

OR 13
W D 6...

SĀLIM.

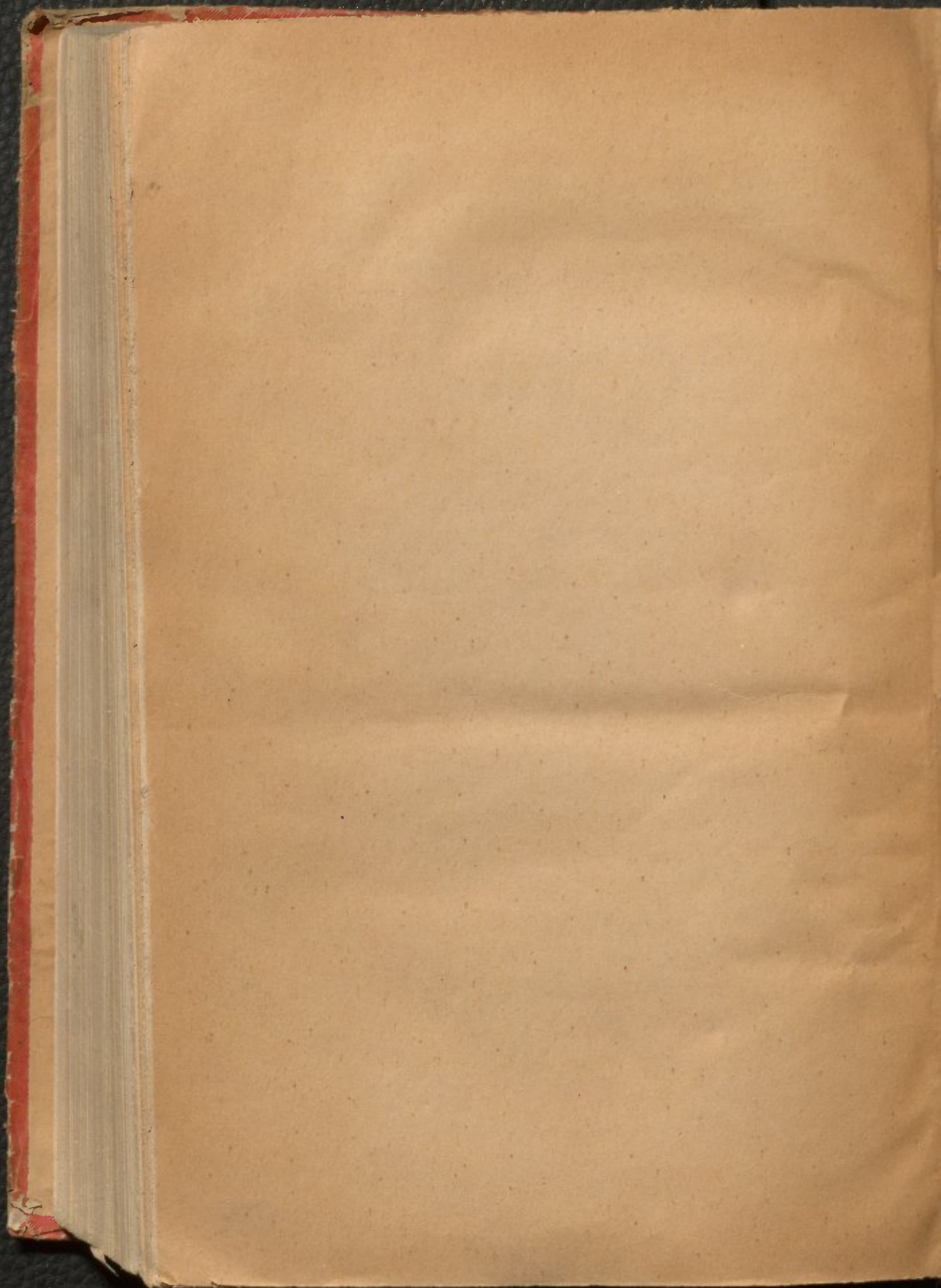
3905. Wasā'il al-ibtihāj fi al-ṭibb al-bātini
wa'l-'ilāj. 8° and la. 8°. Cairo, A. H. 1296-8
[1879-81].

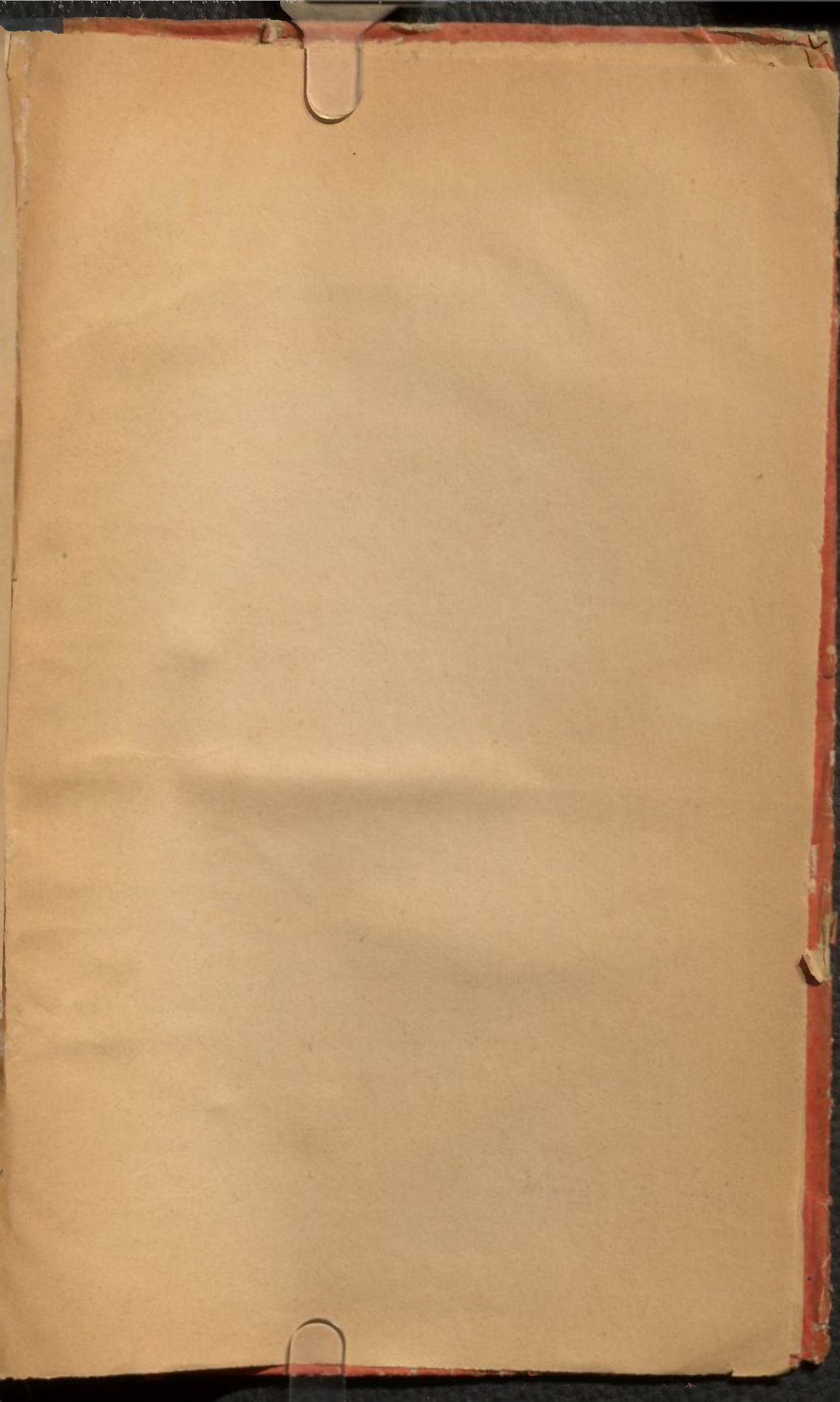
4 vols. ; vol. 3 imperfect. On internal medicine
and therapeutics.

FROM
THE LIBRARY
OF
SIR WILLIAM OSIER, BART.
OXFORD

4138567

3905





بسم الله الرحمن الرحيم

11
 27
 10
 30
 5
 72
 73
 27
 51
 77

نظارة المعارف
 ٢٨٧ | ٤٤٦
 ١٠٤٤٦

* فهرسة الجزء الاقول من وسائل الابهتاج في الطب الباطني والعلاج *

صحيفة

المقالة الاولى في امراض اعضاء التنفس (وسقط لفظ المقالة الاولى)	
سهو اعند الطبع	
الفصل الاول في امراض الخنجرة	١١
المبحث الاول في الاحتقان والالتهاب النزلي للغشاء المخاطي الخنجري	
المبحث الثاني في الذبحة الغشائية	٢٩
المبحث الثالث في القروح الخنجرية النزلية	٥١
المبحث الرابع في القرحة الخنجرية التيفوسية والجدرية	٥٤
المبحث الخامس في القروح الزهرية الخنجرية	٥٨
المبحث السادس في المدون الخنجري أو السل الخنجري	٦٢
المبحث السابع في التولدات المرضية للخنجرة	٦٧
المبحث الثامن في أوذيم المزمار	٧٠
المبحث التاسع في التهاب السمحاق الغضري وفي الخنجري	٧٥
الامراض العصبية للخنجرة	
المبحث العاشر في تشنج عضلات المزمار	٧٨
المبحث الحادي عشر في شلل عضلات المزمار	٨٢
الفصل الثاني في امراض القصبية الهوائية والشعب	
المبحث الاول في الاحتقان والالتهاب النزلي للغشاء المخاطي القصي	٨٧
والشعب	
المبحث الثاني في الالتهاب الاليفي للغشاء المخاطي القصي والشعب	١٢٢
المبحث الثالث في تشنج الشعب أو التزيف الشعب	١٢٥
المبحث الرابع في تشنج عضلات التنفس	١٣١
المبحث الخامس في السعال التشنجي	١٣٢
الفصل الثالث في امراض الجوهر الرئوي	
المبحث الاول في الضخامة الرئوية	١٤٧

المبحث الثاني في الضمور الرئوي ١٤٨

المبحث الثالث في الانقباض الرئوي ١٤٩

المبحث الرابع في تناقص كسبة الهواء في اللبلايا الرئوية أو
الانسكازيا أو الهبوط الرئوي أو انضغاط الرئة ١٦٨

المبحث الخامس في الاحتمقان الرئوي وأوذيم الرئتين ١٧٣

في نزيف اعضاء التنفس ١٨٧

المبحث السادس في النزيف الشعبي ١٨٨

المبحث السابع في النزيف الرئوي الغير المعسوب بقزق في جوهر
الرئة أو السدد الرئوي أو التغيرات الانتقالية الرئوية ٢٠٢

المبحث الثامن في النزيف الرئوي المعسوب بقزق في جوهر الرئة أو
السكتة الرئوية ٢١٢

في التهابات الرئوية } ٢١٣

المبحث التاسع في التهاب الرئوي اللبني } ٢٤٨

المبحث العاشر في التهاب الرئوي النزلي الحاد ٢٥٤

المبحث الحادي عشر في التهاب الرئوي انطلاقا من المزمن أو تيبس
الرئة أو الكهوف الشعبية

المبحث الثاني عشر في الغنغرينا الرئوية ٢٦٤

في الدرن الرئوي ٢٦٨

المبحث الثالث عشر في الارتشاح الجبني والسدرن المزمن للرئة أو
السبل الرئوي

المبحث الرابع عشر في الدرن الدخني الحاد ٣٢١

المبحث الخامس عشر في سرطان الرئة ٣٢٥

الفصل الرابع في امراض البلجورا } ٣٢٧

المبحث الاول في التهاب البلجورا

المبحث الثاني في الاستسقاء الصدري ٣٥٥

- ٣٥٨ المبحث الثالث في التجمع الغازي للصدر
- ٣٦٨ المبحث الرابع في درن البلديورا
- ٣٦٩ المبحث الخامس في سرطان البلديورا
- تذييل لامراض أعضاء التنفس
- ٣٧٠ في امراض الانف
- المبحث الاقول في احتمقان الغشاء المخاطي الانفي
- ٣٧٨ المبحث الثامن في نزيف الغشاء المخاطي الانفي
- في امراض الجهاز الدوري
- ٣٨٤ اصل الاول في امراض القلب
- المبحث الاول في ضخامة القلب
- ٤٠٧ المبحث الثاني في تمدد القلب
- ٤٢٠ المبحث الثالث في ضهور القلب
- ٤٢٤ المبحث الرابع في التهاب الغشاء الباطن للقلب
- ٤٣٩ المبحث الخامس في التهاب القاي العضلي
- ٤٤٤ في الآفات العضوية للصمامات القلبية
- ٤٤٥ المبحث السادس في عدم كفاية غلق الصمام الاورطي وتضايق فوهته
- ٤٥٣ المبحث السابع في عدم كفاية غلق الصمام القلتسوي وتضايق الفوهة الاذينية البطينية اليسرى
- ٤٦٤ المبحث الثامن في عدم كفاية غلق الصمام السيني وتضايق فوهة الشريان الرئوي
- ٤٦٦ المبحث التاسع في عدم كفاية غلق الصمام ذي الشراقات الثلاث وتضايق فوهته
- ٤٦٧ المبحث العاشر في الاستحالات المرضية للجوهر العضلي من القلب والمولدات الحديدية والطفيلية فيه
- ٤٧١ المبحث الحادي عشر في تمزق القلب
- ٤٧٢ المبحث الثاني عشر في التعقيدات الليغنية في القلب

٤٧٤	المبحث الثالث عشر في العيوب الخلقية للقلب
٤٧٩	في الامراض العصبية للقلب
	المبحث الرابع عشر في الخلقان العصبي القلبي
٤٨٣	المبحث الخامس عشر في الالم العصبي القلبي أو ألم الضفيرة القلبية المعروف بالذئبة الصدرية
٤٨٥	المبحث السادس عشر في داء باصدو
٤٨٩	الفصل الثاني في أمراض التامور
	المبحث الأول في التهاب التامور
٥٠٥	المبحث الثاني في التصاق التامور بالقلب
٥٠٨	المبحث الثالث في الاستسقاء التاموري
٥١١	المبحث الرابع في التجمع الغازي للتامور
٥١٢	المبحث الخامس في درن التامور
٥١٣	المبحث السادس في سرطان التامور
	الفصل الثالث في امراض الاوعية الغليظة
٥١٩	المبحث الأول في التهاب طبقاته الاورطى
	المبحث الثاني في اينوريزم الاورطى
٥٣١	المبحث الثالث في تمزق الاورطى
٥٣٢	المبحث الرابع في تضيق الاورطى وانسداده
٥٣٣	المبحث الخامس في امراض الشريان الرئوي
٥٣٥	المبحث السادس في امراض الجذوع الوريدية الغليظة

* (تمت) *

٦٠	٧٥٧		
٧١	٧٧٧		
٧٢	٧٨٧		
٧٣	٧٩٧		
٧٤	٨٠٧		
٧٥	٨١٧		

بيان صواب الخطا الواقع في هذا الكتاب

صواب	خطا	صفحة	سطر
لاشكلا لها	لاشكلا	٣٣	٥
انزلة	لنزلية	٣٣	٢٠
للخبرة	للخبرة	٥٢	١
المكرة	المكورة	٧٨	٥
الامر اضاعقه	الامر اضاعقه	٨٧	١٠
الترهين	الترهين	٩٤	١٤
بجراة	بجوار	٩٤	١٨
عطاس	اعطاس	٩٥	٢
المرضى	المريضى	١٢٢	٨
بنهاها	بنهاها	١٢٤	٢٤
تنفخ	تنفخ	١٢٧	١٩
المعلوم	العلوم	١٤٤	٢
خرخرة	خرخر	١٤٤	٢٤
المركبات	مركبات	١٤٦	١٠
زوكندسكى	روكيدنسكى	١٤٧	١٧
ولذا	ولد	١٥٨	٢٥
البحث	المبحث	١٦٤	٢٥
التفهيمى	التنفهيمى	١٧٢	٢
نقوسم	نقوسم	٢٤٢	٩
تودى	تودى	٢٦٨	١٢
لم يكونوا	بدون ان يكونوا	٢٧٧	٢٠
الطب	الطلب	٢٩٧	٢٠
اذا كان	اذا كا	٣٠٧	١٣
تنظم	تعظيم	٣١٠	٢١

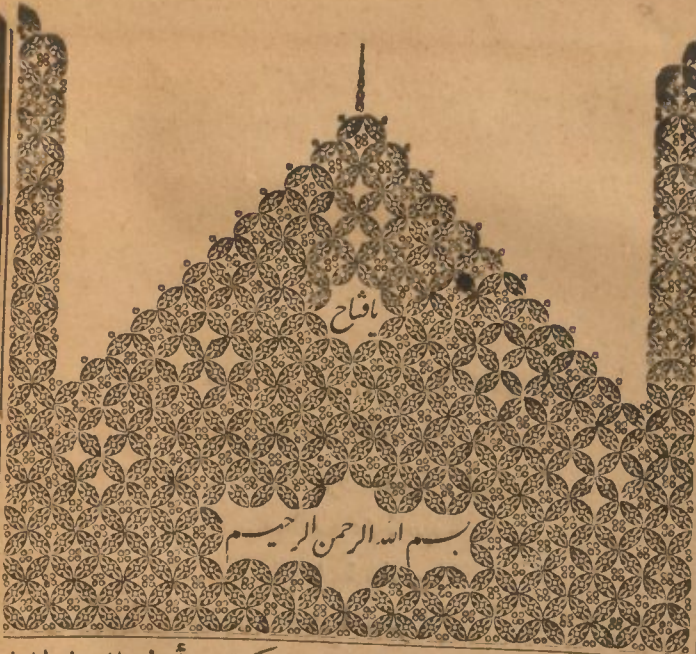
صواب	خطا	صحيفة	سطر
المعدى	المغذى	٣١٧	٧
المتكيسة	المتكيسة	٣٤٦	١٢
بكرة	بكرة	٣٥٠	١٧
فسادى	فسادوين	٣٦٠	١٧
المرض	المرضى	٣٨٤	١٥
العرضى	العرض	٤٠٣	١٥
بازيز	بازيزا	٤٨٧	٤٤
بطياً بطاً	بطياً بطياً	٤٩٦	٨
تستحق	يستحق	٥٣٠	٢٥
الالتهابات	لالتهابات	٥٣٤	١

(٣)

رقم	تاريخ	الخط	ملاحظات
١	٧١٧	مخطوط	مخطوط
٢	٧١٧	مخطوط	مخطوط
٣	٧١٧	مخطوط	مخطوط
٤	٧١٧	مخطوط	مخطوط
٥	٧١٧	مخطوط	مخطوط
٦	٧١٧	مخطوط	مخطوط
٧	٧١٧	مخطوط	مخطوط
٨	٧١٧	مخطوط	مخطوط
٩	٧١٧	مخطوط	مخطوط
١٠	٧١٧	مخطوط	مخطوط

(٧١٧)

الجزء الاول من وسائل الابهتاج في الطب الباطني
والعلاج تأليف الطبيب الحاذق الرئيس
الدكتور حفصة عزتو سالم
سالم بك معلم علم الامراض
الباطنية بالدرسة
الطبية المصرية
السنة
م



حمد المن منخ الاذهان منحة الفكر في تدبير حكمته وأوضح البرهان لاهل
العرفان فبروا من داء الجهل وربقته عرفوا مقدار العلم فنتهوا كلام
جواهره وأعراضه واحتموا من كورسه شربة سائفة فنتهوا من أدواء
البأس وأمراضه فبجانه من لطيف شاف تنزه عن العلة في أحكامه وأفعاله
وحكمه كاف خير بأحوال عبده في صحته واعتلاله عالم بتخصيص خفايا
البواطن والظواهر في مخلوقاته ما فتح بتخصيص لطفه نوع الانسان في جميع
أطوار حياته فيما توزن شرح الله صدره باخلاص التوبة فنجوا كان سأل
فانرا بالخلاص من حالة الامراض الباطنية وصلاة وسلاما على من داوى
صدر الاسلام بمكارم صحابه وجبر ما اتلف فلم من مكاره الادوية
مكارمه فسرى منه نور هذا الدين المتين وجرى على يده شفاء صدره ووقوم
مؤمنين طب اللوب ودوائها وعافية الابدان وشفاها وترضيا كاملا
ورضوا فاشاملا على آله وذريته وصحبه من سلكوا في آداب شرعته منهاج
طبه ثم تفتى بده هذا الدعاء المقبول الذي هو بوند الصلات الربانية موصل
بجميل الثناء الاكل وجزيل الدعاء الاجمل لمن أ كسب هذه الاوطان
بجدها الاثيل واكتت به حل فخرها الجليل فن مبلغ عين شمس أن مصر

الآن صارت انسانها ومن يجزئ منة فيس انما في هذا العصر تناقض محاسنها
وتحاسن حسانها كيف لا وقد أجرى في جثمان هذا الوطن العزيز روح
العدالة الكسروية وأبدى من نتائج العمران مائة مائة من مائة التصديقية
أشكال الهيم القصرية فبذلك صار يناديه اسان حال الشكر العام
ويتاجيه عنوان الفخر على هذا الاحسان والانعام

بصرك أهل مصر خير آل * وركن فخارهم أخصى مكينا

لناهم نعيم به احوال * وصاحب مصر اصيل فينا

ثم من نظر إلى هذه المدوحة الكريمة وماتفرع منها من نواضر الاغصان
وأتم الفكر في انبعاث أشعة الذرية الدورية من شمس إشراق هذا الزمان
يحكم بالانصاف ان حضرات أنجاله الفخام ذوا ذوه في حيد الخلال
والاوصاف فجمعهم له حب المعارف متمكن أمكن وطب العوارف
منهم واصل لاهل كل علم أوفن فالثناء في ذلك عليهم ومضج كل علم تقيس
ظهر في هذه الاوطان فهو منهم واليهم فلسان حال حضراتهم يقول وفي
ميدان الافتخار يقول

جبت سرائرنا على * حب المعارف والعلوم

لاغر وأنا سادة * سارت بسيرتنا النجوم

أدام الله حضرة الخديو الاعظم وأنجاله الكرام عقد فخاره الانظام وأيده
بتوفيقه الكامل الحسن الى ما به وود بالرفع التام على وطنه الذي هو أسمى
وطن ولا زالت شمس مفاخرهم مشرقة منيرة وغصون ما ترهم مورقة
نضيرة وظل مراحمهم مدودا ولوا عزهم مدودا حق تقباهي بما ترهم
مصر بأبي قناع ونشرق كواكب أمانهم من أفق الصباح منتشرة
الشماع (وبعد) * فيقول راجي احسان الكريم سالم سالم الحكيم
لا يخفى ان شرف العلوم يقاوت بشرف مدلولها وقد درها يعظم بعظم
محصولها فما كان موضوعه أجل وأشرف ومعرفة من بين سائر المعارف
أدل وأعرف ونفعه أعظم ودأبه أخضر وأحكم كانت مكاتبة أعلى
وأرفع وغايته أنقى من هذه وأنفع ببيانها من بين الوثائق وتبيانها قريب
لتصديق وماذا لا العلم الطب لكون موضوعه بدن الانسان الذي هو

أشرف المواصلات الثلاث (أعنى الجماد والنبات والحيوان) ولهذا أجمعت الامم
والممل والمذاهب والنحل وانفقت الكلام والشهادات من سائر اصناف
المخلوقات بالقياسات الصحيحة السليمة والتجارب المستمرة المستديرة على
فضل صناعة الطب وجلائها وعلو مرتبتها ونظامها كيف لا وقد استعملها
الانبياء والاروصياء واقتدى بهم الحنفاء والانتقياء وحسب ذلك شرفا وفضلا
ونباهة ونبلا قول من ايسر الالباحكمة يتكلم نبينا صلى الله عليه وسلم (العلم
علمان علم الابدان وعلم الاديان) وناهيك بتقدمه في الذكر إشارة لتقديمه في
الطبال والفكر وقوله عليه الصلاة والسلام وقد نطق بأظم كلمة جامعة لرفع
الانام (اشنان لا يصح الاصحح المحققي والمرض الخاط) ولذلك قال الحكيم
التخلط في زمن الصحة كالتداوى والمجبة في زمن المرض والاحاديث في ذلك
كثيرة (كحديث تداووا فان الله لم يضع داء الا يوضع له دواء غير داء واحد وهو
الهمم) هذا ولما كان ولي النعم لم يترك مصر منفة عمارة لا أسداها ونعمة
تامة الا حسن بها الى ابناءهم وأهداها أعادها هذه الاوطان حليتها الاولى
حتى صارت الان كغيرها من الممالك المتقدمة مجتمعا للمنافع العمومية
ولم تال عنانية حضرتها جهدا في ترقية العلوم والفنون التي من أنفسهم اعلم
الطبيب الذي كان يرى أنه في زوايا الخبايا مكنون العلم حفظه الله بأن صناعة
الطب من أجل العلوم السياسية وأكمل القواعد الاساسية وانما أشرف
العلوم الضرورية في المدن ونظن نوع الانسان في كل زمان ومكان فلا غرو
انه حرسه الله بعين عنيته ووقاه بحفظه ورعايته موقفا تقدم هذا الوطن
واصلاح مزاجه بأنواع من المسكارم والمنن وما ذلك الا بهم اسماعيليه
وحكم أبقراطية شغف وله الثناء الاجل بتحصيلها وأحاط وله العزم الاكمل
يجمعها وتفاضلها هذا ولما وجهت في الحكومة المصرية الى البلاد
الالمانية في سنة ١٢٦٥ وتعمت بقصد تخصص ميل العلوم الطبية العلمية
والعملية من ضمن الرسالة الى مدينة موشخ الشهيرة التي هي تحت مملكة
باويرة فلم تكن عمان عزمي وحشة الاعتراب بل فتح الله لي في سبيل اجتمادي
من أبواب الخير باب وكانت عزيمة التشوق الى نيل المراد تسابق مع
التشوق الى العود للوطن بالاسعاد

وبقيت بين عزمي وبين كلاهما * اهضى وانفذ من شباهة سنان
 عزم يشوقني الى طلب العلا * وهو يشوقني الى الاوطان
 وتحصت في ظل الساحة الخديوية على اتمام الدراسة العلمية والعملية
 واكتسبت على طبق مرغوبها مارسم لي تعليمه ووجب علي تفهمه وتفهمه
 حتى نلت درجة الدكتورية التي هي لجازة الاجازة استعارة تصريحية
 تحقيقية وذلك بعد ان صار اختباري في جميع العلوم الطبيعية والطبية
 بتاريخ الثاني من شهر ديسمبر سنة ١٨٥٢ ميلادية وقد تفضل الخبير الشهير
 والنظامي التحرير جناب المعلم فيغير الذي تلقت عنه فن الامراض
 الباطنية بأحسن تعاليم والمناضل عنى بسنان اللسان في هول ميدان هذا
 اليوم العظيم بقالة حماسية تشجيعية على حال وتوفي أمام جمهوري على دار
 العلوم الملكية وغيرهم من الامراء والعامة الحاضرين بهذه الجمعية
 للمناقشة عما في رسالتى المشتملة على المحوظات في داء القمل وعملاته ومسائل
 شتى فانك لا تله هذه المقالة المأثورة وهالك خلاصتها بعد تحريرها من اللغة
 النسائية الى اللغة العربية المشهورة * (أيها السادة الحاضرون والامراء
 الناظرين) * لا يخفى أن اليوم الذي تعطى فيه درجة الدكتورية لمن
 استحقها من الشبان لحسن تعلمه مع غاية الاجتهاد ونهاية الاتقان
 والمواظبة على علومه الطبية العلمية والعملية أعظم عيد سعيد يسره
 الحاضر والبادي والداني والبعيد * يد أن حصول هذا الامر الجليل
 في هذا اليوم لا يقاس بنظيره وشبهه فان هذا الشاب الذي يريد أن يتوج بهذا
 التاج ويرتقى الى الصهوة الفرح وذروة الابتهاج لاشك انه من أقطار بعيدة
 عنا باعتبارين متباينين حسا ومعنى مشرقى الاقليم وافد على هذه الديار
 بقصد التعلم والتعليم وهذا الامر أوجبني الى التفكير في التقاليد والتواريخ
 المتعلقة بالاحوال البشرية فان بلدنا السعيدة التي استحققت ان تسمى
 بأئمة الجديدة لما فيها الآن من مشيد الانبية والصنائع والعلوم اذا قابلتها
 بهاتيك البقعة المجهدة في استرجاع ما كان لها اقدما من الشرف المعلوم تجدد
 بلادنا بينما كانت اعينها محجوبة بغشاء الجهالة التوحشية غامضة بسوائم
 الحيوانات الوحشية ليس بها الاقبائل همجية مجردون الاعن الصور

الانسانية وحالة نزلة في جميع الجهات يعيشون بطوم هذه الحيوانات
 ويستمترون بجلودها ولا يعرفون صنع حبل صنعا ولا برودها كانت منقبس
 (اي منقب الواقعة غرب البدرشين) التي كانت اذذاك تحت المملكة الفرعونية
 وقاعدتها تيك البلاد الشرقية من مضيبة بصباح صباح العلوم والمعارف
 من قنيرة بانوار الصنائع واللطائف كيف لا ومنهم القبس قدماء اليونان
 واخذوا عنها ما صاروا به معلمى الدنيا بأسرها في تلك الازمان فقد نشر واما
 كسبوه منها في هاتيك البلاد ونثروها في بلادهم اليونانية لنفع العباد حتى
 نهلم يفسر ب عن مصر شعاع هذا النور فيما تخر عن ذلك العصر الاول من
 العصور فانه عند مشرع وشرلمان وخافاته يعنى في ابتداء دخول التمدن في
 بلادنا واتخاذها فيها نقطة مركزه وخط استوائه وتعليم امره ولسنا
 حروف الهجاء كانت دولة العرب التي نبغ منها هذا الشاب سالكة في اوضح
 سبيل التمدن منها وكان فيها ما يكلفها من شعرا وفلاسفة ومهندسين لاسيما
 مشاهير اطباء النطاسيين الذين اذتقوا آثار اطباء اليونان وعلمائهم وترجموا
 كتبهم وشادوا ابحاثهم في مؤسسة على اساس بنائهم حتى كانت معارف
 مصرهم تستنيرم الدنيا في عصرهم ولم تزل مصر على ذلك الى أن آذن جيش
 العلوم بلهجرة عن مغانها واخذ في الرحيل عنها تدرى بجا بعد ان كان نجما
 بوادها وما ذلك الا لما لم يصرف في تلك الازمنة من سوي بنحتها حيث هاجرت
 منها تلك العلوم واتخذت بلاد اربو بادار سلطنتها ومقرتها فاهرت فيها رياض
 العلوم وامتلات بزلالها حياض الازهان والقهوم لاسيما في تقدم الدرجة
 الاكاديمية المتعلقة بالعلوم الطبيعية التي استحققت أن يهاجر الى اكتساب
 ابحاثها من جميع الانظار ويتفرقا في اكتساب انواعها على بعد الدار فانتازرى
 ن الدولة العلمية والندوية الجليلة المصرية والبلاد اليونانية يرسلون
 شبانهم للاقتباس لاسيما اقتباس الطب الالماني المتقدم في الدرجة وجود
 لاساس وفي طيب منبعه وحسن غراسه وجلالة موقعه ومن جعلتهم هذا
 الشاب العظيم والامعي اللبيب الذي أرسلته الحكومة المصرية الى دار
 المعارف يلد تنافا كرمانا مشوا وبذلنا اليه من حسن التعاليم ما هو فوق قدرتنا
 كي يفوز بما نتمناه وفيه توفيقنا ولا شك انه باجتهاده المصيب تحصل من التعليم

على اوفر حظا وفي نصيب حيث انه من اكثر التلامذة تعليما وغبية مع ما
 فيه لمعلمه من زيادة الالفة والمحبة وهذه الصفة الحميدة وان وجدت عند
 اهل المغرب الا أنهم مختصة ببعض الافراد لكنهم عند اهل المشرق جعلها عامة
 غريزية في طباعهم وتجارة راجحة لا يلطقت في سوق الاخلاق عيب الكساد
 والامل فيه أن ينشر ما كتب به منا وما تلقاه عنا ويث في وطنه ما لديه
 من تلك المعارف بين يديه ليعطى بذلك أوج المعالي وتظهر غيرة ما اقتنصه
 فحجم فذكره الثاقب في جنح الليالي كل ذلك مع اقرارنا بأن ما اقتبسناه عندنا من
 انوار المعارف واحترق عليه من اسرار اللطائف ليس الاثمة رة من شجرة
 العلوم الزكية التي كان وطنها القديم ومنبعها الاسبق ديار مصر البهية
 فكانوا بضاعتهم اردت اليها وضامرا المفاخر المكنونة المستترة في افعال الزمان
 عادت بان تقع العظیم عليها (انتهى)

فكانت هذه المقالة التي أبدأها هذا الشهر عند تقليدي برتبة الدكتورية
 ومصالحتهم لي على رؤس الاشهاد سيما في حرصى على ما كتبت به وغرس
 النية في نشر هذا الطب الالمانى في وطنى العزيز مع غاية الاجتهاد فبعد ان
 صاغت يدا قلبي بالصحة والسلامة وبذلت الجهد في اجراء صناعاتي مع
 حسن الاستقامة اجتمعت يافع الاحسانات الخيرية وتحصلت بعد
 التمددات العديدة بشمول الانظار الكريمة في اقرب وقت على ان صرفت
 معلمي الامراض الباطنية في المدرسة الطبية المصرية

وعما ينبغي ان تتوجه في صدر هذا الكتاب وشجعه من خطبته بمنزلة فصل
 الخطاب هو الشناء على الامير الجليل الذي ثبتت قضايا فضائله بأوثق برهان
 واصدق دليل سعادة مصطفي رياض باشا ناظر عموم المدارس والاقواف
 المصرية السالك سبيل العدل والتوفيق في مسند اريه الداخلية كما أننا
 شخص بالثناء خصوص مدارس وطننا عموما اذ هي التي ارضعتنا ندى
 تعليمها منطوقا ومنهوما لاسيما المدرسة الطبية فلها على من يداختصاص
 الشناء بقية قضى المحبة القلبية وكذلك لا تنسى الاذعان بالثناء على من سبقتنا
 في تعليم علم الامراض الباطنية وهم المرحوم شافعي بك ومسيو جرسنجير
 ولاسيما سعادة يرجير بك حيث اقتبست من انوار فوائدهم العلمية والعملية

هذا ولما اشرفت من لندن ساحة المكارم الخديوية في سنة ١٢٨١ هجرية
 بالترجمة الثانية السنية واثمت هاتيك الاعتاب تشكرا الاحسانات هذا
 الجنب اشار الى سعاده بان جل مرغوبه وغاية مطلوبه ان يكون التعلم
 في مدرسته على نسق الكتب الجليله المستجدة التي علمها مدار المعارف
 الا ان مهينة ومستهنة فما كان جوابي الالمبادرة في تحصيل هذا المرغوب
 بوضع كتاب جامع لقواعد هذا الفن على النسق المطلوب فما وجدت اشفي لهذا
 المرام وانفع للخاص والعام الا ترجمة كتاب الشهير (نهير) حيث انه مؤسس
 على الاستكشافات الفسيولوجية والتشريحية المرضية المستجدة وانعقد
 الاجماع على ان ما في هذا الكتاب الى وقتنا هذا لا يكاد يوجد في كتب عدة
 حتى صارت ترجمته بأغلب لغات أوروبا وعلية تعليم جهابذة على مدارها
 الالبيا فلم آل جهدي في ترجمته بحرصا على معانيه ودقة معانيه بحيث راني
 تفرير قواعدة وتحرير معاقده وتفسير مقاصده وتكثير فوائده وبسط
 موجزه وحل ملغزه وتقييد مرسله وتفصيل مجله مضية اليه في كل
 بحث من الامور النافعة العديدة والملاحظات الشاردة المفيدة مما يجب
 على ابرازه ويلزم في ارازه والتجازه حتى صار مدار التعليم عليه في المدرسة
 الطبية كل سنة وتداولته الايدي بأسهل طريقة مقبولة مستحسنة بيد أي
 سلكت مسلك التؤدة في طبعه ليكون مؤلفه لم يزل باذلا المجهود كل سنة في
 تنقيحه وحسن جمعه حتى انطبع في مران في قليل من السنوات وكل
 ما اضافه واستحسنه بسبب تقدم العلوم الطبية في هذه السنين كانت
 عراية رايته الاخذها بالبين فما تبذرت فريدة الا انقطعتا ولا برزت خريدة
 الا اجتمعتا كى اجاريه في ميدان الصحائف لاخر طبعه واستحصل على غاية
 المأمول في عموم نفعه هذامع تنبيه على فوائدها أو علمية استظهرها
 واستدلالات اخصم باتبينه في محالها واذا كررها وسلكت في استعمال الاقاظ
 الطبية ما كان مدونا في كتب الطب القديمة العربية الواضحة المبني الصريحة
 المعنى المتداولة ايضا في الكتب المستجدة المستعملة المستعمرة وأهملت
 ما استحسن قاتباع المعروف أولى فلا أنشبت بالفاظ لا تنكح نفي المعنى
 فضلا عن بعدها جنسا ونصلا فان كثيرا من الاطباء استعمال الفاظ يونانية

أولا تسمية أو عربية مهجورة أو محدثة التركيب ماتت بعوتم قطعاً فانهم
استجمامها لم تصادف محلاً بل ولم تجد نقماً هذا وبحمد الله لا أنسب لي إلا
ما نصت عليه ولا أعصب كلام غيري وأعزوه لنفسه فكل أولي بما لديه
وأثرت تعريب هذا الكتاب لما انطوى عليه من أنواع المنافع دون تأنيبي
لكتاب خاص باسمي جامع مانع وثوقاً بأن هذا أجدد نقماً وأكثر جمعاً غير
أني سأذيله بشرح التغيرات المرضية العامة وهذا منوط بالبايولوجية
العامة لتكون أوصافه الحميدة تامة حيث إن الأصل خلى عن ذلك الشان
ولتجزد اللغة العربية عن الدرجة التي عليها العلوم الآن فيكون تمسبه بين
شرح التغيرات المرضية الموضوعية أعني البايولوجية الخاصة والتغيرات
المرضية العامة أعني البايولوجية العامة وبذا تتم الامنية فدونك كتاباً
تشد إليه الرجال وتقاد إلى فوائده أزمه الآمال تفقت عن ازهار الطب
الكامله وارزقت ما بين اترابه اعلامه فكانت ما ينقت الطب عن أنفاس
عيسوية ويطل التويمات وله البس بالبيضاء بأيد موسوية فهو في باب
معرفة الطب المفرد العلم فأنلاني نعم ظلاله فأنلوا لاجرم

ودع كل صوت غير صوتي فأنني * أنا الصادح المحكي والآخر الصدى
فلا غروان يتقدم غيره وان تأخر مفسداً والشئ بالشئ يذكر
واني وان كنت الاخير زمانه * لا تجمالم تستطعه الاوائل

فكم ترك الاول للآخر من حسن الما آترو جيل المقارن حتى ان بعضهم
قال وعن الحق ما حال كيف لم يترك الاول للاخوش ما والعلوم وترتيبها
انما هو من نتائج العقول وتهذيبها وقد منح الله العقل للاخوش كما منحه الاول
وليس العلم وقفاً على قوم ليخلق بعدهم باب الملكوت ويمنع المزيد عن العالمين
بل واهب العلم الذي هو بالافق المبين ما هو على الغيب بضنين ولهذا قيل
اذا تساوت الازدهان والهمم فتأخر كل صناعه خير من متقدمها ويقال ليس
كلمة أضرب العلم من قولهم ما ترك الاول للاخوش ما ان كانت تقطع عن العلم
والتعلم وتقصر الاخر على ما قدمه الاول في مكان الاوائل فاز وبالسبق الى
استخراج الاصول وتعميدها فالواخوش اشتغلوا بتفريع الاصول وتشبيدها
وكان الاوائل تفضوا على من بعدهم بالتأسيس والتمهيد فكذلك الاواخر

فضواحق من قباهم بالتلخيص والتجريد ولاغروان ما ذكر باسمه كشاف
 البصيرة جدير ولا يثبتك مثل خبير فهذا الامر وان اهتمت حقيقة مثلا
 بالنسبة لبعض العلوم التي بالنصوص الا انها جلية واضحة في فن الطب على
 الخصوص فقد كان ابتداء عبارة عن مجموع تجارب مشاهدات من عقول
 مستفيرة فاقبل بالذكاو حدة الذهن وكثرة التجارب وتعميمها وتطبيقها
 مع بعض المذاهب شتى مشهورة كذهب الاخلاط والجوامد والمخانيكي
 والطبوين وسرى التعليم على هذا النسق عذمت من السنين الا ان
 الاستكشافات العلمية المستجدة احدثت فيه من التغيرات عدة حتى زاد
 القرع عن أصله وامتاز في جنسه ونسبه فمن ذلك علم التشريح الخاص
 الذي كان سابقا معلوما على وجه الاجمال وكل من التشريح المرضي وعلم
 الوظائف الذي اكتسب من أنواره علم الطب ثوب الهمم والكمال وكذا علم
 البحث الطبيعي عما فيه من استكشاف القرع والسمع والابحاث الكيميائية
 زيادة عما حصل من التحقيقات العلمية والعمامة الخاصة بالافراد الدوائية
 الطبية وأفعالها الفسيولوجية وتأثيراتها العلاجية فانظر كيف اتقل
 هذا الفن من حضرة بعض التجربة والقياس والتخمين الى أوج المعارف
 الحقيقية المؤسسة على قواعد صحيحة وركن متين وكان متوظفا معي
 بوظيفة تعجبه وتمذيبه وتقييمه وشارده وتأهيل غريبه حتى سخرت
 سوانحه سهلة الانقياد وما برحت يوارحه الا وفي اقبال قبولها ترويح
 الفؤاد سلافة السادة الانصار وفتحة الافاضل الذي اكتسب هذا الكتاب
 من إمداد مداده وبراعة براعته جمال كماله فهو كامل من كامل العلامة
 الاوحد الذليل حضرة الشيخ محمد الطهطاوي ابن اسمعيل فما عجمت
 علمنا مسئلة أجمية الاوغرنا علم السوابق الاذهان وكافي اسرارها فرسي
 رهان وشريكي عنان فقتنص بأجولة القهوم ما تدببه لازمة السم
 ومسامرة النجوم وما مرت كلمة الاكثاف كندمان جديمة ولاغرو فن
 هام في عشق نبات الانكار أمهره ابنة فانس أنفاسه واجتلاها اجلاء
 الابكار ومدتم عقده هذا الكتاب النظيم وناداه طبيب الارواح ها قد سات
 وشني الله صدر من تلقا بقاب سليم (سميته) وسائل الابهج في الطب الباطني

والعلاج والله أسأل وبنيته أتوسل أن يجعله لأبناء الوطن نافعاً وأقدر
مطاعه رافعاً وهذا وإنى أبرأ اللهم العنك من الحول والنوة فلا حول
ولا قوة إلا بك والخير بين يديك العنك جميع قريب والدعاء بحبيب

* (في أمراض أعضاء التنفس) *

* (النصل الاوّل في أمراض الخنجرة) *

* (المبحث الاوّل) *

في الاحتقان والالتهاب النزلي للغشاء المخاطي

الخنجري ويعرف بالنزلة الخنجرية

* (كيفية الظهور والاسباب) *

متى امتلأت الاوعية الدموية للاغشية المخاطية بالدم ينشأ عن ذلك التهابات
نزلية فيها أعنى حصول افراز مرضي واتفاخ ورنخاوة في جوارحها وتكون
أخيلية حديثة جد بدت مقاومة الكمية بل الاحتقان المخاينكي للاغشية
المخاطية ينتج عنه التهاب نزلي فيها ألا ترى ان الالتهاب النزلي في الغشاء المخاطي
العدوى والمعوى يحصل مثلاً من الضغط الواقع على الوريد الباب وان الالتهاب
النزلي في الغشاء المخاطي الشرجي ينتج عن عوق انصباب دم الاوردة الشعبية
والرئوية في القلب المصاب فوسلى هذا يدور غلنا ان نشرح احتقان الغشاء
المخاطي الخنجري والشرجي والتهاب ما النزلي في فصل واحد ما لم نطلق لفظ
الالتهاب النزلي كالعوام على التهاب الاغشية المخاطية التي تحصل من تأثير
البرد ويستعمل لاجل معالمتها شرب المنقوعات العطرية الحارة كالياسان
والتدثر بقصة الصوف * (تنبيهه) * اعلم انه لا يعنى بالنزلة هنا ما كان يعبر
عنه عند القدماء بنزول مادة من الدماغ الى الانف ويسمى زكاماً أو الى
الحنق والخنجرة والشعب وغيرهما من الاعضاء المجوفة المغشاة بغشاء مخاطي
ويسمى نزلة حارة تارة وتارة باردة بحسب خواص السائل منها كما ذكره الشيخ
في قانونه بل المراد بالنزلة هنا مجموع التغيرات الغذائية الحاصلة في الغشاء
المخاطي من احتقانه واتفاخه وسقوط طبقة البشرة وزيادة افرازه ونحو
ذلك من التغيرات التشريحية التي يبرهن عن مجموعها بالالتهاب النزلي وبالنزلة
أيضاً

ثم ان الاسباب متعددة للاصابة باحتقان الاغشية المخاطية ونزلاتها يختلف
اختلافا عظيما باختلاف الاشخاص بحيث تشاهد جملة اشخاص معرضة
لاسباب واحدة تصاب باحتقانات والتهابات نزلية في اغشية مخاطية مختلفة
الا انه يظهر ان ذوى البشرة الرقيقة الذين يعرقون بسهولة أكثر استعدادا
للاصابة بالالتهابات النزلية من غيرهم فان الاشخاص الذين يوجد عندهم
استعداد لكثرة العرق يحصل لهم بسهولة تبريد جفاني في الجلد عقب تصاعد
العرق وذوى التغذية الرديئة والاشخاص المنورين القليلي المقاومة
بالقسوة للمؤثرات الظاهرة أكثر استعدادا من غيرهم وكثيرا ما لا يعرف
توجيه زيادة هذا الاستعداد والظاهر ان الرفاهية تزيد الأثرى ان الزراعة
والرعاة ونحوهم من كل معرض على الدوام للتلقيبات الجوية أهدراصابة
بالالتهاب النزلي من المتعبين دائما بالمشقة المترفة الجلوسية مع ندرة تعرضهم
للاسباب السابق ذكرها والى الآن لم يتضح لنا على كون اشخاص معرضين
لاسباب واحدة بعضهم يصاب بالتهاب نزلي في الخجيرة مثلا وبعضهم بلزكام أو
النزلة الشعبية وبعضهم يسهل نزلي وانما يظهر ان اصابات الخجيرة وأصنافها
المعدوية تزيد في استعداد غشائها المخاطي للاصابة بالالتهاب النزلي فانه يصير
بذلك قليل المقاومة وان تكثر الالتهاب فيه كغيره من الاغشية المخاطية يزيد
أيضا في هذا الاستعداد (ويزيد أيضا في الاسباب متعددة للاصابة بالالتهاب النزلي
للغشاء المخاطي الخجيري وجود ديسكرازات من منة كداء الخنازير والتسمم
الزئبقى بدون أن يكون هذا الالتهاب النزلي عرضا تابعا للداء الزهري)
وأما الاسباب المتعممة لهذا المرض فمن المؤثرات الموضوعية التي تؤثر في الغشاء
المخاطي الخجيري بكمية مهيبة فتحدث فيه التهابا نزليا كاستنشاق الهواء
الرائد البرودة والترربة والخبث والحرارة والسمال الشديد والصباح بصوت
عال والغذاء ونحو ذلك وعلة ذلك في الاحوال الأخيرة ان الهواء يطرده بقوة
عظيمة من المزمار المنقبض فيحصل احتكاك عظيم في حوافه السابقة فينتج
عنه الالتهاب النزلي كما ينتج عن المؤثرات اللاواسطية وقد يحصل هذا الالتهاب
في الغشاء المخاطي الخجيري من دخول السوائل المهيبة في الخجيرة أو الماء
الساخن بدرجة شديدة

ومنها تأثير البرد على سطح الجلد سيما اذا اثر في الاقدام او العنق الا ترى
ان ترك اربطة العنق او قلع الجرابات الصوف من الاقدام كثيرا مانع عنه
بسرعة النزلة الخنجرية والارتباط السيبي في هذه الحالة الاخيرة وان لم يشك فيه
الا انه يتعسر توجيهه توجيها فيسويولوجيا كافيا

ومنها امتداد الالتهاب النزلي الى الغشاء المخاطي الخنجري من الاعضاء
الجاورة له اذ كثيرا ما يشاهد ذلك عند حصول نزلات انفية او شعبية بدون ان
تؤثر اسبابا مضره جديدة ولا يندر امتداد الالتهاب النزلي من الغشاء المخاطي
الباعوي الى الغشاء المخاطي الخنجري وعلى الخصوص الشكل النزلي للبعوم
الذي ينتج عن الافراط في تعاطي المشروبات الروحية وتهييجها لهذا العضو
تهييجا الاواسط فان هذا الشكل يكثر بكثره وسهولة عظيمة الى الخنجرة فانتا
كثيرا ما ترى ان اعراض النزلة الخنجرية الحادة وبجة الصوت تعقب الافراط
في المشروبات الروحية ولو لم يقع منهم صرخ وغماء بصوت عال والمعنادون على
الافراط في المشروبات الروحية يكادون ان يكونوا مصابين على الدوام بالتهاب
نزلي من من في الغشاء المخاطي الباعوي ويشترك في ذلك ايضا الغشاء المخاطي
الخنجري قليلا او كثيرا

ومنها انه لا يندر ان يكون الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي الباعوي عرضا
لمرض بنبي سموي ناتج عن التسمم باصل معمد او ميازماق حادا كان
او ضمنا وذلك كالخسبة والجدري والتيفوس والداء الزهري وليس عندنا
معرفة تامة بالارتباط الفسيولوجي بين التغيرات الغذائية التي نشاهدها في
الجلد والاعشمية المخاطية وتغيرات الدم الناتجة عن هاتيك الامراض
ومنها ان تكون النزلة الخنجرية ظاهرة تابعة لالتهابات نزلية متمدة في
المسالك الهوائية كما في المرض المعروف بالجرث (اي الالتهاب الشعبي
الوبائي) فان هذا المرض الوبائي بالنسبة لظهوره وامتداده والاعراض
العامة المصاحبة له يشابه الامراض الطفحية الحادة فان الالتهاب النزلي في
هذا المرض يعتبر عرضا لمرض بنبي سموي ناتج عن تسمم منقشر
ومنها انه قد تصاحب اخيرا النزلات الخنجرية تقرحات الخنجرة خصوصا
والتولدات المرضية الجلدية وهذه الالتهابات النزلية العرضية التي يحصل

فيها ثورات تارة وتارة فخطاط كالا حتمانات المحيطة بالتقرحات والاورام
السرطانية الجلدية منه - مة لاجل توضيح التغيرات التي تحصل في اعراض
التقرحات الخبثية والتولدات المرضية لهذا العضو
(الصفات التشرىحية)

لا يشاهد في أحوال الالتهاب النزلي الحاد للغشاء المخاطي الخبثي دائما
درجة عظيمة من الاحمرار والاحتقان الوعائي كما يظن من شدة الظواهر
المرضية مدة الحماة وتظهر بالبحث بالنظار الخبثي وماذا لا الاحتواء
الغشاء المخاطي الخبثي على الياف كثيرة المرنة فتتمدد مدة الحماة بسبب
توارد الدم العظيم ثم تنقبض بعد الموت فيندفع الدم من الوعية الشعرية
وفي احوال الالتهاب النزلي الشديدة لا يندر حصول بورات دموية صغيرة اي
ايكموز في من وج الغشاء المخاطي وحينئذ يبق هذا الغشاء ولو بعد الموت
متلوتا بالحمة مبقاة وبقية من سطحه الظاهر الخليليات البشرية الاسطوانية
الشكل ذات الاهداب المهترزة يوجد هذا الغشاء ايضا مغطى بافراز مخاطي
متعكر يشاهد فيه بالمرسكوب خيالات متعددة شفافه ذات نواتج واحدة
تسمى بالخليليات البشرية الجديدة او بالجسيمات المخاطية ومنسوج الغشاء
نفسه يكون متفردا رخواشا ويندر أن يكون النسيج الخليلي تحت الغشاء
المخاطي مجال الارتشاح مصلى غزير وهذه الحالة الاخيرة يعبر عنها باوزيب
المزمار وسنشر - مها في مجت على - مدتها

وفي احوال الالتهاب الخبثي المزمن يوجد الغشاء المخاطي داكنا
او ازرق محمرا وضا أو مسمرا (وهذا ناتج عن تراكم مواد ملونة سوداء
ناشئة عن انكباب دموية قديمة فيه) وأوعيته متعددة تتداد والبا ومملئة
بالدم لان الغشاء المخاطي المنفتح قد مرته ويصير منسوجا فخما يابس
ذاضامة وسطح هذا الغشاء يكون غير منظم وموشعا بصيبيات رقيقة ناعجة
عن اتفاح الاجربة المخاطية المتعددة وامتلائم او مغطى تارة بافراز مخاطي
زجاجي قابل السكبية وتارة بافراز مفرغ غزير وهذه الاخامة البشرية الجديدة
الناتجة عن كثرتها تعكر الافراز المخاطي الصديدي تكون غ. يرشافة حبيبية
ولا يندر أن تكون نواتج منقسمة وتشابه بالكلمة الاخيلة الجديدة التي تشاهد

في الحراجات وحينئذ لا تسمى بالاخلية المخاطية بل بالكرات الحديدية ولولم
يتميز عن بعضهم ما تميزوا وضحا في جميع الاحوال

وبالبحث بالمنظار الخجيري الذي يمكن به مشاهد مدة التغيرات القشرية بحسب مدة
الحياة أجد منها بعد الموت وجد أن الالتهاب النزلي في الغشاء المخاطي الخجيري
لا يكون عمدا دائما على جميع سطحه بل الغالب أن يكون قاصرا على بعض
أجزائه فقد يقتصر مثلا على جزء الغشاء المخاطي الخجيري المغطى للسان
المزمار أو الفصيات الترجه اليه الدرقية أو الغضاريف الدرقية أو الاجهله
الصوتية الحقيقية أو الكاذبة ومن المهم معرفته الانتفاخ النزلي لجزء الغشاء
المخاطي الخجيري السكائن بين الغضاريف الترجه اليه وأسفل هذا الجزء الذي
تكررت مشاهدته عند كثير من ضباط العسكرية المنوطين بتعليم العساكر

ويكون سببا لجهة أصواتهم كما ذكره المعلم ليونين

وزيادة على القروح الخجيرية النزلية والتولدات البولبوسية التي سنشرحها
في مهت على حدتها يؤدي الالتهاب الخجيري النزلي المزمن سببا لشكاه الذي
يصاحب القروح الزهرية والدرنية الى فحش وتيسر المنسوج الخلوي تحت
الغشاء المخاطي واستحالة هذه الى مادة دهنية لقيمة ينتج عنها ضيق عظيم في
الخبرة وفقه حركة الاجهله الصوتية وتيسرها يشاهد كذلك في احوال
الالتهابات المزمنة لاجزاء أخرى خصوصا التهاب المعدة النزلي المزمن
وهذه الاستحالة عبارة عن مجرد تضامة في المنسوج الخلوي وهي غير
الاستحالة المرضية المعروفة بالشحمية أو النشائية في غير الخبيرة من باقى
الاعضاء

• (الاعراض والسير) •

يندر أن يتبدئ الالتهاب الخجيري النزلي بقشعريرة عامة بل في الاحوال
التي لا يتدفق فيها هذا الالتهاب الى الشعب تنعدم الحركة الحية المعروفة بالمجي
النزلية مدة سير المرض فتشاهد الحالة العامة للمريض غير مضطربة ولا يوجد
عنده من الاعراض سوى الاعراض الناتجة عن الاضطراب الوظيفي
لهذا العضو

فتشعر بهي المرض ابتداء باحساس بدغدغة في العنق أو ألم أو باحساس بجرح

فيه خصوصاً في الاشكال الشديدة من هذا المرض ويزداد هذا الاحساس
 عند التكلم والفعال فان حساسية الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية
 لا تطفئ الا في الدرجة الثانية من التقارب الشعبية وعند ما يكون الغشاء
 المغطى للسان المزماراً والغضار يتم الترجه اليه والاربطه الدرقيه السانية
 المزمارية بحساسا التهاب تزداد بشدة يكون الازدراد مؤلماً ايضاً
 وينضم لذلك العرض الواصف لامراض الخجيرة وهو تغير الصوت بحيث يصير
 عميقاً غير نقي أبح وقد ينطفئ بالكليّة ويصير فاقداً للرنانة (وما ذلك الا من
 الاتفاخ الذي يحصل في الحبال اي الاوتار الصوتية وتغطيها بالمواد المخاطية
 بحيث أنه بتقديم هذا التغير تنعدم رنانة الصوت بالكليّة وتنطفئ) ومن المعلوم
 أن تكون الصوت يحصل في الخجيرة فقط كما يحصل في من مارسان في ذى السنّة
 اي صمامات غشائية فالأوتار الصوتية السقلى تتقارب من بعضهم بالكليّة
 عند التكلم بحيث تبرز في الخجيرة على هيئة أعشمة أو اوتار متوجّهة ومتى
 تموجت بالهواء المنفوخ من الصدر بقوة هذه الزفير نشأ عن ذلك صوت يتعلق
 ارتفاعه وانخفاضه عند الشخص الواحد أعنى عند ما يكون طوله واحداً
 بدرجة التوتر التي تكون عليها الاحبال الصوتية وقد ذكرنا فيما تقدم ان
 الغشاء المخاطي الخجيري عند ما صابته بالتهاب النزلي يتفخخ ويصير رخواً
 وأنه يغطي بافراز مخاطي متفاوت الغزارة نقي حصل هذا الاتفاخ في الاوتار
 الصوتية صار توترها الناشئ عن انقباض عضلات الخجيرة غير كاف في
 احداث عدد التوجّهات الضرورية الناتج عنها ارتفاع الصوت الذي يمكن
 احداثه عندما تكون الاوتار الصوتية غير مفتوحة فيصير الصوت عميقاً
 وعند وجود اتفاخ غير منظم في هذه الاوتار وتغطيها بالمواد المخاطية يصير
 الصوت غير نقي أبح كما ان وترالات الموسيقية الوترية تصير رنانية غير
 نقية اذا دهن بمواد غروية وبالجملة فقد يصير كل من ثخن الاوتار الصوتية
 وارتخائها عظيم جداً بحيث ان اقوى درجة توترها بالعضلات الخجيرية
 لا يكفي في احداث توجّهات رنانة فينطفئ الصوت بالكليّة وهذا الانطفاق قد
 يتعلق ايضاً باتفاخ الاوتار الصوتية الكاذبة اتفاخاً عظيماً بحيث ان ساعده

ملاستها للاوتار الصوتية الحقيقية ومن اجتمها فغنى عنها من التوج وبجدة
الصوت عند المرضى قديهم احيانا دفعة واحدة نغمة زناة تيمتت بالصوت
لجأة برهة من الزمن وماذا الا من كون الاوتار الصوتية المنفصلة المغطاء
بالمواد المخاطية تلامس بعضها فجأة ملامسة برهة بحيث ينتج عن ذلك نوع
عقدة وترية تتوحد بانفرادها فيزداد عدد القوجات فيرتفع الصوت دفعة
واحدة

ويضاف الي كل من الاحساس بالدغة والحرقان وبجدة الصوت السعال
ومن المعروف ان المهيجات الشديدة التي تؤثر في الغشاء المخاطي الخنجري
كدخول اجسام غريبة تتحدث نوب. حال شديدة تعبر طواهر انه كالمسامة
ومثلها يحصل متى كل الغشاء المخاطي الخنجري مجازا التهييج نزل وقد يحصل
في مدة نوب هذا الحال تشنج يقنوسى عظيم جدا في عضلات المزمار بحيث ان
الهواء مدة الشهيق الذي يتبدى به نوبة السعال لا يدخل في المزمار المتضيق
الابعسر عظيم محبوب بلغظ صفيري واما دفعات الزفير التي تعقب الشهيق
المستطيل الزمان فانه الالة هز المزمار المتضيق وتفجعه الاوقيا بحيث ينتج عن
ذلك نوب سعال قصيرة مقطعة زناة تدل على الاتهابات الخنجرية النزلية
ثم ان حركات الزفير القوية عند تضيق المزمار ينتج عنها انضغاط ما استوى
عليه الصدر ووقى استفرغ دم الاوردة المنصبة فيه ولذا يصير وجه المريض
احمر زرقا ونحمة من الاوردة الودجية متى حصل للمريض نوب سعال ومتى
استقر هذا المرض زمانا طويلا يصير لفظ الحال منخفضة اسبب تخن الاوتار
الصوتية وابع خشنا بسبب عدم انتظام سطحها

والنفت في هذا المرض يكون قليلا خصوصا متى كان التهاب الترنق قاصرا
على الغشاء المخاطي الخنجري بل قد يقد بالكلية في ابتداء هذا المرض
او يكون صافيا زاجيا محتويا على خبايا بشرية هدية وعند تقدم هذا
المرض خصوصا متى اتجه نحو المشاه بصير الفت تخنبا. صفرا محتويا على
خبايا شبيهة بالكرات الحديدية فيكون حينئذ مخاطيا صديا وشكل هذا
النفت هو المعبر عنه عند الاقدمين بالنفت النضج
وايكونه يندراتفاخ المذوج الخلوى تحت الغشاء المخاطي وارتشاحه كان

من النادر جدا حصول ضيق في التنفس عند المدة تمير في السن في أحوال
 الالتهاب النزلي الخجري بسبب اتساع المزمار عند هم بل يندر حصول هذا
 العارض أيضا عند الاطفال حصوله لا سيما في أحوال الالتهاب الخجري
 النزلي البسيط ولو كان المزمار عندهم ضيقا ومكونا لنوع شق ضيق
 وقد يشاهد حصول نوب اختناق فجائية ممتدة النوم عند الاطفال الذين
 اع. تراهم سعال وبحة في الصوت مدة النهار فيصير الشهيق عمرا مستطعلا
 ويصير الطفل في حالة ضجر عظيم في فراشه ويستيقظ فرعا موجه يديه جهة
 العنق ويحصل عنده سعال ابح زنان وهذه الاحوال وان اختلعت كثيرا
 بالسعال الديكي الحقيقي وسميت بالسعال الديكي الكاذب تزول عما قبل من
 الزمن بالكلية ومثل هذه الاحوال هي السبب في القول بان اللين القاتر
 والاسفنج المغروس في الماء الساخن الموضوع على العنق والمبادرة
 باستعمال المقيات وسائط قوية في قطع سير السعال الديكي الحقيقي وقد
 وجهت هذه الاحوال بتوجيهات مختلفة فقال بعض اطباء ان هذا العارض
 ينتج عن تهيج الغشاء المخاطي الخجري تهيمجازا ثدا وانتفاخه انتفاخا وقتيا
 بحيث يضيق المزمار ولا يمكن مقاومة هذا الضيق بواسطة الفعل العضلي
 لعضلات الخنجره كما يشاهد ذلك في بعض أحوال الزكام الذي فيه يفسد أحد
 الحياشيم احيانا انسداد الخنايا تماما وقال بعضهم ان تهيج الغشاء المخاطي
 الخجري يصطبغ في مثل هذه الاحوال بانسداد تشنجي في المزمار كما يحصل
 ذلك ولذا اتبنا في الالتهاب الخجري التشنجي امكن هناك توجيهه آخر
 اقرب للحقيقة من التوجيهين المذكورين وهو ان هذه النوب تحصل مدة
 النوم وتزول متى استيقظ الطفل وحصل صرخ وسعال وقتيان ثم تعود ثانيا
 متى استغرق في النوم ويكون حصولها حينئذ ناتجا عن تراكم مواد مخاطية
 لزجة في المزمار وعن تهيم هذه المواد وسدها القوة المزمار ومدة النوم وعلى
 كلا الحالتين فهذا التوجيه يوضح انما منفعة الوسائط العلاجية المذكورة
 الممدوحة في هذه الاحوال ولا يندرت كثير هذه النوب بجله ليال متعاقبة
 مع كون الاطفال مدة النهار في حالة صحبة ظاهرة جسمه وليس عندهم
 الاقليل بحة في الصوت

واما سير الالتهاب النزلي ومدته وانتهائه فالعادة في ذلك ان يزول تألم الخنجرة
 واحساسها عما قبل من الايام عقب ظهور النفث المخاطي ويقف ناقص كل من
 بحة الصوت والسعال وينتهي هذا المرض بالشفاء في نحو ثمانية ايام وقد يمتد
 بجملة اسابيع فيكون المريض مدة ايام اربع الصوت ليس عنده عرض آخر
 غير هذا وفي الصباح والمساء يكون المريض معذبا من نوب السعال الشديدة
 الممتدة ويبقى النفث لزجا ويمتد ذلك زمنا طويلا الى ان يزول هذا المرض
 بالكلية وحصول ذلك يكون في الغالب مصاحبا لتغير في حالة الجو وفي احوال
 أخرى سيما اذا كثرت نكسات هذا المرض يبقى المريض مصابا بالتهاب
 خنجري نزلي مزمن ولا يشاهد انتهائه هذا المرض بالموت بدون حصول
 مضاعفات أخرى الا نادرا وفي الالتهاب الخنجري النزلي المزمن لا يكاد يشاهد
 كل من احساس المريض بالام في الخنجرة ولا بالدغدغة ولا باحساس
 بالحرق والجرح فيها الا ان تغير الصوت وغلظه وبحة الكلام تكون عظيمة
 في هذا المرض بسبب ضخامة الغشاء المخاطي واستقرار تخن الاوتار الصوتية
 ولذا تكون بحة الصوت المزمنة التي تبقى بعد تردد الالتهابات الخنجرية الحادة
 بجملة مرار هي العلامة الرئيسية بل الوحيدة في الالتهاب الخنجري المزمن وقد
 يحصل في مثل هذه الاحوال ثورات زمنا فزمننا بحيث يزداد تخن الغشاء
 المخاطي الخنجري والاوتار الصوتية ويصير صوت الكلام أبع بالكلية بل فاقد
 الرنانة فقد اتاما وينضم لذلك في بعض الاحوال نوب سعال دورية تشبهية كما
 ذكرنا ذلك في اعراض الالتهاب الخنجري النزلي الحاد ويظهر أيضا ان هذه
 النوبة قد تكون ناتجة عن تجمع الافرازات المخاطية في الجيوب المرجانية وتزول
 عقب قذف هذا النفث المخاطي الكروي الواصف لهذا المرض ولهذا
 اسباب قد يصير السعال خشنا وأما وجود صوت صغيري وقت الشهيق
 والزفير وانضمامه لباقي اعراض النزلة الخنجرية المزمنة السابق ذكرها
 فمدل على وجود مضاعفة أخرى حيث ان هذا العرض لا يمكن توجيها كما
 ذكرنا بتفاه الغشاء المخاطي الخنجري وذلك كالتفاه المسوج الخلوي تحت
 الغشاء المخاطي مع تيبس فيه أو وجود ورم سادلتجويف الخنجرة والتهاب
 خنجري زهري ويسمى على تمييزه هذه الاحوال الثلاثة بواسطة المنظار

الخنجيري وأما حتى انضم لاعراض النزلة الخنجيرية المزمنة المدكورة النفاية
والعرق اللبني فذلك يدل غالباً على مضاعفات أخرى سيما على مضاعفة هذه
الآفة بالدون الرئوي ولذا يجب على الطبيب الالتفات لحالة الرئة بين على
الدوام في مثل هذه الاحوال

وسبب الالتهاب الخنجيري النزلي المزمن بطى جدا ولا يمكن شفاء المريض
منه شفاء تاما الا بواسطة المعالجة اللاذقة جدا ومع ذلك يبقى عرضة للاسكام
بهذا المرض

(التشخيص)

يسهل تمييز الالتهاب الخنجيري النزلي عن الزكام والذبحية الحلقية فانه يتبع
عنه ما تغير في رنانة الصوت بسبب الضيق الحاصل في تجويف الحياشيم
والحلق فيصير التكلم انقيا أو حلقيا والتغير في الالتهاب النزلي الخنجيري انما
هو انه صوت نفسه بحيث يهيم من خفاض غير تقي أبح وأما المرض الذي يحتمل
بالالتهاب الخنجيري النزلي بكثرة فهو الالتهاب الخنجيري ذي الغشاء الكاذب
المعروف بالسعال الديكي الحقيقي فان أمهات الاطفال يعثرن كلامن بحجة
الصوت والسعال الرنان على الامة مخيفة دالة على هذا المرض ولو كانت
الاطفال متممة بصحة جيدة فان انضم لذلك نوب اختناق مدة الليل ربما يزعج
الطبيب في كثير من الاحوال بوجود الالتهاب الخنجيري ذي الغشاء الكاذب
وبذلك يفسر دعوى من قال بشفاء بعض الاطفال من السعال الديكي الحقيقي
بعدة مرات وهذا خطأ فان الالتهاب الخنجيري ذي الغشاء الكاذب ليس مرضا
كثير الحصول جدا وليس قابلا للشفاء بكثرة بحيث لا يسوغ الاعتماد على هذا
الزعم فانه يكاد على الدوام ان يكون ذلك ناتجا عن خطأ في التشخيص وسبب
بيان لتشخيص التمييزي بين هذين الشكلين من التهاب الغشاء الخاطو
الخنجيري عند الكلام على السعال الديكي وانما ينبه هنا على أمر واحد يعقده
العوام أكثر من الاطباء وهو ان وجود نزلة انفية اي زكام يدل على التهاب
خنجيري نزلي كما ان التهاب الحلق ذي الغشاء الكاذب يدل على الالتهاب الخنجيري
ذي الغشاء الكاذب أيضا فينبغي تحقق الامهات الفرح عند وجود سيلان زكامي
كما ان العادة تجرت بتبشير المريض عند الطام وذلك لانه يندر صاحبه

للامراض الثقيلة كما سيأتي الكلام على التشخيص التمييزي بين الالتهاب
الخشبي المزمن والقروح الخشبية والتولدات المرضية الجديدة لهذا العضو
* (الحكم على العاقبة) *

الحكم على كل من عاقبة الالتهاب الخشبي النزلي الحاد والمزمن وعلى
تغيرتها ما يتضح لنا من شرح سير هذا المرض وهذا المرض في حد ذاته
لا يكاد ينتهي بالموت السريع وانتهاء الالتهاب الخشبي النزلي الحاد حميد
وان كان كثيرا في المكسبات واما انتهاء الالتهاب الخشبي النزلي المزمن فليس
حميدا بالكلية والتيسر للمزمن للمذسوح الخلوي تحت الغشاء المخاطي غير
قابل للشفاء فانه لا يزول

* (العلاج) *

اما المعالجة الواقية فهي التعمود التدريجي على المؤثرات التي تحدث الالتهاب
الخشبي النزلي وهذا أفضل من الترفه المفرط اذ بذلك يكفي أقل سبب في
حدوث هذا المرض ولذا لا ينبغي حجز الاطفال ولو كانوا مصابين بالالتهاب
الخشبي النزلي في أود البيوت بل يرسلون الى الخلاء ويذرون بالماء البارد
الذي يمتد عند البرد الشديد يدمع عدم الانزط في تدبيره وتقويته باربعة
ساعات من الصوف بل يكفي رباط خفيف من الصوف أو الحرير وعند
الاستعداد للاصابة بهذا المرض يوصى بغسل العنق بالماء البارد واستعمال
الحمامات الباردة النهرية والبحرية مع غاية الاحتراس فانها أعظم الوسايط في
هذا المرض انما ينبغي ترتيب كيفية استعمالها ومدة الإقامة فيها ودرجة
حرارتها بغاية الدقة وبذلك تتمتع المرضى أو امر الطيب بالدقة

وأما المعالجة السببية فان كان الالتهاب الخشبي النزلي ناتجا عن مهيجات
لاواسطية أثرت في الخشبة ينبغي ابعاد المريض عن اسرار تأثيرها وصيانتها
عنها ولاجل تبعيد المؤثرات المهيجة عن الغشاء المخاطي الخشبي الملتصق
يوصى بوضع المريض في محال معتدلة الحرارة وتجنبه للكلام بصوت عال وكذا
ينبغي ان يؤمر المريض بمقاومة التهييج المرضي والسعال فان القول بان
المريض مجبور على السعال دائما خطأ بل على الطبيب ان يأمر بمقاومته نوبه
ما يمكن ولاجل مقاومة نوب السعال الشديدة التي كما أنها تكون نتيجة

الالتهاب النزلي الخجري كثيرا ما تكون سببا لاستقراره لا يثمر دائما استعمال
 الاثرية السكرية القاترة والمستحلبات الصمغية وكبريتورالانتيمون ونحوه
 مما يعطى لتأطيف ذلك عادة ولذا ينبغي اذالم تمر الوسايط السابق ذكرها اعطاء
 المسكنات لكن يلزم الا تراس الكلى في استعمال هذه الوسايط عند الاطفال
 واما البكار فينبغي اعطاؤها هم المقدر الكافي بان يعطى في المساء للشخص
 المصاب بالالتهاب الخجري النزلي المعذب من شدة السعال قدر عشر قعات من
 مسحوق (دوفير) اعنى خمسة ديسي غرام او يعطى له مقدار صغير من المرفين
 زمانا فزمنانا بان يؤخذ منه قدر قعدة ونمزج في قدر درهمين اعنى خمسة سنتي غرام
 في ستة غرامات من ماء الفار الكرزى ويعطى من ذلك كل ساعة عشر نقط
 وهذا اجد من استعمال الاقراص والمعاجين السكرية وكبريتورالانتيمون
 وطمح النوشادر ونحو ذلك

ويحتاج كذلك في المعالجة السببية لاستعمال المعرفات ان كان الالتهاب
 الخجري النزلي ناشئا عن تأثير البرد في الجلد أو الاقدام او العنق وأجودها
 وأبسطها استعمال المنقوعات العطرية القاترة وحرارة الفرائس والابرن
 القديمة وتندثر العنق برناط من الصوف أو وضع ضمادات خردلية أو قاترة عليه
 لكن لا ينبغي ترك هذه الاخيرة على العنق حتى يبرد من هذا القبيل في المنفعة
 لف الجسم او العنق بل آت مبتلة بالماء البارد بعد عصرها جيدا وتركها حتى
 تسخن واستعمال الحمامات القديمة الباردة البرهية فانها تؤثر كأثير الوسايط
 السابق ذكرها بتجفيف الجلد وحصول رد الفعل فيه وهذه الطريقة الاخيرة
 مدوحه جدا من أطباء الايدر وباتيز (اي مذهب الاطباء الذين يعالجون جميع
 الامراض بالماء البارد) ولا مانع من استعمال هذه الطريقة عند من كان مقرنا
 على اجراء فعلها اوله ميل عظيم في استعمالها

وان كان الالتهاب الخجري النزلي ناتجا عن امتداد الذبحة الحلقية
 فينبغي استعمال الغراغر القابضة أو مس الحلق بمحلول من نترات الفضة
 او السب

وأما معالجة المرض نفسه فلا تستدعي غالباً استعمال الاستقرانجات الاموية
 العامة والموضعية خصوصا اذا لم يكن مضاعفا بوزيم المزمار وان اوصى

بذلك كثيرا في كتب هذا الفن بل يكفي في أغلب الاحوال احداث نوارد
دموى نحو الجلد بالوسائط المهيبة التي ذكرناها وبذلك يحصل تطرف في
احتمقان الغشاء المخاطي الخجيري كافي في حصول النتيجة المطلوبة وتحسين
سير المرض وكذا صبغة البينينة التي قيل انها نوعية في هذا المرض يمكن
استعمالها وان لم تعشم منها بنجاح عظيم وأجود المشروبات في هذا المرض
الغمازية الخفيفة ماء سيملتس وحده أو مزوجا بالبن الفاتر اجزاء متساوية
وينبغي تجنب المأكول الدسمة واستعمال المأكول المملحة فعددت الصارب
العامية على ضرر الاولى بخلاف الثانية فان تأثيرها جيد في هذا المرض (ولذا
أوصى العوام فيه بأكل الفسيخ ونحوه من الجواهر المملحة) ويظهر ان ذلك
ناتج عن تشبيهه ونحوه في الغشاء المخاطي الباعوي كما يحصل ذلك من اللبخ
الطردلية بوضعها على جلد العنق من الظاهر

وأما الالتهاب الخجيري التنزي المزمن فكان يوصى فيه باستعمال مسحوق
بلومير (وهو مركب من الزئبق الحلو وكبريتور الانتيون الذهبي) المضاف
اليه خلاصة البلادونا والشوكران وهذا المسحوق كان يعمد نوعيا في هذا
المرض وضافة الجوهرين الاخيرين وان كانت مسكنة لنوب السعال الا انه
وقع الشك في كونها ما أجود منفعة من قيمة المركبات الافيونية وكبريتور
الانتيون غير ضروري في هذا المرض والزئبق الحلو مفروض الاستعمال
في الالتهابات النزلية والذي يوصى به الآن في هذا المرض هو استعمال محولات
قوية على جلد العنق بدل المحولات الخفيفة التي تستعمل في الالتهاب الخجيري
التنزي الحاد وأما ثمرها استعمالا للدلك بزيت حب الملوك وحده أو مزوجا
بقدره خمس مرات من زيت الترمنتين فبذلك جلد العنق فوق الخجيرة بهذا
المخلوط مرارا كل يوم حتى تظهر الحبوب بصلوات والبثورات وأطف من ذلك
تأثيرا وليس أقل منه منفعة استعمال الحرارة يوق على جانبي الخجيرة (كما قاله
توبولد) ولاستعمال المياه القلوية المورياتية الجضية تأثير جيد واضح في سير
النزلة الخجيرية المزمنة وأحوال هذا المرض التي يترقيها استعمال تلك المياه
وان كانت كثيرة جدا انما لا يمكن الى الآن تمييزها وعزلها عن باقي الاحوال
التي لا تترقيها والاجود في معالجة المرضي بذلك ارسالها الى يتابع أمر

اوسيلة سبرون وان لم يتيسر له - ثم ذلك وجب عليهم وهم في أماكنهم استعمال ماء
 ساترس أو أحد المياه المذكورة بكيفية علاجية منتظمة وحيث ان ماء كل
 من يتابع أمس وهي كسلبرون وكزنش ولا سيما ماء كوزيا الذي استعملناه
 بكثرة مع النجاح في العصر الاخير - يتصل درجة حرارته في موضعه الى ٣٧
 متينى اولى ٢٣ او ٢٢ رومير فالوفق استعمال هاتين المياه في محالها
 بدون اضافة اللبن او صله فالتين وأما ما يرسل من تلك المياه للمبيح في غير
 أماكنها فينبغي تدفئتها بمزجها باللبن الساخن قبل استعمالها اجزاء
 متساوية وتفضيل مزجها بالمصل المستعمل بكثرة عن مزجها باللبن نفسه
 أمر غير مقطوع به ومصل اللبن المجهز جيد في بعض المحال من بلاد السويد
 المشهورة لاجل المعالجة به والممدوح بكثرة في بعض الوقائع والبحر ايل بل
 وبعض المرضى يجد فيه راحة زيادة عن المياه الطبيعية المذكورة ايس الالبان
 فاقد المواد الحبيبية والظاهر ان فائدته لا تزيد عن اللبن الذي لم يستخرج حبيبه
 وحينئذ فلا يستعمل المصل مضافا الى تلك المياه بل عن اللبن الا في احوال
 نادرة يكون المريض لا يتحمل فيها اللبن ويجوز في استعمال المصل مع المياه
 المذكورة تحسبنا ومنة عظيمة

والقول على تأثير المياه القلوية المرطبة الحضية على نظريات عديدة والامر
 المعلوم من ان رماد المواد الحماضية يشتمل على كثير من ملح الطعام زيادة عن
 رماد الدم وان المواد الحماضية عند تعاطي ملح الطعام تصير قليلة الزوجة
 والتماسك يظهر انه يؤيد القول بان للملح مدخلا عظيما في تكوين المواد
 الحماضية لكن لا يستتبع من ذلك ان استعمال الملح يحدث شفاء في الامتبات
 النزلية أو سرعة في قطع سيرها وقد ارتكبن المعلم (سبنجر) في توجيهه تماما تلك
 المياه على احتوائها على قلوبات كربونية زاعما ان هذا التوجيه على طبق تجارب
 (فرجوف) ومشاهداته التي انضح منها ان المحلولات القلوية الحضية تزيد في
 الحركات الهدية الحامية من الاغشية الحماضية فاستعمال هذه المياه يزيد
 تلك الحركات عند انقطاعها بالكلية أو ايقافها ويرفض هذا التوجيه
 المقول به بالنسبة لتأثير هذه المياه الذي لا يكون مطلقا فقط بل شافيا شفاها تاما
 في كثير من احوال النزلات الحنجرية المزمنة ولذا انه قول الاعلى التجارب

الحقيقية ونجري العمل على مقتضاها وهي ان مياه أمس وساتسبرون
 وسترس لها تأثير ملطف بل شافى بالكلية في عدة من أحوال هذه النزلات
 وكذا من الممدوح جدا في معالجة النزلات الخجيرية المزمنة المياه المعدنية
 الكبريتية الباردة لاسيما ما وايليك (باقليم نساو) والسنب (باقليم
 شومبرغ لب) ولنجن بروك (باقليم بادن كل ذلك في بلاد الامانيا) وهذه
 المياه يصير استعمالها بعد مرض جها بالين أو مصله الفاترين كما يستعمل ماء
 ساتسبرون وسترس وكذا المياه المعدنية الكبريتية الفاترة بحيمال البرية
 ولاسيما ما يون (بفرانسا) فانه شهر جدا في معالجة هذا المرض وليس عندنا
 اتوجهه تأثير مياه هذه المنابع الطبيعية الاضطرابات غيرا كيدولة لا تأسف على
 عدم الوقوف على توجيهاه كيفية تأثيرها وانما تأسف على عدم الوقوف على
 العلامات القطعية في تمييز كل حالة بحسب ما يوافقها من تلك المياه بحيث يمكننا
 القول من قبل الاستعمال بالتأثير الشافي لسلك ماء ينبوع مما ذكر على حدته
 أو عدم منفعة

وأما احوال هذا المرض المستعصية فينبغي فيها استعمال معالجة موضعية
 في الغشاء المخاطي الخجيري

وذلك بواسطة نفخ الجواهر القابضة أو جدها في الخجيرة كما هو الجاري من
 منذ زمن طويل على شكل مسحوق ناعم بأن تؤخذ قصبه قريشة أو نبوة من
 الزجاج طولها من ٨ قراريط الى ١٠ وقطرها بعض خطوط ويوضع
 المسحوق المراد داخله في فوهة أحده طرفها بقدر أربع قححات تقريرا ويدخل
 الآخر بعد تدليك اللسان جهة الحلق ويومر المريض بالشهيق الشديد
 السريع بعد انق الشقين فان حصل من ذلك سعال شديد تحقق من وصول
 الجوهر الدوائي الى الخجيرة وأكثر المساجيق المستعملة في مثل هذه الاحوال
 قبل اختراع المرآة الخجيرية خصوصا من المعلم (ترسوو بلوك) هي مسحوق
 نترات الفضة بأن يؤخذ ذقعة او قحمان على درهمين من السكر أو من الزئبق
 الملو من عشر قححات الى عشرين على درهمين من السكر أو مسحوق الشب من
 نصف درهم الى درهم على درهمين من السكر وفي هذا العصر يمكننا بواسطة
 المرآة الخجيرية وأنبوبة مخفية توصيل كمية المسحوق جميعها الى فوهة

الخنجر ونفخها فيها ومثل هذه الطريقة بل آكد في التأثير عصر قطعة من
الاسفنج منقبة على نحو سلك من الفضة ومغموسة في محلول نترات الفضة
(جرام منه على أوقية ماء) على لسان المزمار ونجاح هذه الطريقة واضح جدا
في الغالب وتأثيره هنا ناجح كتأثيره في الالتهابات الملتحمة المزمنة ومن كان
عنده علم باستعمال المنظار الخنجري يمكنه التآكد من وصول الاسفنجية أسفل
لسان المزمار وعدمه بواسطة النظر

وفي هذا العصر الأخير تستعمل طريقة جديدة لاجل وصول الجواهر الدوائية
الى الغشاء الخنجري مباشرة وكان في ابتداء ظهورها بواغ في فجاجها وذلك
بأن تحال محلولات الجواهر الدوائية المذكورة الى غبار ناعم جدا
ويستنشقها المريض والاجهزة التي تستعمل لذلك تسمى بالمرزازو ويجهاز
ساق السوائل ويجهاز الاسفنج متشاق أيضا ويميز هذه الاجهزة نوعان الاول
يندفع فيه سلسول سائل رقيق جدا الى صفيحة مقعرة اندفاعا قويا بحيث
يستحيل الى غبار رقيق شبيه بالرز ومن هذا النوع من الاجهزة جهاز المعلم
(سالمير جيون) وتتوابعه المخترة من ولد برغ ولوين ومنسوترو أما النوع
الثاني من هذه الاجهزة فيصير فيه احالة السوائل الى غبار رقيق شبيه بالرز
يحصل بالكيفية الآتية وهي أن يساط على السائل المراد اسفنج متشاق تيار
هو من مضغوط كالتفخ القوي من الايجيله الى رز ناعم وذلك كجهاز المعلم
(ماتيو و برجسون) وخلافه من التروعات التي كنت استعملها سابقا ومن
افكار المعلم (سيجله) المستحسنة تنويع جهاز (برجسون) بالكيفية الآتية
وهي انه يستعمل لاجل احالة السوائل الطبيعية الى رز ناعم الماء بدل
الهواء المضغوط والاجهزة القليلة الثمن للمعلم (سيجله) المذكور وتتوابعها
العديدة التي قد انبى تركيبتها على استعمال اناصغ من الصفيح الجامد
لاجل ايجاد بخار الماء بدل عن استعمال الزجاج السريع العطب بفضل جميع
اجهزة الاستنشاق فلا تستعمل الا في الاكلينك الخاص بنا الا مثل هذه
الاجهزة الاخيرة

• تنبيه • عيب الاجهزة التي بها يندفع رز السوائل الدوائية في المسالك
الهوائية بقيار الهواء المضغوط كونه يدخل في المسالك الهوائية مع السائل

الدوائى تيارقوى من الهواء وكون الرززانة تدفع بقوة فى فم المريض اندفاعا مستقيما يسرا تجذابه فى المسالك الهوائية بجرسكة التمهيق الضعيفة بل انه يسبب معظمه على اللهاة والبلعوم غير أنه اذا كان المريض بعيدا عن الجهاز يعض اقدم أمكن تجنب العيوب السابق ذكرها

ودخول السائل فى المسالك الهوائية بواسطة هذه الاجهزة أمر محقق الا ان والسوائل التى تستعمل لاجل الاستنشاق عادة فى التزلات الخنجرية الحديثة ذات الافراز القليل الزجج هى محلول ملح النوشادر أو ملح الطعام (من ١٠ الى ٢٠ قعة فى أوقية من الماء) وفى التزلات الخنجرية المزمنة ذات الافراز الغزير المخاطى الصديدى هى محلول الشب من ٥ قعات الى ١٠ على أوقية من الماء ومحلول التنين من قعتين الى عشرة على أوقية من الماء أيضا ومحلول نترات الفضة من قعة الى ١٠ على أوقية من الماء وعند استنشاق المحلول الاخير ينبغى تقطية وجه المريض بصورة وجه صناعية من الورق المقوى خشية أن يسود ونجاح هذه الطريقة جيد جدا فى أغلب احوال التزلات الحلقية والخنجرية المزمنة سيما الشكل الجريبي والجيبي منها ومن اطباء من يستعمل أيضا الاستنشاق بمحلول جواهر أخرى مسكنة كخلات المورفين من عن قعة الى ربع على أوقية من الماء وكصبغة الافيون من قعتين الى أربعة على أوقية من الماء وكخلاصة الشوكران من نصف قعة الى قعة على أوقية من الماء لاجل مضاربة تهيج السعال الشديد ولا وجهه فى تفضيل ذلك على الحقن تحت الجلد

* تنبيه * لا شك ان طريقة المعالجة بالاستنشاق على طول المدد تنتشر جدا سيما وان الاجهزة الموجودة الآن سهلة الاستعمال قليلة العطب وهناك مجال مخصوصة فى بلاد المانيا وخرافها من اورويانس تعمل فيها استنشاق المياه الحمية الطبيعية بكثرة ما على هيئة بخار او على هيئة الرند بواسطة الاجهزة السابق ذكرها أو خلافا من الاجهزة العديدة وقاعات تخيرها بما فيحصل منها نجاح عظيم فى الامراض النزلية للبلعوم والخنجرة والشعب والظاهر ان نجاح هذه المياه بالاستنشاق مبني على تأثيرها المحلل للمواد المخاطية وسهولة اخراجها للنفث وبذلك يحصل تطهير عظيم جدا

في السعال وراحة للمريض بل الشفاء التام كما ان اهوية تلك الحال محتوية
على كمية عظيمة من محلول خفيف من ملح الطعام ولربما ساعد ذلك على تأثير تلك
المياه في محال استعمالها

* (تبييه) * قد ذكرنا استعمال المياه المعدنية الكبرى بتيمة حاوة أو باردة بواسطة
الرزق والاستنشاق ومن هذا القبيل مياه حلوان فانها بلا شك ذات منفعة
عظيمة في مثل هذه الاحوال وعما قريب سيمع نفعها على الرضى بالقطار
المصرية وخلافها من الواردين من البلاد الشمالية فقد حان اوان استعمالها
شكاملة ابقيتها الفاخرة واتمام حماماتها ووضع قاعة مخصوصة كاملة فيها
أجهزة الرزق والتشاشل وذلك بالاهم الحديدية فان هذه المياه زيادة عن اعتدال
درجة حرارتها وغزارة كيمتها امتزاج الغاز الكبير يتي بجزيئات ماؤها يصيرها
جيدة في استعمالها على حالة الرزق في المرض الذي نحن بصدده وغيره من
الامراض المماثلة له فضلا عن كونها نابعة في محل يهرع اليه بلجوده هوائه
واعتدال صحته وقربه من تحت مصر وامكان المعالجة بها في فصل الشتاء دون
غيرها من المياه المعدنية الكبرى بتيمة السابقة

والتدبير الغدائي في الالتهاب الحنجري النزلي المزمن مثل الذي في الالتهاب
الحنجري النزلي الحاد ومن الممدوح هنا الماء كولات الملحمة حتى ان تعاطى
البطارخ على الربق يعتبر هنا نوعا عند العمامة أكثر منه في النزلة الحنجرية
الحادة

واما المعالجة العرضية فتحتاج زيادة عن تسكين نوب السعال المفرطة الى
مقاومة نوب عسر التنفس التي تحصل عادة ليلا ولا حاجة هنا في الغالب الى
ارسال العلق على العنق وان أوصى به كثير من الاطباء وأجود المؤثرات
وضع اسفنجية مغموسة في الماء الساخن على العنق وتكرير ذلك الى أن يحمر
الجسد وتعاطى المشروبات الفاترة بكمية عظيمة ولا سيما المقيتات فان لهذه
الوسايط ثمرة عظيمة تعقبها والمستهعمل من المقيتات عرق الذهب والطرطير
المقبي لا كبريتات النحاس وتعاطى هذين الجوهرين بمقدار عظيم كافي أكيد
التأثير والاجود اعطاء جرعة (هوفلند) المركبة بأن يؤخذ من عرق الذهب
٣٠ قحمة ومن الطرطير المقبي قحمة واحدة ومن معسل بصل العنصل ثلاثة

دراهم ومن الماء المقطر أوقية ونصف ويعطى من هذا السائل بهدوجه رجا
 جيدا كل عشر دقائق معلقة الى أن يحصل القيء ثم اذا تكررت نوبة ضيق
 النفس ينبغي تكرار المقيء
 ومن الموصى به بكثرة في هذا المرض عدم ترك الاطفال حتى تستغرق في النوم
 جديلا ينبغي ايقاظها زمتنا فزمتنا واعطاؤها بعض المشروبات فانه ينشأ عن
 ذلك سعال عادة عقب ما ذكر فيمنه يمتنع تراكم الانفراز المخاطي على حافة قهوة
 المزمار وجفافه

(المبحث الثاني)

في الذبحة الغشائية المعروفة بالسعال الديكي وبالتهاب
 الخجيري ذى الغشاء الكاذب او اللبني
 (وبالنساق الخجيري)

(كيفية الظهور والاسباب)

الالتهاب ذى الغشاء الكاذب او اللبني نوع من التغيرات الالتهابية للمسوجات
 يتكون فيه على السطح الظاهر من الاغشية المخاطية نضج لبني سريع
 الالتهاب بحيث لا يحوى شيئا من طبقات الغشاء المخاطي الا الطبقة البشرية
 ومتى انفصلت الاغشية الكاذبة المتكونة على سطح هذه الاغشية المخاطية
 تجددت الطبقة البشرية بسرعة وحينئذ لا يحصل فقد جوهرى في الغشاء
 المخاطي فلا ينتج عن الالتهاب الغشائي ندبة التجمية بخلاف الالتهاب الدقيقي
 اى الاوكلى او الغشائي القرحى الذى يندرج حوله في الغشاء المخاطي للمسالن
 الهوائية فانه وان اتصف كذلك بتكون نضج لبني سريع الالتهاب الا انه
 يتميز عن الالتهاب ذى الغشاء الكاذب بان النضج فيه لا يتكون على سطح
 الاغشية المخاطية فقط بل عليه وفي جوهر الغشاء المخاطي ايضا بحيث ان هذا
 الغشاء الذى يعتبره هذا التغير المرضى يتكثرت (اى يموت ويتأكل) بسبب
 انضغاط او عيتمه من النضج الحاصل في جوهره ويستحيل الى خشك ريشة
 وبعد سقوط هذه الخشك ريشة يعقبها فقد جوهر ثم ندبة التجمية والشكل
 اللبني اى ذى الغشاء الكاذب هو الذى يكاد يظهر دائما وحده دون الشكل
 الدقيقي على الغشاء المخاطي للمسالن الهوائية

والالتهاب الحنجري ذو الغشاء الكاذب التابعى اى الذى يعبر ظاهراً باهية
لمرض تسمى بنبي ويصاحب الحصبة والقرضية والجدرى والتيفوس
والدفتيرية الرباطية احياناً قد يستعمل نوعاً من حالة الالتهاب ذى الغشاء
الكاذب البسيط الى الدفتيرية اى الاكل بل الغالب فى مثل هذه الاحوال
ان الالتهاب الحنجري يظهر صفات الالتهاب اللبني البسيط دون الدفتيرية ولو
كان الحلق مجلساً لهذا الاخير

ومن خواص الالتهاب ذى الغشاء الكاذب الذى تكون مشاهدته فى الغشاء
المخاطى للمسالك الهوائية اكثر منه فى بقية الاغشية المخاطية فى الاغاب أن لا
يصيب فى الطفولية الا الغشاء المخاطى للحنجرة والقصبية الهوائية ويندر
جداً اصابته للاخيلية الرئوية وينعكس ذلك فى سن البالغين اى ان الالتهاب
الرئوى اللبني يصيب بكثرة الغشاء المخاطى للحوصلات الهوائية ~~مكوناً~~ وكوناً
لالتهاب الرئوى الحقيقى اى اللبني ويندر جداً اصابته للحنجرة فى هذا السن
والالتهاب الحنجري اللبني وان كان كما ذكرنا مرضاً خاصاً بسن الطفولية
تقرى ما يقبل الاستعداد للاصابة به زمن الرضاعة ويندر حصوله ايضا عقب
النسبين الثانى وحينئذ كما لا زمته استعداد الاصابة به من انتهاء
السنة الثانية الى السابعة واصابة الاطفال من الذكور به اكثر من الاث
ومن الخطا اعتقاد ان الاطفال السمان الجيدين التغذية اكثر اصابة به من
المرض من الاطفال الضعفاء البنية بل اكثر ما يصاب به الاطفال الضعفاء
البنية المتولدون بين ابوين دريين ذوى تعذية رديئة وجلد باهت وأوردة
شفافة ونحو ذلك وعرضة للطفحات الاجزئية اويفية والاستسقاء الدماغى وقد
دات التجارب على ان العائلات الذين يحصل فيهم الموت بكثرة يموت
عندهم بحرء عظيم من الاطفال بالاستسقاء الدماغى والجزء الاخر مما
بالالتهاب الحنجري ذى الغشاء الكاذب الذى نحن بصدد ومن تقدم فى السن
من نسل هذه العائلات يموت بالدرن الرئوى وهذا دليل على ان الاستعدادات
للاصابة به هذه الامراض متقاربة ولا يندرج حوال هذا المرض لبعض
الاطفال عقب زوال بعض الطفحات الرطبة كالاخرتينا التى كانت موجودة
على الرأس والوجه

وظهور الالتهاب الخجيري ذى الغشاء الكاذب في البلاد الشمالية الباردة
والرطوبة والكثيرة الرياح اكثر منه في البلاد الحارة الجنوبية الممتوع عنها
تيار الرياح القوية

* (تنبيه) * الذي يظهر ان هذا المرض اكثر مشاهد في البنادرا اعظيمة
من قطر مصر عما كان في الزمن السابق حتى لقد شوهدت منه في الزمن الاخير
أوبية مهاككة اعداد عظيم من الاطفال في نجر الاسكندرية والظاهر ان ذلك
متعلق بنوع تغير في الاحوال الجوية لاقليمنا

ولا يندر تسلطن هذا المرض تسلطنا وبائيا ولو في القرى الصغيرة فتهلك به
عدة عظيمة من الاطفال في آن واحد وعادة هذا المرض اذا تسلطن تسلطنا
وبائيا أن يكون شديدا خبيثا جدا ومصحوبا باثبات التهاب ذى غشاء كاذب في
البلعوم وقد شوهدت احوال مرضية في بعض الأوبية ترجح القول باتساره
بالعدوى الاواسطية ومع ذلك فن المشكوك فيه هل حصل في مثل هذه
الاحوال اختلاط السعال الديكي بالدفقيرية الوبائية التي هي آفة معدنية
للغاية وفيها ينضم للالتهاب الالتهاب الالتهاب الالتهاب الالتهاب الالتهاب
تابعي غالبا اولاً

ولا يمكن الوقوف في غالب الاحوال على حقيقة الاسباب المتمة لهذا المرض
وهناك احوال أخرى يظهر فيها أنه ناتج عن تهيج لا واسطى أثر في الغشاء
المخاطي الخجيري او تأثير البرد او الرياح الشمالية القوية وأما الارتباط
النسبي بين الالتهاب الخجيري ذى الغشاء الكاذب والامراض التسممية
فستذكره بعد

* (تنبيه) * الاطباء الاتمدون من العرب وان لم يذكروا في كتبهم الالتهاب
الخجيري ذى الغشاء الكاذب الا أنه يوجد في كتبهم لفظ الخناق وعرفوه بأنه عبارة
عن امتناع النفس او البلع أو تعسره او قال الشيخ الرئيس ان الاختناق هو
امتناع نفوذ النفس الى الرئة فحينئذ لفظ خناق وان لم ينطق على المرض الذي
نحن بصدده ولا يدل على طبيعته من كل وجه الا أنه من حقيقة عوق النفس في
هذا المرض وحصول الاختناق لامانع من تسميته بالخناق الخجيري
* (الصفات التشرىحية) *

الغشاء المخاطي الملتصق يكون مجاسا للاحرار مختلف الشدة وهذا الاحرار

يكون على هيئة احتمقان أو ايكيموز وقد قال بعضهم ان هذا الاجرار يتناقص
 عند ازدياد النضج اللبني بل زعم آخرون ان فقد الاجرار الاتهابي في هذا
 المرض بعد الموت يدل على أن الاتهاب ذا الغشاء الكاذب نوع مخصوص من
 الاتهاب غير مصحوب بالاحتمقان وهذا خطأ بل يوجه ذلك كما أشرنا اليه فيما
 تقدم بكثيره وجود الاياف المرنة في الغشاء المخاطي الخنجري ثم ان الغشاء
 المخاطي ينفذ طبقة البشرية وهو المنسوج الخلوي فتمه يكونان منتهجين
 رخوين وعضلات الخنجرة تظهر مرتشحة باهتة رخوة والغالب أن يكون
 السطح الظاهر للغشاء المخاطي في الحتمية مغطى بغشاء كاذب لكن هذا ليس
 على الدوام وفقه الغشاء الكاذب في جثة بعض المرضى التي هلكت بطواهر
 السعال الديكي أذى لتقسيم هذا المرض الى سعال ديكي كاذب وسعال ديكي
 حقيقي بحيث ان كثير من اطباء الى وقتنا هذا يقول ان المريض هلك
 بسعال ديكي كاذب في الاحوال التي فيها لا تثبت الصفات القشر بحية
 وجود الغشاء الكاذب ومن المعلوم الواضح أنه في احوال الاتهاب الخنجري
 ذي الغشاء الكاذب ينقر نضج عضوى ساثل أو لا ثم ينفذ بعد انقرازه فاذا
 انقذف هذا النضج قبل الموت سواء كان عقب انعقاده او على حالته الساائلة
 وجدت الخنجرة خالية عنه بعد الموت ومع هذا فالمرض واحد كما في الاحوال
 التي فيها يكون الغشاء المخاطي مغطى بغشاء كاذب والنضج اللبني تارة يكون
 ذاقوام كثوام القشطة الزرجة وتارة على هيئة غشاء متمسك بمطن للسطح
 الباطن من الخنجرة ويمتد الى انصبه الهوائية والشعب على هيئة أنابيب
 غشائية واحيانا أخرى على هيئة طخ او نقط صغيرة ملتصقة بالغشاء المخاطي
 سيما بجوانه المغطاة بطبقة بشرية هدية خلية والاعشمية الكاذبة الرخوة
 الرقيقة يسهل نزعها من الغشاء المخاطي واما الاعشمية الكاذبة المتينة السمكية
 فتكون ملتصقة به اكثر من الاولى ويوجد على السطح الظاهر لبعض الاعشمية
 الكاذبة السمكية التي يجاوز سمكها كثيرا خطأ واحدا أشرطة او نقط دموية
 آتية من انفجار بعض أوعية دموية في الغشاء المخاطي التي كانت متراكمة عليها
 وبعد استقرار هذه الاعشمية الكاذبة زمانا نابز بواسطة نضج مصلى وتنذف
 من سطح الغشاء المخاطي على هيئة أنابيب مجتمعة او اهداب أو ندف وفي

الاحوال ذات السير الحميد قد تجتهد الطبقة البشرية في عيود الغشاء المخاطي
الى حالته الطبيعية وفي احوال اخرى يعقب انفصال الاغشية الكاذبة نضح
جديد فتعود الاغشية الكاذبة ثانيا ويتكرر ذلك الى ان ينتهي المرض
او تنتهي حياة المريض والغشاء الكاذب يشاهد بالماكر وسكوب انه مشتمل
على طبقات عديدة رقيقة من مواد القيمة لاشكل او ذات الياف رقيقة
ومن المهم جدا التشخيص هذا المرض والتوجيه القويم لوجي اطواهره
المرضية كونه يكاد يتضاعف على الدوام بالتهاب ذي غشاء كاذب في الحلق بل
الاطباء الفرنسيون لا يعتبرون السعال الديكي حقيقيا الا اذا وجدت هذه
المضاعفة والواقع انه قد ثبت بالمشاهدات في المانيا كثرة اصطحاب هذين
الشكلين المرضيين ببعضهما لكن ذلك ليس على الدوام
والاغلب ان يوجد في جملة الاطفال الذين هلكوا بالسعال الديكي احتمالان
عظيم في الغشاء المخاطي الشعبي والرئتين وحالة نزلية في الشعب محمولة
بأفراز غزير واوذيمارثوية ولا يندرو وجود اغشية كاذبة في الشعب وبوراث
دموية وثوبية وهبوط بعض اجزاء الرئة على نفسها وانفرازيما حويصلية
وخلائية فيها وسنوضح ان جميع هذه التغيرات من النتائج الملائمة للذئبة
الخجيرية اللبسية

(الاعراض والسير)

هذا المرض يسبقه غالباً بعض ظواهر مرضية فتكون الاطفال ذوى كآبة
وفيم ظواهر رجعية خفيفة ويجتمع في الصوت وسعال ذو صوت مريب
وهذه الظواهر كما تكون سابقة لنزلة خجيرية خفيفة غير خطيرة تكون ايضا
ظواهر سابقة لاشد امراض الاطفال خطراً وهو السعال الديكي الذي نحن
بصدده ان كان الطيب القطن يميز غالباً بين هاتين الحالتين في هذا الزمن
وينبغي البحث عن الحلق في جميع الاحوال ولو لم تشتمك الاطفال عمراً في
الازرداد فاذا وجد الطيب الغشاء المخاطي الحلقى صغراً واللوزتين متفتحتين
ووجد عليهما بعض اطح مبيضة صغيرة شديدة الالتصاق بهما كان هذا دليلاً
على ابتداء السعال الديكي كما انه اذا وجد اعراض الزكام مصاحبة للظواهر
السابقة المذكورة كان هذا دليلاً على وجود نزلة خجيرية والاسـتعداد

المرضى الشخصى يرتكن اليه في التميز بين النزلة الخجيرية وسوابق السعال
الديكى فالاطفال الذين يحصل لهم عقب كل بردجة في الصوت وسعال
رنان لم يرتقيا الى اعراض السعال الديكى ولم يكن احدا من اخوتهم أصيب
بهذا المرض مطالقا قبل الظن عندهم بحصول السعال الديكى بخلاف الذين قد
أصيبوا بهذا المرض ونجوا منه قبل ذلك أو كان تدهلا واحدا من اخوتهم
بهذا المرض

وهذه الظواهر المرضية يمكن أن تسبق احيانا نوبة السعال الديكى الحقيقية
يوم أو أيام قلائل وكثيرا ما تفقد بالكلية ويظهر المرض فجأة باعراضه
المهولة والغالب أن يستيقظ الطفل من نومه في اثناء الليل خشن الصوت
اجحه أو فاقد ارنافته بالكلية وقد يتقل هذا الصوت المنخفض الارجح الى
صوت رنان حاد عند السعال أو التكام بسبب تقارب الاوتار الصوتية المغظاة
بالنفخ المرضى وملاستهم البعض املاسة وقتية كما ان السعال الذى يكون
في الابتداء قصيرا حادا يصير فيما بعد خشنا الارجح ويجرد حصول حركة سعال
شديدة يصير رنانا بسبب شدة توتر الاوتار الصوتية وتقسيمها من الهواء
المنفذ وقد يصير السعال كذلك فاقد ارنافته بالكلية بحيث ان الطفل
لا يسمع له صوت عند التكام والسعال

وينضم هذه الاعراض الناتجة عن استرخاء الاوتار الصوتية وتختمها وعن
ابتداء شلل العضلات الخجيرية وعن النفخ المتراكم عليهم او هي تحصل جميعها
كما ذكرنا في النزلة الخجيرية عسر عظيم في التنفس مسقر شديد الخطر جدا
واصف للسعال الديكى فانه لا يشاهد في أحوال النزلة الخجيرية الا نادرا
ويكون اذذاك برهبا وعسر التنفس المذکور يحصل من ضيق المزمار
ومنوجه كيفية حصوله ولوفي الاحوال التى لم يشاهد فيها الغشائية كاذبة
مضيفة لفوهة المزمار يكون واصفا كما ذكرناه للذبحة الخجيرية الغشائية
ولا يمكن اختسلاطه باشكال اخرى لضيق النفس فيكون التنفس اذذاك
عسر للغاية بحيث ان الطفل يجرى مجهودات شاقة عند حركة الشهيق فتترى
جميع العضلات الموسعة للصدر في حركة فتل عضلى قوى للغاية بحيث يتجدد
الاطفال في القيام ومد العمود الفقري للحصول على اتساع الصدر ورفع

الاضلاع يمكن مع اجراء هذه الجهود ان الشاقة لا يدخل الهواء في المزمار الضيق الا يطء وعسر شديد فيكون حركات الشهيق حينئذ عمدة بطيئة وتبعاً لذلك تكون حركات التنفس الشاقة بطيئة لاسرعة كما يشاهد في غير هذه الحالة من احوال عسر التنفس كالالتهاب الرئوي الذي فيه لا تكابد عضلات الشهيق مقاومة غير طبيعية ويصطبغ الدخول العنيف للهوا من المزمار المتضيق بلغظ صفة يرى أو منشاري خاص متى سمعه الطبيب مرة لا يسهاه

وفي اثناء مجهودات الشهيق الشاقة تنقبض وتقصر العضلات الرافعة للجناحي القم فتقدم دال الخياشيم (فاندلوا هذه الحركات العضلية الالهامية لانسدت الخياشيم متى رفق الهواء في الحفرة الالهية بسرعة) ومع ذلك فتقدم الخياشيم هذا الالهية في حد ذاته عرضاً الاعلى ضيق النفس الناجم بالالتهاب الحنجري ذي الغشاء الكاذب وزيادة على ذلك نشاهد في هذا المرض علامة مخصوصة كثيرة امتازها العامة وهي مبذبة على رقعة الهواء في تجويف الصدر الحاصلة من تعدده مع ضيق المزمار بمعنى ان ترى انه عند كل حركة شهيق لا يتجذب القسم الشرقي بل ينقبض وينخفض بقوة الى الباطن فانه برقة الهواء في تجويف الصدر ينتهر الحجاب الحاجز من ضغط الهواء ولو كان في حالة انقباض لان سطحه المتجه نحو تجويف الصدر يقع عليه ضغط أقل قوة من سطحه المتجه نحو تجويف البطن فينجذب بقوة الى أعلى كجدار المتأخ فانه ينقلب الى الباطن عند ذلك بسرعة فورية أكثر من سرعة دخول الهواء في صمامه ومع ذلك يتجذب كل من المعلقة الحنجرية وغضاريف الاضلاع السفلى الى الباطن بقوة وهذه الظاهرة سهلة التوجيه ايضا متى تأملنا حركات التنفس في الحالة الطبيعية فان الهواء متى امكنه النفوذ في المسالك الهوائية بسهولة لم يحصل من انقباض عضلات الحجاب الحاجز انخساف في اقواس الاضلاع بل يحصل منه فقط سقوط في الجزء الوترى من الحجاب الحاجز فان المقاومة التي يقاومها تقويس الاضلاع انخسافه الى الباطن اعظم من المقاومة التي يقاومها سقوط الحجاب الحاجز وبنزلة الرئة وضغط الاحشاء الباطنية عليه فان الشد في الجزء الوترى من الحجاب الحاجز الى أعلى

بواسطة رقة الهواء في الرتين أو حصل مجرد تنبته وامتناعه عن التحرك الى
اسفل نتج عن ذلك انجذاب قوس الاضلاع الى الداخل بواسطة الانقباضات
الشعبية قيمة عضلات الخجاب الخارج

وهيئة الطفل وجميع مجهوداته تدل على شدة احتياجه للهواء لكن جميع
ما يكابده من المجهودات العضلية لا يكفي في الحصول على هذه الغاية فيصير
الطفل في حالة يأس قلقا ويحذف نفسه على ايدى من كان منوطا بخدمته
ويعود ثانيا الى فراشه في حالة شجور وقلق عظيمين ويوجه يديه نحو عنقه كأنه
يريد إزالة العائق المانع من سهولة التنفس ويككون وجهه مغطى بعرق
وقتا طبعه متغيرة بالكيفية بحيث ان منظر الطفل المصاب بالسهال الذي يكي
الحقيقي يكون محزنا ومفزعاً للغاية

ثم ان هذه الالتهاب المصاب بالالتهاب الخجيري ذي الغشاء الكاذب الذي
ظهر عنده اعراض ضيق النفس العظيم في مدة الحياة لكن لم يشاهد بعد موته
غشاء كاذب على الغشاء المخاطي الخجيري ولا اتفاح فيه ولا ارتشاح عظيم في
المنسوج الخلاوي تحت الغشاء المخاطي من الامور التي ادت للقول بأن
لانقباض التشنجي لعضلات الخجيرة هو الذي ينتج عنه ضيق المزمار وعسر
التنفس السابق ذكره. لكن المشاهدات التشريحية المرضية والقسيمولوجية
قد نفت هذا القول والذي ثبت بالمشاهدات والتجارب الا كيد ان ضيق
النفس في مثل هذه الاحوال يكون ناتجا عن شلل في عضلات الخجيرة لا عن
انقباضها التشنجي فان العضلات الكائنة تحت غشاء مخاطي او مصلي
ملتب التماسك اشد اشد اشد تكون هي والغشاء الملتب والمنسوج الخلاوي تحته في
حالة ارتشاح ورخاوة باهنة اللون شلا فلا تكون حينئذ قابلة للانقباض كما
قاله (روكنسكي)

والذي يثبت أن العضلات التي تكون على هذه الحالة تفقد حقيقة قابلية
انقباضها هو اعتبار حالة العضلات بين الاضلاع في الالتهاب البليوري قائما
تشرخي وتندفع الى الخارج بسبب شللها والطبقة العضلية المعى في الالتهاب
البريتوني والنوسه طاريا فان في كل من هذين المرضين تفقد الطبقة العضلية
المعوية حركتها الدينامية في الاجزاء المعوية الملتبمة طبقتهما المصلية

أو المخاطية لان الطبيعة العضلية المغشاة بالغشاء الملتصق يعتبرها الشال وهذا
 الاعتبار وما مثله من المشاهدات ينبغي عليه مع التأكد تقرير بيان
 عضلات الخنجر المغشاة بغشاء مخاطي ملتصق بها بشددا تكون منسلة
 لا منقبضة انقباضا تشنجيا او كون تشال عضلات الخنجره يفتح عنه حقيقة
 عسر التنفس يثبت ذلك ثبوتنا واضحا من احداث شال في العضلات
 المذكورة بواسطة التجارب التسمية بوجهه اعني بقطع الاعصاب الرئوية
 المعوية من حيوانات صغيرة بل ان ضيق التنفس وعسره الناتج عن فعل هذه
 التجارب له مشابهة تامة بعسر التنفس الناتج عن الاتهاب الخنجري ذى
 الغشاء الكاذب فانه يشاهد فيه ايضا الشهيق المستطيل الصغيرى وهلم جرا
 بحيث ان التشابه بينهما لا يفتنى على طبيب خاذق وكذا اعتبار الحالة
 القشرية لزمارة الخنجره في سن الطفولية تزيل كل تغيب في هذا الشأن
 وانه في جميع الاحوال التي لا يمدد فيها ويفتح بواسطة الفعل العضلي مدة
 الشهيق لا بد وان يتضيق وينسد مدة الشهيق العنيف فانه في سن الطفولية
 تفقد المسافة المثلثة التي سماها المعلم (لوفجى) بالمسافة أو الجزء التنفسي المحدود
 بقاعدة الغضاريف الطرجهالية الممتدة الى الباطن والامام نحو الاوتار
 الصوتية فان هذه القاعدة ليست ممتدة في سن الطفولية والمزمار يكون في
 الاطفال نوع ضيق عتد من الامام الى الخلف ومحدد من الجانبين بالاوتار
 الصوتية الغشائية وحيث ان هذه الاجهزة الغشائية مائلة الى بعضها
 بالتحرف فان هذا الشق يضيق ثم ينسد متى تخطل الهواء ورق في القصبة
 الهوائية وكانت حركات الشهيق شديدة فانه يمكن احداث ضيق فوهة المزمار
 وانسد اهافى خنجره كل طفل عند نزعها من الجنة واجراء مص قوى في طرفها
 العصبى وحيث ان المهم جدا الاجل معاملة هذا المرض معرفة كون ضيق
 المزمار ناتجا عن الاغشية الكاذبة أو عن شال عضلات الخنجره بسبب
 ارتشاحها الاوزيمائى ينبغي للطبيب ان يلتفت لدرجة عوق حركات الشهيق
 والزفير هل كل منهما عسرا والشهيق عسرا فيرى والزفير سهل فان كان
 الواقع الاول كان ضيق المزمار وعسر التنفس ناتجين عن أغشية كاذبة فانها
 توجب عسرا في دخول الهواء كما توجه في خروجه وان كان الواقع الثانى

كان الشلل العضلي هو السبب في ضيق النفس فيه ~~كون~~ عسر التنفس
 لانسداد المزمار بالهواء الداخل من القم والانتف مع رقة الهواء الموجود في
 المسالك الهوائية وتخلخله واما سحولة الزفير فلان هواء الزفير بعد سحاطي
 المزمار من بعضهم او لا يحتاج للفعل العضلي وانفبه على أن شلل العضلات
 الخلفية الطرجه اليه التي بها يحصل اتساع المزمار يكون سريع الحصول
 عند التهاب الغشاء المخاطي البلعومي المغطي لها واشتركا في هذا المرض
 واذ ان يكون احوال السعال الديكي اى الالتهاب ذى الانغشيمية الكاذبة
 للحنجرة والبلعوم خطيرة للغاية

وقد تأيدت على حقيقة نظرياتي السابقة من أن تمدد المزمار واتساعه مدة
 التنفس ناتج عن فعل العضلات الخنجرية متى كانت على حالتها الطبيعية
 وان ضيق النفس وعسره في الذبحة الخنجرية الغشائية منهظمه ناتج عن شلل
 عضلات المزمار وذلك من مظهرت المرأة الخنجرية واستعملت في هذا

الخصوص

والقول بان اعراض الذبحة الغشائية السابق ذكرها لا بد وان يتضم اليها
 احساس بالمخصوص في الخنجرية غيراً كبد فان توجبه اياذى الاطفال الى
 عنقها يمكن أن يكون القصده منه زوال العائق الموجود في الخنجرية بالاهاام
 والنفث الذي يكون من ابتداء المرض قليلا جدا يندر أن يحتوى على أهداف
 من أغشيمية كاذبة والتبص في ابتداء هذا المرض يكون مماثلت متواتر للغاية
 والوجه محمرا وحرارة الجسم مرتفعة

والغالب أن يحصل في اعراض الذبحة الخنجرية الغشائية انخطاط واضح في
 الصباح وفي اثناء النهار انخطاط قد يكون واضحاً جدا بحيث يشابه التقطع
 (ولذا ان الاومياتين اى الذين يعالجون الشئ بمثل به يدون بظهور تأثير
 أدويةهم الحمضية بعد بعض ساعات) فيكون التنفس في الصباح سهلا ويهود
 الصوت ثانيا ويندر السعال ويكون ابح ولكنه غير مفود الزناية بالكلية
 وتتناقص الحصى وتظهر الحالة العامة للمريض غير مضطربة تقريبا ولا يبقى
 من اعراض المرض الا صغير خفيف وصوت سعال مريب يذ كرنا ما حصل
 للطفل من الظواهر المرضية المهولة في الليلة السابقة لكن لا ينبغي أن يتعشم

عشما عظيما من هذا الانحطاط اذ كثيرا ما تشو اعراض المرض ثانيا في الليلة
التالية وتمدد حياة الطفل بالخطر العظيم وفي مثل هذه الاحوال استمرار
الحى ولو بدرجة خفيفة ووجود اغشية كاذبة في البلعوم بلهنا الخوف
العظيم على حياة الطفل

ثم ان السعال الديكى قد يظهر في مدة سير هذا الطرز المتقطع في عقب حالة
المرض المطاوعة مدة الثم ارفور ان عظيم في الاعراض مدة الليل الى أن يصير
الانحطاط غير واضح وتقص مدته وتزداد النورانات فتخاطر بحياة الطفل
وفي احوال اخرى وهى الكثرة الخطرة تأخذ ظواهر الذبحة الغشائية سيرا
آخذنا في التناقل على الدوام فلا يحصل الانحطاط المتشم فيه وقت الصباح
ويتمى المرض انهاء محزنا في ظرف يومين أو ثلاثة

ثم اذ لم تحسن حالة المريض بل مالت للانتهاء المحزن كما هو الغالب في هذا
المرض تغيرت صفة الاعراض وهيممة المريض ايضا في وجه الطفل المحمر
ياهتا وتبهت الشفتان ايضا والاعين التى كانت تنظر بحالة بحوظ وضجر تصير
ذات نعاس وقمور ولا يتدر حصول في ذاتى وان كان الطفل قبل ذلك لا يتأثر
بالمقدمات ولا من الوضعيات الخردلية وغيرها من المهيجات الجلدية وتصير
حركات التنفس سطحية وبعدم الصوت الصغرى عند الشهيق ويكون
الطفل اذ ذلك في حالة انحطاط وتنعس بحيث يظهر ان اعراض السعال
الديكى وعسر التنفس زالت الى أن يستيقظ ثانيا من ذلك عقب السعال
وفعل مجهودات شبيهة بعنفه فيفسد المزاج ويمتد ويصير الطفل في كرب
عظيم فيقزع جالسا مرتكزا على يديه ناظرا لما حوله نظرا مفرقا فعلا
مجهودات شبيهة بعنفه ثم يستيقظ ثانيا في حالة الانحطاط والتنعس (وهذه
الظواهر عينها تشاهد في الحيوانات التى قطعت فيها الاعصاب الرئوية المعديّة
فيكون التنفس عندهم سهلا متى كان سطحيا وعسرا للغاية متى كان تجعجا وهذا
امر ظاهر بالنسبة للتوجيه السابق ذكره)

والظواهر المذكورة التى تحصل في حالة الطفولة عند تدمير الذبحة
الغشائية تنسب للتسمم التدريجى للدم بجمهض الكربونيك اذ من اشجان
الدم بهذا الغاز يحصل غاب الخطر العظيم الذى يفتج عن هذا المرض

والطواهر السابق ذكرها لا تنبع عن امتلاء أو عمية الدماغ أو غشية بالدم كما
يظن عادة وكذا الاطفال المصابة بالذبححة الغشائية لا يتكسب هيمته سياتوزية
مادام الشهيق وحده معوقا لم يحصل عندها سهال فينبغضه تحصل الصدر
اذ بذلك يحصل عوق في استقراغ الاوردة الودجية وينبغي أن تكون الاطفال
المصابة بالذبححة الغشائية باهتة اللون في هذا الدور من هذا المرض وهي في
الحقيقة تكون كذلك الى أن يطرأ شلل القلب فيكثر فراغ الشرايين ويزداد
امتلاء الاوردة فيكتسب الشفتان الباهتة ان لو ناس انوزيا فانه متى كان
الدم السكاثر في الاوردة داخل الصدر معرضا لضغط اخف من الضغط الواقع
على الدم السكاثر في الاوردة خارج هذا التجويف ومالت الرئة المرنة بانقباضها
على نفسها وصغر حجمها واحداث تمدد في الاوعية المحيطة بها وكانت قوة
جذب الرئة تتزايد عند كل شهيق عميق فانه بازدياد تمددها تزداد قوة جذبها
ترتب على ذلك ولا بد ارتقاء هذه القوة الجاذبة الى أشد الدرجات وهروغ
الدم من الاوردة خارج تجويف الصدر الى الاوردة الكائنة في هذا
التجويف متى اجتمعت شخص في فعل شهيق عميق وكان المزمار متضايقا ولا
يحصل كل من السيمانوز وعوق استقراغ الاوردة الدماغية بهذه الكيفية
التي بل ولا بد أنها تحدث نتيجة مخالفة لذلك بالكفاية

وايضا الامر كذلك بالنسبة لتوزيع الدم متى كان كل من الشهيق والزفير
معوقا فان تضايقت فوهة المزمار جدا بواسطة الاغشية الكاذبة بحيث
لا يمكن الادخول جزء قليل من الهواء في الرتين ولا يخرج منها الا جزء قليل
أيضا وحصل اتمام كل من الشهيق والزفير بجميع مجهودات المريض غلب
تأثير الزفير الشاق على تأثير الشهيق الشاق بالنسبة لاستقراغ الدم ورجوعه
الى تجويف الصدر وبذلك يحصل السيمانوز الشديد بحيث ان فعات عملية
القطع الخجري في هذا الدور حصل من امتلاء الاوردة العنقية تعسر عظيم
في اجراء هذه العملية

وحيث ان التبادل الغازي الرئوي يتعلق على الخصوص بتجدد الهواء في
في الحويصلات الرئوية وان الدم لا يتخلى عما احتوى عليه من حمض
الكربون ويأخذ الاوكسجين الا بشرط أن يكون الهواء الموجود في الخلايا

الرئوية أقل احتواء على حمض الكربون واكثر احتواء على الاوكسجين
منه في الدم الموجود في الاوعية الشعرية المحيطة بالخلايا الرئوية كانت
نتيجة التنفس الغير التام في الذبحة الغشائية التبادل الغازي الغير التام في
الخلايا الرئوية بحيث ان حمض الكربون الذي يتكون على الدوام في الدم
لا يتصاعد منه ويخرج الى الخارج لكثرة احتواء الدم الموجود في الخلايا
الرئوية عليه ونسبته به فالاعراض المذكورة هي عين التي تحصل من
استنشاق شخص لحمض الكربون وانما يحصل التسمم بحمض الكربون
في السعال الديكي من الحامض المتكون في الدم واماني احوال استنشاقه
فالتسمم فيه يحصل من استنشاق الغاز الاتي من الخارج
وحينئذ يحصل في الغالب الانتهاء المحزن بعد ظهور الشلل التدريجي العام
الناتج عن التسمم بحمض الكربونك ويندر ان يكون حصول الموت فجائيا
عقب انفصال الأغشية الكاذبة وسدها للسان المزمار ومنع دخول الهواء
منه فجائيا فيحصل الموت بالاختناق

وفي الاحوال التي فيها ينتهي هذا المرض انتهاا حميدا يحصل التحسين تارة
حصولا تدريجيا بان يتقدف زمانا فزمننا فنفسنج مختلفا يتدف غشائية منهقدة
كثيرا او قليلا ويصير السعال سهلا ويرتفع الصوت وتزول اعراض الخدر
العموي عقب انتظام حركات التنفس وتارة وهو نادر جدا يحصل حصولا
فجائيا عقب انفذاف أغشية كاذبة عظيمة بحركات السعال او التي تكون
على شكل الانابيب فالتنفس الذي كان صعبا للغاية يصير سهلا لدفعة واحدة
ويجئ الطفيل من الخطر العظيم الذي كان مهددا له ان ينسد المزمار ثانيا
بمكون أغشية كاذبة أخرى او حصل توران جديد في الالتهاب وأوزيماني
عضلات الخنجرة

وكثيرا مات تلك الاطفال عقب انتهاء هذا المرض سيما عند استمراره زمنا
طويلا بآحتمقان الرئة أو أوزيمائها او بالنزلات الشعبية الشديدة وعدم نجاح
القطع الخنجري في احوال هذا المرض المتقدمة يتسبب بدون شك عن هذه
المضاعفة الملازمة التي هي من النتائج الضرورية لهذا المرض فانه متى
تددت الصدر وانسعت الحويصلات الرئوية بدون دخول كمية كافية من

الهواء فيها نتج عن ذلك رقة الهواء المحموية عليه الشعب والحويصلات
الهوائية فالغشاء المخاطي للشعب وباطن الحويصلات الرئوية يكون في
الذئبية الغشائية كالجلد الظاهر الموضوع عليه محجم ومن المعلوم ان
الاحتقان والارتشاح من النتائج الضرورية للحصول لزوال ضغط الهواء
وتناقصه الواقع على بدر الاوعية الرئوية الشعرية وبذلك يوجه اصطحاب
السعال الديكي بالنزلة الشعرية على الدوام

والذي يظهر لي ان ما ذكره الطيب (بون وجوهارد) برسا تسهما على السعال
الديكي من انه يعقب على الدوام هذا المرض المضيق للخجيرة التهاب شعبي بعد
قليل مما يؤيد الارتباط السببي بين هذين المرضين دون كل من الالتهاب الرئوي
والشعبي اللبني الذي يضاعف الذئبية الخجيرية الغشائية في بعض الاحوال
وقد ذكرت في أول جملة من هذا الكتاب عند الكلام على الالتهاب النزلي
ان هذا الالتهاب ينشأ على الدوام في الاحوال التي فيها يحصل امتلاء دموي
في اوعية الاغشية المخاطية مهما كان السبب اعتبارا باقى أشكال الالتهاب
واما ارتفاع الاحتقانات البسيطة أو تليجتها فهو خطأ عظيم وأما كون خطر
الالتهاب الخجيري الغشائي يزيدا زيدا عظيما باصطحابه بالنزلة الشعبية فامر
معلوم واما القول بان الموت في السعال الديكي الحقيقي ينشأ على الدوام من
الالتهاب الشعبي فقط والشعبي الرئوي فهو بلا شك من المبالغات واما
اعراض السعال الديكي المتأبى الذي يحصل في أثناء سير الحصبة والقرمزية
والجدري وغيرها من الامراض التسممية التي منها الدفتيرية الوبائية فسنتمكلم
عليها عند الكلام على الامراض المذكورة

(التشخيص)

عما تقدم من بيان اعراض هذا المرض وسيره اتضح لنا المشابهة بينه وبين
الالتهاب الخجيري النزلي واتضح لنا أيضا الفرق بينهما الكائن على أن وجود
اغشية كاذبة في البلعوم مهم جدا في تشخيص هذا المرض كخروج اغشية
كاذبة بحركة السعال او التي وان عبر التماس في الالتهاب الخجيري النزلي
نادر وبرهي وان الالتهاب الخجيري النزلي في غالب الاوقات لا يكون
مصحوبا بحمى واما الالتهاب الخجيري ذو الغشاء الكاذب فيكون مصحوبا بها

• (الحكم على العاقبة) •

الاطفال الذين جاوزوا سبع سنين يمكن أن ينجوا من أشكال هذا المرض الثقيلة واما من دونهم في هذا السن فيكون هذا المرض فيهم خطرا للغاية وقد ذكرنا فيما تقدم ان كثرة نجاح المعالجة التي يتبناها كثير من اطباء تكون في الغالب ناشئة عن اختلاط في التشخيص ومن المثير ايضا ان ظهور هذا المرض ظهورا وبائيا يصيره أشد خطرا وصاحبة الذبحة الغشائية الخجيرية للالتهاب الباعوى ذى الغشاء الكاذب ان لم تكن قاتلة على الدوام لا يتكرر انما تريد في خطر هذا المرض

وكل من الضجر والقلق وامتلاء النبض واحمرار الوجه وبحة الصوت او فقهه بالكلية أقل خطر من العلامات الابدائية لتسمم الدم فانه متى صار وجهه الطفل باهتا وبهت شفتهه ايضا وصار في حالة تعمس وضعفت حواسه واضطربت ولم تؤثر عنده النقيضات او حصل له في هذا في لاية عشم الطبيب بالتصاح الا في بعض احوال قليلة

• (المعالجة) •

اما المعالجة الواقية للالتهاب الخجيري ذى الغشاء الكاذب فتستدعي عين الوسايط التي اوصيناها في المعالجة الواقية في الالتهاب الخجيري النزلي فلا ينبغي حجز الاطفال الذين أصيبوا بهذا المرض مرة أخرى ونحو امنه في اودهم على الدوام كما انه لا ينبغي الافراط بكثرة التدثر بالملابس نعم ينبغي عند وجود الاستعداد لهذا المرض صيانتهم عن تأثير الرياح الشمالية والشمالية الغربية الشديدة بدون الاعتدال بأشعة الشمس ومنعهم عن المكث في الحارات بعد غروب الشمس والايضا بغسل العنق والصدر بالماء البارد ثم تجفيفهما تجفيفا جيدا سر يعا فان هذه الوساطة من الوسايط العظيمة لوقاية الاطفال من هذا المرض عند وجود الاستعداد للاصابة به

واما المعالجة السببية فلا يمكن اتمام دلالاتها في معظم الاحوال حيث ان سبب السعال الديكي خفي في الغالب وحيث ان العوامنة تدون ان هذا المرض انما ينتج عن تأثير البريديادرون باستعمال المعرفات متى حصل عند الطفل بحة في الصوت بان يعطى الطفل اللبن الفاتر بكمية عظيمة ويفض لونه على

المنقوعات العطرية المعروفة كمنقوع البيلسان ويدثر بالملابس الدفنة
حتى يحصل التعريق فانه من المعتقد عندهم انه متى حصل تعريق غزير
للطفل نجمان هذا المرض الخطر وكذا الاطباء الذين يستعملون المعالجة بالماء
البارد يزعمون حصول النجاس المتكرر من اف الجسم مع الاحتراس بلا آت
منه وسبب الماء البارد ومعصورة عصر اجيد اذ اقلين انه يحصل من ذلك نجاس
عظيم جدا في كثير من الاحوال اذ بذلك يتاكد رجوع فعل الجلد الى التغيير
الجلدي المنقطع وتأثير البرد في الجلد وان جاز ان ينشأ عنه السعال الديكي
الحقيقي الا ان التغيير المرضي فيه ليس به سيطا جدا بحيث انه يزول بحصول
تعريق الجسم وما في احوال الالتهاب النزلي فلما مانع من حصول ذلك لان
احتمقان الغشاء المخاطي الذي يكفي بانفراده في اتقاخه والتهابه الالتهابي انزيا
يمكن ان يزول عقب احداث تدمية في الدورة الجلدية واحداث التعريق وبذلك
يحصل التصويل على الجلد فيزول سبب الالتهاب النزلي من الغشاء المخاطي
وحيث لا يمكن بالنسبة للعامة في كثير من الاحوال تمييز الذبحة النزلية عن
الذبحة الغشائية من اول الامر بل ويتعسر على الطبيب المندوب اطفالا
وكان عنده بجملة في الصوت وسعال خشن رنان وحصل له نوب ضيق في النفس
الوقوف على الحقيقة وتمييز هذين المرضين من بعضهم ما الاعداد اتباع سير المرض
مدة من الزمن جاز الا بصاء باستعمال المشروبات الفاترة اذ حتى تتضح
اعراض المرض مع تدثر الطفل بالملابس الجيدة ووضع اسفنجة مبتلة بالماء
الفاتر على العنق بعد عصرها جيدا

وحيث انه يظهر في كثير من الاحوال سيما في السعال الديكي الوبائي ان
الالتهاب يتمد من البلعوم الى الغشاء المخاطي الخنجري تستدعي المعالجة
السببية ان الطبيب متى رأى لطفان اغشية كاذبة على اللوزتين يلزمه
الاهتمام باجراء معالجة قوية جدا فلا يقتصر في مثل هذه الاحوال على
ارسال العلق على العنق حيث ان مثل هذه الواسطة لا تقطع بنجاحها بل
تزال الاغشية الكاذبة عن اللوزتين وغس الاصفار المريرة بالخبز الجهنمي
مساقويا فان هذه الواسطة اقوى الطرق العلاجية والنجسها وربما كان
التأثير القابض للعجرجهنمي على الغشاء المخاطي اقوى واسطة مضادة

الالتهاب

وامام معالجة المرض نفسه فيوصي فيها كثير من الاطباء خصوصا في القرى
 باسعمال المقيمات وارسال العلق متى ظهرت العلامات الابدائية لهذا
 المرض ويقولون ان ارسال العلق خاصيته تهتمص الالتهاب والمقيمات
 خاصيتها قذف الاغشية الكاذبة وتبعد ما من اول الامر وليس لاحد من
 الاطباء جراحة على الانتظار والتأني حتى تتضح عوارض مخصوصة تستدعي
 وسائط علاجية مخصوصة وتجارب الاطباء الاميون ياتين هي التي دللتنا
 على ان الذبحة الخجيرية الغشائية قد تشفى عند الاطفال بدون اسعمال
 المقيمات وارسال العلق فان ارسال العلق على قاعدة القص او العنق من
 واحدة الى ثنتين عند طفل عمره اقل من سنة ويزاد في عدده عادة على حسب
 السنين مشكوك في نجاحه بل قد يكون مضرا في معظم الاحوال فان
 ارسال العلق مؤسس على نظريات غير صحيحة وهي ان الاستقان والالتهاب
 معناهما واحد وان الاستقراغ الدموي الموضوعي ينتج عنه حينئذ زوال
 الالتهاب لكن الواقع ان الالتهاب لا يمكن قطعه سيره بواسطة الاستقراغات
 الدموية نعم بهذه الاستقراغات يمكن تنقيص الاحتمقان التعممي الجانبي
 من الاجزاء المحيطة بيورة الالتهاب فتنحل الالتهاب في الغشاء المخاطي
 الخجيري ووقف الدم في او عينه الشعريته تهرع بقوة الى الاوعية الشعرية
 للمنسوجات المجاورة ونتج عن ذلك زيادة ارتشاح وانتفاخ واوزيمافيا
 وحيث ان بعض خطر هذا المرض ينتج عن ذلك فن الجائز انه متى كان مصيبا
 لاطفال اقوياء البنية دمويين جاز ارسال بعض علق على قاعدة القص وهذه
 هي الحالة الوحيدة التي يجوز ارسال العلق فيها ولايسوغ مطلقا ارساله على
 الخجيرة فان ايقاف النزيف في هذا البلز عسر جدا والاجود ان يرسل العلق
 في مثل هذه الحالة من يد الطبيب نفسه او جراح متمرن عنده الممام بايقاف
 النزيف واما الاطفال الضعفاء البنية ذوا التغذية غير الجيدة فلا تستعمل
 لهم هذه الوساطة فانها خطيرة للغاية وذلك لان خروج الدم ينشأ عنه انحطاط
 قوى الطفل بحيث لا يمكنه فيما بعد اجراء امر كالتنفس العمرة وقذف
 الاغشية الكاذبة لاسيما والاستقراغات الدموية لا قوة لها على منع تكون

هذه الاغشمية الكاذبة

وأما استعمال المقيّمات فمشكوك في تأثيره المحول في الذبحة الغشائية كما أنه
 لا يؤمل حصول الفائدة في تأثيرها المعرف فلذا لا تستعمل الا اذا كان معظم
 ضيق النفس ناتجا عن تراكم الاغشمية الكاذبة وسدها لا يزمار ولم يكن
 مجهودات السعال عند الطفل كافية في ازالة هذا العائق وقد ذكرنا عند
 الكلام على بيان الاعراض ان عسر حركات الزفير ينتج غالبا من ضيق المزمار
 أو انسداده بسبب تراكم الاغشمية الكاذبة فيه فبما تبرز حمة عند هذا العرض من
 الدلالات القوية لاستعمال المقيّمات وحيث ان تكون الاغشمية الكاذبة يمكن
 ان يحصل بسرعة في ابتداء هذا المرض فن الجائر في مثل هذه الحالة استعمال
 مقيّم من الابتداء وأجود المقيّمات في هذا المرض كبريتات النحاس فهي افضل
 من عرق الذهب والطرطير المقيّم لكن ينبغي الاحتراس من استعمالها بقدر
 صغير جدا فانه لا يؤثر تأثيرا كبيرا كيدافيمدث حينئذ ظواهر تشبهية دون
 ما اذا استعمال بقدر عظيم لأنق بان يحل من كبريتات النحاس من عشر قعات
 الى خمسة عشر في أوقيتين من الماء أعنى من خمسة ديسى جرام الى سبعة
 في خمسين جراما من الماء ويعطى من هذا المحلول ملعقة من ملاعق الشاي
 مملوءة كل خمس دقائق الى ان يحصل التي وكلما انحطت الاعراض بعد التي
 انحطاطا واضحا وكانت كمية الاغشمية الكاذبة المنقذفة كبيرة وجب تكرار
 اعطاء المقيّم متى زاد عسر التنفس فانيا وكان مكتسبا للوصف الذي بيناه فيما
 تقدم فان لم يحصل انحطاط في الاعراض بعد استعمال المقيّم ولم تنقذف
 اغشمية كاذبة ولم يوجد عسر في التنفس عند الزفير فلا يجوز تكرار المقيّم
 أبدا وكنسيرا ما تحظى الاطباء في عدم التمسك بهم هذه القاعة فطالما يعطى
 للإطفال محلول هذا الجوهر القوي التأثير بدون أن يحصل عندهم أدنى في
 ويرى انه يخرج من الشرج مخلوطا باللبن المنعقد ومع ذلك يستمرون على
 استعماله بدون تفطن ولا ادراك مع ان الطفل يتأذى منه غاية التأذى دافعا
 للملحمة بدمه مما قد لا يحصل له من المنعص والام من هذا الجوهر بدون
 فائدة ولا تقي وبسبب استعماله ايضا في هذا المرض بكثرة تأثير التبريد من الظاهر
 بوضع مكدمات باردة حول عنق الطفل وتغييرها بسرعة جدا مع الاجتماع

وايبدا باستعمالها حالما ترى ظهرت العلامات الابدائية للسعال الديكي
 وهذه الواسطة وان فزع كثير من العوام وأهل الاطفال من استعمالها
 اضعف اعتقادهم في تأثيرها الاتخا لو عن عظيم منفعته ويظهر حقيقة ان
 استعمال التبريد على الجلد من الظاهر في التهابات الاعضاء الباطنية كما
 اوصى به المعلم (كيوش) في التهابات البريتونية النفاسية له تأثير لا واسطي
 مضاد للالتهاب ولو ان توجيه تأثيره في التهاب الاعضاء الباطنية المغطاة بالجلد
 والعضلات ونحو ذلك غير الايضاح لكن التجارب هنا لها حق وتسلطن
 على التوجيهات القسوية ولو جبهة راجع معالجة التهاب الرئوى واما
 قول اطباء الايدروباتيين اى المشغولين فقط بالماء البارد بان
 استعمال التبريد على الاعضاء الباطنية الملتبمة استعمالا موضعيا بدون
 استعماله استعمالا عاما فلا ينبغي التسك به حيث ان ضررها اكثر من نفعه
 وقد اوصينا فيما مر بس الاعشبية المخاطية بالخر الجهنى وذكنا انه واسطة
 قوية لا واسطية مضادة للالتهاب ونوصى هنا ايضا باستعمال محلول الخجر
 الجهنى مساعيا على الغشاء المخاطى الملتب وهو هذه الطريقة بقية المنسوبة للماهر
 (بريتونو) قد ثبت نجاحها في الطب العملى ثبوتاً كيد اولاً لاجل اجرائها وخذ
 قضيب نحس من شنب القيطس يثبت على احد طرفيه قطعة من اسفنج
 وتغمس في محلول مركز من تترات الفضة بان يحل نصف درهم منها في درهمين
 من الماء المقطر اعنى ٢ جرام على ٨ جرام من الماء المقطر ثم توجه
 الاسفنج نحو فوهة المزمار به فتتكيس قاعدة اللسان والقلك السسة على فمى
 وصلت الى هذا الجزء حثت انقباضات عضلية بها تنعصر الاسفنجية وحينئذ
 لا بد وان يدخل جزء من السائل في الخبيرة ولو قليلا
 واما الزئبق الحلو فتأثيره المضاد للالتهاب في هذا المرض وان كان مشكوكا
 فيه زيادة عن تأثيره النوعى فيه لا يسكر نفعه الجيد فى معالجة السعال الديكى
 كثير من مشاهير اطباء ولذا ينبغي استعماله من ربع قمحى الى نصف قمحى
 كل ساعتين (اعنى من ١ سنتي جرام الى ثلاثة) واما الطرطير الملقى فاستعماله
 بقدر صغير (اعنى ٢ ديسى جرام على ٥٠ جراما) من الماء المقطر كل
 ساعتين مل ماءة صغيرة وكذا كبريتات النحاس قمحتين على اوقيتين (اعنى

١ ديسي جرام على ٥٠ جرام من الماء) ويعطى منه ملعقة صغيرة من ربع ساعة الى ساعتين في هذا المرض وليس له أدنى ثمرة بل يخشى منه كإدائى على ذلك تجاربي

وأما كبريتات البوتاسا فاستعمالها بالكيفية الآتية بان يؤخذ منها ٥ ديسي جرام الى ١٠ على ٢٥ جراما من الماء مع ثلاثين جراما من الشراب البسيط (اعنى اوقية) ويعطى من ذلك المخلوط ملء ملعقة شاي كل ساعتين) فقد ترك الآن وصار في زوايا النسبمان ولو أوصى به من الاطباء (ريليه وبرتيز) وهما من مشاهير الاطباء في معالجة امراض الاطفال كما ان الايضاء بتأثير كبريتات الصودا بقدر عظيم جدا مؤسس على نظريات لاعلى مشاهدات ناجحة فلذا لا يعتمد عليه وقد أعطى هذا الجوهر الدوائى تصورا بأنه يذيب الاغشية الكاذبة ويمنع انعقاد الفصح المرضى الجلدي ويحسن حالة الدم

وأما استعمال كلورات البوتاسا الممدوح ~~ب~~ كثرة في الدقيرة الحلقية الوبائية وفي الذبحة الغشائية التابعية التي كثيرا ما تضاعف هذا المرض فيوصى باستعمالها من الاطباء الذين لا يميزون بين الذبحة الغشائية التابعية أعنى الناشئة عن تسهم في الدم وبين الذبحة الحقيقية الذاتية وائس عندى تجاربي في تأثير هذا الجوهر الدوائى في المرض الذي نحن بصدده ~~ل~~ يمكن التجاربي لم تؤيد ذلك بالكلمة الى الآن

ومنى نذب الطبيب اطفال مصاب بالذبحة الخجيرية الغشائية الابتداءية فلا ينبغي له أن يعتمدا ان الطفل يهلك في أقرب وقت اذ لم تجر عليه معالجة قوية للغاية بل الذى عليه ان يرتب الماء الحلو وينظمها بحسب الحالة المقتضية لذلك فيرسى العلق عند وجود الدلالات التي تقدم ذكرها مع مباشرة التزيف التابى له واية تقتصر في الابتداء في غالب الاحوال على الوضعيات الباردة حول العنق ولا يتأخر الطبيب عن وضعها يده حتى يرى أهمل الطفل حصول الراحة عنده منها والاعتقاد في منفعته واذا كان مع الطفل امسال يؤمر له بحقنة ملبنة لاجل سهولة تحركات الحجاب الحاجز وأجودها الماء الخوذ من ثلاثة أجزاء من الماء وجزء من الحليب ثم اذا زاد عسر التنفس وقهر النفسير

وجب اعطاؤه مقيماً بمقدار عظيم كما ذكرنا بدون ترك المكملات الباردة
 وإذا استمدت حالة المريض ~~تسكت~~ ورا التي كرهنا فإذ لم يحصل انقطاع في
 الاعراض بالمعالجة المذكورة وجب استعمال محلول الحجر الجيري مساعلي
 فوهة المزمار كل بعض ساعات ولا ينبغي للطبيب ان ينسى ان ساعات الصباح
 في الابداء يحصل فيها في كثير من الاحوال انقطاع في الاعراض كما ان
 ساعات المساء يحصل فيها توران عظيم بحيث تكون حالة الاطفال في الليل
 خطيرة خطر اعظم يومهم ما كانت درجة تحت - من حالة الطفل لا ينبغي له ترك
 القراش وحرارة القاعة ينبغي تنظيمها بقياس الحرارة وتصويرها رطبة
 بوضع اوان مملوءة ماء فيها وينبغي اعطاء الطفل كل ساعة بين نصف قمععة من
 الزئبق الحلو وتقليل تكرار المكملات الباردة ولف العنق بخرقفة من صوف
 وادامة استعمال محلول الحجر الجيري لكن في ازممنة تباعدة عن بعضها
 وإذا حصل توران في اعراض السعال الديكي في الليلة القالية وجب تكرار
 استعمال الوسائط المذكورة

ثم اذا لم تثمر هذه المعالجة ولم يحصل تحسن في حالة الطفل المريض في ظرف
 عشر ساعات أو اثنتي عشرة ساعة لا ينبغي ضمير الزئبق باستعمال كل من
 كبريتورالتيون وثاني كربونات الصودا وكورات البوتاسا والسنيجا
 وغيرها من الجواهر المنفحة بل ينبغي المبادرة بفعل القطع الخجيري وكليا بودر
 باجره هذه العملية ازيد المشم في ان كلامنا التزلات الشعبية واحتقان
 الرئتين وأوذيمها لا يكدر نجاح العملية وعدم جودة نجاح هذه العملية
 في كثير من الاحوال لا يلجئنا الى عدم فعلها متى لم تنجح الوسائط العلاجية
 السابق ذكرها فان الموت الحاصل ولو بعد فعلها يكون أقل ابلا ما لطفل
 وأقل حسرة من حوله من أنه لا اذا لم تفعل فانه يكاد يحصل على الدوام بعد
 اجرائها تحسسين وقتي واضح وهذا هو في الاحوال التي تأخر اجرائها فيها
 ولم تعقب بالنجاح

* (تنبيه) - اجراء هذه العملية في الاحوال المتقدمة من هذا المرض مؤلم
 ومفزع للغاية لمن حول الطفل من أهله لزيادة عن عدم النجاح فيها ولذا قال
 الشهير (بلوت) ان لطبيب الذي يتسرع من فعل هذه العملية في مثل هذه

الاحوال حقا في ذلك

وأما المعالجة العرضية فيلتجأ فيها زيادة عن الوسائط العلاجية التي ذكرناها
 لاجل مقاومة ضيق النفس والمرض نفسه الى مراعاة ظواهر الشال التي
 ذكرنا انها تنتج عن نسيب الدم بجمض الكربونيك وأقوى الوسائط العلاجية
 المنبهة التي مدحت هنا كما مدحت في التسمم بخيار الفم صب الماء البارد
 على الطفل وهو في حمام فتر ولا ينبغي اهمال استعمال هذه الطريقة متى
 وجدت في الطفل التشنج والضمف في الجواس وان برودة في الجلد ولم تثر
 المقيمات الموصى باستعمالها في مثل هذه الحالة ومن المشاهد ان صب سطلين
 من الماء البارد من ارتفاع مناسب على رأس الطفل وظهره ينتج منه غالبا
 استمقاط الطفل وتقوية السعال عنده بل كثيرا ما تنقذ به الحمام أعشىة
 كاذبة وأقل من ذلك نجحا الجوهر المنبهة التي لا يسوغ استعمالها الا اذا
 منع الطبيب بالكلية من اجراء صب الماء بسبب الاعتقادات الفاسدة
 المتسلطنة على عقول العامة وتلك الجوهر هي الكافور والمسك بأن يعطى
 منهما مقدار عظيم قبل استعمال المقيمات بأن يؤخذ ٥ ديسي جرام (اي
 عشر قمحيات) من الكافور وعشر جرامات من الايتراخلي أعنى ٣ دراهم
 ويمزجان ويستعمل منهما كل ربع ساعة من عشرة نقط الى خمسة عشر في قليل
 من الماء المحلى ويؤخذ من المسك أربع قمحيات على درهم من السكر (أعنى
 ٢ ديسي جرام على ٣ جرام من السكر) ثم يمزجان جيدا ويقسمان خمسة
 أوراق ويعطى للمريض من ربع ساعة الى ساعة ورقة وكذا تستعمل اللبخ
 انطردية على الساقين والقدمين والابرن البدية والذراعية الساخنة بقدر
 ما تحملها الاطفال والحراريق الطيارة على الصدر والقنابل لاجل مساعدة
 المنبهات المستعملة باطننا و لاجل التحويل من الخبيرة فحو بالمدوشن وان لم
 نعتقد ان هذه الوسائط ذات منفعة عظيمة في الذبحة الغشائية ~~لكن~~ لنا
 نستعملها عند عدم الوسائط الاقوى منها نجحا خصوصا في الاحوال التي
 تستطيل مدتها وتحسن تارة ثم تتفاقم أخرى والتي لم تنجح الوسائط السابقة
 فيها ولم تقدم فيها على التقطع الخبيري وقد أوصى الملم (بريتونو) لاجل تقوية
 الحراريق الطيارة بدهنها بطبققة من الزيت المخلوط به الذراريجين وتغطيتها

تقطع من الورق الرقيق جدا قبل وضعها

* (المبحث الثالث في القروح الخجيرية النزلية) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

متى امتدت تكون الخلايا الجديدة الذي يحصل على سطح الاغشية المخاطية في
أحوال الالتهابات النزلية الحادة والمزمنة الى جوهر الغشاء المخاطي نفسه
وأحدث فيه التلاشي والتقرح تكون عن ذلك فقد جوهر سطحي وهو
التقرح أو التسلخ النزليان وكيفية حصول ذلك سهلة الادراك متى حصل
التأمل لما ينشأ على سطح الجلد من التغيرات المماثلة لذلك فانه ان وضع
منقطة مثلا على سطح الجلد وارتفعت البشرة على شكل فقاعة تكدر السائل
الموجود فيها بعد مضي بعض أيام باختلاطه بخلايا جديدة فتكون على سطح
الجلد من تولد مرضي للاخيلية البشرية الفائرة ويبقى منسوج الجلد سليما فان
وضع جوهر مهيج كزهم مثلا على سطح الجلد العاري عن بشرته امتدت تكون
الاخيلية الجديدة من السطح الظاهر الى جوهر الجلد نفسه وأحدث فيه
تلاشيا ونج عن ذلك قرحة جلدية سطحية تشبه بالكلية القرحة السطحية التي
تحصل في الغشاء المخاطي المعروفة بالقروح النزلية

وفي أحوال أخرى يصير بعض الاجرية المخاطية الموجودة بكثرة في الخجيرة
بجاسا تكون أخيلية جديدة كثيرة فتنفتح اتفاخا عظيما وينفجر جدرها
الظاهر ويسنفخ متحصالها فيشاهد محل هذه الاجرية فقد جوهر مستدير
والسبب في ذلك اتفاخ الغشاء المخاطي وضخامةه بحيث ينتج عنه تحول
فوهات الاجرية وانسدادهما وتيجها بواسطة الافرازات المتجمع فيها وهما ذاهو
الشكل الثاني من القروح النزلية أعنى القروح الجراحية

ومن النادر حصول القروح النزلية في اثناء سير الالتهابات النزلية الحادة
للخجيرة وأما حصولها في اثناء سير الالتهابات النزلية المزمنة لهذا العضو
فكثير وخصوصا الالتهاب الخجيري الباعوي النزلي الجراحي الذي يعسرى
الاشخاص الذين يتكلمون بصوت جهوري كالخطباء والمغنين والمدمنين
على شرب التبغ أو المنزويات الروحية وتحصل هذه القروح النزلية بكثرة
أيضا في الاشخاص المصابين بالسل الرئوي يقطع النظر عن الاصابة الدرنية

للخبرة ومن الواجب ذكره ان المعلم (ترك) كثيرا ما وجد قروحا نزلية في
الخبرة نكاد تكون غير محاطة بادنى اثر من التغيرات النزلية للغشاء

المخاطى الخبرى

ويوجد في الخبرة بعض محال تظهر فيها القروح الخبرية النزلية بكثرة وذلك
كالجزر الخافى من الخبرة والاربطة الدرقية الترجهالية والاطراف المقدمة
والخلفية من الاحبله الصوتية ولسان المزمار خصوصا في جزئه المقابل
للاحبله الصوتية والغضروف الترجهالى وذلك لان المحال الابتدائية كثيرة
الاجرة المخاطية ومنسوج الغشاء المخاطى فيها هش لقله الالياف المرنة فيه
واما وجود القروح المذكورة في المحال الاخيرة فانها ينتج عن سبب ميكانيكى
فان الاحبله الصوتية تتقارب الى بعضها عند التكم بصوت عال بحيث
تلامس اطرافها ببعضها ومتى كان الغشاء المخاطى المغشى لها في حالة
التفاخ نزلت حصل الاحتكاك دائم عند التكم ينتج منه تسليخ وتقرح في هذه
الاصناف كما قاله المعلم (لويين)

* (الصفات التشريحية)

اما التقرحات النزلية فانها تظهر ابتداء على شكل مستدير أو خطى تابع لمسير
الالياف المرنة وفيما بعد تحتلط ببعضها بحيث يتكون عنها فقعد جوهري عند
غير منتظم واما القروح الجرابية فانها تحفظ شكلها المستدير ولومع
طول مدتها ولا تظهر رميلا لامتداد في الاتساع بل في العمق وتؤدي بسهولة
لاصابة الغضاريف ومن النادر انضمام جملتها الى بعضها بحيث يحصل
فقعد جوهري عظيم في الغشاء المخاطى للخبرة وتمتلك فيها اعنى السلسل الخبرى

النزلى

والقروح الخبرية النزلية التى تبدأ من الاطراف المقدمة او الخلفية
للاحبله الصوتية في الخبرة تقع دائما على طول معظم احد الاحبله
الصوتية او جميعها وهو الغالب وفي بعض الاحوال يكون فقعد الجوهري
سطحيا جدا بحيث تظهر الاحبله الصوتية كأنها منبرية واحيانا أخرى يعظم
تمتلكها جدا وقد شرحت المعلم (لويين) نوعان من القروح الخبرية النزلية التى
تظهر على السطح السفلى من الاحبله الصوتية وذكر انه لا يشاهد من هذه

القروح مدة الحياة الاحافتها الوحشية على شكل تينة صغيرة في الغشاء
 المخاطي وتظهر انهم امثلة أسفل موازاة غشاء الاحبله الصوتية العليا وكثيرا
 ما توجد في المرضى المصابة بالسل الرئوي تقرحات نزلية خفيفة لا يندران
 تكون مخاطية بتولدات قطرية صغيرة في جزء الغشاء المخاطي الخنجري
 المغشى انتوات الاحبله الصوتية والغضاريف الترجهالية بحيث ان هذه
 التقرحات التي لا تشاهد الا بالمرآة الخنجرية ولا ترى في الأشخاص السليمة
 البنية تسمى من العلامات الواضحة للسل الرئوي

* (الاعراض والسير) *

اعراض النزلة الخنجرية المزممة لا تتغير بواسطة مضاعفة هذا المرض بالقروح
 الخنجرية النزلية تغيرا عظيما لكن من الامور المقربة للظن بوجود قروح في
 الخنجرة أن ينضم الى الاعراض النزلية الخنجرية المزممة التي تشور زمنا فزمنها
 وترتقي حتى ينطقى الصوت بالكلمة والى السعال الابح الموجود من مدة
 طويلة الاحساس بالمحرق أو بجرح في باطن الخنجرة يزداد تشدكي المريض
 به عند التكلم والسعال لكن هذا العرض الذي يصير احيا نامتعا للغاية بحيث
 يمنع المرضى من التكلم او يلجئهم الى التكلم بدون حركات في احبله الصوت
 فيستكلمون بدون صوت كثيرا ما يفتقد ولومع وجود تقرحات ممتدة في
 الخنجرة ويقوى الظن بوجود القروح الخنجرية ان انضم لاعراض النزلة
 الخنجرية المزممة عسر والم في حركات الازدراد فان هذا العرض أقله لا يفتقد
 مطلقا متى كان مجلس التقرح في اسنان المزمار او الاربطة الترجهالية
 اللسانية المزمارية او الغضاريف الترجهالية ومع ذلك حيث ان هذا
 العرض يشاهد في احوال النزلات الحادة البسيطة الشديدة جدا في الخنجرة
 التي مجلسها في المحال السابقة فلا يمكن به الحكم مع التأكد بوجود تقرحات
 في الخنجرة وانما الذي يرتكن اليه في تشخيص القروح الخنجرية النزلية
 بقطع النظر عن مشاهدتها بالمرآة الخنجرية هو اختلاط النفت القليل ببعض
 مواد دموية على هيئة اشربة دقيقة ومن العلامات المهمة المدركة بالنظر
 هيمة الغشاء المخاطي للحاق والباعوم فقطدات التجارب على ان القروح
 الجرايية للخنجرة تصطبغ غالبا بقروح غمائها في الباعوم فينمدق وجد

في مريض مصاب من منذ زمن طويل بحجة في الصوت وغيرها من اعراض
 النزلة الخجيرية المزمنة ان الغشاء المخاطي للوجه الخاطي من اللهاة والبلعوم
 مرصع بقروح صغيرة مصفرة جازا الظن بان النزلة الخجيرية المزمنة أدت الى
 حصول تقرحات جرابية في هذا العضو ثم ان اغلب القروح الخجيرية
 النزلية يمكن مشاهدتها بالمنظار الخجيري لاسيما اذا كان مجامعها من المزمارة
 او الغضاريف الترجهانية او اللينيات الترجهانية اللسانية المزمارية
 او الاحبلية الصوتية الصادقة او الكاذبة

* (المعالجة) *

معالجة القروح الخجيرية النزلية هي عين معالجة النزلة الخجيرية البسيطة
 كما ان العادة جرت بان المعالجة لا تنفع - يراد اصطفت الالتهابات النزلية في
 اغشية مخاطية اخرى بالتقرحات النزلية وان كان لا ينكر ان شفاء القروح
 النزلية يحصل بسرعة اذ لم يتم تأثير الجواهر الدوائية المستعملة بجميع سطح
 الغشاء المخاطي بل متى كان تأثير هذه الجواهر الدوائية في شكل مركز على سطح
 القروح نفسها بدون واسطة ولذا ينبغي اسكل طبيب ما هرفي استعمال المنظار
 الخجيري يسهل عليه مس القروح الخجيرية بتترات الفضة او بمحلولها المركز
 اجراء هذه المعالجة بدلا عن السابقة في مجت النزلة الخجيرية وهي طريقة
 الرزق بمحلول الجراجهني أو السب ومع ذلك فلا ينبغي اهمال الوسايط الصحية
 والدوائية التي أوصيناها في مجت النزلة الخجيرية والارتكان فقط الى
 المعالجة الموضعية بالكوايات والرزقان اهمال ذلك فيه مضر عظيم
 للمريض ومخل بشهرة نجاح تلك الطريقة العلاجية المستجدة فان شفاء بعض
 القروح الخجيرية باستعمال مياه أمس وصيانة الغشاء المخاطي الخجيري من
 المؤثرات المضرة وراحة به امتناع التسكلم - لانه أسبوع بعد ان صارت
 معالجتها بدون فائدة من اطباء المختصة - بين بأعراض الخجيرة بواسطة المرأة
 الخجيرية انما هو ناشئ عن تفهيم المريض أن النجاح في المعالجة الموضعية بكى
 الخجيرة لا في خلافها

* (المبحث الرابع) *

* (في القرحة الخجيرية التيفوسية والجدرية) *

* (كيفية)

* كيفية الظهور والاسباب *

اما القرحة الخجيرية التي فوسية فكانت تعتبر تبعا للمعلم (روكنسكي) انها تنشأ
 عن ارتشاح ابي في الاجزبة المخاطية الخجيرية بعقبه تكون خشك ريشة وانها
 هي عين الاصابة التي فوسية المعوية التي تصيب الغدد المعوية المتفرقة والمجمعة
 يمكن حصول هذه القروح بهذه الغاية وان لم ينكر ليس هو الوحيد ولا
 الاكثر حصولا بل ان المؤلف نفسه نسب حصول القروح التي فوسية الخجيرية
 الى ارتشاح دفتيري اي غشائي تقرحي يحصل في الغشاء المخاطي الخجيري
 وفي الحقيقة وجود هذه القروح في الاجزاء الاكثر اتساعا من
 الخجيرة يطابق التي بها يسهل حصول الاحتقانات الاتساعية كما يحصل
 ذلك في الاجزاء الاكثر اتساعا من الرتين والجلد عقب استئصاله الوضغ
 المستطيل المستطيل على الظهر والقسمين الحرقميين كما ان هذا الرأي يثبت من
 مشاهدة المعلم (ريل) الذي تحقق له وجود القروح الخجيرية في التيفوس
 الطبعي الذي هو مرض يخالف بالكليمة للتيفوس البطني فلا تحصل
 ارتشاحات الغدد المعوية وتقرحها وانما انما الهابل لا توجد فيه الا التهابات
 نزلية والتهابات ذات اغشية كاذبة ودفتيرية وقروح خجيرية بمشابهة
 بالكليمة للقروح الخجيرية التي تحصل في هذا العضو في اثناء سير التيفوس
 البطني

ثم ان التسمم بالسم الحصى ينتج عنه في الغالب التهاب تلي في الخجيرة
 او التهاب ذو غشاء كاذب وهو نادورا ما التسمم بالسم القرصي فانه ينتج عنه
 امتداد الالتهاب الدفتيري من الغشاء المخاطي الخلق الى الخجيرة ينتج الالتهاب
 التسمم بالسم الجدي فانه ينتج عنه التهاب يثري في الغشاء المغشي اهـ هذا
 العضو فالقرحة الجديرة تنتج عن امتداد الطفح الجديري الكائن على الجلد
 والاعشمية المخاطية من الفم والبلعوم الى الخجيرة فهي عبارة عن طفح
 جديري في الخجيرة يتضاعف غالبا بالتهاب ذي غشاء كاذب مغشي في الغشاء
 المخاطي المغشي لهذا العضو وبالذخمة الغشائية التابعة

* الصفات التشريرية *

القرحة الخجيرية التي فوسية تظهر في الخجيرة على شكل فقد جوهر محدود
 بجواف رخوة متغيرة اللون ومجلمها الجدار الخلفي من الخجيرة على
 العضلات الخجيرية المستعرضة وعلى الحواف الجانبية للسان المزمار وقرحة
 هذه القرحة بعض خطوط وقد تتسع احيانا وتأخذ في الغورا حينا نا أخرى
 فينتج عنها في الحالة الاولى تقرح في الحواف السابقة للسان المزمار
 او تنكسر في الغضاريف الخجيرية عقب التهاب او تعريها في الحالة الثانية
 واما القروح الجدرية فقامت ابتدئ بتكون بثور سطحية رخوة غير سرية
 تتفجر بسرعة فيخلقها قروح سطحية مستديرة سهلة الشفاء والنضج
 الغشائي اللين الذي يوجد بجوار البثور الجدرية وحيانا بانفراد في
 الخجيرة تبعا للمشاهدات المعلم (ريل) يظهر على سطح الغشاء المخاطي الخجيري
 المنفتح قليلا في الابتداء ويكون على هيئة غشاء كاذب رقيق وبعد انفصال
 هذا الغشاء الذي يتداحيا نحو تفرع الشعب يظهر الغشاء المخاطي سليما
 ما عدا بعض تقرحات او تسخانات قليلة فيه

(الاعراض والسير)

اما القرحة التي فوسية الخجيرية فانه اذا لم ينشأ عنها اتقاخ واسترخاء في
 الاوتار الصوتية يمكن ان لا تتغير نغمة الصوت منها وذلك بالنظر لمجلمها
 الاعتيادي ويكون الالم في الغالب قليلا او معدوما بالكلمة وعلى كل حال
 فالمرضى لا تشكى به غالب الا انهم يكونون ذوي هبوط وخدر عظيم ولذا يكثر
 ان لا تعرف القرحة التي فوسية الخجيرية مدة الحياة الا نشاهد الا في الجنة
 بالصدفة (واذا ينبغي للطبيب عند وجود مرض تفوسية تقبل البحث عن
 الخجيرة ولولم توجد اعراض مدة الحياة دالة على اصابة هذا العضو) واما اذا
 نشأ عنها اتقاخ واسترخاء في الاوتار الصوتية فان نغمة الصوت تتغير وتوجد
 بحة واضحية وعند ما تكون حالة الخدر قليلة توجد عند المرضى نوب سعال
 قوية ويكون السعال خشنا المبح غير رنان ومع كون هذه الظواهر غير خاصة
 بالقرحة التي فوسية بل بالاصابة النزلية للغشاء المخاطي الخجيري للاوتار
 الصوتية الناتجة عن تلك القروح لا يعسر تشخيص القرحة المذكورة في
 هذه الاسوال خصوصا اذا كان حصول هذه الظواهر في الاسبوع الثاني

او الثالث من ابتداء ظهور المرض التيفوسى المسمى بالتيفوس الخجبرى
والقرحة التيفوسية وان كانت قليلة الاهمية في حد ذاتها قد تكون خطيرة
من حيثية التنفس سيما اذا نتج عنها اورديميا المزمرا والتهاب غضروفى خجبرى
او شلل او التصاق جزئى فى الاحملة الصوتية

* (تنبيه) * اعلم ان القروح التيفوسية للخجيرة سواء كانت ناشئة عن ارتشاح
لبى فى الاجربة المخاطية فى الخجيرة وليتها وتقرحها وعن التهاب دفتيرى فى
الغشاء المخاطى الخجبرى وهو الغالب اكثر ما تشاهد فى احوال التيفوس
البطنى المعروف عند اطباء القرن سابعة بالحمى التيفويدية خصوصا نحو الادوار
الاخيرة من هذا المرض بحيث انها تكاد توجد فى خمس الاحوال بل ازيد كما
انها تشاهد فى احوال التيفوس الطمحي سيما عند تسلطه تساطنا وباتما كما
شاهدت ذلك مرارا مدة تسلطن وباء هذا المرض فى مصر سنة ١٢٨٠ واما
فى احوال الحمى التيفوسية التى يكثر وجودها فى قطرنا وفى كثير من بلاد
المشرق والمهملة بالنوشة بما قيم الشمل الصفر اوى الذى سماه المعلم
جبرى سنجر بالتيفويد الصفر اوى فان اصابة الخجيرة فيها قابلية بالنسبة للنوعين
السابقين من التيفوس كدلتنى على ذات المشاهدات العديدة فى هذا المرض
ولو قال المعلم المذكور انه يوجد احيانا فى هذا المرض قروح خجبرى به تشبه
بالكلية التى تحصل فى الخجيرة فى احوال التيفوس البطنى حتى انه ذكر انه
شاهد فى ١٣ مرة فى مائة واحدة من الصفات التشريحية التى فعلها فى
هذا المرض

واما القروح الجدرية فاعراضها كاعراض الالتهاب الخجبرى الترنى الاولى
ولو لا وجود الطفح الجدرى على الجلد وفى الفم والحلق لما أمكن تمييزهذين
المرضين عن بعضهما

واما الذبجة الغشائية الجدرية التابعة فيحدث عنها كذبجة الغشائية
الخجبرية الاولى ذبجة فى الصوت وانطفاؤه بالكلية وفيها يكون السعال
خفيفا ولا يكاد يوجد كما انه يندر مشاهدة ضيق التنفس وعسر الذى
يصاحب الذبجة الغشائية الاولى الحقيقية اما لكون الاغشية الكاذبة هنا
قليلة التخن بحيث لا تضيق اتساع الخجيرة اولان اودى ماعضلات الخجيرة

وشللها المتعاقب بهما في كثير من الاحوال ضيق التنفس في الذبحة الغشائية
الحقيقية الاولى يفقدان في هذا المرض التابع للجدرى
* (المعالجة) *

القروح الجدرية والبقع وسمة تشفى عادة بشفاء المرض الاصلى الناتجة عنه
فلا حاجة لذكر معالجة مخصوصة لها ما لم تصطب باوذى بالسان المزمار
بالتهاب في الغضاريف الخنجرية او بالتصاق او شلل في الاحبال الصوتية
* (المبحث الخامس في القروح الزهرية الخنجرية) *

مبحث الاصابات الزهرية للخنجرة - حصل فيه تقدم وتنوع عظيم بواسطة
استكشافات المنظار الخجري فقد اثبت كل من المعلم (جيهرد) و(روت)
كثرة وجود الافات الافرنجية بهذا العضو كثيرا كما كان يظن سابقا وذلك
لانهما وجد عند البحث عن اشخاص عديدة مصابة بالداء الزهرى ولم تشكل
بطواهر مرضية في الخنجرة كثيرا من الاصابات الزهرية المعروفة بالاشكال
الزهرية الثانوية كالالتهابات النزلية الزهرية والدرن العريض او اللطخ
المخاطية والقروح البسيطة في الخنجرة زيادة عما يشاهد في هذا العضو من
الاشكال المعروفة بالثلاثية لهذا المرض وهي عبارة عن تهتكات وقروح
ممتدة في هذا العضو وحيث ان كثيرا من المرضى ينسب ابتداء مرض الخنجرة
الى تأثير البرد فقد جوز كل من الطبيين السابقين ان اصابة هذا الداء
للخنجرة اصابة موضعية انما يتبدى احيانا باصابات نزلية في هذا العضو
* (الصفات التشرىحية) *

التغيرات التشرىحية التي تترى الخنجرة من الداء الزهرى تكون احيانا
عبارة عن التهابات نزلية بسيطة تشابه بالكمية الذبحة الباعومية الزهرية
البسيطة والنزلة الخنجرية الزهرية البسيطة وان لم يمكن تمييزها عن غيرها من
الالتهابات النزلية للخنجرة بالنسبة للتغيرات التشرىحية المذكورة غير ان - صولها
عقب قرحة افرنجية اولية ومدتها وزوالها بالمعالجة الزبعية يدل على
طبيعتها الزهرية وارتباطها بالتسمم الزهرى البنى

واحيانا وهو الغالب يكون هذا التغير الزهرى عبارة عن درن او لطخ عريضة
تشاهد في الخنجرة وهي تكون ارتفاعات مسطحة ويظهر على سطحها الظاهر

طبقة بشرية مبيضة تخينة مسترخية كالتى تشاهد على سطح الدرن واللطف
العريضة التى تظهر فى القم والحلق والمجلىس الغالب للدرن العريض هو
الاحبله الصوتية ومع ذلك فقد تشاهد فى بعض محال أخرى كالجدار الخلقى
فى الخنجرة فوق الغضاريف الترجهالمية والثنيات الترجهالمية اللسانية
المزمارية

واندر مشاهدة مما تقدم القروح الخنجرية الثانوية البسيطة بحيث لم تذكر فى
المشاهدات العديدة للمعلم (جيرهرد) و(روت) مع اللطف العريضة للخنجرة وقد
ذكره ذان المعلمان ان تشخيص هذا النوع من القروح غيرا كيد وغير
واضح وما ذلك الا لان كلام القاع الشحمى المصفر والتولدات التى توجد
حول هذه القروح يشاهد ايضا فى غيرها من القروح الخنجرية ثم ان القروح
الخنجرية البسيطة تشاهد فى محال مختلفة من الخنجرة كلسان المزمار
والاحبله الصوتية الصادقة والكاذبة وفى قاع الخنجرة ولا يلزم مما احببها
قروح زهرية على الدوام فى الحلق بل مضاعفتها الهالست بكثرة
وبالجلة فلقد كرا ايضا القروح الخنجرية الثلاثية المعروفة قديما وتعد عادة
فى العرق امتدادا عظيما وينتج عنها تسكات عظيمة فى هذا العضو كالتى تحصل
فى الجلد عقب اللوبوس الزهرى أى القروح القراضة الزهرية ويظهر انهما
مثلها تشامان تقرح الدرن الزهرى وهذه التقرحات تمتد على الدوام من
لسان المزمار فتمتلك منه جزءا عظيما الامتداد اوقليله وتعد غالبا منه الى باقى
أجزاء الخنجرة وشكلها يـكون فى الغالب مشرذما وقاعها أملس مغطى
بطبقة مصفرة ولها ميل للاتحام فى الصفر المتقرح ابتداء مع امتداد التقرح
الى أجزاء أخرى ومن أوصاف هذه القروح انها تحاط بتولدات جديدة حلبيـة
تخينة تحيط بها وبالندب الكثيرة الانكماش الناتجة عنها

* (الاعراض والسير) *

يعد كل من الالتهابات النزلية الخنجرية الزهرية والدرن العريض للخنجرة
من الاشكال المرضية الاولية للداء الزهرى البنى ولذا مى تشكى من عريض
كان مصابا من منذ بعض اشهر بقرحه افرنجية اولية باحساس دغدغة فى
الحلق وبجسة فى الصوت وسعال خشن بدون سبب واضح واستقرت هذه

الظواهر زمناطويلا ولومع غابة الاحتراس والتوقى أو ارتقت بحة الصوت
 بالتدريج الى فقده بالكلمة جازالظن بان هذه الاعراض ليست متعلقة بنزلة
 خنجرية بسيطة بل بنزلة خنجرية زهرية او يتكون دون عريض في الخنجرية وينضح
 مما ذكرنا في المبحث الاول في كيفية حصول بحة الصوت وفقده بالكلمة
 والاسعال الابح او الرنان أن النزلة الخنجرية الزهرية كالسبب وان الدرن
 العريض الزهري للخنجرية كالتفاح غشائيا الخساطي السنزلي وكترالمواد
 الخاطبة على الاحبال الصوتية تنوع ونائية الصوت والسهال او تمنع
 التوجات الرنانة بالكلمة كما ان من الواضح ان التولدات الدرية العريضة
 للخنجرية متى وجدت في اصغار من الخنجرية لا تمنع الاحبال الصوتية من التوج
 بقد كل من بحة من الصوت وفقده وحيث يكاد يوجد في جميع المشاهدات
 التي ذكرها المعلم (جيرهد) و(روت) ان الدرن العريض للخنجرية يصطبب
 دائما بدرن عريض مثله في محال أخرى سيما القم والخلق فتي وجدت هذه
 الاعراض السابقة قوى الظن بوجود اللطخ العريضة في الخنجرية متى وجدت
 هذه اللطخ العريضة في محال أخرى وبوجود التمايز في زهري في الخنجرية
 اذالم يوجد الدرن العريض الممدد كور في اجزاء أخرى من الجسم ويتأكد
 التشخيص بالبحث بواسطة المنظار الخنجرية

والقروح الخنجرية الثانوية البسيطة تحصل في ادوار متأخرة من الداء
 الزهري فانها لا تطهر في آن واحد مع القروح الاخرى للحنجرية بل بعد ما
 يزمن ويقن بوجود القروح الخنجرية الثانوية متى ظهرت عند مريض
 اعراض مرضية مزمنة في الخنجرية لا ينتج عنها تضيق في متسع هذا العضو
 وذلك عقب ظهور اشكال أخرى من الداء الزهري البني بسنة او جملة سنين
 مع امكان نفي غير هذا المرض من الامراض الزهرية الخنجرية

ويتأكد التشخيص من البحث بواسطة المنظار الخنجرية وأما القروح
 الخنجرية الزهرية الثلاثية التسمية العميقة فانها سميها المعرفة وهي شكل من
 الاشكال المتأخرة حصولا للداء الزهري البني وتصيب عادة المرضى الذين
 اصيبوا من منذ سنين باقوات زهرية متعاقبة واستعملوا في معالجتها
 معالجات مختلفة لاسيما المعالجة الزهيمية والمرضى المصابون بهذا الشكل من

الداء الزهري الخجيري لا يوجد عندهم فقط بجهة في الصوت او فقهه بالكلمة
 وسعال ايج مصحوب بنفث غزير لا يتدبان يكون مدما بابل يوجد عندهم
 عسر كذلك عظيم في التنفس ولذا نشاهد فيهم الاعراض الخمسة بصفة تضايق
 الخجيرة وهي التنفس العسر المستطيل المصحوب بصغير يسمع من بعد واحيانا
 يزداد عسر التنفس بسبب ازدياد تضايق الخجيرة الناتج عن انكماش لآثر
 اليجامية وعن ازدياد ونحو التولدات القطرية المحيطة بهذه الندب والقروح
 ازدياد اعظمها جدا في صير التنفس غير تام وتحصل اعراض الاختناق من
 اتساع مجرى الكريون وفي احوال اخرى قد يكون ازدياد عسر التنفس
 فجائيا بسبب حصول اوذيم المزمارة صولاجنا ناصير المريض من ذلك في
 حالة خطر عظيم ويسمى الحمال لاجراء عملية القلع الخجيري وحيث دات
 التجاريب على ان التقرح يتبدى عادة من الحلق وقاعدة اللسان ويمتد منها
 الى الخجيرة فيحدث تمسكات تمتد في لسان المزمارة في الواضع وجوب البحث
 ابتداء عن اقل كل مريض معه اعراض تضايق في الخجيرة بان يدخل الاصبع
 في الحلق حتى يصل الى لسان المزمارة لاجل معرفة تأكل هذا الجز وعلمه وفي
 الحقيقة وان دل ذلك على حقيقة التشخيص ووجود القروح الخجيرية الزهرية
 او عدم وجودها لا يعرف امتداد التقرح الا بالمتظار الخجيري
 ثم ان الدرن العريض والتزلات الخجيرية الزهرية انذارها جدد واقل منها
 التقرحات البسيطة التي ينتج عنها القروح الممتدة المذكورة اخيرا فان اندار
 الاخرة تقبل للغاية فان اغلب المرضى يهلك ولو بقي التنفس كافيا ووصل
 كذلك عقب عملية القلع الخجيري بسبب ازدياد اعراض النهوك شيئا فشيئا
 ومع ذلك فقد يطرأ في بعض الاحوال نوع شفاء نسبي للمريض فان في قد
 شاهدت في حالة متقدمة جدا فيها كان ينتظر هلاك المريض بسرعة شفاء
 تاما تقريبا ولم يكن في هذه المريضة المتعفة الا بصحة جيدة ما يدكرنا بجمالها
 الاولية التي كانت مصحوبة بحفاة عظيمة وفقده في الصوت وسعال متعب
 ونفث غزير مدمم وضيق في التنفس الا فقد الالهة وحصول الغصص في عند
 التنفس الشاق السريع

(المعالجة)

معالجة الاقنات الزهرية للخجيرة تطبق على القواعد المذكورة في شرح الدا
الزهرى كما سيذكر في المجلد الثاني غير انه في احوال تضايق الخجيرة العظيم جدا
ينبغي فعل عملية القلع الخجيري

*** (المبحث السادس) ***

*** (في الدرن الخجيري ويعرف بالسل الخجيري) ***

*** (كيفية الظهور والاسباب) ***

قد اذكري كثير من المؤلفين وجود السل الخجيري الدرني ونسب تكون القروح
التي كثيرا ما تشاهد في الخجيرة عند المصابين بالسل الرئوي اما كل الغشاء
الخاطي الخجيري بواسطة النفت الطريف الممار من هذا العضو وللشهير
ورجوف رأى مخالف لذلك حيث يه على ان الخجيرة هي العضو الذي يسمى
دراسة الدرن ومعرفة سيره فيه والسبب في عدم معرفة المنشأ الدرني للقروح
التي نحن بصدددها هو كون درن الغشاء الخاطي الخجيري ذا مجلس سطحي
وانفصاله يتم بسرعة من سطح هذا الغشاء بسبب الاثرات البادية المعرض
لها وانه يخاف انفصاله قروح صغيرة سطحية بدون ان تعثر به الاستحالة
الجينية او ينشأ عنه تقرحات ممتدة كما قاله الشهير المذكور
والسل الخجيري الدرني يندر حصوله ولا اوليا كمرض قائم بنفسه بل هو
من المضاعفات الكثيرة للسل الرئوي ولا يضاعف شكل السل الرئوي
الدرني فقط بل كثيرا ما يضاعف شكله الذي اعتبرناه انهاء لتغيرات التهايمية
في الرئة اعنى الشكل الجيني وهو الغالب راجع ذلك في مبحث السل الرئوي
وحيث ثبت من التجارب العديدة انه يمكن احداث الدرن بالصناعة بتلقيح مواد
جينية (اي نضج التهايمى متجين) عند الحيوانات فلا يستغرب حينئذ كثرة
طروا الدرن الخجيري على السل الرئوي غير الدرني ومضاعفته فان سبب
حصول التلقيح في الخجيرة عند الاشخاص المصابين بالسل الرئوي سهل للغاية
وذلك لان الغشاء الخاطي الخجيري كثيرا ما تعثر به تقرحات اتصالية متعددة
صغيرة في اثناء حركات السعال القوية ويكون اذ ذلك عرضة للاصابة
المتحصلات المرضية الجينية المتكررة ومرورها من الخجيرة

*** (الصفات التشريحية) ***

مجلس الدرن الخنجري في الغالب الغشاء المخاطي المغشي للعضلات المستعرضة ولا يندران ~~يكون~~ مجلسه اصفارا اخرى كالسطح السفلي للسان المزمار وغشاء الغضاريف الترجها الية فيشاهد في هذه الحال الحجر المنفتحة او الباهمة احيانا درنات كحب الدخن سنجابية مستديرة تصير مصفرة فيما بعد ثم تايين ونسقط فتخلقها قروح مستديرة صغيرة وتتراكم مواد درنية جديدة وبانضمام هذه القروح مع بعضها يتكون نقد جوهر عظيم ذي شكل غير منتظم وحواف متقلبة متباعدة والقروح الاولى تسمى بالقروح الدرينية الاولى والثانية بالقروح الدرينية الثانوية تبعاً لرأى (روكمنسكي) والغالب ان يشاهد في الحال التي ذكرت من الغشاء المخاطي تلون يضر ب الى الصفرة ناشئ عن ارتشاح درني في جوهره به بلين شيئاً فشيئاً ويتكون فيه ابتداء قروح سطحية تأخذ فيما بعد في الغور والاتساع وليس من النادر ان تمتد الآفة الى الاوتار الصوتية فيمنهك انضمامها الخاطي ويندر في ساد جزء عظيم منها ثم في الدور الاخير لهذا المرض يصاب جميع الغضاريف بل والغضاريف

نفسها

والقروح الدرينية التي تحصل في السطح الخاطي من لسان المزمار يندران تنقبه في جميع جهته وان حصل ذلك لم تنزل دائرته باقية خلافاً لما يحصل من المقرحات الزهرية

وكثيراً ما يصبطح السيل الدرني بعظم في الغضاريف واذا امتد المقرح الى الغضاريف نفسها حصل فيها انسوس وتتكثرت وحينئذ لا يندران نقذاف بعض قطع غضروفية متعظمة وكذا لا يندران حصول تنقب في جدار الخنجرة بامتداد المقرح اليها فيؤدي ذلك لانفزيها جلدية ونواصير خنجرية

* (الاعراض والسير) *

متى انضم الى اعراض السيل الرئوي الموجود من مدة طويلة ميل الى بحسة الصوت امكن ان يقطن بائداً تكون الدرن الخنجري غالباً وبوجه الصوت هابت في معظم الاحوال نتيجة لا واسطية للقروح الخنجرية الدرينية التي يجلسها غالباً في الجدار الخاطي لهذا العضو ولسان المزمار بل تسببه عن استرخاء واتفاخ الاوتار الصوتية وعن وجود الانزاس المرضي الذي يتراكم

على هذه الاوتار واذا يكثر زوال بجهة الصوت وعودها بان يسمع استمرار وجود
 القروح واتساعها والغشاء المخاطي الخنجري المريض يصبراً كثيراً ثم يرامن
 الغشاء المخاطي الخنجري السليم ولذا كان اقل المؤثرات المرضية يمكن
 لحدوث تغيرات نزلية فيه وكما ترى ان الاجزاء المحيطة باى قرحة جلدية مزمنة
 تحتمل في ازمته وتفتخ وتصير مؤلمة بدون سبب معروف يظهر لنا ان الغشاء
 المخاطي الخنجري يحصل فيه احيانا انتفاخ واحيانا استرخاء متى وجد في
 الخنجرة قرحة مزمنة وكما امتد الفساد والتقرح الى الاوتار الصوتية تصير
 بجهة الصوت مستمرة مستعصية ومتى حصل تأكل في الاندغام الخلقى لهذه
 الاوتار بامتداد التقرح اليها حصل انقضاء كل في الصوت وصار التكم فاقده
 الرنانة بالكلمة وذلك لان الاحيلة الصوتية لا يمكن توترها ولا احداث توجبات
 رنانة فيها وهذا الداء في الاحوال ذات السير السريع الحاد يكون مصحوبا
 باعراض التهيج الشديد للغشاء المخاطي الخنجري فيوجد تنبه شديد في الخنجرة
 وظواهر انعكاسية شديدة واصفقه ونوب سهال مؤلمة تحصل من ادنى سبب
 وكذلك يوجد نوب اختناق مصاحبة للسهال تنتهي عادة بحركة التقيء
 او تطيب هذه النوب بجهة الصوت وفقد رنانيته وقد تكون الاعراض
 المذكورة واضحة جدا بحيث تحتفي به الاعراض السل الرئوى سيما اذا لم يكن
 متقدما تقديما عظيما ولذا ان المرضى في مثل هذه الاحوال تظن بأن صدرها
 سليم وتأتي البحث عنه بالسمع والقرع مع عدم الاعتناء متوهمة ان داءها
 الوحيد هو السل الخنجري ويخشون تقدمه ويندر أن تشتمكى المرضى بالآلام
 محرقة وناخسة في الخنجرة كما يندر تألم هذا العضو بواسطة الضغط ولو كان
 قويا والاحساس بالخششة عند الضغط على هذا العضو ليس من العلامات
 الخاصة بهذا المرض كما قيل اذ قد يحس به عند أشخاص سليمين والنفت الذى
 يشاهد في هذا المرض ان لم يكن محتاطا بقطع غضروفية متمركزة لا يكون من
 العلامات المهمة في تشخيصه فانه لا يكون آتيا من الخنجرة الا بجزء قليل منه
 واما ضيق النفس وحس الدم والعرق الليلي وشدة النخافة فالأكثر أن تكون
 متعلقة بالسل الرئوى المصاحب لهذا المرض ولم أشاهد ظواهر تضايق الخنجرة
 التدرجى الشديدا الا في حالة واحدة من السل الخنجري وقد هلك المريض فيها

بعد بعض أسابيع وكان قد تحسنت حالته بالقطع الخجري وعند فعل الصفات
القشرية بجملة ووجدت زيادة عن القروح الخجيرية الممتدة كالأمن فحسنت
المسوح الخسوي تحت الغشاء المخاطي وتيسره السابق ذكره ما كانا سببا
للتضيق الخجري المزمن

وبالبحث عن الباعوم يشاهد فيه غالباً اعراض الاتهاب الترنى المزمن فتشاهد
الأوعية محمقة ذوالية وبشاهد فيه أيضاً بثرات مصفرة أو قروح صغيرة
مستديرة سطحية والتختم يكون في هؤلاء المرضى متواتراً والازدراد عسراً
وكثيراً ما يتعسر عليهم ازدراد السوائل دون الجوامد فيكون ازدراد هامهلاً
وذلك ناتج عن عدم سد أسنان المزمارة فوهة الخجيرة سداتاً ما يما تيسره
أولاً كل جزء منه ويندر أن يكون سبب ذلك العارض وجود نواصير بين
الخجيرة والباعوم

وجميع هذه الظواهر لا تثبت وجود السل الخجري ثبوتاً تاماً إلا إذا كانت
مصحوبة بأعراض السل الرئوي لأنها جميعها قد تنتج عن استحداث مرضية
أخرى في الخجيرة ولذا يجب على الطبيب البحث الجيد عن الصدرة وجود
العلامات المذكورة الدالة على مرض مزمن في الخجيرة ولا يحكم حكماً قطعيماً
على التشخيص الآمن بعد البحث الجيد والحكم بالعلامات الطبيعية أي
بواسطة القرع والسمع فإن الظواهر المحسوسة للمريض من جهة الصدر يكاد
لا يرتكن اليها غالباً لأنها تخفى بأعراض آفة الخجيرة كإزدياد انماحي الدمق
والخفاة السريعة يمكنهم ما فقط تشخيص السل الرئوي بدون العلامات
الطبيعية لهذا المرض ويمكن بواسطة المرأة الخجيرة مشاهدة القروح
الخجيرية الدرية الكائنة على أسنان المزمارة والغضاريف الترحيالية وأما
القروح الدرية الكائنة على الجدار الخلقى من الخجيرة أعلى العضلات
المستعرضة فأقله يمكن مشاهدة ما نتم العلماء التي تكون على هيئة حافة ذات
شرفات مدبية ولون مبيض وسخ ومع ذلك فالقروح الدرية الخجيرية لا يظهر
لها عند البحث بالمرآة الكورة أو صاف خاصة تتميزها عن غيرها من أشكال
القروح الخجيرية

وأما ما ذكره بعض الأطباء من أحوال شفاء السل الخجري بواسطة أدوية

نوعية فمن المحقق انه مؤسس على خطا في التشخيص غالباً انما يوجد عند بعض
متاهدات نادرة بما اثبت شفا بعض القروح الخنجرية الدرية والموت يحصل
في هذه الاحوال عقب النهوكة وظواهر السل وسنوضحها مفصلة عند الكلام
على السل الرئوى ويندر أن يكون حصوله فجائئاً عقب ظهور اوديما المزمار

* (المعالجة) *

كل من المعالجة السببية ومعالجة المرض نفسه لا يمكن الحصول على اتمامها
بالصناعة والذي يمكن اجراؤه هو المعالجة العرضية التي تفعل لاجل مقاومة
نوب السعال والاختناق التي تحصل للمريض وتضيره في قلق عظيم ليلا
وبالجملة فالمعالجة هنا كمعالجة النزلات الخنجرية المزمنة ولو كان العشم هنافى
النجاح قليلا فقسمة عمل المياه المعدنية القلوية كماء سلتس برون وماء لأمس
مزوجة باللين الفاتر اجزاء متساوية وتشرب صبا على الريق او بجملة
مرات في اثناء النهار فقد يحصل منها التلطيف في نوب السعال ولا ينبغي رفض
ما تشتم فيه المرضى من أن تعطى البطارخ على الريق يحصل منه راحة في
تلك النوب واذا وجد البلعوم مجرأ وذا اوبسة دوامة او وجد فيه بعض
بثرات او قروح وجب مسه بفرشة معه وسعة في محلول مركز من التين او فترات
انفضة واستعمال الغرغر القابضة الشبيهة اذ بذلك يتلطف بالكيفية التخم
المتكرر الذي هو احد اسباب نوب السعال المؤلمة وأما نفع مسحق تترات
القضة في الخنجرة أو عصر اسفنجية على فوهتها مغموسة في محلول هذا الملح
فلهما تأثير ملطف أحيا ناذبتسكارا استعمالهما لهما يتلطف السعال بل وفي
الاحوال النادرة التي فيها يتيسر يقاف السل الخنجري قد تنحل من هذه
المعالجة نتيجة تامة وهنا يفضل الاستعمال اللاواسطى بمحلول الحجر الجهنى
أوبه نفسه على القروح مباشرة بيده ممرنة على ذلك .

