



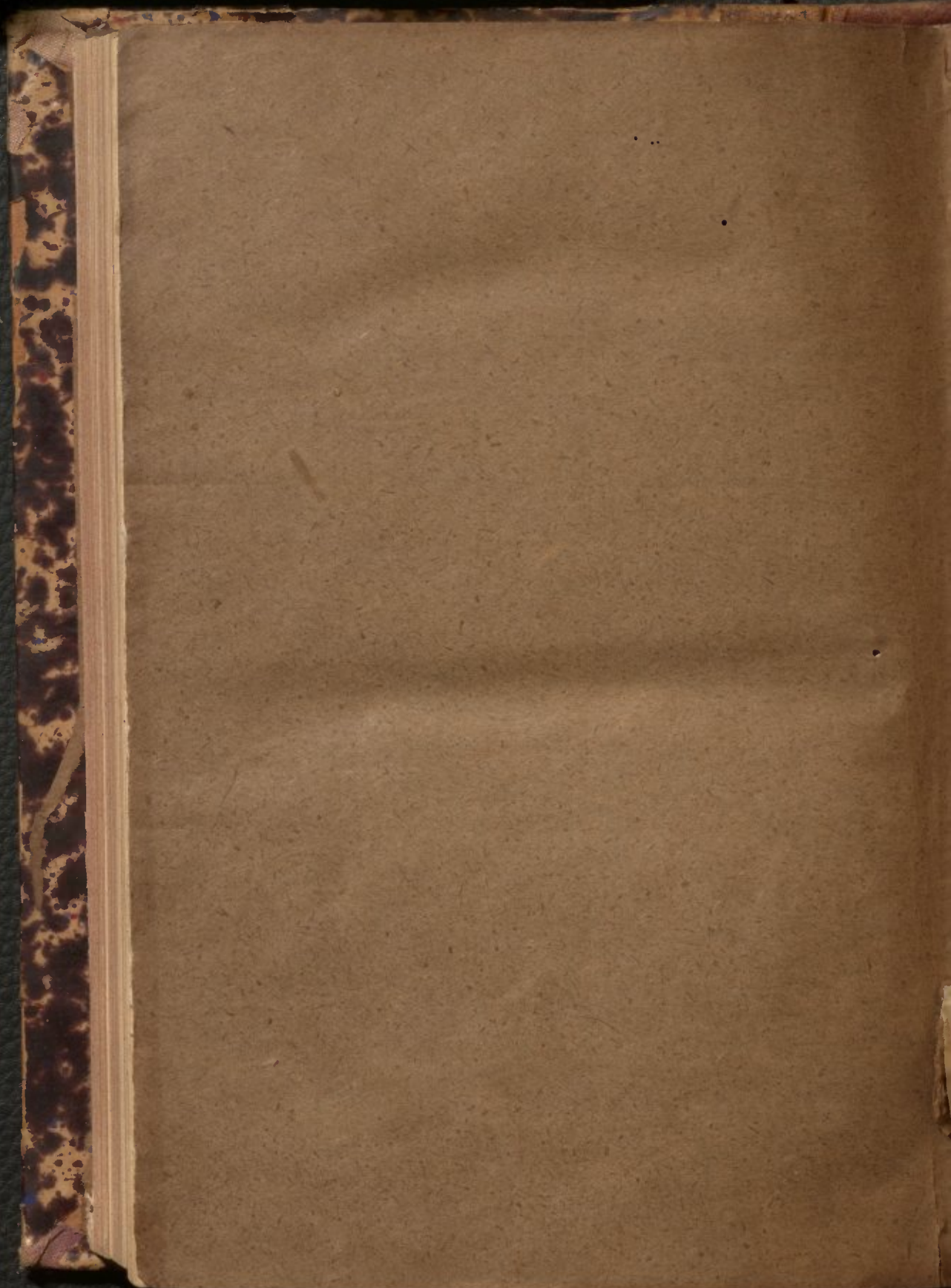
4138523

3905  
WD6

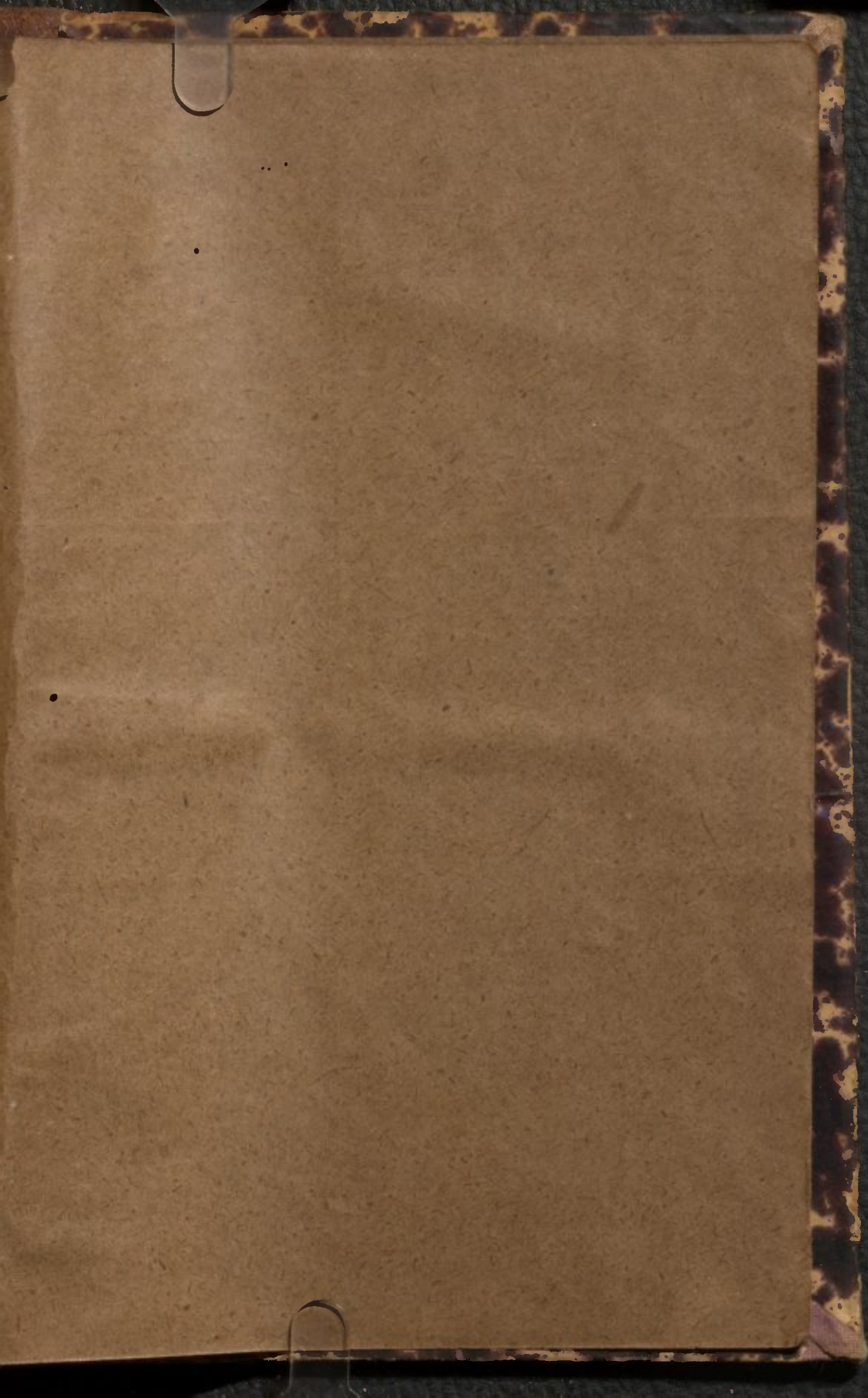
4138567

FROM  
THE LIBRARY  
OF  
SIR WILLIAM OSLER, BART.  
OXFORD











مجلد اول

۱) ...  
 ۲) ...  
 ۳) ...  
 ۴) ...  
 ۵) ...  
 ۶) ...  
 ۷) ...  
 ۸) ...  
 ۹) ...  
 ۱۰) ...  
 ۱۱) ...  
 ۱۲) ...  
 ۱۳) ...  
 ۱۴) ...  
 ۱۵) ...  
 ۱۶) ...  
 ۱۷) ...  
 ۱۸) ...  
 ۱۹) ...  
 ۲۰) ...  
 ۲۱) ...  
 ۲۲) ...  
 ۲۳) ...  
 ۲۴) ...  
 ۲۵) ...

OR. 13.

**مکتبہ دارالافتاء**  
**مکتبہ دارالافتاء**  
 ۲۸۷  
 ۴۴۳

3905



٢  
\* (فهرسة الجزء الثاني من وسائل الالتهاب) \*

صحة

- المقالة الثانية في أمراض الجهاز الهضمي  
 الفصل الاول في امراض الفم } ٢  
 المبحث الاول في النزلة القمية المعروفة بالالتهاب القمي البسيط  
 أو النزلي }  
 المبحث الثاني في الالتهاب القمي ذي الغشاء الكاذب المعروف  
 بالقلاع } ١٠  
 المبحث الثالث في الالتهاب القمي الدقيقى اى الغشائى القرحى  
 المعروف بين الفم القرحى أو قرح الفم المنثى } ١٢  
 المبحث الرابع في تسخات الفم وقروحه } ١٥  
 المبحث الخامس في الآفات الزهريه القمية } ١٩  
 المبحث السادس في الآفات الاسكربوطية القمية المعروفة بالحقر } ٢١  
 المبحث السابع في الالتهاب القمي القطرى أو القشطى المعروف  
 بالموجيت عند الفرنسيه } ٢٣  
 المبحث الثامن في التهاب اللسان } ٢٨  
 المبحث التاسع في غنغرينا الفم الضعفيه المعروفة بالنوم أو بالسرطان } ٣٢  
 المبحث العاشر في التهاب اللسان الكفتين وما جاورهما } ٣٤  
 المبحث الحادى عشر فى التهاب } ٤٠  
 الفصل الثاني في امراض الحلق }  
 المبحث الاول في الالتهاب النزلي للغشاء المخاطى المعروف بالذبحه } ٤٥  
 النزليه }  
 المبحث الثاني في الالتهاب الباعوى ذي الغشاء الكاذب ويسمى  
 بالذبحه البلعومية الغشائيه } ٥٢  
 المبحث الثالث في الالتهاب الباعوى الدقيقى اى الغشائى القمي  
 ويسمى بالذبحه الخبيثه والغنغرينيه } ٥٤

المبحث الرابع في الالتهاب القلغموني الحلقى ويعرف أيضا بالتهاب اللوزة وبالذبحة الحلقية اللوزية	٥٥
المبحث الخامس في اصابت الحلق الزهرية وتعرف بالذبحة الزهرية	٥٩
المبحث السادس في المراجعات خلف البلعوم	٦٢
المبحث السابع في ذبحة لودويج	٦٤
الفصل الثالث في امراض المري	} ٦٥
المبحث الاول في الالتهاب المروي ويعرف بعسر الازرد والالتهابي	
المبحث الثاني في تضيق المري	٦٩
المبحث الثالث في تمدد المري	٧٢
المبحث الرابع في التولدات الجلدية المرضية للمري	٧٤
المبحث الخامس في تشعب المري وتقرقه	٧٦
المبحث السادس في الامراض العصبية للمري	٧٧
الفصل الرابع في امراض المعدة	} ٧٩
المبحث الاول في انزلة المعدة الحادة اي الالتهاب النزلي الحاد للغشاء المخاطي المعدي	
المبحث الثاني في النزلة المعدي المزمنة	١٠٤
المبحث الثالث في الالتهاب المعدي ذي الغشاء الكاذب والفتري	} ١٢٠
المبحث الرابع في التهاب المسوح الحلقى تحت الغشاء المخاطي المعدي المعروف بالالتهاب المعدي القلغموني	
المبحث الخامس في الالتهاب الذي يعترى الغشاء المخاطي المعدي عقب تأثير الجواهر الكاوية والسامة وفي التغييرات التابعة له	١٢١
المبحث السادس في القرحة المعدي المزمنة المعروفة بالمستديرة وبالثاقبة	١٢٤
المبحث السابع في سرطان المعدة	١٣٨
المبحث الثامن في الانزفة المعدي	١٤٧



- ١٥٦ المبحث التاسع في التشخيص المعدي أو الالم المعدي العصبي  
 ١٦٢ المبحث العاشر في الديدان المعوية  
 الفصل الخامس في امراض القناة المعوية  
 ١٧٣ المبحث الاول في التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي المعروف بالترلة  
 المعوية  
 ١٩٦ المبحث الثاني في القرحة الاثني عشرية المتأخرة  
 ١٩٩ المبحث الثالث في تضيق القناة المعوية وانسدادها  
 ٢١٤ المبحث الرابع في الاصابة الخلقونية والدرنات المعوية والغدد  
 المساريقية  
 ٢٢٢ المبحث الخامس في سرطان القناة المعوية  
 ٢٢٦ المبحث السادس في التهاب المنسوجات الخشوية المحيط بالمعي ويعرف  
 بالالتهاب القولوني الدائري أو المحيط والالتهاب المستقيمي الدائري  
 أو المحيط أيضا  
 ٢٢٨ المبحث السابع في التزيف المعوي والتورمات الوعائية المعوية  
 ٢٣٩ المبحث الثامن في الالام العصبية للمعي المعروف بالمغص المعوي  
 ٢٤٦ المبحث التاسع (وطبع سهواً الفصل التاسع) في الديدان المعوية  
 ٢٥٧ المبحث العاشر في الحمى المعدية وتسمى بالمخاطية والصفراوية  
 الفصل السادس في امراض البريتون اعني امراض الغشاء المصلي  
 المستبطن للبطن } ٢٦٣  
 المبحث الاول في الالتهاب البريتوني }  
 ٢٧٩ المبحث الثاني في الاستسقاء البطني المعروف بالزقي  
 ٢٨٥ المبحث الثالث في درن البريتون وسرطانها  
 في امراض الكبد والمسالك الصفراوية }  
 الفصل الاول في امراض الكبد } ٢٨٦  
 المبحث الاول في الاحتمقان الكبدي }

- ٢٩٧ في التهابات الكبد
- ٢٩٧ المبحث الثاني في التهاب الكبدى الجوهرى أو التقصى
- ٣٠٤ المبحث الثالث في التهاب الكبدى الخاوى المعروف بسيروز الكبد  
وبالاستحالة الحمضية للكبد
- ٣١٨ المبحث الرابع في التهاب الكبدى الزهري ويعرف تبعا للمعلم  
وجنيربورم الكبد الزهري
- ٣٢٠ المبحث الخامس في التهاب الوردي الياب
- ٣٢٤ المبحث السادس في الاستحالة الشحمية للكبد
- ٣٣٠ المبحث السابع في الاستحالة النشوية للكبد
- ٣٣٣ المبحث الثامن في سرطان الكبد
- ٣٣٨ } المبحث التاسع في درن الكبد  
المبحث العاشر في الاورام الديدانية الحويصلية للكبد المعروفة  
بالاينوكوك
- ٣٤٣ المبحث الحادى عشر في الاورام الاينوكوكية المتعددة الجيوب
- ٣٤٨ المبحث الثانى عشر في الاحتباس الصفراوى للكبد واليرقان المتعلق  
به اى اليرقان الكبدى
- ٣٥٧ المبحث الثالث عشر في اليرقان الدموى اى الغير المحسوب باحتباس  
في الصفراء المعروف باليرقان الكيمائى
- ٣٦١ المبحث الرابع عشر في الضهور والاصفر الخاد للكبد
- ٣٦٩ } الفصل الثانى في امراض المسالك الصفراوية  
المبحث الاول في التهاب النزلى للمسالك الصفراوية المعروف باليرقان  
النزلى
- ٣٧٤ } المبحث الثانى في التهاب المسالك الصفراوية اى الغشاء الكاذب  
والدفتيرى  
المبحث الثالث في تضايق المسالك الصفراوية وانسدادها والتمدد  
التابى لها



المبحث الرابع في الحصوات الصفراوية وما يفتح عنها

389 } في امراض الطحال

المبحث الاول في احتمقان الطحال ونعوه المعروف بوزم الطحال الحاد

390 } المبحث الثاني في ضخامة الطحال المعروفة بالورم المزمن للطحال

401 } المبحث الثالث في الاستهالة النشوية للطحال المعروفة بالطحال الدهني

402 } المبحث الرابع في السدد الدموية للطحال والتهابه

407 } المبحث الخامس في تدون الطحال وتسرطنه والاكياس

الايكينية وكوكبية

408 } المبحث السادس في تحول الطحال وانتقاله

تذليل لامراض الطحال

409 } المبحث الاول في الليكيميا الحقيقية والليكيميا الكاذبة اى الدمذى

اللون الابيض اوزى الكرات البيضاء

420 } المبحث الثاني في الميلانيميا اعنى التلون الاسود للدم والدم المسمر

\*(تم)\*

## بيان صواب الخطا لواقع في الجزء الثاني من وسائل الابهتاج

صحيحة	سطر	خطا	صواب
٢	٩	ان تاثير	ان تاثير
٣	١٩	وكانا يعالجان	وكانتا يعالجان
١٨	١٧	لكلورورات	لكلورورات (وقد تنكرز)
٢٤	١٢	والغالب	ويندر
٤٢	٢٥	بان منشأ	بان منشأ
٤٦	٦	مرض	مرض
٤٨	٢٣	المواد	المواد
٥٧	١١	التقاخا	التقاخا
٨٨	٥	بهبوط	بهبوط
١٢٣	١٩	والمعلوم	والمعلوم
٢٣٢	١٩	ذا	ذات
٣٥٧	٢٧	احتماس	باحتماس
٣٦٨	١٧	الثلاث	الثلاثة

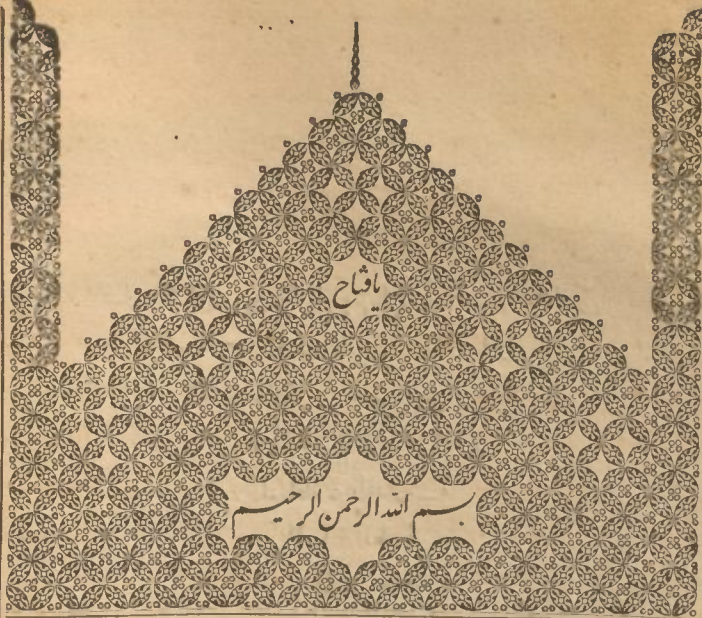
\*(٣)\*



Year	Month	Day	Event
1900	Jan	1	...
1900	Jan	2	...
1900	Jan	3	...
1900	Jan	4	...
1900	Jan	5	...
1900	Jan	6	...
1900	Jan	7	...
1900	Jan	8	...
1900	Jan	9	...
1900	Jan	10	...
1900	Jan	11	...
1900	Jan	12	...
1900	Jan	13	...
1900	Jan	14	...
1900	Jan	15	...
1900	Jan	16	...
1900	Jan	17	...
1900	Jan	18	...
1900	Jan	19	...
1900	Jan	20	...
1900	Jan	21	...
1900	Jan	22	...
1900	Jan	23	...
1900	Jan	24	...
1900	Jan	25	...
1900	Jan	26	...
1900	Jan	27	...
1900	Jan	28	...
1900	Jan	29	...
1900	Jan	30	...
1900	Jan	31	...

الجزء الثامن من وسائل الابهتاج في الطب الباطني  
والعلاج تأليف الطبيب الحاذق الرئيس  
الدكتور حضرة عزتو سالم  
سالم بك مع علم الامراض  
الباطنية بالمدرسة  
السنية الطبية  
المصرية





(المقالة الثانية في امراض الجهاز الهضمي)

\* (الفصل الاول في امراض الفم) \*

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

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

الغشاء المخاطي القمي اكثر عرضة للمؤثرات المحدثة لالتهاب نزلي في الاغشية المخاطية ولذا كانت النزلة القمية كثيرة الحصول ومع ذلك فلم تطلق كلمة نزلة قمية على تغيرات الغشاء المخاطي القمي المماثلة لتغيرات ما سواه من الاغشية المخاطية الا من مدة قريبة ومن المستغرب ان لتأثير البرد في الجلد الذي كثيرا ما يبعث به التهابات نزلية في اغشية مخاطية اخرى يكاد لا يعقب بالتهاب نزلي في

والمؤثرات المضررة المحدثة للنزلة القمية هي

اولا المهيجات التي تؤثر بدون واسطة في الغشاء المخاطي القمي كنبات الاسنان فانه كثيرا ما يكون سببا للحصول الالتهاب القمي النزلي باشكاله المقلبة جدا وكحد حوافي الاسنان وقروحها وجروح الفم والاعذية الحارة او الباردة جدا اوزات الخواص الكيماوية الشديدة وشرب التبغ او مضغه

وكاستعمال



وكاستعمال الاستحضارات الزبقية وذلك ليس بذلك اللثة بالمرهم الزبقى  
او تعاطى هذه الاستحضارات من القم سائلة او مسحوقة فقط بل كذلك بالدلك  
بالمرهم الزبقى على سطح الجلد وتعاطى الحبوب الزبقية ايضا وان احكم  
تغليظها وسبب ذلك ان الزبق الذى يتصفه الجلد او القناة المعوية ينفرز  
في باطن القم من الغدد اللعابية فيصعد تهيج الاواسط في الغشاء المخاطى  
القمى وكثيرا ما يحدث الالتهاب القمى الزبقى عقب تعاطى كمية قليلة من  
هذا الجوهر وعلة ذلك ان المواد الزبقية المزدودة مع الاعاب تمتص في المعى  
وينتشر تردها في القم قبل ان تذهب خارج الجسم وعلى كل حال  
فدرجة تأثر القم بالاستحضارات الزبقية تختلف باختلاف الاشخاص  
فيكون الالتهاب القمى عند بعضهم سريع الحصول وبطيئه عند آخرين  
كما ان الالتهاب الجلدى السطحي الذى يستعرفه بالاجزى بالزبقية كذلك  
سريع الحصول عند اشخاص عقب استعمال الدلك بالمرهم الزبقى بطيئه  
عند آخرين

وقانما امتداد الالتهاب النزلى من الاغشية المخاطية للاعضاء المجاورة للقم الى  
الغشاء المخاطى القمى بجرى الوجه والتهاباته خصوصا الحجرة الوجهية  
فانها تتضاعف بالنزلة القمية غالبا وهذا الالتهاب القمى النزلى التالى هو  
السبب في اعتبار الحجرة الوجهية والذنبجة البلهومية في الزمن الذى كانت  
تعتبر فيه تغطية اللسان السمكة علامة قوية على فساد الهضم ظاهرين  
تابعين لاضطراب وفساد معدى دائما وكانا يعالجان بحسب ذلك الاعتبار  
واما امتداد الالتهابات الانفية والشعبية النزلية الى الغشاء المخاطى القمى  
فقابل الحصول واما اصطحاب النزلة المعديّة بالنزلة القمية حادة أو مزمنة  
فكثيرة الحصول فقد ظهر من مشاهدة الشهير (بومون) عنده ضاهاته الغشاء  
المخاطى المعدي في مريض (وهو القسيس مرتين الكنديارى) مصاب  
بناصور معدى بالغشاء القمى ان تغيرات الاول تقضى الى تغيرات مقابلة  
لها في الثانى ويؤيد ذلك المشاهدات اليومية الآن الالتهاب المعدي النزلى  
وان كان يصطبغ غالبا بنزلة قمية لا يطرده العكس يعنى ان كل نزلة قمية لا يلزم  
من وجودها الحكم بوجود نزلة معدية



وثالثا ان الالتهاب القمى النزلى قد يكون غالباً عرضاً للمرض بنى عموى فاما  
 الامراض العمومية الحادة التي كثيرا ما تصطبج بتغيرات مخصوصة  
 نزلية في الغشاء المخاطي القمى فهي التيفوس والقمرض وسياقى بيان  
 ذلك عند الكلام على اعراض هذه الامراض واما الامراض البنيمة  
 المزمنة التي تنفضى الى النزلة القمية والبلعومية بكثرة فهي الداء الزهري  
 والتسمم الزئبقى وجميع الامراض الخمية يكاد أن يكون فيها اللسان مغطى  
 داءاً بطبقة عارضة لا يمكن لا يستنبط من ذلك ان كل حى تصطبج بنزلة  
 قمية

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

(الصفات التشريحية)

يندر مشاهدة تغيرات الالتهاب القمى النزلى في دوره الاول وانما يشاهد  
 فقط الغشاء المخاطي عقب تأثير مهيج شديد او نبت الاسنان الشاق احمر داكنا  
 جافا ابتداء ثم يغطي في دور الاحتطاط بافراز متعكرا لاختلاطه بخليبات  
 حديثة التكون ولا يشاهد الاحمرار الشديد ولا الجفاف بالكلية او يشاهد  
 كل منهما وقتا عقب تأثير المهيجات القليلة الشدة او في الالتهاب القمى  
 النزلى المضاعف للنزلة المعديّة الحادة

ويحصل بسرعة انتفاخ في الغشاء المخاطي والمنسوج الخلوى الذي تحته  
 وازدياد افراز محتلط بكمية عظيمة من خليبات جديدة التكون والانتفاخ  
 يكثر ظهوره في حافى اللسان وباطن اللسان فيظهر اللسان عريضا بحيث  
 لاتعم المسافة التي بين الاسنان فيظهر على جوانبه انبعاثات جانبيه سطحية  
 ويكون كل من باطن اللسان واللثة واللسان مغطى بمادة مخاطية متعكرة  
 واكثر تراكم المادة المخاطية والخليبات الجديدة التكون يكون على الخلمات  
 الخيطية فينشأ طلاؤم مخ على سطح اللسان متقارن السمولى ويوجد في النزلة  
 القمية المزمنة تغيرات شبيهة بالتغيرات المذكورة غير ان انتفاخ الغشاء

المخاطى فيها يكون اكثر وضوحا وقد تشاهد تحميمات صغيرة تكب الشهد الحاج  
على اللسان بل وعلى باطن الخدين والشفتين وسقف الحنك وهي عبارة عن  
اجرية مخاطية منتفخة وتكون اللثة خصوصا اجزاها المحيطة بالاسنان مغطاة  
بطبقة كيميقة من مادة مخاطية مخمسة مصفرة والحلمات الخيطية المستطيلة  
جدا تظهر كأنها خيوط مبيضة فتكسب اللسان هيئة خيلية او شعرية  
ويظهر بالبحث الميكروسكوبي ان معظم الظلاء اللسانية في النزلة الفموية  
المزمنة تتكون من خليات بشرية محتوية على كرات شمعية ومادة حبيبية  
دقيقة ذات لون اسمر وكثيرا ما تكون متلاصقة ببعضها على شكل صفائح  
مسفرة ويوجد في هذا الظلاء جزئيات خيطية وهي امتدادات بشرية  
مقطعة من الحلمات اللسانية الخيطية ينمو على كثير منها جزئيات فطرية  
خيطية تكون بصملا تة محيطية بالصفايح البشرية القرنية على شكل قشرة  
حبيبية كما يوجد فيه كرات شمعية وأهداب خيطية وبقايا غذائية منقطة  
(الأعراض والسير)

لان تصنيف للعلامات المدركة المذكورة سابقا الايسر ان الاعراض فنقول  
اما شكل النزلة الفموية الحادة الشديدة جدا فيوجد فيه المبحرق وتوتر في الفم  
ولذا يابى الاطفال الضغط باسنانهم على الحلقات المتخذة من العجاج او من  
جذور البنفسج التي تعطى لهم لعضوا عليها تسهيل لتببات الاسنان  
ويكون عندهم الامسية الفم وعندهما يريدون الرضاعة يتركون الثدي قهرا  
بما لم يصبح شديدا وقد تحصل لهم في بعض الاحوال تشنجات (يبالغ في  
كثير من العوام) تسمى بتشنجات التسنين يمكن ان يهلكوا منها بدون ان  
يشاهد تغيرات في المراکز العصبية عند فتح الحنكة فحينئذ تعتبر هذه التشنجات  
ظواهر عصبية انعكاسية بمعنى ان التهيج الشديد للاعصاب الحسية الفموية  
يسرى منها الى اعصاب الحركة بواسطة المراکز العصبية ولم يعلم هل حصول  
هذه الظواهر ناشئ عن النزلة الفموية الحادة او عن التهيج اللاواسطي  
لاعصاب الحس الناشئ عن اندفاع الاسنان وثقبها للثة واجمع ممحبت  
الاكلبيسياني الجزء الثاني  
واما شكل النزلة الفموية الحادة المتوسطة الشدة المتصفة بازدياد في الافراز



وتكون خليات جديدة بكمية تقتضي المرضي فيه بطعم ردي في الفم يعبرون  
عنه غالباً بأنه مخاطي او عجينى وهذا الطعم في الحقيقة ظاهرة عصبية اسمية  
فان القسيولوجيين لا يعترفون الا بوجود طعم مر او حضى او حلو او ملحي  
والمرضى فحس بوجود طبقة مخاطية ملامسة للغشاء المخاطي الفمى فتجهد  
في قذفها بتكرار التثخم وحيث ان هناك طبقة متميكة بين الجوهر اللين واللبون  
الانتماءات الدائرية لا اعصاب الذوق فلا تتضح حاسة الذوق الا بواسطة  
الجواهر القوية الطعم وغالباً تشكى المرضى بعدم نقاوة الطعم او بتفاهته  
ويضع الجواهر الصلبة يحصل تحسب وقتي في طعم الفم بسبب زوال الطلاء  
المغاطي للسطح الخاص بالذوق ومن المرضى من يشتهى كى بمرارة في القسم  
والمعروم يعتقدون ان هذه الظاهرة ناشئة عن انصباب الصفراء في المعدة  
حتى ان بعض اطباء يزعم ان هنالك حالة صفراوية معدية لان الطعم المر  
أغلب الاحوال ليس الا عرضاً محسوساً للمريض غير ناتج من جواهر ذات طعم  
مر بل انه تنوع في حساسية الاعصاب الذوقية ولا يندران تشتمكى المرضى  
بطعم نقي في الفم وهذا التعبير بأباه القسيولوجيون لانه غير حقيقى فان الثمن  
لا يندأ عن تيبه اعصاب الذوق بل عن تيبه اعصاب الشم التى تكون  
تفرعاتها الدائرية في الطبقة المخاطية الانفية ملامسة للتصاعدات الغازية  
الاتية من الطبقة المتعفة المغطية للسان والنافذة من الخياشيم فالطعم  
المتن بل الرائحة المتعفة ليست فقط عرضاً محسوساً للمريض بل ان كثيراً من  
الاشخاص من يدرك هذا العرض في المريض خصوصاً وقت الصباح قبل  
الاكل ثم يزول بالاكل عجزاً زرداً واداً الطبقة البشرية المنقمة المتراكمه على  
اللسان والصداع الجهشى الذى يصاحب النزلة المعدية بكمية يشفى في وجوده  
في النزلة الفمية البسيطة

ثم ان مجموع الاعراض المذكورة كثيراً ما توجد بدون تغيير في الهضم فان  
المرضى مع وجودها يحسبون غالباً بجموع اعتيادى لكنهم يميلون الى مخاطي  
الاغذية الحضية او المالحة والافاويه التى تنبه الاعصاب الذوقية من خلال  
طبقة اللسان البشرية ولا يوجد غالباً علامة ما تدل على فساد المواد الغذائية  
اى عدم هضمها كما لا يوجد عتب الاكل احساس بنقطة في القسم



الشراسيبي ولا تجشؤ ولا علامه من علامات فساد الهضم واضطرابه ومع ذلك فان كلامن تغطي اللسان تغطية ككثيفة ومرارة الطم وتتن القم ورائحة العفنة يحتمل المريض على ان يظن ان عنده تسكدر في الهضم فيستهمل المقيحات

واما النزلة القمية المزمنة الحقيقية كالتى تشاهد عند المدمنين على شرب التبغ فلا يجس باعراضها المرض الا قليلا وذلك انه يوجد مع المرضى عند اليقظة طعم عجيب في القم ورائحة منقنة تنشأ من تراكم البلزيمات البشرية فيه مدة الليل غير ان هذه البلزيمات تنقذ بالتختم بعد اليقظة بقليل ولا تشتمكى المرضى بعد ذلك بشئ من هذه الظواهر ومع ذلك يميلون لاستعمال الاغذية الحريفة اكثر من غيرها من الاغذية القليلة القمية

واما الاحوال القليلة للنزلة القمية المزمنة فتتأذى المرضى منها اكثر وذلك انهم يلتجئون في الصباح لكثرة التختم والبصاق وكشط اللسان وتظيف اللثة والاسنان من المواد المخاطية المتراكمة عليها بواسطة فرشاة (اوسوالك مثلا) ويبقى طعم القم متغيرا طول النهار ورائحة الكريمة مسفرة وتشتمكى المرضى الطيب بحالة تلبسك مخاطي مسنة لم تؤثر فيه انواع المهملات كحبوب اشترال وموريسون وشرب بعض المياه المعدنية ويقعون احيانا في حالة ييوتندارية لكن بالتأمل يعرف ان تشكيبهم بخلاف حالة صحتهم العامة وبسؤال الطيب يتحقق انه يمكنهم تحمهل بجميع الاغذية حتى العسرة الهضم فعلى الطيب التقطن لمثل هذه الاحوال للوقوف عليها ومعالجتها بما يناسبها

### (التشخيص)

لا ينبغي ان يلبس عليه من الطلاء تغطي اللسان في النزلة القمية بالطلاء الذى يوجد على مؤخر اللسان عند كثير من الاصحاء خصوصا في الصباح فان هذا الاخير كما قاله المعلم ~~ببشكل~~ ينشأ مدة الليل من مرور الهواء من الانف والحميا شيم وتجشؤه للاجزاء الصائلة الموجودة في اجزاء القم المجاورة لمحل مروره حتى ان جزئيات البسرة المخاطية التى تنفصل بالطبيعة على الدوام تجف وتكون طلاءا وهما على اللسان ويوجد كما قال الطيب بندهود في



رسالة التي القها مضادة لتوجيه تغذية اللسان الطبيعية بهذه الكيفية  
 امور اخرى مهمة في كيفية حصوله وهي ان الطبقة البشرية المغذية لباطن  
 القم واللسان يعتبرها تنفس مستمر ناشئ عن المؤثرات الميخانيكية التي تؤثر  
 على السطح الظاهر من هذا الغشاء المخاطي عند التكلم او المضغ ومن الواضح  
 ان تنفس الطبقة المذكورة يكون كثير الحصول بسرعة في المحال التي فيها  
 يلامس اللسان بكثرة الاجزاء المحيطة به في اللمس بالجزء من سطحه العلوي  
 سقف الحنك عند كل تغير في اوضاعه كما ان حوافه تلامس باطن الاسنان  
 عند كل حركة واما اجزاء اللسان الخلفية التي يتكون عليها طلاء اللسان  
 الطبيعي غالبا فلا تلامس سقف الحنك الا عند حركات الازدواج ويستتبط  
 من ذلك من جهة ان الصفحات البشرية السطحية الكائنة على الاجزاء  
 المقدمة من اللسان تنفصل بسرعة انفصالاتا ومن جهة اخرى انها تنطرد  
 بسرعة بخلافها في قاعدة اللسان فانها تبقى ثابتة زمنا طويلا وعند انفصالها  
 لا تنطرد بسرعة سيما وان الامتدادات الخلفية تساعدها على البقاء

ثم ان اللسان في كثير من الامراض الخبيثة يكتسب طلاء مبيضا لكن لا ينشأ  
 غالبا عن تزايد في تكوين خلايا جديدة كما في النزلة القمية بل عن  
 تناقص الافرازات القمية بسبب تزايد الافرازات الجلدية بحيث ان الخلايا  
 البشرية تقل رطوبتها وتظهر قليلة الشفوفية وزيادة على ذلك ان المجموعين  
 يكونون قاعدين لشهيمتهم فيمتنعون عن مضغ الجواهر الصلبة التي بها يسهل  
 تنظيف الاخيلية البشرية المكونة لهذا الطلاء فكما ان الاشخاص المنهوكين  
 ذوى الجمادات القليلة يوجد عندهم تنفسات في البشرة وقشور بدون ان يكون  
 هذا ناتجا عن ازدياد تكوّن هذه الاخيلية البشرية وانفصالها عن سطح  
 الجلد كذلك يشاهد في الاحوال الخبيثة افضاح الخلمات اللسانية القرنية  
 وانفصال الطبقة البشرية القمية بدون ان يكون ذلك ناشئا عن زيادة تكوّن  
 او انفصالها وما يمنع التماس الطلاء اللساني في النزلة القمية بطولاته في  
 الامراض الخبيثة كون الغشاء المخاطي القمي في النزلة القمية اذا انتفاخ  
 ورخاوة عكس ما في الامراض الخبيثة فان اللسان فيها يكون مسطحا مضيقا بل  
 قد يكون مديسا والقم جافا والمرضى تشتكي فيها بعطش شديد وسيماني تميز

النزلة القمية المجردة عن المصحوبة بنزلة معدية في الفصل الثالث من البحث  
الاول

(الحكم على العاقبة)

الالتهاب القمي النزلي حميد العاقبة وليس فيه اذى خطر على الحياة الا اذا  
كان مصحوبا بالتشنجات عند التسمين ولو كان تعلقها به مشكوكا فيه واما  
النزلة القمية المزمنة فعاقبتها اقل جودة من حيثية عدم راحة المريض  
واسهوها على المعالجة ومع ذلك قد تزول بالمعالجة المستطيلة وامثال  
المريض مع الصبر الجليل

(المعالجة)

اما المعالجة المبينة على معرفة الاسباب فلا يتيسر اجراؤها في كل حال فان شق  
الذمة الموصى به في التسمين الشاق مشكوك في نفعه بل ربما كان مضر فان  
الشقوق الصغيرة قد تلتب عقب فعلها فتكون سببا في تماثل النزلة القمية  
واما الاسنان ذوات الحافة الحادة فينبغي ازالتها واما الجروح القمية وقروح  
الاسنان فيعالجها بما تقتضيه الصناعة واما شرب التبغ سيما في السجارات  
الحارة فينبغي تركه وان كان لا بد من الشرب فينبغي ابدالها بسجارات ذات  
تبغ بارد في الغمام او شبكات طويلة وهو الافق وينبغي في النزلة القمية  
الناشئة عن استعمال الاستحضارات الزبقية ايقاف استعمالها وازالة  
جميع ما كان على سطح الجلد من المرهم الزبقي واما النزلة القمية التابعة  
فتزول في الغالب عقب شفاء الحجرة الوجهية او الذبحة البلعومية والنزلة  
المعدية وسنذكر بعد ان هذه النزلة القمية لا تحتاج في كثير من الاحوال  
لاستعمال المتيئات كما هو الجاري عند كثير من اطباء في الطب العملي فان  
ظهور اللسان بعد استعمال المقي تطيقا ظهورا وقتيا انما يحصل حولا  
ميكانيكا ولا يثبت به تحسب في النزلة القمية والمعدية واما النزلة القمية  
الناشئة عن امراض بنية فتعالج بحسب المرض البني الذي هو اصلها  
واما المعالجة الخاصة بالمرض نفسه فهي معالجة موضعية والشكل الذي  
تناسبه المعالجة موضعية هو الشكل الزمن من هذا المرض الذي يوجد دائما  
بنفسه مستصعبا عن الشفاء حتى بعد زوال الاسباب الناشئة هو عنها فمن



لادوية الجرب استعملها هافيه مضغ قطع صغيرة من الراوند مضغاً بطيماً ولا  
تنسب منه فاعله في مثل هذه الاحوال لتأثيره في الغشاء المخاطي المعدي  
اذ لا تشاهد هذه النتيجة عقب تعاطي الراوند طلقاً في حبوب رخوة سهلة  
الذوبان

وانجح الادوية التي تستعمل في الشكل المزمن لهذا المرض المضغفة بمحلول  
كربونات الصودا او شرب مياهها الطبيعية صبا على الريق شرباً ماصاً وعله  
ذلك ان الكربونات القلوية من خواصها ان تغلظ تماسك المواد المخاطية  
وتذيبها فان لم تنجح هذه المعالجة فاستعمل بغاية النجاح من القم بمحلول  
السليمانى المكون من قحمة الى اثنتين في رطل من الماء كما اوصى به المعلم (فيفر)  
او بمحلول قترات الفضة قحمة على نصف اوقية من الماء كما اوصى به هنوخ  
ومنافع هذه الجوهرين في النزلة القمية لانتخالف المنافع التي يحصل عليها  
في نزلات اغشية مخاطية اخرى

\* (المبحث الثاني) \*

(في الالتهاب القمي ذى الغشاء الكاذب المعروف بالقلاع)

(كيفية الظهور والاسباب)

كثيرا ما يشاهد على الغشاء المخاطي القمي لطخ عديدة مبيضة مخاطية بمادة  
محمرة على هيئة حويصلات سطحية تنفصل عما قبل ويختلفها تسليح سطحي  
يشقق بسموله واغلب المؤلفين يعبر عن هذه الاصابة بالقلاع القمي مع ان هذا  
اللفظ يطلق ايضا على غيره هذا المرض من امراض القم سيما التهاب القم  
التقرحي والنشطي وقد اثبت المعلم (بون) مرة كذا على عدة من المشاهدات  
انه بوخر هذه النكت المبيضة ولو في دورها الابتدائي لا يخرج منها ادنى  
سائل ويمتد فلا تكون حويصلات بل تراكمات صلبة ناشئة عن مواد  
ايضية منتضحة على سطح السائب من الغشاء المخاطي اسفل طبقة البشرية  
وهذا التعبير وان كان واضحا وافقا لما ذكره كل من المعلم (روكوتسكى)  
(فورستن) الا اننا نرى من الاوفق تسمية هذا التغيير المرضي بالالتهاب  
القمي ذى الغشاء الكاذب مثل ما يطلق ذلك عليه عند اصابتها لاغشية  
مخاطية اخرى ولذا يسوغ تعريف القلاع بالالتهاب القمي ذى الغشاء

الكاذب القاصر على اصفار محدودة من الغشاء المخاطي القمى ويشاهد  
القلاع في الاطفال رديئ التغذية وقت التسنين وهو اهم اسبابه وكثيرا  
ما يصحب الحصبة وربما انتشر على شكل اوبية صغيرة. مكانه سرى بالعدوى  
وقد يصاحب التهاب القمى القرحى الغشائي

### (الصفات التشريحية)

يجلس القلاع يكون غالبا في النصف المقدم من اللسان وعلى السطح الباطن  
من الشفتين والشدين وسقف الحنك وشكله يكون مستديرا في حجم العدسة  
كثير العدد ويكون امامه زلا او محططا وتنفصل تراكبه الغشائية  
السنجابية والبيضاء المصفرة من الدائرة نحو المركز تدريجا وحينئذ تصير الهالة  
المحمررة اكثر عرضا وعند انفصال النضج انفصالاتا لا يبقى تفرح بل مجرد  
تسلخ وتلك الصفة خاصة بالالتهاب ذي الغشاء الكاذب وميزة له عن الالتهاب  
والصفر المتسلخ بتغطى بسرعة بطبقة بشرية والقلاع لا يخالف ندبة التحامية  
وباقى اجزاء الغشاء المخاطي القمى يكون مجلسا بالالتهاب نزلى مصحوب بنضج  
مخاطي غزير وتكونات خلوية جديدة

### (الاعراض والسير)

كثيرا ما يسبق بعدة ايام الطفح القلاعى بجمى وقلق وطفة شبيهة وعلامات  
النزلة القمية وهذا المرض يصطبب بالام شديدة تزداد بالاكثير عند الرضاعة  
او التسكلم او المضغ والافراز مع ذلك يكون متزايدا ازديادا عظيما بحيث يسيل  
من فم الاطفال المنفتح نصف انفتاح سائل صاف مصحوب برائحة كريهة  
ناشئة عن فساد الاخلية البشرية المتراكمة ومواد النضج الالتهابي المتراكمة  
في القمى سيما عند مضاعفة الالتهاب القمى ذي الغشاء الكاذب بالالتهاب  
رقديته هذا المرض جعله اسايح عقب ترده مرارا متكررة وعاقبة هذا  
المرض في حد ذاته جمدة

### (المعالجة)

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



النتيجة المطلوبة باستعمال هذا الجوهر يلزم من القلاع بحول حوض ملح  
الطعام الخفيف أو الحجر الجيري

\* (المبحث الثالث) \*

في الالتهاب القمي الدفتيري أي الفشائي المقرح المعروف بنبتن القم  
المقرح أو قرح القم المنتن

(كيفية الظهور والاسباب)

يحصل في هذا الالتهاب كما ذكرناه مراراً نضج لبني في جوهر الغشاء المخاطي  
بحيث أن الجزء المريض من هذا الغشاء يتر به تسكر زغب انضغاط او عيته  
بواسطة هذا النضج وبعد انفصال الخشكويشة المتكونة التي تارة تكون  
جافة وتارة رطبة يختلفه فقد جوهر

ثم ان الالتهاب القمي الدفتيري ينشأ عن استعمال المركبات الزئبقية استعمالاً  
مفرطاً مستمراً وقد يحصل بدون سبب مدرك سيما عند ذوى المعيشة الرديئة  
(من مطعوم وملبوس ومسكن) وهذا الشكل الأخير الذي هو كثير ما يحصل  
بكيفية وبائية منتشرة خصوصاً في ماوى اللقطاء واليتامى وفي القشالات  
وغیرها من الاماكن العامة وفي المعسكرات غير القارة ويتشرب غالباً فيهم  
بالعدوى

(الصفات التشريحية)

وفي الدرجات الخفيفة من الشكل الدفتيري من الالتهاب القمي الزئبقي  
يوجد ابتداءً في اصفار محدودة من القم سيما على حافات اللسان والاجزاء  
اللامسة للاسنان من الشدقين والشفتين تلون مبيض او مبيض ومخ  
في الغشاء المخاطي على شكل اللطخ يعسر اذاتها ثم كلاً من طبقات هذا  
الغشاء السطحية والنضج المرشح فيها ينقل فينشأ في هذه الاصفار تقرحات  
سطحية متغيرة اللون تنظف يطة ثم تنتهم انتهاءً من حافات وفي الدرجات  
الثقيلة من هذا المرض التي فيها يكون النضج مرشحاً في جميع طبقات  
الغشاء المخاطي ومفسد الهايس تحيل السطح الباطن من الفم في امتداد  
عظيم منه الى خشكويشة رخوة متغيرة اللون وعند انفصالها يظهر تقرح  
عميق ذو حافات غير منتظم وقاع غير مستو وقد الجوهر لا يستعاض بالازرار

الجمعية الايطه وحيث ان الغشاء المخاطي الفاسد لا يتكون ثانيا بل يحل  
 محله من منسوج خلوي ندي تبقى ندبه مشرذمة ولا يندران يختلف ذلك  
 التصاقات غير طبيعية او انكوز كاذب  
 وفي احوال نتن القم القرحي يتبدى غالبه الارشاح والتا كل في مقدم اللثة  
 وفي الاحوال الثقيلة يمتد التمتك من مقدم اللثة الى سطحها الخلفي والاجزاء  
 الملاصقة من الشفتين والشدقين واللسان وغير ذلك وحيثما تتخلل الاسنان  
 بل قد يعمري سمحاق عظم الفك ويتأكل فيعقب ذلك احيانا تسوس وتتكزز  
 في عظم الفك

### (الاعراض والسير)

يصطبغ الشكل الدقيقي من التهاب الفمى الزبقي بالآلام شديدة جدا  
 خصوصا عند انفصال الخشكر يشة وتكون قروح وهذه الآلام تزداد  
 جدا بانفخ والتسكلم ازدياد الايطاق وافراز كل من الغدد اللعابية والمخاطية  
 يزداد كذلك ازديادا عظيما ولا يكون للمريض قدرة على النوم فان الافراز  
 ان لم ينقذ فبحركة البصاق يسيل في الخنجره فيحدث سعالا ونوب اختناق  
 وان كان المريض مضطجعا على احد جانبيه واستغرق في النوم استيقظ  
 بسرعة فيجد وسادة مبهتة بالعاب باردة والاجزاء المجردة عن الخشكر يشات  
 والقروح تكون مغطاة بطبقة شمكية مصفرة دهنية كاللسان واللثة لاسيما  
 حول الاسنان ويتصاعد من القم رائحة منتنة جدا ناتجة عن تعفن اجزاء  
 الغشاء المخاطي المنفصلة الواقعة في التمسكزز وكون نتن القم ناتجا عن تحلل  
 رودان الباتسييوم الذي هو من العناصر الطبيعية المكونة للعاب وتكون  
 الادروحين المككبرت النوشادري امر مشكوك فيه وكل من الآلام  
 والسيلان من القم والرائحة المنفنة لا يزول الا تدريجيا ولو انقطع استعمال  
 المركبات الزبكية بل وفي الاحوال الخفيفة لا بد وان يعفى غاية ايام الى اربعة  
 عشر لاجل تحسين حالة المرضى وصبر ورتها مطاقه واما في الاحوال الثقيلة  
 فانه لا بد وان يعفى زمن اكثر طولا من ذلك حتى تأخذ حالة المريض في النجاة  
 بل قد يختلف ذلك اضطرابات مستمرة كما ينما ذلك في المبحث السابق  
 ثم ان اللثة تكون في ابتداء هذا المرض طبقة الشرح (بون) ذات لون احمر



دا كن منتفخة انتفاخا عظيما بسبب الاحتقان الشديد و يظهر انها منفصلة  
 عن الاسنان وتدمى باقل لمس وبعد استقرار هذا الدور يومين او اربعة يشاهد في  
 الحافة العليا منها الاسيا حول الاسنان القواطع او اضر اس احدى الجهتين  
 طبقة سنجابية غشائية وبالبحث عن هذه الطبقة بالدقة التي هي عبارة عن  
 مادة فطرية يشاهد انها ليست موضوعة على اللثة بل ناشئة عن تنكز جوهر  
 اللثة نفسه وبعد انفصال هذه المادة الفطرية التي نعتبها خشك يشبه  
 دقيرة به خالفا لما قاله المعلم (بون) يحصل فقد جوهر في اللثة ويتكرر هذا  
 الانفصال في كل من سطح هذا القروح وداثرته مادام المرض مستمرا حتى  
 تتلاشى حافة اللثة المحيطة بالاسنان بالكليمة وتتخلل الاسنان العارية  
 وتحصل تمتمكات اخرى كما سبق ذلك وتكون العقد اللينة نقوية المجاورة  
 منتفخة مؤلمة وكل من الشدقين والشفتين في مسامحة الاجزاء المريضة  
 منتفخة انتفاخا وذيما ويا ويتصاعد من القم رائحة كريهة ويسيل من القم على  
 الدوام لعاب مدم وتضطرب حركة المضغ والشرب بالام شديدة وتحتاج  
 المرضى من غلق فمها لاية تصرون على تباعد الشفتين فقط بل هما والقسمان  
 معا حتى لا يحصل ادنى تلامس ومن المستغرب عدم حصول اضطراب في  
 الحالة العامة الا قليلا وكذا الشهية وقد توجد الحبي بقلة او نفاذة بالكليمة ثم  
 ان هذا المرض يكاد يكون سهرا على الدوام جيدا بالمعالجة اللاتفة فتنفصل  
 الخشك يشات الدقيرة وتلتحم القروح المستخرقة عنها في قليل من الزمن  
 واما ان اهمل هذا المرض اوليها بالمعالجة اللاتفة فانه قد يستمر بجملة اشهر  
 الا انه يندر ان يكون مهيدا للحياة وان حصل انتفاء محزون فيكون ذلك ناشئا  
 عن مضاعفات اخرى

### (المعالجة)

ينبغي للطبيب في الشكك الدقة يبرى من الالتهاب القمى الرثيبي ان ينيبه  
 المريض على طول مدة مرضه لكي يستعد كما بدانه وذلك اجود من اجها  
 الامر عليه لئلا يضيع عشمه من يوم لا نحو بسبب انتظاره للشفاء ثم يستعمل  
 تنظيف القم بالمضامض المأخوذة من الماء البارد القراح او المضاف اليه  
 التبيد الاحمر من ابتداء المرض ثم تمس القروح بمحلول حمض الكروورديك

المخفف او محلول نترات الفضة كما سبق في المبحث الاقول واهم من ذلك هو ان يعطى للمريض محلول من كروورات البوتاسيوم لكونه اجود من استعمال يودور البوتاسيوم وغيره استعمله الا باطنيا من الجوهر المضادة للتسمم الزئبقي ومس القم بروح الكافور الذي هو كثيرا الايلام قليل الجهدوى واقوى الوسائط تأثيرا مس القروح بالجرجر الجهنى صلبا زمنا فزمنوا ولو كان كثير الايلام

واما كروورات البوتاسيوم فانه دواء نوعى فى نقتن القم التقرحى كفاى قلاءه فيعطى منه للاطفال الذين هم دون سنة جرام كل يوم ولبن اكبر منهم سنا قدر نصف درهم وللبالغين من جرامين الى خمسة (اعنى من درهم الى اثنين) كل يوم فى مائة وخمسة جراما (اعنى ست اواق) من الماء فيه هذه المعالجة تزول الرائحة المتنتنة من القم بسرعة بل والقروح تأخذ فى النظافة والالتئام بسرعة ومن النادر الالتئام الى مس الاجزاء المتقرحة نترات الفضة

### • (المبحث الرابع فى تسليخات القم وقروحه) •

( كقيمة الظهور والاسباب )

يظهر على الغشاء المخاطى القمى كل من القروح النزلية المعروفة بالتسليخات النزلية والقروح الجرابية فاما القروح النزلية المنتشرة فتكون صغيرة مستديرة سطحية ثم انالانعلم علة امتداد التسكين الخلوى الجديد الذى يحصل على سطح الغشاء المخاطى فى النزلة البسيطة ويمتد فى منسوج هذا الغشاء وفى اجزائه فيحدث فيها استرخا ولبنا وفساد وتكون خراجات صغيرة تستحيل بعد انفجار جدرانها الظاهرة الى قروح مستديرة صغيرة كما انالانعلم علة احداث الالتئام التزلى اقروح نزلية فى الغشاء المخاطى القمى فان القروح النزلية السطحية قد يكثر ظهورها احيانا خصوصا عند الاطفال وقد يندر ظهورها احيانا اخرى بحيث يظن فى انتشارها العدوى لانها قد تظهر على التعاقب عند كثير من افراد عائلة واحدة

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



عند النساء مدة الحيض

وقد تظهر حويصلات صغيرة يعقبها تسخانات مؤلمة جدا بقرب طرف اللسان  
ويظهر أنها ناشئة عن اسباب مهيجة موضعية بحيث تظن المرضى انه حصل  
لهم احتراق في هذا الصغر

وهناك قروح غير منتظمة تظهر في زوايا الفك العلوي والسفلي تنشأ عن  
تلاشي نضج لبني مر تسخ في الغشاء المخاطي وتكاد تشاهد على الدوام عند  
الاطفال الساكنين في المحال الرطبة غير الجيدة كبيوت الملتقطين  
ومارساتانات الولادة

وقد تنشأ القروح الجدرية القمية عن البثور الجدرية التي تكون في باطن  
الفم وحصواتها مثل حصول القروح الجدرية التي تظهر على الجلد  
والحويصلات الهريسية ايضا يمكن امتدادها لتجويف الفم فينشأ عنها  
قروح هريسية صغيرة في ذلك التجويف

واما القروح التي تظهر على حافات اللسان وتكون ناشئة عن حدة حافات  
الاسنان والتي تظهر في اللثة ناتجة عن التكوينات الجيرية فتختص علم  
الجراحة واما القروح الافرنكية والاسكر بوطية للفم فندكرها في مجت  
يخصها

### (الصفات التشريحية)

اما القروح السطحية الترابية المنتشرة فجلسها طرف اللسان وجوانبه وسطح  
باطن الشفتين والشدين وتكون مستديرة سطحية في حجم العدسة وكثيرا ما  
تختلط ببعضها فتكون اشكالا غير منتظمة وقاع هذه القروح يكون  
متعظما بطبقة غشائية مسهرة ومصفرة ضاربة الى البياض وحوافها محمرة  
غير متعظية بهذه الطبقة والتحام هذه القروح يكون من الدائرة الى المركز  
ولا يبقى محلها ندب التحامية ويظهر زيادة عن ذلك في بقية اجزاء الفم  
اعراض النزلة القمية كازدياد افراز المادة المخاطية وتكوين الخلية  
جديدة

واما القروح الجراية فجلسها غالبا باطن الشفتين والشدين ويندر ظهورها  
على اللسان فتشاهد اولا حويصلات لؤلؤية لماعة تنفجر بسرعة وتسهل

الى قروح يضاربة الشكل ذات قطر صغير وقاع هذه القروح يظهر مصفرا  
 او ذهيبا مغطى بنضج رقيق وحافات محمرة مرتفعة يابسة قليلا وقد لا يوجد  
 منها الا قرحه واحدة وقد يوجد منها عدد عظيم  
 واما الحويصلات والتسلخات الصغيرة التي تظهر على طرف اللسان فلا نشاهد  
 الا بامعان النظر ومتى انفجرت احداها تظهر ان الامتدادات البشرية  
 للعلامات الخيطية قد انقطعت بحيث لا يرى الاحمال اصفار محمرة صغيرة قليلة  
 الغور

واما القروح غير المنتظمة التي توجد في زوايا الفكين فقد نشاهد في كاتا  
 الجهتين وقد يبلغ قطرها جملته خطوط ويكون شكلها غير منتظم وهي عبارة  
 عن قرحه جوهري في الغشاء المخاطي يمتد الى المنسوج الظلوي الذي تحته  
 وكثيرا ما ينشأ عن هذه القروح انتفاخان عظيمة في العمق واللينقارية  
 العنقية

واما القروح الجدرية فنشاهد بكثرة على سقف الحلق اذ بعد انفجار البثور  
 السطحية التي بها يتبدى هذا الطبق تشهد قروح سطحية مستديرة تلحم  
 بسهولة

واما القروح الهربسية فجعلهم باطن الشفتين وسقف الحلق وتنشأ عن  
 انفجار بثور مجموعة كبثور الطبق الهربسي وتكون سطحية مملوءة  
 الاتهام

### (الاعراض والسير)

اما القروح النزلية السطحية فالغالب ان تكون مصهوبة بالامشديدة  
 تزداد بالتكلم والمضغ وكل من المواد المخاطية والاعصاب يتزايد اعظيها  
 بحيث يسيل من فم الاطفال على الدوام سائل صاف وتكون رائحة القم  
 منتنة بسبب تعفن الاخوية البشرية وهذا الشكل يسمى في بعض البلدان  
 بالانتهاج القمي المنتن وهذه التسمية خطأ فانها تطلق ايضا على امراض قمية  
 اخرى اكثر تفرقا من هذا المرض وهذه القروح تشفى بسهولة بالمعالجة اللائقة  
 ولا خطر فيها الا في الاطفال المنهوكين فانها فيهم تسرع بالانتهاء المحزن  
 بسبب عوقها المضعف والتغذية



واما القروح الجرايية فتكون مصحوبة بالآلام عند التكلم والمضغ وبيقية  
اعراض النزلة القمية ووجود القاع الدهني لهذه القروح وتيبس حافتها  
كثيرا ما يورثان المرضى حالة تفرغ خصوصا من تقدمت اصابتهم منهم بقروح  
افرنجية وهذا الشكل يشق بهديس من الزمن بالمعالجة اللاذقة  
واما الحويصلات والتسلخات التي تظهر على طرف اللسان فهي وان كانت  
متعبدة قليلة الالهمية لانها تزول من نفسها بعد يومين او ثلاثة والتعب الذي  
يحصل من هذه الآفة ايسر بنسبة التغيرات التشريحية القليلة والقروح  
التي في زوايا الفكين ينشأ عنها عسر في التكلم والمضغ وتكون شديدة الالم  
عند اشخاص غير محسوسة عند آخوين وليست خطيرة في الغالب وان كانت  
بطيئة الشفاء

واما القروح الجسدية والمهر بسية فالغالب ان تكون مصحوبة بالآلام  
خفيفة

### (المعالجة)

كل من الحويصلات والتسلخات الصغيرة التي تظهر في طرف اللسان يزول  
بسرعة متى حفظ الفم بعض ايام من المؤثرات المضرة كشرب التبغ وتعاطي  
الاغذية الحارة وغير ذلك  
وفي القروح التزلية القمية السطحية المنتشرة لا يكون الكورورات  
البوتاسا تأثير نوعي كما يكون له في غيره هذا المرض من امراض الفم  
فالا جود من هذه القروح محلول نترات الفضة او محلول السليمانى الخفيف  
جدا فانه فاجح كبحاحه في معالجة بعض الامراض الجلدية بالاستحضارات  
الرتبية

واما القروح الجرايية فينبغي في معالجتها الالتفات الى المضاعفات المعدية  
فيجب اولاً ازالته ثم علاج القروح المذكورة بمعالجة موضعية قوية وايجاد  
الوسايط تأثيرا مسما بالجر الجهنى وان كان مؤلما مع استعمال كورورات  
البوتاسا من الباطن ومس مثل هذه القروح بالجر الجهنى صابا وان كان  
مؤلما الا انه كما النجاح سريره  
واما قروح زوايا الفكين فانها لا تستدعى معالجة باطنية وان كان بعضهم

أوصى فيه باستعمال كورورات البوتاس من الباطن وبالمر بالبخار الجهني  
 او بمحض الخليك لمركز كما قاله (دايميه) و (بنفس)  
 واما القروح الجدرية والهرسية فلا تستدعي معالجة مخصوصة  
 \* (المبحث الخامس في الآفات الزهرية القمية) \*  
 ( كيفية الظهور والاسباب )

اما القروح الزهرية القمية الاولى واللطف العريضة الاولى اعني التي  
 تنتج عن عدوى اولية في التيم بواسطة السم الزهري فيمكن حصولها في الفم  
 طبعا للتجارب المستجدة على عكس ما كان يظن سابقا وكثيرا حصولا  
 بشاهد في فم الرضع عقب العدوى من حلبة ثدي المرضعة وقد تنشأ في احوال  
 اخرى عن عدوى لاواسطية في الفم عقب الرنا غير الاعتيادي ( اى الايلاج  
 في الفم ) او الندى الصناعي او تقميل اشخاص مصابة بقروح زهرية في الفم  
 وقد شاهدت عائلة اصيب منها عشرة اشخاص مختلفي السن بقروح زهرية  
 واطخ عريضة في الغشاء المخاطي بالكيفية الاخيرة

واما القروح الزهرية الثانوية واللطف العريضة اى التي تنتج عن تأثير ثانوي  
 للسم الزهري عقب انتشاره في البنية وتأثيره في الفم فمشاهدته ما في باطن  
 تجويف الفم ليس بشادر ويمتد من الحلق وازوايا الشفتين الى الاجزاء  
 الجوارية لها من باطن الفم واما الاصابات الثلاثية الزهرية في الفم اعني  
 الاصابات التي تحصل في آخادوار الداء الزهري كالاورام الزهرية المعروفة  
 بالزوائد الصغية فتشاهد على اللسان وكثيرا ما تحتلط بسرطان هذا  
 العضو

#### (الصفات التشريحية)

كل من القروح الزهرية الاولى والثانوية واللطف العريضة ينشأ عن  
 تبيبات زهرية في الغشاء المخاطي الفموي اعني عن ارتفاعات حلوية في فم  
 بقرا كم اخلية بشرية عليها يصير سطحها الظاهر مبيضا كأنها قدمت بالبخار  
 الجهني ثم يتكون عنها تسخانات او تقرحات عقب تلاش جزئي في هذه  
 الطبقة البشرية او درن عريضة عقب غورها ومجلس القروح غالباً زاوية  
 الفم وتبقى سطحية في هذا الجزء فكانما حصل في زاويتي الشفتين تشقق



وكثيرا ما يوجد حول دائرة هذه القروح درن زهرى صغير واما القروح  
التي تظهر على ظهر اللسان وجانبيه فتكون على هيئة تشققات كثيرة الغور  
أوقليلته وقاعها غير المنتظم يكون مغطى بمادة مبيضة سنجابية واما الدرن  
العرىض فجلده الاعتيادى اما جانبا اللسان بان يكون على جانبيه  
ارتقاعات سطعية فى الغشاء المخاطى ويكثر تراكم البثرة المخاطية على سطح  
هذه الارتقاعات بحيث يكون سطحها الظاهر مبيضا واما ظهر اللسان بان  
يتكون عليه تولدات حلوية مفرطة القاعدة مستديرة أو بيضاوية ولا يندر  
اعتبار الحلمات اللسانية المختلطة المتراكمة على قاعدة هذه العضودرنا  
عرىضا زهريا كبر حجمه العوام والاطباء غير المتفرين  
واما اورام اللسان الصغفيرة الزهرية فانها تظهر غالبا فى ثلثه المقدم فى  
الابتداء يشاهد جزئ متبدين يتفتح بسرعة ويستحيل الى بزور فى حجم القولة  
او الفندقة ثم يابن ويتفجر فيما بعد ويعقب ذلك قرحة غائرة محمودة ذات  
حافات منفصلة متبديدة

#### (الاعراض والسير)

كل من القروح الزهرية الاولية والثانوية يحدث آلاما فى الفم عند التكلم  
والمتنع ويصطبب باعراض النزلة القيمة المزممة المذكورة فى المبحث الاول  
وتشخيصها يستتج من الوقوف على السوابق المرضية ومن الظواهر المدركة  
بالنظر التي ذكرناها فيما تقدم

واما الدرن العرىض الذي يجلسه جانبا اللسان فلا يحدث الا نالما قليلا  
للعرىض بل قد لا يشعر به الا اذا كان مستيقظا وظواهر مرضه بالكيفية  
اذ انما قدمت اصابته بالداء الزهرى وقد يزول من محل وبظهور فى آخر  
وقد يزول بدون معالجة بعد يسير من الزمن ثم يظهر ثانيا فانه ذو ميل للنكسة  
واما الدرن العرىض الذي يظهر على ظهر اللسان فانه يعوق حركته ويصير  
متعبا وتشخيصه بالنظر سهل حيث لا يمكن اختلاطه بغيره

واما اورام الصغفيرة فى اللسان فتظهر بدون ايلام بل ولا ينتج من تقرحها  
زيادة الم الا انها تحدث عسرا فى حركات اللسان وثقلته وقوق المضغ والتكلم  
واما القروح التي تعقب انفجارها فانها تكون مؤلمة عند لامسة حافات

الاسنان لها والمطعومات اليابسة

\*(المعالجة)\*

الاصابات الزهرية القسمية تعالج على حسب القواعد المذكورة في الجزء الثاني فان كلاً من التروح الزهرية الاولية والثانوية والطلخ العربية القسمية يزول سريعاً بما يستعمل المركبات الزبقية وليكن الطيب متاً كدماً من انها تتحس بل وتزول بالكلية عند استعمال هذه المعالجة الزبقية بمرعة ولكن ينبغي الاحتراس من استعمال الاستحضارات الزبقية عند تكرر نكسات الحلمات الزهرية في القسم متى كانت هي العرض الوحيد للداء الزهري وكذا الاورام القسمية الزهرية في اللسان فانها كذلك تنشق في كل دور من ادوارها بواسطة المعالجة اللائقة

\*(المبحث السادس)\*

في الآفات الاسكر بوطية القسمية المعروفة بالحقن

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

تغير اللثة تغيراً مرضياً بعد من الطواهر الملازمة الابدائية في اكثر احوال المرض المعروف بالاسكر بوط والتغيرات التي تكايدها اللثة شبيهة بالتغيرات التي تنشأ عن هذا المرض في غيرهما من المنسوجات ومجموع هذه التغيرات يفضى الى ان التغير حاصل في جدران الاوعية لاني الدم نفسه (فان ينبوع تغير الدم فيها غير معلوم ولم يثبت وجوده) وبهذا يسهل علينا توجيه منشأ حصول النضوح المتنوعة والميل لحصول الانزفة التي تشاهد في هذا المرض وسنذكر (ان شاء الله تعالى) الاسباب المحدثة للاسكر بوط وتغير اللثة الملازم له في الجزء الثاني

(الصفات القشرية)

مجالس التغيرات الاسكر بوطية في القم اللثة وحدها واجزاء اللثة الفاقدة للاسنان لا تصاب بهذه التغيرات كبقية اجزاء القم ولذا ترى الاثخاف الفاقدين للاسنان لا يكابدون التغيرات الاسكر بوطية القسمية اصلاً ثم ان هذه التغيرات قد تكون قاصرة على جهة واحدة من القم بل على محيط بعض الاسنان دون البعض الآخر وذلك انه يشاهد في ابتداء هذا المرض حالة



محجرة على الحافة العليا من اللثة ثم تأخذ اللثة بعد يسير من الزمن في الانتفاخ  
وتسكتسب لونها زرقا كاليا خصوصا امتداداتها الزاوية الكائنة بين  
الاسنان فانها تنفتح وتنفذ التصاقها بالاسنان وهذا الانتفاخ الناتج عن  
ارتشاح اوزيماوى وانسكاب دموى في جوهر اللثة قد يعظم جدا حتى  
يجاوز الاسنان ويغطيها او يكون اوراما سفنجية على سطح اللثة يبلغ احدها  
نصف قيراط بل ازيد من ذلك وقد يدلن ظاهرا سطح اللثة التي حول الاسنان  
اوقية الاورام مدة سير المرض فيستحيل ما ذكر الى مادة رخوة ذات  
لون كالب ينتج عقب قد فيها فقد جوهر من اللثة والتنكر الذي يحصل في هذه  
الاجزاء ينشأ بحسب الظاهر عن توتر الاجزاء المرشحة وتوتر اعظيها وعن  
الضغط الواقع عليها حينئذ من الاسنان وعند الشفاء يزول انتفاخ اللثة  
فتمنطبق على الاسنان وتعود الى لونها الطبيعي نعم في احوال نادرة يحصل مدة  
المرض تكون منسوج خلوى جديد ولذا تبقى اللثة بعد زوال انتفاخها  
متيبسة ندية غير مستوية السطح اى انها تبقى ذات تحدبات

#### (الاعراض والسير)

انتفاخ اللثة العظيم بصير المضع مؤلما جدا بل متعذرا في الغالب ويصير  
الافراز المخاطي واللهايب في القم متزايدا وعند المضع واذا في ضغط على اللثة  
يسيل منها الزفرة وسوائل القم تنبعث من اختلاطها بالدم فينتج عن ذلك  
رائحة منتنة كريهة وبهذه الظواهر مع منظر القم وما فيه من التغيرات التي  
شرطانها نشف على حقيقة التشخيص خصوصا بانضمامها بالبقية اعراض  
الاسكربوط

#### (المعالجة)

كثيرا ما تعود اللثة المريضة الى حالتها الطبيعية بسرعة عقب معالجة لائقة  
بالمرض الاصلى والعادة ان تستعمل المضامض القابضة مع الوسايط الصحية  
والدوائية التي سندا كرها بعد عند معالجة المرض الاصلى واكثرها استعمالا  
روح حشيشة الملاءق وصبغة المر والرانيا وكذا مغلى الصمصامى والبلوط  
وقشور السكينا وقد شوهد في وباء تسلطن في مدينة براج حصول النجاس  
في تحلل الاسنان الاسكربوطى بغسل القم بالخل القاتر المضاف اليه يسير من

روح النيذ وقد استعمل ايضا عند ارتقاؤه هذا المرض من اللثة بمخلوط  
مضاف اليه حمض الكورايديك وتخلل الاسنان المتخاف عن هذا الداء  
يزول باستعمال المغليات القابضة ومحلول الشب  
\* (المبحث السابع) \*

في الالتهاب الفمى الفطرى او القشطى (المعروف  
بالوجيت عند القرانساوية)  
\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

هذا الالتهاب كان يعتبر التهابا قويا نضجيا مخصوصا الى ان ظهر بالاستكشافات  
الحديثة وجود مواد نباتية طفيلية متكونة على سطح الغشاء المخاطى وهى  
ان لم تكن وحدها سببا لهذا المرض فهى اقوى اسبابه وهذا الفطر النباتى  
المسمى بالاديوم البيكانس كما سماه المعلم (روبين) لم يشاهد خارج الجسم  
ولم تعلم كيفية وصول جرثومته الى الفم وانما المحقق وجود اسباب مخصوصة  
لاجل تشبث جرثومته الطقبيلية بالفم ونحوها فبسه وهذا المرض يوجد فى  
الاطفال عقب الولادة بايام او اسابيع قلائل ويندر حصوله لهم بعد  
شهرين واما الاطفال البالغون فلا يشاهد فيهم الا فى الامراض الثقيلة  
التهلكة قبل الموت بزمن يسير فينتج من ذلك ان جرثومة هذا الفطر تشبث وتتم  
بسهولة عند ما يكون المضغ والازدراد ضعيفين بحيث ان هذا الفطر يمكن  
ان يقشبت وينفى فى متحصلات الحلال انطاليا البشرية المتراكمة وبعض بقايا  
الاغذية المتخاططة بها والظاهر ان الطبقة المخاطية المغشية للفم تمنع تشبثه  
ومنى وجد الغشاء المخاطى جافا فى المولودين حديثا وكذا المنهوكين ساغ  
القول بتسكون هذا الفطر احيانا من قبل فيهم وليس من القريب للعقل ان  
قله افراز المواد المخاطية فى الفم اول درجة من درجات الالتهاب الفمى  
النزلى فى جميع الاحوال وان كان التهيج غير المعتاد الناشئ من الحركة  
الرضاعية كثيرا ما يكون سببا فى حصول تهيج نزلى فى الغشاء المخاطى الرقيق  
للاطفال المولودين حديثا ومما يستدعى نحو هذا الفطر قلة النظافة ولذا  
يكاد يصيب جميع الاطفال الموجودين فى مارستانات الملقطين والولادة  
لما انه غالباً يمل فى نظافة افواههم التى يكاد يترتب عليها انما عدم انتشار



## هذا المرض

ثم انه وان نتج تلقح القطر المذكور في بعض الاحوال من فم طفل الى آخر  
تلقحها الا واسطيا لا يمكن اعتبار هذا المرض من الامراض التي تنتشر باصل  
معد فان ليس من الضرورى ظهوره في شخص موجود بجوار شخص مصاب  
به بل الظاهر ان جوئومه منتشرة جدا وموجوده في كل مكان بحيث يظهر  
وينمو متى وجدت الشروط المساعدة على نموه

## (الصفات التشرىحية)

يوجد على السطح الباطن من الشفة بين واللسان وسقف الحلق نقط صغيرة  
مبيضة او طبقة حلقة رقيقة وعند اشتداد المرض توجد مواد جبسية او  
دهنية منظرها كاللبن المنعقد ويسهل في الابتداء فصلها عن الغشاء المخاطي  
ثم تلتصق به التصاقا جيدا وهذا الاطلاق الجبسي يتمددا حيا نانا من الفم الى  
الحنجرة والغالب امتداده الى المري حتى ان هذا العضو احيا نانا يكون  
مثلهما مقدار عظيم من هذه المواد القطرية وامتداد هذا المرض الى المعدة  
لا يكاد يشاهد مطلقا وبالبحث الميكروسكوبي في هذه المواد الجبسية يرى  
انها مشتقة على اخلية بشرية حديثة وقديمة وكرات شمعية يتخللها خليات  
مخصوصة مستديرة وخبوط فالاولى اى الخليات يعرف بشكلا البيضاوى  
ودائرتها الواضحة وتجويفها الظاهر واختلاف حجمها وهي علامات نموها  
انها اخلية نباتية فطرية والثانية اى الخبوط التي تنشأ من هذه الخليات  
تختلف في الفاظ وتكون ذات حواجز وانبعاجات يخرج منها افرعات  
على شكل زاوية حادة ذات قطر كقطر الخبوط الاصلية وهذه الخبوط تكون  
اشكالا تشجيرية منتظمة واذا كانت تراكدة على بعضها فتكون على هيئة  
اللبس ومجمل هذه المواد القطرية في الابتداء الطبقات السطحية من الطبقة  
البشرية المخاطية ثم تنفذ بين اخليتها وقد تنمو بنجرة وتنفذ في سمك الغشاء  
المخاطي

## (الاعراض والسير)

الرضاعة للاطفال المصابين بالتهاب القمى القشطي تكون مؤلمة وكذا  
الاشخاص الاطفالون لاهل الببال الرثوى او السرطان يستكون بحرقان في

القم عند ظهور هذا المرض فيهم ومن المشكوك فيه ان آلام المرضى ناشئة  
عن تأثير المواد المذكورة في الغشاء المخاطي او عن حصول تهيج التهابي  
مصاحب لتكوينها في الغشاء المذكور يحدث لتلك الآلام ومعين على نحو  
القطر

وكثيرا ما يشاهد في الاطفال المصابين بهذا المرض اسمهالات مصحوبة  
بالآلام في البطن ونحو مواد سائلة مخضرة ذات خواص حمضية وكثيرا  
ما تتحمر دائرة الشرج والابتن والسطح الباطن من الفخذين بل قد يحصل  
فيها تسليخ سطحي ويكون هذه الاعراض تشاهد في الاطفال الرضع بدون  
ان يكونوا مصابين بهذا المرض كالعكس اي انه يوجد فيهم هذا المرض ولا  
توجد تلك الظواهر اعتبرها بعضهم مضاعفات في هذا المرض غير لازمة  
له وبعضهم سمي (والعكس) يعتبرها اعراضا لازمة له والحكم في ذلك  
عسر والذي يظهر ان الاسهال لا تعلق له في كثير من الاحوال بالقولبات  
القطرية القمية لكن حيث ان اسمال الاطفال في معظم الاحوال منسوب  
لتحللات غير طبيعية في المواد الغذائية وان تكون هذه المواد النباتية  
القطرية يحدث تحللات غير طبيعية فالذي يظهر ان جزءا عظيما من تلك  
الاسهالات ناتج عن وجود المواد القطرية المكروية في القم ووصولها  
الى المعدة والامعاء

### (المعالجة)

اكثر الامهات ولو القطنات منهن لا يعتمدين بنظافة افواه الاطفال الرضع  
اللازمة لمنع حصول هذا الداء اعتماء كليا لانهن وان فعان بهن ذلك في  
الصباح وفي المساء يتركنهم ينامون وحالة الثدي في افواههم ثم يجذبونها  
بلطف مخافة ان يستبقوا فيبقى في افواههم كمية من اللبن قففسد وتصير  
تجوير القم مستعدا لظهور هذا القطر القمي ونحوه وربما ساعدن على  
ذلك القوابل لجهلهن وانهن لاهمالهن يخفين عن الامهات ان عدم النظافة  
هي السبب في تكون هذا القطر بل قد يعتقدهن ان ظهور القطر القمي  
مرض غير مخوف بل معين على نجاح صحة الاطفال فيجب على الطبيب ان  
يوصي بتنظيف فم الاطفال بعد كل ارتضاع مطلقا في حال اليقظة او النوم



بفخوخة رقيقة مع موضة في الماء القراح او المزوج بقليل من النبيذ  
 الاخر فهذه الكيفية تكاد الاطفال لانصاب بهذا المرض اصلا  
 ومتى حصل الالتهاب القمي الفطري يقتصر فيه على ازالة المواد الجينية  
 بكسها بلطف واحتراس وتنظيف القم تنظيفا جيدا والوسائط التي تجرحها  
 القوابل من ذرا السكر في القم او مسه بمخلوط مر كب من البورق ومغسل  
 الورد غير جيد فبيني رفضها لانها تصير القم لزجا وتعين على حصول  
 الانحلالات غير الطبيعية فلا تمنع حصول هذا الفطر مطلقا والاسهالات  
 المصاحبة له تعالج على حسب القواعد التي سيأتي بيانها  
 \* (تنبيه) \* ما ذكره المؤلف في معالجة انواع التهاب القم المختلفة تقريرا كاف  
 في كل مبحث على حدة وانما لزيادة الايضاح في معالجة كل نوع من التهاب  
 القم نذكر مع الاجمال معالجة جميع هذه الامراض ونضيف الى معالجة كل  
 مرض ما تحقق لنا من فوائده في العمل ولو ترتب على ذلك احبانا بعض تكرار  
 بالنسبة لما ذكره المؤلف فنقول

يجب على الطبيب في معالجة انواع التهاب القم مطلقا سيما في الاطفال البحث  
 عن حالة الاسنان والاجتهاد في مساعده حصول التسنين ومنع تعاطي  
 التغذية بالمواد الحريفة او الساخنة او الباردة جدا مع الاصابة بالاغذية  
 اللطيفة السائلة او الرخوة ومنع شرب الدخان في اثناء المرض اذ بذلك مع  
 استعمال مضامض ملينة او حضية خفيفة يحصل تحسين في حالة الالتهاب بل  
 ربما كان ذلك كافيا في شفاء الالتهاب القمي الترنلي البسيط  
 وشكل الالتهاب القمي المعروف بالقلاع قد تكفي فيه هذه المعالجة البسيطة  
 لكن الاوفق في هذا المرض فعلى كل سطح خفيف جدا بالجير الجهنمي او  
 بمحلوله في الاصفار المريرة لازالة الالم وسرعة الالتئام ويحتاج في هذا  
 الشكل الى الانتقاه بالسكبية للتغذية وحالة القنافة الهضمية اذ كثيرا ما يكون  
 القلاع متعلقا به في الفشاء الخاطي المعدي المعوي الناشئ عن الاغذية  
 السكيرة الفاوية والازوتية المحضة ففي مثل هذه الاحوال ينبغي مع المعالجة  
 السابق ذكرها استعمال اغذية لطيفة من اللحوم البيضاء وبعض  
 الخضراوات اللطيفة وشرب بعض المياه المعدنية المسهلة وتجنب الاغذية

الماخلة الحريفة وفي هذا الشكل يعتبر كلورورات البوتاسا نوعيا كما ينه  
 عليه المؤلف فلا بد من استعماله بالكيفية التي ذكرها في مجت القلاع واما  
 شكل التهاب الفم ذي الغشاء الكاذب والتقرح ففيه ينبغي الالتفات  
 بالكيفية لحالة الصحة العمومية وجعل المرضى في اوساط صحية جيدة  
 وتباعدهم عن بعضهم وعن السليمين احيانا اذا كان يخشى انتشاره بالعدوى  
 ويوصى في هذا الشكل بالخصوص باستعمال كلورورات البوتاسا من  
 الباطن والظاهر على شكل غسل حيث ان نجاح هذا الجوهر الدوائي في هذا  
 المرض مؤيد بالتجارب واستعمال الغسلات به على شكل مضامض وان كان  
 لا يخلو من الفائدة الا ان استعماله من الباطن بقدر من درهمين الى ثمانية  
 في ١٥٠ جراما او ٢٠٠ من الماء هو العظيم الفائدة اذ بهذه الكيفية تنفصل  
 الاغشية الكاذبة بسرعة وتأخذ التقرحات في الالتئام وازاد بعضهم عند  
 استعمال محلول هذا الجوهر من الظاهر كؤل شيشة الملاعق بقدر ٢٠  
 جراما من الاخير على ٢٥٠ جراما من الاول وعند استعماله مع هذا المرض  
 عن هذه المعالجة وما صى القروح عن الالتئام ينبغي السكى بالجر الجهنمي  
 وهذا الجوهر الدوائي يستعمل كذلك بنجاح في التهاب الفم الرنبي  
 الا انه في هذا الشكل لا يقتصر عليه بل ينبغي المبادرة باستعمال معالجة  
 موضعية في اللثة ابا مع سحق مسحوق الشب وبحمض الكلور ايدريك بواسطة  
 فرشاة ويضم لذلك استعمال المسهلات مع التكرار بحسب الحال لاجل  
 استخلاص القناة الهضمية من الجواهر الرنبية اذا كانت محتوية  
 عليها وعند تراثا للعاب وشدة الالم يستعمل المركبات الافيونية وفي اقتها  
 سيرة تستعمل المضامض القابضة نباتية كانت او معدنية وان اعقب هذا  
 الشكل قروحا واستعصت عن الشفاء ينبغي مسها كذلك ببترات الفضة صلبة  
 اوسائلة او بحمض الكلور ايدريك واما التهاب الفم الجيني فلا نقول فيه بما  
 قاله المؤلف من عدم المنفعة لما رأينا في كثير من الاحوال من نجاح  
 الغسلات القلوية مع استعمال مخلوط من اجزاء متساوية من معسل  
 الورد والورد وعندها تكون التراكتات الجينية منتشرة في الفم ينبغي بعد  
 كسلها بفرشة مسها ببترات الفضة لاجل استئصالها ومع ذلك فترتف بان



الغسل بالماء مع النيذبه منزع المواد الجينية وحفظ نظافة القم كافي في  
الاحوال الحميدة

وعند تسلطن حمضية القم وتعرض الازدواج الناتج من امتداد هذا المرض  
في المريء ينبغي استعمال الغسلات والمشروبات القلوية كما يوشى بانفراده  
او بمزجها بالبن

\* (المبحث الثامن في التهاب اللسان) \*

( كيفة الظهور والاسباب )

اصابة الغشاء المخاطي المغطي للسان باشتراكها في الالتهاب النزلي من القم  
سابق ذكرها في مقدمة ذلك كالم في هذا المبحث الاعلى التهاب جوهر هذا العضو  
مع شكليين سطحيين خفيين من هذا الالتهاب حيث لم يكن له سماه مشابهة  
حقيقية بالتهابات الاغشية المخاطية الاخرى

ففي التهاب جوهر اللسان يحصل النضج الالتهابي بين الالياف العضلية  
اللسانية غالباً واما نفس الالياف العضلية فالتهابها وتلاشها نادراً جداً  
راجع كيفة ظهور الالتهاب العضلي للقلب  
ثم ان هذا المرض نادراً لا يحصل الاعقب المؤثرات القوية في اللسان  
كالحرق ولدغ النحل والزنايب وتميخ اللسان بواسطة جواهر حرقية  
او كاوية

واما الالتهاب اللساني الجزئي المزمع فيمنشأ في الغالب عن ضغط حافات  
الاسنان الحادة ومما سبب التسخ الخشن

واما اسباب الالتهاب اللساني التشنجي فغير معروفة مثل اسباب الالتهاب  
اللساني السطحي الذي سماه بعضهم بسيدور يازس القم فان هذا الالتهاب  
عبارة عن ارتشاح في الغشاء المخاطي اللساني مع تكون طبقة بشرية تكون  
مرضها ما وقد شاهدت ثلاث مرات في الزمن الاخير هذا المرض الذي شرحه  
جيدا المهلم (ريبر) في رسالته المؤلفة في امراض الجلد وسماه بيتر يازس القم  
(الصفات التشريحية)

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

الاصلي بل ازيد ويكون ذا لون احمر داكن وسطحه الظاهر املس او متشققا  
ومغلي ينضج لزج دوي غالبا وجوهر هذا العضو يكون رطبا رخوابا هتما  
فاذا حصل التحلل عاد اللسان الى حجه ومنسوجه الاصليين وقد يبقى اللسان  
في بعض الاحوال على الدوام متيبسا خضما وقد يتكثرون في سلكه في  
بعض الاشكال النقية له من هذا المرض خراجات صغيرة يعظم حجمها بعد  
وتحتاط ببعضها ثم يتثقب الغشاء المخاطي وتخرج المواد الصلبة يدية لتلك  
الخراجات ويحل الجوهر المفقود بسبب ذلك يلحم فتختلفه ندبة متشعبة  
منكمشة

واما التهاب اللسان المزمن الجزئي فتوجد فيه محال متيبسة محدودة على  
جانب اللسان عديمة البروز او قليلة بل قد تكون على هيئة ندب جاذبة لما يحيط  
بها من منسوج هذا العضو جذبا تشعبيا ويتلاشى الجوهر العضلي منه في  
هذه المحال ويحل محله تولدات من منسوج خلوي

واما التهاب اللسان التشنجي فيكون اللسان فيه منقسما الى جملة فصصات  
مختلفة كثيرة وقلة بواسطة شقوق غائرة يجمع فيها بعض مواد غذائية وأخلمية  
بشرية تكون سببا لتقرحات مستطيلة وكثير من هذه التشققات يكون  
عبارة عن مجرد ثنيات في الغشاء المخاطي تشابه ثني الجلد الظاهر خصوصا  
ما يوجد بكثرة في وجه الاشخاص المتقدمين في السن

واما التهاب اللسان السطحي الذي شبهناه ببسيوريا زس الجلد الظاهر ففيه  
يكون الغشاء المخاطي نحيما من دملا ومتشققا جله شقوق وفي بعض المحال  
تكون طبقة اللسان البشرية متزايدة ازديادا مرضيا وفي بعضها الاخر تفقد  
بالكلية بحيث يظهر سطح اللسان املسا كما فكأنه مغلي بطبقة ذات  
بريق ولعان

### (الاعراض والسير)

الالتهاب اللساني الحاد يكون اللسان فيه متراذبا الخمج جدا بحيث يكاد ان لا  
يسعه القم فيبر زمن بين صفى الاثنان اللذين يكاد ان يكونا متباعدين عن  
بعضهما بدرجة تقريبا وتقريرا ويكون سطحه العالوي مبيضا وذا لون مسمر  
ومخ عندهما يكون النضج المغلي له محتاطا بالدم وسطحه السفلى مجرادا كذا



وتستعمل بسرعة الانبعاثات الغائرة التي تطبعها الاسنان على جانبيه الى  
 قروح ذات سطح شحمي ومن نوتر هذا العضو بسبب انتفاخه العظيم يحصل  
 المشد يدوي وقد حر كانه بسبب الضغط الواقع على العانة العضلية من الضغط  
 الالتهابي ويتعذر كل من الضغط والازدراد ويسيل اللعاب من الفم على جانبيه  
 ومع ذلك فالسطح العلوي منه لا يزال جافا فلا يعلو دم تدميته باللعاب وبقاء  
 الفم مفتوحا بحيث يكون سطحه عرضة لتصادات بخارية قوية وتنفخ العقد  
 تحت الفك وكذا العقد الليمفاوية العميقة ويحصل عوق في الدورة الودية  
 فينتفخ الوجه قليلا ويصير مزرقا وقد يحصل ايضا عوق في التنفس عقب  
 تضيق فوهة المزمار بسبب انتفاخ قاعدة اللسان ولذا تحصل احيا نايوب  
 اختناق يمكن ان تؤدي الى هلاك المريض ويصطبغ الالتهاب اللساني الحاد  
 بحمى شديدة وامتلاء في النبض وضجر وقلق واضطراب عام ثقيل لكن حالة  
 المريض تتغير عند استقرار عسر التنفس فيصير النبض ضعيفا ويحصل هبوط  
 للمريض وتظهر الاعراض المنسوبة الى التسمم بحمض الكربوليك فاذا  
 كان سير هذا الداء حميدا طبيعيا انحطت الظواهر المرضية تدريجيا وان  
 عولج معالجة لانه فكثيرا ما تنحط تلك الظواهر فجأة وان تكثرت خراجات  
 في اللسان فان جميع الاعراض تزداد حتى يحصل انفجارها فتكثت بسرعة  
 وتحصل الراحة التامة

واما الالتهاب اللساني الحزقي المزمن فيحدث ألاما محسودا أصم واذا كان  
 هناك تقرحات فان الالم يصير محرقا والحال المتيسرة من هذا العضو تعوق  
 حر كات اللسان وقد يسهل هذا المرض زمانا طويلا بحيث كثيرا ما يخطئ  
 بالسرطان

واما الالتهاب اللساني التشنجي فيكون مؤلما جدا اذا كان هناك تسخانات بين  
 قصبات اللسان وعند التحامها الا يبقى شوي الهيمية القصبية غير الطبيعية  
 وهي لا تكدر المريض مطلقا

واما يسر بازس الغشاء المخاطي اللساني فهو آفة مؤلمة مستعصية تمكث  
 عدة اشهر بل سنين مصحوبة بشورانات مختلفة وفي اثنائها ثوران هذا المرض  
 لا يكون للمرضى قدرة على مضغ المطعومات الصلبة بل ولا شرب التبغ وكل

حركة لسانية يعقبها الم شديد وفي اوقات اخرى تكون مكابدات المرضي قابلة  
جدد بحيث يتعشم في الشفاء السريع

(المعالجة)

معالجة الالتهاب اللساني الحاد ينبغي ان تكون قوية جدا بسبب الخطر الذي  
يمكن ان يترتب عليه والاستقرانات الدموية العامة والموضعية كارسال  
العلق على العنق ليس لها تأثير ووضع العلق على اللسان نفسه يزيد في المرض  
كانه لا منقعة له مصرفات على القفا ولا للمخولات على القناة العوية  
بالمسيلات او الحقن المهيجة وانما الذي ينبغي اجراؤه هو غسل الشقوق  
الغائرة عمدة على جميع ظهر اللسان وعند ازدياد الانتفاخ لا يخشى من جرح  
الشریان الثردى ويزاد على ذلك ان يعطى للمريض حال شدة المرض قطع  
من الجليد او الثلج في فيه وعند انحطاط الداء لا تستعمل الا المضامض  
المرخية الفاترة وان خيف حصول الاختناق ولم تجد الشقوق الغائرة تنفعا  
يمكن ان يلجأ الى عملية القطع التجبري

واما معالجة الالتهاب اللساني المزمن فيجب فيها ازالة القنات الاسنان الحادة  
ومحو ذلك فان لم ثمر وهو الغالب كان اجراء عملية الاستئصال هو الواسطة  
الوحيدة واما استعمال الیود والمياه المعدنية الیودية كما ينبوع ادلهيد  
والمسيلات فلم يثبت بالتجارب نفعها ثبوتاً تاماً وانما استعمالها مؤسس على  
نظريات

واما معالجة الالتهاب اللساني الشقي فيقتصر فيها على المس يتترات الفضة  
صلابة ومحلولة

واما الالتهاب اللساني السطحي فلا يترفيه تعاطى المركبات الزئبقية التي  
تستعمل خطأ ظناً ان هذا المرض ينبوعه الداء الزهري بل يحصل من ذلك  
ازدياد في المرض وقد شاهدت تحسناً عظيماً واضحا في احدى احوال هذا  
المرض الثلاثة التي شاهدتها بواسطة غسل القم مراراً بالمضامض المأخوذة  
من حمض الكربوايك المخفف جداً مع المس به زمناً فزمناً من كذا مع غاية  
الاحتراص

\* (تأنيبه) \* حمض الكربوايك هو المعروف بحمض الفينيليك وهو جوهر



مضاد للتعفن ويستعمل في احوال اخرى عديدة اكثرهما من الظاهر كالجروح  
وغيرهما من امراض الجلد

\* (المبحث التاسع) \*

في غنغرية تسمى القم الضعيفة المعروفة بالنوما وبالسرطان المائي للقم  
السرطان المائي القمي يعتبر شكلا من الغنغرية ناشئا عن التهاب ضمعي طرأ  
على الجسم وهو في حالة النهوك فانه متى حصل تغير غذائي مفسد في جزء من  
الاجزاء وكان مكابدا من قبل لاضطرابات عظيمة في تغذيته كان نتيجة ذلك  
موت الجزء المصاب سريرا كما قاله (ورجوف) ولا يكاد يشاهد هذا المرض  
الا في الاطفال المنهوكين اما الدم كفاية التغذية اول ردايتها اول رداة  
مساكنهم او مكابديتهم امراضا ثقيلة وكثيرا ما يشاهد عقب الامراض  
الثقيلة كالحصبة ويندر مشاهدته عقب غيرها من الحيات الطفيلية الحادة  
او عقب التيفوس او الالتهاب الرئوي ويظهر ان استعمال المركبات الرتيبية  
في معالجة الامراض السابقة له دخل عظيم في حصول هذا المرض وكثيرا  
ما يتبدى في الظهور ومع ظهور الالتهاب القمي الرتيبي حالا وحصول هذا  
المرض في الاقاليم الباردة اكثر منه في الاقاليم الحارة ولا يظهر ظهورا  
وباقيا البتة

(الصقات القشرية)

هذا المرض يكاد يتبدى على الدوام في الجهة الباطنة من الشدقين وحينئذ  
يصير الغشاء المخاطي اعلى الجزء الصلب المرشح اجردا كما ثم يتغير لونه  
بسرعة وكثيرا ما يظهر عليه حويص له متملئة بمادة مصلية عكرة ويسود  
المض المصاب بسرعة ثم يلين وييتلاشى ثم تمتد الغنغرية في بقية المنسوجات  
فتتأكل اللثة والشفتان وقاعدة اللسان وحافته المسامة للجهة المصابة  
ويتعري الفكان وتسقط اجزاؤه ما على هيئة قشور راي تتفلس وتتخلخل  
الاسنان او تسقط وعند تقدم هذا الداء تمتد القساد الغنغرية بنى الى السطح  
الظاهر من الشدقين بسرعة بحيث يستحيل كل من الوجنة وجرم من الانف  
والحفن السفلي بل بقية احدى صفتي الوجه الى مادة زغبية رخوة قطرية او  
الى خشك ريشة جافة والاعوية الدموية كثيرا المنسوجات مقاومة لوقوع

في الفساد الغنغري في فانه اغمد اشريح الخمة توجدا بالامصونة الا انها  
ممتلئة بعمققات ليفة والاحوال النادرة التي يحصل فيها الشفاء تنفصل فيها  
الاجزاء المتغفرة وتختلفها الازرار الحسية ثم اثنى دية من منسوج خلوي ابي  
وعلى الدوام تبقى التصاقات في القم وتشوهات عظيمة في الوجه  
(الاعراض والسير)

عند ابتداء الغنغرية في الوجه الباطن من الغشاء المخاطي القمي يشاهد  
(طبقا لشرح المعلم راييه وبرنس) بدون الم ظهور ورم اوزيماوي  
رخومس وتوجد في الخد والشفة عمدة شيا فشيما ويشاهد في مركزه نواة  
متمبسة مستديرة مغطاة بجلاذع ذي بقع باهتة او بنفسجية مرصية  
والطفل يرى في حال سكون في فراشه ولو كان الفساد الغنغري عظيميا  
واستحال كل من الوجه الباطن للخد واللثة الى خشك شبة عظيمة ويسيل  
من القم لعاب مدمم اوسودومع ذلك لا يزال الطفل يلعب ويطلب الماء كل  
ويأخذ ما يعطى له بشراهة عظيمة ويزدرده مع اللعاب وبعض القطع  
المتغفرة المنفصلة ومع ذلك يكون الجلد منتهقا باردا والنبض صغيرا قليل  
التواتر ويحصل له مدة الليل هذيان وقد يتكون في خده وشفته السفلى  
خشك شبة محدود وبقا مسودة في نحو اليوم الخامس او السادس ثم  
زمنافزنا الى ان تم جميع احدى صفحتي الوجه ومع هذا كله فقد يكون  
الطفل حافظا القواه ويطلب الاكل بل ينزع بيده بعض قطع غنغرية من  
تجويف القم وعند سوط هذه الخشك يشه يصير منظر الوجه مقزعا جدا  
فتشاهد بعض اهداب غنغرية متعلقة بالوجنة وتشاهد الاسنان من  
خلالها متعريه متمخللة وكذلك الفك ان يشاهد ان متعريه بين مسودين  
ورائحة القم حينئذ تكون منقنة جدا وتبطل القوى ويحصل اسهال وعطش  
يكاد لا يطفأ ويكون الجلد باردا جافا والنبض صغيرا غير مدرك ويملك الطفل  
من النهوكة

وقد يسيل هذا الداء للشفاء في اول ادواره بل وعقب سقوط الخشك يشه  
اظهاره تنحيد الغنغرية فيمبط الورم وتحسن الحالة العامة وينظف سطح  
الجرح ويظهر التقيح الجيد



## \* (العاجلة) \*

يستعمل في هذا الداء من الباطن الاستحضارات الكيمية وماء الكلور  
والنعم النباتي ونحو ذلك من الجواهر المضادة للعقوة  
\* (تنبيه) \* من هذا القبيل غسل النعم بمحلول مخفف من بيرنجينات البوتاسا  
جزء منه على ألف من الماء

لكن لا تترك هذه الوسائط فان الاصابة باستعمال هذه الجواهر تؤسس على  
نظريات لا على تجارب والاجود الالتهامات لحالة التغذية وللجواهر الجيدوان  
يعطى للطفل مقدار قليل من النيميد ثم تعالج الغنغرينة مع العاجلة موضعية  
بحسب القواعد العامة للجراحة وقد اوصى في هذا الداء باستعمال جميع  
الكاويات لكن اشهرها الحديد الحمى والغرض منه افساد الاجزاء  
المتغزرة واحداث التهاب مع رد فعل في الاجزاء المحيطة به تكملها الغنغرينة  
وتنفصل

## \* (المبحث العاشر) \*

(في التهاب النكفتين وما جاورهما)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

التهاب النكفة بقطع النظر عن احوال التهابها الجرحى اى الناشئ عن  
جرحها و اجسام غريبة نفذت في قنواتها الناقلة او تراكبات حجرية  
تسكونت فيها وتلك احوال تخص علم الجراحة بيزله شكلا ن شكل ذاتى اى  
اصلى وشكل عرض ويسمى بالمتمازى اى الانتقالى  
وقد اعتبر الشهير (فرجوف) مخاافا لاراء المتفق عايم ان القنوات الصغيرة  
العامية للغدة النكفية هي منشأ هذا المرض وقد اثبت ذلك صريحا بالنسبة  
لالتهاب النكفى العرضى بل والظاهر ايضا ان الاصابة الاولية للقنوات  
المذكورة بالنسبة لالتهاب النكفى الذاتى اقرب للعقل من اصابة جواهر  
الغدة نفسه الكائن بين هذه القنوات ومتى وافقنا هذا الشهير واعتبرنا ان  
التهاب النكفى الذاتى ينشأ عن التهاب نزلى فى القنوات العامية ليس له ميل  
للتقيح وأن العرضى ينشأ عن التهابها النزلى الذى يميل للتقيح بالكلية ظهر لنا  
ان اعراض هذا المرض وسيره وما يبرعنه بالاتصال فيه قليل الانهمام

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

أما الشكل الذاتي فالأغلب ان يكون حصوله وباتميا ويندر ان يكون افراديا ومثل هذه الاوبية يتسلطن في فصل الربيع والخريف عند تسلطن الرياح الباردة الرطبة ويندر حصولها في اثناء الصيف عند تسلطن الرياح الحارة اليابسة وتختلف مدة هذه الاوبية وقد تكون قاصرة احيانا على بعض الاماكن العامة كبيوت الملقطين والقشلاقات ونحوها وكثير من المشاهدات الاكيدة ما يؤيد أن انتشار هذا المرض بالعدوى قريب للعقل جدا ولا يسوغ كما قاله (رأيه) ضم هذا المرض الى الامراض التسممية لعامة اى جعل التهاب النكفة ظاهرة موضعية لمرض عمومي اى لمرض في الدم وتشبيهه بمرض الجلد في الامراض التسممية الحادة لسكن ما ذكرناه من الاعتراض عند الكلام على السعال التشنجي بالنسبة لاعتباره من الامراض التسممية العامة بمعناها الحقيقية يلجئنا العزل لهذا المرض عن الامراض التسممية العامة ولو كان معديا والعادة ان الاطفال والشيوخ لا يصابون بالالتهاب النكفي الوبائي واصابة الذكور به اكثر من الاناث

وأما الشكل العرضي فيصحب بعض الامراض العامة الثميلة سيما التيفوس فيكاد يصحبه على الدوام في بعض الاوبية ويندر ان يشاهد هذا الشكل مدة سير التقيود الهيمى والتسمم الصديدي والحصبة والجدري والدوسونطاريا وبعض الالتهابات الرئوية الثميلة ونحو ذلك والارتباط السببي الذي بين هذا الشكل وهذه الامراض غير معروف

وربما توهم ان الالتهاب النزلي الفمى الذى يصاحب التيفوس على الدوام هو السبب في حصول الالتهاب النكفي بواسطة امتداد الالتهاب النزلي من الغشاء المخاطي الفمى الى القنوات الناقلة لهذه الغدة ومع ذلك فهذا منقوض بان كثرة حصول الالتهاب النكفي في اثناء سير التيفوس ليس بنسبة شديدة واصابة الغشاء المخاطي الفمى وكذلك يتقضى بان التهابات النكفة تحصل كذلك في غير هذا المرض من الامراض غير المصهوبة



بتغيير في الغشاء المخاطي الفموي وحيث ان الالتهاب النسكي العرضي  
لا يحصل فقط في اثناء سير الامراض التسممية الحادة بل في الالتهابات الرئوية  
ايضا فن الجائزان يكون جميع الغدة النكفية متعلقة بتسمم الدم والقول  
بان هذا الشكل في بعض الاحوال عبارة عن بحران ذي تأثير جيد في سير  
المرض الاصلى خطأ مؤسس على نظريات تنافي الحقيقة فانه متى طرأ  
الالتهاب النسكي مدة سير بعض الامراض الثقيلة اعتد برمطاقا مضاعفة  
ثقيلة غير مؤلوفة

(الصفات التشرىحية)

التغيرات التشرىحية في الالتهاب النسكي الذاتي ليست معلومة لنا اكيدا  
فانه ليس عندنا استكشافات تشرىحية مرضية لاواسطية لكون سير هذا  
المرض يكاد يكون على الدوام جيدا انما يحكم بكل من رخاوة الورم وقلة  
الالام التي تصاحب ابتداء هذا المرض ولا سيما بالزوال السريع لهذا  
المرض بدون ان يخلفه اثر على ان هذا الالتهاب يتقوم من مجرد نضح مصلى  
ونحن وان ذكرنا فيما تقدم ان هذا المرض يتبدى بالقنوات اللعابية الا انه  
لا يشك في كون مجامع الاتفاخ في المنسوج الضام الساكن بين القنوات  
الغدية وفي المنسوج الخلوي المحيط بالغدة ويكون الورم غالبا متمدا  
امتدادا زائدا عن حدود الغدة ولا يستغرب ظهور اتفاخ او زيمواى عظيم  
حول القنوات المذكورة فان ذلك يشاهد بكثرة في احوال اخرى مماثلة  
لذلك ومن التادر حصول نضح لبقى صلب في هذا الشكل وتكون صديد  
ولا نعلم ان كان منشأ التقيح المنسوج الضام او الغدة نفسها لكن من  
القرىب للعقل ان تكونه يكون كتكونه في الشكل العرضي

واما الالتهاب النسكي العرضي فانه يتبدى باحتقان عظيم في الغدة طبعا  
لمشاهدة الشهر (فرجوف) وبذلك يصير المنسوج الخلوي رخوا ومنفخا  
ثم تحصل بسرعة تغيرات في القنوات الغدية ومجاريها الناقلة فيجتمع فيها  
مادة لزجة خيطية مبيضة او مصفرة تكتسب الصفة الصديدية بسرعة بحيث  
يرى فيها بالمكروسكوب في اليوم الثاني والثالث جسيمات صديدية مصهوبة  
بكثير من الجسيمات اللعابية وعند تقدم التغير المرضي يحصل ابن وتلاش

في القصبصات الغدبية يتبدى من باطنها بحيث ان التجمبات عما قبل تملئ  
 بالصديد وتكون تجاويف ممتلئة به ايضا واخيرا تملأ الطبقة الغمدية  
 الخاصة بالقصبصات الغدبية ويمتد التقيح الى المنسوج الضام وهذا التقيح  
 الخلاقى قديمه دبسرة فيكسب خاصية الالتهابات القلقة ونوية المنتشرة  
 وفي مثل هذه الاحوال يتكون خراج نسكى عظيم اويته الاشى الجوهر  
 الغددي وهو الغالب وبذلك تنشأ خراجات صغيرة عميقة مع بقاء الجوهر  
 الخلاقى الضام ثم ان كلالا من الالتهاب والتقيح قديمه من منشئه الى  
 اتجاهاات مختلفة فينشأ عن ذلك عوارض خطيرة وغالبا حصول امتداده الى  
 المنسوج الخلقى الجوارى والى عضلات المضغ والى سمحاق القوس الزوجى  
 او الصدغى او سمحاق العظم الاسفنى والى العظم نفسه وعند ارتقاء هذا  
 المرض الى درجة عظيمة يمكن امتداد دم من العظام الى السحايا الدماغية والى  
 جوهر الدماغ نفسه والى الاذن الباطنة والمتوسطة وهذا الامتداد  
 كما يحصل بواسطة العظام قديمه يحصل بواسطة انخمة الاوعية والاعصاب  
 وبالجملة فقد يودى التهاب النكفة الى الالتهاب الوريدي سيما التهاب كل من  
 الوريد الوجهى الظاهر المقدم او الخلقى او الوريد الوجهى الظاهر والى  
 تكون سد فيها وفساد هذه السدى يمكن ان ينتج عنه ظواهر سدوية او فساد  
 الدم الصدى

### (الاعراض والسير)

التهاب النكفة الذاتى الغالب فيه ان تكون اعراضه الموضعية مستبوقة  
 بحمى خفيفة فكل من الاضطراب العام والهبوط والم الرأس وفقد الشهية  
 واضطراب النوم وغير ذلك من الظواهر التى تصاحب هذه الحمى كغيرها من  
 الحميات تعبر ظواهر سابقة للالتهاب النسكى الذاتى وبعد اسقرار الحمى  
 يومين او ثلاثة واحيانا وقت ظهورها يشاهد تكون ورم يتبدى من شحمة  
 الاذن ثم يمتد بسرعة الى الوجنة ثم الى العنق غالبا والغالب ان يكون مجامس  
 هذا الورم احدى صفحتى الوجه ويكون صلبا من مركزه رخو من دائرته  
 والجلد المغطى له يكون باهتا او محمرا قليلا وهذا الورم يكون مصحوبا بالحمى  
 وتترى ضاغظا لكنه غير شديد جدا وسر كات الرأس تكون عمرة بحيث



لا يكون للمريض قدرة على فتحه الا بعسرويه جده عند صعبه عظيمه  
 في المضغ والازدراد وأما افراز اللعاب فيكون امام تزايد الوتمت ناقصا او باقيا  
 على حالته الطبيعيه ومكابدات المريض لا تكون بنسبه التسوه الزائد  
 الحاصل له الموجب للضحك لالارنا لماله والغالب ان المرض يمتد الى الصفحه  
 الاخرى من الوجه بحيث يشاهد ازدياد الانتفاخ فيهما عند تناقص الانتفاخ  
 في الصفحه الاولى والانحطاط في الحركه الجميه وفي نحو اليوم الخامس  
 والسادس والسابع يأخذ الورم في التناقص الى أن يزول وتطفى الحمى  
 بالكليه فيكتب الوجه هيئته الطبيعيه بعد مضي ثمانية أيام او عشرة ومع  
 ذلك لا يزال في قسم النكفة مدة مختلفه من الزمن ورم محدود غير مؤلم باس  
 وأقل من ذلك حصول ان يصير الورم اشده لما في اليوم الخامس والسادس مع  
 ازدياد الاعراض الجميه واشد ديسوسه واحمرارا وحينئذ تمكون خراجات  
 تنفتح من الظاهر او من القناة السعيه الظاهره

ثم انه قد يشاهد مدة سير الالتهاب النكفي خصوصا في الرجال اصابة احدى  
 الخصيتين والصفن بالتهاب كالالتهاب النكفي وحينئذ تحصل الآم في قسم  
 القطن والحجز وفي انشاء ثوران الحمى يتكون ارتشاح مصلي في الطبقة  
 الغمدية للخصية وانتفاخ اوزيماوى في الصفن بحيث يكون ورم اقليل التوتر  
 بعينها ويندر أن يكون محمرا وهذا الالتهاب يكون عادة ذا سير حميد كالتهاب  
 النكفة فانه يفتس في أيام قلائل بالتحليل وقد يمتد ما قبل أحيانا بالتهاب النكفة  
 مع التهاب الخصية فيزول أحدهما عقب ظهور الآخر وبالعكس حتى ان  
 بعض الاطباء قال بانتهال التهاب النكفة الذاتي وعده من الطواهر  
 الاتقالية وقد يقطع كل من هذين الالتهابين سيره مع الآخر ويظهر حينئذ  
 ان السبب في حصولهما واحد وايس ظهور أحدهما ناتجا عن زوال  
 الآخر ومثل ما يشاهد في الرجال من اصابة الصفن ما يشاهد في النساء احيانا  
 من اصابة الشقرين العظيمين والتدبين باوزيماوية قليلة الآلام وفي  
 أحوال اخرى يظهر من وجود الآم تزداد بالضغظ في احد قسمي المبيضين  
 أن المبيض مجلس لالتهاب خفيف كالخصية بل قد يكون كل من الغشاء  
 المخاطي في المعدة والبلعوم والانف والمثانة مجاهد الالتهاب اوزيماوى

عظيم الشدة قصير المدة في اثناسه. ير الا التهاب النكفي الوبائي فقد اتدتبت  
منذ قليل من الزمن الى مريض مصاب باعراض التهاب معدى شديدة وهي  
الاحساس بالألم غير مطلق في قسم المعدة وفي امتواتر عقب كل مطعوم وهي  
شديدة وغير ذلك. فبالبحث الجيد ظهر لي ان الاصابة الموجودة سببها التهاب  
نكفي خفيف منذ ثمانية ايام واعقب زوالها التهاب في الخصية لم يزل اثره  
باقيا في المريض وبعد ايام اليوم الخامس من ذلك شفي بالاعالجة الخفيفة جدا  
وبالجهد. لقد قد يشاهد احوال يظهر فيها في مدة سير الالتهاب النكفي الذاتي  
التهاب سحائي ينتهي انهاء محزنا

وأما الالتهاب النكفي العرضي فان حصل في اثناسه شدة التيقن او غيره من  
الامراض التي ذكرناها فلا تشككي المرضى الواقعة في حالة الخدر والهبوط  
بالام ولا غيرها من الاعراض وقد يكون تكوّن ورم النكفة مسببها  
بقشعريرة خفيفة وثوران في الحنجرة وهذا الشكل يظهر تارة بالتدريج وتارة  
فجأة والغالب ان يكون قاصرا على صفحة من الوجهه واما اذا حصل التهاب  
النكفة مدة النفاحة من التنفوس فيكون مصحوبا بالاعراض المحسوسة  
للمريض التي ذكرناها عند الكلام على الالتهاب النكفي الذاتي

ثم ان هذا الشكل قد ينتهي بالتحلل ويحصل بسهولة اذا كان الورم تدريجيا  
وكان قليل القيس متوسط الحجم وننقصه يحصل اما بسرعة واما ببطء وقد  
ينتهي بالتقيح وحينئذ يصير الورم غير منتظم أي ذات حداث شديدة الاحمرار  
ويظهر الفوج في جملته اصفار منه عالبا وبعده انفتاح هذا الورم ذاتيا او  
صداعا يخرج منه قيح جيد وانفتاحه قد يكون في آن واحد من الظاهر وفي  
القناة السمعية الباطنة ويندر انفتاحه في تجويف القنم أو بالبلعوم وبالجملة  
قد يسرى الصديد ايضا الى اسفل على طول القناة القصبية الترقوية الخلية  
او المريء والقصبية الهوائية ويكون خراجات الخدارية في الجزء السفلي من  
العنق بل وفي تجويف الصدر كما ذكره (برنس) وعند انتهائه بالنسكركز المقتشر  
والتفوح يصير لون الجلد ازرق داكنا والورم بعد ان كان صلبا جدا يصير عجينا  
ويهبط وبعده فتم يخرج منه سائل صديدي متغير اللون متمزج ببقايا جوهرية  
كريمة الرائحة



\*( المعالجة )\*

حيث ان التهاب النكفة الذاني اذا ترك ونفسه يذهب بالتحلل غالباً  
 فيقتصر في المعالجة على حفظ المريض من المؤثرات المضرة وتنظيم حالة  
 الهضم والنبرز فيؤمر بالجلوس في اودته ويغطي الورم بقطعة من القطن  
 او بكيس محشو بأزهار عطرية ويتجنب الاغذية الحيوانية مادامت الحلي  
 وقد يلتجأ في بعض الاحوال لاعطاء مقيء او مسهل واذا خشى حصول التقيح  
 وكان التيبس عظيماً والالام متزايدة او الحلي شديدة وجب ارسال العلق لتجنب  
 حصول التقيح وينبغي في الاحوال التي فيها يشاهد التوج استعمال  
 الضمادات الفاترة والمبادرة بالفتح لاجل تدارك تهتك النكفة وتجنب  
 انصباب الصديد في القناة السمعية الظاهرة

وقد اوصى بعض اطباء الاجل بتجنب حصول المبتاسة تازى اي الانتقال  
 المرضى باستعمال وضعيات مهيجة كما اوصى بوضع الضمادات الخردلية  
 او الحاراريق على قسم النكفة عند نزول ورم هذا العضو واصابة الصفن  
 أو الخصية لاجل ارجاع المرض الى محله ثانياً لكن قد دلت التجارب على  
 ان هذه الطريقة مضرة لافائدة فيها

واما التهاب النكفي العرضي فلا تتحمل فيه الاسفة فرغات الدمويه بسبب  
 ثقل المرض الاصلى واذا كان الورم صليبا محجوماً لماتت استعمال الوضعيات  
 الباردة او الجليدية ومتى تكون التوج وجب استعمال الضمادات الفاترة  
 والمبادرة بفتح الخراج

\*( البحث الحادي عشر في التهاب )\*

لا ينبغي اعتبار التهاب مرض امستة قليلاً لانه عرض لامراض مختلفة الا اننا  
 نقبح العادة الجارية فيه المتفق عليها في دراسة الباتولوجيا فنشرح التهاب  
 اي الاقراز المرضى للاباب في مبحث مسة قل فنقول  
 كمية الالاب المنقرزة في باطن القم مدة الاربع والعشر بن ساعة تكون عادة  
 من عشر اواق الى اثنتي عشرة وتختلف اختلافاً عظيماً في حالة الصحة  
 فالاجود حينئذ تعرف التهاب وهو زيادة مرضية في اقراز الالاب بانه حالة  
 مرضية بواسطة الالاب المنقرز الى المعدة مع الاغذية بكيفية غير

مدركة كما في الحالة الصحية بل بعضه يسيل الى خارج القم وبعضه يتنذف مع البصاق وبعضه يزدرد على انفراده حيث يحصل من تراكمه تعب للمريض

( كيفية الظهور والاسباب ) \*

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

وللتلعاب اسباب منها المهيجات التي تؤثر في الغشاء المخاطي القمي او الباعوي ولذا ان ادخل الجوهر المهيج في القم حصل عنه التلعاب كما يحصل عقب جميع الامراض التي ذكرناها في المباحث السابقة وكذا اغلب امراض القم الجرادية وقد دلت التجارب القم بولوجية المنسوبة للشهير (لودويج) على ان افرار اللعاب يتزايد عقب تهيج بعض الاعصاب كالعصب اللساني الاتي من التوامي الثلاثي والعصب الوجهي والعصب اللساني الباعوي وعلى ان هذا التزايد في افرار اللعاب يحصل ايضا عقب قطع كل من العصب اللساني واللساني الباعوي وتهيج طرفهما المركزي وبهم قد اثبتت ضرورة ان التهيج اتفق من الاعصاب المنقطعة اى الاعصاب المنوطة بافرار اللعاب اى ان التلعاب حصل بطريق الانعكاس وبمثل هذه الكيفية يعتبر حصول التلعاب الذي ينتج عن تهيج الفريعات الدائرية للعصب اللساني واللساني الباعوي بواسطة تعاطي الاغذية المهيجة وجروح القم وقروح اى انه يكون ظاهرة انعكاسية وكذا يعتبر حصول التلعاب في الامراض العصبية للتوامي الثلاثي وكذا التلعاب الذي ينتج عن تعاطي الاستحضارات الزئبقية والميودية فيظهر انه ليس ناشئا عن مجرد اختلاط هذه الجواهر باللعاب بل هو ناتج عن التهيج الذي يكابده الغشاء المخاطي القمي من استئطالة افرار الجواهر المذكورة فيه اذ لا يحصل غالباً وروح ازدياد اللعاب الا بعد استعمال هذه الجواهر زمنات طويلة ولا يبدئ التلعاب الا بعد اصابة الغشاء المخاطي القمي بتأثير هذه الجواهر المستمرة ولذا وجد العلم (ليمان) عند البحث عن اللعاب في ابتداء التلعاب الزئبقي ان المواد الخارجة من القم ليست متمسكة بكونه من اللعاب بل من مواد مخاطية ممتزجة بجزئيات من الخلية بشرية منحصلة



من الغشاء المخاطي والاستحضارات اليودية التي يندرج تحتها اللاتهابات  
القمية قل ان ينتج عنها التهاب ولو ان انقرضت هذه الاستحضارات مع الالتهاب  
في القم يحصل بسرعة عظيمة وكون التهاب ينتج عن استعمال جواهر غير  
المذكورة مثل كلور والذهب وغيره من الجواهر المعدنية والنباتية  
بطريقة كاملة مقدمة امر مشكوك فيه

ومنها ان التهاب بحسب الظاهر يتعاقب في كثير من الاحوال بالتهيجات التي  
تؤثر في الغشاء المخاطي المعدى والمعوى بل وكذا الرحي وغيرهما من الاعضاء  
وقد ثبت بالتجارب الفسيولوجية للشهير (فيريركس) ان تهيج الغشاء  
المخاطي المعدى يزيد في افراز الغدد العابية فانه عند دخاله بعض المطعومات  
في معدة الكلاب من فوهة ناصورة معدى شاهد افراز التهاب غزير وبداخل  
ملح الطعام يشاهد سيلان كمية عظيمة من المواد العابية من القم ويستنبط  
من هذه التجربة ايضا ان تهيج الاعصاب المعدنية يعكس في الاعصاب  
المنوطة بافراز الالتهاب وبهذا يبين علته ازدياد سيلان الالتهاب الذي يصحب  
كثيرا من الامراض العصبية للمعدة كقرحها وصرطانها وغيرهما  
والالتهاب الذي يسبق التي سوانتج عن مقبى او افراط امتلاء المعدة  
او امراض معدية وبهذه الكيفية ايضا توجد علته التهاب الذي يصحب  
نوب المغص الناتج عن الديدان المعوية حتى ان العامة تجزم بوجودها متى  
وجد سيلان مواد مائية من القم وينسبون ذلك لتهيج المعان تلك الديدان  
ليكن نسبة التهاب مدة الاثني عشر الاول في الحمل وفي الاحوال الاستيرية  
الرحمية الى انعكاس التهيج العصبي التناسلي في الاعصاب المنوطة بالالتهاب  
أقل وضوحا

ومنها ان التهاب يتعلق ببعض انفصالات نفسية فالتأثرى حصوله عن  
اشتراز النفس من الاشياء المكروهة المستقدرة والشراء والمشاهدة  
المعلومة من ان تهيج الدماغ تهيجا واسطيا يزيد في افراز الالتهاب امر مهم الجأ  
الفسيولوجيين الى القول بان منشأ الاعصاب المنوطة بافراز الالتهاب في  
الدماغ اذ تهيج الزوج التوائى والثلاثى والوجهى ولوى الاصغار التي لم تحتلط  
فيها بالابيات العصبية اعنى اعلى العقد العصبية يزيد كذلك فعل الغدد

الاعابية

ومنها ان التلعاب يشاهد مدته سير بهض الامراض الثقيلة كالتقيؤوس  
والجلى المتقطعة بدون اسباب مدركة حتى ان بعضهم اعتبره ظاهرة بحرانية  
لهاتيك الامراض

وبالجملة توجد احوال فيها يكون بعض الاشخاص الجيدى الصحة فى الظاهر  
مصابين بتلعاب مستعص بدون اسباب مدركة واما سبب لان التلعاب من الوله  
والطاغين فى السن فالظاهر انه لم ينتج عن ازدياد افراز بل عن افعال  
ازدراده

## (الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التى تعترى الغدد الاعابية عند ازدياد افرازها غير  
معروفة لنا وقد يشاهد فى احوال التلعاب المستمرة الشديدا اتفاح  
خفيف فى الغدة النكفية وكون الاحتمقان الوعائى للغدد الاعابية الذى ينتج  
عنه اتفاح منسوجها وارتشاحه بمادة مصلبة ليس وحده هو السبب فى  
ازدياد الافراز الاعابى يستنتج من أن تهيج الاعصاب ينشأ عنه ازدياد فى الافراز  
المذكور ولو بعد انقطاع ضربات القلب

## \* (الاعراض والسير) \*

كل من آلام القم والانتفاخ المولم فى العقد الليمفاوية المشاهدة فى التلعاب  
يخص اعراض التهابات القم المحتملة الشكل المدته للتلعاب لان التلعاب  
فى حد ذاته لا ينتج عنه ألم بل تسكدر عظيم للمرضى لان تراكم التلعاب بسرعة  
فى القم يلجئهم لتكرار البصاق بحيث ينفهم عن استرسال الكلام وبه تضطرب  
راحتهم ليلا اما بسبب رطوبة الوسادة او بانحدار التلعاب الى الحلق ووصوله  
الى تجويف البلعوم والخنجرة والسائل المنقرز الذى قد يبلغ كميته ستة  
ارطال او ثمانية مددة الايوم والليله يكون كما قاله (ايمان) فى الابتهاء اكثر  
مخاطية وتعدكرا وذا وزن نوعى ثقيل اى انه يكون فى هذه الحالة اثقل منه فى  
الحالة الصحية ومحتويا على عناصر جامدة (اعنى الخلية بشرية حديثة  
التكون او قديمة) اكثر من الحالة الطبيعية وذا خواص قلوية ومحتويا على  
كثير من المواد السممية وقليل من الالبينالين اى اللعابين ويندر احوال



على قليل من رودان البوتاسيوم (وهو ملح احر وردي اللون) وفي انهما سير  
 التهاب يكون السائل المنفرز اقل من الالتهاب الصحي فنعكرا واحتواء على  
 مواد صلبة فيكون مثل التهاب الذي تحصل عليه (لودويج) بتيج الاصاب  
 المنوطة بافراز هذا السائل ثم يجامس قرا وهذا السائل يكون ايضا اذا  
 خواص قلوبه ويحتوى على كثير من المواد الشحمية وجسيمات مخاطية  
 ولا يحتوى على رودان البوتاسيوم مطلقا وقد يشاهد في الالتهاب يسير من  
 مواد زلالية خصوصا اذا استمرت مدة التهاب

ثم انه في التهاب سير التهاب يحصل للمرضى نجافة عظيمة ايسر ناشئة من فقد  
 الكمية العظيمة من الماء والاجزاء العضوية فقط بل وعن تعذر المضغ ايضا  
 بسبب الالتهاب القوي وقلة التغذية الناتج ذلك عن عدم تناول المطعومات  
 وهضمها فان الالتهاب المزدر بكثره يعوق الهضم

\*(العلاج)\*

اما المعالجة السببية فتستدعى في الاحوال التي يكون فيها التهاب ناشئا عن  
 امراض الفم معالجة لا تفتة بالمرض الاصل وتستدعى في الاحوال التي  
 يكون فيها التهاب ناشئا عن الافراط في تعاطي الاستحضارات الزئبقية  
 استعمال المسهلات اللطيفة اذ هذه الوسائط تيسر قذف الجواهر الزئبقية  
 من الامعاء ولهذا كانت اجد تأثيرا من المعرقات والمدرات وكذا التهاب  
 الناتج عن امراض في المعدة او المعى او الرحم فانه يستدعى ايضا معالجة  
 المرض الاصلى واما في غير هذه الاشكال من التهاب فلا يمكن اتمام  
 ما تستدعيه المعالجة السببية

واما معالجة المرض نفسه فتستدعى استعمال المحولات كالحمامات  
 العمومية ووضع الحرارة ريق واللج الخردلية على العنق والقفا والمضامض  
 الماخوذة من محلول الشب وكبريتات الخارمينى ومطبوخ المريمية أو قشور  
 البالوط لكن نتج الجواهر استعماله هو الايون وعما يستدعيه العقل  
 ويستحسنه تطبيق النظريات على العمل عند تأسيس المعالجة الطبية  
 واجرائها كما في هذه الحالة فان استعمال الايون في التهاب موصى به من  
 معظم مشاهير اطباء المتمرنين في العمل وحيث يتبينه الاعصاب يحصل

ازدياد في سيلان العباب فمن المعقول انه عند زيادة الافراز تستعمل وسائط علاجية كالمخدرات به ينحط التنبيه ويزول وهناك احوال من التهاب الذاتي تستعمل عن المعالجة

\* (الفصل الثاني في امراض الحلق) \*

المبحث الاول في الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي المعروف

بالذئبة النزلية

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

مجموع الاضطرابات الوظيفية والغذائية الدالة على الالتهابات النزلية كثيرا ما يشاهد في الغشاء المخاطي للبلعوم وقوائم اللهاة والغلصمة واللوزتين ويطاق عليه لفظ ذئبة نزلية

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

والاسباب التي تفضى الى زيادة الاستعداد للاصابة بالذئبة النزلية اغلبها غير معروف لنا وقد اشتمر ان المزاج اللينقوى يهي الاصابة بالذئبة الحلقية النزلية اكثر من غيره وان الاشخاص ذوى البنية الخنارية اكثر اصابة من غيرهم ولا مانع من ان الاشخاص الاقوياء البنية اى الذين لا يشاهد في بنيتهم ادنى تغير يصابون بالذئبة النزلية بكثرة عند تعرضهم لادنى اسباب مرضية وهذا المرض في الاطفال والشبان اكثر حصولا منه في الشيوخ وعما ينشأ عنه زيادة الاستعداد لهذا المرض تكرر الاصابة به وعن يكون معرضا للاصابة بهذا المرض بنوعيه الحاد والمزمن الاشخاص الذين كانوا مصابين بالداء الزهري او تعاطوا الاستحضارات الزئبقية زمن تطويل

ومن الاسباب المهمة للذئبة النزلية المهيجات التي تؤثر في الغشاء المخاطي الحلقى بدون واسطة كالجواهر الحارة والكاوية وبعض الشوك والشظايا العظيمة الحادة التي تشبهت بالغشاء المخاطي الحلقى ويظهر ايضا ان الذئبة



البلعومية الناشئة عن الإفراط في استعمال المشروبات الروحية متعلقة  
 بالتهيج اللاواسطي لهذه الجواهر ومنها تأثير البرد ومنها امتداد الالتفات  
 النزلية من بعض الأعضاء إلى الغشاء المخاطي الحلقى كالذبحة الحلقية النزلية  
 التي تصحب الالتهاب النخعي الزئبقى وكذا التي تصحب النزلات المعدية لكن  
 ينبغي التنبيه لأن الذبحة الحلقية ليست متعلقة على الدوام بحالة اضطراب  
 معدى كما كان يظن سابقا ومنه ان تكون النزلة الحلقية نتيجة لتغير مرض  
 في الدم فهي لا تتغير بالنسبة للقرمزى بمضاعفة بل عرضا من أعراضها  
 الملازمة لها كالطفح القرمزى الذي يظهر على الجلد ويسد حوله إذا  
 المرض في احوال التسفوس الطفحي والحصبية اللذين يكونان على الدوام  
 مصحوبين بتغير نزلى في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية والدا الزئبرى  
 الذي هو من جملة الديدسكرازيات المزمنة كثيرا ما يظهر على شكل التهاب  
 حلقى نزلى لكن عما قبل من الزمن تظهر تغيرات أخرى مرضية في الغشاء  
 المخاطي الحلقى سند كرها فيما بعد ومنه ما ظهر والالتهاب الحلقى النزلى اى  
 الذبحة البلعومية ظهورا وباتيا فتصاب به جملة من الأشخاص في زمن واحد  
 بدون ان تعرف الاسباب المحدثة لذلك وقد تو جد احوال فيها الاسباب المقمة  
 للذبحة النزلية غير معرفة لنا

(الصفات التشريحية)

الذبحة البلعومية الحادة يظهر فيها الغشاء المخاطي للحلق لاسيما جزؤه المغطى  
 القوائم الالهة اجمرة قاتما كثيرا او قليلا ولاواتفاخ هذا الغشاء والمنسوج  
 الخلقى تحته يكثر ظهوره في الغلصمة واضحا فانما احتموية على منسوج  
 خلوى كثير الهشاشة تحت الغشاء المخاطي وحينئذ تصير الغلصمة تخيمة  
 مستطيلة فتلتمس قاعدة اللسان غالبا (وهذا ما يسمى عند العامة بسقوط  
 الغلصمة وعند عامة بلادنا سيما السودان بابي اللسان)

\* تنبيهه \* كثيرا ما ينسب في بلادنا السعال مهمم الاختلفت اسبابه لسقوط  
 الغلصمة خطأ ويترتب على ذلك قطعها بالاطاقل غالبا وتكون اللوزتان  
 منتفختين قليلا او كثيرا وفي الابداء يكون الغشاء المخاطي جافا ثم يتغطى  
 بافراز مخاطي منه كمراتكم على اللوزتين والحدار الخلقى للبلعوم

واما الالتهاب الحلقى المزمن فيظهر فيه الغشاء المخاطي محمرا احمرار اغبر  
 مستو غالبا وتوجد فيه او عمة وريدية دوالية وبقع مسعرة داكنة بجمه متنية  
 والانتفاخ فيه يكون عظيما وقل انتظاما منه في الشكل السابق ويظهر  
 هذا الغشاء جافا لما عاتارة وتارة مغطى بافراز مخاطي عكر وانغالب ان يوجد  
 على قوائم اللهاة والغصصة حويصلات مصفرة تنفجر ويحلقها قروح جوائية  
 مستديرة ويوجد ايضا في الفحات التسعة من اللوزتين سدس جينية ذات  
 رائحة كريهة او تجمعات حجرية عبارة عن افراز اجرية اللوزتين المتكاثف  
 المتعفن او الماكس

