقيلة لينة أو يبقايا المواد الغذائية
 غير المنهضمة عند امتداد النزلة في المعى امتداداً عظيماً (وهذا ما يسمى
 بالاسبال اللبثية أي انزلاق البطن) وعندما تخرج مواد مخاطية غير متلونة
 أو صيدية كما يقع أحياناً او مواد ثقيلة متجمدة أحياناً أخرى يجب الحكم
 بان مجلس الداء الجزء السفلي من المعى الغليظ وان الالتهاب النزلي هو مدد
 بالانتقال الى التقرح الجزئي وقد يزول الاسبال مدة أيام ويخلفها ما بالك
 مستعص ثم يعود اشدهما كان وقد توجد أحوال فيها تم لك المرض عقب
 الاسبال المزمن لكن لا يحصل ذلك الا عند وجود تغيرات أخرى في المعى غير
 النزلة المعوية

واما النزلة المعوية المزمنة في الاطفال فيقال فيها عكس ما ذكر فان هذا
 المرض فيهم يسير سير الاسبال المستعصي المضعف ولذا ينشئ على عكس
 ما تقدم التأي وعدم المبادرة بالحكم بمجرد هذا العرض بوجود دون معوى
 او مساريق أو تقرحات نزلية معوية فان أغلب الاطفال الهالكين بالسبل
 المعوى لا يوجد في امعاتهم الا آثار خفيفة من الالتهاب المعوى المزمن
 وأغلب ما تحصل النزلة المعوية المزمنة في الاطفال قرب انتهاء السنة الاولى
 اعنى قبل الفطام بقليل ويسمى الاسبال حينئذ بالاسبال الفطامى وفي
 الاقدمات تكون الاستقراعات مخاطية قليلة الغزارة ذات خواص حمضية
 ولون مخضر يظهر عقب ائقذافها حلالاً أو بعد الامسستها للهواء زمقاطويلا

وذلك ناشئ عن اختلاطها بالصقرا غير المحللة او عن ازديادنا كسد المادة
 الملوثة للصفراء التي لم تزل محفوظة ثم تصير الاستفرغات غزيرة بعد امانية
 طفولية اللون كريهة الرائحة محتلطة بمواد غذائية غير منضمة وفي الابتداء
 لا يمتري الاطفال الاقوياء البنية الجسدي التغذية من هذا الاسهال الاقليل
 هزال لكن العامة بسبب اعتقادهم الفاسد يعتبرون هذا الاسهال ظاهرة
 صحية تبقى الاطفال من تشسجات الاسنان ويطنون انه لا يبغي ايضاه فلا
 يندبون الطبيب الا اذا صار الطقل ذابلا ضعيفا في مثل هذه الحالة كثيرا ما
 تجهز الصناعة عن تدارك الشفاء فيستمر الاسهال وتزداد الحفاة تدريجا
 يهتلك من الاطفال عدد عظيم في السنة الثانية من عمرهم عقب النزلة المعوية
 المزمنة والنزلة المعوية تظهر عند الاطفال المغذاة بالصناعة قبل هذا السن
 وتسير بسرعة عظيمة وذلك ان امهات الاطفال الاقوياء اللبنة اللاتي يتجارن
 على ان يخدمن مراضع بعد الاسبوع السادس والثامن من ولادتهم
 يتركن اطفالهن للجهاز لتغذيتهم بالصناعة وهن يعطين الاطفال لبنا غير جيد
 او مريكا فاسدا او حلة صناعية او قطعة مخزية صون منها البقر كوا الصراخ
 فيحصل للطفل حينئذ اسهال بسرعة وتنفذ دم الحفاة تقدا عظيما بحيث
 يصل في اقرب وقت الى اعلى درجة من الحفاة فتتلاشى العضلات ويكدا
 المنسوح الشحمي ويظهر فيهم تسكرش الوجه كالجهاز ويسترخى الجلد على
 العظام وتسلخ اجزاء القرية من الاست وتغطي الغشاء المخاطي القمي
 بالفطري في أثناء ما يكون حضين المرضعة في غاية من الصحة يهتلك وادها غالباً
 الشهر الثالث والرابع وهو في غاية الحفاة والنهوكه ألا ترى ان كل
 امرأة متغلة بارضاع الاطفال بالصناعة في المدن العظيمة تدفن نحو ثلاثة
 اطفال كل سنة وفي مثل هذه الاحوال لا يوجد في الجنة الا آثار النزلة المعوية
 المزمنة مع النهوكه العظيمة وتعتبر هذه النزلة في احوال الاسهال القمطي تزداد
 مسقرا للنزلة المعوية الحادة بسبب دخول المواد الغذائية غير المنضمة
 المساعدة في المعى مع التسكرار فيشير هذا الالتباب
 واما الالتبابات المعوية النزلية المؤدية الى تفرح الغشاء المخاطي المعوي
 لوجيع جسد المعى فاول ما تسكاه عليه منها الشكل الكثير الحصول

المعروف بالالتهاب الاعورى فقط أو الاعورى البرازى فنقول قد يسبق
 هذا المرض أحيانا بعض اعراض يعنى انه قبل ان يرتقى الالتهاب الى الدرجة
 الشديدة المسماة بالالتهاب الاعورى البرازى يشاهد آلام ومغص فى
 البطن واعراض نزلية معوية ناتجة عن تراكم المواد البرازية فى الاعور
 والقولون الصاعد بحيث يشتكى المريض أحيانا بالآلام فى البطن ويحصل له
 امساك وامهال على التعاقب وربما فقدت الاعراض السابقة بحيث يودى
 اول تجمع من المواد الثقيلة فى الاعور والقولون الصاعد الى حصول التهاب
 شديد وتقرح فى جدار المعى وبتى حصل ذلك فقدت الطبقة العضلية قابلية
 انقباضها فيحصل عوق عظيم مانع سير المواد الثقيلة فى القناة المعوية كما
 يحصل مثل ذلك من تضيق المعى أو اختناق الفتوق المعوية فإنه وان خرجت
 مواد مخاطية فقط أو مدعمة هي متحصلة التهاب نزلى فى الجزء السفلى فى المعى
 من الاستيق قد التسبب بالكلية وتقتصر الامعاء اللدقاق الذى لا يتيسر
 اندفاعه من أسفل يدفع الى أعلى بسبب انقباضات الطبقة العضلية المعوية
 وحينئذ تحصل حركات مضادة للحركات الديدانية الطبيعية فالمواد الواصلة
 من المعى الى المعدة تورثها تمجها شديد يحصل للمريض تهوع وغثيان وفى
 من مواد غذائية ابتداء ثم فيما بعد من مواد مخضرة صرة الطعم صفاوية ثم
 يخرج بالقيء وذلك فى أحوال نادرة مواد سائلة مسهرة كريهة الطعم ذات
 رائحة برازية ويعرف ذلك بمغص القولنج (أى مغص ربارحم) ومن ذلك
 يجزم بان هناك عوقا فى جز من المعى مانع مرور المواد الهتيسة فيها فان لم
 يوجد فى الحضرة الحرقية اليمنى الآلام قليلة بدون ورم فى هذا المحل
 كما شوهد ذلك أحيانا تغيب الطيب فى طبيعة العوق لئلا يكتن الغالب ان
 يطرأ مع الامساك الآلام شديدة فى البطن وورم واضح هذا المرض فى
 الحضرة المدكورة ومجاس هذه الآلام الجزء السفلى الايمن من الخنثة لكن
 ثورانها من افرز من ليس من ذاتها بل يادنى ضغط أو حركة على الجزء المذكور
 وعند الجلوس الذى تخشاه المرضى عادة يحس بورم ذى شكل منبارى عتد من
 الحضرة الحرقية اليمنى الى الحافة السفلى من الضلع الاخير يكون على مسير
 الاعور والقولون الصاعد بحيث يعرف بسهولة ثم اذا كان سير هذا المرض

حمدا حصل تحسين للمريض في هذا الدور فبترتيب زبر زامتكر وامصحوبا
 بالسلام في البطن ممزقة وذامواد ثقيلة غزيرة جدا كريمة الرائحة ويزول
 التي ويتناقص حجم الورم ويتلاشى تدريجيا حيث ان جزأ منه مكون من
 المواد المتراكمة في المي والجزء الآخر من انتفاخ جدر هذا المي نفسه لكن
 هذا الانتفاء الجيد نادر والغالب ان يعتد الانتهاب في الطبقة المصلية للاعور
 والقولون الصاعد اما الى البريتون السكاسي للعر المعوية المجاورة او الى
 المذوج التلوي المثبت للقولون الصاعد مع الصفاق الحرقفي وعند امتداد
 الانتهاب الى البريتون يصير الم البطن منتشرا فيه ويقف دشكاه المنباري
 ويصير عريضا وأما عند امتداده الى المسوج التلوي السكاسي خاف
 القولون الصاعد فحصل آلام في الفخذ الايمن او احساس بتقل فيه (وهذا
 هو المعروف بالانتهاب الاعوري الدائري او المحيط) وكل من العضلات
 الابواسية والحرقضية يرتشح عمادة مصلية فلا يقوى على الاتقباض
 بحيث لا يتيسر للمريض رفع نفسه بانقباضها وفي مثل هذه الحالة يحس في
 المريض جذعه الى الامام ويضطجع في فراشه على الجهة اليمنى ويتجنب
 تغير هذا الوضع ما أمكن اذ بذلك تكون عضلات البطن قليلة التوتر وكل
 من العضلة الابواسية والحرقضية قليل التمدد ولا يندرتحسين حالة هذا
 المرض بعد وصوله الى الدرجة الشديدة التي ذكرناها فانه يزوال الانتهاب
 الاعوري تقف الانتهابات التابعة له ويمتنع الفصح تدريجيا وفي مثل هذه
 الحالة يزول الم البطن شيئا فشيئا والورم الذي كان قد امتد الى نحو الخلف
 المتوسط من الجسم يقل حجمه ثم يزول بالكلية كما ان آلام الفخذ الايمن
 والاحساس بالتمثل منه تتلاشى أيضا ويهد كل من العضلة الابواسية
 والحرقضية الى الاتقباض الطبيعي فيمكن حينئذ رفع الفخذ ماينا هذا اذا كان
 الانتهاب جيدا أما اذا كان غير جيد فيمتد الانتهاب الى جميع البريتون
 ولا يمتص النضج المتكيس بل يورث التهابا بريونيا من منافقها لأن المريض
 يحمي الدق التي تصعبه وقد تتقيح جدر السطح المتكيس تدريجيا فيحصل
 ثقبات جبهة الظاهر أو في احشاء مجاورة ونحوها من الاعضاء وسندكر
 ذلك مفصلا في شرح الانتهاب البريتوني وانتم هذا الانتهاب الخبيث سيما

امتداده السريع الى جميع اجزاء البريتون يرجع لنا ان تقحج الاعور هو
الذي أدى لحصول الثقب الان - وهو في هذا الشكل نادرا لا يمكن الجزم
بمعرفة مدة الحياة الا في احوال قليلة وانتهاء الالتهاب الاعورى الدائرى
يختلف كثيرا متى انتهى بالتقحج ونشأ عنه نزاجات وانسكابات
صديدية

وأما تقرح المعالقة الديدانية فهو وان كان يصطبب بالام في الجزء السفلى
الايمن من البطن تكون هذه الام خفيفة جدا فلا تدل غالباً على وجود
شيء محقق فحينئذ لا يعرف هذا المرض الا اذا امتد التقرح الى الطبقة
لبريتونية او ظهر عقب تثقبها اعراض الالتهاب البريتونى الجزئى
واعراض الالتهاب الاعورى الدائرى غير انه لا يمكن الجزم بان الالتهابات
التابعية الاخيرة ينشأها المعالقة الديدانية ارا الاعور الا اذا دل على ذلك عدم
وجود الاعراض السابقة للالتهاب الاعورى والام - بالذوالقى - انما يصيبه
سجما بدم الورم الواصفاه - هذا المرض الاخير وقد لا يمكن التمييز هذين
المرضين بالكلية عند من يوجد عنده التهاب بريتونى منتشر أو سريانات
صديدية ناتجة عن التهاب أعورى دائرى ويكون عاجزا عن بيان حالته
بالدقة ثم ان الالتهاب البريتونى والاعورى الدائرى وان كانا متجاينين فى تقرح
المعالقة الديدانية من تثقب هذا الجزء وانصاب منه صلبه فى تجويف البريتون
غالباً باخذان سيراً جيداً مع ذلك كما اوضحناه فيما تقدم ويحصل ذلك غالباً
مضى كان حصول التثقب تدريجياً بحيث يتصلق الملى بالاجزاء المحيطة به
وبذلك يمنع تأثير المواد المنسكبة المضرة فى بقية اجزاء البريتون ومن الجائز
فى الاحوال السادة تكون التصاقات صلبة فيتكيس الصديد وكذا
المواد المنسكبة فى باطن منسوج خلوى منسوج متيسر وقد يحصل استقراغ
المواد المنسكبة نحو الظاهر ويندر تحت ثقب المعالقة الديدانية بواسطة منسوج
ندى منسوج بحيث لا يخرج منه اشيء فيما بعد

ومن النادر ما اهدت التهابات وتقرحات عظيمة بالمى فى غير الهجان المذكورين
وان حصل ذلك يكون غالباً فى القولون المستعرض او التورم السيفى
وحينئذ تكون الاعراض مشابهة لاعراض الالتهاب الاعورى وتختصر

في الامسالة وتآلم البطن في جرح محدد ودون ظهور رورم واضح وسندر جدا
 ان يؤدى الالتهاب في هذين الجزأين للالتهاب البريتوني المنتشر سيما وازالة
 تجمع المواد البرازية التي فيها ما يقاوم الالتهاب سهل الحصول
 واما تقرحات الجراية فاكثرت اشاهد في الاثنا عشر المنهوكين واعراضها
 في الابتداء عن اعراض النزلة المعوية المستطيلة المدة لكن مما قليل يشاهد
 في المواد المخاطية المبيضة الشفافة التي يسبق اندفاعها آلام خفيفة
 وتصلب بزفير خفيف كمثل مخصوصة شفافة كالساجو (هو مادة نشوية
 تستخرج من قشاع بعض الثجيل بلاد الهند) المنقوع المنفوخ وهذا يدل على
 ان الالتهاب النزلي امتد من الغشاء المخاطي الى الاجرية المخاطية ويخرج
 مع التبرز مواد ثعلبية زمنة فزمننا محتاطة بمواد مخاطية مبيضة أو دميمة
 وبالكمل المذكورة ايضا ثم تفقد المواد المخاطية شفافية تدريجيا وتصير
 مائعة مصفرة كالقيح وحينئذ يشاهد شكل الاسهال المعروف بالاسهال
 الكيلومي وفي هذا الدور قد تخرج زمنة فزمننا مواد ثقيلة مقاسكة ذات
 لون طيبعي وعند شفاء القروح الجراية يبقى غالباً اعتقال مستعص في البطن
 ومميل عظيم تتكون الغازات فيه وبقيّة اعراض النزلة المعوية السابقة
 وما ذاك الا لكون التمام هذه القروح يعقبه تضايقات ندية

• (التشخيص) •

النزلة المعوية الحادة التي تسير بدون حركة حية لايسهل تمييزها عن غيرها من
 الاعراض واما عيّن النزلين المعسدية والمعوية الحادتين الاصليتين عن الدور
 الاوّل من التيفوس فسندكره فيما بعد
 ويغاب جدا عدم معرفة شكل النزلة المعوية التي تكون اعراضها الواضحة
 الامسالة والتولدات الغازية والاضطرابات النفسية وقبل عصرنا هذا
 بقليل كان يعتبر مجموع الاعراض المذكورة ناتجا عن مرض في الغدد
 البطنية العظيمة سيما الكبد فكانت ترسل المرضى الى مياه كرلوس باد بقصد
 شفائهم من استئمان هذه الغدد كما كان يظن وعند رجوعهم من هناك في
 حالة تخسين كان يعتبر ذلك دليلا على صحة التشخيص ثم بعد ان ثبت بواسطة
 الصقات التشريحية الدقيقة ان مكابذات البطن المزمنة المتصفة بالاعراض

السابقة يندرجها ان تكون ناتجة عن تغيرات مادية في الكبد والطحال
او البانكرياس كما ثبت عكس ذلك أيضا يعني انه شوهد في الاعضاء المذكورة
تغيرات عظيمة في الرمة بدون ان تصحب مدقا لحياة باضمار ايات ثقيلة في
الهضم وقع كثير من الاطباء في خطأ آخر وذلك انهم جزموا تبعا (للمعلم
رادمانو) انه يوجد جسد جسد من أمراض الكبد والطحال والبانكرياس
لا يختلفها تغيرات مادية مدركة في جوهر هذه الاعضاء ولا حاجة للتعرض
لرفض هذا الرأي ونقتصر على ذكر طريقة التسهيل والخفة التي كانت
تشتبه بها الامراض المذكورة وذلك انه متى تحسنت حالة من حالات
المريض التي ليس لها أدنى ارتباط بتغيرات وتطبيقية او جوهرية في الاعضاء
المذكورة بمقتضى معارفنا الفسيولوجية عقب استعمال البر والعقول
او صبغة الجوز المائي او منقوع عرق الباطون كان هذا دليلا كافيا للطبيب (راد
مانو وتلاميذه) على ان حالة المريض كانت متعانة بافة أصلية في الاعضاء
المذكورة مع انه لم يثبت بالكلية ان هذه الجواهر ذات تأثير نوعي في الغدد
البطنية حتى يظن انهم معينة على شفاء أمراضها

ثم ان معرفة النزلة المعوية المزمنة المصحوبة باعتقال البطن تسهل جدا متى
اصطعبت بنزلة معدية مزمنة لكن هنالك أحوال فيها لا يوجد في الهضم
المعدى أدنى اضطراب بخودة الشمسية وراحة المريض في الساعتين
التاليتين للاكل وتطافة اللسان وهذه ربما تقودنا الى انطاط والبحث عن
نبوع المرض في اضطراب آخر غير اضطراب الهضم فان وجد مع ذلك تألم
محدود متفاوت الشدة في جرم من أجزاء المراق الايمن عسر على الطبيب ولو
المشهور بالمهارة الحكم بان هنالك آفة مزمنة في المعى وليعلم انه كثيرا ما
يوجد في الاضغناء الاول من القولون التصاقات عظيمة بينه وبين الكبد
تؤدي لانثناء المعى وتضايقه بحيث ان زيادة حساسية المريض في هذا القسم
بالضغط ترجع تشخيص النزلة المعوية المزمنة عن تقريبا وعمايين على تشخيص
هذه النزلة تشاقل الاعراض عندما يحصل للمريض امساك مدة طويلة
وستكلم فيما يأتي على تميز النزلة المعوية عن بقية أمراض المعى لكن تذكر
هنا ان أمراض ككثيرا لمصول جسدا وانه ينبغي للطبيب عند الحكم على

الاحوال المرضية أن يعود نفسه على ان يلتفت أولا الى الامراض الكثيرة
الحصول عادة فان اطباء لوتو ودوا على ذلك لقلت شكاوى المرضى من عدم
نجاح علاجهم ودعوى انهم لم يحصل لهم راحة الامن وقت استعمال بعض
حبوب مارسون المسهلة

• (الحكم على العاقبة) •

الحكم على النزلة المعوية يستتج مما ذكرناه في سير هذا المرض فالنزلة المعوية
المادة المصعوبة بافرز معوى غزير وازدياد في حركات المعى مرض غدير
خطر في الغالب وقد يكون للاسهال تأثير جيد بالنسبة لتذوق المواد المضرة
الواصلة الى المعى وأيضا النزلة المعوية الحقيقية التي تحصل زمن التسنت
عند الاطفال المستعدين للاحتقانات الخفية والرئوية من الطواهر التي
يتمنى حصولها لهم لكن يجب على كل طبيب ان يحذر أهل الطفل من ان
يعتقدوا اعتقادا قاسدا ان جميع الاطفال يلزم ان يكون عندهم اسهال
مدة التسنت وانه لا ينبغي ان يعالج الاسهال الذي يحصل في اثناة فان هذا
الاعتقاد مع كونه منتشرًا خطر جدا وهو السبب غالبًا في ان الطبيب
لا ينذب الا اذا حصل للطفل نهوكة عظيمة ووصل الى حال مكسرية وأيضا
الاسهالات المزمنة عند الاطفال جيدة العاقبة غالبًا متى بودر بعلاجها
معالجة لائقة وكذا الالتهاب الاعورى وما ينتج عنه لا خطر فيه غالبًا على
حياة المريض كما ينادى ذلك عند الكلام على سير هذا المرض وأما القروح
المعوية البلرارية فهي خطيرة جدا خصوصا وانما لا تحصل الا في الاشخاص
المنهوكين عادة

• (المعالجة) •

دلالات المعالجة السببية في الاحوال التي فيها تكون النزلة المعوية متعلقة
باحتمقانات احتباسية لا يمكن اتمامها بواسطة شافية الا نادرا فانه يندر جدا
زوال العائق المانع لسهولة استقراغ الدم من الاوردة المعوية والغالب
في مثل هذه الاحوال ان لا يتأق للطبيب الاجراء معالجة تسكينية عقب
مراعاة الاسباب الاصلية فبما مر المصابين بالنزلة المعوية الناتجة عن
احتقان وريدى مثلا بارسال العلق على دائرة الشرج زمنا فزمناسيا عند

ما يحصل توران في مكابدات المريض و كثيرا ما يحصل على عقب تكرار ارسال
 العلق في أزمنة منتظمة ككل أربعة أسابيع مثلا لئلا يزيد دورى ذاتى من
 الاوردة الباسورية يحصل منه للمريض راحة عظيمة جدا وعندما تكون
 النزلة المعوية الحادة ناشئة عن تأثير البرد تستدعى المعالجة السريعة ملازمة
 المريض فراشه وطماطى المنقوعات الفاترة وأجودها منقوع البياويج
 او النعناع القلظى او تدفئة البطن بحمازم مدفأة على النار ويجب على المريض
 المصاب بنزلة معوية مزمنة ناجمة عن تأثير اقليم بارد رطب ككثير الرياح
 استعمال جوارب الصوف يغيرها كلما أحس ببرق في الاقدام ومن الراجح
 الموصى به في مثل هذه الاحوال وضع محازم من الصوف على البطن وليوص
 النساء المصابات أيضا بنزلات معوية مزمنة باستعمال البسة من نسج دافئ
 تخزن خصوصا مدة الشتاء وليعلم الطبيب ان ترك هذه الاحتراسات او عدم
 الالتفات اليها والتفحص عنها عند النساء اهمال لاحدى الوسايط العلاجية
 التى كثيرا ما تكون أهم من غيرها من الوسايط الصحية والدوائية في شفاء
 المرضى

والنزلات المعوية المزمنة للاطفال الناتجة عن تغذية غير لائقة تستدعى
 معالجتها السببية تنظيم التدبير الصحى والتمسك بهذه الواطة بعقبه النجاح
 العظيم غالباً ومن النادر تحمل الاطفال التدبير الغذائى اللبى مدة الاسمال
 فالاجود ان يعطى لهم امرق قوية من اللعوم او مقادير صغيرة بسدا من لحم
 العجول الصغيرة المشورة وهى نيسة مع قليل من التليز وقليل من النيذ الحلو
 كنيذ التوكيرا والمسالما ذيم هذه المعالجة يزول فى زمن قليل الاسمال الذى
 كان قد استعصى عن بقية الوسايط العلاجية وتعود الاطفال المنهوكون الى
 صحتهم بسرعة كذلك وأما استعمال الزئبق الحلو وغيره من الجواهر الدوائية
 المستعملة فى النزلات المعوية والمعدية والمعوية فقد تقدم الكلام عليه وعندما يكون
 سبب النزلة المعوية احتباس مواد ثقيلة صلبة فى القولون او فى جزء آخر
 من المعى ينبغى ابتداء المعالجة باعطاء مسهل ومعاينة المواد الثقيلة بعد
 حجزها فى قصيرة المريض للبحث عن وجود مواد ثقيلة صلبة بجوارى اواد
 السائلة حتى يمكن بذلك الوقوف على الحقيقة وتمسك بهذه القاعدة أيضا

في معالجة التمرلات المعدية فيبتدأ بمعالجة التهاب الترقلى القولونى الذى يهيناه
 بالدوسنطاريا النزلية باعطاء مسهل فكثيرا ما يكفى فيمثل هذه الاحوال
 اعطاء مقدار او اقل من زيت الخروع لاجل ازالة آلام البطن والزحير والمواد
 المخاطية المدعمة زوالا تاما في ظرف ساعات قليلة ويكون النجاسات أقوى
 وتظهر في الاحوال التى فيها كانت المرضى مستقرة على تعاطى التوربات
 الغروية والاستحضارات الافيونية وكانت مكابداتهم مع ذلك لم تنزل متزايدة
 واما الاحوال التى يكون فيها عندهم امساك اعتيادى ناشئ عن انحصار
 او انجذاب او تضيق فى المعى وأدى هذا الامساك الى حصول النزلة المعوية
 فلا يمكن فيها اتمام دلالات المعالجة السببية الا بكيفية غير تامة حيث كان
 للصناعة قوة على ازالة الامساك الاعتيادى لاعلى ازالة السبب الاصلى له
 ومثل هؤلاء المرضى لا يحصل عندهم راحة الا من استعمال المسهلات على
 الدوام ولذا ينبغي الالتفات التام الى استعمال الجواهر والمرينات المسهلة
 التى يلزم استعمالها والقانون العام من كونه ينبغي للطبيب ان يسلك
 البساطة في اوامره الطبية لا يعمل به فى الاحوال التى فيها يراد المداوة على
 استعمال المسهلات زمنة طويلة لان المركبات المسهلة المأخوذة من الراوند
 ورائنج الجلبية والصبر والحنظل أجود تأثيرا من استعمال كل من هذه
 الجواهر على حدة وحيث ان المقصود فى مثل هذه الاحوال الحصول على
 نير ونغزير هينى غير ساقل فيبقى للطبيب تكرار التجربة ما أمكن حتى يصادف
 التركيب والمقدار المناسبين لحالة المريض ولا مانع فى مثل هذه الاحوال
 من تجربة بعض الحبوب المسهلة الموجودة فى الاجزائات كحبوب اشتال
 وغيره وأن يؤمر باستعمال عدد مخصوص من الحبوب المذكورة حتى يجد
 مافيه ثمرة ونجاح هذه الطريقة فى شكل الامساك المذكور أخيرا عظيم
 للغاية وادى استعمال الحنظل بالماء البارد وان كان جيدا الا انه لا يكفى فى جميع
 الاحوال لاسيما مع طول المدة فلا يوصى به الا بقصد مساعدا للمعالجة
 ويساعد تأثير المسهلات باستعمال بعض الوسايط التدبيرية الصحية بدون
 ان يمكن توجيه تأثيرها فبعض الأشخاص مثلا تحصل له راحة من شرب الماء
 على الرق او من شرب التبغ وبعضهم من تعاطى الخبز مع الزبد والقهوة

وبعضهم من تعاطى بعض الاعمار المطبوخة أو المربيات وكذا الرياضة بالمشي
على الخيل كثيرا تساعد في المعالجة أيضا لكن لا ينبغي المبالغة في تأثيرها
وبالجمله فيبقى أيضا أمر المرضى بالذهاب الى المرحاض والاجتهاد في البراز في
ساعة معينة كل يوم

وقدمدح كل من الطبيب بريتونو وترسو البلاودونا (اى ست الحسن) في
معالجة الامساك الاعتيادى المستعصى وفي ضعف المي المصعوب بسوء
الهضم وكلاهما لا يعطى هذا الجوهر الدوائى بكمية قليلة مضافا للجواهر
المسهلة الشديدة كما هو العادة عند أغلب الاطباء بل يعطيه بانه باقراده بان
يعطى من مسحوق أوراق البلاودونا من خمس حبة الى ربع قحمة مع جرء مماثل
من خلاصتها ونجاح هذه الطريقة وان كان ليس أكيد فى جميع الاحوال
كما بالغ في ذلك المعلم ترسو لا يشكرانه فاجح في كثير منهم افان كثيرا من المرضى من
يبدح المعالجة بحبوب البلاودونا ويهضلها على استعمال المسهلات الشديدة
التي كانت تعطى لهم من قبل ويذكر أنه حصل لهم من ذلك راحة تامة حتى كأنه
ولد جديدا وماذا الا من اعتدال صحته باستعمال هذا الجوهر الدوائى
الذى فضلا عن كونه جيد التأثير ليس له مضرة مثل المسهلات الشديدة التي
كانت تستعمل عنده على الدوام ومع ذلك قالى الا ان لم تعرف حق المعرفة
اشكال الامساك الاعتيادى المستعصى التي فيها يفضل استعمال البلاودونا
على استعمال المسهلات الشديدة والاشكال التي لا يصح استعمالها فيها
ويشتم انه بالمشاهدات يمكنه فيمسايا في التحقق من اشكال الامساك
الاعتيادى التي قيم استعمال البلاودونا مع الصباح

وكذا في الالتهاب الاعورى البرازى تستدعى المعالجة السببية بتعديد المواد
الثقلية المتجمعة في الاعور والقولون الصاعد غير انه يلاحظ في ذلك
احتراسات مخصوصة فان كانت الحالة حديثة وغير مصعوبة تبقى ويجب
اعطاء زيت اللزوع بمقدار مناسب من نصف اوقية الى اوقية وأما اذا كان
قد حصل القي مؤخشى من تقايب الزيت ثانيا فيجب تجنب الاجتهاد في الحصول
على احداث البراز بواسطة المسهلات وخصوصا ينبغي عدم الوقوع في الخطا
من استعمال مسهلات شديدة فانه مادام موجودا عاتق في المي يمنع اندفاع

متصلها الى اسفل لا بد وأن استعمال جميع الوسايط التي تزيد في الحركات المعوية يدفع هذه المواد الى اعلى فقط ويزيد في حركات التي تسمى مثل هذه الاحوال الاخيرة بعد استعمال الحقن بالطليبات ذات المكبس من الوسايط النافعة جدا ولا يمكن تعويضها بالحقن البسيطة مهما تكررت استعمالها ويمكن في مثل هذه الاحوال دفع كمية عظيمة جدا من السائل بقدر أربعة ارطال او يزيد حتى يحصل على النتيجة المطلوبة وحيث ان الماء يمكن امتصاصه في المعى الغليظ ينبغي ان يضاف له ملح الطعام أو الزيت أو اللبن أو العسل والعادة أن يزول التي باسئعمال هذه الواسطة ولولم تندفع كمية عظيمة من المواد البرازية الى الخارج بل يحصل ذلك عند اندفاع كمية قليلة جافة متقنة منها تدل على ان السائل وصل الى المواد البرازية المتجمعة واحداث فيها ليا وسوكة لكن متى خرجت مواد برازية غزيرة ينبغي قطع استعمال الحقن ولومع استمرار الورم في الحفرة الحرقضية فان جدر المعى او البريتون ان كان ملتصبا حصل من الاستمرار على الحقن واحداث حركات قوية في المعى ازدياد في الالام والالتهاب

واما معالجة المرض نفسه اى المؤسسة على طبيعته فلا يحتاج فيها الاستعمال الاستقرائات الدموية العامة واما اوسال العلق فلا يحتاج له الا في معالجة الالتهاب الاعورى فانه في هذا الشكل من الالتهاب المعوى يحصل من ارسال عشر علقات الى عشرين على الجهة اليمنى السفلى من البطن واستمالة التريز بواسطة الضمادات القاترة راحة عظيمة جدا بل ويجوز تكرار ذلك عند ثوران الالم ثانيا واستعمال التبريد نافع كذلك كما ذكرنا ذلك في الهيمزة الافرادية وله تأثير جيد خصوصا في اشكال النزلة المعوية التي يكون فيها الاحتمان المعوى عظيما جدا ومصحوبا بافراز غزير كما انه نافع في اشكال الالتهاب المعوى الترنى الشديد الذي يظهر عقب الحرق الممتد ويكون مصحوبا بالام شديدة وأجود طريقة في استعمال التبريد يكون بواسطة وضع رقائد مبتلة بالماء البارد منعصرة عصر اجيدا ويكرر وضعها على البطن في ازممنة قصيرة وأما في شكل النزلة المعوية المزمنة خصوصا المعهوبة بامسال فالأوفق فيها استعمال وضعيات منبهة مدفنة سيما

استعمال وضعيات بريسنيز (أعنى الرفائندالمبتلة التي تترنصل على البطن حتى
تسخن) فيؤمر المريض أما بوضع هذه الوضعيات الباردة التي تغطي بجزام
جاف أبدا وتترك على البطن حتى تسخن أولا ثم يطول النهار الا مرتين
او ثلاثة وفي شكل النزلة المعوية المعصوبة باقراض من مواد مخاطية لزجة
تستدعى معالجة المرض نفسه استعمال المياه المعدنية والينابيع الطبيعية
التي أرميناها في الشكل المشابه لذلك في النزلة المعوية المزمنة وكذا
الجواهر القابضة لاسيما تترات الفضة والتين فانها بما تأثيرهما القابض
يلطفان استرخاء الغشاء المخاطي وينقصان احتقانه وبذلك يكونان مطابقتين
للدلالات العلاجية المرضية وينضم لهذين الجواهرين الجيضى التأثير
خصوصا تترات الفضة الذي يستعمل بنجاح عظيم في النزلة المعوية المزمنة
عند الاطفال بمقدار صغير جدا الكاد الهندي وصمغ الكينو وجذرساق
الحمام وجذرا الكسكرا (اي قشر العنبر) ونحو ذلك غير ان الامور التي
تجوز استعمال أحدها هذه الجواهر الدوائية وتفضل على غيره في الاحوال
المختلفة لم تزل مهمة علينا والعادة ان يستعمل أحدها بعد الاخر ان لم يثمر
الاول واستعمال القوابض على شكل الحفن لا يوصى به الا في احوال النزلات
المعوية التي يجلسها المهي الغليظ فان الحفن ولو العظيمة لا تجاوز الصمام
الاعورى الاثنائي مطلقا فلا تصل الى المعى الدقاق وفي احوال التقرحات
المعوية الجراحية يوصى باستعمال حقن من تترات الفضة (من خمسين الى
اربعه في ست اواق من الماء) او كبريتات النخارصين او التين (نصف درهم
على ست اواق من الماء) فانها احسن واسطة علاجية في ذلك لكن يتأسف
من عدم تحمل استعمالها في جميع الاحوال

وأما المعالجة المرضية فتستدعى في جميع الاحوال التي فيها لا يعتبر الاسهال
ظاهرة جديدة بل ظاهرة خطيرة مقاومة هذا الاسهال وعلى الطبيب أن يعرف
في جميع الاحوال الوقت الذي فيه ينبغي قطع الاسهال فانه لا توجد قاعدة
عامة في ذلك والعادة ان يجتهدا بتداعي في الحمول على ذلك بواسطة التدبير
الغذائي فيؤمر المريض باستعمال المشروبات الغروية كغلى الشعير
والرز والقمح مع تعاطي الشرب من الرز والخبز الخبز الجفت وأما الجراح

أحراق الضأن المدعة في إيقاف الامهال كما تعتقد العوام فأمر غير محقق
 وزيادة على هذه المشروبات الغروية تستعمل مشروبات علاجية قليلة
 القبض كالنيبيذ الاحمر وعلى جوز البانوط المحمص (أعني قهوة البانوط) وهو
 ذلك من المشروبات القابضة وهذه الوسائط انطوية تسكن في كثير من
 الاسوال الخفيفة لقطع الامهال واما في الاحوال الثقيلة فينبغي فيها لقطع
 الامهال استعمال الجواهر المضادة التي سبق ذكرها ككثيرات القضة في
 الاسهالات المزمنة للاطغال واليكادا الهندي (دوهمين في ستأ واق من سائل
 غروي يعطى منه كل ساعة او ساعتين مل ملعقة معتادة) في الاسهالات
 المزمنة للبالغين فان اوجع تأثيرا جيدا الى الغاية واما خللات الرصاص فتأثيره
 غيرا كيزيادة عن خطره فلا حاجة الى استعماله وأجود الوسائط
 العلاجية لقطع الامهال واكثرها نجحا واستعمال الافيون ولو أمثالنا لنعلم
 كيفية تأثيره في ذلك معرفة جيدة واذ اتي كان هناك خطر من وجود الامهال
 واستقراره واقتضى الحال لقطعه بسرعة فينبغي استعمال صبغة الافيون
 البسيطة او الزعفرانية (من جرام الى نصف درهم في ستأ واق من محلول
 غروي) او متقوع خفيف من عرق الذهب يعطى منه للمريض مل ملعقة
 كل ساعة واستعمال الافيون على شكل حقن جيدا الثمرة ايضا كاستعماله
 من القم

(تنبيه) من هذا القبيل ما يستعمل بكثرة في هذا العصر تحت تترات البرزوت
 اما على هيئة مسوقا والقشطة البرموتية ويقتضى ان يكون استعماله هنا
 بمقدار عظيم اعني من جرامين الى ثمانية فازيد وتأثيره في مثل ذلك ينسب ولا بد
 الى رسوبه على سطح المعى المتغير وتكوينه لطبقة عازلة تمنع من التأثير
 المهيج لتصل المعى المار عليها

واما التغير المعوي التيفوسي فليس هو الا عبارة عن تغير غير قار على الدوام
 من جملة التغيرات التي تعترى الجسم المصاب بالتيفوس وليس من الممكن
 شرحه على انفراد بدون شرح جميع المرض التيفوسي وزيادة على ذلك
 ان التغير المعوي التيفوسي عبارة عن نتيجة التسمم النوعي الذي يعتبر اصلها
 في التيفوس ولهذين السببين سنشرح التغير المعوي عند الكلام على

التيفوس في مجت الامراض التسممية العامة
 وينعكس ذلك بالنسبة للتغير المعوي الذي يشاهد في الهبضة الاتسمية وفي
 الدوسنتاريا الناتجة عن مؤثرات ميازما تبية فان التغير المعوي في كل من
 هذين المرضين قارفا لا يقد ابدأ وجميع اعراض كل من هذين المرضين يمكن
 نسبتها للتغير المعوي ففي هذا المبحث وان لم تسكلم الاعلى الهبضة الافرادية
 والدوسنتاريا التزمية ولم تعرض للتكلم على الدوسنتاريا الوبائية والهبضة
 الاتسمية وانما ناذرهما في مجت الامراض التسممية فاذالك الارتكنا
 على معرفة الاحوال السببية لهذين المرضين وانهم امن هذه الطبيعة باعتبار
 من جملة الامراض التسممية العامة

• (المبحث الثاني) •

(في القرحة الاثني عشرية الناقبة)

جميع الاحوال المرضية المذكورة في المنشورات الطبية والرسالات
 المذكورة في بعض كتب علم الامراض الباطنة المختصة بامراض الاثني
 عشرى والمعى وخصوصاً حوال قروح هذا العضو الناقبة كانت متشعبة
 وغير مرتبة والفضل في ترتيبها وشرح هذا المرض شرحاً شافياً لم
 (كروس) بحيث يمكننا الا ن مع البيان ذكر هذا المرض الذي هو ليس نادر
 الحصول

• (كيفية الظهور والاسباب) •

قد اضع الان من الشرح المطابق للتغيرات التشرىحية لهذا المرض
 واعراضه وسيره وانتهائه ان كيفية حصول القرحة الناقبة للاثني عشرى
 كحصول القرحة الناقبة للمعدة يعنى ان هذه القرحة ليست ناتجة عن قروح
 مخصوص بل ناتجة عن موت وتشكر ز بعض اصفار الغشاء المخاطى والتاثير
 المذيب للعصير المعدي على هذا الصقر المتشكر زمن المعى

وبعسر علينا ذكر شئاً كيد بالنسبة لكثرة حصول القرحة الاثني عشرية
 او قلته فانه كثيراً ما يحصل القروح الاثنا عشرية وتشفى قبل ان يحصل
 عنها ثقب كما انه كثيراً ما لا تنظر أثر هذه القروح الاتصامية في الجثة
 ولا يلتفت لها وقد شاهدنا العلم (ويلج) في الفصحة تشرىحية فعلت في محل

الصفات التشرىحية في (براج) حالتين من القرحة الاثني عشرية الثاقبة مع كونه شاهداً من القروح المعدية الثاقبة أربعاً وسبعين حالة منها ما هو ملتصق ومنها ما ليس كذلك ويظهر أن القرحة الاثني عشرية الثاقبة على العكس من القرحة المعدية الثاقبة أكثر حصولاً في الرجال دون النساء ولم تشاهد مطلقاً في سن الطفولية وأغلب المرضى الذين شاهدتهم المعلم (كروم) كانوا في السن المتوسطة ولأيتاً كد من الاطلاع على المشاهدات المذكورة أن القروح الاثني عشرية لها اسباب متممة مخصوصة لاسيما الحرق الممتد على الجلد

(الصفات التشرىحية)

الغالب أن يكون مجلس القرحة الاثني عشرية الجزء العلوي المستعرض من هذا العضو وقد شوهد مجلسه في بعض الاحوال النادرة في الجزء النازل من هذا العضو وشوهد في حالة واحدة في الجزء المستعرض السفلي له وذكر المعلم (ليبرت) ان القرحة الثاقبة تشاهد في جميع امتداد المعى وان كان نادراً وفي الاحوال الحديثة من هذا المرض تكون حواف هذه القرحة مقلوعة قطعاً منتظماً وليست منتفخة وقد الجواهر في الغشاء المخاطي أكثر منه في الطبقة العضلية وفي هذه الطبقة أكثر منه في الطبقة المصلية والقروح المزمنة تكون حوافها خنيسة متبسة بسبب التكوّنات الخلوية فيها وفي بعض الاحوال تكون الاعضاء الجهاورة قاع القرحة الاثني عشرية فيما اذا كان حصل التصاق قبل تمام التنقب وذلك كسطح الكبد والبكرياس او الحوصلة المرارية وقد يحصل عقب تنقب هذا العضو الاخير وتناكله على التدريج استطراقاً تصوري بين الحوصلة المرارية والاثني عشرى وقد تلصم القرحة الاثنا عشرية الثاقبة كالقرحة المعدية وبعضها اثره التهام كثيرة الانكماش احياناً وهذا يؤدي لتضيق الاثني عشرى كما انه قد يحصل من ذلك الالتصام تضيق في القناة الصفراوية

• (الاعراض والسير) •

قد ذكرنا بعض أحوال عند الكلام على القرحة المعدية المستديرة فيها يكون ككل من الالتهاب البريتوني القتال والتي الدموى الخطر هو العلامة الوحيدة الابتدائية التي يمكن بها تشخيص هذا المرض الخطر ويظهر أن

القرحة الاثني عشرية الثاقبة فغثت أعراضها أكثر من أعراض القرحة
 المعدية الثاقبة وتبقى كامنة الى حين حصول الاتهام المعزى ولا يترتب على
 ما ذكرناه أن المرضى تبقى في حالة صحة مستقرة الى حين الاتهام المذكور بل
 لا بد وأن يحصل عندهم اضطرابات في الهضم واحساس بامتلاء وضيق في
 القسم الشراسيبي يزداد عقب الاكل وتالم في هذا القسم يزداد بالضغط
 وجميع هذه الظواهر تسبق حصول الثقب المسمى او الثقب المعوي
 ولكن في الغالب لا يمتم المرضي بها ولا يرتكن اليها في الوقوف على حقيقة
 تشخيص هذا المرض وفي احوال اخرى قد تكون الاعراض المصاحبة لسير
 هذا المرض عين الاعراض التي تصاحب الثقب المعدى وتكون واضحة
 له وذلك كالام المعدى والتي الدموى الذي يحصل زمنا قريبا وقد اتضح من
 مشاهدات الاحوال المعلومة لنا عدم صحة أن كلام من الام المعدى والتي
 يتأخر حصوله في احوال القرحة الثاقبة الاثني عشرية عن القرحة الثاقبة
 المعدية كما اتضح ايضا انه يسدوان يكون مجلس الام ساقط الى الجهة اليمنى
 والسفلى من القسم الشراسيبي وزيادة على ذلك لا يحصل اليرقان بكثرة في
 احوال القرحة التي نحن بصددتها بحيث ان التشخيص القوي للقرحة
 المذكورة ليس له سند يرتكن اليه وانما الذي يتضح من ندرة اصطباج
 القرحة الاثني عشرية الثاقبة باليرقان هو ان هذه القرحة كالقرحة المعدية
 لا تصطب على الدوام بل ولا في الغالب بتغيرات تزاوية في الغشاء المخاطي
 ولو كان هذا الاصطباج كثيرا لحصول اضطراب التغذية بسرعة في
 القرحة المعدية واصطبجت القرحة الاثنا عشرية كثيرا بانسداد في القناة
 الصفراوية واحتباس في المقراء وامتصاصها (اعني باليرقان) وعلى هذا فغث
 حصل التهاب بريوني فجائي عقب اضطراب خفيف في الهضم لا يمكننا الحكم
 القطعي بانه حصل ثقب في قرحة معدية او اثني عشرية كما انه لا يمكننا قطع
 الحكم في ذلك عند مشاهدة مجموع الاعراض السابق ذكرها أعني الاحساس
 بالضغط والامتلاء في القسم الشراسيبي عقب الاكل وازدياد حساسيته
 والام المعدية والتي ويخبر ذلك انما هو من حيث ان القرحة المعدية أكثر
 حصولا من القرحة الاثني عشرية فالغالب ان يكون مجلس القرحة المعدية

لا الاثني عشرى وبالجملة فقد ذكرت أحوال مرضية في كتب الطب فيها
اصططبت القرحة الاثنا عشرية بألم يأتي على ثوب واستنح من كون مجلس
هذه الآلام في الجهة اليمنى من القسم الشراسيني ومن حصولها بعد الأكل
بثلاث أو أربع ساعات ومن فساد الهضم الحمضي ومن تعدد المعده الواضح
جسداً أن المريض مصاب بقرحة اثني عشرية على غلبة الظن ومع ذلك ففي
مثل هذه الأحوال لا يمكن التمييز بين التضايقات البسيطة والتضايقات
السرطانية للبواب

وحيث أنه يمسر علينا التمييز بين القرحة المعدية المنفتحة والتي شفت
وخافتها اثره التهام فلا بد وان تعذر علينا عدم التمييز بين القرحة الاثني
عشرية المنفتحة واثرة الالتهام التي شفت والالتهاب البريتوني الذي ينشأ
عن ثقوب القرحة الاثني عشرية يتصف بعين الظواهر التي تحصل من ثقوب
القرحة المعدية غير انه يظهر انها امر عمنه في السير وما ذلك الا بسبب
اختلاط المواد الصفراوية بالمواد المنسكبة في البطن

• (المعالجة) •

معالجة القرحة المعدية الثاقبة تستدعي عن الوسائط التي ذكرناها في
معالجة القرحة المعدية كتظيم التدبير الغذائي واستعمال مياه الينابيع
الطبيعية القلوية أو القلوية المهدية خصوصاً المياه القاترة القلوية كينابيع
(كرلوس باد) و (امس) وكذا تستعمل في بعض الأحوال تترات البزموت
او تترات الفضة من الباطن وعند وجود آلام معدية شديدة تستعمل
المخدرات

• (المبحث الثالث) •

(في تضايق القناة المعوية وانسدادها)

الاجود شرح جميع التغيرات المتنوعة التي تحدث تضايقا وانسدادا في
المعى في مبحث واحد فان معظم الاعراض التي تنجم عنها واحدة
• (كيفية الظهور والاسباب) •

تضايق المعى وانسداده قد يكون أولانا نتجاً عن ضغط أو كثر ما يحصل من
ذلك ضغط المستقيم بواسطة انقلاب الرحم أو أورام في الخوض كأورام

الرحم اللبئية او الاكياس المبيضة التي تشغل عند ازدياد حجمها محلها غير
اعتيادي او الاورام او انحرافات التي ينشأ عنها عظام الحوض او غيره من
الاعضاء وقد يضغط بعض اجزاء من المي المملثة بالمواد السفلية او المكابدة
للاستحالة السرطانية على اجزاء معوية كائنة اسفل منها كما ان الضغط قد
يكون واقعا من جرم ساريق منضذب الى اسفل بواسطة عروة معوية
منصرفة في كيس فتقى على بعض اجزاء المي الكائنة بين هذا الجزء المساريق
والعمود الفقري

ثانيا قد يكون تضايق المي ناتجا عن تغير مادي في الجدر المعوية كما هي اغلب
اشكال التضايق المعوية وأكثرها حصولا ما ينشأ عن التهام القروح المعوية
سيما القروح الزلزية والجرابية والدوسنتاريا وينشأ ان ينتج التضايق
المعوية عن التهام القروح الدرية ولا يحصل ابداء عقب القروح التيفوسية
وقد تشاهد تضايقات ندية في المستقيم عقب التهام قروح زهرية او جروح
فيه ويندرجها مشاهدة التضايق البسيطة في المي اى الناتج عن مجرد ضامة
في جدره كما يشاهد ذلك أحيانا في المريء او البواب وقد يحصل التضايق
المعوية من تولدات مرضية جديدة سيما التولدات السرطانية وسيأتى ذكر
ذلك

ثالثا قد يكون انسداد المي عن التوائه على محوره فان التواء المي ولو نصف
التواء يكفي في ازالة تجويقه وحصول الانسداد يتم اما بالتواء الجزء المعوي
على محوره واما بالتفاف المساريقا بتمامها او جزء منها مع العروة المعوية
المرتبطة بها واما بالتفاف احدى العرا المعوية مع الجزء المساريق المرتبطة بها
على عروة معوية أخرى ومما يهيئ لحصول الالتفافات المعوية على محورها
كثرة طول المساريقا واسترخاؤها

رابعا قد يكون انسداد المي عن اختناق باطنى ويحصل ذلك متى دخلت
احدى العرا المعوية في ثقب في التجويف البطني او اندفعت خلف رباط
متوتر فيه واحتبست بذلك فقد يحدث جرم معوي في ثقب (ويترو) او في
ثقب عارض او خلقى في الثرب او في المساريقا والغالب ان تكون الالبهة التي
تؤدي للاختناق الباطنى بقايا التهاب بريتونى يحصل من قبل وقد توجد بين

الاعضاء المحيطة خصوصا بين الرحم والاعضاء المحيطة به وقد تلتزم إحدى
 العرا المعوية حول الثرب المتورث المثبت في الاصل او حول العلاقة الدودية
 المتصلق طرفها به فتختنق بسبب ذلك
 خامسا قد يفسد الماء عقب اندفاع جرم معوي في تجويف الجزء التالي له
 والغالب ان يحصل هذا الاندفاع من أعلى الى أسفل ويسمى ذلك بالتغصم
 المعوي واذا حصل انسداد الماء عقب انعطاف جرم معوي على نفسه سمى
 ذلك بالتداخل المعوي ومتى وقع التداخل المذكور تراكم ثلاث طبقات
 من الماء على بعضها فالطبقة الظاهرة أو العليا تسمى بالغمد والوسطى
 والباطنة يسميان بالتغصم تيز فالطبقة الظاهرة والوسطى يتلامسان بسطحيهما المصليين
 وتوجد المسار بقامتوسطة بين الطبقة الوسطى والباطنة وحيث انها مثبتة
 لقاعدة تجذب الجذائبا شديدا عند تداخل الماء في تجذب الجزء المثبتة فيه
 بالجذائبا فيكتسب الجزء المعوي التغصم شكلا منحرفا وقصته تتحول من
 المركز نحو جدران الغمد فتكتسب شكل شق ضيق متعذب وبواسطة توارد
 مواد المحتوى عليها الماء تدفع الجزء المتغصم الى أسفل تدريجا وأما الجزء
 المعوي الظاهر فيزداد انعطافه والتداخل المعوي يتأخر في الماء الدقيق
 والغليظ ولا يندران يوجد الجزء السفلي من الماء الدقيق متداخلا في الماء
 الغليظ وهناك أحوال شوهت فيها الصمام اللفائقي الاعورى قريبا جدا من
 الشرج او بارزاً منه ثم ان التداخلات المعوية تنشأ عاليا بعدة سبب الا ان
 المزممة وكيفية حصولها على غلبة الظن ان جزأ من الماء ينقبض انقباضا
 قويا بالحرارة البدائية ويستعمل مع ذلك ويتجه نحو الامام كدوة
 ساجسة فيدخل بقدر ما تسمح له لاقعة البريتون وتثبته بالمسار بقافي جزء
 معوي آخر أسفل منه غير متقبض تلك الحركات فعند ذلك يجذب جزء من
 هذا الاخير تيمم الاول وينعطف وبواسطة حركات بدائية جديدة يزداد
 اندفاع الجزء المتغصم من الماء في الجزء الظاهري المتغصم الى ان يقف اندفاع
 الجزء الباطني المتغصم وبواسطة مقاومة المسار يثأر بالتصاق القنوات
 المتداخلة في بعضها وقد يشاهد تداخل معوي وتداخلات معوية قصيرة

في جثة الاطفال سيما الهالكين عقب الاستسقاء الدماغى لسكن هذه
 التداخلات تعبر بطواهر ومية حصلت عند النزح كما ثبت ذلك فقد
 الظواهر الالتهابية والظاهر ان حصولها قد يكون ناتجا عن انقباضات
 معوية غير منتظمة بها تدخل الاجزاء المنقبضة من المي في الاجزاء الممتدة
 منها ثم انه بقرى ملاحظته وهو انه قد نشاهد انقباضات معوية ظاهرة
 من خلال الجدر البطنية عند بعض الحيوانات قبل موتها بقليل وذلك بعد
 حصول شلل في المجموع الدماغى الشوكى

سادسا قد ينسد المي بواسطة المواد الثقلية الجافة الصلبة المتراكمة فيه او
 تجمعات هجرية . فكونه في مواد ثقيلة متكاثفة ورواسب من أملاح
 فوسفاتية وكالسية والانسداد الناشئ عن ذلك قد يصحكون تاما بالكلية
 والاعراض التي تظهر مدة الحياة تكون خطيرة جدا كما في الالتواء المعوى
 والاختناق الباطنى والتداخلات المعوية والاحوال التي فيها زال كل من
 تقاينى المواد الثقلية والاصالك المستعصى بواسطة تعاطى الزئبق المعدنى
 بكمية عظيمة وغير ذلك من الوسائط القوية لا ينبغي اعتبارها أحوال تنفاه
 للاختناق المعوى الباطنى بل دالة على الساعلى ان احتباس المواد الثقلية ينتج
 عنه مجموع الاعراض المعبر عنها بالقولنج وبمفص (رب ارحم) والانسداد
 الكلى للمي بواسطة المواد الثقلية المتراكمة قد يشاهد في الحال التي فيها
 عاتق ميخائى يعوق دائما سير متصل المي فيه او يبطئه وذلك كاعلى محال
 انقناء المي او التصاقاته التي سبق الكلام عليها في المبحث السابق وكاعلى
 الاصفار المنضغطة من المي وأعلى التضايقات المختلفة منه ويظهر في أحوال
 اخرى ان ضعف حركات الطيبة العضلية من المي او تناقص افرازها الخاطى
 يعين على تجمع المواد الثقلية السادة له وقد نشأ هذا الشكل من الانسداد
 المعوى عن الافراط من تعاطى المواد الغذائية التي تتكون منها مواد ثقيلة
 بكثرة كتعاطى البقول او الخبز المحتوى على كثير من النخالة او من تعاطى
 الهليون غير جيد التشير

• (الصفات التشريحية) •

أما شرح الاورام المختلفة التي يمكن ان تصطب على المي فيضربنا عن

الموضوع والكلام على الصفات التي يحمية للتضايقات المعوية يذكري
مبحث التغيرات المرضية التي تنتج عنها وتغيرات أوضاع المعى المؤدية لانسداده
قد سبق الكلام عليها في هذا المبحث

ويوجد المعى أعلى محل التضايق متقدما مقدرا عظيمًا إعادة وتمر جاذبًا عظيمًا
بسبب استطالته وهذا يلزم من المعى تكون جدران ذات ضخامة ونجوى يسه
ممتلئًا بالفازات والمواد الثقيلة ويوجد المعى أسفل محل التضايق فارتعا ومنطبقًا
على بعضه والغشاء المخاطي في الحال المتجم مع فيها المواد الثقيلة زمنًا طويلا
يوجد بحسب العادة ذا التهاب نزلي مزمن يثور زمنًا فزمنًا فيقتل في الحالة
اللزمية الحادة وعند انسداد المعى تنضفط او عيته وأوعية المساريقا وتوتر
فينتج عن ذلك احتقان عظيم في الاوعية الشعريية يؤدي لحصول انتفاخ
عظيم في جدران المعى والتهاب نزلي شديد في غشائها المخاطي وارتشاح مصلي
في الطبقة المصلية وأنزفة قليلة فيها والغالب ان ينضم لهذه التغيرات التهاب
بريتوني كثيرا لامتداد اوقليه ثم اذا بقي الضغط الواقع على الاوعية وتوترها
نتج عن ذلك ركود الدم فيها ركودا تاما ووقوع البسدر المعوية في
الغفريتا

وفي هذه الحالة يمكن ان يشأ من ذلك تثقب في المعى يكاد يؤدي الى الهلاك
عقب الالتهاب البريتوني الثقيل وهناك أسوال نادرة فيها تكون جدران المعى
قبيل التثقب ملتصقة بصدر البطن وحينئذ يمكن ان ينتج عن ذلك ناصور
برازي او شرج غير طبيعي وشرح ذلك منوط بعلم الجراحة ثم انه في التداخل
المعوي يمكن ان يحصل شفاء نسبي من موت الجزء المتقدما وتفصالة ثم سقوطه
من الشرج وذلك متى حصل التصاق متين بين العمدة وجزء المعى المتداخل
فيه قبل الاتصال المذكور غير ان هذا الجزء يبقى دائما تضايق سيما اذا لم
يتغير الا الجزء السفلي من القطعة المعوية المتفحمة ويتصل ويبقى الجزء
العلوي ملتصقا بالعمدة نفسه بحيث يبقى جدران المعى في هذا المحل متكونة من
ثلاث طبقات معوية متلاصقة

• (الاعراض والسير) •

أهم عرض للتضايق المعوية التبرز وبوطؤه لكن بحيث ان كثيرا

من الأشخاص به ترتيبهم ما ذكر بلا عائق ميجانكي مانع لمرور متحصل
المعى لا بأس أن تتكلم مع الاختصار على هذا الامسال الاعتىادى
فنقول

الامسال الاعتىادى هو عبارة عن بطء وصعوبة فى النبزو وهو فى الحقيقة حالة
نسبية مختلفة باختلاف الأشخاص كما ذكره الشهير (هينوخ) فى كتابه
المتعاقى باكينك الامراض البطنية عند شرحه لاسباب الامسال وامراضه
مع الايصارفة قد جرت العادة أن بعض الأشخاص يحصل عندهم نبز لا فى
كل يومين او ثلاثة مرة وهم مع ذلك فى صحة جيدة واذا تكرروا عندهم التبرر
زيادة عن ذلك رفعت صحتهم فى اضطراب وان بعض الأشخاص تضرب صحتهم
ويتعرضون اذا لم يحصل لهم تبرز فى كل يوم مرة او مرتين وسبب ذلك قلة
تكون البراز عندهم ولا تعاطيهم مناسومات لا محتوى الاعلى قليل جدا من
المواد غير القابلة للهضم اولاه يتم عندهم تماثل الماصر الغدائية مماثلا
تاما وأما الاخرى فيكثر عندهم تكون البراز اما تعاطيهم مطعومات
تحتوى على كثير من المواد غير القابلة للهضم او اضطراب قوة الهضم
عندهم وقد يحصل الاختلاف المذكور فى الناس يتعاطون مطعومات
مماثلة وقوة الهضم فيهم مماثلة كذلك وهم مع ذلك يتفاوتون فى عدد مراد
التبرز الذى يحتاجون اليه لفظ صحتهم وهذه الظاهرة الاخيرة يعسر عليها
توجيهها توجيها شاميا ويمكن ان يقال ان ذلك متعاقى فى أغلب الاحوال بان
تجميع الغشاء المخاطى المعوى عند بعض الأشخاص بواسطة تراكم المواد
العملية ومحصلات انحلالها يؤدى لحصول التبرز فى هذا الغشاء وعند آخري
يبقى هذا الغشاء سليما لانه لا تأثره وفى هذه الحالة لا يتكون فى الماء
المتركة فيه المواد الثقيلة الفاسل من الغازات فلا يتورث البطن ولا ينفع
ولا يندفع الحجاب الحاجز الى اعلى ولو تأثر التبرر يبرر او ثلاثة او اكثر وأما
الحالة الاولى فيتمكون فيها غازات بكثرة بسبب سهولة انحلال متحصلات
المعى عقب تأثير المواد المخاطية المتصقة بحد والمعى تأثيرا لغيره فى المتحصلات
المذكورة فتفسدها وحينئذ ينفخ البطن انتفاخا عظيما حتى ان احتباس
المواد الثقيلة ولو قليلا ينشأ عنه المكابحات والاعراض التى مر عنها

في المبحث السادس ولتصرف للشرح المتقدم ذكر بعض الاعراض المتعلقة
 بمجرد تراكم المواد الثقيلة في الجزء السفلي من المي سيجاني التعرّيج السفلي
 والمستقيم فنقول يوجد أحيانا عند بعض المرضى احساس بعدم الراحة
 عتب التسبرز وذلك انهم يحسّون ببقاء بعض مواد ثقيلة في المي كان ينبغي
 خروجها حساسا باقرب ويحدث عندهم قلقا ويصيرهم ذوي كآبة وكثيرا
 ما ينضم لذلك اعراض أخرى ناتجة عن الضغط الواقع من المي المتالي على
 الاوعية والاعضاء بها وروثة ويؤدي الى حدوث هذه الضغط الواقع على
 الاوردة الحرقية فتتفاخ وديماوي في الاطراف السفلى والغالب ان
 تنبكي المرضى المصابة بالامساك الاعتيادي ببرد في الرجلين وهذه الظاهرة
 المنعفة تنتج عن عرق رجوع الدم من الاطراف السفلى بلا شك كما انه ينتج عن
 الضغط الواقع على الاوردة الحرقية الباطنة فمدات وعائية في جدران المستقيم
 غالباً وتمزق في جدران الاوعية المتقدمة المذكورة فتمنا فزمنياً يعقبه حصول سائل
 باسوري والمامة تبالغ في منقعة القودت الدوائية الباسورية والسائل
 الخارج منها زاعمين ن هذا هو السبب في مرضها لانه نتيجة له وبسببه
 الكيفية يحصل أيضاً عائق في سير الدم الاتفة من الشبكة الاستحيائية عند
 الرجال او الوعائية الرجعية عند النساء ولد يكاد يشاهد دائماً عند النساء
 اللاتي يعترين امساكاً اعتيادياً علامات اعراضات رجعية توضح من ظهور
 الطمث الغزير والتزلات الرجعية وتؤدي فيما بعد الى حصول اضطرابات
 غذائية قوية في الرحم غالباً ويبدأ بتضخم سبب شجرة مفقود محبوب مورشون
 وجودة تأثيرها في اضطرابات الحيض والسيلان الابيض عند النساء وكذا
 يكثير ان يشاهد عند الرجال الذين يعترين امساكاً اعتيادياً بسبب عرق
 رجوع الدم من الشبكة الوعائية الاستحيائية اعطاط وفيضان منوي وقوعه
 ذلك في فزع تنظيم مع ما كوا عليه من الكآبة من قبيل وبالجملة فقد
 يحدث الضغط لوقع في النخيرة الهجزية من المي المتالي الامعصية في
 الاطراف السفلى او اساء يقف فيهما وهو الغالب ثم ان اسباب الامساك
 الاعتيادي غير الناتج عن الحنات او التصاقات او تضائقات معوية مختلفة
 الشكل غير واضحة لما وجود الامساك الاعتيادي عند النساء كثر منه في

الرجال ولا يندرج في المراهقين وانما اهرانه غالباً ناشئ من بطء في حركات المعى
 لكن لا يمكن الوقوف على حقيقة سبب هذا البطء وقد ينتج هذا الامسالك عن
 الاعتيادات الرديئة من حبس البراز زماناً طويلاً بحسب ساقهرياً ولذا اعدوا
 المعيشة البلوسية كوظائف كثر العلماء وبعض الصناعات من أسباب هذا
 الامسالك ومع هذا لم يثبت ان كثرة الرياضة تؤثر جيداً في سهولة التبرز كما
 قيل فان المصابين بالامسالك المذكور لم يثمر عندهم تلك الرياضة وحدها وان
 اكثر واعينها لم تؤثر فيهم سهولة التبرز فالأمرولة لهم بالرياضة وقد يكون هذا
 الامسالك ناشئاً عن حالة نزلية من منة في المعى تؤدي ولو مع سعال الجدران المعوية
 الناشئة عنها الى حالة قريضة من الشلل في طبقتي العضلية كما ذكرنا ذلك في
 النزلة المعوية ولذا يعترى الأشخاص الشريهين في الماء كل امسالك اعتيادي
 غالباً وقد نسب بعض المتأخرين من الأطباء هذا الامسالك لضعف في قوة
 عضلات البطن وذلك كما هو الاقرب الى حصول من تمرن العضلات المذكورة تمرناً
 تدريجياً اقوة في حركات الزحير وشفاء في الامسالك المذكور ومن الاسباب
 المضرة كضعف فعل العضلات البطنية المذكور عند الجدران البطنية قددا
 رائداعن الحد واسترخاؤها كما يشاهد ذلك عند النساء عقب الولادة المتكررة
 سيما الولادة التوأمية فان مثل هؤلاء النساء اللاتي تكون عندهن الجدران
 البطنية رقيقة جداً حتى انه يكاد يحس بالاحشاء من خلالها يعترين على
 الدوام امسالك اعتيادي والواقع ان مثل هؤلاء لا يكون عندهم قوة على الزحير
 لكن يشاهد فيهن علامات الامسالك المذكورة وهي البطني والنزلة المعوية المزمنة
 اثنتين بينهما فقل يمكن توجيه تدبير لتبرز

وحدث ان الامسالك الاعتيادي ينشأ عن عدة أسباب وان هذا العرض
 بانفراده لا يكفي في تشخيص المضايق المعوية فكيف يعرف ان التضايق
 المعوية وحده هو السبب الناتج عنه الامسالك ومعرفة ذلك تنبئ على
 اعتبارات منها اعتبار مواد التبرز فاتها في أشكال الامسالك الاعتيادي
 غير الناتج عن التضايق المعوية فتخرج على شكل عنباري ذي قطر غليظ
 جداً غالباً وأما في الامسالك الناتج عن تضايق المعى سيما الذي يحصله الجزء
 السفلي منه فان مواد التبرز فيه تكون مسددة القطر على هيئة نيار دقيقي في

غلظت الخصر او قطعا مستديرة كبعير الفهم ومع أهمية هذا العرض
 في تشخيص التضايق المعوي ينبغي ان لا يذهب عن الطبيب أن مثل هذا
 التضايق يشاهد عقب الجوع المستطيل وعقب الامراض المستطيلة
 بان المعى الفارغ الذي يتقبض على بعضه في الأثناء هذا الزمن يظهر أنه
 لا يعود الى قطره الاصلى الا تدريجيا وهكذا الاتقباض التشنجي
 للعضلة العاصرة والمواد الثقيلة الناشئة عن ذلك في بعض الاحيان يشبه
 شكلها شكل المواد القابلة المذكورة فلا ينبغي الحكم بوجود تضايق
 معوي الا متى تحقق عدم وجود الحالتين المذكورتين أخيرا ومن الامور
 التي يعتمد عليها في تشخيص تضايق المعى البحث عن تاريخ المرض فقد ذكرنا
 ان أكثر التضايقات المعوية حصولا ما ينشأ عن انقباضات تذبذبية التهامية
 ولذا يغلب على الظن ان المرض مصاب بتضايق معوي متى شوهد اسالك
 اعتيادي مواد الثقيلة ذات شكل مخصوص عند من سكن مصابا
 بالدوسنتاريا المستطيلة المادة او عقب اسهال كان مصحوبا بتقرح في المعى
 كما انه يتيسر للطبيب في أحوال أخرى من معرفة تاريخ المرض بالجزم بوجود
 التهاب في الرحم أو ورم آخر في الحوض ضاغط على المعى ومضيق له ومن
 المهم جدا في الوقوف على حقيقة التشخيص البحث الطبيعي فان اتفاح جوف
 محدود من البطن ووجود صوت طبلي في محال الاتفاح المذكور يدل على
 وجود بصر معوي متقدم على صفر تضايق من المعى بشرط ان تكون هاتان
 العلامتان مسقرتين بحيث تشاهدان عند تكرار البحث وبالجملة ينبغي أيضا
 عدم الاهمال في البحث عن المستقيم بالدقة حتى ظن بوجود تضايق معوي حتى
 لم يتيسر العثور على التضايق بواسطة الاصبع ويجب استعمال قساطير مرنة
 وليست ترس الطبيب عما يوقعه في انطام من عمور القساطير المذكورة على
 التصدب الجزئي او على ثقبه معوية تقع من دخولها في المعى ومن الانقباضات
 التشنجية للمستقيم وقت البحث المذكر فانها قد توقع الطبيب غير المأمون
 في الخطأ ومن المهم جدا الاجتناب عن الوقوف على حقيقة التشخيص عند النساء
 التأكد من حالة الرحم ووضعها وحجمه بواسطة البحث عن المهبل او عن
 وجود أورام في الحوض

وأما اعراض التضايق المعوى المفزعة جدا المهودة للحياة عند تقدم سير هذا
 المرض فقليلة الوضوح في الايام غالباً وتغير خطورة في الظاهر وذلك ان
 المرضى يحسون بانتفاخ خفيف في البطن ومغص يظهر ظهراً ودورياً ثم يزول
 ويظنون ان عندهم تسكدوا في الهضم فيتعاطون من تقاهه أنفسهم منقوع
 البايوج أو مليناً لطيفاً ولا يندبون الطبيب للاستشارة كما هي العادة الا اذا
 لم تفر هذه الوسائط انفضية وازداد الألم مع استعمالها ولم يحصل لهم تبرز
 أو حصل لهم تهوع أو تقاير وبمجموع هذه الاعراض يحصل منه دائماً للطبيب
 الحاذق المتمرن فزع عظيم فأقول ما يجب عليه البحث الدقيق عن جميع أصناف
 الجسيم التي يتأتى حصول الفتور فيها وليحترس الطبيب من ظنه صدق المريض
 في اخباره من أول الامر من انه مصاب بفتق أو من اطسحتناته بجوابه لانه
 ليس عنده فتق عقب السؤل منه وكما يبحث بالدقة عن جميع ما ذكر يبحث
 أيضاً عن المستقيم والمهيل لتفحص عن وجود عائق مانع لمرور المواد الثقلية
 وعدم وجوده والطبيب ولو مع ما به من الفزع والرعب في مثل هذه الاحوال
 يرجح عنده عادة أن مجموع الاعراض الموجودة عند المريض ناتج عن
 احتباس المواد الثقلية احتباساً مستهصباً لكنه يمكن قهره بالمعالجة
 اللائقة فيأمر للمريض باسعمال الحقن والمسملات من زيت الخروع
 بعتدار عظيم مع اضافة قليل من زيت حب الخولث وعند ما يعود للمريض
 ثانياً عما قليل من الساعات من تقاهه نفسه اقزعه عليه بجد أن ما يخرج من
 الحقن اما قليل من المراد الثقلية من الجزء السفلي من المعى او انه لم يحصل منه
 ادنى تأثير وهو الغالب او ان الحقن لم يتأثر بالكلية اجراؤه او ان تعاطي
 زيت الخروع ولو مضافاً اليه قليل من زيت حب الخولث لم يقر بالكلية
 وحصل عقب تعاطيه عند المريض ازدياد في الآلام وفيه تسكروا من مراد
 ضاربة للعضرة وان هينته قد انقضت نصار من غير الوجوه مما تقع بالورد
 البلاد عسماً جلداً يدين صغير النبط فيمتدنياً كذا الطبيب ان يحس المريض
 مسدوداً بقايق قديتاً في لصناعة الطب ازائه أو لا يتأتى من كذا انذاع البصار
 تدريجاً ويحصل عنده قريب من شخص شديدة في غاية الانحسار منها لم يرضى
 بانقباضات تنسجية ويزيد في نوب الامعاء ثمانية من حواسها الحسنة

في السمرة والتغير شيئا فشيئا حتى تكتسب روائح المواد الثقيلة وهذا يزيد
 في فزع المريض ومن حوله من أقطابه وقد حصلت مجادلات عديدة في ان
 انسداد المي الدقيق هل يكون مصهوباً بخروج مواد ثقيلة أولاً او ان هذا
 لا يحصل الا اذا كان مجلس الانسداد المي الغليظ الذي فيه يأخذ الغائط
 في التكون وقد انضح هذا التجادل بالصقات التشريرية فعمل ان محصلات
 الصائم تكون ذات رائحة كرائحة المواد الثقيلة سيما متى مكثت في هذا
 الجزء من اطول اوان في التقايم المعروف بالتقايم الغائطي شذراته في ان
 المواد الثقيلة الحقيقية او عدم خروجها أصلاً والذي يظهر لي ان محصل
 المي الغليظ لا يمكن رجوعه من الصمام الاعورى اللقائى الى المي الدقيق
 والمعدة والذي يظهر ان محصل المي الدقيق يصل الى المعدة عند انسداد
 بالكيفية الاتية وهي ان انقباضات جدر المي تدفع المواد التي لم يمكن
 طردها الى أسفل نحو الاعلى وهل ذلك يتم بكيفية منتظمة بمعنى ان انقباض
 جوه سفلى يعقبه انقباض في الجزء الكائن اعلاه بحركات ديدانية منتظمة هذا
 امر غير مجزوم به وعلى كل حال فن الواضح ان جميع المسهلات الشديدة تزيد
 في رجوع محصل المي الى المعدة مادام العائق موجوداً وذلك بتقويتها
 للانقباضات المعوية ومن المهتم في حركات التي التي تحصل حينئذ في
 عضلات البطن فانها هي والانقباضات العضلية للجزء البوابي السبب في ذلك
 محصل المي الى الخارج ثم ان هذا المرض قد يكثر احياناً اسبوعاً وأسابيع
 او يزيد مع الاعراض السابقة التي قد تكون متردة احياناً تردداً توتياً وفي
 أثناء الثوب التي تسبق التي عادة يحس او يشاهد في البطن عروقة معوية في
 جسم ذراع تصعد الى أعلى ثم تنقلب فيه بحركات ثعبانية مصهوبة بقراقر
 واضحة فكان المي يتصارع بقوة مع ما فيه من المواد المحتبسة لكن هذه
 الحركات التشخيصية لا تفرق المرضي مع تفسيره منها بالكلية تكون ذوى حالة
 مقزعة فيكون اللون زائياً وفضواً والوجه مغطى بعرق بارد والايدي باردة غير
 محسوسة النبض وأما الادراك التيقني غير متكرر من اطول بلا ثم تهلث المرضي
 في حالة الشحاط باعراض الشلل العموي
 هذا اذا لم ينضم لانسداد المي سرعه اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر فان

انضم له ذلك اختلقت صورة المرض حينئذ وتغيرت فالبطن يتمتخ بسرعة عظيمة ويصير متوترا مؤلما جدا بحيث لا يتحمل أدنى ضغط عليه وحيث ان التضخم الاتمابي البريتوني في مثل هذه الحالة لا يكاد يوجد الا بين العرا المعوية المتعددة لا يتيسر معرفته بواسطة صورة القرع انقارغ في الاجزاء المتهدرة الانادرا والمرضى لا يكونون في حالة قلق وضجر في فراشهم مثل الحالة السابقة بل مستلقين على ظهورهم في حالة سكون متجنبين للحركات بالكلية لانها تزيد تألمهم ويتواتر النبض جدا وترتفع الحرارة كذلك ويضغط الجباب الطاجز المتدفع الى أعلى على الرئة فيصير التنفس سريعا وعوقا استقراغ الدم من القلب الايمن يكسب المريض لونا سائيا نوزيا ولا يندوان تخفى بالكلية اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر اعراض انسداد المهي القليلة الوضوح السابقة الذكر حتى لا تراعى مراعاة تامة اذ يعرف الالتهاب البريتوني دون الاختناق الباطني المعوي اى الانسداد المعوي الناتج هو عنه فعلى الطبيب حينئذ ان يتمسك بقانون عام هو انه لا يعتقد وجود الالتهاب البريتوني الا وما يقربى كما يقال الامع غاية الاحتماس وان اول شيء يتصور وجوده في جميع الاحوال التي يظهر فيها الالتهاب البريتوني ما عدا زمن النفاس هو اما تثقب معوي او قروح او انسداد معوي حاد ومتى كان حصول هذا الخائيا ولم يكن مصحوبا بالقيء كان دليلا على وجود التثقب واما اذا كان تدريجيا ومصحوبا ابتداء بالقيء واستمر هذا التي مع الاستعصاء او ظهر به مواد ثقلية دل ذلك على وجود انسداد معوي دلالة أكيدة وسير المرض في هذا الشكل الاخير سريع جدا فانه يحصل بعد أيام قليلة القهطاط وشلل عامان والغالب ان يعقبه الموت

والغالب ان لا يعرف مدة الحياة ان مجموع الاعراض التي شرحناها ناشئ عن التواء في المهي او اختناق باطني او تمدد او انسداد فيه بواسطة تجسد المواد الثقيلة وليس عند الطبيب أدنى علامة يعدها عليها في تشخيص الالتواء المعوي مدة الحياة واما وجود الاختناق المعوي الباطني فيعرف بالتأكد من ان المريض كان مصابا سابقا بالتهاب بريتوني فان كلامنا الالتهاب والاحيلة التي ينشأ عنها الاختناق المعوي غالباً يكاد يكون دائماً يسبقها الالتهاب

البريتوني السابق - صوره وأما التغمم المعوي فقد يظهر في اعراضه
 خصوصيات بها يسهل تمييزه عن بقية اشكال الانسداد المعوي وذلك انه
 يوجد فيه ورم شكله كشكل المنيار ذو مقاومة يسهل عادة يحس به احيانا
 من خلال جدر البطن سيما اذا لم تكن هذه الجدر متوترة ولا يمكن زحزحة هذا
 الورم الا قليلا ولا يمكن بالكفة ويكون مؤلما عند اللمس وبالقرع عليه
 يكون صوت القرع غير فارغ بالكفة عادة اي ليس اصم بالكفة وفي هذا
 التغمم يكون الانسداد المعوي غير تام بالكفة غالباً بحيث يخرج من
 المريض مواد ثقيلة وغازات زمنة فزمنة ويحصل زيادة عن ذلك استئذان
 عظيم في العروة المعوية بسبب الضغط الواقع على او ردة ثقيتها المسار يقبسة
 احتقاناً يؤدي لسهولة تمزق او عيبة الغشاء المخاطي المعوي وخروج مواد
 دموية فقط او دموية مخاطية من الاست وهذه الظاهرة مهمة في تشخيص
 التغمم المعوي عند الاطفال الذين يشاهد فيهم هذا المرض بكثرة وفي هذه
 الاحوال يكون كل من القولون والاعور والصاعد في الاغلب منقلباً على
 الجزء السفلي من المعى الغليظ أو على المستقيم ولا يكون الامساك كلياً ويندر
 ارتقاء القيء بحيث يصير غائطياً وارتفاع البطن يكون عادة قليل الشدة
 بحيث ينذر حصول التهاب بريتوني منتشر وأما الاستقرانات البرازية
 الدموية فقط او الدموية المخاطية فينذران تفقد وتشخيص التغمم المعوي
 يتأكد متى أمكن الوصول بالاصبع الى الجزء المعوي المتفعد ووجدت فوهة
 مستعرضة منقبة منجهة فهو جدر المستقيم غالباً اومتق انقذف هذا الجزء
 المتفعد وكانت معرفته مدركة وان كان متغيراً بسبب تفنقره واما انسداد
 المعى بواسطة تراكم المواد الثقيلة المتبسة فسهل معرفته في الاحوال التي
 فيها يمكن الاحساس والعتور بها في المستقيم ومتى وجد ورم صلب في البطن
 سهل التحول لا يبقى عند الطبيب شك في انه متكون من تراكم المواد الثقيلة
 او من تراكمات حجرية سادة للمعى ثم اذا كان المريض اعترأ من قبل علامات
 تضائق المعى وارتقت هذه العلامات فجأة الى اعراض الانسداد المعوي غلب
 على الظن ان هذا الانسداد النجاني ناتج عن المواد الثقيلة الصلبة وهذا
 الشكل من الانسداد المعوي تتأكد معرفته بسبب سببه الجيد وزوال

الاعراض فجأة عقب خروج كمية عظيمة من المواد الثقيلة
وتنحصر الانسداد المعوي والحكم على عاقبته نستنج مما ذكرناه في اعراض
هذا المرض وسيره