وكثيرا ما تستعمل لتقاومة نوب السعال القوية في هذا المرض المسكيات التي لم
يقصد من استعمالها الا التمسكين الوقتى والعادة في ذلك استعمال المركبات
السوكرائية والبيلاذونية وتفضيها على المركبات الافيونية ومع ذلك
فالاستحضارات المتخذة من هذه الجوهرات استداً على حد سواء ولذا
كان تأثيرها ليس أكيدا مثل الاستحضارات الافيونية

والمرضى المصابون بقروح خنجرية درنية تجب عليهم ملاحظة الراحة وعدم
كثرة التكلم والمكث في محل ذي هواء معتدل دفي رطب لاجل تجنب
نفيه الغشاء المخاطي الخنجرى الذى هو شديد في هذا المرض بل وفي الاحوال
الخنجية يجب منع المريض عن الكلام جهلة أسابيع فانه لو توهم لوقت
الكلام ان الهواء المار من الخنجرية يحدث احتسكا كافي الاحملة الصوتية
اسلم ذلك العقل زيادة عن تأييده بالتجارب

(المبحث السابع في التولدات المرضية للخنجرية)

كثر ما يوجد في الخنجرية من التولدات المرضية الجديدة هي الاورام الليفية
وهي عبارة عن اورام في حجم حب الشهد تخرج الى حجم الفولة وتكون عادة
عميقة وتسمى بالبوليبوس اللينى وتتكون من مذوج خلوى كثير الاوعية
يكون تارة مندمجا فاقو تارة متخلخل رخاوم مغطاة بصفاق بشريه متراكمة
على بعضها وكذا يكثر في هذا العضو مشاهد الاورام الخلية وهي كثيرة
العدد وتكون عبارة عن تكونات خلية في الطبقة السطحية من الغشاء
المخاطي مبيضة شفافة وتارة تكون مسطحة ذات محبات أو شبيهة بالتوت
أو زغبية واما التولدات السرطانية فكثرها حصول السرطان البشرى وهو
الكثر مشاهدة عن الخناعى الذى يظهر على هيئة تولدات كالقرنيط ولها ميل
عظيم للانزفة والتقرح ويندر مشاهد الاورام الخلية في هذا العضو
وهي عبارة عن حويصلات في حجم رأس الدبوس أو العدسة غير عميقة وهي
تنشأ عن الاجربة المخاطية التى انسدت فواتها واسهت حال منحصلاها الى
سائل هلامي مصلى واما الاورام الشحمية المعروفة بالبوليبوس المخاطي
فهى والعمية الرخوة نادرة جدا وهي عبارة عن تولدات مستديرة أو
عميقة وكل من الاورام الليفية والسرطانية والشحمية يكون منشؤها
في معظم الاحوال من المذوج الخلوى تحت الغشاء المخاطي لا الغشاء
المخاطي نفسه

وبالنسبة لمجماس هذه الاورام قد اتضح بمشاهدات المعلم (لوبين) وغيره العديدة
من سنة ١٨٥٤ الى سنة ١٨٦٢ ان ثلاثة وعشرين منها وجد مجلسها

لسان المزمار وتسعة منها وجد مجلسها الاربطة الترجهالية السانية المزمارية
واحدى وعشرين مجلسها جيب مرجاني واثنين وثلاثين مجلسها الاحبله
الصوتية الحقيقية وخمسة مجلسها الاحبله الصوتية الكاذبة وثلاثة منها
الغضاريف الترجهالية وثمانية الجدار المقدم من الخنجرة وأما جدار الخنجرة
الخليقي الذي هو المجلس الاعتيادي للقروح الخنجرية فلم يشاهد فيه التولدات
المرضية الجديدة للخنجرة الامر تين وقد وجه المعلم المدكور هذه الظاهرة
الغريبة بالسكية الآتية وهي ان هذا الجزء في الخنجرة يكابد وقت حركات
لسان المزمار تقيما وتعدا متعاقبين وذلك مما يهين على حصول التسقح فيه
ويمنع من تكون التولدات الجديدة المرضية التي تملأ شي بسرعة بواسطة
هذه الحركات بحيث يحصل بدل الاورام تقرحات فيه

ومن الغريب كثرة مشاهد التولدات المرضية الجديدة خصوصا بوليبوس
الخنجرة في هذا العصر مع أنه من مند بعض سمنين كانت مشاهدتها نادرة
جدا وقد شوهد في الزمن الاخير عدد عظيم منها اوصار شرحه مع غاية الدقة
ولا يحسن الظن مع الدقة الواقعة سابقا من المشرحين والاطباء في اجراء
الصقات التشرىحية بان هذه التولدات خفيت عليهم في الجثة كما أنه من جهة
أخرى لا يظن مع وجود الدقة الآن في المشاهدات الا كما ينكبه من عظماء
الاطباء ان هذه التولدات البوليبوسية نعيمت عليهم و كانت عبارة عن
ضخامة وغواوثبات في الغشاء المخاطي الخنجري

ثم ان تشخيص التولدات المرضية للخنجرة قبل اختراع المرأة الخنجرية لم يكن
مكنا الا في بعض احوال نادرة انما كان يظن بوجود هذه التولدات احبانا
متى انضم لاعراض النزلة الخنجرية المزمنة اعراض التضايق الخنجري
وحصل في تضايق النفس انحطاط نارة وتارة ثورات بحسب احتواء هذه
التولدات المرضية الجديدة على كثير من الدم تارة اقليل منه تارة أخرى
ويقوى الظن متى حصل في اثناء سير هذه التولدات نوب احتشاق متكررة
خطرة تنسب الى تغير في اوضاع هذه الاورام وضيقتها اوسدها القوه المزمار
ومع ذلك فالرجوع الدوري لهذه الاعراض الذي كان يعتد به برمشخصا لهذه
الاورام لم يحكم به كما قطعنا في تشخيصها بل لم يكن تشخيصها أكيدا

الاعند بروز هذه الاورام من فوهة الخنجرة بحيث يمكن الوصول اليها بالنظر
 واللمس أو انفذ في بعض اجزاء منها الى الخارج بواسطة السعال
 وأما في عصرنا هذا فنشخص التولدات المرضية الجديدة للخنجرة ليس فيه
 أدنى صعوبة غير أن معظم أنواع البوليبيوس وغيره من الاورام داخل الخنجرة
 التي يمكن معرفتها بسهولة بواسطة البحث بالمرآة الخنجرية لم تحدث عنها
 الاعراض السابق ذكرها بل كان معظم المرضى لا يشعرون الا بحة الصوت
 أو فاقده بالكتابة مع سعال عنيف جدا وكثيرا ما كان يرسل منهم عدد عظيم
 بدون فائدة الى الحمامات المعدنية بحمام يمس او خلافه وأولى بعض البلاد
 كالجزائر ومصر لاجل شفايتهم من الذبجات الخنجرية المزمنة أو السيل
 الخنجري المظنون بأنهم مصابون بها ومثل هذه الاحوال المتعددة في الطب
 العملي تثبت مع التما كيد شدة لزوم اشتغال اطباء بمعرفة استعمال المنظار
 الخنجري وعدم ترك هذه الوسيلة القوية في تشخيص الامراض الخنجرية
 لبعض اطباء المشهورين بهذه الخصوصية فانه مع مساعدة بعض المؤلفات
 النفيسة على هذا الفرع يمكن التمرن على استعماله بحيث يتفهم به في تشخيص
 بعض الامراض الخنجرية المتبسة ولا ينبغي البحث بالمنظار عن كل مريض
 مصاب باعراض النزلة الخنجرية الحادة فان هذا غير ضروري كما أنه من الخطا
 العظيم تكرار البحث عن الاشخاص الذين اعتراهم تقرح درني في الخنجرة
 متقدم في السير فان مثل هؤلاء الاشخاص بسبب بحة الصوت أو فاقده
 يتجهون دائما الى اطباء المشتغلين بالمرآة الخنجرية كثيرا بخلاف ما اذا طالت
 مدة البحة وخشونة السعال وغيرهما مما ينسب للنزلة الخنجرية البسيطة ولو مع
 المعالجة اللاحقة فلا بد من البحث بالمنظار الخنجري لاجل انما كيد من كون
 مجموع هذه الاعراض هل هو ناتج عن تولدات مرضية جديدة أم لا ولولم تحصل
 اعراض تضايق الخنجرة وقد وجد في غير ذلك من الاحوال المستجدة المشاهدة
 مع اعراض النزلات الخنجرية المزمنة الاعراض السابق ذكرها التي كان
 يستدل منها قبل البحث بالمرآة الخنجرية استدلالا تقريرا على وجود ورم في
 الخنجرة وذلك لما شوهد في المرضى خصوصا عند فعل بعض مجهودات
 جسمية شاقة كصعود السلم وحركة الجري ارتقاء عظيم في تضايق التنفس

وعسر وسرعة عظيمان فيه مع الاعراض الدالة على تضايق الخنجرة وهو
التنفس المستطيل الشاق المحسوب بصغير واضح وقد نبه كل من المالم (زير مالك
ولوين) على ان الاورام الخنجرية باعلى اسان المزمار كانت تحدث غالباً بعسرا
فقط في الرزير

وبالجمله فقد شوهدت بعض احوال ايضا مخالفة لما سبق بالكلية فانه يفقد
فيها كل من اعراض تضايق الخنجرة بل واعراض النزلة الخنجرية اعمى بجهة
الصوت والسعال الخشن ونحو ذلك وكما التشكي الوحيد فيها للمريض هو
الاحساس المتعب الغير المحدود في العنق أو الاحساس بتجمع مادة مخاطية
ملتصقة بالخنجرة

ثم ان اختلاف اعراض الاورام الخنجرية يتضح لنا مما ذكرناه في البحث
الاول عند التكلم على كيفية تكوين الصوت فعلى ذلك لا ينتج عن ورم
الخنجرة بجهة الصوت أو انطوائه الا في الاحوال التي فيها يتجمع تقارب الاحبله
الصوتية من بعضها أو تمتنع قوتها أو أما الاورام التي لا تعوق وظائف
الاحبله الصوتية فلا تنتج عنها الاعراض المذكورة كما ان حصول اعراض
التضايق الخجري يتعلق بحجم هذه الاورام وعظم حجمها أو صغر

ثم ان معالجة أورام الخنجرة من خصائص الجراحة ومن من هذا استقتال
بوليبوس الخنجرة بمساعدة المنظار الخجري بدون فتح المسالك الهوائية
بالسلاح الذي أجراه اول مرة سنة ١٨٦١ ميلادية المعلم (برونس) لاجل
صارت تكرار اجراء هذه العملية عدة مرات من أيدي الجراحين المقرنين على
استعمال المنظار الخجري

* (البحث الثامن في اوزيميا المزمار) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

كثير ما يرى في المجال التي فيها يكون الجلام ملتصقا بما تحته من الانسجة
بمنسوج خيلوى هش ظهور ارتشاح مصلى سريع الحصول في المنسوج
الخيلوى تحت الجلام عند وجود التغيرات في الاجزاء المجاورة لهذه المجال مثال
ذلك الاوزيميا التي تحصل في محيط المقله عند وجود جروح التهابية في هذا
القسم واوزيميا القلفة عند وجود قرحة افرنجية في قيد القصب وهذه

الاوذيميا التي سماها المعلم (ورجوف) بالاوزيميا التغممية الجانبية تلتج
 عن ازدياد الضغط الباطني الواقع على جدار الاوعية الشعرية الذي يحصل
 بجوار الالتفات بواسطة وقوف الدم في الاوعية الشعرية في الاجزاء الملتببة
 وركوده فيها وكلما كان المنسوج الخلوي اكثر هشاشة كان ارتشاحه
 اسهل

ومن المعلوم ان الغشاء المخاطي المغشي للخجيرة يكون مثببا بواسطة منسوج
 خلوي قصير الالياف متمين تشبيها قويا بما تحتته من غضاريف الخجيرة وعضلاتها
 في اغلب المحال الا في اسنان المزمارة سيما نحو فاعدته وعلى الخصوص اعلى
 الاربطة التي تمتد من اسنان المزمارة الى الغضاريف الترجهالية اعنى اعلى
 الاربطة الترجهالية السانية المزمارية ومنها الى الاحبله الصوتية العليا
 فانه في هذه الاصناف يكون مثببا بواسطة منسوج خلوي هش جدا ذي
 استعداد عظيم للارتشاحات المصلية

ثم ان الاسباب المتممة التي تحدث فجأة ارتشاحا مصليا في المنسوج الخلوي
 تحت الغشاء المخاطي اى اوذيميا المزمارة تكون تارة امر اضاحدة في الخجيرة
 وذلك كالنزلة الحادة وهذا نادرا جدا واكثر من ذلك استاجال هذا المرض
 الالتهاب الخجيري البشري الذي يصيب الجدرى والقروح التيفية وسمة للخجيرة
 وتارة ينتج هذا المرض عن امراض مزمنة في الخجيرة كالقروح الافرنجية
 والدرنية وعلى الخصوص الالتهاب الغضروفي الخجيري وحصول الاوذيميا
 في مثل هذه الاحوال الاخيرة يكون بسرعة كما تحصل اوذيميا القلقة فجأة
 من وجود قرحة افرنجية مزمنة في قيد القضيبي

وبالجملة قد يحدث كل من الذبحة الخجيرية الشديدة والحمة الوجهية والتهاب
 المنسوج الخلوي المنتشر في العنق اعراضا خطيرة تهدد حياة المريض وتكون
 ناتجة عن طور اوذيميا المزمارة وفي جميع هذه الاحوال يكون نوع هذه الاوذيميا
 من الاوذيميا الجانبية التغممية ويتدرأ أن تكون اوذيميا المزمارة ظاهرة من
 ظواهر الاستسقاء اللحمي كما يشاهد ذلك في داء (برايت) وجميع هذه
 الامراض ماعد الجدرى تصيب الشيوخ اكثر من الاطفال ولذا تكاد
 اوذيميا المزمارة لا تشاهد الا في البالغين

* (الصفات التشرىحية) *

الارتشاح المصلي الذي يحصل في الاجزاء السابق ذكرها يكون في الغالب
 عظيما جدا بحيث ان اسنان المزمار يرتفع عن قاعدة اللسان ويمتد منها
 -ويتيان مقوجتان من جهة الخلف نحو الغضاريف الترجهاية والبلعوم
 وهاتان الحويتان قد يساغ حجمهما بحجم بيضة الحمامة فينتقيران من بعضهما
 تقاربا عظيما جدا بحيث يتعسر مرور الهواء من المزمار او يتعذر بالكلية
 ويندر أن تكون الاصابة في احدى جهتي الخنجرة وحينئذ لا يوجد دم
 بارزوا - لمضيق لفوهة المزمار كثيرا او قليلا فالخويتان المذكورتان يكون
 لونهما باهتا تارة أو محمرا قليلا أو كثيرا وعند شقهما يخرج منهما اسائل مصلي
 تارة يكون صافيا تارة متعكرا مصفرا من هالات المنسوج الخلوي الممتلئة
 المتوترة فتميط الأورام المذكورة وحينئذ يظهر الغشاء المخاطي متسكرا
 متثيبا وهذا الهبوط والتثني للغشاء المخاطي قد يحصل أحيانا عقب الموت
 بدون تشريطه وحينئذ لا تكون الصفة التشرىحية في الجثة مطابقة
 للتغيرات التشرىحية التي كان يحس بها قبل الموت بساعات قليلة وفي الجزء
 العلوي من الخنجرة الذي فيه يكون المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي
 كما ذكرنا متوترا اذا الياف قصيرة وأخلية ضيقة يكون الاتفاخ قليلا وأما
 الغشاء المخاطي نفسه فيكون مبطنا بكت من مواد عضوية وعضلات الخنجرة
 تفتقد لونهما قد يكون باهتا مصفرة

* (الاعراض والسير) *

متى تكونت أوديميا المزمار انضم لاعراض قروح الخنجرة الحادة أو المزمنة
 بجهة سريعة في الصوت تأخذ في الازدياد بسرعة بحيث تنتهي بانطفاء الصوت
 بالكلمة ويحصل سعال خشن رنان (وهذه الاعراض تدل على أن الاحبلية
 الصوتية انتفخت انتفاخا أو ذميا ويا وأن عضلات الخنجرة المرشحة
 صارت لا تكفي في توتر تلك الاحبلية) وينضم اليهذين العرضين عسر عظيم
 جدا في التنفس فانه متى حصل تخلل في الهواء الموجود في القصبة الهوائية
 زاحمت الحويتان السابق ذكرهما الفتحة العليا من المزمار بحيث ان
 الشهيق المتعب المستطيل الصغير لا يجذب للرئة الا هواءا قليلا وهذا الشهيق

العسر الذي يسمع من بعد ويجبر المريض وقت اجرائه على ميل الجذع الى
 الامام والارتكان على الذراعين وفعل مجهودات شاقة لجميع عضلات
 الشهيق يعقبه زفير سهل للغاية يكون احيانا خروجا فان الهواء المنفذ
 بالزفير كما انه يطرد الحويصتين المضيقتين للمزمار ويعد هما عن بعضهما ما يقربهما
 لبعضهما هو الشهيق فيضيق المزمار او ينسد بالكلية ولذا وصف المعلم (ينتا)
 الشهيق في هذا المرض بانه يكون عمدا عنيفا احادا رنانا او صفيرا او الزفير بانه
 قصير خفي احي غير محبوب بل غلط بحيث لا يكاد يسمع
 وعلى حسب ذلك تكون اعراض او ذميا المزمار متماثلة بالكلية لاعراض
 الذبجة الخجيرية الغشائية وبمقتضى التوجيه النسب ولو جى لكل من هذين
 المرضين يتضح ضرورة هذا التشابه ومع ذلك لا يدر اختلافهما ببعضهما في
 الطب العملي فان السعال الديكي مرض يكاد يختص على الدوام بالاطفال
 بخلاف او ذميا المزمار فانه يكاد يختص بالبالغين وان السعال الديكي يصيب على
 الدوام اشخاصا كانت سليمة من قبل واما او ذميا المزمار فيكاد لا يصيب
 الا اشخاصا كان معتريهم من قبل امراض حادة او مزمنة في الخجيرة كما انه
 يمكن تمييز هذين المرضين عن بعضهما ازيادة عماد كروا سطة عدم التناسب
 الكائن بين حركة الشهيق والزفير في احوال او ذميا المزمار فان عدم
 التناسب المذكور لا يكون كثيرا للوضوح ولا الاستقرار في الذبجة الخجيرية
 الغشائية وبالجملة قد تيسر رؤية لسان المزمار المنتفخ اتقاها و ذميا و باعلى
 هيئة ورم محم كثرى الشهيق كل كائن خلف قاعدة اللسان ويكاد يحس في جميع
 الاحوال بالورم الا و ذميا و متى بحيث الطيب بالاصبع بحيث اقويا
 ثم ان عسر التنفس الذي ينضم له الاحساس بجحسهم غريب في الخجيرة يزداد في
 كل لحظة في الاحوال النقيية له فنصفه المرضى مع اليأس والضجر بان هناك
 جسم غريبا واقفا في الخجيرة وتحس بان ضيق الخجيرة يزداد شيئا فشيئا فتحس
 بنوع اختناق كما قاله المعلم (ينتا) ويؤهل حالهم الى الهلاك بحيث يتضح على
 وجه المريض الضجر واليأس فيصير قلقا فزعا الى ان يصير الوجه مزرقا
 رصاصيا او تبرد الاطراف ويصير النبض صغيرا غير منتظم ويخمد القوى
 العقلية ويقع المريض في الكوما وتتضح خواص في الصدر ويملك المريض

من اودينا الرتين وهذه الظواهر عن الظواهر التي تقدم بيانها في الذبحة
 الخجيرية الغشائية وهي لا تنسب لعوق استقراغ الدم الوردي من اوردة
 الدماغ بل تسمم الدم بمحوض الكرونيك كما سبق ذكر ذلك

* (المعالجة) *

الوسائط العلاجية التي تستعمل عادة عند ظهور هذا المرض المفزع هي القصد
 العام وارسال العاق بكمية عظيمة على العنق واستعمال الحرارة في القفا
 والمقيئات والمسهلات الشديدة والحمامات القديمة الفاترة لسكن كمان
 اودينا القافة لا تتنجح فيها مثل هذه الوسائط العلاجية تكاد تبقى هذه الوسائط
 في اودينا المزمار كذلك بل بالنجاح نعم اذا كان الخطر غريبا عظيما جدا ينبغي
 تنقيص كمية الدم بواسطة القصد الغزير واعطاء المريض نصف نقطة من
 زيت حب الملوكة كل ساعة اذ بواسطة الافراز المعوي المصلي الغزير جدا يمكن
 تنقيص كمية الدم من اوعية الدورة وقد دلت التجارب على انه عند حصول
 استقراغات دموية عظيمة او عند تكاثف الكتلة الدموية بواسطة فقد
 السوائل العظيمة جدا تمتص الاوعية السائل الموجود في الاعضاء كما يشاهد
 ذلك عند حصول الهيمية اذ قد تمتص ارتشاحات مرضية عظيمة جدا في اثناء
 هذا المرض وحينئذ استعمال هذه الطريقة الموافقة للمفاهيم القسيمولوجية
 جائز وان لم يكن نجاحه ثابتا ثبوتنا واضحا في الطب العملي
 وعند الشهيقي العنيف الشاق الذي لا ينبغي ذنبه في الخجيرة الاقليل من
 الهواء لا بد وان يتخلل الهواء المحتوية عليه الشعب فيشأ عن ذلك احتقان
 عظيم في الغشاء المخاطي الشعبي مصحوب بافراز غزير (كما يشاهد ذلك
 في الجلد الظاهر عقب وضع محجم عليه) وبتراكم الافراز في الشعب يرتقي عسر
 التنفس عند المريض الى درجة عظيمة جدا فتسمع نواخر واضحة ممتدة وفي
 مثل هذه الاحوال يجوز اعطاء مقيء دون خلافها من الاحوال فانه هنا يعقبه
 النجاح العظيم بل وينبغي تكراره احيانا والمهسم في معالجة هذا المرض هو
 المعالجة الموضعية فيجرب في تشريط الحورتين المتفتحتين بواسطة مسرط منحن
 ملفوف عليه سيور من المشع الى نحو طرفه متى أمكن اجراء العمارة فان لم يمكن
 ذلك وجب التشريط بطرف الاصبع ولا مانع من مساعدة ذلك بيكي فوهة

المزمار اما يفتح مسهوق الحجر الجهمي أو باسـتعمال محلوله المر كز مسـا
 أو باسـتئناق الابخرة المشبعة بالنين أو السب بواسـطة آلة تسمى بالمرزاز
 وكذا من الوسائط الناجمة جدا احيانا ازدراد قطع صغيرة من الجليد فقد
 شاهدت شفاء أحد الاطباء باسـتعمال هذه المعالجة الاخيرة والحال ان نوب
 الاختناق كانت عنده عظيمة جدا بحيث كان يخشى من تأخر عملية القطع
 الخجري فان لم يفرهـذه الوسائط أو لم يمكن اجراؤها وحصلت الظواهر
 الناتجة عن تسـم الدم بجمـض الكربون بان صار النبض صغيرا غير منظم
 وخذت القوى العقلية وجبت المبادرة باجراء القطع الخجري ووضع ابـوبة
 الى ان يزول الخطر ونجاح هـذه العملية في مثل هـذه الاحوال اكثر منه في
 السعال الديكي اذ يمكن حفظ الحياة جـمله شهـور ولو في الاحوال التي فيها
 تكون أوديا المزمار ناتجة عن تقرح درني خجري

* (المبحث التاسع) *

في التهاب السحايا الغضروفي الخجري

* (كيفية الظهور والاسباب) *

المنسوج اللينقي المتصق بالغضاريف الخجرية بمباشرة المعروف بالسحايا
 الغضروفي ذو متانة ومقاومة عظيمة بحيث انه يتأوم التقرح الممتد اليه من
 الغشاء المخاطي الخجري زمانا طويلا لا يمكن متى حصل تأكل في محل منه
 بامتداد التقرح اليه تعري الغضروف وزال اتصاله بالاوعية المغذية له
 فالجزء الذي تعري وقد تغذيه يموت حينئذ وينتذف وقد ذكرنا ان القطع
 الغضروفي المتسكرة المتفرقة كثيرا ما يشاهد فيها ابتداء التعظم وان هذا
 ناتج عن تقرح الغشاء المخاطي الذي سبق ذلك التعظم
 يمكن كلمة التهاب السحايا الغضروفي الخجري لا يراد به إعادة الالتهاب
 والتقرح السحائي الغضروفي الممتد من الظاهر الى الباطن بل يراد به
 شكل من الالتهاب فيه يحصل نضج مرضي بين السحايا والغضروف
 فيفصلهما عن بعضهما بسببهما كما السحايا ومقاومته وعسر انقابه من
 النضج المرضي ومن المعلوم ان هذا الاتصال الممتد الغضروفي عن سمعائه
 وأوعيته المغذية له ينتج عنه تسكـر زيمـد فيه

ثم ان الاسباب المنة للالتهاب السمحاقى الغضروفى الخبجى هي احيانا
تقرحات الغشاء المخاطى الخبجى التى ذكرناها الا ان هذا السمحاق
لا يتا كل من الظاهر الى الباطن بل يصير مجاسا لالتهاب تفيحى به ينسكب
النضح المرضى بين السمحاق والغضروف

وقد يحصل هذا المرض من ذاته بدون اصابة الغشاء المخاطى خصوصا عند
الاشخاص المنهوكين اما بسبب سوء القنية الزهرية أو الزئبقية أو مدة سير
الامراض التسممية العامة سيما السيفوس والتسمم الصديدى للدم ونحو
ذلك وقد يحصل أيضا عند أشخاص سليمى البنية فى الظاهر وفى مثل هذه الحالة
الاخيرة ينسب بعض اطباء ظهور هذا المرض لتأثير البرد ويسميه بالالتهاب
الروماتيزى كما يسمى فساد الخبجيرة الذى يعقبه بالاسل الخبجى الروماتيزى
* (الصفات التشرىحية) *

هذا الالتهاب يمكن ان يصيب جميع غضاريف الخبجيرة والجاس الرئيس لهذا
المرض هو سمحاق الغضروف الحاقى لكنه قديم قدمه بسرعة الى سمحاق
غيره من الغضاريف ويوجد فى الابتداء خارج صغير بين الغضروف
وسمحاقه يعظم بحجمه فيما بعد بحيث يكون السمحاق كيدس اعظيما مثلثا
بالصديديتسج فيه بعض قطع غضروفية خشنة من رقة مقبرة اللون تلبس فيما
بعد وينتهى الصديديان بقب السمحاق وينصب فى المنسوج الخلاوى تحت
الغشاء المخاطى الخبجى فيضيق المزمارا ويسده بالكلية وقد ينقب الغشاء
المخاطى نفسه فيصل الصديده والقطع الغضروفية الى باطن الخبجيرة
ويخرج مع السعال وقد يسرى الصديده نحو الظاهر وينفتح فى الجلد
فتسكون قنوات ناصورية ونراجات فى العنق والصديده المجمع والقطع
الغضروفية المنفصلة يخرجان امامن الظاهر أو من الباهوم
وقد يحصل الشفا نادرا عقب حذف القطع الغضروفية المنسكرة فبجل
محاها مادة ليفية صلبة

* (الاعراض والسير) *

من الصواب تقسيم أعراض الالتهاب السمحاقى الغضروفى الخبجى الى
جمله ادوار فان هذا المرض يتطوّر حقيقته فى جملة أزمنة فى الدور الاول

أعنى عند مظهر التهاب السحماق الغضروفى الخنجري وتقيحه تكون
 الاعراض قليلة الوضوح الا ان هذا المرض يصطب كغيره من التهابات
 المنسوجات الصلبة بالام شديدة اكثر من باقى التهابات الخنجرة وحيث ان هذا
 الالتهاب يكون قاصرا فى الابتداء على جزء محدود فالالم كذلك يكون قاصرا
 على جزء محدود وفى الخنجرة ايضا ولذا يمكن الاستنباه بين هذا المرض ووجود
 جسم غريب فى هذا العضو سيما وان هذا الالم الغير الواضح يكون مصحوبا
 بتنجس سعال مستعص جدا

واما الدور الثانى فيشاهد فيه تارة تدرى بجاء عقب تراكم الصديد تحت
 السحماق وتعدده وبروزة وفى الخنجرة وضيقها به وتارة فجأة عقب انثقاب
 السحماق الغضروفى وانسكاب الصديد المتجمع تحته فى المنسوج الخلقى
 تحت الغشاء المخاطى بحمة فى الصوت أو نغمة بالكلمة وسعال خشن رنان
 مصحوب بجميع الظواهر المرضية الدالة على تضيق الخنجرة الشديدة وفى
 هذا الدور كثير ما يطرأ الموت لكثير من المرضى وفى بعض الاحوال يعقب
 هذا الدور بالدور الثالث وفيه ينقب الصديد المتجمع تحت سحماق الغضروف
 او المنسوج الخلقى تحت الغشاء المخاطى غطاءه وحينئذ يشاهد زوال
 اعراض ضيق الخنجرة والالتهاب عقب انثقاب الغشاء المخاطى وخروج
 الصديد مع القطع الغضروفية المتراكمة تحته وانقاذها بالمجرى
 السعال وقد شوهدت احوال فيها أعقبت ظواهر الاختناق الشديدة جدا
 راحة تامة بالكلمة عقب انقباض الجراح وخروج كمية عظيمة من الصديد معها
 قطع غضروفية لينة غير أنه فى مثل هذه الاحوال ايضا تم لك المرض غالبا من
 امتداد المرض او استمالة التقيح او سبب الدق المصاحبة له

* (المعالجة) *

معالجة التهاب السحماق الغضروفى الخنجري لا تكون الاعراضية بقطع
 النظر عن كون هذا المرض لا يعرف غالبا الا متى حصل انسكاب صيدى فى
 المنسوج الخلقى تحت الغشاء المخاطى وحينئذ تقصر المعالجة على المبادرة
 باجراء عملية التطع الخنجري لكن هذه العملية هى وفتح الخراجات التى
 توجد احيانا فى العنق لا يكون لها الامساعدة تسكينية وهى الوحيدة

* (الامراض العصبية الخنجرية) *

اما التغيرات التي تترى اعصاب الحس للعضرة فهي زيادة قابلية تنبيه اعصابها الحساسة المعروفة (بالايبيرستيزيا) والتناقص المرضي في قابلية تنبيه تلك الاعصاب المعروفة (بالاينستيزيا) وكل منهما لا يشاهد مكوّنًا لمرض على حدته ومن الشكل الاقرب به بعض من أحوال الكورة الاستيرية وبعض من احوال السعال التشنجي الاستيري أيضا والمرضى في هذا الشكل وان لم يشكوا باحساس مرضي في الخنجرية الا ان نوب السعال تعتبر في هذه الحالة الاخيرة ظاهرة انعكاسية متعلقة بانوران المرضى الناشئ عن زيادة في قابلية تنبيهها

وأما التغير المرضي الذي يترى اعصاب الحركة لهذا العضو فهو تشنج عضلات المزمار المعروف (بالايبيركينيزيا) وشللها المعروف (بالايبكينيزيا) وستسكلم عليهم في المبحث الآتي

* (المبحث العاشر) *

في تشنج عضلات المزمار وتشنج المزمار

ويعرف بضيق النفس الخنجري وبضيق النفس التيمومي وبالانقباض الخنجري العصبي وبضيق النفس للمعلم (كوب)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

هذا المرض يتعلق بتنبيه مرضي في الاعصاب المنوطة بانقباض عضلات المزمار ومن المعلوم ان انقباض جميع عضلات الخنجرية المنتظم ووجب توتر الاحبلية الصوتية توتر اقويا وانسداد المزمار فاذا ظهرت هذه الحالة تظهروا انعكاسا عند وجود التهاب في الغشاء المخاطي الخنجري عدت من اعراض هذا المرض ولا يعبر عنها بضيق النفس الخنجري العصبي ولا بالانقباض الخنجري التشنجي فهذا المرض عبارة عن تغير مرضي قائم بنفسه في العصب الخنجري والراجع الخنجري سواء كانت هذه الاعصاب منضغطة مدة سيرها أو كان المنشأ المركزي للعصب الخنجري منتهجا ماتم جيا أصلا أو انعكاسيا الى متدا اليه من اعصاب حساسية أخرى والغالب ان تكون كيفية ظهور هذا المرض غير واضحة

بنفسى الطفل ضجيره فيرجع الى حالته الصحية كما كان وحيث ان الغشاء
المخاطي الخشبي والوتار الصوتية لم تنزل في هـ ذ المرض في حالة السـ لامة فلا
يوجد السعال وحيث ان هـ ذه الـ لامة الصوتية لا تكون مسترخية
ولامة مفتحة فلا توجد بحجة الصوت وحيث قد يسهل علينا تمييز نوب تشنج المزمار
عن السعال الديكي وعن نوب ضيق النفس التي تحصل ليلاني النزلة الخشبية
مادام اعتبار تشنج المزمار مرضيا عصبيا محضا

وفي كثير من الاحوال لا يقي التشنج قاصرا على الالياف المتحركة للعصب
المخيري بل قد يصعبه تشنج في اعصاب عضلات أخرى كتشنج عضلات أصابع
اليدين أو القـ دمين أوهما معا وقد تتعاقب هـ ذه التشنجات مع نوب تشنج
المزمار بل قد تحصل في بعض الاحوال تشنجات عامة تم لك منها الاطفال
ثم ان النوب المذكورة تحصل بعد فترات مختلفة فـ ذ لا تتردد الا بعد كل
ثمانية أيام أو أكثر من ذلك وقد يكثر ترددها كفاي الاحوال الخطرة فتقرب
من بعض اشياء أفسيا وحيث تصطب بالتشنجات العمامة وهذا المرض يورث
على الدوام ميلًا للنكسات فينبغي الاحتراس من موجباتها ولو بقي الطفل
سليما جـ ذ أشهر وهذا لأحوال شوهدها ظهر وتشنج المزمار مرة واحدة
ولم يعد ثانيا

ويندر انتفاء النوبة بالاختناق فيما اذا استتال انسداد المزمار زمنا أطول
من الزمن الذي يتحمل فيه الجسم امتناع الاوكسيجين فيصير الوجه باهتا
وبكآسب لوانارميا وتسترخى العضلات ويسقط الطفل ويم لك

(المعالجة)

الدلالات العلاجية المؤسسة على معرفة الاسباب لا يمكن انعامها حيث ان
أسباب هذا المرض غير واضحة في الغالب ومع ذلك ينبغي تجنب اختلالات
وظائف الهضم والتغذية بقاية الاحتراس عند الاطفال المستعدين لهذا
المرض وهذا النقع من كثرة استعمال الجواهر الدوائية النوعية المشكوك في
نجاحها ولذا لا يستغرب من كون بعض اطباء يوصى باستعمال الزئبق الحلو
والراوند ونحوهما من الجواهر الدوائية في هذا المرض والاطفال ذوو التغذية
الصناعية الذين يظهر فيهم هذا المرض ينبغي رضاعهم من الثدي والاطفال

المتقدمون في السن يؤمر لهم ان أمكن بتعاطي اللبن ثانيا اعطاءه متعاقبا مع
الاعذية الجيدة

وفي احوال تشنج المزمار الاستمري تستدعي المعالجة السميبة ابتداء معالجة
المرض الاصلى الذى يكون فى الغالب مرضا موضعيا فى الرحم زيادة عما
كان يظن سابقا غير أنه لا ينبغي فى هذا المرض اهمال استعمال الوسايط
العلاجية المؤثرة فى العقل كما لا ينبغي اهمالها فى جميع الطواهر المرضية
الاستميرية فكثيرا ما نرى شفاء مثل المزماريل وشفا تشنجه بواسطة
التكهرب المحدد وعضلات الخبجرة ولا يمكن توجيه ذلك النجاح الا بتأثير
هذه الاخيرة فى العقل وقد مدح العلم (توبولد) فى تشنج المزمار الذى الذى قد
يشاهد احيانا عند البالغين من الذكور استعمال التيارات الجوانى المسقورة وقال
بنجاح ذلك شجاعة عظيمة وكذا لا يمكن اتمام الدلالات العلاجية للمرض
نفسه فان طبيعته غير واضحة بالكتابة والموصى به المعلم (رومبيرغ) فى هذا
المرض هو استعمال الماء الحليقي المضاد للاستميريا

* (تنبيه) كيفية استحضاره ان يؤخذ من الحليقت والسكر مقوريوم والصمغ
النوشادري والوريانا والمر والانيجككا وغيرهما من المواد العطرية
قدر اثنتى عشرة أوقية ويتقع فى قدر ثلاثة ارطال من الماء الكولى المقطر
مزوجا بالشرب البسيط اجزاء متساوية فيعطى للطفل الذى أتى عليه
حول من اربع ملاعق الى ستة كل يوم وعند تردد الغوب ولومع استعمال
الحليقت ينبغي أن يعطى بدلا عنه المسك المعتبر نوعا فى هذا المرض
ومدحه كثير من الاطباء (بأن يؤخذ من ثلاثة دراهم الى اربعة من المسك
ومن الصمغ العربى نصف درهم ومن الشرب البسيط وماء الشمر من كل
نهما أوقية ومن محلول النوشادر الجاوى جرام واحد ويوزج جميع ذلك
ويعطى منه ملعقة صغيرة فى كل نصف ساعة) وفى أثناء النوبة لا يمكن أن
يعطى للاطفال جواهر دوائية لانهم لا قدرة لهم على الازدراد وينبغي فى أثناء
النوبة ايقاف الطفل ورش وجهه بالماء البارد والتهوية عليه تهوية قوية
وذلك ظهره وحقنه بمنقوع البابونج او منقوع الوريانا ونحو ذلك ويؤمر له
ايضا بوضع ليخ خردابية على الصدر أو الظهر ومن الجيد كذلك استعمال

حقنة من الحليب ان لم تثمر حقن البابونج والورايانا اى حشيشة الهر
 واستعمالها مدة النوب بدلا عما ذكره كيفية ذلك ان يؤخذ من الحليب من
 نصف درهم الى درهم ومن صفار البيض واحدة ويمزجان ثم يوضع ذلك في
 منقوع جذر الوريانا (نصف اوقية منه في اربع اواق من الماء) ويحقن
 بذلك مرتين

* (المبحث الحادى عشر) *

(في شلل عضلات المزمار المعروف بانطفاة الصوت او فقده الشللى)

من القريب للظن جدا كون كثير من الاحوال المرضية التى كانت تعتبر
 تشنجا في المزمار لم تكن ناشئة عن تشنج في عضلاته بل عن شلل فيها وما يسهل
 علينا وضوح بعض احوال تضايق التنفس الواصلة احيانا للاختناق
 ووصفها المعلم (رومبيرغ) بانها تصطبغ بشبه بقصفيرى ذى لغط عال وصوت
 ابيض او خفيف وعلى الخصوص بارتقاء تضايق النفس عند الالتجاء لفعول
 مجهودات تنفسية واعتبرها عرضا للشلل في العصب الخجري الراجع وتوجبه
 هذا العرض واضح سيما عند حصوله للاطفال وقد ذكرنا عند الكلام على
 تضايق النفس الذى يصعب السعال الديكى ان هذا التضايق يشابه تضايق
 التنفس الذى يحصل للحيوانات الصغيرة المقطوع اعصابها المتخيرة او
 الراجعة الخجيرية وذلك كما يلاحظه التوجيه القسولوى مع غاية
 الايضاح فلا حاجة لذكره هنا ومع ذلك فلا تعرض لهذا الشكل النادر جدا
 من شلل المزمار بل تتعرض فقط لذكر شلل عضلات المزمار الذى لا يضطرب
 فيه التنفس بل الذى فيه انقطاع التأثير العصبى لعضلات الخجيرية نوع
 تموج الاحبله الصوتية او يمنع قوتها رأسا او مثل هذه الاحوال يعبر عنها
 بفقده الصوت او انطفاة الشللى

* (كيفية الظهور والاسباب) *

لا شك في ان احوال فقد الصوت الشللى كانت تعرف جيداً قبل اختراع
 المنظار الخجري وتلك الاحوال التى كان فيها فقد الصوت هو العرض
 الوحيد للداء الخجري وكان حصوله وزواله فجائيا ومع ذلك فقد استدل
 بالبحث بالمنظار الخجري دلالة قوية على اضطراب حركات العضلات الخجيرية

واحد اذ اذجة الصوت اوقفه بالكلمة وفي غالب الاحوال التي ثبت فيها
 البحث بالمنظار الخنجري فقد حركات عضلات الخنجرة أو بعضها فقد انما أو
 غير تام وجد أن هذا الشلل ظاهرة من جملة ظواهر الالتهابات الخنجرية النزلية
 حادة أو مزمنة أو غيرها من امراض الخنجرة وهذا الشكل يشبه بالكلمة
 الشلل غير التام الذي يحصل في الالياف العضلية للشعب والمعدة والمعوي
 ولا سيما المثانة عند اصابة الاعضاء المذكورة بالتهابات النزلية المزمنة ولا
 شك ان العضلات والفروع العصبية الرقيقة جدا المارة فيها تشترك معها
 في الاضطراب الغذائي للغشاء المخاطي

وفي احوال أخرى يكون كل من شلل المزمار وانقطاع الصوت الشللي ناشئا
 عن اضطرابات غذائية في جذع العصب المخير أو اذ وفروعه الصاعدة ومن
 هذا القبيل المشاهدات المهمة التي فيها يكون كل من شلل المزمار
 وانقطاع الصوت الشللي ناشئا عن انضغاط العصب الراجع أو عنزقه عقب
 الضغط الواقع عليه من أورام أو أورزماوية في الاورط او اورام سرطانية أو
 من العقد الليمفاوية الشبيهة بالمتفحمة والتي اعترها استحالآت مرضية أو
 من مكانات ميلورافية كائنة حول رقبة الرقبة التي اعترها الاستحالة الجينية
 وهناك بعض مشاهدات يتضح منها ان تأثير البرد كثيرا ما ينتج عنه اضطرابات
 غذائية في الفروع العصبية للعصب المخير أو الراجع فتساعنهما فقد قابلية
 تقييمها بحيث ان العضلات المتوزعة فيها هذه الاعصاب تنشل ومثل هذا
 الشلل الروماتزمي أكثر ما يتأثر في الاعصاب المعرضة لتأثير البرد بكثرة
 وذلك كالعصب الوجهي ومن المشكوك فيه ان شلل عضلات المزمار الناشئ
 عن التسمم بالجواهر المعدنية سيما التسمم الزحلي هل يعتبر شللا مركزيا أم دائريا
 ونحو ذلك يقال في انقطاع الصوت الشللي الذي يعقب التيفوس او الدفتيري
 او التسمم الاجامى كما يظن ومن النادر ان يكون شلل عضلات المزمار ذاتي بوع
 مركزي أى متعلق بعرض في الدماغ او الجزء العنقي من نخاع السوكي ولا
 نذكر هنا أغرب احوال الامراض الدماغية الثقيلة التي تفقد المرضى التكلم
 بها فان شلل عضلات المزمار في مثل هؤلاء المرضى ليس من قبيل ولا قريبا
 للعقل فان الكلمات القليلة التي تتلقظ بها مثل هؤلاء المرضى تكون عادة

بصوت واضح غير متغير

وبعد الشكل السابق تذكري شكل فقد الصوت الشللي الاستيري لكثرة حصوله
 بعد الشكل السابق وقد يشاهد هذا الشكل في النساء والرجال بعدد عظيم
 وهذا الشلل الاستيري لا يعد من الشلل المركزي ولا من الشلل الدائري
 بالمعنى الحقيقي لهذه اللفاظ فتسميه به الم (روبرغ) الذي يسمى بعض
 أشكال التشنج بالتشنجات النفسية بالشلل النفسي أيضا فان قابلية تشنج
 الاعصاب الدائرية في هذا النوع من الامراض لم تزل محفوظة كما انه لا يمكن
 اثبات تعاقبها باضطرابات مرضية في المراكز العصبية المحركة وأما المؤثرات
 النفسية فلها تسلطن عظيم في ظهور هذه التشنجات الاستيرية وزوالها بحيث
 يمكن اعتبار من يشاهد هذه الامراض بعض اجزاء الدماغ المتسلطنة على
 الاعمال النفسية

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية الناشئة عنها شلل المزمار وانظروا الصوت لا يمكن
 اثباتها في الجنة الا نادرا جدا ما عدا الاحوال التي فيها يكون هذا الشلل ناشئا
 عن تغيرات جوهرية في مادته في الخنجره أو التي تكون فيم الخنجره العصبية
 الخنجرية منضغطة أو متوترة بواسطة ضغط أورام أو نكتات بلورية وقد
 أثبت كل من الم (ترك وجرارد) ان عضلات الخنجره كغيرها من العضلات
 المشددة يعتبرها الضمور والاستحالة الشحمية متى بقيت منتله زمنا طويلا

(الاعراض والسير)

الفعل القسيولوجي لعضلات المزمار غير معروف لنا معرفة تامة فالتا لا تعرف
 الا القليل جدا من نتيجة انقباض بعض عضلات المزمار ودرجة تعادلها
 بانقباض عضلات أخرى مضادة لها في الفعل بحيث يمكننا الحكم من قبل مع
 التأكد على تغيرات الصوت التي تعقب ولا بد شلل إحدى العضلات
 المزمارية أو بجملة منها دون غيرها وكذا المشاهدات المرضية من الشلل المحض
 للمزمار أعني غير المصحوب باسترخاء في الغشاء المخاطي ليست كثيرة العدد
 جدا حتى يمكننا الآن توضيح بيان النسب الكائنة بين شلل المزمار الجزئي
 واضطرابات تولد الصوت وضحنا ما ومع ذلك فقد صار الاستدلال على بعض

- قائق في هذا الخصوص من منذ اشتغال كل من المعلم (ترك لوبين وجرهد)
بهذه المسئلة وانمين ذلك مع الاختصار فنقول

حيث ان تقارب الاحبله الصوتية وتوترها وترا طبيعيا يتعسر أو يتعذر
بواسطة شلل عضلات المزمار كان كل من بحجة الصوت وانطفائه علامة كثيرة
الحصول جدا لشلل المزمار وفي غالب هذه الاحوال لا يكون كل من تقارب
الاحبله الصوتية وتوترها متغيرا عند فعل مجهودات الزحير أو السعال أو
الازرداد وهذا الشلل كل من شلل المزمار يسمى المعلم (ترك) بشلل الصوت
المتعلق بالعاصرة المزمارية ضد الشلل العمومي النادر من العاصرة المزمارية
الذي فيه لا ينطبق المزمار ولو بفعل المجهودات السابق ذكرها وبجدة الصوت
وانطفائه يساهم الشككين الوحيديين من تغير الصوت في المرض الذي نحن
بصدده فان الشلل لا يصيب في جميع الاحوال العاصرة المزمارية فقد تشاهد
احوال فيها يصيب الشلل عضلات احدي جهتي الخنجره خصوصا عقب
الاصابات الزلمية للخنجرية أو عقب انضغاط وتمزق أحد الاعصاب الراجعة
وتبقى عضلات الجهة الأخرى سليمة وفي مثل هذه الاحوال ينشأ صوت
ناصوري مستمر (يسمى بالصوت الناصوري) وهذا التغير يوجهه بالكمية
الاتيمية وهي ان الحبل الصوتي السليم يكون ممتعا بتوجاهه الطبيعية
بخلاف الحبل الصوتي المنشل الذي يقرب في الوضع من الخط المتوسط
للخنجره الذي لا يتوتر الا قليلا ولا يتوتر بالكمية فانه لا يتوج منه الا جزئ
حافته والشلل القاصر على العضلات الدرقيه الترجه الية الذي به يتعسر
قصر الاحبله الصوتية وتوترها لا ينتج عنه تعال رأى المعلم (جرهد) صوت
منخفض فقط بل ينتج عنه كذلك عدم القدرة على احداث صوت خلافة
فالصوت يكون في هذا المرض على الدوام بكمية واحدة ومما ذكر مع
الاختصار يستبين ما استنتج من اشتغال المعلمين السابق ذكرهما ويجرنا
على البحث عن استكشافات جديدة في هذا الخصوص

ثم ان تشخيص شلل المزمار لا يمكن الا بواسطة المرأة الخنجرية ففي شلل
العاصرة المزمارية يتضح بالبحث بالمرأة الخنجرية انه وقت الشروع في
احداث الصوت تبقى فوهة المزمار منفتححة ولا تتوج الاحبله الصوتية

تموجا واضحا وفي أحوال شلل المزمارة الجنبى بشاهد بروز الغضروف
الترجهالى بروزا واضحا بحيث يصل الى الخط المتوسط للمزمارة بل ويذهب الى
الجهة المقابلة والحافة الانسية للجبل الصوق المنشل تصل الى الخط المتوسط
تقريرا وعند التنفس والاجتهاد فى التكلم والسعال لا يتحرك \llcorner كل من
الغضروف الترحهالى ولا الجبل الصوقى من الجهة المريضة الا قليلا أولا
يتحرك بالكتابة وعند شلل العضلات الدرقية الترجهالية يبقى المزمارة
الصوقى عندما يريد المريض التكلم مكتبا بالشكل يضاوى عريض تبعا للمعلم
(جرهد)

* (المعالجة) *

من المهم فى معالجة شلل المزمارة اتمام دلائل المعالجة السببية فان كان هذا
الشال حاصل فى اثناء سير الالتهاب الخجورى الترنى وجب استعمال معالجة
موضعية قوية خصوصا المس بحلول نترات الفضة مع النجاج غالبا واما فى
أحوال شلل المزمارة الناتج عن تغير مرضى على مبر الفروع العصبية فلا يمكن
اتمام دلائل المعالجة السببية فى كثير من الاحوال وفى أحوال أخرى قد
يفتج عن تحليل أورام الغدة الدرقية أو العقد الليفية العنقية او معالجة
التسم المعدنى أو استعمال المركبات الكينية اذ يتبعه يد السبب قد يزول شلل
المزمارة واما فى أحوال شلل المزمارة المزمنة فليس للمعالجة أدنى قوة غالبا واما
فى أحوال شلل المزمارة الاستيرى فالغالب أن ينتج عن معالجة المرض الاصلى
معالجة لا ثقة بنجاح عظيم مستمر

وأما معالجة المرض نفسه فى النادر امكن اتمامها فان أغلب اشكال هذا
المرض ينتج عن اضطرابات غذائية وتغيرات مرضية عصبية مرضية
أود اثرية لا يمكن شفاؤها فى الغالب ويستثنى من ذلك أشكال شلل المزمارة
العديدة التى فيها قابلية تنبيه الاعصاب الدثرية تتكون متناقصة بسبب
الراحة المستطيلة أو التى فيها يتبعه يد السبب الاصلى للشلل يعود للاعصاب
الخجيرية قابلية تنبهها لكن بكمية غير زامة وفى مثل هذه الانواع من الشلل
يستعمل بنجاح عظيم التنبيه التدريجى للاعصاب بواسطة التيار الكهربائى

الجواني الموضي الذي انتشر انتشارا عظيما في مبداء استعماله حتى صار
يستعمل في جميع أنواع الشلل لكن صار الآن استعماله محدودا ومؤسسا
على دلالات علاجية واضحة واستعمال هذا التيار الكهربي للجواني
الموضي يظهر ان له فائدة واضحة في هذا المرض أكثر منه في غيره من أنواع
الشلل فإنه من عند تشخيص هذا المرض تشخيصا جيدا بواسطة المرأة
الجنيبة ذكرت أحوال عديدة جدا من شفاؤه بواسطة استعمال التيار
الكهربي للجواني الطبي الموضي (فقد ذكر الطيب (التومس) شفاؤه احدى
عشرة حالة من ثلاثة عشرة حالة) ففي بعض الاحوال شوهه ذوال انطفاء
الصوت الشللي من أول مجلس استعمال فيه هذه الوساطة وفي كثير منها حصل
تحسين واضح من أول الامر حصل عقبه شفاؤه تام ولم يشاهد عدم نجاحه الا في
أحوال قليلة منها فان كان الشفاء في مثل هذه الاحوال من اشكال انطفاء
الصوت الآتية كان توجيه هذه المنفعة الوقتية واضحا فإنه كثيرا ما يرى
زوالها عقب زوال الانفعالات النفسانية أو استعمال التيار الكهربي
الخفيف على العنق لكن أحوال الشفاء المذكورة كانت متعلقة باشكال
مختلفة من شلل المزمار بحيث لا يشك في حقيقةها لانها شوهه مدت من أطباء
مشهورين يعتمد على دقة قولهم ومع ذلك فاني أعتد بان المشاهدات الطبية
الجديدة توضح لنا حقيقة هذه الظاهرة

ثم انه لاجل تشبيه العصب الجنيبي العلوي فختار به العلم (جوهرد) الجزء
من العنق المقابل للقرن العلوي من الغضروف الدرقي ولاجل تشبيه العصب
الراجع بختار الجزء المقابل للقرن السفلي من هذا الغضروف والاجود في
احداث تأثير التيار الكهربي في هذا الاخير هو ان يوضع أحد الاقطاب
على الصفر السابق ذكره والاخر - ذاء قاعدة النقص

* (الفصل الثاني في امراض القصبية الهوائية والشعب) *

* (المبحث الاول) *

في احتمان الغشاء المخاطي القصي والشعبي والتهابه

النزلي أعنى النزلة القصبية والشعبية

* (كيفية الظهور والاسباب) *

قد ذكرنا فيما مر ان كل احتقان عظيم في الغشاء المخاطي ينتج عنه مجموع
الاضطرابات الوظيفية والغذائية المعبر عنهم بالالتهاب النزلي والنزلة وانه
مقى اعتبارنا النزلات من ضمن الالتهابات صار هنا معنى لفظة احتقان والتهاب
واحد اذ مع انه لا يجوز لنا على العموم اختلاطهما - ما يعرضهما

ثم ان الاستعداد للاصابة بالالتهاب النزلي للغشاء المخاطي الشعبي يختلف
اختلافا عظيما باختلاف الاشخاص كما بينا ذلك عند الكلام على الالتهاب
النزلي الحنجري ولذا يسهل اصابة الشخص به تارة وتارة أخرى يعسر اصابته
ولو كان السبب واحدا ثم ان زيادة احساس الجلد من تأثير التقلبات الجوية
أوقلة مقاومة الغشاء المخاطي الشعبي وزيادة تأثره من النظريات التي يوجهها
ان الشخص يصاب بهذا المرض بسهولة مقى تعرض لمؤثرات مضره ولو قليلة
الشدة لكن قد دلت التجارب على ان هناك بعض احوال شخصية تعتبر من
الامور المهمة له - هذا المرض

أوها من الطفولية خصوصا من الاسنان فان الاطفال في هذه السن يكون
عندهم استعداد عظيم للاصابة بالالتهابات النزلية في الاغشية المخاطية على
العموم وبالتهاب النزلي للغشاء المخاطي الشعبي على الخصوص وينسب
ذلك لحركة التسنين كما تنسب له أيضا في هذا السن الاسهالات المعوية النزلية
المسماة باسم الات التسنين أيضا ويؤول هذا الاستعداد في سن السبوية ثم
يعود في سن الشيخوخة فتسكون فيه النزلات الشعبية المزمنة كثيرة الحصول
جدا ولذا يوجد عادة عدد عظيم من الشيوخ في الممارسات مصابة بما يسمى
بالبل الشعبي أي الالتهابات النزلية الشعبية المزمنة

فانهم التغذية الرديئة واسترخاء البنية فان الاشخاص الضعاف البنية ذوي
التغذية الرديئة ذوو استعداد للاصابة بالنزلات الشعبية وغيرها مقى تعرضوا
لاسباب مخصوصة ولو قليلة الشدة دون الاشخاص الاقوياء البنية ذوي
التغذية الجيدة وينسب هذا الاستعداد لكثرة تأثير الغشاء المخاطي وسهولة
اصابته اعنى قلة مقاومته عند تأثير الاسباب المضره ويمكن أن يكون في مثل
هذه الاحوال ناشئة عن رداءة تغذي جدر الاوعية الشعرية وقلة مقاومتها
ورخاوة المنسوجات المتوزعة هي فيها فان هذه الامور تؤثر بسهولة حصول

الاحتقانات والارتشاح فيها ومن هذا القبيل زيادة الاستعداد للاصابة
بالنزلات الشعبية في الاشخاص ذوى البنية الخنازيرية والراشستمية
الذين كثيرا ما يشاهد فيهم الالتهابات النزلية وعلى الخصوص النزلات
الشعبية

ثالثها زيادة الاستعداد لهذا المرض باعتدائه للشخص مرة سابقة خصوصا
اذا كان مصابا بامراض مزمنة في جوهر الرتمين فانها تزيد في الاستعداد
لهذا المرض ازدياد اعظيما ان لم تحدثها بدون واسطة وقول الاقدمين بأن
محل التهيج تتوارد اليه السوائل والاخلاط ينطبق على هذا الامر ولوان توارد
الاخلاط ينتج عن تمدد الاوعية الالتمية الى المحل المتهيج بسبب تناقص
مقاومة جدر الاوعية الشعرية لاعن جذب المحل المتهيج للاخلاط كما كان
يتصور في الطب القديم وانه ذكر اخيران الترفه والتمتع يزيد في الاستعداد
للاصابة بهذا المرض ولذا ترى الاشخاص المترفين يصابون به عقب تعرضهم
لادنى اسباب مضره دون الخسوشين الاقوياء البنية
واما الاسباب المتعممة التي تحدث النزلات الشعبية بسهولة او صعوبة بحسب
الاستعداد الشخصي فهي

اولا ان النزلة الشعبية تنشأ عن احتقان وريدى ناتج عن عوق استقراغ
الاوردة الشعبية فانه من المعروف ان الشرايين الشعبية التي تنشأ من
الاورطى او من الشرايين بين الاضلاع لاترسل الاجزاء من الدم المحتوية عليه
الى الاوردة الشعبية وفيها يصل الدم الى الوريد الفرد ومنه الى الوريد
الاجوف وان الجزء الاخير من الدم المحتوية عليه الاوردة الشعبية الصغيرة
ينصب في الاوردة الرئوية السكائنة في جوهر الرتمين ويترب على ذلك ان كلا
من تضايق الفوهة الالتمية البطينية اليسرى الذي يحصل عوق في
استقراغ دم الالذين اليسرى والاوردة الرئوية تبعه ذلك ومن عدم كفاية غلق
الصمامات القلنسية الذي به يتقهقر الدم مدة السيمتول البطنى الى الالذين
اليسرى ولا يمكن به استقراغ الاوردة الرئوية كذلك استقراغ انا ما يؤدى
ابتداء الى احتقان عظيم في الاوعية الشعرية للخلايا الرئوية ثم عند تقدم
الالفة العضوية للقلب يحصل كذلك نزلة شعبية فتكون عرضا لازما

للاوقات القلبية المذكورة وهذا الامر لا يمكن ادراكه اذ لم نعتبر ان جزأ من
 الدم الآتي من الغشاء المخاطي الشعبي لا يستقرغ في القلب الايمن بل
 يستقرغ في القلب الايسر وما ذكر من ان الامراض المزمنة في الجوهر
 الرئوي تتضاعف بتقلبات شعبية يتضح ان جزأ منه في التقيحات الوعائية
 المذكورة فان دورة الجوهر ان اعتراها اضطراب عسر استفرغ دم الاوردة
 الشعبية الصغيرة في الاوردة الرئوية فينشأ عن ذلك احتمانات احتباسية في
 الشعب ترتقي الى درجة عظيمة جدا حتى انضغط مع ذلك بعض الاوردة
 الشعبية انضغاطا مخائليكا بواسطة بورات التماسية او تولدات جديدة في
 الجوهر الرئوي

ثانيا الاحوال التي فيها يجرد التيار الدموي عائقا عظيما في سيره في الفروع
 العظيمة للاورطي او في هذا الجزء نفسه عقب خروج الشرايين الشعبية
 منه اذ بذلك يزداد ضغط الدم في الشرايين غير المنضغطة وغير المتضايقة
 فيتمدد وتتدد ويتضح الاحتمقان الشرياني في فروعها الشعرية وبهذا النوع
 من الاحتمقان الذي سماه المعلم (ورجوف) بالاحتمقان التقيحي الجاني يحصل
 ازدياد في الضغط الجاني للاوعية الشعرية الشعبية والسباتية وامتلاؤها
 عقب انضغاط الاورطي البطنية كما يحصل ذلك مثلا من تجمع سائل في البطن
 او من امتلاء المعى بالمواد النقبالية او الغازات فيحصل حينئذ احتمانات
 تقيحية جانبية نحو الصدر والراس وفي دورا لشعرية للحميات المقطعة
 يعترض الدورة في جميع دائرة الجسم الظاهرة عوق عظيم بسبب انقباض
 الاوعية الشريانية الدائرية ابقباضا شديدا وانكماش الجلد المعبر عنه بجعله
 الدجاجة ومن الجائز ان يكون هذا هو السبب ايضا في احداث التقلبات
 الشعبية واحتمقان هذا الغشاء المخاطي المضاعف للحميات المقطعة ولذا
 يشاهد في بعض المرضى في اثناء دورا لشعرية برة سعال عنيف جدا

ثالثا تأثير المهيجات في الغشاء المخاطي الشعبي تأثيرا واسطويا كالآتية
 والايخنة والهواء الحار والبارد جدا فكل من تأثيره ذي يورث الاحتمانات
 والتقلبات الشعبية الا ترى ان بعض الصناعات كالتفرائين والطحانيين والخبائين
 للاجبار وغيرهم عرضة لهذا المرض فيكادون دائما يكونون مصابين به

رابعاً تأثير البرد الشديد في الجلد وتأثير التقلبات الجوية عليه تأثيراً جانياً وليس عندنا كما ذكرنا فيما مضى توجيه واضح توجه به المشاهدة اليومية من ان الشخص الذي يكون في حالة عرق متى تعرض فجأة لتيار الهواء يعتبر به نزلات شعبية ولا يمكن توجيه ذلك بالاحتمال الجانبي التفرعي فان الذي ادى هنا لحصول النزلات الشعبية انما هو تأثير انقلاب الجو وتيار الهواء لا البرد الشديد جداً وفي بعض البقاع الجاورة للجبال ذات الرياح الغنية بالرطوبة قد تساطن النزلات الشعبية تساطناً وطناً بسبب كثرة التأثير من البرد والتعرض له

خامساً تظهر النزلات الشعبية مدة سير بعض الامراض الحمية العامة كالحصبة والتيفوس الطفحي والبطني والجدري وتنسب هنا لتغير مرضي في الدم اعني لتحمل هذا السائل لجوهر سمي مجهول الطبيعة ومن الجائز ان يكون من الجواهر العضوية ونحن وان خفي علينا توجيه ذلك توجيهها فسيولوجياً غير ان الظاهر ان هذا التأثير يشبه ظواهر تسمم الدم التي تحدث عند ابعاط مقدار عظيم من جواهر معدنية كiodine والبوتاسيوم اذ من المعلوم ان استعمال هذا الجوهر لا يندرمعه ظهور نزلات شعبية شديدة مصحوبة غالباً بطفح جلدي بدون ان يكون اثر في الجلد او الغشاء المخاطي الشعبي سبب آخر

سادساً قد تحصل اوبية تظهر فيها التهابات الشعبية شديدة مصحوبة بظواهر عامة ثقيلة جداً بتأثير مؤثرات جوية او ارضية ومن المشكوك فيه هل هذه الالصابات المرضية ناشئة عن تسمم مخصوص في الدم مثل الامراض الحمية الطفحية المشابهة لها ومثل هذا الوباء يسمى بالجرب او الالتهاب الشعبي الوبائي واوّل ظهور هذا الوباء كان في سنة ١٧٢٢ ميلادية ثم امتد من المشرق نحو المغرب فعم جميع اوربوا تقريبا بحيث ان المصاب به كان شحوناً نصف الاهالي وكان خطراً جداً في الاطفال والشيوخ اما بسبب شدة الحمى او امتداد الالتهاب الى القربان الشعبية الدقيقة واشتركت الغشاء المخاطي للقناة الهضمية معها في ذلك او بسبب مضاعفات أخرى ومن التاريخ المذكور صاريتر قد ويا هذا المرض جملة مرات سيما سنة ١٨٠٠

و ١٨٣٥ ومن هذا الزمن الاخيرا اعتادت الاطباء على أن تسمى كل
التهاب شعبي ولو غيروا بقاى بالجرى مادام مصحوبا باعراض عامة تقبله
واسمعى ومتى كان مصحوبا بتغير فى القناة الهضمية يسمونه بالجرى
المعدى وهذه العادة جيدة فان كل شخص مصاب بحمى نزلية لا يتصور أنه
مريض مرضا نقيلا بحيث يلزم القراش زمنا طويلا بخلاف ما اذا علم انه
مصاب بالجرى فان وهمه يؤديه الى ملازمة القراش نحو العشرة أيام بالرضا
والقبول وبالجملة فالاسباب الممتمة للثلة الشعبية ليست واضحة فى كثير من
الاحوال الا اذا اكنفى الطبيب مثل العوام بخبران المريض أصابه برد

(الصفات التشرىحية)

يوجد فى الغشاء المخاطى للقصبة الهوائية والشعب فى أحوال الالتهاب
التزلى الحاد احمرار منتشر تارة وتارة يكون بقعيا ناتج عن الاحتقان أو عن
الأكوزس والغشاء المخاطى يظهر زيادة عن ذلك قائما غير شفاف رخوا
سهل المنزق وذلك يفتج عن ارتشاحه ارتشاحا وديما ويا ناشئا عن زيادة ضغط
الدم على جدر الاوعية الشعرية ومن هذا الارتشاح الاوديماوى الذى
يحصل أيضا فى المنسوج الخلقى تحت الغشاء المخاطى يحصل انتفاخ فى هذه
الاجزاء يضيق اتساع الشعب وكما كان الشخص صغير السن وكان اتساع
الشعب ضيقا فى الحالة الصحية سهل امتساع مرور الهواء عقب انتفاخ
الغشاء المخاطى سيما فى التفرعات الثلاثية والرابعة للشعب وهذا الامر مهم
من حيث اختلاف هذا المرض وتفاوت خطره فى الاطفال والمتقدمين
فى السن

وفى الابتداء يكون الغشاء المخاطى جافا ومغطى بافراز لزج شفاف محتوع على
أخيلية جديدة نمد أن تكون أخيلية بشرية خالية منقدفة يزداد تسكونها
فيما بعد على السطح الظاهر من هذا الغشاء بحيث انها تنفصل قبل أن تتم
استحالتها الى مادة مخاطية فتكتسب باخنة الاطها مع السائل المنقرز بغزارة
هيمية مصفرة متعكرة

وعند دفع الصدر لا تهب الرئتان الا قليلا ولا تهبطان بالسكبة متى كان الغشاء
المخاطى الشعبى منتفخا والشعب الدقيقة متضايقة ومنسدة بمواد مخاطية

بل يشاهد ان الرتين تبرزان من تجويف الصدر المنفتح بقوة متى كان تضايق
 الفروع الشعبية وانسدادها بالمواد المخاطية واصابته لدرجة عظيمة جدا
 بحيث يتراعى ان تجويف الصدر لا يكاد يسمعهما وفي الحقيقة لا يسع تجويف
 الصدر الرتين مادام الهواء الذي احتوته عليه غير منضغط فانه يحاول الموت
 تفقد الحركات التنفسية الشهيقية وقد صد الصدر لكن هواء الشهيق لا يمكن
 اذ ذلك خروجها من الانسداد الشعب فيكون منضغطا ولا يتجدد بحيث يصل
 الى حجمه الاصيل الا بعد ارفع القص وهذه الظاهرة لا ينبغي اختم للاطها
 بالانفزيما الرئوية فانها مخالفة لها بالكلية

وفي الالتهاب الشعبي النزلي المزمّن يظهر الغشاء المخاطي ذالون مسهرا راب
 الى الحجرة وأوعيته ممتدة ودواليه وجوهره منتفخا غير مسهرا وقليل المقاومة
 سهل التمزق والغشاء المخاطي نفسه يكون في حالة ضخامة سيما الاشرطة
 اللبغية المستطيلة والطبقة العضلية تحت الغشاء المخاطي وحده ان هذه
 الضخامة تصطبج بقدمه وبنه الغشاء المخاطي والالياف الطويلة للشعب
 وتناقص قابلية انقباض الطبقة العضلية يصطبج الالتهاب الشعبي النزلي
 المزمّن بسبب استرخاء جدران الشعب بتمدد منتشر في هذا العضو وهذا التمدد
 المنتشر للشعب قد يصل الى درجة عظيمة جدا بحيث ان الشعب ولو الدقيقة
 منها تبقى منفتحة بعد قطعها وتصل الى اتساع عظيم مثل الفروع الشعبية
 التي نشأت منها وأما التمدد الجبهي للشعب فسهل موضعه في امراض الرتين
 حيث انه يصطبج على الدوام بتغيرات عظيمة في جوهره هذا العضو وكذا
 الانفزيما الرئوية التي هي من النتائج الكثيرة الحاصل للالتهاب الشعبي
 المزمّن

والطبقة البشرية الطبيعية للشعب تفقد في أعقاب أحوال الالتهاب الشعبي
 النزلي المزمّن والغالب أن يكون الغشاء المخاطي مغطين بطبقة كثيفة
 من افراز مصفر قبيح محتوي على أخلية جديدة بكثرة وقد يكون مغطين بافراز
 لزج زجاجي نصف شفاف قليل السكينة وفي هذه الحالة الاخيرة التي يصل فيها
 اتساع الغشاء المخاطي والمسوج الخلوي تحتها الى درجة عظيمة يسمى
 الالتهاب النزلي الشعبي بالجلف وأما اذا كان التضخم غزيرا فانه يلا الفروع

الشعبية الدقيقة بتمامها وأما الفروع الغليظة فانه يمكن فيها اختلاط
بالهواء ولذا يظهر رغويا

وأما القروح الجلدية والمنتشرة التي شرحتها في التهاب الغشاء المخاطي
الخجيري فوجودها في الشعب نادر جدا وقال (رين هارد) انها توجد
فقط في القروح الشعبية الدقيقة عندما تكون مخاطية بجوهر رئوي اعترته
استحالة جينية وزعم ان ثلاثي المنسوج الرئوي الجبسي ناشئ من هذه
القروح عقب نساد الجدر الشعبية الدقيقة ونحن كذلك نوافق في هذا الرأي
بالنسبة لسلسلة الرئوي الناشئ عن الالتهابات الرئوية المتسدة

(الاعراض والسير)

الالتهاب النزلي الحاد للقصبة الهوائية والشعب الغليظة يكون في الغالب
مصطحبا بالتهاب نزلي في الخجيرة والانف والجيوب الجبهية وبالتهاب نزلي في
الملتحمة أيضا ويقل امتدادها الى القروح الشعبية الدقيقة وكلما كان
الالتهاب كثيرا امتداد اكثر ابتداءه باحساس ببرد وشعيرة شديدة في
الاشخاص المترهقين والغالب أن تتكرر هذه القشعيرات بجملة مرات مده
سير هذا المرض خصوصا عند التقلبات الجوية وتغيير الملابس او الفراش
ويبدو ان تحصل نوبة القشعيرة مرة واحدة ومعرفة ما ذكرناه مهمة لاجل
تشخيص ابتداء الحمى النزلية وتمييزها عن ابتداء الحمى الالتهابية وفي أثناء
الفترات بين نوب القشعيرة تحس المرضى بجمرات محرقة في الجسم بدون أن
يظهر في الترمومتر ارتفاع في درجة الحرارة بنسبة هذا الاحساس ويتضم
لذلك صداع جبهى شديد وازدياد في ضربات الشرايين الصدغية وتكسر
في الاطراف واحساس بالام في المفاصل يزداد بالضغط فيكون وصف الحمى
حينئذ نزليا روماتزميا واذ افسدت الشعبية وتغطى اللسان بطبقة سميكة
يسمى بعضهم بالحمى المعدية النزلية الروماتزمية وبالجملة فان الحمى النزلية لهذا
المرض تنصف باحساس بضعف عظيم جدا بحيث لا يكون بنسبة الارتفاع
القليل لدرجة الحرارة وبسرعة النبض التي تبدو أن تجاوز ٨٠ أو ١٠٠
ضربة في الدقيقة وفي الاطفال والاشخاص الكثرية التهيج ينضم لذلك
هذيان احيا نابلس تشجات في بعض الاحوال النادرة في الاطفال الكثرية

الاحساس وهذه الاعراض تحدث اضطراراً عظيماً لامهات الاطفال بل
 وللاطباء الى أن يحصل سيلان غزير من الانف او اعطاس يزيد ظن
 تكون آفة في المخ وفي مثل هذه الاحوال ان كان الطبيب قد أمر في اليوم
 السابق بإرسال العاق على الرأس وكان عنده ريب من حالة المريض يزول
 ريبه متى التضح في اليوم التالي السيلان الغزير من الانف بل ويتضح أيضاً
 للعوام ان المرض ليس بثقل ثم ان الالتهاب الترنى للقصبة الهوائية
 والشعب الغليظة الذي لا يكون مصحوباً دائماً بحمى تزاملة بل قد يتطوع سيره
 من الابتداء الى الانتهاء بدون حركة نجمية يكون مصحوباً في الغالب
 باحساس مؤلم على مسير القصبة الهوائية وخلف القص كلاحساس
 بالغدغدة او بدخول غازات ساخنة في الصدر وكلاحساس بحرقان أو ببحر
 فيه ولا يندران يكون جلد القص مع ذلك متزايد الحساسية ويعتبر ذلك
 ظاهرة انعكاسية أي تنبهاً متقللاً بواسطة بعض العقد العصبية المركزية من
 الاعصاب الحسية للغشاء المخاطي الشعبي الى الاعصاب الجلدية
 والسعال في هذا المرض لا يكون مؤلماً جداً كما ذكرنا ذلك في الالتهاب الترنى
 الحاد للغشاء المخاطي الخجري ذي الاعصاب الكثرية وهنالك قد نعمة
 الصوت والبصاق يكون في الابتداء قليلاً او مفقوداً بالكليمة ثم يصير المنفت
 فيما بعد غزيراً وحيث ان الافرازات تكون آتية من الشعب الغليظة
 فأقل حركة سعالية تكفي في انقذافه فيمس المريض بسهولة بالخلل
 وخروج البلغم وفي الابتداء يكون المنقذف شفافاً زجاجياً ثم يصير
 مصفراً كزراً

ومن الواضح انه لا يوجد في الالتهاب الترنى للقصبة الهوائية والشعب
 الغليظة ضيق في التنفس نعم يشتكى المريض باحساس بثقل في الصدر فان
 اتفاخ الغشاء المخاطي الشعبي وغزارة افرازه وان عظماً لا يحدثان شيئاً
 عظيماً في القطر الواسع لهذه القنوات الهوائية والقرع في هذا المرض
 لا يظهر تغيرات في الصدر فان توجت جدره واحتواء الرتين على الهواء
 يقيان على الحالة الصحية كما ان التسمع لا يظهر تغيرات في كثير من الاحوال
 أعني انه يسمع اللغظ الشفطي للتنفس الذي يحدثه الهواء الداخل بالشهيق

في محل انقسام الفروع الشعبية الدقيقة وفي الحويصلات الرئوية وهذا
 الغلط هو المسمى بالتنفس الحويصلي فحينئذ متى اعتري المريض سعال وخرج
 منه نفث وظهرت بقية اعراض الالتهاب الشعبي ولم يسمع في الصدر
 الا تنفس حويصلي جازاً ان يكون هناك التهاب شعبي نزلي في الشعب الغليظة
 دون الفروع الشعبية الدقيقة ثم اذا كان الغشاء المخاطي للجدوع الشعبية
 الغليظة متفتحة انما خاف عظمها في صفر محدودا وتجمع عليه مواد مخاطية
 لزجة في صفر محدودا ايضا نشأ عن احتمالك الهواء عند مرور من الشعب
 كمروره من أنبوبة الغط شبيهة بالخرقة المعزبة والشخير يسمى بالغلط الشخيري
 وبالغلط الرنان وهذا الغلط لا يسمع فقط عند وضع الاذن على الصدر اعلى محل
 منشأ هذا الغلط بل في امتداد عظيم من الصدر ويكون مصحوبا في الغالب
 باهتزازات محسوسة في جدره هذا التجويف وأما اذا اجتمعت كمية عظيمة من
 الافرازات المخاطية في الجدوع الشعبية الغليظة وتراكت فيها فانه ينتج عن ذلك
 بسبب تحرك هذا الافراز وتقطعه عند مرور الهواء ان تكون حويصلات
 ممتلئة بالهواء تنزق بسرعة فتسمع حينئذ خرقة فقاعية ولا يكون هذه
 الحويصلات أعظم حجما من الحويصلات التي تنبثق في الفروع
 الشعبية الدقيقة تسمى هذه الخرقة بالخرقة الفقاعية الغليظة تميزها
 عن التي تحصل في الفروع الدقيقة الشعبية المعروفة بالخرقة الفقاعية
 الرقيقة

ثم ان الالتهاب النزلي للقصبة الهوائية والشعب الغليظة الذي تسميه العوام
 بالنزلة الرئوية الخفيفة يكون في الغالب ذا سير محدود سريع فالحمى تزول شـيـأ
 فشيأ اذا كانت مصاحبة له وينقذ بواسطة السعال نفث مخاطي قيحي
 متجانس خصوصا عند الصباح ثم يزول بالكلية هو وبقية اعراض هذا
 المرض

واما اعراض الالتهاب النزلي الحاد للفروع الشعبية الدقيقة فتختلف
 باختلاف السن من بلوغ وطفولية اولى وثانية فاما البالغون فيكون هذا
 المرض فيهم عندهم متدادا في الفروع الشعبية الدقيقة معصوبا غالبا
 بالاعراض الحادة العامة التي تقدم تسميتها بالحمى النزلية ثم ان الفروع

الشعبية الدقيقة لعدم احساسها اذا كان الالتهاب النزلي قاصرا عليها
لا تكون مجلسا للاحساس بالغدغدة او الحرقان ولا للاحساس بالجرح
الذي يكون معموبا به الالتهاب النزلي للقروح الشعبية الغليظة فاذا حصلت
الآلام في مقدم الصدر او في جانبه مدة سير هذا المرض دل ذلك على عروض
مضاعفة نعم من الجائز حصول الآلام في محل اندغام عضلات الصدر والجهة
العليا من البطن عند استمرار هذا المرض زمن اطول يلا بسبب زيادة تعب
العضلات البطنية من حركات السعال الشديدة وهذه الآلام التي تشاهد
في غير عضلات البطن عند ازدياد تعبها ومشاقها تزيد عند ترشح اليافها
خصوصا بالسعال ولذا ترى المريض يضطرب من نفسه الى الجلوس وقت
السعال لاجل ارتخاء عضلات البطن

والسعال في هذا الشكل أشد منه في الشكل السابق ونوبه اكثر طولا
ولا يتحمل النفث فيه بسهولة بمعنى ان المريض يعسر عليه قذف الافراز
المخاطي من القروح الشعبية الدقيقة بالهواء المنقذ من الحويصلات
الرئوية بحركة السعال والنفث الذي يكون هنا ايضا قليلا في الابداء يفرز
بكثره فيمابعه ويكابد التفرات التي ذكرناها مدة سير هذا المرض ويظهر
هيمته مخصوصة اذا أتى في الماء فان الافراز النزلي المائي القوي يعات الشعبية
الدقيقة ~~ككونه~~ غير مختلط بالهواء يكون اكثر نقلا من الماء فيعطف فيه
لكن لكونه ذات تماسك ولزوجة لا يحفظ شكل الفريعات الشعبية الدقيقة
بل يلتصق مع ذلك بالافراز الشعبي الخفيف الزبدي المختلط بالهواء الاتي من
الشعب الغليظة الذي هو أخف من الماء العام على سطحه ولذا ترى النفث في
الالتهاب الشعبي الحاد مكوونا طبقة زبدية عاتمة على سطح الماء متعلق بها
خيطة دقيقة من مواد مخاطية لزجة ساقطة الى اسفل

والالتهاب النزلي القوي يعات الشعبية الدقيقة متى كان عظيم الامتداد
يصطبغ دائما بضيق في النفس لكن ضيق النفس في البالغين لا يظهر غالبا
الا بعسر وتعب في التنفس ويتيسر لهم دائما جذب الهواء الى الحويصلات
الرئوية فلا يكاد يوجد في المريض احساس بضجر واختناك وحيث ان
هذا المرض عند البالغين لا ينتج عنه الامكادات خفيفة وينتج عنه عكس

ذلك في الاطفال اعراض شديدة جدا مهـمددة لحياتهم التزمنا ان نشرح
 كلامنا هذين الشكاين على حدته وقد ينضم للالتهاب الترنلي للقروح الشعبية
 الدقيقة في البالغين عسر عظيم في التنفس ذو نوب دورية الا ان هذا التردد
 الدوري يثبت ان الالتهاب الترنلي مضاعف بمرض عصبي في العصب الرئوي
 المعدي به تنقبض الطبقة العضلية للشعب انقباضا شديدا
 ثم ان صوت القرع على الصدر في هذا الشكل من الالتهاب الشعبي لا يتغير
 كما انه لا يتغير في التهاب الشعب الغليظة نعم بالسمع يسمع في القربيات
 الشعبية الدقيقة عقب اتفاخ غشائم الخاطي بدلا عن الخراخر الرنانة
 الشخيرة خراخر مغيرة ومتى حصل ازدياد في المرض وازداد الافراز
 المرضي الشعبي احست الاذن المتسعة بخراخر فقاعية دقيقة وذلك لان
 الفقاعات العظيمة لا يمكن تكونها في الشعب الدقيقة
 والالتهاب الترنلي للقروح الشعبية الدقيقة في البالغين ينتهي عادة بعد ٨
 ايام او ١٤ فتخط الحى ويزول كل من السعال والنفث وعسر التنفس
 الخفيف المصاحب له ما وفي احوال اخرى يتقل الى حالة الترنلة الشعبية
 المزمنة ويندوان ينتج عنه خطر عظيم
 وذلك انه متى حصل هذا الالتهاب الترنلي الحاد للقربيات الشعبية الدقيقة
 في الشيوخ او الشباب المنهوكين وكان مصحوبا بجمي شديدة اكتسبت
 الحى المذكورة صفة الضعف وانضمت له اعراض يعبر عنها باعراض الحالة
 العصبية وهي حالة تخشاشها العوام جدا فتضطرب الحواس ويحصل هذيان
 او كوما احياسيات وينشاهد هنا ايضا جفاف عظيم جدا في اللسان وهذا
 العرض الاخير مهم جدا من حيث تشخيص هذا المرض والحكم على العاقبة
 فيه وبصير البعض صغيرا جدا غير منظم او متواترا بالكلية والجالد الذي كان
 جافا في الابتداء يكون مندى على الدوام بهرق غزير وتظهر خراخر فقاعية في
 الصدر غليظة ودقيقة على حسب مجامعها من الشعب الدقيقة أو الغليظة
 لا تزول عقب السعال ثم ينتهي الحال بظهور خراخرات فقاعات غليظة
 عظيمة جدا بحيث تسمع من بعد وتحصل في القصبة الهوائية وهذه الخراخر
 تسمى عند العوام خراخرة او خرخرة الموت ويكون المريض في اثناهما فاقتدا

للادوية فتلعبان بقرب الانتهاء المحزن ولذا كان الاقدمون يسمون المرضى في
 مثل هذه الحالة بالالتهاب الرئوي الضمعي والشبخونخي فان المريض هنا
 تنتمي حياته في أيام قلائل بالتهاب شديدي نزل بسبب طبعه لكن الخطر هنا لا يفتح
 عن ثقل المرض وخيمته بل عن حالة الشخص نفسه فان جميع الامراض التي
 تصيب الشيوخ والاشخاص المنهوكين سيما الامراض الحمية تكون
 على الدوام مهددة بحياتهم فان الحى التي من اعراضها الملازمة ارتقاء درجة
 الحرارة ومن اسبابها الأولية ارتقاء حركة الاحتراق العنصري وازدياد حركة
 التحليل العنصري تمكث بسرعة في مثل هذه الاحوال ما تبقى من القوة
 الحيوية الضعيفة في مثل هؤلاء الاشخاص وجميع هذه الظواهر ليست
 خاصة بمثل هذا المرض فانها تحصل بأى مرض حى ينهك الجسم ويمكن
 الطبيب في مثل هذه الاحوال التعشم بنجاة المريض ان لم تكن سبب حالة المرض
 الصفة العصبية فانه يشاهد دائما ان وظائف الدماغ تضطرب قبل حصول
 الانتهاء المحزن وذلك لكون تغذيته تتم بصورة مرضية من تحمل الدم وانسجانه
 بمواد الفساد والاضلال الغريبة وان اللسان جاف وذلك لان جزأ عظيم من
 المواد المائية للجسم تصاعد بخار من ارتقاء درجة الحرارة وان النبض يصير
 صغيرا متواترا جدا نحو الانتهاء كما يكاد يحصل ذلك في جميع الامراض الحادة
 وان الطبقة العضلية للجلد تنشل فيسترخى الجلد ويتهدى بعرق غزير يعرف
 بعرق الموت ومثل ذلك يقال في الشعب فانه بانقباض طبقات العضلية ينقذف
 الافراز المتراكم في الشعب فان انشلت تراكم الافراز فيها وانضم له اذ يما
 الرتمين وحصل الاختناق من تراكم الافراز ولا جرم أن خطر هذا الشكل من
 الالتهاب الشعبى المعروف بالالتهاب الشبخونخي الذي هو في الحقيقة ليس
 الالتهاب النزليا فيما يصيب الاشخاص منه وكين بالالتهاب الشعبى النزلي المزمن
 الذي يفتح عنه استرخاء في الطبقة العضلية الشعبية في - بذاته
 وأما النزلة الشعبية الحادة للشعب الدقيقة في الاطفال فان اعراضها تكون
 فيهم ثقيلة للغاية لان الالتهاب النزلي الحاد للفرع الشعبية الدقيقة وان كان
 غير خطر في البالغين وخطرا في الشيوخ بسبب الحى المصاحبة له فقط يكون
 في الاطفال ثقبلا لخطر العناية بسبب الضيق الطبيعى للشعب فيهم ولابدأ

بالكلام هنا على الالتهابات النزلية الشديدة للشعب الدقيقة التي تظهر زمن
 التسنين وتكون خطيرة جدا في الاطفال وهي المعروفة بالالتهابات
 الشعبية الشعرية ولا مانع من تسميتها بذلك مادامت حالة المرضية ليست
 مخالفة لتغير المرضي التنزلي الذي نحن بصدده فنقول هذا المرض يتبدى
 احيانا بطواهر التهاب تنزلي في الفروع الشعبية الغليظة فيكون في
 الظاهر غير خطر لكن كلما امتد الالتهاب في الفروع الشعبية الضيقة الدقيقة
 ازداد امتناع الهواء عن النفوذ والمرور من الحويصلات الرئوية فلا يقتصر
 الحال حينئذ على الاحساس بالتوعك كما يحصل ذلك للبالغين متى اصابوا
 بهذا المرض بل يظهر في الاطفال احساس في الصدر بالضيق والضحجر
 العظيمين اللذين يصاحبان على الدوام عدم دخول مقدار كاف من
 الاوكسجين في هذا التجويف وعوق خروج حمض الكربون منه فيتمضغ
 حينئذ في الطفل المصاب بالالتهاب الشعبي الشعري اعني الذي تكون فيه
 الالتهابات الدقيقة للفروع الشعبية متضايقة او منسدة بواسطة الالتهاب
 التنزلي البسيط عين القاق والضحجر والمجهودات التنفسية الشاقة والانس التي
 شرحناها في الالتهاب الخجري ذي الغشاء الكاذب بحيث ان الطبيب عند
 دخوله على الطفل المريض يسمع قربة من فراشه الخراخرا الصغيرة والازين
 التي يحدثها الهواء المنذفع بقوة من القنوات الهوائية المتضايقة وهذه
 الخراخرا الصغيرة تعصب كلاما من الشهيق والزفير ويسهل تمييزها عن الاعطاف
 التنفسية الصغيرة للالتهاب الخجري ذي الغشاء الكاذب فانه يتمضغ بسبب ولة
 انها ليست متكونة في قناة واحدة متضايقة بل في جملة قنوات دقيقة فان
 تركت قوى الطفل المريض على حالها ولم تعرف بواسطة الاسم تقراعات
 الدموية او المقيمات امكنه جذب الهواء في الحويصلات الرئوية مدة طويلة
 بواسطة الجهود التنفسية الشاقة ويصير وجهه الطفل في اثناء نوب
 السعال الشديدة المتعبة التي لا ينقذ به الاقليل من النقث (فان الطفل
 يزداد غلبه) ذالون مجرا ومزرق فانه في اثناء نوب السعال المذكورة ينضغط
 ما احتوى عليه تجويف الصدر من الاعضاء ويصير الدم في الاوردة
 الودجية معوقا كما يحصل ذلك في كل سعال شديد شاق غير ان الطفل في غير

وقت نوب السعال يكتب لونه الطبيعي وتنعكس الصورة المرضية فيما بعد
 متى لم يكن كونه ادخال كمية كافية من الهواء في الحويصلات الرئوية
 (وكثيرا ما يكون هذا من خطأ الطبيب) سواء انحطت قوى الطفل فلم يمكنه
 فعل انقباضات عضلية قوية ببعض اللات الشهيق كالتى يستدعيها العائق
 الموجود في الشعب أو ازداد العائق المذكور نفسه ازديادا عظيما بحيث
 ينسد عدد عظيم من الفروع الشعبية فينتقد يصير النبض صغيرا بعد أن كان
 عظيما متملئا والجلد الحار يبرد أو الوجه منتقعا باهتا بعد أن كان محمرا والضحجر
 ينتقل الى حالة الثبات وتضع الحالة المألوفة للتسمم الحاد بحمض الكربون
 ولا يعسر علينا معرفة درجة عظم الخطر متى اعتبرنا الامور الآتية وذلك انه
 مادام كل من القسم الشراسبي والمراقين يتجذب ويبرز في اثناء الشهيق يدل
 ذلك على دخول الهواء في الحويصلات الرئوية بكمية كافية وأما متى رأينا
 عكس ذلك بمعنى ان كلاً من الحفرة فوق الترقوة والقسم الشراسبي يتخسف
 ويهبط مدة حركات الشهيق المتخسفا عظيما والاضلاع السفلى تجذب الى
 الداخل فان ذلك يدل مع التأكد على تحلل الهواء المخمورة عليه الحويصلات
 الرئوية فانه مع ضيق الشعب لا يمكن تجديد الهواء في الحويصلات المذكورة
 وبعبارة أخرى يصير التنفس غير كاف وهذا العرض آخر مهم يدل على التنفس
 غير الكافي (وهذا العرض غير معني به الى الآن أو يوجه توجيها غير
 مصيب) وهو تجذب كل من قسم الحفرة فوق الترقوة وتحت موضع حركات
 التنفس في هذين القسمين من الصدر بحيث ان امهات الاطفال كثيرا
 ما يلاحظن قبل الطبيب ان الطقل صار صدره مرتعجا جدا يبرز في اثناء
 مرضه وهذا الظاهرة تتعلق باستقرار حالة توتر الحويصلات الرئوية كالتى
 تحصل في اثناء كل شهيق قوى ولا ينبغي اختلاطها بالانقباضات الرئوية
 الحويصلية فان ذلك عبارة عن استمرار الحويصلات الرئوية في حالة شدة
 التمدد التى يمكن ان تصل اليه في الحالة الطبيعية في اثناء الشهيق القوى واما
 في الانقباض الرئوية فالامر بالعكس فانهم عبارة عن تمدد الحويصلات الرئوية
 تمدا زائدا عن الحالة الطبيعية فكلمنا الحالمين بخالقمان ايضهما حينئذ
 ومن المستغرب اختلاطهما ايضهما كثيرا ثم ان كيفية حصول تمدد

الحويصلات الرئوية المستقر عند الشهيق يظهر عمر الايضاح متى اعتبرنا
 كيفية حصول حركات التنفس الطبيعية اعتبارا اسطخمافاً يظهر من
 القريب للعقل ان العوائق التي مجلسها الشعب الدقيقة كما يمكن قهرها
 بمجهودات عضلات الشهيق تنهت قهر أيضاً ولا بد بمجهودات عضلات الزفير
 حيث ذات التجاريب على ان مجهودات عضلات الزفير أقوى من مجهودات
 عضلات الشهيق وبعبارة أخرى ان قوة ضغط الزفير أقوى من قوة ضغط
 الشهيق كما يعبر به القسيولوجيون ومع ذلك لو اعتبرنا حالة الزفير الشاق وحالة
 الرئة التي اعتبرها الاتهاب الشعبي الشهري الشديد الممتد لا تضح لنا عكس
 ذلك فإنه في أثناء الزفير الشاق يندفع الحجاب الحاجز الى اعلى بواسطة انقباضات
 العضلات البطنية القوية فيضغط على الرئة فيضغط عليها الشد يمكن هذا الضغط
 كما انه يقع على الحويصلات الرئوية يؤثر كذلك في القروع الشعبية
 المتضايقة ولذا يحصل بالزفير الشاق في الأشخاص السليمين انضغاط التفرعات
 الشعبية الدقيقة بحيث يظهر فيهم انعطاف صغيري مما قد كان تلك القروع
 الشعبية الدقيقة متضايقة بواسطة الاتهاب التنزلي فلا بد وان تنسد بالكليمة
 عند الزفير العنيف فالحويصلات الرئوية لا يمكن استقرارها في الهواء فان
 الضغط يزيد في انسداد فوهاتها ولذا كانت الرئة التي اعتبرها هذا المرض
 لا يمكن تصغير حجمها بالضغط عليها من الظاهر ولو بعد نزوعها من الجثة والذي
 ادانا الى هذا التوجيه البسيط كثره بملاحظة المرضى التي تتم حركات
 الزفير بواسطة مجهودات العضلات البطنية والذين يكون الزفير فيهم شاقا ولا
 يسمع لهم خراخرا أو الغاط صغيرية الامدة الزفير الشاق المذكور وعند وضع
 الاذن على الصدر والسمع لا يسمع الا الخرخرة الصغيرية الممتدة فإنه لا يدخل
 في الحويصلات الرئوية الا قليل من الهواء مع البطء العظيم بحيث لا يحدث
 اللغط التنفسي الشطبي المعبر عنه بالتنفس الحويصلي حتى ان حصل هذا
 اللغط الاخير الطبيعي وتم في بعض اجزاء الرئة تغطى واخفى بالخرخر الصغيرية
 ثم فيما بعد اى عند تقدم سير المرض نسمع خراخرا فقاعة دقيقة ممتدة
 وأما الاتهاب الشعبي التنزلي للمولودين جديداً فكثيرا ما يترى هؤلاء الاطفال
 التهابات نزلية في المسالك التنفسية سيما التي لم تحفظ من تأثير البرد عند غسائها

واستحمامها ونظا جيداً واعراض هذه الالتهابات التريزية وان كان التغيير
 المرضى فيها واحداً يكاد لا يوجد لها أدنى مشابهة بالاحوال التريزية المتقدمة
 ذكرها والمرضى في مثل هذه الاحوال يكاد لا يعرف على الدوام من الاطباء
 الخالين عن المعارف القسوية ولو جية فيظنون ان الطفل مصاب بمرض عضوى
 فى القلب ويرون ان الموت الممجل له فيه راحة ومثل هؤلاء الاطفال يكون
 قد حصل لهم عطاس وسعال خفيف زمنافز منا وصحة ظاهرية وفيهم ميسل
 عظيم للنعاس بحيث ان اهلهم يفرحون من سكوتهم فلا يتفقون للتنفس
 السطحي الموجود فيهم ولا يندب الطبيب بل اذ اندب لا يجد اهمية للبحث عن
 حالة التنفس ثم يحصل فى حالة الطفل تغير عظيم فجأة فيصير الوجه باهتاً وقرانياً
 مزرقاتاً مثل لون باقى الجسم والانف مديماً والاعين تنفث الدمعاًها ويرتجى
 ذراعاً الطفل ونخذه وتتناقص الحرارة الجارية ويصير تزيهها غير
 مستوفى شخص انه مصاب بحالة سيمانوزية حادة وبذلك تحتاط الاحوال التي
 فيها تحصل الاحتمالات الاحتمالية العظيمة فى المجموع الوريدي مع
 الاحوال التي فيها تكسب الشفتان الباهتتان لونا مزرقاتاً قبل الموت وهذه
 الاحوال تشأ عن توزيع الدم الذي يوجد فى الجنة وهو ان الشرايين تصير
 فارغة منقبضة وتندفع متحصلاها فى الأوعية الشعرية والاوردة
 وتوجيه الاعراض المذكورة ميسل وهو انه مادام المرض قاصراً فى مثل
 هؤلاء الاطفال المولودين جديداً على الزكام والحالة التريزية للشعب الغليظة
 كان المرض فى الحقيقة غير خطر ثم فيما بعد يعتمد الالتهاب التريالى الى القروح
 الشعبية الدقيقة وحيث ان هذه القنوات ضيقة جداً بطبيعتها فانهم انسد
 بسهولة والطفل القليل النمو قد لا يمكنه مع ذلك فعل مجهودات تنفسية
 قوية لاجل قهز العائق والاعاطال المرضية اى الخراخر الصغيرة التي تنشأ
 فى مثل هذا المرض تفقد بالكلمة فلا يرتكن اليها فى التخصيص كما ان الطفل
 فى مثل هذه الحالة لا يوجد فيه سعال شديد مثل طفل متهتم عنه فى السن
 حيث ان المقصود من نوب السعال تهديد العائق التنفسية جزئياً من غير ارادى
 والجزء الاخر يتم بالارادة وليس للطفل المولود جديداً بجارب وادرا الحق
 يسئل لاجل تمام هذا المقصد ولذا يظهر بسرعة فواهر التسمم الحاد

بحمض الكربون ظهور الجائبات متى امتد الالتهاب النزلي الى القروغ
الشعبية الدقيقة

ثم اذا تبصر احداث صباح وتقاوى في الطفل به ما تحصل حركات تنفسية قوية
دخل الهواء بكمية كافية احيانا في الحويصلات الرئوية فتزول ظواهر
التسهم بحمض الكربون شيئا فشيئا وكذا ظواهر السعال وحيث يتبدى القلب
في الانقباض بقوة فان الدم يسيل من جديد في الشرايين ومنها الى الاوردة
ومنها الى القلب ثانيا فتراجع الدورة الى حالتها الطبيعية وبه يعود اللون
الطبيعي للجناد والحرارة ايضا

وكتبراما تمكرر النوب المذكورة فلا يمكن زوال اعانق الساد للشعب
وسلو كها فتملك الاطفال في النوب التالية فان لم تفعل الصفات التشرىحية
بالدقة مع عدم معرفة الحالة تبقى سبب الموت خفيا غامضا بالما لم يوجد بوط تمتد في
الحويصلات الرئوية المعروف بالتملكاز ياصاحب لذلك فلا يبحث بالدقة
عن حالة الشعب بسبب عدم وجود الظواهر المرضية للالتهاب الشعبي
الشعري النزلي مدة الحياة

واما الالتهاب الشعبي النزلي المزمن فان الاعراض التي شرحناها في الالتهاب
الشعبي النزلي الحاد لا تتغير فيه الا قليلا وهذا الالتهاب مرض كثير الانتشار
جدا ويجلس التغير المرضي في هذا الشكل لا يكون قاصرا على بعض اجزاء
الغشاء المخاطي الشعبي كما في الالتهاب النزلي الحاد للشعب بل التغيرات
المرضية التي شرحناها فيما تقدمت في القصبية الهوائية الى التفردات
الشعبية الدقيقة تارة كثيرة الوضوح وتارة قليلة

وحصول هذا المرض يكاد يكون دائما عقب تردد الالتهاب الحاد للشعب في
فصل الشتاء والربيع والخريف واستمراره من مناطق الاوأم في أثناء الصيف
فتتجدد المرض منه اوبىكون في حالة مطاقة الى ان تصير اعراضه مستمرة
وأصعب اشكال هذا المرض واشدها تعب المريض الشكل الذي فيه يوجد
افراز شعبي سنجابي لزج متماسك بالغشاء المخاطي المنتفخ واما اشكال هذا
الالتهاب المحصوره بانفسراز غزير مائع مصفر فانه تكون قليلة المشقة على
المريض وفي الشكل المذكور اول (الذي سماه المعلم لاينيك) بالانزلة الشعبية

الجافة تكون نوب السعال المؤلمة المسطوية هي الموجبة لتعب المريض
ومشاقه (بسبب لزوجة الافراز الشعبي وتراكمه في الشعب الدقيقة) وفي اثناء
نوب السعال المذكورة يحصل من عوق استقراغ الاوردة الودجية انتفاخ
فيها عظيم فيصير الوجه أحمر قائما ومزرقا والاعين دامعة ويسيل من الانف
نقط مائة ويحصل للرأس نالم كأنه يمزق بحيث تقبض المرضى عليه بأيديهم
قبضا تشجيا وكثيرا ما يحصل في الاوردة التي تعدد في اثناء نوب السعال
حالة دوالية فتظهر اوعية ضخمة مخبئة مزرقة على الوجنتين وجناحي الانف
ولو بدون تكون الانزيمات الرئوية وكثيرا ما تنتهي نوب السعال
الشديدة بغثيان وفي من ضغط العضلات البطنية المنقبضة على متحصل
المعدة

وضيق النفس يصاحب هذا الشكل في الانتاب الشعبي أكثر منه في
الانتاب الشعبي الترنخي الحاد فان الغشاء المخاطي في هذا الشكل يكون كثير
الانتفاخ كما ذكرنا فيما تقدم وبذلك يتسبب دخول الهواء في الحويصلات
الرئوية وضيق النفس هذا قد يرتقي الى درجة عظيمة جدا فيبر عنه بضيق
النفس الرطب وذلك متى طرأ على حالة الانتاب الشعبي الترنخي المزمن حالة
تمهيج حاد في الغشاء المخاطي المذكور كما يحصل ذلك بكثرة عقب التعرض ولو
قليل للهواء البارد الجاف الذي يؤثر بشدة في مثل هؤلاء المرضى فيوقههم
في حالة مفرزة جدا بحيث يلتجئون الى الجلوس المستقر في فراشهم او على كرسى
مرتفعة يزين على أيديهم لاجل مساعدتهم على اتساع تجويف الصدر

ثم ان ضيق النفس المستمر وزيادة مجهودات عضلات الشهيق المستمرة يفتج
عنها ضخامة في العضلات المذكورة سيما العضلتين الترقويتين القصبتين
الجليبتين والعضلات الاخرية بحيث انها تبرز على جانبي العنق على هيئة احبلة
قوية وتكون العضلات المذكورة الضخمة في حالة انقباض مستمر خفيف
بجميع العضلات الواقعة في الضخامة كما ان الحدادين والبياطرة مثلا
لا يمشون واذرعتهم متفرجة بل منثنية قليلا في ذلك المرضى المصابون
بنزلات شعبية مستمرة يمشون وصدرهم منجذب نحو الرأس فيظهر العنق قصيرا
غليظا والصدر محدب بدون أن يحكم بالظواهر المذكورة على وجود انزيمات

رئوية مضاعفة للنزلة الشعبية المزمنة كما يظن عادة

وفي مدة الثورات الشديدة القوية المستطيلة للنزلات الشعبية المزمنة لا يندر أن توجد الاوردة الودجية ممتلئة عظيما وقد يظهر السيمانوز اى التلون المزرق للوجه والجلد والاستسقاء العام في بعض احوال كثيرة وحيث ان كلامنا ممتلئ الاوردة الودجية واللون السيمانوزي والاستسقاء العام يزول عقب انحطاط ثورات هذا المرض فلا شك ان الظواهر المذكورة ناشئة عن النزلة الشعبية المزمنة نفسها وليس عن مضاعفات توجبها كل من السيمانوز والاستسقاء في التهاب الشعبي الترنخي الحاد ليس عسرا متي علمنا ان المرضى في الازمنة التي فيها تكون الشعب متضايقة تضايقا عظيما تفعل انقباضات قوية في العضلات البطنية في اثناء حركة كل زفير وبهذا الفعل العضلي القوي تحدث ضغطا قويا على الاوعية الكائنة داخل التجويف الصدري ويعوق استفرغ دم الاوردة في تجويف الصدر وانسبابه فيه وذلك بسبب عدم سهولة خروج الهواء من الحويصلات الرئوية ومروره من الفروع الشعبية المتضايقة وسترى عند الكلام على الانقباض الرئوية ان النزلة الشعبية هي السبب القوي في احداث السيمانوز والاستسقاء عند المرضى المصابين بهذا المرض

وتغيرات صوت القرع ولوانها تشاهد بكثرة في احوال النزلات الشعبية المزمنة لا تتعلق بهذا المرض نفسه بل تتعلق بحالة مرضية اخرى تعقبه بكثرة وهي الانقباض الرئوية فعند التسمع يسمع غالبا الغاط صغيرة ويندرج مع الغاط رنانة وفي احوال اخرى يسمع خراخرة فقاعية صغيرة ومع ذلك قد يكون التنفس الحويصلي طبيعيا لكن احيانا قد يكون ضعيفا عند انسداد جلة فروع شعبية وفي احوال اخرى يكون حادا وذلك فيما اذا لم يوجد اتفاخ الغشاء المخاطي الشعبي لانسداد الشعب بل لضيقها فقط اذ بذلك يحصل عدم تناسب بين متسع هاتيك القنوات والمخاليق الرئوية

وقابل من المرضى من يشفى من هذا المرض غير انه من النادر ان يخاطر بحياة المريض ولذا تقول العوام في مثل هذه الاحوال انه يسعل مثل سنج طاعن في السن وفي الواقع مثل هؤلاء المرضى يصل الى سن عظيم حتى يطرأ عليه

مرض آخر كالالتهاب الرئوي الشيخوخي وفي احوال أخرى يهلك عقب
 حصول تغيرات مرضية في الجوهر الرئوي يؤدي اليها الالتهاب الشعبي
 النزلي المزمن (كما سيأتي بيان ذلك عند الكلام على الانقباض الرئوي
 والالتهاب الرئوي الخلاقي) وهناك شكل آخر غير شكل النزلة الشعبية
 الحادة الذي يكون فيه النفث كاذباً قليلاً لمخاطية الزجا كثيراً وقليلاً وهو
 شكل النزلة الشعبية المزمنة لمحصو به نفث غزير جداً ويعبر عنه بالسيلان
 الشعبي والنفث في هذا الشكل يكون من مادة مخاطية صديديّة غزيرة محتوية
 على فقاعات هوائية كثيرة اقلية الا ولا يغطس في الماء وكثيراً ما يتقذف من
 هذا النفث الكثير الخلايا الجديدة التكوينية والرطل وأكثر في ظرف يوم
 وهذا النفث يكون غزيراً في اثناء الشتاء قليلاً في الصيف

والسعال الذي يتقذف به نفث قليل اللزوجة لا يكون متهماً مؤلماً مستقراً كما
 في الشكل السابق وضيق النفس كذلك يكون قلبه لا فان مجلس السيلان
 الشعبي يكون في الشعب الغليظة ويحدث في الدقيقة متتداً منتشراً أكثر منه
 في الشكل السابق وانما في الاحوال التي ينضم فيها الحالة المرضية المزمنة في
 الشعب تهيج حاد يرداداً تتفاخ الغشاء المخاطي ويزيد ضيق النفس تبعاً لذلك
 وفي اثناء حصول هذه التورانات الحادة يقل تكوين الاخلمية على سطح
 الغشاء المخاطي فيصير النفث قلبه لا ولذا تظن المرضي ان النفث متراً كما في
 صدورهم فلا يتحمل وكثير من اطباء من يعمد هذا الظن ويلتجئون لاسعمال
 المنقعات الشديدة القابلية متى حصل قلبه في خروج النفث وازداد ضيق
 النفس

وعند التسمع يسمع في هذا الشكل من الالتهاب الشعبي النزلي المزمن الغاط
 شخيرة او خراخر قاعية صغيرة او عظيمة

ومن الجائز ان المرضي تتحمل هذا المرض زمناً طويلاً فلا يندر ان تصل به
 الى سن عظيم قبل ان ينشأ عن السيلان الشعبي المعروف بالنزلة المخاطية
 ما يسمى بالسيلان المخاطي وكان الشكل السابق يؤدي لحصول الانقباض الرئوي
 يؤدي هذا الشكل بالاكثر تمدد الشعب والمرضى لا يهتم لك في هذا المرض من
 غزارة الافرازات وهو كالتابعة لها الا نادراً بل الغالب هلاكهم من امراض

اخرى تطرأ عليهم

ثم ان التمدد المنتشر للشعب لا ينوع الصورة المرضية للسيلان الشعبي المزمن في جميع الاحوال بل ولا في غالبها تنوعا عظيما بحيث لا يمكن معرفة هذه المضاعفة مع التأكد لكن حالة النفث وخواصه قد يمكن الحكم منها احيانا على وجود التمدد الشعبي المنتشر وتخصسه وهو ان التجارب بدلت على ان افراز الغشاء المخاطي الشعبي يندر ان يعتبره الفساد والتعفن مادامت الشعب حافظة لاتساعها الطبيعي واما متحصل الشعب المتمددة فتدامت تنسرا او تمدد احبيبيا فالغالب أن يعتبره الفساد والتعفن وسنذكر فيما بعد ايضا الظاهرة المعلومة من ان متحصل الكهوف الشعبية أكثر فسادا وتعفنا من متحصل الكهوف الجنبية وما يعرف من ان متحصل الشعب المتمددة تمددا منتفرا له ميل عظيم للتعفن والفساد يكاد يدل اذ لالة قوية زيادة عن الحركات الاهتزازية في الخلايا الهدبية والسعال على ان الانقباضات العضلية من عضلات الشعب لها دخل عظيم في انقاذ النفث وان شال الطبقة المذكورة الذي هو الرئيس في التمدد الشعبي يعين على ركود الافراز المرضي في الشعب وتراكمه وفساده فتجد النفث الغزير الصديدي الذي ينقذ من المريض في احوال النزلات الشعبية المزمنة ما نعا انما عا واضحا وانتشرت منه رائحة منتنة كريهة وسقط الافراز المذكور في الماء بسبب فقد لزوجه وتساكبه بطرو الفساد والتعفن فلا يبق متعلقا بالماء ووجد فيه رسوبات مخضرة او سود جينية متراكمة ذات رائحة كريهة منتنة تتبادل هذا مع التأكد تقريبا على وجود تمدد في الشعب والبحث بالمكروسكوب عن هذا النفث يتضح انه يحتوي على خلايا جديدة التكوين حافظة لشكلها وعلى خلايا اخرى معترية الاستحالة الشحمية وعلى اجزاء اخرى فاسدة كالتى توجد بكثرة عقب تجمع الخلايا الصديدية في محل ركودها زمانا طويلا ولا يندر ان يشاهد كذلك في السداد الجنبية بلورات جميلة الشكل فتكون اما ابرية الشكل غالبا تحل باضافة الاثير اليها او على هيئة بلورات شحمية (وهي المعروفة ببلورات المرجارين) وهذه البلورات زيادة عن وجودها في نفث المرضى الذين اعتراهم التمدد الشعبي توجد ايضا في نفث الاشخاص المصابين

بالغفرينا الرئوية امكن من خواص النفث المذكور لا يمكننا الحكم بالقطع
 على تشخيص التمديد الشعبي بشكايه (أعني المنتشر والجيمي وسببا في ايضاح
 لتشخيص التمييز بينهما) فانه في بعض الاحوال قد يكتسب النفث الشعبي
 نفس الاوصاف التي ذكرناها بدون تردد في الشعب كما ذكره المعلم (تروبه)
 ثم ان فساد النفث ونعفته الذي يحصل في متصل الشعب له تاثيره في جذر
 الشعب الملامسة له وفي جوهر الرئة القريب منه أيضا وسنذكر عند الكلام
 على الغفرينا الرئوية ان أكثر اسباب هذا المرض اصولا هو التعفن
 والفساد الذي يحصل في متصل الشعب المتقدمة وتأثيره في جوهر الرئة وفي
 احوال أخرى اكثر من السابقة قد يظهر حول الشعب التهابات رئوية قصبية
 ممتدة محسوبة بنضج رخوا سهل الفساد والتعفن
 (التشخيص)

الالتهاب الشعبي النزلي البسيط سهل تمييزه عن النزلة الخجيرية البسيطة
 فكل من الصوت الراجح والسعال متى انضم الى ظواهر النزلة الشعبية دل
 دائما على ان كلاما من اصابة الغشاء المخاطي واتفاخه امتد الى الاجهزة
 الصوتية وان الخجيرة حينئذ صارت مجاه الحالة النزلية أيضا
 وأما تمييز النزلة الشعبية الحادة عن بقية الامراض الرئوية الحادة فسندكره
 عقب الكلام على اعراض الامراض المذكورة غير أننا نوضح هنا بعض
 أمورها في تشخيص هذه النزلة وان سبق توضيحها عند الكلام على
 اعراض هذا المرض فنقول

(أولاً) ان النزلة الشعبية الحادة لا تصطبح مطابقاً بالمجنب والاحساس
 المؤلم الذي يصطبح به هذا المرض هو الاحساس بحرقان او جرح في الصدر
 والاحساس المؤلم في عضلات البطن خصوصاً في محل اندغامها في الصدر فان
 ظهرت آلام أخرى دل هذا على وجود مضاعفة أخرى

(ثانياً) ان النزلة الشعبية في حد ذاتها لا تنوع صوت القرع ولذا كانت ظواهر
 التسمع التي تدل على تكاثف في الجوهر الرئوي نافية للتبول بوجود نزلة
 شعبية بسيطة

(ثالثاً) ان النزلة الشعبية الحادة وان كانت تنسدئ بنوبة تشعيرية شديدة

واحدة غير انه في أثناء سير المرض يوجد ميل عظيم لتردد نوب القشعريرة ولذا متى
وجد الطيب مرضا من هذا النوع وكاومعه حالة حمية ضعيفة بدون ألم الجنب وبدون
نفت مدموم ومعه اعراض تدل على وجود حالة نزلية فقط في الظاهر غير ان
مرضه ابتدأ بنوبة قشعريرة واحدة فلا يبادر بتشخيص التهاب رئوي ضعيف
وهو الذي يسميه بعضهم بالجرب العصبي حتى لا يتضح خطؤه في الخطة بوجود
التغيرات التشرىحية للالتهاب الرئوي الذي كان يمكنه معرفته مدته الحياتية
لو اعتمد بنوبة القشعريرة المنفردة ووقف على حالة المريض بالبحث الجيد

بالسمع أو القرع

وأما تشخيص النزلة الشعبية المزمنة المحبوبة بثبات قابل الكمية وضيق
عظيم في النفس وتمييزه عن ضيق النفس العصبي وتشخيص السيل المخاطي
وتمييزه عن السيل الدرني فسنذكره في المباحث اللاحقة

* (الحكم على العاقبة) *

خطر النزلة الشعبية يتعاقب كما ذكرنا بسن المريض في كلما كان الشخص
حديث السن والشعب ضيقة كان المرض أشد خطرا ولا يكاد هذا المرض
يهدد حياة المريض في سن البلوغ وأما في الشيخوخة فان النزلة الشعبية
المحبوبة يجمعى تعدر ضاخطرا والحكم على عاقبة هذا المرض بالنزلة
لشفائه يتعاقب بمدته فالتزلات الشعبية الحادة تنتهي بالشفاء غالبا بخلاف
المزمنة التي استمرت عدة سنين فمن النادر شفاؤها شفاها تاما سيما حتى
لو تحصل المريض على بعض تحسين كان ذلك جيدا

وأكثر اعراض هذا المرض ثقلا وخطرا هي التي تنتج عن عوق التبادل
الغازي في الحويصلات الرئوية وأما نوب السعال الشديدة والصخر العظيم
والنفث الغزير الصديدي وباقي اعراض الالتهاب الشعبي الحاد والمزمن
فهى أقل اهمية من اعراض نسيب الدم بمحوض الكربون فهى الطيب أن
يلاحظ ان الحياة لا تتم بعد الاعقب ظهور تلك الاعراض المذكورة وهذا
مما يحجب الطيب ويمنعه من اجراء علاجية عنيفة في أحوال الالتهاب
الشعبي الشعري في الاطفال فانه مادام النبض ممتلئا والوجه ممتددا يكون
الخطر بعيدا

(العاقبة)

* (المعالجة) *

أما المعالجة الواقية من هذا المرض فيجري فيها ما ذكرناه في المعالجة الواقية
للنزلة الخنجرية وهي التعود على التعاليم الجوية مع الاحتراس والغسلات
الباردة والحمامات الباردة أيضا كما مر

وأما المعالجة السببية فدلائمها تنبئ على اعتبار الاستعداد المرضي ومعرفة
الاسباب المحرصة للالتهاب الشعبي النزلي وحيث ان هذه الاخيرة بعضها
مجهول وبعضها لا يمكن ازالته فلا تتم الدلالات العلاجية السببية في جميع
الاحوال وما عدا ذلك في احوال أخرى يكون غالباً اعتبار الاستعداد
المرضى وتجنب الاسباب المحرصة متوجهاً بالنجاح القام وعلى الخصوص يقال
ذلك في الاستعداد المرضي الناتج عن داء التمزير والراشيتسم الذي يهيئ
للإصابة بالنزلات على العموم وبالنزلات الشعبية على الخصوص فانه يوجد
عدد عظيم من الاطفال المنهوكين الضامرين ذوي الصدر الدجاجي والرأس
العظيم واليواقيح المنفتحة والاطراف العظيمة المنفتحة والتسنين المتأخر
ويكون جلد ههم على هيئة لباس واسع متحرك على العظام مصابين بنزلات
شعبية من منذ ان شهر عديدة ويعتبر انهم مصابون بالذن الرئوي وكل من
المنقذات الصدرية والجواهر العلاجية المحولة يبقى بدون نجاح في مثل هؤلاء
الاطفال لكن بتنظيم غذائهم واعطائهم اللبن الجيد واللحوم غير النضيجة
والنبيذ وتعاطي زيت كبدا الحوت واستعمال الحمامات المحيطة القلوية
يحصل لهم نجاح عظيم للغاية وشفاء تام ولا يستدل فيما بعد على الحالة المرضية
الثقيلة التي كانوا مصابين بها الا بالصدر الدجاجي اى الشبيه بشكل صدر
الدجاجة

ونحن وان ذكرنا ان النزلات الشعبية المزمنة من الامراض المتكثرة
الحصول في الاشخاص المتقدمين في السن استكثرت ان أكثر الاشخاص
استعدادا للإصابة هم الذين يكونون في سن الخمسين ممتعين بعيشة جيدة
مقادير على تعاطي النبيذ بكثرة ملازمين للجأوس دائماً وحركة التركيب فيهم
أكثر من حركة التحليل وبنظهم نام تخين وبهم داء البواسير فان مثل هؤلاء
الاشخاص كما انه يوجد فيهم استعداد تام للإصابة بالنزلات المعوية المزمنة

يكون فيهم أيضا استعداد عظيم للنزلات الشعبية المزمنة فن الخطا البين حيز
هو لاء المرضى في أودهم واعطاهم المياه الحضية الغازية بمزوجة بالبن
كما سلترس والمركبات الاقوية والبواغلاو ونحو ذلك بل الذي ينبغي للطبيب
التمسك به هو الحصول على التماسك بين حر كتي التحليل والتركيب فيما مر
المريض بكثرة الرياضة وينعمه من تعاطي المشروبات الروحية ويأمره
بتعاطي الاغذية النباتية اللطيفة او يرسله الى الينابيع الطبيعية القلوية
الفاترة نحو حمام (مربين باد وكرلوس باد وكسينجن) والى الينابيع القلوية
المحمية فان لها فائدة عظيمة في مثل هذه الاحوال فقط اذ بتأثيرها الجليديزول
السعال وغيره من اعراض النزلات الشعبية كما يتحسن بتأثيرها كذلك يمن
البطن المفرط والبواسير

ومن الاسباب المخرضة للنزلات الشعبية العوائق الميخانية التي توجد في
الصمام الاذيني البطني اليساري فمعوقا مستقر اغ دم الاوردة الشعبية لان
هذا السبب كثيرا ما يستدعي معالجة تسكينية واجودها المعالجة بالديجيتال
فانما وان كان تأثيرها غيرا كمد في احوال عدم كفاية غلق الصمام القلبي سوى
لها تأثير جيد واضح للغاية في احوال ضيقه فانه متى حصل بطء بتأثيرها في
ضربات القلب كتسبب الاذين زلما كانا الاستتقراغ ما احتوت عليه من
الدم في البطن ولومع وجود الضيق وبذلك يزول احتباس الدم في الاوردة
الرئوية واعراض النزلة الشعبية الناتجة عنه

والنزلات الشعبية التي تنتج على احتقان تنفسي جانبي نحو الرئة في الجميات
المتقطعة تستدعي استعمال المركبات الكيفية واما الاحتقانات التنفسية
الجانبية التي تحصل في الشرايين الشعبية عقب انضغاط الاورطي من تجمع
سائل في البطن فتستدعي برز هذا التجويف سيما وان في مثل هذه الحالة
الاخيرة ينضغط جزء عظيم من الرئة بالحجاب الحاجز المندفع الى اعلى فلم يبق على
الطبيب الا مشاهدة النجاح التام وزوال النزلة الشعبية بعد ان كانت معدبة
للمريض ومكونة للعرض الاشدتدع بالعقب برز البطن حتى لا يشك في ان
انضغاط الاورطي بواسطة تجمع المواد الثقيلة او الغازية في البطن يمكن ان
يكون حافظا لاحتقان تنفسي جانبي جهة الشعب وللحالة النزلية فيها واعظم

المركبات التي تستعملها المعالجة السيبية في مثل هذه الاحوال هو مسحوق
العرقسوس المركب الذي يعطى منه قدر ملعقة صباحا ومساءلا فانه يحصل عنه
اسهال لطيف كاف وراحة عظيمة للمريض
* تنبيه * هذا المسحوق مركب من ورق السنالمكي ومسحوق
العرقسوس من كل جزآن ومن كل من الشمر والكبريت جزأ واحد ومن
السكر ستة اجزاء ويعطى من هذا المسحوق ملء ملعقة شاي مرتين أو ثلاثة
في النهار

واما اذا كانت النزلة الشعبية ناتجة عن اسباب مهيجة لا واسطية ناشئة عن
بعض الصنائع تصيب الغشاء المخاطي فالدلالات العلاجية السيبية لا يمكن
اتمامها غالباً فان مثل هؤلاء المرضى لا يكون لهم قدرة على ترك صناعاتهم
وتجنب الاسباب المهيجة الناشئة عنها ومن المشاهد بكثرة دوران النزلات
الشعبية المزمومة متى تعرض مثل هؤلاء المرضى زمن الشتاء للهواء البارد
الجاف جدا وعلى الطبيب ان يعنى بمثل هذه التجارب فيوصى المرضى وقت
الشتاء الصعب بما يلزمه من اذية كافية من أسابيح او اشهر مع حفظ
درجة حرارة مناسبة فيها والنزلات الشعبية المزمومة التي نتجت عن تأثير
الاقليم الباردة تستدعي الانتقال منها الى اقليم معتدل ان سمحت حالة
المريض بذلك فترسل المرضى مدة الشتاء الى اقليم معتدل الحرارة ولذا كان
الاطباء يوصون المرضى بالانتقال الى المحلات المصونة عن الاهوية والرياح
القوية الباردة او الى المحلات ذات الاهوية الكمية الاوكسجين القوية
من غابات مغروسة باشجار من النضيلة المخروطية وفي احوال النزلات
الشعبية المخاطية ينبغي ارسال المرضى الى الاماكن المرتفعة العالمية ذات
الاهوية الجافة واما المرضى المصابون بالنزلات الشعبية الجافة فالأوفق
ارسالهم الى محلات ذات أهوية رطبة كشواطئ البحار
واما المعالجة السيبية في النزلات الشعبية الوبائية فلا يمكن اتمام دلالتها
واما معالجة المرض نفسه ففيها الاتقرا الاستقراعات حتى ان معظم الاطباء
التابعين لمذهب (بولو) الذي لا يعتبر فقد بعض ابطال من الدم امر اعظيما
لا يقولون بفائدته ومنفعة الاستقراعات الدموية في نزلات المسالك الهوائية

وكل من عدم فائدة هذه الاستفراغات ومن اعتبار ان النزلة الشعبية
 الشعرية للاطفال التي خطرهما متعاقب مجازهما يبعدنا عن الوقوع في هذا
 الخطا الذي هو استعمال الاستفراغات الدموية متى ظننا ان عسر التنفس
 عند الطفل المصاب ناتج عن احتقان الغشاء المخاطي واتفاحه فان استعمالها
 في اغلب احوال الالتهاب الشعبي الشعري عند الاطفال يزيد في خطر تسهم
 الدم بجمض الكربولون فضلا عن كونه لا ينقصه فان اتفاح الغشاء المخاطي
 لا يزول بهذا الاستفراغ وان كانت قوى الطفل قبل استعماله كافية لفعل
 مجهودات ثمينة قوية ودفع الهواء بقوة في الشعب المتضايقة لا تكون
 كافية لذلك بعد الاستفراغات المذكورة وعلى الطبيب ان يعتبر تغير
 الصورة المرضية وازدياد ثقلها بعد استعمال الاستفراغات الدموية من
 جهة ومن جهة أخرى ينبغي انظر في التجارب التي تدل على ان قوى
 الاطفال التي لم تضعف كثيرا ما تنكفي لفعل حركات التنفس ولو بصعوبة
 حتى لا يقع في الخطا ويتجاري على فعل الاستفراغات الدموية في مثل هذه
 الاحوال

وكذا استعمال الاملاح المتعادلة المضادة للالتهاب كمنترات البوتاسا
 والاصودا في الالتهابات النزلية قبل جسد امثل الاستفراغات الدموية واما
 الزئبق الخلو الذي يعد أيضا من مضادات الالتهاب فله استعمال منتشر في
 الاحوال النزلية الحادة من الشعب في الاطفال خصوصا زمن التسنين كما انه
 يستعمل عندهم أيضا في النزلات المعوية والمعدية التي تحصل أيضا في هذا
 الزمن والتأثير الجيد من هذا الجوهر الدوائي في هاتين الحالتين وان كان غير
 واضح التوجيه الا ان التجارب أبدت منفعته بدرجته عظيمة جدا حتى لا ينبغي
 للطبيب التأخر من استعماله في الاحوال المذكورة ويعطى هذا الجوهر بمقادير
 صغيرة من $\frac{1}{4}$: $\frac{1}{8}$ قمعة ثلاث مرات في النهار وأربعة أعنى من عشرة
 مليجرام الى خمسة عشر

ومن الجواهر الدوائية المستعملة بكثرة أيضا في النزلات الشعبية بعض
 الاملاح التي تعتم برضاة للعالة النزلية اكثر من اعتبارها مضادة للالتهاب
 سواء كانت بتأثيرها في البلادة منبهة له أو منوعة لتغذية الغشاء المخاطي الشعبي

ومن هذا القبيل بعض الاستحضارات الانيونية ككبريتورالاتيمون الذهبي
والقرمز المعدني والطرطيرالمقبي والاسيما موريات النوشادر ولذا كانت
الجرعة المحللة المركبة من أجزاء مساوية (قدر درهم مثلا) من كل من ملح
النوشادر وعصاره رب السوس مضافا اليها قدر جمعة من الطرطيرالمقبي
محلولة جميعها في ست أواق من الماء كثر يراما يؤمر به في هذا المرض لكن
وان وجدنا ان كثير من الاطباء ارباب المهارة كثيرا ما يأمرون بتعاطي
ملعقة من هذه الجرعة الكريمة كل ساعتين غالبا يسوغ لنا ان نقول ان هذا
المخلوط ليس له تأثير سوى تبيح الغشاء المخاطي المعدي وفساده للهضم وانما
يمكن استعمال ملح النوشادر والاستحضارات الانيونية في الاحوال التي
فيها تكون المواد المخاطية المنقرضة كثيرة الزوجة والتماسك حتى يتحصل منها
على بعض فائدة تسكينية

واما المعالجة المعروفة فيوصى بهامع النجاح بكثرة في هذا المرض خصوصا في
الاحوال الحديثة من التزلات الشعبية الناتجة عن تأثير البرد وسواء نتج عن
هذه الطريقة نواردد موى نحو السطح الظاهر من الجلد يعقبه اسنفراغ في
دم الاوعية الشعبية الشغرية او يحصل تأثيرها الجيد بكيفية اخرى فنفقعتها
العظمى في احوال التزلات الشعبية الحديثة ثابتة ثبوتنا وانحياجا تجارب فانه
عقب استعمال هذه الطريقة كثيرا ما يرى تناقص تنبيه الغشاء المخاطي
الشهبي بعد بعض ساعات بل وفي الاحوال الجديدة يمكن قطع سيره بالسكين
بواسطة التعريق القوي والظاهر ان التعريق جيد مطلقا على اى حالة
فعات الطريقة لاحدائه والا كد في ذلك استعمال السوائل بكيفية عظيمة
وتدبير الجسم باغطاء الدافئ واما كون زهر اليبلسان اودوح منه مدريري
(اعني كرونات النوشادر محلول في الخلل النيمدي) او قويد الاتيمون او غيرها
من الجواهر المعروفة ذات خاصية معرفة حقيقية فهذا غير مطوع به بل الظاهر
ان نجاح الطريقة واحد وسواء وضع المريض في فراش ودثر بغطاء دافئ من
الصوف واعطى له المشروبات الفاترة الملهة رقة اواق بملاعة مغموسة في الماء
البارد بعد عصرها جيد ثم يعطى تغطية قوية فان هذه اللصافة الباردة
تستعمل في اقرب وقت بسبب حرارة الجسم الى انفاقة دافئة بل يظهر ان نوارد

الدم نحو الجلد والتعريف بهذه الطريقة أقوى من غيرها وكذا الفرق بين
 اعطاء المريض المغطى نغطية جيدة كئيرامن الماء الصافي والايونيات او
 المنقوعات العطرية أو اللبن الفاتر ونحو ذلك
 وفي احوال النزلات الشعبية المزمنة تستدعي المعالجة المرضية استعمال
 الحمامات القلوية الفاترة بشرط أن لا تكون متعاقبة بداء الثلثا زبر او الراكثيم
 خصوصا حمامات كريتسك المضاف لها كمية عظيمة من القلي اذ الحمامات
 المذكورة يحصل تتيبه قوى لسطح الجلد ونجاحها عظيم جدا خصوصا في
 الاحوال التي لم ترمز من منذ سنين عديدة بل التي عمال قبل استحالت من الحالة
 الحادة الى المزمنة لكن في بعض الاحوال المزمنة الثقيلة المستعصية في النزلات
 الشعبية المزمنة قد شاهدنا نجاحا عظيما بواسطة التعريف القوي وذلك بان
 يترك المرضى في حمام ساخن حرارته بالاقل ثلاثون درجة بقياس حرارة ريمور
 قدر نصف ساعة ثم تالف حاله بعد دخوجه من الحمام بلقائف الصوف وتبقى
 بهذه المنابة ساعة بين بالاقل ومثل هؤلاء المرضى في الايام الاول تعترتهم
 مكابحات عظيمة مادام ضيق التنفس عظيم امددة وضعهم في الحمام وفي اثناء اللق
 والتغذية كما ذكرنا غير انه في انتهاء الاسبوع الاول الذي يحصل فيه العرق
 بسهولة وسرعة عن ابتداء المعالجة تحسن حالة المرضى مع الراحة التامة
 بحيث تطاب استقرار المعالجة من تقسيم او يزول ضيق التنفس زوالا واضحا
 بعد استعمال الحمام ثمانى مرات او عشرة وتزول أيضا الحالة السيمانوزية
 ولا يمكن الطبيب الجرارة على استعمال هذه الطريقة الا بعد مشاهدة اجراء
 هذه المعالجة ورؤية نجاحها اليكن بعدا كسايه لهذه الفائدة يصير له اقدام
 ونجاح في معالجة النزلات الشعبية الثقيلة المستعصية اكثر من غيرهم من
 اطباء الذين لم يطالعوا على هذه التجارب ولم يمارسوها
 ومثل هذه الطريقة العلاجية المعروفة العمومية استعمال الوسائط العلاجية
 التي بها يحصل كما يقال تعريق او تحويل موضعي على جزء من جلد الصدر وقد
 تأكد نجاحها ايضا بكثير من التجارب في هذا المرض فيوصى للمرضى
 المصابين بنزلات شعبية مزمنة بالادوية القصية المصنوعة من الصوف
 (المعروفة بالثنياليا) ووضع المشععات الراتنجية على الصدر واما استعمال

الاضدادات الخردلية والحراريق على جلد الصدر فلا ينبغي المبادرة بجراحته
حيث ان منفعته لاجل مقاومة بعض عوارض خصوصية في هذا المرض
لانفس هذا المرض ومادامت الحالة النزلية في الشعب مصحوبة ببحر كحسية
فالا جود تجنب استعمالها

وقد تقدمت معالجة الامراض النزلية في الشعب تقدم اعظيها من منذ
احداث اجهزة الرزواستمشاق الابخرة الدوائية وبقية الكلام في هذا
المقام يؤخذ مما ذكرناه في معالجة الالتهابات الخبجية النزلية فليراجع
وانما ينبغي على ان الجواهر الدوائية المستشفقة بالرزوان لم تكن طيارة مثل
زيت التربينات الاصل الى التفرعات الشعبية الغليظة

واما المعالجة العرضية فقبل التكلم على الدلالات التي تستدعيها هذه المعالجة
ينبغي لنا توضيح دلالات استعمال الادوية المنقمة حيث انه انظن ان هذا
النقطة ليس مرتبطة بمعنى واضح فنقول ان تكون عدد عظيم من أخلية جديدة
وفاز اغزير سائل هو عبارة عن عرض للاحتقان الاخذ في الشفاء كما ذكرنا
فهو نتيجة انهما سيره الحميد وليس سببا لهذا الانتفاء فيكون الثفت المضيق
(اعني المواد البلغمية الناقمة التكوينية) اجود ما يحصل به هي الطريقة
العلاجية التي يصير بها سير الالتهاب الغزلي حميد السكن ان تجتمعت المواد
المذكورة في الشعب وتراكت امكن ان يحصل لاستقرارها وانقاذها عن عوق
بجملتها اسباب بحيث ان الجواهر الدوائية التي بها تنقذ في المواد المذكورة
الى الخارج (المسماة بالمنقحات) لا يجوز جعلها رتبة واحدة والظواهر
المهمة التي تطابق تغيرات تشر بحسية مرضية مخصوصة في الالتهابات النزلية
الشعبية وتستدعي معالجة عرضية مخصوصة هي الاتي بيانها

منها ان التلات الشعبية تكون مصحوبة بتسريح شديد في الغشاء المخاطي يستمر
زمن اطول بلا بحيث ان المرضى تكون معذبة من السعال المستمر المتعب ونوب
السعال هذه كما انها نتيجة الالتهاب الغزلي قد تكون سببا في شدته واستعصائه
بسبب احتسك الهواء احتسكا شديدا في الغشاء المخاطي فالدلالة
العلاجية العرضية كما انها تقاوم نوب السعال لا تكون فائدتها فقط ازالة
بعض مسببات المريض بل انها تقصر سير المرض ايضا ولا فائدة في

استعمال المطبوخات الغروية واستحلاب بعض العصارات النباتية والملبس
 والمجسات الصدرية ولوانها ممدوحة زيادة عن الحد فانه فضلا عن قلة تأثيرها
 يحصل منها اضطراب الهضم غالباً والاجود في مثل هذه الاحوال استعمال
 المياه المعدنية القلوية المربانية كما سترس وامس وساسيرون ونحوه لكن
 لا ينبغي استعمالها في جميع احوال النزلات الشعبية كالسبلان الشعبي
 واستعمال المياه المذكورة التي لم يتضح لنا تأثيرها الجيد في مثل هذه
 الاحوال (اي المصوبة) تيج شديدي في الغشاء المخاطي الشعبي ونوب سعال
 شديد) انضاحا تاما يكون بان يعطى منها على الريق من خمسة فناجيل
 الى ستة مع الرياضة وانما استعمال في احوال النزلات الشعبية الحادة
 في اثناء النهار بدلا عن المنقوعات الصدرية القاترة ويستعمل في مثل هذه
 الاحوال أيضا مع الاقدام الجواهر المخدرة فيعطى من مسحوق دوفير مثلاً
 عشر قممات في المساء عندما يكون المريض قلقاً في منامه مدة الليل
 من السعال او يعطى له جرعة مشقة - له على مقدار مناسب من الاقيون
 او المرفين ان كان المريض معدياً بالسعال مدة النهار اذ بذلك يقل سعاله
 وبقائه يسهل شيئاً بخروج المواد البلغمية التي تراكمت في الشعب في اثناء
 راحة المريض فقدمه المرضي بأنه محال للنفث بسهولة وتقول ان المرفين
 والمركبات المخدرة جواهر منقعة قوية التأثير وبالجملة يستعمل بنجاح في
 الاحوال التي نحن بصددها المهيجات الجلدية الشديدة كالوضيعات
 الخردلية والمنقطات على الصدر

ومنها احوال مرضية يوجد فيها نوب ضيق في التنفس دورية مصحوبة بالغماط
 صغيرية منتشرة وفي مثل هذه الاحوال تقول ان هناك حالة انقباض تشنجي
 في الطبقة العضلية من الشعب الدقيقة وان معظم ضيق النفس متعلق بذلك
 ففي مثل هذه الاحوال التي كتبها ما تنضم لاحوال تيج الغشاء المخاطي
 الشعبي تيج شديداً استعمال المسكات كذلك انهم يحصل تاطيف في
 الانقباض التشنجي في العضلات الشعبية وزيادة على ذلك تستعمل المهوعات
 بنجاح عظيم فالظاهر كما انهم تحدث ارتخاء عموماً في الجمجمة وع العضلي تحدث
 أيضاً استرخاء في العضلات الشعبية والذي يؤثر به في مثل هذه الاحوال هو

المنقوع الخفيف من عرق الذهب ومقادير صغيرة من الطرطير المقيى والغالب
 ان التأثير المهوع في الجرعة المحللة هو الذي ينسب اليه الراحة التي تحصل
 احيانا في ضيق النفس ونوصي كذلك بكثرة في مثل هذه الاحوال باستعمال
 يودورا الموناسيوم من نصف درهم الى درهم على ست اواق من الماء ويعطى
 من هذا المحلول مل معلقة اربع مرات في النهار ونجاح هذه المعالجة واضح
 جدا عند كثير من المرضى اذ كثيرا ما تحصل الراحة بعد تعاطي أول معلقة
 منه وقد التزمت ان احذر بعض المرضى من الافراط في استعمال هذا الجوهر
 الدوائى القوي التأثير وذلك لما شاهدوه من عظم الفائدة منه
 ومنها احوال بعكس السابقة اعنى انها تكون متصفة بحالة المخالفة لما تقدم
 فقيماتها تكون جدر الشعب مسترخية والشعب ممتددة والطبقة العضلية
 الشعبية في حالة نصف شلالية وفي مثل هذه الاحوال يكون الافراز غزيرا
 ولا يكون لدفع السعال قدرة على قذف الافراز المتجمع في الشعب بسبب
 ضعف طبقتها العضلية وهذه الاحوال المعبر عنها بالسيلان الشعبى تنصف
 بالخرارخ القاعية الغليظة والدقيقة في مثل هذه الاحوال ينبغي استعمال
 الوسائط الدوائية المنبهة المعبر عنها بالمنقعات كالپوليغالاوبصل العنصل
 والپنيلا وكربونات النوشادر والكافور والجاوى ومحلول النوشادر
 الينسونى واكثر المركبات استعمالها في هذه الاحوال الجرعة الاتية فمنها
 منقوع من الپوليغالاوبصل قدر درهمين الى نصف اوقية في ست اواق من الماء
 مع نصف درهم من محلول النوشادر الينسونى ومنها الاكسيرا الصلبرى
 المركب من اوقيتين من عصارة رب السوس وست اواق من ماء الشمر
 واوقيتين من محلول النوشادر الينسونى ويؤخذ منه معلقة صغيرة جمل
 مرات في النهار وبالجملة ينبغي هنا استعمال المنقوعات الصدرية العطرية
 التي تؤثر تأثيرا جيدا في مثل هذه الاحوال سيما وان استعملت حارة جدا
 فانه وان كان من الامور غير العقلية اعطى جميع المرضى المصابين بامراض
 شعبية منقوعات عطرية حارة غير انه من المشاهد ان استعمالها في المرضى
 المصابين بسيلانات شعبية مع استرخاء في الطبقة العضلية الشعبية يحدث
 عندهم سهولة عظيمة في قذف مواد النفت المتراكمة في الشعب متى تعاطوا

جملة فنجيل من هذه المنقوعات الصدرية الساخنة ويوجد زيادة عن
 الازهار الصدرية الاقربا زينة انواع نباتات صدرية عديدة غروية مائية
 ماطقة سكرية الطعم كذرا نطمية وازهارها وازهار الخمازي وزهر لسان
 الثور واوراقه وصدرا العرقوس ويزور الاثمار المحتوية على مواد عطرية
 سيما بزور المنسون الاعتيادي النجمي ويزور الشمر ويزور النيلندريوم المائي
 وهذا الجوهر الاخير الذي يحتوي زيادة عن المادة العطرية على مواد اتيخية
 وحيث قد وافق في التأثير الوسيط العلاجية الزاقيخية الا تي ذكرها له منقعة
 عظيمة في احوال السيلانات الشعبية فانه في مثل هذه الاحوال
 يعين على سهولة ندف النفث وتقيص افرازه وتحدث الوسايط الدوائية
 المنبهة انقباضات قوية في عضلات الشعب كما انه يشاهد عقب استعمالها
 ارتفاع في النبض وقوة في انقباضات القلب وربما يحصل في مثل هذه
 الاحوال استرخاء عظيم جدا في الطبقة العضلية الشعبية بحيث لا تساعد على
 قذف الافراز المتجمع في الشعب وان السعال بافرازه لا يكون اقذف المواد
 المذكورة وتبعدها ومثل هذه الاحوال يعبر عنها بالاشمال الرئوي الابتدائي
 ولومع ملاحظة ان الرئة ليس لها فعل لا واسطي في حركات الشهيق والزفير
 وهذه الاحوال تعرف بكون انحراف المخاطية لا تتزول عقب السعال ولا
 يحصل فيها أدنى تناقص ومثل هذه الاحوال تسمى استعمال المقيمات
 اذ لم تنثر الجوهر المنبهة ولا ينفع في الثاني في استعمالها حتى لم ينجح عن تراكم
 الافراز المرضي في الشعب منع دخول الهواء في الحويصلات الرئوية
 وظهور التسمم بجمض الكربون والحد الكربوني الذي يساعد في حصول
 شلل الطبقة العضلية الشعبية والجواهر المقيمة هي اعظم المنقعات في مثل
 هذه الاحوال اذ بحركات التي تنقبض عضلات البطن انقباضا عظيما
 وتضيق بجوف الصدر وعند ذلك يطرد الهواء المنفوع بقوة اندفاعا متقطعا
 جميع الافراز المرضي المتراكم في الشعب لاسيما المتراكم في الغليظ منها غير انما
 تناسف من كون الجوهر المقيمة المذكورة لا تكون في ازالة انسداد القروغ
 الشعبية الدقيقة والذي يترتب على ذلك هو ان الالتهاب الشعبي الشعري
 مرض خطر للغاية في ادواره الاخرة فانه وان أمكن قذف الاغشية الكاذبة

المتبقية في الخبيرة بواسطة التي لا يمكن الهواء المنذوق في القروح الشعبية
 الدقيقة دفع المواد المخاطية المتركمة فيها وقد فهامهما كانت قوة الزفير بل
 بالعكس اذ انضغاط الخلايا الرئوية مدة التي يصطبب بانضغاط عظيم في
 القروح الشعبية الدقيقة كما تقدم وبذلك يصير انسدادها أتم وأقوى
 ومنها احوال تستدعي فيها المعالجة العرضية تنقبص الافراز الشعبي الغزير
 الذي يحدث عند المرضى فهو كة عظيمة ومعظم الوسائط الدوائية الموصى بها
 في مثل هذه الاحوال كماء الجير وخلات الرصاص والتين والراتينيا وأوراق
 عنب الذئب منها ما هو قليل الجدوى ومنها ما هو خطر الاستعمال وأجودها
 الجواهر البلسمية الراتنجية التي يشاهد تأثيرها الجيد في تنقبص الافرازات
 المرضية مع الوضوح في احوال السيلانات المجربة ومن هذه الجواهر يعد
 باسم البيروا وبلسم الكوباو والمر والصفغ النوشادري وهناك مخلوط كثير
 الاستعمال جدا يسمى بمخلوط أوجرعة (جر يفت) وهو مركب من

- مر مسحوق
- درهم ١
- كربونات البوتساو طرطراته ح ٢٥
- ماء النعناع القلقل ق ٨
- سلفات الحديد المتبلور جرام ١
- سكر عادة ق ١

يمزج ويعطى من هذه الجرعة بعد رجها جيدا أربع ملاعق كبيرة كل يوم ومن
 الجيد استعمال هذه الجواهر بكمية جهات الامس الغشاء المخاطي الشعبي
 ملاسمة لا واسطية كما تلامس الغشاء المخاطي المثاني والمجرى مباشرة عند
 انقذافها مع البول ولذا يوصى باستعمال المترالمزوج بالسكر مسحوقا جافا
 اذ باستعماله بهذه المنابة لا بد وأن يتقدف منه بعض شئ ويصل الى القصصية
 الهوائية والشعب لكن الاجود والاقوى تأثيرا استعمال الجواهر
 المذكورة على الحالة الغازية فية الى القطران وحده أو مزوجا بالماء في قاعة
 المريض حتى يتشبع به هو أوها او يوضع قدر نصف درهم من زيت
 القربينيا في زجاجة مملوءة بالماء المغلي وينتشفق الهواء منها بجملة مرات
 في النهار كل مرة قدر ربع ساعة بواسطة لى مرين يوضع على فها ولا يتحصل

على غاية عظيمة في هذه المعالجة الا اذا صادفت محللا يعنى انه في الاحوال التي
 فيها يكون الغشاء المخاطي مجلس الافراز صديدي غزير جدا وما عدا ذلك من
 اشكال النزلات الشعبية لا تكون نافعة بل مضرة واما استعمال سائل
 القطران الذي اوصى به كثيرا في هذا العصر الاخير فلم يتحقق لي نجاحه واما
 الجوهر المقوية المرة التي تستعمل كذلك في احوال السيلانات الشعبية
 كما يوليغالا والحزاز الازليدي ونحو ذلك فانها تؤثر في الغشاء المخاطي
 المعدي وتزيد في فعل الهضم وقوة همة الاكل وحينئذ تحسن تغذية الجسم
 فتعين المريض على تحمل المرض بدون تأثير في نفس المرض
 ومنها احوال تستدعي المعالجة العرضية في الالتهابات الشعبية النزلية عند
 الاطفال المولودة حديثا التي لا تدرى تصنع السعال متى وجد عائق في
 الشعب عندهم واحتيج لازالة بقول مجهودات عضلات التنفس او لا
 استعمال المنينات لاجل قذف المواد المتجمعة في الشعب ثانيا الوسائط
 الصمغية التي تلحق الطفل الى فعل مجهودات تنفسية قوية بحيث لا تترك
 الاطال للاس تغرق في النوم مدتها طويلا فتستعمل الحمامات الهمة او برش
 صدرهم بالماء البارد مع نغمشة اخص قدمهم وتحرير الصمغ حتى
 شوهدت اعراض تدل على انسداد الشعب وامتناع التبادل الغازي في
 الخلايا الرئوية

(المبحث الثاني)

في الالتهاب الليني (أو ذى الغشاء الكاذب) للغشاء المخاطي القصبي والشعبي

(كيفية الظهور والاسباب)

لا يندزم عدد الالتهاب الخنجري ذى الغشاء الكاذب الى القصبة الهوائية
 والشعب والالتهاب الليني في الخلايا الرئوية يكاد يمتد على الدوام للفرعات
 الاخيرة الشعبية وزيادة على ذلك يحصل الالتهاب المذكور في النادر حصولا
 اوليا في الفرعات الملائمية والرابعة من الشعب وحيث انه يكون مرض
 مستقلا بنفسه في هذه الحالة ينبغي شرحه على حدة

ثم ان الالتهاب الليني الاول في الشعب يصيب الشبان خصوصا في سن البلوغ
 بدون وقوف على حقيقة سببه او الاسباب المتقدمة

الى أحدثه

* (الصفات التشريحية) *

عند امتداد الالتهاب الخجيري ذى الغشاء الكاذب الى القصبة الهوائية
 وابتداء الشعب تتكون الانابيب الغشائية الكاذبة المتفرعة التي شرحناها
 واما السدد اللبغية التي تملأ الشعب في الالتهاب الرئوي فتوجد في نفث
 المصابين بالتهاب رئوي ابني على الدوام
 وفي الالتهاب الشعبي اللبغى الاولى توجد عين الصفات الخاصة بالغشاء المخاطي
 والنضج الغشائي المنعقد فوقه كما ينماه في الالتهاب الخجيري اللبغى والقروح
 الشعبية والقروح الغليظة لا تسد قنواتها بالكلية فان النضج المنعقد فيها
 يكون انبوبيا واما القروح الشعبية الدقيقة فيكون فيها سدا ناسطوانية
 ويندر أن يمتد الالتهاب الشعبي اللبغى الى الرئة بتمامها والغالب ان يكون
 هذا الالتهاب جزئيا قاصرا على عدد صغير من الشعب ولو انه يوجد بعض
 استثناءات من ذلك فقد شاهدت حالة عند بنت عمرها خمسة عشر سنة كان
 ينقذ منها بالسعال كل يوم تقريرا الغشائية كاذبة انبوبية مكتسبة اشكل
 أحد التفرعات الشعبية البشرية

* (الاعراض والسير) *

ما ذكرناه اخيرا من قلة امتداد الالتهاب الشعبي المذكور آنفا وقد الحى
 يكسب هذا المرض سيرامغاير السير الالتهاب الخجيري ذى الغشاء الكاذب
 وكان هذا المرض الاخير حاد جدا فالالتهاب الشعبي ذى الغشاء الكاذب
 مرض مزمن احيانا بحيث يمكن ان يمتد جلة أشهر بل سنين
 ثم ان المصابين بهذا الداء يشكون بضيق نفس خفيف بحيث يبين من بهاقه
 لوضعهم وحالة الاسترخاء والتنفس عندهم ان حصول التنفس غير تام وان الدم
 لا ينتقى مما استوى عليه من حمض الكربون تنقية تامه وفي مدة نوبة السعال
 الغنيمة التشخيصية ينقذ من المريض زمنا فزمن مواد ملتهمة على نفسها
 تنفك بعد وضعها في الماء وتفرج وكثيرا ما تكون هذه المواد مغطاة بقايل
 من الدم وتظهر على شكل أنابيب متفرعة كتفرعات الشعب وعند التسمع
 بحس بالغاط صغيره في مجازاة امتداد التهابات الغشاء في الشعب وقد يفقد

لغط التنفس بالكيفية عند امتسلاء الشعب بالاعشمية الكاذبة كما في الحالة
التي شاهدتها و يعود عقب انقضاء فهمها ثم ان هذا المرض كغيره من
الامراض المزمنة قد يحصل فيه زمنا فزمنان فورا فانات لا يسدرا بقدورها
بقشعريرة محسوسة يحمي شديدة مدتها ممكنها في اثناء ذلك تمدد الاعشمية
الكاذبة الى اجزاء اخرى من الرئة فينشأ عن ذلك عسر عظيم في التنفس بل
قد يصير التنفس غير تام فيملك المريض بعد ظهور اعراض الاسفكسيا اي
الاختناق البطني الفاتح عن عدم اتمام التنفس

(التشخيص)

لا يمكن تمييز الالتهاب الشعبي ذي الغشاء الكاذب عن الشكل التزلي من
هذا الالتهاب الا بواسطة المنطبعات الغشائية المتكوثة من مادة ليفية
منعقدة ومتجمعة في الشعب وحيث ان الافراز المخاطي في الشعب الدقيقة
يمكن ان يكتسب شكلها ويحفظه بسبب لزوجه وتماسكها في البحث في
الاحوال المشكوك في تشخيصها عن هذه المواد المنقذة ليفية كانت
او مخاطية بجمض الخليلك فان التجمعات الغشائية تتفتح باضافة بعض نقط
من حمض الخليلك اليها واما المواد المخاطية فانها تفتتج ويزداد تماسكها
باضافة هذا الجوهر اليها واما الاحوال الواضحة من هذا المرض فلا تلبس
بغيرها

(الحكم على العاقبة)

هذا المرض وان ندوا ان يمدد الحياة بامتداده العظيم الا ان الحكم على عاقبه
بالنسبة للشفاء التام غير جيد فان التهاب الشعب الالبي مرض يستهوي عن
المعالجة جدا وميله للتسكنات عظيم وبالجملة فكثيرا ما يعقبه السيل الرئوي ان
لم يكن مصاحبا له

(المعالجة)

معالجة هذا الالتهاب مؤسسه على نفس القواعد التي بناها عند ذلك
معالجة السعال الديكي الحقيقي وقد نص المعلم (تيرنادر) على انه يشاهد نجاح
عظيم عقب استعمال بودور البوتاسيوم بقدر ارنصف درهم كل يوم وأوصى
باتباع ذلك في باقي الاحوال ولم اشاهد نجاح هذه الطريقة العلاجية بتقسي

*(المبحث)

* (المبحث الثالث) *

في تشنج الشعب المعروف بضيق النفس الشعبي

أو القصي أو التشنجي أو الربو العصبي الشعبي

* كيفية الظهور والاسباب *

اعلم أنه قبل اثبات وجود العضلات في الشعب بزمن طويل وقبل مشاهدة انقباض هذه العضلات عقب تهيج العصب الرئوي المعدي لاسيما عقب تهيج الغشاء المخاطي الشعبي قد شرح عدد عظيم من اشكال ضيق النفس العصبي في كتب البتلوجية ومعظم هذه الاشكال من ضيق النفس العصبي وان نسب اخير التغيرات مادية في الجوهر الرئوي سيما الانقباض الرئوية وارتداد القلب العضوية لم يزل يوجد في بعض الاحوال ضيق نفس عصبي حقيقي اي مرض في العصب الرئوي المعدي ينتج عنه انقباض تشنجي في عضلات الشعب بحيث يضيق متسعها

وقد ذكرنا ان كلا من الاحتمان والالتهاب النزلي في الغشاء المخاطي الشعبي كثيرا ما يصطبغ بانقباضات تشنجية في عضلات الشعب وان هذه الانقباضات تعبر ظواهر تشنجية انعكاسية تسرى من الالياف الحسية للعصب المتخبر الى الالياف المتحركة السائرة معها في العصب المذكور وان هذا الانقباض ايضا هو السبب الرئيس لموصول ضيق النفس في النزلات الشعبية ومع ذلك فالانقباضات التشنجية في عضلات الشعب الناشئة عن تغيرات مادية في الغشاء المخاطي الشعبي لا يعبر عنها بضيق النفس الشعبي العصبي بل لا يطلق هذا اللفظ الاعلى احوال ضيق النفس التي فيها يحصل تهيج في العصب المتخبر في محل بعيد سواء اصاب هذا التهيج ذلك العصب في منشئه او اثناء سيره وسواء اصاب ايضا فرعا عصبية اخرى خالفا للعصب المتخبر ثم اتقل الانعكاس الى الالياف المتحركة للعصب الرئوي المعدي ام لا ثم ان اسباب ضيق النفس العصبي الشعبي مجهولة لنا كالانقباض التشنجي في المرمار وكون امراض القلب والانقباض الرئوية المعتبرة اسبابا هامة لهذا المرض تحدث اضطرابا وتغيرا في وظائف العضلات الشعبية بزيادة عن ضيق النفس الذي ينشأ عن هذه الامراض في حد ذاتها امر مشكوك فيه

ويندر أن تكون بعض أمراض المراكز العصبية كالاورام الضاغطة على
العصب المحير سببها هذه الآفة وفي بعض أحوال أخرى قد يكون التشنج
الشعبي مصاحبا لغيره من الأمراض العصبية كما يشاهد ذلك عند وجود
أمراض مزمنة في الرحم (ويسمى اذالك بالربو الاستيري) وبالجملة فقد
يصيب بكيفية ذاتية بعض الأشخاص الممتنعين بحسب الظاهر بعمة جيدة
وعند فتح جثثهم لا يرى فيهم شيء من التغيرات المذكورة

وليس من الواضح أيضا في غالب الأحوال الأسباب المتقدمة لنوب هذا المرض
على حدتها فهناك أشخاص لا يصابون بنوب ضيق النفس ماداموا في
أماكنهم ويصابون على الدوام بها إذا بانوا في محلة أخرى معينة وفي بعض
الأحوال قد يحدث استنشاق أثرية بعض النباتات خصوصا عرق الذهب
نوب هذا المرض وبالجملة فقد يعتقدون من أسباب هذا المرض الانفعالات
النفسية والأفراط في الجماع والتدخين الغزير في الأمعاء والعوام يعتقدون

كثيرا أن حصول هذا المرض من هذا السبب الأخير

ونوب ضيق النفس العظيمة المعبر عنها بالربو العصبي البولي التي كثيرا
ما تشاهد في أثناء سير داء (بركت) وغيره من أمراض الجهاز البولي المصحوبة
باحتباس في البول أحيانا والتي كنت أظن فيما سبق أنها ناشئة عن تسهم
الدم ببعض أجزاء البول أو بمتحصلاته لئلا يظن أنها ناتجة طبعا
للمشاهدات الجديدة الموافقة لرأي المعلم (نمبرجر) عن الأوديما الرئوية فإني
قد شاهدت في مثل هذه الأحوال جملة من حالات وجود خثرات رطبة ذات
قوام رقيقة عند التسرع مادامت نوب الربو موجودة وزوالها بقدها عند
ما يقذف من المريض بواسطة السعال العنيف والتي تفت مائ غزير
وحيدة إذ فصول الربو العصبي يكون بالكيفية التي تحصل أغلب أحوال
التشنجات البولية (راجع بحث داء بركت)

(الصفات القشرية بحمة)

من النادر جدا وجود تغيرات مادية في الخمة يوجهها بالاشك مجموع
اعراض ضيق النفس العصبي الشعبي وينبغي هنا أن يكون الغشاء المخاطي
الشعبي سليما بالكلية بحيث لا يوجد سبب آخر مادي يوجه إليه ضيق

التنفس اذا كان تشخيص ضيق النفس العصبي الشعبي حقيقيا
 * (الاعراض والسير) *

ضيق النفس العصبي الشعبي كغيره من الامراض العصبية ذو سير نوبي
 فان له نوبات تعاقب مع فترات ولو كان الطرز فيه غير منتظم غالباً وعند حصول
 نوب ضيق التنفس تتعاقب هذه النوب مع بعضها احياناً في ازمة قصيرة
 ثم تزول غالباً ولا تظهر الا بعد اشهر او سنين وعند طر ونوبه ضيق النفس على
 المريض حالة نوم بهير قلقاً وينشأ عن الاحساس بضيق النفس الاحلام
 متعبة للغاية اذ يكونه لم يصل اقوة الادراك وعند استيقاظ المريض يحس كما
 قاله الشهير (رومبغ) باضطراب افعال مجهودات تنفسية عميقة لكنه يدرك
 حالاً ان الهواء لا يجاوز صفراً محدوداً من الصدر وفي هذه الحالة يسمع لفظ
 صغيري او شخيرى مدة الشهيق والرفير وهذا اللفظ كثيراً ما يسمع بالبعد عن
 المريض بل المريض نفسه يدركه ثم يزداد عسر التنفس وضيقه فترى عضلات
 التنفس تقسمها والعضلات المساعدة لها في مجهودات فيتحرك جناحا الانف
 وتضخم حافة العضلات القصية الترقوية الخلية وينجذب الرأس الى الخلف
 والاذرع تجتمد في اخذ صفراً تكاثر لاجل اتساع الصدر اكن لا اثره في ذلك
 ويزول اللفظ التنفسي الحويصلي ويحل محله في بعض الاصناف لفظ صغيري
 يسمع احياناً ويحتجى أخرى بسرعة وأما اللفظ التنفسي الشهيق للنجرة
 والقصبة الهوائية فانه لا يضطرب بل يكون ذارناً أشد من الحالة
 الطبيعية ويظهر الضجر في محنة المريض وتنفخ عيناه وتغطي جبهته
 بعرق بارد ويصبر لون وجهه باهتاً وضربات قلبه شديدة غير منتظمة ونفضه
 ضعيفة اصغيراً وتخفض حرارتيه ووجنتيه وبعدم كنه هذه النوبة من
 ربع ساعة الى عدة ساعات مع جملة فترات تزول اما جأة فيمدخل الهواء في
 الشعب والحوياصل الهوائية المسددة فيفتح عنه لغط تنفسي طفيفي واما
 تدريجاً مع قلس وتناوب او عمال مصحوب بازدياد في افراز الغشاء المخاطي
 الشعبي وخر اخر طبة تستمر بعد بعض زمن وهذا العرض الاخير الموصوف
 وصفاً جيداً يشابه بالكلية الالم العصبي الذي يجلسه العصب فوق الججاج
 فانه في هذا المرض الاخير تنفسى النوبة غالباً باحتمان وانتفاخ في

المتحممة وتزايد في ككل من الافراز المخاطي والدمعي والام العصبي من
العصب المتخيز يصطبغ كذلك باحتمقان في الغشاء الشعبي مع زيادة في
افرازه المخاطي

* (التشخيص) *

متى تيقن الطبيب من تصوره في ضيق النفس العصبي وميزه بالدقة عن
الانقباضات العضلية التنجيمية التي تحصل في بعض احوال النزلات
الشعبية كظواهر انعكاسية كان التشخيص سهلا والذي ينعما من الوقوع
في الخطا وجود انبوب السديدة مع الفترات الخالية وعدم وجود اعراض
آفة في الغشاء المخاطي الشعبي

* (الحكم على العاقبة) *

انذار هذا المرض بالنسبة لحفظ الحياة اقل خطرا مما يخشى من الظواهر
المرضية ولو ان المريض يخشى بعد زوال كل نوبة حصول الهلاك في النوبة
الثانية فالواحدة التي يمتنع الخطر متى طرأت موجودة في نفس المرض
فانه متى ظهرت اعراض التسم الكروبيوني في هذا المرض ارتجت عضلات
الشعب المنقبضة انقباضا تشجيميا بكافي عضلات الجسم التي يؤثر فيها هذا
التسم تأثيرا شلليا

* (المعالجة) *

اما المعالجة السببية فاحيانا يمكن اتمامها في الاحوال التي فيها يكون المرض
المزمن في الرحم سببا في ضيق النفس العصبي أعنى في الشكل الاستيري ولكن
في الغالب لا يمكننا اتمام ما نستدعيه المعالجة السببية وذلك لانتالانعرف
السبب المحدث لهذا المرض واما معالجة المرض نفسه فانه تستدعي وسائط
علاجية به يمكن قطع نوب هذا المرض او تنقيص مدتها وتلطيفها وسائط
علاجية به يمتنع تردها

ولاجل الحصول على الغاية الاولى يذفي ابتداء ازالة الملابس الضيقة عن
المريض وتسكين روعه والحصول على هواء نقي جاف حار في اودنه ومن اعظم
الوسائط العصبية في هذا الشأن استنشاق الهواء المنضغط باجهزة مخصوصة

يمكن ندر الحصول على ذلك في أثناء النوب فانه في أثناء اقامة المرضى في
 الاماكن التي يوجد فيها أجهزة جبهية من هذا القبيل شوهد نجاح عظيم
 وقد شاهدت شخصاً مصاباً بوعصبى من مندسين فعل انفسه جهازاً
 مخصوصاً في بيته لاجل الحصول على خفة النوب بالهواء المنضغط والراحة
 العظيمة التي تحصل لامصابين به - ذا المرض من استنشاق الهواء المنضغط
 توجهها واضح فانه كلما كان توتر الغازات التي تستنشق بالتنفس عظيماً كان
 نفوذها في الدم بكمية عظيمة ايضا فعوق التنفس يمكن حينئذ تعادله بواسطة
 شده توتر الغازات المستنشقة وهناك واسطة أخرى بين الوسايط العصبية
 والوسايط الدوائية وهي استعمال قهوة البن اليمنى فنجاناً أو فنجانين منها
 وتعالى مقدار صغيرة من عصارة الاعمار المنخلجة فان كلا من هاتين الوسايطين
 ينشأ عنه راحة عظيمة في بعض الاحوال وفي أحوال أخرى قد لا ينشأ عنها
 ذلك بدون أن يجزم الطبيب بشئ من ذلك قبل تعاطى كل منهما واما الوسايط
 العلاجية المدوسحة حقيقة فهي الخدرات فينبغي للطبيب ان يأمر
 بتعاطى مقدار كاف من الافيون او الاستحضارات المرفينية متى كان
 التشخيص أكيداً وان لم يفرأ استعمال ذلك من الباطن يجب فعل الحقن
 تحت الجلد بمحلول المرفين وقد دللتنى تجاربي على عدم نفع صبغة الوباليا
 الموصى بها كثيراً في الربو العصبى (من عشر نقط الى ثلاثين) كل ربع ساعة
 أو نصف ساعة كما انى لأرى نجاحاً عظيماً كما يزعمون في شرب دخان ورق
 الداتورا كالتبغ في العود بأن يؤخذ منها من اثنتى عشرة نقطة الى خمسة عشر
 وتمزج بالتبغ او المريمية الطبية ومن شرب سجاير الداتورا المجهزة فضاء
 عن كونه احدث عندهم معظم المرضى التي شاهدتها المماثلة في الرأس متعباً وفي
 بعض الاحوال قد يحدث استنشاق الكلور وفورم فائدة عظيمة لكن ذلك
 وقتى وكذا الأبخار باستعمال حرق الورق المجهز على البارود (وهو أن يؤخذ
 الورق غير المذشور يغمر في محلول مركز من ملح البارود ثم يجفف) في أودة
 المريض وان لم يتحمل كثير من المرضى المصابين بالربو العصبى التنفس
 بالابخرة الناشئة عن ذلك فلا يحصل لهم راحة منه وفي احوال نوب هذا
 المرض الثقيلة ينبغي استعمال المقيبات التي تصح احياناً نجاحاً واضحاً وعند