ثم ان النزلة الحلقية المزمنة اشتهرت في هذا العصر وصار الكلام عليها في  
 الجرائل الطبية اكثر منه في كتب الطب وهذا المرض قد يكون قاصرا  
 على الغشاء المخاطي الحلقى وقد يمتد الى الغشاء المخاطي الخنجري والجهة  
 الخلفية من الغشاء المخاطي الانفي والتغيرات الواصفة له تشمل على احتمان  
 غير مستو بحيث لا يرى على الغشاء المخاطي الباهت الالبعض او عمة دوالية  
 متقدمة وانتفاخ واضخمات في هذا الغشاء يكون امامتشر باستواء او قاصرا  
 على بعض اجزاء هذا الغشاء المذكور وعلى ازدياد في افراز الاجرية المخاطية  
 وبسبب انتفاخ هذا الغشاء انتفاخا جريما والمنسوج الخلوي تحته يكتب  
 الغشاء المخاطي البلعومي هيمته جينية فيشاهد فيه ارتفاعات عديدة  
 مستديرة او بيضاوية منعزلة او محتالطة ومن ثم ساع تسمية هذا الشكل من  
 النزلة الحلقية المزمنة بالالتهاب البلعومي الحبيبي وسماه بعضهم بالالتهاب  
 البلعومي الجرابي وبالنزلة الحلقية الجرابية نظرا لاقتران ضخامة الغشاء  
 المخاطي الحلقى على محيط الاجرية المخاطية المريضة ولوان ذلك يثبت  
 بالمشاهدات التشرحية المرضية اللاواسطية وافراز الاجرية المخاطية قد  
 يكون غزيرا جدا وله ميل للجفاف وتكون قشور خشنة مصفرة او مخضرة  
 كريهة المنظر وقد يكون في احوال اخرى قليل الكمية وله ميل للجفاف  
 ايضا بحيث ان السطح الحلقى من البledوم يظهر مغطى بطبقة رقيقة لامعة  
 ولذا سماه (لوين) بالالتهاب البلعومي الجاف وهي تسمية جيدة

\* (الاعراض والسير) \*



الذبحة الحلقية النزلية الحادة تصطب في الغالب بجمي خفيفة نزلية تسبق  
 احيانا الظواهر الموضوعية ويندر أن تفقد بالكلية وحيث ان الافراز في  
 ابتداء هذا المرض يكون متنافسا تشتكي المرضى باحساس جفاف في الحلق  
 وبالآلام شديدة تزداد عند حركات الازدراد ونشأ هذه الآلام التوتري الذي  
 يعترى الغشاء المخاطي خصوصا في قوائم اللهاة فان هذا الغشاء فيها يكون  
 مثبتا تثبتا متينا بالعضلات الكائنة تحته بواسطة منسوج خلوي رقيق  
 منديج ولذا يقلص المريض وجهه عند كل حركة ازدراد ومتى حصل استمالة  
 في الغلصمة وهو الغالب ولا مست قاعدة اللسان فيج عن ذلك احساس بحس  
 غريب في البلعوم وتتهيج مسرعا للازدراد وفي الشكل التثقيب للذبحة  
 البلعومية الذي سماه بعضهم بالذبحة الاريمانية والحريية (بالهمزة) ترتفع  
 الاليف العضلية لقوائم اللهاة بمادة مصلبة بها يعسر اتمام وظائفها ومن  
 المعلوم في الحالة الطبيعية ان انقباض عضلات القوائم المقدمة من اللهاة  
 يمنع تفهقر البلعة الغذائية الى تجويف القم وانقباض عضلات القوائم  
 الخلفية منها يكون سببا في سد القوهات الخلفية من الخياشيم عند سد  
 الغلصمة أيضا المسافة التي بين تلك القوائم فيحصل عائق في اتمام وظيفة  
 هذه العضلات شوهد خروج المواد الغذائية السائلة من الخياشيم او  
 ارتدادها الى باطن القم ثانيا عند انقباض البلعوم عليهم وقت الازدراد  
 وتزداد هذه المشاق في المريض متى صار الغشاء المخاطي البلعومي مجسما  
 لانتهاب نزلي شديد وحصل شلل في عضلات هذا العضو عقب ارتشاحها  
 بمادة مصلبة ففي مثل هذه الحالة متى وصلت البلعة الغذائية لاسيما السوائل  
 خلف القوائم المقدمة للهاة تصير المرضى في حالة ضجر عظيم اذ لا يكون لها قدرة  
 على ازدراد الجواهر المذكورة ولا دفعها الى باطن القم ثانيا وحيث ان  
 المادة الموجودة في البلعوم يمكن ان تدخل في الخنجرة عند الحركات التنفسية  
 فالمرضى توقف حركة التنفس وتجهتد لاجل الحصول على دخول الهواء ثانيا  
 بدفع هذه المواد الى خارج القم بحيث ينحنون الى الامام ويخرجون رؤسهم  
 من الفراش ومع ذلك قد يدخل يسير من الجزيمات التي في الحلق الى الخنجرة  
 ولا يندفع الى الخارج ثانيا الا بعد حركات تشنجية سعالية شديدة وفي مثل

هذه الحالة تخشى المرضى من تعاطى الجواهر الغذائية او الدوائية السائلة  
وتفزع من ذلك غاية الفزع وتسرع على وضع متعب جد اليد لا وتم ارا الاجل  
خروج اللعاب من الفم وعدم ازدراده

ثم من العلامات الدالة على جميع امراض الحلق التي بها تعاق عضلاته عن  
انمام وظائفها والواصفة للاشكال القليلة من الذبحة الحلقية التكلم بصوت  
انفي أى اخن اذن المعالموم انه عند النطق بحرف النون والميم عن من  
الخيما شيم تيار هو اى خفيف واما عند النطق بباقي الحروف فتبقى الخيما شيم  
منسدة فيحصل للمرضى الذين لا قدرة لهم على غلق الخيما شيم بسبب عدم  
انقباض القوائم الحلقية من الالهة نوع خن في جميع المقاطع بسبب رنايتها  
في التجاويرف الانقية يعبر عنه بالنطق الانفي وزيادة على اختلاف رناية  
التكلم يوجد عند المرضى ايضا نوع عسر في النطق فيكون نطقهم بطيما مع  
صعوبة فان التكلم عندهم خصوصا بالمقاطع النونية يحصل منه ألم بسبب  
ضغط قاعدة اللسان بره من الزمن على الالهة وبالجملة فمن الواصف له هذا  
المرض ايضا مدة التألم من نطق المقاطع الحلقية او تعذره بالكلمة عند كثرة  
اتفاخ الغصمة واسستطامتها اذ بذلك تهتز الغصمة اهتزازا عظيما وكل من  
شكل الذبحة الباعومية النزلية الثقيل والخفيف يصطبب بالتهاب في نزي  
فيكون اللسان مغطى بطبقة سميكه وطعم الفم متغيرا اذا راثمة كريمة متملئا  
باللعاب ولا يندرامداد النزلة الحلقية الحادة الى بوق استما كيوس ومنهما  
الى تجويرف الطبله فيصير السمع ثقلا وتحصل آلام ناخسة في الاذن يمكن ان  
ترتقى الى درجة عظيمة جدا ولا تتلطف الاعقب ان تقاب غشاء الطبله وخروج  
سائل صديدي من الاذن دفعة واحدة

ثم ان الذبحة الباعومية النزلية تنتهي عما قبل من الايام غالبا بالشفاء فتأخذ  
الآلام والمشاق التي يكابدها المريض عند الازدراد في التناقص تدريجا  
وحينئذ يخرج من الفم بالتنخم او البصاق مواد مخاطية غزيرة ومع ذلك تزول  
اعراض النزلة القمية

واما النزلة الحلقية المزمنة فتكون فيها الآلام ومشاق الازدراد غالبا خفيفة  
الا عند ثوران الالتهاب الترنى المزمن زمنا فزمننا تأثير بعض الاسباب المعصرة



الخفيفة سيما في التهاب الترنح المزمن للهامة الذي يشاهد عند الأشخاص  
الذين كانوا مصابين بالداء الزهري أو الذين استعملوا الاستحضارات الزئبقية  
زمنًا طويلاً

والعادة أن هذه الاعراض الخفيفة في مثل هذه الحالة تصير المرضى في حالة  
اضطراب عظيم بحيث يعملون البحث عن الحلق بأنفسهم أمام مرآة  
ويصرون ما يظهر فيه من بثور تتكون على بعض الاوردة الدوائية المارة في  
اللهاة ومتى حصل لهم أدنى تألم في الحلق ظنوا أنه من الداء الزهري ولا يسكن  
روعهم الا بعد بحث الطبيب واخبارهم بانهم ليسوا مصابين به

والنزلة البلعومية التي تشاهد عند المعتادين بالافراط في المشروبات الروحية  
من خواصها ان تصطبغ بافراز مخاطي غزير يكون عندهم سبباً للتختم  
مستمر سيما في الصباح وكثيراً ما يتسبب عن المجهودات التي يفعلونها  
للتخلص من هذا الافراز غيثان وفي الصباح يسمى بقى الصباح عند  
السكري واما الاشكال الثقيلة من النزلة الحلقية المزمنة سيما الجرابية  
او الحبوبية فانها كثيرة لا سيما تقدم والازدراد في هذا الشكل الجديبي  
وان لم يكن متعسراً لان المرضى تشكوا بشيخ و احساس مستمر يدغدغه في  
الحلق او جفاف فيه يلجئهم لفعل حركات ازدراد غير ارادية او تنخم وسعال  
خفيف وهو الغالب بحيث كثيراً ما يظن ان التختم المتكرر عندهم نوع  
اعتماد رديء وحيث ان الغشاء المخاطي للحنجرة يكون غالباً مشتركاً في هذا  
الالتهاب فالغالب ان ينضم للاعراض المذكورة بحجة خفيفة في الصوت  
وعند ثوران اعراض كل من الذبحة الحلقية والحنجيرية الجرابية يرتقي  
السعال الخفيف الى سعال تشنجي شديد والحجة الخفيفة الى انقطاع تام في  
الصوت وعند امتداد الالتهاب الى الغشاء المخاطي الاثني ينسد تجويفه في  
اثناء الليل ولذا تنام المرضى والقهم مقموح وبذلك يرتقي جفاف الحلق  
والاجزاء الحلقية من اللسان في ساعات الصباح الى درجة عظيمة جداً بحيث  
انه عند تحرك اللسان والحلق عند البلع تكون تسخانات خفيفة في  
الغشاء المخاطي لهذه الاجزاء وفي الطلاء المغطى له فتنشأ أنزفة خفيفة وكثير  
من المرضى يقع في رعب عظيم من هذا الشكل من النفث الدموي الذي

يحصل لهم عند الميعة والنزلة الحقيقية الخجيرية الجارية وان كانت من  
الامراض المستعصية الا ان الاحتياطات بحياة المرضى وانما تحدث عندهم  
حالة بأس وخرن

واما السدد الجنبية التي تتكون في اجربة اللوزتين المخاطية فتخرج  
احيانا بالتحكم وكثيرا ما توقع المرضى في نزاع عظيم فانهم يظنون ان هذه المواد  
المستديرة المصقورة ذات الرائحة الكريهة عند الضغط عليها من علامات  
الدون الرئوي الا كيدة بحيث يعسر احيانا على الطبيب تسكين روعهم  
وتفهيمهم انهم غير مصابين بالسبل الرئوي بلزمهم ان هذه التعدادات  
الكسبية حصوات رئوية

\* (المعالجة) \*

الالتهاب البلعومي النزلي الحاد متى ظهر بشدة متوسطة فلا يحتاج للمعالجة  
مخصوصة وكثيرا ما لا تلجئ المرضى الا للبخاخات الدالات القاتلات برفع  
الغصمة يجذب شعر مخصوص من فروة الرأس (او الزعمات برفع الحلق  
الساقط كما يفعله البخاخات) ومثل هذه الترهات يستنتج منها عدم  
الاحتياج في مثل هذه الحالة الحقيقية للمعالجة قوية حيث يفهم منها ان مثل  
هذا المرض يزول من نفسه فينبغي حينئذ التنبه في مثل هذه الحالة على  
عدم استعمال معالجة قوية لاسيما المقيمت فانها لا تستعمل الا اذا كانت  
الذبحجة البلعومية مصحوبة بوجود جوارح غير منضمة في المعدة تحدث حالة  
نزاية في هذا العضو او حافظة لها ولا يعتمد في مثل هذه الحالة على حالة اللسان  
وتغطيه

واما احوال هذا المرض الشديدة فيوصى فيها باستعمال رفاند مبهلة بالماء  
البارد وبعد العصر جيدا تلف على العنق ثم تحاط بالضبط بمنديل جاف فان  
خاف المريض من استعمالها اولي تبس ذلك لسبب ما يوصى باستعمال  
الضمادات القاترة على العنق ويؤمر باستعمال غرغر من الماء البارد او  
محلول الشب او ساقط الزنك او خلات الرصاص او نحو ذلك وقد يتيسر  
احيانا إيقاف هذا المرض في ابتدائه بمس الاجزاء الملتبمة بمسحوق الشب او  
بمحلول نترات الفضة (بان يوضع درهم منه على اوقية من الماء المقطر) اعني



٥ جرارات من هذا الجوهر على ٥٠ جرام من الماء  
 واما الالتهاب الحلقى النزلي المزمن فاجود ما يعالج به استعمال الغرغر  
 القابضة السابق ذكرها ومس الاجزاء الملتزمة بمحلول نترات الفضة  
 واما النزلة الحلقية المزمنة فانها تحتاج لمعالجة لثلاثة مسطرة للحصول على  
 النجاح فانها كثيرا ما تستعصى عن المعالجة الطبيعية وفي الشكل السيلاني من  
 هذا المرض الذي هو اسلم الاشكال عاقبة كثيرا لا تنجح المعالجة لعدم انقياد  
 المرضى اترك المشروبات الروحية وكثرة شرب التبغ واجود ما يوصى به  
 في هذا المرض المس بمحلول نترات الفضة او الشب او التبن والظاهر ان  
 استعمال هذه السوائل يكون بالاستنشاق على هيئة الرزاز تنجح من المس  
 بالقرشة وكذا النزلة الحلقية المزمنة المحصورة بقله الافراز خصوصا الحرارية  
 او الحبيبية يظهر ان استعمال هذه السوائل فيها له تأثير منوع في الغشاء  
 المخاطي المريض فيحدث في حالة المرض تحسنا عظيما لكن الذي يظهر لي ان  
 هذه المنفعة وقيمة واستعمال محلول السليمانى وكبريتور الكلس قليل  
 التأثير ايضا والاجود استعمال محلول (اليجول) به الماء وصى به المعلم (لويين)  
 المركب من ست قححات من البود واثنتى عشرة من بودور البوتاسيوم على  
 ست اواق من الماء المقطر فبالبحاريب الجديدة ثبت ان المس به هذا المحلول  
 جيد المنفعة في النزلة البلعومية الخفيفة سواء كانت مصحوبة بتحميات ام لا  
 وكذا من الممدوح بكثرة في هذا الشكل الاخير المياه المعدنية القلوية  
 الكلو رورية كماء امس والمياه الكبريتية الطبيعية كماء وايبلنج وغير  
 ذلك من ينابيع وجرارات البرزين

\*(المبحث الثاني)\*

في الالتهاب البلعوى ذى الغشاء الكاذب ويسمى

بالذئبة البلعومية الغشائية

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

في الالتهاب البلعوى ذى الغشاء الكاذب تكون الاغشية الكاذبة ملتصقة  
 بالغشاء المخاطي المنتهب التصاقا متينا بحيث يخالف نزعها فقد جوه سطحي  
 دام ولذا نعت به هذا الالتهاب استحالة من الالتهاب ذى الغشاء الكاذب الى

الدقيري

ثم ان الذبجة الغشائية الحلقية تارة يكون حصولها ذاتيا عقب تاثير الاسباب  
التي تقضي الى النزلة بالعمومية الجلادة بحيث يظهر ان الالتهاب ذا الغشاء  
الكاذب احيا ناليس الاشكلا شديدا من الالتهاب النزلي الحلقى وتارة يكون  
التهاب الغشاء المخاطي الشديد ناشئا عن التهاب شديد في اعضاء كائنة  
اسفل منه ولذا كثيرا ما نشاهد تكونات غشائية على اللوزتين في احوال  
الذبجة اللوزية الشديدة وتارة تكون مصاحبة لغيرها من الالتهابات ذات  
الغشاء الكاذب المصيبة لغيره ذا الغشاء من الاغشية المخاطية كالغشاء  
المخاطي الخنجري او القصى ونحوه ما وحصولها اما ان يكون افراديا  
او بآثما وهو الغالب وفي هذه الحالة يكون امتداد الالتهاب الذي نحن  
بصدده اما من الخنجرة الى الحلق او من الحلق الى الخنجرة ويسمى في الحالة  
الاولى بالاصعد وفي الثانية بالنازل وتارة تشاهد هذه الذبجة مصاحبة لغيرها  
من الالتهابات الغشائية والدقيرية في الدور الاخير من التيفوس والتسمم  
الصديدي وغيرهما من الامراض المماثلة لذلك

(الصفات التشريحية)

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

(الاعراض والسير)

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

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



لا تعرف هذه الحالة الا بالبحث بالنظر ايضا  
 واما الذبحة البلعومية الغشائية التي تصيب الالتهاب الخجري ذا الغشاء  
 الكاذب وتظهر عادة ظهورا واثما فكميرا لا تعرف لان اعراضها واهمية  
 تكاد تختفي من اعراض المرض الذي تصحبه لاسيما انها لا تصيب الا اطفال  
 وبالنظر في حلق الاطفال المصابين بالسعال الديكي يشاهد مغطى باغشية  
 كاذبة غالباً بدون ان تتشكى هؤلاء الاطفال بعسر في الازدراد ولا تنميط لها  
 اهلهم ولذا ينبغي للطبيب ان يبحث عن حلق كل طفل بالنظر كلما حصل عنده  
 بحة في الصوت

\* (المعالجة) \*

الذبحة البلعومية الغشائية التي تحصل بانفرادها عقب تأثير البرد او شحوه  
 لا يلجأ في معالجتها الا لاستعمال الوسائط العلاجية التي ذكرناها عند الكلام  
 على معالجة الاشكال الثقيلة من الذبحة البلعومية النزلية  
 واما الذبحة البلعومية الغشائية التي تصيب الالتهاب الخجري ذا الغشاء  
 الكاذب فتستدعى اولاً ازالة الاغشية الكاذبة بسرعة ثم كي الغشاء المخاطي  
 المريض بمحلول من كرم نترات الفضة كيقويا

\* (المبحث الثالث) \*

في الالتهاب البلعومي الدفتيري اى الغشائي التقيحي

ويسمى بالذبحة الخبيثة والغنغرينية

شكل الالتهاب الذي فيه يتكون نضح ابيض غزير في جوهر الغشاء المخاطي  
 وتنتفخ رفيفه عقب انضغاط او عيقه المغذية يحدث ما يسمى بالالتهاب  
 الدفتيري وهذا الالتهاب يصيب على الخصوص الغشاء المخاطي الحلقى لكنه  
 لا يظهر كمرض اولي قائم بنفسه كالالتهاب النزلي وذى الغشاء الكاذب  
 من الحلق بل يتعلق على الدوام بتسمم في الدم بواسطة السم القرمزي او  
 غيره من السموم التي تنتج عن الدفتيرية الوبائية التي اعتبرناها من ضمن  
 الامراض التسممية العامة وسندكر عند الكلام على الظواهر المرضية  
 للحمى القرمزية والدفتيرية الوبائية شكل الالتهاب الدفتيري من الحلق  
 بالتفصيل

\* (المبحث الرابع) \*

في التهاب القلغموني الحلقى ويعرف ايضا بالتهاب

اللوزة وبالذبحمة الحلقية اللوزية

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى الحلقى والمخلاقى لجوهر اللوزتين اللتين تكونان مجامسا لارتشاح او ذيماوى بسيط فى التهابات النزلية وذات الغشاء الكاذب للحلقى يمكن ان يعتبرهما اضطرابات غذائية التهابية وهى فى كثير من الاحوال عبارة عن ارتشاح جوهرها بنضج ابنى متفاوت الكمية وعن غرقى منسوجهما الخلوى وفى احوال اخرى عبارة عن تقحج اجزائهما الملتببة يتكون كرات صديدية فى جوهرهما فينشأ عن ذلك خراجات ويندر ان يحصل فيما تنكروا من متشرفته لاشى هذه الاجزاء وتقرح

والذى يظهر ان المؤثرات المرضية بحسب درجة شدتها واسه تعداد الشخص تارة تحدث الذبحمة الحلقية النزلية وتارة تحدث الذبحمة الحلقية اللوزية التى نحن بصددھا فلتراجع اسباب الذبحمة الحلقية النزلية والتهاب اللوزتين كذلك يورث اسه تعدادا عظيما للنكسة فكما كثرت اصابة الشخص به سهل ترده ومن الاشخاص وهو كثير من يصاب به فى كل سنة مرة او مرارا وانتم هذا الالتهاب بالتقحج مرة بهي الالتهاب به مرة اخرى بحيث ان الطيب فى مثل هذه الاحوال يقل عشمه فى اذنهائه بالتحال عند حصول اصابة جديدة

(الصفات القشرية)

اما الالتهاب الحلقى القلغمونى الحاد فالغالب ان يكون فى اللوزتين امكن تارة يصيهم معا وتارة يصيب احدهما ثم يمتد الى الاخرى وكثيرا ما يحصل اتفاحهما من النضج الذى يرشح فيه مما الى ان يصل الانتفاخ الى حجم الجوزة ويكون سطحهما ماذابرو زات ولونهما احمر قاتما فى الغالب ومغطى بنضج لزج او ترا كات غشائية كاذبة وعند اتفاح الالتهاب الى التقحج بصير غالبا احدا مقدار اللوزة الملتببة رخو ابارزا ثم تنفجر جردوا والخراج الرقيقة ويندر حصول الالتهاب القلغمونى الحاد فى المنسوج تحت الغشاء المخاطى



للهاة وحينئذ يظهر في هذا الجزء انفتاح صلب يظهر فيه تدريجاً توج واضح ينتهي في هذه الحالة باستفراغ القيح في تجويف القم أو الحلق والالتهاب الحلقى الفاعل في المزمع مجامسه ايضاً جوهر اللوزتين غالباً ويندر حصول ضخامة في الغلصمة أو اللهاة بسبب الالتهاب المزمع المستقر وقد تكسب اللوزتان بسبب ضخامة جوهرهما الخ الذي حجمه اعظم ما جدا وصلابة عظيمة ويكون سطحهما في الغالب غير منتظم وذات تحدبات وتعرجات في الاصفار التي حصل فيها قلة جوهر بسبب التقحج وحينئذ يكون الغشاء المخاطي قليل الاسرار او باهت اللون ويوجد في فوهات الاجر به الغددية المنفخمة السددا الجنبية التي سبق ذكرها

### (الاعراض والسير)

اما الالتهاب الحلقى الفاعل في الحاد فيمبدي غالباً بجميع شديدة مسببة بوقه بقشعريرة قوية واضطراب عظيم في حالة عام عند المرضى مع امتلاء عظيم وسرعة في النبض وارتفاع في الحرارة حتى انها تصل الى اربعين درجة او تزيد فالحمى في هذه الحالة لا تكون كافي النزلة الحلقية متصقة باوصاف الحمى النزلية بل تكون كالحميات الالتهابية الشديدة التي تصيب التهاب اعضاء مهمة كالالتهاب الرئوي وفي الاحوال التي تكون فيها شدة هذا المرض قليلة او يكون فيها هذا المرض ذا سير بطيء تكون الحمى كذلك قليلة الشدة وفي يوم ابتداء الحمى او التالي له تشتمكى المرضى باحساس نوتر اوجرح في الحلق او بالآلام شديدة ناعسة فيه تمتد نحو الاذن ويكون عندهم مع ذلك احساس بجسم غريب في الحلق بحيث يلجئهم ذلك الاحساس الى فعل حركات ازدرادية متواترة تزيد في الالم وبعده ذلك بقليل تنضح الطواهر المؤلمة التي ذكرناها في المبحث الاول للاشكال الثمينة له من الالتهاب الحلقى النزلي فالازدراد لا يصير مؤلماً للغاية فقط بحيث كلما ارادت المرضى ازدراد بعض الاعباب اضطرت الى ان تقاص وجهها بل قد تنظر دالجواهر الغذائية سواء كانت صلبة او سائلة من القم والانف ثانياً بسبب ارتشاح عضلات اللهاة والمعوم وشلاهما وقد تشتمدهم هذه الاعراض بالكلية بحيث لا يمكن ازدراد شيء من الاغذية فيصير المريض في حالة كرب عظيم وافراز للعباب

يكون في هذا المرض متزايدا تزايدا عظيما بحيث يسيل من زوايا الفم عند  
 فتحه يدون بصق ويكون اللسان مغطى بطبقة سميكة ورائحة الفم كريهة  
 جدا وينضم لهذه الاعراض تغير مخصوص في الصوت بحيث تتغير نغمته  
 ويصير التسكلم انفيما واختر ومن العلامات الواصفة لهذا المرض ايضا  
 نعسر افتتاح الفم والتألم عند تباعد الفكين عن بعضهما بحيث لا يكون لهما  
 قدرة على تباعد الاسنان عن بعضها ببعض خطوط ويظهر ان سبب ذلك هو  
 التورم العظيم الحاصل في الصفاق القمي البلعومي وقد يعسر التنفس ايضا في  
 هذا المرض لكن هذا النورم نعسر التسكلم وفتح الفم لكن اذا اشتد عسر  
 النفس يكون محزنا فيمنعني الالتفات له جدا اذ قد يكون ناشئا عن اوذى باللسان  
 المزمار وبالبحث بالنظر في تجويف الفم والحلق الذي لا يتأني الا بعسر شديد  
 توجد اللوزتان منفتحتين التماخا عظيما بحيث تلامسان وتتضغط الغلصمة  
 المنفتحة اتقاها اوذىا يابئتهما وان كان الملتب احدى اللوزتين كانت  
 الغلصمة مندفعة الى الجهة المقابلة وقوائم اللهاة مندفعة نحو الامام ويوجد  
 في العنق حذاء اللوزة اى خلف واسفل زاوية الفك السفلى ورم صلب مؤلم  
 وكثيرا ما يتد الاثهاب في هذا المرض الى بوقى استما كيوس فينتج عنه آلام  
 عظيمة فيم ما وفي صندوق الطبله ايضا وهذه الاعراض الموضوعية تأخذ غالبا  
 في الشدة والازدياد نحو ثلاثه ايام او اربعة فتستد حينئذ الحمى وتنضعف  
 باعراض احتقان دماغي فتشكى المرضى بالآلام شديدة في الرأس وتفقد  
 النوم وتصير معذبة بالاحلام المقرعة وقد يحصل لهم هذيان وعند انتهاء هذا  
 الاثهاب بالتحال ويككون ذلك نحو انتهاء الاسبوع الاوّل تأخذ  
 الاعراض الموضوعية في التناقص شيئا فشيئا فيتم الشفاء في ثمانية ايام الى  
 اربعة عشر وعند انتهائه بالقيح وتكون الخراج يحصل المخاطات في  
 الاعراض بخفاء بعد ان تكون قد وصلت الى ارقى درجة من الشدة وكثيرا  
 ما لا تعرف المرضى افتتاح الخراج اللوزي الا بالمخاطات الاعراض بخفاء  
 فان القيح كثيرا ما يزدد اولا يستشعر بجزر وجه من الفم وقد يعرف انفتاحه  
 برائحة المواد المنقذة الكريهة ولونها المصفر القبيح ولا يعلم لماذا ان القيح  
 المنحصر والمخفوظ من تأثير الهواء يكون احيانا ذارائحة كريهة جدا



وتحصل النفاهة في الغالب بسرعة عظيمة عقب انفتاح الخراج  
وينتج عن الالتهاب القاعغمو في الحاد للهامة اعراض محسوسة للمريض  
مشابهة لاعراض التهاب اللوزتين فلا يتميز هذان الشكلان عن بعضهما  
الا بالبحث بالنظر

وحصول الذبحة القاعغومية المزمنة اما ان يكون من بطء مكث النوب  
الحادة او ذاتيات تدريجيا والاعراض الناتجة عن شكل هذا المرض تكون  
خفيفة ويتبعها في ذلك آلام قليلة وربما فقدت بالكليمة والافراز المخاطي  
المتزايد ينسب للنزلة المصاحبة لكن بطر وأدنى اسباب مضمرة ينقل هذا  
الشكل من الحالة المزمنة الى الحالة الحادة وكثيرا ما يتغير التكلم من ضخامة  
اللوزتين او يحصل للمريض عسر مستقر في السمع بسبب ضغطها ما على  
بوقى استما كبوس والغضمة الضخمة المستطيلة يمكن ان تهيئ فتحمة الزمار  
فينتج عنها سعال تشنجي اعتمادي

\* (المعالجة) \*

قد اوصى في هذا المرض بالاستفراغات الدموية العامة والموضعية الا انه  
لا يلجأ الى الاولى وان بالغ في استعمالها المعلم (ويو) مع التكرار اذا احتياج  
لها بالنظر للمرض في حد ذاته بل ولا المضاعفاته الانادرا واما الثانية اعنى  
الموضعية بارسال العلق على العنق فلا يتحصل منها الا على راحة قليلة وكذا  
تشريط اللوزتين فلا يتحصل على النجاح المرجو منه

ومتى ندب الطبيب لمعالجة هذا المرض في اليوم الاقل والثاني فله ان يستعمل  
طريقة (وابو) وهي عبارة عن مس الاجزاء الملتبسة بمسحوق الشب  
واستعمال الفراغر المأخوذة من محلوله المركبة من ثلاثة دراهم منه الى نصف  
اوقية على ست اواق من مغلى غروي كسغلى الشعير اعنى من ١٠ جرامات  
الى ١٥ جراما على ١٥٠ جراما من السائل وقد يستعمل الحجر الجهنمي  
مسايد الشب لاجل قطع سير هذا المرض

واما اذا ندب الطبيب بعد المدة المذكورة ولم تثمر طريقة (وابو) فينبغي  
استعمال التبريد العظيم فانه واسطة عقلية مؤيدة بالتجارب وذلك بان  
تستعمل الفراغر الباردة او تستعمل قطع من الجليد في القم ويلف العنق

بالرفاء المبتلة بالماء البارد بعد عصر خفيف وتغييرها مع السرعة  
ومنى ظهر التقيح يوصى باستعمال الضمادات الفاترة حول العنق ومضمضة  
الحلق بمقتوع البابونج ونحوه والمبادرة بفتح الخراج اما بشرط ملافوف  
عليه ثم يبط من المشمع الى قرب سنه واما بظفر الاصبع  
ثم ان المقيبات لا تستعمل في هذا المرض بالنظر لذاته وانما تستعمل اذا لم  
يمكن فتح الخراج بغيرها واما المسملات فتكون ناجحة سيما عند وجود اعراض  
الاحتمقان الدمغي واما الحمولات والمحمرات والابزن القدمية وغيرها من  
الجواهر المعتبرة نوعية في هذا المرض كصبغة البنيديلا والبورق وخشب  
لانها فليس لها تأثير في سير هذا المرض

واما الذبحة الغلغومية المزمنة فلا تفرق فيها الوسائط العلاجية الباطنة واذا  
كان انتفاخ اللوزتين ناشئا من ارتشاح التهابي فيها وجب استعمال محلول  
السب او فترات الفضة او صبغة البود الخفيفة مساعلي اللوزتين المنفتحتين  
ووضع المكمدات الباردة حول العنق وتركيها حتى تسخن واما اذا حصل  
في اللوزتين ضخامة فلا يتيسر ازالتها بعملية جراحية

\*(المبحث الخامس)\*

(في اصابات الحلق الزهري وتعرف بالذبحة الزهريية)

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

الاضطرابات الغذائية التي تنشأ عن الداء الزهري المبني في الغشاء المخاطي  
المعشى للحلق تكسر تارة وهو نادر في احتمقان الغشاء المخاطي واتفاخه  
ورخاوته وتغير افرازه اعني في جميع ظواهر التهاب النزلي وتارة وهو الغالب  
يحصل بتأثير التسمم الزهري حملات في الغشاء المخاطي من الحلق والبلعوم  
كالتى شرحناها عند الكلام على الاسفات الزهريية لانهم تستعمل فيما بعد الى  
قروح سطحية او لطخ عريضة وبالجملة يشاهد في الحلق والبلعوم اورام صغوية  
تعرف بالعدو الزهريية وعددت ثلاثي هذه الاورام وليتها تحصل تهتكات  
غائرة عمدة

وكل من الالتهاب النزلي الزهري للحلق والحملات الزهريية يعد من الظواهر  
التابعة للداء الزهري حيث انها في الغالب يعقبان بسرعة التسمم الزهري



واما العقد الصمغية فانها تعد من الظواهر الثلاثة لهذا المرض حيث انها  
تظهر في الادوار الاخيرة منه

(الصفات التشريحية)

اما الالتهاب النزلي الزهري للحلق والبلعوم فيجلسه غالباً قوائم اللهاة  
واللوزتان وكل من الاحرار المحدود بين اللهاة وسقف الحنك واللون  
الاحمر المرزق (اي النحاسي) للغشاء المخاطي ليس واصفاً لهذا الالتهاب  
فان كلامهم ما قد يوجد في الذبحات الحلقية المزمنة غير الزهرية  
واما الحلمات الزهرية للغشاء المخاطي فتشاهد كذلك على قوائم اللهاة  
واللوزتين فان هذه الاجزاء قد تكون مغطاة بحلمات مجتمعة في امتداد عظيم  
وان وصل في مثل هذه الاحوال تكدر في الطبقة البشرية فربما توهم  
بالتأمل بحسب الظاهر ان الغشاء المخاطي مغطى بأغشية كاذبة وان كانت  
هذه الطبقة المبيضة بين قوائم اللهاة فقط ربما توهم بحسب الظاهر ان هنالك  
قروحة ذات قاع شحمي والقروح الزهرية بالناسئة عن تلامس جزئي في  
الحلمات المخاطية الزهرية تكون فقط دجور محر القاع او مغطى بمادة  
سجايية دائمية بسهولة وهذه القروح قد تعرضا بالتلاشي الحاصل في  
الحلمات المتكونة جديدة في دائرتها غير ان هذه القروح لا يكون لها  
ميل للامتداد في الغور واما الدرن العريض فانه يكون على الغلصمة واما  
صغيرة حلبيّة اوزواند عنيقية

واما العقد الصمغية فانها تحصل في جميع اجزاء الحلق والبلعوم وان تكونت  
ابتداءً على اللوزتين شوهدت انها عظيمة الاتساع ذات سطح محرم الملس  
وبلين هذه العقد وتلاشيها تنشأ قروح بعد هذه العقد تكون في حجم  
العدسة او القولة غائرة ذات قاع شحمي ولا يندر تكون هذه العقد الصمغية  
خلف اللهاة فتمتد قبل ان تشاهد ويجلسها غالباً الغلصمة والاجزاء القريبة  
من قوائم اللهاة وتظهر الغلصمة في الابتداء كأنها ممتاً كلمة ثم تنقرح وتصبح  
معلقة بهنيق دقيق واخيراً يمكن ان تتمت بالكلية هي وجزء عظيم من اللهاة  
وبالمعالجة اللائقة تمتص هذه العقد وتزول وفي مثل هذه الاحوال تتكون  
نذب التمامية متشعبة وذلك بان يتكون في محل العقد متخولي ينكمش

فيما بعد وعند شفاء قروح عمدة تبقى ندب التحامية مبيضة من شبعة صلبة وقد يحصل التصاق اللهاة مع الاجزاء المجاورة وتضايق وانكماش في البلعوم او انسداد في بوق استاكيوس

• (الاعراض والسير) •

اما الالتهاب النزلي الزهري للحلق والبلعوم فلا يتميز في الابتداء عن غيره من اشكال الالتهابات النزلية للحلق فحينئذ لا يتم التمييز ولا يتأق الا فيها بعد اى عند تقدم سير المرض ومتى اشتكى المريض منذ اسابيع بالآلام عند الازرداد متوسطة الشدة وكان ظهورها تدريجيا لا فجائيا واسهت عصت الآلام المذكورة على الوسائط العلاجية الاعتيادية ويجب على الطبيب ان يظن ان الالتهاب النزلي الحلقى الموجود زهري النشوب واذا حصلت هذه الظاهرة عند مرضى كابت الاصابة بالقروح الزهريه الاولى قبل قليل من الاسابيع كان التشخيص اكيدا سيما ان حصل باسعمال الاستحضارات الزئبقية تحسین سريع

واما الحلمات المخاطية الزهريه فانها تنشأ غالبا بدون آلام ومكابدات أخرى حيث تشاهد أحيانا بالصدفة عند البحث عن حلقى مريض معتبره بظواهر زهريه وعند تفرح هذه الحلمات بصير الازرداد مؤلما وتضخ الاعراض المدركة للطبيب فيما تقدم ذكره في التفرح المرضي واما العقد الصمغية فانها تصطبج بالآلام وعسر في الازرداد عند ما تأخذ في اللين والتقرح وينبغي للطبيب البحث عن الجهة الخلقية من اللهاة بواسطة المنظار الاتي في كل مريض يظن فيه الاصابة بالداء الزهري متى تشكى بالآلام عند الازرداد ولولم يوجد بالنظر قروح في الحلق والبلعوم وحيما نيتضخ للطبيب وجود هذه العقد الصمغية من وجود اصداف رخمدودة جراء قاعمة على سطح اللهاة المقدم ذات مقاومة وعند ثقب اللهاة يتعسر الازرداد ويتغير الصوت كما تقدم خصوصا اذا كان هذا الثقب نحو الامام وقد تصل المطعومات والمشروبات الى الجوف الخيشيم ويسمع عند اولى كلمة من المريض اللغظ الاتي للصوت الاثن واما الاعراض المدركة للطبيب فلتراجع فيما ذكرناه فيما تقدم



\* (تنبیه) \* القاعدة المتبعة مجموعها هي ان ينكس في البحث عن الخلق الطيب بقوة وسرعة قاعدة اللسان عند فتح فم المريض ويأمره ينطق حرف الهمزة الفرائس او اذ بذلك يظهر جيداً ما كان مختمها خلف اللهاة على الجدار الخلقى من البلعوم وقد يستدعي الحال احياناً البحث عن الخلق وخلف اللهاة بالاصبع او المنظار الا اني كما ذكره المؤلف

\* (المعالجة) \*

الآفات الزهرية الحاصلة في الخلق تعالج باستعمال المربكات الزنبقية ولم يرفض استعمالها من الاطباء الا من كان ينكر منفعتهما في مثل هذه الآفات مع انها فيم النجج منها في غيرها من الآفات الزهرية والنكسات وان حصلت هنا ايضا عقب استعمالها فهي اقل حرجاً ولا منها عقب استعمال غيرها من الطرق العلاجية المضادة للذات الزهري وتستهمل مقدار صغيرة من الزئبق الخلو او يودور الزئبق لمقاومة الالتهاب الترنزي الزهري الحاصل في الخلق وتولدانه الزهرية وقروحها التي لا تميل للامتداد في العرض والغور واما القروح التي تنذر بفساد المنسوجات في امتداد عظيم فيعطى فيها الزئبق الخلو بمقدار عظيم على حسب طريقة المعلم (واين هولد) العلاجية وهو ان يعطى للمريض مساءً جملة ايام على التعاقب من خمسة ديسى جرامات الى عشرة اعنى من نصف جرام الى جرام حتى يقف التتمك وهذا يحصل غالباً في اليوم الثالث او الرابع فان امتدت القروح بسرعة يوصى بزيادة عما تقدم بكميات باسائل فترات الزئبق الخفى او بالجر الخفى

\* (البحث السادس) \*

(في الخراجات خلف البلعوم)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

يشاهد احياناً في المنسوج الخلو بين العمود الفقري والبلعوم التهابات تنهى بالمقيح خصوصاً في الاطفال ثم تارة وهو الغالب يكون ينبوع هذا المرض تسوس الفقرات العنقية وتارة تتسكون عن التهاب خنازيري وتقيح في العقد اللينفاوية الكائنة خلف الجدار الخلقى من البلعوم و احياناً يظهر هذا المرض صاحباً لالتهابات تابعة في غيره هذا العضو من الاعضاء كما

يشاهد ذلك عند انتهاء مسير التيقوس والتسمم الصديدي للدم ونحو ذلك  
وبالجملة قد يظهر هذا المرض ظهورا ذاتيا فاعلم بنفسه ويكون اذ ذلك  
فلغوه ويناد اتما

(الصفات التشريحية)

كثيرا ما ين دفع الجدار الخلقى نحو الامام من تجمع صديدي خلفه فيبرز في  
تجويف الخلق فيضيقه او يسده بالكليمة والصديدا ما ان يثقب جدار  
البلعوم فيما بعد او ينخر نحو تجويف الصدر فيثقب المري او القصبة  
الهوائية او البلبورا

(الاعراض والسير)

متى انضم تكون الخراج خلف البلعوم لتسوس في الفقرات العنقية كان  
ذلك مسبوقا بزمن متقاوت بعسر في حر كالتعرق وغيره من اعراض  
امراض هذا الجزء من العمود الفقري وهذا المرض في مثل هذه الحالة  
لا يخفى على الطبيب فان عاداته ان يبحث عن الخلق بالنظر مع الدقة متى حصل  
تعسر في الازدراد واما في غير هذه الحالة خصوصا في الاطفال الذين يظهر فيهم  
هذا الداء بدون تلك السوابق المرضية فمعرفة فيها عسرة جدا والغالب  
ان كلا من قلق الاطفال وعدم قبولهم حلبة الثدي والضحك الشديد عند  
جبرهم على الرضاعة ونوب السعال او الاختناق القاطعة للشرب تنسب  
خطأ في الغالب لمرض اولي في الخنجرية وهو الذبحة الخنجرية الغشائية سيما  
متى انضم لذلك عسر مستمر في التنفس وكان صوت الاطفال ابح او مفقودا  
وعندهم سعال ابح رنان والبحث الدقي عن الخلق يوقفنا بسرعة على حقيقة  
التشخيص الذي انهمل عنه وجود مجموع الاعراض السابق ذكرها  
كان من الخطا العظيم فان الاصبغ الباحث يحس غالباً خلف اللهاة يورم  
متوتر مرن متموج في الغالب وقد ينفجر الخراج بنفسه في البلعوم فيزدر  
متحصلا او يتقدف الى الخارج وحينئذ تحصل راحة فجائية وكثيرا ما ينتهي  
هذا المرض انتهاء محزنا بالموت اذ لم يسعف المربص وقت فعل الوسائط اللازمة  
فان كلا من غلق فوهة المزمار غلقا تاما بواسطة الورم المتزايد وانفتاح  
الخراج في انشاء النوم ودخول متحصلا في الخنجرية يمكن ان يؤدي للاختناق



وفي احوال اخرى قديسرى الصديد الى تجويف الصدر فيودى لحصول  
الالتهاب اليبلى راوى او الرئوى او التامورى  
\* (المعالجة) \*

متى عرف تكون الخراج بودر بفتح ه على حسب القواعد الجراحية اما  
بواسطة المشرب بعد تغليفه بشريط من نحو المشمع الى قرب سنه او بظفر  
الطيب ان امكن

\* (المبحث السابع) \*

(في ذبحة لودويج)

قد يكون كل من قاع القم والنسوج الخلووى بين العضلات وتحت الجلد  
للقسم تحت الفك مجلسا احيا نالتهاب فلغمونى يودى بسرعة لتتركز  
وتقرح منتشر واحيا نايودى لتكون الخراج ولا يندرانهاؤه بالتحال وهذا  
المرض المعروف بالتهاب النسوج الخلووى العنقى الغنغرىنى وهى تسمية  
في غير محامها والاولى تسميته كما قدم بذبحة لودويج الذى كان يعلم الطب في  
استجارى وهو اول من شرحه بالذبة كثيرا ما يشاهد على انفراده مكوونا  
لمرض قائم بنفسه ويظهر احيا نوا باثيا وفي بعض الاحوال التى شاهدتها  
بنفسى كان التهاب الجوهر الخلووى آخذ البداؤه من التهاب السمحاق  
تحت الفك السفلى وبالجملة قد وجد شكل من هذا المرض ينضم لالتهاب  
النكفة العرضى والانتقالى كالذى يظهر في اثناء سير التيفوس وغيره من  
الامراض التسممية العامة ويكون منشؤه بحسب غلبة الظن من الغدد  
تحت الفك

وهذا المرض يتبدى بانتفاخ ممتد اوت اللمشدة صاحب للغاية في قسم احدى  
الغديتين تحت الفك ويحس بهذا الورم من داخل القم ومن الظاهر ويصير  
الجلد المغطى لهذا الورم حائظ اللونه الطبيعى وعماقيل ينتشر في جميع القسم  
تحت الفك والى الاعلى نحو الغدة النكفة والى الاسفل احيا نانحو الخنجره  
والقصبة الهوائية وقاع تجويف الخنك يرتفع حينئذ الى الاعلى فيتمسك  
كل من المضغ والتكلم تسرا زاندا وتمكاد نفسه مدحركات اللسان بالكلمة  
ويتعذر على المريض فتحفه وذلك لان العضلات المنوطه بهذه الوظيفة من

جهة تكون موضوعة في المنسوج الخلوى المتهب ومن جهة أخرى  
تكون هي نفسها مشاركة لغيرها في الالتهاب وهذا المرض يكون سيره عادة  
مصحوبا بجمي متوسطة الشدة واضطراب عمومي قليل وفي أحوال أخرى  
تكون الخي شديدة وكذا الاضطراب البني العمومي

وتيسر هذا الورم يزول ببطء ولو في الأحوال الجيدة والانهاء بالتحال وعند  
انتهائه بالخراج يحمر الجلد في محل محدود ويظهر فيه القوج ثم ينشق غطاء  
الخراج المسترق بالصدية وكثيرا ما يحصل انفجاره في تجوف الفم وعند انهاء  
هذا المرض بالتهكروا والتقرح المنتشر يخرج بدلا عن القيح الجيسدساتل  
كريبه الرائحة محتاطا بهدا بخلوية ذولون وسخو قد يحصل الموت عند ارتقاء  
هذا المرض الى أشد درجاته بواسطة أذيعا الزمار والاختناق وتسهم الدم  
الصدیدی عند انتهائه بالتهكروا والتقرح وأما في أشكاله الاتقالية  
فالاتهاء المحزن يكون في الغالب متعلقا بالمرض الاصلی

#### (المعالجة)

يجتهدا ببدء في تحليل هذا الالتهاب باسأل كمية عظيمة من العلق بجوار  
الورم ثم باستعمال الضمادات الفاترة على الاوامر وعند ظهور القوج ينبغي  
اخراج الصدي بواسطة شق عظيم وعند التهديد بالاختناق مثلا تفعل شقوق  
عديدة وان لم يفر ذلك وخيف من حصول ما ذكر وجبت المبادرة بفعل القطع  
الخجري وان بقي انتفاخ يابس غير مؤلم زمنا طويلا فالاجود طبة التجاربي  
استعمال الحرارة يرق فانها أنفع من الدلك بالمرهم اليودية او لزبقية والمس  
بصبغة اليود او محلول (اليجول)

\* (الفصل الثالث) \*

(في أمراض المري)

\* (المبحث الأول) \*

(في الالتهاب المروي ويعرف بعسر الازرداد الالتهابي)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

كل من الالتهاب التزلي والالتهاب ذي الغشاء الكاذب والالتهاب البثري  
يعتري الغشاء المخاطي المروي كما يعتريه ايضا قروح وقد يحصل فيه



تذكرز وتفحصم عقب تأثير الكاويات الكيماوية الشديدة وقديعة ترى  
 المنسوج الخلووى تحت هذا الغشاء التهابات وتجمعات صديدية  
 فأما الالتهاب النزلى لهذا العضو فأكثر مما يحصل من المؤثرات المضرة  
 الموضوعية كالطعومات الحريفة او الساخنة جدا وكادخل الجبس المروى  
 ادخالا غير صناعى وقديمتد الالتهاب المعدى او الحلقى النزلى نحو المرى كما كان  
 التهاب هذا العضو النزلى قديما يكون متعلقا باحتقانات وريدية احتماسية  
 ناشئة عن مرض فى القلب او فى الرئتين فيتم الغشاء المخاطى لجمع القناة  
 الهضمية

وأما الالتهاب المروى ذوا الغشاء الكاذب فتندر مشاهدته ويكاد لا يحصل  
 الا عند وجود التهاب ذى غشاء كاذب فى الحجر أو الحلق او مدة سير  
 التيفوس او الحالة التيفويدية للهيضة او فى الجيمات الطفحجية الحادة  
 وأما الالتهاب البثرى للمرى فيندر حصوله فى الجدرى او عقب استعمال  
 الطرطير المقيئ

وأما قروح المرى فالاعقاب ان تنشأ من أجسام حادة تنبت مثل الغشاء  
 المخاطى او من أجسام زاوية تقف فى أحد اجزاء هذا العضو وتحتبس فيه  
 ويندر ان تذكر عقب كى الغشاء المخاطى وفى مدة سير الالتهاب النزلى  
 المزمع لهذا العضو وعين هذه الاسباب قد تؤدى لالتهاب المنسوج الخلووى  
 تحت الغشاء المخاطى وتقيحه واما التفحم الحزنى من الغشاء المخاطى المروى  
 فانه يحصل عقب تأثير الجواهر الالكاليسية الحوامض المركزة  
 (الصفات التشرىحية)

أما الالتهاب المروى النزلى فتندر مشاهدته على شكل حاذق فى الجنة وان شوهد  
 كان الغشاء المخاطى ذا احمرار شديد متفخما سهل التمزق ومغطى باقراز  
 مخاطى واما الالتهاب المروى النزلى المزمع فيظهر فيه الغشاء المخاطى سيما لثته  
 السفلى سميكاهم بمحراوسمخاوسنجايباومغطى بمادة مخاطية لزجة وقد ينتج  
 عن الالتهاب المذكور هذا العضو اتساع فيه عقب استرخاء طبقة العضلية  
 كما ينتج عنه ضيق فيه عقب التضامة الحزنية الطبقة العضلية المذكورة  
 هى والمنسوج الخلووى تحتها راجع المبحث الثانى والثالث

وأما الالتهاب المروي ذوالغشاء الكاذب فيوجد فيه الغشاء المخاطي احمر قائما ومغطى بنضج غشائي مختلف السمك على هيئة لطح أو غشبية ممتدة

وأما الالتهاب البثري لهذا العضو فتتكون في طبقة منه البثرية بثرات غير واضحة تملأ بالصديد وتفتقر فيخلقها فقد جوهه سطحى وهذا الشكل يكون قاصرا على الثلث السفلى المروي اذا كان هذا الالتهاب ناتجا عن استعمال الطرطير المقتضى

واما قروح المريء فالغالب ان تكون على هيئة تسلخات سطحية في سطح الغشاء المخاطي امكن قديما قروح جميع سمك الغشاء المخاطي بل قديما القروح الى الطبقة العضلية والمنسوج الخلوى المحيط بها

واما التهاب المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطي فقد ينشأ عنه سهماكة وتضايق في المريء اذا كان سيرا هذا الالتهاب من منا وقدينا عنه تقيح وخراجات اذا كان سيرا حادا

واما الالتهاب المروي الذي ينتج عن جواهر كاوية فتسبب فيه الاصفار المصابة الى خشك كريات مسخرة متغيرة اللون او مسودة ويظهر حولها بسرعة احقان ونضج غزير من مادة مصلبة ثم تنفصل الخشك كريشة وقد يستعاض فقط بالجواهر لكن بخلافه دائما تضايق في المريء متى كان التهاب عظيم عقب انقباض المنسوج الندبي

#### (الاعراض والسير)

يتضح بسهولة عند ازدياد بلعات غذائية ساخنة قلة احساس المريء سيما جزءه السفلى فلا تحصل الا لام الا في الالتهابات المروية الشديدة جدا كالتي تحصل عقب حرق هذا العضو وجره بواسطة اجسام حادة مديية وكالتي تعقب تأثير الجواهر السكاوية الاكالة ويمس به هذه الا لام حينئذ في الجزء القاع من الصدر وفي الظهر بين الكتفين ثم ان هذه الاشكال الثمينة من الالتهاب يشاهد فيها ايضا عسر في الازدياد متى التهابت عضلات المريء وارتشحت بمادة مصلبة اذ لا يكون لها مقدرة حينئذ على دفع البلعات الغذائية وهذه الحالة المعروفة قديما بعسر الازدياد الالتهابي تصطبغ دائما



بضميق وضجر شديدين وكلما كان وقوف البلعة الغذائية في اعلى المريء كان احساس المريض بها قوى وعند اجراء حر كات ازدراد جديدة يمكن بانقباضات المريء وموضعا عن دفعها ما احتوى عليه هذا العضو الى اسفل طرده الى اعلى بحيث تنهقه قر الاغذية المزدردة ثانيا ويخرج معها مواد مخاطية مدممة وبعض اجزاء من النضج الالتهابي وجميع هذه الاعراض يصطبغ دائما بعطش شديد وقد تكون مصحوبة مع ذلك باعراض حمية سيما اذا امتد الالتهاب امتدادا عظيما ثم اذا كان سير هذا المرض حميدا تزول الاعراض تدريجيا في الغالب وقد تزول دفعة واحدة عقب انفتاح خراج متمكون في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي المروى وقد يخالف هذا المرض تضايقات مروية وربما اعقبه الموت عقب تثقب المريء او تزوقه

#### راجع المبحث الخامس

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

واما القروح المروية المزمنة فانه ينشأ عنها احما نا آلام فارة في محل معين من هذا العضو وعسر مسمر في الازدراد لكن لا تيسر تمييزها عن التضايقات الابعة ادخال الجس المروى غالبا اذ في حال التقرح المروى لا يعوق الجس عائق ويخرج معه مواد مخاطية مدممة وعند التهام القروح المروية تنضج اعراض تضايق المريء

#### (المعالجة)

معالجة الالتهاب المروى لا تكون الا في الاحوال الثقيلة جدا لان اشكاله

القيمة لا تعرف قسماً تخرج الاجسام الغريبة الناشئة عنها الالتهاب على حسب القوانين الجراحية وعند حصول النأكل بواسطة الحوامض المعدنية او القلوبات السكاوية لا ينبغي استعمال مضادات هذه الجوهر الا اذا كان المرض حديداً و يقتصر في الالتهابات الحادة لهذا العضو على اعطاء الماء الجليدي او تعاطي بعض قطع صغيرة منه في الفم ثم استعمالها واستعمال الاستفرغات الدوائية عامة او موضعية لاثرة فيه اصلا بل ربما كان مضراً كما ان تعاطي الادوية عسرة ولا نجاح فيه غالباً واذا كان المريض ذا اقتدار على الازدراد لا تعطى له الا الاغذية السائلة واذا لم يكن ذا قدرة على الازدراد يلجأ لتغذيته بواسطة المحس المروي او الحقن وعند وجود قروح مزمنة لا تثمر الطرق العلاجية المتعددة الموصى باستعمالها فيقتصر حينئذ في معالجة المرضى على تغذيتهم بغاية الاحتراس والالطف

\*(المبحث الثاني)\*

(في تضايق المري)

\*(قيمة الظهور والاسباب)\*

تضايق المري تارة ينشأ عن الضغط الواقع عليه وتارة عن نمو تولدات مرضية في قناته وتارة عن تغيرات في جدره وهذه الحالة هي الجديرة بان تسمى بتضايق المري وهي نتج عن انهما آت الالتهاب المذكور في المبحث السابق

(الصفات التشريحية)

اما الضغط على المري فقد يحصل بكيفية ميكانيكية واغلب الاسباب هي اما من اتفاخ الغدة الدرقيّة والغدد اللينقاوية للعنق وغدد الحجاب المنصف وامامن تحول العظم اللامي وامامن الاورام العظمية التي تحصل في العمود الفقري وامامن الخراجات والاورام السائلة بين القصبة الهوائية والمري وامامن سرطان الرئة والبلغمور او الانورينزما وتارة وهو نادراً ضغط البلغم المروية التي سنشرحها في المبحث الآتي على الاجراء السائلة اسفل منها من المري وقد وجد في بعض الاحوال التي شوهد فيها الامة انضغاط المري واضحة مدة الحياة ان الشريان تحت الترقوة الايمن المتدد قد مرض بما خارج من خلف الشريان تحت الترقوة الايسر وسائر جهته اليمن من بين



القصبة الهوائية والمرى او من بين المرى والعمود الفقري وهذا الشكل  
من تعسر الازدراد المائي عن عيب طبيعي يسمى بعسر الازدراد الخلق  
واما التولدات الجديدة التي تظهر على السطح الباطن من المرى فهي اكثر  
الاسباب التي تاجل تضايقه وسنتكلم عليها في المبحث الرابع  
واما ما يسمى بتضايق المرى حقة فينشأ اولاً عن انقباض ندبي في اغشيتيه  
يتكون عقب فقد جوهر عظيم فيها وهو يخزن في الغالب التام كل او القروح  
الممتدة وثانياً عن ضخامة في الطبقة العضلية والمنسوج الخلوي الكائن بين  
اليافها ناتجة عن الاتهاب النزلي المزمن لهذا العضو بحيث يظهر عنه دمشق  
جدار هذا العضو السميك جداً شقاً طويلاً هيمته مخططة مخصوصة لان  
الالياف العضلية الضخمة تكون ذات لون اسمر محمر واما المنسوج الخلوي  
الضخم الكائن بينها فيكون ذا لون مبيض ومكوناً للجوارح القمية ومع ذلك  
يكون الغشاء المخاطي على الدوام ثخيناً متمتفاً غير مستو وثائقاً عن ضخامة  
في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي لهذا العضو وانكشاه انكشاه

ندبياً

ثم ان تضايق المرى تارة يكون غير واضح بالكلمة وتارة يكون عظيماً جداً  
بحيث ينسد تجويفه وهذا التضايق يعترى الثالث السفلي من المرى  
غالباً وقد يشاهد في بقية اجزائه وجدار المرى على محل التضايق تمكاد  
تكون ذات ضخامة على الدوام وقناة هذا الجزء الاعلى متسعة واما  
جداره اسفل محل التضايق فتكون ذات رقة وقناة هذا الجزء الاسفل  
منطقة

### (الاعراض والسير)

حيث ان تضايق المرى على اختلاف اسبابه يتكون دائماً تكوناً تدريجياً  
يبدأ ولا بد هذا المرض باعراض غير خطيرة وغير مهمة في الظاهر اذ قد يستمر  
العائق زمناً طويلاً خفيفاً عند ازدراد البلعاء الغذائية العظيمة ثم يزول  
بالشرب واجراء حر كانت ازدرادية قوية فيكون ذلك هو العرض الوحيد  
لهذا المرض ثم يزداد عسر الازدراد شيئاً فشيئاً ولو اعتدت المرضي بمضغ  
الاغذية وتجزئتها بحيث يتعسر عليهم ثم تدريجاً ازدراد البلعاء الغذائية

ووصولها الى المعدة والجزء الذي تحس المرضي فيه بوقوف البلعة الغذائية  
يكاد يكون على الدوام خاف فاعداً القصد وان كان محل التضايق قريباً  
من الفؤاد أي فم المعدة ثم يقوى ازدياد عسر الازدراد بحيث لا يتيسر ازدراد  
الجواهر السائلة

وكما نظم العائق وقل امكان قهره بواسطة الشرب او باجراء حركات  
ازدرادية جديدة كثر تهقر البلعة الغذائية واندفاعها الى الاعلى ثانياً  
وارتداد البلعة الغذائية لا يكون بحركات ديدانية عكسية اي غير طبيعية  
كما قد يتوهم ومعنى كونها عكسية ان يعقب انقباض جزءها من المريء  
انقباض الجزء الاعلى منه لان هذه الحركات لا تحصل في المريء اصلاً كما ثبت  
ذلك بالمشاهدات الفسيولوجية بل ان انقباضات المريء التي تحدث بالصناعة  
لا تسرى دائماً الى الاعلى الى الاسفل حتى تجاوز محل التضايق ومع ذلك  
فلا مانع من اندفاع البلعة الغذائية وتهقرها الى اعلى اذا لم يكن مرورها  
الى اسفل بالحركات الديدانية الطبيعية اي المستقيمة التي تقدم من اعلى الى  
اسفل حتى تصل الى محل التضايق فلا يتيسر مرور البلعة منه فحينئذ يتتابع  
البلعات يمتليء المريء وتدفع السقلى ما فوقها فيحصل تهقر فيما احتوى عليه  
المريء الى القسم ثانياً واحياناً لا يحصل ادنى انقباض في عضلات البطن  
عند حصول هذا الشكل من التقيء وفي احوال أخرى تحصل انقباضات  
تشجيمية في عضلات البطن بدون ان يكون لذلك دخل في استقراغ المريء  
وعند ازدياد التضايق في المريء يحس على الدوام بعد الاكل والشرب بضغط  
مؤلم عائر في الصدر مصحوب بقلق وضجر عظيم يرتقيان الى درجة عظيمة حتى  
تنقذف المواد المزدرودة سواء كانت قليلة السكمية او كثيرتها وهو الغالب  
من القسم ثانياً اختياراً واضطراباً بواسطة مجهودات ازدرادية انقذاً  
متمعباً تدرجياً وتكون المواد المندفعة ثانياً قليلة التغير لسكنها محتاطة بمواد  
مخاطية كثيرة

ومما يؤكدها حقيقة التشخيص استعمال المجلس المروي اذ به يعرف  
التضايق ودرجته ومجاسه بل وشكله  
ومع وجود هذه الظواهر الناتجة عن التضايق او وجود سرطان او غيره من



الاورام تشاهد شحافة تدريجية تأخذ في التزايد أتمنا نتجده عن عدم وصول  
الجواهر الغذائية للمعدة فحينئذ تنقبض البطن ويتمنع التبرز يا مابل اسابيع  
فتملك المرضى من الحرمان والجوع

(المعالجة)

معالجة تضيق المريء من ثعلبات الجراحة وبجهد الطيب والصبر  
والمدامة يمكن الحصول على نتائج عظيمة بحيث في ابتداء الامر الذي  
لا يتيسر فيه احبانا ادخال اساطير مرنة دقيقة يمكن الوصول بالتدريج فيها  
بعد ادخال مجسات مروية عظيمة بل وباعادة غذائية مناسبة الخيم كما شوهد  
ذلك في مريض عولج في الاكلينك الجراحي في مدينة حريسولد كان  
مصابا بتضيق مروى حاصل عن اسباب غير مدركة وحيث يكون المريء  
المتضيق على الدوام مجلسا لمواد مخاطية متراكمة تزيد في عوق مرور  
المطعومات فوصى المرضى المصابة بتضيقات مروية باستعمال ماء الصودا  
او محلول بي كربونات الصودا كواسطة نسيجية ونأمرها بتعاطي جملة  
ملاعق من هذا المحلول الدوائى قبل كل اكل حتى تندفع المواد المخاطية  
ويسهل مرور المطعومات منه

\* (المبحث الثالث) \*

(في تمدد المريء)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

تمدد المريء اما ان يكون عاما لهذا العضو او جزئيا فاصرا على امتداد قليل  
منه وقد لا يعترى هذا الاخير الا جهة من جدره فينشأ عن ذلك تجاوز يف فيها  
كثيرا ما يعظم حجمها فتصير على شكل جيوب متصلة بالمريء تسمى بالجيوب  
المروية وقد تتسكون جدر تلك الجيوب من الغشاء المخاطى فقط بان يبرز  
هذا الغشاء بين الياف المريء العضلية على هيئة القمق ويكون مغطى  
بالطبقة الخلوية الظاهرة

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

الترلي المزمن وشل طبقة العضلة الناشئة عنه ويظهر أن تمدد المريء  
الذي قد يشاهد عند المرضى المصابة بأمراض مزمنة في المعدة مع قلة متكرر  
ناشي عن ذلك أيضا وكثيرا ما تكون أسباب تمدد المريء غير معروفة وأما  
زعم بعضهم أنه ناشئ عن ارتجاج الجسم أو عن معالجة داء القوس بتماطي  
كبيرة عظيمة جدا من الماء القاتر فلا يعول عليه وقد تتكون الجيوب المرورية  
عن الاجسام الغريبة التي تنشب في ثنيات الغشاء المخاطي وتغور في جداره  
شيئا فشيئا بضغط الاغذية المارة عليها من البلعوم وقد تتكون في بعض  
الاحوال من ضمور بعض الغدد الشعبية التي كانت متصلة بالغشاء المخاطي  
مدة التام او اتفاحها ثم جذبته معها عند ضمورها وقد لا تعرف اسباب  
تكون الجيوب المرورية بالكلمة

\* (الصفات التشريحية) \*

اما التمدد العام للمريء فتكون فيه قناة هذا العضو ممددة في غلظ ذراع  
الرجل وجدرها ذات ضخامة غالباً يندر كونها رقيقة  
وأما التمدد الجزئي ففيه يكون الجزء الذي في أعلى محل التضيق مباشرة أكثر  
اتساعاً ثم يتناقص نحو الاعلى بحيث يتكون من ذلك كيم مستطيل يوجد  
في قاعدته قفحة ضيقة

وأما الجيوب المرورية فتتكون في الاغلب حذاء تفرع القصبة الرئوية  
وقد تتكون في محل اتصال البلعوم بالمريء وهذه الجيوب في الابتداء  
تكون مستديرة ثم تستحيل فيما بعد الى معلقات اسطوانية او هرمية كائنة  
بين البلعوم والعمود الفقري واستطراق هذه الجيوب بالمريء يكون بواسطة  
قفحة ضيقة مبرزية منكمشة وقد تظهر هذه الجيوب كامتداد اعوري  
للمريء وفيه تتراكم المواد الغذائية فالجزء السفلي من المريء اذ ذلك يكون  
فارغاً متصافاً من طبقة اعلى نفسه

\* (الاعراض والسير) \*

أما التمدد العام للمريء فيوجد بدون ظواهر مرضية تدل عليه وأما  
التمدد الجزئي في الكائن اعلى محل التضيق فلا يتوعد اعراض التضيق الا من  
حيث كون الاغذية تتكثرت زماناً طويلاً في المريء وتتراكم فيه بمقدار عظيم



قبل ان تتقهقر وعند طردها الى الخارج (بحركة الحركه الاجترار) تكون  
لبنة جدا محتلمة بواد مخاطية وتارة فاسدة متعفنة لكن غير منضمة وذات  
خواص قلوبية فينبغي الالتفات الى هذا الامر اذ به يتميز كون الاغذية مر تدة  
من المعدة او من المري \*

ومتى وصلت الجيوب المروية بلجم عظيم جدا بحيث تقف الاغذية فيها بدل  
المعدة نتج عن ذلك اعراض تشابه اعراض نضايق المريء المصحوبة بقصد  
جزئي تابعي فالاغذية المزدردة تنطرد ثانيا بعد يسير من الساعات غالباً وتكون  
ذات فساد متقدم ويتشم من فم المرضى رائحة كريهة منقذة وقد لا تعرف  
حقيقة التشخيص الا بالجنس المروى فانه تارة تصادم عاقبة عظيمات تارة ينزلق  
من امام الجيب المروى ويصل الى المعدة بدون عائق واذا كان الجيب  
المروى في مية هذا العضو اي نحو طرفه العلوي أمكن ان يشاهد خاف  
الخجيرة ورم رخوي يزيد حجمه عقب تعاطي المطعومات ويتناقص عقب  
استفراغها وأما اذا كان اسفل من ذلك فينتج عنه احكاما من الضغط على  
القصبية الهوائية والاوعية الغليظة عسر عظيم في التنفس واضطرابات  
في الدورة الدموية وفي مثل هذه الحالة تم لك المريء وجوعا

\*(المعالجة)\*

ليس للصناعة اقتدار على معالجة تمدد المريء نعم اذا تيسر الوصول بالجس الى  
المعدة من امام الجيب المروى وجب تغذية المريض زمنا طويلا بواسطة ذلك  
الجس عسى ان يصغر حجم الجيب المروى عقب منع دخول الاغذية فيه  
وهيات ان يحصل ذلك

\*(المبحث الرابع)\*

(في التولدات الجديدة المرضية للمريء)

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

يشدر مشاهد اورد الاورام الليضية في المريء وأما الدرن فيكاد لا يشاهد فيه  
مطلقاً وأما السرطان فيحصل فيه بكثرة والغالب ان يكون حصوله في - اذا  
العضو اويما ويشدر امتدادها اليه من التولدات السرطانية للجباب  
المنصف

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

\* (الصفات القشرية) \*

أما الاورام الليفية فهي تجمعات منخركة ذات لون ابيض مزرق في حجم حب  
العدس او القول وتنشأ في المنسوج الخلقى تحت الغشاء المخاطي لهذا  
العضو وقد تظهر على شكل بوليبوس ذي عنق منقسم طرفه السائب الى  
جمله فصوص والغالب ان يكون منشؤها من سماك الغضروف الخجيري  
الخليقي كما قاله (روكيتانسكي)

وأما تولداته السرطانية فأكثرها السرطان البشري ويندر وجود  
الاسكروس والسرطان النخاعي في هذا العضو والاعراب ان يكون مجلس  
السرطان الثلث السفلي والعلوي من المري ويندر ان يعترى الثلث الاوسط  
والغالب ان الاستحالة المرضية تصيب جميع دائرة القناة المرورية فتكون  
حينئذ التضيق السرطاني لهذا العضو وهذه الاستحالة تتبدئ دائما  
بالمسوح الخلقى تحت الغشاء المخاطي ثم تتدبسرعة الى الغشاء المذكور  
فتبرز على سطحه وعندئذ ينشأ السرطان وتلاشيمه تتكون قروح غير  
منتظمة مسطحة بدارية من تشحة مغطاة بطرمدم ومواد صلبة او مواد  
خالية مسودة وقديمة السرطان المري من طبقة الظاهرة الخالية الى  
الاعضاء المجاورة وعندئذ تقرحه تحصل ثقبات في القصبية الهوائية  
والشعب وربما حصلت مع ذلك في الابر والشرايين الرئوية

\* (الاعراض والسير) \*

أما الاورام الليفية الصغيرة المتجزكة لهذا العضو فلا ينشأ عنها اعراض  
وأما البوليبوس الليفي ذو العنق فيصطب بطواهر تضيق المري وقد ينتج  
عنه نزفة ويمكن الوصول اليه بالجس المروي بل وبالاصبع ان كان مجلسه  
جهة الاعلى

وأما سرطان المري فلا تعرفه لانه يغلب على الظن وجوده متى ظهر  
عند مريض متقدم في السن عصر في الازدراد بدون سبب معلوم يزاد شيئا



فشيأ على التعاقب الى ان تنتج عنه الطواهر المهولة التي ذكرناها في المبحث الثاني من هذا الفصل سيما عند من اعتاد على المشروبات الروحية فان من المعلوم ان اغلب اسباب التضايقات المروية هو السرطان واما بقية أنواع التضايق المروية فنادر جدا بالنسبة له ويقوى الظن بوجود تضايق سرطاني في المريء وفي انضم لذلك آلام ناخسة في محال مختلفة خصوصا بين الكنفين وحصل للمريض فحانة سريعة واكتسب اللون الاصفر الوسخ الكاشكسي الذي يظهر عادة في الوجه عند من يكون مصابا بالسرطان على العموم ويتأ كذا للتشخيص اذا خرج مع المواد الخاطبة او الصديدية المدعمة المنبصقة او المتشبهة بالجس المروي قطع سرطانية وتحقق الطبيب من طبيعتها وقد تتناقص اعراض التضايق عند تقدم سير هذا المرض عقب تلاشى السرطان لكن لاتزال النخافة آخذة في التزايد بسرعة فتتفخ الاطراف وتتكون تعقدات في الاوردة الفخذية غالباً وينتهي الحال بالموت عقب النهوكة او عقب تنقب أحد الاعضاء السابق ذكرها

\* (المعالجة) \*

توسيع التضايق السرطاني للمريء بواسطة الجسات أمر خطر ينبغي تركه بدون عملية التوسيع متى عرفت طبيعة المرض وذلك انه في ابتداء سير هذا المرض يسرع في تفرجه وفي دوره الاخير يؤدي لحصول التثقيبات المروية فالمعالجة حينئذ لاتكون الاعرضية فعند التألم الشديد تعطى الاستحضارات الافيونية وعند عدم القدرة على الازدراد يجتهد في تغذية المرضى بالحقن من الامراق وان لم يكن في ذلك ثمرة من حينية النجاح

\* (المبحث الخامس) \*

(في تنقب المريء وتمزقه)

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

تنقب المريء من الظاهر الى الباطن فينشأ اما عن اينوريزما الاورطى  
او عن تفرح الغدد المشيمية الدريسية وتلاشها سيما التي مجلسها محل تفرع  
القصبية الهوائية واما عن خراجات كائنة على الجهة المقدمية من العمود  
النفري ناشئة عن تسوس الفقرات او عن كهوف درسية

واما تمزق المريء بدون تقدم تغيرات مادية في جداره فلم يشاهد الا نادرا جدا  
والغالب ان جدار المريء التي كانت متمسكة بالكلية اما بواسطة السرطان  
او التآكل بالكاويات والتقرحات وقرسية من التمزق تتمزق فجأة عند التجشئ  
الشديد والقيء

ومتى انثقت جدار المريء باحدى الكيفيات المذكورة وصل متحصله الى  
المسوج العلوى المحيط به او تكون عن ذلك استطرافات بين هذا العضو  
والقصبية الهوائية او بينه وبين تجاويف البلعور او التامورا او بينه وبين  
الاوعية الغامضة

وقد ينظر في الاعضاء المجاورة للمريء التهابات التصاقية قبل حصول التمزق  
او التنقب بسبب تقدم الفساد نحوها واعراض هذه الالتهابات حينئذ تعتبر  
من مقدمات هذا التنقب وقد شاهدت عند مريض مصاب بسرطان في المريء  
ظهور التهاب بلعور او من دوج والتهاب تامورى ظهورا تدريجيا وعند  
فعل الصفات التشميرية وجدت المحال الملائمة للسرطان من البلعور  
وعلاف القلب متغيرة اللون واقعة في حالة خشك يشبه السكر لكن لم يكن حصل  
فيها خروج متحصل المريء في هذه التجاويف

وعند حصول التمزق نفسه تحصل آلام شديدة غائرة في الصدر حصولا فجائيا  
وينضم لذلك تشعيرية وبهاته وبرودة في الاطراف وانحماوعلى حسب  
محل التمزق او التنقب يعقب ذلك اما عن اعراض اختناق واعراض التهاب  
بلعور او شديدا جدا او نزيف غزير ثم يحصل الموت بعد ذلك بقليل او في  
الحال

وحيث انه لا معالجة لهذا الداء فلا محل لذكرها

\* (المبحث السادس) \*

(في الاضراض العصبية للمريء)



من الامراض العصبية المروية الايبريستيزيا اعنى ثوران قابلية تنبيه اعصاب الحس المروية ومن ذلك ما يسمى بالكورة الايستيرية وهو الاحساس بكثرة كأنهم تصعد في المرى وتقف في جزء معين منه وقد سبق ذكر الكورة الايستيرية عند الكلام على الامراض العصبية للحنجرة ومن ذلك ايضا الحالة المعتدلة تشنجا مرويا اعنى الحالة التي لا يحس فيها المريض الا بانقباض في المرى به يتصور ان لا قدرة له على الازدراد وهذه الحالة لا يندر وجودها عند الشخص الذي عضه الكلب الكلب وقد ذكر الشهير (ايندرال) حالة فيها لازم الشهير (بويه) اوقات الطعام مدة شهر مع مريضة كانت تظن مدة كلها انها تحتنق كلما ارادت الازدراد

واما الايستيزيا المروية اعنى تناقص اوزوال قابلية تنبيه اعصاب الحس المروية فلا حاجة الى الكلام عليها لندرة الاحساس الطبيعي به هذا العضو

ومنها الايبركنيزيا المروية اعنى ثوران قابلية تنبيه اعصاب الحركة المروية وتسمى بعسر الازدراد التشنجي فتشاهد بكثرة والينبوع الاعجابي لهذا التشنج المروى الانعكاسي هو تهيج الرحم ولذا يشاهد في الغالب بكثرة عند النساء المصابات بالايستيزيا وقد يكون ينبوعه مركزيا فيكون عرضا للمرض دماغيا او مرض في الجزء العلوى من النخاع الشوكي وقد ينشأ ايضا عن التسمم بالجواهر المخدرة او الكوائية والتشنج المروى كغيره من الامراض العصبية ذنوب وفترات فاما الذنوب فيكثر حصولها في أثناء الاكل بحيث يصير المريض فجأة غير قادر على الازدراد ويكاد يحس على الدوام كأن جسمه غريبا واقف في المرى ثم اذا اعتري التشنج الجزء العلوى من المرى ارتدت المواد المزدردة حالا واذا اعتري الجزء السفلى منه فلا ترتد المواد الابدنز واهاميه ببرهة والغالب ان يوجد مع ذلك احساس بتضايق وذنوب اختناق واحيانا انقباضات تشنجية في عضلات العنق وبعدها استقرار الذنوب زمنا متقاربا في المدة تزول اعراضها بالكلية لكن تارة تبقى درجة قليلة من هذا المرض اسابيع بل اشهر وتسمى بالضيق التشنجي وعند البحث بالحس المروى لا يوجد في أثناء الفترة ادنى عائق واذا أجرى البحث بالحس مدة

النوبة يزول تارة الانقباض عند الجس ثم انه يوصى في هـ هذا المرض زيادة  
عن معالجة المرض الاصلى باستعمال الخدرات سيما البلادونا والجواهر  
المضادة للتشنج كشيشة الهرو والحلتيت والمانستر واذ لم يتيسر للمريض  
الازدراد وجب استعمال هـ هذه الوسائط حقا وانجح الوسائط استعمالا  
الجس المروى الصناعى المتكرر

ومنها الاكثيريا المروية اى زوال قابلية تنميته الاعصاب المروية المحركة  
اعنى الشلل وهذا المرض يشاهد قبل الموت بقليل مصاحبا لعلامات الشلل  
العام مشاهدة غير نادرة وقد يكون هذا الشلل المروى ذا ينبوع مركزى  
فيصاب امراض الدماغ والجزء العنقى من النخاع الشوكى ثم ان هـ هذا  
المرض اى الشلل المروى اذا كان تاما كان الازدراد ممتعا حتى ان اهل  
المريض كثيرا ما ينزعون عنه ما يربطون فهم المريض الذى كابد حر كات  
الفرع لانهم يرونه لاقدرته على الازدراد وان المواد التى يعطونها له تترد  
فانية القم او تصل الى الخنجرة فينتج عنها نوب الاختناق المعلومة واما اذا كان  
الشلل غير تام فالبلعة الغذائية لا تسكاد تقدم الا ان البلعات الغذائية  
العظيمة الخج والجواهر الصلبة تكون أسهل ازدراد من غيرها في هذه الحالة  
وبالوقوف بسهل الازدراد وبالشرب يستعان على تزخج البلعة الغذائية  
والمريض المصاب بعسر الازدراد الذى من هذا النوع لا يشتكى باحساس  
مؤلم عادة والجس المروى لا يصادف عند وضعه عائق في هذه الحالة

ثم ان المرض الاصلى نخبة لافائدة في معالجة شلل المريء الناتج عنه وقد  
اوصى بعضهم بادخال الجسات المروية ادخال متكررا وباعطاء الاستر كنين  
واستعمال السكر باقية وقد قال انه شاهد في بعض الاحيان فائدة من ذلك

\* (الفصل الرابع في امراض المعدة) \*

\* (المبحث الاول) \*

(في النزلة المعدية الحادة اى الاتهاب الترنلى الحاد للغشاء المخاطى المعدى)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

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



العصير المعدى يكون معجوبا دائما بحمة قان عظيم في الغشاء المخاطى المعدى  
 يعقبه دائما افراز مخاطى غزير واقصال كمية عظيمة من الخلية بشرية وهذه  
 الحالة الصحية كغيرها من التغيرات المرضية الحقيقية المشابهة لها تكون  
 معجوبة باضطراب بنى عموما يسمى بحمى الهضم وعلى هذا فالتعريف الذى  
 ينطبق عموما على الالتهاب النزلى للاغشية المخاطية لا يمكن ان ينطبق على  
 النزلة المعدية فان التغير فى الحالة الاولى مرضى وفى الثانية صحى فلا يبرح من ذلك  
 عن تغير الغشاء المخاطى المعدى بانه التهاب نزلى الا اذا جاوز هذا التغير حده  
 الصحى ومن الواضح تجاوز هذه الحالة حدودها الصحية بسبب تكرار  
 الهضم كل يوم وبسبب تعاطى الجوهر الغذائية المضاعفة التركيب وغير  
 الجيدة التى تستعمل عادة فيترتب على ذلك ان النزلة المعدية الحادة تعد من  
 التغيرات المرضية الكثيرة الحصول - دا وهذا السبب كان من الواضح  
 ايضا ان الارتقاء المرضى لحالة صحية تيزول ويعود بسهولة اكثر من تغيرات  
 اخرى مخالفة بالسكينة للاحوال الصحية ولذا كانت النزلة المعدية الحادة عند  
 التسلسل بالقواعد الصحية للائفة والمعالجة الجيدة اقل مكمنا واسهل شفاء من  
 غيرها من التغيرات النزلية للاغشية المخاطية الاخرى

ثم ان الاستعداد للاصابة بهذا المرض يختلف باختلاف الاشخاص فمنهم من  
 يصاب بسرعة بالنزلة المعدية من التعرض لاثرات رديئة ومنهم من يتحمل  
 هذه المؤثرات بدون ضرر ومنهم وهو كثير من يكون استعداده للاصابة بهذا  
 المرض بكثرة متعلقا بتناقص افراز العصير المعدى اذ به يسهل حصول  
 تحللات غير طبيعية فى المادة وهذا هو السبب الغالب فى حصول التلذات  
 المعدية وبهذا السبب ايضا يتناقص افراز العصير المعدى يشاهد كثرة  
 استعداد الاشخاص المصابين بامراض حمية لهذا المرض والقول بانه يوجد  
 فى جميع الاحوال الحمية نزلات معدية من المبالغ المتجاوزة الحد فان كلا  
 من نقطية اللسان وفقه الشهية عند المريض المحموم لا يترتب عليه وجود  
 تلك النزلة نعم حيث انه فى كل حى يحصل بارتقاء درجة الحرارة ازدياد فى  
 التخثير المائى بواسطة الجلده والرتين فلا بد وأن يتناقص افراز اللعاب  
 ويسبب تنبسط من ذلك تناقص افراز العصير المعدى ايضا وهذا الحكم لا يثبت

بمجرد مقارنة العصير المعدى بغيره من الإفرازات بل ايضا بالمشاهدات  
 اللاواسطية للطبيب (بومن) وعلى هذا اذا لم تحصل مراعاة هذا الامر ولم  
 تحترس المرضى الاحتراسات اللازمة في اجراء التدبير الصحى الغذائى  
 الموافق لتناقص افراز اللعاب والعصير المعدى لا بد وان تحصل نزلات  
 معدية ثقيلة واغلب المضاعفات المعدية التى تشاهد مدسة ير الامراض  
 الالتهابية كالالتهاب الرئوى وغيره ينتج بدون شك من اهمال التدبير الصحى  
 الغذائى

وكذا زيادة الاستعداد للاصابة بالنزلة المعدية الحادة فى الاشخاص  
 المنهوكين ذوى التغذية الرديئة يظهر انما ناشئة عن تناقص افراز اللعاب  
 والعصير المعدى او بكونه ما ضعيفين غير كافيين فى الهضم اذ بذلك يسهل  
 تحلل المطعومات وفسادها ومن القواعد المطردة انه متى تناقصت كمية الدم  
 حصل تناقص فى افراز العصير المعدى كغيره من الإفرازات وحيث ان  
 التسكون الخلوى القسيلوى فى المنهوكين يكون متناقصا والقوة الحيوية  
 لجميع الخلايا منخطة كذلك فلا شك انه فى مثل هذه الاحوال تنقص كل  
 من كمية اللعاب والعصير المعدى ولا يحتوى الاعلى قليلا من الجسيمات  
 اللعابية او العصرية المعدية ذات الخاصية التخمرية الضعيفة ولا يشاهد  
 كثيرا فى الناقهين نزلات معدية بكثرة عند تعاطى مطعومات لا تضر بهم فى  
 وقت آخر بسبب ضعف تأثير كل من اللعاب والعصير المعدى وعدم تحلل  
 المواد الغذائية تحللا تاما بحيث يبقى جزء منها فى المعدة فاسدا ومثل ذلك يقال  
 فى الاطفال المنهوكين فانما تصاب بالنزلة المعدية عند تعاطى كمية من لبن الام  
 او لبن البقر مخفقا بالماء لا تضر بغيرهم من الاطفال اقوياء البنية المهاتلين  
 لهم فى السن

وأقل من ذلك سهولة فى التوجيه ازدياد الاستعداد للاصابة بالنزلة المعدية  
 فى الاشخاص الذين يصونون معدتهم مع غاية الاحتراس من جميع المنبهات  
 الغير الطبيعية فان الاشخاص الغير المعتمدين على تعاطى بعض المشروبات  
 الروحية والاطفال الملاحظ فيهم التدبير الغذائى بقاية الضبط بكثير فيهم  
 حصول النزلات المعدية متى أهمل تدبيرهم الصحى ولو يسيرا بخلاف غيرهم



من الاشخاص المعتادين يومياً على تعاطي قليل من المشروبات الروحية  
والاطفال المعتادين ايضا على تعاطي الاغذية المتنوعة العسرة الهضم فيندر  
فيهم حصول النزلات المعدية وبالجملة يشاهد ايضا زيادة الاستعداد للإصابة  
بالنزلة المعدية فيمن اصاب بهذا الداء امرارا

وأما الاسباب المتممة لحصول النزلة المعدية فمنها ادخال كمية عظيمة جدا من  
الجواهر الغذائية في المعدة ولو سهله الهضم في حداتها وقد أثرنا فيما مر  
الى ان حصول النزلة المعدية في مثل هذه الحالة لا يكون ناشئا عن امتلاء  
المعدة بل عن تأثير متحصلات التحليل والفساد الحاصل من عدم كفاية كمية  
العصير المعدى المنقرز في هضم الجواهر الغذائية الموجودة في المعدة ولذا  
لا يشاهد حصول النزلة المعدية عقب زيادة امتلاء المعدة بدون واسطة بل  
لا تشاهد اعراض هذه النزلة الا في اليوم التالي ليوم حصول الامتلاء  
المذكور

ويندر تعاطي كمية من المظهرات زائدة عن الحد بالنسبة للبالغين والاشخاص  
المتفتنين بدون مقتض بخلاف الاطفال الحديثي الطعام فانهم لا يستشعرون  
بالشبع فيقرطون في الماء كل متى أمكنهم ذلك فتراطمو جبال زيادة امتلاء  
المعدة خصوصا الاطفال المنوعيين من ذلك مع شدة الاحتراس ومن  
المعلوم ان الاطفال الرضع لا يوجد فيهم الاحساس بالشبع فتراهم يزدردون  
اللبن متى وجدوه الى ان تمتلئ معدتهم زيادة فاذا تقايرت زال هذا الامتلاء  
الزائد ولم يبق في المعدة الا ما يمكن هضمه واذا لم يتقايرت بقي هذا الامتلاء  
فيصابون بالنزلة المعدية ولو كان ما تعاطوه من الطف الاغذية ومما اشتهر بين  
القوابل ان الاطفال الذين يتقايرت اللبن بسهولة يحفظون صحتهم فلا يكتر  
تعرضهم كغيرهم

ومنها تعاطي الجواهر الغذائية العسرة الهضم ولو بكمية متوسطة وفي هذه  
الحالة ايضا لا تؤثر هذه الجواهر الغذائية تأثيرا مهيجا في الغشاء المخاطي  
المعدى بل المؤثر متحصلات تحللها وفسادها المتكونة عند عدم تمام هضمها ثم  
ان عسر هضم الجواهر الغذائية يتعاقب في الغالب بشكها فان ذوى السراخة  
وعديمي الاسنان وان ادخلوا في معداتهم جواهر غذائية سهله الهضم في حد

ذاتها لكن على حالتها يعسر شربها بالعصير المعدي اقله تجزى الاغذية  
وتحلل العصارة المعدية في جميع اجزائها ومن المعلوم ان صفار البيض الشديد  
الاسهواء اسهل في الهضم من بياضه وذلك لان الاقل يسهل تجزئته في القم  
سهولة عظيمة دون النائي فلا تيسر تجزئته الى جزئيات صغيرة الا بعسر عظيم  
فاذا حصل ازدراده قبل ذلك كان عسر الهضم وكذلك اللجوم الشحمية  
واحر اقها الدسمة فانه كثيرا ما ينشأ عنها نزلات معدية لكن ليس هذا ناشئا  
كاعتقده العامة من عسر هضم الشحوم بل من عوق شرب اللجوم بالعصير  
المعدي واختلاطه بهذه المواد الدسمة فيعسر هضمها ولا تذكر هنا جميع  
الجواهر العسرة الهضم التي ينشأ عن تعاطيها ولو بمتدار لائق نزلات معدية  
مخافة من طول الكلام

ومنها وهو كثير جدا ادخل جواهر غذائية آخذة في الفساد قبل وصولها  
الى المعدة فانه يمكن حصول التزلة المعدية في البالغين من تعاطي اللجوم  
الاخذة في التعفن ومن البوزة الغير التامة التخمر ونحو ذلك ويحصل  
في الاطفال بكثرة من تعاطي اللبن الذي ابتداء فيه تخمر الحمض اللبني ولذا  
تبعسر تغذية الاطفال تغذية صناعية مدة الصيف لكون فساد اللبن في  
هذا الفصل سريع الحصول فاذا لم يتظف فم الاطفال تنظيها جيدا وأعطى  
لهم اللبن في ندى صناعى لاجل عدم صراخهم يمكن ابتداء فساد لبن البقر  
بل ولبن الام ولو حديثا في القم (ومن المعلوم انه يلزم الدقة في تنظيف اناء اللبن  
المراد حفظ اللبن فيه عن الفساد وتلقيته من الجزئيات الفاسدة التي توجد  
فيه عادة حتى يحصل على هذه الغاية) ومتى ابتداء فساد اللبن المحتوية عليه  
المعدة أثر في اللبن الطارئ ولو جيدا مهما يمكن كسبه بحيث انه يفسد بسرعة  
وسنذكر فيما سياتى ان الجواهر الاخذة في التخمر يمكن ان تتحد في جدر  
المعدة فسادا وايضا بعد الموت ومثل هذا التأثير وان كان لا يقع على المعدة مدة  
الحياة بسبب الدورة الدموية والتبادل العنصرى السريع في تلك الجدر الا  
انه ليس من البعيد عن العقل ان الطبقة البشرية ذات التغذية القليلة القوة  
تفسد مدة الحياة بتأثير محصل المعدة الآخذة في التخمر وان تعرى الغشاء  
المخاطى من طبقة البشرية الحافظة له يؤدي لافراز غير جدا فيظهر أن



اعراض التي والاسهال مدة الحياة واين المعدة بعد الموت لا ينتج عن متحصل  
تخمير الحمض اللبني اعني حمض اللبنيك بل عن فعل التخمير نفسه ويستنتج ذلك  
من كون اللبن المنزعة الذي استحاله سكره اللبني الى حمض لبنيك استحالة تامة  
يمكن تناوله بجملة ادر عظم يدون ان ينتج عنه ادنى ضرر للاطفال البكارا و  
البالغين وان اللبن المعدى المذكور يمكن حدوثه في معدة بعض الحيوانات  
بعد فصلها منه بئتم باللبن الحديث وتعرىضهم الدرجة حرارة لطيفة واحداث  
اللبن بهذه الكيفية فيها سهل منه اذ علمت بجوامض محققة

ومنها وهو كثير حصولها عقب تهيج الغشاء المخاطي المعدى بواسطة  
المطعمات الحارة او الباردة جدا والجواهر الدوائية والكول والاقاويه الا  
ان تأثير الكول كلما كان اقل خفة كان أكثر ضررا وأما الاقويه ونحوها  
من الجواهر المنبهة فان استعمالها بقدر قليل نبت حر كالهضم واعانت  
على حصوله بازدياد افراز اللعاب والعصير المعدى بطريق الانعكاس وان  
استعملت بقدر عظيم زاد التنبية المذكور زيادة مجاوزة الحد فتؤدي  
لحصول التزلة المعدية

ومنها حصولها من ادخال جواهر تعوق القوة الهاضمة للعصير المعدى  
أو تضعف حر كالمعدة وتبطلها ومن الواضح ان كلامنا من هذين التأثيرين  
يؤدي لفساد المواد المحتوية على المعدة والافراط في المشروبات الروحية  
زيادة عن تأثير الكول المهيج الاواسطي في الغشاء المخاطي المعدى من  
قبيل هذه الاسباب ولذا نشاهد مواد القى في اليوم التالي ليوم الافراط  
في المشروبات الروحية متكونة من مواد طعامية غير منضمة تكاد  
لا تكون متغيرة بالكليمة ومن قبيل هذه الاسباب المخدرات سيما المربكات  
الاقوية فانها تضعف حر كات المعدة وتعوقها عن مزج المطعمات  
بالعصير المعدى وبطول بئتمها يحدث نزلات معدية كما يشاهد ذلك بكثرة  
عقب استعمال مقدار عظيم من هذه الجواهر

ومنها انها قد تحصل من تأثير البرد الا ان حصولها منه اقل من حصول نزلة  
المسالك الهوائية به

وبالجمله كثير ما نشاهد نزلات معدية بكثرة بدون اسباب معروفة في ازمنة

مخصوصة بتسلطن الحالة المرضية الوباتية المعدية كما ان الامراض المختلفة  
في ازمسة هذا التساكن تتضاعف بنزلات معدية بدون سبب واضح ومن هذا  
القبيل النزلة المعدية الوباتية المسحوبة بجرمة قوية والممتدة الى القنطرة  
المعوية فحدث ما يسمى بالهيمضة الافرادية واما النزلة المعدية العرضية  
للتسمم في الدم فنتكلم عليها في محالها

\* (العقبات التشرىحية) \*

يشهد مشاهدة آثار النزلة المعدية الحادة في الرمة ومني أمكن ذلك شوهد  
الغشاء المخاطي المعدى محمرا احمرارا نقطيا بسبب الاحتقان الخفيف  
ومنسوجه رخو واسطحه الظاهر مغطي بمادة مخاطية لزجة والغالب أن لا  
يشاهد في المعدة تغير في الاطفال الذين هلكوا باعراض الهيمضة الطفولية  
ولا غرابة في ذلك فان الاحتقان الشعري للاغشية المخاطية غير المعدية  
الذي تحقق وجوده مدة الحياة بالظريزول ولا يبقى له أثر بعد الموت وان  
استرخاء الغشاء المخاطي وانفصال بعض أجزاء من طبقاته البشرية للذين  
يعتبر ان سبب الاقراض المعدى المعوى الغزير الذي يحصل في الهيمضة الطفولية  
كثيرا ما يخفى علينا وريتهم ما بعد الموت بحيث لا يمكن مطلقا اثبات وجودهما  
مع التأكد ولذا كانت المشاهدات الاواسطية التي اجراها (بون) على  
الغشاء المخاطي المعدى في حالة ناصور رية معدية عند القسيس (مرتين  
الكنديارى) مهمة جدا من حيث رؤية التغيرات التشرىحية التي تحصل  
في الغشاء المخاطي المعدى عند التهابه التهابا نزليا ورية لاواسطية وذلك انه في  
مثل هذه الحالة متى حصلت نزلة معدية عقب امتلاء المعدة امتلاء مفرطا  
بجواهر عسرة الهضم او عقب الافراط في المشروبات الروحية يشاهد  
الغشاء المخاطي في ابتداء النزلة المذكورة محمرا احمرارا شديدا ومرصعا  
ببقع جرامية حمرة مغطاة بمواد مخاطية لزجة محتلمة في بعض الاصغار باآثار  
فائلة من الدم وعند تقدم سير هذا المرض تشاهد موك في الطبقة المخاطية  
ويقف انقراز العصير المعدى بالكلمة بحيث يكون اغلب السائل الخارج  
من الناصور المعدى متكونا من مواد مخاطية فقط او مخاطية صديدية  
ذات خواص فلولية ثم بعد ذلك يرم من الايام يزول كل من الاقراض المخاطي



والخواص القلبية للمواد المحترقة عليهم المعدة وحينئذ يكتب الغشاء  
الخاطي المعدى خواصه الطبيعية

واما لبن المعدة الذي يشاهد في رمة بعض الاطفال فهو وان كثر تشخيصه  
مدة الحياة وتبين ان الصفة القشر يحية مؤكدة له وشرح بعضهم اعراضه  
نرحا واضحا وشوهدت احوال مرضية مطابقة لشرح المذكور بالكلية  
ليس الاظاهرة رمية دائما فان الاوصاف التي طبقت على لبن المعدة عين  
اوصاف الهيمضة الطفلية والصفات القشر يحية التي زعم انها مؤكدة  
للتشخيص توجيهها في غاية السهولة وذلك انه متى مات طفل كان مصابا بقى  
واسهال عقب تخمر غير طبيعي في المعدة ولم يزل موجودا فيها اجواهر آخذة في  
التخمر فالخمر لا تنقطع حركته عند برودة الجثثة يبطله اوجبت ان المعدة في  
هذه الحالة لا تقاوم ذلك التخمر عقب انقطاع الدورة الدموية فيها تسترك في  
حركة الفساد قليلين كما نلين المعدة المنفصلة له من حيوان بامتلائها باللبن  
ووضعها زمنة يسيرا في محل قابل للحرارة ولذا ترى الاطباء الذين يقولون بان  
لبن المعدة ظاهرة رمية يحكمون بوجوده في الجثثة متى مات طفل باعراض  
الهيمضة الطفلية وكان متعاطيا كية من اللبن او غيره من الجواهر السهلة  
التحلل والفساد قبل الموت بزمن قليل

ثم ان (روكية انسكي) الذي لا يقول بان لبن جدران المعدة ظاهرة رمية في  
جميع الاحوال قد قسمه الى شكليين الشكل الهلامي والشكل الاسود  
فالاول منهما يكاد يطبق بالقوله ان يبدى دائما من فاع المعدة ويمتد بالتدرج  
الى قوسها العظيم وأول شيء يلين الغشاء الخاطي ثم يمتد الى الطبقة  
العضلية ثم الى الطبقة البريتونية وحينئذ تستحيل جميع اغشية المعدة الى  
هلام سنجابي فقط اوسنجابي محمض ارب الى الصفرة شفافا ثم تدف فيها احيانا  
اشرطية مسمرة موازية للاوعية الدموية الواقعة في اللبن ايضا ثم متى  
انفصلت الطبقات الباطنة اللينة لقاع المعدة وجد هذا القاع مقواما من  
مجرد البريتون الذي يكون على هيئة طبقة رقيقة سهلة التمزق فحينئذ المعدة  
اللينة تتمزق من ادنى امسالك باليد وتذوب بين الاصابع بل قد توجدها المعدة  
متمزقة ومحصاه امنس بكافي تجويف البطن وهذا اللبن لا يقتصر على المعدة

دائماً بل قد يمتد الى الجباب الخاخر وقد يكون الجباب المذكور ممتقوباً  
 فينسكب محتصل المعدة في التجويف الايسر للصدر  
 وأما الشكل الثاني اى الاسودلان المعدة فقيمته لا تستحيل جدران المعدة الى  
 مادة هلامية شفافة بل الى عجينة سوداء او مسهرة وهذا التغيير يتكون متى  
 كانت الاوعية الشعرية للمعدة ممتلئة بالدم وطراً عليها اللين والاشربة  
 المسهرة الناشئة من تغير الاوعية الغليظة والدم المحتوية عليه تلك الاوعية  
 في الشكل الهلامي تنشأ عنها عن نفس هذا التغيير في الاوعية الشعرية  
 وما احتوت عليه من الدم

والادلة التي تثبت ان لبن المعدة انما يحصل عقب الموت او عند النزاع اقل  
 ما هنالك اى في الزمن الذي يسلك كل من الدورة والتبادل العنصرى في  
 الجدران المعدةية يكون مفقودا فيه هي

أولاً ان لبن المعدة يكاد يوجد على الدوام في قاع المعدة الذى تسكون فيه  
 المتحصلات الحضية المعدةية متراكمة ولا يشاهد في الجزء البوابى الا اذا كانت  
 الجثة مائلة الى الجانب الايمن بحيث تجرد المتحصلات الحضية المذكورة  
 اليه

ثانياً ان لبن المعدة يشاهد في جثة بعض الاطفال الذين لم يكن فيهم مدة الحياة  
 اذنى علامة من علامات اضطراب وظيفة المعدة وكانوا قد تعاطوا قبل الموت  
 بقليل ابناً او ماء محلى بالسكر او جواراً اخرى سهلة التخمير

ثالثاً ان المشاهدات المعلومه من انه في الاحوال التي توجد فيها جدران المعدة  
 متمزقة عند فتح الجثة ومحصلاها منه كسبباً في تجويف البطن لم يظهر فيها مادة  
 الحياة اذنى عرض من اعراض التهاب البريتون ولا أثر تغيرات تشير بحياة  
 بريونية عند فتح الرمة

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

\* (الاعراض والسير) \*

اول ما يتكلم عن اعراض النزلة المعدةية الحادة القليلة الشدة المصحوبة  
 بحركة خفيفة والمكونة لاصابة يومية تقريناً والناشئة في الغالب عن



تجنب التدبير الصحي وتسمى حينئذ بالحالة المعديّة وفساد المعدة وبالتالى  
المعدى فنقول

كإنا حركة الهضم الصحية ينشأ عنها اقترور وملل وعدم ميل الى الاعمال  
الجسمية والعقلية كذلك ينشأ عن احتقان الغشاء المخاطى المعدي وزيادة  
افرازه المرتقين الى درجة النزلة المعديّة الحادة ملل عام واحساس بتورعك  
لا يكونان بنسبة حالة المرض البرهية الخفيفة في الجسم فيحس المريض بهبوط  
وتعثره كآبة ويشتمكي قشعريرة متلوة بحرارة وقتية ويحصل له حرارة في  
الرأس وبرودة في الاطراف ويشتمكي آلاما ضاغطة ثقيلة في الجهة تشمع  
نحو مؤخر الرأس وعند الانحناء الى الامام يحس امام العين بشرر وكان  
رأسه يكاد يمزق والتغير المرضي في الغشاء المخاطى المعدي ينشأ عنه احساس  
بضغط وامتلاء في القسم الشراسيفي يستمر ذلك الاحساس ولو كانت المعدة  
فارغة ويتزايد بالضغط وتقص الشهية ويزداد العطش والغالب ان يجد  
المريض كراهية عظيمة للمطعمات واحساسا بغثمان وينضم لذلك ظواهر  
أخرى تنشأ عن فساد المواد المحتوية عليها المعدة وانحلالها غير الطبيعى  
وذلك ان النزلة المعديّة كما تنشأ في الغالب عن فساد المواد المحتوية عليها المعدة  
وانحلالها تكون ايضا سببا لفساد متحصلات المعدة وقد برهن كل من العلم  
(بدير وشعبد) على ان العصير المعدي متى كان تحت اطاو او تحت اطية وصار قلوبا  
ضعفت قوته عن اذابة الجواهر الزلاية الازوتية اذابة طبيعية ففي مثل هذه  
الحالة تفسد الجواهر المذكورة وتتحلل فينتشر منها رائحة منقنة وهذه التجارب  
مطابقة بالكيفية للمشاهدات اليومية للطب العملى وكذا الجواهر التي  
لا تنضم بواسطة العصير المعدي يعثر بها ايضا انحلال غير طبيعى في احوال  
النزلة المعديّة فان النشائبات التي اخذت في الاستعمال وقت نشاؤها من القم  
بسبب اختلاطها باللعب لا تستحيل في المعدة في الاحوال الصحية الا الى  
سكر واما في النزلة المعديّة فالجواهر الغذائية الاوية المعقنة تؤثر فيها  
كأنها خيرة فيستحيل السكر الناتج عن هضم المواد النشائية الى حمض ابني  
اولى معنى غالبا وأما اذا تعاطى المريض في النزلة المعديّة جواهر متخمرة  
كالقحاع المعروف بالبوزة وكالبيد او كان نفس الالتهاب النزلى نتيجة

الافراط في تعاطي الجواهر المذكورة فانه يحصل التخمر الخلي وأما اذا تعاطى  
 جواهر شمعية فانه يتكون عن انحلالها وفسادها حوامض شمعية وماعد  
 أحوال التخمر اللبني يتكون عند حصول تحللات أخرى في متصل  
 المعدة غازات ففي أحوال تحلل المواد الزلالية تتصاعد غازات منتنة محتوية  
 على الادروجين الميكروت وفي تخمر الحوض السمعي يتكون الايدر وجين  
 وحض الكربون وفي التخمر الخلي ينشأ حمض الكربون وبهذه الكيفية  
 يتضح حصول الانتفاخ الخفيف في القسم الشراسبي في أحوال النزلة  
 المعديّة الحادة وتخشى غازات منتنة وتارة لارائحة لها على حسب الجواهر  
 المتناولة وكثيرا ما يصعد الى الفم مع ذلك سواكل زفحة الطعم او حمضية  
 وحيث ان النزلة المعديّة يغلب ان تتضاعف بنزلة فبسه كاذرنا فان اللسان  
 بتغطى بطبقة مخاطية ويكون طعم الفم تفها او عجينيا ويتشمر منه رائحة  
 كريهة

ثم اذا لم يعرض المريض لمؤثرات مضرّة أخرى بان احتفى بالصوم مادامت  
 المعدة عاجزة عن اتمام وظيفتها زالت تلك الاعراض من نفسها بسرعة  
 غالباً ويصل متصل المعدة القاسد من ابواب الى المعى فينقطع استمرار  
 الفساد احيانا باختلاطه بالصقراء أو العصير البنيكريامى والافراز المعوى  
 ويتم الهضم الذي كان متأخرا لئلا يكون الغالب استمرار فساد الجواهر  
 وانتشار الغازات منها ولو خف السقاد وحينئذ يزداد افراز لعشاء الخاطى  
 المعوى المنهيج وتسرع حركات المعى فينتج عن ذلك انتفاخ وقرقر في البطن  
 ويظهر فيها زمنافز من الآم تتناقص بخروج رياح منتنة من البطن ثم يحصل  
 اسهال سائل متكرر ثم ينتهى الحال بالشفاء والعادة انه متى اعتري المريض  
 نوم في الليلة التالية لايه الاعراض حصل تحسين في حالته العامة او شفاء  
 بالكلية ولينبه على ان البول في مدة هذا المرض يكون متحملا لكمية  
 عظيمة من المواد البجمتية واملاح بولية ولا يسدرظهور وطفح مر بسى في

الشفتين

ثم انه اذا كان تأثير المؤثرات المضرّة التي أحدثت التلات المعديّة شديدا  
 جدا والمريض شديدا الاحساس حصل له تهوع وغثيان وفيه تنفذ الى



الخارج المواد المحتوية عليها المعدة متغيرة تغيرا قويا و ضعيفا وتكون ذات رائحة وطعم حامين ومخاطية بمواد مخاطية كثيرة غالبا وقد يتكرر التي بعد فترات مختلفة طولا وقصرا وكلما طال مكث المطعومات في المعدة كانت مواد التي عادة مرة الطعم مخضرة اللون بسبب اختلاطها بالامعاء  
وينظم لاعراض حالة التلبك المعدي الشديداً اعراض تخرج شديداً في الغشاء المخاطي المعوي غالباً فيحصل اسهال غزير من مواد مائية مخضرة مصحوب تارة بغص وتارة لا ويحس المريض دائماً براحة عقب التي والاسهال بل قد يشفي بالكلية بعد يسير من الايام وقد يشهد كل من التي والاسهال اشتدادا عظيماً بحيث ينشأ عنه ما يسمى بالهيمزة الافرازية  
والهيمزة الافرازية عبارة عن شكل من النزلة المعدية الحادة التي تعد الى المي وتصف بارتنساح غزير من مواد سائلة قليلة الرزالية في المعدة والمي ومثل هذا الارتساح المائي يحصل في الدور الاوّل من الالتهابات النزلية لاغشمية مخاطية غير غشاء المعدة سيما الغشاء المخاطي الاثني بكثره جداً حتى انه لا مانع من اعتبار التغير المعدي الناشئ عنه كل من الهيمزة الافرازية ومعظم اعراض الهيمزة الاسبغية تغيرات لا يؤدي بسبب امتداده لحصول اعراض لا تشاهد في غيره من الالتهابات النزلية  
وهذا المرض يحصل في فصل الصيف غالباً وحينئذ يصيب عدداً كثيراً من الاشخاص في آن واحد ويندر ان يحصل في فصل غير الصيف من سوء التدبير الصحي ويندر ايضا ان تسبق النوبة الهيمزية اعراض مقدمة والغالب ان يصاب المريض به دفعة واحدة مدة الليل بان يحس بضغط متعب في القسم الشراسيفي يتلوه بسرعة غفياً وفي من مواد طعامية غير منهزمة في الابتداء ثم يخرج بعد ذلك بتكرار التي كمية عظيمة من مواد سائلة خفيفة الاضفرار او ضاربة الى الخضرة ذات طعم مر وبذلك يقلل يحس المريض بقراقر في البطن ثم يتبرز برازاً متكرراً من مواد رخوة عجمية في الابتداء ثم من مواد سائلة يخرج منها في زمن يسير كمية عظيمة جداً وكلما زادت كميتها اقل تلونها فان الصفراء المنصبة في المي بكميتها الطبيعية لا تكفي لتلوين جميع الارتساح المرئي وفقه الدم لكمية عظيمة من الماء ينتج عنه عظم شديد

جد الاينطفي بنهاطى مة دار عظيم من المشروبات الانطفاء وقتيا والمواد  
 السائلة بمجرد وصولها الى المعدة تذف من اعلى او من اسفل بالقي او  
 الاسهال اللذين يتكرر حصولهما كل ربع ساعة تقريبا وبذلك تزداد كثافة  
 الدم والافرازات سيما الافراز البولى فانه يتناقص او يمتنع بالسكينة بسبب فقد  
 السائل الضرورى لتكوينه وتمدص السوائل الخلائية من جميع المنسوجات  
 فيجف الجلد ويزول امتلاؤه ويضعف المرىض وتتغير مخصنة ويتدب الانف  
 وتغور الاعين بسبب جفاف المنسوج الخلى للبحاجين وبذلك يتناقص  
 حجمه وينضم له هذه الاعراض انقباضات عضلية مؤلمة خصوصا في سمانة  
 الساقين مع انه يكاد لا يوجد ألم في البطن وعند انضمام هذه الانقباضات  
 العضلية المؤلمة الى الاستقراعات المتكوية من سائل عديم اللون عائم فيه  
 ندف من خليات بشرية عوية شبيهة بما عسيل الارز او الشعير تتشكل  
 الهيمضة الافرادية بصورة مشابهة بالسكينة لشكل الهيمضة البوابية الهندية  
 ومع ذلك يندر مشاهدة زوال ضربات القلب والنبض زوالا تاما ومشاهدة  
 اللون السى بانوزى اى المزرف للجلد وبرودته وبرودة افاعية كما يشاهد ذلك  
 دائما في الدور الاسفكسى للهيمضة الهندية ثم ان شدة الاعراض وهبوط  
 المرىض وانحطاطه وانحطاط الظاهر وان بلغ جميع ذلك ما بلغ لا ينبغي  
 للطبيب ان ييأس مادام محققا ان المرىض ليس وبائيا اى ايمت الهيمضة  
 هيمضة وبائية هندية اذ من المعام ان الشخص البالغ السليم البقية يكاد  
 لا يموت من الهيمضة الافرادية والغالب ان يمتنع القى والامهال بعد يسير  
 من الساعات ويندر ان يستقر الى اليوم التالى ليوم الاصابة فيصير الجلد حارا  
 ويكتسب امتلاء ثانيا ويحصل للمرىض نوم وهو في حالة الاضعف لال ثم  
 يتشكى بعد ذلك بتعب عظيم ويندر ان تملو نوبة الهيمضة اعراض الحمى  
 المعديية ويندر جدا ان تنتهى هذه الحالة بالموت فان حصل ذلك فلا يكون الا  
 للاشخاص المنهوكين او المرضى من قبل اول الاطفال والشيوخ وحينئذ  
 ينشل المعى ويمتنع القى والاسهال لكن مع استقرار الارتشاح ويزول النبض  
 وتضعف حركات القلب شيئا فشيئا وتسد الحواس وتملك المرىض في حالة



وأما الالتهاب المعدى الترتى الحاد للاطفال الرضع فهو ذو أوصاف مخصوصة  
 ناتجة عن تغذى هؤلاء الاطفال بلبن الام او البقرة فاما الدرجة الخفيفة لهذا  
 الالتهاب التي ينسب فيها الاضطراب الهضمى الى تخمر الاغذية كما قاله الملم  
 (بيدقار) لا تتغير مرضى اولى ولا ثانوى في جدار المعدة ويسمى اسواء الهضم  
 فتكون الحالة الظاهرة للاطفال قليلة التغير وانما تكون أكثر ما هنالك فيها  
 تبعا لما نرحه باهمة اللون بهاته خفيفة واعينهم محاطة بهم المظلمة ويكاد  
 يحصل لهم دائما بعد الرضاعة بزمن يسير في من ابن غير من عقد انه قادا  
 صحيا ونوع هذا التي من الاعراض المهمة فينبغي تمييزه عن التي هذى اللبن  
 المنعقد الناتج عن امتلاء المعدة فان انعقاد اللبن اى تجمعه في التي الصصى  
 للاطفال لا يدل على ان اللبن صار حضا بل على ان العصارة المعدية اثرت فيه  
 تاثير صحيا حتى انه قدت المادة الجبنية وأما عدم انعقاد اللبن المنعقد في التي  
 فيدل على عكس ذلك اى على وجود افرز غير طبيعي في المعدة ويؤدى لترجيع  
 وجود نزلة معدية وبعد ظهور هذا التي بقابل او معه تصير الاستقراعات  
 المعوية غير طبيعية وقد يقد التي بالكلمة وتكون صفة هذه الاستقراعات  
 هي العرض الوحيد للنزلة المعدية بان تكون من سائل ذى خواص حمضية لونه  
 مخضر او اخضر مصفر ومن تعقدات مختلفة الصلابة بيضاء اللون شبيهة بالتي  
 تشاهد في اللبن عند ما يمتريه تغيرات من استطالة مكتمه خارج الجسم وذلك  
 يثبت لنا ان العصير المعدى لا قوة له على هضم اللبن كلاقوة له على انعقاد فجأة  
 وكل من التي والاسهال التالى الضجر الاطفال وصير يحنها والشجذاب  
 اطرافها السفلى نحو البطن يتكرر بقترات مختلفة المدة وكثيرا ما يتغير لون  
 الاستقراعات وقوامها

ثم تارة وهو الغالب يزول التي مما قليل من الايام ويعدم اللبن غير المنهضم من  
 الاستقراعات البرازية وتعود الاطفال الى صحتها وتأخذ في النمو ثانية وتارة  
 يحصل زمنافز منافي من مواد حمضية الرائجة من لبن سائل غير منهضم  
 او مستحيل الى كتل صلبة وممزوج بمواد مخاطية ويكثر الاسهال وتكون  
 استقراعاته سائلة رقيقة غزيرة جدا ذات لون مصفر فاقع او مخضر ثم مبيض  
 في غالب الاحوال وكثيرا ما يسح في سائل الاسهال بعض ندف مصفرة

او محضرة تبنى متشبهة بلقافة الطفل و يرشح السائل من تلك اللقافة و يترك  
 فيها بقايا عظيمة رطبة عديدة اللون و رائحة الاستفراغات البرازية و ببقية  
 خواصها تكون حينئذ حمضية و قد يتغير بدون سبب معلوم لون الاستفراغات  
 البرازية بسرعة احيانا فانه قد ينفخ كمية عظيمة من مواد مسخرة جدا و روية  
 رخوة ذات رائحة كريهة ثم ان هذه الاشكال المقيمة من النزلة المعديّة  
 المعوية التي سماها المعلم (سيدناور) بالاسهال الطفولي تورث الاطفال المخطاطا  
 عظيم امريعا فتتغير بحمضهم و تنقبض انقباضا تامليا و عما قلنا من الايام  
 تتكسر و توجد اعينهم منطبعة نصف انطباق غالبا عائرة في الخواجين و تزرق  
 شفاههم و ايديهم و ارجلهم و يصير الجسم سيما الظهر رميعا يعايق حرارية  
 و تكون حرارة الجسم متوزعة توزعا غير منتظم فيكون الجذع سيما البطن ذا  
 حرارة لا تطاق و الوجه و الاطراف باردة و اليوافنج تفقد قوتها بسبب  
 تناقص امتلاء او عية الدماغ فتتخسف بل يتخسف كل من الجبهة و العظم  
 المؤخرى اسفل العظمين الجداريين و تضعف حركات الطفل و تعسر رضاعته  
 بحيث يترك الثدي بسهولة الا انه يشرب الماء بشراهة كبيرة و يقبل  
 صراخه الشديد الذي يسبق التبرز عادة فانين ضعيف تدريجيا و يكون في  
 فترات اوقات التبرز احالة تعاسية خفيفة و من الاطفال من يملك عند ازدياد  
 الاخطاط و قد يحصل له قبل الموت يسير تشنجات و اعراض اخرى ناتجة عن  
 انيميا الدماغ (المعروف بالايديروسفالويد اعني شبه الاستسقاء الدماغى) ثم  
 اذا شرع هذا المرض في السير الجيد تناقصت الاستفراغات المعديّة تدريجيا  
 و صارت طبيعية و زال الاخطاط و استوى توزع الحرارة العامة و شفي

الطفل الا انه يبقى عنده استعداد عظيم للنكسة

و اما اذا ظهرت الاعراض المذكورة بسرعة عظيمة و كثرت تكرار التبرز  
 و حصل للطفل في يسير من الساعات اخطاط عظيم قبل ان تحصل النخافة  
 العظيمة و كان ذلك محموبا بتناقص عظيم في حرارة الجسم العامة و انضم  
 لذلك علامات تكاثف الدم يسمى ذلك بالهيمضة الطفيلية و كثافة الدم تعرف  
 اولها بما ينتج عنها من العطش الذي لا يكاد ان ينطفئ حتى ان الطفل ينظر  
 لانه الماء بشراهة عظيمة و اذا اعطى له امسكه بيديه امساكا قويا و شرب



ما فيه حتى يفرغ وثانياً بانضاح اعراض السيميا نوز و ثانياً بضيق خاص في  
 التنفس حتى ان جدر الصدر والحجاب الحاجز تكاد بمجهودات عظيمة بدون  
 ان يعرف بوجود عائق للتنفس سوى صعوبة مرور الدم المتكاثف في الاوعية  
 الشعرية للرئتين وقد يمك الطقل باعراض الهيمضة الطفلية المذكورة في  
 يسير من الساعات وقد تضي نوبة الهيمضة الطفلية عليه ولا يبقى فيه الاشكل  
 خفيف من النزلة المعديّة وقد يعقب نوبة الهيمضة المفزعة شفاه تام بعد يسير  
 من الزمن

\* (التشخيص) \*

اما تميز النزلة المعديّة الحادة التي تظهر على صورة تلك المعدي عن غيرها من  
 اضطرابات الهضم فسنذكره في المبحث العاشر من هذا الفصل  
 واما الهيمضة الافرادية فلا يمكن تمييزها تميزا كلياً عن الهيمضة الهندية اي  
 الوبائية الناتجة عن تأثير مازمانى هيمضى فان اعراضها ليست متشابهة فقط  
 بل اعراض الهيمضة الافرادية عين اعراض الاحوال الخفيفة من الهيمضة  
 الهندية ولا فرق بين هذين المرضين الا بان نصف المصابين بالهيمضة الهندية  
 يم اسكون واما المصابون بالهيمضة الافرادية فيمكاد يشق جمعهم وكثيرا ما تشبه  
 الهيمضة الافرادية بالتسمم الا انه يندر ان تكون مصطحة بالام شديدة جدا  
 كما التسمم بالطوامض او بالاملاح المعديّة ويندر ان يحصل في التسمم  
 استقراعات غزيرة جدا بخلاف الهيمضة الافرادية فلا يندر فيها ذلك ومتى  
 استطالت مدة المرض واتضح في مدة سيره ظواهر اعتيادية وجب مراعاة  
 الاحوال التي تدل على وجود السم

واما النزلة المعديّة الحادة الحاصلة للاطفال الرضع وكذا امهاتهم فلا يسهل  
 اختلاطهما بغيرهما من الامراض

\* (الحكم على العاقبة) \*

الحكم على عاقبة النزلة المعديّة الحادة بالخطر والسلامة يستنبط شرحه من  
 سير هذا المرض وذلك ان البالغين السليمي البنية من قبل يكادون لا يم اسكون  
 بهذا المرض اصلا و اذا تكررت نوباته استحبال بسهولة الى الحالة المزمنة  
 واما الاطفال فالنزلة المعديّة الحادة وتنتجها بالنسبة لهم تعد من الامراض

الخطرة جدا بحيث يهلك الطفل بها ولو مع المعالجة الدقيقة

\*(المعالجة)\*

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

فاما المعالجة الواقية للنزلة المعديّة الحادة فشرحها يوجب الى تطويل فانا لو أردنا ذلك لزماننا نذكر جميع قوائم التدبير الصحي لكن بما تقدم يتضح لنا انه ينبغي تجنب حصول النزلات المعديّة الاعتناء التام في تدبير غذاء بعض الاشخاص كالحمامين والناقهين وحديثات الولادة والرضع فاما الاطفال الرضع فينبغي دائما ان يعطى لهم امالين الام والمرضعة اذا تبصر ذلك وان اقتضى الحال تغذيتهم بلبن البقر ويجب ان يراعى في ذلك قوائم صحية مهمة يعرف اغلبها مما تقدم منها ان يكون اللبن جيدا اي حديثا بحيث يكون مخلوبا في اليوم الواحد مرتين بالاقل ومتى ظهر فيه ادنى حوضه وجب غليه في الحمال لمنع استحقالة السكر اللبني الى حمض اللبنيك ويمكن ان يضاف لمثل هذا اللبن قليل من السكر بونات القلوبه حتى يصير متعادلا وازائد القلوبه قليلا فان في ذلك فائدة عظيمة ومنها ان لا يكون اللبن مأخوذا من البقر المغذى بالكسب وشحوه بل من البقر المغذى بالبرسيم وشحوه من المراعي الجيدة ومنها ان يكون مخفقا تحفظا كافيان يضاف اليه في الربع الاول من السنة الاولى قدر ثلثيه من الماء وفي الربع الثاني يضاف اليه قدر ثلثه ومنها ان يعطى اللبن في ازمة منتظمة غير قصيرة جدا وفي الاسابيع الاولى من الولادة يعطى للرضيع المص الزجاجة ذوالخلة المرنة الشبيهة بحلمة الثدي كل ساعتين وبعد ذلك يعطى له كل ثلاث ساعات ثم كل أربع ساعات وكلما كانت فترات التعاطى قصيرة وجب ان تكون الكمية المعطاة صغيرة ومنها ان تنظف الاواني التي يشرب منها الطفل وكذا فمه تنظيفا جيدا واكلها وان في هذه الاحتراسات ربما يؤدي لحصول النزلات المعديّة وأما التمسك بها غاية التمسك فقد يحفظه من النزلات المعديّة أقل من كثرة حصولها

وأما المعالجة السببية فتستدعي في الاحوال التي تكون فيها النزلة المعديّة مستمرة بسبب تناول المطعومات المضرة او الطواهر الفسدية الاخذة في



الفساد والتحليل استعمال مقبي ثم ان بعضهم قد فرط من جهة في استعمال ذلك  
 في النزلة المعدة الحادة كما أهمل بعضهم من جهة أخرى في استعماله اهمالا  
 زائدا عن الحد فانه اذا وافق الطبيب على تطلب المريض او جزم بمجرد اخباره  
 باحساس بضغط وامتلاء في القسم الشراسمي وتغطى اللسان ورائحة الفم  
 بان عنده تلبكات معدية وأمر للمريض في جميع هذه الاحوال بعرق الذهب  
 والطرطير المقبي فلا بد ان تستطيل مدة المرض غالباً بالمعريض المعدة المريضة  
 من قبل انما يترسب مضر بدون احتياج الى ذلك كما ان من المضر خوف الطبيب  
 المقرط من تأثير الجواهر المقيسة نذر ان كونه تحت حدث اسم الاومن كونه  
 يمكن ان يشاهد عقب استعمال الطرطير المقبي المستطيل التهاب معدى يترى  
 ومن نظريات غير صحيحة في تأثير هذه الجواهر فان من يزعم ذلك من الاطباء  
 يكون قد نسي ان تهيج المعدة الذي ينتج عن تأثير الجواهر المقيسة فيه ليس  
 مضر ولا ممتلعا عادة كما دلت على ذلك التجارب اليومية للطب العملي وجهل  
 التجارب المصيدة للمعلم (ماجندي وبودجه) التي ثبت بها ان تأثير عرق  
 الذهب المقسي والطرطير المقبي ليس نتيجة التهيج الشديد الذي تحدثه هذه  
 الجواهر في جدران المعدة بل هو نتيجة دخولها في الدم واختلاطها به وان  
 (ماجندي) المذكور يسهل له احداث التقايب بواسطة الحقن بالطرطير المقبي  
 في الاوردة ولو بعد تعويض المعدة بعثانة

ففي جزم الطبيب بان المعدة محتوية على مواد فاسدة بان دل على ذلك اتقاخ  
 قسم المعدة وصوت القرع على هذا القسم وتجشى غازات وسوائل تذكر  
 برائحتها وطعمها الاطعمة التي في المعدة وسوغت حالة المريض استعمال هذه  
 الواسطة القوية بلزوم بدون تاخير استعمال المقبي والاجود ان يؤخذ جرام من  
 عرق الذهب ومجموعة من الطرطير المقبي ويعطى ذلك المقدار مرة واحدة  
 ونروج المواد غير المهضمة الفاسدة وان أمكن بسرعة من المعدة بدون المقبي  
 وبدون ادنى ضرر كما أشرفنا لذلك لا يحصل دائماً فان هذه الجواهر الفاسدة  
 كثيرا ما تمسكت في المعدة زمنا طويلا وتحدث بوصولها الى الامعاء اضطرابات  
 مستمرة ثقيلة ففي أمكن تخليص المعدة من تلك الجواهر التي تحدث فيها تجمعا  
 مستمرا أو أمكن ايضا صبابة المعى عن تأثيرها المضر يلزم ان لا يخشى الطبيب

من التهييج الوقتي الذي تحدثه الجواهر المقيمة في المعدة وأما إذا امتنع الطبيب  
 من اعطاء المقيئ في مثل هذه الحالة وأمر بدله بجرعة من المغنيسيا المكلسة  
 كما هو جار الاثن بكثرة كان ذلك بلا شك هو السبب في استتالة المرض كما  
 يحصل في الاحوال الاخرى التي يعطى فيها المقيئ بدون احتياج اليه ثم ان  
 الحمى المتوسطة الشدة التي تصحب النزلة المعديّة لا تمنع من استعمال المقيئ  
 وأما إذا كانت شديدة جدا وشك الطبيب في كونها ابتداء حمى تيفوسية  
 وجب عليه ان لا يعطى المقيئ فان التيفوس من ربحا كتب سيراً ثقيلاً لا يقرأ  
 في الاحوال التي فيها يعطى ابتداء مقيئات او مسهلات  
 وأما المعالجة السببية فانها في النزلة المعديّة السببية لا تدعى استعمال  
 المسهلات الا اذا وصلت الطعومات الفاسدة الى المعى وتنج عنها انتفاخ غازي  
 في البطن ومغص خفيف و خروج غازات كريهة الرائحة وغيرها من  
 اعراض الامتلاء المعدي المنذفع الى اسفل ففي مثل ذلك تعطى المسهلات  
 الخفيفة خصوصا الراوند ومنقوع السنا المركب ويوصى في مثل هذه  
 الحالة خصوصا اذا اصطحبت بمكونات حمضية غير طبيعية في المعدة بجرعة  
 من المغنيسيا المكلسة (بان يؤخذ منها نصف اوقية على ثمان اواق من الماء  
 ويعطى منها كل ساعة او ساعتين من ملعقة من ملاعق الاكل) فتحدث  
 ولا بد اسهالا خفيفا خفيفا تفضله عن الاملاح المتعادلة  
 وأما ان حصلت في المعدة تكتونات حمضية غير طبيعية وظهر انها حافظة للنزلة  
 المعديّة بان استحوالت الجواهر النشائية الى حمض لينيك وسميك او حصل  
 تخمر خلي في المعدة عقب تعاطي البوزة او النبيذ ولم تسوغ مكابدات  
 المريض الخفيفة اعطاء مقيئ فان المعالجة السببية تدعى استعمال  
 القلويات الكربونية والمستعمل بكثرة هو ثنائي كربونات الصودا فيعطى  
 منها كل مرة من ست قحبات الى عشرة مسحوقة او محلولة واذا اريد اعطاء  
 ما ذكر سابقا على الشكل المعروف بماء الصودا فيمكن الماء المحفوظ في الخازن  
 محتويا على بيكر بونات الصودا حقة لا مكوّنات فقط من حمض الكربونيك  
 والماء كما هي العادة في تكوين مياه الصودا على مقتضى الدستور الاقرباذيني  
 الانجليزي



وكثيرا ما يتخلف في المعدة قليل من الجواهر الاخذة في الفساد ولومع  
الاستقرار اغات المتكررة من اعلى ومن اسفل والقويات المستعملة ايضا  
وان كانت ذات قوة على تعادل الحوامض المتسكونة في المعدة لا قوة لها على  
ايقاف حركة الانحلال اى الفساد الحاصل في هذه المواد ومنع تكون  
متخصصات حمضية جديدة وهذه الجواهر المتخلفة في المعدة الاخذة في  
الفساد تسرى حركة انحلالها وفسادها الى الطعومات الجديدة فتجرب  
الاغذية غير المضرة الى جواهر مضرة بالانشاء المخاطي المعدي خصوصا في  
الاطفال الذين نشاهد فيهم هذه الحالة بكثرة جدا فالعلاج السببية في هذه  
الحالة تستدعي ايقاف فساد الجواهر التي تبقى في المعدة ولو بعد التي  
والاسهال والحصول على هذه الغاية عسر وكثيرا ما تنجز عنه صناعة الطب  
فتدعى علم الطيب ان السبب الغالب للاسهال في الاطفال هو الفساد اى  
الانحلال الغير الطبيعي لما احتوت عليه المعدة والامعاء انضح له توجيه  
الناتج المضرة بعمل الجسم اذ المبراع فيها غير النزلة المعديّة والمعوية ومن  
المعلوم انه يعسر ايقاف التخمر من الابداء وغيره من حركات الانحلال  
خارج الجسم وايضا الوسائط التي تستعمل لذلك خارج الجسم عادة لا يمكن  
استعمالها بجميعها لايقاف التخمر والفساد اللذين يحصلان في باطنه  
اذ لا يتيسر لنا تخفيف ما احتوت عليه المعدة ولا جعله في درجة حرارة  
منفعة جدا أو منخفضة كذلك بحيث يقف تخمره او فساده بل بعض  
الجواهر التي تستعمل مضادة للتخمر ذات تأثير سمي في الجسم لكن لو اعتبرنا  
الجواهر العديدة المختلفة الخواص التي تستعملها اطباء على سبيل التجربة  
او العقل في اسهال الاطفال وقيهم مع النجاح العظيم احيانا لوجدنا انها  
جواهر تستعمل ايضا خارج الجسم لايقاف التخمر وغيره من انواع الفساد  
والانحلال واغلب هذه الجواهر استعملت في اسهال الاطفال القويات  
الكربونية والحوامض المعدنية خصوصا حمض المرياتيك والزيئق الحلو  
وقترات الفضة وكذا القين والسكر يوزوت والجزو المقي ومن الجائز ان بعض  
هذه الجواهر لا سيما قترات الفضة والقين ذات تأثير جيد في انشاء المخاطي  
المعدي المعوي لانها تاطف درجة احتقانه بسبب خاصية القبض التي فيها

الآن اغلبها خصوصا الزئبق الحلو لا يؤثره هذا التأثير في الغشاء المخاطي  
 المعدى فلا يمكن توجيه النجاس الذي يعقب استعمالها الا يكونها توقف حركة  
 الانحلال والفساد الحاصلة في الجوهر المحتوية عليها المعدة فتعد حينئذ من  
 المعالجة السببية فعلى هذا متى وجد الطيب طفلا مصابا بنزلة معدية خفيفة  
 تعرف بالقيء الخاص بهذا المرض وباختلاط مواد البراز الحضية باين غير  
 منهضم وجب عليه ان يأمر للطفل بالحمية القاسية التي سباني يسانم في شرح  
 معالجة المرض نفسه بالقلوبات الكربولية التي هي الطف الجواهر السابق  
 ذكرها بشرط ان تكون ممزوجة بقليل من الراوند على شكل السقوف  
 المائزى الراوندى الكثير الاستعمال فان كانت النزلة ثقيلة وكان الاسهال  
 شديدا كان استعمالها على شكل الصبغة الراوندية بان يأمر له بالجرعة  
 القديمة المشهورة المكونة من درهمين من صبغة الراوند وثقى عشرة نقطة  
 من محلول كربونات البوتاسا واوقيتين من ماء الكومون ودرهمين من  
 الشراب البسيط ويعطى من هذا المخلوط ملء ملعقة صغيرة عدة مرات في  
 اليوم فان لم تثمر هذه الطريقة ودام فساد الجوهر المحتوية عليها المعدة  
 وازداد الاسهال وجب اعطاء مقدار صغير من الزئبق الحلو كما هو الممدوح  
 في معالجة امهال الاطفال من منذر من طويل والعادة ان يعطى منه ثمن قحمة  
 او ربع قحمة مرتين او ثلاثة في اليوم والمعلم (سيدنا) مع تفضيله للزئبق الحلو  
 في مثل هذه الحالة عن غيره من الجواهر العلاجية يعطى منه مقدار اعظم  
 من المقدار المذكور ويكرره في اليوم أكثر من التكرار المتعدد ما زجاله  
 بمقدار قليل من الحلبة وكيفية ذلك ان يؤخذ