• (المعالجة) •

اما معالجة الامساك الاعتيادي فقد سبق الكلام عليها في المبحث السابق
عند الكلام على المعالجة السببية بقدر ما يقتضيه موضوع هذا الكتاب
والافلوذ كزنا منافع كل جوهر مسهل ومضاره تقصير الانظر جناعن الغرض
المقصود من هذا المواق كما أنه لا يمكن ذكر لمجراح المعالجة الجنيستكية
السويدية (وهي عبارة عن تحريض الفعل العضلي والحركات لتقوية الجسم
لا سيما المجموع العضلي الخاص أو العام) في الامساك الاعتيادي لانه ليس
عندي تجارب شخصية في ذلك ومن هذا القبيل في استعمال الكهر بائية
الموصى به في هذا الموضع ايضا فان وضع الموصلات الكهر بائية على الجدر
البطنية يمكن ان يحدث انقباضا في عضلات البطن ويتكرار استعماله
تقوى العضلات وليس لذلك ادنى تأثير في حركات المعوي ورأى من اوصى
بوضع موصل جلواني في القم وآخرون ادخل الاست لاجل ازالة الامساك
الاعتيادي يعتمد من قبيل الهنيان

واما معالجة التضيق المعوي خصوصا الذي يجلسه المستقيم فهي عبارة عن
استعمال الاورام وتوسيع التضايقات وعمل شرح صناعي وذلك منوط بقن
المراحة واما التضايقات الكائنة في جرم بعيد عن المعوي فلا يمكن شفاؤها
شفاة تاما لكن يقتصر على استعمال تدبير غذائي به يقل تسكون المواد
الثقيلة بقدر الامكان وكلما اتضحت اعراض التضايق المعوي وجبت زيادة
الاعتناء في التدبير الغذائي بان يغذي المريض بالبيض والامراق القوية
وباللحوم اللطيفة ذات الالياف الرقيقة جدا ومع ذلك يجتهد في احداث
استفرغات برازية مع الانتظام بالحقن والمسهلات واسهل الانسدادات
المعوية معالجة شكل الانسداد المعوي الذي ينتج عن احتباس المواد
الثقيلة المتبسة والتجمعات الحجرية فانه اسهل معالجة من الناتج عن تغير في
وضع المعوي وهذا انما يكون في خصوص انسداد المستقيم بواسطة المواد

الثقلية المتبسة المتراكمة فوق العضلة العاصرة للشرح بكمية عظيمة جدا والطبيب الذي يتوقى الجلس الموضعي ويتراخى في مثل هذه الاحوال حيا منه كثيرا ما يعطى المسهلات واحدا بعد آخر بلا طائل واما الطبيب الجسور الذي لا يخشى المراجعة عند الاقتضاء فكثيرا ما يحصل على نجاح عظيم لكن من المعلوم انه كلما يلجئ الحال الى التؤدة والاصبر في احداث مسلك بواسطة الاصبع او يد ملهضة او بحت لاجل فتح طريق المواد الثقيلة المتبسة حتى تصل الحقن التي لا يمكن استعمالها قبل ذلك بواسطة مجسات مرتة يمر بها من المواد المتبسة ثم تفعل الحقن المتبسة واصعب من ذلك معالجة الحالة التي تكون فيها المواد المتبسة محتبسة في جزء معوي اعلى المستقيم ومعالجة هذه الحالة ترجع لما ذكرناه في تبديد المواد الثقيلة المتبسة المتراكمة في الاعور وعند الكلام على معالجة الانهاب الاعورى البرازى فيجهد الطبيب اولاً في احداث التسبرز باعطاء بعض ملاعق من زيت الخروع او مقدار عظيم من الزئبق الخلو ويمكن مساعدة ذلك باضافة نصف نقطة من زيت حب الملوله فان لم تثمر هذه الجواهر وازدادت عقب استعمالها وجبت المداومة على استعمال طلومبات الحقن فانه اقوى الوسايط والمجهد في تحليل المواد الثقيلة المتبسة المحتبسة في المعى الغليظ والوصول اليه ولا ينبغي الياس عند عدم تأثير الحقن الاولى بل تكرر مرتين او ثلاثة مدة النهار فقد شوهد بعد المداومة على ما ذكرنا خرج بعد اربعة ايام واد ثقيلة صغيرة متبسة مبهلة التفتت ذات رائحة كريهة جدا مختلطة بسائل الحقن ثم خرجت كمية عظيمة من المواد المذكورة ويمكن في حالة الياس الالتجاء الى اعطاء الزئبق السائل المعدني من اواق الى رطل واريد ان هذا الزئبق اذا لم يثمر غيره من الطرق العلاجية فهو يشق بثقله المواد الثقيلة المتبسة او يدفعها الى الخارج واما التواء المعى على محوره واختناقها الباطني فيكاد لا يشخص اكد حتى يلجئ الى المبادرة بعملية القطع البطني التي يبادر بها في هاتين الحالتين ومن الجائز ان الزئبق السائل يمكن ان يعدل المعى المتورق بثقله ويرد عروية معتوية مختنقة بسبب الجذب الذي يجسده فيها حتى وصل الى قريبا ومع ذلك فالاحوال التي يشاهد فيها نجاح من هذا

القبيل لا تمكنى الطبيب في الوقوف على حقيقة التشخيص وحيث ان المعى
 يكون منعطفا من اعلى الى اسفل على الدوام في التغمد المعوى فالمسهل
 لا يجوز استعماله بالكيفية لانه يزيد في اندفاع الجزء المعوى المتغمد ونزوله في
 غمده الى اسفل كما لا يسوغ اعطاء الرقيق المذكور في هذه الحالة لما ذكر
 ويمكن المبادرة باجراء الشق الباطنى ان أمكن تشخيص التغمد المعوى
 ابتداء اعتمادا على ما حصل من الصباح احيانا وان أمكن الوصول من
 المستقيم الى الجزء المتغمد وجب الاجتهاد في رده بواسطة حجر مرمر يدخل
 بغاية الاحتراس مثبتا على طرفه قطعة من الاسفنج فقد حصل من هذه
 الطريقة نجاح عظيم خصوصا في بعض احوال التغمد عند الاطفال واذ لم
 يمكن الوصول الى ما ذكر وجب الحقن بكمية عظيمة من السائل او نفخ كمية
 عظيمة من الهواء في المستقيم بواسطة كبرلاجل دفع الجزء المعوى المتغمد
 ورده لكن متى طرأ الالتهاب البريتونى الشديدا فلا تجدى الوسائط المذكورة
 نفعا بل تزيد في خطر المرض حيث ان الاجزاء المعوية ملتصقة ببعضها ولذا
 ينبغي الاقتصار على استعمال الاقيون بمقدار عظيم وتفطيس البطن
 بالمسكندات الباردة وكذا ينبغي الانتقال لاستعمال الطريقة العلاجية في
 الاحوال التي فيها توجد علامات الالتهاب البريتونى المنتشر كما يكون ذلك
 في بقية اشكال الانسداد المعوى

• (المبحث الرابع) •

(في الاصابة الغنازيرية والدريية للمعى والغدد المساريقية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الاصابة الدريية للمعى والغدد المساريقية ليست كثيرة الحصول كما يقال على
 العموم وبعبارة أخرى ان كثيرا من هذه الاصابات لا يكون ناشئا عن تكون
 درن دخنى في المعى او الغدد المساريقية وهو النوع الوحيد من الدرن الذى
 نعترف بوجوده بل ينشأ عن استحالة تجبنية في الاجربة المعوية والغدد
 المساريقية

والغدد المتفرقة للمعى وغدها المروفة بغدد دبيري التي هي من المعلوم انها
 ليست اعضاء مفرزة بل انها مجرد غدد لينفاوية بسيطة تصاب عند وجود

التغيرات المرضية المختلفة في الغشاء المخاطي المعوي فتوجد في أحوال
الالتهابات النزلية المعوية الحادة والمزمنة متفاوتة الانتفاخ بارزة عما حو لها
وانتفاخ هذه الأجزاء الناشئ من جهة عن ازدياد عناصرها اللدوية ومن
جهة أخرى عن ازدياد قبولها لكمية عظيمة من السوائل بزوال غالب بزوال
الالتهاب انزلي بدون ان يخلفه ادنى أثر لكن هذا الانتفاخ قد يستعصى
ويزداد ازدياداً عظيماً تب ازدياد التكون الخلاقي بحيث يحصل غموض
وتراكم في العناصر الخلاقية فيحصل ظهور في هذه الأجزاء وامتناع شصمة
غير تامة أعني استحالة جينية وكما تصاب الغدد اللينفاوية الصغيرة التي في
جدار المعى كذلك تصاب الغدد المسارية بقيمة التي تقبل السائل اللينفاوي
الآتى من الغشاء المخاطي المعوي متى كان هذا الغشاء يحمل التغيرات
مرضيه فانه يعتري تلك الغدد عند الاصابة بالتهلثة المعوية الحادة والمزمنة
انتفاخ ناشئ أيضاً عن غموض الخلاق وازدياد في السائل المتشعبة به وهذا
الانتفاخ يكون في الغالب واحياً وقتياً غير انه احياً نابصير عظيم ومستعصياً
وحيث ان تراكم العناصر الخلاقية في الغدد المسارية قيمة يكون عظيم جداً
لابد وان يعتريه استحالة جينية

والاجربة المعوية التي اعترتها الاصابة الجينية يحصل فيها عماد قليل من الزمن
اين فينتج عن ذلك تكون خراجات صغيرة في جدار المعى مملئة بواد جينية
وعند انفجارها تتكون قروح صغيرة تزداد فيما بعد ازدياداً عظيماً عقب
امتدادها الى الأجزاء المحيطة بالاجربة المعوية بامتداد التكون الخلاقي فيها
وتلاشيها

ومن التادرس حصول تلاش في الغدد المسارية قيمة المكابدة للاستحالة الجينية
وانفجار محقة ظتم او كذا البريتون بل الغالب ان يحصل فيها تكاثف تدريجي
ثم استحالة المادة الجينية الى عجينة طباشيرية او تراكمات كاسية صلابة وان
تظرن بالادقة الى الأشخاص الذين يشاهد عندهم انتفاخ عظيم مستعص في
الاجربة المعوية والغدد المسارية قيمة ومكابدة الاستحالة جينية استبان لسان
معظمها اطفال وبالخصوص اطفال يكون فيهم للاعقد اللينفاوية الدائرية
والشعبية ميسل للانتفاخ العظيم والاستحالة الجينية في اشياء سير الطفحات

الجلدية انشاعة والسيلانات الاذنية والتزلات الشعبية وغير ذلك ومثل هؤلاء الاطفال يعبر عنهم على العموم بخنازيرى البنية وكل من هذا الامر والمطابقة الكلية للتغيرات القشريحية يستتبط منه ان انتفاخ الاجربة المعوية والغدد المساريقية واستحالتها الجينية والقروح المعوية الناشئة عن اصابة تلك الاجربة يعتبر اصابة خنازيرية في المعى والغدد المساريقية ثم ان الخطأ العام في اعتبار القروح المعوية الخنازيرية ناشئة عن الدرن المعوى سهل التوجيه فان الغدد المتفرقة المرتشحة او تشاحا جينيا الهامر جهة مشابهة كلية بالدون الدخني الجيني ومن جهة أخرى توجد بكثرة في الصفات التشريحية اجزاء الطبقة المصلية المعوية المسامة لتلك القروح مغطاة بدرن دخني لكن ان تأملنا حق التأمل وامعنا النظر في ذلك ورد علينا سوال وهو ان يقال في اي زمن نشأت القروح وفي اي اوان حصل التولد الدرني فيستنتج في كثير من الاحوال حل هذه المسئلة بان القروح كانت في المريض منذ زمن طويل يحتمل ان يكون من منذ عدة سنين وان الدرن لم يطرأ الا قبل الموت بقليل فحينئذ ما يحصل في المعى هو عين ما يحصل في الرئة من انه ينضم كذلك للارتشاح الجيني والكهوف الدرنية تولد درن بكثرة

ثم ان قابلية اصابة المنسوجات واستعدادها لان تكون مجلسا لتولد عظيم من اخلية جديدة عند اصابها بتغيرات النهاية تتجاوز في كثير من الأشخاص سن الطفولية كما يناد ذلك فيما تقدم لكن كما تصاب عند البالغين اعضاء أخرى بالامراض خلاف الاعضاء التي تصاب عند الاطفال فكذلك التغيرات والاستحالات المرضية النوعية الناتجة عن هذا الاستعداد تغير مجلسا مع التقدم في السن ففي سن البلوغ يندر حصول التزلات المعوية البكثرة الحاصل جدا في سن الطفولية ويظهر بدلا عنها التغيرات المرضية للارتئين ولذا نجد تبعا لذلك في الصفات التشريحية العديدة غدد مساريقية متكسرة وقروح معوية آخذة في الالتحام مع وجود ارتشاحات جينية حديثة في الرقتين وتمت كات آخذة في التقدم فيهما لكن من المستغرب كون التجارب دلت على ان الأشخاص البالغ الذين يندرفهم وجود اصابة الاجربة

المعوية والغدد المسارية يقيية كاصابات منفردة اولية كثيرا ما تعتبرهم تلك
التغيرات المرضية متى كانت رتوم بمجلسا التغيرات مرضية مشابهة لتلك
التغيرات المذكورة اوسبقت اصابتهم بها وبعبارة أخرى ان الاستحالة
الجينية في الابرية المعوية والغدد المسارية يقيية يدوان تشاهد مشاهدة اولية
كمرض قائم بنفسه ويكثر حصولها حصولا ثانويا كضاعفة للسلس الرئوي
وكل من درن المي والغدد المسارية يقيية نادر بقطع النظر عن التولدات الدرية
التي تحصل حصولا تابيعيا حول قروح معوية تخنازيرية ومثل ذلك يقال
في السلس المعوي الدرني فان الطاهر في كثير من الاحوال ان الدرن المعوي
التابعي يظهر في آن واحد مع الدرن الرئوي التابعي وان السلس المعوي
الدرني يحصل بالخصوص في الاشخاص الذين اعتراهم شكل السلس الرئوي
الدرني

• (الصفات التشريحية) •

الغالب وجود الابرية المعوية المرتشحة ارتشاحا جينيا او القروح الناشئة
عن تباشيرها وايضا في اللقائف وكثيرا ما تمتد الاصابة المرضية من اللقائف
الى القولون والمعقصة الديدانية وهو الغالب وقد يكون القولون وحده
هو المصاب واما اللقائف فيسبق سليما ويندر أن تشاهد ابرية مرتشحة
ارتشاحا جينيا وقروح في الصائم وتمكاد لا تشاهد مطلقا في الاثني عشرى
والمعدة وعدد الابرية المصابة يختلف فقد يكون المعوي مغطى بها في امتداد
عظيم باستواء ولكن الغالب ان تكون الاصابة قاصرة على بعض اجزاء المعوي
المتباعدة عن بعضها كثيرا او قليلا وفي الادوار المتقدمة تكون الابرية
المتفتحة تعقدات ككب الدخن يارز قليلا على سطح الغشاء المخاطي ذات
مقاومة ولون سنجابي تستعمل فيما بعد الى مادة تصقر عند استحالتها الى الحالة
الجينية وتتناقص مقاومتها ومتى انتقب الغشاء المخاطي من المواد الجينية
توجد فيه قروح مستديرة (تعرف بالقروح الدرية الاولية) وفي دو ومقدم
من هذا المرض يكون كل من الغشاء المخاطي والمنسوجات الهبط
بالقروح الاولية مجلسا الارتشاح جيني سنجابي ثم مصفر ويتلاشى الارتشاح
الجيني والمنسوجات المرتشحة واختلاط بجملة قروح اولية يتكون فقد

جوهر عظيم (يعرف بالقروح الدرية النافوية) وامتداد هذه القروح
 يكون على حسب محيط المي بحيث تكون قروح مستديرة مختلفة في
 العرض ويحصل في قاعدتها ارتشاح جبني وتلاش بحيث ان القرحة تأخذ
 في الغور وتنتهي بان تنقب جدر المي وفي أثناء امتداد القرحة نحو الطبقة
 المصلية يحصل في الاضفار المهددة بالتنقب من هذه الطبقة التهاب يرتوي
 محدود بحيث يمكن بمجرد النظر من ظاهر المي معرفة مجلس القرحة فان
 الطبقة المذكورة في هذه الاضفار تكون وسخة ثخينة واحيانا مغطاة بنضج
 ليني تلتصق بواسطته بالعر المعوية المجاورة ولا يندران مثل هذا الالتصاق
 بين العر المعوية او التصاقها النسائي عن نحو في المذوح المذلوي يقي من
 نكاب متصل المي في تجويف البطن عند حصول ثنتها وفي مثل هذه
 الاحوال لا يخرج متصل المي من جسده المتثقبه عند فعل الصفات
 التشريحية الا ان انفصل هذا الالتصاق بقوة وان حصل نزيف شعري عند
 امتداد القرحة المعوية وجذبت حوافها وقاعدتها من تشحة بالدم ومغطاة
 بتعقدات دموية مسمرة ومن النادر ان يحصل شفاء تام في القرحة المعوية
 واذا حصل ذلك وهذان الكاش في المسوج المذلوي الكاش في قاع القرحة
 فتجذب حواف الغشاء المخاطي الي بعضها حتى تتسلا مس بالكلية وتلتصق
 ببعضها التصاقاً رلياً يقي عقب ذلك على الدوام نكاش ندبي في جدر المي
 يوجد على سطحها الباطن على شكل حوية بارزة حلقيه ذات مقاومة
 وفي أحوال اتفاح العقد المساريقية تكون تلك العقد مفتتحة اتفاحاً
 عظيماً بحيث تكون في عظم بيضة الحمامة او الدجاجة او ازيد حتى تبلغ عند
 اجتماعها مع بعضها حجم قبضة اليد ومادام هذا الاتفاح متعلقاً بمجرد نحو
 خلوي فان الغدد تظهر عندئذ في رخواة ذات لون سنجابي وكثيراً ما توجد
 بعض محال من الاجرية المنتفخة متصلة الى مواد جينية في بعض الاحوال
 وفي أحوال أخرى يكون قليل من هذه الاجرية او كثير منها مكابد التلك
 الاستحالة الجينية وكثيراً ما يشاهد في اللجنة آثار الاستحالة المساريقية
 الجينية المنطفئة اي الذي انتهى سيرها فتوجد تراكات كاسية غير منتظمة
 متشعبة ومحاطة بنسوج غددي طبيعي اوضاع

وفي الشكل الحقيقي من تدور الغشاء المخاطي المعوي يظهر في الادوار الاول
من هذا المرض تعقدات صغيرة سنحامية على الغشاء المخاطي فتكون اما
تفرقة او مجمعة فان وجدت تلك التجمعات الدخنية في أجزاء من الغشاء
المخاطي ولم تكن مجلسا لاجربة بين الجمجمة كان ذلك أمرا مهما يرتكن
اليه في التمييز بين الدون الدخني وانتفاخ الاجربة المعوية وباستحالة الدون
الدخني الى الحالة الجينية وليسته وتقرحه تظهر قروح معوية درنية لاتصل
مطلقا الدرجة اناساع التقرحات الناشئة عن الاجربة المعوية التي اعترتها
الاستحالة الجينية ويشاهد في محيطها بدلا عن المنوج المرتشح ارتشاما
جينيا تصبغات درنية حديثة

وعند ما نصاب الطبقة المصلية بالتدور التالي وهو كثير يشاهد ان الاصفار
المقابلة للتقرحات المعوية موشحة بتعقدات درنية صغيرة وهذه الاصفار
تكون متساوية بسبب نمو خلاوي فيها وكثيرا ما يكون الطغخ الدرني ممتدا
من الاصفار المذكورة على طول الاوعية الليفنقارية فهو المساريق
(الاعراض والسير) *

يسهل في غالب الاحوال معرفة الدون المعوي وصورة سيره متى كان عند
مريض علامات الدون الرئوي من منذ زمن وحصل عنده اسهال خصوصا
في الصباح من مواد برازية عجينة او سائلة ونج عنها كثافة عظيمة قوى
الظن بوجود هذا المرض والمواد البرازية وان كانت ممتدة في هذه
الحالة كصقة المواد البرازية في النزلة المعوية البسيطة وكان كل من البحث
الكيمائي والمكروسكوبي عن المواد المذكورة لا يدل على طبيعة المرض
الاصلي في هذه الحالة الا ان كثرة تضاعف الدون الرئوي بالدون المعوي
وعدم وجود اسباب واضحة للنزلة المعوية البسيطة مع استعصاء الاسهال
يرجح ان الاسهال ناتج عن درن معوي ~~التي~~ التشخيص مع ذلك لم يزل غير
مؤكد فانه يحصل ايضا اسهال مستعص في حالة تقدم الدون الرئوي
ولا يكون ناتجا عن درن معوي ولا عن تغير آخر مدركه مادي في جدران المعوي
ولا يمكن تمييزه عن الاسهال الناتج عن درن المعوي حقيقة وهذه الاسهالات
المعروفة بالمذبية تتعلق فيما يظهر بتزايد ارتشاح مصل الدم القابل للزلاية

وسهواته فهي حيث نذ من نوع الادرشاحات المصلية التي تحصل في المنسوج
 الخاوي تحت الجلد في احوال الدرر الرثوي وغيره من امراض النهوكه ثم
 عند تقدم سير هذا المرض يسبق حصول التبر زعفة عادة ويصير البطن
 متزايد الحساسية عند الضغط عليه خصوصا في القسم الاعورى ومضى طرا
 هذا العرض الدال على اشتراك البر يتون مع الامعاء ويجب طرح الظن
 بان هناك امهالا مذيبا بسيطا ثم اذا ازداد اشتراك البر يتون الذي تكلمنا
 عليه في المبحث السابق زادت الآلام السابقة للتبر زعفا او وصلت زيادة
 احساس البطن عند الضغط عليه الى ارقى درجة ولا يندر ان يشاهد فيما
 بعد بسبب شلل الطبقة العضلية امسالك ثم يخرج مع التبر زعفا فزمننا من
 المواد الثقيلة العجينية والسائلة كمية عظيمة جدا مع آلام شديدة للغاية
 ومجموع هذه الاعراض قد يصير الاسابيع او الاشهر الاخيرة من حياة
 المصابين بالسل في غاية المشقة والتهب واما اذا حصل تنقب معوى فيندر
 ان تشاهد الصورة المرضية التي يتاها عند الكلام على القرحة المعدية
 المزمنة فان الالتهاب البريتوني الذي يحدثه التنقب في هذا المرض يكون
 محدودا ويتكيس التضرع بسبب التصاق العسرا المعوية ببعضها في
 حصل عند مريض من هذا القبيل فجأة آلام شديدة في الختلة وشاهد
 الطبيب في هذا الجزء موضعا اذا مقاومة يكون عند اللمس على شكل ورم
 غير منتظم وذات صوت أصم عند القرع ويجب ان يتأكد ان هناك ثقبا
 معويا

ومما يجب التنبيه له ان اعراض داء الصدر اى السل كثيرا ما تحتفي عند
 ظهور اعراض الدرر المعوى واتضاها بحيث يقل السعال والنقت عند
 المريض ولذا ينبغي التمسك في مثل هذه الحالة بالعلامات الطبيعية للدرر
 الرثوي لتتمكن من معرفة الدرر المعوى كما ينبغي ان يشك في تشخيص الدرر
 المعوى في الاحوال التي تبقى فيها العلامات الطبيعية المذكورة غير واضحة
 ففى ظن ظهور الدرر المعوى عند طفل مثلا ظهورا اوليا او كان مصاحبا
 لدرن في العقد الشهية أمكن معرفته وان فقد أقوى ستدبعة عليه في
 معرفة الدرر المعوى فينبذ شدة الآلام وعدم نجاح المعالجة والتواهر

المحيية ترجح ان هنالك سلامه وبادرنيا لاسلامه ويا نزلنا ومن انلطاط المين اعتبار
 الاسم ال عرضا ملازما للدون المعوي بحيث لا يتفك عنه ولذا لا ينبغي الحكم
 عند فقه هذا العرض مع وضوح اعراض الدون الرتوي لعدم وجود الدون
 المعوي قطعا لانه يوجد احوال فيها تبرز المريض يكون منتظما ومقاسما مع
 كونه مصابا بقروح معوية دونية متمسدة كما يشاهد ذلك عند ما يكون المعوي
 الغليظ خاليا عن الاصابة بهذا الداء وعن غيره من التغيرات المرضية بحيث
 ان المخصصات المائعة للمعوي الدقيق يمتص جزؤها السائل فتتكاثر عند
 وصولها الى المعوي الغليظ ومرورها منه وكما انه عند امتداد الدون للمعوي
 الغليظ قد يفقد الاسم ال ايضا لكون ميوعة المواد البرازية كما يظهر ليست
 ناتجة عن افراز القروح المعوية بل عن الارتشاح الاتي من الاجزاء
 الكائنة حولها فان شدة الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي المعوي تختلف جدا
 كما تختلف درجة احرار الجلد وارتشاحه حول القروح الجلدية فاذا كان
 الالتهاب النزلي متوسط الشدة ياز ان تكون المواد البرازية ذات قوام
 طبيعي واما اذا كان شديدا فيحصل الاسهال اسكن حيث ان تألم البطن
 وازدياد احساسه عند الضغط عليه لا يوجد غالبا ما يشترك البريتون مع المعوي
 في التغير لا يوجد في غالب احوال الدون المعوي علامات لا واسطية تدل على
 اصابة المعوي ومع كثرة حصول اصابة معوية تابعة ومعرفة كون العلامات
 للاواسطية المذكورة قد تنقد مع وجود الدون المعوي كما ذكرنا لا ينبغي
 للطبيب القطع في الحكم بعدم وجود هذا المرض بل الذي ينبغي ان يقتصر
 في قوله على ان الدون المعوي لم يمكن اثبات وجوده

واما اعراض الدون المساريقي فالذي كان معولا عليه سابقا ان العقد
 المساريقية المتغيرة لا يمر منها الكيلوس وهذا هو السبب في نموكة الاطفال
 المسمى بالسلسل المساريقي والذي تحقق الا ان امران الاول ان العقد
 المساريقية المتغيرة لا يمتنع مرور الكيلوس منها ولا تفقد قابلية النفوذ منها
 بل مع تغيرها يمكن حقتها حقا تاما الثاني انه قد يوجد في جثث بعض
 الاشخاص الهالكين فجأة تفسير دني عظيم وانتفاخ في العقد المساريقية
 وقد كانوا قبل الهلاك ذوي صحة زاهية في الظاهر وحينئذ فالدون المساريقي

الاولى المحدود ولا يمكن معرفته معرفة أكيدة والصورة المرضية التي كان يعبر عنها بالسلسل المساريقي تنتج عن تضاعف الحدن المساريقي بالحدن المعوي وحينئذ ينبغي التاني في التشخيص به الما ذكر ولو في الاحوال التي توجد فيها علامات الحدن المساريقي وهو الاسهال وانتفاخ البطن والحجى وانهموكة ومن النادر العثور على العقد المسارية قيمة المنتفخة بواسطة الجس وان تيسر ذلك يمكن الوقوع في الخطا بسبب اختلاط المواد الثقيلة الصلبة المحتمبة بالعقد المسارية قيمة المنتفخة

• (المعالجة) •

معالجة الاصابة الخنازيرية للاجربة المعوية والعقد المسارية قيمة ينبغي فيها قبل كل شيء مراعاة الاستعداد المرضي المحدث لهذه الاصابة والحفاظ لها واما المعالجة الواقية والوسايط اللازمة اتساعها في ذلك فلتراجع في المعالجة الواقية من السلسل الرئوي اعطاء كرفنا انه كثيرا ما يقع الخطا العظيم في اتباع ما ذكر وان من الضروري جدا المكث في الهجان الجيدة الهواة واما دلالات استعمال كل من زيت كبد الحوت وقهوة جوزالبلوط ومنقوع اوراق الجوز وكذا الحمامات المهدية فمنذ ~~ذكرها~~ عند الكلام على معالجة الداء الخنازيري وزيت كبد الحوت لا يزيد الاسهال في جميع الاحوال بحيث ان احتيج الى استعماله ينبغي اعطائه وينظر في تحمل المرضي له او عدمه وبالجملة فمعالجة القروح الخنازيرية والدرنيسة للمعي مؤسنة على نفس القواعد العلاجية للنزلة المعوية المزمنة فاذا ~~كان~~ الاسهال غزيرا ووجب اعطاء الاقيون وقبل اعطائه ينبغي استعمال الجواهر الهوائية الموصى باستعمالها في الاسهالات النزلية كالجواهر القابضة والمرة وان كان البطن ~~كثيرا~~ حساسية مؤلما ووجب استعمال الضمادات القاترة وان ازداد الالم ازدياد اعظيما ووجب ارسال بعض العاق على الاجراء

المؤلفة

• (المبحث الخامس) •

(في سرطان القناة المعوية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

سرطان المي اندر حصول سرطان المعدة وحصوله يكاد يكون أولها دائما
ومنقردا في الجسم ويندر ان يمتد الى الاعضاء المجاورة للمي واسبابه خفية
للغاية

• (الصفات التشريحية) •

مجلس السرطان المي الغليظ غالبا خصوصا الجزء السفلي منه أعنى التمريج
السيقي والمستقيم ومن النادر جدا وجود تعقدات سرطانية في المي
العناظ والدقيق في آن واحد وان وجد في الدقيق كان مجلسه غدي يبير
المجتمعة

وسرطان المي كسرطان المعدة تارة يكون اسكروسيا وتارة شجاعيا أو خلويا
أي هلاميا كما انه يوجد كذلك في المي بجملة من اشكال السرطان مجتمعة مع
بعضها وأول محل يتبدى فيه الاستحالة السرطانية المنسوج انطوى تحت
الغشاء المخاطي فيظهر فيه على شكل الاسكروس وبعد انثقاب هذا الغشاء
المخاطي وبروز المادة الاسكروسية عليه تمزق وسطها الاستحالة السرطانية
الشجاعة والسرطان الممور ميل عظيم للامتداد نحو القطر المستعرض للمي
بميت يتككون فيه تضايق حلقية وكثيرا ما تسقط العروة الموروية المصابة
بالسرطان لتعلقها في محل منحدر من البطن وهذه العروة تكون في الابتداء
منحركة ثم تثبت فيما بعد وماذا لك الامن الالتصاقات الحادثة بينها وبين
الاعضاء المجاورة بسبب الالتهاب البريتوني الجزئي او بسبب امتداد الاستحالة
السرطانية من المي الى الاجزاء المجاورة لها ثم ان قطر المي قد يتضيق جدا
عقب تكون الورم السرطاني في جميع دوائره بحيث تجويفه يصير كجوف
ريشة الكتابة الا ان طول التضايق يكون غالبا قليلا بقدر بعض قراريط
واعلى محل التضايق يكون المي غالبا ممددا عظيما وممتلئا بالمواد الثقلية
والغازات وجدره تكون ذات ضخامة والغشاء المخاطي ذا التهاب متفاوت
الدرجة واما أسفل محل التضايق فيكون المي فارغا باطاعلى نفسه وقد
يحصل في مدة سير هذا المرض اتساع في التضايق عقب تفرح السرطان
وتلاشييه كما ذكرنا ذلك في سرطان المريء والابواب وقد يجتهد التأكل
لسرطاني حتى يصل الى البريتون وبعد انثقاب هذه الطبقة المصلية تنصب

المحصلات المعوية في تجويف البطن وقد يعتدنا كل الى الاعضاء المجاورين
ان كان هناك التصاق من قبل وفي هذه الحالة اما ان يحصل استتراق بين
المرء المعوية او نواصير برازية اذا كان المعى متصقا بجدار البطن وعند
تأكل سرطان المستقيم يمكن حصول ثقب مهلي او مثاني كما ان تقبج البلز
للمتعب من المعى اعلى التضايق قد يؤدي لتثقب المعى وانصاب متحصلة في
تجويف البطن او في استتراقات غير طبيعية
(الاعراض والسير)

لا يمكن في كثير من الاحوال معرفة السرطان المعوى معرفة أكيدة والمرضى
التي تصاب به تتشكى بالام مستمر او ذي نوب مترددة في شغل محدود من
البطن ويحصل زيادة عن ذلك امسالك مستعص اعتيادي يوجد غالباً قبل
تكون التضايق ويكون اذ ذلك متعلقاً بالاستحالة المرضية للطبقة العضلية
وزوال الحركة الديدانية للمعى في المحل المريض ويصير الامسالك زماناً فرماً
مستعصياً جداً فتزايد الام وتنفخ البطن فيحدث حينئذ تنوع وفي ونحو
ذلك من اعراض التضايق المعوى وعند زوال الامسالك يحصل للمريض
راحة وقتية والاعراض النورية المذكورة تتردد في ازمة قصيرة وتزايد
شدتها وتمديد حياتها ثم فيما بعد يتزايد الامسالك جداً بل لا يمكن زوالها أصلاً
وحينئذ يحصل الهلاك عقب ظهور واعراض الاختناق المعوى وان حصل
المريض الى هذا الحد ولم تتغير هيئته ولونه وتغذيته ولم يوجد ورم في البطن
ولم يرتفع في التشخيص على شكل المواد البرازية بقي تشخيص المرض
مهما وان اتضح وجود عائق مانع اسير متحصلة المعى يزداد شيئاً الا ان
طبيعة هذا العائق لا تعرف الا من الصفات الشريحية وفي أحوال اخرى
لا تمك المرضي بسرعة من توية انسداد المعى الحادة بل تظهر زيادة عن
الامسالك الذي يزداد بالتدريج والام الامم في البطن علامات سوء القنية
السرطانية الثقيلة فتتخطقوى المرضي بسرعة ويتلون الجلد بلون ومخض مفر
وهذه الاعراض يستتج منها على غابة الظن ان العائق من طبيعة سرطانية
فان زادت العناية وظهر في القسم السفلي من البطن ورم متصل لمؤلم صلب
ذو محديت بسبب رقة جدار البطن صار التشخيص أكيداً

وان كان مجلس السرطان في المستقيم نفسه أو أعلى منه ببعض قرار يبط
اشتكت المرضى بالآلام شديدة في قسم العجز تنتشر نحو الظهر والقضدين
وهذه الآلام كثيرا ما لا يعتنى بها سيما عند وجود انفتاح وتعدد دوالي في
الاوردة الباسورية وتخرج مواد مخاطية مدعمة من المستقيم فتعتبر حينئذ
علامات دالة على مرض غير خطر الآن كلامن الامسالك الآخذ في التزايد
وصفة المواد البرازية الخامسة يصير مخفوقا فان تلك المواد يكون قطرها صغيرا
جدا واحيانا تصير مستديرة وطورا مفرطحة على شكل شريط او هيئة كرات
صغيرة كبحر الغنم وتخرج هذه المواد المتشبهة بطبقة من مواد مخاطية
شفافة ثم تصير صديديا يصعبه آلام شديدة لا تطاق وقد يحصل سهولة في التبرز
عقب لين السرطان وتقرحه أو انه يحصل محل الامسالك الاسمال وعند ذلك
تحصل أنزفة معوية بل ويسهل من الاست في غير وقت التبرز مماثل عزيز
متغير اللون كزبد الرابحة وان امتد التأكل للمهبل او المثة نتيجة ذلك
أحوال سهولة مكربة وشرح هذه الاحوال المهولة والقواعد التي ينبغي
اجراؤها في البحث عن المستقيم بالاصبع او المتظار ليستدل على طبيعة هذا
المرض من وظائف علم الجراحة فلا داعي لذكره هنا

ثم ان سير سرطان المعوي بطى عادة الا في أحوال نادرة ويفتدى بالموت بلاشك
ويكون ذلك اما عقب الامسالك المستعصي الذي يظهر اما فجأة او تدريجا
واما عقب ظهور التوركة الشديدة التي يكثر ان ينضم اليها اعراض
الاستسقاء العموي والسدد الوريدية واحيانا يسرع الموت بسبب حصول
التهاب يرتوي يظهر اما عقب حصول التثقب المعوي او بدونه

• (المعالجة) •

معالجة السرطان المعوي لا تكون الاتسكينية وينبغي الاجتهاد بواسطة
التدبير الغذائي في منع تكوين مقدرات عظيم من المواد الثقلية والاجود في
ذلك تغذية المرضى بالامراق المركزة والبيض النيمبرشت وبعض البان
والالتفات الكلي الى تنظيم حركة التبرز عند المريض بحيث لا يمل في اعطاء
مليونات أكيدة التأثير لكن تكون قليلة التهييج ما أمكن وأجود هازيت
انفروع وان كان كزبد العظم لكن بالتمود وتزول السكرهية وزيادة على ذلك

يرجع لما ذكرناه في المبحث الثاني في معالجة التضايق المعوى وأما ما يخص
الاهمال البتراحية فلترجع في محالها

• (المبحث السادس) •

في التهاب المسوج انطاوى المحيط بالمعى ويعرف بالالتهاب القولونى الدائرى
او المحيط وبالالتهاب المستقيمى الدائرى او المحيط أيضا
• (كيفية الظهور والاسباب) •

أما الالتهاب القولونى الدائرى فعبارة عن التهاب المسوج انطاوى المثبت
للقولون الساعدا بالعضلة القطنية المربعة ويكون فى الغالب هنا امتدادا من
التهاب الاعور او القولون وفى أحوال أخرى يكون مرضا قائما بنفسه ويدهر
عنه حينئذ بالالتهاب القولونى الدائرى الروماتيزمى وقد يظهر هذا الالتهاب
فى آخر سير التيفوس او فى التسمم الصديدي للدم او فى الحيات النفاسية
وحيث قد يعدمن الالتهابات الانتقالية والفضح الذى يحصل فى هذا الالتهاب
القولونى الدائرى قد يمتص فينتهى المرض بالتحلل والغالب ان يودى هذا
الالتهاب لشكرز المنسوج انطاوى المثتب فيتسكون بروزات صديدية عظيمة
قد تمتد الى أعلى حتى تصل الى الكلية او الى أسفل الى ان تصل خلف الرباط
البوابى فى اى الحرقى العالى ثم الى الجهة الانسية من الفخذ وقد يثقب
الجدار الخارجى للاعور او القولون او الجدار المقدم من البطن او يلد الجهة
الانسية من الفخذ وان الصديدي ينسكب فى تجويف البطن فيؤدى لحصول
الالتهاب البريتونى

ثم اذا ظهر هذا المرض عقب الالتهاب الاعورى بقى بعد زوال الورم
السطحي الخاص بالاعور المثتب ورم آخر مؤلم غائر الوضع ويكون هذا
الورم مغطى بالاعور المحتوى على الهواء ~~يكون~~ صوت القرع عليه رنانا
واخفا وبواسطة الضغط الذى يحدته هذا المرض على الجذوع العصبية
كثيرا ما يحصل فى الطرف الموازى للورم تمزق او احساس بالآلام او اوجعا
فيه عقب الضغط على الاوردة وعند تحلل هذا الورم ينقص حجمه وتتناقص
الآلام ويعود المريض للصحة بسرعة واذا حصل التقيح وتكون خراج
شوهذا زدياد حجم الورم ويظهر فيما بعد فى الاحوال الجيدة عوج فى جدر

البطن او الفخذ ويستخرج من هذا الطراج عند افئاضه مواد صديديه
مختلطة بمواد خلوية متغذرة ويحصل في مثل هذه الاسوال الشفاء ان كانت
قوى المريض ذات مقاومة كافية وفي احوال أخرى يحصل الموت عقب
انهوكه والاضطراب واذا انفتح الطراج في القولون عقب انثقاب جداره
الخلقي كان انتهاء المرض حيبدا واذا انفتح في تجويف البطن أدى الالتهاب
الي يتولى الى الموت بسرعة

وسير الالتهاب الاعورى الدائري او المحيط الروماتيزمي يشابه ما ذكر واما
الشكل الانتقالي من هذا المرض فالموت فيه عادة يحصل من تأثير المرض
لعمومى قبل سريان الصديد الالتهادى والثقبات

ويوصى في ابتداءه هذا المرض بارسال العلق مثل ما يفعله في الالتهاب
الاعورى وكثيرا ما يلجأ لتكراره ثم تستعمل الضمادات القاترة فيما بعد
وان ظهر القيح وجب فتح الطراج

واما الالتهاب المستقيم الدائري فالمراد به التهاب المنسوجات العلوى المحيط
بالمستقيم وظهور هذا المرض تارة يحصل عقب التهابات حادة او مزمنة في
المستقيم او استتجالات مرضية أخرى فيه وتارة يصاحب الامراض التي
تحصل في الحوض والاعضاء المنحصرة فيه وتارة يصكون كالالتهاب
الاعورى الدائري أحد الظواهر التابعة للامات الانتقالية المنتشرة
وتارة وهو كثير يشاهد عند بعض المصابين بالدون الرئوى او المعوى وكيفية
حصول هذه المضاعفة غير واضحة اذ لم يثبت ان التهاب المنسوجات العلوى
ناشئ عن تقيح العقد الليفناوية الدونية فيه ومكابدتها للاستئالة
الطبيية

ثم ان الالتهاب المستقيم الدائري الحاد قد ينتهى بالتحال وقد يؤدي وهو
الغالب لحصول تقيح وتكون خراج ينفتح فيما بعد من الظاهر او في المستقيم
عقب تثقبه واما الالتهاب المستقيم الدائري المزمن فالغالب ان يؤدي
اتبيسات وتفنن في المنسوجات العلوى المتهب لكن الغالب ان يحصل فيه
كذلك تقيحات جزئية فيحصل حينئذ قروح ناصورية عمرة الشفاء وفي
ابتداء الالتهاب المستقيم الدائري الحاد يشاهد ورم صلب في العجان

أو بالقرب من العصص وإذا أدخل الطيب أصبعه في المستقيم أحس
 غالباً بوجود ارتشاح في المسوج الخ. لوى فالمرضى لا يستطيع الجلوس
 ويحس عند التبرز بالآلام لا تطاق فإذا حصل تقيح في الجزء الملتهب وانفتح
 الخراج جهة الباطن زادت الآلام عند التبرز فيحصل زحير غير مطاق ثم
 يخرج من الاست أخيراً مواد صديدية كريهة الرائحة شديدة القبح وهذه
 الكيفية يحصل التماسوراً المستقيمي الباطني غير الكامل وأما إذا انفتح الخراج
 نحو الظاهر فيظهر تقيح في وسط الورم الصلب الذي في العجان أو بجوار
 العصص ثم تستقرغ المواد الصديدية المنتنة المذكورة عقب انقباض جدر
 الخراج وذلك ينتج عنه ناصور شرعي ظاهري غير كامل وأما أعراض التهاب
 المستقيمي الدائري المزمن فالغالب ان تخفق إلى ان يؤدي هذا المرض
 لحصول تضايق في المستقيم ومتى تكون عن هذا المرض خواجات حصلت
 آلام شديدة ثم باقي الأعراض السابقة

وفي هذا الشكل يجتمعد في تحليل الالتهاب بالوضعيات الباردة ثم تستعمل
 الضمادات والتهاب لالفاترة ويبادر بفتح الخراج لتجنب حصول التثقب
 جهة المستقيم أو المثانة

• (المبحث السابع) •

(في التزيف المعوي والامدادات الوعائية المعوية)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

التزيف المعوي الذي يكون في الجزء العلوي من القناة المعوية يحصل
 بكيفية مشابهة لتي يوجد بها التزيف المعدي والغالب أن هذا التزيف
 ينتج عن احتقانات شديدة احتباسية في مجموع لوريد الباب كما يشاهد
 ذلك في أسوال السير وزال كبدي وقد ينشأ عن تقرح في جدر الاوعية
 المعوية كالتزيف المعوي الذي يشاهد أثناء سير الحمى التيفوسية
 والدوسنتاريا أو أثناء سير السيل المعوي وهذا الأخير نادر وقد يكون
 التزيف المعوي ناشئاً عن تغير مرضي في جدر الاوعية الدموية وان لم يظهر
 هذا التغير فيها بالميكروسكوب كالتزيف الذي يحصل أثناء الحمى الصفراء
 والاسكربوط ونحو ذلك

وأما القددات الوعائية لا واردة المستقيم المعروفة بالبواسير الاعورية
وبالعقد الباسورية وتزيف الاوعية المستقيمة المعروفة بالبواسير السيمالية
فهى من الامراض الكثرة الحصول جدا وكل من هذه التغيرات المرضية
كان يعتبر سابقا عرضا لمرض بني عام نوعي يسمى بداء البواسير بل كانت تعتبر
على مقتضى نظريات الزمن السابق أجيود الاشكال المرضية واحدها لداء
البواسير البني العام وكان يعتبر أيضا ان اتجاه داء البواسير نحو اعضاء
أخرى كالرأس او الصدر او البطن من الامور النادرة لكن قد تركت هذه
الاعتبارات فلم يلتفت اليها من رقت ان ثبتت اهمية العوائق الميكانيكية
في اتساح هذه القددات الوعائية للمستقيم وانزفته ومن وقت ان ظهر ان
النظريات المؤسس عليها كيفية انتقال البواسير الى الاعضاء الباطنة باطلة
صار لا يعول عليها ومع ذلك فكيفية البواسير واسبابها المزل فيها بعض أمور
غير واضحة وضوحا تاما

ثم ان السبب الرئيس في اتساح هذه البواسير اعنى عدد المستقيم قد دادوا اليها
وانزفتها هو وجود عائق مانع من استقرار دم هذه الاوعية او موجب
لاحتباسه او ركوده فيها والاسباب العائقة لاستقرار دم الشبكة الوعائية
الباسورية هي أولا احتباس المواد الثقيلة في المستقيم او وجود أورام في
الموضع او الرحم الممتوى على البطن وقت الحمل والبواسير الناشئة عن ذلك
كثيرة الحصول وثانيا انضفاط الوريد الباب أو انسدادها ولذا يشاهد ان
ظهور البواسير في أحوال سيروز الكبد الذي ينتج عنه احتباس الدم في
فروع الوريد الباب من الظواهر الكثرة الحصول وعين هذا التأثير يظهر
انه يحصل من مجرد امتلاء الوريد الباب وبذا يمكن توجيهه كثرة حصول
البواسير في الاشخاص الشرهين وتوضيح ذلك انه في أثناء الهضم يحصل
مرور كمية عظيمة من السوائل من المعى الى الاوعية المعوية ومن المعلوم ان
امتلاء الاوعية البواسيرية أثناء كل هضم يحصل عنها احتباس الدم في الاوردة
لطعالية وبذلك يحصل تمدد في لطعالي أثناء كل هضم فانقريب للعقل ان
الافراط من الماء كل والمشارب يحصل عند تمدد عظيم مستمر في الوريد
الباب ومن ذلك يحصل عند عظيم في غيره من الاوردة التي ينصب ما فيها في

الوريد المذكور ويتعاقب الافراط بتيق تلك الاوردة ممتدة وهذا التوجيه وان كان نظريا أقرب من التوجيهات التي أخرجت على حصول البواسير عقب الافراط من الماء كل والمشارب

وقد يكون العائق المانع لاستقرار دم الاوردة الباسورية بعيدا عن الكبدة اى في تجويف الصدر الا ترى ان البواسير كثيرا ما تحصل في امراض الرتين التي ينتج عنها تمدد عظيم من انضغاط الاوعية الشعرية أو زوال تلك الاوعية والمرضى تعتبر تلك البواسير حينئذ سببا للمرض الصدرى لان نتيجة عنه وبهذه الكيفية تحصل البواسير في امراض القاب كما تحصل امتلاء آت وريدية أخرى

ثم ان العوائق المذكورة الممانعة لسير الدم لا تنكفي عادة في توجيه حصول البواسير فان حصوله ليس بنسبة عظم العائق وقتئذ فانما تارة لا توجد ولو مع وجود عائق عظيم جدا في سير الدم في الضيقة الباسورية وتارة أخرى تكون كثيرة الوضوح جدا ولو مع عدم وجود عائق في الدورة ما عدا الامساك لوقتى ومثل ذلك يشاهد بالنسبة لحصول دوالى اوردة الاطراف السفلى في الحوامل اذ يشاهد في بعض النساء حصول دوالى اوردة الساقين في الاشهر الاول من الحمل فتسكت بسبب عجزها عظيمها وعند آخر لا يشاهد فيهن رأسا في الاشهر الاخيرة من الحمل ولو مع كثرة وجود السائل الجنينى وعظم حجم الجنين واختلاف اوضاعه فيبقى على ذلك ان جدران الاوردة عند بعض الأشخاص تكون أقل مقاومة منها في آخرين وان قلت مقاومتها لها تاثير عظيم في حصول تمددها خصوصا في تمدد الاوردة الباسورية وقلة مقاومة جدران الاوردة المذكورة كثيرا ما تكون وراثية في بعض أشخاص اذ لا ينكر حصول البواسير في جميع فروع عائلات مخصوصة على التوالي زمانا طويلا فلا يمكن توجيه ذلك الا بتوارث قلة المقاومة في جدران الاوعية الوريدية عند هؤلاء العائلات وقد تكون قلة المقاومة المذكورة ممكنة خصوصا بواسطة الاضطراب الغذائى الذي ينتج عن الانتماءات التزاوية في المستقيم

وقد ذكرنا ان تمدد الاوردة في جميع الاغشية المخاطية من جهة التغيرات

الملازمة للنزلات المزمنة في تلك الاعشسية فلاغروان الاوردة المستقيمة
المستعدة لتعدد بوضعها الطبيعي تكون مجلس الادواى عند حصول التهابات
زامية في المستقيم

وحيث يتضح من جميع المؤثرات المضرة التي يكابدها المستقيم ومن كثرة
حصول التغيرات المرضية حادة او مزمنة للاعضاء المجاورة له التي يشاركها
فيها ومن الاضطرابات الدورية التي ذكرناها كثرة حصول الالتهابات التزلية
المزمنة في المستقيم وكثرة حصول التمددات الوريدية فيه تبعاً لذلك

وينسب أيضاً حصول البواسير لوجود امتلاء دموى عموى ويقال ان
السيلان الباسورى يعتبر في هذه الحالة بجزءا من هذا الامتلاء وحصول
البواسير في الحقيقة وان لم تنكر كثرة في كثير من يتعاطون كمية عظيمة من
الماء كل بعد تمام تقوهم يعنى انهم يتعاطون اغذية أكثر مما يحتاجونه لفقو
الجسم وانهم كثيرا ما يحصل عندهم بعد حصول السائل الباسورى تحسين
عظيم في المقرس وفي بعض النزلات المزمنة وغيرها من الامراض التي توجد
بكثرة في مثل هؤلاء الأشخاص لا يوغ القول بنسبة البواسير وغيرها مما
ذكر الى حالة امتلاء عموى أعنى الى الزيادة المطلقة في متصل الجسم وع
الوعاى فان استمرار هذه الحالة ليس ثابتا على الدوام لان امتلاء الاعوية
المذكور من المعلوم انه يؤدي الى حصول افرازات دائمة حتى يحصل التعادل
وحيث ان التغيرات التي يكابدها الدم عند الافراط من الجواهر الغذائية
غير معروفة معرفة كافية فكيفية ظهور الاحوال المرضية التي تحصل في
مثل هذه الاحوال غير واضحة بالكلمة أيضا

وحصول البواسير في سن الطفولية اندر منه في سن البلوغ وينسب ذلك لقله
حصول العواتق الدورية السابقة الذكر واقلة حصول النزلات المزمنة
للمستقيم عند الاطفال ومن المعلوم ان من اسباب البواسير المعيشة الجلوسية
وتعاطى الاغذية المهيجة والافراط من المسهلات القوية وتكرار الحقن من
المستقيم مع عدم جودة استعماله وكون البواسير عند النساء أقل من الرجال
وفي الاقاليم الحارة أقل من المعتدلة وان الافراط من الجماع يوجبها أيضا وعلى
فرض صحة لا يمكن توجيهه بالاسباب السابقة

• (الصفات التشريحية) •

اما الزئبق الذي يحصل في الاجزاء العليا من المي فلا يمكن الوصول الى
 ينبوعه واثباته في الجنة حيث انه في الغالب يكون شعريا وقد يوجد الغشاء
 المخاطي المعوي مرشحا بالدم في امتداد عظيم وهذا يدل على ان انسكاب
 الدم لم يحصل فقط على السطح السائب للغشاء المخاطي بل فيه وفي جوفه ايضا
 ويشاهد عقب الانزفة المعوية التي نشأت عن قروح معوية تجسيدات
 دموية ملتصقة بالقروح التي كانت دائمة وتشاهد حواف تلك القروح
 وقاعها مرشحة كذلك بالدم والدم المنسكب تارة يكون مائعا وتارة منعقدا
 قليلا ويتران يكون اجزائا لون والغالب ان يكون متلونا بلون مسمر كلون
 الشكولا او مستحيلا الى مادة شمعية ومخضه قطرانية

والانتفاخات الدوائية المستقيم التي يطلق عليها لفظ البواسير الاعور
 لا توجد الا في انتهاء المستقيم تقريبا اما داخل العضلة العاصرة او على حافة
 الشرج والاولى تسمى بالبواسير الاعور والباطنة والثانية بالظاهرة ثم في
 الابداء يكون القدد الوريدي منتشرا فيكون كشبكة سمكية مزرقة ثم فيما
 بعد يظهر دواليات منفردة ولا يتدران تحاط فوهة الشرج بجوية من ذلك
 وفي الابداء ايضا يكون القدد الدوالي الصغير ذاقاعدة عرضية ويظهر ثم
 يزول في ازمسة متعاقبة ثم يصل فيما بعد الى حجم السكرين او يزيد وحيث ان
 البواسير الباطنة تندفع من الشرج كل مرة عند مجهودات التبرز
 وينجذب معها الغشاء المخاطي فلا تلبث الا قلب الاحق تصير ذاعنيق وتبقى
 كثيرا خارج الفوهة المذكورة كما يشاهد ايضا ان هذه القددات الدوائية
 توجد تارة متوترة وتارة هابطة لكن الحبوب المتكونة بهذه الكيفية لا تزول
 مطلقا ومنظر البواسير وتالياتها تغير مع طول مدة سيرها فيعد ان كانت
 ابداء ذات لون مزرق وجدر رقيقة رخوة تلتصق فيما بعد بالغشاء المخاطي
 بعد تكرار حصول الالتهابات المزمنة وتقد هذا اللون المزرق وتصير سمكة
 خشنة ولا يتدران تلتصق بجله دواليات يعضها ولا يبقى للمسافات التي بينها
 الا اثر قليل وبذلك تتكون حبوب عظيمة معربة تنفخ فيها جلة او ردة وقد
 تتكون في باطن الدوالي سد ذاتية علوها وتحدث انسدادها وضورها

والدوالي العظيمة التي تشدقع الى الخارج وقت التسبر فيمكن ان تلتهم وتقع
في الفتغريتا عقب الاختناق الذي يعترها وقد يحصل التهاب وتقرح في
الغشاء المخاطي المحيط بعنق العقد الدوالي فيتمسكون من ذلك قروح بواسيرية
كأنه في أحوال أخرى قد يعتد بالتهاب الى المنسوج النملوي الجاوري فينتج
عن ذلك التهاب فلغمولي مستقيمي يعقبه تكون نواصير مستقيمة

وأما التزيف الباسوري فينتج عن انفجار العقد الدوالي لكن القليل منه قد
يحصل كذلك من امتلاء الأوعية الشعرية الصغيرة

وعند البحث التشريحي عن الغشاء المخاطي المستقيمي يوجد كما قال ورجوف
مسترخيا منتفخا تخينا كما يذالون سسها في مبيض والمنسوج النملوي تحته
كثير الرخاوة وكلاهما كثيرا الأوعية وكذا يوجد هذا الغشاء مغطى بطبقة
لزجة بيضاء متكونة من مواد بشرية مخاطية

• (الأمراض والسير) •

الانزفة التي تحصل في الأجزاء العليا من المعي هي دائما ظواهر مرضية
لأمراض ثقيلة وتقدم ذلك أول البحث فينبغي الكلام عليها عند شرح
اعراض هذه الأمراض الناتجة عنها

وأما شرح البواسير كما هو مدون في كتب الطب القديمة فضلا عما هو مطبوع
في أذهان العامة الى الآن فينقسم الى ثلاثة أقسام الأولى الاعراض
الموضعية الناتجة عن الالتهاب العنقي والدوالي الوريدي والتزيف الباسوري
وبذلك انقسمت البواسير الى مخاطية واورية جافة وسائلة الثاني الاعراض
الدورية التي تكون موضعية وعامة في آن واحد وهي السابقة على انتفاخ
البواسير وسيلان الدم الباسوري ويحصل في تلك الاعراض تآكل عظيم
عند حلول العرض الأخير وتعرف بالحركة الباسورية الثالث الاعراض
الدائمة وهي تدل على وجود اضطراب مرضي في البنية واحدها الأعضاء
البعيدة وهذه الاعراض يحصل فيها أيضا تخمسين عظيم عقب التزيف
الباسوري والعامة تعبر عن هذه الاعراض بالبواسير المنقلة أو العوضية
إذا حصل نزيف في مجالات أخرى

ثم انه ينبغي رفض القسم الأخير من اعراض البواسير فان الامتلاء الوريدي

البطني مثلا الناتج من سير وزالكبد اذا حصل فيه تلطيف عقب حصول
 نزيف باسورى وحصل عقب ذلك ايضاً زال وقتي في ضيق النفس والامتلاء
 الغازي للبطن في ظواهر الايوجور وخذاريا لايجوز نسبة واحد منهما للبواسير
 كما لايجوز نسبة النزلات الشعبية او نوب النقرس عند الاشخاص ذى
 الامتلاء الدموي للبواسير الانتقالية بمجرد حصول تلطيف في الاعراض
 المذكورة عقب حصول نزيف باسورى واما مجموع الاعراض المعبر عنها
 بالحركة الباسورية فينبغي نسبتها على رأى ورجوح للنزلة المستقيمة المتكررة
 فالمرضى بحس بحرطان وتوتر في المستقيم كما يشاهد ذلك عند حصول التهابات
 نزلية في امعاء اخرى او عند تردد التهاب النزلي المزمن فيها وينضم لذلك
 آلام شديدة في القطن والظهر تشابه آلام الرأس الشديدة التي تحصل عند
 وجود نزلة في الانف والجيوب الجبهية وكذلك حالة البنية تضطرب زمن
 التهاب النزلي المستقيمي كما تضطرب ايضا عند حصول التهابات نزلية في غير
 المستقيم فالمرضى يكون ذاهبوط واسترخاء وكآبة والمكابدات التي تحصل له
 من ازدياد الاستقان وانفتاح أورام البواسير تتم صورة الحركة الباسورية
 وكثيرا ما يحصل عند ارتقاء هذه الاعراض الى أشد درجة نزيف بعقبه
 تلطيف عظيم في اعراض التهاب النزلي المستقيمي والانتفاخ والباسور
 الدوالي نفسه بحيث ان المريض عقب ذلك يحصل له الراحة التامة ثم اذا
 عادت للمريض اعراض الحركة الباسورية فلا غرابة في عنيه حصول النزيف
 الباسورى ثانيا طلبا للراحة واذا تيسر للطبيب ازالة النزلة المستقيمة
 والاحتقان الباسورى بطريقة أخرى كضاربة الامسال الناتج عنه
 الاستقان المستقيمي فالاعراض المذكورة تزول بدون حصول النزيف
 الباسورى

ثم ان الاعراض الموضعية التي تنتج عن البواسير تختلف باختلاف عددها
 وعظمتها وشدة امتلائها فتكون في الابتداء قليلة ويمس المريض بوجود
 جسم غريب في المستقيم ولا يحس بالآلام الا عند حصول تبرزه وادسقلية
 يابسة ثم اذا صار الشرج محاطا فيما بعد بجوية من اورام دوالية عظيمة او صار
 احد هذه الاورام عظيم الحجم متوترا جدا فالمرضى يستريحهم الم على الدوام

فلا يمكنهم الجسوس والتبرزوان كان مائعا يحدث عندهم مكابدات عظيمة
لاتزول الا شيئا فشيئا ولا يتدران يتسبب عن ذلك ججز المريض للتبرزوعدا
وارتقاء الا لآلام الى اقوى درجة حتى اندفع احد هذه الاورام من الشرج
ثم استقنت هناك والتمتت

واما حصول التزيف الباسورى فيكون عادة وقت التبرزومى كان ينبوعه
شعريا كانت المواد البرازية ملوثة بدم فقط واما اذا كان آتيا من دوالي وعاء
عظيم انفجر فكثيرا ما يصرح بمقدار عظيم ينف عن أواق ويندران يصير
التزيف عظيما جدا بحيث يهدد حياة المريض

واما البواسير المبروفة بالخطاطبة فهي عبارة عن خروج الاقرازا الخاطي التزلي
السابق ذكره وهذا الاقرازا تارة يتدفق مع المواد البرازية وتارة بدونها من
الشرج زمنا فزمتا والغالب ان توجدها ابتداء اعراض البواسير الخاطبية
وتستمر منفردة زمنا طويلا ثم تطرأ عليها فيما بعد اعراض البواسير الاعوربية
او السائلة

والظاهر ان سير البواسير من من في الغالب عند تأثير الاسباب المضرة التي
تحدثها واما اذا كان تأثير هذه الاسباب ذاعمة قصيرة فيمكن زوال البواسير
بالكلية بعد استقرارها قليلا

ثم ان التغير الذي يشاهد في اعراض البواسير عند استمرار هذا المرض زمنا
طويلا أدى لتغيرات مختلفة فقد شبه بعضهم البواسير بالحوض عند النساء
وبعضهم جعل لتغير منازل القمر تأثيرا في سير هذا المرض وذلك محض خطأ
فان المريض ان وجد في حالة جيدة أحيانا وأحيانا في مكابدات عظيمة
فالغالب الوصول الى معرفة سبب تكرار حالته بان يكون حصل عنده امساك
نتج عنه بوق في سير الدم في الاوردة الباسورية أو امتسلا غير اعتيادي في
او عيسة الباب عقب الاقراط من الماء كل والمشارب مثلا ونتج عن ذلك
احتباس الدم في أوردة المستقيم او عرض المريض نفسه انتهاء الى أسباب
مضرة فحدثت عنده بدلا عن الزكام او النزلة الشعبية ارتقاء وتردد في النزلة
المستقيمة حيث ان هذا العضو عنده أقل مقاومة وقد لا يمكن الوقوف على
حقيقة المؤثرات المضرة لكن ذلك يشاهد في تردد غير هذا المرض فلا حاجة

للأرتكان الى نظريات ضربية
 وبالجمله فكثيرا ما بولغ في الخطر الناتج عن تأثير انقطاع السائل الباسورى
 الذى صار اعتياديا وهذا الرأى وان لم ينكر بالكلية لا ينبغي اعتقاد ان هذا
 السيلان عبارة عن مجهودات شفاثية تفعلها الطبيعة وانما يعول على ان
 المستقيم من جملة الاعضاء ذوات الامراض الاقل خطرا بالنسبة للبنية
 العمومية وان الاشخاص الذين يصاب فيهم المستقيم بكثرة عند تعرضهم
 لاسباب مضرة تكون حالتهم أهون واجود من الذين يصاب فيهم غير المستقيم
 من الاعضاء المهمة كالعسدة والشعب مثلما ترى تعرض العين الاسباب
 السابقة فتلا اذا طرأ عند هؤلاء المرضى مرض فى أحد الاعضاء المذكورة
 أخيرا عند تعرضهم لاسباب مرضية فهذه حالة مخزنة بخلاف ما اذا حصل لهم
 بواسطه فقط فهذه حالة غير مكروهة لهم وذلك نفس ما يقال اذا تعرض انسان
 لتأثير البرد وحصل له ذلك كما حصل في هذا الولي من حصول مرض آخر ثقيل
 عنده وكذلك فى الاحوال التى يحصل فيها ازمنا فزمانين فباسورى فانه ينتج
 عنه تاليف عظيم فى اعراض كل من الامتلاء الدموى البطنى المبخائىكى
 والنزلات الشعبية او غيرها من الامراض التى تحصل عند بعض أشخاص
 فى سن الاربعين المقرطين فى الماء كل والمشارب لانه ربما ينتج عن انقطاع
 السائل الباسورى ضرر عظيم لكن حيث ان الرئيس فى مثل هذه الاحوال
 هو التزيق ويمكن تعويضه بواسطة الاستقراعات الدموية الموضعية لا يكون
 على المريض ادنى ضرر وانما الضرر عدم ملاحظة الطبيب ان استعمال هذه
 الوسطة الاخيرة واجب

• (المعالجة) •

اما المعالجة السببية فتستدعى الاجتهاد فى تنظيم حركة التبرز فى الاحوال
 التى فيها التراكم المتكرر للهواد النفايسة الصلبة ينتج عنه نزلات مستقيمة
 ودوالى فى اوعية المستقيم لكن لا تستعمل المسهلات الشديدة لاجل
 مقاومة الامسال عند المصابين بالبواسير الا نادرا اى عند الاضطراب فقط
 ويخشى من استعمال الصبر والحنظل عند هؤلاء الاشخاص فانهم ما ذوات تأثير
 مهيج على الغشاء المخاطى المستقيم واجود ما يستعمل عند هؤلاء المرضى زهر

الكبريت فان هذا الجوهر مدوح من زمن طويل في معالجة البواسير
والغالب ان يعطى الكبريت متصدا بطرطرات البوتاسا او أكثر الترا كيب
استعمالا المركب المأخوذ من زهر الكبريت درهم ٢ طرطرات البوتاسا
اوقية $\frac{1}{2}$ السكر العطري لليون وسكر ابيض من كل واحد درهم عدد ٢
يمزج هذا المصنوق ويعطى منه كل ساعتين او ثلاثة مل معلقة بن فان لم
يثمر هذا التركيب وجب أن يضاف اليه قليل دراهم من السننالمكي
او الراوند وهنالك تركيب آخر كثيرا استعمال يدخله الكبريت ايضا وهو
مصنوق العرقسوس المركب (المصنوع من السننالمكي وجذور العرقسوس
من كل منهما درهم عدد ٢ ومن ثمر الشعير وزهر الكبريت من كل منهما
درهم ومن السكر من ستة دراهم الى اوقية) ويعطى منه كذلك كل يوم مل
معلقة بن ولا يفي الا بصاحب استعمال الحقن فانه يحصل من استعمالها
ولو باللفظ تهيج عظيم في المستقيم

واما الاحوال التي فيها تكون البواسير ناتجة عن امراض في الكبد
كالسيروزا وفي القاب او الرتتين فالغالب ان لا يمكننا اتمام دلالات المعالجة
السببية ومع ذلك فاستعمال الكبريت في هذه الاحوال واجب ايضا متى
حصل تعسر في التبرز حتى لا يتضاعف العائق وحيث قلنا ان من جملة الاسباب
المقدمة للبواسير زيادة امتلاء الوريد عقب الاقراط من الماء كل والمشارب
فالمعالجة السببية تستدعي ان مثل هؤلاء المرضى لا ينبغي لهم تكرار الاكل
بكثرة ولا الاقراط منه وكذا تستدعي المعالجة السببية للبواسير التي نتجت مع
غيرها من الامراض عن مجرد الاقراط في الماء كل ان تمنع المرضى الواقفين
في هذا الامر عنه بالكفاية ويومرون باستعمال تدبير غذائي منتظم ثم ان
كانت البواسير ناتجة عن مجرد امتلاء دموى في مثل هذه الاحوال حقيقة
فلا يمكن توجيه ذلك الا بأنه لا يخرج من مصال الدم المحتوى على كمية زائدة من
العناصر الاولية كالزلال مثلا كمية معادلة لما يخرج منه اذا كانت كمية
هذه المواد الزلاية فيه طبيعية وامتلاء الاوعية طبيعيا كذلك الا اذا ازداد
الضغط الجانبي للحمود الدموى وكان امتلاؤها زائدا عن الحد ايضا فمن المتيقن
بالنسبة لا قراز البول ان كمية البول المنفردة قل عند ازدياد كمية الزلال في

مصّل الدم واعتقاد العامة والاطباء يوافق هذا الرأى المذكور فان الانسان
 لا يحصل عنده امتلاء دموى بمجرد تعاطى كمية عظيمة من الماء كل والمشارب
 بل انما يحصل عنده ذلك اذا تعاطى اغذية حيوانية قوية التغذية
 ومشروبات روحية ومع كوتسالات تعرض لمعادلات هذا الرأى وتوجهاته
 العديدة وان كان في احوال الامتلاء الدموى تزيد كمية الدم حقيقة او الزائد
 فقط السكرات او المواد الزلالية لا بأس على كل حال بالاخص بالتدبير
 الغذائى موافقة للتجارب العادية والاستدلالات الفسيولوجية فينبغى
 اولاً تنقيص كمية العناصر الاولية الازوتية اى الزلالية فليأكل المريض
 اغذية من اللعوم والبيض الامرقة واحدة في النهار ويوصى باستعمال
 الاغذية المتخذة من الخضراوات سيما البذور والثمار والفتويات كالارز
 ونحوه وينبغى له ازدياد حركة التحليل فيؤمر المريض بالرياضة العظيمة
 والحركات العضلية الشاقة وشرب المياه بكمية عظيمة اذ بذلك تسرع حركة
 التبادل العنصرى كما ان من الجسد الامتناع من المشروبات الروحية
 والشاى والقهوة ونحوها من الجواهر التى تبطن في حركة التبادل والتصلل
 العنصرى ومن الجيد ايضا الهؤلاء الاشخاص استعمال المسهلات المحببة
 سيما الاستعمال اللطيف المستقر للمخجسول بغير وملح الطعام كما هو الجارى في
 الحمامات المعدنية في حمام ماربى باد و كينسين همبورغ و صودن ونحوها
 واما استعمال مياه كارلس باد في هذه الحالة فيستدعى احتراسا عظيما بسبب
 ارتفاع درجة حرارته ثم اذا ثبت ان الدم بهذه المعالجة يزيد احتوائه على
 الاملاح ويقل احتوائه على المواد الزلالية كما قاله سميد و فوجل يكون
 نجاح هذه المعالجة في احوال الامتلاء الدموى معقولا واضحا
 واما دلالات معالجة المرض نفسه في الاحوال التى فيها يحصل زما فزما
 مكابيات خفيفة فقط تزول بعد زمن يسير عقب استقرار اغات دموية ذاتية
 لا يضطر لاستعمال وسائط مخصوصة بل يجتمى في اتمام دلالات المعالجة
 السببية فقط

واما الاحوال التى تكابى فيها المرضى من الحركة الباسورية مشاق عظيمة
 لا تزول ولو بعد مقاومة الامسال الذى كان موجودا فينبغى فيها الوصال قدر

اربع علقات اوتة على الاست وان يؤمر المريض لاجل استقرار سيلان
الدم من قنات العلق بالجلوس على كرسي مثقوب ناؤه مملوء بالماء الساخن
وهذه الطريقة يجوز استعمالها في الاحوال التي فيها امتلاء البواسير
وتورانها وانا عظيم ما يجد ثلث الاما شديدة عند المريض او التي فيها تضاعف
البواسير المخاطية بزخم مومول ولا يجوز الاجتهاد في قطع التزيف الخفيف
خصوصا اذا حصل عنه تاليف في المشاق الموجودة عند المريض فلا يلجأ
للتبريد ولا للعبواهر الموقضة للتزيف الا اذا كان القصد الدموي عظيم جدا
فينبغي الاتجاه الى قطع التزيف بواسطة الروادع الباردة او البخواهر الموقضة
للتزيف واما البواسير المندفعة الى الخارج والمختنقة فينبغي ادخالها بواسطة
ضغط خفيف مستمر بالاصبع بعد تغليفه بخرقة مدهونة بالزيت مثلا وان
يؤمر المريض بتباعد الفخذين عن بعضهم ما وتنكيس نفسه حال اعتماد
الجزء العلوي من الجسم على السرير وتغطي الاورام الباسورية الملتبسة
برقائدهم مرسية في الماء البارد او مكدمات ماء الرصاص وحيث لم يكن هذا
الكتاب معقد الاعمال الجراحية فلا تعرض لذلكها والرأي عمدي في
البواسير ان لا تتبع العادة المتفق عليها من التسكلم على الوسائط الموصى بها
لاجل ارجاع السائل الباسوري المهتمين ومن سعد المريض ان الوسائط التي
تستعمل للحصول على هذه الغاية كما رسال العلق الدوري والحمامات
الجلوسية القاترة ووضع الشياف المهيج واستعمال الادوية المسماة بالرجعة
للبواسير لا ينتج عنها حدوث البواسير لكن لا بأس برسال العلق الدوري فانه
احسن الوسائط للحصول على النتيجة المطلوبة

• (البحث الثامن) •

(في الآلام العصبية للمعروف بالمغص المعوي)

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الآلام العصبية المعوية وهي التي يعنى بها المغص الحقيقي ومجالسها الضخيرة
المسارية قديمة ايسر كثيرة الحصول ومن الجائز ان تنشأ احيانا عن تفسيرات
مرضية في العقد والضمائر السباتوية كغيرها من الآلام العصبية لكن لم
يثبت ذلك الى الآن وحصول هذه الآلام العصبية المسارية بكمرة عند

المصابات بالاستير يايدل على انها حاصلة بطريق الانعكاس والمغص الرصاصي
اي الزحلي مما ثبت أكيدا ان هذه الالام العصبية تحصل كذلك بالتسمم
لكن في هذا الاخير يظهر ان الالام ليست بسيطة اي قاصرة على اعصاب
الحس أي على ثوبان الاحساس بل يجلس المرض العصبى أيضا الاعصاب
المركبة فان المعنى المتألم يكون في حالة انقباض تشنجي والرصاص الذي
يدخوله في الجسم فتنشأ عنه المغص الزحلي الذي هو من جملة ظواهر التسمم
الزحلي اما ان يكون استنشاقه بالنفوس وهو منجزى تميزا عظيما واما ان يمتص
في الامعاء او يدخل في تيار الدورة بواسطة الغشاء المخاطي الاثني ولذا يوجد هذا
المرض عند شغالي الاسفنداج او الرصاص او القضة او عند النقاشين
ومصافي الملونات ودهاني القنار وسباكي حروف الرصاص والطبايعين ونحو
ذلك من ارباب الصنائع الذين يستغلون في جو متحمل بجزئيات رصاصية
واما حصول المغص الزحلي عقب الافراط من استعمال الاستحضارات
الرصاصية على شكل الادوية او غش الاتبة قبحها ونحو ذلك فهو الاثر اندو
من الكيفية السابقة لكن الذي يظهر ان المغص المهول الذي يشاهد في
دوقنشير ومغص بواتر وغير ذلك من أنواع المغص الوبائي او الوطني المشابهة
بالكلية للزحلي في ظواهرها كانت ناشئة عن تسمم الاهالي بالمشروبات
المحتوية على الرصاص لاعتبارها رباتية وقد يحصل المغص الزحلي بندرة
عند من يتعاطون الشوق الموضوع في علب من ورق الرصاص والاستعداد
للإصابة بالمغص الزحلي يختلف كثيرا لكن لا يعرف من الاسباب المهيمنة
للإصابة به الا اميل العظيم لانكسبات الذي يبقى عند الشخص بعد الشفا من
هذا المغص واما بقية الاسباب المهيمنة التي يقال انها تزيد في استعداد
الإصابة به كالانكباب على الشهوات والافراط من المشروبات الروحية فلا
ساجنة لذكرها هنا حيث انها تذكر في جميع الاسوال التي لا تعرف حقيقة
اسبابها ويعنى بالمغص مطلقا زيادة عن الالام العصبية للصفيرة المسارية
جميع اصابت المعنى المواتة التي لا تنشأ عن التهاب جدرها وتغيرات أخرى
مادية فيها فلذا استدكر المغص الذي يحصل من جملة ظواهر الديدان المعوية
كاذكرناه من الاعراض السابقة الا التهاب الاعورى البرازي وامراض

تضابق المي أو انسداده وهناك فرقنا بين الآلام التي تسبق الالتهاب
والآلام التي تعقبه وتكون متعلقة به ونفس الأسباب التي تحدث مرتفعا
قد تحدث مرة أخرى التهايا قولونا ولا يتضح توجيه كيفية صيرورة الاعصاب
الحساسة في هذا النوع من المغص في حالة التهيج زائد لكن لنا ان نقول ان
الآلام هنا تليج دائما عن التهيج الذي يصيب الانتهاآت الدائرية للاعصاب
المعوية حيث ان الاشكال المذكورة للمغص مخافة بالكلية للآلام
العصبية الحقيقية من المي والسبب المحدث للمغص بكثرة هو بلا شك شدة
التقدم ورمعية وشدة توتر جدران المي الناتجة عند دخولها
بالغازات المعوية المحتبسة في جرت محدود من المي فهي التي تحدث عند اموالها
في هذا الجزء كثيرا ما يدرك بسهولة ان الغازات المحتبسة في المي تدفع
بالانقباضات العضلية نحو عمود برازي او عاتق آخر في المي يمنع سير تلك
الغازات وعند وصولها الى هذا العائق تحدث آلاما شديدة جدا وكثيرا
ما يدرك في أحوال أخرى ان الغازات المتراكمة تنسحق من محنها الى محمل
آخر بواسطة الانقباضات المعوية وانها بانتقالها من محل الى آخر يتغير محل
الآلم أيضا ومن الخطا نسبة الآلام في هذا الشكل من المغص الغازي الى تأثير
مهيج للغازات المعوية في الغشاء المخاطي المعوي كما ان من الخطا نسبتها الى
الضغط الذي تحدثه الانقباضات العضلية للمي على القريعات العصبية
وحيث ان فساد مصل المي والمخلة هو السبب الغالب لتجمع الغازات
في المي يتضح ان الامراض التي فيها يكاد مصل المي المهي الا غير طبيعي
تصطب في الغالب باعراض المغص الغازي خصوصا في النزلة المعوية
الناشئة عن وصول مطعومات غير منهضة آيلة للفساد من المعدة الى المي
والناشئة أيضا عن احتباس المواد الثقيلة زمناطويا وحيث ان وصول
اللين بهذه المنابة كثير في الاطفال يكون المغص الطفلي مرضا كثيرا لوصول
جدا عندهم ثم اذا اتقدقت الجواهر الاخذة في الفساد من المي قبل
اصابته بالنزلة المعوية يكون المغص هو العلامة الوحيدة للفساد غير الطبيعي
في المي وبكيفية مماثلة لما يحصل به المغص الغازي من تجمع الغازات في
المي يحصل أيضا المغص البرازي عند دخول المي بالمواد البرازية والمغص

الديداني من تعب دالمى بواسطة الديدان الشريطية الملتفة على نفسها او
 بواسطة حزمة من الديدان الاسطوانية الملتفة كذلك والالام البطنية
 الناشئة عن استعمال مسهلات شديدة او مطهومات مضره يبرعها أيضا
 بالمغص لكن التغيرات التي يكابدها افراز الغشاء المخاطي المعوي عقب
 استعمال هذه الوسائط او عقب تعاطي الثمار الفجة أو نحوها من الجواهر
 تدل على انه يحصل في مثل هذه الاحوال التهابات خفيفة قصيرة المدة تزول
 بزوال تلك الاسباب المضره ويمكن تشبيه هذه الالام بالتي تنتج عن وضع لينة
 خردلية على الجلد وتزول عقب رفع الخردل ويظهر ان بعض أشكال المغص
 الديداني من هذا القبيل أيضا سيما المغص الذي فيه تعقب الالام بخروج
 مواد مخاطية وفي المغص الشديد جدا المسقر الذي يعقب تأثير البرد في الجلد
 لاسيما في الأطراف والبطن السفلي يظهر ان الطبقة العضلية للمعي تصاب
 بكيفية مماثلة لاصابة عضلات أخرى في الآفات الروماتية بحيث يصح ان
 يطلق عليه اسم المغص الروماتيزي

• (الاعراض والسير) •

قد شرح المعلم (رودبرغ) الالم العصبي المساريق يحصل الالام تقشر من
 السرة الى البطن السفلي ذات نوب تتعاقب بفترات من الراحة وهذه الالام
 تكون اما ممزقة او قاطعة او ضاغطة والاكثر ان تكون ابتداء لاوية
 او قارصية ومصحوبة باحساس مؤلم ويكون المريض في قلق عظيم باحساس
 تلطيف سالتبه يتغيرا وضاعه والضغط على البطن ويكون كل من الايدي
 والاقدام واليدين مضعف الحرارة والوجه متقلبا وتقباض كل من
 الحاجبين والشفتين يدل على الالم ويكون النبض صغيرا صلبا وجدرا البطن
 المنتفخة والمنتقبضة تكون متوترة وكثيرا ما يوجد غثيان وفي عتسرى في
 التبول واحيانا زحير والغالب ان يوجد عادة اسالك وفي النادر يكون
 التبرز طبيعيا او متزايدا وهذه النوبة تتسدمن دقائق الى ساعات عديدة مع
 فترات متداخلة ثم تزول هذه النوبة وتنقطع بالكليسة ويصطب ذلك
 باحساس براحة عفاية وسير هذا المرض دوري لكنه أقل انتظاما من غيره من
 الامراض العصبية