اسقرار فوبة هذا المرض زمانا ولا ينبغي ان يعطى بدلا عن مقدار مقي من
الطرطير او عرق الذهب مقدار مهوع من ذلك وقد اوصى الطبيب (كولير)
باعطاء منقوع من عرق الذهب (من ٢ ديسيجرام الى ٥ على ١٥٠ جراما
من الماء اعنى من ٦ قعات الى ١٠ على ٥ اواق من الماء) مع خلاصة
البوساتلا (وتسمى ايضا بالانيون بوساتلا اعنى زهرة الرياح عند الالمانيين)
بقدر ٥ ديسيجرام اعنى ١٠ قعات ويضاف لاستعمال هذه الجوهر
الدوائية باطن الاستعمال المهيجات الجلدية ايضا سيما ذلك الصدف بزيت الترنطينا
المدفار ووضعه ايج خردلية على الساعدين والساقين والجمامات اليدية
والقدمية الساخنة فان المرضى التي تكون في حالة يأس ترغب كثيرا في كثرة
المعالجة مع التكرار لاجل الحصول على الراحة
ولاجل الحصول على الغاية الثانية اعنى عدم تردد النوب ينبغي في اوصاء
المريض بتجنب جميع الاسباب المضرة التي ينشأ عنها تردد النوب على حسب
تجارب المريض نفسه ويؤمر بامتثال ذلك مع غاية الدقة ولا يتأخر الطبيب
عن ذلك ولولم تكن الاسباب المظنون فيها احدات النوب متضحة وكان
الارتباط بين السبب والنتيجة غير واضح ايضا فمؤمر المرضى باقناء النور مثلا
في اودها وفتح ابوابها وذلك فيما اذا تكرر حصول النوب عندهم في مدة
النوم باودة مظلمة مغلقة وغير ذلك وتوصى ايضا بالاقامة في المحال الجافة
الهواء التي مع تجنب المحال المتربة الممتلئة بالدخان او ذات الرياح القوية
مع المعيشة المنتظمة واجتناب النوم المستطيل
واما الادوية المشهورة بانها تمنع تردد النوب وتشفى الربو العصبي شفاء تاما
فأولها الكين ومركباته وكلما كانت النوب قصيرة والفترات بين سامة منتظمة
حصل من هذا الجوهر رفح عظيم واما الاحوال التي فيها تردد النوب
بين فترات عظيمة غير منتظمة فلا يجدي فيها هذا الجوهر فانه الخيفة بل تجب
الى استعمال جواهر دوائية اخرى من رتبة الجوهر الدوائية العصبية وان
كان تأثير هذه الجوهر بالنسبة لتسوية تغذية الاعصاب ووظائفها مهمة
لينا ودلالات استعمالها وتفضيل بعضها على البعض الاخر غير واضح
بجهد اتناستعملها على وجه التجارب فقط وأفضل هذه الجوهر الدوائية

العصبية استعمالها هي الوسايط الدوائية العصبية المعدنية سيما كربونات
المنيد (من ٣ ديسيجرام الى ٥ اعنى من ٥ قعات الى ١٠ كل مرة)
وزهر الخارصين (من ١ ديسيجرام الى ٢ اعنى من قعتين الى ٤ كل مرة)
ونترات الفضة (من ٧ ميليجرام الى ١ سنتيجرام اعنى من قعة الى سدس
قعة كل مرة) والزرنيخ على شكل المحلول المعدني للطبيب (فواير) (من نقطتين
الى ٥ كل مرة) فهي أجود من شبيشة الهرو والحلابت والكاه-تور يوم
اي المنستر والسكافور

وعلى حسب تجاربي لم ينبت لي نجاح الدواء السرى للطبيب (أوبير) في هذا
المرض الذي هو مركب من (٢٥ جرام من بودورال بوتاسيوم في ٥ جرام من
منقوع البوليفيغالا على ٢٧٥ جرام من الماء المصفي - مضافا اليه ٥
ديسيجرام من خلاصة الافيون ومن كل من روح الليمون والشراب البسيط
١٠٠ جرام) والجوهر الدوائي القوي التأثير الداخلى في تركيب
هذه الواسطة العلاجية الثمينة الملقونة بلون أحمر زاهي بواسطة اللودة هو
بودورال بوتاسيوم ولم أجده في حالتي من هذا المرض العصبى الحض منقعة
واما في احوال ضيق النفس المصاحب للاتهاب الشعبى الشعبي الشغرى
او الالتهقزيم الرئوية المعبر عنه ايضا بالربو فقد شاهدت منه المنفعة العظمى
في احوال عديدة

• (المبحث الرابع) •

في تشنج عضلات التنفس

قد شرح في هذا العصر كل من المعلم (ويترش وبيرغر) احوال الامهمة
من ضيق النفس العصبى فيها يكون هذا الضيق ليس ناشئا عن تضيق تشنجي
في القنوات الهوائية الشعبية وتفرعاتها بل عن انقباض تشنجي في الحجاب
الخارجي اذ من الواضح ان التشنج التيقنوسى لهذا الفصل ينشأ عنه عسر عظيم
في حركات التنفس

ثم انه في هذا الشكل من ضيق النفس الذي لم يهلم كيفية حصوله واسبابه مع
الوضوح مثل ضيق النفس العصبى الشعبي تنفذ فيه الاغاط الصغيرة
الواصفة لهذا الاخير ووقوف التنفس في المرض الذي نحن بصدده يكون

فأصرا على حركة الزفير فان المرضى في اثنائه يتقبض عندهم عضلات
 البطن بقوة شديدة حتى يقهر بذلك الحجاب الحاجز المنبث في وضع شهيق
 التشنج التي تنبؤى له فيمنع الى أعلى فتصير البطن تبعاً لذلك في حالة انقباض
 صلب وتمضج حوا في عضلاتها اسمياً عضلاتها المسماة قمية وبانضغاط متصل
 البطن انضغاطاً شديداً يخرج كل من البول والمواد السائلة بدون ارادة
 ويكتسب المريض لونا من رصاصاً نورياً ويستطيل الزفير بقدر الشهيق مرتين
 او ثلاثة وتقل حركات التنفس حتى تصل الى عشر مرات او اثنتي عشرة مرة
 في الدقيقة الواحدة وهذه الشهيق القصير لا يحدث تحديداً في القسم
 الشراسبي في فلاته تدببه الاجزاء العلوى من الصدر وما جزؤه السفلى فانه
 يدفع نحو العمود الفقري ويتقبض وبالقرع يتضخ سقوط الحجاب الحاجز
 الى أسفل في اثنائه الزفير فان الصوت الممتلئ للرتة يتمدد بقدر قيراط او اثنين الى
 أسفل وكل من ضربات القلب واصميته ~~يكون~~ متزحزحاً الى أسفل بقدر
 ميزاب بين الاضلاع او اثنتين وبالتسمع لا يحس باللغظ التنفسي في اثنائه نوبة
 ضيق النفس ثم ان الاعراض التي شرحتها هنا لا تحتاج لتوجيه ما فان من
 الواضح ان الانقباض التشنجي للحجاب الحاجز يقيمه جميعاً كما ذكر وان
 اسقرت النوبة زمنياً وبلا فساد للمريض اما بسبب اضطراب الدورة
 الدماغية او عدم تمام التنفس اذ بذلك ينشعب الدم بمحض الكربون فيرتقي
 اللون السيانوزي الى أعلى درجاته ويصير النبض صغيراً والجلد بارداً وربما
 هلك المريض في الاحوال الثقيلة من هذا المرض في اثنائه نوبته وفي الاحوال
 الخفيفة من هذا المرض قد يأخذ الانقباض التشنجي في التناقص شيئاً فشيئاً
 فيزول كل من اللون السيانوزي وعسر التنفس بدون ان يصطبغ ذلك بنفث
 مخاطي

وفي الحالة التي شاهدها المصنف (بمصر) قد حصلت راحة عظيمة من استعمال
 النطولات الباردة واستنشاق الكلور وفورم والحقن تحت الجلد بالمرفين
 ومع ذلك انتهت تلك الحالة بالهلاك

(المبحث الخامس)

في السعال التشنجي

السعال التشنجي عبارة عن التهاب نزلي في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية
يتميز عن غيره من الالتهابات المزمنة للغشاء المخاطي في المسالك الهوائية
بـ كيفية حصوله وينوب السعال التشنجي الناشئة عن توران نوعي في
حساسية المسالك المذكورة

ثم ان كلامنا نعلق السعال التشنجي باسباب مضره غير معلومه جيداً
ونوعية وظهور هذا المرض ظهوراً وابتداءً في الغالب وانتشاره بواسطة اصل
معدية وفايته الاكيدة التي تمنع من عودته في حصول اول مره يذكرونا
بكيفية حصول كل من الحصبة والقرضية والجدري وغيرها من اشكال
الامراض التسممية الحادة التي تنتشر بها فيماتس ما في مقفله لكن الامر
المعلوم من ان السبب النوعي من السعال التشنجي ينتج عنه اصابة موضعية
وحيدة بخلاف الاصل المعدي في الحصبة والقرضية والقيحوس فانه ينشأ
عنه اصابة عمومية في البنية فيحدث مرضاً عمومياً يلجئنا الى تمييزه
المرض عن الامراض المذكورة وحيث ان معلومية التغيرات العمومية في
الامراض التسممية المذكورة مجهولة علينا فان جميع اعراض السعال
التشنجي يمكن توجيهها باصابة الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية اصابة
موضعية فن الجيد شرح هذا المرض من جملة امراض الاعضاء المتقسمة
ولو كان معدياً وليس المقصد من ذلك نفي كون السعال التشنجي وباقي
الامراض الوبائية المعدية التي لا تحصل فيها الاصابة موضعية يحدث من
تأثيرهم نوعي فالتالي انقول ان حصوله بهذه الكيفية ممكن فقط بل هو
الاقرب للعقل غير ان نوع التسمم وطبيعة الجوهر المسمم المعدي في المرض
الذي نحن بصدده ينبغي ان يكون مخالفاً بالكلية لما في الامراض التسممية
العامة فان النتيجة هنا مخالفة بالكلية

ثم ان هذا الرأي الذي ذكرناه لطبيعة السعال التشنجي من كونه عبارة عن
التهاب نزلي في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية متصحب بتوران عصبي
شديد في حساسيته لم يتبعه أعاب الاطباء فان منهم من يزعم ان السعال
التشنجي آفة عصبية في العصب المتخير او أقله ان هذه الآفة العصبية في
العصب المتخير المذكورة تنضم اليه هذا الالتهاب النزلي وهذا الرأي الاخير

مؤسس على الصفة التشخيصية لنوب السعال وعلى ان هذه لنوب تنعاقب
 بفترة تامة كغيره من الآفات العصبية ذات السير النوبي ومع ذلك فقد
 تحصل بطريق الانعكاس نوب شبيهة بنوب السعال التشنجي بل تماثلها اذا
 أثر مهيج شديد على الغشاء المخاطي الخنجري في الأشخاص السليمين سيما
 الاطفال كما اذا وصل الى الخنجرة اجسام غريبة ذات حافة حادة كقطع
 السكر او الملح الجاف وأثرت في الالاف الكثيرة الحساسية من الخنجرة وفي
 السعال التشنجي يكون الغشاء المخاطي في أعلى درجة من الحساسية بحيث
 ان المهيجات ولو كانت قليلة الشدة او غير مدر كتحداث نوب باسعالية تعتبر
 ظواهر انعكاسية غير متوقعة بمرض عصبي في انصب الخنجرة فنوران حساسية
 الغشاء المخاطي المريض يكفي بافراده في توجيه حصول نوب السعال
 الشديدة الحاصلة بطريق الانعكاس وأما السعال والنوب الخاص بهذا
 المرض فسنبينه عند الكلام على الاعراض

ثم اعلم ان السعال التشنجي الافرادى من النوادر العظيمة جدا وبعبارة
 أخرى المؤثرات المرضية التي ينشأ عنها التهابات نزلية في الخنجرة والشعب
 يكاد لا يحدث عنها طلقا مهيج شديد مستمر في الغشاء المخاطي من هذه
 الاعضاء كما يحصل ذلك من المؤثرات الوبائية غير الواضحة التي ينشأ عنها
 السعال التشنجي ومن هذا القبيل يشاهد ان كلامن الاسهال والتي
 الحاصل حصولا ذاتيا لا يصل البتة الى درجة الاسهال والتي الوبائي اى
 الكوليرا وهذ التشبيه وان كان غير تام الا انه يثبت الآن ان الكوليرا
 تنبع عن تسمم الدم بخلاف السعال التشنجي فانه الى الآن لم يثبت انه ناشئ
 عن تسمم الدم بجوارحه مضره

ثم ان وباء السعال التشنجي يتلطفن خصوصا في فصل الشتاء والربيع بدون
 ان يتلطفن بالكلية في الفصول الحارة من السنة ويعقب وباء القرمزية
 والحصبة او يصعبه والظاهر انه يحصل في بعض الاحوال انتشارا أصل معد
 ويكون هذا الاصل ذا قوة شديدة يصيب الامهات أيضا والحاضنات أعني
 يصيب الكبار الغير العرصة لهذ المرض ويظهر ان الاصل المعدى لهذ
 المرض يكون متشبها بافراز الغشاء المخاطي المريض وتجنهه وأما درجة

انتشاره وبقاى اوصافه فليست معلومة لنا والاسم استعداد للاصابة بالسعال
التشنجى يشاهد خصوصا عند الاطفال الذين تجاوزوا سنة ويكاد ينطفئ
هذ الاستعداد اربا بعد اصابة الطفل بالمرض مرة كما انه يزداد بجميع
المؤثرات المرضية التي تحدث التهابات نزلية وبالتحجيز الترنى ولو الخفيف الذي
يحصل فى الغشاء المخاطى من المسالك الهوائية عقب تأثير البرد ونحوه وكل
من تأثير البرد والالتهابات التزلية الخفيفة المهملة فى معالجتها يمكن ان يصير
سببا موقعا للسعال التشنجى كما ان التباعد عن التدبير الصحى والاسهالات
التزلية قد يكونان سببا موقعا للكوليرا أيضا والاستعداد للاصابة بالسعال
التشنجى يتناقص بالتقدم فى السن ويكاد ينطفئ بالكليبة عقب الاصابة به
المرض اول مرة

(الصفات التشريحية)*

حيث كان من المظنون ان السعال التشنجى مرض عصبى فقد بحث فى الجنة
مع الانتفات السكلى عن الحالة التي عليها العصب التحير والخنق المستطيل
فقد قيل انه وجد فى بعض الاحوال ان غمد العصب التحير مرر تشنج منقح
والعقد الشعبية المجاورة لهذا العصب التي يمكن ان تكون ضاغطة عامه
منقحة ومتزايدة فى الحجم وان الخناق المستطيل محتمل وكذا اغشيتيه لكن
هذه المشاهدات تعد وحيده واما الاحوال التي لم يوجد فيها بالبحث
التشريحى ادنى تغير فى الاعصاب والاعضاء العصبية المرصنة فهي
كثيرة جدا

ولاشك فى ان الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية يعتبره على الدوام تغيرات
تشريحية لكن يصر عليها جدا اثبات وجودها فى الجنة ولكون الغشاء
المخاطى لانهوات الهوائية الغليظة يحتوى على كثير من الالياف المرنة لا بد
وان احتمانه البسيط الموجود مدة الحياة يزول بعد الموت بدون ان يترك
أدنى أثر كما انه لا يمكن التحقق من وجود الانتفاخ الخفيف فى الغشاء المخاطى
ورخاوته ونضجه به بعد الموت أيضا ومع ذلك فالفرق العظيم بين الطواهر
المرضية الموجودة مدة الحياة والتغيرات التشريحية بعد الموت فى السعال
التشنجى لا يستغرب فانه يوجد أيضا فى غير هذ المرض من الاصابات

النزلية للمسالك الهوائية ويوجد في جثة الهالكين من هذا المرض غالباً
تغيرات تشير بحجة واضحة وهي عبارة عن أثر المضاعفات التي أحدثت
الانتهاك المحزن وتلك التغيرات لا توجد في الاحوال البسيطة من هذا المرض
فانه يندر أن يؤدي للموت في هذه الحالة الاخرى وتلك التغيرات عبارة عن
التقدم للحالات الرئوية الشهيق المستمر الذي كثيراً ما يشبهه بالانفزيما
الرئوية وعن الهبوط الرئوي الممتد والالتهابات الرئوية النزلية المختلفة
الدرجة ويندر وجود التهابات ليفية في المسالك الهوائية والرئتين والسحايا
أو استسقاء دماغي

* (الاعراض والسير) *

يتميز عادة للسعال التنسجي ثلاثة ادوار وهي الدور النزلي والدور التنسجي
ودور الانحطاط او الجحيم فاما الدور النزلي ففي كثير من الاحوال يتبدى بحمى
نزلية شديدة يكون فيها الجحرار في الملتحمة وفزع من الضوء ويعدب المرض
فيها بسعال مؤلم وعطاس متوال وفي هذه الحالة لا يمكن الطبيب ان يظهور
سعال تنسجي مالم يكن له معرفة من قبل بتساطن وباء هذا المرض فلا يعتبر هذا
الالتهاب النزلي المنتشر ابتداء لهذا المرض ولو ظهر فيما بعد بجميع اعراضه
بل يعتبر مرضاً سابقاً عليه وفي العادة يزول بعد بعض أيام كل من الحركة
الجيدة واحمرار الملتحمة والفزع من الضوء والالتهاب النزلي في الغشاء
الخاطي الا ان في سعال يسقروا يصير متعصياً ويمتلئ القم والحلق بعد
السعال بكمية عظيمة جدا من المواد الخاطية اللزجة الشفافة ووجود هذا
الافراز اللزج الغزير بخصوص الذي هو من الاعراض الواصفة لسعال
التنسجي ولو مدة دوره الماني بصير تشخيص هذا المرض كيداً واما قبل
يكتسب السعال وصفة مخصوصة فيه صلح بطواهر انعكاسية شديدة في عضل
الخنجرة وانسداد تنسجي في فوهة المزمار وحينئذ يتبدى الدور التنسجي من
هذا المرض

ثم ان نوب السعال يتبدى ببلغط مستطيل حاد صغيري (وهذا يحصل من مرور
الهواء الداخل ببطء من فوهة المزمار المتضائق) ثم يعقب ذلك بسعال زفيرى
قصير مقطوع (وذلك لان الهواء الخارج مع الزفير بشدة لا يمكنه فتح المزمار

الوقتيا) ينقطع بالشهيق المستطيل الرنان وكل من الشهيق المذكور نوب
السعال المقفودة الرنانية يتعاقب الى ان ينقذف الانفraz المخاطي اللزج بعد
دقائق قليلة ويخرج من الحلق الى الخارج بسد الامهات أو بمحركات التي
وهو الغالب مصحوبا بالمواد الحموية عليهم المدة وبالانقباض التنسجي
للمزمار مدة فعل مجهودات الزفير الشاقة يمنع كما تقدم اسه تقراغ الاوردة
الودجية اى انه يحدث نوباس ياتوزية حادة فتصير الاطفال مدة النوبة ذات
لون احمر اذا كان او من رفق وينتفخ الوجه وتدمع العينان وتجمظ من
الجحاجين ويفهر اللسان تخيما مررقا والطفل تكون هيئته شبيهة بحالة
الاختناق ولا يندم مدة النوبة حصول نزيف من الانف والقم والاذنين
أو تمزق في أوعية الملتحمة فيرتشح الدم اسفل منها بحيث تتغير هيئة الاطفال
مدة أيام أو أسابيع

والتي الذي ينقذف به جميع متحصلة المدة في الاحوال الثقيلة كل نوبة
سعال كغيرها لا يكون هو العرض الوحيد لانضغاط متحصل البطن مدة نوب
السعال الشديدة بل قد يشاهد كذلك خروج البراز والبول بدون ارادة
أو فتوقا وسقوط في المستقيم او نحو ذلك وفي العادة تسبق نوبة السعال التي
تتردد اربع وعشرين مرة أو ازيد في ظرف اربع وعشرين ساعة باحساس
دغدغة في الحلق والاطفال عنه ادورا كهذا ذلك تخشى من حصول النوبة
فتنفض فازعة الى مراضها وتبحث عن نقطة ارتسكاز للرأس او تبتدى في
البكا وعقب زوال النوبة تبقى في حالة هبوط وملال وتحس بالام على طول محل
انتعاش العضلات البطنية ثم ترجع الى حالتها بعد زمن قصير وتعود الى اللعب
ثانيا وتأكل بشهوية الى أن تستكدر الراحة بنوبة أخرى

وتقلب الظواهر المرضية المذكورة هو الذي ارتسك النوبة في القول بأن
السعال التنسجي مرض عصبى في العصب المتخبر نعم لا ينكر ان نوب السعال
التنسجي ليست على الدوام نتيجة لسبب ظاهري مدرك ولو أنه كثيرا ما يحترض
حصول النوبة كل من التلهك بصوت عال والضحك والبكا والازدراد بل
من الواجب الاعتراف به أن نوب السعال يكتر حصولها غالباً مدة الليل بدون
انخفاض درجة حرارة أو دة المريض وان من العمر جد الوقوف على

الاسباب التي ينشأ عنها هذا الامر المشاهد يمكن ان سأل الطبيب الامهات
 الفطنة او شاهد بنفسه طفلا ناعما استيقظ بنوبة سعال تشنجي تحق من ان
 نوبة السعال تسبق بخرخرة مخاطية خفيفة مدركة في الحنجرة ولو بمدة قصيرة
 جدا واذ انظر في حلق الطفل عند ابتداء السعال يوجد البلعوم ممتلئا بمادة
 مخاطية لزجة تنهمى عند انقضاء نوبة السعال كما ان تجمة بوقظها ثم انه متى
 انقذف الافراز المخاطي لا يبدوان يمضي زمن طويل حتى انه يتجمعه ثانيا يحدث
 نوبة سعال جديدة وبذلك ينشأ شبه تقطع وسيزدى نوب ثم ان كل نوبة تكون
 سببا في تجميع الغشاء المخاطي الحنجري وكلما كان هذا التجميع شديدا كان
 تجميع المواد المخاطية ثانيا سريرا وكان ظهور النوبة الجديدة اكثر قربا
 ثم بعد استقرار دور التشنج ثلاثة اسابيع او اربع وفي احوال اخرى مدة
 ثلاثة اشهر واربع يتبدى دور الانحطاط فيقد الافراز المخاطي السنزلي
 لزوجه وشفافية ويصير مائعا مصفرا غير شفاف بمعنى ان الافراز الفج يصير
 تضيحا وتغير الافراز هناديل كذلك على ان احتمان الغشاء المخاطي الحنجري
 وتجميعه حصل فيهما تناقص عظيم فالموثرات البادية الخفيفة لا يمكنها الحدوث
 نوب السعال التشنجي بل وتصير هذه النوب قصيرة لسهولة انقذف الافراز
 المخاطي وتلطف المركات الانعكاسية عقب تناقص تجميع الغشاء المخاطي
 ويزول التي الذي به تنهمى نوبة السعال ان لم يؤثر تأثيرا جديدا في الغشاء
 المخاطي الحنجري مهيجمات قوية جدا فتحدث نوب سعال شديدة جدا
 كالاتي دائمة وحصول النكلمات في هذا المرض قريب ان لم يحفظ الطفل من
 موثرات مضرة جديدة فان الغشاء المخاطي يصير كثيرا الحساسية جدا ولو بهد
 شفاء الطفل بالكلمة فمكون كل نزلة خفيفة مصحوبة بسعال تشنجي وتضيق في
 المزمار بحيث يذكرنا المرض القديم الذي كان قد اعترى الطفل أولا
 وأما بالبحث الطبيعى فلا يستدل على علامات واضحة في أثناء الفترات فان
 صوت القرع يكون طبيعيا ولا يدل التسمع الاعلى على علامات التهاب نزلي وما
 عدا ذلك من الظواهر المرضية خاص بالاضاعفات وصوت القرع في اثناء
 النوب مادامت دفعات الزفير القوية مستمرة يكون تبعا قول الملم وقمرش
 قصيرا ضعيفا أصم وهذه الظاهرة مبنية على كون الهواء المنحصر في الرئتين

يعتريه ضغط عظيم في أثناء ذلك بحيث أنه يحدث ضغطا في جهته على صدر الصدر وجوهر الرئة فيمتد ما تمد عظيم فلا يحصل فيها اتساع واضح عند القرع عليهم أو بالتسمع لا يحس مدة الشهيق العميق الرنان اللغظ الطبيعي في التنفس بل المسموع الغطص فيمضي عمدا وفي أثناء الزفير المقتطع لا تسمع الغاط تنفسية واضحة ولو ان الأذن تدرك ارتجاج الصدر

وفي أغلب الأحوال ينتهي السعال التشنجي بالشفاء والعمامة نعمة. إن ذلك لا يمكن قبل الأسبوع الثامن عشر إلى العشرين وهذا الاعتقاد محجل للطبيب وخطر بالنسبة للعوام فإن ذلك يقعهم في الإهمال والتراخي وبالجملة العقلية الآتية يكاد أن المريض يشفي في ظرف أربعة أسابيع أو ستة

وفي الأحوال الأخرى غير نادرة ينتهي هذا المرض بشفا غير تام فقد يخلقه فتوق مبرية أو أربية خصوصا الضحلال الجوهر الرئوي وتمدد الألياف الرئوية الذي سنسميه بالانقباض الرئوي ونشرحه في مجتمها وهذه الانقباضات التي تخلف السعال التشنجي هي السبب في بقا ضيق التنفس في كثير من الأطفال الذين اعتراهم هذا المرض مدة الحياة وأما القول بأن السعال التشنجي كثيرا ما يخلفه الدرن الرئوي فلا نقول به على إطلاقه فإنه كان يصح قبول هذا القول مدة ما كان معنى السل الرئوي والدرن الرئوي واحدا فإن كثيرا من الأطفال من يملك ولا يدمن السل الرئوي به. نذوال السعال التشنجي بزمن كثيرا الطول أو قليلا. لكن شكل السل الرئوي الذي يتهلك به من النادر أن يكون هو السل الدرني أعني تكون عقد درنية دخنية في الرئة وليتم أو تلاشيها فيما بعد بل أغلب الأطفال الذين يظهر عندهم علامات السل الرئوي بعد نزوال السعال التشنجي ببعض أسابيع أو أشهر يكون معتريهم التهابات رئوية نزلية مزمنة يستعمل فيها الجوهر الرئوي المتهيب إلى مادة جينية ثم تلاشيها ويتبدد فحينئذ التهاب الرئوي النزلي المضعف للسعال التشنجي لا يتحلل بل ينفث في عماد كونه وهذا الشكل من السل الرئوي أكثر حصولا من السل الرئوي الدرني

وأما التهابات الحزن فيمكن أن يكون نتيجة المضاعفات وإن كان بعضها ناشئا عن امتداد المرض امتدادا غير طبيعي أو عن اشتداده وارتقائه جدا فإن

الالتهاب متى تجاوز القروح الشعبية الرفيعة ووصل الى الخلايا الرئوية نشأ
 عن ذلك التهاب رئوي نزلي واما ان انسداد بعض القروح وبقي به هذه المنابة
 على الدوام ولم يمكن وصول الهواء الى الحويصلات الرئوية المنتهية هي فيها
 فالهواء الموجود في هذه الحويصلات يتمصق فتميط الخلايا الرئوية وتلاصق
 جدرانها فيمنشأ عن ذلك الالتهاب الرئوي اي هبوط الحويصلات الرئوية
 وقد ذكرنا فيما تقدم ان جميع الاحوال المنتهية باوت يكاد يظهر فيم ابدون
 شك بقايا هذه المضاعفات ومتى شوهد في طفل مصاب بالسعال التشنجي ان
 نوب السعال فقدت صفتها التشخيصية الخاصة وانضغض في النقص وتكررت
 في اثناء سير هذا المرض الحمي وارتفعت حرارته اذ يديه جدا واضطرب نوم
 واعتراه في اثناء الفترات سعال قصير جاف فينبغي في مثل هذه الاحوال البحث
 عن علامات الالتهاب الشعبي النزلي او الالتهاب الرئوي المتعدد
 او الالتهاب الرئوي النزلي

وأسهل ذلك معرفة طر والالتهاب الحنجري اللين والتهاب الحويصلات
 الرئوية اللين أيضا وذلك اما بسبب كون ابتداءه يحصل بأعراض شديدة خاصة
 به أو بظهور الاعراض الواضحة الخاصة بالمضاعفات النادرة من المذكورتين
 وأما الظواهر الخفية التي تطرأ أحيانا في اثناء سير السعال التشنجي فلا يكاد
 يكون ناشئا عن السمكة الخفية او الالتهاب السحائي او الاستسقاء الدماغى
 فان اوعية المخ السليمة اي ذات التغذية الطبيعية لا تقرب بسهولة منها
 كانت شدة الضغط الجانبي الواقع عليهم من محصلها أو كل من الالتهاب
 السحائي والاستسقاء الدماغى الحادى لا يكفي في حصوله مجرد الاحتمان
 البسيط في المخ وأعشيقه وان ظهرت في اثناء سير السعال التشنجي تشنجات من
 النادر أن تكون اعراضا للاعراض الخفية الثقيلة ويندر أن تكون خطيرة
 مهددة للحياة ويوجه حصولها اما بالاحتمان الوريدى البرهى او بارتشاح
 مصلى في جوهر الدماغ مع انبعاثية تابعة وانما الظواهر انمكاسية عامة
 * (التشخيص) *

حيث لا يمكن تمييز نوب السعال المنفردة التي تصحب السعال التشنجي طبعا
 لرأيتا عن نوب السعال التي تشاء في الالتهاب الشعبي النزلي الناشئ

عن تأثير البرد ولا عن التي تعقب دخول اجسام غريبة في الخبيجة ولا التي
تعقب بعض المؤثرات الواهية عند ارباب الحساسية العظيمة كالنساء
الاستيريات وان اوصاف نوب السعال في السعال التشنجي مرتبطة
بالنواميس النفسية ولو جبهة المتسلطنة في هذه الاحول المرضية فلا فائدة في
ذكر التشخيص التمييزي بين نوب السعال في كون السعال تشنجيا او غير
تشنجي وظهور هذا المرض ظهورا وبائيا وكونه لا يكاد يظهر الا في الاطفال
وكل من استعصا اعراضه واستمرارها يمنعنا عن الخطا واحتملاطه بغيره
وتفقد عالميا الظواهر الانعكاسية في عضلات المزماع عند الاطفال الصغار
جداسيما الرضع المصابين بالسعال التشنجي وكذا يفقد الوصف الخاص
بالسعال في هذا المرض فان المرض في هذه الحالة لا يمكن ان يعرف ان لم يعتبر
كل من الوبائي المتسلطن والافراز المخاطي اللزج الغزير الذي يشاهد عندهم
كذلك

(الحكم على العاقبة)

ما ينبغي معرفته انه من النادر جدا حصول الاختناق للطفل او الاصابة
بالسكتة بعد النوبة فلا يحصل للطبيب فزع اذا حضر وقتها ودقات
التجارب على ان الامهات في الابتداء يصرن في حالة رعب وقلق ثم لا يهتمن
فيما بعد بحالة الطفل بل ينتظرن مع السكون انتهاء الاسبوع الممتم للعشرين
الذي ينتهي فيه المرض حسب اعتقادهن بدون ان يلتفتن الى ملاحظة
الطفل الى انتهاء هذه المدة والاطفال الذين يكون سنهم بعض اسابيع او اشهر
يكون خطرهم أكثر لا اعدم سد تعقب بوتال منهم ولا يكونهم عرضة للاصابة
بالسعال فانوز الازرق عقب سهولة اختلاط الدم الوريدي بالدم الشرياني بل
بسبب كونهم هم يكون بسهولة من اى التهاب نزلي شعبي فان الشعب عندهم
اضيق قطرها فتسد بسهولة والانسكازياوعوق التبادل الغازي ولو بدون
الانسكازياهم دحياهم وقد ذكرنا فيما سبق مفصلا الخطر الذي يمكن
حصوله من المضاعفات كما ذكرنا ايضا الامراض التابعة

(المعالجة)

حيث ان السعال التشنجي يكاد يكون دائما مرضا وبائيا وينتشر منه أصل

معد فالعاجلة الواقعة تستدعي اذا أمكن تجنب المحلات المتسلطن فيهما او بقاء
 هذا المرض وعزل السليمين من الاطفال عن المرضى سيما من كان يخشى
 عليهم من خطر هذا الداء كالأطفال الخديثي السن والضعفاء البنية وأرباب
 البنية الخنازيرية

ولما كان الاستعداد للاصابة بهذا المرض يزداد عند حصول التهابات نزلية
 في المسالك الهوائية أو وجود الاسباب المحرصة لمصلحتها يلزم ولا بد من حفظ
 الاطفال من البرد مدة تسلطن وباء السعال التنجبي ومعالجة الالتهاب
 الشعبي النزلي البسيط مع غاية الاحتراس والدقة كما أنه في زمن الهمضة ينبغي
 ابقاء الاشخاص باتباع تدبير صحي جيد ويعالج الاسهال ولو الخفيف بغاية
 الاعتناء مع اعتباره اذ ذلك مرضا خطرا جدا وقد اوصينا بحجز الاطفال زمن
 تسلطن وباء السعال التنجبي في اودهم على الدوام عند ظهور اذنى سعال
 خفيف وحفظ درجة حرارة هذه الاود على نسق واحد لا يوازيها وتعادينا
 على ذلك عدة أسابيع فكانت النتيجة عدم اصابة كثير من هؤلاء الاطفال
 بالسعال التنجبي بخلاف غيرهم من بقية اطفال العائلة بعينها فانه بعد ظهور
 السعال الخفيف عندهم ولم يحتسروا كما ينبغي اصابوا بالسعال التنجبي
 وأما معالجة السيبية فلا يمكن اتمام ما تستدعيه حيث لا قدرة لنا على ابعاد
 المؤثرات المرضية النوعية المتسلطنة تسلطنا وبأثيرها ومن الجائز أن يكون
 النجاح المبين الذي تحصل عليه المرضى المصابون بالسعال التنجبي بكثرة عند
 انتقاهم من الحال المتسلطن فيها هذا المرض ناشئا عن امتناعهم وتجنبهم
 لتأثير السبب المحدث لهذا المرض المتجدد على الدوام ولذا كان من الموصى
 به تغيير الحال المتسلطن فيها هذا المرض تغيرا وقتيا والذهاب الى محال ذات
 صحة جيدة وأمام معالجة المرض نفسه فاستدعي نفس المعالجة الموصى بها في
 الالتهاب النزلي الخنجري الشعبي غير الوباني وجعل السعال التنجبي عبارة
 عن التهاب نزلي يمنعنا عن البحث والميل للاعتقاد بوجود اودية نوعية مضر
 لا فائدة فيه ويلجئنا لاتباع تدبير صحي ذي فائدة لا يعتد به كثير من اطباء
 الذين يرون ان السعال التنجبي مرض عصبي وذلك مضر بالاطفال جدا
 فلا ينبغي اصلا استعمال مضادات التشنج المعدنية كاستحضارات النحاس

والخارصين وتترات الفضة كما انه لا يجب استعمال مضادات التشنج النباتية
 كالواريانا والحلتيت والسكاستور يوم وغيره وكانه ينبغي رفض استعمال
 الذرايح والفوصة وورالزرنج بالكلمة ومما يعد من السخرية استعمال قشور
 البنور الجدرية الجافة من الباطن وكذلك البلاد ونالست دواء نوعيا
 في السعال التشنجي فلا ينبغي حينئذ استعمالها الا اذا استدعت المعالجة
 العرضية استعمال المسكت في السعال التشنجي
 ولا يخفى ما ذكرناه عند الكلام على المعالجة التي اوصينا بها في الالتهاب
 الشعبي النزلي الحاد من ان منقعة ملح النوشادر والاستحضارات الالتهابية
 مشكوك فيها بالكلمة فلا نوصي باستعمالها في السعال التشنجي وانما في
 هذا المرض نوصي باستعمال الطريقة المبرقة كما اوصينا باستعمالها في معالجة
 النزلات الشعبية الحادة والزمنة وقد زعم الشهرير (أبولسبير) أنه يحفظ درجة
 حرارة معتدلة في اوددة الطفل المريض وعدم خروجه منها يتوصل بذلك بفردة
 الى الشفاء التام من هذا الداء في بعض اسابيع وهذا القول وان كان فيه
 مبالغة الا انني من منذ ما اطلعت عليه وانما تتبعه بقاياه الاهتمام والنجاح ولم
 ازل اوصي به على الدوام فان كان المرض حديشا اوصي بحفظ الطفل في
 فراشه في حالة تخبير جلدي تخفيف وينبغي أن تكون الاطفال الصغار مع
 امهاتهم او مرضعاتهم في فراش واحد ليسهل احدات التعريف لاني
 ارجو صحة مثلا ومع ذلك ينبغي ان اعناقهم برباط من الصوف ويوضع على
 صدورهم خرق الصوف كما اوصينا بذلك فيما سبق وفي اثناء الفصل الحار من
 السنة لا مانع من اخراج الطفل من اودته في الهواء المطلق انما ينبغي التنبيه
 بارجاعه فيما قبل المساء وقبل حلول البرودة ويعطى له مع ذلك ماء سلتري
 مشروبا ما فاترا أو مزوجا بالبن الفاتر وبالجملة ينبغي معالجة الاطفال
 المصابين بهذا المرض مثل معالجة الاطفال المصابين بنزلات في المسالك الهوائية
 ليست ناتجة عن اسباب نوعية بل عن تأثير البرد وغيره من المؤثرات المضرة
 ومن الجائز حصول النجاح بمعالجة هذا المرض بواسطة الجوهر الدوائية
 المستنشقة على هيئة الرز كنجاحها في معالجة نزلات المسالك الهوائية انما
 ليس عندنا مشاهدات عديدة كافية في تأييد حقيقة هذا الامر

واما المعالجة العرضية فتستدعى اولاً استعمال وسائل علاجية بهم ايمن تقصير
 نوب السعال وتقصير عددها اذ من العلوم ان هذه النوب كما انها نتيجة
 التهيج المنزلي الشديد في الغشاء المخاطي الخجيري تكون حافظة لشدته وقد
 ذكرنا فيما تقدم انه كلما كانت نوبة السعال الاخيرة اقوى واطول كان تهيج
 الغشاء المخاطي وتأنس به الناشئ عن قوة احتكاك الهواء المار عليه وازدياد
 اقرازه وتكرار النوبة مرة ثانية أسهل حصولاً مما يمكن تسكين نوب السعال
 وتقليل عددها امكن بذلك تنقيص مدة نوب هذا المرض وقصرها وبذلك
 ينتهي هذا المرض بسرعة وحسنه ثم من المهم في شفاء السعال التشنجي تقليل
 عدد النوب وتنقيص شدتها كما انه من الضروري في بحجة الصوت المستعصية
 منع التكلم بصوت قوى ولابد الحصول على هذه الغاية ينبغي ايصاء اهل
 الطفل ذوى التعقل والادراك بان يشاهد مع اللطف لابطال حركة السعال
 ما يمكنه عقب خروج النفث وانقذافه الى الخارج فان جزءاً من السعال
 يحصل من جهة بكيفية غير ارادية ومن جهة أخرى يمكن مقاومته تهيجه
 بالارادة وتقصير نوبه انما يجب على اهل الطفل مراعاة هذه النصيحة
 والتمسك بالارادة ولا يتلقون من عدم حصول الغاية المطبوبة من ذلك بعد
 مضي ايام بل يداومون على ذلك ولو جهله اسابيع والظاهر ان مقاومة
 البالغين لمركبة السعال وعدم الانقياد لما يحرضه امر يصلح ان يدفع به السؤال
 عن ذلك بما يحصل له ان يقال ما السبب في ان هؤلاء كانوا عرضة بكثرة
 كذلك للاسباب التي تعترض الاطفال ان ظهرت عندهم نزلات في المسالك
 الهوائية لاتصل معهم الى شدة النزلات التي يجمع اعراضها به برغمه
 بالسعال التشنجي

والذي يساعدها بالكتابة على نجاح الوساطة السابق ذكرها استعمال مقدار
 صغير من ثاني كبريتات الصودا او البوتاسا عند الاحساس بقرب نوبة
 السعال او سماع خرخر ضعيفة في الخجيرة فان القلوبات الكبريتية تمتص
 تماسك المواد المخاطية ولزوجيتها كما هو معلوم وبذلك يمكن تقليل لزوجة
 المواد المخاطية المتراكمة حول اسنان المزمار فحينئذ يسهل قذفها ويعقب ذلك
 سرعة انتهاء النوبة وحيث كان الامر كما ذكرنا فاستعمال القلوبات الكبريتية

مطابق للتجارب والنظريات معا

ومن المركبات الدوائية المستعملة بكثرة في السعال التشنجي ما نذكره وهو الجرعة الآتية ذكرها

ح	١٢	=	٥٠	دودة نباتية
جم	١	=	١٠	كربونات البوتاسا
ق	٣	=	٧٠	ماء مقطر
ق	١	=	٢٠٠	شراب بسيط

فيعطى من هذه الجرعة ملء ملعقة صغيرة عند قرب النوم والظاهر ان فحاح هذه الجرعة النام وتقصير نوب السعال الناتج عنها انما هو للقلاويات السكرينية للدودة ولذا كان شرب نصف كوبه من ماء الصودا زمنا فزمننا ينتج عنه عين هذا التأثير ولا ينبغي ترتيب تعاطي هذه الجرعة عن كل ساعتين ملعقة كما يوصى به غالبا بل المدار على وجود مواد مخاطية لزجة متجمعة وقرب نوبة السعال وبهذه المثابة يسهل على أهل الطفل مداومة الاستعمال حيث يتضح اهم انها تسهل السعال وتقلل نوبه وتقصرها جميعا في انما احتمال السعال بسهولة

ثانيا لاجل تقصير مدة نوب السعال وتنقيص عددها وتلطيفها ايسر تدعى الحمال لاستعمال الجواهر الدوائية المخدرة وقد اعتبر كل من المقدرات الدوائية العديدة لهذه الرتبة العظيمة من اخفها وهو خلاصة الخس البري الى اقواها وهو حمض السيمانديك نوعيا في السعال التشنجي ولا سيما البلاد ونا قانها اشتهرت بذلك ولا يلزم التكرار في كون فعمل الجواهر المذكورة المسكن يمكن ان ينتج عنه قصر مدة سيره في المرض لكن حيث يعسر على الاطفال تحمل هذه الجواهر لكونها تحدث عندهم احتمقات مخجة ووجب الاقتصار في استعمالها على الاحوال التي يكون فيها خطر المرضى يزيد عن الخطر الذي يمكن ان ينشأ عن الجواهر المخدرة المذكورة فلا تستعمل الا في الاحوال التي يتقذف فيها متحصل المدة بقول التي وتضطرب التغذية بهما لذلك وعقب استمرار السهد وعدم النوم وفي الاحوال التي فيها عوق استقر اغ أو ردة المخمدة النوبة ينتج عنه اعراض انضغاط المخ

اوالتشنجات ونحو ذلك فان الاحتقان الحظي الذي يؤدي اليه استعمال
الجواهر الذوابية المخدرة مشكوك فيه والظاهر ان البلاد والاقضية عن
غيرها من الجواهر المخدرة لا يكون تمدد الحديقة الناتج عنها يكون واسطة
للملاحظة تأنيها ومقوجت دلالات استعمال البلاد ونواجب اعطاء
الاطفال الذين سنهم من ستمين الى أربعة $\frac{1}{8}$ قحمة صباحا و مساء مع الارتقاء في
المقدار حتى تصل الى $\frac{1}{4}$ قحمة ويندر أن يزيد عن ذلك ويدوم على تعاطي
الجواهر المذكور حتى يحصل تمدد الحديقة وقال المعلم (تسوس) ان الاجود عدم
تجزئة المقدار الذي يعطى يوما بل يعطى مرة واحدة وذلك لانه ليس من
الضروري الزيادة التدريجية في تعاطيه حتى يتبدد في ظواهر التسمم
والاطفال المتقدمون في السن الذين لا يتخشى عليهم من استعمال مركبات
الافيونية لا مانع من ان يعطى لهم مقدار صغير من المرفين نحو $\frac{1}{12}$ أو $\frac{1}{8}$
من قحمة كل يوم محلولا في ماء اللوز المتر كما وصى بذلك كثيرا الطبيب (ويست)

او يعطى لهم بعض نقط من صبغة الافيون
وأما دلالات المعالجة العرضية فانه تدعى في الاحوال التي يوجد فيها
تراكم افراز مرضي في التفرعات الرفيعة من الشعب قذف تلك المواد فانه
زيادة عن خطر تراكمها في حد ذاته يحدث انسداد الشعب هبوطا في الخلايا
الرئوية المعروفة بالانبيكا زيا وسند كرتفصلا عند التكلم على التهاب
الرئوي النزلي ان هذا المرض ليس عبارة عن امتداد التهاب من الغشاء
الخطاطي الى الخلايا الرئوية فقط بل انسداد الشعب وهبوط الخلايا الرئوية
الذي يحدثه هذا الانسداد من الاسباب المهمة ايضا للحدثة لهذا المرض
بكثرة ولذا مدحت المقيمات بكثرة في معالجة السعال التشنجي لكن لا ينبغي
استعمالها الا عند وجود الدلالات الواضحة فلان استعمال كل يومين او ثلاثة
بدون داع كما يفعل عادة وكما كان الطفل صغيرا وشعبه رفيعة وكان خطر
انسدادها عظيما كان تكرار استعمالها مع ملاحظة الطفل واجبا حتى
أحسن بخراخر مخاطية عقب نوب السعال حالا وازداد ضيق النفس وسمع
ضعف التنفس الحويصلي في بعض الاصغار يلزم المبادرة باستعمال المقيمات
ولا ينتظر ظهور علامات تحبون الدم غير النامة فكما انضمت الاعراض

السابقة تعطى طالع التكرار وأما الاحوال التي لا يتال الطيب فيها
فبجانبه المتصووله من المقيمات فتوجبها لا ينحصر في كون الظواهر
الانعكاسية من التي تتم بصعوبة عند ابتداء التسمم بجمهض الكربون فقط
بل من كون المواد السادة للشعب لا تنقذف بمجرد الضغط الميخانيكي الواقع
على الرتئين من عضلات البطن المنقبضة

وبالجملة فإن المعالجة العرضية تستدعي سيما في الدور الثالث من هذا
المرض استعمال التدبير الغذائي المقوي والجواهر الدوائية المقوية أيضا
كأمراق اللحوم والبيض والنبيد والمربكات الحديديّة إذا ظهرت اعراض
فقرا الدم وقلته وبهتة اللون ونحو ذلك من الاعراض التي ينبغي في المبادرة
في معالجتها

* (الفصل الثالث في امراض الجوهر الرئوي) *

* (المبحث الاول في الضخامة الرئوية) *

متى وجدت الرئة متزايدة في الحجم فالغالب أن لا تكون في حالة ضخامة بل
منسوجها يكون بعكس ذلك في حالة ضمور اى متلاش او مختلط وسنذكر
شكل عظم حجم الرئة موضعا في المبحث الثالث عند الكلام على الانقباض
الرئوية

وقد عرّف المعلم (روكيدنسكي) الضخامة الرئوية الحقيقية بانها عبارة عن
تزايد في حجم الرئة مصحوب بموحيق في منسوجها وهذا الشكل يشاهد متى
صارت إحدى الرئتين متلاشية بالكليّة بحيث تعوضها الاخرى فتتفوقوا عظيمها
وحينئذ تكون حواجز الحويصلات الرئوية أكثر كثرة كما وجدنا وفيها بتزايد
عدد الاوعية الشعرية ومنسوج الرئتين يظهر انه أكثر مقاومة وتتسع مع
ذلك الحويصلات الرئوية وهناك شكل ثان من الضخامة الرئوية ذكره
المعلم (اسكودا) وسماه الشهير (ورجوف) بالتبس الجعنتى اى المتأتون
بالمادة السمرا من الدم للرئتين وهذا الشكل من الضخامة ينتج عن تزايد
الجوهر الرئوي دون الحويصلات الرئوية فيشاهد في أحوال الاحتمقان
الرئوي المزمن خصوصا عند وجود آفات عضوية في الصمامات القلبية
القائسوية أو ضخامة في النصف الايمن من القلب وحينئذ تكون حواجز

الاخيلية الرئوية هيمكة والياف منذ وجهها تزايدت وحيث لم تكن الرئة
متزايدة في الحجم فلا بد وان يصير اتساع الخلايا قليلا ومنسوجها أكثر
اندماجا ومقاومة ولونه داكنا أو سمرا ويظهر فيه بقع مسودة بعدد عظيم
والتلون بهذه المادة ينشأ عن التزيف الشعري الذي يحصل في باطن منسوج
الرئة الناشئ عن احتقانه الاحتباسي الشديد ويمكن مشاهدة هذه المادة
الناشئة عن استئصال المادة الملونة للدم بواسطة الميكروسكوب على هيئة حبيبات
سمراء أو مسودة تكون اما في جوهر الرئة أو الطبقة البشرية من الاخيلية
الرئوية

وكل من شكلي الضخامة الرئوية يمكن الظن بوجوده مدة الحياة وان لم
يمكن تشخيصه مع التأكد

(المبحث الثاني في الضهور الرئوي المعروف)

(بالتفصيل الشارح)

هذا الضهور عبارة عن دقة في الحواجز الخوية أو ثقبها أو تشابهها بالتدريج
وينتج ذلك عن تغذ غير تام في الرئة وضمورها واما تانص حجمها الناشئ عن
تغيرات مرضية في جوهرها فتوضيحه عند الكلام على الاستحالات المرضية
وهذا التلاشي التدريجي يشاهد مع صاحبها للضهور الجسم او نحو كتبه
العمومية كضهور بقية الاعضاء سيما عند زيادة التقدم في السن وفي بعض
الاحوال قد يحصل الضهور الرئوي بسرعة مع الاتضاح دون بقية اجزاء
الجسم وحيث تصير اعراضه واضحة

ثم ان رئة الشيوخ تظهر صغيرة الحجم وحوافها المقدمه ضامرة بالكلية
ويلاصق القلب والكبد التجويف الصدري بسطح متسع ويزوال الحواجز
الخلائية تحتاط عدد عظيم او قليل من الحويصلات الرئوية فيتمسكون عن
ذلك تجاوي بقع عظيمة الحجم بحيث ينتهي المنسوج الرئوي بكونه يشبه منسوجا
شبه كاذبا خلايا متسعة وان كان هذا المنسوج جافا خاليا عن الدم يصير عند
اللمس هشاً محتويا على مواد متحبيبة وربما كان ذا لون أسمر أو اسود وهذه
المواد الملونة لا تكون ناشئة عن انسكاب دموي بل عن نقص منسوج
الاروعية الشعرية المنسدة الذي استحال الى مادة ملونة

وفي هذه الحالة يكون صدر الشيوخ منة غطامن الجوانب تصيرا وقصره انما
نشأ من القمادى على انحناء الجذع أو زوال الحلقات بين الفقرات وتكون
المسوجات المغظية للصدر في حالة ظهور وكذا العضلات وأما المسافات بين
الاضلاع فانها تظهر على هيئة ميازيب عميقة وعند القرع يكون صوت
الصدر زائجا للمنا سبب تقوس الاضلاع وأما اصمبة القلب والكبد فهي
متزايدة وبهذه العلامات يتميز ظهور الرئة الشيخوخى عن الانفيزيما الرئوية
ووجود الصدر والرئتين بهذه المثابة بوجه ضيق النفس في الشيوخ وكون
الدم عندهم لا يتم تصبونه وكون وجنتهم وشنتهم غالباً ملونة باللون الازرق
وكل من تضايق التنفس والصفة الوريدية في الدم ينشأ عن تناقص متسع
سطح التنفس بفقده بدر الخلايا الرئوية وعن تناقص عدد الاوعية الشعرية
الرئوية وعن ضعف حركة الشهيق بسبب ضمور العضلات وضعف حركة
الرئير أيضاً بسبب فقد مرونة الرئة وأما ظواهر السـ ما يفرزها بالتلون باللون
المزرق فانها تكون ناشئة عن ضمور عدد عظيم من الاوعية الشعرية الرئوية
فحينئذ لا يجد القلب الاين سـ ملا وعائية كافية لتخليته من الدم فبذلك ينجس
الدم في الاوعية الوريدية العظيمة فتنشأ عن ذلك امـ الاوردة الدورة
الكبرى وتراكم الدم فيها ومتى لم يكن تم تناسب بين كل من ضمور باقى اجزاء
الجسم وتناقص مقداره او الدم وبين ضمور الرئة وصغر حجمها كانت الاعراض
التي شرحناها طبقاً للتوجيه سـ نالها أكثر وضوحاً

وعند البحث بالقرع يسمع صوت واضح جداً بسبب توجع صدر الصدر
الرقية والاضلاع نحو جاعظها واما اصمبة القلب والكبد فانها تكون
متزايدة عكس ما يشاهد في الانفيزيما الحويصلية وعند التسمع بحس بافظ
تنفسى عال يزداد كلما كان الفرق بين متسع الانتهات الشعبية الضيقة
والحويصلات الرئوية المقعدة عظيماً ولا معالجة للظهور الرئوى الشيخوخى
المذكور

(البحث الثالث في الانفيزيما الرئوية)

الانفيزيما الرئوية عبارة عن تمدد مرضى له عدد عظيم من الخلايا الرئوية
باختلاط جـ منها بحيث تكون حويصلات عظيمة وذلك يسمى الانفيزيما

الحويصلة او هي عبارة عن خروج الهواء الى المنسوج الخلووى بين
الحويصلات الرئوية وتحت الصفاق الصدرى وذلك يعرف بالانقباض مما بين
الفصوص وهذا الشكل يشابه الانقباض مما التى تحصل فى المنسوج الخلووى
تحت الجلد

*(كيفية الظهور والاسباب) *

قد اختلف رأى المؤلفين فى كيفية حصول الانقباض مما الرئوية الحويصلية
والنظريات التى ذكرت فى هذا الشأن اربعة
اولها انها تنشأ عن تمدد فى جدران الخلايا الرئوية بتمدد اعظيمها مستطيلة عند
الشهيق الشاق المسمر (وهذه تسمى بنظريات الشهيق)
ثانيها انها تنشأ ايضا عن تمدد اعظيم مجنانيكى فى جدران الخلايا الرئوية غير انه
لا يحصل مدة الشهيق بل مدة الزفير الشاق (وهذه تسمى بنظريات الزفير)
ثالثها انها لا تحصل عن هذه الكيفية المجنانية كى بل عن اضطرابات غذائية
فى جوهر الرئتين غير متعلقة بتمدده وتوتره مدة حركات التنفس
رابعها انها تنشأ عن حالة مرضية فى جدران الصدر اعنى عن تصلبها وتمدد
وهذا التمدد يعتبر او ياتم بضم له تمدد الخلايا الرئوية ونحن نعتبر ان الاقتصار
على القول باحد هذه النظريات فى جميع الاحوال خطأ انما يمكن ان يكون
كل منها فى بعض احوال الانقباض مما الرئوية جائزا لاني جميعها تاتى من
بالتقسيم القديم للانقباض مما الرئوية الى عوضية وجوهرية فنقول
الانقباض مما العوضية عبارة عن تمدد عدد من الخلايا الرئوية بتمدد ازانها عن
الحدالة امتلاء خلايا رئوية اخرى بالهواء وانسدادها بالصلابة ومن
الواضح ان متسع الحويصلات الرئوية يتعاقب بعددها مع بقاها اقطار
تجوىف الصدر على حالتها الطبيعية المملئة بهذه الخلايا فان انسداد عدد ما من
هذه الخلايا اما بحصول تلاش فيها او امتلائها بجواهر صلبة او سائلة
او بانسداد الشعب الموصلة لها وبالتصاق وريقتى البلبورا التصاقا يمنع
من تمدد اجزاء الرئة الملامسة لها انشأ عن ذلك تمدد زائد عن الحد فى خلايا رئوية
اخرى يمنع من حصول فراغ ثم ان الانقباض مما العوضية تحصل اولانى جميع
الاحوال التى فيها يتلاشى جزء من الجوهر الرئوى او ينكمش بدون ان

ينخسف جرح من جدر الصدر بقدر ما تناقص من متسع الحويصلات الرئوية
 وتحصل هذه الانقباضات في جميع الاحوال التي فيها لا تتمدد جميع
 الحويصلات الرئوية تمدا منتظما حتى تتلاءم الجوف الذي يفتح عن
 التمدد الشهيق في الصدر وفي الاحوال الصعبة تتمدد جميع الخلايا الرئوية عند
 اتساع تجويف الصدر تمدا منتظما بواسطة ضغط الهواء في امتلاء جرح من
 الخلايا الرئوية بنضح او مادة مصلية بحيث لا يمكن نفوذ الهواء فيها فان هذه
 الخلايا لا تتمدد الشهيق وحينئذ ينبغي ان تحل الخلايا التي تتدفق فيها الهواء
 محلها بمعنى انها تتمدد ولذا يوجد في جثة جميع الهالكين بالالتهاب الرئوي
 او بالاحتقان الانفرادي انقباضا عوضيا في جميع الاجزاء الغير المصابة من
 الرئة وكذا يعقب التصاق البليورا الرئوية بالبليورا الضلعية انقباضا
 عوضيا مجملها الطوافي المقدمة والسفلى من الرئتين وتوجسه الانقباضا
 به هذه المناوبة واضحة بانامل لحركات التنفس في الحالة الطبيعية فانه مادامت
 البليورا الجدرانانية والحشوية غير ملتصقتين وسهل انزلاقهما على بعض
 كان وقوع ضغط الهواء الباطني على الحويصلات الرئوية في اثناء الشهيق
 منتظما وكذا تمدها سواء الحويصلات الرئوية الكائنة جهة الخجاب الحاجر
 او جهة الاجزاء المقدمة والجانبية من الصدر والحويصلات الكائنة في قمة
 الرئتين القريبة من العمود الفقري ولو ان تجويف الصدر في الاصفار
 الاخيرة لا يتمدد في اثناء الشهيق الا ان تمدد الحويصلات الرئوية الكائنة في
 قمة الرئتين وعلى طول العمود الفقري يتم بتزخرج باقي اجزاء الرئة وتمدها
 نحو الاسفل والامام حتى كانت البليورا الجدرانانية والحشوية ملتصقتين
 ببعضهما لا يتم التزخرج المذكور فان الحويصلات الرئوية الكائنة في قمة
 الرئتين وعلى طول العمود الفقري لا يتم التمدد فلا تشتبك في امتلاء
 المسافة التي تحصل في اثناء الشهيق وتقدر تجويف الصدرى فالاجزاء الباقية
 من الرئة سيما حوافها المقدمة والسفلى تحل محلها اعني تعوضها في الفعل
 وبذا يحصل فيها تمدد ذاتي عن الجهد وكذا الانقباض الرئوية التي تضاعف
 كثيرا التلات الشعبية المزمعة ينبغي اعتبارها احيانا عوضا فانه متى حصل
 في اجزاء الرئة تضيق في الفروع الشعبية الرفيعة عقب انتفاخ الغشاء

المخاطي أو تجمع مواد مخاطية بحيث لا يصل الهواء الى الحويصلات الرئوية
 الموازية لها - هذه القريعات الشعبية المتضاربة الا بعسر عظيم فلا تستر
 اجزاء الرئة - فينتفي مل تجويف الصدر المتجدد بفعل حركات الشفم فيلزم
 ان باقى اجزاء الرئة التي ليست مجلسا لالتهاب زنى مزمن وشعبها غير متضاربة
 تحمل مجملها الى تعوضها فتمدد دازا نداء عن الحالة الطبيعية
 وزيادة على شكل هـ - هذه الانفيزيميا العوضية المزمنة يشاهد في الاشخاص
 الهالكين من الالتهاب الرئوى او من الاوذيميا الرئوية الانحدارية انفتاح
 الحواقي المقدمية من الرتين وتدها بالهواء بحيث تمدد حويصلاتهم اعتمادا
 عظيما وهذه الحالة هي المعروفة بالانفيزيميا العوضية الحادة فان منسل هؤلاء
 المرضى لا تعذر التنفس عندهم لا يمكن لهم ادخال الهواء مدة التزع الا في جزء
 من الرئة فقط فالنراغ الذي يحصل في تجويف الصدر عندهم عقب تمدده
 يمتلئ بتمدد بعض الحويصلات الرئوية تمددا انفيزيا وياى هو انما ومشاهدة
 الانفيزيميا العوضية الحادة في البلغم وعدم خروج الهواء من هذه الاجزاء
 الصغيرة المتحدرة بحركة الزفير الاخيرة وكونه لا يندفع عندهم فتح التجويف
 الصدري بمرور المنسوج الرئوى انما تنتج هـ - هذه الظواهر عن امتلاء الشعب
 بانراغ مخاطي وهو عائق ذو مقاومة اقوى من مرونة الرئة وكل من الانفيزيميا
 العوضية المزمنة والحادة تميزت باواضعا عن الحقيقة (اي الانفيزيميا
 الجوهرية) ولا هيبتها تكون مرصارتو ياذا اهمية عظيمة قائما بنفسه
 وعلى حسب ما ذكرناه يتضح ان الممول عليه في حصول الانفيزيميا العوضية
 النظريات الشعبية فان تكونت هـ - هذه الانفيزيميا تكون احاد في انشاء سير
 الالتهاب الرئوى او الانحدارى تمزقت الحواجز بين الخلايا الرئوية بخلاف
 ما اذا تكونت تكونا من مناعقب النفاق ويربقي البليورا والسزلات
 الشعبية المزمنة فان جسد الخلايا الرئوية يعترتها الاش تدرى فستترق
 وتمزق ويتكون عن اجتماع جلد خلايا رئوية حويصلات عظيمة وينبغي
 رفض ما تنتشر من القول بان التمدد الزائد عن الحد لجسد الخلايا الرئوية
 بدون تغير مادى فيما ينزل مرونتها فانه يترتب عليه ان تمدد الخلايا الرئوية
 يتعلق بمجرد تناقص مرونة الرئة (كتمدد الدوان مرونة - دازا نداء عن الحد

او ان يربو به من الصغ المرن تبقى ممتدة على الدوام) ومن الحق ان الرئة
المتددة تمددا انفيزيا وياتة قد مر وثمها وان كان التوجيه السابق خطأ
فان فقد مدهرنة الرئة انما ينشأ عن التمزق او الضمور التدريجي لعناصر
الرئة المرنة

وأما الانفيزيا الحقيقية أعنى شكل الانفيزيا الجوويصلة الذي فيه
يحصل تمدد الجوويصلات الرئوية لاجل مل مسافة خالية من الصدر بل فيه
يكون هذا التمدد اوليا ذاتيا فانه يظهر في معظم الاحوال عقب توتر جدران
الجوويصلات الرئوية توترا شهما مفرزا ثداعن الحدوثة دها فهي تنشأ
على رأى المعلم (اينك) بالكيفية الاتية وهي انه متى وجد عائق في افروع
الشعبية الرفيعة يمنع مرور الهواء فيها كالانتفاخ التزلي في الغشاء المخاطي
او تجمع مادة مخاطية لزجة فيها فان هذا العائق يتقهر بالفعل العضلي القوي
الذي يصاحب حركة الشهيق ولا قدرة لمركبة الرئير على قهره لكونه اتم بقوة
ضعيفة جدا اعنى بقوة مدهرنة الرئة والصدر والاعضاء الحشوية المنضغطة
وقت الشهيق فمن ذلك يتبين جز من الهواء منجسبا في الجوويصلات الرئوية
وبحركة الشهيق الجديدة يدخل جزء آخر من الهواء بدون ان يمكنه الخروج
وبذلك تملئ الجوويصلات الرئوية وتزد شبا فشيا وقد صار اعتراض هذا
التوجيه بأمرين احدهما عدم حقية الرأى القائل بان الشهيق يتم بقوة
زايدة عن القوة التي يتم بها الرئير لاسيما الرئير الشاق وهذا الاعتراض حقيق
فاننا قد بينا فيما سبق انه بالرئير الشاق تستفرغ الفروع الشعبية الغليظة
ما فيها من الهواء واما الخلايا الرئوية والفروع الشعبية الرفيعة فانه يحصل
بأس تفرغها من الهواء عوق أو تنسد بالكامة كما وجهنا بذلك فيما تقدم
كثرة حصول التمدد الجوويصلة الرئوي الشهيق المستمر عند وجود
الانتهاب الشعبي الشعري وثانها هو ان توجيه المعلم (اينك) يجوز ان
يكون كافيا لو كانت الجوويصلات الرئوية في الانفيزيا الرئوية لا يجاوز
تمدها التمدد الذي تصل اليه الجوويصلات الرئوية لترتة سليمة عند الشهيق
الهنيف جدا فهذا الرأى لا يمكنه من نقد في توجيه تمدد الجوويصلات الرئوية
تمددا انفيزيا وياتة عن الحد وهذا الاعتراض الاخير يبق عند التأمل من

اختلاط التمدد الخلاق والشهيق المسهر بالتمدد الخلاقي الانقبزي يمازى فان
الاول ~~ي~~ ~~ك~~ ~~ن~~ ان يزول ويشفى بالكلية عند زوال العائق (وهذه الاحوال
هى التى يعتبر المؤمن انها احوال شقيت من الانقبزيما)
وعند بقاء التمدد الخلو يصلى الشهيق واستقراره زمانا طويلا لا يدان يعترى
جدر الحويصلات الرئوية تغير جوهرى مرضى بسبب تمددها وتوترها
المسهرين فتقع فى الضمور وتسترق وتتمقب فيخاطب جملتها من اعضاءه ويكون
حويصلات عظيمة وحينئذ تتكون الانقبزيما الحقيقية اى الجوهرية
فتوجبها الانقبزيما الحقيقية بثور جدر الخلايا الرئوية الشهيق الزائد عن
الحسنة تمددها لا يطبق على جميع الاحوال بل هناك اشكال اخرى منها
كثيرة الحسنة توجبها بالنظريات الزفيرية اذ بها يتضح حصول الانقبزيما
الاجزاء العالمان الرتين بواسطة الشهيق العنيف المتردد مع تضايق المزمار
وهو انه فى أثناء نوب السعال الشافة المصاحبة للسعال التشنجي والالتهابات
اللزمية المزمنة فى الشعب ونحو ذلك يتناقص تجويف الصدر بقوة مع تضايق
فى المزمار فانقاذ الهواء يجدها ثقا فى خروجه وكذا عند فعل مجهودات
زحيرية وعند النفخ فى الآلات الموسيقية ورنع اثقال ونعل مجهودات
جسدية شاققة يعاق كذلك خروج الهواء من المزمار مع تضايق
تجويف الصدر ايضا وتضايقه يحصل بانقباض العضلات البطنية والذى
يتضايق فيه هو الجزء السفلى منه بانقباض العضلات المذكورة ومضى لم يمكن
خروج الهواء من المزمار فانه ينطرد جهة اجزاء اخرى من الرئة لم تكن
منضغطة بالفعل العضلى نحو قمة الرئة وفصوصها الصغيرة التى توجد فيها
الانقبزيما الحقيقية على الدوام فان الحويصلات الرئوية فى هذه الاجزاء
تتدد بسبب انضغاط الاجزاء السفلى وحينئذ تكابد جدرها اضطرابات
غذائية عقب الضغط المتكرر الواقع عليها من الهواء المندفع نحوها بقوة
ذمها فثابتة قدهم وثم اوتيدس وقد ساهمت شخصه اقوى البنية من قودها
فيه العضلة الصدرية الصغيرة وجزء عظيم من العضلة الصدرية العظيمة من
الجهة اليسرى من الصدر فكان يرى عند سعاله او فعل مجهودات اندفاع
الهواء فى الاجزاء العلوية من الرئة مع الوضوح بحيث ان المسافات بين

الاضلاع العليا كانت تنقوس نحو الظاهر وتبرز بروزا واضحا ويشاهد
كذلك هذا الامر عند التحقا ولو قليل الوضوح

وحيث نشاهد احوال أخرى لا يمكن توجيهها بالنظريات السابقة ساغ لنا
توجيه الانفيزيما الرئوية الحقيقية باضطرابات غذائية غير معلومة في جدر
الخلايا الرئوية ومن هذا القبيل الانفيزيما الحقيقية الوراثية

كإن هناك احوال امن هذه الانفيزيما يسوغ توجيهها بالنظريات السابقة
وهي تعدد جدر الصدر تعددا اوليا يعقبه تعدد في الحويصلات الرئوية
واضطراب غذائي في جدرها كما يشاهد ذلك عند بعض الاشخاص البالغين
ومثل هذه الاحوال وان كانت نادرة الأنة بالنأمل فيها يرى انه يسوغ
توجيهها بنظريات الطيب (فريد) المذكورة

واما الانفيزيما بين الخلايا فانها تنشأ بالكيفية الآتية وهي ان الهواء
المنفذ بقوة نحو الاجزاء العليا من الرئة اذا مرق جدر الحويصلات
الهوائية المتعددة فتداعظما دخل في حالات المنسوج الخلوي الضام وتحت
البيورا ايضا فيتكون عن ذلك هذا الشكل ويسمى بالانفيزيما بين الخلايا
او بين الفصوص

ثم ان الاستعداد للاصابة بالانفيزيما قد يكون وراثيا كما انضح من
التوجيهات السابقة لئلا يكون كثيرا يشاهد هذا المرض في الاطفال ويكون
ناشئا عن الالتهاب المزني المزمن في الشعب كما يحصل ذلك في الاطفال
المقوسة العظام مثلا او عقب السعال التشنجي الخاص بالطقوامة تقرسيا
والاستعداد للاصابة يزيد بتقدم السن لان التهاب الشعب المزني المزمن
(الذي هو أكثر الاسباب المتأجلا للانفيزيما الرئوية) في هذا السن مرض
كثير الحصول جدا سيما الشكل الجاف من النزلات الشعبية

والاسباب المقيمة للانفيزيما الحقيقية الرئوية طيبة المآذ كزناه فيما تقدم هي
الالتهابات المزمنة في الجوهر الرئوي مع تلاش فيه والتهابات البيورا مع
التصاق وبقاها المتصاقا متعددا والنزلات المزمنة للفروع الشعبية الرفعة
مع تضيق فيها ونوب السعال الشديدة المتكررة سيما نوب السعال التشنجي
والنزلات الشعبية الجافة والنفخ في الآلات الموسيقية ونحوها ورفع الاثقال

العظيمة ونحو ذلك من المشاق الجسمية وفي بعض الاحوال قد لا تعرف
الاسباب المقيمة لهذا المرض

* (الصقات التشر بجمية)

في الانقباض العوضية المزمعة التي توجد حول الاجزاء الرئوية المنسدة
او الصاهرة تظهر الخلايا الرئوية المتعددة منها على هيئة حويصلات صغيرة
شعاعية في حجم حبة الشهد النج وندران تتعدد اعدادها جدا واما الانقباض
العوضية الجادة التي تحصل مدة النزاع فيشاهد منها في الحوائف المقدمة من
الرئتين اجزاء جارية باهتة او مبيضة متمسكة بكونها من حويصلات صغيرة
كثيرا ما تكون متمسكة بعدادا عظيما وهذه الاجزاء يتضح تميزها دون باقي
اجزاء الرئة السليمة المحيطة بدمها كن وملس هذه الاصفا يكون ناعما وتربط
على نفسها بسرعة عند شقها وتكون الخلايا الرئوية عظيمة الحجم وجردها
مستديرة واحيانا تتلاشى الحواجز التي تكون بينها فتختلط ببعضها فحينئذ
تكون حويصلات ذات حجم متفاوت العظم وهذه الحويصلات المنفخعة
يدل بوطها السريع عند شقها على ان مرونة جدرها المنزلة منخفضة
وان هذا الانقفاخ انما يسبق فتح الصدر من انسداد الشعب وبذلك
يتميز هذا الشكل عما بعده

واما الانقباض الحقيقية فيجلسها كما ذكرنا غالبا في قمة الرئتين وفصوصها
العليا فيما اذا كانت ناشئة عن الزفير الشاق مع تضيق في المزمار وفي جسم
الرئتين وفصوصها السفلى فيما اذا كان منشؤها التمدد الشهيبي المستمر للخلايا
الرئوية وقد تكون أكثر ظهورا وامتدادا في احدى الرئتين دون الاخرى
واقطار الفص المريض كثيرا ما تكون متزايدة جدا بحيث يظهر ان الرئة كانت
متزايدة الحجم وكان تجوف الصدر ليس به محل يسعها فبزرع عند رفع الفص
وتفقد الرئة مرونتها وانكماشها في الاجزاء الانقباضية او بفلاتهبط عند فتح
الصدر ويصير ضغط الهواء متعادلا في الظاهر والباطن بل وعند شق هذه
الاجزاء لا يخرج الهواء الا يطه بدون احساس باللفظ الفرقعي الذي يسمع
عند شق الرئة السليمة وتلامس الرئتان في جميع اجزاء حوائفها المقدمة
فكثيرا ما تغطي الرئة اليسرى التامور بالكلية واليمن كثيرا ما تسقط الى

حافة الاضلاع الاخيرة والخلايا الرئوية تنقسم ايضاً الى مجتمعات الحصة
 وشكلها محدد بغير انتظام وكثيراً ما تكون الجدر بين الخلايا الرئوية في
 حالة تضخوم او منقبضة وان هذه الخلايا عند وصولها الى مجتمعاتها لا تظهر
 جدرها الاعلى هيئة اشرفة قليلة الوضوح والجوهر الرئوي يكون جافاً جديداً
 خالياً عن الدم في الاضفار الانقبضية بسبب زوال عدد عظيم من الاوعية
 الشعرية مع الجوارح الخلائية ولا يكون لونه وردياً ولا مبيضاً كما في الشكل
 السابق بل ملوناً بالمادة السوداء كثيراً اقليلاً بسبب انسداد الاوعية
 الشعرية واستحالة متحصنها الى مادة مسودة وفي الاجزاء الرئوية التي بقيت
 سليمة يكون الجوهر الرئوي كثير الدم رطباً اودعياً وياً
 وأما الانقبضية بين الفصوص فتكون حويصلات صغيرة تحت البليورا
 مملوءة بالهواء بحيث تعطى لهذا الغشاء هيئة كانه مرتفع بمادة رغوية وهذه
 الحويصلات تنزح عن محلها عقب الضغط وبذلك تتميز الانقبضية القلبية
 بسهولة عن الحقيقية وكثيراً ما يوجد الهواء المنتشر في المنسوج الخلوئى
 بين الخلايا ونصبت الرئة محيطها بالكليته ويندر وجود فقاع عظيمة بها
 تنعزل البليورا عن الرئة في امتداد عظيم ويكاد ان لا يحصل ذلك بالكليته لان
 نفس البليورا تمتزق وينفذ الهواء في تجويفها وانه بعد سريانه تحتها وعلى طول
 جدر الرئة ينتشر في المنسوج الخلوئى من الجنب المنصف ثم تحت الجلد
 فتكون حينئذ الانقبضية تحت الجلد واما الانقبضية بين الفصوص التي
 تشاهد عند فتح الرئة فليست الا ظاهرة دمية في كثير من الاحوال ناشئة عن
 تسكون غازات عقيمة في الجوهر الخلوئى الضام

(الاعراض والسير)

لا يمكن تشخيص الانقبضية الموسمية المحدودة جداً المزمومة مدة الحياة الا
 نادراً ونهاية الامر الظن بوجودها ان استبان ان الصوت الاصم الذي كان
 يسمع عند القرع على احدى قتي الرئتين صار رناناً بالمدرج شيئاً فشيئاً وكان
 لا يمكن القول بان تكاثف جوهر الرئة الذي أحدث الاصممة قد زال
 ومتى استطاعت مدة النزاع وانضحت علامات التهاب او الاحتمقان
 الاضدادى وشوهد في آخر اوقات الحياة عدد عظيم في تجويف الصدر

وكانت الشعب ممتلئة بمادة مخاطية دل ذلك بقينا على ان في الرمة الانفيزيا
عوضية حادة

واما اعراض الانفيزيا الرئوية العوضية الممتدة المزمنة والانفيزيا
الحقيقية فلهما مشابهة تامة ببعض فان الظواهر المرضية في كلا هذين
الشكلين تنتج عن ظهور الحواجز الخلائية واضطراب تغذيتها وسند كرفها
بعد التشخيص التمييزي بين هذين الشكلين وفي كثير من الاحوال لا يمكن
تمييزهما عن بعض مآمنة الحياة وهذه الاعراض في كثير من الحالات تستجيب بسهولة من
التغيرات التشرية في الجوهر الرئوي التي تقدم ذكرها فانها امن النتائج
السيولوجية الضرورية لها

فتجددت الحويصلات الرئوية وفقدت عدد عظيم من حواجزها زال عدد
عظيم من الاوعية الشعرية وتناقص متسع سطح التنفس وهذا هو السبب
الذي يفتج عنه ضيق النفس عند الانفيزيا وبين وضعف حركة التبادل الغازي
الرئوي عند هدم وقلة تحميون الدم لانه متى فقدت مرونة جدران الحويصلات
الرئوية فلا يخرج من الهوا المحموية عليه الاقبال وينحبس معظمه في الخلايا
الرئوية المتقدمة وبالشهيق التالي لا يضاف الى الهوا المنحبس الا جز يسير من
الهوا النقي وهذا التبادل غير التام في محصل الخلايا الرئوية ينشأ عنه عوق
في وصول الاوكسجين للدم وخروج حمض الكربون منه فان الاوكسجين
لا يحتمل بالدم وحمض الكربون لا يتصاعد منه الا اذا كان في محصل الخلايا
الرئوية من الهوا او كسجين اكثر من حمض الكربون في الدم ومتى لم يجدد
هوا الخلايا الرئوية يفقد التبادل الغازي بالكلية واذا كان التجدد غير تام
كافي الانفيزيا الرئوية فان الدم يكون مشحونا بجممض الكربون ويقل دخول
الاوكسجين فيه وزيادة على ذلك ترى ان الرتئين المصابين بالانفيزيا يزول
منهما عدد عظيم من جدران الخلايا الرئوية مع الاوعية الشعرية المحموية عليها
وكليا كان عدد اصغار الملاصقة بين الهوا والدم عظيما كان التبادل الغازي
اكثر سهولة فقدت الاوعية الشعرية يكون عائقا آخر عظيما للتنفس ولد
يوجد حينئذ في الاشخاص المصابين بالانفيزيا حالة وريدية في الدم وجميع
ما يوجد في هيئة المريض الظاهرة يدل على صعوبة التنفس وعنته وتطلب

الهواء فيصرف كل جهده لاجل تمدد تجويف الصدر فعند كل شهيق يتحرك
 جناحا الانف وتبرز عضلات العنق بروزا واضحا بل يحصل في هذه العضلات
 ضغامة بسبب مجهوداتها المستمرة وتعين على تكوير شكل الصدر الخاص
 بالمصابين بالانقباض مما وسد كره فيما يأتي وبالجملة فان المريض يقع في حالة
 ضعف عضلي من قلة تحريك الدم اي قلة دخول الاوكسجين فيه
 وتضاعف حمض الكربون منه والى هذا ينسب الخجود والانهطاط الذي يحصل
 للمرضى

واذا انضم الى هذه العوائق الممانعة للتبادل الغازي عائق آخر كامتلاء الامعاء
 فانه يمنع انخفاض الحجاب الحاجز وتمدد الصدر وانضغاط الوريد الباب ينتج
 عنه تقهقر الدم واحتماسه في اوردة المعدة والامعاء فينشأ عن ذلك التثايات
 نزلية في هذه الاعضاء وبهذه المنابة تنتفخ اوردة الامعاء الغليظة والمستقيم
 بكثرة وتصير دوالية (وهي العقدة الباسورية) وتظهر هذه الحالة يحدث عند
 المرضى فراعظيما فانهم طامعا يعتقدون انهم وقفوا على حقيقة مرضهم
 ويتعشرون بتحسن المرض من حصول السيلان الباسوري الجراحي لهم
 ويشغل ذلك اذا اعتري المرضى نزلة معدية محبوبة بتناقض الشهية فانهم
 يعتقدون ان مرض المعدة والبنبوع الحقيقي لدائهم ويزعمون انهم
 سعالامعديا

وكذا يحصل بسبب استنزاع الاوعية الوريدية الغليظة غير التام احتماس
 متصل القنطرة الصدرية ووقوفه فيها فانه متى امتلأ الوريد تحت الترقوة
 بالدم يحصل في سيلان الليفة والكيلوس تعسر كما يحصل في سيلان دم الاوردة
 التي تصيب متصلها في الوريد تحت الترقوة وحيث ان الليفة تنبوع
 المادة الليفية في الدم كما اثبتها الملم (ورجوف) مع الايضاح وانما هي التي
 توصل للدم مواد الليفية فمن الواضح ان دم الاشخاص المصابين بالانقباض
 الرئوية يكون قليل المادة الليفية وان سوء الاخلط الوريدي ينافي وجود
 سوء الاخلط اللبني اعني ازدياد المادة الليفية في الدم ثم ان المانع الحاصل
 في انصباب الكيلوس ووصوله الى الوريد تحت الترقوة ينشأ عنه عرق في
 تجدد الدم وتولده وتناقص في جميع التغذية العامة وبذلك تعسر حصول

الخفاة عند المصابين بالانفيز بما فانه من جملة الاسباب التي يوجهها حصول
 الخفاة العامة عند المصابين بالانفيز بما والنوكة السريعة كما يوجه به قلة
 احتواء مصد الدم على المادة الزلالية او فقد هامنه وهذا يساعده على حصول
 الطواهر الاستسقامية

وقد ذكرنا ان الانفيز بما الرئوية تمنع استمراغ البطين الايمن من القلب
 بسبب ضهور عدد عظيم من الاوعية الشعرية وجم هذا السبب أيضا لا يتأتى
 القسم الايسر من القلب امتلاء تاما لان يتابع الدم الواردة عليه قد حصل
 فيها تناقص ولتقص كمية الدم في البطين الايسر يشاهد صغر النض وتلون
 الجلد بلون داكن ويحصل كذلك تناقص في الافرذا البولي كما ذكره المعلم
 (ترويه) ويكون البول المنقرب بكمية قليلة مركزا كميها عكرا والاملاح البولية
 التي يحتاج لاجل اذابتها كمية عظيمة من الماء كثيرا ما ترسب على هيئة تراسب سحر
 لكن رسوب الاملاح البولية لا ينشأ فقط عن تركز البول وتزايدها النسبي
 بل لامانع من كونه ينشأ ايضا عن تزايد حقيقي في تلك الاملاح اي تكوين
 حمض بولييك بدلا عن البولينيا وذلك ان الاوكسيجين الممتص بكمية قليلة
 لا يوكسدا المتخصلات الازوتية في الجسم تاكسدا تاما بحيث يحيلها الى
 بوليتا بل يحيلها الى حمض بولييك وهو اقل درجة من التأكسد وبالجملة فلنذكر
 أيضا ما يحصل في الرئة المصابة بالانفيز بما من اضطراب الدورة فان العائق
 الذي يحصل فيها من اجزاء الرئة المريضة يزيد ضغط الدم في اوعية الاجزاء
 السليمة أعنى في الفصوص السفلى منها

وحيث ان اوعية الدورة في هذه الاجزاء يتر فيها كمية عظيمة من الدم زيادة عن
 الحالة الصحية يزداد متسع هذه الاوعية وتحتقن فينشأ عن ذلك التهابات نزلية
 شعبية بل اوديمارثوية مجلسم اغالبا الفصوص السفلى

واما في الاعراض المنسوبة للانفيز بما فهي في الحقيقة تخص مضاعفات
 هذا المرض فالسعال مثلا عرض من اعراض التهاب الشعبي وكثيرا ما يزول
 بالاكسامة في اثناء الصيف مع بقاء الانفيز بما ولا يتضح من البحث الطبيعى
 في الصدر شي الا اذا كانت الانفيز بما متعددة والرئة متزايدة الحجم تزايد اعظيما
 (تنبيه) اذ كرناه يتضح ان ضيق النفس أو عسر في هذا المرض ينتج عن ثلاث

امور مهمة (اولا) الاشئ عدد عظيم من الحواجز بين الخلايا الرئوية مع فقد
عدد عظيم من الاوعية الشعرية الكائنة فيها (ثانيا) الوضع الشمسي المسقر
لتجويف الصدر مع انخفاض الحجاب الحاجز انخفاض مسقرا (ثالثا) عدم تحرك
جدار الصدر مع تمددها وتيسرها فان هذه الامور يترتب عليها اولاً بتناقص
متسع سطح التنفس وعود التبادل الغازي في اللـ لايا الرئوية وعدم تصبؤ
الدم وبذلك توجت جميع الظواهر المرضية التي تعترى الدورة والتغذية عند
المصابين بهـ هذا المرض ومتى اعتري المريض سبب من الاسباب المعينة على
ازدياد ضيق النفس كثوران النزلات الشبيهة ونحوه ارتقى عسر النفس الى
درجة غير مطاقه بحيث يظهر عندهم ما يسمى بالربو الانفيزيماوي المنصف
مع الضهر العظميم وعدم امكان الاضطجاع في الفراش بحيث يمضى على
المريض كثير من الليالي وهم جالوس على الفراش في حالة تقرب من الاختناق
مع تنفس شاق جدا يصير طويل في اثناء حركة الزفير يره يولون المرضى رماديا
وصحنا وأعينهم ذابلة والحواس خاملة والنفس صغيرا غير منتظم وكذا اضطرابات
القلب والاطراف باردة وترتقي ظواهر انشعان الدم بجمهض الكبريتون الى
أعلى درجة وهذا الربو الانفيزيماوي اي ضيق النفس الانفيزيماوي
كان يعتبر المعلم (امينك) ربوا عصيبا وهذا خطأ والذي يرتكن اليه غالبا
في تشخيص الانفيزيما هو البحث الطبيعي ليكن ليس في جميع الاحوال
فانه يستثنى من ذلك الاحوال التي فيها يكون هذا المرض قليل الامتداد
جدا

فالبحث بالنظر يعرف به احبانا الشكل الخاص بالصدر المسهي بالصدر
الانفيزيماوي الذي يحصل متى تكونت الانفيزيما الممتدة ولم ينزل تجويف
الصدر مرنا وهذا الشكل هيئة مخصوصة فيكون الصدر بارزا بالكلية الى
الضلع السادس والقطر المقدم الخلفي متزايدا والقص مكثورا القوس محدب
نحو الامام والعمود الفقري كثيرا ما يكون كذلك مقوسا ولا تنحني
المسافات بين الاضلاع مطلقا حتى تساعد على اتساع الصدر في هذا الشكل
وتسكون عند المرضى مميزات كثيرة بالوضوح وتظهر الحفر فوق
الترقوة وتحتهما بثلثة والعنق قصيرا لان تجويف الصدر يكون منجذبا الى

أعلى بالعضلات القصصية الترقوية الحلمية والاشجعية بحقيقة يكون هذا
التجويف كما ذكره المعلم (ترويه) في حالة الوضع التي تكون عليها في أثناء
الشهيق ولو في أثناء حركة الزفير وقاعدة الصدر أي محل اندغام العضلات
البطنية لا تشترك في التمدد وبذلك يكسب الصدر شكل البرميل ولا ترتفع
الاضلاع في أثناء الشهيق الا قليلا ويجويف الصدر يرتفع بتمامه وينتضخ
مدة الزفير بدون ان يتدأ ويتضيق بكمية واضحة
وأما العلامات المهمة في تشخيص هذا المرض فتؤخذ بالاكثر من القرع اذ به
يعلم دخول الجوهر الرئوي بين القلب وجدر تجويف الصدر وبين هذه
الجدران والكبد والقط الاصم الطبيعي للقلب اعني الصدر الذي فيه يلامس
القلب جدر الصدر بكون زاوية حادة فتم في محل متصل الضلع الرابع
الايبر مع القص وأحد اضلاعها حافة القص اليسرى والضلوع الأخرى
يتكون من خط يتوهم امتداده من محل متصل الضلع الرابع بالحافة
اليسرى من القص الى الصدر الذي تفرع عليه قمة القلب وهذا الصدر
موضوع تحت حمة الندي بنحو مستقيم ونصف أو أكثر بقليل وبالقرع على
الجهة السفلى اليمنى من الصدر يوجد في الحالة الطبيعية صوت أصم ممتد من
الضلع السادس الى أسفل فان الكبد في هذا المحل يلامس جدر الصدر أيضا
فاذا وجدت أصمية الكبد متناقصة أو مفقودة فذلك دليل على ان الرئة
اليمنى تزايدت في الحجم وان وجدت أصمية القلب بهذه المثابة فيكون دليلا
على ان الرئة اليسرى متزايدة في الحجم أيضا فامتداد صوت القرع الممتد
دليل على وجود الانقباض

وأما تفاوت رنانية صوت القرع قليلا وكثرة فليس فيه أهمية بالنسبة لمعرفة
الانقباض كما ان كلامنا من شدة رنانية صوت القرع وقلتها معاني بكثرة تنوع
الجدران الصدرية والجوهر الرئوي الساكن خلفها وقلة وقد تكون مقاومة
الجدران الصدرية متزايدة ولو كانت كمية الهواء المحبوبة عليه الرئة متزايدة
بجيت لا يكون صوت القرع رنانا عاليا جدا ولا يوجد صوت طبل في
الانقباض الرئوية على الدوام اذا كانت جدران الصدر متوترة جدا على
متصلها فكما ان القرع على مثابة لا يحدث صوتا طبليا معي كان توتر

جدرها مرتقيا الى أعلى درجة عقب نفعها نفعها شديداً كذلك القرع على
 الصدر لا يحدث صوتا طويلا متى كانت بدنه متوترة توتر شديداً على الرئة
 او كانت جدر الخلايا الهوائية متوترة توتر شديداً على مقصدها ويشترط
 لموصول الصوت الطبلي انتظام التوجات الهوائية لكن ضغط الهواء الذي
 يحصل فيه تناقص وتزايد على الدوام عند القرع على جدر الصدر يمنع انتظام
 هذه التوجات فالعلامات المشخصة للانقباض بما هي امتداد الصوت الواضح
 وتناقص أو فقد اصمبة القلب أو الكبد والاعوجاج الرئوي بالكلية ولا الصوت
 الطبلي (تنبيه لا يحصل الصوت الطبلي في هذا المرض الا عند وجود ضاعفات
 أو كان الجوهر الرئوي فاقد المرئيه بالكلية) وعند التسمع لا يسمع
 الا لفظ حويصلي ضعيف بسبب ضعف التبادل الغازي في الخلايا الهوائية ولو
 كان صوت القرع على حالته الرئوية الطبيعية وكانت مجهودات التنفس عظيمة
 وفي أحوال أخرى قد يسمع خرارخر رطبة خاصة بالانتهاب الشعبي المزمن الذي
 هو مرض ملازم للانقباض يزيم الرئوية غالباً وربما يسمع خرارخر ذات فقاع
 صغيرة في الاصفار السفلى من الصدر في محاذ العمود الفقري لان هذه
 الاصفار من الرئة تكون كما ذكرنا مجسداً لاحتقان زلي أو وذيم بسبب
 العائق الموجود في دورة الاجزاء العليا من الرئة
 وبالجملة فلنذكر من اعراض الانقباض انه عند وجود انقباض رئوي
 يسارية عظيمة تزول اصمبة القلب من هذه الجهة بالكلية فلا تسمع ضربات هذا
 العضو في محالها الطبيعي بسبب لولولة الجوهر الرئوي بين القلب والجدر
 الصدرية ويشاهد عرضاً عن ذلك نبضات عظيمة في القسم الشراسبي عند
 كل حركة انقباض بطني وهذه الظاهرة تحصل من تحوّل القلب الى أسفل
 وسريان نبضه الى القص اليساري من الكبد عند ما يكون البطين الايمن في
 حالة تضخمه وتعدو يندران تكون هذه الظاهرة ناشئة عن تحوّل قلب
 نحو الخط المتوسط واحياناً تكون الانقباض يزيم الرئة الايمن في عظيمة جداً
 بحيث يندفع الكبد الى أسفل وحينئذ يعرف هذا العضو بالخش والقرع في
 المرافق الايمن وقد يجاوز الكبد حافة الاضلاع بقدر جملة أصابع عرضاً بدون
 انفتاح أو احتقان واما سير الانقباض الرئوي فانه متى حصل عند الاطفال

ربما استمر طول الحياة وكثير من المصابين به يعمرون ولو انه بطول السنين
تزداد المكابدات وعسر التنفس وتضيق النفس ذات قوة شديدة
ويكثر تردد هارومثل هؤلاء لا يمكن شفاؤهم بالسكينة لكن في زمن الصيف
يحصل عندهم تحسین فقط ينشأ عن المحطاط الالتهاب النزلي المصاحب لهذا
المرض وعن تناقص عسر التنفس الناتج عن هذه المضاعفة فان ما ينشأ عن
هذا الالتهاب النزلي المزمن من ضيق النفس والتلون السيانوزي اى المزرق
والاستسقا آت امر عظيم جدا كما ذكرنا ذلك عند الكلام على الالتهاب
النزلي الحاد

ومن النادر هـ لالک المرضى المصابين بالانقباض في نوبة من النوب التي
تترحمها عقب عدم كفاية التنفس والتسمم الحاد بجمض الكربون
وظهور الاعراض المألوفة للشال العام بل الغالب ان ركود الدم في اوردة
الجسم وقد وصل الدم اى قلبه احواله على زلال يؤدي لحصول الاستسقاء
العام وبالجملة فكثيرا ماتت لك المرضى من قلة التغذية اعنى في حالة التثوية
الناتجة ذلك عن الالتهاب النزلي في الغشاء المخاطي المعدي وامتصاص
الاوكتيبيج من امتصاص غير تام وركود سائل القناة الصدرية فيها

• (التشخيص) •

الانقباض اقل لاله الامداد يعسر تشخيصها مع التأكد بخلاف الممتدة التي
ينشأ عنها ضيق عظيم في التنفس وظواهر سيانوزية فيسهل تشخيصها بواسطة
العلامات الطبيعية وتميز عن غيرها من امراض الصدر المصحوبة كذلك
بضيق في التنفس وتلون سيانوزي فان الخطأ ما من بشكل الصدر وامتداد
رنانية الصوت التي تصل الى حافة الاضلاع الاخيرة والقص وتزحزح القلب
والكبد وضعف التنفس الحويصلي واما تمييز الانقباض عما عن التجمع الغازي
في الصدر فسيأتى الكلام عليه

واما التشخيص التمييزي بين الانقباض العوضي والحقيقية فينبغي على
معرفة تاريخ المرض والمبحث الطبيعى ولو في بعض الاحوال فان ظهرت
الانقباض مما عقب زوال الالتهابات الرئوية او البليوراوية بدون ان يسبق ذلك
بسهال شديد او باخبار المرضى مع التأكد بان ضيق النفس متقدم

الحصول على السعال جازا ظن مع التحقيق تقريرا بأن ثلاثي بعض اجزاء
 الرئة او التصاق وريقتي البلديورا ببعضها ما يؤدي لحصول انفيزيماعوضيه في
 الاجزاء السليمة من الرئة أعنى في الحوافي المقدمة والسفلى من الرئة (أوان
 هذه الانفيزيماعوضيه من فساد اولي في جوهر الرئة) واما ان شوهدت
 الانفيزيماعوضيه عند اشخاص مشتهرين بالآلات النفخ المويسمية وبياعون في
 استقالة أنفسهم مدة النفخ او حصل ضيق النفس عقب السعال التشنجي
 او التهاب نزلي شديدي مصحوب بسعال مزمن شديد ساغ التحمين بأن المريض
 مصاب بانفيزيماعوضيه وكذا وضع الصدر الشهيق المسمر يدل على الشكل
 الاول وأما شكل الصدر البرمي فيدل على الثاني

(الحكم على العاقبة)

عاقبة هذا المرض بالنسبة للحياة جيدة فان انتهاه بالموت نادر ولا يحصل الا بعد
 طول الزمن جدا ومن المعلوم ان الانفيزيماعوضيه تبقى نوعا من السعال الرئوي
 سواء كان ناشئا عن سوء الاخلط الوريدي او عن تناقص الدم في الرئتين
 سيما في قتمه او يخفى على الاشخاص المصابين بالانفيزيماعوضيه من انه اذا
 اعتراه التهاب رئوي (وهي حالة نادرة الحصول) ان لا ينصح نضج هذا
 الالتهاب بل يجب وبيته الاشي فيما بعد مع المواجز الطرية بعد مكابته
 الاستحالة البلينية (راجع مجت الالتهاب الرئوي اللينفي) واما عاقبة هذا
 المرض بالنسبة للشفاء التام فابست جيدة طبقا لما ذكرناه في سيره

(المعالجة)

اما المعالجة السببية فتدعى بمعالجة الالتهاب الشعبي النزلي والتشنجي
 ونحو ذلك واقل ما يتحصل عليه ايقاف تقدم الانفيزيماعوضيه فان الشفاء التام في
 هذا المرض غير ممكن بالكيفية ومتى كان البلورديا او درجة الحرارة منخفضة
 جدا ووجب صون المريض في اودته دائما والمريض المسية قطون الحالمهم
 يعرفون جيدة ادرجة البعد التي تضربهم فيمتنعون عن الخروج من اما كهم
 المعاملة لهم واما معالجة المرض نفسه قد اوصى بعضهم باستعمال المقيحات مع
 التكرار وزعم انه تضايق الصدر تضايقة عظيمة تطارد الهوا من الخلايا
 الرئوية عقب انضغاط الرئتين في اثناء حركات التي وينتهي الامر

بأنقباضهم هي نفسها وهذا الأخير لا يحصل عليه لما ان الخلايا الرئوية التي
 انطرد الهواء منها لا تمتكث زمانا طويلا متناقصة الحجم واما لا قول فيمكن
 الحصول عليه ولو ان قوة تجويف الصدر لا تضابق تضايقا عظيما هما كانت
 قوة انقباضات العضلات البطيئة فحينئذ لا يكون فعل المقيي الا مطلقا فقط
 وينبغي الاقتصاد في استعماله على اوقات هذا المرض التي يستدعي فيها كل
 من التنفس وبرودة الجلد وصغر النبض ونحو ذلك استفرغ الخلايا الرئوية
 وتجدد الهواء والانقباضات العضلية للعضلات البطيئة الناشئة عن المنبهات
 الجلووانية تمعنها نتيجة مماثلة لما تقدم عند استعمالها من طبيب عارس بل هي
 اقوى من فعل المقيي ويمكن ان تعقب بحركات تنهيق عميقة بواسطة جميع
 العصب الجواب الخارج تمجعا لا واسطيا

والا ايضا باستعمال كل من المقويات والجوز المقيي والاستر كين والجويدار
 مؤسس على نظريات دون تجارب نافعة ومثل ذلك يقال في استعمال صبغة
 الوبليا انقلنا المدوح استعمالها بكثرة بالنسبة لتأثيرها الجيد
 في الانقباض الرئوية

واما المعالجة العرضية فتستدعي اول ما معالجة التزلزات الشعبية التي تكاد
 تصاحب الانقباض الرئوية على الدوام وتزيد في مشاق المريض وتعبه
 فان ليس الاقوية المصنوعة من الصوف على الجسم مباشرة واستعمال
 الوسائط المنبهة على الصدر والحمامات البسيطة الحارة او البخار ينو استعمال
 مياه الينابيع القلوية المربانية لاسيما مياه امس الساخنة وغيرها من المياه
 الطبيعية المشابهة لها التي يوصى باستعمالها عند المصابين بالانقباض ان
 ترتب على استعمالها غالباً منفعة عظيمة وحصل منها راحة عظيمة للمريض
 مدة من الزمن كان ذلك ولا بد منسوبا للتأثير الجيد لذلك الوسائط العلاجية
 في المضاعفة المتعبة للمصابين بهذا المرض وهي التزلزات الشعبية المزمنة
 سيما الشكل الجاف منها وقد شاهدت المنفعة العظيمة من استعمال
 يودورال بوتاسيوم في المصابين بالربو الانقباضي كما تقدم ذكره
 وتستدعي المعالجة العرضية ثانياً تلطيف ضيق النفس الاعتيادي مثل هؤلاء
 المرضى ونوب ضيق النفس العظيمة منه التي تسمى على وجه الاختصار بنوب

ضيق النفس فلاجل تلطيف ضيق النفس الاعتمادى بوصى بارسال المرضى
 فى اثناء الصنف الى الاماكن الموجودين بانغابات من اشجار الفصيلة
 الخروطية فان المرضى يدسون الاقامة فى الهال المذكورة ذات الهواء الكثير
 الاوكسيجين مداعظما ومن هذا القبيل فى التأثير الجيد الما لطف الضيق
 النفس استنشاق الهواء المنضغط بواسطة اجهزة مخصوصة فانه يحصل من
 ذلك للمرضى الراحة العظمى غير ان هذه الطريقة العلاجية تتحتاج
 لمصاريف عظيمة وعند استنشاق الهواء المنضغط بتلك الاجهزة تتحس المرضى
 براحة عظيمة كأنها ولدت حينئذرتو جيه ذلك سهل

ومن المهم جدا الاجل تجنب حصول نوب الربو الانفيزىماوى اتباع تدبير
 غذائى صحى مع غاية الاحتراس وتجنب الاغذية المولدة للغازات فى البطن
 وتعاطى قليل من الاغذية قبل النوم والاجتهاد فى الحصول على التبرز كل يوم
 بواسطة مسهوق عرق السوس المركب بالسكيفية الآتية بان يؤخذ من

ورق السنالدىكى	}	من كل جزآن
ومسحوق عرق السوس		
شروكبيرى نقى	}	من كل جزواحد
سكر عاده		
او مسحوق آخرا من مر كب من		
سنامكى	١	جزء
كبيرى	٢	
ملح طرطير	٤	
سكر كوفى	٨	

فانه سهل خفيف كبد التأثير ايضا ويعطى من هذا من المسحوقين قدر
 ثلاث ملاعق صغيرة كل يوم وفى اثناء النوبة لا ينبغي تسببه بخود الحواس
 وغيرها من الظواهر الدماغية الى الاجتهاد الوريدي العظيم للدماغ ونهمل
 الفصد فان ظواهر ابقه اداء التسمم بمرض الكربونيك تزداد ولا بد
 بالاستقراعات الدموية وكذا لا ينبغي استعمال المخدرات فى اثناء النوبة سيما
 الافيون الامع غاية الاحتراس ولا يستعمل الا عند وجود انقباض تشنجى

في الشعب بل يستعمل المقيّمات والمنهات كالكانفور والمسك والجاوى
ومقدار عظيم من النيمذ القوي كما أوصى به بعضهم احببانا بأن يعطى منه
من اوقية الى اوقية ونصف كل ثلاث ساعات وان لم تثمر الوسائط المذكورة
يعطى زيت التريبنين من درهم الى نصف اوقية في منقوع عطري
وينبغى استعمال المدرات البولية في احوال الاستسقاء والمعزقات سيما
عند وجود نزلات شعبية شديدة كما تقدم فان كان الاستسقاء ناتجا عن
اضطراب الدورة الرئوية بسبب وجود آفة في القلب غير متعادلة ينبغي اعطاء
الديجيتال اوقيا (بأن يؤخذ منها من عشرة قعات الى عشر من وتنتفع في ست
اواق من الماء) وفي الاحوال التي لا تثمر فيها الديجيتال الا قد يكون استعمال
بصل المنصل ناجحا اوقية فيعطى على شكل سلك المركز (الذي هو عبارة عن
اوقية منه على اربعة من كربونات البوتاساوست اواق من الماء المقطر)
ويعطى من ذلك كل ساعة معلقة فانه يحصل نجاح عظيم ووقى

• (المبحث الرابع) •

في تناقص كمية الهواء في الخلايا الرئوية المعروفة بالانكسازياى الهبوط
الرئوى وبانضغاط الرئة

• (كيفية الظهور والاسباب) •

من الجائز ان يحصل في بعض الاحوال تناقص في مقصود الخلايا الرئوية
اوقية يد بالكيفية بحيث تتلامس جدرانها مع بعضها وهذه الحالة الاخيرة التي
هي طبيعية مدة الحياة داخل الرحم يمكن مكثها بعد الولادة في بعض اجزاء
الرئة وحيدة. الذي سمي ذلك بالهبوط الرئوى الخلقى وقد يتص الهواء المنحصر
في حالة اخرى من بعض الخلايا الرئوية بحيث تمبط هذه الخلايا على نفسها
ويشترط في امتصاص الهواء ان يكون على حالة توتر عظيم في الخلايا الرئوية
بحيث لا يمكن خروجه منها عند الزفير وذلك اما لكون الشعب منسدة
بتجمع افرازات فيها وهذا ما يسمى بالهبوط العارضى او لكون الشعب
الرقيقة تتحول لا يمكن ان يكافئ ضغط عظيم واقع عليها من الاجزاء المجاورة
وهذا ما يسمى بانضغاط الرئة
اما الهبوط الرئوى الخلقى فاكثرا يشاهد في الاطفال الضعاف البنية سيما

المولودين قبل استقامة الحبل والذين يرى عليهم حالة موت ظاهر بعد
الوضع الشاق فكان الخلايا الرئوية التي لم تمتلي بالهواء عقب الوضع حالاً يعسر
تمدها فيما بعد وامتلاؤها بالهواء ولذا ترى الاطفال الذين لم يجزوا على
الصريح وفعل التنفس العميق في أول ساعة من الولادة كثيراً ما يصابون
بالهبوط الرئوي وفي أحوال أخرى يظهر أن الالتهاب النزلي الذي يعثر
الاطفال وقت الولادة أو بعدها بقليل هو الذي ينشأ عنه الهبوط
الرئوي اتصيقه بعض الشعب التي هي فيها أوسعها فيمتنع دخول الهواء في
الجويصلات الرئوية المنتهية

وأما الهبوط الرئوي العارض فهو ملازم دائماً لالتهاب الشعبى النزلي
الحاد والمزمن ويشاهد بكثرة في الاطفال اذ يسهل فيهم انسداد الشعب
اضيقها وريها مباشرة الهبوط الرئوي المذكور عند الكهول ويكون
مصاباً لالتهاب الشعبى النزلي الحاد الذي يكون عرضية التنفس وأما
انضغاط الرئة فيحصل اما من ضغط السوائل أو الهواء المتجمع في تجويف
البليورا ويندرج حوله من أورام أو انسكابات في التامورا ومن الانوريزما
أو توسات العمود الفقري أو انخساف تجويف الصدر أو من تجذعات
سوائل عظيمة جداً في تجويف البريتون بها يندفع الحجاب الحاجز الى أعلى
انقاعاً عظيماً

(الصفات التشريحية)

يوجد غالباً في الهبوط الرئوي الخلقى الجوهر الرئوي المريض هابطاً على
نفسه في اصفار محدودة ويندر أن يمتد ذلك الى نصف أحد الفصوص الرئوية
أو احدى بقاها ويكون لون هذه الاصفار المنخفضة أزرق داكلاً ومتكاثفة
وعند شقها لا يسمع لها أزيز وسطح الشق يكون أملس محتمقاً بكثير من الدم
وابتداء تكون هذه الاصفار الهابطة يمكن نفخها بسهولة لكن فيما بعد
تصير أكثر اندماجاً خالية من الدم فلا يمكن نفخها بالكافية وحينئذ يظهر أن
جدار الخلايا الهوائية ملتصقة ببعض التصاقات

وأما تغيرات الجوهر الرئوي التشريحية في الالتهاب الحاد العارضية فهي
تقريناً نفس التغيرات التي تقدم الكلام عليها وقد كان المعلم (روكسكي)

يسمى هذه الحالة بالالتهاب الرئوي النزلي والاصفار المزرقرة الهابطة على
 نفسها الخالية عن الهواء تتخالف بالكلية في هذه الحالة منظر الجوهر الرئوي
 الانفي بماوى المحيط بهم وعند شق الاجزاء الرئوية الواقعة في الاصل كما يوجد
 سداة سمكية من مواد مخاطية صديدية سادة للشعب الموصلة الى هذه الاجزاء
 وعند استقرار هذه الحالة زمنطوبا لا يظهر في هذه الاصفار المزرقرة السمكية
 الهابطة تغيرات اخرى تختص بالهبوط الرئوي الذي هو الانتهاء الكثير
 الحاصل من الالتهاب الرئوي النزلي وستفكم على ذلك مفصلا في المبحث
 العاشر

وبالجمله قد يشاهد في احوال الانضغاط الخفيف الرئوي ازدياد في تكاثف
 جوهر الرئة وتساكها فيكون اكثر انما ما جادون أن يحلوا بالكلية من الهواء
 واذ كان الضغط اشد من ذلك فان الهواء يتص بالكلية من الشعب
 والخلايا الرئوية ومع ذلك فالضغط لا يكفي في انطباق الاوعية الدموية وطرد
 الدم منها فالرئة التي تكون اكثر كثافة توجد محجرة محتمة بالدم رطبة تشبه
 قطعة لحم عضلي ولذا يقال في مثل هذه الاحوال ان الرئة تلممت وعند
 ارتفاع الضغط لاعلى درجة تنطبق كذلك الاوعية الدموية فتتكون الرئة
 خالية عن الدم جافة سنجابية اللون اورصاصية وكثيرا ما تكون الرئة
 مستحيلة الى طبقة رقيقة جلدية اى شبيهة بقطعة جلد مرننة

(الاعراض والسير)

اعراض الاصل كما في الخلقة هي تقرير اعين اعراض التنفس غير التام الذي
 تكرر شرحه او تنقية الدم غير التام من الكربون فان الاطنال تنفس فيها
 تنفسا سطحيما سريعاً ويكثر نومها اجسادها ولا تصح مثل باقي الاطنال بل تن
 بضعف ولا تقدر على الرضاع بقوة وتصير باهتة اللون وتصير جلودهم باردة
 وانوفهم مدمية وشفاهم مزرقرة اورصاصية ثم تملك في الايام الاول من الحياة
 ويندر أن تعيش ثلاثة اسابيع او اربعة ولا يكون الموت في اثناء التشنجات
 بل الغالب حوله اثناء اعراض الضعف المتزايد والشلل العمومي ولا يمكن
 بالقرع الوصول الى معرفة تكاثف الجوهر الرئوي في الحالات الملامس هو
 فيها جدر الصدر الا في احوال نادرة لان الاصفار الواقعة في الاصل كما يشهد

أن تكون ذات امتداد عظيم
 وإذا صاحب الهبوط الرئوي الالتهاب الشعبي الشعري عند الاطفال الحديثي
 السن فلا يمكن معرفته مع التأكيدي في جميع الاحوال فالتأكد كونا عند
 الكلام على الالتهاب الشعبي الشعري ان الاطفال يمكن ان تظهر فيهم جميع
 اعراض التنفس غير التام والتسهم بجمهض السكر بون بدون حصول هبوط
 في الخلايا الرئوية بل بسبب انسداد عدد عظيم من الفروع الشعبية الصغيرة
 فينشد متى انضحت هذه الاعراض في أثناء سير الالتهاب الشعبي الشعري
 لا يسوغ الحكم بوجود تلك الآليات عارضة الا بظهور صوت أصم عند القرع
 في امتداد عظيم من الصدر وفي العادة تكون الاجزاء الرئوية الهابطة
 ليست عمدة امتدادا عظيما بحيث تحدث أصمبة واضحة في صوت القرع
 وأكثر من ذلك حصول ظهور أصمبة منتظمة على جاني العمود الفقري
 بواسطة الهبوط الرئوي الممتد لكلا الفصين السفليين من الرئة الذي يحصل
 في أثناء سير الحصبة

وأما اعراض انضغاط الجوهر الرئوي فلا يمكن تمييزه عن التغيرات المرضية
 الناشئة عنها الا بصعوبة ففي الاحوال التي تكون فيها أوعية الرئة المنضغطة
 ينضم لاعراض التنفس غير التام اضطرابات في الدورة شبيهة بالتي ذكرناها
 عند الكلام على التمييز بما وهي التجمع العظيم من الدم في القسم الايمن من
 القلب وتعدد هذا العضو وضخامته وامتلاء أوردة الدورة العظمى والسيانوز
 واحتمالات احتباسية في الدماغ والكبد والكليتين وكذا في مثل هذه
 الاحوال لا يقبل القلب الايسر شيئا من الدم الا في من الاوعية غير المنضغطة
 فيصغر النبض ويهت اللون وينتاقص الافراز البولوي وعند امتداد
 انضغاط الرئة ينتهي حال المرضى بالموت عقب الاستسقاء ومن المعلوم ان
 تأثير انضغاط جزء عظيم من الرئة على توزيع الدم في الاجزاء غير المنضغطة
 مهم جدا فان القلب الايمن اذا لم يمكنه صب متحصلة الا في رئة واحدة يزداد
 ضغط العمود الدموي في الرئة السليمة جدا فينشأ من ذلك الخطر العظيم
 للمريض عقب حصول الالتهاب النزلي والاوزيميا الشديدين في هذه الرئة
 فيستدعي هذا الخطر التصدق ونحوه وعند ما تكون الاجزاء السفلى من الرئة

منضغطة فالاحتقان العظيم الذي ينشأ عن ذلك في الاجزاء العليا بطريق
التوارد التنفسي الجانبي يمكن أن يمدد حياة المريض بالهلاك فيستدعي
علمية الفصد ونفس هذه الظاهرة تشاهد في الاحدب اذا نضاب جزء من
تجويف صدره بحيث ينشأ عن ذلك انضغاط الرئة فان الاجزاء غير المنضغطة
تصاب بالاحتقان والالتهاب النزلي والوذعيما

ومن المشاهدات الغريبة ان الاحدب لا يشاهد عنده اعراض ضيق
التنفس والسيانوز الا في سن البلوغ بخلاف سن الطفولية فان تنفسه يكون
سهلا ولا تظهر عنده اضطرابات في الدورة وهذه الظاهرة مهملة التوجيه في
علمنا ان العظام المشوهة عقب الراس يتقسم بطون نحو ما عاده ولو بعد زوال
المرض الاصل بالكلية فاذا كان التجويف الصدري والفتحات الظهرية هي
التي كانت مجاسا رئيسا لاراشيتهم وشوهت هذه الاجزاء فلا ينشأ من ذلك
ابتداء تضايق في الصدر لكن فيما بعد متى أخذ باقي الجسم في النمو بقي الصدر
متأخر في نموه فلا بد وأن يحصل من جهة عدم تناسب بين اتساع تجويف
الصدر الذي كان كافيا لان يسع رئة الطفل وصار الآن كافيا في ان يسع
رئة القوي ومن جهة أخرى عدم تناسب بين اقطار باقي اجزاء الجسم وكية
الدم الموافقة لها فيقتد بكتسب الاحدب الهيمية واللون المشاهدين عند
المصابين بالانقبض فيما فيصير التنفس عنده قصيرا ويملك عادة قبل التقدم
في السن عقب اضطرابات دوريه ويندر مشاهدين رثوي في مثله

(المعالجة)

ينبغي الاجتهاد الكلي في تحريض الاطفال الحديثي الولادة على البكاء
والصرخ والصياح بشدة وتبديد المواد المخاطية عن أفواههم بلطف وعند
تراكمها في الشعب يعطى لهم مقي من عرق الذهب أو معسل بصل العنصل
فاذا بقي التنفس مع ذلك غير تام ينبغي وضعهم زمنا فزمننا في حمام فاتر ويرش
على صدورهم الماء البارد ولا ينبغي اهمالهم للتوم طويلا بل يلزم ايتناظهم
بالحيلة أو الجبر بنحو الدغدغة في أقدامهم الى أن يستقر ظواهرهم ويصحووا واذالم
يرتضوا يعطى لهم بالمعلقة بدمر ما يغذيهم والاحود أن يكون من لبن الام
و يعطى لهم أيضا زمنا فزمننا بعض من القيد وعند وجود الميل للبرودة

لا يتركون ينامون على فراشهم بل على أيدي الامهات او المراضع ففي مثل هذه الاحوال اجراء هذه الاسعافات الجيدة مع المداومة يحصل منها نجاح تام

وأمام معالجة الهبوط الرئوي العارضى نهى عن ما ذكرناه في الالتهاب الشعبي الشعبي حينما ينشأ عن انسداد القروغ الشعبية الرفيعة فانه بازالته هذا العائق يدخل الهواء في الخلايا الرئوية الهابطة على نفسها وأمام معالجة الانضغاط الرئوي فستدعى معالجة المرض نفسه الناشئ عنه ومعالجة عرضية تليق باضطرابات الدورة التي يمكن أن تهدد الحياة بالخطر

* (المبحث الخامس) *

* (في الاحتقان الرئوي التواردي والانسدادى وأوذيميا الرئتين) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

ينبغي تقسيم الاحتقان الرئوي الى متعدد وقاصر اى قوى وضعفى فالاول سماه المعلم (ورجوف) بالاحتقان التواردي والثاني بالاحتقان الاحتمالي أو الرئوي فان لفظة متعدد وقاصر لا تطابق بالكلية الافعال النفسية ولو جمة الناشئ عنها هذان الشكلان من الاحتقان فان التواردي ينشأ عن توارد عظيم سريع من الدم الى الاوعية الشعبية والاحتمالي ينشأ عن وجود عائق مانع لمرور الدم من تلك الاوعية أو مبطئ له فالذى يعتبر هنا هو محصل هذه الاوعية فان به تتعلق وظائف الاعضاء وتغذيتها ثم ان الاحتقان التواردي في الرئة يشاهد أولاً عند وجود ازدياد في فعل القلب أى انقباضاته ولذا ترى شباناً في سن البلوغ خصوصاً طول القامة ضيق الصدر يشكون بخفقان القلب عقب تأثير اسباب واهية جداً مثل بعض المجهودات الجسمية الخفيفة أو عقب تعاطى مشروبات منبهة ولو قليلة ونحو ذلك ففي مثل هؤلاء يشاهد ازدياد عظيم في ضربات القلب وينضم لذلك ظواهر احتقان رئوي وبدون حالة التنبه في القلب والاستعداد المخصوص عند بعض الأشخاص ينشأ عن المجهودات الجسمية الشاقة والافراط من المشروبات الروحية والانفعالات النفسية كشد الغضب وغير ذلك

احتقانات رئوية شديدة خطيرة مع انقباضات قوية سريعة في القلب وبما
 كثرت مشاهدته أن المجانين الهائجين أو المرضى المصابين بارتعاش السكرى
 كثيرا ما يلقون على أسرتهم بالجبر ويتركون لحرم متوحشين لا يفرقون بين
 الضر والنفع فيوجدون في اليوم التالي حال الكين على أسرتهم وأقاربهم
 مغطاة بزبد دموى وعند فعل الصفات الشريحية يظهر أن السبب الوحيد
 في الموت هو الاحتقان الرئوي الشديد وأذيتها الرئة الحادة ويعسر توجيه
 هذا العارض فإن مجرد ازدياد فعل القلب لا يحدث احتقانا في أغلب أعضاء
 الدورة العظمى لأنه كلما كانت الشرايين ممتلئة وكانت جدرها أكثر توترا
 كانت الاوردة أقل امتلاء وجدرها أقل توترا وعلى هذا مقي كان توارد الدم
 نحو الاوعية الشعرية متزايدا كان سببانه منها اسم الاوعية فتكون الدورة
 سريعة بدون أن تزداد كمية الدم المحتوية عليها الا أعضاء اذ ذلك خلاف
 النسبة في الرئتين وحصول الاحتقان الشديد فيهما مجرد ازدياد فعل القلب
 بمعنى ولا بد على كون الاوعية الشعرية الرئوية ليست كغيرها من اوعية غير
 هذا العضو مارة في منسوج كثيرة المقاومة أو لها بل مارة على حالة تعز
 تقريرا في مسافات محتوية على هواء يتخلل عند كل شهيق بحيث لا يمكنها
 مقاومة الضغط الدموي الباطني المصاحب لسرعة الدورة ولو كان قلبا بل
 انها تتمرد عقب ذلك تمددا عظيما
 ثانيا يشاهد الاحتقان الرئوي التواردي في الرئة عقب تأثير المهيجات
 اللاواسطية وتوجيه ذلك سهل كاستنشاق هواء حار جدا أو ممتزج بجواهر
 حريفة وفي مثل هذه الاحوال يظهر ان المنسوجات المحتوية على اوعية
 شعرية في باطنها تصير أكثر رطوبة فتكون مقاومتها لتمدده هذه الاوعية أقل
 قوة وفي نفس الاسباب المذكور تحدث احتقانا توارديا نحو الجلد متى تعرض
 لتأثيرها فان الجلد يصير أحمر متى تعرض زمة اقل لتأثير البرد أو وضع عليه
 ضماد ساخن أو خردلى والاحتقانات التواردية المزمنة التي تصحب تكون
 التولدات الجديدة ولينها في الرئة كالدرن تحصل بعين هذه الكيفية فتسبب
 أيضا الحالة استرخاء غير طبيعي في الجوهر الرئوي
 ثالثا يوجد شكل من الاحتقان التواردي نحو امقار محدودة من الرئة غير

ملتهت اليه بكثرة وقد اشرفنا اليه عند الكلام على الاتقنيز بما والا انضغاط
 الرئويين وهو ان هذا الاحتقان يحصل في باقى اجزاء الرئة التى يعترى
 دورة الاوعية الشعرية من الاجراء المجاورة لها عوقبان تنضغط او تتلاشى
 وهذا الاحتقان التواردى التفرغى الجاني يظهر عنه اعراض فى اغلب
 الآفات الرئوية لان ذلك من النواميس الطبيعية فانه لو ربط جرح وعائى
 ذوقا مناسبا لوجدنا زيادة فى ضغط العمود الدموى فى الاوعية غير المربوطة
 بحيث يمكن قياس هذا الضغط فى هذه الاوعية وبهذا الاحتقان يمكن
 بسهولة توجيه اغلب امراض الرئة وبذا وجه ايضا تأثير القصد فى الالتهاب
 الرئوى وفى الانسكاب الباموراوى ونحو ذلك

رابعاً يحصل الاحتقان الرئوى التواردى كما ذكرنا من تحلل الهواء فى الخلايا
 الرئوية وذلك بنفس الكيفية التى يحدثها المحجم الاعتيادى أو محجم الساق
 لانه لم (جوند) فانه ينشأ عنهم ايضا احتقان تواردى نحو الجلد بل ان هذا
 الاحتقان هنا يكون أشد لان الاوعية الشعرية الرئوية لا تكون مستندة
 على جوهر كثير المقاومة وقد ذكرنا ان زوال الضغط وارتفاعه الذى
 يعترى الاوعية الشعرية من الخلايا الرئوية حينما يددا لطفل صدره بقوة
 عند تضيق المزمار هو السبب العظيم فى حصول الالتهاب النزلى والاوذيما
 الرئويين التابعين للالتهاب الخجبرى ذى الغشاء الكاذب وفى عدم نجاح
 عملية القطع الخجبرى فى هذا المرض الاخير

وأما الاحتقان الاحتباسى المعروف بالاحتقان القاصر الذى منه الاحتقان
 المبخناينى فيحصل فى جميع الاحوال التى فيها تكون الاوردة الرئوية ممتلئة
 امتلاء غير طبيعى وجردها من توتر اعظم فان الدم هالاي يمكن
 سبيلانه من الاوعية الشعرية الابعسر مع أن الشرايين لم تنزل تدفعه نحوها
 وتصبه فيها ولو كان امتلاؤها قليلا لان توتر جدها على الدوام اعظم من توتر
 جدها الاوعية الشعرية بكثير (الأتري ان الدم لم ينزل ينصب من الشرايين
 الى الاوعية الشعرية ولو بعد وقوف ضربات القلب) فالذى ينتج من ذلك
 أن الاحتقان الاحتباسى ينشأ عنه تمدد عظيم جدا فى الاوعية الشعرية
 أكثر مما يحصل فيها من الاحتقان التواردى فانه عند وجود عائق عظيم

في الدورة الوريدية يتجه الدم نحو الاوعية الشعرية التي صارت كأنها معلقات
 (أي استطراقات) اعورية للشرايين الى أن يصل توتر جدر الاوعية
 الشعرية المذكورة الى درجة تماثل درجة توتر جدر الشرايين المستطرفة
 بها أو الى أن يعتري جدر هذه الاوعية الشعرية الرفيعة تمزق لعدم تحملها
 اضعاف عظيم

والاحتمان الاحتباسي في الاوعية الشعرية الرئوية يحصل من جملة
 أسباب أولها تضيق الصمام الاذيني البطني اليساري وعدم تمام غلظ هذا
 الصمام فان كلا هذين المرضين يصطب باحتقان رئوي عظيم جدا وتزقات
 الاوعية الشعرية المتمددة تنتج التاقون المسمر في الرئة المتبسة الضخمة
 وسبب ذلك هو مرض الصمام القلبي (راجع البحث الاول) فان كان
 لا يمكن استقراغ الاذين من الدم استقراغا تاما أو حصل تقهقر الدم فيه
 مدة تقباضات البطين فلا بد وأن هذين الامرين يمنعان بالضرورة استقراغ
 الاوردة الرئوية فينشأ عنهما الاحتقان العظيم في الاوعية الشعرية الرئوية
 فانها ضعف فعمل القلب فانه يتنج عن ذلك ولا بد عدم استقراغ تجاويق
 القلب استقراغا تاما وبذلك يصير سيلان الدم من الاوردة في تجاويق هذا
 العضو غير تام أيضا فان كمية الدم الواردة بالشرايين في هذه الحالة لا تنقص
 بالنسبة للصعوبة التي يكابدها الدم عند مروره من الاوعية الشعرية الى
 الاوردة وهذه المشابة ترى أن الحيات الضعيفة كالتيقوس والحجى النفاسية
 والتسهم الصديدي ونحو ذلك من الامراض التي تكون فيها انقباضات
 القلب سريعة غير تامة تصطب على الدوام باحتقان احتباسي من الاوعية
 الشعرية الرئوية وينتج عن ذلك ضعف حركات القلب سبب آخر يعوق الجريان
 المنتظم للدم في الاوعية الشعرية من الاجزاء المنحدرة في الرتين وهو ثقل الدم
 وهذا العائق يتقهر بسهولة بالانقباضات القوية في القلب لكن عند ضعف
 حركات هذا العضو وتشاهد حصول ظواهر المخدرة في فتق اعراض
 الاحتمانات الاحتباسية في الاجزاء المنحدرة من الرتين فينتج ان شخصا
 سليما يكتسب استقباعا على ظهره عدة أشهر بدون أن يحصل له احتقان
 المخدري في اوعية الظهر الشعرية او غمغرية وضعيفة أو ظواهر الاحتقان

الانحداري في الرئة بجميع ادوارها بخلاف المصاب بنحو التيفوس ذي المدة الطويلة فانه يكاد على الدوام يحصل له غنغرينة وضعيفة واحتقات انحدارية في الرئة

وقد ذكرنا ان اتفاخ الاغشية المخاطية ورخاوتها والافراز المتزايد المتنوع في الغدد الكائنة بها عرض ملازم لاحتقان هذه الاغشية وعلى هذا فجميع تلك الظواهر تشاهد في جميع الاحوال التي يوجد فيها احتقان شديد في الخلايا الرئوية فان جدرها تنفخ كذلك وتصير رخوة وترشح لكن الرشح الذي يحصل مع ذلك في الخلايا الرئوية يتميز عن ارتشاح الغشاء المخاطي الشعبي بكونه سائلا مصليا ومتى علمنا انه الاجر به المخاطية جدا في الفروع الشعبية او قد هابا بالكلية في الخلايا الرئوية التي فيها يغطي الغشاء البسيط من الخلايا المدكورة بطبقة بشرية رقيقة انضح لنا ذلك لما ان افراز الخلايا الرئوية التي لم تكن مبطنه بغشاء مخاطي حقيقي تتميز ولا بد عن افراز الغشاء المخاطي الشعبي

واعلم ان الاوذيميا في باقي الاعضاء وان عير عنها ارتشاح مصلي في حالات المنسوجات فقط فالاوذيميا الرئوية يعبر بها عن الاحوال التي يكون فيها الارتشاح المصلي الكائن في حالات جدر الخلايا الرئوية مصحوبا كذلك بارتشاح على السطح السائب في تلك الخلايا

ثم ان الاوذيميا الرئوية ليست على الدوام نتيجة احتقان شديد أي نتيجة زدياد الضغط الواقع على جدر الاوعية الشعرية من الدم بل يحصل في الرئة كما يحصل في غيرها من الاعضاء عقب ارتشاح مصلي الدم من جدر الاوعية الشعرية في حالات منسوج الرئة وخلاياها ولو كان ضغط العمود الدموي ضعيفا وذلك عندما احتوا هذا المصل على قليل جدا من المواد الزلائية (أعنى متى حصل سوء اخلاط مائي) وسيأتي الكلام على ذلك مستوفى عند التسكلم على داء بركت

ومتى حصلت اوذيميا في الرئة عقب الاحتقان الانحداري سميت بالاوذيميا الانحدارية وسميت كذلك من المعلوم لنا ان الامتلاء الوعائي العظيم في الاحتقان الانحداري له سبب مزدوج كما ذكرنا في الواضح ان الاوعية

الشعرية في هذا الشكل من الاحتقان تكون ممتلئة امتلاء عظيم وان
 جدرها تكون متوترة توتر شديد وعلى ذلك فن الجائر في هذا الشكل من
 الاحتقان انه لا يحصل ازدياد في نضج سائل زلالى خفيف بل ان جميع اجزاء
 مصال الدم ومن جملتها المادة اليقية ترشح من خلال الجدر الوعائية التي
 صارت متسعة المسام وهذه الحالة يعبر عنها بالتهاب الرئوى الالتهادى
 وهى تحصل عن مجرد احتقان احتباسى وليس لها حينئذ أدنى اشتراك
 بالتغير الالتهابى الحقيقى

* (الصفات التشريحية)

متى كان الاحتقان ذا درجة متوسطة تشاهد الرئة منمنجة ذات لون أحمر
 داكن وأوعيتها محمقة احتقانا عظيما ومنسوبها من تشعها وأكثرت خواوة
 وقليل الفرقعة وعند شق الرئة يسيل منها كمية عظيمة من الدم والشعب
 فتحتوى على سائل دموى زبدى وعند استقرار هذا الاحتقان زمانا طويلا
 وارتقائه الى درجة عظيمة يشاهد جوهر الرئة كما ذالون أسمر محجور وكل من
 المنسوج الخلوى والحواجز بين الخلايا الرئوية يكون منتفخا انتفاخا عظيما
 جدا بحيث ان الرئة التى صارت متكاثفة جدا يكاد لا يعرف أثر تركيبها
 الخلائى والرئة التى تصير حينئذ ذات تماسك وتمكثفة تشابه جوهر الطحال
 ويعبر عن ذلك بتطعل الرئة ومتى حصلت أوذيميا فى الرئة صار هذا العضو منتفخا
 ولا يهبط على نفسه عند فتح الصدر ويحس بامتلائها بالمواد المصلية ومتى
 كانت الأوذيميا حديثة يترك ضغط الاصبع انهماجا غير واضح جدا لكن اذا
 استطاعت مدتها يفقد جوهر الرئة مرونته ويبقى بعد ضغط الاصبع انهماجا
 واضح يستقر زمانا طويلا وعندما تكون الأوذيميا نتيجة احتقان شديد تشاهد
 الرئة الأوذيمياوية ذات لون محجور وعندما تكون عرضا لا تسبقها عموى تشاهد
 ذات لون باهت بالكلىة وعند شق الاجزاء الأوذيمياوية يسيل من سطح الشق
 سائل صاف تارة وتارة قليل الحيرة محتلط بدم منقاوت الكمية وهككثيرا
 ما يكون غزيرا جدا ويكون رغويا متى كانت الخلايا الرئوية غير ممتلئة امتلاء
 تاما بالمصل ومحتوية على بعض هوا وفى أحوال أخرى يكاد أن لا يشاهد
 فقاعات هواية محتطاة بالسائل الآتى من الشعب الغليظة وحينئذ يكون

السائل المصلي قد طرد الهواء من الخلايا الرئوية بالكلية
 وفي الاحتقان الالتهابي تشاهد الظواهر المذكورة وهي الاحتقان
 العظيم الواسع لدرجة التطحل أو أوديميا مملطة بكثيراً وقليل من الهواء
 وذلك يشاهد بالاكثري في الاجزاء الخلفية للرئتين على جانبي العمود الفقري
 في درجة متساوية وفيما اذا كان المريض دائماً مستلقياً على احدى جهتي
 الجسم يكون الاحتقان الالتهابي قاصراً على هذه الجهة ويكتسب فيها
 امتداداً عظيماً بخلاف الرئة الاخرى فانها تكون سليمة ومتى لم يكن عصر
 متحصل للخلايا الرئوية في المحلات المتبسة من الجوهر الرئوي وكان
 سطح شق هذه الاجزاء هيمية حديدية غير واضحة وكان السائل الخارج
 متعكراً بقليل من المواد اللبغية المنعقدة هي ذلك بالانتهاب الرئوي
 الالتهابي

* (الاعراض والسير) *

الدرجات الخفيفة من الاحتقان التواردي للرئة لا ينشأ عنها اعراض
 مخصوصة فان الوعية الشعرية المتمددة تعرض للهوا سطحاً كثيراً وساعاً
 وتسرع الدورة وبذلك يحصل تحيرون الدم في الرئة بقوة فان هذين الامرين
 يساعدان على سهولة التبادل الغازي وأما اذا كان الاحتقان التواردي
 عظيماً جداً فيمكن تمدد الشبكة الوعائية الكثيفة الكائنة في جدران الخلايا
 الرئوية بانقراده في تقيص متسع هـ هذه الخلايا الكائنة في جدران الخلايا
 بالاكثري من اتقاخ واجز هـ هذه الخلايا ومن ازدياد الانسكاب فيها وحينئذ
 يحصل عائق في التنفس فان الرئة لا يمكنها قبول كمية كافية من الهواء ولذلك
 الأشخاص ذوات الصدر الضيق الذين تقدم الكلام عليهم في أول هذا المبحث
 يشعرون بعسر التنفس عندما يحصل لهم نوب خفقان ويوضحون عن
 حالتهم وعما يحسون به في الصدر بالدقة من الاحساس بامتلاء الصدر واضيقه
 وينضم لذلك سعال قصير جاف ويتدران يشاهد حصول نفث رغوي محتاط
 بأشرطة دموية ونفقاً لأم الصدر وبالمبحث بالعلامات الطبيعية لا يظهر
 أدنى تغير ولذلك نذكر هنا هذه الاحتقانات التواردية الاعتيادية نحو الصدر
 قد تكون أحياناً من الظواهر السابقة لسلسل الرئوي ولولم يحصل ذلك

بكثرة كما يظن

وأما الاحتقانات الشديدة التي سبق ذكرها في كيفية حصول هذا المرض
والتي تعتبر نتيجة ازدياد فعل القلب ازدياداً شديداً فقد تتضح أحياناً بسرعة
عظيمة جداً وتمهد حياة المريض فجأة ولذا يعبر عن هذه الاحتقانات بالسكتة
الرئوية وقصر النفس هنا يرتقى إلى درجة خطيرة جداً في أقرب وقت
فيتم إلى التنفس بسرعة عظيمة بحيث لا يمكن عد حركاته وكل من الاحساس
بامتلاء الصدر وضيقه يزداد ازدياداً قوياً يصل به إلى درجة الاختناق
والضجر العظيم وفي كل نوبة من نوبات السعال ولو كانت ضعيفة يمتلئ الفم
بكمية عظيمة من مواد زبدية دموية وتتضح ضربات القلب ونبض كل من
الشريان السعيري والسباتي يدل على كثرة الدم في المجموع الشرياني
ويحتمن الوجه وعما قليل تطرأ أعراض الاوذيم الرئوية التي تنضم لهذا
الشكل من الاحتقان الشديد فان انخلاق الرئوية لامتلائها بالمادة المصلية
لا تقبل الهواء وحينئذ فالتسمم الحاد للدم بجمض الكربون يتوقع شكل
المرض فالمرضى الذين يكونون ابتداءً في حالة قلق عظيم يحصل لهم سكون
ووقوع في حالة خدر وجمامة وجهه ولا يمكن الطبقة العضلية من الشعب
قذف المواد المصلية المحتبسة فيها الكونها تقع في حالة شلل كسبات العضلات
ووجود خراخر غليظة تسمع في القصبة الهوائية يعلن بقرب الانتهاء المحزن
وتهديد الاختناق

وأما أعراض الاحتقان الرئوي التواردي الحاد الناشئ عن استنشاق
غازات حربية فانه متنوع بسبب التمزج الملازم للغشاء المخاطي الخنجري
الشعبي ونصطبج بنوب سعال شديدة وأما أعراض الاحتقانات الرئوية
الناشئة عن درن الرئة أو سرطانها ونحو ذلك والتي تؤدي في الغالب لحصول
أنزفة رئوية شعبية فستتكم عليهم في المبحث الآتي

وأما الاحتقانات التقيومية الجانبية للرئة فالها ينسب معظم الأعراض التي
يسفشر بها في مبحث التهاب الرئوي والبلبوراوي والامتلاء الغازي
للصدر فان معظم ضيق النفس ينشأ عن امتلاء الأوعية واتفاخ انخلاقها
الرئوية في الاجزاء التي لم تكن مصابة بأحد الأمراض السابقة ولولا هذه

المضاعفة التي هي نتيجة ملازمة لاضطراب الدورة لكائنات الخلايا الرئوية
 التي بقيت سليمة تنكفي في معظم الاحوال للتنفس وقبول كمية كافية من
 الهواء والصفات التشريرية في المصابين بالسل الذين تتلاشى عندهم كتلة
 الدم من الجسم بتقدم المرض يستبان منها بكيفية غريبة أن ما بقي من
 الخلايا الرئوية المصونة يكون ولو قليلا كافيا للتنفس ما لم يكن محتقنا وعند
 تناقص ضغط الدم في القلب عقب فعل فصد يزول ضيق النفس غالباً والوا
 تاماً مع ان المرض الاصلي لم يزل باقياً وذلك لان الاحتقان التقيمي الجانبي
 يتناقص بذلك ويتأخر متى هلكت المرضى في الدور الاول للاتهاب الرئوي
 أو البلوري أو عقب دخول الهواء في احدي التجاويف البلورية
 وضغطه على احدي الرئتين بزمن قليل فان هلاكهم يكون ناجماً عن
 الاحتقان التقيمي الجانبي أو الاوذيميا التقيمية الجانبية ولو اطعنا على
 مشاهدات الصفات التشريرية لوجدنا أثر هذا الشكل من الاحتقان مع
 انه من النادر اعتباره في توجيه الاعراض المرضية اعتباراً كافياً
 وأما الاحتقان الاحتيابي فينشأ عنه ضيق عظيم جداً في النفس أعظم منه
 في الاحتقان التواردي ولولم ينضم الى ذلك أوذيميا فان المرضى المصابين بعدم
 كفاية غلق الصمام القلبي أو تضايقه يعتبرهم ضيق عظيم في التنفس
 يزداد بآدنى حركة ولولم يكونوا مصابين بالتهاب نزلي شعبي وبدون امتداد
 الاحتقان الاحتيابي في الاوعية الشعرية الخلاقية الى تفرعاتها واحداث
 اتفاخ في الغشاء المخاطي الشعبي وضيق في الشعب وهذه الظاهرة منهلة
 التوجيه متى علمنا ان دورة الدم في الاحتقان الاحتيابي تكون بطيئة بقدر
 ما تكون سريعة في الاحتقان التواردي وفي الحالة الاخيرة لا يوجد
 الاسباب واحد ينشأ عنه عسر التنفس وأما في الحالة الاولى فيوجد سببان
 للاختصاص المصابين بامراض في القلب وقد يطرأ على ضيق النفس المستمر
 عند المصابين بامراض في هذا العضو وضيق عظيم جداً في النفس بكيفية
 فجائية وتظهر جميع الاعراض التي شرحناها في السكتة الرئوية وذلك ان
 الارتشاح في الخلايا الرئوية ينضم لاتفاخ جدرانها والتنفس الذي كان
 معوقاً فقط يصير دفعة واحدة غير كاف فالأشخاص المصابون بامراض

في القلب كثيرا ما يكون بالاحتمقان الرئوي الاحتباسي الحاد أو بالاوزيميا
 الرئوية الحادة ولا توجد غالباً في الخنة الاسباب التي يفتج عنها ازدياد في
 في اضطراب الدورة وعوقها وفي أحوال أخرى قد يشاهد عند مثل هؤلاء
 المرضى ظهور أعراض الارتشاح المصلي في الخلايا الرئوية وعدم كفاية
 التنفس ظهور اندر يجيما حتى بهما كوا
 ومتى شوهد في مدة سير الجيمات الضعيفة تنفس سطحي غير تام (سواء كانت
 عرضاً للتسقمس أو للتسهم الصددي أو نحو ذلك) ودل القصر على حصول
 تسكاف في جوه الرئة على جانبي العمود الفقري وكان النفس مصلياً محتلطاً
 بقليل أو كثير من الدم كان ذلك دليلاً على وجود احتمقان احتباسي
 اتخذاري في الرئة أو إحدى انتهات
 ثم ان تمييز أعراض الاوزيميا الرئوية عن أعراض احتمقانات الرئة من الأمور
 غير المؤسسة على حقيقة الواقع ونفس الأمر فان الاوزيميا أحد الأعراض
 الرئيسية التي تنضم إلى الاحتمقانات الرئوية متى ارتقت لدرجة عظيمة والذي
 يدلنا أولاً على حصول هذه المضاعفة الضرورية هو درجة ضيق النفس الذي
 لا يرتقي إلى درجة عظيمة جداً بمجرد اتفاخ الحواجر الخلائية كارتقائه من
 الاوزيميا وعلى كل ففي أذى الاحتمقان الرئوي للهلال لا بد وأن يوجد نضج
 مصلي في الخلايا الرئوية وثانياً ظهور النفث الواصف فانه لا يشاهد مطاقاً
 خروج إفراز من طبيعة سائلة من الغشاء المخاطي أو بالقليل منه جداً
 ولذا يعتبر ولا بد خروج الإفراز السائل الغزير الشفاف المختلط بقليل أو كثير
 من أخطبة دموية من العلامات الخطرة جداً متى حل ذلك محل الإفراز اللزج
 القليل الخارج بالنفث من المصابين بالالتهاب الرئوي وكذا يمكن الاستدلال
 بالتسمع على ظهور الاوزيميا الرئوية وبالممارسة يمكن بسهولة معرفة الخراخر
 الخفيفة أي التي تكون في سائل لزج وتبميزها عن الخراخر الرطبة أعني
 المتكونة في سائل أقل تماسكاً تعافان من النادر جداً أن ينشأ عن إفراز
 الغشاء المخاطي الشعبي خراخر رطبة كالتى تنشأ عن امتلاء الخلايا الرئوية
 والشعب بارتشاح مصلي واحياناً لا تسمع أغماط تنفسية في المحل الذي فيه
 أوزيميا الخلايا الرئوية بحيث لا يمكن نفوذ الهواء فيه وبالجملة فنصوت القرع

الذي لا يتغير عند وجود مجترد الاحتمان يمكن الاستدلال به على وجود الاوذيميا
 متى طرأت عليه وضاعفته وفي الاحوال التي فيها تفقد جدران الخلايا من انتها
 عقب ظهور الاوذيميا فلا تكون متوترة على ما احتوت عليه من المادة
 المصلية يكون الصوت طبليا لكن متى طرد الهواء بالكلية من الخلايا الرئوية
 من الاوذيميا ولم تسكن الرئة محتوية عليه فان صوت القرع يكون أصم فارغا
 كما يكون ذلك في جميع امراض الرئة التي يصير فيها جوهرا متسكنا
 واذا شوهدت هذه الظواهر في المحلات التي يتكرر فيها حصول التغيرات
 الانحدارية فلا بد أن توجد فيها هذه التغيرات وانما آتتها

وأما الاوذيميا الرئوية المتعلقة باستسقاء عمومي فانها عيارة عن ظواهر اوذيميا
 المنسوج النسيجي تحت الجلد وأما الارتشاحات في التجاويف المصلية
 فيستدل بها على توجبه ضيق النفس وعسره المنضمين للاعراض السابقة
 وان شوهد مع ذلك نفث مصلي والغطاء خراخر رطبة وصوت طبلي أو أصم عند
 القرع ساغ اعتبار مجموع هذه الاعراض علامات دالة على الاوذيميا الرئوية
 بدون شك

* (التشخيص) *

ثم انه يسهل تمييز كل من الاحتمان والاوذيميا الرئوية عن غيرهما من
 امراض الرئة متى تأملنا في الاعراض التي تقدم نمرحها وان عسر علينا
 في الطب العملي تمييز الاحتمان القوي أي التواردي عن الاحتمان
 الضعفي أي الاحتباسي ولومهل ذلك علما ومع هذا فاختلاطهما ببعضهما
 يؤدي لاجراء علاجات مضره ويكثر الاحتباس في التمييز بين الاحتمان القوي
 الجانبي التواردي الذي يحصل في أثناء سير الالتهابات الرئوية والبيوروية
 والاحتمان الاحتباسي الناشئ عن ضعف حركات القلب وتناقص قوتها
 كما يحصل في الحميات الضعفية فكثيرا ما يشاهد انه عند حصول الاشطاط
 الانتهاء مع صغر النبض والهديان وجفاف اللسان ظهورا احتمانات رئوية
 ضعفية وأوذيميا رئوية بحيث يميل الطبيب للظن في الاحوال الحديثة من
 الالتهاب الرئوي اللينقي متى صغر النبض وحصل الهديان وتحو ذلك بحصول
 احتمانات ضعفية احتباسية ناتجة عن شلل ابتدائي في القلب فبأمر بدلا

عن القصد باستعمال التبيد والكافور والمسك وسنذكر عند الكلام
على الاتهاب الرئوي اللينى كلام من الاحتقان الرئوي التواردي والضعفي
الذين لهم أهمية عظيمة في اعراض هذا المرض ونوضحها وتوضيحا شافيا
عند ذكره معالجته

*** (الحكم على العاقبة) ***

الحكم على عاقبة كل من احتقان الرئة وأوذيمها يتعلق بالكيفية بالاسباب
المتمة لهذا المرض وبالجملة فالاحتمانات التواردية التي لم تنشأ عن تولدات
غيرية في الرئة تكون أقل خطرا وأسهل معالجة عن الاحتمانات
الاحتباسية التي لا يمكن في الغالب زوال الاسباب الناتجة هي عنها وانذار
كل شكل من الاحتقان على حدته يعلم بما ذكرناه في شرح السير

*** (المعالجة) ***

المعالجة السببية حيث كان من المعلوم ان ازدياد فعل القلب أكثر الاسباب
انما جال الاحتمقان التواردي الرئوي وفي الشبان يصطبغ خفقان القلب
الاعتيادي باحتمقان الرئة وهاتان العلامةتان تسبقان الاشكال المختلفة من
السل الرئوي فيستدعي هذا الامر لتدبير صحي منتظم ومعالجة لا تقه
في ثمة تدبير المرض باجتناب المشروبات الروحية والقهوة والشاي وتناول
المطعمات أو المشروبات للتدبير يقبل تعاطيها وينبغي عن جميع المشاق
الجسمية والحركات العنيفة المتعبة كالرقص وركوب الخيل بل يوصى بعمل
الرياضة الخفيفة بحركات جسمية لطيفة منتظمة وينبغي اجتنابه
الانفعالات النفسية ومع هذه الوسائل الصحية ينبغي أن ينضم لذلك جميع
الاحتراسات التي تحفظ الرئة من جميع المهيجات فتباعد المرضي عن
المحلات الساخنة جدا والتي فيها دخان وأتربة بكثرة وعن استنشاق الهواء
البارد جدا ثم يؤمر بالاستعمال المشروبات الخفيفة كاللبنونات
النباتية والطرية وباستعمال مصل اللبن استعمالا منتظما طبييا والمعالجة
بالعنب جيدة أيضا سيما في بعض البقاع مثل دركهين وميران السكاكتين
بقرب بحيرة جنسوره وغيرهما من البقاع ذات الاقليم المعتدل التي ينبت فيها
العنب الخلو القليل أو العديم الاسمال بالكيفية وكثير من المرضى المصابين

بالسل الرئوي المتقدم جدا من يحرم من راحته في مكانه ويرسل الى
نحو هذه البقاع لاستعمال المعالجة بمصل اللبن او العنب وحينئذ يسرع
انتماؤهم المحزن

وأما في الاحتمانات الرئوية التي كثيرا ما تكون ظواهر سابقة للسل
الرئوي فان هاتين الطريقتين العلاجيتين لهما نفع عظيم جدا غالبا
وأما في الاحتمانات التقدمية الجانبية الرئوية فالمعالجة السيسية هي نفس
معالجة المرض الاصل وفي احتمان الرئة الاحتياسي لا يمكن غالبا اتمام
ماتستدعيه المعالجة السيسية وانما في أحوال امراض القلب سيما تضيق
الصمامات الاذينية البطينية اليسرى تستعمل الذي يجتال كالمعالجة نسكية
حتى يحصل بطء في حركات القلب وينتجج ذلك الاذين الايسر زمنا كافيا
يستفرغ ما فيه من البطين فبذلك تستفرغ الاوردة الرئوية مع السهولة
ويتلطف الاحتقان الاحتياسي وكلما ازداد ضعف فعل القلب في أثناء سير
الحيمات الضعيفة ينبغي استعمال المنبهات والاعذية القوية وعند ما يخشى
من حصول الاحتقان الانحساري ينبغي تغيير وضع المريض زمنا فزمننا
لاجل تجنب حصوله

وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي الفصد الغزير في الاحوال التي يكون
فيها الاحتقان التوردي نحو الرئة ناشئة عن شدة حركات القلب وقوتها
بحيث يخشى منه على حياة المريض والنجاح في مثل هذه الاحوال واضح
جدا فانه متى تناقصت كمية الدم يتناقص كذلك الضغط في الشرايين اذ
ضغط العمود الدموي في الشرايين يتعلق بأحدهما شدة انقباضات
القلب والثاني امتلاء تجاويفه وكثيرا ما تنفس المريض بسهولة تنفسا
عميقا في أثناء الفصد ويزول الزبد الدم الذي كان يخرج مع النفس وحينئذ
فيمكن ان تحفظ الحياة التي كان يخشى عليها قبل الفصد بقل وقد يمتد هذا
الشكل من الاحتقان الرئوي بالسكته الرئوية فانه كثيرا ما يحصل الموت
بسرعة قبل وصول الطبيب الى المريض

وكذلك الاحتقان التقدمي الجانبي التوردي يستدعي الفصد العام اذا
خيف منه على حياة المريض فانه بهذا الفصد يتناقص دفع الدم من القلب كما

وضغطه سابقا وكذلك ضغط العمود الدموي في الشرايين يتناقص وحينئذ
تسفرغ الاوعية الشعرية وبذلك اتما أن يتسع تكوين الارشاح المصلي
الذي حصل او المهدد بالحصول واتمان لا يحصل بالكلمة ولذا نشاهد في مثل
هذه الاحوال ان المرضى تتنفس بسهولة عظيمة تتنفسا عميقا في اثنا جريان
الدم ولكن في معظم الاحوال لا يكون تأثير الفصد على المرض الاصلى جيدا
فانه يزيد في ضعف المريض واضمحلاله وفي فقر الدم ولذا ينبغي للطبيب أن
لا يعتبر هذا النجاح الوقتى السريع بحيث لا يسوغ له فصد المريض الا عند
الاضطرار والخطر العظيم ومتى شوهد في اثنا سير الالتهاب الرئوى أو
البليوراوى أو الامتلاء الغازى الحديث للفصد رآه انضم اعسر التنفس
العظيم ظهور خراخير طيبة في الصدر وصار النغث مصليا وحينئذ يكون
المريض في حالة خطر فلا يعتبر صغر النبض بل يتخذ من هذا العرض سبب
آخر لاجل فعل الفصد وكلما كانت الحالة حديثة سهل علينا معرفة الاحتمان
التفهمى الجانبي وتأكد الطبيب من النجاح

ومما يستدعى أيضا تنقبص كمية الدم الخطر العظيم الوقتى الذى يشاهد في
احوال أمراض القلب التى فيها تمدد اعراض الاوذيميا الرئوية بالحصول
وما يحصل للمريض من الراحة التامة عقب الفصد يكون غالباً موقفاً المطمئن
نظر الطبيب ورجائه فيه ومع ذلك ففي مثل هذه الاحوال لا ينبغي أصلاً فعل
الفصد الا عند الاضطرار اليه جداً لان المصابين بأفة في القلب لا يتحملون
الاستقراعات الدموية لان الاتفة القلبية ان كانت مزمنة كان دم هؤلاء
مثل دم المصابين بالانفيزيميا قليل اللبنة والزالية وله ميل عظيم الى تكوين
ارنشاحات مصليية فبما تنقبص الفصد كمية الدم يحدث أيضاً تناقص في
تماسكه وعملاً قليل تعود كميته الاصلية بسبب امتصاص السوائل الموجودة
في المدسوجات وفي الامعاء وبذلك يزداد الاستعداد للارنشاحات المائية
كثيراً وأما باقى الاشكال من الاحتمان الرئوى التى سبق شرحها فالفصد
فيها من كل الوجوه مضر خصوصاً في الاحتمان الرئوى الانحدرى الذى
يحصل في اثنا سير الحميات الضعفية فلا بد فيه من اجتناب الفصد مهما
كان امتداد هذا الاحتمان وخطر الاوذيميا المصاحبة له وانما في مثل هذه

الاحوال ينبغي استعمال جميع الوسايط التي بها يزول الصعف الحاصل
 في قوة القلب وهذا غاية ما يفعل من المعالجة وبهذه الكيفية يمكن الحصول
 على استقراغ تجاوب القلب وسهولة انصباب دم الاوردة الرئوية فيها
 وبذلك يعلم ان الصعف يضعف سر كات القلب ويزيد في خطر المرض وحيث
 كان هذا الشكل الاخير أكثر حصولا ونتيجة جميع الامراض المستطيلة
 المنهكة كان استعمال الامراق القوية والنميد والسكا فور والمسك أنفع
 من الاستقراغات الدموية وقد ذكرنا فيما تقدم عن التمييز بين شال القلب
 الابتدائي والاحتقان التقرمي الجانبي الذي يحصل مدة سير الالتهابات
 الرئوية التي تؤدي فيما بعد الى انقباضات القلب بسبب التضخم الغزير
 والحبي الشديدة

وقد تستدعي الاوذيميا الرئوية زيادة عن طريق المعالجة التي ينشأها فيما تقدم
 استعمال المقيمات اذ لم يحصل السعال بقوة كافية وبجزت عضلات الشعب
 المشلولة عن مساعدة طرد المتحصل المالح للمسالك الرئوية وقد نهى عن لم يمكن
 قذف النفت وبقى استماع الحراخري في الصدر ولو بعد حصول السعال عند
 المريض ينبغي اعطاء سلفات النحاس أو عرق الذهب مع الطرطير المقيمي لكن
 لا يستعمل ذلك الا في الاحوال التي يتعشم فيها بنجاح المريض وقد اوصى
 المعلم (ترويه) باستعمال خللات الرصاص بقدر ٥ سنتجرام أعنى قحمة كل
 ساعة مع وضع منقطة مستمرة على الصدر ونص على جودة هذه المعالجة
 في الاوذيميا الرئوية وبالجملة فالاوذيميا الرئوية المتعلقة باستسقاء عروحي
 تستدعي نفس معالجة المرض الاصل وفي مثل هذه الاحوال يلجأ أيضا
 لاستعمال المقيمي متى شوهدت الظواهر المتقدمة التي ذكرت مرارا
 * (في تزيف أعضاء التنفس) *

اعلم أن ينبوع التزيف هو الفشاء المخاطي الشعبي في معظم الاحوال التي
 فيها يخرج كمية عظيمة من الدم بالنفت وحيث كان يصطبغ التزيف
 الشعبي دائما بامراض الرئة أو يسبقها اخترنا شرحه هنا مع أنزفة الجوهر
 الرئوي الحقيقي ونعني بأنزفة أعضاء التنفس أو الالتهاب الشعبي الذي هو
 السبب الغالب في النفت الدموي المعروف بالبصاق الدموي والسيلان

الدموى الرئوى أعنى خروج كمية عظيمة جدا من الدم ثانيا التزيف الشعري
في الخلايا بدون تمزق المنسوج الرئوى المعروف بالسدد الدموية ثالثا التزيف
الرئوى المصحوب بتمتلك منسوج الرئة وتكون بين بورة سكتية تعرف بالسكتة
الرئوية الحقيقية وأما الانزفة الاتمية من كهوف رئوية والتي تنشأ عن تمزق
الانورين وما واستطرقها بالمسالك الهوائية فسندشرحها فيما سياتى

(المبحث السادس)

(في التزيف الشعري)

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من الاصابات الجرحية وتأكل او عمية عظيمة من الغشاء المخاطي الشعري
نادر الحصول جدا وكذا التزيف الوعائي الشعري للمسالك الهوائية يندر
أن يكون ناشئا عن اصابات جرحية أو تقرح وتتكور في الغشاء المخاطي
الشعري بل الغالب أن يكون التزيف مملغا بتمزق في الاوعية الشعريية
اتما عقب امتلائها بالدم او عقب حالة غير طبيعية في تغذية جدرانها فيخرج عنها
سهولة تمزقها

وبالحالة الاولى تنشأ غالبا الانزفة الوعائية الشعريية القليلة التي تحصل في
الدورا الاول من التزلات الشعريية الحادة عند شدة تهيج المسالك الشعريية وعند
وجود اضطرابات دورية ناشئة عن فحوا مرض عضوية في القلب وبالحالة
الثانية ينشأ أغلب الانزفة الشعريية التي ينسكب مقدار عظيم من الدم
في المسالك الهوائية وتنقذ الى الخارج على هيئة النفث الدموى أو
التزيف الشعري

وهذا الامر المعتمى به قليلا اعنى كون الانزفة الشعريية تكاد تكون
جميعها متعلقة بمحالة مرضية في جدران الاوعية المعروفة بسوء القنية التزيفي
وايضا ناشئة عن شدة امتلاء تلك الاوعية له أهمية عظيمة في الطب العملي
ودليل ذلك كون نوب النفث الدموى أو التزيف الدموى الرئوى لا تكون
مطلقا مسبوقة بعلامات احتقان الغشاء المخاطي الشعري بل يكاد النفث أن
يسبقه ويصير غالبا اسداسه صاء متى فقدت المرضى كمية عظيمة من الدم وصار
امتلاء اوعيتها قليلا

ثم ان الاستعداد لحصول الانزفة الشعبية الغزيرة (أى سوء التغذية التريفي للغشاء المخاطي الشعبي كما تقدم) يشاهد في أحوال نادرة أو لا عند الشبان المقتنعين بحسب الظاهر بصحة جيدة جدا وبنية قوية وليس عندنا أمر نرتكبن اليه في توجيه هذا الاضطراب الغذائى لحدرا الاوعية الشعرية الذى يكون غالبه تأثير مضر من طرف وقاصر على الغشاء المخاطي الشعبي ثانيا وهو كثير يوجد الاستعداد للتريف الشعبي الغزير له سالك الوائيه عند الشبان الذين سنهم من خمسة عشر الى خمس وعشر من أصحاب العهدة غير الجيدة والبنية الضعيفة من الصغرى ويكونون غالباً ياتى ومات آبؤهم بالسل الرئوى وكانوا أصيبوا فى طفوليتهم بأمراض خنازيرية أو راشسية واعتراهم الرعاف بكثرة ونحوها فى أقرب وقت بدون أن يكون طولهم فى تناسب بالنسبة لنحو باقى الاعضاء والمجاميع وقد يكون عظامهم الطويلة مستدقة وصدورهم ضيقة وجلودهم تظهر ككثيرة الرقة والشفاقة من غيرهم ووجناتهم تتوقد بسهولة ويرى على أصداعهم وظاهر انوفهم أوردة مزرققة وربما توهم ان كثرة حصول الانزفة الشعبية عند مثل هؤلاء الاشخاص ناشى عن كون العناصر المغذية لجسمهم قد تلاشت بسرعة بسبب أمراضهم فى الس الطفولية ونحوهم السربيع فلم تكف فى التغذية الطبيعية لحدرا أو عيتمهم وذلك لان حصول الانزفة الذاتية عقب الامراض الثقيلة والتقيحات المستطيلة والانزفة الغزيرة ينسب الى تلاش فى العناصر المغذية لكن هذه النظريات لا تكفى فى التوجيه لما ان الغشاء المخاطي الانقى هو الذى كان اولاً يجاسا للتريف وفيما بعد مجلسه الغشاء المخاطي الشعبي ولما ان التريف لا يشاهد فى الدماغ ولا فى غيره من الاعضاء عند مثل هؤلاء الاشخاص ثالثاً يوجد الاستعداد للتريف الشعبى عند المرضى المصابين بالدرن او السل الرئوى وكثرة حصول هذا التريف فى جميع أحوال المرضى المذكورين يوجه من جهة بان الاشخاص الموجود فيهم الاستعداد المبين للتريف الشعبى يصابون بكثرة بالدرن الرئوى أو السل الرئوى وان الاستعداد لهذا التريف لا ينطقى بعد اصابة الرئين عندهم ومن جهة أخرى يحصل فى كل من الجوهر الرئوى والغشاء المخاطي الشعبى استرخاء وهشاشة عقب تراكم

الدرن فيه أو اصابته بنفـيرات التهايمية من مـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـمـm

و بالجمله فينضم لذلك ان التجمعات الدرنية والبوران الاتهامية بضغطها على
لاوعية ينشأ عنها حصول احتقانات نواردية واحتباسية فتمعين على نزو
تلك الاوعية

ثم ان التمسك بمذهب لينيك ونظرياته الغسرية التامة في هذا الخصوص اوقع
الاطباء بالنسبة للارتباط الكائن بين التزيف الشعبي والدرن الرئوي في خطأ
عظيم وأدى لحدوث مبالغات وتصورات فاسدة

فان كثيرا من الاطباء من يعتبر ان كل نقت دموي غزير علامة أكيدة
تقر بيا على الدرن الرئوي المتسكون أو الاخذ في التسكون ولو لم يسبق ذلك
بأعراض حاسمة أو مدر للمرض في الرئة ويعتبر ايضا مع التأكد خصوصا في
الاحوال التي فيها تنضح علامات السمل الرئوي بعد ظهور النقت الدموي
حالا ان هذا النقت نشأ ولا بد عن وجود الدرن في الرئة أو تكونه فيها

واتر دماذ كرمع غاية الميان حيث ان هذا الاعتبار فضلا عن كونه خطرا
بالنسبة للمرضى خطأ للغاية فانه ولو أمكن وجود بعض احوال فيها يظهر
الدرن أو تغيرات التهايمية في جوهر الرئة بكمية كافية بحيث لا يشاهد عند
المصابين ظواهر مرضية حتى تعتبرهم نوبة من النقت الدموي أو التزيف
الرئوي الا ان مثل هذه الاحوال من النوادر العظيمة جدا

بل في غالب الاحوال التي فيها لا تكون نوبة النقت الدموي الغزير مسبوقة
بسعال ولا بصيق في النقس ولا بغيره مما من اعراض آفة رئوية تكون
الرتتان بين حصول التزيف الشعبي سليمةين وليس مما يجلس الدرن الرئوي

وحيث ان مثل هؤلاء المرضى يندر هلاكهم في أثناء النقت الدموي لا يتيسر
التحقق من سلامة الرئتين بواسطة الصفات التشريرية ومع ذلك ان تأملنا
لوصف الصفات التشريرية المتشعبة في القارئ شرح وقارنا تأملنا بعضها
تحققنا انها مؤيدة لما اقترناه بل اني بنفسى لم أجسد ادنى أثر للدرن الرئوي
ولا غيره من تغيرات مرضية أخرى مفسدة عند فعل الصفات التشريرية

في جثة بعض الهالكين بزيف رئوي مدة تتوهم بصحة تامة
 كان الاحوال العديدة التي فيها تكون الانحصاص متممة بصحة جيدة
 بعد ان حصل لهم جملة توب من النفت الدموي مثل ما كانت في صحة جيدة
 قبلها بل وكثيرا ما يصلون الى آخر سن التقدم بدون ان يوجد في جثثهم بعد
 الموت علامات الدرن الرئوي المنطوق أو آثار تغيرات رئوية التهاية تدل على
 حصول التزيف الشعبي الغزير بدون اصابة ثقيلة في الجوهر الرئوي
 وكذا الاحوال التي فيها تظهر علامات السيل الرئوي الاولية عقب نوبة
 النفت الدموي أو السيلان الرئوي ويكون هذا التزيف الشعبي متقدما
 على حصول الاصابة الرئوية تكون ايضا منافية لنظريات امينيك المتسك بها
 أغلب الاطباء كما تقدم فانه طبقا لنظرياته لا يوجد الا نوع واحد من السيل
 الرئوي وهو السيل الدرني وحيث ان التزيف الشعبي لا يمكن ان يؤدي
 لتسكون الدرن فلا بد من رفض القول بوجود ارتباط سببي بين التزيف
 الشعبي والسيل الرئوي الذي يعقبه فان انضم حينئذ لنتفت الدموي أو
 التزيف الشعبي العلامات الاولية من السيل الرئوي قيل انه حصل ولا بد قبل
 ظهور التزيف أو معه حالاتراكم درني في الرئتين وهذه الاستنتاجات وان
 كانت عقلية لكنها تعد من الخطا لانها نشأت عن مجرد فرض وهمي وهو ان
 التراكم الدرني هو السبب في جميع اشكال السيل الرئوي وقد ثبت لي
 بالمشاهدات الاكيدة في المرضى الذين أصيبوا بالنفت الدموي أو التزيف
 الشعبي بدون سبق ظواهر مرضية بل وفي اثناء الصحة التامة ولم تعد لهم
 صحتهم بعد تلك النوبة وهلكوا عمقا قبل من الاشهر بالسيل الرئوي ذي السير
 السريع ان مثل هؤلاء المرضى لم يهلكوا مطلقا بالدرن الرئوي بعينه الحقيقي
 بل هلكوا غالبا بسبب كل من السيل الرئوي الذي لم يعتن به الى الآن المتسبب
 عن التزيف الشعبي (نظريا لنظريات امينيك) بدون واسطة فانه ان بقى الدم
 المنعقد في احوال التزيف الشعبي في الخلايا الرئوية التي يجذب لها
 الدم المتسكب في الشعب عند مسكات الشهيق أو زواله كما هيج التهابي
 فيما جاوزه من الاجزاء كدم من يعتقد في احد الاوردة أعنى ان السدة تؤثر كما هيج
 التهابي في جدره هذا الوريد ويقرب من العقل انه في أغلب احوال النفت

الدموى يكون للاوعية الشعرية من انطالاي الرئوية مدخل عظيم بل من
 الجائز انما هي ينبوع الاصلى في النزيف وبالتغيرات الانتهاية الرئوية
 الخاصة به - هذه الكيفية يمكن أن تكسب انتهاآت ختلفة (كما هو مبين
 في المبحث الثالث) فالانتهااء الكثير الحصول هو استحالة كل من الدم
 المنعقد وجوهر الرئة الملتب استحالة جينية ثم ثلاثى فيما بعد وهذه التغيرات
 القشرية بحسب المرضية يطابقها بالكيفية الصورة المرضية التي يسير بها السيل
 الرئوى متى اعتري أشخاصا أو ثويا البنية سليمة عقب نزيف شعبي حاد واهلكوا
 في اشهر قليلة من هذا المرض

وبالجمله فلنذكر ان مثل هذا النزيف الشعبي الذي يحصل في أثناء سير السيل
 الرئوى يؤدى أيضا بالكيفية السابق ذكرها الى التغيرات رئوية مزمنة
 وتلاش في الجوهر الرئوى وبذلك يسرع الانتهااء المحزن اذ من المعلوم ان
 النقت الدموى الذي يطرأ في أثناء سير التهاب الرئوى يعتبر من الامور
 الخطرة وان هذا الالتهاب يتقدم بعد طروره بقدماء عظيمه الا أن هذه الظاهرة
 المعلوم عنها بجميع اطباء توجه توجيه اخطأ حيث انها عادة توجه بالامر
 المعلوم النادر والحصول وهو تجددت تكون درن عقب النزيف الشعبي ويكون
 سببا في احدائه ومن جهة أخرى في سرعة سير السيل الرئوى

وحيث ان رأينا بالنسبة للارتباط الواقع بين النزيف الشعبي والسيل الرئوى
 يخالف الآراء المنتشرة التزمنا ان نوضحه مع الاختصار بما سأتق وهو
 اولاً ان الانزفة الشعبية الغزيرة تحصل أ كثر مما يظن عادة عند اشخاص
 لم تكن مصابة بالسيل الرئوى في زمن طرورها بل ولا تصاب به بعده

ثانياً ان نزيف المذالك الهوائية الغزير كثير ما يسبق السيل الرئوى في
 احوال عديدة بدون ارتباط سببي بين النزيف والتغير المرضي في الجوهر
 الرئوى - وحيث ان يكون ينبوع كلاهذين التغيرين المرضيين واحداً وهو
 الاسـتعداد العمومى في الشخص المصاب بكلاهذين المرضين اعنى النزيف
 الشعبي من جهة والسيل الرئوى من جهة اخرى

ثالثاً ان نزيف الغشاء المخاطى الشعبي يسبق تكون السيل الرئوى
 ويكون بينهما ارتباط سببي وذلك ان النزيف الشعبي يؤدى لتغيرات التهابية

منمنة في جوهر الرئة تنفسي تهتكه وتلاشه

رابعا ان النزيف الشعبي يكون حصوله في أثناء سير السيل الرئوي اكثر من تقدمه عليه ويندر حصوله في احوال يكون فيها مرض الرئة لم يزل كامنا خامسا ان النزيف الشعبي الذي يحصل في أثناء سير السيل الرئوي يمكن ان يسرع الانتهاء المحزن لهذا المرض وذلك لكونه ينشأ عنه تغيرات النهائية منمنة مفسدة لجوهر هذا العضو

*** (الصفات التشريرية) ***

المسالك الهوائية توجد عند فتح حمة الهالكين بالنزيف الشعبي ممثلة بدم منهقد أو سائل في امتداد متفاوت ويكون الغشاء المخاطي أحيانا نازلا لونه أحمر داكن مستويا إذا كان الدم مرتسحا في منسوج هذا الغشاء ويكون حمة منهقد متفحذا إذا قوام رخو يسيل منه الدم عند الضغط عليه وأحيانا يكون هذا الغشاء باهتا خاليا عن الدم فكان الأوعية الشعرية تجردت بالكلية عن متحصلها ولا يوجد تفرق اتصالي ميخانيكي أو تفرحي يعبر ينبوعا للنزيف وتوجد الرئتان في اجزائهما التي سال الدم نحوها في الخلايا الرئوية ذات لون كثير الحمرة أو قليلها مع ثقلا وتكاثفها وان كانت الشعب لم تنزل ممثلة بسائل دموي امتنع خروج الهواء وحيدة فالاجزاء المقابلة من الرئة لاتهم بطعق فتح الصدر وتظهر في الحمة انهما عظيمة في جميع الاعضاء اذا كان الموت قد حصل عقب فقد كمية عظيمة جدا من الدم

والاحوال التي فيها يطرأ الموت بعد زوال النزيف الشعبي يزمن طويل اما ان لا يوجد أدنى اثر للنزيف في الرئتين وهو الغالب او يوجد علامات الالتهابات الرئوية المزمنة على اختلاف ادوارها وينبغي نسبتها للنزيف متى وجدت في الشعب تعقدات دموية منفسدة كثيرا او قليلة واخذت في الاستحالة الجبسية

*** (الاعراض والسير) ***

وجود كمية قليلة من الدم او بعض خطوط منه في النفت المخاطي التزلي عرض كثير الحصول جدا وليس فيه ادنى خطر وربما يخرج بالنفت كمية عظيمة من الدم النقي او من المواد المخاطية الدموية عقب ارتجاج الرئتين

أورض الصدر أو لمجهودات العنيفة جدا أو عقب استنشاق أبخرة حتريفة
أو عقب بعض أشكال نقيـ له من الاحتقان الرئوي الاحتياطي أو الشعبي
في أثناء سير امراض القلب اسكن كذلك هذا النفت الدموي ليس له اهمية
في حد ذاته ولا خطر

وعكس ذلك يقال في النفت الدموي الغزير الناتج عن تناقص مقاومة
جدر الاوعية الشعرية الشبهية ويسمى بحسب تفاوت كمية الدم المتناقلة
المدم او بالسعال المدم او بالزيف الرئوي وفي هذه الحالة يمكن للطبيب
الماذق الاعلان به قبل حصوله بزمن طويل لما يترامى له من هيئة المرضى
التي ينهاها فيما سبق سيما ان تشكيت زمننا فرعا او خنقا واحساس
بضيق في الصدر ومن النادر سبق نوبة النفت الدموي بطواهر حقيقية
كالا حساس بانقباض الصدر بل الغالب حصول النفت بخفاء في وقت لا يؤمل
حصوله فيه فالمرضى تدرك احساسا بسائل ساخن يصعد خلف القص واطم
مخصوص - لو في القم فتنتفخ وحينئذ ترى مواد دموية تخرجت بالنفت من
القم نقية أو مخاطية مدمية وهذه الظاهرة تحدث فرعا واضطرابا عظيمين جدا
مهما كان الشخص جسورا ولو قلت كمية الدم المنقذ فلا بد وان يرتاب
المرضى في همت لونه وترعد مفاصله بحيث يقرب الى حالة الانخما ثم بعد انقذاف
هذه المواد الدموية بقايل يحس بدغدغة في العنق وتطلب للسعال
ويسمع في الصدر خرارخر رطبة غليظة ونوع غاميان فيه ثم يحصل بعد ذلك
سعال قصير رطب ينقذف به مواد دموية زبدية ذات لون احمر قان وانقذافها
يكون من الانف والقم معا غالبا ويوجد بين نوب السعال المختلف فترات
قصيرة فيما ينسكب الدم ويتجمع جديدا وهذه الكيفية كثيرا ما تنقذف
كمية عظيمة جدا من هذا السائل في زمن قابل (فقد تصل الكمية المنقذفة
من أوقية الى رطل او يزيد من ذلك) ثم ان النوبة التي شرحتها تنزل في نصف
ساعة وأحيانا في أقل من ذلك والغالب مكثها بعض ساعات فالمواد المخاطية
التي تخرج فيما بعد تكون محجرة قليلا ومختلطة بالدم اسكن لا يكون جميع
النفت مكونا من الدم النقي ومن النادر جدا عدم تكرار نوبة النفت الدموي
عند المرء بل تكاد تتكرر دائما بعد ساعات قلائل أو في اليوم التالي

أيًا كانت جودة المعالجة وفي معظم الاحوال تشاهد نوب جديدة في اليوم الثاني أو الثالث وقد تزدد مدة أسبوع حتى يهتلون المريض ويخلو عن الدم فيمتحاض من نوبة النفث الدموي وطالما يبقى المريض مصوناً عن النوبة جله أشهر بل عدة سنين

وبهذه الكيفية يكون سير النزيف الشعبي حاصلًا في أثناء سير السيل الرئوي أو في اختصاص سليبي الرئة من الدرن وغيره من التغيرات المرضية ومن النادر جدًا أن يخشى من هذا النزيف على الحياة ومن المهم معرفته ان الموت لا يحصل في النوبة الا نادرا جدا ولو اجتمع في المريض العلامات الدالة على الانتهاء المحزن كالانحطاط الكلي والميل للاغماء وغير ذلك من العلامات والاكثر حصول الموت لابقية الدم بل بانسداد الشعب والتنفس غير التام والبحث الطبيعي للصدر لا يدل غالباً على شيء ما عدا انخرار الرطبة المنتشرة كثيرًا أو قديلاً فلا ينبغي قلق المريض وتميجه به تكرار البحث بالتسمع والقرع وان حصل انصباب مقدار عظيم من الدم يلا الخلايا الرئوية في جزء عظيم من الرئة صار صوت القرع في حداثتها أصم فارغاً ولغظ التنفس ضعيفاً وغير محدوداً وشعبياً ثم ان المرضى في كثير من الاحوال بعد ان ينقذ منهم مدة طويلة من الزمن أجزاء صغيرة من مواد مخاطية مدبمة ودم منعقد يعودون الى صحتهم كما كانت وان كان الدم المنعقد قدر كد في فرع شعبي وسده فنع من دخول الهواء فيه لا يكون لونه أحمر قانياً بل داكناً مسوداً

وبالتأمل بالدقة يرى انه يوجد عند أغلب المرضى ولو الذين عادوا بسرعة الى صحتهم عقب النزيف الشعبي علامات تهيئ شديداً في الرئة والبليورا في الايام الاولى من النفث الدموي فاني قد وجدت من منذ انقضى الى حصول هذا الالتهاب البليوراوي الرئوي التسابي تقريرا ساداً آثار تقاء في حرارة الجسم وسرعة في التنفس واضطراباً عموماً وآلاماً خاسية في جاني الصدر وأصهية ضيقة في صوت القرع والغاط احتسكاً كية أو خراخر ذات فتحات رفيعة وذلك في اليوم الثاني والثالث عقب النفث الدموي بل وفي الاحوال التي فيها مضى زمن طويل بعد طرد النفث الدموي أمكنني بالبحث الجيد اثبات انه كان اذا لموجوداً علامات من التهيئ الالتهابي للاعضاء

الضخمية متفاوتة الوضوح ومما استغرب به ان تلك النتائج التابعة للترفيف
 الشعبي التي تمكاد توجد دائماً لم يعنى أحدهم ولم تذكر منذ كرى كتب الطب
 والانتهاه الكثير الحصول لهذه الالتهابات التابعة هو التحلل فكثيرا ما تزول
 جميع الاعراض بعد أيام قليلة ويعود المريض كما ذكرنا الى نقاهة تامة
 وفي أحوال أخرى يستقر كل من ارتفاع حرارة الجسم وسرعة النبض وكذا
 الحالة العامة تبقى مضطربة بسبب استمرار الحمى وكذا آلام الصدر التي تعتبرها
 المرضى عادة آلاما مزمنة تستمر أيضا كسرعة التنفس ويوجد
 عند المرضى سعال يتقذف به نقيط مخاطي مدمم فان وجد مع هذه الاعراض
 في جزء من الصدر عند القرع صوت فارغ اصم وكان يغط التنفس غير محدود
 اوضه يفوح حاصل للمرضى تخافة وانحطاط ساغ الظن بأن هنالك في الرئتين
 تغيرا مرضيا مفسدا وان هلاكهم بالسل الرئوي قريب الحصول لكن
 لا ينبغي في مثل هذه الاحوال اليأس وقلة العشم في النجاح ففي كثير من مثل
 هذه الاحوال تزول الحمى عما قبل من الاسابيع وكذا الآلام وقصر النفس
 والسعال والنقيط حتى ان المرضى يرون انهم برئوا من مرض ثقيل وتعود
 اهلهم صحتهم التامة بسرعة وبالبحث الطبيعي يستدل على وجود جراثيمها بط من
 الصدر يكون صوت القرع حوله فارغا اصم واغط التنفس ضيقا فالالتهاب
 الرئوي يكون حينئذ قد انتهى بضمور وانكماش الجزء الرئوي المصاب ومن
 منذ الالتهقات لذلك انضحت أحوال عديدة من هذا القبيل واذا لم يحصل
 في أثناء سير الالتهاب الرئوي المزمن الذي يعقب الترييف الشعبي تحسسين
 واتهكت المرضى بدلا عن ذلك بالحمى الشديدة ذات التورانات المسائية
 والعرق الليلي وصار النفت غزيرا صديا وانضج تكون كهدف بالبحث
 الطبيعي ساغ الحكم بأن الالتهاب الرئوي المزمن انغمى بالاستجابة الجسمية
 وتلاشى الجوهر الرئوي المصاب

وبالجملة فلنذكر ان الاشخاص الذين نجوا من تزييف شهبي غزير يكونون
 عرضة للهلاك بالسل الرئوي بعد زمن ما ولو لم يخف الترييف فيهم أدنى عاقبة
 مضرة وكانوا قد عادوا للصحة تامة

(التشخيص)

كثيرا ما تختلط الانزفة الالقية من الشعب بالرعاف سيما اذا كان آتيا من
الجهة الخلفية للخياشيم او كانت المرضى عند حصوله مستلقين على ظهورهم
ففي مثل هذه الاخيرة يند الدم نحو البلعوم ويصل الى الخنجرة ثم يتنذف
منها بواسطة السعال وهذا مما يحدث فزعازئا عند المريض واهله حتى انهم
يعطونه مقدارا مناسبيا من ملح الطعام او الخل قبل مجيء الطبيب وفي مثل
هذه الاحوال المفترضة ينبغي للطبيب التأمي والتؤدة في البحث عن اللثة
والخياشيم والخلق بالدقة والتفحص الجسد بأن كان حصل للمريض رعاف
في الليلة السابقة كي لا يوقع نفسه في الخطا