}	خ	من الزئبق الحلو المجهز بالبخار	٤	قحبات
		من مسحوق جذر الحلبة	٢	قحمان
		من السكر الابيض	$\frac{1}{3}$	درهم

يعمل ذلك مسحوقا ويجزأ الى ثمانية اجزاء متساوية في اوراق ويعطى منه  
 كل ساعتين ورقة سفوف قاع قليل من الماء الا ان هذه الطريقة لا توصل الى  
 الغاية المطلوبة في جميع الاحوال في كثير ما يسقط الاسهال والتي ولوع  
 الحمية القاسية وتكرار استعمال سفوف الزئبق الحلو وينفذ لتصح



المدائمة على اعطاء هذا الجوهر الشديد التأثير ولومع ندرة ما ينتج عنه من  
 الاتهاب الفمحي الزئبق بسبب استمرار التي والاسهال اللذين يمنعان  
 امتصاصه بكثرة بل يكمية قليلة جدا كما يظهر فيضطر الطيب في مثل هذه  
 الحالة لتترك الجواهر التي تأكدت جودتها بالتجارب ويلجئ لاستعمال  
 غيرها ولودات التجارب على انه أقل منفعة مما تقدم وقد يتفق ان تحبير  
 الطيب يلجئه لاستعمال جوهر بعد الاخر فينتقل من جوهر الى آخر  
 تنقل لا تجريبيا لاتعقبا وليس هناك أدلة واضحة يستدل بها على تفصيل  
 استعمال نترات الفضة مثلا او التين او حمض الكلو رايدريك او صبغة  
 الجوز المقبي والغالب ان الطيب يتبدى باستعمال ما ظهر له نجاحه في آخر  
 مرة علاج فيها مريض غير المريض الذي يده والذي فضله وأما استعماله في  
 الاحوال ذات التي الغزير والعطش الشديد جدا والاستقرامات البرازية  
 المائية الغزيرة هو نترات الفضة ليكن بمقدار قليل جدا (بان يؤخذ من

نترات الفضة المبلورة }  $\frac{1}{4}$  قحمة  
 ماء مقطر } ٣ اوقيتين

ويوضع هذا المحلول في زجاجة سوداء ويعطى منه كل نصف ساعة او ساعة مل  
 ملعقة صغيرة) وكذلك جرعات صغيرة من الماء الجليدي فاذا فقد الذي مع  
 استمرار الاسهال وكان غزيرا فالاجودان يعطى التين ان لم يثر الزئبق المحلول  
 (بان يؤخذ من التين  $\frac{1}{3}$  جرام فيحصل في ٣ اواق ماء مقطر  
 ويعطى من هذا المحلول مل ملعقة صغيرة كل ساعتين)

واحوال هذا المرض المستطيلة غير الطبيعية يؤمر فيها باستعمال حمض  
 الكلو رايدريك في محلول غروي واما استعمال صبغة الجوز المقبي  
 والكريو زيت وصبغة الحديد فدلائله مجهولة واما التزلة المعدية الناشئة  
 عن تأثير البرد فتستدعى معالجتها السببية الاتجاء الى الوسايط المعروفة واما  
 الناشئة عن مؤثرات وبائية غير معروفة فلا يمكن اجراء ما تستدعيه المعالجة  
 السببية فيها

وأما معالجة المرض نفسه ففيها ينبغي الاعتماء الكلي بالتدبير الغذائي مع  
 تجنب استعمال الاستحضارات الدوائية بكثرة فقد دات التجارب على ان

احتمان الغشاء المخاطي المتزايد عن الحالة الطبيعية المحبوبة بزيادة الافراز  
 المخاطي وغيره من التغيرات النزلية يعود بسبب سرعة الى حالته الطبيعية متى زالت  
 الاسباب التي احدثت ارتفاع الاحتمان في الغشاء المخاطي احتمانا مرضيا  
 واجتمعت الاسباب المضرة التي تستتبعه وحيث كان من الثابت ان اللفظ  
 المطهومات يحفظ الاحتمان التزلي في الغشاء المخاطي المعدي ويجب على  
 الطبيب منع المريض المصاب بهذا المرض من الماء كل رأسا فيا امره بالصوم  
 زمانا معلوما ولا بد من التمسك بهذا الاحتراص خصوصا في شكل الغزلة المعدية  
 التي تظهر على صورة التلبك المعدي وكثيرا ما يلاقى الطبيب عسرا في تهيم  
 امره هذا فان شأن الامهات ان يعسر عليهن منع الطفيل من الاغذية  
 ولو زمانا قليلا كما ان البالغين المصابين بنزلات معدية يميلون لتعاطي  
 الماء كولات المهلحة الحريفة وان لم يحسوا بالجوع وكما حدث الطبيب على  
 الاحتمان عن الاكل تحصل على النتيجة العظيمة لكن اذا استتالت مدة  
 المرض وكان مصطحبا بحركة حمية وخشى من ازدياد النهوك بسبب تمادي  
 الحركة الحمية وجب عليه امر المريض بالماء كولات سائلة فانه يقل نفيسه الغشاء  
 المخاطي المعدي بهذه المثابة وعليه ان لا ينسى في مثل هذه الاحوال ان  
 العصير المعدي صار قلويا بسبب اختلاطه بالمواد المخاطية وفقد معظم قوته  
 الهاضمة ولذا ينبغي منع استعمال الجواهر الغذائية التي تحتاج في تناولها  
 لمصارمة معدية حمضية كاللبن والبيض واللحوم واعطاء الاغذية الثابتة  
 مادامت العلامات الدالة على تكوّنات حمضية غير طبيعية موجودة  
 فالشربة الكادبة اي المائية غداء لطيف للمصابين بنزلات معدية  
 مستطيلة

ومن العسر جدا على الطبيب اجراء التدبير الغذائي في الاطفال المصابين  
 بنزلات معدية ناتجة عن فساد يعسر ايقافه في الجواهر المحتوية عليها المعدة  
 او محفوظة بهم فان اللبن مع كونه غذاء لطيفا طبيعيا للاطفال يصير في مثل  
 هذه الحالة مضر جدا فانه يقسده بسبب سرعة وحيث يتدهير الطبيب في اعطاء  
 جواهر مغذ غير اللبن واتخاذ جواهر غذائية لا تقسده في المعدة في مثل هذه  
 الحالة ولا تستحيل الى مواد مضرة اذ من المؤكد ان المطبوخ الغروي من



الشعير او القمح او الاروروط او لباب الخبز يفسد بسرعة كسرعة فساد  
 اللبن ويستحيل الى متحصلات حمضية فعلى الطبيب حينئذ في معالجة مثل  
 هذه الحالة مع النجاح ان لا ينسى ان الاطفال لا تهلك من الجوع ولو اقتطع  
 عنهم الغذاء يوما او يومين واعطى لهم بدله الماء بدون ان يضاف اليه السكر  
 كما يفعل غالباً وهذا امر مهم لانفاية فينبغي التمسك به وبتى زال القي والاسهال  
 بهذه الطريقة واستعاض الدم المتكاثف ماء مشوه ذوال الخوطاط الطفل  
 بسرعة بحيث يظهر ان الاطفال الجيايع عادت اليهم قواهم حينئذ يتبدأ  
 باعطاء قليل من اللبن المخفف واذالم يتحمل الاقل ذلك وخفف من استتالة  
 الحمية عليه وجب ان يعطى له بعض ملاعق من خلاصة اللحم المجهزة بطريقة  
 وضع قطع اللحم الصغيرة في زجاجة مسدودة سداسح كما بدون اضافة ماء اليها ثم  
 يوضع تلك الزجاجة في قدر مملوء بالماء المغلي جلة ساعات

واما الوسائط العلاجية المضادة للانتهاب فلا يلتجأ اليها في معالجة النزلة  
 المعدية في حد ذاتها الا نادرا والغالب ان يستعنى عن الاستفرغانات  
 الدموية العامة والموضعية واما التبريد فيمكن استعماله بنجاح في النزلة  
 المعدية الشديدة المصحوبة ببقىء او عطش شديدين ولذا اوصى الاطباء  
 في احوال الهيبضة الافرازية والطفلية باستعمال الماء الجليدى شربا او  
 باستحلاب قطع من الثلج ووضع المكمدات الباردة على البطن وضمانه تكررا  
 بسرعة

واما استعمال الملح النوشادري في النزلة المعدية فمقول بعدم منفعته هذا أكثر  
 مما ذكرنا في النزلة الشعبية ولا يرتكن الى القول بتأثيره المضاد للحالة النزلية  
 في النزلة المعدية المادة فتعاطيه حينئذ لا يعين الاعلى تناقل المرض وأما  
 استعمال حمض الكربونيك في معالجة النزلة المذكورة فمقدوح للغاية  
 ويعطى على شكل المساحيق او اللبونات الغازية الفوارة والمياه الحمضية  
 الكربونية والعادة ان يحصل عقب تعاطي حمض الكربونيك في المعدة  
 نجش وبسرعة وبذلك يظهر انه يخرج من المعدة غازات أخرى موجودة فيها  
 فيحصل عقب ذلك راحة وقيمة ومع ذلك فلا يقال ان حمض الكربونيك المعتبر  
 ذاتاثير مهبج قد لطف الاحتمان المعدى وانه ذو تاثير لا واسطى في الشفاء

## المسربيع للنزلة المعديّة

وعكس ذلك يقال في القلوياوات الكربونية فان ايصالها للمعدة يحصل به تناقص في تماسك المواد المخاطية المنقرضة وسهولة في انقذاقها ولذا ينبغي الاعتناء باعطائها في الادوار الاخيرة من النزلة المعديّة بقطع النظر عما تستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض في استعمالها كما تقدم ذلك ويظهر زيادة على ذلك ان القلوياوات الكربونية تزيد في افراز العصير المعدي كما دلت عليه تجارب كل من المعلم (باندلو) وفريريكس) التي تأكد منها انه بعد تماطي القلوياوات الكربونية يتكوّن عصير معدى حمضى بحيث لا يحصل تعادل القلى فقط بل ان العصير المعدي يكتسب صفة حمضية بسرعة والاجود ان تعطى القلوياوات الكربونية في احوال التلبك المعدي على شكل ماء الصودا او على شكل صبغة الراوند المائية

واما المعالجة العرضية فيندر ان تستدعى وسائط غير السابقة والاعراض التي تلجئنا في الغالب لاستعمال وسائط غير السابقة هي القي والاسهال عند اشتراك المعى والمعدة في المرض فانهما ان كانا خفيفين لايجوز جامتا استعمال وسائط مخصوصة وان كانا ثقيين جدا كما في الهيمضة الافرازية والطفلية ونج عنهم فقد عظيم في مائة الدم وتكافئه صار امهددين للحياة فيستدعيان وسائط علاجية مخصوصة وأكثر هذه الوسائط استعمالا في القي والاسهال الثقيين الافيون لكن لايعلم يقينا وجهه ايقاف الافيون للقي والاسهال ولا اعتباره مضادا لهما فان قيل انه لايجوز ذلك الاشغال حر كات المعى وبذلك يقل عدد الاستقرات بدون ان يلاطف افراز الغشاء المخاطي قلنا هذه المنفعة وهمية والذي يظهر حقيقة ان الافيون كما يؤثر في حر كات المعى يؤثر ايضا في تناقص افراز الغشاء المخاطي المعوى ويجوز ان يكون هذا ناتجا عن ذلك ولذا اذا لم يؤثر في الهيمضة الافرازية الماء الجليدي الذي ذكرنا انه ذو تاثير جيد في القي الشديد وتكررت فيها نوب الاسهال بسرعة شديدة يجب اعطاء الافيون بمقدار نصف قعّة كل مرة امام مسحوقا او على حالة صبغة سواء كان مجزدا او منضمه الغير من الجوهر المنهش والافيون وان كان ينبغي التوقف في استعماله في الطب العملي للاطفال لاسيما واعطاء هذا الجوهر لا يستدعيه



كل من المعالجة السببية لهذا المرض والمعالجة المؤسسة على طبيعته قد يلجأ  
الى استعمال مقادير صغيرة منه في الهيمضة الطفلية متى صارت الاستقرانات  
شديدة جدا وكلما ازداد الهبوط في الهيمضة الافراذية والطفلية وصار النبض  
صغيرا وانخفضت الحرارة وجب ان يعطى مع ذلك وسايط منهم - بان يعطى  
للمرضى مقادير من النييد والايثير والقهوة وتستهعمل مع ذلك اللبخ الخردلية  
من الظاهر

وهناك احوال قد يحصل فيها تراكم كمية عظيمة من المواد المخاطية في المعدة  
مدة سير النزلة المعدية ولو مع استعمال القلويات وهذه المواد التي هي  
منحصل النزلة المعدية يمكن ان يكون فسادها سببا لاستمرار هذا المرض  
استمرارا مستعصيا وسيباني استتالة النقاهاة وتكدر الهضم عقب انتهاء  
هذا المرض ففى انضح للطبيب فى ادوار النزلة المعدية الاخيرة بجرعات  
التقايى المتعيسة التى تنقذ بها زما فزما كمية عظيمة من مواد مخاطية  
وبفقد الشهية وبطء النقاهاة ان هنالك مواد مخاطية متراكمة فى المعدة وجب  
عليه اعطاء مقيئ

• (المبحث الثانى فى النزلة المعدية المزمنة) •

( كمية الظهور والاسباب )

الالتهاب المعدى المزمن نادرة يحصل عقب النزلة المعدية الحادة متى  
استطالت مدتها او تكررت نكساتها ونارة يحصل من ذاته ابتداء واسباب  
النزلة المعدية المزمنة هي غالباً عين اسباب النزلة المعدية الحادة فمن ان جميع  
المؤثرات المضرة التى تحدث الاخيرة تنشأ عنها الاولى متى استطال تأثيرها  
او تكررت خصوصا استتالة الافراط فى المشروبات الروحية فانه السبب  
الغالب للنزلة المعدية المزمنة والكول يزداد تأثيره المضر كلما كان أكثر

تركزا ولذا ترى الاشخاص المدمنين للسكر يصابون بهذا الداء كثيرا

ومنها ان النزلة المعدية المزمنة تكون متعلقة فى كثير من الاحوال باحتقانات  
احتباسية فى اوعية الغشاء المخاطى المعدى والاعائق الذى يشأ عنه احتباس  
الدم قد يكون مجلسه الوريد الباب ولذا ترى جميع امراض الكبد التى يفتج  
عنها ضغط الوريد الباب وتفرغانه تصطب دائما بنزلات معدية مزمنة وقد

يكون مجلس العائق بعيدا عن الكبد وهو الغالب فان جميع امراض القلب والرئتين والبلعور التي تعوق استفراغ دم الاوردة الاجوفية تعوق أيضا انصباب دم الكبد والمعدة تماثل ذلك في تلك الاوردة ولذا كثيرا ما تشاهد النزلة المعدية المزمنة في أحوال الانقباض الرئوية وسيرور الرئتين والاتفات العضوية للصمامات القلبية كما يشاهد سيرور الجلد العام في جميع هذه الاحوال فان هاتين الحالتين تخصصان بكيفية واحدة ومنها ان النزلة المعدية المزمنة كثيرا ما تصحب السعال الرئوي وغيره من الامراض المزمنة وقد ذكرنا فيما تقدم ان المصابين بالسعال الرئوي كثيرا ما يشككون باعراض النزلة المعدية لباعراض مرض الصدر ويلتجئون الى الطبيب في معالجة النزلة المعدية دون السعال الرئوي ومنها ان النزلة المعدية تصحب دائما سرطان المعدة وغيره من الاستحالات المرضية لهذا العضو

\*(الصفات التشريحية)\*

الغشاء المخاطي للمعدة في النزلة المعدية المزمنة يشاهد غشاها باللون أحمر ضارب الى السمرة اوسنجابي كما يشاهد ذلك في غيره من الاغشية المخاطية متى كانت مجامع النزلات مزمنة وهذا اللون ينشأ عن اتزنته من الاوعية الشعرية الصغيرة في جوهر الغشاء المخاطي واستحالة المادة الملونة للدم الى مادة بجمونية وبدل الاحتمقان الرفيع الذي يشاهد في الغشاء المخاطي المعدى المصاب بالنزلة الحادة يوجد في النزلة المعدية المزمنة تخرجات وعائية غليظة غالباً بل وعدوات دوائية في بعض المحال ويكون الغشاء المخاطي زيادة على ذلك متزايداً في السمك بسبب ضخامة فيه كثيراً كثر متانة وثخانة في الحالة الطبيعية وذا ثغيبات بارزة متعددة وان لم تكن الالياف العضلية للمعدة منقبضة عقب البرودة الرمية وقد يشاهد في بعض اصفاره ارتقاعات استعجمية رخوة ناتجة عن ضخامة غليظة وكثيرا ما تشاهد فيه برورات متعددة منقصة له عن بعضها بما يربط سطحية وهذه الحالة تعرف بالحالة الحليسة للغشاء المخاطي المعدى وتعلق غالباً بالضخامة جزئية في هذا الغشاء تمدد فيها بعض الغدد المعدية والنسوج الكائن بينها وقد تتعلق هذه الحالة على رأى



(فرير كس) بتجمعات ضخمة مستديرة في المنسوج الخلقى تحت الغشاء  
 المخاطي او بنمو بعض الاجربة المسدودة المتكاثفة وعلى رأى (بود) بامتلاء  
 الغدد المعدية بافراز محتبس والتغيرات التشرىحية المذكورة يكثر وجودها  
 وقتئذ منها في الجزء البوابي من المعدة وماذا الا لكثرة وجود الغدد  
 المخاطية في هذا الجزء والسطح الباطن من هذا العضو يكون مع ذلك مغطى  
 بمادة مخاطية مبيضة سنجابية لزجة متشعبة يجدران المعدة تشبهاً متمينا وزيادة  
 عن سوك الغشاء المخاطي وكثافته قد يستحيل كل من المنسوج الخلقى  
 تحت هذا الغشاء والطبقة العضلية الى مادة ضخمة يبلغ سمكها قليلا من  
 الخيطوط وقد يبلغ نصف قيراط وازدياد سوك الجدران المعوية يتعلق بضخامة  
 بسببها فيها تتولد اليااف عضلية تولد اجسدا ويحصل ازدياد في اليااف  
 المنسوج الخلقى تحت الغشاء المخاطي وبين اليااف العضلية والطبقة  
 العضلية الخشنة عندئذها تكون على هيئة مادة سنجابية باهتة مخررة خوة  
 كاللحم عندئذها من الظاهر الى الباطن حواجز خلوية تكسبها هيئة مدرجة  
 وقد يكون الجزء البوابي للمعدة جميعه خصو صا البواب نفسه متغيرا بهذه  
 الكيفية وقد تكون سوك جدران المعدة قاصرة على بعض اصنافه وكونه  
 لتعقدات بارزة وبسبب سوك جدران المعدة عقب ضخامة قد يحصل ضيق  
 عظيم في البواب بما يعقبه تمدد عظيم في المعدة

\* (الاعراض والسير) \*

المرضى في النزلة المعدية يشكون غالبا باحساس بضغط وامتلاء متعب في  
 القسم الشراسيمي في زداد عقب الاكل ليكن يندران يرتقى الى درجة الايلام  
 الشديدة ووقت ظهور الايلام المذكور عقب الاكل وكان القسم المعدى  
 شديدا الاحساس عند الضغط ترجح أن النزلة المعدية ليست بسبب طة بل  
 مضاعفة بتغيرات عضوية وثقيلة في المعدة وزيادة عن الاحساس بالامتلاء  
 يوجد القسم المعدى ذاتا اتفاخ ناشئ عن امتلاء هذا العضو بالغازات  
 وبالطعومات التي تتكثف فيها زمانا طويلا ثم ان الغازات التي تكتث وتثقل  
 المعدة المصابة بالنزلة المعدية المزمنة معظمها ناشئ عن الفساد الذي يعترى  
 الطعومات بسبب ان العصير المعدى الذي صار قويا لا قو له على هضمها هضمها

طبيعيًا وعن تأثير المواد المخاطية فيما حتمت عليه المعدة كغيره غير  
 طبيعية وبما جاء على حصول الانحلال غير الطبيعي في النزلة المعدنية الزمنة  
 كون الطبقة العضلية للمعدة مع ازديادها وكثافتها مشلولة في وظيفة  
 ارتشاحها ارتشاحًا أوديمًا أو يافان المعدة متى ضعفت حرارتها مكثت  
 الاطعمة فيها زيادة عن مكثها الاعتيادي فبعض تريحها بسبب ذلك التماسد  
 فيندفع من المعدة زمنًا فزمنًا بواسطة التجشؤ غازات ذات تركيب  
 كثير كريب الغازات التي تتكون في النزلة المعدنية الحادة وبهذا التجشؤ  
 وهو أحد الاعراض الملازمة للنزلة المعدنية المزمنة يصل إلى القم زيادة على  
 الغازات بعض مواد من متحصل المعدة ذات طعم حمضي أو زخ نارية تزدرد  
 وتارة تنذف بالبصق وتكون حمض اللبنيك أو السمنيك الناشئ عن استحالة  
 النشائبات استحالة غير طبيعية يصل في النزلة المعدنية المزمنة إلى درجة عظيمة  
 جدًا بحيث إن السوائل الحضية الحريفة المنذرفة في المريء والمعوم  
 بالتجشؤ ينتج عنها في مثل هذه الأحوال احساس باحترق يسمى بالتجشؤ  
 الحديدي المحمى

وقد ينضم للاعراض المذكورة في النزلة المعدنية المزمنة فيمكن هذا العرض  
 ليس ملازمًا لهذا المرض دائمًا بل لا يحصل فيه عادة الا نادرا وقد لمتنا  
 مشاهدات الشهر (فرير كس) الذي أوشدنا إلى أغلب ما نعرفه في اضطرابات  
 الهضم على ان المواد الكربونية المائية في أحوال النزلة المعدنية المزمنة  
 تستحيل احسانا إلى مادة لزجة خيطية تشبه الضفح كالمادة التي لا يندر  
 تكونها عند تشريح البطن خارج الجسم وقد لا تكون مواد التي تمتكونة  
 الامن مقدر عظيم من هذه الجواهر الخالية عن الازوت التي تستقرغ  
 بمركات في عميقة وتكون على صفة مادة لزجة خيطية وقدينة بدفع باقي  
 مادة مخاطية حقيقية مع مادة سائلة نفهته وهذا النوع من التي يشاهد  
 في أحوال النزلة المعدنية المزمنة للسكارى ويسمى بقى الصباح وقد احتصر  
 المعالج (فرير كس) المذكور هذه المواد بالدقة فوجدها ذات خواص قلوية  
 في الغالب وذات وزن خاص خفيف ومحتوية دائمًا على مركبات رودانية  
 (\* تلميحه \* هـ هذا اللفظ آت من لفظ رودون وهو معدن سمي بهذا الاسم لان



من كانه المحيية ذات لون أحمر وردي) وانه اذا أضيف اليها مقدار عظيم من  
 الكحول رسب منها مادة مبيضة ندفية تحيل النشاء بسرعة الى مادة سكرية  
 وهذه الخاصة به هذا السائل تدل على انه ليس آتيا من المعدة بل من الغدد  
 اللعابية وقد ذكرنا فيما سبق ان تهيجات الغدد وامراضها ينتج عنها ازدياد في  
 افراز اللعاب فمن الواضح حينئذ ان اللعاب المتزايد الذي يزدرد تدريجيا في أثناء  
 الليل في النزلة المعدية للسكرى هو الذي يسبب فرغ في الصباح ويندرج في  
 النزلة المعدية البسيطة اى غير المضاعفة ان تنقذ المواد الغذائية المزدردة  
 ثانيا متغيرة تغيرا شخشا قووة وضعفا فان حصل ذلك كانت في الغالب محتلمة  
 بكهية عظيمة من مواد مخاطية وكانت ذات رائحة كريهة وطعم حريف  
 بسبب اختلاطها بجمض السمنك ومحتوية نارة على تكونات مخصوصة  
 ميكروسكوبية تسمى بالسرسينا المديزة وهو اسم لواد نباتية طفيلية) وهذه  
 المواد تكون ذات كمية عظيمة متى وجدت في المعدة وليست الانواع  
 النباتات الالبية اى النباتات المائية او القطر المائي وهي مكونة من خليات  
 فطرها واحد من اربعمائة او بالاكثر واحد من مائتين من الخط وذات اسطحة  
 منقسمة الى مسافات دقيقة مربعة وكثيرا ما تكون منضمة الى بعضها ودعوى  
 ان هذا النبات الطفيلي هو السبب في فساد ما احتوت عليه المعدة وتحلله  
 بخلا غريبة يسمي كما هو شأن المواد النباتية الفطرية التخمرية غير صائبة  
 لوجودها احيانا في المعدة السليمة غير مصحوبة بظواهر اختلالات غير طبيعية  
 والاحساس بالجوع يكاد لا يوجد اذ انما عند المصاب بالنزلة المعدية المزمنة وان  
 كان ذا مخافة عظيمة وجسمه مخنجا لتعويض ما نقص منه احتياجا عظيما  
 فالمرضى يكاد لا يتعاطى اغذية مطلقا الا بالالحاح عليه ونارة تنفخ شمسه  
 لئلا كل الا انه يحس بالشبع سريعا ولو بعد تعاطى يسير من الاغذية ونارة  
 يحصل في بعض الاحوال خصوصا المصحوبة بتكونات حمضية كثيرة  
 احساس مؤلم في قسم المعدة واعماله لا يتحسن ان الا بعد تعاطى قليل من  
 المطعومات ولذا يسمى هذا الاحساس في العادة بالجوع الكلي او المحرق  
 والعطش في هذا المرض ما لم يكن مصحوبا بجمي لا يكون متزايدا بل متناقصا  
 مثل الاحساس بالجوع غالبا

وان امتدت النزلة المعديّة الى تجويف القم غالباً شوهد معها اعراض النزلة  
 القميّة المزمّنة فيكون اللسان مغلي بطبقة سميكّة ذات انبعاجات سنّية جانبيّة  
 وطعم القم فيها عجيباً ورائحته منتنة تقناً مختلفاً كثيراً وقلة وكل من نظافة  
 اللسان وقد باقى علامات النزلة القميّة المزمّنة لا يدل على سلامة المعدة  
 وقد عتد النزلة المعديّة في كثير من الاحوال الى المبي وحينئذ يطرأ على الظواهر  
 السابقة اعراض النزلة المعويّة المزمّنة وليعلم انه لا يفتج عن كل نزلة معويّة  
 اسهال فان جميعها لا يظهر بازدياد في الافراز المسائي والمخاطي المعوي بل  
 العادة ان يوجد داسالم مستعص اما بقوة او بضعف فان حر كات المبي  
 تكون متناقصة جدا في النزلة المعويّة كما تناقص أيضا حركة الممددة في النزلة  
 المعديّة وفساد الجواهر الغذائية التي تمكث حينئذ زمانا طويلا في المبي يستمر  
 وينشأ عنه انتفاخ طبعلي وقرقر وتوتر في البطن ويخرج من المريض زمن  
 فزمن اغازات تحدث عنده راحة وقتية ولذا كثيرا ما تنسب المرضى مرضهم  
 لحالة التجمّع الغازي في البطن

وتارة وهو كثير عتد الالتهاب النزلي الحاصل في الاثني عشرى الى الفتاة  
 الصفراوية فتحبس الصفراء حينئذ وتمتص وسند كرفيماء عدان اليرقات  
 الناتج عن النزلة المعديّة الاثني عشرية كثيرا ما تشكال اليرقان حصولا  
 واما ما يخص الحالة العامّة للمريض في هذا المرض فهي ان لا يوجد عادة ألم  
 شديد في الرأس ولا تكسر مؤلم في الاطراف ولا بقية الظواهر العامّة  
 المصاحبة للنزلة المعديّة الحادة بل تصطبغ النزلة المعديّة المعويّة المزمّنة  
 بتغيرات نفسية مع حالة كآبة لا مانع من تسميتها بالايوخنة دارية تتعلق  
 التنبيه الدماغي غير الطبيعي بأحوال غير طبيعية في الاحشاء البطنيّة اذ لا فرق  
 بين التغيرات المذكورة التي تصحب النزلة المعديّة المعويّة وبين غيرها من  
 بقية اشكال الايوخنة دارية فان الجسم يكون موضوعا لافكار مخزنة  
 في كآبة الحالاتين وقد شاهدت كثيرا في النزلات المعديّة المعويّة عند بعض  
 اشخاص يأسأعموما وقلة اعتبار الشخص لمعرفة العقلية وبأسا من  
 المظاهر الدنيوية وجميع هذه التغيرات زالت بزوال النزلة المذكورة وقد  
 عالجت من هندسين رجلا غنما مصابا بنزلة معديّة معويّة مزمنة كان يظن



في اثناء مرضه انه كاد يقامر ولا يكمل بناء بيت شرع في بنائه ثم وهمه انه  
لاقدرة اعدى ذلك ثم بعد ذلك كنه في حمام (كوا سباد) مدة شهر عاد الى  
الاحساس بقواه الاصلية وغناه فأكمل بناء بيته مع غاية الزخرفة ولم يزل في  
صحة زمانا طويلا

ثم ان التغير الذي يعتري التكميم وعوق الامتصاص بسبب الطبقة المخاطية  
اللزجة المغطية المسطح المعدة والمعى ينتج عنها اضطراب عظيم في التغذية  
فيمتص الشحم وتسترخى العضلات ويصير الجلد قلا ولا يندر ان تظهر تغيرات  
اسكور بوتوية كارتخاء لحم الاسنان وانزفته منها بل قد تشاهد ارتشاحات  
وبقع زرقية تحت جلد الاطراف لكن يخشى من ارتقاء النخافة الى درجة  
عظيمة جدا فان تقدم النخافة ربما يظن منه ان النزلة المعديّة المزمنة تكون  
عرضية تابعة لمرض آخر كالسرطان الذي يكون محدثا وحافظا لها ومن  
المستغرب العسر الايضاح ما يعتري البول في هذا المرض من التغير الكثير  
الحصول فان اضطراب القائل وان نتج عنه تغير في صفات مخلات الجسم  
كما هو معلوم لا يعلم مطلقا اعله احتواء البول على كمية عظيمة من المواد الملوثة  
السوداء ورسوبات من املاح بولية وظهور كمية عظيمة جدا من فوسفات  
الكلس في بول الاشخاص المصابين بنزلات معدية مزمنة راجع ذلك في مجت  
سوء الهضم

واما سير النزلة المعديّة المزمنة وانتهى اؤها في نال نيم ما ان الاعراض السابق  
ذكرها كثيرا ما تستمر جملة اسابيع بل أشهر بل سنين مع تفاوت في شدتها  
وتعاقبها والاحوال التي يمكن فيها ازالة سبب هذا المرض تنتهي غالبا مع  
المعالجة للائفة بالشفا وقد يؤدي هذا المرض لتغيرات عضوية عظيمة في  
المعدة سيما الحصول القرحة المزمنة لهذا العضو والحصول التزيف المعدي  
اذا كان ناتجا عن احتقان احتبامى ويندر بقطع النظر عن الامراض  
التابعة ان يؤدي هذا المرض للموت وقد توجد احوال فيها تملاك المرضى  
عقب النهوكة والاستسقاء والغالب ان يكون هـ لال المرض عقب  
الامراض التي تضاعف النزلة المعديّة المزمنة او بعض الامراض التي تجت  
هي عنها وضخامة اغشية المعدة لا يمكن معرفتها مدة الحياة مادام قطر الجواب

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

واما تضيق البواب الناشئ عن ضخامة اغشية المعدة فينتج عنه عسر عظيم  
في مرور الاغذية من المعدة الى المعى بحيث ان هذه المضاعفة تزيد في قوة  
اسباب فساد ما احتوت عليه المعدة المصابة بالنزلة المعديّة من المواد  
التي لا تخلو الا غير طبيعي وبهذه الكيفية يعمل ارتقاء الامراض النسوية  
الى فساد يحصل المعدة في النزلة المعديّة كنجس وغازات ومواد سائلة ذات  
طعم كريه وما يسمى بالديد المحمى ونحو ذلك ارتقاء شديد جدا بحيث يصير أشد  
ايلا للمرىض عما يحصل في النزلة المعديّة المزمنة البسيطة وينضم لذلك ان  
التيء الذي يفقد في كثير من أحوال النزلة المعديّة بل في معظمها والذي لا  
يحصل الا زمانا فزما يصير من العلامات الملازمة لتضيق البواب او يحصل  
غالبا بانتظام عظيم اى عقب الاكل بساعتين او ثلاث وهذه الظاهرة قد تتغير  
في بعض الاحيان متى اعتري المعدة تمدد عظيم جدا بحيث تحمل تراكم كمية  
عظيمة من الاغذية وحينئذ لا يندران يرتفع التيء عدة يومين او ثلاثة ليكنه بعد  
هذه الفترة تندفع منه كمية عظيمة جدا دفعة واحدة وعلى هذه الحالة  
قد انتظم أوقات التيء انواع انتظام ثم ان مواد التيء في أحوال تضيق البواب  
تشتمل غالباً على مواد غذائية متفاوتة الانضمام هلتهفة بمواد مخاطية ذات  
رائحة حمضية او رائحة زنتخة كريهة جدا وتكون محتوية غالباً على كمية  
عظيمة من حمض اللبنيك وحمض السمنك ويكاد يوجد فيها دائماً ايضا اجزاء  
نباتية طفيلية وهي المعروفة بالسرسينا خيفة ثم متى وجد عند المرىض تكونات  
حمضية عظيمة غير ممكن ازالتهما في متكرر ويجب ان يغلب على الظن وجود  
تضيق في البواب وبتأكد التشخيص متى امكن اثبات وجود تمدد تابعي في  
المعدة ربما يصير عظيم جدا بحيث ان هذا العضو يلائم معظم تجويف البطن  
ويعرف هذا التمدد العظيم الحاصل في المعدة احيانا بواسطة البحث بالنظر  
على قسم هذا العضو فانه حينئذ يتضح على هيئة بروز ساقط الى السرة او الى  
اسفل منها وذى تحت دببلى الاسفل وقد ذكر الشهر (بمصر) ان المعدة  
اذا كانت ساقطة بالكفة الى اسفل قد لا يشاهد قوسها العظيم ودهبل



يشاهد معه جزء متفاوت الامتداد من قوسها الصغير يكون مكثراً اسفل  
 مقعر المعدة الذي يكون اكثر انخسافاً وسقوطاً وزا متفاوت الوضوح  
 تمتد من غضاريف الاضلاع الكاذبة من احدى الجهتين الى الاخرى  
 ومقعر اقله الا من الاعلى وقد تشاهد احياناً حركات المعدة التوجية غير  
 المنتظمة من خلال الجدر البطينية وعند البحث باللمس يرى الجزء البارز  
 ذات مقاومة قليلة شبيهة ببعضهم بمقاومة الوسادة المشوة هواة واتفاخ القسم  
 السراسبي يزول او يتناقص متى تقاها المريض كمية عظيمة واذا كانت المعدة  
 ممتلئة بكمية عظيمة من المواد الغذائية يكون صوت القرع في امتداد عظيم  
 فارغاً واذا كانت محتوية على كثير من الغازات كما هي العادة كل صوت  
 القرع في المحل البارز ممتلئاً امتلاءً عظيماً بل طبلياً غالباً واذا غير المريض  
 وضعه تغير الحد الفاصل بين صوتي القرع المعتمى والقرع وذلك ان المواد  
 الغذائية تنحدر الى الاصفار الغائرة ثم ان الاعراض المذكورة وان كانت  
 تدل على تضايق في البواب لا يسوغ لنا الحكم بان هذا التضايق ناتج عن  
 مجرد ضخامة في الجدر المعدية الابعداً كدان المريض ليس مصاباً بغير  
 هذا الشكل من التضايقات البوابية التي هي النتوء حصولاً منه  
 كالتضايق السرطاني والنفدي لهذا الجزء اى الناتج عقب شفاؤ قرع  
 مزمنة فيه

وانذار النزلة المعدية يتضح مما ذكرناه في سير هذا المرض ومن الامراض  
 لذابعية له التي تؤدي الى الموت كثير تضايق البواب فان المرضى كثيراً  
 ماتهم لهذا المرض ولو بعد زمن طويل عقب ظهور النوبة والاستسقاء

**\* (المعالجة) \***

المعالجة العقلية في الالتهاب المعدى المزمن اعظم نجاحاً منها في غيره من  
 الامراض المزمنة

وحيث ذكرنا ان المؤثرات المرضية التي تنتج عنها النزلة المعدية المزمنة عين  
 المؤثرات التي تنتج عنها النزلة المعدية الحادة على اختلاف مدتها تأثير يبق  
 علينا الامراض اجمعة ما ذكرناه في البحث السابق من المعالجة السببية ولا تزيد  
 عليه الا شيئا يسيراً فنقول

اما المعالجة السببية لهذا المرض فيندران تستدعي استعمال مقبي اذلا  
 تكاد توجد في المعدة أصلا جواهر مضره تعتبر سببا لهذا المرض مستمر التأثير  
 والغالب ان يجد الطيب من هذه الحينية مخالفه عظيمه من المريض فانه  
 يعسر على الطيب جدا أن يفهمه ان الضغط الذي يحس به في المعدة غير ناتج  
 عن جواهر ضاغطة على هذا العضو وان يفهمه أن اعطاء المقبي لراحة له  
 فيه بل يزيد في مرضه وأقوى ما تستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض منع  
 استعمال المشروبات الروحية اذا كان ادمان الافراط منها محمداً لهذا  
 المرض او حافظه ومن النادر نجاح أمر الطيب بالكف عن استعمال هذه  
 الجواهر ~~التي~~ كنهه مع ذلك ينبغي له ان لا يتراخي في النهي عنها والمعرضون على  
 القناعة في المطعومات والمشروبات الروحية والواصفون للتأثير المضرة  
 الناشئة عن الافراط من ذلك وصفام فزعاج بحيث يظهر ون على رؤس الأشهاد  
 ما يحصل من التغيرات في معد السكارى وان كان لا ثمرة في تحريمهم ومن  
 قبيل الاحياء ان تنادي قد يتحصلون على بعض نتائج لا تنكر من تكرار  
 نصائحهم فانهم قد تفرغوا عن بعض الافراد فاذا وجب على الطيب كما ذكرنا  
 عدم التراخي في النهي عن ذلك ومما تستدعيه المعالجة السببية في النزلة  
 المعدية الناتجة عن تأثير البرد المتكرر وتأثير الاقاييم الباردة الرطبة ايقاظ  
 فعل الجلب بالتدريج باللباس الدافئة واستعمال الحمامات الفاترة ونحوها مما  
 ماثل هذه الوسائط والنزلة المعدية المزمنة الناتجة عن احمه قانات احتباسية  
 لا يمكن غالباً تمام ما تستدعيه دلالتها العلاجية السببية  
 واما معالجة المرض نفسه فمن أهم الامور فيها التمسك بالتدبير الغذائي ومن  
 حيث انه لا يصح ترك المرضى بالاغذاء حتى يهلكوا من الجوع مدته سير  
 المرض المستطيل يجب انتخاب المطعومات التي ينبغي للمريض تعاطيها مع  
 غاية الاحتراس والمداومة على استعمالها مع غاية الضبط وكلما كانت  
 الاوامر الطبيعية أكثر تأسهلا كلما سهل اتباعها بالضبط خصوصاً اذا كان الامر  
 بالتدبير الغذائي على صورة المعالجة فان المرضى تتبعه مع غاية الاحتراس  
 وحيث ان تعاطي اللحوم وغيرها من الجواهر الحيوانية يحتاج اقوة فعلى  
 المعدة رعاظن انه لا يسمح للمرضى المصابين بنزلات معدية مزمنة الذين فقدت



عصارتهم المعديّة قوتها الهاضمة الا بالتغذي من الجواهر النباتية لكن  
 قد دلت التجربة على عكس ذلك فان استحالة الجواهر الاولية بالعصير المعدي  
 الي بيتون كما قاله (لين) او الي زلاين كما قاله (مبال) وان كانت تتناقض في  
 النزلة المعديّة المزمّنة لانطفي بالكلية فحينئذ اذا اعطيت الجواهر المذكورة  
 وحصل الاتخاب اللائق فيها واعطيت على شكل جيد تحسنت حالة المرضى  
 دون ما اذا امر لهم بتعاطي النشويات بكمية عظيمة ونحوها مما يتولد عنه  
 في المعدة كمية عظيمة من حمض اللبنيك او حمض السمنيك ومن الواضح كما يعلم  
 مما تقدم انه يجب منع استعمال اللحوم الدسمة والامراق كذلك وانه يجب  
 مضغ الاغذية مضغاً جيداً ولا يؤخذ منها الا جزء صغير كل مرة ومن المرضى  
 من يحصل له راحة عظيمة من استعمال الامراق المركزة المكسورة ومنهم من  
 حسنت حالته من استعمال اللحوم الشواء باردة مع قليل من الخبز وهذا  
 التدبير الغذائي الاخير ينبغي الايصاء به خصوصاً للمرضى الذين يوجد  
 عندهم تكوّنات حمضية بكثرة بل يمكن ان يوصى في مثل هذه الحالة  
 المستعصية باستعمال اللعوم المملحة او المجففة بدل اللحوم الشواء الباردة  
 ومن استغرب من الاطباء كون بعض المرضى يسهل عليهم هضم اللعوم على  
 هذه الحالة العسرة الهضم دون ما اذا كانت على شكل آخر نسي ان اللعوم  
 المملحة والمجففة وان كانت أكثر عسراً في الهضم من غيرها فهي مقبولة على  
 اللعوم الحديثة الطرية بسهولة فساد هذه دون تلك  
 واما التغذية بالالبان الصرفة اى المعالجة باللبن في المرضى من يحصل له منها  
 راحة عظيمة ومنهم من لا يتحملها وليس يمكن على الدوام ان يعرف الطبيب  
 ذلك ويحكم به قبل التجربة ومن المرضى وهم كثير من يتحمل اللبن المنعقد  
 ويحصل له منه منفعة عظيمة دون اللبن الحليب فيشاهد باستعمالهم اياه  
 تحسناً عظيم جداً والظاهر ان عدم تحمل اللبن الحليب ناتج من كونه منعقد  
 في المعدة على هيئة تعقدات عظيمة جامدة واما اللبن المنعقد اى الذي انعقدت  
 المادة الجينية فيه وتجزأ الى جزئيات صغيرة فيسهل تحمله من هذه  
 الجينية

ثم ان وسائل التدبير الغذائي لا تكفي في معالجة النزلة المعديّة المزمّنة وان

كانت تكفي غالباً في النزلة المعديّة الحادة ولا تصنع وسائط علاجية بالمعالجة  
 المرض الذي نحن بصدده فنهو هو اهمها القلويات الكبريتية  
 وقد اوصينا فيما مضى باستعمال مقدار صغير من ثاني كربونات الصودا مع صبغة  
 الراوند في النزلات المعديّة الحادة المستطيلة المدة ونوصي ايضاً باستعمالها  
 في أحوال النزلة المعديّة المزمنة المستعصية واهمها في التعاطي ماء الصودا  
 او المياه الصوديّة الحضيّة الطبيعيّة كماء امس وسلترس وبلين وكذا المياه  
 الطبيعيّة التي تحتوى زيادة عن كربونات الصودا على كثير من القلويات  
 الكبريتية واجود من جميع ذلك نجحاً بالمعالجة بالمياه الطبيعيّة في حمامات  
 كرلوس باد او ماريه باد وامس ولذا مدحها مشاهير اطباء وبيننا وبراغ  
 كثيراً في معالجة النزلات المعديّة المزمنة بل والقروح المزمنة للمعدة ولا يخفى  
 ان هذا المدح صادر عن اطباء لا يبالغون في قوة الوسائط العلاجية على العموم  
 وزيادة على ذلك ان الاحوال العديدة التي شفي فيها اليرقان المستعصى  
 بالمعالجة بمياه تلك الينابيع كادت تكون عموماً احوالاً فيها اليرقان ناشئ عن  
 نزلات معدية اثني عشرية ولا ينبغي التواني في استعمال هذه المعالجة حتى  
 ينتج عن النزلة العديدة الاثني عشرية يرقان واضح كما لا ينبغي اعتقاد ان  
 المعالجة تقل ثمرتها اذ لم توجد المضاعفة المذكورة فحق سمعت حالة المريض  
 ان يتوجه الى حمام من الحمامات المذكورة ويجب اجراء المعالجة فيه فان  
 المرضى في هاتيك الاماكن تضطر الى التمسك بآلة تدبير الغذاء الذي الصحى مع  
 الدقة لشهرة ان التبعاعد عن التدبير الصحى في مثل هذه الحمامات ذو نتائج  
 خطيرة جداً بل المرضى بعد رجوعهم الى بلادهم يخافون من عدم اتباع وصايا  
 التدبير الغذاءى اتباعاً كلياً فانهم يعتمدون ان التبعاعد عن التدبير الصحى  
 يعقبه ضرر عظيم واما اذا اقتضى الحال استعمال هذه المياه المعديّة في محل  
 المريض فانه يجب على الطبيب ان يأمر له به بدون أن يعبئ بالينبوع الذي  
 تأتى منه فان ينابيع حمام كرلوس باد المختلفة لا تفاوت بينها الا بدرجة  
 حرارتها ومن التيسر تسخينها الى الدرجة اللازمة والمياه المستعملة بكثرة  
 في الحمام المذكور لمعالجة النزلات المعديّة المزمنة مياه الينابيع القليلة  
 الحرارة وأحوال النزلات المعديّة التي ليست فيها تلك النزلة مصحوبة بامساك



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

ومن الممدوح في معالجة النزلة المعديه المزمنة تحت تترات البنزوت وتترات  
الفضة فان كلام هذين المالحين المعدين خصوصا الاخير منهم اذ وتأثير جيد  
جد في سير هذا المرض وذلك لانهم ما يوقن ان حرارة الاشلال والفساد  
الحاصل في المعدة ويحدثان انقباضا قويان في الغشاء المخاطي المعدي المحقق  
المسترخى وكثيرا ما استعمالهما بقدر عظيم في الاكلينك فيعطى من تحت  
تترات البنزوت عشر قحبات كل مرة ومن تترات الفضة كل مرة من قحبة الى  
ثنتين واعطاءهما ما يكون بكمية مشابهة لكيفية اعطاء القلوبيات  
الكربونية اعني انهما يعطيان في الصباح على الريق قبل القطور واغلب  
المرضى يحصل اعطاء هذا المقدار تحملا جيدا فلا يحصل عندهم تألم شديد  
ولا تهوع ولا قيء ويندران يحصل من تعاطيها ما اجبا ناسها الا ان نجاحهما  
ليس دائما فانه حصل منهم في احوال نجاح عظيم بسرعة وفي اخرى لم يحصل  
وان لم يعلم لذلك سبب ولاعله تميز هذه الاحوال عن بعضها

وقد يحصل في مدة سير النزلة المعديه المزمنة ضعف به لا يمكن الاستمرار على  
تعاطي الاغذية غير المنبهة بل من المرضى من يحصل له الاغذية المتبلة تنبها  
خفيفا بالافاويه والمهلهة اكثر من غيرها وهذه الحالة الضعيفة للغشاء المخاطي  
المعدي متى طرأت وجب على الطبيب ان يعطى للمريض الاستحضارات  
الحديدية والوسائط المنبهة الخفيفة والمياه المعدنية الحديدية هنا كما فرانس  
برون وبيرمون ودوبريغ وكدوا ناجحة الاستعمال واسهل تحملا من  
المياه القلوية كحمام كارلوس باد ومارية باد والواسطة المنبهة للغشاء المخاطي

المعدى الجليدة الاستعمال في مثل هذه الحالة هي عرق الذهب الذي اوصى  
 باستعماله (بود) على شكل حبوب مأخوذة من مسحوق عرق الذهب من نصف  
 قبة الى قبة ومن ثلاث قبات الى اربع من الراوند فيعطى من هذه الحبوب  
 المقدار اللازم قبل الاكل ومن المستعمل بنجاح في مثل هذه الحالة ايضا  
 صبغة الراوند النيدية والا كسير المعدى للشهير (هوقن) والزنجبيل وقصب  
 الذريرة لكن ينبغي تجنب الافراط من استعمال هذه الجواهر واستعمالها في  
 احوال غير لائقة بها او بمقدار عظيم  
 واما المعالجة العرضية لهذا المرض فيندرج فيها الالتجاء الى استعمال ارسال  
 العلق او المحاجم التشريطية على قسم المعدة ولا تستعمل الا اذا كان القسم  
 الشراسبي ذاتا لم عظيم وهو نادرقان الا لام تناقص عقب الاستفراغات  
 الدموية تناقصا عظيما وان كان توجيه تأثيرها عسرا والحالة التي تكون فيها  
 النزلة المعدية المعوية ظاهرة من ظواهر الامتلاء الدموي البطني العظيم  
 الناتج عن ضغط على الوريد الباب او عن عوق استفراغ دم الكبد يحصل  
 للمريض فيها راحة واضحة جدا من استفراغ الدم من التقيحات الوعائية  
 البوابية بواسطة ارسال العلق على دائرة الشرج واما استعمال المسكات  
 الذي هو ضروري جدا في معالجة القروح المعدية فمن النادر الالتجاء اليه  
 في معالجة النزلة المعدية المزمنة البسيطة والحالة التي فيها تستدعي المعالجة  
 العرضية استعمال المقيحات في النزلة المعدية المزمنة هي بعينها حالة النزلة  
 المعدية الحادة التي تستدعي فيها معالجتها العرضية استعمال تلك المقيحات  
 الا انه ينبغي هنا زيادة الاحتراس حيث لا يتيسر تحقيق كون الغشاء المخاطي  
 حصل فيه تقرح او لا والامسالك الذي يكاد لا يفقد يستدعي استعمال الحقن  
 المليئة والمسهلات الخفيفة واكثر لو ساءت استعمالها في مقاومة الامسالك  
 المصاحب للنزلة المعدية المزمنة الراوند والصبر وخالصة الحنظل فيما اذا كان  
 الامسالك مستعصما جدا والاحسن ان تحاط هذه الجواهر ببعضها فان  
 خالصة الراوند المركبة المستعملة بكثرة في مثل هذه الحالة من كبة من الصبر  
 والراوند وصابون الجلبة واختار الملم (بود) استعمال الصبر والحنظل فانهما  
 يؤثران في المعى الغليظ ولا يهيجان المعدة الا قليلا فهما الجود المسهلات في



التزلة المعدية المزمنة واما السم المسمى زيت الخروع فيحذر من  
استعمالهما في هذا المرض

ثم ان معالجة التمدد المعدي تقدمت في هذا العصر تقدم اعظيما جدا فانه قد  
استحصل في بعض الاحوال على نجاح عظيم بواسطة تويج معالجة الطبيب  
شروت وهي عبارة عن تقليل تعاطي كل من المياه والاعذية السائلة بقدر  
يحمل المرضى كما انه استحصل في كثير من الاحوال على تحسين عظيم بل وشفا  
تام بواسطة اسفراغ المعدة بالطلومية المعدية للمعلم (ويمان) ثم غسل تلك  
المعدة بعد اسفراغها بماء الصودا ومحلولات قلووية او قلووية كلورورية حمضية  
وبانتشار هذه الطريقة العلاجية في الطب العملي قد استحق المعلم (قوسمول)  
المدح الزائد والعادة ان يحصل للمرضى من أول مرة استعمات في الطلومية  
المعدية راحة عظيمة جدا بحيث لا تأتي تكرار هذه العملية التي هي غير ألوفة  
في حد ذاتها بل يرغبون فيها رغبة عظيمة ومتى زال الفزع الابتداء في صادر  
ادخال الجنس المروي الذي يكاد يفزع منه كل مريض في أول مرة قليل الالم  
سهل الاجراء بل قد يتعلمون ادخال هذا الجنس في المعدة بانفسهم وقد شاهدت  
جملة أحوال فيهم تنتظر المرضى حضورنا في الاكلينك بل كانوا يتدون  
المساعدين مع ترجميم لهم في اسفراغ المعدة بواسطة الطلومية وغسلها كما  
تقدم ومن جملة الاحوال التي شاهدتها حالة فيهم تفر جميع الوسائط  
العلاجية بحيث ان المريض قد وصل فيها الى أشد درجة في التحاقق وتعذرت  
عليه اشغال مطلقا فبعد معالجته بواسطة الطلومية المعدية زاد وزن جسمه  
ثلاثين رطلا وحصل له شفاء تام وعاد لا سغاله وزالت بالكلية من هذا المريض  
السرسيما (اي التولدات النباتية الطفيلية) التي كانت موجودة في مواد  
قيمه بكمية عظيمة ومن المستغرب ان المعدة صارت تدفع معظم متحصلها في  
الاثني عشرى بعد دفعات قليلة من استعمال هذه الطلومية وهذا الامر سهل  
الاثبات بزوال الامساك المستعصي الذي يكاد يوجد دائما عند المرضى  
وحصول تبرز اعتيادي عندهم وبارز ياد الافراز البولي الذي كان متناقضا  
تناقصا عظيما وهذه المشاهدة الاخيرة يستدل منها بدون شك على ان السائل  
المحتوية عليه المعدة المتمددة تقدم اعظيما لا يتحص منه الا قليل جدا

ثم ان الشفاء التام للتعددات المعدية التي كان يظهر اليأس من شفائها يمكن  
ان يوقعا في القول بان هذا المرض كثير ما يكون قائما بنقصه مما كونه بالمرض  
على حدته اكثر مما يقال عادة ومع ذلك فكان موجودا في كل من الاحوال  
التي شاهدها والتي شاهدها المعلم (قوسمولى) علامات واضحة جدا تدل على  
حصول قروح معدية سابقة بحيث لا يشك في ان تعدد المعدة يكون متعلقا  
بتضايق يندى في البواب وكذلك اشاهد المعلم المذكور احوال من تضايق  
البواب تضايقا سرطانيا حصل فيها تحسسين زائد وان لم يحصل فيها شفاء تام  
ولا يشاهد انسداد البواب انسدادا تاما فانه في الاحوال التي فيها يكاد ينتمى  
الحال بعدم وصول شئ مما احتوت عليه المعدة الى الاثني عشرى وفيها اعترى  
المرضى امساك مستعصم مستمر جملة اسابيع واستقرت كمية عظيمة من  
سائل حمضى محتاطا حيا بالدم كل يومين او ثلاثة يوجد قطر البواب متسعا  
اتساعا كافيا بحيث يستغرب عدم وصول شئ مما احتوت عليه المعدة ولو  
السوائل الى الاثني عشرى مدة الحياة ويستنتج من مثل هذه الصدمات  
التشرىحيمة ان ضعف انقباض الطبقة العضلية للمعدة دخل عظيم في  
احتماس منحصها عند تعددها والضغط الواقع على السطح الباطن من  
المعدة المتعددة والممتلئة يكون عظيما جدا بحيث ان فعل الطبقة العضلية  
يكون متزايدا تزايدا عظيما فضعف الاعن كون التعدد المستقر للطبقة المذكورة  
يحدث شيئا مما يستقر اعضليها كما يحدثه في باقي العضلات ايضا وان النزلة  
المعدية المزمنة التي تسكاد تعترى جميع المرضى ينتج عنها ايضا في كثير من  
الاحوال تغير مرضى في الطبقة العضلية من المعدة وسواء كان زوال الضغط  
الواقع على جدر المعدة وتحسين حالتها التزايمة وتقوية الطبقة العضلية  
المتربطة على ذلك والذي ينسب اليه حسن نتيجة المعالجة بالطولومية المعدية فمن  
الثابت المعروف ان استعمال استفرغ المعدة بالطولومية مما قليل من الايام  
او الاسابيع لا يحتاج له بكثرة والعارض الوحيد المقزع الذي شاهده يندى  
عند استعمال الطولومية المذكورة هو خروج قطعة من جدر المعدة في فوهة  
الجس عند المص ولاجل صون المريض عن هذا العارض ينبغى عند عشر  
حركة مكبس الطولومية تركه قليلا ودفع كمية من الماء والهواء في المعدة قبل



## استفراغ المعدة بالكيفية

## \* (المبحث الثالث) \*

(في الالتهاب المعدى ذى الغشاء الكاذب والدفتيرى)

يندر مشاهدة هذا الالتهاب في الغشاء المخاطى المعدى ان لم تؤثر فيه جواهر  
مهمة كما سما في المبحث الخامس وقد يرتقى الالتهاب المعدى النزلى عند  
الرضع الى الالتهاب ذى الغشاء الكاذب وقد يكون الغشاء الكاذب  
أوالدفتيرى الحاصل في المعدة من جملة الالتهابات التابعة التى تشاهد في بعض  
الامراض التسممية الحادة سيما التيفوس والتسمم العفن للدم والجلدى  
ويندر أن تشغل الأغشية الكاذبة امتدادا عظيما من الغشاء المخاطى  
المعدى والغالب وجودها في اصفار صغيرة محدودة كما ان الخشك يشات  
الدفتيرية لا تشغل في الغالب الا صفارا محدودة ويختلف سقوطها فقد جوه  
ذى قاعدة خفيفة متغيرة اللون

وهذا المرض لا يمكن معرفته مدة الحياة الا اذا خرجت اغشية كاذبة بالقيء  
فان الاعراض التى تحصل عنه لا يتيسر بيان علمتها مدة الحياة بالدقة كما ان  
الصورة المرضية الثقيلة للتيفوس والتسمم العفن للدم ونحو ذلك لا تنوع  
الا قليلا جدا بهذا المرض عند طرقة بحيث يتعذر تشخيصه

## \* (المبحث الرابع) \*

(في التهاب المسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى

المعدى المعروف بالالتهاب المعدى الفلغمونى)

الالتهاب المعدى الفلغمونى الذى يشبهه الشهير ووكيمانسكى بالحجرة  
الفلغمونية ظاهرة نادرة وتارة يحصل ذاتيا يعنى بدون اسباب مدركة عند  
اشخاص سليمين من قبل وتارة يحصل تابعا او اتقايا عند المصابين بالتيفوس  
او بالتسمم العفن للدم او ما ماؤلهما من التغيرات المرضية

ويوجد المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى المعدى مرتشبا بالقبح  
المتجمع في حالاته المتعددة ويندره مشاهدة خراجات محدودة في المنسوج  
الخلوى تحت الغشاء المذكور والغشاء المخاطى المتعري يوجد مستترقا  
او ذائقوب عديدة يخرج منها القيح كخروجه من المصفاة ويمتد الالتهاب

هنا بسرعة الى الطبقة العظمية والبريتون وعند حصول الشفاء من هذا المرض قد تتكون في حالات المنسوج الظلوي ندب التهامية تكون سببا احيانا لحصول تضايقات كما ثبت ذلك الاستحضارات التشريرية المرضية المحفوظة في قاعات المجموعات التشريرية بمدينة ارنجن والاعراض الرئيسية لهذا المرض هي الالم الشديد الحاصل في القسم الثراسيني والقي والضجر العظيم والحجى الشديدة وينضم لهذه الاعراض فيما بعد لظواهر الالتهاب البريتوني فتتخط قوى المريض ويميل الى يسير من الايام ومن مجموع هذه الاعراض ووجود الصديد في مواد التي يتيسر الوقوف على تشخيص هذا المرض في احوال نادرة فيها يتيسر للطبيب ان يتأكد من عدم وجود غير هذا الشكل من أشكال الالتهاب المعدي خصوصا شكل الالتهاب الناشئ عن التسمم والمعالجة هنا لا تكون الاعرضية

\* (المبحث الخامس) \*

(في الالتهاب الذي يعترى الغشاء المخاطي المعدي عقب تأثير

الجواهر الكاوية والسامة وفي التغيرات النابعة له)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

التغيرات التي تعترى المعدة من تأثير الحوائض المركزة والقلويات الكاوية او بعض الاملاح المعدنية تنشأ عن كون هذه الجواهر اتحادت بجزيئات جدر المعدة فتحدات كيميائية يعبها فساد عضوي في جدر المعدة وأما التغيرات التي تنشأ عن تأثير السموم النباتية او الحيوانية في الغشاء المخاطي المعدي فلا تنسب لاتحادات كيميائية والغالب ان يكون دخول الاملاح الحماسية او حمض الكبريقيك او السموم النباتية في المعدة لاعن قصد واما الزرنيخ وسيانوز البوتاسيوم فالعادة ان يكون دخولها فيها عن قصد التسمم

\* (الصفات التشريرية) \*

اذا أثرت الحوائض المعدنية في الغشاء المخاطي وكانت قليلة التركز وجدت الطبقة التشريرية والطبقات السطحية في الغشاء المخاطي مستجيبة الى خشك ريشة رخوة عمراء او وداة واذا وصل الى المعدة مقدار عظيم من هذه



الحوامض وهي كثيرة التركز استحال طبقات الغشاء المخاطي جميعها الى  
 مادة رخوة مسودة يبلغ سمكها بجهة خطوط بسبب تشربها السائل مائي مدم  
 والطبقة العضائية توجد رخوة او هلامية سهلة المنزق ويندر أن تتلاشى  
 بالكلمة هي والطبقة المصلية تتنقب المعدة والعادة ان تكون التغيرات  
 المذكورة قاصرة على ثنيات الغشاء المخاطي الممتدة من الفؤاد الى البواب  
 واما الاجزاء المحيطة به هذه الثنيات فتكون ذات اجرار بسبب احتقانها  
 وانسكاب الدم فيها واتفاخها بسبب ارتشاحها ارتشاحا وديماويا والدم  
 المحتوية عليه اوعية جدران المعدة ودم الاوعية المغلظة الجاورة لها يوجد  
 مستحجلا الى مادة مودنة شبيهة بالقطران والشفاء لا يحصل الا في الاحوال  
 الخفيفة عقب اتصال الاجزاء الفاسدة وتعويض فقده الجوهر بنسوج

ندى متيسر

واما الجواهر القلوية الكاوية فتحميل الطبقة البشرية والطبقات السطحية  
 من الغشاء المخاطي بل والطبقات الغائرة الى مادة مجفينة وسخنة اللون  
 والفساد هنا يمتد الى الطبقة العضية والمصلية أكثر من امتدادها اليها عقب  
 تأثير الحوامض فيكثر حصول التنقب ولا يحصل الشفاء في مثل هذه الحالة  
 الا اذا كان الفساد سطحيما عقب اتصال المواد الخشكة بسمية

واما السليماني الاكل واملاح النحاس والاملاح المعدنية فتكون  
 عقب تأثيرها خشكة يشات مسهرة او مسودة محاطة باحتمقان شديد  
 واتفاخ او ذيماوي في الغشاء المخاطي والفوص نور يحدث ايضا تغيرات  
 شبيهة بذلك

واذا حصل الالتهاب المعدي عقب التسمم بالزرنيخ وجدأ حد اضرار الغشاء  
 المخاطي المعدي او جعله مناهمة متفحمة محجرة رخوة مجفينة ومسحولة الى  
 خشكة يشة مصفرة ومخضرة مائلة للسمررة وعليها مادة دقيقية بيضاء وجمدة  
 في محل الخشكة يشات ثنيات محجرة في الغشاء المخاطي كثيرا مما تكون جدران  
 المعدة التي بينها سليمة

وأما الزيوت الطيارة او السموم النباتية والحيوانية الحترقة فيشاهد عقب  
 تأثيرها في المعدة آثار الالتهاب المعدي التزلي الشديد او ذي الغشاء الكاذب

## (الاعراض والسير)

الالتهاب المعدي التسمي يتصف بكون الاعراض الموضعية فيه ينضم لها بسرعة الخطاط عام خصوصاً في الدورة فيحصل فيها اضطراب ونحو دولوم تكن السموم التي ادخلت في المعدة ذات تأثير مثل الاواسطي على المجموع العصبي وظواهر الشلل المذكورة تشاهد أيضاً في غير الالتهاب المعدي التسمي من الامراض الثقيلة الحاصلة في المعدة او غيرها من أعضاء البطن لاسيما في أحوال ثقب المعدة عقب وجود تقرحات

ففي أصيب شخص سليم من قبل بالآلام شديدة جداً وانتشر من القسم الشراسيني الى البطن وانضم لذلك في خرجت بواسطته مواد مخاطية فقط او مخاطية مدمية وامهال مسبوقة بغص وزحيرش شديد ونخرج بواسطته أيضاً مواد مخاطية مدمية شبيهة بمواد القيء ووقع المريض مع ذلك في حالة الخطاط متغير السحنة وكانت أطرافه باردة ونفضه صغيراً واجده مغطى بعرق بارد لزج غاب على الظن جداً أن المريض أتر على غشائه المخاطي المعدي جواهر كابية او غيرها من السموم ومتى ادخل في المعدة حوامض مركزية او قلويات كابية توجد على الدوام خشك يشات واصفة حول القم والغشاء المخاطي لهذا التجويف نفسه ببعض اصغاره أيضاً ويوجد مع ذلك آلام شديدة في القم والبطن والازدراد يكون عسراً جداً او معذراً ولا يوجد عقب تعاطي الاملاح المعدنية والزئبق علامات الاحتراق في القم والبطن ومتى كانت الجواهر المذكورة أخذت بالحففة كما لا يوجد علامات الالتهاب المعدي بدون واسطة عقب تعاطيها بل بعد التعاطي بزمن يسير والظواهر التي تشاهد في الأعضاء المختلفة خصوصاً بالبحث عن المواد المستقرعة تعرف طبيعة السم المتعاطي والاشكال الثقيلة لهذا المرض تحصل فيها حر كات قتي أو تموجات الا ان المعدة المشلوله لا يكون لها قوة على دفع ما احتوت عليه وينتشر على جميع سطح الجلد برودة جليدية ثم يصير الشال عاملاً وربما هلك به المريض بعد سير من الساعات وأما الاحوال الخفيفة لهذا المرض فالوقت فيها الايطار الأبعد زمن متفاوت بل قد تزول اعراض الشال شيئاً



إذا انقذت كمية من السم بواسطة التي فتمت نظم الدورة ثانية ومع ذلك  
تستطيع النقاها عادة بل قد يبقى مع المريض طول حياته ثم وكه بسبب بقاء  
التضايق في المري والمعدة أو بسبب التلف الذي أحدثه تأثير السم في البنية

\* (المعالجة) \*

لا ينبغي استعمال مضادات السموم المتفق عليها في علم السموم الا في الاحوال  
الجديدة للتسمم بالحوامض المركزة او القلويات السكاوية او الاملاح المعدنية  
اعنى عقب ادخالها بساعة أو أكثر فان المضادات المذكورة لا تؤثر تأثيرا جيدا  
بعد انقذاف الجواهر المذكورة مع التي أو تكون فيها التحادات كيميائية  
مع الغشاء المخاطي المعدى بل تؤثر حينئذ تأثيرا مضر اجمدا بسبب تهيجها  
للغشاء المخاطي المعدى الملتهب تهيجا جديدا واما احوال التسمم بالزرنينج  
او بالسموم النباتية او الحيوانية الحريفة فينبغي استعمال مضادات التسمم  
فيها ولو بعد تعاطي الجواهر السمية المذكورة بزمن طويل فان تأثيرها يستمر  
زمن طويلا والاحوال التي فيها يقدد التي بالكلية او يكون غير كاف في قذف  
السم من المعدة يجب فيها اعطاء مقي من عرق الذهب وخصوصا استعمال  
الطلبية المعدنية فانها واسطة كيدة سريعة في استخراج تلك المواد السمية من  
المعدة وزيادة عن التمسك بالطرق المذكورة التي تستعملها المعالجة السببية  
تستدعي المعالجة المؤسسية على طبيعة المرض نفسه استعمال البرودة واما  
الاستقراعات الدموية قليلة المنفعة او معدومة فيغطي البطن برقائق مبتلة  
بالماء البارد او الجليدي وتغير بسرعة ويعطى للمريض من الباطن الماء  
الجليدي او يؤمر بازداد قطع صغيرة من الجليد ان تيسر ذلك واما بقية  
المعالجة فتراجع في كتب علم السموم

\* (المبحث السادس) \*

(في القرحة المعدية المزمنة المعروفة بالاستديرة وبالناقبة)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

يغلب على الظن ان القرحة المعدية الناقبة تنشأ دائما بكمية حادة وكذا  
امتداد هذه القرحة عرضا وعمقا يظهر أيضا انه متعلق بتغير مرضى ذي سبب  
حاد في دائرتها وقاعدتها ومع ذلك حيث ان هذه القرحة تحدث عند المريض

المصاب بهما مكابدات عظيمة كثيرا ما تستقر به من السمين في الجائز الاستقرار  
 على تسميتها بالقرحمة المعديّة المزمنة ثم ان الحد الواضح لتلك القرحمة المستديرة  
 وفقه دظواهر الاتهاب والتقح في دائرتها والمشاهدة اللاواسطية لبعض  
 الاحوال الحديثة وكذا الاستنتاجات الواضحة لعده من التجارب على  
 الحيوانات ثبت انما مع التاكيد ان تمك جدر المعدة لا يكون ناشئا عن فساد  
 تدريجي وتقيج بل عن تكوّن خشك ريشة وتمك زجرى وان هذا التمسك  
 الجزئي في معظم الاحوال بل في جميعها متعلق بانسداد أحد القروح الوعائية  
 المغذية وهذا التمسك زائلا عن امتناع ورود عناصر التغذية في جزئ  
 محدود من جدر المعدة يشابه ولا بد للابدين التمسك في الدماغ على شكل  
 بورة والسدد الرئوية والغنغرينا الذاتية للاصابع التي تنشأ عن انسداد في  
 الاوعية والتجارب التي فعلت على الحيوانات التي أشرفنا لها كان فيها انسداد  
 أوعية المعدة حاصرا لانسداد صناعية ومنشأ القروح المعديّة المستديرة في  
 الانسان بهذه الكيفية نادر ومع ذلك فتوجد بعض احوال يثبت فيها ذلك  
 مع التاكيد بل قد شاهدت في السمين الاخيرة حالة واضحة من هذا القبيل  
 والغالب ان تتكوّن التعقدات الدموية السادة في المهل المتقرح نفسه  
 وتكونها يظهر انه متعلق بحالة مرضية في جدر الاوعية فالعصير المعدي  
 يحدث في الجز الميت من جدر المعدة الذي لا يقاوم تأثيره ليناسر يعا وتلاشيا  
 تاما بحيث تندر مشاهدة الدور الاول من هذا التغير في الصفات التشرية بحية  
 والانسداد للاصابة بالقرحمة المذكورة كثيرا الانتشار جدا والتقاويم  
 العديدة للمعلم با كس وغيره من اطباء دلت على كثرة حصول القرحمة  
 المعديّة الناقبة في اطوار السر الختلفة والاجناس المختلفة أيضا بل والمعاش  
 المختلفة وذلك ان المعلم المذكور باطلاع على الصفات التشرية في  
 ٤٣٣٥ وجد ٥٧ شخصا صابا بالقرحمة المعديّة المستديرة و  
 شخصا عندهم ندب التحامية أعقبت شفاء هذه القروح بحيث ان كل عشرين  
 جنة يوجد فيها اجنة مصابة بقرحمة معديّة أو بندبة ناشئة عن ذلك وكذا  
 مشاهدات المعلم ويلنجان وبرنتون وغيرهم التي استنتج منها ما يوافق ذلك  
 ويندر مشاهدة القرحمة المعديّة المستديرة عند الاطفال ويكثر حصولها جدا



في سن البلوغ والنساء أكثر من الرجال وأظن أن كلام الانبياء  
والخلوة والذى هو من النتائج الكثيرة للاضطرابات المتناسية له دخل عظيم  
في حصول هذه القرحة وذلك ان الدم ذا الصفة غير الطبيعية يميل بالحصول تغير  
مرضى في جدار الاوعية ويظهر في أحوال أخرى ان الاضطرابات النزلية  
الحادة والمزمنة للغشاء المخاطي المعدي تحدث تغيرا مرضيا في جدار الاوعية  
وحصول السدد فيها

والاسباب المتتمة لهذا المرض خفية علينا ويقال ان منها التباعد عن التدبير  
الصحي وتعاطي المطهومات والمشروبات الحارة والباردة جدا والادمان من  
تعاطي المشروبات الروحية وانما يستغرب كثرة حصول التقرحات المعديّة  
المزمنة عند السكرارى رقلة مشاهدة القرحة المعديّة المستديرة فيهم

(الصفات التشريحية)

القرحة المعديّة المزمنة تعترى المعدة والجزء العلوى المستعرض من الاثني  
عشرى دون غيرهما من اجزاء القناة المعوية والغالب ان تعترى الجزء البوابى  
من المعدة ووجودها في الجدار الخلفى أكثر منه في الجدار المقدم والغالب  
ان توجد في القوس الصغير او قريب منه ويندر جدا وجودها في قاع المعدة  
والغالب ان لا يوجد الا قرحة واحدة وقد يوجد ثنتان أو أكثر ولا يشتر  
وجود قرحة حديثة بجوار ثقب قروح ملتحمة ويوجد في حاله هذا المرض  
الواضح كما قاله الشهير روكيمانسكى في الطبقة المصلية من المعدة ثقب  
مستدير ذو حواف حادة كأنه مقطوع عن غاية الانتظام بمثقاب حلقى يشاهد  
بالنظر في باطنه ان فقد الجوهر في الطبقة المخاطية أكثر انعامه في الطبقة  
المصلية بحيث ان القرحة تكون ذات ندرج على هيئة قمع وقطر القرحة  
يكون عادة من ربع قيراط الى نصف قيراط وقد يصل قطرها الى قطر الريال  
او راحة اليد

وشكل هذه القرحة المزمنة يكون في الابتداء مستديرا غالبا وبعد مكثه  
زمننا طوليا يصير بيضاويا ويتحصل فيه تشريكات فيصير غير منتظم وأغلب  
امتداده يكون عرضيا بحيث تصير المعدة احياها محاطة بقرحة على هيئة  
منطقة

والقرحة المعديفة في كثير من الاحوال تشفى قبل ان يحصل ثقوب في جميع  
اغشية المعدة فان كان فقد الجواهر قاصرا على الغشاء المخاطي المعدي  
والمفروج الخلوي فتحته حصل التعويض بواسطة ازرار الجلية تسخيل فيما  
بعد الى مفروج ندي سهل الانكماش به تقارب حوافي القرحة الى بعضها  
وبذلك تتكون اثره النحام متشعبة ذات عظم متفاوت على السطح الباطن من  
المعدة وأما اذا كان فقد الجواهر أكثر غورا مما ذكر بحيث انه هلك الطبقة  
العضلية أيضا فإنه يحصل انقباض تشبهي في البريتون عند شفائه القرحة  
بواسطة الانكماش الندي للمفروج الخلوي المتكثرون تكونا جديدا بل قد  
ينجذب سطح البريتون الباطن في المعدة ويكون فيها ثنية وأما اذا كانت  
القرحة متسعة جدا فربما ينتج عن شفائه عند حصول الانقباض الندي  
تضايق في المعدة بسبب ضيق القطر المستعرض وهذا التضايق يكون عاقبا  
غير قابل للشفاء يمنع مرور ما احتوت عليه المعدة الى المعى  
ثم اذا كان مجلس القرحة القوس الصغير للمعدة كما هي العادة فالغالب ان  
يتمتع انسكاب ما احتوى عليه هذا العضو في تجويف البريتون امتناعا وقتها  
او اذا لم يولمع ثقوب جميع طبقات المعدة ويتم ذلك بكيفية خاصة هي انه عند  
امتداد القرحة من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب بريتيوني جزئي في المحل  
المصاب فجزء الطبقة المصلية المهدي بالقرح يلتصق بالاعضاء المجاورة له  
وعند تأكله تسد الاعضاء المتصقة بحوافي القرحة التصاقا متينا  
كالبانسكرياس والثرب وانقص الايسر من الكبد الثقوب المتكثرون في جدر  
المعدة ثم ان القرحة قد يسرى الى العضو الساتل للثقب المتصق بحوافيه  
لكن الغالب ان يتكثرون على السطح الظاهر لهذا العضو طبقة سمكية من  
مفروج خلوي تكون قاعا للقرحة فلا يسرى القرحة اليه ولا يشاهد أصلا  
ان العضو المائي للمعدة سافة الخالصة مواز للطبقة الباطنة من المعدة او بارز في  
تجويفها بل ان الغشاء المخاطي ينعطف من الباطن الى الظاهر على حوافي  
القرحة بعد انسكاش الطبقة العضلية ويصل حينئذ الى العضو المائي  
للمعدة الخالية ومتى حصل الشفاء في مثل هذه الحالة انقبضت الطبقة  
الخلوية النديفة التي على العضو الساتل للقرحة وحينئذ تتقارب حوافي



القرحة من بعضها حتى تتلاصق فتسكون ندب الخمامية صلبة ملتصقة بما تحتم التصاقا متينا

وعند امتداد القرحة كثيرا ما تنهك او عية الجدر المعدي او الاعضاء المنفصلة فيها القرحة وحينئذ تحصل انزفة غزيرة في باطن المعدة وقد شوهد تمزق كل من الشريان الاكبر والشريان المعدي والشريان البواسية والشريان المعدي الثري الايسر والشريان المعدي الاثني عشري او ثمرعائه والشريان الطحالي لسكن الغالب مشاهدا تمزق فروع الشريان الطحالي والشريان البواسية الاثني عشري

وبالجمله تظهر في الغشاء المخاطي المعدي جميع التغيرات التي شرحناها في المبحث السابق اى الخاص بالنزلة المعدي المزمنة وفي بعض الاحوال تفقد تلك التغيرات ولا توجد الا بدرجة واهية جدا

#### • (الاعراض والسير) •

من الجائز ان القرحة المعدي ينتج عنها التهاب بريوني فجائى قتال عقب تنقب جميع طبقات المعدة وتخرج متحصل هذا العضو في تجوف البطن او ينتج عنها نزيف غزير يمهلك عقب تأكل بعض الاوعية الغليظة قبل معرفة هذا المرض او قبل امكان معرفته ومن الخطا البين اعتبار ظواهر الالتهاب البريوني الفجائى او النزيف المعدي علامات أو اعراضا اولية للقرحة المعدي فان الطبيب اذا دقق في بحثه لا بد ان يجد ان المريض كان عنده قبل حصول الظواهر السابق ذكرها او النزيف اضطرابات قليلة في الهضم واحساس بضغط خفيف في القسم الشراسبي يزداد بالاكل وان المريض لم يكن له طاقة على حمل حزام مشدود شدادقوا على البطن ولا نحوه مما يضغط على البطن والفترة التي بين ظهور هذه الاعراض الخفيفة والمرض القاتل قد يكون بعض ايام او اسابيع قليلة بحيث لا يشك في ان جميع طبقات المعدة قد تنقب في مدة هذه الفترة القصيرة بل يظهر ان تنقب المعدة وانسكاب متحصلها في تجوف البطن لا يحصل غالبا الا في الاحوال التي يظهر فيها هذا المرض باعراض خفية ثم يأخذ سيره باجدا وأما الاحوال التي يظهر فيها باعراض واضحة واصفة شديدة وبسرعة جهلة مشهور بل جهلة تسنين فالعدة

فيها تجوز زمننا كافيا لاتصاقها بالاعضاء المجاورة وبذلك يمنع انسكاب  
مخصصها في تجويف البطن وحصول التثقب الممدى بهذه الكيفية يذكرنا  
ما يحصل في الارتشاحات الجينية الرئوية ذات السير المربع جدا فيحصل  
عنه تثقب في البليورا يؤدي للتجرب مع الغازي في الصدر أكثر من حصوله في  
الدرن الدخني ذي السير البطي الذي تكاد توجد فيه صفحات البليورا  
دائما ملصقة ببعض امتى امتد الفساد اليها

ثم ان الاحوال التي فيها تكون علامات التقرح الممدى غير واضحة بحيث  
يتعذر تشخيصه والتي فيهما يكون المريض غير متألم من هذا المرض بحيث  
لا يلجئ الى الاسعافات الطبية قبل حصول التثقب او النزيف الممدى نادرة  
جدا بالنسبة للاحوال التي فيها يسهل معرفة هذا المرض من الابتداء والتي  
فيها يحصل للمريض اعراض مؤلمة جدا وأكثر اعراض القرحة الممدية  
المزمنة وأشدها اتعا بالمرض الالم الذي يحصل في قسم المعدة فالمرضى  
يتشكى بأن مستقر في القسم الشراسيفي يزداد بانضغاط على هذا القسم ويكون  
مادة كثير الشدة في جزء محدود منه كما انه يشكى بنوب آلام شديدة جدا  
تبدئ من قسم المعدة وتشتع نحو الظهر كآلام العصبية الممدية وهذه  
النوب تظهر عادة بعد الاكل بزمن يسير وكلما كانت المطعومات أعسر  
هضمها وأكثر تهيجا كانت الآلام أشد قوة فالمرضى يصبح ويبكى من شدة  
الالم وربما يلجئ على نفسه ولا يرتاح الا بعد التخلص المعدة من المواد المحتوية  
عليها بواسطة القيء فان لم يتخلص فربما استمرت نوبة الآلام جملة ساعات  
ويمكن الحكم بتعيين مجلس التقرح تقريرا بواسطة الزمن الذي فيه تعقب  
نوب الآلام تعاطى الماء كولات وذلك ان نوب الآلام ان ظهرت عقب  
الاكل حال ذلك على ان مجلس التقرح القواد أي فم المعدة وان ظهر بعد  
الاكل بساعة او ساعتين دل ذلك على ان مجلسه الجزء البوابي من المعدة هذا  
ومن المقرر معلوم ان نوب الآلام تحصل بعد تعاطى الاكل وانها تكون  
أكثر شدة كلما كانت المطعومات أعسر هضمها وأكثر تهيجا كما ذكرناه قبل  
ذلك الا أن هنالك اسئلة متناآت من المهم معرفتها وان كانت عسرة  
التوجيه



منها ان تحصل الآلام عند فراغ المعدة وتتأطف بالتعاطى ومنها ان المريض  
 يكون مصوناً من الآلام عقب تعاطى الأطعمة المعسرة الهضم بعد كس  
 الأطعمة السهلة الهضم قائم يحدث عنده آلاماً شديدة والعادة ان تنسب  
 نوب الآلام الى التهيج الذى تحدثه متصلات المعدة على سطح القرحة حال  
 تزحزح تلك المتصللات من صفر الى آخر وهذا التهيج لا يوجد عند فراغ  
 المعدة وقد وجه بعضهم حصول نوب الآلام ايضا بان العصير المعدي الخضمي  
 الذى يتقرز بغزارة عند تعاطى الأغذية يهيج القرحة فتنتج عنه نوب الآلام  
 واما الفترات التى بين هذه النوب فهى ناشئة من كون سطح القرحة حال  
 فراغ المعدة مغطى بطبقة مخاطية قليلة التهيج لىكن متى علمنا انه قد يحصل  
 احيا نواتق في جميع طبقات المعدة بدون أن يسبق ذلك نوب ألمية وانه قد  
 يشاهد استمرار نوب الآلام الشديدة ولو بعد شفاء القرحة فيما اذا كانت  
 المعدة ملتصقة بالاعضاء المجاورة لها كان ذلك دليلاً على ان الالتصاق  
 البريتوني الناتج عن القرحة والانسداد الذى يعترى جدار المعدة الملتصقة  
 بما جاورها من الاعضاء وقت حركت هذا العضو الديدانية لهم ادخل عظيم  
 في احداث الآلام المعديّة الشديدة وكلما كانت الأطعمة اكثر غلظا  
 وثقلا كانت حركات المعدة الناتجة عنها اكثر شدة واستمرارا وكذا كانت  
 نوب الآلام المعديّة عقب تعاطى نحو الخبز غير الجيد وتفتح الارض  
 والبقول ونحو ذلك اكثر شدة واطول مدة وراحة المرضى راحة نسبية عقب  
 تعاطى نحو الشربة والالبان والخواهر الغذائية السائلة اللطيفة  
 ومن الاعراض الملازمة لهذا المرض كالملازمة زيادة حساسية القسم  
 الشراسيمي ونوب الآلام المعديّة القى الدوري وهو ينتج عادة من نفس  
 الاسباب المحدثه لنوب الآلام وكثيرا ما تنتهى تلك النوب به وهذا القى  
 تارة يحصل عقب تعاطى الاكل وتارة بعد زمن طويل بحسب قرب القرحة  
 من القواد او ابواب وكلما كان مجلس القرحة قريبا من فتحات المعدة كان  
 حصول القى اكثر وجودا وملازمة وقد نبه الشهير (هينولك) على ان المعدة  
 كغيرها من الاعضاء المجوفة تسهل فيها احداث حركات انعكاسية متى كانت  
 فتحاتها الطبيعية مجسدا لمرض وعلى انه يكثر حصول التشنجات المتأينة

الشديدة عندما يكون مجلس التمسح الاتهابي عنق المائنة وان الزحير المتعلق  
 بامراض القولون تكثر شدته كلما كان مجلس المرض قريبا من الاست  
 والغالب ان تقايا المرضى المطعومات متغيرة تغيرا متفاوتا ومختلفة بواد  
 مخاطية وسائل حمضى وصفات المواد المنقذة بالقيء التى توجد فيها اخليات  
 نباتية غالباً وهى تتعلق بشدة النزلة المعديّة الملازمة لهذا المرض وامتدادها  
 وقد لا ينقذ بالقيء الامواد مخاطية او سائلة حمضية بكمية عظيمة مع بقاء  
 الاغذية فى المعدة

فعلى هذا يرجح الحكم بوجود قرحة معدية مزمنة متى حصلت الام معدية  
 شديدة وفى عملى الدوام عقب تعاطى الاكل ويعتبر التشخيص يقينياً متى  
 انضم لذلك قيء دموى والقيء الدموى مختلف البناء يسرع فتارة يكون ينبوعه  
 نزيفاً شريانياً نشأ عن سعى التقرح وتارة وهى أكثر حصولاً من السابقة يكون  
 ينبوعه تآكل بعض الاوعية الغليظة وهذا الشكل هو الواصف للقرحة  
 المعديّة وسنتكلم فى المبحث الثامن على التزيف المعدي كلاً ما بسوطاً  
 ثم ان اعراض النزلة المعديّة التى تصعب القرحة المعديّة وان انضمت دائماً الى  
 الاعراض الواصفة لهذا المرض تتفاوت شدة وضعف باختلاف درجة تقدم  
 النزلة المعديّة وامتدادها فان من المرضى من يشكى بالتفاح عظيم فى القسم  
 الشراسبي وفى فقد فى الشهية وتجشئ ثم تكثر واحساس بما يشبه الحديد  
 الحمى فى القواد ومنهم من يكون أثناء فترات نوب الام ذاهجة مناسبة  
 تكاد الشهية عنده تكون تامة

وأما علامات النزلة القمية التى تضاعف القرحة المعديّة فتختلف مخالفة  
 ما علامات النزلة القمية التى تصاحب النزلة المعديّة فان السوائل الحمضية  
 التى تندفع بالقيء وتصل الى القم فى القرحة المعديّة يظهر أنها تحتل الطبقة  
 البشرية فتنفصل عن اللقى واللسان بدل كونه مغطى بطبقة صميكية يغلب  
 ان لا تنفذ فى النزلة المعديّة المزمنة البسطة يكون أجرم منسحقاً وحالته هذه  
 تكون محبوبة دائماً بازدياد فى العطش ثم يوجد امسال مستعص كما يوجد  
 فى جميع أحوال النزلة المعديّة المزمنة  
 وأما الحالة التامة لبنية المريض فى هذا المرض فهى ان القرحة المعديّة



المزمنة تحدث اضعف لاسريرها في التغذية بحيث ان المريض ينحط بسرعة  
ويخف ويظهر ذماخنة باهتة ضعيفة وقد لا تضرب التغذية المريض الا قليلا  
وهذا الاختلاف منوط بلاشك باختلاف درجة النزلة المعديّة المصاحبة  
للقرحة المعديّة شدة وامتدادا

واما سير القرحة المعديّة فهو طويل جدا الا في الحالة المتقدمة ذكرها التي  
تعتبر فيها احادة فقد يمتد هذا المرض بجملة سنين وفي أثناء هذه المدة تظهر تقلبات  
عديدة في مكابدات المريض فتدعيه قب الزمن الذي كانت فيه حالة المريض  
مطابقة زمن يعتره فيه مكابدات عظيمة بدون سبب ظاهر ولا يندر ان يحصل  
في أثناء النفاهة الظاهرية في دموى بخافي كما لا يندر ان يعود التالم للمريض  
دفعه بعد انطفائه بالكلمة ممتدة سنين وما ذلك الا من ميسل القرحة المعديّة  
لانسكسات

وأكثر انهما آت القرحة المعديّة حصولا الشفاء بان تزول مكابدات  
المريض شبا أو شبا وتعود اليه جودة التغذية ولا يبقى عنده أدنى ألم ثم اذا  
مات بعد زمن ما بأي مرض فوجد فيه الندبة الالتحامية التي تختلفت عن  
القرحة المعديّة وقد ينتهي هذا المرض نادرا بشفاء غير تام بان تزول  
اعراض النزلة المعديّة المزمنة والتي الدورية غالبا ويكتسب المريض هيمة  
صحية لكن لا يزال يعقب كل اكله من اكله آلام معدية وقد تكون اشد  
من سابقتها فيلزم حينئذ ان تسكون القرحة قد التحمت في مثل هذه الحالة  
وعاد الغشاء المخاطي الى سلامته الا أن الندبة الالتحامية التي تختلفت تعوق  
حركات المعدة في جزئ محدود منها او ينشأ عن ذلك التصاقها بالاعضاء المجاورة  
وهو الغالب وبذلك تنوتر جدر المعدة وتنجذب عند تحركها فتستمر نوب  
الآلام المعديّة ثم انه كثيرا ما يتكون تضايق في البواب وتعد في المعدة  
كمرض تابعي للقرحة المزمنة المعديّة بواسطة ندبة الالتحام التي يكون مجامعها  
يقرب البواب او بواسطة ضخامة جدر المعدة التي تنشأ عن النزلة المعديّة  
المزمنة المضاعفة لهذا المرض

وقد تنتهي القرحة المعديّة المزمنة بالموت بان يحصل عند المريض تقب في  
جدر المعدة وانسكاب محتوياتها في تجويف البطن وهلاك الشخص في مثل

هذه الحالة يحصل احبانا بدون ظهور علامات التهاب بري توفى او اقل ما هنالك قبل أن يصل الالتهاب المذكور الى درجة عظيمة جدا بحيث لا يعرف عنه حصول الموت منه وعند ظهور الآلام الشديدة جدا في البطن ظهورا خفائيا يصير جلد المريض باردا ونبضه صغيرا وتغيره كمنته وميم بط ثم يموت وهو على تلك الحالة

وان حصل في هذه الحالة ضعف في ضربات القلب وقل امتلاء الشرايين تدريجا نتج عن تراكم الدم في الاوردة وظواهر سمانوزية واضحة تتصير الهيمعة الظاهرة للتل هو لاء المرضى شبيهة بهيمعة المصابين بالهيمضة في الدور الاسفيكسي ويظهر أن التثقب المعدي في هذه الحالة ينتج عنه شلل في المجموع العصبي المنوط بالتغذية كما يحصل ذلك في غير هذا المرض من الاوقات النقبلة وهذه الحالة اى التي يطرا الموت فيها في مدة اليوم الاول او الثاني من حصول التثقب نادرة بالنسبة للحالة التي يطرا الموت فيها عقب انضمام اعراض الالتهاب البريتوني القتال الى مجموع الاعراض التي بينهاها سابقا وقد يكون حصول الموت من التزيف المعدي وهذا نادر فان المريض يهدو وصحته عادة ولو في الاحوال التي فيها يظهر ذاهمة متمتعة مصفرة كالشمع الاصفر خالية عن الدم ويعقب رفع رأسه اغما ويوجد فيها بالاختصار علامات فقد الدم كالضجر والخفقان والاعماء وطنين الاذنين ونحو ذلك ومع هذا اذا تأتت او عية غليظة شربانية امكن حصول الموت بسرعة وقد شاهدت حالة سقط فيها الشخص على الارض فجأة وهلك عقب تثقب الشريان الطحال وقبل ظهور القيء الدموي وقد يحصل الموت عقب التهوكة التدريجية ويحتمل ان يكون حصوله في الاحوال التي التهمت فيها القرحة المعديّة الا انه نشأ عن اى المعدة تضيق عقب انقباض المعدة الاتكامية وفي مثل هذه الحالة لا تستمر نوب الآلام الشديدة المعديّة وحدها بل مع ذلك يتقايا المريض جميع ما تعاطاه من المظهورات ويكون مع ذلك امسالك مستعص بحيث ينقطع التبرزجه ايام فيمبط البطن وينف المريض تخافة زائدة هيكلية ثم يموت من عدم التغذية

(التشخيص)



من الحال تمييز القرحة المعدية المزمنة عن النزلة المعدية البسيطة المزمنة في  
الحالة النادرة التي ليست فيها القرحة المعدية مصحوبة بمجموع علامات  
الواضحة واما التمييز بينهما في غالب الاحوال فلا يصحكون عمرا فان زيادة  
احساس القسم الشراسيفي في جزئ محدود منه ووجود نوب ألمية معدية  
شديدة وفي متكرر سيما التي الدموي الغزير يتنافى وجود النزلة المعدية  
البسيطة بالكلمة وقد يعتمد قليلا في التمييز بينهما على حالة اللسان فانه في  
أحوال القرحة المعدية يكون اجراما من وفي أحوال النزلة المعدية يكون  
غالبا مغطى بطبقة واما التمييز بين القرحة المعدية وتضايق البواب الناجم  
عن ضخامة في جدار المعدة فقد يكون صعبا جدا ويعتمد في ذلك على نوب  
الام تكون اقل شدة في تضايق البواب وليست بنسبة كثيرة تكرار التي وان  
حصول التي فيه ايضا يكون في أزمنة منتظمة ومصحوبا بابتداء نوب للمعدة  
فمجموع هذه الاعراض الاخيرة يثبت وجود التضايق دون القرحة  
المعدية

والندبة الاتهامية التي بها تعاقب المعدة عن تقيم حر كاتم او تجذب يغلب  
على الظن انه يمكن تشخيصها في الحالة التي فيها توجد الآلام المعدية الشديدة  
غير مصحوبة باضطراب وتكدر في وظائف الهضم بان يكون المريض فيها مع  
شدة تألمه ومكابدته ممتعا بصحة جيدة وتنا كدغلبة الظن متى تأكد الطبيب  
أن المريض كان عنده سابقا علامات دالة دلالة كبدية على وجود قرحة  
معدية زالت بالكلمة ولم يبق لها اثر سوى الآلام المعدية ويغلب على الظن  
وجود التضايق الندبي للمعدة في الحالة التي فيها تظهر اعراض التضايق  
ظهورا بطيئا مع ازديادها عقب زوال علامات القرحة المعدية  
السابقة

واما تمييز القرحة المعدية المزمنة عن سرطان المعدة وعن الآلام المعدية  
العصبية فسيأتى في المبحث التالي لهذا

(الحكم على العاقبة)

الحكم على عاقبة القرحة المعدية المزمنة بالنظر لما ذكرناه في سيرها وانها آتيا  
جميعا غالبا لكن على الطبيب ان لا ينسى ان هذا المرض كثير النكسات

والنورانات وانه في اثنائه التحسن الظاهري يمكن ظهوره نزيه معدى وان  
المريض بعد حصول الشفاء يكون عرضة غالباً للتكسبات

\*(المعالجة)\*

يندر أن يكون تغير جدر الاوعية الناشئ عنه كل من التسكر والجزق بلادر  
المعدة وانتهاء ذلك بالقرحة المعدية المستديرة نتيجة النزلة المعدية المزمنة فان  
المدمنين على السكر الذين نشاهد عندهم النزلات المعدية المزمنة المستعصية  
جداً يندر أن يعترهم قروح معدية وحيث ان الاسباب الاصلية للتغير  
المرضى في جدر الاوعية غير معلوم نعتري ولا بد انه لا يمكننا انعام ما تستدعيه  
المعالجة السببية في القرحة المعدية واستعمال المركبات الحديدية الذي يظهر  
انه ضروري بسبب الانيميا الحاصلة لا تحمله المعدة في احوال القرحة  
المعدية

واما معالجة المرض نفسه فينبغي فيها اتباع تدبير صحي بغاية الدقة فان نجاح  
المعالجة يتعلق بالاكثر باتباع ما ذكر ولو لم يكن بالضرورة حفظ الجزء المريض  
من جدر المعدة من تأثير أى سبب مضر كما يكون ذلك في القروح الجلدية  
الظاهرة فان ادخال اى جوهر غذائى مهمما كان لطيفاً يحدث ولا بد احتقانا في  
الغشاء المخاطى المعدى وتهيج الجزء المتقروح ومع ذلك فكما كانت اطعمومات  
أكثر غلظاً وثقلان كان التهيج الناشئ عنها اكثر شدة ويستتج من هذه الحقائق  
الناطقة المطابقة بالحكمة للتجارب قاعدة عامة وهى انه لا يسمع للمرضى الا  
باغذية لطيفة سائلة فيجتمداً ابتداءً باتباع تدبير غذائى مطلق بالابتن ويتغير في  
تحمل المرضى له وعدمه فان غالبهم لا يتحمل له وان انعقد اللبن في المعدة على  
هيئة جلط جامدة لزجة ينبغى اتباع طريقة (بود) وهى تعاطى الابتن مصحوبة  
بقليل من الحبر الابيض النظيف وبعض المرضى لا يتحمل اللبن الحليب  
ويتحمل اللبن المنعقد والحضى تحملاً جيداً وان وجد عند المرضى كراهة  
عظيمة للابتن وكان لا يمكن تحملاً كل من اللبن المنعقد والحضى ينبغى ان  
يؤمر بهم باستعمال الشربات القوية التى لا يؤخذ زبد هامضاً فإلى الخلاصة  
العم للمعلم (ليمج) وقوة تغذية المقادير الصغيرة من هذه الخلاصة وان كانت  
قابلة الا انها منهشة قوية وكذا يؤمر للمرضى بخلاصة الشعير النبات المحفف



للمعلم (تروير) المحتوية على الاجزاء المغذية لهذا الجوهر على الحالة السائلة  
 وحيث ان المرضى يمكنهم تعاطي جملة ملاحق منها في اثناء النهار بدون مشقة  
 ينبغي اعتبارها جوهر اغذي ثانيا جديدا وانى لا عرف مرضى كانت تعاطي  
 في كل يوم من اوقية الى اثنتين من خلاصة الشعير المذكورة و ينبغي تجنب  
 تعاطي البقول والخسب المصنوع من الدقيق الخشن والبطاطس المحمر  
 والمصنوع ساطة واما المطبوخ على هيئة عسيدة فيسمح باستعماله ومن النابح  
 جدا في معالجة القروح المعدية المزمنة استعمال القلويات الكربونية فانها  
 ذات تأثير واضح ويفضل من المياه المعدنية المحتوية على قلويات كربونية  
 واملاح مسهلة ما كان حار امنها على البارد فتسل المرضى التي تسمى احوالهم  
 بالسفر الى حمام كرلوس باد وان لم تسع حالتهم بذلك يوصوا باستعمال مياه  
 كرلوس باد ومارية باد وتراسمير ونحوها وهم في اما كتهم انما ينبغي قبل  
 تعاطيها تسخينها جيدا وقد شاهدت نجا عظيما في بعض الاحوال من  
 شرب مياه ويلباد وغيرها من المياه المعدنية الحارة عند بعض المرضى  
 المصابين بقروح معدية مزمنة وكانت تعاطت بلا طائل كالمياه  
 كرلوس باد ومارية باد بدون ان يتحقق لى كل التحقيق من ان شرب بعض  
 مياه الينابيع الحارة يقوم مقام مياه كرلوس باد كما قاله المعلم (بولك) في جرنالته  
 وحيث تأسف منه كون هذا الطبيب الحاذق مجتهدا في انتشار معارف غير  
 تامة بين العامة مثل هذه فاني قد شاهدت جملة اشخاص يزعمون انهم تحصوا  
 على معارف كافية من قراءة ما ذكر ويدعون ان لهم قدرة على معالجة أنفسهم  
 وبذلك استحصلوا على الضرر والتدبير الصفي في المعالجة بمياه الينابيع  
 الطبيعية وان احتوى على بعض امور زائدة غريبة لا ينبغي عدم الاعتناء  
 به ورفضه فانه يترتب على ذلك عدم اتباع الوصايا العقلية كإصابة المريض  
 بعدم التأخر في النوم زيادة عن الساعة السابعة ليلا (المقابلة للساعة الثانية  
 بحسب العربي) ليلا وعدم تعاطي شئ سوى الشراب مساء وعدم تعاطي  
 شئ في الصباح من الاغذية الا بعد مضي نصف ساعة الى ساعة بعد شرب  
 آخر كوب من الماء فان من المهم جدا وصول المياه المعدنية الى المعدة  
 وهي خالية

وإذا لم تقم المعالجة المذكورة وجب الانتقال الى المعالجة بواسطة نترات  
الفضة او تحت نترات الزموت فان هاتين الواسطتين سيما الاولى منهما ما  
يطابقان دلالات معالجة هذا المرض نفسه وذلك لانهما كما يشاهد من  
تأثيرهما في التحام قروح الجلد والاعشمية المخاطية غير المعدية يسرعان في  
التحام القرحة المعدية والمريض يتحملهما في هذا المرض ولو زاد مقدارهما  
زيادة عظيمة لكن ينبغي التنبيه على ان نجاحهما في القرحة المعدية ليس  
محققا كما هي عادة ما في النزلة المعدية المزمنة فانه قد يشاهد منهما النجاح  
العظيم في بعض الاحوال بسرعة وفي بعضها لا يثمران أصلا وكل من  
استعمال هذين الجوهرين ومقدار التعاطى منهما سبق ذكره في معالجة  
النزلة المعدية المزمنة

والمعالجة العرضية لهذا المرض تستدعي أولا مضاربة نوب الآلام  
المعدية اذ من التدارن وجود احوال من احوال القرحة المعدية المزمنة  
لا تحتاج لاستعمال المسكنات فيها والغالب ان تأثير المسكنات في نوب الآلام  
المعدية سريع وواضح للغاية فان تعاطى مقدار صغير من المورفين يحصل  
منه في المعدة بعد التعاطى يسير من الدقائق تلطيف عظيم بل سكون كلي في  
الآلام وهذه النتيجة تؤيد ما ذكرناه من ان نوب الآلام المعدية تنشأ في  
أكثر الاحوال عن انجذاب المعدة وتوترها فانها لو كانت متعلقة بالتهايج  
الذي يعتري سطح القرحة من الاغذية او من العصارات المعدية الخضبة  
لسكان تأثير الجواهر المسكنة فيها غير معقول مع انه كما قال المعلم (باكش)  
يطرأ بسرعة عجيبه وأما كونها متعلقة بالانجذاب الواقع على جدار المعدة  
فلا مرفيه واضح فان المسكنات زيادة عن تخديرها تحدث بطأ في حركات  
المعدة وقال المعلم (استوكس) ان المورفين هو الدواء الوحيد الناجح في  
معالجة القرحة المعدية المزمنة ورأيه ان النجاح غيره من الجواهر الدوائية انما  
هو ناتج عن اعطائها بمزوجة بالمسكنات التي فيها المورفين كما هي عادة الاطباء  
في كيفية اعطاء نترات الزموت في هذا المرض والغالب ان يكتب في باعطاء  
مقدار صغير من المورفين (بان يعطى منه جزء من اثني عشر جزءا من خمسة  
او جزء من ثمانية اجزاء) فقط ولا حاجة الى زيادة كميته فقد شاهد المعلم



(با كس) امرأة تعاطت هذا المقدار زيادة عن مائة مرة بدون ان يتأخر فعله  
المسكن والمورفين في هذه الاحوال افضل من خلاصة الشوكران والبلادونا  
الموصى بهما ايضا في هذا المرض وعند وجود ازدياد في احساس القسم  
الشراسيفي عند الضغط تستدعي المعالجة العرضية ارسال العلق على القسم  
الشراسيفي او المهاجم التشريطية واذ لم يثمر الوسايط المذكورة فلتستعمل  
الحراريق او المشهومات الطرطرية على القسم الشراسيفي زمن اطول ولا فائدة  
شوهه حصول النجاح احيانا من ذلك ومن الاعراض التي تستدعي معالجة  
مخصوصة ايضا التي المستعصية وهي يثمر فيه غالباً المخدرات سيما المورفين  
فان لم يثمر وجب استعمال مقدار صغير من الماء الجليدي او استهلاك قطع  
صغيرة من الثلج فان لم يثمر ذلك فقد شوهت المنفعة العظيمة في استعمال  
الكريو زوت موضوعا منه اربع نقط على ست او اقل من الماء ويتعاطى منه  
ملعقة فلامعة او صبغة اليود من نقطتين الى ثلاثة في ماء محلي وقد تستدعي  
الانزفة المعدة والاثمبات البريتونية التي تطرأ مدة سير القرحة المعدية  
معالجة مخصوصة وسياتي بيانها

\*(المبحث السابع)\*

(في سرطان المعدة)

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

المعدة اكثر الاحشاء مصابة بالسرطان والغالب ان تكون اصابتها اولية  
ويشدد ان يتبع سرطان المعدة آفة سرطانية في غير المعدة من الاعضاء  
كاصابة تالعية كما يندرامداد سرطان الاعضاء المجاورة للمعدة اليها  
ثم ان اسباب سرطان المعدة كغيره من الآفات السرطانية خفية بالكلمة  
ويظهر ان هذا المرض في بعض العائلات وراثي فان (نابليون) الاول واختمه  
ووالده هلكوا بسرطان في المعدة واما عرضة بالتسبب للصنف والسن  
والعيشة فيقال فيه عادة ان الرجال اكثر مصابة به من النساء ومن كان  
سنه من اربعين الى ستين فهو اكثر مصابة به من غيره ومشا هدته قبل سن  
الاربعين نادرة واما حوله قبل سن الثلاثين فبعض من الاحوال الاستثنائية  
وتصاب به الاغنياء وافتقرا على حد سواء وكثرته في الفقراء اكثر عددهم

عن الاغنياء وما ادعاه بعض الاطباء من أن ظهور هذا المرض يكون من  
تأثير الافراط في تعاطي المذمر وبات الروحية والانفعالات النفسانية المهزنة  
وارتداع بعض الطفحات الجلدية والقروح فليس يثبت  
\*(الصفات القشرية)\*

اغلب ظهور سرطان المعدة يظهر في جزء المعدة البوابي واقل من ذلك اصابته  
بلجزئها القواذي وقوسها الصغير واندر من ذلك اصابته قاع المعدة وقوسها  
العظيم وهذا الداؤوميل العظيم للامته مداد جهة العرض بحيث ان سرطان  
القوس الصغيرة يمتد الى القوس الكبير وسرطان البواب او القواذي ينشأ  
عنه تضايق حاق في المعدة والعادة ان يكون التضايق السرطاني للبواب  
محدودا بالصمام البوابي واما سرطان القواذي فيكاد يمتد دائما الى المريء  
امتدادا متناوتا

واكثر انواع السرطان مشاهدة في المعدة السرطان الاسكيري وسي واقل منه  
مشاهدة السرطان النخاعي واندر منها السرطان الهلامي او الخلاقي وكثيرا  
ما تنضم انواع السرطان الى بعضها كالسرطان الاسكيري وسي والسرطان  
النخاعي وهذا هو الغالب في الانضمام

فاما سرطان المعدة الاسكيري وسي فيكاد يمتد دائما في المنسوج الخلدوي  
تحت الغشاء المخاطي فيتمكون عنه تارة عقدة متفرقة وتارة تيبسات منتشرة  
يظهر فيها بسبب عدم انتظام غمق جميع اصقارها جلة تحديبات ويشاهد في هذا  
التولد المرضي جميع الاوصاف الخاصة بالسرطان اليابس اي الاسكيري وسي  
وهي كونه مادة كثيفة مبيضة بيضا كالياسهية بصلاية الغضروف والغشاء  
المخاطي يلمصق سر يعا بالتولد المرضي الجديد السكائن اسفل منه ثم يلبس فيما بعد  
فيصير ذاهمة بجمجمة مسودة ثم يتفصل ويبقى سطح السرطان متعرياً والطبقة  
المصلية للمعدة يحصل فيها ضخامة ممتدة وتظهر الهيئة المدرجة الخاصة  
بما ذكرناه سابقا وعند تقدم سير هذا المرض تقع تلك الطبقة في ضمور  
او تئلاشي بالكلية والطبقة المصلية يحصل فيها تخن وعنامة عقب اصابتها  
بالانتهاب البريتوني الجزئي وتلتصق غالباً بما حولها وتغطي بقرا كات يابسة  
مبيضة صفيحية وبعد تئلاشي الغشاء المخاطي يأخذ السرطان العادي في



التقرح فيتمكون فيه انبعاثات سطعية في الابتداء ثم تصير فيما بعد غائرة  
 وحينئذ تتكون القروح السرطانية ذات الشكل غير المنتظم والحواف  
 المتباعدة الشبيهة بالقروح السرطانية التي تحصل في ظاهر الجلد وقد تعلموا  
 احبانا سطح القروح الاسكروية وحوافها تولدات سرطانية فخاعية  
 واما سرطان المعدة النخاعي ففي ابتداء وجدت عقداً وتيبسات منتشرة تتكون  
 اسفل الغشاء المخاطي من الابتداء ذات رخاوة وهيمية مشابهة لهيمية الجوهر  
 الدماغى النخاعي يسهل بعد شقها خروج مادة لبنية سرطانية منها وأخذ هذا  
 السرطان في الامتداد اسرع من السرطان الاسكروى فعمله بسرعة على  
 السطح الباطن من المعدة على شكل تولدات اسفنجية رخوة سهلة الادماء  
 والعادة ان ينقسم هذا التولد المرضى من مركزه الى جملة كتل مسودة رخوة  
 خلية واما اثره فلا يزال غوها آخذاً في التقدم وعند انفصال الاجزاء  
 المسودة الميتة تتكون قرح ذات حواف منقذبة الى الظاهر قنية طيبة  
 ومحيطة بالقرحة على شكل حاجز وقطر هذه القرحة يصل الى حافة قراريط  
 والتولدات المرضية قد تنمو فتزداد ازدياداً عظيماً جدا بحيث يضيق تجويف  
 المعدة

واما السرطان الخلاقى والهلامى فينبدر ظهوره على شكل عقدة متفرقة  
 والغالب ان يظهر على شكل استحالة سرطانية منتشرة وينتدى في المنسوج  
 الخسوى تحت الغشاء المخاطى ايضا الا أنه يؤدي بسرعة الى فساد جميع  
 طبقات المعدة بحيث ان جدرها التي يصير ممكها اجلة خطوط بل نصف قراط  
 لا يرى فيها آثاره منسوجها الاصلى بل توجد جميعها متكونة في التجاويف  
 الصغيرة (هى الخليات) محتوية على سائل هلامى وبالبحث الميكروسكوبى يستدل  
 على ان هذا السائل نشأ من تراكم الخلايا السرطانية المتجمعة في التجاويف  
 الصغيرة والتي اعترتها الاستحالة الهلامية والغشاء المخاطى يتلاشى ايضا في  
 السرطان الهلامى فيستفرغ منه صل التجاويف الصغيرة فيظهر سطحه  
 السائب خاليا متغير اللون رديمه ومع ذلك فقد الجوهر لا يكون غائرا فانه يحل  
 محل الاجزاء المتلاشية تكونات جديدة ثم كثيرا ما تمقد الاستحالة السرطانية  
 الى الاعضاء المجاورة للمعدة سيما العقد الليمفاوية والبنكرياس والكبد

والقولون المستعرض والترب كما ان تقرح هذا التولد الجديد قديمة فمن  
المعدة الى الاعضاء المذكورة وبذلك يمكن ان يتكون استطراق بين المعدة  
والقولون او استطراق الى الظاهر بعد التصاق المعدة بالجدار المقدم للبطن  
وتثقبه ويندرامه اذ السرطان الخلو الى الاعضاء المذكورة وكثيرا ما  
يؤدى هذا النوع من السرطان الى استحالة سرطانية منقشرة في البريتون  
فيعقب ذلك انسكابان استسقاءية في تجويفه

واذا امتد القرحة السرطانية الى البريتون قبل التصاق المعدة بالاعضاء  
المجاورة نشأ عن ذلك انسكاب متصلها في تجويف البطن فيعقب ذلك  
التهاب بريوني قتال

واذا نتج عن الاستحالة السرطانية تضيق عظيم في البواب يمنع مرور متصل  
المعدة الى المعى نتج عن ذلك تمدد في المعدة وهذا العائق يزداد بسبب البروزات  
العقدية للسرطان ويقترح الجزء المصاب واذا كان مجلس السرطان الفواد  
او كانت جدر المعدة مكابدة للاستحالة السرطانية في امتداد عظيم منها كما  
يشاهد ذلك في السرطان الهلامي نتج عن ذلك تضيق في تجويف المعدة  
والبواب المتسطن في غالب الاحوال يبقى في محله الطبيعي بسبب تثبته  
بالاتصافات وهناك احوال يبقى فيها اساقبافيسقطة بقية نحو الخفلة وقد  
يسقط الى الارتفاق العاني

#### \* (الاعراض والسير) \*

يتعد معرفة السرطان المعدي في بعض الاحوال مدة الحياة مع التأكد  
حيث ان بعض الفقراء الذين يكثر ورودهم الى المارساتانات للمعالجة  
يكونون في نحو كة متقدمة ومع ذلك فلا يتشكون بشئ ولا يعملون سببا لهذه  
النهوكة والقسم السر اسبق حينئذ لا يظهر فيه ألم بالضغط في مثل هذه الحالة  
والشبهية تكون فيما قبله ولا تخرج الطعومات بالقيءات ولا يدل البحث  
عن البطن على وجود ورم فيه فينبغي للطبيب حينئذ ان يعرف ان سرطان  
المعدة قد يسير بدون هذه الاعراض المذكورة اخيرا وان يقيظ لكونه سببا  
للنهوكة العظيمة جدا بدون ان يجزم بتشخيصه ومتى هلك مريض من هؤلاء  
ووجد عند تشريحه قرحة سرطانية عظيمة في المعدة زاد تعجب بعض اطباء



غير المتحررين من عدم امکان تشخيص هذا المرض مع تقدمه تقدماعظيما  
مدة الحياة

وهناك أحوال لا يعرف فيها سرطان المعدة الا بوجه التقريب وذلك كما في  
الاحوال التي فيها المرضى المتقدمون في السن يتشكون بقدر في الشهية  
وامتلاء في القسم الشراسبي وتجشئ وتجوذلك من ظواهر فساد الهضم  
ومع هذه الاعراض الخفيفة في الظاهر يتضح للطبيب ان هؤلاء المرضى  
يفقدون قواهم بسرعة وتكسب وجوههم هيئة مصفرة وسخنة تدل على سوء  
القنية ويظهر عندهم احمانا اتفاخا وذيماوي خفيف حول الكعبين ففي  
مثل هذه الاحوال متى أمكن الطبيب ان يتق جميع الامراض المهددة  
لانها كونه دون المرض الذي نحن بصدده ترجع هذه ان المريض ليس مصابا بنزلة  
معدية فمن منسبة بل بمرض خبيث في المعدة أي بسرطانها وان لم يوجد كل من  
الالام الخاصة والتي هو ورم المعدة الواصف هذا المرض

لكن في غالب الاحوال تكون الصفة التي يسيير بها سرطان المعدة كثيرة  
الوضوح فتعرف بسهولة وذلك في الاحوال التي فيها ينضم لظواهر فساد  
الهضم ولاعراض التهوكة وسوء القنية المشددي في قسم المعدة يزداد بالضغط  
ويرتقي الى درجة عظيمة بعد الاكل لكنه لا يصل عادة الى درجة شديدة نوب  
الالام المعدية العصبية وينضم لذلك غالبا تقايد ولكنه يحصل زمنا فزما اذا  
كان مجلس السرطان القوس الصغير ويحصل بعد كل مرة من تعاطي  
المطعمات اذا كان مجلسه القواد او ابواب غيران التي يحصل بعد الاكل  
بجملة ساعات اذا كان مجلس التضيق السرطاني البواب وبعد الاكل حالا  
او في اثنتاه اذا كان مجلسه القواد ومن الجائز احيانا ان يصير التي نادرا  
بعد اسهاتراره زمانا طويلا على حالة منتظمة او يزول بالكليمة او يستعاض  
بجركه ارتداد الاطعمة كاجترار بعض الحيوانات ويسهل توجيه هذه  
الظاهرة متى اتضح بانشر يح ان الجزء الضيق صار متسبب بسبب ابن السرطان  
وتقرحه او ان المعدة بسبب تمددها التمدد العظيم بما اعتري جدرها من  
الاستحالة السرطانية فقدت قوة الانقباض التي تساعدهم كالتى مدة  
الحياة وقد لا يتضح من الصفات القشرية سبب زوال التي المذكور ثم ان

المواد المنقذة بالقي تارة تكون متكونة من الاطعمة المزدردة ملتفة بطبقة  
 من مواد مخاطية وقابلة للتغير وذلك اذا كان مجامس السرطان الفؤاد وكثيرة  
 التغير بحيث تسكاد لا تعرف وذلك اذا كان مجامس السرطان البواب وتارة  
 تكون متكونة من مواد مخاطية غزيرة ومن سائل كثير اللون حمضي الطعم  
 والرائحة وظهور كل من حمض اللينيك والسمنيك والجليك في المواد  
 المنقذة بالقي يتعلق بنفس الاسباب التي ينهاها في شرح التزلة المعديّة  
 والتضايق البسيطة للبواب وكثيرا ما يشاهد في مواد التي الخليات النباتية  
 المعديّة واما وجود قطع سرطانية فيها فنادر جدا واما ذلك الالكون السرطان  
 عند تقرحه وفساده فقد جزيتانه شكلها الاصلى الواصفها وعند تقرح  
 هذا التولد المرضى الجديد الكثير الالوية كثيرا ما تحصل انزفة شعريّة والدم  
 المتسكب في المعدة يتغير بسرعة بواسطة متحصلها الحمضي فيستحيل الى مادة  
 مسودة مخصوصة ولذا كان وجود هذه المادة المسودة الشبيهة بدردى القهوة  
 محتاطة بمواد التي معتبرا من العلامات المهمة الكثيرة الوجود في سرطان  
 المعدة الا انه يولغ في اهميتها التشخيصية في هذا المرض مبالغة خارجة عن  
 حدها ويندرتا كل اوعية غليظة عند تقرح السرطان بحيث يحصل نزيف  
 غزير جدا ولذا كان وجود هذا العرض في الاحوال المشكوك فيها امر بجا  
 ليكون المرض قرحة معدية منمنة لاسرطانا معديا واهم اعراض السرطان  
 المعديّة وجود ورم في القسم السراسبي الا انه يجب معرفة كون هذا العرض  
 يفتقد في كثير من الاحوال ومن علم وضع اجزاء المعدة بالنسبة للكبد وقوس  
 الاضلاع سهل عليه ادراك ذلك فان سرطان الفؤاد يكاد لا ينتج عنه ورم  
 محسوس في القسم السراسبي ولو بلغ ذلك الورم حجما عظيما كما ان سرطان  
 القوس الصغير للمعدة لا ينتج عنه ورم في القسم السراسبي الا اذا امتد ذلك  
 لورم نحو القوس العظيم من هذا العضو ومعظم الاورام السرطانية  
 المدركة بالجلس يكون مجلسها البواب او اقله الجزء البوابي من المعدة ويكون  
 سرطان المعدة يوجد في هذا القسم غالبا فالغالب ايضا في اربعة اجناس جميع  
 احوال هذا المرض وجود ورم مدرك بالجلس في القسم السراسبي والظاهر  
 ان قول المعلم (هرقل) بالنسبة لوضع المعدة مؤسس على خطأ وبالخصوص



ما قاله من ان طرف المعلقة الخنجرية يكون مقابلا لوسط الجدار المقدم من  
 المعدة عند الوضع الزفيري من الحجاب الحاجز ويتضح من كتاب المشرح  
 (لوشكا) المحتوى على القوائد الكثيرة لكل طبيب على أن الشق العمودي في  
 الخط المتوسط من الجسم بقسم المعدة بكمية بحيث ان خمسة اسادس هذا  
 العضو تكون موضوعة في الجهة اليسرى والجزء السادس في اليمنى بحيث ان  
 الورم الشاغل للجهة اليسرى من القسم الشرقي في يكون مجلسه الجزء  
 البوابي في الوضع الطبيعي له وسرطان البواب لا ينتج عنه ايضا ورم محسوس  
 الا متى سقط الورم بثقله الى اسفل ولا يسقط الا اذا كان غير ملتصق بما حوله  
 ومجلس الورم اذ ذلك يكون قريبا من السرة والغالب ان يكون اعلاها وكونه  
 على يمينها اكثر من كونه على يسارها واذا كان الورم ساقطا الى اسفل فن  
 الجائز ان يختلط بورم في المبيض وعظم الورم يختلف فيكون من قدر البيضة  
 الى حجم قبضة اليد واذا كان عظيما جدا أمكن ان ينتج عنه احما نابرو زطاهر  
 في البطن والسطح الظاهر من هذا الورم يكون غالبا غير مستو ذات تحدبات  
 في كثير من الاحوال ويكون متحركا فيمكن تزخذه وتغير وضعه على حسب  
 فراغ المعدة وامتلائها وفي احوال أخرى يكون غير متحرك وذلك اذا كان  
 يلتصق بما حوله ودرجة حساسية هذا الورم تختلف ايضا وقد يشاهد تبدل  
 هذا الورم المحدود ذي التحدبات بوزمستو متقاوت الامتداد وذو مقاومة  
 في القسم الشرقي وبالقرب على الورم المتكسور من سرطان المعدة يسمع  
 صوت ذلك القرع غير فارغ بالسكبية وواضح الطبلية

وبالبحث الطبيعى يظهر لنا في احوال التضايق السرطاني البوابي زيادة عن  
 الورم تعدد في المعدة وقد شربنا اعراضه عند الكلام على التضايق البوابي  
 البسيطة واذا كانت المعدة متضايقة وكانت الامعاء فارغة كما هي العادة  
 شوهدت الحالة السفلى من قوس الاضلاع بارزة الى الامام والبطن على  
 عكس ذلك منحنىضا بحيث يحس بالعمود الفقري ونضبات الشريان الاورطي  
 وقد تتنوع اعراض سرطان المعدة عقب تولدات سرطانية في غيرها من  
 الاعضاء خصوصا في الكبد وقد يمتد السرطان من العقد الليمفاوية للمعدة  
 الى العقد الليمفاوية خلف البريتون ومنها الى العقد الليمفاوية من الحجاب

المنصف الخلفي ومنها الى عقد العنق بحيث يظهر ورم صلب في العقد أعلى  
الترقوة يمين على تحقيق التشخيص كما شاهدت ذلك احبانا واما اعراض  
سرطان المعدة الهلامي فانها كثيرا ما تنفوق عقب ظهور راسمة قات زرقية  
في البطن

ثم ان سرطان المعدة يظهر في مدة سيره ازدياد ارتقاء في جميع الاعراض  
المذكورة ويندر - صول فترات فيها تحسن حالة المريض بان تنقص  
الالام والتي عود الشمية ثانيا لكن هذه الفترات اذا وصلت لا تطول  
مدتها عادية بل تنور بسرعة مكابدات لمريض ثانيا وتقد الشمية والامساك  
الذي يوجد مع المريض من الابتداء يشتمل على تجديد او ترداد النفاة ازدياد اعظما  
واذا كان التولد المرضي الخبيث سرطانا فخما عيا قطع سيره في عدة أشهر غالبا  
وأما السرطان الاسكبر وسى والهلامي فقد يستمر ان مدته من السنين

وامس لسرطان المعدة انتهاء الالوت في ثمة ما قبل من انه في بعض الاحوال  
انتهى بالشفاء مبنى على خطأ في التشخيص كما ان الصفات القشرية التي  
ذكر فيها مشاهدة اثر التمامية سرطانية لا يعتمد عليها فانه ان شوهد حول  
الندبة الالتمامية تولدات سرطانية جديدة فالمرض لا يكون حينئذ انظفاً  
بالكلية وان لم توجد هذه التولدات لا يمكن التمييز بين ندبة التمامية سرطانية  
وندبة التمامية قرحية والموت يحصل عادة عقب ظهور النهوكة التدريجية  
وحيث لا يتضم ذلك حتى فانزع عمدة عادة زمنا طويلا الى قرب الانتهاء المحزن  
فيبقى المريض جملة أيام على قيد الحياة وفي مثل هذه الحالة يصير اللسان مجرا  
فيه ميل للجفاف ويتغطي بواجبية ومع ذلك لا يندر ان يظهر عند المريض  
قبل الموت بزمن يسير او ذميا - ولما تموت في أحد الاطراف وهذا المرض  
يتعلق بانسد ادى الوريد الفخذي ويدل على ان بطء الدورة أدى لحصول  
تعددات دموية فيه وأقل من ذلك - حصول الموت عقب ثقب المعدة وظهور  
اعراض التهاب بريتيوني فقال بسرعة وأندما ذكر حصول الموت بازدياد  
النهوكة عقب النزيف المعدى الغزير وقد يحصل الموت عقب ظهور  
مضاعفات واستحالات سرطانية تابعة تسرع في حصوله

\*(التشخيص)\*



تميز سرطان المعدة عن نزلتها المزمنة سهلا جدا في الاحوال التي يوجد فيها ألم  
 في القسم الشراسبي وفي متمكرر وخروج مادة مسودة شبيهة بدردي  
 القهوة ومختاطة بمواد التي خصوصا التي فيها يوجد ورم في القسم الشراسبي  
 وأما الاحوال الجردة عن هذه الاعراض فخصا عن الورم الذي يعتريه  
 النهمير (اندرال) علامة واصفة لسرطان المعدة فالتميز بينهما بين هذين المرضين  
 عسر جدا ومن المهم في حل هذه المسئلة من المريض وفيما عدا ذلك يمكن  
 التمييز بينهما بمراعاة الحالة البنيوية العامة للمريض  
 وكذا التمييز بين سرطان المعدة والقرح المزمنة لها تارة يكون سهلا وتارة  
 عسرا للغاية حتى ان اثنين من مشاهير اطباء اوجوه (أبواسر) و(شونان)  
 اختلف رأيهما في حالة مشتهرة فقال أحدهما بوجود سرطان في المعدة  
 والاخر بوجود قرحة فيها وما ينبغي مراعاته في التشخيص التمييز هنا  
 أمور منها سن المريض فان سرطان المعدة عند الشباب يكاد لا يوجد بالكيفية  
 ومنها مدة المرض فان طول مدة سنين يمنع ان يكون سرطان في المعدة ومنها  
 قوى المريض وحالة تغذيته فانها في حالة قروح المعدة لا يتغير الا قليلا  
 ويبطأ وفي سرطان المعدة يكون تغيرهما اسرع معاوشا ديدا جدا ومنها صفة  
 الآلام فان نوب الآلام المعدية العصبية الحقيقية تعلم بوجود قرحة في  
 المعدة أكثر من اعلا انهم اسرطان ومنها صفة الدم المنقذف مع التي فان  
 العادة في قرح المعدة ان تخرج كمية عظيمة من الدم ولذا لا يكون متغيرا  
 الا قليلا وفي سرطان المعدة لا تخرج الا كمية قليلة غالبا على شكل مادة مسودة  
 كدردي القهوة ومع ذلك فندشوه في بعض احوال السرطان المعدية في  
 دموى غزير كما شوهد في بعض احوال قرح المعدة المزمن خروج مادة  
 مسودة حبيبية شبيهة بدردي القهوة ومنها وجود ورم في القسم الشراسبي  
 او عدمه فالوجود يكاد يثبت وجود سرطان المعدة فان الاحوال التي ينتج  
 فيها عن القرحة المعدية المزمنة ورم بسببهما كما جدر المعدة وتكونت  
 خلاوية جديدة في محيطها من النواذر العظيمة جدا كما ان عدم وجود ورم في  
 القسم الشراسبي لا يلزم منه عدم وجود سرطان معدية كما نهنه على ذلك  
 فعلى الطبيب ان لا ينساه

ومن النادر الجزم مدة الحياة بتعيين شكل السرطان المعدى المصاب به  
 المريض والسرطان الهلامي الذي هو أندراش كالسرطان الممدد حصولا  
 لا يترجح وجوده الا اذا كان المرض ذا سير بطيء للغاية وظهر في أثناءه  
 استسقاء في ويكاريحجم بتشخيصه اذا خرج عند نزول البطن قطع سرطانية  
 ذات سم تدببات من الثوب تعرف بالدهس فان لم توجد هذه العلامات فالمرض  
 اما سرطان اسكيري رمي او نفاخي لكن كلما كان سير المرض حادا وكان حجم  
 الورم عظيما وبقوة سيرها ترجح ان اتولد المرضي الجدي سرطان نفاخي  
 \* (المعالجة) \*

حيث ان المعالجة السميكية والمعالجة المؤسسة على طبيعة المرض لا يتأتى هنا  
 انما هما تقتصر على المعالجة العرضية فنقول  
 التدبير الغذائي ينظم على حسب القانون الذي يبناه في معالجة النزله المعدية  
 المزمنة فان أمكن تحصيل اللبن فهو أجدى وغذاء المصاب بالسرطان المعدى  
 وان لم يمكن تحمله وجب على الطبيب ان يوصي بتعاطي الامراق المركزة  
 وصغار البيض ونحوه من الجواهر الغذائية لكن بكمية دارة صغيرة كل مرة وعلى  
 حاله سائله او متجزئة تجزأة دقيقا خالصا عند وجود تضيق في ابواب وان  
 يوصى باستعمال مقدار قليل من النبيذ الاحمر والاعادة ان المرضي تحمله  
 وعند كثرة التكتونات الحضية يجب استعمال القلوبات الكربولية والاحسن  
 ان تكون على شكل ماء الصودا وكثيرا ما لا تقهر الجواهر المذكورة فلا يمنع  
 حصول التكتونات الحضية خه وصاعدا وجود تضيق في ابواب فيجب في  
 مثل هذه الحالة استعمال الحبوب التي اوصى بها المعلم (بود) الموجود في كل  
 حبة منها ربع نقطة او نصف نقطة من الكربولوزوت واما استعمال الطلية  
 المعدية فنقول فيه ما ذكرناه في البحث الثاني وعند وجود امسال المستعص  
 يؤمر باستعمال حبوب مركبة من الصبر وخلصه الخنظل وباستعمال  
 المسكات سيما المورفين لاجل مضاربة الام والارق  
 \* (البحث الثامن في الانزفة المعدية) \*  
 \* (كيفية الظهور والاسباب) \*  
 الانزفة المعدية تنتج عن عدة اسباب منها تمزق او عيب في هذا العضو المحفنة



احتماننا شديد بدون أن يسبق ذلك تغير في منسوجها ومن النادر أن يشهد  
 الاحتمان التواردي الشرياني اشتدادا عظيما يؤدي لتمزق الوعائي ولا يحصل  
 ذلك أحيانا إلا عند اضطراب الخيض بقطع النظر عن الانزفة القلبية التي  
 تشاهد في التهاب المعدة وكون نضج بيضة الاتي وانقذافها قد لا يكون  
 مرتببا باحتقان تواردي وأنزفة في الرحم بل باحتقان تواردي في غير الرحم  
 من الأعضاء أمر محقق وإن كان توجيهه متهدرا وأكثر من ذلك مشاهدا  
 حصول الانزفة المعديّة من احتمانات احتباسية وريدية في غشاء المعدة  
 المخاطي وأعظم هذه الاحتمانات الوريدية حصولا وأشدّها ما يحصل عند  
 ما يجسد الدم الوارد إلى الكبدة عاتقا في سيره ولذا تحصل الانزفة المعديّة من  
 انسداد الوريد الباب بواسطة تعقدات دموية ومن الضغط الواقع على  
 تفرعاته عقب انعكاش المنسوج الخلوئي لهذا العضو كما يحصل في سيره  
 الكبدي ومن تمدد المسالك الصفراوية عقب انسداد القناة الكبديّة  
 او الصفراوية ومن انسداد الاوعية الشعريّة الكبديّة بواسطة تدف  
 بجمتمية كما في الحميات الاجيمية الخبيثة كما قاله المشهور (فريركس) ومن  
 تلاميذ الاوعية الشعريّة الكبديّة في المرض المعروف بالضمور الاصغر  
 للكبد ومن النادر أن يرتقي احتمان الغشاء المخاطي المعدي إلى درجة  
 عظيمة جدا عند ما يجسد الدم عاتقا في سيره وقت مروره في تجويف الصدر كما  
 يشاهد ذلك في امراض الرئتين والبلغم والقلب والتماء ويرجع ان هذا  
 الاحتمان المرتقي إلى الدرجة المذكورة يؤدي لحصول تمزق في بعض الاوعية  
 الشعريّة ومع ذلك فقد شوهد أحيانا في مثل هذه الاحوال انزفة معدية ومن  
 هذا القبيل الانزفة التي تشاهد عند بعض المولودين جديدا فإنه يغلب على  
 الظن ان هذه الانزفة تتهلق بالتقدم غير التام للرئتين وبالاعتاق الناتج عن ذلك