وابتداء امراض المغص الرصاصي يسلك على الدوام يسبق بطواهر
 الذي كرازيا الرصاصية فيكون المريض ذا شهقة وضعف وجأده سخيا
 ترايبا أزرق اللون باهته وتكذب لثاته لونا كاليا من رقا فتكون رائحة
 نغسه كريهة ويوجد في فم طعم ساوهدني ثم تظهر عنده آلام دورية تكون
 في الابداعصماء ثم تنتشر من القسم التراسيني الى الظهر والاطراف ثم
 تشد بسرعة بحيث يصبح المريض ويصرخ مدة لنوبة ويعلق في فراشه
 أو يتحرك في حالة بأس ويقبل امورا خارقة للعادة من شدته تلك الآلام
 ويكون النبض بطيا جدا والصوت فاقد ارناته وكثيرا ما ينضم لذلك زحير
 بولي وغشيان وفي ذلك تبدل على ان التهيح المرضي للاعصاب المنوية امتد
 الى اعصاب أخرى ويكاد يوجد على الدوام امسال مستعص بحيث يمكن
 المريض من ثمانية ايام الى أربعة عشر بدون ان تخرج منه المواد الثقيلة
 الصلبة الكرية القليلة الكمية ولومع استعمال المسهلات الشديدة وجر
 لبطن تكون مدة صفة انقباضا عظيما بحيث يظهر البطن صلبا كأنه لوح من
 خشب ومنقبضا نحو الباطن وسير هذا المرض يظهر طرزا مترددا واضحا
 الا في النادر بحيث تتعاقب النوب الشديدة بقترات راحة وتختلف مدته
 كثيرا فالنوبة الاولى من المغص الرصاصي تزول بالمعالجة اللائقة في يسير من
 الايام او اسابيع قليلة وبعد تكرر والكسبات يمكن استقرار المرض عدة اشهر
 وان حصل الشفاء يكون حصوله اما تدريجيا او فجائيا فتزول الآلام وتحصل
 استقرارات برازية غزيرة وتعود القوى بسرعة كذلك وكثيرا ما يكون
 الشفاء غير تام فيبقى بعد زوال المغص الرصاصي تطواهر التسمم الرصاصي
 المزمع ويتردد جدا انتهاء هذا المرض بالموت وان حصل في هذه الحالة انما
 يكون من مضاعفاته

ثم ان شرح اعراض الالم العصبي المساريقي يوافق شرح المغص مطلقا وقد
 اجاد الماسلم (هينوك) حيث شبه على ان صفة الالم واحدة سواء كان التهيح
 مصيبا للانهاآت الدائرية لعصب حسي او مصيبا لتلك العصب في منشأه
 اوسيره ويمكن ان تصل مدة الالم في المغص الغازي وشبهه من أنواع المغص
 الى درجة عظيمة جدا وحيث قد تظهر المكابدات الثقيلة على سحنة المريض

المتغيرة جسدا فيكون قريبا من حالة الوقوع في الانحسار ويكون الجسم مغطى
بعرق بارد والوجه باهتا متغيرا او التبيض صغيرا وقد ينضم لذلك غثيان وفي
وزحير يولي وغيرها من الظواهر العصبية وينبغي للطبيب معرفة مجموع هذه
الاعراض حتى لا يقع في الوهم بدون مقتض وكثيرا ما يسمع ويحسر باليد في
بطن المريض بانطلاق الغازات من محل احتباسها الى آخر من المعى وهذا مهم
اذ يحصله كثيرا ما تزول الام رقعة واحدة وقد لا تحصل الراحة الا بعد
التبرز بحيث ان المواد الثقلية التي كانت عمدة للمعى والغازات التي كانت
مخفية خلفها تنقذ الى الخارج

• (المعالجة) •

قد تستدعي المعالجة السببية في الشكل العصبي من المغص معالجة مرض
الرحم الذي احدث هذا الالم العصبي وقد اجتمعت عند وجود المغص الزحلي
طبقة المئات تدعيه المعالجة السببية في تعادل الرصاص الموجود في الجسم
بواسطة جواهر كيميائية وترسيبية وللحصول على هذه الغاية قد اعطى حمض
الكبريتيك والاملاح الكبريتاتية سيما الشب والملح المر وهذه الطريقة
كغيرها من الطرق وان لم تكن كافية في زوال التسمم الزهري المتقدم لا بد
من استعمالها لاجل تجنب التسمم الرصاصي والحصول على ذلك ينبغي تجنب
ادخال الرصاص في عمل الاواني والمراسير المدة لحفظ السوائل ولتوصيل
المياه الى محال بعيدة وينبغي ان يشغل في التساعات ذات الهواء المختلط
يجزيئات رصاصية قد شغنته الاستحمام والغسل المتكرر كما ينبغي تغيير
الملابس وعدم الاكل في محل الشغل وينبغي ان تكون محال الشغل متجددة
الهواء ويلزم ابدال الاسفيداج المستعمل في بوية دهن الابواب والشبابيك
بزجاج الخارصين وعلى الحكومة منع وضع الشوق في صقائح من رصاص
وينبغي في المغص الناتج عن كمية عظيمة من المواد الثقلية في المعى استعمال
المسهلات سيما اللطيفة التي لا يتسبب عنها آلام في البطن واجود الوسائط
والطنها استعمال زيت الخروع والحقن المليئة والمغص الناتج عن برد
البطن والاطراف تستدعي المعالجة السببية فيه استعمال المعرفات واحسن
ما يوصى به في مثل هذه الحالة المناقيع العطرية القاترة ووضع زجاج او سجارة

مسخنة على البطن

واما معالجة المرض نفسه فتستدعي في جميع اشكال المغص المذكور في هذا المبحث استعمال المخدرات سيما الافيون وتأثيره في شكل الالم العصبي من المغص يوجه بخاصية تخديره وفي المغص البرازي والغازي بتخديره مع تأثير آخر وذلك ان الانقباضات العضلية للمعي التي بها تندفع الغازات والمواد الثقيلة الى بعض اصفار المهي او تنحبس فيها تزول باستعمال الافيون وبذلك يتيسر توزيع المتحصل المعوي على جملة اجزاء من المهي ومن الممدوح بكثرة في المغص الغازي والبرازي استعمال المنقوعات القاترة كزهر البابونج والنعناع الفلفلي والوالريانا اما شرابا فنجبانا او حقنا وممثل المنقوعات المذكورة الجوهر الطاردة للغازات ومن الممدوح ايضا ذلك البطن زمنا طويلا بالزيت الساخن والافيون اقوى الجوهر تأثيرا في المغص الزحلي حتى ان الاطباء الايوماتيين يستعملونه بقدر عظيم ولا يخشى منه زيادة الامسالك فانه لا يوجد جوهر اقوى منه في ازالة الامسالك المصاحب للمغص الزحلي ومن هذا التأثير يظهر انه يوجد مع الامسالك الزحلي زيادة عن ثوران الاحساس انقباض تشنجي في المهي هو السبب في حصول الامسالك ومع كون الافيون اقوى الجوهر في ازالة الامسالك في المغص الزحلي واجود تأثيرا من المسملات لا ينبغي اهمال استعمال المسملات واكثر المسملات الشديدة استعمالا في هذا المغص زيت حب الملوك والاعقاب ان يتحصل على المطلوب باستعمال الافيون ثلاث مرات في النهار من نصف قعة الى قعة مع تعاطي مل ملعقة كل ساعتين من مخلوط من كب من ثلاث نقط من زيت حب الملوك واوقيتين من زيت الطروع ويقوى تأثير هذه المعالجة بالحمامات القاترة والضمادات المسكنة وضعا على البطن واستعمال الحقن الملية والمخدرات مع التعاقب ويوجد خلاف هذه الطريقة المستعملة في معالجة المغص الزحلي وتنوعاتها كما استعمال مسملات اخرى سيما الملح المر والسنا والزئبق الحلو واستعمال الافيون بقدر عظيم طرق عديدة في معالجة هذا المرض اشهرها الطريقة المنسوبة الى مارستان الشاريتية (اي الصدقة) والتاخر ان المنفعة العظمى في هذه الطرق الافيون والمسملات

* (الفصل التاسع) *

(في الديدان المعوية)

الديدان التي تشاهد بكثرة في معي الانسان هي الدودة الشريطية الوحيدة المعروفة بدودة حب الترع والدودة الشريطية ذات القناة المرصكية والشريطية المريضة العقل والديدان الاسطوانية وانقراطينية والدقيقة الذئب والشعرية الرأس

اما الدودة الوحيدة او ذات العقل المسماة تطيلة فتطواها من عشرة اقدام الى عشر بن ولونها أبيض مصفر مستديرة ومسطحة من طرفها الملتصق وقرطحة مستعرضة من الجهة الخلفية ويميل لها رأس وعنق وسم من كب من عقل كثيرة تنبت عن مئات فالرأس يكون من اسفاخ ذي شكل مربع مقنوع الزوايا ويشتمل على خرطوم هرمي الشكل قليل البروز يحاط بصفيين من كلاب وبالبعد عن ذلك يحاط أيضا بربع فوهات ماصة مستديرة منتظمة الوضع والعنق التالي للرأس ضيق جسد او طول ونصف قيراط تقريبا وتلاب العقل الحديثة التي عرضها ربع خط تقريبا واما القديمة فعرضها يصل الى نصف قيراط وتدين يدو العقل المتناقصة الشبيه شكلها بحب الترع ذات القمة المنقطة يختلف شكلها بحسب سنها فالقديمة يمر بوسطها قناة مركزية لونها اصفر مسمر وذات جيوب جانبية وهي الاثار الأولية للاعضاء التناسلية واما القديمة فيرى على جانبيها تارة في الجهة اليمنى وتارة في اليسرى بدون تعاقب منتظم ارتفاع قليل يخرج منه قضيب ذو شكل متشعر ورفيه تنتمي القناة المتوية والبوق وباطن العقل القديمة يكون جعبه معلوات تقريبا برحم اربعين ذي تفرعات متشجرة في القديمة جبايون العضو الخبير مثل ابيض يستدل به كثيرا على ما في باطنه من الجراثيم مع كلاليتها السنت ويخرج من حلقة وعائية كائنة في باطن الرأس او عبة تسير على جانبي العقل وتتفهم مع بعضها بقنوات مستعرضة تتصل بعض المشاهدات ولم يتاحد الى الاثر في الدودة الوحيدة المذكور قاعضا غير ما ذكر

ثم ان يجلس هذه الدود في المعوي وقد يصل الى ثلثي المعيط والغالب انفرادها في الشخص وتندر تعددها (ولذلك سميت بالوحيدة) وهذه الدودة

تشاهد في أوروبا وامريقة وآسيا وأفريقية ومن الغريب عدم وجودها في
المحال التي لا توجد فيها الدودة العريضة العقل ما عدا بلاد السويد ويجري
واما الدرودة ذات القناة المركزية فانها لم تميز عن الوحيدة الا منذ عهد قريب
والواقع ان عقلها مشابهة تمامة بعقل الدودة الوحيدة كما ان اها مثلها فوهات
تناسلية جانبية الا ان عقلها اعرض وانحن وكذا جهازها التناسلي انحن
وأكثر تعرجا عما في عقل الدودة الوحيدة وأوضح فرق بينهما هو اختلاف
شكل الرأس فان رأس الدودة التي نحن بصدد هاهنا مستول لعدم احتوائه
على الخرطوم وتاج الكلاب وفيه اربع فوهات ماصصة وندرة تباح طرد
رأس هذه الدودة وانقذافه هو السبب في بقاء اقبامها زمن اطول بلا والسبب
أيضا في اعتبار العقل ذات الفوهات الجانبية التناسلية دودة وحيدة والعقل
التي في وسطها الفوهات التناسلية دودة ذات عقل عريضة بدون فخص
وتدقيق

• (تنبيه) • الامانع من تسمية هذه الدودة بذات الرأس المستوى
واما الدودة العريضة العقل فهي وان كانت شبيهة بالوحيدة الا انها تميز عنها
بامور منها انه يشاهد في رأسها بدل الخرطوم وصفي الكلاب والمواص
حفرتان جانبيتان على هيئة شقين ومنها ان عنقها قليل الظهور جدا ومنها ان
عرض العقلة ثلاثة امثال طولها ووضح فارق في تميز كل عقلة دودة شريطية
عما عداها من عقل غير هاجس الفوهات التناسلية فانها في الشريطية
العريضة العقل تكون وسط العقلة لاني جانبيها بحيث يعرف لها الظهور من
باطن ومجلس هذه الدودة الشريطية العريضة العقل المسمى المدقيق ايضا وتوجد
في شرقي أوروبا الى حد شواطئ نهر الوستيل وزيادة عن ذلك توجد في بلاد
السويد كما تقدم مع الوحيدة

واما الاسطوانية فشكلها اسطواني مستدق الطرفين وطولها من نصف قدم
الى قدم وعرضها من خطين الى ثلاثة وجسمها اثنا عشر حبة يشاهد منه
القناة المعوية الممتدة من احد الطرفين الى الآخر وكذا اعضاء التناسل
والرأس منهزل عن الجزء بعيزاب حلق وتشاهد فيه ثلاث حبات صغيرة بينها
يكون الفم وفي هذه الدودة تميز اعضاء التناسل فيوجد في باطن الاثني مبيض

ويوقان عظيمان جدا وفي باطن الذكر الذي هو اصغر حجما من الاثني لمحو طرفه
الذي المقوس الخمسينان والقناة المساقلة للمني المتعرجة وفي طرفه الاثني
يوجد القضيب شعريا ومزدوجا ويوجد في الثلث العلوي من الاثني ثقب
طوله من ستة خطوط الى ثمانية هو قوهة اعضاء التناسل ويجلس هذه الدودة
الاسطوانية المني الدقيق والغليظ ومنه تسبح الى به يد بحيث يمكنها الوصول الى
المعدة والمرى بل والخبيثة وقد تسبح ايضا من الاثني عشرى الى القناة
المقراوية وادعاء انها تتقب المني يظهر انه غير صحيح الا ان المني متى كان
متثقا باى مرض من الامراض يمكن نفوذ هذه الدودة منه الى البطن
واما الدودة المستدقة الذنب وتعرف بالقافزة فهي صغيرة في حجم الخيط والذكر
منها نادرا الوجود وطوله من خط الى خط ونصف ملتف على نفسه لثلاثين
من طرفه الخلفي وحجم الاثني اعظم وحجمها مستقيم او منحني قليلا ورأسها
يكون منتفخا قليلا بسبب وجود بروزات جانبية والقضيب يخرج من
الطرف الخلفي من الذكر والفم التناسلية للاثني قريبا من الرأس ويجلس
هذه الدودة الرئيس الجزء السفلي من المني خصوصا المستقيم ومع ذلك قد تسبح
بعيدا عنه حتى تصل الى الجزء السفلي من اللقائى وكثيرا ما تسبح من المستقيم
الى المهبل

واما الدودة الشعرية الرأس فتواها من خط ونصف الى خطين والجزء الخلفي
من جسمها اغلظ من المقدم الذي يكون خيطيا والجزء الخلفي من ذكرها
الذي هو اصغر حجما من الاثني الملتف حلزونيا يشاهد في انتهائه القضيب
المنحني على هيئة كلاب والمخاط يغمد انبوبي والاثني اغلظ من الذكورات
جسم مستقيم ممتلى بالبيض في جزئه الخلفي وهذه الدودة يجلسها المني الغليظ
سما الاعور

• (تكون الديدان المعوية واسبابها) •

الآراء التي كانت جارية على ان تولد الديدان المعوية ذاتي ونسب ذلك لتراكم
المواد المخاطية المعوية وتنوع مخصوص فيها رفضت الآن بالكليسة فان
الحيوانات الطفيلية التي تعيش في القناة المعوية تتولد عن بيض ولا تصل الى
القناة المعوية الاعلى حالة بيض او محوره من ادوار تكونها الابتدائية وليس

عندنا دليل أكيد الاعلى كيفية تولد الدودة الوحيدة وذات الرأس المستوى
وهو ان العقل الاخير من هذه الدودة المملوءة ببيض تام التكوين تنفصل
زمنافز منا وتنقذ الى الخارج وجرثومة هذا البيض الخارجة منه ينبغي
لاجل تمام نموها ان تصل الى جسم حيوان آخر حتى ازدردها حيوان جسمه
صالح لنموها تثبت جدران قناة المعوية وانبتت في صقر من جوهر جسمه حتى
تعمر بجزء لا تقبل نموها وهنالك تنفصل عنها كلاليتها الصغيرة ثم يخرج من
جدرانها عنق ورأس ويسمى ما ذكره من قبل بالقص وهو شبيه بالكلية بالدودة
الوحيدة وفي الابتداء يكون القوس منحصر في تجويف البطن ثم يخرج
ويصير سايبا وجسم الجرثومة المنتفخ ينضم على هيئة حويصلة ذاتية ثم عند
وصول القوس الى هذه الدرجة من النمو يتكون عنه ما يسمى بالديدان
الحويصلية التي تشاهد غالبا في الخنزير فهي عبارة عن قوس الدودة الوحيدة
ليس الاثني وصلت هذه الدودة الحويصلية الى معي الانسان تثبت قوسها
بجدران القناة المعوية وتخلص من حويصلته الذاتية ويكتسب الشكل
العقلي فيصير دودة وحيدة

وبهذه المثابة تتولد الدودة الشرطية ذات الرأس المستوي متى وصلت
جرثومتها التي تكون على هيئة دودة حويصلية في معي الانسان واما تكون
جرثومة الدودة الشرطية العريضة العقل فقير معلوم ولا كيفية
تولد قوسها وكذا تكون الاسطوانية الابتدائي والدقيقة الذنب والشعرية
الرأس لكن من المتيقن ان هذه الديدان لا تتكون في محالها من دودة صغيرة
خارجة من بيض دودة في القناة المعوية وحدها ينبغي القول باتيان قوسها من
الخارج ودخوله في الجسم مع الاغذية ثم ان اسباب الديدان المعوية تنوعت
تنوعا عظيما واشتهرت بحسب الاستكشافات الجديدة وههناك اسباب
التي قيل بها سابقا ثبت الا ان اهم اليست مبنية على أساس صحيح والذي
يظهر الا ان انه لا يلزم ان يكون الغشاء المخاطي مجلسا لنوعات مخصوصة فيه
اولتنوع مخصوص في متحصله حتى ينبغي على ذلك تكون الديدان المعوية
في القناة المعوية ونموها فيها وفي كثير من الاحوال يمكن معرفة الاسباب
التي بها تكونت الديدان الوحيدة في المعى فقد وجد العالم (كشمبستر)

ديدا ناوحيدة صغيرة حديثة في باطن امعاء شخص محكوم عليه بالقتل وكان قد اعطاه ديدانا نحو يصلية يزدردها قبل الموت به دليل من الايام ووجود فقس الديدان الوحيدة في لحم الخنزير أكثر منه في جميع اللحوم التي يتعاطاها الانسان وأقل من ذلك وجوده في لحم الشبريل (وهو نوع من الغزلان) واندومته في لحم البقر ووجود الديدان الشريطية بأنواعها في المسلمين واليهود نادرا جدا لعدم تعاطيهم لحوم الخنزير وفي بلاد الحبشة التي فيها جميع الأشخاص تقررياً مصابون بالديدان الشريطية لا توجد هذه الديدان مطلقاً في الفس السطر يزبون الذين يتغذون بالاسماك فقط كما ان الديدان الشريطية كثيرة الوجود جدا في البلاد التي يكثر فيها تربية الخنازير وقليلته في ضدها ثم ان الديدان الحويصلية لا تقاوم تأثير طبخ اللحم ولا شيه ولا تحفيمه بالتدخين فتعاطى اللعوم المتحملة بيجرثومة هذه الحيوانات ويضها لا ينتج عنه تكون الديدان الشريطية مادامت هذه اللعوم تؤكل مطبوخة أو شواء او مجففة بالتدخين وفي عكس ذلك ينعكس الحكم يعني يكثر وجودها في تعاطاها نيئة ولو بذوقها اختيارا لها وكذا الذين يضعون السكاكين الملامسة للعوام المتحملة بيجرثومة تلك الديدان الحويصلية في أفواههم كاصحاب اللوكندات والطباخين والجزارين وهؤلاء الاخيرة يمكن ان يساعدهم انتشار هذه الديدان بقطعهم بسكين ملوثة بيجرثومتها السبق او لحم الخنزير ولا يسرعون في طبخه بهدشراثة

وكمبراما ينتج عن العادة الجارية الآن باعطاء الاطفال المنهوكين لحمانيا مبشورا جدا تكون ديدان وحيدة او ذات الرأس المستوى واقول بان تعاطى اللعوم الجراء التي فيها التريشين الخلزوني ينتج عنه تكون الديدان الشعرية الرأس قدر فض الآن ومشاهدة الديدان الاسطوانية ذات الذنب الدقيق الكثيرة فيمن يتغذى بالمواد القشوية يمكن توجيهها بما استكشفتها العالم (استين) من وجود ديدان طفيلية في باطن بعض خنافس لدقيق في الجزائر ان يكون وصول فقس هذه الديدان أو بعضها الى المني بتعاطى الدقيق الآيل للقساد

* (الاعراض والسير) *

الطواهر التي تنتج عن الديدان المعوية تختلف كثيرا بحسب الاشخاص
 المصابين ففي احوال كثيرة قد لا يعرف وجود هذه الحيوانات الطفيلية
 الا عند انقذافها وقطع منها مع المواد البرازية وذلك بالخصوص يقال بالنسبة
 للديدان الشريطية فلذا يشاهد كثير من المصابين بالدودة الشريطية
 الوحيدة أو بذات العقل العريضة متمتعين بصحة جيدة ولا يشتمكون بحقص
 ولا بطواهر انعكاسية ولا يفتقون لمرضهم الا عندئذ ويج بعض قطع عقلية
 زمنافز منا وكثيرا ما يتعذر على الطبيب معرفة هذه القطع اذا أفيم المريض
 للطبيب ملفوفة في الورق باقفة لينظرها وفي احوال اخرى تشتكي المرضى
 بحقص شديد زمنافز منا ويحس في أثناءه بجسم متحرك (لا يمكن لا يحدث
 عندهم هذا الاحساس الا عند معرفتهم بوجود الديدان في بطونهم)
 فيشاهد أن المريض يتلوى ويستند بطنه على جسم صلب وربما حصل عنده
 غثيان اوقى ومع ذلك يحصل في اقران اللعب ازدياد عظيم بحيث يسبيل من
 الهم ثم ان الطواهر التي شرحناها قد اشتمر عند العامة انها علامات أكيدة
 على وجود الديدان خصوصا ان ظهرت عقب تعاطى التسخين او البصل
 او القجل او الثمار ذوات النوى فبوجودها يستيقظ الطبيب لوجود تلك
 الديدان اكن لا يجزم الا عند انقذاف عقل من الدود من ذاته او بتعاطى
 مسهل او جوهر طارد له وفي غير ذلك من الاحوال قد لا يتحصل الجسم وجود
 الديدان فيحصل الاسم الزمنافز ما سيما عقب تعاطى الاغذية المملحة او المتبلية
 بالاقاويه فيصير المريض متغير اللون فاقد القوام وينحف خصوصا ذوى النخافة
 من قبل والاطفال والبنات وبالجملة فالتهيج الذي تحدثه الدودة الشريطية في
 اعصاب الغشاء المخاطي المعوي قد يمتد بحركة الانعكاس الى اخيطة عصبية
 أخرى لا يمكن قد يولغ في كثرة العوارض العصبية التي تشابه ذه الكيفية
 بما نغسه كثيرا ما أدت للخطا المتعدد وكثيرا ما يقرب للديدان الاسطوانية
 اللدغغة في الأنف تلجى بعض الاشخاص للدالك في الخياشيم وتعددا لمدقه
 والحول واصطكاك الاسنان ونحو ذلك من الطواهر العصبية القليلة الشدة
 واما الديدان الشريطية فيتسبب عنها اعراض عصبية كثيرة الشدة
 والامتداد كالصرع والرقص السنخي وعند حصول الصرع بدون سبب

ظاهر يمكن ان يتوهم انه ناتج عن التهيج الواقع على الغشاء المخاطي من وجود
الديدان فيحتمس من الوقوع في الخطأ بوجود حلقات من الديدان الشريطية
في المواد البرازية لشخص مصروع بحيث يظن ان الصرع عنده مرتبط
ارتباطا كاملا بوجود هذه الديدان وانه يزول بزوالها فان الاحوال التي يمكن
فيها حصول ذلك اندر ما يكون بحيث لا تذكر بالكلمة بالنسبة للاحوال التي
فيها يستمر الصرع بعد انقضاء الديدان الشريطية

واما الديدان الاسطوانية فلا ينتج عن وجودها في المعى عرض ما فانه مع كثرة
انتشار هذه الحيوانات الطفيلية لو كان ينتج عنها تهيج شديد في الغشاء المخاطي
المعوي وعوق في التغذية لما وجدت اطفال بكثرة من المصابين بها متمتعين
بصحة جيدة ومتى كانت هذه الديدان في المعى بكمية عظيمة جدا أمكن التقاطها
على بعضها وتكوينها التجمعات تسمى بالمعوى فتحدث عوارض مفضة ثقيلة
حدا كالناشئة عن تجمع المواد الثلجية بل ان لم يمكن انعزالها من بعضها
او انقذافها بشديد من المسهلات امكن ان ينتج عنها اعراض المفضل الموهول
المعروف بالقولنج وأن ينتج عن حر كاتها القوية مفضل شبيه بالذي ينتج عن
الديدان الشريطية وأسباب هذه الحركات غير معلومة لنا وظن المعلم
(كشمبستر) أن الديدان الاسطوانية مدة علقها تتحرك حركة قوية اشبه
شيء بالهزل والاستدلال بالهيئة الباهتة لنعقبة ووجود الاضطرابات
العصبية المذكورة على وجود الديدان الاسطوانية في امعاء الاطفال اشهر
خطأ من الاستدلال بوجود مثل هذه الاعراض على وجود الديدان في امعاء
اليالغين ومن اطباء من يغترق يظن انه عرف حقيقة المرض بخروج بعض
هذه الديدان الاسطوانية بالتبرز والتي من منسل هؤلاء الاطفال فلا يتم
بالبحث الجيد ثم تظاهرة حقيقة الحال فيجزم بان الديدان لم تكن هي السبب في
المرض بل ان الاطفال مصابة باستسقاء دماغي او مرض آخر من الامراض
الثقيلة ونقطه بذلك يقال في المعى المعروفة بالمعوى الديدانية فانه وان جاز ان
الديدان الاسطوانية ينشأ عنها احبانا نزلة معوية وظواهر حجة خفية لكن
الغالب ان الديدان الخارجة ليس لها ارتباطا بالمعوى المنسوبة لها واذا
وصلت الديدان الاسطوانية الى المعدة ينتج منها احبانا ملل وضجر عظيمان وفي

بجيث لا تكون للمرضى قدرة على وصف أحوالهم والاحساس القائم بهم فمقع
الطبيب في حيرة الا ان منقذ الديدان بالقيء ويتضح الحال وقد لا ينشأ عن
صعود الديدان الى المعدة والمرى الاعراض واهية جدا حتى ان الديدان
تخرج من القم مدة النوم بدون استيقاظ المريض وقد تصل هذه الديدان الى
السنجرة في أثناء سبجها وحينئذ يصل للمريض تضايق تشنجي في المزمرة قد
شوه موت بهض الاطقال من هذا العارض النادر السلوك واذا دخلت
الديدان في القناة الصفراوية نتج عن ذلك عائق في سير الصفراء واذا امتدت
زيادة عن ذلك ودخلت في القناة الصفراوية نتج عن ذلك التهاب كبدي حتى
الا انه يتدرجدا معرفة السبب الحقيقي لمثل هذه العوارض ونسبة اعراضها
لزوجان الديدان

واما ذوات الذنب الدقيق فينشأ عنها كالان متعب بجر كآتها عند قريم امن
الاستأوانطروج منه وذلك يزداد مساهوليا حتى انه يمنع النوم ويصطب
ذلك بمطلب متكرر للبرزو ويوجد في المواد البرازية المنقذفة المختاطة كثيرا
بالمواد المخاطية ديدان صغيرة تحرك بجر كآتها في القرح
او المهبل بعد مرورها على العجان صار هذا العضو يجلس الا كالان وغليان
صعب جدا ثم ان التهييج الناتج عن هذه الديدان والاحتكاك الذي يصاحبه
قد يفتح عنه التهاب نزلي يغش امهات البنات فيلتجئ الى الطبيب نظام من
ان يشتمن مصابات بالسيلان الايض وفي مثل هذه الاحوال يداننا البحث
الذي بسرعة على حقيقة المرض

واما الديدان الشعرية الرأس فلا ينتج عنها ظواهر مرضية

• (المعالجة) •

اما المعالجة الواقية فالوساطة التي ينبغي استعملها الاوقاية من الديدان
الشريطية الوحيدة تستنج عما ذكر آنفا فلا ينبغي تعاطي لحم الخنزير الا بعد
طبخه بطريقة كافية لفساد الديدان الحوية التي يحتوي عليها هذا اللحم
احيانا وينبغي زيادة على ذلك الاحتراس في تعاطي اللعوم النية المستعمل
الاتن بكثرة في علاج الاطقال فتوص الامهات ببشر اللعوم ينقسمها خوفا من
وصول جرثومة الديدان الحوية الى بطون اولادهن ويؤمر الطبائخون

بعدم ذوق اللعوم النينة المعدة لعمل السجق وبعدم وضع سكين المطبخ في الفم
 كما يؤمر الجزارون بعدم استعمال السكاكين التي يجزون بها اللحم التي في
 قطع السجق ولحم الخنزير وحيث ان أسباب الديدان الاخرى وسكيفة
 اتفالهالجهولة فلا يمكننا ان نذكر وسايط صحية للوقاية منها
 ولاجل طرد الديدان الشريطية لا يستعمل من الادوية العديدة التي كانت
 تستعمل سابقا الا جذر السرخس المذكور وقشور جذر الرمان والكوسو
 وزيت الترمينتا

اما جذر السرخس المذكور فالظاهر انه قوى التأثير في الديدان الشريطية
 ذات الودق العريضة بجمه الافه في الوحيدة فكثيرا ما لا يجدي نفعا فيها
 وتستعمل قشوره مسحوقة من جرامين الى اربعة (أى من نصف درهم الى
 درهم) ويكرر استعماله مرتين أو ثلاثة ويعطى على الريق صباحا ومساء
 قبل النوم كما أوصى به بعضهم وبعدم مضى بعض سويعات أو في الصباح
 ان كان تعاطى المسحوق في المساء يؤمر المريض بتعاطى مسهل قوى مركب
 في الصبح النقطى والمحمودة والزئبق الخلو أو من ثلاثين الى ستين جراما من
 زيت الخروع وأقوى اشكال السرخس تأثيرا وأسمها اخلاصة السرخس
 الاتيرية فتعمل سبوا بعد ان يضاف اليها مقدار مساو لها من المسحوق
 ويعطى من جرام الى اثنين على مرتين ثم ان جذر السرخس المذكور يدخل
 عظيم في الادوية العديدة المركبة الطاردة للوددة الوحيدة التي تترك في
 هذا العصر شيئا قسريا

واما قشور جذر الرمان فالظاهر انها متى كانت حديثة نفعت نفعا كيدا
 في طرد الوددة الوحيدة والمقدار النافع منها من خمسين جراما الى مائة (أى
 من اوقيتين الى اربعة) في قدر ثلاثمائة وخمسين جراما الى سبعمائة جرام من
 الماء مدة اربعة وعشرين ساعة ثم يغلى حتى يبقى نصف السائل ويعطى
 منه على الريق صباحا على ثلاث مرات الا انه وان كان جيدا للتأثير يحدث
 عنه في احيانا ومغص شديد يتألم منه المريض عدة ساعات والانسب الذي
 يوصى به تجربة المنقوع البسيط قبل استعمال المطبوخ وهذا المنقوع مجهز
 بأخذ مقدار من اوقيتين من قشور جذر الرمان الى اربع أو اوقوتين المنقوع

البسيط أطف جدا من حيث ان المريض لا يحس بمكابدة ما وكثيرا ما شوهد
 من تعاطيه طرد الدودة المذكورة بل شوهد طرد ثلاث منهم اجمع رؤسها فان
 لم ينجح استعمال المنقوع فلان مانع من استعمال المطبوخ بعد ذلك وعقب
 استعمال قشور جذر ليمان تنقذ هذه الدودة بدون تجزئتها الى قطع بل
 الغالب ان تكون ملائمة على نفسها ككبة الغزل ثم ان لم تنقذ بعد تعاطي
 أول مقدار بساعة الى ثلاث ساعات فالاجود اعطاء اوقية او اثنتين من زيت
 انطروج وأوصى المعلم (كشمبتر) بتجهيز خلاصة من أربع اواق الى ست
 من قشور جذر الرمان وتزج هذه الخلاصة بست اواق أو ثمان من الماء
 الساخن وجرام أو جرام ونصف من الخلاصة الاثيرية للسرخس المذكور
 وأربع فمحات اوست من الصمغ النقطي ثم يعطى قدر فنجان أو أكثر من هذا
 المخلوط في كل ثلاثة ارباع من ساعة لاجل طرد الديدان فان لم يثمر ذلك في ظرف
 ساعة ونصف يعطى فنجان ثالث منه

واما الكوسو (ويعرف بالشربة الحشوية عند العوام وبالشاو) فهو
 عبارة عن الازهار المجففة المسحوقة من نبات يسمى بالبريرا الطاردة للدود
 وهذا الجوهر الدوائي الذي وصل اليناعن قريب من بلاد الحبشة لم يصادف
 الاصل العظيم الذي قيل به في ابتداء ظهوره مصادفة تامة وأقل ما هنالك ان
 النتائج العظيمة جدا التي مدتها بعضهم لم تثبت عند آخرين ويعطى من
 هذا الجوهر مقدار من درهمين الى نصف اوقية امامتدي بالماء أو حمز وجا
 بالعسل على صفة مربى ويعطى هذا المقدار على مرتين صباحا في ظرف نصف
 ساعة وقبل تعاطيه يعطى للمريض فنجان من القهوة فان حصل له غشيان
 أعطى له قليل من عصارة الليمون وان لم يحصل التبرز بعد ثلاث ساعات أمر له
 بحمل زيت انطروج أو السنا

واما زيت الترمنتين فهو وان كان من أقوى الادوية الطاردة للديدان
 الشريطية فلا يفتى استعماله الا عند الضرورة فانه اذا أعطى بكمية وافرة
 لطرد الديدان نتج عنه زيادة عن وداء طاعمه تهيج عظيم في المسالك البولية
 ويعطى منه قبل النوم من اوقية الى اثنتين منفردا أو مخلوطا بالعسل أو بزيت
 انطروج أو مستحلبا

ثم انه لا ينبغي اعطاء هذه الجواهر الا بعد انفصال أو ائنة ذفاف بعض حلمات
 ديدانية انفسا فاذا تيسر واما تأثير العلاج لاوقات معلومة في منازل القمر التي
 يسهل انفسا ذفاف الديدان فيها تبعاً لاعتقادات الفاسدة فلا يلتفت اليه
 وبالجملة يلزم قبل المعالجة الشفائية معالجة تجهيزية بان يحتمى المريض وتنظف
 امعاؤه بزيت النخروع ويغذى أياماً بالاغذية الملهمة كالفسيج ولحم الخنزير
 الملع وغير ذلك كالبصل والمقابلة بالافاويه ومن هذه المعالجة ما أوصى
 به من استعمال بعض الثمار كتوت الارض والثمار ذوات البزور الرقيقة
 فان هذه البزور تضعف الديدان وتصيرها مريضة كما قاله (كشمبستر)
 ولا يعتبر العلاج تاماً الا اذا شوهد رأس الدودة الشريطية لكن من المعلوم
 انه يمكن وجود جله ديدان وحب دقة في المعى وفي هذا العصر استعمال جواهر
 دوائية يسمى بالكالا وهو مسحوق يوجد من تجرؤس رؤس النباتات المعسى
 وتلير انشكوريا فيؤخذ منه من درهمين الى ثلاثة مخلوط بالماء وكذا
 قشور المارسيان من أوقية الى اثنتين عذوجة بالعسل وجذور الونان من
 درهم الى اثنين وغيرها من الجواهر الدوائية حتى قيل بوجود تأثيرها في
 الشريطية ويتكرر اراها يظهر لها تأثير قوي مخصوص والجواهر الدوائية
 الممدوح بكثرة في طرد الديدان الاسطوانية من بزور الشج اناراماني وهو الزهر
 الذي لم يتفتح من أكامه وهو من نبات يعرف بالاريتسيا الطاردة للسودة
 الشريطية وقد رفضوا الا ان طريقة اعطاء المخلوط المتخذ من مسحوق
 بزور الشج المذكور والجلية والواريانا والعسل ونحو ذلك من الجواهر التي
 كانت تعطى على شكل حربي وكان يمدبها مراراً جميع الاطباء تقريرا
 كل سنة كما ترك ما ذكر على شكل شكولا الشج أو اقراصه والذي عليه
 العمل الآن استحضارات أخرى أسهل تعاطيا وكدمنفعة كخلاصه
 الشج المذكور الاتيرية لاسيما الستونين وهو الجزء الفعال من هذا الشج
 فمن الخلاصه يعطى للطفل مقدار من خمرة قحبات الى عشر كل يوم ومن الثاني
 من ثلاث قحبات الى أربع ويوجد في الاجز اخانات مايس ستونين في يجوز
 ذوطم متبول في كل واحدة منه من نصف حبة الى حبة من الستونين وقد
 أوصى المعالم (كشمبستر) بحق قحبتين الى أربع من هذا الستونين في أوقيه

من زيت الخروع ويعطى منه ملعقة بن ساعة بعد أخرى حتى ينتج المطاوب
وأقوى منه نتيجة استعمال ستقونات الصودا وهو اللطف من ذلك تأثيرا
فيؤخذ منه أياما متواليات صياحا ومساء مقادير من قحنتين إلى خمس ومتى أعطى
بز الشج أو أحد استحضاراته لزم أن يعقب بحمى ولا حاجة لغير ما ذكر من
الجواهر الطاردة للدود ولقدف الديدان الأسطوانية

وأما طرد الديدان المستدقة الغنبي من المستقيم فيمكن فيه استعمال الحقن
وأجودها المأخوذة من الماء البارد والتسل لكن يلزم إعطاؤها بكمية عظيمة
لأجل وصولها إلى الديدان الساكنة في التعرير السيني وطرد هاع القمادي
على استعمالها زمنا طويلا ويبنى في الأحوال المستعصية أن يضاف إلى
الحقن المذكورة محلول خفيف من السليمانى بان يؤخذ منه ربع قحنة في
أوقيتين من الماء

* (المبحث العاشر) *

(في الحمى المعديّة وتسمى بالمخاطية والصفراوية)

كثير من الأطباء لاسيما الألمانين يعنى بلفظ الحمى المعديّة أحوال مرضية
ذات سير حاد فيها لا يصطبب الاضطراب العام الحمى الثقيل الا بطواهر سوء
الهضم ومصحوبة باسم ال غالبا ولا يوجد فيها اعراض تدل على تغير مرضي
ثقيل في عضوم الأعضاء المهمة ومثل هذه الأحوال المسمى عنها بالحيمات
المعدية يعتبرها الأطباء المشتغلون بالطب العمل بالممارسات العظيمة خاصة
أحوال التيفوسية الحقيقية ولا بد من رفض ذلك الاعتبار فان ~~م~~ كل طبيب
مشتغل بالطب العملي بين الأهالي لا بد وان يكون قد شاهد عدة أحوال
مرضية متقاوتة المدة طولا وقصرا بدون ان يكون فيها أدنى شبهة تسمم
تيفوسى تجت بقياس من عدم التسدير الغذائى العكسى وهى تطابق بالكلية
الحيمات المعديّة فعلى هذا فيبقى اجتناب القول بحصول تسمم تيفوسى ولو في
الأحوال التى لم يثبت فيها حصول التباعد عن التسدير المذكور والاعتراف
بالقول بان كلاً من تأثير البرد والمؤثرات الجوية والارضية وغيرها من
المؤثرات المرضية يحدث بمجموع اعراض من هذا القبيل وليس المقصد من
ذلك انكار ان عدة من الأحوال التيفوسية الحقيقية تشخص وتعتبر بحمى

معدية

ثم ان الحمى المعدية تبدي غالباً بقشعريات خفيفة متكررة ويبدران تبداً
 التوبة بقشعرية واحدة ثقيلة وسرعة التبعيض تزداد فجأة فتصل الى مائة
 درجة او ازيد في الدقيقة الواحدة وترتقي الحرارة طبقاً لقياسات القايضة
 المعلومة تارة الى درجة لطيفة وتارة الى درجة من تفضة فقد تصل الى درجة
 ٣٩ أو ٤٠ وتضطرب الحالة العامة اضطراباً عظيماً ويحصل انخراط عظيم
 تلازم فيه المرضى القرائس وتتألم الاطراف سيما المفاصل فيصعب فيها ابتكسر
 ويحدث ألم غير مطلق في الرأس يزداد ينوم المرضى وارتكازهم على وسائلهم
 ولو من الريش وربما تناقص بتعصيب الرأس بقوة بنحو منسديل (تنبه
 الوسيلة المذكورة تستعمل بكثرة عند المصريين لتسكين آلام الرأس
 الشديدة التي توصف بهذه الحمى) ويفقد النوم رأساً او يضطرب باحلام
 رديئة ويختلف شدة الظواهر المرضية الآتية من جهة المعسدة والحمى
 فالغالب ان تفسد الشهية ويغطي اللسان ويصير طعم الفم عجيباً وحرارة
 ورائحة الفم تكون منقنة وتشتمكي المرضى باحساس بضغط أو امتلاء في
 القسم الشراسبي وتزداد حساسيته بالضغط عليه وينضم لذلك تجشؤ من
 غازات أو سوائل حمضية ناتجة عن فساد الهضم وقد يحصل في متكررو وفي
 الابتداء بعقل البطن ثم يحصل اسهال سيما ان استتال المرض زماناً طويلاً
 ويسبق هذا الاسهال بغص متفاوت الشدة وينتدق به مواد سائلة متلونة
 بالفضرة بسبب الصقراء الفاسدة وكثيراً ما تكون هذه المواد مخاطية
 ومجموع الظواهر المذكورة قد يزول بسرعة بحيث ان المريض الذي كان
 في حالة منزعة في أول يوم يكون في اليوم التالي في حالة شفاء تام (وهذا ما يسمى
 بالحمى اليومية) وان ظهر طفق هر بسي على الشفتين فلا يمتد بشكلاً مرضياً
 مخصوصاً ويسمى بالحمى الهر بسية فانه كما يصاحب الحمى المعدية بكثرة
 كذلك يصاحب الرئوية والمتقطعة وربما كان فيهما أكثر فينتدلاً يكون
 له في المرض الاول كبراهمية زيادة عن الاخيرين وفي غالب الاحوال
 لا يزول هذا المرض في يوم واحد بل يستمر عدة أيام غالباً ويندرمكته زيادة
 عن أسبوع وعند الأشخاص الذين لا يتعملون ارتقاء درجة الحرارة الحمية

أو الهوكة الناشئة عن تولده هذه الحرارة تولد اذا ثابدا (وقد ذكرنا انه يوجد من
 هذه الحية اختلفا عظيم باختلاف الانحصاص) يوضح الانحطاط انضاما
 بينا بسرعة ويضطرب الدماغ ويحل محل الاسلام المفزعة هذيان وان ظهر في
 اللسان برفاق عظم الالتباس بالتيهوس وكثيرا ما لا تتضح حقيقة الحال الا
 في اليوم السادس الى الثامن عقب طرق تعيين بخائى ونقاها سريرة
 وحيث يتعسر تمييز الحى المعدية عن التيفوس حال ابتداءه فيبقى الاستراس
 في التشخيص والحكم على العاقبة في الاسبوع الاول فان مما يخل جدا بشهرة
 الطيب حكمه بتشخيص الحى المعدية مع التأكيد وتعيينه بالشفا من
 يوم ليوم ثم يظهر التيفوس في الاسبوع الثانى والثالث باعراضه الثقيلة
 كما يعاب عليه أيضا اذا شخص المرض بحى عصبية أعنى تيفوسا ثم انتهى
 هذا المرض في الاسبوع الاول بالشفا بحيث ان المريض عما قبل من الايام
 يخرج يتمنى للريضة اذ لا يخفى ولو على العوام ان الحى المعدية لا تصير معدية
 عصبية عند تسلطن أمور مخصوصة وتسهيل الحى عصبية أى تيفوسية
 بل من العالوم عند من ذكر ان كلام من هذين المرضين مختلف الطبيعة من
 ابتداء حصوله واهم في تشخيص التمييز لهما في الاسبوع الاول أو لا
 اعتبارا للمؤثرات السببية فان كانت المؤثرات المرضية التى سبقت المرض
 من المؤثرات المحدثه لتزلت معدية معوية أدى ذلك فى الاحوال المتبهمة الى
 غلبة الفطن يكون ما ذكر حى معدية وامان وجدت أحوال تيفوسية بكثرة
 فى مدينة مثلا أو ما يحيط بها ولم تسبق بعدم تدبير غذائى حى يعتبر سببا
 للمرض فان ذلك يؤدى الى غلبة الفطن بحصول التيفوس ثانيا اذ قد ادرجة
 الحرارة فى الحى المعدية فان ذلك غير منتظم فيها كما يكون واصفا للتيفوس
 وسنوضح ذلك فيما بعد ثالثا وجود التهاب نزلى فى الفروع الشعبية الرفيعة
 الدال عليه كل من السعال والخرارخ المقيرية فانه مما يرجح القول بوجود
 الحى التيفوسية لا المعدية ولو وجد فيها أحيانا نزلات شعبية وهذه
 الاسوال يعبر عنها بالحى المعدية النزلية رابعا وجود الطمخ الهريسى حول
 القهيو كد القول بعدم التيفوس خامسا وجود تعدد فى الطحال وظهور طمخ
 وردى على القسم العلوى من البطن فى الاسبوع الاول يتق القول بوجود

حتى معدية ويؤدي وجود التيفوس
 وهناك أحوال تختفي فيها الظواهر المعدية المعوية بالنسبة للاضطراب البني
 العمومي الثقيل بالكافة بحيث يشك في كون القناة المعوية منشأ المرض أم لا
 وفي كون الحصى وظواهرها المتعلقة بها تعسيرا امراض النزلة المعدية المعوية
 أم لا ومثل هذه الاحوال يؤدي للقول بوجود هيئات بسيطة (ذاتية) وتعرف
 بالبسيطة المسقرة وبالسونوخس ومن البعيد على العقل ان النتيجة الوحيدة
 لتأثير سبب مضر في الجسم هو طر والحق بل الظاهر القريب للعقل انه يوجد
 ولا بد تفسيرات جوهرية تخفية لا تدرك ويهتد هذا القول ما هو معلوم من
 التجارب انه كثيرا ما يشاهد في أحوال الالتهابات الرئوية والحجرة الجلدية
 والالتهابات النزلية الشديدة في الغشاء المخاطي اللثوي والشعبي كل من الحصى
 والاضطرابات البنيوية العمومية واتضاحها قبل ظهور الاعراض الموضعية
 وهنا لا يسوغ القول بوجود هي أصلية من الابتداء انضم اليها فيما بعد
 اصابة مرضية موضعية سمي وان الحصى تسير مع هاتيك الاعراض من وقت
 ظهورها وينتهي سيرها بانتهاء سير الاصابة المذكورة ويتضح لي طبقا
 لتصورى انه ان لم تراق الاصابة المادية الخفية الى درجة ينشأ عنها اضطرابات
 وظنيفة مدركة تكوّنت المائلة المعبر عنها بالحيات الذاتية أو الاصلية ومع
 ذلك فلا يستتبع من سوء الهضم الخفيف الذي يكون في كل حي وقت
 الشهية وتغطية اللسان الخفيفة ونحو ذلك اعتبار كل حي انها معدية
 وقد اكد المعلم (جرسنجر) ما ذهب اليه من ان الاحوال المرضية النادرة التي
 تسير بظواهر مستمرة كثيرة الوضوح واصفة المعبر عنها بالحيات المخاطية عبارة
 عن اصابات تيفوسية تسير بكيفية واضحة غير اعتيادية ولا أعلم ان كان هذا
 الطبيب قد أجرى الصفات التشريحية في أحوال عديدة من الاحوال التي
 نحن بصدد هاأولا كما لا أدري من أي زاوية استنبط انه في مثل هذه الاحوال
 المرضية يوجد قروح معوية آخذة في الشفاء وكل من استطال مدة هذا
 المرض وخفة درجة الحصى وعظم امتداد الاصابة النزلية وتكون المواد
 المخاطية بكمية عظيمة وغير ذلك يلجئني الى الشك في صحة ما ذهب اليه هذا
 الطبيب المذكور حتى أقف بالدقة على حقيقة ما اليه ذهب واما الذي سا ذكره

بالنسبة لاعراض الحصى المخاطية وسيرها فاني آخذله من مشاهداتي
التلصوصية ومن شرح المعلم (شونلين) على هذا المرض الموافق بالكليّة
مشاهداتي

وهذا المرض لا يتبدى بسرعة النبض العظيمة وتكسر الاطراف وآلم الرأس
التسديد والقلق التي يتبدى بكل منها الحصى المعدية بل يكون النبض قليل
التواتر ودرجة الحرارة قليلة الارتفاع ونحس المرضى بهبوط واضح جدا
وتكون في حالة الشحطاط وميل للنعاس وكراهة كلسة تعاطى شيئا من
الطعومات وان جبرت على تعاطى شيء مما ذكر حصل لها احساس متعب
بامتلاء في البطن ينضم له غثبان حتى يحصل القيء وبه تنقذ كمية عظيمة من
مواد مخاطية لزجة وكذا كل من النزلة القمية والحلقية المصاحبة لهذا المرض
يكون ذاصقات مخصوصة فاللسان يكون ابتداء مغطى بطبقة سمكية مصفرة
وكل من الاسنان واللثة وقوائم اللهاة والبلعوم مغطى بطبقة مخاطية لزجة ثم
تنقذ غالبا الطبقة البشرية المغطية للسان فيظهر رأسه كأنه قطعة لحم نيئة
أو مدهون بمادة جراثيم وفي وقت الصباح تنقذ المرضى اما بواسطة البصاق
أو التقيء أو الغثبان أو القيء وهو ذلك مواد مخاطية لزجة خيطية بكمية
عظيمة يضيق عنها ماعون البصاق وتكون مراد البراز مختلطة أيضا بزيادة عن
المطعومات غير التامة الهضم مواد مخاطية غزيرة وكذا الافراز البولي يتراكم
راسبا كثيرا المواد المخاطية والحصى تبقى كذلك في أثناء سير هذا المرض خفيفة
ذات طرز متكرر أو مستمر وتقع المرضى في حالة هبوط عظيم ويزداد هذا
الهبوط ازديادا عظيما بحيث ان هؤلاء المرضى ولو في غير وقت النعاس تستلق
على أظرفها في فراشها غير مستيقظة لما حاولها من الأشياء بل ولانفسها
وحالة مرضها وعند اتجاها هذا المرض نحو الشفاء في الأسبوع الثالث
أو الرابع غالباً يزول تكون الافرازات المخاطية بالتسديد مج وتعود الشهية يبطأ
ويصير النبض بطياً والمرضى المنموكة لا تكتسب قواها الاصلية الا بعد زمن
طويل ويكفي أقل مؤثر في احداث النكسة فيعود المرض ثانية حتى يعضى
على ذلك عدة من الأشهر فيحصل اما الشفاء التام أو الهلاك لهؤلاء الضعفاء
المنموكين

واما حل مسئلة الاحوال المرضية المعبر عنها عند الاقدمين من الاطباء
 بالحميات الصفراوية فعمسروا بالتجارب التي أجرى بها في السنين الاخيرة أظن
 القرب نوعا الى فهم الامراض الحمية التي تسير بنظر اهريرقانية وأوضحها
 تقريرا عما سلف في العصر الخالية وذلك اني الآن لا أظن أن اليرقان ينشأ
 عن ازدياد الصفراء الذي يتكون به كمية عظيمة منها زيادة عما يسيل من المسالك
 الصفراوية وانه بذلك يمتص جزء من الصفراء المتزايدة المنقرضة بل الذي أجزم
 به ان يقوع اليرقان الذي يصاحب الحميات الثقيلة دموي بمعنى انه ينشأ
 عن تلاشي كرات الدم واستحالة المادة الملوثة له المنفصلة عنه الى مادة ملوثة
 صفراوية وسأنا نكلم على ذلك مفصلا عند أمراض الكبد ولتقتصر هنا على
 الاعتبار الآتية وهي انه في القسم الصديدي للدم وحي النحاس وغير
 ذلك من الامراض التسممية يحصل استحالات جوهرية في الاعضاء المختلفة
 عقب ارتفاع درجة الحرارة ارتفاعا عظيما ولا بد وان يشترك الدم في تلك
 الاستحالات ومن النادر ان يحصل في أثناء سير الاصابات الالتهابية سيما
 الالتهابات الرئوية فعمل في الدم كما كان يزعمه الاقدمون وبه عقب ذلك يرقان
 دموي وبالجملة فقد تؤدي الاصابات النزلية التي تعترى الغشاء المخاطي لاقتناه
 الهضمية والشعبية الى استحالات جوهرية في الكبد والقلب والكليتين
 والدم فقد شاهدت في السنين الاخيرة بجهة مرضى مصابة بنزلات شعبية
 أو معوية بسيطة هاجت باعراض ثقيلة من جهة المجموع العصبي مع
 ظواهر يرقانية واتفاخ في الكبد قليل وضربات غير منتظمة ومنقطعة في
 القلب وبول زلالى وغير ذلك بدون أدنى شك في حصول تسمم عفن منتشر
 ومثل هذه الاحوال التي تشاهد بكثرة احيانا كالالتهابات الرئوية الصفراوية
 وتوجد بكثرة في البلاد الحارة جدا تطابق بالكلمة ما يسميه الاقدمون بالحميات
 الصفراوية ولا بد وان توجد أحوال من البيميا وغيرها من الامراض
 التسممية يبر عنها خطأ بالحميات الصفراوية

• (المعالجة) •

حوض الكلورودريك له شهرة عظيمة في معالجة الحمى المعدية ولا تعرض
 الى كون الترسيب الذي يكاد يستعمل دائما المأخوذ من جرامين (أعنى

نصف درهم) من محض الكلورودريك المركز على مائتي جرام (أعني ست أواق) من صواع غروي أو منقوع خفيف من عرق الذهب من خمسة دمي جرام على مائتي جرام من الماء (أعني ثمان جمات على ست أواق) ويعطى من ذلك ملعقة في كل ساعتين وله تأثير جيد جدا كما هو مشهور به وعلى كل حال فالغالب ان المرضى تتعاطا مع القبول حيث انه يحصل منه تطيق العطش تطيقا عظيما فضلا عن اختلاطه بالعصير المعدى فيزيد في خواصه الهاضمة كإدات على ذلك التجارب القبولية

وفي الحمى المخاطية تستعمل القلويات الكربونية لاسيما صبغة الراوند المائية واستعملت ذلك بكمية عظيمة طبة المائص عليه (شونلين) فيعطى من ذلك ملعقة أو كل ساعتين مع التجاح التام تابعه في ذلك أيضا رأى من قال ان لهذا الجوهر الدوائى تأثيرا يكاد يكون نوعيا في الحمى المخاطية ثم ان المرضى تسام أنفسهم من القمادى على تعاطى الشربة كما شاهدت ذلك فضلا عن تحسسين حالتهم بتعاطى بعض الانزيمات الخفيفة متبلا بقليل من الملح واما الحمى الصفراوية فالمستعمل فيها بكثرة الحوامض المعدنية والاجود فيها استعمال جوهر دوائى مضاد له - هذه الحمى وهو الكيفين فيستعمل بمقدار عظيم مع تقبص الحرارة بواسطة التبريد والحمامات الباردة أو تلقيف الجسم بالملاآت المبتلة بالماء البارد

(الفصل السادس)

(في أمراض البريتون)

(أعني امراض الغشاء المصلي المستبطن للبطن)

(المبحث الاول)

(في التهاب البريتون)

(كيفية الظهور والاسباب)

يقال في كيفية ظهور والتهاب البريتون ما قيل في كيفية ظهور والتهاب البليوراوى والتامورى لان التفسيرات المرضية التي ذكرناها في شرح تغيرات البليوراوا والتامور تحصل به نهائى البريتون عند التهابه وذلك انه من جهة يتكون تولد جديد من منسوج خلوى حديث أعني نحو احد يثاقى

هذا الغشاء ومن جهة أخرى يحصل نضح التهابي على سطحه مزوج بأخيلية
 حديثة أي كرات صديدية وفي أحوال من الالتهاب البريتوني المزمن قد
 يظهر أن التغيير الالتهابي قاصر على غموض وخاوي بريتوني بدون حصول
 نضح سائب على سطحه فبناء على ذلك يغلب على الظن حصول تخنق في البريتون
 والتصاقات تشبه بالكلية تخنق البليورا والنصاقتها بحيث تكون مثلها
 بدون أن ينشأ عن ذلك أعراض

ثم إن الاستعداد لهذا الداء عند شخص سليم قوى البنية غير عظيم سيما بالنسبة
 لشكله الحاد المنتشر فإن المؤثرات المرضية الخفيفة المتأثر الكافية في
 أحداث التهاب أغشية غير البريتون في الأغشية المصلية والأغشية المخاطية
 يكاد لا ينتج عنها التهاب بريتوني أصلا ولذا ينبغي للطبيب أن يفتش بالقاعد
 العامة وهي أنه متى أصيب شخص سليم من قبل بالالتهاب البريتوني يجب
 عليه الظن بوجود سبب من الأسباب الثقيلة التي سنذكرها فيما بعد ولا يظن
 وجود التهاب البريتوني المعروف بالروماتزمي الأبعد القطع بتق هذه الأسباب
 الثقيلة بالهت الجيد والاستعداد للأصابة بالالتهاب البريتوني وإن كان قليلا
 كما ذكرنا في السليمين إلا أنه يكثر جدا في الأصابين بأمراض مصوبة بالتهوك
 كالدرن وداء البرص وغيرهما من الأمراض المصوبة بالتهوك وكذا يزيد
 الاستعداد المذكور في الفسائر من الطمث إذ يكفي عندهم أقل سبب مضر
 فيحدث التهاب بريتوني وقد سبق ذكر الأسباب المانعة من اعتبار هذا
 الشكل من الالتهاب البريتوني كغيره من الالتهابات لرتوية والبليوراوية
 التي تحصل في مثل هذه الأحوال من الالتهابات الثانوية وفي أحوال أخرى
 غير نادرة يكون هذا الالتهاب نتيجة لواسطية لتسمم منتشر في الدم وحينئذ
 يقاسى بالالتهابات الجلسدية في الأمراض الطفعية الحادة ونشرح هذا
 الشكل من الالتهاب البريتوني عند الكلام على الحمى التيفوسية وغيرها من
 الأمراض التسممية للدم التي يكون فيها بريتون مجلسا لالتهاب
 وأما الأسباب المتعممة للالتهاب البريتوني فمما الرض الشديد على البطن
 والبروح النافذة ومن العمليات الجراحية ما يندرج داخله ألام التهاب
 البريتوني كمثل البطن وما يحدثه بكثرة كعمليات امتق الخنق وما يحدثه

دائما كالميلات القيصرية أعق شق البطن عند الولادة العسرة جدا ومنها
تمزق الاعضاء المغشاة بالبريتون او تثقبها ودخول سوائل أو مواد غريبة في
تجويف البطن فان هذا الالتهاب يمكن حصوله عن تثقب المعدة بقروح
أو سرطان فيها وتقرحات المعانة الديدانية والاعور والتقرحات السيوفية
او الدريسة للمعي وتمزق الحويصلة المرارية والمثانة وتمزق خراجات الكبد
او الطحال ونحو ذلك

ويمتد الالتهاب في جميع هذه الاحوال بسرعة الى جميع سطح البريتون
ويشدران تقطع الالتصاقات القديمة الكائنة بين العرا المعوية سير هذا
الالتهاب وتمنع امتداده الى باقي اجزاء البريتون بحفظه عن ملامسة
الاجسام الغريبة المنسكبة في البطن

ومنها ان الالتهاب البريتوني قد ينتج عن التهاب عضو مجاور له هذا الغشاء
فان البريتون يشترك بالالتهاب مع الاعضاء المغشاه اها كما تشترك البلدي وراق
التهاب الرئة وذلك كحصول الالتهاب البريتوني الناتج عن الالتهاب الاعوري
والفتق الختق والاختناقات المعوية الباطنية والتواء الامعاء وتداخلها
وكثيرا ما يمتد الالتهاب من اعضاء تناسل الاثني ويصيب البريتون كما ان
التهابات الكبد والطحال يمكن ان تمتد الى هذا الغشاء وفي جميع هذه
الاحوال يكون الالتهاب البريتوني قاصرا على الجزء المصاب في الابتداء بل
الغالب ان يكون قاصرا عليه فيما بعد ايضا وفي بعض الاحوال قد يمتد هذا
الالتهاب ويتشرب مما اذا كان ناتجا عن اختناق معوي او نحو

ومن النادر جدا ان يكون ناتجا عن تأثير البرد واضطرابات جووية أخرى غير
معاومة كما تقدم ويكاد ان لا يحصل ذلك مطلقا عند سلمى البنية وقد جرت
العادة بتسمية هذا الشكل بالالتهاب البريتوني الروماتيزي

* (الصقات التشريرية) *

ولنشرح أولا التغييرات التشريرية للالتهاب البريتوني الحاد المنتشر
فنقول

يكون البريتون ابتداء محمرا بسبب الاحتمقان الوعائي الشعري والارتشاح
الدعوي الحاصل في خلايا منسوج البريتون ولاجل كشف هذا الاحمرار

ومشاهدته يذنبى ابعاد التراكمات اللبغية المغطية له وسياق ذكرها ثم يتناقص
 هذا الاحرار وما ذلك الامن انضغاط الاوعية الشعرية بسبب الانتفاخ
 الاوذى ماوى الذى يحصل فى جوهره وسطح هذا الغشاء يتكدر لعنانه بسرعة
 عقب سقوط الطبقة البشرية ويشاهد سطحه خاليا وما ذلك الامن تولدات
 اخلية جديدة ترتفع على سطحه كما ذكرنا ذلك فى التهاب البلور اوى
 واهم تغيرات جوهر البريتون مشاهدة النضج الذى يوجد على الدوام مغطيا
 لهذا الغشاء المصلى ولو كانت مدة لثمايه قصيرة جدا وطبيعة هذا النضج
 وكميته تختلف اختلافا عظيما فانه قد لا يشاهد احيانا الا طبقة دقيقة شفافة
 من مواد لبغية منعقدة يسهل نزاعها بسهولة على شكل غشاء رقيق مغط
 للبريتون ومكون لاتصالات رخوة بين المر المعوية وبعضها ولا يوجد
 نضج سائل بالكافية وفى احوال اخرى يكون النضج المنعقد أكثر كثافة
 وأقل شفافية وأكثر اقرارا كالغشاء الكاذب ويوجد فى الاجزاء المتحدرة
 من التجويف البطنى كمية متفاوتة العظم والقدر من مواد مصلية عكرة ندفية
 ونارة قد يكون النضج عظيم الكمية جدا بحيث عند فتح البطن يخرج من
 تجويفه سائل عكرى فى عزيز جدا وتبقى منه كمية بين المر المعوية وفى
 الحوض الصغير وعلى جاي العمود الفقري وزيادة على هذه التجمعات
 الغشائية المغطية للبريتون توجد تجمعات مصفرة من مواد لبغية منعقدة
 اما سائلة فى السائل اوساقطة فى قاعه ومجمعة فى الاجزاء المتحدرة من
 تجويف البطن

ثم ان النضج النليل الكمية المحتوى على مواد لبغية بكثرة يشاهد خصوصا
 فى التهابات البريتونية الناتجة عن أسباب جرحية أو عن امتداد التهاب من
 عضو مجاور للبريتون نفسه واما النضج المصلى اللينى العظيم الكمية
 فيوجد غالبا فى التهابات البريتونية الناتجة عن التثقب أو عن التسمم
 المتشمر سيما فى التهاب القاسى وفى الاحوال النادرة من التهاب البريتونى
 الروماتيزى

وجميع طبقات الامعاء تكون فى التهاب البريتونى المصوب بنضج عزيز
 مجلد الاوذى اقسامية جانبية فتكون جدران الامعاء بسبب هذه الاوذى

أكثر سماكة وتؤدي أوديميا الغشاء المخاطي المعوي الى افراز مصل غزير في
باطن القناة المعوية وبسبب شلل الطبقة العضلية يحصل تراكم كمية عظيمة
من الغازات في الامعاء بل تكون الطبقات السطحية من الكبد والطحال
والجدر البطنية مجلسا لا ارتشاح مصل ومتغيرة اللون وبالجملة فلذلك كرهنا انه
بسبب النضج والغازات الممتدة للمعي يتدفع الحجاب الحاجز الى أعلى فيحصل
الى موازاة الضلع الثالث والرابع فينضغط معظم اجزاء الرئة وبذا توجب
سرعة حصول الموت

واذا لم يهلك المريض حال ارتقاء الالتهاب الى أعلى درجة تعبرت الصفة
التشريحية وفي الاحوال الجيدة يمتص الجزء السائل من النضج بسرعة ثم
تزل المواد المتبقية مع الكرات الصديدية المنحصرة في هذه المواد
او السائبة في السائل وذلك بعد ان تكابد الاستحالة الشهوية فتسيل وتصبح
صالحة للاتصاف ومع ذلك تبقى على الدوام تكاثفات جرثومية مع التصاقات
بريتونية وفي احوال أخراقل جودة لا يمتص الجزء السائل من النضج
الا امتصاصا غير تام والكرات الصديدية التي كانت محتلطة به ابتداء بكمية
قليلة تكثر جدا فيكتسب السائل هيئة صديدية والتعقدات اللبغية لونا
مصفرا ورخاوة عظيمة وقد تلتصق الامعاء في بعض الاصفار التصاقات متينة
بجيت يجمع السائل في جملة بورات منعزلة ثم اذا عاش المريض زيادة عن هذا
الدور الذي يوجد غالبا عند الهالكين من الالتهاب البريتوني في الاسبوع
الرابع او السادس شوهدا امتصاص السائل الصديدي المتكيس وتكاثفه
واستحالته الى مادة مصفرة جينية بل وكسبية تبقى متراكمة بجوف البطن
في منسوج خلوي متيس وفي بعض الاحيان يمتد الى تكوين الخلوي الحديد
العظيم الذي يحصل على السطح السائب من البريتون الى جوه هذا الغشاء
فيحصل فيه تقرح او ثقب فينصب النضج المتكيس اما في الامعاء أو المثانة
ويتخذ من جدر البطن او يتجمع على هيئة بورات في المنسوج الخلوي
للحوض ويتخذ مسلكا فهو الخارج في صفر منحدر

وفي الالتهاب البريتوني الحاد الجزئي تصير التغيرات القنر يحمية قاصرة على
الغسلات البريتوني للكبد أو الطحال أو الجزء المعوي او بعض الاعر المعوية

المجاورة وعند ما يكون النضج قليلا الغزارة محتوية على مادة ليفية بكثرة يحصل التصاق الاجزاء الملتصقة ببعضها واما اذا كان النضج غزيرا جدا وكان زلاليا ليعتقيا ~~ممكن~~ ان يتكون عن ذلك بورات متكيسة بين الاجزاء الملتصقة كما في التهاب البريتوني المنتشر وفي هذه البورات تحصل الانتهاآت السابق ذكرها

واما التهاب البريتوني المزمن فهو عبارة عن الشكل الذي يكون ابتداءه كالاتهاب البريتوني الحاد المنتشر ثم يتبع سير ابطيا وتنتج عنه البورات الصديقية التي شرحناها لكن يوجد زيادة على هذا الشكل البريتوني المزمن خصوصا عند الاطفال تغيرات النهاية اخرى في البريتون تصاحب الدورن المعوي والمساريقي وغير ذلك من الاختلافات المعوية وهذه التغيرات الالتهابية تكون من ابتداء ظهورها في حالة مزمنة وتتمدد الى جميع سطح الغشاء المخاطي واقله الى معظم سطحه وهذا الشكل من التهاب البريتوني يتصف بنوع عظيم في المنسوج الخلوي البريتوني فينتج عن هذا النمو ضخامة بريتونية تكون تارة هلامية وتارة ندية والعرا المعوية تكون ملتصقة ببعضها على هيئة لفائف غير منتظمة الشكل ويوجد بين هذه العرا المعوية المتضايقة والمتموسسة من اربورات مماثلة بمواد مصلية او صديقية تارة او بسائل دموي تارة اخرى واختلاط هذا السائل بالدم ينتج عن تمزق الاوعية الشعرية الرقيقة الذي ينشأ عند تكرار حصول اى التهاب مزمن في اى محل كان فان التهاب المتكرر هنا لا يصيب المنسوج الاصلى فقط بل يصيب ايضا المنسوج الخلوي الجديد التكوين الكثير الاوعية الرقيقة المتكسكون على سطح البريتون في التهابات المتقدمة الحصول وكثيرا ما يوجد في هذا الشكل بجوار النضج الدموي درن متكون على سطح البريتون المتكاثف وبالجملة يوجد شكل من اشكال التهاب البريتوني المزمن الجزئي معروف في انتهاآت اكثر من ادواره الاولى ويحصل عند وجود التهابات مزمنة واستحالات مرضية في الاحشاء البطنية وينتج عنه تكدر وتكاثف في البريتون والتصاق الاعضاء الحشوية ببعضها وانجذاب الامعاء وانحناؤها

(الاعراض والسير)

الالتهاب البريتوني الحاد المنتشر تختلف الصفة التي يتبدى بها باختلاف
 الاسباب التي احدثته ففي الالتهاب البريتوني الجرحي اول اعراضه هو شدة
 الالم الذي يتبدى من محل الاصابة الجرحية ويتشرب بسرعة الى جميع اجزاء
 البطن وفي الناتج عن الثقب سيما الثقب الفجائي الذي به تنصب جواهر
 مهيجة في تجويف البريتون يكون العرض الاول لهذا المرض الماشد يدا
 زائدا عن الحد يصحس به في البطن السفلى ويصطب هذا الالم ابتداء بانقطاع
 عومي عظيم جدا ولا يصطب بحسب شدة الالتهاب

وإذا حصل الثقب تدريجيا وكانت المواد المنسكبة في تجويف البطن قليلة
 الكمية والتهيج امكن ان تسبق اعراض الالتهاب البريتوني العام باعراض
 البريتوني الجزئي التي سنشرحها وفي الاحوال التي يمتد فيها الالتهاب من
 عضو مجاور الى البريتون لا يتسدها اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر فجأة
 كما تقدم فان الالام التي كانت موجودة من قبل لا تزايد الاشياء شيئا
 وتكون قاصرة في الالتهاب على الجزء الملاصق للعضو الملتب ثم تنديبط الى
 جميع البطن

وفي شكل الالتهاب البريتوني المعروف بالروما تيزي والناتج عن التسمم المنتشر
 يتبدى هذا المرض بقشعريرة وحمى شديدين كهجوم غيره من الالتهابات
 الثقيلة

وسواء كان ابتداء هذا المرض فجائيا او تدريجيا وظهرت الحمى من الالتهاب
 او فيما بعد فالالم على الدوام هو العرض الاكثر شدة ووصفا لهذا المرض
 فاي ضغط على قسم البطن مهما كانت ثقته يصير غير مطاق بل قد لا يتحمل
 المريض الغطاء والملابس على البطن والمريض في هذا المرض لا تكون في حالة
 قلق في فرائها كما يشاهد عند المصابين بالخص بل تبني مضطجعة على ظهرها
 مع السكون ثانيا طرفها السفلى على الحوض وثالثا من أسفل حركة
 وضهها واقل مجال يحصل لها ينتج عنه آلام شديدة في البطن وتقلص
 الوجه وتكلم المريض ببطء عظيم لانه قد يس الاضطجاع خوفا من الضغط الذي
 يحدثه سقوط الحجاب الحاجز الى اسفل وازدياد الالام عقب ضغطه على
 البريتون ومن ابتداء هذا المرض يتور البطن ويفتح ولا يمكن نسبة الاخير

في الابتداء الى التضخم الذي يحصل في تجويف البطن فان كميته اذ ذلك
 لا تكون عظيمة جدا بل معظم هذا الانتفاخ ينتج عن تمدد الامعاء الممتلئة
 بالغازات وتوجيه الحاملة الطيلية للبطن في مثل هذه الاحوال ليس سهلا فانه
 لا يحسن نسبه الى تكون غازات بكمية عظيمة اذ لا يوجد في سبب لسرعة
 فساد متصل الامعاء كما انه لا يجوز القول بانه يحصل في الالتهاب البريتوني
 مساعدات غازية من الجسد المعوية فالذي يظهر ان الحاملة الطيلية منوطة
 بسهولة تمدد الغازات المعوية عقب استرخاء الجسد المعوية من جهة وعوق
 خروج الغازات من جهة أخرى بسبب شلل الطبقة العضلية للامعاء والحالة
 الطيلية للبطن قد تسكت بسرعة تقديما عظيما جدا ومن الواضح ان كلا
 من التضخم والتمدد المعوي يحدث ضغطا عظيما على الحجاب الحاجز كما يضغط
 على جدار البطن ومن ذلك تنشأ اعراض خطيرة للغاية فان الضغط الواقع على
 الفصوص السفلى من الرئة بسبب اندفاع الحجاب الحاجز الى اعلى والاحتقان
 الشديد الذي يظهر في الاجزاء اعيرة المنضغطة من الرئتين بسبب عوق الدورة
 في الاجزاء المنضغطة ينتج عنها عسر عظيم في التنفس وسرعة عظيمة في حركته
 بحيث يصل عدد الشهيق في الدقيقة الواحدة من ٤٠ الى ٦٠ وعوق
 الدورة في الرئتين يمكن ان يمتد الى الغلب الايمن والجذوع الوريدية الغليظة
 للدورة بحيث ينتج عن ذلك تلون سببا نوزي خفيف عند المرضى وفي اغلب
 احوال الالتهاب الحاد البريتوني المنتشر يوجد عندهم امساله مستعص
 وهذه الظاهرة تنسب الى شلل الطبقة العضلية المعوية الناجمة عن الاوديما
 التقرمية الحجابية غير انه يشاهد في الالتهاب البريتوني النخاعي امهال مائي
 فانه في هذا الشكل في الالتهاب عند الاوديما الى الطبقة المخاطية أيضا فينتج
 عن ذلك ارتشاح غزير مصلى يتدفق مع الخارج ولومع شلل الطبقة العضلية
 متى وصل امتلاء الامعاء الى حد معلوم بحيث اذا اجلست المريضة المصابة
 بهذا الشكل من الالتهاب وضغط على بطنها ضغطا خفيفا سال من الشرح
 كمية عظيمة من مواد مائية متلونة قليلا وكثيرا ما يصحب هذه الاعراض
 المدكورة التي ماعدا الاحوال التي يكون فيها الالتهاب البريتوني ناتجا عن
 تنقب القرحة المزمنة للمعدة وتكون المواد المنقذفة بالقيء في الابتداء

مخاطبة قليلة التلون ثم تصير مائسة ثم مخضرة قليلاً ثم يتضح الاخضرار
 وأسباب حصول التي في هذا المرض تارة وعدم حصوله تارة أخرى ليست
 واضحة فإن اشتراك الغلاف المعدى البريتوني في هذا الالتهاب وعدم
 اشتراكه فيه لا يكفيان في توجيه ذلك وإذا امتد الالتهاب الى الغلاف
 البريتوني الثاني نتج عنه زحير بولي مستقر واحساس باحتلام مستمر ايضاً في
 المثانة بحيث لو سقى الطبيب غير المتقرن الكلام المريض وتطلبه لاستقرار
 ما في المثانة المحسوس له بادخال القسطير لاجل ما ذكرنا أمكنه ان يخرج منها
 نقاط قليلة من بول مركزا كمن وبالجمله فانه يمد من جلة اعراض الالتهاب
 البريتوني الحاد المنتشر الحى التي تحدث مما قبل بعد طر والمرض او معه
 فالتبض يسرع كثيرا وتوجهاته تفرجدا وحرارة الجسم تصل الى ٤٠ درجة
 فاكثرو حالة المريض العامة تضرب جدا كما يحصل في باقي الحميات الشديدة
 والدماغ يكون في الغالب سليما غير متسكدر

وعنى كان سير المرض ثقيلان جميع الاعراض تأخذ في التناقل والشدة
 في أيام قليلة واما الام فتكون في الابتداء أشد ثم تتناقص وتتفاح البطن
 يصل الى أعلى درجة فيندفع كل من الكبد وقرعة القلب الى أعلى حتى يصل
 الى الضلع الثالث وبالقرع يسمع في ابتداء المرض صوت عمتلى طبلى وعند
 ازدياد النضج تسمع أصحية غير تامة في الاجزاء المنحدرة من البطن وفي هذه
 الحالة يتسدد قلب المريض جدا طامبين للاسعاف وحالة تبصرهم تدل على اليأس
 وان لم تفعل لهم استقر اعانت دموية غزيرة أو كانت كمية الدم غير متناقصه
 بسبب غزارة النضج اسكتسب وجههم لونا من رقاسه بانوزيا ثم تضطرب
 الحواس اذ ذلك ويحصل لها الخطاط ويتبدى عند المريض الهذيان ويصغر
 النبض شيئا فشيئا وترداد سرعته ويتغطى الجلد بعرق بارد فتملك المريض احيانا
 في اليوم الثالث أو الرابع من هجومه والاعلى في آخر الاسبوع الاول وعند
 ما يسير المرض سيرا جيدا وذلك في الاحوال الجيدة التي يتأق فيها تباعد
 الاسباب المهمة لهذا المرض او التي تكون في هذه الاسباب قليلة الشدة
 وانجبت يقناقص الام والاتفاح الطبلى للبطن والحى شيئا فشيئا ويحصل هذه
 في النفس ويصير خالصا ويعود المريض الى صحته بسرعة لكن الغالب ان

يبقى عنده مدة حياته امسالك اعتيادي واستعداد للعفص قبل التبرز بسبب
الاتصافات المعوية والالتهابات المعوية أيضا
واذ الميم لك المريض في الاسبوع الاول ولم يحصل عنده أدنى تحسسين واضح
تغيرت صورة المرض غالباً وسار سيراً حراً فإلا لم يتناقص والبطن لا يصير
حساساً الا بالضغط العظيم والانتفاخ الطيبلي للبطن يتناقص لكنه لا يزول
بالكلية وان كان قد اعترى المريض امسالك الى هذه الدرجة يحصل عنده
امسالك خفيف واما اذا كان عنده امسالك من الابتداء بسبب الارتشاح الغزير
للمواد المصلية في المي زال هذا الاسهال وحل محله امسالك وسرعة التبييض
ارتفاع الحرارة يتناقصان لا يعودان الى الحالة الطبيعية وفي أثناء
تناقص الانتفاخ الطيبلي للبطن تنضج الاصبغة في الاجزاء المتصدرة لهذا
لتجويف ويحسن في الاجزاء الصماء بمقاومة تنضج شيئاً فشيئاً ثم يكتب البطن
شكلاً غير منتظم ذات حديدات والنضج المتكيس يمكن ان يكتب هيئة الاورام
غير المنتظمة والحمى وان كانت تباطفت الا انها لم تزل مستمرة وتظهر فيها
ثورانات زمنية فتمت قوى المريض ويحصل تلاش في دمه ومفسو جاته
فتزول الطبقة الشحمية وتضمر العضلات وتصبح رخوة والجلد قلام متشققا
ولا يندر ظهور واوذع في الاطراف السفلى ثم تم لك المرضي في حالة النهوك عظيمة
جدا نحو انتهاء الاسبوع الرابع او الخامس او السادس وان امتص النضج
البريتوني فكانت نقاهة المريض بطيئة وتسبب اعراض تضايق المي
والاتصافات اكثر مما اذا كان امتصاص النضج البريتوني حصل بسرعة
كافي الاحوال الحادة جدا وهذه الظواهر تكون قبوعا لمكابدات شاقة
عند المريض مستمرة واذا حصل تفرح في البريتون وثقب واشتدت الحمى
وازدادت الآلام وحصل اما ارتشاح في جزء محدود من جدار البطن واحمرار
وثقب فيه او تكون شراجات الحدارية تظهر في مجال مختلفة منحدرة او ان
الصديد يسكب في المي وينتذف مع البراز وهذه هي الحالة الحميدة والعادة
ان تم لك المرضي في جميع الاحوال عقب النهوك ولا ينجو منها الا القليل بعد
نقاهة مستطيلة