واما التشخيص التميزي بين الزيف الشعبي والاتي من المعدة فمعه صعوبة
لا سيما اذا اريد معرفة ينوع الزيف المنقذ من معدتين فان السعال
الذي يصعب النفث الدموي كثيرا ما يصعب عنهما اوقى كان الدم قد يرد
ثم يتنذف بالقي وبالعكس يعني ان القى الدموي الشديد يكاد يصعب دائما
سعال بسبب دخول جرمه فيمن الدم في الخنجرة ولذا لا يمكن المرضى على
الدوام معرفة ينوع الدم ان كان آتيا مع القى او السعال وسنوضح الفرق
مفصلا بين هذين التزييفين عند الكلام على الزيف المهدي وانما نبيه هنا فقط
على انه ينبغي التفحص الجيد اولاعن السعال ان كان انضم الى القى او القى
اعقبه ثانيا ان كان خروج الزيف سببه اضطرابات معدية ام لا ثالثا عن
الزيف ان كان القى عقبه فيما بعد براز مسود قطراتي او بعد الايام التالية القى
عقبه نفث مواد مخاطية لونه بالدم وان أمكن البحث عن الدم المنقذ وجد
لون الدم الاتي من المسالك الهوائية أحمر قانينارغويناغا بما اذا خواص قلوية
وان تكون منه قرص كان هذا القرص رخوا خفيف الوزن النوعي لانه
يكون محتويا على فقاع هوائية واما الدم المنقذ مع القى فبخلاف ذلك
فان لونه يكون داكنا بل مسودا ما لم يتاكل شريان غليظ من شرايين المعدة
فانه وان لم يختلط بفقاع هوائية اسكنه يكون مصحوبا ببقايا المطعومات
والمشروبات ويكون كذلك اذا خواص حمضية وان تكون عنه قرص
دموي كان ثقيل المنجمدا

وبالجملة يلزمنا ان نذكر بعض كلمات في الفرق بين الزيف الشعري للغشاء

المخاطى الشعبي وبين التزيف الفاشق عن جرح أو عيبة عظيمة الحجم كائنة
 في جدار الكهوف الرئوية وبعض المؤلفين وان اعترف بأن التزيف القليل
 الكمية المكونة للنفث الدموي يحصل من الاوعية الشعرية للغشاء المخاطى
 الشعبي يعضدان كل تزيف غزير يؤدي لحصول تزيف رئوى لا بدوان ينشأ
 عن تمزق أو ثأكل بعض الاوعية الغليظة فقط زاعماً بما كذا القول جدا حتى
 انه يقول ان جميع الاشخاص ولو المقتعين بصحة جيدة في الظاهر متى
 اعتراهم تزيف رئوى لا بدوان يوجد فيهم كهوف درنية بقيت كامنة الى
 حين حصول ذلك لهم وما ذكر من كون التزيف الغزير لا ينشأ الا عن تمزق
 اوعية غليظة فقط ولا يصح أن يكون ناشئاً من اوعية شعرية للغشاء المخاطى
 الشعبي فغير مسلم فان التزيف الشعري الاق من الغشاء المخاطى الاثني
 لا يندران يكون غزيراً جداً بحيث يهدد الحياة ولا يمكن أن يحصل تزيف
 غزير شعري من الغشاء المخاطى الشعبي سيما ان كان حصوله من اصفار معدة
 من هذا الغشاء معدة الشهيق فانه حينئذ يرق الهواء الساكن في الرئتين جداً
 بحيث ان النفث الدموي لا يصح أن يسمى بذلك بل بالتزيف الرئوى وذلك
 بتقطع النظر عن كون كنهير من الاشخاص المصابين بنبث دموى لا يكون
 عندهم مبالغة في الوصف بحيث يزعمون ان ما خرج منهم من النفث الدموى
 بلا عدة كوبات والحال ليس كذلك وزيادة على ذلك فليس من القريب
 للعقل انه في جميع الاحوال التي فيها يمتري أشخاص اجسدى الصحة في
 الظاهر تزيف غزير من المسالك الهوائية كان كما فيهم كهوف رئوية
 كما انه لا يعقل ان الانزفة الآتية من كهوف صغيرة كامنة أكثر حصولاً
 من الآتية من كهوف عظيمة معلومة وبالجملة يمكن اثبات ان الدم المتدفق
 في اغلب أحوال التزيف الرئوى لا يكون ناشئاً عن اوعية غليظة وبالأقل
 لا يكون آتياً من فرع من الشريان الرئوى ومن المعلوم ان تفرعات
 الشريان الرئوى التي تنسد بسرعة في الاشكال المختلفة من السل الرئوى
 وفي بعض الاحوال قد تنفتح اماً تماماً كل جدرانها أو تمزقها لتسيل في باطنها كتلة
 الدم الور يديه للجسم بتمامه وفي جميع أحوال النفث الدموى بل وجميع
 التزيف الرئوى يكون الدم المتدفق احمر قانياً بحيث يكون المهيم من

التنخيف الصغرى للنفث الدموي والتزيف الرئوي هولون ذلك الدم الاتي
 من الرئتين او المسالك الهوائية كما تقدم ولا يحكم بنا كل احد تفرعات
 الشريان الرئوي الا في الاحوال النادرة التي فيها ينقذ كمية عظيمة جدا
 من دم قائم ويريد غير ان هذه الاحوال التي شاهدنا منها حالة واحدة في
 الاكلينك نادرة جدا بالنسبة للاحوال التي ينقذ فيها دم فان هذا
 الدم القاني لا يمكن أن ياتي الا من الاوعية الشعرية للتاليات الرئوية أو الغشاء
 المخاطي الشعبي او غاية ما هنالك من تفرعات الشريان الشعبية أو الوردية
 الرئوية

* (الحكم على العاقبة) *

أما الحكم على العاقبة بالنسبة للخطر الوقتي فهو على العموم جيد كما ذكرنا
 مهما كانت الظواهر خطيرة بحسب الظاهر وأما بالنسبة للشفاء فهو غير جيد
 بالكلية والنفث الدموي يكون انذاره أكثر خطرا كلما قلت شدة الاسباب
 التي أحدثته وأثرت في المريض وكان غير متعلق باسباب متممة للنفث
 الدموي وبالعكس الانذار يكون جيدا متى كانت اصابات الغشاء المخاطي
 للمسالك الهوائية لا واسطية كاشتهاد سركات القاب ونحوها من المؤثرات
 المرضية التي تحدث احتقا ناشدا في الغشاء المخاطي الشعبي يؤدي الى تمزق
 جدار الاوعية الشعرية و يمكن ازالة هذه الاسباب ولا ينبغي عدم
 احتباس الطمس او انقطاع دم البواسير من جهة هذه المؤثرات المرضية
 الاعم التدقيق والاحتراس ولو أن المرضى كثيرا ما يملكون للاعتقاد بأن
 النفث الدموي عندهم ناتج عن مثل هذه الاسباب وان وافقه الطيب على
 ذلك صاروا في غاية الاطمئنان لسكن في غاب الاحوال لا يكون انقطاع
 الطمس سببا في النفث الدموي بل نتيجة له ومثل ذلك يقال في انقطاع دم
 البواسير فانه قد يكون موجودا قبل نوبة النفث الدموي ثم ينقطع مدة هذه
 النوبة أو بعد زوالها بالكلية

* (العلاج) *

يمكن أن تستدعى المعالجة السببية في الاحوال التي يكون فيها البكل من شدة
 احتقان الغشاء المخاطي وتزايد الضغط الوعائي الباطني الجانبي دخل عظيم

في احداث النزيف الشعبي استعمال النصف العام وغالبا لا يكون لازدياد
 الضغط الحثاني في الاوعية الشعرية الادخل قليل في احداث النزيف
 الشعبي فانه لا يتقطع بتناقص الضغط المذكور و فراغ الاوعية و دون موت
 المريض من الفقد الدموي وعلى الطبيب أن يتأمل لها انه لكون المريض المصابة
 برعاف شديد يلجئنا لسد الانف لاجل ايقاف هذا النزيف حتى لا يبادر
 باستعمال النصف مادامت ضربات القلب متوسطة الشدة ولا يتجئ اليه
 الا اذا استقرت اعراض الاحتقان الرئوي الخطيرة ولومع وجود النزيف
 الشعبي وحيث لم يمكن كما تقدم توجيهه بسبب رقة جدر الاوعية الشعرية وسهولة
 تمزقها وهما السببان الرئيسان للنزيف الشعبي فضرورة تلتمز الاقرار بعدم
 امكان اجراء ما تستدعيه المعالجة السببية ولا مقاومة سوء القنبية النزيفية
 بوساطة علاجية عقلية أو نوعية فالأوفق ايضاً المساعدة للمريض للإصابة بالنفث
 الدموي أو من أصيبوا به ثم برئوا منه بالحفظ حسب الامكان من تأثير
 الاسباب المضرة المحدثة لا اضطراب التغذية لعامة فيؤمرون باستعمال
 الاغذية الجيدة البسيطة غير المهيجة وبالرياضة اللطيفة في الهواء المطبق
 وتنظيم حالة القنات المعوية والامتناع من الافراط في شهوة الاكل والجماع
 وتجنب الانفعالات النفسية وعند اتساح فقر الدم عن الكرات الحمراء
 تستعمل الاستحضارات الحديدية الحقيقية أو المياه الحديدية كماء المعدني
 الحديدى من بعض المناياح الطبيعية كماء بيرمونت ودريورغ وانجو
 وعدم التمسك بما ذكره الاهتمام به لعدم الاهمال والخطا العظيم
 وأما معالجة المريض نفسه فانها تستدعي استعمال تدبير صحي جيد ومن ضمنه
 تسكين روع المريض وتطمين خاطره بل يسوغ للطبيب أن يتخبره ان حصول
 النفث الدموي سيتكرر بعد بعض زمن ان لا يتزعج لكل مرة ويظهر له
 البشاشة مع طلاقة الوجه ويفهمه بأن ذلك لا يهتتم منه ولا يكثر به بل ربما
 فيه المصلحة والقائدة ولا يخشى الموت بكثره النزيف فبواسطة الطبيب اللبيب
 يسكن روع المريض ويحصل له الهدوء التام وعلى هذا مدار النجاح ويؤمر
 بالجلوس في أودية باردة وينع عنه المشروبات الحارة وتعاطى الاطعمة
 الساخنة وتجنب الكلام بل يؤمر بمقاومة تهيج السعال مع القوة فان

السعال في النفث الدموي مضر كالتختم من الأنف عند الرعاف وبالجملة ينبغي
 تبعيد الملابس الضاغطة على الصدر وكذا يؤمر بالاضطجاع مع الراحة في
 فراشه وأجود الوسائط العلاجية لمقاومة النفث الدموي التبريد ما على
 شكل مكمدات باردة أو جليد إذا كان الزيف الشعبي قويًا جدًا ومع ذلك
 فيعطى للمريض بعض قطع من الجليد يزددها أو مقدار من عصارات الفشار
 المشبعة المعروفة بالنج السكري وبالجملة يمكن استعمال التبريد على شكل حقن
 يضاف إليها بعض من الخلل كالماء العادية وغير التبريد يتوجب دواء عديدة
 مشهورة بانها موقفة للزيف بدون أن تكون تامة تأثيرها القوي ولو جى
 إلا بالتجربة وأغلبها ملح الطعام والحوامض ومن العجائب انه متى استعمل
 مدة طويلة جدا من الملح أو الحوامض نتج عنه حالة اسكر بوتوية في الدم
 وتغير في تغذية جدران الاوعية وتزيف وأيا كان فلا بد وان يوصى المريض متى
 حصل عنده نفث دموي بتعاطي ملح الطعام مسحوقا جافا بمقدار جملة
 ملاعق صغيرة او كبيرة ويؤمر بتعاطي حمض الكبريتيك أو الفسفوريك
 وبالخصوص اكسير (الهير) الحنفى بأن يتعاطى منه في كل ساعتين عشر نقط
 مزوجة بما يكفيها من الماء وشمجواهر أخرى توقف التزيف ولا دم اتضاح
 منه ما وتأثيرها القوي لم يلقفت اليها بكثرة وذلك كخلات الرصاص الذي
 مدحه اطباء الانجليز بكثرة والجويدار وزيت الترمينتاو بلسم السكوباى
 والراتانيا وغير ذلك من الجواهر الدوائية وقد اوصى المهلم (وندراش) باعطاء
 الجويدار من خمس قححات الى عشرة في كل مرة حتى يحصل الكالان وتقدر
 في الانامل وهالتتركيبات وانما يستعمل بكثرة في التزيف الشعبي وهو

بلسم الكوباى
 الشراب البلسمى
 ماء النعناع
 روح النيمذ النقي
 من كل اوقية واحدة
 روح الايتير
 نصف درهم

ويعطى من ذلك كل ساعتين أو اربعة نصف ملعقة كبيرة ولائسه تعمل هذه
 الجواهر الا في الاحوال الخطرة جدا وينبغي ملاحظة ان تأثير هذه الجواهر

الموقفة للتزيف بجميعها ضعيف عند استعمالها في الرعاف الثقيل ولومع
 ملامستها للغشاء المخاطي الدامي بلا واسطة وقد مدح في هذا العصر الأخير
 بكثرة استعمال الاستنشاقات بحلول الحديد المركب من محلول ثاني كلورور
 الحديد بدو جرهم منه أو درهم على ست أو اق من الماء وقيل انه نافع جدا
 في هذا المرض بحيث ان به يقف التزيف الشعبي الخطر في ظرف أربع
 دقائق او خمسة غير ان تجارب لم تؤيد عندي ذلك ومن الكثير الاستعمال
 في هذا المرض المسكتات حتى قلق المريض واشتد سعاله فيبغي اعطائه منها
 فيعطى له مسحوق دوفر في كل مساء وجرعة أو مستحلب مزوج بقدر نصف
 درهم من صبغة الافيون أو نصف قعة من المورفين في أثناء النهار

* (المبحث السابع) *

في التزيف الرئوي الغير المصحوب بتقرق في جواهر الرئة المعزوف بالسدد
 الدموية الرئوية وبالانسكاب الدموي السددي وبالسدد الالتهابية الرئوية
 * (كيفية الظهور والاسباب) *

أما السدد الدموية فهي عبارة عن نزيف شعري يكون قاصرا على صغر محدود
 من الرئة أو على بعض فصيصاتها في غالب الاحوال والدم يكون منسكبا إما
 في باطن الخلايا الرئوية أو الانهاآت الشعبية الرفيعة والاخلبية الطبيعية
 بلدران الخلايا الرئوية خاصة وصاحبين الالاماف المرنة المحيطة بهذه الخلايا وجوهر
 الرئة لا يتقرق من هذا التزيف وذلك لان الاوعية الشعرية للخلايا الرئوية
 سطحية جدا بل بعضها وضعه عارفيها وتحديد هذه السددات من كون
 التزيف من اوعية شعرية آتية من فرع شرياني واحد ومن المعلوم ان متسع
 الاوعية الشعرية يكون بنسبة الشريان الناشئة منه وبموجب ذلك يختلف
 عظم السدد الدموية فالناشئة من فرع غليظ من الشريان الرئوي تكون
 عظيمة والعكس بالعكس وحيث ان القروع الاصلية للشريان الرئوي تدخل
 في جدران الرئة من الشعب الغليظة ومن هنا تفرع اشعاعا شعبيات مع الاخذ
 في الصغر نحو الدائرة بحيث ينتهي كل فرع انتماق بدخوله في فصيص
 صغير فن الواضح ان السدد المركزية تكون عظيمة والدائرة اي السكائنة
 في الفصيصات تكون صغيرة

وعند البحث بالدق عن التفرعات الشريانية المتكوتة في تفرعاتها سددموية
يوجد فيها تعقدات دموية تتلاخجويقها امتلاء تاماً أو تقريرها وجود ذلك
في الشرايين العظيمة سهل وفي الصغيرة عسر

وكون التعقدات السادة لم تتكوت في محالها بل تتكوت في صفر آخر بعيد
عنها وأنف الى هنا مع تيار الدورة وسجت في الاوعية حتى وصلت الى احد
تفرعات الشريان الرئوي ووقفت فيه حيث لم يمكنها النفوذ منه أمر معلوم
من منذ زمن طويل بالنسبة للسداد الانتقالية والفخر في هذا الاستكشاف
المهم للمعلم (ورجوف) فانه ادخل قطعاً صغيرة من مواد لينة أو أجزاء
عضلية أو بعض قطع من قلب البلسان في الاوردة الودجية من السكلاب
وبرهن بالصفات التشريرية على ان هذه الاجسام الغريبة سدت بعض
فروع الشريان الرئوي وأدت لحصول سددموية والتهابات فصيصة
أوخرجات صغيرة خلف الاضفار المنسدة كما أنه أثبت أيضاً الصفات
التشريرية في جثة الاشخاص الهالكين بيورات مرضية انتقالية في الرئة
كون الشرايين الموصلة لهذه البورات منسدة بسدة آتية بلاشك اما من
السداد المنسدة لبعض الاوردة الدائرية او بجزيئات آتية كذلك من بعض
المسوجات المتقرحة أو الفاسدة

وقد حصل اضطراب عظيم في شرح البييما اي التسمم الصديدي للدم
والسبتيكيميا اي التسمم التعففي للدم غير ان شرح السداد الانتقالية وتعلقها
اما بدخول تعقدات ليفية سددمية او قطع من المسوجات المتلاشية لم يحصل
فيه نقض ولا ابرام

ومن الواضح حصول هذا الشكل من التزيف بواسطة السداد السميامة
الآتية اما من سددمنفسدة آتية من الاوردة الدائرية او من مسوجات
مقرحة فاسدة آتية من الاجزاء الدائرية فانه متى دفع تيار الدورة سددمية من
محل منشأها اتصل بدون عائق الى القابل لزيادة اتساع الاوردة من الدائرة
الى المركز فوصل الى القلب الايمن ومنه الى الشريان الرئوي ولا تقف في سيرها
وتثبت الالتي وصلت ثلاث السدة السميامة الى فرع من الشريان الرئوي
يكون اتساعه اقل من حجمها وينبني على ذلك القاعدة العامة وهي ان السداد

السيارة الآتية من جذور الوريد الباب أو من تقرحات في القناة المعروفة تصل
 الى جذوره المتوزعة في الكبد فتسدّها فتحدث تغيرات انقبالية فيه وان
 السدد التي تكون آتية من الرئة أو من القلب لا يسرّ تسدّها القروح
 الشريانية للطحال أو الكليتين والدماع وعند مشاهدة اسهات من هذه
 القاعدة أعني ان شريها في بعض الاحوال سددهم وفي بعض الاعضاء التي
 لا يمكن وصول السدد الى شرايينها الا عقب نزولها من الاوعية الشعرية بتغير
 هذا العضو من الاعضاء (كسد الكبد عقب وجود سددها آتية في الاوردة
 الدائرية) فانه يترامى من القريب للقل ان السدد السيارة في مثل هذه
 الاحوال كانت صغيرة في الابتداء ثم عظم حجمها في أثناء دورتها مع تيار الدم
 بربوب مواد اقيمة عليها وقد نبه المعلم (ويقر) على انه يوجد في كثير من
 الاعضاء بعض شرايين تنضم مع الاوردة بلا واسطة أعني بدون اوعية شعرية
 بينهما فكثر حصول السدد الدموية في الرتين عقب جروح الرأس الواصلة
 الى الجوهر المكاث في باطن العظم ليس له سبب آخر الاكون الاوردة
 لا تنطبق على نفسها لان جدرانها مثبتة في الوريقة الظاهرة والباطنة من
 العظم فتبقى منفحة وبذلك يسهل نفوذ التعقدات الدموية فيها

وقد سبقت مشاهدة هذه السدد في القروح الشريانية الرئوية من منذ زمن
 طويل في التزيف الرئوي المذكور الذي هو كثير ما يكون في أثناء سير
 امراض القلب لاسيما الاقاقات العضوية للصمامات القلبية غير ان هذه
 المضاعفة كانت توجه بأن خروج الدم وانسكابه في الحيايا الرئوية وفي
 الهالات التي بينها يضغط على الاوعية الشعرية ويمنع وصول الدم اليها فبذلك
 يتعقد تحصل القروح الشريانية الموصلة عقب ركود الدم فيها حتى اني كنت
 أولا ممن يقول بهذا التوجيه مع ملاحظتي لكون الاحتمان الاحتيابي
 للدم في الدورة الصغرى المتعلق به حصول السدد الدموية الرئوية في
 امراض القلب ليس كافيا في اقتصار التزيف الشعري على بورت محدودة
 من الرئة وقد تحقق لي الآن ان هذا الشك كل من التزيف الرئوي في
 امراض القلب يحصل ولا يتوسطه السدد السيارة كما أثبت ذلك كل من
 المعلم (دوكتسكي وجرهارد) ثم ان السدد السيارة التي تسد بعض فروع

الشريان الرئوي في أمراض القاب المذكورة لا تأتي من الدورة العظمى
 مثل السدد المحدثه لهذه الانسكابات الدموية الاتقالية بل من القلب الايمن
 لاسيما من بطينه الايمن الذي كثيرا ما يتكثرون فيه تعقدات دموية صلبة
 تشبث بالاعمة اللحمية السكاتمة فيه عند بطنه الدورة بطأ عظيمها فان انفصل
 جزء من هذه التعقدات بواسطة التيار الدموي وسبح في الدورة لابقه وان يسدد
 أحد فروع الشريان الرئوي وبذلك يحصل انسكاب دموي سددى رئوي
 والتعقدات اللحمية التي تفصل وتسبح في الدورة في أحوال السدد القلبية
 يكون حجمها غالباً أعظم منه في السدد الاتقالية من الدورة العظمى فان سدد
 القاب أعظم حجماً من سدد الاوردة وبذلك يتضح ان اسبب ولة توجيه كونها
 تسدد فروعاً عظيمة من الشريان الرئوي وكون الانسكابات الدموية السددية
 في أمراض القاب اعظم امتداد من الانسكابات الدموية الاتقالية وكون
 الاولى توجد في باطن الرئة بقرب جدرانها الثانية مجلسها اذ اثره الرئة وبان اتصال
 اجزاء صغيرة من السدد القلبية للقلب الايمن وسبحها في التيار الدموي يتضح
 توجيه وجود انسكابات دموية سددية دائرية في أمراض القاب زيادة عما
 يوجد فيها بقرب جدران الرئة

وبالجملة فلنوضح الكيفية التي بها يؤدى انسداد الفروع الشريانية الاتقالية
 الدم الى نزيف شعري في الاضفار المتوزعة فيها المتفرعات الشعيرية للشريان
 المنسد فان توجيه ذلك وتوضيحه ليس مما يفهم بسهولة مجرد النظر أما
 التوجيه الذي قال به المعلم (روكنسكي) من كون انسداد أحد التفرعات
 الشريانية الرئوية ولو الصغير منها اجسداً وأوعيته الشعيرية يؤدى لاحتمان
 تقمى جانبي نشأ عنه نزيف ونضح فغير توجيه فضلا عن كونه غير واضح فان
 النزيف لا يحصل من الاوعية الشعيرية المجاورة بل يأتي من الاوعية المنسدة
 تقمى او كذا توجيه المعلم (ورجوف) بالنسبة للنزيف الشعري فكذلك غير
 كاف بخلاف توجيه المعلم (لودويج) فانه تام واضح حيث بين تأثير تضايق
 أحد الفروع الشريانية في الاوعية الشعيرية وتفسير هذا النزيف بكيفية
 شافية حيث قال ان توتر الشرايين أسفل محل تضايقها يتناقص لان شريان
 عمود السائل عند تقوذه من أنابيب ضيقة يفتقد قدر من قوة سرعته بخلاف

ما اذا كان ساريا من أنابيب متسعة ومع ذلك فلا يسوغ استنتاج أنه عند
 حصول تضيق في الفروع الشريانية الصغيرة تصير أوعيتها الشعرية فارغة
 والمنسوجات المارة فيها تلك الأوعية باهتمة فانه في التيار البطيء المار من
 الأوعية الشعرية لا بد وأن تتجمع كرات دموية كبيرة ثقيلة وتتراكم على
 بعضها وحيث أنه باجتماع كرتين $\text{فا} = \text{تر}$ يسهل التصاقهما ببعضهما
 بتكون سدة دموية تسد الأوعية الشعرية وعند حصول ذلك لا بد وأن يرتقي
 قوتر جدرانها ثانياً فان الأوعية المذكورة عبارة عن معلقات أعوربة من
 الشرايين ومتى انضم لذلك انه بارتقاء الضغط الناتج عن انسداد الأوعية
 الشعرية الرقيقة الجدران كارتقائه في الأوعية الشريانية يحصل ولا بد من قوتي
 جدران الأوعية المتمددة وخروج الدم منها وانسكابها التضح لنا توحيه بسيط تام
 بالنسبة لحصول النزيف واقتصاره على الاصغار المحدودة المتوزع فيها الشريان
 المنسد ولا يتحدث صحة هذا التوجيه إلا يكون القرع الشرياني الذي يؤدي
 للانسكاب الدموي السددي لا يصير متضيقاً بقا فقط بل منسد بالكلية وان
 كان هذا الاعتراض غير توجيه فان وقوف السدة الدموية السيارية يحصل غالباً
 في مجرى تفرع أحد الشرايين فلا يكون سده تاماً ابتداءً بل يحصل فيه تضيق
 محتمل وفيما بعد أي عند تكون الانسكاب الدموي السددي (الذي لا بد
 وأن يحصل عما قريب) تراكم مواد لينة على السدة فينتهز يصير انسداد
 القرع الشرياني تاماً

وكما تشاهد الانسكابات الدموية الالتهابية في جوهر الرتين تشاهد
 ارتشاحات رئوية محدودة وخراجات صغيرة وفي مثل هذه الاحوال تكون
 التغيرات المذكورة عبارة عن أدوار متعاقبة وانتم آت للانسكابات الدموية
 السددية ولا غرابة في كون هذا الانتهاء يحصل في الاحوال التي فيها تكون
 السدود ناشئة عن جزيئات آتية من المنسوجات المتقرحة أو المتفجرة فانها
 تؤثر في الاجزاء المحيطة بها كتهيج شديد التماسي بحيث تتكون هذه الخراجات
 الصغيرة في أقرب زمن والذي يؤيد ذلك ان الانسكابات الدموية السددية
 في أمراض القلب التي فيها تكون السدة بسيطة غير مهيجة لاسحواها من
 المنسوجات وتتكون من مواد لينة منقعة $\text{ب} = \text{كون}$ انهم أوهايا بالتهاب

الرئوي المبدد ويتكون الخراجات نادرًا والتهابات التي تحصل في هذا الشكل تكون غذائية لا مفسدة ولا مقرحة وغالبًا تؤدي إلى تكوّنات خلوية بها يتكيس الانسكاب الدموي

ومع ذلك قد يظهر في بعض الاحوال تكون الخراج والغنغرينا الرئوية المحدودة التي تكون انتهائادرا في كلا شكل الانسكاب الدموي السددي الذي يحصل بالكمية الاتية وهو أن هذا الانسكاب وانضغاط الاوعية الشعرية ينشأ عنه تعقدات ليمفية ثانوية في الاوعية المغذية للرئة اعنى الاوعية الشعبية اى الخاصة بجوهر الرئة وبذلك يمنع وصول المادة المغذية الى محل الانسكاب الدموي السددي فيقع في التسكرزاي في الفساد والغنغرينا

(* الصفات التشريحية *)

يندر أن يوجد الدم ساثلًا في الاحوال الحديثة عند فعل الصفات التشريحية والغالب أن يكون منه قد اوسهل توجه ذلك متى علمنا انه يسهل انقذاف الدم من محل انسكابه بحيث انه اذا عاش المريض زمنا طويلا بعد حصول التزيف فان الجزء السائل من الدم يمتص والقابل للانقذاف فان الدم يمكن انقذافه من الشعب بسهولة بواسطة حركات السعال والانقباضات العضلية للشعب وحركتها الخلفية وأما الخلايا الرئوية فلا يمكن أن تستفرغها بالكلية بواسطة حركات الزفير القوية بحيث انها لا تحتوي على الياف عضلية ولا خل بشري هدي

والسدد الدموي التي تصاحب أمراض القلب تكون على هيئة نويات من حجم القندقة الى بيضة الدجاجة ذات لون أحمقر محمر أو اسود محضاً وتكون خالية عن الهوايا بيضة بحيث يحس بها من الظاهر على هيئة عقد صلبة وعند سحقها يظهر لها هيئة حبيبية غليظة غير متجانسة وبواسطة المشرط يمكن كشط مادة مسهرة أو مسودة وجوهر الرئتين في محيط هذه النويات الواضحة الحديد يكون كثير الدم أو ذو عياوي بواسطة الاحتقان التوردي ومجلاس هذه النويات يكون غالباً امانى مركز الرئتين والغصصين السفليين او يقتر ب جدر الرئتين ويندران ب في دائرة الرئتين وعند البحث بالماكرسكوب توجد الخلايا الرئوية بمئاته بكرات دموية وزيادة على ذلك فانه

يوجد خارجا عن هذه الخلايا كرات دموية متجمعة في جوهر هذا العضو
ثم ان قاع حرموت المريض صار لون السدد باهتا مصفرا ويعتري المادة اللبنة
استحالة شحمية ويحصل لبعض المادة اللبنة تحلل والبعض الاخر يتشتر
في الاجزاء المجاورة وفي الادوار الاخيرة تمتص هذه المادة اللبنة المتشحمة
ويستحيل جزء من المادة الملونة للدم الى مادة مسودة فيبقى أثر السدد الدموية
على هيئة اصفار مسودة مندحجة

وفي الاحوال النادرة التي فيها يحصل الانتهاء بتكوين خراجات يمكن أن
يتكيس الخراج فيمكثف متحصلا ويستحيل الى مادة جبنية طباشيرية واما
انتهاء السدد الدموية فيتغير يتاثر الرئة المحيطة فتنفسه عليه في المبحث
الثاني عشر

وقد ذكرنا فيما تقدم لاجل ايضاح كيفية حصول الانسكاب الدموي
السددى الانتقال الى صغر حجمه وشكله الاسفنجي ومجاسه الدائري وأما لونه
وقوامه وسهولة تمزق اسطحه شفه فهي كالسدد الدموية التابعة لامراض
القلب والمبحث بالسكر سكوب يدلنا على ما ذكر وعند انتهاء هذه الانسكابات
بكل من الانتهاء الرئوي أو الخراجات الرئوية الانتقالية يحصل ابتداء
في مركز البورة تحلل وتغير في اللون فنشأ مسافات خالية ممتلئة بمادة مصفرة
منسكوبة من بقايا الجوهر الرئوي الفاسد ومن بقايا الدم المتكسب ومشتق له
على مواد لبنة ولا تحتوى على كرات صديديه وعند صب الماء على سطح الشق
تشاهد بقايا الجوهر الرئوي ساجحة في هذه المسافات الخالية وعما قرىب يتمد
الفساد بحيث لا يكاد يشاهد في دائرة الخراج أثر من المواد المنسججة المحيطة به
وان كان مجلس الخراج اسفل البليورا تكون فيها تراكمات لبنة مصفرة بها
تلتصق وبقايا البليورا بحيث تظهر النويات تحتها على هيئة عقد مسوية
دملية كما قاله (روكندسكى)

(الاعراض والسير)

رأيتكم هنا على اعراض الانسكابات الدموية السددية التي تحصل في
امراض القلب والسدد الدموية الانتقالية كالأعلى حدثت فان صفة المرضى
تختلف في هذين الشكايز وان اتحدت بالكتابة بالنسبة للتغيرات النشربية

للثة الآن ينتم ما فرقا عظيما بالنسبة للمرض الاصلى
 ففي بعض الاحوال يكون طرق الانسكابات الدموية واضحا جدا حتى انضم
 لآفة عضوية غز منه في القلب واعراضها واضحة بحيث يمكن تشخيصها مع
 التاكيد وفي احوال أخرى يتعسر أو يتعذر اثبات وجودها بالكلية ومجموع
 الاعراض الواصف الذي يحكم به على تكون انسكابات دموية سدوية أو عدة
 منها في الرثة عند وجود امراض في القلب هو ضيق النفس الذي يحصل فجأة
 ويرتقي احيانا الى درجة الاحتناق وينضم له سعال معجوب بنفث مخصوص
 مدمم واحيانا أخرى تظهر علامات تكاثف الرثة تكاثفا محدودا وظواهر
 الالتهاب الرئوى أو البليوراوى عند تقدم سير هذا المرض وكون انسداد
 فرع او عدة فروع من الشريان الرئوى يؤدى الى ضيق نفس شديد امر واضح
 فان فعل التنفس الطبيعى لا يتم بكيفية طبيعية الا حتى حصل تجدد الهواء
 في الخلايا الرئوية وتجدد الدم في الاوعية الشعرية الرئوية بكيفية
 طبيعية أيضا فلا بد وان يحصل ضيق في النفس سواء امتنع دخول الهواء
 أو الدم في جزء مخصوص من الرثة أى سواء كان المنسد فرعا شريانيا او فرعا
 عظيما من الشريان الرئوى والنفث الذي يتدفق من السدد الدموية يشابه
 بالكلية النفث الذي يشاهد في ذات الرثة (اى الالتهاب الرئوى) بسبب
 امتزاج الدم بالمواد المخاطية امتزاجا تاما الا انه هنا يكون اقرب لزوجته ويكاد
 يكون على الدوام ذا لون قاتم ويستقر خروج النفث زمانا طويلا أكثر منه
 في ذات الرثة وربما استطاعت مدته من ثمانية ايام الى اربعة عشر وتكاثف
 الجوهر الرئوى المحدود لا يمكن معرفته بواسطة أصممة صوت القرع وظهور
 خرخرة ففاعة رقيقة او نفخ شعبي في جزء محدود من الصدر الا في الاحوال
 التي توجد فيها سدد دموية عظيمة تمتد الى دائرة لثة ومثل هذه الاحوال
 وان شوهدت الا أنها نادرة وبالجملة لا توجد ارتشاحات رئوية النهائية
 أو انسكابات النهائية في تجويف البليورا بعد حصول ضيق النفس وخروج
 النفث المدمم يؤيد تشخيص السدد الدموية فانه يعقبها غالبا التهابات
 في الجوهر الرئوى المحيط بالتهابات ايضا في البليورا وهو الغالب
 ثم انه يتضمن للاعراض المذكورة المتعلقة بانسداد فرع شرياني أو جملة فروع

من الشريان الرئوي او بالترتيب الشعري الرئوي اعراض اخرى تتعلق
 في بعض الاحوال بسدد القلب الايمن وتعتبر حينئذ اعراضا واسطوية للسدد
 الدموية وهي عدم الانتظام الفجائي للنبض واتساع أصمبة القلب فجأة
 والزوال الفجائي للفظ مرضي كان فيه من قبل وهذا الأخير هو الوصف
 والدال بالأغلب على المرض الذي نحن بصدده والذي تبين على توجيه هذا
 العرض مشاهدات الطبيب (جرعارد) وتأيد ذلك عندي بالتجارب والهيئة
 المرضية للسدد الدموية تصير أكثر انضاماً متى انضمت الظواهر المرضية
 المذكورة أخيراً الى الاعراض الاواسطوية للسدد الدموية - لكن حيث ان
 السدد السميكة يمكن انفصالها من سدد ذاتية قابلية صغيرة لا تحدث
 ظواهر مرضية مشخصة فتسبغ مع الدم ينفي للطبيب تشخيص الانسكابات
 السدوية الدموية الرئوية مع التأكد ولو قد حدثت اعراض السدد الذاتية
 القلبية أعنى ولو بقي النبض منتظماً ولم تنصر أصمبة القلب عرضة واستمرت
 الاغاط المرضية وذلك متى ظهرت علامات واضحة من اضطراب الدورة
 رئوية شعري في الرئة في أثناء سير مرض القلب ثم ان تأملنا الى كون الدم
 المنسكب في الخلايا الرئوية في أحوال الانسكابات الدموية السدوية من الرئة
 لا يتخذ بالسهال الوصف الى الخارج وانه في أثناء سير أمراض القلب
 تحصل نوب ضيق نفس شديدة بكمية مختلفة وان السدد السكابة في باطن
 الرئة لا ينتج عنها دائماً اعراض طبيعية انضغاثية مولة كون هذا المرض
 الذي تشخيصه في أحوال كثيرة ليس فيه أدنى صعوبة لا يمكن معرفته ولا
 الظن بوجوده في الاحوال التي تكون فيها المرضي قصير النفس ومصائب
 بالاستسقاءات وفي حالة غير مطابقة وينبغي معرفة كونه قد يوجد في جثة
 الهالكين بأعراض في القلب انسكابات سدوية دموية رئوية بدون أن كان
 يظن بوجودها مدة الحياة

ثم انه يكاد يصل على الدوام في الدورة مع السدد السميكة جزئيات سائلة من
 متحصلات التماية أو تقرحة فان نشأ عن الأولى سدد دموية انتقالية ينشأ
 عن الثانية ظواهر مرضية نسبية دموية صديدية اوسية كما (اي نسبية
 نسبية) دموية تصطبج بحبي شديدة وقشعريرة متكررة والتمائبات
 تقهيمية في الأعشمة المصابية وغير ذلك وما ذكره بوضوح كون أغلب المرضي

المصابين بسدد دموية انتقالية رئوية في حالة الخطاط عظيم في الجسم
 واضطراب في القوى العقلية بتأثير الحمى الضعيفة الشديدة وكونهم
 لا يشتمكون باعراض من جهة الصدر ولا بسعال وعند كثير من المرضى لا تفرق
 انظواهما المحسوسة فقط للمريض بل تفرق أيضاً اعراض المرض الرئوي
 المدرجة للطبيب بل من القاعدة العمومية انه عند فتح جثث الاشخاص
 الهالكين بالانيميا أو السبب كيميائي أثناء تقيحات أو تقرحات دائرية توجد
 دائماً سدود انتقالية في الرئة والحالة الكامنة في السدد الرئوية الانتقالية
 سهلة الادراك متى تأملنا الاعراض التي يبنى عليها تشخيص الانسكابات
 الدموية السدوية عند وجود امراض في القلب تضيق النفس العظيم الذي
 ينشأ في تلك الانسكابات عن انسداد فروع عظيمة من الشريان الرئوي ينعدم
 في السدد الانتقالية التي لا تسد في الافروع صغيرة جداً والدرجة الخفيفة
 من تضيق النفس فم لا يدركها المريض المصاب وكذا ينعدم كل من النفث
 الدموي الواصف فان المرضى لا يكون عندهم سعال فضلا عن النفث وبالجملة
 فان السدد الانتقالية لا تؤذي مطلقاً الى أهمية محدودة في صوت القرع
 ولو كان مجاهداً الرئة بسبب قلة امتدادها ولا الى نفخ شعبي ويندر
 أن تشتمكى المرضى في بعض اسوال السدد الانتقالية بالام ناختة في صفر
 محدود من الصدر وان تقذف نفثاً أصغر مما تها وزيادة على ذلك لو سمع في
 الصفر المولم اعط احتسكاكي وكان المرض الاصل من الامراض التي تؤذي
 بحسب التجارب الى سدود انتقالية في الرئة بكثرة بجرّوح الرأس الواصلة الى
 الطبقة الاسفنجية جاز تشخيص سدد رئوية انتقالية مع التأكيد ومع ذلك
 فالذي اجزم به ان مثل هذه من الاحوال النادرة

* (المعالجة) *

معالجة الانسكابات الدموية السددية الرئوية لا تكون الاعرضية وينبغي
 الاحتراس من اعتبار تضيق النفس في الانسكابات المصاحبة لامراض
 القلب عرضاً من الاحتمان الرئوي الشديد فمن المعلوم انه ينشأ عن انيميا
 بعض أجزاء الرئة والفسد غير الضروري وبما يسرع في الانتهاء المحزن لكونه
 يز يد في هبوطها أو انيمياها وانما في الاحوال التي فيها انسداد أحد القرو

الشعر بآنية من الشريان الرئوي يؤدي لاحتقان نغمه في جانبي في بعض أجزاء
الرئة أو أودعها نغمه - حية جانبية فيها و يكون ضيق النفس ناشئا عنها ما
يسوغ فعل استفرغ دموى مع الاحتراس بالمحاجم التشريطية أو القصد
والاولى الاقتصار على اعطاء المريض المنبهات من الباطن حتى يقوى النبض
الضعيف وترجع حرارة الجلد ثانيا واستعمال اللبخ الحردلية على الاطراف
والحمامات الفاترة الباردة والقدمية ومن التادرا أن يكون النفت الدموى
غزيرا جدا بحيث يحتاج الى استعمال الوسائط الموقفة له التي ذكرناها في
المبحث السابق وكل من الالتهاب الرئوي والبليوراوى الذى لا يندران بطراً
فيما بعد يستدعى استعمال الاستقراعات الدموية الموضعية والتبريد
وغيرهما من الوسائط العلاجية المضادة للالتهاب

(المبحث الثامن)

(في التزيف الرئوي المصوب بمزق في جوهر الرئة المعروف بالسكتة الرئوية)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا الشكل من التزيف الرئوي يحدث تمسك في جوهره - هذا العضو ينتج
عنه تجوي يف عارضى فيه وحصول ذلك دائما ينتج من تمزق او عيبه غلظه
او ناكلها سيما الوعية الشعر بآنية ولا يكاد يحصل من تمزق او عيبه شعريه
ويندر حصول هذه الآفة من الاستئصال الجبني في الشريان الرئوي وتمزق
اورامه الاينوريزماوية والغالب حصول السكتة الرئوية من جروح الصدر
النافذة او الارتجاج الرئوي او الرضى الشديد الواقع على الصدر

(العقبات التشريطية)

يشاهد في الرئة بورات مملئة بدم سائل منقعه قد ومحاطة باهداب تمزقة من
جوهر الرئة واذا كان مجلس السكتة الرئوية دائرة هذا العضو أمكن تمزق
البليورا وانسكاب الدم في تجويها وعادة هذا النوع ان يكون قاتلا بحيث
لا يوجد عنه لنا الاقليل في المشاهدات لانتهاام هذه البورات السكتية
الرئوية

(الاعراض والسير)

اعراض هذا النوع تنحصر في النفت الدموى الذى يخرج بقوة عظيمة جدا

بحيث يؤدي الى الهلاك في اقرب وقت ويكون حصول ذلك عقب جرح
عظيم في الصدر وربما حصل الموت احيانا بالاختناق بسبب امتلاء الشعب
بالدم و احيانا يحصل الموت عقب النزيف الباطني وجميع هذه الاعراض
ليس للصناعة فيه مدخل ولا ادنى تأثير

* (في الالتهاب الرئوي) * (المسمى قديما بذات الرئة)

ينقسم الالتهاب الرئوي الى ثلاثة اشكال الاول الالتهاب الرئوي اللبني
وهو عبارة عن تغير مرضي يحصل في الخلايا الرئوية مشابه لما يحصل في
اغشاء المخاطي الخنجري عند اصابته بالالتهاب ذي الغشاء الكاذب الثاني
الالتهاب الرئوي النزلي واوصافه كواوصاف التغير المرضي الذي سمي
بالالتهاب الخنجري والشعبى التزليين وفي سيره يشاهد ازدياد في الافراز
وتكون الخلايا الجديدة (اعني الجسيمات الصديدية) بدون ان يوجد مع ذلك
نضج قابل للانفقاد في الخلايا الرئوية فكل من شكلى هذا الالتهاب يحصل
نضجه المرضي على السطح السائب من الخلايا الرئوية بدون ان يكابد نفس
المنسوج الرئوي تغيرات مرضية غذائية الثالث الالتهاب الرئوي الخلاقى
وهو عبارة عن التهاب جدران الخلايا الرئوية والمنسوج الخلقى الكائن بين
فصيصات الرئة وحيث ان هذا الاخير يكون دائما في النوع الانساني من منا
سمى بالالتهاب الرئوي المزمن

* (المبحث التاسع) *

* (في الالتهاب الرئوي اللبني) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

يقال في كيفية ظهور الالتهاب الرئوي اللبني ما قيل في المبحث الثاني من
الفصل الاول من الكلام على التغيرات الالتهابية اللبنية والفرق بينه وبين
الالتهابات الدفترية فانه في هذا الالتهاب يحصل تراكم للنضج الكثير اللبني
المر يبع الانفقاد على السطح السائب من الخلايا الرئوية ويشتمل في باطنه
على الخلايا البشرية الطبيعية من الحويصلات الرئوية والاخامية الجديدة
التي تكون في هذا المرض وفي هذا الشكل يعود الغشاء المخاطي بسرعة الى
حاله الطبيعي عقب انفصال النضج اللبني المرضي

ثم ان هذا الالتهاب الرئوي قد ينشأ أحيانا عن تأخير بعض الامراض
 التسممية الحادة ويكون اذ الشبهها بالالتهاب الرئوي في المسالك الهوائية
 التي تظهر من جملة اعراض الحصبة والتهنوس الطفحي ونحو ذلك ويكون
 هذا النوع من الالتهاب أكثر ما ينشأ عن الامراض التسممية الحادة لاسيما
 التهنوس فالأوفق تسميته بالالتهاب الرئوي الثانوي وتيميزه عن الالتهابات
 الرئوية الاولية الذاتية اي غير المتعلقة بغيرها من الامراض العمومية ومع
 ذلك فلا يوجب تسمية كل نوع من الالتهابات الرئوية التي تصاحب بعض
 الامراض المزمنة وتضاعفها بالالتهابات الرئوية الثانوية
 ثم ان الاستعداد للاصابة بالالتهاب الرئوي الاولي اللينى يوجد في جميع
 أطوار الحياة حتى في سن الكهولة لكن يندر وجوده في سن الرضاعة
 وفي السنين الاول من الحياة والرجال أكثر اصابة به من النساء لكن
 لا تختص كثرة الاصابة به بل باقرباء البنينة الكثيرة الدم الانضعفاء
 الناقهين من امراض ثقيلة او من أصيب به من قبل أكثر عرضة للاصابة به
 وكثيرا ما يضاعف الالتهاب الرئوي بعض الامراض المزمنة التي ينتج عنها
 فقر الدم والخفاقة والنهوك فان كثيرا من المرضى الماكثين بالمراستين
 بامراض ثقيلة أخرى يملكون بالتهاب رئوي بطرا عليهم
 وكثيرا ما تكون الاسباب الممتمة لهذا المرض منبهة علينا كما أنه
 كثيرا ما يشاهد الالتهاب الرئوي في مساطننا منتشرا في اثناء تساقط الالتهاب
 الحنجري ذي الغشاء الكاذب والروماتزم الحاد والحمة الجلدية وغيرها من
 الآفات الالتهابية بدون تعرض الأشخاص المصابين به لاسباب مرضية
 مدرسة وتسلسل هذه الامراض الالتهابية الناتجة عن مؤثرات جوية
 أو أرضية غير معلومة يبرهنه بتسلسل ما يسمى بالبنينة المرضية الالتهابية
 وبانحصار يشاهد هذا التسلسل الوافي في اثناء الشتاء الصعب البرودة
 المستطيل المتسلسل فيه الالتهاب الشمالية ومع ذلك فكثيرا ما يتسلسل
 هذا الالتهاب في الاحوال الجوية المغيرة لذات ويظهر أن التقويم الطبيعية
 التي كادت تثبت تسلسل الالتهابات المذكورة في البلاد الشمالية والبقاع
 المرتفعة وقع الشك في حقيقة ما في العصر الاخير

ومما يعدم من الاسباب المتقدمة للالتهاب المذكور المهيجات اللاواسطية التي
تصيب الرئة كالهواء البارد جدا والحرار كذلك والاجسام الغريبة التي تنفذ
في المسالك الهوائية وتسبب بعض الفروع الشعبية وكسر الاضلاع وجروح
الصدر ومع ذلك ففي كل خمسين حالة من الالتهاب المذكور لا يكاد يوجد واحد
من هذه الاسباب فيها كما ان الالتهاب الرئوي الاليفي يتدرج وجوده حول
لتولدات الجديدة المرضية الرئوية والسدد الدموية الرئوية
وأما تأثير البرد وحادته للالتهاب الرئوي فذلك لا يمكن اثباته في الاحوال
الراهنة غالباً فإنه على الدوام لا يعلم ان كان تأثير برد من نوع مضر جدا بخلاف
الذي يتعرض له المريض دائماً بغير ضرر سبق حصول الالتهاب الرئوي ام لا
ولذا اضطربت الاقوال في تاخير البرد وحادته للالتهاب الرئوي المذكور
* (الصفات القشرية) *

يكاد الالتهاب الرئوي الاليفي يصيب على الدوام جزءاً عظيماً من الرئة ويتبدى
في الغالب من جذع الرئة ثم يتدلى فيفسها السفلى ثم فيما بعد الى العلوى وقد
تصاب احدى الرئتين بقهاه أو يمتد التغيير الالتهابي الى الاخرى ويختلف
امتداد هذا الالتهاب في الشيوخ والمهوكين فتصاب منهم أوالا القصوص
العلوية ثم يمتد الالتهاب فيما بعد الى السفلى
ولهذا الالتهاب الرئوي ثلاثة ادوار تشريحية الاول دور الاحتمان الدموي
الثاني دور التكبد الثالث دور الارتشاح التقيحي
ففي الاول يظهر جوهر الرئة أجرداً كثراً ومهمران قبيح الامتسكاً ناعماً فاقد المرونة
وبالضغط عليه بالاصبع يبقى فيه انبعاج وعندئذ في الجزء الملتصق لا تظهر
الفرقة المخصوصة الا قليلاً ويسيل منه سائل مبرأ ومهملزج
وفي الدور الثاني يقد الهواء من الشرايين الرئوية بالكليته وتكون متملئة
بسدد صغيرة من مواد ايقية منقذة ملونة باللون الاحمر بسبب اختلاطها
بالدم ومثل هذا النضج يحصل أيضاً في انتهاء الفروع الشعبية وتكون الرئة
في هذا الدور ثقيلة بحيث ترسب في الماء ولا يسمع عند شقها الفرقعة
المخصوصة وتكون متسكفة الانهارة خوة مهلهل الغزق وسطح الشق يظهر
بهية حبيبية عند سقوط الضوء عليها بانحرافه ويكثر وضوح هذه الهيئة

اذا كانت الخلايا الرئوية متسعة بخلافها في الاطفال ذوات الخلايا الرئوية
 فلا يكثر وضوحها ولا يتيسر نزع هذه التجمعات أعنى السداد الليفية عند
 كسبها بجهد المشروط بل تكون ملتصقة التصاقا متينا بجدران الخلايا الرئوية
 وكل من هيئة الجوهر الرئوي الحبيبية وكثافته وسهولة تمزقه ولونه المحمر
 يكسب سطح الشق هيئة شبيهة بجوهر الكبد ولذا سميت هذه الحالة بالتسكبد
 الاحمر وقد يكسب هيئة صخرية أو صوانية بسبب وجود المادة الملوثة
 وتراكمها فيه وبسبب اللون البيض اقوهرات الشعب والوعية المنقطعة
 وعند تقدم هذا الدور يتناقص اللون الاحمر من الرئة المتسكدة شيئا فشيئا أما
 بسبب زوال الاحتقان أو المادة الملوثة للدم بحيث تكسب الرئة لونا سنجابيا
 أو مصفرا مع بقاء جوهرها على حالته المتكاثفة الحبيبية (وهذا ما يسمى
 بالتسكبد السنجابي أو الاصفر) وبالبحث بالمكروسكوب عن الرئة المتسكدة
 يوضح في الخلايا الرئوية زيادة عن المادة العديمة الشكل مادة ليفية منعقدة
 مكونة لشبكة رقيقة وتكون أخلية جديدة بكثرة آتية في الظاهر من الأخلية
 البشرية العظيمة لباطن الخلايا الرئوية ومق حصل التحليل في هذا الدور
 اعترى كل من المواد الليفية المنعقدة والأخلية الجديدة المتشعبة بها استحالة
 شحمية وتحلل بدون أن تتكون مع ذلك كمية عظيمة من أخلية جديدة
 كما يحصل ذلك في دور الارتشاح الصديدي ويوضح من جدر الخلايا الرئوية
 مادة مصلية زلالية فينحل متحصلا الخلايا الرئوية ويستحيل الى مادة شبيهة
 بالمستحلب وهذه المادة بعضها ينقذ بالنفث وبعضها يمتص وفي الالتهابات
 الرئوية التي فيها يكون النضج قليل الليفية والانعقاد يظهر بعض تنوع
 في هذه الصفات التشريحية المذكورة فيكون الصفرة المتسكدة رخاوا وسطح
 الشق أملس بدون اقتران التجميد وهذا الشكل يشاهد بكثرة في الالتهابات
 الرئوية الثانوية التي تحصل مدة سير التيفوس وفي الالتهابات الرئوية
 في الشيوخ

وأما الدور الثالث أي دور الارتشاح التقيحي فمق وصل الالتهاب الرئوي اليه
 يشاهد ازدياد تكون الخلايا الجديدة مع انحلال المواد الليفية المنعقدة
 بالكيفية التي ذكرناها فتزول التجمعات وسطح الشق يكون لونه سنجابيا باهتا

او مصفر او يسيل منه قيح سنجابي محمر كئيف يستخرج بسهولة عند الضغط على
 جوهر الرئة ومنسوج هذا العضو يكون هشاً بالكيفية يسهل تحرقه بأدنى
 ضغط بالأصبع ومع هذا الجوهر الرئة الدقيق لا يتغير فانه لا يحصل منه أدنى
 تلاش (وهذا خلاف ما يحصل في الخراجات الرئوية) وفي هذا الدور يمكن
 حصول الشفاء التام اما عقب انقضاء ما يحصل للخلايا الرئوية المتقيح مع
 النفث أو امتصاصه عقب استحالة الى الحالة الشعمية

ومن انتهآت الالتهاب الرئوى النادرة الانتهاء بتكون خراج رئوى فان
 شكل الالتهاب الرئوى اللينى المحض الذى نحن بصدده لا ينشأ عنه فساد فى
 المنسوج المصيب له وحينئذ متى تكون الخراج فى الرئة وحصل فساد فى
 جوهرها قرب شكل الالتهاب الرئوى من الشكل الدفتيرى بحيث ان جوهر
 الرئة نفسه يرتشخ ويقمركز بسبب ضغط النضج اللينى عليه وبهذه الكيفية
 تتكون تجاويف صغيرة يتجمع فيها القيح مع جزئيات الجوهر الرئوى المتمتك
 وهذه التجاويف يكثرت عددها أو يقل وباختلاطها بهن بعضها اتسع البورات
 الصليدية وباختلاط هذه البورات بهن بعضها تتكون خراجات عظيمة شاعلة
 اعظم الرئة وهذه الخراجات العظيمة تهلك المريض اما بتقدم السيل الرئوى
 التقرحى أو بانفجارها فى تجويف البليورا وذلك نادر وفى أحوال أخرى
 يتكون حول هذه الخراجات التهاب رئوى خالوى ندى فتتكايس هذه
 الخراجات بواسطة منسوج ندى منسوج ويصير سطحه الباطن أماس وعند بقاء
 استطراق هذه الخراجات بالشعب يخرج الصليدز من منافزنا الا أنه يتكون
 بدله قيح جديد ينقر من باطن الكيس وعند انسداد هذا التجويف وانطماقه
 يحصل تكاثف فى القيح ويستحيل الى عجينية جبنية أو مادة كاسية عقب زوال
 الجواهر العضوية منه ويصير محاطاً بنسوج ندى

ومن انتهآت الالتهاب الرئوى الاندز من السابق الانتهاء بالغنغرينا
 لمنقشرة واطاهر انه لا يحصل الا عند انقطاع ورود الدم الى الاجزاء الملتبمة
 بالكيفية عقب حصول تعقيدات ليفية متتدية فى تفرعات الشرايين الشعمية
 التى بها تتم تغذية الرئة وبذلك يمكن استحالة الالتهاب الرئوى فى دور التكبد
 الاجزالي الغنغرينا الرئوية واستحالة النضج الالتهابى الى سائل صليدى

سحبى والجوهر الرئوى الى مادة جبنية مسودة (راجع لمبحث الثانى عشر)
ومن الانتهاآت الاكثر مما تقدم انتهائ التهاب الرئوى بالارتشاح الجبى أو
كما يقال ولو خطأ بالارتشاح الدرئى وذلك انه متى كابد النضج اللبئى فى الخلايا
الرئوية فى الدور الثانى أو الثالث من التهاب الرئوى استحال الشحمية هو
والاخلمية الجديدة التى تملأ الخلايا الرئوية ولم تنفر زمن جدرها مادة مصلية
كافية لقله وروود الدم الى الخلايا المذكورة بسبب ما فان هذه المادة الشحمية
تجف قبل ان تكمل فتسحب الى مادة جبنية مصفرة كثيرة الجفاف او قبل ان
وسنتكلم فيما سببها على التغيرات التى تكادها أجزاء الرئة المارتشحة
ارتشاحا جبنيا ونذكر الخطا فى تمثيل هذه الاستحالة بالتحيمات الدرئية
الحقيقية واطلاق لفظ واحد علميا

ومما يعد من الانتهاآت النادرة فى التهاب الرئوى المستطيل المدة الانتها
بالتيسيس المعروف بسيروز الرئة وهذا الانتها ينشأ عن اشتراك جدر الخلايا
الرئوية والنسوج النملوى بينها فى التهاب عند استتالة معدته ونحو جوهر
خلوى محلها او ينشر ح هذا الانتهاة مفصلا فى المبحث الحادى عشر

ثم ان أجزاء الرئة غير المصابة بالالتهاب تكون كما ذكرنا مجسلا الاحتمان شديد
وفى كثير من الاحوال تكون اصابة هذه الاجزاء بالاوزيميا هى السبب فى
الهلاك وعند امتداد التهاب الى دائرة الرئة تشترك البليرودامها فى
الاصابة فتكون مجسلا الاحتمان وعانى رقيق متشجرا أو بقع كدمية وتفقدها
شفايتها وتسترخى وتمغطى بطبقة خفيفة من مواد لينة وتوجد التجاوىف
اليمئى من القلب غالبا مملئة بالدم بسبب عوق استتراقه منها وأما
التجاوىف اليسرى منه فتكون فارغة اقله وروود الدم اليها وبهذه الاسباب
يحصل امتلاء دموى عظيم فى الاوردة الودجية والحيوب الدماغية والكبد
والكلتين ويكون الدم ذا صفات مخصوصة فان معظم الدم الكاثر فى
الاورعية الغليظة لا يكون سائلا بل منعقد أو مستحجلا الى مواد صلبة
مصفرة وكذا يوجد فى القلب تعقدات لينة متشبهة تشبها متينا بالاعمد
اللحمية فى القلب وصماته وكذا يوجد فى جميع الشرايين تعقدات لينة
مستطيلة بوليموسية صلبة مقاسكة

* (الاعراض والسير) *

أما اعراض الالتهاب الرئوى التابعى فسنذكرها عند الكلام على التسفوس حيث انه لا يمكن شرح الالتهاب الرئوى التابعى على انفراد بدون شرح اعراض المرض الاصلى تفصيلا

وأما الالتهاب الرئوى الاوى فيكاد يكون ابتداءؤه على الدوام قشعريرة شديدة تمتد نصف ساعة أو ساعة ثم يعقبها الاحساس بالحرارة ومن المعلوم ان الاحساس بالبرودة عرض محسوس للمريض فقط فان درجة الحرارة ترتفع مدة دور القشعريرة ارتفاعا واضحا بقياس الترمومتر ثم ان هذه القشعريرة في هذا المرض مهمة من حيث التشخيص والحكم على العاقبة فاننا نشاهد قشعريات تضاهى شدتها قشعريرة هذا المرض الاوى الجميات المتقطعة وتسمم الدم العفن ونوب القشعريرة تتكرر مرات في هذين المرضين بخلاف دور القشعريرة الذي يتبدى به الالتهاب الرئوى فلا يحصل الامرة واحدة غالباً مدة سير هذا المرض ولذا تعد أيام المرض من حصول القشعريرة ولا يندران تشابهاً في الاطفال بدلا عن القشعريرة نوبة تسنج وقد يتضمن الى ارتفاع درجة الحرارة التي يندران ترتقى من ٣٩ الى ٤٠ مئينية في اليوم الاوّل بسرعة النبض وازدياد العطش واحمرار الوجه والتشكى بالآلم في الرأس والظهر والجزوت وكسر الاطراف وانحطاط عظيم في القوى وضعف في العضلات وينتفخ اللسان وتفقّد الشهية وربما حصل في وحيث لا يندران هذه الاعراض تسبق الظواهر الموضعية بيوم أو اثنين جاز أن تنسب الى ترايد المادة اللبغية في الدم حتى ان بعضهم بالغ في ذلك وزعم ان الالتهاب الرئوى يعبر ظاهراً بحمرانية وان الاضطرابات السابفة التي ذكرناها لا تزول الا عقب استبعاد المادة اللبغية الزائدة في الدم وتجمدها في الرئتين ومن المعلوم ان جميع هذه الظواهر متعلقة بالحمى فموجود في جميع الاعراض الحمية اما كثيرة الوضوح أو قليلة سواء كانت المادة اللبغية من الدم متزايدة أو متناقصة أو على حالتها الطبيعية ولاداعي الى بيان ان كل حمى يفتج عنها تغير في الدم بسبب ارتفاع حركة التحليل العنصرى وزيادة احد اترافه بحيث ان متحصلات التبادل العنصرى تتخلط مع الدم بكمية عظيمة في كل حركة حمية

وبسوء القنية اللبني وارتقاء درجة حرارة الدم بوجه بسوءه وتغير تغذية
الاعضاء واضطراب وظائفها في الامراض الحمية وهذا هو الاضطراب العام
الحمي

ثم ان الحمي والاضطرابات العامة وان شوهدت قبل اعراض الاضطرابات
الغذائية التي تسببها الرئة الا ان ذلك يشاهد بكثرة في غير هذا المرض من
الامراض النزلية الحمية ونحوها من الالتهابات المحصورة بجزء من الحمية وفي مثل
هذه الاحوال يسوغ لنا القول بان الاضطرابات الغذائية الالتهابية ابتدأت
قبل الحمي وانهم امكنت كامة زمنا طويلا ولم تتضح بالآلام والسعال وعسر
التنفس وفي أحوال أخرى تعقب حالات اعراض اضطراب وظائف الرئتين
القشعريرة الابتدائية أو تظهر معها في آن واحد

ومن هذه الاعراض عسر التنفس وهو عرض ملازم للالتهاب الرئوي فان
حركة تواتر النفس الاعتيادية التي تبلغ في الشبان من ١٢ : ١٦ : ٢٠
في الدقيقة الواحدة ترتفع عند المصابين بالالتهاب الرئوي من ٤٠ الى ٥٠
في الدقيقة الواحدة ويكون في الاطفال أكثر سرعة من ذلك وبهذا تكون
مدة التنفس أقصر من الحالة الطبيعية ويكون التنفس سطحي بحيث يتقطع
مدة الكلام ولو قليلا بمعنى ان التكلم يصير منقطعاً وحيث ان الشهيق يحصل
بسرعة مع الضجر يشاهد انقباض العضلات الرافعة للثناهي الانف مدة
كل شهيق فيرتفع جناح الانف ويظهر اضطراب حركتها ثم ان قصر النفس
أو عسر التنفس يشاعن بجملة أمور منها أنه يحصل في متسع سطح التنفس تناقص
بموصول التضيق في الحيايا الرئوية وامتناع دخول الهواء فيها ومنها ان
الاجزاء الرئوية غير المتتهمة تكون مجساة الاحتمان دموي تغمق جانبي
فتنتخج جدر الحياياها ويصغر حجمها ومنها ان المرضى تنفس تنفساً سطحيًا
عادة فانهم يتنفسون بالعمق عند كل حركة شهيق عميقة ومنها وهو المهم زيادة
الاحتياج لسرعة التنفس مع وجود هذه العوائق فانه في أثناء كل حسي
وارتداد الاحترق العضوي يحترق كثير من الاوكسجين ويتراكم في الجسم
كثير من حمض الكربون وسيتمضح انه يتناقص الحركة الحمية يكاد يزول قصر
التنفس بالكلية ولو مع بقاء عوائق التنفس المذكورة

ومن اعراض الالتهاب الرئوى ألم الجنب وهو عرض ملازم غالباً لهذا المرض بحيث لا يفارقه الا قليلاً وفي غالب الاحوال يحس به المرضى في المحال الملامسة فيها أجزاء الرئة المتهبة جذراً اصدروا تارة تحس به في محال بعيدة عن ذلك وربما حسبت به في الجهة المقابلة للجهة المريضة ولذا وقع الشك في كون ألم الجنب الرئوى لا ينشأ الا عن اشتراك البلديوراني الالتهاب فقط

وكل من التنفس العميق سيما الشهيق العنيف كالذي يصاحب السعال والعطاس يزيد هذا الألم ازدياداً عظيماً وكذا يزداد بالضغط على الصدر وتزجج العضلات بين الاضلاع والمرضى تصف هذا الألم بكونه ناعساً مختلف الشدة ويندر استموازه بنسبته واحدة في الشدة بل يكون في الابتداء هو العرض المؤلم للمريض ثم يتناقص أو يزول بالكليّة وفي الالتهاب الرئوى عند الشيوخ أو المنهوكين يظهر هذا العرض وقتياً بل قد لا يحس به اذا كان مجلس الالتهاب قمة الرئة أو قصها العلوى وهذا الامر معرفته مهمة

ومنها السعال الذي ينضم بسرعة الى الحمى وقصر النفس وألم الجنب وهذا العرض يكاد لا ينعدم بالكليّة الا في الاحوال المذكورة أخيراً أعنى في الالتهابات الرئوية التي تصيب الشيوخ ونحوهم ويكون السعال في ابتدائه قصيراً ناعماً ولما تها به المرضى وتجتهد في اطفائه وعند حصوله تنقبض وجوههم مع التأم بحيث يمكن الاستدلال من مشاهدته بحمة الطفل المصاب على انه مصاب بالتهاب شهوي أو رئوى ويكاد يظهر في جميع الاحوال مع السعال النفت الخاص بالالتهاب الرئوى وهذا النفت عبارة عن السائل اللزج الشفاف الذي ينضج من الخلايا الرئوية مدة دور الاحتمان وهذا النفت يكاد يشتمل على مواد دموية في جميع الاحوال فان النضج في هذا الالتهاب يكاد يجعله على الدوام تنزق في الاوعية الشعرية وخروج الدم من اوعيته ولا يستثنى من ذلك الا الالتهاب الرئوى الشيجوخى فان النضج لا يكون فيه دمياً غالباً كما ان التسكبد الرئوى الشيجوخى لا يكون ابتداءً أحمر بل سنجانياً أو أصفر ثم ان النفت الرئوى يكون في ابتداءه هذا المرض لزوجاً بقا بحيث يسهل انفصاله عن القم ولذا تسمى المرضي بالتمديد ويلتصق بقاع الاناء المتصاقاً متيناً بحيث لو كفى الاناء لا ينفصل عنه والدم المحتوى

عليه هذا النفت يكون مترجابه جدا بخلاف امتزاج الدم بالنفت الشعبي
 المخاطي ولون هذا النفت يختلف باختلاف الكمية المختلطة به من الدم
 فيكون تارة أحمر فانيا وتارة صديقا ويندر أن يكون كالأحمر وتارة أحمر
 مسعرا وبالبحث بالسكرسكوب تشاهد فيه كرات دموية كثيرة تسهل معرفتها
 بواسطة شكلها ولونها وتشاهد أيضا كمية قليلة من خلايا جديدة التسكرور
 وخلايا محتوية على مادة ملقونة سوداء ناشئة من الخلايا الرئوية وأما البحث
 الكيماوي فيظهر في هذا النفت مادة زلالية تنعقد بإضافة قليل من حمض
 الأزوتيك إليها ومادة مخاطية تنعقد بإضافة قليل من حمض الخليك
 المنعقد إليها فتسكون عنهما طبقة مخاطية على سطح مواد النفت الخفيفة ولا
 تخرج مع النفت من الخلايا الرئوية سدد دقيقة إلا أنه في ابتداء الدور الثاني
 للإتهاب الرئوي توجد مواد لامسوج الهافى الظاهر إلا أنها عند هلهأ وتبعد
 أجزاءها عن بعضها والنظر إليها بالسكرسكوب تشاهد على هيئة تجمعات
 متفرعة تفرعات متوالية عبارة عن أخطية ليفية رقيقة منطبعة في باطن
 التفرعات الشعبية الرقيقة ثم انه مع اتضاح مجموع اعراض الإتهاب الرئوي
 في اليوم الثاني وظهور هافيه ومعرفة المرض حينئذ بالبحث الطبيعى معرفة
 أكيدة تزداد شدة الحمى والاضطرابات العامة تبعها
 وهذه الحمى لا تكون مستمرة تبعا للتجارب الدقيقة للطبيب توامس بل تكون
 متردة أو قريبة من التردد ومعنى ذلك ان التقلبات التي تحصل في أثناء
 الثورات والاضطرابات التي تتردد في كل يوم تكون اما عظيمة فتبلغ أربعة
 خطوط من درجة أو درجة يتعامها واما قليلة وحينئذ لا تزيد عن خطين أو
 ثلاثة من درجة وأقل درجات الحرارة تكون وقت الصباح عادة وتبتدى
 الثورات قبل الظهر وتصل الى أشد درجاتها في المساء أو بعد الظهر وغاية
 ارتفاعها في الأحوال الثقيلة من ٤١ الى ٤١ و٥ خطوط من درجة
 وفي غالب الأحوال يصير الاضطباط عظيم إذا عمى في الايام السابقة على حلول
 الجحان وتزداد درجة الحرارة احيا ما قبل انطفاء الحمى مباشرة بحيث تصل
 الى درجة لم تكن وصلت لها من قبل
 والنقص الذي تبلغ سرعته عادة في الإتهابات الرئوية ذات الشدة المتوسطة

من ٩٠ الى ١٢٠ ضربية في الدقيقة الواحدة يمكن ان تبلغ سرعته من
 ١٣٠ الى ١٥٠ في الدقيقة أو أزيد في الاحوال النقية له بحسب ارتفاع
 درجة الحرارة ولا يتدرأ ان يصير النبض صغيرا متواترا ولو كان في ابتداء
 المرض عتلا صلبا وسبب هذه الظاهرة في بعض الاحوال هو أن قوة
 انقباضات القلب تتناقص بتأثير درجة حرارة الجسم المرتفعة الى درجة
 عظيمة وان ضعف انقباض القلب لا يكون له قدرة على قهر المقاومة التي
 يكادها سيلان الدم في الاورطي وبذلك لا يندفع الاقليل من الدم فتكون
 الموجة الدموية ضعيفة فيصير النبض صغيرا وهذا مطابق للنواميس العامة
 من ان النتيجة تكون على الدوام بنسبة القوة وبالعكس في المناسب مع عظم
 المقاومة وفي أحوال أخرى وهو الغالب لا يكون وصول كمية قليلة من الدم
 الى شرايين الدورة العظمية متعلقا بضعف انقباضات القلب بل من قلة
 امتلاء البطين الايسر وفراغه فانه بامتداد الاثقاب الرئوي يحصل عوق
 عظيم في الدورة بسبب وقوف الدم في عدد عظيم من الاوعية الشعرية
 وانقطاعها بحيث لا يصل الى البطين المذكور كمية كافية من الدم ولوع سرعة
 الدورة في الاجزاء الرئوية السليمة

ويتضح مما سبق انه لا بد وأن ينضم ما تبقى من الدم بجملة تطواهرا ناتجة عن صعوبة
 سيلان الدم من البطين الايمن وعوق استقراغ الدم الوريدي في القسم الايمن
 من القلب الممتلئ بالدم امتلاء عظيم فيظهر في الوجنتين احمرارا كئ أو قان
 وقد يظهر هذا الاجراء وهو الغالب في احدي الوجنتين فقط وذلك عسر
 التوجيه وقد يكون لون الوجنة والشفتين معا بنفسه جيبيا أو مزرقا وهذا
 سهل التوجيه

وألم الرأس الذي يصاحب من الابتداء هجوم هذا المرض يتزايد بتزايد الحو
 مدة دورا شتداده ومتى حصل امتلاء عظيم في المجموع الوريدي يزداد
 ارتفاع المرض في الشدة جدا ويكاد ينضم دائما لالم الرأس ارق واضطراب
 لنوم بالام مفزع بل ويحصل للاشخاص العصبيين هذيان خفيف وهذا
 الاعراض متعلقة بالحركة الجمية وعوق استقراغ الاوردة الخفية فلا يترتب
 على وجودها الحكم بوجود مرض مخي مضاعف للاثاب الرئوي

ويتغطى اللسان في هذا المرض بطبقة خفيفة مبيضة ويكون له ميل للجفاف
وتفقد الشهية غالباً والعطش يشتد ويوجد ما سألوا لولم يكن هنالك مضاعفة
بتغير مرضى في أعضاء الهضم وجميع هذه الظواهر تكون تابعة للحمى ولذا
يكاد توجد في ذلك في جميع الأمراض الحمية ويعسر توجيهه فقد الشهية
ووعاوتهم ان الفقد المتزايد في عناصر الجسم التي يحتاج لها في ازدياد
حرارته في أثناء كل مرض حمى يزيد في الاحتياج الى تعويضها وازدياد
في تعاطي المطعومات ولا يوجد عندنا أدنى توجيه في عدم احساس المرضى
بهذا الاحتياج وأما توجيه كل من تغطية اللسان الخفيفة بطبقة مبيضة
وميله للجفاف وازدياد العطش وجفاف المواد البرازية فواضح للغاية بسبب
ازدياد فقد السائل بواسطة الجلد الذي يؤدي لجفاف جميع المنسوجات
وتناقص جميع الافرازات

ومن عوق استفراغ دم الكبد يمكن أن يحدث امتلاء أو عمية هذا العضو
تتدادوا واضحا فيه بل قد يحصل في بعض الاحوال عوق في استفراغ الصفراء
من الغلايا الكبدية والقنوات الصفراوية فيظهر اليرقان وحيث ان الاوردة
الكبدية تتصلب مع القنوات الصفراوية في الجائز ان امتلاء الاولى
يحدث ضغطا على الثانية وعوق في سيلان الصفراء فيؤدي ذلك لاحتباسها
وامتصاصها الكبد لا يظن حصول اليرقان بهذه الكيفية الامتق كان اتفاخ
الكبد عظيم جدا وكانت المرضى في حالة سباتية واهمة وفي الغالب تتعلق
الظواهر اليرقانية في أثناء سير الالتهاب الرئوي بالتهاب معدى رئوي اثني
عشري واليرقان في هذه الحالة يكون شديدا جدا وينتج عنه تنوع في صورة
المرض وقد يكون سبب التلون الصفراوي الحاصل في الدم أعنى الاشياء
في الكرات الدموية به تستحيل المادة الملوثة للدم السائبة الى مادة ملونة
للصفراء خارجا عن الكبد

ثم ان الالتهاب الرئوي والحمى المصاحبة له لها تأثير عظيم في خواص البول
ففي استطات الحمى تناقصت كمية الماء من البول بسبب ازدياد التبخر الغير
المحسوس فيصير البول مركزا اكثر كثافة في الوزن النوعي وزيادة على ذلك فان
البول يحتوى على كثير من المحصلات الازوتية فان المصابين بالتهابات

دموية المتغذين بأغذية خالية عن الأزوت بالكافية يخرج منهم بول محتوم على
 كثير جدا من الجواهر الأزوتية أكثر من بول الأشخاص المتغذين بالعلوم
 والبيض وغيرها من الأطعمة الحيوانية فندنوهد في المصابين بالانتهابات
 الرئوية أفراز أربعين جرما من البولينا في ظرف أربع وعشرين ساعة
 مع ان الكمية المنقرضة من السليمن المتغذين بالأغذية السابقة لم تبلغ
 الاثلاثة عشر أو أربعة عشر جرما في ظرف المدة المذكورة وهذا يثبت
 أكيدا ويدل على ازدياد الاحتراق العنصري وحركة التحليل في الانتهابات
 الرئوية كما يتأكد ذلك من التناقص العظيم في وزن المرضى الذين يرتوان من
 الانتهاب الرئوي ومتى برد البول المنقرض تعكر بسرعة لرسوب الاملاح
 البولية فيه وينشأ هذا التعكر بالاكثر عن تركيز البول وقلة احتوائه
 على كمية من الماء كافية لحل هذه الاملاح في درجة الحرارة المنخفضة
 وليس ناشئا عن ازدياد تسكونهم في البول فان تدفئة البول ولو خفيفة تكفي
 في اذابتهم اوزوال تعكر البول

ومع ازدياد الجواهر الأزوتية في البول تنقص الاملاح غير الأزوتية فيه
 سيما الكورات القلوية بل تفقد بالكافية عند اتمام المرض الى أشد درجة
 فاذا أضيف الى البول الحمض في هذه الحالة بعض نقط من محلول أزوتات
 الفضة لا يشاهد فيه التعكر الواضح كبول السليمن الناتج عن كلورور الفضة
 ومن المعلوم ان معظم ملح الطعام للبول ناتج عن تعاطي الأغذية المشتملة على
 هذا الملح بحيث يمكن توجيهه هذه الظاهرة بالجملة عند الاشخاص المصابين
 بالانتهاب الرئوي لكن حيث ان الاملاح الكلورية لا تفقد في بول الحيوانات
 الهائكة من الجوع بالكافية ساغ القول بأنه عند وجود هذه الظاهرة لابد
 وأن الاملاح الكلورية المتحصلة من الاحتراق العنصري تنعزل مع النضج
 الرئوي من الدم

ثم ان كلا من تركيز البول وازدياد البولينا فيه وتناقص الاملاح الكلورية
 وظهور المواد المذابة لاصفراء في البول ينتج ولا بد عن اختلاف في صفة
 العناصر الواصلة الى الكلية لتسكون البول فيها وعكس ذلك يقال في ظهور
 المواد الزلالية في البول عند المصابين بالانتهابات الرئوية الثقيلة كما يشاهد

ذلك بكثرة وهذه الظاهرة تتعلق في بعض الاحوال باحتباس الدم في الاوردة
 الكلووية اذ من المعلوم أن ربط هذه الاوردة الكلووية في الحيوانات ينتج عنه
 بول زلالى صناعى والبول الزلالى في أمراض القلب يكون ناشئاً ولا بد عن
 احتقان الدم في المجموع الوريدى الكلووى وأما البول الزلالى في المصابين
 بالتهابات رئوية نقيه - له فلا يمكن نسبته لاحتباس الدم في المجموع الوريدى
 المذكور الا اذا وجد مع ذلك اعراض أخرى من احتقان الدم الوريدى
 البالغ الى أقصى الدرجات في الدورة العظمى وظواهر سيمانوزيه واتفاخ
 في الكبد ونحو ذلك وفي غالب الاحوال يكون سبب البول الزلالى في الالتهاب
 الرئوى هو الاستحالة الجوهرية للكليتين كما سنوضح ذلك فيما سياتى وهى
 عبارة عن تكدر واتفاخ الطبقة البشرية الكلووية وتلاشها العنصرى وهذه
 الاستحالة الجوهرية للكليتين والبول الزلالى المتعاقب به تشهد في أثناء سير
 الامراض الحمية المختلفة وهى ولا بد ناتجة عن الارتقاء العظيم في درجة
 حرارة الجسم أو سوء القنية الحمى وكلما كانت الحمى شديدة كان وجود الزلال
 في البول عند المصابين بالتهابات رئوية كثيراً ولولم توجد وظواهر احتباس
 دموى وريدى في الدورة العظمى ثم ان دور ارتقاء المرض الذى شرحناه
 فيما تقدم لا ينتقل الى دور الانحطاط بالتدريج بل دفعة واحدة بحيث يكاد
 لا يشاهد هذا الانتقال السريع في غيره من الامراض
 فانه بعد معرفة الالتهاب الرئوى معرفة أكيدة بالعلامات الطبيعية في اليوم
 الثالث أو الخامس أو السابع أو التاسع وهو النادر ومعرفة درجة امتداده
 وارتفاع درجة حرارته الى أربعة - ينهائية أو أكثر وبلوغ النبض منتهاه
 في السرعة واشتداد حالة المريض وظهور اضطراب عنده عام وعسر التنفس
 تنحط درجة الحرارة في ليلة واحدة انحطاطاً عظيماً وكذلك تنقص سرعة
 النبض ويحصل راحة تامة للمريض بدل الاضطراب العام الثقيل ويتناقص
 عسر التنفس أو يزول بالكليّة ولا ينهدران يصير كل من الحرارة والنبض
 طبيعياً في ظرف ٢٤ - اعة أو ٣٤ وبتم انحطاط المرض وينام المريض ويتطلب
 الاكل ومن ثم يبدئ معظم المرضى في النقاهة وفي اثنتائها كثيراً ما تنحط درجة
 الحرارة زيادة عن الحالة الطبيعية وينقص النبض حتى يصل الى ٤٠ ضربة

في الحقيقة الواحدة بدون أن يكون المر يض قد تعاطى ولو قدر رجة واحدة
 من الدم يجتالا والنفت الذي يزول منه الدم تارة بالتدرج وتارة فجأة واحدة
 بصغر غيرا لكن لا تصل هذه الغزارة الى درجة بحيث تضطر الى القول بأن
 معظم النضج الالتهابي امتص ولم يخرج منه بالنفت الا القليل وعند ما يفقد
 النفت الدم المحتوى عليه يفقد ايضا الزوجته وشهه فاقبته ويصير سهل
 الانحلال مصفرا وسينفذ يسمى بالنفت النضج وتلون النفت بالصفرة نشأ
 عن اختلاطه بأخيلية جديدة يظهر فيها بعض أثر الاستحالة الشهومية أعتى
 فضلا عن احتوائه على كرات صديدية ونقط دهنية يحوى على أسامة شهومية
 وفيما بعد يكون فيه نويات أخيلية صديدية وكرات دهنية سائبة ثم ان
 الامتصاص وان كان يتدنى بمرعة بعد تمام حصول النضج الالتهابي الا انه
 يعضى عليه بعض أسابيع حتى يتأكد الطيب من زوال النضج الالتهابي
 الرئوي يتمامه بواسطة القرع والسمع وقد يحصل التحلل أحيانا بسرعة
 عظيمة جدا فان شروط امتصاص النضج الالتهابي جديدة جدا لان كل جزء
 صغير منه محاط بشبكة وعائية مخصوصة فهي أجود من شروط امتصاص
 النضج البليوراوي الذي يحصل في سطح واحد وعانى شعري
 ومعظم الالتهابات الرئوية يسير بالكيفية التي ذكرناها عند الامتصاص
 السليمين من قبل ويندر وجود أمراض مثل الالتهابات الرئوية الهاسية
 واعراض ذات مشابهة تامة لها في الاحوال المختلفة مع اعداد الامراض
 التسممية الانتشارية ومع ذلك فالسير الدوري المنتظم لهذا المرض لم يعرف
 الا في العصر الاخير وسبب ذلك ان هذا المرض كان يعالج بمعالجة قاسية غير
 صائبة فيضطرب سيره اذ من المعلوم انه فيما تقدم عن قريب كان يعقبتير من
 الخطا العظيم بمعالجة الالتهاب الرئوي بدون القصد مرة بل يجمله مرات
 (تنبيه) حصول الخطا اعراض الالتهاب الرئوي في الايام الفرد كاليوم
 الخامس أو السابع أو الثالث وهو نادرا جدا كما ذكره الاقدمون وهوها
 بايام الجحان وعضده كثير من المتأخرين ليس أمر امطر دابل قد يحصل
 في الايام الزوج كالسادس والثامن الى آخره
 وفي بعض الاحوال لا يحصل الجحان في انتهاء الاسبوع الاول اذا أنه يحصل

المخاط قصير يعقبه تماثل بسرعة فيتمدد المرض الى الاسبوع الثاني فيزداد
امتداد النضج الانتهابي وترتفع درجة الحرارة الى أقصى الدرجات وتصل سرعة
النبض الى ١٢٠ نبضة في الدقيقة الواحدة وكل من النضج الكثير الذي
يصل الى ثلاثة ارطال تقريبا (كما يعلم ذلك من مقارنة وزن الرئة لسليمة
بالريضة) وارتفاع درجة الحرارة والنهوك التي تنتج عن تولدها المستقر
يكسب الحالة العامة للمريض صفة الضعف فيصير النبض صغيرا رخوا
غير منتظما غالبا والاعين كابية غائرة بسبب امتصاص الشحم وسائر المدوج
الخلوي الركائز في الخجاج واللسان كذلك يصير جافا مشققا ويضطرب الدماغ
ويهبط المريض ويصير قلقا أو يحصل عنده هذيان شديد بحيث لا يمكن تثبته في
الفرش فيقال حينئذ ان المرض اكتسب الحالة العصبية الضعيفة والمرضى
في هذه الحالة قد يموت في الشهر في اليوم الحادي عشر او السابع عشر ان لم
يكن المريض وقع في الضعف بسبب الفصد أو عدم معالجته معاملة صائبة
الا ان النقا هنا قد يدهيطه

وتحصل ظواهر مشابهة لما تقدم عندها تتقال التكبد الاحراجي الارتشاح
الصدیدی الا ان اعراض الضعف تظهر هنا بدون امتداد الانتهاب الرئوي
فانه في هذه الحالة أيضا تنور الحصى في اليوم الخامس او السابع ويصير النبض
صغيرا متواترا ويحذف الغشاء المخاطي القمي ويصير لزجا وتميط الصلابة
ويحصل عند المريض هذيان أو أرق وترتفع درجة الحرارة جدا نحو المساء
وقد تحصل نوب قشعريرة خفيفة ويصير النفث غزيرا مشقة على أخصية
مكابدة للاستحالة السحمية وبذلك يتضح لنا انه لا يمكن التمييز هاتين
الحالتين الا بالقرع والتسمع يعني التمييز بين نوران الانتهاب الرئوي وامتداده
أو انتقاله من درجة التكبد الى الارتشاح الصدیدی

ثم ان الانتهاب الرئوي متى أصاب الشيوخ أو الشيخان المنهوكين من قبل
فلا يتوقف الامر في حده ولا اعراض الضعف على امتداد الانتهاب الرئوي
وبطء سيره أو انتقاله الى دور الارتشاح الصدیدی بل ان هذه الاعراض تطرأ
بسرعة ونعقب حال القشعريرة الابتدائية ويجوم المرض بحيث ان اضطراب
وظائف الرئة تختفي باعراض حصى الضعف فتدل هؤلاء المرضى لا يتشكون

بالآم مطلقا ويوجد عندهم بحال قليل وقد لا يوجد بالكيفية وكذا لا يشاهد
فيهم النفت الخاص بالالتهاب الرئوي وسرعة التنفس تذهب هنا التخمى ويقال
ان المريض هناك بالسهال العصبي أو بالجلى المخاطية أو بالجلى المعدي العصبية
وذلك فيما اذا اغتر الطبيب من ارتكابه الى العودة الظاهرة لحالة المريض
التي تشابه في الحقيقة التيسوس لالتهاب الرئوي المصيب للشبان الاقوياء
أو لم يبحث البحث الجيد بواسطة القرع والتسمع

بل عند بعض الانحصاص الاقوياء البنية السليمة من قبل قد تظهر بسرعة
اعراض حمى الضمير وذلك في تضاعف الالتهاب الرئوي بحالة تنزلية حادة في
المعدة والمعى كما يحصل بكثرة ولا سيما في امتداد الالتهاب النزلي الى القنوات
الصغرى وية وتنتج عنه احتباس في استقراغ الصفراء وامتصاصها ومع ذلك
في مثل هذه الاحوال كل من الالم والسهال وانفت الواسف لا يفقد كما
في الالتهاب الرئوي الذي يعترى الشيوخ غير ان تغطية اللسان العظيمة وتوتر
البطن واتفاخه والتي المستمرة والتميز المتكرر للمنى واللون البرتقالي للجلد
والصليتين يعطى للمريض هيئة مخصوصة ويحدث عنده ضعف اعظيها وفي
مثل هذه الاحوال يكون النبض سريع بما جدا من الابتداء والحرارة مرتفعة
الى أعلى درجة وتشاهد بسرعة جميع اعراض الحمى الضعيفة كالجفاف
العظيم جدا في اللسان واضطراب المرا كز العصبية ونحو ذلك

وبالجمله فان صفة الالتهاب الرئوي قد تدورع بالكيفية السابق ذكرها متى
اعتري هذا المرض السكرى وذلك كثيرا لوصول جدا ومع هذا قد يوجد
بعض خصوصيات ينبغي التنبيه عليها وذلك ان هذا المرض في الابتداء يلبس
بصورة ارتعاش السكرى لان ظواهر القوى العقلية المتنوعة تتوغل غير
طبيعي تنضج انصاعا عظيما جدا بحيث لا يلبثت الى ظواهر الالتهاب الرئوي
فان المرضى كثيرا ما لا يمكن حجزهم في الفراش برهة واحدة مع التسكلم على
الدوام ويكونون في حالة هذيان جنوني ويدعون انهم غير مرضى ويوجد عندهم
الهوس والهذيان كالمذنبين على المشروبات الروحية المنوعة من تعاطيها
دفعة واحدة ويتجولون رؤية ديدان وبعض حيوانات أخرى صغيرة ونحو ذلك
ويطرحون غطاءهم على الدوام ويتصورون ان انهم قد درة على تعاطي اشغالهم

فهو على الطبيب في مثل هذه الاحوال انه ولولم يشتهك المرض بالحمى ولاسهال أن
يبحث عنه بالقرع والتسمع مع غاية التأمل سيما متى كان عنده اعراض حمية اذ
كثير من الاشخاص من يملك وهو مكتوف بارد ان قميص الخنوع ظنا انه متسخ
برداء ارتعاش السكرى وأظهرت الصفات التشريرية أن به التمارين في
مثل هذه الاحوال تظهر كذلك ظواهر الضعف التي ينهاها سايقا فالنبض
يصغر صغيرا متواترا وبالجملة يتغلى بعرق غزير (وهذا دليل على شال العضلات
الجلدية) ويسمع على الصدر الغاط تشابه الغاط الغليان (وهذه علامة على
الشال الابتدائي للعضلات الشعبية) وتلك المرضى باعراض الاختناق

وأما انتهاء الالتهاب الرئوى فكثيرا ما ذكرنا فيه حصول الشفاء السريع
جدا في الاحوال التي فيها يسيل النضح الالتهابي ويمتص بعد انتهائه التكدب
بل وفي دور النضح الالتهابي من الجائز حصول الشفاء التام أيضا غير ان
المرضى المنوكة بواسطة الحى المستمرة بجملة أسابيع لاتعود للصحة الايطع عظيم
جدا ومثل ذلك يقال في جميع اشكال الالتهابات الرئوية الاخرى التي بها
تشقى المرضى ولومع وجود الحى الضعيفة التي تظهر مدتها تسير الالتهاب
الرئوى البطىء السير

وأما الانتهاء بالموت مدة الدور الاقل والثاني من هذا المرض فينتج غالبا عن
كون الحويصلات الرئوية الغير الملتبته تصير غير صالحة للتنفس عقب
اصابتها بالاحتقان والاديميا المتعممين ومن النادر أن يكون حصول
الموت ناتجا عن امتداد النضح الالتهابي وكل من عمر التنفس المرتقى الى
أعلى درجة والنفث الغزير الزبدى أو السائل والظواهر الرطبة في أجزاء الرئة
الغير الملتبته والاشطاط التام للمريض والتنفس والتي وبرودة الجلد هي
العلامات الدالة على تنفس غير تام في مثل هذه الاحوال وقرب الخطر
العظيم الناتج عن التسمم بحمض السكر بون فان لم يسهف المريض في مثل
هذه الاحوال اسما قويا ازاد شله وهلاك عقب انصاح اعراض الاديميا
الرئوية والشال الشعبي

ومن النادر جدا حصول الموت في دور التكدب الاحمر عقب احتباس الدم
في الاوردة الدماغية وعوق استفرغها والارتشاح المصلى الناتج عن ذلك

واللون الازرق السم ما نوزى في الوجه بانقراده لا يكتفي في الخوف من التهديد
بالسم ما نوزل الدماغ وكذا ألم الرأس والهذيان لا يكتفيان في ذلك فلا يرتكن
اليهما في اجراء الوسائط العلاجية التي يستدعيها مرض الدماغ لكن ان وقع
المرضى في حالة تنفس وتجوهد دون أن يمكن نسبة ذلك الى عوق التنفس
وتشكي بتتمثل وخدر في الاطراف وحصول انقباضات عضلية أو بعض
شلل موضعي وتقيء كان الخطر يحصل أو ذيما دماغية مهددة للحياة عظيما
فان لم يمكن مقاومة الاعراض الاخيرة المذكورة حصل الموت مع
اتضاح اعراض الكوما

وقد يكون حصول الموت وهو الغالب في دور التكدب بواسطة الضعف
والانحطاط الكلبيين سواء اصاب المرض اشخاصا ضعفاء البنية بالكلية أو
شيوخا يكون الاتهاب الرئوي فيهم ولو قليل الامتداد مضرنا خطرا
للاغاية أو متى اصاب السكرى المحتاجين له اطي كمية عظيمة من المشروبات
الروحية حتى يحفظوا التنبيه العصبي على حالته الطبيعية ويمجرت كها
يقعون في ارتعاش السكرى فان عدم التعاطي من هذا المنبه والضعف
الناجم عن الحمى يكسب ان المريض حالة ضعفية عظيمة فيقع في الشلل وسواء
كان هذا المرض مضاعفا بنزلة معوية ويرقان بسرعان في النهوكة أو حصل هذا
المرض أخيرا لاشخاص أقوياء سليمين من قبل اتهمت قواهم بمقادى الحمى
واستطالها وبغزارة النضح وفي جميع هذه الاحوال يزداد اضطراب الدماغ
حتى يفقد المريض ادراكه بالكلية ويصغر نبضه شيئا فشيئا أو يغطي الجلد
بهرق لزج فينتهتلك المرضى بالاحتمقان الانجدارى الضعفى والوذيم او
والاختناق

وكذلك يحصل الموت بعد ظهور اعراض مشابهة لما تقدم في الدور الثالث
أعنى دور الارتشاح الصديدي متى كانت قوى المريض غير كافية في مقاومة
المرض والنهوكة الحاصلة من شدة الحمى
وقد ينضم أثناء سير الاتهاب الرئوي للظواهر المرضية السابق ذكرها في الحمى
الضعفية العصبية مجموع اعراض مخصوص فالنبض يصير غير منظم ويظهر
يرقان خفيف ليس متعلقا باحتباس الصفراء ويصير البول زلالا او المرضى

يفقدون الادراك ويوجد عندهم في الابتداء هـ ذيان شديد ثم يقعون في حالة
خدر والشكل المرضى المتكئون يطابق حينئذ شكل الاتهاب الرئوى
الصغرى المشروح في الكتب القديمة سيما متى كان اليرقان شديدا للغاية
وفي مثل هذه الاحوال نعتبر حصول تغير جوهرى في كل من القاب والكبد
والكلىتين والدماغ والدم ونشرح الاستحالات الجوهرية في الاعضاء
المذكورة ونعاقها بارتفاع درجة الحرارة جدا أعنى ما يسمى بسوء القنينة
الحى وكذا التماسك بين حصول اليرقان والاستحالة الجوهرية في الكبد
كلا على حدته في محله

ومن جملة آتات الاتهاب الرئوى التى سبق ذكرها استحالة هذا المرض
واتصاله الى حالة خراج لكن اذا تغيرت الشعيرة الخفيفة التى تصعب
الارتشاح الصديدي بقشعريرة تتردد فى كل مساء وانقذف بواسطة النفث
نفث غزير سنجابي مصفر محتاطا بجملة كثيرة أو قليلة ويصير التشخيص
أصعبا متى شوهد بواسطة الميكروسكوب بعض ألياف مرنة مصطفة
كصطفافها فى الخلايا الرئوية ودل البحث الطبيعى على وجود تجويف عظيم
فى جوهر الرئة بشرط أن تعقب هذه الاعراض الاتهاب الرئوى مباشرة ثم اذا
أدى الخراج الرئوى للهلاك فانه يسبق الموت عين الطواهر المرضية التى
تصاحب الارتشاح الصديدي اذا أدى الى الموت كذلك وأما اذا شفى الخراج
الرئوى فان النفث يفقد لونه السنجابي فى أثناء تكوين المنسوج الخلوى الضام
ويكتسب القش لونا مصفرا وعندها الخراج يتجوىف الخراج يزول النفث
بالكلىة بخلاف ما اذا استمر تجويف الخراج ونغطى بغشاء مولى للصديد
وأحيط بمنسوج خلوى يابس كان سيره والخطر الناتج عنه عين ما يحصل فى
الكهوف الشعبية التى سبق ذكرها وكل من تمكن من المنسوج السدي
الجديد وانقباضه حول الكهوف الرئوية يفتح عنه انقباض الصدر
واختصافه كما سبق ذكره

وأما انتهاء الاتهاب الرئوى بالغمرينا الذى هو أندرانتم آتة فيتضح بنفث
سنجابي مسود كرىه الرائحة جدا ويصطبغ بالخطاط عظيم جدا فى قوى
المريض وفي مثل هذه الاحوال يمكن وجود العلامات الطبيعية الدالة على

تكون في كهف في الرئة

وأما الانتهاء بالارتشاح الجبني فلا يشاهد فقط في الأشخاص الذين كان
عندهم قديما تكوّنات درنية أو بورات جبينية بل يشاهد أيضا في الأشخاص
السليمن من قبل سماعه من سكان مصابيا بالانف يزيما الرتوية واعتراه
التهاب رتوي ليني ولو كان هذا نادرا والحمى في مثل هذه الاحوال وان
تناقصت في أيام الجران لا تنزل بالكلية كما يشاهد ذلك عند انتهاء المرض
بالحمى بل والمرضى لا تعود اقواها وكل من السعال وضيق النفس يستمر
والنبض يسرع عند المساء وكل من التسمع والقرع يدل على استقرار وجود
تكوّنات الجوهر الرتوي وعما قبل يحصل ذوبان في النضج وانقذافه فينتج
عن ذلك تكتات عظيمة في جوهر الرئة وهذه الظواهر سنة تكلم عليهم فضلا
عند الكلام على السل الرتوي

وأما انتهاء التهاب الرتوي بالتيبس أي بروز الرئة فتستكلم عليه في المبحث
الآتي

(في العلامات الطبيعية لالتهاب الرتوي الليني)

المبحث بالنظر الى شكل الصدر لا يستدل منه على شيء فان كلامنا من جهة
الصدر يكون حافظا لاتساعه الطبيعي والمسافات بين الاضلاع تظهر على
هيئة يمازيب سطحية كما في الحالة الطبيعية وذلك مهم بالقسبة للتمييز بين
الالتهاب الرتوي والبلبوراوي وفي ابتداء هذا المرض تكون حركات
التنفس متغيرة تغيرا عظيما وذلك لان المرضى تصون الجهة المريضة عن الحركة
لتألمها ولانه فيما بعد لا يمكن دخول الهواء في الخلايا الرتوية لامتلائها
بالنضج المرضى وبمجرد النظر يشاهد ان احدى الجهتين تزداد واضحا
والاخرى التي هي مجامس لالتهاب لا تزداد من الشبهيق وعندما يكون النضج
شاعلا للقصور السفلي من الرتين تنفس المرضى يتعددها النصف العلوي
من الصدر فقط بسبب عدم اختفاض الجنب الخارج (وهذا ما يسمى بالتنفس
الصاحي) والقسم الشراسيقي لا يتجدد مدة الشهبيق

وعند البحث بالجلس يحس بأشدة اضرار بات القلب ولذا كان من المهم في تمييز
هذا المرض عن الالتهاب البلبوراوي الاحساس بضر بات القلب في محله

الطبيعي وبالجمس يفضح زيادة عن ذلك في دور الاحتقان والتكبد غالباً ان
 الصدر يحصل في جدره تقوجات واضحة جداً في أثناء تكلم المريض بمعنى ان
 الاهتزاز الصدري يكون متزايداً وهذه العلامة التشخيصية المهمة يمكن
 ان تؤدى أحياناً للوقوع في الخطأ عند من لم يعلم ان الاهتزاز المذكور يكاد
 يكون على الدوام كقوة في الجهة اليمنى عند الاحتقان السليمين وسبب
 هذه الظاهرة ان الجذع الشعبي اليمنى يكون أكثر اتساعاً وقصر عن
 اليسارى ويخرج من القصبة الهوائية على خط مستقيم تقريباً بخلاف
 الجذع فانه فضلاعن كونه أكثر رقة وطولاً يخرج من القصبة الهوائية على
 شكل زاوية كما ذكره (سابقاً) واشتداد الاهتزاز الصدري المرضى المذكور
 في أثناء دور الاحتقان الرئوى مبنى على فقد جوهر الرئة مروته منه فانه
 في الاحوال الطبيعية يتعسر سريان تقوجات الصوت الحاصلة في القصبة
 الهوائية والشعب الى جدر الصدر بتوتر جدر الخلايا الرئوية المرنة ويزيد على
 ذلك ان الرئة السليمة مرونتها تحدث نوع انجذاب في السطح الباطن من
 الصدر به تعاقب تقوجات جدره وهذا ان الامران اللذان يضعفان تقوجات
 صوت الشخص السليم يزدلان متى فقد الجوهر الرئوى مروته وعلى هذا
 مناط شدة الاهتزاز الصدري وزيادته في دور الاحتقان الرئوى ويزيد اشتداده
 في دور التكبد فان الرئة في هذه الحالة لا تفقد مرونتها فقط بل يزيد على ذلك
 أمر آخر وهو ان الاهتزازات والتقوجات التي تمتد من الاحبله الصوتية الى
 الهوا المتحصر في القصبة الهوائية والشعب يكون وصولها الى الجدر
 الصدرية أتم وأقوى فانها لا تسرى اذ ذلك من أوساط مختلفة الطبيعة
 (أعني انها لا تسرى من الهوا ثم من جدر الخلايا الرئوية ثم من الهوا ثانياً
 ثم من جدر أخلية رئوية أخرى وهلم جرا) بل انها تسرى من جوهر متجانس
 الكثافة تقريباً (أعني من الجوهر الرئوى المتكاثف الى جدر الصدر) فاذا
 انسدت الشعب بواسطة متحصلات الافراز المرضى وقتياً فان التقوجات
 الصوتية أى الاهتزازات الصدرية لاتصل الى الجدر الصدرية وفي مثل
 هذه الاحوال المنادرة يكون الاهتزاز الصدري متناقصاً ومفقوداً بالكافة
 وزيادته على ذلك لا يندر أن يشاهد ضعف أو فقد في الاهتزاز الصدري أعلى

جزء متكبد من الرئة بدون انسداد الشعب وبدون انسكاب بلور اوى
 وفي مثل هذه الاحوال نتجى الى القول بان جدر الصدر لا يمكنه ان تتوج
 وتمت لانها موضوعة على جزء من الرئة ~~كغيره~~ كما تكاف من تشنج وبالبحث
 بالقرع ~~يو~~ جدر في دور الاحتقان الرئوى صوت طبلى فارغ مع الوضوح
 فان الرئة في الحالة الطبيعية تتماثل بسبب مرونتها امانة متوترة بالنفخ جدر
 فصوت القرع عليها لا يكون طبليا واما في دور الاحتقان من الالتهاب فانها
 تشبه جملته مماثلات مسترخية لان جدر الحويصلات الرئوية بقدها مرونتها
 لا تكون متوترة توتراتاما على متحصنها فيصوت القرع طبليا واما صوت
 القرع الفارغ الذى يحصل مدة الاحتقان فانه ينشأ عن تناقص كمية الهواء
 الموجودة في الحويصلات الرئوية بسبب انضغ الموجود فيها بحيث يصير
 الجسم المتوج صغيرا والذى نطفه ان وصف صوت القرع بمتملى وفارغ
 ظاهرا لاغاية فضلا عن القائدة فان المصطلح عليه ان الصوت الناتج عن توجات
 جسم عظيم يسمى بمتملى والناتج عن توجات جسم صغير يسمى فارغا وصوت
 القرع على المعدة مثلا يتضح ولولمبتدى انه متملى وصوت المعى الدقيق
 انه فارغ وقد دلت التجارب على ان الطبيب ولومبتدى ان ينضغ له بسهولة
 ان صوت القرع الطبلى في دور الاحتقان يكون فارغا وانما يصير على كثير
 معرفة درجة علوه

وفي دور التكبد الرئوى يكون في صوت القرع اصمبة بشرط ان يكون الجزء
 المتكبد الملامسا لجدر الصدر مباشرة ويحس في أثناء القرع بازدياد في مقاومة
 الجزء المقرووع وكل من هاتين الظاهرتين ينشأ عن كون الرئة المتكبد
 كغيرها من الاجسام الصلبة الخالية من الهواء لا تتوج بواسطة القرع وكلما
 كانت الطبقة المتكبد من الرئة الملامسة لجدر الصدر اكثر نخنا كانت
 الاصمبة اشد والمقاومة اعظم وعندما تكون الاصمبة ضعيفة يستبدل في
 الغالب على ان صوت القرع يكون مع ذلك فارغا وعندما تكون شديدة أى
 تامة لا يمكن القول بكون صوت القرع ملائا او فارغا والالتهابات الرئوية
 بل الممتدة لا تنوع صوت القرع في دوراته ~~كغيره~~ متى كان يجلس المرض
 جدر الرتين ومركزهما

وبالتسمع يسمع أحبا نامدة الدور الاقوى من الالتهاب الرئوى أى دور الاحتقان
 بدلا عن التنفس الحوى يصلى لغط فرقى أو خرخرة فقاعة دقيقة كما يحصل من
 رمى الملح فى النار أو من احتكاك الشعر بين الاصابع امام الاذن وهذا اللغط
 الذى سماه المعلم (اينك) باللغط الفرعى أدق أنواع الخرخرة فان محل حصوله
 مسافات ضيقة وهى الحوى يصلات الرئوية والالتهابات الشعبية الرفيعة
 جدا وهذا اللغط يكون كثير الحفاف جدا فانه يحصل فى سائل كثير اللزوجة
 ولا مانع من أن يوجه حصوله بأن جدر الحوى يصلات الرئوية الملتصقة
 ببعضها بواسطة النضج اللزج مدة الرقير تنفصل عن بعضها بقوة بواسطة
 الهواء الداخلى مدة الشهيق ومتى تم ارتشاح جوف الرئة الملتبب الملامس
 لجدر الصدر فان التنفس الحوى يصلى يزول بالكليّة لان الحوى يصلات
 الرئوية لا تسمح بتفوذ الهواء فيها فيسمع بدله التنفس الشعبى بمعنى اللغط
 التنفسى الناتج عن الهواء الداخلى والخارج فى القصبة الهوائية والشعب
 والذى لا يصل لاذن المتسمع من خلال الجوهر الرئوى السليم فان اختلاف
 الاوساط أعنى الهواء وجدر الحوى يصلات الرئوية ونحو ذلك يعوق قابلية
 توصيل الصوت تفتى وجديدين أذن المتسمع والشعب الغليظة وسط متجانس
 أى جوهـر متجانس سهل توصيل صوت الهواء الى الاذن المتسمعة فيسمع
 التنفس الشعبى بشرط أن تكون الشعب مسطرة بالقصبة الهوائية
 بحيث ان الهواء يمكنه المرور بهذه القناة فى حالتى الشهيق والرقير ويحدث
 حركة وتوجافى الهواء المنحصر فى الفرع الشعبى الحماط بالجوهر الرئوى
 المتكاثف فانه اذ ذلك يكون قناة للصوت تفتى بموصل جيد ومتى انسدت
 هذا الفرع بالافراز المرضى المتراكم كما يحصل ذلك بكثرة دفعة واحدة
 سيمافى الدور الثالث من الالتهاب الرئوى فان التنفس الشعبى يزول أيضا
 وينفس هذه الشروط يحصل الصوت الشعبى فانه عند التكلم تسرى موجات
 الاحبلة الصوتية وتنقل الى عمود الهواء المنحصر فى الشعب الغليظة
 امكن الاذن المتسمعة فوق الصدر لا تدر كما الابصقة لغط غير واضح
 مادام الجوهر الرئوى السالك بين الاذن المتسمعة والفرع الشعبى باقيا على
 حالته الطبيعية فانه موصل غير جيد للصوت كما ذكرنا فاذا حصل تكاثف

في الجوهر الرئوي سمع صوت التكلم مع غاية الوضوح عند وضع الاذن على
 جدر الصدر فيقال ان المريض معه صوت شعبي وفي بعض الاحوال قد يكون
 صوت التكلم منقطعاً بحيث يقال ان المريض معه تكلم صدرى وعند
 ما تأثر الاعصاب الحسية للسمع تأثراً غير جيد عقب ارتجاج جدر الصدر
 يقال ان المريض معه صوت شعبي شديد ذلك تدرك الاذن المتسعة
 شدة اهتزازات الجدر الصدرية وكثيراً ما يكون الصوت الذي يسمع في باطن
 الصدر له صفة الصوت الانفي أو المعزى وهذه الظاهرة تسمى بالصوت المعزى
 والى الآن لم يمكن توجيهها مع الايضاح ثم ان الصوت الشعبي يزول مثل
 التنفس الشعبي متى انسدت الشعب بالمواد المخاطية أعني متى انقطع
 التواصل بين عمود الهواء المنحصر فيها وبين عمود هواء القصبة الهوائية
 وفي دور تحليل الالتهاب الرئوي تسمع الغاطخ خروية واحدة اذا دخل
 الهواء في الفروع الشعبية الرقيقة والخللايا الرئوية تسمع خرخرة فقاعية
 دقيقة جداً السكت حيث كان الافراز المرضي أقل لزوجة عما في دور الاحتقان
 فان الخراخر تكون أقل جفافاً وتسمى حينئذ بالخراخر الفقاعية لدور
 الرجوع والخراخر التي تسمع في الشعب الغليظة يمكن أن تصير في جميع
 الاحوال التي ينشأ عنها التنفس الشعبي والصوت الشعبي رنانة وتسمى حينئذ
 بالخراخر الشعبية الرنانة أو الانعكاسية

والالتهاب البليوراوي الذي يضاعف الالتهاب الرئوي على الدوام لا يمكن
 معرفته والوقوف على حقيقة الاحوال التي بها يكون الانسكاب عظيماً
 جداً فان اللفظ الاحتمسكي يكاد لا يسمع مطلقاً في الدور الاول من الالتهاب
 الرئوي لان وريقتي البليورا وقتئذ لا يتلامسان الا قليلاً ولا تلامس
 بالكيفية ويكثر استماع هذا اللفظ مدة تحليل الالتهاب الرئوي لانه اذ ذلك
 يدخل الهواء في الخلايا الرئوية والمرضى يفهمون حر كات شبهة قيمة قوية بحيث
 ان وريقتي البليورا يتلامسان

والعلامات الطبيعية التي تدلنا على تكوّن كهف متسع في الجوهر
 الرئوي عقب حصول الخراج أو الغنفة رر يناهي عين الاعراض التي تنبعث عن
 الكهوف الدرية وسأبني بيان ذلك

* (التشخيص) *

معظم الالتهابات الرئوية التي تصيب الأشخاص المسلمين أقوى البنية يسهل
 تمييزها ومعرفة ما ومن النادر التباسها بغيرها من الأمراض فإنه يوجد في مثل
 هذه الأحوال زيادة عن العلامات الطبيعية كل من الجوع وعسر التنفس
 والالام والسعال والنفث ولذلك لا يفي عند الطبيب ادنى شك في الوقوف على
 الحقيقة وينعكس الحكم في ذلك عند الاطفال والاشخاص المنهوكين سيما
 الشيوخ فان الالتهاب الرئوي كثيرا ما يسير بدون أن يعرف وذلك في
 الاطفال خصوصا اذا ابتدأ هذا المرض بالتشنجات واصطعبت الحنجرة
 بسعال خفيف فيسهل حينئذ وقوع الطبيب في الخطا خصوصا وان الاطفال
 الصغار لا يوجد عندهم نفث ولا يدركون مجاس الالام - دم تعاقهم وان عسر
 التنفس في مثل هذه الأحوال ينسب للحمى وان وجد عند هؤلاء الاطفال
 اسهال فان المرض ينسب الى حمى التيفن مع حالة تهيج في القناة الهضمية وان
 وجد الطبيب فيهم اسهالا عارضا ون وجود الاستسقاء الدماغى ولذا لا ينبغي
 الالهام في اجراء القرع والتسمع عند جميع الاطفال الذين يوجد فيهم حمى
 شديدة وظواهر دماغية مع سرعة في التنفس وفقد كل من تمدد الطحال
 والوردية وزيادة الحساسية في الحفرة الحرقمية الاعوربة وابتداء المرض بنوبة
 قشورية واحدة ولا سيما نبحث بالعلامات الطبيعية من بدل كل تغيب وشك
 بين اصابة الشيوخ والمنهوكين بالالتهاب الرئوي وسنتكلم على التشخيص
 التمييزي بين الالتهاب الرئوي والبلبوراوى بعده معرفة اعراض وسير هذا
 المرض الاخير في محله

ومهما كانت أهمية البحث الطبيعى للسدر في تشخيص الالتهاب الرئوي
 فان جميع الاستدلالات التي تنتج منه لا تكفي بانفرادها لمعرفة وجود نضج
 في الخلايا الرئوية وعدم قابلية نفوذها واهوائها وامامضة النضج فلا تميز
 لنا الا من معرفة السوابق المرضية

* (الحكم على العاقبة) *

الحكم على عاقبة الالتهاب الرئوي يستنتج من امتداد هذا المرض والالتهاب
 الرئوي المزدوج ينبغي اعتباره أثقل اشكال هذا المرض خطرا

لكن العايب أن يكون الحكم على العاقبة منوطا بشدة الحمى المصاحبة فان
 المشاهدة أن كلام من التوكيد والضعف الكلي - ما غالبا السبب في الاتهام
 المحزن وتوارفت درجة حرارة الجسم الى ٤١ درجة مئوية وزادت سرعة
 النبض على ١٢٥ ضربة في الدقيقة الواحدة صار الحكم على العاقبة منهما
 ويزداد الخطر في الاحوال التي فيها يحصل عند المرضى عرق عظيم مع ارتفاع
 درجة الحرارة فان مثل هؤلاء المرضى يكون عندهم حمى شديدة جدا زيادة
 عن يكون من المرضى جلده جافا مع ارتفاع درجة الحرارة أيضا فانه من
 الامور المشهورة بالخطا اعتبار درجة الحمى بمجرد ارتفاع الحرارة فان المريض
 الذي يحصل له عرق غزير يفقد بواسطة الافراز الجلدي جرا عظيما من درجة
 الحرارة فتولد الحرارة عنده حينئذ يكون أكثر ارتفاعا من المريض
 الذي تكون درجة حرارته واصله بهذه الدرجة بدون افراز به يفقد جرم من
 الحرارة وبه هذه المنابة يكون التهاب الرئوى خطرا اذا اصاب الاطفال
 والسيوخ والاشخاص المنهوكين وقليل الدم ومدى في الخرفانه ان هلك من
 القتيان المصابين به - هذا المرض قليل في المسانين لان من ذكر من السيوخ
 وغيرهم ما ينفى على السمين او السبعين في المائة
 ومن الاتهام المحزن الالتهابات الرئوية التي تعترى المصابين بالدرن أو بآفات
 عضوية في القلب أو داء برايت وكذا التي تصاحب التهاب التامور والغشاء
 الباطن من القلب فانها إعادة تكون غير جيدة الا نذر
 ومن العلامات المهمة في الحكم على عاقبة الالتهاب الرئوى النقص فان فقده
 التام في ابتداء المرض يعتبر علامة غير جيدة وكذا كثرة تلونه بالدم كثة أو الحرة
 المسهرة فان ذلك يدل على حالة غير جيدة في التغذية ومهولة تنزق الاوعية
 الشعرية الرئوية وفساد الاخلاط عند المريض وكذا النقص الغزير السائل
 جدا الا وذى ماوى يعد من العلامات غير الجيدة أيضا وأما النقص القليل
 الغزارة مدة دور تحلل الالتهاب الرئوى فليس له كبير اهمية متى كان
 مصاحبا لتناقص في الاصبية وأما فقده مع وجود خراخر في الصدر فيدل
 على حصول شلل في الشعب او وذى عمارتوية وقرب الاتهام المحزن
 وأما الهذيان في ابتداء هذا المرض فليس من العلامات الخطرة وهو متعلق

بثمنه في تغذية الدماغ بخلاف ما اذ اظهر في آخر ادوار المرض وصحبه
 ضعف عظيم جدا وعمادي زمانطو بلا فانه يدل على حالة ضعيفة ثقيلة وكان
 اذ ذلك من العلامات غير الجيدة وقد ذكرنا فيما سبق ان حالة النمود
 والتشنجات أو الشلل الوتقي من الاعراض الثقيلة
 وبالجملة فالحكم على عاقبة هذا المرض منوط بآثار الالتهاب الرئوي فانه
 بالارتشاح الصديدي يكون أكثر خطرا منه بسبب ولة النضج الالتهابي في دور
 النضج كيد وامتصاصه وأما الالتهاب بالخراج أو الغنغرينا أو تدرن النضج
 الالتهابي فذلك غير جيد

* (المعالجة) *

لا يمكن اتمام الدلالات العلاجية المؤسسة على معرفة الاسباب في معظم
 الاحوال فان أغلب الالتهابات الرئوية بنشأ ما عن أسباب جوية أو أرضية
 غير معلومة بل ولا يسوغ الاجتهاد في معالجة الالتهاب الرئوي بالطريقة
 المبرقة ولو توهم ان ذلك ناشئ عن تأثير البرد فقد دلت التجارب على ان
 الاحوال العديدة من الالتهاب الرئوي المحبوبة بعرق غزير في أشهر سير هذا
 المرض تكون ذات سير ثقيل

وأما معالجة المرض المؤسسة على طبيعته فقيمها ينبغي للطبيب أن لا ينسى ان
 الالتهاب الرئوي اللين مرض ذو سير دوري يكافئ الامراض الدورية وتوانه
 ان ترك ونفسه يكاد ينتهي دائما بالشفاء مادام المصابون به أقوياء البنية
 ولم يضاعف بأمرض أخرى وكان ذات مدة متوسطة ولم يعرف ذلك الامنذ
 زمن قليل والسبب في معرفته الطرق العلاجية الانتظارية بدراسة وبيانا
 والنتائج الجيدة التي تحضرت عليهم الاطباء الامير بانيون واستنتج من ذلك
 ان الالتهاب الرئوي في حد ذاته لا يحتاج لمعالجة قوية مثل الحمرة الجلدية
 والجدري والحصبة وغيرها من الامراض ذات السير الدوري متى اعترت
 الأشخاص السليمين من قبل ولم تكن مضاعفة بأمرض أخرى وكانت
 متوسطة الشدة بل ومن الامور الثابتة ان المعالجة بالوسائط القوية لها تأثير
 مضر في سير هذا المرض مالم توجد ظواهر مرضية تستدعي استعمالها وتلجئ
 لاجرائها وذلك محقق سواء الفصد العام وقد أصاب الملم (ديتل) حيث قال ان

الالتهابات الرئوية التي تعالج بالقصد العام تنتهي بالموت أكثر من التي لم يفعل فيها ذلك وما قاله المذكور في محله اذا قورنت الاحوال التي فيها فعل القصد بسبب الالتهاب الرئوي نفسه بالاحوال التي لم يفعل فيها ذلك والتي أوثر طبيبا أميوياتيا اذا اصاب هذا الداء أحد أقاربنا يعالجه دون طبيب يرى ان شفاء الالتهاب الرئوي في سن ريشته بخلاف ما اذا اعتبرت الاحوال التي فيها يصير فعل القصد لامن أجل الالتهاب الرئوي بل ولومع وجوده وانما ذلك بالنسبة لوجود ظواهر مرضية أو مضاعفات خطيرة وقورنت بالاحوال التي فيها صار يتجنب القصد مطلقا على العموم

وكان تجارب كل من لوى ودبيل وغيرهما أثبتت ان القصد ليس واسطة علاجية نوعية في الالتهاب المذكور ولا يقطع سيره وتقدمه فقد ثبت ذلك أيضا بتكرار القصد الذي كان يفعل في هذا المرض تبعا للرأي المعلم (بولو) وغيره ممن يأمرون بفعل القصد من ارفاقه تبعا لمذهب الطبيب الاخير يقصد ويكرر القصد الى اليوم الخامس أو السادس أو السابع وهو أو ان الشحطاط المرض وانتهاء دوره

وبالجملته مهما كانت النظريات المعول عليها في توجيه حصول الالتهاب واختلاف طبيعته فلا يوافق شي منها التأخير النوعي للقصد في الالتهاب الرئوي ومما يتأسف عليه ان اطباء كثير ما يتغفلون عما هو معلوم وثابت بالتجارب اليومية من ان الاحتقان مهما كانت شدته لا يكفي بانقراده أن يؤدي لحصول الالتهاب الرئوي اللبني وان أدى القصد الى الوعاف الشعري الذي يشاهد في أحوال الآفات الصمامية في الجهة اليسرى من القلب الى تطحل في الجوهر الرئوي وأذيعا لئلا يترك لايؤدي مطلقا بانقراده الى احداث نضح لبني في الخلايا الرئوية

ثم ان الاعراض التي تستدعي فعل القصد في أثناء سير الالتهاب الرئوي سنذكرها عند الكلام على المعالجة العرضية حيث ان هذا الشرح ذكر دلالات القصد واستعماله وقد استعمل في معالجة الالتهاب الرئوي التبريد الموضوعي استعمالا عظيما ودارت التجارب الحديثة على جوده تأثيره ومنفعته بحيث ينبغي الايحاء باستعمال هذه الطريقة وهي أن يغطى صدر المريض

سما الجهة المريضة برقائد مبتلة بالماء البار بعد عصرها جيدا وهذه الرقائد
تغير كل خمس دقائق وبعد قليل من الساعات تمكك جميع المرضى تخس
بالراحة التامة ومهما كان الضرر من استعمال هذه الطريقة فن المشاهد
أنه عقب استعمالها حالها لا يتناقص الألم وعسر التنفس وسرعة النبض بل
والحرارة العمومية تنقص أحيانا تنقصا يزد عن درجة واحدة وجميع
المرضى الذين عالجهم بهذه الكيفية يستمرون على هذه الراحة مدة طول
المرض غالبا بحيث لا يظهر على هيئتهم الظاهرة أنهم مهالون بمرض ثقيل كما
يتضح عند أهلهم - حول هذه الراحة فيستمرون مع الرغبة على اتباع هذه
الطريقة بعد ان شئنا ان نقوسم منها كثيرا وفي بعض الاحوال لا يحصل
من استعمال التبريد راحة بل يزيد في الآم المرضى بحيث يأبون من استعماله
فيتمذ لا ينبغي الايصا بالاسقرار على استعماله

* (تنبيه) * لامانع في مثل هذه الاحوال من استعمال ذلك بالوضعيات
الفاترة الرطبة الزقية أو الجافة على الجهة المريضة
وحيث ان الالتهاب الرئوي لا يتقطع سيره بواسطة الوضعيات الباردة
الموضعية فلا ينسب لهذه الطريقة الا تأثير ملطف تسكينى وبالجملة على
استعمالها يحصل في كثير من الاحوال نوع خفة في المرض وقصر في مدته
وسرعة في النقاهة بحيث يندر تحتها ويزجران هذا الالتهاب سبعة أيام بل
طالما ينتهي في اليوم الخامس وفي أحوال كثيرة في الثالث بحيث لم يكن
في كثير من الاحوال حجب المرضى المصابين بالتهابات رئوية حادة شدة
في المارساتات وعدم بقائهم فيها أزيد من ثمانية أيام

ثم ان تأثير التبريد وان كان معدودا من الوسائط العلاجية المضادة للالتهابات
القوية جدا خصوصا في التهاب الاعضاء الظاهرة اذ به تتكسب الاوعية
الشعيرية المتمددة والمنسوجات المتتممة انه ترخية الا انه يعسر علينا فهم جودة
تأثيره في التهاب الاعضاء الباطنة أعنى المتصلة عن محل وضعه بالجلد
والعضلات والعظام ومع ذلك فانه يفاضل الرحم واطبقة العضلية المعوية
عقب استعمال التبريد الموضعي على البطن يتضح منه ثبوت امكان تأثيره
في الاعضاء الغائرة بحيث ان استعمال الوضعيات الجارية على الرأس

في أحوال الالتهاب السحائي والمكدمات الباردة على البطن في أحوال
الالتهاب البريتوني اتباعا للمعلم (كيوش) ومدوح للغاية وليس عندى تجارب
خصوصية في استعمال التبريد العمومي على سطح الجسم بواسطة تغليفه ولفه
بالملاآت المبتلة المعصورة جيدا استعماله ككررا كما يستعمله الاطباء
الايدروپاتيون (أى المشتغلون بمعالجة الامراض بالماء) ومع ذلك فن
الجائز انه باستعمال هذه الطريقة يحصل تنقص في حرارة الجسم وتلطيف
وقتي في شدة الحمى وان لم يكن لهذه الطريقة نأثير لا واسطى في الالتهاب
الموضعي وقد تحققت من هذه النتيجة في الامراض التسممية العامة وان
استعمالها ينقص درجة حرارة الجسم تنقبصا عظيما في كثير من الاحوال
وباقى الطرق العلاجية والجواهر الدوائية الموصى بها في الالتهاب الرئوي
لا يعتبر وسائط علاجية تنفس المرض بل كوسائط علاجية عرضية
كالقصد فان استعمالها أو عدمه تابع لتسلطن بعض الاعراض الخصوصية
أو عدمه

ولا ينبغي استعمال القصد الا في الاحوال الثلاثة الآتية وهي أولا متى
اعتري الالتهاب الرئوي شخصا قوى البنية وكان ساهما من قبل وكانت درجة
حرارته فوق الاربعين درجة وضر بات نبضه تزيد على مائة وعشر من ضربات
الدقيقة الواحدة فان خطر المرض في مثل هذه الاحوال ينشأ عن شدة الحمى
فالقصد ينقص درجة الحرارة وسرعة النبض سيما اذا كان غزيرا وأما ضعف
البنية القلب والدم فالقصد عندهم يزيد الخطر الناتج عن التهوكة ومتى كانت
الحمى متوسطة الشدة كان القصد غير ضروري فلا ينبغي فعله ولو لا قوياة البنية
السايمين من قبل فانه لا يقطع شدة الحمى بل انها تستقر ولو بدرجة متوسطة
الشدة بحيث يمشي يكون خطر المرض اشد مما اذا كان اعتراه حمى أكثر شدة
وكبدها بدون أن تضاعف بفعل القصد فانما متى حصلت أذيمات فمهمة
جائية في أجزاء الرئة التي لم يمترها الالتهاب وخطرت بحياء المريض فان ضغط
الدم في مثل هذه الحالة على باطن الاوعية يقناص بواسطة القصد وينتفع
بذلك زيادة ارتشاح المادة المصامية التي تحصل في الخلايا الرئوية ويتجنب
الخطر الناتج عن عدم كفاية التنفس والتسمم بحمض الكربون فتي حصلت

سرعة عظيمة في التنفس في ابتداء الالتهاب الرئوي ولم يكن نسبة ذلك الى شدة
الحصى واللالام وللالاتهاب ووصلت سرعة التنفس الى أربعين أو خمسين مرة
في الدقيقة الواحدة وانضم لذلك نفث مصلي زبدي ولم تزل الحرا اخر من الصدر
بعد السعال ولو وقتيا وجب فعل فصدغزير لاجل تنقيص كمية الدم وتلطيف
الضغط الجانبي على جدر الاوعية ثانيا ينبغي فعل الفصد عند وجود ظواهر
دالة على انضغاط الدماغ ولا يعتبر في ذلك ألم الرأس ولا الهذيان بل الذي ينبغي
اعتباره هو حالة الخمود والشلل الوقي

ومتى عزم الطبيب على فعل الفصد بأحد الاسباب السابقة فلا يتأخر عن
ذلك نظرا لعدم عظم النبض وقوته وكونه يظهر له صغيرا ضعيفا فان النبض
الصغير المنقبض كان ينبغي عليه فعل الفصد عند الاقدمين من اطباء
اذنا كد في كثير من الاحوال انه بعد الفصد بل وفي أثناءه يقوى النبض
ويرتفع حتى كان يعتبر من النواميس الطبيعية انه يجب على الطبيب عند
شكك في كون ضعف النبض صادقا أو كاذبا ان يتحقق من عظم النبض
أو صغره مدة الفصد وتوجيه هذه الظاهرة البسيطة من كون النبض
في احوال عديدة قد يصير بمثلنا قويا في أثناء الفصد أو بعده هو ان كلامنا
عظم النبض وامتلائه يتعلق بالخصوص بالدرجة التي بها تظهر الانقباضات
القلبية مقاومة جدر الاورطى فان حصل ضعف في انقباضات القلب بالتأثير
المرضى المضعف كالذي يحدثه ارتفاع درجة الحرارة ارتقاء عظيم أو متوسطا
في بعض الاشخاص مع بقاء مقاومة جدر الاورطى على حالتها الطبيعية
تناقص اندفاع الدم من القلب فضرية النبض تكون ضعيفة فان تناقص
امتلاء الاوعية في مثل هذه الاحوال بواسطة فصد تناقصت ايضا مقاومة
الاورطى وصارت انقباضات القلب الضعيفة كافية في دفع كمية عظيمة من
الدم فتصير حركة النبض قوية وانما الانحصال هذه النتيجة متى كان تأثير
الفصد ضعيفا جدا لانقباضات القلب كما يشاهد أحيانا فانه في مثل هذه
الاحوال كما تناقصت المقاومة تناقصت قوة الدفع أيضا

وما يستعمل بكثرة مع غاية النجاح في معالجة الالتهاب الرئوي الذي يجتنب
لانها مضادة للحصى كالفصد حيث انما تنقص درجة الحرارة وسرعة النبض

بدون تأثير مضعف في الجسم مثل الفصد وينبغي استعمالها في الالتهابات
الرئوية متى وصلت سرعة النبض الى مائة ضربة أو مائة وعشرين بخلاف
ما اذا لم تصل لهذا الحد فلا حاجة لاستعمالها ويضم الى منقوعها (المأخوذ
من جرام الى نصف درهم منها على ست أواق من الماء) بعض الاملاح
المتعادلة كزونات البوتاسا أو الصودا وهذه الاملاح ان كان لها تأثير في سير
الالتهاب الرئوي فهو بالنسبة للحمى لا يكون تأثيرها مضادا للالتهاب أو
التعضون

ومن هذا القبيل استعمال المهونات كاطرطير المقي من ٤ قعات الى
٦ على ست أواق من الماء يعطى من ذلك مل ماء عقبه كل ساعتين وكعرق
الذهب والكينين والويراترين والاستنشقات الكالوروفورمية فانها
تنقص قوة فعل القلب ودرجة الحرارة وليس لها تأثير لا واسطي في
الاضطراب الغذائى الموضعي للالتهاب الرئوي واستعمال الطرطير المقي
الذى كان سابقا منتشر اجدا قل الآن وضعف وصار غير مدوح البتة وان
كان بعض الاطباء المشهورين لم يزل يوصى باستعماله

واما استعمال الكينين فدلالته طبقا لتجارنا في الزمن الاخيره انه متى كان
الخطر العظيم ناشئا عن شدة اذتة درجة حرارة الجسم بانفرادها أو بالاقبل
معظمه وجب اعطاء قعاتين من الكينين في كل ساعتين أو يعطى منه ثلاث
صرات في كل مرة عشر قعات وقد ثبت بمشاهدات المعلم (بيرمير) أن
الويراترين من جهة الجوهر الدوائية العلاجية المضادة للحمى كما قاله المعلم
(فوكت) اذ به يمكن انخفاض درجة الحرارة وتنعيق سرعة النبض بكمية
أكيدة في الالتهابات الرئوية بل ان كلام المعلم (بيرمير) و(كوخير) ينسب
لهذا الجوهر الدوائى تأثير الاواسطياجيمى في الالتهاب الرئوي نفسه
حيث قال ان سير هذا المرض يمكن قطعه بهذه الوسطة العلاجية ويفضل
عن الديجيتالا بسرعة التأثير الجيد في تنقيص سرعة النبض وانخفاض درجة
الحرارة بدون أن يكون له تأثير مضر عمومي لكن الذى انضح لغيرهما من
الاطباء انه لا يتم فعل هذا الجوهر الدوائى من تنقيصه لسرعة النبض وخفض
درجة الحرارة الا اذا أعطى منه مقدار يتفوق عنه ظواهر تعميمية كالتي

والاسهال وهبوط عظيم جدا ويعطى منه قدر ثلاثة مالاغرام (أعنى جزأ من
عشرين من محبة) ويعطى من راتنجيه عشرة سنتى (أى سادس فحة)
وأجود الاستحضارات صبغة الويراترين فيعطى منها كل ثلاث ساعات من
٤ نقط الى ٨ في جرعة غروية ثم ان الايصاء باستعمال هذا الجوهر في
معالجة الالتهاب الرئوى كثر الآن جدا وازداد المدح فيه حتى استحق أنه
ينبغي تجريبه استعماله في الاحوال الحديثة من الالتهاب الرئوى المعتدى
الاشخاص الاقوياء البنية

وفي كثير من أحوال هذا الالتهاب يمكن الاستغناء عن جميع الادوية
السابق ذكرها فلا يعطى للمريض الا جرعة خفيفة القانير كحلول الصمغ
أو غلي النطمية ونحو ذلك بأن يعطى ملعقة كل ساعتين فبدل يسكن ووع
المريض ويكفي لاستعمال هذه الجرعة مع استعمال التبريد الموضعي
التوصل الى انتهاء هذا المرض انتهاء سريعاً حمداً وكما تحقق العليد ان
كل دور معين مخصوص من أدوار الالتهاب الرئوى هو الذى يستدعى
استعمال بعض الجواهر الدوائية كانت نتيجة المعالجة أم نجاحاً

وعند تقدم سير الالتهاب الرئوى تستدعى المعالجة العرضية غالباً استعمال
جواهر دوائية يخالف تأثيرها الفسيولوجى لتأثير الجواهر التى تقدم ذكرها
بالكلمة فقد ذكرنا فيما تقدم ان النضح الغزير جدا وطول مدة الحجر
وضعف البنية قبل الاصابة بهذا المرض يمكن أن ينتج عنه ثم وكه حادة وحالة
ضعف عظيمة جداً بل ان أعاب المرضى الذين يملكون من الالتهاب الرئوى
يكون هـلاً كهم ناتجاً عن تلك النحوة وضعف انقباضات القلب ينتج عنه
كذلك خطر آخر بواسطة الاوذى الضعيفة فى الرئة والشلل الابتدائى
لعضلات الشعب يعوق استقرار مخصصاتها فينتج فى مثل هذه الاحوال
اعطاء المنبهات القوية لاجل تقوية انقباضات القلب وازدياد الانقباضات
العضلية الشعبية فالمنبهات التى كثيرا ما تستعمل بدون نجاح فى غير هذا
المرض يكون تأثيرها وتساوية يمكن أن ينتج عن استعمالها نجاح عظيم
فى الالتهاب الرئوى متى ابتداء شلل الشعب قبل انتهاء التغيير الالتهابى للرئة
بزمن قليل اذ يعطى مقدار عظيم من الكافور والمسك والقيثون يمكن

ان زاد مجه ودان القلب وانقباضه ومنع تقدم الاوذيا ومهولة النفس
 مدة أربع وعشر من ساعة أو ست وثلاثين وينبغي أيضا الإبصار في مثل هذه
 الاحوال باستعمال زهر الجاوي بمقدار ٥ قحبات كل ساعة أو ساعتين وأما
 معالجة جميع أحوال الالتهاب الرئوي بواسطة الكوئل كما قاله (توت)
 ينبغي رفضه بالكلية

ومن المهم جدا متى اشتدت الحمى وازداد الاحتراق العنصري وصار مهددا
 للحياة أن يبحث في تعويض الجواهر المفقودة بدلا عن استعمال المنبهات فلا
 يلزم استمطالة استعمال القدير الغذائي المضاد للالتهاب سيما في ضعف
 البنية ومتى ابتدأت اعراض الضعف في الانضاح والظهور ينبغي اعطاء
 الزبيذ والاصراق المركزة واللبن ونحو ذلك لاسيما المركبات الكينية
 والحديدية بأن تعطى الصبغة الحديدية المنسوبة للمعلم (رادبماكر) وهي
 الصبغة الحديدية الخلية الاثيرة بان يوضع منها نصف أوقية أي ١٥ جراما
 على ست أواق من الماء أعنى ١٨ جراما يعطى من ذلك ملعقة أو كل كل
 ساعتين فان هذا المركب جسد المنفعة ولا يتبع العلم (رادبماكر) في كونه
 يرمى ان كل التهاب رئوي يدخل في رتبة الامراض التي يسميها بالآفات
 العمومية الحديدية غير انما كثيرا نرى حصول فقر عظيم في الدم مدة سير
 هذه الالتهابات ويسهل شفاء هذا الفقر الدموي بواسطة المركبات الحديدية
 كما يسهل به اشفاء فقر الدم المزمن المصاحب للتخاوير وليس عندنا توجيه
 فسيولوجي واضح يدل على المنفعة الحقيقية للاستحضارات الحديدية
 في أحوال فقر الدم الحاد والمزمن وعلى كل حال فليس الامر منوطا بتناقص
 كمية الحديد المحتوي عليها الدم قبل استعمال المركبات الحديدية وزيادتها
 عقب استعمالها بل كذلك الجواهر الأولية العضوية لاسيما المواد الخيمية
 لتسكرات الدموية فانها تكون كذلك متناقصة قبل استعمالها ومتزايدة عقبه
 وعلى هذا فن الواضح منفعة المركبات الحديدية في طاق فقر الدم حادا أو مزنا
 فلذا ينبغي اعطاء هذه الجواهر الدوائية بمقدار كاف عقب التهوكة الناتجة
 عن الانسكابات الرئوية والبليوروية العظيمة بحيث لا تبدو أن توافق
 نظريات المعلم (رادبماكر) لتسكر النتيجة العظمى التي يحصل عليها من

استعمال هذه المركبات الحديدية في الامراض الحمية الحادة غير انه مما يأسف عليه عدم تحمل المرضى لهذه الجواهر اذا كان عندهم اسهال ويمكن استعمال الجواهر المنبهة والتدبير الغذائي المقوى والمركبات السكبينية والحديدية من اول وهلة أعنى في الايام الاول من الاصابة بالالتهاب الرئوى حتى أصاب هذا المرض الشيوخ وضعفوا البنية واتضحت اعراض الضعف ابتداء بحيث يعد من الخطا العظيم استقرار الطبيب متى ظهرت له علامات الالتهاب الرئوى في مثل هؤلاء الاشخاص على استعمال المعالجة المضادة لهذا الالتهاب

ويجب استعمال الاستقرائات الدموية الموضعية في الاحوال التي لم يسكن فيها ألم الجنب عقب استعمال المكمدات الباردة وفي الاحوال التي لا يمكن فيها تحمل هذه الوسائط العلاجية فان هذه الاستقرائات يكاد يسكن بها الألم دائما وحيث ان هذا الألم ليس فقط من الاعراض المتعبة للمريض بل انه من أحد أسباب اضطرابات التنفس أيضا فيترتب على تبعيده احداث تأثير جيد في سير هذا المرض وأما المنبهات الجلدية كالوضعيات الخردلية والحرايق فالصواب عندها عدم استعمالها بالكلية ولو ترتب على استعمالها تناقص الألم فانهم اتزيد الحى وبذلك يصير ضررها أكثر من نفعها وبالجملة فالمعالجة العرضية تستدعي استعمال المخدرات اذا كانت المرضى في حالة تعب شديد من كثرة السعال واضطرب نومهم طول الليل فينبغي لا يحتسى من اعطاء منسحق (دوفير) في كل ساعة ولومع وجود حى

* (المبحث العاشر) *

* (في الالتهاب الرئوى النزلى الحاد) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

قد ذكرنا فيما تقدم انه لا يوجد في الحويصلات الرئوية غشاء مخاطي حقيقي مشتمل على أجرة مخاطية ونحو ذلك فلفظ التهاب رئوى نزلى حى متفليس على حقيقته لانه لا يوجد التهاب نزلى في الحقيقة الا في الاغشية المخاطية ومع ذلك فالتهاب الرئوى الذي نحن بصدده يتصف بنفس التغيرات المرضية الواصفة للالتهاب النزلى الشعبي وهي ازدياد افراز من خلايا جديدة وزيادة

على ذلك فان الالتهاب الرئوي النزلي يصطبغ دائماً بمجاله النزلية في الشعب
 بحيث يمكن اعتبارها امتداد لهذا المرض الاخير
 ثم ان الالتهاب الرئوي النزلي يكاد يكون على الدوام فصيصياً وأما اللبني فانه
 يكاد على الدوام يمتد حتى يتم بالقل أحد فصوص الرئة فهو حينئذ نصي وهذا
 الالتهاب الذي هو عبارة عن امتداد الالتهاب الشعبي الى فصيصات منعزلة
 عن الرئة لا يشاهد الا في سن الطفولية وهو السن الذي يتدر فيه جداً وجود
 الالتهاب الرئوي اللبني في الحويصلات الرئوية ويكثر فيه جداً الالتهاب
 الغشائي اللبني في الخنجرة فمعظم الالتهابات الرئوية النزلية حينئذ تكون
 فصيصية وكما كانت الشعب التي اعتراها الالتهاب النزلي رقيقة سهل اصابة
 الحويصلات الرئوية بامتداد الالتهاب اليها ولذا يسبق الالتهاب الرئوي
 غالباً بالالتهاب الشعبي الشعري وبالطالة النزلية العامة للمسالك الهوائية
 أعني بالالتهاب الشعبي التشنجي وكثيراً ما يصاحب الالتهاب الرئوي النزلي
 الالتهاب الكازي الرئوي به وبوجهه كل من الاحتقان والارتشاح المتزايد
 في الحويصلات الرئوية أنه متى امتنع دخول الهواء في الحويصلات الرئوية
 وتقدر الصدر بقوة فار الدم يهرع بالضرورة الى الاجزاء الرئوية الهابطة
 فينقرز من جدر الحويصلات الرئوية ما مصلية وينضم لذلك تكون خاوي
 جديد وهذه هي التغيرات التشريحية الواصفة للالتهاب الرئوي النزلي
 ثم ان الالتهاب الرئوي النزلي وان شوهه بكثرة مضاعف الحصية والسعال
 التشنجي الا انه يظهر ان السبب في ذلك كون الالتهاب الشعبي الشعري يكثر
 حصوله عند الاطفال في اثناء سير الامراض المذكورة دون السليمين من
 قبل ولا يعرف لهذا المرض أسباب أخرى سوى التي ينتج عنها الالتهاب
 الشعبي الشعري وهبوط الرئة ولذا يعتبر هذا المرض مرضاً خاصاً بـ سن
 الطفولية فانه في هذا السن يكثر حصول الالتهاب الشعبي الشعري لاسيما وانه
 ينتهي بالهبوط الجزئي في الرئة وكل منهما أعني الالتهاب واتهاء الهبوط يعد
 من سوابق الالتهاب الرئوي النزلي الحاد أو من ادواره الاول عند الاطفال
 * (الصفات التشريحية) *
 كان الالتهاب الرئوي اللبني يـكون غالباً شاعلاً لفص رئوي بتمامه

أولاهن مميكنون الالتهاب الرئوي النزلي الحاد شاغلا لقبصيات منفردة
 بحيث يصح تسميته بالالتهاب الرئوي القضيوي وكثيرا ما يابس الالتهاب
 الرئوي النزلي بالالتصايب الرئوية (المعبر عنها عند الاطباء الفرنسيين
 بالهالة الحبيبية للرئتين) وفي الحقيقة تميز ذلك عسر في ابتداء المرض
 وذلك لانه يشق الجوهر الرئوي المتكاثف في الالتهاب النزلي ~~بكون~~ سطح
 الشق حبيبي فلا يمكن الوقوف على حقيقة تكاثف جوهر هذا العضو
 ان كان نتيجة هبوط الخلايا الرئوية أو الافراز المرضي المائي لتجويفها لكن
 البقع المزرقرة التي توجد في ابتداء الالتهاب الرئوي النزلي لا توجد أسفل
 موازاة الجزء الرئوي المصاب كما يشاهد ذلك في الالتهاب الرئوي وتضع
 العلامات التشريرية متى اتضح تكوين الخلايا الجديدة واعتري الخلايا
 المتراكمة في الحويصلات الرئوية استحالة الشحمية فمنه تصير المواد المخاطية
 كثيفة صديديية ويهت لون القصبيات الرئوية المريضة وتصير مصفورة
 وتظهر على هيئة تجببات في حجم حبة الدخن تشابه بحسب الظاهر الدرن
 المصفر ومع ذلك فعند شق هذه التجببات يخرج منها سائل ولا تكون صلبة
 كالدرن

ثم ان مجموع التغيرات التشريرية لهذا المرض عبارة عن تجمع ارتشاح
 في الخلايا الرئوية بحيث تكون جله بورات صغيرة يرميها فرغ شعبي غشاؤه
 المخاطي يكون مجلسا للتغيرات الزلالية وبمقدم المرض لا يندران تجمع هذه
 البورات المرشحة مع بعضها فيحصل تكاثف في الاجزاء المصابة وهي
 الخلفية من الرئتين فتصير يابسة جراء مسهرة هشة وبالضغط عليها يخرج منها
 كمية من مواد سائلة صديديية لزجة وان استطالت مدة المرض شوهد ان هذه
 الاجزاء المرشحة يهت لونها من المركوز في الدائرة بحيث تسكتسب لونا
 سنجيا يامبضا ومع ذلك لم تنزل مناوئته متزايدة وبالبحث الميكروسكوبي
 يشاهد ان الاستحالة الشحمية للخلايا آخذة في التقدم ومخاططة بكثبة
 عظيمة من أخلية ذات نويات عديدة حبيبية (اعني كرات صديديية)
 والتغيرات التشريرية المذكورة تشابه تكبد الرئة الاحمر وارتشاحها
 الصديدي وهي من ادوار الالتهاب الرئوي اللينفي كما تقدم غير انه في الالتهاب

الرئوي النزلي الحاد لا يوجد مع التكون الخلابي أو تشاح لبقي بل ينضم مخاطي ويندراتها هذا المرض بالنضح الصديدي وتكون الخراج بخلاف انتهائه بالارتشاح الجيني فانه فيها كثير صولامنه في الالتهاب الرئوي اللين وبالجملة فلا يندراتهاؤه بمكون منسوج بلوى جسد يدمع ضهور وتلاش تايجي في جوهر الرئة وهذا الانتهاء يشابه انتهاء الالتهاب الرئوي اللين بالتبليس

* (الاعراض والسير) *

من العسر وصف الالتهاب الرئوي الحاد ووصفا جامعا فان هذا المرض لا يظهر ظهورا أو ليما مطلقا بل ينضم على الدوام الى الالتهاب الشعبي النزلي أو هبوط الرئة الناتج عنه فينوع الظواهر المرضية التي تخص كلا من هاتين الحالتين المرضيتين تنوعا قليل الوضوح او كثير والذي يرتكن اليه في معرفة هذه المضاعفة عند حصولها زيادة عن العلامات الطبيعية التي لا تكون واضحة دائما كيفية السعال وصفة الحمى فان من الامور الدالة تقريرا على هذا المرض كون الاطفال المرضى تخشى السعال جدا وشكواهم بالالام مدة نوبه وظهرت هيممة التالم على وجهه الصغار منهم جدا وقد ذكرنا عند الكلام على السعال التشنجي ان من الاعراض الخطرة زوال نوب السعال المستطيلة وحلول نوب سعال قصيرة مؤلمة محلها ويندر ان تفقد هذه النوب المذكورة في النزلة الشعبية الشعرية المصاحبة للحصبة أو المقردة على حدتها ومن الامور التخصيفية المهمة ما ذكره العلم (عسن) من ارتفاع حرارة الجسم عند طرق الالتهاب الرئوي الحاد على الالتهاب الشعبي النزلي فانه بمشاهدات هذا الطبيب ينسدر أن ترتقي حرارة الجسم في التهاب الشعبي البسيط زيادة عن ٣٩ درجة مئوية وعند طرق الالتهاب الرئوي النزلي تصل الى ٤٠ أو يزيد في ظرف ساعات قليلة ومع ذلك فان نبض الطفل المريض يزداد في السرعة جدا ويصير وجهها اكثر احمرارا ويظهر عليه هيممة الضخبر والفاق اوانه في الاحوال التقييمية يقع بسرعة في حالة هبوط وتنفس وعند البحث عن صدر الطفل المريض الذي يحس بالحم عند السعال في أثناء سير الحصبة أو السعال التشنجي أو الالتهاب الشعبي النزلي وارتقت حرارة الجسم فجأة وظهرت عنده حمى شديدة جدا اذا كان المريض

غير مصحوب بحمى لا ينتظر في الابتداء أعنى في اليوم الاول والثاني وجود
علامات طبيعية دالة على الالتهاب الرئوي النزلي الحاد في الاحوال التي
تكون فيها البورات الالتهابية الرئوية محاطة بجوهر رئوي محتو على هواء
وغير ممتدة امتدادا عظيما لا يظهر بالبحث بالقرع والتسمع في جميع سير هذا
المرض علامات مشخصة له وأمان نشأ هذا الالتهاب عن هبوط رئوي ممتد
فانه يظهر بالقرع للمقرن عليه أصممة منتظمة في الظهر على جانبي العمود
الفقرى وممتدة من أسفل الى أعلى وتكون هذه الاصممة واصفة لانها تكون
على هيئة شريط قليل العرض ولا تمتد الى الجهات الجانبية من الصدر الا فيما
بعد وحيث ان الاجزاء الهابطة من الرئة تكون في الابتداء طبقة رقيقة
خالية عن الهواء فينبغي ان يكون القرع باطف حتى تعرف هذه الاصممة وكل
من الاهتزاز الصدري واللغظ التنفسي لا يكون متغيرا في هذا الزمن ونهاية
ما هناك تسمع الخراخر الصغيرة والفرغبة الخاصة بالالتهاب الشعبي حول
الاجزاء الرئوية الهابطة انما تكون أقل وضوحا في هذا المثل عن غيره وان
امتد الهبوط الرئوي وصارت الاجزاء الهابطة أكبر حجما وكثافة بتكون
ارتشاحات التهابية رئوية صارت أصممة القرع أكثر اضاحا وامتدت نحو
الخارج ويصير الاهتزاز الصدري أكثر شدة واللغظ التنفسي يصير شعبيا
والخراخر الرطبة تتكسب صوتا رنانا وبالجملة فان ظواهر القرع والتسمع
تكون مثل ما يشاهد في عين الالتهاب الرئوي اللين في دور تكبده وان ندب
الطبيب لطفل من يرض في هذا الزمن تعمير بل تعذر عليه الحكم بان كان
مصابا بالتهاب رئوي لينى أو رئوي نزلي ممتد في جوهر رئوي هابط (ولا يمكن
الحكم مطلقا بالبحث بالعلامات الطبيعية كما ذكرنا حكما قطعيا بصفة تكاثف
الرئة او بصفة الانسكاب البليوراوى) واما ان امكن الطبيب ملاحظة
سير هذا المرض من الابتداء فان تميزه يكون سهلا لان ظهور تكاثف الرئة
المزدوج وامتداد الاصممة الضيقة التي تكون على هيئة اشربة متكاثفة
نحو جهتي الصدر الجانبيتين يدل على هبوط رئوي والتهاب رئوي نزلي حاد
وأما التكاثف الذي يحصل من الابتداء في جهة واحدة من الصدر او احد
فصوص الرئة فانه يدل على انه ناشئ عن التهاب رئوي لينى

وسير هذا الالتهاب الرئوي النزلي قد يكون سهرا فإفان هذا المرض قد يؤدي
 للهلاك في قليل من الايام سيما ان أصاب اطقا لضعاف البنية وفي مثل هذه
 الاحوال يصير لون الوجه باهتا حمر فإفان قد اتقاده وكذا تزرق الشفتان
 وتذبل الاعين وتصير كابية ويحصل بدلا عن القلق انخراط وتعمس بزاد على
 الدوام فحينئذ يحصل من اضطراب التنفس النتائج الخطيرة للتبادل الغازي
 غير التام وانشعاع الدم بجموض الكربون ويندر ان يحصل تحال سريع
 في الارتشاح الرئوي الالتهابي وان حصل ذلك يكاد ان لا تزول الحمى
 فجأة كما يشاهد في الالتهاب الرئوي اللبني بحيث ان انتهاء هذا المرض
 في الاحوال المشكوك فيها بمران بطيء او سريع يكون بميز الهذنين
 الالتهابين ويكثر جدا استحالة الالتهاب الرئوي النزلي الحاد الى الشكل المزمن
 الذي سقتكم عليه مفصلا عند الكلام على السيل الرئوي وهذه الاستحالة
 تختص بالاحوال التي فيها ينضم هذا المرض الى السعال التشنجي أو
 الالتهاب الشعبي المزمن وفي مثل هذه الاحوال يبقى التسكاف الرئوي
 زمنا طويلا أي جملة أسابيع فضلا عن كونه يحصل ببطء وتدرج فالاطفال
 تصير نحيفة جدا حتى تموت بالاعراض السابقة أو تبرأ بآثاما عقب تحال
 الارتشاح ولو كان العشم في ذلك قليلا والاعراض التي تصاحب انتهاء
 الالتهاب الرئوي النزلي الحاد اما يتكون الخراج أو بالارتشاح الجبني أو
 التيمس لا تميز عن الاعراض التي تصاحب انتهاء الالتهاب الرئوي اللبني

(المعالجة)

من الواضح ان المعالجة الموصى بها في الالتهاب الشعبي الشعري متى امتدت
 الالتهاب من الغشاء المخاطي للشعب الى الخلايا الرئوية تؤدي الى حصول
 التهاب رئوي نزلي مؤسسه على نفس القواعد العلاجية التي ذكرت في هذا
 المرض ويقال ذلك على الخصوص في الاستقراعات الدموية العامة
 والموضعية فانها تبعها التجارب كل من المعلم (برتلان وسمسن) لا ينتج عنها كبير
 فائدة بل انها في الغالب ينتج عنها ضرر عظيم لانها باسرها تضعفها في قوى
 المرضى كذلك تحدث ضعفا في حركات الشهيق وبذلك تعين على امتداد
 الهبوط الرئوي ولنبه على ان اللميمات منة مهمة وقيمة في هذا المرض كما ان

استعمالها كثيرا ما يكون بلا فائدة وما ينبغي الانتباه له اني وجدت كلام
هذين الطبيين يوصى باستعمال المكمدات الباردة على الصدر في الالتهاب
الرئوي النزلي الحاد التي اوصيت باستعمالها في الالتهاب الرئوي الالتهابي ويذكر
انها ذات فائدة عظيمة في المرض الذي نحن بصدده

* (المبحث الحادي عشر) *

• (في الالتهاب الرئوي الخلاق المزمن المعروف بقهيس

الرئة وبالقدد الشعبي المكهفي) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الرئة الساجية لا تحتوى الاعلى قليل من المنسوج الخلوي في الحالة الصحية فنه
ومن الالياف المرنة العديدة الرئوية تتكون الخلايا الرئوية وبه تنضم
القصبات الرئوية الى بعضها ويدخل جرم منه في جدران الاوعية والشعب
وفي كثير من الاحوال يوجد بدل عن هذا المنسوج الخلوي القليل المنسوج
خلوي مندمج ليفي منتشر في اجزاء عميقة من الرئة وهذا التغيير ينتج عن الالتهاب
الخلاق الرئوي المزمن الذي هو كثير الحصول جدا

وفي الالتهاب الرئوي الخلاق المزمن لا يتكون نضج سائب في الخلايا الرئوية
ولان الهالات التي بينها يقطع النظر عن شكل الالتهاب الرئوي الذي سنعتبر
عنه بالارتشاح الليفى الرئوي ونشره في مجرى السائل الرئوي وجوهر
الرئة وان لم يعتبره في كل من الالتهاب الرئوي الالتهابي والنزلي تغيرات غائبة
عظيمة يعترى الجدران التي بين الخلايا والقصبات الرئوية اضطرابات غذائية
التهابية في هذا الشكل من الالتهاب الرئوي المزمن وهذه الاضطرابات
عبارة عن تكون منسوج خلوي ضام ونموه يزيد حجم هذا العنصر مع تناقص
المسافات المحتوية على الهواميات يحصل في الرئة تكاثف والمنسوج الخلوي
الجديد الذي يحدث تكاثفا في الرئة يعتبره فيما بعد تغيرا في المنسوجات
الخلوية الناتجة عن تغيرات التهابية فانه بدل عن ان يكون في الابداء رخوا
كثير الدم يعتبره انكماش فيما بعد ويستحيل الى جوهر ندي خال عن الدم
بحيث يشغل حيزا قليلا بالنسبة للحالة الصحية من الجوهر الرئوي
ثم ان الالتهاب الرئوي الخلاق يندر ان يشاهد على حالة مرض أصلى أولى

بل وفي الاحوال الناتجة عن استنشاق اترية حديدية او ضخمة مهيجة
لا يكون هذا التكاثف النسبي اولهاى ناتجا عن استنشاق تلك الجواهر
المهيجة بلا واسطة بل تابعها الا التهاب الشعبى الناتج عن استنشاقها
وقد ذكرنا ان الالتهاب الرئوى الخلوى يكون مضاعفا
اولا لالتهاب الرئوى اللبني المستطيل المدة والنزلى الرئوى وبهذه المضاعفة
يتضح انها وهما بالتميس
وثانيا قد يعقب الهبوط الرئوى نحو خلوى جوهرى التهابى فيؤدى لتيبس
الرئة

ثالثا يؤدى كل من التجمعات الدرية لاسيما لبن البورات الدرية وتكون
السرطان في الرئة والسدد الدموية الرئوية والسكته الرئوية والخراجات
الرئوية الى التهاب الرئوى الخلاقى مع نضح غذائى كما قاله (ورجوف) ومنه
تنشأ المحافظ الخلوية الفاصلة لهذه التولدات المرضية عن باقى جوهر الرئة

السليم

رابعا يصيب الالتهاب الرئوى الخلاقى بكثرة جوهر الرئة المحيط بالشعب
الغليظة عند اصابتها بالالتهاب الشعبى المزمن ويساعد في هذه الحالة مساعدة
عظيمة على انتهاء هذا المرض بتميس فى الجوهر الرئوى وتكوين كهوف
شعبية

تنبيه اعلم ان المنسوج الخلوى الضام الحديدى الكوين يعتبره فى الرئة
عين التغيرات التى نشاهد فى اعضاء اخرى يكون فيها التغير الالتهابى قد
أعقب بمسكون منسوج خلوى جديد وذلك ان هذا المنسوج بعد ان كان كثير
لدم فى الابدان ومشتق على عدد عظيم من الاوعية الشعرية ينكس فيما
بعد ويستحيل الى منسوج ندى قنض عظمى او عيمه الشعرية وتنسج فيه ندى
يظهر هذا المنسوج المتدريج قليل الدم وتلاشى اوعيمه الشعرية ولا بد وان
يفتج عن تيبس الرئة تراكم كمية عظيمة من الدم فى القلب الايمن وحصول
ظواهر احتقانية احتباسية فى الجموع الوريدى فان كلا من تلاشى
الوعية الشعرية وفزوالها يعتمد الى الاوعية الشعرية الطبيعية للرئة
ثم ان حصول التمددات الشعبية عقب الالتهاب الرئوى الخلاقى مهمل

التوجية وهو انه متى اعتري هذا المنسوج المنسوج الذي حل محل
 الحويصلات الرئوية الانكماش والاستحالة النديية وتعمهما في ذلك تناقص
 حجم الرئة فلا بد وأن يهقب ذلك تغيرات أخرى وهي أن تجويف الصدر يمتد
 على نفسه بقدر الامكان تابعا لجزء الرئة المنكمش ولكن هذا الانخساف
 لا يتعدى درجة محدودة بسبب تركيب تجويف الصدر (حيث ان
 هذا التجويف لا يتناقص في الحجم مثل الغلاف المصلي المحيط بالكبد
 اذا اعتراه الضمور والتيسر) فضغط الهواء على باطن الشعب وانكماش
 المنسوج لرئوي منه الفراغ يجذبان جذر الشعب وتزدادها وبذلك تنشأ
 الكهوف الشعبية وهي عبارة عن قنوات أو تجاويف متفرقة من تمدد
 الشعب المائتة للمسافة التي لم يشغلها الخساف الصدر وهبوطه عقب
 انكماش الجوهر الرئوي

والجذب الواقع على جذر الشعب من المنسوج المتساوي المنكمش ايس هو
 السبب الوحيد في احداث التمدد الشعبي فان حصول ذلك في وسط الجوهر
 الرئوي الهابط او لمحتوى على هواء يلجئنا الى توجيه حصول هذا التمدد
 بامور أخرى كترسكهم الافراز الشعبي وضغطه على السطح الباطني لهذه
 القنوات سيما عند تناقص تماسكها ومقاومتها فيحصل التمدد وكضغط الهواء
 على السطح الباطني المذكور عند الشهيق سيما اذا فقدت بعض أجزاء الرئة
 وعدد البعض الآخر تندا معادلا وفي مثل هذه الاحوال تتمد الشعب بدلا
 عن الخلايا الرئوية بمعنى أنه يحصل كهوف شعبية بدلا عن الانقباضات العوضية
 سيما متى كانت مقاومة جذر الشعب متناقصا تناقصا زائدا عن مقاومة
 جوهر الرئة أو كان هذا العائق يمنع من تمدد الخلايا الرئوية وبالجملة فقد يوجه
 حصول التمدد الشعبي بشدة ضغط الهواء الخارج بدفعات السعال الشديد
 فتمدد الهواء المنسدع ضوفا الرئتين الشعب التي في النصوص العليا متى
 كانت مقاومتها متناقصا في بعض المحال فتمدد ويحصل تمددات شعبية بدلا
 عن الانقباضات الرئوية

• (الصفات التشريحية) •

من النادره شاهدة التغيرات التشريحية للاتهاب الرئوي الخلاق قبل ان

يعتري الجوهر الخلوى الجديد التكوين الانكماش وفي مثل هذه الاحوال يظهر الجوهر الرئوي تبعا لما قاله المصنف (ريكتنسيكي) أحر باهتا منتفخا في المسافات بين الفصيصات والحو يصلات الرئوية وتكون الحويصلات نفسها باهتة منضغطة كثيرا اوقلا وقد شاهدت في بعض الاحوال التي كان موجودا فيها في قاعدة الرئة كهوف شعبية محاطة بمنسوج خلوي ندي مندج ألجة متمسدة من جوهر متجانس احمر باهت متكون من منسوج خلوي جديد التكوين مختال بين جوهر الرئة المحتوى على الهواء

والذي يمكن مشاهدته بكثرة عند تقصم اذوار هذا المرض هو وجود اشربة ايضا أو ملونة بالمادة السوداء البجمية مندججة يسهل لها صير عند شقها أو تشاهد مواد ذات شكل غير معين مؤلفة من المنسوج الخلوى الجديد ومختلة بين جوهر الرئة وهذا المنسوج يحيط بالدرن الذي كان موجودا من منسوج زمن طويل وصار جديبا أو يحيط بالكهوف الدرنية او بالخراجات الرئوية المتكثرة من منسوج زمن طويل او بالجمعات الكلسية التي هي بقايا هذه الخراجات كما ان بعض فصيصات الرئة يشاهد مستجيلا الى منسوج مسمر مندجج اذا انتهى الاتهاب الرئوي الذي بالتهيب

ثم انه عند فعل الصفات التشريرية لها الكين عقب اشتغالهم زمنا طويلا في معامل الفحم وفي اشغال اخرى فيها يستنشق هذا الجوهر كثيرا ما يوجد تلون مسود في جوهر الرئة والغدد الشعبية وقد ثبت بالتجارب الجديدة ان هذا التلون انما ينشأ عن تخال جزيمات الفحم في جوهر الرئة حيث ثبت ذلك بالشاهدات المكمرة ميكروية وجوهر الرئة وان تحمل دخول هذه الجزيمات فيه ووجدت أحوال يكون فيها هذا التلون المسود وهو التغير الوحيد الا أنه في أحوال كثيرة اخرى يكون هذا التلون معروبا بالتهاب رئوي خلوي تمتد من جدران الشعب وفي أحوال اخرى قد يوجد في الجوهر الرئوي التيبس كهوف شعبية آتية من تمدد الشعب المنتشر

وقد شوهد تغير مشابه لذلك بالكليد نائبي عن استنشاق أثرية الحديد في معامله فان دخول جزيمات في الجوهر الرئوي كثيرا ما يعقبه تيبس فيه وتكون كهوف شعبية

وقد وصف المعلم (ريكتسكي) تعدد الشعب الجيبي بقوله انه يوجد قناة
شعبية ممتدة على هيئة جيب مستطيل أو مستدير في هذه الحالة الأخيرة
يكون تعدد الجيب في اتجاه مخالف لاتجاه الشعب ومعظم هذه الجيوب
الشعبية يكون خارجا عن محورها وقطرها يعادل قطر بيضة نادرا والعادة ان
يكون حجمها كحجم الفولة او البندقية او الجوزة وقد لا يصاب الا فرع شعبي
واحد تارة وأخرى يظهر هذا التعدد الجيبي في عدد عظيم من الفروع الشعبية
وحيث يوجد عدد عظيم من هذه الجيوب مصطف بجوار بعضها بحيث يكون
عبارة عن تجويف عظيم واحد ذي انبعاثات متعددة تنفصل اقسامه عن
بعضها بفتحات من الجدر الشعبية بارزة في هذا التجويف على هيئة حواجز
او صمامات

والسطح الباطن من التجاويف الشعبية يكون أملس في الابتداء
وتتلافى الاجرية المخاطية شأشأ عند التمدد العظيم في الغشاء المخاطي
وحيث ان هذا الغشاء يفقد هذه الكمية صفات الاغشية المخاطية ويصير
كغشاء مهلي فافراز الجيوب الشعبية يكتب في الابتداء صفة افراز هذه
الاغشية الأخيرة فيكون متحصلا عبارة عن سائل رقيق خيمطي شبيه بانفراز
الاغشية المصلية المفصولة وبالافراز الذي يوجد في الحويصلة المرارية
المتقدمة تممدا عظيما وفي المعانة الديدانية عند ادائها واعدادها وعند تقدم
سير هذا المرض ينفذ باطن هذه الجيوب ملاسته ويتنوع افرازه وذلك
ان متحصل الافراز المرضي لا يمكن ان يذافه الا بسبب تكاثف الجوهر
الرتوي المحيط بهذه الجيوب وتبسه بحيث لا يندفع ولو بالسعال العنيف
وحيث ان هذا المتحصل يبقى عرضة للهوا والدرجة حرارة مرتفعة يتبدى
في الفساد والتعفن فيستحيل الى سائل صديدي اصفر وسخ ذي رائحة متنتنة
جدا كثيرا ما يؤثر تأثيرا حقيقيا كالاتي جدر التجاويف المنحصر فيها ويحياها
الى خشكو يشا ويزيل ملاستها كثيرا ما يحصل التعريف عقب انفصال
الخشكو يشا وفي احوال أخرى ينشأ عن المتحصل المنفسد في الكهوف
الشعبية المتقدمة التهابات او تلاش مع تعفن منتشر في جوهر الرئة وفي
احوال نادرة قد ينسد الفرع الشعبي المقوم بالتجويف الشعبي بحيث

يكسب مفصل هذا الجوف كثافة شبيهة بشبانيا ويستحيل الى مادة جبنية
او عجنية كاسية

* (الاعراض والسير) *

في الدور الاول من الالتهاب الرئوي الخلائي لا يمكن معرفة هذا المرض مع
التأكد انما يجوز الظن باتهام الالتهاب الرئوي اللينى بالتيسس في الاحوال
التي لا ينتهي فيها بالتحليل ولو بعد زمن طويل واستمرت أصمية القرع جملة
أسابيع وكذا ان اسقر التنفس شعبيا أو كان غير واضح ويقوى هذا الظن
اذا لم يكن مع المريض حمى وتقدمت نفاثته شيئا فشيئا وبهذا يسوغ الحكم
بأن هذا المرض لم ينته بالارتشاح الجبني وحينئذ فلا يمكن تشخيص هذا
المرض مع التأكد الا متى انخسف الصدر في الجزء المرازى لمحل الاصابة
وانضم لذلك علامات الكهوف الشعبية المتعددة وعين هذا يحصل فيما اذا
صاحب الالتهاب الرئوي الخلائي التيسسي كل من الدرر الرئوي والارتشاح
الجبني وحيث ان هذه المضاعفة تكاد تكون ملازمة على الدوام فمن الجائز
أن يقال على غلبة الظن ان أصمية قبة الرئين التي تظهر بالقرع في اثنا سير
السـل الرئوي يكون بعضها ناشئا عن شكل الالتهاب الرئوي المزمن الذي
يخفى به مدده فان انخسف كل من الحفرة فوق الترقوة وتحت اعنه مدد مريض
مصاب بالسـل وجب نسبة هذا العرض للالتهاب الرئوي الخلائي التيسسي
ومدده فان حجم الرئة وقطرها لا يصغر فيحدث انخساف الصدر في كل من
الترابجات الدرنية والارتشاح الجبني وتلاشي الجوهر الرئوي مع تكون
كهوف فيها فهذه العرض الذي يمد خطا من العلامات الواصفة للسـل
الرئوي وان وجد عند أعاب المصابين بهذا المرض الآن كثرة وجوده تنبئ
على مضاعفة التغييرات المرضية التي تحدث تلاشيا في الجوهر الرئوي
بالالتهاب الخلائي المزمن المحدث لتيسس وانكماش في هذا العضو
ومتى انضم الالتهاب الرئوي الخلائي للتهاب شعبي مزمن وضاعفه ندر
انخساف الصدر سيما اذا وجد مع ذلك انفيزيما رئوية وفي مثل هذه
الاحوال يقتصر في تشخيص الكهوف الشعبية ذات الجدر المنندجة على
نوب السعال الواصفة وعلى طبيعة النفث

ثم متى تقدم هذا المرض وامتد انضم لهذه الظواهر علامات تمدد القلب
 الايمن وضخامته ثم ان لم تكف هذه الضخامة في تعادل اضطراب الدورة
 وعوقها ظهر كل من اللون السيمانوزي في الشفتين وانتفاخ الوجه وتمد
 الكبد ثم الاستسقاء وتلك اعراض تعقب الانقباض الرئوية كما تقدم
 وهذه الظواهر يسهل توجيهها متى علمنا ان فقد قابلية نفوذ الدم من الاوعية
 الشعرية الرئوية وحروره منها ينتج عنه عوق عظيم لاستقراغ القلب الايمن
 ويندرج مشاهدة هذه الظواهر السيمانوزية في الدرن الرئوي فقط ولومع وجود
 عائق مزدوج يعترض الدورة الرئوية وذلك منوط بوجود حصى الدق قائما
 تنقص كمية الدم شبا فشيا بقدر ما تضعل الاوعية الشعرية وتثلاثي
 واما اعراض الكهوف الشعبية فانه لا يمكن تشخيصها مع التأكد الا اذا
 كان مجملها قاعدة الرئة بخلاف ما اذا كان مجملها اقسمة الرئة قائما تختلط
 بالكلية باعراض الكهوف الدرية وهي عبارة عن نوب سعال تتكرر في فترات
 مستطيلة يتغذف بها مع مساعدتها للاقتباس التنجسي في العضلات
 البطنية سائل مصفر وضح ذورا نحة كريهة للغاية ومتى انقذت هذه المواد
 التي كثيرا ما يكون مقدارها عظيما جدا واستقرغت الكهوف الشعبية
 الكاثية في قاعدة الرئة فكثيرا ما يحصل هدوء وراحة للمريض مدة اربع
 وعشرين ساعة فانه وان لم يتبع السعال رأسا يكون قليل الشدة جدا ويكون
 النفت بدون رائحة كريهة ويكتسب وصف النفت الشعبي المنفر في أحوال
 النزلات الشعبية المزمنة البسيطة فحينئذ يظهر أن هذه النوب الشديدة
 لا تسكون الا عند امتلاء الكهوف امتلاء تاما فلا يمكن ان تسع متحصلاها
 فتسيل في الشعب وحينئذ يتبع الغشاء المخاطي تمججا شديدا من هذا السائل
 الذي ما له الفساد والتحليل ثم ان النفت الاتي من الكهوف الشعبية متى
 وصل للقم يسيل بسهولة تامة مجردة عن الزوجة وعند وضعه في كوبه مثلا
 من البوريري ان جراه السائل ليس من مواد مخاطية لزجة وان الاجزاء
 اللدقة لهذا النفت تسكون ساجحة في سائل رخو قليل الزوجة جدا وعند ترك
 هذا النفت في الكوبية وسكونه فيها يتكون في هذا الاناء جملة طبقات
 فالعلية منه تسكون زبدية لاحتمالها على الهواء والوسطى صافية شبيهة بما

النهر المتعكر قليلا والطبقة الثامنة تكون متكونة من أجزاء دقيقة لهذا
 النفط تسقط في قاع الاناء يتكون منها راسب مصفر مخالف لما يوجد
 في النفط المحتوى على مواد صديدية وليس من البين الواضح ان كانت ميوعة
 هذا السائل ناشئة عن عدم وجود افراز مخاطي حقيقي في الكهوف
 الشعبية أو عن فساد النفط والتخلاله وبالبحث المكروسكوبي عن هذا النفط
 الكبريه الرائحة بعدم كونه قليا في انائه يشاهد فيه جسيمات صديدية
 (اخلية جديده النكويين غزيرة تراكمه في الراسب الكائن في قاع الاناء)
 ويعتري هذه الخلايا غالبا الاستحالة الشحمية كما يشاهد ذلك في محال اخرى
 فيها كان الصديد محتبسا زمنا طويلا فتكون مملئة ينقطع من الشحم
 مستحيلة الى خلايا ذات تحبيبات شحمية ويوجد فيه بدلا عن الكرات
 الشحمية جسيمات غير منتظمة زاوية وبقايا متكونة من تحبيبات رقيقة
 جدا ولا يندر أن يوجد في متصل هذا النفط المتعفن جوهر آخر يظهر
 تحت المكروسكوب بأشكال جميلة جدا كحزم من ابر رقيقة جدا يوجد فيها
 باضافة قليل من الاثير بلورات مرصية (والسارجارين حزم من التيلور
 في المواد الدهنية) وقد ينضم للاعراض السابقة في اغاب الاحوال
 ظواهر سياتوزية واضحة واستسقاءية فيما بعد وأما انتفاخ السلاميات
 الاخيرة من الاصابع انتفاخا عقديا في كاديشا دائما في أحوال القدمات
 الشعبية المستطيلة المدة غير ان هذه الاضطرابات الدورية الاحتمالية
 لاتعلق بدون واسطة بالتمدد الشعبي بل بالتمسك الرئوي ولذا لا يوجد
 في الاحوال النادرة التي فيها تكون الكهوف الشعبية غير محبوبة بتمسك
 تمسك الرئوي وبالبحث الطبيعي يعرف بواسطة الجس والقراع متى
 امتد التمسك وعم جزءا عظيما من الرئة ان جذر الصدر لا يتخفف فقط بل
 ان الاعضاء المجاورة تجذب في تجويف البلغم واسباب تباين حجمها احتوت
 عليه عقب انقباض الرئة وانكماشها فيمكن أن يحس بضربات القلب في الخط
 الابطن وكذا الطحال والحجاب الحاجز يمكن أن يوصد الى أعلى لاجل ملء
 ما حصل من القراع والقراع كذلك يتضح به زيادة عن تغبر وضع بعض
 الاحشاء اهمية واضحة متى كانت الاجزاء الرئوية المتبسة ملامسة بلدر

الصدر وكذا بالاصبع القارع يحس في هذه الحالة بازدياد عظيم في مقاومة
الانسجة والتسمع يكاد يسمع على الدوام لغط تنفسى ضعيف غير واضح (كانه
آت من بعد) وذلك متى مضى على المريض زمن طويل بدون أن يسعل
ولم يذف المواد المحتوية عليها الكهوف الشعبية المتعددة وأما إذا سعل
وانقذت المواد الغزيرة في كثير ما يسمع دفعة واحدة تنفس شعبي أو كهفي
في الحال التي كان يسمع فيها تنفس ضعيف غير واضح وهناك أحوال مغايرة
لما ذكر وهي التي فيها لا يدل البحث الطبيعي على علامات مشخصة وذلك إذا
كان مجلس التجاويرف الشعبية من كز الرئتين ومحاطة بجوهر رئوي محتو
على هواء ومع فقد هذه العلامات المذكورة يمكن تشخيص هذه التجاويرف مع
التأكد وذلك إذا انقذت من المريض بالنفث كمية عظيمة جدا من مواد
صديديية في قابل من الدقائق فان هذه المواد لا تأتي الا من تجويف عظيم لان
وجودها في الشعب ينتج عنه عسر عظيم في التنفس أو تعذر كل في

• (التشخيص) •

التمييز بين تناقص جوهر الرئة وتكاثفه بواسطة الاتهاب الرئوي الحلاقي
وبين كل من تناقصه وتكاثفه الناشئ عن انضغاطه انضغاطا مستمرا فديكون
عسر اللغاية فانه بعد كل من هاتين الحالتين تخسف جدر الصدر ويتغير وضع
كل من القلب والكبد والطحال فلا يمكننا الوقوف على حقيقة هذا الامر
الا بالبحث عن السوابق المرضية ومتى لم يمكن التحقق من ان الذي سبق حصوله
هو الاتهاب الرئوي أو البليوراوي بقي التشخيص مشكوكا فيه ولو كان من
الواضح ان الاتهاب الرئوي الحلاقي تنتج عنه الكهوف الشعبية أكثر من
انضغاط الرئة المستمر وتكاثفها الذي يعقب بامتصاص المسائل الضاغطة
في وقت فيه لا يمكن للرئة الرجوعها الى حجمها القدم ونتمها

وسنذكر فيما بعد الفرق بين الكهوف الشعبية والكهوف الدرنية ومع ذلك
فلنذكر هنا بعضا منها فنقول أولا ان الكهوف الشعبية توجد في الغالب
في الفصوص السفلى من الرئة بخلاف الكهوف الدرنية فلا تشاهد الا في قمة
الرئتين أو فصوصها العليا ثانيا ان الاشخيص التي اعترها كهوف شعبية
لا توجد عند حاجي ولذا تحفظ قواها ولا يحصل لها الاقليل بخافة ثانيا انه

يندر جدا في أحوال التمديدات الشعبية أصابة الخنجرة والمعى ويكثر ذلك في أحوال الكهوف الدرنية ولذا ان بحة الموت والاسهال يدلان غالباً على الحالة الاخيرة رابعاً انه في أحوال الكهوف الشعبية يوجد غالباً بجوارها انقبز عيا واضحة كثيرة الامتداد ويندمض عفة الكهوف الدرنية بذلك

* (الحكم على العاقبة) *

حيث ان الالتهاب الرئوى الخلاقى يكاد لا يكون مرضاً ذاتياً أى قائماً بنفسه فالحكم على عاقبته منوط بالمرض الاصلى ولا سيما الاحوال التى فيها ينضم هذا المرض الى الدرن الرئوى وكل من انكش الجواهر الرئوى وتيبسه الذى يعقب الالتهاب الرئوى المزمن أو المصاحب انزلات شعبية مزمنة اولاً تميز بما يمكن أن يحمه له المرض زماناً طويلاً بدون أن يمدد حياته ولو تكون مع ذلك كهوف شعبية عظيمة ولا تملك المرضى منه الا بهد زمن طويل جدا عقب تقدم انهوكة واعراض الاستسقاء وفي أحوال أخرى قدمت لك المرضى بسرعة عقب حصول أنزلة غزيرة آتية من جدر الكهوف الشعبية أو من حصول فساد ونعفن منتشر في الجوهر الرئوى نفسه

* (المعالجة) *

مضى وصل الالتهاب الرئوى الخلاقى الى درجة يسهل معرفته فيها فلا يمكن الحصول على زوال هذا المرض كما انه لا يمكن احداث استرخاء واين في أسبحة ندية حصلت في اعضاء اخرى ولا الحصول على تحللها كما اننا ليس لنا قدرة على احداث انسداد في الكهوف الشعبية فلم يتيسر لنا حينئذ الامساعدة انقاذ منحصل الكهوف خوفاً من كون منحصل الافراز عند فساده يحدث تآكلاً في جدر الكهوف والجواهر الرئوى تأكلاً ممتداً وهذه دلالة أولى والدلالة الثانية تشتمل على تنقيص الافراز سواء كان في الكهوف الشعبية أو في الغشاء المخاطى الشعبى للشعب المستطرفة بالكهوف الشعبية لعدم تراكمه فيها واجود الوسائط للحصول على هاتين الغايتين هى استعمال الاستنشاق بزيت الترميقينا كما ذكرنا ذلك فيما تقدم ان هذه الوسطة يمكن تنقيص الافراز المرضى ولا بد ومن المشاهد انه بعد استعمال الاستنشاق بزيت الترميقينا يحصل عند المرضى نوبة سهال قوية بها يستقرغ منحصل