المناع لسريان الدم في الاوعية الشعريّة المعديّة

ومنها ان تنتج الانزفة عن تمزق في جدار الاوعية المريرة كتمزق بعض العقد  
 الدوالي وانتفاخ بعض الاورام الانورينماوية في تجويف المعدة ونسبة  
 النزيف الى هذه نادرة والغالب ان ينسب هذا النزيف لتغير مرضي في جدار  
 الاوعية وان لم يمكن رؤية ذلك لابلانظر ولا بالميكروسكوب ومن هذا القبيل

الانزفة التي تشاهد عند الاشخاص أصحاب سوء القنية التزيفي والانزفة التي  
تحصل عقب الامراض الثقيلة وفي مدة سير الخبي الصفراء ونحوها من  
الامراض الثقيلة والانزفة التي تحصل عن رداة المعيشة خصوصا التي  
تحصل عن عدم اكل اللحوم الحديثة والخضراوات والتزيف حينئذ  
يكون أحدهما هو المرض المعروف بالاسكروبول و لايجوز في مثل هذه  
الاحوال اعتبار التغير المرضي للدم سببا لوانطيا في التزيف المعدي بل  
وانطيا بمعنى ان تغير الدم ينتج عنه أو لا اضطراب في تغذية جدران الاوعية  
فحصل الانزفة

ومنها ان تنتج الانزفة عن تأكل في جدران الاوعية او غيرهن من اصاباتها  
الجرحية ومن ذلك الانزفة التي تنتج عن القرحة المعدية المزمنة او السرطان  
المقروح وهذه تحصل تارة من اوعية شعرية وتارة من اوعية غليظة والانزفة  
التي تنتج عن انقح اوعية المعدة عقب تأكل حدرها بواسطة الكاوي من  
بلجواهر الاجسام الغريبة المادة والانزفة التي تنتج عن تمزق بعض الاوعية  
عقب تأثير صدمة او ضربته على القسم الشراسيني

\*(الصفات التشريحية)\*

كثيرا ما يبحث عن يذوع التزيف في الانزفة المعدية ولو الغزيرة بلا فائدة فان  
الغشاء المخاطي يوجد أحيانا عقب هلاك المريض او بعد غسله باهنا خاليا عن  
الدم كبقية الجسم وأحيانا يحصل مع ذلك نزيف شعري في جوهر الغشاء  
المخاطي فتوجد فيه اطخ من رقة ضاربة الى الحمرة او سود محمرة يرشح منها  
بالضغط اللطيف عليها دم وهذا الارتشاح الدموي القاصر على بعض  
الاصفار من الغشاء المخاطي يؤدي عادة لحصول لين سطحي وسقوط الاجزاء  
اللينة وبهذه الكيفية تتكون انبعاثات سطحية لا تتضح الابعد زوال  
ما عليها من الخزيثات الدموية المسيرة الوسخة الملتصقة بها اغلبا وهذه  
الانبعاثات السطحية الدامية التي سميت بالتسلخات التزيفية ذات عدد عظيم  
والواحد منها ذو قطر صغير وشكل مستطيل او مستدير ومحاسنها في العادة  
على النيات المستطيلة التي تتكون في الغشاء المخاطي هذا اذا كان الناكل  
مصيبا لاوعية غير غليظة وأما اذا كان مصيبا لاوعية غليظة بسبب قرحة



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

ثم ان الدم المتراكم في المعدة قد يكون جاطا تاما كذا سحرة متى كان هلاك  
الشخص عقب التزيف حالا وكان ذا كمية غزيرة وحصل انسكابه فجأة وأما  
اذا كان انسكاب الدم بطيئا وبقي في المعدة فزناطويلا بحيث أمكن ان يؤثر  
فيه عصر المعدة ومحصاهما الجضى فان الدم يوجد مسمرا اوسودا واذا كان  
التزيف قليلا فلا توجد في المعدة الا أثر طمة متفرقة مودة وندف او مواد  
جديدة شبيهة بدردى القهوه

\*(الاعراض والاسباب)\*

نزيف المعدة متى كان قليلا الغزار ولم ينقذ منه نى بواسطة القي يحتقن  
غالب امد الحياة ولا يعرف فانه يحصل في النزلة المعدية الحادة طبة المشاهدات  
الطبيب (يومن) نزيف قليل في المعدة يندر جدا أن يحصل فيه قي من مواد  
مخاطية مدممة كما يندر ان الانزفة الشعرية التي كثيرا ما تصعب النزلات  
المعدية المزمنة والسرطان والقرح المعدية كما ثبت ذلك في الصفات  
التشريحية تؤدى لحصول القي الدموى ولذا لا تعرف مدة الحياة الا بنسبة  
وهناك احوال يدل فيها الخلط الدم ولوقليه لاجواد القي على وجود نزيف  
معدى مادام الطبيب محققا أن المريض لم يزد ردد ما قاله القي الدموى في مثل  
هذه الاحوال هو العرض الوحيد للمرض المعدى غالبا وذلك كما يشاهد كل  
يوم عند المرضى المصابين بسرطان في المعدة حيث لا تتحسن حالتهم ولا تتناقل  
عقب قي المواد المسودة الشبيهة بدردى القهوه

وأما اذا كان الدم المتسكب في المعدة غزيرا فالغالب ان يسبق القي الدموى  
اعراض مرضية تكون ناشئة عن امتلاء المعدة من جهة ومن فراغ الاوعية  
الدموية من جهة أخرى وهى احساس المرضى بضغط في القسم الشراسيفي  
بحيث يجملهم ذلك الى رفع الثياب عن البطن والتضجر والتوقع وامتناع  
اللون وصغر النبض وبرودة الجلد ثم ظهور شرر أمام العينين في الاذنين  
ودوار في الرأس او وقوع في الانغماس وقد شاهدت جراحا صادوا الدنة في مثل

هذه الحالة فانما هي اصابة بالسكتة المخيمية لكن الاشخاص اقوياء البنية لا توجد عندهم ظواهر الانغماء فتذكرن السوابق المرضية فيهم قاصرة على الاحساس بالضغط والامتلاء في القسم الشراييني

وبعد استقرار التورم عزمناه متفاوتا في الطول مصحوبا باحساس بصعود سائل فائر في البلاءوم غالبه او بطعم حلو او تنه في القم يحصل في عشرين يوما يتدفق به من القم والانسف مواد دموية سائلة او ممتدة ذات لون أحمر داكن او ضارب للسواد يحصل منه للمريض فزع ورعب زائدان عن الحد وكثيرا ما يصل في غير من مواد دموية الى الحنجرة فتخرج السعال عند المريض بحيث يخرج من المريض في انشائه دم ايضا فيظن فيما بعد انه أصيب بنفث دموي ولا يدري هل خروج الدم منه بواسطة القى والسعال ثم يعتب هذا القى الدموي خروج مواد دموية مع البراز فان كان التزيف غزيرا خرج الدم من الاست بعد برهة قليلة والدم المندفع منه يكون اذ ذلك متكونا من مواد سود ضاربة الى الحجرة كغليظة واما اذا حصل اندفاع الدم الواصل الى المعى بعد يومين او ثلاثة من الاست فانه يوجد مسجلا الى مائة مسودة قطرانية ومن الاحوال الاستوائية خروج الدم المنسكب في المعدة مع البراز بدون ظهور القى الدموي ولذا اذا حصل لصاحب بقرحة معدية منمنة انتفاخ وبهاته في الوجه واتضح في زمن يسير مع ذلك اعراض تنسب الى الانزفة الياطنة وجب على الطبيب ان لا يفرط في رؤية المواد الثقيلة جملة مرار

ثم ان التزيف المعدى قد يفتج عنه فمقد جملة ارطال من الدم في زمن يسير فيعتمري المرضى وان كانوا اقوياء البنية انتفاخ عظيم في اللون وبرودة في الجسم وميل للانغماء فاذا ثقل عليهم الحال جدا اعتراهم ايضا تورم وعور في الابصار ودرار عند ارادتهم الجلوس او رفع الراس وانغماء شديد عند ارادة القيام

والانغماء وان كان عادة من الاعراض المقزعة جدا للمرضى ومن حولهم من لا يارب ذواتا يربحيد في سير النوبة اذ به يقف التزيف وقتها فحصل مساعدا على تكون التعة قدات او السدد الدموية والذي يظهر ان سير هذا المرض الجيد يهلق به هذه الظاهرة غالباهم ما كان الفزع الذي يترب على



رؤية المريض وهيمته والواقع انه لا يملك بانزف المعدي الا قليل من المرضى  
 عقب الفقد الدموي أو الاختناق من وصول الدم الى الخنجرة والغالب ان  
 يزول القيء الدموي ويمتنع الدم من البراز شبا فشيا والنقاهة تحصل بيطة بعد  
 ان كانت المرضى الممتنعون بالكليبة في نوم وكه عظيمه وياس من الحياة مدة  
 طويلة وفي أثناء النقاهة المذكورة تبقى المرضى زمنا طويلا فاقدين للشهية  
 ويتشكون بتجشئ منمن وطعم كريه جدا وحيث ان فقد الدم العظيم يستعاض  
 ابتداء بامتصاص الماء تشاهد المرضى في الاحوال الشديدة في حالة ميوعة  
 في الدم او في حالة استقامة غالبا لكن هذه تزول فيما بعد ولو يبطأ وتشفى  
 المرضى شفا تاما

وهناك احوال فيها تهلك المرضى من غزارة الدم النازف قبل ان يتدفق من  
 الاعلى او من الاسفل ويتصور حصول ذلك متى سقط مريض نجاة وهلاك  
 باعراض الانزفة الباطنية وكان مصابا من قبيل باعراض القرحة المعديّة  
 المزمنة او السرطان المعدي

### • (التشخيص) •

حيث ان المريض المصاب بالنفث الدموي يعتربه مع ذلك تقاؤا والمصاب  
 بالقيء الدموي يعتربه مع ما ذكره من القيء في كثير من الاحوال تميز كون  
 مرضه نزيفا معديا او رئويا او شديدا خصوصا اذا كان الطبيب وقت الاصابة  
 غير حاضر او كان الغرض معرفة نزيف حصل من قبل بعدة سنين والتشخيص  
 التمييزي ينبت هنا على أمور

منها صفات الدم المنقذ فان الدم الخارج بالقيء يكون في غالب الاحوال  
 داكنا سودا كليا محتما طائفة بالمطهومات والترص الدموي الناتج عنه  
 غير المحتوي على فقاع هو ائمة يكون ذا ثقل نوعي تزايد وخواص حضية  
 احيانا بسبب تأثير العصب المعدي فيه وأما الدم الآتي من الرئتين والشعب  
 فيكون يعكس ذلك أحرنا عارغويا محتما طائفة غير منهقد في  
 الابتداء ثم متى انقعد وتكون منه قرص دموي كان هذا القرص محتويا على  
 فقاع هو ائمة ذا ثقل نوعي خفيف وخواص قلوبية دائما وبعلم الطبيب مع  
 ذلك ان الدم الذي لم يمكث في المعدة الا زمنا يسيرا بحيث لا يؤثر فيه العصب

المعدي الاقلام لا قد يكون أحمر فانيا كما ان الدم في النفث الدموي كثيرا  
 ما يكون نحو انتها سير المرض ذاقطع صغيرة سودة ومنها ان التي الدموي  
 يسبقه في أغلب الاحوال آلام معدية وغيرها من بقية اعراض التقرح او  
 السرطان المعدي او علامات احتقان في كافة اعضاء البطن في الاحوال  
 النادرة التي فيها يكون النزيف ناتجا عن احتقان احتبامى او تواردي  
 واما النفث الدموي فيكون عكس ذلك مسبوقا باضطراب في اعضاء التنفس  
 والدورة غالباً ومنها ان ذا الادراك من المرضى يتسهر له الاخبار بان التي هو  
 لذي حصل ابتداء ثم انضم اليه السعال فيما بعد او بان كلام من التقرح  
 والغثيان والتي هو الذي اعقب السعال الدموي وتخرج عنه ومنها ان القرع  
 على القسم الشراسيقي في التي الدموي يدل في الغالب على امتلاء المعدة  
 بخلاف البحث الطبيعى بالقرع على الصدر والسمع فلا يدلان على تغير فيها  
 واما السعال الدموي فالقرع فيه على القسم الشراسيقي لا يكسب صوتاً  
 اصم وبالسمع على الصدر تسمع خراخرا واضحة هذا اذا لم توجد غير هذه  
 العلامة من اعراض الصدر ومنها ان التي الدموي يعقبه في اليوم التالي  
 على الدوام برازات مدممة واما السعال الدموي فيعقبه عوض ذلك نفث  
 مخاطي مدم ثم انه لا يعرف من صفة الدم المنقذ بالتي او البراز كونه ناشئاً  
 حقيقة من المعدة أو لا وانما وصل اليها بالازدراد فينبغي في مثل هذه الاحوال  
 المشكوك فيها سيما التي الدموي الذي يزعم المريض وجوده في الصباح عند  
 اليقظة من النوم البحث عن الانف والبلعوم بالدقة والسؤال من المريض  
 هل كان عنده في اليوم السابق على يوم حصول التي الدموي رجاف أو لا  
 والبحث بالدقة عن السوابق المرضية قد يوصل الى الوقوف على الحقيقة سيما في  
 الاحوال التي فيها يتوقع حصول الغش والدعوى الكاذبة كما يقع من  
 أصحاب البهتان والتجسس فان عاداتهم أن يببالغوا في وصف الاعراض التي  
 سبقت التي الدموي المدعى عمداً ويحاوونهم والتأمل في اقوالهم المتناقضة  
 يمكن الوقوف على الحقيقة

واما كون المواد الخارجة بالتي من الدم حقيقة او مما يشبهه فمعرفة سهلة  
 غالباً وان اختلط الحمال في بعض الاحيان على بعض الاطباء فاخطأ حيث



اعتمادان الشوربة المصنوعة من ثمر الكرز دم فان الكرات الدموية يسهل  
 معرفتها بالميكروسكوب وان كانت في المواد المسودة الشبيهة بدردي القهوه  
 التي فيها هذه الكرات تكون متكرشة ويندر ان يلجأ الى البحث الكيماوي  
 في اثبات وجود الحديد في المواد المسودة ومعرفة **ك** ونه اليست الادما  
 متغيرا

وعما يسهل معرفته كون التزيف المعدى متعاقبا تماما كل في اوعية غليظة  
 او ينزق في اوعية دقيقة شعريه فانه بقطع النظر عن غزاره التزيف في الحباله  
 الاولى دون الثانية اذا اعتبرت السوابق المرضيه كذت في الوقوف على  
 حقيقه الامر فمضى كان التزيف المعدى مسببا لآلام معدية شديده  
 وتقايي مزمن ونحو ذلك من علامات المقترح المعدى دل ذلك على نأ كل  
 وعاء غليظ كما هو السبب الكثير الحصول في الانزفة المعدية واذ اظهر عند  
 المريض قبل التي الدموي استسقا زقي وعظم في حجم الطحال ونحو ذلك من  
 علامات الاحتقان الاحتمالي في مجموع الوريد الباب غلب على الظن ان  
 التزيف من اوعية دقيقة شعريه صغيرة متعلقة باحتقان وريدي تهقري  
 ومتى حصل التزيف في أحوال قطع الطمث على طرز منتظم بان كان يظهر كل  
 أربعة اسابيع تعين انه ناتج عن احتقان قوي تواردي نحو المعدة

\* (تنبيه) \* عندى من مشاهداتى ما ثبت حقيقه هذا الامر اعنى حصول  
 الاحتقان التواردي الشرياني في انشاء المخاطي المعدى والتي الدموي  
 تبعاً لذلك في اثناء زمن الحيض وهي أن شابهة جيمده التوسمها نحو ٢٧ سنة  
 يحصل لها في اثناء كل حيضة في دموى مصحوب بالآلام معدية شديده يسبق  
 تكرره عدة أيام ثم ينقطع بدون ان يترك ادنى اثر وفي اثناء ذلك لم يشاهد  
 مطلقا خروج الحيض وقد تتردد نوبة التي الدموي مع الآلام المعدية  
 الشديده والانغماس ونحو ذلك تارة بقوة وتارة بجمفة وهذه الشابهة تحت  
 مشاهدتى من نحو احدى عشرة سنة ولم تنزل تتردد هذه الظاهرة كل اربعة  
 اسابيع تقريبا

واذا حصل التزيف المعدى مدته سير الحى الصغراء او الاسهال ودر بوط  
 او نحوها من امراض الهوكه تعين انه ناتج عن تغير غذائى في جدران الاوعية

## \* (الحكم على العاقبة) \*

قد ذكرنا فيما تقدم أن من زاد هلاك المريض بالنزيف المعدي وأنه ينبغي الحكم بالسلامة وإن كان لون المريض ممتعا جدا واستطالت نوب انغمائه وإن من المشكوك فيه كون النزيف المعدي في احوال خاصة ذات تأثير جيد في المرض الاصلى الناتج عنه ذلك النزيف خصوصا القرحة المعديّة فإن المصاب بها قد يوجد بعد زوال فقد الدموى ممتعا بصحة اجود من صحته التي كان عليها سابقا وما ذلك الا لشدة احتراسه في التدبير الغذائى عقب حصول القزح وقت حصول نوبة النزيف والنزيف المعدي الناشئ عن احتمان تفهقرى قديكون ذاتاثير وقتى في بقية اعراض الامتلاء الدموى البطئى واما النزيف المعدي الذى يصحب الاسكوروبوط او فخره من الامراض الضعيفة فهو مضاعفة غير جيدة دائما

## \* (المعالجة) \*

المعالجة الواقية والسببية في هذا المرض ترجع الى المعالجة المرض الاصلى قتي وجد عند المريض المصاب بسيروز الكبد او نحو من اضطرابات الدورة اعراض سابقة تنذر بحصول نزيف معدي ساغ ارسال العلق على الاستمع النجاح كما يسوغ ارسال العلق على فم الرحم زمانا فزمنه عند النساء المصابات بانقطاع الطمث ونزيف معدي دورى

واما معالجة المرض نفسه فقد تدعى في الاحوال التي يكون فيها النزيف المعدي متعلقا بتمزق في الاوعية الدقيقة الشعرية استعمال وسائط لطيفة دون الاحوال التي فيها يكون هذا النزيف متعلقا بآكل في اوعية غليظة وقد اوصى الطبيب (باكش) في هذه الحالة الاخيرة بالقصد حال ابتداء النزيف ليكن هذه الطريقة قليلة النجاح واذا لم تنجح زادت المرضى خطرا فاختار استعمال محجم الطبيب (يوند) لكن لا يستعمل الا اذا كان النزيف لا ينتج عنه انغماء فان كان ينتج عنه ذلك فاستعمال هذا المحجم الجاذب للدم خطر اذ هو كافى في حدوث الانغماء وحده ولو عند اقوياء البنية واقوى الوسائط في النزيف المعدي استعمال البرودة فيومر للمريض بمعاطى كمية قليلة من



الماء البارد والجليدي زمانا فزمنه او يعطى له قطعة صغيرة من الجليد يتصلبها  
 ويزرد هاشم تغطية القسم الثمر اسبغى بكمادات باردة او جليدية تغير بسرعة  
 والجواهر المعدة لا يقاوم التزيف لا تكمل دائما بل كثيرا ما يتقاها  
 المريض واكثر ما يستعمل من ذلك الجرعة الحضية الكبرى يتيمه او يحلول  
 الشب خصوصا المصنوع على شكل مصبل اللبن الذي يقال له مصبل اللبن  
 الشببي وينبغي ان لا يعطى من هذه الادوية الامتداد صغير في كل مرة مع  
 وضعه في الجليد واما اخلاط الرصاص وكبريتات الحديد والارجوتين فلا  
 حاجة لها

واما المعدة العرضية فتستدعى ملاحظة الانغماء فينبغي وضع المريض  
 وضعا أفقيا في الفراش ويمنع من التوجه الى المراض وعند التبرز  
 يوضع له القصارى فان حصل مع ذلك انغماء ويجب تشييقه بجماء الملية او روح  
 الزوشادر ويرش على وجهه الماء البارد وينبغي الاحتراس في استعمال  
 المنعشات واجودها استعمال نبيذ الشبانيا البارد لانه لا يوقظ حركة  
 القيء كبقية المنعشات وانعاب الاعراض للمريض الميسل الدائم للقيء الذي  
 يصحب نوب الانغماء او الذي ينتج عن الدم المحتوى عليه المعدة وينبغي في  
 مضاربه الاحتراس من استعمال الحشرات والاجود استعمال الان  
 يوضع اللبخ الحار دليلا على قسمة المعدة وتغطي المسحوقات الغازية بمحلول في  
 الماء ماعقه فلعقة وقد حصل الاصابة باستعمال الحقن والمسهلات الحقيقية  
 المرطبة ترطيبا عاما في هذا المرض من منذ ان نص الشهر (فرنك) على  
 وجوب استعمالها حيث قال انه ينبغي استعمال المينات في التزيف المعدي  
 خوفا من ان التزيف المحتبس في الامعاء ينتج عنه حيمات عفنة لكن قد دلت  
 التجارب على ان المسهلات ولو حقنا مضمرة في الايام الاولى من حصول  
 التزيف المعدي

\*(المبحث التاسع)\*

(في التشنج المعدي والام المعدي العصبي)

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

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

مدرك في المعدة وقد قسمه الشهير (رومبرغ) الى سلكين احدهما ناتج عن  
 نوران في حساسية العصب المتخبر والاخر ناتج عن نوران في حساسية  
 الضفيرة الشمسية ويسمى الاول بالالم العصبي المعدى فقط والثاني بالالم  
 العصبي البطني لكن هذا التقسيم غير مجد في الطب العملي اذ لا يتيسر  
 معرفة كون الياف العصب المتخبر او الضفيرة الشمسية مجسلا للالم وقال  
 الطبيب (هينوك) ان هذا التقسيم وان امكن عقلا لا يتيسر تحقيقه في  
 الطب العملي

ثم ان الالم العصبي المعدى كثير ما يشاهد كغيره من الالام العصبية  
 عند الاشخاص الانبياء بين اي قلب الى الدم ومتى زالت الانبياء بواسطة  
 الاستحضارات الحديدية عند الشابات المصابات بالخلوروز الا ان يكون  
 عندهن نوب الالام المعدية العصبية المتفاوتة الشدة من الظواهر الملازمة  
 لهذه الحالة زالت ايضا الالام المعدية العصبية ولومع بقاء انقطاع الطمث  
 ومتى عاد الخلوروز لكونه كثيرا النكسات تردت نوب الالام المعدية  
 العصبية ايضا وهذا اقوى دليل على ان نوب الالام العصبية متعلقة فقط  
 بالانبياء الدموية وليست كالالام العصبية الاستميرية المتعلقة بمرض اعضاء  
 التناسل ومن قبيل الالام المعدية العصبية الناتجة عن الانبياء الالام  
 المعدية العصبية التي لا تدر مشاهدتها عند المصابين بالسل الرئوي والناقهين  
 والمنهوكين من جلد عمرة (الاستمنا بالكف)

وكثيرا ما تنجم الالام المعدية العصبية عن امراض الرحم كتحول هذا العضو  
 وانحنائه والتهاباته المزمنة وقرح عنقه النزلية والجرامية او عن امراض  
 المبيضين فان هذه الالام المعدية العصبية من الاعراض الكثيرة الحاصلة  
 في الاستمير بالرجمية وارتباط المرض الذي نحن بصدده اي التشنج المعدى  
 بامراض اعضاء التناسل الاثوية يكثر وضوحه في الاحوال التي فيها لا تحصل  
 النوب الامدة الطمث اوقله انما تزداد مدته ازديادا عظيما جدا وقد شاهدت  
 امرأة كانت مصابة بانقطاع الطمث وانقلاب الرحم الى الخلف مع تقرحات  
 نزلية في عنق هذا العضو فكانت نوب الالام المعدية العصبية تتردد عندها  
 مع الانتظام كل اربعة اسابيع وتستمر النوبة مدة ثلاثة ايام وما كانت تحصل



في زمن الفترات الا عند ارسال العلق على عنق الرحم  
وقد تكون الالام المعدية العصبية متعلقة بامراض في النخاع الشوكي  
او الدماغ ويظهر أن التغيرات المادية للعصب المنخبر او العظم السيمبوتوي  
كالتفاح غمدها والاورام الضاغطة عليهما ينتج عنها الالام عصبية معدية قياسية  
على ما يحصل في غيرها من الالام العصبية غير المعدية وان لم يمكن اثبات ذلك  
على الدوام بالمشاهدات التشريحية الدقيقة

وقد تتعلق الالام المعدية العصبية بالديسكرازيات المختلفة اى سوء التغذية  
المختلف اذ من الجائز ان تسفم الدم بالتصاعدات الاجمية يحدث نوب الالام  
معدية عصبية بدل ان يحدث نوب حتى متقطعة كما انها قد تتعلق بالاصابات  
الفقرسية نبيه على ذلك مع التاكيد الشهير (روبرغ) فانه اعتراف نوب  
شديدة من هذا المرض عند حصول اول نوبة فقرسية

وقد لا يمكن معرفة السبب الاصلى للالام المعدية العصبية الممتدة بجملة سنين  
لامدة الحياة ولا بعد الموت في الصفة النشر بحمة

ومن جهة الالام المعدية العصبية نوب الالام المعدية التي تنتج بكثرة عن  
بعض متحصلات المعدة بدون تغير مادي في منسوجها وهذه ينطبق عليها  
التعريف الذي ذكرناه ومن هذا القبيل نوب الالام المعدية العصبية التي  
تنتج من ازدياد في التسكرات الحضية للمعدة ومن وصول الديدان الاسطوانية  
اليها ومن تعاطي بعض الجواهر الدوائية ومن شرب الماء البارد دفعة احبانا  
وتحذو ذلك من الاسباب

#### \* (الاعراض والسير) \*

الالام المعدية العصبية يتميز كبقية الالام العصبية عن غيره من الامراض بسيره  
الدوري بمعنى ان يعقب الفترات التي بين نوب الالام نوب شديدة بالغة  
الغاية قد تكون منتظمة الطرز بمعنى انها تحصل في ساعات معينة من النهار او  
في كل يومين او ثلاثة وقد وصف الشهير (روبرغ) نوبة الالام المعدية العصبية  
بكيفية مختصرة فقال ان المريض يصاب فجأة او بعد ان يحس بضغط في القسم  
الشراسبي بالم شديدا في حفرة المعدة يتمداده نحو الظهر ويصطب  
باحساس بانغماسه وتالم في السحنة وبرودة في الاطراف وينبض صغيرا متقطع

ثم ترقى هذا الألم في الشدة ارتقاء عظيما بحيث تصرخ منه المريض وقسم  
المعدة تارة يكون متفخضا انتفاخا متوترا كرييا وتارة وهو الغالب يكون  
منقبضا مع توتر في جدر البطن وكثيرا ما يحس حينئذ نبضات شريانية في  
القسم الشراسيفي والمريض يتحمل الضغط على قسم المعدة بل قد يستند  
قسم المعدة بقوة إلى جسم صلب أو يضغط عليه بيديه وقد توجد بكثرة في  
أثناء هذه النوب احساسات مؤلمة في تجويف الصدر وأفضل القص اوفي  
الفروع البلعومية للعصب المنجبر وأما وجود احساسات مؤلمة في الظاهر  
فنادر

ثم ان النوبة تتمد من دقائق الى نصف ساعة ثم يأخذ الألم في التناقص تدريجا  
ويخالفه الحطاط عظيم في قوى المريض وقد ينزل دفعة عقب تجشئ غازي  
او قلس ارقى او عرق خفيف او بول سحر

وقد يشاهد خلاف هذه النوب الثقيلة من الألم المعدي العصبي بكثرة نوب  
خفيفة من آلام معدية عينية مغايرة لهذا متفاوته الشدة ومتعاقبة كذلك  
بقترات خالية عن الألم لاتزداد بالضغط من الظاهر ولا بدخال المطعومات بل  
تتناقص بذلك وتكون ايضا مصحوبة باحساسات مؤلمة في الصدر والظهر  
وسر كانت انعكاسية في عضلات البطن ونحوها وهذه النوب لقله ثقلها  
لا يوجد فيها احساس بالاعضاء والتمديد بقية الحياة وقد سماها الشهير  
(رومبيرغ) بالآلام العصب المنجبر تمييزا لها عن الآلام العينية المعدية  
للصفيرة الشمسية

\*(التشخيص)\*

صفة الألم وحدها لا يعدة عليهم في التمييز بين نوب الآلام المعدية التي تصعب  
القرحة المعدية والنوبة التي تطارأ في الآلام المعدية العينية لا عصاب المعدة  
فاننا نشاهد في الاولى امتداد الألم وتشعبه نحو الظهر والصدر والحطاطه  
عقب التجشئ او القلس وتأثيره الخجولى على سائر وظائف جسم  
المريض كما نشاهد ذلك في الثانية ومن المهم في التمييز بين هاتين الحالتين أن  
ترعى أمور

منها ان الآلام التي تظهر في القرحة المعدية تزداد غالبا عقب الضغط من



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

(الحكم على العاقبة)

الآلام المعدية العصبية المتعلقة بالانيميا جيدة العاقبة ما لم تكن الانيميا ناتجة  
عن سرطان او درن او نحوه من الامراض الثقيلة العضالية والآلام  
المعدية العصبية المتعلقة بامرض الرحم تزول عقب زوال المرض الاصل  
عادة ان كان للصناعة حيلة في الوصول اليه ومعالجته وكذا الآلام المعدية  
العصبية الناشئة عن مؤثرات اجبية والمرتبطة بانتهابات مفصلية عاقبتها  
جيدة ايضا وأما الآلام المعدية العصبية المتعلقة بامراض في الدماغ  
او الخجاج والتي اسبابها مجهولة فمعالجتها كعادتها تفرأبدا

\* (المعالجة) \*

اما المعالجة السببية فتدعى عند الاشخاص الانيميا وبين انحلوروزيات  
المبادرة باستعمال المركبات الحديدية مع الاقدام ومن الخطا البين والاعتقاد  
الفاسد في معالجة انحلوروز تاخير استعمال المركبات الحديدية الى ان تصير

المعدة فويته على تحملها أى الى أن تزول ظواهر فساد الهضم ونوب الآلام  
 المعدية العصبية فان ظواهر اضطراب الهضم والآلام المعدية العصبية  
 لاتزول بسرعة الا عقب استعمال الجوهر الدوائى المصلح تركيب الدم وصفاته  
 الى الحديد او مر بكانه ومن الناجح في مثل هذه الاحوال المياه المعدنية  
 الحديدية كالمعالجة فى حمام بيرمونت ودرميرغ وكودووا وأجودا المركبات  
 الحديدية كربونات الحديد السكرى وأجودا تركيب فى ذلك محبوب بلود  
 (وايراجع تركيبها فى معالجة الكلوروز) وأما الآلام المعدية العصبية  
 لا يمتريه فستدعى معالجتها السببية ارسال العلق على عنق الرحم او كى  
 لقروح الموجودة فى الجراجهنى او نحو ذلك مما سنده فى امره هذا  
 لغرض من الوسائط العلاجية بانها ناجحة للغاية فى مثل هذه الاحوال  
 واما الآلام المعدية العصبية الناتجة عن التسممات الاجبية وعن النقرس  
 فتستدعى معالجتها السببية كذلك معالجة المرض الاصلى  
 واما معالجة المرض نفسه فتستدعى استعمال المخدرات وافضلها اخلات  
 المورفين فهى افضل من خلاصة البنج والبلادونا الممدوحين ايضا فى هذا  
 المرض والعادة ان ينضم الى استعمال هذه الجواهر استعمال الجواهر  
 المضادة للتشنج سيما الورياناى شيشة الهروا الحاميت والكستور يوم اى  
 المستر وقد اوصى المتأخرون باستعمال مركب مصنوع من صبغة الجوز  
 المقهى وصبغة الكستور يوم اجزاء متساوية فيعطى منه مدة النوبة مقدار  
 اثنتى عشرة نقطة كما اوصى ايضا باستعمال وسايطدوائية معدنية كتحت  
 نترات البزموت ونترات الفضة وايدروسيلانات الزنك لكن حيث ان هذه  
 لاتستعمل وحدها بل منضمة الى المخدرات يكون تأثيرها الجيد مشكوكا  
 فيه وقد اوصى الشهير (روميرغ) لاجل مساعدة معالجة هذا المرض  
 بتغطية قسم المعدة بلصقة من البلادونا أو من (الجلبانوم) اى الصمغ  
 الراتنجى او يدلك هذا القسم بمخلوط مركب من اوقية من مخلوط زيتى  
 بلسمى ودرهمين من صبغة الافيون  
 (تنبه) قد شاهدت حصول الثمرة العظمى فى ايقاف نوب التشنج المعدى من  
 استعمال محلول املاح المورفين حقنا تحت الجلد فانى وجدته فى نسكين



الالام المعديّة اقوى واسرع من استعمال هذا الجوهر ادواقي من الباطن  
 كما انه يستعمل بنجاح في هذا المرض المورفين ممزوجا بالمائيزيا المكلّسة  
 والبريتون على هيئة سفوف وايضا قد مدح في هذا العصر الاخير برمور  
 الباتسيوم بمقدار جرام منه او جرامين كل يوم وعند اصطحاب هذا المرض  
 بالانغماء المعروف بالدوار المعدي ينبغي ان تستعمل الجواهر الدوائية المزيّة  
 كغشيب المر ونحوه والمياه القلوية

• (المبحث العاشر) •

(في الديسبسييا)

الديسبسييا كلمة يونانية من كبة من دس ويبيد ما ارسوه لهضم او فساده  
 وطالما ذكرنا في المباحث السابقة ظواهر سوء الهضم اى ظواهر اضطراب  
 الهضم لكن عقدها هنا مجتمعا مخصوصا وليس الغرض منه الا التذكير على  
 اضطراب الهضم الذي يحصل بدون تغيرات مادية مدركة في منسوج المعدة  
 واشكال سوء الهضم المختلفة يمكن تقسيمها الى قسمين

الاول ان يكون ناتجا عن تغير غير طبيعي في خواص العصير المعدي

والثاني ان يكون ناتجا عن ضعف في حر كات المعدة يقتضى ان الطعومات  
 لا تختلط بالعصير المعدي اختلاطا كافيا وحيث ان الاعصاب ليس لها تأثير  
 في الهضم لانه ظاهرة كيمياوية محضّة سوى كونها تنوع افراز العصير  
 المعدي او حر كات هذا العضو فلا تتكلم على سوء الهضم العصبي الا من هذه  
 الخبيثة فنقول التغير غير الطبيعي في خواص العصير المعدي اما ان ينتج عن  
 تغير في صفات هذا العصير واما عن تغير في كميته فاما تغير الصفات فلا نعلم منه  
 الا اليبس جدا كالتغير الناشئ عن عدم تناسب بعض اجزائه الطبيعية مع  
 البعض الاخر كتناقص حمض العصير المعدي بالنسبة لغيره من اجزاء هذا  
 العصير فانه يضعف خاصية اذابتها للعناصر الاولية من الجواهر الغذائية  
 وكاختلاطه بجواهر غريبة كما ثبت ذلك عند حصول التسمم الولى فان  
 ذلك العصير وجد مختلطا بالبولينا عند احتباس البول وكغير هذا العصير  
 باسباب مختلفة بقدرة بعض اجزائه وتعود يضم باجزاء اخرى  
 والاعراض التي تنشأ عن تغير في صفات العصير المعدي مجهولة لنا بالكليّة

كما ان الوسائط التي يعالج بها الاحوال المذكورة غير معروفة لنا ايضا  
 واما تغيرات العصير المعدي بالنسبة لكميته فهي تناقص تكون العصير  
 المعدي اوقلة تركزه والاحوال المرضية الماشتملة عنهما تسمى خطأ بسوء  
 الهضم الضعفي وقد ذكرنا في الكلام على اسباب النزلة المعدي ان تناقص  
 افراز العصير المعدي اوقلة تركزه اى وقته يوجد عند الاشخاص القليلي  
 الدم اى الانيميا وبين والشابات المصابات بالبلوروزو وبينها هناك ان هذا  
 التغير غير الطبيعي يزيد في الاسهال لاصابة بالنزلة المعدي بسبب سهولة  
 فساد اطعمومات وتحللها وان متحصلاتها تحدث تهيجا شديدا في الغشاء  
 المخاطي المعدي ونذكر هنا زيادة على ما سبق انه لا يحصل مرض في الغشاء  
 المخاطي المعدي في جميع الاحوال التي فيها يعتري اطعمومات فساد وتحلل  
 وانه ينبغي تمييز الاحوال التي فيها يبقى الغشاء المذكور سليما عن الاحوال  
 التي فيها يصير ذلك الغشاء مريضا والواقع ان الاعراض التي تنج عن تناقص  
 افراز العصير المعدي ذات مشابهة عظيمة للاعراض التي تشاهد في النزلة  
 المعدي بل والقرحه المعدي المزمنة اذ في هذا الشكل من سوء الهضم تكون  
 الشهية متناقصة او يعقب نهاطي القليل من اطعمومات احساس بالشبع  
 وفيه ايضا يحصل انتفاخ في القسم الشراسيفي عقب الاكل فيعقب كل ذلك  
 تجشؤ وغازات او قل من غازات او سوائل حمضية زخخة والمرضى تشككي  
 بقرقر في البطن وتكون في حالة كآبة وضجر وبقطع النظر عن الآلام  
 لعصبية الفؤاديه التي تشاهد عند الانيميا وبين والخلوروزيات يمكن ان  
 يحصل من ازدياد تكون الحمض في العصير المعدي آلام تقلصية في القسم  
 المعدي (فقد شاهد المعلم فرير كس في المواد المنقذة بالنقي عند الخلوروزيات  
 كمية من حمض الخليك ومقدار اعظم من قطر التخمر) وفي مثل هذه الاحوال  
 يقع الاشتباه فيظن ان المريض مصاب بقرحه معدي مزمنة واعلم ان  
 تشخيص شكل سوء الهضم الذي نحن بصدده مؤسس على معرفة الاسباب  
 فحتى افضحت العلامات المذكورة في الشابات المصابات بالبلوروزو هن  
 في زمن القو او عند الاشخاص المنهوكين من الافراط في الشهوات سيما جلد  
 عبرة او من الحزن المستطيل او الجهود الشاقة او السهر الكثير او زمن



التفاهة من امراض ثقيلة مستطيلة وامهـ كن اثبات وجود اضطراب  
التغذية قبل اضطراب الهضم دل ذلك على وجود سوء الهضم الضعفي لاعلى  
تغير مادي في المعدة ويعتمد في التشخيص ايضا على هيئة اللسان فانه في النزلة  
المعدية يكاد يكون دائما متغطيا ومعها علامات النزلة الفمية بخلاف هيئته  
في احوال سوء الهضم المذكور عند الاشخاص الانبياء بين فانه يكون  
نظيفا وطعم الفم غير متغير والنفس غير كربة الرائحة ويمكن في كثير من  
الاحوال معرفة التشخيص بأن الجواهر المهيجة والمتبلة بالافاويه التي تزيد  
في مكابدة المريض المصاب بالنزلة المعدية المزمنة او بقرحة معدية يتعلمها  
المريض اذا كان مصابا بسوء الهضم الضعفي ويحصل له تحسب عظيم في  
لطواهر المصاحبة لهذا المرض

ويحصل زيادة عن ذلك في سوء الهضم الناشئ عن الانبياء والايدي مما يحتاج  
عظيم جدا من تحسب التغذية واعطاء المركبات الحديدية واستعمال  
الحامات البحرية مع أن هذه الجواهر ايسر لها الاناثير قليل جدا في سير النزلة  
المعدية المزمنة والقرحة المعدية وفي بعض احوال من هذا القبيل سيما التي  
فيها يكون سوء الهضم مرتبطا بتيج عظيم وزيادة حساسية في المعدة يحصل  
نجاح عظيم من استعمال الادوية النباتية المرة المقوية لاسيما الخشب المر  
وحشيشة الديسار ومن المنبهم علمنا تاثير هذه الجواهر في الغشاء المخاطي  
المعدى وكذا تاثيرها الجيد في احوال سوء الهضم فان هذه الجواهر الدوائية  
وان كان لها تاثير مهيج في اعصاب الذوق الاثم الا تاثير لها اصلاعند وضعها  
على باقى الاعشبة المخاطية من الجسم والجلد الظاهر ويسعمل الخشب المر  
منقوعا باردا باثنتين وذلك ان يوضع من هذا الخشب بعد تجزئته جيدا قدر  
ملعقة وقت المساء في كوب ماء ويترك منقوعا فيه مدة الليل ثم يشرب صباحا  
على الريق بعد تصفيته او يشرب الماء الموضوع في كوبه مصنوعة من  
الخشب المر بعد تركه فيها مدة من الزمن حتى يتحمل بنحو خاص هذا الجوهر  
الدوائي المر واما حشيشة الديسار فالغالب استعمالها على شكل البوز  
لباقيته نسبة لبلاد البافيرا المستعملة بكثرة بشرط ان يكون اخذها من  
معمل بوزة جيدة بحيث لا يوضع بدلها جواهر اخرى مضره عوضا عنها وقد

شاهدت منقعة عظيمة في سوء الهضم ذي الشكل التهيبي من استعمال  
 خلاصة الشعير النابت بل واحيانا كان هذا الجوهر الدواني الغدائي هو  
 الوحيد الذي كانت تحمله المعدة ومن الجائز ان الجوز المقي الممدوح ايضا  
 في مثل هذه الاحوال يؤثر جيدا بسبب حرارته والمستعمل منه في احوال  
 سوء الهضم خلاصته المائية من نصف قعقة الى قعقة في كل مرة وكذا خلاصته  
 الكحولية من ربع قعقة الى نصف قعقة وصبيغته من عشر نقط الى اثني عشرة  
 نقطة

وقد شوهد ايضا التناقص في افراز العصير المعدي والاعراض التابعة له عند  
 الاشخاص الذين ضعفت عندهم حساسية الغشاء المخاطي المعدي لاعتيادهم  
 على مهيجات قوية متى تغيرت معيشتهم وتناولوا اغذية غير متبلة بالاغذية  
 تنبئ الاقويا ولا يصح انكار تعود الاعضاء على المهيجات الشديدة ولو ان توجيهه  
 ذلك عسر نعم يمكن تشبيه الغشاء المخاطي المعدي في الاشخاص المعتادين  
 على تعاطي كمية عظيمة من الفلفل او الخردل او مماثل ذلك من الاغذية  
 القوية بالغشاء المخاطي الانفي لمعاد الشوق فان تعاطيه ولو قليلا لمن لم  
 يشده يورث عندهم حر كات عطاس انهماكسامة قوية دون من اعتاده فانه  
 لا يحصل لذلك وان ملا انهم منه فكذا افراز العصير المعدي ينبغي اعتباره  
 ظاهرة انهماكسامة ناتجة عن التهيج الذي تحدثه المطعومات في الغشاء المخاطي  
 المعدي فعند الاشخاص الذين نحن بصددهم لا يبيح في التهيج الذي تحدثه  
 لمطعومات الاعتيادية في الغشاء المخاطي المعدي في افراز كمية وافرة كافية  
 من العصير المعدي فيبقى جزء من المطعومات غير منضم فيفسد وحينئذ  
 تشاهد جميع الاعراض التي شرحناها انفا فاذا دخلت المطعومات مع كمية  
 عظيمة من الاغذية حصل للمريض من ذلك راحة عظيمة فتقوى تغذيته  
 وحينئذ لا يجوز اننا الحكم بان المريض مصاب بنزلة معدية او غيرها من  
 تغيرات هذا العضو المادية الا اذا حصلت اعراض اخرى تدل على ان المعدة  
 لم تتحمل تكرر هذه المهيجات بدون ضرر وينبغي الاحتياط الزائد في  
 معالجة مثل هؤلاء الاشخاص فلا يسمح لهم بالاستمرار على عوائدهم المضرة  
 لكن لا يمنعون عنها الا بالتدريج فان لم يتم ذلك بين القاعدتين تكون عند



المرضى بسهولة تزلزلات معدية ونحوها من امراض المعدة  
والجواهر المعدنية المدوحة بكثرة في هذا الشكل من سوء الهضم المسمى ايضا  
بسوء الهضم الضعفي هي الرارندو يعطى امامه صوقا او حبوبا او صبغة مائية  
خصوصا النيمذية والاولى تعطى اعققة فنعقة والثانية تعطى من ٢٠ نقطة  
الى ٣٠ وكذا عرف الذهب الذي مدحه العلماء الانكليز بكثرة في هذا الشكل  
ايضا فيعطى منهم من ربع قحمة الى نصف قحمة كل مرة وكذا الجواهر الدوائية  
المررة المحتوية على زيوت طيارة واكثرها استعمالا اورغبة هو كاسيرقشر  
النارنج المركب من ثلاثين نقطة الى اربعين

ثم انه يظهر أن سوء الهضم المشاهد عند الشيوخ نائي ايضا عن تناقص في  
افراز العصير المعدي اما لقله العناصر الضرورية لتكوينه وانقص قابلية  
التنبيه العصبي للاعصاب المعدنية عندهم بحيث تضعف حر كات المعدة ومن  
العسر جدا معرفة درجة اشتراك ضعف تغذيته الطبقة العضلية للمعدة  
وضعف حر كاتهما في فساد الهضم في هذا الشكل والشكل السابق ويكفي التنبيه  
على ان ضعف حر كات المعدة الناتج عن ضعف تغذيها يؤدي لحصول سوء  
الهضم بسبب عدم امتزاج المطعومات بالعصير المعدي امتزاجا كافيا وما اذا  
ازداد افراز العصير ازدياد غير طبيعي فلا ينشأ عنه في الواقع فساد في الهضم  
لكن كما مع ذلك تكر الاعراض التي تنتج عن غزارة الافراز المذكور في المعدة  
وهي فارغة فنقول من المشاهد أنه يحصل تقريبا من تهيجات لا تصيب الغشاء  
المخاطي المعدي بل غيره من الاعضاء المجاورة للمعدة سيما الحالبين والقنوات  
الصقراوية والرحم وينسب ذلك عادة لحر كات انعكاسية والاجود أن ينسب  
ذلك كما قاله الطيب (بود) الى توران انعكاسي في فعل الاعصاب المنوطة  
بافراز العصير المعدي وقد اثبت (اسبلساني) في نفسه ان تهيج الحلق بواسطة  
لدغدة ينتج عنه في ولومع فراغ المعدة من مواد سائلة حمضية فيها كفاءة لحل  
العوم اي هضمه او هذا يدل على ان تهيج الحلق تهيجا مبخانيا كما ينتج عنه افراز  
من عصير معدي ولومع فراغ المعدة وقد ذكر الطيب (بود) ايضا انه يشاهد في  
أحوال اخفناق الحصيات الصقراوية والبولية في من مواد كثيرة الحمضية  
وان كانت المعدة خالية قبيل ذلك من المواد الغذائية وان الحمض المحتوى

عليه هذه المواد هو حمض السكر وايدريك وهذا الامر هو وحصول  
التطيف السريع في اعراض المعدة بواسطة اعطاء القلوبات يدل غالباً على  
ان بعض الالام وكذا التي كلاًهما ناتج عن تهيج الغشاء المخاطي المعدي  
بواسطة العصير المعدي المنصب فيها وهي فارغة ولذا اوصى هذا الطبيب  
باستعمال القلوبات السكر بونية بمقدار عظيم في احوال المنفس الناتج عن  
الحصيات الصفراوية والبولية (بان يعطى منها قدر درهمين على ستة اواق  
من الماء القاتر)

ويوجد عدد عظيم من الاطباء سيما في انكلترة وفرنسا يقولون ان وجود  
حمض الكساليك في الدم ينتج عنه نوع مخصوص من سوء الهضم مع ظواهر  
مرضية أخرى وان سوء الهضم لا يشق الا بشفا سوء القنية الناشئ عن حمض  
الكساليك وحيث اتبع رأى هذا القائل بوجود سوء قنية ناشئ عن حمض  
الكساليك ونوع من سوء الهضم المتعاقبه من بعض الاطباء في بلادنا وصار  
رفضه بأدلة قوية من آخرين من الاطباء فلهذا ان بندي رأيت في هذه المسئلة  
التي هي الى الآن لم تتحلل بعبارة مختصرة فنقول

كثيراً ما يوجد في البول أثر من كسالات الخير عند السليم بحيث ان هذا  
الملح يعتبر كقوانوع استحالة بين العناصر الطبيعية من البول وغير  
الطبيعية

وقد توجد كمية عظيمة من هذا الملح في البول متى تعاطى الاشخاص جواهر  
محتوية على املاح كسالية بكثرة سيما بعض المضراوات كالحليض وشوره  
وبالجمل قد يظهر في البول هذا الملح بكمية عظيمة ظهوراً وقتياً عقب تعاطى  
مشروبات محتوية على حمض الكربون كالتشيانا وماسلترس وماء الصودا  
ونحو ذلك وفي جميع هذه الاحوال لا يحصل اضطراب في الهضم ولا اضطراب

بنبي

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



المخاطية وذلك يدل تقريرا على ان كسالات الجير لا ينقرز في مثل هذه  
 الاحوال بواسطة الكليتين من الدم بل يتكون في البول في أثناء مكنته في  
 المائة فانه من منذ ما أثبت كل من المعلم جلوا وهوب سبيلير انه لا يندران  
 يحصل عظم في حجم بلورات كسالات الكلس (ذات الشكل ذى الثمانية  
 أشرطة المسمى بشكل مطروف الجوابات) عند مكث البول زمانا طويلا فلا  
 شك أن هذا الملح يتكون في البول بعد انقرزه عقب انحلال المادة المخاطية  
 غالباً فلذا ينبغي رفض القول بان هذا الملح غير القابل للذوبان المتكون في  
 القنوات البولية ذوات تأثيره مضر على المعدة وباقي أعضاء الجسم فان الظواهر  
 المرضية المصاحبة لتكوينه في البول وهي الاضطرابات البنيوية العمومية  
 وحالة الكسابة المايلينولية وامتقاع اللون ونحوها يمكن توجيهها بواسطة  
 السيلان المنوى والحالة النزلية في المسالك البولية وبالجملة يوجد عدد عظيم  
 من الاحوال فيها لا يمكن نسبة تكون كسالات الجير الى انحلال البول  
 المنقرز وفساده بل فيها تلجى الى القول بنسبة ظهور هذا الملح في البول الى  
 ازدياد تسكونه في الدم الى سوء قنينة الكسالية فان قيل ما هي الامور  
 المتعاقبة بها يتكون هذا الملح في الدم بكمية عظيمة وظهورها في الافرازات  
 المنقذفة من الجسم التي لا توجد فيها في الحالة الطبيعية الا آثار قليلة يقال ان  
 المسئلة لم تنحل الى الآن لكن من المعلوم ان تكون هذا الملح في البول بكمية  
 عظيمة يشاهد بكثرة في انكثرة التي فيها تعذى الانسان باغذية جيدة ويشرب  
 مشروبات قوية زيادة عن المائيا وان وجد في المائيا لا بد وأن يكون عند  
 الأشخاص ذوى الثروة المفرطين في تعاطي المطاعم الجيدة القوية وكذا  
 المشروبات ومهما كانت قنينة مائلة للنظريات القسمة ولو جمة الكيمياء فلا  
 بد وأن تعرف انه من القريب للعقل القول بان سوء القنينة الا كسالى  
 والبول الا كسالى ارتباطا سببيا وانما ناشئان عن تعاطي كمية عظيمة من  
 الجواهر المغذية زيادة عن احتياج الجسم والمضرب صفحا في احوال عدم  
 التناسب عن كون منحصلات الاحتراق متعلقة بدرجة تاكسد ضعيفة وعن  
 كون ظهورها في افرازات الجسم على هيئة الملح الا كسالى او البول متعلقا  
 بامور أخرى منهممة علينا

والذي أراه ان الأشخاص المسمى اسمين عظيم بسبب الاذراط في  
المساكل والمشارب يتقون حافظين لصحتهم أكثر من الذين لا يكتبون سمننا  
ولو كانوا ممتعين بهذه المثابة ولا سيما أكثر من الذين يتناقص سمنهم مع القادى  
على العيشة المذكورة فان الأولين لا يشتكون غالباً الا بدرجة خفيفة من  
عدم الراحة الناتجة عن تناقل جسمهم واما الآخرون فانهم يتشكون  
غالباً باضطرابات مختلفة تنسبها الاطباء تارة الى احمقانات احتباسية في  
الاوردة البوابة وتارة الى البواسير وطورا الى حالة مرضية تقرسية  
روماتيزمية وازلية وهذه المشاهدة تقرب من العقل ان متحصلات التبادل  
العنصرى يعتمدها تغيرات في كثير من الاحوال عند وجود عدم التناوب  
المذكور بين تعاطى الجواهر الغذائية واحتياج الجسم اذا لم يحصل  
التعادل بواسطة تكوين الشحم وان المكابدات المرضية السابقة ذكرها  
تتعلق بالتغذية غير الطبيعية في الاعضاء المختلفة وبالدم المتحمل لمتحصلات  
فضلية غير طبيعية من حيثية كيمتها واصفاتها وبعد استمرار كل من الكتابة  
الاىوخندارية واضطراب الهضم والتزلات الحلقية والشعبية والاصابات  
المؤلمة للمفاصل ولا سيما المفاصل الصغيرة وانضاح طواهر مرضية مختلفة  
مع التعاقب او الاستمرار يصير أمثال هؤلاء المرضى قادة اقواها باهتة اللون  
لخيفة الجسم بحيث انها تظهر في حالة تقرض ثقيل ولا يظهر في البول المترکز  
الكثير الحض تغيرات واضحة على الدوام لكن يتكون في معظم الاحوال  
رواسب بولية تظهر زنا فزنا تشتمل على املاح بولية غزيرة وقد دلت  
التجارب على انه من المضر عند مثل هؤلاء المرضى أمرهم بتدبير غذائى مقو  
مع تعاطى الانبذة والمركبات الحليدية والكيفية التى يلجئنا الى استعمالها  
كل من تناقص قوى المرضى وامتناع لونهم ونحوها فتم بخلاف  
استعمال مياه الينابيع القلوية الملحية ولا سيما اذا أضيف لذلك غسل الجسم  
او التمشيل بالماء البارد واعقب ذلك باستعمال الحمامات البصرية فانه ينتج  
عنها نتائج جيدة للغاية وليس عندي تجارب عظيمة بخصوص البول الاكسالى  
وسواء التقنية الاكسالى لكن بعض الاحوال التى شاهدها تشابه الاحوال  
السابقة شرحها وان لم تتناولها في جميع الاحوال حيث ان فيها عين الاسباب



السابقة وعين شكوى المرضى المتنوعة كثيرا والتي لم تكن مشابهة لمشكل  
 من الاشكال المرضية وعين الضعف والاسترخاء وانتعاج اللون والنفاذة  
 والبول المتر كالمخضى غالبا لا يحتوى على رواسب من املاح بوليمية بل على  
 بلورات من اكسالات الجير وتبعا لذلك نرى من الصواب اعتبار سوء الهضم  
 الذى هو عبارة عن ظاهرة مرضية من جملة الظواهر المرضية المنتشرة فى  
 سوء القنية المعبر عنها بالاكسالى نتيجة لاضطراب بنى عمومي يظهر عند  
 بعض الأشخاص المستعدين لذلك عقب المعيشة السابق ذكرها والى  
 الان لم نعلم حقيقة تعاقب التغيرات التى تحصل بين تماثل العناصر الغذائية  
 وقدف جزئيات الجسم القضاية التى يعتمدها التغيير بتأثير المؤثرات المضرة  
 السابق ذكرها فيتكاثرون عن ذلك متحسسات مرضية متفاوتة الكمية  
 والكيف

ثم انه يوصى فى معالجة سوء القنية الاكسالى وسوء الهضم الناشئ عن ذلك  
 باتباع الوسائل التى ذكرنا كثره غمرتم فى معالجة سوء القنية الاكسالى ولو انما  
 غير مماثلة لها بالكلية (والذى يصادف تماثل الكللى هنا هو وجود اكسالات  
 الكلس فقط فى احوال الديابتيز الاكسالى دون غيره من المتحسسات  
 الانتهائية للتبادل العنصرى) واستعمال حمض النتريك (بقدر عشرين  
 نقطة مرتين أو ثلاثة فى اليوم) وتجنب جميع الاغذية المحتوية على سكر  
 الموصى بكل منهما من اطباء الانكليز فى احوال سوء القنية الاكسالى يظهر  
 أن كلامهم مامبنى على فرضيات نظرية لا على نتائج عملية تجريبية

ومن الصواب قبل ان ننهى الكلام على سوء الهضم ان نتكلم على ظاهرة  
 مرضية غريبة كثيرة الحصول أعنى شكلا مخصوصا من الدوار سماه المعلم  
 (ترسو) بالدوار المعدي فانه يعتبر ناشئا عن حالة سوء الهضم اذ يكاد كل طبيب  
 مشغول بالطب العملى ان يكون شاهدا بجملة احوال مماثلة بالكلية للصورة  
 المرضية التى شرحها مع الايضاح الشهير (ترسو) وسماها بالدوار المعدي كما  
 يسميها العامة بذلك أيضا وهذا المرض الذى يكون مستطيل او مستعصبا  
 جدا فى أثناء سيره يتبدى غالبا بدون أن يسبقه هجوم طواهر مرضية بكمية  
 خارقة للمادة فان المرضى تشتكي فجأة بعد أن كانت فى حالة صحبة بدوار شديد

فكانت المربعات المحيطة بها او ككائنها هي نفسها اعترها حركة دورانية  
او قوجية وينضم لذلك احساسات غير طبيعية في الرأس لا يمكن المرضى ان  
تعب عنها بالآلام ولا تجد لفظا موافقا للتعبير والافصاح عنها سوى ان يقولوا  
باحساس فراغ في الرأس وبعض المرضى يحس بدوار او بضغطة غير محسود  
في الرأس او بخار متصاعد فيه وينضم لذلك غالباً شبراً أمام العين وطينين  
في الاذنين فتخشى المرضى من الوقوع فتبصت عن صفراء تكاثره على وجهه  
وقطاب الجلوس والاسستلقاء ومثل هذه النوبة التي فيم اللون جلدة الوجه  
يكون غير متغير ومنتهق اللون يزدول غالباً بعد بعض دقائق وفي أثناء هذا  
الزمن تسكون الاشخاص المصابون ومن حولهم من الاقارب في حالة تعب  
عظيم وانتهاء هذه النوبة يكون في الغالب محمواً بابتسواب متكرر  
أو تبسح غالباً

ومن الجائز أن مثل نوبة الدوار المعدي المذكورة تبقى هي الوحيدة لكن  
الغالب ان تتردد في فترات متفاوتة الطول ومن المستغرب جداً تردد النوب  
الجلدية باسباب واهية في الظاهر جداً كالشيء على ارض مساء مستوية  
او المرور على نفق مظلمة وكون المرضى لا يحصل لهم الدوار عند صدور  
ما ذكرتمى كانوا قابضين ولو على يد طفل ضعيف او متكئين ولو على عصا  
رقيقة وبالجملة يفقد الدوار متى اشتغل المرضى بشيء موجب اصرف ذهنهم  
اليه بالكلمة او كانوا في حالة اتعاش اطيب وقد شاهدت شخصاً لم يمكنه  
العبور في قاعة على انفراد والاجتياز من محمل الى آخر مع انه كان يمكنه  
بدون تفكير الرقص في مثل هذه القاعة منفرداً ويحتمل ان يكافرسه ولو كان  
جوحاف محال مختلفة وكلمات ادى هذا المرض واستطالت مدته زاد توجه  
افكار المرضى اليه فيكون في حالة تفكير وكأية زائدة ظناً منهم أنهم مصابون  
بالقوة دماغية سيما اذا سمعوا أن غيرهم من المرضى ما تويا من امراض دماغية  
حقيقيةة مثل ابن المنخ الذي تخشاه العوام بكثرة وكانوا مصابين ايضاً بالدوار  
وكثيراً ما تغتر الاطباء فيما مروا بالمرضى بالاستقرارات الدموية واستعمال  
المحولات والمركبات اليودية والمياه المعدنية الملية ويمنعونهم من تعاطي  
الزبد والبوزة ويأمرهم بالاعتصام على المطهومات القليلة جداً فان تفر



هذه المعالجة وصارت المرضى باهتة اللون نحفاه البنية فكثيرا ما ترجع الاطباء  
 عن اعتقادهم ويظنون ان نوب الدوار ناشئة عن انيية الدماغ فيأمررون  
 المرضى بتعاطي الاستحضارات الحديدية والابنفة والبوزة ويسمجون لهم  
 بتعاطي تدبير غذائي مقنن ومع ذلك فلا تثمر المعالجة كما ان المرضى يعودون من  
 جبال الالب ومن أماكن الاستحمامات الباردة والمعالجة بها ومن الحمامات  
 البحرية بدون طائل وقد نص المعلم (ترسو) كما ذكرنا على أن نوب الدوار  
 المذكورة تنشأ عن سوء الهضم وقال ان علاماته في كثير من الاحوال  
 تكون واضحة جدا حتى تخفى علينا بسهولة وعددا من احوال الامن الدوار المعدي  
 حصل فيها الشفاء بواسطة تعاطي منقوع من الخشب المروهر كب من  
 القلوبيات الكربونية على التناوب ونحن لم نر نجاحا من هذه المعالجة فاني وان  
 اعترفت ان النوب الاول من هذا الدوار التي حصلت في المرضى الذين  
 شاهدتهم ظهرت غالباً عقب سوء الهضم واصطحبت بطواهره الا انه لم توجد  
 علامات واضحة من سوء الهضم عند المرضى التي كانت تعتبرها نوب الدوار  
 المنكررة مدة سنين والذي اظنه أن تكرر نوب الدوار ناشئ عن امور تقسية  
 فكما انه يوجد اشخاص يعترهم دوار عند ما يكونون مطلين على محل منخفض  
 جداً او واقفين على محل مرتفع كذلك كمنارة وكما ان الشخص الذي  
 اعتراه الدوار مرة في مثل ما ذكر يكاد يطرأ عليه ذلك متى تعرض لمثل هذه  
 الامور فكذلك الانسان الذي اعتراه الدوار مرة او اكثر وهو في اودته  
 او كان ماشياً في فلاة فانه يعتر به ما ذكرنا الفزع في مثل هذا الشكل من  
 الدوار كالفزع من الدوار الذي يعترى كثيرا من الاشخاص عندوقوفهم على  
 مجال مرتفعة جدا وذلك سبب معين جداً على تكراره فكل من الاتفات  
 القوي الى مرضي والانهال النفسي والسكر الخفيف يحفظ نوعا من حصول  
 أحدهذين الشكاين ويؤيد ذلك عندي مشاهدة من جملة مشاهدات  
 شاهدتها في قسيس قد أصيب بنوبة دوار شديدة بحيث سقط منها على الارض  
 وهو في الكنيسة على الانبل ولم يطرأ عليه ثانياً مرة نوبة الدوار طاقا طول  
 مشاهدتي له غير أنه لم يعد الى الانبل ثانياً حيث شرع يجرب من نفسه الصعود  
 عليه مرتين او ثلاثة فحصل عنده سوابق الدوار فكان ذلك هو الباعث له على

الامتناع فانتم المعافاة من وظيفته وكذا كل من المؤذن والمبيض لا بد وان  
يلتجئ للمعافاة من اشغاله اذا اعتريه نوبة الدوار مرة فاكثري أثناء اشتغاله  
بوظيفته

\* (الفصل الخامس)

(في أمراض القناة المعوية)

\* (المبحث الاول)

(في التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي المعروف بالنزلة المعوية)

\* (كيفية الظهور والاسباب)

التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي ينتج عن كل احتمال يظهر في هذا  
الغشاء سواء كان الامتلاء الوعائي حاصلًا بكيفية ميكانيكية او ناشئًا عن  
اسباب مضره أخرى والاحتمان في ابتداء هذا المرض وفي حالة حدوثه يؤدي  
لارتشاح غزير من سائل قليل الزلالية ملى فاذا تقدم سير المرض وأزمن  
أدى ذلك الاحتمان الى تكوين مادة مخاطية وعمليات جديدة

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

وكثيرا ما تصعب النزلة المعوية أمراض أعضاء التنفس والدورة التي ينتج  
عنها عائق في انصباب دم الاوردة الاجوفية فان هذه الامراض اذا نتج عنها  
احتمان وريدى تفهقرى في اوردة الدورة العظيمة لابتد وأن يظهر ذلك في  
الغشاء المخاطي المعوي فاحتمان هذا الغشاء وانهاية النزلي في حتمل هذه  
الاحوال عبارة عن سياتوز الغشاء المخاطي

ويندران ينشأ عن اضطراب الدورة في الجسم احتمالان تواردى والتهاب نزلي  
في الغشاء المخاطي المعوي ومن هذا القبيل ما يحصل من احتمالان الغشاء  
المخاطي المعوي الشديد الذي ينشأ عن التهابات تمدة في الجلد عقب الحرق  
وكذا ما يحصل من الاحتمان السريع الحصول الوقفي المصحوب بارتشاح  
مصلى غزير الناشئ عن تأثير البرد القحط في الجلد كما يشاهد ذلك في السياحة



في الجبال مثل الاوهل النزلة المعوية الحادة التي تنشأ عن برد الاقدام والبطن  
وتستقر مناطقها لبعدها عن تأثير البرد والنزلة المعوية المزمنة التي تنشأ عن  
تأثير الاقاليم الباردة الرطبة من هذا القبيل أولى امر غير مقطوع به

وقد يحصل الالتهاب النزلي المعوي الشديد مدة سير الالتهاب البريتوني سيما  
الالتهاب البريتوني النقاسي ويعتبر حينئذ هذا الالتهاب نتيجة الاحتقان  
التواردي الشديد فان الالتهاب الشديد للطبقة المصالية يؤدي في مثل هذه  
الحالة للحصول ارتشاح مصلي في المنسوج الخلوئي تحت الغشاء المصلي وفي  
الطبقة العضلية والطبقة المخاطية المعوية مع المنسوج الخلوئي تحتها فان  
هذا النوع من الارتشاح الاوذيمياوي يشاهد دائما بجوار الاجزاء الملتصبة  
وقد عرفت ان هذه من ارباب انواع اوذيمياة ممية جانبية او اوذيمياة ناتجة عن  
احتقان تواردي جانبي وبه يسهل توجيه حصول الاسهالات المائية التي  
تصاحب الالتهاب البريتوني بكثرة ولومع وجود شال في الطبقة العضلية  
المعوية ويظهر ان الاحتقان التواردي للاوعية الشعيرية المعوية المتخلو  
بارتشاح مصلي غزير هو ينبوع الاسهالات الناتجة عن انفصالات نفسية  
ويجوز في مثل هذه الاحوال ان يقال ان اوعية الموردة للدم حصل فيها  
تمدد بواسطة التأثير العصبي وقد اكتسبت هذه النظريات قوة من وقت ان  
شاهد المعلم (بودجيه) حصول اسهالات دائمة عقب قطع العقد الشمية من

#### الارانب

والغالب ان يكون الاحتقان والنزلة المعويان ناشئين عن مهيجات أثرت  
تأثيرا واضحا كغلب المسهلات فان القليل منها يحدث الاسهال بكونه  
يحدث عنه افراز سائل غزير من اوعية المعى بطريفة الاندسوزيدون ان ينتج  
عنه تهيج واحتقان موضعي وذلك كفعل المحلول الملحي المركز ويندر ان ينتج  
الالتهاب النزلي المعوي عن افراز الصقراء الغزير وهذا خلاف ما كان  
يعتقد سابقا كما يندر حصوله من وجود حيوانات طبقية في المعى كديدان  
مثلا ومن هذا القبيل النزلة المعوية التي تنتج عن جواهر غير دائمة كعض  
الثمار وعن وصول مخصصات المعدة غير المنهضة الاية لافساد المعى  
(انظر ذلك في اسباب النزلة المعوية) ويغلب حصول النزلة المعوية عقب

احتباس المواد الثقيلة فانها ان بقيت في جزء من أجزاء المهي زناطويلا  
 زائد عن العادة اعتراها الفساد والانشلال فيسكون عنها منحصلات تورث  
 تميجاشديد في الغشاء المخاطي المعوي وقد يشبه الشهير (ورجوف) على كثرة  
 حصول الالتهاب البريتوني الجزئي وما ينشأ عنه من تغير اوضاع المهي  
 كالتجذبه والشمائه وفي الحقيقة ان ذلك هو السبب الغالب للإسالك  
 المستعصى الاعتيادي في كثير من الاحوال ولبعض أحوال فهو كالبسمة  
 المزمنة التي كانت تعتبر ناتجة عن آفات في البطن السفلي فانها تنشأ عن مجرد  
 التجذاب اوضيق في القناة المعوية يعقبه تكون غازات من المواد الثقيلة  
 الفاسدة ونزلة معوية تابعة

وقد يكثر حصول النزلة المعوية في بعض الازمنة عن مؤثرات مجهولة ولعدم  
 معرفة هذه المؤثرات يجعل سببها تسلطن الاحوال الجوية الوبائية  
 المعدية

وقد يكون الالتهاب المعوي النزلي عرضا من اعراض بعض الامراض العامة  
 كالتهنوس البطني اى الحمى التيفويدية فانه يصاحبه دائما وكالهيضة  
 الاسبية فانه احد اعراضها الرئيس ويمكن احداثه في بعض الحيوانات  
 بالصناعة بواسطة حقن مادة متعفنة في وريد من اوردتها  
 وستتكم في ما بعد ان شاء الله تعالى على شكل النزلة المعوية العرضية وعلى  
 الالتهاب المعوي النزلي الذي يصاحب فقرحات المهي واسمخالاته المرضية  
 \* (الصفات التشريحية) \*

يندر أن تشاهد اصابة الالتهاب النزلي للقناة المعوية بتمامها ومع ذلك فهو  
 أكثر وجودا في المهي الغليظ وأقل وجودا في اللقائقي واندر مشاهدة في الصائم  
 والاثني عشرى والتغيرات التشريحية التي تخلف النزلة المعوية الحادة في  
 الرمة هي اجرار الغشاء المخاطي اجرازا يكوّن تارة باهتا وتارة دكا  
 منه شرا أو فاصرا على ما يحيط بالغدد المتفرقة او غدد (بيير) ثم انتفاخ هذا  
 الغشاء او رخاوته وسهولة تمزقه وارتشاح مادة صلبة في المنسوج الخلوي  
 تحت الغشاء المخاطي وقد ينزل الاحتمقان بالكليمة عقب الموت فيظهر الغشاء  
 المخاطي حينئذ باهتا خالبا عن الدم ويشاهد على الدوام في النزلة المعوية الحادة



انفقاخ في الاجربة المعوية المنفرقة وفي غدد (بير) فتكون بارزة بروزا  
واضحا على سطح الغشاء المخاطي والغالب ان تشاهد العقد المسارية  
كذلك محتقنة منتفخة قليلا ومتصل المني يكون في الابتداء متسكوتا من  
سائل مصلي محتاط يجز بقات بشرية منفصلة وخليايا جديدة ثم يصير فيما بعد  
متسكوتا من مواد مخاطية متعكرة ملتصقة بسطح المني وفيها كذلك جزيمات  
بشرية

واما التغييرات التي تخلف التزلة المعوية المزمنة فهي ان يشاهد الغشاء  
المخاطي ذا لون مسمر ضارب الى الحمرة او سنجابي وسخ وممتعنا فيظهر فيه  
احيانا بروزات بوليبوسية خصوصا جهة المستقيم والاجربة المنفخة هنا  
تكون أكثر بروزا منها في التزلة المعوية الحادة فتظهر على شكل عقد  
مبيضة بارزة على سطح الغشاء المخاطي الذي يكون مغطى بمادة مخاطية  
قيحية لزجة وفي المزمنة يحصل احيانا في الطبقة العضلية لاهي ضخامة ينتج  
عنها تضيق بسيط في المني شبيه بما يحصل في البواب في احوال التزلة المعوية  
وان كان ما هنا نادرا

وقد يكسب الالتهاب التزلي للغشاء المخاطي المعوي شكل الالتهاب الديقري  
تقريبا فيتمسكون على سطح الغشاء المخاطي المحم وتجدد خشك كبريشات سطحية  
كثما هو مرشوش بالتحالة ويختلف انفصال هذه الخشك كبريشات تاكلات  
او تسلخات سطحية صغيرة دائمية وهذه الصفة التشريرية التي تشاهد في  
الجزء السفلي من المني الغليظ والمستقيم وتنتج عن تراكم المواد النغلية في هذه  
الاجزاء تطابق مطابقة كلية الصورة الاكلينيكية للدوسنطاريا التزلية  
الخصيفة

وقد تؤدي اشكال التزلة المعوية الشديدة لحصول القروح المعوية كالقروح  
التزلية المنتشرة والقروح الجرابية

فاما القروح التزلية المنتشرة فتنتج عن الالتهاب التزلي المعوي لاسيما الالتهاب  
التزلي المزمن اذا انضم اليه التهاب تزلي حاد وكثما تشاهد هذه القروح  
عن الاجسام الغريبة التي تتخلف في المني او عن المواد البرازية المحتبسة فيه  
ولذا تغلب مشاهدتها في المحال التي يكثر فيها وقوف المواد النغلية كالاعور

والقولون الصاعد (ويسمى المرض حينئذ بالالتهاب القولوني البرازي)  
وكالمعلقة الديدانية والمستقيم والمع الغليظ أعلى محال التضايق  
او الانجذاب

والغشاء المخاطي الاجر الداكن المنتفخ بلين وبتلاشي بسبب تكون الصديد  
في منسوجه فينتج عن ذلك فقـد جوهريورث تعري المنسوج الخلوي تحت  
الغشاء المخاطي والطبقة العضلية ومتى شقيت القرحة في هذا الدور امتلاء  
مكان فقـد الجوهـر بالازرار اللحمية وخالف ذلك ندبة يابسة تورث المعى ضيقا  
دائما وقد تمأكل الطبقة العضلية والمصلية فيمنقب المعى وعند امتداد  
التهتك من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب بريوتوني جزئي به يمكن امتناع  
انصباب متحصل المعى في تجويف البطن عقب التصاقه بالاجزاء المجاورة  
كما يحصل ذلك بكثرة عند ثقب المعلقة الديدانية وكما يحصل بكثرة في التهاب  
الاعور وتقيحه المعروف بالالتهاب الاعوري البرازي التهاب في المنسوج  
الخلوي الهش الذي يثبت الاعور والقولون الصاعد في الصفاق الحرقفي  
ويعرف بالالتهاب الاعوري الدائري والمحيط وسنشرح في مجت على  
حدثه

وأما القروح المعوية الجراحية فالأغلب ان تظهر في المعى الغليظ والجزء  
السفلي منه وينتج عنها تمسك متمدة وهي تصنف بقلة ظهور الاعراض  
الانتهائية حواها وقد شرح ظهور القروح الجراحية الشهير (روكيما نسكي)  
فقال هذه الابجربة تكون في الابتداء منفتحة انتفاخا عظيما ومحاطة بمادة  
رعائية جراحية ضاربة للسفرة ثم يحصل التقرح في باطنها فتفجر جـدر بـوريها  
فينشأ حينئذ خرأج صغير جـراحي ذو جـدر اسفنجية خميرية وفتحة مـتـرـجـة  
مشرزمة ومتى تمسك الجراب تمسكا كليما من التقيح زال احتقان الغشاء  
المخاطي المجاور له بل قد يوجد هذا الغشاء باهتاا وسنجاييا ومخا وحينئذ  
يكون اتساع القرحة كاتساع حبة العدس مستديرا او يضاويا وبسرعة  
يمتد التقرح الى الغشاء المخاطي المجاور له فتعدم القرحة شكلها المستدير  
وتكتسب شكلا متمداتشرزما وقد لا يبقى من الغشاء المخاطي الا بعض  
اصفار او ثنيات مسننة في وسطه وبقية الطبقة العضلية والمنسوج الخلوي



تحت الغشاء المخاطي تكون متعربة ويوجد في المهي نفسه مادة سنجابية شجرة  
نصفية السيولة تدفية محتاطة بمواد غذائية غير منضمة

\* (الاعراض والسير) \*

في النزلة المعوية يحصل في المهي زيادة عن الارتشاح المصلي سرعة في الحركات  
الديديانية للقناة المعوية بحيث ان التبر زرع سيواته تكثر نوبه وتكثر  
فالاسهال الذي تسبقه قراقر واضحة في البطن هو العرض الملازم للنزلة  
المعوية بل هو العرض الوحيد دائما فان الآلام وغيرها من الاعراض قد  
لا توجد رأسا وقوى المريض وتغذيته يبقمان على الحالة الطبيعية مادامت  
الاستقرافات غير كثيرة التكرار والغزارة ولم تستمر زمنا طويلا وفي مثل هذه  
الحالة يعتبر الاسهال عند العامة أمرا مفرحا يعقبه تنقية الجسم ونحوها مما  
يعود نفعه على الصحة ثم ان الاستقرافات المعوية تتكون في الابتداء من  
مواد ثقيلة مائعة (وهذا ما يسمى بالاسهال البرازي) ومتى استمر كل من  
الارتشاح المصلي وازدياد الحركات الديديانية للمهي فالاستقرافات بعد  
انقذاف جميع المواد الثقيلة المحتوى عليها المهي تفقد راسحتها البرازية  
الخاصة بها شيئا فشيئا وتصبح مكونة من ارتشاح مصلي ملهي ساج فيه تدف  
بشرية وخليبات جديدة ومواد غذائية غير منضمة قليلة التغير ومتفاوتة  
الكمية (وهذا ما يسمى بالاسهال المصلي) ولون مواد البراز السائلة يكون  
عادة مخضرا متقاوتا في الخضرة وهذا ناشئ عن انقذاف المواد المذكرة مع  
مواد المهي السائلة قبل ان تكابد الاستحالة الطبيعية لاعتنا انصاب كمية غير  
اعتيادية من الصفراء في المهي وكلما كان الارتشاح أكثر غزارة كان تلون  
المواد قليلا فان الصفراء المختلطة بها لا تكفي حينئذ في تلوينها بالكلمية  
والغالب في الاستقرافات النزلية ان لا يوجد فيها آثار من المواد الزلالية لكن  
لا يندران يوجد فيها بلورات من فوسفات المغنيسيا والنوشادر وكان  
وجودها يعتبر سابقا واصفا للبرازات المتفوسية ويوجد في الاستقرافات  
المذكرة كمية عظيمة من ملح الطعام وبعد استقرار الاسهال يوما او يومين او  
أكثر تأخذ مواد الاسهال في اكتساب الاستحالة الطبيعية للمطعمات عادة  
فيقل تكرار الاسهال وتكتسب هيئة البراز ورأسته ويعقب الاسهال كما

هي العادة امسالم متفاوت الاستعصاء وذلك لان التهييج المرضي للطبقة  
العضلية المعوية يعقبه حالة ضعف

وهناك احوال فيها ينضم للاسهال احساسات مؤلمة في البطن وهي عبارة  
في الغالب عن نوب آلام فارصة تتردد ترددا نوبيا وتعرف بالمغص ويصير  
المرضى عند حصولها احيانا باردا اذا اللون باهت سيما اذا اشتدت اشتدادا  
عظيما وهذا المغص يملطف عقب التبريز او قرب حصوله واندر من نوب  
الآلام المذكورة حصولا ما يشاهد من احساس مؤلم مستمر بضغط في  
البطن او تألم يزداد ذلك الاحساس بالضغط من الظاهر وهذا الاحساس  
لا يشتد جدا الا في احوال نادرة فيها يصاحب الالتهاب النزلي المعوي حرق في  
الجلد عند جذا وبهذه الصفة الخاصة ووجود الدم في مواد البراز يميز هذا  
الشكل من الالتهاب المعوي النزلي عن غيره من أشكال هذا المرض

وكثيرا ما يكون البطن في النزلة المعوية الحادة مفتوحا انتفاخا خفيفا  
ويخرج بالتبريز كمية عظيمة من غازات كريهة الرائحة وظهورها في المني  
لا يعده عرضا للنزلة المعوية ولا تنبئ بها مادامت في دور ازدياد الارتشاح  
المصلي والحركات الدينامية المتزايدة وانما تنبئ بنتيجة عن السبب المحدث  
للنزلة المعوية نفسها اعني من وصول جواهر فاسدة وغير منضمة من المعدة  
الى المني

وكثيرا ما تنصب النزلة المعوية باعراض حمية لكن ان كانت هذه النزلة  
ناجبة عن تأثير البرد مثلا فالحركة الحمية تكسب شكل الحمى النزلية وقد  
تكون شديدة جدا فتلبس بالحمى المعدية او الصفراوية او المخاطية سيما  
اذا اشترك كل من المعدة والمني في الالتهاب النزلي وبهذه الكيفية يكون  
سير النزلة المعوية اذا كان الالتهاب فيها ممتدا في جزء عظيم من المني او مجامسه  
الجزء السفلي من الغائقي والقولون كما هو العادة ثم ان الالتهاب النزلي الاثني  
عشرى يصاحب في الغالب النزلة المعدية ولا يعرف الا اذا امتد الى القناة  
الصفراوية ونج عنه احساس الصفراء ويرقان وبدون ذلك لا يمكن معرفته  
فانه لا ينوع اعراض النزلة المعدية الا قليلا جدا

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



الدقيق السائل زمانا طويلا في المي الغليظ وتكاثف عقب امتصاص أجزاءه  
السائلة فعلى هذا متى انضم لاعراض النزلة المعديّة قرأ في البطن تعان  
بوجود غازات وسوائل في المي الدقيق وأمّا من تزعجها من محسّل إلى آخر  
ولم يحصل مع ذلك اسهال ترجح ان النزلة المعديّة امتدت إلى المي الدقيق دون  
الغليظ

وأما الالتهاب الترنّي في الجزء السقي من المي الغليظ أو في المسهّمة فمكثرا  
ما يحصل بدون اصابة باقي أجزاء المي وقد تكسب صورة هذا الالتهاب هيئة  
أخرى عند اشتدادها جدا أي عند ما يظهر انتمقاله من الحالة الترنّية إلى  
الدفترية بان يسبق التبرزك في الدوسنطاريا آلام شديدة قرصة تدم من نحو  
المرة إلى القطن ثم يعقب ذلك انقباض تشنجي في العاصرة وحرق شديد  
في الاست ثم يخرج بمركات الزحير مادة مخاطية متفاوتة الكمية مبيضة  
زجاجية مختلطة بمواد دموية والعادة ان يعقب ذلك راحة للمريض غير انه بعد  
مضي ساعة أو أقل تعود الآلام وكذا الظواهر السابقة ويخرج من  
المريض مواد ثقيلة جامدة زرقاء فزمنها فيحصل له عقب ذلك راحة بعض زمن  
وهذا الشكل من النزلة المعوية المعروف بالدوسنطاريا الترنّية يشفي  
بسرعة بالمعالجة اللائقة أعني بالمبادرة بإزالة المواد الثقلية التي في المي وتنج  
عنها هذا المرض مع استمراره فاذا لم تعالج بما لا يليق استطالت مدة المرض  
وأدت لحصول تقرح جراحي

وأما إذا كان الالتهاب الترنّي قاصرا على المسهّمة فلا بد وان يوجد كذلك  
زحير وتطلب للتبرز وخروج مواد مخاطية فقط او مخاطية مدمية غير مختلطة  
بمواد ثقيلة لكن لا يوجد في هذا الشكل الآلام الدالة في البطن كالتي تسبق  
التبرز في الدوسنطاريا الترنّية

وأما النزلة المعوية المزمنة فلا ينتج عنها في البالغين افرار مصلي عزيز في القناة  
المعوية الا في أحوال نادرة والغالب ان يكون افرار الغشاء المخاطي قليلا  
ولذا لا يصطبب الالتهاب الترنّي المعوي المزمن بالاسهال في البالغين الا نادرا  
وان حصل الاسهال فانه يكون وقتها فامرضى بهذه النزلة يكون عندهم في  
أغلب الاحوال اسهال لا اسهال وبواسطة الطبقة المخاطية المزجة المغطية

لسطح المعى يحصل عوق في الامتصاص واضطراب في التغذية فتتناقص  
 قوى المرضى فتخف وتكتسب لونا متمحها وضاو زيادة على ذلك فالمراد  
 المتراكمة في المعى الغليظة يمتد بها تأثير الحرارة الرطبة في هذا العضو فساد  
 والمخلال يحاqqه ظهور غازات في المعى بكمية عظيمة فتتقدد وينشأ عن ذلك  
 مكابدات ثقيلة فيموت البطن ويتدفع الحجاب الحاجز الى أعلى ويتعسر  
 التنفس وينشأ عن الضغط الواقع على الاوعية الشريانية احتقانات بواردية  
 في غير المعى سيما نحو الدماغ ويحصل من خروج الغازات من البطن راحة  
 عظيمة وينضم الالمسالك الاعماذى واضطراب التغذية وانهفاق البطن  
 الغازى اضطراب عقلى كالذى يحصل للمصابين بنزلات معدية من منه فيمنذ  
 تجعل المرضى حالة اجسامها موضعا لانكار رديئة ولا تلتفت لغيرها او تقع  
 في حالة يأس من صحتها وما ينبغي الالتمات اليه انه يوجد في جثث المرضى التي  
 كانت مصابة بأمراض عقلية كالجائنين والقائلين لانفسهم انحناءات  
 او تحولات في المعى وهى السبب الغالب في النزلة المعوية المزمنة والامساك  
 الاعماذى قديما عقب عنها حيانا مغص شديد واسهال وقتى تخرج به كمية  
 عظيمة من مواد مخاطية وبرازية كريهة الرائحة جدا وحيث ان نوب الاسهال  
 الوقعية تطرأ بدون سبب ظاهر يقاب على الظن ان فسادا متحصل المعى ينشأ  
 عنه تكون متحصلات مهيجة احيانا تؤثر في الغشاء المعوي وتثير النزلة  
 المعوية المزمنة فترتقى الى نزلة معوية حادة والنزلة المعوية المزمنة التي تسير  
 بهذه المنابة تعتبر من الامراض الكثيرة الحصول المستهصبة عن الشفاء بحيث  
 ينقطع عشم كثير من المصابين بها من نفع الطيب لعدم نجاح المعالجة التي  
 أجريت عليه فيلتجئ الى الدجالين او يقصر على حبوب موريسون (التي  
 قاعدتها الصمغ النقطى) او حشائش ليروه (وهو منقوع مخلوط مكون من  
 ازهار البنفسج وقم الحلاوا المزهرة مضافا لذلك كبريتات المنيزيا) او حبوب  
 اشتال (وهى من كبة من خلاصة الصبر درهمان ومن خلاصة الراوند المر كبة  
 درهم ومن خلاصة الحنظل المركب نصف درهم ومن برادة الحديد نصف درهم  
 يمزج جميعه ويعمل مائة وعشرين حبة ويعطى منه من حبة الى اثنتين الى  
 ثلاثة حسب الاقتضاء) او نحو ذلك من المعالجات المبرهنة وسيقتضخ فيما بعد



أن كلام من هذه المركبات يتخذ من مسهلات ظاهرة النجاح في مقاومة ما ينتج  
عن النزلة المعوية المزمنة من المشاق وأنه بسبب كثرة هذا المرض اشتمرت عند  
العامية بعوم النفع في جميع الامراض

ثم ان النزلة المعوية المزمنة عند البالغين قد تصطبغ بازدياد الافراز المعوي  
وسرعة الحركات الديدانية وتكتسب سير الاسهال المزمن الان هذه  
الاحوال نادرة فيهم ولذا كان وجود اسهال مستمر عدة أسابيع أو أشهر  
مرجحاً للتصور وجود تغيرات مادية عظيمة في المعى فحينئذ لا تعتبر النزلة  
المعوية المزمنة البسيطة سبباً للاسهال الا بعد تحقق انقضاء قيمة تغيرات المعى  
المادية والاستقراعات في مثل هذه الاحوال معظمها مكون من مواد  
مخاطية زجاجية أو صيدوية محتلمطة بمواد ثقيلة لينة أو يبقايا المواد الغذائية  
غير المنهضمة عند امتداد النزلة في المعى امتداداً عظيماً (وهذا ما يسمى  
بالاسهال اللينى أى انزلاق البطن) وعند ما تخرج مواد مخاطية غير متلونة  
أو صيدوية كما يقع أحياناً او مواد ثقيلة متجمدة أحياناً اخرى يجب الحكم  
بان مجلس الداء الجزء السفلى من المعى الغليظ وان الانتهاب النزلى مهمل  
بالانتقال الى القرح الجزئى وقد يزول الاسهال مدة أيام ويخف هامسالك  
مستعص ثم يعود اشدهما كان وقد توجد أحوال فيها تم لك المرض عقب  
الاسهال المزمن لكن لا يحصل ذلك الا عند وجود تغيرات أخرى في المعى غير  
النزلة المعوية

واما النزلة المعوية المزمنة في الاطفال فيقال فيها عكس ما ذكرنا فان هذا  
المرض فيهم يسمى بسير الاسهال المستعصى المضعف ولذا ينبغي على عكس  
ما تقدم التأمي وعدم المبادرة بالحكم بمجرد هذا العرض بوجود درن معوى  
او مساريق أو تقرحات نزلية معوية فان أغلب الاطفال الهالكين بالسبل  
المعوى لا يوجد في امعاتهم الا آثار خفيفة من الانتهاب المعوى المزمن  
وأغلب ما تحصل النزلة المعوية المزمنة في الاطفال قرب انتهاء السنة الاولى  
اعنى قبل النظام بقليل ويسمى الاسهال حينئذ بالاسهال القطامى وفي  
الابتداء تكون الاستقراعات مخاطية قليلة الغزارة ذات خواص حمضية  
ولون مخضر يظهر عقب انقضاءها حالاً أو بعد ملامسة الهواء زماناً طويلاً

وذلك ناشئ عن اختلاطها بالصفراء غير المتحللة او عن ازديادها كسد المادة  
 الملوثة للصفراء التي لم تنزل محفوظه ثم تصير الاسهال غزيرة جدا ما يئمه  
 طفلية اللون كريمة الرائحة محتماطة بمواد غذائية غير منضمة وفي الابتداء  
 لا يعترى الاطفال الاقوياء البنية الجيدى التغذية من هذا الاسهال الا قليل  
 هزال لكن العامة بسبب اعتقادهم القاسد يعتبرون هذا الاسهال ظاهرة  
 صحية تبقى الاطفال من تشنجات الاسنان ويظنون انه لا ينبغي ايقافه فلا  
 يندبون الطبيب الا اذا صار الطفل ذابلا ضعيفا في مثل هذه الحالة كثيرا ما  
 تجوز الصنعة عن تدارك الشفاء فيسمر الاسهال وتزداد الحفاة تدريجا  
 فيهلك من الاطفال عدد عظيم في السنة الثانية من عمرهم عقب النزلة المعوية  
 المزمنة والنزلة المعوية تظهر عند الاطفال المغذاة بالصنعة قبل هذا السن  
 وتسير بسرعة عظيمة وذلك ان امهات الاطفال الاقوياء اللينة الاثني تجاران  
 على ان يخدم من مراضع بعد الاسبوع السادس والثامن من ولادتهم  
 يتركن اطفالهن للجمائر لتغذيهم بالصنعة وهن يعطين الاطفال لبنا غير جيد  
 او مريكا فاسدا او حلبة صنعية او قطعة خبز يصنعون منها البتر كوا الصراخ  
 فيحصل للطفل حينئذ امهال بسرعة وتتقدم الحفاة تقديما عظيما بحيث  
 يصل في اقرب وقت الى أعلى درجة من الحفاة فتتلاشى العضلات وكذلك  
 المنسوج الشحمي ويظهر فيهم تسكرش الوجه كالجائز ويسترخى الجداد على  
 العظام وتسليخ لاجزاء القورية من الاست ويتغطى الغشاء المخاطي القمي  
 بالقطر وفي أثناء ما يكون حاضرا بين المرضعة في غاية من الصحة يملك ولدها غالبا  
 في الشهر الثالث والرابع وهو في غاية الحفاة والنهوكه ألا ترى ان كل  
 امرأة مشغولة برضاع الاطفال بالصنعة في المدن العظيمة تدفن نحو ثلاثة  
 اطفال كل سنة وفي مثل هذه الاحوال لا يوجد في الجملة الا آثار النزلة المعوية  
 المزمنة مع النهوكه العظيمة وتعتبر هذه النزلة في احوال الاسهال القطني ترددا  
 مسمرا للنزلة المعوية الحادة بسبب دخول المواد الغذائية غير المنضمة  
 الفاسدة في المعى مع التسكرار فيشير هذا الاتهاب  
 واما الاتهاب المعوية النزلية المؤدية الى تقرح الغشاء المخاطي المعوي  
 بل وجميع جدران المعى فاول ما يتكلم عليه منها الشكل الكثير الحصول



المعروف بالالتهاب الاعورى فقط أو الاعورى البرازى فنقول قديس سبق  
 هذا المرض أحيانا بعض اعراض يعنى انه قبل ان يرتقى الالتهاب الى الدرجة  
 الشديدة المسماة بالالتهاب الاعورى البرازى يشاهد آلام ومغص فى  
 البطن واعراض نزلية معوية ناتجة عن تراكم المواد البرازية فى الاعور  
 والقولون الصاعد بحيث يشبه كى المريض أحيانا آلام فى البطن ويحصل له  
 امساك وامهال على التعاقب وربما فقدت الاعراض السابقة بحيث يؤدي  
 اول تجمع من المواد الثقيلة فى الاعور والقولون الصاعد الى حصول التهاب  
 شديد وتقرح فى جدار المعى ومتى حصل ذلك فقدت الطبقة العضلية قابلية  
 انقباضها فيحصل عوق عظيم مانع لسير المواد الثقيلة فى القناة المعوية كما  
 يحصل مثل ذلك من تضيق المعى أو اختناق القتوق المعوية فانه وان خرجت  
 مواد مخاطية فقط أو مدممة هي متحصلة التهاب زلى فى الجزء السفلى فى المعى  
 من الاست يفقد التسبرز بالكيفية ومحصلة الامعاء الدقاق الذى لا يتيسر  
 اندفاعه من أسفل يندفع الى أعلى بسبب انقباضات الطبقة العضلية المعوية  
 وحينئذ تحصل حركات مضادة للحركات الديدانية الطبيعية فالمواد الواصلة  
 من المعى الى المعدة تؤزتها ثم يجاشد ايدى يحصل للمريض تهوع وغثيان وقيء  
 من مواد غذائية ابتداء ثم فيما بعد من مواد مخضرة صرة الطعم صفراوية ثم  
 يخرج بالقيء وذلك فى أحوال نادرة مواد سائلة مسفرة كريهة الطعم ذات  
 رائحة برازية ويعرف ذلك بمغص القولنج (اى مغص رب ارحم) ومن ذلك  
 يجزم بان هناك عوقا فى جزء من المعى مانع مرور المواد المحتمبة فيها فان لم  
 يوجد فى المخضرة الحرقية اليمنى الآلام قليلة بدون ورم فى هذا المحل  
 كما شوهد ذلك أحيانا نغيب الطبيب فى طبيعة العوق ولكن الغالب ان  
 يطرأ مع الامساك آلام شديدة فى البطن وورم واصفالهذا المرض فى  
 المخضرة المدكورة ومجاس هذه الآلام الجزء السفلى الايمن من الخنثة لكن  
 ثورانها من نافز من اليس من ذاتها بل بأدنى ضغط أو حركه على الجزء المذكور  
 وعند الجس الذى تخشاه المرضى عادة يحس بورم ذى شكل منبأرى عمدة من  
 المخضرة الحرقية اليمنى الى الحافة السفلى من الضلع الاخير يكون على مسير  
 الاعور والقولون الصاعد بحيث يعرف بسهولة ثم اذا كان سير هذا المرض

حمدا حصل بحسب المريض في هذا الدور فية تبرز تبرزامة تكرر واصحوا  
 بالآلام في البطن ممزقة وذامواد ثقيلة غزيرة جدا كرهية الرائحة ونزول  
 التي وبقتا قصحجم الورم وية لاشي تدريجا حيث ان جزأ منه مكوّن من  
 المواد المتراكمة في المعى والجزء الآخر من انتفاخ جدر هذا المعى نفسه لكن  
 هذا الانتهاء الجيد نادرا والغالب ان يمتد الالتهاب في الطبقة المصلية للاعور  
 والقولون الصاعد اما الى البريتون الكاسي للعر المعوية المجاورة او الى  
 المسوج الخنوي المثبت للقولون الصاعد مع الصفاق الحرقفي وعند امتداد  
 الالتهاب الى البريتون يصير الم البطن منتشرا فيه ويقعد شكله المنباري  
 ويصير عريضا وأما عند امتداده الى المسوج الخنوي الكاش خلف  
 القولون الصاعد فتحصل الآلام في الفخذ الايمن او احساس بثقل فيه (وهذا  
 هو المعروف بالالتهاب الاعوري الدائري او المحيط) وكل من العضلات  
 الابسواسية والحرقية يرتشح مادة مصلية فلا يقوى على الانقباض  
 بحيث لا يتيسر للمريض رفع فخذه بانقباضها وفي مثل هذه الحالة يحس  
 المريض جذعه الى الامام ويضطجع في فراشه على الجهة اليمنى ويتجنب  
 تغير هذا الوضع ما لم يكن اذ بذلك تكون عضلات البطن قليلة التوتر وكل  
 من العضلة الابسواسية والحرقية قليل التمدد ولا يندرتحسب من حالة هذا  
 المرض بعد وصوله الى الدرجة الشديدة التي ذكرناها فان بزوال الالتهاب  
 الاعوري تقف الالتهابات التابعة له ويتص الفصح تدريجا وفي مثل هذه  
 الحالة يزول الم البطن شيئا بشيا والورم الذي كان قد امتد الى نحو الخط  
 المتوسط من الجسم يقل حجمه ثم يزول بالكليّة كما ان آلام الفخذ الايمن  
 والاحساس بالثقل منه تتلاشي أيضا ويعود كل من العضلة الابسواسية  
 والحرقية الى الانقباض الطبيعي فيمكن حية ثم ذرفع الفخذ ثانيا هذا اذا كان  
 الانتهاء حميدا اما اذا كان غير حميد فيمتد الالتهاب الى جميع البريتون  
 او لا يمتص النضج المتكيس بل يورث التهابا يرتويها من منافعها للمريض  
 يحمي الدق التي تصعبه وقد تنقي جدر المسطح المتكيس تدريجا فيحصل  
 ثقبات جهمة الظاهر أو في احشاء مجاورة ونحوها من الاعضاء وسندكر  
 ذلك مفصلا في شرح الالتهاب البريتوني وانتهاه هذا الالتهاب الخبيث سيما



امتداده السريع الى جميع أجزاء البريتون يرجح اننا نلقي الاور هو  
الذي أدى لحصول التثقب الان حصوله في هذا الشكل نادر لا يمكن الجزم  
بمعرفة مدة الحياة الا في احوال قليلة وانتهاء التهاب الاعورى الدائرى  
يختلف كثيرا متى انتهى بالتقيح ونشأ عنه خراجات وانسكابات

صديدية

وأما تقرح المعالقة الديدانية فهو وان كان يصطبغ بالآلام في الجزء السفلى  
الايمن من البطن تكون هذه الآلام خفيفة جدا فلا تادل غالباً على وجود  
شيء محقق فحينئذ لا يعرف هذا المرض الا اذا امتد التقرح الى الطبقة  
لبريتونية او ظهر عقب تثقبها اعراض التهاب البريتونى الجزئى  
واعراض التهاب الاعورى الدائرى غير انه لا يمكن الجزم بان التهابات  
التابعية الاخيرة ينبوعها المعالقة الديدانية والاعور الا اذا دل على ذلك عدم  
وجود الاعراض السابقة للالتهاب الاعورى والامساك والقيء الخاصين به  
سواء عدم الورم الواصف له هذا المرض الاخير وقد لا يمكن التمييز بين هذين  
المرضين بالكفاية عند من يوجد عنده التهاب بريتونى متقشر أو سرديات  
صديدية ناتجة عن التهاب اعورى دائرى ويكون عاجزا عن بيان حالته  
بالدقة ثم ان التهاب البريتونى والاعورى الدائرى وان كانا ناتجين في تقرح  
المعالقة الديدانية من تثقب هذا الجزء وانصاب متحصلا في تجويف البريتون  
غالباً باخذان سيراً حيداً مع ذلك كما اوضحناه فيما تقدم ويحصل ذلك غالباً  
متى كان حصول التثقب تدريجياً بحيث ياتصق المعى بالأجزاء المحيطة به  
وبذلك يمنع تأثير المواد المنسكبة المضررة في بقية أجزاء البريتون ومن الجائز  
في الاحوال النادرة تكون التصاقات صلبة فينسكس الصديد وكذا  
المواد المنسكبة في باطن منسوج خلوى مندمج متيبس وقد يحصل استقرأغ  
المواد المنسكبة نحو الظاهر ويندرت تثقب المعالقة الديدانية بواسطة منسوج  
ندبى مندمج بحيث لا يخرج منها شيء فيما بعد

ومن النادر مشاهدة التهابات وتقرحات عظيمة بالمعى في غير المحالين المذكورين  
وان حصل ذلك يكون غالباً في القولون المستعرض او التوريج السينى  
وحينئذ تكون الاعراض مشابهة لاعراض التهاب الاعورى وتختصر

في الامسالك وتآلم البطن في جرحه ودود وظهور ورم واصفوب يندر جدا  
 ان يؤدى الالتهاب في هذين الجزئين للالتهاب البريتوني المنتشر سيما وازالة  
 تجمع المواد البرازية التي فيها ما يقاوم الالتهاب سهل الحصول  
 واما المقرحات الجراحية فاكثرت ماشاهد في الاشخاص المنهوكين واعراضها  
 في الابتداء عين اعراض النزلة المعوية المستطيلة المدة لكن عماقليل يشاهد  
 في المواد المخاطية المبيضة الشفافة التي يسبق اندفاعها آلام خفيفة  
 وتصطبج برزفخفيف كمل مخصوصة شفافة كالساجو (هو مادة نشوية  
 تستخرج من نخاع بعض النخيل ببلاد الهند) المنقوع المنفوخ وهذا يدل على  
 ان الالتهاب النزلي امتد من الغشاء المخاطي الى الاجر به المخاطية ويخرج  
 مع التبر زمواد ثقيلة زمنة فزمننا محتلمة بمواد مخاطية مبيضة أو مدعمة  
 وبالسكر المذكورة ايضا ثم تفقد المواد المخاطية شفافيتها تدريجا وتصير  
 مائعة مصفرة كالقيح وحينئذ يشاهد شكل الاسهال المعروف بالاسهال  
 الكيلومسي وفي هذا الدور قد تخرج زمنة فزمننا مواد ثقيلة متماسكة ذات  
 لون طبيعي وعند شفاء القروح الجراحية يبقى غالباً اعتقال مستعص في البطن  
 وميل عظيم لتكوين الغازات فيه وبقيته اعراض النزلة المعوية السابقة  
 وما ذكره الا ان يكون التحام هذه القروح ويعقبه تضايقات ندية

\* (التشخيص) \*

النزلة المعوية الحادة التي تسير بدون حركه جمية لايسهل تمييزها عن غيرها من  
 الامراض واما مميزات النزلتين المعدية والمعوية الحادتين الاصليتين عن الدور  
 الاول من التيفوس فسنذكره فيما بعد

ويغلب جدا عدم معرفة شكل النزلة المعوية التي تكون اعراضها الواصفة  
 الامسالك والتولدات الغازية والاضطرابات النفسية وقبل عصرنا هذا  
 بقابل كان يعتمد مجموع الاعراض المذكورة لتجانس مرض في الغدد  
 البطنية العظيمة سيما الكبد فكانت ترسل المرضى الى مياه كلوس باد بقصد  
 شفائهم من احتمان هذه الغدد كما كان يظن وعند مدرجوهم من هنالك في  
 حالة تحسسين كان يعتبر ذلك دليلا على صحة التشخيص ثم بعد ان ثبت بواسطة  
 الصفات التشر بجمية الدقيقة ان مكابذات البطن المزمنة المنصفة بالاعراض



السابقة بندرجدا ان تكون ناتجة عن تغيرات مادية في الكبد او الطحال  
او البانكرياس كما ثبت عكس ذلك أيضا يعني انه شوهد في الاعضاء المذكورة  
تغيرات عظيمة في الرمة بدون ان تصحب مدة الحياة باضطرابات ثقيلة في  
الهضم وقع كثير من الاطباء في خطأ آخر وذلك انه سم جزموا تبعا (للمعلم  
رادماخر) انه يوجد جملة من امراض الكبد والطحال والبانكرياس  
لا يتحققها تغيرات مادية مدركة في جوهر هذه الاعضاء ولا حاجة للتعرض  
لرفض هذا الرأي وتقتصر على ذكر طريقة التماسك والخفة التي كانت  
تشخص بها الامراض المذكورة وذلك انه متى تحسنت حالة من حالات  
المريض التي ادى ارتباطه بتغيرات وظيفية او جوهريه في الاعضاء  
المذكورة بمقتضى معارفنا الفسيولوجية ولو حية عقب استكمال بزوال القول  
او صبغة الجوز المتي او متفوق غير البلوط كان هذا دليلا كافيا للطبيب (راد  
ماخر وتلامذته) على ان حالة المريض كانت متعلقة بافة أصلية في الاعضاء  
المذكورة مع انه لم يثبت بالكلية ان هذه الجواهر ذات تأثير نوعي في الغدد  
البطنية حتى يظن انها معينة على شفاء امراضها

ثم ان معرفة النزلة المعوية المزمنة المصحوبة باعتقال البطن تسهل جدا متى  
اصطحبت بنزلة معدية مزمنة لكن هناك أحوال فيها لا يوجد في الهضم  
المعدى أدى اضطراب كجودة الشهية وراحة المريض في الساعتين  
التاليتين للاكل ونظافة اللسان وهذه ربما تقودنا الى الخطا والبحث عن  
ينبوع المرض في اضطراب آخر غير اضطراب الهضم فان وجد مع ذلك تألم  
محدود متفاوت الشدة في جزء من أجزاء المراق الايمن عسر على الطبيب ولو  
المشهور بالمهارة الحكم بان هناك آفة مزمنة في المعى وابعلم انه كثيرا ما  
يوجد في الانحشاء الاقول من القولون التصاقات عظيمة بينه وبين الكبد  
تؤدي لانثناء المعى وتضايقه بحيث ان زيادة حساسية المريض في هذا القسم  
بالضغط ترجح تشخيص النزلة المعوية المزمنة عن فهمها ومما يعين على تشخيص  
هذه النزلة تماثل الاعراض عند ما يحصل للمريض امساك مدهطويلة  
وستسكلم فيما يأتي على تميز النزلة المعوية عن بقية امراض المعى لكن تذكر  
هنا امراض كثيرة الحصول جدا وانه ينبغي للطبيب عند الحكم على

الاحوال المرضية أن يعود نفسه على ان يلمتت أولا الى الامراض الكثرية  
الحصول عادة فان الاطباء لوتة ودوا على ذلك اقلت شكواوى المرضى من عدم  
نجاح علاجهم ودعوى انهم لم يحصل لهم راحة الامن وقت استعمال بعض  
حبوب مارسون المسهلة

\*(الحكم على العاقبة)\*

الحكم على النزلة المعوية يستتج مما ذكرناه في سير هذا المرض فالنزلة المعوية  
المادة المصهوبة باقرانهم وغازهم وازدياد في حركات المعى مرض غير  
خطر في الغالب وقد يكون للاسهال تأثير جيد بالنسبة لهدف المواد المضرة  
الواصله الى المعى وأيضا النزلة المعوية الحقيقية التي تحصل زمن التسنين  
عند الاطفال المسنين للاحتقانات المخيمه والرئوية من الطواهر التي  
يتمنى حصولها لهم لكن يجب على كل طبيب ان يحذر أهل الطفل من ان  
يعتقدوا اعتقادا فاسدا ان جميع الاطفال يلزم ان يكون عندهم اسهال  
مدة التسنين وانه لا ينبغي ان يعالج الاسهال الذي يحصل في اثناة فان هذا  
الاعتقاد مع كونه منتشر خطر جدا وهو السبب غالبيا في ان الطبيب  
لا يندب الا اذا حصل للطفل فهو كعظيمة ووصل الى حال مكروهة وأيضا  
الاسهالات المزمنة عند الاطفال عجمه مدة العاقبة غالبيا حتى يورد معالجتها  
معالجة لا تفي وكذا الالتهاب الاعورى وما ينتج عنه لا خطر فيه غالبيا على  
حياة المريض كما يظن ذلك عند التكلام على غير هذا المرض وأما القروح  
المعوية الجراحية فهي خطيرة جدا خصوصا وانهم لا تحصل الا في الاشخاص  
المنهوكين عادة

\*(المعالجة)\*

دلالات المعالجة السببية في الاحوال التي فيها تكون النزلة المعوية متعلقة  
باحتمقانات احتماسية لا يمكن اتمامها بوساطة شافية الا نادرا فانه يتدرج جدا  
زوال العائق المانع لسهولة استقراغ الدم من الاوردة المعوية والغالب  
في مثل هذه الاحوال ان لا يتأق للطبيب الاجراء المعالجة تسكينية عقب  
مراعاة الاسباب الاصلية فبما حصر المصابين بالنزلة المعوية الناتجة عن  
احتمقان وريدى مثلا لبارسال العلق على دائرة الشرج زمن اقترابها عند



ما يحصل ثوران في مكابدات المريض و كثيرا ما يحصل عقب تكرار ارسال  
العلق في ازمة منتظمة ككل أربعة أسابيع مثل الانزيف دورى ذاتي من  
الاوردة الباسورية يحصل منه للمريض راحة عظيمة جدا وعندما تكون  
النزلة المعوية الحادة ناشئة عن تأثير البرد تستدعي المعالجة السميكية ملازمة  
المريض فراشه وتعاطى المنقوعات الفاترة وأجودها منقوع البابونج  
او النعناع الفلفلي او ندفئة البطن بمحارم مدفأة على النار ويجب على المريض  
المصاب بنزلة معوية مزمنة ناجمة عن تأثير اقليم بارد رطب ككثير الرياح  
استعمال جوارب الصوف يغيرها كلما أحس ببر في الاقدام ومن البامج  
الموصى به في مثل هذه الاحوال وضع محارم من الصوف على البطن وليوص  
النساء المصابات أيضا بنزلات معوية مزمنة باستعمال البسة من نسج رافئ  
تخين خصوصا مدة الشتاء وليعلم الطبيب ان ترك هذه الاحتراسات او عدم  
الاتفات اليها والتحصن عنها عند النساء اهمال لاحدى الوسايط العلاجية  
التي كثيرا ما تكون أهم من غيرها من الوسايط الصحية والدوائية في شفاء

المرضى

والنزلات المعوية المزمنة للاطفال الناجمة عن تغذية غير لائقة تستدعي  
معالجتها السميكية تنظيم التدبير الصحي والتمسك بهذه الوسايط يعقبه النجاح  
العظيم غالبا ومن النادر تحمل الاطفال التدبير الغذائي اللينى مدة الاسمال  
فلا جود ان يعطى لهم امراق قوية من اللحوم او مقادير صغيرة جدا من لحم  
الجمول الصغيرة المبشورة وهي نعمة مع قليل من الخبز وقليل من النبيذ الحلو  
كبنيد التوكيرا والمالج ان هذه المعالجة ينزل في زمن قليل الاسمال الذي  
كان قد استعصى عن بقية الوسايط العلاجية وتعود الاطفال المنهوكون الى  
صحتهم بسرعة كذلك وأما استعمال الزئبق الحلو وغيره من الجواهر الدوائية  
المستعملة في النزلات المعوية والمعدية والمعوية فقد تقدم الكلام عليه وعندما يكون  
سبب النزلة المعوية احتباس مواد ثقيلة صلبة في القولون او في جزء آخر  
من المعى ينبغي ابتداء المعالجة باعطاء مسهل ومعاينة المواد الثقيلة بعد  
مجزها في قصيرة المريض للبحث عن وجود مواد ثقيلة صلبة بجوار المواد  
السائلة حتى يمكن بذلك الوقوف على الحقيقة وتمسك بهذه القاعدة أيضا

في معالجة التزلات المعدةية فينبغي أن يعالجها الائتماب النزلي القولوني الذي يهيناه  
 بالدوسه نظاريا النزلية باعطاء مسهل فكمثرا ما يكفي في مثل هذه الاحوال  
 اعطاء مقدار او افر من زيت الخروع لاجل ازالة آلام البطن والزحير والمواد  
 المخاطية المدعمة زوالا تاما في ظرف ساعات قليلة ويكون النجاسات أقوى  
 واطهر في الاحوال التي فيها كانت المرضى مستقرة على تعاطي الشوربات  
 الغروية والاستحضارات الافيونية وكانت مكابداتهم مع ذلك لم تنزل متزايدة  
 واما الاحوال التي يكون فيها عندهم امساك اعتمادي ناشئ عن انخفاء  
 او انجذاب أو تضيق في المعى وأدى هذا الامساك الى حصول النزلة المعوية  
 فلا يمكن فيها اتمام دلالات المعالجة السببية الابكيفية غير تامة حيث كان  
 للصناعة قوة على ازالة الامساك الاعتمادي لاعلى ازالة السبب الاصل له  
 ومثل هؤلاء المرضى لا يحصل عندهم راحة الا من استعمال المسهلات على  
 الدوام ولذا ينبغي الالتفات التام الى استعمال الجواهر والبركات المسهلة  
 التي يلزم استعمالها والقانون العام من كونه ينبغي للطبيب ان يسلك  
 البساطة في امره الطبية لا يعمل به في الاحوال التي فيها يراد المداوة على  
 استعمال المسهلات زمانا طويلا فان المركبات المسهلة المأخوذة من الراوند  
 وراتنج الجلبة والصبر والحنظل أجود تأثيرا من استعمال كل من هذه  
 الجواهر على حدته وحيث ان المقصود في مثل هذه الاحوال الحصول على  
 تبرؤ عذري بمعنى غير سائل ينبغي للطبيب تكرار التجربة ما أمكن حتى يصادف  
 التركيب والمقدار المناسبين لحالة المريض ولا مانع في مثل هذه الاحوال  
 من تجربة بعض الحبوب المسهلة الموجودة في الاجزائانات كحبوب اشمال  
 وغيره وأن يؤمر باستعمال عدد مخصوص من الحبوب المذكورة حتى يجد  
 ما فيه عثرة ونجاح هذه الطريقة في شكل الامساك المذكور أخيرا عظيم  
 للغاية واستعمال الحلقن بالماء البارد وان كان جيدا الا انه لا يكفي في جميع  
 الاحوال لاسيما مع طول المدة فلا يوصى به الا بقصد مساعدا للمعالجة  
 ويساعد تأثير المسهلات باستعمال بعض الوسائط التدبيرية الصحية بدون  
 ان يمكن توجيهه تأثيرها لبعض الأشخاص مثلا تحصل له راحة من شرب الماء  
 على الريق او من شرب التبغ وبعضهم من تعاطى الخبز مع الزبد والقهوة



وبعضهم من تعاطى بعض الاغمار المطبوخة أو المرببات وكذا الرياضة بالمنى  
على الخيل كثيرا ما نساعد في المعالجة أيضا لكن لا ينبغي المبالغة في تأثيرها  
وبالجمله فينبغي أيضا أمر المرضى بالذهاب الى المرحاض والاجتهاد في البراز في  
ساعة معينة كل يوم

وقدمدح كل من الطبيب بريتونو وترسو البلاودنا (اى ست الحسن) في  
معالجة الامساك الاعتيادى المستعصى وفي ضعف المعى المصحوب بسوء  
الهضم وكلاهما لا يعطى هذا الجوهر الدوائى بكمية قليلة مضافا للجواهر  
المسهلة الشديدة كما هو العادة عند أغلب الأطباء بل يعطيانه بانفراده بان  
يعطى من مسحوق أوراق البلاودنا من خمس سمعة الى ربيع قهقهة مع جزء مسائل  
من خلاصتها ونجاح هذه الطريقة وان كان ليس أكيد فى جميع الاحوال  
كما بالغ فى ذلك المعلم ترسو لا ينكر انه ناجح فى كثير منها فان كثيرا من المرضى من  
يدمخ المعالجة بحبوب البلاودنا وبفضلها على استعمال المسهلات الشديدة  
التي كانت تعطى له من قبل ويذكر أنه حصل له من ذلك راحة تامة حتى كأنه  
ولد جديدا وما ذلك الا من اعتدال صحته باستعمال هذا الجوهر الدوائى  
الذى فضله عن كونه جيد التأثير ليس له مضره مثل المسهلات الشديدة التي  
كانت تستعمل عنده على الدوام ومع ذلك فالى الآن لم تعرف حق المعرفة  
اشكال الامساك الاعتيادى المستعصى التي فيها ينضل استعمال البلاودنا  
على استعمال المسهلات الشديدة والاشكال التي لا يصح استعمالها فيها  
ويذهب انه بالمشاهدة يمكن ان يميز ما يأتى التحقق من اشكال الامساك  
الاعتيادى التي فيها تستعمل البلاودنا مع النجاح

وكذا فى الانتهاب الاعورى البرازى تستدعى المعالجة السميوية بتعديد المراد  
المنقبية المتجمعة فى الاعور والقولون الصاعد غير انه يلاحظ فى ذلك  
احتراسات مخصوصة فان كانت الحالة حديثة وغير مصحوبة بتقي وجب  
اعطاء زيت الخروع بقدر مناسب من نصف اوقية الى اوقية وأما اذا كان  
قد حصل التقي وخشى من تقايبى الزيت ثانيا فيجب تجنب الالتهام فى الحصول  
على احداث البراز بواسطة المسهلات وخصوصا بتقي عدم الوقوع فى الخطا  
من استعمال مسهلات شديدة فانه مادام موجودا عاتق فى المعى يمنع اندفاع

منحصرا الى اسفل لا بد وأن استعمال جميع الوسائط التي تزيد في الحركات  
 المعوية يدفع هذه المواد الى اعلى فقط ويزيد في حركات التي وفي مثل هذه  
 الاحوال الاخيرة بعد استعمال الحقن بالطلمبات ذات المكبس من الوسائط  
 النافعة جدا ولا يمكن تعويضها بالحقن البسيطة مهما تكرر استعمالها  
 ويمكن في مثل هذه الاحوال دفع كمية عظيمة جدا من السائل بقدر أربعة  
 ارطال أو يزيد حتى يحصل على النتيجة المطلوبة وحيث ان المماهي ممكن  
 امتصاصه في المعى الغليظ ينبغي ان يضاف له ملح الطعام أو الزيت أو اللبن  
 أو العسل والعادة أن يزول التي باستعمال هذه الواسطة ولولم تندفع كمية  
 عظيمة من المواد البرازية الى الخارج بل يحصل ذلك عند اندفاع كمية قليلة  
 جافة ممتلئة منها تدل على ان السائل وصل الى المواد البرازية المتجمعة  
 واحدة فينا وحرارة السائل متى خرجت مواد برازية غزيرة ينبغي قطع  
 استعمال الحقن ولومع استمرار الورم في الحفرة الحرقفية فان جدر المعى  
 أو البريتون ان كان ملتصقا حصل من الاستمرار على الحقن واحداث حركات  
 قوية في المعى ازدياد في الالام والالتهاب

واما معالجة المرض نفسه اى المؤسسة على طبيعته فلا يحتاج فيها الاستعمال  
 الاسعفانج الدموية العامة واما ارسال العناق فلا يحتاج له الا في معالجة  
 الالتهاب الاعورى فانه في هذا الشكل من الالتهاب المعوى يحصل من  
 ارسال عشر علقات الى عشرين على الجهة اليمنى السفلى من البطن  
 واستعماله الزيت بواسطة الضمادات القاترة راحة عظيمة جدا بل ويجوز  
 تكرار ذلك عند ثوران الالم نائبا واستعمال التبريد نايح كذلك كما ذكرنا  
 ذلك في الهيمضة الافرادية وله تأثير جيد خصوصا في أشكال النزلة المعوية  
 التي يكون فيها الاحتمان المعوى عظيما جدا ومصحوبا بافراز غزير كما انه نافع  
 في اشكال الالتهاب المعوى النزلي الشديد الذي يظهر عقب الحرق الممتد  
 ويكون مصحوبا بالالام شديدة وأجود طريقة في استعمال التبريد يكون  
 بواسطة وضع رقاند مبتلة بالماء البارد من عصره عصر اجيدا ويكرر وضعها  
 على البطن في ازمة قصيرة وأما في شكل النزلة المعوية المزمنة خصوصا  
 المصحوبة بامساك فالأوفق فيها استعمال وضعيات منبهة مدفئة سيما



استعمال وضعيات بريسيه (أعني الرفأند المبتاة التي تترك على البطن حتى تسخن) فيؤمر المريض اما بوضع هذه الوضعيات الباردة التي تغطي بجزام جاف لئلا او تترك على البطن حتى تسخن اولاً تغيب طول النهار الا مرتين او ثلاثة وفي شكل النزلة المعوية المحبوبة بافراز من مواد مخاطية لزجة تستدعي معالجة المرض نفسه استعمال المياه المعدنية والينابيع الطبيعية التي اوصيناها في الشكل المشابه لذلك في النزلة المعوية المزمنة وكذلك الجوهر القابضة لاسيما نترات الفضة والتين فانها ما بناثيرهما القابض بلطفان استرخاء الغشاء المخاطي وينقصان احتقانه وبذلك يكونان مطابقين للدالات العلاجية المرضية وينضم لهما هذين الجوهرين الجيدى التاثير خصوصاً نترات الفضة الذي يستعمل بنجاح عظيم في النزلة المعوية المزمنة عند الاطفال بمقدار صغير جدا السكاد الهندي وصمغ الكينو و جذر ساق الحمام و جذر الكسكسكرا (اي قشر العنبر) ونحو ذلك غير ان الامور التي تخوفا استعمال هذه الجوهر الدوائية وتفضل له على غيره في الاحوال المختلفة لم تنزل مهمة علينا والعادة ان يستعمل أحدها بعد الاخر ان لم يثمر الاوّل واستعمال القوابض على شكل الحقن لا يوصى به الا في احوال النزلات المعوية التي مجاسها المعى الغليظ فان الحقن ولو العظيمة لا تجاوز الصمام الاعوري اللفائني مطلقا فلا تصل الى المعى الدقاق وفي احوال التقرحات المعوية الجرابية يوصى باستعمال حقن من نترات الفضة (من قحتين الى اربعة في ست اواق من الماء) او كبريتات الخارصين او التين (نصف درهم على ست اواق من الماء) فانها احسن واسطة علاجية في ذلك لئلا يئسف من عدم تحمل استعمالها في جميع الاحوال

وأما المعالجة العرضية فتستدعي في جميع الاحوال التي فيها لا يعتبر الاسهال ظاهرة حميدة بل ظاهرة خطيرة مقاومة هذا الاسهال وعلى الطبيب أن يعرف في جميع الاحوال الوقت الذي فيه ينبغي قطع الاسهال فانه لا توجد قاعدة عامة في ذلك والعادة ان يجتهدا بتدبير في الحمول على ذلك بواسطة التدبير الغدائي فيؤمر المريض باستعمال المشروبات الغروية كمغلي الشعير والرزا والقهح مع تعاطي الشرب من الرزا والعجين الخبز الجف وأما انجذاب

أمر ارق الضأن الدسمة في ايقاف الاسهال كما تمثقه العوام فأمر غير محقق  
 وزيادة على هذه المشروبات الغروية تستعمل مشروبات علاجية قليلة  
 القبض كالنبيد الاحمر ومغلي جوز البلوط المحمص (أعنى قهوة البلوط) ونحو  
 ذلك من المشروبات القابضة وهذه الوسائط الخفيفة تكفي في كثير من  
 الاحوال الخفيفة لقطع الاسهال واما في الاحوال الثقيلة فينبغي فيها لقطع  
 الاسهال استعمال الجواهر المضادة له التي سبق ذكرها كترات الفضة في  
 الاسهالات المزمنة للاطفال والكادا الهندى (درهمين في ست أو اق من سائل  
 غروي يعطى منه كل ساعة او ساعتين مل ملعقة معتمدة) في الاسهالات  
 المزمنة للبالغين فان لها تأثيرا جيدا الى الغاية واما مخلات الرصاص فتأثيره  
 غير أكيد وزيادة عن خطره فلا حاجة الى استعماله وأجود الوسائط  
 العلاجية لقطع الاسهال وأكثرها نجاحا واستعمال الافيون ولو أثبتنا لعلم  
 كيفية تأثيره في ذلك معرفة جيدة ولذا متى كان هناك خطر من وجود الاسهال  
 واستمراره واقضى الحال لقطعه بسرعة ينبغى استعمال صبغة الافيون  
 البسيطة او الزعفرانية (من جرام الى نصف درهم في ست أو اق من محلول  
 غروي) او منقوع خفيف من عرق الذهب يعطى منه للمريض مل ملعقة  
 كل ساعة واستعمال الافيون على شكل حقن جيد الثمرة ايضا كاستعماله  
 من القم

(تنبيه) من هذا القبيل ما يستعمل بكثرة في هذا العصر تحت تترات البزوت  
 اما على فائدة مسحوق او القشطة البزموتية وينبغي ان يكون استعماله هنا  
 بقدر عظيم اعنى من جرامين الى ثمانية فايزد وتأثيره في مثل ذلك ينسب ولا يد  
 الى رسوبه على سطح المعى المتغير وتكون به اطفية حافظة تمنع من التأثير  
 المهيج لتصل المعى الى المار عليها

واما التغير المعوى التيفوسى فليس هو الاعبارة عن تغير غير قار على الدوام  
 من جهة التغيرات التي تعترى الجسم المصاب بالتيفوس وليس من الممكن  
 شرحه على انفراد بدون شرح جميع المرض التيفوسى وزيادة على ذلك  
 ان التغير المعوى التيفوسى عبارة عن نتيجة التسمم النوعى الذي يعتبر اصليا  
 في التيفوس والهذين السببين سنشرح التغير المعوى عند الكلام على



التيفوس في مجت الامراض التسممية العامة  
 وينعكس ذلك بالنسبة للتغير المعوي الذي يشاهد في الهيمزة الآسمية وفي  
 الدوسنتاريا الناتجة عن مؤثرات ميازما تية فان التغير المعوي في كل من  
 هذين المرضين قارفا لاية قد ابد او جميع اعراض كل من هذين المرضين يمكن  
 نسبة للتغير المعوي في هذا المبحث وان لم تسلكم الاعلى الهيمزة الا فرادية  
 والدوسنتاريا التريمية ولم تتعرض للتسلكم على الدوسنتاريا الوباتية والهيمزة  
 الآسمية وأخرنا ذكرهما في مجت الامراض التسممية فماذا لك الارتكانا  
 على معرفة الاحوال السببية لهذين المرضين وانهم من هذه الخلية باعتبار  
 من جملة الامراض التسممية العامة

\* (المبحث الثاني) \*

(في القرحة الاثني عشرية الثاقبة)

جميع الاحوال المرضية المذكورة في المنشورات الطبية والرسالات  
 المذكورة في بعض كتب علم الامراض الباطنة المختصة بامراض الاثني  
 عشرى او المعى وخصوصا احوال قروح هذا العضو الثاقبة كانت متشعبة  
 وغير مرتبة والفضل في ترتيبها وشرح هذا المرض شرحا شافيا للمع لم  
 (كروم) بحيث يمكننا الآن مع البيان ذكر هذا المرض الذي هو ليس نادر  
 الحصول

\* ( كيفية الظهور والاسباب) \*

قد اضع الان من الشرح المطابق للتغيرات التشريحية لهذا المرض  
 واعراضه وسيره وانتهائه ان كيفية حصول القرحة الثاقبة للاثني عشرى  
 كحصول القرحة الثاقبة للمعدة بمعنى ان هذه القرحة ليست ناتجة عن قروح  
 مخصوص بل ناتجة عن موت وتتكور بعض اصفار الغشاء المخاطى والتأثير  
 المذيب للعصير المعدي على هذا الصفر المتكور من المعى

وبعمر علينا ذكر شي أ كيد بالنسبة لكثرة حصول القرحة الاثني عشرية  
 او قلته فانه كثيرا ما يحصل القروح الاثني عشرية وتشفى قبل ان يحصل  
 عنها ثقب كما انه كثيرا ما لا تنتظر أثر هذه القروح الاتكامية في الجملة  
 ولا يلتفت لها وقد شاهد المعلم (ويلج) في الف صفة تشريحية فعلت في محل

الصفات التشرىحية في (براج) حالتين من القرحة الاثني عشرية الثاقبة مع كونه شاهداً من القروح المعديّة الثاقبة أربعة وسبعين حالة منها ما هو ملتصق ومنها ما ليس كذلك ويظهر أن القرحة الاثني عشرية الثاقبة على العكس من القرحة المعديّة الثاقبة أكثر حصولاً في الرجال دون النساء ولم تشاهد مطلقاً في سن الطفولة واغاب المرضي الذين شاهدتهم المعلم (كروم) كانوا في السن المتوسطة ولايتاً كمن الاطلاع على المشاهدات المذكورة ان القروح الاثني عشرية لها اسباب متممة مخصوصة لاسيما الحرق الممتد على الجلد

(الصفات التشرىحية)

الغالب ان يكون مجلس القرحة الاثني عشرية الجزئية العلوى المستعرض من هذا العضو وقد شوهد مجلسه في بعض الاحوال النادرة في الجزء النازل من هذا العضو وشوهد في حالة واحدة في الجزء المستعرض السفلي له وذلك المعلم (ليبرت) ان القرحة الثاقبة تشاهد في جميع امتداد المعى وان كان نادراً وفي الاحوال الحديثة من هذا المرض تكون حواف هذه القرحة مقطوعة قطعاً منتظماً ما وليست منتفخة وقد الجواهر في الغشاء المخاطي اكثر منه في الطبقة العضلية وفي هذه الطبقة أكثر منه في الطبقة المصلية والقروح المزمنة تكون حوافها نخبسة متببسة بسبب التكوّنات الخلوية فيها وفي بعض الاحوال تكون الاعضاء الجوارية قاع القرحة الاثني عشرية فيما اذا كان حصل التصاق قبل تمام التئام وذلك كسطح الكبد والبنيكرياس او الحوصلة المرارية وقد يحصل عقب تنقب هذا العضو الاخير وتآكله على التدريج اسن طرفاق ناصوري بين الحوصلة المرارية والاثنى عشرى وقد تلتصم القرحة الاثنا عشرية الثاقبة كالقرحة المعديّة ويعقبها اثره التحام كثيرة الانكماش احياناً وهذا يؤدى امتزاج الاثنى عشرى كما انه قد يحصل من ذلك الالتحام تضايق في القناة الصفراوية

\* (الاعراض والسير) \*

قد ذكرنا بعض احوال عند الكلام على القرحة المعديّة المستديرة فيما يكون كل من الاثنا عشرى يتوفى القتال والقيء الدموي الخطر هو العلامة الوحيدة الابتدائية التي يمكن بها تشخيص هذا المرض الخطر ويظهر أن



القرحة الاثني عشرية الثاقبة تختفي أعراضها أكثر من أعراض القرحة  
 المعدية الثاقبة وتبقى كامنة الى حين حصول الانتهاء المحزن ولا يترتب على  
 ما ذكرناه أن المرضى تبقى في حالة صحة مستمرة الى حين الانتهاء المذكور بل  
 لا بد وأن يحصل عندهم اضطرابات في الهضم واحساس بامتلاء وضيق في  
 القسم الشراسيمي يزداد عقب الاكل وتالم في هـ هذا القسم يزداد بالضغط  
 وجميع هـ هذه الظواهر تسبق حصول التقايب الدموي او الثقب المعوي  
 ولكن في الغالب لا يمتم المرض بها ولا يترتب عنها اليأس في الوقوف على حقيقة  
 تشخيص هذا المرض وفي احوال اخرى قد تكون الاعراض المصاحبة لسير  
 هـ هذا المرض عين الاعراض التي تصاحب الثقب المعدي وتكون واصفة  
 له وذلك كالالم المعدي والتي الدموي الذي يحصل زنا فزنا وقد انضح من  
 مشاهدات الاحوال المعلومة لنا عدم صحة أن كالم الام المعدي والتي  
 يتأخر حصوله في احوال القرحة الثاقبة الاثني عشرية عن القرحة الثاقبة  
 المعدية كما انضح ايضا انه يندر ان يكون مجلس الام ساقطا الى الجهة اليمنى  
 والسفلى من القسم الشراسيمي وزيادة على ذلك لا يحصل اليرقان بكثرة في  
 احوال القرحة التي نحن بصددها بحيث ان التشخيص التمييزي للقرحة  
 المذكورة ليس له سندا يترتب عليه وانما الذي يتضح من ندرة اصطحاب  
 القرحة الاثني عشرية الثاقبة باليرقان هو ان هذه القرحة كالقرحة المعدية  
 لا تصطب على الدوام بل ولا في الغالب بتغيرات نزلية في الغشاء المخاطي  
 ولو كان هذا الاصطحاب كثيرا لحصول اضطراب التغذية بتسرع في  
 القرحة المعدية واصطحب القرحة الاثنا عشرية كثيرا اناسا داء في القناة  
 الصفراوية واحتباس في الصفراء وامتصاصها (اعني باليرقان) وعلى هذا فمضى  
 حصل التهاب يرتوي بخافي عقب اضطراب خفيف في الهضم لا يمكننا الحكم  
 القطعي بانه حصل ثقب في قرحة معدية او اثني عشرية كما انه لا يمكننا قطع  
 الحكم في ذلك عند مشاهدة مجموع الاعراض السابق ذكرها أعني الاحساس  
 بالضغط والامتلاء في القسم الشراسيمي عقب الاكل وازداد حساسيته  
 والالام المعدية والتي ونحو ذلك انما هو من حيث ان القرحة المعدية أكثر  
 حصولا من القرحة الاثني عشرية فالغالب ان يكون مجلس القرحة المهددة