واما الالتهاب البريتوني الحاد الحزني فالغالب ان يسبق باعراض تختص بمرض

العضو الذي امتد منه الالتهاب الى البريتون فان حصل الالتهاب المذكور في الحفرة الحرقفية اليمنى يسكون مسبوقا باعراض الالتهاب الاعورى والذي يكون مجلسه القسم الشراسيقي يسبق باعراض تقرح المعدة والمعي او باعراض خراج في الكبد ووجهه ول هذا المرض وان كان متخفا بالم منتشر في جميع البطن الا ان الحساسية العظمى بخدر البطن عقب لضغط (وهي عرض واصف تقرسي اللانها بالبريتوني) تكون قاصرة على جزء محدود منه والاتفاخ الطبلي للبطن يفقد في هذا الشكل او يكون جزئيا وكذا الحى تكون اخف مما في الشكل السابق وحق كان النضغ غير مخزير جدا زالت هذه الاعراض في اقرب وقت وانتهى بالشفاء التام ما لم ينتج عنه التصاقات معوية تعوق حركات المعى او انتهى المرض الاصلى بانتهاء آخر واماسير الالتهاب البريتوني الجزئي فيختلف اذا نتج عنه نضغ غير وفي هذه الحالة يسمع في جميع امتداد الاجزاء المر بيضة صوت أصم عند القرع ومقاومة هذه الاجزاء تكون عظيمة أيضا ونشده شب أفسيا الى ان يحس عند الجس بوزم في جـ والبطن ومثل هذه البورات يشدر مشاهدتها عقب تنقب القروح المعوية ويكثر مشاهدتها عند حصول ثقبات معوية تخنازيرية تدريجية أو عقب تقرحات الاعورا والمعاقمة الديدانية ويبرهذه لبورات كسير البورات المتكيسة التي تظهر عقب الالتهاب البريتوني المنتشر البطي

السر

واما الالتهاب البريتوني المزمن الذي يشاهد في سن الطقولية ويكون مصاحبا للدرن المعوى والمساريقي فقد شرحه المعلم (هينوخ) في كتابه على امراض البطن السفلى شرحا يتناق مع ان الاطفال الذين يصابون به يكونون ذوي بنية نحيفة تخنازيرية ويظهر وجود الديدان المعوية او السمل المساريقي عندهم بسبب المغص الذي يحسه لاهم زمنا فزمننا والامهال الذي يعقبه الامسال و تقدم التحاقه وعند البحث الجيد عن البطن الذي يقبى فيه الالتهابات الى عدم اعتبار زيادة حساسيته علامة دالة على الالم شاهد كثره تألم البطن في اصقار متعددة عند الضغط بل قد تحصل الالم فيه عن مجرد انقباضات العضل البطنية بحيث تلحق الاطفال للصراخ عند فعل الجهود الاعتيادية للتبرز

والنخافة عند مثل هؤلاء الاطفال تتقدم تقدم ما عظيم جداً في أشهر قليلة
وتثور الخبيث نحو المساء عادة وحينئذ يتورط البطن شيئاً فشيئاً بحيث يكتب
شكلاً كريات وتورجدر البطن وتصير الماعرة ويوجد فيها أوعية وريديتها مقددة
وعند الضغط على البطن في هذا الزمن يوجد شديداً التام ويحس فيه بمقاومة
ذات مرونة وعند القرع على هذا التجويف توجد اما أصحية في الاصفار
المختدرة يتغير وضعها باختلاف وضع المريض وهذا يدل على وجود انسكاب
سائب في البريتون أو أن يوجد عند القرع صوت أصم في جميع امتداد البطن
بسبب التجذاب اليه نحو العمود الفقري بالاتصالات المسارية وبذلك
يلامس الانسكاب الجدر البطنية وفي معظم الاحوال يكون صوت القرع
ممتلئاً طليماً في محاذة اليه وأصم فقط في محاذة الاصفار التي فيها النضج
السائل ومن جميع ما ذكرناه من الاعراض تدل على معرفة هذا المرض
الذي هو كثير الحمول جداً او ينتهي على الدوام انما يحزننا ما ينفسه أو
بمضاعفاته

واما الالتهاب البريتوني المزمن الجزئي الذي كثيراً ما يشاهد آثاره في البطنة
على شكل سماكة او التصاق أو انكماش تدني في البريتون كسماكة البليورا
او التصاقاتها فحصوله يتم بكيفية كامنسة كالالتهاب البليوراوي الذي ينتج
عنه تغيرات مماثلة لذلك وحينئذ لا يمكن شرح صفة هذا الشكل من الالتهاب
البريتوني المزمن

(التشخيص)

اختلاط الالتهاب البريتوني بغيره من الأمراض ليس كثيراً الوقوع فان كلا
من شدة حساسية البطن عقب الغطاء القليل والتفاحة الطلي والخي في
الشكل الحاد منه يكاد يستدل منه دائماً على حقيقة التشخيص وقد يحصل
بعض تعسر في تشخيص شكل هذا الالتهاب متى كان ناشئاً عن ثقب قرحة
معدية أو اثني عشرية قبل معرفته من قبل فإن كلاماً من تغير السخنة وبرودة
الجلد وصغر النبض وانخفاف البطن وغير ذلك من اعراض الاضططاط
العام الثقيل يعلن بوجود مغص شديد أكثر من دلالة على وجود الالتهاب
البريتوني الحاد لكن متى يثقف الطبيب وعلم ان علامات كل من التفرح

المعدى والاثني عشرى قد تكون خفية جدا والتفت لشدة حساسية البطن
عند الضغط الذي يشاهد في هذا الشكل من الالتهاب البريتونى من الابتداء
أمن من الوقوع في الخطا والالتباس في التشخيص
وقد يتغيب على الطبيب التمييز بين المغص واحتباس الحصى الصفراوية
او البولية وبين الالتهاب البريتونى ومع ذلك لا يوجد في الحقيقة عسر في
التشخيص التمييز بينهما الا في الاحوال التي يوجد فيها مثلا عند الاستيريات
الأم عصبية مسار يقية مصحوبة بازداد حساسية في البطن البطنية او متى
وجد مغص روماتيزمى أو مغص حصى صفراوى وكان المراقب الايمن شديد
الحساسية جدا عند الضغط وفي مثل هذه الاحوال ينبغي انتظار تقدم سير
المرض قبل الجزم بالتشخيص واما باقي الاحوال المشابهة لذلك ففيها يدل
عدم حساسية البطن عند الضغط ولا سيما الراحة التي تحصل للمرضى منه على
حقيقة التشخيص

• (الحكم على العاقبة) •

هلاك أغلب المرضى المصابين بالالتهاب البريتونى ليس صادرا على الدوام من
عدم تحمل الجسم للالتهاب البريتونى بل من كون هذا المرض يكاد يتعلق على
الدوام باصابات جرحية خفيفة أو أمراض ثقيلة للدم أو بظهوره في أشخاص
مرضى من قبل ذات مقاومة ضعيفة ولذا اذا نشأ الالتهاب البريتونى عن
أسباب مماثلة للأسباب التي تحدث أغلب التهابات البليوراوية كانت
بلا شك عاقبة من الالتهاب البليوراوى وكذا كثيرا ما ترى شفاء الالتهاب
البريتونى الروماتيزمى الذي لا يظهر عند الأشخاص السليمين الا ظهورا
استثنائيا خصوصا عند النساء مدة الطمث كما اننا شاهدنا بكثرة شفاء الالتهاب
البريتونى الذي يضاعف الالتهاب القولونى الناتج عن تجمع المواد الغذائية
او الفتوق الختقة متى أمكن ازالة الاسباب الناتجة عنها هذا المرض بسرعة
ويوجد أيضا شكل آخر قليل الخطر من هذا المرض وهو الالتهاب البريتونى
المزمن المحدود الذي يضاعف الالتهابات المزمنة للاحشاء البطنية
واستحالاتها المرضية ولربما قيل ان حصول ذلك بمجهود خلقى طبيعى لأجل
تجنب عوارض ثقيلة

والاعراض التي تتعلق بها شدة خطر الالتهاب البريتوني هي في ابتداء المرض كل من التمدد الغازي للبطن وظواهر عسر التنفس المرتبطة به ففي اشتداد كان المرض أكثر تقلباً في آخر سيره لا سيما في الاحوال المستطيلة يحكم على شدة خطر المرض وعدمها بشدة الحمى ودرجة قوى المريض المتعللة به وحالة تغذيته العامة

* (المعالجة) *

أما المعالجة السببية فانها في الاحوال التي يكون فيها الالتهاب البريتوني ناتجاً عن احتباس المواد الثقيلة وتقرح تابعي في المعى سيما الالتهاب الاعورى البرازي او عن اختناق فتق تستدعي معالجة المرض الاصل في الحالة الاولى وعلمية اطلاق الفتق في الحالة الثانية واما باقي احوال الالتهاب البريتوني الاخرى فلا يمكن فيها التمام ما تستدعيه المعالجة السببية ومع ذلك فان اللائق هنا ذكر معالجة التثقبات المعوية بواسطة الافيون بمقدار عظيم متكرر فان المعالجة بهذه الكيفية ناهياً بايقاف جرعات الامعاء منع ملامسة المواد المنسكبة لسطح عظيم من البريتون وتجنب انسكابها في الباطن خصوصاً في كانت المعى المنقبية منعزلة عن باقي تجويقه بواسطة التصاقات والتقاويم الطبيعية تؤيد نجاح هذه الطريقة اذ كثيراً ما شاهدت في الاحوال التي يتبع فيها بدلا عن هذه الطريقة طريقة علاجية عرضية لاجل مقاومة الامسال بواسطة الحقن والمسيلات ان الالتهاب البريتوني الذي كان محدوداً ابتداءً وكان حقه ان يبقى على هذه المنابة صار منتشر بسرعة عاما بل يوسع البريتون ويعطى الافيون في مثل هذه الاحوال من نصف قحمة الى قحمة كل نصف ساعة في الابتداء ثم فيما بعد يسيراً عطاؤه نادراً وأما معالجة المرض نفسه فقد اختلف فيها في هذا العصر رأى الاطباء اختلافاً عظيماً فان كل مريض كان يعالج سابقاً بحسب الصناعة بواسطة القصد العام ويستفرغ منه من رطل الى اربطال من الدم ثم يوم مر له بوضع لعلى بكمية عظيمة على البطن مع اعطاء الزئبق الحلو بمقدار قحمة الى اثنتين بعد مضي ساعتين والاستمرار على ذلك بالمرهم الزئبقي بكمية عظيمة على جدار البطن والفضلين لاجل نفوذ جزءه فلما لم يبق من الزئبق في البنية بدون توقي لحل

العلق فهذه هي المعالجة التي كانت متبعة عموماً ومع ذلك فكان يمشي بالشمس
المرضى عدد عظيم ولم يلتفت الاطباء للعدد الذي شفي من هذا المرض بالمعالجة
المذكورة

وهذه المعالجة وان لم تكن ذات نجاح عظيم الا انه لا يعسر علينا اثبات كون
الطريقة القديمة غير عقلية فضلاً عن كونها مهلكة فانه عند فتح جثة
المهالكين بالالتهاب الرئوي المصوب ينضغ غزير نجد ان الرمة خالية بالكلية
عن الدم بسبب هذا النضغ ولو لم يعمل للمرضى استقراعات دموية عظيمة كما
انه عند فتح جثة المهالكين بالالتهاب البريتوني الذين كان علاجهم حسب
المعتاد نجد ان القلب والاعوية الغليظة مشبعة على كمية من الدم قليلة
جدداً بحيث يمكن نسبة الموت للمعالجة أكثر من نسبتها لنفس المرض وان
نضم الى ذلك كون المشاهدة الاكلينيكية والتجارب العديدة دلت على
ان كمية عظيمة من الدم مدة الوضع لا تقي النقصان من الاصابة بالالتهاب
البريتوني التام عند اسطون حتى النفاث وان جميع الاسباب المضرة
التي يمكنها حدوث الالتهاب البريتوني يظهر تأثيرها المضر في الضعفاء
المهوكين كقوياء البنية امكننا ان نضرب صفحاً عن اقامة ادلة أخرى تضاد
فعل الاستقراعات الدموية (رسياً في ان الدلالة العرضية لهذا المرض
تستدعي احكاماً الاتجاها الى الاستقراعات الدموية) والا نعتقد الاطباء
ان الاستحضارات الزئبقية ليس لها تأثير مضاد للالتهاب ولا للعضون ونحن
لا نحكم بان اقل ما هناك للاسحجة الى الاستعمال الزئبق الطلو والمرهم الزئبق
في معالجة الالتهاب البريتوني بل الظاهر ان تعاطي هذا الزئبق فضلاً عن عدم
نفعه مضراً اذا اعطى منه مقدار مسهل وعكس ذلك يقال في الاستقراعات
الدموية الموضعية ولا شك في كونها ذات تأثير جيد ولو بالنسبة لتنقيص آلام
المريض وهذه النتيجة تحصل عليها ولو كان الالتهاب البريتوني ناتجاً عن
تنقبقر حمة معدية وهناك طريقة أخرى ذات تأثير مشابه لما تقدم بل لها
تأثير جيد في الالتهاب نفسه وهي الوضعيات الباردة ففي أمكن المرضي تحملها
وجب تغطية البطن برقائد مبللة في الماء البارد وتغيير كل عشر دقائق انما
يتأسف من عدم تحمل المرضي الوضعيات الباردة على الدوام وهذه المعالجة

التي أوصى بها البركري وكبوش وغيرهما من الأطباء كثيرا ينتج عنها نتائج
 جيدة في الأحوال التي يربح شفاؤها غير أنها تفضل عنها في الاستعمال
 الوضعيات الساخرة على البطن أو الوضعيات الزيتية الفاترة الخفيفة لسهولة
 تحمل المرضى لها دون الوضعيات الباردة وفي عصرنا هذا المنجاح المعالجة
 بالافيون في التهاب البريتوني الناتج عن الثقوب والتأكد من أن الأجزاء
 المتألمة تحتاج للراحة في هذا المرض قد جعل للأطباء وسوخ قدم في الأقدام
 على استعمال هذا الجوهر الدوائي في جميع أشكال التهاب البريتوني ونحن
 على رأي من قال إن المنجح المعالجة في التهاب البريتوني هي الاستفراغات
 الدموية الموضعية على البطن بإرسال الملق مرة أو بوجه مرات والوضعيات
 الباردة عليه واستعمال الأفيون من الباطن هي المعالجة العقلية الأكثر
 نجاحا في التهاب البريتوني وإن هذا الجوهر رابطة جيدة جدا في جميع
 أشكال هذا المرض فإن التضخم الالتهابي الذي هو مهيج التهابي شديد يلامس
 بالحركات الديدانية لأمه أي أجزاء معوية لم تكن ملتزمة فإن أمكن إيقاف ثلاث
 الحركات الديدانية المعوية بواسطة الأفيون أمكن تجنب سبب رئيس في
 امتداد الالتهاب وإن استطاعت مدة المرض ونجح المرض وتجمع الصدود
 في بورات منعزلة ينبغي المداومة على الضمادات الفاترة وفتح المراح بسرعة
 عند ظهور التوج وهذه المعالجة تفسم استعمال في التهاب البريتوني
 المزمن انما في هذا الشكل يوصى أيضا باستعمال المركبات اليودية من الباطن
 واستعمال صبغة اليود على البطن مسابا الفرشة

وأما المعالجة العرضية فتدعى في الأحوال التي فيها يظهر اللون السيانوزي
 بسرعة وخصوصا التي يوجد فيها عسر في التنفس القصدي العام والتي يوجد
 فيها علامات الاوذعما في الفصوص العليا من الرئة القصود وان كان لا يزال
 انظر المهدد حياة المريض الا وقتيا لكألا نعرف واسطة أخرى أقوى منه
 لا جعل مقاومة هذا المعارض واستعمال زيت الترمينان من الباطن كما
 يستعمله الانكليز لا يمكن في إزالة الحالة الطبيعية للبطن التي هي السبب
 الا ابتدائي لعسر التنفس العظيم ومثل ذلك يقال في الجواهر التي اشتهرت
 بانها تقتص الغازات أو تعادها أو تطردها وينبغي رفض بزل البطن بواسطة

بازلة رفيعة متى أمكن اسراج الغازات بواسطة قساطير عظيمة مرنة تدخل في
المستقيم

وأعظم واسطة لمقاومة التي الذي يحصل في هذا المرض هو تعاطي قطع صغيرة
من البليسد وأما الامساله فلا ينبغي مقاومته الا بعد زوال دور الالتهاب
بواسطة مسهلات لطيفة جدا

وأما الامسال الذي يكون ناتجا في الغالب عن ارتشاح الغشاء المخاطي المعوي
ارتشاحا او ذيباويا فيقاوم بالانيمون والقوايض وان لم ينجح تأثرهما في
الغالب وفي الاحوال المزمنة التي فيها الحى تضعف قوى المريض بالكلية
ينبغي ان يعطى له كبريتات الكينا بمقدار عظيم وتبيذ الكينا بمقدار قليل
خصوصا مع تعاطي الاغذية المقوية المسهلة الهضم
* (المبحث الثاني) *

(في الاستسقاء البطني المعروف بالزقي)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

يوجد في الاستسقاء الزقي تجميع ارتشاح في البريتون يشابه تركبه متحصلات
الارتشاحات الطبيعية للجسم والاسباب التي ينتج عنها الارتشاحات زقية في
البريتون هي عين الاسباب التي ينتج عنها ترايد الارتشاحات في اجزاء اخرى
من الجسم وهي تنحصر في ازدياد الضغط الباطني للدم على جدر الاوعية
وتناقص كمية المادة الزلاية لمصل الدم والاستحالات المرضية للبريتون

ثم ان الاستسقاء الزقي كثيرا ما يكون من جملة تطواهر الاستسقاء العنومي
المعروف بالاستسقاء العنومي سواء كان الاخير ناتجا عن مرض في القلب
او في الرئتين يعود رجوع الدم الوريدي الى القلب او كان متعلقا باستحالة
مرضية في الكليتين والطحال وغيرهما من الاعضاء يعقب فقر الدم وفي جميع
هذه الاحوال لا يحصل الاستسقاء الزقي الا حصولا تابعا عقب نلهود
اعراض الاستسقاء العنومي فلا يظهر الا بعد حصول ارتشاحات مصلية في
المنسوج النخوي العام تحت الجلد (اي الاستسقاء العنومي) او الاطراف
او الوجه ونحو ذلك وفي احوال اخرى يكون الاستسقاء الزقي نتيجة ركود
الدم ركودا محسودا في اوعية البريتون واحتباسه فيها وحيث ان ذلك

لا يتأق الا عن عائق في دورة الوريد الباب فمن الواضح ان الاستسقاء الزقي قد
 يوجد بدون ظواهر استسقاءات في أعضاء أخرى ويصحب بانفراد بعض
 امراض الكبد او او بعينه

وبالجمله قديسكون الاستسقاء الزقي خصوصا شكل الاستسقاء اللينقي
 او اللينقاوي متعلقا باستحالة مرضية تمتد في البريتون سيما التولدات
 المرضية او السرطانية او الدرنية لهذا الغشاء والطاهر ان السرطان الهلامي
 هو أكثر أشكال السرطان استعجابا بالاستسقاء الزقي العظيم
 * (الصفات التشريحية) *

كمية المادة المصلية المرتشحة في التجويف البطني تختلف اختلافا عظيما
 فقد تكون بعض ارباط في بعض الاسباب وقد تصل الى أربعين رطلا او تزيد
 في أحوال أخرى بلون اسائلي اما ان يكون صافيا ومتعكرا انعكرا خافيا
 لا غلظا باخلية بشرية مكابدة لاستحالة ولونه يكون أصفر فاقما كثيرا الزلال
 والاملاح ولا يحتوى الاعلى قليل من ندف ليقية ومتى عرض السائل المنفرز
 من البريتون المكابدة لاستحالة مرضية الى الهواء تكون قيمه رواسب من
 مواد ليقية منعقدة والبريتون يظهر كايام مياض والطبقات السطعية للكبد
 والطحال تكون باهتة للون قليلا وقد تظهر خالية عن الدم ضامر تبسبب
 الضغط عليها من السائل العظيم وقد يكون الخجاب الخارج احيا نام سدقا الى
 أعلى اندفاعا عظيما بسبب تجمع السائل في البطن بحيث يصل الى الضلع
 الثالث أو الثاني

* (الاعراض والسير) *

يتم شرح اعراض الاستسقاء الزقي وماذا ذلك لكون هذا المرض لا يستتب
 بنفسه ولكون اعراضه الخاصة لا يمكن اقرارها عن اعراض المرض الاصلي
 الا بكمية تصحبة

ومتى انضم الاستسقاء الزقي الى الاستسقاء لسبب محي الغالب ان تكون
 الاعراض المحسوسة للمريض واهية في الابتداء بالنسبة لبقاى مكابده بحيث
 لا يلتفت الى حصول الاستسقاء الزقي الا فحيا ويواظب على الامانة الطبيعية
 وعكس ذلك يقال في شكل الاستسقاء الزقي الذي يصاحب اضطرابات الدورن

البوابة او الاستحالات المرضية للبريتون فان في مثل هذه الاحوال قد يأخذ
 ظهور الكبد النقي او سرطان البريتون في الظهور وبالاستسقاء الزقي بحيث
 يستدل من زيادته التدريجية ومن الاضطرابات التي يحدثها على المرض
 الاصلى ولو كانت كمية السائل المتحصرة في البطن قليلة فالمرضى لا تشتكى
 الا باحساس امتلاء البطن وتضيق الملابس ويحصل في آن واحد عرق
 خفيف عند الشهيق العميق ومتى ازدادت كمية السائل ازداد أيضا
 الاحساس بامتلاء البطن بحيث يصير متوترا مؤلما وضيق النفس القليل
 يزداد أيضا بحيث يحصل صعوبة في التنفس والضغط الذي يحدثه السائل على
 المستقيم يمكن ان يحصل منه امساك وتجمع الغازات في البطن المسبب عن
 ذلك يزيد في ضيق النفس أيضا وكثيرا ما يحصل تناقص في الافراز البولي بسبب
 ضغط السائل على الكليتين والوعية المارة فيها وقد استمر الاعتقاد زمنا
 طويلا بان المدرات البولية بعد ان فقدت خاصيتها تعود لها عقب بزل
 البطن وتوجيه هذا الاعتقاد بهذه الكيفية من الخطا بل ان ازدياد الاستسقاء
 الزقي في حد ذاته عائق من عوائق الافراز البولي وانه متى زال هذا العائق
 سهل الافراز البولي ثانية ان الضغط الذي يحدثه السائل الغزير في الوريد
 الباب والاوردة الحرقمية ينتج عنه صعوبة في دورة اوردة الاطراف السفلى
 والاعراض التناسلية الظاهرة وجلد البطن وبذلك يوجه تعدد اوردة هذه
 الاعضاء والارتشاح المصلى في منسوجها الخاوي تحت الجلد الذي قد يكون
 عظيما جدا بحيث يحثي المرض الاصلى واذا ينبغي للطبيب التأكد بالسؤال
 من كون الاتفاخ ابدأ في الاطراف السفلى او الصفن اولى البطن
 ثم ان جميع المرضى المصابة بالاستسقاء الزقي تصكون في حالة خطيرة لكن
 يندر ان تموت من الاستسقاء الزقي نفسه بل الغالب ان يكون هناك كراهة من
 المرض الاصلى الذي نتج هو عنه وقد يسرع الانتهاء المخزن بعسر التنفس
 او بالتسلخات والغنغرينات السطحية التي تظهر أحيانا في الصفن أو الغنذين
 بسبب تورم الجلد وتضاعفها
 ثم ان البحث الطبيعى للبطن ذو أهمية عظيمة في تشخيص الاستسقاء الزقي
 فيوجد مجرد النظر تعدد في البطن وتغير مخصوص في شكله فانه متى كان

الارتشاح متوسط الكمية اختلف شكل البطن وأوضاع الجسم المختلفة بحيث اذا بحث عن المر بضم وهو جالس وجد النصف الاسفل من البطن ارضا وعند استقامته بصير البطن اكثر عرضا
 واذا كان الارتشاح غزيرا جدا وجد البطن متوترا بسدا في جميع الاتجاهات بحيث يصل التوتر الى الاضلاع فتشاهد الاضلاع الكاذبة مندفعة الى الارج وحينئذ لا يتغير شكل البطن بتغير أوضاع المريض ومق كان الاستسقاء الرقي واضحا كما يكاد يشاهد اشجرات ريدية هزوقة كثيفة متفرعة في جلد البطن المسترق وتبرز السرة وتوجد خلوط في جدر البطن ناتجة عن تباعد الياف الادمة ينتج عنها حوزو ايضا مائلة للزرقه ترى من خلال الادمة كالخزوز التي في جدر لبطن الناتجة عن تفردها جدا
 مدة الحمل

ومق ارتفع السائل المتجمع في البطن عن الخوض أحسن يتوجج واضح عند وضع راحة اليد على جهة من البطن والقرع بأنامل اليد الاخرى على الجهة المقابلة لها قرعاسر يعاوصوت القرع يكون فارغا بالكليمة أعنى اذا أصميتة تامة في جميع المحال الملامس فيها السائل جدر البطن ومجاس هذه الاصميتة بحدائق بالزيادة والنقصان على حسب وضع المريض فان السائل يميل لان يلائم الاجزاء المنحدرة ابطن ما عدا الاحوال التي يكون فيها سطح المقدم من البطن ذا اصميتة في جميع احواله عند القرع
 (التشخيص)

لاجل تغيير الاستسقاء الرقي آسنى الارتشاح السائب في البريتون من الاستسقاء البيضى الكيس يذوق التآكل الكلى في معرفة تاريخ المرض بالبحث الجيد عن الرضا والتوقف الى معرفة الاسباب النافجة عنها
 لمرض فان الاحوال التي يظهر فيها الاستسقاء البيضى الكيس تكون مجهرية والذى سلم في الغالب ان هذا المرض كثيرا ما يظهر عند انفساء الجيادات الصميتة بدون وجوده منها فقد يماس احدى اخرى وينعكس ذلك في الاستسقاء الرقي ففى امكان التأكد من سبق وجود تعبيرات تركيب في ما وردته بسبب تجميع السائل في المظار كاتة دم وأمكن ان يثنى

وجود استسقاء مرضية في البريتون دل هذا في الاحوال المشكوك فيها على
وجود استسقاء متكيس في المبيض وليس زقيا واعتبار هذه الامور واجب
اذ هناك احوال فيها التشخيص التمييزي يقضي على الامور التي ذكرناها
والبحث الطبيعى لا يمكن الاستدلال منه بشئ ومضى كانت الاكياس المبيضية
صغيرة بشكلها الخاص وكذا وضع الكيس والتحول البطني اقوهة الرحم
واختلاف نتيجة القرع عند تغير اوضاع المريض فحينئذ يمكن سهولة تمييز
الاستسقاء الزقي المبيض المتكيس عن الاستسقاء الزقي فقط لا يمكن في
الاحوال التي فيها يكون غوا الكيس عظيما جدا فيفقده الشكل الخاص
للورم ويمتد الى الجزء المتوسط من البطن ويندفع الرحم الى اسفل بثقل
الكيس ويوجد عند القرع صوت أصم عند على جميع الجهة المقدمة من
البطن تشبه بالكلية الاستسقاء الرقي الذي ازداد زيادة عظيمة وفي مثل هذه
الاحوال يقضى الالتفات الى المسافة بين العرف الحرقى والاضاع الثاني عشر
كاتبه عليه الطيب (بامبرغر) حيث قال يوجد في هذه المسافة الصوت الطبيعى
للمعى العليظ ولو كان الورم عظيما جدا لا يوجد ذلك في الاستسقاء الزقي ومع
ذلك لا يمتد هذا العرض ايضا

وبعد معرفة الاستسقاء الرقي يجب على الطبيب معرفة سبب الناج عنه
وقد ذكرنا فيما تقدم ان الاستسقاء المذكور يكون من جهة الطواهر
المتعلقة بالاستسقاء العموى ولا يكون مطلقا عرضا ابتدائيا للموعى ذلك متى
ظهر الاستسقاء الزقي عند مريض غير مصاب بالاولى وفيما في اجزاء اخرى كان
هذا الاستسقاء ناتجا مما عن عوق في الدورة الوريدية البوافية او عن استسقاء
مرضية في البريتون وكثيرا ما يمتد علينا تغييرها من الحالتين عن بعضهما
الى الاخرى كانه عند وجود الطواهر عوق في سير الدم في جذور اخرى في المجموع
لوريدى البوافية او ظهور اضرار ايات في وظائف الكبد يستدل من ذلك على
الشكل الاول وانه بالمتكيس تشد وجود علامات كاشفة واضحة
او وجود سرطان او داء اخرى خصوصا وجود ارقام في البطن
يستدل من ذلك على عودته الشكل الثاني

(المعالجة)

تستدعي دلالة الاستسقاء الزقي متى كان هذا المرض أحد ظواهر الاستسقاء
العمومي وكان ناتجا عن عوق في استسقاء دم الاجوفين معاملة امراض
القلب والرتين السابق ذكرهما مرارا

واذا كان الاستسقاء الزقي متعلقا بمجموعة عظيمة في الدم وجبت معاملة
المرض الاصل الناتجة عنه النهوك والاجتهاد في تحسين حالة الدم وليس لنا
قدرة على اتمام الدلالة الاولى واما الثانية فيمكن التعشم في اتمامها مع النجاح
فيما اذا نتج الاستسقاء عن الحيات المتقطعة او عن البول الزلال او الذي
بصاحب نقاهة الامراض الثقيلة وبهذه الكيفية يحصل على نتيجة اكثر
عما اذا استعملت المدرات البولية بدون تمييز ولا يمكننا مطلقا فتح سبيل الوريد
الباب او الوريد الكبدى عند انسدادها وانضاطها او ارجاع مرونة الكبد
عند انكماشه وصوره الناتج عنها اضيق الاوعية الكبدية في المرض المعروف
بالسروز الكبدى كما انه ليس لنا قدرة على اتمام الدلالة السببية في احوال
الاستسقاء الزقي الناتج عن استحالة سرطانية او درنية في البريتون واما دلالة
معالجة المرض نفسه فتستدعي تبديد السائل المتجمع في البطن وفي العادة
تعطى المدرات البولية تقريرا لجميع المرضى المصابة بالاستسقاء الزقي لكن
عدد من شفي بهذه المعالجة واه جدا بحيث لا يعد شيا

واذا كان الاستسقاء الزقي متعلقا باستسقاء عمومي فلما منع من استعمال
المدرات البولية واما ان كان ناتجا عن انسداد في الوريد الباب فلا وجه
لاستعمالها كما اذا استعملت في اوديميا الساق الناتجة عن انسداد الوريد
الفخذي واما المسهلات الشديدة فانها ممدوحة من مدة طويلة عند مشاهير
الاطباء اكثر من المدرات البولية في معالجة الاستسقاء الزقي وتأثيرها سهل
التوجيه ولو في احوال انسداد الوريد الباب منسلا انما تحدث استسقاء
الجذور الابدائية لهذا الوريد وبذلك يتناقص الضغط على جدران الاوعية
الذى هو السبب الابدائي للاستسقاء الزقي وعند اعطاء المسهلات تفضل
الشديدة منها في هذه الاحوال واكثر تركيب يستعمل بنجاح في احوال
الاستسقاء الزقي حبوب المعلم (هيم) المركبة من الصمغ النقطي وبصل العنصل
وكبيرتور والاقتمون المذهب وتستعمل المسهلات الشديدة ما دامت قوى

المريض وحالة القناة الهضمية متحملة لذلك واما ان انحطت قوى المريض
ونجم عنها تجميع عظيم في القناة الهضمية وجب ترك الاستعمال واما بزل البطن
فهى عملية غير خطيرة وبها يستخرج السائل المتراكم في هذا التجويف
بسهولة وهذه العملية وان لم تكن خطيرة كما ذكر وتيجتها واضحة الا انه
ينبغي الالتفات للنتائج المحزنة التي تعقبها فعلى الطبيب ان يلاحظ ان السائل
المستخرج ليس مجرد سائل مائى بل هو زلالى مصلى ويستعاض من الدم بعد
استخراجه بزمن قليل يتجمع سائل جديد آخر وذلك يوجب تلاتشى قوى
المريض ودمه

وقد دلت التجارب اليومية على ان التخافة تتقدم ثم ذمما عظيم اعقب اول
عملية بزل في البطن ولذا لا تفعل هذه العملية في الاستسقاء الرقى الا عند
وجود خطر عظيم يهدد حياة المريض عقب عوق التنفس او الخوف من
وقوع الجلدة المتوترة وترا عظيمها في الغنغرينا

• (المبحث الثالث) •

(في درن البريتون وسرطانها)

درن البريتون لا يكاد يحصل حصولا اوليا مطلقا بل يكون اما مضاعفا للدرن
الرئوى او المعوى اعنى للالتهابات ذات المتحصلات الحقيقية في الرئة او المعى
او لتسدن الاعضاء البولية او التناسلية وفي احوال اخرى قد يكون درن
البريتون ظاهرة من جملة تطواهر الدرن الدخنى الحاد وليس للشكل الاخير
اهمية اكلينيكية فانه لا ينتج عن التراكبات الدرنية الصغيرة الشفافية في
جوهر البريتون اعراض وليس لها تاثير واضح بالنسبة لسير الدرن الدخنى
الحاد وكذا التولدات الدونية الصغيرة المبيضة التي توجد في الطبقة المصلية
الخشنة للمعى فوق القروح المعوية الخنازيرية فانها ذات اهمية تشرى بحسبة
مرضية لا اكلينيكية واما الدرن البيضى التنظيم الحليم الذى يتراد بكمية
عظيمة على سطح جميع البريتون فله اهمية عظيمة فيما ذكر والاجزاء المحيطة
بكل عقدة درنية على حدتها تكون مرشحة بالدم او تستحيل المادة الملونة
للدم المنسكب الى مادة بجمتية فيحاط هذا الدرن الابيض بها المسودة
والغالب ان يكون السرب منعظا نحو الاعلى ومرصعا بالدرن ومكونا

لغوية بارزة ذات تحديات ويكون البريتون في هذا الشكل بقطع النظر عن
 التولدات الدرنية واقعا في حالة كثافة وتخن التهابي ويوجد في تجوية فكية
 عظيمة من السائل تكون احيا نادمية
 وكذا سرطان البريتون يتدرج يحصل كعرض اولي ذاتي بل يكاد يمتد اليه
 في جميع الاحوال من الاعضاء المجاورة كالكبد والمعدة واعضاء الاناث
 التناسلية ومن النادر ان يمتد اليه من المعى وكل من الاسكروس والسرطان
 الخاعي يحصل غالبا على شكل تجميات او عقد عديدة في حجم الحصص منتشرة
 على جميع سطحه او انما يحصلان على شكل استحالته سرطانية سطحية منتشرة
 في جواهر البريتون واما السرطان الهلامي فقد يتكون عنه اورام عظيمة
 جدا تمتد وزيادة على هذه الاورام التي يكون مجاسها السرب غالبا تكون
 اغلب اعضاء البطن والوريتة بالدرانية من البريتون مرصعة بتعقدات
 صغيرة هلامية وفي هذا الشكل تكون الاعراض المعوية ملتصقة ببعضها
 والسائل المخوي في تجويف البريتون يكون انذاك متكيسا
 ثم ان الطواهر المرضية التي يصطبب بها كل من درن البريتون وسرطانه تشابه
 بالكيسة طواهر الاستسقاء الزقي البسيط والعرض المهم هو تمدد البطن
 بالتدريج بالسائل المتزايد المتجمع في تجويف البريتون وكل من الاحساس
 الشديد للبطن بالضغط الذي يفقد في غير هذا الشكل من الاستسقاء الزقي
 وكذلك القنية السريعة الظهور وقد اسباب اخرى من اسباب
 الاستسقاء الزقي هو الذي يحكم به فقط مع التقريب على وجود استحالته
 سرطانية بريتونية واما وجود الورم والاحساس به فهو الذي يحكم به على
 ما ذكرنا كما ان شكل الورم وامتداده وسن المرض وظهور درن
 او سرطان في غير البريتون من الاعضاء هو الذي يحكم به على وجود احدي
 هاتين الاستحالتين المرضيتين

- (في امراض الكبد والمسالك الصفراوية)
- (الفصل الاول في امراض الكبد) •
- (المبحث الاول في الاحتقان الكبدى)
- (كيفية الظهور والاسباب)

كمية الدم المحتوى على الكبد قد تزايد بازدياد ورود الدم الى هذا العضو
 او بعوق استفرغته منه ويسمى الاحتقان في الحالة الاولى بالاحتقان
 التواردي وفي الحالة الثانية بالاحتقان الاحتياسي
 ليعلم ان الاحتقان التواردي للكبد قد ينشأ اولاً عن ازدياد قوة الضغط
 الباطني للدم على جدران الوريد الباب وهذا الاحتقان يحصل في الاحوال
 الصحية مدة كل هضم فانه دخول السوائل الاثنية من الامعاء في الاوعية
 الشعرية المعوية تزيد في تحصل الاوردة المعوية وبذلك يكاد تحصل هذه
 الاوردة مغطاً كغشدة فيندفع نحو الكبد بقوة تزايد وهذا الاحتقان
 التواردي التوسلوي يجرى بمجاورة الحدود الطبيعية عند الاشخاص المفرطين
 في المأكول والمشرب ويتكرر مراراً وتستطيل مدته فينشأ عنه قد مستمر
 في الاوعية الكبدية واحتقان فيها بجميع الاحتقانات التي تترقد بجملة مرات
 وقد ينشأ الاحتقان التواردي ثانياً عن كون الاوعية الشعرية لهذا
 العضو التي تجر لها مسنداً ونقطة ارتكاز في الحالة الصحية في جوهر الكبد
 تمدد عقب استرخائه فلا يكون لها قدرة على مقاومة عمود الدم الوارد اليها
 كالحالة الصحية وبهذه الكيفية تحصل الاحتقانات التي تظهر عقب آفات
 جرحية في الكبد وفي مجاورتها الالتهابات والتولدات الجديدة في هذا العضو
 ومن الجائز ان الاحتقانات الكبدية الناشئة عن الافراط في المشروبات
 الروحية تنسب من هذا القبيل فانه في جميع هذه الاحوال يحصل تهيج
 في الكبد وتناقص في تماسك جوهره لان الكول يصل الى الكبد ابتداءً
 بواسطة الوريد الباب يظهر ان التأثير الاولي لهيج ما هو تنويع في مقاومة
 جوهره المشويج بحيث يحصل تناقص في مقاومة هذا الجوهر عقب تأثير
 مهيج ما وهذا التوجيهاً وافق للملاحظة ثبت وتاواضها عند التأمل
 في تاثير الحرارة على الجذاً انما هو وهذا وان كان نظرياً الا انه مطابق بالاكثـ
 للدرجة التي عليها الممارف التوسلوية والطبية الا ان وثائنا الاحتقانات
 الكبدية التي تشاهد بكثرة في احوال تسمم الدم بتاثير الماسا خصوصاً
 الماسا الآجامية والاحتقانات الكبدية التي تشاهد في البلاد الحارة
 ومثلاً هذا الاحتقان لم يتضح الى الآن ان كان متعلقاً باسترخاء في الجوهر

الكبدى او شلل في الالياف العضلية للاوعية الاتية بالدم او بتغير جوهرى
في جدران تلك الاوعية وغير ذلك من الاسباب (كحصول غيرها من الاحتقانات
والتغيرات الجوهرية التي تشاهد في باقي الامراض التسممية العمومية)
ومن جملة الاحتقانات الكبدية التواردية الخفية التوجية للاحتقانات
الكبدية التي تظهر عند بعض النساء قبيل الحيض وتشتد اشتدادا عظيما
عند انقطاعه

واما الاحتقانات الاحتباسية للكبد فهي أكثر حصولا من احتقاناته
التواردية وحيث ان الدم الذي يعود من الكبد الى الوريد الكبدى يمر من
مجموع شعري مزدوج فالضغط الواقع على جدران الاوردة الكبدية يكون
ضعيفا جدا ومن جهة اخرى الوريد الكبدى يتفتح في الاجوف السفلى
في محل فيه استقراغ الدم في الحالة الطبيعية لا يكاد أدنى مقاومة بحيث
ينصب الدم بسهولة في الاجوف الاسفل ومنه في الاذين الايمن انخالى عن الدم
سيما انه عند فعل حركات الشهيق يجذب الدم نحو الصدر وهذه الشروط
المعينة المساعدة جدا لمرور الدم من الاوردة الكبدية متى اضطربت
وكادت أدنى عائق من انه سبب دم الوريد الكبدى في الاجوف الاسفل نتج
عن ذلك تجمع الدم في الكبد واحتقانه احمقانا احتباسيا ولا يشترط أن يكون
العائق عظيما فان الضغط الباطنى الواقع على جدران الوريد الكبدى ضعيف
جدا بحيث لا يكون له قدرة على قهر ادنى عائق

فحينئذ الامور التي يترتب عليها حصول الاحتقانات الاحتباسية في الكبد
هي اما تغيرات تعوق استقراغ الاذين الايمن واما تغيرات يما يتعدى اجذاب
الدم نحو الصدر فتشبه ولا تشاهد الاحتقانات الكبدية الاحتباسية
اولا في جميع امراض السماعات الفلبيسة سيما سماعات الجزء الايمن من
القلب ثم السماعات القاسوى ثم الصمام الاورطى والتغيرات المرضية لهذه
السماعات اذا تأخر حصول الاحتقانات الكبدية الاحتباسية فيها او تقدم
يكون متعلقا بحصول التضخم القلبية المعادة حصولا تاما وغير تام واستقرار
التأثير المعادل لهذه التضخمات ثم مناطق ولا او قصيرا

ثانياً تحصل الاحتقانات الكبدية الاحتباسية في جميع الاصابات الجوهرية

للقلب وغلافه التي تعوق استفرغ دم الاوردة العظيمة الا نسبة من جميع اجزاء الجسم وهذا امر سهل التوجيه

ثالثا تحصل الاحتقانات الاحتباسية الكبدية من ضعف حركات القلب وبطنها بدون اصابات جوهرية مدركة فيه كما يحصل ذلك في الدور الاخير للاعراض المنهكة الحادة وفي النهوكة المزمنة فان تأثير مثل القلب ابتداء بالنسبة لتوزيع الدم هو عين تأثير الاستحقاقات المرضية لجوهر هذا العضو

رابعا كثيرا ما تحصل الاحتقانات الكبدية من الامراض الحادة والمزمنة للرئتين التي ينتج عنها ضهور الاوعية الشعرية الرئوية ورائض غاطها اذ بذلك يتراكم الدم في القلب الايمن والاجوف السفلى كالانقباض الرئوية والالتهاب الرئوي الحلقى وانضغاط الرئة بواسطة الانسكابات البليوراوية ونحو ذلك

خامسا قد تنشأ الاحتقانات الكبدية الاحتباسية عن انضغاط الوريد الاجوف بواسطة أورام لاسما بواسطة انورزما الوردية
* (المقات التشريرية) *

الكبد يختلف اتساعه على حسب درجة الاحتقانات وهذا الاتساح قد يصل الى درجة عظيمة جدا ولا يتغير شكله في هذا المرض وانما ترايد الحجم يحصل بالاكثر على حسب قطر مكالطوله ومعنى كان الاتساح عظيما جدا صار غلاف الكبد أملس اماما متوترا وتتراثر اعظما وازدادت مقاومة الكبد وعندئذ بالشرط من لا يسيل الدم من سطح الشق بكمية عظيمة وسطح الشق اما ان يظهر ملامونا بلون اسودا كن او يكون مبقعا كما يكون في الاحتقانات الاحتباسية المزمنة وفي هذه الحالة الاخيرة توجد اصفار ذات لون اسمر داكن وهي عبارة عن الاوردة المركزية المتعددة وابتداء آت الاوردة الكبدية وهذه الاصفار تكون اشكالا مختلفة على حسب اتجاه الشق وتتميز هذه الاصفار عن اصفار اخرى اقل دموية وود كثة وهي عبارة عن انها آت اوعية الوريد الباب وهذه الهيئة المبقعة التي كانت تسمى هيمية الكبد هذه بالهيئة الجوزية للكبد اي الشبيهة بجوز الطيب بعد شقه تكون

كثيرة الوضوح متى كانت الاصفار القليلة الدم المحيطة بالاوردة المركزية
المتعددة ذات لون كثير الاصفار بسبب احتباس الصفراء فيها واحتباسها
في مثل هذه الاحوال اما ان يكون متعلقا بحالة نزلية في المسالك الصفراوية
فنتيجة عن احتقان الغشاء المخاطي لهذه القنوات او بعائق في استقراغ
الصفراء ناتج عن ضغط الاوعية الصغيرة المتعددة على القنوات الصفراوية
او عن حالة التهابية نزلية في الغشاء المخاطي الاثنى عشرى فنتيجة عن نفس
الاسباب التي احدثت احتقان الكبد

ثم ان الكبد الذي يكون حجمه ابتداء متزايدا يمكن ان يتناقص بالتدريج شيئا
فشيئا ويكتسب هيئة حبيبية بحيث يمكن اختلاطه عند البصت بمجرد النظر
بالكبد الحبيبي وشكل هذا الضمور الكبدي يسمى شكل الضمور الكبدي
الجوزي وكل من الضمور والهيئة الحبيبية للكبد ينشأ كما قاله (فريركس)
من تعدد الاوردة المركزية للفصيصات الكبدية والوعية الشعرية المتقزمة
بها تعدد ينشأ عن الضغط العظيم الواقع على باطنها من احتباس الدم فيها
فيحدث من ذلك ضمور في الخلايا الكبدية الكائنة في الهالات التي بين فروعها
وعند ضمور هذه الخلايا يعمل محالها منسوج رخو كثير الدم متكون من اوعية
شعرية متعددة ومن منسوج خلوي جديد التكوين وهذا التوجيه ليس
أكيدا وبالاقل انه غير تام فانه يحاول منسوج خلوي جديد ووعية شعرية
متعددة محل الخلايا الكبدية لا يمكن ان يصفر حجم الكبد فصفرا الكبد لا يطرأ
ولا يد لاعتق انسكاس المنسوج الخلاوي الجديد التكوين بحيث يصير
حجمه صفيرا جدا والظاهر كما قاله (ايمريستر) ان تكون جوهر خلوي حول
الاوردة المركزية في الاحتقانات الاحتباسية لكبد مبنى على نظريات فرضية
لا على مشاهدات لا واسطية بل هذا المعلم وجد في شكل ضمور الكبد الجوزي
ان غوا الجوهر الخلاوي يحصل حول الاوردة بين الفصيصات كما يحصل ذلك في
سروزال الكبد ويؤدي احيانا لتكوين جوهر خلوي بين الفصيصات
الكبدية تكون ارضا لايوجد ما لقا في كبد الاطفال المسلمين

(الاعراض والسير)

احتقان الكبد ليس له علامات محسوسة للمريض ولا مدركة للطبيب مادام

قلب لا ويحجم هذا العضو ليس متزايدا تزايد او اضعافا ومتى اتضخ الكبد اتتفاخا
 عظيما فالمرضى يفتن بامتلاء عظيم في المراق الايمن وهذا الاسساس كثيرا
 ما يتزايد بحيث يشبهه الاسساس بالتوتر المتعب الذي يمتد من هذا المراق الى
 جميع محيط القسم العلوي من البطن والضغط الذي يحس به في المراق الايمن
 او الاسساس يشبهه منطقة صلابة محيطية بالجسم وضيق التنفس هما
 العلامتان اللتان يشكويهما في الغالب الاشخاص المصابون بمرض في
 القلب كما ان مكابدات المصابين بالانقباض الرئوية او سيروز الرئة والاحديداب
 يحصل فيها تاقلا عظيم متى ازداد حجم الكبد واحتمقن والمرضى المصابون
 باحتقان الكبد واتفاخه لا يتحملون الملابس الضيقة عند ازدياده لانه يمنع
 التمدد العميق ومتى انضم الى الاحتقان الكبدى احتباس خفيف في
 الصفر اعمالا لسباب الموضحة فيما سبق ننتج عن ذلك بركة خفيف وحيث ان
 لون الجلد عند هؤلاء المرضى يكون على العموم منرقا (سيانوزيا) بسبب
 عوق استتراق الدم الوريدي بشاهد ظهور رقون مخضر واصف لهؤلاء
 المصابين بامراض في القلب قبل الموت بقليل ولا يتضمن للاعراض المذكورة
 والعلامات الطبيعية المعتادة بتزايد حجم الكبد ظواهر مخصوصة تعلن
 باضطراب وظيفة هذا العضو ما - ام الاحتقان بسيط او يقطع النظر عن كون
 ازدياد افراز الصفر او تناقصه الخفية لا يمكن معرفتها ما مدة الحياة لم يكن
 (فريركس) تحقق من ذلك في جثة الهالكين بالاحتقانات الاحتباسية
 الكبدية العظيمة وانما وجد هذا الشهير احيانا ان الصفر محتوية على مواد
 زلالية والرضى المصابة باحتقانات كبدية يكادون يقشكون على الدوام
 باعراض اخرى فيعتبرهم آلام في الرأس واضطراب في الهضم وعدم اتطام
 في التبرز وبواسير ونحو ذلك وهذه المكابدات ليست نتيجة للاحتقان
 الكبدى فاما ان تكون متعلقة به بالكلية او انها متعلقة بالسبب الذي
 ينتج عنه احتقان الكبد وهو الغالب ومن المعلوم ان امراض القلب لا ينتج
 عنها فقط احتقان الكبد بل ينتج عنها أيضا النزلة المعدية والمغوية وكذا
 الافراط من الماء كل ينتج عنه أيضا كل من هذين المرضين بل كثيرا ما تظهر
 النزلة المعدية والمغوية قبل الاحتقان الكبدى ويظهر أنه يحصل عكس ذلك

في الاحتقانات الكبدية التي تحصل بكثرة في البلاد الحارة جدا بتأثير السم
الآجامي غالباً فان هذه الاحتقانات تبدي باضطراب عمومي عظيم جداً او
آلام شديدة في الرأس واستفراغات صفراوية غزيرة بالقي والاسهال وبخروج
مواد مخاطية مدعمة غالباً بجركة التسبرز الا ان مجموع اعراض هذه الاحوال
المرضية غير المعالومة لنا بالدقة يدل على ان الاحتقان هنا ليس بمجرد احتقان
بسيط بل انه يوجد معه افراز مرضي في الكبد غير متعلق باحتقانه او ابتداء
تغير مادي ثقيل في الكبد لا يندران يتبدف فيما بعد والظاهر ان الاحتقان
الكبدى في مثل هذه الاحوال المرضية ليس الاظاهرة من جهة تطواهر
اصابة مرضية مصيبة لجميع الاحشاء البطنية خصوصاً للقناة الهضمية وهذه
الاصابة توجه الاضطراب العام وغيره من الاعراض المذكورة سابقاً كثر
من توجهها بالاحتقان الكبدى

وبالبحث الطبيعى يعرف بسمولة ازدياد حجم الكبد حتى وصل الاحتقان الى
درجة عظيمة الشدة وحيث ان العلامات الطبيعية الدالة على ازدياد حجم
الكبد اول ما ستذكر هنا ويجب علينا بيان بعض أمور قبل ذكرها
فنقول

لاجل الاستدلال على تزايد حجم الكبد يبحث عنه اولاً بالنظر ثم باللمس ثم
القرع
فبالبحث بالنظر يوجد عند اتقاخ هذا العضو اتقاخ عظيم باروز في المراق
الايمن ممتد اجهة اليسار ويمتد حتى يندرج اجهة الاسفل ونصف الصدر
الايمن الذي يزيد في الحالة الطبيعية عن النصف اليسار بنصف قيراط الى قيراط
يكون كثيراً قد في جزئه السفلى والاضلاع السفلى يمكن ان تندفع الى
الخارج بالكبد المتزايد الحجم وتتقارب من بعضها وحافتها السفلى تندفع الى
الامام

واللمس يتعبر بالسكلية باقباض عضلات البطن الذي يحصل عند عدم التانى
والدقة في البحث فان بعض الاطباء الغير المتمرنين يظنون وجود او وام في
الكبد عند اللمس بسبب اقباض بعض أجزاء العضلة المستقيمة البطنية
المحدودة بالتدوير الوترية واذا لا ينبغى البحث باللمس عن المراق الايمن والمريض

جالس أو واقف بل ينبغي استنقاؤه على ظهره وتقر يب الفخذين من الخوض قليلا كما أنه يؤمر المريض بالتنفس بكيفية منتظمة وصرف فكره عن الصبح بالاستئذ من الطبيب وفي كثير من أحوال انتفاخ الكبد الذي يعرف أكثرا بالقرع وان وجد فيها بالجمس مقاومة عظيمة في المراق الايمن لا يمكن معرفة حافة الكبد معرفة تامة وذلك يحصل عندما تكون مقاومة الكبد المنتفخ غير متزايدة خصوصا عندما تكون متناقصة وفي أحوال أخرى وهي التي يكون الكبد فيها متزايدا في المقاومة والانتفاخ فالجمس فيها لا يدل على درجة عظم حجم هذا العضو فقط بل وعلى شكل حافته وسطحه أيضا

واما القرع فهو الواسطة الطبيعية المهمة جدا في معرفة انتفاخ الكبد ولاجل تحديد الحد العلوي من الكبد لا يرتكن الى صوت القرع القليل الاصبية الذي يشاهد في الاصفار التي توجد فيها طبقة رقيقة من الرئة بين الكبد وجر الصدر بل يرتكز الى الصوت الاصح التام الذي يسمع في الاصفار التي فيها يلامس الكبد جدر الصدر مباشرة فحينئذ متى ذكر الحد العلوي من الكبد فالمراد منه حد الاصبية التامة لصوت القرع وهذا الحد لا يعاوض الصفر الا كثيرا ارتفاعا من الكبد الابنحو ثلاثة سنتيمترات ويكون في الاحوال الطبيعية أسفل حافة الضلع السادس في الخط الثدي ويسقط الى الضلع السابع عند الشهيق العميق ثم يصعد الى الضلع الخامس في الزفير التام وفي الخط الابطن يكون هذا الحد في محاذاة الضلع الثامن واما بقرب العمود الفقري فيكون في موازاة الضلع الحادي عشر وفي الخط المتوسط من البطن لا يمكن تحديده هذا الحد الكاش في موازاة مفصل المعلقة الخجيرية مع القص تحديدا تاما لان اصبية الكبد تختلط في هذا الصغر باصبية القلب واما الحد السفلي للكبد فانه في الاحوال الطبيعية في الخط الثدي يصل الى الحافة السفلى من قوس الضلع الاخير واسفل من ذلك بقليل وفي الخط الابطن يكون أعلى الضلع الحادي عشر واما في الخط المتوسط فانه يوجد وسط المسافة الكائنة بين المعلقة الخجيرية والسرة ومن الخلف أي بجوار العمود الفقري لا يمكن تحديده هذا الحد مع التأكيد وعند النساء والاطفال يكون هذا الحد أسفل حافة الاضلاع بقليل بسبب قصر صدرهم وكل من الحافة

المادة الكبد المجاوزة قوس الاضلاع ببعض سنتيمترات والنقص اليسارى من الكبد لا يحدث اصمية واضحة في صوت القرع متى كان الكبد غير متسكائف والبعد الكائن بين الحد العلوى وحده السفلى في الخط الئبى ٩ سنتيمترات و ٥ ملليمترات وفي الخط الالبى ٩ سنتيمترات و ٣٦ ملليمترا وفي الخط القصى ٥ سنتيمترات و ٨٢ ملليمترا وذلك بحسب القياسات التى فعلها المعلم (فريركس) فى ٤٩ شخصا من سن ٢٠ الى ٤٠ سنة ومتى عظم حجم الكبد صار صوت القرع فى المراق اليمين والقسم الشراسيفى أصم فى امتداد عظيم وهذه الاصمية تصير قليلة الوضوح أو تزول بالسكبة بالترىب من حافة الكبد وينبغى معرفة هذه الظاهرة حتى لا يعلم ان الكبد أصغر حجما مما هو عليه فى الحقيقة ولا ينبغى تشخيص اتفاح الكبد وازدياد حجمه من الاصمية الممتدة فى المراق اليمين الا من بعد التيقن من عدم اندفاع هذا العضو الى أسفل وقد ذكرنا فيما تقدم الامور المهمة التى ينبغى عليها التشخيص القيسى بين عظم حجم الكبد وندفاعه وزيادة على ذلك قال كبد قد يلامس جدار البطن فى امتداد عظيم بدون ان يعظم حجمه وذلك بان يسقط ويميل الى أسفل اما بضغط يقع على الجزء السفلى من تجويف الصدر او باسترخا فى جوهره كما قاله (فريركس) او بان يكون ذا شكل غير طبيعى وأ كثر الاشكال غير الطبيعية حصولها ما يشاهد عند النساء بسبب الهصر الشديد للملابس ولا سيما بالاربطة القوية للملابس فان الكبد بهذا الضغط المستقر الواقع عليه يحصل فيه تفرطح عظيم جدا وقد يحدث مجاميع مجاوزة حافة الاضلاع بجوهلة اصابع بدون ان يعظم حجمه بل ربما يصل فى أحوال نادرة الى العرق الحرقفى وينبغى الالتفات الى تفسير وضع الكبد وشكله حتى يمكن التمعق من نتيجة البحث بالعلامات الطبيعية

واما اتفاح الكبد الاحتماقى فمن النادر الحكيم به بمجرد النظر وبالقرع توجد اصمية عظيمة ممتدة من المراق اليمين الى المراق اليسر بسبب ازدياد سموكة الكبد وممتدة أيضا من أعلى الى أسفل بحيث تسفل أحيانا الى السرة وبالجلس يحس بحافة الكبد احساسا واضحا بسبب ازدياد مقاومته ولا يوجد فى هذا الشكل الاحتماقى ادنى تغير فى شكل الكبد ولا لاسه سطحة ومن

الامور المشخصة لاستئمان الكبد السهلة التوجيه هو تزايد حجمه وانه يمتصه
 بسرعة أكثر منه في جميع اتفاحاته
 ومن المستغرب ان الصفة المرضية للضهور البلوزي من الكبد لم ياتفت
 اليها حق الانتفات الا في العصر الاخير خصوصا من الماهم (ليبريست)
 والظواهر الخاصة بهذه الصفة المرضية يمكن ايضا اعتبارها جزءا وهي
 ان المرضى تتكون مصابة بمرض في القلب وان تيز عيار ثوية او غيرها من
 الامراض الرئوية التي بها يعاقق انصباب الدم في القلب الايمن ويكون هذا
 العائق الدوري قد أدى عندهم لاتفاح في الكبد وسيا تورا واستسقاء عام
 وتكون الظواهر الاستسقاءية كما هو العادة في امراض القلب والرئتين
 مبتدئة بالاطراف السفلى ثم تمتد الى التجاويف المصلية وعند التقدم في السير
 يكون قد اعترى الحالة المرضية تغير بحيث يظهر ان الاستسقاء الرئي اوضح
 من الاستسقاء العام وانه يستمر في أماكن شفاء ما عدا من ظواهر الاستسقاء
 العام مدة من الزمن بالوايط العلاجيّة اللائقة وعند البحث عن الكبد
 يوجد انه متناقص في الحجم بالنسبة لما كان عليه وان كانت السفلى اكثر
 ارتفاعا بقدر جملة أصابع عما كانت عليه قبل بعض اسابيع او اشهر
 ولا يندر ان يصل الاستسقاء الرئي الى درجة عظيمة جدا مع بقاء الاستسقاء
 العمومي على حالة مناسبة بحيث يلتجأ الى فعل البزل وفي الاحوال التي
 شاهدناها وكان فيها عند وجود امراض في القلب والرئتين عدم تناسب
 بين الاستسقاء الرئي والعمومي مع تناقص واضح في اتفاح الكبد وفيها يمكن
 تشخيص الضهور البلوزي للكبد لم يجد تزايد في حجم الطحال وتوجيه هذه
 الظواهر عند التأمل بالدقة لهذا الضهور ليس فيه صعوبة فان الجوهر
 الخاوي من الكبد المتكتمش يضغط على الاوعية فسيلان الدم من الاوردة
 البريتونية يسكنون سيفتذ معوقا بكيفية مزدوجة اعني باتفة القلب
 أو الرئتين او بانضغاط اوعية الكبد انما عدم عظم حجم الطحال يظهر انه
 مخالف لما هو الواقع في مثل هذه الاحوال فانه بانضغاط الاوعية الكبدية
 يكون استعراخ دم الطحال معوقا وحيث كان يوجد في سيروز الكبد الذي
 يكون فيه أحوال مشابهة انه يكاد يوجد الطحال قد دأ على التوام وعظم

تجسه قيب عادة لا احتيا من الدم في الوريد الطعالي وسأتمكم عند الكلام
على سيرور الكبد واحتقان الطعالي على هذا الامر المتناقى بحسب
التظاهر

(المعالجة)

دلالة المعالجة السببية تستدعي استبعاد الامور التي تساعد على حصول توارد
الدم نحو الكبد أو احتباسه فيه فالاحتقانات التواردية الكبدية الناتجة
عن الافراط من المآكل والمشرب تستدعي تدبيراً غذائياً لطيفاً والناتجة عن
الافراط من المشروبات الكحولية تستدعي منع تعاطي المشروبات المذكورة
بالكلية ومن جهة المعالجة السببية تغير الهواء بالاتقال من اقليم الى آخر
للأشخاص القاطنين في البلاد الحارة او المشهونة بالميازما الأجابية متى
حصل لهؤلاء الأشخاص احتقانات كبدية متكررة وعند ظهور احتقانات
تواردية نحو الكبد قبل حصول الطمث عند النساء او متى لم يظهر الطمث في
الوقت المعتاد فينبغي تستدعي المعالجة السببية وضع العلق على عنق الرحم
او المحاجم التشرطية على الوجه الانسى من الغذين واماني الاحتقانات
الكبدية الاحتباسية فالغالب انه لا يمكننا اتمام ما تستدعيه المعالجة
السببية وان امكنا اتمام ذلك فالغالب ان الذي تقاوم به المعالجة يفعل
يقصد اضطرابات اخرى دون الاحتقان الكبدى فالتان اجر يتا فعل القصد
مثلا في التهاب الرئوى واحده ثانيا ذلك تلطينا في الاحتقان الكبدى فلا
يكون هذا المرض الاخير هو الذى استدعى القصد بل الذى استدعا
الاحتقان الاحتباسى في الدماغ او غيره من الاسباب

واما دلالة معالجة المرض نفسه فيستعمل فيها كثيرا ارسال العلق على قسم
الكبد لكن هذه الطريقة ليست عقلية وقليلة التأثير وقد اجاد المعلم
(هينوخ) حيث قال ان وضع العلق على القسم الشراسيى في مثل هذه
الاحوال كوضعه على قبضة يدا او مفصل قدم بل ينبغي وضع العلق حول
السفرة متى كانت اعراض الاحتقان الكبدى مشتدة وواضحة فان ارسال
العلق على هذا الصغر يجذب الدم من الاوعية المتفهمة ويجذور الوريد الباب
وبذلك يخفف الضغط الواقع على جدر الاوعية فيقتا قص وروده نحو الكبد

والمسهلات اللطيفة خصوصا الاملاح المتعادلة لها تأثير مماثل لذلك فانها تحدث استفرغ الاوردة المعوية بسبب جذب كمية عظيمة من السائل منها فيضعف الضغط الباطن الواقع على جدار الوريد الباب والمرضى المصابون باحتقانات كبدية اعتيادية يخرج عندهم استعمال معالجات مخصوصة بالمياه المعدنية كماء اومبرغ وكسجين وماريه ياد فان الاملاح التي تدخل في باطن الجسم في هذه البناء يسع يمكن تحمل تأثيرها بدون ضرر زمانا طويلا

* (في التهابات الكبد) *

لاجل سهولة دراسة التهابات الكبد يعزلها خمسة أشكال وسنشرح كلا على حدة مفصلا فنقول اما الشكل الاول فيحصل فيه الاضطراب الغذائي الالتهابي في الحويصلات الكبدية تنقسمها وهذا الشكل يسمى بالالتهاب الكبدى الجوهرى او التقصى بسبب سهولة انتهائه يتكون الخراجات الكبدية واما الشكل الثانى فيصيب فيه الالتهاب المنسوج الخاوى القليل الذى يمتد من محفظة جاسون الى باطن الكبد مع الاوعية الدموية ونتيجة هذا الالتهاب غمق المنسوج الخاوى ثم انقباضه انقباضا تدريجيا بعد ويسمى هذا الشكل بالالتهاب الكبدى الخاوى وعند انتهائه بالانكماش يسمى بسيروز الكبد واما الشكل الثالث ففيه يحصل من جهة فساد محدود في الجوهر الكبدى ومن جهة اخرى غمق المنسوج الخاوى حول الاجزاء المتسدة وهذا الشكل يسمى بالالتهاب الكبدى الزهرى نظرا لسيبه الاصلى واما الشكل الرابع ففيه يكون الالتهاب (اقله في الابتداء) قاصرا على جدار الوريد الباب فيسمى بالالتهاب الكبدى الوريدى الباب واما الشكل الخامس فهو الذى يسميه الان اغلب الاطباء الضمور الحاد للكبد وهو مرض فيه يحصل تضيق بين الاخطية الكبدية يفتح عنه ضمور هذا العضو في اقرب وقت ويصطبغ ببقان كثيرا الشدة ولا تكلم على هذا الشكل انما من الابد العثور على معرفة غيره من امراض الكبد التي تصطبغ باليرقان وتكون سهلة المعرفة

* (المبحث الثانى) *

(في التهاب الكبدى الجوهرى او التقصى)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات التي تحصل في هذا الشكل تصيب الاغشية الكبدية تبعاً للمعلم (ورجوف) فانها تنفتح في الابتداء وتنضغ فيها مادة زلالية ثم تتلاشى هذه الاغشية فيما بعد فينتج عن ذلك تلاش أيضاً في جوهر الكبد وبذلك يظهر مسافات خالية مملئة ببقايا المنسوج الكبدى المتلاشى وأما (ليرميستر) فانه يقول ان التفسير المرضي في هذا الالتهاب يبتدىء من المنسوج بين الخلايا وأن تلاشى الخلايا الكبدية أمر ثانوى ثم ان أسباب هذا الالتهاب ليست واضحة بالكلية وهو مرض نادر الحصول في البلاد المعتدلة ويشاهد بكثرة في المناطق الحارة كالهند الا أنه بولغ في كثر وجوده هناك وما يعد من الاسباب المقسمة لهذا المرض

اولاً خروج الكبد ورضه لكن ذلك نادر الحصول فان (بود) لم يجد هذا السبب المرضي في ستين حالة شاهدها ووجهها الامر واحدة

ثانياً وقوف التجمعات الحصوية ذات الزوايا في المسالك الصغرى وهذه نادر أيضاً

ثالثاً وجود تقرحات وتغيرات غنغرية في الاحشاء البطنية فكثيراً ما شوهدت ضاعفة هذا المرض للقروح المعوية والمعوية وقروح الحويصلات المرارية كما انه قد شوهد حصول الالتهاب الكبدى التقيضى عقب عملية الفتق المختنق او عمليات جراحية أخرى في المستقيم وفي جميع هذه الاحوال يغلب على الظن ان هذا المرض حاصل بواسطة السداد السيارى من قروح الوريد البابى وانتقال جواهر أخرى مهيبة مضررة الى الكبد بواسطة دم الوريد البابى وان لم يمكن إقامة البرهان القطعى المثبت لذلك مع التأكد الى الآن وان كان المعلم (بود) كغيره من المؤلفين يفسر هذا الالتهاب الكبدى في البلاد الحارة جداً المأذكر ومن المعلوم انه ينسب حصول هذا المرض حصولاً اولياً بل الغالب ان يكون حصوله تابعياً للدوسنتاريا المتسطنة تسلطاً موضعياً في البلاد الحارة جداً لكن لم يثبت ثبوتاً كلياً في هذا الشكل الاخير أن التهاب الكبد ناتج عن مرور بكتريا متغفيرة من الغشاء المخاطى المعوى او السائل العنق للمعى في باطن الكبد بواسطة

الوريد الياب كما انه لم يثبت أيضا ان الدم ينطاريها هي السبب الوحيد للالتهاب الكبدى في البلاد الحارة بل عدم مضاعفة الالتهاب الكبدى للدوسنطاريا الوبائية في البلاد الباردة ولو اني يوجد فيها تغنفر محتمل في الغشاء المخاطي وفساد في محصل الامعاء من الامور التي تظهر أنها تنافي رأى المعلم (بود) وغيره

رابعا بعد من الاسباب المتعمدة للالتهاب الكبدى الجوهرى الآفات الجرحية والغنفرية والسدد والالتهابات الوريدية للاجزاء الدائرية للجسم وفي توجيهه هذا الشكل الذى يسمى بالالتهاب الكبدى الانتقالي بعض عسر توجيه الشكل السابق وظهور خراجات انتقالية في الكبد عقب تقرحات غنفرية دائرية تطحننا الى الظن بان السدد الدموية (تبعاً لما ذكرناه في الآفات الانتقالية للرئة) تانى وتسدف ريعات الشريان الكبدى بعد المرور من الاوعية الشعرية الرئوية وينبغي لنا ذكر هذا الشكل والتنبية على عسر توجيهه والسفبا تباين الرأس والكبد التي قبيل بها كثيرا في الزمن السابق ينبغي الآن توجيهنا بان جروح الرأس المتأفة الى جوهر العظم تحدث بسهولة عظيمة تغيرات انتقالية في أعضاء أخرى خصوصا الكبد

• (الصقات القشرية) •

الالتهاب الكبدى الجوهرى لا يكون مطا اقامتسرا في عموم جوهر الكبد بل يظهر على الدوام على هيئة بورات منغزلة تكون تارة عظيمة وتارة صغيرة وكثيرا ما لا يوجد منها الا بورة واحدة وفي بعض الاحوال يوجد الكبد موشحا ببورات عديدة ومن النادر ما كان البحت القشري يحى عن الكبد وهو في الدور والابتسداق من هذا الالتهاب فوصف الاجزاء الملتصبة حينئذ بانها ذات لون محردا كن ذات مقاومة وبروز قليل عن سطح الكبد المحتقن ماخوذ يقينا من المقارنة بالتهاب أعضاء أخرى لامن المشاهدات وتوجد في ابتداء الالتهاب الكبدى وسط الكبد المحتقن اصفا رمتغيرة اللون مصفرة رخوة تلتبس بانخراجات الكبدية متى كانت يقرب السطح الظاهر من الكبد وقد شاهد المعلم (ورجوف) في هذه المواضع المتغيرة بالمكروسكوب ان خلايات

الكبد تظهر كآية او شفاقة سيبية وعددها متناقص ومنتشر بين الخسلايا
الكبدية السامة مادة مائية ذات سيبيات رقيقة جدا و اكثر من ذلك حصولا
عدم امكان البحث عن الالتهاب الكبدى التقيضى في دور يكون أكثر
تقدما فيوجد فيه حينئذ نخر اجات كجسم حصاة او بيضة الدباجة ومتى
اختلفت هذه النخر اجات ببعضها وتقدم تقيح الكبد نتج عن ذلك بورات
عظيمة غير منتظمة متعرجة يمكن ان تكسب امتدادا عظيما جدا وهذه
البورات تكون مخاطية بنسوج كبدى كآب آخذ في التلاشي والاضمحلال
ومحتوية على صديد قشلى كثيرا ما يكون مخضرا بواسطة اختلاطه
بالصفراء

ونخر اجات الكبد يمكن أن تكون ثاقبة متى امتد التهابك الى السطح الظاهر
والتثقب اما ان يحصل في تجويف البطن او في جلده اذا تكون التصاق
كاف بينه وبين الكبد وفي أحوال أخرى قد ينصب الصديد في تجويف
البليورا وذلك اذا التصق الكبد بالجابح الخاخر وقد شوهد أحوال نادرة
فيها قد ينفتح خراج الكبد اما في التامورا او في المعدة او في الامعاء او
الحويصلة المرارية بل وفي الوريد الباب والاحواف السفلى
وفي الاحوال الخبيثة التي فيها يعيش المريض بعد انفتاح الخراج الكبدى
يمكن ان تتقارب جدران الخراج لبعضها ثم يتكون منسوج خلوى ندبى ينشأ
عنه فيما بعد أثره النمام صلبة تحتوى في الغالب على مواد صديدية متكاثفة
او مستحيلة الى مادة طباشيرية بل وفي بعض الاحوال التي فيها لا يحصل تثقب
يمكن ان يتكون في جدران الخراج وحوله ثم خلوى عند استتالة مدة فيصير
سطحه الباطن اماس ويتكيس الصديد ويتكاثف شيئا فشيئا بامتصاص
أجزائه السائلة وبانكماش المنسوج الخلوى المحيط بالخراج يمكن ان يتناقص
حجمه شيئا فشيئا ولا يبقى الا منسوج ندبى صلب محتو على مادة طباشيرية
* (الاعراض والسير) *

الشرح البين الذى يذكر في الالتهاب الكبدى التقيضى لا يوافق غالباً
الا الالتهاب الكبدى الجرحى او الناتج عن احتباس الحصوات الصفراوية
كاتبه على ذلك المعلم (بود) مع ان هذين الشكلين اندر من غيرهما حصولا كما

ذكرناه اذ من المعلوم انه متى حصل ألم شديد في الكبد عقب مرض على قسم
هذا العضو او مؤثر شديد آخر وانتفخ الكبد وصار مجلساً لآلام شديدة
واضطرب مجموع هذه الاعراض بحسب قوتها واضطراب بنى تقبل كان
تشخيص هذا المرض سهلاً

ويعكس ذلك متى ضاعف التهاب الكبد تغيرات مرضية تشكرونية كما اذا
طراً هذا الالتهاب على الدوسنطارياً وعقب تقرحات دائرية او جروح الرأس
او عمليات جراحية والمشاهدات الاكلينيكية العديدة التي ذكرها كل من
بود واندراي عبارة عن مجموع احوال فيها لم يعرف تراج الكبد المتكئون
بهذه الكيفية الكلية أو لم يستدل عليه الا فيما بعد ويقتضي الظن بطرق
الالتهاب الكبدي عند وجود التقرحات المعوية المزمنة والالتهاب الاعوري
الدائري وماما ثلها من التغيرات المرضية وعقب بعض العمليات الجراحية
المعمولة في المستقيم والبلعن متى أحس المريض بقشعريرات وانتفخ الكبد
وصار مؤلماً وانضم لذلك برقان لكن لا يرضى من سببه ولا عرض قار
الوجود فان الاحوال التي فيها توجد الظواهر الموضعية لمرض الكبد عند
وجود تغيرات انتقالية آتية من فهو الاعضاء البطنية تكون كثيرة المصروا
كاحوال التغيرات الانتقالية للرتين التي تسير بدون ان ينتج عنها آلام في
السدر ونفث مدم وكذا كل من القشعريرة والحصى يمكن ان يكون علامة
على مرض آخر غير الالتهاب الكبدي التابقي فلا يقتضي اعتبار ما ذكره علامة
أكيدة فاصرة على هذا المرض ومن العسر معرفة طرق والالتهاب الكبدي
على الدوسنطارياً الوطنية فانه في هذا المرض الاخير لا يندران يكون الكب
منتهجاً مؤلماً بدون ان يكون مجلساً التغيرات التهايسة والحصى في هذه الحالة
لا تتدل على شيء فان الدوسنطارياً في حد ذاتها مرض يصطبب بحسب البرقان
يفقد في كثير من الاحوال وان وجد في احوال أخرى فلا يكون علامة
أكيدة على التهاب الكبد أو كثر الالتهابات الكبدية عسراً في التشخيص
تشخيص الالتهاب الكبدي التقيضي الذي يظهر عند وجود التقرحات
الدائرية والعمليات الجراحية ولا يكون في هذه الاحوال الاظاهرة من
ظواهر المرض المعروف بالتسمم الصديدي للدم اذ في مثل هذه الاحوال

لا تشتمكي المرضى التي تكون مضطربة الدماغ وفي القحطاط عظيم بالآلام في
 قسم الكبد كما ان كلام من الشعور برة والحي الشديدة بل واليرقان مهما كثر
 وضوحه لا يدل دلالة كبدية على اصابة الكبد وان انضم الى ما تقدم ان
 ازدياد حجم الخراجات الكبدية التي تتكون في الامراض السابق ذكرها
 يكاد يحصل على الدوام ببطء بدون ان ينتج عنه أعراض واضحة كانت
 الواضح انه كثيرا ما لا يظن او يتحقق من ان تلك التغييرات المرضية كانت
 من سبب التهاب كبدي الابعز من طول بل بسبب الحفاة المستمرة وغيرها من
 مجموع الامراض التي ستذكر فيما بعد

ثم ان الصفة المرضية الناتجة عن خراجات الكبد الاخذة في الازدياد شيئا
 فشيئا تختلف اختلافا عظيما فكاد يوجد في الغالب ألم اصم في المراق الايمن
 يتزايد بالضغط عليه وقد ينضم لذلك ألم مخصوص سنيا توى في الكتف الايمن
 وكل من كثرة حصول هذا الألم وأهميته في التشخيص قد يولغ فيه في الزمن
 السابق ويكاد يجاوز الكبد على الدوام حاقة الاضلاع الكبدية وفي الاحوال
 التي فيها تكون الخراجات الكبدية عظيمة متعددة واثق فيها يكون احتقان
 هذا العضو واصلا لدرجة عظيمة يمكن ان الكبد المتضاعف بحجمه يمد
 الجهة اليمنى من الصدر وايرز في المراق الايمن ويسقط الى أسفل في البطن
 ومتى كان يجلس الخسراج في السطح المحذب للكبد وادتفع عن موازاته
 وجسدا حيا بالجلوس بروزات محببة قليلا بل يمكن ان يحس فيه بالتعوج
 واليرقان ليس من الاعراض الملازمة للخراجات الكبدية بل يفقد في معظم
 الاحوال فان احتباس الصفراء وامتصاصها المتعاقب بها وجود اليرقان
 يكونان اما نتيجة انضغاط القنوات الصفراوية وانسدادها بالكلية بواسطة
 تعقدات زلالية اوليفية

والخراجات الكبدية العظيمة يمكن ان ينتج عنها انضغاط فروع الوريد الباب
 بل والخراجات المتسكونة في السطح المقعر لهذا العضو يمكن ان تضغط على
 جذع الوريد نفسه وكثيرا ما يوجد في مثل هذه الاحوال خلاف الامراض
 السابق ذكرها اتفاخ في الطحال وضع مصلي في البريتون ومادامت
 الخراجات الكبدية صغيرة الحجم فالحي التي تحبها لا تكون شديدة غالباً بل

كثيرا ما تنفذ بالكلية وفي اثناء هذه المدة يكون اضطراب الحالة العامة
 للمريض قلبا ولا وتبقى قوى المرضى ويظهر انهم معتنون بصحة مناسبة في
 الظاهر جملة سنين لكن متى ازداد هجوم الخراجات الكبدية وصار عظيمها
 اشتمت الحى وحصلت قشعريرات زمننا فزمننا كما يشاهد في غير ذلك من
 التقيحات المزمنة وتخط قوى المرضى ويضمكون في تلك اغلبهم في هذه
 الحالة باعراض الاستسقاء وهذا ما يسمى بالسيل الكبدى