التجاويف الشعبية ويكرر الاستنشاق ثلاث مرات او اربعة كل يوم
فكثيرا ما شاهدنا بعض المرضى نجابا استعمال هذه الوساطة وتوصل من حالة
اليأس التي كان فيها الى حالة تطاق زمن اطويلا

* (المبحث الثاني عشر) *

* (في الغنغرينا الرئوية) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

قد ذكرنا فيما سبق انواعا مختلفة من التغييرات الغنغرينية في الرئة كانتها
الالتهاب الرئوي بتكون الخراج كانتها السند الدسوية بتسلاشي جوهر
هذا العضو وفساده واما غنغرينا الرئة أي موت جوهرها فانه يتميز عن
الاشكال السابقة بكونه يطرأ على تشكروا الجوهر المذكور فانه يجمع في انه
يحصل فيه الفحلال كيموي وهذا التعفن يحصل بالاكثر في الاعضاء المعرضة
للجواء كالجلد والرئتين بخلاف غيرها من الاعضاء المصونة عن الهواء
كالدماع والكبد والطحال فانها مادامت محفوظة في غلافها لا يحصل فيها
بسهولة الفحلال اجزائها المتشكزة اعني التعفن المذكور وانتقال التشكروا
الى الغنغرينا ياتى قويا وهو له في لامس الاجزاء المتشكزة اجسام غريبة
تأثيرها كالتجرب بحيث تصيرها مستعدة للفحلال والتعفن

ومن ذلك يتضح بسهولة اولان السند الدموي التي تحصل من امراض القلب
قد تؤدى الى غنغرينا رئوية محبوبة في الاحوال التي فيها ينقطع ورود الدم
بواسطة الاوعية المغذية (وهي الشرايين الشعبية) ويكثر حصول هذا الانتهاء
اذا كانت البورة الاتقالية ناشئة عن سدة سيارة آتية من محل متغنغرن
ثانيا قد تحصل الغنغرينا الرئوية المنتشرة بندرة عند ارتقاء الالتهاب الرئوي
الى أقصى درجة اعني متى صار ركود الدم الالتهابي تاما بالكلية ولم يحصل ادنى
تبادل في الدم ولا تغذية الاجزاء المتهمة بالكلية ويقوى هذا الانتقال متى
نشأ عن ركود الدم في الاوعية الشعرية تعقدات في الفروع الشعبية
الشريانية والالتهابات الرئوية الناشئة عن نفوذ بعض المطعومات او بقاياها
في المسالك الهوائية يسهل انتقالها الى الغنغرينا المنتشرة بسهولة تعفن
هذه الجواهر

وكثيرا ما تحصل الغنغري بنا الرقوية المنتشرة سواء سببها التهاب رئوي
 ام لا وذلك لان المتحصل المتعفن في القدرات الشعبية المنتشرة والجميية
 يا كل الجوهر الرئوي المحيط به ان كانه يجذب معه في التعفن والفساد
 وفي السكرى يعسر توجيه هذه الظاهرة وكذا الاشخاص الضعفاء البنية
 بسبب الحرمان وقلة التغذية وكذا كثرة اعنة المجاذيب ولولم يصل الى باطن
 الشعب اجسام غريبة وكذا حصولها في اثناء سير الحيات الضعيفة التامة
 كالتيفوس والحصبية والجذري وفي الحمية يظهرون الاجزاء التي
 اعتبرها سابقا اضطرابات في تغذيتها متى عادت لها هذه الاضطرابات
 الاتهابية أعقب ذلك موتهم التام بسهولة

• (الصقات التشر بجمية) •

يميز الغنغري بنا الرئوية بالرأى المعلم (لينك) شكلان وهما الغنغري بنا الرئوية
 المحدودة والغنغري بنا المنتشرة والشكل الاول كثير الحصول فائنا
 كثيرا ما نجد في بعض المحال من الرئة التي يحتملها يكون في قدر البندقة أو
 الجوزة ان الجوهر الرئوي يكون مستحيلا الى خشك يشالز جنة ذات لون
 أسمر مخضر رخوة القوام متينة الرائحة شبيهة بالخشك يشالز الثامنة عن
 وضع البوتاسا الكاوية على الجلد ويكون محدودا جيدا ومحاطا بجوهر
 رئوي أوديمياوي وهذه البورة الغنغري ينمية التي يكون فيها البتة بدءا بعض
 صلاحية وملتصقة بمحاطاتها تستحيل بسرعة الى سائل صديدي يحموي باطنه
 على سدة متماسكة مخضرة مسودة مخنطاة ببعض جزيات الجوهر الرئوي
 المتلاشي ومجاس هذا الشكل من الغنغري بنا يكون غالباً اثرة الرئتين لاسيما
 القص السفلى ولا يندر أن يستتقر بالبورة فرع شعبي فتسيل فيه المواد
 الصديدية الغنغري ينمية فينشأ عن ذلك التهاب شعبي شديد

وقد تتسكون الخشك يشالز في بعض الاحوال بالبيورا ثم تليز فتسيل المواد
 الصديدية الغنغري ينمية في البيورا فينشأ عن ذلك التهاب الغشاء المستبطن
 التجويف الصدر (المعروف بالالتهاب البليوروي) وان كانت البورة من
 قبل مسطرة فرع شعبي نشأ عن ذلك تجمع صديدي غازي في الصدر
 وفي أحوال أخرى قد ينشأ عن هذا الشكل المحدود من الغنغري بنا شكل

الغفغرينا المنتشر وأحيانا قد ينشأ عنه نزيه من تأكل بهض الاوعية
 ويندرانية يكون حول هذا الشكل من الغفغرينا التي تبارثوى خلافي يحيط
 بالبرورة الغفغرينية فتمتسكيس وتنقذ المواد المتغفغرة ويحصل التمام بندي
 كما ذكرنا ذلك في الطراجات الرئوية واما الشكل الثاني وهو الغفغرينا
 الرئوية المنتشرة فلا ينسدر أن تصيب أحد فصوص الرئة بتمامه وحينئذ
 نشاهد أن الجوهر الرئوي مستحيل الى من وجع هس رخو كالصوفان ذي
 لون مسود كربة الرائحة هس تشع بمادة صليدية سنجابية مسودة والغفغرين
 الغفغريني لا يكون محدودا كالاول بل يكون متمدا تدريجيا في الجوهر
 الرئوي الاوذعاوي او المتكبد المحيط به وعندئذ تقدم الغفغرينا الى الصفاق
 المستبطن للمصدرين كل هذا الصفاق ولا يحصل شفاء في هذه الحالة فان
 المريض يموت من الاضطراب العام

وكل من هذين الشكلين قد يؤدي الى دخول بهض جزئيات من الجوهر
 الرئوي الناعم في الاوردة أعني السدد السبارة والى حصول خراجات
 انتقالية في أعضاء مختلفة متعاقبة بالدورة العظمى

• (الاعراض والسير) •

قد ذكرنا فيما تقدم ان علامات كل من السدد الدموية والبورات الانتقالية
 في الرئة تكون غير واضحة غالبا وكذا علامات الغفغرينا الرئوية المحدودة
 المتكوتة من سدد دموية أو بورات انتقالية لا يمكن تشخيصها غالبا الا متى
 وصلت المواد الصليدية الى احد الفروع الشعبية وانفذت الى الخارج
 وحينئذ يعرف تشخيص هذا المرض بدون شك من رائحة النفس المنتن
 الرقي ومن مواد النفث المنقذفة الملونة بلون سنجابي مسود مائعة ذات
 رائحة كريهة ايضا وقد تسبق رائحة النفس المنقذفة انقذاف النفث الواسف
 ببعض ايام وتنقل مواد النفث في الغفغرينا الرئوية الى جهة طبقات مثل
 مواد النفث الآتية من تجاويف شعبية متعددة وهي طبقة عليا زبدية وطبقة
 وسطى مائعة وطبقة سفلى من راسب كثيف ولون النفث يكون مسودا
 اوسخنا ومحتويا على مواد سنجابية شبيهة بالصوفان اوسدرخوة تحتوى
 على بلورات ابرية وعلى بعض الياق مرة متعرجة في السير في بعض احوال

نادرة وقد يدل البحث الطبيعي على بعض علامات يرتكن اليها وذلك كصوت
القرع الطبيلى أو الاصم وفي بعض الاحوال تسمع الغاط كهنية
و يوجد عند بعض المرضى من الابداء انحطاط عظيم فتتغير سمعتهم وتصير
مزرقة ويصغر نبضهم ويصير سريعا ويحس لكون بسرعة من الحى الضمنية
العقنة وبعض المرضى يكابد هذا الاضطراب الثقيل بكيفية غريبة
وحالتهم العامة لا تكاد تكون مضطربة بل تراهم غير مبهوتين على ملازمة
الفراس وليس عندهم حى وبهذه المنايا يمكن ان يستمر المرض بجملة اسابيع
وفي مثل هذه الاحوال يمكن أن يطرأ تغير بتقدم سير هذا المرض وبه يهلك
المرضى أو يستريح فيميا به سدى ضعيفة يهلك بها ايضا بعد أن كانت حالته
العامة تحسن تارة وتتناقل تارة أخرى وان حصل اشفا وهذا نادر زال كل
من الرائحة الكريمة للنفث ويصير صفر بالتدريج عند تكيس البورة
الغنغرينية وانكاسها

وعند ظهور الغنغرينا الرئوية المنتشرة عقب التهاب رئوى يشاهد في أثناء
سيره انحطاط فجائى في قوى المرض ويصغر النبض غير منتظم وتغير الصلابة
وينضم لذلك رائحة منتنة في النفس ونفث مسود مانع ذورا رائحة كريهة
نفاذة وعند ظهور هذه الغنغرينا بدون أن تسبق بالتهاب رئوى يشاهد عند
المرضى من الابداء اعراض الضعف الشديدة محسوسة بنظواهر مرضية
تدل على دخول جواهر فاسدة ممتزجة في الدم كالتشعريرة والهذيان
والخدر والقواق وغير ذلك وقد ينقطع في مثل هذه الاحوال النفث بالكلية
اما لكون الغشاء المخاطى الشعبى يتغفر ويصير عديم الاحساس أو لكون
المرضى صار لا يتأثر من جميع المهيجات فيزدرد مواد النفث التي تصل الى
الحلق فيحصل بدلا عن النفث اسهال مستهض وبالبحث الطبيعى يوجد من
الغنغرينا الرئوية المنتشرة صوت قرع طبيلى يصير فيما بعد اصم وعند التسمع
يوجد اللغظ الغامسى غير واضح او يسمع خرا خرر طيبة ونقخ شعبي او كه في
(المعالملة)

معالملة الغنغرينا الرئوية ليست جيدة المنفعة والذي أوصى به المعلم
(اوسكودا) من الاستنشاقات الترمثينية يجب اعتباره لاسيما وان هذا المعلم

لذى اوصى بذلك من اطباء الذين لا يقولون بـ كثرة منفعة الوسائط
 العلاجية وهل لهذه الوسطة العلاجية كبر فائدة في غيرها شكال الغنغرينا
 الرئوية التي لم تكن متكونة حول الجيوب الشعبية أولا امرغ يرحقق
 ويستعمل كل من التدبير الغذائى المقوى والنيبذوم على الكينا والمنهات
 بالنسبة للعالة لعامة وأما بالنسبة للغنغرينا الرئوية فليس لها أدنى منفعة
 وكذا يقال في خللات الرصاص والسكر يازوت والفحم
 * (في الدرر الرئوى) *

كلمة درن رثوى لم تزل دائما طالقة وكثيرة الاستعمال في السل الرئوى وهذا
 دليل على ان أغلب اطباء هذا العصر ومعلمى الاكاديمية لم يزلوا تابعين
 لمذهب اينك ومتمسكين باعتبار شكل واحد من السل الرئوى وهو السل
 الدرئى وانى لمضارب لهذا المذهب من منذ زمن طويل وذكرت جمله مرات
 انى مخالف له بالكلمة وذلك ان التعريفات الاتهامية المزمعة كثيرا ما تؤدى
 لتلاشى مفسوج الرئة وتكون كهوف فيها اعنى تؤدى للسل الرئوى أكثر
 من الدرر وعشقى ان هذا القول الذى يسهل ايضاح حقيقة متمتى بمبحث فيه
 مع الدقة والتأمل ينتشر ويصير متبعيا والخطأ الذى وقع فيه المعلم لم اينك
 ومن اتبعه في مذهبه لم يحصل من اعتبار الدرر تولدا جديدا مريضيا فقط
 بل من اعتبار تكاثف الجواهر الرئوى متحصلا لان التجا ايضا عن تكون
 الدرر والحال ان منشأه ليس كذلك والدرن تبعا للافكار المستجدة وان
 كان من جملة التولدات الجديدة المرضية الانه الآن لا يفتى بذلك الا
 أحدا اشكاله الميينة من قديم وهو الدرر الدخنى الذى هو أحد اشكال
 الدرر المعلوم من قديم بالدرن الدخنى فانه من الصفات الخاصة بالدرن
كونه يظهر دائما على شكل حبيبات صغيرة في حجم حب الدخن وتلك
الحبيبات لا تنمو مطلقا وتعظم حتى يتكون عنها أورام عظيمة الجهم والكبير
 من هذه العدة الرئية يكون عبارة عن تراكم حبوب درنية دخنية مع
 بعضها والتي كثافتات الممتدة المنجانسة والاورام العظيمة التي كانت تعتبر
 سابقا ارتشاحات درنية أودرنا تشهالا تكون ناشئة عن ارتشاح جوهر
 الرئة بأواد الرئية ولا عن تكون درنى منتشر بل عن تغيرات مرضية أبست

نوعية فالذي اعتبره المعلم اينك ومن تبعه ارتشاحا درنيا هي بقايا
 التهابات مزمنة اعتيادية في جوهر الرئة وهذا الخطأ آت من اعتبار
 الاستحالة الجينية التي تعتبر الدرغ غالبا عند استقراره زمانا طويلا بل
 نوعية الدرغ وعلامة دالة على الطبيعة الدرية لكل تكون مرضي يكابدها
 ومن هذا الاعتبار كان ينسب كثير من المحصلات المرضية للالتهابات المزمنة
 التي كثيرا ما توجد في الرئة الواضحة في السل الى الدرغ الدخني بدون أن تكون
 متعلقة به وذلك لان تلك المحصلات المرضية الالتهابية تكون غالبا
 في الابداء رطبة شفافة ذات لون سنجابي أو سنجابي محمر وعند استقرارها
 زمانا طويلا تستحيل الى مادة جافة غير شفافة صفرة جنية وأخيرا الى مادة
 سائلة قسوية أو لزجة محتطبة بندف (وهي المعروفة بالقبح الدرغ)

ومع ذلك فقد رفض الآن القول بان الاستحالة الجينية وصف خاص بالدرغ
 فقد ثبت ان الدرغ ليس هو الذي يفراده يمكن أن يكابدها الاستحالة الجينية
 فقط بل كذلك غيره من التولدات المرضية التي ليس لها أدنى ارتباط بالدرغ
 وذلك كالعقد السرطانية القديمة والعقد الليثاوية المنفخجة والسدد
 الدموية والتجمعات الصديدية المتكيسة ونحو ذلك فاطلاق لفظ الدرغ
 على الاستحالة الجينية قد ترك فان هذا موجب لاختلاط وتكدس الأذهان
 حسبما كنت مضار باله من مندسين عديدة

ومذهب (اينك) الذي أهم شي فيه ان السل الرئوي ينشأ اثناعين تولدات
 مرضية جديدة (أعنى الدرغ) قد تخلل اساسه بالتقدمات التشريرية
 المرضية المنسوبة للشهير (ورجوف) وصار لا يعول على هذا المذهب فضلا
 عن كونه أحدث تأثيرا مضر بالنسبة للعسك بالوسائط الواقعة من هذا المرض
 ومعالجته ومع ذلك فن الامور المستغربة كون أغلب الاطباء لم يزلوا الى
 وقتنا هذا متمسكين بهذا المذهب

ثم ان تكاتف الرئة وتمسكها في السل الرئوي وان كانا ناشيتين عن تغيرات
 التهابية الا أنه يوجد في الرئة الواقعة في السل بجوار محصلات الالتهابات
 الرئوية المزمنة درغ بكثرة جدا حتى انه انضح من ذلك أن مجرد تصادف هذه
 المضاعفة أمر غير قريب للعقل وان هذا يدل على ان هناك ارتباطا سببيا

بين التمدن وتلك التغييرات الالتهابية وهذا الارتباط طبقاً للمذهب
 المتسلطن يخصص في ان تكون الدرن هو التغيير الابتدائي ثم تنضم اليه تلك
 التغييرات الالتهابية انضماماً تالياً بما غير متعلقة به ولا ينكر ان هذا الامر
 دقيق بالنسبة لبعض الاحوال اسكنه ينعكس في معظمها بمعنى ان تكون
 الدرن ينضم في معظم الاحوال للتغيرات الالتهابية الرئوية السابق حصولها
 لانه من النادر جدا ان التمدن يصيب رئته لم يوجد فيها متخصصات الالتهابية
 رئوية من منة من قبل

وحيث ان التمدن يحصل دائماً متى انتهت الالتهابات الرئوية
 السابقة بالارتشاح الجبني في جوهر الرئة وانه بطراً كذلك بكثرة متى
 تخلف عن كل من الالتهاب الرئوي اللين والالتهاب الرئوي المتزل الحد
 والمزمن ارتشاح جبني جاز القول بانه لا يوجد بين التمدن والتغيرات
 الالتهابية السابقة عليه غالباً ارتباط لا واسطى أى ناشئ عن نبوع مرضى
 أصلي والسبب ان هذا الارتباط واسطى أى حاصل بواسطة الاستحالة
 الطبيعية للمخصصات الالتهابية الرئوية والذي يؤكده حقيقة هذا القول
 هو انه في الاحوال النادرة التي فيها بطراً الدرن في رئة سليمة من قبل يكاد
 يوجد بدون استثناء بورات جبينية في غير الرئة من الاعضاء وكذا يتأكد من
 التجارب المعروفة من انه في احوال التمدن المعتد يوجد الدرن الجديد
 القديم دائماً بجوار المخصصات المرضية الجبينية ومشاهدة الدرن بكثرة
 في الرئتين دائماً تشاهد عن كثرة امابة الرئتين دون غيرها من الاعضاء بتغيرات
 مرضية الالتهابية تكاد جميعها الاستحالة الجبينية

ثم بعد ان ينما مع الايضاح وجود الارتباط السببي بين الارتشاح الجبني من
 رئة والتمدن الرئوي وذكرنا مفصلاً اكثر من مضاعفتهم البعض ما اغلنا
 شرح هذين التغيرين المرضيين الرئيسيين من السلسل الرئوي وهما الالتهابات
 لرئوية المزمنة المنتهية بالارتشاح الجبني والتمدن المزمن في مجت واحد
 ونعقب ذلك في المبحث الرابع عشر بشرح الدرن الدخني الحاد الذي لا ينضم
 الى الالتهابات الرئوية المزمنة على الدوام والذي لا يؤدي مطلقاً لتك الرئة
 أى للسلسل الرئوي ولو كاد أن يكون فاعلى الدوام

(المبحث الثالث عشر)

(في الارتشاح الجبني وتدرن الرئة المزمن المعروف بالسل الرئوي)

(وبقرحة الرئة عند الاقدمين من اطباء العرب)

النضج الالتهابي كما انه يعتبر به استحالة الخصمية عند انتهاء الالتهاب الرئوي بالتحال ثم يسيل ويمتص تبقى فيه هذه الاستحالة الخصمية غير تامة عند انتهاء الالتهاب الرئوي بالارتشاح الجبني فيصير النضج جافا وتضمر البزيرات السلوية المحتوية عليها ورة قد شكها المستدير وتكمش عقب فقد ماتها وتسهل الى كتل غير منتظمة الشكل والامر المعلوم من ان تخصصات الالتهابات البسيطة للرئتين كثيرا ما تنكبد الاستحالة الجينية بخلاف الاعضاء المندمجة التي فيها يندراتها التغيرات الالتهابية بهذه الكيفية ولا تحصل الا عند تكون كهوف مرضية حاوية للنضج المرضي الالتهابي بوجهه بأنه يوجد في الرئة في حالتها الصحية تجاوب طبيعياً فيها تراكم المتحصل الالتهابي في اغلب الالتهابات الرئوية

وعلى ذلك نرفض مع التأكيـد الرأي القائل بأنه يوجد في ابتداء شكل مخصوص من الالتهاب الرئوي ذوصفة مخصوصة تتميزه عن باقي اشكال الالتهاب الرئوي فيه يحصل الارتشاح الجبني الرئوي وانتهاءه يتكون كهوف في هذا العضو فان القول بشكل مخصوص من الالتهاب الرئوي وتسميته بالالتهاب الرئوي الدرني او الجبني من الخطا البينور بما نتج عنه اضطراب عظيم وتكدر في الاذهان والافوق أن يقال عكس المأذكر ولا بد ان كل شكل من الالتهاب الرئوي يمكن أن ينتهي بالارتشاح الجبني في احوال مخصوصة وانه لا يوجد شكل مخصوص من الالتهاب الرئوي فيه يكون الارتشاح الجبني هو الانتهاء الدائم الوحيد ومع ذلك فان الاشكال المختلفة من الالتهاب الرئوي تظهر احتمالات عظيمة بالنسبة لكثرة ما يحصل في النضج الالتهابي من سيواته وامتصاصه أو جفافه ومكابدة الاستحالة الجينية ففي الالتهاب الرئوي اللبني يعد هذا الانتهاء من النوادر وتكثر مشاهدته في الالتهاب الرئوي النزلي الحاد ويكاد يكون دائما في المزمن منه

واني لا فضل اطلاق اسم الالتهاب الرئوي النزلي المزمن دون غيره من الافاظ
 على التغيرات المرضية التي تحدثها بعضهم وسمها بالتهاب الرئوي المزمن
 أو بالارتشاح الهلامي الدرني كما سماها بعضهم بالالتهاب الرئوي الجبني أو
 الدرني فان الارتشاحات الرئوية المسماة بالفصيصية أو القصية عندما امتداد
 التغير المرضي امتدادا عظيما التي تشابه بيض الضفادع في اللون واللمعان
 المتجانسة لا تنشأ فقط عن امتلاء الحويصلات الرئوية بالخلية جديدة
 مستديرة اعني التغيرات التشمعية الواصفة للالتهابات الرئوية النزلية بل
 انها تنشأ كذلك عن امتداد الالتهاب الدرني ذي الافراز الغزير الى
 التفرعات الانتهائية الرفيعة من الشعب ومنها الى الحويصلات الرئوية غالبا
 وما كنت أرجح التسمية بالالتهاب الرئوي النزلي المزمن على التسمية بالالتهاب
 الرئوي الهلامي الالجزمي بان الاوفق تسمية الشيء باسمه الحقيقية اذ بذلك
 يسهل ايضاح اسباب السيل الرئوي واعراضه وكذا الوسائط الواقعة منه
 والعلاجية وليس من الصعب ادراك كون الالتهاب الرئوي النزلي المزمن
 يؤدي في معظم الاحوال للارتشاح الجبني زيادة عن الشك كل الحاد من
 هذا المرض وعن الالتهاب الرئوي اللبني فانه ينتج عن كل من السير المزمن
 المستطيل لهذا المرض الذي يصطب بتركم عظيم من الخلايا الحويصلات
 الرئوية ولربما انجذب من حركة الشهبق عناصر خلوية جديدة من التفرعات
 الشعبية الرفيعة وبذلك تتزايد كمية تلك الخلايا في الحويصلات الرئوية
 فتتراكم على بعضها بكثرة وتقع في الفساد والتسكيز
 وقد ازدادت اسباب السيل الرئوي وضوحا ببيان كون التغيرات الانتهائية
 تؤدي في معظم الاحوال للسيل الرئوي وليست التولدات الجديدة وبكونه
 أيضا عندما يوجد في الرئة الواقعة في السيل درن يكاد يسبق ذلك على الدوام
 بتغيرات انتهائية رئوية تنبع عن مكابدة مخصصة للاثم الاستحالة الجببية تكون
 الدرني وبذلك أمكن توجيه جهلة أمور عديدة أكيدة لم يكن توجيهها
 سابقا عندما كان ينسب كل سيل رئوي لتكون مرضي جديدة وصارت تلك
 الامور موافقة لنواميس البتولوجيا العامة
 ثم ان الاستعداد للسيل الرئوي وبعبارة أخرى أكثر وضوحا الاستعداد

للالتهابات الرئوية التي تنتهي بالارتشاحات الجينية يكون غالباً عند
 الأشخاص ذوي البنية الضعيفة القليلة المقاومة
 ومع هذا فلا يقال ان الأشخاص الاقوياء البنية ذوي المقاومة الطبيعية
 بالنسبة للاسباب المضرّة يكونون مصونين بالكلمة عن السبل الرئوي فان
 الانتهاء النادر من الالتهاب الرئوي اللبني بالارتشاح الجيني مع تلاش تابعي
 في الجوهر الرئوي قد يشاهد ايضا في مثل هؤلاء المسلمين من قبل ولم يكن
 عندهم ادنى علامة على ضعف البنية وقلة مقاومتها كما ان الاطفال الاقوياء
 البنية جدا الجيدى التغذية يمكن ان يصابوا بالالتهاب الرئوي النزلي الحاد
 عقب الحصبة أو السعال التشنجي ثم يسكون بسرعة وذلك لان متحصل
 المرض المذكور تعتبره الاستمالة الجينية فان الاحوال العديدة من الهلاك
 التي شوهدت في أثناء سير أو بية الحصبة أو السعال التشنجي وكانت نسب
 غالبا من منذ زمن قريب للتسدرن معظمها كان ينتج عن الانتهاء المذكور
 للالتهاب الرئوي النزلي الذي يحصل في أثناء تلك الامراض بل والالتهاب
 الرئوي النزلي الاقوى يمكن أن يمتد الى الحويصلات الرئوية ولو عند
 الأشخاص المتمعين في الظاهر ببنية قوية وصحة جيدة فان الأشخاص
 ذوي القامة الربة ليسوا مصونين عن الهلاك بالالتهاب الرئوي النزلي الحاد
 أو المزمن الذي يعقب تأثير البرد وينتهي بالارتشاح الجيني وفساد الجوهر
 الرئوي

وكون الأشخاص الضعفاء البنية الرديئة التغذية أكثر مرضا بالسبل الرئوي
 والوقوع فيه من الأشخاص الاقوياء البنية ذوي التغذية الجيدة لا يتأني
 موضوع المذهب الذي نحن بصدده

فان التجارب اليومية قد دلت على ان حالة التغذية الرديئة تفضي غالبا الى
 قلة المقاومة بالنسبة لامؤثرات المضرّة كما انه ثبت بها ان الأشخاص الضعفاء
 البنية ذوي التغذية الرديئة عرض بسهولة وتشفي ببطء بمعنى انه يكثر عندهم
 واصابة الاعضاء المختلفة من الجسم بالمرض تحتلف كثرة وثقله بحسب السن
 فان الأشخاص بعينها التي تكون أصيبت في سن الطفولة بالذخمة الفشائية
 الحقيقية والكاذبة أو تهيجات مهاجية وطفحات جلدية رطبة تكون في سن

المراعاة عرضة للإصابة بالانزفة الشعبية والأمراض الرئوية النهائية
 لكن الأشخاص الضعفاء البنية الرديئة التغذية لا تتميز عن أقوى البنية
 وذوى التغذية الجيدة فقط بقلة مقاومة التي هم أقصير مسعدة لتغيرات
 النهائية رئوية أو غيرهما من التغيرات النهائية بل كذلك تكون الاضطرابات
 الغذائية النهائية التي تظهر عندهم تؤدي غالباً بالمتحصلات النهائية عنزيرة
 متكوثة من أخلية سهلة التلاشي والفساد فيقال في مثل هؤلاء الأشخاص
 ان جلد هم غير قابل للشفاء لان أدنى إصابة جرحية عندهم تحدث ثم يجاعظها
 في الاجزاء المصابة به يحصل تكون أخلية صديديّة بكثرة وهذه الخاصية فيهم
 توجه من جهة بالضعف أعنى بتزايد قابلية التهمج ومن جهة أخرى بأن التهمج
 الالتهابي للأعضاء ذات التغذية الرديئة وذات التوقوع غير التام يؤدي لتكون
 مثل هذه الأخلية التي تتلاشى وتفسد بسهولة أكثر من كونه يؤدي لتكون
 أخلية ينشأ عنها جوهر التهامي جديد

ثم ان تأملنا ما تقدم مفضل الامن التوضيح والبيان ولخصناه بكلمات قليلة
 استتجنا منه

أولاً ان تكاثف الرئتين وتمسكهما اللذين هما السبب الاصلى للتشريحى من
 السبل الرئوى يكونان في الغالب منحصلات من التغيرات النهائية الرئوية
 والالتهاب الرئوى يسهل اتجاها للسبل كلما كان تراكم الخلايا فى الحويصلات
 الرئوية عظيمًا وممتدًا فى زمامها ولا اذ بدلت تعترى الاستحالة الجبئية
 الارتشاحات النهائية بسهولة

ثانياً ان الالتهابات الرئوية المنتهية بالارتشاح الجبئى لا تحصل فقط عند
 الأشخاص الضعفاء البنية ذوى التغذية الرديئة وانما يكثر حصولها فيهم
 وهذه الظاهرة مبنية من جهة على ان مثل هؤلاء الأشخاص يكون أقل
 مقاومة ومن جهة أخرى على ان الاضطرابات الغذائية النهائية التي تحصل
 عندهم يكون لها ميل لتكون خلوى عظيم ولا سهولة حصول الاستحالة
 الجبئية فى المتحصلات النهائية

وعلى هذا يمكننا ان نبين مع الاختصار المسئلة المهمة المتكررة التجادل فيها
 وهى الارتباط بين داء الخنازير والسبل الرئوى فنقول

الغدد الليفنفاوية كثيرة ما تشترك مع غيرها من المنسوجات في سن
 الطفولة خاصة في ازدياد وارتقاء قلة المقاومة المرتبطة غالباً بازدياد
 في قابلية التهييج وميل المنسوجات المتهيجية تهيجاً التهايبيا المتكون خلايا جديدة
 بكثرة جداً ولذا ترى في الأشخاص الذين لم يوجد عندهم هذا الاستعداد
 الخصوص ان العقد الليفنفاوية لا تنتفخ وتلتب وتتقيح الا عند وجود
 التهابات شديدة خبيثة في أجزاء تكون المواد الليفنفاوية لتلك العقد آنية
 منها بواسطة او عمتها بخلاف الأشخاص الذين يوجد عندهم هذا الاستعداد
 فإنه يكفي فيهم حصول تهيجات خفيفة في العقد الليفنفاوية بواسطة التهابات
 خفيفة جديدة في الأجزاء الناشئة منها الاوعية الليفنفاوية لتلك العقد حتى
 توقف فيها تكونات خلوية غزيرة ولا يحصل اذ ذلك في جميع الأحوال بل ولا
 في غالبها التهاب وتقيح في العقد بل يبقى التغير المرضي الحاصل من تهيج الغدد
 قاصراً على مجرد نمو خلوي وانتفاخ تلك العقد بترك الخلايا الطبيعية فيها
 وزيادة على ذلك فإن هذه الانتفاخات الغددية تتحلل ببطء كثيراً من
 التغيرات المرضية التي تظهر عند مثل هؤلاء الأشخاص أعني انها تستعصى
 ويحصل في أحوال عديدة استحالة جينية جزئية أو منقشرة في الغدد المنتفخة
 وهذا يتم بسهولة كلما كان التراكم الخلوي غزيراً
 ومثل هؤلاء الأشخاص الذين تشترك فيهم الاوعية الليفنفاوية في عدم المقاومة
 العمومية وميل المنسوجات لتكوينات خلوية جديدة غزيرة عند وجود
 تهيجات التهايبية تسمى بـ الخنازيري البنية أو ذات البنية الخنازيرية
 وانه عليه ان الاستعداد في انتفاخ العقد الليفنفاوية بواسطة التراكمات
 الخلوية عند الأشخاص الخنازيري البنية يكون ولا بد مصحوباً على الدوام
 لاستعداد عمومي لاصابات مرضية سيما الاصابات التهايبية وهذا الأخير
 يكون غالباً كثير الوضوح جداً حتى ان الأسباب المتعممة لكل من الطفحانات
 الجلدية الخنازيرية والامواد الخنازيرية والالتهابات التولية الخنازيرية
 وغيرها من الاصابات الخنازيرية كثيراً ما لا تدرك وتحتفي علمياً بحيث يظهر
 غالباً ان هذه الالتهابات كانت تحصل حصولاً ذاتياً (أعني من نفسها كما تقول
 العوام) ولا توجد صفات نشر يحمية بها يمكن التمييز بين الطفح الجلدي

الحنازيري والرمذ الحنازيري وغير الحنازيري منهما وانما تعلق تلك
 الاصابات الالتهابية بمؤثرات مضره واهية وكثرة تردد هيا واسمها هي
 التي يرتكن اليها بقطع النظر عن اشتراك العقد الليفية في الجسم على
 طبيعت الحنازيرية

وعلى هذا فقلة المقاومة بالنسبة للمؤثرات المرضية المضره للاشخاص
 الحنازيرية متى لم تنزل وتنطفي في الزمن الذي فيه تصاب الرقبتان على الخصوص
 بالتغيرات المرضية وتكون قد زالت ككثرة حصول الطفحات الجلدية
 الحنازيرية والاصابات الخبيثة للقريبة والملتحمة ونحو ذلك فلا بد وان يحصل
 عندهم بسببها عتق مؤثرات واهية تغيرات التهابية رئوية كما كان يحصل
 عندهم طفحات جلدية وارماد ونحو ذلك وتلك التغيرات الالتهابية الرئوية
 تكون ذات استعصاء كالاصابات الحنازيرية المذكورة وهذا الامر يساعد
 على انتهائهم بالارتشاح الجبني

وان تأملنا بغاية الدقة الى الامور التي تورث الاستعدادا للسل الرئوي طبعا
 للتجارب لا تضح لنا ان جميعها ينتج عنه عوق واضطراب في النمو الطبيعي للجسم
 وحفظه

ففي كثير من الاحوال يكون الاستعداد للسل الرئوي وراثيا وفيما اذا كان
 سبب هذا الاستعداد الوراثي كون الابوين مصابين زمن العلق بالسل
 الرئوي جاز التمييز عن هذا الاستعداد بالوراثي وليس المرض نفسه (كما يقال
 عادة) هو الموروث بل الموروث هو ضعف البنية وقلة مقاومتها للذات نتج
 عنهم السل الرئوي عند الابوين او ظهر فيهم ما عقب حصول هذا المرض
 وكل من ضعف البنية وقلة مقاومتها الموروثين عند الطفل قد يكونان متعلقين
 باسباب اخرى خلاف السل الرئوي فان الابوين المصابين بالسل كما يتبين
 بكثرة اطفال الاذى استعدادا للسل الرئوي فكذلك الاشخاص الذين
 اعترتهم امراض منهكة أو المنهوكو البنية بسبب الافراط من الشهوات
 او المتقدمون في السن يتجنبون اطفالا مستعدين لذلك أيضا
 ومن جملة المؤثرات التي تكسب الشخص استعدادا للسل الرئوي أو تزيد
 في الاستعداد الخلقى التغذية غير الكافية وغير الجيدة فتغذية الرضع

بنحو الخبز والعجين بدلا عن لبن الام قد يكون هو الاساس الالتهابي في ذلك
 فكثيرا ما يستمر مدة جميع سن الطفولة على تدبير غذاء غير جيد بحيث تحشى
 بطون الاطفال فقط كما تقول العوام بأغذية غير جيدة فتكتسب بها ذلك
 كلال من ضعف البنية وقلة مقاومتها للذين هما عبارة عن الاستعداد
 للاصابة بداء الخنازير والسل الرئوي ووجود السيل الرئوي في الفقراء
 أكثر منه في الأغنياء بمعنى معظمه على كون الاول يتعاطون أغذية ضعيفة
 نباتية في الغالب وبذا يوجه كثرة وجود السل الرئوي في المدن العظيمة بمعنى
 ان هذا المرض تكثر الاصابة به بازدياد تعداد الفقراء فان كلال من الجوع
 والحرمان يكثر كما هو المعلوم في المدن العظيمة ويقل في القرى
 ومن المؤثرات المضرة أيضا مثل التغذية غير الجيدة وغيرها الكافية قلة الهواء
 الجيد وليس عندنا توجه كاف في كمية تأثير المعيشة الجوسية المستمرة ولا
 سيما في الاماكن المظلمة الرطبة تأثيرا مضرا للجسم لكن من المعلوم
 الثابت ان كلال من داء الخنازير والسل الرئوي يكثر في بيوت اللقطة واليتامى
 وفي السجون وعند الشغاليين في الورش المجهورين على الشغل طول النهار
 في محال مغلقة أكثر جدا عما يشاهد عند الاشخاص المتمتعين بالهواء
 المطلق ولا يرتكن الى القول بأن كثرة كل من داء الخنازير والسل الرئوي
 في هاتيك الاماكن انما تنشأ عن مؤثرات أخرى خلاف الحرمان من الهواء
 الجيد بل عن الاغذية غير الجيدة وغيرها الكافية فان الفقراء في كثير من
 القرى مع كون أغذيتهم أقل جودة وعرضة لمؤثرات مضرة عديدة أكثر
 من الاشخاص المسجونين بدون أن يكونوا عرضة للاهراض المدكورة مثل
 الاخرين

وليس من النادر أن يظهر الاستعداد للاصابة بالسل الرئوي عند اشخاص
 اقوياء البنية متمتعين بتغذية جيدة ظهورا واضحا وذلك لكونهم يتعاطون
 باهراض تعوق قبول الجواهر الغذائية وتعاثلها فان كثيرا من المرضى
 المصابين بقروح في المعدة وتضابق في المريء والجائنين الممتنعين عن تعاطي
 الاغذية زماما طويلا من جهل ولا بد بالسل الرئوي كما ان كثيرا من
 المرضى المصابين بالديابيطس السكري والخلج لوروز المستطيل المدة والداء

زهرى النلا في يصاب بالسل الرئوى وأكثر الامراض الحادة ابتاجا
 للاستعداد بالسل الرئوى التيفوس عند ما يكون سيره بطيا مستطيل
 ومن هذا القبيل في اكتساب الاستعداد للاصابة بالسل الرئوى تسكرار
 النحاس والارضاع المستطيل وجلد عميرة والافراط من الجماع والمؤثرات
 النفسية المحزنة المنهكة والافراط من الدراسة والحزن المستطيل
 وانى لا عتقد ان الرأى المنتشر من ان السل الرئوى مرض غيرة متعلق
 بأسباب مقومة وانما يحصل فقط عقب سوء القنية الدنية غير صائب بل وخطر
 للغاية بالنسبة لحالة المرضى وعدم الالتفات الى التباعد عن الوسائط الممتمة
 اهذا المرض ولذا كان زعم اينك وتلامذته ان البرد وغيره من المؤثرات المضرة
 ليس اهم ما أدنى تأثيره في حصول السل الرئوى وان نزلات المسالك الهوائية
 المههولة معالجتها لا تؤدى لحصول هذا المرض مطلقا أضربا بالنسبة
 للوقاية من هذا المرض ومعالجته وما يمتدح العوام به جدا انهم عند وجود
 الاستعداد للاصابة بالسل الرئوى يكونون أشد احتراسا على الشخص
 المستعد زيادة عما يقال به في الدراسة الطبية
 ثم انه يعتمد من الاسباب الممتمة التي يمكن انها تحدث السل الرئوى عند وجود
 الاستعداد المتفاوت اهذا المرض جميع المؤثرات التي تحدث بها الرأينا
 احتمقانات توارديت نحو الرئة والشعب ولذا يمكن ان النسبة للاسباب الممتمة
 للسل الرئوى ان نحمل على ما ذكرناه سابقا بالنسبة لاسباب الاحتمقانات
 الرئوية والنزلات الشعبية

وقد كنت أعلم من الخرافات أو من الامور غير الجيدة التوجيه الرأى المنتشر
 عند العوام من ان السل الرئوى كثير ما يعقب شربة باردة جدا عند
 ما يكون الجسم في حالة حرارة وعرق والآن بعد ان تخصصى من مذهب المعلم
 (اينك) لا أقول بعدم تجويز ذلك بالكيفية بل اعترف انه من الجائز ان تبريد
 المعدة فجأة قد يؤدى كثير من الجدل فجأة الى تغيرات نزلية او التهابية في الاعضاء
 الصدرية فتمسى بالسل الرئوى والتجارب المألوفة من انه يمكن تعاطي كمية
 عظيمة من الماء البارد عند ما يكون الجسم حارا بدون أن ينتج عن ذلك أدنى
 ضرر لا ينافي الرأى القائل بان هذا السبب المضر قد ينتج عنه في بعض

الاحوال تغير مرضي ثقيل كما ان تبريد الجلد الفجائي لا ينتج عنه في جميع
الاحوال مرض عند كل شخص أثر فيه ذلك بل في بعض الاشخاص فقط
وحيث لم يكن من الواضح توجيه كيفية احداث تأثير البرد في الجلد الظاهر
اضطرابا مرضيا في عضو بعيد عن محل تأثيره فلا يجوز انكار القول بأن
تأثير البرد في المعدة قد يعقبه عين ذلك

وقد شوهدت احوال عديدة فيها حدث ذات يوم بعد تأثير البرد الشديد سهال
وانضم له عما قريب مجموع اعراض السيل الرئوي ولا بد ان كل طبيب محرب
في الطب العملي قد شاهد نحو ذلك

وكون المهيجات في الرئة والغشاء المخاطي الشعبي بواسطة اجسام غريبة لها
أهمية بالنسبة للأسباب المتمة للسيل الرئوي يثبت ذلك من كثرة حصول
هذا المرض عند بعض أرباب الصنائع والشغالة الذين يكتفون دائماً في جو
مشحون بالترتية كالمخاتين والبرادين وصناع البرانيط والشغالين
في العوف والسجاير ونحو ذلك

وأكثر الاجسام الغريبة المحدثة للسيل الرئوي عقب تهيج جدران الشعب
والجوهر الرئوي هو الدم المحتبس في الملايا الرئوية أو الشعب عقب حصول
النفث الرئوي الدموي كما ذكرنا ذلك مفصلاً عند الكلام على كل من الزيف
الشعبي والرئوي ثم بعد ان تكلمنا على أسباب التغيرات المرضية الرئوية
المهمة في احداث السيل الرئوي يجب علينا أن نضيف الى ذلك بعض كلمات
على أسباب تدور الرئة فنقول

أما تكون الدرن في الرئة بدون أن يسبقه متحصلات جينية في أحد أعضاء
الجسم فله في التدور الرئوي المزمع المضاعف بتغيرات التهابية رئوية
مزمنة يؤدي لعله وسئل اندر منه في التدور الدخني الحاد (راجع البحث
الرابع عشر) وأسباب تلك الاحوال الاستثنائية غير واضحة ومع
ذلك يظهر ان الاشخاص المستعدين لحصول التهابات مع تكونات جينية
هي الاكثر اصابة بالدرن الدخني الرئوي الاقوى اعني بالمعنى المتقدم هذا
اللفظ
والمواد الجينية المتعلقة بها تكون الدرن في الرئة تكوناتا بريا (أو ثانيا)

مجانسها في معظم الاحوال الرثة نفسها وهي عبارة عن متحصلات من
تغيرات التهايبية الرئوية صارت جنبية فنقول مع الوضوح حينئذ ان الخطر
العظيم بالنسبة للمصابين بالسل هو كونهم يصابون بالتدرون والامور التي بها
يتعلق انضمام الدرن للارتساحات الجنبية والكهوف الرئوية في كثير من
الاحوال وليس في جميعها وفيها يتعلق ايضا حصول هذه المضاعفة تارة بسرعة
وتارة ببطء خفية علينا وليست معروفة حق المعرفة لسكن يظهر ان تكيس
المواد الجنبية يبقى ويحفظ من التدرون

ثم بعد المتحصلات الجنبية للتغيرات الائتمانية الرئوية في ~~كثرة~~ احداث
التدرون الرئوي الانسكابات البلورية والتمامية التي صارت جنبية
والعقد المتفاوتة الشعبية الجنبية ايضا

وينضم لذلك الاحوال التي فيها الدرن الرئوي يهقب كلامن المتحصلات
الجنبية في كل من التهابات أو تدرون الاعضاء التناسلية البولية أو المبي
والعقد المسارية القيمة أو المفاصل أو العظام والغدد الدائرية

ولذا في بعض الاحوال المبهمة يمكن أن يكون اثبات وجودية ايا جنبية في أحد
الاعضاء المذكورة مهما بالنسبة لتشخيص الدرن الرئوي ونحن نظن انه من
الجانز عما قريب ستمتد دلالات استئصال الغدد الدائرية بل ودلالات حلق
بعض المفاصل والبر عند وجود بقايا جنبية في الغدد المنفتحة أو التهابات ذات
متحصلات جنبية في المفاصل من الامور الواقعة من الدرن الرئوي

وبالنسبة لكثرة حصول السل الرئوي يمكن أن يقال ان سبع جميع احوال
الموت أو خسها متعلق بهذا المرض وانه يكاد يوجد في نصف جنس الهالكين
بهذا المرض التغيرات الغذائية المتسبب عنها هذا المرض أو بقاياها
في الرئتين

ومن النادر حصول السل الرئوي في أثناء الحياة داخل الرحم وفي السنين
الاول من الطفولية ويكثر حصول التمزقات الشعبية مع اتفاح العقد
المنفاوية الشعبية واستحالة استحالة جنبية واسل المعوي في السنين
الاخيرة من الطفولية زيادة عن السل الرئوي وسند كفي مبحث دا
الغنازير كلامن التمزقات الشعبية الطمازيرية ولبين الغدد الشعبية واستحالتها

الى الحالة الجينية مفصلا وتتمه على سهولة اشتباها بين الحالتين بالسل
الرئوى الحقيقي وأما نحو سن البلوغ لاسيما بين سن العشرين والثلاثين فان
كثرة حصول السل الرئوى ترتقى فيه الى أقصى الدرجات ثم ينقص في هذا
الزمن تدريجا بدون ان ينطفئ بالكلية في السن المتقدم جدا من الحياة
و يظهر ان كلا من الاناث والذكور عرضة للاصابة به على حد سواء
ولم يثبت القول القديم الجازم بكثرة حصول هذا المرض في الاقاليم الباردة
وندرته حصوله في الاقاليم الحارة فانه يوجد بقاع في الجهات الشمالية موصولة
عن السل الرئوى بالكلية كجزيرة زاندة

وقد ذكر المعلم (هرش) بكتابه الشهر الممتلئ بتاريخ الامراض وانتشارها
الجغرافي ان درجة الحرارة المتوسطة الناتجة عن الوضع الجغرافي لا يحصل
ليس لها ادى تأثير بالنسبة لكثرة حصول السل الرئوى فيه اوقته وان كلا
من التقلبات الجوية العظيمة وعظم درجة رطوبة الجو يساعدا على كثرة
حصول السل الرئوى دون المحال المرتفعة الوضع فان السل الرئوى فيها
قليل الحصول وندرة حصوله في البقاع الاجامية ليست على الدوام وليس
ذلك متعلقا بوجود السم الاجامى بل بأمر آخرى سيما قلة عددها الى تلك
البقاع وقلة العمران بها

و يظهر ان المصابين بمرض في القلب مهنون عن حصول السل الرئوى
وليس ذلك ناشئا كما كان يقال سابقا عن صفة الدم الوريدي بل عن كون
متحصلات الالتهابات الرئوية التي كثيرا ما تهتريم ليس لها ميل عظيم
للاستحالة الجينية بسبب كثرة استواء الرئتين على الدم وسهولة رطوبتهم ما
عندهم وكذلك المصابون بالانقباض الرئوية المزمنة يندرجون في السل الرئوى
عندهم ولذلك سبب آخر وهو ان الرئتين اقل تدهورا وجفافا فهم ما فهم يندرجون
تكونا مجلسا للتغيرات النهائية وان حصل ذلك عندهم كان خطرا استحالة
النضج الالتماسي الى الحالة الجينية عظيم جدا كما بيناه

* (الصفات التشرىحية) *

يوجد في رتي الهالك بالسل الرئوى عند فتح الجثة تغيرات مختلفة
كالتجاويف المرصية المعبر عنها بالكهوف والارتشاحات الممتدة وغيرها من

تسكنات الجوهر الرثوي ويكاد يوجد على الدوام كذلك تحميمات صغيرة
عديدة تظهر عند شق الرتين على هيئة بورات صغيرة
أما التسكنات المنتشرة في الجوهر الرثوي فمن النادر أن تظهر فيها الهيئة
الجبينية وباقي الصفات الخاصة بالرثة الواقعة في التسكب بواسطة الاتهاب
الرثوي اللين في بل في الغالب يظهر في هذه التسكنات هيئة مسطوية قليلة
اللمعان وسطحها يكون أملس عند شقها كما هي عادة متحصلات الانهابات
الرثوية التزنية لاسيما المزمنة وفي الغالب تكون الارتشاحات الهلامية قد
اعتزمت التغييرات المرضية الواصفة للاستحالة الجبينية من المتحصلات
الانهابية فان كانت هذه الاستحالة حديثة نشاهد على سطح الشق قليل
اللمعان السنجابي اللون أو السنجابي المحمر نكت مصفرة متفرقة عديمة
اللمعان وأما ان كانت تلك الاستحالة الجبينية قديمة وجدت تلك الاصفار
المصفرة آخذة في الاتساع حتى يستحيل جميع الجزء التسكنات من الرثة الى
مادة جبينية مصفرة والنضج الذي اعترته الاستحالة الجبينية يمكن أن يذوب
بسرعة ويتلاشى هو والجوهر الرثوي ويستحيل كل منهما الى مادة شبيهة
بالقشطة أو الصديد وهذه الكيفية تكون تتجاوزت أو كهوف
مماثلة بما يسمى بالصديد الدرني ومتى حصل استطراق بين تلك الكهوف
واحد القروع الشعبية انقذف منحه الى الخارج وجدرتلك الكهوف
تكون غير منتظمة مشرزمة ويكون الجوهر الرثوي حولها من تشها مواد
جبينية وآخذ في الذوبان بدرجة متفاوتة في التقدم
والارتشاحات الهلامية أو التزنية التي تؤدي الى هذا النوع من الكهوف
عقب مكابدهم للاستحالة الجبينية وذوبان الجوهر الرثوي المرشح بتلك المواد
تكون في الابتداء عبارة عن تغيرات مرضية فصيصة غامبا فان كان
مجلس القصبصات الرثوية المرضية في دائرة هذا العضو شوهت الاجزاء
المتسكنة من دائرة الرتين ذات اشكال مخروطية وأما اذا كان مجلسها
باطن الرتين فانها تظهر على شكل مسة ديروان كان التغيير المرضي قاصرا
على محيط احد القروع الشعبية المجاورة فانه يظهر على هيئة امتهادات
مطابقة لسير الشعب وبامتهادات التغيير المذكور واخذت عدد عظيم من

البورات الفصيصية يمكن أن يتكاثف فص رثوي بتمامه أو رثة بتمامها وتصير
مجالس الهمتل عظيم

لكن الارتشاح الجبني من الجوهر الرثوي مهما كان سبب كل الالتهاب الناشئ
هو عنه لا يؤدي في جميع الأحوال بل ولا في معظمها إلى تلاشي الاصل فإما
المرتفعة ارتشاح جبني والتي تكون الكهوف تبعاً لذلك فإن هذا الأمر
لا يطرأ إلا في أحوال مخصوصة فيها يكون المرض من رتبة إلى درجة عظيمة
وينشأ ذلك ولا بد عن كون الخلايا المتجمعة في الحويصلات الرثوية لا تراحم
بعضها فقط بل تحدث أيضاً ضغطاً في الجوهر الرثوي المحيط بهم وفي أوعيته
وبذلك تموت جدران تلك الحويصلات الرثوية بسبب انقطاع السائل المغذي
عنها فتنفسد بالكليّة ومن الجائز أن النمو الخلوي يتم من السطح السائب
للحويصلات الرثوية إلى الجوهر الرثوي نفسه فيساعد على حصول الانعقاد
والفساد التكرري فيه

فإن كان التكون الخلوي ليس عظيماً بحيث يحدث ضغطاً عظيماً على جدران
الحويصلات الرثوية والأوعية المغذية لها حصل تخنق وجفاف بالاندرج في
المواد الجبينية وتستحيل الخلايا الضامرة إلى بقايا فاسدة تزول منها المواد
العضوية شبه أفضياً وترسب فيها مواد كاسية حتى يتكون عن ذلك تجمع
طباشيري أو طفلي وفي أحوال أخرى تذوب تلك الخلايا الضامرة وتصير قابلة
للامتصاص وذلك بأن تصير استقامتها الشحمية غير التامة تامة

ثم إنه في أثناء حصول إحدى هاتين الاستحالتين من العناصر الخلوية المشتغل
عليها الارتشاح الجبني يحصل في الرثة ولا بد من خلوي عظيم فالبوررات
المنكسرة تنكس والمسافات التي زالت عنها الإخيلية بعد مكابدهم للاستحالة
الشحمية وسوائلها تملئ كذلك بجوهر خلوي فالجوهر الخلوي في مثل هذه
الأحوال لا تعود له قابلية نفوذ الهواء منه بل تستحيل إلى مادة يابسة نديية
وحيث أن الجوهر الخلوي الآخذ في الانكسار يأخذ مسافة أقل من السليم
الذي حل هو محله تصير الرثة صغيرة الحجم وينخسف الصدر وحيث أن هذا
الانخساف لا يحصل إلا بدرجة قليلة فالشعب تتمدد على هيئة تجاوب
مستطيلة أو مستديرة وتكون الكهوف بهذه الكيفية في السل الرثوي

المستطيل السير هو الغالب وامتصاص المواد الجينية التي اعترتها الاستحالة
الشحمية فيما بعد وسالت قد يكون تاما بالكلمة بحيث يشاهد عند فتح الجثة
جوهر رئوي مشتمل على كهوف شحمية خال عن الهواء بواسطة الائتماب
الرئوي الخلاقى التيمبي بدون أن يشاهد فيه أدنى أثر من المواد الجينية

وكما أن قوة الرئتين تكون غالبها مجلما الكهوف متفاوتة الاتساع وفصوصها
العلمية متكاثفة في امتداد عظيم اما بواسطة الارتشاح الهلامي والجبني
أو بواسطة التيبس والانكماش يشاهد عند شق باقي أجزاء الرئة المحتوية على
الهواء البورات المتكاثفة الصغيرة التي سبق ذكرها بعدد عظيم وتكون على
هيئة تعة - ذات مصفرة بارزة على سطح الشق ولا ينبغي اعتبار تلك البورات
المتكاثفة درنا فقد دلت التجارب على أن كثيرا من التكونات المرضية
التي يظن بمجرد النظر انها تعة - ذات دخنية وكانت تعة - سابقا انما درن
على العموم ليست الا فروعا شحمية منقطععة أو قنوات ممتلئة بمواد جينية
او اخلية رئوية ذات جدر متكاثفة ومثلثة ارتشاحا جبنيا ومتى أمكن
تجنب الوقوع في هذا الخطر عند الحكم على الصفات الشمرية يجب ان نضع لينا
انه في كثير من الاحوال لا توجد ادنى درنة في الرئة المصابة بالسل وان كلامنا
تكاثر الجوهر الرئوي وتهتك انما يكون متعلقا بالائتماب الرئوية
الآيلة الى التيبس والتفساد

ومع ذلك فالذي نعتقه ان الشمر (ورجوف) قد تجاوز حد الحقيقة بقوله
ان مذهب التمدن الرئوي مبني ولا بد على خطانا ان كل درن دخني
في الرئة ليس الابورات شحمية أو شحمية دائرية أو النماية رئوية فانه ليس
من النادر ان يشاهد في الرئة المصابة بالسل عين التعة ذات الشفاة
السنجابية التي تكون منتشرة في اغلب الاعضاء في احوال التمدن الدخني
الحاد والتي لا يمكن الشك في طبيعتها الدرينية بل والبورات المصفرة الجينية
من الرئة التي هي بلا شك عبارة عن تعة - ذات دخنية ينبغي اعتبارها درنا
متى وجد بجوارها في الرئة التعة ذات الدخنية السنجابية ولو وجد في غير
الرئة من الاعضاء درن سنجابية جيني فانه لا يمكن إقامة الدليل بان هذه
التعة ذات الجينية ليست بدرن بل انها متحصلات من الائتماب الرئوية

الحويصلية اذ ليس عندنا علامة كدودة بها نمز الدرن الجبقي عن التعقدات
الدخنية الجببية الناتجة عن الالتهاب واذ كنا ما امة تقدمه من كثرة تكون
الدرن في الرئة المصابة بالسل ~~تكون~~ وانا بما يقطع النظر عن ثدرن الغشاء
الخاطى الشعبي

ثم اتنا الى هنا قد اعتبرنا في شرح الصفات التميز بحجة شكل السل الرئوي
الكثير الحصول جدا الذي يكون فيه هذا المرض متعلقا في جميع سيره
بتغيرات التهابية أو الذي فيه ينضم الدرن الى تلك التغيرات الالتهابية في
الدور المتقدم من السل على شكل مضاعفة ثقيلة بدون أن يكون له مدخل
عظيم في تهمك الرئة المصابة

وأما السل الرئوي الدرني بعناه الحقيقي أعنى شكل السل الرئوي الذي فيه
تتمك الرئة يكون متعلقا بلين الدرن وتلاشيه وبالالتهابات الرئوية التابعة
للدرن ففيه يتبدئ تكون الدرن تبعا (لورجوف) من الغشاء الخاطى للشعب
فيشاهد هنا غالبا في القصبة الهوائية والشعب الغليظة لطخ محببية متكونة
من درن دخني لا يحصى عدده أو قروح لها صفات القروح الدرنية الأولية
أو الثانوية تبعا (لروكمتسكي) ويوجد زيادة على ذلك في الشعب الرفيعة خلاف
علامات الالتهاب الترنلي الحقيقي تعقدات صغيرة مبيضة أو مصفرة وينحقق
فيها اذا صادف الشق محله ان الدرن يكون قدامته من الفرع الشعبي الى
الخلايا الرئوية الجانبية والتهامة له وبحسب اتجاه الشق تظهر التجمعات
الدرنية المتكونة به هذه الكيفية على هيئة تجمعات مستديرة أو مخروطية
الشكل من عقد دخنية وهذه الصفة التشريرية وجودها نادرا ولا توجد
مطلقا في الدرن الدخني الحاد الذي فيه تكون الدرن لا يحصل مطلقا من
الغشاء الخاطى الشعبي والتغيرات الالتهابية التي تضاعف الدرن في أحوال
السل الرئوي الدرني تكون غالبا اقل امتدادا عن شكل السل الرئوي
الناشئ عن التهابات رئوية مزمنة وعن شكل هذا المرض الذي فيه الدرن
التابعي يضاعف التغيرات المرضية المحدثة تبديس وفساد في المنسوج الرئوي
في الاوار المتقدمة منها وهذا الامر له أهمية بالنسبة لتشخيص السل
الرئوي الدرني ومن النادر جدا وجود احوال فيها اجزاء عظيم من الرئة اوفس

رثوى بتسامه يقع في التكاثر بواسطة الارتشاحات الرئوية الالتهابية وكذا
 من المادرات أن يؤدي الارتشاح الجبني عند تقدم سير المرض الى التيبس
 والانكماش والارتشاح الجبني يكاد يتلاشى بسرعة بحيث تنفأ كهوف وقة
 احدى الرئين وان وجد فيها بعض أجزاء من دمل متبسة وتعددت جبينية
 منجمدة وكهوف شبيهة لكنه يمكن التحقق من ان تلك التغيرات ليس لها
 ارتباط بالمرض الالتهابي بل متعلقة بتغير مرض قديم انتهى سيره
 والشعب تختلف حالتها في الرئين المصابين بالسسل كما يتضح ذلك مما تقدم
 ذكره فالالتهاب النزلي التقضي للشعب الرفيعة مع تقدم في قطرها يصاحب
 الارتشاحات الهلامية والجبينية بل ويسبقها والتمتلك التقرحى لحدرا الشعب
 هو الذي يتبدى به ثلاثى البورات المترسبة ارتشاحا جبينيا وذو بانم يكاد
 يتبدى دائما حول محيط أحد القروع الشعبية وكذا الغشاء المخاطى
 الشعبى فانه يظهر عليه في احوال السسل الرثوى الدرني طفق من تعددت
 دخنية ومعظم الكهوف الرئوية في احوال السسل الرثوى المزمن يكون
 ينبوعها من القدرات الشعبية ومن جهة أخرى ينسد عدد عظيم من القروع
 الشعبية الكائنة في الجوهر الرثوى المترشح والتيبس والمحصص الصديدي
 تلك كهوف المنسدة الناشئة عن ذوبان الارتشاح الجبني ينصب في احد
 القروع الشعبية الغليظة فلا يندران تشاهد جملته من تلك الشعب منتمية
 في تلك الكهوف بقوة تارة مستديرة وتارة بيضاوية الشكل وتارة منقطعة
 قطعها مستعرضا أو منخرقا ولا تكاد تنتهى بالتدريج وبكيفية غير مبركة في
 جدر الكهف وبالجملة فالغشاء المخاطى للشعب يكون مجلسا الالتهاب نزلي مع
 افراز كثير الخليا غزيرها ولولم يكن اعتراء تغير عظيم وهذا الالتهاب لانه سالك
 الشعبية هو السبب الرئيس في النفث الغزير عند المصابين بالسسل الرثوى
 ثم انه ينسد كثيرا من الاوعية الدموية لاسيما فروع الشريان الرثوى
 الكائنة في الجوهر الرثوى المترشح التيبس وتكون الاوعية المنسدة
 الكائنة في جدر الكهوف نوع ثقبات بل وكثيرا ما تكون نوع ألجمة ممتدة
 من احد جدر الكهف الى الآخر وقد تنأ كل جدر تلك الاوعية قبل
 انسدادها بحيث ينشأ عن ذلك نزيف غزير يهدد الحياة ولتنبه هنا على توزيع

مخصوص للدم يحصل في الرئة التي اعترها السيل وهو ان الفروع الشريانية
 الرئوية في أثناء انسدادها تتمدد الاوعية الشريانية الشعبية فتوصل الدم
 الشرياني الى الرئة وكذلك لمن الشرايين بين الاضلاع أو عمية جديدة
 التسكون تمر من خلال الالتصاقات البلورية الى الرئة فالرئة المصابة بالسيل
 تقبل حينئذ دما شريانياً أكثر منه في الرئة السليمة وجرته منه يصل الى الاوردة
 الرئوية وجزء آخر الى الاوردة الشعبية و آخر الى الاوردة بين الاضلاع
 بعد مروره من خلال الالتصاقات البلورية وحيث ان جريان دم الاوردة
 الجلدية الى الاوردة بين الاضلاع الممتلئة يتعسر بهذه الكيفية فتعطل تلك
 الاوردة الجلدية وتتمدد ولذا يظهر نوع شبه كمة وردي من زرقة على الجلد
 الظاهر من الصدر

وتسكاد تصاب البلورية بشكل الالتهاب المزمن لها وذلك متى امتدت اصابة
 الجوهر الرئوي الى قرب دائرة الرئة فيحصل تخنن في وريقتها وتلتصق مع بعضها
 وقد يكون هذا الخنن عظيماً جداً بحيث تغطى بقايا الرئتين بشبه قلسوة
 تخينة مندحجة لقيمة فلا يتيسر عزل وريقتها عن بعضها ما بدون تمزق الرئة
 وكثيراً ما تلتصق وريقتها بالبلورية في جميع امتداد الرئة وحينئذ فلا يوجد
 تجويف بلوروي بحيث ان امتداد التمسك والفساد الى البلورية لا يحصل
 تجمع غازي في الصدر وأما عند حصول الفساد السريع والذوبان في احدى
 البورات الجبئية الدائرية فانه يحصل التثقب قبل أن يتم الالتصاق أو قبل
 أن يصير متيناً بحيث يمنع من دخول الهواء أو الاجزاء المنفسدة في تجويف
 البلورية وكثيراً ما يوجد في السيل الرئوي الدرني وفي الدرني الرئوي التابحي
 درن دخني على البلورية نفسها أو على الأغشية الكاذبة المتكسوة بآفة
 الالتهاب البلورية والى المزمن

وأما الكهوف فمن النادر أن يعظم اتساعها بالكيفية التي كانت تعتبر
 سابقاً انهاهي الغالبة اعني بالتلاشي الجبني من الدفعات الدرنية المستجدة
 في جدرانها بل الغالب أن اتساع الكهوف مهما كانت كيفية تكونها
 يحصل بواسطة تغير مرضي دقيق في جدرانها اي ارتشاح ثم تلاش وفساد
 تابعي

ثم ان المضاعفة الكثيرة لحصول السلسل الرئوي بامرض الخنجرة قد تدوم
الكلام عليها

وأما مضاعفات هذا المرض الكثيرة لحصول أيضا بتقرح المعى وتدرنه
والاستحالة الشحمية والنشوية لا يكبد والانتهاج الكلوي الجوهري
والاستحالة النشوية لهذا العضو فكل منها مشروح في محله

وفي الاحوال الحديثة لهذا المرض يوجد القلب الايمن المعوق استقراغ دمه
فيكون غالبا في حالة تضخامة وتعدد وأما في الاحوال الزمنية منه التي فيها
تكون كتلة الدم متناقصة فان القلب يوجد غالبا عتة معا صغيرا ضامرا

وكثيرا ما يوجد على اللسان وسقف الحنك للها الكينيم - هذا المرض تراكمات
مبيضة كأنها من ابن متجين مشتملة على أخبطة فطرية وبحر فومات نباتية تشاهد
بالمكروسكوب

وجثة الها الكينيم - هذا المرض تكون في حالة نحافة كليه فيزول الشحم منها
وكثيرا ما يكون جلدها الرقيق الكثير المياض (ان لم تكن من جنس
السودان ونحوهم) مغطى بقشور بشرية (وهذا ما يعرف بتريازس
النموكة) وكثيرا ما تكون الارجل أوديمية ولا يندر أن يكون احد
الشرايين الفخذية منسدابا بسدد ذاتية والفخذ المصاب يكون حينئذ
مر تشعا الرشاحا المستعائيا عظيمها وتكون الجثة بقامها خالية عن الدم
وانما يوجد في القلب الايمن تعقدات دموية عظيمة رخوة ان كان الموت
حاصل يبط

* (الاعراض والسير) *

السلسل الرئوي يسير بصفة مختلفة على حسب كون الاعراض متعلقة
من ابتداء هذا المرض الى انتهائه بتغيرات مرضية رئوية او على حسب
كونها ينضم اليها فيما بعد تدرن الرئة أو كون هذا المرض يتدرن
في الرئة وفي معظم الاحوال يمكن تمييز هذه الاشكال الثلاثة عن بعضها
مع التقريب ولنبحث ابتداء عن كل عرض يشاهد عند المرضى المصابين
بالسلسل الرئوي على حده مع اعتباره كل تغيير مرضي فيهم يكون متعلقا به
هذا العرض ثم نجد في ذلك ووصف سير كل من هذه الاشكال الثلاثة

مع الايضاح

فإنها سرعة التنفس وهو يحصل في جميع أشكال السيل الرئوى ولو كان
بدرجة متفاوتة وله أسباب مختلفة فتزايد سرعة التنفس الخفيف لا يكون
مصحوبا على الدوام بالاحساس المتعب من التنفس الغير التام أو الذى لا يمكن
اتمامه إلا بجهودات أعنى بضيق النفس فكثيرا لا تحس المرضى ولو المصابون
بالسيل الرئوى المتقدم بضيق فى النفس إلا بكمية برهية وذلك فيما إذا ازداد
الاحتياج للتنفس بازدياد حركة التحليل بخلافهم فى أوقات الراحة فإن
مجهودات التنفس تكفى بدون مشاق عضلية فى ادخال كمية كافية فى
الأوكسجين الى الدم ودفن حمض الكربون المتكون فى الجسم وفى أحوال
أخرى قد ينضم للسيل الرئوى سرعة عظيمة مستمرة فى التنفس مصحوبا بضيق
فيه وهذه السرعة تزداد ولا بد بالأسباب السابق ذكرها وتكون من
الأعراض المتعبة جدا لهذا المرض

ثم إن تزايد سرعة التنفس أعنى بضيق النفس عند المصابين بالسيل الرئوى
ينشأ أمان تناقص متسع سطح التنفس أو عن الالتهابات النزلية المصاحبة
لهذا المرض المضيق للشعب الهوائية وتارة وهو نادر عن الآلام وقت
التنفس وتارة وهو الغالب عن الحمى وفى الغالب يوجد بضيق التنفس عند
ما يجتمع كثير من هذه الأمور فيمكن أن يتناقص متسع سطح التنفس بدون أن
تحس المرضى بضيق فى النفس وبدون ازدياد فى سرعة التنفس فى أثناء الراحة
وذلك فيما إذا لم يوجد عند المرضى التهابات نزلية شعبية ممتدة ولا آلام عند
التنفس ولا حمى فكثير من المرضى ذوى الرئتين المتسكنتين والمتهمتين
فى امتداد عظيم بحيث يكاد لا يبقى عندهم نصف الأوعية الشعرية الرئوية
الضرورية فى التبادل الغازى الرئوى يوجد عندهم متى كانت على حالة
الجلوس والاستلقاء فى الفراش حركات تنفسية طبيعية فى الغدد وهذه
الظاهرة توجه بكون الأشخاص السليمين البنية لا يحتاجون إلا لجزء صغير
من الجهودات المهيئة على حصول التنفس لأجل اتمامه فى الحالة الاعتيادية
وزيادة على ذلك فمن المعلوم أنه عند وجود تسكئات أو تهتكات ممتدة فى
الرئتين تتدد الخليا الرئوية الموجودة والتي تكون حافظة لقابلية نفوذ

الهواء فيها تعدا عظيما عند فعل حركة تنفسية اعتيادية بواسطة الهواء
المجذب اليها وعلى حسب ذلك ين دفع منها مدة الرئوية عظيمة في الهواء
زيادة عما ين دفع من أخلية رئوية لشخص سليم وهذا التبادل الغازي
المتزايد في الخلايا الرئوية الباقية يعادل التناقص الحاصل في التبادل الغازي
من فقد الخلايا الرئوية المتكاثفة والمتلاشمة

وبواسطة التحبيبات الدرية التي لا يمكن اثبات وجودها بواسطة العلامات
الطبيعية غالباً ينضغط عدد عظيم من الخلايا الرئوية المتفرقة وعدد عظيم أيضاً
من التفرعات الشعبية وبذلك يتناقص ولا بد منه تسع سطح التنفس ولذا أن
سرعة التنفس العظيمة بدون أصمعية في صوت القرع أو نضح شعبي تعتبر من
العلامات المهمة للسيل الدرني الحقيقي فإن شوهد مرض مصاب من قبل
بتكاثف وتمتلك من الرئة ولم يكن عنده ضيق في النفس ثم اعتراه سرعة عظيمة
وضيق في النفس بدون أن يمكن توجيه هذه الظاهرة بامتداد التكاثف
والتتمك في جوهر الرئة المدرك بالعلامات الطبيعية ولا بازدياد الخبي ونحو ذلك
كان هذا دليلاً على أن السيل الرئوي طرأ عليه التمدد فتوجد أحوال فيها
يمكن الاستدلال من مجرد عدم تناسب بين قلة امتداد التكاثف وسرعة
التنفس العظيمة جداً على طرق تلك المضاعفة

ولا حاجة لاطالة الكلام على كون سرعة التنفس عند المصابين بالسيل تتزايد
جداً بواسطة كل من الالم البلوري وري وبورات النزلة الشعبية المصاحبة لهذا
المرض وامتدادها وكذا بواسطة مضاعفة هذا المرض بالتكاثفات بليوراوية
أو استسقات صديدية أو تجمعات غازية في هذا التجويف

كما وأنه من الواضح أن سرعة التنفس تزداد بواسطة الحمى فإن الحمى عبارة عن
ارتقاء مرضي في تولد الحرارة به تزداد حرارة الجسم فالاحتياج للتنفس يزداد
في كل حي كما يزداد في كل مجهود جسمي فإنه في كلتا الحالتين يزداد تكون
حمض الكربون ويزداد الاحتياج أيضاً للاوكسجين

ومنها سرعة النبض الواضحة فإنها أيضاً ظاهرة من الظواهر الموقظة للظن
بوجود السيل الرئوي ولو قبل البحث عن الصدول بوجود النزلات الشعبية
المزمنة وفي الحقيقة وجود النبض الهادي البطيء في السيل الرئوي ظاهرة

نادرة الوجود جدا وان وجدت كانت علامة جيدة دالة على فقد الحمى
او على وقوف التغيير المرضي المحدث للسلس ووقفا وقتيا او يسكون مستقرا
أحيانا

ومنها آلام الصدر والكفتين وهي ظاهرة قد غالباً في أثناء سير هذا المرض
جميعه وتصح غالباً التغييرات المرضية الالتهابية أَسْمَى من التدرن ففي
الاحوال التي فيها يحصل السلس بوجود بورات التمايية رئوية صغيرة متشرة
أوردن ولا يمكن التمييز بينهما بواسطة العلامات الطبيعية يمكن أن تكون
الآلام البلورية مبهمة من حيثية التشخيص والحكم على العاقبة
سيما وان انضم لها نفاث دم

* تنبيه * ألم الصدر في هذا المرض يكون ينبوعه اما تغييرات مرضية
بليوروية أو ألم عصبي منشع في الاعصاب بين الاضلاع أو غيرهما من
التضرعات العصبية وقد يكون سهوله بكية فيية مخيائية بواسطة مجهودات
السعال

ومنها السعال والنفث وهما ظاهرتان يسبقان السلس الرئوي في كثير من
الاحوال بزمن كثير الطول اوقليله ويكونان متعلقين بالتهاب النزلي السابق
عليه الذي بائتماده الى الخلايا الرئوية يؤدي لحصول التهاب رئوي نزلي وهذا
الاخير باستحالة متحصلة الى الحالة الجينية ثم تلاشيه فيما بعد يؤدي الى السلس
ومن الامور المهمة جدا الوقوف على حقيقة الامر عند كل مريض بأن كان
طوق كل من الحمى والخافه واتقاع البلاد ونحو ذلك حصل بهدأن كان عند
المريض سعال ونفث غزير من منذ زمن طويل أو بأن كانت تلك الظواهر
طرات مع السعال وضيق النفس حالاً وقيل ان صاد النفث غزيراً في الحالة
الاولى التي توجه بكون الحمى والخافه انضم في دور متقدم من التدرن الى
باقى اعراض هذا المرض بقوى الظن بوجود تغييرات رئوية التمايية وفي
الحالة الاخيرة بوجود سلس رئوي درني

ومدة التهاب النزلي المتقدم على السلس تختلف فقد تشاهد احوال فيها تظهر
علامات امتداد هذا التغيير المرضي الى الخلايا الرئوية والسلس في الاسبوع
الثاني أو الثالث من وقت حصوله ومن هذا القبيل ليس فقط أغلب الاحوال

التي فيها يعقب السبل الرئوي الحصبية أو السعال التنجحي مباشرة وينضم
 لهم ما بل كثير من الاحوال أيضا التي فيها يسير التدرن الرئوي بصفة الحمى
 النزلية والجرب (اي الالتهاب الشعبي الوباني) وفي أحوال اخرى يشاهد
 استقرار الالتهاب النزلي السابق على السبل عدة من السنين مع ثورانه في أثناء
 الشتاء وتحسينه في أثناء الصيف الى أن يمتد الى الخلايا الرئوية وفي مثل هذه
 الاحوال يكون حصل سكون في روع الطيب وذلك لانه مع وجود السعال
 والنفت لا يكون المريض محمومًا ويكون حافظًا للقواه وحالة تغذية عامة جيدة
 الى أن تتغير الصفة المرضية دفعة واحدة وتوضح علامات السبل

كما وان المجلس الابتدائي لهذا الالتهاب النزلي الذي يكتب هذا السبل
 الخطر يختلف في بعض الاحوال فقد يكون مصيبا من الابداء للفروع
 الشعبية الرفيعة كما انه قد يمتد من الخنجرة أو من القصبة الهوائية ثم يمتد
 الى الحويصلات الرئوية ومثل هذه الاحوال كثير جدا كما يتضح ذلك من
 شرح الطبيب (اندرال) الذي هو من التابعين لمذهب (لينك) في الجزء الرابع
 من كتابه على الاكسينك الباطني حيث قال

ان الالتهاب النزلي للقنوات الهوائية الذي اعراضه تسبق اعراض الدرن
 الرئوي لا ينشأ على الدوام من الفروع الشعبية الرفيعة بل ولان الغليظة
 فيما فاتنا قد شاهدناه جملة مرار مبدئا من الجزء العاوي من المسالك
 الهوائية فلا يكون في الابداء الاعبارة عن مجرد التهاب خنجري بسيط
 والاشخاص الذين يكونون من هذا القبيل وينبغي تمييزهم عن الذين لا يحصل
 عندهم الالتهاب الخنجري الا في دور متفاوت التقدم من السبل الرئوي
 لا يكون ظهر عندهم أدنى شيء من الاعراض الدالة على وجود اصابة رئوية كما
 عند اصابتهم بالذخبة الخنجرية لا يظهر اها في الابداء أدنى خطر ومع ذلك
 فالصوت يبقى أبيض والخنجرة تكون مجلسا لاحساس بتضيق لا بالم حقيقي
 وبعد زمن متفاوت الطول يعود السعال بنوب متعبة كثيرا أو قليلا
 والاحساس المتعب الذي يكون في الابداء قاصرا على الخنجرة يمتد
 بالتدريج الى القصبة الهوائية ثم الى الشعب وكل نوبة من السعال تحدث
 نوع احساس بدغدغة وحرارة معتبتين بل واحيانا تحدث المساحة فيما خلف

القص وهما يمكن اتباع سير الالتهاب من الابتداء الى الانتهاء الذي
 يعتمد من اعضاء الازدراد والتكلم الى القصبة الهوائية والشعب
 وتفرعاتها وحينئذ يكتسب المرض صفة ثقيلة فتضطرب الدورة وتتغير
 التغذية وحينئذ لاشك في ابتداء تكون الدرن على ما قبل في الجوهر
 الرئوي

ثم ان امتداد الالتهاب النزلي الى الخلايا الرئوية واستحالة ارتشاحه الى الحالة
 الجينية يكثر حصوله عند الاشخاص الغير الجيدى التغذية الضعفاء البنية
 زيادة عن الاشخاص الجيدى التغذية الاقوياء البنية
 والاشخاص الذين يكون اعتراسهم مرارا التهابات نزلية وكانت النزلات
 الشعبية عندهم كثيرة الاستعصاء يكونون اكثر تمردا للاصابة بهذا
 المرض

وبالجملة فقد يدل النفث المنقذ من المريض في اثناء الالتهاب النزلي السابق
 على السل الرئوي على الخطر فانه ان شوهد فيه اشترطه رقبة ذات حواف
 محدودة واضحة الاضفرار كان ذلك من العلامات الخطرة جدا فان هذا يدل
 على أن مجلس الالتهاب النزلي في القروغ الشعبية الرقيقة وان تحصله كثير
 الخلايا وعند ما يكون مجلس شكل هذا الالتهاب بهذه الكيفية يخشى جدا من
 امتداده الى الخلايا الرئوية وأغلب اطباء الذين لم ينضموا للرأينا ويعتبرون
 ان كل سل رئوي ناشئ عن الدرن لا يعتبرون هذا النفث اذا اشترطه
 أو الخطوط الصغيرة علامة للالتهاب الشعبي النزلي السابق على الدرن بل
 علامة من علامات السل نفسه او الدرن الرئوي ثم ان كلام السعال
 والنفث ينذر أن يفقد في اثناء هذا المرض ومع ذلك توجد بعض احوال
 نادرة فيها كل من ارتشاح الرئة ومكابدة الاستحالة الجينية يحصل بدون
 اصابة متقدمة أو مصاحبة في الغشاء المخاطي الشعبي وعند مثل هؤلاء
 المرضى يفقد من ابتداء المرض كل من السعال والنفث فيكون كل من الحمى
 والاضطراب العام وفقد الشهية والضعف والتخاقم كقونا للاعراض
 الواضحة العسرة التوجيه الى أن يدل البحث الطبيعي للصدر على حقيقة
 الامر

وكذا عند ما يكون السيل الرئوي مصحوبا بالسيل المعوي وحصل اسم الـ غزير
قد يتناقص كل من السعال والنفث ولوفي الدور المة تقدم من هذا المرض
أويقة يد بالكلية وهذه الظاهرة توجه به يكون التمجج الشديد في الغشاء المخاطي
أحدث ولا يتخو ولا عظيم من الغشاء المخاطي الشعبي

وأما السعال الأبيج أو المفقود الرئوي فيعد من العلامات المهمة للسيل الرئوي
الدرني وللسيل الناشئ ابتداء عن تغيرات انتمائية مقدسة ونقصا عفا بالدرن
والاحوال الغريبة التي فيها يكون تغير الصوت وقد رنانية السعال
عند المصابين بالسيل الرئوي ناشئة عن الضغط الواقع من التكاثرات
البلبورية اوية على العصب الراجع وشلل الاحبال الصوتية نادرة جدا بالنسبة
للاحوال التي فيها يكون المرضان المذكوران ناشئين عن قروح درنية
في الغشاء المخاطي الخجري ولذا متى صار السعال في أدوار السيل المة مقدمة
أبيج فاقدر الرئوي ما ذكر على تدرون تابعي وأما اذا كان السعال من الابتداء
لا سيما في الرمن الذي فيه لم يزل النفث لرجاشقا فاولم يدل البحث الطبيعي عن
الصدر على تغيرات مرضية واضحة ساغ الظن بأن هذه السلا درنيا ابتداء ثما
ولا يندر أن يبدئ تكون الدرن في الشعب والخجيرة ثم فيما بعد ديمة بدلي
القروح الشعبية الرقيقة

وأما النفث الذي يتخذ في أثناء سير السيل الرئوي فان معظمه يكون متحصلا
للا التهاب الترنى الشعبي المضاعف لهذا المرض الا انه يظهر فيه بعض اوصاف
خاصة بها يقوى التأكد من تشخيص هذا المرض
ومن الامور الحقيقية ما قاله كاستات ان من الاعراض المهمة الموقفة
للظن بوجود التدرون الرئوي بقاء النفث حانظا للصفة الفجة زمنا طويلا
كصفة النفث في الالتهاب الشعبي الحاد مع استمرار السعال المستعصى
والحمى فان تكون الدرن في الغشاء المخاطي الشعبي يصطحب ولا يتبعه
مستمر ولم ونفث جرنى قليل المواد ذات الشكل وهو المعبر عنه عند الاقدمين
بالنفث الفجوع وعند المتأخرين بالنفث المخاطي
وان تحقق بالبحث المكرو سكوبي ان النفث المشتمل على أشطرة مصفرة
واضحة محتو على الياف مرنة تعرف بوضعها وتخرجها انتمائية من جدر

الخلايا الرئوية صار النطن الذي يخشى من وقوعه عند ظهور هذا النفث
أمرا محققا فان التكون الخلوي يكون قد امتد من سطح الغشاء المخاطي
الى جدر الشعب وما يحيط به وحيثما ثبت وجود الالياف المرنة في النفث
علامة أكيدة على السبل

وأما اختلاط الدم بالنفث المخاطي الصديدي الاختلاط قويا بحيث يكتب
لونا حمر مصفرا مستويا فاعلامه مشخصة للالتهاب الرئوي المزمن بحيث
يستدل مع التقريب من وجود هذا النفث في أثناء سير الالتهاب النزلي الشعبي
المزمن على امتداد هذا المرض الى الخلايا الرئوية

واما ان تكونت كهوف في الرئة فان النفث يكتب ولا بد شكلا مخصوصا
يعتبر هو ما واصفا للسبل الرئوي ويعتبر كذلك بغير حق واصفا للدرن الرئوي
فيوجد في اناء البصاق نفث مستديم في شكل قطع المعاملة ذلون سنجابي
منعزلة قطعه عن بعض افرانز مخاطي شعبي صاف متفاوت الكمية وان
القط هذ النفث في كونه عميقة شوه فيه اكر مستديرة غير منتظمة
التسكور وغير شفافة وذات دائرة مشرزمة تسقط في قاع هذا الاناء عيطه
وهذا النفث الكري المذكور يكاد يعتبر عند الاقدمين من الاطباء علامة
اكيدة على وجود كهوف في الرئة وبالبحث المكروسكوبي يشاهد انه
متكون من أخيلية جديدة جينية مكابدة للاستحالة الشحمية ومن كمية عظيمة
في جسيمات زاوية وبقايا جينية رقيقة وكثيرا ما يوجد فيه الياف مرنة آتية
من جدر الخلايا الرئوية وفق الشفافية والتلون السنجابي المائل
الى الخضرة للنفث ناشتان عن كثرة احتوائه على عناصر ذات شكل تحتلط
به عند كثره من مناطق يلا في الكهوف الرئوية وأما الشكل المستدير للنفث
فهو ناشئ عن كونه عميل ولو بعد انقذافه لفظ شكل التجاويف الرئوية التي
كانت مستتلة عليه وأما ميله الى السقوط في قاع الاناء من الافراز الشعبي
فناشئ عن قلة اختلاطه بالهواء وهو في الكهوف الرئوية يختلف الافراز
الشعبي المضطرب على الدوام بحركة هواء الشميق والزفير فانه يحتوى على
قاعات هوائية ويكون خفيفا

وأما الجزيمات الصغيرة المستديرة الجينية الكريمة الرائحة التي تشاهد

احيانا في النفث وتعتبر عند العوام علامة كبدية على الدرن فانهم ان يكون
عادة آتية من هالات اللوزتين ويندر وجود مواد خشكر يشبه دفتيرية
صغيرة آتية من جدر الخلايا الرئوية والبحث الكيماوي لا يستدل منه على
شيء في التمييز النفث المنقذ في الالتهاب الشعبي النزلي البسيط والسلسل
الرئوي

وأما الحمى فهي من الاعراض الملازمة للسلسل الرئوي سواء كان ناشئا عن
التهابات رئوية او ثذرن وقد اوضح (سمسم) ان امتداد الالتهاب النزلي الشعبي
الى الخلايا الرئوية عند الاطفال يصطب على الدوام بارتفاع عظيم في حرارة
الجسم وسرعة في النبض وعين ذلك يحصل في ابتداء الالتهاب الرئوي النزلي
عند الشبان وزعم (لوي) من انه في معظم الاحوال (اعني اربعة احوال
المرضى) لا تحصل لهم الحمى الا في دور متقدم من التدرن الرئوي مبني على ان
المؤلف المذكور متمسك بذهب (لينك) ويعتبر الالتهاب النزلي الاولي ناشئا
عن التدرن السابق الحصول وكثيرا ما يهنا على نتائج هذا الزعم الخطيرة
ونقول مع التأكيده بالملاحظة الدقيقة لحرارة الجسم وسرعة النبض في
كل التهاب شعبي نزلي بسيط والمعالجة الدقيقة لكل حالة فيم يظهر في اثناسير
التزلات الشعبية المزمنة يمكن ولا بد تجنب ظهور السلسل الرئوي وامتداده
وكما ان ظهور الحمى علامة مهمة دالة على امتداد الالتهاب النزلي من الغشاء
المخاطي الشعبي الى الخلايا الرئوية فكذلك استمرارها يدل على ان التغيرات
الالتهابية الرئوية لم تقطع سيرها ولم تنته واقواس الحرارة المبنية عند درسم
درجة حرارة المصابين بالسلسل الرئوي تكون غالبا مساوية لبعضها اتساويا عظيما
بحيث يكاد يحكم منها مع التأكيده على السلسل الرئوي كما يحكم من اقواس
الحرارة في التيفوس والالتهاب الرئوي اللبني الحاد على هذين المرضين والفرق
بين حرارة الصباح والمساء يكون عادة من درجة الى درجة وخمسة خطوط
مئينية ويندر أن يكون اقل من ذلك وكثيرا ما تكون درجة الحرارة
في الصباح طبيعية تقرى بانخفاضها في وقت الظهور والمساء فانها اتصل الى
درجة ٣٩ بل ابلغ وسير الحرارة المذكور راسا خصوصا بجميع انواع الحمى
التي فائنا ان قارنا اقواس الحرارة عند شخص مصاب بالسلسل وشخص آخر

معتبره تقيح دائري من كاتسوس ونحوه انضج لنا فرق عظيم بالنسبة
 لا تنظام الاضطاط الصباحي والثوران المساني والى الآن لم تنته الابحاث
 العديدة عن معنى الدق عند المصابين بالسل لاسيما الامور التي بها يضطرب
 سيرها المنتظم ومع ذلك يمكننا أن نقول مع التأكد انه في أحوال السل
 الدرني بالمعنى الحقيقي له وفي أحوال طرق التمدن على الاتهابات الرئوية
 المفسدة يكون الفرق بين حرارة الصباح والمساء قلبه الاغلبا ولذا يستفج من
 ذلك جودة في الحكم على العاقبة مادام طرز الحى مترددا أو متقطعا
 بخلاف ما اذا كان قريبا من الطرز المستقر فانه في الحالة الاولى يمكن تلطيف
 سير الحى أو قطعه بالكيفية وتحسين حالة تغذية المرضى وقوتهم بخلافه عند
 المرضى الذين لا يوجد عندهم الاضطاط صباحي فلا يشاهد حصول هذا
 النجاح

وعنى تكيست المواد الجينية أو حصل فيها ذوبان تابعي وامتنعت أمكن أن
 تزول الحى بالكيفية ولذا لا يندر فقد الحى بالكيفية عند بعض المرضى الموجود
 عندهم كهوف عظيمة في قمة الرئين وفي مثل هذه الاحوال أى التي ينتهى فيها
 الاتهاب الرئوى بالتبليس يوجد تفاوت عظيم بين العلامات الطبيعية
 والنفت الكرى الذي يتقدف صباحا كل يوم وبين الحالة الصحية العامة
 للمريض وهيبته الصحية وقواه وتغذيته الجيدتين وقد اوضحنا فيما تقدم ان
 مثل هؤلاء الاشخاص ولو انتهى مرضهم بشفاء نسبي يكونون على الدوام
 مهملين بالوقوع في السل عقب نكسات التغيرات الاتهابية الرئوية او
 التمدن التابعي للرئة ولذا كان من الموصى به في الطلب العملي الاستقرار على
 وزن جسم مثل هؤلاء الاشخاص وقياس درجة حرارتهم حتى يعلم ان كان
 هذا العارض وقع عندهم أم لا ومن هذا الايضاح يستفج ان معرفة قياس
 درجة الحرارة مهمة جدا في تشخيص السل الرئوى والحكم على عاقبته
 ومعالجته وأقل ما هنا ان اهمية فيه يكفى غيره من الامراض
 وأما فقر الدم والخفافة فهما عرضان استعمار السل منهما اسمهما وذكرا
 لهما ما هنا بعد الحى ناشئ من عدم شكافي ككون الحى هي ينبوع
 الاصلى لهما وما وما يدل على حقيقة النظرينات القائلة بان ارتفاع حرارة

الجسم ارتقاء مرضيا عما يفتج عن ازدياد تولدها التام في السريع في وزن
 الجسم ولو بعد الحى القصيرة المدة وقد ثبت لنا بالقياسات العديدة
 للحرارة في الاكلينك عند المصابين بالسسل الرئوى أن نقص وزن الجسم
 أو ازدياده مرتبط ولا يتبدل بارتقاء الحى أو زوالها والرأى القائل بان الحى
 الخفيفة الشدة المستمرة يقل حصول النهوك فيها سيما متى لازم المريض
 الفراش أقل من حى الدق التى فيها الحرارة اليومية للجسم تكون طبيعية
 تقريرا في بعض الساعات ثم ترتقى ارتقاء سر يعاصر يح للغاية وعلى كل حال
 فتولد الحرارة وفتد عنصر الجسم مدة الارتقاء السريع عظيم جدا كما
 أثبتته (ايرمن) ونحن نقول به هذا القول ومعرفة كون الحى هى التى يفتج
 عنها نهوك الجسم وفتد قواه عند المصابين بالسسل مهمة جدا بالنسبة لمعالجة
 هذا المرض

* (العلامات الطبيعية) *

أما البحث بالنظر فيستدل به عند كثير من المرضى المصابين بالسسل الرئوى
 أو المظنون وجوده عندهم على الهيمية السلبية ويعنى بذلك صفة مخصوصة
 من الجسم تدل على عدم تمام تغذيته وتكويرته وهى توجد عند الأشخاص
 الذين اثرت في أجسامهم مؤثرات مضعفة عاقبة لتام عونها فاعظام مثل
 هؤلاء تكون دقيقة وجلدهم رقيقا ووجنتهم حمرة وصلبة اعينهم
 مزرق والمضوج الخاوى تحت الجلد قليل الشحم وعضلاتهم قليلة القوة
 وعضلات العنق تسمح عندهم بسقوط الصدر بحيث يظهر العنق
 طويلا والعضلات بين الاضلاع تسمح بتباعد الاضلاع عن بعضها تباعدا
 عظيما فتكون المسافات بين الاضلاع عريضة وزاوية اندغام الاضلاع
 فى القص أكثر حدة وتجوبف الصدر جميعه أكثر تفرطجا وضيقا
 واستطالة عن اقوياء البنية العضلين وكثيرا ماتكون الكتفان متجهتين
 وساقطين الى الامام والحقان الانسيان لعظمى الكتف بارزين على
 شكل جناحتي

ثم انه فى العصر الاخير لم يلفت الى أهمية الهيمية السلبية بالنسبة لتشخيص
 السسل والحكم على عاقبته ولا يشك فى ان الهيمية المذكورة توجد عند اشخاص

كثيرين مع بقائهم مصونين عن الاصابة بالسيل الرئوى ويعبرون
طويلا لان ذلك لا ينافى القول بان الهيممة السالبة علامة قوية على ضعف
البنية وسهولة اصابتهما على وجود استعداد للسيل فان وجد عند مريض
ذى هيممة سالبة نزلة شعبية في قمة الرئة خشى ولا بد من ان يمتد ذلك الى الخلايا
الرئوية اوردى ما كان قد امتد بالفعل أكثر مما اذا كان هذا التغير الترنى مصيبا
لشخص عضلى قوى البنية

واما الخساف الحفرة فوق الترقوة وتحتها فى كتفا الجهتين او فى جهة واحدة
الذى كان يعتبر عرضا مهمه للسيل الرئوى فلا يدل على تدرن رئوى ولا نضح
جيبى ولا تلاش فى الجوهر الرئوى بل لا يدل الا على مجرد ضعف فى جسم قمة الرئة
بواسطة التيبس أو الانكماش وحيث ان هذا التغير هو الذى يحدث بانقراده
انخساف الصدر كان هذا العرض علامة مهمة دالة على انهما جيد أو على
شدة انسيب للغير المرضى الغذاقى الذى هو منشأ للسيل الرئوى غالبه وانما فى
الاحوال التى فيها يوجد جوار هذا العرض اعراض أخرى دالة على تقدم
التمك المرضى ساغ الحكم بوجود السيل الرئوى وتشخيصه

واما ضعف الحركات التنفسية فى الاجزاء العليا من الصدر فانه ان وجد
مصاحبا لانخساف الاجزاء المذكورة كان دالا ولا يدل على ما دل عليه هذا
الانخساف فانه فى مثل هذه الاحوال لا يطاوع الجوهر الرئوى المنكمش
او التيبس جذب عضلات الشهيق وان كانت الاجزاء الباقية على ضعف
حركتها مدة الشهيق حافظة لتحديدها الطبيعى وكان مع ذلك صوت القرع أصم
فانما جاز الحكم حينئذ على وجود تكاثف عند فى الجوهر الرئوى وفى الغالب
على وجود نضح الترابى رئوى وأما ضعف حركات التنفس فى جرح من
الصدر فيه لا يستدل بالقرع على اصميه بل على لغط طبيعى أو فارغ طبلى فانه
يستتبط منه وجود الدرن لكن هذه العلامة ليست أكيدة فان الالتهابات
الرئوية القضيحية المنتشرة يمكن ان تضعف حركات التنفس بدون احداث
اصميه فى صوت القرع

وأما ضربات القلب الممتدة كثيرا وتقول قته الى الوحشية فانه يوجد بكثرة
فى أوال تيبس الفص الرئوى العلوى اليسارى وانكماشه اذ بذلك يتعري

التامور في امتداد عظيم ويخذب القلب الى اليسار وهذا العرض يدل
 كالتخساف جدر الصدر على شفاء نسبي للتغير الرئوي فلا يجوز الحكم به على
 وجود السيل الرئوي الا متى وجدت اعراض تهتك الرئة بواسطة تغيرات
 التماوية رئوية او دينية وحي وتناقص عظيم في وزن الجسم
 وبالبحث بالجس الذي كان يستدل به سابقا على امتداد جركات جدر الصدر
 وتحول القلب يستدل كثيرا على تغير في الاهتزاز الصدري أى القوج
 الصوفي عند المصابين بالسيل الرئوي فكثيرا ما يكون هذا الاهتزاز متزايدا
 أعلى الكهوف الرئوية العظيمة المحتموية على هواه المستطرفة بقرع شعبي
 وكذا الارتشاحات الفصيصة الرئوية والتسدرن الرئوي الممتد الذي يؤدي
 لاسترخاء في الجوهر الرئوي يمكنها ازدياد الاهتزاز الصدري ومع ذلك
 فان هذا القوج الصوفي لا يمكن الارتكان اليه في تشخيص السيل الرئوي
 الا نادرا كما ذكره (سابقا)

واما البحث بالقرع فيستفج منه علامات مهمة في تشخيص السيل الرئوي
 حيث بواسطة يمكن بسهولة معرفة الحد العلوي من الرئة (كما قاله سايتس)
 وهذا في الاماكن اسهل منه في الخلق وعند انفتاح القم اسهل منه عند انغلاقه
 وذلك ان اللغظ الطبلي للقصبة الهوائية حينئذ يسهل اتصاحه عن اللغظ
 الطبلي لقمة الرئة ولذا ينبغي عدم الاهمال في البحث بالقرع عن قسوة
 المصابين بالآفات رئوية مزمنة اذ من المحقق ان ارتفاع الرئتين متساو
 في كانهما الجهتين في الحالة الطبيعية وبالقياس من الترتوين يتضح ان هذا
 الارتفاع يبلغ من ثلاثة الى خمسة سنتيمترات وعند وجود اصابات مزمنة
 في الرئتين كثيرا ما يوجد في الجهة المصابة انخفاض في قيم الانخفاض الحد
 العلوي من قمة الرئة يستدل به كالتخساف الحفرة فوق الترقوة وتحت اعلى
 تيبس وانكاش في تلك القمة واصحية صوت القرع التي تشاهد بالخصوص
 في القسم فوق الترقوة وتحت اعلى نفس الترقوة وكذا في الحفرة فوق الكتف
 والشوك في الظهر تعتبر علامة واصفة للسيل الرئوي عند الاطباء بل والعوام
 وأغلب المرضى الذين يستشيرون طبيبا بعد آخر يعلمون جيدا امتداد الاصحية
 وما كانت عليه من الاتساع في البحث السابق واللغظ الاص في الاجزاء

المدكورة يدل على ان الجوهر الرئوي من تشخ في امتداد عظيم أو متينيس
 بواسطة تكون خلوي فيه ولا ينشأ عن التمدن مطلقا تكاثف متمدد جدا
 بحيث يصير صوت القرع أصم وبالجملة فمن الجيم مد على وجه العموم كون
 امتداد الاصميمة مطابقة الباقي الظواهر المرضية وازدياد الاصميمة متناسبا
 بالنسبة لازدياد المرض وان كان الامر بخلاف ذلك خشى من كون المريض
 مصابا بتمدن الرئة وصوت القرع غير الاصم وان كان فارغا أو طيبا يمكن
 وجوده في احوال الارتشاحات القصصية الرئوية والدمن الدخني ان نشأ
 عنهما تناقص في المتحصل الهوائي للرئة واسترخا في جوهرها لكن الاعجاب
 ان لا يوجد في مثل هاتين الحالتين تغيير في صوت القرع وأما اللفظ الطبلي
 الواضح فانه يشاهد أعلى الكهوف الرئوية المحتوية على هواء وان حصل
 تغيير في ارتفاع هذا اللفظ بواسطة فتح القم وانغلاقه كان هذا دليلًا قطعيا على
 وجود كهف رئوي

وعند وجود رئوية معدنية في صوت القرع وهي ظاهرة نادرة في السبل الرئوي
 يحكم بوجود كهف عظيم فارغ ذي جدر ملساء منتظمة أسفل المحل المقروع
 وذلك متى كان الطيب متا كذا من عدم وجود تجمع غازي في الصدر واما
 ما يسمع عند القرع كصوت الاناء المشهور فانه ينشأ عن طرد الهواء من
 كهف سطحي رقيق الجدر عند القرع عليه الى كهف مجاور له او فرع شعبي
 وبالبحث بالتسمع كثيرا ما توجد اعراض واصفة بزيادة عند الفتح والتكلم
 الشعبيين واللفظ الكهفي وهي علامات النزلة الشعبية التي تستمر جملة اسابيع
 بل واشهر قاصرة على قمة السدى الرئوي ويندر أن لا يسمع في هذا المحل الا
 خراخرا كما ذكرنا بل الغالب ان يوجد عرض مهم وهو ان اللفظ التنفسي
 الجوي يصلي بصير فيه ضعيفا غير واضح بسبب تضيق عدد عظيم من القروع
 الشعبية أو انسدادها أو أن التنفس يكون أشد حدة واللفظ الرئوي أكثر
 استطالة وهذا ناشئ عن شدة احتسالك الهواء عند الشهيق والزفير مدة
 مروره من الشعب المتضايقة أو المنضغطة بواسطة الالتهاب التزني وزيادة على
 ذلك فالغشاء المخاطي لهذه الشعب يفتقد ملامسته ومدة الزفير تكون غالباً
 أكثر طولا من مدة الشهيق بل كثيرا ما تكون حركة التنفس متقطعة وبالجملة

فن العلامات المخوفة بكثرة وجودها في رتبة في قبة إحدى الرئتين
 عند السمع لا تقول الا زوا البرهيا عقب نوب سعال شديدة
 ثم ان وجود هذه الظواهر بانفرادها وان عول عليهم في الوقوف على حقيقة
 تشخيص السيل الرئوي الا أنه توجد ظواهر أخرى جديدة تويد الأولى وهي
 انه متى وجدت كهوف رئوية أو فروع شعبية غليظة منفصلة عن جدار الصدر
 بدسوح رئوي حال عن الهواء سمع ما يسمى بالنفخ والتكلم الشعبيين لكن
 مع ذلك ينبغي التمسك بأمرين أحدهما ان التنفس الشعبي قديق قد لا يسمع
 الاخر ضعيفة أو تنفس غير محدود ولو كان جوهر الرئة مكابداً كانت
 عظيم وفي باطنه كهوف عظيمة وذلك عند امتلاء تلك الكهوف والشعب
 بانوار مرضي ولذا لا يسمع عند فقد التنفس الشعبي الحكم بعدم وجود
 كهوف درنية في الرئة والا كان الحكم بدون تأمل وثانيهما ان التنفس الشعبي
 الذي يسمع في الصدر يبقى على حاله سواء تولد في الشعب أو الكهوف الرئوية
 خفية فلا يكفي سماعه بانفراده في تشخيص الكهوف الدرنية وفي قابل من
 الاحوال يكفي تسمع الغاط في الصدر بانفرادها لتشخيص هذه الكهوف
 تعرف بالالغاط الكهفية ويسمى الغط التنفسي الكهفي بالتنفس الانزوري
 اي الصداق والخرخر الكهفية بانظر اخر المعدنية وانفجار الفقاعات في هذه
 الكهوف بالرئانة المعدنية ويمكن احداث هذه الالغاط بالصناعة أي بواسطة
 النفخ في فوهة زجاجية مفتوحة أو بوضع سائل فيها واحداث حر كات فيه ثم
 تريح بقرب الاذن أو بواسطة قاط نقطة ماء فيها وهي بقرب الاذن والالغاط
 الكهفية لا تتم في الرئة الا اذا اشتملت على الامور المماثلة لما سبق به منى انه
 يوجد فيها تجويف ذو جدران مساعلى شكل جدران الزجاجية اي متباعدة عن
 بعضها من الوسط فيكون منشأ الالغاط حينئذ موجات رنانة منهكسة
 بواسطة جدران منتظمة وأما المقياس التنفسي أي الجهاز الذي تقاس به
 قابلية الرئة للهواء أي مقياس كمية الهواء الخارجة من الرئتين بعد التيقن
 العميق بخروجها قليلاً في تشخيص السيل الرئوي وذلك في الاحوال التي
 يستعمل فيها من القرح والسمع على شئ به يظن بوجود السيل الرئوي عند
 وجود سعال مستمر كالذي يكون في المصابات بالسلوروز

ثم ان قابلية الرئة للاحتواء على الهواء تختلف باختلاف الاقاليم فقابليتها
 مثلاً في بلاد الانكليز في شخص قوى البنية تعادل ٣٨٠٠ سنتيمتر مكعب واما
 في بلاد الجرمانية فتعادل ٣٣٠٠ كما انها تختلف ايضا باختلاف الجنس
 والسن وعظم الجسم وطوله بحيث انه مثلا عند ما يكون طول الجسم من خمسة
 اقدام الى ستة فان كل قيراط من هذا الطول يزيد في قوة قابلية الرئة ١٣٠
 سنتيمتر مكعب وهذه الامور وان اعتبر جميعها بالدقة لا بد من وجود اختلاف
 عظيم على حسب ككون الاشخاص المفعولة فيهم هذه التجارب ذوى
 ممارسة في اجراء التنفس العميق والزفير المستطيل أم لا فعلى حسب ذلك
 يتضح لنا ان قوة قابلية الرئة للهواء ووجودها على الحالة الطبيعية تثبت لنا
 سلامة هذا العضو وان تناقص القابلية الطبيعية فيه لا تدلنا على شئ بالنسبة
 لتشخيص السيل الرئوى وأما التناقض العظيم جدا في قابلية هذا العضو الذى
 يعادل صفات من السننيمات المكعبة يعين على تشخيص هذا الداء ما لم توجد
 عوائق اخرى للتنفس اضعف في عضلاته

وللشرح الآن في شرح الصفات المرضية المختلفة التى تلبس بها الاشكال
 المختلفة من السيل الرئوى وتبدئ في ذلك بالشكل الذى فيه تكون الظواهر
 المرضية المتعلقة بتغيرات التمايية رئوية وباتها آتها
 وليس من الغادر ان يتبدئ هذا المرض بظواهر مرضية شديدة متملصة بصفة
 تغير مرضى حاد ومن هذا القبيل تعتبر الاحوال التى فيها الالتهاب الرئوى
 اللينق بدلا عن كونه ينتهى بالتحال يودى الى ارتشاح جبينى فى الرئة والسيل
 والاحوال التى فيها الدم المنسكب بالزيف الرئوى فى الشعب والخلايا
 الرئوية بعد انعقاد يحدث فيها تغيرات التمايية رئوية ممتدة وكذا الاحوال
 التى فيها الالتهاب الشعبى النزلى الحاد يمتد الى عدد عظيم من الخلايا الرئوية
 فى اجزاء عظيمة من الرئة

أما الالتهاب الرئوى اللينق فيخشى من انهائه بالارتشاح الجبينى والسيل
 الرئوى متى لم تنطوى الحمى فى انهاء الاسبوع الاول او فى ابتداء الاسبوع
 الثانى وحصل فيها توران عظيم وقت المساء وانحطاط مضروب بعرق غزير نحو
 الصباح واستقرت الاصبحة فى الصدر وجمع فى محارها الغاط خبز به رطبة رنانة

وانتذف بالنفت كمية عظيمة من مواد مخاطية صديدية والتحقق من وجود
 الناف مرة في النفت والفاط كهفية لا يبقى أدنى شك في كون الجوهر
 الرثوي المرشح ارتشاحا جديدا آخذا في التلاشي والتهتك واغاب المرضي
 بهالك بعد أسابيع قليلة منهمكين من الحمى ومن النادر ان هذا المرض يخط
 بعد ان كانت فيه المرضي في حالة يأس فيصير النفت قليلا وتأخذ المرضي
 في العود الى الصحة شيئا فشيئا غير ان الاصمبة تستمر والصدرة في محاذاتم ينخسف
 تدريجا ثم بعد مدة من الزمن تشاهد علامات تيمس وانكماش في اجزاء الرئة
 الصلبة وكثيرا ما تظهر كذلك علامات السكوف الشعبية فيها

وكذا التغيرات الالتهابية التي تعقب النفت الدموي والزيغ الرثوي
 مباشرة تسير بكيفية مماثلة لما تقدم وهذه التغيرات تنتج تبعاً لرائع ان الدم
 المنسكب في الشعب والخلايا الرئوية وانعقادها فيها وكلما كثرت امداد الاصمبة
 المتكونة في اثناء سير النفت الدموي واستمرت زمنا طويلا وكثرت افضاح
 الظواهر البليوراوية واشتدت الحمى واستطالت مدتها حتى ولا بد من ان
 الدم المنجس والجوهر الرثوي الملتبب يكون قد اعتراه الاستحالة الجينية
 وان الالتهابات الممتدة للجوهر الرثوي آيلة للحصول وقد بينا فيما تقدم انه من
 الجائز ايضا في مثل هذه الاحوال حصول سهولة وامتصاص في المواد الجينية
 او تكبيرها وحصول تيمس وانكماش في الاجزاء الرئوية المريرة عقب نحو
 جوهر خلوي عظيم وتكونه

وكذا سعي الالتهاب النزلي الشعبي الحاد الى عدد عظيم من الخلايا الرئوية
 وامتداده اليها قد يكون مصحوبا بظواهر مرضية ثقيلة جدا سيما بحمى
 شديدة والمخاط عظيم في القوى وحالة التغذية العامة بحيث يكون
 التشخيص عسيراً في الابداء وفي مثل هذه الاحوال يمكن الظن بأن الالتهاب
 النزلي والحمى الشديدة ناتجان عن تغير مرضي تسمى منتشر أو عن تكون
 درن حاد في الرئة الى ان يتضح الامر وذلك يحصل بسرعة غالباً فبعض النفت
 باختلاطه بالدم اختلاطاً قوياً يكتسب الصفة الخاصة بالنفت الالتهابي
 الرثوي وتظهر آلام بليوراوية متفاوتة الشدة والامتداد ولغط القرع في
 الاجزاء العليا من الصدر يصير فارغاً وطبياً او ادم متى ادت البورات

القصبية الرئوية في البداية الى تكاثفات ممتدة وحينئذ تصير الالفاظ
الخرخرية غير الواضحة امتدادا زبانية واغط التنفس شعيبا واهل جرا ومن الجائز
تحلل هذه الارتشاحات النزلية الحادة تحللا تاما لكن الغالب أن يعثر
الجوهر الرئوي المرشح استحالة جينية فبملاشي في أقرب وقت وأغلب
أحوال السل الرئوي السريع السير جدا التي فيها تحصل تمسكات ممتدة
في الجوهر الرئوي في قليل من الاسابيع وتهلك المرضى بالحى الشديدة بعد
أن يحصل لهم شحافة عظيمة في أقرب وقت تنشأ عن سعي الالتهاب الشعبي
النزلي الحاد الى الخلايا الرئوية وامتداده اليها في اجزاء عظيمة من الرئة فتعتبر
هذه الحالة انهاء الالتهاب الرئوي النزلي الحاد وتحت الحاد وتسمى بالسل
السريع السير وان كان التغيير المرضى الذي نحن بصدده منتشر في فص رثوي
بتمامه يندر ولا بد حصول امتصاص تايبي أو تكيس في المواد الجينية ثم
تيمس وانكماش في الاجزاء المرصعة ويكثر حصول ذلك الانهاء عند قلة
انتشار هذا التغيير المرضى ففي كثير من الاحوال يمكن نسبة انخفاض كل
من الحفرة فوق الترقوة وتحتها وانخفاض الحد العلوي من الرئة الى نوبة
التهاب رثوي نزلي حاد مستطيل المدة قد انتهت بالتيمس والانكماش فلا
يندر مشاهدة ان بعض المرضى يعتبره زمنا فرما نوب من هذا القبيل ويشق
منها لكن عقب كل نوبة يزداد امتداد الاصابة ويحيط الجزء المنخسف من
الصدر الى أن تملأ بنوبة التهاية رئوية أو بالتدرج الرئوي

وهذا الاحوال فيها بعكس السابقة يكون امتداد الالتهاب النزلي من الشعب
الى الخلايا غير محسوب بظواهر ثقيلة بل يحصل بكيفية كامنة فـ كثير
ما يوجد بالجثة في قمة الرئين انكشاشات ندية وبورات جينية متكيسة
وتكاثفات مندحجة وذلك عبارة عن بقايا تغيرات التهاية رئوية اخذت عنها
كأنه يوجد عند كثير من الاشخاص انخساف في الحفرة فوق الترقوة
وتحتها وانخفاض في الحد العلوي من الرئة بدون الوقوف على معرفة الزمن
الذي فيه اخذت اعراض الالتهاب الرئوي سيرها وأدت لتيمس قمة الرئة
وانكماشها ومع ذلك فالالتهاب الرئوي المزمن متى كان التغيير المرضى فيه
متدا بصطب ولا يتبالحي التي تكون خفية حتى انها غالباً تختفي عن المرضى

بل والاطباء احيانا وذلك لان الظواهر الجيدة المحسوسة وهي الشعور بزيادة
والاحساس بالحرارة وازدياد العطش تسكون واهمية جدا افتتحنى بالكتابة
بالتسبب لزيادة فقد العضوى لاجزاء الجسم والتأثير المضر الذى تحدثه
الحى فى الشهية والهضم وتكون الدم والتغذية

ومتى اعتدى المريض المصاب بتلذات شعبة من منبه لم تضرب منها حالة
صحة العامة وقدوته على الاشغال فقد فى الشهية وانتقع لونه وصار فحيفا
واتضح تناقص قواه جازا لظن بامتداد التغير الترنى الى الخلايا الرئوية
ولذا كان من الواجب حينئذ قياس حرارة الجسم بالدفعة والبحث عن الصدر
بانعلامات الطبيعية حتى يتأكد من وجود الحى وتكاثفات فى الرئين أولا
فان الشكل المزمن من الالتهاب الرئوى الترنى فيه ميل عظيم لانتهاه بالتميس
والانكماش عند التمتع بالشروط الصحية العامة الجيدة كما تكثر فيه الانكسرات
عند تأثير المؤثرات المضرة ولذا كان من الواضح ان كثير من المرضى الذين
اعتراهم تكاثفات ممتدة فى الرئين وكهوف شعبة فى قيم ما يحصل لهم فى أثناء
الصيف تحسبن عظيم فى الحالة العامة للصحة ويزداد عندهم كل من القوى
ووزن الجسم وفى أثناء الشتاء يحصل لهم ضعف وثخافة وانتقاع اللون ويظهر
فيهم تكاثفات جديدة فى الرئين سيما اذا كانوا مدمنين على الشغل وتعرضوا
لتأثير البرد وهذا التعاقب يتكرر كثيرا لاجل من السنين ومثل هؤلاء المرضى
يوجد منهم عدد عظيم فى الممارسات حتى يمل من طول مكثهم بها فان الدرن
الرئوى المزمن على ما يقال عموما غير معتنى به والتأثير العظيم للوسائط
العلاجية ولا سيما الصحية العامة فى هذا الشكل الذى هو أكثر اشكال السل
الرئوى وجودا واضحا بالرأى انا وانه دليل على صحة تصورنا

واما ظهور الدرن الرئوى فى أثناء سير السل الرئوى الناشئ عن تغيرات
التهابية رئوية فقد يحصل بكمية كافية جدا حتى لا يمكن تشخيصه رأسا او
بالاقل مع التاكيد وفى احوال اخرى كثيرة سيما التى فيها تكون الرئة مجلسا
لعدد عظيم من الدرن والتدرن منتشر فى غير هذا العضو من الاعضاء يكون
التشخيص سهلا فان وجد عند مريض مصاب بالسل الرئوى ضيق فى النفس
بدون امتداد الاصعية فى الصدر واستمرت الحى ولو مع المعالجة اللائقة

واكتسبت الحمى بدلا عن الطرز المتردد طرزا مستمرا وحل الاسهال محل الميل
الى الاعتقال والامسالك وانضم لباقي الظواهر المرضية بحجة في الصوت او
فقدته أو الاعراض المعالومة للاتهاب السحائي لقاعدة الدماغ جاز القول مع
التأكد حينئذ ان السيل الرئوي طرأ عليه التدريز ويرتكب في تشخيص
ذلك عند الشبان الذين يوجد فيهم ميل عظيم لاصابة السحايا الدماغية الى
الظواهر المرضية الدماغية وعند المتقدمين في السن الى الظواهر المرضية
المعوية والخجيرية

ثم ان الصفة المرضية التي يبتدئ بها السيل الرئوي الدرني ويسير تختلف
اختلافا عظيما عن الصفات المرضية السابق ذكرها وتميز عنها في الغالب
بحيث يسهل تشخيص هذا الشكل القليل الحصول من السيل الرئوي وذلك
ان الدور انزلى السابق الحصول بقدر فيه بالكافية وكل من الحمى والنحافة
لا يبتدئ في الزمن الذي يغزر النبت الخاطي الصديدي بل ان التكون
الدرني سيما اذا كان كثيرا هو الذي يحصل ابتداء مع ارتفاع عظيم في حرارة
الجسم ونحوه كتمريعة فيه بواسطة تكون الحرارة المرتقى لدرجة عظيمة
فان استبان لنا ان مرضيا ابتداء عند سعال ونفت بعد ان كان حصل له
في الاسبوع السابق ضعف سريرع وارتفاع ونحافة خشى من أنه يكون
اعتراه السيل الدرني ويقوى هذا الظن متى حصل عنده قصر عظيم
في النفس وبالبحث الطبيعى للصدر لم يستدل على شئ في الابتداء ثم يصير فيما
بعد اغط القرع أصم بواسطة التغيرات الاتهابية الرئوية الناعية ولغط
النفس شعيبا والاعاط الخرخرية زبانة وتكاثف الرئة لا يكون متدا الا في
أحوال قليلة وليس مما لا يحصل في غير هذا الشكل من السيل الرئوي
ونعمة كل من الصوت والسعال نصير بحجة بسرعة وان كانت الاصابة الدرنية
الخجيرية عظيمة وامتدت بسرعة انضحت الاعراض المعالومة الموقلة بدان
السيل الخجيري وكذا ظواهر الدرن والسيل المعويين لا يتأخر حصولها وترتقى
النموك الى أشد الدرجات بواسطة الاسهال ويصير البطن شديدا الحاسية
عند الضغط عليه ويتدران يمد زمان هذا المرض زيادة عن بعض اشهر فان
اغلب المرضى يموتون به في اقل من هذه المدة

ثم انما لو اردنا بالدقة شرح التنوعات العديدة التي تعترض سير الاشكال المختلفة
من السسل الرئوي بسبب الاحوال الشخصية واختلاف التغيرات المرضية
المادة والمزمنة والمضاعفات المتنوعة فخرجننا عن الموضوع وحيث كان
من المحقق عندنا ان أغلب احوال السسل الرئوي التي نشاهد وتؤخذ من
المشاهدات الطبيعية التامة ~~يكون~~ ترتبها بدون عسر تحت احد الاشكال
السابقة

فحينئذ يتضح مما ذكر ان الموت هو الانتهاء الاكثر حصولا لجميع اشكال السسل
الرئوي وهو الوحيد بالنسبة للسسل الرئوي الدرني وان اشكال هذا المرض
الناشئة عن تغيرات مرضية التهاية لا يندر تحسبها اوشقاؤها شفاء نسبيا
كما يقال على العموم وكذا يتضح مما تقدم ان الأشخاص الذين انطأ فيهم
جميع علامات السسل الرئوي وعادوا بصحتهم بالكليمة يكونون عرضة للهلاك
عقب حصول ثوب جديدة من تغيرات مرضية التهاية او تدرن

واكثر حصول الانتهاء المحزن بالموت يكون عقب التهاية التدريجية ولذا سمي
بذ المرض بالسسل فان نموكة المرضى تصل في مثل هذه الاحوال الى ارقى
الدرجات والجلد الرقيق يتمدد بسبب زوال الشحم من اسفله بالسكبية وضور
المجموع العضلي وتبرز العظام الوجنية من أعلى الوجنتين المنفتحتين ويظهر
الانف مستطيل الامديا والحجابان يظهر انهما اعظيمان بسبب زوال الطبقة
الشحمية منهما وبعض المرضى يكون عندهم عشم تام بالشفاء قبل الموت
بقليل فيكون وهم في بحر الابل وكثيرا ما تظهر مكابحات ثقيلة نحو
الانتهاء منها السعال المستمر سيما عند وجود سسل خجري فيسلب راحة
المرضى وظهور تولدات فطرية جانبية في القسم والطلق يتعد منها المضع
والازدراد والغنغرينا الوضعية المؤلمة للغاية وأوذما احد الاطراف السفلى
المؤلمة جدا الناشئة عن سد مسارة في الوريد الفخذي وفي مثل هذه الاحوال
قد يستمر الدور الاتهائي لهذا المرض زمانا طويلا مقلقا للطبيب وأهل
المرضى بل والمرضى بنفسه يتمنى الانتهاء

ومن النادر أن يحصل الموت في انتهاء السسل الرئوي بواسطة التزيف وان
حصل كان غالبا ناتجا عن تأكل وعاء منسفي في جدار كهف او من تمدد بعض

الاورمية الكائمة تمدد النورز ماوي بالجهة المقابلة للكهف غير الحاطة بنسوج
منسج فيمدد بضغط الدم ثم يتزق ويهلك المريض بالتزيق الرئوي الناشئ
عن ذلك اما بسرعة عقب النقص الدموي او انه يحتنق عقب امتلاء القصبة
الهوائية والشعب بالدم بحيث يتعذر دخول الهواء في الرئة
واكثر من ذلك حصول طرو الموت عقب التجمع الغازي بالصدر كما سيأتي
أو عقب استحقاقات كلوية تابعة أو بواسطة السبل والتدرن المعويين
او بالاعتاب الرئوي او البليوروي او غير ذلك من الامراض التي تطرأ
* (المعالجة) *

معالجة السبل الرئوي صارت الآن مؤسسة على اساس ثابت من منذ
ما سبقنا لنا ان المهم في هذا المرض هو التغييرات الالتهابية الرئوية
لا التكون الدرني الذي هو في الجمله نادر وماذ كرناه وان لم يبق عليه استعمال
جواهر علاجية جديدة يشق بها السبل الرئوي مع التاكيد الان به استقبالات
الدلالات العلاجية لهذا المرض التي باجرائها كثيرا ما يتحصل على فائدة
خلاف ما كان يعتقد من ان هذا المرض غير قابل للشفاء كاصابة سرطانة مثلا
اذ كثيرا ما يشاهد بالمعالجة اللائقة المترتب عليها تحسسين البنية المخطاط بل
وقوف لهذا المرض بشرط أن لا يكون الاستعداد الوراثي ممتكنا جدا
وتسمى المعالجة الواقية من هذا المرض مراعاة الامور التي سبق ذكرها
فينبغي تحسسين التغذية العامة بالكليمة واجتناب تهييج الرئة كل التجنب
والمعالجة بالدقة عند حصوله اذ بذلك ينطفى الاستعداد المرضي ولذا ينبغي وضع
الاشخاص الذين فيهم علامات ردانة التغذية أو يظن ان فيهم استعداد وراثيا
وميلاً للنزلات الشعبية والحجرية تحت مؤثرات يؤمل منها تقوية البنية
وانظاف هذا الاستعداد المرضي

وحيث ذكرنا ان الاطفال المتولدة بين ابوين مصابين بالسبل الرئوي او غيره
من الامراض المضعفة للبنية تكون ذات بنية ضعيفة وسهلة الاستعداد
للاصابة بالسبل فمن الواجب لاجل التوقي من هذا المرض عدم الرضاعة من
امهاتهم فضلا عن كون ذلك مضر للغاية لصحتهم وكذا من الواجب صونهم
عن الرضاع الصناعي بل يعطى لهم مرضع جيدة اللبن وعقب النظام ينبغي

اعطاهم الامراق المغذية وابن البقر خاصة ويتجنب الاغذية العجينية
 بانقرادها ثم بعد انتهاء التسنين الاول يادربا عطاء الشوا من اللحوم وينبغي
 الاستمرار على هذا التدبير الغدائي طول سن الطفولة سواء كان
 في الاطفال آفات خنازيرية كلاحتمقان العقمى الخنازيرى والطفحعات
 الخنازيرية والهيمنة الخنازيرية فنظ واعلم ان التدبير الغذائى المضاد لداء
 الخنازير عبارة عن تجنب الفسويات كنفاح الارض والخضراوات والخبز
 وجميع الجواهر الغدائية والمطعمات الكثرية النشا والاعذية النباتية
 القليلة العناصر الازوتية مع استعمال اللحوم والبيض والابان ومن
 الجيد اعطاء الاطفال المستعدين للسل الرئوى مقادرا كافيا من اللبن
 كل يوم ثم لا مانع من تعاطى الخبز ونحوه بعد ذلك فان هذا اجود من منع
 الطفل عن تعاطى ذلك بالكمية فانه متى استعمل القدر الضرورى من اللبن
 فلا مانع من تعاطى الخبز كما ذكرنا والقول بان الطفل لا ينبغي له اكل
 الاشياء الخفيفة بعد من الخطا اليه فان من الاجود ان يعطى للطفل الخبز
 الخفيف فيختلط بالكمية باللعب ويستعمل الى سكر فيسهل تحمله وتعضيه
 بذلك وزيادة على ذلك يتعاطى الطفل كمية عظيمة من اللبن على انقراده اكثر من
 تعاطيه له مع الخبز ثم اذا لم تحسن التغذية العامة بما ذكر ينبغي اعطاء زيت
 كبدا لحوث فانه اجود الادوية المضادة لداء الخنازير ويتمادى على استعماله
 ما لم يحصل اضطراب فى الهضم منه وهذا التدبير الغذائى يوافق الاطفال
 الذين يكون ضعف بنيتهم عارضا لا وراثيا وذوى بنيتهم خنازيرية من الصغر
 ومستعدين بعد للسل

وكما ينبغي تعظيم التدبير الغذائى كذلك ينبغي الحصول على الهواء الجيد
 اذ من جملة الاسباب المتنوعة المضرّة المعينة على تقديم الاستعداد للاصابة
 بالسل الرئوى الاقامة فى اماكن منفسدة الهواء غير مطلقا ومتراكم فيها
 انقاس كثيرة بحيث يتراكم فيها حمض الكربون وتؤثر تأثيرا مضر اولذا كان
 تجديد الهواء فى الاماكن والنوم فيها بعد دفن كوات شبابيكها العليا حسب
 الاقتضاء بعدم الوسائط الواقية او العلاجية
 ولا ينبغي ارسال الاطفال المولودين من أبوين مصابين بالسل الرئوى او العرصة

للاصابة به بسبب آخر الى مدارس شاقة الدراسة جدا بحيث يلجئون فيه السهر
 الليل لاجل التحصيل بل ينبغي لمثل هؤلاء الاطفال اتخاذ صنائع في الهواء
 المطلق كادارة الزراعة اذا أمكن ولا بد ان يجد الطبيب صعوبة عند الاصابة
 بما ذكر لان اهل الاطفال ولو الذين يعنون كثيرا يحفظ صحة اطفالهم لا يؤدون
 ذلك كما ينبغي فلذا كان على الطبيب تنقيذ وصيته بمائة دم ذكره مع حماية
 الاهتمام واطفال الفقراء ينبغي تجنبهم الصنائع الجلوسية كالخياطة وصناعة
 الخبز والحياكة بل اتخاذ صنائع موقوية كالخيازة والحزارة والديباغة وينبغي
 لمثل من ذكر ارسالهم الى جهة المشرق مدة الشتاء حتى يمكنهم الإقامة في
 الهواء المطبق في أثناء الأشهر الباردة كما هو الجاري الآن من سكان البلاد
 المسكونة والبريتانية ونحوهم والإقامة في أثناء الصيف كل سنة في الجبال
 مع الصعود عليهم اقل يكون مقويا بالنحو الصدروا قياما من الاستعداد للاصابة
 بهذا المرض وذلك لكونه يلجئ المستعدين للتنفس العميق في هواء مستقر
 وعند استمرار ضعف البنية في الاشخاص البالغين ورواية التغذية المعروفة
 بهامة الجلد والاعشمية الخاطية وتكرار حصول الرعاف عندهم ينبغي
 استعمال المياه المعدنية الحديدية خصوصا حمامات بيون ودريورغ
 وامنو اذ في هذه الحالة تستدعي المعالجة الواقية ذلك وحيث تراعى لنا
 مما سبق ان حصول السل الرئوي يسرع عند وجود الاستعداد له بواسطة
 المهيجات المؤثرة في الرئة بل وتكرير تهيج الرئة يؤدي لصدوله ولو مع عدم
 الاستعداد للاصابة به فن الواجب ان يضم للاحتراسات الصحية الواقية
 احتراسات أخرى تستدعيها المعالجة السببية فينبغي ترك بعض صنائع أخرى
 غير التي ذكرناها وذلك كالطعانة والخيازة ونحت الاحجار وغير ذلك
 واهذا السبب ايضا يوصى عندهم ديد السل بالحصول بل وعقب طوره بالوسايط
 الصحية التي ذكرت في معالجة الاحتقان الرئوي فتتمتع البنات المستعدات
 للاصابة بالسل الرئوي عن الرقص بكل الجهه ولو كان ذلك مضادا للرأى
 الامهات مع مجزهن عن الجسرى العنيف والغناء والمشروبات الروحية
 والقهوة والشاي الساخنين وعند وجود ميل للخفقان والاحتقان الرئوي
 يوصى باستعمال المعالجة بمصل اللبن والعنب في جهات بيبيدة الهواء خاصة

بذلك فان هذا مما تستدعيه المعالجة السميية أيضا
وكذا النزلات الشعبية المتكررة السابقة لحصول السل الرئوى أو المصاحبة
لابتداء تكونه تستدعى غاية الدقة في المعالجة ولذا توصى المرضى المهددة
بحصوله والذين ابتداء عندهم باتباع جميع الشروط الصحية المتقدمة من
المعالجة الواقية من النزلات الشعبية المزمنة فتهود المرضى على تحمل
التغيرات الجوية والاعتسالم بالماء البارد والحمامات النهرية والبحرية وعند
استعصاء النزلات الشعبية عن الشفاء ينبغي اس المرضي أقصه من الصوف
على اللحم بماثرة وتدثر صدورهم وواو اسالهم الى بعض الحمامات الكوربية
القاوية كحمام امس وخلافه غير ان ارسال المرضى المتقدمه السل فيهم
لا يجدى نقمابل هو مضر للغاية
وأما معالجة المرض نفسه فقيم اوصى باستعمال الوسايط العلاجية الممدوحة
عومافي الالتهابات المزمنة في السير

وذلك لانه ينبغي ابتداء حفظ الرئة المريضة كغيرها من الاعضاء المتهبة من
نأثير الامور المضرة المتجددة ومن العجيب انه مال ذلك من عدد عظيم من
الاطباء والحال انه أمر ضرورى يفهم بداهة فانه ترى كل يوم أن المرضى ولو
كانوا من الاشخاص المترفهين ذوى الثروة المصابين بالسل لا يصانون بالدقة
وماذال الامن فههم انهم مصابون بالسل وههم في حالة يأس لا يرجي برؤه افلا
يعنون من القمادى في اشغالهم بل تراهم مستقرين على ذلك ويتوجهون الى
قاعة الدواوين ويقومون في أما كن مسخنة الهواء مملئة بماعد الدخان
أو في القهاوى فبمثل هذه المؤثرات يحصل ولا بد تناقل في التغيرات الانتمائية
وطرو تغيرات تابعة بل ويساعد ذلك على حصول التلاشى الجبني مع انه
يتجنب مثل ما ذكر يحصل احيانا الخطا سريع بل وقوف للمرض
واحيانا يشاهد مع الوضوح التأثير الجيد لمنع المؤثرات المضرات من الرئة
المريضة في السل الرئوى عند الفقراء من المرضى الذين يلتجئون الى المعالجة
في المارساتانات فبعض المرضى الذين يرسلون اليها وههم في حالة اليأس
يخرجون منها بعد قليل من الزمن وقواهم في حالة تحسين بل ولا يندران
بكون نقل جسمهم متزايدا متزايدا عظيما ومع ذلك فكثيرا ما يترددون الى

الممارسة تانات للمعالجة وذلك لتغير حالتهم وصحتهم بسرعة حيث تعرضوا
 للتقلبات الجوية وغيرها من المؤثرات المضرّة بعد خروجهم من الممارسة تانات
 ولا يخفى ان المرضى المسلولين المقيمين بشروط صحية جيدة يحصل لهم عين
 هذا الضرر متى دخلوا ممارسة تانات كثيرة التراكم غير متجددة الهواء
 وكان من الواجب على اطباء ان توصي أغلب المرضى المصابين بالسل
 بالمكث بالودى أثناء الشتاء بالبلاد الشمالية مع مراعاة حرارتها على حالة
 منتظمة ليلا ونهارا بقدر الامكان لاجل حفظ رقتهم من كل مهب خارجي
 لولا ان اتباع تلك الوصية يمنع منه ما تقدم من المكث بالودى وفساد هوائها
 فيجنب ضرر المرضى باتباع احدى هاتين الطريقتين فيحصل عليهم بالتبديار
 الحالة الراهنة لكل شخص وذلك بان يتأكد بالدقة من المريض هل له قدرة على
 استنشاق الهواء الرطب بل البارد بمساعدة آلة الاستنشاق بدون خطر من
 تأثير البرد عليه وازدياد السعال أم لا فيالنسبة للاغنياء منهم الامر سهل
 حيث يمكن ابعادهم عن شتاء البلاد الباردة الشمالية وارسالهم الى بقاع
 يحسبهم فيها الاقامة معظم النهار في الهواء المطلق بدون التأثير من البرد
 واستنشاق هواء قوى بارد فلا ينبغي الا هم بالالنسبة لهؤلاء المرضى ان لم
 يكن الداء متقدما فيهم جدا وكان سيره حادا جدا شديد الحمى في تحريضهم على
 اتباع ما ذكر اسكن لا ينبغي تأمينهم بالكيفية في ذلك خشية ان يظنوا ان
 الهواء في مثل هذه الاماكن يشتمل على جواهر نوعية شافية لرتقتهم المرضية
 وانه لا يجب عليهم فيها التمسك بوسائط صحية أخرى كاستدانة المكث في
 الهواء المطلق مع عدم الاحتراس من تأثير البرد واستعمال الاغذية اللطيفة
 مع تجنب التدبير الغذائي وعدم استعمال بعض الجواهر الدوائية ان احتاج
 الحال لذلك اذ لا يحصل على النجاح الا ان كانت المرضى تقسمها تعلم حقيقة
 الامر وان يعيشتها في تلك البقاع تحت احتراسات قوية فانه في كثير من
 الاحوال كان ابقاؤهم في أما كتهم اتم واجود وان أريد التمسك باجراء ذلك
 وجب ارسال المرضى قبل حلول الاهوية القاسية الباردة الى سودن ثم يادن
 يادن ثم ويس يادن وفي اثناء الربيع الى بحيرة جنيدورة والى ميران اذ هناك
 يمكنهم استعمال المعالجة بالعنب مع صونهم فيها الى ابتداء الشتاء كما يصانون

عندنا في أثناء الصيف واما المرضى الذين عندهم ادراخ واحتراس ويؤمل
من كونهم يكثر في منازلهم في الايام ذات الهواء الرديء المتقلب
فيمكن ارسالهم زمن الشتاء الى مدينة ونديق ونيترزا ومنطون وهيسير
وكان وبيزا وپاو وبانطوصو اجتمعيو لكن الاجود في ذلك ارسال
المرضى أصحاب المقدرة الكافية في أثناء الشتاء الى پلرمو او طانيا بل والى
بلاد الجزائر أو مصر او جزيرة مدبرا ووجه افضلية الإقامة في احدى تلك
الجهات عن غيرهما لم يثبت الى الآن بوجه قطعي وانما يعبر في ارسال المرضى
اليها احدا من امال كونها أما كن ذات اقليم رطب لطيف التأثير مثل (ونفي
ونديق وبيزا ورومة وپلرمو وپاو ومدبرا ونحو ذلك) توافق المرضى
المصابين بهذا المرض الذين هم في حالة تميم حتى ومعدون بالسعال الجاف
او فيهم ميل للنفت الدموي واما كونها أما كن ذات اقليم جاف منبهم مقو
(مثل نيزا ومنطون وسيريو وكان وهيسير ومنترزو وميران والجزائر
ومصر وغيرها من الاماكن الجبلية) توافق المرضى غير الحمومين والذين
داؤهم اطيء السير وعندهم نفت غزير ومجردون عن النفت الدموي وبالجملة
فايا كانت المرضى ينبغي ان تكون معيشتهم بعناية الاحتراس والدقة تحت
ملاحظة طبيب ماهر منهم

ثم ان الامر المعلوم من ان السيل الرئوي ينشأ بوجوده في البقاع المرتفعة
ويزول بالكيفية في العالية جدا منها (كما ذكره موريه في علم انتشار الامراض
الاقليمي) ادى لذهاب عدد عظيم من المسلولين مدة الصيف الى بقاع مرتفعة
مكونة من الجبال والشفاطانات العالية الوضع التي أشهرها بادن وپلر
وريشنمال وقرات وهدن وجيس ولاسيما ويسبورغ بالقرب من
مدينة برن واهل الانفقات الان متجهة نحو جبل جر برسا رييلاد
السليزيه الذي ارتفاعه ١٧٠٠ قدم واما ذلك فقط بالنسبة لما هو مشهور
في هذا المكان من صونه عن هذا المرض بل بسبب الشفاخانه ايضا المخصوصة
وملاحظة ادارتها بمعرفة الطبيب برير الذي اجري فيها اصولا علاجية
مخصوصة بالنسبة لهذا المرض مخالفة من اوجه عديدة للاصول المتبعة الى
وقتنا ههنا والامور الاساسية في معالجة الطبيب المذكورة عبارة عن الإقامة

المستطيلة والرياضة في الهواء المطلق مع مجنب الرياح والامطار فقط لا الهواء
 المنخفض الحرارة واستعمال تدبير غذائي جيد مقو والمدار فيه على تعاطي
 الجواهر الكبرونية الايدراتية لاسيما الجواهر الدسمة كاللين والزنيد واستعمال
 قليل من المشروبات الكحولية بتصدد تنقيص الفقد العنصري والمفضل
 في ذلك النبيذ المجري لاحتوائه على كثير من نصفات المنيزيا وانعاش الجلد
 وتقويته بواسطة الماء البارد اما غسله مع الدلك او رشاعلى هيئة المطر مدة
 خمس ثوان الى خمس واربعين ويضم لذلك عند الاقتضاء التسلسل التوي
 وقد نيه الطيب برير على جودة تأثير الحمام على هيئة المطر في حى الدق
 والمه في تأثير المعالجة بهواء الجبال الشاهقة على حسب توجيه برير هو
 رقة الهواء وخفة ضغطه والامتلاء الدموي العظيم للاعضاء الدائرية لاسيما
 الرئين لكن صحة هذا التوجيه متوقفة على فرض صحة غيرهما من النظريات
 وهي ان الاستعداد للسل لا يكون متعلقا باسباب أو شروط عمومية بل باحد
 مخصوصة موضعية يترتب عليها قلة الدم في الاجزاء العليا من الرئين والقول
 بان الهواء الرقيق في الاماكن العالية مضر بالمصابين بالسل لكونه يعين
 على حصول النفث الدموي لم يثبت بالنسبة لجبل جربسدر والشفاخانه التي
 فيه

ثم انه بعكس المشاهدات القائله بجودة تأثير الهواء الرقيق في السل الرئوي
 قد استعمال الهواء المنضغط بنجاح عظيم بل قيل انه اعقب بشفاء تام
 والمعدون للتأثير العلاجي بالهواء الرقيق لا يقبلون استعمال الهواء المنضغط
 الا لمنفعة عرضية كتلطيف عسر التنفس وتنعص الاحتقان الاتهابي
 والافراز النزلي من الشعب وسهولة دخول الاوكسجين في الدم وتجنب
 النفث الدموي وربما ساعد ذلك في امتصاص البورات الرئوية الاتهامية
 والى الآن لم تمض نتائج المعالجة بالاستنشاق في السل الرئوي وضوحا ينافي
 أمما استنشاق أبخرة متحمات الدبخ (المؤسمة على ندرة وجود السل الرئوي
 عند دباغى الجلد) فلم تجدها ولم يتماد على استعمالها او اما استنشاق هواء
 زرابي البقر فهو وان كان ملطفا بسبب حرارته الرطبة لكن لم يحصل منه
 تأثير جيد وكذا هواء البحار فليس فيه صون عن السل بالنسبة اسكان

الشواطئ واستنشاقه انما يكون في الاشكال الضعيفة المستطيلة السير
 بقصد تحسين التغذية ووقوف المرض وأما استنشاق هو اعمع من الملح وكذا
 الاجزرة المتصاعدة عند غلبه فانه يوصى به لندرة وجود السبل في شغاليه طبعا
 لمشاهدات عديدة وأما استنشاق السوائل على هيئة الرذاذ فقد استعمل
 قياسا على استعمالها في التزلات البسيطة فلا استنشاق الشب والتمين ونحو
 ذلك من الجواهر القابضة زيادة عن تنقيصه للافرازات اثير جيدة في التعبير
 الا انما يبل وفي جدر الكهوف الرئوية واستعمل المعلم روت استنشاق حمض
 الكربوليك بقصد احداث تأثير مانع للتعفن في سطح الرئة المتقيح (بان يؤخذ
 من ٣ الى ٥ جرام حمض الكربوليك على ٣٠ جراما من الماء المقطر ويؤخذ
 من هذا المحلول من ١٠ نقط الى ٢٠ على أوقية من الماء الفاتر ويوضع
 ذلك في المرزاز ويستنشق منه من ٥ دقائق الى ١٠ ثلاث مرات في
 النهار أو خمسة) وعلى كل حال ينبغي الاحتراس الكلي من جميع المسالك
 الهوائية تمجاشديا بواسطة الاستنشاق

وأما استعمال المياه القلوية الصودية البسيطة (كماء اوبرلس برون ونيمار)
 ونحو ذلك وعلى الخصوص المياه المورباتية الصودية كماء سلتس واحسن
 ولو هاشوتز التي تشرب فاترة فله تأثير جيد في احوال التزلات الشعبية الجافة
 وربما كان له تأثير جيد في الاحوال التي فيها يوجد مع التزلات المذكورة سل
 بطيء السير ومن ذلك استعمال مياه صودن المحمية الفاترة وذات الاقليم
 الرطب الحار

وان كان طرورا والتغيرات الالتهابية الرئوية ونكسائهم عند المسلولين معجوبا
 بطواهر قوية واشتدت الحمى اشتدادا عظيما واصطبغت بنفث دم مع الام
 واخرت في الجنب عند السعال والتنقبس وجب استعمال معالجة مضادة
 للالتهاب لطيفة جدا بل ولا مانع من استعمال بعض الاستقراعات الدموية
 الموضعية عند الاشخاص الذين لم يتقدم فيهم ضعف البنية مع استعمال
 بعض الوضعيات الفاترة بل والباردة على الصدر عند وجود نفث او نزيف
 رئوي مع الراحة التامة والاجود في ذلك ملازمة الفراش اذ بذلك تتلطف
 الحمى وتسهل الام الجنب ويسرع وقوف النفث الدموي واما المعالجة

العرضية فانها تستعمل على الطرق العلاجية التي بها يمكن مقاومة الاعراض
المهمة من هذا المرض فتستعمل أولا الوسايط العلاجية التي بها يمكن
احداث تحسين في تغذية الجسم العامة

ومن هذا القبيل المعالجة اللبنية وذلك أن يعطى للمريض من هذا الجوهر
الغذائي البسيط المقوى بعد ما يمد منه من ثدى البقر حالا كمية عظيمة في أزمته
منتظمة بقدر طاقة المريض ومن المعلوم ان اللبن ليس من الجواهر الغذائية
السهلة الهضم فمن الواجب عند اتباع المعالجة به حفظ الغشاء المخاطي المغذي
من جميع المؤثرات المضرة واتساع تدبير غذائي فاس أعنى منع الاغذية
الاشرى حتى ان هذا الغذاء المقوى ينضم جدا فتعود عمرته على الجسم
وأهم الامور التي ينبغي اتباعها ايضا المريض مع تعاطي اللبن بعدم استعمال
الاغذية الكثيرة الافويه والاغذية المنبهة اذ لا يكون اللبن حينئذ الا تأثير
سلبه ضعيف جدا في الغشاء المخاطي المعدي المعتاد على منبهات قوية بحيث
عند تعاطيه لا يتفرز مقدار من العصير المعدي كاف لهضمه ولذا لا يعطى
للمرضى زيادة عن اللبن الذي يعطى منه جملة ابطال للمريض الاقليل من
الخبز الجيد واهراق اللعوم والشوام منها ثم ان ابن الحيوانات التي ترمى من
عشب الجبال خصوصا ابن المعز والحير مدوح جدا في هذا المرض ولذا توصى
المرضى المتقدم فيهم السل الرئوي بالذهاب الى الفلوات الجيدة الهوائية
الموجودة فيها محلات خاصة كالتي في سيويوز المشهورة بمنع مصل اللبن
والمعالجة به والتي فيهم السهل الحصول على ابن حليب جيد فبدل ذلك تحسن حالة
المرضى المتقدم فيهم السل عن استعمال مصل اللبن والمياه المعدنية ما لم تستدع
بعض أمور استعمل ذلك واذا لم يتيسر ارسال المرضى الى الفلوات المذكورة
ينبغي استعمال المعالجة اللبنية على وجه منتظم مع الضبط بمنزلة لهم وسميت
هذه المعالجة بالمعالجة اللبنية لكون المرضى يتبع ذلك بغاية الدقة وتعاطي
المقدار الكافي وكثيرا ما عولجت المرضى بذلك مدة أشهر مع المداومة على
تعاطي جملة ابطال منه كل يوم سيما عندما شوهد ازيداد وزن أجسامهم
ازديادا واضحا

ومن قبيل المعالجة باللبن استعمال زيت كبد الحوت الذي يمكن ضمه للمعالجة

باللين عند تحمل المرضي اهما و مما يشك فيه بكثرة ان زيت كبدا الحوت له
تأثير نوعي في السل الرئوي فان مقدار اليود المحتوي عليه هذا الجوهر قابل
جداحتي لا ينسب له تأثير ما فن القريب للعقل ان هذا الجوهر الزيتي لا يؤثر
الا بكونه يساعد الجسم على تناول الاغذية الازوتية باذخال جزء من الشحم
فيه وبعبارة أخرى انه يعوق انسلال الجسم زخم وكمته أو يبطئ ما با: حال جوهر
قابل للاستراق بدلا عن عناصر الجسم العضوية

ويمكن استعمال زيت كبدا الحوت زمن اطول ولا يزيداد تحمل المريض له متى
أمر الطبيب بقطع استعماله زمنا فزمناعند كراهة المريض له و مما يثبت
التوجيه الفسيولوجي الذي ذكرناه بالنسبة الكيفية تأثير زيت كبدا
الحوت هو ان شحم الكلاب دواء مشهور قديما الذي العوام و محجرب عندهم
في السل الرئوي واذ لم يتحمل زيت كبدا الحوت من الباطن جازا ان يستعمل
بدلا عنه الدلائل به من الظاهر أو بالشحوم النقية الحديثة اما على الصدر
وحده أو بالجسم بتمامه

ومن الوسائط الممدوحة المستعملة بدلا عن كبدا الحوت خلاصة الملت للمعلم
(تروم) وهي ليست كغيرها عبارة عن بوزة مشتملة على كثير من حمض
السكر بوز والكول بل هي خلاصة حقيمية مجهزة من الجواهر القابلة للدوبان
من المالت (وهو الشعير المقل) ومن الجواهر المرة لحشيشة الديتار ويكون
في الاجزاء اثنان وفي كل مائة جزء منه ستة وسبعون جزءا من سكر العنب
وسبعة اجزاء من جوهر زلال واثان وثمانون من جزء من فوسفات الكلس
والمينيزيا وثمانية عشر من جزء من أملاح قلووية وستة عشر جزءا من الماء ويعطى
من هذه الخلاصة من ملعقتين الى ثلاثة كل يوم امام قليل من الماء العادي
او الماء في اول الليل القاتر وغيره من السوائل فان المرضي تتعاطى ذلك
مع القبول ومن الاغذية النافعة المشهورة من قديم في معالجة السل الرئوي
الشوربة المصنوعة من القمح المجروش فانه لا تتواءم على القسا والزلال
النباتي والمادة الجلوتينية يكون غذا جيدا وكذا شوربة العدس والقول
ممدوحة بكثرة في هذا المرض لاحتوائها على مواد ازوتية مغذية بكثرة
واقل من ذلك منقعة الهلام حيوانيا كان او نباتيا كما مر اقديان القوقع

وهلام الحزاز الازلاندى

وجميع الوسائط المذكورة تنفع في تحسين تغذية الجسم لما ان التغذية الرديئة تزيد في تقدم السل الرثوى فان في كل مرض تتعشم في انطفائه مثل السل الرثوى وليس عندنا له وسائط علاجية نوعية يجب علينا الاهتمام في حفظ قوى المريض تعشما في الحصول على هذه الغاية

ومنها استعمال الوسائط العلاجية التي هم انضارب الحمى التي هي اهم الاعراض فانها اعظم سبب للخفاقة والنهوك وينبغي رفض استعمال الاسستقراغات الدموية والزئبق الحلو وملح البارود بالكلية ولو كان استعمالها من قبيل المعالجة العرضية الا في احوال استثنائية اشترنا اليها سابقا واما الديجيتالافينغى استعمالها التي بادرت الحمى بالظهور وكانت قوية جدا حيث انهم اصبحت الجوهر الرئيس من الحبوب الكثيرة الاستعمال المعروفة بحبوب هيم المركبة من مسحوق الديجيتالا ٥ ديسي غرام مسحوق عرق الذهب والافيون من كل ٢٥ سنتي غرام خلاصة الهيلينيوم لئلا ويعمل من ذلك عشرون حبة تقبل مسحوق جذر البنفسج ويعطى منها ثلاث حبات كل يوم على ثلاث مرات وان اكتسبت الحمى طرزا دوريا وكانت الثورات اليلية واضحة وابتدأت يتوغل قشعريرة خفيفة وجب ان يضم لذلك كبريتات الكينين بدلا عن عرق الذهب فيضاف منه غرام واحد الى المركب السابق وبهذه الواسطة يمكن في بعض الاحوال إيقاف الحمى واما العرق اليلي فلانما نفع فيه من اعطاه مدار من حمض هالبر أو اعطاه فنجان من منقوع المريمية باردا ما لم يكن حصل في هذا العرض تحسين بواسطة المعالجة المضادة للحمى لاسيما ذلك بالماء البارد والتشاشل به فان كلامنا يتبين الواسطتين في متناومة العرق اليلي ولو كان قليل الجدوى وقد استعمل برير مضاربة العرق اليلي الكميالك بان يعطى منه في المساء ملعقة او اثنتين من ملاعق الشاي في فنجان من اللبن وكذا يستعمل مسحوق مركب من خلات الرصاص بقدر ٥ مللي غرام مع الغار يقون الابيض بقدر ١٥ ديسي غرام ويعطى منه ورقة او اثنتين مساء وان كانت منفعته

وقية

واما السعال والنفث فيمكن احالة الكلام فيما يخصهما على ما ذكرناه في معالجه
 النزلات الشعبية المزمنة ومن الخطا لبين استعمال المنقعات واحدا بعد
 واحد في النزلات الشعبية المزمنة المصاحبة للسل الرئوي بدون اتباع دلالات
 علاجية عقلية وكذا ينبغي رفض استعمال الادوية الغروية اللطيفة السكرية
 والاجود في مثل هذه الاحوال استعمال المشروبات الحضية قليلا والبولجالا
 أو يصل الغنصر ونحو ذلك من المنبهات الخفيفة أو الجواهر الدوائية المنقصة
 للافراز وكما اتنا وصينا فيما تقدم لاجل الحصول على هذه الغاية باستعمال
 الجواهر البلسمية والراتنجية نذكر هنا أيضا ان أجود شي يستعمل في ذلك هو
 سكر المروج عر يقيت المذكوران فيما سبق وكثير من اطباء يمدح بكثرة
 استعمال خللات الرصاص في الاحوال التي نحن بصدددها ولاجل مقاومة
 السعال ينبغي استعمال المسكنات فان اهمانفة عظيمة في السل الرئوي وليس
 عظم منقعة المسكنات ناشئة فقط عن تأثيرها المسكن الخدر الذي تمدحه المرضى
 عند ابتداء تعاطيها بل ناشئ أيضا عن تنقيصها لحركات السعال وخفتها
 وسهولة انقذاف النفث فان المرضى يحصل لهم بذلك راحة عظيمة
 وحيث ان السعال له تأثير مهيج في الغشاء المخاطي الذي هو الجاس الرئيس
 للافراز فمن الجائز ان المسكنات تنقيصها لحركة السعال تحدث أيضا نقصا في
 الافراز الشعبي ومع ذلك ينبغي كل الاحتراس من المبادرة باستعمال الخدرات
 وانما يعطى المريض ابتداء مقدار صغيرا منها وتفضل خلاصة الخس البري
 ابتداء على الافيون بان يعطى منها من نصف قعرة الى قعرة مبحوقة او في
 مستحب فانه اذا اعطيت المسكنات من الابتداء ووجدت باستعمالها صارت
 عديمة النفع فيما بعد عند شدة اضطراب المريض اليها أي متى تسلطن السعال
 بمقدم السل الخنجري واحداه عند المريض القلق لا يلاونها او يظهر زيادة
 عن ذلك انه متى التجبى لاعطاء كمية عظيمة من الافيون يسرع ولا بدتة تقدم
 النهوكة بحيث لا يجب اعطاء الافيون الا بعد قطع العشم بالكلية من وقوف
 السل الرئوي ومن الواجب مراعاته والاهتمام به ان السل يصاحب الاتهاب
 البليوراوي واما معالجة السل الخنجري والنفث الدموي فقد سبق
 الكلام عليها

واما معالجة السسل المعوى والاستحالة الشحمية والنشوية للكبد فستتكم
علم افيما سياتي

* (المبحث الرابع عشر) *

* (في الدرن الدخني الحاد) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الدرن الدخني الحاد الذي لا ينبغي اختلاطه بالسائل السريع السير جدا هو
عبارة عن طفح درني دخني كثير الانتشار جدا يتكون سريريا في الرئتين وفي
كثير من غيرهما من الاعضاء

ثم انه في معظم الاحوال يشاهد هذا المرض في الانحصاص الموجود عندهم
بورات جبينية قديمة في الرئتين وفي غيرهما من الاعضاء كالغدد الليمفاوية
الخطازيرية والعظام والاعشية الحاطية والدماع والاذن الباطنة والخصيتين
وهذا الامر ومشابهة اعراض الدرن الدخني الحاد وسيره لاعراض
الامراض التسممية الحادة يستنبط منها ان هذا المرض حاصل من تسمم الدم
بمخصلات جبينية كما قاله (بول) غير ان هذه النظريات تروي بعض احوال نادرة
فيها يطرأ هذا المرض بدون وجود محتصل بورات جبينية سابقة وفي احوال
قليلة يظهر ان تسمم الدم بكيفية اخرى ينتج عنه الدرن الحاد واول ما هنالك
يشاهد ظهور هذا المرض عقب الحيات النفاسية الحادة وزعم (ولدمبرغ)
ان البقايا المرضية المختلفة النوع متى امتصت يمكن ان تكون سببا في اتاج
هذا المرض

* (الصفات التشريحية) *

متى شوهد في الجثة الكبيبات الدرينية الشبيهة بالحويصلات الشفافة التي
وجهها كحبة الشهد المالح او الحصى منقشرة باسواء على جميع سطح الرئة
وعلى البلديورا أيضا دل هذا ما ذكره التاكيد على ان المريض انما هلك
بالدرن الدخني الحاد ولو لم يشاهد مدة الحياة فان هذا الانتشار المستوي
للدرن لا يشاهد مطلقا في الدرن الدخني المزمن بل يوجد في هذا على الدوام
بجوار الدرن الفنج أي الجريدتجيبات درنية مصفرة جبينية تدل على ان
التراكم الدرني حصل بالتدريج وفي معظم الاحوال يوجد على الكبد والطحال

والسكيتين تحميمات درنية منتشرة ويندران يوجد فيها ذلك في الدرن الدخني
المزمن وكثيرا ما يوجد في البلهة درن دخني منتشر على الام الخنونة حول
القطرة وأسرة الأعصاب البصرية مع استسقاء سحائي حاد في الجيوب
الدماغية

وجوهر الرئة يوجد محتوي باعلى كثير من الدم وفي حالة أوزيميا كثيرا أو قليلا
وكثيرا ما يكون في العقد الشعبية وقة الرئة آثار الدرن الرئوي الدخني المزمن
القديم أو قليل الامتداد وجملة الهالكين بالدرن الدخني الحاد تشبهه جثة
الهالكين بمرض حاد في الدم وهذه المشابهة التي في حال الحياة يظهر أنهم تستمر
بعد الموت فان الدم يكون أسعرا متجمعا نحو الاصفار المنحدرة بحيث ينشأ
عن ذلك احتمالات المنحدارية متمدة وتكون العضلات مجررة والطحال منتفخا
قلبا واينا

* (الاعراض والسير) *

متمى ظهر الدرن الدخني الحاد مدة سير الدرن الدخني المزمن المحسوب بجمي
الدق والعرق الليلي أو في انتهاء الدور الأخير من التيفوس فلا يتيسر معرفته
لانه لا يمكن الحكم بأن الحمى والاضطراب السرير للمريض ناتجان عن المرض
الاصلي او عن الدرن الدخني الحاد المضاف له خصوصا وان البحث الطبيعي
للصدر في مثل هذه الاحوال لا يدل على شئ بل ان هذا الامر اعنى عدم
التناسب بين الاضطراب العام الثقيل وقلة امتداد الدرن المزمن الموجود
يمكن في بعض الاحوال الا ان كان اليه في التشخيص

ومتى ظهر الدرن الدخني الحاد في اشخاص سليمة بحسب الظاهر اعنى عند
اشخاص اخنتى المرض الرئوي المزمن عندهم فالامر يتعكس لان الدرن
الدخني الحاد في مثل هذه الاحوال كثيرا ما يتبدى بقشعريرة متمكرة
وسرعة عظيمة في النبض واضطراب عمومي ثقيل جدا وهذه الاعراض يعسر
توجيهها عند عدم اعراض تغير مرضي موضعي وسرعة النبض تزداد جدا
ويحصل للمريض عرق غزير وازدياد واضح في تخافته يوميا ويحذف لسانه
وتضطرب وظائف الدماغ فيحصل هذيان او خور وهذه الاعراض الضعيفة
التي تتقدم بسرعة وان اضطربت بسعال وضيق في النفس الا ان البحث عن

الصدر مع التسكر والايديل بالكمية على ان منسوج الرئة صر تشع و غناية
 ما هذا لك أن يسمع بعض الغاطصة يرية أو فرقة عمة خفيفة وهـ هذه الاعراض
 تلبس التباسا ناما باعراض التيفوس بحيث ان مشاهير الاطباء في التشخيص
 يترفون بان هذا لا يمكن فيه التمييز هذين المرضين عن بعضهم بالكلية
 حيث انهم شاهدوا بعض اشخاص هلكوا وكان تشخيصهم بالتيفوس
 واستبان به الموت انهم كانوا مابين بالدرن الدخني الحاد وبالعكس والتمييز
 بين هاتين الحالتين يكون أشد عسرا كلما كانت الاعراض الشعبية النزلية
 في الدرن الدخني الحاد أقل شدة وكان البحث عن الطحال غير دال على شيء
 أكيد وكان السير يسير يعاجد فان الزمن الذي يحتمل فيه هلاك المصاب
 بالتيفوس عادة أعنى بعد ١٤ يوما تقريبا يحتمل هلاك المصاب بالدرن الدخني
 الحاد فيه أيضا ويندر حصول ذلك في الاسبوع الخامس او السادس
 والمرضى يموت منهم ايضا من شدة الحمى والاضعلال كافي التيفوس فان
 النبض يزداد صغره وسرعته وينتهي الامر بكون الاوردة الرئوية لثة لثة
 على استقراغ ما فيها من القلب الذي لم يتم استقر اغه من هذا السائل فينشا
 عن ذلك أوديما رئوية وشلل في الشعب واسفكسيا

(التشخيص)

يمكن اشتباه الدرن الدخني الحاد في ابتداءه بالحمى المنقطعة اذا تكررت
 القشعريرة على طرز منتظم تقريبا لا يمكن لا يلبس الامر الا قليلا حتى يتضح
 للطبيب أن الفترات والتقطعات ليست تامة وان المراكبات الكينية
 لا تثمر وأن هذا المرض يصطبج بتهيج شديد في الغشاء المخاطي الشعبي لا يشاهد
 عادة في الحميات وان سرعة النبض لم تنزل أخذة في الازدياد وان حالة المرض
 بجوه وعها تظهر صفة خبيثة ثقيلة أكثر منها في الحمى المنقطعة البسيطة
 وفي احوال اخرى يلبس هذا المرض في ابتداءه بنزلة شعبية حادة متمدة
 مصحوبة بتهجمي سيما اذا كان السعال شديدا متعبا وعماقا قليل بزول الشك
 ويتضح التشخيص من شدة الحمى وسرعة انحطاط المريض وخبت سير
 المرض

وأما التشخيص التمييزي بين الدرن الدخني الحاد والتيفوس فبقى على

الاعتبار الآتية منها ان السعال وضيق التنفس يتضح ظهورهما جدا
 ويتقدم حصولهما في الدرن الدخني الحاد عن التيفوس ويكونان اكثر شدة
 والتيفوس الطفحي وان شوهد فيه علامات الالتهاب الشعبي الشديد
 وكانت مدة الحمول الا ان التشخيص هنا سهل بسبب ظهور الطفح
 الدال على هذا المرض واما في الدرن الدخني الحاد فان الطفح الوردي لا يظهر
 مطلقا ومنها انه في احوال التيفوس البطني يندر عدم مشاعده بقع منه منزلة
 وردية في القسم الشراسيني مع تكرر البحث بالدقة وهذه البقع لا توجد في
 الدرن الدخني ومنها ان الطحال في هذا المرض لا يتفخ اتنا عظيم او ان
 يوجد احيانا لا يكاد يكون له ادنى اهمية وفي التيفوس البطني يكاد يكون
 على الدوام موجودا وان لم يوجد احيانا في التيفوس الطفحي الا ان تضاح
 الطفح الجلدي يغني عن هذه العلامة ومنها انه يندر عدم وجود الاتفاح
 الطبلي للبطن في التيفوس البطني وكذا الالتهاب المصابية السائلة وزيادة
 حساسية قسم الحفرة الحرقية اليمنى وتاثيره فان هذه الاعراض لا تشاهد
 في الدرن الدخني الحاد ومنها ان التيفوس لا يضاعف مطلقا الاصابة الرئوية
 المزممة بخلاف الدرن الدخني الحاد فانه بعكس ذلك يكاد يصيب على الدوام
 الاشخاص التي اعترها هذا المرض فوجود اهمية في احدي قتي الرئين أمر
 مهم يرتكن اليه في التشخيص ومنها ان ارتفاع درجة الحرارة في الدرن
 الدخني اقل منه في التيفوس كما انه على ذلك المعلم (وندرلش) وان درجة
 الحرارة يندران ترتقي الى ٤٠ وانما البست بنسبة مربعة النبض العظيمة جدا
 * (الحكم على العاقبة) *

عاقبة هذا المرض تكاد تكون خطيرة على الدوام وانما وجد بعض
 مشاهدات نادرة جدا للمعلم (وندرلش) تسمح بالقول بان الدرن الدخني
 الحاد يمكن ان يقف وربما شفي بل والاحوال التي فيها يقف هذا الدرن الحاد
 ويستحيل الى درن مزمن والى سل رئوي نادرة جدا وكلما كانت الحمى شديدة
 والظواهر الدماغية اكثر انضاحا كان الانتهاء المحزن قريبا
 * (المعالجة) *

يتضح مما ذكرنا ان معالجة الدرن الدخني الحاد لا تكون الاعرضية والمرض

الاكثر اهمية هي الحمى فان اكثر المرضى يموتون منها ومن الجيد جدا في الابداء اعطاء مقادير عظيمة من سلفات الكيناثا فيما بعد الذي يجتالامتضما اليها ملح البارود والحوامض ولكن لا يرتكن الى منقعة ذلك ويمكن استعمال الوضعيات الباردة والمنقسات والمنهيات الجلدية والحقن بالمرفين تحت الجلد لاجل مقاومة عمير التنفس الشديد واما السعال فيصير تلطيفية بالبخدرات وان ظن الطبيب ظهور اعراض درنسية مهاجمة ساغله استعمال الوضعيات الجلدية على الرأس مع استعمال الوسايط العلاجية المستعملة في الالتهاب الصخاني القاعدي

* (المبحث الخامس عشر) *

* (في سرطان الرئة) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

كيفية ظهور هذا المرض واسبابه كباقي التولدات المرضية الخبيثة على العموم غير واضحة

ثم ان سرطان الرئة مرض لا يظهر على حالة اولية الا نادرا يعني يندر ان يكون الجوهر الرئوي هو اول جزء من الجسم يظهر فيه ابتداء اثر السرطان بل يكاد على الدوام ان تبسئ الى الاستفحال السرطانية في اعضاء اخرى سيما الغدة الثديية

* (الصفات التشريحية) *

السرطان الذي يظهر في الرئة عادة هو السرطان النخاعي ويندر ان يوجد فيها السرطان الاسكيري او الهلامي وتارة يظهر السرطان على شكل كتل مستديرة محدودة مختلفة الحجم فتكون من حجم حبة الشهد انج الى قبضة اليد مكونة لاورام سرطانية منفصلة ذات هيمة فخاعية وقوام رخو ويوجد فيها في الاصل قار الملامسة للبلبلور انواع تفرطح او انبعاث سرطاني وتارة يكون السرطان مكتسبا لصفة السرطان المرتشح وهذا الشكل لا يكون كالذي قبله مقبزا بحد واضح بين التولد المرضي الجسدي وجوهر الرئة المحيط به بل يتصف بعكس ذلك بحدود غير مدركة ولا يكون على شكل اورام مستديرة سرطانية والقول بان النضج المرضي في هذه الحالة الاخيرة يستحيل

الى الحالة السرطانية قد رفض الآن فينبغي توجيه كيفية حصول السرطان
 المرشح بان الاستحالة السرطانية متى ابتدأت في بعض جسيمات المنسوج
 الخلوئ الضام للجوهر الرئوي وفي بعض الخلايا البشرية للحوصلات الرئوية
 الى اخلية مرطانية فان هذه الاستحالة تمتد شيئا فشيئا الى باقى اجزاء المنسوج
 الخلوئ المجاور والخلايا البشرية للحوصلات الرئوية القريبة ومن جهة
 اخرى توجه كيفية حصول الاورام السرطانية المنعزلة السكائنة في الجوهر
 الرئوي بان الخلايا السرطانية المتكونة ابتداء في المنسوج الضام الخلافي
 تنمو بدون استحالة جديدة في الاجزاء المجاورة لمواد سرطانية فاعظم السرطان
 وكبره لا يتم في هذه الحالة الا بنمو الخلايا السرطانية المتكونة ابتداء
 والمنسوج المجاور المحيط به هذه الاورام ينطرد وينضغط

ومن النادر ان يحدث السرطان التخاصي لسنا في الرئة فبما لاشي جوهرها وينتج
 عنه تكويين كهو فبل الغالب نموه وبروزه من البليورا التي تلتصق صفيحاتها
 ببعضها بسيرة في الامس السرطان جدر الصدر بل وينتهي
 * (الاعراض والسيرة) *

لا تشاهد في معظم الاحوال اعراض خاصة بالسرطان الرئوي بل في الغالب
 لا يمكن معرفة هذا الداء الا في الاحوال التي فيها استأصلت الغدة الثديية
 من قبل او التي فيها توجد تولدات سرطانية باعضاء اخرى فان ظهرت في مثل
 هذه الاحوال اعراض تدل على حالة مرضية من منة في الرئة كعسر التنفس
 والسعال والنفث الدموي وآلام في جدر الصدر لا ينبغي الظن حينئذ
 بتكويين دون في الرئة بل بسرطان بسبب ندرة التولدات الدرنية عند
 المصابين بالسرطان وكثرة حصول التكتلات عقب استئصال الاورام
 السرطانية ويتأكد التشخيص اذا ثبت بالقرع والسمع وجود تكاثف
 في الجوهر الرئوي سيما اذا كانت هذه الاصمبة في غير الرئة كما هي عادة
 مجلسها في السبل الرئوي ومن النادر ان يوجد في متصل النفث خزيمات
 من اخلية سرطانية دالة وان وجد ذلك صار التشخيص أكيدا والذي
 يثبت به التشخيص ويتأكد هو انثقاب الجدر الصدرية وظهور الورم
 السرطاني من خلال جدر الصدر

* (المعالجة) *

لا يمكن التكلم على معالجة سرطان الرئة في حد ذاته وأما الذي ينبغي مقاومته
تبعاً لما تقدم ذكره فهي الاستقانات الرئوية للأجزاء المحيطة وأرضيات الرئة
والنقث الدموي

* (الفصل الرابع) *

* (في امراض البلورورا) *

* (المبحث الاول) *

* (في التهاب البلورورا ويسمى عند الاقدمين بذات الجنب) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

سُمي التهاب البلورورا ويشكلين اسمه ما الشكل الذي يفتح عنه نخن
في البلورورا والتصاق صفيحاتها مع بعضها وانهم - ما الذي ينتج عنه ايضا نخن
في هذا الغشاء الا انه ينشأ عنه مع ذلك نضج كثير اللبنة أو قلمها وكذا كمية
متفاوتة من اخلية جديدة تتكون في تجويف البلورورا ونخن وربقات
البلورورا والتصاقها ببعضها ينشأ من نمو وضخامة المنسوج الخلوي الطبيعي
والانسكابات البلوروراوية تكون نتيجة نضج خلايا وأما الاخلية الجديدة
لختاطة بهذا النضج فان منشأها نمو غير طبيعي في الاخلية البشرية المغطية
للبلورورا وجسميات منسوجها الخلوي

وأما ما يخص اسباب التهاب البلورورا فيقال فيها ما ذكرناه في اسباب
الالتهاب الرئوي

وهو انه لا يجوز اعتبار كل التهاب بلورورا يحصل في الاشخاص غير الاقوياء
بل ضعفاء البنية والمصابين بمرض آخر الالتهاب انما يوافيه لو كان كذلك لازداد
عدد الالتهابات البلوروراوية الثانوية بداعن الالتهابات البلوروراوية الاولية
ومثل ذلك يقال في الالتهابات البلوروراوية التي كثيرا ما تظهر في اثناء سير
دأمر يكثف فانه ينبغي اعتبارها مضاعفات لهذا المرض الاخير لا تابعة له
وكذا ما يشاهد كثيرا عند الاشخاص الناقهين من امراض ثقيلة والضعفاء
جدد من ظهور التهابات بلوروراوية أكثر من اقوياء البنية يكون مبدئيا على زيادة
استعداد للاصابة بأفات التهابية ولا سيما بالالتهابات البلوروراوية فمتوقف

الحال على سبب آخر ولو خفيفا يحدث به هذا المرض حيث لا ينشأ بدونه
وعكس ذلك يقال في الالتهابات البليوراوية التابعة للناتجة بدون واسط
عن حالة مرضية في الدم وتسممه كالالتهابات البليوراوية التي تكون عرضا
ملازما لتسمم الصديدي للدم وهذا النوع يصحبه غيره من التهابات الأغشية
المصلية سيما المفصالية بدون أن يؤثر على الجسم سبب مضر آخر كالالتهابات
البليوراوية التناسلية والتي تعقب الحصبة والتيفوس وفي جميع هذه
الاحوال يكاد ينتج عن هذه الالتهابات البليوراوية التابعة انسكاب
بليوراوي صديدي

وأما الاسباب المتممة للالتهاب البليوراوي فبعضها أولا الاصابات البحرية
في الاضلاع والبليورايتة وذا اجسام غريبة او انسكاب مواد دموية او
صديدية او غازية في التجويف البليوراوي فان جميع هذه المؤثرات تنتج
عنها الاشكال المختلفة للالتهاب البليوراوي ولا سيما المعصوبة بنضح غزير
كثير اللبنة

ثانيا امتداد التهاب الاعضاء المجاورة سيما الالتهاب الرئوي المصيب للطبقات
الدائرية من الرئة ونحو ذلك وفي هذه الاحوال ينشأ عنها الالتهاب البليوراوي
المحسوب بانسكاب بليوراوي نابل الكمية كثير اللبنة لكنه احيا ناقد
يكون غزيرا جدا مصليا للبقيا

ثالثا يبعد من ذلك الالتهابات البليوراوية المتعلقة بتغيرات مرضية غير التهابية
كالمسرطان والدرن والرتين وذلك متى وصلت هذه التولدات المرضية
الغريبة الى قرب البليوراوفي مثل هذه الاحوال كثيرا ما يكون الالتهاب
البليوراوي جافا فيؤدي الى التصاق وربقات البليوراوي بعضها وفي احوال
أخرى قد يحصل انسكاب بليوراوي كثير الغزارة وقليلها أو تكون درني
او سطاني في الأغشية الكاذبة البليوراوية

رابعا الالتهابات البليوراوية تنشأ عن تأثير البرد او مؤثرات جوية أو ارضية
مجهولة علينا وتسمى حينئذ بالالتهابات البليوراوية الروماتيزمية وفي مثل
هذه الاحوال كثيرا ما تتفاوت النضح كما وكيفا

(الصفات التشريحية)

في ابتداء الالتهاب البليوراوى تكون البليورا ذات لون سحج باحتقان
وعانى شعري مجلسه المنسوج الخلقى الضام تحت الغشاء المصلى ويوجد
فيها ايضا نقط واشترطه وردية ناتجة من الاحتقان الشعري الدقيق وزيادة
على ذلك توجد نقط صغيرة من انسكابات دموية اربقع ايكه وزينة على شكل
لطخ غير منتظمة حمراء كثة يندر أن يشاهد فيها تقرعات وعائية ومنسوج
البليورا يكون من تشهار خواومعظم اخليتها البشرية منفصلة له وسطحها
الاملس اللامع يصير متكدرا والبليورا نفسها منتخجة قلبه لا يتم بكتسب
سطحها السائب هيمة غير منتظمة خشنة تلبده ناتجة عن تكون ثنيات
رقمية وتجببات حلبيمة ملتصقة بها التصاقا متينا لا يلبس بالتراب كانت
المنخمية اللببية وبالبحث بالمرسكوب عن هذه التجببات يظهر انها متكونة
من خلايا جديدة التكوين شبيهة بالجسيمات اللببية واوية وبنوعها هذه
الخلايا على شكل أخلية مغزلية يتكون جوهه رقيق ضام وبعضها باجتماعه
واصطفافه تتكون أوعية شعرية وبذلك ينشأ مجموع وعائى مستطرق
بأوعية البليورا يكون سيره متعرجا في المنسوج الخلقى الضام الرقيق
المتكون جديدا

وتوجد هذه التغيرات في جميع أشكال الالتهاب البليوراوى سواء وجد
انسكاب في تجويف البليورا أولا وسواء كان الانسكاب غزيرا أولا كثيرا
اللببية او قليلا وسواء كان كثير الجسيمات الصديدية او قليلها فينسب
اليها بانفرادها تكوين الاغشية الكاذبة البليوراوية والتصاق وبقائتها
بعضها

ثم ان شكل الالتهاب البليوراوى الكثير الحصول جدا الذى لا يشاهد فيه
الا التغيرات السابقة دون غيرها ويمكن تسميته بالالتهاب البليوراوى
الجاف يندر البحث عن صفاته التميز بحجة بهد حصوله حالا وان تيسر
ذلك فلا يوجد أدنى نضح سائب وانما يوجد غمغمة أخلية البليوراوى الذى تقدم
ذكره نقط وزيادة على ذلك أن ما يشاهد بكثرة من التصاق وبقات البليوراوى
بعضها التصاقا ممتدا بدون أعراض بليوراوية يثبت ثبوتا شافيا أن هذه
الاتصاقات حصلت بدون نضح سائب فاتنا نشاهد أن حصول النضح

ولو قليل الكمية يصطبب بالأم شديدة جدا
وأما شكل الانتهاب البليوراوى ذى النضج القليل الكثير اللبني جدا
فيشاهد غالباً ماصحاً بالانتهاب الرئوى اللبني أو الآفات الرئوية المزمنة
وفي مثل هذا الشكل توجد البليورا الملتصبة التى اعترها التغيرات السابقة
مغطاة بطبقة ليفية رقيقة شبيهة بالغشاء تزيد في تعكر هيئة الغشاء المصلى بحيث
لا يرى سطحه المحقق الايكيموزى الابدعرفع هذه الطبقة بطرف المشرط مثلاً
وفي أحوال أخرى يكون هذا الانسكاب كثير اللبني جدا وكميته زائدة قليلاً
حينئذ يشاهد على سطح البليورا تراكمات مبيضة سمكية تباع نصف خثرة
شبيهة بالاعشمية اللبنيّة المكاذبة ومن الواضح ان النضج في هذه الاحوال
كان ابتداء حصوله سائلاً ثم انه قد وكن الغالب انه لا يمكن وجود جزئيات
يجوار هذا الجزء المنعقد في تجويف البليورا ومضى آل هذا الشكل للغشاء
فالتر كات اللبنيّة تمتص بعدمكابهة الاستحالة الشحمية وسيولتها فتمتقارب
وربقات البليورا النامية أخليتها من بعضها وتلتصق

وأما الانتهاب البليوراوى ذو النضج الغزير المصلى اللبني فقيه تغيرات جوهر
البليورا السابقة تكون ممتدة جدا على البليورا الحشوية والجلدرانية
ويحصل في تجويفها انسكاب غزير جدا تباع كميته من رطلين الى ثلاثة الى
عشرة بل أكثر وهذا النضج يتكون من جزئين أحدهما مصلى اصفر مخضر
وثانيهما من مواد ليفية منعقدة تسبح في السائل على شكل ندف وتجمعات
ليفية صغيرة أو تكون فيه شبكة رخوة أو ترسب على سطح البليورا مكونة
لطبقة من أعشمية كاذبة وكلما كان الانسكاب قديماً كانت هذه المواد أكثر
صلابة وتماسكاً فتكتسب فيما بعد هيئة ليفية بدون أن تتعضى ويوجد على
الدوام في هذا السائل المصلى وفي التراكات اللبنيّة جسيمات صديديّة منعزلة
بحيث ان هذا الشكل لا يميز عن الشكل الآتى الا بقلة السكرات الصديديّة
التى توجد بعدد عظيم جداً فيه وكلما كثرت الجسيمات الصديديّة زاد تعكر
السائل المصلى وازدادت التراكات المصفرة ثم ان النسبة بين المصلى والمواد
اللبنيّة تختلف ومع ذلك فليس من الجائز اعتبار النضج اللبني نتيجة لسوء
القذبة أى الاخلال اللبنيّة أعنى لازدياد المواد اللبنيّة للدم بل الذى يقرب من