لا الاثني عشرى وبالجملة فقد ذكرت أحوال مرضية في كتب الطب فيها  
 اصطحبت القرحة الاثنا عشرية بأن يأتي على نوب واستنتج من كون مجاس  
 هذه الآلام في الجهة اليمنى من القسم الشرقي ومن حصولها بعد الاكل  
 بثلاث أو أربع ساعات ومن فساد الهضم المحضى ومن تعدد المعدة الواضح  
 جداً أن المريض مصاب بقرحة اثني عشرية على غلبة الظن ومع ذلك ففي  
 مثل هذه الأحوال لا يمكن التمييز بين التضايقات البسيطة والتضايقات

#### السرطانية للبواب

وحيث أنه يعسر علينا التمييز بين القرحة المعدية المنفتحة والتي شقيت  
 وخلفتها اثره التحام فلا بد وان تعذر علينا عدم التمييز بين القرحة الاثني  
 عشرية المنفتحة واثرة الالتحام التي شقيت والالتهاب اليربوني الذي ينشأ  
 عن ثقب القرحة الاثني عشرية يتصف بعين الظواهر التي تحصل من ثقب  
 القرحة المعدية غير انه يظهر انما السرع منه في السير وماذاك الاسباب  
 اختلاط المواد الصغراوية بالمواد المنسكبة في البطن

#### \* (المعالجة) \*

معالجة القرحة المعدية الناقبة تستدعي عن الوسائط التي ذكرناها في  
 معالجة القرحة المعدية كت تنظيم التدبير الغذائي واستعمال مياه الينابيع  
 الطبيعية القلوية أو القلوية الحامضية خصوصاً المياه القاترة القلوية كينابيع  
 (كرلوس باد) و (امس) وكذا تستعمل في بعض الأحوال نترات البزموت  
 ونترات الفضة من الباطن وعند وجود آلام معدية شديدة تستعمل  
 المخدرات

#### \* (المبحث الثالث) \*

(في تضايق القناة المعوية وانسدادها)

الاجود شرح جميع التغيرات المتنوعة التي تحدث تضايقاً وانسداداً في  
 المعى في مبحث واحد فان معظم الاعراض التي تنتج عنها واحدة

#### \* (كيفية الظهور والاسباب) \*

تضايق المعى أو انسداده قد يكون أولاً ناتجاً عن ضغط أو كثر ما يحصل من  
 ذلك ضغط المستقيم بواسطة انقباض الاب الرحم أو أورام في الحوض كاورام



الرحم الليفية او الالكياس المبيضية التي تشغل عند ازدياد حجمها محلها غير  
اعتيادي أو الاورام أو الخراجات التي يذوبها عظام الحوض او غيره من  
الاعضاء وقد يضغط بعض اجزاء من المني الممتلئة بالمواد السفلية او المكابد  
للاستحالة السرطانية على اجزاء معوية كانهتسأسفل منها كما ان الضغط قد  
يسكون واقعا من جرم مساريقي منجذب الى اسفل بواسطة عروة معوية  
منصرفة في كيس فتقى على بعض اجزاء المني الكائنة بين هذا الجزء المساريقي  
والعمود الفقري

ثانياً قد يكون تضايق المني ناتجا عن تغير مادي في الجدر المعوية كما هي اغاب  
اشكال التضايق المعوية وأكثرها حصولا ما ينشأ عن التمام القروح المعوية  
سيما القروح النزلية والجرابية والدوسنة طاريا ويندر أن ينتج التضايق  
المعوية عن التمام القروح الدرنية ولا يحصل أبدا عقب القروح الليفية  
وقد تشاهد تضايقات ندبية في المستقيم عقب التمام قروح زهرية او جروح  
فيه ويندر جدا مشاهدة التضايق البسيطة في المني اى الناتج عن مجرد ضخامة  
في جدره كما يشاهد ذلك أحيانا في المريء والبواب وقد يحصل التضايق  
المعوية من تولدات مرضية جديدة سيما التولدات السرطانية وسيأتي ذكر  
ذلك

ثالثا قد يكون انسداد المني عن التوائه على محوره فان التواء المني ولو نصف  
التواء يكفي في ازالة تجويقه وحصول الانسداد يتم اما بالتواء الجزء المعوي  
على محوره واما بالثقاف المساريقا بتمامها أو جزئها مع العروة المعوية  
المرتبطة بها واما بالثقاف احدى العرا المعوية مع الجزء المساريقي المرتبطة بها  
على عروة معوية أخرى وبما هيى لحصول الالتفافات المعوية على محورها  
كثرة طول المساريقا واسترخاؤها

رابعا قد يكون انسداد المني عن اختناق باطنى ويحصل ذلك متى دخلت  
احدى العرا المعوية في ثقب في التجويف البطني او اندفعت خلف رباط  
متوتر فيه واحتمت بذلك فقد يمتدق جرم معوي في ثقب (ويترو) او في  
ثقب عارض او خلقى في الثرب أو في المساريقا والغالب ان تكون اللججة التي  
تؤدى للاختناق الباطنى بقايا التهاب برتموني يحصل من قبل وقد توجد بين

الاعضاء المحيطة بخاصة بين الرحم والاعضاء المحيطة به وقد تلتصق إحدى  
الغرا المعوية حول التراب المتوتر المثبت في الأسفل او حول المعلقة الدودية  
المتصقة طرفها به فتمتدق بسبب ذلك

خامساً قد ينسد المعى عقب اندفاع جزءه المعوى في تجويف الجزء التالى له  
والغالب ان يحصل هذا الاندفاع من أعلى الى أسفل ويسمى ذلك بالانغصم  
المعوى واذا حصل انسداد المعى عقب انهطاف جزءه المعوى على نفسه سمي  
ذلك بالاندخال المعوى ومتى وقع التداخل المذكور تراكم ثلاث طبقات  
من المعى على بعضها فالطبقة الظاهرة والعلوية تسمى بالغمدة الوسطى  
والباطنية يسميان بالانغصماتين فالطبقة الظاهرة والوسطى يتلامسان  
بسطحهما المخاطيين والوسطى والباطنية يتلامسان بسطحهما المصليين  
وتوجد المسار يقامه توسطة بين الطبقة الوسطى والباطنية وحيث انها مثبتة  
لقاعدة فتجذب انجذاباً شديداً عند تداخل المعى فينجذب الجزء المثبتة فيه  
بانجذابها فيكتسب الجزء المعوى المنغصم شكلاً منحرفاً وفتحته تتحول من  
المركز نحو جدار الغمدة فتكتسب شكل شق ضيق منجذب وبواسطة توارد  
المواد المحتوى عليه المعى تدفع الجزء المنغصم الى أسفل تدريجاً وأما الجزء  
المعوى الظاهر فيزداد انعطافه والتداخل المعوى يشاهد في المعى الدقيق  
والغليظ ولا يندران يوجد الجزء السفلى من المعى الدقيق متداخلاً في المعى  
الغليظ وهناك أحوال شوهدها الصمام اللفائى الاوروى قريبا جدا من  
الشرح او يارزانه ثم ان التداخلات المعوية تنشأ غالباً بمدة سير الامهالات  
المزمنة وكيفية حصولها على غلبة الظن ان جزءاً من المعى ينقبض انقباضاً  
قويًا بالحركات الديدانية ويستطيل مع ذلك ويتجه نحو الامام كدوة  
ساجدة فيدخل بقدر ما تسمح له لزلافة البريتون وتثبت به بالمسار يقام في جزء  
معوى آخر أسفل منه غير منقبض تلك الحركات فهذه تلك ينجذب جزءه من  
هذا الاخير تبعاً للاول وينعطف وبواسطة حركات ديدانية جديدة يزداد  
اندفاع الجزء المنغصم من المعى في الجزء الظاهرى المنغصم له الى ان يقف اندفاع  
الجزء الباطنى المذکور بواسطة مقاومة المسار يقام بالتصاق القنوات  
التداخلية في بعضها وقد يشاهد تداخل معوى او تداخلات معوية قصيرة



في جثة الاطفال سيما الهالكين عقب الاستسقاء الدماغى لـكن هذه  
التداخلات تـمـ بـرطـواهر رمية حصلت عند النزح كما يثبت ذلك فقد  
الظواهر الالتهابية والظاهر ان حصولها قد يكون ناتجا عن انقباضات  
معوية غير منتظمة بها تدخل الاجزاء المنقبضة من المعى في الاجزاء الممتعة  
منها ثم انه بـنى امر ينبغي ملاحظته وهو انه قد تشاهد انقباضات معوية ظاهرة  
من خلال الجدر البطنية عند بعض الحيوانات قبل موتها بقليل وذلك بعد  
حصول شلل في المجموع الدماغى الشوكى

سادسا قد ينسد المعى بواسطة المواد الثقيلة الجافة الصلبة المتراكمة فيه او  
تجمعات حجرية تتكون في مواد ثقيلة متكاثفة ورواسب من أملاح  
فوسفاتية وكلسية والانسداد الناشئ عن ذلك قد يكون تاما بالكلية  
والاعراض التي تظهر مدة الحياة تكون خطيرة جدا كما في الالتواء المعوى  
والاختناق الباطنى والتداخلات المعوية والاحوال التي فيها زال كل من  
تقايى المواد الثقيلة والامساك المستعصى بواسطة تعاطى الزئبق المعدنى  
بكمية عظيمة وغير ذلك من الاسباب القوية لا ينبغي اعتبارها أحوال تنفاه  
للاختناق المعوى الباطنى بل دال على ما على ان احتباس المواد الثقيلة ينتج  
عنه مجموع الاعراض المعبر عنها بالقولنج وبمفص (رب ارحم) والانسداد  
الكلى للمعى بواسطة المواد الثقيلة المتراكمة قد يشاهد في المحال التي فيها  
عائق ميكانيكى يعوق دائما سير متصل المعى فيه او يظلمه وذلك كاعلى محال  
انثناء المعى او التصاقه التي سبق الكلام عليها في المبحث السابق وكاعلى  
الاصفار المنضغطة من المعى وأعلى التضاريفات المختلفة منه ويظهر في أحوال  
أخرى ان ضعف حركات الطيبة العضائية من المعى او تناقص افرازها المخاطى  
يعين على تجمع المواد الثقيلة السادة له وقد نشأ هذا الشكل من الانسداد  
المعوى عن الافراط من تعاطى المواد الغذائية التي تتكون عن مواد ثقيلة  
بكمية كمتعاطى البقول او الخبز المحتوى على كثير من النخالة او من تعاطى  
الهليون غير جيد التفسير

\* (الصفات التشريحية) \*

أما شرح الاورام المختلفة التي يمكن ان تضغط على المعى فيخرج جنانا

الموضوع والكلام على الصفات النثر بحسب التضايفات المعوية يذكروا في  
مبحث التغيرات المرضية التي تلي عنها وتغيرات أوضاع المعى المؤدية لانسداده  
قد سبق الكلام عليها في هذا المبحث

ويوجد المعى أعلى محل التضايق فمداداً عظيماً عادة ومعه جاذباً عظيماً  
بسبب استطالته وهذا الجزء من المعى تكون جدره ذات ضخامة ويجويفه  
متملئاً بالغازات والمواد الثقيلة ويوجد المعى أسفل محل التضايق فأرغافاً ومنه يطبق  
على بعضه والغشاء المخاطي في المحال المتجم مع فيها المواد الثقيلة زمنياً يطوى  
ويوجد بحسب العادة هذا التهاب نزلي مزمن يشور زمنياً فزمنياً فينتقل إلى الحالة  
اللزنية الحادة وعند انسداده المعى تنضغط أوعيته وأوعية المساريق وتوتر  
فينتج عن ذلك اجتماع عظيم في الأوعية الشعرية يؤدي لحصول اتساع  
عظيم في جدر المعى والتهاب نزلي شديد في غشائه المخاطي وارتشاح مصلى  
في الطبقة المصالية وأزرقه قليلة فيها والغالب ان ينضم لهذه التغيرات التهاب  
بريتوني كثيراً امتداداً وقليله ثم اذا بقي الضغط الواقع على الأوعية وتوترها  
نتج عن ذلك ركود الدم فيها ركوداً تاماً ووقوع الجدر المعوية في  
الغشائيات

وفي هذه الحالة يمكن ان ينشأ عن ذلك تنقبص المعى يكاد يؤدي إلى الهلاك  
عقب التهاب البريتوني الثقيل وهناك أحوال نادرة فيها تكون جدر المعى  
قبل التنقبص ملتصقة بجدر البطن وحينئذ يمكن ان ينتج عن ذلك ناصور  
برازي أو شرج غير طبيعي وشرح ذلك منوط بعلم الجراحة ثم انه في التداخل  
المعوي يمكن ان يحصل شفاء نسبي من موت الجزء المتغمدة وانفصاله ثم سقوطه  
من الشرج وذلك متى حصل التصاق متين بين الغمد وجزء المعى المتداخل  
فيه قبل الانفصال المذكور غير ان هذا الجزء يبقى دائماً اذا تضايق سبباً اذا لم  
يتغير الجزء السفلي من القطعة المعوية المتغمدة وينفصل ويبقى الجزء  
المعوي ملتصقاً بالغمد نفسه بحيث تبقى جدر المعى في هذا المحل متمكنة من  
ثلاث طبقات معوية متلاصقة

\* (الاعراض والسير) \*

أهم عرض للتضايق المعوي صعوبة التبرز وبطؤه لكن حيث ان كثيراً



من الاشخاص يعترهم ما ذكره بلا عائق ميخانيكي مانع لهم من حصول  
المعى لا بأس أن تتكلم هنا مع الاختصار على هذا الامسالك الاعتيادي  
فنقول

الامسالك الاعتيادي هو عبارة عن بطء وسهولة في التبرز وهو في الحقيقة حالة  
نسبية أي مختلفة باختلاف الاشخاص كما ذكره الشهير (هينوخ) في كتابه  
المتعلق باكلينك الامراض البطنية عند شرحه لاسباب الامسالك واعراضه  
مع الايجاز فقد جرت العادة ان بعض الاشخاص لا يحصل عندهم تبرز الا في  
كل يومين او ثلاثة مرة وهم مع ذلك في صحة جيدة واذا تكرروا عندهم التبرز  
زيادة عن ذلك رقت صحتهم في اضطراب وان بعض الاشخاص تضطرب صحتهم  
ويترضون اذا لم يحصل لهم تبرز في كل يوم مرة او مرتين وسبب ذلك قلة  
تكوين البراز عندهم ولا تعاطيهم مطعومات لا تحتوي الا على قليل جدا من  
المواد غير القابلة للهضم اولانه يتم عندهم تماثل العناصر الغذائية مماثلا  
تاموا ما الا تخرون فيكثر عندهم تكوين البراز اما تعاطيهم مطعومات  
تحتوي على كثير من المواد غير القابلة للهضم ولا اضطراب قوة الهضم  
عندهم وقد يحصل الاختلاف المذكور في أناس يتعاطون مطعومات  
مماثلة وقوة الهضم فيهم مماثلة كذلك وهم مع ذلك يتفاوتون في عدد مرات  
التبرز التي يحتاجون اليها للحفاظ صحتهم وهذه الظاهرة الأخيرة يعسر علينا  
توجيهها توجيها شافيا ويمكن ان يقال ان ذلك متعلق في أغلب الاحوال بان  
تهيج الغشاء المخاطي المعوي عند بعض الاشخاص بواسطة تراكم المواد  
الغذائية ومحصلات التحللات الهوائية لحصول التزلة في هذا الغشاء وعند آخرين  
يبقى هذا الغشاء سليما لقله تأثره وفي هذه الحالة الأخيرة لا يتكون في المعى  
المتراكمة في المواد الثقيلة الا قليل من الغازات فلا يتوتر البطن ولا ينتفخ  
ولا يندفع الحجاب الحاجز الى أعلى ولو تأخر التبرز يومين او ثلاثة اوا اكثر واما  
الحالة الاولى فيمتكون فيها غازات بكثرة بسبب سهولة التحلل من حصولات  
المعى عقب تأثير المواد المخاطية المتصقة بجدر المعى تأثيرا خفيرة في المتحصلات  
المذكورة فتفسدها وحينئذ ينتفخ البطن انتفاخا عظيما حتى ان احتباس  
المواد الثقيلة ولو قلب لا ينشأ عنه المكابيات والاعراض التي شرحناها

في المبحث السادس ولنصف للشرح المتقدم ذكر بعض الاعراض المتعلقة  
 بمجرد تراكم المواد الثقلية في الجزء السفلي من المي سيماني التعرّيج السفلي  
 والمسبة تقيم فتمقول بوجودها حيا ناعند بعض المرضى احساس بعدم الراحة  
 عقب التبرز وذلك انهم يحسون ببقاء بعض مواد ثقلية في المي كان ينبغي  
 خروجها احساسا باؤفراد يحدث عندهم قلقا ويصيرهم ذوى كآبة وكثيرا  
 ما ينضم لذلك اعراض أخرى ناتجة عن الضغط الواقع من المي الممتلئ على  
 الاوعية والاعضاء المجاورة ويؤدى الى ان يوردي هذا الضغط الواقع على  
 الاوردة الحرقمية لانتفاخ او ذعاوى في الاطراف السفلى والغالب ان  
 تتشكى المرضى المصابة بالامساك الاعتيادى ديبرودة في الرجلين وهذه الظاهرة  
 المتعبة تنجم عن عوق رجوع الدم من الاطراف السفلى بلا شك كما انه ينتج عن  
 الضغط الواقع على الاوردة الحرقمية الباطنة تمددات وعائية في جدرانها تقيم  
 غالباً وتمزق في جدرانها وعية المتعددة المذكورة زمنة فزمناً يعقبه حصول سائل  
 باسورى والعمامة تبالغ في منفعة القبدات الدوائية المياسورية والسائل  
 الخارج منها زاعين ان هذا هو السبب في قرصها الا انه نتيجة له وبهذه  
 الكيفية يحصل ايضا عائق في سير الدم الاتى من الشبكة الاستحيائية عند  
 الرجال او الوعائية الرجمية عند النساء ولذا يكاد يشاهد دائماً عند النساء  
 اللاتي يعترين امساكاً اعتيادى علامات استقامات رجمية تمضخ من ظهور  
 الطمحت الغزير والنزلات الرجمية وتؤدى فيما بعد الى حصول اضطرابات  
 غذائية قوية في الرحم غالباً وبهذا يتضح سبب شهرة منفعة حبوب مورشون  
 وجوده تأثيرها في اضطرابات الحيض والسيلان الابيض عند النساء وكذا  
 يكثرون يشاهد عند الرجال الذين يعتر بهم امساكاً اعتيادى بسبب عوق  
 رجوع الدم من الشبكة الوعائية الاستحيائية انعاظ وفيضان موى وقعهم  
 ذلك في فزع عظيم مع ما كانوا عليه من الكآبة من قبل وبالجملة فقد  
 يحدث الضغط الواقع على الضخيرة العجزية من المي الممتلئ آلاماً عصبية في  
 الاطراف السفلى او احساساً يثقل فيها وهو الغالب ثم ان اسباب الامساك  
 الاعتيادى غير الناتج عن الخنات او التصاقات او تضايقات معوية مختلفة  
 الشكل غير واضحة لنا ووجود الامساك الاعتيادى عند النساء أكثر منه في



الرجال ولا يندرفى المراهقين وانظاهرة غالباً ناشئ من بطء فى حركات المعى  
 لكن لا يمكن الوقوف على حقيقة سبب هذا البطء وقد يفتح هذا الامسالك عن  
 الاعتقادات الرديئة من حبس البراز زماناً طويلاً بحسب اقهرها ولذا عدوا  
 المعيشة الجلوسية كوظائف كثر العلماء وبعض الصمغ من أسباب هذا  
 الامسالك ومع هذا فلم يثبت ان كثرة الرياضة تؤثر جيه - دافى سهولة التبرز كما  
 قيل فان المصابين بالامسالك المذكور لم تفرغ عندهم تلك الرياضة وحدها وان  
 أكثر وانما أى لم تؤثر فيهم سهولة التبرز المأمولة لهم بالرياضة وقد يكون هذا  
 الامسالك ناشئاً عن حالة نزلية من منة فى المعى تؤدى ولو مع سهاكة الجدر المعوية  
 الناشئة عنها الى حالة قريية من الشلل فى طبقتها العضلية كما ذكرنا ذلك فى  
 النزلة المعوية ولذا يعترى الاشخاص الشريين فى الماء كل امسالك اعتيادى  
 غالباً وقد نسب بعض المتأخرين من الاطباء هذا الامسالك لضعف فى قوة  
 عضلات البطن وذكر أحوالها حصل من تمرن العضلات المذكورة تمرناً  
 تدريجياً قووة فى حركات الزحير وشفاء فى الامسالك المذكور ومن الاسباب  
 المضرة كضعف فعل العضلات البطنية المذكورة تعدد الجدر البطنية تعدداً  
 زائداً عن الحد واسترخاؤها كما يشاهد ذلك عند النساء عقب الولادة المتكررة  
 سيما الولادة التوأمية فان مثل هؤلاء النساء اللاتي تكون عندهن الجدر  
 البطنية رقيقة جداً حتى انه يكاد يحس بالاحشاء من خلالها يعترين على  
 الدوام امسالك اعتيادى والواقع ان مثل هؤلاء لا يكون عندهن قوة على الزحير  
 لكن يشاهد فيهن علامات الامتلاء الدموى البطنى والنزلة المعوية المزمنة  
 اللتين بهما فقط يمكن توجيه تهمة التبرز

وحيث ان الامسالك الاعتيادى ينشأ عن عدة أسباب وان هذا العرض  
 بانفراده لا يكفي فى تشخيص المضايق المعوى فكيف يعرف ان المضايق  
 المعوى وحده هو السبب الناتج عنه الامسالك ومعرفة ذلك تنبئ على  
 اعتبارات منها اعتبار مواد التبرز فانها فى أشكال الامسالك الاعتيادى  
 غير الناشئ عن المضايق المعوى يخرج على شكل منبارى ذى قطر غليظ  
 جداً غالباً وأما فى الامسالك الناشئ عن تضايق المعى سيما الذى يحمله الجزء  
 السفلى منه فان مواد التبرز فيه تكون مستديرة القطر على هيئة منباردقيق فى

غلظ الخنصر او قطعاً مستديرة كبحر الغنم ومع أهمية هذا العرض  
 في تشخيص التضايق المعوي ينبغي ان لا يذهب عن الطبيب أن مثل هذا  
 التضايق يشاهد عقب الجوع المستطيل وعقب الامراض المستطيلة  
 فان المعى الفارغ الذي يتقبض على بعضه في أثناء هذا الزمن يظهر أنه  
 لا يعود الى قطره الاصلى الا تدريجياً وكذلك الانقباض التشنجي  
 للعضلة العاصرة والمواد الثقلية الناشئة عن ذلك في بعض الاحيان يشبه  
 شكلها شكل المواد الثقلية المذكورة فلا ينبغي الحكم بوجود تضايق  
 معوى الا متى تحقق عدم وجود الحالتين المذكورتين أخيراً ومن الامور  
 التي يعتمد عليها في تشخيص تضايق المعى البحث عن تاريخ المرض فقد ذكرنا  
 ان أكثر التضايقات المعوية حصولاً ما ينشأ عن انقباضات تذبذبية التمامية  
 ولذا يغلب على الظن ان المر بضع مصاب بتضايق معوى متى شوهد دامساك  
 اعتماداً على مواد الثقلية ذات شكل مخصوص عند من كان مصاباً  
 بالدوسنتاريا المستطيلة او عقب اسهال كان مصحوباً بتقرح في المعى  
 كما انه يميز للطبيب في أحوال أخرى من معرفة تاريخ المرض بالجزم بوجود  
 انقلاب في الرحم أو ورم آخر في الحوض ضاغط على المعى ومضيق له ومن  
 المهم جداً في الوقوف على حقيقة التشخيص البحث الطبيعى فان الانتفاخ جزئياً  
 محدود من البطن ووجود صوت طبلي في محال الانتفاخ المذكور يدل على  
 وجود جزع معوى متعدد على صفره تضايق من المعى بشرط ان تكون هاتان  
 العلامتان مستقرتين بحيث تشاهدان عند تكرار البحث وبالجملة ينبغي أيضاً  
 عدم الاهتمام في البحث عن المستقيم بالدقة متى ظن بوجود تضايق معوى متى  
 لم يمتسر العثور على التضايق بواسطة الاصبغ وحب استعمال قساطير عمرنة  
 وليجرب ترس الطبيب عما يوقعه في الخطا من عثور القساطير المذكورة على  
 الصمد العجزى او على ثنية معوية تمنع من دخولها في المعى ومن الانقباضات  
 التشنجية المستقيمة وقت البحث المذكور فانها قد توقع الطبيب غير المتقن  
 في الخطا ومن المهم جداً الاجل الوقوف على حقيقة التشخيص عند النساء  
 التأكد من حالة الرحم ووضعها وحجمه بواسطة البحث عن المهبل او عن  
 وجود أورام في الحوض



وأما اعراض التضايق المعوى المفزعة جدا المهدة للحياة عند تقدم سير هذا  
 المرض فقليلة الوضوح في الابداء غالباً وغير خطيرة في الظاهر وذلك ان  
 المرضى يحسون بانتفاخ خفيف في البطن ومغص يظهر ظهوراً وادورياً ثم يزول  
 ويظنون ان عندهم تكديراً في الهضم فيتعاطون من تلقاء أنفسهم متفوع  
 البوابخ أو مليناً طيفاً ولا يندبون الطبيب للاستشارة كما هي العادة الا اذا  
 لم تنفرد هذه الوسائط الخفيفة وازداد الألم مع استعمالها ولم يحصل لهم تبرز  
 أو حصل لهم تهوع أو تقيؤ ومجموع هذه الاعراض يحصل منه دائماً للطبيب  
 الحاذق المتمرن فزع عظيم فأول ما يجب عليه البحث الدقيق عن جميع أصناف  
 الجسم التي يتأتى حصول الفتوق فيها وليحترس الطبيب من ظنه صدق المريض  
 في اخباره من أول الامر من انه مصاب بفتق او من اطعمته انه يجوابه لانه  
 ليس عنده فتق عقب السؤال منه وكما يبحث بالدقة عن جميع ما ذكر يبحث  
 أيضاً عن المسهات والمهبل للفتق عن وجود عائق مانع لمرور المواد الثقيلة  
 وعدم وجوده والطبيب ولومع ما به من القزع والرعب في مثل هذه الاحوال  
 يترجح عنده عادة أن مجموع الاعراض الموجودة عند المريض ناتج عن  
 احتباس المواد الثقيلة احتباساً مسهاتاً لكنه يمكن قهره بالمعالجة  
 اللدقيقة فبأمر للمريض باستعمال الحلقن والمسهلات من زيت الخروع  
 بمقدار عظيم مع اضافة قليل من زيت حب الملوک وعند ما يعود للمريض  
 ثانياً عما قبل من الساعات من تلقاء نفسه القزع عليه يجحد أن ما يخرج من  
 الحلقن اما قليل من المواد الثقيلة من الجزء السفلي من المعى او انه لم يحصل منه  
 أدنى تأثير وهو الغالب او ان الحلقن لم يتأت بالكيفية اجراؤه او ان تعاطى  
 زيت الخروع ولو مضافاً اليه قليل من زيت حب الملوک لم يفر بالكيفية  
 وحصل عقب تعاطيه عند المريض ازدياد في الآلام وفي متكرر من مواد  
 ضاربة للخصرة وان هيئته قد انقلبت فصار متغير الوجه ممتقع اللون بارد  
 الجلد سيما جلد اليدين صغير النبض فحينئذ يتأكد الطبيب ان معى المريض  
 مسدود بعائق قديتاً لصناعة الطب ازالته أولاً بما تقي ويزداد انتفاخ البطن  
 تدريجاً ويحصل عنده نوب مغص شديدة في غاية الآلام عبر عنها المرضى  
 بانقباضات تشنجية ويعقب نوب المغص غثيان وفي من مواد بأخذ لونها

في السمرة والتغير شيئا فشيئا حتى تكسب روائح المواد الثقيلة وهذا يزيد  
 في فزع المريض ومن حوله من أقاربه وقد حصلت مجادلات عديدة في ان  
 انسداد المعى الدقيق هل يكون مصحوبا بخروج مواد ثقيلة أولا وان هذا  
 لا يحصل الا اذا كان مجامس الانسداد المعى الغليظ الذي فيه يأخذ الغائط  
 في التسكون وقد اتضح هذا التجادل بالصفات التشرىحية فعمل ان متحصلات  
 الصائم تكون ذات رائحة كرائحة المواد الثقيلة سيما متى مكثت في هذا  
 الجزء من مناطق الاوان في التقايب المعروفة بالتقايب الغاطية تتدر ان تصادف  
 المواد الثقيلة الحقيقية او عدم خروجها أصلا والذي يظهر لي ان متحصل  
 المعى الغليظ لا يمكن رجوعه من الصمام الاعورى اللقائى الى المعى الدقيق  
 والمعدة والذي يظهر ان متحصل المعى الدقيق يصل الى المعدة عند انسدادها  
 بالكيفية الاتية وهي ان انقباضات جدر المعى تدفع المواد التي لم يمكن  
 طردها الى أسفل نحو الاعلى وعمل ذلك يتم بكيفية منتظمة بمعنى ان انقباض  
 جدر المعى يعقبه انقباض في الجزء الكائن اعلاه بحركات ديدانية منتظمة هذا  
 امر غير محجوز به وعلى كل حال فن الواضح ان جميع المسهلات الشديدة تزيد  
 في رجوع متحصل المعى الى المعدة مادام العائق موجودا وذلك بتقويتها  
 للانقباضات المعوية ومن المهم في حركات التي التي تحصل حينئذ فعل  
 عضلات البطن فانها هي والانقباضات العضلية للجزء البوابي السبب في قدق  
 متحصل المعى الى الخارج ثم ان هذا المرض قد يكثر احيانا اسبوعا واسبوعين  
 او يزيد مع الاعراض السابقة التي قد تكون متردة احيانا تترد انوية او في  
 أثناء النوم التي تسبق التي عادة يحس او يشاهد في البطن عروية معوية في  
 حجم ذراع تصعد الى أعلى ثم تنقلب فيه بحركات تعبانية مصحوبة بقراقر  
 واضحة فكان المعى يتصارع بقوة مع ما فيه من المواد الممتسدة اسكن هذه  
 الحركات التشنجية لا تثمر فارضى مع تغير هيمتها بالكيفية تكون ذوى حالة  
 مفترعة فيكون اللون تريا وسخا والوجه مغطى بعرق بارد والايدي باردة غير  
 محسوسة النبض وأما الادراك فيسقى غير متكد زمنطاطو بلا ثم لت المرضي  
 في حالة انحطاط باعراض الشلل العموى  
 هذا اذا لم ينضم لانسداد المعى سرعة اعراض الالتهاب البريتونى المنتشر فان



انضم له ذلك اختلفت صورة المرض حينئذ وتغيرت فالبطن ينفتح بسرعة عظيمة ويصير متوترا ومالجا بحيث لا يتحمل أدنى ضغط عليه وحيث ان الفصح الانتهابي البريتوني في مثل هذه الحالة لا يكاد يوجد الا بين الاعراض المعوية المتعددة لا يتيسر معرفته بواسطة صورة القرع القارغ في الاجزاء المنحدرة الانادرا والمرضى لا يكونون في حالة قلق وضجر في فراشهم مثل الحالة السابقة بل مستلقين على ظهورهم في حالة سكون متجنبين للحركات بالكلمة لانها تزيد تألمهم ويتواتر انقبض جدا وترتفع الحرارة كذلك ويضغط الحجاب الحاجز المنذفع الى أعلى على الرئة فيصير التنفس سريرا وعوقا استقرغ الدم من القلب الايمن يكسب المريض لونا سيانوزيا ولا يتغير بالكلية اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر اعراض انسداد المعى القليلة الواضحة السابقة الذكر حتى لاتراعى مراعاة تامة اذ يعرف الالتهاب البريتوني دون الاختناق الباطني المعوي اى الانسداد المعوي الناتج هو عنه فعلى الطبيب حينئذ ان يتمسك بقانون عام هو انه لا يفتقد وجود الالتهاب البريتوني الروماتيزمي كما يقال الامع غاية الاحتماس وان أول شيء يتصور وجوده في جميع الاحوال التي يظهر فيها الالتهاب البريتوني ما عدا زمن النفاث هو أما تقب معوى او قروح او انسداد معوى حاد ومتى كان حصول هذا الخائيا ولم يكن مصحوبا بالقيء كان دليلا على وجود الثقب وأما اذا كان تدريجيا ومصحوبا بابتداء بالقيء واستمر هذا التي مع الاستعصاء وأظهر به مواد ثقيلة دل ذلك على وجود انسداد معوى دلالة أكيدة وسير المرض في هذا الشكل الاخير سريع جدا فانه يحصل بعد أيام قلائل انحطاط وشلل عامان والغالب ان يعقبه الموت

والغالب ان لا يعرف مدة الحياة ان مجموع الاعراض التي شرحناها شيء عن التواء في المعى او اختناق باطني او تغمد او انسداد فيه بواسطة تجسد المواد الثقيلة وليس عند الطبيب أدنى علامة يعتمدها في تشخيص التواء المعوى مدة الحياة وأما وجود الاختناق المعوي الباطني فيعرف بالتأكد من ان المريض كان مصابا سابقا بالتهاب بريتوني فان كلاً من الالتهاب والاحيلة التي نشأ عنها الاختناق المعوى غالبا يكاد يكون دائما بقايا الالتهاب

البريتوني السابق حصوله وأما التغمم المعوي فقد يظهر في أعراضه  
 خصوصياتها يسهل تمييزه من بقية أشكال الانسداد المعوي وذلك أنه  
 يوجد فيه ورم شكله كشكل المنبار ذو مقاومة يسهل عادة يحمس به أحيانا  
 من خلال جدر البطن سيما إذا لم تكن هذه الجدر متوترة ولا يمكن زحزحة هذا  
 الورم الا قليلا ولا يمكن بالكيفية ويكون مؤلما عند اللمس وبالقرع عليه  
 يكون صوت القرع غير فارغ بالكيفية عادة أي ليس اصم بالكيفية وفي هذا  
 التغمم يكون الانسداد المعوي غير تام بالكيفية غالباً بحيث يخرج من  
 المريض مواد ثقيلة وغازات زمنية فزمنة ويحصل زيادة عن ذلك احتقان  
 عظيم في العروة المعوية بسبب الضغط الواقع على اوردتها ثلثها المسار بقية  
 احتقاناً يؤدي لسهولة تمزق او عيب الغشاء المخاطي المعوي وخروج مواد  
 دموية فقط او دموية مخاطية من الاست وهذه الظاهرة مهمة في تشخيص  
 التغمم المعوي عند الاطفال الذين يشاهد فيهم هذا المرض بكثرة وفي هذه  
 الاحوال يكون كل من القولون والاعور والصاعد في الاغلب منقلباً على  
 الجزء السفلي من المعى الغليظ أو على المستقيم ولا يكون الامساك كما هو يندر  
 ارتقاء القيء بحيث يصير غائطياً وارتفاع البطن يكون عادة قليل الشدة  
 بحيث يندر حصول التهاب بريتوني منتشر وأما الامساك فمرغبات البرازية  
 الدموية فقط او الدموية المخاطية فيندر ان تفقد وتشخيص التغمم المعوي  
 يتأكد متى أمكن الوصول بالاصبع الى الجزء المعوي المتغمم ووجد فوهة  
 مستعرضة منقبطة متجهة نحو جدر المستقيم غالباً ومتى انقذف هذا الجزء  
 المتغمم وكانت معرفته مدركة وان كان متغيراً بسبب تغمره وأما انسداد  
 المعى بواسطة تراكم المواد الثقيلة المتسببة فتسهل معرفته في الاحوال التي  
 فيها يمكن الاحساس والعمور بها في المستقيم ومتى وجد ورم صلب في البطن  
 سهل التحول لا يبقى عند الطبيب شك في انه متسكون من تراكم المواد الثقيلة  
 او من تراكمات سخرية سادة للمعى ثم اذا كان المريض اعتراه من قبل علامات  
 تضابن المعى وارتقت هذه العلامات فجأة الى اعراض الانسداد المعوي غلب  
 على الظن ان هذا الانسداد الفجائي ناتج عن المواد الثقيلة الصلبة وهذا  
 الشكل من الانسداد المعوي تتأكد معرفته بسبب سيره الجيد ووزوال



الاعراض بخافة عقب خروج كمية عظيمة من المواد الثقلية  
وتشخيص الانسداد المعوي والحكم على عاقبته تستنج مما ذكرناه في اعراض  
هذا المرض وسيره

\* (المعالجة) \*

امام معالجة الامساك الاعتيادي فقد سبق الكلام عليهم في المبحث السابق  
عند الكلام على المعالجة السميوية بقدر ما يقتضيه موضوع هذا الكتاب  
والافلوذ كرامنا فاع كل جوهر مسهل ومضاره تفصلا لئلا يظن جناس الغرض  
المقصود من هذا الموافق كما أنه لا يمكن ذكر لمباح المعالجة الجناستية  
السويدية (وهي عبارة عن تحريض الفعل العضلي والحركات لتقوية الجسم  
لا سيما المجموع العضلي الخاص أو العام) في الامساك الاعتيادي لانه ليس  
عندى تجارب شخصية في ذلك ومن هذا القبيل في استعمال الكهر بائية  
الموصى به في هذا الموضع ايضا فان وضع الموصلات الكهر بائية على الجدر  
البطنية يمكن ان يحدث انقباضا في عضلات البطن ويتكرر استعماله  
تقوى العضلات وليس لذلك ادنى تأثير في حركات المعوي ورأى من اوصى  
بوضع موصل جلواني في القم و آخر داخل الاست لاجل ازالة الامساك  
الاعتيادي يعتمد من قبيل الهديان

وامام معالجة التضايق المعوي خصوصا الذي يحلسه المستقيم فهي عبارة عن  
استئصال الاورام وتوسيع التضايقات وعمل شرح صناعي وذلك منوط بقرن  
البراحة واما التضايقات الكائنة في جرة بعد عن المعوي فلا يمكن شفاؤها  
شفاها تاما لكن يقتصر على استعمال تدبير غذائي به يقبل تكون المواد  
الثقلية بقدر الامكان وكلما اتضحت اعراض التضايق المعوي وجبت زيادة  
الاعتناء في التدبير الغذائي بان يغذي المريض بالبيض والامراق القوية  
وباللحوم اللطيفة ذات الالياف الرقيقة جدا ومع ذلك يجتهد في احداث  
استقراعات برازية مع الانتظام بالحقن والمسهلات واسهل الانسدادات  
المعوية معالجة شكل الانسداد المعوي الذي ينتج عن احتباس المواد  
الثقلية المتبسة واللجمعات الحجرية فانه اسهل معالجة من الناتج عن تغير في  
وضع المعوي وهذا انما يكون في خصوص انسدادات المستقيم بواسطة المواد

الثقيلة المتبسة المتراكمة فوق العضلة العاصرة للشرح بكمية عظيمة جدا  
 والطبيب الذي يتوقى الحس الموضعي ويتراخى في مثل هذه الاحوال حيا منه  
 كثيرا ما يعطى المسهلات واحدا بعد آخر بلا طائل واما الطبيب الجسور  
 الذي لا يخشى المراجعة عند الاقتضاء فكثيرا ما يتحصل على نجاح عظيم لكن  
 من المعلوم انه كلما ما يلجئ الحال الى التؤدة والصبر في احداث مسلك  
 بواسطة الاصبع او يد معلقة او جفت لاجل فتح طريق المواد الثقيلة  
 المتبسة حتى تصل الحقن التي لا يمكن استعمالها قبل ذلك بواسطة مجسات  
 مرنة يميز بها من المواد المتبسة ثم فعلى الحقن المينة واصعب من ذلك  
 معالجة الحالة التي تكون فيها المواد المتبسة محتبسة في جزء معوي اعلى  
 المستقيم ومعالجة هذه الحالة ترجع لما ذكرناه في تعيد المواد الثقيلة المتبسة  
 المتراكمة في الاعور وعند الكلام على معالجة التهاب الاعورى البرازي  
 فيجتمد الطبيب اولاً في احداث التبرز باعطاء بعض ملاعق من زيت  
 الخروع او مقدار عظيم من الزئبق الخلو ويمكن مساعدة ذلك باضافة نصف  
 نقطة من زيت حب الملوك فان لم تثمر هذه الجواهر وازداد التي معقب  
 استعمالها وجبت المداومة على استعمال طومبات الحقن فانه اقوى  
 الوسايط والمجها في تحليل المواد الثقيلة المتبسة المحتبسة في المعى الغليظ  
 والوصول اليه ولا ينبغي الياس عند عدم تأثير الحقن الاولى بل تكرر مرتين  
 او ثلاثة ايام فقدر شوهه بعد المداومة على ما ذكرنا من خروج بعد اربعة  
 ايام مواد ثقيلة صغيرة تبسه سهلة التفتت ذات رائحة كريهة جدا مختلطة  
 بسائل الحقن ثم خرجت كمية عظيمة من المواد المذكورة ويمكن في حالة الياس  
 الالتجاء الى اعطاء الزئبق السائل المعدني من اواق الى رطل وازيد فان هذا  
 الزئبق اذا لم يثمر غيره من الطرق العلاجية فهو بثقب بثقبه المواد الثقيلة  
 المتبسة او يدفعها الى الخارج واما التواء المعى على محوره واختناقها  
 الباطني فيكاد لا يشخص اكد احق يلجئ الى المبادرة بعملية القطع البطني  
 التي يبادر بها في هاتين الحالتين ومن الجائز ان الزئبق السائل يمكن ان يعدل  
 المعى المتورق بثقله ويرد عروية معتمة بسبب الجذب الذي يجده فيها  
 متى وصل الى قعرها ومع ذلك فالاحوال التي يشاهد فيها نجاح من هذا



القيمة لا تكفي الطبيب في الوقوف على حقيقة التشخيص وحيث ان المعى  
 يكون منه عطفاً من اعلى الى اسفل على الدوام في التغمد المعوى فالمسهل  
 لا يجوز استعماله بالكيفية لانه يزيد في اندفاع الجزء المعوى المتغمد ونزوله في  
 غمده الى اسفل كما لا يسوغ اعطاء الزئبق المذكور في هذه الحالة لما ذكر  
 ويمكن المبادرة باجراء الشق الباطني ان أمكن تشخيص التغمد المعوى  
 ابتداء اعتماده على ما حصل من النجاح احياناً وان أمكن الوصول من  
 المسقيم الى الجزء المتغمد وجب الاجتهاد في رده بواسطة مجر من يدخل  
 بغاية الاحتراس مثبتاً على طرفه قطعة من الاسفنج فقد حصل من هذه  
 الطريقة نجاح عظيم خصوصاً في بعض احوال التغمد عند الاطفال واذا لم  
 يمكن الوصول الى ما ذكر وجب الحقن بكمية عظيمة من السائل او نفخ كمية  
 عظيمة من الهواء في المسقيم بواسطة كبر لاجل دفع الجزء المعوى المتغمد  
 ورده لكن متى طرأ الالتهاب البريتوني الشديد فلا تجدى الوسائط المذكورة  
 فعابل تزيد في خطر المرض حيث ان الاجزاء المعوية ملتصقة ببعضها ولذا  
 ينبغي الاقتصاد على استعمال الافيون بمقدار عظيم وتعطية البطن  
 بالمكمدات الباردة وكذا ينبغي الانتقال لاستعمال الطريقة العلاجية في  
 الاحوال التي فيها توجد علامات الالتهاب البريتوني المنتشر كما يكون ذلك  
 في قيمة اشكال الانسداد المعوى

\*(المبحث الرابع)\*

(في الاصابة الخنازيرية والدرنية للمعى والغدد المسارية قيمة)

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

الاصابة الدرنية للمعى والغدد المسارية قيمة ليست كثيرة الحصول كما يقال على  
 العموم وبعبارة اخرى ان كثيراً من هذه الاصابات لا يكون ناشئاً عن تسكون  
 درن دخني في المعى او الغدد المسارية قيمة وهو النوع الوحيد من الدرن الذي  
 نعرف بوجوده بل ناشئاً عن اسهالة جنينية في الاجر به المعوية والغدد  
 مسارية قيمة

والغدد المنقرقة للمعى وعددها المعروفة بغدد ديمير التي هي من المعلوم انها  
 ليست اعضاء مفردة بل انها مجرد غدد ليقاومها بنسب بسيطة تصاب عند وجود

التغيرات المرضية المختلفة في الغشاء المخاطي المعوي فتوجد في أحوال  
الالتهابات النزلية المعوية الحادة والمزمنة متفاوتة الانتفاخ بارزة عما حولها  
وانتفاخ هذه الاجر به الناشئ من جهة عن ازدياد عناصرها اللولوية ومن  
جهة أخرى عن ازدياد قبولها الكمية عظيمة من السوائل يزول غالباً بزوال  
الالتهاب النزلي بدون ان يخلفه ادنى اثر لكن هذا الانتفاخ قد يستعصى  
ويزداد ازدياداً عظيماً تبز ازدياد التكون الخللائي بحيث يحصل غثو عظيم  
وتراكم في العناصر الخللائية فيحصل ضمور في هذه الاجر به واستحالة شمعية  
غير تامة أعنى استحالة جبنية وكما تصاب الغدد اللينفاوية الصغيرة التي في  
جدار المعى كذلك تصاب الغدد المسارية يقيمة التي تقبل السائل اللينفاوي  
الاتي من الغشاء المخاطي المعوي متى كان هذا الغشاء مجاساً للتغيرات  
مرضيه فانه يعترى تلك الغدد عند الاصابة بالنزلة المعوية الحادة والمزمنة  
انتفاخ ناشئ أيضاً عن غثو خللائي وازدياد في السائل المشبه به وهذا  
الانتفاخ يكون في الغالب واهماً وقتياً غير انه احياناً يصير عظيماً ومستعصياً  
وحيث ان تراكم العناصر الخللائية في الغدد المسارية يقيمة يكون عظيماً جداً  
لا بد وان يعترى استحالة جبنية

والاجر به المعوية التي اعترتها الاصابة الجبنية يحصل فيها عمقا قبل من الزمن  
لين فينتج عن ذلك تكون خراجات صغيرة في جدار المعى ممتلئة بمواد جبنية  
وعند انفجارها تتكون قروح صغيرة تزداد فيما بعد ازدياد اعطيم اعقب  
امتدادها الى الاجزاء المحيطة بالاجر به المعوية بامتداد التكون الخللائي فيها  
وتلاشيها

ومن النادر حصول تلاش في الغدد المسارية يقيمة المكابدة للاستحالة الجبنية  
وانفجار محفظتها وكذا البريتون بل الغالب ان يحصل فيها تكاثف تدريجي  
ثم استحالة المادة الجبنية الى عينة طباشيرية او تراكمات كاسية صلبة وان  
نظرونا بالدفقة الى الاشخاص الذين يشاهد عندهم انتفاخ عظيم مستعص في  
الاجر به المعوية والغدد المسارية يقيمة ومكابدتهم الاستحالة الجبنية استبان لنا ان  
معظمها اطفال وبالخصوص اطفال يكون فيهم للعقد اللينفاوية الدائرية  
والشمعية ميل للانتفاخ العظيم والاستحالة الجبنية في اثناء سير الطفحات



الجلدية انشاعة والسيلانات الاذنية والتزلات الشعبية وغير ذلك ومثل  
 هؤلاء الاطفال يهرب عنهم على العموم بجنائز يري البنية وكل من هذا الامر  
 والمطابقة الكلية للتغيرات التشريحية يستتبط منه ان انتفاخ الاجرية  
 المعوية والغدد المسارية قيمة واستحالتما الجينية والقروح المعوية المناشئة  
 عن اصابة تلك الاجرية يعتبر اصابة جنائز يري في المعى والغدد المسارية قيمة  
 ثم ان الخطأ العام في اعتبار القروح المعوية الجنائز يري ناشئة عن الدرن  
 المعوى سهل التوجيه فان الغدد المتفرقة المرتشحة ارتشاحا جنبها الهامر  
 جهة مشابهة كلية بالدرن الدخني الجيني ومن جهة أخرى توجد بكثرة في  
 الصفات التشريحية اجزاء الطيقة المصالية المعوية المسامة لتلك القروح  
 مغطاة بدرن دخني لكن ان تأملنا حق التأمل وامعنا النظر في ذلك ورد  
 علينا سؤال وهو ان يقال في اى زمن نشأت القروح وفي اى أو ان حصل  
 التولد الدرني فيستنتج في كثير من الاحوال حل هذه المسئلة بان القروح  
 كانت في المريض منذ زمن طويل يحتمل ان يكون من منذ عدة سنين وان  
 الدرن لم يطرأ الا قبل الموت بقليل فحينئذ ما يحصل في المعى هو عين ما يحصل  
 في الرئة من انه ينضم كذلك للارتشاح الجيني والكهوف الدرنية تولد درن  
 بكثرة

ثم ان قابلية اصابة المنسوجات واستعدادها لان تكون مجلسا التولد العظيم من  
 اخلية جديدة عند اصابتهما بتغيرات التماية تتجاوز في كثير من الاشخاص سن  
 الطفولية كما يناف ذلك فيما تقدم لكن كما تصاب عند البالغين اعضاء أخرى  
 بالامراض خلاف الاعضاء التي تصاب عند الاطفال فكذلك التغيرات  
 والاستحالات المرضية النوعية الناتجة عن هذا الاستعداد تغير مجسم مع  
 التقدم في السن ففي سن البلوغ يندرج حصول التزلات المعوية الكثرة  
 الحصول جدا في سن الطفولية ويظهر بدلانها التغيرات المرضية للارتئين  
 ولذا نجد تماثل ذلك في الصفات التشريحية العديدة عند ادمارية قيمة متكاملة  
 وقروح معوية آخذة في الالتحام مع وجود ارتشاحات جينية حديثة في  
 الرتئين وتمت كانت آخذة في التقدم فيها لكن من المستغرب كون  
 التجارب ذات على ان الاشخاص البالغ الذين يندرفهم وجود اصابة الاجرية

المهوية والغدد المسارية يقيمة كاصابات منقرضة اولية كثيرا ما تعثر بهم تلك  
 التغيرات المرضية متى كانت رنتهم مجامسا التغيرات مرضية مشابهة لتلك  
 التغيرات المذكورة اوسبقت اصابتهم بها وبعبارة أخرى ان الاستحالة  
 الجينية في الاجربة المهوية والغدد المسارية يقيمة يندران تشاهدهم مشاهدة اولية  
 كمرض قائم بنفسه ويكثر حصولها حصولا ثانويا كضاعفة للسلسل الرئوي  
 وكل من درن المهي والغدد المسارية يقيمة نادر بقطع النظر عن التولدات الدرينية  
 التي تحصل حصولا تابعا حول قروح مهوية خنازيرية ومثل ذلك يقال  
 في السلسل المعوي الدرني فان الظاهر في كثير من الاحوال ان الدرن المعوي  
 التسابي يظهر في آن واحد مع الدرن الرئوي التسابي وان السلسل المعوي  
 الدرني يحصل بالخصوص في الاشخاص الذين اعتراهم شكل السلسل الرئوي  
 الدرني

\*(الصفات التشريحية)\*

الغالب وجود الاجربة المهوية المرشحة ارتشاحا جينيا او القروح الناشئة  
 عن تلاشيها واينها في اللغات وكثيرا ما تمتد الاصابة المرضية من اللغات  
 الى القولون والعلاقة الديدانية وهو الغالب وقد يكون القولون وحده  
 هو المصاب واما اللغاثني فيسبق سليما ويندرآن تشاهدهم اجربة مرضية  
 ارتشاحا جينيا وقروح في الصائم وتكاد لا تشاهدهم مطلقا في الاثني عشرى  
 والمعدة وعدد الاجربة المصابة يختلف فقد يكون المهي مغطى بها في امتداد  
 عظيم باستواء ولكن الغالب ان تكون الاصابة قاصرة على بعض اجزاء المهي  
 المتباعدة عن بعضها كثيرا او قليلا وفي الادوار المتقدمة تكون الاجربة  
 المنفتحة تعقدات كحب الدخن بارزة قليلا على سطح الغشاء المخاطي ذات  
 مقاومة ولون سنجابي تستعمل فيما بعد الى مادة تصفر عند استحالتها الى الحالة  
 الجينية وتتناقص مقاومتها ومتى انقلب الغشاء المخاطي من المواد الجينية  
 توجد فيه قروح مستديرة (تعرف بالقروح الدرينية الاولية) وفي دور متقدم  
 من هذا المرض يكون كل من الغشاء المخاطي والمنسوج الخشوي المحيط  
 بالقروح الاولية مجلسا الارتشاح جيني سنجابي ثم مصفر وتلاشي الارتشاح  
 الجيني والمنسوجات المرشحة واختلاط جملته قروح اولية يتسكون فقد



جوهر عظيم (يعرف بالقروح الدرية النافوية) وامتداد هذه القروح  
 يكون على حسب محيط المعى بحيث تكون قروح مسددة مختلفة في  
 العرض ويحصل في قاعدتها ارتشاح جبني وتلاش بحيث ان القرحة تأخذ  
 في الغور وتنتهي بان تنقب جدر المعى وفي أثناء امتداد القروح نحو الطبقة  
 المصلية يحصل في الاصفار المهدة بالثقب من هذه الطبقة التهاب بريوني  
 محدود بحيث يمكن بمجرد النظر من ظاهر المعى معرفة مجلس القروح فان  
 الطبقة المذكورة في هذه الاصفار تكون وسخة ثخينة واحيانا مغطاة بنضج  
 ليفي تلتصق بواسطته بالعر المعوية المجاورة ولا يندر أن مثل هذا الالتصاق  
 بين العر المعوية او اتصاقها الناشئ عن عمق في المدج الخلووى يقي من  
 انسكاب محتصل المعى في تجويف البطن عند حصول ثقبها وفي مثل هذه  
 الاحوال لا يخرج محتصل المعى من جدره المتثقبه عند دفع الصفات  
 القشرية الا ان انفصل هذا الالتصاق بقوة وان حصل زيف شعري عند  
 امتداد القرحة المعوية وجدت حوافها وقاعها مرشحة بالدم ومغطاة  
 بتعقدات دموية مسمرة ومن النادر أن يحصل شفاء تام في القرحة المعوية  
 واذا حصل ذلك شوهد انكماش في المنسوج الخلووى الكائن في قاع القرحة  
 فتجذب حواف الغشاء المخاطي الي بعضها حتى تتلامس بالكلية وتلتصق  
 ببعضها التصاقا اوليا ويبقى عقب ذلك على الدوام انكماش ندبي في جدر المعى  
 يوجد على سطحها الباطن على شكل حوية بارزة حلقيه ذات مقاومة  
 وفي احوال اتفاح العقد المسارية يمتد ذلك العقد مفتحة اتفاحا  
 عظيما بحيث تكون في عظم بيضه الحامه او الدجاجة او ازيد حتى تبلغ عند  
 اجتماعها مع بعضها حجم قبضة اليد ومادام هذا الاتفاح متعلقا بمجرد  
 خلوى فان الغدد تظهر عندئذ في رخواة ذات لون سنجابي وكثيرا ما يوجد  
 بعض محال من الاجربة المنفخه مستحيلة الى مواد جبينية في بعض الاحوال  
 وفي احوال أخرى يكون قليل من هذه الاجربة او كثير منها مكابد التلك  
 الاستحالة الجبينية وكثيرا ما يشاهد في الجنة آثار الاستحالة المسارية  
 الجبينية المنطقمة اى الذى انتهى سيرها فتوجد تراكمات كاسية غير منتظمة  
 متشعبة ومحاطة بنسوج غددي طبيعي اوضاع

وفي الشكل الحقيقي من تدرن الغشاء المخاطي المعوي يظهر في الادوار الاولى  
من هذا المرض تعقدات صغيرة سماوية على الغشاء المخاطي فتكون اما  
متفرقة او مجمعة فان وجدت تلك التجمعات الدخنية في أجزاء من الغشاء  
المخاطي ولم تكن مجاميع الاجربة يميز الجمعية كان ذلك أمراً مهماً يرتكن  
اليه في التمييز بين الدرن الدخني وافتتاح الاجربة المعوية وبأسستحالة الدرن  
الدخني الى الحالة الجينية وينمو وتقرحه تظهر قروح معوية درنية لاتصل  
مطلقاً للدرجة اتساع التقرحات الناشئة عن الاجربة المعوية التي اعترتها  
الاستحالة الجينية ويشاهد في محيطها بدلا عن المنسوج المرشح ارتشاحا  
جينيا تحميمات درنية حديثة

وعندما تصاب الطبقة المصلية بالدرن الناجي وهو كثير يشاهد أن الاصفار  
لمقابلة للتقرحات المعوية موشحة بتهقدات درنية صغيرة وهذه الاصفار  
تكون ممتدة كانهت بسبب نمو خلوي فيها وكثيرا ما يكون الطفح الدرني ممتدا  
من الاصفار المذكورة على طول الاوعية الليفية نحو المساريق

\* (الاعراض والسير) \*

يسهل في غالب الاحوال معرفة الدرن المعوي وصورته سيره متى كان عند  
مرريض علامات الدرن الرئوي من منذ زمن وحصل عنده اسهال خصوصا  
في الصباح من مواد برازية عجيفة اوسائلة ونتج عنها تخافة عظيمة قوى  
الظن بوجود هذا المرض والمواد البرازية وان كانت صفتها في هذه  
الحالة كصفة المواد البرازية في النزلة المعوية البسيطة وكان كل من البحث  
الكيمائي والمكروسيكوبي عن المواد المذكورة لا يدل على طبيعة المرض  
الاصلي في هذه الحالة الا ان كثرة تضاعف الدرن الرئوي بالدرن المعوي  
وعدم وجود اسباب واضحة للنزلة المعوية البسيطة مع استعصاء الاسهال  
يرجح أن الاسهال ناتج عن درن معوي يمكن التشخيص مع ذلك لم يزل غير  
مؤكد فانه يحصل ايضا اسهال مستعص في حالة تقدم الدرن الرئوي  
ولا يكون ناتجا عن درن معوي ولا عن تغير آخر مدرك مادي في جدار المعى  
ولا يمكن تمييزه عن الاسهال الناتج عن درن المعى حقيقة وهذه الامهالات  
المعروفة بالمذنية تتعلق فيما يظهر بتزايد ارتشاح مصل الدم القليل الزلاية



وهو لانه فهي - حيث من نوع الارتنشاحات المصلية التي تحصل في المنسوج  
 الخلاوي تحت الجلد في احوال الدرن الرئوي وغيره من امراض التهوكة ثم  
 عند تقدم سير هذا المرض يسبق حصول التبرز منغص عادة ويصير البطن  
 متزايد الحساسية عند الضغط عليه خصوصا في القسم الاعوري ومتى طرأ  
 هذا العرض الدال على اشتراك البريتون مع الامعاء وجب طرح الظن  
 بان هذا الالتهاب لا يباين عظاما اذا ازداد اشتراك البريتون الذي تكلمنا  
 عليه في البحث السابق زادت الآلام السابقة للتبرز غالباً ووصلت زيادة  
 احساس البطن عند الضغط عليه الى ارقى درجة ولا يندر ان يشاهد فيما  
 يمد بسبب مثل الطبقة العضلية المسالك نعم يخرج مع التبرز زماناً من زمان  
 المواد النضالية العجينية والسائلة كمية عظيمة جدا مع آلام شديدة للغاية  
 ومجموع هذه الاعراض قد يصير الاسامع والاشهر الاخيرة من حياة  
 المصابين بالسيل في غاية المشقة والتعب واما اذا حصل ثقوب معوية فيندر  
 ان تشاهد الصورة المرضية التي ينهاها عند الكلام على القرحة المعدةية  
 المزمنة فان الالتهاب البريتوني الذي يحدثه التثقب في هذا المرض يكون  
 محدودا ويتكيس الفصح بسبب التصاق العرا المعوية ببعضها حتى  
 حصل عند مريض من هذا القبيل فجأة آلام شديدة في الختلة وشاهد  
 الطبيب في هذا الجزء موضعا اذا مقاومة يكون عند اللمس على شكل ورم  
 غير منتظم وذات صوت أصم عند القرع وجب ان يتأكد ان هناك ثقوبا  
 معوية

وما يجب التنبيه له ان اعراض داء الصدرى السيل كثيرا ما تختفي عند  
 ظهور اعراض الدرن المعوى واتضاعها بحيث يقل السعال والنقث عند  
 المريض ولذا ينبغي التمسك في مثل هذه الحالة بالعلامات الطبيعية للدرن  
 الرئوي للتمكن من معرفة الدرن المعوى كما ينبغي ان يشك في تشخيص الدرن  
 المعوى في الاحوال التي تبق فيها العلامات الطبيعية المذكورة وغير واضحة  
 فتنظن ظهور الدرن المعوى عند طفل من الاطفال او ما او كان مصابا  
 لدرن في العقد الشهية أمكن معرفته وان فقد أقوى سند يعتمد عليه في  
 معرفة الدرن المعوى فينتهذه الآلام وعدم نجاح المعالجة وانطواهر



الجمية ترجح ان هذا السلام هو يادينا لاسلامه و يانزايا ومن الخطا المين اعتبار  
الاسمه ال عرضا ملازما للدرن المعوى بحيث لا يتفك عنه ولذا لا ينبغي الحكم  
عند فقد هذا العرض مع وضوح اعراض الدرن الرئوى لعدم وجود الدرن  
المعوى قطعا لانه يوجد احوال فيها تبرز المريض يكون منتظما ومتساكما مع  
كونه مصابا بقروح معوية دورية ممتدة كما يشاهد ذلك عند ما يكون المي  
الغليظ خاليا عن الاصابة بهذا الداء وعن غيره من التغيرات المرضية بحيث  
ان المنحصرات المائية للمي الدقيق يمتص جزؤها السائل فتبقى كائفا عند  
وصولها الى المي الغليظ ومرورها منه وكما انه عند ما تداد الدرن للمي  
الغليظ قد يفقد الاسمه ايضا لكونه ميوعة المواد البرازية كما يظهر ليست  
ناجحة عن افراز القروح المعوية بل عن الارتشاح الآتي من الاجزاء  
السائلة حوله فان شدة الالتهاب التري للغشاء المخاطي المعوى يختلف جدا  
كما يختلف درجة احمرار الجلد وارتشاحه حول القروح الجلدية فاذا كان  
الالتهاب التري متوسط الشدة جاز أن تكون المواد البرازية ذات قوام  
طبيعي واما اذا كان شديدا فيحصل الاسهال اسكن حيث تألم البطن  
وازداد احساسه عند الضغط عليه لا يوجد غالبا ما لم يشترك البريتون مع المي  
في التغير لا يوجد في غالب احوال الدرن المعوى علامات لا واسطية تدل على  
اصابة المي ومع كثرة حصول اصابة معوية تابعة ومعرفة كون العلامات  
للاواسطية المذكورة قد تفقد مع وجود الدرن المعوى كما ذكرنا لا ينبغي  
للطبيب القطع في الحكم به بعدم وجود هذا المرض بل الذي ينبغي ان يقتصر  
في قوله على ان الدرن المعوى لم يمكن اثبات وجوده

واما اعراض الدرن المساريقي فالذي كان معولا عليه سابقا ان العدة قد  
المساريقية المتغيرة لا يمر منها الكيلوس وهذا هو السبب في نمو كتلة الاطفال  
المسمى بالساربيقي والذي تحقق الا ن أمران الاقول ان العدة قد  
المساريقية المتغيرة لا يمتنع مرور الكيلوس منها ولا تفقد قابلية النفوذ منها  
بل مع تغيرها يمكن حقتها تماما الشافي انه قد يوجد في جثث بعض  
الاشخاص الهالكين بجثة تغير في عظمهم وانتفاخ في العدة المساريقية  
وقد كانوا قبل الهلاك ذوي صحة زاهية في الظاهر وحينئذ فالدرن المساريقي



الاولى والمدود لا يمكن معرفتهم معرفة كبدية والصورة المرضية التي كان يعبر  
 عنها بالسل المساريقي تنتج عن تضاعف الدرن المساريقي بالدرن المعوى  
 وحينئذ ينبغي التأمي في التشخيص به الماذكر ولو في الاحوال التي توجد  
 فيها علامات الدرن المساريقي وهو الاسهال وانهتخاخ البطن والحمى والنهوك  
 ومن النادر العمور على العقدة المسارية قيمة المنفتحة بواسطة الجس وان يتسر  
 ذلك يمكن الوقوع في الخطا بسبب اختلاط المواد الثقيلة الصلبة المحتبسة  
 بالعقدة المسارية قيمة المنفتحة

\*(المعالجة)\*

معالجة الاصابة الخنازيرية للاجربة المعوية والعقدة المسارية ينبغي فيها  
 قبل كل شئ مراعاة الاسباب المحدث لهذه الاصابة او الحفاظ لها  
 واما المعالجة الواقية والوسايط اللازمة اتبعها في ذلك فلتراجع في المعالجة  
 الواقية من السل الرئوي اعلم انه كثيرا ما يقع الخطا العظيم في اتباع  
 ما ذكره من الضروري جدا المكث في المحال الجيدة الهواء واما  
 دلالات استعمال كل من زيت كبد الحوت وقهوة جوز البلوط ومنقوع  
 اوراق الجوز وكذا الحمامات الملية فسنذكرها عند الكلام  
 على معالجة الداء الخنازيري وزيت كبد الحوت لا يزيد الاسهال في جميع  
 الاحوال بحيث ان احتيج الى استعماله ينبغي اعطائه وينظر في تحمل  
 المرضى له او عدمه وبالجملة فمعالجة القروح الخنازيرية والدرية للمعي  
 مؤسوسة على نفس القواعد العلاجية للنزلة المعوية المزمنة فاذا كان  
 الاسهال غزيرا وجب اعطاء الاقيون وقبل اعطائه ينبغي استعمال الجواهر  
 الدوائية الموصى باسمها في الاسهالات التزلية كالجواهر القابضة والمرة  
 وان كان البطن كثيرا حساسية مؤلما وجب استعمال الضمادات  
 الفاترة وان ازداد الالم ازدياد اعظيما وجب ارسال بعض العلاق على الاجزاء  
 المؤلمة

\*(المبحث الخامس)\*

(في سرطان القناة المعوية)

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

سرطان المهي اندر حصوله من سرطان المعدة وحصوله يكاد يكون أوايادائما  
 زمنا قردا في الجسم ويندر ان يمتد الى الاعضاء المجاورة للمهي واسبابه خفية  
 للغاية

\*(الصقات التشرىحية)\*

محاس السرطان المهي الغليظ غالباً خصوصاً الجزء السفلى منه أعنى التعريج  
 السيفي والمستقيم ومن النادر جداً وجود نعدا سرطانية في المهي  
 الهليظ والدقيق في آن واحد وان وجد في الدقيق كان محاسه غديبير  
 الخفية

وسرطان المهي كسرطان المعدة تارة يكون اسكروسيما وتارة نخاعياً أو خلويها  
 أي هلامياً كما انه يوجد كذلك في المهي جملة من أشكال السرطان مجمعة مع  
 بعضها واول محل تبدئ فيه الاستحالة السرطانية المنسوج الخلوي تحت  
 الغشاء المخاطي فيظهر فيه على شكل الاسكروس وبعد انثقاب هذا الغشاء  
 المخاطي وبروز المادة الاسكروسية عليه تنمو في وسطها الاستحالة السرطانية  
 النخاعية والسرطان المعوي ميل عظيم للامتداد نحو القطر المستعرض للمهي  
 بحيث يتكوّن فيه تضاييق حلقي وكثيراً ما تسقط العروة المعوية المصابة  
 بالسرطان لتقلها في محل منحدر من البطن وهذه العروة تكون في الابتداء  
 متحركة ثم تثبت فيما بعد وماذا لك الامن الالتصاقات الحادثة بينها وبين  
 الاعضاء المجاورة بسبب الالتهاب البريتوني الجزئي او بسبب امتداد الاستحالة  
 السرطانية من المهي الى الاجزاء المجاورة لها ثم ان قطر المهي قد يتضايق جداً  
 عقب تكون الورم السرطاني في جميع دائرته بحيث تجويفه يصير كنجويف  
 ريشة الكتابة الا ان طول التضاييق يكون غالباً قليلاً لا يقدر بعض قراريط  
 واعلى محل التضاييق يكون المهي غالباً ممدداً عظيماً ومملئاً بالمواد الثقلية  
 والغازات وجدره تكون ذات ضخامة والغشاء المخاطي ذا التهاب متفاوت  
 الدرجة واما أسفل محل التضاييق فيكون المهي فارغاً باطاعلى نفسه وقد  
 يحصل في مدة سير هذا المرض اتساع في التضاييق عقب تقرح السرطان  
 وتلاشيه كذا ذكرنا ذلك في سرطان المري والبواب وقد يمتد التأكل  
 السرطاني حتى يصل الى البريتون وبعد انثقاب هذه الطبقة المصلية تنصب



المحصلات المعوية في تجويف البطن وقد يمتد إلى كل الأعضاء المجاورة  
 إن كان هناك التصاق من قبل وفي هذه الحالة إما أن يحصل استتراق بين  
 العرا المعوية أو نواصير برازية إذا كان المعى ملتصقا بجدار البطن وعند  
 تأكل سرطان المستقيم يمكن حصول تشقبات معوية أو مثاني كما أن تقيح الجزء  
 الملتصق من المعى أعلى التضايق قد يؤدي لتشقبات المعى وانصباب متحصص له في  
 تجويف البطن أو في استتراقات غير طبيعية

\*(الاعراض والسير)\*

لا يمكن في كثير من الأحوال معرفة السرطان المعوي معرفة أكيدة والمرضى  
 التي تصاب به تتشكى بألم أصم مستمر أو ذي نوب متتردة في محل محدد ومن  
 البطن ويحصل زيادة عن ذلك آلام مستعص اعتيادي يوجد غالباً قبل  
 تكون التضايق ويكون أذالك متعلقاً بالاستحالة المرضية للطبقة العضلية  
 وزوال الحركة الديدانية للمعى في المحل المريض ويصير الأمساك زمنافزماً  
 مستعصياً جاداً متزايداً لا يمتنع البطن فيحدث حينئذ تموج وعرق ونحو  
 ذلك من أعراض التضايق المعوي وعند زوال الأمساك يحصل للمريض  
 راحة وقتية والأعراض النوبية المذكورة تتردد في أزمدة قصيرة وتزايد  
 شدتها وتمديداتها للحياة ثم فيما بعد يتزايد الأمساك جديلاً لا يمكن زواله أصلاً  
 وحينئذ يحصل الهلاك عقب ظهور أعراض الاختناق المعوي وإن وصل  
 المريض إلى هذا الحد ولم تتغير هيئته ولونه وتغذيته ولم يوجد دم في البطن  
 ولم يرتفع في التشخيص على شكل المواد البرازية بقي تشخيص المرض  
 مبهماً وان تضخ وجود عائق مانع لسير متحصص المعى يزداد شيئاً بالآلة  
 طبيعة هذا العائق لا تعرف إلا من الصفات الشريحية وفي أحوال أخرى  
 لا تمهلك المرضى بسرعة من نوبة انسداد المعى الحادة بل تظهر زيادة عن  
 الأمساك الذي يزداد بالتدريج والألم الأصم في البطن علامات سوء القنية  
 السرطانية الثقيلة فتخط قوى المرضى بسرعة ويتلون الجلد بلون وسخ مصفر  
 وهذه الأعراض يستتبع منها على غالبية الظن ان العائق من طبيعة سرطانية  
 فان زادت النخافة وظهر في القسم السفلي من البطن ودم متحرك ولم يصب  
 ذو كدمات بسبب رقة جدار البطن صار التشخيص أكيداً

وان كان مجامس السرطان في المستقيم نفسه أو أعلى منه ببعض قرار يبط  
اشتكت المرضى بالآلام شديدة في قسم العجز تنتشر نحو الظهر والفخذين  
وهذه الآلام كثيرا ما لا يعتنى بها سيما عند وجود انفتاح وتعدد دوالي في  
الاوردة الباسورية ونحو مواد مخاطية مدعمة من المستقيم فتعتبر حينئذ  
علامات دالة على مرض غير خطر إلا أن كلاً من الامساك الآخذ في التزايد  
وصفة المواد البرازية الخاصة بصير مخوفاً فان تلك المواد يكون قطر هاضمها  
جدا واحيانا تصبح متديرة وطورا مفرطة على شكل ثريط او هيئة كرات  
صغيرة كبر الغنم ونحو هذه المواد المتشبه بها طبقة من مواد مخاطية  
شفافة ثم تصير صديدية يصعبه آلام شديدة لا نطاق وقد يحصل مهولة في التبرز  
عقب لين السرطان وتقرحه أو انه يحصل محل الامساك اسهال وعند ذلك  
تحصل أنزفة مهوية بل ويسهل من الاست في غير وقت التبرز سائل غزير  
متغير اللون كونه الرائحة وان امتد التأكل للمهبل او المانة نتج عن ذلك  
أحوال مهولة مكررة وشرح هذه الاحوال المهولة والقواعد التي ينبغى  
اجراؤها في البحث عن المستقيم بالاصبع او المنظار ليستدل على طبيعة هذا  
المرض من وظائف علم الجراحة فلا داعي لذكره هنا

ثم ان سير سرطان المعوي بطى عادة الا في أحوال نادرة وينتهي بالموت بلا شك  
ويكون ذلك اما عقب الامساك المستعصي الذي يظهر اما فجأة او تدريجا  
واما عقب ظهور التوركة الشديدة التي يكثر ان ينضم اليها اعراض  
الاستسقاء المعوي والسدد الوريدية واهيانا يسرع الموت بسبب حصول  
التهاب بري توفى يظهر اما عقب حصول التثقب المعوي او بدونه

\* (المعالجة) \*

معالجة السرطان المعوي لا تكون الانسكينية وينبغي الاجتهاد بواسطة  
التدبير الغذائي في منع تسكين مقدرات عظيم من المواد الثقالية والاجود في  
ذلك تغذية المرضى بالامراق المركرة والبيض النيء بشت وبعض البان  
والالتفات الكلي الى تنظيم حركة التبرز عند المريض بحيث لا يميل في اعطاء  
مليينات أكيدة التأثير لكن تسكون قليلا له التهييج ما أمكن وأجودها زيت  
الزروع وان كان كرية الطم لكن بالعمود تزول الكراهية وزيادة على ذلك



يرجع لما ذكرناه في المبحث الثاني في معالجة التضايق المعوى وأما ما يخص  
الاعمال الجراحية فلتراجع في محالها

\*(المبحث السادس)\*

في التهاب المنسوج الخلوى المحيط بالمعى ويعرف بالالتهاب القولونى الدائرى  
او المحيط وبالالتهاب المستقيمى الدائرى او المحيط أيضا

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

أما الالتهاب القولونى الدائرى فعبارة عن التهاب المنسوج الخلوى المثبت  
للقولون الصاعد بالعضلة القطنية المربعة ويكون فى الغالب هنا متدادا من  
التهاب الاعور او القولون وفى أحوال أخرى يكون مرضا دائما بنفسه ويهبط  
عنه حينئذ بالالتهاب القولونى الدائرى الروماتيزمى وقد يظهر هذا الالتهاب  
فى آخر سير التيفوس او فى التسمم الصديدى للدم او فى الحميات النفسانية  
وحيثئذ يمد من الالتهابات الاتقالية والفضح الذى يحصل فى هذا الالتهاب  
القولونى الدائرى قديم مص فىتمشى المرض بالتحمل والغالب ان يودى هذا  
الالتهاب لتتركز المنسوج الخلوى المتهب فىمستكون بروزات صديدية عظيمة  
قد تمتد الى أعلى حتى تصل الى الكلية والى أسفل الى ان تصل خلف الرباط  
البوبارنى الى الحرقى العائى ثم الى الجهة الانسية من الفخذ وقد يثقب  
الجدار الخلفى للاعور او القولون او الجدار المقدم من البطن او جدار الجهة  
الانسية من الفخذ وان الصديد ينسكب فى تجويف البطن فيؤدى لحصول  
الالتهاب البريتونى

ثم اذا ظهر هذا المرض عقب الالتهاب الاعورى بقى به مدزوال الورم  
السطحى الخاص بالاعور المتهب ورم آخر مؤلم غائر الوضع ولا يكون هذا  
الورم مغطى بالاعور المحتوى على الهواء ~~يكون~~ صوت القرع عليه رنانا  
واضحا وبواسطة الضغط الذى يحدثه هذا المرض على الجذوع العصبية  
كثيرا ما يحصل فى الطرف الموازى للورم تنمل او احساس بالآلام او اوجعا  
فيه عقب الضغط على الاوردة وعندئذ يحتمل هذا الورم ينقص حجمه ووقتئذ  
الآلام ويعود المريض للصحة بسرعة واذا حصل التقيح وتكون خراج  
شوه ازيد بحجم الورم ويظهر فيما بعد فى الاحوال الجيدة قروح فى جدر



البطن او الفخذ ويسمى متفرغ من هذا الخراج عند انفتاحه مواد صديدية  
 محتلمطة بمواد خلوية متغفيرة ويحصل في مثل هذه الاحوال الشفاء ان كانت  
 قوى المريض ذات مقاومة كافية وفي احوال أخرى يحصل الموت عقب  
 النهوك والانحطاط واذا انفتح الخراج في القولون عقب انثقاب جداره  
 الخلقى كان انتهاء المرض سهلا واذا انفتح في تجويف البطن أدى الالتهاب  
 البريتوني الى الموت بسرعة

وسير الالتهاب الاورى الدائرى أو المحيط الروماتيزم يشابه ما ذكر واما  
 الشكل الانتقالي من هذا المرض فالموت فيه عادة يحصل من تأثير المرض  
 العمومى قبل سير ان الصديد الاضدادى والنتعبات

ويوصى في ابتداءه هذا المرض بارسال العلق مثل ما يفعله في الالتهاب  
 الاورى وكثيرا ما يلجأ لتكراره ثم تستعمل الضمادات الفاترة فيما بعد  
 وان ظهر التماوج وجب فتح الخراج

واما الالتهاب المستقيمى الدائرى فالمراد به التهاب المنسوج الخلووى المحيط  
 بالمستقيم وظهور هذا المرض تارة يحصل عقب التهابات حادة او مزمنة في  
 المستقيم او استحالات مرضية أخرى فيه وتارة يصاحب الامراض التي  
 تحصل في الحوض والاعضاء المنحصرة فيه وتارة يكون كالالتهاب  
 الاورى الدائرى أحد الظواهر التابعة للالتهابات الانتقالية المنتشرة  
 وتارة وهو كثير يشاهد عند بعض المصابين بالدرن الرئوى والمعوى وكيفية  
 حصول هذه المضاعفة غير واضحة اذ لم يثبت ان التهاب المنسوج الخلووى  
 ناشئ عن تقيح العقد الليفافية الدونية فيه ومكابدتها للاستحالة  
 الجينية

ثم ان الالتهاب المستقيمى الدائرى الحاد قد ينتهى بالتحلل وقد يؤدي وهو  
 الغالب لحصول تقيح وتكون خراج ينفتح فيما بعد من الظاهر او في المستقيم  
 عقب تنقبضه وأما الالتهاب المستقيمى الدائرى المزمن فالغالب ان يؤدي  
 لتبسيات وتخنق في المنسوج الخلووى الملتب اكن الغالب ان يحصل فيه  
 كذلك تقيحات جزئية فيحصل حينئذ قروح ناصورية عميقة الشفاء وفي  
 ابتداء الالتهاب المستقيمى الدائرى الحاد يشاهد ورم صلب في العجان



او بالقرب من العصص واذا دخل الطبيب اصبعه في المستقيم أحس غالباً وجود ارتشاح في المنسوج الخلقى فالمرضى لا يستطيع الجلوس ويحس عند التبرز بالآلام لا نطاق فاذا حصل تقبج في الجزء الملتهب وانفتح الخراج جهة الباطن زادت الآلام عند التبرز فيحصل زحير غير مطاق ثم يخرج من الاست اخيراً مواد صديدية كريهة الرائحة شديدة النتن وبهذه الكيفية يحصل الناصور المستقيمي الباطني غير الكامل وأما اذا انفتح الخراج نحو الظاهر فيظهر تروج في وسط الورم الصلب الذي في العجان أو بجوار العصص ثم تستقرغ المواد الصديدية الممتلئة المذكورة عقب انفجار جدر الخراج وذلك ينتج عنه ناصور شرخي ظاهري غير كامل واما اعراض الالتهاب المستقيمي الدائري المزمن فالغالب ان تحتفي الى ان يودى هذا المرض لحصول تضايق في المستقيم ومثى تسكون عن هذا المرض نواجذ حصلت آلام شديدة ثم باقى الاعراض السابقة

وفي هذا الشكل يجتمه في تحليل الالتهاب بالوضعيات الباردة ثم تستعمل الضمادات والتهابيل الفاترة ويبادر بفتح الخراج لتجنب حصول التقبج جهة المستقيم أو المغانة

\*(المبحث السابع)\*

(في النزيف المعوي والتددات الوعائية المعوية)

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

النزيف المعوي الذي يكون في الجزء العلوى من القناة المعوية يحصل بكيفية مشابهة للتي يوجد فيها النزيف المعوي والغالب أن هذا النزيف ينتج عن احتقانات شديدة احتباسية في مجموع الوريد الباب كما يشاهد ذلك في أحوال السيروز الكبدي وقد ينشأ عن تقرح في جدر الاوعية المعوية كالنزيف المعوي الذي يشاهد أثناء سير الجلي التيفوسية والدوسنتاريا أو أثناء سير السل المعوي وهذا الأخير نادراً وقد يكون النزيف المعوي ناشئاً عن تغير مرضى في جدر الاوعية الدموية وان لم يظهر هذا التغير فيها بالميكروسكوب كالنزيف الذي يحصل أثناء الجلي المفرأ والاسكرتوط ونحو ذلك

واما التمددات الوعائية لاوردة المستقيمة المعروفة بالبواسير الاعوربية  
وبالعقد الباسوربية وتزيف الاوعية المستقيمة المعروفة بالبواسير السيمالية  
فهى من الامراض الكثرية الحصول جدا وكل من هذه التغيرات المرضية  
كان يعتبر سابقا عرض المرض بنى عام نوعى يسمى بدها البواسير بل كانت تعتبر  
على مقتضى نظريات الزمن السابق اجود الاشكال المرضية واحدها لداء  
البواسير البنى العام وكان يعتبر أيضا ان اتجاه داء البواسير نحو اعضاء  
أخرى كالرأس او الصدر او البطن من الامور الخطرة لكن قد تركت هذه  
الاعتبارات فلم يلمتق البهائم من وقت ان ثبتت اهمية العوائق الميخانية  
فى انتاج هذه التمددات الوعائية للمستقيمة وانزفتسه ومن وقت ان ظهر ان  
النظريات المؤسس عليها كيفية انتقال البواسير الى الاعضاء الباطنة باطالة  
صار لايعول عليهم اومع ذلك فكيفية البواسير واسبابها لم تنزل فيها بعض أمور  
غير واضحة ووضوحاتاما

ثم ان السبب الرئيس فى انتاج هذه البواسير اعنى تمدد المستقيمة تمدد او ايليا  
وانزفتها هو وجود عائق مانع من استقراغ دم هذه الاوعية او موجب  
لاحتباسه او ركوده فيها والاسباب العائقة لاستقراغ دم الشبكة الوعائية  
الباسوربية هى أولا احتباس المواد النغالية فى المستقيم او وجود ارقام فى  
الحوض او الرحم المحتوى على الجنين وقت الحمل والبواسير الناشئة عن ذلك  
كثيرة الحمول وثانيا انضغاط الوريد الباب اوانسداده ولذا يشاهد ان  
ظهور البواسير فى احوال سيروز الكبد الذى ينتج عنه احتباس الدم فى  
فروع الوريد الباب من الظواهر الكثرية الحمول وعين هذا التأثير يظهر  
انه يحصل من مجرد امتلاء الوريد الباب وبذا يمكن توجيهه كثره حصول  
البواسير فى الاشخاص النرهين وتوضيح ذلك انه فى انثناء الهضم يحصل  
مرور كمية عظيمة من السوائل من المعى الى الاوعية المعوية ومن المعلوم ان  
امتلاء الاوعية البواسيرية انثناء كل هضم يحصل عنه احتباس الدم فى الاوردة  
الطحالية وبذلك يحصل تمدد فى الطحال انثناء كل هضم فالقريب للعقل ان  
الاقراط من الماسكل والمشارب يحصل عند تمدد عظيم مستقر فى الوريد  
الباب ومن ذلك يحصل تمدد عظيم فى غيره من الاوردة التى ينصب ما فيها فى



الوريد المذكور وبمعاقب الافراط تبقى تلك الاوردة ممتدة وهذا التوجيه  
وان كان نظريا أقرب من التوجيهات التي أجريت على حصول البواسير  
عقب الافراط من الماء كل والمشارب

وقد يكون العائق المانع لاستفراغ دم الاوردة الباسورية بعيدا عن الكبد  
اي في تجويف الصدر ألا ترى ان البواسير كثيرا ما تحصل في أمراض الرئتين  
التي ينتج عنها تمدد عظيم من انضغاط الاوعية الشعرية أو زوال تلك الاوعية  
والمرضى تعتبر تلك البواسير حجة تدل على المرض الصدري لانتاجه عنه وبهذه  
الكيفية تحصل البواسير في أمراض القلب كما تحصل امهلا آت وريدية  
أخرى

ثم ان العوائق المذكورة الممانعة لسير الدم لا تنكفي عادة في توجيه حصول  
البواسير فان حصولها ليس بنسبة عظم العائق وقلة فانه اثاره لا توجد ولومع  
وجود عائق عظيم جدا في سير الدم في الضفيرة الباسورية وتارة أخرى تكون  
كثيرة الوضوح جدا ولومع عدم وجود عائق في الدورة ما عدا الامساك  
الوقتي ومثل ذلك يشاهد بالنسبة لحصول دوالي اوردة الاطراف السفلى في  
الحوامل اذ يشاهد في بعض النساء حصول دوالي اوردة الساقين في الاشهر  
الاول من الحمل فيسكت سببها عظيمها وعند آخر لا يشاهد فيهن رأسا في  
الاشهر الاخيرة من الحمل ولومع كثرة وجود السائل الجنيني وعظم حجم  
الجنين واختلاف اوضاعه فيبني على ذلك ان جدران الاوردة عند بعض  
الاشخاص تكون أقل مقاومة منها في آخرين وان قلة مقاومتها تاتى  
عظيم في حصول تمددها خصوصا في تمدد الاوردة الباسورية وقلة مقاومة  
جدران الاوردة المذكورة كثيرا ما تكون وراثية في بعض أشخاص اذ لا  
ينكر حصول البواسير في جميع فروع بعض عائلات مخصوصة على التوالي  
زمن طويلا فلا يمكن توجيه ذلك الا بتوارث قلة المقاومة في جدران الاوعية  
الوريدية عندهؤلاء العائلات وقد تكون قلة المقاومة المذكورة مكتسبة  
خصوصا بواسطة الاضطراب الغذائي الذي ينتج عن الاتهابات النزلية في  
المستقيم

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

الملازمة للنزلات المزمنة في تلك الاغشية فلا غرو ان الاوردة المستقيمة  
المستعدة للتدد بوضعها الطبيعي تكون مجاسا للدوالي عند حصول التهابات  
نزلية في المستقيم

وحينئذ يتضح من جميع المؤثرات المضرة التي يكابدها المستقيم ومن كثرة  
حصول التغيرات المرضية حادة او منمنة للاعضاء المجاورة له التي يشار كها  
فيها ومن الاضطرابات الدورية التي ذكرناها كثرة حصول الالتهابات النزلية  
المزمنة في المستقيم وكثرة حصول التددات الوريدية فيه تبعاً لذلك

وينسب أيضاً حصول البواسير لوجود امتهلاة دموى عموى ويقال ان  
السيلان الباسورى يمتد به في هذه الحالة بجزءنا لهذا الامتهلاة وحصول  
البواسير في الحقيقة وان لم تنكر كثرة في كثير من يتعاطون كمية عظيمة من  
الماء كل بعد تمام عقوهم يعنى انهم يتعاطون اغذية أكثر مما يحتاجونه لتقوية  
الجسم وانهم كثير ما يحصل عندهم بعد حلول السائل الباسورى تحسین  
عظيم في النقرس وفي بعض النزلات المزمنة وغيرها من الامراض التي توجد  
بكثرة في مثل هؤلاء الاشخاص لا يسوغ القول بنسبة البواسير وغيرها مما  
ذكر الى حالة امتهلاة عموى أعنى الى الزيادة المطلقة في متحصل المجموع  
الوعائى فان استقر اهذه الحالة ليس ثابتا على الدوام لان امتهلاة الاوعية  
المذكور من المعلوم انه يؤدي الى حصول افرازات دائمة حتى يحصل التعداد  
وحيث ان التغيرات التي يكابدها الدم عند الافراط من الجوهر الغذائية  
غير معروفة معرفة كافية فكيف قيمة ظهور الاحوال المرضية التي تحصل في  
مثل هذه الاحوال غير واضحة بالكلية أيضاً

وحصول البواسير في سن الطفولة اندر منه في سن البلوغ وينسب ذلك لقلّة  
حصول العوائق الدورية السابقة الذكر وقلّة حصول النزلات المزمنة  
للمستقيم عند الاطفال ومن المعلوم ان من اسباب البواسير المعيشة بالجوسية  
وتعاطى الاغذية المهيجية والافراط من المعهلات القوية وتكرار الحلقن من  
المستقيم مع عدم جودة استمهاله وكون البواسير عند النساء أقل من الرجال  
وفي الاقاليم الحارة أقل من المعتدلة وان الافراط من الجماع يوجبها أيضاً وعلى  
فرض صحة لا يمكن توجيهها بالاسباب السابقة



## \* (الصفات التشرىحية)

اما التزيف الذي يحصل في الاجزاء العليا من المعى فلا يمكن الوصول الى  
 يذوبه واثباته في الجنة حيث انه في الغالب يكون شعريا وقديبا وجدا للغشاء  
 المخاطي المعوي من تشبها بالدم في امتداد عظيم وهذا يدل على ان انسكاب  
 الدم لم يحصل فقط على السطح المناسب للغشاء المخاطي بل فيه وفي جودره أيضا  
 ويشاهد عقب الانزفة المعوية التي نشأت عن قروح معوية تجبمات  
 دموية ملتصقة بالقروح التي كانت دائمية وتشاهد سوائل تلك القروح  
 وقاعها من تشبه كذلك بالدم والدم المنسكب تارة يكون مائعا وتارة منقعا  
 قليلا ويبدو ان يكون احمر اللون والغالب ان يكون متولنا بلون مسمر يكون  
 الشكول أو مستحلبا الى مادة شمعية ومخنة قطرانية

والانفخات الدوائية المستقيمة التي يطلق عليها اللفظ البواسير الاعورية  
 لا توجد الا في انتهاء المستقيم تقريبا اما داخل العضلة العاصرة او على حافة  
 الشرج والاولى تسمى بالبواسير الاعورية الباطنة والثانية بالظاهرة ثم في  
 الابتداء يكون التمدد الوريدي منتشرا فيكون كشبكة شمعية مزرقة ثم فيما  
 بعد يظهر دواليات منفردة ولا يتدرج تحاط فوهة الشرج بحويته من ذلك  
 وفي الابتداء أيضا يكون التمدد الدوالي الصغير ذاقاعدة عريضة ويظهر ثم  
 يزول في ارضية متعاقبة ثم يصل فيما بعد الى حجم الكريز أو يزيد وحيث ان  
 البواسير الباطنة تندفع من الشرج كل مرة عند مجي ودات التبرز  
 وينجذب معها الغشاء المخاطي فلا تلبث الا قليلا حتى تصير ذاعنيق وتبقى  
 كثيرا خارج الفوهة المذكورة كما يشاهد أيضا ان هذه التمددات الدوائية  
 توجد تارة متوترة وتارة هابطة لكن المحبوب المتكونة بهذه الكيفية لا تزول  
 مطلقا ومنظر البواسير وتاليها يتغير مع طول مدة سيرها فبعد ان كانت  
 ابتداء ذات لون مزرق وجد رقيقة رخوة تلتصق فيما بعد بالغشاء المخاطي  
 بعد تكرار حصول التهابات المزمنة وتفقد هذا اللون المزرق وتصير شمعية  
 مخينة ولا يتدرج ان تلتصق بجله دواليات بعضها ولا يبقى للمسافات التي بينها  
 الا أثر قليل وبذلك تكون حبوب عظيمة متعرجة تنفتح فيها اجله او ردة وقد  
 تتكون في باطن الدوالي سد ذاتية تملؤها وتتحدث انسدادها وضورها

والدوالي العظيمة التي تندفع الى الخارج وقت التبرز يمكن ان تلتهم وتقع  
 في الغنغري بما عقب الاختناق الذي يعثر بها وقد يحصل التهاب وتقرح في  
 الغشاء المخاطي المحيط بعنق العقدة الدوائية فيتم ذلك من قروح بواسيرية  
 كما انه في احوال اخرى قد يتسد الالتهاب الى المنسوج الخلوى المجاور فينتج  
 عن ذلك التهاب فلفمولى مستقيمي يعقبه تكون نواصير مستقيمة  
 واما النزيف الباسورى فينتج عن انفجار العقدة الدوائية يمكن القليل منه قد  
 يحصل كذلك من امتلاء الاوعية الشعرية الصغيرة  
 وعند البحث التشرىحى عن الغشاء المخاطي المستقيمي يوجد كما قال ورجوف  
 مسترخيا منتفحا خشناغا بالاذلون سنجابى مبيض والمنسوج الخلوى تحته  
 كثير الرخاوة وكلاهما كثيرا الوعية وكذا يوجد هذا الغشاء مغطى بطبقة  
 لزجة مبيضة تتكونه من مواد بشرية مخاطية

\* (الاعراض والسير) \*

الانزفة التي تحصل في الاجزاء العليا من المعى هي دائما ظواهر مرضية  
 لامراض ثقيلة وتقدم ذلك اول المبحث فيبقى الكلام عليهم عند شرح  
 اعراض هذه الامراض الناتجة عنها

واما شرح البواسير كما هو مدون في كتب الطب القديمة فضلا عما هو مطبوع  
 في اذهان العامة الى الآن فينقسم الى ثلاثة اقسام الاول الاعراض  
 الموضوعية الناتجة عن الالتهاب التلى والدوالي الوريدى والنزيف الباسورى  
 وبذلك انقسمت البواسير الى مخاطية واعورية جافة وسائلة الثاني الاعراض  
 الدورية التي تكون موضعية وعامة في آن واحد وهى السابقة على انتفاخ  
 البواسير وسيلان الدم الباسورى ويحصل في تلك الاعراض تاطيف عظيم  
 عند اول العرض الاخير وتعرف بالحركة الباسورية الثالث الاعراض  
 الدائمة وهى تدل على وجود اضطراب مرضى في البنية واحده الاعضاء  
 البعيدة وهذه الاعراض يحصل فيها ايضا تحسسين عظيم عقب النزيف  
 الباسورى والعامة تعبر عن هذه الاعراض بالبواسير المتسلة او العوضية  
 اذا حصل نزيف في محلات اخرى

ثم انه ينبغي رفض القسم الاخير من اعراض البواسير فان الامتلاء الوريدى



البطنى مثلا الناتج عن سيروز الكبد اذا حصل فيه تليف عقب حصول  
 زيف باسورى وحصل عقب ذلك ايضاً زال وقتى في ضيق النفس والامتلاء  
 الغازى للبطن في ظواهر الايبوخنداريا لايجوز نسبة واحد منهما للبواسير  
 كما لايجوز نسبة النزلات الشعبية او نوب النقرس عند الاشخاص ذى  
 الامتلاء الدموى للبواسير الا ثقة الية بمجرد حصول تليف في الاعراض  
 المذكورة عقب حصول زيف باسورى واما مجموع الاعراض المعبر عنها  
 بالحركة الباسورية فينبغى نسبتها على رأى ورجوف للنزلة المستقيمة المتكررة  
 فالمرضى بحس بحر قان وتوتر فى المستقيم كما يشاهد ذلك عند حصول التهابات  
 نزلية في اعضاء اخرى او عند تردد التهاب النزلى المزمن فيها وينضم لذلك  
 آلام شديدة فى القطن والظهر تشابه آلام الرأس الشديدة التى تحصل عند  
 وجود نزلة فى الانف والجيوب الجبهية وكذا حالة البنية تضطرب زمن  
 التهاب النزلى المستقيمى كما تضطرب ايضا عند حصول التهابات نزلية فى غير  
 المستقيم فالمرضى يكون ذاهبوط واسترخاء وكآبة والمكابدات التى تحصل له  
 من ازدياد الاحتمقان وانهماخ اورام البواسير تتم صورة الحركة الباسورية  
 وكثيرا ما يحصل عند ارتقاء هذه الاعراض الى أشد درجة زيف به عقبه  
 تليف عظيم فى اعراض التهاب النزلى المستقيمى والانفخ والباسور  
 الدوالى نفسه بحيث ان المريض عقب ذلك يحصل له الراحة التامة ثم اذا  
 عادت للمريض اعراض الحركة الباسورية فلا غرابة فى عنيه حصول التزيف  
 الباسورى ثانيا طالبا للراحة واذا تيسر للطبيب ازالة النزلة المستقيمة  
 والاحتمقان الباسورى بطريقة اخرى كضاربة الامسالك الناتج عنه  
 الاحتمقان المستقيمى فالاعراض المذكورة تزول بدون حصول التزيف  
 الباسورى

ثم ان الاعراض الموضعية التى تنتج عن البواسير تختلف باختلاف عددها  
 وعظمتها وشدة امتهانها فتكون فى الابداء قليلة ويحس المريض بوجود  
 جسم غريب فى المستقيم ولا يحس بالآلام الا عند حصول تبرزه وادساقية  
 يابسة ثم اذا صار الشرج محاطا فيها بدجوبة من اورام والية عظيمة او صار  
 احد هذه الاورام عظيم الحجم متوترا جدا فالمرضى به تترجم على الدوام

فلا يمكنهم الجلبوس والتبرزون كان ما نعا يحدث عندهم مكابدات عظيمة  
لاتزول الا شيئا قسما ولا يتدران يتسبب عن ذلك حجز المريض لاتبرز عمدا  
وارتقاء الا لام الى اقوى درجة متى اندفع احد هذه الاورام من الشرج  
ثم احتقت هناك وانتهت

واما حصول النزيف الباسورى فيكون عادة وقت التبرز ومتى كان ينبوعه  
شعريا كانت المواد البرازية ملوثة بدم فقط واما اذا كان آتيا من دوالي وعاء  
عظيم انفجر فكثيرا ما يخرج بمقدار عظيم ينمف عن اواق ويندران يصير  
النزيف عظيما جدا بحيث يحمد حياة المريض

واما البواسير المعروفة بالمخاطية فهي عبارة عن خروج الافراز المخاطي النزلي  
السابق ذكره وهذا الافراز نازع يتدفق مع المواد البرازية وتارة بدونها من  
الشرج زمانا فزمنها والغالب ان توجبها ابتداء اعراض البواسير المخاطية  
وتستمر منفردة زمانا طويلا ثم تظهر عليها فيما بعد اعراض البواسير الاعوربية  
او السائلة

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

ثم ان التغيير الذي يشاهد في اعراض البواسير عند استقرار هذا المرض زمانا  
طويلا أدى لنظريات مختلفة قد تشبه بعضهم البواسير بالحيض عند النساء  
وبعضهم جعل لتغير منازل القمر تأثيرا في سير هذا المرض وذلك محض خطأ  
فان المريض ان وجد في حالة جيدة احيانا واحيانا في مكابدات عظيمة  
فالغالب الوصول الى معرفة سبب تكرار حالته بان يكون حصل عنده امساك  
نتج عنه سق في سير الدم في الاوردة الباسورية او امتلاء غير اعتيادي في  
او عيبة الباب عقب الافراط من المسالك والشارب مثلا ونتج عن ذلك  
احتباس الدم في اوردة المسقمتين او عرض المريض نفسه انتهاء الى اسباب  
مضرة احدثت عنده بدلا عن الزكام او النزلة الشبيهة ارتقاء وتردد في النزلة  
المستقيمة حيث ان هذا العضو عنده اقل مقاومة وقد لا يمكن الوقوف على  
حقيقة المؤثرات المضرة لكن ذلك يشاهد في تردد غير هذا المرض فلا حاجة



للاذية كان الى نظريات غريبة

وبالجملة فيكثر ما يبالغ في الخطر الناتج عن تأثير انقطاع السائل الباسوري الذي صار اعتياديا وهذا الرأي وان لم يشكر بالكلية لا ينبغي اعتقاد ان هذا السيلان عبارة عن مجهودات شقائية تفعلها الطبيعة وانما يعول على ان المستقيم من جملة الاعضاء ذوات الامراض الاقل خطرا بالنسبة للبنية العمومية وان الاشخاص الذين يصاب فيهم المستقيم بكثرة عند تعرضهم لاسباب مضره تكون حالتهم أهون واجود من الذين يصاب فيهم غير المستقيم من الاعضاء المهمة كالعده والشعب مثل امتى تعرضوا العين الاسباب السابقة فمثلا اذا طرأ عند هؤلاء المرضى مرض في أحد الاعضاء المذكورة أخيرا عند تعرضهم لاسباب مرضية فهذه حالة مخزنة بخلاف ما اذا حصل لهم بواسير فقط فهذه حالة غير مكرهه لهم وذلك نفس ما يقال اذا تعرض انسان لتأثير البرد وحصل لهز كام مثلا فهذا اولى من حصول مرض آخر ثقيل عنده وكذلك في الاحوال التي يحصل فيها زمنا فزمننا نزيد باسوري فانه ينتج عنه تاطيف عظيم في اعراض كل من الامتلاء الدموي البطني الميخانيكي والنزلات الشعبية وغيرها من الامراض التي تحصل عند بعض اشخاص في سن الاربعين المفرطين في المساكل والمشارب لانه ربما ينتج عن انقطاع السائل الباسوري ضرر عظيم لكن حيث ان الرئوس في مثل هذه الاحوال هو النزيف ويمكن تعويضه بواسطة الاستفراغات الدموية الموضعية لا يكون على المريض اذ في ضرر انما الضرر عدم ملاحظة الطبيب ان استعمال هذه الواسطة الاخيرة واجب

\* (المعالجة) \*

اما المعالجة السببية فتستدعي الاجتهاد في تنظيم حركة التبر في الاحوال التي فيها التراكم المتكرر للهواد المضايقة الصلبة ينتج عنه نزلات مستقيمة ودوالي في اوعية المستقيم لكن لانه تعمل المسهلات الشديدة لاجل مقاومة الامسالك عند المصابين بالبواسير الانادرا اى عند الاضطرار فقط ويخشى من استعمال الصبر والحنظل عند هؤلاء الاشخاص فانهم ما ذوات تأثير مهبج على الغشاء المخاطي المستقيمي واجود ما يستعمل عند هؤلاء المرضى زهر

الكبريت

الكبريت فان هذا الجوهر مدوح من زمن طويل في معالجة البواسير  
والغالب ان يعطى الكبريت متحدا بطرطرات البوتاسا او كثيرا التراكيب  
اسمه مالا المركب المأخوذ من زهر الكبريت درهم ٢ طرطرات البوتاسا  
اوقية  $\frac{1}{2}$  السكر العطري لليمون وسكرياض من كل واحد درهم عدد ٣  
يترج هذا المسحوق ويعطى منه كل ساعتين او ثلاثة ملء ملعقة من فان لم  
يثمر هذا التركيب وجب أن يضاف اليه قليل دراهم من السمنامكي  
او الراوند وهنالك تركيب آخر كثير الاسمعة عمل يدخله الكبريت ايضا وهو  
مسحوق العرقسوس المركب (المصنوع من السمنامكي وجدور العرقسوس  
من كل منهما دراهم عدد ٤ ومن ثمر الشمر وزهر الكبريت من كل منهما  
درهم ومن السكر من ستة دراهم الى اوقية) ويعطى منه كذلك كل يوم ملء  
معلقة من ولا ينبغي الا بصا باسمة عمل الحقة فانه يحصل من اسمة عملها  
ولو بالالطف تهيج عظيم في المستقيم

واما الاحوال التي فيها تكون البواسير ناتجة عن امراض في الكبد  
كالسيروز وفي القلب والرئتين فالغالب ان لا يمكننا اتمام دلالات المعالجة  
السببية ومع ذلك فاسمعة عمل الكبريت في هذه الاحوال واجب ايضا حتى  
حصل تعسر في التبرز حتى لا يتضاعف العائق وحيث قلنا ان من جملة الاسباب  
المهمة للبواسير زيادة امتلاء الوريد عقب الافراط من الماء كل والمشرب  
فالمعالجة السببية تستدعي ان مثل هؤلاء المرضى لا ينبغي ان يتركوا الاكل  
بكثرة ولا الافراط منه وكذا تستدعي المعالجة السببية للبواسير التي تحدث مع  
غيرها من الامراض عن مجرد الافراط في الماء كل ان تمنع المرضى الواقفين  
في هذا الامر عنه بالكلية ويؤمنون باسمة عمل تدبير غدا في منتظم ثم ان  
كانت البواسير ناتجة عن مجرد امتلاء دموى في مثل هذه الاحوال حقيقة  
فلا يمكن توجيه ذلك الابانة لا يخرج من مصل الدم المحتوى على كمية زائدة من  
العناصر الاولية كالزلال مثلا كمية معادلة لما يخرج منه اذا كانت كمية  
هذه المواد الزلائية فيه طبيعية وامتلاء الاوعية طبيعيا كذلك الا اذا زاد  
الضغط الحائلي للدموى وكان امتلاؤها زائدا عن الحد ايضا فن المثبت  
بالنسبة لافراز البول ان كمية البول المنفزة تقل عنه اذا زادت كمية الزلال في



مصصل الدم واعتقاد العامة والاطباء يوافق هذا الرأي المذكور فان الانسان  
 لا يحصل عنده امتلاء دموى بمجرد تعاطى كمية عظيمة من الماء كل والمشرب  
 بل انما يحصل عنده ذلك اذا تعاطى اغذية حيوانية قوية التغذية  
 ومشروبات روجية ومع كونه لا تتعرض لمجاذلات هذا الرأي وتوجهاته  
 العديدة وان كان في احوال الامتلاء الدموى تزيد كمية الدم حقيقة والزائد  
 فقط الكرات او المواد الزلائية لا بأس على كل حال بالايصا بالتدبير  
 الغذائى موافقة للتجارب العادية والاستدلالات الفسيولوجية فينبغي  
 اولاً لا تنقص كمية العناصر الأولية الازوتية اى الزلائية فلا ياكل المريض  
 اغذية من اللحوم والبيض الامرة واحدة في النهار ويوصى باستعمال  
 الاغذية المتخذة من الخضراوات سيما الخضور والثمار والتوتيات كالارز  
 ونحوه وينبغي له ازدياد حركة التحميل فيؤمر المريض بالرياضة العظيمة  
 والحركات العضلية الشاقة وشرب المياه بكمية عظيمة اذ بذلك تسرع حركة  
 التبادل العنصرى كما ان من الجسد الامتناع من المشروبات الروحية  
 والشاى والقهوة ونحوها من الجوهرات التى تبطن في حركة التبادل والتحال  
 العنصرى ومن الجيد ايضاً الهؤلاء الاشخاص استعمال المسهلات اللطيفة  
 سيما الاستعمال اللطيف المستقر الملح جـ لوبير وملح الطعام كما هو الجارى في  
 الحمامات المعدنية في جام ماريه باد و كينج هيمبورغ و صودن ونحوها  
 واما استعمال مياه كارلس باد في هذه الحالة فيستدعى احتراساً عظيماً بسبب  
 ارتفاع درجة حرارته ثم اذا ثبت ان الدم بهذه المعالجة يزيد احتوائه على  
 الاملاح ويقل احتوائه على المواد الزلائية كما قال سميد و فوجل يكون  
 نجاح هذه المعالجة في احوال الامتلاء الدموى معقولاً وواضحاً

واما دلالات معالجة المرض نفسه في الاحوال التى فيها يحصل زمننا من  
 مكابحات خفيفة فقط تزول بعد زمن يسير عقب استفرغات دموية دائمة  
 لا يضطر لاستعمال وسائط مخصوصة بل يجتمـد في اتمام دلالات المعالجة  
 السببية فقط

واما الاحوال التى تسكب فيها المرضى من الحركة الباسورية عشاق عظيمة  
 لاتزول ولو بعد مقاومة الامسال الذى كان موجوداً فينبغي فيها ارسال قدر

اربع علقات اوستة على الاست وان يؤمر المريض لاجل استقرار سبلان  
الدم من فتحات العلق بالجوس على كرسى منقوب ناؤه مملوء بالماء الساخن  
وهذه الطريقة يجوز استعمالها في الاحوال التي فيها امتلاء البواسير  
وتوراثها وانواعها بما يجد ثبات الاما شديدة عند المريض او التي فيها تضاعف  
البواسير المخاطية بزحمة مؤلم ولا يجوز الاجتهاد في قطع الزيف الخفيف  
خصوصا اذا حصل عنه تاخير في المشاق الموجودة عند المريض فلا يلجأ  
للمبرد ولا للجواهر الموقوفة للتزيف الا اذا كان الققد الدموي عظيما جدا  
فينبغي الاتجاه الى قطع التزيف بواسطة الروادع الباردة او الجواهر الموقوفة  
للتزيف واما البواسير المنذفة الى الخارج والمختنقة فينبغي ادخالها بواسطة  
ضغط خفيف مستمرا بالاصبع بعد تغليفه بخرقة مدهونة بالزيت مثلا وأن  
يؤمر المريض بتعديد الفخذين عن بعضهما وتنعيس نفسه حال اعتماد  
الجزء العلوي من الجسم على السرير وتغطي الاورام الباسورية الملتصبة  
برفائد مغموسة في الماء البارد او مكمدات ماء الرصاص وحيث لم يكن هذا  
الكفاي معقد العمليات الجراحية فلا تعرض لذكراها والرأى عندى في  
البواسير ان لا تتبع العادة المتفق عليهم من التحكم على الوسائط الموصى بها  
لاجل ارجاع السائل الباسورى المحتبس ومن سعد المريض ان الوسائط التي  
تستعمل للحصول على هذه الغاية كارسال العلق الدورى والحمامات  
الجلوسية الفاترة ووضع الشيف المهيج واستعمال الادوية المسماة بالمرجمة  
للبواسير لا ينتج عنها حدوث البواسير لكن لا بأس برسالة العلق الدورى فانه  
احسن الوسائط للحصول على النتيجة المطلوبة

\* (المبحث الثامن) \*

(في الالام العصبية للمعى المعروف بالمغص المعوى)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

الالام العصبية المعوية وهى التي يعنى بها المغص الحقيقي ومجاسها الضخيرة  
المسارية بقية ليست كثيرة الحصول ومن الجائز ان تنشأ احيانا عن تغيرات  
مرضية في العقد والاضفار السمبوتية كغيرها من الالام العصبية لكن لم  
يثبت ذلك الى الآن وحصول هذه الالام العصبية المسارية بكثرة عند



المصابات بالاستير يايدل على انها حاصلة بطريق الانعكاس والمغص الرصاصي  
 اى الزحلي مما يثبت أكيدا ان هذه الالام العصبية تحصل كذلك بالتسمم  
 لكن في هذا الاخير يظهر ان الالام ليست بسيطة اى قاصرة على اعصاب  
 الحس أى على نوران الاحساس بل يجلس المرض العصبى أيضا الاعصاب  
 انحر كما فان المعى المتألم يكون في حالة انقباض تشنجي والرصاص الذي  
 يدخله في الجسم ينشأ عنه المغص الزحلي الذي هو من جملة ظواهر التسمم  
 الزحلي اما ان يكون استنشاقه بالنفوس وهو متجزئ تجزئة عظيمة واما ان يمتص  
 في المعى او يدخل في تيار الدورة بواسطة الغشاء المخاطي الالفي ولذا يوجد هذا  
 المرض عند سفلى الاسفنداج او الرصاص او الفضة او عند النقاشين  
 وسحقى الملونات ودهانى الفخار وسباكى حروف الرصاص والطبايعين ونحو  
 ذلك من ارباب الصناعات الذين يشبه تغلغلون في جو متحمل بجزئيات رصاصية  
 واما حصول المغص الزحلي عقب الافراط من استعمال الاسفنداجات  
 الرصاصية على شكل الادوية او غش الاندنة بها او نحو ذلك فهو الا نادر  
 من الكيفية السابقة لكن الذى يظهر ان المغص المهول الذى يشاهد في  
 دوقنشير ومغص بواتو وغير ذلك من أنواع المغص الوبائى والوطنى المشابهة  
 بالكيفية للزحلي في ظواهرها كانت ناشئة عن تسمم الالهالى بالمشروبات  
 المحتوية على الرصاص لاجن جواهر نباتية وقد يحصل المغص الزحلي بندره  
 عند من يتعاطون النشوق الموضوع في علب من ورق الرصاص والاستعداد  
 للاصابة بالمغص الزحلي يختلف كثيرا لكن لا يعرف من الاسباب المهمة  
 للاصابة به الا الميل العظيم للنكسات الذى يبقى عند الشخص بعد الشفاء من  
 هذا المغص واما بقية الاسباب المهمة التى يقال انها تزيد في استعداد  
 الاصابة به كالانكباب على الشهوات والافراط من المشروبات الروحية فلا  
 حاجة لذكرها هنا حيث انها تذكر في جميع الاحوال التى لا تعرف حقيقة  
 اسبابها ويعنى بالمغص مطاقا زيادة عن الالام العصبية للضفيرة المسار بقية  
 جميع امصاب المعى المؤلمة التى لا تنشأ عن التهاب جسد رها وتغيرات أخرى  
 مادية فيها فلذا اسند كالمغص الذى يحصل من جملة ظواهر الديدان المعوية  
 كما ذكرناه من الاعراض السابقة لالتهاب الاغورى البرازى واعراض

تضابق المعى أو انسداده وهناك فرقا بين الآلام التي تسبق الالتهاب  
والآلام التي تصعبه وتكون متعلقة به ونفس الاسباب التي تحدث مرة مفصلا  
قد تحدث مرة أخرى التهابا قولونيا ولا يتضح توحيه كيفية صيرورة الاعصاب  
الحساسية في هذا النوع من المغص في حالة تهيج زائد لكن لنا ان نقول ان  
الآلام هنا تلج دائما عن التهيج الذي يصيب الالتهابات الدائرية للاعصاب  
المعوية حيث ان الاشكال المذكورة للمغص مخالفة بالكيفية للآلام  
العصبية الحقيقية من المعى والسبب المحدث للمغص بكثرة هو بلا شك شدة  
التدداعر ومعوية وشدة توتر جدران المعى الناتجة عن خصوص تعددها  
بالغازات المعوية المحتبسة في جرت محدود من المعى فهي التي تحدث تمددا مؤلما  
في هذا الجزء فكثيرا ما يدرك بسهولة ان الغازات المحتبسة في المعى تنفذ  
بالانقباضات العضلية ثموعود برزى او عائق آخر في المعى يمنع سير تلك  
الغازات وعند وصولها الى هذا العائق تحدث آلاما شديدة جدا وكثيرا  
ما يدرك في أحوال اخرى ان الغازات المتراكمة تنفذ من مجملها الى مجمل  
آخر بواسطة الانقباضات المعوية وانها باقية الهام من مجمل الى آخرية تغير مجمل  
الأم أيضا ومن الخطا نسبة الآلام في هذا الشكل من المغص الغازي الى تأثير  
تهيج للغازات المعوية في الغشاء المخاطي المعوي كما ان من الخطا نسبتها الى  
الضغط الذي تحدثه الانقباضات العضلية للمعى على القربعات العصبية  
وحيث ان فساد متحصل المعى والمخلة هو السبب الغالب لتجمع الغازات  
في المعى يتضح ان الامراض التي فيها يكاد متحصل المعى المخلا غير طبيعي  
نصطب في الغالب باعراض المغص الغازي خصوصا في النزلة المعوية  
الناشئة عن وصول مطعومات غير منضهة آيلة للفساد من المعدة الى المعى  
والناشئة أيضا عن احتباس المواد الثقيلة زمناطويا وحيث ان وصول  
اللبن بهذه المنابة كثير في الاطفال يكون المغص الطفلي مرضا كثيرا الحاصل  
جدا عنهم ثم اذا انقذت الجوهر الاخذة في الفساد من المعى قبل  
اصابته بالنزلة المعوية يكون المغص هو العلامة الوحيدة للفساد غير الطبيعي  
في المعى وبكيفية مماثلة لما يحصل به المغص الغازي من تجمع الغازات في  
المعى يحصل أيضا المغص البرازي عند تمدد المعى بالمواد البرازية والمغص



الديفاني من تمدد المي بواسطة الديدان الشربطية الملتفة على نفسها او  
 بواسطة حزمة من الديدان الاسطوانية الملتفة كذلك والالام البطنية  
 الناشئة عن استعمال مسهلات شديدة او مطهومات مضره يبر عنها أيضا  
 بالمغص لكن التغييرات التي يكابدها افراز الغشاء المخاطي المعوي عقب  
 استعمال هذه الوسائط او عقب تعاطي النار الفجة ونحوها من الجواهر  
 تدل على انه يحصل في مثل هذه الاحوال التهابات حفيفة قصيرة المدة تزول  
 بزول تلك الاسباب المضره ويمكن تشبيه هذه الالام بالتي تنتج عن وضع الحبة  
 خردلية على الجلد وتزول عقب رفع الخردل ويظهر ان بعض أشكال المغص  
 الديواني من هذا القبيل أيضا سيما المغص الذي فيه تعقب الالام بخروج  
 مواد مخاطية وفي المغص الشديد جدا المسقر الذي يعقب تأثير البرد في الجلد  
 لاسيما في الاطراف والبطن السفلي يظهر ان الطبقة العضلية للمي تصاب  
 بكمية مماثلة لاصابة عضلات أخرى في الآفات الروماتزمية بحيث يصح ان  
 يطلق عليه اسم المغص الروماتزمي

• (الاعراض والسير) •

قد شرح المالم (روبرغ) الالم العصبي المساريقي بحصول الالام تشتمرن  
 المسرة الى البطن السفلي ذات نوب تتعاقب بفترات من الراحة وهذه الالام  
 تكون اما مزمنة او قاطعة او ضاغطة والاكثران تكون ابتداء لاولية  
 او قارصة ومحموبة باحساس مؤلم ويكون المريض في قلق عظيم باحتماع  
 تلطف حالته بتغير اوضاعه والضغط على البطن ويكون كل من الايدي  
 والاقدام والخدين منخفضة الحرارة والوجه ممتطبا وانقباض كل من  
 الحاجبين والشفتين يدل على الالم ويكون النبض صغيرا جدا ووجدوا البطن  
 المنقبضة والمنقبضة تكون متوترة وكثيرا ما يوجد غثمان وفي وتفسر في  
 القبول واحيانا زحير والغالب ان يوجد عادة امساك وفي النادر يكون  
 التبرزطية عيما او متزايدا ومدة النوبة تمتد من دقائق الى ساعات عديدة مع  
 فترات متداخلة ثم تزول هذه النوبة وتقطع بالكليية ويصطحب ذلك  
 باحساس براحة عظيمة وسير هذا المرض دوري لكنه أقل انتظاما من غيره من  
 الامراض العصبية

وابتداء اعراض المغص الرصاصي يكاد على الدوام يسبق بطواهر  
 الديسكرازيا الرصاصية فيكون المريض ذا خفاقة وضعف وجالده سنجانيا  
 ترايبا أزرق اللون باهته وتكسب لونه كايها من رقاير تكون رائحة  
 نفسه كريهة ويوجد في فمه طعم - لومعدي ثم تظهر عنده آلام دورية تكون  
 في الابداء اصمءاء ثم تشمع من القسم الشراسيمي الى الظهر والاطراف ثم  
 تشتهد بسرعة بحيث يصبح المريض ويصرخ مدة النوبة ويقاق في فراشه  
 أو يتركة في حالة اليأس ويقف عمل امور راقرة للعادة من شدة تلك الآلام  
 ويكون النبض بطيئا جدا والصوت فاقد ارناته وكثيرا ما ينضم لذلك زحير  
 بولي وغثمان وفي ذلك يدل على ان التهيج المرضي للاعصاب المعوية امتد  
 الى اعصاب أخرى ويكاد يوجد على الدوام امساك مستعص بحيث يمكث  
 المريض من ثمانية ايام الى أربعة عشر بدون ان يخرج منه المواد الثقيلة  
 الصلبة الكرية القليلة السكمية ولومع استعمال المسهلات الشديدة وجر  
 البطن تكون ممتدة بقباضا عظيما بحيث يظهر البطن صلبا كأنه لوح من  
 خشب ومنقبضا نحو الباطن وسيره - هذا المرض يظهر طرزا مترددا واضحا  
 الا في النادر بحيث تتعاقب النوب الشديدة بقترات راحة وتختلف مدته  
 كثيرا فالنوبة الاولى من المغص الرصاصي تزول بالمعالجة اللاتفة في سير من  
 الايام او اسابيع قليلة وبعد تكرر النكسات يمكن استقرار المرض عدة اشهر  
 وان حصل الشفاء يكون حصوله اما تدريجيا او فجائيا فتزول الآلام وتحصل  
 استقراعات برازية غزيرة وتعود القوى بسرعة كذلك وكثيرا ما يكون  
 الشفاء غير تام فيسبق به نزول المغص الرصاصي ظواهر التسمم الرصاصي  
 المزمن ويتردد جدا انتهاء هذا المرض بالموت وان حصل في هذه الحالة انما  
 يكون من مضاعفاته

ثم ان شرح اعراض الالم العصبي المساريقي يوافق شرح المغص مطلقا وقد  
 اجاد الم علم (هينوك) حيث نبه على ان صفة الالم واحده سواء كان التهيج  
 مصيبا للانها آت الدائرية اعصاب حسي او مصيبا للذات العصب في منشئه  
 او سيره ويمكن ان تصل شدة الالم في المغص الغازي وشبهه من أنواع المغص  
 الى درجة عظيمة جدا وحينئذ تظهر المكابذات الثقيلة على سحنة المريض



المتغيرة جدا فيكون قريبا من حالة الوقوع في الانحماه ويكون الجسم مغطى  
بعرق بارد والوجه باهتا متغيرا والنفض صغيرا وقد ينضم لذلك غثيان وفيه  
وزحير بولي وغيرهما من الظواهر العصبية وينبغي للطبيب معرفة مجموع هذه  
الاعراض حتى لا يقع في الوهم بدون مة متض وكثيرا ما يسمع ويحس بالهسيدي  
بطن المريض بانطلاق الغازات من محل احتباسها الى آخر من المعى وهذا مهم  
اذ يحصل له كثيرا ما تزول الآلام دفعة واحدة وقد لا تحصل الراحة الا بعد  
التبرز بحيث ان المواد الثقلية التي كانت ممددة للمعى والغازات التي كانت  
مختبئة خلفها تنفذ الى الخارج

\* (المعالجة) \*

قد تدعى المعالجة السيبية في الشكل العصبي من المغص معالجة مرض  
الرحم الذي احدث هذا الالم العصبي وقد اجتهد عند وجود المغص الزحلي  
طبة الماتسة تدعى المعالجة السيبية في تعادل الرصاص الموجود في الجسم  
بواسطة جواهر كيميائية وترسيبية وللحصول على هذه الغاية قد اعطى جض  
الكبريتيك والاملاح الكبريتية اتيمة سيما الشب والملح المر وهذه الطريقة  
كغيرها من الطرق وان لم تكن كافية في زوال التسمم الزهري المتقدم لا بد  
من استعمالها لاجل تجنب التسمم الرصاصي وللحصول على ذلك ينبغي تجنب  
ادخال الرصاص في عمل الاواني والمواسير الممددة لحفظ السوائل وتوصيل  
المياه الى محال بعيدة وينبغي ان يشغل في التفاعلات ذات الهوا المختلط  
بجزئيات رصاصية قد يشهته الاستحمام والغسل المتكرر كما ينبغي تغيير  
الملابس وعدم الاكل في محل الشغل وينبغي ان تكون محال الشغل متجددة  
الهوا ويلزم ابدال الاسفداج المستعمل في بوبه دهن الابواب والشبابيك  
بزجاج الخارصين وعلى الحكومة منع وضع النشوق في صفايح من رصاص  
وينبغي في المغص الناتج عن كمية عظيمة من المواد الثقلية في المعى استعمال  
المسهلات سيما اللطيفة التي لا يتسبب عنها آلام في البطن واجود الوسايط  
والطيفة استعمال زيت الخروع والحقن المليئة والمغص الناتج عن برد  
البطن والاطراف تدعى المعالجة السيبية فيه استعمال المعرقات واحسن  
ما يوصى به في مثل هذه الحالة المناقيع العطرية القاترة ووضع زجاج وحقارة

## مسخنة على البطن

واما معالجة المرض نفسه فتمدح في جميع اشكال المغص المذكور في  
هذا المبحث استعمال الخدرات سيما الافيون وتأثيره في شكل الالم العصبي  
من المغص يوجه بخاصة تخديره وفي المغص البرازي والغازي بتخديره مع  
تأثير آخر وذلك ان الانقباضات العضلية للمعي التي بها تندفع الغازات  
والمواد الثقيلة الى بعض اصفار المعى او تنحبس فيها تزول باستعمال الافيون  
وبذلك ييسر توزيع المتحصل المعوي على جملة اجزائه من المعى ومن الممدوح  
بكثره في المغص الغازي والبرازي استعمال المنقوعات القاترة كزهر البابونج  
والنعناع القانلي والواريانا ما شربا فنجانا او حقنا وممثل المنقوعات  
المدكورة الجوهر الطاردة للغازات ومن الممدوح أيضا ذلك البطن زما  
طويلا بالزيت الساخن والافيون اقوى الجوهر تأثيرا في المغص الزحلي  
حتى ان الاطباء الايورميين يستعملونه بمقدار عظيم ولا يخشى منه زيادة  
الامساك فانه لا يوجد جوهر اقوى منه في ازالة الامساك المصاحب للمغص  
الزحلي ومن هذا التأثير يظهر انه يوجد مع الامساك الزحلي زيادة عن ثوران  
الاحساس انقباض تشنجي في المعى هو السبب في حصول الامساك ومع  
كون الافيون اقوى الجوهر في ازالة الامساك في المغص الزحلي واجود  
تأثيرا من المسهلات لا ينبغي اهمال استعمال المسهلات وأكثر المسهلات  
الشديدة استعمالا في هذا المغص زيت حب الملوك والاغلب ان يحصل  
على المطلوب باستعمال الافيون ثلاث مرات في النهار من نصف قهقهة الى قهقهة  
مع تعاطي ملء ملعقة كل ساعتين من مخلوط مر كب من ثلاث نقط من زيت  
حب الملوك وواقية من زيت الخروع ويقوى تأثير هذه المعالجة  
بالحمامات القاترة والضمادات المسكنة وضعا على البطن واستعمال الحقن  
المليئة والخدرات مع التعاقب ويوجد خلاف هذه الطريقة المستعملة  
في معالجة المغص الزحلي وتذوقها كما استعمال مسهلات أخرى سيما الملح المر  
والسنا والزئبق الحلو واستعمال الافيون بمقدار عظيم طرق عديدة في معالجة  
هذا المرض أشهرها الطريقة المنسوبة الى مارستان الشاريتية (اي  
الصدقة) والظاهر ان المنفعة العظمى في هذه الطرق الافيون والمسهلات



## \* (الفصل التاسع) \*

## (في الديدان المعوية)

الديدان التي تشاهد بكثرة في مبي الانسان هي الدودة الشربيطية الوحيدة  
المعروفة بدودة حب القرع والدودة الشربيطية ذات القناة المركبة  
والشربيطية العريضة العقل والديدان الاسطوانية او الخراطيمية والدقيقة  
الذئب والشعرية الرأس

اما الدودة الوحيدة او ذات العقل المسطحة طويلة فطولها من عشرة اقدام الى  
عشرين ولونها أبيض مصفر مستديرة ومسطحة بدرجة من طرفها المقدم ومفرطحة  
مستعرضة من الجهة الخلفية ويميلها رأس وعنق وجسم مركب من عقل  
كثيرة تنيف عن مئات فالرأس يكون من اتفاح ذي شكل مربع مقطوع  
الزوايا ويشتمل على خرطوم هرمي الشكل قليل البروز يحاط بصفيين من  
كلاليب وبالبعد عن ذلك يحاط أيضا بربع فوهات ماصدة مسطحة بدرجة منتظمة  
الوضع والعنق التالي للرأس ضيق جدا وطوله نصف قيراط تقريبا وتليبه  
العقل الحديثة التي عرضها ربع خط تقريبا واما القديمة فعرضها يصل الى  
نصف قيراط وقد يزيد والعقل المختلفة الشبيه شكلها بحب الترع ذات القمة  
المنقطعة يختلف شكلها بحسب سننها فالجديدة يمر بوسطها قناة مركبة لونها  
اصفر مسمر وذات جيوب جانبية وهي الآثار الاولى للاعضاء التناسلية  
واما القديمة فيرى على جانبها تارة في الجهة اليمنى وتارة في اليسرى بدون تماق  
منتظم ارتفاع قليل يخرج منه قضيب ذو شكل متشعر وفيه تنهى القناة  
المنوية والبوق وباطن العقل القديمة يكون جميعه مملواً أنقريا بيا رحم او مبيض  
ذي تقرعات متشجرة وفي القديمة جدا يوجد العضو الاخير ممثلا ببيض يستدل  
به كثيرا على ما في باطنه من البرائيم مع كلاليمها الست ويخرج من حلقته  
وعائية كائنة في باطن الرأس او عية تسير على جانبي العقل وتنضم مع بعضها  
بقنوات مسطحة عرضية تهب بالعض المشاهدات ولم يشاهد الى الآن في الدودة  
الوحيدة المذكورة اعضاء غير ما ذكر

ثم ان مجلس هذه الدودة المبي الدقيق وقد يصل الى المبي الغليظ والغالب  
انقراها في الشخص ويندرت عددها (ولذلك سميت بالوحيدة) وهذه الدودة

تشاهد في اوربا وامريقة وآسيا وافريقة ومن الغريب عدم وجودها في  
 المحال التي لا توجد فيها الدودة العريضة العقل ماء - داء البلاد السوي مجره  
 واما الدودة ذات القنطرة المركزية فانها تتميز عن الوحيدة الامتدادية بقرين  
 والواقع ان عقلها مشابهة تامدة بعقل الدودة الوحيدة كما ان لها مثلها فوهات  
 تناسلية جانبية الا ان عقلها اعرض وانحن وكذا جهازها التناسلي أنثى  
 وأكثر تعرجا عن عقل الدودة الوحيدة وأوضح فرقا بينهم ما هو اختلاف  
 شكل الرأس فان رأس الدودة التي نحن بصدددها مستول على عدم احتوائه  
 على الخرطوم وتاج الكلايب وفيه اربع فوهات ماصصة ونذرة فجاج طرد  
 رأس هذه الدودة وانما ذنابها هو السبب في بقاء انبها ما من اطول والسبب  
 أيضا في اعتبار العقل ذات الفوهات الجانبية التناسلية دودة وحيدة والعقل  
 التي في وسطها الفوهات التناسلية دودة ذات عقل عريضة بدون خص  
 وتدقيق

\* (تنبية) \* لامانع من تسمية هذه الدودة بذات الرأس المستوي  
 واما الدودة العريضة العقل فهي وان كانت شبيهة بالوحيدة الا انها تتميز عنها  
 بامور منها انه يشاهد في رأسها بدل الخرطوم ووصفي الكلايب والمواص  
 حفرتان جانبية ان على هيئة شقين ومنها ان عنقها اقليل الظهور جدا ومنها ان  
 عرض العقلة ثلاثة امثال طولها ووضح فارق في تميز كل عقلة دودة شريطية  
 عماء داء من عقل غيرها محاسن الفوهات التناسلية فانها في الشريطية  
 العريضة العقل تكون وسط العقلة لاني جانبها بحيث يعرف لها ظهر ومن  
 بطن ومجلس هذه الدودة الشريطية العريضة العقل المبي الدقيق ايضا وتوجد  
 في شرقي اوربا الى - دسواطي نهر الوستيل وزيادة عن ذلك توجد في بلاد  
 السوي مجره كما تقدم مع الوحيدة

واما الاسطوانية فشكلها اسطوانية مستديرة الطرفين وطولها من نصف قدم  
 الى قدم وعرضها من خطين الى ثلاثة وجسمها اشفاف جدا بحيث تشاهد منه  
 القنطرة المعوية الممتدة من أحد الطرفين الى الآخر وكذا اعضاء التناسل  
 والرأس منفرزل عن الجوز عبيزاب حلق وتشاهد فيه ثلاث حلقات صغيرة بينها  
 يكون القم وفي هذه الدودة تتميز اعضاء التناسل فيوجد في باطن الانثى مبيض