ومتى انثقب خراج الكبد وانفتح في تجويف البطن نتج عن ذلك التهاب
 برتوانى يخفى يهلك المريض في اقرب وقت واذا حصل التصاق بين الكبد
 والجدار المقدم للبطن شوهدا ولا ارتشاحها ارتشاحا وذيما ويا يصير فيما بعد
 التهابا والتروج الذى كان قبل ذلك قليل الوضوح يصير بذلك سطحيا ويظهر
 في جدار البطن ويرداد شيئا قريبا الى ان يثقبها فينتفخ الخراج واما اذا حصل
 الثقب في الحجاب الحاجز فيشاهد اما ظهروا علامات التهاب البلبورا او
 خروج نقيش وهو الغالب من مواد صديدية ذات لون احمر اكن او مسمر وذلك
 بسبب كثرة التصاق وريقتى البلبورا ببعضها ومنظر هذا النقيش باقراده
 كثيرا ما يكفى في تشخيص خراجات الكبد واما اذا حصل الثقب في التامور
 فينتج عن ذلك التهاب تامورى قتال بسرعة واما اذا حصل الثقب في المعدة
 فيشاهد خروج مواد صديدية بالقيء باللون السابق ذكره واما عند حصول
 الثقب في الامعاء فيشاهد فيه اسهال صديدي ومتى خرج الصديد في قنعة
 جدار البطن او اتقدف الى الخارج من المعدة او الامعاء او الشعب احسنت
 المرضى حال الراحة وتحسين عظيم لكن هذا التحسين لا يستمر ولا يبقى الا في
 الاحوال النادرة التي تكون فيها الخراجات الكبدية ذات امتداد قليل
 وكان استمرارها زمننا قليلا واما في اغلب الاحوال فيستمر الاقرازا الصديدي
 وتهلك المرضى من استمرار القيح عقب زمن كثير الطول او قليلا واما الانتهاء
 بالشفاء عقب تركيب الخراج وتناقص حبه تتناقص تدريجيا مع تكاثف
 متصله فيه تمن النوادرو بندراتباغ سير هذا الانتها الجيد مع التاكيد
 مدة الحياة

• (العلاج) •

الاجتهاد في حصول تحليل الالتهاب الكبدى بواسطة وضع العلق حول
 الشرج والوضعات الباردة على المراق الايمن لا ينصح الا في الاحوال النادرة
 من الالتهاب الكبدى الحرجى واما عند تقدم المرض فالمستعمل بكثرة
 من الوسائط العلاجية هو وضع الحرارة يوق على قسم الكبد واستعمال الزئبق
 الخاو في الباطن ولو كان أساس انتشار استعمالها غير قوى
 واما باقى اشكال الالتهاب الكبدى التقيحى فينبغى الاقتصاد فيها على المعالجة
 العرضية خصوصا وانها من النادر معرفة المرض قبل تكون الخراج ومن ترك
 استعمال المركبات الزئبقية من الظاهر والباطن بقصد مساعدة امتصاص
 التقيح ولو قيل ان المرضى المصابين بامراض الكبد تحمل استعمال الزئبق
 الخاو بمقدار عظيم بدون خطر ومضى لم يمكن الاحساس بالتوجع وعدم فتح
 الخراج يفتى الاقتصاد على حفظ قوى المريض بواسطة تدبير غذائى جيد مع
 استعمال المركبات الحديدية الحقيقية بل والنبيذ المخفف ان احتج لذلك وعند
 وجود القشعيرات فينبغى استعمال المركبات الكينية فان تأثيرها الجيد المضاد
 للحمى قد يتضح أيضا في هذا المرض ايضا عظيما وحيث دلت التجارب على
 ان خراجات الكبد التى تنتهى بالشفاء هى التى يسيل منها ابدق فصها صديد
 مختلط بالدم مع جز يئات من جوهر الكبد الواقع فى التهابه وان الخراجات
 التى يسيل منها صديد جيد فضع لا تشفى مطلقا فمن الواجب التمسك به
 ان تفتح الخراجات الكبدية بسرعة قبل تكون الغشاء المولد للصديد
 وتقطيعه بحدرا البورية الصديديية ومن المهتموم فى علم الجراحة ان قبل فتح
 الخراجات الكبدية ينبغى التمسك باحتياطات مخصوصة وان يفضل استعمال
 الكاويات على المشروط ما لم يكن الطيب متأكدا من وجود التصاق متين
 بين الكبد و جدر البطن

(تنبيه) قد حرج الاطباء فى الازمنة الاخيرة ببط الخراجات الكبدية ببطا
 منكر رابا لالبازلة الاستقصائية بقصد خروج المواد الصديديية الحديدية
 التكويز وعدم بقاءها وتكونها البورات عظيمة الان هذه الطريقة ليست
 عامة الاستعمال ولم يؤيد الطب العملى الى الان نجاحها وانتشار استعمالها
 (المبحث الثالث)

(في الالتهاب الكبدي الخاوي المعروف بسيروز الكبد

وبالاستحالة الحبيبية للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

مجلس الالتهاب الكبدي الخاوي خلاف الكبد والمنسوج الخاوي القليل
المكون لامتدادات المحافظ البلوسونية والمار من باطن هذا العضو صاحبها
لاوعيته وفي هذا الشكل لا يتكون نضج سابق في الكبد ولا تقيح
ولاخراجات فالتهاب الالتهابي في هذا الشكل عبارة عن نمو المنسوج الخاوي
بتكون عناصر خلوية جديدة من الموجود من قبل وكلما ازداد نمو هذا
المنسوج ازداد اضعلال الجوهر الخاص للكبد وتلاشيه وفي الدور المتقدم
لهذا المرض يكابد هذا المنسوج الجديد المتكون انكشافا شديدا يشكك به
جوهر الكبد تدريجا ويضعف بعض اجزائه وحيث تنفذ الاوعية الدموية
والقنوات المرارية في امتداد عظيم ويضمرم معظم الاخاية البنية
ويتلاشى

ثم ان المهيج الذي يحدث هذا الالتهاب بكثرة هو الكول ولذا تسمى اطباء
الانكليز الاستحالة الحبيبية للكبد بكبد السكرى وبكبد شرابي (البن)
(وهو مشروب روي قوي التأثير جدا) وهذا المرض يكون في الرجال أكثر
منه في النساء وما ذلك الا من اختلاف الافراط فيما ذكر باختلاف النوع
ويكون نادرا لو جود في الطفولية والظاهر ان الاستثناآت الظاهرية تؤيد
القاعدة العامة في بعض الاحوال وذلك لان (وندرلش) شاهد أعراض
سيروز الكبد الواضحة جدا عند احدثين سن احدهما ١١ سنة والاخرى
١٢ فبالتمعن الجيد يظهر له ان كلامهم ما كان يتعاطى الكول بجملة مدار
عظيم

وتعاطى الكول ليس هو السبب الوحيد في الالتهاب الكبدي الخاوي
فالاشخاص المصابون بهذا المرض والمنكرون اعتيادهم بتعاطى الكول
لا يعتبر جميعهم من المدمنين على السكر خفيفة وقد قيل ان مجرد الاحتقان
الكبدي الاستهاسي كالمشاهد في المصابين بأمراض القلب يحدث الالتهاب
الكبدي الخاوي، لكن الظاهر ان هذا القول مبني على الخطا وناتج عن

اختلاط شكل الضور الكبدى في كل من حاقى الكبد الجوزية والحيبية
والاسباب الاخرى المحدثه لهذا الالتهاب الكبدى الخلوى منبهة علمنا وقد
ظن (بود) ان بعض الجواهر المهيجه التي تدخل في المعدة كل يوم يمكن ان
يحدث عقب امتصاصه هذا المرض كما يحدثه امتصاص الكول وذلك مبق
على مجرد نظريات فقط وقد شوهد ان السبب المهيج المحدث لهذا المرض في
بعض الاسوال عبارة عن مجموع حصات صفراوية فان معظم المسالك
الصفراوية العظيمة للكبد المصاب الواضح فيه صفات سيروز الكبد كان
ممتلئا بجمعات حجرية

• (الصفات التشريحية) •

في الدور الاول من هذا المرض النادر فيه مشاهدة الصفات التشريحية
يكون هذا العضو متزايدا الحجم خصوصا معك والمحفظة البريتونية تخينة قليلا
كأية اللون وسطح الكبد لم يزل مستويا لمس ما عدا بعض بروزات غير
منتظمة وعند الشق يظهر جوهر الكبد مرشحا بمادة دموية رخوة ذات
لون سحابي ضارب للحمرة تكسب الكبد هيئة لحمية وهذه المادة تشتل على
امتدادات دقيقة من منسوج خلوى ضام وخلاقي كما يتضح ذلك من البحث
المكروكوبي ويظهر في وسط هذا المنسوج جوهر الكبد الاصلى على شكل
تصبغات قليلة الارتفاع

وأما في الدور الثاني الذي يعقب الاول بكيفية تدريجية فقد شرحه الشهير
(روكتسكى) مع الايضاح قائلا ان الكبد يكون صغيرا الحجم عن الحالة
الطبيعية وشكله متغيرا بحيث تظهر حوافه مستديرة وتزداد دقتها حتى
تصير كمنسوخ خلوى غير محتوي على جوهر كبدى بالكلية واما معك خصوصا في
الايمن فيكون بالعكس متزايدا الحجم بالنسبة لباقي اجزاء الكبد ثم ينتهي هذا
العضو بان يصير على هيئة كتلة كرية وقصه الايسر يكون اذ ذلك ملتصقا
بقصه الايمن على هيئة معلقة صغيرة مقرطحة ويشاهد على سطح هذا العضو
في هذا الدور بروزات حبيبية او حليمية منها اكتسب هذا المرض اسم الكبد
الحبيبي ثم ان كانت هذه التصبغات ذات عظم مستوي كجب الشهد الحج ظهر
سطح هذا العضو بهيئة مستوية واذا اختلفت عظمها ظهر سطحه بتصبغات

غير منتظمة وبين هذه التصبينات يصير الغلاف المصلي ذا لون مبيض سميك
شبهه بالاورتار العريضة قرني ومتجذب الى الباطن ومتى وجدت ثنيات عظيمة
غائرة في هذا الغلاف فاصلة تلزيمات عظيمة من الكبد عن بعضها اكتسب
هذا العضو هيئة فصيصية وفي العادة يتكون الغلاف الكبدى ملتصقا
بالاعضاء المجاورة خصوصا الحجاب الناجز اما بواسطة التصاقات كثيرة متوترة
او بالجهة شريطية وجوهر الكبد المصاب بالسيروز يكون متكاثفا صلبا
كالبلد وعند شقه يحس بمقاومة كمقاومة الاسكيروس ويوجد في باطنه
نفس التصبينات التي تشاهد على سطحه الظاهر وهذه التصبينات تكون
موضوعة بين الياق منسوج خلوى مبيض وسخ متين قليل الاوعية الدموية
ويضد جوهر الكبد الكلبية في محال متعددة فيصل محله المنسوج النسيجي
وبالبحث بالمكروسكوب في هذا الدور لا توجد التكونات الخالوية البعدية
بل يوجد منسوج خلوى تام التكوين مكونا للطبقات دائرية محيطة بالخلايا
كبدية كانت تسمى سابقا بالتصبينات والخلايا الكبدية الموجودة تتكون
اما آيلة للاستحالة الشحمية او متلونة بلون مخضر بسبب وقوف الصفراء فيها
الناجج عن الضغط الواقع على المسالك الصفراوية ثم ان الاستحالة الشحمية
للخلايا الكبدية هي المواد الملونة المشتملة عليها فتكسب جميع سطح الكبد
خصوصا التصبينات الموجودة فيها الواسع فراهذا هو السبب في تسمية هذا
المرض بـ **المرض بـ سيروز الكبد**

* (الاعراض والمسير) *

اعراض الالتهاب الكبدى الخلوى في الدور الاول منه تشابه اعراض
احتقان الكبد البسيط مشابهة عظيمة فان التغييرات الالتهابية في باطن
هذا العضو ومحفظته لا تكون مصحوبة عادة الا بالآلام خفيفة غير ان الضغط
على قسم الكبد يكون احساس المرضى به أكثر منه في الاحتقان البسيط
والاحساس بالامتلاء والتوتر في المراق الايمن يزداد في بعض الاميان
بعبث يشابه الاحساس بتوتر مؤلم او بالمحرق في هذا القسم وزيادة على
هذين العرضين توجد اضطرابات في الدور الاول من هذا الالتهاب
فتشكى المرضى بفساد في الشهية واحساس بضغط وامتلاء بعد الاكل

ويعتبرها حالة غائبة في البطن وامسالك ويمكن ان تضطرب التغذية في هذا
الدور أيضا بحيث يكتسب المريض هيئة ضعيفة ومع ذلك فجميع هذه
الظواهر يمكن ان يقال فيها ما قيل ان الاحتمان الكبدى البسيط يعنى انها
تكون مصاحبة لهذا المرض لاعرضه فان الافراط من المشروبات
الروحانية يكاد يشأ عنه على الدوام أيضا نزلات معدية مزمنة وهذه الاعراض
المذكورة أخيرا تتعلق بالنزلة المعدية المزمنة لا بالالتهاب الكبدى
الخلوى

واما اعراض الدور الثانى فيسبب معظمها مع السهولة العاتق مخائى
وذلك ان الضغط الواقع على فروع الوريد الباب ينشأ عنه بالضرورة ظواهر
احتباس الدم وركوده في الاعضاء التى يأتى منها الى الكبد بواسطة هذا
الوريد كما ان الضغط الواقع على القنوات الصفراوية ينشأ عنه امتصاص
الصفراء واليرقان مادام ظل الكبد قدرة على افراز الصفراء
وظواهر احتباس الدم وركوده التى نشاهد في الايتداء بكثرة هى التى تحصل
في الغشاء المخاطى المعدى والمعوى فان الحالة النزلية المزمنة للغشاء المخاطى
المعدى التى تصاحب الدور الثانى من سيروز الكبد ليست كالحالة النزلية
المعدية المصاحبة للدور الاول منه من كونها مجرد مضاعفة لهذا المرض
بل نتيجة ملازمة له واعراض النزلة المعدية المزمنة قد سبق ذكرها والنزلة
المعوية التى تصاحب أيضا هذا المرض بكيفية مستقرة لا ينتج عنها افراز غزير
في القناة المعوية الا نادرا بل الغالب ان ينتج عنها كفاية النزلات الالتهابية
المزمنة امر ازغزير من مادة مخاطية لزجة واخلية جديدة وقد ذكرنا ان من
اعراض النزلة المعوية التى تخص هذا الشكل من الالتهابات المعوية النزلية
المزمنة الامسالك والاتفاخ الطبلى للبطن والهيئة الضعيفة ولذا كان من
الواضح أهمية هذه الاعراض في سيروز الكبد ولا يندر ان امتلاء الاوعية
الشعرية للغشاء المخاطى المعدى والمعوى يصير عظيما جدا بحيث يمزق بهض
هذه الاوعية الصغيرة وعلى ذلك فسيروز الكبد هو بعد القرحة المستديرة
المعوية السبب الاكثر صولا للنزلة المعدية والمعوية كما ان هذا المرض
ينتج عنه بسبب عوق الدورة الوريدية البوابية امتلاء واحتمان في الاوردة

المسارية السفلى والاضغرة الباسورية ويكون حينئذ سبباً عظيماً في
احداث البواسير وعلى حسب ذلك فظهور البواسير من الاعراض الكثيرة
الحصول في المرض الذي نحن بصدده

وحيث ان الوريد الطحالي يصب متخصداً في الوريد الباب وان الضغط الواقع
على قرواح هذا الوريد الاخير يفتح عنه أيضاً عوق في استقراغ دم الوريد
الطحالي فان ظواهر احتقان الطحال وتعددته تنضم في هذا المرض الى الظواهر
التي تحصل في المعدة والامعاء وكثيراً ما يوجد الطحال منتفخاً في هذا المرض
انتفاخاً عظيماً في الدور الاخير من الالتهاب الكبدي النطاوي بحيث ان كلامن
ابولسير وبميرجر وغيرهما يعتبران تفاح الطحال اهم عرض لسيروز الكبد
وقد وجد (فريركس) الطحال في حالة الانتفاخ ١٨ مرة في ٢٦ حالة من
سيروز الكبد وتزايد حجم الطحال ينتج فقط عن تراكم الدم واحتباسه فيه
وذلك من جهة انه يحصل تارة بسرعة من الابداء وتارة يتأخر حصوله جدا
بدون ان يكون ذلك مطابقاً لحصول باقي الظواهر الاحتباسية ومن جهة
اخرى لكونه يفقد في بعض احوال سيروز الكبد وفي جميع احوال
الضغور الجوزي لهذا العضو ولومع الضغط العظيم الواقع على أوردة الكبد
ومن القريب للعقل ان انتفاخ الطحال يتعلق بتغير مخصوص مشابه لما يحصل
في الكبد ومع ذلك فتراكم الدم واحتباسه له مدخل في تزايد حجم الطحال
ويتضح ذلك من تناقص حجم هذا العضو وزوال انتفاخه عقب التقيء
الدموي الذي فيه تتمزق الاوعية الشعرية المعدية فيسهل استقراغ دم
الطحال

وحيث ان الاوردة البريتونية خصوصاً أوردة الوريدية الحشوية تستفرغ
أيضاً في الوريد الباب من الواضح جداً حصول الاستسقاء الرقي وكونه
العرض الرئيس في سيروز الكبد وتوضيح ذلك سبق ذكره في المباحث السابقة
التي نبهة فيها على ان ازدياد الضغط الواقع على جدران الاوردة البريتونية هو
السبب الاكثر سبباً لظهور ارتشاح مصلي في باطن تجويف البطن وقد
يكون هذا الارتشاح المصلي مختلطاً في بعض الاحوال بكمية قليلة من الدم
بسبب تمزق بعض الاوعية الشعرية البريتونية وقد يكون سائجاً في احوال

أخرى تدف ايقية ناتجة عن نضح الترابي في مخنطة الكبد وما حولها
والاستسقاء الزقي المتعلق بسير وز الكبد يتصف بكونه يغرق عظيم جدا
أكثر من باقي أشكاله ويظهر في آن واحد تشجرات وريدية مزرقمة متفرجة
على جدر البطن وأوديا في الاطراف السفلى وأعضاء التناسل بسبب
الضغط الواقع على الوريد الاجوف السفلى والاوردة الحرقمية كما انه قد
تشاهد غفرا بتسطحية في هذه الاجزاء

وحيث ذكرنا ان النزلات المزمنة للمعدة والامعاء والانزفة في هذه
الاعضاء والبواسير وضمادة الطحال والاستسقاء لزي اعراض ملازمة
لسير وز الكبد ناتجة عن عائق ميكانيكي بسبب الضغط الواقع على فروع
الوريد الباب عن الواجب علينا أيضا ذكر الاحوال الاستثنائية وتفسيرها
التي تفقد في هذه الاعراض أو تكاد لا تذكر فنقول انه من المهم ان فروع
الوريد الباب قد تبقى منقحة في بعض الاحوال ولومع تقدم سير وز الكبد
حيث يمكن اتساعها في امتداد عظيم في البلثة ونضيف لذلك ان استقراغ
اوردة المعدة والامعاء والطحال واليرتون يمكن ان يصير سهلا فيمنع
استسقاء الدم وركوده في هذه الاعضاء بتولد دورة تكميلية جانبية تسمح للدم
بالمرور في مسالك جديدة وحصول هذه الدورة التكميلية الجانبية الجديدة يتم
أولا بالاستطراق الذي يحصل بواسطة الضفيرة الباسورية بين الوريد
المساريقي السفلي والوريد الحلي وثانيا التغمات بين فروع الوريد الباب
وفروع أوردة الغلاف الكبدي التي تتقم بالاوردة الجانبية الجانبية
والمروية وثالثا بتقم الاوعية الجديدة التي تتكون في تلك الالتصاقات التي
تحصل بين الكبد والحجاب الحاجز وزيادة عن الاستطراقات الجديدة التي
تحصل بكيفية غير طبيعية وبها يسهل مرور الدم في فروع الوريد الباب الى
الاجوف بدون مروره في الوريد الكبدي قد تظهر في بعض الاحوال دورة
جانبية مخصوصة مددة الحياة ظهورا واضحا وفي هذا الشكل في الدورة
الجانبية الجديدة كما كان يظن سابقا انه ناتج من عدم انسداد الوريد السري
انسدادا تاما بعد الولادة وقام قناة دقيقة في رباط هذا الوريد وعند حصول
احتقان كبدي عظيم في الأشخاص الموجود فيهم هذا الاستطراق غير طبيعي

تتولد القناة المذكورة شياناً بالدم الوارد اليها بحيث توصل هذا السائل الى
البدن المقدم من البطن وهناك ينصب الدم في تفرعات الوريد الشدي
الانسي وتراكم الدم بهذه الكيفية في الوريد الشدي الانسي ينتج عنه عوق
في استقراغ الاوردة الجلدية البطنية وبذلك يوجه هذه الاوردة الجلدية
نحو اعظم اجزاء حول السرة على شكل حوية مزرقة ~~التي~~ ~~تكون~~ هذا التشجير
الوردي الغير الطبيعي المذكور ليس ناتجاً عن تفرع الوريد السري المنسد
انسد اغبير تام بل عن تفرع الوريد الباب التي تنسد من الكبد الى
البدن المقدم من البطن بين وريقات اربطة الكبد وتنفص مع جذور الوريد
الشراسبي والشدي الانسي

وهناك امر توجبه له أصعب من فقد ظواهر الاحتقانات الاحتباسية
جميعها وهو فقد البعض منها وجود البعض الاخر فاما الانعلم لماذا ان
الطحال الذي وجد به بجر متزايد في الحجم ٥٨ مرة في ٦٤ مشاهدة
وغيره كس ١٨ مرة في ٣٦ حالة يبقى صغير الحجم احيانا كما اننا لانعلم لماذا
انه يوجد عند بعض المرضى في دموى متكرر ويفقد عند آخر من مدة سير
هذا المرض فلا تعرض لتوجيه هذه الاختلافات

ثم ان المسالك الصفراوية ولو انما تكابد ضغطا عظيما في سيرها والى الكبد
كتفرعات لوريد الباب الا انه من النادر مشاهدة احتباس الصفراء في هذا
المرض احتباسا واضحا جدا فانه ولو شوهد عند معظم المرضى تلون مصفر
ومخ في الجلد ومصرف فقط في الصلبةين وبول داكن الا ان اليرقان الشديد
الواضح ليس من العلامات الكثيرة المشاهدة في سير وزالكيد وهذه الظاهرة
يستدل عليها بمرارة من كيفية تكوين الصفراء فانها لا توجد تامة
التكوين في الدم الوارد نحو الكبد بل انما تتكون في الخلايا الكبدية من
العناصر التي ترد اليها مع الدم ولذا ان احتباس الصفراء وامتصاصها يحتاج
ولا بد لبقاء جزء من الخلايا الكبدية حافظة لوظيفتها الطبيعية في سير وز
الكبد يكون من جهة بعض المسالك الصفراوية من ضغطا وحيث تدنو جسد
الشروط المؤدية في الغالب لاحتباس الصفراء وامتصاصها من جهة أخرى
يقدم جزء عظيم من الخلايا الكبدية وحيث يكون تكوين الصفراء هو فاقن

ذلك يتضح بسهولة ان اليرقان لا يقعد بالكليّة في سيروز الكبد غير انه يندران
 يصل الى درجة شديدة ثقلة اليرقان في الحالة الراهنة مع تقدم سيروز الكبد
 تدل على تسلطن أحد الامرين وهو فقد الاخيلة الكبدية وان وجد اليرقان
 بدرجة عظيمة دل هذا على تسلطن الامر الآخر وهو انضغاط المسالك
 الصفراوية او أن هنالك شائبا جديدا مانعا للاستقراخ الصفراء بمضاعفة مرضية
 كالانتميات النزلية للمسالك الصفراوية او انسدادها بالحصوات الصفراوية
 فان هاتين المضاعفتين كثيرا ما تصاحبان سيروز الكبد وان كان انصساب
 الصفراء معوقا بالكليّة من احدى هاتين المضاعفتين أمكن ان ينتج عن
 الصفراء المتكوّنة ولو بقدر قليل في باقي انحاء الايا الكبدية يرقان شديد
 ولو بانضغاط المسالك الصفراوية يتعلق أيضا بلون المواد الثقيلة باللون الباهت
 او النجاسي لباللون المسمر وحيث ان مجرد الضغط على المسالك الصفراوية
 لا ينتج عنه انسدادها بالكليّة فلا يشاهد مطلقا في سيروز الكبد البسيط
 مواد ثقيلة فاقدة اللون بالكليّة شبيهة بالطفل الابيض كما يشاهد ذلك في غير
 هذا الشكل من اليرقان والبول يحتوي عادة على قليل من المواد الملونة
 للصفراء لكنه يتميز بكونه يحتوي على كمية عظيمة من الاملاح البولية ومن
 المواد الملونة للبول ويستكلم على هذا فيما بعد

ثم انه يتضم الى الاعراض السابق ذكرها الناجمة عن انضغاط فريعات الوريد
 الياب والمسالك الصفراوية اعراض أخرى تنسب لانسداد عدد عظيم من
 انحاء الايا الكبدية وقد ذكرنا عند الكلام على الطواهر اليرقانية ان تكوين
 الصفراء يتناقص بسبب فقد انحاء الايا الكبدية وينسب عدم تلون المواد
 البرازية الى قلة تكوين الصفراء كما تنسب الى احتياها ثم اتسار ان لم تعرف
 حق المعرفة جميع وظائف الكبد الا انه من الاكيد ان تكون الصفراء ليس
 هو الوظيفة الوحيدة للانحاء الكبدية وعلى كل حال الكبد عضو مهم جدا للتغذية
 العامة واصلاح الدم في الاكيد ان فقد عدد عظيم من انحاء الايا الكبدية ينتج
 عنه اضطراب عظيم في البنية بنسبها فان اضطراب التغذية الذي يشاهد
 عند الاشخاص المصابين بسيروز الكبد وان يتعلق بعضه بوجود نزلات معدية
 معوية وربما كان امتلاء الاوردة المعوية امتلاء عظيم يهوق نفوذ منحصل

الامعاء في هذه الاوعية لا يبدله من سبب عظيم آخر لاضطراب التغذية فان
المرضى المصابة بسيروز الكبد تشتد حماقتها وتسرع عندهم وكبتها وبصير
جلدها تحلا وتتقدم عندها ظواهر سوء التغذية امر عجز اذن المصابين بمجرد
نزلات معدية معوية او يمن كان عندهم سيلان الدم في الاوردة المعوية معوقا
بطريقة أخرى ولا يعلم ان كان اضطراب التغذية العامة هذا متعلقا بعوق
تكوين السكر في الكبد او بقدرة وظائف اخرى لهذا العضو ومنهم من علمنا
فان هذا الامر لم يتيسر للمعارف القسيولوجية حله الى الآن

ثم انه يظهر عند المصابين بسيروز الكبد قبل الموت بقليل ظواهر عصبية
دماغية فبعض المرضى يقع في حالة هذيان وخدر وبعضهم يحصل عنده
من الابتداء ظواهر جنون وكما و ما وحالة سبات وحيث انه يفعل الصقات
التشريحية في الدماغ لا توجد تغيرات مادية فيه توجه بها هذه الظواهر في
القريب للعقل نسبتها الى تسمم الدم غير اننا لانعرف البواهر التي بها يحصل
هذا التسمم الا اننا نقول انه من الاكيد كون هذا التسمم ليس ناتجا عن
امتصاص عناصر الصفراء واذا نرفض تسمية ما ذكرنا بالتسمم الصفراوي
ووجود كمية عظيمة جدا من المواد الملونة للصفراء ومن الاملاح البولية عند
الاشخاص المصابين بسيروز الكبد ينسب لفقد عدد عظيم من الخلايا الكبدية
واضعف وظائف الكبد او تنوي معها ولا نعلم التغيرات الحاصلة في التبادل
العضوي الناتج عنها هذا التغير المذكور في البول معرفة تامة وانما الذي
نستنتجه من حيث ان المواد الملونة للبول آتية من المادة الملونة للصفراء
والمادة الملونة للصفراء آتية من المادة الملونة للدم فلا بد وان عند حصول
استحالات مرضية عمدة في الكبد يتم استحالة المادة الملونة للدم الى المادة
الملونة للصفراء بكمية طبيعية يحصل كذلك تغير في تكون المادة الملونة للبول
الناتج عنه التغيرات السابق ذكرها

(العلامات الطبيعية للاتمام الكبدى الملوى)

يستبدل بكل من الجس والقرع في الدور الاول لهذا المرض على تزايد حجم
الكبد وبقاومتها تزايد عظيم او ما في الدور الثاني لهذا المرض فمن النادر
عدم العثور على الكبد بالجس كما يذكر في الغالب وفي حالة ما اذا أمكن

العثور عليه عند اضطجاع المريض على جنبه الايسر وتبعيد السائل المتجمع
 في البطن من الكبد توجد حفاة هذا العضو اكثر مقاومة عما في الدور
 الاول وزيادة على ذلك يحس على سطحه بوجود ارتفاعات صلبة مستديرة
 مختلفة العظم وبالقرع قديس تبدل على تزايد في احمية الكبد في الدور الثاني
 متى كان الاستسقاء الزقي ليس عظيما جدا وفي احوال اخرى قد يستبدل به
 على تناقص احمية هذا العضو (وهذه الاسوال الاخيرة ليست كثيرة جدا
 نبعها المشاهدة) وحينئذ ينبغي التدقيق عند الحكم زيادة عما يكون عند
 ازدياد احمية هذا العضو عن الحالة الطبيعية فان كلامنا من اقطار الكبد
 واهميته يختلف اختلافا عظيما في الحدود الطبيعية كما دلت على ذلك القياسات
 العديدة التي فعلها المعلم (فريركس) وزيادة على ذلك يمكن ان وضع الكبد غير
 الطبيعي الذي يحصل في كل عدد عظيم في البطن يحدث ملامسة الكبد
 بجوفته الحادة للجدر المقسمة من البطن والصدر وبالجملة يمكن ان الامعاء
 المتددة بالغازات تدخل بين الكبد وجدر البطن فتتناقص احمية هذا العضو
 او تزول بالكليسة ومتى اعتبرت جميع هذه الامور كان تناقص حجم الكبد
 علامة مهمة في تشخيص سير وزهد هذا العضو وحيث ان النقص اليساري
 هو الذي يتناقص ابتداء فاول ما يدرك صوت القرع الممتلئ غير الطبيعي
 في القسم اليساري ثم يتناقص فيما بعد احمية الكبد اعلى النقص الايمن
 من هذا العضو تناقصا عظيما بحيث ينقص امتدادها في الخط التديني من
 قيراطين الى واحد وهم علامة يرتكن اليها في تشخيص هذا المرض هو
 التناقص اليساري للكبد بعد ان كان مفتوحا عظيما تناقصا يثبت بالبحث

المتكرر

وبعد ان ذكرنا اعراض الالتهاب الكبدى الخلوى كلاء على حدته وارتباطها
 ببعضها الزمانا ان نضيف لذلك شرح هذا المرض مختصرا نقول ان من يصاب
 بهذا المرض غالبا الاشخاص المتوسطو السن او المتقدمون فيه الذين يكادون
 ان يكونوا منسكين في تعاطى المشروبات الروحية وابتداء هذا المرض
 يصطبب باعراض واهية خفية فتشتكى المرضى بضغط وامتلاء في المراق
 الايمن ويندرش كما يتم ايا لام شديدة في قسم الكبد وذلك عندما يكون الغلاف

المصلى لهذا العضو مشار كاله في الاصابة وعلتهما التهابا شديدا والنظواهر الواضحة بهذا المرض في دوره الاول هي ازدياد حجم الكبد وسوء الهضم والامتلاء الغازي للبطن والخفاقة العامة ثم فيما بعد ينتفخ البطن بتراكم سائل مصلى في تجويفه بدون انتفاخ او ذعاوى في الاطراف ثم يصفر لون الجلد مع الوساخة ويصير البول احمر داكنا محتويا على كثير من الاملاح البولوية والمواد البرازية تصير طقلية اللون مبيضة وتزداد اعراض سوء الهضم وتتقدم الخفاقة تقديما عظيما وفي هذا الدور يتناقص حجم الكبد وأما الطحال فيكاد يزداد حجمه على الدوام وعند بعض المرضى يشاهد ظهور انزفة من الفتاة المعوية خصوصا عقدا باسورية ثم ان الاستسقاء الزقي يزيد في عسر التنفس ويحصل ارتشاح او ذعاوى في الاطراف وأعضاء التناسل ويجدر البطن ثم تم لك المرضي به مدة شهر او اثنين في حالة الخفاقة عظيمة ويكثر ما يظهر عندهم في الايام الاخيرة هذيان وظواهر عصبية خدرية

(التشخيص)

سيروز الكبد لايسهل اختلاطه بغيره من امراض هذا العضو التي سبق شرحها

وأما تميزه عن سرطان البريتون او درنه فعسر لانه في كلاهما تين الاستسقاء تين المرضيتين يظهر استسقاء زقي غالبا كما يحصل في سيروز الكبد بدون ان يسبقه ظواهر استسقاوية أخرى وسرطان البريتون ودرنه يحصل فيهما كذلك خفاقة عظيمة بسرعة وسوء قنية وحيث ان مواد الورم في المرضين يمكن ان تضغط بسرعة على القنوات الصفراوية فقد يصطبغان باليرقان فلاجل التشخيص التمييزي بين سيروز الكبد والاستسقاء تين المذكورتين للبريتون تعتبر الامور الاتية وهي

انه مايدل في كل حالة راهنة على ان الاستسقاء الزقي وباقي الاعراض التي توجد في كل من الحالتين السابقتين متعلقة بسيروز الكبد هو اولاً انتفاخ الطحال لما ذكرنا ان ذلك من الاعراض الملازمة لسيروز الكبد بخلاف الاستسقاء السرطانية والدرنية للبريتون فان الطحال لا يكاد يشترك فيها مطلقا كما لا ينتج عنها انتفاخ هذا العضو من شكل آخر ثانياً البول المركز الكثير

المواد الملونة والاملاح البولية فان هذا العرض لا يكاد يفقد مطلقا في
سيروز الكبد واما بول المصابين بسرطان البريتون او درنه فبعكس ذلك فانه
يكون صافيا مائيا كبول أصحاب الدم المائع المائي ومتى انضمت الحصى الى
الاستحالة المرضية للبريتون او ازداد الضغط الواقع على الكليتين والاعوية
الكظرية بسبب ازدياد السائل المتجمع في البطن فن الجائز ان يصير البول
قليل الكمية ويكتسب درجة تركيز لكن الغالب ان تفسد الرواسب
المذكورة سابقا ولون البول لا يصير كذلك كثيرا لكنه كما يشاهد في المصابين
بالسيروز ثالثا يحقق الطبيب من ان المريض كان مدمنا على المشروبات
الروحية فان هذا المرض في غالب الاحوال ينتج عن ذلك وليس لما ذكر ادنى
تأثير في أحداث الاستحالة السرطانية او الدرنية للبريتون
واما العلامات التي غالبا يستدل بها على الاستحالة المرضية للبريتون لاعلى
سيروز الكبد فهي اولاً زيادة الحساسية الممتدة في البطن عند الضغط ثانيا
سرعة ظهور الاستسقاء الزرق ثالثا سرعة فقد قوى المريض رابعا وجود
سرطان او درن في أعضاء أخرى خامسا وجود اورام يحس بها في البطن غالبا
سيما بعد برزله سادسا وجود مواد ليقية او دهنية في السائل المستفرغ
بالبرز ثم ان لون السحنة الواحدة للسرطان المهم جدا في تشخيص هذا
المرض وتمييزه عن غيره من الامراض لا يكفي في تعيين سرطان البريتون عن
سيروز الكبد فانه في الاخير يكون لون السحنة مصفرا ومخاضا كالمصابين
بالسرطان

• (المعالجة) •

متى أمكن معرفة الالتهاب الكبدي التلوي في دوره الاول وذلك نادرا وطن
بوجوده يجب الاهتمام الكلي في منع تقدم هذا المرض بان يتهيأ المريض عن
تعاطي المشروبات الروحية مع استعمال المعالجة التي ذكرناها في الاستقان
الكبدى سيما وضع العلق مع السكرار حول السفرة وتعاطي المسهلات
المهية الحقيقية والاجود استعملها على شكل المياه المعدنية الطبيعية او
الصناعية كما كرلس باد وماري باد وتاراسب وغير ذلك لسهولة تحملها
على هذا الشكل بدون اضافة حمض الكربون والقلويات الكربونية اليها

وعند اضطراب التغذية العامة يفضل استعمال المياه المعدنية المحتوية على
 قليل من المركبات الحديدية كما ايجبر وفرنس برون وكينسبر وراجودسي
 وينابيع هيرغ وفي الدور الثاني ولو في ابتداءه لا يتعشمن في ايقاف هذا
 المرض فانه كما يشاهد ان المنسوج الخلاوي الحديد التكوين الذي حل محل
 فقد جوهر في البلاد ينكمش بالتدريج حتى تتكون اثره التمام صلبة
 كذلك ينكمش المنسوج الخلاوي الحديد التكوين في الكبد انكماشاً
 مستقراً حتى تظهر الطواهر المرضية السابقة وحيث قد لا يمكن بالكليسة
 الشفاء التام لان المنسوج الندي لا يمكن تحده نائماً بمعالجة سير وزالكيد
 حيث لا تكون الا عرضية ومن الطواهر المرضية الناتجة عن الاحتقانات
 الاحتمالية النزلات المعدية المعوية فنحتاج الى التفات خاص قائم اتسرع
 في معالجة المرضى ونموكتها واجودشي يعطى للمريض لاجل مقاومة هذا
 الشكل من الالتهابات النزلية المذكورة هي كاذ كراء فيما تقدم القلوبات
 الكربونية قائم باملاستهم الامواد المخاطية تقال لزوجتها وهذه المثابة يسهل
 تخليص الغشاء المخاطي المعدى المعوي من هذه الطيقة المخاطية الزجة
 المتعلقة به وكذا تعالج الانزفة المعدية المعوية والبواسير على حسب القواعد
 الميينة فيما تقدم ولو قل العشم بالنجاح وأما الاستسقاء الزقي فينبغي فيه التمسك
 بالقاعدة العامة وهي عدم العزل الا عند الاضرار جدافان من اوصاف هذا
 الاستسقاء الناتج عن احتباس الدم في المجموع الوريدي الباب الرئيسية عوده
 بسرعة كبيرة جدا متى انه تم ضغط السائل المانع لارتشاح جديد فاذا اضطرت
 الطبيب لبزل البطن فينبغي الاجتهاد الكلي في ابطاء تجديد الاستسقاء المذكور
 بالضغط على البطن بملاءة مثلاً ووضع وضعالاتقا وفي هذا الشكل لا يفر
 استعمال المدرات فضلا عن كونه غير صائب ولا متعقل واهم شيء في معالجة
 سير وزالكيد الاجتهاد في تحسين قوى المريض وتغذيته فتعطي له الاغذية
 المقوية اذا سمحت اعضاء الهضم بذلك مع المركبات الحديدية التي كثيرا
 ما تصابها المرضى بحقد ادعظيم حيث انها تحدث تأثيرا حادا واضحا وقد
 شاهدت عندهم مرض مصاب بهذا السير وزوقدهت فيما به دينوية تزيق
 معدى عزيزتنا صامتكرر الى السائل المتجمع في البطن عقب استعمال

المركبات الحديدية استعمالا متكررا مع تدبير غذائي باللبن والبيض وكان
تجمع هذا السائل وقد تزايد في كل مرة عقب خروج المريض من العيادتين
واتباعه لتدبير غذائي ردي او تكرر وحصول القيء

(المبحث الرابع)

(في الالتهاب الكبدي الزهري)

(ويعرف تبعا للمعلم وجنيز بورم الكبدي الزهري)

(كيفية الظهور والاسباب)

الظاهران الكبديا كالأحشاء اصابة عقب الداء الزهري البني وعلى كل
قالا التهاب الكبدي الزهري هو أول ما عرف من الاصابات الزهرية للأحشاء
الباطنية معرفة جيدة

والاصابة الزهرية للكبد لا يندران ترى في جثة الاطفال الوارثين لهذا الداء
ويتأخر حصول هذا المرض متى كان من جملة الاضطرابات الغذائية التي
تعقب عدوى الداء الزهري العارض بحيث لا يعد مطلقا من الاصابات
الزهرية الثانوية بل يعد دائما من جملة اشكال الداء الزهري الثلاثي

(الصفات التشريحية)

ثم ان المعلم (وجنيز) وان استنتج بالبحث بالمكروسكوب مع التكرار عن الاعضاء
المصابة اصابة زهرية ان هذه الاصابة في الاعضاء الباطنية التي تظهر على شكل
بورات محدودة (وهي الاورام الصغية للمعلم ووجوف) وكذا الاستحالة
الزهرية المنتشرة في هذه الاعضاء عبارة عن تكون تولد جسد نوعي وهو
السيقلوم الا ان الهيئة الظاهرة للكبد الذي تكونت فيه تغيرات جوهرية
عقب الداء الزهري البني تختلف كثيرا باختلاف الاسوال بحيث يسوغ
تمييز اشكال مختلفة من الالتهاب الكبدي الزهري ويمكن ان يميز هذا الالتهاب
نوع دائري أي غلافي والتهاب كبدي خلقي بسيط أي التهاب يؤدي لتبس
منتشر في هذا العضو ونوع ثالث وهو الصفي وهذا الشكل الذي اثبت
طبيعته الزهرية من منذ زمن طويل المعلم (تدريك) هو الاسم في التمييز عن
باقي اشكال هذا المرض فيوجد قديمه يباطن جوهر الكبديورات في حجم
الدخن او الفندق او الجوز ذات هيئة فضاعية في الاحوال الحديثة وبعد

مكثرا منا طويلا تصير على هيئة مواد صفراء جبنية وهذه البورات التي
كانت تعتبر قبل المالم (تدريك) تولدات سرطانية آخذة في الشفا المشابهتها
لها مشابهة تامة تكون محاطة بجوهر ندي وتقدمتها استطالات خالوية ندية
فحو اتجاهات مختلفة حتى تصل الى السطح الظاهر من الكبد ويشاهد على
هذا السطح ميازيب تكسب الكبد هيئة فصيصية وهذه الميازيب تنشأ
عن تلاشي الجوهر الكبدى في بعض الاضمار واستمرارها بمسوح خالوي
ضام منكمش ويوجد في التيس الزهري المنتشر في الكبد اجزاء عظيمة من
العضو المريض مستحيلة الى منسوج مندمج ندي والجوهر الغدي يتلاشى
معظمه ويحل محله الجوهر الندي والذي يمنع التماس التيس الزهري المنتشر
في الكبد بسير وز هذا العضو وجود البورات المذكورة مع التغير المذكور
وهيئة سطح الشق المتجانسة المستوية وفقد الخبيبات التي لانكاد تفقد
في سير وز الكبد والالتهاب الكبدى الزهري الدائري فضلا عن كونه
يضاعف التغيرات المرضية في جوهر هذا العضو السابقة يتصف بعظم تكاثف
الغلاف المصلي للكبد زيادة عن غيره من اشكال الالتهاب الدائري ويكونه
يادى انديا

(الاعراض والسير)

لا يمكن معرفة الالتهاب الكبدى الزهري مدة الحياة بل ولا توجهه في احوال
عديدة وربما يمكن تشخيصه من شكل تمدد الكبد المخصوص ووجود
بروزات وميازيب على السطح الظاهرى من هذا العضو مع وجود علامات
أخرى من الداء الزهري البني وقد تيسر لي الحكم تقريرا بوجود هذا المرض
في امرأة شاهدتها في جراسوالد كانت تشتكى بطواهر التهاب بريوتوني
من من قبل اعترافها بكونها اصيبت بالداء الزهري وقبل ان يتضح من البحث
عن الخلق وجود تشوه عظيم في قوائم اللهاة ولما هاستبان لي من
الصفات التشرىحية مهمة التشخيص وقد اشترت في الطبقات السابقة لهذا
الكتاب انه من القريب للعقل حصول صورة مرضية تشابه سير وز الكبد
عند امتداد التغير المرضي وانضغاط فروع الوريد لباب والمسالك الصفراوية
و كنت أضفت لذلك ان الاحوال المعلومة الى وقتنا هذا شوهد فيها استسقاء

زرق خفيف مرة واحدة مجردة عن اليرقان لكن يسرني فيما بعد مشاهدة
حالة اثبتت لي ما كنت أتوهمه وهو ان مرضيا بعد دخوله الاكلينيك انكر
اصابه بالداء الزهري وكان معه يرقان واستسقا زرق عظيم استدعى البزل
مرارا وكان بوله ذا لون داكن وكثير المواد الملونة وجم كبد عظيم وفي سطحه
الظاهر خمس بيروقات مسنة ديرة وانصه ولم يتأكد تشخيص هذا المرض
باصابته بسرطان في الكبد مع انسداد غير تام في الوريد الباب بواسطة
الصقات التشريرية فان الكبد كان منقسما الى قسمين صقات وعلاقه في بعض
المحال فخينا وجوهه متيبسا تيبسا منتشرا في امتداد عظيم وفي باطن القصر
الايمن من الكبد قد وجدت اورام صغيرة نحو الثلاث او الاربع ذات
هيئة نخاعية

(المعالجة)

لا يمكن التكلم على معالجة الالتهاب الكبدي الزهري فانه ولو في الاحوال
التي يمكن فيها تشخيصه مقدما الحياة لا يتيسر ذلك الا في انتهاسه وحيث لم يمكن
ازالة المتسوج التليوي المنسجج وتحليله بواسطة الاستحضارات اليودية
والزئبقية يقتصر على المعالجة العرضية فقط

(المبحث الخامس)

(في الالتهاب الوريدي الباب)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا الالتهاب يطلق على الاحوال المرضية التي فيم ايودي التهاب جدر الوريد
الباب الى تعقدات دموية في هذا الوريد كما يطلق على الاحوال المرضية التي
فيها انعقاد متحصل هذا الوريد لا يكون متعلقا بحالة التهابية في جدره

والشكل الاول وهو الالتهاب الوريدي الاول اندر من الثاني واسبابه المتحمة
له اما اصابة الوريد تنصيه اصابة بوجعية او التهابات الاعضاء المجاورة الممتدة
الى جدره

واما الشكل الثاني وهو الالتهاب الوريدي البوابي التابي المعروف
الآن بسدد الوريد الباب الذاتية فلا يمكن نسبتها الى اسباب مدركة
واضحة دائما وقد ينتج اما عن انضغاط جذع الوريد الباب بعقد لينقاوية

منجيسة أو متسرطنة أو باورام أخرى أو بواسطة البريتون المتكاثف
 المنكك مش انكاشانديا واما ان ينتج عن انضغاط فروع الوريد الباب
 كما يكون في سيروز الكبد فان انضغاط هذه الفروع الوريدية ينتج عنه
 بطء في سير التيار الدموي بحيث يتكون تعقيدات دموية في جذع الوريد
 الباب أو تفرعاته واما ان تنشأ سدود الوريد المذكورة عن ازدياد وامتداد
 تدريجيين في السدد الذاتية والاصلية التي تكونت في أحد جذوع هذا
 الوريد وهذا بحسب الظاهر هو الغالب الا ترى انه في أحوال السدد الذاتية
 لاحد الاوردة الفمضية لا يتكون فقط تعقيدات دموية في أوردة الطرف
 المريض بل كثيرا ما تمتد هذه السدد الى أعلى نحو الاجوف السفلى بل والى
 الاوردة لسكوية وفي مثل هذه الاحوال تكون سدود الوريد الباب وتفرعاته
 اولية ولو كانت التعقيدات الدموية الابتدائية متكونة في أحد جذوع
 هذا الوريد عقب التهاب جدره وبهذه الكيفية توجه بسهولة سدود الوريد
 الباب المذكورة التي تحصل عند وجود تفرعات او خشكر يشات في أعضاء
 البطن او عقب التهاب الوريد السري عند المولودين جديدا وعقب خراجات
 الطحال او قروح المعدة او وجود عقديا وريدية ملتهبة او متقيحة او مماثل
 ذلك من التغيرات المرضية وهل وصول السدد السيارة الى الكبد من بورات
 متفرحة يمكن ان تؤدي الى حصول تعقيدات محدودة في الوريد الباب ابتداء
 ثم منتشرة فيه يمكن اولا امره شكولة فيه

(الصفات التشريحية)

العقاد متحصل الوريد هو الظاهرة الملازمة في الدور الاول من الالتهاب
 الوريدي البوابي في كلا شكله ومن المهم معرفة ذلك حتى لا يتوه من ان
 الالتهاب الوريدي التقضي يفتدي بتكوين سدد في الوريد والتعقيدات
 الدموية تلتصق التصاقا متينا بجدر الوريد فتصير الجدر كثيفة مرتشحة
 بمادة مصهامة من الابدان في الالتهاب الوريدي الاولى و يظهر في الطبقة
 الباطنة تمكدر واحتقان شعري في الطبقة الظاهرة وعند وجود السددتين
 جدر الاوعية في الابدان على حالتها الطبيعية ثم تتغير بهد كيفية كالسابقة
 وانعقاد متحصل الوريد الباب قد يقتصر على بعض تفرعاته وربما امتد الى

جذع هذا الوريد وجذره وباقي تفرعاته
وانتهاء الالتهاب الوريدي يختلف وعلى حسب ذلك ينقسم الى شكليين التصاق
وتقيحي

ففي الاول يحصل تكون خلاوى التهابي في جذر الوريد عند انكماش السدد
بالتدريج ومكابدتها الاستحالة الشحمية وامتصاصها كلاً أو بعضاً وذلك ينتهي
بانسداد الوريد بدون اتباع سير هذا التغيير في جميع ادواره غير انه بالبحث عن
الكبد الذي كان محاساً الالتهاب وريدي التصاقى فيجد في بعض محال من
تطبعه انبعاجات ندىية ويوجد في سطحه الباطن في المحال الموازية لهذه
الانبعاجات الندبية منسوجة خلاوى صاب توجد فيه التفرعات المنسدة من
الوريد الياب وقد يكون في هذه التفرعات المنسدة سدود دموية مكابدة
للاستحالات الشحمية متلوثة باللون الاصفر كثيرا او قليلا بسبب وجود
المادة اللونية للدم فيها

واما في الشكل التقيحي فالسدد الدائمة بدلا عن انكماشها تفعل وتستعمل
الى سائل تقيحي يشتمل معظمه على بقايا حيوية رقيقة وقليل من الخسلايا
المستديرة التي يمكن ان تكون كرات دموية فاقدة اللون جافطة لث كل
او كرات صديديية جديدة التكوين ويمكن ان تتلشى السدة في جميع
امتدادها وكثيرا ما يوجد في جذع الوريد انعقدات دموية صلبة واما تفرعاته
وجذوعه فيوجد فيها سائل قيحي وكثيرا ما لا تحصل هذه الاستحالة الصديديية
في التفرعات الدقيقة جدا للوريد الياب فالتعقدات الدموية المتكونة فيها
تبقى على حالها بدون تغير وهذا هو السبب في ان المواد الصديديية المنفصلة
لا تصل للوريد الكبدي وللا لدورة الصغيرة وبذلك يوجه بسهولة عدم
حصول التغييرات الانتقالية التابعة للرئتين بكثرة في هذا الالتهاب الذي
كان يقضي حده وانما فيه ان لم تكن التفرعات الانتهاية للوريد الياب منسدة
وكما أنه لا يندرفى الالتهابات الوريدية الدائرية السطحية امتداد الالتهاب من
الطبقة الغشائية الى المنسوجات المجاورة واحداث التقيح والخراج فيها
فكذلك ينضم للالتهاب الوريدي السبب التقيحي التهاب كبدي جوهرى
ينتهي بتكون الخراج في هذا العضو فينتد بوجود دورات مختلفة بمواد

صديدية تحيطة بالوريد الباب وكثيرا ما تكون مستطرفة به
 * (الاعراض والسير) *

مضى كان الالتهاب الوريدي الباب الالتصاقى قاصرا على بعض تقرعات هذا
 الوريد جاز أن يسير هذا المرض مدة الحياة بدون ان تظهر عنه اعراض
 واضحة فان انقروغ البوابية الغير المقددة تكون كافية لتوصيل الدم من
 أعضاء البطن الى الوريد الكبدي واما اذا كان جذع الوريد الباب هو
 المفسد او جميع تقرعاته او اغلبها نتج عن ذلك حالة مرضية تشابه سيروز الكبد
 مشابهة عظيمة جدا فان عوقا استقرأخ الدم من جذور الوريد الباب التي
 تحصل في كتلتها تين الحالتين المرضيتين يؤدي لحصول التهابات نزلية في
 الحشاء الخاطي المعدى والمهوى وانزفة منها مما والى تكون عقدا سوربة
 وتزايد في حجم الطحال واستسقامزق وانضغاط المسالك الصفراوية في الالتهاب
 الوريدي الالتصاقى ينتج عنه احتباس صفراوى ويزقان أكثر مما فى سيروز
 الكبد فانه فى المرض الاول يبقى جزء عظيم من الخلايا الكبدية سليما مجهزا
 للصفراء واستمرار افراز الصفراء مع حصول اليرقان فى الالتهاب الوريدي
 يثبت ان كلامن الوريد الباب والشريان الكبدي يوصل الى الخلايا
 الكبدية بما كافي التجهيز الصفراء وسير هذا المرض مزمن وشفاؤه غير ممكن
 الا انه يمضى عدة اشهر قبل ان يطرأ الموت باعراض مماثلة لاعراض سيروز
 الكبد ويتضح مما ذكر أن هذا المرض لا يعرف ويقتز عن سيروز الكبد
 الا من الاستدلال الواضح من السوابق المرضية فان ثبت ان المريض ليس
 من المهمكين على المشروبات الروحية وسبق مجموع ظواهر هذا المرض
 التهابات وتقيحات مزمنة فى الاحشاء البطنية ترجع القول بوجود التهابات
 وريدية التصاقية لاسيروز الكبد

واما الالتهاب الوريدي التقصى فلا يمكن معرفته مدقا لحياة الا فى احوال
 قليلة جدا واعراضه هى ألم فى قسم الكبد وانتفاخ فيه وازدياد حساسيته
 عند الضغط وانقشعيرات المتكررة فى أزمنة منتظمة والمخى الشديدة
 واليرقان الذى يكاد يوجد على الدوام ومضى انضمت هذه الظواهر لالتهاب او
 تقحج فى الاحشاء البطنية دل هذا على حصول التهاب حاد فى الكبد لسكن لا يعلم

ان كان هذا الالتهاب في جوهر الكبد او في الوريد الباب والذي يرجع القول
بالتهاب الوريد الباب هي علامات انسداد الوريد التي تنضم الى الاعراض
السابق ذكرها أعنى متى حصل اتفاح في الطحال واستسقاء في حقيقت
وظواهر التزلات المعديّة والمعوية فقد استدل من هذه الاعراض المعلم
(شونلين) على تشخيص هذا المرض مدة الحياة
* (المعالجة) *

يقال في معالجة الالتهاب الاتصاقى جميع ما ذكر في معالجة سيروز الكبد
وأما معالجة الالتهاب النقيصى فتؤخذ من معالجة الالتهاب الكبدى
الجوهري

* (المبحث السادس) *

(في الاستحالة الشحمية للكبد)
(كيفية الظهور والاسباب)

عبر الاستحالة الشحمية للكبد شكلاً في الشكل الاوّل تتراكم المواد
الشحمية المتزايدة جسداً في دم الوريد الباب في الخلايا الكبدية وفي الشكل
الثاني تكايد تفسد الخلايا الكبدية بسبب اضطراب تغذيتها بتغيرات مرضية
في جوهر الكبد استعمالاً مرضية ينتج عنها ظهور كرات شحمية كما يحصل ذلك
في غير أخلية الكبد من الاعضاء متى كابت الاستحالة الشحمية وهذا
الشكل الاخير من الاستحالة الشحمية ظاهرة مرضية لجهة تغيرات عضوية
في الكبد كما ذكرنا ذلك في الكلام على سيروز الكبد وسنذكرها مراراً فيما
سيأتي وانما تكلم هنا على الشكل الاوّل من الاستحالة الشحمية للكبد التي
سمّاها (فريركس) بالارتشاح الشحمي للكبد فقول

الامور التي تنشأ عنها الاستحالة الشحمية للكبد يظهر أنها مخالفة لبعضها
بالكلية عند المبحث السطحي فانه ترى من جهة ظهور هذه الاستحالة عند
ما يوجد ازدياد غزير في تكوّن الشحم في الجسم بتمامه أعنى متى كانت
عناصر التغذية تزيد عما يقدرها بمرحلة التحليل ومن جهة أخرى تحصل
هذه الاستحالة عند حصول نموك شديدة في الجسم ومع ذلك فهذا الاختلاف
ليس الاظاهرياً فان كل واحد من هذين الامرين مماثل للآخر في تزايد كمية

المواد الشحمية في الدم غيراته في الحالة الاولى يأتي من الظاهر مواد شحمية
او غذائية منها يتولد الشحم في باطن الجسم وفي الحالة الثانية يمتص الشحم
الموجود في المنسوجات الخسوى تحت الجلد وفي غيره من الاعضاء المحتوية على
مواد شحمية ويصل الى الدم ومتى تأملنا كيفية حصول الاستحالة الشحمية
للشحم في الحالة الاولى نجد ان الاشخاص المعرضين لاكتساب هذا المرض
يسموا هم المفرطون في المأكول والمشروب ولا يرتاضون الا قليلا فالعوامل
التي يكابدها هؤلاء الاشخاص المستمرون على نوع هذه المعيشة تشابه
الاحوال التي توضع في الحيوانات بقصد تسميمها وامتلائها بالشحم فانه من
المعلوم ان مثل هؤلاء الحيوانات لا تتعرض للشغل بل تجلس في اصطبلاتها
ويعطى لها مقدار عظيم جدا من الجواهر السكرونية الادرانية وكان بعض
الحيوانات تسمم وقتل بالشحم بسرعة عظيمة والبعض الآخر لا يحصل له
ذلك الا ببطء عظيم فكذلك الاشخاص الذين يعيشون بهذه الكيفية بعضهم
يحصل عندهم من المفرط واستحالة شحمية في الكبد بسرعة وآخرون مع
ذلك يبقون نحفاء البنية ويبنى الكبد على حالتها الطبيعية وأسباب هذا
الاستعداد الشخصي الذي يكون احيانا وراثيا في بعض العائلات وكذا
أسباب الصيانة عن حصول السمن والحالة الشحمية للكبد عند اشخاص
آخر مجهولة لنا الى الآن وقد تكون ناتجة عن سهولة ارضعوية قسائل
الاغذية كما انهم قد تنتج عن بطء او سرعة التبادل العنصري الغذائي ومتى
كان الاستعداد واضحا حصل هذا المرض بسهولة عظيمة مهما كان
اختلاف نوع الاغذية مادامت تؤخذ بكمية أكثر مما يلزم لاجل تعويض
القدر العضوي واما اذا كان الاستعداد ضعيفا فلا يحصل هذا المرض
الا عقب تعاطي مقدار عظيم جدا من المواد الشحمية او من الكربونات
الادرانية خصوصا المشروبات الروحية ويظهر ان هذه السوائل الاخيرة
تؤثر يما في حركة التغذية ولو ان هذا التوجيه غير ثابت ثبوتا كافيا ثم
ن مشاهدة الاستحالة الشحمية للكبد عند المصابين بالدون الرئوي معلومة
من منذ زمن طويل وقد وجهت هذه الظواهر والارتباط بين هذين المرضين
بعوق التنفس الذي ينتج عنه كما قيل تا كسد غير تام في الكربونات الادرانية

ومنهولاً استعمالها بسبب ذلك إلى مواد شحمية لكن حيث كان من النادر
 حصول الاستحالة الشحمية للكبد في أمراض رئوية غير هذا المرض ينتج
 عنها كذلك عائق في التنفس ومن جهة أخرى حيث أن الدرن العظمي
 والمعوي والاستحالات السرطانية وغيرها من الأمراض التي ينتج عنها انحفاة
 عظيمة كثيراً ما تؤدي لمصروف هذا المرض فلا يمكن اعتبار عوق التنفس سبباً
 وحيداً للظهور والاستحالة الشحمية للكبد في الدرن الرئوي وانضم إلى رأى
 المعلم (رى) القائل أولاً بأن الارتشاح الشحمي للكبد في مثل هذه الأحوال
 إنما ينتج عن انشجان الدم بالمواد الدهنية الناتجة عن التهوكة العظيمة
 وامتصاص العناصر الشحمية لباقي الأعضاء كل من الملم (فربركنس وبود)
 ويظهر أن تعاطي زيت كبد الحوت الذي يعطى بكثرة في هذا العصر لأغلب
 المصابين بالدرن الرئوي ليس خالفاً عن التأثير في تقدم الارتشاح الشحمي
 للكبد عند وجوده

• الصفات التشريحية •

الارتشاح الشحمي الخفيف لا يغير حجم الكبد ولا شكله فلا يمكن معرفته
 إلا بالبحث الميكروسكوبي وأما الارتشاح العظيم فقيسه بزيادة حجم الكبد
 ويصير مقرطها إذا حافات أكثر نخنا واستدارة وازدياد حجم هذا العضو قد
 يكون قابلاً في بعض الأحوال وعظيماً جداً في أحوال أخرى والغسلاف
 البريتوني للكبد المكابه للاستحالة الشحمية يكون لما عاشه فافا ملمس وقد
 يشاهد فيه بعض أوعية دوالية ولون سطحه يكون إما أصفر محمراً أو أصفر فقط
 بحسب درجة الارتشاح الشحمي وكثيراً ما يكون اللون الأصفر متقطعاً
 بأطخ محمرة مقابلة لمحيط الاوردة المركزية وقوام الكبد يكون متناثراً بحيث
 يشبه العجينة ويحفظ ضغط الاصبع على شكل أنباج وعند شقه يوجد
 قليل المقاومة وإذا احى حاد المشرط تغطت صفحتها عند الشق به بطبقة
 دهنية وسطح الشق الذي لا يخرج منه الا قليل جداً من الدم يكون ذا لون
 أصفر محمراً ومقر وتشاهد فيه اللطخ المحمرة التي سبق ذكرها
 وعند البحث بالمكروسكوب ترى الخلايا الكبدية متزايدة في الحجم ومستديرة
 قليلاً ومثلثة بنقط شحمية صغيرة أو عظيمة عند اجتماع النقط الشحمية

بعضها او يكون كل خلية يتسامها مشغولا بنقطة شحمية عظيمة والارتشاح
الشحمي يبتدى على الدوام بدائرة لقصبات الكبدية أعنى بجوار الاوردة
التي بين القصبيات وهي التفرعات الانتهائية للوريد الباب وفي بعض
أحوال نادرة قد تمتد الاستحالة الشحمية الى دائرة الاوردة المركزية (وهذه
الاوردة الاخيرة هي التي ينتج عن بقائها انفتاحها للطخ المحمرة الموشح بها
السطح الاصفر للكبد) بل وحينئذ تكون الخلايا الكبدية المركزية أقل
احتواء على الشحم من الخلايا الكبدية الموجودة في الدائرة والبحت
الكيماري عن جوهر الكبد لئلا يضاعف وجود كمية عظيمة جدا من الشحم
فقد وجد (ووكاين) في كبد متقدم فيه الارتشاح الشحمي ٤٥ جزءا من
الشحم على ١٠٠ ووجد (فريركس) ٤٣ على ١٠٠ بل أزيد من ذلك
والشحم يشتمل على الاوليين والمرجارين بمقادير مختلفة ومقدار قليل من
الكولسترين

وهذا النوع من الاستحالة الشحمية للكبد التي سميت بالاستحالة الشحمية
للكبدية (الروكتنسي) و (هوم) وهذه الحالة هي عبارة عن استحالة شحمية
في جوهر الكبد وانما يشاهد جفافا فيه بالشمع ولما ان محض شريد
المضرة

• (الاعراض والسير) •

الاعراض المحسوسة للمريض تفقد في معظم أحوال الاستحالة الشحمية
للكبد وكذا الاعراض المدركة للطبيب لا تتضح الا عند تقدم هذا المرض
تقدما عظيما وينبغي البحث عن كبد الأشخاص ذوي السمن العظيم والمصابين
بالدور الرئوي زمنا قريضا ولو لم يشس من هؤلاء الأشخاص يتألم في هذا العضو
فتى وجد عندهم ازدياد في حجم الكبد الذي تسهل معرفته بسبب استطائته
وغلاظ حافاته التي تسقط الى أسفل عقب استرخاب وهره وكان غير متألم اذا سطح
ألمس ومقاومة قليلة بحيث لا يمكن الاضمار بالحفاة الفسلي دل مجموع
هذه الاعراض على تشخيص الاستحالة الشحمية للكبد الكثرة صاحبها
للحالتين لما ذكرته

ومق وصل الكبد الذي اعترته الاستحالة الشحمية الى نحو عظيم جدا كما

يشاهد ذلك عند الأشخاص المفرطين في المشاكل والمشارب أمكن ان ينتج
 عن ذلك احساس بامتلاء في المراق الأيمن كما يحصل ذلك عن نمو الكبد العظيم
 مهما كانت طبيعته وان زادت كمية المواد الشهوية في جسد البطن واغرب
 والمساو بقا أيضا يمكن ان ينتج عن امتلاء البطن وتوتر جدره عوق في حركات
 الحجاب الحاجز وعسر في التنفس ويشاهد عند مثل هؤلاء الأشخاص ازدياد
 في افراز الغدد الدهنية بحيث يصير الجلد لما عاومتى حصل عندهم عرق قائم
 يسيل من الجلد الشحمي تقط لو لويبة عظيمة وهذه الصفة الناتجة عن نفس
 السبب الذي أحدث الاستحالة الشحمية للكبد كثيرا ما اعتبرت عرضا لهذا
 المرض

ثم ان الكبد الشحمي لا ينتج عنه مكابح عظيمة واصفراء توجد في بشرة
 الأشخاص بكميتها وتركيبتها العجين غالباً ويسهل حقن او عيته ولا توجد
 احتقانات في الأحشاء البطنية غالباً ومن ذلك ينتج القول بان الارتشاح
 الشحمي للكبد لا ينتج عنه اضطراب في وظائف هذا العضو ولان تأثيره ضئيل
 المؤثرة ومع ذلك فهذا القول ليس له أساس الا في الاسوال الخفيفة الدرجة
 من الاستحالة الشحمية او المتوسطة وامامتي تقدم هذا الداء تقدما عظيما
 فالغالب ان لا يوجد إلا بعد الموت قليل من الصفراء في المسالك الصفراوية
 وتكون المواد الثقلية قليلة التلون وكل من ضعف البنية لهؤلاء الأشخاص
 مدة الحياة وعدم قوتهم للاستقرارات الدموية يدل على اضطراب وظائف
 الكبد كما ان (فريركس) يستنتج من وجود التمددات الدوائية الكثيرة على
 مخلفة الكبد ان انضغاط الاوعية الدموية ينشأ عنه احتقان احتبالي
 خفيف امام الكبد ولا يحصل اتقاخ في الطحال ولا اسفة غير ان النزلة
 المسببة المعوية التي توجد عند هؤلاء الأشخاص أيضا يظهر انها متعلقة
 باحتقانات احتبالية وزعم وبلي وبرنس ان الاسهالات الغزيرة التي
 توجد عند الأشخاص المصابين بالسل الرئوي بدون تغيرات مادية في جواهر المعى
 مع استحالة شحمية في الكبد انما تتعلق بهذه الاستحالة المرضية الاخيرة وقد
 قال كل من (شونلين) و (فريركس) بذلك ونحن كذلك قد شاهدنا امهالات
 غزيرة مستهصية عند أشخاص غير مصابين بالسل ولم نجد فيهم عند فعل

الصفات التشريحية تغير امر ضيقا آخر في اعضاء البطن سوى الاستحالة
الشحمية للكبد

• (المعالجة) •

دلالات المعالجة السببية تستدعي تنويع حالة التدبير الغذائي متى كانت
الاستحالة الشحمية للكبد ناشئة عن الافراط في الماء كل والمشارب وفي
مثل هذه الاحوال لا يقر الا بصاء بغير التسديق حيث انه لا يتبع ولذا ينبغي
امر المريض بغاية الدقة بعدد الساعات التي تلزم للرياضة كما انه ينبغي تعيين
الماء كل وتركيبتها بشرط ان تستخرج منها مع الدقة المواد الدهنة ولا ينبغي
ان يعطى للمريض في المساء الا الشورية المستوعمة بالماء او الثمار المطبوخة
وكذا ينبغي تقليل استعمال القهوة والشاي وتقل استعمال المشروبات
الروحية بالكلية ومتى انضمت هذه الاستحالة لاحد الامراض المنهكة سيما
الدرن الرئوي فلا تكون لنا قدرة على اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية
وامام معالجة المرض نفسه فقد اجتهد في اتمام ما تستدعيه دلالاته بواسطة
استعمال الجواهر الدوائية التي امتازت بتأثير جيد في شفاء الاستحالة الشحمية
للكبد كما دلت على ذلك التجارب الفسيولوجية فان الوريد الكبدى يوجد
محتويا على كمية من الشحم اقل مما يحتوى عليه الوريد الباب وقد شاع هذا المعلم
(فريركس) انه كلما زادت كمية المواد الشحمية المحتوية عليها الخلايا الكبدية
نقص مقدار محتوياتها ولا شك ان المواد الشحمية الواردة الى الكبد في الحالة
الفسيولوجية تخضع في اتجاهها لفرز الصفراء ومع ذلك يمكن ازالة ازيد من المواد
الشحمية في الخلايا الكبدية متى قوى افرازها وهذا التوجيه وان كان يفتق
واضحا واتمام هذه الدلالة لعلاجية واجبا الا انه من العسر اتمامها فاقاما
لانهم كانوا مل ازيد الصفراء ازيد اعظما بواسطة استعمال بعض
الانصافات النباتية الطعيفة من مشد ما علمنا ان الصفراء افراز لا أهمية
له أو ذوا أهمية قليلة في مساعدة الهضم بل انها تحصل تتعلق كل من كميته
وكيفيته بسرعة التبادل الغذائى العنصرى أو يطلقه او بتفسيرات أخرى
فيه ومن الجائز ان العصارة النباتية الحديثة الاستحضار لكل من التركس كاسم
والشيليدونيم ونحو ذلك لها تأثير جيد شافى في هذا المرض متى استعملت

على شكل المعالجة المحصورة بهصل الزبيج الى عمد اجرامها السفيضة المرضي
 في انشاق الفجر وتتبع تدبيراً غذائياً طبقاً مع الرياضة الكثيرة في الخلوات
 لكن من القريب للعقل جداً ان هذا التأثير الجيد يتعلق بتتويج المعيشة
 غالباً وعكس ذلك يقال بالنسبة للمعالجة بجياه كراس ياد وما ربه باد وهميرغ
 وكسجين وغير ذلك ~~وهو~~ كذلك يعتبر في الصباح الذي يحصل عليه هذه
 المعالجة نوع المعيشة الجيدة لكن المهم في ذلك هو التأثير الذي ينتج عن
 ادخال كمية عظيمة من المحلولات الملحية القوية في التبادل الغذائي العنصري
 فانه من المعلوم انه باستعمال مياه الينابيع المذكورة يزول الشحم الزائد
 المتراكم في الجسم في زمن قليل بحيث ان أكثر المرضى يصير شفياً بعد مكثه
 قدر أربعة اسابيع في كراس ياد ونحوه والسفر بالمشي مع المعيشة والتدبير
 الغذائي اللطيف لا يكفي في احداث هذه النتيجة وقد ذكر في تأثير الينابيع
 القلوية الملحية نظريات لا تجدى نفعاً فمن جملة ما قبل مع المبالغة ان جسم
 الشخص المقيم في كراس ياد مثلاً يشابه عمل الصابون واعتبر البراز الواسف
 صابوناً متكوناً من قلى الصودا الداخلة في الجسم ومن الشحم المذاب منه
 ولا حاجة لنا في مثل هذه النظريات وانما تنادي على ارسال المرضى ذوى
 السمن المفرط والارتشاح الشحمى الكبدى الى تلك الاماكن لكن اجراء
 ما ذكر في المرضى المصابين بتشحم الكبد عقب النهوكة العظيمة بعد من
 انطفا فان دلالات عدم استعمال المياه القلوية الملحية في مثل هذه الاحوال
 تتضح من ذاتها وعند حصول فقر في الدم ينبغي تجربة استعمال المياه الحديدية
 كما ايجروا فرنسديرون وكسجين وراجودتسى حتى يتأكد من تحمل
 معدتهم تلك المياه وعدمه وفي هذه الحالة الاخيرة فيجهد في تنظيم التدبير
 الغذائي ونوع المعيشة ومثل هذا التدبير يقع في الاحوال التي فيها يوجد
 عند المصابين بتشحم في الكبد اسهال

(المبحث السابع)

(في الاستحالة الشوبية للكبد)

(كمية الظهور والاسباب)

الاستحالة الشوبية للكبد تنتج عن تراكم مادة مخصوصة في الخلايا الكبدية

وفي جدران أوعية الكبد طبيعة متم اليت معروفة بالكبدية وانما تشابه النشا
بالنسبة لتأثير اليود وحض الكبريت فيهما واظهار انه ارتكبان على التشابه
الذي اوى قد أطلق أخيرا لفظ الاستحالة التشوية للكبد على جميع الاحوال
المرضية التي كانت تسمى بالاستحالة الدهنية للكبد بسبب المعان الدهني
لهذا العضو المكابد لهذه الاستحالة

ثم ان الاستحالة تشوية الكبدية لا تشاهد مطلقا عند الاشخاص السليمي
البنية وتشاهد على الدوام في أحوال سوء القنية الواصلة لدرجة ثقيلة لاسيما
الناتجة عن الداء الخنازيري أو الراسككتيم أو الزهري أو التسعم الزئبقي
أو التقيحات الغزيرة المستطيلة أو التسوسات العظمية المزمنة واحيانا
تشاهد هذه الاستحالة عند الاشخاص المصابين بالسل الرئوي وقد يودي سوء
القنية الاجابية في بعض الاحوال الى الاستحالة المذكورة

• (الصفات التشريحية) •

الاستحالة التشوية للكبد ينتج عنها غالبا ازدياد عظيم في حجم هذا العضو وثقله
وتغير في شكله مشابه لما ينتج عن الاستحالة الشحمية للكبد فانه يكون
مستطيل المشرطيا مخضيا ملوحي والقلاف البريتوني للكبد يكون أملس
متوترًا وتماسك هذا العضو يكون صلبا وسطح شفه يكون جافا بالكبد خاليا
عن الدم أملس مستويا ذا لون سنجابي ولعان دهني والشقوق الدقيقة في هذا
العضو تظهر شفاقة عند تعرضها للضوء ولا يغطي سطح المشرط بعبقصة
شحمية الا عند وجود استحالة شحمية في الكبد مع هذه الاستحالة وفي
الغالب يوجد كل من الطحال والكليتين مكابدا الاستحالة مماثلة لاستحالة
الكبد

وعند البحث بالمكروسكوب توجد الاخلية الكبدية ذات الاسطحة الكثيرة
مستديرة ومقعدة ومتصلها الحبيبي ونوياته زائله بالكبدية ومختلفة بدلا عن
ذات زيادة شفاقة مستوية وعند وجود استحالة شحمية معها توجد الاخلية
الكبدية خصوصا الدائرية ثمانية يكرات شحمية متفرقة وعقب وضع محلول
اليود يشاهد لون أحمر مسمر مخصوص بدلا عن اللون الاصفر المسمر واما عقب
وضع حض الكبريت في شاهد لون بنفسجي يصير من رغا فمبا بعد

• (الاعراض والسير) •

الاتفاخ التدريجي للكبد في هذا المرض لا ينتج عنه آلام فلا تشتكي المرضى ولا يتيقظ لها لها الا عند ازدياد حجم هذا العضو ازدياداً عظيماً فيملاً المراق الايمن بحيث يحدث عندهم احساس بضغط وبقرف في هذا القسم وذكر المعلم (بود) ان الاستسقاء الرقي من الاعراض الملازمة للاستحالة القشوية للكبد ونسب ذلك الى الضغط الواقع على تفرعات الوريد بالسبب وزعم انه يكفي خصوصاً عند الاطفال المنهوكين من الداء الخنازيري والاصابات العظمية وجود اتفاخ غير موزن في الكبد معصوب بامتسقاء رقي في تشخيص هذا الداء لكن نسبة الامتسقاء الرقي في هذا المرض للمهوكه العامة وميوعة الدم اولى من نسبه الضغط الكبد ضغطاً مضافاً كما ان اذيعاً الاطراف في هذا المرض تسبق على الدوام الامتسقاء الرقي وكان ان الخلايا الكبدية المتزايدة الحجم لا تضغط في هذا المرض على القريعات الوعائية فكذلك لا تضغط على المسالك الصفراوية ولذا كان عدم وجود اليرقان في هذا المرض قاعدة عامة لكن بسبب وجود بعض المضاعفات خصوصاً الاستحالة القشوية لا عقداً للينغواوية المجاورة لفرجة الكبد البوائية يمكن ان ينتج عنها يرقان خفيف أو شديد ولذا نبه المعلم (فريركس) على انه لا ينبغي اعتبار فقد اليرقان علامة شخصة للاستحالة التي نحن بصددنا ثم ان تناقص الافراز الكبدى في هذا المرض الناجم عن مكابحات الحويصلات الكبدية لهذه الاستحالة ينتج عنه قلة تلون المواد الذئبية وحيث ان الاستحالة القشوية لا تكبد لا توجد الا عند الانخفاض الواضح في سوء القنية فلا يمكن نسبة ضعف تغذية المريض واتقاع لونه واعتشبهته المخاطية ووجود الاوتشاحات المصاحبة عنده لهذه الاستحالة فقط وحيث ان يوسس تشخيص هذا المرض في الغالب على معرفة اسبابه ووجود ورم صلب مدرك باللمس في المراق الايمن مع وجود ورم في الطحال أيضاً وزلال بولي وباعتبار وجود ما ذكر يسهل تشخيص الدرجة العظيمة في هذا المرض

• (المعالجة) •

ليس من الاكيد ولا القريب للعقل ان الكبد المكابدة للاستحالة القشوية

يزول تغيره فيصغر حجمه ويعود الى الحالة الطبيعية ثانياً ولو قال بذلك بعض
المؤلفين ولذا كان ما اوصى به الماعلم (بود) في هذا المرض من استعمال الحديد
بالمراهم اليودية على قسم الكبد مع السكر اذ لا يعابيه ولا فائدة فيه ومن
الموصى به في هذا المرض بكثرة استعمال الاستحضارات اليودية من الباطن
ولاسيما شراب بودور الحديد والحامات المحببة والاستحضارات الحديدية
وهذه الاستعمالات الدوائية وان شئت في انما تزيل هذا المرض لا بد وانها
تساعد على ايضاً فسيه وتقدمه اذ من المعلوم ان اليود ومن كياته كما انها
نوعية في الاكثات الزهريه الثلاثية كذلك تؤثر جيداً في آفات دبسكرازية
أخرى وكذا المركبات الحديدية فان منفعتهما في مثل هذه الاحوال مضاربة
للققر الدموي واتخاذ أحد هذين الجوهرين الدوائيين مقوض لفطنة
الطبيب على حسب مقتضيات الاحوال

• (المبحث الثامن) •

(في سرطان الكبد)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الكبد كثيراً ما يصاب بالسرطان بحيث انه يوجد مع المشاهدة (بروكتسكى)
في كل خمس حالات من الاحتمالات السرطانية للأعضاء المختلفة بحالة من
سرطان الكبد وذكرا الماعلم (ايلسر) انه يوجد هذا المرض ثلاثاً وخمسين مرة
في أربعة آلاف صفة تشريحية بحيث يوجد في كل ثمانين جثة تقريراً بحالة
من هذه الاصابة وكثيراً ما يكون سرطان الكبد اولياً وفي أحوال أخرى
يعقب سرطان المعدة والمستقيم وغيرهما من الاعضاء وكثيراً ما يعقب
استئصال أورام سرطانية من ظاهر الجسم

واسباب سرطان الكبد كبقية أنواع السرطانات مجهولة وقد ذكر المؤلفون
انه يشاهد في الاشخاص المتقدمين في السن اى الذين سنهم من ٦٠ الى ٧٠
ويصيب الذكوراً أكثر من الاناث وأن من الاسباب المقترحة له الضربات
او السقطات على المراق الايمن وقد كية عظيمة من الدم والحيات المتقطعة
المستطيلة واقطاع المحولات المختلفة انقطاعاً لجاناً ثانياً والتباعد عن التسدير
الصحي سيما الاقراط من المشروبات الروحية لكن جميع ذلك غير مؤسس على