الحقيقة خلاف ذلك وهو ان الالتهاب البليوراوى الذى تتراكم في انباته مواد لينة على البليورا ينشأ عنه كذلك ازدياد في المواد اللينة للدم ايضا وان الانسكاب يزاد احيانا ازديادا دفعيا متعاقبا وحيث كانت هذه الازديادات ليست ناتجة بدون واسطة عن الاوعية الشعرية البليوراوية بل عن الاوعية الرقيقة المنسوجة الضام الجريد التكوين فقد ينتج في الالتهاب البليوراوى المزمين من تزقج - در الاوعية الرقيقة الجديدة التكوين انسكاب من مواد دموية تختلط بالاسائل المنسكب ومن هذاتى تكون الالتهاب البليوراوى ذوالانسكاب الدموى ويوجد على الدوام حول هذه الانسكابات التصاقات ناتجة عن التضخم اللينى - جديدة التكوين بحيث يتكيس الانسكاب البليوراوى وهذا الامر مهم جدا بالنسبة لمجموع اعراض الالتهاب البليوراوى

وأما التغيرات التى تحصل في الصدر والاعضاء المحتوى عليهم عند وجود انسكابات بليوراوية عظيمة جدا فهى تبعا للرأى المعلم (روكنسكى) الذى شرحها بالدقة كما سأتى عبارة عن تمدد الصدر - مدد اعظيما واتساع المسافات بين الاضلاع وتقوسها نحو الظاهر واندفاع الحجاب الحاجز الى اسفل كما ان كلال من الحجاب المنصف والقلب يندفع الى الجهة المقابلة للانسكاب او الى الخط المتوسط اذا كان الانسكاب في كلتا الجهتين والرئة كذلك تنضغط انضغاطا عظيما موافقة لدرجة كمية الانسكاب وتندفع الى الخلف والاعلى والانسية نحو الحجاب المنصف الخلقى والعمود الفقرى اذ الم توجد التصاقات قديمة تمنع اندفاعها بهذه الكيفية وتوجد صغيرة الحجم بحيث لاتصل الى ربع حجمها الاصلى أو ثمنه وتكون منبججة أو مقرطحة من جهة سطح الظاهر المدب بحيث تشبه القطيرة المقرطحة وجوهرها يتغير بحاله ضمور فيكون أحمر باهتا أو أزرق مسورا او رماديا سنجانيا شديدا بالجلد خاليا عن الدم والهواء وتكون متسكاته من جهة دائرتها او حوافها ومحاطة باغشية كاذبة تمتدة من البليورا الضلعية وفي احوال الالتهاب البليوراوى الخرنقى يكون كل من تزخج الرئة وانضغاطها قاصرا على جزء منها موافقا لمجلس هذا المرض وامتداد ورثة الجهة السليمة تكون على الدوام بمجلس الاحتمقان تواردى

تقوم على جانبي وفي احوال الانتهاء المخزن تكاد تكون على الدوام مجلسا لا وديا
جانبية تفهومية

ثم اذا انتهى هذا الشكل من الالتهاب البليوروى بالشفاء يصير الانسكاب
اكثر تركزا شيئا فشيئا (وتبها لذلك يكون الامتصاص في الابتداء اسرع منه
فيما بعد) وبالجملة يمكن ان يمتص الجزء السائل من هذا المنضح بالكيفية بحيث
ان صفيحات البليوروا الغير المساهب بسبب التراكمات الليفية تلامس بعضها
والتراكمات الليفية المذكورة تعترجها الاستحالة الشحمية فتسيل وتمتص
وحينئذ يحصل التصاق وير يبقى البليوروا المتكاثفتين مع بعضها وقد يوجد
بين هذه الالتصاقات بقايا التراكمات الليفية الغير الممتصة وبعض العناصر
الخلوية للانسكاب البليوروى على هيئة مواد جينية مصفرة

ثم ان حصل امتصاص الانسكاب بسرعة فهذا الهواء ثانيا فتمدد وتعود
المسافات بين الاضلاع الى حالتها الطبيعية وكل من الحجاب المنصف والحجاب
الحاجز والقلب والسكبد المتخرج عن محله يعود الى محله الطبيعي
وفي احوال اخرى تلتصق جدر الخلايا الرئوية المنضغطة من منذ زمن طويل
ضع بعضها بحيث لا يمكن نفوذ الهواء فيها وأنت التراكمات الليفية اليابسة
الكاثنة على الرئة المنضغطة تمنع تمددها ثانيا ولا يمكن تعيين الزمن والمدة التي
يحصل فيها هذا الامر مع التأكد فان حصل الامتصاص في مثل هذه
الاحوال نشأ عن ذلك فراغ وصار كل من الصدر والاعضاء المجاورة له مجبوروا
على المساعدة في امتلائه وذلك بانجذابها الى نحو هذا الفراغ فتتجه
الصدر المساهمة بحيث تكون تقعير ابدلا عن تحتدبهم وتضيق المسافات
بين الاضلاع الى أن تلامس بعضها ويهبط الكتف بل وية قوس العمود
الفقري بحيث يكون قوسا تقهيره مما يلي الجهة المريضة والسكبد الذي يكون
منذ قديم الى اسفل في احوال الانسكاب باليوروى الايمن يجذب الى اعلى
بحيث كثيرا ما يصل الى الضلع الثالث وقة القلب التي تكون متخولة جهة
حافة النقص اليسرى في احوال الانسكاب البليوروى اليسارى تجذب جهة
اليسار عقب اهتصاصه بحيث يمكن ان تصل الى الخط الابطن اليسارى
واما الالتهاب البليوروى ذو الانسكاب الصديدي المعروف بالامبيما

وبالانسكاب الصدري الصديدي فقيه الجزد السائل من الانسكاب يشتمل
 على أخلية صديدية عديدة جدا بحيث يكون سائل غير شفاف مصفر كثيف
 وكذا الرواسب اللينة يحموي باطنها على جسيمات صديدية بكمية عظيمة
 جدا فتظهر رخوة ذات لون مصفر والانسكاب الصديدي هنا يمكن امتصاصه
 أيضا سواء في ذلك جزؤه السائل ومادته اللينة وأخيلته الصديدية بعد أن
 تعثر بها الاستحالة التي تكرر ذكرها الا انه في هذا الشكل قد يحصل انتهاء
 آخر للاتهاب البليوراوي وهو أن تكون الكرات الصديدية لا يحصل
 فقط على السطح السائب من البليورا بل يحصل أيضا في جوهر البليورا
 نفسه فتصير متعكرة لينة ويحصل فيها على التدرج فقد جوهر شيا أنشيا وان
 تقدم فساد جوهر البليورا وامتداد وأصاب الوريقة الضلعية من البليورا
 أمكن ان ينفخ الانسكاب البليوراوي الصديدي نحو الخارج بحيث انه
 في الاحوال الجيدة يطمع في الشفاء عقب ذلك ومنه تد الرئة ثانيا وبهذه
 المثابة يمكن أن يحصل انفجار الاميبها في الرئة تنفسها فيسفرغ الصديدي من
 الشعب وحصول الشفاء التام في مثل هذه الاحوال يعد نادرا جدا

* (الاعراض والسير) *

الاتهاب البليوراوي الخفيف لا تنتج عنه اعراض مخصوصة وان حصلت
 وكانت مصاحبة لظواهر مرضية أخرى فبالاقل لا يمكن تمييز اعراضه من
 اعراض المرض المصاحب له فقد يوجد في جثة بعض الاشخاص التصاقات
 تامة بدون ان يشاهد فيهم مدة الحياة ظواهر مرضية واضحة والتصاقات
 الممتدة المتينة لور يقسى البليورا تمنع من انزلاق البليورا الحشوية على
 الضلعية ومن تد الرئة في اثناء الشهيق ولا بد من حصول ضيق خفيف
 في النفس لا يتضح غالب الا عند الاحتياج لاسرعة النفس بواسطة الجهودات
 الجسمية او خلافها

واما الاتهاب البليوراوي ذو النضج اللين فيكون مصحوبا بالام
 شديدة ناعسة تزداد بواسطة الانزلاق البطيء لضعف البليورا عند حصول
 التنفس الطبيعي وتشد جدا عند ما يكون انزلاق ضعيف البليورا على
 بعضها مبرعا كما يحصل ذلك عند التنفس العميق وبالاكثر يكون كل من

حركة السعال والعطاس مؤلما جدا فانه في اثناء هاتين الحركتين يعتري
 البليور الملتببة ضغط من الباطن بواسطة الهواء المنضغط وكذا تزداد
 الالام ازديادا عظيما وترتفع بالضغط على الاضلاع والمسافات التي بينها فانه
 يؤثر على البليور بدون واسطة والمرضى تنفس تنفسا سطحيا مع الاحتراس
 وفي الغالب ينحني جسمها الى الجهة المريضة اذ هم - هذا الوضع يقل توتر
 العضلات بين الاضلاع وعمدها الملتبب وزيادة على ذلك تحس بعض المرضى
 مدة التنفس باحتكاك في صفر محدد ودون الصدر وينضم لذلك سعال الا ان
 هناك احوالا يفتقد بالكلية فيها وليس من الاكيد الى وقتها هذا معرفة ان
 التجميع البليور اوى هل ينتج عنه سعال بطريق الانعكاس كالتجميعات الانتهائية
 في الغشاء المخاطي الشعبي ام لا وهل كل سعال يظهر في الالتهاب البليور اوى
 يكون نتيجة مضاعفة رئوية أو شعبية

ثم ان الالتهاب البليور اوى ذا النضج اللينى القابل ان لم يصطبب بتغيرات
 النهائية شديدة في الجوهر الرئوي يكون سيره بدون حمى واضطراب بنى عموما
 فلذا ترى أغلب المرضى المحسبين به لا يكتمون باما كهم بل يذهبون الى
 الطبيب لاستشارته

وقد ذكرنا سابقا ان ألم الجنب الذى هو اكثر الاعراض ايلاما للمريض في
 الالتهاب الرئوى اللينى ويكاد على الدوام يتعلق بلاشك بمضاعفة ملازمة
 له - هذا المرض اى بذلك الشكل البليور اوى تكون مدته قصيرة دون باقى
 اعراض الالتهاب الرئوى والظاهر ان هذه الظاهرة ناتجة عن زوال انزلاق
 صفيحتى البليور على بعضهما عند امتداد ارتشاح الرئة امتدادا عظيما بل
 وفي الاحوال التي فيها يحصل هذا المرض اوليا اى ذاتيا أو مضاعفة المرض
 من من في الرئة تقصر مدة آلام الجنب ايضا بحيث لا تستمر الا بهض ايام سيما
 بالاعالجة اللاتقنة ولا تمسك بهض اسابيع الا في احوال استثنائية وتكون
 ظاهرة مخوفة تكاد تتعلق دائما بتغير مرضى ثقيل في جوهر الرئة

واما الالتهاب البليور اوى ذو النضج المصل الى اللينى العزير الذى يظهر في كثير
 من الاحوال بطواهر مرضية عامة ثقيلة واعراض موضعية شديدة شبيهة
 باعراض الالتهاب الرئوى اللينى فهو مرض حاد في كل من ابتدائه وسيره

فيبتدى بقشعريرة شديدة تعقبها اعراض حمية شديدة مع ارتفاع درجة حرارة
 وسرعة النبض وامتلاءه وينضم لذلك آلام في الرأس والظهر والاطراف
 وفقد الشهية وزيادة العطش وغير ذلك من الظواهر التي تصحب الامراض
 الحادة المصحوبة بحمى شديدة ونوبة القشعريرة لا تكون واحدة على الدوام
 بل الغالب انها تتردد وهذا التردد يقرب جدا من الطرز الثلاثي بحيث كثيرا
 ما يشبه الالتهاب البليوراوي في ابتدائه بالحى المنقطعة
 وفي ابتداءه هذا المرض يكون هذا الشكل مصحوبا في كثير من الاحوال
 بالآلام شديدة ناعسة مجلسها إعادة الجهة الجانبية من الصدر مثل الشكل
 السابق الذي كثيرا ما يستحيل الى هذا الشكل الاخير عقب ازدياد النضج فيه
 وغزارة مادته المصلية وبقدم سير هذا المرض يحصل تطهير في الآلام بل
 كثيرا ما تزول بالكلية ولوقبل ان يصل الالتهاب الى اشد درجة ارتفاعه
 وقبل ان يتم النضج بالكلية والسعال الذي يكاد لا يقف في هذا الشكل يكون
 احيانا ممتعا مستمرا للغاية يسهل توجيهه في بعض الاحوال بالاحتقان
 التفرغى الجانبى والاوذيميا الجانبية اللذين يترتان اجزاء الرئة الغير
 المنضجة وفي احوال اخرى لا يتضح توجيه حصول السعال
 ثم انه ينضم للاعراض المذكورة ضيق عظيم في النفس يرتقى الى اعلى درجة
 بازدياد الانسكاب ومن المهم معرفته ان ضيق النفس في احوال الانسكابات
 البليوراوية لا يتعلق جميعه بانضغاط اجزاء عظيمة من الرئة بل ان جزءا عظيما
 من ضيق النفس يتعلق باحتقان واوذيميا اجزاء الرئة الغير المنضجة اذ هما
 يحصل تناقص في متسع سطح التنفس ايضا وعلى كل حال فنضيق النفس
 في الالتهاب البليوراوي يزول كما يزول في الالتهاب الرئوى متى زال ارتفاع
 الاعراض الحمية وسرعة التنفس سيما حتى كان الانسكاب غير عظيم جدا
 ثم انه بعد استمرار هذا المرض ستة ايام او ثمانية وارتفاعه الى اعلى درجة
 يحصل اتجاه سريع وقتى نحو الشفاء كما يحصل ذلك في الالتهاب الرئوى اللينى
 بحيث يتناقص كل من الاضطراب البنى العمومى وهذه الظاهرة تتعلق
 بانطواء الحى (المعروف بالجران) وفي الاحوال الحادة يبتدى امتصاص
 النضج ويتقدم تقدم ما عظيما ويكون الامتصاص كما ذكرنا في الابداء سريرا

ثم يبطئ شيئا فشيئا كلما تناقص الجزء الساقط من الانسكاب وازداد تركزه بحيث يتحقق الطيب من وجود بعض الانسكاب البليوراوي بهد بعض اسابيع ولو كان المريض متحصلا على تمام الشفاء في الظاهر وزيادة على هذه الاحوال التي فيها يسير هذا المرض سيرا حادا تو جد احوال أخرى وان ابتداء المرض فيها ابتداء حادا الا انه يكون ذا سير بطيء مستطيل ففي انتهاء الاسبوع الاول او بعده يبعث ايام تتناقص الحمى ولا يزداد الانسكاب ثم يتبدئ الانسكاب في الزول بحيث ان أجزاء الرئة التي كانت منضغطة يتخذ الهواء فيها ثانيا غير انه بينما يظن الطبيب حصول تحسین واضح عند المريض يرى انه صار قصير النفس ويزداد السعال عنده وينتذف منه نفث دموي رغوي ويحصل أيضا توران في الحركة الحمية وعند البحث عن أعلى الصدر بالعلامات الطبيعية يوجد ازدياد في الانسكاب كعرض الكف بل أزيد بحيث انه وصل الى درجة لم يكن وصل اليها من قبل وبهذه الكيفية مع اختلاف الظواهر المرضية تستطيل مدة المرض الذي ابتداء حادا واستمر سيره مدة اشهر الى أن ينتهي انتهاء محزنا غالبا

وبالجملة توجد أحوال عديدة أخرى فيها يتبدئ هذا الشكل من الالتهاب البليوراوي ابتداء بطيئا وغير مدرك ثم يأخذ سيراً مستطيلاً مزمناً وفي مثل هذه الاحوال تفقد الحركة الحمية الانتهائية والالم ايضا واقبله بقدر الالم الشديد الذي يتبدئ به الاحوال التي سبق شرحها وليس من النادر أن لا يدرك المريض ضيق النفس وقصره وان استشار الطبيب فإذ ذلك الامن فقد قواه وبها تلوته ونحافة جسمه اولظن انه مصاب بمرض مزمن في البطن سيما ان كان الكبد مندفعاً الى اسفل في احوال الانسكاب البليوراوي اليميني وكان بارزاً في المراق الايمن واحسنت فيه ضغطاً وتوتراً ولا يخفى على كل طبيب ممارس للعمل وجود كثير من هذه الاحوال التي فيها لا يبقى المريض في فراشه ولا يعلم متى ابتداء معه الالتهاب البليوراوي والحال انه بالبحث الطبيعي كثيراً ما يثبت وجود انسكاب بليوراوي عظيم جداً مالى للجوف البليوراوي والمخطاط القوي العظيم عند مثل هؤلاء الأشخاص بوضوح بسهولة متى علمنا انه على الدوام تعثر بهم الحركة الحمية وأنه يوجد عندهم في الجوف

البليورا كمية عظيمة من الانسكاب البليوراوى الكثير الزلال تصل كميته
من ١٠ ارطال الى ١٥ ومثل هذا الانسكاب يحصل فيه أيضا تغيرات
بالزيادة والنقص على التعاقب ولا يمتص في الاحوال الجيدة الا يطرد جدا
ثم تملك المرضى فيما بعد من استقرار حركته حتى الدق والمسلسل الرئوى الطارئ
على ذلك

وأما الالتهاب البليوراوى ذو النضج الصديدي المعروف بالامبيما وبالانسكاب
البليوراوى الصديدي فانه يحصل متى كثر جدا تكوينا الخليا الجديدة
الذى لا ينفك عنها الكلية في الاحوال السالف ذكرها بحيث ان أغلب المسائل
يصير صديديا واعراض الانضغاط الرئوى في هذا الشكل هي عين ما وجد في
الانسكابات البليوراوية القليلة السكرات الصديدية جدا وفي أثناء سير
الامراض العمومية المحبوبة بنفسا صديدي في الدم كثيرا ما تكون
انسكابات بليوراوية كثيرة السكرات الصديدية جدا من الابتداء وفي مثل
هذه الاحوال كثيرا لا تشتمك على المرضي باعراض موضعية نحو الصدر لكن
هذا لا يتعاقب بصفة الانسكاب نفسه بل بالاضطراب البني العمومى الثقيل مع
اضطراب الوظائف الدماغية بحيث انه في مثل هذه الاحوال طالما انفق
العلامات المحسوسة للمريض فلا يعرف الانسكاب البليوراوى الصديدي
الا بالعلامات المدركة للطبيب

وأما التهاب البليوراوى فيقال فيه ان جميع اشكال هذا المرض
يمكن أن تنتهي بالشفاء بل والاتصافات العظيمة الممتدة لوريقى البليورا
التي تعقب الالتهاب البليوراوى لا تعبر شفاء غير تام فان كثيرا من الاشخاص
الذين اعتراهم هذا الامر لا يتشكرون منه ويعمرون زمن اطول بلا وقد ذكرنا
فيما تقدم ان الانسكابات البليوراوية ولو العظيمة جدا يمكن أن تقتصر ولو
كان امتصاصها في الابتداء سريعاً وبطيئاً جدا فيما بعد وينبغي الاحتراز في
تشخيص تناقص كمية الانسكاب البليوراوى في جميع الاحوال التي
يشاهد فيها تناقص أهمية الصدر وسقوطها الى الأسفل فان تناقصها يمكن أن
يكون مبنيا على أمر آخر بخلاف امتصاص الانسكاب وهو أن جدر الصدر
والمسافات بين الاضلاع تصير أكثر رخاوة وكثيرة التدد وان الجباب الحاجر

باسترخائه من شدة الضغط يسقط الى أسفل ولذا يمتد ما ذكرناه عند الحكم على
 الامور المذكورة وبالجملة لا ينبغي للطبيب اليأس بسرعة من عدم امتصاص
 الانسكاب في الاحوال التي هي ليست موصى بها الا امر زمانا طويلا اذا كثيرا
 ما يحصل ذلك ولو بعد زمن طويل

وأما الالتهام بالشفاء الغير التام فيعبر عنه بالحمالة التي فيها لا تتم الدورة ثانية
 ولا تقبل الهواء بسبب تكيسها بالنصافات متينة من تولدات غشائية أو بسبب
 التصاق جدر خلاياها وانسدادها وفيها ينخسف الصدر وتنجذب الاعضاء
 الحشوية المجاورة لاجل امتلاء المسافة الفارغة المتكونة وعند هؤلاء المرضى
 أن كانوا مغممين بجمحة جيدة تسكن في اجزاء الرئة السليمة غير المصابة في ادخال
 كمية كافية من الاوكسيجين في الدم وسرور مقدار كافي من حمض الكربون
 وفي مثل هذه الاحوال وان فقدت جزءا عظيما من الاوعية الشعرية الرئوية تكفي
 القلب الذي اعثرته الضخامة في احد اث سرعة في دورة اجزاء الرئة
 السليمة بحيث لا يشأ عن ذلك اضطراب دورى عظيم في الدورة العظمى

تم ان حصل انفتاح الامبيما الصدرية نحو الظاهر وذلك يكون غالبا بين الضلع
 الرابع والخامس لاني الاصفر الاكثر انحدار من الصدر وشوهد ابتداء
 انفتاح أو ذمعاوي في الجلد الظاهر من الصدر ثم يعقبه ورم بارز يابس صلب
 بين الاضلاع وعماقيل يظهر فيه التورج ثم يتفجر هذا الورم وتخرج منه كمية
 عظيمة من الصديد وهذا الالتهام لا يؤدي الى شفاء تام الا في احوال قليلة
 وذلك بتعدد الرئة ثانية بحيث يمتلئ الفراغ الذي كان مشغولا بالقيح بل الغالب
 في مثل هذه الاحوال ان تجذب الاعضاء الحشوية المجاورة وتغير وضعها وفي
 احوال انفجار الورم الصديدي الصدرى من الظاهر فالغالب عدم انسداد
 الفتحة انسدادا غير تام قد تتجهل الى فوهة ناصورية تخرج منها على الدوام
 أوزة من انما مواد صديدية بكمية عظيمة وبهذه المنهية يمكن أن تعيش المرضى
 زمنا مسطويلا

وعندما انفجار الانسكاب الصديدي للصدر في الرئة تشهدوا هرا رتوية التهاية
 خفيفة قبل حصوله فيحس المريض بالآلام ناخسة في الجنب ويقذف نفقا مدما
 ونحو ذلك وفي احوال أخرى يحصل هذا الانفجار بدون هذه الظواهر السابقة

فيستقرغ المريض بالسعال دفعة واحدة عقب نوب سعال شديدة نفقا صديديا
كثيرا جدا وفي النادر من هذا القبيل قد يحصل الشفاء عقب انخساف الصدر
أو بدونه والغالب أن المريض يهلك بطواهر الاختناق أو التجمع الصدري
الصديدي الغازي

وأما انفتاح الاميبها في الحجاب الحاجز أو في الاعضاء الحسوية المجاورة فيعقب
بطواهر الالتهاب البريتوني الشديد جدا وظواهر استطاراقت غير طبيعية
لا يمكن شرحها الا مع التطويل الممل

وأما الالتهاب المولوت فيكون غالباً في الالتهابات البليوراوية الحديثة العهد
التي يرتقي فيها في الغالب الاحتمقان التقيمي الخائبي الى درجة الاوذيميا الحادة
الشديدة جدا في اجزاء الرئة السليمة فتحصل الغاطخ خريية وينتذف نفث
زبدي مدموم ويحصل ضيق عظيم في النفس ثم تظهر بسرعة ظواهر التسمم
بمحض السكر بون فتضطرب الوظائف العقلية وتحمدمو يحصل هبوط عام
عظيم مع ضعف في ضربات القلب ويصغر النبض وتبرد الاطراف فهتلل
المريض بسرعة

وفي أحوال أخرى يحصل من انضغاط الرئة وأوعيتها الشعرية استقراغ غير
تام في البطن الايسر مع امتلاء احتيامي في البطن الايمن وأوردة الدورة
العظمى وقد نبه المعلم (برتلز) على انه عند ترشح القلب وتحويله الى الجهة
اليمنى يعثرى الوريد الاجوف السفلى انثناء وانخسافاً عند مرور به بالحجاب
الحاجز من المسافة المربعة وبواسطة هذا الانحناء ينشأ اضطراب عظيم في
الدورة العظمى وينشأ عن الامتلاء غير التام للعجموع الشرياني الابهري
زيادة عن صغر النبض تناقص عظيم في كمية البول وتركيزه تركيزاً عظيماً وأما
امتلاء الاوردة واحتباس الدم فيها فينشأ عن ظواهر سياتوزية واستسقاآت
ولا يشدر أن ينتج عن عوق استقراغ دم الاوردة الكلوية ظهور الزلال أو الدم
أو الاسطوانات اللبيفية في البول

وفي أحوال أخرى يحصل الموت عقب انفجار الانسكاب الصديدي الصدري
في الرئة أو تجويف البطن أو نحو ذلك
وأكثر من ذلك حصول الموت في أحوال الانسكابات البليوراوية التي

لم تقتص بواسطة الجوى ولو كانت درجاتها خفيفة فأنها تنك البقية ولذا يعبر
 عنها بجوى الدق
 وأغلب من يعثر عليهم انسكابات بليوراوية لا تقتص الايطاء امتصاصا غير تام
 بل يكون من الالتفات الرئوية المزمنة والدرن الذي يتكون في رئة الجهة
 السليمة عقب تردد الاحتمقات الرئوية وفي الجهة المريضة عقب تكرار
 الاحتباسات الافرازية النزلية

* (في العلامات الطبيعية للاهتمام بالبيوراوى) *

بالبحث بالنظر في أحوال الانسكابات البليوراوية القليلة المكونة لطبقة
 غشائية رقيقة على وريقتى البليوراوت تكون منجمعة في الجزء السفلى من
 تجويفها بدون ان تضيقه ضيقا عظيما ان كان النضج سائلا لا يستدل على شئ
 وانما اذا كان التنفس مؤلما يرى ان المرضى تصور الجهة المريضة عن الحركة
 وان حركات التنفس فيها أقل امتدادا من الجهة السليمة
 واما في أحوال الانسكابات البليوراوية الغزيرة فبالبحث بالنظر يشاهد مجموع
 الظواهر الناشئة عن كون السطح الباطنى من الصدر ليس معروضا كفى الحالة
 الطبيعية بل يذب الرئة المرنة بل تضغط الانسكاب المرضى فيوجد
 اولان المسافات بين الاضلاع في الجزء الذى فيه الانسكاب لا تكون مكونة
 لميازيب سطحية بل تكون هي والاضلاع الجواردة لها في محاذة واحدة
 فتكون منهجبة أو مفرطحة بل تكون في النادر بارزة قليلا ثانيا يشاهد عند
 وجود انسكابات عظيمة مائلة لتجويف البليوراوت ان جهة الصدر المريضة
 ممتدة في جميع اتجاهاتها سيما في قطرها المقدم الخلقى أى القفوى الثديي وعند
 ما يكون الانسكاب غير عظيم الكمية جدا او متكيسا في الجهة السفلى الخلفية
 من تجويف البليوراوت يكون التمدد قاصرا على الجهة المسامتة للانسكاب
 ويندر جدا أن ينشأ عن الانسكابات البليوراوية المتكيسة تحدد في جدار
 الصدر بغير هذا المحل نالما تحدث الانسكابات البليوراوية اليسارية تحولا في
 القاب وفي أحوال الانسكابات البليوراوية اليمنى اندفاعا في الكبد بحيث
 يشاهد بالنظر ان ضربات القلب مدركة جهة الانسمة والاسفل بل احيانا
 تشاهد على عين القصر أو يشاهد تمدد واضح في المراق الايمن دال على اندفاع

السكبد الى أسفل وزيادة على نتائج الانسكاب البليوراوى هذه الناتجة عن الضغط الواقع على جدر الصدر من الباطن الى الظاهر يشاهد بانظر أن جدر الصدر في مسامته الانسكاب البليوراوى لا تشترك في الحركات التنفسية وتوجه هذه الظاهرة بسهولة بان العضلات بين الاضلاع تكون من جهة مجلس الارتشاح أو ذى ماوى تسمى جانبي فتكون في حالة استرخاء مشلوه من جهة أخرى لا يمكن تمدد جدر الصدر في تلك الجهة بسبب عدم تمدد الرئة وان كان الحجاب الحاجز من دفا الى أسفل اندفاعا عظيما بواسطة الانسكاب بحيث يكون تحتها عظيما في تجويف البطن وكانت اليافه العضلية غير منفصلة تفرطح هذا العضو بواسطة انقباض اليافه عند اندفاعه الى أسفل بحركات الشهيق ويشاهد بتبع ذلك انخساف القسم الثمرا سيني في المحل المسامت لمجلس الانسكاب عوضا عن تحديه

ثم ان تمدد الرئة في أثناء امتصاص الانسكاب البليوراوى تمددا تاما لا تبقى علامات ظاهريه في جدر الصدر تدل على المرض الذي كان موجودا من قبل فانه بعد انتهاء امتصاص الانسكاب تعود المسافات بين الاضلاع الى شكلها مكوته لا يزال بسطحية وتكون معرضة ثانيا للذب الرئة المرنة وتمدد الصدر يحصل فيه انتظام ويزول اضطراب حر كانه التنفسية ويعود كل من القلب والكبد الى محله الطبيعي وانما في بعض الاحوال يبقى القلب ولو بعد امتصاص الانسكاب البليوراوى امتصاصا تاما متحو لا عن محله بسبب ثبته بالتصاقات مرضية

واما اذا لم تمدد الرئة ثانيا في أثناء امتصاص الانسكاب البليوراوى فان تجويف الصدر يتناقص في جميع اقطاره ويحصل فيه قصر بتقارب الاضلاع بل وانزلاقها على بعضها وتفرطحها من الامام الى الخلف وكلما زال شكل التجويف المستدير في الصدر وكان تفرطحه عظيما تناقصت (تعا) للنوايس الطبيعية) قابلية احتواء هذا التجويف واتساعه ولو بقي محيطه على حاله ولهذا السبب يوصى في الاحوال التي ابتداء فيها امتصاص الانسكاب البليوراوى بقياس محيط جهتي الصدر ومقارنتهما البعض ما زما فزما لاجل معرفة درجة تقدم امتصاص الانسكاب وتمدد الرئة ثانيا ولا

يقتصر على ذلك بل ينبغي قياس طول القطرين الفقريين المتدينين بواسطة
 برجل ومضاهاة نتيجة القياس في الجهتين والاجود في ذلك قياس اقطار
 الصدر ببرجل المعلم (ولين) اذ به يمكن معرفة جميع اقطار الصدر حيث انه
 ذو شعب يمكن وضعها على بعض اسمولة واسمة تخرج الفرق وكلما اندفعت
 اضلاع الجهة المربعة ازيد انخفض المكثف وتقوس العمود الفقري فلا
 يكون من النادر ان كلامنا من الخساف احدى جهتي الصدر وسقوط كتف
 الجهة المسامة وتقوس العمود الفقري تقوسا جانيا يلى تحديده الجهة
 السليمة يكون عظيما جدا بحيث تشوه هيئة الشخص المصاب بالكلية ويعبر
 عنه العوام اذ ذلك بالاحد

وبالجمله يمكن الاستدلال بالبحث بالنظر عقب امتصاص الانسكاب البليوراوى
 اليسارى وعدم تمدد الرئة اليسرى عن تحول قبة القلب جهة اليسار بحيث
 تكون بضائفة قريبا من الخط الاطلى اليسارى وهذه الظاهرة تنشأ عن كون
 القلب الذى كان من دافعا جهة اليمين بواسطة الانسكاب قد انجذب جهة
 اليسار عند امتصاص هذا الانسكاب وزوال الشيا فشيأ حتى يلا الفراغ
 وانذ كرهنأ أن كلامنا من رجوع محيط الصدر الى حالته الطبيعية وتناقص
 تجويفه الذى كان ممتددا من قبل بواسطة الانسكاب البليوراوى لا يدل على
 زوال هذا الانسكاب بالكلية فان الرئة المنضغطة انضغاطا تاما لا تشغل
 الاجزأ قليلا جدا بحيث لم ينزل يبق مع تناقص تجويف البليوراوتناقصا عظيما
 مسافة عظيمة مشغولة بالسائل

وعند البحث بالجلس يحس ما يسمى باللغظ الاحتمكا كى أو المشرى وستشكلم
 على صفات هذا اللغظ وتميزه عن الغاط أخرى مشابهة له تدرك بوضع اليد على
 الصدر وتكلم أيضا على شروط ظهور هذا اللغظ وزواله وذلك عند الكلام
 على التسمع

وزيادة على ذلك فبالجلس يمكننا الاستدلال على علامات مهمة في تشخيص
 الالتهاب البليوراوى المحجوب بالانسكاب الغزير بواسطة الصفات
 الخصوصية لمركبة الاهتزاز الصوتى الصدرى عند وجود انسكابات في تجويف
 البليورا ويمكن أن نقول بطريفة عوميسة ان حركة الاهتزاز الصدرى أو

الاهتزاز الصوتي الصدرى تكون ضعيفة جدا أو من التباين الكلية في جميع
 اجزاء الصدر التي يوجد فيها انسكاب بليوراوى ملامس لجدر هذا التجويف
 وان كل انسكاب بليوراوى عظيم يمنع سريان موجات الصوت من الهواء
 الموجود في الشعب الى جدر الصدر بحيث يعوق رنانية التوجات المذكورة
 ومن المعلوم ان جوهر الرئة المنقبض يسهل توصيل التوجات الصوتية الى
 جدر الصدور و يقل عوق وضوحها أكثر من جوهر الرئة الطبيعي غير المنقبض
 وحيث ان التوجات الصوتية في الاحوال الطبيعية تكون في الجهة اليمنى
 من الصدر أو من الجهة اليسرى فتشخيص ضعف هذه التوجات
 الصوتية الصدرية أو فقدناها بالكلية في الجهة اليمنى ذو أهمية عظيمة زيادة عن
 وجود هذه الظاهرة في الجهة اليسرى وقد يرتكز في التشخيص الى فقد
 الاهتزازات الصوتية الصدرية دفعة واحدة في الجهة المقدمة والجانبية من
 الصدر الى تعيين عدد الانسكاب وأما في الجهة الخلفية فان هذه الظاهرة
 لا توجد بل يكون فقد الاهتزازات الصوتية الصدرية تدريجيا وقد ثبت طبقا
 للمشاهدات الاكيدة لاعم (سمتس) ان الاهتزازات الصوتية الصدرية في
 أحوال الانسكابات القليلة تكون ضعيفة كثيرا أو قليلة او معدومة وجود
 انسكابات عظيمة تكون موقوفة بالكلية في الطبقات السفلى ومتناقصة في
 الطبقات العليا وان هذا التناقص يتزايد تدريجيا كلما قرب من موازاة سطح
 السائل وفي الأشخاص الضعفاء الصوت الذين لا تكاد تدرى عندهم
 التوجات الصوتية الصدرية فقد هذه العلامة التشخيصية المهمة في
 تشخيص الانسكابات البليوراوية

وبالجملة يستنتج بالحس تحول الكبد والقلب بواسطة الانسكابات البليوراوية
 كما ذكرناه عند الكلام على البحث بالنظر فانه في أحوال الانسكابات
 البليوراوية اليمنى العظيمة كثيرا ما يحس بأن حافة الكبد مجاوزة لحافة
 الاضلاع بقدر جملة أصابع
 واما البحث بالقرع فلا يدلنا على شئ واضح عند وجود انسكابات بليوراوية
 قليلة جدا متراكمة على ورقتي البليوراوى على هيئة صفايح منعقدة رقيقة وكذا
 الانسكابات البليوراوية القليلة فانها لا تعبير لقرع واما الانسكابات

البليوراوية العظيمة جدا التي بها تندفع الرئة بعيدا عن الحجاب الحاجز وجر صدر
 الصدر في امتداد عظيم فانها تكون محصورة بتغيرات واصفة في صوت القرع
 وهي اولاً ان يكون صوت القرع في المحال التي فيها يوجد الانسكاب
 البليوراوي ملامسا للصدر الصدري وما نعال بالكلية لتموجاته عند القرع فان
 صوت القرع يكون فيه اصميمة فانيا انه في المحال التي فيها يكون جوهر الرئة
 المتقبض المحتوى على هوا ملامسا للصدر الصدري في امتداد قليل يكون صوت
 القرع فارغاً بليلياً والشروط التي بها يعلق حصول الصوت الاصم والقارغ
 والطبلي قد ذكرت موضحة فيما تقدم وايس هنا المرض من الامراض به يتضح
 لفرق بين صوت القرع الاصم والقارغ مثل الالتهاب البليوراوي المحسوب
 بالانسكاب غزير واصميمة صوت القرع الناتجة عن الانسكابات البليوراوية تتضح
 اولاً في الظهر اسفل الكتفين وان صدرت الى اعلى فانها تمتد الى الامام غير ان
 الاصميمة في الجهة المقدمة من الصدر لا تتكاد تصل مطلقاً الى مدار تقاطعها في
 الجهة الخلفية منه وفي احوال كثيرة لا تمتد الاصميمة المرتفعة جداً من الخلف
 الى الجدر المقدمة من الصدر بل الى الخط الابطي فقط وفي احوال اخرى سيما
 الاحوال التي فيها يكون الانسكاب البليوراوي مائلاً لجميع تجويف البليورا
 يكون صد الاصميمة العلوي من الامام منخفضاً قليلاً عن صدرها من الخلف
 واصميمة صوت القرع في الجهة المقدمة من الصدر تتقل دفعة واحدة الى
 الصوت الغير الاصم القارغ والطبلي فيميزان عن بعضهم ما يحس واضحاً واما
 اصميمة صوت القرع في الجهة الخلفية من الصدر فانها انضغاطية شبيهة بأفشاء
 ويقبل انضغاطها كلما قرب القرع من الحد العلوي للسائل ومدار هذه
 الظاهرة في الاشكال الاعتيادية للانسكاب البليوراوي على ان كثافة
 طبقات هذا الانسكاب المتعلقة بها الاصميمة في الجهة الخلفية من الصدر
 تتناقص تدريجاً كلما صعد الى اعلى ثم ان شكل اصميمة صوت القرع وحدودها
 لا يختلف باختلاف اوضاع المريض عادة فانه يتكون حول الانسكاب
 التصاقات حقة أو متممة تحيط به والاتصاقات الخلفية قليلة وان امكن معها
 انزلاق وريقات البليوراوي على بعضها الا انها لا تسمح لها بعدد اسطة اندفاع

السائل فمورها

وأما البحث بالتسمع فيسمع به انعط احتسكا في الاحوال التي فيها تكون
وريقا البليورا فاقدين للاسبغما الطبيعية بواسطة تراكمات لبقية
أو تولدات خشنة بشرط أن تلامس هاتان الوريقتان وتزلقا على بعضهما
بسرعة في أثناء حركات التنفس وهذا اللغظ الاحتسكا في يسمع في أثناء
الشهيق والزفير ويشابه بالكلية لصوت البشر أو الحلك بالاطافرا أو أزيز الخلد
الجديد وغالبا يكون هذا اللغظ قصيرا لمدة وأقرب شبهة به الالفاظ الشخيرية
المحسوسة باليد غالبا يمكن سدر أن يكون هذا اللغظ الاحتسكا في واضحا مثل
اللغظ الشخيري وزيادة على ذلك فإنه لا يتغير بواسطة حركة السعال بخلاف
اللغظ الشخيري فإنه يكاد ينفقد بالكلية بعد السعال القوي أو بالاكل
يقنأص بالكلية وبالجملة فما يعبره وادواصف هذا اللغظ الاحتسكا في كثرة
انضاحه عند التسمع الصدري بواسطة المسامع والضغط القوي به على جدر
الصدر ومن النادر أن يسمع في ابتداء المرض فان التراكبات اللبغية في ابتداء
الالتهاب البليوراوي لا تكون كثيرة الخشونة والمرضى كذلك تجنب
حركات التنفس القوية من الألم فلا تنزق صفيحات البليورا على بعضها
بسرعة وأكثر ما يسمع فيه هذا اللغظ الزمن الذي فيه تكون وريقا البليورا
منفصلتين عن بعضها بمواد مصلية ثم يتبدى امتصاص هذا الانسكاب
فتملاص وريقا البليورا كما أنه يكثر انضاح هذا اللغظ عقب استقراغ
السائل بواسطة البزل

وعند ما يكون الانسكاب البليوراوي غير عظيم الحجم جدا يسمع في الاجزاء
التي صارت صهبا بوجوده انعط تنفسى حويصلى ضعيف جدا وأما اذا كان
الانسكاب غزيرا جدا بحيث تنضغط الحويصلات الرئوية والقروغ
الشعبية معا فلا يسمع في الاجزاء الصماء أدنى لغظ تنفسى أو بالاكتر يسمع
ضعيفا جدا غير واضح وإنما يسمع بين الكتف والعمود الفقري أعنى في الجهة
التي تكون فيها الرئة المنضغطة ملامسة لجدر الصدر تنفس شعبي ضعيف
أو تكلم صدري كذلك وربما كان الأخير أحيانا ذاصفة مقطعة فيسمى
بالصوت العزى وفي بعض الاحوال سماعه عند وجوده سر عظيم في التنفس

ولومع انضغاط الرئة ومعظم الشعب وفراغ الرئة من الهواء يسمع تنفس
شعبي واضح ممتد في جميع محيط الصدر حتى في المجال التي فيها كمية عظيمة من
السائل الفاصلة لحد الصدر عن الرئة المنضغطة بل ويسمع ذلك أيضا في
الجهتين الجانبيتين من الصدر وأما في حذاء أجزاء الرئة غير المنضغطة للجهة
المریضة والرئة السليمة فإنه يسمع لغط تنفسي حوي به لي واضح جدا يسمى
بالتنفس الطفيلي وان كانت هذه الأجزاء اجلسا الاثقان تقمى جانبي
وحالة نزلية تسمع القاط اماخرخية أو فرعية

ومن الواضح ان العلامات الطبيعية للالتهاب البليوراوى تتنوع كثيرا عند
وجود التصاقات بليوراوية قديمة تمنع من تراكم الانسكاب في الأجزاء
المتحدرة من الصدر والتعرض لتوضيح هذه التغيرات مع التفصيل يخرجنا
عن الموضوع ننبذ كرفق ان الانسكابات البليوراوية ولو الكمية جدا
المتسكبة بين قاعدة الرئة والحجاب الحاجز نعلم معرفتها بل وربما انهم مت
بالكلية

* (التشخيص) *

يرتكز في التشخيص القوي بين الالتهاب البليوراوى ذى الانسكاب
الغزير والالتهاب الرئوى على الامور الاتية وهى أولان الالتهاب
البليوراوى لا يكاد يبدئ طاقا شعيرة لا تعود ثانيا بخلاف الالتهاب
الرئوى فان ابتداءه بما ذكر هو الماورد ثانيا ان سير الالتهاب البليوراوى
لا يكون دوريا والاتجاه نحو الشفاء فيه لا يحصل حصولا تاما دفعة واحدة على
شكل بمران بخلاف الالتهاب الرئوى فانما في الالتهاب البليوراوى قد
ينفذ من المریض نفث نزل أو مصلى محتوا حيانا على أشربة دموية ولا
ينفذ منه نفث لزج مصفر أو محمرفيه المواد الدموية مختلطة اختلاطا كليا
مع النفث اللزج المعروف بالنفث الصداني أو الرعفرانى الذى هو علامة
للالتهاب الرئوى رابعاً توجد علامات طبيعية تدل بالأخص على وجود
الانسكابات البليوراوية وهى تمدد الصدر وانحما الميازيب بين الأضلاع
وتحول القلب والكبد عن محلهما وضعف الاهتزازات الصوتية الصدرية
أوزوالها بالاصمى والاصمى القامة اصوت لقرع وضعف لغط التنفس

أوزواله بالكليّة بخلاف الاتهاب الرئوي فقبه لا يكون الصدر ممتددا
والميزاب بين الاضلاع غير متعجبة والغلب والكبد غير متحولين عن محلّهما
والاهتزازات الصوتية الصدرية بندران تكون ضعيفة بل كثيرا ما تكون
متزايدة وأصمّية صوت القرع لان تكون تامّة ولغظ التنفس يكاد يكون على
الدوام شعبيا

ولا بندران المرضى المصابين بالنسكابات بالوراوية يمنية يظن بانهم مصابون
بمرض في الكبد ولذا كان من المهم في جميع الاحوال التي يكون الكبد فيها
مجاورا لحافة الاضلاع ويعرف ذلك بواسطة الجس والقرع وماله الامراق
الايمن أن يتأكد الطبيب من كون الكبد متزايدا في الحجم أو من دفعه الى
أسفل ولاجل عدم الوقوع في الخطا واختلاطها بين الحالتين ببعض ما تعتبر
الامور الاتّمية وهي أولا انه من النادر أن يدفع الكبد المتمددا للحجاب
الحاجز الى أعلى ولذا متى كان الكبد مجاورا لحافة الاضلاع ووجد أصمّية في
الصدر واصلت أعلى الحد الطبيعي من الاصمّية العليا من الكبد ساغ للطبيب أن
يستنتج من ذلك مع التقريب وجود انسكاب بالوراوى في الجهة اليمنى من
الصدر وان دفاع الكبد الى أسفل ثانيا انه في الاحوال النادرة التي فيها يدفع
الكبد المتمددا للحجاب الحاجز الى أعلى ويرز في تجويف الصدر (كما يحصل
ذلك عادة من الاورام الديدانية المتكيسة ومن الخراجات المتكوية في محبب
الكبد) تكون الاصمّية ممتدة الى أعلى في الجهة المقدمة من الصدر أكثر
منها في الجهة الخلفية وهذا بخلاف ما في الانسكابات البليوراوية فان الامر
فيها يكاد يكون بالعكس على الدوام ثالثا ان كلامنا من أصمّية الصدر والحد
الاسفل للكبد يدفع الى أسفل في اثنا سحر كة لشهيق عند ما يكون الكبد
متمددا الى أعلى عند سحر كة الزفير وهذا الايشاهد مطلقا في الانسكابات
البليوراوية العظيمة فانه بهذه الانسكابات يدفع الحجاب الحاجز الى أسفل
ويبقى حافظا الوضع ثم بقي على الدوام رابعا في احوال تمدد الكبد لا يوجد
حد فاصل بين مقاومة جدر الصدر والكبد بخلاف ما اذا كان الكبد
مندفعا الى أسفل فانه يوجد بين حافة الاضلاع والكبد المندفع مسافة ضيقة
مرنة خامسا لا بندران أن تكون الاضلاع في احوال اتفاح الكبد وتمدد.

من دفعه الى الخارج والميازيب بين الاضلاع لا تكون مفرطة ماء مدا
 الاحوال الاستثنائية التي فيها يكون الكبد مجسدا الا ورام حويصلات
 ديدانية متكيسة أو خراجات عظيمة جدا من دفعه بالكبد نحو الصدر
 وملاسة اسطحه الباطن

وأما التمييز بين الانسكابات البليوراوية اليسرى وتعدد الطحال فالمدمة
 فيه على تغير مدود الأصمعية في أثناء حركة الشهيق والزفير فان هذا التغير
 يفقد بالكبد في الانسكابات البليوراوية وتسهل معرفته في أحوال تعدد
 الطحال

وبالجملة يمكن الظن بحصول السبل الرئوي في أحوال الانسكابات
 البليوراوية عند استمرار الحمى وارتقاء مضافة المريض الى درجة عظيمة
 وبهاته لونه فينبغي أن يعلم ان كلام من الحمى والنحافة يمكن أن يتعاقب بالتهاب
 بليوراوي خفي السير كما انه يجب التنظن لحصول هذا الامر وطروء السبل
 في مثل هؤلاء المرضى فيلزم تكرار البحث الطبيعي عن الصدر بجملة صمات
 * (الحكم على العاقبة) *

التهاب البليوراوي الخاف مرض خفيف جدا وكذا التهاب البليوراوي
 ذو الانسكاب اللينفي القليل الكمية لا يحصل عنه أدنى خطر غالباً ولو أن الألم
 المصاحب له يكون سبباً عظيماً في ضيق النفس وهذا المرض يزيد في خطر
 المريض من اصابتها بالتهاب الرئوي أو الدرن الرئوي ونحو ذلك وأما
 أشكال التهاب البليوراوي ذي الانسكاب المصلي اللينفي الغزير جدا
 فأحدها عاقبة يطرأ فيها بكيفية حادة وتسير سيراً حاداً وأما ما يحصل بكيفية
 خفية ويسير سيراً بطيئاً فعاقبته غير حميدة وذلك لأنه وان حصل الامتصاص
 فيهما فان الدرن الرئوي غالباً يختلفه او مثل ذلك يقال في الانسكاب الصدري
 الصديدي الذي يعقب الشكل السابق وأما الانسكاب الصدري الصديدي
 الذي يحصل من الابتداء ويكون صديدياً من أول حصوله بسبب المرض
 الأصلي كالتسمم الصديدي وحمى النفاث فانذاره خيئث للغاية
 ويعتبر من العلامات الجيدة تناقص الانسكاب لكن لا ينبغي أن يفتر الطبيب
 بحالة قوى المريض الجيدة فان الخطر في معظم الاحوال ينشأ عن التهوكة

وبالجملته متى كان امتصاص الانسكاب سريع الحصول كذا العشم في تمدد
الرئة ثانياً وعدم حصول تشوه في الصدر

وأما العلامات الغير الجيدة التي يحكم منها على عاقبة غير جيدة فهي علامات
الاوذيميا الرئوية وعدم تسكبن الدم وتحتية والاقران البولي القليل فان
هذا يدل على قلة امتلاء المجموع الشرياني والاكثر خطراً ما تقدم اعراض
امتلاء المجموع الوريدي واحتماس الدم فيها كالسعال ونور والاسهال
وظهور المواد الزلايية في البول وكلما استطال مكث الانسكاب كان الحكم
على العاقبة غير جيد وبالجملة فجميع انتماءات الالتهاب البليوراوي ماء
الانتهاء بالامتصاص غير جيدة العاقبة ولو اختلفت درجة خطرها

* (المعالجة) *

دلالات المعالجة السببية للالتهاب البليوراوي لا يمكن اتقانها غالباً
كالالتهاب الرئوي حتى لو تحقق ان سبب الالتهاب هو تأثير البرد لا يمكن
استعمال المعالجة المعروفة فانها مضره بسبب الحى الشديدة المصاحبة
له

وأما معالجة المرض نفسه ففيها كان استعمال مضادات الالتهاب القوية
كالاستمقورات الدموية العامة والموضعية واعطاء الزئبق الخلو والدلك
بالمرهم السنجابي الزئبقي حتى يحصل التلاص ثم استعمال المحولات بواسطة
الحراريق ونحوها متبعاً بما عموماً في الزمن السابق ثم تركه مدموماً في الزمن
الاخيراً وعما قليل يولغ في مدحه حتى ان المعلم يوسف (مير) أوصى به كثيراً
وكتب في ذلك رسالة مطولة غير ان الاعتبار التي بقي عليها هذا المؤلف
المدكور مدح هذه الطريقة وضم المعالجة الغير القوية في هذا المرض
ليست مرتكبة على أساس قوى فانه من جملة اعتباراته المرتكبة اليها هو ان
كثيراً من المرضى الذين لم يعالجوا بالفصد ولا بواسطة المركبات الزئبقية
دخلوا مارستان الصدقة ببرلين ومعهم انسكابات بليوراوية عظيمة جداً
واستنتج من ذلك ان استعمال هذه الطريقة العلاجية القوية هو السبب في
تقدم الانسكاب البليوراوي ولا يخفى ان هذا الاعتبار وتعداد مثل هذه
لاحوال لا يثبت شيئاً الا اذا حصل التأكد ايضاً من تعداد الاحوال التي

فهي لم يحصل انسكابات بليوراوية عظيمة ولم تدخل المرضى البيمارستان
ولولم يفعل الفصد العام فيها وبقيت المعالجة القوية المضادة للالتهاب بل
والمشاهدات التي ذكرها المعلم (مير) الغير العديدة التي بعضهم اخاص به وبعضها
اغيره من الاطباء وفيها لم يحصل الانسكاب البليوراوي الفزير عقب استعمال
الفصد العام العظيم المتكرر في احوال الالتهاب البليوراوي الحاد حيث
العهد لم تثبت لنا شيئا ولم تصدنا عن رأينا كما أن القول بأن الالتهابات
البليوراوية ذات الظواهر القوية والسير الحاد الشديد يكاد ينتج عنها على
الدوام انسكابات بليوراوية عظيمة مستعصية اذا تركت وتفسد بمجرد خطا
فان اشكال الالتهاب البليوراوي الخطرة الثقيلة هي التي فيها يكاد يكون
هذا المرض على الدوام كما نلاحظه اذا سير بطيئا مستطيل

والذي أظنه سابقا ولا سيما ان الفصد العام ليس ضروريا في معالجة الالتهاب
البليوراوي على العموم ما عدا الاحوال التي فيها تستدعيه المعالجة
العرضية فاني متأكد من أن الفصد العام في الالتهاب البليوراوي
كالالتهاب الرئوي لا يقطع سيره في المرض ولا يمنع من تكوين الانسكاب
البليوراوي العظيم بل واني أجزم ان استعماله في الالتهاب البليوراوي
أشد ضررا منه في الالتهاب الرئوي فان الاول ذو سير مستطيل غالبا ويؤدي
بكمرة اقله الدم وفقره ولان هو كذلك أيضا

وعكس ذلك نوصي باستعمال التبريد مع القوة والاستمرار في فقرات الدموية
الموضعية مع غاية التأكد والمهم في ذلك المبادرة في استعمالها تين
الواسطتين اللتين بهما يمكن غالباً تجنب ما لا يمكن ازالته فيما بعد فان خشى
المرضى استعمال الوضعيات الباردة أو لم يحصل عنها تسكين في الآلام وعسر
التنفس في الساعات الاولى وجب ارسال كمية قليلة من العلق أو وضع
بعض المحاجم التشرطية على الجهة المؤلمة ولا يتأخر الطبيب من تكرار ذلك
في اليوم التالي من تحسب بين الآلام والاطية فيها وتردها ثانية الى أن يستقر
التحسبين بالكيفية ويضاف لذلك استعمال الدلك بالمرهم السنجابي الزئبقي في
الايام الاولى من المرض مرة أو مرتين كل يوم بمقدار جرامين (أي نصف
درهم) حيث لم يكن عندنا جوهر دواقي أنفع منه غيرانه ينبغي ترك الدلك

بالمرهم الزئبق متى ابتدأت اعراض الالتهاب القمى الزئبقى في الظهور
 وحيث ان الدلك بالمرهم السنجابي الزئبقى في بعض الاحوال الحديثة من
 التهابات الاغشية المصلية الاخرى سيما المحافظ الزلاية للمفاصل ذو تأثير
 جيد للغاية كان استعمال ذلك أيضا في الاحوال الحديثة من الالتهاب
 البليوراوى واجبارا ولو لم يمكن اثبات جودة تأثيره مع التأكد
 وحيث نأكدلى أخيرا من تجاربى من جهة ومن جهة أخرى من تجارب
 المعلم (مير) السابق ذكره ان استعمال الحراريق لا يزيد في درجة الحمى
 وارتفاها الزديا اعطيا وجب على ان تمتنع وأعود لما كنت أحذر منه
 سابقا وهو أنه لا ينبغي وضع الحراريق واستعمالها مادام عند المريض حمى
 فانه يظهر ان استعمال الحراريق العظيمة كثيرا النجاح في بعض الاحوال
 واذا أريد استعمالها ينبغي أن يكون ذلك في الاحوال الحديثة
 وبالجملة قد ينهد من استعمال الوضغيات الفاترة استعمال المسقر النجاش
 عظيم في الاحوال المتأخر شفاؤها غير انه ينبغي ان لا تكون ثقيلة
 وأما استعمال الجواهر الدوائية الباطنية فانه غير ضرورى في معالجة
 الالتهاب البليوراوى مالم يستدع استعمال بعض اعراض مخصوصة فان
 كلامنا التأثير المضاد للالتهاب الملح البارود والطير المقي والزئبق الحلو
 التي تستعمل عادة عندى فيه شك عظيم وأن تعاطى الزئبق الحلو المستعمل
 بكثرة في ذلك يظهر ان انه ليس خالفا عن الطاز المهدد بل يحصل فانه يزيد في فقر
 الدم وورقوع المريض في النوم
 وأما المعالجة العرضية فان كانت الحمى في ابتداء المرض شديدة جدا أو
 استمرت زمانا طويلا بحيث يخشى من نفوكة المريض وجب استعمال المعالجة
 مضادة للحمى ومن هذه الحديثة يوصى بـ KNO_3 كثر تعاطى الديجيتالا في بعض
 أحوال مخصوصة وليس للديجيتالا تأثير مخصوص في المرض الاصلى وفي
 الاحوال الحديثة تعطى الديجيتالا منقوعة من ٥ ديبى جرام على ١٥٠
 جراما من الماء (اعنى من ١٠ قحبات على ٦ أواق) وفي الاحوال
 المستطيلة ذات السير البطى تعطى الديجيتالا منقوعة بان يعطى منها
 ٥ سنتي جرام (اعنى قحبة) كل مرة بمزوجة بماء من ساقات

الكينا على شكل حبوب

وضيق النفس العظيم ان كان ناتجا عن احمقان جانبي فعمى في اجزاء الرئة
الغيبية المصابة وكانت موجودة مع ذلك علامات الاوذيميا الجانبية الابتدائية
وجب استعمال القصد العام بدون تاخير وقد استعملنا كثيرا القصد في مثل
هذه الاحوال من ثلاث مرات الى اربع مـدة سير الالتهاب البليوروى
وكان فعل القصد في مثل هذه الاحوال ليس بسبب الالتهاب البليوروى بل
بسبب الاحتمقان التقيحى الجانبي الذي يجلسه اجزاء الرئة الغير المصابة
بالالتهاب وحينئذ فلا منافاة لما ذكرناه

ومن النادر جدا أن تكون الاضطرابات الدورية للدورة الصغرى
والاحتمقانات الاحتماسية المتعلقة بها في الدورة العظمى أعنى السيمانوز
والاستسقاء عظيمة جدا بحيث تلجئنا لاستعمال القصد العام
ومن الامور التي ينبغي الاهتمام بها فقر الدم وقلته الذي يتضح بسرعة في هذا
المرض بسبب الانسكاب الغزير والنهوك الناشئة عن الحى فعلى الطبيب
ان لا يخشى في مثل هذه الاحوال من المبادرة باستعمال الاستحضارات
الحديدية مع الاغذية القوية وأما كون هاتين الواسطتين يحدتان
احتمقانات ويزيدان في المرحلة الحمية فمن الاعتقادات المبنية على غير أساس
والجواهر الدوائية التي يظن انها تعين على امتصاص الانسكاب لا ينبغي
الارتكان الى منفعتها فانه يشك في قدرة الجواهر الدوائية على احداث
الشروط المتعلقة بامتصاص الانسكاب البليوروى فان وجد انسكاب
في تجويف البليوروى عقب انقطاع الظواهر الالتهابية لالتهاب البليوروى
وجب رفض استعمال المركبات الرقبية من الباطن والظاهر وكذا
استعمال الحار اريق مشكوكا جدا في منفعتها وحيث دات التجارب على انه
احيانا في أثناء النوبة الهمضية التي فيها يتكاثف الدم عقب فقد معظم اجزائه
السائلة تمتص الانسكابات البليورواوية وغيرها في الانسكابات المرضية
بسرعة ووجب الاجتهاد في تنقيص الاجزاء السائلة من الدم بواسطة المدرات
أو المسهلات الشديدة حتى يتعان بذلك على امتصاص الانسكاب البليوروى
والاجتهاد في ذلك عقلي لضعفنا. تأمل من كون تأثير المدرات البولية

التي اكبر ما يستعمل فيها هو ملح الطرطير الذائب والورق وحب المر وغير
 أكيد بحيث لا يمكن ان نعتمد عليهم الاعتماد اقويا واما استعمال السمك لانت
 الشديدة فالذي يعوقنا عنه هو تأثيرها غير الجيد في القناة الهضمية وقد
 شاهدت في حالتي لم اعالجها بنفسى غير اني لاحظت مشاهدتها بالدقة فيما ناقص
 الانسكاب البليوراوى سريره بعد استنصائه على كل معالجته زمن اطول ولا
 وذلك عند ما استعمل الطبيب الطريقة العلاجية المعهودة بطريقة المعلم
 (شروت) التي يمكن بها احداث تكاثف في الدم لا باخذ عناصره السائلة بل بجمع
 تعاطى السوائل والمياه بمعنى وضع المريض في حمية جافة قاسية ومنعه عن
 تعاطى المشروبات تقريبا غير اني في مشاهدات اخرى باشرت بنفسى منعت
 المريض فيها عن تعاطى الابدنة بكثرة زمنا فزمناني ايام مع لوجه طبعها المارضى
 به في طريقة تدبير الغذاء الجاف السابق ذكره فلم اجد لذلك جدوى بالسكينة
 وبالجملة يمكن تجر به استعمال المركبات اليودية اسمها الاظاهرة او باطننا لاجل
 مساعدتها متصاص الانسكابات البليوراوية فان الاستحضارات اليودية
 المذكورة مشهورة بانها وسائط علاجية شحرضة للامتصاص فاني قد شاهدت
 في بعض الاحوال امتصاص الانسكابات البليوراوية بسرعة وذلك عند
 استعمال شراب يودور الحديد من الباطن المركب من ست جرامات (اى
 درهمين) من يودور الحديد على خمسين جراما من الشراب البسيط اعنى
 (اوقيتين) ويعطى من ذلك ملعقة شاي في كل ساعتين مع مس جهة الصدر
 المريضة بالهلول اليودى الخفيف للطبيب (ايجول) المركب من اليود النقي
 جرامين (اى نصف درهم) ومن يودور بوتاسيوم ست جرامات (اعنى
 درهمين) ومن الماء المقطر ستين جراما (اى اوقيتين) وكان نجاح هذه الطريقة
 عظيما جدا حتى يمكن ان اقول انه وان كان غير ثابت بالكلمة الا انه جمد المنفعة
 جدا وحيث ان العشم بامتصاص الانسكاب البليوراوى عقب استعمال
 الجواهر الدوائية أو تحريضه قليل جدا كان الوقوف على حقيقة الامر الاتى
 من ان استفراغ الانسكاب المذكور بواسطة الاعمال الجراحية قليل الظاهر
 جدا كما كان يظن سابقا وان المبادرة باستعمال بزل الصدر وتكراره في احوال
 الانسكابات البليوراوية يهدهم من التقدّمات العظيمة في معالجة هذا المرض

اذمن الواضح ان كل يوم يزيد فيه انضغاط الرئة وتكثر فيه الخلايا الجديدة
التي يكون في الانسكاب البليوراوي بعد العشم جدا في حصول الشفاء التام
ويزيد في خطر المريض فنتعشم ان يجارب كل من المعلم (كوسمول) و (وترتلس)
والانسكابات البليوراوية الصديديية او المصامية اللبغية ومعرفة دلالات اجراء
هذه العملية وتنوعاتها وكيفية اجرائها تؤخذ من كتب الجراحة لاسيما من
مؤلفات هؤلاء المذكورين

تنبيه من منذ اطلعت على ما ذكره هؤلاء المؤلفون وتأكدت من عدم خطر
هذه العملية لم آل جهدا في اجرائها سواء في احوال الانسكابات المصلية
اللبغية مادامت عظيمة الحجم وخشى من استئطالة انضغاط الرئة وعدم امكان
امتصاصها بتمامها ولو بعد زوال الاعراض الحية وكذا في احوال الانسكابات
البليوراوية الصديديية وقد شاهدت حصول شفاء تام في احوال الانسكابات
المصامية اللبغية بعد استقراغ كمية عظيمة منها نذفت عن جملة اطوال احيانا بعد
اجرائها اول مرة واحيانا بعد تكرار عملها كما انني شاهدت حصول شفاء تام
بعد نزول الصدر واستقراغ كمية عظيمة من السائل المصلي الصديدي بدون
حقن نارة بعد تكون ناصور وتارة بدونها كما انني شاهدت الشفاء مرارا في اجراء
حقن الصدر بصبغة اليود بمقدار عظيم بخصوص اواق مع محلول يودور
البوتاسيوم بعد غسل تجويف باطن البليورا بالماء الفاتر مرارا وذلك عند تردد
الانسكاب بدون خطر قاصي باجراء عملية نزول الصدر البسيطة في الانسكابات
البليوراوية العظيمة المصامية اللبغية واجراؤها مع الحقن بصبغة اليود مع
محلول يودور البوتاسيوم حسب القواعد الجراحية عندما يكون الانسكاب
مصليا صديديا بخلاف ما اذا كان الانسكاب صديديا فقط فالوفق اجراء عملية
الشق بفتح مسافة بين الاضلاع ولا خوف في ذلك مادام ضروريا ولم يتعشم في
الشفاء بواسطة الجواهر الدوائية المساعدة على الامتصاص وخشى من
استئطالة انضغاط الرئة ولا يعتبر في ذلك ضيق النفس بل المدارع على معرفة كمية
السائل المتجمع في تجويف البليورا وطبيعته وعدم العشم في امتصاصه
والذي اعلمه ابي اول من اجري هذه العملية وكررها مرارا بقصر العيني مع

النجاح في احوال عديدة سنذكرها تفصيلا ان شاء الله تعالى في كتاب الاكلينك
الباطن وفي الحالة الراهنة عندي حالتان في شابين من الجهادية فعلمت لهما
عملية بزل الصدر بجهاز معلمي المعلم (شوه) واستفرد به كمية عظيمة من سائل
صديدي متكاثف واعقب ذلك ناصور في الحالتين وتدد في الرئة وشفاه تام اه

(المبحث الثاني)

(في الاستسقاء الصدري البليوراوي)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاستسقاء الصدري عبارة عن ارتشاح مصلي فقط في تجويف البليوراوي
اغلب الاحوال يمكن معرفة أحد السببين المتعاقب بهما تكوينا الارتشاحات
المصلية المرضية اعني اما ازدياد في الضغط الجانبي الواقع على جدر الاوردة أو
نقص احتواء مصل الدم على المواد الزلالية المعروف بسوء القنية الاستسقاء في
ثم ان الاستسقاء الصدري يعتبر عند العوام انه اكثر الامراض خطرا وفي
كتب الطب القديمة ايضا لا يكون مطلقا مرضا اوليا قائما بنفسه بل ثانويا
على الدوام اعني حالة مرضية تابعة لاحد التغيرات المرضية التي تتعلق بها
احد الاسباب المحدثة للارتشاحات المصلية وحينئذ فالاستسقاء الصدري
كالاتسقاءات اللحمية التي تحصل تحت الجلد في المنسوج الخلوي او في غير
تجويف البليوراوي من التجاويف العظمية لا يعتبر عرضا قائما بنفسه فلا نشرحه
هنا على حدته من جملة امراض البليورا الاتبع الالعواند القديمة

اما الاستسقاء الصدري الناشئ عن ازدياد الضغط الجانبي الواقع على جدر
الاوردة البليوراوية فانه في كثير من الاحوال يصاحب كعارض مخيف جميع
الامراض الرئوية التي ذكرناها تعوق استقراغ دم القلب الايمن وتحدث
فيه عسر او تؤدي به الى ذلك لاحتمال ان الدم واحتباسه في المجموع الوريدي
للدورة العظمى كما انه يحصل في اثناء سيره في امراض القلب سيما الافات
العضوية لصماماته أو بعض الاستسقاءات المرضية لطبقة العضلية التي سنبين انها
تعوق استقراغ دم القلب الايمن واحتباسه في اوردة الدورة العظمى
واما الاستسقاء الصدري الناشئ عن تناقص احتواء مصل الدم على المواد
الزلالية فانه بضاعف كثير من الامراض البنيوية المنهكة سيما التهابات

الكليتين المزمنة واستحاثها المرضية المحبوبة يبول زلالى كما انه يصاحب
 التسمات الاجامية الخبيثة المزمنة وبعض الديسكرازيات المستطيلة
 ومهما كان الاستسقاء الصدرى ناتجا عن احتقان احتبامى ويريدى او تغير
 مرضى في الدم فانه يعد من ظواهر الاستسقاء العام وذلك ان الشكل الاول
 منه يسبق احيانا غيره من الارتشاحات المصلية الاستسقاءية واما الشكل
 الثانى منه فانه يسبق اذ ينضم غيره من الارتشاحات الاستسقاءية المصلية
 فيما بعد

* (الصفات التشريحية) *

الاستسقاء الصدرى يكاد يكون على الدوام مزودا غير ان احد تجاوير
 البليورايشتمل على سائل اكثر من التجوير الاخر وبسبب السائل تختلف
 فتكون من بعض اواق الى جملة اطلال والعادة ان يكون السائل متحركا
 واحيانا قديما كس عقب وجود التصاقات قديمة بين ورقى البليورا
 والارتشاح المتجمع في تجويرها يكون على هيئة سائل صاف مصفر ويشتمل
 على ماء ومادة زلالية واملاح مصل الدم ويميز عن الانسكابات البليوراوية
 بسبب انه يسبب فقد التجمعات الليفية المنعقدة فيه والتغيرات الانتهائية
 بوريقى البليورا وهذه الاخيرة تظهر فاقدة الممان متعكرة تكرا انما
 ومنفعة قلبه الا كالمسوح تحت الاغشية المصلية عقب ارتشاحها بالمصل وعند
 ما يكون الارتشاح عظيما جدا توجد الرثة من دفعة جهة العمود الفقرى
 ومعتمتها انضغاط عظيم مما لم تكن مشتملة في اصفار اخرى بواسطة
 التصاقات بليوراوية

* (الاعراض والسير) *

يعتبر كل من اعراض الاستسقاء الصدرى وسيره مرضا مستقلا مشروحا
 جيدا في الكتب القديمة الى مبداء هذا القرن وثم عدة امور جرى فيها تحقيق
 التشخيص حال الحياة صار ايضا بعد الموت بواسطة الصفات التشريحية
 وتوجيه الاخير واضح حيث ان الصورة المرضية لهذا الاستسقاء الموصوفة في
 الكتب القديمة تطبق على امراض الرئة والقلب وفي اثنا سيرها يظهر تجمعات
 استسقاءية متعلقة بجوار الاستسقاء الصدرى ومن الواضح ان المرض

الذي كان يوصف في الزمن السابق ويعرف بالاستسقاء الصدري هو الانقباض
الرئوية فان هذا المرض وان كان كثيرا الحصول سابقا مثل الآن الا انه كان
مجهولا بالكيفية ومنه ما على الاطباء الى زمن المعلم (لينك)

وبالحالة التي عليها الآن العلوم الطبية لا يصح اعتبار كل من ضيق النفس
العظيم الذي يزداد بادي حركات جسمية ويلجئ المريض الى الجلوس في
الفرش والفرع الفجائي من النوم وانتفاخ الكعبين انتفاخا او ذيما ويا
وكذا الاجفان علامات دالة على الاستسقاء الصدري فان جميع ما ذكر قد
يكون منوطا بمرض في الرئة والقلب بدون تجمع استسقاء في تجويف
البليورا لكن حيث نعلم ان الامراض التي ينتج عنها مجموع الاعراض السابقة
كثيرا ما تؤدي الى الاستسقاء الصدري وبذلك تزداد شاق المريض ازديادا
عظيما يلزمنا عنده مشاهدة كل حالة مما ذكر تكرر البحث الطبي عن الصدر
حتى يتحقق من طر وهذا العارض وعدمه

وكذا الاستسقاء الصدري الذي يحصل اثناء سيره (بريكت) او غيره من سوء
القنية المحبوب باستسقاء عمومي لا يمكن معرفته باثنا كيد الابالبحث الطبي
عن الصدر فان ظواهر ضيق النفس التي تصاحب ظهوره وازدياده يمكن ان
تدل على شيء آخر كالاوذيما الرئوية وغير ذلك

ثم ان العلامات الطبيعية لهذا الاستسقاء لها مشابهة تامة بعلامات
الانسكابات البليوراوية وان لم تطابقها بالكيفية

فما البحث بالنظر بوجود الصدر المرشح مقددا غير ان المسافات بين الاضلاع
غير متعدي لان العضلات بين الاضلاع غير متشعبة لعدم ارتشاحها ارتشاحا
او ذيما ويا تقريبا تقاوم ضغط السائل والكبد الذي يكون حجمه
متزايدا بسبب احتقانه الوريدي احتماقا احتماسيا يكون مندفعا الى اسفل
عند وجود ارتشاح عظيم وأما القلب فلم يكن متزحزعا عن محله الا قليلا فان كلا
من جهتي الخجاج المنصف يكون عرضة لضغط متساو تقريبا

وبالبحث بالجس يوجد الاهتزاز الصدري الصوفي متناقصا أو مفقودا
بالكيفية في الحال الملاصق فيها الارتشاح جدر الصدر ويكون متزايدا
اعلى الارتشاح

وبالبحث بالقرع يوجد صوت اصم جدا احذاه الارتشاح وصوت فارغ طلي
اعلاه والاصمية التي توجد هنا لا تكون ممتدة كما امتدادها في احوال
الانسكابات البليوراوية فان امتدادها هنا علامة دالة كما ان حدود الاصمية
وشكها يخته فان هنا ندر يجب اباخه لاف وضع المريض وبالتسمع يحس في جميع
امتداد الاصمية بتنفس غير محدود ولا يسمع الغط التنفسي بالكلمة وتسمع
بين الكتف والعمود الفقري تنفس شعبي ضعيف

(المعالجة)

معالجة الاستسقاء الصدري تطبق على معالجة المرض الاصل وحيث ان
معالجة هذا المرض لا تثمر في غالب الاحوال فن النادر الحصول على نتيجة
واضحة وعند وجود ضيق عظيم في التنفس وكان ممتددا بجمع ارتشاح غزير
جدا يجب استقراغ هذا الارتشاح بزل الصدر والمنفعة التوسكية لهذه
العملية كثيرا ما تكون واضحة جدا في مثل هذه الاحوال كما نض عليه
(٤٥٥)

(المبحث الثالث)

(في التجمع الغازي للصدر)

(كيفية الظهور والاسباب)

تصادم الغازات من ورية قتي البليورا وتجمعها في تجويفها عند وجود شروط
مخصوصة يمكن القول به والمشاهدات التي حكمهم على كيفية حصول التجمع
الغازي للصدر بهذه المفاة من الواضح ان نعتبرها خطأ ونحن وان لم نذكر ان
التولد الغازي في الانسكابات البليوراوية المنفسدة بدون دخول الهواء لها
واحداته للتجمع الغازي الصدري الا اننا نقول ان مثل هذه الاحوال نادر
جدا والغالب ان يكون منشأ التجمع الغازي للصدر بالكمية الاتية وهي ان
يدخل الهواء في تجويف البليورا امان فيجة في البليورا الرئوية او من فتحة
في جدر الصدر

وانشقاب البليورا الرئوية يمكن حصوله من نحو الباطن بامتداد التمسك من
الرتة الى البليورا أو انه يحصل من نحو الظاهر عقب حصول اصابة جرحية او
تمتلك جوهرى تدريجي يتدم من سطح البليورا الى الرئة فبالكمية الاولى ينشأ

التجمع الغازي للصدر عقب انخراجات الرئوية والغنغرينا الرئوية ايضا وعلى
 الخصوص السيل الرئوي فان اغلب مشاهدات التجمع الغازي في الصدر ينشأ
 في الاحوال التي فيها يحصل اثنا سير السيل الرئوي انفتاح كهف في تجويف
 البليورا (وليس كما يعبر عموما عن السيل الرئوي بالدرن الرئوي وعمما ينبغي
 الاهتمام بمعرفة هذا ان حصول هذا الامر في اثنا سير السيل الرئوي المزمع
 أند منه في السيل الرئوي ذي السير السريع تحت الحاد فانه ان حصل ثلاثي
 الجوهر الرئوي يبطئ تقارب صفائح البليورا من بعضها وكما قرب التغيير
 المرضي من السطح الظاهر ازيد التصاق و يبقى البليورا مع بعضها بحيث
 انه بعد التثقب لا يخرج الهواء في تجويف البليورا بل الغالب كذلك ان
 التغييرات الالتهابية الرئوية المتعلقة بها السيل الرئوي لم تحصل الا منذ زمن
 قابل بحيث ان كلاً من اهمية الرئتين والتنفس الشرجي لا يكون واضحا
 وحالة تغذية المريض وقواه لا تتغير تغيرا عظيما حتى يحصل التجمع الغازي
 للصدر ويمكن ان يحصل هذا العارض الخطر جدا من فصيصة رئوية في دائرة
 الرئتين معتريه الارتشاح الجبني وينضم لهذا النوع من التجمع الغازي
 للصدر الذي يحصل من تمسك جوهر الرئتين تمسكا من بعض احوال التجمع
 الغازي الصدرى التي هي وان كانت نادرة الحصول الا انه المثل ثابتة الوجود
 وهي الاحوال التي يحصل فيها هذا التجمع من غزق بعض الحويصلات الرئوية
 تحت البليورا المتعددة تمدد التقيز بما ويا و اغلب احوال هذا التجمع الغازي
 الصدرى الجرحى لا يحصل من دخول الهواء في التجويف البليوراوى عقب
 حصول الجرح النافذ في الصدر بل من كون نحو الآلة الواخزة او النارية
 تصيب البليورا الحشوية فيدخل الهواء تبعاً لذلك من الرئة الى تجويف
 البليورا وقد يحصل عقب كسر الاضلاع غزق في البليورا الرئوية من الشظايا
 العظمية فينشأ عن ذلك تجمع غازي في الصدر بدون انثقاب في جدره او جرحها
 جرحا عظيما او كثر من ذلك حصول انثقاب البليورا الحشوية بآلة تدريج
 عقب اصابتها بتغير تقرحى يعتمد من الظاهر الى الباطن وبهذه الكيفية يحصل
 انثقاب التجمع الصديدي للصدرى الامميبيما في الرئة واسمقراغه من الشعب
 كما ذكرنا ذلك فان باسـ تفراغ جزء عظيم من الصدر عقب حر كات السعال

الشديدي وحصول تمدد في الصدر بجر كات الشهيق القوية النامية لذلك تنفذ
 كمية من الهواء في تجويف البلور ابقه صدر ماخرج من الصدر فيصير
 حينئذ هذا التجمع غازيا وفي هذا الشكل من التجمع المذكور لا يكاد يكون
 الهواء سايبا في تجويف البلور ابل متحصرا في مسافة محدودة بالتصاقات
 بليوراوية ومنعزلة عن باقي تجويف البلور او هي المسافة التي كان متجمعا
 فيها الصدديوسه تنكلم على ذلك ايضا عند النكلم على الاعراض
 وقد ذكرنا فيما تقدم ان كل انقباض في جدر الصدر لا يؤدي الى تجمع غازي
 في تجويفه فان قنطرة الجرح النافذ في الجدر الصدريه ان كانت ضيقة ومنخرقة
 في الاتجاه تكون طبقة الجلد الصدريه نوع صمام في الفتحة الظاهرة من
 الجرح تمنع دخول الهواء في تجويف الصدر ومثل هذا بعينه يحصل في
 القنوات الناصورية التي تبقى عقب انفجار الاميبيا نحو الطاهر انفجارا ذاتيا
 فانه يخرج منها سائل صديدي زمنافز مناعلي الدوام بدون ان يدخل الهواء في
 تجويف الصدر منها واما اذا كانت جدر الصدور منقبة باسستقامة والفتحة
 الظاهرة مقسمة فان الهواء يتقدمها في انحاء الشهيق ويتجمع في تجويف
 البلور او يخرج منها في انحاء الزفير ثانيا
 وبالجملة فلنذكر هنا انه في احوال نادرة قد ينشأ هذا التجمع الغازي للصدر
 عقب امتداد تقرح المعدة او فساد و بين التولدات المرضية الجلدية التي تتولد
 فيها وفي المري وتنتقب تجويف البلور او

(الصقات الشريحية)

يكفي التمدد العظيم لاحدى جهتي الصدر مع انحاء المايزب بين الاضلاع او
 تحديها في معرفة التجمع الغازي الصدري وعند نفخ تجويف البطن يوجد
 الحجاب الحاجز مندفع الى اسفل وكل من الكبد والطحال يندفع ايضا الى
 اسفل في تجويف البطن وعند برز تجويف الصدر المتمدد بمشروط اوبازلة يخرج
 الهواء مع ازيز صغير صفيري بحيث يكفي لاطقاء صباحه من الاخذخ ووجه من
 الفتحة والهواء الخارج يشتمل على جزء عظيم من حمض الكربون والازوت
 وعلى قليل من الاوكسجين وكميته تختلف وفي الغالب تكون عظيمة جدا بنسبة
 التمدد العظيم لاحدى جهتي الصدر

ومن النادر أن يكون تجويف البلبورا محتويا على هواء فقط فإنه إن عاش المريض بعد حصول التجمع الغازي للصدر ولو بأيام قليلة تظهر أعراض الالتهاب البلبوراوي فيوجد حديقتان في الجنب زيادة عن الهواء المتجمع انسكاب مصلي لبني أوسديدي في تجويف البلبورا وكيفية هذا الانسكاب تختلف وفي العادة تكون أعظم كلما استطلت مدة التجمع الغازي الصديدي وأخيرا قديلا الانسكاب الالتهابي جميع تجويف البلبورا وفي أثناء ذلك تتناقص كمية الهواء شيئا فشيئا بحيث يزول بالكليمة من تجويف البلبورا ولا يبقى فيه الا الانسكاب الالتهابي

وتكون الرئة موضوعة بجوار العمود الفقري ضامة صغيرة الحجم خالصة عن الهواء منقبضة سواء كان التجمع في تجويف البلبورا هواء باقعه أو مع الانسكاب الالتهابي ولا تكون الرئة شاذة لمحل آخر من تجويف الصدر الا اذا كانت مثبتة مع جدر الصدر بالتصاقات قديمة وفي أحوال كثيرة يمكن بعد وضع الرئة في الماء ونفخها ظهور محل التثقب ولو بعسر فانه منسدة بمواد ليفية وفي أحوال أخرى تكون الفحة التي كانت ابتداء ضيقة جدا منسدة بالسكبية وزيادة على تحول الحجاب الحاجز واندفاعه الى أسفل يوجد كذلك في أحوال التجمع الغازي الصدر كل من الحجاب المنصف والقلب مندفعا الى احد الجانبين ويوجد اختلاف عظيم في التغيرات التشريحية اذا كانت صفيحتا البلبورا ملتصقتين بهما من التصاقات متبادلة انقباض الرئة من جميع الجهات فيكون الهواء أحيا ناهيا محصورا في المسافة القليلة المحدودة من جميع الجهات بالاتصاقات البلبوراوية فلا تنضغط الا بعض اصغار الرئة المجاورة ولا يكون الصدر ممتددا الا تمددا جزئيا ولا يتحول كل من القلب والكبد عن محله وفي أحوال التجمع الغازي للصدر الذي يعقب انفجار الامبيجما في الرئة تكون الصفة التشريحية الاخيرة هي الاكثر مشاهدة كما انها تشاهد في بعض الاحوال التي فيها يعقب التجمع الغازي للصدر انفجار بعض الكهوف الرئوية السطحية وتمزقها

(الاعراض والسير)

اعراض التجمع الغازي للصدر الواصفة له يستعمل معرفتها متى تأملنا

في النتائج التي تعقب انشقاب البليورا الحشوية أو جدر الصدر
 فان تجويف البليورا مادام غير مغلق غلقا تاما تنبسط الرئة جذب عناصرها
 المرنة وتتمسك به وانكماش الرئة الذي يشاهد في الجنة بعد فتح الصدر يحصل
 في أثناء الحياة متى نفذ الهواء في تجويف البليورا سواء كان آتيا من الخارج
 أو من جهة الرئة عقب انقباضها او كذا دائرة الجهة غير المصابة يحصل فيها
 انقباض متفاوت في الدرجة مطابق لدرجة الجذب الواقع على الحجاب المنصف
 من إحدى الجهات ولذا يوجد بعد حصول التجمع الغازي للصدر حالا
 تجويف البليورا محتويا على كمية من الهواء بقدر ما يندفع منها بواسطة تأثير
 مرونة اليافها وتدد تجويف الصدر بحركة الشهيق التالية يدخل مقدار
 آخر من الهواء في تجويف البليورا ثم ان أمكن الهواء النافذ بحركة الشهيق
 الخروج بحركة الزفير التالية عاد الصدر الى وضعه الذي يكون عليه حالة
 الزفير وحينئذ فلا يعترى الرئة المنكمشة ادنى انضغاط بخلاف ما اذا لم يكن
 الخروج بحركة الزفير فان الصدر يبقى مكتمسا بالهيئته حالة الشهيق فحينئذ
 يعترى الرئة انضغاط ويتكرر ذلك جملة مرات حتى يصل تجويف الصدر الى
 أعلى درجة تمدده التي يمكن أن يصل اليها بحركة الشهيق القوية جدا وتنضغط
 الرئة انضغاطا قويا وتصير خالية عن الهواء بالكليمة يمكن العادة ان الهواء
 النافذ في تجويف البليورا لا يمكن خروجه فانيا بسبب الشكل الناصوري
 المنزق في القفحة التي يتقدمها الهواء في تجويف البليورا حيث ان هذه
 القفحة تكون مثل الصمام أي انها تمدد وقت الشهيق وتغلق عند الزفير
 بالهواء الضاغط عليها ثم ان وصلت درجة توتر الهواء في تجويف البليورا الى
 درجة معلومة مستمرة في أثناء الشهيق بقي الصمام (أي القفحة المنزقة)
 متعلقا على الدوام وامتنع دخول الهواء في تجويف البليورا ولو لم تكن
 حوافها متلامسة ولا ملتصقة ببعضها ولا يزيد تمدد تجويف الصدر في
 أحوال التجمع الغازي الا في الصدر عن درجة تمدده التي يصل اليها بأقوى
 حركات الشهيق فالتمدد الزائد عن ذلك الذي يشاهد في كثير من الاحوال
 وزيادة توتر جدر الصدر يكون سببها غالبا حصول انسكاب سائل من
 تجويف الصدر مع الهواء المائل له وبعبارة أخرى يشاهد ذلك في الاحوال

التي فيها يستحيل التجمع المذكور الى تجمع غازي صديدي وأما في الاحوال
المادرة التي فيها يمكن دخول الهواء في الصدر وخروجه منه بسهولة كما
في الاحوال التي فيها تكون جدر الصدر مجلسا لتواصير أو جروح مستقيمة
الاتجاه متسعة أو قنوات ناصورية ذات جدر متينة بين تجويف البلديورا
واحد القروع الشعبية العظيمة فلا يحصل تعدد في تجويف الصدر ولا انضغاط
في الرئة التي تكون خالية عن الهواء بسبب ما عتراه من الامراض
المتقدمة

وفي أحوال التجمع الغازي للصدر الناشئ عن انثقاب كهف في تجويف
البلديورا يحس المريض بوقته بالثقب بحيث يعرف بدون مهلة بأنه تمزق في
صدره شيء أو انفجور ثم يحصل له حال عسر عظيم في التنفس يرتقي الى أعلى درجة
فلا يكون له قدرة حثيثة على الجلوس أو النوم على الجهة المريضة ليمتلك
الجهة السليمة خاصة لفعل حركات التنفس وعسر هذا التنفس ناشئ عن
انضغاط الرئة السريع الذي يتم في بعض قوان وعن الاحتقان التجمعي
الحائبي المنضم له انضغاط الحلايا الرئوية وأذعية تجمعية جانبية في الرئة
السليمة بالضغط الذي يعتري أوعية الرئة المريضة

وفي جميع الاحوال التي يشاهد فيها حصول التجمع الغازي للصدر نجاة
تشتكي المرضى بالام شديدة في جهة الاضلاع السفلى وتسبب هذه الآلام
لافتحاض الجذاب الحجاب الحاجز وتوتره وتوتر اشد جدا اولالاتهاب البلديوراوي الذي
يحصل من دخول الهواء أو متحصل الكهف في تجويف البلديورا وان لم يكن
المريض قبل حصول التجمع الغازي انيميا بأي قليل الدم انضم للاعراض
السابقة المذكورة علامات احتباس الدم في القلب الايمن مع الوضوح جدا
بسبب انضغاط أوعية الرئة المريضة انضغاطا قويا وانسدادها بالسكامة فيصير
لون المريض أزرق سيانوزيا وطالما يشاهد في الايام الاولى انتفاخ أذعية أو
في الوجه والاطراف السفلى ويصير النبض صغيرا وافرارا البول قليلا
ويبرد الجلد بسبب قلة امتلاء القلب الايسر من جهة لان الدم لا يصل اليه
الامن رئة واحدة ومن جهة أخرى بسبب الضغط والهبوط العام الذي
يصاحب غير هذه الاصابات من الاصابات القوية كاشتقاق القروح المعديبة

والسكوف الرئوية في البليورثم ان المرضى تم لك أحياناً بعد بعض ساعات
 أو قبل بسبب عدم كفاية التنفس والهبوط العام وفي أحوال أخرى يطرأ
 الموت بعد بعض أيام أو أسابيع وفي مثل هذه الاحوال يزول الهبوط العام
 وتعود الحرارة للمرضى ثانياً غير أن عمر التنفس فضلاً عن كونه يستمر
 يزداد بازدياد الانسكاب البليورثم الذي يدفع به كل من القلب والحجاب
 المنصف إلى الرئة السليمة بالتدريج ويزداد من اللون السيانوزي والظواهر
 الاستسقاءية شيئاً فشيئاً فتم لك المرضى بظواهر الاوذيم الرئوية وعدم تحجرون
 الدم وتجرده من السكرين او تنهك من الحى ومن الانسكاب البليورثم
 الغزير اعنى أعراض التهاب البليورثم التابعى

ثم ان التجمع الغازى للصدر لا ينتهى بالشفا الا نادراً فيستحيل الى الصديدي
 بازدياد انسكاب السائل شياً فشيئاً وعوده الى أعلى بحيث ان كلاً من توتر
 الهوا والمحتوى عليه التجويف البليورثم وانضغاطه يزداد جدا فينتشر في
 أوعية المنسوجات المجاورة وفيما بعد يمتص الجزء السائل من الانسكاب
 الصديدي في الاحوال الحميدة وان كان قد انسدم محل الثقب في أثناء ذلك
 فان الرئة تتدثانياً وقد شاهدت في (مجد مبرغ) مريضة به هذا الداء بعد ان
 وصلت الى درجة اليأس برقت في ربيع سنة بعد ان كان يتربص موتها كل
 وقت وتقدم شفاؤها وبالكلية حتى تزوجت وبأشرفت أشغالها بنفسها
 وفي احوال أخرى قد يتكون استطراق متسع بين تجويف البليورثم وفرع
 شعبي متسع لم يزل مفتوحاً في الرئة المنضغطة المتكاثفة بحيث ينقذ منه زمناً
 فزمناً بواسطة السعال جزئياً من السائل المحتوى عليه هذا التجويف في بعض
 اوضاع مخصوصة للمريض وقد شاهد ذلك المعلم (هنوك) في اكلينك المعلم
 (رومبورغ) وعددها حالة مهمة

ثم ان كلامنا عن أعراض التجمع الغازى للصدر وسيره مخالف لما سبق متى انثقب
 الكهف الرئوي ودخل الهواء في مسافة متساوية محدودة بواسطة التصاقات
 متينة قديمة أو متى انفجر التجمع الصديدي للصدر في الرئة واستقرغ الصديد
 وانقذ من الشعب ودخل الهواء بدلاً عنه فإنه في مثل هاتين الحالتين سيما
 الأخيرة تفقد جميع الأعراض المحسوسة للمريض فلا يعرف التجمع الغازى

للصدر الا بالصدفة حال البحث عن الصدر بالعلامات الطبيعية
ثم ان هذا البحث يدلنا عند وجود تجمع غازي عظيم في تجويف البلعور على
الامور الاتية وهو انه بالبحث بالنظر متى شاهد الطبيب من ايضا قد اعتراه
السل الرئوي وليس عنده من قبل ببعض أيام عسر عظيم في التنفس وغير
مجبور على المكث في الفراش أو بدون التجاء الى وضع مخصوص فيه ثم حصل
له عسر عظيم في التنفس دفعة واحدة واضطر الى الرقاد على احدى الجهتين
وتجنب كل وضع يخاف ذلك مع الضجر دل ذلك البحث تقريرا على حصول
التجمع الغازي في الصدر لا سيما اذا حصلت هذه التغيرات فجأة كما
ذكرنا وبالتأمل من الصدر يدرك الطبيب ولو غير المتزن عددا عظيما فيه
وانحاء الميازيب بين الاضلاع وقد احركت التنفسية في الجهة المريضة
كما يدرك ان ضربات القلب واضحة في الجهة اليمنى من القص عندما يكون
التجمع الغازي للصدر يساريا

وبالجس يتحقق من اندفاع القلب للجهة السليمة كما يتحقق من اندفاع الكبد
الى أسفل عندما يكون التجمع الغازي للصدر يمينا ويكون الاهتزاز الصوتي
الصدرى في الجهة المريضة ضعيفا في جميع الاحوال أكثر من السليمة وقد
يفقد بالكليمة من الجهة المريضة

وبالقرع يسمع عند وجود تجمع غازي في الصدر صوت ممتلئ رنان طبلي يمتد
الى أسفل عندما يكون هذا التجمع يمينا والى الجهة الانسية اذا كان يساريا
وأما اذا كان توتر جدر الصدر عظيما جدا فان صوت القرع يصير غير طبلي
بسبب شدة الضغط المؤثر في السطح الباطن من الصدر المانع من حصول
توججات واهتزازات منتظمة وفي بعض الاحوال يرتقي توتر جدر الصدر الى
درجة عظيمة جدا بحيث لا يمكن بالقرع احداث توججات واضحة فيها فيسمع
ولو عند القرع الشديد على جدر الصدر غلط ضعيف أصم وقد ينفث في هذا
العصر الاخير على انه في احوال التجمع الغازي للصدر تزداد رنانية صوت
القرع نارة وتنفثا صوت اخرى بحسب نوم المريض او جلوسه باستقامة ذكره
المعلم (بيرمي) ووجهت هذه الظاهرة بالحدار السائل عند الجلوس الى أسفل
ورفعه للجباج الحاجر وبذلك يستطيل القطر العظيم لتجويف البلعور كما

ذكره (بيرمير وجيرهارد) وانى أشك في ازدياد القطر المستطيل لتجويف
 البلبورا ازدياد مستمر عند البلبلوس وأظن أنه في بعض الاحوال يحصل
 عكس ذلك أى عندما تكون كمية السائل غير عظيمة جدا وواصله الى كمية
 معلومة وقد يسمع عند القرع صوت معدني رنان (أى رنانة معدنية) سيما
 عند وضع الاذن على جدر الصدر وقت القرع وبعد بض ايام قليلة يصير
 صوت القرع في الاجزاء المنجذرة من الصدر اعنى المتجمع فيها الانسكاب أصم
 فن العلامات الدالة مع التأكيد على التجمع الغازي للصدر تتغير بحدود
 أصمية القرع بتغير أوضاع المريض فان كان المريض نائما على ظهره ووجد
 صوت القرع ممتلئا رنانا في مقدم الصدر واصل الى الحافة السفلى من
 الاضلاع وان كان جالسا يتغير حد الاصمية وترتقي الى اعلى

وبالتسمع يسمع عند مخرج المريض أو تغير وضعه تغيرا فجائيا بالعودة والنوم
 خشنة معدنية واضحة وذلك بدون وضع الاذن على صدر المريض وهذه
 الخشنة المعدنية تشابه اللقط الذي يحصل عند امتلاء زجاجة بالماء الى
 نصفها ثم رجها ولا يسمع التنفس الحويصلى وهذا العرض بانضمامه مع
 الصوت الممتلى الطبلى للقرع مهم للغاية ولا يسمع بدلا عن التنفس الحويصلى
 ولو في بعض الاحيان لغط معدني أو تنفس انفورى اى صدافى ولا سيما
 خراخ معدنية أو رنانة معدنية وجميع هذه الاغاط تسمع أعلى الكهوف
 العظيمة ذات الجدر المساء المنتظمة ولا يستخرج من ظهور الاغاط المعدنية
 وسماعها دخول الهواء في التجويف البلبوراوى ونحوه منه فانها تسمع
 ولو بعد زوال الاستطراق وذلك لان الاغاط التى تحصل في الرئة تكون ذات
 رنانة معدنية صدائية

وجميع هذه العلامات المذكورة التى توجد في اغلب الاحوال التى فيها
 يكون الهواء مائلا لتجويف البلبورا ومختر كافيه عقب انفجار كهف رئوى
 بحيث يمكن معرفة هذا المرض بسهولة قد يفقد معظمها فى أحوال التجمع
 الغازي الصدرى المتكيس فانه ان كانت المسافة الموجودة فيها الهواء ضيقة
 صغيرة غير منتظمة بحيث لا يكتسب الصدر هيئة تمدد من الضغط الباطنى الذى
 يقع عليه من الهواء والسائل المتجمعين فيه لا تسمع هذه الاغاط المعدنية

لا عند القرع ولا عند السمع وأهم العلامات التي يرتكن اليها في معرفة التجمع الغازي الصدرى المتكيس هو الصوت الممتلئ عند القرع مع فقد اللغظ التنفسى وزيادة على ذلك انه في بعض الاحوال التي فيها تكون المسافة المنصرفة في الهواء والانسكاب بعد انفجار الامبيجما في الرئة غير المنتظمة بحس عند وضع اليد على الصدر بقرع السائل على الجدار المقدم من الصدر حين ما ينهض المريض قائما بسرعة

* (التشخيص) *

لا يمكن اختلاط التجمع الغازي للصدر بالانفيز بما الرئوية الا في احوال ينسب فيها الطبيب لمريض قريب الاختناق ولم يمكنه أن يعرف السوابق المرضية وما سوى ذلك لا يبقى عند الطبيب أدنى شك في التشخيص من سرعة حصول ضيق النفس في التجمع الغازي للصدر بخفاة وتدرجها في الانفيز بما الرئوية وفي الاحوال المشكوك فيها يرتكن الى العلامات الآتية وهي أولا ان الانفيز بما تم جهتي الصدر معا وأما التجمع الغازي للصدر فيكاد أن لا يشغل الاجهة واحدة وثانيا في الانفيز بما تكون المسافات بين الاضلاع ميازيب سطحية وفي التجمع الغازي للصدر تكون منمجة او محدبة وثالثا في الانفيز بما الرئوية يكون التنفس ضعيفا لكنه لم يفقد بالكلية وفي التجمع الغازي للصدر لا يسمع التنفس الحويصلى بل غالباً يسمع الغاط معدنية ورابعا يكون القوج الموقى الصدرى في الانفيز بما الرئوية محسوسا وفي التجمع المذكور ينفذ غالباً

ويتميز التجمع الغازي للصدر عن الكهوف العظيمة الفارغة السطحية التي يسمع عند القرع عليها الغط معدني وتنفس انفورى اى صدائى وخر اخر معدنية عند السمع عليها بالامور الآتية وهي اولاً ان جدار الصدر اعلى هذه الكهوف تكون منخسفة وتمددة اعلى التجمع الغازي وثانياً ان القوج الصدرى الموقى يكون موجودا في الكهوف الصدرية بل متزايدا غالباً وبقوة في التجمع الغازي للصدر وثالثاً الاغاط الخرسية تكون في الكهوف اكثر وضوحاً وظهوراً واما في التجمع المذكور فانها تكون ضعيفة قليلاً ورابعا في احوال الكهوف تكون الاعضاء المجاورة غير

متحوّلة عن محلها او ما في احوال التجمع فان تحوّلها يكون واضحا وخامسا
بجفاف وضوح الغط القرع المعدني ودرجته شدته في احوال الكهوف عند
غلق القم وفحصه ولا يوجد ذلك في التجمع الغازي للصدر

(المعالجة)

معالجة التجمع الغازي للصدر لا تكون الا تسكينية أو عرضية فقط وفي
احوال كثيرة سيما التي فيها الاتناقص كقلة الدم وبكميته عقب الجمات
المستطيلة يمكن الالتجاء الى القصد متى طرأ التجمع الغازي للصدر بل ويمكن
تكرار القصد العام وذلك في الاحوال التي فيها تكون الرئة الغير المنضغطة
محتقنة احتمقا ناشدا بحيث لا يمكن اتيهم وظيفتها والالام التي تنتج عن توتر
الحجاب الحاجز والالتهاب البلوري المبتدئ تعالج بالاستقراعات
الدموية الموضعية والوضعيات الباردة وكذا يلجأ لاستعمال المسكنات لاجل
تخفيف تعب المريض وجلب راحته وكذا بذل الصدر بالة باذلة رفيعة جدا
يلجأ له غير انه واسطة تسكينية فقط ينتج عن استعمالها هده وخفة في ضيق
النفس وهذه العملية ليس لها اثر بالنسبة للرئة المنضغطة في الجهة المريضة
بل منفعتهم للرئة السليمة عندما يكون الحجاب المنصف مندفعاً الى الجهة
السليمة بضغط الهواء والانسكاب ومضيق التجوف البلوري اغير المنقب
وفي اثناء سير التجمع الغازي للصدر يتمسك بالقواعد العلاجية التي ذكرناها
في الالتهاب البلوري

(المبحث الرابع)

(في درن البلور)

يكاد لا يوجد درن السنجابي الشفاف في جوهر البلور الا في احوال الدرن
الدخني الحاد للرئة والطحال والكبد والسحايا الدماغية وفي هذا المرض يملك
المريض كما ذكرنا من شدة الحمى قبل أن يمتري الدرن استحيالات أخرى ثم ان
الدرن الدخني للبلور ليس بدرن اعراض موضعية
واكثر من ذلك -صولاظهور تحببات درنية في الأغشية الكاذبة الجديدة
التي تتكون على البلور عند تكرار الالتهاب البلوري فيها (وهو
الالتهاب البلوري الدرني) وقد ذكرنا فيما تقدم انه في احوال الالتهابات

التي تعتبر التولدات الغشائية ذات الاوعية الشعرية الدقيقة يمكن حصول
تخرقات وعائية بسهولة ولذا كان من الواضح كثرة مشاهد شكل الانسكاب
البليوراوى الدموى مع درن الاغشائية المكاذبة البليوراوية وهذا الدرن
يظهر على شكل ارتفاعات متجمعة عديدة في حجم حب الدخن تكون
في الابتداء مبيضة وتصفير فيما بعد ودرن الاغشائية المكاذبة هذا سهل فيه
مشاهدة ظهور الدرن والاستحالات التي تعتبره كما ذكره (ورجوف) واعراض
هذا الشكل من الدرن البليوراوى لا يمكن تمييزها عن اعراض الالتهاب
البليوراوى المحبوب بانسكاب دموى

• (المبحث الخامس)

• (في سرطان البليورا)

سرطان البليورا لا يكون اوليا مطلقا بل يظهر على الدوام تابعا للدرسكرازيبا
السرطانية العمومية المتقدمة والتولدات السرطانية في اعضاء اخرى مجاورة
فيضاغف بالاكثر سرطان الغدة الثديية والخصاب المنصف والرتتين والغالب
ظهوره عقب استئصال الغدة الثديية بالمتسرطنة والبليورا امان تنقب من
الظاهر الى الباطن بواسطة التولدات السرطانية المجاورة التي تنمو نحو
الباطن على هيئة تجمعات عقدية وانما يظهر في البليورا نفضها أورام
سرطانية يصل حجمها الى قبضة اليد أو يزيد ذات منظر دهني فخاعي وذات سطح
محدود ب اومفرطح كثيرا أو قليلا وسرطان البليورا نكثرا خليته و يقل
منسوجه الضام فهو من نوع السرطان النخاعي وعند تقدم الاستحالة
السرطانية في البليورا وامتدادها يتجمع في تجويف البليورا سائل يكون
بالنسبة اهميته وقوامه بين سائل الانسكابات الالتهابية وسائل الارتساحات
المصلية فان هذا السائل يشتمل كغيره من سوائل الاكياس المصلية التي
اعتراها الاستحالة السرطانية على مادة ليفية غير ان هذه المادة اللصيقة لا تتعقد
الا في ابعديطه يعني انه لا يوجد فيه ندف ليفية لكنه عند تركه هذا السائل
المستقرغ للراحة معرضا للهواء يرسب فيه مواد متعقدة بعد بعض أيام وهو
المسمى بالاستسقاء اللينقاوى تبعا (لورجوف) وبلاستسقاء الشبيه بالينقي تبعا
(لفوجل) والظاهر ان هذا ناشئ عن امتزاج هذا السائل بالمواد الدموية عند

ما تعتري البليورا الاستحالة السرطانية فإنه من منذ ما أثبت المعلم (سيد) أنه
بإضافة الدم إلى جميع الأرنشاحات ترسب مواد ليفية بطيئة الانعقاد انضخت
هذه الظاهرة النسبولوجية

ثم أنه في غالب الأحوال لا يمكن تشخيص سرطان البليورا فإن تكون في
تجويفها النسيكاب يزداد شيئا فشيئا محسوسا ببعض الآلام مع وجود سرطان
في الغدة الثديية ملتصق متينا بجدر الصدر أو عقب استئصال أورام صدرية
ساخ الظن بتولد مواد سرطانية على السطح الباطن من الصدر والأورام
السرطانية العظيمة يمكن أن تحدث ضغطا على الرئة والشعب الغليظة وتحويل
القلب أو تضغط على الأوعية الغليظة وبذلك يمكن أن يحصل ضيق في النفس
وتلون سيبانوزي ودوار وتحو ذلك وجميع هذه الأعراض يعسر توجيهاها
غالباً في أثناء الحياة وإن امتدت الأورام السرطانية إلى جدر الصدر صار
صوت القرع في هذا الجزء أصم بالكليّة وإن وصل الورم إلى الأورطي بامتداده
إلى الخلف وإلى جدر الصدر بامتداده إلى الامام يمكن مشاهدة نبضات شريانية
فيختملط حينئذ سرطان البليورا بأنوريزما الأبهروينهم - ل الوقوع في الخطأ
فإنه ينشأ في الأورطي بحمل انضغاطها الغط غير طبيعي كاذب يسمع به في المحل
الأصم ذى النبضات الضعيفة وهذه النبضات دائماً تكون ضعيفة واللغط
غير الطبيعي لا يسمع إلا في أثناء حركة الانقباض الطبيعي واللغط الكاذب
المزدوج الذي لا يكاد ينفد في أحوال أنوريزما الأبهر الملامسة لجدر الصدر
لا يسمع مطلقاً إلا بالاستئصال عن حالة المرض وكيفية تنويعه بتضح التشخيص
خصوصاً إذا علم أن المريض كان عنده سرطان في الصدر واستوصل وحيث
لم يكن لسرطان البليورا معالجة يحتاج لذكرها أضر بنا عنها صفاً وبقوة تصر على
ذكر المعالجة المسكنية لبعض الأعراض المتعبة للمريض

(تذليل لأعراض أعضاء التنفس)

(المبحث الأول)

(في إحتقان الغشاء المخاطي الأنفي والتهابه التزليين المعروف بالزكام)

(كيفية الظهور والأسباب)

الأضطرابات الغذائية والوظيفية الواصفة للإتهابات التزلية تشهد بكثرة

في الغشاء المخاطي الانفي وتعرف بالزكام ويندر ان يصاب الغشاء المخاطي الانفي
بالتهاب ذي غشاء كاذب او دفترى في مدة سير بعض الامراض التسممية
العامه

واسباب النزلة الانفية يقال فيها ما قيل في اسباب النزلة الخجيرية والشعبية
والاستعداد للاصابة بالزكام يختلف باختلاف الاشخاص فيكثر في الاطفال
عن البالغين وعند ضعف البنية والارقاء سيما خنازيرى البنية عن اقوياتها
العضلية وبالععود التدريجي ينقص هذا الاستعداد بحيث ان المنهكين على
تعاطي الشوق المحدث تهيج في الغشاء المخاطي الانفي يندر اصابتهم بالزكام
وتردد هذا المرض يندي في الاستعداد للاصابة به مرة اخرى وزيادة على ذلك
توجد اسباب مهيمة غير معلومة لنا وبعبارة اخرى يتشهر هذا المرض انتشارا
عظيما ولو في غير المستعدين للاصابة به بدون معرفة سبب يحال عليه
والاسباب المتممة لهذا المرض اعني المؤدية لحصوله متنوعة واعتماد العوام
المتسطن على عقولهم ان كل زكام انما ينشأ من تأثير البرد على الجلد خطأ
ولوان اغلب احوال الزكام تتعلق بتأثير البرد خصوصا في الاقدام وكذا يكثر
تأدية المهيجات الموضعية على الغشاء المخاطي الانفي لحصول الزكام وذلك
كدخول الهواء الساخن جسد في الانف والتراب او الاجزرة الحريفة
او الاجسام الغريبة او الشوق عند الاشخاص الغير المعتادين عليه وكذلك
السقطات والمصادمات الواقعة على الانف وتكرار التخط العنيف ونحو ذلك
وفي احوال اخرى يصاب الزكام امرضا اخرى تعتري الانف كالتسروح
والتولدات الجديدة والتسوس والتكروز ولا يندر ان يعتري التهاب من
أعضاء مجاورة الى باطن الانف فتري ان الزكام المتعب الشديد يصاب على
الدوام الدمامل التي يكون مجامعها الشفة العليا وخراجات اللثة للقواطع
العليا وبالجملة قد يكون الزكام عرضا لمرض عام ينبي ومن هذا القبيل الزكام
الذي يصاب الحصبه والتيفوس الطفحي والزكام الخفيف الذي يصاب
القرمزية والزكام الزهري الذي يشاهد مصاحبا للداء الزهري الوراثة في
المولودين جديدا وكذا من هذا القبيل الذي يكون ظاهرة من جهة ظواهر
الالتهاب النزلي الممتد للغشاء المخاطي الشهي مدة تسطن الالتهاب الشهي

الوبائي والزركام البودى الذى هو عرض من الاعراض الرئيسية للتسمم
بالمركبات البودية والقول المشهور جدا من ان الزكام معد مخالف لتجارب
العلم (فريركس) التى ما تنجح فيها اقل من افرالزكام من شخص مصاب به فى اى
دوره الى شخص آخر

(الصفات التشريحية)

فى ابتداء الالتهاب النزلى للغشاء المخاطى الانفى تكون الاوعية الشعرية للغشاء
المخاطى ممتلئة بالدم وجوهر هذا الغشاء من تشحها والغشاء المخاطى المنتفخ
بسبب احتقانه وارتشاحه ارتشاحا وذيما ويا يفرز منه افراز شفاف لالون
له مائع ملهى وفى اثناء انهاء هذا المرض يتناقص كل من الافراز والاحتقان
والانتفاخ ويصير الافراز كثيفا مختلطا بكثير من الاخلية الجديدة المتكويرين
بجيث يصير غير شفاف

وفى احوال الالتهاب النزلى المزمن ينتفخ الغشاء المخاطى انتفاخا عظيما ويفرز
منه افراز قليل الكمية والعادة ان يكون غزيره شبيها بالصليد بسبب
اختلاطه بكثير من الاخلية الجديدة المتكويرين ولا يتدران يتكاثف هذا
الافراز ويحفظ فى الانف على هيئة قشور صلبة وسنة مخضرة معتمة وله عند كثير
من الاشخاص ميل عظيم للفساد والنعفن بدون ان يعلم سبب ذلك وقد يتردى
الالتهاب النزلى المزمن للغشاء المخاطى الانفى الى تكون قروح نزلية وذلك اذا
لم يكن تتكون الاخلية الجديدة قاصر اعلى السطح الظاهر للغشاء المخاطى بل
تمتد الباطن جوهر الغشاء المذكور وهذه القروح تبقى سطحية غير انهم احبانا
تغور الى الباطن سيما عند الاشخاص الخنازيرى البنية والمهوكين وحينئذ
يمكن ان تفسد سمحاق العظام والغضاريف وتودى لحصول تسوس او تنكيز
فى الغضاريف او العظام ويتردى افراز هذه القروح سيما الاخيرة فساد
ونعفن كرىه الرائحة جدا وهذه الظاهرة لا تشاهد فى افراز النزلة الانفية
السيطة الا نادرا جدا

وفى احوال اخرى قد تودى النزلة الانفية الى ضخامة بلديوسية فى الغشاء
المخاطى الانفى تظهر قبة الرأى (دوكنسكى) تارة على هيئة حلمات مرتفعة ذات
سطح غير مستو ومنشرة على سطح القرينات وتارة على هيئة انتفاخ محدود ويغو

على شكل ورم مستديري عميق او مغزلي وهذه الاورام تتكون من تولد
هلامي في المنسوج الخلوي اسفل الغشاء المخاطي ومن ضخامة اجريته التي
لا يندران تنمو على هيئة اكياس ثم تستجمل فيما بعد الى منسوج ضام ذي
الياف تضيق تجويف الانف او تسده بالكليته ثم تبرز فيها من الفجوات المقدمة
او الخلفية للخباشيم

(الاعراض والسير)

حيث ان اعراض الزكام معلومة لكل انسان فلنذكرها مختصرة فنقول ان
المرضى تشتمكي باحساس جناف في الانف وبانسد تام او لايلجى المريض
لتمخط متعب مع السكر اراما من احدى طاقى الانف او من مام عافيسن
المريض زمانا فزمنابا كلان ودغدة بالانف مع عطاس ثم يهقب جناف الانف
افراز غزير فيسيل منه على الدوام سائل شفاف لالون له ماني لمحي الطم يبيج
الشفة العايات بصير جرا وواحيا نامتسلخه وهذه الصفة المهيجة للافراز القلوي
ينسبها المعلم (دوندرس) لاحتوائه على كثر من ملح النوشادر وقله احتوائه
على ملح الطعام ولو كان طعم هذا الافراز ملحا وتكون حاسة الشم مضطربة
والتكلم انقيا ويكاد يمتد هذا الالتهاب النزلي في جميع الاحوال الى الغشاء
المخاطي للجيوب الجبهية فتتشكى المرضى تبعا لذلك باحساس ضغط أو ألم شديد
في الجبهة على حسب شدة الالتهاب وبالتطير يرى الغشاء المخاطي الانفي احمر
منتفخا وفي احوال الالتهابات النزلية الكثيرة الشدة يمتد كل من الاحمرار
والانتفاخ الى جفاحى الانف والوجه بين وكثيرا ما يتضاعف الزكام برمد نزلي
فيحصل للمرضى فزع ضوئي وتسيل من عيونهم الجراء الدموع بكمية غزيرة
في باطن الانف وعند اشتراك الحلق في الاصابة يوجد عندهم تسرف في الازدراد
وعند امتداده الى المسالك الهوائية يحصل لهم سعال وبحة الصوت وحين
امتداده الى بوق استاكربوس يحس بالم خفيف وطنين في الاذنين وضوضاء في
السمع وقتيا

ثم ان مجموع الاعراض السابقة يكاد يصطب على الدوام باضطراب حسي عمومي
سيما متى كانت درجة الالتهاب النزلي شديدة وامتداده اَعْظِما ويقبل هذا
الاضطراب جدا عند اشخاص يعل تأثيرها من الحر كة الجمية دون الاشخاص

الكثيرى التنبه فان الحر كذا الحمية تشبه عند عندهم جدا وتلك الحر كذا في هذا
المرض تظهر اعراض الحمى النزلية وهى القشعريرة المتكررة التى تتردد عند
كل تقاب جوى وآلام الاطراف واسترخاؤها وفقه دسهبية الاكل ونحو ذلك
مسبق في مجيئ النزلة الشعبية من الاعراض الحمية

ومدة الزكام الحادة قصيرة لما انه يقبل الافرازات في اليوم الثانى أو الثالث
ويصير كدنيا غير شفاف ويقدم طعمه المالح وتقل صفاته الفلوية ويكتسب
لونا مصفرا أو اصفر مخضر او ينجف خصوصا في اثناء الليل ويستحيل الى
قشور مندسجة ملتصقة بالغشاء المخاطى ويتناقص كل من العطاس ودغدغة
الانف ويزول الالم الجبهى وانهتفاخ الغشاء المخاطى فيسلك تجويف الانف
عقب انقذاف ما احتوى عليه من الافرازات السائل او المتكاثف بواسطة
التعجظ ويسدر ان يتمد الاضطراب الحمى زيادة عن يوم أو يومين وجميع
الظواهر المتعاقبة بامتداد الزكام الى الاغشية المخاطية المجاورة تتناقص
شدهم انحو وانتهاء الاسبوع الاوّل أو تزول بالكيفية وفي غالب الاحوال ينتهى
هذا المرض بالشفا التام في اليوم الخامس أو السادس أو الثامن ويسدر ان
تتم مدة الزكام حتى يزمن كما يكون بالخصوص في خنازيرى البنية والزكام
وان كان غير خطر بالكيفية عند البالغين ولو كثر حصوله اهم الا انه مهم خطر
بالنسبة للرضع بسبب انسداد الحفرة الانفية الضيقة فتعسر الرضاعة عليهم
فان لم يهطوا في مثل هذه الاحوال الغذاء بواسطة ملةقة أمكن تمديد الحياة
بالخطر خصوصا عند ضعفاء البنية منهم

واما الزكام المزمن فيبقى فيه كل من حرقان الانف والعطاس والحمية
والاضطراب الحمى العمومى لكن انهتفاخ الغشاء المخاطى ينتج عنه ضيق مسمر
في تجاويف الانف بحيث يحصل في بعض الاحيان انسداد تام او غير تام في
احدى طاقى الانف او هما مما بحيث يتعذر جذب الهواء ويصير التكلم أنفيا
ويسمى عند العامة بالزكام المسدود وهى الافرازات في هذا المرض تارة يكون
مخاطية فقط وتارة مخاطية صديدا وفي بعض الاحوال يفرز بكمية قليلة
واحيانا بكمية عظيمة جدا وليس للافرازات الغزير الصديدي من الانف ميل
للعفن والفساد بل بعكس ذلك يشاهد ان الانف احيانا في بعض احوال

النزلات الانفية ذات الافراز القليل جدا بحيث لم يمكن مشاهدته الظواهر
 النزلية وذهب بعض اطباء بسبب ذلك الى ان نبت الانف يتعاقب في بعض
 الاحوال بتعددات منتنة من الغشاء المخاطي الانفي وليس من نبت افرازه
 المتعفن ويظهر ان الافراز الانفي يكثر تعفنه وفساده كلما كان تجويف الانف
 أكثر ضيقا واما بل هذه الظاهرة تعفن الافراز وتتمه عند الاطفال الصغار
 المصابين بالاجزى بخلاف الاذن فان الافراز الجليدي يسهل تعفنه في الميزاب
 الضيق بين الاذن والرأس ويكون تارة رمية وان كان الافراز غزيرا صديديا
 تكونت القشور الصلبة السوداء المخضرة وتخرج اما بالتمشط أو بدفعها في
 البلعوم وانجذبها بمحرك التنخم ثم تنفذ الى الخارج بمحرك البصاق وفي
 بعض الاحوال يكون جدر البلعوم مغطى بكثير من هذه القشور والزكام
 المزمن مرض كثير الاستعصاء بالكلية بحيث يستعصى على جميع الطرق
 العلاجية ويستمر سنين عديدة مع اختلاف الشدة ولا ينجم بان كان الزكام
 المزمنا يؤدي لتسكين قروح ويعرف ذلك بنبت الانف أم لا وحيث لم تسكن
 الرائحة الممتنة للافراز الانفي علامة دالة على تفرح الغشاء المخاطي بل توجد
 أيضا في الزكام المزمن البسيط التزمط اطباء أن تجعل نبت الانف شكاين
 نبت الانف المقرح وغير المقرح وتشخيص القروح مع التأكد لا يمكن الا
 في الاحوال التي يكون مجاسها في صفحها ~~ممكن~~ مشاهدته باستضاءة الانف
 وتوسيع الحفر الانفية أو الوصول اليها بواسطة مجس وقروح الانف هذه عدسة
 الشفاء ولو السطحية منها غير الواصلة له لسحجات الغضاريف أو اعظام فانه
 زيادة عن التهييج المتكرر الذي يعتري الانف بمحرك التمشط يمنع بالكلية التصاق
 الغشاء المخاطي المتصاقا متينا بالغضاريف والعظام وتقارب حواف هذه
 القروح وبذلك يمنع الالتئام او يتمد بالكلية وامانتن الانف الزهري
 فستكلم عليه في الجزء الثاني كما ستكلم على تأكل الانف بواسطة اللويس
 اي القوية القرصنة المعبر عنها نبت الانف الخنازيري

ثم انه يخفى على الطبيب تضيق الحفر الانفية ان كان بانتهفاخ الغشاء المخاطي
 وضخامة أو بتهكون أو رام بولبوسية فيه حتى تظهر تلك الاورام وتدرك اما
 بالجلس أو بالنظر ولذا يجب عليه البحث بالدقة عن الحفر الانفية من الامام

والخلاف أعني في الخباشيم في جميع الاحوال التي بها توجد طواهي الزكام
المستعصي خصوصا متى كان الانزاع الخارج بالسخن محتاطا بكثير أو قليل
من الدم وكل من كيفية البحث عن الاورام البولية وسية الانفية واعراضها من
متعلقات علم الجراحة فلا تتعرض لها ولا غيرها من التولدات المرضية للانف
فمن أراد ذلك فعليه بكتب الجراحة

(المعالجة)

قد أوصى عدة اطباء بطرق علاجية قاطعة للزكام الحاد لكن جميع هذه الطرق
سواء كان بسد الحفرة الانفية بالاسفنج أو بكرات من نسله أو بحقن الانف أو
مس غشائه المخاطي المريض بمحلولات قابضة أو مخدرة أو باستنشاق مساحيق
مسكنة أو استنشاق البخيرة من الخاليك المتصاعدة أو التدبير الغذائي الخاف
لم يتأكد نجاحه واجود الطرق العلاجية التعرييق القوي فان به هذه
الطريقة يمكن قطع سير الزكام في كثير من الاحوال أو بالاقبل تنقيص مدته
فان تبسر استعمال الحمامات البخارية العذوية (المعروفة بالحمامات
المسكوبية) ويجب استعمالها عند المصابين بزكام شديد جدا انما يكون ذلك
مع غاية الاحتراس فان النجاح متوقف على ذلك وفي غالب الاحوال يقتصر
الطبيب على ايضاء المريض بالمسك في أودنه بعض أيام وتعاطي مشروب فاتر
زمنافز من اوتندثير الرأس والاقدام وتدفئته او عدم استعمال المناديل
المصنوعة من الحرير والقطن بل المصنوعة من التيل مع تغييرها بسرعة وذلك
الشفة العاما جرهم حلوم لطف لاجل حفظها ببطيئة شحمية من التأثير المهيج
للافرانز الانفي وكذا استنشاق البخيرة الفاترة الملمية ممدوح في ابتداء الزكام
مادام الانف جافا واما استنشاق الماء البارد وان لم يكن فيه خلط كما تعتقد
العوام فلا يحصل به تلطيف مستر بل الظاهر انه يطيل مدة المرض وفي آخر مدة
الزكام عند ما يتناقص تيج الغشاء المخاطي ويحصل بدلا عن حالة التنبه حالة
ضعف واسترخاء فمن الجيد التنسج في الهواء المطبق مشيا على الاقدام وتعاطي
النشوق زمنافز من اوتندثير الرأس بالقطع سير المرض بسرعة وعند الاطفال الرضع
الذين لا يمكنهم التمسح ينبغي تنظيف الحفرة الانفية من القشور المتراكمة فيها
بواسطة الحقن بالماء الفاتر زمنافز من اوتندثيرهم الالبين بواسطة معلقة قهوة

أوابريق صغير مادام الرضاع متعمرا

وأما معالجة الزكام المزمن ففيها ينبغي اعتبار الاضطرابات البنيمة فيعطى
 زيت كبدة الحوت في الاحوال التي بها تكون التغيرات البنيمة الخنازيرية
 متسلطنة وأما الاشخاص السمان الغلاظ اللينقاويون الكثير والشحم
 فينبغي أن تستعمل لهم طريقة علاجية ماظفة مع الحمية واستعمال الملمينات
 استعمالا المنظما والتعود على المعالجة بالماء الباردمن المهم جدا في معالجة
 الزكام المزمن اجراء معالجة موضعية وأقواها وأكثرها نجاحا مس الغشاء
 المخاطي الانفي بمحلول نترات الفضة من ٢ ديسي جرام الى جرامين على
 ٣٠ جراما من الماء (أعنى من أربع قحعات الى ٣٠ قحعة في أوقية من الماء)
 أو مس الغشاء المخاطي نفسه بالبحر الجهني الصاب زما فزما ومن المشهور
 جدا في معالجة الزكام المزمن استعمال المركبات الزئبقية استعمالا
 موضعيا على شكل نشوق بان يؤخذ من الزئبق المحلول والراسب الاجر
 ٥ ديسي جرامات (أى من كل ١٢ قحعة) ومن السكر الابيض ١٠ جرامات
 (أى نصف أوقية) او يصنع محلول خفيف من السليمانى ويستعمل
 حقتنا في الانف وأقل من ذلك في المنفعة استعمال الشب والاستحضارات
 الرصاصية والمارصينية والتينية وان كان الانرا زمنا ولم تزل وانحتمه
 باقية مع استعمال المعالجة المذكورة وجب استعمال الحقن بما
 السكر والخفف جدا او بمحلول بودى خفيف من واحد ديسي جرام
 الى اثنين ديسي جرام (أعنى من قحعتين الى أربعة) من اليودالنقي ومن ٢
 ديسي جرام الى أربع من بودور البوتاسيوم (أعنى من أربع قحعات
 الى ٨) ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما (أعنى ست أواق) أو يستعمل ماء
 الكبريوزوت أو حمض الكبرونيك من ٢ ديسي جرام الى واحد جرام على
 ١٠٠ جرام من الماء المقطر فيكثر ما يحصل بذلك تحسين وأجود الوسائط
 في ازالة تنق الانف وقتها استعمال محلول خفيف من فوق مجينات البوتاسا
 من ١ ديسي جرام الى ٥ على ١٠٠ جرام من الماء المقطر
 والقروح الانفية النزلية تستدعى عين المعالجة المذكورة غير أن المعالجة
 الموضعية لاسيما مس القروح بالبحر الجهني أشد ضرورة منه في استعمال هذه

الواسطة في النزلة المزمنة البسيطة والاجود من حقن الانف بالمحلولات
الدوائية استعمال جهاز التشنج الانفي فانه آلة بسيطة يتعود عليها المريض
بأدنى تمرن وأما القروح السطحية التي تحصل في فوهة طاقات الانف فانها
أحيانا تشفى من ذاتها متى امتنع الحك عنها ونزع تشورها بقوة ويمكن
احداث شفاها بوضع كرة من القسالة مدهونة بمرهم الراسب الابيض أو الاحمر
وأما معالجة التولدات البوابسية فانها تخص علم الجراحة فلا نطيل بذكرها
* (المبحث الثاني) *

* (في نزيف الغشاء المخاطي الانفي المعروف بالرعاف)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الاورعية الشعرية للغشاء المخاطي الانفي يعتبر بها تمزقات أكثر من الاورعية
الشعرية الوجودية في أغشية مخاطية وأعضاء أخرى وذلك متى تعددت بتأثير
ضغط باطنى شديد واقع عليها فان أغلب الانحاض لا يترجمهم أنزفة ذاتية غير
النزيف الانفي فيحصل لبعضهم بكثرة ويندر في آخرين ولا يصان منه الا القليل
وكان الرعاف أكثر الانزفة الذاتية حصولا فلا غرابة في كون الاغشية التي
تحت بصدد هاهي التي تتميز بانفرادها وتفرق الاتصال عند وجود الشروط
البنية المرضية المتعلقة بها زيادة حصول الانزفة الذاتية على العموم ويظهر
أن الصفة المرضية لجدار الاورعية الشعرية التي يسهل تمزقها أعنى الدياتيز
أى سوء القنية النزيفي تكون منتشرة في أغلب أورعية الجسم لكن هذا
الاضطراب الغذائى لجدار الاورعية لا يكفي لحصول تمزقها بمجرد الضغط الباطنى
للدلم الا في الانف أعنى في العضو الذي تكون فيه جدار الاورعية قليلة المقاومة
في حد ذاتها

ثم ان الاستعداد للرعاف يكثر عند الشباب دون الطاعنين في السن لكنه
لا يتضح الا بعد التسنين الثاني ولا يشاهد عند الاطفال الحديثى السن
والمصابون به هم مخدوا البنية ذاقوا العظام والعضلات ودوا الجلد الرقيق
الناعم أكثر من أقوياء البنية ذوى العظام النامية والعضلات القوية ويكثر
اضطراب تغذية جدار الاورعية الشعرية بالامراض المنمكة المستطيلة حادة
أو مزمنة ولذا يشاهد كثيرا ظهور الرعاف مضاعفا للنزوة العامة للمادة

أو المزمومة وفي أثناء سير الالتهاب الرئوي (ولاسيما التهابات الخنثية
 للبطن التي يجلسها الأعور أو القولون) وفي مدة سير الدرن الرئوي وتسوس
 العظام ونحو ذلك والقول بأن الاوعية الشعرية للانف يكثرت بعد ادها
 للفرق زيادة عن غيرهما من الاوعية الشعرية لاجزاء أخرى يؤدي بانظاهرة
 الانثية تأييدا عظيما وهو ان التغيرات المرضية المذكورة التي بها انضطرب
 بلاشك تغذية الجسم بتمامه لا تغذية الغشاء المخاطي الانفي فقط يكثرت حصول
 الرعاف جدا عن غيره من الانزفة بحيث يحصل في تسع حالات قبل ان يحصل
 غيره من الانزفة مرة واحدة ولذا ذكر ان من الظواهر الكثيرة الحصول حصول
 الرعاف من الانف مصاحبا لامراض الطحال بحيث ان تكرار الرعاف كان
 يعتبر عند الاقدمين من الاطباء وعند العوام الى الآن عرضا للاعلى
 امراض الطحال غير ان امراض الطحال تصاحب بكثرة الامراض المنهكة
 وهذه الاخيرة يعقبها الرعاف بكثرة سواء كانت مضاعفة بمرض في الطحال
 او لا بحيث ان الارتباط السببي بين الرعاف وامراض الطحال يكون
 مشكوكا فيه وهذا يقال خصوصا بالنسبة لاحتمقان الطحال وضخامته
 البسيطة واما الارتباط السببي بين الرعاف واحدا من امراض الطحال الذي
 هو أساس البكمي (اعنى سوء القيمة البيضاء بمعنى ترايد الكرات الدموية
 البيضاء في الدم وتناقص الكرات الحمراء فيه) فلاشك فيه فان الرعاف هنا
 يكون متعلقا بدون واسطة بمرض الطحال أو أنه بواسطة اضطراب
 الغذاء العمومي الناتج عن هذا المرض وأما الاسباب المتقدمة للرعاف فقليلة
 الشدة في أغلب الاحوال بحيث لا يمكن اثباتها غالبا فانه وان حصل التزيف
 الانفي عقب السقطات والصددمات أو خروج الانف وسحب كل من قروح
 الانف والتورلات الجديدة في تجويفه أنزفة انثية عارضية الا انه لا يكتسب
 شدة عظيمة عند الأشخاص الغير المستعدة للرعاف بحيث لا يحتاج لطرق
 علاجية قوية

وأما الأشخاص المستعدون له فيسهل حصول الرعاف عند هم عقب الامتلاء
 الدموي العمومي الناتج عن الافراط من المأكول او المشارب الروحية
 والقهوة والمشاي وغيرها من المشروبات الفاترة والحركة الشديدة للجسم

والانفعالات النفسية وغيرها من المؤثرات التي تحدث ازدياد في انقباضات القلب وفعله فان جميع ذلك مما يحدث عندهم رعا فابسه ولتجد او في احوال اخرى قد يكفي أقل عوق في استفراغ الدم من الرأس حتى يحدث تمزق في الاوعية الشعرية الالتهبية لكن الغالب كما ذكرنا انه لا يمكن معرفة الاسباب المهمة للرعاف عند الأشخاص المستعدين له بحيث ان الرعاف وان ميزله تميزا نظريا بجملة اشكال كاشكل الامتلاقي الدموي والشكل الاحتقاني التواردي والشكل الاحتقاني الاحتمالي غير انه لا يمكن تمييز ذلك في كل حالة اذ هذه ومعرفة شكل الرعاف في كل حالة وكثرة وجود الاحوال التي فيها يسيل الدم من احدى طاقتي الانف على الدوام عند الأشخاص المستعدين للرعاف خصوصا عقب الخس فيها بالاصبع مع انه في الطائفة الاخرى لا يحدث نوبة رعاف يقرب للعقل ان مثل هذه الازفة تأتي على الدوام من اوعية مخصوصة ممددة كائنة في الجهة السفلى المقدمية لاحدى جهتي الانف وان اعتبرنا ان كثرة وروح الشبكية الوعائية ونعوتها في الغشاء المخاطي للقرينات السفلى بحيث يوجد هناك شبكية وعائية ثريانية ووريدية عظيمة وان التزيف الانفي الذي نحن بصدده يتبدى عند بعض الأشخاص بشدة ابتداء بظايف ابعنى انه يخرج من طاقتي الانف لسول دموي صغير مستمر فلم يكن عندنا شك في انه يوجد في مثل هذه الاحوال عدوات دوالية ورقة في جدران احدى التفراجات الوعائية وانه هو السبب في حصول التزيف ولولم يكن كذلك اثباتا نشريحا بالنظر وكذا اعتبار الامر الاتي الواضح وهو انه في احوال الرعاف الشديد المستعصى يكفي غالباً سد الفوهة المقدمية من الانف بواسطة سدادة وان من النادر الالتجاء لسد الفوهة الخلفية اعنى الخياشيم يدل كذلك على ان يبعث الدم آت في الغالب من الجهة المقدمية السفلى للانف

* الصنات التشريحية *

جثة الهالسين بالتزيف الانفي تمعن بعناية ويظهر عند فهمها علامات قلة الدم وما عدا ذلك فلا يرى بالبحث عنها علامات مخصوصة به في انه لا يوجد وعاء منفتح يعتبر ينبوعاً للتزيف كما انه لا يوجد بالبحث بالمكروسكوب تغيرات

تشر بحجة في جدر الاوعية يعلق بها سهولة تمزقها
 * (الاعراض والسير) *

يسبق الرعاف في بعض الاحوال باعراض اولية اما ان تكون عبارة عن
 ظواهر مرضية تتعلق باحتقان الغشاء المخاطي الانفي واتفاخه بحيث تحس
 المرضى قبل النزيف بنوع انسداد في طاقى الانف واحساس بضغطة في القسم
 الجبهى أو عبارة عن ظواهر احتقان تواردى في الدماغ أو احتقان احتماسي
 فيه أو امتلاء دموى عام وفي كلتا الحالتين تحسن هذه الظواهر السابقة
 عما قبل بعد حصول الرعاف وحيث ان الظواهر السابقة تكون اكثر ألما
 من الرعاف نفسه فينبذ بعد ظاهرة بحجرائية

وأما ظواهر الرعاف نفسه فلا تحتاج لزيادة الايضاح والدم يسيل اما من
 احدى طاقى الانف أو منهما معا وهو الغالب وسيلانه يكون اما على هيئة
 نقط أو سلسول كثير الشدة أو قليلا وان حصل النزيف مدة نوم المريض
 على ظهره فان الدم يسيل من طاقى الخيشيم ويصب في تجويف الحلق ويصل
 جزء منه الى الخنجرة ويحدث تهيج سعال أو نفث دموي يفتظن المرضى عنده
 استيقاظها انه اعتراها نفث دموي فترتاب من ذلك كثيرا وفي احوال أخرى
 يزدود النزيف ويصل الى المعدة ثم انقذف بالقيء أمكن التماسه بالقيء
 الدموى أى النزيف المعدي ويكون الدم السائل من الرعاف ابتداء ذالون
 داكن له ميل للانعقاد في الاناء الذى أتى فيه أو على سطح الشفة وسواء نتج
 عن هذا الانعقاد سد الحفرة الانفية سدا ذاتيا أو امتد من الوعاء المنسكب
 منه الى باطن باقى الاوعية الشعرية فانه ينتج عنه عما قرىب وقوف النزيف
 وفي الاحوال التى لا يكون للدم فيها ميل من الايتسداء الى الانعقاد تسطيع
 مدة الرعاف جدا فيمك المرض سيما اذا كان ضعيفا جدا من قبل وقد دلت
 التجارب على ان الرعاف يكثر استعصاؤه كلما طالت مدته بحيث لو تمادى
 ثلاثة أيام أو أربعة لا يمكن إيقافه إلا بسد الانف كما انه قد انضح في بعض
 الاحوال وضوحا بينما ان فقد الدم يزيد في ظهور الدياتيزا النزيفى اى سوء القيمة
 النزيفى اكثر من باقى الاسباب المضعفة بحيث انه كثيرا ما ينضم للرعاف المنهك
 المستمر بعض أيام أنزفة من أغشية مخاطية أخرى ومن الاوعية الشريانية

الجلدية على شكل اللطخ الدموية وفي الاحوال الاخيرة من الرعاف الغزير
 المسة طيل تسكنسب الاغشية المخاطية الظاهرة لونا باهتا سيما الشفتين
 والملمحةتين ويكتسب الجلد لونا ابيض وسخامتهما أي باهتا وتقع المرضى
 في حالة ضعف عظيم وتشكو بالام في الرأس والرقبا واحساس بضجر
 وخفقان في القلب وتقع بهم ولنفى الانحاء ان لم يكن ايقاف الرعاف في مثل
 هذه الاحوال الذي لا يسرف فيه الا بالوسائط العلاجية القوية جدا أمكن
 ازيم لك المريض من فقد الدم

* (المعالجة) *

اما الرعاف غير الشديد الذي يظهر عند اقرباء البنية سيما من كان منهم حصل
 له ظواهر مرضية سابقة تحسن بهد الرعاف فينبغي تركه ونفسه حيث انه
 عما قريب يقف وان اشتد النزيف وحصل للمريض ضعف منه او كان ضعيفا
 من قبل بحيث ان حصول ادنى فقد دموى يخشى منه ويجب على الطبيب ايضا
 المريض بعدم التسبب في زيادة الدم بواسطة التخط والمصح مع التكرار
 والايصاء بوضع المكدمات الباردة على الجهة والانتفاخ أو يومر باستنشاق
 الماء البارد الممزوج بالخل او الشب اس- تنفسا خفيفا مع الاحتراس ويمنع
 المريض مادام الرعاف حاصل من فعل حركات جسمية ومن تعاطى القهوة
 والشاي والشوربات الساخنة وغيرها من الجواهر المنبهة مع استعمال
 المشروبات الحضية الباردة فان لم تثمر هذه الوسائط العلاجية وازداد ضعف
 المرضى من استمرار النزيف واكتسب الدم لونا باهتا وكان انعقاده بطيئا
 غير تام وجب عدم الاقتصار على استعمال الجواهر الموقفة للنزيف
 ككبريتات نحاسية والسكر يوزون ومحلول فوق كلورور الحديد خوفا من
 اضعاف الزمن في التمدد على استعمالها مع تلك الجدوى بل يشرع في
 استعمال السد البسيط وان لم يثمر ذلك يستعمل السد المزوج بواسطة مجس
 (بلون) كما ان استعمال الوضعيات الباردة على الصحن من الرجال وعلى
 الثديين من النساء ووضع المحاجم الجافة او تشر بيطية على القفا وربط احد
 الاطراف ورفع الذراعين الى الاعلى وضو ذلك من الوسائط النفعلة جدا
 في بعض الاحوال ولا ينبغي ضياع الزمن في استعمالها زمانا طويلا الا في

الاحوال التي فيها لا يكون للرعاف أدنى خطر ولا يصل لدرجة عظيمة وعين ذلك
 يقال في استعمال الادوية الباطنة كالحوامض والجويدار وحب العصبك
 فانه كلما حصل التأخر في اجراء السد مسر على الطبيب ايقاف الرعاف بل وانه
 زيادة عن ذلك تحصل الزففة اخرى غير التزيف الاثني بتقديم الدياتيز التزيفي الذي
 ليس عندنا له مقاومة وسائط علاجية قوية وقد شاهدت جملة احوال فيم اتأخير
 عمالة السد كان سبب الهلاك

- * (في أمراض الجهاز الدوري) *
- * (الفصل الاول) *
- * (في أمراض القلب) *
- * (المبحث الاول) *
- * (في ضخامة القلب) *
- * (كيفية الظهور والاسباب) *

يعني بضخامة القلب السماكة التي تحصل في جدره الناشئة فقط عن ازدياد حجم الالياف العضلية الطبيعية لهذا العضو ومن المهم جدا تمييز هذه الضخامة الحقيقية للقلب التي نحن بصددنا عن باقي انواع ضخامة جدره غير الحقيقية المعروفة بالكاذبة أي الناشئة عن تكونات غريبة ربما كانت فيها الانكسار لان هذين النوعين من الضخامة له تأثير مختلف بالنسبة لتوزيع الدم في الجسم ورفعه في الاوعية فيحدث عن كل منهما احتما لاضرار مختلفة فان القلب المصاب بالضخامة الحقيقية اذا حصل فيه استحالة مرضية أخرى اى اذا استحالته الضخامة الحقيقية الى ضخامة كاذبة شوهت تغري في حالة المرض وتأثيره وانتقاله من حالة الى حالة أخرى يعني ان تأثير المرضي الابدائي يزول شيئا فشيئا بحيث متى غابت الاستحالة المرضية على الضخامة الحقيقية تضح صورة مرضية مخالفة للصورة المرضية الابدائية بالكليّة

ثم انه وان استبان لنا ان التغذية الغير الكافية اوتقصير الامراض المنهكة اى المصحوبة بالسلب والنهوكه ينتج عنها ضمور في جميع عضلات الجسم والقلب معا الا انه لا يشاهد ان التغذية القوية الغزيرة بانقرادها لا تحدث عكس ذلك نموا وضخامة في المجموع العضلي ومن جهة أخرى يشاهد ان الانقباضات العضلية المتكررة لعضلات الجسم المدركة بالنظر تحدث ضخامة فيها كما يشاهد ذلك في عضلات الساق عند سكان الجبال الشاهقة وعضلات الذراع عند الحدادين والبياطرة مثلا وقد ذكرنا سابقا كذلك ان ازدياد مجرى ودرجات عضلات الشهيق وضخامتها هو السبب الرئيس في اكتساب تجويف الصدر وضخامتها شيئا فشيئا اي كالذي يكون عليه في حالة الشهيق وتوجب ما ذكرنا توجيهها فسيولوجيا ليس معلوما لنا الى الآن انما من المهم معرفة ان كل عضو

تعرض لتأثير التيار الكهر باقى وأحدث فيه هذا التيارات انقباضات عضلية
تشبه مسقرة فان هذا العضل يحفظ ازدياد حجمه ازدياد مستمر جملة ساعات
بعد تأثيره ثم انما اذا تأملنا الامور التي تلتج عنها ضخامة في القلب بها التجارب
التي يولويها وجدها ان أغلبها عبارة عن تغيرات مرضية أحدثت
انقباضات عضلية قوية مسقرة أو متكررة في القلب

وحيث اعترف الفسيولوجيون بأنه لا بد من وجود فعل منظم لحركات القلب
غير مدلول انما به تكيف حركته بحسب احتياجات الجسم فتزيد عنه لما تزيد
العوائق التي يخبر القلب على قهرها وتتناقص عند ما تناقص كذلك فن
الواجب حينئذ ان نبرهن على ان ضخامة القلب توجد وتحصل في جميع
الاحوال المرضية التي فيها فعل القلب ومجهوداته تتزايد تزايداً مستمرا
ومتكررا أى في جميع الاحوال التي فيها تكون العوائق الدورية اللازم
قهرها متزايدة وانما ذلك سهل وهو

أولاً ان ضخامة القلب تكاد تصحب على الدوام تمدده فان تمدده يؤدى لازدياد
محتصله أعنى كمية الدم المحتوى عاينها وحيث ان القلب لا يمكنه قذف
ما احتوى عليه بتجويفه في الحالة الطبيعية الا بفعل مجهودات فلا بد وأن
تزداد مجهوداته أى انقباضاته العضلية أيضا عند ازدياد محتصه له ازديادا
غير طبيعي ولو كانت الصمامات ومقاومتها هي وجه الشرايين على حالتها
الطبيعية وضخامة القلب الناتجة عن مجزدة تمدده من وضوحها عند الكلام على
التهاب التامور فان رخاوة جدره التي تحصل في المرض المذكور به حالاً تعدد
في تجويفه ثم يقرب ذلك بسرعة بالضخامة القلبية بدون أن ينضم لذلك عوائق
جديدة أخرى تمنع استقراغه وكذا يحصل تمدد القلب عند عدم سد الصمامات
القلبية سدا تاما ثم تحصل فيما بعد الضخامة في اجزاء القلب المكاثرة بقرب
الصمامات فان دفع كمية زائدة من الدم في الاوعية محتساج لمجهود عضلي زائد
أيضا

وثانياً ان صاحب ضخامة القلب كذلك تضايق قواهته والحدوع الوعائية
الغليظة وتوجبها هذا واضح حيث انه بذلك تزداد العوائق الميخانية كمية التي
يقاومها القلب بمجهوداته وانقباضاته العضلية فضخامة البطينات تصاحب

تضايق القوّهات الشريانية للقلب وكذلك تضايق الجذوع الشريانية العظيمة
تضايقا عارضا واما خلقيا واما ضخامة الاذينات فانها تصاحب تضايق
القوّهات الوريدية للقلب

والناشأ صاحب ضخامة القاب التمدد الاينوريزماوى للابهر والشريان
الرئوى اذ من المعلوم من النواميس الطبيعية ان المقاومة التى تكابدها
السوائل حال جريانها فى الايناب تزداد متى حصل تزايد أو تناقص فجاءى فى
متسع هذه الايناب وهـ. لما يحصل متى كان أحدهم الذين الوعاين الغليظين
الناشئين من القاب ممتددا تمدد الجوزيزماويا عظيمالاسميا ان كان هـ ذا
التمدد قاصرا على أحد اجزائه فان نتيجة ذلك هو تزايد مجهودات القاب
وحصول الضخامة فيه

وربما تنتج الضخامة القلبية عن عائق دورى فى تفرعات الاورطى والشريان
الرئوى وكما كان هذا العائق عظيما اذ ادمت لاء الاورطى والشريان
الرئوى وازداد أيضا وترجـ درانهم او بذلك تزداد المقاومة التى يدافعها
القلب بمجهوداته

واكثرهـ. هذه العوائق المحدثه للضخامة هى التى تشهد فى الدورة الصغرى
ويحصل عنها ضخامة فى البطين الايمن فقد ذكرنا فيما تقدم عدد اعظيها من
امراض الرئة والبليورا فيها يكون حصول ضخامة القلب الايمن نتيجة
ملازمة لتغيراتهم التشريحية بل تعدى من جملة اعراض المرض وبيناهنا ان
استفراغ الشريان الرئوى يكون متعسرا جدا فى الانقباض الرئوى والالتهاب
الرئوى المزمن بسبب فقد عدد اعظيها من الاوعية الشعرية من المنسوج
الرئوى المتلاشى أو التيبس وفى احوال الانسكاب البليوراوى أيضا بسبب
انضغاط اجزاء عظيمة من الرئة والوعية الشعرية المحتوية على الكمن من
المعلوم ان مقاومة الشريان الرئوى العائقة لاسـ. تفراغ القلب لا تعلق بكثرة
تفرعاته الوعائية ووقائمه فقط بل هذه المقاومة تزداد كذلك عندما يحصل عوق
لاستفراغ الدم من هذه التفرعات الوعائية الشريانية فى الاوردة الرئوية ولذا
يضاف للامراض السابق ذكرها بعض امراض القلب الايسر التى يفتج عنها
احتباس الدم فى الاوردة الرئوية وسنذكر فى مجت الاتفات العضوية للقوّه

الاذينية البطينية اليسرى على ضخامة البطين الايمن المعادلة
 وخامسا يندر وجود اضطرابات مرضية في الدورة العظمى ينتج عنها تضخمات
 في البطين الايسر وهذا ناشئ عن كون الدورة العظمى ذات أوعية كثيرة
 العدد جدا ومن هذه الحمية بلو حصل انسداد في عدد عظيم من أوعية هذه
 الدورة أو ربط أحد جذوعها العظيمة وضغطه لتعادل ذلك يتمدد غيره هذه
 الأوعية المتوزعة في أجزاء أخرى من الجسم ومن العوائق الكثيرة الأمتداد
 في الدورة العظمى الموجبة لازدياد توتر الأيهر وحصول تضخمات في البطين
 الايسر ولويدون آفة عضوية في فوهات القلب الاستحالة الايهر وماقوزية
 (اي العجينية الكلسية المنتشرة في الشرايين) فان هذه الاستحالة ينشأ عنها
 زيادة في المقاومة التي يكابدها التيار الدموي في الاورطى وعوق في جريانه
 بسبب استطالة سيره فيه واحداث تعرجات عديدة في هذا الشريان وقد يوجد
 البطين الايسر في حالة تضخمات عظيمة عند انسداد الايهر الذي يحصل احيانا
 أسفل فوهة القناة البوتالية وقد عد أيضا من جملة الاسباب التي تساعد على
 حصول تضخمات القلب جميع الاشغال التي تحتاج للجهدات شاقة عضلية
 فان ثبت هذا جاز أن تعد تضخمات القلب الناتجة عن ذلك من النوع السابق
 وهو ان الضغط الذي يعترض الأوعية الشعرية الكائنة في باطن العضلات
 الممتدة يقلل عدد التفرعات الناشئة من الايهر ويضيق مقعرها وبذلك
 يزداد امتلاء الاورطى وتوتر جداره وقد أثبت المعلم (ترويه) بالتجارب
 انسيولوجية ان الضغط الواقع على العمود الدموي في المجموع الشرياني
 الاورطى يزداد بالتعباضات العضلية الممتدة وكذا تضخمات القلب الغير
 المشكوك في حصولها غالبا عند النساء الحوامل اي في أثناء الحمل ووجهها
 بعض الاطباء بازدياد فعل القلب ومجهوداته في أثناء الحمل وبالجملة فقد عد المعلم
 (ترويه) أيضا من أسباب تضخمات القلب الناشئة عن اضطراب دورى في
 المجموع الايهرى ضخامة البطين الايسر التي تضاعف في كثير من الاحوال داء
 بريكت في دوره الثالث فانه ينشأ هنامن زوال عدد عظيم من الأوعية ومن
 ازدياد امتلاء الايهر وتوتره الذي لا يصل منه الكمية الاقليل من الدم بسبب
 انسداد عدد عظيم من أوعيتها الشعرية ازدياد في امتلاء المجموع الايهرى

وهذه الكيفية يزداد العائق المقاوم لاسـتتفراغ البطين الايسر فتزداد
 مجهوداته فيزيد عن ذلك ضخامة فيه ولم يجوز القول بهـ هذا الرأي المعلم
 (ببرجو) واعترضه بوجه له أمور منها ان ضخامة القلب هذه تصاحب داء
 بريكت في ادواره الابتدائية وان هذه الضخامة لاتعترى غالباً القلب الايسر
 بانقراده بل تم تجاوز قلب القلب بجيدها وأن الشريان الايسري لا يكون احياناً
 غير متمد فقط بل الغالب أن يكون متضايقا تضاييقا غير طبيعي وأن حصولها
 بهذه المثابة ليس له مماثل ومن البعيد للعقل أن فقد عدد عظيم من الاوعية
 الشعرية الكلوبية ينتج عنه ضخامة في القلب والحال أن ربط جذوع شريانية
 عظيمة لا يحدث ذلك

وسادساً تصعب ضخامة القلب الامتلاء الدموي العموي اذ من الواضح أن
 الامتلاء العام للمجموع الوعائي يزيد في المقاومة التي يدافعها القلب ويقهرها
 ومن المشكوك فيه كونه كون هذا الامتلاء يحصل من ازدياد في متحصل جميع
 المجموع الوعائي ازدياداً مستمراً وعموماً وأن هذا الامتلاء يتعادل حال حصوله
 بكثرة الافرازات وقوتها خصوصاً بافراز السكلى (بمعنى ان افراز البول لم يزل
 متزايداً مادام الضغط الجانبي الواقع على جدران التلافيف الوعائية الكلوبية
 للمحافظة المييجية حاصل) ومن المحقق أن الامتلاء الدموي العموي ووقتي
 يحصل عقب الافراط من المأكول والمشرب ولذا كثيراً ما ترى ضخامة القلب
 العمومية تصيب المترطين فيماذا كزوى الشراهة والمدمنين على تعاطي
 المشروبات الروحية

وقد استبان مما ذكر ان ازدياد فعل القلب المؤدى الى الضخامة كان ناشئاً عن
 ازدياد في مقاومة جريان الدم مع ككون سرعة الدورة طبيعياً كذلك من
 الواضح أن ازدياد الدورة مع وجود المقاومة الطبيعية لجريان الدم لا بد وأن
 يترتب عليه ازدياد في فعل القلب فيؤدي ذلك الى ضخامته أيضاً وفعل القلب
 اى انقباضاته العضلية يزداد عند الانفعالات النفسانية الشهوانية ويوجد
 عند بعض الاشخاص ازدياد عظيم في قابلية التنبيه العصبي لاسيما للقلب بحيث
 يكفي عندهم اسباب قليلة لازدياد عظيم في فعل القلب وانقباضاته العضلية كما
 أن تعاطي شحواتهوة المركزة والشاي ولاسيما المشروبات الروحية تحثه

أيضا بحيث بهد جميع ذلك من أسباب ضخامة القلب المعتمدة من هذا القبيل
غير أن هذه الأسباب يندران تؤدى الى حصول ضخامة القلب كالأمور
السابقة

وبالجملة فهذه الأحوال كثيرة فيها كيفية حصول هذا المرض بمجهولة علينا
ويعد من هذا القبيل تبعاً لاعتراضات (بمخرج) الرادة على رأى (تروبه)
الضخامة القلبية التي تضاعف ابريكت بكثرة وبسرعة عظيمة بدون ان يوجد
مع ذلك آفة عضوية في الصمامات أو في القلب أو في الاوعية الغليظة

ثم اننا نلاحظ الضخامة القلبية قاصرة في بعض الاحوال على جهة من القاب
بل قد تكون قاصرة على احدى البطينات أو الاذيتان ويكاد يثبت على
الدوام ان تجوف القلب الواقعة جدره في الضخامة كان فله العضلى
متزايد البكن الغالب امتداد الضخامة الى جميع اجزاء القلب امتدادا
كثيرا أو قليلا ولو اعتري التضيق فوهة واحدة والحالة الاولى أصعب توجيهها
وضوحا من الاخرى متى علمنا ان بعض الالياف العضلية لا حدى التجاوىف
القلبية يستمر عمدا الى تجويف آخر

(الصفات التشريحية)

الوزن الطبيعي للقلب يبلغ عند الذكور عشرين اوقا وعند النساء ثمانية وأما
القلب في حالة الضخامة فقد يبلغ وزنه رطلاً أو اثنين وأما السمكة فتبلغ ثبها
للمعلم (ببوزن) في جدر البطين الايسر عند الذكور خمسة خطوط وعند النساء
أربعة ونصف أو ما جدر البطين الايمن فيبلغ سمكها عند الذكور خطين وعند
النساء خطا وثلاثة أرباع خط وسمك جدر الاذين الايسر يبلغ خطا ونصفها
وأما الايمن فسمكها يبلغ خطا واحدا فعلى ذلك تبنى ضخامة البطين الايسر
عند الذكور متى وصلت سمكها ستة خطوط فازيد وعند النساء متى وصلت
الى خمسة خطوط والبطين الايمن متى وصل سمك جدره الى ثلاثة خطوط في
الذكور يكون ضخما وعند النساء اذا وصل خطين ونصفها وفي أحوال
الضخامة القوية قد يبلغ سمك جدر البطين الايسر قيراطا أو قيراطا ونصفها
والايمن ستة خطوط أو تسعة وجدر الاذين الايمن خطين والايسر ثلاثة
بالاكثر

ثم ان الضخامة امان تم الجدر للعمية للقلب فقط وتعمها هي والاعمدة
 للعمية والحلمات العضلية أو تكون متسلطة بالاكثر على الاعمدة العمية
 المذكورة فالحالة الاولى تشاهد بالاكثر في البطين الايمن وقد تكون الضخامة
 عامة في جميع القلب أو جزئية أى قاصرة على أحد أجزائه وتنقسم الضخامة
 على حسب قابلية تجاوىف القلب الى ثلاثة أشكال فان كانت قابلية
 تجاوىفه باقية على ماهي عليه سميت بالضخامة البسيطة وان كانت منسجمة
 سميت بالضخامة الدائرية وان كانت متضايقة سميت بالضخامة المركزية وفي
 كل من الشكلين الاول والثاني يكون حجم القلب متزايدا وأما في الشكل
 الثالث فان كان تناقص حجم تجاوىف القلب زائدا عن ضخامة بدمه أمكن
 حصول تناقص في حجمه وهذا نادر

والضخامة البسيطة ليست كثيرة وفي كثير من الاحوال التي يظهر في أن
 تجاوىف القلب الضخمة حافظة لقابليتها الطبيعية تكون هذه التجاوىف
 متمددة في أثناء الحياة غير ان القلب تنقبض اليافه العضلية مدة النزغ انقباضا
 شديدا بحيث ان تمددها لا يوجد في الجثة وهذا الشكل يقتصر على البطين
 الايسر سيما في الاحوال المضاعفة لادبريكت

وأما الضخامة الدائرية فهي الشكل الكثير الحصول وكثيرا ما تكون عامة
 لجميع القلب بحيث يرتقى عندما تكون مصطبحة بالتمدد الى درجة عظيمة جدا
 وتكون سميما في تسمية القلب بالقلب العظيم الضخم وبقالب الثور وقد تكون
 الضخامة الدائرية في أحوال أخرى قاصرة على القسم الايسر والايمن من
 القلب وفي الحالة الاولى لا يندر أن يتناقص متسع تجاوىف البطين الايمن
 بسبب اندفاع الحاجز العمى في باطنه

وأما الضخامة المركزية فهي نادرة جدا ولو أن كثيرا من المنرخين الغير المنرخين
 يظنون كثرة وجودها في الجثة عند مشاهدة القلب المنقبض انقباضا عظيماني
 أثناء النزغ وقد سن في وجود هذا الشكل المعلم (كرووليه) وأما المعلم (بجرجر)
 و(ركتنكي) فقد قال بندرة وجودها فقط

وأما ما يخص شكل القلب فيكون في حالة الضخامة العمومية على شكل مثلث
 مقطوع الزوايا واذا كانت الضخامة قاصرة على البطين الايسر صار القلب

مستطيلوا اكتسب شكلهما طرف البطين الايمن السفلي يقل امتداده نحو قمة القلب واذا كانت الضخامة الدائرية في البطين الايمن صار القلب عريضا وذا شكل كروي ويكون البطين الايمن أكثر اتجاها نحو الامام والايسر بعيدا عن جدر الصدر وقمة القلب تكون غالباً متكونة من البطين الايمن بانفراده

وأما وضع القلب فكما ازداد ثقلا ازداد انحناء بحيث يدفع الجنب الحماجز ويكون في الغالب مائلا الى جهة اليسار وفي الضخامة الدائرية المصنوعة بتددي القلب تخفض فاعدا هذه العضو الى أسفل وتبجه جهة اليمين وأما طرفه فيتبجه جهة اليسار بحيث يكتسب القلب وضع عام مستعرضا وبالجملة فان القلب يميل الى الجهة الموجودة فيها الضخامة فيتبجه جهة اليمين ان كانت الضخامة فاصرة على البطين الايمن وبالعكس

وضخامة القلب تنشأ غالبا عن ازدياد في أعصاب الالياف العضلية من جهة ومن جهة أخرى من ازدياد عدد نفس الالياف العضلية الاصلية الابتدائية ولم يتيسر للمعلم (فوريستر) اثبات عظم حجم الالياف العضلية المذكور في أحوال ضخامة القلب

* (تنبيه) * ذكر غيره من المشركين وهو (روكنسكي) و(ببرجر) عظم حجم هذه الالياف العضلية المذكورة

ولون جوهر القلب يكون مسمر اذا كثر ترايد التماسك بحيث ان جدر البطين الايمن بعد شقه لا تمط على نفسه كما هي الحالة الطبيعية

(الاعراض والسير)

من العسر وصف الصورة المرضية التي تنتج عن مجرد الضخامة القلبية فانه يذكر كما ذكرنا وجود هذا المرض بانفراده بل يكاد يكون على الدوام صاحبها لغيره من أمراض القلب والجذوع الوعائية ونحو ذلك بل ان هذه المضاعفات كدبراماتريل تأثير ضخامة القلب بالكلمة أعني تزيد الاعراض التي كان حقا ان تنتج عن الضخامة البسيطة القلبية فعظم الاعراض التي تشرح من جملة اعراض ضخامة القلب ليست متعلقة بهذه الضخامة وحدها ان تكون أكثر وضوحا ان لم توجد الضخامة القلبية هذه مصاحبة للاعراض الاصلية

المتعلقة بها هذه الظواهر حقيقة وذلك يقال على الخصوص بالنسبة للسيانوز
والاستسقاء فان هذين العرضين متى شوهدا في أثناء سير الضخامة القلبية
لايتعلقان بهما مطلقا مادامت حقيقة أعني ناتجة عن ازدياد في حجم الطبقة
العضلية القلبية بل يتعلقان بمضاعفات هذه الضخامة وقد اجتمع هذا العلم (بوليو)
كثيرا في رفض قول الاطباء ان الضخامة القلبية تحدث كلام من السيانوز
والاستسقاء حيث قال ان المصنوعات الفسيولوجية الحقيقية لا تتجوز لنا
القول بان الضخامة القلبية لها فائدة في مدداتها على احدات ظواهر
مرضية يستبان منها اضطراب وضمف في الوظائف الدورية ومع هذا القول
الصريح والاعتراض الصحيح لم يرل كثير من الاطباء يعبد السيانوز
والاستسقاء من جهة اعراض الضخامة القلبية

ولنفرض ان كلام البطين واقع في حالة ضخامة فالنتيجة عن ذلك يكون دفع
الدم بقوة في الشرايين عند كل حركة انقباض بطيني ومتى كان البطين ممتددا
مع ذلك كما هو الغالب حصل ولا بد امتلاء غير طبيعي في الشرايين وبذلك
ما يستقرغ البطين الواقع في الضخامة أثناء الاستمول متحصلا في الشرايين
استقراما تاما يحصل بسهولة في أثناء الدياستول انما ياب دم الاوردة في القلب
انما يابا تاما أيضا فيترتب على ذلك فراغ الاوردة وامتلاء الشرايين وكذا
الاووعية الشعرية لا يحصل فيها امتلاء غير طبيعي فان استقر اغها يسهل بقدر
ازدياد توارد الدم اليها نتيجة الضخامة القلبية الشاغلة للبطين حينئذ هي
كثرة امتلاء الشرايين وفراغ الاوردة وسرعة الدورة على العموم

وان كان البطين الايسر وحده هو المصاب بالضخامة فيصير امتراغ متحصلا
مدة الاستمول أسرع مما اذا كانت جدره في حالة تمامتها الطبيعية وبذلك
تصير الدورة العظمى أكثر امتلاءه وصالها اذا كانت ضخامة البطين معطوبة
قد دمع كون كمية الدم في الدورة العظمى تزيد فلا يكون هذا الازدياد عظيما
جدا بحيث ينتج عنه امتلاء اووعية الشعرية والاوردة بالكمية حتى يحصل
السيانوز والاستسقاء والنهي يمنع حصول ذلك هو قلة امتلاء اووعية الدورة
الصغرى فان البطين الايمن ولو أنه غير مصاب بالضخامة يطرد بسهولة عظيمة
ما احتوى عليه من الدم في الشريان الرئوي وتفريغاته القليلة المقاومة لعدم

امتلائها امتلاء كاميا وكذا امتلاء الاوردة الاجوفية يزول بسبب سهولة
استفراغ دمها في القلب الايمن وسهولة انصبا به فيه عقب ازدياد قوة الضغط
عليه وحينئذ يدفع البطين الايمن الوارد اليه الدم بكثرة والمنصب بسهولة
متحصلة في اوعية قليلة الامتلاء كما كثيرا بقدر ما يدفعه البطين الايسر الهارغ
اليه الدم بضغط خفيف المنصب متحصلة في الاورطى الكثرية الامتلاء
والمقاومة فعلى ذلك يكون نتيجة ضخامة البطين الايسر سيما الضخامة
الدائرية هي امتلاء اوعية الدورة العظمى امتلاء غير طبيعي لا يصل الى
امتلاء الاوردة بسبب سهولة انصبا به في القلب الايمن وامتلاء قليل
في اوعية الدورة الصغرى وسرعة في الدورة على العموم وهذا الامر واضح
اذا تأملنا ان كل من البطين الايسر لضخامته والايمن لدفع متحصلة بسهولة
في اوعية قليلة الامتلاء يدفع كمية عظيمة من الدم عند كل حركة نسبية
وان كان البطين الايمن هو المصاب وحده بالضخامة ازدادت بعكس ذلك كمية
الدم في الدورة الصغرى وتناقصت في الدورة العظمى ويترتب على ازدياد دفع
البطين الايمن للدم في الشريان الرئوي امتلاء هذا الشريان بعد زمن قابل
وعسر في استفراغ دميه وأما البطين الايسر فيسهل دفع دميه في الشريان
الابهر القليل الامتلاء ومن جهة أخرى يكون الدم الآتي للقلب الايسر من
اوعية كثيرة الامتلاء والتوتر بخلاف الايمن فيكون آتيا لمن اوعية قليلة
الامتلاء وبذا يحصل التبادل في دفع أحدهما البطينين في الجدوع الشريانية
العظيمة كمية مماثلة لما يدفعه البطين الآخر ولولا هذا التبادل لتجمع جميع
الدم تقريبا عما قبل في الدورة الصغرى ففقدت تكون نتيجة ضخامة البطين
الايمن هي كثرة امتلاء اوعية الدورة الصغرى وتناقص امتلاء العظامى وسرعة
في الدورة وسهولة استفراغ الدم من الشريان الرئوي والاوردة الاجوفية
فبموضع لنا كما ذكره العالم علم (فراي) الاعراض التي تحدثها ضخامة القلب
واختلافها باختلاف مجلس الضخامة بان كانت مصيبة العموم القلب
أو بعض اجزائه لكن كلانا هنا مختص باشكال الضخامة القلبية غير
المضاعفة بآضطرابات دورية بل تكون هادئة لها وسنكلم على اشكال
الضخامة القلبية التابعة في مجتبات الآفات العضوية في الصفات القلبية

التي تنوع اعراضها تنوعا عظيما

وأكثر أنواع الضخامة القلبية هو الفيسر المضاعفة العمومية الدائرية ومن اعترافهم هذا المرض يظهر انهم متمتعون بحسب الظاهر بعظمة جيدة بحيث لا يعلم فيهم هذه الضخامة الا بالبحث عن الصدر صدفة بالعلامات الطبيعية عقب اصابتهم بالسكتة الخمية وأنه لا يعلم ان سبب السكتة الخمية والموت كان نتيجة ضخامة في القلب الابدع مدفع الخثة والمرضى لا يكون عندهم سبب يوجب استشارة الطبيب وهو لا يكون له باعث للبحث عن الصدر وهذا هو الواقع في أغاب الاحوال والمشاهد حقيقة في الطب العملى وليست مجرد شرح بضاعة القلم ونبض مثل هؤلاء المرضى يكون متملقا قويا جدا ونبض الشرايين السباتية واضحا ويسمع عندها التسرع على الجذوع الشريانية العظيمة الخط واضح مدة انقباض البطين ويكون الوجه ممتددا احمر والاعين المائعة والوظائف على حالتها الطبيعية والتنفس غير عسر مادام القلب الذى اعترته الضخامة غير متمددا جدا وأما الاحوال التي فيها يكون القلب الشبيه بقلب الثور في الحجم دافعا للرئتين الى الجانبين والحجاب الحاجز الى أسفل يوجد عند المريض احساس بامتلاء في الصدر وانقباض في قعره القلب وضيق في التنفس وفي بعض الاحوال تشتكى المرضى بحرقان القلب خصوصا عند الانفعالات النفسية لكن هذا العرض ليس بالازم وكثيرا ما يستغرب من ان ضربات القلب القوية جدا الراجعة لحد الصدر جدا يشبه قرع مطرقة لا تحدث عند المريض أدنى تألم ولا مشاق ولا ظواهر أخرى محسوسة له

ثم انه في انشاءه يرضخامة القلب العمومية قد تطهر اعراض استقانات تواردية في الاعضاء التي فيها تكون قلة مقاومة جلد أو عظم الشريانية سيما في كثرة توارد الدم اليها الا سيما عند حصول اسباب موجبة لازدياد فعل القلب الضخم وذلك كالدماع والشعب فتحصل استقانات تواردية فتحو الدماغ عند جري المرضى أو تعاطى مشروبات منبهة أو التعرض لانفعالات نفسية فيظهر عندهم ألم في الرأس وشرد امام الاعين وطنين في الاذنين ودوار وهو ذلك وأما الاحتمانات التواردية فهو الشعب فتعوض عنها اعراض اتقاخ الغشاء المخاطى الشعبى وذلك كعسر التنفس والخراخر الشعبية الممتدة ونوب ضيق

النفوس وجميع هذه الاعراض تزول متى استقرغ من المريض مقدار من
الدم أو سهل استقرغ الدم من الاورطى الصلبة الى الاورطى البطنية
عقب نعالطى مسهل وتناقص الضغط الواقع على الاورطى البطنية من
الاحشاء

ولا يندر ان تحصل في أثناء سير الضخامة القلبية العمومية سككات دماغية
وسنقتب فيما سأتق ان معظم التمزقات الوعائية الدماغية التي تعتري الشبان
يكون منشؤها ضخامة القلب العمومية أو ضخامة القسم الايسر في القلب
وكثرة حصول السككات الدماغية من ضخامة القلب تتعلق اما بقرعة جدر
الوعية الدماغية التي لكثرة رقتها به - ترميم التمزق من امتلائها زيادة عن
غيره من الوعية الشعرية لاعضاء أخرى أو بـ **كثرة مضاعفة الاستحالة**
العجينية الكلوية للضخامة القلبية في كثير من الاحوال والارتباط السبي
بين ضخامة القلب والاستحالة العجينية الكلوية للشرايين القائل به كل من
المعلم (روكتسكي) و(ورجوف) قد ثبتت كيداعشاهدات المعلم (ديترش) التي
انضج بها كثرة مشاهدة هذه الاستحالة في الشريان الرئوي عند وجود ضخامة
في قسم القلب الايمن مع أن مشاهدة الاستحالة المذكورة في هذا الشريان
نادرة

ثم اذ الميم لك المريض لامن أول نسبة سكتية ولا من الثانية امكن ان يصل الى
سن عظيم وفي احوال أخرى قد يهـ تترى القلب استحالة مرضية أخرى فتتغير
الصورة المرضية بمعنى انه تظهر احتمانات احتباسية في الاوردة واستسقاءات
عمومية وهذه الاعراض ستمتكم عليها عند الاستحالات المرضية للجوهر
العضلي القلبي

واما اعراض ضخامة القلب الايسر البسيطة والدائرية التي هي **كثيرة**
حصولا بعد السابقة بدون مضاعفات فمن الواضح انها تشابه بالكلية اعراض
الضخامة العمومية فان الدورة فيها تكون أيضا مريضة والشرايين تمتلئة
امتلاء عظيمًا ولا يحصل فيها الاحتقانات احتباسية في الاوردة والوعية
الشعرية بسبب سرعة سير الدم في الاوردة وسهولة انصبابه منها في قسم
القلب الايمن والامتلاء القليل لوعية الدورة الصغرى لا يؤثر تأثيرا مضرًا

على التنفس فان ضعف حركة التبادل الغازي الناتجة عن قلة امتلاء أوعية
الدورة الصغرى يتعادل بسرعة سير الدم فيها وفي هذا الشكل من الضخامة
يقل تشكى المرضى بالكلى والنقص يكون متناقوا يولون الوجه طبيعيا
والوظائف تتم على حالتها الطبيعية والتنفس هنا يندرك كدره واضطرابه
فان القلب في هذا الشكل قل أن يترجم أعضاء التنفس بزيادة حجمه مثل
ما يحصل في الضخامة القلبية العمومية وكذلك خفقان القلب وان لم
يكن عند المرضى المصابين بضخامة القلب الايسر نادرا فليس عرضا
دائم الوجود عندهم وهو لا المرضي كذلك هم يكونون أكثر من السكنة
الدماعية

وكما ان ضخامة القلب الايمن يكثر اشتراكها في الضخامة الدائرية للقلب
الايسر وكانت مصاحبة هذه الضخامة للاضطرابات الدورية الرئوية
والآفات العضوية للصمامات القلبية اليسرى كثيرة جدا يندرج مشاهدتها
هذه الضخامة على حالة بساطتها اى بدون مضاعفات قلبية أخرى بل انه يشك
في وجودها بالكلى فلأوردنا شرح اعراض ضخامة البطين الايمن البسيطة
اى الغير المضاعفة بالدقة لما أمكن ذلك الا بترك الحدس والتخمين
وبالجملة فكل من ضيق التنفس واوذيم الرئة الذى يشرح من جملة اعراض
هذا المرض لا يتعلق بالضخامة البسيطة للقلب الايمن كما ان السيانوز
والاستسقاء لا يتعلقان بضخامة القلب الايسر بل ان ضخامة البطين الايمن
تنقص ضيق النفس الذى يحدثه التغيرات المرضية التى تصاحبها هذه
الضخامة وتطرأ عليها كما ان ضخامة البطين الايسر المضاعفة للافات
العضوية العمومية للقلب تمنع من حصول السيانوز والاستسقاء زما
طويلا

واما ما يخص الضخامة المركزية للقلب فلم يكن عندنا مشاهدات اكيدة من
هذا المرض مفعولة من أطباء يعتمد قولهم بحيث يمكن وصف اعراض هذا
المرض منها وذلك لندرتهم اجسادا حتى ظن كثير من مشاهير الأطباء عدم
وجودها ومتى تضايقت تجاوزت القلب الواقع في حالة ضخامة مركزية
تضايقا عظيما ولم تزد انقباضات هذا العضو تزايد مادام عاداته ناقصة تجويفه

فلا بد وان يتنج عن ذلك ظواهر مرضية مخالفة للظواهر السابق شرحها فانه
 ولومع شدة قوة الطبقة العضلية للقلب الذي اعترته الضخامة المركزية بتناقص
 جدا كمية الدم المندفعة في الاوعية الشريانية العظيمة واسعة قراغ الدم
 الوريدي في القلب المتضايق يحصل به عوق ايضا وبذلك يمكن ان يحدث اللون
 السماقوزي والاستسقاء

(العلامات الطبيعية)

يشاهد بالنظر في احوال الضخامة الدائرية العظيمة خصوصا عند الشبان
 تحدد واضح في قسم القلب اى بروزيه وهذا التحدد لا ينبغي اختلاطه
 بالتحدد الرأكينيسمى وأما عند الكهول المتعظمة عندهم الغضاريف الضلعية
 فان هذا العرض يتقدمهم ولو كان القلب مكتسبا بالحجم عظيم جدا وزيادته على
 ذلك يشاهد ايضا ارتجاج جذر الصدر في امتداد عظيم ولو في مجال لا يشاهد
 الارتجاج فيها عادة كما هو مذكور في الكلام على البحث بالجس عن قسم القلب
 وبالجس يحس عند أغلب الاشخاص السليمين في أثناء حركة السستول
 بارتجاج في المحل المقابل لقمة القلب من جذر الصدر وأنه يحس بارتفاع
 وتقوس خفيف في صغر من المسافة بين الاضلاع المسامتة لقمة القلب
 وهذه الظاهرة هي المعروفة بضربات القلب أو بضائته وتحصل هذه الضربات
 بالـكيفية الاتية وهو ان قلب عند انقباض البطين ينطرد الى أسفل
 ويندفع بقوة نحو جذر الصدر ثم ان رأى القلب ولو جمين وان اختلف
 بالنسبة لاندفاع القلب وسقوطه الى أسفل مدة حركة السستول حيث قال
 بعضهم ان هذا السقوط انما ينشأ عن استطالة الجذوع الوعائية الغلظية
 وتددتها مدة نفوذ الموجة الدموية فيها وقال آخرون ان ذلك ينشأ عن اندفاع
 القلب اندفاعا خفيفا اذا كما يترى هذا العضو وقت خروج الدم منه بقوة
 عظيمة مثل ما يحصل ذلك في سلاح نارى وقت انطلاقه الآن رأى جميع
 المؤلفين واحدا في كـون القلب ينطرد الى أسفل ويسقط في أثناء حركة
 السستول ومضى تأملنا كـون القلب ليس متعلقا وسائبا في تجويف
 الصدر بل مرتكزا على الحجاب الحاجز بسطح منقطع بانحراف اتضع لنا ان
 القلب المذكور لا بد وان يندفع الى الامام بقوة نحو جذر الصدر فان لامست

قوة القلب عند ذلك مسافة بين الاضلاع وصادمتهم ادفعتهما الى الخارج وتقوس
 الصغر المصادمة لقوة القلب (وهذا ما يسمى بنبضات القلب أو ضرباته) وأما
 ان صادمة قوة القلب ضلعا من الاضلاع أو كانت المسافات بين الاضلاع
 ضيقة جدا بحيث لا يمكن اندفاع قوة القلب في المسافة التي بين ضلعين فإنه
 يحس عند المجلس عوضا عن قرع قوة القلب أو نبضه بارتجاج خفيف محدود في
 الاضلاع والمسافات بينها ومن الواضح انه كثيرا ما يحس عند الأشخاص
 ذوي المسافات بين الاضلاع الواسعة جدا أو الذين تكون قوة قلبهم متجهة نحو
 الخارج بضربات القلب احساسا وانحماوعند ذوي المسافات الضيقة بين
 الاضلاع أو الذين تكون قوة قلبهم متجهة نحو الداخل يحس بارتجاج الصدر
 بكثرة وليس ذلك خاصا بجمل قوة القلب بل في جميع الحالات الملامس فيها القلب
 لجدر الصدر وكذلك يحس بارتجاج القسم الشراسيفي خصوصا وقت
 ازدياد مجهودات القلب ولا ينبغي اختلاط هذا الارتجاج بالضربات القلبية
 الشراسيفية فان الارتجاج الشراسيفي ينشأ من اندفاع الفص اليسارى من
 المكبد الى أسفل عند كل حركة متولدة

ثم ان الحالة الطبيعية لضربات القلب التي شرحناها تظهر اختلافات عديدة
 عند وجود ضخامة في هذا العضو وضربات القلب تكون أكثر قوة وامتدادا
 وشدة هذه الضربات وامتدادها لا تتكاد تحصل الا في أحوال الضخامة
 القلبية وأما ارتفاع هذه الدرجة فقط فانه يحصل كذلك عند ازدياد مجهودات
 هذا العضو وهو على حالته الطبيعية وقد ميز العلم (اسكودا) درجتين
 لضربات القلب الاولى هي التي يرتج فيها كل من جدر الصدر ورأس الطبيب
 المتسمع بدون ارتفاع في جدر الصدر ورأس الطبيب الثانية هي التي فيها ترتفع
 جدر الصدر ارتفاعا واضحا في أثناء انقباض البطن وتمطط في أثناء حركة
 امتشاطها فان كان ارتفاع جدر الصدر يسريا ارتج رأس الطبيب المتسمع
 أيضا وان كان بطيئا لا يرتج والدرجة الثانية التي تكون فيها ضربات القلب
 ممتدة ورافعة لجدر الصدر هي الوصفة حقيقة لضخامة لقلب دون باقي
 امراض هذا العضو بشرط أن لا يكون هذه الضربات الزاجحة بل جدر الصدر
 وقتية بل مستمرة وحينئذ يرتكز اليها في تشخيص هذا المرض وأما امتداد