وبوقان عظيمان جدا وفي باطن الذي ذكر الذي هو اصغر حجمه من الاثنى نحو طرفه  
 الذي المقوس الخصبين والقناة المتأصلة للمنى المتعرجة وفي طرفه الذي  
 يوجد القصب شعريا ومنزودا ويوجد في الثلث العلوي من الاثنى شق  
 طوله من ستة خطوط الى ثمانية هو فوهة اعضاء التناسل ويجلس هذه الدودة  
 الاسطوانية المعلى الدقيق والغليظ ومنه تسبح الى بعيد بحيث يمكنها الوصول الى  
 المعدة والمرى بل والخجيرة وقد تسبح ايضا من الاثنى عشرى الى القناة  
 الصفراوية وادعاء انها تنقب المعلى يظهر انه غير صحيح الا ان المعلى متى كان  
 متمتعا باى مرض من الامراض يمكن نفوذ هذه الدودة منه الى البطن  
 واما الدودة المستدقة الذنب وتعرف بالقافزة فهي صغيرة في حجم الخيط والذي  
 منها نادر الوجود وطوله من خط الى خط ونصف ملتف على نفسه لفا حلزونيا  
 من طرفه الخلفي وحجم الاثنى اعظم وجسمها مستقيم او منحني قليلا ورأسها  
 يكون منتهجا عقديا بسبب وجود بروزات جانبية والقصب يخرج من  
 الطرف الخلفي من الذكر والقنحة التناسلية للانثى قرية من الرأس ومجلس  
 هذه الدودة الرئيس الجزء السفلى من المعلى خصوصا المستقيم ومع ذلك قد تسبح  
 بعيدا عنه حتى تصل الى الجزء السفلى من الفاتى وكثيرا ما تسبح من المستقيم  
 الى المهبل

واما الدودة الشعرية الرأس فطولها من خط ونصف الى خطين والجزء الخلفي  
 من جسمها اغلظ من المقدم الذي يكون خيطيا والجزء الخلفي من ذكرها  
 الذي هو اصغر حجمه من الاثنى الملتف حلزونيا يشاهد في انتمائه القصب  
 المنحني على هيئة كلاب والمحاط بعهدا نبوي والاثنى اغلظ من الذكرات  
 جسم مستقيم ممتلى بالبيض في جزئه الخلفي وهذه الدودة مجلسها المعلى الغليظ  
 سيما الاعور

\* (تكون الديدان المعوية واسبابها) \*

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

عندنا دليل أكيد الاعلى كيفية تولد الدودة الوحيدة وذات الرأس المستوى  
وهو ان العقل الاخيرة من هذه الدودة المملوءة بيض تام التكوّن تنفصل  
زمنافز منا وتنقذ الى الخارج وجرثومة هذا البيض الخارجة منه ينبغي  
لاجل تمام نموها ان تصل الى جسم حيوان آخر حتى اذ دردها حيوان جسمه  
صالح لنموها تثبت جدر قناته المعوية وانبتت في صقر من جواهر جسمه حتى  
تخرج جزلا ثم لا تنمو بها وهذا تفصل عنها كلاليتها الصغيرة ثم يخرج من  
جدرها عنق ورأس ويسمى ما ذكره من ذنبا الفقس وهو شبيه بالكلمة بالدودة  
الوحيدة وفي الابتداء يكون الفقس منحصر في تجويف الجرثومة ثم يخرج  
ويصير سائبا وجسم الجرثومة المنفتح ينضم على هيئة حويصلة ذنبية ثم عند  
وصول الفقس الى هذه الدرجة من النمو يتكوّن عنه ما يسمى بالديدان  
الحويصلة التي تشاهد غالبا في الخنزير فهي عبارة عن فقس الدودة الوحيدة  
ليس الاقنى وصلت هذه الدودة الحويصلة الى معى الانسان تشبهت فقسها  
بجدر القنات المعوية وتخلص من حويصلته الذنبية ويكتسب الشكل  
العقلي فيصير دودة وحيدة

وبهذه المثابة تولد الدودة الشريطية ذات الرأس المستوى متى وصلت  
جرثومتها التي تكون على هيئة دودة حويصلة في معى الانسان واما تكون  
جرثومة الدودة الشريطية العربية العقل فغير معلوم ولا كيفية  
تولد فقسها وكذا تكون الاسطوانية الابتدائي والدقيقة الذنب والشعرية  
الرأس لكن من المتيقن ان هذه الديدان لا تتكوّن في محالها من دودة صغيرة  
خارجة من بيض دودة في القنات المعوية وحيدة ينبغي القول باتيان فقسها من  
الخارج ودخوله في الجسم مع الاغذية ثم ان اسباب الديدان المعوية تنوعت  
تنوعا عظيما واشتهرت بحسب الاستكشافات الجديدة ومعظم الاسباب  
التي قيل بها سابقا ثبت الآن انها ليست مبنية على أساس صحيح والذي  
يظهر الآن انه لا يلزم ان يكون الغشاء الخاطى مجلسا لتنوعات مخصوصة فيه  
او تنوع مخصوص في متحصله حتى ينبغي على ذلك تكون الديدان المعوية  
في القنات المعوية ونموها فيها وفي كثير من الاحوال يمكن معرفة الاسباب  
التي بها تتكوّن الديدان الوحيدة في المعى فقد وجد العلم ( كشمبستر )



ديدا ناو حيدة صغيرة - حديشة في باطن امعاء شخص محكوم عامه بالقتل وكان  
 قد اعطاه ديدانا حويصلية يزدردها قبل الموت بقليل من الايام ووجود فقس  
 الديدان الوحيدة في لحم الخنزير أكثر منه في جميع اللحوم التي يتعاطاها  
 الانسان وأقل من ذلك وجوده في لحم الشبريل (وهو نوع من الغزلان)  
 واندر منه في لحم البقر ووجود الديدان الشريطية بانواعها في المسلمين  
 واليهود نادرا جدا لعدم تعاطيهم لحوم الخنزير وفي بلاد الحبشة التي فيها جميع  
 الاشخاص تقر بيها صابون بالديدان الشريطية لا توجد هذه الديدان مطلقا  
 في الفس السطر يزبون الذين يتغذون بالاسماك فقط كما ان الديدان  
 الشريطية كثيرة الوجود جدا في البلاد التي يكثر فيها تربية الخنازير وقليلته  
 في ضدها ثم ان الديدان الحويصلية لا تقاوم تأثير طبخ اللحم ولا شيه ولا تجف فيه  
 بالتدخين فتعاطى اللحوم المتحملة بجزئومة هذه الحيوانات وينتج عنه  
 تكون الديدان الشريطية مادامت هذه اللحوم تؤكل مطبوخة أو شواء  
 او محففة بالتدخين وفي عكس ذلك ينعكس الحكم يعني يكثر وجودها في  
 يتعاطاها نيئة ولو بدوقها اختبارا لها وكذا الذين يضعون السكاكين  
 الملامسة للحوم المتحملة بجزئومة تلك الديدان الحويصلية في أنوافهم  
 كاصحاب اللوكندات والاطباخين والجزارين وهؤلاء الاخيرة يمكن ان  
 يساعدوا انتشار هذه الديدان بقطعهم بسكين ملوثة بجزئومتها السجق او لحم  
 الخنزير ولا يسرعون في طبخه بعد شرائه  
 وكثيرا ما ينتج عن العادة الجارية الآن باعطاء الاطفال المنوكين لحمنا  
 ممشورا جدا تكون ديدان وحيدة او ذات الرأس المستوي  
 والقول بان تعاطى اللحوم الجراء التي فيها التريشين الحلزوني ينتج عنه تكون  
 الديدان الشعرية الرأس قد رفض الآن ومشاهدة الديدان الاسطوانية ذات  
 الذنب الدقيق الكثيرة فيمن يتغذى بالمواد القشوية يمكن توجيهها بما استكشفت  
 المعلم (استين) من وجود ديدان طفيلية في باطن بعض خنافس الدقيق في  
 الجزائر ان يكون وصل فقس هذه الديدان أو بعضها الى المعى بتعاطى الدقيق  
 الآيل للقصاد

\*(الاعراض والسير)\*

الظواهر التي تنتج عن الديدان المعوية تختلف كثيرا بحسب الاشخاص  
المصابين ففي أحوال كثيرة قد لا يعرف وجود هذه الحيوانات الطقيلية  
الا عند انقذافها او قطع منها مع المواد البرازية وذلك بالخصوص يقال بالنسبة  
للديدان الشريطية فلذا يشاهد كثير من المصابين بالدودة الشريطية  
الوحيدة أو بذات العقل العريضة متمتعين بحياة جيدة ولا يشعرون بمغص  
ولا بظواهر انعكاسية ولا يلاحظون لمرضهم الا عند خروج بعض قطع عقمية  
زمنافز منا وكثيرا ما يعذر على الطبيب معرفته هذه القطع اذا أقيم المريض  
للطبيب ما قوف في الورق جافة لينظرها وفي أحوال اخرى تشتكي المرضى  
بمغص شديد زمنافز منا ويحس في أثناءه بحس متحرك (التي لا يحدث  
عندهم هذا الاحساس الا عند معرفتهم بوجود الديدان في بطونهم)  
فيشاهد أن المريض يتلوى ويسند بطنه على جسم صلب وربما حصل عنده  
غثيان اوقى ومع ذلك يحصل في اقران الالعاب ازدياد عظيم بحيث يسيل من  
الفم ثم ان الظواهر التي شرحناها قد اشهر عند العامة ثم اعلامات أكيدة  
على وجود الديدان خصوصا ان ظهرت عقب تعاطي الفسيخ او البصل  
او الفجل او الثمار ذوات النوى فبوجودها يستيقظ الطبيب لوجود تلك  
الديدان امكن لا يجزم الا عند انقذاف عقل من الدود من ذاته او بتعاطي  
سهل او جوه طارده وفي غير ذلك من الاحوال قد لا يتحمل الجسم وجود  
الديدان فيحصل الامهال زمنافز منا سيما عقب تعاطي الاغذية المملحة والمتبلية  
بالافاويه فيصير المريض مغفرا اللون فاقد القواء وينحف خصوصا ذوى الخفاة  
من قبل والاطفال والبنات وبالجملة فالتهيج الذي تحدثه الدودة الشريطية في  
اعصاب الغشاء المخاطي المعوي قد يمتد بجرعة الانعكاس الى اخيطة عصبية  
أخرى لئلا يكون قد بولغ في كثرة العوارض العصبية التي تشابه هذه الكيفية  
مبالغة كثيرا ما أدت للخطا المتعدد وكثيرا ما ينسب للديدان الاسطوانية  
المدغغة في الانف فليجي بعض الاشخاص للدلائل في الخياشيم وتعدد المدقة  
والحول واصطكاك الاسنان ونحو ذلك من الظواهر العصبية القابلة للشدة  
واما الديدان الشريطية فينسب عنها اعراض عصبية كثيرة المشددة  
والامتداد كالصرع والرقص السنخي وعند حصول اصرع بدون سبب



ظاهر يمكن ان يتوهم انه نابع عن التهيج الواقع على الغشاء المخاطي من وجود  
 الديدان فيحترس من الوقوع في الخطا بوجود حلقات من الديدان الشريطية  
 في المواد البرازية لشخص مصروع بحيث يظن ان الصرع عنده مرتبط  
 ارتباطا كاملا بوجود هذه الديدان وانه يزول بزوالها فان الاحوال التي يمكن  
 فيها حصول ذلك اندر ما يكون بحيث لا تذكر بالكلمة بالنسبة للاحوال التي  
 فيها يستمر الصرع بعد اذ تضاف الديدان الشريطية  
 واما الديدان الاسطوانية فلا ينتج عن وجودها في المعى عرض ما فانه مع كثرة  
 انتشار هذه الحيوانات الطفيلية لو كان ينتج عنها تهيج شديد في الغشاء المخاطي  
 المعوي وعوق في التغذية لما وجدنا اطفالا بكثرة من المصابين بها متعجبين  
 بصحة جيدة ومتى كانت هذه الديدان في المعى بكمية عظيمة جدا أمكن التفافها  
 على بعضها وتكوين التجمعات تسد المعى فتحدث عوارض مغلص ثقيلة  
 جدا كانه اشنة عن تجموع المواد الثلجية بل ان لم يمكن انفصالها عن بعضها  
 او اذ تضافها بشديد من المسهلات امكن ان ينتج عنها الاعراض المغص الموهول  
 المعروف بالقولنج وان ينتج عن حر كاتم القوية مغلص شبيه بالذي ينتج عن  
 الديدان الشريطية وأسباب هذه الحركات غير معلومة لنا وظن الماعلم  
 ( كشميستر ) أن الديدان الاسطوانية مدة علوقها تتحرك حركتوية اشبه  
 شي بالهزل والاستدلال بالهيئة الباهتة الضعيفة ووجود الاضطرابات  
 المصيبة المذكورة على وجود الديدان الاسطوانية في امعاء الاطفال اشهر  
 خطا من الاستدلال بوجود مثل هذه الاعراض على وجود الديدان في امعاء  
 البالغين ومن اطباء من يغتر فيظن انه عرف حقيقة المرض بخروج بعض  
 هذه الديدان الاسطوانية بالبرزأ والتي من مثل هؤلاء الاطفال فلا يهتم  
 بالبحث الجيد ثم تظهر له حقيقة الحال فيحزم بان الديدان لم تسكن هي السبب في  
 المرض بل ان الاطفال مصابة باستسقاء دماغي او مرض آخر من الامراض  
 الثقيلة ونظير ذلك يقال في المعى المعروفة بالمعى الديدانية فانه وان جاز ان  
 الديدان الاسطوانية ينشأ عنها احببنا نزلت معوية وظواهر حمية خفيفة لكن  
 الغالب ان الديدان الخارجة ليس لها ارتباطا بالمعى المنسوبة لها واذ  
 وصلت الديدان الاسطوانية الى المعدة ينتج عنها احببنا مل وضجر عظيمان وفي

بجيت لا تكون للمرضى قدرة على وصف أحوالهم والاحساس القائم بهم فيقع  
 الطبيب في حيرة الا ان تنفذ الديدان بالحق ويتضح الحال وقد لا ينشأ عن  
 صعود الديدان الى المعدة والمرى الاعراض واهية جدا حتى ان الديدان  
 تخرج من القم مدة النوم بدون استيقاظ المريض وقد تصل هذه الديدان الى  
 الخنجر في أثناء سبجها وحينئذ يحصل للمريض تضايق تشنجي في المزمرة فقد  
 شوهد موت بعض الاطفال من هذا العارض النادر الحصول واذا دخلت  
 الديدان في القناة الصفراوية نتج عن ذلك عائق في سير الصفراء واذا امتدت  
 زيادة عن ذلك ودخلت في القناة كبدية نتج عن ذلك التهاب كبدي خفي  
 لانه يندر جدا معرفة السبب الحقيقي لمثل هذه العوارض ونسبة اعراضها  
 لزوغان الديدان

واما ذوات الذنب الدقيق فينشأ عنها كلان متعب بحر كآتها عند قربها من  
 الاست أو الخروج منه وذلك يزداد ساءا وليلا حتى انه يمنع النوم ويصطب  
 ذلك بتطاب متكرر للبرزويو في المواد البرازية المنقذفة المختاطة كثيرا  
 بالمواد المخاطية ديدان صغيرة تتحرك بحركة تعبانية واذا سبجت في القرح  
 او المهبل بعد مرورها على العجان صار هذا العضو مجلسا لالكلان وغدايان  
 صعب جدا ثم ان التبرج الناتج عن هذه الديدان والاحتسكال الذي يصاحبه  
 قد يفتج عنه التهاب نزلي يغمس امهات البنات فيلجئن الى الطبيب ظنا منهن  
 ان بناتهن مصابات بالسل لان الايض وفي مثل هذه الاحوال يدان البص  
 الذي يسرعة على حقيقة المرض

واما الديدان الشعرية الرأس فلا ينتج عنها ظواهر مرضية

\* (المعالجة) \*

اما المعالجة الواقية فالوسائط التي ينبغي استعمالها للوقاية من الديدان  
 الشريطية الوحيدة تستخرج مما ذكر آنفا فلا ينبغي تعاطي لحم الخنزير الا بعد  
 طبخه بطريقة كافية لفساد الديدان الحيوية التي يحتوي عليها هذا اللحم  
 احيانا وينبغي زيادة على ذلك الاحتراس في تعاطي اللحوم النيئة المستعمل  
 الا ان بكثرة في علاج الاطفال فتؤمر الامهات ببشر اللحوم بنفسها خوفا من  
 وصول جرثومة الديدان الحيوية الى بطون اولادهن ويؤمر اطباخون



بعدم ذوق اللحوم النيئة المعدة لعمل السجق وبعدهم وضع سكين المطبخ في الفم  
 كما يومر الجزارون بعدم استعمال السكاكين التي يجزؤون بها اللحم التي في  
 قطع السجق ولحم الخنزير وحيث ان اسباب الديدان الاخرى وكيفية  
 انتقالها مجهولة فلا يمكننا ان نذكر وسابها صحيحة الوقاية منها  
 ولاجل طرد الديدان الشريطية لا يستعمل من الادوية العذيدة التي كانت  
 تستعمل سابقا الاجذر السرخس الذكر وقشور جذر الرمان والكوسو  
 وزيت الترميتينا

اما جذر السرخس المذكور فالظاهر انه قوى التأثير في الديدان الشريطية  
 ذات العقل العريضة بخلافه في الوحيدة فكثيرا ما لا يجدي نفعا فيها  
 ونستعمل قشوره مسحوقة من جرامين الى اربعة (أى من نصف درهم الى  
 درهم) ويكرر استعماله مرتين أو ثلاثة ويعطى على الريق صباحا ومساء  
 قبل النوم كما أوصى به بعضهم وبعدهم مضى بعض سويعات أو في الصباح  
 ان كان تعاطى المسحوق في المساء يومر المريض بتعاطى مسهل قوى مركب  
 في الصبح النقطى والمهودة والزئبق الحلو أو من ثلاثين الى ستين جراما من  
 زيت الخروع وأقوى اشكال السرخس تأثيرا واسهالها خلاصة السرخس  
 الاثيرية فتعمل جوبا بعد ان يضاف اليها مقدار مساو لها من المسحوق  
 ويعطى من جرام الى اثنين على مرتين ثم ان جذر السرخس المذكور له دخل  
 عظيم في الادوية العديدة المركبة الطاردة للدودة الوحيدة التي تترك في  
 هذا العصر شيئا فشيئا

واما قشور جذر الرمان فالظاهر انها متى كانت حديثة نفعت نفعاً كيدا  
 في طرد الدودة الوحيدة والمقدار النافع منها من خمسين جراما الى مائة (أعنى  
 من أوقيتين الى اربعة) في قدر ثلثمائة وخمسين جراما الى سبعمائة جرام من  
 المائمه قوعه مدة اربع وعشرين ساعة ثم يغلى حتى يبقى نصف السائل ويعطى  
 منه على الريق صباحا على ثلاث مرات الا انه وان كان جيدا للتأثير يحدث  
 عنه في احيانا ومغص شديد يتألم منه المريض عدة ساعات والانصب الذي  
 يوصى به تجربة المنقوع البسيط قبل استعمال المطبوخ وهذا المنقوع يجوز  
 بأخذ مقدار من أوقيتين من قشور جذر الرمان الى اربع أو اوق وتأثير المنقوع

البسيط أطف جدا من حيث ان المريض لا يحس بمكابدة ما وكثيرا ما شوهد  
من تعاطيه طرد الدودة المذكورة بل شوهد طرد ثلاث منها مع رؤسها فان  
لم ينجح استعمال المنقوع فلانواع من استعمال المطبوخ بعد ذلك وعقب  
استعمال قشور جذر ليمان تنقذ هذه الدودة بدون تجزئتها الى قطع بل  
الغالب ان تكون ملقحة على نفسها ككسبة الغزل ثم ان لم تنقذ بعد تعاطي  
أول مقدار بساعة الى ثلاث ساعات فالاجود اعطاء أوقية او اثنتين من زيت  
الخرع وأوصى المعلم ( كشميستر ) بتجهيز خلاصة من أربع أواق الى ست  
من قشور جذر الرمان وتزج هذه الخلاصة بست أواق أو ثمان من الماء  
الساخن وجرام أو جرام ونصف من الخلاصة الاتيرية للسرخس الذكر  
وأربع قححات اوست من الصمغ النقطي ثم يعطى قدر فنجان أو أكثر من هذا  
المخلوط في كل ثلاثة ارباع من ساعة لاجل طرد الديدان فان لم يثر ذلك في ظرف  
ساعة ونصف يعطى فنجان ثالث منه

واما الكوسو ( ويعرف بالشربة الحبشية عند العوام والشاوي ) فهو  
عبارة عن الازهار المجففة المسحوقه من نبات يسمى بالبربير الطاردة للدود  
وهذا الجوهر الدوائي الذي وصل اليه من بلاد الحبشة لم يصادف  
الامل العظيم الذي قيل به في ابتداء ظهوره مصدفة تامة وأقل ما هنالك ان  
النتائج العظيمة جدا التي مدحها بعضهم لم تثبت عند آخرين ويعطى من  
هذا الجوهر مقدار من درهمين الى نصف أوقية اما منقذى بالماء أو معز وجا  
بالعسل على صفة صربي ويعطى هذا المقدار على مرتين صباحا في ظرف نصف  
ساعة وقبل تعاطيه يعطى للمريض فنجان من القهوة فان حصل له غثمان  
أعطى له قليل من عصارة الليمون وان لم يحصل التبرز بعد ثلاث ساعات أمر له  
بمسح زيت الخروع أو السمنا

واما زيت الترمينافه وان كان من أقوى الادوية الطاردة للديدان  
الشريطية فلا ينبغي استعماله الا عند الضرورة فانه اذا أعطى بكمية وافرة  
اطرد الديدان نتج عنه زيادة عن رداة طعمه تهيج عظيم في المسالك البولوية  
ويعطى منه قبل النوم من أوقية الى اثنتين منقردا أو مخلوطا بالعسل أو بزيت  
الخرع أو مستحلبا



ثم انه لا ينبغي اعطاء هذه الجوهر الابعدا انفصال أو انة ذاف بعض حلققات  
ديداية انقذا فاذا تيسر واما تأثير العلاج لاوقات معلومة في منازل القمر التي  
يسهل انقذاف الديدان فيها تبعاً للاعتقادات الفاسدة فلا يلتفت اليه  
وبالجمله يلزم قبل المعالجة الشفائية معالجة تجهيزية بان يحتمى المريض وتظف  
امعاؤه بزيت الخروع ويعتدى أيا ما بالاغذية المملحة كالفسخ وخبز الخنزير  
المملح وغير ذلك كالبصل والمثبلة بالافاويه ومن هذه المعالجة ما أوصى  
به من اسمة عمال بعض الثمار كتوت الارض والثمار ذوات البزور والرفيعة  
فان هذه البزور تضعف الديدان وتصيرها مريضة كما قاله (كشميستر)  
ولا يعتمد العلاج تماماً الا اذا شوهد رأس الدودة الشريطية لكن من المعلوم  
انه يمكن وجود جملة ديدان وجملة في المعى وفي هذا العصر اسمة عمل جوهر  
دوائى يسمى بالكالا وهو مسحوق يوجد من تجر وش ريش النباتات المعسمة  
روتايتا سكونوريا فيؤخذ منه من درهمين الى ثلاثة مخلوط بالماء وكذا  
قشور المارسيان من أوقية الى اثنتين ممزوجة بالعسل وجذور البونان من  
درهم الى اثنين وغيرهما من الجوهر الدوائية حتى قبل بجودة تأثيرها في  
الشريطية وتكرارها يظهر لها تأثير قوى مخصوص والجوهر الدوائى  
الممدوح بكثرة في طرد الديدان الاسطوانية هو بز الشيج الخراسانى وهو الزهر  
الذى لم يتفخ من أكامه وهو من نبات يعرف بالارتيميا الطاردة للدودة  
الشريطية وقد رفضوا الا ان طريقة اعطاء المخلوط المتخذ من مسحوق  
بز الشيج المذكور وبالجملة والواريانا والعسل ونحو ذلك من الجوهر التي  
كانت تعطى على شكل مربي وكان يهذب بها مراراً جميع الاطفال تقرىبا  
كل سنة كما ترك ما ذكر على شكل شكولا الشيج أو اقراصه والذى عليه  
العسل الا ان اسمة حضارات أخرى أسهل تعاطيا و كدمنفعة كخلاصة  
الشيج المذكور الا تيريه لاسيما السنونين وهو الجزء الفعال من هذا الشيج  
فن الخلاصة تعطى للطفل مقدار من خمس فحبات الى عشر كل يوم ومن الثمانى  
من ثلاث فحبات الى أربع ويوجد في الاجزاء اخانات ملابس سنونينى مجهر  
ذو طعم مقبول في كل واحدة منه من نصف حبة الى حبة من السنونين وقد  
أوصى المعلم (كشميستر) بحل فحمتين الى أربع من هذا السنونين في أوقية

من زيت الخروع ويعطى منه معلقة بن ساعة بعد أخرى حتى يفتح المطلوب  
وأقوى منه نتيجة استعمال سنفونات الصودا وهو ألطف من ذلك تأثيرا  
فيؤخذ منه أياما متوالية صباحا ومساءمقدار من قحعين الى خمس ومتى أعطى  
بز الشرج أو أحد اسنخضاراته لزم أن يعقب بمسهل ولا حاجة لغير ما ذكر من  
الجواهر الطاردة للدود والقذف الديدان الاسطوانية

واما طرد الديدان المستدقة الذئب من المستقيم فيمكن في استعمال الحقن  
وأجودها المأخوذة من الماء البارد والتل لكن يلزم اعطاؤها بكمية عظيمة  
لاجل وصولها الى الديدان الساكنة في التعريج السني وطرد هاع القمادي  
على استعمالها زمانا طويلا وينبغي في الاحوال المستعصية ان يضاف الى  
الحقن المذكورة محلول خفيف من السليمان بان يؤخذ منه ربع قحعة في  
أوقيتين من الماء

\* (المبحث العاشر)

(في الحمى المعدية وتسمى بالمخاطمية والصفراوية)

كثير من الاطباء الاسيما الالمانيين يعني بلفظ الحمى المعدية أحوال المرضية  
ذات سير حاد فيها لا يصطبغ الاضطراب العام الحمى الثقيل الانبواهر سوء  
الهضم ومصحوبة باسم ال غالب بالاول جسد فيها اعراض تدل على تغير مرضي  
ثقيل في عضو من الاعضاء المهمة ومثل هذه الاحوال المعبر عنها بالحميات  
المعدية يعتبرها الاطباء المشتغلون بالطب العملي بالممارسات العظيمة خاصة  
أحوال التيفوسية الحقيقية ولا يدمن رفض ذلك الاعتبار فان كل طبيب  
مشتغل بالطب العملي بين الاهالي لا بد وان يكون قد شاهد عدة أحوال  
مرضية متفاوتة المدة طولا وقصرا بدون ان يكون فيها أدنى شبهة تسمم  
تيفوسية تحت يقين ان عدم التدبير الغذائي الصحي وهي نطابق بالكلمة  
الحميات المعدية فعلى هذا ينبغي اجتهاد القول بحصول تسمم تيفوسية ولو في  
الاحوال التي لم يثبت فيها حصول التبعاعد عن التدبير المذكور والاعتراف  
بالقول بان كلا من تأثير البرد والمؤثرات الجوية والأرضية وغيرها من  
المؤثرات المرضية يحدث مجموع اعراض من هذا القبيل وليس المقصد من  
ذلك انكار ان عدة من الاحوال التيفوسية الحقيقية تشخص وتعتبر حمى



## معدية

ثم ان الحمى المعدية تبتدى غالباً بقشعريات خفيفة متكررة ويبدران ابتداء  
النوبة بقشعيرة واحدة ثقيلة وسرعة النبض تزداد فجأة فتصل الى مائة  
درجة او ازيد في الدقيقة الواحدة وترتقى الحرارة طبقاً لقياسات القليلة  
المعلومة تارة الى درجة لطيفة وتارة الى درجة مفرقة فتصل الى درجة  
٣٩ أو ٤٠ ونضطرب الحالة العامة اضطراباً عظيماً ويحصل انحطاط عظيم  
تلازم فيه المرضى الفراش وتقام الاطراف سيما المفاصل فيحس فيها ابتكسار  
ويحدث ألم غير مطاق في الرأس يزداد بنوم المرضى وارتكازهم على وسايلهم  
ولو من الريش وربما تناقص به عصب الرأس بقوة نحو منديل (تفسيه  
الوسيلة المذكورة تستعمل بكثرة عند المصريين لتسكين آلام الرأس  
الشديدة التي توصف بهذه الحمى) ويقعد النوم رأساً أو يضطرب باحلام  
رديئة وتختلف شدة الظواهر المرضية الاتية من جهة المعدة والحمى  
فالغالب ان نقدة الشمسية ويغطي اللسان ويصير طعم الفم عجيباً أو مراراً  
ورائحة الفم تكون منقنة وتشتكي المرضى باحساس بضغط أو امتلاء في  
القسم الشراسيفي وتزداد حساسيته بالضغط عليه وينضم لذلك تجشؤ من  
غازات أو سوائل حمضية ناتجة عن فساد الهضم وقد يحصل في متكرر وفي  
الابتداء يعمد على البطن ثم يحصل اسهال سيما ان استطال المرض زماناً ولا  
ويسبق هذا الاسهال بغص متفاوت الشدة وينفذ به مواد سائلة متلونة  
بالخضرة بسبب الصفراء الفاسدة وكثيراً ما تكون هذه المواد مخاطية  
ومجموع الظواهر المذكورة قد يزول بسرعة بحيث ان المريض الذي كان  
في حالة منزعجة في اول يوم يكون في اليوم التالي في حالة شفاء تام (وهذا ما يسمى  
بالحمى اليومية) وان ظهر طفق هر بسى على الشفتين فلا يشترط شكلاً مرضياً  
مخصوصاً ويسمى بالحمى الهر بسية فانه كما يصاحب الحمى المعدية بكثرة  
كذلك يصاحب الرئوية والمقطعة وربما كان فيها أكثر فحينئذ لا يكون  
له في المرض الاول كبراهمية زيادة عن الاخيرين وفي غالب الاحوال  
لا يزول هذا المرض في يوم واحد بل يستمر عدة أيام غالباً ويبدركمه زيادة  
عن أسبوع وعند الأشخاص الذين لا يتحملون ارتفاع درجة الحرارة الحمية

أو انه وكه الناشئة عن تولد هذه الحرارة تولد ازاندا (وقد ذكرنا انه يوجد من  
 هذه الحمية اختلافاً عظيماً باختلاف الاشخاص) يتضح الانحطاط انصاحاً  
 بينا بسرعة ويضطرب الدماغ ويحل محل الاحلام المفزعة هذيان وان ظهر في  
 اللسان جفاف عظيم الاتعباس بالتيهوس وكثيراً ما لا تتضح حقيقة الحال الا  
 في اليوم السادس الى الثامن عقب طرق تحسين بخافي ونفاهة مبريعة  
 وحيث يتعمق تمييز الحمى المعديّة عن التيفوس حال ابتداءه نية في الاحتراس  
 في التشخيص والحكم على العاقبة في الاسبوع الاول فان مما يخل جد بشهرة  
 الطبيب حكمه بتشخيص الحمى المعديّة مع التأكد وتعشبه بالشفاف من  
 يوم ليوم ثم يظهر التيفوس في الاسبوع الثاني أو الثالث باعراضه النقيلة  
 كما يعاب عليه أيضاً اذا شخص المرض بحمى عصبية أعني تيفوساً ثم انتهى  
 هذا المرض في الاسبوع الاول بالشفاف بحيث ان المريض عما قبل من الايام  
 يخرج يتعمق للرياضة اذ لا يخفى ولو على الهواء ان الحمى المعديّة لا تصير معديّة  
 عصبية عند سلطان امور مخصوصة وتستحيل الى حمى عصبية أي تيفوسية  
 بل من المعلوم عند من ذكرنا كلام من هذين المرضين مختلف الطبع من  
 ابتداء حصوله والاهم في التشخيص التمييز له ما في الاسبوع الاول أو لا  
 اعتبار المورثات المسببية فان كانت المورثات المرضية التي سبقت المرض  
 من المورثات الحديثة لنزلات معدية معوية أدى ذلك في الاحوال المنهمة الى  
 غلبة الظن بكون ما ذكر حمى معدية واما ان وجدت أحوال تيفوسية بكثرة  
 في مدينة مثلاً وما يحيط بها ولم تسبق بعدم تدبير غذائي صحي يعتبر سبباً  
 للمرض فان ذلك يؤدي الى غلبة الظن بحصول التيفوس ثانياً ارتقاء درجة  
 الحرارة في الحمى المعديّة فان ذلك غير منتظم فيها كما يكون واصف التيفوس  
 وسنوضح ذلك فيما بعد ثالثاً وجود التهاب نزلي في الفروع الشعبية الرفيعة  
 الدال عليه كل من السعال والخراخراة فيرته فانه مما يرجح القول بوجود  
 الحمى التيفوسية لا المعديّة ولو وجد فيها احكاماً لنزلات شعبية وهذه  
 الاحوال يعبر عنها بالحمى المعديّة النزلية رابعاً وجود الطفح الهرمسي حول  
 الفم يؤيد القول بعدم التيفوس خامساً وجود تدفق الطحال وظهور طفح  
 وردى على القسم العلوي من البطن في الاسبوع الاول يتفق القول بوجود



حتى معدية ويؤيد وجود التيفوس

وهناك أحوال تخفى فيها الظواهر المعدية المعوية بالنسبة للاضطراب البني  
العمومي الثقيل بالكلية بحيث يشك في كون القنأة المعوية منشأ المرض أم لا  
وفي كون الحمى وظواهرها المتعلقة بها تعتبر أعراضاً للنزلة المعدية المعوية  
أم لا ومثل هذه الأحوال يؤدي للقول بوجود سميات بسيطة (ذاتية) وتعرف  
بالبسطة المسفرة وبالسونوخس ومن البعيد على العقل ان النتيجة الوحيدة  
لتأثير سبب مضر في الجسم هو طروا الحمى بل الظاهر القريب للعقل انه يوجد  
ولا بد تغيرات جوهرية خفية لا تدرك ويعضدها القول ما هو معلوم من  
التجارب انه كثير اما يشاهد في أحوال الالتهابات الرئوية والحجرية الجلدية  
والالتهابات النزلية الشديدة في الغشاء المخاطي الانفي والشعبي كل من الحمى  
والاضطرابات البنيوية العمومية وانضاجها قبل ظهور الاعراض الموضوعية  
وهنا لا يسوغ القول بوجود حمى أصلية من الابد ان انضم اليها فيما بعد  
اصابة مرضية موضعية سمي وان الحمى تسير مع هاتيك الاعراض من وقت  
ظهورها وينتهي سيرها بانتهاء سير الاصابة المذكورة ويتضح لي طبعا  
لتصورى انه ان لم ترتق الاصابة المادية الخفية الى درجة نشأ عنها اضطرابات  
وظيفية مدركة تكونت الحالة المعبر عنها بالحميات الذاتية أو الاصلية ومع  
ذلك فلا يستتبع من سوء الهضم الخفيف الذي يكون في كل حمى وفقد

الشهية وتفطية اللسان الخفيفة ونحو ذلك اعتبار كل حمى انها معدية

وقد أكد المعلم (جرجنجور) ما ذهب اليه من ان الاحوال المرضية النادرة التي  
تسير بظواهر مستمرة كثيرة الوضوح واصفة المعبر عنها بالحميات المخاطية عبارة  
عن اصابات تيفوسية تسير بكيفية واضحة غير اعتيادية ولأعلم ان كان هذا  
الطبيب قد أجرى الصفات التشريرية في أحوال عديدة من الاحوال التي  
نحن بصدد ها ولا كما لأدرى من أي باوع استتبط انه في مثل هذه الاحوال  
المرضية يوجد جلد قروح معوية آخذة في الشفاء وكل من استتبط هذه  
المرض وخفة درجة الحمى وعظم امتداد الاصابة النزلية وتكون المواد  
المخاطية بكمية عظيمة وغير ذلك يلجئني الى الشك في صحة ما ذهب اليه هذا  
الطبيب المذكور حتى أقف بالدقة على حقيقة ما اليه ذهب واما الذي ساذكره

بالنسبة لاعراض الحمى المخاطية وسيرها فاني آخذله من مشاهداتي  
الخصوصية ومن شرح المعلم (شونيان) على هذا المرض الموافق بالكلية  
اشهاداتي

وهذا المرض لا يتبدى بسرعة النبض العظيمة وتكسر الاطراف وألم الرأس  
الشديد والقلق التي تبدى بكل منها الحمى المعدية بل يكون النبض قليلا  
التواتر ودرجة الحرارة قليلة الارتفاع وتحس المرضى بهبوط واضح جدا  
وتكون في حالة الخنوط وميل للنعاس وكراهة كل شئ تعاطى شئ تامن  
المطعومات وان جبرت على تعاطى شئ مما ذكر حصل لها احساس متعب  
بامتلاء في البطن ينضم له غثيان حتى يحصل القيء وبه تنقذ كمية عظيمة من  
مواد مخاطية لزجة وكذا كل من النزلة القمية والحلقية المصاحبة لهذا المرض  
يكون ذاصفات مخصوصة فاللسان يكون ابدا مغطى بطبقة سميكة مصفرة  
وكل من الاسنان واللثة وقوائم اللهاة والبلعوم مغطى بطبقة مخاطية لزجة ثم  
تنقذ غالبا الطبقة البشرية المغطية للسان فيظهر أحمر كأنه قطعة لحم نيئة  
أو مدهون بمادة حمراء وفي وقت الصباح تنقذ المرضى اما بواسطة البصاق  
أو التقيح أو الغثيان أو القيء ونحو ذلك مواد مخاطية لزجة خيطية بكمية  
عظيمة يضيغ عنها ما عود البصاق وتكون مواد البراز مخملطة أيضا زيادة عن  
المطعومات غير التامة الهضم مواد مخاطية غزيرة وكذا الافراز البولي يترك  
راسبا كثيرا المواد المخاطية والحمى تبقى كذلك في أثناء سير هذا المرض خفيفة  
ذات طرز متردد أو مستمر وتقع المرضى في حالة هبوط عظيم ويرداد هذا  
الهبوط ازدياد اعظم بحيث ان هؤلاء المرضى ولو في غير وقت النعاس تستلقي  
على أظرفها في فراشها غير متمسكة بالحوالها من الأشياء بل ولانفسها  
وحالة مرضها وعند اتجاه هذا المرض نحو الشفاء في الاسبوع الثالث  
أو الرابع غالباً يزول تكون الافرازات المخاطية بالتسريع وتعود الشهية يهبط  
ويصير النبض بطيئا والمرضى المنهوك لا تكتسب قواها الاصلية الا بعد زمن  
طويل ويكفي أقل مؤثر في احد ان النكسة فيعود المرض ثانية حتى يعرض  
على ذلك عدة من الاشهر فيحصل اما الشفاء التام أو الهلاك لهؤلاء الضعفاء  
المنهوكين



واما حل مسألة الاحوال المرضية المعبر عنها عند الاقدمين من اطباء  
 بالحيمات الصفراوية فمعسر وبالتجارب التي أجريتها في السنين الاخيرة أظن  
 القرب نوعا الى فهم الامراض الحمية التي تسببها واهرير قانية وأوضحها  
 تقريرا عما سلف في العصر الخالية وذلك اني الآن لأظن أن اليرقان ينشأ  
 عن ازدياد الصفراء الذي يتكون به كمية عظيمة منها زيادة عما يسيل من المسالك  
 الصفراوية وانه بذلك يمتص جزء من الصفراء المتزايدة المنقرضة بل الذي أجزم  
 به ان يمتص اليرقان الذي يصاحب الحيمات الثقيلة لدموى بمعنى انه ينشأ  
 عن تلاشي كرات الدم واستحالة المادة الملوثة له المنفصلة عنه الى مادة ملوثة  
 صفراوية وسأنتكلم على ذلك مفصلا عند امراض الكبد ولقد قصر هنا على  
 الاعتبارات الآتية وهي انه في التسمم الصديدي للدم وحى النفاس وغير  
 ذلك من الامراض التسممية يحصل استحالات جوهرية في الاعضاء المختلفة  
 عقب ارتفاع درجة الحرارة ارتفاعا عظيما ولا بد وان يشترك الدم في تلك  
 الاستحالات ومن النادر ان يحصل في أثناء سير الاصابات الالتهابية سيما  
 الالتهابات الرئوية تحلل في الدم كما كان يزعمه الاقدمون ويعقب ذلك يرقان  
 دموى وبالجملة فقد تؤدي الاصابات النزلية التي تعترى الغشاء المخاطي للقناة  
 الهضمية والشعبية الى استحالات جوهرية في الكبد والقلب والكليتين  
 والدم فقد شاهدت في السنين الاخيرة جملة مرضى مصابة بنزلات شعبية  
 أو معوية بسبب هلاكات باعراض ثقيلة من جهة المجموع العصبي مع  
 ظواهر يرقانية وانتفاخ في الكبد قابل وضربات غير منتظمة ومقطعة في  
 القلب وبول زلالى وغير ذلك بدون أدنى شك في حصول تسمم عنق منتشر  
 ومثل هذه الاحوال التي تشاهد بكثرة احيانا كالاتهابات الرئوية الصفراوية  
 وتوجد بكثرة في البلاد الحارة جدا تطابق بالسكامة ما يسمى الاقدمون بالحيمات  
 الصفراوية ولا بد وان توجد احوال من البيميا وغيرهما من الامراض  
 التسممية يعبر عنها خطأ بالحيمات الصفراوية

\*(المعالجة)\*

حمض الكلور ودرينك له شهرة عظيمة في معالجة الحمى المعدية ولا تعرض  
 الى كون التركيب الذي يكاد يستعمل دائما مأخوذا من جرامين (أعني

نصف درهم) من حمض الكلو روديكر المركز على مائتي جرام (أعنى ست  
أواق) من صواغ غروي أو منقوع خفيف من عرق الذهب من خمسة دس  
جرام على مائتي جرام من الماء (أعنى ثمان فجات على ست أواق) ويعطى من  
ذلك ملعقة في كل ساعتين وله تأثير جيد جدا كما هو مشهور به وعلى كل حال  
فالعالم ان المرضى تتهاطاه مع القبول حيث انه يحصل منه تطيف العطش  
تأطيفاً عظيماً فضلاً عن اختلاطه بالعصير المعدى فيزيد في خواصه الهاضمة  
كإدات على ذلك التجارب القسولوية

وفي الحمى المخاطية تستعمل القلويات السكر بونية لاسيما صبغة الراوند  
المائتة واستعمات ذلك بكمية عظيمة طبقاً لما نص عليه (شونلين) فيعطى من  
ذلك ملعقة أو كل كل ساعتين مع النجاح التام تابعاً في ذلك أيضاً رأى من قال  
ان لهذا الجوهر الدوائى تأثيراً يكاد يكون نوعياً في الحمى المخاطية ثم ان المرضى  
تسأم أنهم من القمادى على تعاطى الشربة كما شاهدت ذلك فضلاً عن  
تحمسين حالتهم بتعاطى بعض الخبز الخفيف متبلاً بقليل من الملح واما الحمى  
الصفراوية فالمستعمل فيها بكثرة الحوامض المعدنية والاجود فيها استعمال  
جوهر دوائى مضاد له - هذه الحمى وهو الكينين فيستعمل بمقدار عظيم مع  
تقيص الحرارة بواسطة التبريد والحمامات الباردة أو تلقيف الجسم  
بالملاآت المبتلة بالماء البارد

\* (الفصل السادس) \*

(في أمراض البريتون)

(أعنى امراض الغشاء المصلى المستبطن للبطن)

\* (المبحث الاول) \*

(في التهاب البريتون)

(كيفية الظهور والاسباب)

يقال في كيفية ظهور والالتهاب البريتونى ما قيل في كيفية ظهور والالتهاب  
البليورى والتامورى لان التغييرات المرضية التى ذكرناها في شرح  
تغيرات البليورى والتامورى تحصل بعينها في البريتون عند التهابه وذلك انه  
من جهة يتكون تولد جديد من منسوج خلوى حديث أعنى غوا حديتاً في



هذا الغشاء ومن جهة أخرى يحصل نضح التهابي على سطحه مزوج باخلمة  
 حديدية أي كرات صديدية وفي أحوال من التهاب البريتوني المزمن قد  
 يظهر ان التغيير الالتهابي قاصر على غموم نسوج خلوي بريتوني بدون حصول  
 نضح سائب على سطحه فبناء على ذلك يغلب على الظن حصول نضح في البريتون  
 والتصاقات تشبهه بالكلمة نضح البليورا والتصاقات بحيث تكون مثلها  
 بدون ان ينشأ عن ذلك اعراض

ثم ان الاستعداد لهذا الداء عند شخص سليم قوى البنية غير عظيم سيما بالنسبة  
 لشكله الحاد المنتشر فان المؤثرات المرضية الخفيفة التاثير الكافية في  
 احداث التهاب أغشية غير البريتون في الاغشية المصلمة والاغشية المخاطية  
 يكاد لا ينتج عنها التهاب بريتوني أصلا ولذا ينبغي للطبيب ان يتمسك بالاعادة  
 العامة وهي انه متى أصيب شخص سليم من قبل بالتهاب البريتوني يجب  
 عليه الظن بوجود سبب من الاسباب الثقيلة التي سنذكرها فيما بعد ولا يظن  
 وجود التهاب البريتوني المعروف بالزوما ترمي الابدان القطع في هذه الاسباب  
 الثقيلة بالبحث الجليد والاستعداد للاصابة بالتهاب البريتوني وان كان قابلا  
 كما ذكرنا في السليمين الا انه يكثر جدا في المصابين باعراض مصحوبة بالتهوكة  
 كالدرن وداء البرص وغيرهما من الامراض المصحوبة بالتهوكة وكذا يزيد  
 الاستعداد المذكور في النساء من الطمث اذ يكفي عندهن أقل سبب مضر  
 فيحدث التهاب بريتوني وقد سبق ذكر الاسباب الممانعة من اعتبارها هذا  
 الشكل من التهاب البريتوني كغيره من التهابات الرئوية والبليوراوية  
 التي تحصل في مثل هذه الاحوال من التهابات الثانوية وفي أحوال أخرى  
 غير نادرة يكون هذا الالتهاب نتيجة لا واسطة لتعميم منتشر في الدم وحينئذ  
 يقاسى بالتهابات الجلدية في الامراض الطفحية الحادة وسنشرح هذا  
 الشكل من التهاب البريتوني عند الكلام على الحمى التيفوسية وغيرها من  
 الامراض التسممية للدم التي يكون فيها البريتون محاسنا لالتهاب

وانما الاسباب المتممة للالتهاب البريتوني فمنها الرض الشديد على البطن  
 والبحر ورح النافذة ومن العمليات الجراحية ما يندر جدا احداثه لالتهاب  
 البريتوني كبذل البطن وما يحدثه بكثرة كعمليات التفق الخنثوق وما يحدثه

دائما كالعاملات القيصرية أعنى شق البطن عند الولادة العسرة جدا ومنها  
تمزق الاعضاء المغشاة بالبريتون او تمزقها ودخول سوائل أو مواد غريبة في  
تجويف البطن فان هذا الالتهاب يمكن حصوله عن ثقب المعدة بقروح  
أو سرطان فيها وتقرحات المعانة الديدانية والاعور والتقرحات التيفودية  
او الدرنية للمعي وتمزق الحويصلة المرارية والمثانة وتمزق خراجات الكبد  
او الطحال ونحو ذلك

ويتمدد الالتهاب في جميع هذه الاحوال بسرعة الى جميع سطح البريتون  
ويندران تقطع الالتصاقات القديمة الكائنة بين الغراء المعوية سير هذا  
الالتهاب وتفتح امتداده الى باقى اجزاء البريتون بحفظه عن ملامسة  
الاجسام الغريبة المنسكبة في البطن

ومنها ان الالتهاب البريتوني قد يفتح عن التهاب عضو مجاور له هذا الغشاء  
فان البريتون يشترك بالالتهاب مع الاعضاء المغشاة بها كما تشترك البليودرافى  
التهاب الرئة وذلك كحصول الالتهاب البريتوني الناتج عن الالتهاب الاعورى  
والفتق المحتق والاختناقات المعوية الباطنة والتواء الامعاء وتداخلها  
وكثيرا ما يمتد الالتهاب من اعضاء قناسل الاثني ويصيب البريتون كما ان  
التهابات الكبد والطحال يمكن ان تمتد الى هذا الغشاء وفي جميع هذه  
الاحوال يكون الالتهاب البريتوني قاصرا على الجزء المصاب في الابتداء بل  
المعالب ان يكون قاصرا عليه فيما بعد ايضا وفي بعض الاحوال قد يمتد هذا  
الالتهاب ويتشرب سيما اذا كان ناتجا عن اختناق معوى او نحو

ومن النادر جدا أن يكون ناتجا عن تأثير البرد واضطرابات جوية أخرى غير  
معلومة كما تقدم ويكاد أن لا يحصل ذلك مطلقا عند سلمى البنية وقد جرت  
العادة بتسمية هذا الشكل بالالتهاب البريتوني الروماتيزمى

\* (الصفات التشريحية)

ولنشرح أولا التغييرات التشريحية للالتهاب البريتوني الحاد المنتشر  
فنعقول

يكون البريتون ابتداء محمرا بسبب الاحتقان الوعائى الشعري والارتشاح  
الدموى الحاصل في خلايا منسوج البريتون ولاجل كشف هذا الاحمرار



ومشاهدته ينبغي ابعاد التراكمات اللبغية المغطية له وسماها في ذكرها ثم يتماقص  
 هذا الاحرار وماذا ك الامن انضغاط الاوعية الشعريه بسبب الاتفاخ  
 الاوذى ماوى الذى يحصل فى جوهره و سطح هذا الغشاء يتكدر لانه بسرعه  
 عقب سقوط الطبقة البشرية ويشاهد سطحه خاليا وماذا ك الامن تولدات  
 اخلية جديدة ترتفع على سطحه كما ذكرنا ذلك فى الالتهاب البليدوراوى  
 واهم تغيرات جوهر البريتون مشاهدة النضج الذى يوجد على الدوام مغطيا  
 لهذا الغشاء المصلى ولو كانت مدة التهابه قصيرة جدا وطبيعة هذا النضج  
 وكميته تختلف اختلافا عظيما فانه قد لا يشاهد احيانا الا طبقة دقيقة شفافة  
 من مواد لبغية منقذة يسهل نزاعها بسهولة على شكل غشاء رقيق مغط  
 للبريتون ومكون لانتصافات رخوة بين العرا المعوية وبهضها ولا يوجد  
 نضج سائل بالكلمة وفى احوال اخرى يكون النضج المنقذ كثر كثافة  
 واقل شفافية واكثر اقرارا كالغشاء الكاذب ويوجد فى الاجزاء المنحدرة  
 من التجويف البطنى كمية متفاوتة العظم والقدر من مواد صلبة عكرة دقيقة  
 وتارة قد يكون النضج عظيم الكمية جدا بحيث عند دفع البطن يخرج من  
 تجويفه سائل عكر ندى غزير جدا وتبقى منه كمية بين العرا المعوية وفى  
 الحوض الصغير وعلى جانبي العرا الفقرى وزيادة على هذه التجمعات  
 الغشائية المغطية للبريتون توجد تجمعات مصفرة من مواد لبغية منقذة  
 اما سائلة فى السائل او ساقطة فى قاعه ومجمعة فى الاجزاء المنحدرة من

تجويف البطن

ثم ان النضج التليل الكمية المحتوى على مواد لبغية بكثرة يشاهد خصوصا  
 فى الالتهابات البريتونية الناتجة عن اسباب جرحية او عن امتداد الالتهاب من  
 عضو مجاور للبريتون نفسه واما النضج المصلى البنى العظيم الكمية  
 فيوجد غالبا فى الالتهابات البريتونية الناتجة عن التثقب او عن التسمم  
 المتشترسيما فى الالتهاب النفاسى وفى الاحوال النادرة من الالتهاب البريتونى  
 الروماتيزى

وبجميع طبقات الامعاء تكون فى الالتهاب البريتونى المحبوب بنضج غزير  
 مجاز الاوذى ما تسمى جانبيه فتكون جدران الامعاء بسبب هذه الاوذى ما

أكثر سماكة وتؤدي أوزيما الغشاء المخاطي المعوي الى افراز مصل غزير في  
باطن القناة المعوية وبسبب شلل الطبقة العضلية يحصل تراكم كمية عظيمة  
من الغازات في الامعاء بل تكون الطبقات السطحية من السكبند والطحال  
والجدر البطني مجسسا لا تنشاح مصلى ومتغيرة اللون وبالجملة فلقد ذكرهنا انه  
بسبب النضج والغازات الممتدة للمعي يتدفع الحجاب الحاجز الى أعلى فيصل  
الى موازاة الضلع الثالث او الثاني فينضغط معظم اجزاء الرئة ويبدأ توجهه  
سرعة حصول الموت

واذا لم يهلك المريض حال ارتقاء الالتهاب الى أعلى درجة تعيرت الصفة  
التشريحية وفي الاحوال الجيدة تمتص الجزء السائل من النضج بسرعة ثم  
تزول المواد المنعقدة مع الكرات الصديدية المنحصرة في هذه المواد  
او السابجة في السائل وذلك بعد ان تكابد الاستجابة الشحمية فتسيل وتصب  
صالحة للامتصاص ومع ذلك تبقى على الدوام تسكافات جزئية مع التصاقات  
بريتونية وفي احوال أخر اقل جودة لا تمتص الجزء السائل من النضج  
الا امتصاصا غير تام والكرات الصديدية التي كانت محتاطة به ابتداء بكمية  
قليلة تسكف جدا فيكتسب السائل هيئة صديدية والتعقدات الليفية لونا  
مصفر او رطوة عظيمة وقد تلتصق الامعاء في بعض الاصفار التصاقا متينا  
بحيث يجتمع السائل في جله بورات منعزلة ثم اذا عاش المريض زيادة عن هذا  
الدور الذي يوجد اذ غالبا عند الهالكين من الالتهاب البريتوني في الاسبوع  
الرابع او السادس شوهد امتصاص السائل الصديدي المتكيس وتكاثفه  
واستحالة الى مادة مصفرة جينية بل وكاسية تبقى متراكمة بنحويف البطن  
في منسوج خلوي تبيس وفي بعض الاحيان يمتد الى تكون الخلوي الجديد  
العظيم الذي يحصل على السطح السائب من البريتون الى جوهر هذا الغشاء  
فيحصل فيه تقرح او ثقب فينصب النضج المتكيس اما في الامعاء أو المنانة  
ويتقدم من جدر البطن او يتجمع على هيئة بورات في المنسوج الخلوي  
للحوض ويتخذ مسلكا نحو الخارج في صفر منخلد

وفي الالتهاب البريتوني الحاد الجزئي تصير التغيرات التشريحية قاصرة على  
الغلاف البريتوني لا يكبد أو الطحال أو جزء معوي او بعض العرا المعوية



الجواردة وعند ما يكون النضج قليل الغزارة محتوية على مادة ليفية بكثرة يحصل التصاق الاجزاء الملتصبة ببعضها واما اذا كان النضج غزيرا جدا وكان زلايما ليقبأ ممكن ان يتكون عن ذلك بورات متكلسة بين الاجزاء الملتصبة ككافي التهاب البريتوني المنتشر وفي هذه البورات تحصل الانتهاءات السابقة ذكرها

واما التهاب البريتوني المزمن فهو عبارة عن الشكل الذي يكون ابتداءه كالاتهاب البريتوني الحاد المنتشر ثم يتبع سير ابطيا وتنتج عنه البورات الصديدية التي شرحتها لكن يوجد زيادة على هذا الشكل البريتوني المزمن خصوصاً عند الاطفال تغيرات التهابية أخرى في البريتون تصاحب الدرن المعوي والمساريقي وغير ذلك من الآفات المعوية وهذه التغيرات الالتهابية تكون من ابتداء ظهورها في حالة مزمنة وتتمد الى جميع سطح الفشاء المخاطي وأقله الى معظم سطحه وهذا الشكل من التهاب البريتوني يتصف بنوع عظيم في المنسوج الخلوي البريتوني فينتج عن هذا النمو ضخامة بريتونية تكون نارة هلامية وتارة ندية والعرا المعوية تكون ملتصقة ببعضها على هيئة لفائف غير منتظمة الشكل ويوجد بين هذه العرا المعوية المتضايقة والمتموضعة مراراً بورات متملئة بمواد صلبة او صديدية تارة وبسائل دموي تارة أخرى واختلاط هذا السائل بالدم فينتج عن تفرق الاوعية الشعرية الرقيقة الذي ينشأ عند تكرار حصول اى التهاب مزمن في اى محل كان فان التهاب المتكرر هذا لا يصيب المنسوج الاصلى فقط بل يصيب أيضاً المنسوج الخلوي الجديد التكوين الكثير الاوعية الرقيقة الملتصكون على سطح البريتون في التهابات المتقدمة الحصول وكثيرا ما يوجد في هذا الشكل بجوار النضج الدموي درن متكون على سطح البريتون المتكاثف وبالجملة يوجد شكل من اشكال التهاب البريتوني المزمن الجزئي معروف في انها آتة أكثر من ادواره الاول ويحصل عند وجود التهابات مزمنة واستجابات مرضية في الاحشاء البطنية وينتج عنه تكدر وتكاثف في البريتون والتصاق الاعضاء الحشوية ببعضها وانجذاب الامعاء وانحنائها

\* (الاعراض والسير) \*

الالتهاب البريتوني الحاد المنتشر تختلف الصفة التي يبتدئ بها باختلاف  
الاسباب التي احدثته ففي الالتهاب البريتوني الجرحي اول اعراضه هو شدة  
الالم الذي يبتدئ من محل الاصابة الجرحية و ينتشر بسرعة الى جميع اجزاء  
البطن وفي الناتج عن التثقب سيما التثقب الفجائي الذي به تنصب جواهر  
مهيجة في تجويف البريتون يكون العرض الاول لهذا المرض الماشهد يبدأ  
زائدا عن الحديس به في البطن السفلي ويصطب هذا الالم ابتداء بانحطاط  
عمومي عظيم جدا ولا يصطب بحمى شديدة الا فيما بعد

واذا حصل التثقب تدريجيا وكانت المواد المنسكبة في تجويف البطن قليلة  
السكمية والتهيج امكن ان تسبق اعراض الالتهاب البريتوني العام باعراض  
البريتوني الجزئي التي سنشرحها وفي الاحوال التي يمتد فيها الالتهاب من  
عضو مجاور الى البريتون لا يتبداه اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر فجأة  
كما تقدم فان الالام التي كانت موجودة من قبل لا تزايد الاشياء انشبا  
وتكون قاصرة في الابداء على الجزء الملامس للعضو المتهب ثم تدميطه الى  
جميع البطن

وفي شكل الالتهاب البريتوني المعروف بالروماتيزمي والناتج عن التسمم المنتشر  
يبتدئ هذا المرض بقشعريرة وحمى شديدين كهجوم غيره من الالتهابات  
المقبلة

وسواء كان ابتداء هذا المرض فجائيا او تدريجيا وظهرت الحمى من الابداء  
او فيما بعد فالالم على الدوام هو العرض الاكثر شدة ووصفا لهذا المرض  
فاى ضغط على قسم البطن مهما كانت خفته يصير غير مطاق بل قد لا يتحمل  
المريض الغطاء والملابس على البطن والمريض في هذا المرض لا تكون في حالة  
قلق في فراشها كما يشاهد عند المصابين بالغص بل تبقى مضطجعة على ظهرها  
مع السكون ثانياة اطرافها السفلى على الحوض وتنام من أقل حركتي  
وضعهما وقل سعال يحصل لهما ينتج عنه آلام شديدة في البطن وتقلص في  
الوجه وتكلم المريض ببطء عظيم ولا تنفس الا سطحيا خوفا من الضغط الذي  
يحدثه سقوط الحجاب الحاجز الى اسفل وازدياد الآلام عقب ضغطه على  
البريتون ومن ابتداء هذا المرض تنوتر البطن وينتفخ ولا يمكن نسبه الاخير



في الابتداء الى التضخم الذي يحصل في تجويف البطن فان كميته اذ ذلك  
 لا تكون عظيمة جدا بل معظم هذا الانتفاخ ينتج عن تمدد الامعاء الممتلئة  
 بالغازات وتوجيه الحالة الطبيعية للبطن في مثل هذه الاحوال ليس سهلا فانه  
 لا يحسن نسبه الى تكون غازات بكمية عظيمة اذ لا يوجد في سبب لسرعة  
 فساد متحصل الامعاء كما انه لا يجوز القول بانه يحصل في التهاب البريتوني  
 تصاعدات غازية من الجدار المعوية فالذي يظهر ان الحالة الطبيعية منوطة  
 بسمولة تمدد الغازات المعوية عقب استرخاء الجدار المعوية من جهة وعوق  
 خروج الغازات من جهة أخرى بسبب شلل الطبقة العضلية للامعاء والحالة  
 الطبيعية للبطن قد تسكت بسبب سرعة تمدد ما عظيم جدا ومن الواضح ان كلا  
 من التضخم والتمدد المعوي يحدث ضغطا عظيما على الحجاب الحاجز كما يضغط  
 على جدار البطن ومن ذلك نشأ أعراض خطيرة للغاية فان الضغط الواقع على  
 القصور السفلى من الرئة بسبب اندفاع الحجاب الحاجز الى أعلى والاحتقان  
 الشديد الذي يظهر في الاجزاء غير المنضغطة من الرئتين بسبب عوق الدورة  
 في الاجزاء المنضغطة ينتج عنهما عسر عظيم في التنفس وسرعة عظيمة في حركته  
 بحيث يصل عدد الشهيق في الدقيقة الواحدة من ٤٠ الى ٦٠ وعوق  
 الدورة في الرئتين يمكن ان يمتد الى القلب الايمن والمذوع الوريدي والغليظة  
 للدورة بحيث ينتج عن ذلك تلون سيانوزي خفيف عند المريض وفي اغلب  
 احوال التهاب الحاد البريتوني المنتشر يوجد عند هم امسالك مستعص  
 وهذه الظاهرة تنسب الى شلل الطبقة العضلية المعوية الناتجة عن الاوذيميا  
 التقدمية الحادية غير انه يشاهد في التهاب البريتوني النقاسي اسهال مائي  
 فانه في هذا الشكل في التهاب تمدد الاوذيميا الى الطبقة المخاطية أيضا فينتج  
 عن ذلك انشاح غزير مصلى يتدفق مع الخارج ولومع شلل الطبقة العضلية  
 متى وصل امتلاء الامعاء الى حد معلوم بحيث اذا اجلس المريض المصابة  
 به هذا الشكل من التهاب وضغط على بطنه اضغطا خفيفا سال من الشرح  
 كمية عظيمة من مواد مائية متلوثة قاعلا وكثيرا ما يصحب هذه الاعراض  
 المدكورة التي ماعدا الاحوال التي يكون فيها التهاب البريتوني ناتجا عن  
 ثقب القرحة المزمنة المعدة وتكون المواد المنقذفة بالقي في الابتداء

مخاطبة قليلة التلون ثم تصير مائية ثم مخضرة قليلاً ثم يتضح الاخضرار  
 وأسباب - حصول التي في هذا المرض تارة وعدم حصوله تارة أخرى ليست  
 واضحة فان اشتراك الغلاف المعدى البريتوني في هذا الالتهاب وعدم  
 اشتراكه فيه لا يكفينا في توجيه ذلك واذا امتد الالتهاب الى الغلاف  
 البريتوني المناني نتج عنه زحير بولي مستمر واحساس بامتلاء مستمر ايضا في  
 المشانة بحيث لو صغي الطبيب غير المتمرن الكلام المريض وتطلبه لاستقر اغ  
 ماني المشانة المحسوس له بادخال القساطير لاجل ما ذكر لما أمكنه ان يخرج منها  
 نقط قليلة من بول مر كزدا كن وبالجملة فانه يهدم من جهة اعراض الالتهاب  
 البريتوني الحاد المنتشر الحى التي تحدث عما قبل بعد طر والمرض او معه  
 فالتبض يسرع كثيرا وتوجاته تغربا وحرارة الجسم تصل الى ٤٠ درجة  
 فاكثر وحالة المرض العامة تضطرب جدا كما يحصل في باقي الحميات الشديدة  
 والدماغ يكون في الغالب سليما غير متكرر

ومعنى كان سير المرض ثقيلان جميع الاعراض تأخذ في التناقل والشدة  
 في أيام قلائل واما الالام فتكون في الابداء أشد ثم تنفص وتتفاح البطن  
 يصل الى أعلى درجة فيندفع كل من الكبد وقرية القاب الى اعلى حتى يصل  
 الى الضلع الثالث وبالقرع يسمع في ابداء المرض صوت ممتلى طبلى وعند  
 ازدياد النضج تسمع اصمبة غير تامة في الاجزاء المنخفضة من البطن وفي هذه  
 الحالة يشد قلق المرضى جدا طالعين للاسعاف وحالة تبصرهم تدل على اليأس  
 وان لم تفعل لهم اسستقر اغات دموية غزيرة أو كانت كمية الدم غير متماقصة  
 بسبب غزارة النضج كسبب وجههم لونا من رقاس بانوزيا ثم تضطرب  
 الحواس اذ ذلك ويحصل لها الخطاط ويتبدى عنده المرض الهذيان ويصغر  
 النبض شيئا فشيئا وتردد سرعته ويتغطى الجاد بعرق بارد فتملك المرضى احمانا  
 في اليوم الثالث أو الرابع من هجومه والاعلى في آخر الاسبوع الاول وعند  
 ما يسير المرض سيرا جيدا وذلك في الاحوال الحميدة التي يتأق فيم اقبه  
 الاسباب المتممة لهذا المرض او التي تكون فيها هذه الاسباب قليلة الشدة  
 والخبت يتماقص الالم والانتفاخ الطبلى للبطن والحى شيئا فشيئا ويحصل هذه  
 في النفس ويصير ضاه او يعود المريض الى صحة به بسرعة لكن الغالب ان



يبقى عنده مدة حياثة امسالك اعتيادي واسعداد للمغص قبل التبرز بسبب  
الاتصافات المعوية والانتخاآت المعوية أيضا

واذ الم بهلك المريض في الاسبوع الاول ولم يحصل عنده أدنى تحسسين واضح  
تغيرت صورة المرض غالبا وسار سيراهن منا فالالم يتناقص والبطن لا يصير  
حساسا الا بالضغط العظيم والانتفاخ الطبلي للبطن يتناقص لكنه لا يزول  
بالكفاية وان كان قد اعترى المريض امسالك الى هذه الدرجة يحصل عنده  
امسالك خفيف واما اذا كان عنده امسالك من الابتداء بسبب الارتشاح الغزير  
للمواد المصلية في المعى زال هذا الامسالك وحل محله امسالك وسرعة النبض  
ارتفاع الحرارة يتناقصان لكن لا يعودان الى الحالة الطبيعية وفي أثناء  
تناقص الانتفاخ الطبلي للبطن تنضج الاصممة في الاجزاء المنحدرة لئلا  
التجويف ويحس في الاجزاء الصماء بقاومة تنضج شيئا فشيئا ثم يكسب البطن  
شكلا غير منتظم ذات حداثات والنضج المتكيس يمكن ان يكسب هيئة الاورام  
غير المنتظمة والحصى وان كانت تطلقت الا انهم تزل مستمرة وتظهر فيها  
ثورانات زمنية مما فتنك قوى المريض ويحصل تلاش في دمه ومنسوجاته  
فتزول الطبقة الشحمية وتضمحل العضلات وتصير رخوة والجلد قاحلا متشققا  
ولا يندر ظهورا وذيما في الاطراف السفلى ثم تملك المرضى في حالتها نحو كفة عظيمة  
جدا نحو انتهاء الاسبوع الرابع أو الخامس أو السادس وان امتص النضج  
البريتوني فكانت نقاهة المريض بطيئة وتستمر اعراض تضايق المعى  
والتمصقات أكثر مما اذا كان امتصاص النضج البريتوني حصل بسرعة  
كفي الاحوال الحادة جدا وهذه الظواهر تكون في عوالم كابدات شاقة  
عند المريض مستمرة واذا حصل تقرح في البريتون وتنبق واشتدت الحمى  
وازدادت الآلام وحصل اما ارتشاح في جزء محدود من جدر البطن واحمرار  
وثقب فيه او تكونخراجات الخدرية تظهر في محال مختلفة منحدرة او ان  
الصد يد ينسكب في المعى وينتذف مع البراز وهذه هي الحالة الحميدة والعادة  
ان تملك المرضى في جميع الاحوال عقب النهوك ولا ينجو منها الا القليل بعد  
نقاهة مستطيلة

واما الالتهاب البريتوني الحاد الحزني فالغالب ان يسبق باعراض تحتصر بمرض

العضو الذي امتد منه الالتهاب الى البريتون فان حصل الالتهاب المذكور في الحفرة الحرقمية اليمنى يسكون مسبباً باعراض الالتهاب الاعورى والذي يكون مجلسه القسم الشراسيمي في يسبق باعراض تقرح المعدة او المعى او باعراض خراج في الكبد وحصول هذا المرض وان كان متضخماً بالمنتشر في جميع البطن الا ان الحساسية العظمى لجدار البطن عقب الضغط (وهي عرض واضح تقريباً للالتهاب البريتونى) تكون قاصرة على جزء محدود منه والاتفاخ الطبلى للبطن يفقد في هذا الشكل او يكون جزئياً وكذا الحصى تكون اخف مما في الشكل السابق ومتى كان التضخم غير غزير جدا زالت هذه الاعراض في اقرب وقت وانتهى بالشفاء التام مالم ينتج عنه النصابات معوية تعوق حركات المعى او انتهى المرض الاصلى بانتهاء آخر وامام سير الالتهاب البريتونى الجزئى فيختلف اذا نتج عنه تضخم غزير وفي هذه الحالة يسمع في جميع امتداد الاجزاء المريضة صوت أصم عند القرع ومقاومة هذه الاجزاء تكون عظيمة أيضاً وتشدش بأفشاء الى ان يحسن عند الجس بورم في جوار البطن ومثل هذه البورات يسدر مشاهدتها عقب ثقب القروح المعدية ويكثر مشاهدتها عند حصول ثقبات معوية خنازيرية تدريجية أو عقب تقرحات الاعورا والمعلقة الديدانية وسير هذه لبورات كسير البورات المتكيسة التي تظهر عقب الالتهاب البريتونى المنتشر البطنى

السير

واما الالتهاب البريتونى المزمن الذي يشاهد في سن الطفولية ويكون مصاحباً للدرن المعوى والمساريقى فقد شرحه المعلم (هينوخ) في كتابه على امراض البطن السفلى شرحاً ينال ان الاطفال الذين يصابون به يكونون ذوى بنية نحيفة خنازيرية ويظهر وجود الديدان المعوية او السبل المساريقى عندهم بسبب المغص الذي يحصل لهم زمناً من زمانا والاسهال الذي يعقبه الامساك ووقدم الحفاقة وعند البص الجيد عن البطن الذي ينبغي فيه الالتفات الى عدم اعتباره بزيادة حساسيته علامة دالة على الالم يشاهد كثيراً في البطن في اصقار متعددة عند الضغط بل قد تحصل الالم فيه عن مجرد انقباضات العضل البطنية بحيث تلجج الاطفال للصراخ عند فعل المجهودات الاعتيادية للتبرز



والخفاة عند مثل هؤلاء الاطفال تقدم ما عظم اجدا في أشهر قليلة  
وتثور الخبيث نحو المساعادة وحينئذ يتورط البطن شيئا فشيئا بحيث يكتب  
شكلا كرياوتتور جدر البطن وتصير لماعة ويوجد فيها أوعية ووريدة متقدمة  
وعند الضغط على البطن في هذا الزمن يوجد شديدا الألم ويحس فيه بقاومة  
ذات مرونة وعند القرع على هذا التجويف توجد اما أصم في الاصفار  
المخدرة بتغير وضعها باختلاف وضع المريض وهذا يدل على وجود انسكاب  
سائب في البريتون وأنه يوجد عند القرع صوت أصم في جميع امتداد البطن  
بسبب التجذب المي نحو العمود الفقري بالاتصافات المسارية بجملة وبذلك  
يلامس الانسكاب الجدر البطنية وفي معظم الاحوال يكون صوت القرع  
ممتلنا طبيبا في محاذة المي وأصم فقط في محاذة الاصفار التي فيها النضج  
السائل ومن جميع ما ذكرناه من الاعراض تدل معرفة هذا المرض  
الذي هو كثير المحول جدا وينتهي على الدوام انما محزنا ما بنفسه أو  
بضاعفاته

واما الالتهاب البريتوني المزمن الجزئي الذي كثيرا ما يشاهد آثاره في الجنة  
على شكل سهاكة او التصاق أو انكماش ندي في البريتون كسهاكة البليورا  
او التصاقات الخفوله يتم بكمية كمنسة كالالتهاب البليوراوي الذي ينتج  
عنه تغيرات مماثلة لذلك وحينئذ لا يمكن شرح صفة هذا الشكل من الالتهاب  
البريتوني المزمن

### (التشخيص)\*

اختلاط الالتهاب البريتوني بغيره من الامراض ليس كثيرا لوقوعه فان كلا  
من شدة حاسية البطن عقب الضغط القليل وانتفاخه الطبلي والخبيث في  
الشكل الحاد منه يكاد يستدل منه دائما على حقيقة التشخيص وقد يحصل  
بعض تعسر في تشخيص شكل هذا الالتهاب متى كان ناشئا عن ثقوب قرحة  
معديه واثنى عشرية قبل معرفته من قبل فان كلامنا من تغير السحنة وبرودة  
الجلد وصغر النبض وانخفاف البطن وغير ذلك من اعراض الانحطاط  
العام الثقيل يعلن بوجود مغص شديدا كثر من دلالاته على وجود الالتهاب  
البريتوني الحاد لكن متى يقظ الطبيب وعلم ان علامات كل من التقرح

المعدى والاثني عشرى قد تكون خفية جدا والتفت اشدة حساسية البطن  
عند الضغط الذي يشاهد في هذا الشكل من الالتهاب البريتونى من الابتداء  
أمن من الوقوع في الخطا والالتباس في التشخيص  
وقد يتغيب على الطبيب التمييز بين المغص واحتماس الحسوات الصفراوية  
او البولية وبين الالتهاب البريتونى ومع ذلك لا يوجد في الحقيقة عمر في  
التشخيص التمييزي بينهما الا في الاحوال التي يوجد فيها مثلا عند الاستيريات  
آلام عصبية مسارية بقيمة مصحوبة بازيداد حساسية في الجدر البطنية او متى  
وجد مغص روماتيزمى أو مغص حصوى صقراوى وكان المراقى الايمن شديد  
الحساسية جدا عند الضغط وفي مثل هذه الاحوال ينبغي انتظار تقدم سير  
المرض قبل الجزم بالتشخيص واما باقى الاحوال المشابهة لذلك فقيها يدل  
عدم حساسية البطن عند الضغط ولا سيما الراحة التي تحصل للمرضى منه على  
حقيقة التشخيص

\* (الحكم على العاقبة) \*

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



والاعراض التي يتعلّق بها شدة خطر الالتهاب البريتوني هي في ابتداء المرض كل من التمدد الغازي للبطن وظواهر عدم التنفس المرتبطة به فمّا اشتد كان المرض أكثر قلاّم في آخر سيره لا سيما في الاحوال المستطيلة يحكم على شدة خطر المرض وعدمها بشدة الحمى ودرجة قوى المريض المتعلقة به وحالة تغذيته العامة

\* (المعالجة) \*

أما المعالجة السببية فانها في الاحوال التي يكون فيها الالتهاب البريتوني ناتجا عن احتباس المواد القليلة وتقرح تابعي في المعى سيما الالتهاب الاغوري البرازي وعن اخنثاق فتق تستدعي معالجة المرض الاصل في الحالة الاولى وعملية اطلاق الفتق في الحالة الثانية واما باقي احوال الالتهاب البريتوني الاخرى فلا يمكن فيها اتمام ما تستدعيه المعالجة السببية ومع ذلك فن اللائق هنا ذكر معالجة التقيحات المعوية بواسطة الافيون بمقدار عظيم متكررفان المعالجة بهذه الكيفية غايةا بايقاف حر كانت الامعاء منع ملامسة المواد المنسكبة لسطح عظيم من البريتون وتجنب انسكابها في البطن خصوصا متى كانت المعى المنقبذة منعزلة عن باقي تجويفه بواسطة التصاقات والتناويم الطبيعية تؤيد نجاح هذه الطريقة اذ كثيرا ما شاهدت في الاحوال التي يتبع فيها بدلا عن هذه الطريقة طريقة علاجية عرضية لاجل مقاومة الامصال بواسطة الحقن والمسحلات ان الالتهاب البريتوني الذي كان محدودا ابتداء وكان حقه ان يبقى على هذه المنابة صار منتهشا بسرعته عاما بلجميع البريتون ويعطى الافيون في مثل هذه الاحوال من نصف حبة الى حبة كل نصف ساعة في الابتداء ثم فيما بعد يصير اعطائه نادرا

وأما معالجة المرض نفسه فقد اختلف فيها في هذا العصر رأى الاطباء اختلافا عظيما فان كل مريض كان بهالج سابقا بحسب الصناعة بواسطة الفصد العام ويستقر غم منه من رطل الى ارطال من الدم ثم يؤمر له بوضع لفاق بكمية عظيمة على البطن مع اعطاء الزئبق الحلو بمقدار حبة الى اثنتين بعد مضي ساعتين والاسهال ثم ارعى ذلك بالمرهم الزئبقي بكمية عظيمة على جدر البطن والفخذين لاجل نفوذ جزء عظيم من الزئبق في البقعة بدون توقف للحل

العاق فهذه هي المعالجة التي كانت متبعة عموماً ومع ذلك فكان يمانع من  
المرضى عدد عظيم ولم يلتفت الاطباء لاعدد الذي شفي من هذا المرض بالمعالجة  
المذكورة

وهذه المعالجة وان لم تكن ذات نجاح عظيم الا انه لا يعسر علينا اثبات كون  
الطريقة القديمة غير عقلية فضع الاعن كونها مهلكة فانه عند فتح جثة  
الهالكين بالالتهاب البريتوي المصحوب بنضح غزير نجد ان الرمة خالية بالكلية  
عن الدم بسبب هذا النضح ولولم يفعل للمرضى استقراعات دموية عظيمة كما  
انه عند فتح جثة الهالكين بالالتهاب البريتوي الذين كان علاجهم حسب  
الصناعة نجد ان القلب والاوعية الغليظة مشحولة على كمية من الدم قليلة  
جد بحيث يمكن نسبة الموت للمعالجة أكثر من نسبتها لنفس المرض وان  
انضم الى ذلك كون المشاهدة الاكبر كمية والتجارب العديدة دللت على  
ان قوة الدم عظمة من الدم مدة الوضع لاتي النسب من الاصابة بالالتهاب  
البريتوي النفاسي عند تسلطن حي النفاس وان جميع الاسباب المضرة  
التي يمكن حدوث الالتهاب البريتوي يظهر تأثيرها المضر في الضعفاء  
المهركين كاقوياء البنية امكنا ان نضرب صفحا عن اقامة ادلة أخرى تضاد  
فعل الاستقراعات الدموية (وسبب ان الدلالة العرضية لهذا المرض  
تستدعي احكاما لا تتجأ الى الاستقراعات الدموية) والا ان يمتد الاطباء  
ان الاستحضارات الزئبقية ايس لها تأثير مضا للالتهاب ولا للعضون ونحن  
لا نتحكم بانها أقل ماضيا للاجابة الى الاستعمال الزئبق الحلو والمرهم الزئبقي  
في معالجة الالتهاب البريتوي بل الظاهر ان تعاطي هذا الزئبق فضلا عن عدم  
نفعه مضر اذا اعطى منه مقدار سهل وعكس ذلك يقال في الاستقراعات  
الدموية الموضعية ولا شك في كونها ذات تأثير جيد ولو بالنسبة لتعقيم الام  
المرضى وهذه النتيجة تخص لعلها ولو كان الالتهاب البريتوي ناتجا عن  
تثقب قرحة معدية وهناك طريقة أخرى ذات تأثير مشابه لما تقدم بل لها  
تأثير جيد في الالتهاب نفسه وهي الوضعيات الباردة التي يمكن المرضى تحملها  
وجب تغطية البطن برفائف مبللة في الماء البارد وتغيير كل عشر دقائق انما  
يتأسف من عدم تحمل المرضى الوضعيات الباردة على الدوام وهذه المعالجة



التي أوصى بها البركري وكبوش وغيرهما من الأطباء كثيرا ما ينتج عنها نتائج  
 جيدة في الأحوال التي يربح شقاؤها غير أنها تفضل عنها في الاستعمال  
 الوضعيات الساخرة على البطن أو الوضعيات الزبينة الفاترة الخفيفة لمسهولة  
 تحمل المرضى لها دون الوضعيات الباردة وفي عصرنا هذا المنجاح المعالجة  
 بالافيون في التهاب البريتوني الناتج عن التثقب والتأكد من أن الأجزاء  
 المتألمة تحتاج الراحة في هذا المرض قد جعل للأطباء وسوخ قدم في الأقدام  
 على استعمال هذا الجوهر الدواني في جميع أشكال التهاب البريتوني ونحن  
 على رأي من قال إن النجح المعالجة في التهاب البريتوني هي الاستفراغات  
 الدموية الموضوعية على البطن بإرسال العلق مرة أو عدة مرات والوضعيات  
 الباردة عليه واستعمال الأفيون من الباطن هي المعالجة العقلية الأكثر  
 نجحا في التهاب البريتوني وإن هذا الجوهر رابطة جيدة جدا في جميع  
 أشكال هذا المرض فإن النضج الالتهابي الذي هو مهيج التهابي شديد يلامس  
 بالمركبات الديدانية له على أجزاء معوية لم تكن ملتزمة فان أمكن إيقاف تلك  
 المركبات الديدانية المعوية بواسطة الأفيون أمكن تجنب سبب رئيس في  
 امتداد الالتهاب وإن استطاعت مدة المرض ونجح المرض وتجمع الصديد  
 في بورات منهزلة ينبغي المداومة على الضمادات الفاترة وفتح الخارج بسرعة  
 عند ظهور التورج وهذا للمعالجة نفسها تستعمل في التهاب البريتوني  
 المزمن إنما في هذا الشكل يوصى أيضا باستعمال المركبات اليودية من الباطن  
 واستعمال صبغة اليود على البطن مسابا بالفرشة

وأما المعالجة العرضية فتستدعى في الأحوال التي فيها يظهر اللون السيانوزي  
 بسرعة وخصوصا التي يوجد فيها عدم في التنفس القصدي العام والتي يوجد  
 فيها علامات الأوذعما في النضوص العليا من الرئة القصص دون كان لا يزال  
 الخطر المهلدة لحياة المريض الأوقتها كالكالانعرف واسطة أخرى أقوى منه  
 لا جعل مقاومة هذا المرض واستعمال زيت الترمنتين من الباطن كما  
 يستعمله الإنكليز لا يكفي في إزالة الطائفة الطبيعية للبطن التي هي السبب  
 الابتدائي لسر التنفس العظيم ومثل ذلك يقال في الجواهر التي اشتبهت  
 بانها تنص الغازات أو تعادلها وتطرد لها وينبغي رفض بزل البطن بواسطة

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

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

وأما الاسهال الذي يكون ناتجا في الغالب عن ارتشاح الغشاء المخاطي المعوي  
ارتشاحا او ذيبا اويا فيقاوم بالانيمون والقوابض وان لم ينتج تأثيرهما في  
الغالب وفي الاحوال المزمنة التي فيها الحمية فضعف قوى المريض بالكلية  
ينبغي ان يعطى له كبريتات الكينا بقدار عظيم ونيفيدال كينا بقدار قليل  
خصوصا مع تعاطي الاغذية المتقوية السهلة الهضم

\* (المبحث الثاني) \*

(في الاستسقاء البطني المعروف بالزقي)

• (كيفية الظهور والاسباب) \*

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

ثم ان الاستسقاء الزقي كثيرا ما يكون من جملة نطو اهر الاستسقاء المعوي  
المعروف بالاستسقاء المعوي سواء كان الاخير ناتجا عن مرض في القلب  
او في الرئتين يعود رجوع الدم الوريدي الى القلب او كان متعلقا باستحالة  
مرضية في الكليتين والطحال وغيرهما من الاعضاء يعقبها فقر الدم وفي جميع  
هذه الاحوال لا يحصل الاستسقاء الزقي الا حصولا تابعا عاقب ظهور  
اعراض الاستسقاء المعوي فلا يظهر الا بعد حصول ارتشاحات مصابة في  
النسوج الخلقية العميقة تحت الجلد (اي الاستسقاء المعوي) او الاطراف  
او الوجه ونحو ذلك وفي احوال اخرى يكون الاستسقاء الزقي نتيجة ركود  
الدم كودا محدد وفي اوعية البريتون واحتماله فيها وحيث ان ذلك



لا يتأق الا عن عائق في دورة الوريد الباب فمن الواضح ان الاستسقاء الزرق قد  
 يوجد بدون ظواهر استسقاءات في أعضاء أخرى ويصح بانقراده بعض  
 امراض الكبد أو وعيةته

وبالجمله قد يكون الاستسقاء الزرق خصوصا شكل الاستسقاء الليمفي  
 او الليفقوى متعلقا باسبب الحالة مرضية ممددة في البريتون سيما التولدات  
 المرضية او السرطانية أو الدرنية لهذا الغشاء والظاهر ان السرطان الهلامي  
 هو أكثر اشكال السرطان استسقاءا بالاستسقاء الزرق العظيم  
 \* (الصفات التشريرية) \*

كمية المادة المصلية المرتشحة في التجوييف البطني تختلف اختلافا عظيما  
 فقد تكون بعض ارباط في بعض الاحوال وقد تصل الى أربعين رطلا أو تزيد  
 في أحوال أخرى ولون السائل اما ان يكون صافيا أو ممتعكرا انعكرا اخضر  
 لاختلاطه باخيلية بشرية مكابدة لاستحالة ولونه يكون أصفر فاقعا كثيرا الزلال  
 والاملاح ولا يحتوي الاعلى قليل من ندف ليقية ومتى عرض السائل المنقرز  
 من البريتون المكابدة لاستحالة مرضية الى الهواء تكون فيه رواسب من  
 مواد ليقية منهقدة والبريتون يظهر كايام مبيض والطبقات السطحية للكبد  
 والطحال تكون باهتة للون قليلا وقد تظهر خالية عن الدم ضامرة بسبب  
 الضغط عليهم من السائل العظيم وقد يكون الحجاب الحاجز احيا فامند فعا الى  
 أعلى اندفاعا عظيما بسبب تجمع السائل في البطن بحيث يصل الى الضلع  
 الثالث أو الثاني

\* (الاعراض والسير) \*

يشرح اعراض الاستسقاء الزرق وماذالك الالكون هذا المرض لا يستقل  
 بنفسه ولكون اعراضه الخاصة لا يمكن افرازها عن اعراض المرض الاصل  
 الا بكمية تصنفية

ومتى انضم الاستسقاء الزرق الى الاستسقاء العمومي فالغالب ان تكون  
 الاعراض المحسوسة للمريض واهية في الابتداء بالنسبة لباقي مكابده بحيث  
 لا يلفت الى حصول الاستسقاء الزرق الا فيما بعد بواسطة العلامات الطبيعية  
 وعكس ذلك يقال في شكل الاستسقاء الزرق الذي يصاحب اضطرابات الدورة

البوائية او الاستحالات المرضية للبريتون فان في مثل هذه الاحوال قد يأخذ  
 ضمور الكبد الخفي او سرطان البريتون في الظهور بالاستسقاء الزقي بحيث  
 يستدل من زيادته التدريجية ومن الاضطرابات التي يحدثها على المرض  
 الاصلى ولو كانت كمية السائل المتحصرة في البطن قليلة فالمرضى لا تشتكي  
 الا باحساس امتلاء البطن وتضايق الملابس ويحصل في آن واحد عوق  
 خفيف عند الشهيق العميق ومتى ازدادت كمية السائل ازداد أيضا  
 الاحساس بامتلاء البطن بحيث يصير صوته وترامولما وضيق النفس القليل  
 يزداد أيضا بحيث يحصل صعوبة في التنفس والضغط الذي يحدثه السائل على  
 المستقيم يمكن ان يحصل منه امساك وتجمع الغازات في البطن المسبب عن  
 ذلك يزيد في ضيق النفس أيضا وكثيرا ما يحصل تناقص في الافراز البولي بسبب  
 ضغط السائل على الكليتين والوعية المارة فيها وقد استمر الاعتقاد زمانا  
 طويلا بان المدرات البوائية بعد ان فقدت خاصيتها تعود لها عقب بزل  
 البطن وتوجيه هذا الاعتقاد بهذه الكيفية من الخطا بل ان ازدياد الاستسقاء  
 الزقي في حد ذاته عائق من عوائق الافراز البولي وانه متى زال هذا العائق  
 سهل الافراز البولي ثانيا ثم ان الضغط الذي يحدثه السائل الغزير في الوريد  
 الباب والاوردة الحرقمية ينتج عنه صعوبة في دورة او ردة الاطراف السفلى  
 والاعراض التناسلية الظاهرة وجلد البطن وبذلك يوجه تعدد اوردة هذه  
 الاجزاء والارتشاح المصلى في منسوجها الخلوى تحت الجلد الذي قد يكون  
 عظيما جدا بحيث يخفي المرض الاصلى ولذا ينبغي للطبيب التأكد بالسؤال  
 من كون الاتفاخ ابدءا في الاطراف السفلى او الصفن او في البطن  
 ثم ان جميع المرضى المصابة بالاستسقاء الزقي تكون في حالة خطيرة لكن  
 يندر ان تموت من الاستسقاء الزقي نفسه بل الغالب ان يكون هلا كما من  
 المرض الاصلى الذي نتج هو عنه وقد يسرع الانتهاء المحزن بعسر التنفس  
 او بالتسلخات والغنغرينات السطحية التي تظهر أحيانا في الصفن أو الفخذين  
 بسبب تورم الجلد وتضاعفها

ثم ان البحث الطبيعى للبطن ذو أهمية عظيمة في تشخيص الاستسقاء الزقي  
 فهو جد مجرد النظرة تدنى البطن وتغير مخصوص في شكله فانه متى كان



الارتشاح متوسط الكمية اختلف شكل البطن وأوضاع الجسم المختلفة بحيث اذا بحث عن المريض وهو جالس وجد النصف الاسفل من البطن بارزا وعند استلقائه يصير البطن اكثر عرضا

وإذا كان الارتشاح غزيرا جدا وجد البطن متورجا جدا في جميع الاتجاهات بحيث يصل التورق الى الاضلاع فتشاهد الاضلاع الكاذبة مندفعة الى الخارج وحينئذ لا يتغير شكل البطن بتغير أوضاع المريض ومتى كان الاستسقاء الرقيق واضحا جدا يكاد يشاهد تشجرات ورديّة مفرقة كشيقة متفرعة في جلد البطن المسترق وتبرز المسرة وتوجد خطوط في جدر البطن ناتجة عن تواءم الألياف الادمية ينتج عنها حوز بيضا ماناله للزرقة ترى من خلال الادمية كالحزوز التي في جدر البطن الناتجة عن تمددها جدا مدة الحمل

ومتى ارتفع السائل المتجمع في البطن عن الحوض أحس بتوج واضح عند وضع راحة اليد على جهة من البطن والقرع بأنامل اليد الأخرى على الجهة المقابلة لها قرع عاسر يعا صوت القرع يكون فارغا بالكفاية أعني إذا أصمبة تامة في جميع المحال الملاصق فيها السائل جدر البطن ومجمل هذه الاصمبة يختلف بالزيادة والنقصان على حسب وضع المريض فان السائل يميل لان يملأ الأجزاء المنحدرة للبطن ما عدا الأحوال التي يكون فيها سطح المقدم من البطن ذا اصمبة في جميع امتداده عند القرع  
\*(التشخيص)\*

لاجل تمييز الاستسقاء الرقيق أعني الارتشاح السائب في البريتون عن الاستسقاء المبيض المتكيس ينبغي التأمل السكلي في معرفة تاريخ المرض بالبحث الجيد عن المرض والوقوف على حقيقة الأسباب الناتجة عنها هذا المرض فان الأحوال التي يظهر فيها الاستسقاء المبيض المتكيس تكون مجهولة والذي يعلم في الغالب ان هذا المرض كثيرا ما يظهر عند النساء الجيدات الصحة بدون وجود مضاعفة بأمراض أخرى وينعكس ذلك في الاستسقاء الرقيق فتمتئد من التواءم من سبق عدم وجود تغير ما في تركيب الدم اودورته بسبب تجمع السائل في البطن كما تقدم وأمكن ايضا في

وجود استسقاء مرضية في البريتون دل هذا في الاحوال المشكوك فيها على  
 وجود استسقاء متكيس في المبيض وليس زقيا واعتبار هذه الامور واجب  
 اذ هناك احوال فيها التشخيص التمييزي يقبى على الامور التي ذكرناها  
 والبحث الطبيعى لا يمكن الاستدلال منه بشئ ومتى كانت الايكاس المبهضية  
 صغيرة بشكلها الخاص وكذا وضع الكيس والتحول الجانبي لفوهة الرحم  
 واختلاف نتيجة القرع عند تغير اوضاع المريض فحينئذ يمكن سهولة تمييز  
 الاستسقاء الزقي المبيض المتكيس عن الاستسقاء الزقي فقط لكون في  
 الاحوال التي فيها يكون نحو الكيس عظيما جدا يفقد الشكل الخاص  
 للورم ويمتد الى الجزء المتوسط من البطن ويندفع الرحم الى اسفل بقدر  
 الكيس ويوجد عند القرع صوت أصم ممتد على جميع الجهة المقدمة من  
 البطن تشبه بالكلمة الاستسقاء الزقي الذي ازداد زيادة عظيمة وفي مثل هذه  
 الاحوال ينبغي الالتفات الى المسافة بين العرف الحرقفي والصلع الثاني عشر  
 كما به علمه الطيب (بامبرغر) حيث قال يوجد في هذه المسافة الصوت الطبي  
 للمعى الغليظ ولو كان الورم عظيما جدا ولا يوجد ذلك في الاستسقاء الزقي ومع  
 ذلك قد يفقد هذا العرض ايضا

وبعد معرفة الاستسقاء الزقي يجب على الطيب معرفة السبب الناتج عنه  
 وقد ذكرنا فيما تقدم ان الاستسقاء المذكور يكون من جملة الظواهر  
 المتعلقة بالاستسقاء العمومى ولا يكون مطلقا عرضا ابتدائيا له وعلى ذلك متى  
 ظهر الاستسقاء الزقي عند مريض غير مصاب بالا وذميا في اجزاء اخرى كان  
 هذا الاستسقاء ناتجا اما عن عوق في الدورة الوريدية البوابية او عن استعمال  
 مرضية في البريتون وكثيرا ما يمسر علينا تمييزها بين الحالتين عن بعضهم ما  
 لمكنه انه ذكر انه عند وجود ظواهر عوق سير الدم في جذور اخرى في الجموع  
 الوريدية البوابية وظهور اراضطرابات في وظائف الكبد يستدل من ذلك على  
 الشكل الاول وانما بالكيس عند وجود علامات كاشفة كسمية واضمة  
 او وجود سرطان او درن في اعضاء اخرى خصوصا وجود اورام في البطن  
 يستدل من ذلك على معرفة الشكل الثاني

\* (المعالجة) \*



تستدعي دلالة الاستسقاء الزقي متى كان هذا المرض أحد ظواهر الاستسقاء  
العمومي وكان ناتجا عن عوق في استسقاء دم الاجوفين مع معالجة امراض  
القلب والرئتين السابق ذكرهما مرارا

وإذا كان الاستسقاء الزقي متعلقا بمجموعة عظيمة في الدم وجبت معالجة  
المرض الاصلى الناتجة عنه النهوكة والاجتهاد في تحسين حالة الدم وليس لنا  
قدرة على اتمام الدلالة الاولى واما الثانية فيمكن التعمش في اتمامها مع النجاح  
فما اذا نتج الاستسقاء عن الجميات المتقطعة او عن البول الزلالي او الذي  
يصاحب نقاهة الامراض الثقيلة وبهذه الكيفية يتحصل على نتيجة اكثر  
عما اذا استعملت المدرات البولية بدون تمييز ولا يمكننا مطلقا فتح سبيل الوريد  
الباب او الوريد الكبدي عند انسدادها او انضغاطه او ارجاع مرونة الكبدة  
عند انكماشه وضوره الناتج عنها اضيق الوعية الكبدي في المرض المعروف  
بالسبروز الكبدي كما انه ليس لنا قدرة على اتمام الدلالة السيمية في احوال  
الاستسقاء الزقي الناتج عن استحالة مرطانية او درنية في البريتون واما دلالة  
معالجة المرض نفسه فستدعي تبديد السائل المتجمع في البطن وفي العادة  
تعطى المدرات البولية تقريرا لجميع المرضى المصابة بالاستسقاء الزقي لكن  
عدد من شفي بهذه المعالجة واه جدا بحيث لا يعد شيا

وإذا كان الاستسقاء الزقي متعلقا باستسقاء عمومي فلان مانع من استعمال  
المدرات البولية واما ان كان ناتجا عن انسداد في الوريد الباب فلا وجه  
الاستعمالها كما اذا استعملت في اودعما السابق الناتجة عن انسداد الوريد  
الفتخذي واما المسهلات الشديدة فانها مدروسة من مدة طويلة عند مشاهير  
الاطباء اكثر من المدرات البولية في معالجة الاستسقاء الزقي وتأثيرها سهل  
التوجيه ولو في احوال انسداد الوريد الباب مثل الانهاتحدث استسقاء  
الجذور الابتدائية لهذا الوريد وبذلك يتناقص الضغط على جدران الوعية  
الذي هو السبب الابتدائي للاستسقاء الزقي وعند اعطاء المسهلات تفضل  
الشديدة منها في هذه الاحوال واكثر تركيب يستعمل بنجاح في احوال  
الاستسقاء الزقي حبوب المعلم (هيم) المركبة من الصمغ النقطي وبصل العنصل  
وكبريتورالاتيون المذهب وتستعمل المسهلات الشديدة مادامت قوى

المريض وحالة القناة الهضمية متحسنة لذلك واما ان انحطت قوى المريض  
ونجح عنها تمهيج عظيم في القناة الهضمية وجب ترك الاستعمال واما بزل البطن  
فهى عملية غير خطيرة وبها يستخرج السائل المتراكم في هذا التجويف  
بسهولة وهذه العمالة وان لم تكن خطيرة كما ذكر وتيجتها واضحة الا انه  
يلبغى الالتفات للتسائج المحزنة التي تعقبها فعلى الطبيب ان يلاحظ ان السائل  
المستفزع ليس مجرد سائل مائى بل هو زلالى مصلى ويستعاض من الدم بعد  
استفراجه بزمن قليل يتجمع سائل جديد آخر وذلك يوجب تلاشى قوى  
المريض ودمه

وقد دلت التجارب اليومية على ان للخفافة تقدم تهمة ما عظيم اعقب اول  
عملية بزل في البطن ولذا لا تفعل هذه العمالة في الاستسقاء الزرق الا عند  
وجود خطر عظيم يهدد حياة المريض عقب عوق التنفس او الخوف من  
وقوع الجلاد المتورق ترا عظيمها في الغنغرينا

\* (المبحث الثالث) \*

(في درن البريتون وسرطانها)

درن البريتون لا يكاد يحصل حصولا اوليا مطلقا بل يكون اما ضاعفا للندرن  
الرئوى او المعوى أعنى للدلائم ابان ذات المتحصلات الجينية في الرئة او امحى  
اولت درن الاعضاء البولية او التناسلية وفي احوال أخرى قد يكون درن  
البريتون ظاهرة من جملة تطواهر الدرن الدخنى الحاد وليس للشكل الاخير  
اهمية اكاديمية فانه لا ينتج عن التراكمات الدرينية الصغيرة الشفافة في  
جوهر البريتون اعراض وليس لها تاثير واضح بالنسبة لسير الدرن الدخنى  
الحاد وكذا التولدات الدرينية الصغيرة المبيضة التي توجد في الطبقة المصلية  
الثخينة للمحى فوق القروح المعوية الخنازيرية فانها ذات اهمية تشر بحسبة  
مرضية الا كإكاديمية واما الدرن المبيض العظيم الحجم الذى يتولد بحسبة  
عظيمة على سطح جميع البريتون فله اهمية عظيمة فيما ذكر والاجزاء المحيطة  
بكل عقدة درنية على حدتها تكون مرشحة بالدم او تستحيل المادة الملونة  
لادم المتسكب الى مادة بجمتية فيحاط هذا الدرن الايض به الممسودة  
والغالب ان يكون السرب منعظا نحو الاعلى ومرصعا بالدرن ومكونا



لحوية بارزة ذات تمديدات ويكون البريتون في هذا الشكل بقطع النظر عن  
التولدات الدرينية واقعا في حالة كثافة ونخن النهائي ويوجد في تجويفه كمية  
عظيمة من السائل تكون احيانا دموية

وكذا سرطان البريتون يندران يحصل كمرض اولي ذاتي بل يكاد يمتد اليه  
في جميع الاحوال من الاعضاء المجاورة كالكبد والمعده واعضاء الاناث  
التماسية ومن النادر ان يمتد اليه من المعى وكل من الاسكيروس والسرطان  
النخاعي يحصل غالباً على شكل تجمعات او عقد عديدة في حجم الحصى منتشرة  
على جميع سطحه او انهما يحصلان على شكل استئصاله سطحية منتشرة  
في جواهر البريتون واما السرطان الهلامي فقط ليدتكون عنه اورام عظيمة  
جداً تمسدة وزيادة على هذه الاورام التي يكون مجامعها السرب غالباً تكون  
اغلب اعضاء البطن والوريقة الجدرانية من البريتون مرصعة بتعقدات  
صغيرة هلامية وفي هذا الشكل تكون العرا المعوية ملتصقة ببعضها  
والسائل المحتوى في تجويف البريتون يكون انذاك متكتيسا

ثم ان الظواهر المرضية التي يصطبب بها كل من درن البريتون وسرطانها تشابه  
بالكلية ظواهر الاستسقاء الزقي البسيط والمرض المهم هو تمدد البطن  
بالتدريج بالسائل المتزايد المتجمع في تجويف البريتون وكل من الاحساس  
الشديد للبطن بالضغط الذي يفتقد في غير هذا الشكل من الاستسقاء الزقي  
وكذا سوء القنية السريع الظهور وقد اسباب أخرى من اسباب  
الاستسقاء الزقي هو الذي يحكم به فقط مع التقريب على وجود استئصال  
سرطانية بريتونية واما وجود الورم والاحساس به فهو الذي يحكم به على  
ما ذكره بالتأكيده كما أن شكل الورم وامتداده وسن المريض وظهور درن  
او سرطان في غير البريتون من الاعضاء هو الذي يحكم به على وجود احدى  
هاتين الاستئصالتين المرضيتين

(في امراض الكبد والمسالك الصفراوية)

\* (الفصل الاول في امراض الكبد) \*

\* (المبحث الاول في الاحتقان الكبدي) \*

(كيفية الظهور والاسباب)

كمية الدم المحتوى عليهم الكبد قد تتزايد بازدياد ورود الدم الى هذا العضو  
 او بعوق استقر اغه منه ويسمى الاحتقان في الحالة الاولى بالاحتقان  
 التواردي وفي الحالة الثانية بالاحتقان الاحتماسي  
 وليعلم ان الاحتقان التواردي للكبد قد ينشأ اولاً عن ازدياد قوة الضغط  
 الباطني للدم على جدران الوريد الباب وهذا الاحتقان يحصل في الاحوال  
 الصحية مدة كل هضم فان دخول السوائل الالمانية من الامعاء في الاوعية  
 الشعرية المعوية تزيد في متصل الاوردة المعوية وبذلك يكاد متصل هذه  
 الاوردة ضغطاً كثوفاً فيندفع نحو الكبد بقوة تزايديه وهذا الاحتقان  
 التواردي الفسيولوجي يجاوز الحدود الطبيعية عند الاشخاص المفرطين  
 في المآكل والمشارب ويتكرر مراراً وتستطيل مدته فينشأ عنه تمدد مستمر  
 في الاوعية الكبدية واحتمقان فيها لجميع الاحتقانات التي تتردد بجملة مرات  
 وقد ينشأ الاحتقان التواردي ثانياً عن ككون الاوعية الشعرية لهذا  
 العضو التي تجدها مسدداً ونقطة ارتكاز في الحالة الصحية في جوهر الكبد  
 تتمدد عقب استرخائه فلا يكون لها قدرة على مقاومة عود الدم الوارد اليها  
 كالحالة الصحية وبهذه الكيفية تحصل الاحتقانات التي تظهر عقب آفات  
 جرحية في الكبد وفي مجاورة الالتهابات والتولدات الجديدة في هذا العضو  
 ومن الجائز ان الاحتقانات الكبدية الناشئة عن الافراط في المشروبات  
 الروحية تعسب من هذا القبيل فانه في جميع هذه الاحوال يحصل تهيج  
 في الكبد وتناقص في تماسك جوهره لان السكول يصل الى الكبد ابتداءً  
 بواسطة الوريد الباب ويظهر ان التأثير الاولي للمهيج ما هو قنوي في مقاومة  
 جوهر العضو للمهيج بحيث يحصل تناقص في مقاومة هذا الجوهر عقب تأثير  
 مهيج ما وهذا التوجيه الموافق للمشاهدة يثبت ثبوتاً واضحاً عند التأمل  
 في تأثير الحرارة على الجلد الظاهر وهذا وان كان نظرياً الا انه مطابق بالاكث  
 للدرجة التي عليها المعارف الفسيولوجية والطبية الآن وثاناً الاحتقانات  
 الكبدية التي تشاهد بكثرة في احوال تسهم الدم بتأثير المياها مسماها  
 المياها الالجابية والاحتقانات الكبدية التي تشاهد في البلاد الحارة  
 ومنشأ هذا الاحتقان لم يتضح الى الآن ان كان متعلقاً باسترخاف الجوهر



الكبدى او شلل في الالفاف العضائية للاوعية الاتية بالدم او بتغير جوهرى  
في جدر تلك الاوعية وغير ذلك من الاسباب (كحصول غيرها من الاحتقانات  
والتغيرات الجوهرية التي تشاهد في باقي الامراض التسممية العمومية)  
ومن جملة الاحتقانات الكبدية القواردية الخفيفة التوجيه الاحتمالات  
الكبدية التي تظهر عند بعض النساء قبل الحيض وتشتد اشتدادا عظيما  
عند انقطاعه

واما الاحتقانات الاحتمالية للكبد فهي أكثر حصولا من احتقاناته  
القواردية وحيث ان الدم الذي يعود من الكبد الى الوريد الكبدى يمر من  
مجموع شعري مزدوج فالضغط الواقع على جدر الاوردة الكبدية يكون  
ضعيفا جدا ومن جهة اخرى الوريد الكبدى يفتتح في الاجوف السفلى  
في محل فيه استقراغ الدم في الحالة الطبيعية لا يكاد أدنى مقاومة بحيث  
ينصب الدم بسهولة في الاجوف الاسفل ومنه في الاذين الايمن الخالى عن الدم  
سيما انه عند فعل حركات الشهيق فيجذب الدم نحو الصدر وهذه الشروط  
الصحيحة المساعدة جدا لمرور الدم من الاوردة الكبدية متى اضطربت  
وكادت أدنى عائق من انصباب دم الوريد الكبدى في الاجوف الاسفل نتج  
عن ذلك تجمع الدم في الكبد واحتقانه احتمالا واحتماليا ولا يشترط أن يكون  
العائق عظيما فان الضغط الباطنى الواقع على جدر الوريد الكبدى ضعيف  
جدا بحيث لا يكون له قدرة على قهر ادنى عائق

خفيفة الامور التي يترقب عليها حصول الاحتقانات الاحتمالية في الكبد  
هي امانغيرات تعوق استقراغ الاذين الايمن واما تغيرات هامة اخرى تجذب  
الدم نحو الصدر وقت الشهيق ولذا تشاهد الاحتقانات الكبدية الاحتمالية  
اولا في جميع امراض الصمامات القلبية سيما صمامات الجزء الايمن من  
القلب ثم الصمام القلبي سوى ثم الصمام الاورطى والتغيرات المرضية لهذه  
الصمامات اذا تأخر حصول الاحتقانات الكبدية الاحتمالية فيها او تقدم  
يكون متعلقا بحصول التضخم القلبية المعادلة حصولا تاما او غير تام واستمرار  
التأثير المعادل لهذه التضخمة زمنا طويلا او قصيرا

ثانيا يتحصل الاحتقانات الكبدية الاحتمالية في جميع الاصابات الجوهرية

للقلب وغلافه التي تعوق استتفراغ دم الاوردة العظيمة الاتية من جميع  
اجزاء الجسم وهذا أمر سهل التوجيه

ثالثا تحصل الاحتمانات الاحتمالية الكبدية من ضعف حركات القلب  
وبطنهم بدون اصابات جوهرية مدركة فيه كما يحصل ذلك في الدور الاخير  
للأمراض المنهكة الحادة وفي النهوكة المزمنة فان تأثير مثل القلب ابتداء  
بالنسبة لتوزيع الدم هو عين تأثير الاستحالات المرضية لجوهر هذا  
العضو

رابعا كثيرا ما تحصل الاحتمانات الكبدية من الامراض الحادة والمزمنة  
للرئتين التي ينتج عنها ضمور الاوعية الشعرية الرئوية او انضغاطها اذ ذلك  
يتراكم في الدم في القلب الايمن والاجوف السفلى كالانقباض الرئوية والالتهاب  
الرئوي الخلاق وانضغاط الرئة بواسطة الانسكابات البلورية ونحو  
ذلك

خامسا قد تنشأ الاحتمانات الكبدية الاحتمالية عن انضغاط الوريد  
الاجوف بواسطة أورام الاسباب بواسطة أورزما الاورطي  
\* (الصقات التشريحية) \*

الكبد يختلف اتهاخه على حسب درجة الاحتمانات وهذا الاتفاخ قد  
يصل الى درجة عظيمة جدا ولا يتغير شكله في هذا المرض وانما ترايد الحجم  
يحصل بالاكثر على حسب قطر سمك لاطوله ومتى كان الاتفاخ عظيما جدا  
صار غلاف الكبد أملس المعامته وتراوترا عظيما وازدادت مقاومة الكبد  
وعند شقه بالشرط مثلا يسيل الدم من سطح الشق بكمية عظيمة وسطح الشق  
اما ان يظهر ملونا بلون اسمر داكن او يكون مبقعا كما يكون في الاحتمانات  
الاحتمالية المزمنة وفي هذه الحالة الاخيرة توجد اصفار ذات لون اسمر  
داكن وهي عبارة عن الاوردة المركزية المتمددة وابتداء آت الاوردة  
الكبدية وهذه الاصفار تكون اشكالا مختلفة على حسب اتجاه الشق وتتميز  
هذه الاصفار عن اصفار اخرى أقل دموية وود كثة وهي عبارة عن انما آت  
او عمية الوريد الباب وهذه الهيمية المبقعة التي كانت سميها في تسمية هيمية  
الكبد هذه الهيمية الجوزية للكبد اي المشبهة بجوز الطيب بعد شقه تكون



كثيرة الوضوح متى كانت الاصفار القليلة له الدم المحيطة بالاوردة المركزية  
المتعددة ذات لون كثير الاصفار بسبب احتباس الصفراء فيها واحتباسها  
في مثل هذه الاحوال اما ان يكون متعلقا بماهية الترابية في المسالك الصفراوية  
ناججة عن احتقان الغشاء المخاطي لهذه القنوات او بعائق في استتراج  
الصفراء ناتجة عن ضغط الاوعية الصغيرة المتعددة على القنوات الصفراوية  
او عن حالة التهايسة نزلية في الغشاء المخاطي الاثني عنى ناتيجه عن نفس  
الاسباب التي احدثت احتقان الكبد

ثم ان الكبد الذي يكون حجمه ابتداء متزايدا يمكن ان يتناقص بالتدريج شيئا  
فشيئا ويكتسب هيئته الطبيعية بحيث يمكن اختلاطه عند البحث بمجرد النظر  
بالكبد الحبيبي وشكل هذا الضمور الكبدى يسمى شكل الضمور الكبدى  
الجوزى وكل من الضمور والهيئته الحبيبية الكبدية ينشأ كما قاله (فريركس)  
من تعدد الاوردة المركزية للفصيصات الكبدية والوعية الشعرية المتفهمة  
بها تعدد ينشأ عن الضغط العظيم الواقع على باطنها من احتباس الدم فيها  
فيحدث من ذلك ضمور في الخلايا الكبدية الكائنة في الهالات التي بين فروعها  
وعند ضمور هذه الخلايا يحمل مجاهها منسوج رخو كثير الدم متكئون من اوعية  
شعرية ممتدة ومن منسوج خلوى جديد التكوين وهذا التوجيه ليس  
أكيدا او بالقل انه غير تام فانه بحلول منسوج خلوى جديد ووعية شعرية  
ممتدة محل الخلايا الكبدية لا يمكن ان يصغر حجم الكبد فصرور الكبد لا يطرأ  
ولا يد الاعقب انكماش المنسوج الخلوى الجديد التكوين بحيث يصير  
حجمه صغيرا جدا والظاهر كما قاله (ليبرمستر) أن تكون جوهر خلوى حول  
الاوردة المركزية في الاحتقانات الاحتباسية الكبدية على نظريات فرضية  
لا على مشاهدات لا واسطية بل هذا المعلم وجد في شكل ضمور الكبد الجوزى  
ان نحو الجوهر الخلوى يحصل حول الاوردة بين الفصيصات كما يحصل ذلك في  
سبب ورا الكبد ويؤدى احيانا لتكون جوهر خلوى بين الفصيصات  
الكبدية تكونا واضحا لا يوجد مطلقا في كبد الاشخاص السليمين

(الاعراض والسير) \*

احتقان الكبد ليس له علامات محسوسة للمريض ولا مدركة للطبيب مادام

قلبه ولا يحجم هذا العضو ايس متزايداً تزايداً واضحاً ومتميزاً المتكبدات فاحا  
 عظيماً فامرضى تحسب بامتلاء عظيم في المراق الايمن وهذا الاحساس كثيراً  
 ما يتزايد بحيث يشبه الاحساس بالتوتر المتعب الذي يمتد من هذا المراق الى  
 جميع محيط القسم العلوى من البطن والضغط الذي يحس به في المراق الايمن  
 او الاحساس يشبهه منطقة صلبة محيطة بالجسم وضيق التنفس هما  
 العلامتان اللتان يشكوهنهما في الغالب الاشخاص المصابون بمرض في  
 القلب كما ان مكابدات المصابين بالانفيميزما الرئوية او سيروز الرئة والاحدياب  
 يحصل فيها تناقل عظيم متى ازداد حجم الكبد واحتقن والمرضى المصابون  
 باحتقان الكبد وانفاخه لا يتحملون الملابس الضيقة عند ازدياده لانه يمنع  
 الشهييق العميق ومتى انضم الى الاحتقان الكبدى احتباس خفيف في  
 الصفراء بالاسباب الموضحة فيما سبق نتج عن ذلك برقان خفيف وحيث ان  
 لون الجلد عند هؤلاء المرضى يكون على العموم من رفا (سيانوزيا) بسبب  
 عوق استقراغ الدم الوريدى يشاهد ظهور رتلون مخضر واصف لهؤلاء  
 المصابين بامراض في القلب قبل الموت بقليل ولا ينضم للاعراض المذكورة  
 والعلامات الطبيعية المعتادة بتزايد حجم الكبد وظواهر مخصوصة تعان  
 باضطراب وظيفة هذا العضو مادام الاحتقان بسيطاً وبقطع النظر عن كون  
 ازدياد انرا الصفراء أو تها قصه الخفيفين لا يمكن معرفتهم ماددة الحياة لم يكن  
 (فريركس) اتحقق من ذلك في جملة الهالكين بالاحتقانات الاحتباسية  
 الكبدية العظيمة وانما وجد هذا الشهر أحياناً ان الصفراء محتوية على مواد  
 زلايمية والمرضى المصابة باحتقانات كبدية يكادون يتشككون على الدوام  
 باعراض أخرى فيعتبرهم آلام في الرأس واضطراب في الهضم وعدم اتطام  
 في التبرز وبواسير ونحو ذلك وهذه المكابدات ليست نتيجة للاحتقان  
 الكبدى فلما ان لا تكون متعلقة به بالكيفية أو انها متعلقة بالسبب الذى  
 ينتج عنه احتقان الكبد وهو الغالب ومن المعلوم ان امراض القلب لا ينتج  
 عنها فقط احتقان الكبد بل ينتج عنها أيضاً النزلة المعدية والمعوية وكذا  
 الافرط من الماء كل ينتج عنه أيضاً كل من هذين المرضين بل كثيراً ما تظهر  
 النزلة المعدية المعوية قبل الاحتقان الكبدى ويظهر أنه يحصل عكس ذلك



في الاحتقانات الكبدية التي تحصل بكثرة في البلاد الحارة جدا بتأثير السم  
الاجامى غالباً فان هذه الاحتقانات تنمى باضطراب عمومي عظيم جدا او  
الام شديدة في الرأس واستفراغات صفراوية غزيرة بالقي والاسهال وبخروج  
مواد مخاطية مدمعة غالباً بحركة التسبرزالان مجموع اعراض هذه الاحوال  
المرضية غير المعروفة لنا بالدقة يدل على ان الاحتقان هنا ليس مجرد احتقان  
بسيط بل انه يوجد معه افراس مرضي في الكبد غير متعلق باحتقانه او ابتداءه  
تغير ما دى نقيس في الكبد لا يندر ان يتمد فيما بعد والظاهر ان الاحتقان  
الكبدى في مثل هذه الاحوال المرضية ليس الاظاهرة من جملة تطواهر  
اصابة مرضية مصيبة لجميع الاحشاء البطنية خصوصاً القناة الهضمية وهذه  
الاصابة توجه الاضطراب العام وغيره من الاعراض المذكورة سابقاً اكثر  
من توجهها بالاحتقان الكبدى

وبالبحث الطبيعى يعرف بسهولة ازدياد حجم الكبد متى وصل الاحتقان الى  
درجة عظيمة الشدة وحيث ان العلامات الطبيعية الدالة على ازدياد حجم  
الكبد اول ما ستذكر هنا وحب علمنا بيان بعض امور قبل ذكرها  
فنعقول

لاجل الاستدلال على ترايد حجم الكبد يبحث عنه اولاً بالنظر ثم باللمس ثم  
القرع  
فبالبحث بالنظر يوجد عند راتة فاح هذا العضو اتفاخاً عظيماً ورفى المراق  
الايمن ممتد اجهة اليسار ويمتد تحتها تدريجاً جهة الاسفل ونصف الصدر  
الايمن الذى يزيد في الحالة الطبيعية عن النصف اليسار بنصف قيراط الى قيراط  
يكون كثير التمدد في جزئه السفلى والاضلاع السفلى يمكن ان تنمدفع الى  
الخارج بالكبد المترايد الحجم وتقتارب من بعضها وحافتها السفلى تنمدفع الى  
الامام

واللمس يتعمس بالكبد بانقباض عضلات البطن الذى يحصل عند عدم التانى  
والدقة في البحث فان بعض اطباء الغر المتمرنين يظنون وجود اورام في  
الكبد عند اللمس بسبب انقباض بعض اجزاء العضلة المستقيمة البطنية  
المحدودة بالتدابير الوترية ولذا لا ينبغي البحث باللمس عن المراق الايمن والمريض

جالس أو واقف بل ينبغي استلقاؤه على ظهره وتقريب الفخذين من الحوض قليلا كما انه يؤمر المريض بالتنفس بكيفية منتظمة وصرف فكره عن البحث بالاسئلة من الطبيب وفي كثير من أحوال اتفاح الكبد الذي يعرف أكيدا بالقرع وان وجد فيها بالجلس مقاومة عظيمة في المراق الاين لا يمكن معرفة حافة الكبد معرفة تامة وذلك يحصل عندما تكون مقاومة الكبد المنتفخ غير متزايدة خصوصا عندما تكون متناقصة وفي أحوال أخرى وهي التي يكون الكبد فيها متزايدا في المقاومة والاتفاح فالجلس فيها لا يدل على درجة عظم حجم هذا العضو فقط بل وعلى شكل حافته وسطحه أيضا

واما القرع فهو الواسطة الطبيعية المهمة جدا في معرفة اتفاح الكبد ولاجل تحديد الحد العلوي من الكبد لا يرتكن الى صوت القرع القليل الاصبية الذي يشاهد في الاصفار التي توجد فيها طبقة رقيقة من الرئة بين الكبد وجدار الصدر بل يرتكن الى الصوت الاحم النام الذي يسمع في الاصفار التي فيها لا يمس الكبد جدار الصدر مباشرة فحينئذ مقي ذكرا الحد العلوي من الكبد فالمراد منه حد الاصبية التامة لصوت القرع وهذا الحد لا يعلو الصقر الاكثر ارتفاعا من الكبد الا بنحو ثلاثة سنتيمترات ويكون في الاحوال الطبيعية أسفل حافة الضلع السادس في الخط الثديي ويسقط الى الضلع السابع عند الشهيق العميق ثم يصعد الى الضلع الخامس في الزفير التام وفي الخط الابطن يكون هذا الحد في محاذاة الضلع الثامن واما بقرب العمود الفقري فيكون في موازاة الضلع الحادي عشر وفي الخط المتوسط من البطن لا يمكن تحديدها الحد الكائن في موازاة مقصل المعلقة الخنجرية مع القص تحديدا تاما لان اصبية الكبد تختلط في هذا الصقر باصبية القلب واما الحد السفلي للكبد فانه في الاحوال الطبيعية في الخط الثديي يصل الى الحافة السفلى من قوس الضلع الاخير واسفل من ذلك بقليل وفي الخط الابطن يكون أعلى الضلع الحادي عشر واما في الخط المتوسط فانه يوجد وسط المسافة الكائنة بين المعلقة الخنجرية والسرة ومن الخلف أي بجوار العمود الفقري لا يمكن تحديدها الحد مع التأكيد وعند النساء والاطفال يكون هذا الحد أسفل حافة الاضلاع بقليل بسبب قصر صدرهم وكل من الحافة



المادة للكبد المجاوزة قوس الاضلاع ببعض ستمتيرات والنص اليسارى من  
الكبد لا يحدث اصمبة واضحة في صوت القرع متى كان الكبد غير متكاتف  
والبعد الكائن بين الحد العلوى وحده السفلى في الخط التثدي ٩ ستمتيرات  
و ٥ ملليمترات وفي الخط الابطنى ٩ ستمتيرات و ٣٦ ملليمترًا وفي الخط  
القصى ٥ ستمتيرات و ٨٢ ملليمترًا وذلك بحسب القياسات التى فعلها  
المعلم (فريركس) فى ٤٩ شخصًا من سن ٢٠ الى ٤٠ سنة ومتى عظم حجم  
الكبد صار صوت القرع فى المراق الايمن والقسم الشراسيفى أصم فى امتداد  
عظيم وهذه الاصمبة تصير قليلة الوضوح أو تزول بالكليبة بالقرب من حافة  
الكبد وينبغى معرفة هذه الظاهرة حتى لا يعلم ان الكبد اصغر حجمًا مما هو  
عليه فى الحقيقة ولا ينبغى تشخيص اتفاح الكبد وازدياد حجمه من الاصمبة  
الامتدة فى المراق الايمن الا من بعد التيقن من عدم اندفاع هذا العضو الى  
اسفل وقد ذكرنا فيما تقدم الامور المهمة التى ينبغى عليها التشخيص التميزى  
بين عظم حجم الكبد وندفاعه وزيادته على ذلك فالكبد قد يلامس جدر البطن  
فى امتداد عظيم بدون ان يعظم حجمه وذلك بان يستقطو ويميل الى اسفل  
اما بضغطة يقع على الجزء السفلى من تجويف الصدر او باس ترخا فى جوفه  
كما قاله (فريركس) او بان يكون ذا شكل غير طبيعى وأكثر الاشكال غير  
الطبيعية حصولا ما يشاهد عند النساء بسبب الهصر الشديد للاباس  
ولاستيما بالاربطة القوية للاباس من فان الكبد بهذا الضغط المستمر الواقع  
عليه يحصل فيه تفرطح عظيم جدا وتزداد بحيث يجاوز حافة الاضلاع بحوله  
اصابع بدون ان يعظم حجمه بل ربما يصل فى أحوال نادرة الى العرف الحرقفى  
وينبغى الالتفات الى تغير وضع الكبد وشكله حتى يمكن التحقق من نتيجة  
البحث بالعلامات الطبيعية

واما اتفاح الكبد الاحتمالى فمن النادر الحكيم به بمجرد النظر وبالقرع  
توجد اصمبة عظيمة تمتد من المراق الايمن الى المراق الايسر بسبب ازدياد  
سموك الكبد وامتداده أيضا من أعلى الى أسفل بحيث تصل أحيانا الى السرة  
وبالجلس يحس بجافة الكبد احساسا واضحا بسبب ازدياد مقاومته ولا يوجد  
فى هذا الشكل الاحتمالى اذنى تغير فى شكل الكبد ولا مسة سطحه ومن

الامور المشخصة لاحتمان الكبد السم له التوجية هو تزايد حجمه وتناقصه  
 بسرعة أكثر منه في جميع اتفاحاته  
 ومن المستغرب ان الصفة المرضية للضمور الجوزي من الكبد لم يلتفت  
 اليها حق الانتفات الا في العصر الاخير خصوصا من العالم (البريسستر)  
 والظواهر الخاصة بهذه الصفة المرضية يمكن ايضا حياها بمبارقة موجزة وهي  
 ان المرضى تصكون مصابة عرض في القلب وانفيز عمارتوية وغيرها من  
 الامراض الرئوية التي يهاها في انصباب الدم في القلب الايمن ويكون هذا  
 العائق الدوري قد أدى عندهم لاتفاح في الكبد وسيلان وزواستسقاء عام  
 وتكون الظواهر الاستسقاءية كما هو العادة في امراض القلب والرئين  
 مبتدئة بالاطراف السفلى ثم تمتد الى التجاويف المصلية وعند التقدم في السير  
 يكون قد اعترى الحالة المرضية تغير بحيث يظهر ان الاستسقاء الزقي واضح  
 من الاستسقاء العام او أنه يستمر حتى أمكن شفاء ما عدا من ظواهر الاستسقاء  
 العام مدة من الزمن بالوسائط العلاجية اللائقة وعند البحث عن الكبد  
 يوجد أنه متناقص في الحجم بالنسبة لما كان عليه وأن حافته السفلى أكثر  
 ارتفاعا بدرجة اصابع عما كانت عليه قبل يبعث اسابيع او اشهر  
 ولا يندران يصل الاستسقاء الزقي الى درجة عظيمة جدا مع ثقاء الاستسقاء  
 العمومي على حالة مناسبة بحيث يلجأ الى فعل البزل وفي الاحوال التي  
 شاهدناها وكان فيها عند وجود امراض في القلب والرئين عدم تناسب  
 بين الاستسقاء الزقي والعمومي مع تناقص واضح في اتفاح الكبد وفيها يمكن  
 تشخيص الضمور الجوزي للكبد لم نجد تزايد في حجم الطحال وتوجيه هذه  
 الظواهر عند التأمل بالدقة لهذا الضمور ليس فيه صعوبة فان الجوهر  
 الخلو من الكبد المتكتمش يضغط على الاوعية فسيلان الدم من الاوردة  
 البريتونية يتكون - بتقدمه عوقا بكمية من درجة اعنى باقفة القلب  
 أو الرئين او بانضغاط او عبة الكبد انما عدم عظم حجم الطحال يظهر أنه  
 مخالف لما هو الواقع في مثل هذه الاحوال فانه بانضغاط الاوعية الكبدية  
 يكون استترة اخ دم الطحال معوقا وحيث كان يوجد في سيرور الكبد الذي  
 يكون فيه أحوال مشابهة له ذلك يكد يوجد الطحال متددا على الدوام وعظم



حجمه ينسب عادة لاحتباس الدم في الوريد الطحالي وسأتمكلم عند الكلام  
على سيروز الكبد واحتمقان الطحال على هذا الامر المتعاقب بحسب  
الظاهر

\* (المعالجة) \*

دلالة المعالجة السببية تستدعي استبعاد الامور التي تساعد على حصول توارد  
الدم نحو الكبد او احتباسه فيه فالاحتمقانات التواردية الكبدية الناتجة  
عن الافراط من المأكول والمشرب تستدعي تدبير اغذائيا لطيفا والناجمة عن  
الافراط من المشروبات الكحولية تستدعي منع تعاطي المشروبات المذكورة  
بالكلية ومن جملة المعالجة السببية تغيير الهواء بالانتقال من اقليم الى آخر  
للاشخاص القاطنين في البلاد الحارة او المشهورة بالمازما الاجامية متى  
حصل لهؤلاء الاشخاص احتمقانات كبدية متكررة وعند ظهور احتمقانات  
تواردية نحو الكبد قبل حصول الطمث عند النساء او متى لم يظهر الطمث في  
الوقت المعتاد فحينئذ تستدعي المعالجة السببية وضع العلق على عنق الرحم  
او المحاجم التشريطية على الوجه الانسي من الفخزين واماني الاحتمقانات  
الكبدية الاحتمباسية فالغالب انه لا يمكننا اتمام ما تستدعيه المعالجة  
السببية وان امكنا اتمام ذلك فالغالب ان الذي تقاوم به المعالجة يفعله  
بقصد اضطرابات اخرى دون الاحتمقان الكبدى فائنان اجر ينافع القصد  
مثلا في الالتهاب الرئوى واحدا ثانيا ذلك تطية فاني الاحتمقان الكبدى فلا  
يكون هذا المرض الاخير هو الذى استدعى القصد بل الذى استدعاه  
الاحتمقان الاحتمباسى في الدماغ او غيره من الاسباب

واما دلالة معالجة المرض نفسه فيستعمل فيها كثيرا ارسال العلق على قسم  
الكبد لكن هذه الطريقة ليست عقلية وقليلة التأثير وقد اجاد المعلم  
(هينوخ) حيث قال ان وضع العلق على القسم الشراسمى في مثل هذه  
الاحوال كوضعه على قبضة اليد او مفصل قدم بل ينبغي وضع العلق حول  
السفرة متى كانت اعراض الاحتمقان الكبدى شديدة وواضحة فان ارسال  
العلق على هذا الصفر يجذب الدم من الاوعية المتفهمة ويجذور الوريد الباب  
وبذلك يخف الضغط الواقع على جدر الاوعية فيمتنع وروده نحو الكبد

والمسيلات اللطيفة خصوصا الاملاح المتعادلة لها تأثير مماثل لذلك فانها  
تحدث استقراغ الاوردة المعوية بسبب جذب كمية عظيمة من السائل منها  
فيضعف الضغط الباطن الواقع على جدار الوريد الباب والمرضى المصابون  
باحترقان كبدي اعتيادية ينتج عندهم استعمال معالجات مخصوصة بالمياه  
العذبة كماء اومبرغ وكسجين وماريه باد فان الاملاح التي تدخل في  
باطن الجسم في هذه النواحي يمكن تحمل تأثيرها بدون ضرر زمني طالما  
\* (في التهابات الكبد) \*

لاجل سهولة دراسة التهابات الكبد يميز لها خمسة أشكال ونشرح كلا على  
حده مفصلا لافقوله اما الشكل الاول فيحصل فيه الاضطراب الغدائي  
الالتهابي في الحويصلات الكبدية نفسها وهذا الشكل يسمى بالالتهاب  
الكبدى الجوهرى والتقيحى بسبب سهولة انتهائه بتكون الخراجات الكبدية  
وأما الشكل الثانى فيصيب فيه الالتهاب المنسوج الخاوى القليل الذى يمتد  
من محفظة جاسون الى باطن الكبد مع الاوعية الدموية ونتيجة هذا  
الالتهاب نمو المنسوج الخاوى ثم انقباضه انقباضا تدريجيا بعد و يسمى  
هذا الشكل بالالتهاب الكبدى الخاوى وعند انتهائه بالانكماش يسمى  
بسيروز الكبد واما الشكل الثالث ففيه يحصل من جهة فساد محدود  
في الجوهر الكبدى ومن جهة أخرى نمو المنسوج الخاوى حول الاجزاء  
المنسدة وهذا الشكل يسمى بالالتهاب الكبدى الزهرى نظرا لسببه الاصلى  
وأما الشكل الرابع ففيه يكون الالتهاب (أقله في الابتداء) قاصرا على جدار  
الوريد الباب فيسمى بالالتهاب الكبدى الوريدى الباب وأما الشكل الخامس  
فهو الذى يسميه الآن اغلب اطباء الضهور الحاد للكبد وهو مرض فيه  
يحصل نضج بين الاخامة الكبدية ينتج عنه ضمور هذا العضو في أقرب وقت  
ويصطب بيرقان كثيرا الشدة ولا تكلم على هذا الشكل الخامس الا بعد  
العثور على معرفة غيره من أمراض الكبد التي تصطب باليرقان وتكون  
سهلة المعرفة

\* (المبحث الثانى) \*

(في التهابات الكبدى الجوهرى أو التقيحى)



( كيفية الظهور والاسباب )

التغيرات التي تحصل في هذا الشكل تصيب الاخيلية الكبدية تبعاً للمعلم  
 (ورجوف) فانها تنفتح في الابتداء وتضيق فيها مادة زلاية ثم تتلاشى هذه  
 الاخيلية فيما بعد فينتج عن ذلك تلاش أيضاً في جوهر الكبد وبذلك يظهر  
 مسافات خالية مملئة ببقايا المنسوج الكبدى المتلاشى وأما (ليرميستر) فانه  
 يقول ان التغيير المرضى في هذا الالتهاب يبتدىء من المنسوج بين الخلايا  
 وأن تلاشى الخلايا الكبدية أمر ثانوى ثم ان أسباب هذا الالتهاب ليست  
 واضحة بالكلية وهو مرض نادر الحصول في البلاد المعتدلة وبشاهد بكثرة  
 في المناطق الحارة كالهند الا أنه يولغ في كثير من وجوده هنا وهو ما يعد من  
 الاسباب الممتمة لهذا المرض