مشاهدات قطعية

* (الصقات التشريحية) *

أكثر أشكال السرطان حسولا في الكبد هو النخاعي وقد يكون نارة أوراما
محدودة تحديدا واضحا ونارة يتمنتشر بدون حدين الخلايا الكبدية
ففي الأولى يشاهد في الكبد أورام مستديرة عديدة قصبية محاطة بمحطة
خلوية رقيقة كثيرة الوعائية ويظهر فيها عند قرب من البريتون تفرطح
اوتبعاج سطحي ويسمى بالسرة السرطانية ويختلف حجم هذه الأورام
وعدد هافسكون من حجم البسلة الى حجم رأس طفل وتكون اما وحيدة
او متعددة وكلما كانت بالقرب من سطح البريتون ظهرت تحديات وبروزات
على سطح هذا العضو وتماثل هذه الأورام اما ان يكون في قوام اللحم
الصلب او قوام المادة القاعية اللينة وعند الضغط على الأورام السرطانية
الرخوة يسيل منها مادة لبنية غزيرة بخلاف الصلبة فلا يسيل منها الا القليل
من هذه المادة ويختلف لون الأورام باختلاف اوعيتها كثرة وقلة فاما ان
تكون بيضاء لينة او حمرة وقد تكون جراها اذا كنة عقب غزقات وعائية او
سودة يترا كات بجمتية فيها والاي جزء المصونة عن الاصابة السرطانية من
جوهر الكبد تكون في حالة احتمقان شديد تساعد على تعدد هذا العضو
وازداد حجمه ازيد اعظيما ولا يتدران يكون جوهر الكبد متلون بالون
اصفر فاقع عقب انضغاط المسالك الصفراوية واحتباس الصفراء والاخلية
الكبدية المجاورة لهذه الأورام السرطانية يعترجها غالبا استحالة شصمية وفي
الغالب يحصل في الغلاف المصلي للكبد أعلى الأورام السرطانية التهابات
مزمنة جزئية بها يتكاثف هذا الغلاف ويلتصق بما حوله من الاجزاء وفي
أسوال أخرى يتكون فيه مواد سرطانية تمتد الى جميع أجزاء البريتون ثم ان
تكون الاتبعاج السري السرطاني في سرطان الكبد ينشأ كغيره من أنواع
السرطان عن ظهور أجزاء القديمة التي تكبد عناصرها الخلقوية استحالة
شصمية فتشكك مش وقد يشاهد هذا الضور عمتد في جميع أجزاء سرطانية
بجيت لا يبقى منها الامواد مصفرة هشة مضمرة في منسوج خلوي منكش
(وهو الغلاف الباقي من السرطان) وان وجد بجوار هذه الامواد التديسة

أورام سرطانية حديثة في الكبد فلا يشك في أنها كانت من طبيعة سرطانية
وان لم تشاهد أورام سرطانية حديثة بجوارها وقع الشك في كونها آثار
أورام سرطانية شفيت أو بقايا تغيرات مرضية أخرى وكثيرا ما يلين السرطان
الضخامي فيؤدي إلى التهاب بريتوني حديث وتزيف حطرق في تجويف البطن
وأما الشكل الثاني من السرطان الضخامي الذي سماه المعلم (دوكتسكي)
بالارتشاح السرطاني ففيه توجد أجزاء عظيمة من الكبد مستحيلة إلى مادة
سرطانية مبيضة وكل من الأوعية المنسدة والمسالك الصفراوية المجاورة لبقايا
الخلية الكبدية الواقعة في الضمور والاستحالة النخمية المتراكم فيها مادة
بجينية صفراوية تتخذ في هذه المواد المبيضة على هيئة أشربة أو صفايح غير
منتظمة والارتشاح السرطاني ينتقل من الدائرة إلى الجوهر السليم من
الكبد بالتدرج بحيث يوجد محال تتسلطن فيها المواد السرطانية وأخرى
الاخلية الكبدية وأما السرطان الهلامي الذي يكاد يكون مجلسه الوحيد
المعدن والمهي والبريتون فقد يمتد إلى جوهر الكبد وفي حالة شاهدها المعلم
(لوسكا) كان الكبد جميعه مستحيلا إلى مادة سرطانية غير منتظمة من طبيعة
هذا السرطان

ومن النادر جدا مشاهدة السرطان البشري في الكبد فيكون على هيئة
تعدادات صغيرة متفرقة من طبيعة هذا السرطان
وقد ينضم إلى سرطان هذا العضو سرطان الوريد الباب وفيه يمتلي كل من
أصل هذا الوريد وجزوعه وفرعه بسدة من مادة سرطانية قليلة التماسك
وفي حالة شاهدها كانت على خلاف ذلك بمعنى ان سرطان الوريد كان
مضاعفا بسرطان المعدة وكان سرطان الكبد الذي في الجثة ناشئة مع غاية
الوضوح من امتداد الاستحالة السرطانية للوريد الباب إلى جوهر الكبد
* (الاعراض والسير) *

حيث يتدرج ان يكون سرطان الكبد أوليا وغالبا يكون ملازما لا ففة في
المعدة من نفس هذه الطبيعة تكون الاعراض الخاصة به عسرة التميز وقد
يبتدأ بجنحة في بعض الأحوال النادرة خصوصا التي يكون فيها هذا الداء
أوليا ومنفردا بحيث يتقدم تقدماعظيما بدون ان يعرف لكن غالبا يهيم

باضطرابات مختلفة واطعمة واضحة جهة القناة الهضمية كفقده الشهية وتغيرها تغيرا
 غير طبيعي والتجشئ الغازي وعسر الهضم لكن جميع هذه العلامات تنسب
 لمرض المعدة المصاحب له وفي دور كثير التقدم او قلله من هذا المرض يحس
 المريض غالبا بالحم في المراق الايمن يختلف كثيرا بالنسبة لكيفية فتارة يكون
 راضا وتارة ناخسا وهذا هو الغالب وهو وان كان منشؤم في المراق الايمن
 ينتفع الى اتجاهات مختلفة وتارة يكون قارصا بشدة وهذا الالم يزداد بالحركة
 والضغط واهم علاماته الناتجة جدا هي التي تنتج من تزايد حجمه وذلك بان
 يحس عند المريض بواسطة اللمس غالبا بحافة الكبد المجاورة للاضلاع
 الكاذبة في جميع امتدادها او بعض اصقار منها وتكون ذات مقاومة عظيمة
 عند الضغط عليها ولا يتدرام مقدار الكبد امتداد اعظما بحيث يصل الى السرة
 او العظام الحرقضية وحيث يكاد يوجد على الدوام كتل سرطانية منتشرة في
 جميع سطح هذا العضو يحس فيه باورام صلبة كثيرا او قليلا ذات مقاومة
 وموتة وذات تحديات احيا تا واحيا تا الا يوجد الاورم واحدا واذا كان
 السرطان مصيبا لجميع جوهر الكبد يحفظ هذا العضو شكله الاصلى
 بحيث لا يعرف غالبا باللمس الاصلابة حافته المجاورة للاضلاع ويعرف
 بواسطة القرع تزايد حجم هذا العضو وامتداده في البطن وتجويف الصدر
 والبرقان يمتد ايضا من جهة اعراض سرطان الكبد الا انه ليس دائم الوجود
 وهذا يغيب للضغط الواقع على القنوات الصفراوية وكثيرا ما ينتج عن هذه
 الالفة ايضا الاسقسقاء الزرق الذي يحصل امامن وجود اورام سرطانية
 ضاغطة على الاوعية الفلانة البطنية او الضغط الواقع عليها بسبب تزايد
 حجم الكبد

ويوجد زيادة عن هسة الاعراض الرئيسية لسرطان الكبد اعراض أخرى
 ناشئة عن اضطرابات الوظائف الهضمية كعسر الهضم وتغير الشهية
 وامساك يتعاقب مع اسهال يستقر نحو انتهاء المرض واذا كان حجم الكبد
 عظيما جدا حصل عند المصابين به عسر في التنفس ومتى تقدم هذا المرض
 انضم لذلك اعراض الديسكرازيا السرطانية وتغير التغذية العامة فاذا لم
 يوجد البرقان صادرا الوجه باهتا وتلون بالصفرة الحقيقية أى اللون التبقى أى

الذي يوجد في جميع الامراض السرطانية ثم تتقدم النخافة فتقدم اعظما
وتقع المرضى في النهوك المؤدية الى الانتهاه المخزن
ثم ان سرطان الكبد نوسير مستقر بطي وغيراته فهو الانتهاه اى في الدور المسعى
بدورالين يصير سريرا ومدته طويلة فقلديكثأكثر من سنة وانتهائه مخزن
دائما مابذاته او بسبب آفة سرطانية أخرى او مضاعفة بالتهاب بري توني او
معوى او بليوراوى

(التشخيص)

في كثير من الاحوال يعسر تمييز سرطان الكبد عن ضخامته البسيطة والتهابه
المزمن بل وعن اورامه المتكيسة سيما اذا كانت غير سطحية والعلامات الدالة
عليه في الاحوال الواضحة هي تعب والم في المراق الايمن تحتاف شدته يكون
من زمن طويل وازدياد حجم الكبد وظهور اورام متفرقة على سطحه مختلفة
الصلابة وحصول نخافة عظيمة مصحوبة باللون الاصفر التبقى كما في
الامراض السرطانية غالباً فان تحقق مع ذلك من وجود سرطان المعدة كان
التشخيص يقينياً وفي الاحوال المشكوك فيها يمكن فعل بزل استقصاى

(الحكم على العاقبة)

السرطان الكبدى خطر للغاية كما لا يخفى ويشهد خطره عند اضطرابات
الوظائف الهضمية وظهور الاستسقاء او مضاعفة أخرى من جهة الرئة
او البليورا فان سير المرض يصير سريعاً جدا

(المعالجة)

معالجة هذا الداء لا تكون الا تسكينية فيستعمل وضع العلق اذا حصل التهاب
بريتونى جزئى واحداث آلام شديدة وتقاوم الآلام الناجمة بالحرار ريق
الطيارة والوضعيات المليئة ويفنى مقاومة الاعراض الآتية من نحو القناة
الهضمية حال ظهورها فبقاوم الامسال بالمسهلات الخفيفة كالمن وزيت
الخروج والاملاح المتعادلة ويقاوم الاسهال بالحقن المضاف اليها اللودنم
وتعاطى قليل من الافيون ويلزم الطبيب الاتقاة للتسديبر العصى ومعالجة
المضاعفات حسب ما تقتضيه الحالة الراهنة واحيانا يستدعى الاستسقاء
الزقى الذى يضاعف كثيرا سرطان الكبد عملية البزل

* (المبحث التاسع) *

(في دون الكبد)

لا يكون دون الكبد اوليا معا لما قبل ينضم دائما لدون في غيره هذا العضو
او يكون ظاهرة للدون الدخني السواد وحينئذ ترى تحميمات قليلة الشفافية
كجسم الدخن سنجابية اللون منتشرة على السطح الظاهري من الكبد وعند
وجود دون متقدم في المهي أو الرئة توجد مواد درنية جينية في الكبد صفراء
احيانا في حجم حب الشسارق او اليبس لانه ومن النادر ان ينتج عن تلاشي هذه
المواد بيوب محتلمة بصديدي دني والغالب انها تضغط على القنوات الصفراوية
الشهرية فتؤدي لتندد في اجزائها الكائنة خاف الاصابة بالمنضغطة وبذلك
تنشأ تجاوب في حجم الدخن او البسلة محتلمة بمواد صفراوية مخاطية لا تختلط
بالكهوف الدرية ولا يمكن معرفة دون الكبد مدة الحياة

* (المبحث العاشر) *

(في الاورام الديدانية الحويصلية للكبد المعروفة بالاينكو كولو)

(وهذه اللفظة المركبة معناها الديدان الحويصلية ذات الخراطيم المتوجعة
بتاج من كلايب)

نسبة هذه الديدان للديدان الاينكو كوكية الشربطية كنسبة الديدان
الحويصلية الثلاثية للدودة الشربطية الوحيدة بمعنى انها عبارة عن الفقس
الحديث الخالي من أعضاء التناسل من تلك الدودة التامة التكوين والتجارب
الجديدة التي فعلت في الحيوانات التي أدخل في غذائها الاينكو كولو
الماخوذ من جسم الانسان وان لم يتحصل منها على نتائج ثابتة الا انه بما يمكن
احداث الديدان الشربطية الاينكو كوكية في امعاء الحيوانات التي صار
تغذيتها بالاينكو كولو الماخوذ من حيوانات أخرى غير الانسان

والكيفية التي بها يصل بيض وجرثومة الديدان الشربطية الاينكو كوكية
الى كبد الانسان حتى تخوفيه ويتكون عنها حويصلات اينكو كوكية
مجهولة وهذه الديدان توجد بكثرة في جزاير ازلانده حتى انه ينتج من قول أطباء
هذه الجهة ان عن المرضى الذين يعرضون عليهم بل ان كل واحد من سبعة
يكون مصابا به هذه الديدان في أجزاء مختلفة من الجسم ويظهر من القياس

والتقاويم ان وصول هذه الديدان لباطن الانسان يكون بالكيفية الآتية
وهي ان الحيوانات الموجودة في باطنها الديدان الشريطية الايكنو كوكبية
بتقذف منها زمنا فزمننا بعض عقل تامة التكون مع المواد البرازية وان
البعض والجرائيم المحتوية عليه هذه العقل يختلطان بمياه الشرب بكيفية
مأو بالمطهومات التي توكل نيئة فيتمدق وصات هذه الجراثيم الصغيرة الى
باطن القناة الهضمية تثبت بكلاليبها السنة جدر المعدة أو المي وصحت
بعمدا حتى تصل الى الكبد وحينئذ فالجراثيم الميكروسكوبية تفتتح
ويتكون عنها حويصلة عظيمة ينوع على سطحها الباطن عدد عظيم جدا
من قفس الديدان الشريطية غير تام التكون وغالبا يتكون زيادة عن هذا
القفس النامي في باطن المثانات الأمية حويصلات أخرى متولدة منها تعرف
ببنيات الحويصلات وعنما بنات البنيات المحتوية على القفس أيضا

والظاهر ان وجود هذه الديدان الحويصلية في جزيرة ازلاند وطفى ناتج كما قاله
(كيشن ميتسر) عن وجود عدد عظيم من الكلاب التي تربي في هذه الجزيرة
وعن درجة حرارة مياه الأنهار الفاترة المعدة لشرب أهل هذه الجزيرة فإظهار
ان الكلاب تزدرد هذه الحويصلات المنقذة امامن القم أو الاست
أو الايكاس المنقحة حيث لا يعتنى بإزالة هذه المتحصلات فضلا عن مساعدة
المياه المذكورة على نموها تترك الجراثيم كما تساعد على نمو جميع الحيوانات
الذيائة الرتبة وزعم الطبيب المذكور ان هذه الديدان متى وصلت الى مبي
شخص وتوطنت جسمه فهو تستحيل الى ديدان شريطية كما ان جراثيم هذه
الديدان الموجودة في مبي شخص تسبح نحو الكبد وتستحيل الى حويصلية
* (الصنات لتشريحية) *

الايكاس الايكنو كوكبية تكون في الكبد اما فرادى او متعددة بكثرة وهي
في القفس اليمنى أكثر من اليسارى ويختلف حجمها من الحصاة الى قبضة اليد
او الى رأس الطنل ومتى عظم حجمها وكثرت عددها ازداد حجم الكبد ازديادا
عظيما وما كان وضعه غائرا من هذه الايكاس في هذا العضو ومحاطا بجوهره
لا يغبر شكله الا قليلا واما الايكاس العظيمة الموضوعة على سطحه الظاهر
فانها تبرز منه بروزا عظيما على شكل كرات صغيرة او عظيمة فينشأ عنها تشوه

عظيم في شكل الكبد والا يكمن الدائرية تكون محاطة بغلاف بري توفى
شديد الالتصاق وجوهر الكبد يتلاشى ويضمربنو هذه الحيوانات الطقيلية
يحيث يتقدم معظمه وما بقى منه يكون كثير الدم بسبب احتقانه الاحتياسي
والحو يوصلات الديدانية تكون محاطة بمخظة لينة كثيفة ناتجة عن
تسكونات خلوية ومع ذلك يسهل نزاعها عنها وأما الغشاء المكون للحو يوصلات
تقسها فيكون رقيقا نصف شفاف كلال البيض المنعقد وبالبحث عنه
بالمكروسكوب يظهر أنه متكون من عدة صفائح متراكمة فوق بعضها كثيرة
الرقعة وعند فتح هذه الحو يوصلات يخرج سائل شفاف مصلى فيه عدد عظيم من
حو يوصلات ثانوية (أي بنات الحو يوصلات الامهات) وهذا السائل يحتوي
تقريبا على ١٥ جزءا من المواد الصلبة من الفبرين وليس فيه مادة زلالية بل
املاح سيمالغ الطعام ويوجد فيه أيضا بعا (لهينقس) ٣ أجزاء من كهرمان
الصودا وتركيب الحو يوصلات الثانوية يشابه الحو يوصلات الامة ويجمعها
يكون من حبة الدخن الى الفندقة والعظيم منها يسبح في هذه الحو يوصلات
واما الصغيرة منها فيتثبت بسطحها الباطن واما الحو يوصلات الثلاثية (أي
بنات البنات) التي لا توجد الا في باطن الثانوية العظيمة فيقرب حجمها من
رأس الدبوس ويوجد في السطح الباطن من جميع هذه الحو يوصلات نوع
مادة ترائية مبيضة وبالبحث عنها بالمكروسكوب يرى فيها عدد عظيم جدا من
الديدان الشريطية غير نامة التكوين أو تقسمها وطول كل منها ربع ملية
وعرضه عن ورأسها غلظ موشح باربعة مصاصات ونحو طوم محاط بصفتين من
الكلايب ويكون الرأس منفصلا عن الجذع القصير بجزء محتوم على رؤس
كاسية عديدة مستديرة أو بيضاوية وغالبا يكون الرأس داخل في الجذع
بحيث يظهر ان شكل هذه الحيوانات انما مستديرا أو هرمي كشكل القلب
ويكون تاج الكلايب شاغلا للمركز ويندغم في الطرف الخلقى من هذه
الحيوانات ذنب قصير لتتشبه به هذه الحيوانات ثم يتفصل فيما بعد ويسبح
في السائل

والديدان الحو يوصلية كثيرا ماتت في بيوت كل من الحو يوصلات الامة
والثانوية فتعكس كمتحصلاها ثم يستحيل الى مادة شحمية او مادة ضامة كثيفة

تشتل على املاح كاسية وشحم وكولسترين ولا يبقى من هذه الحيوانات
 الا بعض كلاب تشابه كما قاله (بود) اسنان او عظام بعض الحيوانات
 العظيمة التي تبقى بعد موتها زمانا طويلا وفي احوال أخرى تمسدد الكيس
 شيئا حتى يمزق فاذا انفجر مع ذلك الغلاف البريتوني المتسدد انسكب
 المتحصل في تجويف البطن فينتج عن ذلك التهاب بريتوني شديد و بذلك يلتصق
 الكيس أيضا بالاعضاء المجاورة بحيث يستقرغ عند انفجاره في المعدة او المعى
 او المسالك الصفراوية او الاوعية الفليطة المجاورة او البليورا بعد تمدد الحجاب
 الحاجز ورقته وانفجاره بسبب ضغط الكيس عليه بل وقد يستقرغ متحصل
 الكيس في الشعب بعد التصاق البليورا بالرئتين وانثقابهما وفي احوال
 أخرى قد ينتج عنها التهاب في الاجزاء المحيطة وعلى الخصوص في الغلاف المحيط
 بها وحينئذ تظهر اعراض التهاب في الكبد وتميج شديد بل وتقيح في الكيس
 نفسه وفيما حو له من اجزاء الكبد وانطراخ المتسكون في الكبد منه الكيفية
 يمكن ان يفتح الى الظاهر او الباطن وفي الحالة الاولى يشاهد متحصل
 الحويصلات مختلطا بالصديد

• (الاعراض والسير) •

قد تحقق لنا من المشاهدات اليومية ان الاورام الديدانية الحويصلية كثيرا
 ما تكون في الكبد بدون ان ينتج عنها أدنى عرض وبدون معرفتها سنيين
 عديدة ونحو هذه الاورام الحويصلية الباطنة هو السبب في فقد الاعراض
 مدة طويلة ابتداء بحيث لا يعرف غالباً هذا المرض باعراض مدرك كما مريض
 بل يظهر رورم في المراق الايمن ومعرفة ذلك اما من المريض او الطبيب ومنى
 تمت هذه الاورام وكذا الكبد نحو اعظم ما يمكن ان ينتج عنها الاحساس
 الخصوص المذكور بكثرة وهو التوتر والضغط في القسم السراسمي والحجاب
 الحاجز بسبب اندفاعه الى أعلى يحصل في وظائف عروق وكذا الضغط الواقع
 على الفص السفلي من الرئة اليمنى وحصول الاحتقان الحجابي التميمي في
 الاجزاء غير المنضغطة من الرئة يمكن ان ينتج عنه ضيق التنفس والتهاب
 الشهي النزلي وكذا يمكن ان يشاهد كل من الاستسقاء الزقي واليرقان بدرجة
 مختلفة عقب الضغط الواقع على فروع الوريد الباب والمسالك الصفراوية

الصغيرة والقنوات المذرة للصقراومع ذلك فهذه الظواهر جميعها بادرة
الحصول

والذي يستدل به بالا كثر على هذه الاورام ويتوصل به الى تشخيصها البحث
الطبيعي فان الايكاس الحويصلية في وصات لحم منام وكانت متعددة يمكن
معرفة بمجرد النظر فانها تحدث تحدا عظيم في الرائي الاين يمكن امتداده
الى قسم السرقةيل والى المراق الايسر والورم الناتج عن ذلك وان كان حافظا
اشكل الكبد الا انه يوجد على سطحه تحديات مختلفة الجسم ومع ذلك فان
الجهة اليمنى من الصدر تمدد وتبرز الاضلاع اليمنى الى الخارج وبالجس
يحمس بتزايد حجم الكبد وبالصفة الكريهة المحدبة لسطحه الطاهر وهذه
لتحديات تظهر في امر ونة عظيمة جدا أكثر مما تحدثه التحديات السرطانية
الرخوة جدا وصوت القرع يكون اصم في جميع امتداد الكبد وعند فعل
القرع يحس احيانا بقويبات مخصوصة مع اهتزاز رخوص يسمى بالتروج
الحويصلي وهذا التروج كالذي يحس به عند القرع بالاصم مع على مادة
هلامية متسككة والمعلم (بيوري) يسمى ذلك بالاهتزاز الحويصلي

ولا يعتبر من اعراض انتهاء هذا المرض الثلاثي التدريجي للايكاس الديدانية
فان هذا الانتهاء لا يحصل الا في الايكاس الصغيرة غير المدركة ومتى انفجر
الكيس في تجويف البطن نيج عن ذلك اعراض مشابهة بالسكيسة انثقاب
قرحة معدية بحيث ان لم يتيسر لطبيب تشخيص الايكاس وقع في حيرة لعدم
معرفة السبب الاصل للالتهاب البريتوني وطبيعة المتحصل المتسكب في البطن
وفي هذه الحالة مما قبل من الايام تم لك المرضي بسرعة من الالتهاب البريتوني
ذي السبر الحاد جدا ولا يمكن تشخيص انفجار الايكاس الحويصلية الا اذا
وجد بهض قطع منها في مواد التي أو البراز والنقت وفي نيج من الكيس
الحويصلي التهاب في الاجزاء الكبدية الجاورد له صار لرر مرزا جدا باضفظ
وشوهة حصول قشعريرة واعراض حمة وظهرت اعراض الالتهاب الكبدي
التقيحي بجميع انما آتة التي ذكرناها فيما تقدم تاذا انفتح الخراج الى الظاهر
أمكن أن يشاهد في الصا يدبض أجزاء من طبقات الايكاس المتراكمة فوق
بعضها وبعض ما اتصل من تيجان كلاهما

* (المعالجة) *

قد أوصى في الأورام الخوية بصلية اليدانية للكبد باستعمال المكهونات
المصنوعة من محلول مركز من ملح الطعام على قسم الكبد وقد زعم (بود) أنه
بواسطة قوة الجذب الخصوصي والشراعية العظيمة للخوية بصلات بالنسبة
لكلورور والصوديوم يتفقد هذا الملح في سائل الديدان الخوية بصلية ويمنع
تزايدها ونموها بل يهلكها بالكليّة كما أن بعضهم أوصى باستعمال المركبات
أيودية والزيقية زعماء بأنهم تقتل الحيوانات الطافية بل واستعمل بعضهم
الجواهر الدوائية القاتلة للدود في هذا المرض ولم يجد كل ذلك تقعا والايصاء
بها مؤسس على نظريات عقلية لا تجارب فإذا أريد استعمال أحدها فالأولى
انتخاب ما لا مضرة من تأثيره على الجسم والظاهر أن عملية فتح هذه الأيكاس
في جزيرة أزلانده كثيرة الحصول وأما في بلادنا فقد اعتق أحبا ناقصها
عوارض خطيرة فلذا ينبغي قبل فتح الأيكاس التمسك بجميع الاحتياطات التي
تعمل عند فتح خراج الكبد

* (المبحث الحادي عشر) *

(في الأورام الأيكوكوكية المتعددة الجيوب)

* (كيفية الظهور والأسباب) *

كثيرا ما وجد في العصر المستجد عند فعل الصفات التشريحية أن أجزاء عظيمة
من الكبد مستحيلة إلى ورم مخصوص متكون من طبقة خالوية وعدة من
الجيوب المختلفة الاتساع ممتلئة بمواد هلامية وقد اعتبر الأهلون من
المشاهير لهذه الأورام أنها نوع من السرطان ذي الجيوب أي الهلامي
لكن المشاهدات المكروية الأيكوكوكية أكدت لنا أن متحصل هذه الجيوب
الهلامي متكون من العناصر والأجزاء الخاصة بالديدان الخوية بصلية
وأكدت أيضا أنها ناتجة عن سبع وسريان هذه الديدان

وكيفية منشا هذه الأورام المسمومة تعالاهم (ورجوف) بالأورام
الأيكوكوكية الطبيعية ليست واضحة لكن من الشريب للعقل جدا أن
منشا هذه الأورام ليس ناتجا عن اختلاف نوع الحيوانات الطافية بل ناتجا
عن نوع سببها وسريانها الخصوص وعن مجلسها ونموها وقد زعم المعلم

المذكور ان شكل هذا المرض يحصل عن سبع جرثومة الديدان المذكورة في الاوعية الليفية الكبدية وان أكاس تلك الاورام تتكون في باطن هذه الاوعية وذهب ليكهرت الى أن التغيرات المذكورة تحصل في الاوعية الدموية وذهب فريديش وكان قد وجد في المادة التي شاهدها امتلاء القناة الكبدية بالمواد الايكنوكوكية الى ان تكونها انما يحصل في المسالك الصفراوية وقد سرى المعلم (كيشن ميتسر) خطأ بإشتمل على التوجيه الا في الذي اظن انه بسيط واضح وهو انه يشأ ورم ايكنوكوكي متعدد الجيوب بدلا عن شكل المرض المعتاد من الاكاس الديدانية متى لم يتكون حول جرثومة هذه الديدان محفظة خلوية او ان تلك المحفظة يثق بها هذا الحيوان الطقيلي قبل ان تصير صلبة ذات مقاومة وحيث انه عند فقد المحفظة المتدحجة تسبح هذه الديدان وتسير الى جميع الاتجاهات فانها تسرى الى المحال القليلة المقاومة فان وصلت الى احدى القنوات الممتدة في الكبد او ثقت في اثناسيرها احدى هاتيك القنوات سمحت في باطنها حتى غلاشياً فشأ مجموع تلك القنوات وحيث ان كلامن وريجوق وليكهرت وفريديش قد تحصل على نتائج مغايرة في ابحاثه الدقيقة المعتمد عليها ولا بد بحيث ان كلا منهم وجد المواد الايكنوكوكية ماثلة لمجموع قنوي آخر من الكبد ساغ اقنا القول بان سبع هذه الحيوانات الطقيلية في الاوعية الليفية والدموية والمسالك الصفراوية وثقبها له جائز وان كلامن هذه الجسمات القنوية قد يكون مصوناً عن وجود تلك التغيرات فيه

*(الصفات التشريحية) *

تكاذا الاورام الايكنوكوكية الجيبية ان يكون مجلسها الفص الجيني من الكبد لكن شاهدت في حالة من ثلاثة أسوال ان مجلسها كان في الفص اليساري من هذا العضو وعظم هذه الاورام قد يصل الى حجم الرأس بل أكبر من ذلك والطبقة الظلوية يتكون قدا عتراها استعمالاً شحمية متقدمة والجيوب التي تنفتح عند شق تلك الاورام تشابه بالكلية التجاويف التي توجد على سطح الخبز الهش النضج جدا عند شقه وعند البصت بالمكربون عن المواد الهلامية المحتوية عليه اعرف الاغشية الواصفة للايكنوكوك

المشتملة على تراكمات كلسية عديدة صغيرة وكبيرة بل وبالبحث الدقيق المستطيل
 يمكن وجود تيجان من الكلايب أو بعض الكلايب ويشدرو وجود فقمس
 تام من تلك الديدان الا في حالة قد شاهدتها وجد في دائرة الورم حويصلات
 في حجم الكرز مرصعة في سطحها الباطني به عدد عظيم من الفقمس والجراثيم
 التامة وما عدا هذه الحالة من الاحوال المعلومة فقيها وجد مركز الورم
 متقيما والتجريف الناشئ عن هذا التقيح مشتقلا على سائل عكر ذي لون
 اسمر سنجابي متكون من بقايا تلك الديدان وتراكمات كلسية وكرات شمعية
 وبالوراث كوليستيا ونيسة وجدده هذا التجريف الغير المستوي يكون
 ذا لون وسخ ترابي مشتمل عند النظر اليه بالمكرب على بلورات نظيفة
 هيما تودينية

• (الاعراض والسير) •

الاعراض الناشئة عن الاورام الاكتوكوكية المتعددة الجيوب تختلف
 بحسب تكون تلك المواد الديدانية في أحد الجاميع القنوية من الكبد
 وسلامة الباقي منها وانسداده وبهذا يتضح الامر المعلوم من أن مجموع
 الاعراض الواصف لتلك الاورام الذي بينه (فردريش) يطابق بالكلية
 بعض احوال من هذا المرض مطابقة تامة حتى به ولا يسهل تشخيصها
 وفي احوال أخرى تفقد الصفات الواضحة الدالة عليها والشرح الآتي
 لمجموع اعراض المرض مرتكن فيه الى عدد عظيم من مشاهداتنا والى
 البيان الواضح لمشاهدات بعض احوال لغيرنا

فهذا المرض يبتدى ولا بد به كبقية كأمته واعراضه الابتدائية لا تظهر
 غالباً الا بعد عظيم حجم الورم فبعض المرضى لا يستيقظون لوجود ورم في
 بطونهم الا من الاحساس بضغطة متعب في المراق الايمن عندهم اوباعلامهم
 بوجود هذا الورم فيهم ولا يشتكون بشئ سوى ذلك ويكون كل من الشبهة
 والهضم عندهم على الحالة الطبيعية فلا تضطرب قواهم ولا حالة تغذيتهم
 ويقعد كل من اليرقان ونظواهر الاحتمقان الاحتباسي بلحور لوريد الباب
 وعند البحث عن البطن يوجد ورم عظيم في المراق الايمن متعلق بالكبد
 وهذا العضو اما ان يكون حافظا لشكله الطبيعي او يوجد على سطحه تودينات

سطحية كما يحصل في اصابته السرطانية او الزهرية ويكون ورم الكبد هذا
عظيم المقاومة ولو كان فيه تقحج من كزى معتد ولم يشاهد فيه تقوج أصلا
الافى سالة شاهدها المعلم (برسجر)

ثم ان ظهر هذا المرض وسار به هذه الكيفية فلا يمكن معرفته مع التاكيد
ولا تميزه عن غيره من أمراض الكبد سيما سرطان الكبد وورمه الزهري ففي
احدى الحالتين اللتين شاهدتهما وكنت في الاولى منهما زعمت بوجود سرطان
متقحج عظيم في الكبد كان حصول الموت بواسطة سكتة دماغية ولم يأت
للطبيب المعالج الوقوف على حقيقة الورم الكبدى ذى التصديت والصلابة
الجزيرية مع انه كان ملاحظا لسيره من عدة سنوات ولم يشاهد عند المريض
في السنين الاخيرة من الحياة ظواهر يرقانية وانما كان قد اعترأ من منذ
عشر سنين قبل مجآه سالة يرقانية خفيفة قصيرة المدة وأما الحالة الثانية التى
لوحظت بالدقة فى الاكسنتك الخاص بتامة بجملة اشهر فقد انضم فيها الى
الاعراض السابق ذكرها بول زلالى واستسقاء الحى وكان قد ظن ان المريض
هلث بورم زهري فى الكبد مع استحالة نشوية فى الكليتين ولم يتحقق بالصفة
التشريحية للجنة الامن تشخيص المرض الاخر فان الكبد وجد محتويا
على ورم اكنوكوكى متعدد الجيوب فى عظم حجم الرأس بدلا عن الورم الزهري
والمريض الاخير هذا لم يصب مطلقا باليرقان وفى كليهما كانت المسالك
الصقراوية سليمة بالكلية

ثم ان تلك المشاهدات لاتنافى فقط قول الشهير (فريدريش) القائل بأن
اليرقان عرض ملازم للاورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب بل انها
تثبت كذلك انه فى الاحوال التى فيها لاتنسد المسالك الصقراوية بواسطة
تلك الاورام ولا يحصل حينئذ عوق فى سير الصقراوات امتصاصها تبقى المرضى
ولا يدحانطة لحالة صحية تطاق مدة طويلة من الزمن كما هو المشاهد فى شكل
الاورام الاكنوكوكية المعتادة وانما متى حصل تقحج فى الورم فيما بعد وامتد
هذا التقحج واصطبغ ذلك بالحى اضطربت التغذية العامة للمريض وظهرت
عنده انهوكة وبذلك يموت المريض ان لم يحصل له ذلك عقب طرق مرض
آخرو من العلوم ان هلاك المريض فى الحالة الثانية من اللتين شاهدتهما

كان هلاك المريض بمرض ثانوي في الكليتين (مع أن فريدريش ينكر
 وجود ذلك بالكلى في الأورام التي نحن بصددنا)
 وتختلف أعراض هذا المرض بالكلى وسيره متى انسدت المسالك الصفراوية
 والقنوات الناقلة للصفراء بواسطة الجراثيم السابجة أو انفجار الحويصلات
 الالكوكوبية ونحو هذه الحيوارات الطفيلية فيها وهنا لا يندر أن تكون
 الصفة المرضية لهذا المرض واضحة جدا سيما في الأدوار الأخيرة منه بحيث
 ييسر للطبيب تشخيصه مع التأكد التقريبي أو التام فإن الأعراض
 تبدئي يرقان غير خطر في الابتداء ويزداد ذلك تدريجيا وجميع الوسائط
 العلاجية التي تستعمل من أجل إزالته تبقى بدون فائدة ويصل أحيرا إلى
 أشد الدرجات وتظهر المواد البرازية عمقا قريب خالية عن اللون وهذا دليل
 قطعي على انسداد المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة انسدادا تاما
 وتفقد طواهر أمراض طراب الهضم وفساده وحيث ان ظهور اليرقان لا يكون
 مسبوقا بنوب آلام شديدة فذلك يدل غالبا على عدم وجود حالة نزلية في
 القنوات الصفراوية وانسدادها بواسطة تجمعات حجرية ويقوى الظن
 بوجود أورام الكوكوبية متعددة الجيوب بل ويرتقى إلى درجة التحقيق
 متى ظهر فيما بعد مع الأعراض السابق ذكرها تحديات في الكبد فان الأمر
 اذ ذلك لا يكون فيه شبه الا بالنسبة لأمراض هذا العضو الذي يتغير شكله فيها
 أعنى سير وزا الكبد وسرطانها وأورامه الزعرية والأورام التي نحن بصددنا
 لكن جميع الأمراض السابق ذكرها لا تكاد تكون مطلقا مصحوبة بانسداد
 تام في المسالك الصفراوية بخلاف الأورام الالكوكوبية المتعددة الجيوب
 فانها تكون غالبا مصحوبة بانسداد تام فيها وبناء على ذلك يفقد لون المواد
 البرازية كابة مع يرقان مستمر مستعص واحتماس تام في الصفراء لا تترك
 الحويصلة المرارية وان وجدت حيث تدور ذوات تحديات في الكبد مع مجموع
 الأعراض السابق ذكرها جاز القول بتشخيص ورم الكوكوبية متعدد
 الجيوب في الكبد

وأكثر ما يحصل في أثناء سير هذا المرض استسقاء زقي وزيف معدى معوى
 او انزفة من أغشية مخاطية أخرى او تحت الجلد ومع ذلك فجميع هذه

الامراض ليست مشخصة لتلك الاورام بل انما متعلقة فقط باحتباس الصفراء وامتصاصها وتشاهد بكثرة في جميع الامراض المعصوبة بذلك كما سيأتي بيانه في المباحث الآتية

• (المعالجة) •

ليس للصناعة أدنى قوة من معالجة الاورام الا كوكوكوية المتعددة الجيوب بل ان عدم شجاح العلاج بالنسبة لليرقان قد يستتبع منه احيانا حقيقة تشخيص هذا المرض فانه لا يتأتى بأى واسطة تنقيص حجم الورم ولا تحسين حالة اليرقان ولا حفظ قوى المريض وتغذيته مع الاستمرار وكذا البرز الذي فصل في الحالة التي شاهدها المعلم (جر سنجر) والتي شاهدها مع الدقة بمارستان القصر العيني وكانت فيها الاورام الا كوكوكوية المتعددة الجيوب جدا سيما في الكبد بل وفي كثير من الاعضاء في آن واحد لم يجد ذلك نفعاً فلا حاجة في اتباعه

• (المبحث الثاني عشر) •

• (في الاحتباس الصفراوي للكبد واليرقان المتعاقبه

اي اليرقان الكبدي) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

المسالك الصفراوية لا تحتوي على الياف مقنعة بقوة الانقباض تسبح بقذف متصلها ولذا جبرنا على القول بان الصفراء تندفع في المسالك الصفراوية بنفس القوة الدافعة لها في منشاء هذه القنوات أعني بضغط الافراز والضغط الذي يعثرى الكبد مدة الشهيق بانخفاض الجباب الخارج وان ساعد في الحقيقة على استقراغ المسالك الصفراوية الا أن قوة هذا الضغط ليست عظيمة فان الحويصلة المرارية التي يؤثر فيها ولا بد بضغط الجباب الخارج بقوة أكثر من تأثيره على الكبد الذي هو عضو مسطح ذو مقاومة يمكن ان تمتلئ بالصفراء ولو مع عدم انقطاع الحركات التنفسية وعلى جميع الاحوال فاقوى الدافعة للصفراء في المسالك الصفراوية ضعيفة جدا بحيث لا يمكن اظهر أدنى مقاومة وان ادنى مانع يعوق استقراغ الصفراء وسيرها ينتج عنه تراكم هذا السائل في الكبد فيحدث الاحتباس الصفراوي

ومنى امتلات المسالك الصفراوية والاخلية الكبدية امتلاء عظيما ووصل
الضغط الياطق الواقع على جدار هذه المسالك لدرجة عظيمة تدخل جزءا عظيما مما
احتوى عليه من الصفراء بمرحلة التشرب في الاوعية الدموية والينقاوية
وهذا هو السبب الغالب في حصول اليرقان

ثم ان التجارب المستجدة اوضحت لنا مع البيان انه في احوال اليرقان الناشئ
عن احتباس الصفراء وامتصاصها المعبر عنه باليرقان الامتصاصي وباليرقان
الكبدى عكسا ليرقان المعبر عنه بالدموى يدخل في الدم ولا بد كل من المواد
الملقوة للصفراء وباقي الاجزاء المكونة لها لاسيما حوامض الصفراء وهذه
الحوامض اياها خاصة واضحة في اذابة الجسيمات الدموية كما دلت على ذلك
التجارب العديدة فانه محقق محمول خفيف من هذه الحوامض في دم بعض
الحيوانات يمكن احداث اليرقان بالصناعة وذلك لان المادة الملقوة للدم
المنفردة اذ ذلك تستحيل الى المادة الملقوة للصفراء وحيث ان كلامنا هذين
الاخيرين ثابت بين وهواته في احوال احتباس الصفراء متصل حوامض هذا
السائل الى الدم وانه بدخول حوامض الصفراء في الدم تنفرد ولا بد المادة
الملقوة للدم وتستحيل الى مادة ملقوة للصفراء فنقول مع التاكيد ولا بد ان
كل يرقان كبدى ينضم له يرقان دموى وبعبارة اخرى ان كل يرقان كبدى
المنشأ يؤدي لحصول يرقان دموى

ثم ان من جملة امراض الكبد السابق ذكرها ما لا ينتج عنه اليرقان وهو
الاستحالة الشحمية للكبد والشعرية له فانه لا ينتج عنها مطلقا ضغط على
المسالك الصفراوية ومنها ظهوره وسرطانه واكياسه الحويصلية فانه
تارة ينتج عنها اليرقان وتارة لا ينتج عنها في الاحوال التي فيها يعترى المسالك
الصفراوية ضغط يحصل احتباس الصفراء احتباسا جزئيا وامتصاص
الصفراء واليرقان لا يصلان في هذه الحالة لدرجة عظيمة جدا ولم تنزل المواد
البرازية ملقونة بالصفراء بالنسبة لما ياتي اليها من المسالك الصفراوية
ويشعكس ذلك في احوال اخرى فيها تنضغط القناة الكبدية او الصفراوية
بواسطة أورام في الكبد او قنطرة فيصير احتباس الصفراء تايما واليرقان عظيما
جدا والمواد البرازية غير ملقونة بالكبدية

ثم ان احتباس الصفراء احتباسا كلياً بجميع ما ينتج عنه تكثره شاهداته
في آفات القنوات الناقلة للصفراء وفي أحوال انضغاطها بواسطة أورام
وسايق شرح ذلك فيما سياتي ولا تشرح في هذا المبحث إلا التغيرات التي
تعترى الكبد بواسطة الاحتباس الصفراوي وما ينتج عنه
• (الصفات التشريحية) •

حجم الكبد يمكن أن يحصل فيه تمدد بواسطة الاحتباس الصفراوي العظيم
بحصوله بالاحتباس الدموي ومع ذلك فهذا الاتفاخ وتزايد الحجم يتناقص
بسرعة متى زال العائق المانع لاستقراغ الصفراء وشكل هذا العضو لا يتغير
بتزايد في الحجم والمسالك الصفراوية عظيمة كانت أو صغيرة تظهر ممتلئة
بالصفراء ومقددة ولون الكبد يكون أصفر فاقعاً واخضر زيتونياً بحسب
اختلاف درجة احتقانه بالصفراء والعادة ان لا يكون هذا اللون مستويا
بل مبقعا وبالبحث الميكروسكوبي على حسب ما قرره المعلم (فريركس) يكون
تارة تحصل الخلايا الكبدية ذالون أصفر باهت وتارة ذالون مسمر يجمتقي
ذاتويات دقيقة ومتى استقر الدم زماناً وجد الخلايا الكبدية محتوية على مادة
يجمتقية أكثر صلابة مائلة للصفرة أو صفراء حمرة أو مخضرة وهذه الخلايا
المحتوية على المادة الجيمتقية تكون مرتكزة بكثرة حول الاوردة المركزية
والكبد المتزايد في الحجم تزايداً عظيماً بسبب احتباس الصفراء ~~يمكن~~ ان
يتناقص حجمه بل يضمحل ولو لم يزل المانع العائق لاستقراغ الصفراء وهذا
العضو عند ما يعتريه صغر الحجم يصير ذالون اخضر داكن بل مسود وتفقد
كثافته فيصير رخواً وحينئذ في هذه الحالة لا يدور أن تغذية الخلايا الكبدية
يعتريها تغير بسبب ضغط الاوعية الدموية المتقدمة عليها والمسالك الصفراوية
بل ومن الضغط الواقع عليها من الصفراء المتراكمة فيها وبالبحث بالمكروسكوب
يرى أن معظم هذه الخلايا متلاش ومستحيل الى مادة ذات نويات دقيقة
جداً

ويسهل معرفة التغير اليقيني في جميع الاعضاء والسوائل في جثة الاثني عشر
الهالكين فانه يقطع النظر عن اللون الخاص للجلد والصلبتين والبول الذي
سندكره فيما سياتي عند الكلام على اعراض هذا المرض عند فتح الجثة بمضغ

تلون ليعوني في الشحم والمنسوجات تلوي تحت الجلد والثراب والتامور وغير ذلك والسائل الموجود بين صفيحات هذا الغشاء كما وجود في البليورا والتامور يظهر التلون اليعوني أيضا معدا المخ والفضاع الشوكي فانهما لا يظهران التلون اليعوني الا نادرا جدا واما الكليتان فيظهر فيهما التلون الاصفر اليعوني ظهورا واضحا

(الاعراض والسير)

تكاد تسبق العلامات الواصفة لامتصاص الصفراء بظواهر مرضية سابقة وهي عبارة عن اعراض المرض الذي يؤدي الى تضايق المسالك الصفراوية او انسدادها والذي يحدث تناقصا في الضغط الجانبي للدم الواقع على اوعية الكبد وفي الغالب يسبق اليرقان باعراض التورم المعديه الاثنى عشرية وامتصاص الصفراء يعقب بسرعة المانع العائق لاستقرار اخ هذا السائل بحيث ان المادة الملونة للصفراء تظهر في البول بعد اربع وعشرين ساعة (بل ان هذه المادة طبقا ليعارب سندرس وأوديجنا تظهر في البول بعد ساعتين أو اربع عقب ربط القناة الصفراوية من الكلاب)

وأما اعراض اليرقان نفسه فانها تمضج بعد يومين او ثلاث فالجلد يكون تارة قليل الاصفرا وتارة شديده بحيث يكتسب لونا اصفر مسمرا أو أخضر مسمرا وذلك في احوال اليرقان الشديد جدا المعروف باليرقان العسلي وهذا التلون اليرقاني يكون كثير الوضوح جدا في اجزاء الجسم ذات البشرة الرقيقة القليلة التلون والتي تتضع من خلالها الطبقات الغائرة من الشبكة المليجينية التي هي الجاس الاعتيادي للمادة الملونة وذلك كالجبهة والوجنتين غير الخمرتين وجلد الصدر ومن العلامات الواصفة لليرقان المهمة في التمييز بين التلون اليرقاني للجلد عن غيره من أشكال تراكم المواد الملونة فيه هو التلون المصفر للغشاء المتحمي المغطي للصلبة فانه في الحالة المشكوك فيها لو أمر المريض بالنظر الى أعلى عند خفض الجفن السفلي لشوهه في صورة دائرة المقابلة الا ان الاولية من اليرقان المبثني والتلون المصفر للجلد والصلبة يزول بالكلية في ضوء الصباح والشمع بحيث لا يمكن معرفة اليرقان في وقت المساء وكذا تلون الاغشية

المخاطبة المدركة للنظر يتحقق من وجوده عند دفع الدم من الشفتين أو اللثة عند الشخص المصاب باليرقان بواسطة ضغط الاصبع وذلك انه يشاهد حينئذ بقعة مصفرة غير باهتة والبول يكون تارة أصفر مسهرا كالبيرة الخفيفة وتارة اصمدا كما كالبيرة الكثيفة وعند تعرضه للهواء وتركه يكتسب لونا مخضرا وعند رج البول اليرقاني يشاهد الزبد المتكاثرون فيه متلوننا قليلا بالصفرة وتارة بالصفرة الناصعة وعند غمر شريط من القماش الابيض فيه او من ورق الترشيح يكتسب لونا مصفرا وهذه التجربة تكفي بانفرادها في تمييز المادة الملونة للصفراء عن المادة الملونة للبول

وهناك تجربة آكد من هذه وهي اضافة قليل من حمض النتريك المحتوي على قليل من حمض النتروز الى البول فباضافة هذا الجوهر يشاهد أن اللون الاصفر للمادة الملونة للصفراء يتقبل تدريجا الى اللون الاخضر ومنه الى الازرق ومنه الى البنفسجي ومنه الى الاحمر ومنه اخيرا الى الاصفر الباهت ولاجل جودة مشاهدته تغير اللون المذكور بوضع البول في كوية مستطيلة من البلاور أو في أنابيب الكشف المحتوية على حمض النتريك بان يصب البول المراد البحث عنه فمع الاحتراس حتى يجرى سائلا على جدرانها فيسبق على سطح الحمض ولا يمتلط به الامع التدرج وحينئذ ينبغي ترك الانبوبة للراحة زمنا قليلا فتشاهد الالوان المختلفة السابق ذكرها على الحمض متى كان البول محتويا على المادة الملونة للصفراء وهذه التجربة لا تصبح بالكلية متى بقي البول معرضا للهواء مدة طويلة من الزمن واكتسب التلون المخضر ومع ذلك فقد ذكر (فريركس) ان هذه التجربة لا تصبح احيانا في البول الحديث وتضع عند ذلك زجاجته زمنيا طويلا معرضا للهواء وبالجملة تذكر هنا انه ليس من النادر مشاهدة تغير اللون من الحرة الى الخضرة في البول الغير المحتوي على الصفراء ولو بكيفية واهية اكن لا يشاهد فيه التلون المزرق والبنفسجي ولاجل معرفة وجود حمض الصفراء في البول التي يتدر أن تفقد عند وجود المادة الملونة للصفراء فيه ينبغي تصعيد جزء من البول في حمام مائي حتى يجف متحصلا ثم يجعل متحصلا ذلك في الكؤول ويصعد ثانيا ثم يجعل المتحصلا في قليل من الماء وحينئذ تفعل تجربة (بيتن كوفر) في انبوية كشف

بان يضاف اليه ابتداءً نقطتان او ثلاثة من محلول السكر (المأخوذ من جزء
من السكر على اربعة اجزاء من الماء) ثم يحض الكبريتيك النقي المركز ويرج
السائل الموجود في الانبوبة فعند درجة تكسب بالتدريج لونا احمر كزياً
ثم لونا بنفسياً والمعلم (هو بي سيار) له الفضل في بيان خطأ القائل بان البول
في احوال اليرقان يحتوي على المادة الملونة للصفراء لاعلى حوامضها
وبالجملة تنبه على انه طبقاً للتجارب (نوت ناجل) يوجد في البول في احوال
اليرقان الشديد انايب (بدون مادة زلالية) وفي جميع هذه الاحوال يحتوي
البول ايضا على حوامض الصفراء

زيادة على ذلك توجد المادة الملونة للصفراء في عرق المصابين باليرقان تكسب
ثيابهم لونا مصفرا يتضح بكثرة في المجال التي يكثر فيها التحضير الجلدي وكثيرا
ما يوجد اللون المصفر ايضا في لبن المرضعات

وقد لود مواد البراز فقد امتقاوتان من عروق انصباب الصفراء في معى المصابين
باليرقان من الظواهر الكثيرة الواضحة فانه متى حصل انسداد غير تام في
القنوات المقررة للصفراء او احتباس جزئي في هذا السائل اكتسبت المواد
البرازية لونا ترايبيا ولونا ~~سكتا~~ لون العنبر الابيض متى كان كل من القناة
الكبدية والصفراوية مفسدا بالكلية ويبس المواد البرازية ويط مسيرها
فحسب عادة لتقدرقة متحصل المني بانصباب الصفراء فيها وحيث ان كمية
الصفراء المتصعبة في المني في ظرف ٢٤ ساعة كيلو جرام واحد من ذلك
يتضح لماذا ان المواد الثقيلة زيادة عن فقد تلونها تكون بافنة ومن جهة
اخرى حيث انه بسبب عدم وصول الصفراء الى المني امتصاص الشحم لا يتم
او بالاقل يقتا قص تناقصا هظيما كما اثبتت لنا الفسيولوجية ذلك قبداً يتضح
ايضا كثرة استواء البراز عند المصابين باليرقان على المواد الشحمية وبالجملة
فحيث يظهر ان تأثير الصفراء على متحصل القناة المعوية يمنع فسادها وتعلقها
فمن الواضح ان المرضى الذين لا تنصب الصفراء عندهم في القناة المعوية
يعتريهم حالة قراقر في البطن والغازات التي تخرج منها هي والمواد الثقيلة
تكون منتنة للغاية

ويشاهد عند اغلب المرضى المصابين بيرقان عقب احتباس الصفراء مع

التلون اليرقاني للجلد والعليتين والبول والعرق واللين وفقد تلون المواد
البرازية وجميع المكابدات الناتجة عن عدم انصباب الصفراء في المعى شحافة
واضحة وهبوط زائد وحالة تنفس وحيث انه عند امتناع وصول الصفراء
الى المعى لم يزل ينضم كل من المواد القشوية والازوتية فالشحافة لا يمكن
توجيهها الا بعوق امتصاص المواد الشهمية خصوصا في الاحوال التي فيها
لم يكن احتباس الصفراء مضاعفا بحالة تزاوية معدية معوية وهناك ظاهرة
أخرى تنضم لشحافة المرضى المصابين باليرقان وهبوطهم وهي بطء النبض
فان المرضى المصابين باليرقان يكون نبضهم بطيئا وقد ظن بأنه لا يحتاج
في تفسير هذه الظاهرة الى القول باختلاط الدم مع عناصر الصفراء وتشبيهه
تأثير هذه العناصر في دورة الدم بتأثير الديدجيتالا وذلك لان الاشخاص الذين
يعالجون بالوجع العظيم والذين يكونون في نقاهة بعض الامراض القلبية
يكون نبضهم بطيئا جدا بعد زوال المعى ومع ذلك فالجارب المهمة للمعلم
(دروج) أثبتت أن بطء النبض عند الاشخاص المصابين باليرقان يتعلق
ولا بد بوجوده وامن الصفراء في الدم

وعين ذلك يقال في الاكلان المتعب للجلد الذي يحصل منه للمرضى المصابين
باليرقان تعب عظيم وقد اراد بعض اطباء توجيه هذه الظاهرة بحفاف الجلد
وتخواته فان الضمور والشحوخى يشاهد فيه ظاهرة مشابهة لذلك ومع هذا
فكثرة مشاهدة اكلان الجلد في اليرقان وقلة مشاهدته في الضمور والشحوخى
يعضدان القول بأن هذا الاكلان في اليرقان ناتج عن تهيج القريةعات
العصية الجلدية بالمواد الملونة للصفراء المتراكمة في الشبكة المليجية
وكذا (الاكستيسى) أعني رؤية الاشياء متلوونة باللون الاصفر تهتظاهرة
نادرة المشاهدة في اليرقان وقد وجهه بعضهم بتلون الاوساط الشفافة للعين
باللون الاصفر وبعضهم باضطراب عصبي

• (السير والانهاء) •

سير هذا المرض وانتهائه يتعلقان غالباً بسرعة تباعد العوائق المانعة
لاستقراغ الصفراء او بطلها او عدم امكان ذلك في الجملة الاولى اعراض
احتباس الصفراء تزول بسرعة بعد تباعد السبب الموجب لاحتباسها

وينتهي المرض بالشفاء فيبتدى تلون المواد البرازية بالصفراء ثم يزول اللون
الداكن البول والظواهر المتعلقة بتشرب المتسوجات بسائل غذائي متلون
بالمادة الملونة للصفراء واما التلون اليرقاني للجلد فيتأخر زواله خصوصا اذا
كانت البشرة سمكية وان كان موجودا عمداً في الكبد وقت وجود العائق
المانع لاستقراغ الصفراء يزول هذا العرض شيئاً بشياً كبقية الاعراض متى
عادت الصفراء لسيرها الطبيعي كما ان كلام من قوى المريض وتغذيته يعود الى
حاله الطبيعية بسرعة

واذا استمر احتباس الصفراء من اطول بلا جسد أو وسكان ناتجاً عن عوائق
لا يمكن ازالها وصل اليرقان الى أشد الدرجات واضطربت تغذية المريض
بجدا بحيث يمكن أن يموت أخيراً من النهوك والارثاسحات المصلية وفي أحوال
نادرة قد يسرع الانتهاء المحزن بظهور أنزفة معدية معوية وهذا العارض
حصوله بنقص الكيفية التي يحصل بها في سير وزال الكبد وفي الالتهاب الوريدي
البابي فان انضغاط الاوعية الشعرية الكبدية بالقنوات الصفراوية المتعددة
يعوق سير الدم في الاوعية المعوية والمعوية مثل ما يحصل في هذين المرضين
الاخيرين أعني من انضغاط الاوعية الكبدية بالتسوج الطوي المنكماش أو
من اتسداد الوريد الباب عقب التهابه وزيادة على هذه الاسباب الميخانية
العائقة لاستقراغ الدم يوجد سبب آخر يوجه به حصول هذه الانزفة وهو
اضطراب التغذية للاوعية الشعرية المعوية المعوية ألا ترى انه في اليرقان
كثيراً ما تظهر انزفة اخرى خصوصاً في الجلد على هيئة الكدم والطح

وهناك مضاعفة اخرى مهمة وهو ظهور اضطرابات عصبية خطيرة مدة سير
اليرقان وقد يبتدى هذه الاضطرابات حيناً بالهذيان أو التشنجات لكن
الغالب تساقط ظواهر شلالية فالمرضى تقع في حالة تنفس شديد ثم تهلك في حالة
مخودية وهذه الاضطرابات العصبية معروفة من قديم بانهم اتدل على انذار
خبيث وقد وجهها بعضهم بـمـ بكيفيات مختلفة وفي العصر المستجد وجهت
بالتأثير المسبب لخواص الصفراء على الدم فانه يحقنها في دم بعض الحيوانات
أمكن احداث ظواهر تسهوية دالة على شلل المجموع العصبي

ثم ان البحث الطبيعي في الاحوال الحقيقية لليرقان واحتباس الصفراء لا يثبت

يذهب عنهم الكبد وافتاحه وأما في الأحوال الثقيلة كالتي تشاهد عند
الانسداد الكلي للقنوات الكبدية والصفراوية فيتضح لنا فيها بالقرع
والجس تزايد عظيم في حجم الكبد فيظهر ان سطحه اعلى من تزايد في القوام
وتتضح حافته المقدمية وعند انسداد القناة الصفراوية انسدادا كاملا يمكن
الاحساس بالحويصلة المرارية الزائدة التمدد وان تناقصت اصممة الكبد
بدون تناقص في اليرقان كان هذا من العلامات الرديئة فان ذلك يدل على
ظهور تآبي في الكبد

• (المعالجة) •

ليس المعالجة احتياسي الصفراء لنجاح عظيم الا في الاحوال التي فيها يمكن ازالة
السبب الاصلى ولذا ليس لنا قدرة على ازالة احتياسي الصفراء الناتج عن
أغلب امراض الكبد كحويصلاته الديدانية وسرطانته وسيروزه واما
الاحتياسي الصفراوي الناتج عن آفات في المسالك الصفراوية فالغالب ان
تكون معالجته كثيرة النجاح والوسائط العلاجية المشهورة بانها مضادة
لليرقان هي التي لها تأثير جيد في امراض المسالك الصفراوية كما سيأتي بيان
ذلك وهذه الوسائط اهمها استعمال مياه كارلوس باد فان هذه المياه
الطبيعية ذات شهرة عظيمة في معالجة اليرقان فكثيرا ما يرى شفاء المرضى
المصابين باليرقان الشديد في زمن قليل عقب استعمال مياه هذه المياه
الطبيعية خصوصا في الاحوال التي فيها يكون اليرقان متعلقا بجملة ترسبات في
المسالك الصفراوية او بانسداد هذه المسالك بواسطة الحصوات الكبدية
واما ان توجهت المرضى الى كارلوس باد وكانت مصابة بانسداد غير قابل
للشفاء في المسالك الصفراوية فان حاله يرقانها لاتحسن باستعمال مياه تلك
المياه بل انها تمكث هنالك بسرعة فانه يزداد افرازا الصفراء تزداد ظواهر
احتياسيها ويوسع ذوبان الحويصلات الكبدية أكثر مما اذا لم تستعمل
تلك المياه وكذا استعمال حمض التريك الممزوج بحمض الكلور ووردريك
من الباطن والظاهر والزئبق الحلو وانسلاصات المرة والمخللة والمقبتات
والمسهلات ليس له تأثير جيد في شفاء اليرقان ما لم يمكن اتمام ما تستدعيه
المعالجة السميية

واذا لم يمكن تبديد السبب العائق لانسحاب الصفراء في القناة الهضمية فليس
 لمعالجة المرض الاصلى وسائط مخصوصة بمعنى انما اذا لم تنجح في اتمام دلالات
 المعالجة السببية ليس لنا قدرة ايضا على اتمام ما استدعيه معالجة المرض نفسه
 واما المعالجة العرضية فاول ما استدعيه هو معالجة اضطراب التغذية
 وضعف المريض الناتجين عن احتباس الصفراء فيؤمر باستعمال
 اغذية لطيفة مقوية كالامراق المركزة وخصوصا اللبوم المحسرة الباردة
 والشوربات القوية ويمتنع من استعمال الجواهر الشحمية حيث تكاد
 لا تختص عند عدم انسحاب الصفراء في القناة الهضمية وذلك كالأمراق
 الدهمة والمسلى (أى السمن) ونحو ذلك وهذا الأمر مهم الاتباع في معالجة
 هذا المرض سواء كانت المعالجة في بيوت المرضى او في المارستاقات او في
 محلات التبايع الطبيعية السابق ذكرها كما أنه ينبغي مضاربة الامساك
 الذى يعترى اغلب المرضى المسابين باليرقان الناتج اما عن جفاف المواد
 البرازية او فقد المنبه الطبيعي الذى تحدثه الصفراء في الغشاء المخاطى للقناة
 الهضمية وانما ينبغي تجنب استعمال المسهلات الخفية ويفضل عنها في الاستعمال
 المسهلات الزبقية او المسهلات القوية الحقيقية كمنقوع السنالمسكى
 المركب (المعروف بالجرعة المسهلة لوبينا) وخلاصة الراوند المركبة المحتوية
 على خلاصة الصبر وحيث ان جزأ عظيم من المواد الملوثة للصفراء يتقدم
 البول جازا استعمال مدرات البول لاجل مساعدة زوال اليرقان وذلك كلف
 طرطير الذائب وخلات البوتاسا وكربوناتها وتستعمل هذه الجواهر خصوصا
 عند احتباس البول الذى هو أحد اعراض اليرقان اى عندما تكون
 القنوات البولية مفسدة بقراكم المادة الملوثة للصفراء كما قاله (فريركس)
 فانه بازيدا لافراز البول يمكن قذف هذه المواد ودفعها من القنوات البولية
 ويستعمل ضد الاكلان الجلدى المتعب وزوال اليرقان من الجلد الذى يبقى
 احيانا زمانا طويلا بعد زوال احتباس الصفراء الحمامات القاترة والبخارية
 والصابونية والبوتاسية فان تبيتها سرعة انقذاف البشرة الجلدية

(المبحث الثالث عشر)

(في اليرقان الدموى أى الغير المعسوب احتباس في الصفراء)

المعروف باليرقان الكماوى

(كيفية الظهور والاسباب)

قد استبان للاطباء من منذ زمن طويل انه يوجد أحوال من اليرقان فيها لا يكون عائق ميخائىكى مانع لاستفراغ الصفراء ومحدث لاحتمالها معها لذلك والاجتهاد في توجيه اليرقان في مثل هذه الاحوال بتشخيص في المسالك الصفراوية ونسبته لذلك لم يصادف محلا وحيث ان المسالك الصفراوية تشتمل على الياف عضلية كما اثبتته (لوشكا) فلا يمكن رفض القول بانه قد يحصل فيها انسداد وقتي بواسطة انقباض تشبهي فيها ليس من القريب للعقل ان الانقباض التشبهي يسمر زمانا طويلا جدا تبعاً للتجارب القسيولوجية حتى ينتج عن التشخيص درجة عظيمة من الاحتباس الصفراوى به تقتضى الصفراء من المسالك الصفراوية الى الاوعية الدموية واللينقاوية فينشأ عن ذلك ظواهر يرقانية وعلى هذا فوجود اليرقان التشبهي أمر مشكوك لثقبه جدا وليس قريبا من العقل

كما انه يعد عن العقل جدا ان الصفراء تجهز وتتكون في بعض الاحوال بكمية عظيمة جدا بحيث لا تكفى المسالك الصفراوية في نقلها واستفراغها وان ازدياد تكون الصفراء يؤدي لحصول اليرقان بدخول جر من هذا السائل المتكون بكمية عظيمة جدا في الاوعية الدموية واللينقاوية

ولذا صار التعويل على رأى القائل بانه يوجد نوع آخر من اليرقان يتكون في الدم نفسه وارتكبت هذه النظريات ابتداء على تجارب المعلم (ورجوف) التي أثبت بها ان المادة الملونة للدم قد تعثر بها استحالة شبيهة بالمادة الملونة للصفراء وسماها بالهيماتودين وزعم هذا الاخير أيضا ان الاستحالة المذكورة للمادة الملونة للدم يمكن حصولها فيه وهو في دورته عقب تلاش عمد وفساد عظيم في السكريات الدموية وساعد في تقوية هذه النظريات القائلة باليرقان الدموى اشغال كل من المعلم (زنكر) و (رافنكى) و (النتير) و (كيل) و (ليدن) وغيرهم بحيث انه في زمن قريب عد من جملة اليرقان الدموى أشكال عديدة من اليرقان ذات وصف عام مشترك بينها وهو انه يصل فيها الى الدم جوهر متشككون اما في هذا السائل او آت من الخارج فيفسد ويبدد

جراً عظيماً من السكريات الدموية ويجعل المادة الملونة للدم السائبة الى المادة
 المسهرة الملونة للصفراء المسعرة بالبيلىر وبين فن ذلك البرقان الدموى الناتج
 عن حقن الصفراء أو حوامضها التي ثبت تأثيرها المفسد للسكريات الدموية
 بالتجارب القسوية لوجية لكل من (رويش) و (هوية لاند) ومن ذلك أيضاً البرقان
 الناشئ عن حقن كمية عظيمة من الماء في الدم وعقب استنشاق الاثير
 والكوروفوم وعض الاقاصى والتسمم بجمض القوسفور والمصاحب لكثير
 من الامراض المصروفة بتسمم عظيم في الدم كبعض احوال الپييميا اى التسمم
 المسديدى للدم والتيفوس والجلى النفاسية والصفراوية وبالجملة فقد
 ذهب بعضهم الى ان كلام برقان المولودين جديداً والناتج عن انفعالات
 نفسية يهتم من هذا القبيل أيضاً

لكن الاستكشافات المستعمدة قد احدثت نقصاً عظيماً في عدد أشكال
 البرقان الدموى وذلك ان كثيراً من اشكال البرقان التي كانت تعتبر من
 ضمن البرقان الدموى وتعد الآن من جلد أشكال البرقان الامتصاصى
 خصوصاً من منذ ما ثبت انه يوجد خلاف البرقان الاحتمالى في الكبد برقان
 يظهر انه ناتج عن تناقص الضغط الجانبي للدم في الوريد البابى وأمكن بذلك
 توجيه بعض من أشكال البرقان التي كانت خفية علينا ولقد حصل أيضاً
 تناقض واضطراب في النظريات المؤسس عليها البرقان الدموى من عند
 ما ضارب العالم (لايدن) العلامة الاكلينيكية المعروفة في هذا الشكل وهي فقد
 وجود الخواص الصفراوية من البول على الدوام وذكر (نونين) انه يوجد
 في البرقان المسمى بالبرقان الدموى خصوصاً عند المصابين بالتسمم المسديدى
 للدم حوامض صفراوية في البول وكذا القول بالبرقان الدموى عقب حقن
 الماء في الدم لم تؤيده التجارب التي فعلها (امتينر) في الارانب التي لم يثبت بها
 ان المادة الملونة للدم لم تستعمل الى مادة ملونة للصفراء عقب حقن الماء بكمية
 عظيمة ومع هذا فنى احوال عديدة لانشك في الطبيعة الدموية لهذا البرقان
 انما في هذه الاحوال المذكورة يبقى عندنا بعض تغيب هل الناشئ عن
 استهالة المادة الملونة للدم مادة ملونة مسهرة للصفراء او جسم مشابه لها في
 اللون ومخالف في الخواص الكيماوية وهل استهالة المادة الملونة للدم

تحصل في الدم نفسه او في المنسوجات المنتشرة بالدم والمادة الملونة له والمقشبة
 بهما والامر الاخير ان ساغ امكن منه وضوح وبيان انه في اليرقان الدموي
 يمكن فقد المادة الملونة للصقراء في البول

(الصفات التشريحية)

اما اليرقان الغير الناشئ عن تشرب الصقراء وامتصاصها من النادر ان يرتقى
 الى درجة عظيمة فيوجد في البلشة غالباً تاون متخفيف في الجلد والطبقة الشحمية
 وباقي المنسوجات ومن المهم بالنسبة للتشخيص التشريحى لليرقان الدموي
 وتفسيره عن اليرقان الكبدي ان الكبدي في الاول لا يكون تاونه
 اليرقاني اوضح واشد من باقى الاعضاء بخلافه في الثاني فان علامات
 امتصاص الصقراء في الكبدي يزيد انضامها وظهورها واما كل من تاون
 منحصل المي بالصقراء ووجود المسالك الصقراوية والقنوات الناقلة لها على
 حالة سلامة وسلوله فليس مثبتا لوجود اليرقان الدموي فان ذلك هو الواقع
 في اليرقان الكبدي الناتج عن تناقص في الضغط الجانبي للدم في الوريد الباب
 وزيادة على ذلك فيسبب الثاني والتوقى عند الحصى على سلامة المسالك
 الصقراوية وسلولها حتى لا تقع في الخلل فان الامر المعلوم من ان الضغط
 على الحويصلة الصقراوية الذي يمكن به دفع بعض نقط من الصقراء الى
 القناة الصقراوية والاثنى عشرى لا يثبت ثبوتنا كافي اسلوله هذه القناة
 مدة الحياة فان هذه التجربة لا يندران تتجسج في الاحوال التي قيم ايسر تقبض من
 وجود سد متكونة من مواد مخاطية سنجابية وبشرية في الجزء الاثنى عشرى
 من القناة الصقراوية ومن فقد تاون متصل المي فقد اتاما وجود التهاب
 نزلي في القناة الصقراوية ويرقان كبدي مع التآكيد والفضل لكل من
 المعلم (بول) و (ايمريستر) في بيانه للتغيرات التي تحصل في الكبد وفي غيره من
 اعضاء الجسم في احوال اليرقان الدموي والتغيرات التي تحصل في
 الحويصلات الكبدية وفي الطبقة البشرية من القناة البولية تعال الثاني منهما
 عبارة عن تراكم عظيم من نقط مسخرة دقيقة شحمية او من مادة عكرة يظهر
 انها زلالية في باطن تلك الخلايا تارة وتارة تكون الخلايا مكابدة لتلاش وفساد
 عقب تشرب الكرات صغيرة شحمية عديدة واقدمشوهت تغيرات مماثلة لذلك

في الجوهر العضلي من القلب فهذه التغيرات الجوهرية تبعاً للمعلم
(ليبرميستر) لكل من الكبد والكليتين والجوهر العضلي من القلب تدل
على أنه بتأثير السبب المضرا الذي يحدث تلاشياً في الكرات الدموية بمعنى
تغير جوهري في الدم تحدث أيضاً تغيراً مشابهاً لذلك في الأجزاء الجامدة من
المنسوجات

* (الأعراض والسير) *

اليرقان الدموي ~~يكون~~ كما ذكرنا عرضاً من أعراض أحد الأمراض
التسممية النقية له فالأعراض الموجودة حينئذ تخص المرض الأصلي
لا اليرقان نفسه ولا الإيكن وصفه على حدة والأمور التي يترتب عليها تميز
اليرقان الدموي عن الكبدى قد سبق ذكر معظمها ووجود مرض من
الأمراض التسممية المنتشرة الحادة مع فقد علامات مرض من أمراض
البطن المؤثرة في الكبد يقرب من العقل أن اليرقان الموجود من الجائز أن
ينبوعه دموى ويقوى ذلك إذا كانت المواد البرازية غير فاقدة لتلونها
الصقراوى وكان التلون الصقراوى للجناد والاعتسامة المخاطية زائداً عن
احتواء البول على المادة الملوثة للصقراوى وكانت حوامض الصقراوى مقبولة
من البول بالكليّة لكن جميع هذه العلامات لا يؤكّد لنا حقيقة التشخيص
ولا يجوز نسبة الانتهاء المخزن في كثير من أحوال اليرقان الدموى لتلاشى
عدد عظيم من الكرات الدموية فقط بل وثقل المرض الأصلي وخطره
وللاستحالة الجوهرية المتقدمة في الكليتين والكبد والجوهر العضلي من
القلب وتعود ذلك

* (المعالجة) *

اليرقان الدموى لا يحتاج لمعالجة مخصوصة فإنه يزول بزوال المرض الأصلي
الناجم هو عنه وما يتأسف عليه عدم قدرتنا على ذلك في كثير من الأحوال
والذى يلجأ إليه في أحوال اليرقان الدموى في أثناء سير الأمراض المعصوبة
بجسم ثقيلة هي المعالجة المضادة للحمى

* (المبحث الرابع عشر) *

(في الصفور الأصفر الحاد للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

في الضمور الحاد الاصفر للكبد الذي هو مرض لم يزل منبهسما علينا وليس له مشابه في الامراض يصير الكبد في زمن قليل صغير الحجم وشوه هشاً وبالبحث بالمكروسكوب عن أجزاء هذا العضو الضامر المسترخي يوجد معظم الخلايا الكبدية متلاشياً منفسداً

ثم ان الاجتهاد في توجيه طبيعة هذا المرض أدى لنظريات عديدة فبعض المؤلفين يزعم ان السبب الرئيس في فساد الخويصلات الكبدية هي حالة افراز الصفراء بمعنى ان تلاشي الكبد يكون ناتجاً عن تأثير افراز الصفراء المتزايد جداً ايداً غير طبيعي ويوجه ذلك باضطراب عصبي في هذا العضو وبعضهم يزعم ان السبب في حصول هذا المرض هو تراكم الصفراء في الكبد بسبب وجود عوق مانع لاستقرارها مع انه يندر وجود سبب عائق من هذا القبيل ففي الغالب توجد المسالك الصفراوية اما فارغة او ممتلئة بمواد مخاطية والمؤلفون الاخرون من الاطباء يعتبرون الضمور الاصفر للكبد انتهاء لشكل مخصوص من الالتهاب الكبدى وفي الحقيقة كل من السيرالحداد لهذا المرض والتهتك السريع الممتد الذي يهترى الخلايا الكبدية يدل على أن التغيير الحاصل في الكبد انما هو التهاى وزيادة على ذلك ففسد وجد الشهر (فريركس) في عدد نجث في أجزاء الكبد التي فيها يكون التغيير الالتهابى قليل الامتداد احتقاناً بل ونضها التهاى اساتياً محيطاً بجزائر الكبد ثم انه بقطع النظر عن هذا النضج الكائن بين الخلايا غير القارة تعتبر ولا بد الضمور الكبدى الحاد الاصفر من جملة الالتهابات الجوهرية أى شكلها من الالتهابات التي فيها لا يحصل نضج التهاى سابق بين جزيئات المنسوجات بل التي فيها جزيئات المنسوجات تنفسها يحصل فيها اتفاح ثم تلاش جوهرى عنصرى عقب تشرها المسادة يظهر انها زلالية وهذا الرأى الذى قال به (ايبيرميستر) وعضده وينتد بالكيفية المذكورة ممكن غاية ما هنالك يعترض عليه بان سير الالتهابات الجوهرية في غير هذا العضو من الاعضاء كالكليةتين مخالف لما هو مشاهد في هذا المرض وانه لا يوجد مطلقاً التهاب جوهرى في عضو من الاعضاء فيسه تتلاشى عناصره الجوهرية بسرعة كما يشاهد ذلك في الضمور الاصفر

الحاد للكبد

ثم ان هذا الضمور وان اعتبره بعض المؤلفين مرضا موضعيا (التهابيا وغير
التهابيا) يعتبره بعض الاطباء المؤلفين تغيرا موضعيا تابع للتغير العمومي بنى
تقسيل فكثير من الاطباء من ذهب الى ان هذا التغير البني ناتج عن تأثير
جوهر مسمم منتشر لكن المنصوص عليه بكثرة من ان الضمور والاصفر الحاد
لللكبد مماثل لاستحالة الكبد الشحمية الناتجة عن التسمم بالقوسفور ولم
يصادف مماثل لأدى لاختلافات عديدة فان الظاهر ان تشحم الكبد
القوسفورى عبارة عن ارتشاح شحمي عظيم في الكبد بدون تلاش وفساد
في جوهره بخلاف ضموره الحاد فانه عبارة عن انتفاخ في الخلايا الكبدية
يؤدى لسرعة تودى لتلاشيها ومع ذلك تحصل الاستحالة الشحمية حيثئذ
وكذا الاجتهاد في نسبة هذا الضمور الى تسمم تقسيل بواسطة الحوامض
الصفراوية قابل لاعتراضات كثيرة فان درجة اليرقان الحقيقية التي تشاهد
في معظم الاحوال تنافي تلك النظريات فانه من القضايا المسلمة ان الحكم في
كثرة امتصاص الصفراء او قلته مبق ولا بد على خفة التلون اليرقاني او شدته
وحيث انه بدرجة التلون اليرقاني يحكم على كمية المادة الملونة من الصفراء
المتصصة فهذا يجوز الحكم أيضا على كمية الحوامض الصفراوية المتصصة
وقد شوهد هذا المرض ناتجا عن بعض الامراض التسممية الطمادة
كالتيفوس والتسمم السديدي من الدم والداء الزهري ووجانب هذا المرض
في بعض احوال الحمل لوت البنين والتسمم العفن من الدم الناتج عن ذلك
لكن المصابات من النساء بذلك كانت من قبل سليمة وفي الظاهر مصابة بحالة
يرقانية تزامنية

ثم ان الضمور الذي نحن بصدده يحصل غالبا في الزمن المتقدم من سن
الشيوعية وفي ابتداء سن الكهولة وهو مرض نادر جدا حتى ان بعض
الاطباء المشتغلين بالطب العملي من منذ زمن طويل لم يشاهدوه والنساء
أكثر اصابته من الرجال وهذا يوجد استعداد مخصوص لهذا الداء
عندهن في زمن الحمل والتغاس بحيث ان ثلث جميع ماشوهد من احوال
هذا المرض من هذا القبيل كما ذكره (فريركس) والمؤلف المذكور عليه على

طرو ارتشاح الكبد والكليتين في أثناء الحمل بمادة زلايسة حميية وذكر
 أن هذا الارتشاح بتأديته لاستئصال الخصية للخلايا الغدديية ~~يكون سببا~~
 في حصول مرض الكبد الذي نحن بصدده وفي داء بريكت عندهن وفي كثير
 من الاحوال لا يعلم السبب المقوم أو أن معلوميته تكون مجرد زعم ومع ذلك
 فكثير من المؤلفين يقول بحصول هذا المرض بواسطة الانفعالات التنفسية
 والقزح والغضب الشديدين وبعض الاحوال المنتهية انهاء حمزنا التي هي
 في أثناء تسلطن اليرقان تسلطنا وبائيا انما هي عبارة عن تسهم صقراوى ثقيل
 للدم فلا تعد من قبيل هذا المرض

(المفقات التشريحية)

يكون حجم الكبد في الاحوال الثقيلة من هذا المرض متناقضا تناقصا
 عظيما جدا بحيث يكون أقل من نصف حجمه ويعتريه كذلك تقطر طبع بسبب
 تناقص قطر سلكه وطبقته المصلية تكون قليلة التوتر بل كثيرا ما تكون
 ذات ثنيات والعضو بتمامه يوجد رخوا كايما وساقطاجهية الجدار الخلقى
 من البطن ولونه أصفر قاقعا وعند شق هذا العضو يشاهد تبعا لما ذكره
 (زنكر) جزآن مختلفا الهيئته في جوهر الكبد فجزء منهما يكون قاع
 الاصفرار يكون الصمغ التقطى (وهو أشد درجة من اليرقان الكبدي) ولم
 يشاهد فيه الصورة القصصية من الكبد ويكون مع ذلك مسترخيا جدا
 لينا اسفنجيا يبرز عند شقه والجزء الآخر يكون بخلاف ذلك أحر من رقا
 بدون تاون برقاني ويكون أملس عند شقه ولا يبرز بل يكون متماسكا من نا
 ويكون كذلك متناقضا في الحجم جدا وقد يبر (زنكر) عن هذين الجوهرين
 بالجوهر الاصفر والجوهر الاحمر وقد اعترف المذكور ان هنالك أحوالا
 يشاهد فيها جميع الكبد مكتسبا لصفة الجوهر الاصفر فقط لكن الجوهران
 المذكوران يكونان تبعاله دورين مختلفين من تغير مرضي واحد بمعنى ان
 الجوهر الاحمر يكون الدور المتقدم جدا من الضهور والحاد الاصفر من
 الكبد وبالبحث المكرسكوبي عن الجوهر الاصفر يشاهد تلامس تام في
 الخلايا الكبدية بحيث ان متحصل هذا القصاد المتكون معظمه من نقط
 خصية صغيرة يغطي باقى أجزاء جوهر هذا العضو (كالاوعية والمتسوج