هذه الضربات فانها في الاحوال التي فيها يكون القلب سليما تكون قاصرة
 على مسافة بين الاضلاع أو مسافتين فقط وأما في الاحوال التي فيها يعتري
 القلب الضخامة يكون امتداد ضرباته عاما بل جملة مسافات بين الاضلاع وفي
 أحوال الضخامة الدائرية العمومية للقلب يكون امتداد ضرباته عاما قطره
 المستطيل والمستعرض معا وأما في أحوال الضخامة الدائرية للبطين
 الايسر فضربات القلب القوية الراجحة بل جدر الصدر والرافعة لها تكون أكثر
 انضاحا نحو قمة هذا العضو وتقدم من هنا نحو قطره المستطيل ويقل امتدادها
 نحو القطر المستعرض وأما في أحوال الضخامة الدائرية للبطين الايمن
 فانضاح ضربات القلب وجهها لجدر الصدر وامتدادها في الجزء الذي بين قمة
 القلب وطرف القص أرحا فته أعق في النظر المستعرض من هذا العضو
 ويسهل توجيه جميع هذه الاختلافات بالدفاع حافة الرئة ولامسة القلب
 لجدر الصدر بجزء عظيم فانه بحسب نحو أحد قسمي القلب تندفع تارة حافة الرئة
 اليمنى وتارة حافتها اليسرى وبالبحث عن ضربات القلب في أحوال الضخامة
 القلبية الدائرية يتضح لنا كذلك تحول في قمة هذا العضو فانها في الاحوال
 الصحية تمكث تفرغ على الدوام في المسافة بين الاضلاع الخامسة وعند تمدد
 البطين أو المسافات بين الاضلاع تمدد اعظم في الرابعة وعند ما يوجد ضيق
 طبيعى في المسافات بين الاضلاع تفرغ في السادسة (وقال يونس ان ضربات
 القلب عند الاطفال يكتم وجودها في المسافة الضامية الرابعة لان الخامسة)
 والصغير الاعتيادى الذي يحس فيه بضربات القلب وهى المسافة الضامية
 الخامسة أعنى نصف قيراط أو قيراط أسفل حامة الثدي يوازي الخط القصوى
 أعنى الخط الذي يتوهم امتداده امتدادا عموديا بين جانبة القص اليسرى
 وحامة الثدي وأحيانا تكون ضربات القلب خارجة عن هذا الخط الوهمى
 بقليل ويندر دخولها عنه فان كان حجم القلب متزايدا كثيرا أى اعترته ضخامة
 فضربات القلب لا تشاهد فقط هذا فته فالجدر الصدر تترى بضربات اجزاء
 أخرى من القلب وحينئذ ينبغي للطبيب البحث عن محل قلبه والعادة هنا أن
 يعتبر محلها الصغير الذي فيه تكون ضرباته الى أسفل والخارج مع كثرة
 وضوحها وخالصها في أحوال كل شكل ضخامة قلبية دائرية عمومية أو بيضية

أو يسارية تتزحزح قبة القلب جهة اليسار غير انه في أحوال الضخامة
العمومية واليسرى تسقط قبة القلب مع ذلك إلى أسفل بحيث يحس به في المسافة
بين الأضلاع السادسة أو السابعة ومن النادر جدا ما شاهدت ذلك في
أحوال الضخامة الدائرية اليمنى وذلك في الأحوال النادرة التي فيها ضخامة
البطين الأيمن تتجاوز قبة القلب ويسهل على الطبيب بالاتفات والقرن
التمييز بين الاحساس الناتج من قرع القلب على جدار الصدر الذي بدرجته
يمكن معرفة الحالة المرضية من الحالة الصحية بشدة امتداد هذا القرع
أرقعه من القوجات التي تحصل في الاجزاء المحيطة بالقلب بعد قرعه عليها
فان هذه القوجات يمكن أن تكون متمدة امتدادا عظيما عند ازدياد
مجهودات هذا العضو ولو كان على حالته الصحية
وبالقرع يسمع في قبة القلب أصممة وهذه الاصممة في الحالة الطبيعية تكون
مثلاثا محدودا من الانسجمة بالحافة القصية متمدة من طرف الضلع الرابع
وساقط إلى أسفل باستقامة ومحدودا من الوضعية بخط يتوهم امتدادهم
الحافة القصية وطرف الضلع الرابع أيضا يمتد إلى الصفر الذي تقرع عليه قبة
القلب ساقطاً بانحراف إلى الوضعية وتتحدد هذه الاصممة المثلثة من الأسفل
بأصممة الكبد وعندما يكون الفص اليسارى من الكبد قليل الامتداد نحو
اليسار تكون أصممة القلب محدودة من الأسفل بالمسافة بين الأضلاع
السادسة أو السابعة ثم ان أصممة القلب الطبيعية هذه تزداد عندما تعترى
هذا العضو الضخامة وهي ان تزداد طولاً عند ما تعترى الضخامة القلب
اليسرى وتزداد عرضاً عندما يكون القلب الأيمن هو الواقع في الضخامة
وتتزايد من أعلى إلى أسفل ومن اليسار إلى اليمين أعني انها تزداد طولاً وعرضاً
عندما يكون القلب واقعاً في الضخامة الدائرية العمومية وفي بعض أحوال
ضخامة البطين اليسارى الذي يكون فيها امتداد أصممة القلب جهة الأعلى
أقل من الأسفل ينبغي الاعتماد في التشخيص على البحث عن قبة القلب بالطرق
التي يتاها سابقاً بواسطة الحس فإنه أهم من القرع في مثل هذه الأحوال
وزيادة على هذه الاصممة أعني أصممة صوت القرع الناتجة عن ملامسة
جسم هذا العضو لجدار الصدر قد بين بعض الأطباء حدود اللفظ القرع

الفارغ المحيط بدائرة القلب الذي يحصل متى كانت طبقة الرئة الحساسة بين
 القلب وجدار الصدر غير كثيفة ويسمى هذا الصوت الفارغ بالغط الفارغ
 المحيط بدائرة القلب غير أن ما ذكر لا ينتج منه أدنى منفعة ولا أهمية حيث
 لم ينتج عن هذا التدقيق الصناعات أقل فائدة لاعلمة ولا عمالية
 وأما التسمع فهو عبارة عن تسمع الغاط القلب وذلك ان انقباضات هذا
 العضو المنتظمة الدورية تحدث في الحالة الصحية ظواهر أصوات تعرف
 بأصوات القلب لانها بعض الغاط تقرب من الاغاط الموسمية وهذه
 الاغاط التي تسمع عند الشخص السليم في قسم القلب وأعلى محل منشأ
 الجنوع الشريانية العظيمة وتسمى بالغط القلب الطبيعية تنشأ بالكمية
 الاتية وهي أنه يعترى الاغشية المرنة بسبب حركة الدم المنفذ بقوة
 انقباض القلب بموجات صوتية منتظمة وهذه الاغشية هي الصمامات
 الاذينية البطينية والصمامات السينية وجدار الاوعية الغليظة الناشئة
 من القلب وذلك انه مدة الاستول البطيني يحصل تموج في الصمامات
 الاذينية البطينية المنغلقة وجدار الاوعية الشريانية الممتدة بالوجه
 الدموية وأما في أثناء الدياستول أي استرخاء البطينين فان الصمامات السينية
 هي التي يعترى التموج وحيث ان كلا من الصمامات الاذينية البطينية
 وجدار الاوعية الشريانية يتموج في آن واحد فلا يسمع في مدة الاستول
 البطيني الاغاط واحد ولو ان ينبوعه مزدوج يسمى بالغط الاول للقلب
 وحيث كان يتموج الصمامات السينية للشريان الايهرو الرئوي في آن واحد
 كذلك فلا يسمع مدة الدياستول الاغاط واحد ايضا ولو كان ينبوعه مزدوجا
 ويسمى هذا اللغط بالغط الثاني للقلب ثم ان اللغط الاول للقلب ينشأ من
 الموجة الدموية المتحركة باذيقاط البطين بالواسطة وتزول رنانيته ببطء وأما
 الثاني فينشأ من تدهق الموجة الدموية وقرعها على الصمامات السينية
 وتزول رنانيته بسرعة ولذا يعقب اللغط الاول بفترة قصيرة بخلاف الثاني فانه
 يعقب بفترة طويلة وحيث ان الغاط القلب لا تسمع فقط في محل منشأه بل
 في الاجزاء المجاورة أيضا فيسمع اللغط الثاني حذاء البطينين مدة استرخائهما
 مع انه في هذه الحالة لا توجد اغشية مرنة يعترى تموج رنان ثم ان الغاط

القلب لا تتكدر مطلقا بواسطة الضخامة البسيطة ولا تستجيب الى الغاط
 مرضية بل انها فقط تصير أكثر شدة وارتفاعا لانه يوقوع جدر القلب
 في الضخامة تصير الصمامات القلنسية وذات الشراقات الثلاثة عرضة
 لقرع قوى فتصير قوتها أكثر شدة وكذلك ايضا يصير توتر كل من الابر
 والشريان الرئوى أكثر شدة وتموجاته أكثر قوة بسبب قوة اندفاع الدم فيها
 وبالجملة فان قوة قرع الموجة الدموية المتعقبة في الشريان الابر والرئوى
 تكون أكثر بسبب شدة امتلاء هذين الوعائين وعند ما تكون الضخامة
 القلبية عظيمة جدا قد تصطبغ ضربات القلب باغط معدني ناشئ عن قرع
 القلب على جدر الصدر وهذا اللفظ يكون ملازما لضربات القلب ويسمى
 باللفظ المعدني للقلب

* (التشخيص) *

اعلم ان التغيرات الدورية والاعراض المحسوسة للمريض الخاصة بالضخامة
 القلبية كما انما قد لا تدرك فكذلك العلامات الطبيعية قد لا تدل لنا على
 تشخيص هذا المرض دلالة كريمة فان الرئة اليسرى مثلا اذا اعترتها الحالة
 الانقبضية ماوية وتداخل جز منها بين القلب الواقع في الضخامة وجد
 الصدر تجدد أن ضربات القلب لا تكون متزايدة ولا ممتدة امتدادا غير طبيعي
 حتى لو اكتسب القلب درجة ضخامة عظيمة جدا بحيث لا يكاد يحس بها
 وبهذه الحمائية لا تكون أصحية القلب متزايدة بل متناقصة والغاط القلب
 لا تصل للأذن المتسممة الاوصولا ضعيفا جدا عند وجود الانقبضيات
 الرئوية

ثم ان الضخامة الدائرية البطين اليسرى التي شرحنا اعراضها المحسوسة
 للمريض متى ضمنا اليها الاعراض المدركة للطبيب تيسر تشخيصها
 بالكيفية الآتية وهى وضوح النبضات السباتية وارتفاع اللفظ السنولى
 في الجذوع الشريانية العظيمة وارتفاعه وامتلاء النبض ولوى الشرايين
 الصغيرة المدركة وقوة ضربات القلب وامتدادها نحو المحور الطولى من هذا
 العضو وسقوط قوة القلب وامتداد أصحية نفس القلب في اتجاهه الطولى
 وقوة الاغاط القلبية في البطين الايسر والشريان الابر واللفظ المعدني

احيانا ومن جميع هذه العلامات يستدل على حالة ضخامة البطين الايسر
 لا الاذين الايسر لوضعه وضعاً غائراً بعكس الاذين الايمن
 وأما الضخامة الدائرية في القلب الايمن فانها تنضج بالعلامات الآتية
 المدرجة للطبيب وهي شدة ضربات القلب التي تمتد نحو القص والى الفص
 اليسارى من الكبد غالباً وتحوّل قوة التنبؤ الوحشية التي يقل تحوّلها
 نحو الاسفل وامتداد أصحية القلب في اتجاهه العرضى خصوصاً نحو اليمين
 وقوة الغاطه في البطن الايمن والشريان الرئوى ويكثُر ايضاً اختلاف
 قوة الاغاط القلبية في الشرايين خصوصاً في الغط الثانى للقلب بحيث
 يكون اشتداده في الشريان الرئوى هو العرض المهم الواصف لضخامة القلب
 الايمن

واما مجموع الاعراض المدرجة لكل من ضخامة البطين الايسر والايمن فانه
 تتقوم العلامات الطبيعية للضخامة العمومية وذلك ان كلامنا من الشرايين
 والنض يتضح منه الظواهر التي ذكرناها في الضخامة الطبيعية اليسرى
 وضربات القلب تكون راجحة في الجهة اليسرى وتكون عظيمة قوة بتمتد نحو
 الاتجاه الطولى والعرض لهذا العضو وقوة القلب تكون غائرة وموجهة الى
 الوحشية وأصحيته تمتد الى كل الجهات وتزداد شدة الغاطه في القوة
 وحيث كان من المهم في تشخيص كل شكل من اشكال الضخامة القلبية
 على حدته معرفة الغاط القلب التي تسمع في الشرايين والصمامات الاذينية
 البطينية ومقارنتها ببعضها فمن الواجب معرفة اصقار جدران الصدر المقابلة
 لهذه الصمامات والتي يكثُر فيها انضاج كل غط على حدته فالقاعدة
 العمومية البحث عن الاغاط القلبية الناشئة في الاورطى خلف الحافة
 اليمنى من القص في ارتفاع المسافة الضلعية الثانية

(تنبه الغط القلبي المتولد في الابهروان كان يسمع واضحاً خلف الحافة
 اليسرى من القص زيادة عن وضوحه خلف حافته اليمنى الا أنه في هذا الصغر
 الاخير يكون الشريان الرئوى موضوعاً امام الابهر مباشرة ولذا لا يمكن قطع
 الحكم بان كان هذا الاغط آتياً من الشريان الرئوى ومن الابهر نفسه)
 والتي تنسأ في الشريان الرئوى يبحث عنها خلف الحافة اليسرى من القص في

ارتفاع المسافة الضلعية الثانية أو الناشئة ولغط الصمام ذي الشراقات الثلاثة
يبحث عنه نحو الطرف السفلي من القص في ارتفاع المسافة بين الاضلاع
الخاصة وأمال لفظ القلب الذي ينشأ في الصمام القلبي سوى فيقل وضوحه في
الصفر المقابل لهذا الصمام من جذر الصدر أعني في المسافة بين الاضلاع الثلاثة
بعد اعن حافة القص اليسرى بقيراط ونصف وانما يسهل استماعه في محل قرع
القلب والسبب في ذلك ان الصمام القلبي سوى يكون بعد اعن الجذر المقدمة
من الصدر بالقلب الايمن ومنعزلا عن الجهة الباطنية لجذر هذا التجويف
بجوهر الرئة وهذه الاوساط يعسر توصيلها للغط الحاصل في الصمام القلبي سوى
ويميزه عن الغاط القلب الايمن من جهة ومن جهة أخرى يعسر وصوله بها
للاذن المتسعة ويتضح استماع لغط الصمام القلبي سوى جهة قمة القلب
المتكوثة من البطين الايسر بانفرادها والملاصقة لجذر الصدر مباشرة بحيث
تكون الاغاط القلبية الناشئة في هذا الصمام متميزة عن غيرها من الغاط
القلب في هذا الجز ويسهل توصيلها للاذن المتسعة ثم انه عند ارتفاع
الحجاب الحاجز أو انخفاضه ارتفاعا وانخفاض اعظمين وعند تحوّل الحجاب
المنصف أيضا قد تسمع الغاط القلب في اصقاع غير التي ذكرناها من جذر
الصدر أو بدون سبب مدرك احبانا ولاجل عدم الوقوع في خطأ التشخيص
لا ينبغي الارتكان بالكلمة الى الصفر الذي يكثر فيه اتضاح استماع احد
هذه الاغاط بل الذي يرتكن اليه هو الوقوف على حقيقة علامات ضخامة
احدى تجاويف القلب المصاحبة للغط الموجود وسنتكلم على ذلك مفصلا
عند الكلام على الاثقات العضوية للصمامات القلبية وأما التشخيص
التمييزي بين ضخامة القلب وتعدد الانسدادات التامورية وغير ذلك
فسنتكلم عليها عقب معرفة اعراض هذه الامراض خوفا من التكرار

(الحكم على العاقبة)

الضخامة القلبية جديدة العاقبة بالنسبة لغيرها من امراض القلب اذا
كانت بسيطة بل وفي كثير من الاحوال التي تكون مضاعفة لغيرها من
امراض القاب ينتج عنها تطيف في خطر المرض الاصل المعادلة له
والمرضى المصابون بالضخامة القلبية البسيطة يمكن أن تصل الى سن عظيم جدا

والغالب في هلا كهيا يكون نتيجة الانسكابات الدماغية والرئوية وهذه
العوارض يمكن تجنب حصولها باتباع طريقة علاجية عقلية وتدبير صحي
يناسب المريض وأما إذا اعتري القلب المصاب بالضخامة استحالة مرضية
أخرى فإن العاقبة حينئذ غير جيدة فإنه باستحالة الضخامة الصادقة إلى
ضخامة كاذبة تتميز بصورة المرض ويقع المريض في اخطار متوعدة

• (المعالجة) *

لم يكن ثم طريقة علاجية بها يمكن شفاء ضخامة القلب وان لم ينكر أن القلب
المصاب بالضخامة قد يعتريه الضمور كما يعتري السليم ومع ذلك فباتباع طرق
علاجية جيدة يمكن منع تقدم سير هذا المرض وتقصص الخطر الناتج عنه
وتلطيفه وذلك بالخصوص في الأحوال التي لاتضاعف الضخامة غيرهما من
أمراض القلب والرئة بل يكون هذا المرض قائما بنفسه كما يشاهد ذلك
أحيانا في نحو الأشخاص ذوى الشراهة فإنه في أمثال هؤلاء قد لا يعرف
هذا المرض إلا بعد ازدياد حجم القلب ازديادا عظيما ومن اجتمهه للرتين
أوظهور أعراض احتقانية تواردية دماغية كالدوار والشرر أمام العين
ونحو ذلك بل كثير الأيمرف الأبه حصول نوبة سكتية بها يستيقظ الطبيب
للبحث عن هذا المرض وحينئذ فعليه التدقيق في أوامره الطبية مع التشديد
في ذلك تحبير المرضى على اتباع أوامره وتطوفهم من نقل ما حصل لهم من
الأعراض وتستتبع الأوامر الطبية مما ذكرناه في كيفية حصول هذا المرض
وأسبابه فيجب على المرضى اتباع تدبير غذائي لطيف وعدم الإفراط في
المأكل والمشرب منعاً لحصول الامتلاء الدموي فهو وإن كان حصوله
وقتها الأنة يعقب على الدوام الإفراط من الماء كل والمشرب فإنه كثيرا
ما تحصل النوبة السكتية المهتدة في أثناء الامتلاء الدموي الذي يعقب
مما ذكر وفي مثل هذه الأحوال ينبغي للطبيب أن يشدد في أوامره الطبية
ويحرض عليها ويعين للمريض مقدار الأطعمة ونوعها حتى يتمثل أوامره
الطبية بالدقة والحفاظة عليها وهذا عادة قبيحة يقبها ذوو الشراهة في
المأكل والمفرطون في المشرب الروحية فيبغى التنبه عليها وهي ان هؤلاء
يعتقدون ان الإفراط من شرب الماء يزيد التأثير المضر في الأسباب

المعرضين لها ويطلقه بالكلمة ومن المعلوم ان الافراط من شرب الماء يهد
 تعاطى الماء كولات الكثرة يزيد في الامتلاء الدموى الوعائى ويجب على
 المرضى المصابين بضخامة القلب البسيطة تجنب جميع الاسباب المضرة التى
 تزيد في فعل القلب وامتلاء اووعية الدورة كتعاطى المشروبات المنبهة (ومن
 ذلك شرب الماء القاتر ولذلك لا يستغرب هلاك كثير من الأشخاص المستعملة
 المياه المعدنية الطبيعية الساخنة كحمام كرلوس بالسكته الخفية في كل سنة)
 (تنبيه عين ذلك يشاهد بكثرة في بلادنا من استعمال الحمامات الساخنة جدا
 سيما وان درجة حرارتها غير منتظمة وكثيرا ما تجاوز الحد بحيث ان المصابين
 بضخامة القلب كثيرا ماتعثرهم السكته فيها)
 وكذلك يجب عليهم تجنب الانفعالات النفسية والافراط في المشاق الجسدية
 ونحوها وازيادة على ذلك يجتهد في تسهيل حركة الدورة البطنية اى فى الاورطى
 البطنية اذ بذلك يقل الضغط الواقع على الاوعية الدماغية والشعبية المهددة
 بالتزق فيوصى زيادة عن تجنب تعاطى المطعومات المولدة للغازات باحداث
 اطلاق منتظم في البطن وبذلك يقل الضغط الواقع من الاحشاء المنحصرة في
 تجويف البطن على الشريان الابهرى وتقرعائه ويتلطف
 والايباء باستعمال الاستقراعات الدموية استعمل الامتنعامة مكر رابعه
 شفاء الضخامة القلبية وان قال به (الزوا) و(البرتبني) واتبعهما اطباء
 القرن سابعة الى وقتنا هذا الا انه ترك التمسك به شيئا فشيئا في بلادنا (اى
 المانيا) فان الاسقراعات الدموية لا تنقص كقلة الدم وكيمته الا زمنا يسيرا
 وبعدها تنبه في القلب ويظهر انها تساعد على حصول استئصال العرضية فيه
 ومع ذلك فليس غرضنا بالقول انه في احوال تهدد السكته الدموية بالحصول
 في أثناء سير الضخامة القلبية لا يكون اجراء القصد واجبا طبقا لما استدعيه
 المعالجة العرضية ومن المستعمل عندنا الخزام في نفرة القمامتى ظهرت
 اعراض الضخامة القلبية او غيرها من امراض القلب الثقيلة وهذه
 الطريقة العلاجية وان كانت عن مؤلفين مشهورين الا انه ينبغي اعتبارها
 قليلة الجدوى مع الخطر وكذا المراكبات المودية والزئبقية فيجب رفضها
 وباستعمال الطريقة العلاجية بمصل اللبن كثيرا ما تحسن حالة المرضى

وتحصل لهم راحة عظيمة وكذا بالمعالجة العنيمية اى بتعاطى العنب مع تقليل
 جميع المطعومات الغذائية فان لها فائدة عظيمة وكل من العلاج يحصل اللبن
 والعنب له تأثير دوائى ونتيجة شفاءية مضافة على حسب اجراء هذه الطرق
 العلاجية مع تنقيص كمية المطعومات الاخرى أو ازديادها أو كون العنب
 حاضيا أو سكر يافى الحالة الاولى يكون تأثير هذه الطرق العلاجية محلا وفى
 الثانية مقويا لتغذية الجسم ومكثرا لكمية الدم ولذلك ان استمرت المرضى
 المصابة بالضخامة القلبية على تعاطى مطعوماتها الاعتيادية ونعاطت مع
 ذلك ثلاثة أو طال من العنب أو أربعة كل يوم نشأ عن ذلك عوارض خطيرة
 سيما الاحتمقات والسكتات الدماغية وقد شاهدت مر يافى وفيه كان
 قد حصل له تحسين جيد فى صمته بعد مكثه فى مارين باد مدة أربعة أسابيع ثم
 استعمل معالجه ثانية بتعاطى أربعة أو طال من العنب كل يوم بدون تقليل
 كمية مطعوماته الاعتيادية فحصل له نوبة سكتية بعد ثمانية أيام

وأما استعمال الديجيتال فى أحوال الضخامة القلبية البسيطة فلا حاجة له فانه
 قد اتضح كما أثبتته المعلم (رايش) ان نتيجة التجارب القسيولوجية المقهولة
 فى الطيور انات سيما الكلاب والخيال المتحصلة من معالجة المرضى مضافة
 لبعضها بالكمية فان الديجيتال التى باستعمالها فى أحوال عديدة من
 أمراض القلب كثيرا ما يزول كل من السيانوز والاستسقاء والاحتقانات
 الدموية لا يكبدو ويعود الانفراز البولى لانه نقص الضغط الباطنى الجائى فى
 الشرايين فضلا عن كونها تزيد فى نسبة عمل حبيبتى فى أحوال أمراض
 القلب التى فيها يكون فعله متناقضا دون الاحوال التى فيها يكون فعله
 متزايدا وقد يحصل لبعض المرضى من استعمال الوضعيات الباردة على قسم
 القلب بوضع مثانة أو علبة من الصفيح مملئة بالجليد منقعة عظمى

(المبحث الثانى)

(فى تضخم القلب)

من المعلوم انه فى أحوال الضخامة الدائرية للقلب تكون تجاويه متعددة
 لكن حيث ان جدره مع ذلك تكون نخبنة بسبب ازدياد الماءها العضلية فلا
 يكون فعل هذا العضو متناقضا بل متزايدا وحينئذ فالضخامة الدائرية

المد كورة المعتبرة اعتبارا كيميكا لا تعد من تمددات القلب كما جرى على ذلك غالب المشرحين المرضيين فانهم يعبرون عنها بالتمدد القوي والذي يعين تمدد القلب عند اطباء والعوام أحوال المرضية التي لا يكون فيها تمدد جدر هذا العضو مصحوبا بزيادة في طبقة العضلية وفيه لا يكون فعله متزايدا بل متناقصا والمشرحون المذكورون يعبرون عن هذه الحالة بالتمدد الضعيف للقلب

وتمدد القلب ثلاثة اشكال غير أن الأول من ليس له حد فاصل واضح بينه وبين الثاني أولها أن تكون تجاويف هذا العضو ممتدة لكن معك جدره باقى على حالته الطبيعية فرقتها حينئذ ليست الانسيمة ثانيها أن تكون تجاويف القلب ممتدة وجدره مترفة رقة واضحة ثالثها أن تكون تجاويف القلب ممتدة وجدره سميك لكن ~~معك~~ ليس ناتجا عن تزايد في أليافها العضلية الطبيعية بل عن استحالة مرضية وهي الضخامة الكاذبة

* كيفية الظهور والاسباب *

تمددات القلب تنشأ أولا إذا اعتدى السطح الباطن لجدر القلب مدة الدياس - تول ضغط غير طبيعي لا تقاومه تلك الجدر إلى درجة معلومة وما اشهر من أن تضايق فوهات القلب والعوائق الدورية الأخرى التي تعوق استتقارغ الدم يؤدي لتمدد في تجاويف القلب ويمكن أن يوقعنا في الخطأ والظن بأن الضغط العظيم الواقع على باطن القلب مدة السستول بمناشأ عنه تمدد تجاويف هذا العضو ومع هذا فن الواضح البين أنه في أثناء ما يدفع القلب المنقبض الدم من تجاويفه يتقهر الضغط الواقع على سطحه الباطن وهو لا يتقهر وفي كل وقت نشاهد أن العضلة العضدية ذات الرأسين في شخص حداد مثلا لا تستطيل ولا تتمدد عقب تكرار انقباضها ورفع مطارق ثقيلة بل يترجم عكس ذلك قصر مستقر فتمدد تجاويف القلب الحاصل خلف فوهات متضايقة بوجه بالمكيفية الآتية وهي أن نتيجة العائق الدوري العظيم هي عدم استتقارغ التجاويف القلبية الكائن خلفه استتقارغا تاما في أثناء الدياستول التالي للسستول هذا التجاويف لا يجده الدم الهارغ إليه فارغا حسب العادة بل يحتوى على بعض دم فعند ابتداء الدياستول يصير هذا

التجويف مماثلما بالدم كما هي حالته في انهما هذه الحركة المذكورة وحينئذ
يسهل الدم ويستقر سبلانه في هذا التجويف مادام الضغط الباطني الواقع
على جدر الاوعية الاتية بالدم اليه أعظم من مقاومة جدر هذا التجويف
فمفروض مثلا انه يوجد عائق مبخانيكي في منشأ الشريان الرئوي أو في تفرعاته
الشعرية وهو الغالب فلا يمكن هذا العائق مطلقا منع حصول انقباضات
البطين مدة الاستمول وان أمكنه منع استفراغ متحصل هذا التجويف
استفراغانا مادام الضغط الواقع على الدم الكائن في الاوردة الاجوفية
أعظم من قوة مقاومة جدر البطين الايمن الرقيقة لا بد وأن تسيل كمية عظيمة
من الدم في هذا التجويف مدة الاستمول فتقدمه وينضم لذلك انه في انتهاء
حركة الدياسة طول بطرد الايمن متحصلا في البطين الايمن بهعله العضلي
القوى وحيث ان الدم يسيل عادة من أوعية ويريدية في تجويف القلب
بضغط خفيف فن الواضح انه عند وجود تضايق في القووهات الشريانية يسهل
حصول تمدد في تجويف الاذينات التي لا يجاوزها جدرها بعض خطوط
ثم في البطين الايمن ويعسر حصوله في البطين الايسر الذي يجاوزها جدره
خسة خطوط وفي الواقع أكثر ما نجد تمدد القلب في الاذينات ثم في البطين
الايمن ويندر مشاهد تمدد البطين الايسر

ويشاهد عكس ذلك التمدد العظيم للبطين الايسر في أحوال عدم كفاية غلق
الصمامات الابهرية وتعد دليل فيها في أحوال عدم كفاية غلق الصمامات
القلبية وهذا الامر المذكور في كل مؤلف من علم التشريح المرضي يثبت
حقيقة التوجيه الذي ذكرناه فالتا لوفرضنا ان صمام الاورطي قد اعتراه عدم
كفاية غلق وانه في أثناء الدياستول البطيني يتقهقر الدم من الابهر في البطين
اليساري لتبين لنا ان الضغط الواقع على سطحه الباطن مدة استرخائه يكون
عظيما جدا أو كفايا في قهر مقاومة جدره فيمدها وقد يحدث المعلم (عبر جدر)
في خمسين قابلا مصابا باثبات عضوية في صمامات الاورطي مصحوبة بتمدد
وضخامة والبطين الايسر فانضح له من هذا البحث الدقيق الاستنتاجات
الاتية المطابقة بالكلمة المذكورناه فيما تقدم وهو انه لم يجد في أحوال
التضايق البسيطة لمبدأ الابهر تمدد في البطين اليساري بالكلمة أو غاية

ما هنا التمدد واهيا وان العائق الدورى في مثل هذه الاحوال عظيم جدا
 لكن الضغط العظيم الواقع على باطن البطن بين الايسر الذي يحدث التمدد
 بانفراده ينفذ في مدة حركة الدياستول وعكس ذلك قد يوجد هذا الطيب
 في احوال عدم كفاية غلق الصمامات الاورطية تمدد اعظم في البطن الايسر
 ويغاب على ضخامة بحيث يسع قبضة اليد فانه في مثل هذه الاحوال يكون
 جدار البطن واقعا عليه ضغط عظيم جدا ووجد هذا الطيب ايضا في احوال
 عدم كفاية غلق الصمامات الاجهرية مع تضايق فيها ان تمدد البطن الايسر
 يكون بالغ الاقصى الدرجات فانه في مثل هذه الاحوال تكون الامور التي
 يترتب عليها حصول التمدد مجتمعة وقوية للغاية وذلك لانه في أثناء حركة
 السستول لا يستقرغ البطن الايسر ما احتوى عليه من الدم الا استقر اغا
 غير تام بسبب التضايق وفي أثناء حركة الدياستول يتقهقر الدم في هذا التجويف
 بقوة الضغط الواقع عليه في تجويف الاجهر بسبب عدم كفاية الغلق فالقوة
 المتحصلة من البطن وقت انقباضها ترتد اليها ثانيا بواسطة الموجة الدموية
 المتقهقرة فيها والمندفعة اليها وقت استرخائها فكلما كانت قوة البطن
 واتساع الفوهة عظيمين كانت قوة اندفاع الموجة الدموية الى الخلف
 ورجوعها في هذا التجويف عظيمة ايضا
 وكذا يسهل توجيه حصول التمدد الخفيف في البطن الايسر في احوال عدم
 كفاية غلق الصمام القاسوى فانه متى لم يغلق غلقا تاما يتقهقر الدم في أثناء
 حركة السستول من البطن الايسر بحيث يمتلئ الاذين الايسر والاوردة
 الرئوية وتصير جدرها متوترة وتترا عظيم فيفتج عن ذلك هروج الدم بقوة مدة
 الدياستول نحو البطن الايسر من حركة الضغط القوية الواقعة عليه ومن
 الجائز ان كلام من ضخامة الاذين الايسر وشدة انقباضه يساعده على تردد
 البطن الايسر بحركة ضغط الدم الوارد اليه بقوة مدة استرخائه وأما
 في احوال تضايق الفوهة الاذينية البطينية اليسرى فانه وان كان كل من
 الاذين الايسر والاوردة الرئوية ممتلئا ممتلا عظيم او جدره متوترة والاذين
 الايسر زيادة عن ذلك واقع في حالة ضخامة الا ان شدة القوة الدافعة في البطن
 الايسر تتعادل بوجود عائق مانع اسيلان الدم في هذا التجويف بسبب

التضايق

التضايق الحاصلة في الصمام الاذيني البطيني اليسارى فن الواضح حينئذ
حصول التمدد في البطين الايسر في احوال عدم كفاية غلق الصمام
القلبي وسوى وعدم تمدده في احوال تضايق هذا الصمام

ثم ان تمددات القلب الناشئة عن ازدياد الضغط الواقع على السطح الباطني
من تجاوير هذا العضو تؤدي الى حصول ضخامة دائرية في جدره هذه
التجاوير وذلك لانه يازيد فعل جدر التجوير الباطني وزيادة مجهوداته
بزيادة الجوهر العضلي فيقع في الضخامة وسنذكر عند الكلام على الالات
العضوية للصمامات القلبية انه باستتمدد القلب الى الضخامة الدائرية
لهذا العضو كثير ما يتعادل بالكلية تأثير الافة العضوية للصمامية المحدثة
لعروق سير الدورة الدموية

ثانياً يحصل تمدد القلب من تناقص قوة مقاومة جدره الطبيعية عقب حصول
استحالة مرضية فيها فلا تقاوم الضغط الطبيعي الواقع على السطح الباطني
لتجاوير هذا العضو مدة الايستول فانه بمجرد الارتشاح المصلي الذي يحصل
في جدر القلب عند اصابته بالالتهابات المختلفة خصوصاً بالتهاب الغشاء
الباطن للقلب تتناقص مقاومة جدره فلا تقاوم الضغط الطبيعي للدم فينشأ
عن ذلك التمدد ويظهر ان الطبقة العضلية للقلب في الامراض الثقبيلة المنهكة
يحصل فيها مخافة وضهور بكتا في عضلات الجسم وبذلك لا تقاوم قوة ضغط
الدم فتتعدد واكثر ما تتناقص قوة مقاومة جدر القلب في احوال الاستحالات
المرضية سيما الاستحالة الشحمية للطبقة العضلية القلبية ويزوال الارتشاح
المصلي يمكن ان تكسب الطبقة العضلية للقلب قوة مقاومة الطبيعية
فيزول التمدد الحاصل في تجاويره وفي احوال اخرى يعتري القلب التمدد
ضخامة وكذا التمددات القلبية التي تحصل في هذا العضو في اثناء سير
الامراض الثقبيلة كالتيفوس والكولروز المستعصي وغير ذلك تزول متى
اكتسبت الالياف العضلية للقلب كغيرها من العضلات قوتها الطبيعية بعد
حصول النقاها التامة واما التمددات القلبية الناشئة عن استحالات مرضية
فانها لا تزول مطلقاً بل تتقدم مع الزمن وتصل الى درجة عظيمة
ثالثاً تنشأ التمددات القلبية عن استحالة الضخامة القلبية الى تمدد في القلب

بسبب ما يعتريه من الاستحالات المرضية وهذه الاستحالة كثيرة الحصول
 كاستحالة التمدد القلبي الى الضخامة الدائرية في هذا العضو بل كثيرا
 ما يشاهد في مريض واحد أثناء أوار مرضية مختلفة استحالة احدى هاتين
 الحالتين المرضيتين الى الاخرى وعند وجود آفات عضوية في الصمامات
 كثيرا ما تؤذى ابتداء الى تمدد القلب وهذا التمدد يستحيل الى ضخامة
 دائرية في هذا العضو معادلة للاتفة العضوية الصمامية ويمكن أن يحل محل
 هذه الضخامة التمدد عقب مكابدة جدره لاستحالة مرضية وبذلك يزول
 التعادل وهذه الاستحالة الخطرة تحصل بكثرة في أحوال الآفات العضوية
 للصمامات المستطيلة المدة وكذلك في أحوال الانقباض الرئوية يمكن أن
 يعضى على المريض عدة سنين بدون أن تستحيل الضخامة الدائرية للقلب
 الايمن المعادلة للعوائق الدورية الحاصلة من الرئة الى تمدد في هذا العضو
 وبذلك يزيد الخطر على المريض ومع هذا فمن الظاهر أن استمرار مجهودات
 القلب الشاقة يكفي بانفراده في استحالة الضخامة الدائرية الحقيقية للقلب
 الى ضخامة كاذبة ولو أن ذلك لا يشاهد في غير هذا العضو من العضلات
 الواقعة في الضخامة المجهودة على فعل مجهودات شاقة عظيمة وربما أضرع
 في حصول الاستحالة المرضية في جدر القلب الضخمة وقوع المرضى
 في أمراض منهمكة فانه يكثر مشاهدة حالة مرضية في الشيوخ المنهكين
 ينتج فيها عن التهاب الشرايين المشوه ضخامة دائرية في القلب الايسر
 وبمكثمة طويلا تنقل الى حالة تمدد في القلب عقب ما يعتري جدره استحالة
 مرضية ومثل ذلك يخشاه العوام بالكلية في الشيوخ حيث يعتقدون أن
 تمدد القلب أكثر الامراض خطرا عندهم

* (الصفات التشريحية) *

يبقى الاحتراض من اعتبار القلب الواقع في الفساد والتعفن ذي الجدر
 المسترخية الممتلئ بالدم انه اعتراف تمدد مرضي والذي يرتكن اليه في التمييز
 في مثل هذه الاحوال هو تقدم الفساد الرمي والتعفن وسهولة تفرق جوهر
 القلب وارتشاح مادته ملونة دموية وعند ما يم التمدد القلب بتمامه يتغير شكله
 بالكيفية التي يتغير بها في الضخامة القلبية ولا يكون التمدد جزئيا غالبا

وقاصرا على القلب الايمن أكثر من الايسر فالقلب المتعدد يكون عريض
 الشكل لامستطيل او جدر القلب وان ظهرت مسترقة لانه لا بد من التاكيد
 بواسطة القياس بالدقة خوفا من الوقوع في الخطا فان القول بان جدر القلب
 مسترقة قليلا أو نخينة كذلك لا يجدي نفعا وجدر البطين الايسر ان كانت
 مسترقة فانما تمبط على نفسها عند شقها وهذا غير الواقع اذا كان القلب
 طبيعيا واذا كانت الاذنيات متعددة تعدد اعظيها مع ثلاثي الالياف العضلية
 وتباعدها عن بعضها بحيث تظهر جدرها في بعض المحال كما غشائية وكذا
 عندما يكون تعدد البطين عظيما جدا مع ثلاثي الطبقة العضلية توجد بعض
 الاعمدة اللحمية خالية بالكلمة عن الالياف العضلية ومستحيلة الى احوال
 ايقية وان كانت جدر القلب الواقع في التمدد نخينة أمكن في بعض الاحوال
 معرفة ذلك بلون جوهر القلب وتماسكه وان لم يكن معترى القلب ضخامة
 حقيقية بل كاذبة وفي أحوال أخرى يظهر جوهر القلب عند مجرد البحث انه
 على حاله الطبيعية لكن في مثل هذه الاحوال يعد كل من الاستسقاء العام
 وغيره من ظواهر الاحتمالات الاحتمالية التي لا يمكن نسبتها الى آفات
 عضوية في الصمامات القلبية أو غيرها من العوائق الميخانيكية الدورية
 والبحث الميكروسكوبي يرى حقيقة ان القلب اعترته استحالة مرضية وبالجملة
 فقد توجد أحوال لا يشاهد فيها بواسطة البحث المذكور استحالة مرضية
 ممتدة في جدر القلب الضخمة كما يظن وجود ذلك من شدة درجة الاحتمال
 الاحتماسي وحيث يرتكن الى هذه الدرجة أخيرا في معرفة درجة تناقص
 فعل القلب وانقباضه العضلية اذ لم توجد عوائق ميخانيكية دورية يسوغ
 ارتكائها الى مشاهدات عديدة مدفوعة بغاية الدقة فنقول انه لا يمكن اثبات
 وجود جميع الاستحالات المرضية للالياف العضلية التي به تناقص قوة
 مجهودات القلب بواسطة الميكروسكوب ومن النظريات المعقولة قول المعلم
 (بوتكن) في هذا الخصوص ان أعصاب القلب لا تسكن في احدات القاتير
 العصبى الطبيعي عند نمو الطبقة العضلية من هذا العضو عظميا ولا ينكر
 أن العضلات المجبورة على مجهودات شاقة مدة طويلة من الحياتر أن تنفذ
 فعلها بدون أن يحصل فيها تغيرات مدركة ولو مع وجود التناسب بين المجموع

العضلي والاعصاب

ثم ان القووات القلبية تتعدا ايضا مع تمدد القلب وتوسع الا ان الصمامات
القلبية تحفظ خاصية الغلق التام لما يحصل فيها من الرقة كذلك والاستطالة
والسعة مع استطالة ارجل القلب اللحمية

* (الاعراض والسير) *

تمدد القلب بوجوب عسر اتي فيه - له فانه حينئذ يكون مجبوراً على دفع كمية
عظيمة من الدم زيادة على الحالة الطبيعية بدون أن تكون قوة دفعه متزايدة
فما تير التمدد القلبي حينئذ يخالف بالكلية لتأثير تضامته بالنسبة لتوزيع
الدم وسرعة جريانه ومع ذلك فهكذا ان القلب السليم بازدياد مجهوداته
وانقباضاته يمكنه قهر عوائق دورية متزايدة فكذلك القلب المتمدد يمكنه انعام
وظائفه بشغل انقباضات قوية مادام جوهره العضلي سليماً وينعكس ذلك متى
اصطب تتمدد القلب باستحالة مرضية في جوهره فان هذا العضو حينئذ
لا يكون له قدرة على فعل مجهودات قوية وانقباضات شديدة في مثل هذه
الاحوال بصير فله غير تام ويتضح ذلك بوجود اضطرابات في حركة توزيع الدم
والدورة وحيث ان كمية الدم المتدفقة في القلب تنقص فلا يصل الى
الشرايين منها الا قليل ولذا تكون جذرها قليلة التورم وجمها متناقصاً
وينتج عن تناقص امتلاء الشرايين كثرة امتلاء المجموع الوريدي فامتلاء
كل وريد على حدته لا يصل الى درجة عظيمة مناسبة لدرجة فراغ الشرايين
وزيادة على ذلك يبقى جزء من الدم الذي تقبله الشرايين بقلة ما كثا في تجويف
القلب الذي لا يخلو عنه مخلوا كما لا وعلى حسب ذلك تتضح اعراض فراغ
المجموع الشرياني بسرعة ولو خفت درجة المرض وكانت أسرع من ظواهر
امتلاء المجموع الوريدي واحتماب من الدم فيه وكذا امتلاء الاوعية الشعرية
يزيد عن الحالة الطبيعية فان استمر اغ الدم منها في الاوردة الممتلئة يصير
معوقاً ومع هذا فتتورم جذر الشرايين ولو كانت قليلة الامتلاء يكون أعظم
من تورم جذر الاوعية الشعرية بحيث ان جريان الدم من الشرايين القليلة
الامتلاء لم يرزل مستمرا في الاوعية الشعرية وأخيراً يحصل بطء في الدورة حيث
انه لا يتدفق بكل حركة انقباض بطيئ الا كمية قليلة من الدم فيكتسب هذا

السائل صفة ورديّة بسبب كثرة تحمّله بجمّض الكربون وقلة الأكسجين
لأنّه توروده إلى الرئتين ويحمّونه فيهما

وأما إذا تضاعف تمدد القلب الجزئي بأفّة عضوية في الصمامات أو بانقباضها
رتوية أو بغير ذلك من أمراض الرئتين التي تحدث عوقاً في الدورة فلا يمكن
الحكم بأن كلاً من قلة امتلاء الجموع الشرياني وكثرة امتلاء الجموع
الوردي وبطء الدورة وانكسار الدم للمعالجة الورديّة متعلق بالمرض
الأصلي أو بالتمدد القلبي ومع ذلك فمن المعلوم أنّه في أحوال وجود عوائق
في الصمامات أو انقباضها رتوية أو نحو ذلك متى كان جزء القلب الساكن
إمام العائق الدوري ليس في حالة تمدد بل في حالة تضخم دائرية يمنع حصول
الاضطرابات الدورية وعدم انتظام توزيع الدم كما ذكرنا في أمراض فوجودها
يعطى لنا دلالة أكيدة على أنّه عند وجود الاضطرابات الدورية المذكورة
في درجة عظيمة جداً لم يستعمل تمدد القلب إلى حالة تضخم دائرية فيه أو أن
تضخم القلب الدائرية استحالت إلى حالة تمدد فيه ثمّ انه على حسب اختلاف
مجلس التمدد الجزئي في القلب يختلف امتداد العوائق للدورية المتعلّقة به
ومجلسها وسنتكلم على ذلك عند الكلام على الآفات العضوية الصمامية
التي تحدث تمدد في كل من تجاويف القلب على حدّته كما تبادرنا في مجيئ
الانقباض الرتوية تأثير حالة لبطين اليمين وتدد منه من الامح الدقة وانما ينبه
هنا على عرض مخصوص وهو الخفقان القلبي الذي يشاهد في كل من التمدد
الجزئي للقلب والوهيم وحده فانه لا يندر أن يزول احساس المريض بالخفقان
القلبي الشديد الذي يحس به في قسم القلب وذلك متى استحتم تمدد القلب إلى
حالة التضخم كما انه لا يندر أن يعود الخفقان إذا اعتدى القلب
الواقع في التضخم استحالة مرضية فان الاحساس بخفقان القلب لا ينتج عن
مجهودات انقباضات القلب الواقع في التضخم ولو حصل منه الزنجاج فانها
حاملة بدون مجهودات بل ينتج عن انقباضات القلب الغير الضخم الحاصلة
بمجهودات شاقة ولذا تشتمك الأشخاص القليلة الدم الانبساطيون بخفقان
القلب أكثر من المصابين بمرضه وأكثر هذه الامراض استجاب للخفقان
القلبي هو التمدد والالتهاب والاستحالة المرضية لجوهر القلب وفي أحوال

تعددت القلب العمومية الناشئة عن قلة مقاومة جدره بسبب ما يعترضه من
 الاستحالة المرضية يعسر الحكم على درجة تعاقب الاضطرابات الدورية
 وتوزع الدم توزعاً غير طبيعي بحيث لا يعلم هل هي متعلقة باستحالة القلب
 المرضية أو بتدده وعلى كل فقد القلب له تأثير عظيم في اتساع العوارض
 المذكورة فإنه من المعروف بالمشاهدات الاكلينيكية ان استحالة القلب
 المرضية الخالية عن تدده التي لا يندرم مشاهدتها في الأشخاص الانبساطيين
 يسهل تحملها ويقل ظهور الاضطرابات الدورية فيها عما يشاهد في أحوال
 الاستحالات المرضية للقلب المحبوبة بتدده

والاعراض الابتدائية التي تشاهد في هذا الشكل من التمدد القلبي هي
 كما ذكرنا التشكي بالحقن القلبي الذي لا يكون في نسبه موازنة للاحساس
 بضربات هذا العضو المدركة للطبيب وينضم اليه بسرعة ضيق في النفس
 الناشئ عن امتلاء الاوردة الرئوية والوعية الشعرية لهذا العضو وبطء
 الدورة وضيق النفس هذا يزيد بالكلية عند الصعود على نحو السلم أو الجبال
 أو غيرها من الجهود العضلية ويكاد أن لا يكون محسوساً بالكلية
 في الابتداء عندما يكون الجسم في الراحة التامة ولو ان المرضي يكون
 في هذا الزمن باهتا بسبب قلة المجموع الشرياني لكن لا يكون المجموع
 الوريدي في الابتداء ممتلئاً عظيماً بحيث ينشأ عنه اللون السيانوزي
 والاستسقاء ويتضم لذلك الاحساس بالضعف العام والهبوط والتعب
 السريع بأقل مجهودات عضلية وجميع هذه الظواهر تنتج كما ذكرنا عن
 اكتساب الدم للحالة الوريدية وعند تقدم هذا المرض يزداد كل من خفقان
 القلب وعسر النفس فلا يكون للمرضي طاقة على فعل أي مجهود عضلي إذ
 عند فعله يضيق نفسه بالكلية وتكثرت الشفتان والوجنتان لونا من رقاً
 واضحاً ويهضم جسم الكبد ويتفخ بسبب الاحتقان الوريدي الاحتماضي
 الحاصل فيه ويظهر في الأطراف خصوصاً نحو الكعبين اتفخاً أو ذبياً في
 المساء وعند ما تشدد درجة هذا المرض اشتداداً عظيماً تشكي المرضي بضيق
 عظيم في النفس ولو كان جسمها في الراحة التامة ويصل هذا الضيق الى
 درجة لا تطاق عند فعل أقل مجهود عضلي ويصير النبض صغيراً غير منتظم

ومتمطعا غالباً والبول القليل المتركيز سبب منه عند تركه للراحة راسب من
بولات الصودا فان كمية الماء القليلة الموجودة فيه لا تكفي في حفظ هذا
الملمص متحلاً عند انخفاض درجة الحرارة وكثيراً ما يظهر الزلال في البول مدة
هذا الزمن بكمية قليلة أو عظيمة وحينئذ تصير الشفتان والوجنتان في هيئة
سيانوزية واضحة ويمتد الاستسقاء من الكعبين للساقين ثم الى الفخذين ثم
الى الصفن وجدر البطن وكذا الاطراف العليا والوجه وتحصل انسكابات
مصلية في تجويف البطن والصدر وتنتهي حال المرضى بالهلاك عقب ظهور
الاوذيا الرئوية والسعال الشعبي وكل طبيب مشغول بالطب العملي لابد وان
يشاهد في كل سنة شوشاً ونسامة قدمين في السن ثم لك مع التأم الشاق عقب
ظهور الاعراض المذكورة ولو مع بعض تنوع فيها

وقد القلب الذي يعترى هذا العضو عقب اصابته بالضخامة الدائرية في
أحوال التهابات الشريانية الباطنة المنتشرة المشوهة يسير بطواهر مرضية
مشابهة لما ذكرناه في الشكل السابق حتى لا يمكن للطبيب في جملة أحوال
تميز هذين الشكلين ولا غرابة في ذلك متى علمنا ان التهاب الشرياني الباطني
المشوه لا ينشأ عنه اضطرابات دورية مادام معصوباً بالضخامة دائرية في
القلب وان الظواهر المرضية الابتدائية لا تشاهد الا اذا اعتري القلب
الواقع في الضخامة المستحالة مرضية تابعة وصارت هذه الضخامة كاذبة
وصارت قوة تعادها الاضطراب الدوري غير تامة ومع ذلك فان شوهة دان
مرضامة قدماني السن قد اعتراه اللون السيانوزي والاستسقاء وتأكد
بالبحث الطبيعي وجود عدد القلب وأن الشرايين الدائرية ذات تعرجات
عديدة وان ضرباتها ولو الصغيرة واضحة جداً وجردها صلبة يابسة فالغالب
انه اعترها التهاب شرياني باطني مشوه وتعد في القلب تابع لضخامته
لداثرية واما ان فقدت الظواهر المذكورة من الشرايين الدائرية فالظاهر
القريب للعقل ان الاستحالة المرضية للقلب هي الابتدائية وأن عدده هذا
العضو تابعي لها

وبالبحث الطبيعي لا يظهر بالجلس تحديب قسم القلب الذي يشاهد احياناً في
أحوال الضخامة الدائرية لهذا العضو وبالجلس يحس بضربات قنة

القلب عند تقدمه تعدد اعظم اجهة الاسفل والوحشية وكثيرا ما تكون هذه
الضربات ضعيفة وقد لا تدرك بالكلية وفي احوال اخرى تكون قوية
سما عقب فعل مجهودات شاقة بحيث ان ضربات القلب المتعدد تشابه في
هذه الحالة بالنسبة لتمام ضربات القلب الواقع في الضخامة لكن ضربات
القلب الرابعة لجدر الصدر لا تشابهها بالكلية في احوال التمدد البسيط لهذا
العضو وبالقرع يتضح لنا امتداد اصمبة القلب امتدادا مشابها لما نرى حناه
في الضخامة القلبية بحيث يقال على العموم ان امتداد اصمبة القلب مع
ازدياد ضرباته رقت وعلامته على الضخامة القلبية وان امتداد اصمبة قسم
القلب مع ضعف ضرباته علامة على تعدد القلب وكذا تعدد القاصر على
البطين الايسر الذي يصحب عادة عدم كفاية غلظ الصمام الاهري تغير صوت
القرع بالكيفية التي ذكرناها في الضخامة الدائرية في هذا التجويف وعند
تعدد البطين الايمن يصير صوت القرع اسفل القص والحافة اليمنى له من ابتداء
الصاع الثاني الى الخامس أو السادس أصم واما تعدد الاذين الايسر فلا
يمكن معرفته اذ يكونه نحو الخلف وعند السمع تسمع أغطال القلب الطبيعية
ضعيفة جدا مع انها في احوال ضخامة القلب كانت قوية عالية ومع ضعفها
تكون نقيصة وذلك ناشئ عن كون الصمامات الشريانية البطينية وجدر
الشرايين لا تتوج الاقبالا بقباضات القلب الضعيفة وفي احوال اخرى
تكون اصمبة أغطال القلب غير واضحة في البطينين لان كلا من الاعمدة
للحمية رجسدر القلب واقع في حالة ضخامة بحيث لا تتوتر الصمامات عند
انقباضها الا لتوتر اضيقا وبالجمله قد يسمع في قسم القلب المتعدد بدلا عن
أغطال القلب الطبيعية أغطال مرضية لا يحكم بها على وجود آفات عضوية
في الصمامات وهذه الالغاط منشؤها عدم انتظام القوجات الهوتية التي
تعترى الصمامات المتوترة لتوتر غير تام بالدم القارع عليها وتشابه الالغاط التي
تسمع ولو بدون تعدد في القلب عند وجود اضطرابات عضوية في هذا العضو
وفي الامراض الحمية وفي احوال استرخا الطبقة العضلية للقلب كالتى
تشاهد في الاشخاص الانهيين مع استرخا في مجموعهم العضلي بتمامه

(المعجلة)

القواعد المؤسسة عليهم بالمعالجة تعدد القاب تستخرج مما ذكرنا في كيفية ظهور
 هذا المرض واسبابه فيجهد من جهة في تحسين تغذية الجسم وتنظيمها على
 حالة طبيعية وبذلك يمكن تجنب تناقص مقاومة جدران القلب المرضية ومن
 جهة أخرى في صون المريض من جميع المؤثرات المضرة التي هي سبب عسر او
 يعاق فعل القلب ولذا كان من الجيد استعمال اغذية مقوية لئلا يمكن
 على المريض ان لا يعاطى منها كمية عظيمة مرة واحدة بل الاجودة تكرار
 ناعاطى الطعام على مراروا حسن ما يوصى به البيض والامراق خصوصا
 الالبان ويحصل لبعض المرضى تقدم عظيم جدا في الصحة عند الاقتصار على
 الاغذية اللبنية وعند وجود اعراض انيمياوية واستسقاءية يؤمر المريض
 باستعمال المركبات الحديدية ومن المشهور انهم لا يستمنهية بل مقوية فقط
 وينع المريض من الحركات العتيقة الشاقة وبقله استعمال المشروبات
 الروحية ما لم يكن بدون قطعها عن المعتاد عليهم اذ دفعة واحدة وان انتفخ
 الكبد وصار لون المريض سيمافوزيا وانتفخ الكبدان انتفاخا اذ يعاوبا
 وجب استعمال الديجيتالاوكت اظن سابقا طبقا للنظريات القديمة للمعلم
 (ترويه) بالنسبة لتأثير الديجيتالا في قوة انقباضات القلب وتوتر المجموع
 الشرياني ان هذا الجوهر الدوائى لا فائدة فيه في احوال تمدد القلب بل
 استعماله خطره فيه وعما قليل من السنين ثبت عندي ارتكابا على كثير من
 المشاهدات الاكلينكية ان الديجيتالا جوهر دوائى قوى التأثير يفتح عنه
 شدة وقتية في انقباضات القلب وبذلك يزول كل من اللون السيمافوزى
 والاستسقاء وحينئذ فاستعمال هذا الدواء مع تدبير الغذاء اللبنى واسطة
 علاجية ذات منفعة عظيمة في تمدد القلب اذ كثيرا ما يمكن ازالة الارتشاحات
 الاستسقاءية بالكلية ممددة من الزمن بهم هذه المعالجة ويجب على الاطباء
 المشتهرين بالصناعة العملية لاجل تقدم علم المعالجة ان يلتفتوا لنتائج
 العلاجية في الجسم البشرى للمريض للتجارب الجوهر الدوائية في الكلاب
 وقد أدت التجارب الاخيرة للمعلم (ترويه) نتائج مخالفة بالكلية لنتائج التجارب
 القديمة بهذا الجوهر في الحيوانات غير ان هذه النتائج مطابقة لتجارب
 الطب العملى والعادة ان تستعمل الديجيتالا منقوعة انما تنبه على ان تأثيرها

يختلف باختلاف محل منبته اذ قد يشاهد من تأثير الديجيتال التي تثبت في بلاد
 (برقمبرغ) ظواهر تسموية عظيمة ولو استعملت بمقدار صغير والعادة ان يؤمر
 بمقدار ما حوز من خمسة ديسى جرام (اي عشر فجات) على مائة وخمسين
 جراما (اعنى خمس اواق) من الماء ولا تعطى هذه الجرعة زيادة عن مرتين
 وانما في الاحوال الخطرة جدا يؤمر بدلا عن المنقوع بصيغة الديجيتال
 الاثرية فيعطى منها اربع مرات كل يوم من ١٢ نقطة الى ١٥ والظاهر
 ان للمركبات الزرقية والاتيونية تأثيرا في القلب مشابها لتأثير الديجيتال
 فهما واسطة علاجيتان مهمتان في جميع امراض القلب التي ينتج عنها
 ضعف في قوة له والمعلم (ابلو) يوصى باسعمال حمض الزرنيخ بمقدار اثني
 مللي جرام (اعنى جزأ من ثلاثين من قحمة) في كل يوم ويوصى ايضا بزرنجات
 الاتيون فيعطى منه مرتين كل يوم بمقدار مللي جرام واحد كل مرة (اعنى
 جزأ من ستين من قحمة) على شكل حبوب

(المبحث الثالث)

(في ضمور القلب)

صغر حجم القلب الخلقى يشاهد بالاكثيرية بالمعلم (روكتنسي) عند الاناث
 الواقف فيهن نحو بعض اجزاء الجسم لاسيما الاعضاء التناسلية والاعلم
 كقيمة حصول ذلك ومنشئه

واما الضور العارضى للقلب فيشاهد في احوال عديدة منها التهوكة العامة
 كما التي تحصل في اثناسه يرسل الرئوى وسوء القنية السرطاني وسن
 الشيخوخة بل وفي بعض الامراض الماداة المستطيلة المدة كالتيفوس يمكن
 ان يؤدى الضور والقلب ومن المعلوم ان تعاطى الاغذية بكمية عظيمة جدا
 وان كان لا يكتفى بافتراده في ازدياد الياف الطبقة العضلية من القلب الا ان
 امتناع التغذية أو التهوكة يمكن ان يؤدى الى ضمور في الجوهر العضلى من
 القلب كما يؤدى الضور في جميع عضلات الجسم ومنها اذا كان القلب عرضة
 لضغط قوى واقع عليه من الظاهر كما تضر عضلات الاطراف اذا وقع عليها
 ضغط من نحو جبا ترا او اربطة مدة طويلة من الزمن فضمور القلب يصاحب
 حينئذ الانسكابات التامورية العظيمة والتيسس الينفى للتامور والتجمعات

العظيمة الشحمية على هذا العضو ومنها حصول الضور المذكور عقب
تضايق في الشرايين الاكليلية فان ذلك ينتج عنه قلة توارد السائل المغذي
الى جوهر هذا العضو

* (الصقات القشرية) *

في أحوال صغر حجم القلب الخلقى يصير حجم قلب شخص بالغ في حجم طفل سنة
من ٥ سنتين الى ٦ كما ذكره (دوكنتسكي) ووجد در هذا العضو تكون
مستدقة وتجاويفه ضيقة وصماماته رقيقة

واما الضور العارض فيمكاد يكون دائما مركزيا يعني ان رقة جدار القلب
تكون مصحوبة بتضايق في تجاويفه وشاهد زيادة عن صغر حجم القلب في
هذا الشكل من الضور يتميز له عن الشكل السابق ضمور في الطبقة
الشحمية من القلب وارتشاح مصل في جوهر الخلو الذي كان متراكما فيه
من قبل الجوهر الشحمي ويكون التامور ذالون متعكروا يقع المبيضة
(المسامة بالطح الوترية) التي كثيرا ما توجد على ظاهر القلب تكون متتنية
والشرايين الاكليلية كثيرة التعرج والغشاء الباطن من القلب اذا كن اللون
والصمامات الازرقية البطينية منفتحة وطبقة القلب العضلية منثقة اللون
متناقصة القوام وفي أحوال أخرى يكون جوهر القلب متيبسا اذا كن اللون
وقد نبه (ببرجر) على انه في غالب أحوال الضور المركزي للقلب كثيرا ما يوجد
سائل مصل يجمع في التامور بكمية عظيمة يشابه تجمع السائل في
تجويف الجمجمة عند ضور الدماغ أعنى الاسهسقاء الدماغى الناتج عن
الفرغ

واما الضور البسيط للقلب فتندر وحينئذ يكون حجم القلب طبيعيا وجره
مستدقة وحجمه في هذه الحالة يكون ناشئا عن اتساع في تجاويفه بحيث
يطابق هذا الشكل شكل تعدد القلب المذكور في المبحث السابق وكذا يقال
في الضور الدائري للقلب فانه يطابق بالكلية تعدد القلب بحيث يتعسر على
الطبيب بالكلية الحكم بكون رقة جدار القلب اما بسبب تعددها العظيم
أو ضور اليافها العضلية ونتيجة كلتا الحالتين ليست واحدة فان القلب
المتعدد اذا كانت جدره مع ذلك مستترقة كما يشاهد عند حصول تجمع شحمي

على القلب أو تخن ندي في التامور متخلف عن التهاب تامورى مزمن
نرى ان قوة دفع القلب متناقصة جدا زيادة عمائراها في أحوال التمرد

البيسط

وبالجمله فقد يشاهد عند عجز عظيم وضهور في البطين الايسر من التهاب عقب
تناقص امتلاء هذه التجويف وذلك اذا كان هناك تضيق في الصمام الاذيني

البطين اليسارى

* (الاعراض والسير) *

صغر حجم القلب الخلقى ينتج عنه تبعاً للمعلم (ليتين) انغماس متكرر وتبعاً للمعلم
(هوب) يشاهد عند المرضى المصابين به زيادة عن الانغماس المتكرر وروءاءة
تغذية الجسم تناقص عظيم في قوة المجموع العضلى وخفقان واعراض انيميا
أو خلوروز

وأما ضهور القلب العارضى فتختلف ظواهره بحسب كونه ظاهرة من
ظواهر النهوكة العامة أو كونه أصلياً وغير تابع للانيميا ولا للضهور العام من
الجسم ففي الحالة الاولى تكون اعراض هذا المرض غير واضحة بل ولا يمكن
الحكم في الحالة الراهنة بان كان تناقص قوة دفع القلب ناتجة عن ضعف
في قوة الانقباضات العضلية من القلب أو من ضهور طبقة العضلية وفي كلة
الحالتين يتناقض امتلاء الشرايين ويزداد امتلاء الاوردة بتركب الدم فيها
لكن حيث ان كتلة الدم تكون متناقصة فلا تحصل ظواهر دالة على امتلاء
الاوردة امتلاء عظيماً ومن النادر ان يشاهد في أحوال ضهور القلب الذى
يكون ظاهرة من ظواهر النهوكة العامة استسقاآت شديدة وتلون سيمانوزى
واضح فان كلاً من التلون السيمانوزى في الشفتين والتمددات الوريدية في
وجنة الشيوخ والانسكابات القلبية في المنسوج الجلوى تحت الجلد في
الاقدام واليدين الباردتين والمزرقتين قليلاً يعلق بهضه بتناقص قوة دفع
القلب وبهضه بهضه والرئتين وغير ذلك فان مجموع هذه الظواهر ينتج عن
الضهور كما ذكرناه

ويختلف ذلك في الاحوال التى فيها ضهور القلب يكون ناتجاً عن اضطرابات
عذائية موضعية في هذا العضو أو ضغط مستمر واقع عليه أو تضيق في

الشرايين الاكاديمية فان المرضى هنا تشتكي بخفة قلوبهم وعرض
 يشاهد في جميع الاحوال التي فيها لا تتم الدورة الا بمجهودات عظيمة في فعل
 القلب كما ينادي ذلك سابقا وهذا ينشأ ايضا عن قلة امتلاء الشرايين امتلاء عظيمها
 في الاوردة وعن بطء الدورة تقادم في الحالة الوريدية من الدم واحتياج عظيم
 لسرعة التنفس وقد تكسب المرضي لونا سائيا ونوزيا ويظهر عندهم اسهال
 عموي وضيق عظيم في التنفس وان كان القلب مع ذلك ممتددا انضم سبب آخر
 لامتلاء الاوردة وبطء الدورة ويقتضي ان الظواهر المرضية المذكورة الى
 أشد الدرجات وتحصل بسرعة وتصل الدرجة عظيمة متى انضم الهذين السببين
 سبب ثالث نتيجته كنتيجة السببين السابق ذكرهما ويضعفه مانعا لباروهو
 الاستحالة الشهوية للطبقة العضلية من القلب ومثل هذه الاحوال كسبب
 الحصول فان جميع الاشخاص المنهوكين من منذ زمن طويل الذين استراحو
 السيانوز والاسهال قد يدون ان يكونوا مصابين باقانات في صمامات القلب
 يوجد عندهم في الغالب ضمور وتددوا استحالته الشهوية في جوف القلب وانه
 اصطبغت هذه التغيرات المرضية بالتهاب شرياني باطني مشوه أولا
 ثم انه بالمبحث الطبيعي قديمه كما الاستدلال على ضمور القلب فضرر بانه
 تكون ضعيفة جدا ولا تدرك متى كان المريض في الراحة التامة وتتناقص
 أصمته في بعض الاحوال كما تناقص حجمه أيضا وليس لهذا العرض أهمية
 تشخيصية الا اذا أمكن الطبيب الحكم بان صخر حجم القلب هو السبب
 للانقباض بما العوضية التي بها تتدد الرئة وفي احوال أخرى تكون أصمته
 القلب طبيعية وذلك في الاحوال التي فيها يمتلي الفراغ الناشئ عن ضمور
 القلب بارتشاح في انه امور لا تتدد في الرئة وبالجملة في احوال أخرى فيها تضرر
 الرئتان كذلك قد يصير ارتشاح التامور عظيمها جدا بحيث ان أصمته القلب
 تتراد وحين ذلك يشاهد في الاحوال التي فيها يحصل ضمور في جدران القلب
 مع تمدد في تجاويفها وأصوات القلب كما أنها تكون قوية عالية في ضخامة
 هذا الموضع ضعيفة غير واضحة في ضهوره وانما تصير غير نقيمة وقد تظهر
 أنماط مرضية وجميع هذه الظواهر تنتج عن عين الاسباب المذكورة لتغير
 النماط القلب كما ذكرنا ذلك في المبحث السابق

(المعالجة)

لا يمكن التكلم على معالجة ضمور القلب ومن المعقول الواضح انه ينبغي تجنب
المجوهرات العظيمة واعطاء غذاء مقو ويسمح للمريض بتعاطي قليل من
النبيذ (اذ يقال في النبيذ انه لبن الشيوخ)

(المبحث الرابع)

(في التهاب الغشاء الباطن للقلب)

(كيفية الظهور والاسباب)

لتتبع بالكيفية رأى المعلم (ورجوف) في بيان كيفية ظهور هذا المرض فانه
يقول ان حصول نضج سائب في التهاب الغشاء الباطن للقلب امر غير ثابت
بل فيه شك عظيم ويعتبر هذا الالتهاب حينا كونه مثل التهاب غشاء الشرايين
الباطن الذي هو ينبوع الحياة تسمى بالاثيروم اى الاستحالة العجيبة الكاسية
التم ابا جوهر يافيه عدم من جملة الالتهابات الجوهرية ويعنى بالالتهاب الجوهري
كل اضرار غدا في قوى ينشأ عن مهاج لا واسطى غير ناتج عن نضج بين
العناصر الطبيعية لجوهر الاعضاء بل عن اتعاخ في نفس العناصر الطبيعية
يؤدى الى غم مرضى في الخلايا الطبيعية وفي احوال التهاب الغشاء الباطن
للقلب لا يبتدى الالتهاب من الطبقات الغائرة من هذا الغشاء بل من طبقاته
السطحية فانه من المعلوم ان الغشاء الباطن للقلب مكون على حسب رأى
المعلم (لوسكا) من الثلاث طبقات المتكون فيها جدران الشرايين والاوردة
فتتقق هذه الطبقات السطحية وتتخلل بمادة سائلة هي اتمها كالمادة المخاطية
بمعنى انها تتعقد على شكل اخطية عند اضافة قليل من حمض الخليك اليها
ومع ذلك فتكون اخطية بعدد عظيم جدا وعماقا قليل من تكونها تتعضون
هذه الاخطية الى منسوج خاوى وانما في احوال نادرة اعمى في احوال التهاب
الغشاء الباطن للقلب التقيصى يصير تكوين هذه الاخطية ونموها بقوة عظيمة
جدا بحيث ان جوهر العضو يتلاشى ويذوب فينتج من ذلك فقد جوهر اى
تقرح

ثم ان اسباب التهاب الغشاء الباطن للقلب قليلة الواضوح ويندر أن يكون
حصول هذا المرض من تأثير مهاجمات لا واسطية اثمرت في الغشاء الباطن

للقلب فلم يشاهد المعلم (عبرجر) الاحالتين مرضيتين من هذا المرض حاصلتين
 من اسباب ظاهرة جرحية وثبتت من كثرة اصابة الصمامات القلبية
 والقوهات أن التهاب الغشاء الباطن للقلب الناتج عن اسباب باطنة يصيب
 بالاختصاص اجزاء القلب المعرضة للاحتكاك والتوتر عند دفعه هذا العضو
 وانقباضه فكما ان الشريان الرئوي الذي يندرج أن يكون مجلس الاستحالة
 الاثيروماتية المبرعتهما عموما بالتهاب الشرايين يصاب بكثرة في هذا المرض عند
 ما يعتريه ثم يدمر حتى عقب اصابة البطين الايمن بالضمخامة وكما ان الاوردة
 يعثر بها الاستحالة الاثيروماتية اذا حصل فيها تمدد مرضي عقب استطراقها
 بشريان ودخول التيار الدموي فيها فكذلك تكثر اصابة المحال الضيقة من
 القلب اي القوهات لاسيما اجزاء الصمامات التي تحتك مع بعضها مده غلقها
 كسطحة الصمامات المتجهة فتعوج ويف البطن من الصمام القلبي وذي
 الشرايات الثلاث والسطح المحذب من الصمامات السنية

وحصول التهاب الغشاء الباطن للقلب - صولاً وليا ذاتياً أعني انه يصيب
 شخصاً سليماً من قبل عند تعرضه لتأثير بردي من لاوان كان مشكوكا فيه الا انه
 جاز الحمول فان كثرة وجود آفات عضوية في الصمامات عند أشخاص
 لم تصب مطلقاً بمرض حاد يدل تقر يسأل ان الالتهاب الذاتي المزمن للغشاء
 الباطن من القلب ليس نادراً الحصول

واكثر ما يشاهد هذا الالتهاب في اثناء سير الروماتزم المفصلي الحاد ويسهل
 حصوله كلما كثرت المفاصل المصابة كما قاله (عبرجر) وليس من المهم
 التعرض للنظريات في حصول هذه المضاعفة حيث لا طائل فيه ومع كون
 الروماتزم المفصلي الحاد هو السبب الاكثر اناج هذا الالتهاب فقد تعرف
 الآن عدد عظيم من الروماتزم الحاد الغير المحبوب بهذه المضاعفة في اثناء سيره
 اكثر مما كان يظن سابقاً ولا يترب على وجود الالتهاب المنفصلي بانفراده الذي
 كثيرا ما يسمع في اثناء سير الروماتزم المفصلي الحاد أن يحكم بوجود التهاب في
 الغشاء الباطن للقلب فان مثل هذا الالتهاب الذي يسمع في هذه احوال هذا
 المرض يتعلق معظمه بعدم انتظام توتر الصمامات القلبية الناتج عن الحركة
 الجسية وعدم انتظام فعل القلب أيضا وثوران انقباضاته وكثرة تضاعف

الروما ترم بالتهاب الغشاء الباطن للقلب تبعاً لتقويم المعلم (عبر ج) تبلغ نحو
العشرين في المائة

ويعقب ذلك في الكثرة مضاعفة التهاب الغشاء الباطن للقلب للتهاب
الكلوى الجوهرى المعروف بداء بركت الحاد والمزمن والاستعداد للاصابة
بهذا المرض كالأستعداد للاصابة بالتهاب غيره هذا الغشاء من الاغشية
المصلية والتهاب الرتتين ونحو ذلك الناشئ عن هذا المرض الكلى غير
معلوم لنا

وينضم لذلك التهاب الغشاء الباطن للقلب الذى يظهر فى اثناء سير الامراض
الحمية الحادة لاسيما الامراض التسمومية الحادة واكثر هذه الامراض
الاخرى اصابة بالتهاب الغشاء الباطن للقلب هي النفاس خلافا للمعلم
(وندرش) زاعم ان اكثر الاسباب احداثاً لهذا المرض هي الحصبة بعد
الروما ترم المفصلى الحاد ولا يبعد ذلك طبقاً للتجارب كل من المعلم بلروت ووبر
القائلين بان دم الشخص المصاب بالحصى يعتبر كحجج التهابي وان كل شخص
مصاب بحصى شديدة هما مختلف السبب المحدث لها يكون عرضة للنظر
بالاصابة بالتهابات ثانوية فى الاعضاء المختلفة لاسيما بالتهاب الغشاء الباطن
للقلب وهذا القول ان وافق الصواب كان توجيهه كثره مضاعفة التهاب
الغشاء الباطن للقلب بالروما ترم المفصلى الحاد امر اسهل الان الحصى فى هذا
المرض تصل الى درجة عظيمة جدا

وكثيراً ما ينشأ التهاب الغشاء الباطن للقلب عن آفة عضوية فى صمامات هذا
العضو اذ من التجارب المشاهدة ان الشخص الذى اعترته آفة عضوية بسيطة
فى صمامات القلب عقب الاصابة بالروما ترم الحاد كثيراً ما يوجد عنده صمامات
آفة عضوية مضاعفة فى الصمامات بدون ان يطرأ عليه نوبة أخرى من
الروما ترم المفصلى بحيث لا بدوان ينسب ذلك الى التهاب خفي فى الغشاء الباطن
للقلب

وقد يعتبر التهاب الغشاء الباطن للقلب امتداداً لتهابه الى الالتهاب
العضلى للقلب او الى التهاب التامور ويندر ان يمتد الالتهاب من الرتة او
البليورا الى الغشاء الباطن للقلب

(الصفات التشريحية)

حيث ان الآفات العضوية الخلقية للصمامات التي يفتح بعضها من التهابات في الغشاء الباطن للقلب تكاد لا تشاهد الا في القلب الايمن من الجانبين القول بان هذا الالتهاب الذي يحصل مدة الحياة داخل الرحم يصيب على الخصوص القلب الايمن وأما مدة الحياة خارج الرحم فالتهاب هذا الغشاء لا يشاهد الا في القلب الايسر ويكاد لا يصاب جميع الغشاء لمبطن لباطن القلب في جميع امتداده بل الذي يصاب بعض اجزائه فقط كالصمامات ولا سيما اجزاء الصمامات التي ذكرناها فيما تقدم فانها هي التي تكون منشأ الالتهاب

والعلامات التشريحية الابتدائية للتهاب الغشاء الباطن للقلب هي احمرار هذا الغشاء واحتمائه ومع ذلك فلا يمكن مشاهدة هذا الالتهاب في هذا الدور الا في احوال نادرة وتنبه على انه يجب الاحتراس من اختلاط الاحمرار الاحتمائي للغشاء الباطن من القلب بالتشرب الرمي الذي هو ظاهرة رمية وقد برهن المعلم (فورستر) على انه يمكن تمييز الاحمرار الاحتمائي المكثف حول اجزاء اعترتها تغيرات مرضية اخرى عن احمرار التشرب الرمي بالصفات الآتية وهي ان هذا الاحمرار الاخضر يكون قائما وقاسرا على الطبقات السطحية فقط واما الاحمرار الاحتمائي فانه يوجد في الطبقات الغائرة للاوعية الشعرية كالطبقات العمدية التي يرى فيها الاوعية الشريانية بالمكنر سكوب متمثلة بالكورات الحمراء من الدم

ويحصل بسرعة في الغشاء الباطن للقلب رخاوة وانتفاخ بسبب تكاثف طبقاته السطحية وانتفاخها ووصف المعلم (ووجوف) هذا الانتفاخ بانه متكون من مادة متجانسة شفافة مشتتة على عدة من الخلايا بحيث يظهر عند النظر اليها كأنها تتكون من اخلية بشرية نامية ومتجمعة

وزيادة عن هذا الانتفاخ المنتشر يظهر في الغشاء الباطن للقلب فيما بعد نحل محمر سنجابي رقيق يكسب هذا الغشاء هيئة حبيبية وهذه التغيرات تستحيل احيانا بسرعة الى حلمات ثخينتة ذات تجميمات غليظة وهذه الحلمات تكون غالباً باسنة نحو قاعدتها واما نحو طرفها المستدير فانه تتكون رخوة هلامية ويوجد في قاعدتها منسوج خلوي ضام جديد التكوين تامه واما نحو طرفها

فانه يكون مشتقاً على الخلية لم تقمض اى لم تستحل الى منسوج خلوى ضام
فهذه التولدات المبرعمها بالتولدات الفطرية للصمامات تعتبر كذلك فوائى
المنسوج الخلوى للغشاء الباطن من القلب وهذه التولدات الخلية تكون
حول الصمامات الوريدية نوع حوية مختلفة العرض بقرب اطراف الصمام
وتتمد من هنا الى اصبغاً اخرى خصوصاً جهة الاحبله الوترية وامانى
الصمامات السنية فانها تدم من الشراقات الصمامية وينبغى الاحتراس
من الوقوع فى الخطا واختلاط التجمعات اللبية التي تحصل على الاجزاء الغير
المسماة من الصمامات وتغطيها بالتولدات الفطرية الخلية

ثم ان هذه الانتفاحات التي قوامها يتقل فيما بعد من الحالة الهلامية الى
قوام نصف غضروفى وتودى الى ثخانة فى الصمامات وتيسر فيها بل والى
قصرها وانكماشها الى الاسباب الاكثر اتجاها للاتاقات العضوية فى
الصمامات وهذه التولدات يحصل فيها تصلب فيما بعد بحيث انها تتكلس
تغطى الصمام بمادة عجزية حميرية

وقد ينضم للتغيرات التشريحية الاعتمادية للتهاب الغشاء الباطن للقلب
ظواهر تشريحية اخرى نادرة كتمزق صمام القلب ويوجد ذلك برحابة
الصمام وايته بسبب التهاب الذي يعترى الغشاء الباطن من القاب واكثر
ما يمزق الاحبله الوترية فحينئذ ولا بد يعاقب توتر الصمامات عوقاً عظيماً جداً
فى اثناء حركة السستول وفى احوال اخرى قد يميز نفس الصمام وقد لا يمزق
الا احد اسطحه فالدم الداخلى من محل التمزق يدفع السطح الاخر ويحدث
فيه اتبعاجاً على شكل جيبي وحينئذ يتكون عنه ما يسمى باينوريزما الصمام
ويحدث بعد التمزق الغشاء الباطن للقلب فى صفره لاس للجوهر العضلى من
القلب وحينئذ فى الجائز اندفاع الدم بقوة الى محل التمزق فيمدد جوهر القاب
فى الجزء الملتب فيمتكون من ذلك الاينوريزما القاسى الحاد بدرجات مختلفة
وهذا التمدد الاينوريزماوى الحاد للقلب يكون على شكل جيب مستدير
ملتصق بجوهر القاب محدود فى مبدئه بالغشاء الباطن للقاب المتفرق المشرزم
وجدره متكونة من الجوهر العضلى للقلب المتحد
ومثل هذه التمزقات فى الاهمية والعاقبة التصاقات الاحبله الوترية

واطراف الصمامات سواء كان التصاقها ببعضها او بينها وبين جدر القلب
وهذه الالتصاقات نتيجة لالتهابات الغشاء الباطن للقلب أيضا وحيث انه
بالتصاق الاصلبة الوترية هي اطراف الصمامات ببعضها يحصل تضيق عظيم
بجدر القلب يمنع بالكلية انغلاق الصمام مدة حركة السستول فستتسكك على
ذلك مفصلا عند الكلام على الاثبات العضوية للصمامات وتوجيه حصول
هذه الالتصاقات اصعب من توجيه غيرها من التغيرات القشرية بحمة الناشئة
عن التهاب الغشاء الباطن من القلب وذلك لان القلب في فعل وسرعة دائمين
بحيث يترب على ذلك ان الاجزاء المتصقة ببعضها المزل تقارب وتباعدا على
التناوب

وفي احوال الالتهاب التقرحي للغشاء الباطن من القلب يشاهد فقد جوهر غير
منتظم محدد وتحدد واضحا ويكون حوله الغشاء الباطن المذكور متفتحا
تحتنا وقاعه متكونا من جوهر القلب المرشح

و يكون اشتر الك الجوهري العضلي مع القلب في التهاب اكثر مما كان يظن سابقا
فانه كثيرا ما ينضم لالتهاب الغشاء الباطن للقلب التهاب جوهر العضلي وفي
احوال اخر قد تصير الطبقة العضلية الباطنة من جدر القلب الملامسة لغشائه
الباطن الملتب مجلس الانتشاح مصلي وبذلك يسهل توجيه قلة مقاومة جوهر
هذا العضو واصطحاب التهاب الغشاء الباطن من القلب بتدده

ثم ان التعلقات الليفية التي تغطي التولدات المرضية للصمامات على الدوام
يمكن ان تندفع وتنطرد بالموجة الدموية فينتج عنها تغيرات مرضية اخرى
بמידة بحيث تكاد تنسب نتائج هذا الالتهاب الحزنة التي تحصل عند ارتقاء هذا
المرض واشتداد هذه التعلقات المعروفة بالسدد السيار فانها متى اندفعت
بواسطة التيار الدموي ووصلت الى الدورة نشأ عنها انزفة سددية وخراجات
انتقالية وقد ذكرنا ذلك مفصلا عند الكلام على التغيرات الانتقالية في
الرتين ومع ذلك فهنا لا تكون الانزفة السددية بكثرة في الرتين بل غالبا
تتكون في الشريان الطحالي فيمنسدا احد فقرعانه الصغيرة فينشأ عن ذلك بورة
مثلة الشكل طرفها نحو الباطن وقاعدتها جهة الظاهر يكون لونها

ابتداءه وهو محمرا ثم مسورا ثم تعترج الاستحالة الجينية واندر من وجود هذه
الانزفة السددية في الطحال مشاهدتها في الكليتين واندر من ذلك مشاهدتها
في الكبدوا كثر من في الذرة ما يشاهد في الرتين وفي كل من هذين العضوين
الاخيرين لا يمكننا توجيه حصول هذه الانزفة السددية الا بانسدادا احد فروع
الشريان الكبدي او الشرايين الشعبية لانا سدادا احد فروع الوريد الباب
ولا احد فروع الشريان الرئوي وكونه سدران نشاهد في احوال التهاب الغشاء
الباطن من القلب خراجات انتقالية بدلا عن الانزفة السددية يتضح مما ذكرناه
سابقا في كيفية حصول التغيرات الانتقالية فان السدد السيارة التي تسد
الشريان هنا ليس ينبوعها بورة فيصبة منقعدة كما هو الغالب في السدد الرئوية
السيارة بل هي آتية من مواد لينة منقعدة وهذا الامر لا يساعد في استحالة
الانزفة السددية والبورات الدموية الناتجة عنها الى خراجات انتقالية
وان وصلت هذه التعدادات الدموية الى الشرايين الاربعية او الشرايين
الفقرية ينتج عنها على حسب سددها الشرايين الدماغ سداكليا او جزئيا اما
بورات دموية (اي سكتات شعرية) كثيرة الامتداد او قليلة بمجموع انها آتية
اوتيميا جزئية وموت جزئي في بعض اجزاء الدماغ التي هي مجامع للانيميا (اي
العين الاصفر) وانسداد فروع وعائية عظيمة في احد الاطراف بواسطة سدة
سيارة عظيمة يمكن ان يوذي للعضو ينال ذاتية في اصابع اليدين والقدمين
وتحو ذلك

وحصول الظواهر الانتقالية المذكورة لا يجوز لنا الحكم بانفجار نضج
متسكون في الطبقات الغائرة من الغشاء الباطن للقلب وانسكابه على سطحه
السائب فان التعدادات الدموية تكفي بالكتابة في توجيه كيفية حصول تلك
الظواهر كما ان الظواهر المرضية التي تشاهد في اثنا سير التهاب الغشاء الباطن
للقلب وتشابه التسمم الصديدي للدم لا يجوز الحكم السابق اذ لا يسوغ القول
بان النضج المنسكب على السطح الظاهر للغشاء الباطن من القلب ذرصات
تسممية مخصوصة بها يتسمم الدم

• (الاعراض والسير) •

متى انضم التهاب الغشاء الباطن للقلب الى الروماتزم الحاد الحى (وهذا هو

أكثر أشكال التهاب الغشاء الباطن للقلب ظهورا كما ذكرنا فلا يوجد غالبا
 عرض مدرك للمريض يدل على طرق هذا المرض الذي لا تنضح علامته الحقيقية
 عند المريض إلا بعد بعض أسابيع أو أشهر بل وسنين فإن سئل أي مريض
 اعترته آفة عضوية في صمامات القلب هل كان مصابا بالروماتزم الحاد أو لا
 كان جوابه غالبا نعم وأما من سئل عن احساسه بالآلام في قسم القلب وضجيره
 وضيق في النفس وخفقان مدة أصابته بالروماتزم المنفصل الحاد ولو كانت
 الحصى مدة أصابته بهذا المرض ذات درجة شديدة جدا كان جوابه غالبا
 لاويكاد يكون الأمر عين ذلك متى لاحظ الطبيب المريض بنفسه فإن المريض
 في غالب الأحوال لا يشتكي بتلك الأعراض ولا يرتكز في التشخيص الأعلى
 العلامات الطبيعية

وفي أحوال أخرى قد تظهر أعراض طوارئ وتطبيقية كثيرة الوضوح أو قليلته
 وذلك كالألم في قسم القلب ويظهر أن هذا الألم لا ينبج مطلقا عن الالتهاب
 البسيط للغشاء الباطن للقلب أعني الغير المضاعف بالتهابات أخرى ولو فعل
 ضغط قوى على جدر الصدر أو القسم الشراسبي ويندرار تقام سرعة النبض
 في ابتداءه وور هذا المرض ولا حاجة للتعرض للنظريات المرتكز اليها في
 توجيه سرعة انقباضات القلب التي تحصل أحيانا وترى أن ذلك إنما ينبج عن
 اشتراك جوهر القلب في الإصابة وعن تجميع عظيم في العقد العصبية الكائنة
 في جدره بل الذي تقتصر عليه هو مجرد ذكر هذه الظاهرة التي تشاهد أحيانا
 في هذا المرض وكذا بعد من النظريات القول بأنه يوجد في جميع أحوال
 التهاب الغشاء الباطن للقلب الذي يشاهد فيه سرعة عظيمة في النبض الشكل
 المقرحي من هذا الالتهاب وحيث أن كلامنا من سرعة ضربات القلب والنبض
 يكون مصحوبا بضعف في قوة انقباضات هذا العضو ناهج عن تحاليل جوهره
 بالارتشاح المصلي يكون النبض السريع صغيرا غالبا والحصى تسبب سرعة
 الضعف بحيث يمكن اختلاط هذه الحالة المرضية ببعض الحميات الضعيفة
 كالتيفوس وغيره وأما القول بأن معظم الأحوال المعبر عنها بالحميات العصبية
 والبسيطة والضعيفة والعقنة ناشئ عن التهاب خفي في الغشاء الباطن من
 القلب فقيمة مما الغشة فإن التهاب الغشاء الباطن للقلب يندران يكون سيره

بالصورة المذكورة اخيرا وان انضم لالتهاب هذا الغشاء اصابات انتقالية
 خصوصا في الطحال ارتقت الحى الى اعلى درجة بل وقد تظهر نوب قشعريرة
 لكن لا ينبغي نسبة ذلك للتسمم الصديدي للدم فان كلامنا هاتين الظاهرتين
 يشاهد ولولم تكن مشاهدته مستمرة على الدوام في الاحوال التي فيها تحصل
 اصابات انتقالية في الطحال مع وجود آفات عضوية قديمة في الصمامات عتب
 انفصال تلك آفات ليفية منها وبعض اجزائها بحيث انه في مثل هذه الاحوال
 لا يمكن القول بان هناك تسمما صديديا في الدم واكثر من ارتفاع سرعة النبض
 مشاهدة تشكي المرضي بحقن قاني وحيث ذكرنا ان ارتشاح الجوهر العضلي
 للقلب يحدث عسرا في انقباضه وان مشاهدتنا تدل على ان التشككي
 بحقن القلب يحصل غالبا في جميع الاحوال التي فيها يكون فعل القلب
 متعسرا معوقا (لا في الاحوال التي فيها يكون فعل القلب الواقع في الضخامة
 قويا) كان توجيه هذا العرض واضحا ويتضح من هذا الارتشاح المصلي
 للجوهر العضلي للقلب الذي يصاحب التهاب غشائه الباطن احيانا ومن ضعف
 فعل هذا العضو ومن عوق استقرائه استقر اغا تاما انه لا بد وان ينضم
 للظواهر المذكورة عسر عظيم في التنفس وقد ذكرنا في محب الاحتقان
 الرئوي الضعفي ان هذه الظاهرة تصاحبه وان تكون في اثنا سير التهاب
 الغشاء الباطن للقلب عدم كفاية غلق الصمام القلبي وسوقه قسرا للدم
 فاندفع من البطين الايسر في اثنا حركة المستول الى الاذين الايسر صار
 احتقان الاوردة الرئوية عظيما وارتقى ضيق النفس الى درجة عظيمة
 أيضا

ويتضح مما ذكرناه في أعراض هذا المرض ولا سيما من فقد الاضطرابات
 الوظيفية في عدد عظيم من احوال هذا المرض ان هذا الالتهاب لا يكون له
 الا نادرا سير محدود واضح وصفا واحدة مثل باقي التهابات غير هذا العضو من
 الاعضاء المهمة وتوكل انه لا يمكن معرفة ابتداء هذا المرض غالبا لا يمكن
 اتباع سيره مع الدقة في كثير من الاحوال بحيث اذا نطق الطبيب بالحقيقة
 يقول انه يتعذر غالباً معرفة الحد الفاصل بين انتهاء التهاب الغشاء الباطن
 للقلب ابتداء المرض المعروف بالآفة العضوية للصمامات القلبية

ثم ان تكوين آفة عضوية في صمامات القلب هو بلا شك الانتهاء الاكثر
 حصولا لهذا الالتهاب سواء بقي الصمام مخيئا ثم انكمش فيما بعد او التصقت
 اطراف الصمام مع بعضها هي والاحجلة الوترية أو عجزق احد شرائقاتها
 وحيث ان انكماش الصمام النخين يحصل ببطء وبتقدم كذلك يبطء عظيم كما
 ان التصاق اطراف الصمام هي والاحجلة الوترية يحصل ببطء عظيم جدا فن
 الجائر انه بعد انتهاء التهاب الغشاء الباطن للقلب لا يمكن الاستدلال على آفات
 عضوية في الصمام حالا ولا يتضح ذلك ايضا كما ان الابداء بهض انه و اذا
 عجزق بعض الاحجلة الوترية أو بعض شرائقات الصمام او تضيق فوهته بواسطة
 تولدات فطرية شوهة هذا انتقال هذا الالتهاب الى اعراض الآفات العضوية
 للصمامات واما كون هذا الالتهاب يؤدي فيما بعد الى تمدد القلب ثم الى
 ضخامة فقد تقدم ذكره فيما سبق

واما الانتهاء بالموت في هذا المرض فهو الانتهاء الاعتيادي الناجم عن آفة
 في الصمامات القلبية التي تكاد على الدوام تختلفه لكن هذا الانتهاء الخزن
 لا يحصل الابداء عدة سنين غالباً بحيث يندران يؤدي التهاب الغشاء الباطن
 للقلب الى الموت سريره ايا انفراد ولا تكاد نشاهد هذا الانتهاء في شكل هذا
 المرض عند مضاعفته للروماتيزم المفصل الحاد بل أكثر ما يشاهد في شكله
 المضاعف لدا بربكت او للامرض التسممية الانتشارية الحادة وحينئذ يعمر
 علينا الحكيم على هذا الانتهاء هل هو ناشئ عن المرض الاصلى أو عن المضاعفة
 والظواهر التي تظهر عند الموت عادة هي عبارة عن شلل القلب واحتمالات
 احتباسية في الرئتين يعقبها اوديما رئوية وانهم وكثرة عمومية ناشئة عن الحمى
 في بعض الاحوال النادرة او علامات لين في الدماغ أو تغيرات اتقالية في
 الطحال او الكليتين او الكبد او غغرينا في اصابع الرجلين ونحو
 ذلك

وكثيرا ما يحصل الشفاء من هذا المرض متى بقيت صمامات القلب مصونة من
 الاصابة به. هذا الالتهاب فانه كثير ما يشاهد بطخ بيضه وبعكاثبات تعرف
 بالبقع الوترية على السطح الباطن من القلب عند فعل الصفات التشرحية
 بدون أن يكون قد ظهر عن اعراض مدة الحياة بل والتهاب الصمامات قد

ينتهي بالشفاء وذلك بان لا ينشأ عن نخها ونحوه من التغيرات التي تختلف عنه
اضطرابات في وظائفها وهذا الانتهاء ليس بكثير كدات على ذلك التجارب فان
الصمام وان تم وظيفة في الابداء كثيرا ما يعود اليه الاتهاب حتى يعثره آفة
عضوية تفوق وظيفته

وما شربناه الى الآن هو شكل التهاب الغشاء الباطن من القلب المضاعف
للروماتيزم الحاد واما التهاب الغشاء الباطن من القلب الذي يضاعفه آفة
عضوية صمامية قديمة فان كلامنا من اعراضه الوظيفية وسيره وانتهائه لا يكاد
ينفصل عن المرض الاصل الى السابق عنه. ومثل ذلك يقال في التهاب الغشاء
الباطن من القلب الذي يطرأ في اثناء سير الامراض التسممية الانتشارية
الحادة فان اعراض المرض الاصل هي هنا تغطي بالكلية اعراض المضاعفة
بمحيط لا يمكن شرح وصفه وصفاا كلية. يكاد لا سيما ان كلامنا من الهذيان والحدور
والبول الزلال والظواهر اليرقانية ونحو ذلك التي تصاحب هذا الشكل من
هذا المرض لا تعلق باصابة الغشاء الباطن من القلب بل بتسمم الدم تسمما
منتشرا وبالحمى الشديدة الناتجة عن هذا التسمم وانما الذي يدلنا على هذا
المرض هو البحث الطبيعي عن القلب فيجب اجراؤه ولولم توجد ظواهر
مخصوصة تلحقنا لاجراء ذلك واما شكل التهاب الغشاء الباطن من القلب
الذي يضاعف داء بركت فالغالب ان يحتفي علينا ايضا متى أهمل البحث
الطبيعي فان الظواهر المحسوسة للمريض تفتقد في احوال اخرى يظهر هذا
الشكل بصفة قلبية وضجر وظواهر حمية ونحو ذلك كما سبق

(العلامات الطبيعية)

أما ضربات القلب فانها تكون دائما قوية وكثيرة الامتداد خصوصا
في ابتداء هذا المرض ومع ذلك فان نبض الصغير الرخوي يكون مغاير الشدة
فعل القلب خصوصا في الاحوال التي فيها تكون جدره مرتفعة ارتشاحا
او ذيبا ويا وانقباض ضعيف او لومع شدة فعله واصممة القلب لا تتخالف الحالة
الطبيعية في الابداء لكن عما قبل من الايام كما قاله المعلم (اسكودا) يحصل
عرق عظيم في استقراغ الدم من الاوردة الرئوية بحيث يتراكم الدم في الاذنين
الايسر ومن هنا يتفهم احتياسه الى القلب الايمن بواسطة الاوعية

الرئوية ثم يصير استفراغ الدم من هذا الاخير غير تام فيحصل فيه تمدد عقب
 هروغ الدم من الاوردة الاجوفية اليه وبذلك تصير أصمية القلب متسعة
 عن الحالة الطبيعية كما يفتاه وحيث ان التهاب الغشاء الباطن من القلب يحدث
 لينافى جوهر الصمامات وتختنا فيها فن الواضح تغير الغطاء القلب وتوسعها
 في هذا المرض فان الصمام الرخو المتكاثف لا يتوج بالضرورة بمشمل
 الصمام المتوتر الرفيع وحيث ان الغط الاول من القلب يحصل في البطين
 الايسر من توج الصمام القلنسوى كان ظهور لغط غير طبيعي بدلا عن اللغط
 الاول من القلب في حذاء عقه هو العرض الرئيس لالتهاب الغشاء الباطن
 من القلب الذي يكون محاسه في القسم الايسر من هذا العضو وزيادة
 على ذلك ان تخن الطرف الدقيق من الحافة الوحشية من الصمام القلنسوى
 يعوق انفرجها وان اذن الاحبله الوترية يعوق ثبتهانثباتا مابل ان الحافة
 الانسية عند ترق الاحبله الوترية يمكن ان تندفع من البطين الايسر الى
 الاذين الايسر عند انقباض هذا البطين فحينئذ ينقب على ما ذكر ان الصمام
 لا يمكنه ان يتم وظيفته مدة انقباض البطين بحيث لا يمنع تقهقر الدم نحو
 الاذين مدة انقباض البطين والحالة المرضية التي فيها يفتقد الصمام خاصية
 صمام مغلق تسمى بعدم كفاية الغلق وأما التوجات التي يفعلها الصمام
 القلنسوى متى كان مثبتا تقيمتا غير تام او كان بعض اجزائه متوججا وكان
 الدم القار ع عليه لا يصدم الاجزاء من سطحه السفلى وبعضه الاخر يتقهقر
 ويندفع في الاذين الايسر ويغطي سطحه العلوى فانها بالضرورة تصير غير
 طبيعية وغير منتظمة فحينئذ ينتج عن ظهور ذلك لغط عرضي بدلا عن اللغط
 الاول الطبيعي في البطين الايسر وقد ينفيا فيما تقدم ان اللغط الثانى من القلب
 الذى يسمع نحو قلبه هو الناتج عن توجات الصمام السينى للاورطى ويسمى
 الىقة القلب وان سميلا ن الدم في البطين لا يكون معجوبا بالغط في الحالة
 الصحية الطبيعية ففي حالة التهاب الغشاء الباطن من القلب متى تغطي سطح
 الصمام القلنسوى المتجه نحو تجوف البطين بتولدات حلمية نالولية ومر الدم
 على هذه التولدات المحدودية الغير الملساء بدلا عن السطح الاملس نشأ عن
 احتكاك العمود الدموى فيم الغط يسمع في أثناء تمدد البطين اى حركته

المستولية نحوقة القلب ويجواره هذا اللغظ قد يسمع تارة اللغظ الثاني
 الساري المتمدني الاورطي وتارة يشهد اللغظ المرضى فيعطي على اللغظ
 الثاني من القلب وكلما كانت التولدات المرضية عظيمة كان اللغظ المرضى
 اكثر مدة وكلما كانت اقرب لفوهة الصمام كان احتسكال العمود الدموي
 اكثر قوة وفي الاحوال النادرة جدا التي فيها يكون البطن الايمن مجلسا
 لالتهاب الغشاء الباطن من القلب تسمع طواهر مشابهة لما تقدم نحو الجزء
 السفلي من القص اعني في المحل الذي نفسه يتسمع على الصمام ذي الشرافات
 الثلاث لكن توجهه هذه الطواهر هنا يعسر جدا فان البطن الايمن يكاد
 لا يهاب على حدة فلا يمكن التمييز بان كانت الالغاط المرضية متكونة في
 الصمام ذي الشرافات الثلاث أو سارية من صفخر آخر بالبعد عنه
 والغالط الاورطي تكون في الغالب واضحة حيث ان الصمام الاورطي يندر
 اصابته به هذا المرض لكن ان حصلت ونشأ عنها تولدات حامية على السطح
 السفلي من الصمامات السيفية نتج عن احتسكال الدم بهذه الاجزاء الغير
 المستوية لغظ في اثناء انقباض البطن يتضح استماعه هذا منشا الاورطي
 اعني في جزء القص المحاذي للمسافة الضلعية الثانية ويمتد من هذا الصفرا الى
 الشرايين السباتية وندر من استماع لغظ مستوي في الاورطي استماع لغظ
 دياستولي في هذا المحل وعلى الدوام يكاد يسمع لغظ قلبي نقي في الشريان
 الرئوي فان التهاب الغشاء الباطن من القلب لا يكاد يمتد الى هذا الجزء مطلقا
 وبدلا عن ذلك في هذا الشريان يسمع اللغظ الثاني من القلب مع غاية كل من
 الوضوح والعلو فيتمتد يكون عرضاهما فان الشريان الرئوي كلما كان
 اكثر امتلاء كان قرع الموجة الدموية الذي يقع على صمامها السببي مدة
 استرخاء البطن أقوى واشد وحيث انه في احوال هذا المرض يحصل عدم
 كفاية غلق في الصمام القلبي سوى غالباً يحصل بالضرورة امتلاء عظيم في
 الشريان الرئوي ويشهد اللغظ الثاني من القلب فيه

(التشخيص)

قد يحصل بكثرة عدم ملاحظة التهاب الغشاء الباطن من القلب في أثناء سير
 الروماتيزم المفصل الحاد فلا يشخص أو يشخص مع انه لم يكن موجودا

فينبغي لاجل عدم الوقوع في الخطا الاول عدم الاهمال في البحث بالسمع عن
 قلب المرضى الذين اعتراهم الروماتيزم المفصلي الحاد ولولم تستشك باذني الم ولم
 يوجد عندهم اضطرابات وظيفية كما انه ينبغي لاجل عدم الوقوع في الخطا
 الثاني الاحتراس من تشخيص التهاب الغشاء الباطن من القلب بمجرد ظهور
 لفظ مفاخي فحوقه هذا العضومة حركة السستول فان هذا العرض كما انه
 ينشأ من تخن الصمام الالتهابي يمكن ان ينشأ عن تورغ غير طبيعي في الصمام
 السليم الذي ينشأ عن شدة الحصى ومن التقياضات الغير المنتظمة في القلب ولا
 يمكن تميزها بين الحالتين من بعضهم ما بصفة اللفظ الففخي السستولي مع
 التاكيد ولولان الالفاظ الناتجة عن تغيرات جوهرية في الصمام تكون أكثر
 وضوحا وشدة في الغالب من الالفاظ المعروفة بالالفاظ الدموية فحينئذ لم
 يزل في التشخيص شك الى أن يضم اللفظ المذكور علامات تعدد البطين الايمن
 وامتلاء الشريان الرئوي (كما سبق) واتساع اصمبة القلب عرضا واشتداد
 اللفظ الثاني من الشريان الرئوي أو ان يسمع لغط دياستولي أيضا فان هذا
 الاخير مهما كان كل من رعاوته وضعفه يدل على تغير جوهرى دائما ويكفي
 في تا كيد تشخيص التهاب الغشاء الباطن من القلب في حد ذاته متى ظهر في
 مده سير الروماتيزم المفصلي الحاد

وأصعب من ذلك التشخيص التمييزي بين التهاب الغشاء الباطن من القلب
 الحاد والمضاعف للروماتيزم المفصلي الحاد وبين آفة عضوية في الصمام
 لاسيما عدم كفاية علق الصمام القلسوى الذى يوجد من قبل في مريض
 مع تبره الروماتيزم المذكور فان هاتين الحالتين ليستا ببادرتين اذ قليل من
 الامراض له ميل عظيم للنسكسات مثل هذا الروماتيزم بل كثيرا ما يوجد
 مرضى قد اعتراهم من منذ طفوليتهم في كل سنة نوب كثيرة الطول أو قليته
 من هذا المرض فان لم يكن الطبيب قد لاحظهم من قبل ولم يبحث عنهم
 ثم وجد عندهم بالسمع مقاصد وانبوبة جديدة من الروماتيزم المذكور
 اغطا نفخيا سستوليا فحوقه القلب ووجدت اصمبة القلب أكثر اتساعا
 واللفظ الثاني من الشريان الرئوي أكثر اشتدادا ووضوحا انهم الحال ما لم
 تمكن اعراض تعدد البطين الايمن قد وصلت لدرجة لا يمكن تصور تعلقها بعدم

كفاية غلق الصمام الحاد وفي أحوال أخرى يمكن الوقوف على حقيقة الأمر
بان يعرف هل بقي عند المريض عقب النوب القديمة من الروماتيزم المفصل
الحاد ضيق في النفس أم لا

(الحكم على العاقبة)

الحياة وإن ندرتم ددها بالتهاب الغشاء الباطن من القاب الآن الحكم على
عاقبة هذا المرض بالنسبة لذاته غير جيدة فإنه يكاد يخلفه على الدوام
اضطرابات تمديد الحياة بعد زمن كثير الطول أو قبله ولو في الأحوال التي فيها
يعرف من الابتداء وأما إذا ظهر هذا الالتهاب في الطبقة العضلية من القلب
فيكون أقل خطر لكنه نادر ولا يمكن معرفته
والاعراض التي يستدل منها على الانتهاء الغير الجيدة هي التي تعان باشتراك
الطبقة العضلية من القاب في الالتهاب وهي سرعة النبض الشديدة جدا وقلته
امتلاء الشرايين ومن الاعراض الخطيرة أيضا بل هي أشد من الأولى
الشعور برات والالم في قسم الطحال واتفاخه انتفاخا حادا والتي عو ظهور الدم
أو الزلال في البول واعراض الشلل الجانبي وغير ذلك من اعراض التغيرات
الاتقالية

(المعالجة)

لا يمكن اتمام الدلالة السببية في معالجة التهاب الغشاء الباطن من القلب غالبا
ويوجد بلاشك ارتباط سببي بين الروماتيزم المنصلي الحاد والتهاب الغشاء
الباطن من القلب بان كان المرض الاول يزيد في الاستعداد لهذا المرض
الاخير أو بان كان الارتباط السببي أشد من ذلك لكن مهما كان عدد
الوسائط العلاجية الموصى بها في الروماتيزم المفصل الحاد لا يعتمد عليهم في ذلك
كإمان الطبيب لأقدرته على مقاومة داءه ويكت والامراض الطفحجية الحادة
وغيرها من الامراض التسممية الانتشارية التي تحدث الالتهاب المذكور
أو تزيد في الاستعداد له

وأما دلالة معالجة المرض نفسه فهي وإن استعدت الوسائط العلاجية
المضادة للالتهاب إلا أن هذه الوسائط خصوصا القصد العام لا تجدي نفعا
في هذا المرض وإن قال بمذممتها أطباء فرانسوا والاند كايتر فان القصد العام

و بقيمة تلك الوسائط متى اجريت بدون لزوم كالزئبق الحلو والمرهم الزئبقي على
القول بانهم ما ينقصان تعرضون الدم شديدة الخطر في التهاب الغشاء الباطن من
القلب والحق مع المعلم (ببرجر) حيث قال ان اغراب المرضى الذين يهملون عند
اصابتهم به - هذا الالتهاب لا يهمل كون من نفس المرض بل من المعالجة ولا يجوز
استعمال الاستقرائات الدموية الموضعية الا في الحالة التي يكون فيها الام
في قسم القلب بل في مثل هذه الاحوال يوجد مضاعفة ملحنة لها واما التبريد
الذي نستعمله بكثرة في التهابات الاعضاء الباطنة مثل استعماله في التهاب
الاعضاء الظاهرة فلا يلتجأ اليه الا في الاحوال التي تستدعيه أعنى التي فيها
تكون ضربات القلب في حالة توران عظيم سيما وقد دلت التجارب في الرومانيزم
المفصلي الحاد على ان استعمال التبريد في المفاصل لا يحصل منه الا منفعة
قليلة جدا فحينئذ احوال التهاب الغشاء الباطن من القلب التي كانت خفيفة
في السابق مع معرفتها الآن جيداً بواسطة المقرع والمسماع لم تتحسن
معالجتها بل ان شرع الطبيب في معالجة قاسية بعد الوقوف على حقيقة هذا
فالارفق بالمرضى عدم معرفة الطبيب لهذا المرض بالسمع
واما الدلالة العرضية فتستدعي القصد العام في الاحوال التي فيها يوجد امتلاء
دموي عظيم في الدورة الصغرى مهدد حياة المريض فانه ينبغي في مثل هذه
الاحوال المبادرة بفتح كية الدم مخافة حصول الاوذيميا الرئوية وكل من
سرعة النبض العظيمة جدا وعلامات ضعف فعل القلب والسيانوز ونحو ذلك
يستدعي استعمال الديجيتالا وان خيف حصول شلل في القلب وجب
استعمال المنبهات

تنبيه استعمال هذا الجوهر الدوائي في مثل هذه الاحوال ينبغي أن يكون مع
الاحتراس وعلى شكل منقوع متوسط الشدة والقصد من ذلك تلطيف
حركات القلب وتنظيمها اذ بذلك يتلطف التشنج الميخانيكي الذي يهتري
الصمامات الملتصبة عند غلقها ويتجنب انفصال المواد السدوية من السطح
الباطن للغشاء الباطني من القلب

(المبحث الخامس)

(في الالتهاب القلبي العضلي)

(كيفية الظهور والاسباب)

الجزء الذي يصاب بالالتهاب من القلب في هذا المرض هي الالياف العضلية
فتلين وتسترخي ثم تتلاشى وهـذا التغيير المرضي المفسد يصطبغ تارة بنحوي
الطبقة الغمدية من الالياف العضلية بحيث انه في اثناء امتصاص بقايا هذه
الالياف يملأ المسوح الخلاوي المسافة الخالية وحينئذ يتكون تيبس القلب
وتارة تتلاشى الطبقة الغمدية المذكورة مع الالياف العضلية الاصلية
وحينئذ تنشأ بؤرة في جدار القلب ممتلئة بقايا المواد المتلاشية أعني خراج
القلب ثم ان الالتهاب القلبي العضلي ليس بنادر الحصول فكثيرا ما نرى أثر
هـذا المرض في الاحوال التي تشاهد فيها آفات عضوية في الصمامات القلبية
المتخلفة عن التهاب في الغشاء الباطن من القلب فاسباب الالتهاب القلبي
العضلي حينئذ معظمها كاسباب التهاب الغشاء الباطن من القلب فان اكثر
الاسباب اتجاها لهذا المرض هو الروماتيزم المفصلي المادوهذا الالتهاب ان
حصل بتاثير هذا المرض الاخير كان قاصرا على بورات محدودة من القلب
وينتهي بتيمسها لكنه في بعض الاحوال يؤدي لحصول استحالة ممتدة
في القلب ينشأ عنها انورز يماز منة في هذا العضو والى تكوين خراجات
فيه وفي غالب هـذه الاحوال التي فيها يصاب الالتهاب العضلي القلبي
الروماتيزم المفصلي الحاد يعتبر امتدادا من التهاب الغشاء الباطن من القلب
أو التهاب التامور وفي أحوال اخرى يكون هـذا المرض اكثر امتدادا
واتساحا من التهاب كل من الغشاء الظاهر والباطن للقلب فكأنه قائم بنفسه
ويعتبر كل منهما كأنه امتداد له

وكذا آفات القلب العضوية المزمنة سيما آفات الصمامات كثيرا ما تؤدي الى
حصول هذا المرض وتكوين تيبسات في جدار القلب اكثر من التهاب غشائه
الباطن

وكذا السدد السيارة الناشئة من بورات عنقرينة أو من السدد الذاتية
الوريدية المتلاشية للرئة قد تصل احبانا الى الشريان الاكليلي من القلب فينمذ
يشاهد في الجوهر العضلي من القلب خراجات عديدة في جوهره مع خراجات
أخرى في غيره من اعضاء الدورة العظمى

وكذا التسمم العفن في الدم والقيح وسالمستطيل المدبجد او القرصية
المستطيلة الخبيثة ينتج عنها احيا نخر اجابت في القلب ولولم يثبت دخول
سد سيطرة في الدم

وستتكام على الاتهاب القلبي العضلي الزهري عند الكلام على الداء
الزهري

وأما الاتهاب القلبي العضلي الجرسي فهو نادر جدا مثل التهاب الغشاء
الجرسي الباطن من القلب

*** (الصفات التشريحية) ***

يكاد يكون محاس الاتهاب القلبي العضلي البطين الايسر سيما قسته وقال
الطبيب (تيدريك) انه يكاد يحصل بثرة في الحاجز القلبي العضلي تحت
الاورطى مباشرة لكن أعمدة القلب العميقة كثيرا ما تصاب بهذا المرض
أيضا وذلك مهم بالنسبة لحصول الاقاقات العضوية في الصمامات القلبية
ثم ان الجوهر العضلي في ابتداء هذا المرض يظهر ذلون قائم أو أحمر مسهما
لكن عماقيل يزول الاحتقان الوعائي وتنضج بهاته الالياف العضلية
ويصير الجزء المريض سنجيا بيالينا ويشاهد بالمكروسكوب به ذوال الميازيب
العرضية والطولية من الالياف العضلية تلاشي الالياف نفسها واستحالتها
الى مادة حبيبية رقيقة وكرات شحمية

ومن النادر مشاهدة الاتهاب القلبي العضلي في هذا الدور فان أكثر ما يشاهد
انتهاء لهذا المرض بورات كبيرة أو صغيرة غير منتظمة غالباً ومترعة ذات
لون أبيض محمر أو أبيض فقط وذات تكاثف ندي متيسر في الجوهر العضلي
من القلب وفي بعض الاحوال يكون هذا الجوهر الندي المتيسر ممتدا
امتدادا عظيما في جوهر القلب ومكوثا بالجره بانقراده وفي مثل هذه الاحوال
لا تقارم جد ر القلب التي اعترتها هذه الاستحالة تضغط الدم فتعقد وحينئذ
يتكون عنها انبعاث عبارة عن ورم أو نورزماوى قلبي حقيقي يتميز عن الورم
النورزماوى المزمن للقلب الناتج عن التهاب غشائه الباطني وهذه
الجيوب النورزماوية يكون حجوها من الفتحة الى بيضة الدجاجة بل أزيد
والجره النديية المتيسرة تكون مستترقة بسبب تمددها و احيا نخر فيها

املاح كاسية ولا يندر أن يحتوي تجويةها على طبقات من مواد لينة شبيهة
بالتى توجد في الاورام الانورزماوية في الشرايين وزيادة على ذلك يكون جميع
القلب ممتدا وهذا التمدد يحصل أيضا ولولم توجد انبعاثات أنورزماوية
عقب النذب العديدة التى تحصل في جدره وقد يحصل عن هذه التغيرات
النديبة العظيمة متى كان مجلسها قريبا من محل منشأ الابهر تضايق في تجويف
القلب (وهذا ما سماه نديريك بتضايق القلب الحقيقي)

وعند انتهاء الالتهاب العضلي من القلب يتكون خراج يأخذ بالجوهر العضلي
في امتقاع اللون واللين شيئا فشيئا حتى تتسكون بورة متميزة بسائل مصفر قبيح
ومحاطة بالجوهر العضلي المذكور ويندر أن يتكيس الخراج ويحاط بجوهر
نديبي متيسر بحيث يحفظ متحصلا وان لم يطرأ الموت يكاد يحصل انفجار فيه فان
حصل انفجار الخراج في التامور نشأ عن ذلك التهاب فيه وان حصل هذا
الانفجار في تجاويف القلب وصل متحصلا جوهر القلب المتلاشى الى الدورة
ونشأ عن ذلك عدة تغيرات التتالية ثم انه بانفجار خراج القلب في باطن هذا
العضو يمكن ان يحصل تمزق اندغام الصمامات الابهريه واسه تطراق قسبي
القلب ببعضها ما بل ويمكن تمزق الجدار القلبي بتمامه وكذا بانفجار خراجات
القلب نحو الباطن قد تنشأ انبعاثات في جوهره من ضغط الدم كما ذكرنا ذلك
في المبحث السابق وعبرنا عنه بالورم الانورزماوي الحد للقلب

*(الاعراض والسير)

الالتهاب القلبي العضلي يكاد لا يشخص دائما مدة الحياة مع التاكيد وحيث
ان هذا المرض يكاد يضاعف كل حالة من التهاب الغشاء الباطن من القلب
يسوغ لنا الحكم بوجوده متى أحس المريض بالألم في قسم القلب فان هذا
الاحساس المؤلم لا يوجد مطلقا في التهاب الغشاء الباطن من القلب المحض
لا سيما انه يحكم بوجوده من سرعة النبض العظيمة جدا وصغره وعدم انتظام
فعل القلب ليكن هذا الحكم ليس قطعيا

ويقوى الظن بوجوده هذا المرض وان لم يصل لدرجة تاكيد تشخيصه متى
ظهرت في أثناء سير الروماتزم المفصلية الحد وظواهر تدل على حصول تغير
مرضى في القلب ولم يدل البحث الطبيعي على وجود التهاب الغشاء الباطن

من القلب أو غلافه الظاهر فان انضم لذلك قشعريرات وآلام في قسم الطحال
وظهر في البول مواد زلالية أو دموية وبعبارة أخرى انضخت التغيرات
الاتقالية اكتسب التشخيص درجة تقربه من التأكيدي ومثل هذه
الاحوال قليل

ومتي تكونت تيبسات عديدة في القلب وتمددت بعد ذلك انضخت الظواهر التي
بينها عند الكلام على تمدد القلب وفي مثل هذه الاحوال لا يمكن معرفة
درجة تأثير تمدد القلب أو استحالة في بقاء الدورة وامتلاء الاوردة كما انه
متى عرف عدم كفاية غلق الصمام القلبي وسار تشخيصه يمكن للطبيب ان
يظن بوجود استحالة في الاعمدة اللحمية للقلب وانما هي التي احدثت هذا
المرض

وكل من التيبسات الممتدة في جدر القلب وضيقه الحقيقي والورم
الانور زماوى المزمع يحدث كما قاله المعلم (تيدريك) جميع الاعراض الدالة
على ضعف فعل القلب العضلي ضعفا عظيما فتصير ضربات القلب غير مدركة
غالباً والنض الشرياني صغير جداً غير منتظم ومقطعاً وينضم له هذه
الظواهر لتون سمانوزي عظيم جداً واستسقاآت فان أريد تشخيص حالة
مرضية من هذا القبيل وأمكن الطبيب ان يوجود آفة عضوية في الصمام
تكون سبباً لتوزيع الدم غير الطبيعي وينشأ عنها مجموع الاعراض
السابقة ساغ لنا تصور وجود تيبسات منتشرة في القلب لكن لا يمكنه مطلقاً
تشخيص ذلك مع التأكيدي ولو نفي وجود غير هذه التغيرات من آفات
القلب العضوية كتمدد القلب مع ضموره والاستحالة الشحمية الممتدة
فيه وغير ذلك

وأما اعراض خراجات القلب وتثقباته المحتملة فلا يمكن أيضاً معرفتها مع
التأكيدي الا نادراً جداً وذلك بظهور التغيرات الاتقالية العديدة بل
والتشخيص هنا لا يكون كذلك الا تقرياً بالعقل

* (المعالجة) *

يكاد لا يمكننا التكلم على معالجة الالتهاب العضلي من القلب حيث ذكرنا
ان تشخيصه مع التأكيدي غير متيسر حتى انه في الحالة التي فيم يمكن تشخيص

هذا المرض أكيد لا يختلف عن معالجة التهاب الغشاء الباطن من القلب
وليس للصناعة قدرة على تحليل التبيسات القلبية كما انه لا يمكن منع دخول
السدد السارية عقب تدفبات خراجات القلب أو إيقاف تأثيرها فلا تكون
المعالجة حينئذ الاعرضية

• (في الآفات العضوية للصمامات القلبية) •

الآفات العضوية للصمامات عبارة عن التغيرات المرضية للصمامات التي
يكون لها تأثير في وظائفها وفي توزيع الدم به بالدلت وتغيرات الصمامات
التي تحصل بدون اعراض مرضية ولها أهمية تشريحية مرضية فقط
لا كإيها كقيمة ولا تتكلم عليها في المباحث الآتية هي أولا الضخامة
البيسيطة للصمامات وهذه توجد خصوصا في الصمام القلنوسوى بقرب حافته
السائبة على هيئة بروزات متكونة من غوخلوى شبيه بالهلامى في صمام
الشراقات السائبة من الحافة السفلى للصمام المتعلق بانفراجها غلق
الصمام وانسداده تبقى مصونة عن الاصابة في تلك الضخامة بخلاف ما يحصل
في التهاب الغشاء الباطن من القلب وما يقبه من التغيرات المرضية فان
هذه الشراقات يحصل فيها تخن وتكاثف والتواء وثنايا عظم الصمام
الذى يعتبره مع رقة في جوهره متصل عددي في فوهته وثالثا تدفبات الصمام
وهي عبارة عن شقوق صغيرة يضاوية الشكل كثيرا ما تشاهد في الصمامات
بدون ان تعوق اتمام وظائفها

وأما التغيرات الرئيسية في الصمامات فهي التي يعبر عنها بعدم كفاية غلق
الصمام ونضايقه وهاتان الحالتان كثيرا ما تصطبجان لكن الغالب ان تغلب
احدهما الاخرى ويعنى بعدم كفاية غلق الصمام الاحوال التي فيها لا يكون
للصمام قدرة على منع تقهقر الدم في التجوير الذى كان من وظيفة غلقه
فى أثناء انقباض البطن اذ لم يتدفع جميع ما احتوى عليه من الدم الى
الاجر أو الشريان الرئوى وتقهقر جزء منه الى تجوير الذى لا يذنب ثانيا يقال
ان الصمام القلنوسوى أو ذ الشراقات الثلاثة في حالة عدم كفاية غلق وكذا
فى أثناء حركة استرخاء البطن اذ ارجع جزء من الدم الذى كان قد وصل الى
الاجر أو الشريان الرئوى وتقهقر نحو البطن يقال حينئذ ان الصمام السبني

في حالة عدم كفاية غلق وأما ضيق الصمام الذي حقه أن يسمى ضيق فوهة الصمام فيعرف به الحالة التي فيها يجد العمود الدموي المار مقاومة غير طبيعية بسبب ضيق الفوهة المار هو منها

والتأثير العمومي للآفات العضوية من الصمامات وإن كان واحدا وهو بطء الدورة إلا أنه يختلف بحسب اختلاف مجاسها وتأثيرها في توزيع الدم فإن الجسم يمكنه أن يتحمل تأثير بعض آفات عضوية صمامية زمنيا طويلا دون البعض والذي يظهر لنا أن من الصواب عدم التكلم بجمالية الآفات العضوية من الصمامات بل تتكلم عليها تفصيلا كل على حدة وإن الخنازلك إلى بعض تكرار فلا يخجلون فائدة

وحيث إن كيفية حصول الآفات العضوية من الصمامات الاورطية أكثر بساطة من آفات الصمام القلبي واعراض الاولى اسهل بيان من اعراض الثانية فلا بد وأن نبدأ بالكلام على الآفات العضوية من صمام الاورطي وكما أن الآفات العضوية من صمامات القلب الايمن اندر حصولا من صمامات القلب الايسر فلا بد وأن نذكرها عقب ذلك

• (المبحث السادس) •

• (في عدم كفاية غلق صمام الاورطي وتضيق فوهته) •

• (كيفية الظهور والاسباب) •

أما غلق الصمامات السنية فإنه يحصل بكيفية مختلفة عما هي عليه في الصمامات الأذينية البطينية فمحتاج في غلقها إلى فعل حيوي وهو الانقباضات العضلية في الأعمدة اللحمية فإن لم يتيسر بضغط الدم في أثناء استرخاء البطين الايسر انفراج حوائط الصمامات السنية وتقريرها من بعضها بعد أن كانت منطردة فتوجد الشريان في أثناء انقباض البطين تقهر الدم في الأذين الايسر وينتد يكون الصمام السيني من الاثر في حالة عدم كفاية غلق وإن لم يتيسر للدم المنفذ من البطين الايسر مدة انقباضه تبعه الصمامات السنية من بعضه أو دفعها نحو جدران البطين بقيت بارزة في قطر فوهته تكون ما يسمى بضيق فوهة الايسر أو بضيق الصمام الايسري وأقل مما ذكر حصوله انكماش حلقة اندغام الصمام وبذلك تتضيق

فوهته

والتغيرات المرضية التي ينبت عليها كل من عدم كفاية غلق الصمام الاورطي
وضيقة تكون نتائج لتغيرات النهائية ويندر أن تكون التغيرات المذكورة
ناشئة عن امتداد التهاب الغشاء الباطن من القلب الذي شرحناه في المبحث
الرابع الى صمام الاورطي والغالب ان تكون ناشئة عن التهاب ذي سبب
من في الشرايين ينتهي بما يسمى اثروما الشرايين اي ورمها العجيني ومن
ذلك يتضح بسهولة ان الاوقات العضوية للصمام الاورطي اكثر ما تحصل في
الس المتقدم جدا وان لم يكن ذلك على الدوام فان اثروما الشرايين فيه
أكثر حصولا منه في سن الشباب كما ان حصول الاوقات العضوية للصمام
الاورطي يحصل حصولا بطيئا تدريجيا بسرعة كاتقات الصمام القلبي
العضوية التي تنشأ عن التهاب الغشاء الباطن من القلب
* (الصقات الشريحية) *

متى الى الابهر بالماء بعد قطع القلب والشريان الابهري واستخراجهما من
الجنبة امهلا تاما حتى تتوتر جدره وسال الماء في البطين اهدم تقارب الحواف
السائبة من الصمام الى بعضها جاز الحكم بان الدم كان يتقهقرا ايضا مدة الحياة
فيعتبر الصمام حينئذ انه في حالة عدم كفاية غلق

ثم ان التغيرات الشريحية التي ينبت عليها جمل الصمام غير كافية في الغلق
هي في الغالب عبارة عن انكماش الصمام وقصره بحيث ان حوافه لا يلامس
بعضها بعضا ولو انفردت بضغط الدم عليها وكذلك كل من تخن الصمام
وتيبسه على حدته يعوق غلقه اذ بذلك لا يكفي ضغط الدم في انقراج الصمام
ويكاد كل من هذين السببين يحصل في آن واحد ويندر أن يكون
السبب المادي في عدم كفاية غلق الصمام كلا من التصاق الصمام مع
جدر الشريان الاورطي وقزقه أو انفصال أحد أجزائه السببية عن محل
اندفاعها

ويوجد على الدوام في الجنبة مع التغيرات المذكورة الكاتمة في منشأ
الشريان ضخامة دائرية في البطين الايسر عظيمة جدا بحيث يكاد لا يشاهد
مثلها في أحوال أخرى فان تخن جدر هـ ذا البطين يمكن أن يصل الى

قيراط وتجو يفها يسع قبضة اليد وقد ذكرنا فيما تقدم ان تعدد هذا البطين
نتيجة ضرورية للضغط الشديد الذي يعتري السطح الباطن لها مدة حركة
الدياستول وان ضخامتها نتيجة ضرورية لازدياد مجهوداتها العضلية متى
التجبرت على دفع كمية زائدة من الدم واحتاجت لافعل مجهودات قوية ومعظم
الاعراض التي توجد في عدم كفاية غلق الصمام تخص هذه الضخامة العظيمة
لجدار البطين الايسر وقد شرحنا في البحث الاول التغيرات التي تحصل في
شكل القلب عند ما تعتري الضخامة الدائرية البطين الايسر وذكرنا ان باقي
اجزاء القلب يعتبرهم الضخامة ايضا وان الحاجز القلبي يتدفع جهة البطين
الايمن فيضيق تجويفه

واما ضيق الصمام الايسر فقد يكون عظيما جدا بحيث لا يمكن ادخال
الخنصر في الفوهة المتضايقة والتغيرات التشريحية التي ينشأ عنها الضيق
هي في غالب الاحوال عين فنح الصمام وانكاشه السابق شرحهما انفا
فالصمام يمكن أن يكون في منشأ الاورطي بروزات ذات مقاومة بحيث
لا يمكن التيار الدموي مدة استول البطين دفع الصمام نحو جدار الشريان
كما لا يمكن بضغط الدم مدة دياستول البطين تقرب الحوائط السائبة من
الصمام الى بعضها وكذا قد ينشأ ضيق الصمام العظيم عن التصاق الصمامات
السينية مع بعضها لاسيما كلما امتد الالتصاق نحو المركز والتولدات
الصمامية المتباعدة تبساغضروفا التي كثيرا ما تكون مجلس التراكبات
كاسمية تزيد في تضيق الصمام ان لم تحدثه بافقرادها وذلك نادر

ثم ان البطين الايسر في احوال تضيق صمام الاورطي تضيقا بسيطا
لا يعتبره ضغط قوى في أثناء الدياستول ولذلك لا يتدد لكنه يكون مجبورا
على دفعه كله من فوهة متضايقة تزداد مجهوداته ولذا يعتبره الضخامة
فينبغي على ذلك انما في احوال ضيق الصمام نرى حصول ضخامة بسيطة
في هذا البطين بعكس ما يشاهد في احوال عدم كفاية غلق الصمام فان الضخامة
فيها تكون دائرية

وحيث ان نفس الآفات الضرورية للصمامات تحدث في اغلب الاحوال كما
ذكرنا عدم كفاية غلق الصمام تارة وتارة ضيقه كما ان عدم كفاية غلق الصمام

نارة يكون هو المتغلب على ضيقه ونارة بالعكس فبجدت تقلت قدر يحمية
ما بين الضخامة البسيطة والدائرية العظيمة

* (الاعراض والسير) *

اعلم انه كان حق كل من تضايق الصمام السيني للاورطى وعدم كفاية غلقه أن
يفشأ عنه بطء في الدورة على الدوام وكان يترتب على ذلك قلة تكرار رجوع
الدم الى الرئتين ثانيا فيكتسب بذلك صفة وريدية (فانه بكل حركة تستولمة
اما ان يندفع من البطين كمية قبله من الدم وان جراً منه يرجع الى هذا
التجو بف ثانيا مدة الدياستول) وكان حق نتيجة ذلك ان يقبل الابهر هو
وتفرعاته قلبا من الدم وان الدم يتراكم في الاوردة الرئوية ويركد فيه لانه
يكون ممنوعا عن الانصباب في البطين الايسر وان الدورة الصغرى تكون
مشحونة بالدم وممتلئة به وان الدم لا يجد له محلا كافيا في هذه الدورة اقله قبول
الاورطى له وانه يتجمع أخيرا في اوردة الدورة العظمى فينشأ عنه لون
سيانوزى واستسقاءات ونحوها ومع ذلك فكل هذا لا يحصل بالكلمة عادة زمنا
طويلا جدا وهذا فائى عن تضاد فعل ضخامة البطين الايسر وآفة الصمام
وتضاد نتيجتهما أيضا فان الاولى تعادل التأثير المضر لآفة الصمام العضوية
وتشلها او بذلك تتعادل آفة الصمام فكلما أن آفة الصمام تحدث بطأ في الدورة
وتضيق الدم وريديا كذلك الضخامة تحدث سرعة في الدورة وتكسب
الدم صفة شريانية وكان آفة الصمام تحدث تناقضا في امتلاء الاورطى
فكذلك الضخامة تحدث ازديادا فيها وكان آفة الصمام تعوق استفرغ
الاوردة الرئوية وتحدث امتلاء الدورة الصغرى بالدم فكذلك الضخامة
تسهل استفرغ هذه الاوردة وتنهص كمية الدم في الدورة الصغرى

ثم اتماقتى اعتبرنا ما ذكر من الاحوال السابقة اتضح لنا جيدا لماذا ان
الاشخاص المصابين بآفات عضوية عظيمة في صمام الاورطى متى كان عندهم
ضخامة في البطين الايسر معادلة لهذه الآفة العضوية الصمامية يكونون
في الظاهر متمتعين بصحة جيدة حتى لا يوجد عندهم ضيق في النفس فان هذا
عرض لا يفقد بالكلمة في أحوال الآفات العضوية للصمام القلنسوى وقد
تشبهى المرضى بحقيقة ان قلبى لىكن ليس على الدوام كما تقدم ذلك وهما على

الخصوص بسـتغرب من كـون المرضي لا يشـتكون من ارتـجاج جـدر
 صدرهم واحيانا تظهر نوب آلام في الصدر والذراع اليساري كما سنبين ذلك
 في مبحث الالم العصبى للقلب
 ثم ان الصحة النسبية توجد في كل من عدم كفاية غلق الصمام الاورطى وضيقة
 وبالجملة فيختلف سبباً أعراض كل من هاتين الحالتين او غلبة احداهما
 على الاخرى فانه في أحوال عدم كفاية غلق الصمام تطرأ عوارض واطـار
 تنشأ عن الضخامة الدائرية التابعة فان هذه الضخامة تعادل عدم كفاية
 غلق الصمام بالكيفية الاتية وهى انها تدفع موجة دموية عظيمة في المجموع
 الاورطى مدة السستول وبذلك يحصل في الايهر وتفرعاته ضغط عظيم جداً
 مدة انقباض البطين وهذا الضغط لا يعود الى حالته الطبيعية الا في أثناء
 الدياستول وذلك لان كمية الدم الزائدة عن العادة تتقهقر في البطين الايسر
 من فوهة الصمام السكائنة في حالة عدم كفاية غلق وفي الغالب تشتمكى المرضى
 في مثل هذه الاحوال بدوار وآلام في الرأس وشـرر أمام العين وفي احوال
 اخرى قد تم لك نوب سكتية ويندر ان يحصل عندهم نوب ضيق النفس
 وجميع هذه الاعراض والاطـار لا تنشأ عن آفة الصمام بل عن ضخامة القلب
 كما ينهاه في المبحث الاقول وأما في احوال تضايق الصمام فان اعراض عوق
 الدورة تكون اعظم من اعراض الضخامة القلبية التابعة فالمرضى وان
 بقيت في حالة صحة ظاهريه زمن اطويلا ولم يحصل عندهم امتلاء عظيم
 في الاوردة الا انه يظهر فيهم اعراض قلة امتلاء الشرايين التي تظهر قبل
 اعراض امتلاء الاوردة فتكون ذات لون باهت ويظهر عندهم اعراض
 انيميا الدماغ ويعتريهم نوب انحاء بخلاف ما يظهر عند المرضى المصابين
 بعدم كفاية غلق الصمام من احتمالان الدماغ والاستعداد للسكتات
 والصحة النسبية المذكورة التي تشاهد عند المصابين بأفات في الصمامات
 الاورطية تفقد بعد استقرارها مدة من السنين وذلك يحصل غالباً فجأة فان
 ضخامة القلب الايسر لا يكون لها قدرة على تعادل آفة الصمام سواء
 اعترى الطبقة العضلية الضخمة من القلب استحالة مرضية وانضم لذلك
 عدم كفاية غلق في الصمام القلتسوى ناشئة عن التهاب مزمن في الغشاء

الباطن من القلب الذي كثيرا ما يضاعف آفة الصمامات وسواء ازدادت
آفة صمام الاورطى نفسها او انضم لذلك اثر وما عتد في الجموع الشرياني
وبذلك تزداد عواتق الدورة فلا يكون للضخامة قدرة على قهر العواتق
الدورية وحينئذ تظهر الاعراض التي ينهاها في ابتداء الكلام على الاعراض
فيحصل للمرضى ضيق في النفس وتنتهي أوردة الدورة الصغرى بالدم
ويظهر كل من السيانوز والاستسقاآت وهي اعراض يتقدم ظهورها
بسرعة في الاعاقات العضوية من الصمام القلبي وسوى ولذا نشرحها في المبحث
الآتى

والمرضى تمهلك اما باوذيم الرئتين أو بالسكتة الدماغية في أحوال عدم كفاية
غلق الصمام أو بالسدد الدموية السيارية التي تنشأ عن آفات صمام الاورطى
كما تنشأ أكثر من ذلك عن التهاب الغشاء الباطن من القلب والتهاب العضلي
اذ في اغاب الاحوال التي فيها كان سبب الموت الجزئي في الدماغ سدا
سيارة في الشرايين الكائنة في حفرة سيلفيوس كان يوجد آفات في صمامات
الاورطى

* (العلامات الطبيعية لعدم كفاية غلق صمام الاورطى) *

يستدل بكل من البحث بالنظر وبالجلس على العلامات الخاصة لضخامة البطين
الايسر فيوجد احيانا ارتفاع في قسم القلب وضربات هذا العضو تكون
متزايدة غالباً بزيادة عظيم بحيث ترتج جدر الصدر في امتداد عظيم
وتكون قوة القلب ممتدة الى أسفل بحيث تصل الى الضلع الثامن احيانا مع
تحولها جهة الوحشية ويستدل بالقرع على استتالة القلب ما لم تحتف بسبب
امتداد القص الايسر من المكبد فلا تصير معاومة مع التأكيد وبالتسمع يسمع
حذاء المسافة الضلعية الثانية والثالثة وعلى القص وحاقته انعط مرضى بدلا
عن الصوت الثاني من القلب ينشأ عن التوجات الغير المنتظمة والغير التامة
للصمام الخشن ذى الشكل الغير المنتظم وقد يسمع نادرا مع هذا اللفظ المرضى
الصوت الثاني الطبيعي من القلب ولو ضعيفا وهذا يحصل في الاحوال التي فيها
لم يزل احد الصمامات السينية الاورطية باقيا سليما فيتموج تتوجا طبيعيا بالدم
القارع عليه وهذا اللفظ كثيرا ما يمتد بعيدا سيما في اتجاه الدم المنقهقر

في البطنين فحينئذ يسمع مع الوضوح على طول الحافة اليسرى في القوس ونحو
 الوحشية الى قمة القلب واللغظ الاول في الاورطي **ي** يكون موجودا
 في بعض الاحوال التي فيها يكون عدم كفاية غلق الصمام غير محسوب بضيق
 فيه ولا بروزات على السطح السفلي من الصمام ويكون قوي او في اغلب
 الاحوال يظهر هذا اللغظ الصفة الخاصة بتضايق فوهة الاورطي وأما اللغظ
 الاول من الصمام القلنسوي فانه يقع في كثير من الاحوال ووجه ذلك المعلم
 (تروية) بان البطنين الايسري يأتي اليه الدم ويهرع من جهتين مدة الدياستول
 فان الدم يأتي اليه من الاذين ومن الاورطي وحينئذ يصل جدره الى توتر
 أعظم من الضغط الواقع على الدم المنصب من الاذين وبذلك ينشأ تيار دموي
 متجه من البطنين الى الاذين عكس سيره الطبيعي فيحدث غلق الصمام القلنسوي
 في أثناء **س** كة الدياستول وقد يسمع أحيانا مع اللغظ الدياستولي صوت
 دياستولي ناشئ عن سرعة انغلاق الصمام القلنسوي وأما صوت الشريان
 الرئوي فانه يكون طبيعيا مالم توجد مضاعفات ومن العلامات الخاصة
 بعدم **ك** كفاية غلق الصمام الابهرى الظواهر التي تشاهد في الشرايين
 الدائرية ولو كان معظمها ناشئا عن الضخامة الدائرية للبطنين الايسر وذلك
 ان الشرايين السباتية يظهر فيها نبضات واضحة قوية جدا وعند السمع
 لا يحس بلغطين واضحين كما في الحالة الطبيعية (الذين ينشأ أولها عن توجبات
 جدر الشرايين المتمددة من الموجة الدموية وثانيتها ينشأ عن امتداد الصوت
 من الصمامات السينية) بل يقع اللغظ الثاني وذلك لان الصمامات السينية
 لا يحصل فيها تموجات طبيعية أو يسمع بدلا عن هذا الصوت اللغظ الذي
 ينشأ في نفس الصمام السيني وذكر المعلم (مبجر) أن الصوت الاول
 في الشرايين السباتية يكون أصم أيضا ويحل محل اللغظ مرضي ووجه ذلك
 بالتوتر العظيم في جدرها نيك الشرايين وكذا الشرايين الصغيرة البعيدة عن
 القلب يحس فيها بصوت واضح مدة تمددها ناشئ عن تموج جدرها ومن
 العلامات الواضحة ايضا السيراتوج في الشرايين الزندية والنبض الواضح
 الذي يحس فيها وفي الشرايين التي أصغر منها وجميع هذه الظواهر ما عدا
 اللغظ الدياستولي المتمد في الشرايين السباتية يحصل أيضا في ضخامة

القلب الايسر العظيمة الغير المحسوسة بهدم كفاية غلق الصمام الاورطى الا
 انه ينضم اليها ظاهرة اخرى في الشرايين واصفة للافة الصمامية العضوية
 التي نحن بصدددها وهي زوال تمدد الشرايين زوالا مريعا فان هذا التمدد
 لا يستمر الا برهة قليلة جدا من الزمن وهذه الظاهرة المعروفة بالنقبض السريع
 تنشأ عن كون الشرايين التي تتمدد في أثناء الاستمول البطيئ يستفرغ الدم
 منها مدة الحركة الدياستولية للبطين من جهتين فتمتبط بسرعة وقد رأى المعلم
 (ترويه) في استفرغ الشرايين واسترخائها بسرعة مدة الدياستول توجبها
 الظاهرة الاتية من أنه في أحوال عدم كفاية غلق الصمام الاورطى العظيم
 جدا يسمع أحيانا في الشريان الفخذي صوت مزدوج وفي بعض الاحوال
 من هذا المرض تكون العلامات الطبيعية لضخامة القلب الايسر الدائرية
 قليلة الواضوح جدا فقامة القلب تفرغ في المسافة الضلعية الخامسة أو
 السادسة وضربات القلب لا تكون رافعة لحد الصدر ومن أصيب بذلك
 من المرضى فانه يتشكى بضيق النفس لان آفة الصمام لا تكون متعادلة
 والرئة ممتلئة بالدم وليس عندنا توجبها كفاية هذه الظاهرة الاستثنائية
 * (العلامات الطبيعية لضيق الصمام الاورطى) *

بالبحث بالنظر والجس يستدل على علامات ضخامة القلب الايسر البسيطة
 فنقبضات القلب تكون قوية وبقته متحوالة ونحو الاسفل غير ان كلامنا ليس
 بنسبة درجته في عدم كفاية غلق هذا الصمام وعند الجس يحس بأزيز
 واضح حذاء الاورطى يصاحب حركة الاستمول وهذا الازيز يندرج جدا
 في عدم كفاية غلق الصمام وعند التسمع يحس بغط يستولى حذاء صمام
 الاورطى يكون واضحا جدا ويمتد الامتداد اعظيما بحيث يسمع في جميع سطح
 القلب بل وفي جميع سعة الصدر مغطيا لجميع الغاط القلب وفي أثناء حركة
 الدياستول البطيئ يندران يسمع صوت ضعيف بل الغالب ان تصطب
 هذه الحركة بغط مرضي فان ضيق هذا الصمام يندران يكون منفردا والغط
 المستولى الاورطى يمتد غالبا الى الشرايين السباتية لكن ليس على الدوام
 وكذا اللغط الثاني من القلب لا يسمع غالبا في الشرايين السباتية وفي هذا
 المرض يكون النبض صغيرا سهل الانضغاط وليس ممتلئا اصلا كما في عدم كفاية

غلق الصمام ويكون امتهلاؤه بطيئا بخلافه في الاخير فانه يكون سريرا وكثيرا
 ماتكون ضربات النبض في الشريان الزندي غير موافقة في الزمن لضربات
 القلب بل تتأخر عنه وجميع ما ذكر من صفات النبض ناشئ عن كون الموجة
 الدموية لا تمتد في البطين الا يسر بواسطة الفوهة المتضايقة الى الشرايين
 الايطه ومعرفه ذلك من المهم جدا في التشخيص وذكر المعلم (تروية) ان قلة
 امتلاء الشرايين الكليية ينشأ عن اقله انقباض الطبقة العضلية القلبية له
 الدم فتتناقص سرعة النبض

* (المعالجة) *

معالجة عدم كفاية غلق الصمام الاورطي هي عين معالجة ضخامة القلب
 مادام التعادل اتمام موجودا فينبغي تجنب الافراط في المشاكل والمشارب
 والامتناع من المشاق الجسمية والعقابة بغاية الاحتراس وتجنب ما يحدث
 الاحتقانات في الدماغ بواسطة الميانات الخفيفة وأما الفصد العام فلا ينبغي
 اجراؤه الا في الاحوال التي فيها يخشى حصول الخطر من ازدياد ضغط الدم في
 الدماغ لاسيما وان اجراءه يعين على حصول الاستحالة المرضية في القلب
 ويساعد على رقة الدم وسهولة حصول الاستسقاءات وأما تضايق الصمام
 الاورطي فانه يحتاج لو سايط مخالفة لما ذكر فان القصد من معالجته ليس ازالة
 الاحتقانات الدموية الخفيفة وتلطيف حركات القلب بل القصد منها تحسين
 تغذية الجسم فبفتحها تغذية القلب بحيث ان انقباضاته تتم بقوة كافية
 فتغلب على العائق الصكائن في فوهة الصمام الاورطي فيؤمن للمريض
 بالاعذية الحيوانية المقوية ونعاطي قليل من النيمذ ونحو ذلك وهذه الامور
 يلجأ الى اجرائها في هذا المرض بعكسها في عدم كفاية غلق الصمام فانه لا ينبغي
 استعمالها والاستفراغات الدموية لا يسوغ فعلها هنا بالكليية وأما
 الديقنالا فلا ينبغي استعمالها الا في الاحوال التي فيها يتبدى التعادل
 في التناقص وأكثر تأثيرها وأجوده في الاحوال التي فيها تكون ضربات
 القلب سريعة جدا بحيث ان البطين الايسر لا يكون له زمن كاف لاجل دفع
 محتواه في أثناء حركة الاستتول القوية من الفوهة القصيرة

* (المبحث السابع) *

* (في عدم كفاية غلق الصمام القلنسوي ونضايق

الفوهة الاذينية البطينية اليسرى) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

عدم كفاية غلق الصمام القلنسوي ينشأ في معظم الاحوال بالقيمة التي
 به يحصل عدم كفاية غلق الصمام الاورطي وفي احوال أخرى قد ينشأ عن
 تغيرات مرضية في الاعمدة اللحمية من القلب والوترية له بل هنالك احوال
 يكون فيها الصمام القلنسوي في حالة عدم كفاية غلق مدة الحياة بدون أن
 يوجد فيه تغيرات مدركة في البنية وأما نضايق الفوهة الاذينية البطينية
 التي كثيرا ما تشاهد مع عدم كفاية غلق الصمام القلنسوي فانه يحصل امان
 انقباض الفوهة الصمامية وضيقها ومن التصاق شرفات الصمام ببعضها
 او التصاق الاحبله الوترية

وأسباب هذا العيب في الصمام ناشئة غالباً عن التهاب الغشاء الباطن
 من القلب أو التهاب العضلي ويندر أن ينشأ عن التغير الاثر وما توزي
 وانما في الاحوال التي فيها ينضم الى عيب الصمام الاورطي آفة عضوية في
 الصمام القلنسوي تكون ناشئة عن شكل الالتهاب المزمن المسمى
 للاثر وما توزي

* (الصفات التشريحية) *

التغيرات التشريحية التي توجد في احوال عدم كفاية غلق الصمام
 القلنسوي عبارة عن قصر عظيم في شرفات الصمام مع تخنق وتيبس فيها
 وكثيرا ما تشمل على تراكمات كلسية مسطحة وتفقدها الشرفات الرفيعة من
 حواف الصمام الدقيقة الساتبة فهذه الاخيرة تكون حوية تخينة متكاثفة
 مندغمات فيها الخيطية وترية ناشئة من الاعمدة اللحمية للقلب بحيث لا يوجد أثر
 من التفرعات الثانوية للاخيطية الدقيقة الوترية الناشئة من التفرعات
 الاولى ومنذ غمغمة في شرفات الصمام وفي احوال أخرى يوجد بدل ذلك هذه
 التغيرات أو معها تمزق في الصمام يصيب بالاكثرا الخيطية الوترية بحيث
 يوضح بالنظر زيادة عن كونها مجامسا للتولدات المرضية التي سبق شرحها انما
 كانت تتقلب في الاذنين مع الصمام في أثناء مر كته يستول البطين بان دفاعها

بالتيار الدموي الذي يتقهقر في الاذين واندر من ذلك أن تكون الاعمدة
 اللحمية ملتصقة بالصمام القلنوسوي او ان الصمام نفسه يكون ملتصقا
 بجدر القلب بحيث ان شرافاته لا يمكنها التقارب من بعضها وبالجملة قد يوجد
 في بعض الاحوال استحوالات مرضية وتيبس تمدد في الاعمدة اللحمية
 ويكون ذلك سببا للاآفة العضوية التي نحن بصددنا وعند فقد تلك
 التغيرات الشريحية التي تدل على عدم كفاية غلق الصمام القلنوسوي دلالة
 أكيدة يغلب ويقرب للعقل ان الاعمدة اللحمية في مثل هذه الاحوال
 تكون مجلسا لتغيرات غير مدركة ومن المهم معرفة التغيرات التي تظهر
 في تجاويف القلب وجدره في أحوال عدم كفاية غلق الصمام القلنوسوي
 فالاذين الايسر الذي يتقهقر الدم اليه ويرجع فيه مدة يستقبل البطين يكون
 على الدوام مقمدا عاردا عظيما وجدره تخينة وكذا الاوردة الرئوية تكون
 مقمدة هي والشريان الرئوي وكذا القلب الايمن أعنى البطين الايمن والاذين
 الايمن يكون في حالة تمدد ايضا والبطين الايمن يكون مجهودا نه متزايدة يقع
 في حالة ضخامة عظيمة جدا بحيث ان سمك جدره يصل الى ثخن جدر البطين
 الايسر بحيث لاتتم بط جدره عند شدقه كما في الحالة الطبيعية بل يبقى محمل
 الشق مفتحا وتلك الجدر ذات مقاومة مثل جدر البطين الايسر ويكاد يوجد
 على الدوام مع ذلك تردد وضخامة في البطين الايسر الذي كان الدم يسيل فيه
 مدة استرخائه بضغط متزايد

وكان شرافات الصمام القلنوسوي تكون قصيرة في حالة عدم كفاية غلق هذا
 الصمام تكون متضايقة في العرض في حالة تضايقه وانكماش الصمام في هذا
 الاتجاه او فوهته هو السبب الغالب الذي يعاقب سبيلان الدم من الاذين
 الايسر الى البطين الايسر وحيث كان من الواضح ان الصمامات المنتفخة
 عقب اصابتها بالتهاب الغشاء الباطن من القلب المتكون فيها منسوج خلوي
 جديد التسكوين وانكسرت في احد اتجاهاتها يكاد الصمام على الدوام
 يكون اكثر قصرا وعرضا فينشأ عن ذلك عدم كفاية الغلق والتضايق في آن
 واحد وفي أحوال أخرى تكون الخوافي السفلى من شرافات هذا الصمام
 أو الاعمدة الوترية ملتصقة ببعضها بحيث يكون هذا الصمام نوعا عرضه

فحوال الذين وفحتمه الضيقة فحوال البطنين وضيق هذه الفتحة قد يكون عظيما بحيث يتعذر ادخال اكلة الخنزير فيها وكذا التولدات الفطرية في الصمامات التي هي كثيرا ما تكون في احوال عدم كفاية غلق الصمام على شكل ترا كانت متبسية حامية مغطية للصمام تعين على تضايق فوهته و كذلك يوجد على الدوام في احوال تضايق الصمام القلنسوي كل من الاذين الايسر والاوردة الرئوية والشريان الرئوي والبطين الايمن والاذين الايمن مقدماتا ووجدت التجاويف القلبية المتعددة يظهر فيها الضخامة التي تقدم شرحها واما البطين الايسر فيظهر فيه حالة الخناق لما يحصل فيه عند وجود عدم كفاية غلق هذا الصمام فانه بدل أن يكون هناك واقعا في الضخامة متمدرا يكون هنا غاليا ضيقا وجدره مستترقا أكثر من كونها اسميكة وقد تقدم توضيح هذه الحالة فان الضغط الذي يتدفق به الدم في هذا البطين وان كان عظيما الا ان الضغط الواقع على جدره يكون خفيفا لان ازدياد القوة الدافعة يضعف بازدياد المقاومة الموجودة في الفوهة المتضايقة

* (الاعراض والسير) *

نتيجة عيب الصمام القلنسوي بالنسبة للدورة وتوزيع الدم كان حقا ان تكون مثل النتيجة التي تحصل في عيب صمام الاورطي غير المتبادل متى لم يكن عيب الصمام متعادلا فانه في أثناء حركة الاستول البطيني عند عدم كفاية الغلق لا يتدفق الاجزء من الدم في الاورطي ويتجهقر الجزء الاخر منه في الاذين الايسر وفي تضايق هذا الصمام لا يهرع الاقليل من الدم الى البطين الايسر ففي كلنا الحالتين كان حق كمية الدم المندفق أن تكون قليلة والدورة بطيئة وكذا أوعية الدورة الكبرى كان حقا أن لا يوجد فيها الاقليل من الدم فتمت قبض عروتها وكان حق الدم أن يكون مترا كفايا ووعية الدورة الصغرى بدلا عن الكبرى ولو كانت أوعية الصغرى لا تقبل كمية الدم العظيمة لاحتبس الدم في أوردة الدورة الكبرى وجميع هذه الاضطرابات الدورية وتوزيع الدم يمكن تعادلها في احوال عيوب صمامات الاورطي بواسطة ضخامة البطين الايسر وكذا يمكن تعادل معظم الاضطرابات الدورية لاجمعها في احوال عيوب الصمام القلنسوي بواسطة ضخامة البطين

الايمن فان القلب الايمن المتمدد الواقع في الضخامة يدفع كمية عظيمة جدا من
الدم بقوة عظيمة في اوعية الدورة الصغرى بحيث ان الدم الساكن في الاوردة
الرئوية والمخاط يجد هذه الاوردة المتمدة يكون تحت ضغط قوى جدا
فيسترتب على ذلك سريان الدم ولو بقطع النظر عن تأثير الاذين الواقع في
الضخامة بقوة وسرعة عظيمتين في البطن الايسر بحيث ان تأثير تضاييق
الصمام يتعادل بالكلية فالباين الايسر يقبل كمية كافية من الدم ولومع
التضاييق فلا تنبسط الدورة ولا يتناقص امتلاء الاورطى وبهذه الكيفية يمنع
امتلاء الاوردة الرئوية وتوتر جدرانها فتهقر الدم بكمية عظيمة ولومع عدم
كفاية غلق الصمام بل يكون البطن الايسر متقدرا ضخما في الغالب كذا كرنا
ذلك بحيث يتلي الاورطى امتلاء كافيا ولومع تفهقر كمية من الدم وبذلك تمنع
ضخامة البطن الايمن بطء الدورة وقلة امتلاء الشرايين وكثرة امتلاء اوردة
الدورة العظمى لكن هنالك اضطراب دوري تمنع منه ضخامة البطن الايسر
في احوال عيوب الصمامات الاورطية ولا تمنع منه ضخامة البطن الايمن
المعادلة في احوال عيوب الصمام القلبي وهذا الاضطراب هو الامتلاء

العظيم لاوعية الدورة الصغرى واحتماس الدم فيها

وهذه الاستقباطات النسبية ولو جبهة التي هي في الحقيقة مجردة عن قلات طبيعية
تطابق بالكلية المشاهدات الاكلينيكية فان المصابين بعيوب الصمام
القائى وي يكونون على الدوام ضيق النفس عقب احتقان الرئة الشديد
وحيث ان اوعية الشعب لا يعترهم الامتلاء الدموى مثل اوعية الخلايا
الرئوية فضيق النفس لا يكون على الدوام مصحوبا بجملة نزلية شبيهة لكن
حيث ان الشرايين الشعبية تفهم مع الشرايين الرئوية وان جزأ من الدم
يسيل من الاوعية الشعرية للشرايين الشبهية الى الاوردة الرئوية فلا بد وأن
يتضخم في كثير من الاحوال بل في معظمها الى ضيق النفس نزلات شعبية
بالتدرج وفي هذا الزمن أو بعده في الدور الاخير من سير هذا المرض وهو
الغالب ~~يكون~~ أن تهلك المرضى من أوديميا الرئة الحادة وذلك متى أدى
الاحتقان الاحتباسى في أوردة الدورة العظمى والقناة الصدرية الى رقة
في سائل الدم وحصل ازدياد في فعل القلب الايمن الضخم بواسطة مجهودات

جسمية وغيرها من الاسباب

ثم ان المرضى المصابين بعدم كفاية غلق الصمام القلبي أو تضيقه يكونون
مقتعين بحسب الظاهر بحالة صحية عامة نسبية ~~المصابين~~ بعيوب في
الصمامات الاورطية ولذا يدخل اعتبار التلون السيانوزي عرضا ملازما
لعيب الصمام القلبي وفي احوال تضيق هذا الصمام سيما المحسوب
بعدم كفاية غلقه فينجم التعادل بسرعة غالب الكنه يكون غير تام وأقل
ما هناك ان المرضى تكون ذات لون باهت لضعف امتلاء شرايينها لكن قلة
محصل الشرايين لا تكفي في امتلاء الاوردة امتلاء عظيم بمدرك سياه وان
جزءا عظيما من الدم يكون متجمعا في الدورة الصغرى

ثم بعد استقرار هذه الحالة مدة قصيرة أو طويلة من الزمن تنغير حالة المرض
فان للضخامة المعادلة للبطين الايمن حد ودام معلومة لا تتجاوزها بخلاف عيب
الصمام فانه يزداد بواسطة التهاب جدي في الغشاء الباطن من القلب أو ان
تطرا الاحوال التي ينهاها في البحث السابق التي يصير بها التعادل غير تام
بذلك يقل امتلاء الاورطى وتفرغاته شيئا فشيئا أو يتناقص الافراز البولي
وتقل الاوردة والاعوية الشعرية للجلد بالدم وتتلون الشفتان والوجهتان
بلون مزرق وعوق استقر اغ الاوردة الدماغية ينتج عنه ثقل في الرأس وألم
فيه ونحو ذلك وينفتح الكبد بسرعة فتنشئ في المرضى بضغط وامتلاء في المراق
الايمن ويكون الكبد ورماد كراقرع والحس يكاد يمتد الى السرة وقد
يصير الاحتمقان الاحتماسي في ارادة الكبد عظيما جدا بحيث ان الاعوية
الدموية المتوترة تضغط على القنوات الصفراوية فيحصل احتباس الصفراء
وامتصاصها وكذا الغشاء المخاطي للقنوات الصفراوية قد يكون مجلجا
لانغاب نزلي عقب احتقانه الوريدي الاحتماسي فالمواد المخاطية المتكونة عن
ذلك يمكن انها تسد المسالك الصفراوية وتحدث امتصاصا في الصفراء وحينئذ
يتلون الجلد بلون مصفر خفيف وباختلاطه باللون السيانوزي يكسب
المرضى قلويا نحضرا وكذا يظهر في كل من الغشاء المخاطي المعدي والمعوي
حالة نزلية عقب احتقانه الاحتماسي فتنفتح الاوردة الباسورية ويؤدي
الاحتقان الاحتماسي في اوردة الرحم الى اضطرابات في الحيض وغير

ذلك وعند ارتقاء هذا الاحتقان في أوردة الكلية من لدرجة عظمى تظهر
 اضطرابات في افراز البول كالتى تنشأ عن ربط الاوردة الكلوبية فالبول
 القليل يحتوي على زلال وكرات دموية واسطوانات ليفية أى نضحية وهى
 عبارة عن منطبع القنوات البولية المكروسة كويبة المندفعة بالبول
 وسفككم على أهميتها المشخصة عند الكلام على أمراض الكلية وكذا
 يتراكم الدم في الاذين الايمن متى تناقص فعل التماثل للبطين الايمن فيمتلئ
 هذا الاذين بجلط دموية منعقدة تتخلل في الانبعاثات الكائنة بين أعنته
 للحمية وتغظم شيئا شياً وان اندفعت احدى هذه الجلطات الدموية بواسطة
 التيار الدموى وسبغت في الدورة الصغرى نشأ عن ذلك سدسبارة في فروع
 الشرايين الرئوية العظيمة فينتج عن ذلك السدد الدموي كما ذكرناه في
 المبحث السابع من الفصل الثالث موضعاً واحتقان الاوردة الاحتماسي
 يفتج عنه زيادة عن ذلك العرض المهم الملازم لعيب الصمام القلبي سوى عند
 استمراره زمانطويلا وهو الاستسقاء الذى يعين على حصول ذلك كما رخصناه
 فيما تقدم هو رقة الدم لاسيما تناقص المواد الزلايية منه أى فقر الدم منها
 وفقر الدم هذا يسهل توجيهه بالاحتقان الاحتماسي الذى يمتد عن دقوق
 انصباب الدم الوريدى في القناة الصفراوية واحتقان القناة الصفراوية
 الاحتماسي يفتج عنه ولا بد دقوق في وصول عناصر التكوين العضوية الى
 الدم ويكاد يبتدىئ الاستسقاء على الدوام في الاطراف خصوصاً حول الكعبين
 ومنها يمتد الى الساقين والفخذين تدريجاً الى أعضاء التناسل الظاهرة
 والمنسوج الخلقى تحت جلد البطن وبالجملة يمتد الى باقى أجزاء الجسم وكذا
 التجاويف المصلية تصير مجاساً التجمعات استسقاءية فيحصل استسقاء زرق
 وصدرى وتامورى وقد تمضى عدة سنين من ابتداء ظهور هذا الاستسقاء
 حول الكعبين حتى يصير عموماً بهتم لك المرضي غالباً وفي أثناء هذه المدة قد
 تتكهن حالة المرضي تارة وتناقل وتنتفخ الاقدام تارة وتارة لا وفى
 أسوال أخرى يحصل للمرضي هلاله سريع من وقت تاهور النار
 الابدائية للاستسقاء وفى كثير من الالوال يظهر عند ارتقاء الارشاح
 الاوذيمياوى في الاعضاء التناسلية الظاهرة والجهة الانسية من الفخذ وغير

ذلك من الاعضاء التهاب ارتعاشي يصير المرئ في حالة ضجر عظيم ولا يندر أن يكون سببا في غثغريته الجلد المنتشرة وبالجملة اذا ظهر عند المرئ استسقاء صدرى أو نامورى صارت حالته في اشد درجة من البأس فان عسر التنفس يرتقى الى اعلى الدرجات فلا يكون للمرئ قدرة على الاضطجاع في فراشه الى أن يملا السائل المصلى جميع الخلايا الرئوية وبانشجان الدم بمحض الكربون يحصل عنده خدر يكون سببا في هذبه أقله في الساعة الاخيرة من الحياة ومعظم المرضى وان هلك بالاستسقاء وأوذعما الرئتين قديما لك عدد قليل منهم بقائج التغيرات الانتقالية أو السدد الدموية في الرئتين أو بأعراض أخرى تطرأ عليهم ومن العسر أن يحكم في كل حالة راهنة على درجة مساعده داء بريكت المضعف في الموت السريع وعلى كل حال فالبول الرئالى يساعد في حصول الاستسقاء سواء كان ناشئا عن داء بريكت أولا

(العلامات الطبيعية لعدم كفاية غلق الصمام القلبي)

بالنظر واللمس يشاهد ويحس ارتجاج عظيم بل وارتجاج ثم تخنثا عن في جميع امتداد جدر الصدر الملامسة للبطين الايمن الواقع في الضخامة وثقة القلب يكون منحولا الى الوحشية فهو الخط الابطى وساقط الى الاسفل بقليل ومع ارتجاج الصدر يحصل أيضا ارتجاج منتظم في القسم السراسي في جميع هذه الاعراض قد ذكرت عند التسكلم على الضخامة القلبية الايمى انماصة بها وبالقرع يتضح كذلك امتداد أصممة القلب عرضا كما تقدم وبالتسمع يحس حذاء ثقة القلب بدلا عن الصوت الاول من القلب بلغط مرضى ناشئ عن التوجات غير المنتظمة للصمام فانه يكون خشنا غير مستو وعلى حالة لا تسمع له بالتوجات المنتظمة الطبيعية (راجع ذلك في بحث التهاب الغشاء الباطنى للقلب) وقد يقوى هذا اللغط عند التسمع نحو الوحشية والاعلى من ثقة القلب فان البطين الايسر يتزحج عن جدر الصدر بواسطة البطين الايمن الواقع في الضخامة وتمتكون اذذ ثقة القلب من البطين الايمن وحيث ان اللغط الثانى من القلب فوق البطين يمتد بواسطة السراسين فقط فلا تظهر فيه تغيرات مرضية عند عدم كفاية غلق الصمام القلبي سوى الخض وتمتكون الغطاء القلب فوق منشأ الاورطى ضعيفة

وقوية عالية فوق منشأ الشريان الرئوي سيما اللغظ الثاني ولهذه القوة من هذا
 اللغظ أهمية تشخيصية سيما عند مقارنتها بقوة اللغظ الاول بل وقد يحس
 في أثناء دياستول البطين عند منشأ الشريان الرئوي بقرع واضح ولا يحصل
 مطاقتان بضوريدي عميق أعني تمدد دوريا وريديا في أحوال عدم كفاية غلق
 الصمام القلبي البسيط أعني الغير المضاعف بعيب مرضي في الصمام
 ذي الشرفات الثلاثة وإنما لا يندران بشاهد متعرج في الاوردة الودجية
 مطابق لحركة تستول البطين وهذه الظاهرة تنشأ من كون القرع القوي
 للعمود الدموي الذي يبرئج الصمام ذو الشرفات الثلاث يتدبع في هذا
 العمود فانه أي العمود الدموي يمتد من أعلى هذا الصمام الى الاوردة
 الودجية ولا يكون متقطعا الا بالصمامات الوريدية الرقيقة وهذه الاخيرة وان
 أمكنها منع تقهقر الدم لا يمكنها أن توفى وتحتاج العمود الدموي الوريدي
 الممتد الى الاوردة الودجية كما ذكره (عبرجو)

* (العلامات الطبيعية لتضايق الصمام القلبي) *

بالنظر واللمس يستدل هنا أيضا على علامات الضخامة الدائرية من القلب
 الايمن وضربات القلب لا تكون شديدة القوة هنا كما تكون في عدم كفاية
 غلق هذا الصمام فان القلب الايسر في هذا المرض لا يكون مشددا كما
 الضخامة وزيادة على ذلك يحس غالبا في هذا المرض بأزيز خفيف فوقوة
 القلب أكثر مما يوجد في عدم كفاية غلق هذا الصمام ويسمى هذا الازيز
 بقراءة القطط وهو ظاهرة تسبق حركة ضربات القلب وتزول بسرعة عند
 حلولها وقد تكون واضحة جدا حتى انها تدرل من خلال الملابس ولو
 الخفيفة وهذا اللغظ واصف لتضايق الصمام القلبي بحيث يكاد يكفي في
 تشخيصه وعند التسمع يكاد يحس على الدوام نفوذة القلب بلغظا متدطوبل
 في أثناء الدياستول فان الدم يمر في الحالة الطبيعية من فوهة هذا الصمام
 بدون أن يحدث اغطاء احتسكا كما واما اذا مر الدم بقوة من هذه الفتحة
 المضايقة فانه يحدث اغطاء احتسكا كما يكون أكثر وضوحا كلما كان مرور
 الدم أسرع وكان السطح الصمامي المار عليه خشنا وعدم الاستواء وحيث
 ان الدم يحتاج لزمن طويل لكي يمر من الاذين الى البطين ويملؤه من الفوهة

المتضايقة لهذا الصمام كان اللفظ الناتج عن تضايق هذا الصمام أكثر طولاً
من جميع الالفاظ المرضية للقلب بل انه يشغل جميع القتره ويمتد الى اللفظ
الستولى الذى يقطع هذا اللفظ وينتهي ولذا قال المعلم (ترويه) ان
اللفظ المتقدم على الستولى في قبة القلب عرض واصف لتضايق الصمام
القلنسوى وان فقدت الخشونة الموجودة في هذا الصمام المتضايق وكان
التضايق قليلاً وكية الدم متناقصة فقد هذا اللفظ ويسمع بجواره الصوت
الثانى من القاب المتمدن واسطة الشرايين اذا كان هذا اللفظ غير واضح جداً
واستماع صوت القاب الاول أو لغط مرضى بدلائم يتعلق بقابلية غلق هذا
الصمام والصوت الثانى المتمدن فى الشريان الرئوى يكون هنا قوياً أيضاً

* (العلاجية) *

ليس من الممكن بأى كيفية ازالة العيوب المرضية للصمام القلنسوى بواسطة
الطرق العلاجية وكذا ليس لنا قدرة على ازالة الضامة التابعة للبطين
الاين بقطع النظر عن كونها ذات تأثير جسيم معادل بالنسبة لتوزيع الدم
فالعلاجية حينئذ لا تكون الاعرضية موجهة نحو الظواهر المرضية الكثرية
الوضوح والخطر

وأما الاحتقان الرئوى فهو نتيجة ملازمة لعيوب الصمام القلنسوى وكلما
كان تعادل هذا الصمام تاماً كان الاحتقان الرئوى عظيماً ولا يمكن منع
حصول هذا الاحتقان ولا تحسينه مطلقاً تحسبنا مستقراً وانما حتى صار هذا
الاحتقان شديداً جداً وكانت الاوذيا الرئوية التابعة له مهددة بالحصول
وجب فعل معالجة قوية مع الاقدام والتأمل في هذا الامر ضرورى جداً
فان الواسطة العلاجية المؤثرة في الاحتقان الرئوى وهو الفصد العام
وان كان يبعد الخطر الوقتى الا انه واسطة خطيرة للغاية بالنسبة للمرضى فانه
ولو مع امتلاء الاوردة امتلاء عظيماً لم يكن قد حصل ارتشاح المصيل
فى المنسوج الخلوئى تحت الجلد قبل الفصد لكن بعده بتقليل ترجع كمية الدم
الى حالتها وتصير سائل الدم رقيقاً جداً بحيث انه يرتشح فى المنسوج الخلوئى
تحت الجلد ولو كانت حالة الضغط الباطنى الوعائى التى لم يرتشح بها باقية على
ماهى عليه ولذا كانت العلامات الابدائية للاستسقاء العمومى تتضح بعد

أول فصد غالباً ومع ذلك فهذا الاعتبار لا يمنعنا من فعل الفصد مادام حفظ
 الحياة الوقتي متعلقاً به (راجع مجت الاحتقان والاوزيميا الرئويةين)
 وعندنا واسطة قوية جديدة التأثير في تطهير الاحتقانات الرئوية بل وظواهر
 الاحتقانات الاحتباسية في الدورة العظمى التي تظهر في أثناء سير عيوب
 الصمام القلنسوى وهى الديجيتال او هذا يقال على الخصوص عند وجود
 احتقانات احتباسية فائتاً ان أمكناطة حركات القلب بواسطة الديجيتال
 ا كتيب الاذنين زمنياً كافياً في دفع متحصلة في البطين من الصمام المتضائق
 وقد يتيسر لنا بتأثير هذا الجوهر الدوائى احداث استعطالة في حركة انقباض
 تجاوب القلب وانسباطها بحيث ان اللفظ المرضى الذى يسمع حذاء قة
 القلب يصير منقصة الاعن اللفظ المستولى التالى له بفترة واضحة كما ذكره
 (تروبه) بمعنى ان هذا اللفظ لا يصير متقدماً على حركة المستولى وبذلك
 يحصل عند المرضى سكون وراحة واضحة فيصير التنفس سهلاً ويزول انتفاخ
 الكبد ويتناقص كل من اللون السيانوزى والاستسقاء وقد شاهدنا
 زوالهما في بعض الاحوال زوالاً تاماً بل وقد شاهدنا في أحوال عدم كفاية
 غلق الصمام القلنسوى سيما متى كانت حركات القلب سريعة في السنين
 الاخيرة التي بم اقدصار اعطاء الديجيتال بحد ارفر مع الاقدام وتخلصنا
 من أسر نظريات المعلم (تروبه) تناقص كل من الاستسقاء والسيانوزى وانتفاخ
 الكبد اوزواله بالكيفية مع ازدياد غزير في الافراز البولى وذلك بعد استعمال
 منقوع الديجيتال بجملة مرات فقد تحقق لنا انه باعطاء الديجيتال لا يمكن ارجاع
 واعادة قوة التعادل بعد ان صارت غير تامة مدة من الزمن وكذا يستعمل
 كل من الزرنينج والانتيمون في أحوال عيوب الصمام القلنسوى بالمقادير
 التى سبق ذكرها

ومن المشكوك فيه جدا كون الوسائط العلاجية المدرة للبول لها أدنى تأثير
 في الاستسقاء عند المصابين بأمر اض في القلب والديجيتال ان أحدثت
 ادرارا في البول فذلك ينسب ولا بد لتحسين اضطراب الدورة واحداثها
 لامتلاء قوى في الشريان الاورطى والشرايين الكلوية تبعاً لذلك هى
 واتسلافيف الوعائية لحافظ (مليجي) فالواسطة الدوائية التى يمكنها

احداث ازدياد في الافراز البول المتناقص عند المصابين بأمراض في القلب
 ينبغي أن يكون لها ولا بد تأثير في الدورة على العموم مثل الديقما لأوانها
 تحدث تمدا في الاوعية الشريانية للكلية بحيث يهرعها كمية عظيمة من
 الدم من الارطى القلب للامتلاء وانما أخيرا تحدث تغيرا في جدر
 الاوعية بحيث تصبح كالمصفاة الواسعة فيخرج منها كمية عظيمة من السائل بسرعة
 ومع ذلك فلا يجوز ترك استعمال كل من طرطرات البورق والكربونات
 القلوية وبصل العنصل عند تناقص الافراز البول وتزايد الاستسقاء العام
 تدريجيا مادام العمل جاريا باستعمال هذه الجواهر الدوائية

وعلى كل حال فتأثيرها بالنسبة لادرار البول والاستسقاء عند المصابين
 بأمراض القلب غير واضح وغير كبير الفائدة

وأما الاستحضارات الحديدية والاعذية المشتملة على مواد زلالية وغيرها من
 العناصر الأولية في التغذية فانها ذات تأثير جيد ولا بد بالنسبة للاستسقاء وقد
 ذكرنا فيما تقدم انه لا يمكننا توجيها للتأثير الجيد الذي تحدثه الاستحضارات
 الحديدية في تركيب الدم وهو عبارة عن ازدياد كراته الحمراء ومواده الزلالية
 لكن من المعلوم ان الفصد كما يعين على حصول الاستسقاء باحداه رقة
 في الدم كذلك الاستحضارات الحديدية والاعذية الكثيرة الازوت لها تأثير
 مضاد لحصول الاستسقاء لانها تصير سائل الدم أكثر كثرة كراولا ينبغي
 الاهتمام باستعمالها في معالجة عيوب الصمام القلبي والاورطى
 والمعالجة العرضية التي يصير اجراءها من هذه الكيفية مع اعتبار ادوار
 المرضى ينتج عنها نتيجة جيدة بخلاف غيرها من الطرق العلاجية فلا طائل
 فيه بل مضر البتة

* (المبحث الثامن) *

* (في عدم كفاية غلق الصمام السيني ونضايق فوهة الشريان الرئوى) *
 حيث يكاد الثاب الغشاء الباطني من القلب مدة الحياة خارج الرحم لا يصيب
 القلب الايمن وكان اثر وما الشريان الرئوى من النواذر كان من الواضح ان
 عيوب صمام الشريان الرئوى لا تشاهد في فوهة هذا الشريان الا في أحوال
 نادرة جدا فان هذه العيوب العضوية للعظامات تكون على العموم نتيجة

لاحد هـ ذين التعيرين المرضيين وعدم كفاية غلق الصمام السببي للشريان
 الرئوي ينشأ عن نفس الامور التي ينشأ عنها عدم كفاية غلق الصمام
 الاورطي والاحوال القليلة من تضايق الصمام التي صار شرحها لم تكن
 قاصرة على فوهة هذا الصمام نفسه بل كان معظمها عبارة عن تولد ندبي
 حلقى في المخروط الشرياني للبطين الايمن واعراض عدم كفاية غلق صمام
 الشريان الرئوي يظهرانها متعلقة بالضخامة الدائرية للبطين الايمن كما ان
 اعراض عدم كفاية غلق الصمام الاورطي تكون متعلقة بالضخامة
 الدائرية للبطين الايسر وبكمية الدم التي كانت محتوية عليها الرئتان
 في الاحوال القليلة المشاهدة من هذا المرض كانت متزايدة لامتناقصة وقد
 ظهر في أثناء سير عدم كفاية غلق هذا الصمام كل من ضيق النفس والسدد
 الدموية الرئوية بل والاسل الرئوي ويظهران تضايق فوهة الصمام الرئوي
 لا يتم تعادلهما بواسطة ضخامة البطين الايمن التابعة بحيث ينضم اليه بسرعة
 علامات كل من زيادة امتلاء اوردة الدورة العظمى والسيانوز والاستسقاء
 ونحو ذلك

ثم ان تشخيص العيوب المرضية للصمام الشريان الرئوي لا يتأق الا بواسطة
 البحث الطبيعى فان الاضطرابات الوظيفية التي تحصل في هذا المرض تسمح
 بتوجهات متعددة ويوجد في كلتا الحالتين الاعراض المتكررة كرها
 الدالة على ضخامة البطين الايمن سيما في حالة عدم كفاية غلق الصمام
 ويحس عند التسمع بلغظ مرضى في محاذاة مفنا الشريان الرئوي (أعنى
 فوق غضروف الصلح الثالث اليسارى) وهذا اللغظ يسمع في أثناء حركة
 المستول عند تضايق الصمام وفي أثناء الدياستول عند وجود عدم كفاية
 غلق فيه وهذه الالفاظ المرضية تحصل بهين الكيفية التي تحصل بها في صمام
 الاورطي وهي تتم مع الوضوح فوق البطين الايمن والجهة العليا اليسرى
 من الصدر ولا تسمع في الشرايين السباتية ويقبغى التانى والاحتراس عند
 تشخيص هذا العيب المرضى الصماحي لانه نادر الحصول جدا والتأكد من
 كون اللغظ المرضى المحسوس بالتسمع في مقابله الشريان الرئوي أكثر
 وضوحا في هذا الصفر أو ممتدا من الاورطي

ثم ان معالجة العيب المرضى الصمام الشرياني الرئوي لا تكون الاعرضية
ايضا وينبغي فيها اتباع الوسايط العلاجية التي ذكرناها في المبحثين السابقين
بالنسبة لقائمة العوارض الخطرة الناتجة عنه

* (المبحث التاسع) *

* (في عدم كفاية غلق الصمام ذى الشرايات الثلاث وتضايق فوهته) *

قد كان يعتبر سابقا ارتسكنا على أمور نظرية كثيرة وجود عدم كفاية غلق
هذا الصمام وجودا نسبيا فانه كان يوجد تعدد عظيم جدا في فوهة هذا الصمام
وكان يظن أن الصمام ليس له قدرة على غلقها لكن في الواقع ان عدم كفاية
الغلق النسبية المذكورة لهذا الصمام ان وجدت كانت من النوادر فان عند
تعدد الفوهة واتساعها يستعرض الصمام ويستطيل ويصير كافيافي الغالب
في غلقها ولو تعددت وكذا يندر حصول تغيرات مرضية أولية ذاتية في الصمام
ذى الشرايات الثلاث كتحته وانكماشه والغالب انه تكون مصاحبة
لعيوب مرضية في الصمام القلبي السوي بل قد اعتبر الشهير (عبرجر) ان
اصطحاب عيوب كل من الصمام القلبي السوي وذى الشرايات الثلاث هو
أغلب هذه العيوب وجودا وقد شاهدنا جملة مرات انكماشها قليلا في الصمام
ذى الشرايات الثلاث مصاحبا لتضايق عظيم في الصمام القلبي السوي