او لا خروج الكبد ورضه لكن ذلك نادر الحصول فان (بود) لم يجد هذا  
 السبب المرضى في ستين حالة شاهدها وجمعها الامرة واحدة

ثانياً وقوف التجمعات الحصوية ذات الزوايا في المسالك الصغرى وية وهذا نادر  
 أيضاً

ثالثاً وجود تقرحات او تغيرات غنغرية في الاحشاء البطنية فكثيراً ما  
 شوهد ضاعفة هذا المرض للقرح العديدة والمهوية وقرح الحويصلات  
 المرارية كما انه قد شوهد حصول الالتهاب الكبدى المقيح عقب عملية  
 الفتق الختلق او عمليات جراحية أخرى في المستقيم وفي جميع هذه الاحوال  
 يغلب على الظن ان هذا المرض حاصل بواسطة السدد السيامية من فروع  
 الوريد الباب او اتقال جواهر أخرى بهيجة مضررة الى الكبد بواسطة دم  
 الوريد الباب وان لم يمكن اقامة البرهان القطعي المنبث لذلك مع التأكد  
 الى الآن وان كان المعلم (بود) كغيره من المؤلفين ينسب هذا الالتهاب  
 الكبدى في البلاد الحارة جداً كما ذكر ومن المعلوم انه ينسب حصول هذا  
 المرض حصولاً اولياً بل الغالب ان يكون حصوله تابعاً لأمراض طارياً  
 المتسارعة تسلطت موضعياً في البلاد الحارة جداً لكن لم يثبت ثبوتاً كلياً في  
 هذا الشكل الاخير أن التهاب الكبد ناتج عن مرور جراثيم متغفرة من  
 الغشاء المخاطى المعوى او السائل العفن للمعى في باطن الكبد بواسطة

الوريد الباب كما انه لم يثبت أيضا ان الدوسنطاري اهي السبب الوحيد للالتهاب الكبدى في البلاد الحارة بل عدم مضاعفة الالتهاب الكبدى للدوسنطاريا الوبائية في البلاد الباردة ولو التي يوجد فيها تغنغرة في الغشاء المخاطى وفساد في متحصل الامعاء من الامور التي تظهر أثارها في رأى المعلم (بود) وغيره

رابعا بعد من الاسباب المتممة للالتهاب الكبدى الجوهرى الآفات الجرحية والغنغرية والسدد والالتهابات الوريدية للاجزاء الدائرية للجسم وفي توجيه هذا الشكل الذي يسمى بالالتهاب الكبدى الانتقالى بعض عسر توجيه الشكل السابق وظهور خراجات انتقالية في الكبد عقب تقرحات غنغرية دائرية تلجئنا الى الظن بان السدد الدموية (تعبا لما ذكرناه في الآفات الانتقالية للرئة) تاتى وتسد فريعات الشريان الكبدى بعد المرور من الاوعية الشهوية الرئوية وينبغى لما ذكره هذا الشكل والتنبية على عسر توجيهه والسفيا تباين الرأس والكبد التي قيل بها كثيرا في الزمن السابق ينبغى الآن توجيهها بان جروح الرأس النافذة الى جوهر العظم تحدث بسهولة عظيمة تغيرات انتقالية في أعضاء أخرى خصوصا الكبد

\* (الصفات التشريحية) \*

الالتهاب الكبدى الجوهرى لا يكون مطانة منتشرا في عموم جوهر الكبد بل يظهر على الدوام على هيئة بورات منفصلة تكون نارة عظيمة وتارة صغيرة وكثيرا ما لا يوجد منها الا بوزة واحدة وفي بعض الاحوال يوجد الكبد موشحا ببورات عديدة ومن النادر ان كان البحث التشريحي عن الكبد وهو في الدور الابتدائى من هذا الالتهاب فوصف الاجزاء الملتبسة حبيبة بانها ذات لون حمزدا كن ذات مقاومة وبروز قليلة عن سطح الكبد المحقق مأخوذ يقينا من المقارنة بالتهاب أعضاء أخرى لامن المشاهدات وتوجد في ابتداء الالتهاب الكبدى ونظ الكبد المحقق اصفا ومغيرة اللون مصفرة رخوة تنفس بالخرجات الكبدية متى كانت يقرب السطح الظاهر من الكبد وقد شاهد المعلم (ورجوف) في هذه المواضع المتغيرة بالكبد ان خلايات



الكبد تظهر كابية او شفاقة حميرية وعدد هامتناقص ومنتشر بين الخلايا  
الكبدية السليمة مادة مائية ذات حميات رقيقة جدا واكثر من ذلك حصولا  
عدم امکان البحث عن الالتهاب الكبدى التقيحى في دور يكون أكثر  
تقدما فيوجد فيه حينئذ خراجات كحجم حصى او بيضة الدجاجة ومتى  
اختلفت هذه الخراجات ببعضها وتقدم تقيح الكبد نتج عن ذلك بورات  
عظيمة غير منتظمة متعرجة يمكن ان تكثرت امتدادا عظيما جدا وهذه  
البورات تكون مخاطية منسوج كبدى كاب آخذ في التلاشي والاضمحلال  
ومحتوية على صديد قشطى كثيرا ما يكون مخضرا بواسطة اختلاطه  
بالصفراء

وخراجات الكبد يمكن أن تكون ثابتة متى امتد التمثك الى السطح الظاهر  
والتثقب اما ان يحصل في تجويف البطن او في جداره اذا تكون التصاق  
كاف بينه وبين الكبد وفي أحوال أخرى قد ينصب الصديد في تجويف  
البليورا وذلك اذا التصق الكبد بالحجاب الحاجز وقد شوهد أحوال نادرة  
فيها قد يفتح خراج الكبد اما في السامورا وفي المعدة او في الامعاء او  
الحويصلة المرارية بل وفي الوريد الباب والاجوف السفلى

وفي الاحوال الحميدة التي فيها يعيش المريض بعد انقح الخراج الكبدى  
يمكن ان تتقارب جدران الخراج لبعضها ثم يتكون منسوج خلوى ندى فشا  
عنه فيما بعد أثره النعام صلبة تحتوى في الغالب على مواد صديدية متكاثفة  
او مستحلبة الى مادة طباشيرية بل وفي بعض الاحوال التي فيها لا يحصل تثقب  
يمكن ان يتكون في جدران الخراج وحوله نحو خلوى عند استئصاله فمدته فيصير  
سطحه الباطن املس ويتكيس الصديد ويتكاثف شيئا فشيئا بامتصاص  
أجزائه السائلة ويأخذ الكامن المنسوج الخلوى المحيط بالخراج يمكن ان يتناقص  
حجمه شيئا فشيئا ولا يبقى الا منسوج ندى صلب محتوع على مادة طباشيرية

\* (الاعراض والسير) \*

الشرح البين الذي يذكر في الالتهاب الكبدى التقيحى لا يوافق غالبها  
الا الالتهاب الكبدى الجرحى او الناتج عن احتباس الحصوات الصفراوية  
كاتبه على ذلك المعلم (بود) مع ان هذين الشكلين اندر من غيرهما حصولا كما

ذكرناه اذ من المعلوم انه متى حصل ألم شديد في الكبد عقب رض على قسم  
هذا العضو ومؤثر شديد آخر وانفتح الكبد وصار مجلساً لآلام شديدة  
واضطجبت مجموع هذه الاعراض بجمي قوية واضطراب بني ثقیل كان  
تشخيص هذا المرض سهلاً

وبعكس ذلك متى ضاعف التهاب الكبد تغيرات مرضية تتكرز به كما اذا  
طرا هذا الالتهاب على الدوسنطارياً وعقب تقرحات دائرية او جروح الرأس  
او عمليات جراحية والمشاهدات الاكلينيكية العديدة التي ذكرها كل من  
بود واندرا ل عبارة عن مجموع احوال فيها لم يعرف خراج الكبد المتكون  
بهذه الكيفية بالكلمة اولم يستدل عليه الا فيما بعد وفيبغي التنبه بطرق  
الالتهاب الكبدي عند وجود تقرحات المعوية المزمنة والالتهاب الاوروي  
الدائري وماما نلها من التغيرات المرضية وعقب بعض العمليات الجراحية  
المفعولة في المستقيم والبطن متى أحس المريض بقشعيرات وانفتح الكبد  
وصار مؤلماً وانضم لذلك يرقان لكن ليس عرض من هذه الاعراض قار  
الوجود فان الاحوال التي فيها تفقد الظواهر الموضعية لمرض الكبد عند  
وجود تغيرات انتقالية آتية من نحو الاعضاء البطنية تكون كثيرة الحصول  
كاحوال التغيرات الانتقالية للرئتين التي تسير بدون ان ينتج عنها آلام في  
الصدر ونفت مدحم وكذا كل من القشعيرية والحصى يمكن ان يكون علامة  
على مرض آخر غير الالتهاب الكبدي التابغي فلا ينبغي اعتبار ما ذكره علامة  
أكيدة قاصرة على هذا المرض ومن العسر معرفته بطرق الالتهاب الكبدي  
على الدوسنطارياً الوطنية فانه في هذا المرض الاخير لا يندر ان يكون الكبد  
منتهكاً ومؤلماً بدون ان يكون مجلس التغيرات النهائية والحصى في هذه الحالة  
لا تدل على شيء فان الدوسنطارياً في حد ذاتها مرض يضطجبت بجمي واليرقان  
يفقد في كثير من الاحوال وان وجد في احوال أخرى فلا يكون علامة  
أكيدة على التهاب الكبد أو كثر الالتهابات الكبدية عسر في التشخيص  
تشخيص الالتهاب الكبدي التقيحي الذي يظهر عند وجود تقرحات  
الدائرية والعمليات الجراحية ولا يكون في هذه الاحوال الاظاهرة من  
ظواهر المرض المعروف بالتسمم الصديدي للدم اذ في مثل هذه الاحوال



لانتسنتكي المرضى التي تكون اضطربة الدماغ وفي المخطاط عظيم بالام في  
 قسم الكبد كما ان كلامن الفشعريرة والحجي الشديدة بل واليرقان مهما كثر  
 وضوحه لا يدل دلالة أكيدة على اصابة الكبد وان انضم الى ما تقدم ان  
 ازدياد حجم الخراجات الكبدية التي تتكون في الامراض السابق ذكرها  
 يكاد يحصل على الدوام ببطء بدون ان ينتج عنه أعراض واضحة كان من  
 الواضح انه كثيرا ما لا يظن او يتحقق من ان تلك التغيرات المرضية كانت  
 مرتبطة بالتهاب كبدي الا بعد زمن طويل بسبب الخفاة المستمرة وغيرهما من  
 مجموع الاعراض التي ستذكر فيما بعد

ثم ان الصفة المرضية الناتجة عن خراجات الكبد الاخذة في الازدياد شيئا  
 فشيئا تختلف اختلافا عظيما فكاد يوجد في الغالب ألم اصم في المراق الايمن  
 يتزايد بالضغط عليه وقد ينضم لذلك ألم مخصوص سفويا في الكتف الايمن  
 وكل من كثرة حصول هذا الألم وأهميته في التشخيص قد يبالغ فيه في الزمن  
 السابق ويكاد يجاوز الكبد على الدوام حافة الاضلاع الكاذبة وفي الاحوال  
 التي فيها تكون الخراجات الكبدية عظيمة متعددة والتي فيها يكون احتقان  
 هذا العضو واصلا لدرجة عظيمة يمكن ان الكبد المتضاعف بحجمه يمد  
 الجهة اليمنى من الصدر ويبرز في المراق الايمن ويسقط الى أسفل في البطن  
 ومتى كان مجاس الخراج في السطح المحسب للكبد وارتفع عن موازاته  
 وجد احيانا باللمس بروزات محدبة قابلا بل يمكن ان يحس فيه بالتوجع  
 واليرقان ليس من الاعراض الملائمة للخراجات الكبدية بل يفة قد في معظم  
 الاحوال فان احتباس الصفراء وامتصاصها المتعاقب بهما وجود اليرقان  
 يكونان اما نتيجة انضغاط القنوات الصفراوية وانسدادهما بالكلية بواسطة  
 تعقدات زلالية اوليفة

والخراجات الكبدية العظيمة يمكن ان ينتج عن انضغاط فروع الوريد الباب  
 بل والخراجات المتكونة في السطح المقعر لهذا العضو يمكن ان تضغط على  
 جذع الوريد نفسه وكثيرا ما يوجد في مثل هذه الاحوال خلاف الاعراض  
 السابق ذكرها التفتاح في الطحال واضمحلال في البريتون وسادات  
 الخراجات الكبدية صغيرة الحجم فالحمى التي تصحبها لا تكون شديدة غالباً بل

كثيرا ما تفتقد بالكلية وفي اثناء هذه المدة يكون اضطراب الحالة العامة للمريض قلبه لا وتبقى قوى المرضى ويظهر انهم متمتعون بصحة مناسبة في الظاهر جملة سنين لكن متى ازداد حجم الخراجات الكبدية وصار عظيمها اشتدت الحمى وحصلت قشعريرات زمنة فزمننا كما يشاهد في غير ذلك من التقيحات المزمنة وتخط قوى المرضى وينتهي كون في تلك اغلبهم في هذه الحالة باعراض الاستسقاء وهذا ما يسمى بالسيل الكبدى

ومتى انشقب خراج الكبد وانفتح في تجويف البطن نتج عن ذلك التهاب بريتوني فجائى به لك المريض في اقرب وقت واذا حصل التصاق بين الكبد والجدر المقدمة للبطن شوهدا ولا ارتشاحها ارتشاحا وذيما ويا يصير فيما بعد الثمايبا والتوج الذى كان قبل ذلك قابل للوضوح يصير بذلك سطحيا ويظهر في جدر البطن ويزداد شيئا فشيئا الى ان يثقبها فيمتدخ الخراج واما اذا حصل التثقب في الحجاب الحاجز فيشاهد اما ظهور علامات التهاب البليورا او خروج نقت وهو الغالب من مواد صديدية ذات لون احمر اذا كن او صمير وذلك بسبب كثرة التصاق ويربقى البليورا ببعضها ومنظر هذا النقت بانفراده كثير اما يكنى في تشخيص خراجات الكبد واما اذا حصل التثقب في التامور فينتج عن ذلك التهاب تامورى يقال بسرعة واما اذا حصل التثقب في المعدة فيشاهد خروج مواد صديدية بالقيء باللون السابق ذكره واما عند حصول التثقب في الامعاء فيشاهد فيه اسمال صديدي ومتى خرج الصديد في فتحة جدر البطن او انقذف الى الخارج من المعدة او الامعاء او الشعب احست المرضى حال ابراحة وتحسين عظيم لكن هذا التحسين لا يستمر ولا يبقى الا في الاحوال النادرة التي تكون فيها الخراجات الكبدية ذات امتداد قليل نسبى وكان استمرارها زمنة قليلة واما في اغلب الاحوال فيستمر الافراز الصديدي وتم لك المرضى من استمرار القيح عقب زمن كثير الطول او قليلا واما الانتهاء بالشفاء عقب تركيب الخراج وتناقص حجمه فتناقصت تدريجيا مع تسكينه متحصلة فيعتد من النوادر ويندرج تباعده في هذا الانتهاء الجميد مع التاكيد مدة الحياة

\*(الامالجة)\*



الاجتهاد في حصول تحليل الالتهاب الكبدي بواسطة وضع العلق حول  
 الشرج والوضعات الباردة على المراق الايمن لا ينجح الا في الاحوال النادرة  
 من الالتهاب الكبدي الجرحي واما عند تقدم المرض فالمستعمل بكثرة  
 من الوسائط العلاجية هو وضع الجراريق على قسم الكبدة واستعمال الزئبق  
 الحلو في الباطن ولو كان أساس انتشار استعمالهما غير قوي

واما باقي اشكال الالتهاب الكبدي النقيحي فينبغي الاقتصار فيها على المعالجة  
 العرضية خصوصا وانه من النادر معرفة المرض قبل تكون الخراج ومن ترك  
 استعمال المركبات الزئبقية من الظاهر والباطن بقصد مساعدة امتصاص  
 الزئبق ولو قيل ان المرضى المصابين بامراض الكبدة تتحمل استعمال الزئبق  
 الحلو بمقدار عظيم بدون خطر ومتى لم يمكن الاحساس بالتوجع وعدم فتح  
 الخراج فينبغي الاقتصار على حفظ قوى المريض بواسطة تدبير غذائي جيد مع  
 استعمال المركبات الحديدية الخفيفة بل والذبيذ الخفيف ان احتج لذلك وعند  
 وجود القشعيريات فينبغي استعمال المركبات الكينية فان تأثيرها الجيد المضاد  
 للحمى قد يتضح أيضا في هذا المرض ايضا عظيم او حيث ذات التجارب على  
 انخرجات الكبدة التي تنفسي بالشفاء هي التي يسيل منها بعد فتحها صديد  
 مختلط بالدم مع جزئيات من جوهر الكبدة الواقع في التمسك وان الخراجات  
 التي يسيل منها صديد جيد فضع لا تشفى مطلقا فمن الواجب التمسك به  
 ان تفتح الخراجات الكبدية بسرعة قبل تكون الغشاء المولد للصديد  
 وتغطيته بجلد البورة الصديدية ومن المعلوم في علم الجراحة ان قبل فتح  
 الخراجات الكبدية فينبغي التمسك باحتياطات مخصوصة وان يفضل استعمال  
 الكاويات على المشروط فالمرء يمكن الطبيب متأكد من وجود التصاق متين  
 بين الكبدة وجرده البطن

\* (تبسيه) \* قد جرب اطباء في الازمنة الاخيرة بط الخراجات الكبدية بطا  
 صكر رابا لالة البازلة الاستقصائية بقصد خروج المواد الصديدية الجديدة  
 التكوينية وعدم بقائها وتكون منها البورات عظيمة الا ان هذه الطريقة ليست  
 عامة الاستعمال ولم يؤيد الطب العملي الى الآن نجاحها وانتشار استعمالها  
 \* (المبحث الثالث) \*

(في الالتهاب الكبدي الخلوي المعروف بسيروز الكبدي)

وبالاستحالة الحميية للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

مجالس الالتهاب الكبدي الخلوي غلاف الكبدي والمنسوج الخلوي القليل  
المكون لامتدادات المحافظ الجلوسونية والمارمن باطن هذا العضو صاحبها  
لاوعيته وفي هذا الشكل لا يتكون نضج سائب في الكبدي ولا تقيح  
ولاخرجات فالتغير الالتهابي في هذا الشكل عبارة عن نمو المنسوج الخلوي  
بتكون عناصر خلوية جديدة من الموجودة من قبل وكلما ازداد نمو هذا  
المنسوج ازداد اضعلال الجوهر الخاص للكبد وتلاشيه وفي الدور المتقدم  
لهذا المرض يكابد هذا المنسوج الجديد المتكوين انكماشاً شديداً ينكمش به  
جوهر الكبدي تدريجاً ويضعف بعض أجزائه وحينئذ تنفذ الاوعية الدموية  
والقنوات الصفراوية في امتداد عظيم ويضمرمعظم الاخابة الكبدية  
وتتلاشى

ثم ان المهيج الذي يحدث هذا الالتهاب بكثرة هو الكحول ولذا تسمى اطباء  
الانكليز الاستحالة الحميية للكبد بكبد السكرى وبكبد شرابي (الخن)  
(وهو مشروب روي قوي التأثير جدا) وهذا المرض يكون في الرجال أكثر  
منه في النساء وما ذلك الا من اختلاف الافراط فيما ذكر باختلاف النوع  
ويكون نادراً في الطفولية والظاهر ان الاستتئات الظاهرية تؤيد  
القاعدة العامة في بعض الاحوال وذلك لان (وندرلش) شاهد أعراض  
سيروز الكبدي الواضحة جدا عند اختين سن احداهما ١١ سنة والاخرى  
١٢ فبالفحص الجيد ظهر له ان كلامهم ما كان يتعاطى الكحول بقرعة دار  
عظيم

وتعاطى الكحول ليس هو السبب الوحيد في الالتهاب الكبدي الخلوي  
فالاشخاص المصابون بهذا المرض والمنكرون اعتمادهم يتعاطى الكحول  
لايعتبر جميعهم من المدمنين على السكر خفيفة وقد قيل ان مجرد الاحتقان  
الكبدي الالتهابي كالمشاهد في المصابين بمرض القلب يحدث الالتهاب  
الكبدي الخلوي لكن الظاهر ان هذا القول مبني على الخطا وناتج عن



اختلاط شكل الضهور الكبدى في كل من خاتى الكبد الجوزية والحبيبية  
والاسباب الاخرى المحدثه لهذا الالتهاب الكبدى الخاوى منهممة علينا وقد  
ظن (بود) ان بعض الجواهر المهيجه التى تدخل فى المعدة كل يوم يمكن ان  
يحدث عقب امتصاصه هذا المرض كما يحدثه امتصاص الكؤل وذلك مبنى  
على مجرد نظريات فقط وقد شوهد ان السبب المهيج المحدث لهذا المرض فى  
بعض الاحوال عبارة عن تجمع مع صوات صفراوية فان معظم المسالك  
الصفراوية العظيمة للكبد المصاب الواضح فيه صفات سيروز الكبد كان  
تمثلها بجمعات حجرية

\* (الصفات التشريحية) \*

فى الدور الاول من هذا المرض النادر فيه مشاهدة الصفات التشريحية  
يكون هذا العضو متزايدا الحجم خصوصا مكه والمحفظة البريتونية ثخينة قليلا  
كايه اللون وسطح الكبد لم يزل مستويا ملمس ماعدا بعض بروزات غير  
منتظمة وعند الشق يظهر جوهر الكبد من شحابة مادة دموية رخوة ذات  
لون سنجابي ضارب للحمرة تكسب الكبد هيئة لحمية وهذه المادة تشغل على  
امتدادات دقيقة من منسوج خاوى ضام وخلاقي كما يتضح ذلك من البحث  
المكروسكوبى ويظهر فى وسط هذا المنسوج جوهر الكبد الاصلى على شكل  
تجمعات قليلة الارتفاع

وأما فى الدور الثانى الذى يعقب الاول بكمية تدرى بجمية فقد نشرحه الشهير  
(روكنسكى) مع الايضاح قائلا ان الكبد يكون صغيرا الحجم عن الحالة  
الطبيعية وشكله متغيرا بحيث تظهر حوافه مستديرة وتزداد دقته حتى  
تصير كخط خاوى غير محتموعلى جوهر كبدى بالكلمة واما مكه خصوصا فانه  
الايمن فيكون بالعكس متزايدا الحجم بالنسبة لباقي اجزاء الكبد ثم ينتهى هذا  
العضو بان يصير على هيئة كتلة كرية وقصه الايسر يكون اذا ذلك ملتصقا  
بقصه الايمن على هيئة معلاقة صغيرة مفرطحة ويشاهد على سطح هذا العضو  
فى هذا الدور بروزات حبيبية او لحمية منها اكتسب هذا المرض اسم الكبد  
الحبيبي ثم ان كانت هذه التجمعات ذات عظم مستوحب الشهدا فيج ظهر  
سطح هذا العضو بهيئة مستوية واذا اختلف عظمها ظهر سطحه بتجمعات

غير منتظمة وبين هذه التجمعات يصير الغلاف المصلي ذالون مبيض سميك  
شبيه بالارتار العريضة قرني ومنجذب الى الباطن ومتى وجدت ثنيات عظيمة  
غائرة في هذا الغلاف فاصلة لتجزئ ثنيات عظيمة من الكبد عن بعضها كتسب  
هذا العضو هيمة فصيصية وفي العادة يكون الغلاف الكبدى ملتصقا  
بالاعضاء المجاورة خصوصا الخجاب الحماجر اما بواسطة التصاقات كثيرة متوترة  
او بالجملة شريطية وجوهر الكبد المصاب بالسيروز يكون متكاثرا صلبا  
كالملدوعند شقه يحس بمقاومة كمقاومة الاسكروس ويوجد في باطنه  
نفس التجمعات التي تشاهد على سطحه الظاهر وهذه التجمعات تكون  
موضوعة بين الياق منسوج خالوي مبيض وسخ متين قليل الاوعية الدموية  
ويبقى جوهر الكبد الكلية في محال متعددة فيحل محل المسوج الندي  
وبالبحث بالمكروسكوب في هذا الدور لا توجد التكوّنات الخالوية الجديدة  
بل يوجد منسوج خالوي تام التكوّن من مكوّنات الطبقات دائرية تحيط بخلايا  
كبدية كانت تسمى سابقا بالتجمعات والخلايا الكبدية الموجودة تكون  
اما آيلة للاستحالة الشحمية او متلوّنة بلون مخضر بسبب وقوف الصفراء فيها  
الناج عن الضغط الواقع على المسالك الصفراوية ثم ان الاستحالة الشحمية  
للخلايا الكبدية هي والمواد الملوّنة المشتقة عليها تكسب جميع سطح الكبد  
خصوصا التجمعات الموجودة فيها لونا صفرا وهذا هو السبب في تسمية هذا  
المرض بـسيروز الكبد

\* (الاعراض والسير) \*

اعراض الالتهاب الكبدى الخالوي في الدور الاول منه تشابه اعراض  
احتمقان الكبد البسيط مشابهة عظيمة فان التغيرات الالتهابية في باطن  
هذا العضو ومحفظته لا تكون مصحوبة عادة الا بالآلام خفيفة غير ان الضغط  
على قسم الكبد يكون احساس المرضى به أكثر منه في الاحتمقان البسيط  
والاحساس بالامتلاء والتوتر في المراق الايمن يزداد في بعض الاحيان  
بحيث يشابه الاحساس بتوتر مؤلم او بالمحرق في هذا القسم وزيادة على  
هذين العرضين توجد اضطرابات في الدور الاول من هذا الالتهاب  
فتشتمل على المرضى بقية في الشهية واحساس بضغط وامتلاء بعد الاكل



ويعتبرها حالة غازية في البطن وامسالك ويمكن ان تضطرب التغذية في هذا  
الدور أيضا بحيث يكتسب المريض هيئة ضعيفة ومع ذلك فجميع هذه  
الظواهر يمكن ان يقال فيها ما قيل ان الاحتمقان الكبدي البسيط بمعنى انها  
تكون مصاحبة لهذا المرض لاعراضه فان الاقراط من المشروبات  
الروحية يكاد ينشأ عنه على الدوام أيضا نزلات معدية مزمنة وهذه الاعراض  
المذكورة أخيرا تتعلق بالنزلة المعدية المزمنة لا بالالتهاب الكبدي  
الخلوي

واما اعراض الدور الثاني فينسب معظمها مع السهولة لعائق ميكانيكي  
وذلك ان الضغط الواقع على فروع الوريد الباب ينشأ عنه بالضرورة ظواهر  
احتباس الدم وركوده في الاعضاء التي يأتي منها الى الكبد بواسطة هذا  
الوريد كما ان الضغط الواقع على القنوات الصفراوية ينشأ عنه امتصاص  
الصفراء والبرقان مادام خلايا الكبد قادرة على افرار الصفراء  
وظواهر احتباس الدم وركوده التي نشاهد في الابتداء بكثرة هي التي تحصل  
في الغشاء المخاطي المعدي والمعوي فان الحالة النزلية المزمنة للغشاء المخاطي  
المعدي التي تصاحب الدور الثاني من سير ووز الكبد ليست كالحالة النزلية  
المعدية المصاحبة للدور الاول منه من كونها مجرد مضعفة لهذا المرض  
بل نتيجة ملازمة له واعراض النزلة المعدية المزمنة قد تسبق ذكرها والنزلة  
المعوية التي تصاحب أيضا هذا المرض بكيفية مستمرة لا ينتج عنها افرار غزير  
في القناة المعوية الا نادرا بل الغالب ان ينتج عنها بكافى النزلات الالتهابية  
المزمنة افرار غزير من مادة مخاطية لزجة واخيلية جديدة وقد ذكرنا ان من  
اعراض النزلة المعوية التي تخص هذا الشكل من الالتهابات المعوية النزلية  
المزمنة الامسالك والانتفاخ الطبلي للبطن والهيئة الضعيفة ولذا كان من  
الواضح أهمية هذه الاعراض في سير ووز الكبد ولا يندران امتلاء الاوعية  
الشعرية للغشاء المخاطي المعدي والمعوي يصير عظيم جدا بحيث يمزق بعض  
هذه الاوعية الصغيرة وعلى ذلك فسير ووز الكبد هو بعد القرحة المستديرة  
المعوية السبب الاكثر حصولا لانزفة المعدية والمعوية كما ان هذا المرض  
ينتج عنه بسبب عوق الدورة الوريدية البواسية امتلاء واحتمقان في الوريد

المسارية بقية السفلى والصفيرة الباسورية ويكون حينئذ سبباً عظيماً في  
احداث البواسير وعلى حسب ذلك فظهور البواسير من الاعراض الكثرية  
الحصول في المرض الذي نحن بصدد

وحيث ان الوريد الطحالي يصب متحصص له في الوريد الباب وان الضغط الواقع  
على فروع هذا الوريد الاخير يفتح عنه أيضاً عروق في استفرغ دم الوريد  
الطحالي فان ظواهر اراحة فان الطحال وتقدمه تنضم في هذا المرض الى الظواهر  
التي تحصل في المعدة والامعاء وكثيرا ما يوجد الطحال منتفخا في هذا المرض  
انتفاخا عظيما في الدور الاخير من الالتهاب الكبدي الخاوي بحيث ان كلامن  
ابولسير وبيرجر وغيرهما يتهربان انتفاخ الطحال اهم عرض لسيروز الكبدي  
وقد وجد (فيركس) الطحال في حالة الانتفاخ ١٨ مرة في ٣٦ حالة من  
سيروز الكبدي وتزايد حجم الطحال ينتج فقط عن تراكم الدم واحتماسه فيه  
وذلك من جهة انه يحصل تارة بسرعة من الابتداء وتارة متأخر حصوله جدا  
بدون ان يكون ذلك مطابقا لحصول باقي الظواهر الاحتماسية ومن جهة  
اخرى لكونه يفقد في بعض احوال سيروز الكبدي وفي جميع احوال  
الضهور البوزي لهذا العضو ولومع الضغط العظيم الواقع على اوردة الكبدي  
ومن القريب للعقل ان انتفاخ الطحال يتعلق بتغير خصوص مشابه لما يحصل  
في الكبدي ومع ذلك فتراكم الدم واحتماسه له مدخل في تزايد حجم الطحال  
ويتضح ذلك من تناقص حجم هذا العضو وزوال انتفاخه عقب التي  
الدموي الذي فيه تمزق الاوعية الشعرية المعدنية فيسهل استفرغ دم  
الطحال

وحيث ان الاوردة البريتونية خصوصا اوردة الوريقة الحشوية تستفرغ  
أيضا في الوريد الباب فمن الواضح جدا حصول الاستسقاء الرقي وكونه  
العرض الرئيس في سيروز الكبدي وتوضيح ذلك سبق ذكره في المباحث السابقة  
التي نبهنا فيها على ان ازدياد الضغط الواقع على جدار الاوردة البريتونية هو  
السبب الاكثرا لتساجل ظهور ارتشاح مصلي في باطن تجوف البطن وقد  
يكون هذا الارتشاح المصلي مختلطاً في بعض الاحوال بكمية قليلة من الدم  
بسبب تمزق بعض الاوعية الشعرية البريتونية وقد يكون ساجما فيه في احوال



أخرى ندف ايضاً فنتيجة عن نضح التهابي في محنظة الكبد وما حولها  
والاستسقاء الرقي المتعلق بسير وز الكبد يتصف بكونه ينفوخو اعظيماً جذا  
أكثر من باقي أشكاله ويظهر في آن واحد تشجيرات وريدية من رقة متعرجة  
على جدر البطن وأوذيمياً في الاطراف السفلى وأعضاء التناسل بسبب  
الضغط الواقع على الوريد الاجوف السفلى والاوردة الحرقفية كما انه قد  
تشاهد غنفر يناسطحية في هذه الاجزاء

وحيث ذكرنا ان النزلات المزمنة للمعدة والامعاء والانزفة في هذه  
الاعضاء والبواسير وضمخامة الطحال والاستسقاء الرقي اعراض ملازمة  
لسير وز الكبد ناتجة عن عائق ميكانيكي بسبب الضغط الواقع على فروع  
الوريد الباب فن الواجب علينا أيضاً ذكر الاحوال الاستثنائية وتفسيرها  
التي تفقد فيها هذه الاعراض أو تكاد لا تدرك فنقول انه من المعلوم ان فروع  
الوريد الباب قد تبقى مفتوحة في بعض الاحوال ولومع تقدم سير وز الكبد  
بجيت يمكن اتباعها في امتداد عظيم في الجثة ونضيف لذلك ان استقراغ  
اوردة المعدة والامعاء والطحال والبريتون يمكن ان يصير سهلاً فيمتنع  
احتباس الدم وركوده في هذه الاعضاء بتولد دورة تفرعية جانبية تسمح للدم  
بالمرور في مسالك جديدة وحصول هذه الدورة التفرعية الجانبية الجديدة يتم  
أولاً بالاستطراق الذي يحصل بواسطة الضفيرة الباسورية بين الوريد  
المساري السفلي والوريد الخليلي وثانياً التفرعات بين فروع الوريد الباب  
وفروع أوردة الغلاف الكبدي التي تتفهم بالاوردة الخجائية الخارجية  
والمروية وثالثاً بتفهم الاوعية الجديدة التي تتكون في سمك الاتصافات التي  
تحصل بين الكبد والحجاب الحاجز وزيادة عن الاستطراقات الجديدة التي  
تحصل بكيفية غير طبيعية وبها يسهل مرور الدم في فروع الوريد الباب الى  
الاجوف بدون مروره في الوريد الكبدي قد تظهر في بعض الاحوال دورة  
جانبية مخصوصة مدة الحياة ظهوراً واضحاً وفي هذا الشكل في الدورة  
الجانبية الجديدة كما كان يظن سابقاً انه ناتج من عدم انسداد الوريد السري  
انسداداً تاماً بعد الولادة وبقاء قناة دقيقة في رباط هذا الوريد وعند حصول  
احتقان كبدي عظيم في الاشخاص الموجود فيهم هذا الاستطراق غير طبيعي

تتدد القناة المذكورة شيئا فشيئا بالدم الوارد اليها بحيث توصل هذا الصائل الى  
 الجدر المقدم من البطن وهناك ينصب الدم في تفرعات الوريد الشدي  
 الانسي وتراكم الدم بهذه الكيفية في الوريد الشدي الانسي ينتج عنه عروق  
 في استفرغ الاوردة الجلدية البطنية وبذلك يوجه نحو هذه الاوردة الجلدية  
 نحو اعظم اجداد حول السرة على شكل حوية مزرقة ~~التي~~ هذا التشجر  
 الوريدى الغير الطبيعى المذكور ليس ناتجا عن تعدد الوريد السرى المنسد  
 انسداد اغصان تام بل عن تعدد فروع الوريد الباب التي تمتد من الكبد الى  
 الجدر المقدم من البطن بين وريقات اربطة الكبد وتنفصم مع جذور الوريد  
 الشراسيفى والشدي الانسي

وهناك أمر توجبه له أصعب من فقد لظواهر الاحتقانات الاحتمالية  
 جميعها وهو فقد البعض منها ووجود البعض الآخر فانه لا يعلم لماذا ان  
 الطحال الذى وجده بجر متزايد فى الججم ٥٨ مرة فى ٦٤ مشاهدة  
 وفير كس ١٨ مرة فى ٣٦ حالة يبق صغير الججم احيانا كما اننا لا نعلم لماذا  
 انه يوجد عند بعض المرضى فى دموى متكرر ويققد عند آخر من مدة سير  
 هذا المرض فلا تعرض لتوجيه هذه الاختلافات

ثم ان المسالك الصفراوية ولو انما تكاد ضغطا عظيم في سير وز الكبد  
 كتفرعات الوريد الباب الا انه من النادر مشاهدة احتباس الصفراء في هذا  
 المرض احتباسا واضحا جدا فانه ولو شوهد عند معظم المرضى تلوّن مصفر  
 ومخ في الجلد ومصفر فقط في الصلبيتين وبول داكن الا ان اليرقان الشديد  
 الواضح ليس من العلامات الكثيرة المشاهدة في سير وز الكبد وهذه الظاهرة  
 يستدل عليها بسهولة من كيفية تكوين الصفراء فانه لا توجد تمامة  
 التكوين في الدم الوارد نحو الكبد بل انها تتكون في الخلايا الكبدية من  
 العناصر التي ترد اليها مع الدم ولذا ان احتباس الصفراء وامتصاصها يحتاج  
 ولا بد لبقاء جزء من الخلايا الكبدية حافط لوظيفة هذه الطبيعية في سير وز  
 الكبد يكون من جهة بعض المسالك الصفراوية منضغطا وحينئذ توجد  
 الشروط المؤدية في الغالب لاحتباس الصفراء وامتصاصها من جهة أخرى  
 يفقد جزء عظيم من الخلايا الكبدية وحينئذ يكون تكوين الصفراء مهوقا فن



ذلك يتضح بسهولة ان البرقان لا يفقد بالكلمة في سيروز الكبد غير انه يندر ان  
 يصل الى درجة شديدة فقلة البرقان في الحالة الراهنة مع تقدم سيروز الكبد  
 تدل على تسلطن أحد الأمرين وهو فقد الاخلية الكبدية وان وجد البرقان  
 بدرجة عظيمة دل هذا على تسلطن الأمر الآخر وهو انضغاط المسالك  
 الصفراوية أو أن هناك عائقا جديدا مانعا للاستفراغ الصفراء بمضاعفة مرضية  
 كالتهابات النزلية للمسالك الصفراوية وانسدادها بالحصوات الصفراوية  
 فان هاتين المضاعفتين كثير امانا تصاحبان سيروز الكبد وان كان انصباب  
 الصفراء معوقا بالكلمة من إحدى هاتين المضاعفتين أمكن ان ينتج عن  
 الصفراء المتكثبة ولو بجملة قليلة في باقى الخلايا الكبدية برقان شديد  
 ولو بانضغاط المسالك الصفراوية يتعلق أيضا بلون المواد الثقلية باللون الباهت  
 أو السجاني لابلون المسمر وحيث ان مجرد الضغط على المسالك الصفراوية  
 لا ينتج عنه انسدادها بالكلمة فلا يشاهد مطلقا في سيروز الكبد البسيط  
 مواد ثقلية فاقدة اللون بالكلمة شبيهة بالطفل الأبيض كما يشاهد ذلك في غير  
 هذا الشكل من البرقان والبول يحتوي عادة على قليل من المواد الملونة  
 للصفراء لكنه يتميز بكونه يحتوي على كمية عظيمة من الاملاح البولية ومن  
 المواد الملونة للبول وستتكلم على هذا فيما بعد

ثم انه ينضم الى الاعراض السابق ذكرها الناجمة عن انضغاط فريعات الوريد  
 الباب والمسالك الصفراوية اعراض أخرى تنسب لانسداد سد عظيم من  
 الخلايا الكبدية وقد ذكرنا عند الكلام على الظواهر البرقانية ان تكوين  
 الصفراء يتناقض بسبب فقد الخلايا الكبدية وينسب عدم تلوث المواد  
 البرازية الى قلة تكوين الصفراء كما نسبه الى احتياهم اثم اتساوان لم نعرف  
 حق المعرفة جميع وظائف الكبد الا انه من الاكيد ان تكون الصفراء ليس  
 هو الوظيفة الوحيدة للخلايا الكبدية وعلى كل فالكبد عضو مهم جدا للتغذية  
 العامة واصلاح الدم فمن الاكيد ان فقد عدد عظيم من الخلايا الكبدية ينتج  
 عنه اضطراب عظيم في البنية بتمامها فان اضطراب التغذية الذي يشاهد  
 عند الاشخاص المصابين بسيروز الكبد وان تعلق بعضه بوجود نزلات معدية  
 معوية وربما كان امتلاء الاوردة المعوية امتلاء عظيما يهوق نفوذ متصل

الامعاء في هذه الاوعية لابلده من سبب عظيم آخر لاضطراب التغذية فان  
المرضى المصابة بسيروز الكبد تشد فيهما وتسرع عنهما ويصير  
جلدها خالوا وتقدم عندها ظواهر سوء التغذية اسرع جدا من المصابين بمجرد  
نزلات معدية معوية او من كان عندهم سيلان الدم في الاوردة المعوية معوقا  
بطريقة اخرى ولا يعلم ان كان اضطراب التغذية العامة هذا متعلقا بعوق  
تكوين السكر في الكبد او بقدر وظائف اخرى لهذا العضو منبهة علينا  
فان هذا الامر لم يتيسر للمعارف القسيولوجية الى الا ان

ثم انه يظهر عند المصابين بسيروز الكبد قبل الموت بقليل ظواهر عصبية  
دماغية فبعض المرضى يقع في حالة هذيان وخدر وبعضهم يحصل عنده  
من الابداء ظواهر خدر وكوما وحالة سبات وحيث انه بفعل الصفات  
التشريحية في الدماغ لا توجد تغيرات مادية فيه توجهها هذه الظواهر في  
القريب للعقل نسبتها الى تسمم الدم غير اننا لانعرف الجوهر التي بها يحصل  
هذا التسمم الا اننا نقول انه من الاكيد كون هذا التسمم ليس ناتجا عن  
امتصاص عناصر الصفراء ولذا نرفض تسمية ما ذكرنا بتسمم الصفراء  
ووجود كمية عظيمة جدا من المواد الملونة للصفراء ومن الاملاح البولوية عند  
الاشخاص المصابين بسيروز الكبد ينسب لعدد عظيم من الخلايا الكبدية  
ولضعف وظائف الكبد او تنوعها ولا نعلم التغيرات الحاصلة في التبادل  
العضوي الناتج عنها هذا التغير المذكور في البول معرفة تامة وانما الذي  
نستنتجه من حيث ان المواد الملونة للبول آتية من المادة الملونة للصفراء  
والمادة الملونة للصفراء آتية من المادة الملونة للدم فلا بد وان عند حصول  
استحالات مرضية ممتدة في الكبد يتم استحالة المادة الملونة للدم الى المادة  
الملونة للصفراء بكمية طبيعية يحصل كذلك تغير في تكون المادة الملونة للبول  
الناتج عنه التغيرات السابق ذكرها

(العلامات الطبيعية للانهاب الكبدية الخلوي)

يستبدل بكل من الجس والقرع في الدور الاقول لهذا المرض على تزايد حجم  
الكبد ومقاومته تزايد عظيم او ما في الدور الثاني لهذا المرض من النادر  
عدم العثور على الكبد بالجس كما يذكر في الغالب وفي حالة ما اذا أمكن



العنور وعليه عند اضطجاع المريض على جنبه اليسر وتبعيد السائل المتجمع  
 في البطن من الكبد توجد حافة هذا العضو كثر مقاومة عمافي الدور  
 الاول وزيادة على ذلك يحس على سطحه بوجود ارتفاعات صلبة مستديرة  
 مختلفة العظام وبالقرع قديس تدل على تزايد في اصمبة الكبد في الدور الثاني  
 متى كان الاستسقاء الزقي ليس عظيما جدا وفي احوال أخرى قديس تدل به  
 على تناقص اصمبة هذا العضو (وهذه الاحوال الاخيرة ليست كثيرة جدا  
 تبعالمشاهدتنا) وحينئذ ينبغي التدقيق عند الحكم زيادة عما يكون عند  
 ازدياد اصمبة هذا العضو عن الحالة الطبيعية فان كلامنا من اقطار الكبد  
 واصمبته يختلف اختلافا عظيما في الحدود والاصمبة كدلت على ذلك القياسات  
 العديدة التي فعلها المعلم (فريركس) وزيادة على ذلك يمكن ان وضع الكبد غير  
 الطبيعي الذي يحصل في كل تمدد عظيم في البطن يحدث ملامسة الكبد  
 بحافته الحادة للجدر المقدم من البطن والصدر وبالجملة يمكن ان الامعاء  
 المتمدة بالغازات تدخل بين الكبد وجدر البطن فتتناقص اصمبة هذا العضو  
 وتزول بالكالية ومتى اعتبرت جميع هذه الامور كان تناقص حجم الكبد  
 علامة مهمة في تشخيص سير وزهد هذا العضو وحيث ان الفص اليساري  
 هو الذي يتناقص ابتداء فاول ما يدرك صوت القرع الممتلئ غير الطبيعي  
 في القسم السراسبي ثم يتناقص فيما بعد اصمبة الكبد اعلى الفص الايمن  
 من هذا العضو تناقصا عظيما بحيث ينقص امتدادها في الخط المدي من  
 قيراطين الى واحد وأهم علامة يرتكن اليها في تشخيص هذا المرض هو  
 التناقص التدريجي للكبد بعد ان كان منفتحنا عظيما تناقصا يثبت بالبحث  
 المتكرر

وبعد ان ذكرنا اعراض الالتهاب الكبدي الخلوي كالأعلى حدته وارتباطها  
 ببعض الزمانا ان نضيف لذلك شرح هذا المرض مختصرا فنقول ان من يصاب  
 بهذا المرض غالباً الاشخاص المتوسطو السن أو المتهتمون فيه الذين يكادون  
 ان يكونوا منهم مكيين في نه اطل المشروبات الروحية وابتداء هذا المرض  
 يصطب باعراض واهبة خفيفة فحسبكي المرضى بضعف وامتلاء في المراق  
 الايمن ويندرش كايته بالام شديدة في قسم الكبد وذلك عندما يكون الغلاف

المصلى لهذا العضو ومشار كاله في الإصابة وملتم بما التهاش قيدا والظواهر الواضحة به هذا المرض في دوره الاول هي ازدياد حجم الكبد وسوء الهضم والامتلاء الغازي للبطن والخفاة العامة ثم فيما بعد ينتفخ البطن بتراكم سائل مصلى في تجويفه بدون اتفاح او ذيماوى في الاطراف ثم يصفر لون الجلد مع الوساخة ويصير البول احمر داكنا محتويا على كثير من الاملاح البولية والمواد البرازية تصير طفلية اللون مبيضة وتزداد اعراض سوء الهضم وتقدم الخفاة فقدم اعطيا وفي هذا الدور يتناقص حجم الكبد وأما الطحال فيكاد يزداد حجمه على الدوام وعند بعض المرضى يشاهد ظهور رائحة من القنطرة المعوية خصوصا عند اباسورية ثم ان الاستسقاء الزقي يزيد في عسر التنفس ويحصل ارتشاح او ذيماوى في الاطراف وأعضاء التناسل ويدر البطن ثم تمث لنا المرضى بعد جملة اشهر او سمنين في حالة نخافة عظيمة وكثيرا ما يظهر عندهم في الايام الاخيرة هذيان وظواهر عصبية خدرية

\* (التشخيص) \*

سيروز الكبد لايسهل اختلاطه بغيره من امراض هذا العضو التي سبق شرحها

وأما تميزه عن سرطان البريتون ودرنه فمسر لانه في كتماها تين الاستسقاء تين المرضيتين يظهر استسقاء زقي غالبا كما يحصل في سيروز الكبد بدون ان يسبقه ظواهر استسقاء تية أخرى وسرطان البريتون ودرنه يحصل فيهما كذلك نخافة عظيمة بسرعة وسوء قنينة وحيث ان مواد الوزم في المرضيتين يمكن ان تضغط بسرعة على القنوات الصفراوية فتقديصطحبان باليرقان فلاجل التشخيص التمييزي بين سيروز الكبد والاستسقاء تين المذكورتين للبريتون تعتبر الامور الآتية وهي

انه مما يدل في كل حالة راهنة على ان الاستسقاء الزقي وباقي الاعراض التي توجد في كل من الحالتين السابقتين متعلقة بسيروز الكبد هو اولاً اتفاح الطحال لما ذكرنا ان ذلك من الاعراض الملازمة لسيروز الكبد بخلاف الاستسقاء السرطانية والدرنية للبريتون فان الطحال لا يكاد يشترك فيها مطلقا كما ينتج عنها اتفاح هذا العضو من شكل آخر ثانياً البول المركز الكثير



المواد الملونة والاملاح البولية فان هذا العرض لا يكاد يفقد مطلقا في  
سيروز الكبد واما بول المصابين بسرطان البريتون او دونه فبه عكس ذلك فانه  
يكون صافيا ماديا كبول أصحاب الدم المتاع المائي ومتى انضمت الحمى الى  
الاستحالة المرضية للبريتون او ازداد الضغط الواقع على الكليتين والوعية  
الكبوية بسبب ازدياد السائل المتجمع في البطن فن الجائر ان يصير البول  
قليل الكمية ويكتسب درجة تركز لكن الغالب ان تفقد الرواسب  
المذكورة سابقا ولون البول لا يصير كذلك كثير الدكنة كما يشاهد في المصابين  
بالسيروز ثانيا يتحقق الطيب من ان المريض كان مدمنا على المشروبات  
الروحية فان هذا المرض في غالب الاحوال ينتج عن ذلك وليس لما ذكره  
تأثير في احداث الاستحالة السرطانية او الدرنية للبريتون  
واما العلامات التي غالبها يستدل بها على الاستحالة المرضية للبريتون لاعلى  
سيروز الكبد فهي اول زيادة الحساسية الممتدة في البطن عند الضغط ثانيا  
سرعة ظهور الاستسقاء الزقي ثالثا سرعة فقد قوى المريض زابعا وجود  
سرطان او درن في أعضاء أخرى خامسا وجود اورام يحس بها في البطن غالبا  
سيما بعد نزله سادسا وجود مواد ليفية او تقييدات ليفية في السائل المستخرج  
بالزل ثم ان لون السحنة الواضف للسرطان المهم جدا في تشخيص هذا  
المرض وتمييزه عن غيره من الامراض لا يكفي في تعيينه سرطان البريتون عن  
سيروز الكبد فانه في الاخير يكون لون السحنة مصفرا ومخضرا كالمصابين  
بالسرطان

\*(المعالجة)\*

مق أمكن معرفة الالتهاب الكبدى التلوى في دوره الاول وذلك نادرأ وطن  
بوجوده يجب الاهتمام الكلى في منع تقدم هذا المرض بان ينهى المريض عن  
تعاطى المشروبات الروحية مع استعمال المعالجة التي ذكرناها في الاحتمقان  
الكبدى سيما وضع العاق مع التكرار حول السفرة وتعاطى المسهلات  
المليحة الخفيفة والاجود استعمالها على شكل المياه المعدنية الطبيعية او  
الصناعية كما كرلس باد وماريه باد وتاراسب وغير ذلك اسمولة تحمها  
على هذا الشكل بدون اضافة حمض الكربون والقلاويات الكربونية اليها

وعند اضطراب التغذية العامة يفضل استعمال المياه المعدنية المحتوية على  
 قليل من المركبات الحديدية كما ايجور وفونس برون وكى سينجر ورا جودسى  
 وينابيع هيرنج\* وفي الدور الثاني ولوفى ابتداءه لا يتعشمن في ايقاف هذا  
 المرض فانه كما يشاهد ان المنسوج الخلوى الحديد التكوين الذى حل محل  
 فقد جوهو في الجلايد ينكمش بالتدريج حتى تتكون أثره التهام صلابة  
 كذلك ينكمش المنسوج الخلوى الحديد التكوين في السكبدا انكماشاً  
 مسرعاً حتى تظهر الظواهر المرضية السابقة وحينئذ فلا يمكن بالكلية  
 الشفاء التام لان المنسوج الحديدى لا يمكن تدمده ثانية العالجة سير وزالكبد  
 حينئذ لا تكون الاعراضية ومن الظواهر المرضية الناتجة عن الاحتقانات  
 الاحتماسية النزلات المعديّة المعوية فتنحتاج الى التفات خاص فانها تسرع  
 في تخافة المرضى ونموكتها واجودسى يعطى للمريض لاجل مقاومة هذا  
 الشكل من الالتهابات النزلية المذكورة هي كاذرناه فيما تقدم القلوبات  
 الكربونية فانه بما استعملت المواد المخاطية تقال لزوجته او بهذه المنابة يسعمل  
 تخليص الغشاء المخاطى المعدي المعوى من هذه الطبقة المخاطية الزجة  
 المتعلقة به وكذا تعالج النزفة المعديّة المعوية والبواسير على حسب القواعد  
 الميمنة فيما تقدم ولوقل العشم بالنجاح وأما الاستسقاء الزقي فينبغي فيه التمسك  
 بالقاعدة العامة وهي عدم العزل الا عند الاضطراب جدا فان من اوصاف هذا  
 الاستسقاء الناتج عن احتباس الدم في المجموع الوريدي الباب الرئيسية عوده  
 بسرعة كبيرة جدا حتى انه قد يضغط السائل المانع لارتشاح جديد فاذا اضطرب  
 الطبيب ليزل البطن ينبغي الاجتهاد الكلى في ابطاء تجديد الاستسقاء المذكور  
 بالضغط على البطن بملاءمة لا توضع وضعاً لا تقا وفي هذا الشكل لا يفر  
 استعمال المدرات فضلا عن كونه غير صائب ولا متعقل واهم شئ في معالجة  
 سيروزالكبد الاجتهاد في تحسين قوى المريض وتغذيته فتعطى له الاغذية  
 المقوية اذا سمحت اعضاء الهضم بذلك مع المركبات الحديدية التى كثيرا  
 ما تكملها المرضى بمقدار عظيم حيث انهم يحدث تاثيرا جليدا واضحا وقد  
 شاهدت عندهم بعض مصاب بهذا السيروز وقد هلك فيما به بنوبة تنزيف  
 معدى غزير تاقصا مكررا في السائل المتجمع في البطن عقب استعمال



المرجات الحديدية استعمال المتكرر مع تدبير غذائي باللبن والبيض وكان  
تجمع هذا السائل وقد تزايد في كل مرة عقب خروج المريض من الميارسمان  
واتباعه لتدبير غذائي ردي أو متكرر وحصول التي

\* (المبحث الرابع) \*

(في التهاب الكبدى الزهري)

(ويعرف تبعا للمعلم وجنيز بورم الكبدى الزهري)

(كيفية الظهور والاسباب)

الظواهران الكبدا كثيرا الاحشاء اصابة عقب الداء الزهري البنى وعلى كل  
فالتهاب الكبدى الزهري هو أول ما عرف من الاصابات الزهرية للاحشاء  
الباطنية معروفة جيدة

والاصابة الزهرية لا كبد لا يندران ترى في جثة الاطفال الوارثين لهذا الداء  
ويتأخر حصول هذا المرض متى كان من جملة الاضطرابات الغذائية التي  
تعقب عدوى الداء الزهري العارضى بحيث لا يهدم مطلقا من الاصابات  
الزهرية الثانوية بل يعدها ثمان من جملة اشكال الداء الزهري الثلاثي

\* (الصفات الثمسة بحجة) \*

ثم ان المعلم (وجنيز) وان استنتج بالبحث بالمكروسكوب مع التكرار عن الاعضاء  
المصابة اصابة زهرية ان هذه الاصابة في الاعضاء الباطنة التي تظهر على شكل  
بورات محبودة (وهي الاورام الصغوية للمعلم ورجوف) وكذا الاستحالة  
الزهرية المنتشرة في هذه الاعضاء عبارة عن تكون بولج كبدى نوعى وهو  
السيقيلوم الان الهيمية الظاهرة للكبد الذى تكونت فيه تغيرات جوهرية  
عقب الداء الزهري البنى تختلف كثيرا باختلاف الاحوال بحيث يسوغ  
تغير اشكال مختلفة من التهاب الكبدى الزهري ويمكن ان يميز هذا الالتهاب  
نوعا ترى أى غلافى والتهاب كبدى خلاقى بسيط أى التهاب يودى لتيس  
منتشر في هذا العضو ونوع ثالث وهو الصغى وهذا الشكل الذى اثبت  
طبيعته الزهرية من منذ زمن طويل المعلم (تدريك) هو الاسهل فى التمييز عن  
باقى اشكال هذا المرض فيوجد فيه بياطن جوهر الكبد بورات في حجم  
الدخن او الفندق او الجوز ذات هيمية نضاعية في الاحوال الحديدية وبعد

مكثما زمانا طويلا تصير على هيئة مواد صفراء جفينة وهذه البورات التي  
 كانت تعتبر قبل العلم (تدريبا) تولدات سرطانية آخذة في الشفاء لمشابهمها  
 لها مشابها تامة تكون محاطة بجوهر ندي وقد مد منها الاستطالات خلوية ندية  
 نحو اتجاهات مختلفة حتى تصل الى السطح الظاهر من الكبد ويشاهد على  
 هذا السطح ميازيب تكسب الكبد هيئة فصيصية وهذه الميازيب تنشأ  
 عن تلاشي الجوهر الكبدى في بعض الاضفار واسعة عاضتها عنسوج خلوى  
 ضام منسكش ويوجد في التيس الزهرى المنتشر في الكبد اجزاء عظيمة من  
 العضو المريض مستحيلة الى منسوج مندج ندى والجوهر الغددى يتلاشى  
 معظمه ويحل محله الجوهر الندى والذي يمنع التماس التيس الزهرى المنتشر  
 في الكبد بسير وز هذا العضو وجود البورات المذكورة مع التغير المذكور  
 وهيئة سطح الشق المتجانسة المستوية ووقد التحيمات التي لا تسكد تفقد  
 في سير وز الكبد والالتهاب الكبدى الزهرى الدائرى فضلا عن كونه  
 يضاعف التعيرات المرضية في جوهر هذا العضو السابقة يتصف بعظم تكاثف  
 الغلاف المصلى للكبد زيادة عن غيره من اشكال الالتهاب الدائرى ويكونه  
 يايسانديا

\* (الاعراض والسير) \*

لا يمكن معرفة الالتهاب الكبدى الزهرى مدة الحياة بل ولا توهمه في احوال  
 عديدة وربما يمكن تشخيصه من شكل تمدد الكبد المخصوص ووجود  
 بروتات وميازيب على السطح الظاهرى من هذا العضو مع وجود علامات  
 أخرى من الداء الزهرى البنى وقد تيسر لي الحكم تقريرا بوجود هذا المرض  
 في امرأة شاهدتها في جراسوالد كانت تشتمكى بظواهر التهاب بريتنوى  
 من من قبل اعترافها بكونها اصيبت بالداء الزهرى وقبل ان يتضح من البحث  
 عن الخلق وجود تشوه عظيم في قوائم اللهاة ولهاها كانت استبان لي من  
 الصفات التشريحية تحمة التشخيص وقد اشترت في الطبقات السابقة لهذا  
 الكتاب انه من القريب للعقل حصول صورة مرضية تشابه سير وز الكبد  
 عندما تمداد الغير المرضى وانضغاط فروع الوريد لباب والمسالك الصفراوية  
 وكنت أضفت لذلك ان الاحوال المألومة الى وقتنا هذا شوهد فيها استسقاء



زرق خفيف مرة واحدة مجردة عن البرقان لكن تيسر لي فيما بعد مشاهدة  
حالة اثبتت لي ما كنت أتوهمه وهو ان مرضه ايضا بعد دخوله الاكلينك انسكر  
اصابته بالداء الزهري وكان معه برقان واستسقاء في عظيم استمدى البزل  
من اراو كان بوله ذا لون داكن وكثير المواد الملونة وحجم كبده عظيم وفي سطحه  
الظاهر يحس ببروزات مستديرة واضحة ولم يتأكد تشخيصه من هذا المرض  
باصابته بسرطان في الكبد مع انسداد غير تام في الوريد الباب بواسطة  
الصفات التشريحية فان الكبد كان منقسما الى فصين فصات وغلافه في بعض  
المحال تخينا وجوهه متميضا متمشرا في امتداد عظيم وفي باطن النقص  
الايمن من الكبد قد وجدت اورام صغيرة نحو الثلاث او الاربع ذات  
هيئة نخاعية

\* (المعالجة) \*

لا يمكن التسليم على معالجة الالتهاب الكبدي الزهري فانه ولو في الاحوال  
التي يمكن فيها تشخيصه مدة الحياة لا تيسر ذلك الا في انهاء سيره وحيث لم يمكن  
ازالة المنسوج الخبيث او المندمج وتحليله بواسطة الاستحضارات البودبية  
والزئبقية يقتصر على المعالجة العرضية فقط

\* (المبحث الخامس) \*

(في الالتهاب الوريدي الباب)

( كقيمة الظهور والاسباب )

هذا الالتهاب يطلق على الاحوال المرضية التي فيها يؤدي التهاب جدر الوريد  
الباب الى تعقدات دموية في هذا الوريد كما يطلق على الاحوال المرضية التي  
فيها انعقاد متحصل هذا الوريد لا يكون متعلقا بحالة التهابية في جدره  
والشكل الاول وهو الالتهاب الوريدي الاول اندر من الثاني واسمها به المتمة  
له اما اصابة الوريد بنفسه اصابة جرحية او التهابات الاعضاء المجاورة له الممتدة  
الى جدره

واما الشكل الثاني وهو الالتهاب الوريدي البوابي التابعي المعروف  
الآن بسداد الوريد الباب الذاتية فلا يمكن نسبته الى اسباب مدركة  
واضحة دائما وقد ينتج اما عن انضغاط جذع الوريد الباب بعد لينفاوية

متجميئة أو متسرفة أو باورام أخرى أو بواسطة اليريتون المتكاثف  
 المنكس المش انكشافا واما ان ينتج عن انضغاط فروع الوريد الباب  
 كما يكون في سيرور الكبد فان انضغاط هذه الفروع الوريدية ينتج عنه  
 بطء في سير التيار الدموي بحيث يتسكون تعقيدات دموية في جذع الوريد  
 الباب أو تفرعاته واما ان تنشأ سدود الوريد المذكورة عن ازدياد امتداد  
 تدرجيين في السدد الذاتية او الاصلية التي تكونت في أحد جذوع هذا  
 الوريد وهذا بحسب الظاهر هو الغالب الا ترى انه في أحوال السدد الذاتية  
 لاحد الاوردة الفغذية لا يتسكون فقط تعقيدات دموية في أوردة الطرف  
 المريض بل كثيرا ما تمتد هذه السدد الى أعلى نحو الاجوف السفلى بل والى  
 الاوردة لكلوية وفي مثل هذه الاحوال تكون سدود الوريد الباب وتفرعاته  
 اوائية ولو كانت التعقيدات الدموية الابتدائية متسكونة في أحد جذوع  
 هذا الوريد عقب التهاب جدره وبهذه الكيفية توجه بسهولة سدود الوريد  
 الباب المذكورة التي تحصل عند وجود تقرحات او خشكر يشات في أعضاء  
 البطن او عقب التهاب الوريد السري عند المولودين جديدا وعقب خراجات  
 الطحال او قروح المعدة او وجود عقيدات باسورية ملتبية او متقيحة او مائل  
 ذلك من التغيرات المرضية وهل وصول السدد السيارة الى الكبد من بورات  
 متقرحة يمكن ان تؤدي الى حصول تعقيدات محدودة في الوريد الباب ابتداء  
 ثم منتشرة فيه يمكن اولاً امره شكولاً فيه

(\* الصفات التشريحية \*)

ان عقار متحصل الوريد هو الظاهرة الملازمة في الدور الاول من الالتهاب  
 الوريدي البوابي في كلا شكله ومن المهم معرفة ذلك حتى لا يتوهم ان  
 الالتهاب الوريدي الحقيقي يتبدى بتسكون صديد في الوريد والتعقيدات  
 الدموية تلتصق التصاقاً متيناً بجدر الوريد فتصير الجدر كمنزعة من تشيخة  
 بمادة صلبة من الابداء في الالتهاب الوريدي الاولى ويظهر في الطبقة  
 الباطنة تكدر واحتمقان شعري في الطبقة الظاهرة وعند وجود السدد تبقي  
 جدر الاوعية في الابداء على حالتها الطبيعية ثم تتغير بعد بكمية كالسابقة  
 وان عقار متحصل الوريد الباب قد يقتصر على بعض تفرعاته وربما امتد الى



جذع هذا الوريد وجذره وباقي تفرعاته  
وانتهاء الالتهاب الوريدي يختلف وعلى حسب ذلك ينقسم الى شكلين التصاقى  
وتفصلي

ففي الاول يحصل تكون خلوى التهابى في جذر الوريد عند انكماش السدد  
بالتدريج ومكابتهم الاستحالة الشحمية وامتصاصها كالأوبهضا وذلك ينتهى  
بانسداد الوريد دون اتباع سير هذا التغير في جميع ادواره غير انه بالبحث عن  
السبب الذى كان محاسا الالتهاب وريدى التصاقى نجد فى بعض محال من  
سطحه انبعاجات ندىية ويوجد فى سطحه الباطن فى المحال الموازية لهذه  
الانبعاجات الندىية منسوج خلوى صاب توجد فيه التفرعات المنسدة من  
الوريد الباب وقد يكون فى هذه التفرعات المنسدة سدد دموية مكابدة  
للاستحالات الشحمية مملوثة باللون الاصفر كثيرا اوقليـه الاسبب وجود  
المادة الملوثة للدم فيها

واما فى الشكل التفصلي فالسدد الذاقية بدلا عن انكماشها تحلل وتستحيل  
الى سائل تفصلي يشتمل معظمه على بقايا حبيبية رقيقة وقليل من الخلايا  
المستديرة التى يمكن ان تكون كرات دموية فاقدة اللون جافظة للشكل  
او كرات صديدية جديدة التكوين ويمكن ان تتلاشى السددة فى جميع  
امتدادها وكثيرا ما يوجد فى جذع الوريد عقدات دموية صلبة واما تفرعاته  
وجذوعه فيوجد فيها سائل تفصلي وكثيرا ما لا تحصل هذه الاستحالة الصديدية  
فى التفرعات الدقيقة جدا للوريد الباب فالتعقدات الدموية المتكونة فيها  
تبقى على حالتها بدون تغير وهذا هو السبب فى ان المواد الصديدية المنصولة  
لا تصل للوريد الكبدي ولا للدورة الصغرية وبذلك يوجد به موهلة عدم  
حصول التغيرات الانتقالية التابعية للرئتين بكثرة فى هذا الالتهاب الذى  
كان يفصلي حصولها فيه ان لم تكن التفرعات الانتماية للوريد الباب منسدة  
وكأنه لا يندرفى الانتمايات الوريدية الدائرية السطحية امتداد الالتهاب من  
الطبقة الغمدية الى المنسوجات المجاورة واحداث التفصيح والخراج فيها  
فكذلك ينضم للالتهاب الوريدي الباب التفصلي التهاب كبدي جوهرى  
ينتهى بتكون الخراج فى هذا العضو وفيه قد توجد بؤرات مملوثة بمواد

صد يديه شحيطة بالوريد الباب وكثيرا ما تكون مستطرفة به

\* (الاعراض والسير) \*

مضى كان الالتهاب الوريدي الباب الاتصافي قاصرا على بعض فقرات هذا الوريد جاز أن يسير هذا المرض مدة الحياة بدون ان يظهر عنه اعراض واضحة فان القروح البواسية الغير المنسدة تكون كافية لتوصيل الدم من أعضاء البطن الى الوريد الكبدي واما اذا كان جذع الوريد الباب هو المنسدا وجميع فقراته او اغلبها نتج عن ذلك حالة مرضية تشابه سيروز الكبد مشابهة عظيمة جدا فان عوق السرة تفراغ الدم من جذور الوريد الباب التي تحصل في كتاهاتين الحالتين المرضيتين يؤدي لحصول التهابات نزلية في العشاء المخاطي المعدى والموى وانزفة منها مما والى تكون عقدة باسورية وتزايد في حجم الطحال واسهقه في وانضغاط المسالك الصغرى في الالتهاب الوريدي الاتصافي ينتج عنه احتماس صفراوى ويزقان أكثر مما فى سيروز الكبد فانه فى المرض الاول يبقى جزء عظيم من الخلايا الكبدية سليما مجهزا للصغرى واسهق افران الصغرى مع حصول اليرقان فى الالتهاب الوريدي يثبت ان كلا من الوريد الباب والشريان الكبدي يوصل الى الخلايا الكبدية وما كافي التجهيز للصغرى وسير هذا المرض مزمن وشفاؤه غير ممكن الا انه يمضى عدة اشهر قبل ان يطرأ الموت باعراض مماثلة لاعراض سيروز الكبد ويتضح مما ذكر ان هذا المرض لا يعرف ويميز عن سيروز الكبد الامن الاستدلال الواضح من السوابق المرضية فان ثبت ان المريض ليس من منهم يمكن على المشروبات الروحية وسبق مجموع ظواهر هذا المرض التهابات وتقيحات مزمنة فى الاحشاء البطنية ترجح القول بوجود التهابات وريدية الاتصافية لاسيروز الكبد

واما الالتهاب الوريدي التقيحي فلا يمكن معرفته مدة الحياة الا فى احوال قليلة جدا واعراضه هى ألم فى قسم الكبد واتفاح فيه وازدياد حساسيته عند الضغط والشعيرات المتكررة فى أزمنة منتظمة والحى الشديدة واليرقان الذى يكاد يوجد على الدوام ومضى انضمت هذه الظواهر لالتهاب او تقيح فى الاحشاء البطنية دل هذا على حصول التهاب حاد فى الكبد لكن لا يعلم



ان كان هذا الالتهاب في جوهر الكبد او في الوريد الباب والذي يرجح القول  
بالتهاب الوريد الباب هي علامات انسداد الوريد التي تنضم الى الاعراض  
السابق ذكرها أعنى متى حصل اتفاح في الطحال واستسقاء في خفيف  
وظواهر النزلات المعدية والمعوية فقد استبدل من هذه الاعراض المعلم  
(شونلين) عى تشخيص هذا المرض مدة الحياة

\* (المعالجة) \*

يقال في معالجة الالتهاب الالتصاقى جميع ما ذكر في معالجة سيروز الكبد  
وأما معالجة الالتهاب التقيحي فتؤخذ من معالجة الالتهاب الكبدي  
الجوهري

\* (المبحث السادس) \*

(في الاستحالة الشحمية للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

يميز الاستحالة الشحمية للكبد شكلان في الشكل الاول تتراكم المواد  
لشحمية المتزايدة جدا في دم الوريد الباب في الخلايا الكبدية وفي الشكل  
الثاني تكاثر نفس الخلايا الكبدية بسبب اضطراب تغذيتها بتغيرات مرضية  
في جوهر الكبد استحالة مرضية ينتج عنها ظهور كرات شحمية كما يحصل ذلك  
في غير أخلية الكبد من الاعضاء حتى كادت الاستحالة الشحمية وهذا  
الشكل الاخير من الاستحالة الشحمية ظاهرة مرضية لجملة تغيرات عضوية  
في الكبد كما ذكرنا ذلك في الكلام على سيروز الكبد وسندكرها مرارا فيما  
سبأني وانما تكلم هنا على الشكل الاول من الاستحالة الشحمية للكبد التي  
سمها (فريزكس) بالارتشاح الشحمي للكبد فنقول

الامور التي تنشأ عنها الاستحالة الشحمية للكبد يظهر أهمها ثلاثة بعضها  
بالكلية عند البحث السطحي فانه ترى من جهة ظهور هذه الاستحالة عند  
ما يوجد ازدياد غزير في تكوين الشحم في الجسم بتمامه أعنى متى كانت  
عناصر التغذية تزيد عما يقدر منها بحركة التحليل ومن جهة أخرى تحصل  
هذه الاستحالة عند حصول نموك شديدة في الجسم ومع ذلك فهذا الاختلاف  
ليس الاظاهريا فان كل واحد من هذين الامرين مماثل للآخر في تزايد كمية

المواد الشحمية في الدم غير انه في الحالة الاولى يأتي من الظاهر مواد شحمية  
 او غذائية منها يتولد الشحم في باطن الجسم وفي الحالة الثانية يمتص الشحم  
 الموجود في المنسوج الخلاوي تحت الجلد وفي غيره من الاعضاء المحتوية على  
 مواد شحمية ويصل الى الدم ومتى تأملت الكيفية حصول الاستحالة الشحمية  
 للكبد في الحالة الاولى نجد ان الاشخاص المعرضين لاكتساب هذا المرض  
 بسبب ولة هم المفرطون في المأكول والمشروب ولا يرتاضون الا قليلا فالمررات  
 التي يكابدونها هؤلاء الاشخاص المستمرون على نوع هذه المعيشة تشابه  
 الاحوال التي توضع فيها الحيوانات بقصد تسميمها وامتلائها بالشحم فانه من  
 المعلوم ان مثل هؤلاء الحيوانات لا تتعرض للشغل بل تجلس في اصطبلاتها  
 ويعطى لها مقدار عظيم جدا من الجواهر الكرونية الادراتية وكان بعض  
 الحيوانات تسمن وتكثرت بالشحم بسرعة عظيمة والبعض الآخر لا يحصل له  
 ذلك الا ببطء عظيم فكذلك الاشخاص الذين يعيشون بهذه الكيفية بعضهم  
 يحصل عندهم من مفرط واستحالة شحمية في الكبد بسرعة وآخرون مع  
 ذلك يبقون نحفاء البنية ويبقى الكبد على حاله الصحية وأسباب هذا  
 الاستعداد الشخصي الذي يكون احبانا وراثيا في بعض العائلات وكذا  
 أسباب الصيانة عن حصول السمن والحالة الشحمية للكبد عند اشخاص  
 اخر مجهولة لنا الى الآن وقد تكون ناتجة عن سبب ولة ارضعوية تتناول  
 الاغذية كما انهم قد تنتج عن بطء او سرعة التبادل العنصري الغذائي ومتى  
 كان الاستعداد واضحا حصل هذا المرض بسبب ولة عظيمة مهما كان  
 اختلاف نوع الاغذية مادامت تؤخذ بكمية أكثر مما يلزم لاجل تعويض  
 افساد العضوى واما اذا كان الاستعداد ضعيفا فلا يحصل هذا المرض  
 لاعتق تعاطى مقدار عظيم جدا من المواد الشحمية او من الكربونات  
 الادراتية خصوصا المشروبات الروحية ويظهر ان هذه السوائل الاخيرة  
 تؤثر ببطئ في حركة التغذية ولو ان هذا التوجيه غير ثابت ثبوتنا كما فينا  
 ن. مشاهدة الاستحالة الشحمية للكبد عند المصابين بالدرن الرئوى معلومة  
 من منذ زمن طويل وقد وجهت هذه الظواهر والارتباط بين هذين المرضين  
 بعوق التنفس الذي ينتج عنه كما قيل تأكد غير تام في الكربونات الادراتية



ومهولة استحالة تدبير ذلك الى مواد شحمية ان كان حيث كان من النادر  
 حصول الاستحالة الشحمية للكبد في امراض رئوية غير هذا المرض ينتج  
 عنها كذلك عائق في التنفس ومن جهة أخرى حيث ان الدرن العظمى  
 والمعوى والاستحالات السرطانية وغيرها من الامراض التي ينتج عنها الخفاقة  
 عظيمة كثيرا ما تؤدي لحصول هذا المرض فلا يمكن اعتبار عوق التنفس سببا  
 وحيدا لظهور الاستحالة الشحمية للكبد في الدرن الرئوي وانضم الى رأى  
 المعلم (لري) القائل اولابان الارتشاح الشحمى للكبد في مثل هذه الاحوال  
 نما ينتج عن انسداد الدم باوادمهنية الناتجة عن التهوكة العظيمة  
 وامتصاص العناصر الشحمية لباقي الاعضاء كل من الملم (فربركس و بود)  
 ويظهر أن تعاطى زيت كبد الحوت الذي يعطى بكثرة في هذا العصر لا غلب  
 المصابين بالدرن الرئوي ليس خاليا عن التأثير في تقدم الارتشاح الشحمى  
 للكبد عند وجوده

\* (الصفات التشريحية)\*

الارتشاح الشحمى الخفيف لا يغبر حجم الكبد ولا شكله فلا يمكن معرفته  
 الا بالبحث الميكروسكوبى واما الارتشاح العظيم ففيه يزداد حجم الكبد  
 ويصير مقرطه اذا حافات أكثر تخنا وامتداده وازداد حجم هذا العضو قد  
 يكون قلب لافى بعض الاحوال وعظيما جدا في احوال أخرى والغلاف  
 البريتونى للكبد المكابد للاستحالة الشحمية يكون لامعا شافا فاما من وقد  
 يشاهد فيه بعض أوعية دوالية ولون سطحه يكون اما أصفر محمرا أو أصفر فقط  
 بحسب درجة الارتشاح الشحمى وكثيرا ما يكون اللون الاصفر متقطعا  
 بلطخ محمرة مقابلة لمحيط الاوردة المركزية وقوام الكبد يكون متناقصا بحيث  
 يشبه العجينة ويحفظ ضغط الاصبع على شكل انبعاث وعند شقه يوجد  
 قليل المقاومة واذا اجنى حده المشروط تغطت صفحتها عند الشق به بطبقة  
 دهنية وسطح الشق الذى لا يخرج منه الا قليل جدا من الدم يكون ذا لون  
 أصفر محمرا أو مصفورا وتشاهد فيه اللطخ المحمرة التي سبق ذكرها  
 وعند البحث بالمكروسكوب ترى الخلايا الكبدية مترابدة في العجم ومستديرة  
 قلب لائوية بنقطة شحمية صغيرة او عظيمة عند اجتماع النقط الشحمية

بعضها او يكون كل خلية يتماها مشغولا بنقطة شحمية عظيمة والارتشاح الشحمي يتبدى على الدوام بدائرة لنصيصة الكبدية أعنى بجوار الاوردة التي بين القصبيصات وهى التفرعات الانتهائية لاوريد الباب وفي بعض أحوال نادرة قد تقدم الاستحالة الشحمية الى دائرة الاوردة المركزية (وهذه الاوعية الاخيرة هى التى ينتج عن بقائها ثقفاها اللطخ المحمرة الموشح بها السطح الاصفر للكبد) بل وحينئذ تكون الخلايا الكبدية المركزية أقل احتواء على الشحم من الخلايا الكبدية الموجودة فى الدائرة والبحث الكيماوى عن جوهر الكبد يدلنا أيضا على وجود كمية عظيمة جدا من الشحم فقد وجد (ووكاين) فى كبدته تقدم فيه الارتشاح الشحمى ٤٥ جزء من الشحم على ١٠٠ ووجد (فريركس) ٤٣ على ١٠٠ بل أزيد من ذلك والشحم يشتمل على الاولايين والمرجارين بمقادير مختلفة ومقدار قليل من الكولسترين

وهذا النوع من الاستحالة الشحمية للكبد التى سميت بالاستحالة الشحمية للكبد تسمى (الروكتنسى) و (هوم) وهذه الحالة هى عبارة عن استحالة شحمية فى جوهر الكبد وانما يشاهد جفافا شديدا بالشحم ولما ان محضه ووصف شديدا الصفرة

### \* (الاعراض والسير) \*

الاعراض المحسوسة للمريض تفقد فى معظم أحوال الاستحالة الشحمية للكبد وكذا الاعراض المدركة للطبيب لا تتضح الا عند تقدم هذا المرض تقدم ما عظيم او ينبغى البحث عن كبد الاشخاص ذوى السمن العظيم والمصابين بالدرن الرئوى زمنافزمننا ولولم يشكك هؤلاء الاشخاص بتألم فى هذا العضو حتى وجد عندهم ازدياد فى حجم الكبد الذى تهمل معرفته بسبب استطالته وغاظ حافته التى تسقط الى أسفل عقب استرخاء جوفه وكان غير متألم اذا سطح أملس ومقاومة قليلا بحيث لا يمكن الاحساس بالحافة المنقبلى دل مجموع هذه الاعراض على تشخيص الاستحالة الشحمية للكبد اكثر مما صاحبها للجالتين المذكورتين

ومضى وصل الكبد الذى اعتبرته الاستحالة الشحمية الى نوع عظيم جدا كما



يشاهد ذلك عند الأشخاص المقرطين في المسالك والمشارب أمكن ان ينتج  
 عن ذلك احساس بامتلاء في المراق الايمن كما يحصل ذلك عن غوا الكبد العظيم  
 مهما كانت طبيعته وان زادت كمية المواد الشحمية في جسد البطن والغرب  
 والمساريقا أيضا يمكن ان ينتج عن امتلاء البطن وتوتر جدره عوق في حركات  
 الجباب الحاجر وعسر في التنفس ويشاهد عند مثل هؤلاء الأشخاص ازدياد  
 في افراز الغدد الدهنية بحيث يصير الجلد الماعا ومتى حصل عندهم عرق فانه  
 يسيل من الجلد الشحمي تقط لؤلؤية عظيمة وهذه الصفة الناتجة عن نفس  
 السبب الذي أحدث الاستحالة الشحمية للكبد كثيرا ما اعتبرت عرضا لهذا  
 المرض

ثم ان الكبد الشحمي لا ينتج عنه مكابحات عظيمة والصفراء توجد في جثة  
 الأشخاص بكميات وتتركبها الصبين غالباً ويسهل حقن او عيته ولا توجد  
 احتقانات في الاحشاء البطنية غالباً ومن ذلك ينتج القول بان الارتشاح  
 الشحمي للكبد لا ينتج عنه اضطراب في وظائف هذا العضو ولا تأثر مضر في  
 الدورة ومع ذلك فهذا القول ليس له أساس الا في الاحوال الخفيفة من الدرجة  
 من الاستحالة الشحمية او المتوسطة واماً متى تقدم هذا الداء تقدم اعظما  
 فالغالب ان لا يوجد الا بعد الموت قليل من الصفراء في المالك الصفراوية  
 وتكون المواد الدهنية قليلة التلون وكل من ضعف البنية لهؤلاء الأشخاص  
 مدة الحياة وعدم تحمهم للاستمرار في الدموية يدل على اضطراب وظائف  
 الكبد كما ان (فريركس) يستفح من وجود التمددات الدوائية الكائنة على  
 محفظة الكبد ان تضغط الاوعية الدموية ينشأ عنه احتقان احتمالي  
 خفيف امام الكبد ولا يحصل اتفاخ في الطحال ولا استسقاء عنبران النزلة  
 المعديّة المعوية التي توجد عند هؤلاء الأشخاص أيضا يظهر انهم متعاقبة  
 باحتقانات احتمالية وزعم ريبلي وبرنس ان الاسهالات الغزيرة التي  
 توجد عند الأشخاص المصابين بالسيل الرئوي بدون تغيرات مادية في جوهر المعى  
 مع استحالة شحمية في الكبد انما تتعلق بهذه الاستحالة المرضية الاخيرة وقد  
 قال كل من (شواين) و (فريركس) بذلك ونحن كذلك قد شاهدنا اسهالات  
 غزيرة مستعصية عند أشخاص غير مصابين بالسيل ولم نجد فيهم عندهم فعل

الصفات التشريحية تغير امراضها آخر في اعضاء البطن سوى الاستحالة  
الشحمية للكبد

\*(المعالجة)\*

دلالات المعالجة السببية تستدعي تنويع حالة التدبير الغذائي متى كانت  
الاستحالة الشحمية للكبد ناشئة عن الافراط في الماء كل والمشارب وفي  
مثل هذه الاحوال لا يثمر الا بصا بغير التدقيق حيث انه لا يتبع ولذا ينبغي  
أمر المريض بغاية الدقة بعدد الساعات التي تلزم للرياضة كما انه ينبغي تعيين  
الماء كل وتركيبتها بشرط ان تستخرج منها مع الدقة المواد الدهنية ولا ينبغي  
ان يعطى للمريض في المساء الا الشوربة المصنوعة بالماء أو الثمار المطبوخة  
وكذا ينبغي تقليل استعمال القهوة والشاي وترك استعمال المشروبات  
الروحية بالكيفية متى انضمت هذه الاستحالة لاحد الامراض المنهكة سيما  
الدرن الرئوي فلا تكون انا قدرة على اتمام ما تدعيه المعالجة السببية  
واما معالجة المرض نفسه فقد اجتمعت في اتمام ما تدعيه دلالاته بواسطة  
استعمال الجواهر الدوائية التي لها تاثير جيد في شفاء الاستحالة الشحمية  
للكبد كما دلت على ذلك التجارب القسوية لوجبة فان الوريد الكبدي يوجد  
محتويا على كمية من الشحم اقل مما يحتوي عليه الوريد الباب وقد شاهد العالم  
(فريبركس) انه كلما زادت كمية المواد الشحمية المحتوية عليها الخلايا الكبديّة  
نقص مقدار متحصلاها ولا شك ان المواد الشحمية الواردة الى الكبد في الحالة  
القسوية ولو جية تحتم في تجمه يرا الصفر او مع ذلك يمكن ازالة ازدياد المواد  
الشحمية في الخلايا الكبديّة متى قوى افرازها وهذا التوجيه وان كان ينفا  
واضحوا اتمام هذه الدلالة العلاجية واجبا الا انه من العمر اتمامها فاقا  
لان ككادونول ازدياد الصفر او ازدياد اعظما بواسطة استعمال بعض  
الاصات النباتية الحقيقية من منسدا علمنا ان الصفر او افراز لأهمية  
له اذ واهمية قليلة في مساعدة الهضم بل انها تحصل بتمام كل من كيته  
وكيفيته بسرعة التبادل الغذائي العنصري أو يبطئه او بتغيرات أخرى  
فيه ومن الجائز ان العصارة النباتية الحديثة الاستحضار لكل من التركس اكم  
والشيلدرونيم ونحو ذلك لها تاثير جيد شاف في هذا المرض متى استعملت



على شكل المعالجة المخصوصة بفصل الربيع التي عند اجرائها تسمى فقط المرضى  
 في الشقاق الفجر وتبع مع تدبير اغذائيا لطيفا مع الرياضة الكثيرة في الخلوات  
 لكن من القريب للعلل جدا ان هذا التأثير الجيد يتعلق بتنوع المعيشة  
 غالباً وعكس ذلك يقال بالنسبة للمعالجة بماه كراس باد وما ربه باد وهمبرغ  
 وكسنجن وغير ذلك وكذلك يعتبر في النجاج الذي يتحصل عليه بهذه  
 المعالجة نوع المعيشة الجيدة لكن المهم في ذلك هو التأثير الذي ينتج من  
 ادخال كمية عظيمة من المحلولات المحمية القوية في التبادل الغذائي العنصرى  
 فانه من المعلوم انه باستعمال مياه الينابيع المذكورة يزول الشحم الزائد  
 المتراكم في الجسم في زمن قليل بحيث ان اكثر المرضى يصيرون خفيفا بعد مكثه  
 قدر اربعة اسابيع في كراس باد ونحوه والسفر بالمشى مع المعيشة والتدبير  
 الغذائي اللطيف لا يكتفى في احداث هذه النتيجة وقد ذكر في تأثير الينابيع  
 القلوية المحمية نظريات لا يتجدي شعاعاً من جعله ما قيل مع المبالغة ان جسم  
 الشخص المقيم في كراس باد مثلاً يشابه معمل الصابون واعتبر البراز الواسف  
 صابوناً متكوّناً من قلى الصودا الداخلة في الجسم ومن الشحم المذاب منه  
 ولا حاجة لنا في مثل هذه النظريات وانما يتمادى على ارسال المرضى ذوى  
 السمن المفرط والارتشاح الشحمى الكبدى الى تلك الاماكن لكن اجراء  
 ما ذكر في المرضى الصابين بشحم الكبد عقب النهوكة العظيمة بعد من  
 الخطا فان دلالات عدم استعمال المياه القلوية المحمية في مثل هذه الاحوال  
 تتضح من ذاتها وعند حصول فقر في الدم ينبغي تجربة استعمال المياه الحديدية  
 كما يجرونها فرنس وبرون وكسنجن وراجووتسى حتى يتأكد من تحمل  
 معدتهم تلك المياه وعدمه وفي هذه الحالة الاخيرة تجهد في تنظيم التدبير  
 الغذائي ونوع المعيشة ومثل هذا التدبير يتبع في الاحوال التي فيها يوجد  
 عند الصابين بشحم الكبد اسهال

\* (المبحث السابع) \*

(في الاستحالة النشوية للكبد)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

الاستحالة النشوية للكبد تنتج عن تراكم مادة مخصوصة في الخلايا الكبدية

وفي جدر أوعية الكبد طبعه تم اليست معرفة بالكيفية وانما تشابه النشا  
بالنسبة لتأثير اليود وحض الكبريتيك فيها والظاهر انه ارتسكانا على التشابه  
الذي اوى قد أطلق أخيرا لفظ الاستحالة النشوية للكبد على جميع الاحوال  
المرضية التي كانت تسمى بالاستحالة الدهنية للكبد بسبب الامعان الدهني  
لهذا العضو والمكابد لهذه الاستحالة

ثم ان الاستحالة لنشوية الكبدية لا تشاهد مطاقا عند الاشخاص السليمي  
البنية وتشاهد على الدوام في احوال سوء القنية الواصلة لدرجة ثقيلة لاسيما  
الناتجة عن الداء الخنازيري أو الراسكتسم أو الزهري أو التسمم الزئبقي  
أو التقيحات الغزيرة المستطيلة أو التسوسات العظمية المزمنة وحيانا  
تشاهد هذه الاستحالة عند الاشخاص المصابين بالسل الرئوي وقد يؤدي سوء  
القنية الاجامية في بعض الاحوال الى الاستحالة المذكورة

• (الصفات التشريحية) \*

الاستحالة النشوية للكبد ينتج عنها غالباً ازدياد عظيم في حجم هذا العضو ونقله  
وتغير في شكله مشابه لما ينتج عن الاستحالة الشحمية للكبد فانه يكون  
مستطيلاً مفرطاً مخنثين الحوافي والغلاف البريتوني للكبد يكون أملس  
متوتراً ونعاساً هذا العضو يكون صلباً وسطح شقه يكون جافاً بالكيفية طالما  
عن الدم أملس مستوي اذا اللون سنجابي ولعان دهني والشقوق الدقيقة في هذا  
العضو تظهر شفافاً عند تعرضها للضوء ولا تغطي سطح المنشر بطبقة  
شحمية الا عند وجود استحالة شحمية في الكبد مع هذه الاستحالة وفي  
الغالب يوجد كل من الطحال والكليتين مكابداً الاستحالة مماثلة للاستحالة  
الكبد

وعند البحث بالمكرو سكوب توجد الاخلية الكبدية ذات الاسطحة الكثيرة  
مستديرة ومتمدة ومتصلها الحبيبي وتو ياتنه زائلاً بالكيفية وعمائة بدلا عن  
ذلك بمادة شفافة مستوية وعند وجود استحالة شحمية معها توجد الاخلية  
الكبدية خضراء وصالداً الأثرية بمئاته بكرات شحمية متفرقة وعقب وضع محلول  
اليود يشاهد لون أحمر مبرح خصوص بدلا عن اللون الاصفر المبرح واما عقب  
وضع حمض الكبريتيك فيشاهد لون بنفسجي يصير من رقاقه باهد



## \* (الاعراض والسير) \*

الاتفاخ التدريجي للكبد في هذا المرض لا ينتج عنه آلام فلا تشتمكي المرضى ولا يتيقظ لداثها الا عند ازدياد حجم هذا العضو ازدياداً عظيماً فيملاء المراق الايمن بحيث يحدث عندهم احساس بضغط وتوتر في هذا القسم وذكر المعلم (بود) ان الاستسقاء الرقي من الاعراض الملائمة للاستحالة الفشوية للكبد ونسب ذلك الى الضغط الواقع على تفرعات الوريد الباب وزعم انه يكفي خصوصاً عند الاطفال المنهوكين من الداء الخنازيري او الاصابات العظيمة وجود التناخ غير مؤلم في الكبد مصحوب بانسقاء رقي في تشخيص هذا الداء لكن نسبة الاستسقاء الرقي في هذا المرض للنهوك الامة وميوعة الدم اولى من نسبتها لضغط الكبد وضغط اميخانيكي فان اذيعا الاطراف في هذا المرض تسبق على الدوام الاستسقاء الرقي وكان الخلايا الكبدية المترابطة الحجوم لا تضغط في هذا المرض على التفرعات الوعائية فكذلك لا تضغط على المسالك الصغرى وية ولذا كان عدم وجود اليرقان في هذا المرض قاعدة عامة لكن بسبب وجود بعض المضاعفات خصوصاً الاستحالة الفشوية لانه قد الينفاوية الجاورة تفرجة الكبد البوابية يمكن ان يفتج عنها يرقان خفيف أو شديد ولذا نبه المعلم (فريركس) على انه لا ينبغي اعتبار فقد اليرقان علامة شخصية للاستحالة التي نحن بصددھا ثم ان تناقص الافراز الكبدى في هذا المرض الناتج عن مكابحات الحويصلات الكبدية لهذه الاستحالة ينتج عنه قلة تالون المواد الثقلية وحيث ان الاستحالة الفشوية للكبد لا توجد الا عند الاشخاص الواقفين في سوء القنية فلا يمكن نسبة ضعف تغذية المريض وانتجاع لونه واغشيته الخاطية ووجود الارتشاحات المصاحبة عنده لهذه الاستحالة فقط وحينئذ يؤسس تشخيص هذا المرض في الغالب على معرفة اسبابه ووجود ورم صلب مدرك بالجلس في المراق الايمن مع وجود ورم في الطحال أيضا وزلال بولي وباعتبار وجود ما ذكره من تشخيص الدرجة العظيمة في هذا المرض

## \* (المعالجة) \*

ليس من الاكيد ولا القريب للعقل ان الكبد المكبد للاستحالة الفشوية

يزول تغيره فيصغر حجمه ويعود الى الحالة الطبيعية ثانيا ولو قال بذلك بعض  
 المؤلفين ولذا كان ما وصى به الميلم (بود) في هذا المرض من استعمال الدلك  
 بالمراهم اليودية على قسم الكبد مع السكر الاربعة ايامه ولا فائدة فيه ومن  
 الموصى به في هذا المرض بكثرة استعمال الاستحضارات اليودية من الباطن  
 ولا سيما سراب بودور الحديد والحامات المخيبة والاستحضارات الحديدية  
 وهذه الاساليب عمالات الدوائية وان شك في انها تزيد هذا المرض لا بد وانها  
 تساعد على ايقاف سيره وتقدمه اذ من المعلوم ان اليود ومركباته كما انها  
 نوعية في الاوقات الزهرية الثلاثة كذلك تؤثر جيداً في آفات ديسكرازية  
 اخرى وكذا المركبات الحديدية فان منفعتهما في مثل هذه الاحوال مضاربة  
 لتفقر الدموي وانتخاب أحدهما بين الجوهرين الدوائيين مقوض انطائة  
 الطبيب على حسب مقتضيات الاحوال

\* (المبحث الثامن) \*

(في سرطان الكبد)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

الكبد كثيرا ما يصاب بالسرطان بحيث انه يوجد به المشاهدة (بروكتسكي)  
 في كل خمس حالات من الاستحالات السرطانية للأعضاء المختلفة طالة من  
 سرطان الكبد وكر الميلم (ايلسر) انه وجد هذا المرض ثلاثين مرة  
 في أربعة آلاف صنفة تشريحية بحيث يوجد في كل ثمانية صنفة تقريرها حالة  
 من هذه الاصابة وكثيرا ما يكون سرطان الكبد اوليا وفي احوال اخرى  
 يعقب سرطان المعدة والمستقيم وغيرهما من الاعضاء وكثيرا ما يعقب  
 استئصال أورام سرطانية من ظاهرا الجسم

واسباب سرطان الكبد كبقية أنواع السرطانات مجهولة وقد ذكر المؤلفون  
 انه يشاهد في الأشخاص المتقدمين في السن اي الذين سنهم من ٦٠ الى ٧٠  
 ويصيب الذكور أكثر من الاناث وأن من الاسباب المتعملة الضربات  
 او السقطات على المواق الايمن وفقد كمية عظيمة من الدم والحيمات المتقطعة  
 المستطيلة وانقطاع الحولان المختلفة انقطاعا جانبيا والتمتع عن التسدير  
 الصمى سيما الافرط من الشروبات الروحية لكن جميع ذلك غير مؤسس على



## مشاهدات قطعية

\* (الصفات التشريحية) \*

أكثر أشكال السرطان حصولا في الكبد هو النخاعي وقد يكون نارة أوراما  
محدودة تحديدا واضحا وتارة ممتد منتشر بدون حد بين الخلايا الكبدية  
ففي الأولى يشاهد في الكبد أورام مستديرة عديدة فصيصة محاطة بمحفة  
خلوية رقيقة كثيرة الوعائية ويظهر فيها عند تقربها من البريتون تفرطح  
اوتابعاج سطحي ويسمى بالسرة السرطانية ويختلف حجم هذه الأورام  
وعدد هياكلها من حجم البصلة الى حجم رأس طفل وتكون اما وحيدة  
او متعددة وكلما كانت بالقرب من سطح البريتون ظهرت تحديات وبروزات  
على سطح هذا العضو وتماسك هذه الأورام اما ان يكون في قوام اللحم  
الصلب او قوام المادة النخاعية اللينة وعند الضغط على الأورام السرطانية  
الرخوة يسيل منها مادة لبنية غزيرة بخلاف الصلبة فلا يسيل منها الا القليل  
من هذه المادة ويختلف لون الأورام باختلاف اوعيتها وكثرة وقلة فاما ان  
تكون بيضاء بنية او حمراء وقد تكون حمراء كثة عقب غزقات وعائية او  
مسودة بترابا كجذبة فيها والاجزاء المصونة عن الاصابة السرطانية من  
جوهر الكبد تكون في حالة احتمقان شديد تساعد جدا على تمدد هذا العضو  
وازداد حجمه ازديادا عظيما ولا بد ان يكون جوهر الكبد ممتلوا بالون  
اصفر فاقع عقب انضغاط المسالك الصفراوية واحتماس الصفراء والاخلية  
الكبدية المجاورة لهذه الأورام السرطانية يعترها غالبا استحالة تشحمية وفي  
الغالب يحصل في الغلاف المصلي للكبد أعلى الأورام السرطانية التهابات  
مزمنة جرتية بها تكاثف هذا الغلاف ويلتصق بما حوله من الاجزاء وفي  
احوال أخرى يتكون فيه مواد سرطانية تمتد الى جميع اجزاء البريتون ثم ان  
تكون الانبعاث السري السرطاني في سرطان الكبد ينشأ كغيره من أنواع  
السرطان عن ظهور اجزائه القديمة التي تكاد عناصرها الخلوية استحالة  
تشحمية فتتمكش وقد ينشأ هذه الضمور عتدا في جميع اجزاء سرطانية  
بحيث لا يبقى منها الا مواد مصفرة هشة منحصرة في منسوج خلوي منكمش  
(وهو الغلاف الباقي من السرطان) وان وجد بجوار هذه المواد النديسة

أورام سرطانية حديثة في الكبد فلا يشك في أنها كانت من طبيعة سرطانية  
وان لم تشاهد أورام سرطانية حديثة بجوارها وقع الشك في كونها آثار  
أورام سرطانية شفيت أو بقايا تغيرات مرضية أخرى وكثيرا ما يلين السرطان  
الخاص فيؤدى الى التهاب يرتوى حديث ويزيد خطر في تجوف البطن  
وأما الشكل الثانى من السرطان الخاص الذى سماه المعلم (روكنفسكى)  
بالارتشاح السرطانى فقيمته توجد أجزاء عظيمة من الكبد مستحيلة الى مادة  
سرطانية مبيضة وكل من الاوعية المنسدة والمسالك الصفراوية المجاورة لبقايا  
الخلية الكبدية الواقعة فى الضور والاستحالة الشحمية المتراكم فيها مادة  
بجتهنية صفراوية تتقدم فى هذه المواد المبيضة على هيئة أشربة أو صفائح غير  
منتظمة والارتشاح السرطانى ينتقل من الدائرة الى الجوهر السليم من  
الكبد بالتدرج بحيث يوجد محال تسلطن فيها المواد السرطانية وأخرى  
الخلية الكبدية وأما السرطان الهلامى الذى يكاد يكون بحالته الوحيدة  
المعدية والمجى والبريتون فقد يمتد الى جوهر الكبد وفى حالة شاهدها المعلم  
(لوسكا) كان الكبد جميعه مستحيا الى مادة سرطانية غير منتظمة من طبيعة  
هذا السرطان

ومن النادر جدا مشاهدة السرطان البشرى فى الكبد فبكون على هيئة  
تعدادات صغيرة متفرقة من طبيعة هذا السرطان

وقد ينضم الى سرطان هذا العضو سرطان الوريد الباب وفيه يمتلى كل من  
أصل هذا الوريد وجزوه وفروعه بسدة من مادة سرطانية قليلة التماسك  
وفى حالة شاهدها كانت على خلاف ذلك بمعنى ان سرطان الوريد كان  
مضاعفا بسرطان المعدة وكان سرطان الكبد الذى فى الجنة ناشئة مع غاية  
الوضوح من امتداد الاستحالة السرطانية للوريد الباب الى جوهر الكبد

\* (الاعراض والسير) \*

حيث يندر ان يكون سرطان الكبد أوليا وغالبا يكون ملازما لا قففى  
المعدة من نفس هذه الطبيعة تكون الاعراض الخاصة به عسرة التميز وقد  
يبتدأ بجنحة فى بعض الاحوال النادرة خصوصا التى يكون فيها هذا الداء  
أوليا ومنفردا بحيث يتقدم تقدماعظي بدون ان يعرف الكنى غالبا يجمع



باضطرابات مختلفة واضحة جهة القناة الهضمية كفقده الشهية وتغيرها كثيرا  
غير طبيعي والتجشؤ الغازي وعسر الهضم لكن جميع هذه العلامات تنسب  
لمرض المعدة المصاحب له وفي دور كثير التدهور اوقبله من هذا المرض يحس  
المريض غالبا بالم في المراق الايمن يختلف كثيرا بالنسبة لقيمته فتارة يكون  
راضا وتارة ناخسا وهذا هو الغالب وهو وان كان منشوءة في المراق الايمن  
يتشعب الى اتجاهات مختلفة وتارة يكون قارصا بشدة وهذا الالم يزداد بالحركة  
والضغط واهم علاماته الناتجة جدا هي التي تنتج من تزايد حجمه وذلك بان  
يحس عند المريض بواسطة الجس غالبا بحافة الكبد المجاورة للاضلاع  
الكاذبة في جميع امتدادها او بعض اصقار منها وتكون ذات مقاومة عظيمة  
عند الضغط عليها ولا يدر امتداد الكبد امداد اعظما بحيث يصل الى السرة  
او العظام الحرقمية وحيث يكاد يوجد على الدوام كتل سرطانية منتشرة في  
جميع سطح هذا العضو يحس فيه باورام صلبة كثيرة ارقلياذات مقاومة  
وموتلة وذات تحدبات احما ناوا احما بالايوجد الاورم واحدا اذا كان  
السرطان مصيبا لجميع جوهر الكبد يحفظ هذا العضو شكله الاصلي  
بحيث لا يعرف غالبا بالجس الاصلية حافته المجاورة للاضلاع ويعرف  
بواسطة القرع تزايد حجم هذا العضو وامتداده في البطن وتجويف الصدر  
والبرقان يهدأ ايضا من جملته اعراض سرطان الكبد الا انه ليس دائم الوجود  
وهذا ينسب للضغط الواقع على القنوات الصفراوية وكثيرا ما ينتج عن هذه  
الآفة ايضا الاستسقاء الزقي الذي يحصل اما من وجود أورام سرطانية  
ضاغطة على الاوعية الغليظة البطنية أو الضغط الواقع عليها بسبب تزايد

### حجم الكبد

ويوجد زيادة عن هذه الاعراض الرئيسية لسرطان الكبد اعراض أخرى  
ناشئة عن اضطرابات الوظائف الهضمية كعسر الهضم وتغير الشهية  
وامسالك يتعاقب مع امهال يستمر نحو انتهاء المرض واذا كان حجم الكبد  
عظيما جدا حصل عند المصابين به عسر في التنفس ومتى تقدم هذا المرض  
انضم لذلك اعراض الديسكرازيا السرطانية وتغير التغذية العامة فاذا لم  
يوجد البرقان صداد الوجه باهتا وتلون بالصفرة الخفيفة أى اللون التبقى أى

الذي يوجد في جميع الامراض السرطانية ثم تتقدم الخفاة بقدم اعظيمة  
وتقع المرضى في النوم وكما المؤدية الى الانتهاء المحزن  
ثم ان سرطان الكبد ذو سير مستمر بطي غير انه نحو الانتهاء في الدور المسمى  
بدور اللين يصير سيره امدته طويلة فذلك كما كثرت سنة وانما هو محزن  
دائما ما يذاته او بسبب آفة سرطانية أخرى او مضاعفة بالتهاب بري توني او  
معهوى او بليوراوى

\* (التشخيص) \*

في كثير من الاحوال يعسر تمييز سرطان الكبد عن ضخامته البسيطة والتهابه  
المزمن بل وعن اورامه المتكيسة سيما اذا كانت غير سطحية والعلامات الدالة  
عليه في الاحوال الواضحة هي تعب والم في المراق الايمن تحت اشدته يكون  
من زمن طويل وازدياد حجم الكبد وظهور اورام متفرقة على سطحه محتلفة  
الصلابة وحصول نخافة عظيمة مصحوبة باللون الاصفر المتبقى كما في  
الامراض السرطانية غالباً فان تحقق مع ذلك من وجود سرطان المعدة كان  
التشخيص يقينياً وفي الاحوال المشكوك فيها يمكن فعل بزل استقصائى

\* (الحكم على العاقبة) \*

السرطان الكبدى خطر للغاية كما لا يخفى ويشتهد خطره عند اضطرابات  
الوظائف الهضمية وظهور الاستسقاء او مضاعفة أخرى من جهة الرئة  
او البليورا فان سير المرض يصير سيره اجدا

\* (المعالجة) \*

معالجة هذا الداء لا تكون الا سكينية فيستعمل وضع العلق اذا حصل التهاب  
بريتونى جزئى واحداث الآماس جديدة وتقاوم الآلام الناجسة بالحراريق  
الطيارة والوضعيات المليئة وينبغي مقاومة الاعراض الالتمية من نحو القناة  
الهضمية حال ظهور رها فيقاوم الامسالك بالمسهلات الخفيفة كالبن وزيت  
الخروع والاملاح المتعادلة ويقاوم الامهال بالحقن المضاف اليها اللودنم  
وتعاطى قليل من الافيون ويلزم الطبيب الاتقن للتدبير الصحى ومعالجة  
المضاعفات حسب ما تقتضيه الحالة الراهنة واحيانا يستدعى الاستسقاء  
الزئى الذي يضاعف كثير اسرطان الكبد عمالية البزل



\* (المبحث التاسع) \*  
(في وزن الكبد)

لا يكون وزن الكبد اوليا مطلقا بل ينضم دائما للوزن في غيره هذا العضو  
او يكون ظاهرة للوزن الدخني الحاد وحينئذ ترى تحميمات قابلة الشفا فامية  
كحجم الدخن سنجابية اللون منتشرة على السطح الظاهري من الكبد وعند  
وجود وزن متقدم في المهي أو الرئة توجد مواد درنية جبنية في الكبد صفراء  
احيانا في حجم حب الشنارفي او البسلة ومن النادر ان ينتج عن ثلاثي هذه  
المواد جيوب مملئة بصديد درني والغالب انما تضغط على القنوات الصفراوية  
الشعرية فتؤدي اتمد في اجزائها السكاكنة خلف الاصفار المنضغطة وبذلك  
تفشا تجا ويف في حجم الدخن او البسلة مملئة بمواد صفراوية مخاطية لا تختلط  
بالكهوف الدرية ولا يمكن معرفة وزن الكبد مدة الحياة

\* (المبحث العاشر) \*

(في الاورام الديدانية الحويصلية للكبد المعروفة بالايكنوكوك)

(وهذه اللفظة المركبة معناها الديدان الحويصلية ذات الخراطيم المتوججة  
بمناج من كلابيب)

نسبة هذه الديدان للديدان الايكنوكوكية الشريطية كنسبة الديدان  
الحويصلية الخلائية للدودة الشريطية الوحيدة بمعنى انها عبارة عن الفقس  
الحديث الخالي عن اعضاء التماسل من تلك الدودة التامة التكوين والتجارب  
الجديدة التي فعلت في الحيوانات التي ادخل في غذائها الايكنوكوك  
المأخوذ من جسم الانسان وان لم يتحصل منها على نتائج ثابتة الا انه بما يمكن  
احداث الديدان الشريطية الايكنوكوكية في امعاء الحيوانات التي صار  
تغذيتهم بالايكنوكوك المأخوذ من حيوانات اخرى غير الانسان

والكمية التي بها يصل بيض وجرثومة الديدان الشريطية الايكنوكوكية  
الى كبد الانسان حتى تموت فيه ويتكون عنها حويصلات ايكنوكوكية  
بجھولة وهذه الديدان توجد بكثرة في جزايراز لاند حتى انه ينتج من قول اطباء  
هذه الجهة ان ثمن المرضى الذين يعرضون عليهم بل ان كل واحد من سبعة  
يكون مصابا بمذ الديدان في اجزاء مختلفة من الجسم ويظهر من القياس

والتقاويم ان وصول هذه الديدان لباطن الانسان يكون بالقيمة الاثمة  
وهي ان الحيوانات الموجودة في باطنها الديدان الشرطية الايكنو كوكية  
يتصدق منها زمانا فزمننا بعض عقول تامة التكون مع المواد البرازية وان  
البيض والجراثيم المحتوية عليه هذه العقل يختلطان بمياه الشرب بكمية  
مأو بالمطعمات التي تؤكل نيئة فحينئذ متى وصلت هذه الجراثيم الصغيرة الى  
باطن القناة الهضمية تثبت بكلاليبها السنة جذرا المعدة والمي وسجت  
بعمدا حتى تصل الى الكبد وحينئذ فالجراثيم الميكروسكوبية تنتفع  
ويتكون عنها حويصلة عظيمة ينمو على سطحها الباطن عدد عظيم جدا  
من فقس الديدان الشرطية غير تام التكوين وغالبا يتكون زيادة عن هذا  
الفقس النامي في باطن المذات الامية حويصلات أخرى متولدة منها تعرف  
ببنات الحويصلات ومنها بنات البنات المحتوية على الفقس أيضا

والظاهر ان وجود هذه الديدان الحويصلية في جزيرة ازلانده وطيني ناتج كما قاله  
( كيشن ميستر ) عن وجود عدد عظيم من الكلاب التي تربي في هذه الجزيرة  
وعن درجة حرارة مياه الانهار الفاترة المعدة لشرب أهل هذه الجزيرة فالظاهر  
ان الكلاب تزدرد هذه الحويصلات المنقذفة امامن الفم او الاست  
او الايكاس المنقذفة حيث لا يعنى بازالة هذه المتحصلات فضلا عن مساعدة  
المياه المذكرة على نموها في الجراثيم كاتساعها على نحو جميع الحيوانات  
الذنية الرتبة وزعم الطبيب المذكور ان هذه الديدان متى وصلت الى معي  
شخص وتوطنت جسمه تنمو وتستحيل الى ديدان شرطية كما ان جراثيم هذه  
الديدان الموجودة في معي شخص تسبح نحو الكبد وتستحيل الى حويصلية

\* (الصفات التشريحية) \*

الايكاس الايكنو كوكية تكون في الكبد اما فرادى او متعددة بكثرة وهي  
في الفص اليميني أكثر من اليساري ويختلف حجمها من الحصاة الى قبضة اليد  
او الى رأس الطفل ومتى عظم حجمها وكثرتها ازداد حجم الكبد ازديادا  
عظيما وما كان وضعه غائرا من هذه الايكاس في هذا العضو ومحاطا بجوهره  
لا يغير شكله الا قليلا واما الايكاس العظيمة الموضوعة على سطحه الظاهر  
فانها تبرز منه بوزن اعظمها على شكل كرات صغيرة او عظيمة فينشأ عنها تشوه



عظيمة في شكل الكبد والايكاس الدائرية تكون محاطة بغلاف بريوني  
 شديد الالتصاق وجوهر الكبد يتلاشى ويظهر بنمو هذه الحيوانات الطقمية  
 بحيث يفقد معظمه وما بقي منه يكون كثير الدم بسبب احتقانه الاحتماسي  
 والحويصلات الديدانية تكون محاطة بمحظة لينة كثيفة ناتجة عن  
 تكونات خلوية ومع ذلك يسهل نزعها منها أو ما الغشاء المكون للحويصلات  
 نفسها فيكون رقيقة انصاف شفاف كزلال البيض المنعقد وبالبحث عنه  
 بالمكروسكوب يظهر انه متكون من عدة صفحات متراكمة فوق بعضها كثيرة  
 الرقة وعند فتح هذه الحويصلات يخرج سائل شفاف مصلي فيه عدد عظيم من  
 حويصلات ثانوية (أي بنات الحويصلات الامهات) وهذا السائل يحتوى  
 تقريرا على ١٥ جزءا من المواد الصلبة من الفجر وليس فيه مادة زلائية بل  
 املاح سيما ملح الطعام ويوجد فيه أيضا بعض (الهيستس) ٣ أجزاء من كهرمان  
 الصودا وتركيب الحويصلات الثانوية يشابه الحويصلات الامية وحجمها  
 يكون من حبة الدخن الى الفندقة والعظيم منها يسبح في هذه الحويصلات  
 واما الصغرى منها فيثبت بسطحها الباطن واما الحويصلات الثلاثية (أي  
 بنات البنات) التي لا توجد الا في باطن الثانوية العظيمة فيقرب حجمها من  
 رأس الدبوس ويوجد في السطح الباطن من جميع هذه الحويصلات نوع  
 مادة تراسية مبيضة وبالبحث عنها بالمكروسكوب يرى فيها عدد عظيم جدا من  
 الديدان الشعرية غير تامة التكوين أو قسمها وطول كل منها ربع ملليمتر  
 وعرضه عن ورأسها غلظ موشح بأربعة مصاصات وخرطوم محاط بصفيين من  
 الكلايب ويكون الرأس منة صلا عن الجذع القصير بجزء محتموعلى راسب  
 كلسية عديدة مستديرة أو بيضاوية وغالبا يكون الرأس داخل في الجذع  
 بحيث يظهر ان شكل هذه الحيوانات مستديرا وهرمي كشكل القباب  
 ويكون تاج الكلايب شاغلا للمركز ويندغم في الطرف الخلفي من هذه  
 الحيوانات ذئب قصير لتهشبت به هذه الحيوانات ثم تنفصل فيما بعد ويسبح  
 في السائل

والديدان الحويصلية كثيرا ماتم لك فيمبط كل من الحويصلات الاولية  
 والثانوية فيتمعكر متحصلا ثم يستحيل الى مادة شمعية او مادة ضامة كثيفة

تشتمل على املاح كاسية وشحيم وكواسترين ولا يبقى من هذه الحيوانات  
 الا بعض كالايب تشابه كما قاله (بود) اسنان او عظام بعض الحيوانات  
 العظيمة التي تبقى بعد موتها زناطويلا وفي احوال أخرى يتمدد الكيس  
 شفا فشيما حتى ينزق فاذا انفجر مع ذلك الغلاف البريتوني يتمدد انسكب  
 المتحصل في تجويف البطن فينتج عن ذلك التهاب بريتوني شديد وبذلك يلتصق  
 الكيس أيضا بالأعضاء المجاورة بحيث يستقرغ عند انفجاره في المعدة او المعى  
 او المسالك الصفراوية او الاوعية الغليظة المجاورة او البليورا بعد تمدد الحجاب  
 الحاجز ورقه وانفجاره بسبب ضغط الكيس عليه بل وقد يستقرغ متحصل  
 الكيس في الشعب بعد التصاق البليورا بالرتين وانتهاقهما وفي احوال  
 أخرى قد ينتج عنها التهاب في الاجزاء المحيطة وعلى الخصوص في الغلاف المحيط  
 بها وحينئذ تظهر اعراض التهاب في الكبد وتميج شديد وتقيح في الكيس  
 نفسه وفيما حوله من اجزاء الكبد والخراج المتكون في الكبد بهذه الكيفية  
 يمكن ان يفتح الى الظاهر او الباطن وفي الحالة الاولى يشاهد متصل  
 الحويصلات محتلطا بالصدئ

\*(الاعراض والسير)\*

قد تحقق لنا من المشاهدات اليومية ان الاورام الديدانية الحوية يصليها كثيرا  
 ما تكون في الكبد بدون ان ينتج عنها اذى عرض وبدون معرفتها سمن  
 عديدة ونحو هذه الاورام الحوية يصليها البطء هو السبب في فقد الاعراض  
 مدة طويلة ابتداء بحيث لا يعرف عالمها هذا المرض باعراض مدركة للمريض  
 بل يظهر ورور في المراق الايمن ومعرفة ذلك اما من المريض او الطبيب ومتى  
 نت هذه الاورام وكذا الكبد نحو اعظم ما يمكن ان ينتج عنها الاحساس  
 المخصوص المذكور بكثرة وهو التوتر والضغط في القسم الشراسيفي والحجاب  
 الحاجز بسبب اندفاعه الى اعلى يحصل في وظائفه عوق وكذا الضغط الواقع  
 على القص السفلي من الرئة اليمنى وحصول الاحتمقان الحجابي التمهيمى في  
 الاجزاء غير المنضغطة من الرئة يمكن ان ينتج عنه ضيق التنفس والانتباب  
 الشعبي الترنى وكذا يمكن ان يشاهد كل من الاستسقاء الزنى واليرقان بدرجة  
 مختلفة عقب الضغط الواقع على فروع الوريد الباب والمسالك الصفراوية



الصغيرة والقنوات المنفرقة لاصقراومع ذلك فهذه الظواهر جميعها نادرة  
الحصول

والذي يستدل به بالاكثر على هذه الاورام ويتوصل به الى تشخيصها البحث  
الطبيعي فان الايكاس الحويصلية متى وصلت لحجم عظيم وكانت متعددة يمكن  
معرفة بمجرد النظر فانها تحدث تحديدا عظيم في المراق الايمن يمكن امتداده  
الى قسم السنترة بل والى المراق الايسر والورم الناتج عن ذلك وان كان حافظا  
الشكل الكبدي الا انه يوجد على سطحه تحديبات مختلفة الحجم ومع ذلك فان  
الجهة اليمنى من الصلدة تدور وتبرز الاضلاع اليمنى الى الخارج وبالجم  
يحمس بتزايد حجم الكبدي وبالصفة الكرية المحدبة لسطحه الظاهر وهذه  
التحديبات تظهر في امر ونة عظيمة جدا اكثر مما تحدثه التحديبات السرطانية  
الرخوة جدا وصوت القرع يكون اضعف في جميع امتداد الكبدي وعند فعل  
القرع يحس احدانا بقوجات مخصوصة مع اهتزاز مخصوص يسمى بالتوج  
الحويصلي وهذا التوج كالذي يحس به عند القرع بالاصبع على مادة  
هلامية متكاثفة والمعالم (بيوري) يسمى ذلك بالاهتزاز الحويصلي  
ولا يعتبر من اعراض انتماء هذا المرض الثلاثي التدريجي للايكاس الديدانية  
فان هذا الانتماء لا يحصل الا في الايكاس الصغيرة غير المدركة ومتى انفجر  
الكيس في تجويف البطن نتج عن ذلك اعراض مشابهة بالكلية انثقاب  
قرحة معدية بحيث ان لم يتيسر لطبيب تشخيص الايكاس وقع في حيرة لعدم  
معرفة السبب الاصلى للالتهاب البريتوني وطبيعة المتحصل المنسكب في البطن  
وفي هذه الحالة عما قبل من الايام تم لك المرضي بسرعة من الالتهاب البريتوني  
ذي السبر الحاد جدا ولا يمكن تشخيص انفجار الايكاس الحويصلية الا اذا  
وجد بهض قطع منها في مواد التي او البراز والنفث وتنتج عن الكيس  
الحويصلي التهاب في الاجزاء السكبدي المجاورة له صار الورم مؤلما جدا بانضغاط  
وشبه حصول قشعريرة واعراض حمية وظهرت اعراض الالتهاب الكبدي  
التقيحي بجميع انتماءه التي ذكرناها فيما تقدم فاذا انفتح الخراج الى الظاهر  
امكن أن يشاهد في الصديد بعض اجزاء من طبقات الايكاس المتركة فوق  
بعضها أو بعض ما انفصل من تيجان كلامها

## \* (المعالجة) \*

قد أوصى في الأورام الحويصلية الديدانية للكبد باستعمال المكدمات  
المصنوعة من محلول مركب من ملح الطعام على قسم الكبد وقد زعم (بود) أنه  
بواسطة قوة الجذب الخصوصي والشرابية العظيمة للحويصلات بالنسبة  
لكلورور والصدويوم يتفذهذا الملح في سائل الديدان الحويصلية ويمنع  
تزايدها ونموها بل يمكها بالكلية كما ان بعضهم أوصى باستعمال المركبات  
اليودية والزئبقية زعماً بأنها تقتل الحيوانات الطفيلية بل واستعمل بعضهم  
الجواهر الدوائية القاتلة للدودي في هذا المرض ولم يجد كل ذلك نفعاً والإيحاء  
بها مؤسس على نظريات عقلمة لا تجارب فاذا أريد استعمال أحدها فالأولى  
التخاب ما لا مضرة من تأثيره على الجسم والظاهر ان عملية فتح هذه الايكاس  
في جزيرة آزلانده كثيرة الحصول واما في بلادنا فقد اعقب احبانا فتحها  
عوارض خطيرة فلذا ينبغي قبل فتح الايكاس التمسك بجميع الاحتراسات التي  
تعمل عند فتح خراج الكبد

## \* (المبحث الحادي عشر) \*

(في الأورام الايكنو كوكية المتعددة الجيوب)

## \* (كيفية الظهور والاسباب) \*

كثيرا ما وجد في العصر المسجود عند فعل الصفات التشريحية ان اجزاء عظيمة  
من الكبد مستحيلة الى ورم مخصوص متكون من طبقة خالوية وعدة من  
الجيوب المختلفة الاتساع ممتلئة بمواد هلامية وقد اعتبر الاقلون من  
المشاهدين لهذه الأورام انها نوع من السرطان ذي الجيوب اي الهلامي  
لكن المشاهدات المكروكوبية الاكيدة ايدت لنا ان متحصل هذه الجيوب  
الهلامي متكون من العناصر والاجزاء الخاصة بالديدان الحويصلية  
وأكدت أيضا انها ناتجة عن سيجوسريان هذه الديدان

وكيفية منشا هذه الأورام السميعة تبعا للمعلم (ورجوف) بالأورام  
الايكنو كوكية الجيبية ليست واضحة لكن من القريب للعقل جدا ان  
منشا هذه الأورام ليس ناتجا عن اختلاف نوع الحيوانات الطفيلية بل ناتجا  
عن نوع سيجوها وسريانها المخصوص وعن مجامعها ونموها وقد زعم المعلم



المذكور ان شكل هذا المرض يحصل عن سبب جرثومة الديدان المذكورة  
 في الاوعية الليفية والكبدية وان أيكس تلك الاورام تتسكون في باطن  
 هذه الاوعية وذهب ليكهرت الى أن النغيرات المذكورة تحصل في الاوعية  
 الدموية وذهب فريديش وكان قد وجد في الحالة التي شاهدناها امثلة القفاة  
 الكبدية بالمواد الايكنو كوكبية الى ان تسكونها انما يحصل في المسالك  
 الصفراوية وقد حرى المعلم ( كيشن ميتسر ) خطأ بايشتمل على التوجيه  
 الا ترى الذي اظن انه بسيط واضح وهو انه ينشأ ورم ايكنو كوكبي متعدد  
 الجيوب بدلا عن شكل المرض المعتاد من الايكس الديدانية متى لم يتكون  
 حول جرثومة هذه الديدان محفظة خلوية وان تلك المحفظة يثقها هذا  
 الحيوان الطفيلى قبل ان تصير بمسكة ذات مقاومة وحيث انه عند فقد  
 المحفظة المندمجة تسبح هذه الديدان وتسير الى جميع الاتجاهات فانها تسرى  
 الى المحال القابلة للمقاومة فان وصلت الى احدى القنوات الممتدة في الكبد  
 او تقبت في أثناء سيرها احدى هاتيك القنوات سببت في باطنها حتى تلاحشياً  
 فشيأ مجموع تلك القنوات وحيث ان كلاً من ورجوف وليكهرت وفريديش  
 قد تحصل على نتائج مغايرة في اتجاهه الدقيقة المعتمد عليها ولا بد بحيث ان كلاً  
 منهم وجد بالمواد الايكنو كوكبية مائة لمجموع قنوي آخر من الكبد ساغ  
 لقنا القول بان سبب هذه الحيوانات الطفيلية في الاوعية الليفية والدموية  
 والمسالك الصفراوية وثقها له جائز وان كلاً من هذه المجموع القنوية قد  
 يكون مصوناً عن وجود تلك النغيرات فيه

\* (الصقات النشيرية) \*

تسكاد الاورام الايكنو كوكبية الجيبية ان يكون مجلسها الفص اليميني من  
 الكبد لكن شاهدت في حالة من ثلاثة أحوال ان مجلسها كان في الفص  
 اليسارى من هذا العضو وعظم هذه الاورام قد يصل الى حجم الرأس بل أكبر  
 من ذلك والطبقة الخلوية يتكون قداعتها الاستحالة الشهية متقدمة  
 والجيوب التي تنفتح عند شق تلك الاورام تشابه بالكيفية التجايف التي توجد  
 على سطح الخبز الممشق عند شقه وعند البحث بالمكروسكوب  
 عن المواد الهلامية المحتوية عليها تعرف الاغشية الواصفة للايكنو كوكب

المشتملة على تراكمات كاسية عديدة صغيرة وكبيرة بل وبالبحث الدقيق المستطيل  
 يمكن وجود تيجان من الكلايب أو بعض الكلايب ويندر وجود قسم  
 تام من تلك الديدان الا في حالة قد شاهدتها ووجدت في دائرة الورم حويصلات  
 في حجم السكر زر صعة في سطحها الباطني بعدد عظيم من الفقس والجراثيم  
 التامة وما عدا هذه الحالة من الاحوال المعلومة ففيها يوجد دم كرا الورم  
 متقيحا والتجويف الناشئ عن هذا التقيح مشقة لا على سائل عكر ذي لون  
 اسمر سنجابي متكون من بقايا تلك الديدان وتراكمات كاسية وكرات شحمية  
 وباللورات كولاستيا وبنية وجددها هذا التجويف الغير المستوي يكون  
 ذا لون وسخ ترابي مشتمل عند النظر اليه بالمكروسكوب على بللورات نظيفة  
 هماتود بنية

\* (الاعراض والسير) \*

الاعراض الناشئة عن الاورام الاكثو كوكية المتعددة الجيوب تختلف  
 بحسب تكون تلك المواد الديدانية في أحد الجوامع القنوية من الكبد  
 وسلامة الباقي منها وانسداده وبما يتضح الامر المعلوم من أن مجموع  
 الاعراض الواصف لتلك الاورام الذي ينسبه (فردريش) يطابق بالكليمة  
 بعض احوال من هذا المرض مطابقة تامة حتى به ولا بد من تشخيصها  
 وفي احوال أخرى تفقد الصفات الواضحة الدالة عليهم والشرح الآتي  
 لمجموع اعراض المرض مرتكن فيه الى عدد عظيم من مشاهداتنا والى  
 البيان الواضح لمشاهدات بعض احوال غيرنا

فهذا المرض يتبدى ولا بد به كبقية كامنة واعراضه الابتدائية لا تظهر  
 غالباً الا بعد عظم حجم الورم فبعض المرضى لا يستطيعون لوجود ورم في  
 بطونهم الامن الاحساس بضغطة متعب في المراق الايمن عندهم اوباعلامهم  
 بوجود هذا الورم فيهم ولا يشتكون بشئ سوى ذلك ويكون كل من الشمية  
 والهضم عندهم على الحالة الطبيعية فلا تضطرب قواهم ولا حالة تغذيتهم  
 ويفقد كل من العرقان وظواهر الاحتمقان الاحتماسي بلدور الوريد الباب  
 وعند البحث عن البطن يوجد ورم عظيم في المراق الايمن متعلق بالكبد  
 وهذا العضو اما ان يكون حافظا لشكله الطبيعي او يوجد على سطحه تحديات



سطحية كما يحصل في اصابتها السرطانية او الزهرية ويكون ورم الكبد هذا  
عظيم المقاومة ولو كان فيه تقبج مر **ك**زى عمدا ولم يشاهد فيه توج أصلها  
الاقى حالة شاهدها المعلم (جر سنجر)

ثم ان ظهر هذا المرض وسار به هذه الكيفية فلا يمكن معرفته مع التأكد  
ولامتيزه عن غيره من امراض الكبد سيما سرطان الكبد وورمه الزهرى ففي  
احدى الحالتين اللتين شاهدتهما وكنت فى الاولى منها زعت وجود سرطان  
متقبج عظيم فى الكبد كان حصول الموت بواسطة سكتة دماغية ولم يأت  
للطبيب المعالج الوقوف على حقيقة الورم الكبدى ذى التحذبات والصلابة  
النجيرية مع انه كان ملاحظا سيره من عدة سنوات ولم يشاهد عند المريض  
فى السنين الاخيرة من الحياة ظواهر يرقانية وانما كان قد اعتراه من منذ  
عشر سنين قبل مماته حالة يرقانية خفيفة قصيرة المدة وأما الحالة الثانية التى  
لو حظت بالدقة فى الاكلينك انما هى بياض جملته اشهر فقط وانضم فيها الى  
الاعراض السابق ذكرها بول زلالى واستسقاء الحى وكان قد ظن ان المريض  
هناك بورم زهرى فى الكبد مع استحالة نشوية فى الكليتين ولم يتحقق بالصفة  
النشرية للجنة الامن تشخيص المرض الاخر فان الكبد وجد محتويا  
على ورم اكنوكوكى متعدد الجيوب فى عظم حجم الرأس بدلا عن الورم الزهرى  
والمريض الاخير هذا لم يصب مطلقا باليرقان وفى كليهما كانت المسالك  
الصفراوية سليمة بالكلمة

ثم ان تلك المشاهدات لاتنافى فقط قول الشهير (فريدريش) القائل بان  
اليرقان عرض ملازم للاورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب بل انها  
تمت كذلك انه فى الاحوال التى فيها لا تنسد المسالك الصفراوية بواسطة  
تلك الاورام ولا يحصل حينئذ عوق فى سير الصفراء وامتصاصها تبقى المرضى  
ولا يدحانطة لحالة تعصبية تطاق مدة طويلة من الزمن كما هو المشاهد فى شكل  
الاورام الاكنوكوكية المعتادة وانما متى حصل تقبج فى الورم فيما بعد وامتد  
هذا التقبج واصطبغ ذلك بالحى اضطربت التغذية العامة للمريض وظهرت  
عنده انهوكة وبذلك يهلك المريض ان لم يحصل له ذلك عقب طرور مرض  
آخرو من المعلوم ان هلاك المريض فى الحالة الثانية من اللتين شاهدتهما

كان هلاك المريض بمرض ثانوى فى الكليتين (مع أن فريديريش ينكر وجود ذلك بالكلى فى الأورام التى نحن بصددنا)

وتختلف أعراض هذا المرض بالكلى وسيره متى انسدت المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة للصفراء بواسطة الجراثيم السابحة أو انفجار الحويصلات الاكثوية ونحوه. هذه الحيوانات الطفيلية فيها وهذا لا يتندر أن تكون الصفة المرضية لهذا المرض واضحة جدا سيما فى الأدوار الأخيرة منه بحيث يتيسر للطبيب تشخيصه مع التأكد التقرىبى أو التام فان الأعراض تبدئ بمرقان غير خطر فى الابتداء ويزيد ذلك تدريجا وجميع الوسائط العلاجية التى تستعمل من أجل ازالته تبقى بدون فائدة ويصل أخيرا الى أشد الدرجات وتظهر المواد البرازية عماقرب خالصة عن التلون وهذا دليل قطعى على انسداد المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة انسدادا تاما وثقة قد تظواهر اضطرار الهضم وفساده وحيث ان ظهور المرقان لا يكون مسبوقا بنوب الآام شديدة فذلك يدل غالباً على عدم وجود حالة تنزلية فى القنوات الصفراوية وانسدادها بواسطة تجامات حجرية ويقوى الظن بوجود أورام الكلى كمعددة الجيوب بل ويرتقى الى درجة التحقيق متى ظهر فيما بعد مع الأعراض السابق ذكرها تحديات فى الكبد فان الأمر اذ ذلك لا يكون فيه شبهة الا بالنسبة لأعراض هذا العضو الذى يتغير شكله فيها أعنى سيروز الكبد وسرطانه وأورامه الزهرية أو الأورام التى نحن بصددنا لكن جميع الأمراض السابق ذكرها لا تكاد تكون مطلقاً محصورة بانسداد تام فى المسالك الصفراوية بخلاف الأورام الاكثوية المتعددة الجيوب فانها تكون غالباً محصورة بانسداد تام فيها وبناء على ذلك يقدرون المواد البرازية كالمية مع برقان مسقر مستعص واحتماس تام فى الصفراء لا تسترل الحويصلة المرارية فان وجد حينئذ ورم ذو تحديات فى الكبد مع مجموع الأعراض السابق ذكرها جاز القول بتشخيص ورم الكلى كوكى متعدد الجيوب فى الكبد

وأكثر ما يحصل فى أثناء سير هذا المرض استسقاء زقى ونزيف معدى معوى او نزف من أغشية مخاطية أخرى او تحت الجلد ومع ذلك فجميع هذه



الاعراض ليست مشخصة لتلك الاورام بل انها متعلقة فقط باحتباس  
الصفراء وامتصاصها وتشاهد بكثرة في جميع الامراض المذكورة بذلك  
كما سيأتي بيانه في المباحث الآتية