انطوى) ومع ذلك تو جد أحوال فيها يكون المتحصل الشهي قليلا وأخيلية الكبد لم تزل محقوقة نوعا ومعتنة بعبادة حديدية وأما الجوهر الاسفر فتمسه تفقد الخلايا الكبدية بالكابة بل ولا يوجد منه متحصل فساد وبشاهد عند البحث المتكسر سكوني عنه جوهر أصلي باهت متجانس مخطط اوليئي خال من النويات ويكون مرصعا بجزئيات شبيهة متقاربة الكمية لكن تكون على الدوام صغيرة جدا ولا يوجد في هذا الجوهر أدنى تلون يرقاني وانما يوجد فيه بعض بلورات هيماتودينية صغيرة جدا بخلاف الجوهر الاصفر فانه يوجد فيه أخيلية كبدية واضحة أو يكون متحصل فسادا متلونا بلون باهت أو أصفر داكن بواسطة المادة الملونة للصفراء المنتشرة فيه وزيادة على ذلك يوجد فيه بعض جزئيات متلونة بلون أصفر قاقع ومحتوية على كمية عظيمة من بلورات هيماتودينية مربعة معينة أى على شكل مربع معين وكل من المسالك الصفراوية والحويدية الصفراوية يشغل على كمية من افراز مخاطي والمواد الثقيلة تكون غالبية التلون وكثيرا ما يكون متحصل المعى دمويا وفي الغالب يكون الطحال متددا وكثيرا ما توجد بقع كيميوزية في البريتون والغشاء المخاطي المعدي المعوي ولا يندر وجودها في غير هذا الغشاء المصلي من الاغشية المصلية بل والجلد وشاهد (فريركس) في الكليتين تراكبات بجمتية في الطبقة البشرية بل واستحالة شحمية ولاشيا في خلايا هذه الطبقة وشاهد المذكور في الكبد خارج أو عتته وداخلها كمية عظيمة متبلورة من التيروزين واللين ووجد في البول المستخرج من المئانة هذين الجوهرين وجوهر اخلاصيا مخصوصا آخر

• (الاعراض والسير) •

هذا المرض قد يبدئ احيانا فجأة والغالب أن يبدئ بدور هجوم مستمر جلة أيام أو جلة أسابيع ودور الهجوم المذكور يصطبغ بقليل من الاعراض الواصفة المشخصة للمرضى تكون فاقدة الشبهة ويحصل عندهم ثموع أو قيء وتشنجى بالآلام في الرأس واحساس بضغط وامتلاء في القسم الشراسبي وغيرها من المكابدات التي تحصل في أحوال النزلات المعدية المعوية وينضم لذلك برقان خفيف يوقف الزعم بان الحالة النزلية امتدت من الاثني عشرى الى

القنطرة الصفراوية ويكون تلون المواد البرازية بالصفراء قليلا
 ولا يندران تكون فاقدة لونها بالكلية وحيث قد فلا يشاهد عند المريض أدنى
 ظاهرة من التلوان اهر تدل على الخطر العظيم القادم هو عليه وفي الدور المتخصص
 المتقدم لهذا المرض يزداد اليرقان ويصير قسم الكبد موملا ومع ذلك فقد
 يفقد الالم ولو عند الضغط القوي على هذا القسم كما ذكره (ببرجر) وتشتكى
 المرضى بالام شديدة في الرأس ويحصل عندهم قلق وضجر وتقع في حالة
 هذيان شديد جنوني وقد تمتحالة التهيج العصبي الشديدة الى اعصاب الحركة
 بحيث تظهر تشنجات عضلية جزئية أو عومية ثم يعقب ذلك بسرعة انحطاط
 عظيم عند المرضى وحالة نوب شديدة وقد يحصل ذلك احيانا بدون تقدم ظهور
 الاعراض العصبية السابق ذكرها فتقع المرضى في حالة تنعس يمكن ايقاظها
 منه في الابتداء بواسطة ضغط قوي على قسم الكبد ايقاظا وقتيا ثم فيما بعد
 لا يمكن ايقاظها منه بالكلية والحي التي قد تبسدى في دور الهجوم تظهر
 اختلافا عظيما في سيرها ففي أثناء ظهور التهيج الدماغى الذى يطرأ في دور
 الهجوم يرتفع النبض وترتقى درجة الحرارة وفي انتهاء طور التزايد ينحط
 النبض في بعض الاحوال ويطول زيادة عن الحالة الطبيعية ثم تكسب حالة
 المرضى انتهاء وصفات نفوسية فكل من اللسان والاشنة يظهر نجا مشققا
 ويحصل كل من التبول والتبرز بدون ارادة ثم تهلك المرضى مع ازدياد
 الانحطاط وارتقاء سرعة النبض مع صفراء وظهور وعرق غزير وهلاكها
 يكون بعد بعض أيام ويندران يكون بعد بعض ايام
 ثم ان اليرقان في الضمور الحاد الاصفراء من الكبد درجعا عتسيرا فاقدمويا
 ووجه يكون كرات الدم تلامي وتنفد كالأخيلة الكبدية بتأثير السبب
 المضر الذى أحدث هذا المرض لكن كل من فقد تلون المواد البرازية وثقة
 التلون البرتقالى من الكبد زيادة عن باقى الاعضاء يقرب من العقل وجود
 عائق مضافا يسكى مانع من استفرار الصفراء وأما اعتبار فقد تلون متحصل
 المعنى بالصفراء نتيجة لفقدهم كونها (المعروف بالاشولى) فينتفى ويرفض بشدة
 التلون البرتقالى من الكبد وكذا لا يمكن نسبة التلون البرتقالى لحالة نزلية في
 المسالك الصفراوية التي يظن وجودها من الاعراض الاولية من هذا المرض

فانه لا يوجد في الحويصلة المرارية ولا في المسالك الصفراوية صفراء منجسة
 را كدة بل الذي يوجد فيها مادة مخاطية او قليل من المادة الصفراوية الباهتة
 وانما كان من الجسد توجبه اليرقان بالضغط الواقع على ابتداء المسالك
 الصفراوية مدة دورا تتفاخ الحويصلات الكبدية وفيما بعد يتناقص تجهيز
 الصفراء وتكون بما امتداد فساد الخلايا الكبدية وتلاشيها وما التظواهر
 الدماغية التي تكون الاعراض الاكثر وضوحا من الضهور الحاد الاصفرة
 للكبد فتوجبها عسرو وقد ذكرنا فيما تقدم الاسباب التي تمنعنا من نسبة
 تلك الاعراض الى تسهم الدم بالحوامض الصفراوية والاطباء الذين يعتبرون
 مرض الكبد هذا نتيجة تابعة لمرض تسمى أصلي او غيره من الامراض
 العامة يعتبرون الاضطراب الدماغي نتيجة أيضا لتأثير السبب المضرا المؤثر
 تأثيرا هوميا وما الاطباء الذين يعتبرون هذا المرض اصابة كبدية موضعية
 اولية فيما يولون توجيه الاضطراب الدماغي بالتغير التابعي للدم الناتج عن فقد
 وظيفة الكبد او امتصاص متصل لتأثير الخلايا الكبدية وقد وجد
 (فريركس) في البول تغيرات مهمة فان هذا السائل كان يحتوي زيادة عن
 المادة الملوثة للصفراء المتفاوت الكمية (وعن الزلال النادر الوجود) على
 ياورات ككل من الليسين والتيروزين وجواهر خلاصية أخرى وذلك
 في الراسب الذي يرسب منه عند تركه للراحة ونفسه واما البولينا والاملاح
 الفوسفاتية الكلزية فانها زالت من البول شيئا فشيئا وهذه التغيرات المدالة
 على انفصال غير طبيعي في العناصر الازوتية لو وجدت على الدوام كان لها
 اهمية بالنسبة لهذا المرض وفقد وظيفة الكبد (فان شيرر وجد الليسين
 بكمية قليلة في بول مريض كان في اكلينك المعلم عبر جو واما التيروزين فلم
 يجده فيه والبولينا كانت موجودة فيه بكمية عظيمة والمهلم سندر وجد
 ما يشابه ذلك أيضا) وزيادة على ذلك فان كلامن الليسين والتيروزين يوجد
 في البول في غير هذا المرض من الامراض كالتهفوس والبلدري والصرع
 واما الانزفة التي تحصل في أثناء هذا المرض خصوصا من الغشاء المخاطي
 المعدي والمعوي وكذا غيرهما من المنوجات فهي بلا شك ناتجة عن
 اضطراب غذائي في جدران الاوعية الشعرية أعني عن سوء القيمة المعوي

الجدار الذي يشاهد في غير هذا المرض من الامراض الثقيلة التي تغير تركيب

الدم
ثم انه بالبحث الطبيعي يتضح لنا معلومات مهمة اذ به يعرف التناقص السريع
المتقدم لاصمصة الكبد وهو العرض المشخص للضمور الجداري الاصحرا لهذا
العضو في الأبتداء يصير صوت القرع زنا تاطيليا احداثا القص الصغير
اليساري من الكبد وبعد يوم او ايام قليلة تفقد اصمته بالسكينة والفقء التام
لهذه الاصمصة يتعلق ولا بد بسقوط هذا العضو الضامر المسترخي الى الخلف
فهو العمود الفقري عند استلقاء المريض على ظهره فيجعل محله خلف الجدار
الضلبي المقدم بوجهه موى ممثلي بالغازات ولا تنسى انه يوجد امراض كبدية
اخرى ينتج عنها تناقص في اصمصة الكبد وانه يوجد بعض احوال ظاهرية
من تناقص في اصمصة هذا العضو تقعنا في الخطا كالتى تنشأ عن وضع
القولون المستعرض وانزلاقه بين جدار البطن والكبد وعن الانتشار
الغازي في تجويف البريتون بل وعن مجرى الحافة الطولية البطنية ومن
البين الواضح انه قد يحصل عسر عظيم في التشنج في بعض احوال
التيفوس المعصوب برفان دموى وقد عظيم طبل في البطن يترشح الكبد
عن الجدار الضلبي لكن على العموم تشخيص المرض الذي نحن بصددده
سهل متى اعتبرنا زيادة عن سيرة السريع العلامات الثلاث الرئيسية له وهي
الرقان والظواهر الدماغية وزوال اصمصة الكبد والطحال الذي يحصل فيه
انتفاخ في غير هذا المرض من الامراض التسممية الانتشارية (بل في بعض
الامراض المعصوية بصعوبة في الدورة البوابية الكبدية) لا يتحقق من
تعدد على الدوام سواء كان ذلك ناتجا عن قلة درجة انتفاخه أو عن تغطيته
بواسطة التمدد الغازي من البطن

(الحكم على العاقبة والمعالجة)

يظهر تبعا لبعض التجارب ان هذا التغير المرضي في ابتداءه أعنى قبل حصول
الفساد في الخلايا الكبدية قابل للشفاء ومن الجائز ان ذلك ليس بنا دور في دور
الهجوم الذي في اثنائه لم يتيسر لنا معرفة هذا المرض معرفة تامة وأما
حصول الشفاء عقب طرؤ الظواهر المرضية المشخصة أعنى الظواهر الدماغية

وصغر حجم العضو الناتج عن تلاشي جوهره فلا يمكن تصوره ولو ذكر بعضهم
 انه شاهد في هذا الدور وبالنسبة لمعالجة هذا المرض لا يتيسر لنا حينئذ
 ذكر شيء يعتمد عليه ويبدأ تجارب امكن حيث اعتبر التغيير المرضي في هذا
 الداء انها ياجاز استعمال الاستقرانجات الدموية خصوصا ارسال العاق
 حول دائرة الشرج والسهلات المحمية والمكدمات الباردة على المراق الايمن
 ولا ينبغي ابراء ذلك لاسيما اذا ما لنا للزعم أن الحالة المرضية الراهنة ليست مجرد
 برقان نزلي بل انها حالة مرضية من هذا الداء الخفيف وأما في الدور الثاني
 لهذا المرض فقد ثبتت بمعالجته التجارب ان الاستقرانجات الدموية ذات
 تأثيره ضار على سير هذا المرض وقد أوصى بعض أطباء الانكليز حينئذ
 بالسهلات الشديدة كالصبر وخالصة الحنظل وزيت حب ملوك ومادامت
 ظواهر التهيج في المجموع العصبي والضمير العظيم والهيذان والتشنجات
 موجودة ينبغي استعمال الوضعيات الجليدية على الرأس وان طرأت ظواهر
 الخود والشلل ينبغي استعمال الحمامات الثلجية الباردة وهي معالجة
 تستعمل في احوال الظواهر الدماغية التسممية بسبب جودة تأثيرها في
 احوال الاصابات الدماغية الانتهائية وبعض المرضى الواقفين في الطرد
 والكوما وان عاد الى ادراكه وقتيا في أثناء استعمال حمام بارد تشاسلي
 الا انه لا ينأمل حصول نجاح مستمر في احوال الضهور والاصفر الحاد في الكبد
 وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال المنبهات من الباطن والظاهر الموصى بها
 عند حلول الظواهر الشلالية والحوامض المعدينية عند حلول البقع الشمسية
 وقطع الجليد عند حلول التيء الشديد والتيء الدموي والتزيق المعوي

(الفصل الثاني في امراض المسالك الصفراوية)

المبحث الاول في التهاب النزلي للمسالك الصفراوية

المعروف باليرقان النزلي*

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من القنوات العظيمة المقرزة للصفراء والتمنوات الكبدية والحويصلية
 والصفراوية والحويصلية الصفراوية مبطن بغشاء مخاطي مغطى بطبقة
 بشرية ذات خلايا اسطوانية ومحتوية على اجرة شعبية بمنقود غيب

وهذا الغشاء المخاطي كغيره من الأغشية المماثلة له في التركيب كثيرا ما يكون
مجالسا للتهاب نزلي وقله اتساع المسالك الصفراوية هي والقنوات الناقلة
للصفراء يكسب هذا المرض الخفيف في حد ذاته أهمية مخصوصة فان هذه
القنوات الضيقة تنسد بسهولة من اتساع الغشاء المخاطي وتراكم المواد
المخاطية المنقرضة فيها وهذا هو السبب الغالب لاحتماس الصفراء
وامتصاصها

ومن النادر ان يكون الالتهاب النزلي للمسالك الصفراوية أولا بل الغالب
ان يكون ناجما عن احتقان شديد في الكبد يمتد الى الغشاء المخاطي كالذي
يصاب السرطان الكبدي والفيدان الحويصالية المتعددة الجيوب والذي
يصاب كثيرا من الامراض التي تعوق استفرغ دم الكبد كما مرض
القلب والاقعزيم الرئوية والالتهاب الرئوي التلوي ويمكن ان يكون سبب
هذا المرض الحالة النزلية الناجمة عن الحصوات الصفراوية ولكن لا بد من
شرح ذلك في محث على انفراد فانه كثير ما يصطبغ بتقرح في المسالك
الصفراوية واعراض ثقيلة مخصوصة وقد يكون سبب هذا المرض أيضا
التأثير المهيج للصفراء المتغيرة الواقع على المسالك الصفراوية لكن حصول
هذا المرض بهذه الكيفية الاخيرة ليس شديدا واثرا كثيرا من ذلك هو
ان يمتد الالتهاب النزلي الذي يجلسه الاثنا عشرى في مجال انصباب القنوات
الصفراوية الى المسالك الصفراوية من هذا العضو فيكاد يصطبغ هذا
الالتهاب على الدوام بالتهاب نزلي في المعدة ولذا ان اليرقان الناتج عن ذلك
يسمى باليرقان المعدي الاثنى عشرى او البسيط بسبب كثرة حصوله بهذه
الكيفية وسيره الخفيف الغير الخطر ثم ان النزلة المعديه الاثنى عشرية التي
تتد الى المسالك الصفراوية تحصل من أسباب متعددة ولذا ضميل ذكر
أسباب اليرقان المعدي الاثنى عشرى الى ما ذكرناه في أسباب النزلة المعديه
المعوية

(الصقات التشرىحية)

متى كان الغشاء المخاطي للمسالك الصفراوية مجالسا للتهاب ساد نزلي يكون
أحمر رخوا منتفخا وسطحه مغطى بمواد مخاطية بشرية ومثى كان اتساع

هذا الغشاء عظم ما صارت القناة الصفراوية ممتسدة تقريرا خصوصا بقرب
 محل انفتاحها في الاثني عشرى اعنى في جزئها المعوى ومع ذلك توجد المسالك
 الصفراوية في الكبد متددة وممتلئة بمواد صفراوية مختلفة بمواد مخاطية
 متفاوتة الكمية وجوهر الكبد يظهر فيه كذلك علامة احتباس
 الصفراء وعند استقرار الالتهاب النزلى فمناطو بلا يمكن أن ينتج عن
 استقرار اتساع الغشاء المخاطى وضخامته انسداد كلى في القناة الصفراوية
 وفي مثل هذه الاحوال تمدد المسالك الصفراوية تمدا زائدا عن الحد جدا
 والكبد يعظم حجمه وتظهر فيه هيئة احتباس الصفراء ظهورا واضحا
 (الاعراض والسير)

الحالة النزلية للمسالك الصفراوية يسهل معرفتها في معظم الاحوال باعراض
 احتباس الصفراء وامتصاصها حتى ظهرت هذه الاعراض الاخيرة وحصل
 فيها وضوح وثقة م شيا فشيا ويجب الظن ابتداء وجود حالة نزلية في المسالك
 الصفراوية وذلك لسكثرة حصول اليرقان النزلى بالنسبة لغيره من اشكال
 اليرقان وحيث ان الالتهاب النزلى للمسالك الصفراوية يكاد لا يحصل
 حصولا أو يابل ينضم على الدوام الى الحالة النزلية المعدية الاثني عشرية فمن
 المهم معرفته أن اعراض النزلة المعدية الاثني عشرية تسبق على الدوام
 تطواهر اليرقانية وتصاحبها فيما بعد ولذا يسبق اليرقان النزلى على الدوام
 بتغطية في اللسان وتغير في الذوق وعثمان وغير ذلك من اعراض سوء الهضم
 وكما استطالت مدة الحالة النزلية للمسالك الصفراوية وازدادتضايقها
 تصير المواد البرازية قاسية اللون ويشتد اللون اليرقانى للجلد والبول
 وتضطرب الحالة العامة للتغذية ونشتمكابدات المرضى وفي غالب الاحوال
 يزداد حجم الكبد بل بعض الاحوال يرتقى ازدياد حجمه الى درجة عظيمة
 جدا

ثم انه اذا أخذ المريض في الشفاء شوهد تحسن حالة المريض بعد ٨ او ١٤
 يوما عادة فتعود الشهية وتزول تغطية اللسان شيا فشيا وكذا اعراض فساد
 الهضم أيضا ويتعشم حينئذ أن يتحسن بين حالة النزلة المعدية الاثني عشرية
 تحسن الحالة النزلية للمسالك الصفراوية أيضا وفي الحقيقة يرى بعدمضى

أيام قلائل ان المواد البرازية اكتسبت لونها الاعتيادي شيئا فشيئا ويصير البول
 أقل دكنة وهذا يدل على تناقص الاحتباس الصفراوي وتناقص امتصاص
 المواد الصفراوية وأما المواد الملونة للصفراء المتراكمة في الشبكة الوعائية
 المليمجية للجلد فنزول ببطء فانه يشاهد بعد تلون المواد الصفراوية للبراز
 واكتساب البول لونه الطبيعي بقاء اللون اليرقاني للجلد لبعض زمن حتى يزول
 هذا العارض ايضا فبما بعد مثل باقي الاعراض
 وفي احوال أخرى قد تستطيل مدة الالتهاب النزلي للمسالك الصفراوية
 ويصير من هنا كالحالة النزلية المعديه الاثنى عشرية وحيث قد تستمر مدة هذا
 المرض عدة اسابيع بل اشهر ويشتهر بظهور اليرقان وتزداد الحفاة المرضي
 ويكتسب الكبد حجما عظيما جدا ومع ذلك فكثيرا ما ينتهي هذا المرض
 ولو بجملة الحالة بالشفاء مع المعالجة اللائقة ومن النادر ان يفتى احتباس
 الصفراء الناتج عن الالتهاب النزلي المذكور انما محزن نايبا - قرار الاعراض
 السابق ذكرها

* (المعالجة) *

حيث دلت التجارب على ان الالتهاب النزلي للمسالك الصفراوية يزول
 بسرعة بزوال النزلة المعديه المعوية التي امتدت الى هذه المسالك فالمعالجة
 السببية تستدعي استعمال الوسايط التي ذكرناها عند الكلام على معالجة
 النزلة المعديه المعوية ففي بعض الاحوال الخفيفة وصلة المذكورة سابقا
 يستدعي الحال اعطاء المقدمات والمسهلات والمعرفات والتسدير الغذائي
 اللطيف ولا حاجة هنا لذكر جميع الوسايط التي تستعمل في النزلة المعديه
 المعوية وانما نذكر هنا جودة تأثير القلويات السكرونية كبيكربونات الصودا
 وخلافها وتأثيرها الجيد في هذا المرض سواء كانت محمولة في برع صناعية او
 في مياه معدنية طبيعية كما كراس ياد وماريه ياد فالتاوان لم نعلم ان المياه تلك
 الينا يسع تأثير الاواسط في احتباس الصفراء واليرقان فيجزم بانه لا يوجد
 طريقة علاجية اكثر جودة وموافقة في مثل هذه الاحوال من استعمال
 هاتيك المياه فانها اتم شئ لمضاربة السبب الاصل فاني لم تسمح حالة المريض
 باستعمال مياه هذه الينا يسع الطبيعية جازله استعمال المياه القلوية الصناعية

كماء السوداء وكرلس باد وما ريه باد وغيرها مع التدبير الغذائى المستعمل
 فى حمام كرس باد ويمكن حصول التبريد بالاعتصار على هذه المعالجة
 البسيطة

وقد تستدعى معالجة المرض نفسه استعمال المقينات ثمانية فى أثناء حركات
 التقيء تدفع الصفراء من المسالك الصفراوية والحويلة المرادية نحو قهوة
 القنطرة الصفراوية المنصبة فى الاثني عشرى وبهذه الكيفية يمكن دفع المواد
 المخاطية السادة لقوة تلك القنطرة بقوة عظيمة وكان ينبغي كثرة استعمال
 المقينات فى هذا المرض اكثر مما يستعمل عادة لولا ان اتفاح الغشاء المخاطى
 هو السبب فى انسدادهاتيك القنوات اكثر من المواد المخاطية المجمعة فيها
 ولم يخش ان تكرر استعمال المقينات يمكن ان يزيد فى الحالة النزلية المعوية
 المعوية

ومن المدوح بكثرة فى معالجة اليرقان النزلى حمض التريك بروجر منه محتاوط
 بجزءين من حمض الكورديريك اعنى الماء المملح الذى يستعمل من الظاهر
 على صفة حمام قدمى من ١٥ جراما الى ٣٠ (اعنى من نصف اوقية الى
 اوقية) فى ماء حمام قدمى او على شكل كمادات على قسم الكبد او من
 الباطن من جرامين الى خمسة (اعنى من نصف درهم الى درهم) فى ست اواق
 من صواغ غمروى ويعطى من ذلك عمل ماعقة أو كل كل ساعتين ومن الجائزان
 الاستعمال الباطنى لهذا الجوهر الدوائى يكون له تأثير جيد فى النزلة المعوية
 وبذلك يحصل اندفاع التعدادات المخاطية السادة للمسالك الصفراوية وأما
 استعماله الظاهرى فالظاهر ان لافائدة فيه ويوجد تأثير المسهلات الشديدة
 فى هذا المرض بازدياد الحركات الديدانية المعوية التى تمتد ولا بد الى القنطرة
 الصفراوية لكن ليس لهذه الجواهر عموما كبير فائدة فى اليرقان النزلى ولو
 كثراستعمالها فيه وأما تطهير الزئبق الحلو (بقدرو ٥ سنتى جرام اعنى معلقة
 واحدة فى كل مساء) وجرعة وبينه (بقدرو ماعقة أو كل كل صباح) طبقا
 للطريقة المعروفة بالانكليزية فذموم ولو انه يحصل به اشفاء فى احوال عديدة
 فى اليرقان النزلى ولا يستعمل المسهلات الخفيفة الا عند وجود اعتقال عظيم
 فاستعمل حينئذ الاملاح الطرية لاسيما طرطرات البوتاسا أو مطبوخ

القرهندي مع حوض الطرطير وشراب السنه والمان (بان يؤخذ من أوقية الى
الثنتين من القرهندي ويغلى في ثمان اواق من الماء ونصف درهم من حوض
الطرطير ومقدار كاف من شراب السنه والمان) أو يهطى منقوع السنه
المركب أو مججونه المسهل أو مسهوق المنزيع مع الراوند

• (المبحث الثاني في التهاب المسالك الصفراوية

أي الغشاء الكاذب والدفقيري) •

يندر حصول التهابات ذات نضح ليني في المسالك الصفراوية وان حصلت كان
ذلك في أثناء سير بعض التغيرات المرضية الثقيلة جدا كالتيقوس المستطيل
وتعفن الدم والتيفويد الهيفي وفي الالتهاب ذي الغشاء الكاذب يوجد
الغشاء المخاطي للحويلة الصفراوية مغطى بأغشية كاذبة متفاوتة القاسك
وفي المسالك الصفراوية يتعقدات ليفية قنوية الشكل ومحتوية على مادة
صفراوية فيؤدي ذلك لاحتباس الصفراء وفي الالتهاب الدفقيري يكون جواهر
الغشاء المخاطي مرتصفا في بعض اصفار محدودة منه بنضح ليني يؤدي
لتشكرفيه ولفقد جواهرى عميق بعد انفصاله وهذه التغيرات المرضية
لا تعرف مدة الحياة بل والبرقان الشديد الذي يشاهد في أثناء سير التيقوس
وتعفن الدم والتيفويد الهيفي لا يجوز نسبتها لالتهاب ذي الغشاء الكاذب
والدفقيري في المسالك الصفراوية فإنه كثير ما يشاهد بدون أدنى تغيرات مادية
في المسالك المتكورة

• (المبحث الثالث في تضايق المسالك الصفراوية وانسدادها

والتعدد التامبي لها) •

(كيفية الظهور والاسباب)

السبب الغالب في انسداد المسالك الصفراوية وهو التهاب النزلي لها يندر
أن يستمر زمنا كافيا بحيث يحدث تعددا مستمرا في تلك القنوات وما يدعقها
من النتائج ويعتبر من الاسباب الغالبة لانسداد المستمر في المسالك الصفراوية
أولا الاورام التي بضغطها تحدث انسدادا في هذه المسالك وهي تكون تارة
عبارة عن عقد سرطانية ناشئة من الكبد أو البنكرياس أو المعدة أو الاثني
عشري وتارة أخرى تكون عبارة عن خدد ليتقاوية معتريه الاحتمالية الجبئية

أوغرها من الاستحالات المرضية أو خراجات أو جيوب ديدانية منكبسة
 أو أورام أو زمام أو عن القولون المتمد بواسطة المواد الثقيلة المحتبة
 فيه والمكبسة ثانياً لانتقباضات النديسة التي تخلف القروح الملتزمة التي
 كان مجلسها القنوات الناقلة للصفراء أو جعل تقسمها بالأثني عشرى أو ثمن
 وضمورتا في الرباط الكبدى الأثني عشرى الناتج عن التهاب البريتونى
 المزمن لاسيما في حصول المجذاب أو انقضاء في القنوات الناقلة للصفراء
 فان ذلك يؤدى لانسداد في القناة الصفراوية أو الكبدية أو الحويصلية
 المرارية ثالثاً وهو الاخير قد يحصل انسداد مستمر في المسالك الصفراوية
 عن الاجسام الغريبة لاسيما التجمعات الحجرية لثابتة
 • (الصفات التشريحية) •

الحالة التي يوجد عليها انسداد القنوات الصفراوية تختلف باختلاف الحمل
 الذي حصل فيه الانسداد فان حصل في باطن الكبد تقسمه بواسطة تجمعات
 حجرية في المسالك الصفراوية مثلاً أو من ضغط أورام متكونة خارج هذا
 العضو وجد بعض المسالك الصفراوية فقط متعدداً جيبياً أو مستوياً
 في امتداد عظيم أو على هيئة الأولو المنظوم وباطنها ممتلى بمادة مخاطية محتاطة
 بالصفراء أو ممتلى بصديد متلون بهذا السائل فيما اذا حصل التهاب وتكون
 خراج فيها وان كان المتعدد القناة الكبدية حصل هذا القدر في جميع المسالك
 الصفراوية الكبدية بحيث ان التمددات السطحية تكون بزوات متوجعة
 على السطح الظاهر من الكبد وان كان مجلس الانسداد فوهة القناة
 الصفراوية حصل القدر في هذه القناة هي والقناة الكبدية معا وزيادة
 على ذلك فالغالب ان يحصل التمدد ايضا في القناة الحويصلية والحويصلية
 الصفراوية تقسمها وبالجملة ان كانت القناة الحويصلية هي المنسدة
 بانفرادها لم يزل الغشاء المخاطي مسقرا على افرازه غالباً ولو ان الصفراء
 لا يمكنها التفوذ في الحويصلة الصفراوية وحيث ان هذا الافراز لا يمكن
 استفراده فان الحويصلة الصفراوية تتمدد شيئاً بشياً بسبب تراكم فيها وهذه
 الحالة يعرف عنها بانسقاء الحويصلة الصفراوية
 والقناة الصفراوية ان بقيت فوهتها منسدة يمكن ان تصل الى قدر متسع المعى

بل يمكن ان تصير كيب واسع وتعددها يصل بواسطة القناة الكبدية وتفرعاتها
الى المسالك الصفراوية الشعرية وكذا الخويصلات الصفراوية وان تعددت
في الغالب الا ان تعددها لا يصل عادة الى الدرجة العظيمة التي يصل اليها عدد
القناتين المذكورتين لان القناة الخويصلية تكاد بسبب انفتاحها على
شكل زاوية حادة تضغط من القناة الصفراوية المتعددة والكبدية نفسه تعتبره
التغيرات التي ذكرنا انها واصفة للاحتباس الصفراوي المرتقى جدا فتكون
في الابداء متزايدة الحجم والمسالك الصفراوية المتعددة تظهر على سطح الشق
كخويصلات عظيمة محتوية على مواد صفراوية او مخاطية سنجابية بيضة خالية
عن الصفراء ثم فيما بعد يصفى جسمه بسبب ضهور الخلايا الكبدية في احوال
امتساق الخويصلة الصفراوية تكون هذه الخويصلة مستجيبة الى كيب
شفاف توتر من حجم قبضة اليد او بيضة الاوز الى رأس الطفل محتوية على
سائل زلال مائي والباقي العنقسية تكون متباعدة عن بعضها ضامرة
وغشاؤها المخاطي يكون فاقد المسوغة الاصلية فيكون كغشاء صلب
وفي بعض الاحوال قد لا يؤدي انسداد القناة الخويصلية الى تعددها هذه
الخويصلة بل الى انكماشها في قطع الاقراص ويتكاثف متحصرها المخاطي
الصفراوي وتستحيل الى مادة طباشيرية واما جدران هذه الخويصلة فيحصل
فيها نخ وازكاش بسبب ما يستريح من تغير التهابي الزمن فيختلف ذلك
ورم يابس محتمل بمادة طباشيرية يكاد يصل الى حجم بيضة الحمام
(الاعراض والسير)

اعراض الاحتباس الصفراوي الشديدة جدا وهي اعراض اليرقان المعروف
بالعسلي التي لا يندومها فتم ايا اعراض السرطان او غيره من أورام البطن
او التهاب البريتون المزمن او الحصوات الصفراوية القديحة تكون الصفة
المرضية لانسداد القناة الكبدية والصفراوية فاليرقان يكون شديدا جدا
والمواد الثقيلة تكون فاقدة للون والكلية زيادة عن باقي اشكال الاحتباس
الصفراوي ومع ذلك فقد تستمر هذه الحالة زمنا طويلا بدون ان تظهر
الاعراض الثلثة للتسمم الصفراوي المذكورة سابقا وقد يتيسر غالباً
معرفة تعدد الكبدية كانت القناة الصفراوية منسابة ويحسن مع ذلك

بالحوصله الصغراويه المثلثة المقددة كما انه احيا ما يمكن معرفة صغر حجم
الكبد التابعي فاد تيسر معرفة وجود أورام سرطانة في البطن اوسبق ذلك
اعراض المغص الحصى الصغراوى اودلت فلو اهر مرضية اخرى الى نوع
الانسداد صار التشخيص اكد اوفى بعض الا . وال لا تيسر الا معرفة
الانسداد لاسببه

واما الا تسقاء السور يصلى الصغراوى فقدم لمرة مادام مقردا اى بدون
مضاعفة يتضابق اوانه سداد فى الدفء الصغراوى اول كبدية فان احسن
بور كغوى ناشئ من قسح الحفرة لصغراوى بمسمة بر من أسفل وكان
متوترا من نار متوجها وهذا ذلك عند مريض لم يكن اعتراه برقان من قبل
دل ذلك على وجود انسداد فى اثناء الحرى بداية وتعد فى الحوى يصله فقدمها
بواسطة افراغ مع اعنى التسقاء . ويصل الصغراوى فان وجد مع ذلك برقان
دل تعدد الحوى يصله المرارية تقريرا على امتلائها بلصغراوى المهتمة

وحيث يسد كاد لا تيسر له ادفع بب الانسداد بله ثم لاد ذلك لصغراوى
لا يمكن الكلام على ما يلى هذا انخرج انجراح
(لمبحث اوسع .

هـ) (الصوت الصغرويه وما يتبع عنها .

(كيفية الظهور واسبابه)

تكون الصغرات لم يراى فى بعض ايام او نه يربس فى هذا الموضوع
أبحاث ووسايات يقرأ الصغرات الة اوية لثة كقول من الصغرة لغير
التغيره انه يربس فى جوارع غريبة لا مستوى . والصغرات الغير المتحالة
لا كما تره نيل بل اكل تكو . صريرة الصغرات لثمة يبدل لال انبها
كما وله كين واسباب لا يباب ويا لال لثمة عفا فانه فى
الطن ان لثمة يربس انرا لثمة دعال و اسالك الصغرات لثمة خلا عظمها ان
فيظهر انه يوانس هذا افرازه حتى ان يربس لثمة يربس لثمة لثمة
صغرات الورد وبقا لثمة لثمة لثمة لثمة لثمة لثمة لثمة لثمة لثمة
الشمال هذا ملح لا يما الكولسترول لثمة لثمة لثمة لثمة لثمة لثمة لثمة
الكونة اوة الحصة ويساعد ولا بد على تكون الحصى الصغراوى بتجميع

التغيرات التي تحدث وكودا في الصفراء اذ بذلك يحصل فيها تكاثف وذا كانت الحصوات الصفراوية من النتائج الاعتيادية لبعض امراض الكبد والحويصلة الصفراوية التي ينتج عنها انسداد في المسالك الصفراوية أو مثل في الحويصلة كما يشاهد ذلك عقب البرقان النزلي المستطيل المدة وكذا عقب التصاق الحويصلة الصفراوية بما يحيط بها وسرطان الكبد والحويصلة الصفراوية ونحو ذلك وقد يتسبب في بعض الاحوال عن الاجسام الغريبة تكون رواسب في هذا السائل كالأبر والديدان انظر الطينية والايكوكونية التي نفذت في الحويصلة الصفراوية وكسكرات من الرقيق المعدني ونحو ذلك وأما القول المعلوم من ان نواة الحصوات الصفراوية تشتمل زيادة عن المادة البجتهمة الكلوية على مادة مخاطية فقد اعتبره (كين) من الخرافات اذ لا يتأق اثبات وجود هذه المادة في حصوات نواة حصوات الصفراوية بالامتحان الكيماوي

ثم ان الاستعداد لاصابة بالحصوات الصفراوية يزداد بمرور الزمن فانه يندر وجودها في شخص قبل الثلاثين سنة كما يندرجد ما مشاهدتها في سن الطفولية والنساء أكثر اصابة بها من الرجال (بنسبة ٢ الى ٤) ويوجه ذلك بقول بعض مؤثرات مخصوصة والعيشة الجلوسية والهصر ويظهر ان الحصوات الصفراوية يكثر حجمها في بعض البقاع عن الاخرى لكن القول بان كثرة وجودها في المجال التي مياهها كثيره الكاس ليس أكيدا كما قاله (فريركس)

(الاصفات التشريحية)

الحصوات الصفراوية تتكون في جميع اجزاء المسالك الصفراوية من ابتداء جذرها في محل انصباب القناة الصفراوية في الاثني عشرى لكن أكثر تكونها في الحويصلة الصفراوية وما يوجد منها في المسالك يكون اما على شكل نويات صغيرة (تعرف بالرمل الصفراوي) واما على هيئة حصوات عظيمة مستديرة ويندر أن تكون متشجرة كالمعروف في المسالك الصفراوية واما ما يوجد منها في الحويصلة الصفراوية فهو في كونه من حبة الدخن الى بيضة الدجاجه وقد يوجد منها الاحصاء واحدا وقد

تكون أزيد من ألوف على هيئة نويات صغيرة وفي العادة يوجد جولة منها من
عشرة إلى عشرين في حجم قوادة الكرز أو الكرزة نفسها وما كان منها متحركا
في الحويصلة الصفراوية يكون مستدير الشكل وأما الحصوات العظيمة
الثابتة في محلها المزاوجة لبعضها فتظهر ذات زوايا مسطحة في محل ملاصقتها
لبعضها أو مكوّنة لفواصل مع بعضها بأسطحة محدبة ومقعرية والسطح الطاهر
لتلك الحصوات يكون غالبا أملس وقد يكون خشينا بل حليبا أو مجعبا ولونها
يتلون بالمادة الملونة للصفراء فيكون في الغالب داكنا كلون الشكولاتا
أو سودا وقد يكون مصفرا أو مخضرا والحصوات الكونستريزية النخيسة
تكون مبيضة ذات تاليف متشعب بلوري وقوام الحصوات الصفراوية
الحديثة يكون رخوا بحيث يسهل انضغاطها بين الأصابع ووزنها النوعي
قليل بسبب احتوائها على المادة الدهنية الصفراوية ومع ذلك فيكون أزيد
من وزن الماء فلا تسبح عليه إلا الحصوات الصفراوية الجافة المنجوية
على الهواء

وأما تاليف الحصوات الصفراوية فبعضها يظهر مستويا يمكن غالبها
بجهد وى على نوافذ طبقات فوق بعضها ومتشعب التاليف والجوهر المتسلطس
في معظم الحصوات الصفراوية هو الكونستريز وزيادته على ذلك فتحتوى
غالبا على املاح كاسية ومادة ملونة صفراوية (سما البليز وبين وما يتكون
عنه) ونواة الحصاة تكون مركبة من الكلس والمادة الملونة للصفراء
المعروف بالكلس الجمنقي وبالجملة فيوجد رقيقا مخلوطا مكرن من حمض
الكولالينك والديسليين المعروف بحمض الكلويدين وذهب (كين) الى
أن تلك الحصوات الصفراوية يكون بالكيفية الاتية وهو انه
يوجد اى سبب موجب لتحلل الصفراء يربط كل من حمض الكلويدين
والاتحاد السابق ذكره المكون من الكلس ومحصلات البليزوين (وهو
الكلس الجمنقي) فانها عسرة الانحلال فان كان انحلال الصفراء وقت الامتنع
تكون تلك الرواسب الكمية يراكم على الحصاة الصغيرة متى لم تنقذ
وينتفد الكونستريز الطبيعي العسر الدويان او الذي حصل من كراته
احتماس الصفراء من مناطق ولا وبذلك تنشأ الحصوات الكثيرة الكلوستريز

التي امان لا تحتوي في طبقة تها اظاهرة على مادة ملونة او اغمق المحتوى على تلك
المادة الطبيعية سم البايرو بين واما ان اسقمرا فصلال الصقرا المكون
للحاسة من اطراف الاثكوت حسوات قباية الكراسستين وكثيرة للمادة
المتينة امكاسه قولاسيم المتهويه على مقصلات الباسيرو بين وهي
الباسيرو والباليونين ولبايمومين وهو المادة الرصاصية صخر او ينة
بتركيبه بالاكثر من نرسه من ثرايبقووم مع كاربوناتية
وفي الالبانكو المصنعت الصقراوية ، ثيه في الخويديا لاربية ويندر
الاسكوبه متصقة بجزءها او تيبس في العاجات بيديه فيها وفي الغالب
تكون مدر الخويديا اصهرارية قبل اسيرسك احيانا يكون قاعها
جلايا حقان و تقام في اعم الخويديا في جوفه جوه مرتقاوت
لاعتد او اذ من طاقية رعا بين الخويديا الصقراوية واما
بجما بها من الاجراء هذاب في الترخيم بينا من حوت
نعيارات التمايسة بريوني على دور بونير من حوت في ثاب الخويديا
الصقراوية فان حصل ذلك قبل اتمامها من الخويديا او من
لاعضاه انبها في صخر في البطن فينشأ من ذلك التمايس بريوني
منتشر واما ان حصل المنقب فيها به رالة ما بها يجب وهامن الاعضاء
حصات استمرافات بنها او بين المصنوع القروا ارا الاثني عشرى وهو
اعمال بايران التثقب يحصل في الخارج من جدر البطن و احوال اخرى
قلا تكون العيرت الحاصلة في الخويديا عن المصنوعات الصقراوية
طبيعة تقرية في المصنوعات الخويديا كما في حوتها على
من المصنوعات او اتمية كمن مدره تراكتات كما في حوتها المصنوعات
وتلحقها بها

واما المصنوعات الصقراوية التي يحصلها المصنوعات الصقراوية فيمكن ان يخرج منها
احتباس الصقراوات اذ ايات برلية في تلك المصنوعات في كسب
وان نذمت مصيرها في تلك المصنوعات الخويديا او بوسيلة امتصاصها
طويصلة الصقراوية فانما يعتبر فيها و مع ما يترشح منها بالكلية
بجيت توضع في الالات المتعددة عن احتباس الصقراوات وامتصاصها

كما تقدم ذكره بل وقد شوهد في أحوال نادرة ان التراكم العظيم للصفراء في تلك
 المنوات ينتج عنه تخرق فيها واستقرار احتباس الحصوات الصفراوية زمننا
 طويلا يمكن ان ينتج عنه التهاب موضعي وتقرح في القناة الحويصلة
 والصفراوية ولو بعد انقذاف الحصاة في الاثني عشرى يؤدي الى
 تسداد مسفر في احدى هاتين القناتين بواسطة الاتسداد الذي بل والحصاة
 المحتمبة يمكن ان ينتج عنها تخرق قد يستل في تجويف البطن او المعى بل والوريد
 اليان

(الاعراض والسير)

كثيرا ما يوجد عند فتح الحثة حصوات صفراوية في الحويصلة المرارية
 دون ان يكون قد نتج عنها اذى اضطراب في الصحة مدة الحياة بل يمكن القول
 ان بعد من الاستثناءات كون الحصوات الصفراوية مادامت موضوعة في
 الحويصلة الصفراوية ينتج عنها تكدر في الصحة وتضيق باعراض مخصوصة
 بل وانتقال الحصوات الى صفراوية من الحويصلة الى القنوات الناقلة
 للصفراء ووصولها الى المعى يمكن حصوله بدون ان ينتج عنه آلام او اعراض
 اخرى ما امت الحصوات صغيرة او متناسبة بالجسم ويؤيد ذلك التجارب
 التي تفعل في بعض الحالات المعدنية التي فيها يسير الحث بالدقة عن المواد
 البرازية لاجل معرفة وجود تلك الحصوات فيها أم لا تكمام كراس باد
او نحو

وأما الحءواب التي يجلسها بدور القناة الكبدية فانه لا ينتج عنها الامشاق
 غير قارة تبعا لتبرير كس كالاتام الصماء واضطراب الهضم بخلاف تمدد
 الكبد واليرقان فانهم اية قد انما ابوا عند ازدياد تهيج المسالك الصفراوية
 يمكن ظهور نوب قشعريرة وحرارة وعرق تابعمين يظن من وجودها بوجود
 حتى متقطعة

وأما ان حصل التهاب وتقرح في المسالك الصفراوية أو خراج في الكبد
 أو التهاب وريدى بان ظهرت اعراض تلك الامراض فتشخيص الحصوات
 لصفراوية في الكبد لا يمكن اجراؤه حيثئذ الا في بعض الاحوال الواضحة
 ولنشرح الآن مجموع الاعراض الذي لا يندون ان يظهر في اثناء مرور

الحصىات الصفراوية العظيمة من القنوات الناقلة للصفر في أثناء احتباسها
 احتباسا وقتيا المعروف بالمقص الحصى الكبدى ثم اعراض التهاب
 الحوى بصله الصفراوية ونقرحها هي والقناة الناقلة للصفر التي تنتج في
 بعض الاحوال الاذرة عن الحصىات الصفراوية
 فاما المغص الحصى الصفراوى فانه يحصل فجأة في الوقت الذي فيه تنتقل
 الحصىات الصفراوية من الحوى بصله الصفراوية الى قنواتها وتحتبس فيها
 وذلك يحصل عادة بعد الاكل العظيم ببعض ساعات متى عرضت يحصل المعدة
 الحصى الناقذ في الاثنى عشرى الحوى بصله الصفراوية على انقباضات قوية
 ويندر حصوله عقب المشاق الجسمية المحسوبة بتوتر في عضلات البطن أو
 عقب الانقباضات النفسانية وكثيرا ما يحصل بدون أسباب مدركة فالمرضى
 تعترجها آلام ترداد تارة يما وتارة بسرعة عظيمة وتكون ضاغطة أو مزقة أو
 قاطعة ودرجة تلك الآلام تختلف باختلاف عظم تلك الحصىات وكونها
 ملساء أو حادة أو خشنة لكن على العموم يكون الألم شديدا جدا بحيث ان
 الدرجة الشديدة تلك الآلام التي يقل وجودها في الألم المعدى العصبى
 والمغص المعوى وانما يكثر وجودها في أحوال التثقب والمغص الكاوى
 وتظن الطيب بان المريض معتريه مغص حصى صفراوى ولا يحصل
 الظن بان مجلس تلك الآلام يكون محسودا ودا فكثر اما لا يشتكى به المريض
 في المراق الايمن بل في قسم المعدة أو القسم القطبى الأيمنى أو ابطنه اليمنى من
 القص بحيث ان الطيب يزعم وجود ألم معدي أو مغص كاوى أو ابطنه
 التهاب بليوروى وبعض المرضى ونوا انطمين قمتى لنا ان الاقدرة لهم على
 تعيين مجلس المرض بل انه عمدا الى جميع ابطن والصد ربل الى الكتف الايمن
 ولا يندر ان تكون عضلات البطن متوترة والجزء العلوى من هذا التجويست
 كثيرا حساسية عند الضغط وتكون المرضى اذ ذلك في حالة قانى عظيم رنى
 حالة تالم زائد مجتهدة في احداث التلطيف بتغير الوضع وفي الغالب لا توجد
 حى ومع ذلك فقد شاهد (فرير كس) احوال حصل فيها نوب قشعريرة واعقب
 ذلك ارتفاع الحرارة الى درجة الاربعين وثمانية من درجة مئوية ويكون
 النض غالبا طبيعيا ومريعا احيانا ومع ذلك فقد ذكر واقفان لتناقص

سرعة النبض من ٥ الى ١٠ في الدقيقة اهمية تشخيصية في هذا
المرض وكثيرا ما يحصل في "مباوى" تنقذ به غالباً مواد صقراوية فان
استقرارها في الاثنى عشرى لا يكون وعامادات الحصاة محتملة في القناة
المرارية بل والحصوات الصغيرة التي وصلت الى القناة الداخلة العمومية
وهي الصقراوية لا تمنع احيانا من مرور جرم من الصقراء المحتملة بجوار
الحصوات في اثناء الانتفاضة العظيمة للحويصلة الصقراوية
والنوب العظيمة للمغص الحصى الصقراوى قد تحدث - كما عند الاناث
لكثيرة الحساسية ظواهر ضعف حركات القلب والامحطاط كما يشاهد ذلك
منذ وجود كل المشد يد النبض - يوصفها بالبلد بارد او الوجيها وتا وقد
يحصل نوب انحاء حقيقة وقد يعترى المرضى في بعض الاحوال اهتزاز تشنجي
بل وقد تظهر تشنجات عامة او قاصرة على احدى جهتي الجسم ثم بعد ذلك
بعض ساعات تتناقص الآلام شيئا فشيئا بعد اعادة رقة نفس التوبة لكن لا يندران
بعقب المحطاط الا لارتقاء - شديد فتعد التوبة - يوم الى جملة ايام وما ذلك
الاصنى كون اية - كبر في رقة تقدم الايط - فهو القاء الحوية او انه يرد
جملة - صرات يتدفق كل منها على حدته
وعق مرت الحصاة من القناة الصقراوية ووصلت الى الاثنى عشرى تعديرت
حالة المرضى بالكيفية فالمرضى لا تكون متالة ويزول اضطرابها
ويرتفع النبض وتعود سرارة الجلد ويزول تعبها السخنة والانتقال لعظيم
من المكابدات العظيمة والآلام الشديدة الى الرقة التامة فيصح عمل في زمن
فما سئل بحيث ان الفرق بين الخالتين يكون واضحا امر يعا وفي احوال اخرى
لا تنزل الا - بخلافه بالسدر يجمع وما ذلك الا من يكون تجميع المسالك
التي قد ربه التغيره بعبه - يكون وهذا في مجموع التسمى - كالمثل
ناتج من تجميعه - وغيره - تسفره التجميعه - او بلا بعد - ال -
تريب - المريج -
وأما الانتفاء الحزن - مص - السرى - ترى به - دم - و - لا يحطاط
الثقيل الذي يفتقل الى حالة - موميه فتادوب - داو - كثر من ثلاث
- ولا هو ان يعقب نوبته - ما الفص اعراض - المضرب - المستقر -

الصفراوية أو انسدادها وذلك بان تبقى الحماة ما كثرة في القناة الصفراوية
 أو ان يخلف مرورها من تلك القناة بتأثيره المضيكي تقرح الترابي يفتح عنه
 انكماش ندى فتضيق تلك القناة او تنسد وتنتيجة ذلك هو اليرقان العسلي المسمر
 وان كان المنسد هي القناة المرارية نتج عن ذلك استسقاء حويصلي مراري
 او ضموري في تلك الحويصلة

ثم انه بمجرد رجوع الصفراوية من القناة المرارية الى القناة الصفراوية يتمتع
 استقراغ الصفراء الكلية أو يتعذر

واحتباس الصفراء يمكن ان ينتج عن اتفاخ في الكبد وتعدد مدرك في
 الحويصلة المرارية ويرقان كبدي امتصاصي غالباً وذلك فيما اذا لم تنفذ
 الحماة من القناة الصفراوية بسرعة وهذا اليرقان الذي يشاهد غالباً بعد
 انتهاء التوبة يكون في العادة خفيفاً وقتياً بحيث لا يشاهد في المصلحة العينية
 الا في اثناء بعض ساعات ولذا انه كثيراً ما لا يعرف ويختفي ومع ذلك فهذه
 اليرقان اهمية عظيمة تشخيصية اذ بوجوده يزول كل تغيب بالنسبة
 لطبيعة نوب الالام بل بهذا اليرقان يمكن الحكم على طبيعة نوب الالام
 السابقة التي لم يشاهد فيها ليرقان او اختفى وكانت نوب الالام عصبية
 عينية أو مغنا

والحصوات الصفراوية التي اندفعت في الاثني عشرية راسية تراغها بالقي
 والغالب اندفاعها مع المواد المذابة ومن الدائر ان يكون اندفاعها مع حويصلي
 بمفص أو تبر من مواد شاذة دوية بل يكاد يصل على الدوام بسمولة
 وبكيفية غير مدرسة بحيث لا ترى الحصوات في اوان البرازية الا مع
 البحث الدقيق بالكلية وفي بعض الاحوال لا توجد الحصوات في المواد البرازية
 بعد مضي التوبة مهما كانت دقة البحث بواسطة صبغة صب الماء عليها
 وغسلها في مثل هذه الاحوال يسوغ القول بان احتباس الحصوات انما
 كان في عنق الحويصلة المرارية او في الجزء الاقتراني من القناة المرارية
 اعني في مفرجها كون نفسه زوال احتباس الحصوات ناتجاً عن رجوعها
 ودخولها في الحويصلة المرارية ومع ذلك فلم ير في مجرى المغص الحويصلي
 الصفراوي بعض امور غير واضحة اما من ذلك الامر العظيم التوجيم وهو

كون الحصوات الصفراوية الكائنة في الحويصلة المرارية عند بعض الأشخاص ليس لها أدنى ميل للانتقال من محلها طول الحياة بخلافها عند أشخاص آخرين فانها تنتقل على الدوام من محلها مادة في المسالك الصفراوية ويتكرر ذلك عدة مرات وكان ينبغي أن يكون لسير المغص الحصى الصفراوي ثلاثة أدوار متميزة عن بعضها باختلاف شدة الظواهر المرضية بحيث أن الدور الأول يوافق احتباس الحصوات في القناة المرارية الضيقة والثاني دخولها في القناة الصفراوية المتسعة والثالث احتباسها ثانية في الجزء المعوي الضيق لتلك القناة ومع ذلك فكل هذا الانتظام في سير الآلام الذي كان يمكن أن يستدل منه على المهل الموجود فيه الحصى لا يدرك إلا في أحوال استثنائية

ثم إن التهاب الحويصلة الصفراوية وتقرحها الناتج عن الحصوات الصفراوية لا يؤدي لأعراض واضحة الامتصاصية اشتراك البريتون في الالتهاب وهذه الأعراض عبارة عن الظواهر المرضية للالتهاب البريتوني الجزئي أو الحاد أحيانا السابق ذكرها وكل من مجلس الألم في قسم الحويصلة الصفراوية ونوب المغص الحصى الصفراوي التي تكرر وجودها من قبل والتحكم من الاحتباس بالحصوات في الحويصلة الصفراوية كما تبين ذلك لكثير من الأطباء وإنما أيضا عند النساء ذوات الجسدر البمانية المسترشية يرجح القول بأن جدر الحويصلة الصفراوية قد اعتراها الالتهاب والتقيح بواسطة التجمعات الجيرية الكائنة فيها وإن حصل تثقب في الحويصلة الصفراوية قبل التصاقها بما يحيط بها من الأعضاء التصلبت الصورة المرضية السابق شرحها التي تسكا. أن تكون واضحة لدخول جواهر غريبة في تجويف البريتون فتهلك المرضى في قليل من الأيام بواسطة الالتهاب البريتوني المنتشر وإن كانت الحويصلة الصفراوية قد تم التصاقها بالأعضاء المجاورة لها عند حصول تثقبها بقيت الظواهر النهائية البريتونية فأصرة على قسم الحويصلة الصفراوية وينضم لذلك علامات اضطراب في وظيفة المعى وكذلك ما تبقى الصورة المرضية في هذه الحالة الأخيرة غير واضحة إلى أن تتبدد حصى صفراوية عظيمة الحجم جدا لا تأتي تصورها من القناة

الصقراوية تصبغات الطرية المارة من الحويصلة الصقراوية الى المني
 بواسطة استطراق غير طبيعي يمكن أن تكون عظيمة الحجم جدا بحيث يتيسر
 مرورها من القناة المعوية فينشأ عن ذلك اعراض القولنج وعندنا احصا من
 حصوات كواستريفية في حجم بيضة الحمامة وكانت أرسلت لنا مع الزهم انها
 معوية وانقذت من المستقيم مع مشاق عظيمة عند امرأة كانت على ما قيل
 مصابة بنوب متكررة من التهاب ~~كبيدي~~ وفي أحوال أخرى قد شوهد
 بعد الموت باعراض القولنج حصوات صقراوية عظيمة محتبسة في المني
 الدقيق لاسيما عند صمام (بوهين) وان التمسكت الحويصلة المرارية الملتبسة
 بالجدار المقدم من البطن أحس بها على شكل ورم صلب محدود أحيانا ثم
 تلتهم الجدر البطنية فيما بعد ويتكون فيم اخراج يخرج منه فيما بعد صديد
 ثم مواد صقراوية ثم عدد عظيم من الحصوات الصقراوية (وهذا ما يسمى
 بالناصور الحصى الصقراوي) والخراج لا ينفخ على الدوام في جزء البطن
 المرفوع أقل الحويصلة الصقراوية بل كثيرا ما يكون انفجاره بعيدا عن
 ذلك بعد تكون قنوات ناصورية في جدر البطن ويندر أن يلتئم الناصور
 عقب خروج حصة صقراوية أو جملتها منها حال الغالب استمراره زمنا
 طويلا أو طول الحياة نيبيل منه على الدوام مادة صقراوية وان كانت القناة
 المرارية منسدة تخرج منه سائل صاف

واما التهاب القنوات الناقلة للصقراوي وتقرحها بواسطة التصبغات الحصىوية
 فإنه يسبق باعراض المغص الحصىوي الصقراوي الآن ذلك لا ينتهي بالمخاط
 وراحة تامين بل يضاف ذلك آلام في قسم الكبد وزيادة حساسية عند الضغط
 وينضم لذلك ثيران شديد وغير ذلك من اعراض الاحتباس الصقراوي
 العظيم اذا استمر احتباس التصبغات الحصىوية في القناة الصقراوية وتنج
 عن ذلك التهاب فيها وبالجملة فتدب يحصل في مثل هذه الحالة تنقب في القناة
 المذكورة والتهاب يرتوي تاخي (كما شاهدنا اندرال) لكن الغالب
 ان يكون هلالا للمرضى بتناجح احتباس الصقراوي المستقر مع اعراض التهموكة
 المعروفة بالتسمم الصقراوي للدم

• (المعالجة) •

ينبغي الاجتهاد في حفظ المرضى الذين اعتراهم نوب متكرر من المغص
 الحصى الصفراوي ووقايتهم من تردد نوب جديدة أو غيرها من نتائج
 الحصى الصفراوية وكلما كثرت نوب هذا المغص واتضح لتأمين كثرة
 زوايا الحصى الصفراوية المنقذفة وأسطحها انه ولا بد لم يزل يوجد منها عدد
 عظيم في الحويصلة الصفراوية كما فكأن الاهتتام بالوسائط العصبية
 والعلاجية التي يتعمم فيها وقاية المرضى عظيم وقد دلت التجارب على انه
 باستعمال مياه (كراس باد) كثيرا ما تنقذ كمية عظيمة من الحصى
 الصفراوية مع مكابدات قليلة في الغالب وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال
 غير تلك المياه من المياه المعدنية المتكثرة القلوية كماء ويشي وماريه باد
 وأمس وغير ذلك ولا يمكن توجيه هذا التأثير الجيد بكمية شافية ولا القول
 مع التأكيد بان كان تأثيرها ناجعا عن ازدياد القسرا وورقها بسبب كثرة
 الشرب من تلك المياه وعن ازدياد وتثنية الحركات الديدانية المعوية المستفيدة
 الى الحويصلة المرارية بحيث انه يسهل انقذاف تلك الحصى بمرور هذا التأثير
 المزدوج أو بأنه يسهل انحلال تلك الحصى وتفتم بواسطة كثرة دخول
 المواد القلوية في الجسم أو بأنه يمنع أو يسهل تركون حصى جديدة
 بواسطة القلويات ودخولها في الدم وايس من البعيد عن العقل القول
 بانحلال الكواثرين بواسطة دخول كمية عظيمة من الاملاح الصفراوية
 القلوية

وزيادة على ذلك فمن المشهور جدا في معالجة المغص الحصى الناتج من
 الحصى الصفراوية بواسطة العلاجية الطيب (ديوران) وهي عبارة
 عن مخلوط مركب من الاتير ١٥ جراما (أعني ثلاثة دراهم) وزيت
 الترميتينا ١٠ جرام (أعني درهمين) ويعطى من هذا المخلوط من ١٥ الى ٢٠
 نقطة في سواغ غروي ثلاث مرات كل يوم الى أن يصير تعاطى نحو الثمانمائة
 وخمسين جراما (أعني رطلا) من هذا المخلوط غير ان هذه الوسطة العلاجية
 يصير على المعدة نفعها ازمنها ولا يكون الاتير وزيت الترميتينا يحلان
 الحصى الصفراوية عند وضعها فيهما الا يترتب عليه التعمم ان هذين
 الجوهرين بوصولهما الى المعدة يصلان الى الحويصلة الصفراوية ويحلان

التراكمات الطبرية المتجمعة فيها ولذا ان الواسطة العلاجية (ديوراند) ان كان
 لها تاثير جيد في الحصوات الصقراوية والتغبرات المرضية التابعية لها
 كما يوصى بذلك كثير من الاطباء المشهورين والمعتمد على قولهم فلا بد وان
 يكون حصول ذلك بكيفية أخرى غير معلومة لنا

والمدوح بكثرة في معالجة المغص الحصى الصقراوى والمعتمد عليه هو
 استعمال الافيون مع الاقدام فتعطى صيغة الافيون البسيطة بقدر
 عشر نقط او المرفين بقدر سنتيبيرام واحد في كل ساعة أو ساعتين ويكرر ذلك
 مرتين أو ثلاثة الى ان يحصل خدر خفيف واسرع من ذلك وأقوى منه
 في تسكين الآلام الحقن تحت الجلد بالمرفين بل وفي بعض الاحوال الشديدة
 جدا قد أوصى باستنشاق الكلوروفورم مع الاحتباس الى ان يحصل تأثير
 المرفين ومن الوسائط العلاجية المساعدة الضمادات الفاترة على البطن
 والمهجمات الفاترة والكلورال الايدراقي لاجل احداث النوم واتى
 المستعصى ينبغي مضاربه بماء الصودا وفتح الجليد والشبانيا أو بالحقن
 تحت الجلد بالمرفين في حجرة المعدة وان استطالت ثوب الام وازدادت الحمى
 وصار قسم الكبد شديدا الحساسية عند الضغط وجب ارسال عدد عظيم من
 الملق على هذا القسم ووضع مثانات عملاقة بالجليد والتمسك بمعالجة كالتي
 تفعل في التهاب البريتوني المحدود

ولا يندر أن يصير المخطاط المرضى عظيم الجدا بحيث يلجئ الحال لاستعمال
 المنعشات مع الجواهر المسكنة للام كالنييد والاتيروالقهوة وأما استعمال
 المقيحات والمسهلات في أثناء الثورة فانه يزيد في الآلام وينبغي التوقي من
 استعمالها سيما وانها ليس خالعا عن الخطر وأما عقب زوال الثورة فلا بأس
 باستعمال مسهل لطيف سيجان كان التبرز عقب الثورة قديلا وذلك لاجل
 سرعة اتقذاف التجمعات الحصى الموجودة في المي مع البحث الجيسد عن
 المواد البرازية ان كان في التشخيص بعض تقييب

وأما معالجة التهاب المسالك الصقراوية وتقرحها الناشئ عن الحصوات
 الصقراوية فلا بد انما من الاقتصار فيه على معالجة عرضية حيث لا قدرة لنا
 على ازالة السبب المستمر للتأثير فيقضي المبادرة بفتح المسراجات المقوجة

في جسد البطن ومعالجة التواسيم التابعة لذلك طبقا لما استدعيه قواعد
المراحة وأما انسداد المني بمصوات صفراء و بة عظيمة فيقضي فيه استعمال
الوسائط السابق ذكرها والمفص الشديد يستدعي استعمال المخدرات

• (في أمراض الطحال) •

• (المبحث الأول) •

• (في احتقان الطحال ونغوه المعروف بورم الطحال الحاد) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

ازدياد حجم الطحال هو العرض الاكبر في المهيم لا غلب أمراض هذا
العضو لا للمرض الذي نحن بصدده فقط وسهولة اتفاح الطحال لا تتفق
بكثرة أوعيته فقط بل على الخصوص بتأليفه وتركيبه الخاص به أعني
بسهولة تمدده ومقسطه وجوهرها اللين الاصل المتكون من منسوج خلوي
ذي الياف مرنة والياف عضلية قليلة ملساء و يوجد مسافات خالية في سببه
الوعائية سواء كانت تلك المسافات عبارة عن مسافات حقيقية خالية بين
الاعوية أو عن قعدات كهفية في الاعوية الشعيرية الوريدية في مسالكها
الدموية المتغلقة غلظا تاما وكان الطحال بواسطة حرقته بالماء أو تخثره (كما قاله
نك) يمدد عددا عظيما كذلك يتزايد حجمه ازديادا عظيما في أثناء الحياة بازدياد
محصلة الدموي أو أخليته للينفاوية في زمن قصير بل قد يشاهد تغير واضح في
حجمه في الحدود العنصرية الطبيعية سيما اتفاحه بعد قليل من الساعات من
تعاطي الأطعمة أعني في الزمن الذي فيه تتماثل العناصر الغذائية
المنهضمة مع الدم وتختلط به ومن المعلوم تناقص حجم الطحال أيضا وصغوره
في قليل من الدقائق باستعمال مقدار عظيم من الكينين

ثم ان ما يقال عموما بالنسبة لامراض الطحال أعني من كون أغلبها عرضيا
لمرض آخر وانما تنبع عن أمراض أو بة أخرى يقال على الخصوص بالنسبة
لاحتقان هذا العضو وينبغي تمييز شكلين من احتقان الطحال كاحتقان غيره
من الاعضاء وهما الاحتقان التواردي والاحتقاني

أما الاحتقان التواردي فانه ينشأ عنه ورم الطحال في الأمراض التسممية
الاتقارية الحادة كالتيفوس والحيات المتقطعة والتسمم العقن من الدم

والجني النفاسية والتيفوس الطمعي والحيات التيغوسية ذات السمكة
والحيات الطفعية الحادة وطبقا لمشاهدات (ويل) يحصل لورم في الطحال
كمرض من اعراض الداء الزهري ولو في قليل من الاحوال والمعالجة
المضادة للداء الزهري كما ترى به تزيل أيضا ورم الطحال

وكذا طبقا للمشاهدات التي أجراها (فريدرايش) يحصل ورم حاد في الطحال
في أحوال الدفتيرية الملحمية والحرة لوجهية وبعض اشكال من الذئبية
اللوزية والزهكام الحاد ولا سيما الالتهاب الرئوي وارتكن هذا
المؤلف على ذلك في رأيه القائل بان هذا المرض الاخذ به من طبيعة تسمية
انتشارية في بعض الاحوال وليس من المعالوم انما مع التاكيد ان كان
توارد الدم المترابط نحو الطحال في الامراض التسمية فاجب ان استرخا جوهر
هذا العضو بالتأثير اللاواسطي لادم التسمم او عن حالة تشلية في العناصر
العضلية من الجدر الوعائية ومن البلوهر الشبكي الخلاق أعنى من اضطراب
عصبي في الطحال وأما تفاخه في الحيات المتقطعة فقد وجد بالاضطراب
العظيم للدورة الذي يحصل في دائرة الجسم في اثناء طور القشورية ويزداد
امتلاء الاعضاء الباطنة بالدم ولا سيما الطحال القليل المقاومة عقب تناقص
الدم الدائري من الجسم لئلا هذا الامر قليل الاهمية
وهو ان عظام اتناخ الطحال لا يصكون بنسبة شدة طور القشورية وان
الطحال يستقر اتفاخه في دور الحرارة وقد يكون الاحتقان التواردي نتيجة
اضطراب الخيض بطريقة شمباتوية وبالجملة قد يحصل هذا الاحتقان
في الطحال في احوال جروح هذا العضو وانتهائه وتولداته الجديدة
واوضح شكل من هذا الاحتقان يشاهد في احوال السدد الدموية لهذا
العضو

واما الاحتقان الاحتبائي للطحال فانه ينتأ غالباً عن تضيق او انسداد
في الوريد الباب كما بينا ذلك في كثير من امراض الكبد كالسيروز والتاب
لوريد الباب وغيرهما من الامراض وحيث ان أغلب الاحتقانات الوريدية
البوابة الاحتبائية تكون ذات مدة طويلة لا بد وان يشاهد بجوار
الاحتقان الطحالي تغيرات اخرى في جوهر هذا العضو ستذكر في المبحث

الآتي

وأقل من ذلك مشاهدة واتساعا احتقانات الطحال الاحتباسية التي
تصاحب أمراض القلب والرئتين العاتقة لاستقرار عدم الاوردة الأجوقة
ويعتد تأثيرها المذكور بعيدا عن أوعية الكبد إلى أوعية الطحال
* (الصفات التشريحية) *

الطحال المحققن يوجد دائما عظام عظم بهما وثقلا من الطحال السليم ما عدا
الاحوال الاستثنائية التي فيها تكون مخنطة هذا العضو متكاثفة ناعمة
لمرونتها فوجد فيها الطحال المحققن متزايدا الحجم وكل من تزايد الحجم والثقل
يكون تارة قليلا وتارة عظيما جدا بحيث ان حجم هذا العضو وثقله يزيدان عن
حاليهما الطبيعيين بمرات أوست والطحال عند الشخص السليم البالغ
يكون طوله في الحد المتوسط من ٤ قراريط إلى ٥ وعرضه من ٣ إلى ٤ وسمكه
من قرراط إلى قرراط ونصف وثقله ٢٠٠ جرام إلى ٢٥٠ والطحال المتزايد
بواسطة الاحتقان يكون حافظا لشكله ومخنطته تكون متورمة ملساء غالبا
وانما في الاحوال التي فيها يكون قد زال اتساع هذا العضو تكون متكدرة
متينة وقوام الطحال متناقصا وذلك يحصل أيضا في أحوال اتساع الطحال
الناج عن أمراض آليامية مادام هذا الاتساع حديثا ولم يحصل في جوهر
هذا العضو تغيرات أخرى. تذكر فيما سياتي والطحال المنتفخ يكون في جثة
الاشخاص الهالكين بالتيفوس أو الحى النفاسية أو التسمم العفن من الدم
وخواجا حتى ان جوهره عند شقه يظهر عجيبا ومع ذلك يذوق عند الحكم
على تماسك هذا العضو المحققن اعتبارا سرعة تعفن البنية في مثل هذه
الاحوال ولو أن الطحال يكون أكثر دكامة كلما كان الاحتقان حديثا وعظيم
الدرجة وفي الاحوال الحديثة جدا المرتقى فيها الاحتقان إلى أعلى درجة
يكتسب جوهر الطحال هيئة بلاطة دموية حمراء مسودة ثم يصير فيما بعد حمرا
أو بنفسجيا باختلافه بمواد بجمانية وفي بعض الاحوال تظهر البسيمات
المليجية المنتفخة النامية على سطح شق هذا العضو على هيئة نويات باهتة
شبيهة بالدرن

و بالبحث الميكروسكوبي لا يوجد على شيء من العناصر القريبة سوى ازدياد

واضع في الاخلية الطبيعية للمادة اللبية من الطحال وكذا دموية. فبينة
 بحيث لاحاجة الى نسبة اتفاح الطحال الذي نحن بصدده لتغير ما التماسي
 أو قضي فيظهر حينئذ ان الورم الحاد من الطحال ينشأ اما عن ازدياد المتحصل
 الدموي لهذا العضو وارتشاح جوهره بمادة صلبة فقط أو مع ذلك عن
 زدياد الاخلية للسنفاوية ازديادا وقتيا ومع هذا فقد ذكر بعض المؤلفين
 الذين يقولون بأن برقومة الامراض السمية الانتشارية الحادة هي جسيمات
 آتية ونبتة ان تلك البرقومة الطفيلية تكون متراكمة بعدد عظيم في الطحال
 وفي المادة العضوية لاخلية جوهره اللبي

ثم ان ازدياد المادة اللبية من الطحال تتغير فلا تعرف عند استمرار احتقان
 هذا العضو زمانا طويلا فان هيئة الطحال وقوامه حينئذ يتغيران تغيرا
 عظيما ويبقى هذا العضو مترايدا في الجسم على الدوام فتنشأ حالة تعرف بالورم
 المزمن من الطحال أو ضمنا منه وستذكر في المبحث الآتي

• (الاعراض والسير) •

الاتفاح الاحتمالي من الطحال يكاد يظهر على الدوام بدون أن تشتبه
 المرضى بالأم ذاتية أو احساسات متعبة ومع ذلك فالضغط على المراق الايسر
 قد يحدث تألما عندهم وهذه الملاحظة تطابق التجارب المعالومة من ان تمدد
 الاعضاء القليلة المقاومة جدا تكون قليلة الالم بخلاف نوتر الاخشبية
 أو الاربطة أو نحو ذلك من الاجزاء التي يسهر تمددها فانه ينتج عنها ألم شديد
 فان اشتكت المرضى في أثناء سير الخبيات المتقطعة أو التيفوس أو نحو ذلك
 من الاحوال المرضية بالتم في قسم الطحال دل ذلك على ان المحطة الطحالية
 قد اعتراها تكاثف ونحن نتغيرات مرضية سابقة وصارت غير مرئية أو على
 وجود تغيرات النهاية اعتبرت الطحال أو محطته قد ظهرت في أثناء سير تلك
 الاعراض

وفي معظم الاحوال تفقد الطواهر المرضية المحسوسة للمريض التي يمكن
 نسبتها مع التأكد لاحتمان الطحال لا للمرض الاصل في قاحتمان الطحال
 كان لا يعرف ولا يدرك لولا معرفة الطبيب بوجوده غالبا أو داء في احوال
 مرضية معالومة وان في كل حالة راهنة يبحث باللمس والقرع فيما حتى يثبت

هل هو موجود حقيقة أم لا

واحتقان الطحال الذي يظهر في أثناء سير الامراض التسممية يزول عادة بعد انتهائها سير المرض الاصلى ولا يخلفه تفسير جوهري مما في هذا العضو ويختلف الحال بالنسبة لاحتقان الطحال الذي يصاحب الحيات المتقطعة واحتقانات توارديتها واحتباسية أخرى فيما اذا اسقر هذا الاحتقان زمنا طويلا يستمر تأثير التغيرات المرضية التي أحدثته وسنذكر في المبحث الا في ان ضخامة الطحال تكون نتيجة ملازمة لاحتقانه المستمرة زمنا طويلا ومن القادر ان يؤدي احتقان الطحال الى الهلالتماعدا الاحوال التي فيها تمزق هذا العضو وهذا العارض قد شوهد بطرقه في بعض احوال الحيات المتقطعة والسيفوس والتيفويد الهبضي وحصول الموت اذ ذلك لا يكون في الطحال باعراض التزيف الباطني عقب تمزق الطحال او بعد عدة ساعات او ايام وتذرا احتقان الطحال لا يتعلق به بل بالمرض الاصلى المصاحب هو وبتفاح هذا العضو وان كان له غالباً أهمية في الطب العملي فاذالك الامن - ثمة التشخيص اذ من المعلوم ان تشخيص كثير من الامراض التسممية لاسيما التيفوس يرتكن فيه غالباً الى وجود تعدد الطحال أو عدمه وأما المبحث الطبيعي فهو الذي يستدل منه بما لا كثر على احتقان الطحال ولتذ كر فصل شرح العلامات الطبيعية لانتفاخ الطحال الاحتقاني في بعض كلمات على التشخيص الطبيعي لامراض الطحال عموماً نقول ان لطحال الذي يوازي في الحالة الطبيعية بقطره المستطيل كلاً من سير الضلع التاسع والعاشر من الجهة اليسرى يكون موضوعاً بذاته العلوي المقدم في تقعر الجنب الخارج ومغطى بالحافة السفلى من الرئة اليسرى بحيث ان الذي يمكن العثور عليه بالقرع هما الثتان السفليان الثلاثة من هذا العضو ولكن هذا الجزء من الطحال لا يمكن تحديده بحيطه بالقرع تحديداً تاماً وذلك لان الصوت الاصم المنطلق من الطحال في هذا الجزء يختلط في جزء من امتداده بالصوت الاصم للكليبة اليسرى بحيث ان الذي يمكن تحديده بالقرع تحديداً تاماً هو الثالث السفلي فقط وأما الطرف السفلي المقدم من الطحال فيكون موضوعاً عادة خلف الطرف المتقدم من الضلع الحادي

عشر وأعلى منه يقلب ولذا يقال عادة أن الطحال متزايد في الحجم حتى كانت
 الأصحية المقدمة من الطحال مجاوزة تلتط يتوههم امتداده من قفا الضلع
 الحادي عشر إلى المفصل القصي الترقوي اليساري لكن الحد المقدم لأصحية
 الطحال يكاد لا يصل عند بعض الأشخاص إلى الخط الأبطى اليسارى فبعض
 الأطباء الغير المقرنين لا يجدونها بالقرع وذلك لأنهم يسمون بعضهم عنها نحو الامام
 والوجود عند البحث عن الطحال بالقرع أن يوضع المريض ماثل إلى اليمين
 قليلا ثم يتبدأ بالبحث عن القطر العام ودى لأصحية هذا العضو في الخط
 الأبطى وتعددته وهذا القطر يختلف امتداده في الحالة الطبيعية فقد
 يكون صغيرا جدا يكاد لا يقاس وقد يكون امتداده من ٥ سنتيمترات إلى ٦
 ويعتبر الطيب في الغالب على الحد العلوى من أصحية الطحال حذاء اندعام
 الضلع الثامن وأعلى من ذلك عندما يكون الطحال متزايدا في الحجم وينبغي
 تعيين هذا الحد ابتداء فاه من النادر أن يعرض عرض عرض ذلك وبالجملة فالقاعدة
 المتبعة هو تعيين حدود الطحال على الدوام في الجهل التي يتيسر لنا فيها ذلك
 بسهولة اذ بذلك يسهل علينا تعيين الحدود الأخرى وكثيرا ما لا يتضح وقتها
 بالقرع على الطحال وجود تمدد في هذا العضو أو عدمه وذلك في الأحوال
 التي تكون فيها اتفاحه قليلا جدا وازدياد أقطار أصحيته قليلا وكذا
 في الأحوال التي فيها يكون مغطى بجزء من المعدة أو من القولون المقدرين
 تمددا طويلا بحيث انه مع عظم حجمه تظهر أصحيته متناقصة أو زائلة بالكليّة
 وكذا في الأحوال التي فيها يكون الطحال مغطى بدلا عن الأحشاء المحتوية
 على هواعبال أعضاء الخالية عنه كالمعدة الممتلئة بالطعومات والقولون
 الممتلئ بمواد ثقيلة وألفص اليسارى من الكبد المتزيد في الحجم ونحو ذلك
 وأصحية الطحال تفسر موضعها كأصحية الكبد في أثناء التنفس بحيث
 انها تنزوح إلى اسفل في مدة الشيق بضو قيراط وتعود إلى أعلى في أثناء
 الزفير التام بهذا القدر أيضا وعند الوضع على الجهة اليمنى تصير أصحية
 الطحال أكثر غورا وأقل امتدادا وإذا كان من الجيد البحث عن المريض
 في أوضاع مختلفة حتى يمكن التحقيق من تناقص أصحية الكبد وازديادها
 مع ملاحظة تعيين مدا أصحية هذا العضو في كل وضع

و بالمس يمكن بسهولة معرفة ورم الطحال المجاوز لطافة الاصلاح من الاسفل
وتمييزه عن غيره من الاورام ويندر أن يمتد ورم الطحال الحاد الذي نحن
بصدده الى تجويف البطن. رعاية ما هنالك انه يحس به عند التنفس العميق
جدا والبحث بالمس له أهمية عظيمة في تشخيص ورم الطحال المزمن الآتي
بإياه في البحث الثاني

• (المعالجة) •

استئصال الطحال يندر أن يكون موضوعا للمعالجة لا واسطية فانه يشقاه المرض
الاصلي يكاد يزول على الدوام اتساع الطحال بدون تدخل للصناعة وان بقي
اتساع الطحال الحاد في أحوال استثنائية وكان قائما بنفسه كما يشاهد ذلك
عقب بعض الحيات الآيامية ووجب استعمال الكينين بمقدار عظيم
أو الكينويدين الذي هو أقل ثمنا فانهما واسطتان نوعيتان أكيدتا التأثير
اذمن المعلوم انه بعد تعاطي محلول الكينين بقدر جرام يحصل ولا بد تناقص
في أهمية الطحال بعد عشر دقائق ويحصل كذلك تناقص في الطحال المنتفخ
بجملة من السنتيمترات في أثناء استعمال التشللل البارد طبقا للملاحظات
فلورى وقد شاهدت مسار انقباضات واضحة في الطحال عند ملامسته
للماء البارد ملامسة لا واسطية وشوهد هذا التأثير ولو بدرجة قليلة بوضع
الماء البارد على الطحال من خلال الجدر البطنية وهو اقوى عقب استعمال
التشلل البارد عند وضع المكدمات الباردة أو الايكاس الجليدية على
قسم الطحال ومع ذلك فهذا التأثير أقل ولا بد من تأثير الكينين المحدث
لانقباضات في الطحال وعلى كل حال فنضم استعمال الماء البارد سواء
كان على شكل الحمام البارد أو المثانات الجليدية أو التشللل البارد
لاستعمال الكينين في آن واحد في معالجة ورم الطحال الحاد والمزمن فان
ذلك النجس واتم من استعمال هذه الواسطة الاخيرة على حدتها واما قوة تأثير
الكهر باثبية في اورام الطحال المستقرة زمنا طويلا في الشفاء فلم يتأكد منها
بالكلية

• (البحث الثاني) •

• (في ضمامة الطحال المعروفة بالورم المزمن للطحال) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الاحوال المرضية الموجبة لضخامة الطحال لا تعتبر كالاشكال المختلفة من
 اشكال الطحال المذكورة في المبحث السابق تغيرات مرضية ابتدائية
 ذاتية بل تعتبر نتيجة عرضية لتغيرات مرضية متنوعة فحينئذ يحصر الطبيب
 عن التغير المرضي الاصلى المحدث لضخامة الطحال هو الغاية التشخيصية
 التي ينبغي التاكد منها ومن المعلوم ان بعضا من الاسباب الاصلية المؤدية
 لاحتقان الطحال يحدث أيضا ضخامة في هذا العضو وذلك فيما اذا صارت
 تلك الاسباب المرضية الاصلية مزمنة ولذا توجد أورام طحالية مزمنة
 تعتبر درجة متقدمة من الاورام الطحالية الحادة الواصلة لحالة الضخامة
 واكثر اشكال الاحتقان التواردي للطحال الذي يؤدي في الغالب لضخامة
 هذا العضو هو الاحتقان الذي يكون مرتبطا بالتسمم الآجى ولذا
 نشاهد الاورام المزمنة من الطحال ليس فيما اذا كان التسمم الآجى يسير
 بصفة الحيات المتقطعة ذات الانكسارات العديدة فقط بل كذلك فيما اذا نتج
 عن تأخير هذا التسمم حيات متردة او متوالية من مزمنة بدون ان يفتوب
 حية فانه في الحال المتسلطنة فيها التصاعدات الآجامية تسلطنا وطنيا
 يوجد عدد عظيم من الاشخاص معترتهم ورم الطحال المزمن العظيم الحجم
 جدا

ومن النادر جدا أنه يستمر اتساع الطحال على شكل ورم مزمن في هذا العضو
 عقب امراض تسممية اتشارية أخرى كالتيفوس والحجى التيفوسية ذات
 النكسة والداء الزهري البني وقد تؤدي الاحتقانات الاحتمالية للطحال
 الناتجة عن عوائق دورية الى ضخامة مستمرة في هذا العضو وذلك يقال
 على الخصوص بالنسبة للاحتقان الاحتمالي في هذا العضو المتعلق بمرض
 في الكبد أو في الوريد الباب أو المتعلق بمرض مزمن في القلب أو في الرئتين
 وهذا أندر من السابق وجميع أورام الطحال المزمنة المذكورة (ماعدا
 الاشجة عن التسمم الآجى) تصل عادة الى حجم متوسط وأما ورم الطحال
 المزمن الذي يصاحب الليكيميا الصادق والكاذب فيسبب عند شرح هذين
 المرضين في آخر هذا الفصل

• (الصقات المثريضة) •

الأورام الطعالية المزمنة السابقة المذكورة تختلف صفاتها على حسب كون العناصر المتزايدة من الجوهر اللبي للطحال أو الجوهر الخلاوي أي الضاء لعناصره أو كون التزايد فيها معاً على حد سواء ففي الحالة الأولى أعني عند تزايد أخلية الطحال وكثرة تراكمها يكون قوام هذا العضو قليل التزايد وسطح شقه يظهر لونه اعتيادياً إما أسوداً أو أحمر داكاً بحسب درجة كثرة الدم فيه وقلته وأما تزايد حجمه ووزنه فقد يكون عظيماً جداً لا سيما في أورام الطحال الليكيمي الذي هو من هذا القبيل فإنه يمكن أن يصل إلى حجم ووزن عظيمين جداً (فيكون طوله من ٢٠ إلى ٣٠ سنتيمتراً ووزنه من ٦ أرطال إلى ١٢ رطلاً)

وأما في الأحوال ضمائية الجوهر الضام الخلاوي فإن قوام هذا العضو يكون متزايداً جداً ملياً ويظهر الجوهر اللبي التبيس على سطح الشق ذاتية لحمية عضلية ويمتد فيه الجوهر الخلاوي بل هيئة حواجز بيضاء متكاثفة ونوع ضمامة الطحال الناشئة عن تجمع الأجسام تظهر غالباً لونها أسود سحبابياً أو ترائياً بل مسوداً عقب تراكم أخلية بجمته في جوهر هذا العضو تتكون تارة سائبة وتارة منحصرة في أخلية وسنذكر ذلك عند شرح الميلانيمي ومحفظة الطحال الواقعة في الضمامة تكون متكاثفة متببسة بسبب ما يعتري غشاه المصلي من الالتهاب اللطفي ولا يندر التصاقها بما جاورها من الأعضاء وقد يوجد في أورام الطحال التي من هذا القبيل بورات دموية اسفنجية الشكل مطابقة لما سبذكر في مبحث السدد الدموية المتكثبة لهذا العضو

• (الاعراض والسير) •

قد استنتج من بعض الأحوال أن ضمامة الطحال قد تستمر زماناً طويلاً بدون اضطراب عقلم في الصحة العامة عقب انقضاء التغيير المرضي الأجسامي الأصلي التي تعبت هي عنه ومثمل هذه الأحوال يستدل منها ما على أن الطحال المتزايد في الحجم يمكن انتمام وظائفه وأن غيره من الأعضاء يعمل بحسبه والذي يرتكن إليه في القول الأخير هو الأمر المعلوم من أن بعض الكلاب الذي

استوصل الطحال منه قد يبقى زمانا طويلا حافظا لخاصة التغذية عامة جيدة
ويتناول الى غير ذلك ومع هذا ففي معظم الاحوال تشاهد اضطرابات
نسبة عامة مهمة عند وجود التضامة الطحالية المذكورة ولو ان تلك
الاضطرابات يمكن نسبتها بدون واسطة للمرض الاصلى الذى نشأ عن ورم
الطحال لكن لا يشكر ان درجة تلك الاضطرابات العامة تتعلق ولا يعتمد
ورم الطحال وطول مكثه فان معظم المرضى المعتر بهم ورم عظيم فى الطحال
من منذ زمن طويل يظهر فى حالة انيميا فاقدين لقواهم ويكسب الجلد
عندهم لونا أصفر شاميا ودا كاعتاد الاشخاص العمر (المعروفة بهيئة
التصلب) وكل من الشفتين والاعنسية القاطية يظهر باهتا خاليا عن الدم
ويوجد عندهم ضيق فى النفس بسبب التناقص العظيم فى كرات الدم الحمراء
حيث يحصل عندهم ضيق فى النفس عند الاحتياج لمرعة التنفس عقب
المجهودات الجسمية وكذا التغذية جدران الاوعية الشعرية قد يعثرهم تغير عقب
فقر الدم يحصل فيها هشاشة مرضية ويسهل تمزقها وخروج الدم منها اعنى
سوء القنية الدموى قطرا انزفة شعرية بدون اسباب مدركة لاسيما التزيف
الائى أى الرعاف والتزيف الجلسمى اى الفم وليس لقول المعلوم من ان
الرعاف عند المسايين بامراض فى الطحال يحصل من طاقة الاتق اليسرى
ادنى صحة والانزفة المعدية والمعوية ان ظهرت تبقى الالتفات الى كونها
لا تحصل فقط من سوء القنية الدموى بل من احتباس دموى مختليكى فى الوريد
الباب متعلق بالمرض الاصلى وكل من الانيميا والايدريما يرتقى فى الدرجة متى
تقدم هذا المرض الى أن يظهر سوء القنية الاستسقاءى فحصل الاوذيا
فى الاطراف السفلى ابتداء ثم الاستسقاء اللجمى فى الاحوال الثقيلة

والبحث الطبيعى يستدل منه فى احوال أورام الطحال المزمنة على علامات
شخصية كثيرة زياتة عما يستدل منه فى اورام الطحال الحادة فان الاخرة
بسبب قلة ازدياد حجم الطحال فيها غالبا لا يستدل عليها الا بواسطة القرع
لا يمكن العثور عليها جيد بواسطة الجس بخلاف الاولى فلكون الطحال
فيها يعظم حجمه جدا يكون بارزا اسفل قوس الضلع اليسارى بجزءه السفلى
تكون ولا بد واضحة عند الجس بحيث يكاد لا يشك فى تشخيصها وزيادة

عن ذلك فالطحال الواقع في الضخامة لا يتغير شكله تقريبا ويبدو بقبضته
العظيم عند الجلس تسهل معرفة ما بالكلية فلا يحس في كثير من الاحوال
بالطرف السفلي من الطحال الذي يكون حافظا لاتجاهه الى اسفل والانسية
تكون الخط المتوسط من البطن فقط بل يحس كذلك بطرفه السفلي سيما الحافة
المقدمة الحادة مع الميازيب الموجودة فيه وهذه الميازيب تعظم عند
ما يعظم حجم الطحال وتسير كثيرة الوضوح وعند وجود دجلة منها وكان بين كل
اثنتين منهما فصوص مستديرة وبما يغيب الحال على الطبيب غير المتقرب فيظن
بان هنالك ورم ما خيئا .