ثم انه في أحوال عدم كفاية غلق الصمام ذى الشرايات الثلاث يقطع النظر
عن تضايقه النادر جدا يحصل تقهقر في الدم من الاوردة الاجوفية أثناء
حركة الاستئول البطني وحيث ان البطين الايمن يكون غالبا واقعا في
الضخامة عقب وجود آفة في الصمام القلبي السوي كان حصول هذا التقهقر
في الاوردة الاجوفية بقوة فتتعدد تلك الاوردة وكذا الاوردة الودجية
تتداعظما وتصير صمامات الاوردة الاخيرة التي تمنع من تقهقر الدم في
الاوردة الودجية عند ما تكون في حجمها الطبيعي غير كافية في منع تقهقر الدم
فيها عند تعدد تلك الاوردة فيمتد تقهقر الدم منها حتى يصل الى الاوعية العميقة
فالنبض الواضح المحسوس في الاوردة الودجية الممتدة عرض واصف
لهدم كفاية غلق الصمام الاذيني البطني الايمن وقد يشاهد في بعض أحوال
من عدم كفاية غلق هذا الصمام نبض واضح في الكبد يسمى النبض اليساري

منه وهذه الظاهرة يظهران بعضهما مع بعض في الوريد الاجوف السفلي
 تمتد الى الكبد وبعضه معاق بنبض في أوردة الكبد نفاها وزيادة على ذلك
 يحس باغط مرضى سستولى واضح في الجزء الاسفل من القص وهذا اللغط
 وكذا النبض الوريدي يستدل منه على حقيقة التشخيص وينبغي هنا
 التأكد أيضا من كون اللغط أكثر وضوحا في هذا الصفر وليس عمدا من
 الاورطى أو من البطن اليسر
 وحيث ان عدم كفاية غلق الصمام ذى الشراقات الثلاثة ينتج عنه أشد
 احتقان احتسابى في أوردة الدورة العظامى كان عيب هذا الصمام أمر ع
 اتاجال له ينوز والاستسقاء

(المبحث العاشر)

*(فى الاستحالات المرضية للجوهر العضلى من القلب

والتولدات الجديدة والطبقة فيه)*

(الصفات التشريحية وكيفية الظهور والاسباب)

أما بين الجوهر العضلى من القلب واسترخاؤه وهشاشته بحيث يكاد ينسحب حالة
 نصف نضج فلا يندر أن توجد في جثة المرضى الهالكين بالتيفوس أو التسمم
 العفن من الدم أو الحمى النفاسية ونحو ذلك ولا يوجد تغير مادي مدرك
 فى جوهر القلب وينبغي الاحتراس فى اعتبار القلب المتخبط بواسطة التعفن
 الرمى واقعا فى اللين مدة الحياة ودرجة التعفن التى يكون عليها باقى الاعضاء
 هى التى يرتكن اليها فى التمييز بين هاتين الحالتين

وأما الاستحالة الشحمية فى القلب فتقسم الى شكلين وهما ألا تزايد الطبقة
 الشحمية السائدة على السطح الظاهر من القلب فى الحالة الطبيعية تزايد
 عظيما وثانيا الاستحالة الشحمية لنفس الالياف العضلية فى الحالة الاولى
 يوجد على القلب سيما على مسير الشرايين الكليدية وحوافى القلب وفى
 الخراب الذى بين تجاوبه طبقة شحمية سمكها نصف قيراط أحيانا والطبقة
 العضلية من القلب السائدة أسفل الطبقة الشحمية تكون اما على حالتها
 الطبيعية أو واقعة فى الضمور مستدقة بسبب الضغط الواقع عليها من الشحم
 وقد يحصل ضمور الطبقة العضلية فى بعض الاحوال أنما تكون الجوهر

الشحمي بدون أن يكون غمؤه عظيمًا جدًا فعمق الشحم حينئذ يكون واقعا على
 الجوهر العضلي للقلب نفسه بحيث أن جدر القلب الحافظ لسمكها الطبيعي
 تتكون من منسوج شحمي ثم ان التكون الشحمي العظيم للقلب
 يصاحبه التكون الشحمي العام بكثرة سيما عند التقدم في السن ولومع
 سلامة البنية وكذا تشاهد هذه الاستحالة عند المصابين بالسرطان وغيرهم من
 المصابين بسوء قنية أخرى سيما السكرى وأما الحالة الثانية وهي الاستحالة
 الشحمية للألياف العضلية فهي عبارة عن استحالة تلك الألياف استحالة
 تدريجية إلى كرات شحمية تملأ انجماد الألياف المذكورة بالسكابة
 وباختلاطها مع بعضها يتكون عنها نقاط شحمية عظيمة وبذلك يتغير لون
 الجوهر العضلي من القلب ويستحيل إلى مادة سهلة التمزق ممتعة رخوة
 والاستحالة الشحمية من القلب تكون تارة تمتد إلى أجزاء عظيمة وتارة
 قاصرة على بعض أجزاء محدودة سيما العضلات الخلية وقد تكون ظاهرة
 من ظواهر الضمور الشيخوخي مصاحبة للقوس الشيخوخي والاستحالة تمتد
 في جدر الشرايين ونحو ذلك كما صاحب احوال النوك التي تظهر عند
 المصابين بالسرطان اوداء بريكت ونحو ذلك كما ان تعظم الشرايين
 الاكليلية وضغط الانسكاب التاموري بل والضغط الواقع على القلب من
 التكون الشحمي السابق ذكره يمكن ان يؤدي لاستحالة شحمية في الطبقة
 العضلية من هذا العضو وبالجملة فتنبه على الاستحالة الشحمية في بعض أجزاء
 القلب الواقعة في الضخامة عند وجود عيوب مرضية في الصمامات القلبية
 أو انقزيمارتوية وكيفية ظهور هذا الشكل الأخير غير واضحة وليس لها
 شبيه وأما الاستحالة الشحمية للجوهر العضلي من القلب عقب التغذية
 الرديئة أو الضغط أو نحو ذلك فلها شبه بالنسبة لحصولها في غير هذا العضو
 من الأعضاء الرديئة التغذية ولا يندر أن تشاهد استحالة شحمية في الألياف
 العضلية من القلب (وهي الضمور المستمر في القلب) وهيئة هذه الاستحالة
 كالاستحالة الشحمية غير انه بدلا عن الكرات الشحمية تظهر جزئيات
 مصفرة بجمجمة وتحصل بالاسباب السابق ذكرها
 وأما الاستحالة النشوية للجوهر العضلي من القلب فانها تظهر تبعاً لروكوتسكي

فأحوال ضخامة البطين الايمن من القلب ونشأ عنها هيمته ذهبية في سطح الشق من القلب وتيمس في جدره وهذا على غمد الاياف العضلية بمواد قليلة اللمعان تظهر بتأثير الجواهر الكشافة فيم اخواص الاستحالة النشوية وهي التلون بالزرقة عند اضافة محلول البود أو حمض الكبريتيك المخفف اليها

وأما سرطان القلب فلا يشاهد الا نادرا عند وجود تولدات سرطانية منتشرة في الجسم او انه يمتد من الحجاب المنصف او من التامور الى القلب ويكون أوراها محدودة كالاورام الخاعية او السرطانية المسودة تبرز الى الظاهر او الى الباطن بل ويمكن ان تنمو في تجويف القلب وفي أحوال أخرى سيما التي فيم ايمتد التمكن السرطاني من الاعضاء المجاورة الى القلب يعترى بعض اجزائه ممتدة من جوهره هذا العضو استحالة سرطانية (وهي الارتشاح السرطاني من القلب) زاجع الارتشاح السرطاني من الرئة

وأما الدرن فيكاد لا يحصل في الجوهر العضلي من القلب والمواد الجينية المصفرة التي توجد احيانا في جوهره لا ينبغي اعتبارها درنا وستسلكم عليها عند الكلام على التهاب التامور واما التولدات الطقيلية فالذي يشاهد منها في جوهر القلب هو الايكاس الديدانية بكمية عظيمة في عضلات أخرى من الجسم والديدان الحويصلية ذات الكلاب

* (الاعراض والسير) *

وخاوة جوهر القلب عقب التيفوس وغيره من الامراض الطقيلية تنقص بالطبيعة فعل القلب كما انما يحدث فيه تمددا ولا تعرف مع التأكد الا في هذه الحالة الاخيرة فان وجدت ضربات القلب عقب مرض منكم ضعيفة جدا وكانت اصممة هذا العضو متزايدة وجب ان ينسب كل من صغر النبض وظواهر الاستسقام والتعقدات الدموية الذاتية في الاوردة الغذائية الى تغير مادي اعترى جوهر القلب وان لم يثبت تمدد القلب فيبقى الشك بكون بطء الدورة وقلة امتلاء الشرايين ناشئا عن النهوكة العامة وعن استرخاء جوهر

القلب

وأما التكون الشحمي على القلب فله اعتبار عظيم عند العوام في توجيهه

قصر النفس وغيره من مكابدات ذوى البطون العظيمة أرباب البنية السهينة
ومتى لم يحدث تكون الشحم على القلب ظهورا في جوهره العضلى يظهر انه
لا يحدث أدنى اضطراب وطبقي في هذا العضو وان حصل ذلك كان القلب
متقددا غالبا فحصل الظواهر المرضية التي ذكرناها في تمدد القلب وضخامته

الدائرية

وأما الاستحالة الشحمية لجوهر القلب وظهوره المسمر فانها تضعف فعل
القلب كاسترخائه وزيادة على ذلك فانها تكون في كثير من الاحوال سببا في
تمدده وعند امتداد هذه الاستحالة تحصل اضطرابات في الدورة وتوزيع الدم
كما ينشأ ذلك من ارا فيشاهه - تضعف في قوة ضربات القلب وتبعض صغير بطى
كثيرا ما يكون غير منتظم ومقطعة وفي بعض الاحوال يوجد عند المريض
ميل للاغماء بسبب قلة ورود الدم الشرياني الى الدماغ ولا سيما السيمانوز
والاستسقاء ما لم تكن كمية الدم غير متناقصة ومن العسر الحكم بعرفة
تأثير الاستحالة الشحمية في القلب وتقدمه بالنسبة لمجموع هذه الاعراض سيما
السيانوز والاستسقاء ويزداد عسر توجيهه ما ذكرنا وجمع هذه الاستحالة
وتقدم القلب فحينئذ يندبى في التامور ونضع تامورى وغيرهما من المضاعفات
التي تحدث ضمنا في فعل القلب ايضا وقد تقدم ايضا تلك الاحوال وكذا
العلامات الدالة على الضخامة الحقيقية للقلب واستحالتها الى ضخامة غير
حقيقية بواسطة الاستحالة الشحمية للألياف العضلية وينبغى اعتبار
الاستحالة الشحمية للاعمدة العميقة في القلب من جهة الامور التي ينتج عنها
عدم كفاية غلق الصمام القلبي أوذى الشرايات الثلاث وأما فرق
القلب عقب مكابدة جوهره العضلى للاستحالة الشحمية فستتسكلم عليهم في
المبحث الآتى

وأما الاستحالة النشوية لجوهر القلب فلا يمكن الحكم بمجموعها في
الاحوال التي فيها يسهل معرفة هذه الاستحالة في الكبد والطحال والكليتين
بجيت لا يمكن الا الزعم بوجودها

وأما سرطان جوهر القلب ودرنه وتولداته الطفيلية فانها تحدث اضطرابا
في فعل القلب لكن ينبغي اعتبار تلك الامراض من جهة الامراض التي

* (المعالجة) *

أما استخراج جوهر القلب الناتج عن تغيرات مرضية حادة مهمة فإنه يستدعي استعمال الوسايط العلاجية التي بها تحسن التغذية العامة كما تقدم ذلك مرارا ومع ذلك تستعمل المنبهات الخفيفة سيما النبيذ ونحوه والمرضى الذين يوجد عندهم غثو عظيم في الشحم بسبب الشره والافراط في التغذية ويطن فيهم تراكم الشحم على القلب ينبغي ارسالهم الى مياه كراس باد وماريه باد وترسب ونحوها من المياه الطبيعية اذ من المعلوم انه في أثناء المعالجة بهذه المياه يتلاشى الشحم من الجسم بحيث ان ملابس هؤلاء المرضى تنسع عليهم لكن التوجيه القسوي لوجي متأثير هذه المعالجة ليس معلوما بل ولم يرتق الى درجة النظريات

وفي احوال الاستحالة الشحمية والجمنية في القلب يقتصر على معالجة عرضية وعند ما تكون تلك الاستحالة ظاهرة من ظواهر النهوك العامة يقتصر على تدبير غذائي مقوواستحضارات دوائية مقوية أيضا اذ بذلك قد يمكن ايقاف هذا الداء ولم يمكن زواله بالكلمة ولا يمكن التكلم على معالجة الاستحالة الفشوية في القلب ولا مرطانه ولا درنه ولا تولدانه الطبقية سيما وان معرفة تلك الاحوال المرضية لا يمكن مطاقا مع التأكيد

* (المبحث الحادي عشر) *

* (في تمزق القلب) *

ليس المراد هنا التكلم على تفرقات الاتصال الجرحية من القلب وانما تكلم على تمزقه المعروف بالذاتي فنقول ان القلب السليم لا يتمزق مطلقا مهما كانت شدة انقباضه واما في احوال مهولة يتمزق جدره فيمكن ان انقباضه الشديدة تكون هي السبب الانتهائي للتمزق الحاصل فيه والسبب الغالب في تمزق القلب الذاتي هي الاستحالة الشحمية لهذا العضو ويندر أن يفتح ذلك عن التهاب طبقة العضلية او عن تكون خراج في جدره او الانوريزما الحادة او المزمنة في القلب وكان الامر اضل المذكورة تعترى في الغالب

البطين الايسر والامخاض المتقدمين في السن فيكذلك تمزق هذا العضو
وعند قول الصفات التشرية يوجب غلاف القلب ممتلئاً بالدم وان كان
التمزق ناشئاً عن الاستحالة الغصية فهو فيه شكل غير منتظم ذو حواف
ملساء من الظاهر مختلف الطول وفي عمق هذا الشق يكون جوهر القلب
متساوياً وقد يكون هذا الشق ممتلئاً في جميع عمقه بمواد دموية منقعة وقد
توجد شقوق عديدة

تم انه في معظم الاحوال يحصل الموت فجأة بعد تمزق القلب حالاً في اثناء ازدياد
فعله وانقباضه وتارة بدون سبب معلوم ويكـون حصول الموت بظواهر
التزيف الباطني ومع ذلك يظهر ان ضغط الدم المنسكب على القلب يسرع في
حصول الموت ومن المنادر ان تسبق اعراض التزيف الباطني زمناً قليلاً
بالام أسفل القص تشعع نحو الكتف والذراع اليسار بين وكذلك يندران
تغيب المرضي بعض ساعات عقب تمزق القلب ويظهر ان ذلك يحصل في
الاحوال التي فيها يكون الانسكاب ابتداءً بقط قليلة من خلال جدر القلب
المتسكة الى ان يهظم الشق وهنات تضعظواهر التزيف الباطني بل وقد يمكن
معرفة انسكاب الدم في باطن التامور بواسطة القرع

* (المبحث الثاني عشر) *

* (في التعقيدات الليفية في القلب) *

يندر فتح الجثة بدون وجود تعقيدات ليفية في القلب سيما في نجا وبقه اليمني
وتكون تارة مصفرة ومتكونة من مواد ليفية فقط انفصلت عن سائل الدم
وتارة تكون سحجراً لاحتوائها على كرات دموية ولا يندرك ذلك مشاهدة
تعقيدات دموية مشابهة للدم المنعقد المتحصل من القصد بحيث يظهر على
سطحه غمامة ليفية شحمية المنظر والجزء السفلي مكون من دم منه قد سحجراً
وهذه التعقيدات الشبيهة بالجلط المنقوثة النخن المائلة للقلب تكون متصلة
باخيطه ليفية ممتدة في الاوعية الغليظة على شكل ديدان وقد تكون متشعبة
بالاعدة الليفية من القلب بحيث تقطع عند نزوعها ولا تكون ملتصقة
التصاقاً متيناً بالغشاء الباطن من القلب وهذه التعقيدات الليفية المعروفة
بالبوليبوس الكاذب وبالبوليبوس القلبي انما تنشأ بعد الموت او في اثناء

الزرع ويعظم تكونها في جثث الهالكين بالتمهات رثوية أو غيرهما من
الامراض التي يكون بها الدم محتويا على المواد اللبنيّة بكثرة ومع ذلك
فوجود مثل هذه التعقدات اللبنيّة العظيمة من القلب لا يدل مع التأكيد
على الصفة اللبنيّة للدم بل ان تكونها يعماق في الغالب بنوع حركة الزرع
فكلما كانت مستطيلة بطيئة واستطال رج الدم في القلب بدون اندفاعه
منه كانت التعقدات الدموية أعظم حجما وكان تشبها بالاعمدّة اللحمية
عظيما

وفي أحوال آخر يظهر ان التعقدات الدموية اللبنيّة تكونت قبيل الموت
بزمن طويل فتكون المادة اللبنيّة قد فقدت مرونة المواد اللبنيّة الحديثة
الانعقاد ولعائنها بل تكون يابسة جافة مصفرة ويكون التصاقها مع الغشاء
الباطن من القلب قويا وقد يشاهد في باطنها تلاش وفساد فتكون على هيئة
جميمة قيحية مصفرة أو مسعرة أو على هيئة مادة جبنيّة مصفرة وليس الحاصل
هنا تقيما بل نوع فساد منه لا تعتبر المكرات الدموية العديمة اللون كرة قيحية
وبالجمله يشاهد في القلب رواسب لبنيّة على شكل مادة مستديرة تخشنه في عظم
حب الشهيد النج أو الفسدقة وهي ما سماه (لينك) بالتولدات القطرية
الكريّة فان بحث عن أصفار تشبها بالدقة وجد أن هذه التكوّنات الكريّة
ذات جذور متعددة تمتد نحو الباطن متشبّهة بين الاعمدّة اللحمية وهي عبارة
عن مشاهد هذه التكوّنات القطرية وأما الشكل الكريّ فخصوله فيها بعد
انما هو بواسطة الرواسب اللبنيّة على تلك التعقدات الاوليّة وأحيانا
يوجد في باطنها التلاشي والفساد السابق ذكره بحيث انها تكون على هيئة
جيوب محتوية على مادة صديديّة وأما الرواسب اللبنيّة التي تتكون على
الاصفار الغير المسام من الغشاء الباطن للقلب عقب اصابتها بالتهاب أو عند
وجود آفات عضوية في الصمامات عند الاصابة بالروماتزم الحاد والمزمن
والنتائج الخطرة التي تنتج عنها أحيانا فقد سبق الكلام عليها

ثم ان التعقدات الايقيّة التي تحصل قبيل الموت بزمن طويل وتسمى
بالبوليبوس القلبي الحقيقي فهي انما تنشأ عن انقباضات القلب الضميّة ولذا
توجد في الأشخاص المنهوكين نارة ونارة أخرى عند المرضى المعترتهم

استحالات مرضية في القلب ومحل تكونها يكاد يكون على الدوام
العيوب الطبيعية بين الاعمال التي تتدغم استرخاء القلب واستحالة
استحالة مرضية بحيث ان الدم يركد فيها وينعقد عندما تكون الانقباضات
غير تامة وفي الاحوال النادرة تكون السدة السبابة نواة للتعقدات
اللينة

ثم ان التعقدات التي تحصل في أثناء النزاع ايسر لها ادى في اهمية كالنيكية
وأما التعقدات القديمة التي تحصل قبل الموت بزمن طويل فقد تكون بدون
اعراض لكن قد يحصل عنها ضيق احد فوهات القلب او منع حركة احد
الصمامات فتحدث اضطرابات دورية عظيمة لكن لايسهل نسبة الاعراض
الناشئة عن ذلك الى ضيق او عدم كفاية غلق والحكم عليها بالدقة بمعنى انه
لا يمكن تمييزها عن آفة عضوية في الصمام ناشئة عن التهاب في الغشاء الباطن
من القلب سيما وان يوجد بجوار تلك التعقدات اللينة غالباً تغيرات قلبية
أخرى كالتهاب التامور والالتهاب العضلي من القلب وآفات عضوية
صمامية حتمية وانذار بوليوس القلب غير جيد فان من جهة متى وجدت
ازداد جهتها تراكم طبقات ليفية عليها وتنتج عنها اضطرابات دورية عظيمة
تزداد شيئاً فشيئاً ومن جهة أخرى انها ناقصة الهايموكن ان يحثى وقوفها
وسدها الاوعية عظيمة كما هي عادة السدد السبابة

* (المبحث الثالث عشر) *

* (في العيوب الخلقية للقلب) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

اكثر العيوب الخلقية للقلب تنشأ ما عن عرق في التكون (يعنى ان القلب
يبقى مستترا على حالة كانت طبيعية مدة الحياة (داخل الرحم) وانما تنتج عن
التهاب في الغشاء الباطن من القلب او التهاب طبقة العضلية التهابا يحصل
في الحالة الجنينية ايضا واسباب كل من عوائق التكون والالتهابات الحاصلة
في الحالة الجنينية مجهولة لنا ويعد من العيوب الخلقية للقلب الناشئة
بالكيفية الاولى التكون الغير التام للعاجز القلبي ومن الثانية الناشئة عن
التهاب الغشاء الباطن في القلب او طبقة العضلية المتضيقات الندية

في القلب وكذا عدم كفاية غلق الصمام او تضايقه الخلقامين وهذا ابو جلد في
القلب الايمن غالباً كما ذكرنا سابقاً الذي تندر اصابته بالالتهاب العضلي
والغشاء الباطني بعد الولادة

وعين ذلك يقال بالنسبة لعيوب الوضع الطبيعية من القلب فانها قد تنشأ عن
عوق في التكون بان يكون نمو كل من الاضلاع والقص والترقوة غير تام
بميت ان القلب لا يكون مغطى في امتداد متفاوت منه الا بالاجزاء الرخوة
وفي أحوال اخرى تكون متعلقة بالتمابات في اثناء الحياة الجنينية بها
تتكون التصاقات بين القلب والاعضاء المجاورة

وأما كيفية حصول تحول القلب نحو الجهة اليمنى من الصدر فيجب هولة
بالكلية وفي هذه الحالة يكون وضع القلب في الجهة اليمنى من الصدر وحينئذ
يكون الكبدة غالباً في المراق الايسر والطحال في المراق الايمن ونحو ذلك

(الصقات النثر بحجة)*

اما عيوب القلب الطبيعية التي فيها لا يمكن استقرار الحياة وبها تمك المرضي
عقب الولادة حالاً أو بعد رها بر من يسير جداً فانهم ليست من تعلقات علم
الامراض الباطنية والمعالجة بل من متعلقات علم التشريح المرضي ومن
هذا القبيل فقد القلب فعداً تاماً أو بهض تجاو يفه وفي أحوال العيوب
القلبية الخلقية التي فيها يتيسر بقاء الحياة زمناً قليلاً بعد الولادة توجد جميع
تجاو يف القلب متكونة ولو ان نمو البعض فيها غير تام وفي اغلب الاحوال
يكون كل من الأبهريان والشريان الرئوي ضاغر او غير متكون بالكلية فان
كان ذلك مع تريا الشريان الرئوي انصب الدم من القلب الايمن الى القلب
الايسر بدون واسطة فان الضهور المذكور يصحبه على الدوام فتكون غير تام
في الخارج القلبي وحينئذ فالاورطى يمر منه الدم الى الرئتين بواسطة الشرايين
الشعبية المتعددة أو بواسطة قناة بوتال التي يتكون فيها تيار دموي مخالف
لما يحصل في الحياة الجنينية وأما ان كان الاورطى متضايقاً أو منسداً
أعلى فوهة القناة البوتالية فانه لا يمر فيه الا الدم المتجه نحو الرأس أو
الاطراف العليا وحينئذ يمر الدم الى النصف الاسفل من الجسم والاطراف
اسفلى من الشريان الرئوي بواسطة قناة بوتال وان كان الاورطى منسداً

في محل منشئه من الدم من البطين الايسر الى البطين الايمن لان الحاجز يكون
منفصلا وحيثما يتصل الشريان الرئوي بالدم الى جميع اجزاء الدورة العظمية
ان كان الحاجز بين البطينين غير تام التكوين شوهد **د** كان كلا من
الاورطي والشريان الرئوي ناشئ من بطين واحد وان كان الحاجز متجزئا
نحو اليمين او اليسار بكثرة صار البطين الايسر او الايمن عظيما وحيثما يتصل
من الجذعين الشريانيين العظيمين من البطين المتسع واما البطين الضامر
فانه يدفع محتضله الى البطين الاخر من الحاجز المنفتح وفي احوال نادرة جدا
يوجد الاورطي ناشئا من البطين الايمن والشريان الرئوي من البطين الايسر
وكذا شوهد هذا الاختلاف بالنسبة للائوردة المنفصمة مع القلب ولا حاجة
الى التطويل فيما يخص هذه الاختلافات

وأما كل من **د** كفاية الغناق وتضايق الفوهات القلبية والتضايقات
المندية لهذا العضو الناتج عن التهاب الغشاء الباطن والعضلي من القلب فانه
يتميز بمجسسه في القلب الايمن عما يماثله من التغيرات التي تعرض بعهد
الولادة

ومن التغيرات القلبية الاهمية التي ليس لها تاثير على الدورة فقد
المتخلف العظم في حواجز القلب وليس مضاعفات ولا نتائج للتغيرات
السابق شرحها بل يحصل باثراءه وبعبر عاتقها في التسكون المجهول الاسباب
فمن ذلك ما يوجد في الثقب البيضوي عند فتح الجنة من الفتحات التي تسكون
على هيئة شقوق رفيعة او عظيمة بدون ان ينتج عن هذه التغيرات ادنى عرض
من الاعراض وقد يوجد ايضا في حواجز البطينين تغيرات من هذا القبيل في
الجزء العلوي من هذا الحاجز الذي يكون رقيقة جدا عند الاصحاح بدون ان ينتج
عنها اعراض مده الحياة

وفي الاحوال المتقدمة من تغير اوضاع القلب الذي يكون فيه جرح عظيم
من جدار الصدر أو القلب مفقودا وفيه يكون وضع القلب في البطن
أو العنق لا يمكن استمرار الحياة اسكن قد توجد أممخاض منفرد عند هاجر
من غير من الجدار العظمية للصدر او شق صغير في القص وتتم مع ذلك زمنا
طويلا فان الجلد يغطي القعد الحاصل والمرضى لا يوجد عندهم الاقليل

* (الاعراض والسير) *

لوانما للتأثير الذي تحدثه العيوب الخلقية من القاب في الدورة وتوزيع
الدم ولا حظنا في ذلك أكثر هذه العيوب حصولها وأهمها أعني التي فيها
يكون الاورطى او الشريان الرئوي ضامرا وهو بطينه بحيث ان الدم يمر الى
البطين الايمن من الحاجز المنفتح ويصل الى جميع اجزاء الجسم والرئتين
بواسطة الشريان الغير الضامر لا تضح لنا ماسب اتي ذكره من الاضطرابات
الدورية وتوزيع الدم وضوحا كافيا

وهو ان الدورة يحصل فيها بطء والدم الذي يمكث في الجسم تبعاً لذلك ربما
طويلا ويقل عودته الى الرئة لابدن انشغاله بمحض الكربون بحيث انه
يكتسب صفة وريديية عظيمة جدا فان سرعة الدورة تتعلق بكمية الدم التي
تندفع في كل حركة تنفسية واحدة فان فقد الاورطى او الشريان الرئوي وكان
لا يوجد في القاب الافوهة واحدة يخرج الدم منها كانت الكمية المندفعة
من الدم قليلة جدا ولو كان البطين الدافع له واقعا في الضخامة وزيادة على
ذلك فن الامور الضرورية المترتبة على وجود تغير عضوي خلقي في القاب
ان الدم الجارى في شرايين الرئتين وشرايين الدورة العظمى يكون مكونا من
اختلاط الدم الوريدي بالشرياني بحيث ان أعضاء الجسم تغذي بدم ليس
تقيما من الكربون وهذه الحالة التي هي طبيعية كما هو المعلوم بالنسبة
للحيوانات الباردة الزاحفة هي وبطء الدورة السابق ذكره توجه جيد اجلة
من الظواهر التي توجد في احوال عيوب القلب الخلقية كحالة الخمود
والخدر وضعف القوى العقلية وضيق الخلق ولا سيما المحطاط درجة الحرارة
وتولدها

ومن الواضح ايضا انه متى كان ورود الدم الى اوعية الدورة العظمى والصغرى
من بطين واحد سواء اليميني او اليساري يكون ولا بد امتلاء الشرايين قليلا
جدا وان قلة امتلاء الشرايين يترتب عليها ولا بد امتلاء عظيم جدا في الاوردة
وطبقا لذلك نشاهد انه يوجد مع ضعف النبض ضيق عظيم في التنفس
ولا سيما اللون السياموزي وهو عرض ينتج على الدوام كما ذكرنا ارا من

عظم امتلاء الاوردة بالدم وتراكمه فيها لئلا يسكن السيمانوزون كان يحصل على
الدوام من تراكم الدم في الاوعية والاوردة الشعرية الا ان الدرجة العظمى
منه ينبغي ان يكون لها سبب آخر وهو الصفة الوريدية للدم الموجود في
الشرايين والاعوية الشعرية بزيادة عن تراكمه في الاوردة والصفة القائمة للدم
بانقرادها لا تكفي في احداث السيمانوز (ومن جملة ما يثبت ذلك حالة ذكرها
بريست فيهما لم يظهر في الذراع الايسر أدنى تغيير في اللون والحال ان الدم
الوارد اليه كان جميعه ويزيد او ذلك أن الشريان تحت الترقوة اليسرى كان
ناشئاً من الشريان الرئوي) لكن مع ذلك لا ينكر ان درجة السيمانوز الناشئ
عن ركود الدم في الاوردة وتراكمه فيها تتعلق ولا بد بصفة الدم الداكنة أو
الحمراء القانية فان الانخفاض ذوى الدم الرقيق لا يظهر عندهم السيمانوز
بدرجة عظيمة طاقا

وعين هذه النتيجة كما تحصل من ضوء واحد الجذوع الشريانية سيما عند
انفتاح الجابر يحصل أيضاً من التضائقات القلبية عند مرض الشريان
الرئوي من البطين الايمن ومن العيوب العضوية الخلقية العظيمة في الشريان
الرئوي

ثم ان اللون المزرق القائم في الجلد سيما في الوجهين والشفتين وأصابع
اليدين والقدمين هو العرض الواصف للعيوب القلبية الخلقية وتراكم الدم
الوردي في هذه الاوردة يؤدي لانتفاخ في الاجزاء السيمانوزية وهو ناشئ
كما بينه مع الدقة (فورستر) من ارتشاح مصل في هذه الاجزاء ومن انتفاخها
وضخامتها فالانف يصير عظيم الحجم فحيناً وتنفخ الشفتان المزرقتان
والسلاميات الاخيرة من أصابع اليدين والقدمين يحصل فيها انتفاخ غالباً
بحيث تظهر الاصابع كالعصى التي يقرع بها على الطبل والاطراف تظهر
عريضة مقوسة وأغلب المرضى يكونون ذوى بنية نحيفة وأطراف طويلة
وعندهم ميل عظيم للانزفة ويحصل لهم قشعريرة بسهولة ويكونون محطى
القوى ضيق الخلق ويشاهد عندهم في الغالب عدم تمام في نمو الاعضاء
التناسلية وضعف في الباه ومثل هؤلاء يعتبرهم غالباً نوب في خفة القلب
وضخبر عظيم وانما لا ينبغي أن يندر أن يحصل احدهم الى سن الاربعين أو الخمسين

ويكاد يهلك على الدوام بسرعة من أمراض تطرأ عليه لم فلا يكون له قدرة على مقاومتها أو من أودعها الرتين أو الاستسقاء

ومن المستغرب ان ظواهر السيمانوز والاضطرابات الوظيفية السابق ذكرها تتضح خصوصاً في زمن البلوغ ومن الجائز ان تعادل العيب الخلقى من القلب يتم هنا زناطو ولا بواسطة الضخامة التابعة لهذا العضو أو ان عدم كفاية الغلق لا يظهر الا في أثناء تمام نمو أجزاء الجسم وازدياد كمية الدم بدون أن يشارك القلب باقى أجزاء الجسم في تمام النمو والبحث الطبيعى لا يمكن الارتكان اليه في تشخيص العيوب الخلقية من القلب فانها كثيرة التنوع والاختلاف والغالب أن تكون ضربات القلب قوية متمسدة وأصميتها عظيمة وفي الغالب يسمع ازير كقراءة القطط وتسمع الغاط كاذبة عسرة التوجيه وفي أحوال أخرى يمكن ان تسمع الغاط قلبية نقيية

ثم انه في الزمن السابق كان يعتبر القعد في الحاجر القلبي سبباً للسيمانوز الخلقى وهذا الاعتبار خطافان هذا القعد بانقراده لا يؤدي للسيمانوز ونحو ذلك بل هي احوال غير طبيعية غير مضره لا ينتج عنها اعراض مدة الحياة

* (المعالجة) *

معالجة العيوب الخلقية من القلب لا تكون بالضرورة الاعرضية و يقتصر فيها على مضاربة العوارض الخطرة وهذا يتسك بالقواعد العلاجية التي ذكرناها في كل من الاستسقاء وأودعها الرتين ونحو ذلك مما ينشأ عن آفات القلب العارضية

* (في الامراض العصبية للقلب) *

* (المبحث الرابع عشر) *

* (في الخفقان العصبى القلبي) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

كل من قوة انقباضات القلب وعددها يحصل فيه تغير عند الاشخاص المسلمين بعدة من المؤثرات ومن العلوم ان قوة انقباضات القلب وسرعتها الناتجة عن الانقباضات النفسية والجهدات الشاقة وتهاطى المشروبات

الروحية ونحو ذلك لا تكونان ناشئتين عن تغيرات مادية في الطبقة العضلية من القلب بل عن تأثير عصبي غير طبيعي والتغيرات الحاصلة بهذه الكيفية لفعل القلب الطبيعي لا يعبر عنهما بالحققة ان القلب العصبي كما ان ازدياد فعل القلب وشدة انقباضاته الناشئة عن ارتفاع حرارة الدم في الجمات وكذا شدة ضرباته في احوال ضخامة لا يعبر عنهما بذلك أيضا فلا يعنى بالحققة ان العصبي الاشدة جركات القلب وسرعته التي لا تكون متعلقة بتغيرات عضوية فيه ولا ناتجة عن أسباب مدركة أو التي تنتج عن أسباب واهية لا تحدث عند أغلب الأشخاص الاصحاء أدنى تغير واضح في فعل القلب

ثم ان كلام من سيرخفقان القلب ولا سيما في وقتاته يستدل منه ولا بد على اعتباره مرضا عصبيا في الاعصاب المحركة للقلب لكن الظاهر انه الى الآن لم يكن توجيه كيفية حصول الخفقان القلبي ومنشئه سهلا وذلك لان المؤثرات العصبية المتضاعفة لهذا العضو هي من جهة العقد العصبية الخاصة به ومن جهة اخرى المركزان العصبيان للقلب الكائنان في الضاع المستطيل المتسلط أحدهما على الالياف العصبية المنظمة لحركات القلب والثاني على الالياف العصبية المسرعة لها لا تسفح ايضا ذلك الا بكيفية استثنائية ولذا ان المهيجات النفسية والحسية تحدث تارة بطأ وتارة بسرعة في حركات القلب

وعلى هذا ينبغي التوفى في اعتبار الخفقان العصبي من جملة الامراض العصبية الناتجة عن ثوران الحركة أعنى الاحوال الناشئة عن ارتفاع في تنبيه الاعصاب المحركة كما قال بذلك (روبرغ) و(بهرجر) فان الخفقان القلبي يمكن أن يتوهم تعلقه اما بتناقص في فعل العصب الرئوي المعدي او بازدياد في تنبيه العقد العصبية للقلب او العظم السعماوي ويضاف لذلك ان الخفقان العصبي في بعض الاحوال لا يكون ناشئا عن ازدياد فعل القلب وانما هي ظاهرة حسية لا مريض فهذه الاحوال الاخيرة ان جريتا على ترتيب منتظم كان حق اعتبارها من جملة ثوران الحس بمعنى انها ناشئة عن شدة تنبيه الاعصاب الحسية للقلب

ومهم انهمت علينا الاسباب الاولية من الخفقان العصبي القلبي يسهل

علمنا ذلك ببعض أمور بالنسبة لاسبابه الثانوية وذلك أن هذا المرض يشاهد
بكثره عند الأشخاص العصبيين والانيماويين وهو من جملة الطواهر الملازمة
للخلوروز وزيادة على ذلك تكثر مشاهدته عند وجود تغيرات مرضية في
الاعضاء التناسلية وليس ذلك عند النساء المصابات بالاستيريا (أي الاختناق
الرجعي) فقط بل عند الرجال أيضا المقروطين في شهوات الجماع والمدمنين على
جلم عميرة وكذا لا يتدر مشاهدته خفقان القلب العصبي في الرجال المصابين
بالابوخند ارياذوكر (روبرغ) ان الطبيب الشهير (بيتر فرنك) كان
معتز به حالة خفقان عصبي قلبي ابوخند اري في أعلى درجة حتى توههم في أثناء
اشتغالها بالتأليف على أمراض القلب انه معتز به انورزما في هذا العضو
وكثيرا ما يشاهد الخفقان العصبي القلبي عند الخوالس يبع في سن البلوغ
وبالجمله فقد يعتري أشخاصا لم يكن عندهم تغيرات مرضية ولا متعرضة
لاسباب مرضية معلومة

* (الاعراض والسير) *

نوب الخفقان العصبي القلبي تتضح بحركات قلبية سريعة غير منتظمة مصحوبة
غائبا باحساس بضجر وضيق في النفس وضربات القلب تكون في الغالب
قصيرة وثابتة وفي بعض الاحوال لا تكون قوتها واضحة وفي احوال أخرى
تكون قوتها جدا بحيث ترجع اليه عند وضعها على القلب لكن الغالب أن
يكون احساس المريض بالخفقان أقوى مما يستبان من البحث عن ضربات
القلب وكل من النبض وهبسة المريض يختلف فتارة يكون النبض ممتلئا
والوجه محمرا وتارة يكون صغيرا متهطعا والوجه باهتا بحيث يظهر أن ضربات
القلب السريعة لا تتم بشدة او كأنهم لم تستمر الا زمنا قليلا بحيث تكاد
الشرايين لا تمتلئ منها ملاء تاما ومدة هذه النوبة تختلف فقد تمكث بعض
دقائق أو ساعة بل تزيد ولا يتدر أن ينضم لذلك تغيرات عصبية أخرى في
المجموع العصبي كالدوار وطنين الاذنين والارتعاش ونحو ذلك والنوبة قد
تزول اما فجأة أو مع التسدر بيج وحينئذ تعود انقباضات القلب الى حالتها
الطبيعية وقد تضي عدة أسابيع او أشهر قبل ان تطرأ النوبة مرة أخرى وفي
بعض الاحوال قد تتردد النوب بسرعة وكل من الفترات الخالية وظهور

النوب يكون بدون اسباب مملومة ولا سيما في الاحوال التي لا يشاهد فيها
ازدياد فعل القلب عادة وعدم وجود تغيرات مدركة عند البحث الطبيعى عن
القلب عنعنا من الوقوع في الخطا ومع ذلك فالقيمة يزيلس منها في جميع
الاحوال وان كانت الاسباب الناتجة عنها الخفقان العصبى واضحة وقابلة
للمعالجة زال هذا المرض بعد زمن طويل أو قصير زوالا تاما وذلك يقال
بالنسبة للخفقان العصبى المعترى السباتات الخلوروزيات والنساء الاستيريات
المصابة بامراض في الرحم قابلة للشفاء بل وفي الاشخاص المعترين خفقان
القلب العصبى عقب الافراط في الشهوات وفي أحوال أخرى قديسة عصى
هذا المرض فيستمر طول الحياة

والبحث الطبيعى لا يستدل به خارج النوب على تغيرات واضحة وامانى
أوقات النوب فانه يسمع الغماط مرضية ناتجة عن التوتر الغير الطبيعى
للصامات القلبية وجدرا الاوردة

* (المعالجة) *

الخفقان العصبى يحتاج في معالجته ابتداء لازالة الاسباب المحدثة له القابلة
للشفاء فبند النساء المصابات بالخلوروز والاشخاص الانماويين يحصل من
استعمال المركبات الحديدية نتجاح عظيم والخفقان الاستيرى يحتاج فيه
لارسال العاق على فوهة الرحم ومسهبا بالبحر الجهنى اذ قد يحصل بذلك كما
سند كره شفاء واضح لم يكديت عنهم به والاشخاص الابو خندار يون المعترين هم
امتلاء دموى وتعددت دوا الية في الاست يحصل عندهم راحة عظيمة في حالة
الخفقان العصبى من استعمال بعض المياه المعدنية المحللة وارسال قليل من
المنق على الاست ولو أردنا ذكر جميع الوسائط العلاجية اللازم اجراؤها
في الخفقان العصبى نلحز جناعن الموضوع فانهم اتم معاملة جميع الامراض
التي يكون الخفقان العصبى عرضا لها والمرضى المعترين هم الخفقان العصبى
بدون أسباب معروفة ينبغي أن تستعمل لهم الحمامات الباردة وترسل الى
الخلاء لتغير الهواء والسفر وتنع من الافراط في المشاق الجسمية وكذا
من الافراط في المآكل والمعيشة البلوسية والمدوح من الوسائط الدوائية
التي ينبغي استعمالها هو برومور البوتاسيوم والديجتالا وفي أثناء النوبة

ينبغي استعمال الجرعة الغازية والخواص المعدنية والنباتية وملح الطرطير
والماء المحلاة ومن الخطا اعتقاد عدم منفعة هذه الوسائط وترك استعمالها
اذ من الامور المسهلة على المريض حالته والمقصود لمدة نوبة الخفقان العصبي
تحويل افكاره عن حالة مرضه بتجهيز الجرعة الغذائية أو نحو ذلك ومثربها
ويظهر ان استعمال التبريد على قسم القلب له تأثير واضح في قصر النوبة كما
وان المرفين والجواهر الدوائية العصبية ~~كصبغة المانستر~~ والصبغة
الاتيوية طليشة الهر لها فائدة أحيانا

* (المبحث الخامس عشر) *

* (في الالم العصبي القلبي أو ألم الضفيرة القلبية المعروف بالذبحة الصدرية) *

* (الاسباب) *

أغلب المؤلفين يعتبر هذا المرض تبعاً للشهر (روبرغ) مرضاً عصبياً
ناشجاً عن توران حسي في الضفيرة العصبية القلبية وبعضهم يقول بوجود
اضطراب عصبي في الاعصاب المحركة للقلب يجوار الاضطراب الحسي فيها
فيعتبر هذا المرض مرضاً عصبياً مزدوجاً بل نسب بعضهم هذا المرض لتغير
في اعصاب العظيم السمبثوي واعتبره مرضاً عصبياً في اعصاب التغذية

ثم ان الالم العصبي القلبي مرض نادر الحصول ويصيب على الخصوص
الاشخاص المتوسطى السن والجمدى التغذية ذوى البطون الشحمية وفي
معظم الاحوال يكون أساس هذا المرض مبنياً على تغير عضوى في القلب
كعيب في صمام الاورطى مع استحالة اثر وماتية فيه أو استحالة شحمية في
القلب او تورمانى الاورطى وكثيرا ما يصاحب هذا الالم العصبي الاستحالات
المرضية في الشريان الاكلبي من القلب وتكلساته وزعم بعضهم ان نوب
هذا المرض انما تنتج عن التهيح المخائبيكى الواقع على تفرعات الضفيرة القلبية
المصاحبة لتفرعات هذا الشريان ومع ذلك لا ينبغي اعتبار الالم العصبي القلبي
عرضاً ملازماً لتلك التغيرات التشرىحية المرضية فانها ليست دائمة الوجود
وزيادة على ذلك فان هذا الالم العصبي يحصل على الدوام بكيفية واحدة مهما
اختلفت التغيرات التشرىحية المرضية للقلب بمعنى ان هذا المرض ذو نوب
وفترات خالية بحيث ينبغي اعتباره مرضاً عصبياً قلبياً والتغير العضوى

المرضى للقلب هو الذي أورث الاستعداد للإصابة به وفي بعض الاحوال قد يظهر الالم العصبي القلبي بدون تغيرات نشريية مادية في القلب بل ويظهر ان اصابات الاعضاء البعيدة كالكبدة والكليتين والرحم ونحو ذلك تحدث هذا المدا بطريق الانعكاس

* (الاعراض) *

تحس المرضى في أثناء نوبة هذا المرض فجأة بالمشد يد مضيق أسفل القص وفي قسم القلب يكاد يشعع على الدوام نحو الذراع الايسر ويندر تشعبه نحو اليمين والعنق ويكون هذا الالم مصحوبا باحساس بضجر عظيم - متى كان حياتهم سقطة في وقتوهم المرضي أن لا قدرة لهم على التنفس لكن متى حرضوا على ذلك أمكنهم التنفس العميق ولا يكون لهم حسارة على التكلم بل أنين وان حصلت النوبة في أثناء المشي وقفة في مكانهم وبحسوا عن نقطة ارتكان او انهم يرتكزون على صدورهم وتبرد أيديهم وتبهت وجوههم وتغير صحتهم ويحصل اختلاف في فعل القلب وانقباضه في أثناء النوبة فقد يكون متناقضا وقد يكون متزايدا وكذلك تختلف حالة النبض في الاحوال المختلفة فقد يكون طبيعيا وقد يكون سرعيا ويندر أن يكون بطيئا وقد يكون صغيرا غير منتظم ومقطعا ثم تزول النوبة شيئا فشيئا بعد بعض دقائق أو بعد ربع ساعة أو نصف ساعة مع تجشئ غازي ويندر تردد النوب في الابداء ثم يكثر فيما بعد بحيث انها تحصل عند المرضى في كل يوم ويظهر ان الانفعالات النفسانية هي أكثر الاسباب اتجاهاها ويندر حصول تلك النوب من المشاق الجسدية ومن التباعد عن التدبير الغدائي الصحي والحالة الصحية للمرضي قد لا تكون مضطربة في أثناء القترات وفي أحوال أخرى قد يوجد عندهم ظواهر آفة قابلية عضوية ثقيلة لا يشعشع بشفاء هذا المرض شفاء تاما الا في الاحوال الاستثنائية التي فيها يكون هذا المرض داء عصبيا محض بدون آفة عضوية ومع ذلك فقد توجد تلك الآفة بدون الوقوف على حقيقة معرفتها وذلك كعظم الشرابين الاكليلية وكثيرا ما يحصل الموت فجأة في أثناء النوبة

* (المعالجة) *

امامعالجة الام العصبى من القلب فيشك فيها بان كان $\frac{1}{2}$ منما تقصير مدة
 التوب أم لا بواسطة استعمال الجواهر الدوائية لكن متى تأملنا الشدة زرغبة
 المرضى وسرعة استعماهم للجواهر الدوائية متى حصلت النوبة عندهم
 استبان ان ترك المعالجة في أثناء النوبة يعد من القساوة العظمى وقد أوصى
 (رومبرغ) في أثناء النوبة باستنشاق الاثير كبريتيك أو الاثير خليك وذلك
 بان يصب منه عمل بعض ملاعق شاي في طبق صغير ويستنشق منه واوصى
 (بروتون) وغيره باستنشاق بعض نقط من الاميل نترت من اربع نقط الى
 خمسة وكذا من الموصى به استنشاق الكوروفورم فانه قوى التأثير لكن
 لا ينبغي الاستمرار على استعماله حتى يحصل الخدر التام وان استطالت مدة
 النوبة وجب استعمال الحرقن تحت الجلد في قسم القلب بمحلول المورفين فانه
 ذو فائدة جيدة وعند الخوف من حصول شلل في القلب ينبغي استعمال
 المنبهات كالنيذوالاثير والمسكويستعمل في أثناء القنترات سيما في الاحوال
 التي فيها يكون هذا المرض عصبيا محضا كل من السكين وبرومورالبوتاسيوم
 ونترات الفضة اوسائل فولير وقد شاهدنا من استعمال صبغة حشيشة
 الهر والمنستر الاثيرية فصرافى مدة النوبة وبالجملة ينبغي في معالجة هذا
 المرض التيقظ لحالة المرض الاصلى الذى نتج عنه ومعالجته ان أمكن واما
 استعمال المحصة والخزام فلاثرة فيه ولو قيل به كثيرا
 المبحث السادس عشر
 * (في داء باصدو) *

(أى الخفقان القلبي المحسوب بانتفاخ الغدة الدرقية والمحوظ العميق)
 يعنى داء باصدو مضاعفة كثيرة الحصول من احساس شخصي بخفقان
 محسوب بسرعة فعمل القلب مع ازدياد في نبضات أو عية العنق والرأس
 وانتفاخ الغدة الدرقية ومحوظ العين وهذا التضاعف مخصوص من طواهر
 مختلفة يشاهد في بعض الاحوال عند بعض المرضى المعتر بهم من قبل آفات
 عضوية في صمامات القلب لكن الغالب مشاهدته عند اشخاص لم يكن
 معتر بهم آفات عضوية قلبية وقد وجد القلب في بعض الاحوال على حالته
 الطبيعية وفي غالب الاحوال يوجد رخواذا بطينات متعددة بل قد يوجد

البطين اليسرى في حالة التضخم وافتتاح الغدة الدرقيّة الذي يكون غالباً غير
 عظيم جداً وقد يكون جزئياً ينتج إما عن حالة احتقان وتعدد في الأوعية أو عن
 نضح مصلي في جوهر هذه الغدة أو عن مجرد نفوذ في عناصرها ويوجد أحياناً
 عند مكنث هذا الورم زناً طويلاً يكاس ممتلئة بمواد مصليّة أو هلامية
 وكذا افتتاح الطبقة الشحمية الخاجية التي ينشأ عنه بحوظ العين
 يظهر في معظم الأحوال أنه ناشئ عن مجرد احتقان ووذيم في المنسوج
 الشحمي الخاجي أو نفوذ في عناصره وذلك لأن بحوظ العين في الأحوال التي
 تنهى عنها هورورم الغدة الدرقيّة يزولان بالكلية كاضطرابات
 المجموع الدوري

والذي يدل على أن هذه المضاعفة المرضية العادة من الأحوال المرضية
 المذكورة ليست مجرد مصادفة وأنه يجوز لنا اعتبارها شكلاً مرضياً
 مخصوصاً هو الذي أشيرنا إليه فيما سبق من أن أورام الغدة الدرقيّة وبحوظ
 العين كما أنها يظهران مع سرعة فعل القلب وازدياد نبضات أو عبة العنق
 يزولان معهما أيضاً

ثم إننا أردنا البحث عن المنبوع الأصلي لكل من الظواهر المرضية
 لداها صادوا استبان لنا أنها متعلّقة ولا يتباضطرابات عصبية في جذر الأوعية
 فإن شلل الأعصاب الوعائية هو الذي يصبح به توجيه تمدد السباتين وازدياد
 نبضاتهما وكذا الشرايين الدرقيّة والافتتاح الوعائي للغدة الدرقيّة ومماثلة
 هذه الظواهر لما ينتج عن التجربة المألوفة للمعلم برنارد (وهي قطع العظيم
 السميائي العنقي) تؤيد القول بشلل الجزء العنقي من العظيم السميائي وفي
 الحقيقة كثيراً ما وجد هذا العصب ولا سيما عقده العنقية متغيرة تغيراً
 مرضياً لكن في الحقيقة سرعة فعل القلب وزيادة انقباضاته تنافي القول
 بشلل العظيم السميائي العنقي المتوهم وجوده وذلك لأن قطع هذا العصب
 يترتب عليه بطء في انقباضات القلب وتناقص في سرعتها بل قد لا ينتج عن ذلك
 أي تأثير كما أن النظريات المشار إليها فيها ما هو معلوم من كون قطع العظيم
 السميائي العنقي لا ينتج عنه بحوظ المقابلة بل انكماشها وقتحة الاجفان
 بخلاف تهييج الألياف العصبية السميائية الواصلة إلى مقلة العين وهي

الالياف العينية المدقية فانه ينشأ عن ذلك ظواهر مشابهة لما ينشأ عن
 الداء الذي نحن بصدده وهي بحوظ العين مع تمدد المدقة فلاجل تجنب هذا
 التناقض قد قيل بالنظريات الاتية وهي ان الالياف السمبوتية الوعائية للعنق
 والرأس هي التي تكون في حالة الشلل بخلاف الالياف العينية المدقية
 الخارجة على انفرادها من العظم السمبوتى تكون بعكس ذلك
 في حالة تنبته متزايد

ثم ان داء ابا صيدو يشاهد عند النساء أكثر من الرجال ويظهر ان كلام من
 اضطراب الحيض وفقر الدم (اي قلة كراته الحمراء) الذي كثيرا ما تصاحبه
 له دخل عظيم في احداث هذا المرض لايسوغ اعتبار شلل
 الاعصاب الوعائية بمجرد اضطراب عصبي من جهة الاضطرابات العصبية
 المنتشرة الاستيرية او نسبة استرخاء الجدران الوعائية الى عدم كفاية تغذيتها
 هي أو اعصابها الناشئ عن فقر الدم وقلة الكرات الحمراء فيه فان المرض
 الذي نحن بصدده لا يوجد بالانحصار في احوال الاستيريا الواضحة جدا ولا
 الخلو روزا المتقدمة أيضا بل انه يوجد احيانا عند اناث لم يمتها أدنى اضطراب
 في الحيض ولا فقر في الدم البتة وان اصاب هذا الداء الرجال وصل غالباً الى
 درجة تقدم عظيمة واصابته لهم تكون غالباً عند تكامل سن الرجولية
 بخلافه عند النساء فحصوله يكون في أثناء الشبوية عقب نمو أعضاء التناسل
 فيهن

وفي الغالب تشتمك المرضى ابتداء بحةقان في القلب مدة طويلة من
 الزمن ويوجد عندهم سرعة عظيمة في النبض عند البحث عنه بحيث
 يصل الى مائة وعشرين أو الى مائة وأربعين في الدقيقة الواحدة قبيل
 ان تلاحظ المرضى نديها أو من كان حولها من عائلتها ان أعينهم ازدادت
 بروزاً زيادة عما كانت وان العنق حصل فيه اتفاخ وعند وضع اليد او
 السماع على الغدة الدرقيية يحس ويسمع بازرأ أو خويرواحياً فانساع الغطاء
 نفخية في القلب تعتبر غالباً الغطاء دموية مادامت بجواريف القلب ليست في
 حالة تمدد ولا ضخامة فابعد حين اذ بدون ذلك يمكن الحكم من وجود لفظ
 مرضى على وجود آفة عضوية في الصمامات القلبية وفي الاحوال المتقدمة

جدا من هذا المرض بصير بحفظ العين عظيم جدا حتى ان الاجتهان لا تغطي
 العين تغطية تامة وربما نتج عن عدم امكان غلق العين عوارض تسمى فقد
 شوهدت احوال حصل فيها تقرح في القرنيتين وتثقب فيها ما بل فساد العين
 بالسكبية وهذه العوارض التابعة تنشأ بلا شك عن كل من عدم تغطية
 العين تغطية تامة وجفافها ومع ذلك فيظهر ان الاحوال المشابهة من ذلك
 تنشأ عن حالة انسيتيزيا القرنية أى فقد حساستها حتى ان المعلم (جريفه) يقول
 بوجود حالة عصبية شللية في القرنية وكذا حركات العين يعتبرها اضطراب
 بسبب شلل عضلاتها الناتج عن توتر الاعصاب غالبا وأما قوة الابصار فلا
 يحصل فيها اضطراب بقطع النظر عن التغيرات المرضية المذكورة للقرنية
 وهناك ظاهرة وامفة أخرى تبقى بحفظ العين أحيانا وهي التقلص
 التشنجي للرافعة الجفنية العليا كما قاله (جريفه) ويتضح ذلك من سقوط
 الجفن العلوي ببطء سقوطا غير تام عند توجيه البصر الى أسفل وقد ذكر
 (بيكر) في العصر الاخير ان النبض الشرياني الذاتي في أوعية الشبكية
 عرض من جملة اعراض داء باص دوغ غير معتمى به الى الآن وفي الاحوال
 النادرة من هذا المرض تصير النبضات الوعائية للقعدة الدرقية والسبب اتيين
 واضحة جدا بحيث تدرك من بعدد وأغلب المرضى يشتكي مع ذلك بضجر
 وبعضهم بدوار وألم في الرأس وغيره من الظواهر المرضية الغير القارة
 ثم ان هذا المرض يمتد عدة أشهر بل سنين ومن النادر جدا مشاهد احوال
 حادة منه ذات هجوم فجائي وهي وسير سريع وعندما يكسب هذا المرض سيرا
 محزنا يكون ذلك ناشئا عن تمدد تدريجي في القلب فتنقص قوة حركته وفعله
 فتقع المرضى في حالة سيانوزية استسقاءية ويؤدي الاحتقان الاحتمالي
 في أوعية الدورة الصغرى لعسر عظيم في التنفس ثم أوديعارثوية ويندر
 حصول الموت بظواهر مرضية عصبية دماغية او باعراض أخرى تطرأ
 عليهم وأما حصول التحسين في هذا المرض او الشفاء التام منه فليس من
 الامور النادرة بل الانتهاء بالشفاء اكثر حصولا منه من الانتهاء بالموت ثم
 انه وان سهل جدا معرفة هذا المرض عند تمام تكوونه واتصاحه بعسر
 الحكم عليه في اشكاله الغير التامة التكوّن والوضوح فان ازدياد فعل

القلب وتنبهه لا يستدل منه في الابتداء على شئ مادام كل من استفاخ الغدة
الدرقية وبحوظ العين مفعودا و يظن انه خفقان عصبي او ينسب لآفة
عضوية في القلب بل وصعوبة التشخيص تستمر في الاحوال الغير المتأخرة
التي فيها يفقد احد الاعراض الرئيسة لهذا المرض ولا يتضح بالكلمة اذ قد
يفقد احبا نائغرات العين أو الغدة الدرقية او الظواهر المرضية التي تشهد
من جهة القلب أو تزول بسرعة بعد ظهورها

ثم ان معالجته باصداو التي شوهه دفيها تحسين في سير المرض في احوال
عديدة تشمل على تدبير غذاء مقووعلى تعاطى المركبات الحديدية الذي يصير
ضروريا كلما تضحظوا هرا لا ينما لكن لا يتوهم ان للمركبات الحديدية
تأثيرا نوعيا في التغير الاصلى لهذا المرض وعين ذلك يقال بالنسبة للديجيتالا
التي تستعمل استعمالا عرضيا عند وجود تنبه عظيم في فعل القلب وكذا
منفعة كثير من الجواهر الدوائية الاخرى الموصى بها كالكنين
والويراترين وبرومور البوتاسيوم والمركبات البودية وكذا المعالجة
بالماء البارد يظهر انها قاصرة على بعض الاحوال أو ان بعضها وهى
والمعلومات المستجدة بالنسبة لطبيعة هذا المرض أدت الطبيب دوش
لاستعمال التيار الكهر باقى المستمر المتولد من عشرة أزواج الى عشرين
على العظيم السبالتوى العنقى ونتيجة ذلك تقيص سرعة النبض تنقيصا
عظيما وتطيف حالة بحوظ العين واحداث نوم منتظم لا الشقاء التام وأما
التجارب العديدة المستجدة بواسطة التيار الجوانى التي فعلها كل من يلنبرج
وجونن وشوستيك وميسير وغيرهم فقد ثبت بها بالاشك جودة تأثير
هذه الطريقة العلاجية الذي كثيرا ما يتضح عما قلل من الاستعمال ولوان
هذا التأثير الجيد غير تام ويتصف بتناقص بحوظ العين واستفاخ الغدة
الدرقية لا بتناقص فعل القلب

(الفصل الثانى)

في أمراض التامور أعنى الغلاف القلبي

(المبحث الاول)

في التهاب التامور

* كيفية الظهور والاسباب *

أما كيفية حصول التهاب التامور وظهوره فيرجع فيه الى ما ذكرناه في كيفية التهاب الغشاء المستبطن للصدر في الالتهاب البليوراوي فانه في كثير من احوال الالتهاب البلزقي اهذ الغشاء لا يؤدي التغير الغدائي الالتهابي الى نضج خلائي وانسكاب في باطن التامور بل يحصل فقط نضج وضخامة التهابية في هذا الغشاء بحيث ان منسوجه الطبيعي ينمو كما سبق ذكره ويصير نخبنا وبهذه المنابة ينشأ ما يسمى بالطح الوترية وفي احوال أخرى تصطب هذه الضخامة بنضج سائب في تجويف هذا الغلاف يحتوى على مواد ليفية دائما لكن يختلف متحصله بدون ان يمكن نسبة هذا الاختلاف الى سوء اخلاط مختلفة وكذا يعتبر ازدياد المادة الليفية في الدم هاتان بعينهما وليس اوليا

وأما اسباب التهاب التامور فبما ان هذا المرض قد يحصل بدرجة من مؤثرات جرحية كالجروح النافذة في الصدر والسقطات والضربات الواقعة عليه ويتبع ذلك الاحوال التي فيها يمتد هذا التهاب من أعضاء مجاورة كالرئتين والبليوراوي من النادر جدا أن يصيب هذا الالتهاب اشخاصا سليمين من قبل مكونا لاصابة ذاتية اى قائمة بنفسها وذلك يحصل خصوصا في الازمنة التي فيها تكثر مشاهدته كل من الالتهابات الرئوية والبليوراوية والنجيرية الليفية وغيرها من الآفات الالتهابية أعني عند تسلطن بنية مرضية التهابية وفي مثل هذه الاحوال وان كانت المعتمدة عموما انه أثر على الجسم برد الان اثبات ذلك غير غالبيا وأكثر من ذلك حصولا لان ينضم التهاب التامور الى آفات أخرى حادة كانت أو مزمنة ولا سيما الى الروماتزم المفصلي الحاد خصوصا ان أصاب هذا المرض جملة مفصلي على التوالي فانه قد ثبت بالتقويم والمشاهدات الاكيدة للمعلم (بجر) أن ثلاثين حالة في المائة من هذا المرض تتعلق بمضاعفته للروماتزم المفصلي الحاد وكذا يضاعف التهاب التامور داء بريكت غالبيا والاشكال المختلفة من السبل الرئوي وقد ينضم الى الآفات المزمنة من النملب أو النوريزما الاورطي وينظمه رلنا

في جميع هذه الاحوال كما بيناه سابقا ان الافة الاصلية ينشأ عنها ازدياد الاستعداد للاصابة بالتهاب التامور لكن هذا الالتهاب لا يكون مرضا تابعا بل مضاعفا للمرض الاصل في حينه فلا يعتبر مرضا ثانويا بالمعنى الحقيقي وعكس ذلك يقال بالنسبة للاحوال التي فيها التهاب التامور يصاحب تسهم الدم ومما أشبهه من الاحوال المرضية التسممية كحمى النفاس والاشكال النقيلة من الحسبة والجدرى فان التهاب الغلاف القلبي في مثل هذه الاحوال من النتائج المألوفة للمرض الاصل في فلا يكون سببا لمضاعفاته فان التسمم العام ينشأ عنه عدة اضطرابات غذائية نهائية في أعضاء مختلفة ومن جملتها التامور

* (الصفات التشريحية) *

يوجد في الجثة غشا بالاسم اجثة الاشخاص المتقدمين في السن على الوريقة الحشوية من التامور زغب رقيق متكون من منسوج خلوي دقيق كثيف الاوعية واكثر من ذلك وجود تراكبات مبيضة سطحية وترية تسمى باللطخ البيضة واللافية وبالقع الوترية تتكون من منسوج خلوي حديث عبارة عن امتداد للاسطة من المنسوج الخلوي الطبيعي للتامور ويعسر انفصالها منه وتكون مغطاة بتطبقة البشرية وغشا التامور هذا ان كان ينبوعه التهابيا يظهر كما بيناه انه ناشئ عن التهاب ذي نضج غذائي وهو التهاب التاموري الخفيف فنشوه حينئذ يشابه غيره كخنور يفتي البليورا والتصاقها ما وحيث ان النمو الخلي للتامور واللطخ الوترية لا يمكن معرفتهما مدة الحياة بل يوجدان دائما بالصادفة في الرمة فلان ذلك كما في مسياتي في شرح هذا المرض

وانما نذكر عند شرح التهاب التامور الفيضي او الالتهابات التي تفتري نسيج غلاف القلب وثانيا صفة النضج المنسكب وكيفية فغلاف القلب يظهر كثيرا لاجرا او قليلا في ابتداء هذا المرض بسبب الاحتقان العظيم لاوعيته الشعرية ويوجد انسكاب دموي في بعض اجزائه مكونا بقع حمراء كثة ذات شكل غير منتظم ونسيج التامور يكون مسترخيا بسبب ارتشاحه ارتشاحا صليا مهمل القترق وسطحه الظاهر كما غير لماع

بسبب انفصال طبقة البشرية ويكتسب هذا الغشاء هيئة لبدية ويتكون عليه نخل لطيف وحلمات وثنيات ناشئة في نحو الاخلمة الدائمة للمنسوج الخلاوي وذلك عبارة عن ابتداء تكون أغشية كاذبة والقصاق ويرى بقى التامورية مضمما

والانسكابات التامورية يظهر فيها جميع التغيرات التي بينها عند ذكر الانسكابات البليوراوية فان هذا الانسكاب التاموري يتقسم بسرعة الى جزئ سائل وجزء صلب فاما الجزء السائل فتارة يكون قليلا وتارة يبلغ وزنه بحلة ابطال فان كان بكمية قليلة تجتمع في الجزء العلوى المقدم من غلاف القلب - هذا منشا الاعمىة الغليظة وشغل القلب بشدة الجزء السفلى من هذا الغلاف وان كان بكمية عظيمة أحاط بجميع القلب ومدد غلافه وضغط على الرئة سيما النصف السفلى من الرئة اليسرى بل ربما نتج عنه تمدد في النصف القلبي من الصدر

ثم ان النضج وان احتوى في جميع الاحوال على أخلية جديدة التكوين أعني اكر صديدية الان كميتهما تكون قليلة جدا في الغالب وحينئذ يكون الجزء السائل من هذا النضج سائلا شفافا لالونه أو مصفرا ومتى كان هذا الجزء السائل مشتملا على كمية قليلة أو عظيمة من مواد لينة منقذة سمي النضج بالمصل اللينى وتقليل من المواد اللينة يحدث تعكرا خفيفا في النضج السائل ويصير نديفا وحيانا تتكون الباقى دقيقة أو أغشية رقيقة تمتد من وريقة الى أخرى على هيئة التسيج وهذه الصفة تشاهد على الخصوص في الاحوال التي فيها يكون التهاب التامور ناشئا عن سير الالتهاب من الاعضاء الحشوية المجاورة الى غلاف القلب وامتداده اليه وفي أحوال أخرى يكون النضج كثيرا المواد اليه قيمة فتترسب هذه المواد بكمية عظيمة على المنسوج الخلاوي الجديد التكوين الذي ينمو على الاسطح السائبة من ويرى بقى الغلاف القلبي فتكون اذ ذلك شبكة خالية وحينئذ يكتسب السطح الظاهر من القلب هيئة اسفنجية مقطوعة أو هيئة سطح مغطى بالزبد وتفرغ منه سطح آخر كان ملامسا له والقلب الذي يكون عليه هذا الراسب اللينى تسمى لأوزغبا يسمى بالقلب الخلي أو الرنغبي ومنه هذا الشكل من النضج

يشاهد على الخصوص في أحوال التهاب التامور الذي يضاعف الروماتزم
المفصلي الحاد

وفي أحوال أخرى يحصل مع هذا النضج انسكاب مواد دموية من أوعية
شعرية متفرقة وبهذه الكيفية يتكون النضج الدموي فان كان الدم المختلط
قليل لا ظهر المصل متلون بالحمرة وان كان عظيما ظهر النضج على هيئة الانسكاب
الدموي المحض واكتسب لونا مسودا وكذا الرسوبات اللبنيّة التي يكون
لونها إعادة أبيض مصفرة اتيكتسب باختلاطها بالدم تارّة لونا أحمر قانيا وتارة
داكنا ثم ان النضج الدموي قد يشاهد في أحوال التهاب التامور الحديث
متى اصاب هذا المرض اشخاصا منهن كمن كالممنين على المشروبات الروحية
وكالمرضى المعتر بهم السل أو داء (بريكت) المتقدم في السيرة وفي الغالب
يشاهد هذا النضج الدموي متى كان الالتهاب ليس مضيما لجوهر التامور بل
للمسوح الخلوي الحديث التكوين الذي يظهر عليه فانه يتكون في هذا
الخير أوعية دقيقة مستطيلة تتميزق بسهولة وفي هذه الاحوال الاخيرة كثيرا
ما يشاهد مع النضج الدموي درن دخني في الاغشية الكاذبة الحديثة
التكوين وهذا التغيير التشرحي الذي هو عبارة عن النضج الدموي
وتدرن الاغشية الكاذبة كثيرا المشاهدة في أحوال التهاب التامور المزمن
وفيه كثيرا ما يظهر مدة الحياة ثورات متعددة

وان كان النضج محتلطا بكمية عظيمة من أخلية جديدة أي كرمديدية
صاير السائل المنسكب مصفرا وغير شفاف شبيها بالقبح المائع وكذا الرواسب
اللبنية تصير صفراء قاعية وتنفق دمرونها وتصير هشة بل عجينة وهذا
الشكل من النضج يسمى بالنضج الصديدي (وبالتجمع الصديدي للتامور)
وحصوله كحصول الانبيم (أعني التجمع الصديدي للصدر) اما عقب استقرار
التهاب التامور ذي النضج المهلي اللبني زمن طويلا وما يكون هذا الالتهاب
له ميل عظيم لتسكروبن أخلية صديدية من الابتداء بحيث ان النضج الحديث
يكون صديديا وهذه الحالة تشاهد في التهاب التامور الذي يحصل في أثناء سير
التشمم الصديدي للدم والحجى النقاسية ونحو ذلك وقد يتكون في جوهر
الطبقة المصلية التامورية كرات صديدية وان كان هذا نادرا بالنسبة

تكون في الانبيم وحينئذ يمكن أن يحصل تقرح في التامور
وقد يهتري النضج الالتهابي التاموري فساد وتخلل في أحوال نادرة جدا
فيصير كبريه الرائحة متغير اللون وتظهر فيه غازات فيحصل أيضا
تقرح في التامور وبفساد هذا النضج وتدفئه يتكون ما يسمى بالنضج
الصدیدی

وجوهر القلب اللحمي لا يعتبره في الاحوال الحديثة من هذا المرض تغير عظيم
غالباً لكن مع استطالة الزمن وشدة المرض يرتشح ارتشاحاً مصلداً فيصير
رخواً مسترخياً بحيث يضم الى التهاب التامور وقد في القلب وفي أحوال
النضج الدموي والصدیدی يسترخي الجوهر العضلي من القلب بالكلية
ويتغير لونه ويبين ويعتري طبقاته القريبة من التامور استحالة شحمية كما
ذكره (دريجوف) وبالجملة لا يندر أن يكون القلب مجلساً الالتهاب
عضلي

ثم ان انتهاء الالتهاب التاموري يتعلق بدرجة تخن هذا الغلاف وكمية
المواد المتعددة من النضج فان كان تخن التامور غير عظيم والنضج قليل
الليقية امتص هذا النضج غالباً وأقل ما يمتص الجزء السائل منه ثم الاجزاء
الصلبة أعني المواد الليقية ثم السكريات الصلبة بعد أن يعتريه الاستحالة
شحمية وتصبير اذ ذلك قابله للامتصاص وتخن التامور قد يبق على شكل
اطح وتريه عمدة فيحصل النضاق وير يقى التامور مع بعضهما وهذه
الظاهرة ليست ذات أهمية عظيمة متى كان تخن التامور غير عظيم بحيث يمكن
أن يعتبر هذا الانتهاء انتهى بالشفاء واما ان استمر التهاب التامور زمناً طويلاً
فان تخن هذا الغلاف وضخامة تصيران عظيمين جداً بحيث تحصل
اضطرابات عظيمة ولو امتص النضج فالنشوج الخاوي الحديث التكوين
يستحيل الى مادة لينة صلبة فيكون الغلاف القلبي حينئذ مخرقة تخينة
متييسة حول هذا العضو والورقة الجدرانية تقبل سما كماً غالباً بحيث ان
حصل امتصاص تام في النضج يمكن ان تلتصق بالورقة المشوية المتصاقاً
تاماً ولا يندر ان يحصل في مثل هذه الاحوال امتصاص غير تام وحينئذ
تكون ورقتا التامور ملتصقتين ببعضهما المتصاق غير تام ويوجد في حال

أخرى بقايا النضج الائتماني على هيئة مواد صلبة يدوية أو جبنية لا يندران
تستحيل فيما بعد إلى تراب كاسية صلبة بحيث يمكن أن تغور في جوهر
القلب

وان حصل الموت عند ارتقاء الالتهاب التام وروى الحاد أو في انما سيره
المزمن لا يندران بشاهد في الرسة أثر السمانوز والانسكابات الاستوائية
* (الاعراض والسير) *

حيث ان التهاب التامور يكاد لا يصيب شخصاً سليماً من قبل مكوونا لمرض
قائم بنفسه في العسر وصفة وصفة واضحا على انفراده وزيادة على ذلك ان
هذا الالتهاب متى انضم الى مرض آخر لا ينوع اعراضه الا قليلا جدا بحيث
يسهل اختفاؤه على الطبيب فان امتد كل من الالتهاب البليوروي والرئوي
الى التامور فلا يمكن تشخيص هذا المرض الاخير بدون البحث الطبيعى بل
ولا الظن بوجوده وحيث البحث المذكور لا يستدل منه في كثير من
الاحوال على شئ فظالم ان اشتراك التامور في الالتهاب لا يعرف الا في الرسة
عند فعل الصفة الشريحية

ومتى انضم التهاب التامور الى الروماتزم المفهلى الحاد من النادر ان يستدل
من ارتقاء درجة الحرارة ومن القشعريرة وسرعة النبض أو بطئه بطأ غير
طبيعى ومن الالم الشديد أو الاصح في قسم القلب ومن الخفقان والضجر
وضيق النفس على الالتهاب الحاصل في التامور ولذا ينبغي للطبيب التمسك
بالقاعدات المضطربة من كونه يبحث كل يوم في قسم القلب بواسطة السمع
عن المريض المصاب الروماتزم المفهلى الحاد ولولم يشتك بشئ فان هاتيك
العلايات ربما تفقد بالكلمة مع وجود التهاب التامور بل ولوع وجود
انسكاب عظيم فيه والظواهر المحسوسة التي يشتكى بها المريض المصاب
بالالتهاب التاموري في غير ما ذكره هي الالم في قسم القلب والخفقان فالالم
يشغل عادة الجهة اليسرى من القسم الشراسبي ويتشبر من هذا الجزء الى
باقي اجزاء الصدر ويكون تارة اصبم وتارة ناخسا ويكاد يزيد على الدوام عند
الضغط على القسم الشراسبي في ضغطا غير ابراف الى أعلى وأما الالم
الشديد جدا فيكاد يدل على اشتراك البليور أو الرقة على الدوام والتشكى

بالخفقان من المعلوم انه يوجد في جميع الاحوال التي فيها تكون انقباضات
 القلب متعسرة بحيث ان وظيفة هذا العضو لا تتم الا بجهود شاقة ومن
 الواضح ان التهاب التامور يحدث تعسرا عظيما في اتمام وظيفة القلب اما
 بواسطة ضغط النضج على هذا العضو او بارتشاح جوهره العضلي ارتشاحا
 مصليا واما باشتراكه في الالتهاب بل ومن المستغرب ان التشنج بالخفقان وغيره
 من ظواهر عوق فعل القلب كثيرا ما لا يشاهد في هذا المرض وقد يصير النبض
 سرا يعاجدا في بعض الاحوال متى انضم الى الروماتزم المنفصل الى الحاد التهاب
 في التامور بعد ان كان بطيا بطيا وقتيا كما يشاهد ذلك في احوال نادرة وقد
 ذكرنا هذه الظاهرة عند الكلام على التهاب الغشاء الباطن للقلب وبيننا هناك
 انها تتعلق بتنجس في العقد العصبية القلبية الناشئ عن امتداد التهاب الاجزاء
 المجاورة لها طبعه البعض النظريات ثم ان صار النبض السريع جدا صغيرا
 أمكن ان يشاهد في التهاب التامور حالة مرضية مشابهة لحالة التيفوس
 أو غيره من الحميات الضعيفة فالمرضى تقع في هبوط عظيم ويظهر عندهم
 ضجير عظيم واضطراب في النوم وحالة قلق وفزع وهذيان ثم يظهر فيهم
 تنفس وكما صارت انقباضات القلب غير تامة سريعة انضمام لذلك ظواهر
 مرضية تدل على عوق انصباب الدم في القلب الذي لم يتم استقرائه منه
 فاصير الوجه حينئذ منتفخا مزرقا ويسرع التنفس وان انضم الى الاحتقان
 الرئوي الاحتشابي عائق آخر في التنفس وضغط الانسكاب التاموري
 العظيم على الرئة أمكن أن يصل عسر التنفس الى أرقى الدرجات فالمرضى
 تكون مستلقية على الجهة اليسرى بسبب انضغاط الرئة اليسرى وذلك
 لاجل سهولة حركة الجهة اليمنى من الصدر وانها تكون جالسة في فراشها
 مائلة الى الامام وكذا في الاحوال التي فيها لا يعتري وظائف القلب تغيير
 عظيم بواسطة الالتهاب التاموري يمكن ان ينشأ عن انضغاط الرئة عسر في
 التنفس بل قد يصير عسر التنفس عظيما جدا ويصطب بالظواهر المرضية
 التي شرحناها بحيث ان كلا من الالم في قسم القلب والتشنج بالخفقان
 الذي ينضم اليه فيما بعد عسر في التنفس يعتمد بر من المعلومات المحسوسة
 للمريض الكثرة المشاهدة في التهاب التامور متى أدى هذا المرض

لاضطراب وظيفي في القلب وأما سرعة النبض فليست من الاعراض
الكثيرة الحاصول فيه

ثم ان ضاعف التهاب التامور السيل الرئوي أو داء بريكت او الاقاقات
العضوية المزمنة للقلب أو أي تورينما الاورطي كان سير هذا المرض خفيا أيضا
بل أكثر خفية من الذي يضاعف الروماتزم المفصلي الحاد فلا يمكن تشخيصه
الا بالبحث الطبيحي وعند استقرار هذا المرض زمانا طويلا يظهر مجموع
الاعراض الذي يبينه في التهاب التامور المؤمن

وأما ان طرأ هذا المرض في أثناء سير الامراض التسممية العامة الثقيلة
فان الاعراض المحسوسة للمريض تفقد لانه في جميع هذه الامراض
يكون الدماغ مضطرب باسباب الحى الضعيفة المصاحبة وانحطاط المرضى
يصيرها غير حاسة للآلام ولو كانت أشد من التي يحدثها هذا المرض
وهذا المرض يحدث بسهولة اضطرابا في فعل القلب خصوصاً متى كان
النضج صديديا يمكن كذلك بدون العلامات الطبيعية لا يمكن الحكم من
سرعة النبض العظيمة ومن صغره بأن الانحطاط العظيم للمريض متعلق
بالتهاب التامور

وأما سير هذا المرض فانه يكون حادا وينتهي بالشفاء التام في اشكاله التي
تصاحب الالتهاب الرئوي والبلبوراوى والروماتزم المفصلي الحاد وان
كان هذا المرض لا يحدث اعراضا محسوسة للمريض كما يحصل ذلك بكثرة
فلا يمكن معرفة هذا السير الحميد الا بالبحث الطبيحي وان كان مع المريض
خفقان وآلام وضيق في التنفس زالت هذه الاعراض بعد بض زمن
وكذا تزول سرعة النبض ان كانت موجودة ويندر مشاهدته هذا السير
والانتهاء الحميد في اشكال هذا المرض المصاحبة للسيل الرئوي وداء بريكت
والاقاقات المزمنة للقلب واندر من ذلك مشاهدته في شكل التهاب التامور
الصديدي الذي يصاحب التسمم العقن للدم ونحو ذلك

وليس من الكثير أن يحصل الموت في أثناء سير التهاب التامور الحاد وأقل
ما هما لان هذا الانتهاء يندر أن يكون نتيجة لاواسطية لهذا المرض وان
حصل ذلك في أحوال التهاب التامور المضاعف للروماتزم المفصلي الحاد

ارتقت اعراض اضطراب فعل القلب ارتقاء فثابتا أحيا نا والغالب أن
ترتقى بالتدريج الى اعراض شلل القلب فيصير النبض أكثر صغرا ويزيد عدم
انتظامه ويقعد الادراك ويؤدي احتمالان الرثة الاحتمالي الى حصول
أوذيميا فيها فيهلك المريض بهذه الاعراض ويمكن حصول الموت قبل ذلك
مقضى انضم لالتهاب التامور التهاب في الرثة او البليورا وقد يسرع الانتهاء
المخزن من طرف وهذا المرض عند المصابين بالسل الرئوي ودام (بركت) ونحو
ذلك لكن حصول ما ذكر يكاد يكون على الدوام بطواهر التهاب التامور
المزمن وأما التهاب التامور ذو النضج الصديدي من الابتداء فانه وان كان
ينتهي بالموت على الدوام لكن يسهل الحكم غالبا بأن حصول الانتهاء المخزن
متعلق بالالتهاب التاموري أو بالمرض الاصل له

وهناك انتهاء ثالث لهذا المرض وهو انتقال الشكل الحاد منه الى الشكل
المزمن فان التهاب التامور المزمن وان كان يعقب في كثير من الاحوال
شكل هذا المرض المضعف للروماتزم المفصلي الحاد الا انه تكثر مشاهدته
في اشكال هذا المرض التي تصاحب سوء القنية المزمن وأمراض القلب
التي سبق ذكرها فبعد ان يكون هذا المرض ابتداء بالحمى الحادة والسعال
الذي يبناه يحصل امتصاص جزئي ثم بعد زمن متفاوت الطول يحصل توران
في الالتهاب ورجوعه (كما يشاهد ذلك في أحوال عديدة من الالتهاب
البليوراوي) فيصير النضج عظيم الكمية جدا ويزداد عسر التنفس ازديادا
عظيما وهذه الظواهر قد يحصل فيها الشخاط بعد بعض زمن لكن لا يندران
يحصل ازدياد فيها ثانيا وتداول جديد وبذلك يستمر هذا المرض جملة اشهر
وكما كان انسكاب التامور كثير الكمية كان عسر التنفس أكثر ثقلا وكل
من السيلانوز والاستسقاء أكثر وضوحا فان جميع الدم الذي يقبل قبول
الشرايين له يتجمع في الاوردة ولا يمكن ان يجرد له محلا في القلب الايمن فان هذا
الاخير يكون منضغطا بالنضج فلا يتدد كما يحصل ذلك في غير هذا المرض من
أمراض القلب ويندران ينتهي التهاب التامور المزمن بالشفاء بل الغالب
حصول الموت بطواهر او ذيم الرثتين وعدم كفاية التنفس ويكاد يخلقه
في جميع الاحوال الاخرى امراض تابعة

ومن الامراض التابعة له - هذا المرض أو الاتصال القلب به لانه الذي
 سانشرحه في البحث الآتي ثانياً - عدد القلب الذي يكون مرضاً تابعياً
 لالتهاب التاموري - أكثر حصوله بعدة كلما كان استقراره طويلاً وان كان
 الجوهر العضلي للقلب غير مكابح لاستحالة مرضية جازاً أن يشأ عن تعدد هذا
 العضو ضخامة عموماً - ثالثاً - تعدد هذه الآفة مرضاً تابعياً لالتهاب التامور
 أيضاً رابعاً - يحصل من استقرار انضغاط القلب بالنضج التاموري وتخلل
 جوهره العضلي بالسائل المحيط به ونشر به له تغير في تغذية هذا العضو فيختلف
 ذلك ضموراً واستحالة شحمية فيه

• (العلامات الطبيعية) •

أما البحث بالنظر فيستدل منه في الاحوال التي فيها يكون الانسكاب
 التاموري عظيماً - ما على تحذب واضح في قسم القلب وانحاء المسافات بين
 الاضلاع - وكلما كانت الغضاريف الضلعية أكثر تعظماً كان حصول تعدد
 قسم القلب أكثر عسراً بحيث ان تحذب هذا القسم يكون كمنير الوضوح
 عند الاطفال والشبان

وبالجس يحس بضربات القلب في محلها الطبيعي حتى انها تكون أحياناً
 كثيرة القوة وعند ازدياد الانسكاب تكاد تصير دائماً ضعيفة عن الحالة
 الطبيعية اذ لم يكن القلب ضخماً أو في حالة تنبيه شديد ثم تزول ضربات
 القلب بالكليمة فيما بعد غالباً ولا يندر أن يحس بها عند قيام المريض
 وتزول عند استلقائه على ظهره لان القلب ينغمس في السائل ويتباعد عن
 جدر الصدر وان أحس الطبيب بضربات لقلب وجدت غائرة ومتحولة
 نحو الجهة الوحشية فان التامور الممتلئ بالسائل يدفع الجنب الجانبي الى
 أسفل وقول المعلم (أوبواسر) انه من الظواهر الواضحة لتجمع سائل
 في التامور وان ضربات القلب يتغير معها باختلاف أوضاع المريض غير
 واضح فانه طبقاً للملاحظات عديدة لاهلم (جرهد) القائل بتخرج
 قة القلب عند أغلب الأشخاص الاصحاء بنحو ستمتيرين جهة اليسار حتى
 استلقوا على الجانب الأيسر وبالجملة يحس اليد الموضوعة على قسم القلب
 باحتكاك واضح أحياناً ناشئ عن احتكاك وريقتي البلبور الغير المستويتين

على بعضهما

وبالقرع لا يسمع صوت غير طبيعي ولو كان الانسكاب بكمية متوسطة (تبلغ نصف رطل) متى كانت الرنة موضوعة بين غلاف القلب ووجد الصدر الصلد
 لكن في غالب الاحوال تحصل بسرعة اصمية غير طبيعية تكون المحل
 الذي تشغله ابتداء وبالشكل الذي تكسبه فيما بعد علامة مهمة فالله
 على التهاب التامور وفي الابتداء يحس بأصمبة صوت القرع حذوا منشا
 الاورطي والشريان الرئوي وذلك لان السائل يصعد الى أعلى والقلب
 يشغل المحل الاكثر غورا وهذه الاصمبة تنفذ الى أعلى نحو الضلع الثاني
 أو أعلى من ذلك وتجاوز الحافة اليمنى من القص وعند ما يكون الانسكاب
 غزيرا جدا يحيط السائل بجميع جهات القلب فالاصمبة تكون حينئذ
 مثلنا قاعدته جهة الاسفل وقمة المنقطة نحو الاعلى والاصمبة التي تأخذ
 في العرض شيا فشيئا نحو الاسفل تجاوز فيما بعد الخط الندي اليساري
 بجاوزة عظيمة كما انها تجاوز الحافة اليمنى من القص ومتى جاوزت اصمبة
 القلب من جهة اليسار المحل الذي تقرر عليه قبة القلب عادة ذات هذه
 العلامة أكيدا على تجمعه سائل في التامور وقد نبه المعلم (جرهد) على ان
 القاعدة العمومية من انه في احوال الانسكاب التامورية تبقى اصمبة
 القلب على حالها في أثناء القيام والجلوس فيها استثناء عظيم وذلك لان اصمبة
 القلب التي تكون متزايدة عند الاضطجاع يزيد اتساعها بقدر ثلث خط
 او نصف خط

وبالتسرع يحس بان الغاط القلب ضعيفة خفيفة بل تكاد لا تدرك أحيانا
 متى كان القلب غير ضخم او في حالة فعل شديد فعدم التناسب بين اصمبة
 القلب الممتدة وضرباته الضعيفة والغاط الخفيفة من العلامات المهمة جدا
 في تشخيص انسكابات غلاف القلب وينضم لذلك في معظم الاحوال وجود
 الغاط احتكاكية كاحتسكال الاظافر والمسح بالفرشة أو البشر (ولذا
 تسمى بالالغاط الاحتكاكية) وهذه الالغاط وان كانت لا تسمع في
 الالتهاب البليوراى الا اذا لم تكن رقيقة كما البليورا متباعدتين عن بعضهما
 بسائل أو كان امتص الجزء السائل من النضج نسمع عند التهاب التامور

ولو كان متجمعا فيه كمية عظيمة من السائل فان كثرة تحريك القلب في غلافه هي التي توجب ملامسة وريته في هذا الغلاف لبعضه - ما ولو كان السائل غزيرا لكن حيث ان هذه الاغاط الاحتكاكية تنشأ من ارتفاع القلب وانخفاضه خلف مدار الصدر ومن حركته الاتوائية على محوره العمودي متى كانت الاسطح المتزائة على بعضها اذ التغيير مستوية فانها ان ظهرت بطرفها معاقب الانها تكاد لا توافق الغاط القلب في الزمن موافقة تامة بل انها تستطيل عنها في مكانها تتأخر عنها وتقدم وفي ابتداء التهاب التامور قديس مع في قسم القلب نفخ خفيف مجهول المشا والسكون ومثل ذلك يقال بالنسبة لانقسام اللقط الاول في الاورطى فهو عرض قديس - د في ابتداء هذا المرض.

وفي هذا القص السفلى من الرئة اليسرى يصير صوت القرع غالبا فارغا أصم وذلك بسبب انضغاطه وينبغي الاحتراس من السكك بمثل ذلك على وجود مضاعفة بانسكاب بلمور اوى يسارى فان وجود التوج الصوتى الصدرى عنهما من الوقوع في الخطا

* (التشخيص) *

التهاب التامور يختلط بسمولته بالتهاب الغشاء الباطن من القلب فان الاضطرابات الوظيفية ان وجدت يكون لها مشامة تامة بعضها ومع ذلك تحصل آلام في قسم القلب عند حصول التهاب في التامور أكثر منه في التهاب الغشاء الباطن للقلب وعين ذلك يقال بالنسبة لضيق النفس العظيم والظواهر السيمافونية وحيث ان كلام من هذين المرضين لا يحدث عنه غالبا ظواهر مرضية محسوسة للمريض فالذي يرتكن اليه في التشخيص التمييزي هي العلامات الطبيعية وذلك اولان تحديب قسم القلب الذي لا يوجد مطلقا في التهاب الغشاء الباطن من هذا العضو يشاهد في كثير من أحوال التهاب التامور وثانيا يرتكن في التشخيص التمييزي على شكل الاصمعية الغير الطبيعية فانه في احوال التهاب الغشاء الباطن من القلب قد تصير اصمعية القلب عريضة عما قبل من الايام متى انضم لذلك بسرعة تمدد في البطنين الايمن للقلب واما في احوال التهاب التامور فان الاصمعية تكاد بتبدى دائما

في هذا منشأ الاوعية الغليظة وتكتسب فيما بعد الشكل المثلث المعلوم فان
 جاوز الحد الايسر من اصمية القلب طرف هذا العضو والحد الايمن من هذه
 الاصمية جاوز الحافة اليمنى للقوس — ان هذا ليل تقطعا على انسكاب
 في التامور وقد نمننا فيما سبق على انه مع امتداد الاصمية تكون الغطاء القلب
 خفية وضرباته ضعيفة بل انها تختفي بالكليمة عند استلقاء المريض على ظهره
 واحيانا تكون اصمية القلب غير ممتدة ولو مع انسكاب عظيم في التامور غير
 انه في محيط الاصمية يكون صوت القرع فارغا وفي مثل هذه الاحوال التي
 فيها يوجد بعض عسر في التشنج تكون الجوافي المقدمة من الرئين غير
 منقبضة بسبب التصاق البليورا الحشوية مع البليورا الجدرانية وثانئنا انه
 في غالب الاحوال يمكن الحكم بالاغاط المرضية التي تسمع في القلب على
 وجود احد هذين المرضين مع التأكد كما انه يمكن الارتكان في ذلك بصفة
 اللفظ نفسه فانه وان كانت الالغاط المرضية التي تحصل في التامور في القلب
 نفسه الغاط احتمالية الا ان الاحتسكال في الحالة الاولى يكون ناشئا عن
 احتسكال نور يلقى التامور ببعضهما وفي الحالة الثانية يكون ناشئا عن
 احتسكال العمود الدموي على السطح الخشن من الغشاء الباطن للقلب لكن
 في كثير من الاحوال يكون اللفظ شبيها بالبشر أو حرك الاظافر بحيث يمكن
 الشك في ان منشأه من التامور وأهم من ذلك محل منشأه هذه الالغاط التي
 تسمع فيه وذلك ان القلب الايمن هو الذي يلامس الجدار المقدم للصدر
 ويتزاق عليه في أثناء حركة السستول والدياستول فيكون أكثر استماع
 الالغاط المرضية التامورية حذاء البطين الايمن أعنى في المحل الذي يشد فيه
 استماع الالغاط القلبية المرضية الناشئة عن التهاب الغشاء الباطن من
 القلب والافات العضوية للصمامات ومن المهم في التمييز بين هذين المرضين
 ايضا الزمن الذي تسمع فيه الالغاط المرضية فانها في احوال التهاب الغشاء
 الباطن من القلب تكون موافقة في الزمن لالغاط لقلب أو تحمل محلها
 وأما في احوال التهاب التامور فانها تسبقها أو تعقبها وعندما يكون فعل
 القلب شديد أو مريعا يفسر الحكم بأن كان اللفظ المرضي موافقا في الزمن
 لاصوات القلب ام لا وهناك تمييز آخر وهو امتداد اللفظ المرضي فانه في

احوال التهاب التامور كثيرة اما يكون قاصرا على صغر محدود واما في
 احوال التهاب الغشاء الباطن من القلب فانه يمتد الى بعيد بواسطة العمود
 الدموي كما قاله (جبرج) والالفاظ التامورية يختلف محلها باختلاف
 اوضاع المريض فان القلب يتغير محله في السائل ايضا فاللغظ الذي لا يسمع
 الا عند وقوف المريض او استلقائه على احد الجانبين يكون اثما تامورا
 كما ذكره (جرهود) وبالجملة تكون الالفاظ الاحتمكاكية أكثر وضوحا
 عند الضغط الخفيف على المسامع وفي الاحوال المشكوك فيها تنكفئ
 المشاهدة المتكررة بجملة أيام حتى يزول الشك فان الالفاظ التامورية ينذر
 أن تستمر زمانا طويلا وان حصل ذلك فلا بد وأن تغير محلها او وضعها

وان كانت الوريقة البليوراوية المغطية للتامور ماثمة أمكن ظهورها
 احتكاكا كى وري متى تزخر جزء البليورا الخشن عند فعل القلب عن
 البليورا الرئوية أو الضلعية الملامسة له وهذا اللغظ الاحتكاكي
 الخارج عن التامور يتميز عن اللغظ الاحتكاكي داخل هذا الغمده متى زال
 زوالا تاما مدة الشهب فقط وقد شاهدت حالة واضحة أمكن فيها التحقق
 باللمس والفرع من أن حافة الرئة المتقدمة مدة الشهب كانت تدخل
 في الجيب المصنف المقدم فاصلة للأجزاء الخشنة من التامور والبليورا
 الضلعية عن بعضها

ويعسر الحكم على معرفة شكل النضج في الحالة الراهنة من هذا المرض
 ومع ذلك فمعرفة اسباب هذا المرض ومدته يستتبع منها مع التقريب أحد
 اشكال هذا النضج فان الالتهاب التامورى الذى يضاعف الروماتزم المفصلى
 الحاد متى كان حديثا يكاد يكون نضجه مصليا البنية واما التهاب الذى يحصل
 في أثناء التسمم الصديدي للدم ونحوه فنضجه يكون صديديا واما التهاب
 التامور المزمن فانه في كثير من الاحوال يكون نضجه دمويا واما الحكم بنوع
 الاضطراب المرضى العام على شكل النضج فخطأ فان هذا الاضطراب يتعلق
 بالمرض الاصلى لا بشكل النضج بل والبحث عن العلامات الطبيعية لا يرتكن
 اليه عند ظهور الالفاظ الاحتكاكية الا على وجود تراكمات ليفية خشنة واما
 في احوال النضج الصديدي فان وري يفتى التامور لا تصير ان خشنة بين بحيث

لا يحصل الاقط الاحتكاكي بذلك

(الحكم على العاقبة)

الالتهاب التاموري متى انضم الى الروماتزم المفصلي الحاد لا يؤدي للهلاك
الانادرا وعين ذلك يقال بالنسبة للالتهاب التاموري الاولي الاصلي والجرخي
فان المعلم (بجر) لم يشاهد حالة واحدة مهلكة في عشرين حالة شاهدها
منها سبعة عشر كانت مصاحبة للروماتزم المفصلي الحاد وكذا التهاب التامور
الذي يضاعف الالتهاب الرئوي والبلوري فان عاقبته جيدة كما ثبت أيضا
من تقاويم المعلم (بجر) وينعكس الامر في الاحوال التي فيها يطرأ هذا
المرض على امراض غير قابلة للشفا فانه فيها يسرع الانتهاء المحزن وان كان
لا يحدثه بنفسه

وقد ذكرنا عند الكلام على انتهاء الالتهاب التاموري كثر عدد
الامراض التابعة التي تخاف هذا المرض بعد انتهائهم وهذه الامراض
التابعة باختلاف شكلها تكون مهددة للحياة فيما بعد بسرعة او بطء

(المعالجة)

معالجة التهاب التامور تؤخذ مما قررناه في معالجة الالتهاب البلوري
والتهاب الغشاء الباطن من القلب فليراجع
أما القصد العام فلا يستعمل في هذا المرض في حد ذاته فيقتصر على استعماله
في الاحوال التي فيها ينتج عن عوق استقراغ الاوردة في القلب ظواهر ضغط
في الدماغ وتستدعي تنقيص كمية الدم وأما الاستقراغات الدموية
الموضعية فانها تلطف الآلام الموجودة في قسم القلب وينبغي استعمالها
متى صارت هذه الآلام متعبية للمريض

والاجود في ذلك ارسال قدر عشر عاقلات أو عشرين على الحفاة اليسرى من
القص فان نجاح ذلك في غالب الاحوال عظيم واستعمال التبريد في هذا
المرض ناجح أيضا ولذا اوصى بوضع مثانات مملوءة بالجليد على قسم القلب وأما
استعمال الويرترين الذي اوصى به وارنج كوران وذكر انه ملطف للحمى
ومنه قص لضيق النفس ومحدث لافراز بولي غزير فليس له عندى تجارب
شخصية في منفعته والليجيتا الاناجية في الاحوال التي فيها قل القلب يكون

سريعاً جذاً وغير كافٍ بحيث تطرأ ظواهر سيما فوزية واستسقاء ثابته فإنه ينشأ
 عنها الذئبة العنقريّة عظيمة وأما الزئبق الحلو والمرهم الزئبقي فاستعملهما وان بالغ
 في مدحه أطباء الانجيز فلا حاجة له في الغالب بل يضر أحينا وأما استعمال
 كل من مدرات البول والمسهلات الشديدة والاستحضارات اليودية
 والحرار يرق فيقال فيسهة ما ذكرناه في معالجة ذات الجنب على هذه الوسائط
 الدوائية وأما فقر الدم في أحوال التهاب التاموري المزمن فإنه يستدعى
 استعمال غذاء مقوّ والاستحضارات الحديدية وأما شلل القلب المهتد
 فيستدعى استعمال المنهات

وان انضم التهاب التاموري الحاد الى الروماتزم المفضلي الحاد فن المعلوم
 ان هذا الالتهاب يأخذ سيراً جيداً ولو ترك ونفسه بل ربما كان تركه بدون
 علاج أجود وأتم فعلى الطبيب ان لا يفتربفعل معالجته قوية مادامت
 العلامات الطبيعية لا يستدل منها الا على هذا المرض بانقراده فإنه شوهد
 العدد العظيم من شفاء هذا المرض في الاحوال التي جهها المعلم (ببرجر)
 عند فعل معالجته بسيطة جداً وغير قوية فلا يستعمل كل من ارسال العلق
 والتبريد ونحو ذلك الا عند وجود الدلالات العلاجية السابق ذكرها ولاجل
 مساعدة الامتصاص قدمدح المعلم المذكور استعمال الحرارة الرطبة
 ولا سيما الحراريق الطيارة

وأما استعمال البزل فلا يفعل الا في الاحوال التي فيها مكابدات المريض
 القوية ولا سيما عسر التنفس تستدعى ذلك فتلجى لاجراء ما ذكره ونجاح هذه
 العملية مجرد تسكين غير ان هذا الامر جيد جداً بالنسبة للمريض الذي
 لم يذق طعم النوم من منذ زمن طويل فبعد فعل العملية ينام حالاً فيستريح
 في فراشه لوقته ولا يمكن قطع الحسك بالتجارب المعهولة الى وقتنا هذا
 ان كانت هذه العملية في بعض الاحوال ذات نجاح تام أم لا واجرؤها
 يذكر في كتب الجراحة

(المبحث الثاني)

(في التصاق التامور بالقلب)

(الصفات التشريحية)

التصاق التامور بالقلب انهما من انتهات التهاب هذا الغشاء بحيث يرجع
 في كيفية ظهور ذلك وأسبابه الى ما ذكرناه في البحث السابق والاتصاق
 يكون اما جزئيا أو عموما وهذا الاتصاق يتم اما بواسطة التهام متين
 أو بواسطة أجولة وأشرطة طويلة ومن المهم بالنسبة لشرح هذا المرض
 شرحا كليديا كما معرفة الصفة المختلطة من الغلاف القلبي فان وبقية
 التامور المتصقتين مع بعضهما تكونان أحيا ناقلة الى السعال كما جدا بحيث
 يظهر أن التامور مفقود وفي أحوال أخرى يكون التامور محقة سميكة
 يابسة بل قد يظهر فيها بعض جزئيات عظمية ولا يندر أن يوجد في المحال التي
 فيها لم تكن وبقية التامور ملتصقتين ببعضهما التصاقا كليا انما النضج
 الالتهابي التاموري كما أشرنا الى ذلك فيما تقدم

* (الاعراض والسير) *

أما الاتصاق البسيط للتامور مع القلب فيظهر انه لا يعوق حركات هذا
 العضو عوفا عظيما فان هذا الغلاف لا يكون ملتصقا بجدران الصدر الا في
 امتداد قليل بواسطة منسوج خاوي هس فالاضطرابات الوظيفية التي
 نشاهد في هذا التغيير مدة الحماية تتعلق بالاستحالة المرضية لجوهر القلب
 وبالآفات العضوية للصمامات المصاحبة لذلك كما تتعلق بمحصلات مرضية
 سابقة من التهاب القلب نفسه

وأما التصاق التامور بالقلب الذي يكون فيه هذا العضو محاطا بمادة
 غضروفية أولية صلابة فيه عكس فيه الامر جدا فان هذه الحالة تحدث
 تناقصا في فعل القلب وهذا التناقص يرتقي الى أعلى درجة فان النبض يصير
 صغيرا جدا أو يكاد يكون غير منتظم على الدوام وتحصل بسرعة ظواهر
 كل من عسر النفس والسعال والاسهال وسهولة ان جواهر القلب يكون
 ضامرا ومكابد الاستحالة الشحمية وبالبحث الطبيعي يستدل على التغيير
 المرضي الناتج عنه اضطراب كل من الدورة وتوزيع الدم

ثم انه قد عدا بتدريج من العلامات الطبيعية للاتصاق القلب مع التامور عدم
 تغير أصبغة القلب مدة الشبهق والرفير يمكن سواء كان القلب ملتصقا
 بالتامور أو لم يكن ملتصقا به لا بد وان الرئة تنزح في أثناء الرفير العميق من

بين التامور وجدر الصدر كما انهما بالعكس تمدفح بينهما مدة الشهيق العميق
 أيضا و يترتب على ذلك ان أهمية القلب تتناقص مدة الشهيق وتزايد مدة
 الزفير في الأحوال التصاق القلب بالتامور وما لم يكن السطح الظاهر من التامور
 ملتصقا باللبور الجدرانبة وهناك عرض ثان يرتكن اليه وهو انه يشاهد
 عند التصاق التامور بالقلب في الصدر الذي يحس فيه بضربات هذا العضو بدلا
 عن ارتفاع المسافة بين الاضلاع الخساف فيها وتوجه هذه الظاهرة هو ان
 القلب في أثناء انقباض البطينات يصير قصيرا فينشأ عن ذلك حينئذ مسافة
 فارغة فكان يترتب على ذلك الخساف المسافة بين الاضلاع حتى تملأ هذا
 الفراغ لولان هذه المسافة الفارغة تملأ بسقوط القلب نفسه فان كان
 التامور ملتصقا بالقلب والجدر الصدريه معا فالقلب لا يمكنه السقوط الى
 أسفل فيترتب على ذلك الخساف المسافة بين الاضلاع (وقد شبهه المعلم جوهرد
 القلب الطبيعي بالنسبة لحركته بانسان ساقط من شجرة تجاذب أطرافه السفلى
 اليه حال السقوط وأما القلب الملتصق بالتامور فشبهه بانسان يبق معلقا في
 الشجرة مع جذبه لا طرفه اليه) وتزيد أهمية هذا العرض متى شوهد ارتفاع
 في المسافة الضلعية المذكورة في أثناء استرخاء البطينات وذلك يحصل بكونه
 بعد انهاء الجذب المستولى للقلب يستطيل هذا العضو ثانيا فترجع قوته الى
 محلها الطبيعي ومع ذلك فقدرته هذا العرض في كثير من أحوال التصاق
 التامور بالقلب فان حانته الرئية يمكنكم امل المسافة الفارغة الحاصلة من قصر
 القلب مدة انقباضه وبالعكس ما لم يكن التامور ملتصقا باللبور في آن واحد
 وان كان التامور مثبتا بالعمود الفقري وملتصقا به شوهد في أثناء الانقباض
 البطيني الخساف في النصف السفلي من القص وينضم لذلك تبع المشاهدات
 المعلم (فريدرايش) ظاهرة واضحة في أوردة العنق وهو انه يشاهد سقوط
 الاوردة المذكورة في الزمن الذي فيه جدر الصدر التي كانت منخسفة في
 انهاء السستول ترجع بسرعة عند حلول الدياستول غير ان هذه الظاهرة
 في الأحوال التي شاهدها المعلم (فريدرايش) لم تستمر الامدة زمن يسير
 وتزول عند ما يصير فعل القلب هو وكل من الخساف السستولي بجدر
 الصدر ورجوعها السريع الدياستولي ضعيفا أيضا وحينئذ يمكن الحكم

بالبحث الطبيعي على التصاق التامور بالقلب في بعض الاحوال لكن
في معظم الاحوال يسوغ الارتفاع الى قول المعلم (اسكودا) الذي نص عليه
في الطبوع الاول من كتابه وهو أن كلامه من القرع والتسمع ليس له ظواهر
يستدل بها على التصاق القلب بالتامور ولا يمكن التكلم على معالجة
التصاق القلب بالتامور قطعا

* (المبحث الثالث) *

* (في الاستسقاء التاموري) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الاستسقاء التاموري عبارة عن ازدياد في الافراز الطبيعي القليل الزلاية
لتغلاف التامور المعروف بالسائل التاموري وقد ذكرنا ان ضور القلب
وصغر حجمه يشأ عنهما ازدياد في هذا الافراز بسبب تناقص الضغط المعرض
لهذا السطح الباطن للتامور وعين ذلك يحصل متى تناقص حجم الرئتين
المتصقتين بالتامور بأن حصل ضور فيهما أو بقتما صغيرتين في الحجم بعد
امتصاص الانسكاب البلديوراوي أو حصل انكماش في جوهههما عقب
التهامهما المزمع وحصول هذا الشكل من الاستسقاء التاموري يطابق
ازدياد السائل الدماغى الشوكى عند ضور جوهه الدماغ فيمكن تسميته
حينئذ بالاستسقاء التاموري الناشئ عن الفراغ كما يسمى كذلك الاستسقاء
الدماغى

وهناك شكل آخر من الاستسقاء التاموري وهو الذى يحصل من عوق
استسقاء الاوردة القلبية في تجويف القلب الايمن اذ انه يترتب على ذلك
ازدياد في الضغط الواقع من الدم على جدران الاوردة التامورية فيحصل
استسقاء في التامور كما تحصل ارتشاحات استسقاءية في تجاويف أغشية
مصلية أخرى وفي المنسوج الخلوى تحت الجلد ومن هذا القبيل الاستسقاءات
التامورية التى تحصل عند وجود آفات عضوية في الصمامات القلبية وفي
الانفخيم الرئوية ويسبب الرئتين وغيرها من الامراض التى فيها يمتلى القلب
امتلاء عظيمًا ويحصل عوق في استسقاء دم الاوردة الاكليلية والاوردة
التامورية وفي جميع هذه الاحوال يمكن أن يظهر الاستسقاء التاموري قبل

غيره من الاستسقاءات الأخرى
 وينعكس الأمر في الشكل الثالث من الاستسقاء التاموري فإن هذا
 الاستسقاء هنا يترتب نتيجة لسوء القيمة المائي كغيره من الاستسقاءات في
 تجاوير أخرى فإنه ان ظهرت استسقاءات ناشئة عن أمراض فيها يصير الدم
 قليل الزلاية وله ميبيل عظيم للارتشاح كان حصول الاستسقاء في التامور
 متأخر اجدا

* (الصفات التشريحية) *

تبع المآذ كرهناه فيما تقدم لا ينبغي ان يطلق لفظ الاستسقاء التاموري
 الاعلى تجمع سائل صاف قليل الزلاية في الغلاف القلبي فان احتوى السائل
 على كثير من المواد اللدنية عدها من الانسكابات الاتمية وقد يكون هذا
 السائل مختلطا بقليل من المواد الدموية وفي هذه الاحوال المصحوب بسوء
 قيمة واضحة تكون تغذية جدر الاوعية التامورية اعترافا تغير بحيث يحصل
 فيها تغرق فصول أثرقة قليلة في الجلد بكثرة (المعروف بالشمس) في أحوال
 الاستسقاء اللحمي يشابه ما يحصل في التامور في هذه الحالة الأخيرة

وتختلف كمية السائل المنسكب في الغلاف القلبي فان تجمع اوقيتين أو ثلاثة
 من السائل في هذا التجويف لا يعتبر مرضيا وكثيرا ما تبلغ كمية السائل
 المتجمع في التامور خصوصا في أحوال الاستسقاء اللحمي اربعم او اقل أو
 ستة وقد تبلغ في أحوال أخرى خصوصا الناشئة عن عوق في الدورة جولة
 او طال وعند ما يكون الارتشاح عظيما يظهر التامور ذلون أبيض كالب
 فاقد للمعان ويفقد الشحم الكائن على القلب وقد يكون المنسوج الخلو
 الكائن فوقه أو ذمعاويا

والارتشاحات الاستسقاءية للتامور الغزيرة جدا تمدد هذا الغلاف وتضعف
 على الرئين وتمدد بجويف الصدر كالانسكابات البليوراوية

* (الاعراض والسير) *

يقال في استسقاء التامور ما ذكرناه في الاستسقاء الصدري والاستسقاء
 التاموري وان كان يعتبر سابقا عند قدماء اطباء وعند العوام الآن مرضا
 مخيفا جدا الا يصبح في الحقيقة عده مرضا قائما بذاته فان التجمع العظيم من

المصل في التامور ليس فقط مرضا ثانيا في جميع الاحوال بل ان الاعراض
الخطيرة للاستسقاء التاموري تتعاقب بالمرض الاصلى لابان سكب
السائل وتجمعه في الغلاف القلبي وتشخص هذا المرض قبل ايجاد البحث
الطبيعي وتحقيقه بالصفت النشيرية فانه مبني على ان الاعراض التي
كان يرتكن اليها في تشخيصه تختص بامراض تحدث ارتشاحا في التامور
كما تحدث ظواهر استسقاتية في اعضاء اخرى وهي على الخصوص الانقباض
الرئوية والآفات العضوية للصمامات القلبية

وبالارتشاحات المصلية العظيمة في التامور التي تضغط على الرئة يزداد ولا بد
عسر النفس الناتج عن المرض الاصلى فان الارتشاح يزيد غالبا في كون
المرضى لا يمكنها النوم في الفراش بدون أن يحصل لها الاحساس بالاختناق
فتجبر على أن تمضي ليلها ونهارها جالسة في الفراش مع الميل الى الامام أو
جالسة على كرسي

وبالجمل في الضغط الواقع من السائل على القلب والاعوية الغليظة يحصل
عوق استقراغ أوردة الدورة العظمية بحيث ان الاوردة الودجية تنفخ
انتفاخا عظيما ويزداد كل من السيلانوز والارتشاحات الاستسقاتية لكن
ههنا كثرة وجود الاعراض المذكورة عند المرضى الذين اعتراهم الاستسقاء
التاموري لا يحصل تشخيص الاستسقاء التاموري مع التأكد ولو
في الاحوال التي فيها لا يقدر عرض من الاعراض المذكورة ما لم يستدل على
ذلك بالبحث الطبيعي استدلالاتها فان جميع الاعراض المذكورة توجد
بدون ازدياد في السائل التاموري

والبحث الطبيعي يستدل منه (ولو بدرجة عميقة في الانسكابات البليوروية
الانتهائية) على تحدد في قسم القلب وانحناء في المسافات بين الاضلاع
وضعف عظام في ضربات القلب التي كثيرا ما لا يحس بها بالكيفية خصوصا
عند استلقاء المريض على ظهره وعند ما يكون الارتشاح عظيما تكون أصممة
القلب متزايدة بشرط ان الحوافي المقدمة للرتين يمكنها الانكماش وتظهر هذه
الاصممة بالنسبة لشكلها واختلافها على حسب استلقاء المريض او جلوسه
جميع الاوصاف التي بينها في الانسكابات التامورية ويكثر هنا عدم

انكماش حافة الرئتين زيادة عما يشاهد في الالتهابات التامورية بسبب وجود
الانقباض الرئوية أو التصاق البلمورا الحشوية بالبلمورا الجدرانية
وحيث قد تكون أصمية القلب غير متزايدة ولو مع وجود ارتشاح عظيم جدا
وعند التسمع بحس بالغاظ قلبية نغمة لكن ضعيفة للغاية فلا تسمع الغاظ
احتسك كية مطلقا ما لم توجد دمضاعات بالآفات عضوية في صمامات
القلب

(المعالجة) *

يقال في معالجة الاستسقاء التاموري جميع ما ذكرناه في معالجة الاستسقاء
الصدري فالمعالجة العقلية الوحيدة هي معالجة المرض الاصلى ويندر أن
يمكننا تقليل حجم كمية السائل المتجمع في التامور بواسطة المدرات لليول
والمسهلات الشديدة

(المبحث الرابع) *

(في التجمع الغازي للتامور) *

قد ينفذ الهواء في غلاف القلب عقب الجرح الصدري التافذة
وفي أحوال أخرى قد ينفذ في الاعضاء المجاورة المشسكلة على هواء عقب
تمزق جدر هذا الغلاف واثقابه بتغيرات مفسدة له وذلك مثل ما حصل
في الحالة التي شاهدتها وشرحتها الطبيب (تيتل) أحد المساعدين لي في جرنال
الاكلينك الالمانى فان التجمع الغازي للتامور كان ناشئا في تلك الحالة عن
انفجار سرطان المريء في التامور عقب التصاقه به وقد شاهد كثير من الاطباء
هذا المرض عقب ثقب القروح المعدية البسيطة والسرطانية وعقب
انفجار كهوف رئوية سطحية في تجويف التامور وبالجملة يظهر أن بعض
الانسكابات الالتهابية التامورية الايلة للفساد يتولد منها تصاعدات
غازية في باطن هذا الغلاف وعند فعل الصفات التشرىحية يوجد الغلاف
الغابي في الغالب ممددا جدا عظيميا بعضه ناشئ من الهواء وبعضه من سائل
قيحي أو صديدي وهذا الاخير يكون متحصل التهاب تاموري حديث ناشئ
عن دخول الهواء أو الصديد السرطاني أو بعض جزئيات من الجوهر
الرئوي المنسدة في غلاف القلب أو عن التهاب تاموري مزمن فيما اذا كان

التجمع الغازي للتامور متكونان من غازات من تحمل النضج التاموري وعند
 بزل التامور المتوتر يخرج منه الهواء ببلغ صغرى عادة
 ثم ان التجمع الغازي التاموري الذي هو نادر الحصول بالنسبة للتجمع
 الغازي الصغرى يسهل معرفته على الدوام فان الاعراض المحسوسة
 للمريض الناشئة عن انثقاب التامور ودخول الهواء أو جزئيات بعض
 المنسوجات فيه وان كانت ليست كثيرة الوضوح وكانت تلك التغييرات
 محسوسة على الدوام بانحطاط عظيم في قوى المرضى بحيث لا تشتمك عند
 السؤال منها ولا تعطى الأجوبة غير مقيدة تكون بهكس ذلك الاعراض
 المدركة للطبيب كثيرة الوضوح جدا فيسمع غالباً ولومن بعد قليل عن المريض
 غط شبيه بالغط الذي يحصل من تقوُّج جسم صاب في الماء (المعبر عنه في لغة
 العوام بالطرطشة) وهذا الغط يظهر ويختفي في أزمئة قصيرة دورية منتظمة
 ولا بد انه ناشئ عن كون السائل المنصهر في التامور مع الهواء تقوُّج بجزر كانت
 القلب وعند البحث بالنظر يرى قسم القلب مرتفعاً ارتفاعاً واضحاً والمسافات
 بين الاضلاع منجمية مادامت جدران الصدر مرنة وتضربات القلب تكون غير
 واضحة او مفقودة بالكليمة وعند القرع تفقد أصممة القلب فيكون صوت
 القرع في قسم القلب عملاً رناناً طليماً أو يكون هذا القسم ذارناً معدنية
 وعند التسمع بحس ببلغ تقوُّج السائل السابق ذكره ويوجد مع ذلك الغاط
 قابضة ضعيفة أو الغاط احتمكا كية مع رنانة معدنية
 ثم ان جميع أحوال هذا المرض ينتهي بالموت بسرعة ما عدا الاحوال التي
 تكون ناشئة عن جروح نافذة ويتضح هذا السير الخبيث بسهولة لمدة
 الانحطاط العظيم للمرضى والالتهاب التاموري المصاحب للتجمع الغازي
 في هذا الغلاف وأما التجمع الغازي الجرحى له فكثيراً ما شوهد شفاؤه
 والمعالجة هنا لا تكون الاعرضية فانه في غالب الاحوال يقتصر على
 استعمال المنبهات المنعشة

* (البحث الخامس) *

* (في درن التامور) *

درن جوهر التامور لا يشاهد الا في أحوال الدرن الدخني الحاد والتعقدات

الاماعة السنجامية لا يعترفها تغيرات أخرى فان المريض به لم يتقبل أن يتضح
 درن التامور بأدنى ظاهرة مرضية
 وأكثر من ذلك مشاهدته تكون الدرر في الاغشية الكاذبة الحديثة التي
 تظهر على التامور في أثناء سير التهاب المزمن (وهذا ما يسمى بالالتهاب
 التاموري الدرني) وفي مثل هذه الاحوال يوجد غالباً في التجويف القلبي
 انسكاب دموي ويكون التامور موشحاً بتجيبات درنية شفافة في الابتداء ثم
 مصفرة جينية لكن يتدرأ أن تستحيل الى صديد درني حقيقي واعراض هذا
 الشكل من درن التامور لا يمكن تمييزها عن اعراض التهاب التامور
 المزمن

* (المبحث السادس) *

* (في سرطان التامور) *

يكاد يكون سرطان التامور امتداداً من سرطان القص او الجباب المنصف
 المقدم وأحياناً يمتد اليه مع الانتشار بحيث يستحيل معظم التامور الى مادة
 سرطانية وأحياناً يكون مكتوناً لعقد سرطانية مستديرة أو مفرطية ويندر
 حصول هذا السرطان حوله ولا ذاتياً عقب استئصال سرطان ظاهري
 وحينئذ يكاد يوجد على الدوام مع ذلك عقد سرطانية في اعضاء وأغشية
 مصلبة أخرى وتتكون السرطان في التامور لا بد وأن يزداد تجتمع السائل
 التاموري فيه ويكون هذا السائل محتوي على المواد اللصيقة التي تنفقد فيما
 بعد كالسائل المتسكون في أحوال سرطان البريتون أو البليورا وفي النادر
 يمكن الحكم بالتمقر يب على تكون سرطان في التامور وتشخيصه بواسطة
 العلامات الدالة على تزايد الارشاح التاموري شيئاً فشيئاً عقب استئصال
 سرطان من الصدر

* (الفصل الثالث) *

* (في أمراض الاوعية العليظة) *

* (المبحث الاول) *

* (في التهاب طبقات الاورطي) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

من الجيد ينبرح كل من التهاب الطبقة الغمدية والوسطى والباطنة على انقراده فان حصول الالتهابات الحادة للطبقة الغمدية من الاورطى نادروا
 حصلت تكاد تكون على الدوام امتدادا من التهاب وتقرح الاعضاء
 المجاورة كالخندد السينفاوية والمرى والقصبية الهوائية وأكثر من ذلك
 حصول الالتهابات المزمنة لهذه الطبقة الغمدية غير أن حصولها حصولا
 ذاتيا نادرا وتكاد تصاحب هذه الالتهابات المزمنة التهاب التامور فتصيب
 منشأ الاورطى أو أنها تصاحب التهاب الغشاء الباطن من القلب وحينئذ
 تتدامتدادا عظيما وأما التهاب الطبقة الوسطى فكثيرا ما يشتد مع
 التهاب الطبقة الغمدية وتصاب هذه الطبقة أيضا عند وجود التهاب مزمن
 في الطبقة الباطنة من الشريان لكن ينذر اصابتها بحالة التهابية بل الغالب
 أن تكون محسوسا مجرد ظهور واستحالة شحمية

وأما الالتهاب المزمن للطبقة الباطنة لهذا الشريان فإنه يعتبر مرضا من
 الامراض الكثيرة الحصول جدا تبعاً للمعلم (ورجوف) واعتبار الخفاة
 الهلامية والنصف غضروفية للطبقة الباطنة من هذا الشريان اللتين
 سفتكلم عليهما في البحث الثاني وينتج عن كل منهما التورم الجدر الشريانية
 وتعضفها من جهة الالتهابات الجوهرية بمعنى على كونه يوجد في الاستحالات
 المذكورة تغيرات غذائية قوية واضحة مع توفى العناصر الطبيعية وكونه
 يثبت في كثير من الاحوال ان هذه التغيرات الغذائية تنتج عن تهيجات
 لاواسطية أثرت في جدر الشرايين وذلك كالتورم والتوتر الغير الطبيعيين
 لها راجع كقيمة ظهور التهاب الغشاء الباطن للقلب واسبابه وفي احوال
 أخرى وان كان لا يمكن اثبات تأثير المهيجات اللاواسطية على جدر الشرايين
 لكن حيث ان التغيرات التشرىحية هي كالسابقة جاز القول بأن المهيجات
 الموجودة المؤثرة على الشرايين كانت خفية علينا

والالتهاب الشرياني المشوه الذي هو الالتهاب المزمن من الطبقة الباطنة
 الشريانية كما سماه المعلم (ورجوف) يشاهد بكثرة جدا عند الاشخاص
 المتقدمين في السن واكثر وجوده في المحال المعرضة للجذب والتقدم بكثرة
 كالجهاز الصاعد من الاورطى وقوسه ومحل منشأ الفروع الشريانية منه

وماعدا ذلك فكثيرا ما يشاهد هذا المرض عند الاطفال الذين اعتراهم
 الروماتزم والنقرس والداء الزهري وكذا عند المدمنين على الخمر ولا يجوز
 لنا القول بأنه في مثل هذه الاحوال المصحوبة بسوء قنينة روماتزمية
 أو زهرية أو نقرسية بان سوء القنينة الغير الطبيعي هو الذي احدث المرض
 بطريقة لا واسطوية وان يوجد فيها ما يوجب دور في الدورة ويحدث تهيجا التهابيا
 في الطبقة الباطنة من الشرايين وبالجملة تصاحب الالتهاب الشرياني
 الباطن ضخامة القلب ولوعند الشبان الغير المعتد بهم مرض سوء القنينة
 ويظفر انه يصيب على الخصوص أجزاء الشرايين المتعددة وهذه الاحوال
 تدل دلالة واضحة على ارتباط هذا التغيير المرضي بالمهيجات التي تصيب جدر
 الشرايين

(الصفات التشرىحية)

من النادر مشاهدة تجهمات قديمة أو صديدية في جواهر الطبقة الفمومية
 الشريانية والذي تكثر مشاهدته هو بقايا الالتهابات المزمنة على هيئة
 تكاثف نرلي فتكون الطبقة الظلوية الشريانية مجلسا الخانة ندية وقطر
 الشريان يكون اذ ذلك تضايقا في الابداء ثم يتسع فيما بعد
 وأما التهاب الطبقة الوسطى فانه يبتدىء باحمرار الطنجي مجلسه أسفل الطبقة
 الباطنة وعن قرب تصير الاجزاء الملتصقة بيضبة أو مصفرة بسرعة ثم ترتفع
 على السطح الباطن للشريان وتكون مشابهة لمتورص صغيرة ويوجد
 في الابداء نضوجات التهابية صغيرة تلي فيما بعد فتتكون كرات صديدية
 وحينئذ يمكن أن تظهر خراجات حقيقية صغيرة في جدر الشريان

وأما الالتهاب المزمن للطبقة الباطنة من الشريان فانه يبتدىء برخاوة
 وارتشاح فيما واختلف درجة هذا الارتشاح يتنوع هذا المرض الى
 شكلين كثيرا ما اعتبروا درجتين مختلفتين له في الشكل الاول وهو الخانة
 الهلامية للطبقة الباطنية من الشرايين يظهر على سطحها الباطني طبقة
 هلامية رخوة حمراء باهية تارة محبودة وتارة ممتدة وهذه الطبقة يسهل
 نزاعها على هيئة مادة هلامية وهي تشتمل على جوهر خلاقي لين شبيه بالمواد
 الخاطبة مختصرا فيه الياف مرنة دقيقة وتراكبات من أخلية مستديرة

أو مغزلية وتكون هذه الطبقة ملتصقة بالغشاء الباطن من الشريان ومغطاة
بطبقة بشرية

وأما الشكل الثاني وهو الخانة النصف غضروفية فقيمته توجد على السطح
الباطن من الشريان صفائح لماعة زرقاء مبيضة شبيهة بالمواد الزلالية
المنعقدة وجوهر الطبقة الباطنية وإن كان هنا أيضا ومرسحا أيضا لأنه
يكون حافظا للتماسك وتيبس عظيمين زيادة عما في الشكل السابق ويكتسب
فيما بعد لدقا ما غضروفيا وبالبحث بالمكروسكوب تظهر في هذه الأجزاء
الخيفية النصف غضروفية أخلية عديدة مغزلية أو شبكية ولا سيما حزم
عريضة من منسوج خلوي وهذه الحزم عبارة عن امتداد لاسطى اصفايح
الطبقة الباطنة

ثم إن التغيرات الناجمة التي تعترى الضخامة الالتهابية من الطبقة الباطنة
تكون إما عبارة عن استحالة شحمية أو استحالة كاسية أو عظمية

أما الاستحالة الشحمية فانه يتبدئ في أحوال الخانة الهلامية في الطبقات
السطحية غالبا وتنشأ من الأخلية السابق ذكرها بخلاف جوهرها الضامر
فانه يتلاشى فيصير السطح الظاهر من الشريان خشنا زغيبا وقد سمي المعلم
(وبرجوف) هذا التغيير بالتلاشي الشحمي وأما الاستحالة الشحمية التي
تعترى الخانة النصف غضروفية فانه يتبدئ في الطبقات الغائرة وهنا
أيضا تراكم نقط شحمية عديدة حول نويات الأخلية الجوهر الخلوي بحيث إن
هذه الأخلية تتجهل إلى خلايا شحمية ذات شكل نجمي ثم يتلاشى الغشاء
الخلوي لهذه الخلايا فتصير التحيمات الشحمية سائبة وتتلاشى أيضا الحزم
الخلوية ويحدث نشأ عجينة شحمية ذات لون اصفر عدي وهو هذه العجينة
تشتغل على كرات دهنية وبلورات عديدة كوليستيرينيه وبقايا الأشرطة
الخلوية المتلاشسية وهذا ما يسمى بالاثروم - قيمة ومادامت هذه العجينة
الشحمية مغطاة بطبقة رقيقة من الغشاء الباطن للشريان ومنهزلة عن تيار
الدم سعى ذلك بالبحور الاثيروماوية ثم حتى تلاشت هذه الطبقة الخفيفة
وصارت هذه العجينة معرضة لتيار الدم التلاشي بعض اجزائها وحصل فقد
جوهر ذي حواف مشرزة فينشأ ما يسمى بالتقرح الاثيروماوزي نسبة

الايبروم للتلاشي الشحوي كنسبة خراج لقرحة
 وأما الاستحالة الكلسية فهي عبارة عن تراكم املاح كلسية في الطبقات
 الغائرة من النخ النصف غضروفي وقد يوجد في الصفيحات العظمية
 الناشئة عن ذلك كرات ذات أدران شبيهة بالجسيمات العظمية وهي بقايا
 أخلية المنسوج الخسوي بحيث يجوز تسمية ذلك بالعظم لبالتكلس
 والشرايين الصغيرة تستعمل بترك المواد الكلسية فيها الى قنوات هشة
 الجدران والأورطى ففيه تظهر الاستحالة العظمية على هيئة قشور متفاوتة
 العدد والعظم او على هيئة صفيحات مكونة لانبعاثات سطحية على السطح
 الباطن من هذا الشريان ومغطاة بطبقة رقيقة من غشائه الباطن فتكون
 منعزلة عن تيار الدم ثم يتقدم التعظم فيما بعد حتى يصل الى سطحه الظاهر
 فتتعري الصفيحات العظمية وتتصل أحيانا بتيار الدم وقد تتكون بروزات
 تتراكم عليها مواد ليفية من الدم

والطبقة الوسطى من الشريان تكون قليلة التغير في ابتداء هذا المرض
 وعند تقدم الاستحالة الجينية الدهنية للشريان تصير هذه الطبقة متغيرة
 اللون مسترخية متشققة ويتراكم حول صفيحاتها كثير من الشحم وعند
 تعظم الطبقة الباطنة من الشريان تكون الطبقة الوسطى الكاثية أسفل
 منها مسترقة في الغالب وضامرة والطبقة الغمدية تكون كذلك غير متغيرة
 في ابتداء هذا التغير المرضي ثم تنفخ فيما بعد وتصير ضخمة ندية

وفي أحوال كثيرة يوجد في الأورطى التغيرات التي شرحناها بدرجاتها
 المختلفة مع بعضها وتوجد الخثانة الهلامية والنصف غضروفي في بعض
 المحال وفي غيره توجد البثور الايبروما توزية والتقرح الايبروما توزي وفي
 محال أخرى توجد الاستحالة الكلسية على هيئة انبعاثات مغطاة بطبقة
 رقيقة من الغشاء الباطن للشريان وفي غيرها توجد الاستحالة العظمية على
 هيئة صفيحات بارزة في تجويف الشريان

* (الاعراض والسير) *

الاتهاب الحاد للطبقة الغمدية من الأورطى وتقرحها لا يمكن وصفه
 وشرحها كما ينبغي كما فان الأحوال النادرة التي شوهد فيها هذا

التغير كادت تكون مضاعفة على الدوام بتغيرات مرضية ثقيلة أخرى وهذا
يقال بالنسبة لاعراض الالتهاب المزمن من الطبقة الغمدية والخراجات
التي قد تشاهد في الطبقة الوسطى من هذا الشريان

وكذا الالتهاب المزمن للطبقة الباطنة منه وانتهائه المسموعة عادة بالانوروم
فان اعراضه قليلة جدا مادامت لم تؤد لحصول ورم اينوريزماوى فى الاورطى
أو تمزقه او انسداد بعض الفروع الشريانية الرقيقة عقب دفع جلط دموية
منه قد فيها وأما اينوريزما الاورطى وتمزقه فستسلكم عليه ما فى البحث
الثانى والثالث وأما نتائج السدد فستعرض لها فى محلات مختلفة

ثم ان فقد الاورطى مروته عند تقدم الاستحالات التي تهتمى جدره
واشتركت التفرعات الشريانية الاخرى فى ذلك ازدادت مجهودات القلب
فينشأ عن ذلك ضخامة فيه وان امتد الالتهاب المزمن من جدر الايهر الى
صماماته أمكن ان ينشأ عن ذلك عدم كفاية غلق أو تضايق فيها وقد
لا تحصل ضخامة فى القلب وذلك اما لكون التغذية العامة للجسم مضطربة
اضطرابا عظيما أو لكون التغذية الموجودة لا تكفى فى معادلة العائى الدورى
النائى عن استحالة جدر الاورطى وتفرعاتها أو لكون الضخامة الحقيقية
المعادلة للقلب ينشأ عنها ضخامة غير حقيقية فيما بعد عقب استحالة جوهره
الى حالة مرضية

ثم ان الامر المهم الذى يرتبكن اليه فى تشخيص الالتهاب المزمن الغشاء
الباطن من الاورطى هو اثبات ذلك فى الشرايين الدائرية من الجسم اذ بذلك
يحكم على ان الاصابة المرضية موجودة أيضا فى الاورطى ومتقدمة فيه زيادة
عما فى التفرعات الشريانية والنبض عند المرضى يكون هلبا ممثلا بسبب
يؤسدة جدر الشرايين وتدها وتكون الشرايين المستطيلة ذات سير متعرج
ومحلات انحنائها تصير أكثر وضوحا عند دفع كل موجة دموية والنبض
يكون كثير الوضوح ويحس بالشرايين كأنها أجيلة يابسة محدودة ولولم
تتدبا الموجة الدموية

وكل من القرع والتسمع لا يستدل منه على شئ بالنسبة لتشخيص هذا
المرض ما لم يحصل تعدد اينوريزماوى فى الاورطى ويندر استماع الغاط

مرضية بدون تغيرات في القوهرات الصمامية عقب وجود خشونة على السطح
الباطن من الاورطى أو يكون تبعاً للمعلم (بمجرد) للفظ الاول من الاورطى
أصم وغير واضح غالباً أو مفقوداً وأما اللفظ الثاني من هذا الشريان فإنه
يكون غالباً معدلاً باسم حتى كانت جدر الاورطى موشحة بصفيحات عظيمة
ولو كانت الصمامات دقيقة مرنة وقادرة على العاق

* (المبحث الثاني) *

* (في اينوريزما الاورطى) *

الورم الاينوريزماوى للاورطى الناشئ عن جروح هذا الشريان شرحه
يخص علم الجراحة ولا يشاهد في هذا الشريان الا الورم الاينوريزماوى
الذائق أعنى التمدد الجزئى للاورطى الناشئ عن استئصال مرضية في جدر
هذا الشريان وأما التمدد المستوى لجميع قناة هذا الشريان الذى
يؤدى لحصوله ضخامة القلب ويوجد أعلى من محل تضيقه فلا يعد من جلة
الاينوريزما

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الاستحالات المرضية لجدر الاورطى التى تؤدى لحصول ورم اينوريزماوى
فيه غالباً منها انتمآت الالتهاب الباطن للشريان الذى سبق شرحه في المبحث
الاول ولا سيما الاينوروما ومنها حصول الاينوريزما بكثرة في هذا الشريان
عقب استئصال الشحمية بسيطة في الطبقة الباطنية والوسطى منه وهى
اصابة مرضية لم نذكرها في المبحث الاول لانها ليس لها ارتباط بالتغيرات
الانتمائية التى يراها هنالك فانه في أحوال الاستئصال الشحمية البسيطة
لا تسبق التغيرات النابية بثن ولا ضخامة في الطبقة الباطنية من الشريان
بل انما نشاهد من الابتداء محلات لماعة مبيضة أو مبيضة مصفرة مكدسة
لاشكال مختلفة وبارزة قليلاً على السطح الباطن من هذا الوعاء وهى ناشئة
عن تراكم جزئيات شحمية في جوهراً عسبية الشريان الاورطى ومنها ان
الضمور البسيط ورقة جدر هذا الشريان كما يشاهد ذلك بكثرة عند التقدم
في السن يؤدى الى حصول الاينوريزما فيه وأما حصول التمدد
الاينوريزماوى في هذا الشريان عقب شلل الاعصاب الوعائية المحركة

(الذي قال به روكنفسكي) فهو أمر مشكوك فيه سيما وان هذا الشريان
قليل الالياف المرنة بالسكلية

ثم انه بالاستتمالات السابق ذكرها سيما الاستتمالات التي تعترى الطبقة
الوسطى بقده هذا الشريان مرسته تارة في اصغار محدودة وتارة في امتداد
عظيم وتتردد شيئا فشيئا بضغط العمود الدموي عليهم او يظهر ان الياف
الطبيقة الحلقية من الشريان تتباع عن بعضها اتباعا جانيا أحيانا
بازدياد ضغط الدم ضغطا عظيما وحينئذ يحصل تمدد يبع في الطبقة
الباطنية والغمدية وكثير من المرضى المعتريين من اينوريزما الاورطى يزعمون
معرفة الوقت الذي ابتدأ فيه هذا المرض عندهم ويقولون ان سببه كان من
فعل مجهود عضلي شاق أو حمل ثقل عظيم وقد ذكرنا فيما تقدم ان الانقباض
العالم لعضلات الجسم يزيد في الضغط الباطن للعمود الدموي سيما وان عددا
عظيما من الالوية الشعرية تتميز عن العضلات ويظهر كذلك انه قد يحصل
تفرق اتصال من هذا القبيل في الطبقة المتوسطة لجدار الشريان عقب
ارتجاج الجسم ارتجاجا عظيما أقله ان كثيرا من المرضى من ينسب ابتداء
مرضه لسقطة عظيمة من محل مرتفع وعندما تكون جدره هذا الشريان
سليمة لا تحدث المؤثرات المضرة المذكورة وربما اينوريزما وباقي الاورطى
ولذا لا تعرف أسباب هذا المرض معرفة تامة في كثير من الاحوال

ثم انه يندر وجود اينوريزما الاورطى عند الشبان بل الغالب انه يصيب
الاشخاص المتقدمين في السن الذين يكون عندهم التهاب المزمن لجدر
هذا الشريان ظاهرة كثيرة الحصول جدا وتصاب به الرجال أكثر من النساء
لكن حيث ان اغلب احوال اينوريزما الاورطى نشأ عند الرجال
المشتغلين بالشغال جسمية قوية فيظهر أن الاختلاف النوعي بالنسبة
للاصابة به متعلق باختلاف الاشغال في النساء والرجال

(الصقات القشرية)

تقسيم الاينوريزما للمعلم (اسكريا) مبني على عددا الطبقات التي توجد
في جدر الورم الاينوريزماوي فالورم المذكور الذي تكون جدره
مشكوته من الطبقات الثلاثة يسمي بالاینوريزما الصادق واما الاينوريزما

المتكونة جذره من الطبقة الغمدية باقراها فيسمى بالانوريزما الكاذب
 او الغمدى واما الانوريزما المتكونة جذره من الطبقة الباطنة للشريان
 بعد خروجه من بين الياف الطبقة الوسطى سواء كان تسكو ينه الجذره على
 انقراها او مع الطبقة الغمدية فيسمى حينئذ بالانوريزما الباطنى او
 القنقى وقد ترك هذا التقسيم ووجد غير صواب فان الاورام الانوريزماوية
 كثيرا ما تسكون في ابتداء تسكويتها صادقة ثم فيما بعد عند تمددها تمددا عظيما
 تصير كاذبة اى غمدية بل كثيرا ما يكون الورم الانوريزماوى نصفه صادق
 ونصفه الاخر كاذب

والاجود تقسيم الانوريزما على حسب شكله فينقسم الى انوريزما منتشر
 والى انوريزما محدود

فالانوريزما المنتشر يكون التمدد فيه مصيبا لامتداد عظيم من الشريان
 في جميع اقطاره وان كان هذا التمدد منتهيا دفعة تسمى الانوريزما
 بالاسطوانى وان كان انتهاه تدريجيا تسمى بالانوريزما
 المنتشر يكون على الدوام صادقا بالنسبة لاعتبار اسكربا وتقسيمه وهو
 يوجد غالبى الجزء الابتدائى من الاورطى وقوسه وكثيرا ما يوجد هذا
 الشكل من الانوريزما مع الشكل المحدود فى آن واحد وفي انه يوجد
 فى الشريان المتمدد قد امتد انتشاره ممتددا محدودا على هيئة جيب
 واما الانوريزما المحدود فهو عبارة عن تمدد قاصر على جزء محدود من
 الشريان وقد يمتد الشريان احيانا في جميع اتجاهاته فيكون الانوريزما
 مكونا لورم عام لجميع اقطار الشريان وسواء كان الغالب أن يكون التمدد
 قاصرا على بعض جذره فالانوريزما الذى جذره ترتفع بزوايه امام الجذر
 الطبيعية من الشريان يكون ورما جانبيا فيه شبه جيب وقد يتسكون على
 بطيب الانوريزماوى الابتدائى تمددات ثانوية على شكل بروزات
 متقاوتة العظم وفي الابتداء يكون هذا الورم الانوريزماوى متساويا من
 جميع طبقات الشريان فيكون حينئذ انوريزما صادقا على حسب اعتبار
 اسكربا وتقسيمه لكن فى الاورام الانوريزماوية الجينية لا يمكن اتباع
 الطبقة الباطنة من الشريان الا فى امتداد قليل من باطن الانوريزما

وفي أعلى اصفر هذا الورم تفقد الطبقة الوسطى أيضا بالكلية ومع ذلك يوجد
 بعض آثار من الطبقة الباطنة في اصفر متباعدة عن بعضها وهذا النوع
 مخصوص من الاينوريزما الجببي وهو الاينوريزما ذو العنق وفي مثل
 هذه الاحوال يكون المتدجر اقل قليلا من جدر الشريان ومتى صار التمدد
 عظيما انعطف جدار الورم الاينوريزماوى على القناة الشريانية فيمتكون
 في محل الانعطاف ثنية داخله ترى بالنظر اليها من جهة الباطن كما جز
 وأما عند النظر اليها من الظاهر فانهما تظهر على شكل ميزاب في مبداء الورم
 وفي هذا الجيب الاينوريزماوى لا توجد الطبقة الوسطى الا في امتداد قليل
 من هذا الورم فانهما لا تتجاوز عنده وجدره فتكون من الطبقة الباطنة
 والغمدية (وهذا ما يسمى بالايينوريزما المختلط الباطن وبالايينوريزما
 القثقي)

وعند ما يكون الورم الاينوريزماوى عظيما جدا تنزل أخيرا جميع الطبقات
 بالضغط الواقع عليها فالاعضاء المجاورة الملتصقة بها الورم الاينوريزماوى
 تكون جدره فيمابعد وان كان التمدد تدريجيا صارت الجدر الجديدة
 يابسة جدا بتكون منسوج خلوي جديد وأما ان كان نحو الورم سر بها صارت
 جدره مستترقة وتمزق الورم الاينوريزماوى بسرعة وان كان الورم
 الاينوريزماوى ملامسا لالاعضاء ذات مقاومة كالعظام اعتراها فهو روتلاش
 كما يمتري الورم نفسه وبعد انحاء سمعاق العظام تتمتعى وتبرز في الورم ويكاد
 يوجد على الدوام في باطن الاورام الاينوريزماوية سمي الجيبية تراكبات من
 مواد ليفية مكونة لجله طبقات فالذي يكون منها نحو جدر الشريان يكون
 مصفر اللون جافا سمي كما الذي يكون قريبا من التيسار الدموى يكون مجرأ
 رخاوي يوجد بينهما مواد دموية منقعة ذات لون مسمر أوبني والاعوية
 الدموية الناشئة من الورم الاينوريزماوى يمتريها زيادة عن تضايقةها عقب
 تمظهرها انسداد بواسطة انعقادات ليفية فلا يمكن مرور الدم منها وقد يحصل
 فيها في احوال أخرى تضايق أو انسداد عقب ضغط الورم الاينوريزماوى
 عليها وهذه التغيرات التي تمتري الشرايين الناشئة من ورم ايينوريزماوى
 معرفتها مهمة بالنسبة لتشخيص الاورام المذكورة

وحجم الاورام الاينوريزماوية الاورطية يختلف فيمدران تمدد الاينوريزما
تعددا عظيما داخل التامور بل الغالب انها تنفجر بسرعة وأما الاورام
الاينوريزماوية الابهريه التي تنشأ خارج التامور فانها قد تبلغ حجم رأس
الكهل

ثم ان تأثير هذه الاورام على الاجزاء المحيطة بها يتعلق بالضغط الواقع منها على
هذه الاجزاء واندفاعها بها فكل من القصبة الهوائية والشعب المري
والاووية الغليظة في تجريف الصدر والاعصاب يتحول عن محله أو يضم من
الضغط الواقع عليه وأما لين العظام وانحماؤها فقد يؤدي الى انفتاح القناة
التقرية وانحماها الغضاريف والعظام الصدرية فيظهر الورم الاينوريزماوي
نحو الظاهر على هيئة ورم مغطى بالاجزاء الرخوة

وحيث ان تعددا الاورطى يزيد في فعل القلب ومجهوداته يكاد يعترى هذا
العضو ضغامة على الدوام

والشفاء الذاتي للاينوريزما الابهري عقب امتلاء الكيس امتلاء تاما
بواسطة انعقادات ايقية واضعلال تابعي من الموارد العظيمة جدا وأما
الاشكال الاخرى من الشفاء الذاتي الذي يحصل في اينوريزما الشرايين
الدائرية فحصولها في الابهري غير ممكن وأكثر من الشفاء حصول الانفجار
الذاتي للاينوريزما لم يحصل الانتهاء المحزن قبل ذلك بواسطة تأثير الورم
الاينوريزماوي على الدورة أو بواسطة انضغاط الاعضاء المجاورة فان حصل
انفجار الاينوريزما في التامور والبالورا كان ذلك عبارة عن تمزق في الصفر
الاكثر رقة من الورم وان انفجر الورم في القصبة الهوائية أو في الشعب او
المريء كان حصول ذلك عقب التصاق جدار هذا الورم بجدار أحد هذه
الاعضاء ورقتها ثم تمزقها أو عقب تكون خشكريشة يعقب انفصالها
انفتاح الاينوريزما وأما انفتاحها في الاوعية الغليظة المجاورة فانه يحصل
عقب رقة الجدار الملتصقة ببعضها ويندر أن يكون التصاق الاينوريزما
بالطبقة الغمدية فقط بحيث ينصب الدم عقب تمزق الجزء الملتصق بين
الطبقة الغمدية والوسطى للابهري وأما انفتاح اينوريزما الاورطى من
الظاهر بعد انشقاب الجدار الصدري فانه يحصل تارة عقب رقة وتمزق في هذه

الجدر أو عقب حصول غنغرية جزئية ناشئة عن شدة توتر هذه الاجزاء
ثم انفصال الخشك كرىنة
ثم ان ينور يزما الاورطى أكثر ما يشاهد في الجزء الصاعد منه قبل منشا
الجزع العضدى الدماخى ووجوده في تحديب القوس الاورطى أكثر من
تعبيره والاورام الاينور يزماوية الكائنة خارج الغلاف التامورى العظمية
الحجم تكون متجهة غالباً نحو الجهة اليمى من القص وتبرز الى الظاهر
في مقابلة الاضلاع العليا اليمى وغضاريفها وتفتح تلك الاورام غالباً
في التجويف البليوراوى اليمى أو في الظاهر وأما الاينور يزما المنهكون من
محدب قوس الاورطى فانه يمتد كذلك الى الاعلى واليمين والامام ويظهر نحو
الخارج في مقابلة المفصل القصى الترقوى اليمى وأما الاينور يزما الناضج
من مقعر قوس الاورطى فانه يلاصق القصبه الهوائية او الشعب أو المري
ويمكن ان يمزق ما كان ملاصقاً له من هذه الاعضاء المجوفة وأما الاينور يزما
الجزء المنزل من الاورطى الصدى فانه كثير ما يضغط على القرع الشعبى
اليمى أو المري وهو نادر وينفتح غالباً في التجويف البليوراوى اليمى
ويحدث تلاميذاً في العمود الفقرى بحيث يمكن ظهوره في الجهة اليسرى من
الظهر وأما الاينور يزما الاورطى البطنى فانه يصل أحياناً الى حجم عظيم
جداً ويحدث أيضاً تلاميذاً في العمود الفقرى وينفتح في تجويف البريتون
أو في المنسوج الخلقى تحته

(الاعراض والسير)

كثيراً ماتت تلك المرضى المصابة باينور يزما الاورطى فجاءت عقب نزف باطنى
وذلك من قبل ان يحصل من الورم الاينور يزماوى ادنى مكابدة وفي احوال
اخرى تكون مكابدات المريض غير واضحة بحيث لا يمكن تشخيص
الاينور يزما مع التأكد وفي غير ذلك من الاحوال يمكن معرفة هذا
المرض مع تأكد متفاوت بواسطة العلامات المحسوسة او المدركة للطبيب
والظواهر المرضية التى تنشأ عن اينور يزما الاورطى تتعلق اما بتضايق
تجويف الصدر أو بانضغاط الاعضاء المجاورة كما سبق ذكره او بعوق
الدورة الذى هو نتيجة ملازمة اسكل ورم اينور يزماوى عظيم الحجم

فانضغاط الرئة او الشعب الغليظة ينشأ عنه عسر في التنفس لا يندران يرتقي
الى أعلى الدرجات فان ضيق النفس العظيم جدا المحسوب بمفهوم مخصوص
عند التنفس والسعال يصاحب اينوريزما قوس الاورطى متى ضغطت على
القصبية الهوائية نفسها وان حصل توتر في العصب المنحني أو الراجع بواسطة
الايوريزما كتسبب ضيق النفس حالة تشنجية بحيث يحصل على شكل نوب
ويظهر ان يجلسه الخجيرة نضيق النفس حينئذ تدع عرض من الاعراض
الكثيرة والمتعبة جدا للاينوريزما الاورطى

وهناك ظواهر مرضية أخرى تنشأ من انضغاط الاذين الايمن والوريدي
الاجوف العلوي او الجذع الوريدي اللام له او العضدي الدماني فان
حصل انضغاط في الاذين الايمن او في الاجوف العلوي انتفخت الاوردة
الودجية وظهر على جدر الصدر تشجرات وريدية مزرقرة واحتمت أوردة
الذراع احتمت اعظيها واكتسبت المرضي لونها انوزيا ولا يندران يحصل
استسقاء في النصف العلوي من الجسم ويشتهى بمض المرضي بسبب عوق
الدورة الدماغية بالآلام في الرأس ودوار وطنين في الاذنين بل قد يشاهد نوب
فقد في الادرنالوان كان أحد الاوردة العضدية الدماغية هو المنضغط شوهد
اقتصار عدد الاوردة على احدى جهتي الرأس أو الصدر

وبانضغاط الاعصاب بين الاضلاع والعضدية وتوترهما تنشأ غالباً
آلام شديدة في الجهة اليمنى من الصدر والحقرة تحت الابط والذراع الايمن
وهذه الآلام تظهر كغيرها من الآلام التي يحدثها اينوريزما الاورطى
على نوب فتحدث تعباً عظيماً عند المريض وتمنع نومه

وبانضغاط الجذع الشرياني او الشريان تحت الترقوة اليساري يمكن ان
يقصد النبض من احد الشرايين الكبيرة او يصير صغيراً غير
مدرك وهذا العرض مهم بالنسبة لتشخيص اينوريزما الاورطى سيما وان
امتداد فوهة هذا الشريان بواسطة تعدات دموية يمكن أن ينتج عنها عدم
تطابق في النبض ايضا

ومن جملة اعراض انضغاط الاعضاء المجاورة بواسطة الورم الاينوريزماوي
فانها ربط الدورة وتقطعها وعلى الخصوص الفترة الواضحة بين ضربات

القلب والموجة الدموية التي تدرك في الشرايين الكائنة اسفل الورم
 الاينوريزماوى ويكثر انضاح هذه الظاهرة متى كان مجلس اينوريزما
 الاورطى بين الاوعية الخارجة من القوس الاورطى فان النبض حينئذ
 يكون ظهوره في جهة تتأخر عن الجهة الاخرى او متى كان مجلسه
 في الاورطى النازل فان النبض في الاطراف السفلى يكون ظهوره حينئذ
 متأخرا عن النبض في الاطراف العليا وحيث ان ضخامة القلب لا تستمر
 معادلة للعائق الدورى الناشئ من الاينوريزما الابعض زمن فلا بد وأن
 يشتكى المر بضع فيما بعد بالخفقان القابى الذى ذكرنا فيما تقدم انه يوجد
 في جميع الاحوال التى فيها يفعل القلب مجهودات شاقة وزيادة على ذلك انه
 يحصل أخيرا اضطراب في توزيع الدم فنصير الشرايين فارغة وتمتلئ الاوعية
 الشعرية والاوردة بالدم فيظهر كل من السيانوز والاسهقاء العام
 ثم ان لم يلك المريض بالظواهر المرضية المذكورة او بنتائج عوق التنفس
 ولم تطرأ عليه أمراض أخرى مهلكة حصل تمزق في الورم الاينوريزماوى
 فان كثيرا من احوال الموت الفجائى يحصل بتمزق الاينوريزما الباطن لكن
 من الخطا العظيم الزعم بان هذا الاتهام هو الدائم الحصول او كثيره
 وان كان انفجار الورم الاينوريزماوى نحو الظاهر بعد ان تكون من
 الاينوريزماورم مدرك صار الجلد المغطى لرقبة او تاقن بلون أحمردا كن
 ثم مسود ثم يقع في الموت وبعد برهة من الزمن تسقط الخشكر يشبه لكن
 لا يخرج الدم فجأة على الدوام بل الغالب انه يخرج نقطة فنقطة لانه يكون
 ممنوعا عن السيلا بواسطة العقدة الدموية بل قد يمكن ايقاف الدم بواسطة
 السد ولا يملك المريض الابعث تكرار التزيف مرارا وينعكس ذلك
 متى كان انفجار الاينوريزما في تجويف البليورا او التامورا والقصة
 الهوائية او المري فان المريض هنا يملك بسرعة عظيمة ولو كان متعاهدا
 في الظاهر بصحة جيدة باعراض التزيف الباطنى او النفث الدموى او التقيء
 الدموى وأما انفجار اينوريزما الاورطى في الشريان الرئوى او في الوريد
 الاجوف فقد شوهد بعده استمرار الحياة مده من الزمن والاعراض التى
 شوهدت في مثل هذه الاحوال هى اعراض ركود الدم العظيم واحتماسه

في اورددة الدورة العظمى

ثم ان الاعراض المهمة لا ينوريزما الاورطى وان كانت تستتبط من البحث الطبيعى الا انه يحكم على تشخيص هذا المرض تشخيصا قريبا من العقل جدا بكل من ضيق النفس العظيم واللون السيانوزى والتمدد الوريدى فى النصف العلوى من الجسم والانتفاخ الاستسقاءى فى هذه الاجزاء وبالآلام الشديدة فى الجهة اليمنى والذراع الايمن من الجسم وعدم انتظام النبض فى كلا الذراعين والفترة المستطيلة بين ضربات القلب وتوجع النفس

وتختلف الاعراض المذكورة باختلاف مجلس اينوريزما الاورطى فى احوال الاينوريزما المصيب للجزء الصاعد من الاورطى يكون تأثير الورم بالاكثر على الوريدى الاجوف والرتة بحيث تكون اعراضه الاكثر وجودا هى السيانوز واستسقاء النصف العلوى من الجسم مع ضيق عظيم مستعص فى النفس

وأما احوال الاينوريزما المصيب للجزء النازل الصدرى من الاورطى فتحصل فيها الآلام شديدة فى الظهر وعدم قدرة المريض على تمدد العمود الفقرى أو شلل النصف السفلى من الجسم متى امتد القساذى العمود الفقرى وقد يشاهد فى مثل هذه الاحوال أيضا تعسر فى الازدراد وضيق عظيم فى النفس عقب انضغاط الرئة

وأما الاينوريزما المصيب للاورطى البطنى فانه يوردى لاضطرابات وظيفية واعراض محسوسة للمريض مختلفة جدا فانه يضغط هذا الورم على الاعصاب وبتأكل العمود الفقرى يمكن أن ينشأ عن ذلك آلام شديدة جدا ثم شلل فى الاطراف السفلى وبالضغط على أعضاء الهضم ينشأ غصص مع امساك وتورم على الكبد وقنوانه الصفراوية ينشأ يرقان مستعص وعلى الكلىتين والحالبين ينشأ احتباس فى البول وان كان مجلس الاينوريزما اسفلى الحجاب الحاجز مباشرة نشأ عن ذلك اندفاعه الى أعلى اندفاعا مؤلما مع اندفاع القلب وتحويله الى اعلى

العلامات الطبيعية ما نام الورم الاينوريزماوى منحصرا فى تجويف الصدر

ولم يلامس جـ صدره فالبحث الطبيعي لا يدل على شيء يرتكن اليه في تشخيص
هذا المرض فانه حينئذ يمكن أن يكون لغط التنفس متناقصا في احدى
الرئتين أو انه يسمع صفير مستمر في محاذاة الخدوع الشعبية المنضغطة لكن
كلاهما تين الظاهر تين لا يستنبط منهما شيء بحيث لا يرتكن اليهما في تشخيص
هذا المرض تشخيصا أكيدا

ومتى لامس الاينوريزما جـ صدر الصدر شوهد بانظار في المحل الملامس
للورم نبضات واضحة يحس بها مع غاية الوضوح بواسطة الجس وهذه
النبضات تكون موافقة لضربات القلب وانما تقعها بدون واسطة
وتسكون غالبا اشد واقوى من نبضات القلب وكثيرا ما تكون معجوبة
بازيز مخصوص والمحل الذي يظهر فيه هذا النبض هو عادة الحافة اليمنى من
القص في المسافة الضاغية الثانية بالنسبة لاينوريزما الاورطى الصاعد
وقاعدة القص بالنسبة لاينوريزما الاورطى الصدري النازل وفي الابتداء
تحدب المسافة الضاغية الموازية للورم ثم يمد هذا الورم بدون وقوف في عمقه
وامتداده ويكون ملتصقا بجدر الصدر التصاقا متينا يظهر حينئذ أن عمقه
أت من باطن التجويف الصدري وفيما بعد يزول الشكل النصف كروي ويصير
الورم ذاتا تحدبات ويندرجنا ان يقد النبض من الكيس الاينوريزماوى
وذلك عندئذ انكم كمية عظيمة من التلقتات الدموية فيه

وصوت القرع يكون أصم فارغا بالكلية في جميع الجـ الملامس للورم
الاينوريزماوى من جـ صدر الصدر والمرتع به على شكل ورم وعند القرع
تسكون المقاومة عظيمة

وبالتسمع على الاينوريزما الملامس بجدر الصدر تسمع اما الالغاط أو صوت
بسيط أو من دوج وتوجيه هذه الاعراض واختلافها فيه عسر فاما الالغاط
السستولية او الاصوات السستولية فانه انشأ من توجـ جـ صدر الورم
الاينوريزماوى فان كانت هذه التوجات الحاصلة من هروع الدم في باطن
الورم منتظمة نشأ عن ذلك صوت سستولى وان كانت غير منتظمة نشأ عن ذلك
الغط سستولى ومن الجائز ان الالغاط السستولية تنشأ عن كون الاورطى
نفسه أو الشريان الرئوى يهتريه ضغط من جهة الورم الاينوريزماوى أو من

كون الدم لو وصل من الاورطى الى باطن هـ ذا الورم الاينوريزماوى يـ
من قسمة ضيقة فيها بعض خشونة وقد يتدكل من الصوت المياستولى واللفظ
الدياستولى الى باطن الورم الاينوريزماوى بواسطة الصمامات الاورطية
السليمة اى التي تتوجع رجامة نظما أو من صمامات هذا الشريان المريضة
التي لا تتوجع رجامة نظما بل ~~تكون~~ في حالة عدم كفاية غلق وحيث انه
كثيرا ما لا يسمع اعلى الورم الاينوريزماوى صوت دياستولى بل يسمع افظ
دياستولى ولو كانت الصمامات الاورطية سليمة في القرب للعقل ان اللفظ
الدياستولى ينشأ أيضا عن تهقر الموجة الدموية او عن رجوع الدم من
باطن الورم الاينوريزماوى الى باطن الاورطى فيما اذا كانت قسمة
الاستطراق ضيقة خشنة

(التشخيص)

يسهل اختلاط الورم الاينوريزماوى بأورام سرطانية عظيمة في البليورا
أو الحجاب المنصف المقدم فان كلا من هذين الورمين الاخيرين يمكن ان ينتج
عنه مثل الورم الاينوريزماوى تضايق في الصدر وضغط على الاعضاء المجاورة
بل يمكن أن يظهر في كل منهما نبضات محدودة او يصير مكرنا الورم نابض فيما
بعده وذلك اذا كانا موضوعين بين الاورطى من جهة وجدرا الصدر من
جهة أخرى والتشخيص التمييزى لهاتين الحالتين ينبى على الامور الآتية
منها ان سرطان البليورا يكاد لا يحصل مطلقا حولا أو ليا بل يكاد يظهر
دائما تابعا لآفة سرطانية في عضو آخر ولا سيما عقب استئصال سرطان في
الصدر فان لم توجد هذه الامور السميية بالنسبة لسرطان البليورا كان
تشخيص الاينوريزما قريبا من العقل والنبضات التي قد تشاهد في الاورام
السرطانية الصدرية لا تتدفعها عرضا بخلاف نبضات الاورام الاينوريزماوية
فانها تكون مدركة عند كل نبضة في العرض ايضا ومنها انه بنقطة الورم
السرطانى على الاورطى يمكن ان ينشأ اللفظ ~~تتولى~~ كما يحصل ذلك
من الضغط على كل شريان بالمساع يمكن لا يسمع في أحوال سرطان البليورا
صوت مزدوج او لفظ مزدوج كما يسمع ذلك ~~بكثر~~ في احوال اينوريزما
الاورطى ومنها انه لا يشاهد في احوال الاورام السرطانية الضاغطة على

الاورطى اختلاف في النبض وعدم توافق فيه في جهة الجسم ومنها ان
اعراض اينوريزما الاورطى السابق شرحها تتصف بمعاقب في النوب
والفترات وأما اعراض الاورام السرطانية فانها تكون مسقرة وتشخص
اينوريزما الابهر وتميزه عن اينوريزما الجذع الا ان اسمها لا يمكن اجراؤه مع
التاكيد فان جميع الاعراض التي تذكر في أحوال اينوريزما الجذع
الذكور وهي الضغط على الوريد الاجوف العلوى والجذع الشعبى اليميني
والضخيرة العضدية اليميني وضعف نبض الشريان الكهبرى اليميني وتأخر
حصوله ووجود اصمبة وبهض ورم في القسم فوق الترقوة اليميني توجد جميعها
في أحوال اينوريزما القوس الاورطى ايضا

• (الحكم على العاقبة) •

شفاء اينوريزما الاورطى يعد من النوادر العظيمة وشفاء اينوريزما الذي
تقدم حتى صار يعرف ويشخص فلم يشاهد مطلقا وأما الحياة فيمكن أن تقام
عدت سنوات مالم يطرا على المريض مؤثرات مضرة تحدث عنده فهو كـ
سبعة

• (المعالجة) •

أما القصد العام المتكرر في ازمته متقاربة المستعمل سابقا في هذا
المرض فليس له ادنى تأثير في الشفاء وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال
الديجيتال التي قيل انها تحدث مثل القصد العام تناقصا في الضغط الجانبي
الشرياني وبذلك تعين على شفاؤه وانما تمنع تمدد الورم الاينوريزماوى وكذا
يقال أيضا بالنسبة لوضع المرضى في حجرة قاسية لاجل تنقيص كمية الدم
(وهذه هي طريقة ولزلفا) فان هذه الطريقة الاخيرة ليس فيها ادنى فائدة
بل وانما تساعد على حصول الاستسقاء وهلاك المرضى بسرعة وكذلك
التوصية باستعمال خللات الرصاص والجواهر الدوائية التمينية والقابضة
التي يظن ان بها يحصل انعقاد في الدم وامتلاء الورم الاينوريزماوى
بالتعقدات الدموية تنبئ على نظريات فقط فلا يستحق الذكر
والحق يد انه متى عرف الاينوريزما وصار تشخيصه يوصى المريض بتجنب
جميع المؤثرات التي تزيد في نعل القلب وبؤثر بالجبهة اللطيفة خوفا من

حدوث امتلاء دموى وقتى كالذى يحصل حصولا وقتيا عقب الافراط من
المطعمات والمشروبات ومع ذلك يوصى المريض باستعمال الاغذية الازوتية
القوية خوفا من وقوعه في الاييميا بسرعة

وان ظهر ورم في جدار الصدر وارتفع وأخذ الجلد المغطى له في الاجرار
وجب وضع شبيه علبية من الصفيح متشكلة بشكل الورم ومملوءة بالماء
البارد عليه

وأما الغرزا البرى الكهر باقى الذى صادسته مما لاجله مرار في اينوريزما
الاورطى زعم ابانه يحدث انه قاد فى متحصل الكيس الاينوريزماوى فلم يجد
نفعا يوجبنا لتكرار هذه الطريقة وان حصلت آلام شديدة يقتصر على
استعمال المسكنات

* (المبحث الثالث)

* (فى تمزق الاورطى) *

من التادر حصول تمزق فى الاورطى مادامت طبقات جدرها سليمة فانه
فى معظم احوال تمزق هذا النوع تمزقا ذاتيا يتكون جدره اما مجلسا
للاستحالات المرضية التى شرحناها فى المبحث الاول أو للاستحالة الشهوية
ال بسيطة التى ذكرناها فى مبحث الاينوريزما بل وهذا يقال أيضا فى الاحوال
التى فيها يتمزق الاورطى المتمددا عظيمأعلى من محل متضيق فيه فانه
لا بد وأن تكون جدره فى مثل هذه الاحوال مريضة أيضا

وفى بعض الاحوال لا يتمزق الا الطبقة الباطنية والوسطى فقط بخلاف
الطبقة الغمدية فانها تبقى مصونة عن التمزق بسبب مرونتها ومهولة تمددها
وفى مثل هذه الاحوال ينسكب الدم بين الطبقة الغمدية والطبقة الوسطى
فيفصل الاولى عن الثانية وبذلك يتكون ورم مغزلى الشكل يمتلى بالدم
ويكون باطنه مستطرقا باطن الاورطى من فتحة التمزق واكثر من ذلك
مشاهدة حصول الموت بعد بعض ساعات او بعض أيام وذلك عقب تمزق
الطبقة الغمدية أيضا وانسكاب الدم فى النامورا والحجاب المنصف أو البليورا
وقد يحس المريض عند التمزق بالآلام شديدة جدا لكنه عما قريب يصير ياهت
اللون بارد الاطراف فاقد النبض ويظهر عنه دهقان وانحماش شديدان وغير

ذلك من اعراض التزيف الباطن

* (المبحث الرابع) *

* (في تضايق الاورطى وانسداده) *

قد يوجد احيانا تضايق خلقى في المجموع الاورطى تبعاً للمعلم (روكتنسى) ولا سيما عند النساء ويكون هذا التضايق مصحوباً بانطواء اهر مشابهة للظواهر التي تشابه صغر حجم القلب وتضايقه الخلقيةين وذلك كاللون المنفتح للجسم وكثرة حصول الانغماس وعدم نمو الجسم ولا سيما الاعضاء التناسلية وقد يشاهد تضايق جزئى في الاورطى ويكون عبارة عن استمرار الجزء المعبر عنه بمضيق الاورطى اعنى جزء الاورطى الكائن بين الشريان تحت الترقوة اليسارى وقناة بوتال وقد يوجد في هذا الجزء بدل التضايق انسداد وليس من المعلوم انما لاسباب التي ينتج عنها كون مضيق الاورطى الذي هو في الحياة الجنينية عبارة عن الاستطراق الضيق بين قوس الاورطى والاورطى النازل يتمدد بعد الولادة حالاً ويستضيقي بل وينسد بعد ما في مثل هذه الاحوال وقد قيل ان قناة بوتال عند انسدادها تحدث بانكماشها ضيقاً في الاورطى وكلا هذين التوجهين غير كاف لا يوضح تضايق الاورطى وانسداده فان كلا منهما قد يشاهد مع بقاء قناة بوتال مفتوحة

ثم ان النتيجة الاولى لتضايق الاورطى هي تضامة البطين الايسر وتتمدد جزء الاورطى الكائن بين القلب والجزء المتضايق من هذا الشريان واهم من ذلك هو التمدد العظيم الذي يهترى فروع الشريان تحت الترقوة وتقوم ماؤها مع الشرايين بين الاضلاع فان التفرعات الرفيعة في مثل هذه الاحوال تستجيب الى فروع واسطية ذات جدران سميكة وحينئذ تكون دورة تفهومية جانبية تامة بحيث ان الدم يمر من قوس الاورطى بواسطة هذه التفرعات الجانبية الى الاورطى النازل متجنباً للجزء المتضايق من هذا الشريان وكذا تتكون تفهومات متسمة بين الشريان الظهري الكففي وتحت الكفوف والعنق المستعرض وبين الشرايين بين الاضلاع وتتمدد كذلك الشريان الثديى الباطنى والشرايين المقدمية بين الاضلاع الناشئة منه وكذا تنتهى هذا الشريان الثديى وهو الشريان الشراسيى العلوى يتمدد ايضا فيمر

الدم منه بفقمة ان عديدة الى الشريان المرقي
وتضايق الاورطى وان كان من التغيرات المهمة الا ان الشخص المصاب به
يتم له غالباً زماناً طويلاً يبق هذا التغير كما ناهيتم يمكن الشخص المصاب
به ان يصل الى سن متقدم جداً (كسن ٩٢ سنة كما شوهد) لكن في احوال
اخرى تشتمل على المرضى بخنقان في القلب ونضات متعبة في السباتين
واعراض احتقان في الدماغ ثم تظهر فيها بعد الحتم وكما بحيث يطرأ الموت
في نصف الاحوال تقريباً على المرضى المعتبر بهم هذا الداء وهي في حالته وكما
واستبقاه فيوضح من ذلك - ينشأ انه يمكن تعادل هذا الاضطراب الدوري
الثقيل اعنى انسداد الاورطى بواسطة ضخامة القلب امكن هذا التعادل
يصير فيما بعد غير تام وغير كاف وحينئذ تتضح اعراض بطء الدورة وامتلاء
الاوردة وتقر الدم كما ذكرنا ذلك فيما تقدم وفي احوال اخرى يطرأ الموت
عقب تمزق القلب أو الاورطى الا ان ذلك لا يحصل الا بعد ان يعتري
جدرهما استئالة مرضية

ثم ان تشخيص هذا المرض يرتكز فيه الى طولها واهر الدورة التفرعية الجانبية
التي ذكرناها والى زوال النبض من تفرعات الاورطى البطني ويشاهد
بالنظر والجلس عنده مثل هؤلاء المرضى في الظهر والسكتف وعلى الاضلاع
والقسم الشراسيفي شرايين متعددة تمدداد والبارومترية تعرجاً جيداً اذ
نبض واضح ويسمع في محاذة الشريان الشدي الباطني قريباً من القص لغط
متفاخي وهذا الغلط يسمع في جميع المحال اوج وفيها شرايين متعددة مدركة
بالنظر والجلس واما شرايين القصية المقدمة عن الساق والمباضية
والفخذية فان النبض فيها يصير ضعيفاً أو غير مدرك بالكتابة وزعم المعلم
(ببرجر) انه يميزه العلامات يمكن على الدوام تشخيص هذا المرض مع
انتباه

ومعالجة تضايق الاورطى ترجع فيما ذكرناه في معالجة تضايق فوهة
الاورطى

* (المبحث الخامس)

* (في أمراض الشريان الرئوي)

امالاتها بالحادثة مع انها بالحق فشاها - دتم في الشريان الرئوي نادرة
 مثل مشاهدتها في الشريان الاورطي وكذا التغيرات المرضية للامثلة
 الشريانية لباطنة التي عبرنا عنها بالتهاب الشرياني الباطني المزمن كشيء
 ما لا توجد في الشريان الرئوي ولو كان المجموع الشرياني بتمامه مجلسا
 في استحقاق مرضية متقدمة وعكس ذلك قد توجد هذه التغيرات بكثرة
 ولو بدون تغيرات مماثلة لها في الاورطي عند وجود آفات عضوية صمامية
 في القوهة الاذينية البطينية اليسرى وضخامة تاجية في البطين الايمن
 ونسب المعلم (تيدرش) الى هذه التغيرات المذكورة كثرة حصول السدد
 الدموية الرئوية في الرئة عند المصابين بامراض في القلب واما اينوريزما
 لشريان الرئوي فانه يعد من النادر العظيمة جدا ويكاد لا يبلغ جماعيا
 وقد شاهد المعلم (اسكودا) حالة من اينوريزما الشريان الاورطي في حجم بيضة
 الازرة والمر يض في أثناء الحياة شوهد عند ظهورها اضطرابات دورية عظيمة
 كاللون السيانوزي والاستسقاء لكن البحث الطبيعي لم يستدل منه على
 تشخيص هذا المرض

وأما التردد المنتشر للشريان الرئوي فانه يشاهد بكثرة في الاحوال التي تؤدي
 الى تمدد القلب الايمن وضخامة ولم يشاهد تغير صوت القرع في الصدر لكن
 كثيرا ما شوهد في هذا المرض ارتجاج مخصوص بل نبض واضح في محاذاة
 منشا الشريان الرئوي

وأما انسداد تفرعات الشريان الرئوي رقيقة كانت أو غليظة بواسطة سدد
 سبارة فقد ذكرناه عند الكلام على السدد الانتقالية ولدهوية للرئتين وفي
 أحوال انسداد فروع غليظة يحصل ضيق عظيم في التنفس بل وموت فجائي
 وماذا الا لكون جزء عظيم من الرئة يصير غير صالح للتنفس لانقطاع الدورة
 فيه وقد شاهدت في السنتين الاخيرتين حالتين حصل فيهما الموت في أثناء
 ساعات قريبة مع ظهور ضيق التنفس العظيم والاضطراب الكلي وثبت فيها
 عند فعل الصفات التشريحية ان سدة عظيمة انفصلت في باطن الشريان
 الفخذي واندفعت بتيار الدم وأحدثت الاختناق بسددها للبدع الاصل
 من الشريان الرئوي

* (المبحث السادس) *

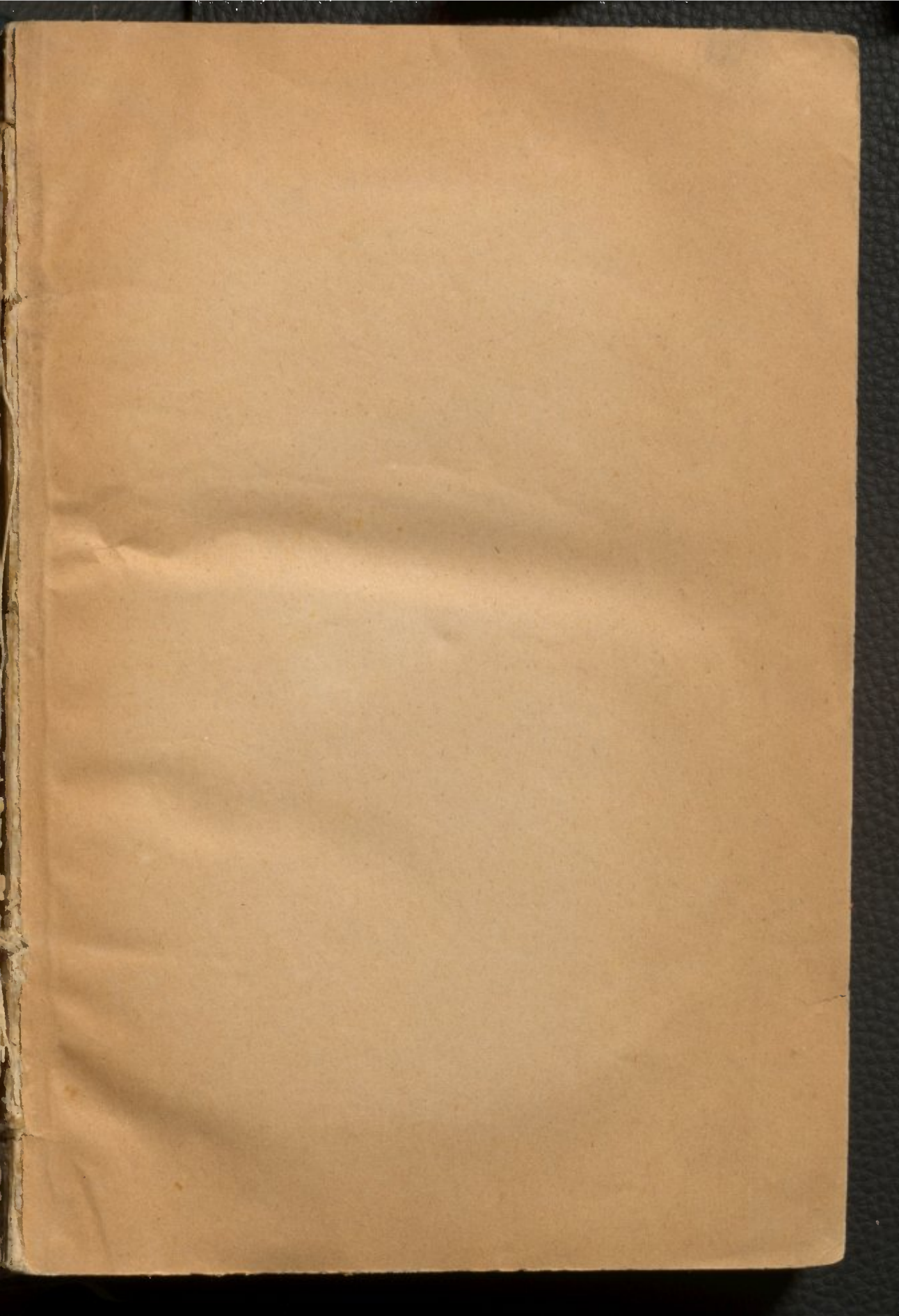
* (في أمراض الجذوع الوريدية الغليظة) *

لا تتعرض هنا الا لذكر أمراض الاوردة الاجوفية والاوردة الرئوية فان
أمراض الاوردة الدائرية تذكر في كتب الجراحة وأمراض الوريد للباب
وأوردة باقي الاعضاء المشوية تذكر في محلها فاما الاوردة الاجوفية فلا
تشاهد فيها التهابات أولية ومن النادر أن يشاهد التهاب أو تضيق في جدار
الوريد الاجوف السفلي عقب خراجات في السكب أو في المتسوج المتلوي
خلف البريتون وكذا من النادر جدا ما شاهدته التهاب الاوردة الرئوية مع
الانتهاه بتكوين خراج فيها أو ما تقدمه الجذوع الوريدية الغليظة فانه يشاهد
في أحوال أمراض القلب وغيرها من الأمراض التي تؤدي لاحتماس
الدم في الاوردة واما تضايها فانه يكاد لا يشاهد الا عند انضغاط هذه الجذوع
الوريدية بأورام مجاورة لها

وأما السداد الأولية أعني الانعقاد الذاتي في الورم الوريدي الذي يؤدي فيما
بعد الى التهاب جدرها فانه قد يشاهد أحيانا في الوريد الاجوف التازل لكن
الانعقاد هنا يكون ابتداء في احد فروع هذا الوريد سيما الوريد القمعي
لاحدى الجهتين ومنه يتدفق فيما بعد الى هذا الجذع نفسه وتكون السداد
في الوريد الاجوف يمكن معرفته بالامور الالتهبية وهو أنه متى انضم لورم
متوتر مؤلم في احد الاطراف وورم مؤلم في الطرف الاخر وحصل انقطاع
بخفي في البول أو كان افرازه بكمية قليلة وكان مع ذلك دمويًا جازا القول بان
السداد امتدت الى الوريد الاجوف والوريد الكلوي

تم طبع المقالة الاولى ويليه المقالة الثانية

في أمراض الجهاز الهضمي



WD 6...

3905
17/1/4 discontinuous vols.