والاورام الطحالية العظيمة يمكن أن ينتج عنها تضرب عظيم في الجهة اليسرى
من البطن بقرب الارتفاق العاني من الاسفل الى نحو المسافة الضلعية
السادسة او السابعة من الاعلى وان انضم اليها تضرب الجنب بواسطة
القرع وجدان الجزء الممكن الوصول اليه من الطحال بالجلس يقابل جزء
آخر أصم عند القرع خلف جدار الاضلاع وهذان الجزآن يكونان اشكل
بعضاوي عظيم وحركات ورم الطحال الناشئة عن حركة اطباق الحاجر
يمكن أن ينتج عنها في بعض الاحوال اغط يحس ويسمع
وورم الطحال المزمن لا يكون مؤلما مادامت محفظته البريتونية غير ملتهبة بل
ويكون قليل الحساسية عند الضغط عليه ومع ذلك فقد يكون متعبا بشقله
العظيم فيعذر على المريض النوم على الجهة اليمنى كما انه يارتقاعه الى أعلى
ودفعه للعجاب الحاجر يحدث عسر في التنفس وسعال
(الحكم على العاقبة والمعالجة) .

المهكم على عاقبة ضخامة الطحال يتعلق من جهة بقابلية شفاء المرض
الاصلي ومن هذا القبيل ضخامة الطحال الناتجة عن التسمم الالجابي او
الزهري ومن جهة أخرى يتعلق بعظم الورم وطول مدته فان الاورام المزمنة
العظيمة الحجم جدا من الطحال لا يتعشم بشفاؤها تماما والذي يتعشم
بشفاؤه هي الاورام الطحالية الصغيرة الغير المزمنة جدا ومع ذلك فقد ذكر
(جبر) انه شاهد شفاؤها تماما في بعض الاحوال التي كان وصل الطحال فيها
الى حجم يفوق عن حجمه الطبيعي باربع مرات أو ستة بالاقل وكان واصلا الى

السرة تقريرا ومع وجود ورم الطحال واستقراره لامانع من استقرار الحياة
بجمله سنين

ثم ان شفاء المرض الاصلى الناتج عنه ورم الطحال هو الدلالة الايتدائية
لمعالجة هذا المرض في الاحوال التي فيها يكون ورم الطحال ناتجا عن التسعم
الاجامى ينبغى تغيير محل الإقامة واستعمال المركبات الكينية سيما الكينين
اذ ذلك يتحصل على النجاح انما يندى للمرضى عند الرجوع بسرعة الى
الاماكن الاجامية واستعمال المركبات الكينية زمانا طويلا مع الاستقرار
بل وفي احوال ضخامة الطحال المزمنة جدا يجوز استعمال هذه المركبات
الكينية وفي الاحوال التي فيها لا يثمر الكينين بانفراده يتحصل على نجاح
منه بانضمامه الى كبريتورالاتيون الذهبي بمقدار يزد فيه من شيا
فشيا (بان يعطى من كل منهما من نصف حبة الى ثلاث حبات ثلاث مرات
او اربعا كل يوم ~~سك~~ ماد كره يجبر) واما ورم الطحال المزمن الناتج عن
الليكميا الحقيقية والكاذبة وعن انسداد الوريد الباب وسيروز الكبد
والامراض الثقيلة للرتسين والقلب فليس للصناعة فيها غالب نجاح
كلامراض الاصلية المتعلقة هي بها

ومن المستعمل بكثرة في معالجة الاورام الطعالية المزمنة اليودسجما على
شكل المياه المعدنية اليودية (عند الاشخاص الغير المتقدمين في التهوكة)
ويودور الحديد والحديد الذي له تأثير واضح عند اتضاح ظواهر الانيميا واما
حبة ملح النوشادر الحديدى المستعمل بكثرة فبحاجة غير مثبتة والاجود
في الاستعمال والموصى به بكثرة هو استعمال المركبات الكينية والحديدية
في آن واحد والواقى في ذلك استعمال الحديد على شكل مياه الحديد في بعض
البقاع او الحمامات الحديدية في ثناء الفصل الجيد من السنة وعند الاشخاص
الاقوياء يمكن استعمال شرب المياه السوداء المحتوية على ملح الطعام او ملح
جلاوير والاستحمام بها ومن المشهور في ذلك الاستحمام بالمياه القلوية
الحديدية الموجودة في ماريه باد وقرانسباد وتياقس ونحو ذلك
واما ما يخص المعالجة الموضعية لورم الطحال فقد استتج من تجارب المعلم
(بودكين) انه باستعمال الكهر بائية يمكن الحصول على تصغير حجمه ولو كان

ورم هذا العضو واصلا لهم عظيم واستعمال الكهر باثية بقصد ذلك يكون
بتسليط التيار الكهر بائي المتقطع على قسم الطحال في انبعاثات مختلفة من
خمس دقائق الى خمس عشرة دقيقة بل يمكن معرفة التأثير الكهر بائي
المنقص لورم الطحال بالبحث بواسطة القرع والمقارنة قبل تأثيره وبعده
وأما الاستعمال الموضعي للماء البارد في انتفاخ الطحال فتعد في البحث
السابق

• (المبحث الثالث) •

• (في الاستعمال التشويية للطحال المعروفة بالطحال الدهني) •

يراجع بالنسبة لاسباب الاستعمال التشويية وطبيعتها ما ذكرناه من البيان
في بحث الاستعمال التشويية للكبد عن التكرار
الاستعمال التشويية للطحال يتبدأ كافي فيرم هذا العضو من الاعضاء من
الشرايين والاورعية الشعريية الرفيعة ثم تتسدى الى العناصر الثلاثة
العويصلات المليحية واب هذا العضو وقد تكون حويصلات الطحال
هي المكابدة للاستعمال المرضية بانفرادها وتظهر حينئذ في الطحال
القلييل التزايد في الحجم على هيئة جسميات من حجم حب الدخن الى حب
الزهر فالج ذات لون سنجابي شفاف شبيهة بالساجو المطبوخ (وهذا هو
المسمى بالطحال الساجي) وان كانت هذه الاستعمال معتمدة على الطحال بتمامه
استكتب هذا العضو في الاحوال المتقدمة الواضحة حجما عظيما جدا
كافي احوال الضخامة المذكورة في المبحث السابق وحينئذ تكون الحافة
المقدمة القاطعة من الطحال مستديرة وقوامه يكون يابساصلبا وسطح
شقه أملس مستويا اذا المعان شبيه بالمعان الدهن ولونه اكن أو احمر قاني
بل احمر سنجابي والاورعية الطيمالية كافي أوعية الجسم محتوية على دم قليل
الاحرار مانع

وفي احوال الاستعمال التشويية من الطحال تكون المرضى انبواوية كثيرا
او قليلا وواقعة في حالة نبهوكه ويحصل هنا أيضا كافي احوال الضخامة
البسيطة أنزفة من الانف وكدم واستسقاء ومع ذلك في هذا الشكل
من ورم الطحال يزاد عسر توجيه تعلق هذه الاعراض باستعمال الطحال

أو عدمه فإنه في مثل هذه الأحوال يوجد غالباً زيادة عن المرض الأصلي
استحالات تشوية في غير هذا العضو من الأعضاء كالكبدة والكليتين والمعدة
وغیر ذلك ومثل هذه التغيرات لا ينبغي ولا بد اعتبارها عند الحكم على
امراض النوردة

ثم إن البحث الطبيعي خصوصاً بواسطة الجس يتضح به وجود مرض في
الطحال متفاوت العظم كاذكر في البحث السابق والاستدلال على أن ورم
الطحال ناتج عن الاستحالة التشوية وليس عن تضامة هذا العضو لا يتيسر
إلا في الأحوال النادرة التي فيها لا يكون الكبدة معترية الاستحالة التشوية
أيضاً وواضحة قبل علاماتها والتي في الأوجده مرض من الأمراض الأصلية
التي تنشأ عنها الاستحالة التشوية

وأما ما يقال بالنسبة للحكم على عاقبة الاستحالة التشوية للطحال ومعالجتها
فهو عين ما قيل في بحث الاستحالة التشوية

• (البحث الرابع) •

• (في السدد الدموية للطحال والطحال) •

• (كيفية الظهور والأسباب) •

السدد الدموية للطحال تحصل فيه أكثر من باقي الأعضاء مع عدا
الكليتين وهي تنشأ في معظم الأحوال بلا شك عن انسداد بعض الشرايين
المغسرة بواسطة السدد السائرة السائجة في الدم وهذه السدد تنشأ غالباً من
القلب الأيسر وتكون عبارة عن تجمعات دموية أو تجمعات فطرية
صمامية أو بقايا الترسبات المتقرحة المتدفعة بواسطة التيار الدموي فان
من النواذر العظيمة أن لا يوجد في الطحال سدد دموية حديثة أو قديمة
في جثة الهالكين يعيوب في الصمامات مع بروزات أو تمزق فيها أو في الأعددة
اللحمية من القلب ويندر أن تكون السدد السائرة ناشئة عن أوروزما
الأورطي أو عن يورات متتمة رزفة في الرئتين بعد مرورها من الأوردة
الرئوية والقلب الأيسر قبل وصولها إلى الأورطي والشريان الطحالي ومن
الجانز أن يكون ينبوع السدد السائرة من الجموع الوريدية الدائرية أو
البوابية وحينئذ يشترط أن تكون قد مرت في هذه الحالة من الأوعية

الشعرية الرئوية والكبدية فإنه ليس من المعالوم وجود بورات انتقالية فقط في الرئتين بل وفي الطحال والكليتين وغيرهما من الاعضاء في احوال التسمم الصديدي للدم بواسطة تقصات دائرية كما انه يوجد في احوال الالتهاب الوريدي البوابي تغيرات التهابية ليست فقط في الكبد بل وبمعيداعن هذا العضو

وعلة كون التغيرات الانتقالية في الطحال وغيره من بعض الاعضاء لا تحصل وتقتضي بدون احداث اضطرابات تزول بسهولة كما يحصل ذلك في غير هذا العضو من أعضاء الجسم توجسه بأن كل فرع من فروع الشريان الطحالي له دائرة توزيع وانتشار مخصوصة بدون أن ينتهي بشبكة وعائية شعرية ويتعمق بغيره من الشرايين الجوارقة ففروع الشريان الطحالي عبارة عن اثمات شريانية (كما ذكره كونهاين) فالانسداد الصديدي لاحد الفروع الشريانية يحدث ولا بد في الجوهر المتوزع فيه هذا الشريان تراكم دمويا محدودا يعقبه نزيف فيه وهي السدة الدموية وتراجع كيفية حصول السدد الدموية منها للتكرار فيما تقدم

ثم انه يشاهد في الحالة التي فيها لا تؤثر السدد الدموية السيارة السليمة في الطحال أو غيره من الاعضاء تأثيرا ميضيئيا فقط بل تؤثر كذلك بخواصها الكيماوية التسممية كالسدد السيارة الناشئة عن تعقدات دموية مفسدة أو من بورات صديدية أو قضيحية حصول التهاب مفسد عتد بسرعة الى الاجزاء المحيطة به بواسطة التهيج الناتج عنها فيؤدي ذلك الى تكون قيح او صديد مع فساد جوهرى في المنسوج المعبر عنها بانخرابات الانتقالية

وقد تحصل السدد الدموية في الطحال حصولا استثنائيا في اشماسير بعض الامراض التي لا تؤدي الا لاحترقات تابعة في هذا العضو وتوجد هذه السدد الدموية في احوال التسمم الاجسامي والتهفوس وبعض الامراض الطيفية الحادة وغير ذلك وقد وجد باشكويديس عند قطعه لبعض الفروع العصبية الطحالية سدد دموية في اجزاء هذا العضو الموازية لتلك الاعصاب وفي مثل هذه الاحوال تكون السدة الوعائية الثابتة هي التي احدثت السدة الدموية في الطحال عقب عسر الدورة الوعائية وبطئها

وقد ينشأ الالتهاب الطعالي التالي عقب التهيح الممتد الى هذا العضو من
 تغيرات مرضية مجاورة كسرطان المعدة وترسبها والنضح البريتوني
 الالتهابي المتكيس اذ بذلك يحصل الالتهاب ابتداء الى محفظة الطحال ثم يمتد
 من هذا الى جوهر هذا العضو وأما الطحال فله ميل قليل للالتهاب الذاتي
 فالالتهاب الطعالي الاولي الناتج عن أسباب غير معروفة يهدم من النواذر
 العظيمة بل والمؤثرات الجرحية الواقعة على قسم الطحال تكون مهلكة
 للمرضى بجروح الطحال أو غزقه أو النزيف البطني أكثر من كونها تصدث
 التهاب الطحال وتقصه التالي

• (الصفات التشريحية) •

السدد الدموية للطحال تطهر عادة بشكل اسفني تقريباً قاعدة منجهة نحو
 دائرة الطحال ملاسة لمحفظته غالباً وقته منجهة نحو قرحة هذا العضو ومن
 هذا الشكل ومن تعدد السدة الدموية تحديداً وخصواً وامتدادها يتضح
 انها أصيرة على فرع شرياني وامتداد السدة الدموية الطعالية يختلف
 باختلاف عظم الشريان المصاب وقد لا توجد الا سدة واحدة وقد تتعدد
 وتختلط ببعضها غالباً والمنسوج المنسكب فيه الدم يظهر ذالون قائم أو احمر
 مسود متيبساً منسجماً وباقي جوهر الطحال يسكون محققاً احتقاناً
 متفاوت الدرجة والطبقة المصلية المغطية تكون ملتصقة في الجزء المجاور
 للسدة الدموية وتبعد اسقراً هذه البورة الدموية زماناً ولا يتغير لونهما من
 المركز بسبب مكابدة الجواهر اللينى للاستحالة الشهوية واستحالة المادة
 الملوثة للدم الى مادة ايجاتودينية حبيبية متباورة وفي الاحوال الجسدة قد
 تنص المادة المائعة فيخلقها ندية منسدملة بجمنتية ينتج عنها التبعاج واضح
 في السطح الظاهر من الطحال وقد يحصل تنكز في البورة مع استحالة جينية
 أو استحالة كلسية تابعة

وأما البورات الصديدية الالتهابية للطحال فوجودها نادر (يقطع التقار
 عن التجمعات الصديدية الالتهابية التي ليس لها أهمية كالفسيكية عملية
 عماسية بسبب السير السريع القتال من المرض الاصل) والسدد الدموية
 الطعالية ليس لها ميل عظيم للانتها بالتهيج ولذا ان خراجات الطحال

الحقيقية لا تشاهد الا عقب الاصابات الجرحية بندرة وعقب امتداد
 التهييج من مرض مجاور للطحال الى جوهر هذا العضو او انتهاء للالتهاب
 الطحال غير المعروف السبب في بعض الاحوال والتغيرات الالتهابية التي
 تسبق تكون الخراج في احوال التهاب الطحال التقصي غير معروفة لنا
 معرفة تامة فقد وجدت خراجات طحالية قديمة متكيسة في مسوج ابني
 وفي العادة تمتد تلك الخراجات وفي مثل هذه الحالة يمكن أن يتلاشى جميع
 مسوج الطحال الى المحفظة الطحالية فتتعدد عددا عظيما جدا على شكل
 جيب عملي بمواد صلبة وحيث يمكن أن تمزق المحفظة هذا العضو فيصل
 متصل الخراج الى تجويف البطن أو الى باطن أحد الاعضاء الحشوية ان
 كان غمد الطحال ملتصقا بما حوله قبل التمزق وقد ذكرت احوال فيها
 انسكب خراج الطحال في المسدنة والقولون وتجويف البليورا من خلال
 الحجاب الحاجز أو وصل الى الخارج بعد انثقاب جدار البطن
 وفي الاحوال النادرة قد يضمحل خراج الطحال عقب تكاثف متصله
 واسماته الى مادة طباشيرية أو عقب انقباض محفظته أو استقراره الى
 الخارج

• (الاعراض والسير) •

السدد الدموية الطحالية لا تعرف في كثير من الاحوال الا عند البحث عن
 الحثة فان السدد الدموية الصغيرة لا ينتج عنها عادة ألم ولا ازدياد مدرل في حجم
 الطحال ومن جهة أخرى توجد احوال فيها يشاهد كلالا العرضين المذكورين
 وهما الألم في قسم الطحال والاتفاخ الواضح في هذا العضو ولكن الظواهر
 المرضية المصاحبة لذلك في الحالة الراهنة لا تسع بالتأكيدها ان كانت تلك
 الظواهر ناتجة عن السدة الدموية الطحالية أو عن مجرد احتقان الطحال
 وذلك متى كان المرض الاصل من جهة الامراض التسممية التي يشاهد فيها
 كلالا هذين التفسيرين فلا يصل التشخيص الى درجة من التأكيد الا
 في الاحوال التي فيها يوجد بجوار الاعراض المرضية المذكورة مرض اصلي
 ينتج عنه غالباً سدد سيارة في الشرايين الدائرية فان شوهه مرض مصاب
 بهيب في احد العظام القلبية أو بالتهاب حديث في الغشاء الباطن من

القلب واشتكى هذا المريض بثقل أو ألم في المراق الأيسر يزداد عند الضغط
 وانضم لذلك في وجود عند البحث الطبيعي تزايد في حجم الطحال لم يكن
 موجوداً من قبل بقليل وجب تشخيص سددة موية طبعالية والالام تنبع من
 الالتهاب البر يتولى الجزئي المضاعف لهذه السددة والتي ظاهرة عرضية
 وعظم الطحال ينتج عن الاحتقان التواردي لهذا العضو ويكتسب
 التشخيص تأكيداً عظيماً ان وجدت سددة سيارة في أعضاء أخرى
 كالكلبتين والدماع والشريان المركزي الشبكي والأطراف وأمام معرفة
 الخراجات الاتقالية لهذا العضو والمصاحبة للتسمم السديدي من الدم فقير
 أكيدة فان كلاماً من ازيد حساسية قسم الطحال واتفاخه اللذين
 يشاهدان في أحوال البيهيا يمكن نسبتهم مجرداً احتقان هذا العضو
 وأغلب الخراجات الطبعالية الذاتية التي شرحت كان سيرها كما ناقم تعرف
 مدة الحياة فان كلاماً من القشعريرة وحى الدم وتغير لون السحنة المنوكة
 والحفاة السريعة والنواهر الاستساقية وان دل على مرض ثقيل الا ان
 طبيعة هذا المرض بقيت غالباً مجهولة وفي الاحوال التي فيها انضم لتلك
 النواهر آلام في المراق الأيسر وازدياد ملحوظ في حجم الطحال جاز فيها فعمل
 التشخيص مع التقريب وانما في الاحوال النادرة أمكن التشخيص فيها مع
 التأكيد عند وجود التمزج الواضح بل وفي مثل هذه الاحوال ينبغي انما التنبه
 على أن كل بورة سديدية في قسم الطحال لا يكون دائماً منشؤها هذا العضو
 ثم ان انتقلت محفظة الطحال من الخراج وانسكب محتواه في تجويف البطن
 ظهرت اعراض الالتهاب البر يتولى المنتشروان كان الانسكاب في مسافة
 متكبسة من تجويف البطن ظهرت اعراض الالتهاب البر يتولى المهمدود
 وانسكب محتواه في المعدة والقولون المستعرض واستقرخ الصديد المختلط
 بالدم اما بالتقايؤ أو بالتبرؤان حصل التثقب في تجويف البليورا والرئة أو
 الى الخارج شوهت نواهر مشابهة لما ينشأ عن تثقب خراجات الكبد نحو
 هذه الاتجاهات

• (المعالجة) •

المناحة الطبية ليس لها قدرة على مضاربة السددة الدموية الطبعالية والالتهاب

الطعمالي التقصي فنقتصر على مقاومة الاعراض القوية بواسطة المعالجة
التسكينية فعند وجود آلام شديدة نستعمل الاستقرامات الدموية
الموضعية والضمادات وعند وجود التي العرضي تعطى القلوبات الكربونية
أو الفوق كربونية وان اشتد وصار متعبا استعملت المخدرات والخرابات
ذات الفوج ينبغي قصها بسرعة مع الاحتياطات التي ذكرت عند فتح خراجات
الكبد

• (المبحث الخامس) •

• (في تدور الطعمال وتسرطنه والايكاس الايكينو كوكية) •

تدور الطعمال يحصل اما حصولا تابعا للدور المشفى على شكل درن دسقى
كثيرى لون سباني وتارة على شكل الارتشاح البيني وتدور الاجرية المعوية
والعقد المسارية على شكل بجمعات درنية تدور ان تصلى الى عظم القندقة
ومن النادر ان تتلاتى وتسكون كهوفا وتدور الطعمال لا يمكن معرفته مدة
الطاعة ولذا لا يسوغ الكلام على معالجه

وكذا سرطان الطعمال يندرمشاهدته ويظهر ان شكل السرطان الضاهى
هو الوحيد الذى يظهر في هذا العضو وجميع الاحوال التي ذكرتها من
سرطان الطعمال كان طروره ايسر اوليا بل انضم لسرطان المعدة والكبد
أو العقد الليمفاوية خليف البريتون وقد يكتب الطعمال شكلا ذا قهديات
بواسطة التولدات السرطانية العظيمة

وحيث ان سرطان الطعمال من النوادر العظيمة فعند الاستدلال على اى ورم
طعمالى لانوجه فكرنا الى هذا المرض الابدخارج باقى اورام هذا العضو
فلا يشخص سرطان الطعمال الا متى لم يحفظ ورم هذا العضو الشكل الخاص
به وكان كونه الصديبات في سطحه الظاهر وأمكن مع ذلك وجود سرطان في
المعدة أو الكبد

وأما الاورام الايكينو كوكية فيندرمشاهدتها في الطعمال أيضا بعظم
متفاوت وتكاد تحصل في هذا العضو على الدورام عند وجود ما يماثلها
في الكبد ولا يمكن معرفتها مدة الحياة الا عند وجود بروزات كرية فيها جميع
أوصاف الاورام الايكينو كوكية مع ازدياد حجم الطعمال

• (المبحث السادس) •

• (في تحول الطحال واتقائه) •

الطحال كغيره من الاعضاء الحشوية بلوهربية فيسهل للتحول وحصول ذلك ليس فقط بتحوله بواسطة الضغط الواقع عليه من الحجاب الحاجز المتدفع الى أسفل اندفاعا غير طبيعي أو بواسطة أورام ضاغطة عليه من الأعلى الى الأعلى أو التجمع الغازي أو الاستلقاء الرقيق بل ان هذا العضو في بعض الاحوال يظهر فيه تحول واختلاف وضع غير طبيعيين وذلك لانه لم يكن متبعا تليا جسيما ايا ربطة البريتون (وهي الرباط الحجابي الحائري والمعدي الطعالي المعلق بهما والرباط القولوني الطعالي المستند به) وعقب استطالة تلك الاربطة استطالة خلقية أو ناعجة من الجذب العقيم الواقع عليه او في مثل هذه الاحوال يسقط الطحال الى أسفل في تجويف البطن وذلك يحصل بالاكثر متى اعترى هذا العضو ازدياد في حجمه ووزنه كوروم الطحال المزمن الناتج عن الحيات المتقطعة ومن المستغرب ان جميع احوال تحول الطحال التي شوهدت تقتصر بالنساء لا بالذكور وقد ظهر في بعض الاحوال ان اختلاف وضع الطحال نتج عن شدة المشاق الجسمية

ثم انه في الاحوال النخية يصحكون الطحال ساقطاً الى أسفل ويجاوزا لطافة الاضلاع بقليل بحيث انه يزيد وقتياً عند الضغط القليل عليه مع الوضع الملائق للجسم والاحوال المتقدمة من الطحال المنتقل شرحها (روكتنسكي) بالكييفية الاتمية وهي ان الطحال يكون موضوعاً غالباً في القسم الخرفي اليساري وقد يكون في اليميني منه وتكون فرجه متجهة الى أعلى ومثبنا بعنق متكون من الرباط المعدي الطعالي المتخذب المتباعدة ثباته عن بعضها والبنكرياس والاورعة الطعالية ويكون الطحال مع ذلك ملتوي على محوره العرضي بوجه مرات كما يتضح ذلك من التواء العنق المعلق هوبه ويظهر ان تلك الالتواءات تبدى بتفرق اتصال في الرباط الحجابي الحائري الطعالي وانقلاب هذا العضو الى الامام والطحال المتحول بهذه الكيفية يكاد التصاقات غشائية عديدة مع ما يحيط به من الاجزاء في محل تحوله وزيادة عن ذلك تعتريه تغيرات تنسب لاضمحلال الاوعية المتجدبة

المتوية فيحصل فيه انكماش أرضه ورولا يتدر أن يحمل المريض تحول
 لطوال زمان طويلا بل طول الحياة عقب ضمور هذا العضو لكن هذا
 التحول في بعض الاحوال قد يصير فيما بعد قنالا وذلك بواسطة التجذبات
 المعدة وعروق الدورة في أوعيتها المتجذبة المتتوية فيحصل في قاعها تغنغرويهين
 على ذلك أيضا ثمرد المعدة لتخرج عن التجذبات البنكرياس وتحوله الى نحو
 الجزء السفلي المستعرض من الاثني عشرى وضغطه على الجيبس الوعائى
 الناقذ في فرجة الطحال فلا يمر الدم منه

ثم ان تشخيص تحول الطحال ليس فيه أدنى صعوبة فينبقى أهمية الطحال من
 محلها وان لم يدل على تحول هذا العضو بزوال ولا بد التغييب والتكثف عند وجود
 ورم في تجويف البطن يتضح فيه باللمس شكل الطحال وتزايد حجمه
 والعالجة في مثل هذه الاحوال ليس فيها ما يرب سوى حفظ هذا العضو برباط
 يطفى من الارتباط المرنة وذلك لمنع التجذبات عنقه ومفظه من الحركة وعند
 وجود تزايد حجم هذا العضو يستعمل المعالجة اللائقة بطبيعة ذلك

• (تذليل لامراض الطحال) •

• (المبحث الاول) •

• (في الكيمياء الطبيعية والكيمياء الكافية أى الدمذى اللون

الابيض أو ذى الكرات البيضاء) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

ازياد بلسميات الدموية العديعة اللون أو البيضاء ازديادا رقيقا يحصل
 في عدة من التغييرات الصحية والمرضية كما يحصل في أثناء الهضم والحمل
 وبعض الامراض الالتهابية والفقر الدموى العظيم وهو ذلك لكن
 اختلاف حالة الدم المذكورة وندبة أجزائه اضمحلالا تكون مرضا
 فاعلم انفسه كاختلاف كمية الكرات الحمراء لدم كثرة رقلة بل ان ذلك يفتج عن
 احمر لثلاثة

وعكس ذلك يقال بالنسبة للكيمياء فانه في هذا المرض المهم الذي يمكن التعبير
 عنه تبعه الله لم (دريجوف) بانه تغير في تركيب جوهر الدم متى اعتبرنا
 الدائل من رجاء من حالة المنسوجات يحصل تكون مستمر في بلسميات البيضة

أو العديعة اللون للدم بدلا عن الكرات الدموية المبرج حيث ان هذه الاخيرة
تتناقص وأما الاولى فان عددها يزداد وأول من عبر عن الخلايا العديعة اللون
الموجودة في دم الانثى اص المصاين بهذا المرض بأنها جسيمات دموية
يضاه حقيقة هو الملم (ورجرف) الذي اتخذها معارفه من هذا القبيل
اساسا لشرحت في هذا المرض بخلاف كل من الملم (بونيت وشنو وندارو)
فانهم من قبله اعتبروها جسيمات صديدية وزيادة على ذلك فقد برهن النهر
(ورجرف) على ان الصفة الليكيمياية يمكن أن تكون متعلقة بتغير في
الطحال كما تكون متعلقة بتغير في الغدد اللينفاوية ولذا عجز له هذا
المرض شكلان احدهما الشكل الطحالي والثاني الشكل اللينفاوي
والتغيرات التي تعترض كلا من الطحال والغدد اللينفاوية والاعرابة
اللينفاوية عند المصاين بالليكميا عبارة عن ازدياد في العناصر اللينفاوية
المكونة للطحال أو المماثلة لبرالات الغدد اللينفاوية وحسب انه يوجد
الدم في هذا المرض مشحونا بالعناصر اللينفاوية المذكورة التي ينتج من
تراكمها في الطحال والغدد اللينفاوية اتقاخ هذه الاعضاء فمن الواضح
البيان ان الاورام الليكيمياية تنشأ عن ازدياد في تكون العناصر اللينفاوية
لا عن احتباسها فيها فقط

وقد أجاد الملم (لين) في العصار السجيد في تبيينه على ان الضاع العظيم في
مدخل في تكوين الدم بمعنى انه ينشأ منه خلايا عديعة اللون قابلة للانقباض
تطابق بالكلية بالجسيمات اللينفاوية لتسهيل تاريها الى جسيمات دموية
جرامو بران على انه يوجد زيادة عن الشكاين المذكورين من الدم اللينفاوي
وهذا الشكل الطحالي واللينفاوي شكل ثالث وهو الشكل الخاضع واللينفاوي
الآن على ان هذه الاشكال المختلفة من الليكميا تتكون من اربعة اشكال
بجانب وجود شكل طحالي اربعة اشكال لينفاوي تسمى بـ (س) و (ب) و (ج) و (د)
وجود الشكاين كما ان الشكل الفه هي لم يكن يشاهد على ان زيادة في
هذا بل مرتبط بها

وفي بعض احوال من هذا المرض التي يسمونها كل من (ج) و (د) و (ب) و (س)
و يوجد مرض اخر غيرهم كانوا تكوّن اعضاء اخرى مما يسمونها (ب) و (ج) و (د) و (س)

في بورات محدودة كالكبد والكليتين والغشاء المخاطي المعوي والبلديورا بحيث لا يكون الحال مقتصر في مثل هذه الاحوال كما قاله (ورجوف) على سوء اختلاط ايتناوى فقط بل ايضا على دياتيز ايتناوى الحسنة وقيسة ايتناوى

ثم ان اسباب اليكيميا غير واذمة لناو يظهر في بعض الاعضاء من هذا المرض متعلق بجسيمات متقطعة مزمنة وبالداء الزهري البني وموثرات جرحية كما يكون منة لمتاعندا النساء باضطرابات تقاسية او حمضية لكنه في احوال عديدة لم يتيسر للوقوف على حقيقة السبب الاصلى لهذا المرض ويظهر ان الحارمان والمثاق الجسمية والعقلية تعين على حصول هذا المرض فان اكثر احواله المعروفة وشوهت عند الفقراء المحرومين وهذا المرض النادر الحصول يصيب على الخصوص الذكور وتقل مشاهدته عند النساء ويحصل في كل طور من الحياة لكن أكثر وجوده في الطور المتوسط من الحياة

(الصفات التشريحية)

نسبة الجسيمات الدموية البيضاء في الدم وهو على حالته الطبيعية أكثراته الحمر كواحد على المائة وخمسين بخلاف ما في اليكيميا فان عند الاولى قد يزايد ترابدا عظيما جدا والثانية يتناقص تنافسا عظيما بحيث ان نسبة عدد الاولى للثانية يكون $\frac{1}{8}$ او $\frac{1}{10}$ بل $\frac{1}{20}$ ولذا لا يرى عندما يكون الدم مكتسبا لخواصه الطبيعية في بورة الدم وسكوب الاقليل جدا من الكرات الدموية البيضاء بخلافه في احوال اليكيميا فقد يشاهد منها في البورة المذكوورة نحو العشرين بل ازيد والجسيمات الدموية العديجة اللون التي تشاهد في هذا المرض تماثل بالكلية الجسيمات الاليتقافية للطحال والعدقد الاليتقافية والخضاع العظمى ولذا تشاهد مثلها اما على هيئة خلدات صفراء ذات نواة واحدة وهي تكون غالبا اصفر من جسيمات الدم الحمر او على شكل خلائع منظمة متعددة الزوايا عملاقة بالكلية للجسيمات الصفراء والاولى توجد غالبا في الشكل الاليتقافية من اليكيميا واما الثانية فانها توجد في الشكل الطحالي من هذا المرض تبعاً لراى روجوف وحيث انه يوجد في الغالب اشكال مختلفة من اليكيميا كمن وجود الشكل الطحالي

أو اللدغازي على اتفراده فكذلك يوجد غالباً لكل من هذين الشكليين من
لاخلية ما

وقد استنتج من البحث عن الدم الليكيمي أيضاً ان وزنه النوعي منخط بداعن
الدم الطبيعي فان الدم في الحالة الطبيعية يكون وزنه في الغالب نحو ١٥٥
بمخلاف الوزن النوعي للدم الليكيمي فانه يكون من ١٣٦ الى ١٤٩ وأما
تناقص الوزن النوعي لسائل الدم فانه يكون أقل وضوحاً واستمراراً في الدم
الليكيمي تزداد كمية الماء بمخلاف أجزائه لصلبة فانه يتكون متناقصة رلومع
زيادة الجسيمات الدموية البيضاء وماذا لا الامن تناقص الجسيمات الدموية
الحمر تناقصاً عظيماً وبهذا الاخير وبقلة الوزن النوعي للجسيمات الدموية
البيضاء يوجه تناقص الوزن النوعي لسائل الدم بتمامها وأما المادة الزلالية
من الدم ومادته اللبنيية والاسحه فلا يمكن معرفة تغيرات ظاهرة أو أما
اتناقص العظيم لما يحتوي عليه الدم من الحديد فوجه بقدر الكبراف
لدموية الحمر وزيادة على ذلك فالدم الليكيمي تظهر فيه تغيرات كميائية
مهمة فتمتد ذكر (سير) انه من اجل الاوصاف الثابتة لدم الليكيمي أن يكون
ذا خواص حمضية (بمخلاف موصل فانه وجد الدم الليكيمي الحديث الخروج
من أوعيته مقلوباً) وأثبت ان سبب تلك الخواص الحمضية هو وجود
حوامض عضوية فكمحض الفليك والخلليك واللبنيك وزيادة على ذلك فانه
وجد في الدم الليكيمي جوهر اشبه بالافراولم يكن محملاً بالكلية وكذلك
الاجستين والهيوكساتين واللبسين ومحض البوليبيك لكن لا ينبغي اعتبار
وجود هذه الجواهر الكيميائية سبباً أصلياً لهذا المرض بل ان ظهور
هذه المرض وتكونه تبعاً لورجوني يحصل بالكمية الاتية وهو ان
يحصل في عضوين الاعضاء المتفارية اصابة بمالته ووضفائة في عناصره
الملائية ومن هذا المعضر تمتد التغيرات الى الدم وهذه التغيرات تكرر تارة
كيميائية بأن تختلط بعض العناصر التي كانت موجودة من قبل في السائل
الجوهري لهذا المعضر بالدم بكمية عظيمة بتارة تكرر هذه التغيرات
تغيرات في الشكل وذلك بأن تدخل في اوضاع عناصر خلوية من هذا المعضر
في الدم بكمية عظيمة ويوجد عند فتح شدة الهاكيز بالليكيم في القلب سيما

القسم الايمن منه والاورعية العظيمة تعقدات مصفرة او مصفرة مخضرة غالباً
شبيهة بالصايد المنعقدرة ووهية كما انه قد يوجد في اقروح الرقيقة من
الشريان الرئوي والاوردة القلبية واوردة السحايا الدماغية مادة عديدة
اللون شبيهة بالسويد وعداد الجسمات الدموية المبيضة يختلف باختلاف
اجزاء الجسم المأخوذ الدم منها فيكون عظيم جداً في الدم المأخوذ من القلب
الايمن والاجوفية والشريان الرئوي وقليل في الدم المأخوذ من القلب الايسر
ووجد عددها في حالة شاهدها يوردي في الدم المأخوذ من الوريد لطعالي
متقارباً بالقدرة امددها في الدم المأخوذ من الوريد الودجي

والطعالي في أغلب أحوال الليكيميا يوجد متمسداً بعداد عظيم جداً في قدرتي
وزنه من خمسة ارطال الى سبعة بل الى ثني عشر رطلاً ومقاومة ورمه
تكون متزايدة ترايداً عظيماً وعند تشقه يرى غالباً اجوهره على حالة طبيعية
وأحياناً يبدل عن كونه أجسراً من رفاً يكون مسماً أو أحمر قانياً شبيهاً باللحم
واحياناً يكون مرصعاً بجسيمات مبيضة عديدة والحواجز اللدنية تكاد تدرك
بارة وتارة تكون كثيرة الوضوح ومن النادر أن تكون أجرية الطعالي
مقددة بعداداً عظيماً متميزة عن لب الطعالي الاجري متم المبيضة وبالبحث
الميكروسكوبي يتضح كذاً كذا في أحوال نخامة الطعالي السابق ذكرها
الموافقة لها الضخامة الليكيميا مرافقة تامة ان الغضير الطبيعية لهذا
العضر تكون متزايدة ومتراكمة الى بعض اترات كما قويا كما قاله (ورجوف)
ومحفظة الطعالي تكون في غالب الاحوال ممكنة ملتصقة بما حولها غالباً
وقد وجد في أحوال عديدة زيادة عن ضخامة الطعالي بورات مددية دهوية
قدية فيه

ويظهر ان الامابة الطعالية الليكيميا تبتدى بحالة احتقان تواردي في هذا
العضر والغدد اللينة اوية تكون في الشكل الغدي من هذا المرض او راما
عظيمة جدا لا تتميز بأوصاف محدودة عن غيرها من الضخامة البسيطة تلك
الغد دبل انما تكون حافظة لشكل هذه الغدد الاصلية وجوهرها الطبيعيين
والغدد الباطنية التي وجدت منتفخة هي على انحصار من الغدد المسارية
والقنابية والثلثية واما الغدد الظاهرة فالذي يشاهد من انتفاخها هي الغدد

العنقية والابطية والاربية وبالجملة قد تشترك جميع غدد الجسم في الانتفاخ
 وفي الغالب يعثرى الطحال الانتفاخ أيضا ومع ذلك فقد شاهدت ورجوف
 حالته كان فيها الطحال حافظا لحجمه الطبيعي وقد شاهدنا حالة من هذا
 المرض أيضا لم يكن فيها الطحال مدة اطباء متزايدا في الحجم وكانت العتد
 اللينقاوية منتفخة انتفاخا عظيما جدا والغدد اللينقاوية المنتفخة تكون
 رخوة باهتة ذات سطح ظاهري أملس ولعان شبيه بلعان الماء وطبقتهما
 التشرية هيكة جدا بحيث يحصل فتنها في بعض الاحوال الى نصف قيراط
 أو ثلاثة ارباع قيراط وتكون هيئتها شعاعية مستوية وعند الضغط عليه ايسيل
 من اسائل سائل مكرور زيادة عن الغدد اللينقاوية قد شهدت أعضاء غددية
 أخرى مشتركة في الاصابة في هذا المرض كالابرية المعوية ولا سيما غدد
 بيترو والتندد التيرسية والدرقية والاورقية واجرية اللسان والخجيرة والتصبية
 الهوائية

وفي معظم احوال الليكيميا يوجد الكبد متزايدا في الحجم أيضا وقد يكون
 قوامه رخو الكن الغالب أن يكون صلبا متدججا وما ذلك الا من كون أخلية
 الكبد يعثر بها ازدياد ناتج عن تضامعها او كثرة نموها واما بخصوص التغيرات
 التي توجد في الشكل النضاي العظمي من الليكيميا فقد زعم لين والحق معه
 ان احسابة النضاع العظمي وان لم تسكن من الظواهر الملازمة لهذا المرض
 لا بد أن تكون احدي ظواهره الكثرة المصولة وقد شاهدنا حالة
 من الليكيميا الطمالية مع اصابة في النضاع العظمي وصار فتح الجثة فيها ومع
 ذلك لم يشاهد في ثنناء الحياة ادنى عرض يدلنا على اصابة النضاع العظمي
 ويوجد في هذا الشكل نوع غمو منتشر في عوم الكتلة النضاعية العظمية
 شرجح فيها عناصر خلوية كالتى يشاهد في الدم الليكيمي (بل ويوجد
 أشكال اخر من تلك العناصر الخلائية تقرب من كرات الدم الحمر) وهذه
 العناصر الخلائية مثلا القناة المركزية النضاعية من العظام واليهالات
 الكائنة في اجزائها بحيث يكتسب باطن العظام هيئة مسفرة وهشة كأنها
 صديدية بحيث يرسل الغاييب القرل بوجود التهاب عظمي فخاضح صديدي
 منتشر في جميع الهيكل العظمي

ومن المهم ذكره وجود التراكم المرضي للعناصر اللينفاوية في غير الاعضاء
اللينفاوية الحقيقية فان هذا التغير شوهد في بعض الاسوال ان قد شاهد
المعلم ويجرف حالتين كان فيهما في جوهر الكبد وحالة اخرى كان فيها في
جواهر الكليتين يقع مسفيرة سنجابية بالضغط عليها يخرج منها سائل مبيض
متكون من نويات ساقية متراكمة على بعضها واخرى صغيرة كادت
تكون عملاقة بنوياتها وهذا التكون المرضي الجديد كان محاطا بغطاء رقيق
يسهل نزعه من الجوهر المحيط به والظاهر انه كان ناشئا من جدران الاوعية
او المسالك الصفراوية وقد شاهد ايضا (فريدريش) حالة وجد فيها ما يماثل
ذلك ليس قاصرا على الكبد والكليتين بل في البليورا ايضا والغشاء
الخطي المعدي والمعوي كما انه قد شوهد في العصر المتأخر مشاهدات
عديدة من هذا القبيل وجد فيها ارتشاحات نخاعية محسوسة وعمتدة في
المنسوج الخاوي تحت الغشاء المعلي وبين العضلات وفي جوهر الشبكية
ومحور ذلك ويظهر ان ذلك ناشئ من جهة عن سنج الكرات الدموية البيضاء
الى محال بعيدة او عن تكون جدد حقيقي من عناصر لينفاوية عديدة فتجد
زعم ويجرف ان الكرات البيضاء للدم هي بنوع سوء التقنية الليكيمي
وانه بواسطتها يتغير الجوهر المحدد للتسمم في هذا المرض فيؤثر في اصفار
بعيدة عن محل تكونه لئلا يمكن التجارب التي فعلها (موسلر) بنقل الدم
الليكيمي في حيوانات سليمة لم يحصل منها على طائل وهذا المرض آخر
مصابه بالشبكية ليكيميا ويسمى باسمه المتعددة يسمى بالليكيميا الكاذبة
ويبدأ ونجس ربالا تنفاخ الغددي كاسهام (تسو) وبالايضا الالتهابية
وبالاورام الليفية نارية فغالبها يشترك في هذا المرض الجوهري بالكلية بالنسبة لاجابه
ينشأ في البالغين والاطفال وتيمر بحد جميع النشبات في وقتها
واليكبر في كبرية في الطحال والغدة الالوانية كأي الالتهاب
ان يربطه من حيث عن الدم ازداد في النسبة في الدم في وقتها
وانما اكثر الحرة التي تكون ولا يسهل في وقتها في كل الليكيميا الكاذبة
في وقتها في كبرية في الطحال والغدة الالوانية في وقتها في وقتها
واليكبر في كبرية في الطحال والغدة الالوانية في وقتها في وقتها

• (الاعراض والسير) •

المرضى تشتكى عادة في ابتدا هذا المرض باعراض عصبية انماوية غير قارة
كالتعب والضعف عند الاشغال وتغير الشهية والتلق وآلام في الرأس ودوار
وهو ذلك وفي أحوال أخرى قد يكون انتفاخ البطن والاحساس بالضغط
والآلم في المراق الايستروفي. وهناك من علامات تردد الطحال هي الاعراض
الابتدائية للكيميا وقد يحصل انتفاخ الطحال بكيفية تدريجية بحيث لا يمكن
معرفة ابتداءه تكونه أو انه يحصل على دفعات في أثناءه كما يكون قسم الطحال
مؤلما وتصلح حتى عند المرضى وأما في الشكل اللينقاوي فان هذا المرض
يبدأ بانتفاخ في الغدد اللينقاوية الاخرى كالغدد اللينقاوية الاحمدى
جهد في العنق أو الابطين أو الاربيتين ومن هنا يتبدل باقي الغدد اللينقاوية
وقد تحققت انما من بعض المشاهدات الاكيدة حصول انتفاخ لطحال والغدد
اللينقاوية بجهة من النين قبل أن يتضح تغير الدم ويزداد استواء الدم على
السكرات البيض يصير لون المرضى منتقعا أو ترابيا وحيث ان تناقص
السكرات الدموية الحرفي هذا المرض يكون أعظم منه مما في الراجات العظيمة
من التلوروزة ارضى يصير لونها في الاسوال الواضحة من هذا المرض باهتا
كك الشمع ويكاد يتضم لذلك على الدوام ضيق في النفس وسر فيه وهذه
الظواهر لا يعرف سببها عند البحث عن المصدر وتوجهه ولا بد بتناقص السكرات
الدموية الحرفانها هي التي بواسطة ما يرد الاوكسيجين الى جميع اصناف
الجسم وان ارتقى تردد الطحال الى درجة عظيمة جدا

ومجموع هذه الاعراض لا بد وان يقوى الظن بوجود الكيميا عند المرضى
ويجئ للبحث عن الدم فان أشد من المرض كيمية قليلة من الدم وتركت
للاعتقاد شوهد بين الطبقة العامة الشخصية وبالطامة الدموية الحرفاء
بعض عقدا وطبقة مقاسكة رخوة ذات لون سنجابي أو سنجابي محمر مشقلا على
السكرات الدموية البيض الخفيفة الثقل وان زرع الدم المأخوذ وحلى عن
مادته اللابضية وترلتهه بالراحفة في انبوبة دقيقة رسبت السكرات الدموية
الحرفية الثقيلة في القاع وبقيت السكرات الدموية البيض اللابضية في الجزء
العلوي من الانبوبة مكونة طبقة قميحة أو انبية وعندما يكون ازدياد السكرات

البيض عظيماً بعدا يتضح لون الدم المستخرج بلونه الاسمر الباهت وعند وضع نقطة من الدم الليكيمي اسفل المكرو سكوب يشاهد ازدياد الكرات الدموية البيض بالنسب التي تقدم ذكرها وقد يحصل عسر في التشخيص متى أمكن اثبات ازدياد الكرات الدموية البيض لكن ازدياداً قليلاً كواحدة على خمسين أو على خمسة وعشرين مثلاً فان الواقع حينئذ يكون اما عبارة عن ازدياد في الكرات الدموية البيض ازدياداً وقتياً أو سالة ليكمية غير متقدمة في مثل هذه الاحوال بوجود الليكيميا يتضح ثبوت ازدياد الكرات الدموية البيض ازدياداً مستقراً يرتقي الى درجة عظيمة مطابقتاً لزيادة تدريجية مستقر أيضاً في الاعضاء اللينفاوية كما ذكره (موسر) وعند حصول هذا المرض الى أشد درجة يتحقق من وجود ورم عظيم من في الطحال بل والكبد يوجد حينئذ نمواً في العظم وان كانت الغدد اللينفاوية مشتركة في الاصابة وجدت مكوّنة لتعقدات عظيمة في العنق والابط والاربيتين ويكون الجلد المقطى له اذا لون طبيعي سهل الحركة ولذا كان من المهم للتمييز بين اتفاخ الغدد الليكيمي وانما نرى ان الاول يقل ويندميه للتجبن والالتهاب والتقيح والانتفاخ مع خروج قيح غير جيد

وينضم في غالب الاحوال للاعراض السابق ذكرها سوعية تزيق فيحصل عند المرضى انزفة متكررة و صولها يكون اما من القناة المعسدية او في المنسوج النخاعي تحت الجلد أو الرحم أو المسالك البولية أو الرئتين أو في الدماغ أحياناً وهذه المضاعفة يسرع حصول الانتهاج الهزن فان المرضى اما أن تهلك فجأة بالسكتة الدماغية او انها من تكرر او الفقد الحموي بحيث انها تقطع وتملك باعراض النوبة والانيميا وان لم يطرأ سوء القنية التزيق اكتسب المرض سيرا بطياً جداً ما عدا الاحوال الاستثنائية فتستمر الحالة تجله من السنين والحي قد توجد وتنفقد في الغالب تطراً في الابتداء حركات حية وربما كان ذلك في اثناء نمو الغدد اللينفاوية او ورم الطحال أو من مضاعفة التماية بريئوية أو غير ذلك من الالتهابات وفي الانتهاج تصير الحمى مستمرة وتصطبب بمرق غزير

ومن الاوصاف الواضحة للبول ظهور الهيوكساتين وازدياد حمض البوليك

ولم يعلم ان كان ذلك ناتجا عن النقص في التام في الدم او عن ازدياد
 وغلظة الطحال والامهال الغزير المستعصي الذي يطرا يزيد في الهوكة
 غالباً وأما الاستسقاء الزقي والعمى فليس من الطواهر القارة ولا يطرا الا في
 الانتهاء وما ذلك الا لكون الدم عند المصابين بالليكميات متأخر جدا في المادة
 الزلالية فيه

ثم انه يظن بحسب الظاهر من شرحنا هذا ان شكل الليكميات النضاي العظمى
 متى سار بجوار اشكال هذا المرض الاخرى لا يتضم باعراض مخصوصة
 ومع ذلك فقد شاهد (موسلر) مريضاً معتريه شكل الليكميات الطحالي وكان
 يشتكي بالام شديدة في القوس بحيث لا يمكنه حمل أدنى ملامسة في هذا
 الجزء وتعدرا البحث بالقرع بالكبلة عليه واتضح من المقات التشرية ان
 شدة الحساسية والالام في هذا الجزء كانت متعلقة باصابة ليكمية متقدمة
 في القوس مع تفسيرات فحافية عظيمة مطابقة لها تمتد في جميع عظام
 الهيكل

وأما ما يخص المرض النادر وهو الليكميات الكاذبة ففيه توجد جميع التغيرات
 المدركة بالنظر أو المكروسكوب في الغدد الليفية والطحال والتكوينات
 الجديدة الليفية في الاعضاء المختلفة كما كبد والرئتين والكليتين والقناة
 المعوية ونحو ذلك والصفة المرضية لهذا المرض تطابق بالكلية صفة الليكميات
 الحقيقية لكن عند البحث عن الدم بالمكروسكوب يستغرب من وجود
 النسب الطبيعية بين الكرات الدموية البيض والحر وان هذه النسب
 الطبيعية متقدمة في هذا المرض ويميز أيضاً الليكميات الكاذبة شكل لينفاوي
 وشكل طحالي وكذا يصح في اصطحاب الشكاين ببعضهما وكلا هذين
 المرضين يبروعهما واحد سواء اعتبر هذا الينبوع مرضياً أعمق قاصراً
 على الاعضاء الليفية أو بنسباً عمومية لكن الى الآن لم يعلم التوجيه بأنه
 في الليكميات الكاذبة ولو كان تكون انطلايا للينفاوية في هذا المرض عظيمياً
 جداً أيضاً لا يصل الى كتل الدم بل يبقى قاصراً على الاعضاء الليفية
 ومن حيثية الحكم على عاقبة الليكميات الكاذبة فهو أيضاً رديء كافي الليكميات
 الحقيقية بل ان الموت في الاولى يطرأ بسرعة

* (المعالجة) *

معالجة الليديا ولوأنها تعتبر عموما غير ناجحة الا ان (موسلر) لا يعتبرها طبقة
 لتجار بهتالية عن النتيجة مادام المريض لم يصل الى الدرجة الاخيرة المتقدمة
 من التوركة الليمفية وينبغي التمسك بما تقدمه المعالجة السيدية في الاحوال
 التي يوجد فيها ارتباط بين هذا المرض وبين اضطرابات في الاعضاء التناسلية
 للذات أو الاصابات الالتهابية القسدية أو الزهرية وعلى كل حال فما يهتم به
 ابتداء المعالجة الموجهة من نحو اتساع الطحال واستقراره بمقادير عظيمة
 من الكينين (بان يعطى منه ٥ ديسي جرام الى جرام كل يوم في محلول حضي
 أوفى بمحافظ من البرشام ويشرب بعدها بعض نقط من حوض من المرياتيك
 في ما سكري) فان تأثير المركبات الكينية في تصغير حجم الطحال أمر ثابت بل
 واتساع الطحال الذي يمكن احداثه عند الكلاب بعد قطع الاعصاب يمكن
 تصغيره بواسطة الحقن تحت الجلد بالمركبات الكينية كما قاله (موسلر) ولاجل
 مساعدة التأثير الدوائي للكينين وتغويته يمكن مع ذلك استعمال القشطل
 البارد والكهربائية في قسم الطحال وقد أوصى (موسلر) كذلك في أورام
 العقد الليمفاوية باستعمال الحقن تحت الجلد بسبغة اليود كما أوصى بذلك
 (أجيبك) واستحصل (بودكين) بواسطة الكهربية على احداث
 بعض تناقص في حجم الطحال وكذا لغسد اللينفاوية واستعمل بقصد ذلك
 التيار الكهربائي مدة خمس دقائق أو عشرة على الورم بقوة بقدر ما يتحملها
 المريض

وأكثر ما يستعمل من الباطن هو الحسد يدوم مكانه ولا يجوز التواني في ذلك
 بقصد منع تناقص الكرات الدموية الحسرو مساعدة استحالة الكرات
 الدموية البيض اليها

ولا بد من الاستمرار على استعمال الحقن تحت الجلد في مثل هذه الاحوال
 بواسطة الدم الحديث المتخلي عن مادته الليمفية كما انق مسمر على استعمال
 ذلك من منذ زمن طويل في غير هذا المرض من الامراض الليمفية المهككة
 وانق لمستعمل الحقن عظيمة من التي يحقن بها تحت الجلد وتسع نحو
 الخمسة جرامات يمكن ان قسم مقيدار الدم بسهولة امتصاصه على اصفار

متعددة من الجسم وأبتدى بالحقن بمقدار صغير نحو نصف جرام حتى
يتحقق لي مقدار قوة الامتصاص وأتمادى في الحقن تحت الجلد كل يوم

• (المبحث الثاني) •

• (في الميلانيميا) (اعنى التلون الاسود للدم او الدم المسمر) •

(كيفية الظهور والاسباب) •

يوجد بالدم في احوال الميلانيميا مادة ملونة حبيبية اما سائبة او محاطة باخلية
او بتعقدات رقيقة ولا شك ان هذه المادة الملونة آتية من المادة الملونة للدم
لكن لا تعلم في اى محل تتكون وبأى مؤثرات تحصل

ثم ان معظم المؤلفين يعتبر الطحال ينبت عما أصلا تتكون هذه المادة
في الميلانيميا وفي الواقع كثرة وجود الاخلية البيمنتية في طحال الحيوانات
التي يعتبرها بعض المؤلفين حالة فسيولوجية وبعضهم حالة مرضية
وكذلك الامر المعلوم انه في هذا المرض يكاد يكون الطحال هو العضو
الوحيد المتراكم فيه هذه المادة يدل ويثبت ان هذه المادة الملونة
منشؤها الغالب في الطحال لكن هذا لا يثبت ان تكونها يكون في
الطحال على انفراد وانما لا تتكون في أعضاء أخرى أيضا وقد شرح
(فريركس) حالة من الميلانيميا لم يوجد فيها في الطحال مادة ملونة ووجد
منها كمية عظيمة في الكبد بحيث انه اعتبر هذا العضو بورة تكون في هذه
المادة

ويستدل ولا بد من ظهور المادة الملونة في الدم على ثلاثى الكرات الدموية
الحمر وفرادها سواء حصل ذلك في الطحال على انفراده أو في محال أخرى
أيضا بجميع المشاهدات ثبت ان حصول ذلك يكون في الغالب بواسطة
التسمم الآجى ويظهر ان الاشكال الحقيقية والبسيطة من الحميات
المتقطعة لا ينتج عنها تكون المادة الملونة المسمر في الدم بالكلية او بكيفية
واحدة بعدا انما الاشكال الثقيلة من هذا المرض يظهر انها تنتج فقط من
الحميات الآجامة الخبيثة فان المشاهدات العديدة للأطباء المقيمين في البلاد
الحارة بعد انفعات على التلون المسمر الداكن للاعضاء المختلفة لاسيما الدماغ
الذى يوجد في جثة الهالكين بالحميات المتعددة تقرب من العقل ان هذا الشكل

من التسمم الآسيجي يؤدي كذلك على الدوام أو أقله في الغالب إلى حصول
 الميلانيميا ومن القريب للعقل أن تعدد الأوعية واتساعها وبطء سير التيار
 الدموي في الطحال المتعلق به في أحوال الهيمات المتقطعة النديشية والهيمات
 الآسيجية المترددة للبلاد الحارة جدا يرتقى إلى درجة عظيمة جدا بحيث أن الدم
 يركد في الطحال ويستخرج من هذا زيادة عن ذلك أن الكرات الدموية الحمر
 تتلاشى في الدم الراكد وتفسد فيستكون من مادتها الملوثة (المعروفة
 بالهيماتين) مادة ملونة متغيرة بجمتية كما شاهد ذلك بكثرة في الدم الراكد
 بعد خروجهم من أوجيته والذي ينافي توجيهه تكون المادة الجمتية من
 أحوال ميخانيكية فقط هو الأمر المعالوم من أنه في الهيمات المتقطعة انتفاخ
 الطحال وبطء التيار الدموي فيه قد يرتقى إلى درجة عظيمة جدا بدون ظهور
 الميلانيميا وأنه بعكس ذلك قد تشاهد الميلانيميا في أحوال لا يكون انتفاخ
 الطحال فيها الا قليلا وحينئذ يبقى القول بأن تسمم الجسم بالميازما الآسيجي
 له ولا بد أيضا تأثير مفسد في جسيمات الدم الحمر وإن لم يكن هذا التأثير
 معاوماتنا إلى الآن وإن هذا التأثير في بلادنا لا يحدث تنكروا فسادا
 في الكرات الدموية الحمر وتكون الجمت من مادتها الملوثة الطبيعية الا
 بكيفية استثنائية بخلافه في البلاد الحارة جدا فإنه يحدث ذلك غالباً أو على
 الدوام في الهيمات المتسلطنة تسلطنا وطنياً في هاتيك البقاع
 ومن الأمور السهلة التوجيه تبعاً لمشاهدات (ورجوف) كون المادة
 الجمتية الموجودة في الدم لا تظهر فقط على شكل تجميات سائبة بل توجد
 كذلك في الأخلية التي لالون لها فان المؤلف المذكور وشاهد عند حل
 الهيماتين في بلطة دموية بواسطة الماء ان الهيماتين يظهر غالباً متعلقاً
 بالجسيمات الدموية العديجة اللون ولذا يسوغ القول بأن الهيماتين عند
 الفساد العظيم للأخلية الدموية في الطحال ينضم إلى الأخلية العديجة اللون
 لب الطحال ويصل معها إلى الدم وأصعب من ذلك في توجيه الجمت
 في الدم على شكل تعقدات أو جلاط غير منتظمة ومن الجائز أن تكونت من
 المادة الليضية الراسبية على التجميات الرفيعة الزاوية بمادة بجمتية لكن
 أقرب من ذلك للعقل ان المادة التي تضم التجميات البجمتية إلى بعضها

وتحيط به أعلى هيئة حوية شفاقة ناشئة من المادة العنصرية الأولية
وهي الزلاية المتحددة بالمادة اللغوية في الأضدية التي قدمت وتلاشت
• (الصفات التشريحية) •

المادة الجيمنتية التي توجد في دم القلب والأوعية عند المصابين بالميلانيميا
تكون مسودة ومن النادر أن يوجد مع هذه المادة المسودة مادة مسجرة
أو صفراء مسجرة وهذه المادة عند معاملة بالحوامض والقلويات الكاوية
تظهر فيها الصفة الخاصة بالمادة الجيمنتية المرضية كما قاله (ورجوف) وهي
أن المادة الجيمنتية الحديثة التكوين ينتقع لونها ثم تقسده بالكلية
بخلاف المادة القديمة التكوين فانها تقاوم هذا التأثير منطويلا
والجسيمات الجيمنتية الصغيرة يكون شكلها مستديرا غير منتظم ويكاد ينضم
منها على الدوام عدد عظيم أو قليل بواسطة جواهر لونها إلى تعقدات
مستديرة أو مغزلية أو غير منتظمة كما شاهد ذلك (ميكيل) الذي هو أول من
شاهد المادة الجيمنتية في الدم والخلايا المحتوية على المادة الجيمنتية تكون
تارة في عظم الجسيمات الدموية البيض وشكلها وتارة تكون أعظم من ذات
شكل مغزلي وهذه الأخيرة تشابه الخلايا المغزلية التي توجد في لب الطحال
واعتبرها (كوايكر) انها طبقية بشرية لاورددة الطحال وزيادة عن هذه
الاشكال قد شاهد (فريركس) تعقدات أعظم من ذلك غير منتظمة الشكل
وتسكونات اسطوانية يظهر انها منطابع الاوعية الرفيعة

ثم ان المادة الجيمنتية تصل مع الدم إلى جميع أعضاء الجسم وبجسب تفاوت
تراكمها في الاوعية الشعرية تحدث لونها متفاوتة الكثرة في المنسوجات
المختلفة ومعظم هذه المادة يوجد تبعا لما ذكره (بلانز) و (فريركس)
في الطحال بحيث يصير لونه تريا سنجانيا او مسودا غالبا
وزيادة عن ذلك توجد كمية عظيمة من المادة الجيمنتية في الكبد والدماع
لا سيما في جواهر القشري فالكبد يظهر لونه غالبا سنجانيا الماعا او مسودا
والجواهر القشري من الدماغ يكون لونه كاون الشكولاتا والجرافيت
ولا يندر أن يشاهد تراكم جيمنتي عظيم في الكلية بحيث ان جواهرها القشري
يكتسب لونا سنجانيا قطبيا وقد تكون المادة الجيمنتية متراكمة بكمية عظيمة في

الاوعية الرئوية ولم تشاهد هذه المادة متراكمة بكمية عظيمة في اوعية باقى
 المسوجات مطلقا ومع ذلك فكل من البلادة والافشمية الخاطبة والمنسوج
 التاموى والعقد الليفية يظهر تلوها ناسجا يبا كثيرا الوضوح اقليل وقد عبر
 (فريركس) عن الصفات التشريحية للبلانيميا بعبارة وجيزة فقال انه
 فى الاشكال الواضحة لهذا المرض توجد المادة الجيمنتية اياما وصل الدم
 وكما كانت الاوعية الشعرية دقيقة وتنب عن ذلك بسهولة نشبت التعقدات
 الجيمنتية واحتماسها كان ذلكا كثيرا اعظم

• (الاعراض والسير) •

كثيرا من احوال الميلانيميا لا ينتج عنها اضطراب فى وظائف الاعضاء
 المشهورة بالمادة الجيمنتية وتشاهد فى جنه الهالكين بتغيرات مرضية
 مختلفة فان اكثر من ثلث الاحوال التى شاهدها (بلانر) كانت من هذا
 القبيل ومن جهة اخرى قد يلاحظ بعض المرضى بسرعة غاليا بطوارا دماغية
 ثقيلة وعند دفع جنينهم ترى فيهم علامات الميلانيميا لاسماتراكم المادة
 الجيمنتية فى الاوعية الدماغية والسكايات دموية صغيرة فى الدماغ فى آن
 واحد فكل من المشاهدات المألوفة سابقا من كثرة وجود المادة الجيمنتية
 فى جوهر الدماغ عند الانخفاض الهالكين بجميات متقطعة كوماوية
 والمشاهدات المفعولة فى البلاد الحارة جدا التى اتضح منها التلون
 المسمر للدماغ عند الانخفاض الهالكين من الهيات الآبامية المترددة
 الثقيلة بتلك البقاع اهمية من منظمات ان التلون المسمر للدماغ ناشئ
 عن تراكم المادة الجيمنتية فى اوعيته وصار من القريب للعقل ان اتسداد
 الاوعية الدماغية (مع تمزق تابعى فى جسد الاوعية الشعرية ابدونه) هو
 السبب فى حصول الطوارا الدماغية للاصابات الآبامية الثقيلة ولقد
 ظهر ان هذا الرأى القائل به (ميكيل) صارتا بتايا المشاهدات العديدة لكل من
 (بلانر) و (فريركس) فان كلام المؤلفين المذكورين يشرح احوال امن
 الميلانيميا ظهرت فى اعراض المرضى اعراض دماغية ثقيلة كالآلام الشديدة
 فى الرأس والارواح والهبان والتشنجات ولاسيما الكوما والاحوال التى
 شاهدها (فريركس) وصلت جميعها فى اثنا تسلسلها وبها من الهيات المتقطعة

التيبيشة وأعقب أحوالاً من الحيات المتقطعة البسيطة ثم ظهر فيها سيم غير منتظم متقطع أو متردد وشقي بعضها باستعمال المركبات الكميائية فكانت صفتها المرضية كصفة الحيات المتقطعة الكوماوية أو الجنونية أو الصرعية أو السكنية ومع هذا جميعها هنالك اعتراضات قوية تنافي تعلق الطواهر الدماغية أقله التعلق المستمر الملازم لها في الحيات الاتيامية التيبيشة بالسداد الاوعية الدماغية بواسطة المادة البجمتية فقد ذكر (فريركس) ما ينافي الارتباط السببي المذکور وهو انه في كثير من الاحوال لا يمكن اثبتت اضطراب دوري عظيم في الدماغ ولو كان متلوناً باللون الاحمر وانه مع وجود هذا التلون كثيراً ما لا تحصل ظواهر دماغية وانه بالجله كثيراً ما تشاهد ظواهر دماغية ثقيلة بدون ادنى تلون بجمتية في هذا العضو ففي ٢٨ حالة من الحيات المتقطعة الدماغية التي شاهدتها فريركس) فقد التاور المستمر لدماغ في ستة احوال منها ويظهر لنا انه من الامور المهمة التي تنافي تعلق الاعراض الدماغية المذكورة بالانسداد البجمتية للاوعية الدماغية هو الطرز النوبي لتلك الاعراض ونجاح معالجتها بالمركبات الكميائية فيتضح مما ذكر انه لا يمكن قطع الحكم بالنسبة لدرجة معارفنا الطبية والحالة هذه على الارتباط السببي بين الميلانيميا واضطراب الوظائف الدماغية فمن الجائز ان تسمم الدم بالميزاما الاتيامية في الحيات المتقطعة التيبيشة ينتج عنه زيادة عن تراكم المادة البجمتية في اوعية الدماغ اضطرابات دماغية غير متعلقة به

وفي احوال أخرى من الميلانيميا قد شاهد كل من (بلانز) و (فريركس) اضطراباً في وظائف الكلتيين فكان اقرار البول مفقوداً أحياناً وأحياناً ظهر فيها البول الزلالى وأخرى البول الدموى والاعتراضات التي ذكرت بالنسبة لتعلق الاضطرابات الدماغية بالانسداد اوعية هذا العضو تفال أيضاً بالنسبة لتعلق وظائف الكلتيين بالانسداد اوعيتهم ما وأقله التعلق المستمر الملازم لها فقد شاهد فريركس ظهور البول الزلالى بدون وجود مادة بجمتية في الكلى كما انه شهد عكس ذلك اعني فقد البول الزلالى مع وجود مادة بجمتية في الكلى ولو بكمية قليلة كما انه اوضحه

عند وجود البول الزلالى اذ يزداد احتواء البول على المادة الزلالية في أثناء
 النوبة الحمية وتناقصه في أثناء الفترة ورتوالم بالكلية وحينئذ لا ينكر ان
 تسهم الدم بالميازما الاتيها ب كما حدث اضطراب في تغذية الكلية
 ووظيفةها بدون انسداد وعانى كما هو الواضح فيما يماثل هذا المرض من
 الامراض الميازماتية

و بالجهة فقد شاهد (فريركس) في الميلا نيميا انزفة معدية منبهة واسهالا
 غزيرا وانسكابا مصليا حارا في تجويف البريتون وانسكابات دموية
 في الطبقة المصلية المعوية ومن البعيد للعقل نسبة تلك الظواهر الى
 انسداد او عية ال وكود الدم في جذور الوريد الباب فان الكبد
 وان كان هو العضو الاكثر احتواء على المادة البجمتية بعد الطحال طبعا
 لجميع الاحوال التي شاهدها (فريركس) الا ان هذه الظواهر التي ظهر انها
 ناتجة عن اضطراب دورى في جذور الوريد الباب لم تكن قارة ولا كثيرة
 المحصول كالظواهر الدماغية وزيادة عن ذلك فان الانزفة المعوية التي
 شاهدها (فريركس) في ثلاثة احوال كان فيها تقطع واضح واستعصت على
 جميع الوسائط العلاجية التي تقاوم بها الانزفة بدون واسطة وزالت
 باستعمال مقدار عظيم من الكينين ولذا ان (فريركس) ينسب الموت في أحد
 الاحوال الثلاثة المذكورة الى الاهمال في استعمال الكينين

ثم انه بعد ذكر الاعتراضات التي قيل بها بالنسبة لتعلق الاعراض السابق
 ذكرها بالميلانيميا ونسبها للم يبق علينا الاذ كر قليل من الظواهر التي نعلم مع
 التأكد انها متعلقة بالميلانيميا تقريبا وليست نتيجة لواسطة للتسمم
 الاتيها ومن ذلك التلون المسمر للجلد الناتج عن كثرة تراكم المادة البجمتية
 في او عيته ووجود المادة البجمتية في الدم بواسطة الميكروسكوب وتلون
 الجلد في الاحوال الخفيفة يكون شبيها وسخا واسمر مصفرا في الاشكال
 الثقيلة من هذا المرض فان وجود هذا التلون في شخص كان معتريا منذ
 زمن كثير الطول اوقايله حتى متقطعة شديدة مستعصية او انضح ان الحى
 المتقطعة التي كانت اعترته حصلت في زمن تسلطن وباء شيت من هذا
 المرض وان ك تسببت شكل المتقطعة العصبية تيار التطن القوي بوجود

الميلانيميا ووجب البحث حينئذ عن الدم بواسطة المكروسكوب
 • (المعالجة) •

أما الوسائط الواقية والمعالجة السببية لهذا المرض فاتها تشغل على الوسائط
 التي ذكرناها في المعالجة الواقية عند الكلام على معالجة الحيات المتقطعة
 الخبيثة

وأما علاج ما تستدعيه المعالجة المؤسفة على طبيعة الميلانيميا فليس لنا قدرة
 عليه فإتانا تعرف وسائط علاجية سببية يمكن تبعية المادة البجمتية من
 الدم

وأما المعالجة العرضية فتستدعي في الأحوال الخبيثة استعمال المركبات
 الحديدية وتديرا غذائيا لا تقا فان ثلاثي الكرات الدموية الحمر وقساها
 كما ينتج عنه الميلانيميا ينتج عنه أيضا صفة خلل ودية في الدم كآية على ذلك
 (فيريكس) وكثيرا ما تفقد الصفة الأخيرة فيما بعد مع بقاء الأولى وقد شاهدت
 حالة مضي فيها على المريض عدة أشهر حتى عادت له قواه مع استعمال

المركبات الحديدية استعمالا مستقرا بحيث أمكنه التصدي

بجميع الأشغال الشاقة ولم يبق عنده أدنى تغير سوى التفسير

الخاص بالجلد وبعد ان هلك بالتماب رتوي بعد

مضي جملة من السنين ظهر في جنته

علامات واضحة من

الميلانيميا

تمت المقالة الثانية بعون الله تعالى ويليه المقالة الثالثة