**\* (المعالجة) \***

ليس للصناعة أدنى قوة من معالجة الاورام الا كوكوكية المتعددة  
الحيوية بل ان عدم نجاح العلاج بالنسبة لليرقان قد يستتبع منه احيانا  
حقيقة تشخيص هذا المرض فانه لا يأتى بأى واسطة تنقيص حجم الورم  
ولا تحسب بين حالة اليرقان ولا حفظ قوى المريض وتغذيته مع الاستمرار وكذا  
اليزل الذي فعل في الحالة التي شاهدها المعلم (جر سنجر) والتي شاهدها مع  
الدقة بمبارستان القصر العميني وكانت فيها الاورام الا كوكوكية  
المتعددة الحيوية جدا سيما في الكبد بل وفي كثير من الاعضاء في آن واحد لم  
يجد ذلك نقما فلا حاجة في اتباعه

**\* (المبحث الثاني عشر) \***

**\* (في الاحتباس الصفراوي للكبد واليرقان المتعاقبه**

**اي اليرقان الكبدى) \***

**\* (كيفية الظهور والاسباب) \***

المسالك الصفراوية لا تحتوي على الياف مقعسة بقوة الانقباض تسمع  
بقذف محتصلها ولذا جبرنا على القول بان الصفراء تندفع في المسالك  
الصفراوية بنفس القوة الدافعة لها في منشاء هذه القنوات أعني بضغط  
الافراز والضغط الذي يعتري الكبد مدة الشهيق بانخفاض الحجاب الحاجز  
وان ساعد في الحقيقة على استقراغ المسالك الصفراوية الا أن قوة هذا  
الضغط ليست عظيمة فان الحويصلة المرارية التي يؤثر فيها لا بد بضغط  
الحجاب الحاجز بقوة أكثر من تأثيره على الكبد الذي هو عضو مسط  
ذومقاومة يمكن ان تقبل بالصفراء ولو مع عدم انقطاع الحركات التنفسية  
وعلى جميع الاحوال فالقوى الدافعة للصفراء في المسالك الصفراوية ضعيفة  
جدا بحيث لا يمكنها ان تهرأدنى مقاومة وان ادنى مانع يعوق استقراغ الصفراء  
وسيرها ينتج عنه تراكم هذا السائل في الكبد فيحدث الاحتباس الصفراوي

ومتى امتلأت المسالك الصفراوية والاخلية الكبدية امتلاء عظيما ووصل  
الضغط الباطني الواقع على جدار هذه المسالك لدرجة عظيمة دخل جزء عظيم مما  
احتوى عليه من الصفراء بمحركة التشرب في الاوعية الدموية والينقاوية  
وهذا هو السبب الغالب في حصول اليرقان

ثم ان التجارب المستجدة اوضحت لنا مع البيان انه في احوال اليرقان الناشئ  
عن احتباس الصفراء وامتصاصها المعبر عنه باليرقان الامتصاصي وباليرقان  
الكبدى عكس لليرقان المعبر عنه بالدموي يدخل في الدم ولا بد كل من المواد  
الملقونة للصفراء وباقي الاجزاء المكونة لها الا سيما حوامض الصفراء وهذه  
الحوامض لها خاصية واضحة في اذابة الجسيمات الدموية كما دلت على ذلك  
التجارب العديدة فانه يحقن محلول خفيف من هذه الحوامض في دم بعض  
الحيوانات يمكن احداث اليرقان بالصناعة وذلك لان المادة الملقونة للدم  
المنفردة اذ ذلك تستحيل الى المادة الملقونة للصفراء وحيث ان كلامنا هذين  
الامر ين ثابت بين وهما في احوال احتباس الصفراء فتصل حوامض هذا  
السائل الى الدم وانه يدخل حوامض الصفراء في الدم تنفرد ولا بد المادة  
الملقونة للدم وتستحيل الى مادة ملقونة للصفراء فنقول مع التاكيد ولا بد ان  
كل يرقان كبدى ينضم له يرقان دموي وبعبارة أخرى ان كل يرقان كبدى  
المنشأ يودى لحصول يرقان دموي

ثم ان من جملة امراض الكبد السابق ذكرها ما لا ينتج عنه اليرقان وهو  
الاستحالة الشحمية للكبد والشعرية له فانه لا ينتج عنه مطلقا ضغط على  
المسالك الصفراوية ومنها ضوره وسرطانها وكاسه الحويصلية فانه  
تارة ينتج عنها اليرقان وتارة لا ينتج عنها في الاحوال التي فيها يعترى المسالك  
الصفراوية بضغط يحصل احتباس الصفراء احتباسا جزئيا وامتصاص  
الصفراء واليرقان لا يصلان في هذه الحالة لدرجة عظيمة جدا ولم تزل المواد  
البرازية متلقونة بالصفراء بالنسبة لما ياتي اليها من المسالك الصفراوية  
ويتعكس ذلك في احوال أخرى فيها تنضغط القناة الكبدية او الصفراوية  
بواسطة أورام في الكبد او تنسد فيصير احتباس الصفراء تاما واليرقان عظيما  
جد او المواد البرازية غير متلقونة بالكلمة



ثم ان احتباس الصفراء احتباسا كليا بجميع ما ينتج عنه تكثر مشاهداته  
في آفات القنوات الناقلة للصفراء وفي أحوال انضغاطها بواسطة أورام  
وسياق شرح ذلك فيما سياتي ولا نشرح في هذا المبحث إلا التغيرات التي  
تعترى السكب بواسطة الاحتباس الصفراوي وما ينتج عنه  
\*(الصفات القدر بحمية)\*

حجم السكب يمكن أن يحصل فيه تمدد بواسطة الاحتباس الصفراوي العظيم  
بخصوله بالاحتباس الدموي ومع ذلك فهذا الاتساع وتزايد الحجم يتناقض  
بسرعة متى زال العائق المانع لاستفراغ الصفراء وشكل هذا العضو لا يتغير  
بتزايد في الحجم والمسالك الصفراوية عظيمة كانت أو صغيرة تظهر مملئة  
بالصفراء ومقدرة ولون السكب يكون أصفر فاقه أو أخضر زيتونيا بحسب  
اختلاف درجة احتقانه بالصفراء والعادة ان لا يكون هذا التلون مستويا  
بل مبهما وبالبحث الميكروسكوبي على حسب ما قرره المعلم (فرير كس) يكون  
تارة تحصل الخلايا الكبدية ذالون أصفر باهت وتارة ذالون مسمر بجمعتي  
ذاتويات رقيقة ومتى استقر الدم زمنا توجد الخلايا الكبدية محتوية على مادة  
بجمنية أكثر صلبة مائلة للصفرة أو صفراء محمرة أو مخضرة وهذه الخلايا  
المحتوية على المادة البجمنية تكون مرتكزة بكثرة حول الاوردة المركزية  
والسكب المتزايد في الحجم تزايد اعظيما بسبب احتباس الصفراء يمكن ان  
يتناقض حجمه بل يضمحل ولو لم يزل المانع العائق لاستفراغ الصفراء وهذا  
العضو عند ما يعثر به صغر الحجم يصير ذالون أخضر داكن بل مسود ونقص  
كثافته فيصير رخوا ويثقل في هذه الحالة لا بد أن تغذية الخلايا الكبدية  
يعتريها تغير بسبب ضغط الاوعية الدموية المتعددة عليها والمسالك الصفراوية  
بل ومن الضغط الواقع عليها من الصفراء المتراكمة فيها وبالبحث بالمكروسكوب  
يرى أن معظم هذه الخلايا ممتلئة بالاشمس وسهتيل الى مادة ذات نويات رقيقة  
جدا

ويسهل معرفة التغير اليرقاني في جميع الاعضاء والسوائل في جثة الاشخاص  
المهالكين فانه يقطع النظر عن التلون الخاص للجلد والصابتين والبول الذي  
سندكره فيما سياتي عند الكلام على اعراض هذا المرض عند فتح الجثة بتفصيح

تلون ليونى في الشحم والمنسوج الخلوى تحت الجلد والثرث والتامور وغير ذلك والسائل الموجود بين صفيحات هذا الغشاء كالموجود في البليورا واتامور يظهر التلون الليونى أيضا معدا المنخ والنخاع الشوكى فأنه ما لا يظهر ان التلون الليونى الا نادرا جدا وأما الكليتان فيظهر فيهما التلون الاصفر الليونى ظهورا واضحا

\* (الاعراض والسير) \*

تمكاد تسبق العلامات الواصفة لامتصاص الصفراء بظواهر مرضية سابقة وهى عبارة عن اعراض المرض الذى يودى الى تضادق المسالك الصفراوية او انسدادها والذى يحدث تناقصا فى الضغط الجانبي للدم الواقع على اوعية الكبد وفي الغالب يسبق اليرقان باعراض النزلة المعديّة الاثني عشرية وامتصاص الصفراء يعقب بسرعة المانع العائق لاستفراغ هذا السائل بحيث ان المادة الملوّنة للصفراء تظهر فى البول بعد أربع وعشر بن ساعة (بل ان هذه المادة بطماتجارب سندرس وأوديجنا تظهر فى البول بعد ساعتين أو أربع عقب ربط القناة الصفراوية من الكلاب)

وأما اعراض اليرقان نفسه فأنه تمضخ بعد يومين أو ثلاث فالجلد يكون تارة قليل الاصفراء وتارة شديده بحيث يصحكون زعفرانى اللون ثم فيما بعد قد يكتسب لونا صفرا مسعرا أو أخضر مسعرا وذلك فى أحوال اليرقان الشديده جدا المعروف باليرقان العسلى وهذا التلون اليرقانى يكون كثير الوضوح جدا فى أجزاء الجسم ذات البشرة الرقيقة القليلة التلون والتي تتضخ من خلالها الطبقات الغائرة من الشبكة الملبججة التي هى المجلس الاعتيادى للمادة الملوّنة وذلك كالجبهة والوجنتين غير المحمرتين وجلد الصدر ومن العلامات الواصفة لليرقان المهمة فى التمييز بين التلون اليرقانى للجلد عن غيره من أشكال تراكم المواد الملوّنة فيه هو التلون المصفر للغشاء الملتحمى المغطى للصابية فانه فى الحالة المشكوك فيها لو أمر المريض بالنظر الى أعلى عند خفض الجفن السفلى لشوهه فحودائرة المقابلة الأثنا لاولية من اليرقان المبتدئ والتلون المصفر للجلد والصابية يزول بالكلية فى ضوء فحوا الصباح والشمع بحيث لا يمكن معرفة اليرقان فى وقت المساء وكذا تلون الاغشية



المخاطبة المدركة للنظر يتحقق من وجوده عند دفع الدم من الشقنين أو اللثة  
عند الشخص المصاب باليرقان بواسطة ضغط الاصبع وذلك انه يشاهد  
حينئذ بقعة مصفرة غير باهتة والبول يكون تارة أصفر مسعرا كالبيرة الخفيفة  
وتارة اصمردا كالكالبيرة الكثيفة وعند تعرضه للهواء وتركه يكتسب لونا  
مخضرا وعند رج البول اليرقاني يشاهد الزبد المتكئون فيه مملونا قليلا  
بالصفرة وتارة بالصفرة الناصعة وعند غمر شريط من القماش الأبيض فيه  
أو من ورق الترشيح يكتسب لونا مصفرا وهذه التجربة تكفي بانفرادها في تمييز  
المادة الملوثة للصفراء عن المادة الملوثة للبول

وهناك تجربة أكد من هذه وهي اضافة قليل من حمض النتريك المحتوى على  
قليل من حمض النتروز الى البول فباضافة هذا الجوهر يشاهد أن اللون  
الاسمر للمادة الملوثة للصفراء يتقبل تدريجا الى اللون الاخضر ومنه الى  
الازرق ومنه الى البنفسجي ومنه الى الاسمر ومنه اخيرا الى الاصفر الباهت  
ولاجل جودة مشاهدته تغير اللون المذكور بوضع البول في كوبه مستطيلة  
من البور أو في أنابيب الكشكش المحتوية على حمض النتريك بان يصب البول  
المراد البحث عنه في امع الاحتراس حتى يجرى سائلا على جدرانها فيبقى على  
سطح الحوض ولا يختلط به الامع التدريج وحينئذ ينبغي ترك الانبوبة للراحة  
زمن اقل لاقتشاد الالوان المختلفة السابق ذكرها على الحوض متى كان البول  
محتويا على المادة الملوثة للصفراء وهذه التجربة لا تنجح بالحكيلة متى بقي البول  
معرضا للهواء مدة طويلة من الزمن واكتسب التلون المخضر ومع ذلك فقد  
ذكر (فرير كس) ان هذه التجربة لا تنجح احيانا في البول الحديث وتنصح  
عند ذلك ~~ب~~ زمانا طويلا معرضا للهواء وبالجملة نذكر هنا انه ليس من  
النادر مشاهدته تغير اللون من الحرة الى الخضرة في البول الغير المحتوى على  
الصفراء ولو بكيفية واهية لكن لا يشاهد فيه التلون المزرق والبنفسجي  
ولاجل معرفة وجود حوامض الصفراء في البول التي يندر أن تقع عند  
وجود المادة الملوثة للصفراء فيه ينبغي تصعيد جزء من البول في حمام مائي  
حتى يحل متحصلا ثم يحل متحصلا ذلك في الكؤل ويصعد ثانيا ثم يحل المتحصلا  
في قليل من الماء وحينئذ تنفذ التجربة (بيتن كوفر) في انبوبة كشف

بان يضاف اليه ابتداء نقطتان او ثلاثه من محلول السكر (المأخوذ من جزء  
من السكر على اربعة اجزاء من الماء) ثم يحض الكبريتيك النقي المركز ويرج  
السائل الموجود في الانبوبة فعند درجه تسكيب بالتدريج لونا احمر كزيا  
ثم لونا بنفسجي او المعلم (هوب سيلر) له الفضل في بيان خطأ القائل بان البول  
في احوال اليرقان يحتوي على المادة الملونة للصفراء لاعلى حوامضها  
وبالجملة تنبيه على انه طبقة التجارب (نوت ناچل) يوجد في البول في احوال  
اليرقان الشديد انابيب (بدون مادة زلالية) وفي جميع هذه الاحوال يحتوي  
البول ايضا على حوامض الصفراء

زيادة على ذلك توجد المادة الملونة للصفراء في عرق المصابين باليرقان تسكيب  
ثيابهم لونا مصفر ابيض بكثره في الخمال التي يكثر فيها التخثير الجلدي وكثيرا  
ما وجد اللون المصفر ايضا في لبن المرضعات

وقد لودن مواد البراز قد اتمتقا وتامن عوق انصباب الصفراء في معي المصابين  
باليرقان من الظواهر الكثرية الوضوح فانه متى حصل انسداد غير تام في  
القنوات المقرزة للصفراء او احتباس جزئي في هذا السائل اكتسبت المواد  
البرازية لونا تريايا ولونا كك لون الطقل الابيض متى كان كل من القناة  
الكبدية والصفراوية منسد ابالكليته ويس المواد البرازية وبطء سيرها  
ينسب عادة لفقدرقة متحصل المبي بانصباب الصفراء فيها وحيث ان كمية  
الصفراء المنصبة في المعى في ظرف ٢٤ ساعة كيلوجرام واحد في ذلك  
يتضح لماذا ان المواد الثقيلة زيادة عن فقد تلونها تكون جافة ومن جهة  
أخرى حيث انه بسبب عدم وصول الصفراء الى المعى امتصاص الشحم لا يتم  
او بالاكل ينناقص تناقصا عظيما كما اثبتت لنا الفسيولوجية ذلك فبدا يتضح  
ايضا كثرة احتواء البراز عند المصابين باليرقان على المواد الشحمية وبالجملة  
فحيث يظهر أن تأثير الصفراء على متحصل القناة المعوية يمنع فسادها وتوقفها  
عن الواضح ان المرضى الذين لا تنصب الصفراء عندهم في القناة المعوية  
يعتبرهم حالة قرقر في البطن والغازات التي تخرج منها هي والمواد الثقيلة  
تكون منقمة للغاية

ويشاهد عند أغلب المرضى المصابين بيرقان عقب احتباس الصفراء مع



التلون اليرقاني للجلد والصلبتين والبول والعرق واللبن وقد تلون المواد  
 البرازية وجميع المكابدات الناتجة عن عدم انصباب الصفراء في المني فحفاة  
 واضحة وهبوط زائد وحالة تنعس وحيث انه عند امتناع وصول الصفراء  
 الى المني لم يزل ينضم كل من المواد المشوية والازوتية فالتحافة لا يمكن  
 توجيهها الا بعوق امتصاص المواد الشهومية خصوصا في الاحوال التي فيها  
 لم يكن احتباس الصفراء مضاغفا بحالة نزلية معدية معوية وهناك ظاهرة  
 أخرى تنضم للتحافة المرضي المصابين باليرقان وهبوطهم وهي بطء النبض  
 فان المرضي المصابين باليرقان يكون نبضهم بطيئا وقد ظن بأنه لا يحتاج  
 في تفسير هذه الظاهرة الى القول باختلاط الدم مع عناصر الصفراء وتشبيهه  
 بتأثير هذه العناصر في دورة الدم بتأثير الديجيتالا وذلك لان الاشخاص الذين  
 يعالجون بالجويع العظيم والذين يكونون في نقاهة بعض الامراض الثقيلة  
 يكون نبضهم بطيئا جدا بعد زوال الحمى ومع ذلك فالتجارب المهمة لا تعلم  
 (ر. روج) أثبتت أن بطء النبض عند الاشخاص المصابين باليرقان يتعلق  
 ولا بد بوجود مواد الصفراء في الدم

وعين ذلك يقال في الاكلان المتعب للجلد الذي يحصل منه للمرضي المصابين  
 باليرقان تعب عظيم وقد اراء بعض اطباء توجيه هذه الظاهرة بجفاف الجلد  
 وقحوالته فان الضمور والشيخوخة يشاهد فيه ظاهرة مشابهة لذلك ومع هذا  
 فكثرة مشاهدة اكلان الجلد في اليرقان وقلة مشاهدته في الضمور والشيخوخة  
 يعضدان القول بأن هذا الاكلان في اليرقان ناتج عن تهيج القريةات  
 العصبية الجلدية بالمواد الملونة للصفراء المتراكمة في الشبكة المليةجية  
 وكذا (الاكسنتيسى) أعنى رؤية الاشياء متلوونة باللون الاصفر تعدت ظاهرة  
 نادرة المشاهدة في اليرقان وقد وجهه بعضهم بتلون الاوساط الشفافة لعين  
 باللون الاصفر وبعضهم باضطراب عصبي

\* (السير والانتهاة) \*

سير هذا المرض وانتهائه يتعلقان غالباً بسرعة تباعد العوائق المانعة  
 لاستفراغ الصفراء او بطئها او عدم امكان ذلك في الحالة الاولى اعراض  
 احتباس الصفراء تزول بسرعة بعد تباعد السبب الموجب لاحتباسها

وينتهي المرض بالشفاء فيمتدئ تلون المواد البرازية بالصفراء ثم يزول اللون  
الداكن للبول والظواهر المتعلقة بقشر المتسوجات بسائل غذائي متلون  
بالمادة الملونة للصفراء واما التلون اليرقاني للجلد فيمتأخر زواله خصوصا اذا  
كانت البشرة سميكه وان كان موجودا تمدد في الكبد وقت وجود العائق  
المانع لاستقرار الصفراء يزول هذا العرض شيئا فشيئا كبقية الاعراض متى  
عادت الصفراء لسيرها الطبيعي كما ان كلامن قوى المريض وتغذيته يعود الى  
حاله الطبيعية بسرعة

واذا استمر احتباس الصفراء من مناطق بلا جسد أو وكان ناتجا عن عوائق  
لا يمكن ازالته او وصل اليرقان الى أشد الدرجات واضطربت تغذية المريض  
جدا بحيث يمكن أن يموت أخيرا من النوبة والارتشاحات المصاحبة وفي أحوال  
نادرة قد يسرع الانتهاء المحزن بظهور أنزفة معدية معوية وهذا العرض  
حصوله بنفس الكيفية التي يحصل بها في سير ووز الكبد وفي التهاب الوريدى  
البابى فان انضغاط الاوعية الشعرية الكبدية بالقنوات الصفراوية الممتدة  
يعوق سير الدم في الاوعية المعوية والمعوية مثل ما يحصل في هذين المرضين  
الاخيرين أعني من انضغاط الاوعية الكبدية بالتسوج الخلوى المنكسش أو  
من انسداد الوريد الباب عقب التهابه وزيادة على هذه الاسباب الميخانية كيمة  
العائقة لاستقرار الدم بوجبه حصول هذه الانزفة وهو  
اضطراب التغذية للاوعية الشعرية المعوية المعوية ألا ترى انه في اليرقان  
كثيرا ما تظهر انزفة اخرى خصوصا في الجلد على هيئة الكدم والطنخ

وهناك مضاعفة اخرى مهمة وهو ظهور اضطرابات عصبية خطيرة مدة سير  
اليرقان وقد تمتدئ هذه الاضطرابات احيانا بالهذيان أو التشنجات لكن  
الغالب تساطن ظواهر شلالية فالمرضى تقع في حالة تنهس شديد ثم تهلك في حالة  
مخودية وهذه الاضطرابات العصبية معروفة من قديم بانها تتدل على انذار  
خبيث وقد وجهها بعضهم بكميقيات محتلفة وفي العصر المستجد وجهت  
بالتأثير المسم لحوامض الصفراء على الدم فانه يحقن في دم بعض الحيوانات  
أمكن احداث ظواهر تشبهية دالة على شلل المجموع العصبى  
ثم ان البحث الطبيعى في الاحوال الخفية لليرقان واحتباس الصفراء لا يثبت



به تمدد حجم الكبد واتفاخه وأما في الأحوال الثقيلة كالتي تشاهد عند  
 الانسداد الكلي للقنوات الكبدية والصفراوية فيتضخم لنا فيها بالقرع  
 والحمس تزايد عظيم في حجم الكبد فيظهر ان سطحه املس مترادف في القوام  
 وتضخم حافته المقدمية وعند انسداد القناة للصفراوية انسدادا كما يمكن  
 الاحساس بالحويصلة المرارية الزائدة التمدد وان تناقصت احصية الكبد  
 بدون تناقص في اليرقان كان هذا من العلامات الرديئة فان ذلك يدل على  
 ضمور تابعي في الكبد

### \* (المعالجة) \*

ليس لمعالجة احتباس الصفراء مجاح عظيم الا في الأحوال التي فيها يمكن ازالة  
 السبب الاصلى ولذا ليس لنا قدرة على ازالة احتباس الصفراء الناتج عن  
 أعقاب امراض الكبد كحويصلة لانه الديدانية وسرطانة وسيروزه واما  
 الاحتباس الصفراوي الناتج عن آفات في المسالك الصفراوية فالغالب ان  
 تكون معالجته كثيرة النجاح والوسايط العلاجية المنهورة بانها مضادة  
 لليرقان هي التي لها تأثير جيد في امراض المسالك الصفراوية كما سيأتي بيان  
 ذلك وهذه الوسايط اهمها استعمال مياه كارلوس باد فان هذه الينابيع  
 الطبيعية ذات شهرة عظيمة في معالجة اليرقان فكثيرا ما يرى شفاء المرضى  
 المصابين باليرقان الشديد في زمن قليل عقب استعمال مياه هذه الينابيع  
 الطبيعية خصوصا في الأحوال التي فيها يكون اليرقان متعلقا بالتهزلية في  
 المسالك الصفراوية او بانسداده المسالك بواسطة الحصوات الكبدية  
 واما ان توجهت المرضى الى كارلوس باد وكانت مصابة بانسداد غير قابل  
 للشفاء في المسالك الصفراوية فان حالتها لاتحسن باستعمال مياه تلك  
 الينابيع بل انها تم لك هناك بسرعة فانه بازدياد افراز الصفراء تزداد ظواهر  
 احتباسها ويسرع ذوبان الحويصلات الكبدية أكثر مما اذا لم تستعمل  
 تلك المياه وكذا استعمال حمض النتريك الممزوج بحمض الكلور ووردريك  
 من الباطن والظاهر والزئبق الحلو والحوالصة المرة والحللة والمقيئات  
 والمسهلات ليس له تأثير جيد في شفاء اليرقان ما لم يمكن اتمام ما تستدعيه  
 المعالجة السببية

واذا لم يمكن تبديد السبب العائق لانصباب الصفراء في القناة الهضمية فليس  
 لمعالجة المرض الاصلى وسياط مخصوصة بمعنى انما اذا لم تنجح في اتمام دلالات  
 المعالجة السببية ليس لنا قدرة ايضا على اتمام ما تستدعيه معالجة المرض نفسه  
 واما المعالجة العرضية فاول ما تستدعيه هو معالجة اضطراب التغذية  
 وضعف المريض الناتجين عن احتباس الصفراء فيؤمر باستعمال  
 اغذية لطيفة مقوية كالامراق المركزة وخصوصا اللعوم المحمرة الباردة  
 والشوربات القوية ويمتنع من استعمال الجواهر الثمينة حيث تكاد  
 لا تمتص عند عدم انصباب الصفراء في القناة الهضمية وذلك كالامراق  
 الدسمة والسلي (أى السمن) ونحو ذلك وهذا الامر مهم الاتباع في معالجة  
 هذا المرض سواء كانت المعالجة في بيوت المرضى او في المارسترات او في  
 محلات الينايبس الطبيعية السابقة ذكرها كما أنه ينبغي مضاربة الامساك  
 الذي يعتري اغلب المرضى المسابين باليرقان الناتج اما عن جفاف المواد  
 البرازية او فقد المنبه الطبيعي الذي تحدثه الصفراء في الغشاء المخاطي للقناة  
 الهضمية وانما ينبغي تجنب استعمال المسهلات الخفيفة ويقضل عنهما في الاستعمال  
 المسهلات الرزقية او المسهلات القوية الحقيقية كمنقوع السننالكى  
 المركب (المعروف بالجرعة المسهلة لويينا) وخلاصة الراوند المركبة المحتوية  
 على خلاصة الصبر وحيث ان جزأ عظيم من المواد الملوثة للصفراء ينقذ مع  
 البول جاز استعمال مدرات البول لاجل مساعدة زوال اليرقان وذلك كملح  
 طرطير الذائب وخالات البوتاسا و كربوناتهم او تستعمل هذه الجواهر خصوصا  
 عند احتباس البول الذي هو أحد اعراض اليرقان اى عند ما تكون  
 القنوات البولية منسدة بتركم المادة الملوثة للصفراء كما قاله (فريركس)  
 فانه بازيداد الافراز البولى يمكن قذف هذه المواد ودفعها من القنوات البولية  
 ويستعمل ضد الاكلان الجلدى المتعب وزوال اليرقان من الجلد الذى يبقى  
 احيانا زماطويا لابعاد زوال احتباس الصفراء الحمامات الفاترة والبحارية  
 والصابونية والبوتاسية فان تبيحهم امرعة انقذاف البشرة الجلدية

\* (المبحث الثالث عشر) \*

(في اليرقان الدموى اى الغير المصوب احتباس في الصفراء)



المعروف باليرقان الكيموي

(كيفية الظهور والاسباب)\*

قد استبان للاطباء من منذ زمن طويل انه يوجد احوال من اليرقان فيها لا يكون عائق ميكانيكي مانع لاستفراغ الصفراء ومحدث لاحتمالها تبعاً لذلك والاجتهاد في توجيه اليرقان في مثل هذه الاحوال بتشخيص المسالك الصفراوية ونسبته لذلك لم يصادف محلاً وحيث ان المسالك الصفراوية تشمل على الياف عضلية كما اثبتته (لوشكا) فلا يمكن رفض القول بانه قد يحصل فيها انسداد وقي بواسطة انقباض تشنجي فيها ليس من القرب للعقل ان الانقباض التشنجي يستمر زماناً طويلاً جداً تبعاً للتجارب التفسيرية حتى ينتج عن التشنج درجة عظيمة من الاحتباس الصفراوي به تنتقل الصفراء من المسالك الصفراوية الى الاوعية الدموية واللينفاوية فينشأ عن ذلك ظواهر يرقية وعلى هذا فوجود اليرقان التشنجي أمر مشكوك فيه جداً وليس قريبا من العقل

كما انه يعد عن العقل جداً ان الصفراء تجهز وتتكون في بعض الاحوال بكمية عظيمة جداً بحيث لا تكفي المسالك الصفراوية في نقلها واستفراغها وان ازدياد تكون الصفراء يؤدي لحصول اليرقان بدخول جزء من هذا السائل المتكون بكمية عظيمة جداً في الاوعية الدموية واللينفاوية ولذا صار التعويل على الرأي القائل بانه يوجد نوع آخر من اليرقان يتكون في الدم نفسه وارتكبت هذه النظريات ابتداءً على تجارب المعلم (ورجوف) التي اثبتت بها ان المادة الملونة للدم قد تعثرها استحالة شبيهة بالمادة الملونة للصفراء وسماها بالهيماتودين وزعم هذا الاخير أيضاً ان الاستحالة المذكورة للمادة الملونة للدم يمكن حصولها فيه وهو في دورته عقب تلاش ممتد وفساد عظيم في السكريات الدموية وساعد في تقوية هذه النظريات القائلة باليرقان الدموي اشغال كل من المعلم (زفكر) و (رافنكي) و (النتير) و (كيل) و (ليدن) وغيرهم بحيث انه في زمن قريب عد من جملة اليرقان الدموي أشكال عديدة من اليرقان ذات وصف عام مشترك بينها وهو انه يصل فيها الى الدم جوهر متكثف اما في هذا السائل او آت من الخارج فيفسد ويهدد

جزءاً عظيماً من السكريات الدموية ويجعل المادة الملونة للدم السائبة الى المادة  
 المسهرة الملونة للصفراء المسهرة بالميلير وبين فن ذلك اليرقان الدموي الناتج  
 عن حقن الصفراء أو حواملها التي ثبت تأثيرها المفسد للسكريات الدموية  
 بالتجارب الفسيولوجية لكل من (روش) و (هونفيلد) ومن ذلك أيضاً اليرقان  
 الناشئ عن حقن كمية عظيمة من الماء في الدم وعقب استنشاق الاثير  
 والكحول وفوموم وعض الاقاعي والتسمم بجمض القوسفور والمصاحب لكثير  
 من الامراض المصحوبة بتسمم عظيم في الدم كعض احوال اليبيميا اي التسمم  
 الصديدي للدم والقيفوس والجي الفعاسية والصفراوية وبالجملة فقد  
 ذهب بعضهم الى ان كلاً من يرقان المولودين جديداً والناتج عن انفعالات  
 نفسية يهتم من هذا القبيل أيضاً

لكن الاستكشافات المستجدة قد احدثت نقصاً عظيماً في عدد أشكال  
 اليرقان الدموي وذلك ان كثيراً من اشكال اليرقان التي كانت تعتبر من  
 ضمن اليرقان الدموي تعد الآن من جملة أشكال اليرقان الامتصاصي  
 خصوصاً من منذ ما ثبت انه يوجد خلاف اليرقان الاحتماسي في الكبد يرقان  
 يظهر انه ناتج عن تناقص الضغط الجانبي للدم في الوريد الباب وأمكن بذلك  
 توجيه بعض من أشكال اليرقان التي كانت خفية علينا ولقد حصل أيضاً  
 تناقض واضطراب في النظريات المؤسس عليها اليرقان الدموي من منذ  
 ما ضارب المعلم (لايدن) العلامة الاكلينيكية المعروفة في هذا الشكل وهي فقد  
 وجود الحوامض الصفراوية من البول على الدوام وذكر (نونين) انه يوجد  
 في اليرقان المسمى باليرقان الدموي خصوصاً عند المصابين بالتسمم الصديدي  
 للدم حوامض صفراوية في البول وكذا القول باليرقان الدموي عقب حقن  
 الماء في الدم لم تؤيده التجارب التي فعلها (استنير) في الارانب التي لم يثبت بها  
 ان المادة الملونة للدم لم تستعمل الى مادة ملونة للصفراء عقب حقن الماء بكمية  
 عظيمة ومع هذا ففي احوال عديدة لانشك في الطبيعة الدموية لهذا اليرقان  
 انما في هذه الاحوال المذكورة يبقى عندنا بعض تغيب هـل الناشئ عن  
 استعمال المادة الملونة للدم مادة ملونة للصفراء او جسم مشابه لها في  
 اللون ومخالف في الخواص الكيماوية وهـل استعمال المادة الملونة للدم



تحصل في الدم نفسه او في المنسوجات المتشربة بالدم والمادة الملونة له والمتشعبة  
بها والامر الاخير ان ساغ امكن منه وضوح وبيان انه في اليرقان الدموي  
يمكن فقد المادة الملونة للصفراء في البول

**\* (الصفات التشرىحية) \***

اما اليرقان الغير الناشئ عن تشرب الصفراء وامتصاصها من النادر ان يرتقي  
الى درجة عظيمة فيوجد في الجثة غالباً تلون خفيف في الجلد والطبقة الشحمية  
وباقى المنسوجات ومن المهم بالنسبة للتشخيص التشرىحي لليرقان الدموي  
وتمييزه عن اليرقان الكبدي ان الكبدي في الاول لا يكون تلونه  
اليرقاني أوضح وأشد من باقى الاعضاء بخلافه في الثاني فان علامات  
امتصاص الصفراء في الكبدي يزيد اوضحها وظهورها وأما كل من تلون  
متحصل المي بالصفراء او وجود المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة لها على  
حالة سلامة وسلولك فليس متبعاً لوجود اليرقان الدموي فان ذلك هو الواقع  
في اليرقان الكبدي الناتج عن تناقص في الضغط الجانبي للدم في الوريد الباب  
وزيادة على ذلك فيسنى الثاني والتوتق عند الحكم على سلامة المسالك  
الصفراوية وسلولكها حتى لا تقع في الخطأ فان الامر المعلوم من ان الضغط  
على الحويصلة الصفراوية الذي يمكن به دفع بعض نقط من الصفراء الى  
القناة الصفراوية والاثنى عشرى لا يثبت ثبوتاً كافياً لسلولك هذه القناة  
مدة الحياة فان هذه التجربة لا يندران تجب في الاحوال التي فيها يستنبط من  
وجود سدة متكونة من مواد مخاطية سنجابية وبشرية في الجزء الاثنى عشرى  
من القناة الصفراوية ومن فقد تلون متصل المي فقد اتاما وجود التهاب  
نزلي في القناة الصفراوية ويريقان كبدي مع التأكيد والفضل لكل من  
المعلم (بول) و (ليبرميتر) في بيانه للتغيرات التي تحصل في الكبدي وفي غيره من  
اعضاء الجسم في احوال اليرقان الدموي والتغيرات التي تحصل في  
الحويصلات الكبدية وفي الطبقة البشرية من القناة البولية تبعاً للثاني منهما  
عبارة عن تراكم عظيم من نقط صغيرة دقيقة شحمية او من مادة عكرة يظهر  
انها زلالية في باطن تلك الخلايا تارة وتارة تكون الخلايا مكابدة لتلاش ونسداد  
عقب تشربها السكرات صغيرة شحمية عديدة واقدش وهدت تغيرات مماثلة لذلك

في الجوهر العضلي من القلب فهذه التغيرات الجوهرية تبعاً له - علم  
 (ليبرميستر) لكل من الكبد والكليتين والجوهر العضلي من القلب تدل  
 على أنه بتأثير السبب المضر الذي أحدث تلاشياً في الكرات الدموية بمعنى  
 تغير جوهرى في الدم تحدث أيضاً تغيرات مشابهة لذلك في الأجزاء الجلدية من  
 المنسوجات

\* (الاعراض والسير) \*

اليرقان الدموى يـكـون كما ذكرنا عرضاً من أعراض أحد الأمراض  
 التسممية الثقيلة فالاعراض الموجودة حينئذ تختص المرض الاصلى  
 لا اليرقان نفسه ولذا لا يمكن وصفه على حدته والامور التي يترتب عليها تميز  
 اليرقان الدموى عن الكبدى قد سبق ذكر معظمها وجود مرض من  
 الامراض التسممية المنتشرة الحادة مع فقد علامات مرض من أمراض  
 البطن المؤثرة في الكبد يقرب من العقل ان اليرقان الموجود من الجائزان  
 يذوب عنه دموى ويقوى ذلك اذا كانت المواد البرازية غير فاقدة لتلوونها  
 الصفراوى وكان التلون الصفراوى للجسد والاغشية المخاطية زائداً عن  
 احتواء البول على المادة الملوثة للصفراء وكانت حوامض الصفراء مفقودة  
 من البول بالكليمة لكن جميع هذه العلامات لا تؤكد كدلنا حقيقة التشخيص  
 ولا يجوز نسبة الانهاء المخزن في كثير من احوال اليرقان الدموى لتلاشي  
 عدد عظيم من الكرات الدموية فقط بل ولثقل المرض الاصلى وخطره  
 والاستحالة الجوهرية المتقدمة في الكليتين والكبد والجوهر العضلي من  
 القلب ونحو ذلك

\* (المعالجة) \*

اليرقان الدموى لا يحتاج لمعالجة مخصوصة فانه يزول بزوال المرض الاصلى  
 الناتج هو عنه وما يتأسف عليه عدم قدرتنا على ذلك في كثير من الاحوال  
 والذي يلجأ اليه في احوال اليرقان الدموى في أثناء سير الامراض المحبوبة  
 بحمى ثقيلة هي المعالجة المضادة للحمى

\* (المبحث الرابع عشر) \*

(في الضمور الاصفر الحاد للكبد)



## \* كيفية الظهور والاسباب \*

في الضمور الحاد الاصفر للكبد الذي هو مرض لم يزل منهم ما علينا وليس له  
مشابه في الامراض بصير الكبد في زمن قليل صغير الحجم رخوه هشأوبالبحث  
بالمكروسكوب عن أجزاء هذا العضو الضامر المسترخي يوجد معظم الخلايا  
الكبدية مة الاشيا منفسدا

ثم ان الاجتهاد في توجيه طبيعة هذا المرض أدى لنظريات عديدة فبعض  
المؤلفين يزعم ان السبب الرئيس في فساد الحويصلات الكبدية هي حالة افراز  
الصفراء بمعنى ان تلاشي الكبد يكون ناتجا عن تأخر افراز الصفراء المتزايد  
جد انزيا غير طبيعي ويوجه ذلك باضطراب عصبي في هذا العضو وبعضهم  
يزعم ان السبب في حصول هذا المرض هو تراكم الصفراء في الكبد بسبب  
وجود عوق مانع لاستمرارها مع انه يندرج وجود سبب عائق من هذا القبيل  
ففي الغالب توجد المسالك الصفراوية اما فارغة او ممتلئة بمواد مخاطية

والمؤلفون الاخرون من اطباء يعتبرون الضمور الاصفر للكبد انهاء لشكل  
مخصوص من الالتهاب الكبدى وفي الحقيقة كل من السير الحاد لهذا المرض  
والتهتك السريع الممتد الذي يعتري الخلايا الكبدية يدل على أن التغيير  
الحاصل في الكبد انما هو التهابى وزيادة على ذلك فقد وجد الشهير  
(فوريكس) في عدة جهات في أجزاء الكبد التي فيها يكون التغيير الالتهابى قليل  
الامتدادا حقا نابلا ونضها التهابيا سائبا محيطا بجزائر الكبد ثم انه يقطع  
النظر عن هذا النضج الكائن بين الخلايا غير القارة تعتبر ولا بد الضمور الكبدى  
الحاد الاصفر من جملة الالتهابات الجوهرية أى شكلا من الالتهابات التي  
فيها لا يحصل نضج التهابى سائب بين جزئيات المنسوجات بل التي فيها جزئيات  
المنسوجات نفسها يحصل فيها اتقاخ ثم تلاش جوهرى عنصرى عقب  
تشر به المادة يظهر انما زالالية وهذا الرأى الذى قال به (ليميستر) وعضده  
ويذهب بالكيفية المذكورة ممكن غاية ما هنالك بهترض عليه بان سير الالتهابات  
الجوهرية في غير هذا العضو من الاعضاء كالكلىتين يخالف لما هو مشاهد  
في هذا المرض وانه لا يوجد مطلقا التهاب جوهرى في عضو من الاعضاء  
فيه تلاشي عناصره الجوهرية بسرعة كما يشاهد ذلك في الضمور الاصفر

ثم ان هذا الضمور وان اعتبره بعض المؤلفين مرضا موصوفا (التهابا او غير  
 التهابي) يعتبره بعض اطباء المؤلفين تغييرا موصوفا بانه التغير عموما بنى  
 ثقبيل فيكثير من الاطباء من ذهب الى ان هذا التغير البني ناتج عن تأثير  
 جوهر مسسم منتشر لكن المنصوص عليه بكثرة من ان الضمور الاصفر الحاد  
 للكبد مماثل لاستحالة الكبد الشحمية الناتجة عن التسمم بالفوسفور ولم  
 يصادف محلا بل أدى لاختلاطات عديدة فان الظاهر ان تشحم الكبد  
 الفوسفورى عبارة عن ارتشاح شحمى عظيم في الكبد بدون تلافى وفساد  
 في جوهره بخلاف ضموره الحاد فانه عبارة عن اتفاح في الخلايا الكبدية  
 يؤدى اسرع مما تؤدى لتلاشيها ومع ذلك تحصل الاستحالة الشحمية حيث  
 وكذا الاجتماد في نسبة هذا الضمور الى تشحم ثقبيل بواسطة الحوامض  
 الصفراوية قابل للاعتراضات كثيرة فان درجة اليرقان الحقيقية التي تشاهد  
 في معظم الاحوال تنافى تلك النظريات فانه من القضايا المسلمة ان الحكم في  
 كثرة امتصاص الصفراء او قلته معبى ولا بد على خفة التلون اليرقاني وشدته  
 وحيث انه بدرجته التلون اليرقاني يحكم على كمية المادة الملونة من الصفراء  
 الممتصة فهذا يجوز الحكم ايضا على كمية الحوامض الصفراوية الممتصة  
 وقد شوهد هذا المرض ناتجا عن بعض الامراض التسممية الحادة  
 كالتيهوس والتسمم الصديدي من الدم والداء الزهري وربما ينسب هذا المرض  
 في بعض احوال الحمل لموت الجنين والتسمم العفن من الدم الناتج عن ذلك  
 لكن المصابات من النساء بذلك كانت من قبل سليمة وفي الظاهر مصابة بحالة  
 يرقانية تزامية

ثم ان الضمور الذي نحن بصدده يحصل غالبا في الزمن المتقدم من سن  
 الشبوية وفي ابتداء سن الكهولة وهو مرض نادر جدا حتى ان بعض  
 الاطباء المشتهرين بالطب العملى من منذ زمن طويل لم يشاهدوه والنساء  
 اكثر اصابته من الرجال وهذا يوجب وجود استعداد مخصوص لهذا الداء  
 عندهن في زمن الحمل والنقاس بحيث ان ثلث جميع ماشوهد من احوال  
 هذا المرض من هذا القبيل كما ذكره (فريركس) والمؤلف المذكور فيه على



طروا ارتشاح الكبد والكليتين في أثناء الحمل بمادة زلاية حميضية وذكر  
أن هذا الارتشاح بتأديته لاسم الشهيمية للخلايا الغددية به يكون سببا  
في حصول مرض الكبد الذي نحن بصدده وفي داء بريكت عندهن وفي كثير  
من الاحوال لا يعلم السبب المتعم أو أن معلوميته تكون مجرد زعم ومع ذلك  
في كثير من المؤلفين يقول بحصول هذا المرض بواسطة الانفعالات النفسانية  
والفزع والغضب الشديدين وبعض الاحوال المنتهية انهاء محزنات التي هي  
في أثناء تسلطن اليرقان تسلطنا ويا نيا انما هي عبارة عن تسهم صفراوى ثقيل  
للدماغ فلا تعد من قبيل هذا المرض

\*(الصفات التشريحية)\*

يكون حجم الكبد في الاحوال الثقيلة من هذا المرض متناقصا تناقصا  
عظيما جدا بحيث يكون أقل من نصف حجمه ويعتريه كذلك تفرطح بسبب  
تناقص قطر سمكه وطبقته المصلية تكون قلبلة التوتر بل كثيرا ما تكون  
ذات ثقبات والعضو بتمامه يوجد رخوا كاليا وساقطاجهية الجدار الخلفي  
من البطن ولونه أصفر فاتحا وعند شق هذا العضو يشاهد تبعا لما ذكره  
(زنكر) جزآن مختلفا الهيئته في جوهر الكبد فجزء منهما ما يكون فاقع  
الاصفر اركاوت الصمغ النقطة (وهو أشد درجة من اليرقان الكبدى) ولم  
يشاهد فيه الصورة القصية صبية من الكبد ويكون مع ذلك مسترخيا جدا  
لينا اسفنجيا يبر زعنوشقه والجزء الآخر يكون بخلاف ذلك أجم مرزقا  
بدون تلون برقانى ويكون أملس عند شقه ولا يبر زبل يكون متماسكا مرنا  
ويكون كذلك متناقصا في الحجم جدا وقد عبر (زنكر) عن هذين الجوهرين  
بالجوهر الاصفر والجوهر الاحمر وقد اعترف المذكور ان هنالك أحوالا  
يشاهد فيها جميع الكبد مكتسبا الصفة الجوهر الاصفر فقط لكن الجوهران  
المذكوران يكونان تبعا له دورين مختلفين من تغير مرضى واحده بمعنى ان  
الجوهر الاحمر يكون الدور المتهديم جدا من الضور والحاد الاصفر من  
الكبد وبالبحث الميكروسكوبى عن الجوهر الاصفر يشاهد تلالس تام في  
الخلايا الكبدية بحيث ان متحصل هذا الفساد المتكون معظمه من نقط  
شحمية صغيرة يغطى باقى أجزاء جوهر هذا العضو (كالاوعية والمنسوج

الخلوى) ومع ذلك توجد أحوال فيها يكون المتحصل الشحمي قليلا وأخيلة  
الكبد لم تنزل محفوظة نوعا وممتانة بمادة حديدية وأما الجوهر الأحمر فإنه  
تفقد الخلايا الكبدية بالكاملة بل ولا يوجد له متحصل فساد وبشاهد عند  
البحث المكروسكوبي عنه جوهر أصلي باهت متجانس مخطط أولي خال من  
النويات ويكون مرصعا بجزيئات شحمية متفاوتة الكمية لكن تكون  
على الدوام صغيرة جدا ولا يوجد في هذا الجوهر أدنى تلون برقاني وإنما يوجد  
فيه بعض بلورات هيماتودينية صغيرة جدا بخلاف الجوهر الأصفر فإنه يوجد  
فيه أخيلة كبدية واضحة أو يكون متحصل فسادها متلونا بلون باهت  
أو أصفر داكن بواسطة المادة الملونة للصفراء المنتشرة فيه وزيادة على ذلك  
يوجد فيه بعض جزيئات متلونة بلون أصفر قاقع ومحتوية على كمية عظيمة من  
بلورات هيماتودينية مرصعة معينة أى على شكل مرصع معين وكل من  
المسالك الصفراوية والحويصلة الصفراوية يشتمل على كمية من افراز مخاطي  
والمواد الثقيلة تكون غالباً قليلة التلون وكثيرا ما يكون متحصل المعى دمويا  
وفي الغالب يكون الطحال ممتددا وكثيرا ما توجد بقع كيميائية في البريتون  
والغشاء المخاطي المعدي المعوى ولا يتدر وجودها في غير هذا الغشاء المصلي  
من الأغشية المصلمة بل والجلد وشاهد (فريركس) في الكليتين تراكمات  
بجهدتية في الطبقة البشرية بل واستحالة شحمية وتلاشيا في خلايا هذه الطبقة  
وشاهد المذكور في الكبد خارج أو عنته وداخلها كمية عظيمة مقبلورة من  
التيروزين واللاسين ووجد في البول المستخرج من المثانة هذين الجوهرين  
وجوهر اخلاصيا خصوصا آخر

\* (الاعراض والسير) \*

هذا المرض قد يبدأ أحيانا فجأة والغالب أن يبتدىء بدور هجوم يستمر جملة  
أيام أو جملة أسابيع ودور الهجوم المذكور يصطب بقلب من الاعراض  
الواصفة المشخصة فالمرضى تكون فاقدة الشهية ويحصل عندهم تموع أو قيء  
وتشنجى بالآلام في الرأس واحساس بضغط وامتلاء في القسم الشراسبي  
وغيرها من المكابدات التي تحصل في أحوال النزلات المعوية وينضم  
لذلك برقان خفيف يوقظ الزعم بأن الحالة النزلية امتدت من الاثني عشرى الى



القنطرة الصفراوية ويكون تلون المواد البرازية بالصفراء قليلا  
 ولا يندران تكون فاقدة للون وبالكلية وخيمة ذلك فلا يشاهد عند المريض أدنى  
 ظاهرة من الظواهر تدل على الخطر العظيم القادم هو عليه وفي الدور المشخص  
 المتقدم لهذا المرض يزداد البرقان ويصير قسم الكبد مؤلما ومع ذلك فقد  
 يفقد الألم ولو عند الضغط القوي على هذا القسم كما ذكره (بمجر) ونشتكي  
 المرضى بالآلام شديدة في الرأس ويحصل عندهم قاق وضجر وتقع في حالة  
 هذيان شديد جنوني وقد تمت حالة التهيج العصبي الشديدة إلى اعصاب الحركة  
 بحيث تظهر تشنجات عضلية جزئية أو عمومية ثم يعقب ذلك بسرعنة المخاط  
 عظيم عند المرضى وحالة تعب شديدة وقد يحصل ذلك أحيانا بدون تقدم ظهور  
 الاعراض العصبية السابق ذكرها فتقع المرضى في حالة تنفس يمكن ايقاظها  
 منه في الابتداء بواسطة ضغط قوي على قسم الكبد ايقاظا وقتيا ثم فيما بعد  
 لا يمكن ايقاظها منه بالكلية والحى التي قد تبسدى في دور الهجوم تظهر  
 اختلافا عظيما في سيرها ففي أثناء ظواهر التهيج الدماغى الذى يطرأ في دور  
 الهجوم يرتفع النبض وترتقى درجة الحرارة وفي انتهاء طور التزايد ينحط  
 النبض في بعض الاحوال ويظل زيادة عن الحالة الطبيعية ثم تسقط حالة  
 المرضى انتهاء وصفات نفوسها فكل من اللسان والشفة يظهر جافا مشققا  
 ويحصل كل من التبول والتبرز بدون ارادة ثم تهلك المرضى مع ازدياد  
 الانحطاط وارتقاء سرعة النبض مع صغره وظهور عرق غزير وهلاكها  
 يكون بعد بعض أيام ويندران يكون بعد بعض اسابيع  
 ثم ان البرقان في الضور والحاد الاصفرة من الكبد درجتها اعتبارا بقانها موبيا  
 ووجهه يكون كرات الدم تتلاشى وتنفسه كالاخلمية الكبدية بتأثير السبب  
 المضر الذى أحدث هذا المرض لكن كل من فقد تلون المواد البرازية وشدة  
 التلون البرقانى من الكبد زيادة عن باقى الاعضاء يقرب من العقل وجود  
 عائق مجتانبكى مانع من استقراغ الصفراء وأما اعتبار فقد تلون محتصل  
 المعى بالصفراء نتيجة لفقدها (المعروف بالاشولى) فينبغى ويرفض بشدة  
 التلون البرقانى من الكبد وكذا لا يمكن نسبة التلون البرقانى للحالة النزلية في  
 المسالك الصفراوية التى يظن وجودها من الاعراض الاولية من هذا المرض

فانه لا يوجد في الحويصلة المرارية ولا في المسالك الصفراوية صفراء منجسة  
 را كدة بل الذي يوجد فيها مادة مخاطية او قليل من المادة الصفراوية الباهتة  
 ولذا كان من الجيد تجميعه اليرقان بالضغط الواقع على ابتداء المسالك  
 الصفراوية مدة دورا تتفاخ الحويصلات الكبديّة وفيما بعد يتناقص تجهيز  
 الصفراء وتكون باعداد افساد الخلايا السكبية وقلّاشيها واما الظواهر  
 الدماغية التي تكون الاعراض الاكثر وضوحا من الضور والحاد الاصفير  
 للكبد فتوجيها عسر وقد ذكرنا فيما تقدم الاسباب التي تمنعها من نسبة  
 تلك الاعراض الى تسمم الدم بالحواض الصفراوية والاطباء الذين يعتبرون  
 مرض الكبد هذا نتيجة تابعة لمرض تسمى أصلي او غيره من الامراض  
 العامة يعتبرون الاضطراب الدماغى نتيجة أيضا لتأثير السبب المضر المؤثر  
 تأثيرا عموما واما الاطباء الذين يعتبرون هذا المرض اصابة كبدية موضعية  
 اولية فيميلون لتوجيه الاضطراب الدماغى بالتغير التابعى للدم الناتج عن فقد  
 وظيفة الكبد واما متصاص متحصل الاشي الخلايا الكبدية وقد وجد  
 (فريركس) في البول تغيرات مهمة فان هذا السائل كان يحتمى زيادة عن  
 المادة الملوثة للصفراء المتفاوتة السكمية (وعن الزلال النادر الوجود) على  
 بلورات كل من الليسين والثيروزين وجواهر خلاصية أخرى وذلك  
 في الراسب الذي يرسب منه عند تركه للراحة ونفسه واما البولينا والاملاح  
 والنوسفاتية الكلسمية فانها زالت من البول شيئا فشيئا وهذه التغيرات الدالة  
 على الخلل غير طبيعى في العناصر الازوتية لو وجدت على الدوام كان لها  
 اهمية بالنسبة لهذا المرض وفقد وظيفة الكبد (فان شيرر وجد الليسين  
 بكمية قليلة في بول مريض كان في اكلينك المعلم عبر جروا اما الثيروزين فلم  
 يجده فيه والبولينا كانت موجودة فيه بكمية عظيمة والمعلم سندر وجد  
 ما يشابه ذلك أيضا) وزيادة على ذلك فان كلام الليسين والثيروزين يوجد  
 في البول في غير هذا المرض من الامراض كالتهيفوس والجدرى والصرع  
 واما الانزفة التي تحصل في أثناء هذا المرض خصوصا من الغشاء المخاطى  
 المعدى والمعوى وكذا غيرهما من المنسوجات فهى بلا شك ناتجة عن  
 اضطراب غذائى في جدر الاوعية الشعرية أعنى عن سوء القيمة الدموى



الحاد الذي يشاهد في غير هذا المرض من الامراض الثقيلة التي تغير تركيب  
الدم

ثم انه بالبحث الطبيعى يتضح لنا علامات مهمة اذ به يعرف التناقص السريع  
المتقدم لاصمصة الكبد وهو العرض المشخص للضور الحاد الاصفر لاهذا  
العضو وفي الابتداء يصير صوت القرع رنانا طابليا احداثا القص الصغير  
اليسارى من الكبد وبعد يوم او ايام قليلة تفقد اصميمة بالكلمة والفقء العام  
لهذه الاصمصة يتعلق ولا بد بسقوط هذا العضو الضامر المسترخى الى الخلف  
نحو العمود الفقري عند استلقاء المريض على ظهره فيحل محله خلف الجدار  
الصلى المقدم جزء عموى ممتلئ بالغازات ولا تنسى انه يوجد امر اض كبدية  
اخرى ينتج عنها تناقص فى اصمصة الكبد وانه يوجد بعض احوال ظاهرية  
من تناقص فى اصمصة هذا العضو تقعنا فى الخطا كالتى نفسا عن وضع  
القولون المستعرض وانزلاقه بين جدار البطن والكبد وعن الانتشار  
الغازى فى تجويف البريتون بل وعن مجرى الحالة الطبيعية البطنية ومن  
البين الواضح انه قد يحصل عسر عظيم فى التشخيص فى بعض احوال  
التيقوس المحجوب برفق دموى وتمدد عظيم طبلى فى البطن يزحج الكبد  
عن الجدار الصلى لكن على العموم تشخيص المرض الذى نحن بصددده  
سهل متى اعتبرنا زيادة عن سيرة السريع العلامات الثلاث الرئيسية له وهى  
الرقان والظواهر الدماغية وزوال اصمصة الكبد والطحال الذى يحصل فيه  
انتفاخ فى غير هذا المرض من الامراض التسممية الانتشارية (بل فى بعض  
الامراض المصحوبة به عوبة فى الدورة البوابية الكبدية) لا يتحقق من  
تمدده على الدوام سواء كان ذلك ناتجا عن قلة درجة انتفاخه أو عن تغطيته  
بواسطة التمدد الغازى من البطن

\*(الحكم على العاقبة والمعالجة)\*

يظهر تبعا لبعض التجارب ان هذا التغير المرضى فى ابتداءه أعمى قبل حصول  
الفساد فى الخلايا الكبدية قابل للشفاء ومن الجائز ان ذلك ليس بتأثير فى دور  
المهجوم الذى فى اثنائه لم يتيسر لنا معرفة هذا المرض معرفة تامة وأما  
حصول الشفاء عقب طر والظواهر المرضية المشخصة أعمى الظواهر الدماغية

وصغر حجم العضو الناتج عن تلاشي جوهره فلا يمكن تصوره ولو ذكر بعضهم  
انه شاهده في هذا الدور وبالنسبة لمعالجة هذا المرض لا يتيسر لنا حينئذ  
ذكري شيء يعتمد عليه مؤيداً بالتجارب. لكن حيث اعتبر التغيير المرضي في هذا  
الداء التاماً يبايغ استعمال الاسمات فمرغبات الدموية خصوصاً ارسال العلق  
حول دائرة الشرج والمسيلات المخمية والمكمدات الباردة على المراق الايمن  
ولا ينبغي اجراء ذلك لاسيما اذا ما لنا للزعم أن الحالة المرضية الراهنة ليست مجرد  
يرقان نزلي بل انها حالة مرضية من هذا الداء الخفيف وأما في الدور الثاني  
لهذا المرض فقد ثبتت بما لجميع التجارب ان الاسمات فمرغبات الدموية ذات  
تأثير مضر على سير هذا المرض وقد أوصى بعض أطباء الانكليز حينئذ  
بالمسيلات الشديدة كالصبر وخالصة الخنظل وزيت حب ملون ومادامت  
ظواهر التهجج في المجموع العصبي والضجر العظيم والهديان والتشنجات  
موجودة ينبغي استعمال الوضعات الجلدية على الرأس وان طرأت ظواهر  
الجود والشلل ينبغي استعمال الحمامات التشنسية الباردة وهي معالجة  
تستعمل في احوال الظواهر الدماغية التشنسية بسبب جودة تأثيرها في  
احوال الاصابات الدماغية الاتمائية وبعض المرضى الواقفين في الخدر  
والكوما وان عاد الى ادراكه وقتئذ في أثناء استعمال حمام بارد تشلسلي  
الانه لا يتأمل حصول نجاح مستمر في احوال الضمور والاصفر الحاد في الكبد  
وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال المنبهات من الباطن والظواهر الموصى بها  
عند حلول الظواهر الشللية والحوامض المعدنية عند حلول البقع الشمسية  
وقطع الجلدية عند حلول النقي الشديد والنقي الدموي والتزيف المعوي

\* (الفصل الثاني في امراض المسالك الصفراوية) \*

\* (المبحث الاول في الالتهاب النزلي للمسالك الصفراوية

المعروف باليرقان النزلي) \*

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من التشنجات العظيمة المفترزة للصفراء والتشنجات الكبدية والحويصلية  
والصفراوية والحويصلية الصفراوية مبطن بغشاء مخاطي مغطى بطبقة  
بشيرية ذات خلايا اسطوانية ومحتوية على اجزى شبيهة بحمض



وهذا الغشاء المخاطي كغيره من الأغشية المائلة له في التركيب كثيرا ما يكون  
 مجاسا التهاب نزلي وقلة اتساع المسالك الصقراوية هي والقنوات النفاذة  
 للصقراء يكسب هذا المرض الخفيف في حد ذاته أهمية مخصوصة فان هذه  
 القنوات الضيقة تنسد بسهولة من اتساع الغشاء المخاطي وتراكم المواد  
 المخاطية المنفرزة فيها وهذا هو السبب الغالب لاحتماس الصقراء  
 وامتصاصها

ومن النادر ان يكون الالتهاب النزلي للمسالك الصقراوية أو ليايل الغالب  
 أن يكون ناتجا عن احتقان شديد في الكبد يمتد الى الغشاء المخاطي كالذي  
 يصاحب السرطان الكبدي والديدان الحويصية المتعددة الجيوب والذي  
 يصاحب كثيرا من الامراض التي تعوق استتفاع دم الكبد كما مرض  
 القلب والاقتران الرئوية والالتهاب الرئوي الخاوي ويمكن ان يكون سبب  
 هذا المرض الحيلة النزلية الناتجة عن الحصوات الصقراوية لكن لا بد من  
 شرح ذلك في محث على انفراد فانه كثيرا ما يصطبج بتقرح في المسالك  
 الصقراوية واعراض ثقيلة مخصوصة وقد يكون سبب هذا المرض أيضا  
 التأثير المهيج للصقراء المتغيرة الواقع على المسالك الصقراوية لكن حصول  
 هذا المرض بهذه الكيفية الاخيرة ليس مثبتا واكثره حولا من ذلك هو  
 ان يمتد الالتهاب النزلي الذي مجلسه الاثنا عشرى في مجال انصباب القنوات  
 الصقراوية الى المسالك الصقراوية من هذا العضو فيكاد يصطبج هذا  
 الالتهاب على الدوام بالتهاب نزلي في المعدة ولذا أن اليرقان الناتج عن ذلك  
 يسمى باليرقان المعدي الاثني عشرى او البسيط بسبب كثرة حصوله بهذه  
 الكيفية وسيره الخفيف الغير الخطر ثم ان النزلة المعدية الاثني عشرية التي  
 تمتد الى المسالك الصقراوية تحصل من أسباب متعددة ولذا فنجعل ذكر  
 أسباب اليرقان المعدي الاثني عشرى الى ما ذكرناه في أسباب النزلة المعدية  
 المعوية

\* (الصقات القشرية يجمية) \*

متى كان الغشاء المخاطي للمسالك الصقراوية مجلسا لالتهاب حاد نزلي يكون  
 أحمر رخوا منتفعا وسطح مغطى بواد مخاطية بشرية ومق كان اتساع

هذا الغشاء عظيم اصارت القناة الصقراوية منسمة تنمر بيا خصوصا بقرب  
 محل انفتاحها في الاثني عشرى اعنى في جرتهم المعوى ومع ذلك توجد المسالك  
 الصقراوية في الكبد ممتدة ومثلثة بمواد صقراوية مختلفة بمراة مخاطية  
 متقاوثة الكمية ووجوه الكبد يظهر فيه كذلك علامة احتباس  
 الصقراوة وعند استمرار الالتهاب النزلى زمن اطول ولا يمكن أن ينتج عن  
 استمرار اتفاخ الغشاء المخاطى وضخامته انه قد ادكلى في القناة للصقراوية  
 وفي مثل هذه الاحوال تتدد المسالك الصقراوية تمدا زائدا عن الحد جدا  
 والكبد يعظم حجمه وتظهر فيه هيئة احتباس الصقراوة ظهورا واضحا

(الاعراض والسير)

الحالة النزلية للمسالک الصقراوية يسهل معرفتها في معظم الاحوال باعراض  
 احتباس الصقراوة وامتصاصها فتنى ظهرت هذه الاعراض الاخيرة وحصل  
 فيها وضوح وتقدم شيئا فشيئا ويجب الظن ابتداء وجود حالة نزلية في المسالك  
 الصقراوية وذلك اكثر حصول اليرقان النزلى بالنسبة لغيره من اشكال  
 اليرقان وحيث ان الالتهاب النزلى للمسالک الصقراوية يكاد لا يحصل  
 حصولا أو ما بل ينضم على الدوام الى الحالة النزلية المعديية الاثني عشرية فمن  
 المهم معرفته أن اعراض النزلة المعديية الاثني عشرية تسبق على الدوام  
 الظواهر اليرقانية وتصاحبها فيما بدولها يسبق اليرقان النزلى على الدوام  
 بتغطية في اللسان وتغير في الذوق وغشيان وغير ذلك من اعراض سوء الهضم  
 وكلما استطالت مدة الحالة النزلية للمسالک الصقراوية وازدادت اضرارها  
 نصير المواد البرازية فاقدة اللون ويستمد اللون اليرقانى للجلد والبول  
 وتضطرب الحالة العامة للتغذية وتشتد مكابدات المرضى وفي غالب الاحوال  
 يزداد حجم الكبد بل بعض الاحوال يرتقى ازدياد حجمه الى درجة عظيمة  
 جدا

ثم انه اذا أخذ المرض في الشفا مشوه وتحسن حالة المريض بعد ٨ او ١٤  
 يوما عادة فتعود الشهية وتزول تغطية اللسان شيئا فشيئا وكذا اعراض سوء  
 الهضم أيضا وتبشع حينئذ أن يتحسن بين حالة النزلة المعديية الاثني عشرية  
 تتحسن الحالة النزلية للمسالک الصقراوية أيضا وفي الحقيقة يرى بعد مضي



أيام قلائل ان المواد البرازية اكتسبت لونها الاعتيادي شيئاً فشيئاً ويصير البول  
 أقل دكنة وهذا يدل على تناقص الاحتباس الصفراوي وتناقص امتصاص  
 المواد الصفراوية وأما المواد الملونة للصفراء المتراكمة في الشبكة الوعائية  
 المليحية للجلد فنزول ببطء فانه يشاهد بعد تلون المواد الصفراوية للبراز  
 واكتساب البول لونه الطبيعي بقاء اللون البرتقالي للجلد بعض زمن حتى يزول  
 هذا العارض ايضاً فيما بعده مثل باقي الاعراض  
 وفي احوال أخرى قد تستمر مدة التهاب النزلي للمسالك الصفراوية  
 ويصير هن منا كالحالة النزلية المعديّة الاثنى عشرية وحينئذ تستمر مدة هذا  
 المرض عدة اسابيع بل اشهر ويشهد بظهور اليرقان وتزداد ضخامة المرضى  
 ويكتسب اليكبد حجماً عظيماً جداً ومع ذلك فيكثر ما ينتهي هذا المرض  
 ولو لم يزد الحالة بالشفاء مع المعالجة اللائقة ومن النادر ان ينتهي احتباس  
 الصفراء الناتج عن التهاب النزلي المذكور انهما محزوناً بسقم الامراض  
 السابق ذكرها

\* (المعالجة) \*

حيث دلت التجارب على ان التهاب النزلي للمسالك الصفراوية يزول  
 بسرعة بزوال النزلة المعديّة المعوية التي امتدت الى هذه المسالك فالمعالجة  
 السميّة تستدعي استعمال الوسايط التي ذكرناها عند الكلام على معالجة  
 النزلة المعديّة المعوية ففي بعض الاحوال المخصوصة المذكورة سابقاً  
 يستدعي الحال اعطاء المقيحات والمسهلات والمعرقات والتدبير الغذائي  
 اللطيف ولا حاجة هنا لذكر جميع الوسايط التي تستعمل في النزلة المعديّة  
 المعوية وانما ذكر هنا جودة تأثير القلوبات الكبرونية كيميكر بونات الصودا  
 وخلافها وتأثيرها الجيد في هذا المرض سواء كانت محمولة في بحر صناعية او  
 في مياه معدنية طبيعية كما ذكرنا سابقاً وما ربه باد فائتوان لم نعلم ان مياه ذلك  
 الينابيع تسبب تأثير الاواسط في احتباس الصفراء واليرقان فيجزم بانه لا يوجد  
 طريقة علاجية اكثر جودة وموافقة في مثل هذه الاحوال من استعمال  
 هاتين المياهم فانهم أتم شئ مضاربة السبب الاصل فان لم تسمح حالة المرضى  
 باستعمال مياه هذه الينابيع الطبيعية جازله استعمال المياه القلوية الصناعية

كماء الصودا وكرايس باد وما ريه باد وغيرها مع التدبير الغذائى المستعمل  
 فى حمام كرايس باد ويمكن حصول الصباح بالاعتصار على هذه المعالجة  
 البسيطة

وقد تستدعى معالجة المرض نفسه استعمال المقيمات فانه فى أثناء حركات  
 التقيء تندفع الصفراء من المسالك الصفراوية والحويصلة المرارية فتخوفوهة  
 القنطرة الصفراوية المنصبة فى الاثني عشرى وبهذه السكينة يمكن دفع المواد  
 المخاطية السادة لقوة تلك القنطرة بقوة عظيمة وكان ينبغى كثرة استعمال  
 المقيمات فى هذا المرض اكثر مما يستعمل عادة لولان اتفاح الغشاء المخاطى  
 هو السبب فى انسدادها تيمك القنويات أكثر من المواد المخاطية المتجمعة فيها  
 ولم يخش ان تكرر استعمال المقيمات يمكن أن يزيد فى الحالة التزلية المعوية  
 المعوية

ومن الممدوح بكثرة فى معالجة اليرقان التزلى حمض الفتريل جرته منه مخلوط  
 بجوزين من حمض الكلور دريك أعنى الماء الملى الذى يستعمل من الظاهر  
 على صفة حمام قدمى من ١٥ جراما الى ٣٠ (أعنى من نصف اوقية الى  
 اوقية) فى ماء حمام قدمى او على شكل مكدمات على قسم الكبد اودون  
 الباطن من جرامين الى خمسة (أعنى من نصف درهم الى درهم) فى ست اواق  
 من صواغ غروى ويهطى من ذلك مل معاققة أو كل ساعتين ومن الجائزان  
 الاستعمال الباطنى لهذا الجوهر الدوائى يكون له تأثير جيد فى النزلة المعوية  
 وبذلك يحصل اندفاع التمعقات المخاطية السادة للمسالك الصفراوية وأما  
 استعماله الظاهرى فالظاهر أن لافائدة فيه ويوجد تأثير المسهلات الشديدة  
 فى هذا المرض بازدياد الحركات الديدانية المعوية التى تمتد ولا بد الى القناة  
 الصفراوية لكن ليس لهذه الجواهر عموما كبير فائدة فى اليرقان التزلى ولو  
 كثر استعمالها فيه وأما تطهير الزيتى الحلو (يقدر ٥ سنتى جرام أعنى قحمة  
 واحدة فى كل مساء) وجرعة وبينه (يقدر معقوق أو كل كل صباح) طبقا  
 للطريقة المعروفة بالانكليزية فمدموم ولو انه يحصل به اشفاء فى أحوال عديدة  
 فى اليرقان التزلى ولا تستعمل المسهلات الخفيفة الا عند وجود اعتقال عظيم  
 فتمستعمل حينئذ الاملاح الطرطرية لاسيما طرطرات البوتاسا أو مطبوخ



التمرهنة - دى مع حمض الطرطير وشراب السننوا المن (بان يؤخذ من أوقية الى اثنين من التمرهنة دى ويغلى في ثمان اواق من الماء ونصف درهم من حمض الطرطير ومقدار كاف من شراب السننوا المن) أو يوطى منقوع السننوا المركب أو مججونه المسهل أو مسهوق المنيزيامع الراوند

\* (المبحث الثاني في التهاب المسالك الصفراوية

أى الغشاء الكاذب والدفتيرى) \*

يندر حصول التهابات ذات نضح لبني في المسالك الصفراوية وان حصلت كان ذلك في أثناء سير بعض التغيرات المرضية الثقيلة جدا كالتي نفوس المستطيل وتعضن الدم والتيفويد الهمضى وفي الاتهاب ذى الغشاء الكاذب يوجد الغشاء المخاطى للحويد صله الصفراوية مغطى باغشية كاذبة متقاوذة التماسك وفي المسالك الصفراوية بتعقدات لبيبية قنوية الشكل ومحتوية على مادة صفراوية فيؤدى ذلك لاجتماع الصفراء في الاتهاب الدفتيرى يكون جوهري الغشاء المخاطى مرشها في بعض اصنافه مدودة منه بنضح لبني يؤدى لتخشك فيه وانفقد جوهري عميق بعد انفصاله وهذه التغيرات المرضية لاتعرف مدة الحياة بل واليرقان الشديد الذى يشاهد في أثناء سير التيفوس وتعضن الدم والتيفويد الهمضى لايجوز نسبة للاتهاب ذى الغشاء الكاذب والدفتيرى في المسالك الصفراوية فانه كثير ا ما يشاهد بدون أدنى تغيرات مادية في المسالك المذكورة

\* (المبحث الثالث في تضايق المسالك الصفراوية وانسدادهما

والتردد التابى لها) \*

(كيفية الظهور والاسباب)

السبب الغالب في انسداد المسالك الصفراوية وهو التهابها النزلى لها يندر أن يستمر زما كافيا بحيث يحدث تمددا مستمرا في تلك القنوات وما يدور فيها من المتاعج ويعتد من الاسباب الغالبة للانسداد المستمر في المسالك الصفراوية أولا الاورام التي بضعها تحدث انسدادا في هذه المسالك وهي تكون نارة عبارة عن عتد سرطانة ناشئة من الكبد أو البنكرياس أو المعدة أو الاثني عشرى ونارة أخرى تكون عبارة عن عتد ليمفاوية معتريه الاستحالة الجيبية

أوغبرها من الاستحالات المرضية أوخراجات أو جيوب ديدانية متمكسة  
 أو أورام أو نورزماوية أو عن القولون المتمدد بواسطة مواد لينة المحتسة  
 فيه والتميمية ثانياً الانقباضات النديسية التي تخلف القروح الملتزمة التي  
 كان مجلسها القنوات لناقلة للصفراء أو محل تفرغها بالاثني عشرى أو تخن  
 وضهور تابعى في لرباط الكبدي الاثنى عشرى الخارج عن التهاب البريتونى  
 لمزمن لاسيما متى حصل الفجذاب أو الخشاء في القنوات الناقلة للصفراء  
 فان ذلك يودى لانسداد فى القناة الصفراوية أو الكبدي أو الحويصلية  
 المرارية ثالثاً وهو الاخيرة قد يحصل انسداد مستمر فى المسالك الصفراوية  
 عن الاجسام الغريبة لاسيما التجمعات الحجرية لثابتة  
 \* (الصفات التشريحية)

الحالة التي يوجد عليها انسداد القنوات الصفراوية تختلف باختلاف المحل  
 الذى حصل فيه الانسداد فان حصل فى باطن الكبدة نفسه بواسطة تجمعات  
 حجرية فى المسالك الصفراوية مثلاً أو من ضغط أورام متكونة خارج هذا  
 العضو وجد بعض المسالك الصفراوية فقط متمدداً قليلاً أو مسطوياً  
 فى امتداد عظيم أو على هيئة التورل أو المنطوم وباطنهما على بمادة مخاطية مخنطة  
 بالصفراء أو على بصديمتلون بهذا السائل فيه إذا حصل التهاب وتكون  
 خراج فيها وان كان المتمدد القناة الكبديّة حصل هذا التمدد فى جميع المسالك  
 الصفراوية الكبديّة بحيث ان التمددات السطحية تكون بروزات مقوّبة  
 على السطح نظراً من الكبدة وان كان مجلس الانسداد فهو هة القناة  
 الصفراوية حصل لتمدد فى هذه القناة الكبدية مع أو زيادة  
 على ذلك فالغالب ان يحصل التمدد فى القناة الحويصلية والحويصلة  
 الصفراوية نفسها وبالجملة ان كانت القناة الحويصلية هي المنسدة  
 بانفرادها لم يزل الغشاء المخاطى مستمر على افرازه غالباً ولو ان الصفراء  
 لا يمكنها المنفذ فى الحويصلة الصفراوية وحيث ان هذا الافراز لا يمكن  
 استمراره فان الحويصلة الصفراوية تتمدد شيئاً فشيئاً بسبب تراكم فيها وهذه  
 الحالة يبرهنها استسقاء الحويصلة الصفراوية  
 والقناة الصفراوية ان بقيت فوهمها منسدة يمكن ان تصل الى قدر متسع المبي



بل يمكن ان يصير كجيب واسع وتمدها يصل بواسطة القناة الكبدية وتفرعاتها  
 الى المسالك الصفراوية الشعيرية وكذا الحويصلات الصفراوية وان تعددت  
 في الغالب الا ان تمدها لا يصل عادة الى الدرجة العظيمة التي يصل اليها عدد  
 القناةين المذكورين لان القناة الحويصلية تكاد بسبب انقماشها على  
 شكل زاوية حادة ضغطة من القناة الصفراوية المتمددة والكبدية نفسها تعتبره  
 التغيرات التي ذكرنا انما واصفة للاحتباس الصفراوي المرتقي جدا فتكون  
 في الابتداء متزايدة الحجم والمسالك الصفراوية المتمددة تظهر على سطح الشق  
 كحويصلات عظيمة محتوية على مواد صفراوية او مخاطية سنجابية مبيضة طافية  
 عن الصفراوى ثم فيما بعد يصفر حجمه بسبب ضمور الخلايا الكبدية في احوال  
 استسقاء الحويصلة الصفراوية تكون هذه الحويصلة مستجيبة الى كيس  
 شفاف متوتر من حجم قبضة اليد او بيضة الاوز الى رأس الطفل محتوية على  
 سائل زلال مائي واليا فيها العنكبوتية تكون متباعدة عن بعضها ضامرة  
 وغشاؤها المخاطي يكون فاقد المنسرجه الاصلية فيكون كغشاء متصل  
 وفي بعض الاحوال قد لا يؤدي انسداد القناة الحويصلية الى تدهور هذه  
 الحويصلة بل الى انكماشها فينقطع الافراز ويتكاثف متحصبها المخاطي  
 الصفراوي وتستحيل الى مادة طباشيرية واما جدر هذه الحويصلة فيحصل  
 فيها نخ وازيكايش بسبب ما يعتريها من التغير الالتهابي الزمن فيختلف ذلك  
 ورم يابس عملي بمادة طباشيرية يكاد يصل الى حجم بيضة الحمام  
 \* (الاعراض والسير) \*

أعراض الاحتباس الصفراوي الشديدة جدا وهي أعراض اليرقان المعروف  
 بالعسلي التي لا يندرمضا عنهم باعراض السرطان أو غيره من أورام البطن  
 او التهاب البريتون المزمن او الحصوات الصفراوية القديمة تكون الصفة  
 المرضية لانسداد القناة الكبدية او الصفراوية فاليرقان يكون شديدا جدا  
 والمواد الثقيلة تكون فاقدة للونم بالكلية زيادة عن باقي اشكال الاحتباس  
 الصفراوي ومع ذلك فقد تستقر هذه الحالة زمنا طويلا بدون ان تظهر  
 الاعراض الثقيلة للتسمم الصفراوي المذكورة سابقا وقد يتيسر غالباً  
 معرفة انسداد الكبد متى كانت القناة الصفراوية منسدة ويحس مع ذلك

بالحوصله الصفراوية الممتلئة المقددة كما انه احيا ناي يمكن معرفة صغر حجم الكبد التابعي فان تيسر معرفة وجود أورام سرطانة في البطن اوسبق ذلك اعراض المغص الحصى الصفراوى اودلت ظواهر مرضية اخرى على نوع الانسداد صار التشخيص اكيدا وفي بعض الاحوال لا يتيسر الامعرفة الانسداد لاسبابه

واما الاستسقاء الحوى يصلى الصفراوى فسهل معرفة مادام منقردا اى بدون مضاعفة بتضايق أو انه سداد فى القناة الصفراوية او الكبدية فان احسن يوم كثرى ناشئ من قسم شق الحفرة الصفراوية مسدود من أسفل وكان متوترا مرنا او متوجا وشوه ذلك عند مريض لم يكن اعترافه بان من قبل دل ذلك على وجود انسداد فى القناة الحوى بصلية وقد فى الحوى بصلية فبها بواسطة افراز مائع اعنى استسقاء حوى بصليا صفراويا فان وجد مع ذلك يرقان دل عند الحوى بصلية المرارية تقريرا على امتلائها بالصفراء المحبسة وحيث يمكن ان لا يتيسر له ادفع سبب الانسداد المستمر له سالك الصفراوية لا يمكن الكلام على معالجة هذا المرض مع النجاح

\*(المبحث الرابع)\*

\*(فى الحصوات الصفراوية وما ينتج عنها)\*

(كيفية الظهور والاسباب)

تكون الحصوات لم يزل فيه بعض انبهاه ولو انه يوجد فى هذا الموضوع أبحاث ورسالات عديدة والحصوات الصفراوية لا تقع ككون من الصفراء الغير المتغيرة فانه يوجد فيها اجوار غريبة لا تحتوى عليها الصفراء الغير المتحولة بالكتابة وهذا يدل على ان كل تكوّن حصى فى الصفراء يصطبغ بالتحلل فيها كما قاله كين وان سئل عن الاسباب المؤدية لالتحلال الصفراء قيل يقبل على الظن ان للتغيرات النزلية للحوى بصلية والمسالك الصفراوية دخلا عظيما فى ذلك فيظهر انه بواسطة الافراز المخاطى الغزير الحضى يحصل ولا بد لتحلل فى صفرات الصود او بذلك يحصل رسوب فى بعض العناصر المحفوظة على حالة التحلل بهذا الملح لاسيما الكواسترين والمركبات البجمنتية الكلسية المكونة لزواة الحصاة ويساعد ولا بد على تكوّن الحصوات الصفراوية بجميع



التغيرات التي تحدث وكودا في الصفراء اذ بذلك يحصل فيها تكاثف ولذا  
 كانت الحصوات الصفراوية من النتائج الاعتيادية لبعض امراض السكبد  
 والحويصلة الصفراوية التي يفتج عنها انسداد في المسالك الصفراوية أو شلل  
 في الحويصلة كما يشاهد ذلك عقب اليرقان النزلي المستطيل المدة وكذا عقب  
 التصاق الحويصلة الصفراوية بما يحيط بها وسرطان السكبد والحويصلة  
 الصفراوية ونحو ذلك وقد يتسبب في بعض الاحوال عن الاجسام الغريبة  
 تكون رواسب في هذا السائل كالأبر والديدان النمرطينية والايكوكونية  
 التي نفذت في الحويصلة الصفراوية وككرات من الزئبق المعدني ونحو ذلك  
 وأما القول المعلوم من ان نواة الحصوات الصفراوية تستعمل زيادة عن المادة  
 البنية الكلسية على مادة مخاطية فقد اعتبره (كين) من الخرافات  
 إذ لا يتأتى اثبات وجود هذه المادة في متحصلات نواة الحصوات الصفراوية  
 بالامتحان الكيماوي

ثم ان الاستعداد للاصابة بالحصوات الصفراوية يزداد بتقدم السن فانه يندر  
 وجودها في شخص قبل الثلاثين سنة كما يندر جدا مشاهدتها في سن الطفولية  
 والنساء أكثر اصابة بهامن الرجال (بنسبة ٣ الى ٢) ويوجد ذلك بفعل  
 بعض مؤثرات مخصوصة والعيشة الجلوسية والهصر ويظهر ان الحصوات  
 الصفراوية يكثر حدها في بعض البقاع عن الاخرى لكن القول بان كثرة  
 وجودها في الرجال التي مياهها كثيرة الكلس ليس أكيدا كما قاله  
 (فريركس)

• (الصفات التمييزية) \*

الحصوات الصفراوية تتكون في جميع أجزاء المسالك الصفراوية من  
 ابتداء مجذرها الى محل انصباب القناة الصفراوية في الاثنى عشرى لكن  
 أكثر تتكون في الحويصلة الصفراوية وما يوجد منها في المسالك يكون اما  
 على شكل نويات صغيرة (تعرف بالرمل الصفراوي) واما على هيئة  
 حصوات عظيمة مستديرة ويندر أن تكون مثل شجرة كالهة تيق في المسالك  
 الصفراوية وأما ما يوجد منها في الحويصلة الصفراوية فيختم لف حجمه فيكون  
 من حبة الدخن الى بيضة الدجاجة وقد لا يوجد منها الا حصاة واحدة وقد

تسكون أزيد من ألوف على هيئة نويات صغيرة وفي العادة يوجد جلة منها من  
عشرة إلى عشرين في حجم نواة الكرز أو الكرزة تقسها وما كان منها متحركا  
في الحويصلة الصفراوية يكون مستدير الشكل وأما الحصوات العظيمة  
الناجمة في محلها المزاجية لبعضها فتظهر ذات زوايا مسطحة في محل ملاصقتها  
لبعضها أو مكوثة لفاصل مع بعضها بأسطحة محدبة ومقورة والسطح الظاهر  
للكل الحصوات يكون غالبا أملس وقد يكون خشنا بل حلبة أو مججبة ولونها  
يتلون بالمادة الملونة للصفراء في الغالب دكا كما تكون الشكولاتا  
أومسودا وقد يكون مصفرا أو مخضرا والحصوات الكولسترينية النقيصة  
تكون مبيضة ذات تأليف متشعب بلوري وقوام الحصوات الصفراوية  
الحديفة يكون رخوا بحيث ينهل انضغاطها بين الأصابع ووزنها النوعي  
قليل بسبب احتوائها على المادة الدهنية الصفراوية ومع ذلك فيكون أزيد  
من وزن الماء فلا تسبح عليه إلا الحصوات الصفراوية الخفيفة المحتوية  
على الهواء

وأما تأليف الحصوات الصفراوية فبعضها يظهر مستويا لكن غالبها  
يحتوي على نواة طبقات فوق بعضها ومتشعب التأليف والجوهر المتسلسل  
في معظم الحصوات الصفراوية هو الكولسترين وزيادة على ذلك تحتوي  
غالبا على املاح كلسية ومادة موقنة صفراوية (سيما البليرو بين وماية يكون  
عنه) ونواة الحسنة تكون مركبة من الكلس والمادة الموقنة للصفراء  
المعروف بالكلس البجمنتي وبالجملة لا يوجد فيهما مخلوط مكون من حمض  
الكولالين والديسليين المعروف بجمض الكلويدين وذهب (كين) إلى  
أن تكون الحصوات الصفراوية يكون بالكيفية الآتية وهو أنه  
يوجد أي سبب موجب لتصل الصفراء يرسب كل من حمض الكلويدين  
والانحداد السابق ذكره المكون من الكلس ومختصات البليرو بين (وهو  
الكلس البجمنتي) فانهم عسرة الاخلال فان كان الاخلال الصفراء وقتها امتنع  
تكون تلك الرواسب لكنه يتراكم على الحصاة الصغيرة متى لم تنفذ  
وينتورد الكولسترين الطبيعي العسر الذوبان والذي صار مركزا عند  
اقتباس الصفراء من اطوارها ولا يزال ذلك تنشا الحصوات الكثيرة الكولسترين



التي امان لا تحتوي في طبقتها الظاهرة على مادة ملونة او انها تحتوي على تلك  
 المادة الطبيعية سيما البايروين واما ان اسمر المحلال الصفراء المتكون  
 للحصاة زماطو بالاتيكونت حصوات قليلة الكولسترين وكثيرة المادة  
 البجمتية الكلسية ولا سيما المحتوية على متحصلات البايروين وهي  
 البلمراسين والبايروفوسين والبليومين ومن النادر وجود حصوات صفراوية  
 متكونة بالاكثر من القوسفات الترابية والاملاح السكر بوناتية  
 وفي الغالب تكون الحصوات الصفراوية سائبة في الحويصلة المرارية ويندر  
 ان تكون ممتصقة بجدرها او محبة بسنة في انبعاثات جيبية فيها وفي الغالب  
 تكون جدر الحويصلة الصفراوية قليلة النغير لكن احيا ما يكون قاعها  
 مجلدا الاحتمقان وانما في الغشاء المخاطي او يحصل فيه فقد جوهه منقارون  
 الامتداد والعروق نائي عن تقرح والتصاق بين الحويصلة الصفراوية وما  
 يحيط بها من الاجزاء هو هذا يدل على ان التهيج الناتج عن الحصوات احد  
 تغيرات التهابية بريوتونية بل وقد يؤدي التقرح الى ثقب الحويصلة  
 الصفراوية فان حصل ذلك قبل التصاق هذا العضو بما يجاوره من  
 الاعضاء انصب متحصلة في تجويف البطن فينشأ عن ذلك التهاب بريوتوني  
 منتشر واما ان حصل الثقب فيما بعد التصاقها بما يجاورها من الاعضاء  
 حصلت استطراقات بين اوبين المعدة او القولون او الاثني عشرى وهز  
 اقبال او ان الثقب يحصل الى الخارج من جدر البطن وفي احوال اخرى  
 قد لا تكون التغيرات الحاصلة في الحويصلة عن الحصوات الصفراوية من  
 طبيعة تقرحية منسدة جدرها يحصل فيها اسما كتوتجرب بما احتوت عليه  
 من الحصوات او انه يتكون من جدرها تراكتات كاسية تحيط بالحصوات  
 وتدابرها

واما الحصوات الصفراوية التي مجلسها المسالك الصفراوية فيمكن ان ينتج عنها  
 احتباس الصفراء والتهابات نزلية في تلك المسالك والتهاب تقرحي في المكبد  
 وان اندعت حصوات عظيمة في القنوات الناقلة للصفراء بواسطة انقباضات  
 الحويصلة الصفراوية فانما تختبئ فيها وتنع اسف قراغ الصفراء بالكلمية  
 بحيث تنضج جميع الامات الناتجة عن احتباس الصفراء وامتصاصها

كما تقدم ذكره بل وقد شوهد في أحوال نادرة ان التراكم العظيم للصفراء في تلك  
القنوات ينتج عنه تمزق فيها وباستمرار احتباس الحصوات الصفراوية زمنا  
طويلا يمكن ان ينتج عنه التهاب موضعي وتقرح في القناة الحويصلية  
والصفراوية ولو بعد انقضاء الحصاة في الاثني عشرى يؤدي الى  
انسداد مستمر في إحدى هاتين القناتين بواسطة الانسداد الندي بل والحصاة  
المحتبسة يمكن ان ينتج عنها تقرح قد دخل في تجويف البطن او المعى بل والوريد  
البواب

\*(الاعراض والسير)\*

كثيرا ما يوجد عند فتح الحفظة حصوات صفراوية في الحويصلة المرارية  
بدون ان يكون قد نتج عنها اذى اضطراب في الصحة مدة الحياة بل يمكن القول  
بان يعد من الاستثنآت كون الحصوات الصفراوية مادامت موضوعة في  
الحويصلة الصفراوية ينتج عنها تمكدر في الصحة وتضعف باعراض مخصوصة  
بل وانتقال الحصوات الصفراوية من الحويصلة الى القنوات الناقلة  
للصفراء ووصولها الى المعى يمكن حصوله بدون ان ينتج عنه آلام او اعراض  
أخرى مادامت الحصوات صغيرة أو متساوية الحجم وما يؤيد ذلك التجارب  
التي تفعل في بعض الحمامات المعدنية التي فيها يصير البحث بالدقة عن المواد  
البرازية لاجل معرفة وجود تلك الحصوات فيها أم لا كما مكرس باد  
او نحوه

وأما الحصوات التي مجاسها جذور القمامة السكبدي فانه لا ينتج عنها الامساق  
غير قارئة لثقلها كالألام الصعاب واضطراب الهضم بخلاف تمدد  
السكبدي والبرقان فانها ما يفقدان غالباً او عند ازدياد تهيج المسالك الصفراوية  
يمكن ظهور نوب قشعريرة وحرارة وعرق تابعين يظن من وجودها بوجود  
حتى متقطعة

وأما ان حصل التهاب وتقرح في المسالك الصفراوية أو خرج في السكبدي  
أو التهاب وريدي بان ظهرت اعراض تلك الامراض فتتخفف الحصوات  
الصفراوية في السكبدي لا يمكن اجراؤه حيث قد الا في بعض الاحوال الواضحة  
ولنشرح الآن مجموع الاعراض الذي لا يسدر ان يظهر في اشياء مرور



الحصوات الصفراوية العظيمة من القنوات الناقلة للصفراء في اثنا احتباسها  
 احتباسا وقتيا المعروف بالمغص الحصى الكبدى ثم اعراض التهاب  
 الحويصلة الصفراوية وتقرحها هي والقناة الناقلة للصفراء التي تنتج في  
 بعض الاحوال النادرة عن الحصوات الصفراوية  
 فاما المغص الحصى الصفراوى فانه يحصل فجأة في الوقت الذي فيه تنتقل  
 الحصوات الصفراوية من الحويصلة الصفراوية الى قنواتها ويختبس فيها  
 وذلك يحصل عادة بعد الاكل العظيم ببعض ساعات متى حرض متحصل المعدة  
 الحصى النافذ في الاثنى عشرى الحويصلة الصفراوية على انقباضات قوية  
 ويندر حصوله عقب المشاق الجسمية المحسوبة بتوتر في عضلات البطن أو  
 عقب الانفعالات النفسانية وكثيرا ما يحصل بدون أسباب مدركة فالمرضى  
 تعترهم الآلام تزداد تارة ببطء وتارة بسرعة عظيمة وتكون ضاغطة أو مزقة أو  
 قاطعة ودرجة تلك الآلام تختلف باختلاف عظم تلك الحصوات وكونها  
 ملساء أو حادة أو خشنة لكن على العموم يكون الألم شديدا جدا بحيث ان  
 الدرجة الشديدة لتلك الآلام التي يقل وجودها في الام المعدى العصبى  
 والمغص المعوى وانما يكثر وجودها في أحوال التهاب المغص الكلوى  
 فوظن الطبيب بان المريض معتريه مغص حصى صفراوى ولا يحسن  
 الظن بان مجلس تلك الآلام يكون محدودا فبكثيرا ما لا يشتكى به المريض  
 في المرافق الايمن بل في قسم المعدة أو القسم القطنى اليميني أو الجهة اليمنى من  
 القص بحيث ان الطبيب يزعم وجود ألم معدى أو مغص كلوى أو ابتداء  
 التهاب بليموراوى وبعض المرضى ولو الفطنين تحقق لنا ان لاقدرة لهم على  
 تعيين مجلس المرض بل انه تمديد الى جميع البطن والصدر بل الى الكتف الايمن  
 ولا يتدرأ ان تكون عضلات البطن متوترة والجزء العلوى من هذا التجويف  
 كثيرا حساسا سميعة عند الضغط وتكون المرضى اذ ذلك في حالة قلق عظيم وفي  
 حالة تألم زائد مجتمعة في احد اثار التلطيف بتغير الوضع وفي الغالب لا توجد  
 حمى ومع ذلك فقد شاهد (فرير كس) احوالا حصل فيها نوب قشعريرة واعقب  
 ذلك ارتفاع في الحرارة الى درجة الاربعين وخمسة من درجة مئوية ويكون  
 النبض غالبا طبيعيا وسريعا حيا ناعا ومع ذلك فقد ذكر وان لتناقص

مرعة النبض من ٥ الى ١٠ في الدقيقة اهمية تشخيصية في هذا المرض وكثيرا ما يحصل في سبب اقوى تنظف به غالب المواد صفراوية فان استمر اغها في الاثنى عشرى لا يكون عامادات الحصاة محتملة في القناة المرارية بل والحصوات الصغيرة التي وصلت الى لقناة الناقله العمومية وهي الصفراوية لا تمنع احبا نامن مرور جز من الصفراء المحتبسة بجوار الحصوات في اشياء الاثنية ضات العظيمة للعو بصله الصفراوية

والنوب العظيمة للمغص الحصى الصفراوى قد تحدث سيما عند الاناث لكثرة الحصاة نسبة ظواهر ضعف حركات القاب والانحطاط كما يشاهد ذلك عند وجود كل المشد يد فالنبض يصغر صغيرا وبالمدبارد او الوجه باهتا وقد تحصل نوب اغما حة بقة وقد يعترى المرضى في بعض الاحوال اهتزاز تشبهي بل وقد تظهر تشنجات عامة او قاصرة على احدى جهتي الجسم ثم بعد ذلك بعض ساعات تتناقص الآلام شيئا شيا أعادة وتفتى النوبة لكن لا يندران يعقب انحطاط الآلام ارتقاء جديد فتمتد لنوبة من يوم الى جملة أيام وماذا لا الامن كون الحصاة كبيرة فلا تنقدم الايطه نحو القناة المرورية أو انه يوجد جملة حصوات يدفع كل منها على حدته

ومتى مرت الحصاة من القناة الصفراوية ووصلت الى الاثنى عشرى تغيرت حالة المرضى بالكليمة فالمرضى لا تكون متأثرة ويزول اضطرابهم واضجرها ويرتفع النبض وتعود حرارة الجلد ويزول تغير السحنة والاتقال للعظيم من المكابدات العظيمة والآلام الشديدة الى الراحة التامة قد يحصل في زمن قليل بحيث ان الفرق بين الحالين يكون واضحا مبرعا وفي أحوال أخرى لا تزول الآلام فجأة بل بالتدريج وماذا لا الامن كون تمجج المسالك الصفراوية للعظيم لا يعقبه سكون وهذه في الجموع العمبي الايطه كالمقله فانها متى تمججت بجم غريب تستمر حالة تمججها ازمنها طويلا بعد زوال الجسم الغريب المهيج وتبعيده

وأما الانتهاء المحزن للمغص الحصى الصفراوى بقتة دم ظواهر الانحطاط الثقل الذي يتقل الى حالة شلالية عومية فتأدر جردا وأكثر من ذلك حولا وان يعقب نوبة هذا المغص اعراض النضايق المستمرة لالمالك



الصفراوية اوانسدادها وذلك بان تبقى الحصة ما كنه في القناة الصفراوية  
وان يختلف مرورها من تلك القناة بتأثيره الميكانيكي تقروح التيابي يفتح عنه  
انكماش يندى فتضيق تلك القناة او تنسد ونتيجة ذلك هو اليرقان العملي المستمر  
وان كان المنسد هي القناة المرارية نتج عن ذلك استسقاء حويصلي مراري  
او ضمور في تلك الحويصلة

ثم انه بسرور حصة صفراوية من القناة المرارية الى القناة الصفراوية يتمنع  
استمرار الصفراء بالكلية أو يتعذر  
واحتباس الصفراء يمكن ان ينتج عن اتساع في الكبد وتعدد مدرك في  
الحويصلة المرارية ويرقان كبدي امتصاصي غالباً وذلك فيما اذا لم تدفع  
الحصة من القناة الصفراوية بسرعة وهذا اليرقان الذي يشاهد غالباً بعد  
انتهاء النوبة يكون في العادة خفيفاً وقتياً بحيث لا يشاهد في المنحمة الملصية  
الاقى اثنا بعض ساعات ولذا انه كنه يرام الا يعرف ويختفي ومع ذلك فالهشدا  
اليرقان اهمية عظيمة تشخيصية ان وجوده يزول كل تغيب بالنسبة  
لطبيعة نوب الالم لهذا اليرقان يمكن الحكم على طبيعته نوب الالام  
الابقية التي لم يشاهد فيها اليرقان او اختفى وكانت اعربت نوب الالام عصبية  
معدية أو مغصاً

والخصوات الصفراوية التي اندفعت في الاثني عشرى يندرسه مفرغها بالتق  
والغالب اندفاعها مع المواد الثابتة ومن النادر ان يكون انفة مذاقها مصحوباً  
بغص أو تبر زمن مواد مخاطية دهوية بل يكاد يحصل على الدوام بسمولة  
وبكيفية غمير مدركة بحيث لا ترى الخصوات في المواد البرازية الامع  
البحث الدقي بالكيفية وفي بعض الاحوال لا توجد الخصوات في المواد البرازية  
بعد مضي النوبة مهما كانت دقة البحث بواسطة مصفاة وصب الماء عليها  
وغسلها وفي مثل هذه الاحوال يسوغ القول بان احتباس الخصوات انما  
كان في عنق الحويصلة المرارية او في الجزء الابتدائي من القناة المرارية  
اعنى في صفريه يكون فيه زوال احتباس الخصوات ناتجاً عن رجوعها  
ودخولها في الحويصلة المرارية ومع ذلك فلم يزل في مجت المغص الحصى  
الصفراوى بعض أمور غير واضحة لنا من ذلك الامر العديم التوجيه وهو

كون الحصوات الصفراوية الكائنة في الحويصلة المرارية عند بعض  
 الأشخاص ليس لها أدنى ميل للانتقال من محلها طول الحياة بخلافها عند  
 أشخاص آخرين فانها تنتقل على الدوام من محلها مارة في المسالك الصفراوية  
 ويتكرر ذلك جملة مرات وكان ينبغي أن يكون لسير المغص الحصى  
 الصفراوى ثلاثة أدوار متميزة عن بعضهم باختلاف شدة الظواهر المرضية  
 بحيث ان الدور الاول يوافق احتباس الحصوات في القناة المرارية الضيقة  
 والثاني دخولها في القناة الصفراوية المتسعة والثالث احتباسها ثانيا في الجزء  
 المعوى الضيق تلك القناة ومع ذلك فمثل هذا الانتظام في سير الآلام الذى  
 كان يمكن أن يستبدل منه على المحل الموجود فيه الحصاة لا يدرك الا في أحوال  
 استثنائية

ثم ان التهاب الحويصلة الصفراوية وتقرحها الناتج عن الحصوات الصفراوية  
 لا يودى لاعراض واضحة الامتق اشترك البريتون في التهاب وهذه  
 الاعراض عبارة عن الظواهر المرضية لالتهاب البريتون في الجزء في أو الحاد  
 احيانا السابق ذكرها وكل من مجلس الالم في قسم الحويصلة الصفراوية  
 ونوب المغص الحصى الصفراوى التى تتكرر وجودها من قبل والتمكن  
 من الاحساس بالحصوات في الحويصلة الصفراوية كما تبصر ذلك لكثير من  
 الاطباء وانما أيضا سماع عند النساء ذوات الجسد البطنية المسترخية يريح  
 القول بان جدار الحويصلة الصفراوية قد اعترها التهاب والتقيح بواسطة  
 التجمعات الحجرية الكائنة فيها وان حصل ثقب في الحويصلة الصفراوية  
 قبل التصاقها بما يحيط بها من الاعضاء انضمت الصورة المرضية السابق  
 شرحها التى تكاد أن تكون واحدة لدخول جواهر غريبة في تجويف  
 البريتون فمثل ذلك المرضى في قليل من الايام بواسطة التهاب البريتون  
 المنتشر وان كانت الحويصلة الصفراوية قد تم التصاقها بالاعضاء المجاورة  
 لها عند حصول ثقبها بقيت الظواهر الالتهابية البريتونية قاصرة على قسم  
 الحويصلة الصفراوية وينضم لذلك علامات اضطراب في وظيفة المعى  
 وكثيرا ما تبقى الصورة المرضية في هذه الحالة الاخيرة غير واضحة الى ان  
 يتقذف حصاة صفراوية عظيمة الحجم جديا تاتي تصورها من القناة



الصفراوية والتجمعات الجذرية المارة من الحويصلة الصفراوية الى المني  
 بواسطة استطراق غير طبيعي يمكن أن تكون عظيمة الحجم جدا بحيث يتيسر  
 مرورها من القناة المعوية فبئس عن ذلك اعراض القولنج وعندنا حصة من  
 حصوات كواسترينية في حجم بيضة الحمامة وكانت أرسلت لنا مع الزعم انها  
 معوية واثقلت من المستقيم مع مشاق عظيمة عند امرأة كانت على ما قبل  
 مصابة بنوب متكررة من التهاب كبدى وفي أحوال أخرى قد شوهد  
 بعد الموت باعراض القولنج حصوات صفراوية عظيمة محبسة في المني  
 الدقيق لاسيما عند صمام (بوهين) وان التصقت الحويصلة المرارية المتبنة  
 بالبدن المقدم من البطن أحسن على شكل ورم صلب محدودا حينئذ  
 تلعب الجدر البطنية فيها بهد ويتكون فيها خراج يخرج منه فيها بعد صديد  
 ثم مواد صفراوية ثم عدد عظيم من الحصوات الصفراوية (وهذا ما يسمى  
 بالناصور الحصى الصفراوى) والخراج لا يفتح على الدوام في جزء البطن  
 المرفوع أسفل الحويصلة الصفراوية بل كثيرا ما يكون انفجاره بعيدا عن  
 ذلك بعد تكون قنوات ناصورية في جدر البطن ويندر أن يلتئم الناصور  
 عقب خروج حصة صفراوية أو جملتها منها حال بل الغالب استمراره زمنا  
 طويلا أو طول الحياة فيسيل منه على الدوام مادة صفراوية وان كانت القناة  
 المرارية منسددة تخرج منه سائل صاف

واما التهاب القنوات الناقلة للصفراء وتقرحها بواسطة التجمعات الحصبوية  
 فانه يسبق باعراض المغص الحصى الصفراوى إلا أن ذلك لا ينتهى بالخطا  
 وراحة تامين بل يخاف ذلك آلام في قسم الكبد وزيادة حساسية عند الضغط  
 وينضم لذلك برقان شديد وغير ذلك من اعراض الاحتماس الصفراوى  
 العظيم اذا استمر احتماس التجمعات الحصبوية في القناة الصفراوية وتنج  
 عن ذلك التهاب فيها وبالجملة فقد يحصل في مثل هذه الحالة تمقب في القناة  
 المذكورة والتهاب يرتوى تابى (كما شاهدناه اندرال) اسكن الغالب  
 أن يكون هلاك المرضى بنتائج احتماس الصفراء المستقر مع اعراض النهوكة  
 المعروف بالتسمم الصفراوى للدم

\*(المعالجة)\*

ينبغي الاجتهاد في حفظ المرضى الذين اعتراهم نوب من كبرية من المغص  
 الحصى الصفراوي ووقايتهم من تردد نوب جديدة أو غيرها من نتائج  
 الحصى الصفراوية وكلما كثر تردد نوب هذا المغص وانضح لثامن كثرة  
 زوايا الحصى الصفراوية المنقذفة وأسطحها انه ولا بد لم يزل يوجد منها عدد  
 عظيم في الحويصلة الصفراوية كما كان الاهتام بالوسائط العجيبة  
 والعلاجية التي يتعمش فيها وقاية المرضى عظيمًا وقد دلت التجارب على انه  
 باستعمال مياه (كراسباد) كثيرا تنقذ كمية عظيمة من الحصى  
 الصفراوية مع مكابدات قليلة في الغالب وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال  
 غير تلك المياه من المياه المعدنية الكثرية القلوية كماء ويشي وماريه باد  
 وامس ونحو ذلك ولا يمكن توجيه هذا التأثير الجيد بكمية شافية ولا القول  
 مع التأكيديان كان تأثيرها تاجعا من ازيد الصفراء ورقم اسباب كثرة  
 الشرب من تلك المياه وعن ازيد وتتميمه الحركات الديدانية المعوية المعتادة  
 الى الحويصلة المرارية بحيث انه يسهل انقذاف تلك الحصى بهذه التأثير  
 المزدوج أو بأنه يسهل انحلل تلك الحصى وفتتم بواسطه كثرة دخول  
 المواد القلوية في الجسم أو بأنه يمنع أو يتعدى تسكون حصى جديدة  
 بواسطة القلوبات ودخولها في الدم وايس من البعيد عن العقل القول  
 بانحلل الكواسترين بواسطة دخول كمية عظيمة من الاملاح الصفراوية  
 القلوية

وزيادة على ذلك فن المشهور جدا في معالجة المغص الحصى الناتج من  
 الحصى الصفراوية بواسطة العلاجية للطبيب (ديوراند) وهي عبارة  
 عن مخلوط مركب من الاتير ١٥ جراما (أعنى ثلاثة دراهم) وذيب  
 الترميندا ١٠ جراما (أعنى درهمين) ويعطى من هذا المخلوط من ١٥ الى ٢٠  
 نقطة في سواغ غروي ثلاث مرات كل يوم الى أن يصير تعاطى نحو الثمانمائة  
 وخسين جراما (أعنى رطلا) من هذا المخلوط غير ان هذه الوسطة العلاجية  
 يعسر على المعدة تحملها من اطوار الازدياد كون الاتير وبيت الترميندا يحلان  
 الحصى الصفراوية عند وضعها فيهما الا يترتب عليه التعمش بأن هذين  
 الجوهرين بوصولهما الى المعدة يصلان الى الحويصلة الصفراوية ويحلان



التراكبات الجبرية المتجمعة فيها ولذا ان الواسطة العلاجية (لدوراند) ان كان  
 لها تاثير جيد في الحصوات الصفراوية والتغيرات المرضية التابعة لها  
 كما يوصى بذلك كثير من اطباء المشهورين والمعتمد على قولهم فلا بد وان  
 يكون حصول ذلك بكمية أخرى غير معلومة لنا

والممدوح بكثرة في معالجة المغص الحصى الصفراوي والمعتمد عليه هو  
 استعمال الافيون مع الاقدام فتعطى صبغة الافيون البسيطة بقدر  
 عشرة نقط او المرفين بقدر سنتي جرام واحد في كل ساعة أو ساعتين ويكرر ذلك  
 مرتين أو ثلاثة الى ان يحصل خدر خفيف واسرع من ذلك وأقوى منه  
 في تسكين الآلام الحقة تحت الجلد بالمرفين بل وفي بعض الاحوال الشديدة  
 جدا قد اوصى باستنشاق الكلوروفورم مع الاحتباس الى ان يحصل تأثير  
 المرفين ومن الوسائل العلاجية المساعدة الضمادات الفاترة على البطن  
 والحمامات الفاترة والكلورال الايدراقي لاجل احداث النوم والتي  
 المستعصى ينبغي مضار بته بماء الصودا وفتح الجليد أو الشفبانيا أو بالحقن  
 تحت الجلد بالمرفين في حقرة المعدة وان استطالت نوب الام وازدادت الحمى  
 وصار قسم السكب شديد الحساسية عند الضغط وجب ارسال عدد عظيم من  
 الملق على هذا القسم ووضع مثانات ممتلئة بالجليد والتمسك بمعالجة كالتى  
 تفعل في الالتهاب البريتوني المحدود

ولا يندر أن يصير الخطاط المرضى عظيم جدا بحيث يلجئ الحال لاستعمال  
 المنعشات مع الجواهر المسكنة للآلام كالنيبيذ والثير والقهوة أو ما استعمل  
 المقيمات والمسيلات في أثناء النوبة فانه يزيد في الآلام وينبغي التوفى من  
 استعمالها سيما وانها ليس خالية عن الخطر وأما عقب زوال النوبة فلا بأس  
 باستعمال مسهل لطيف سيما ان كان التبرز عقب النوبة قديلا وذلك لاجل  
 سرعة انقذاف التجمعات الحصى الموجودة في المعى مع البحث الجليد عن  
 المواد البرازية ان كان في التشخيص بعض تعيب

وأما معالجة التهاب المسالك الصفراوية وتقرحها الناشئ عن الحصوات  
 الصفراوية فلا بد لنا من الاقتصار فيه على معالجة عرضية حيث لا قدرة لنا  
 على ازالة السبب المستمر للتأثير فينبغي المبادرة بفتح الخراجات المتوجبة

في جسد البطن ومعالجة التواصير التابعة لذلك طبقا لما استدعيه قواعد  
الجراحة وأما انداد المني بخصوصات صفراوية عظيمة فينبغي فيه استعمال  
الوسائط السابق ذكرها والمغص الشديد يستدعي استعمال المخدرات

\* (في أمراض الطحال) \*

\* (المبحث الاول) \*

\* (في احتقان الطحال ونموه المعروف بورم الطحال الحاد) \*

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

ازدياد حجم الطحال هو العرض الاكبر في المهم لا غلب أمراض هذا  
العضو لالمرض الذي نحن بصدده فقط وسهولة انتفاخ الطحال لانهماق  
بكمية أو عيته فقط بل على الخصوص بما إليه وتركيبه الخاص به أعني  
بسهولة تمدد محفظته وجوهرها اليفي الاصلى المتكثرون من منسوج خلوي  
ذي الياف مرنة والياف عضلية قليلة ملمسها وبيروود مسافات خالية في سبله  
الوعائية سواء كانت تلك المسافات عبارة عن مسافات حقيقية خالية بين  
الاوعية أو عن تمددات كهفية في اوعية الشعيرية الوريدية في مسالكها  
الدموية المتعلقة غلقتا ناما وكان الطحال بواسطة حرقه بالماء أو تفخمه كما قاله  
فلك) يمدد تمددا عظيما كذلك يتزايد حجمه ازديادا عظيما في أثناء الحمية بازيد  
متحمله الدموي أو أخليته المتفاوتة في زمن قصير بل قد يشاهد تغير واضح في  
حجمه في الحدود الطبيعية سيما انتفاخه بعد قليل من الساعات من  
تعاطي المطعومات أعني في الزمن الذي فيه تتماثل العناصر الغذائية  
المنهضة مع الدم وتختلط به ومن المعلوم تناقص حجم الطحال أيضا وصفوه  
في قليل من الدقائق باستعمال مقدار عظيم من الكيميني

ثم ان ما يقال عموما بالنسبة لأمراض الطحال أعني من كون أغلبها عرضيا  
لمرض آخر وانما تنتج عن أمراض أولية أخرى يقال على الخصوص بالنسبة  
لاحتقان هذا العضو وينبغي تمييز كلين من احتقان الطحال كاحتقان غيره  
من الاعضاء وهما الاحتقان التواردي والاعتباسي

أما الاحتقان التواردي فانه ينشأ عنه ورم الطحال في الأمراض التسممية  
الاتشارية الحادة كالتيفوس والجيمات المتقطعة والتسمم العقن من الدم



والحمى النفاسية والتيفوس الطفحي والحميات التيفوسية ذات المنكسة  
والحميات الطفحية الحادة وطبقا لملاحظات (ويل) يحصل ورم في الطحال  
كمرض من اعراض الداء الزهري البني ولوفي قابل من الاحوال والمعالجة  
المضادة للداء الزهري كما تزيله تزيل أيضا ورم الطحال  
وكذا طبقا للملاحظات التي أجراها (فريدريش) يحصل ورم حاد في الطحال  
في أحوال الدفتيرية الحلقية والحرة الوجهية وبعض اشكال من الذئبة  
اللوزية والزرغام الحاد ولا سيما التهاب الرئوى وارتكن هذا  
المؤلف على ذلك في رأيه القائل بان هذا المرض الاخر من طبيعة تسممية  
انتشارية في بعض الاحوال وليس من المعالوم انما عاكس كان  
توارد الدم المتزايد نحو الطحال في الامراض التسممية ناتجا من استرخاء جواهر  
هذا العضو بالتأثير الملائم على لادم التسمم او عن حالة شللية في العناصر  
العصلية من الجدر الوعائية ومن الجواهر الشبكي الخلاقى اعنى من اضطراب  
عصبى في الطحال وأما اتقاخه في الحميات المتقطعة فقد وجد بالاضطراب  
العظيم للدورة الذى يحصل في دائرة الجسم في اثناء تطور القشعريرة وازدياد  
امتلاء الاعضاء الباطنة بالدم ولا سيما الطحال القابل المقاومة عقب تناقص  
الدم الدائرى من الجسم اذكر هذا لما يندنا على ان هذا الامر قابل الاهمية  
وهو ان عظم اتناخ الطحال لا يكون بنسبة شدة تطور القشعريرة وان  
الطحال يستمر اتقاخه في دور الحرارة وقد يكون الاحتقان التواردى نتيجة  
اضطراب الخيض بطريقتة مباوتية وبالجملة قد يحصل هذا الاحتقان  
في الطحال في احوال جروح هذا العضو والتهاباته وتولداته الجديدة  
واوضح شكل من هذا الاحتقان يشاهد في احوال السدد الدموية لهذا  
العضو

واما الاحتقان الاحتبابى للطحال فانه ينشأ غالبا عن تضايق او انسداد  
في الوريد الباب كما بينا ذلك في كثير من امراض الكبد كالسيروز والتهاب  
الوريد الباب وغيرهما من الامراض وحيث ان أغلب الاحتقانات الوريدية  
البوائية الاحتبابية تكون ذات مدة طويلة لا بد وان يشاهد بجوار  
الاحتقان الطحالى تغيرات اخرى في جواهر هذا العضو ستذكر في البحث

الاسقى

وأقل من ذلك مشاهدة وانضاحا احتقانات الطحال الاحتماسية التي  
 تصاحب أمراض القلب والرئتين العاقبة لاستقرار دم الاوردة الاجوفية  
 ويعتد تأثيرها المذكور بعيدا عن أوعية الكبد الى أوعية الطحال  
 \* (الصفات التشريحية) \*

الطحال المحتمق يوجد دائما أعظم حجما وثقلا من الطحال السليم ما عدا  
 الاحوال الاستثنائية التي فيها تكون مخنطة هذا العضو متكاثفة فاقدة  
 لمرونتها فوجد فيها الطحال المحتمق متزايدا الحجم وكل من تزايد الحجم والثقل  
 يكون تارة قليلا وتارة عظيما بحيث ان حجم هذا العضو وثقله يزيدان عن  
 حالتهم الطبيعية بربع مرات أو ست والطحال عند الشخص السليم البالغ  
 يكون طوله في الحد المتوسط من ٤ قرايط الى ٥ وعرضه من ٣ الى ٤ وسمكه  
 من قرايط الى قرايط ونصف وقله ٣٠٠ جرام الى ٢٥٠ والطحال المتزايد  
 بواسطة الاحتقان يكون حافظا لشكله ومخنطة تكون متوترة ملامسا غالبيا  
 وانما في الاحوال التي فيها يكون قد زال اتفاح هذا العضو تكون متكدرة  
 متينة وقوام الطحال متناقصا وذلك يحصل أيضا في أحوال اتفاح الطحال  
 الناتج عن أمراض آجامية مادام هذا الاتفاح حديشا ولم يحصل في جوهر  
 هذا العضو تغيرات أخرى ثم ذكر فيما سياتى والطحال المنتفخ يكون في جثة  
 الأشخاص الهالكين بالتميموس او الحمى النفاسية والتسمم العفن من الدم  
 رخوا جدا حتى ان جوهره عند شقه يظهر مجيانيا مع ذلك ينبغي عند الحكم  
 على تماسك هذا العضو المحتمق اعتبار سرعة تعفن الجثة في مثل هذه  
 الاحوال ولو ان الطحال يكون أكثر كثرة كلما كان الاحتقان حديشا وعظيم  
 لدرجة وفي الاحوال الحديثة جدا المرتقى فيها الاحتقان الى أعلى درجة  
 يكتب جوهر الطحال هيئة بلاطة دموية جراثيم سودة ثم يصير فيما بعد مجرا  
 أو ينقسم مجريا ختلاطه هو اديجيمية وفي بعض الاحوال تظهر الجسيمات  
 المليحية المنتفخة النامية على سطح شق هذا العضو على هيئة نويات باهتة  
 شبيهة بالدرن  
 وبالبحث الميكروسكوبي لا يوجد على شق من العناصر القرينية سوى ازدياد



واضح في الاخلية الطبيعية للمادة البنية من الطحال وكرات دموية جديدة  
 بحيث لا حاجة الى نسبة انتفاخ الطحال الذي نحن بصدد تغييره ما لم يباي  
 أو تفتحي فيظهر حينئذ ان الورم الحاد من الطحال ينشأ ما عن ازدياد المحصل  
 الدموي لهذا العضو وارتشاح جوهره بمادة صلبة فقط أو مع ذلك عن  
 زياد الاخلية الليفية او زيادة وقتها ومع هذا فقد ذكر بعض المؤلفين  
 الذين يقولون بأن جرثومة الامراض السمية الانتشارية الحادة هي جسميات  
 آتية ونيشة ان تلك الجرثومة الطفيلية تكون متراكمة بعد عظيم في الطحال  
 وفي المادة العضوية لاخلية جوهره اللي

ثم ان ازدياد المادة البنية من الطحال تتغير فلا تعرف عند استقرارها  
 هذا العضو زمانا طويلا فان هشة الطحال وقوامه حينئذ يتغيران تغيرا  
 عظيما ويبقى هذا العضو مترايدا في الحجم على الدوام فنشأ حالة تعرف بالورم  
 المزمن من الطحال أو ضخامته وسمد كفي المبحث الاكثي

\*(الاعراض والسير)\*

الانتفاخ الاحتمالي من الطحال يكاد يظهر على الدوام بدون أن تشتد على  
 المرضى بالام ذاتية أو احساسات متعبة ومع ذلك فالضغطة على المراق الايسر  
 قد يحدث تألما عندهم وهذه المشاهدة تطابق التجارب المعروفة من ان تمدد  
 الاعضاء القليلة المقاومة جدا تكون قليلة الالم بخلاف نوتر الاغشية  
 أو الاربطة أو نحو ذلك من الاجزاء التي يسهل تمددها فانه ينتج عنها ألم شديد  
 فان اشتكت المرضى في أثناء سير الحيات المتهطعة أو السيقوس أو نحو ذلك  
 من الاحوال المرضية بالتم في قسم الطحال دل ذلك على ان الحفظة لطحالية  
 قد اعتراها تكاثف ونحس بتغيرات مرضية سابقة وصارت غير مرنة أو على  
 وجود تغيرات النهائية اعترت الطحال أو محفظة قد ظهرت في أثناء سير تلك  
 الامراض

وفي معظم الاحوال تفقد الظواهر المرضية الموسمية للمرض التي يمكن  
 سببها مع التأكد لاحتمان الطحال لا لمرض الاصل في فاحتمان الطحال  
 كان لا يعرف ولا يدرك لولا معرفة الطبيب بوجوده غالبا أو داءه في احوال  
 مرضية معروفة وانته في كل حالة راهنة يبحث باللمس والقرع فيها حتى يثبت

هل هو موجود حقيقة أم لا

واحتمقان الطحال الذي يظهر في أثناء سير الامراض التسممية يزول عادة بعد انتهائهما سير المرض الاصلى ولا يختلفه تغير جوهرى ما في هذا العضو ويختلف الحال بالنسبة لاحتمقان الطحال الذي يصاحب الحيوات المتقطعة واحتمقانات تواردية واحتمقانية اخرى فيما اذا استمر هذا الاحتمقان زمنا طويلا باستمرار تأثير التعبيرات المرضية التي أحدثته وسند كفى المحب الآتى ان ضخامة الطحال تكون نتيجة ملازمة لاحتمقاناته المستمرة زمنا طويلا ومن الغادر ان يودى احتمقان الطحال الى الهلاك ما عدا الاحوال التي فيها يتمزق هذا العضو وهذا العارض قد شوهد بطرقه في بعض احوال الحيوات المتقطعة والبيقوس والتيفويد الهيسى وحصول الموت اذ الذي يكون في الحال باعراض النزيف الباطنى عقب تمزق الطحال او بعد جلة ساعات او أيام وانذار احتمقان الطحال لا يتعلق به بل بالمرض الاصلى المصاحب هو له وانتفاخ هذا العضو وان كان له غالب الأهمية في الطب العملى فماذا الامن حبيثة التشخيص اذ من المعلوم ان تشخيص كثير من الامراض التسممية لاسيما التيفوس يرتكن فيه غالباً الى وجود تمدد الطحال أو عدمه

وأما البحث الطبيعى فهو الذى يستدل منه بالاكثر على احتمقان الطحال ولند ذكر قبل شرح العلامات الطبيعية لانتفاخ الطحال الاحتمقانى بعض كلمات على التشخيص الطبيعى لامراض الطحال عموما فنقول

ان الطحال الذى يوازى في الحالة الطبيعية بقطره المستطيل كلامن سببر الضلع التاسع والعاشر من الجهة اليسرى يكون موضوعا بينه العلوى المقدم في قعر الحجاب الحاجز ومغطى بالحافة السفلى من الرئة اليسرى بحيث ان الذى يمكن العمو وعليه بالقرع هما الثلثان السفليان الخلقان من هذا العضو ولكن هذا الجزء من الطحال لا يمكن تحديده بحيطه بالقرع تحديدا تاما وذلك لان الصوت الاصم الخلقى من الطحال في هذا الجزء يختلط في جزء من امتداده بالصوت الاصم للكلمة اليسرى بحيث ان الذى يمكن تحديده بالقرع تحديدا تاما هو الثلث السفلى فقط وأما الطرف السفلى المقدم من الطحال فيكون موضوعا عادة خلف الطرف المقدم من الضلع الحادى



عشر وأعلى منه بقليل ولذا يقال عادة ان الطحال متزايد في الحجم متى كانت  
 الاصبية المقدمة من الطحال مجاوزة لخط يتوهم امتداده من قبة الصلع  
 الحادى عشر الى المفصل القصى الترقوى اليسارى لكن الحد المقدم لاصبىة  
 الطحال يكاد لا يصل عند بعض الاشخاص الى الخط الابطن اليسارى فبعض  
 الاطباء الغير المقرنين لا يجدونم بالقرع وذلك لانهم يمحشون عنم انحو الامام  
 والاجود عند البحث عن الطحال بالقرع أن يوضع المريض ماثل الى اليمين  
 قليلا ثم يتسد أبا البحث عن القطر العام ودى لاصبىة هذا العضو في الخط  
 الابطن وتحديده وهذا القطر يختلف امتداده في الحالة الطبيعية فقد  
 يكون صغيرا جدا يكاد لا يماس وقد يكون امتداده من ٥ سنتيمترات الى ٦  
 ويعثر الطبيب في الغالب على الحد العلوى من اصبىة الطحال حذاء اندغام  
 الصلع الثامن وأعلى من ذلك عندما يكون الطحال متزايدا في الحجم وينبغى  
 تعيين هذا الحد ابتداء فانه من النادر أن يعرض عسر في ذلك وبالجملة فالقاعدة  
 المتبعة هو تعيين حدود الطحال على الدوام في المحال التي تبسرها فيم اذ ذلك  
 بسهولة اذ بذلك يسهل علينا تعيين الحدود الاخرى وكثيرا ما لا يتضح وقتيا  
 بالقرع على الطحال وجود تمدد في هذا العضو او عدمه وذلك في الاحوال  
 التي يكون فيها اتفاحه قليلا جدا وازدياد أقطار اصبىة قلبه لا وكذا  
 في الاحوال التي فيها يكون مغطى بجزء من المعدة أو من القولون المتقدمين  
 تمدا طبيا بحيث انه مع عظم حجمه تظهر اصبىة متناقصة أو زائفة بالسكابة  
 وكذا في الاحوال التي فيها يكون الطحال مغطى بدلا عن الاحشاء المحتوية  
 على هواء بالاعضاء الخالية عنه كالمعدة الممتلئة بالطعومات والقولون  
 الممتلئ بمواد ثقيلة والفض اليسارى من الكبد المتزايد في الحجم ونحو ذلك  
 وأصبىة الطحال تغير موضعها كاصبىة الكبد في أثناء التنفس بحيث  
 انها تترشح الى اسفل في مدة الشهيق بنحو قيراط وتصل الى اعلى في أثناء  
 الزفير التام هذا القدر ايضا وعند الوضع على الجهة اليمنى تصير اصبىة  
 الطحال اكثر غورا واقل امتدادا ولذا كان من الجيد البحث عن المريض  
 في اوضاع مختلفة حتى يمكن التحقق من تناقص اصبىة الكبد وازديادها  
 مع ملاحظة تعيين حد اصبىة هذا العضو في كل وضع

و بالجس يمكن بسهولة معرفة ورم الطحال المجاوز لحافة الاضلاع من الاسفل  
وتمييزه عن غيره من الاورام ويندر أن يمتد ورم الطحال الحاد الذي نحن  
بصدده الى تجويف البطن وغاية ما هنالك انه يحس به عند التنفس العميق  
جدا والبحث بالجس له أهمية عظيمة في تشخيص ورم الطحال المزمن الآتي  
بانه في البحث الثاني

\*(المعالجة)\*

احتمان الطحال يندر أن يكون موضوعا للمعالجة لا واسطية فانه يشفاء المرض  
الاصلي يكاد يزول على الدوام اتفاح الطحال بدون مدخل للصناعة وان بقي  
اتفاح الطحال الحاد في أحوال استثنائية وكان قائما بنفسه كما يشاهد ذلك  
عقب بعض الهجمات الاجامية ووجب استعمال الكينين عقب مدار عظيم  
أو الكينونيدين الذي هو أقل ثمنا فانهم واسطتان نوعيتان أكيدتا للتأثير  
اذ من المعلوم انه بعد تعاطي محلول الكينين بقدر جرام يحصل ولا بد تناقص  
في أهمية الطحال بعد عشر دقائق ويحصل كذلك تناقص في الطحال المنتفخ  
بجملة من السنتيمترات في أثناء استعمال التشاشل البارد طبقا للمشاهدات  
فلورى وقد شاهدت مسارا انقباضات واضحة في الطحال عند ملاسته  
للماء البارد الماسية لا واسطية وشوهد هذا التأثير ولو بدرجة قليلة بوضع  
الماء البارد على الطحال من خلال الجدر البطنية وهو اقوى عقب استعمال  
التشاشل البارد عند وضع المكدمات الباردة أو الايكامس الجليدية على  
قسم الطحال ومع ذلك فهذا التأثير أقل ولا بد من تأثير الكينين المحسوس  
لانقباضات في الطحال وعلى كل حال فنضم استعمال الماء البارد سواء  
كان على شكل الحمام البارد أو المئاتات الجليدية أو التشاشل البارد  
لاستعمال الكينين في آن واحد في معالجة ورم الطحال الحاد والمزمن فان  
ذلك انجح واتم من استعمال هذه الواسطة الاخيرة على حدتها واما قوة تأثير  
السكره باتية في اورام الطحال المستمرة زمنا طويلا في الشفاء فلم يتأكد منها  
بالكلمة

\*(البحث الثاني)\*

\*(في ضخامة الطحال المعروفة بالورم المزمن للطحال)\*



## \* كيفية الظهور والاسباب \*

الاحوال المرضية الموجبة لضخامة الطحال لا تعتبر كالاشكل المختلفة من اشكال الطحال المذكورة في المبحث السابق تغيرات مرضية ابتدائية ذاتية بل تعتبر نتيجة عرضية لتغيرات مرضية متنوعة فحينئذ يخص الطبيب عن التغير المرضي الاصلى المحدث لضخامة الطحال هو الغاية التشخيصية التي ينبغي التماكد منها ومن المعلوم ان بعضا من الاسباب الاصلية المؤدية لاحتمان الطحال يحدث أيضا ضخامة في هذا العضو وذلك فيما اذا صارت تلك الاسباب المرضية الاصلية مزمنة ولذا توجد أورام طحالية مزمنة تعتبر درجة متقدمة من الاورام الطحالية الحادة الواصلة لحالة الضخامة وأكثر اشكال الاحتمان التواردي للطحال الذي يؤدي في الغالب لضخامة هذا العضو والاحتمان الذي يكون مرتبطا بالتسمم الاجاجي ولذا نشاهد الاورام المزمنة من الطحال ليس فيما اذا كان التسمم الاجاجي يسير بضقة الجيمات المقطعة ذات النكسات العديدة فقط بل كذلك فيما اذا نتج عن تأثير هذا التسمم حجات متردة أو فهو وكه مزمنة بدون أدنى نوب حجية فانه في المحال المتسلطنة فيها التصاعدات الاجامية تسلطنا وطنيا يوجد عدد عظيم من الاشخاص معتريهم وورم الطحال المزمن العظيم الحجم جدا

ومن النادر جدا أنه يستمر اتقاخ الطحال على شكل ورم مزمن في هذا العضو عقب امراض تسممية انتشارية أخرى كالتيفوس والحجى التيفوسية ذات النكسة والداء الزهري البني وقد تؤدي الاحتمانات الاحتماسية للطحال الناتجة عن عوائق دورية الى ضخامة مستمرة في هذا العضو وذلك يقال على الخصوص بالنسبة للاحتقان الاحتماسي في هذا العضو المتعلق بمرض في الكبد أو في الوريد الباب أو المتعلق بمرض مزمن في القلب أو في الرئتين وهذا أندر من السابق وجميع أورام الطحال المزمنة المذكورة (ماعدا الناتجة عن التسمم الاجاجي) تصل عادة الى حجم متوسط وأما ورم الطحال المزمن الذي يصاحب الليكيميا الصادق والكاذب فتنبذ كره عند شرح هذين المرضين في آخر هذا الفصل

## \* (الصفات الثمرية) \*

الأورام الطحالية المزمنة السابقة المذكورة تختلف صفاتها على حسب كون العناصر المتزايدة من الجوهر اللبي للطحال أو الجوهر الخلوئي أى الضام لعناصره أو كون التزايد فيها ماعلى حدسواء فى الحالة الأولى أى عند تزايد أخلية الطحال وكثرة تراكمها يكون قوام هذا العضو قليل التزايد و سطح شقه يظهر لونه اعتياديا أما حرقانيا أو احمر داكنا بحسب درجة كثرة الدم فيه وقلته واما تزايد حجمه ووزنه فقد يكون عظيما جدا لاسيما نوع ورم الطحال الليكيمي الذى هو من هذا القبيل فانه يمكن أن يصل الى حجم ووزن عظيمين جدا (فيكون طوله من ٢٠ الى ٣٠ سم تيمتر ووزنه من ٦ ارطال الى ١٢ رطلا)

وأما فى احوال ضخامة الجوهر الضام الخلوئي فان قوام هذا العضو يكون متزايدا جدا صلبا ويظهر للجوهر اللبي التبيس على سطح الشق ذاتية لجهة عضلية ويمتد فيه الجوهر الخلوئي على هيئة حواجز مبيضة متكاثفة ونوع ضخامة الطحال الناشئة عن التسمم الآجى تظهر غالبالونا أحمرا سنجيا أو تريايل مسودا عقب تراكم أخلية بجمينية فى جوهر هذا العضو تكون تارة سائبة وتارة منحصرة فى أخلية وسنذكر ذلك عند شرح الميلاينى ومحفظة الطحال الواقعة فى الضخامة تكون متكاثفة متبيسة بسبب ما يعتري غشاء المصلى من التهاب الخفي ولا يندر التصاقها بما جاورها من الأعضاء وقد يوجد فى أورام الطحال التى من هذا القبيل بورات دموية اسفينية الشكل مطابقة لما سيدكر فى مجت السدد الدموية المتكيسة لهذا العضو

## \* (الاعراض والسير) \*

قد استنتج من بعض الاحوال ان ضخامة الطحال قد تستمر زمانا طويلا بدون اضطراب عظيم فى الصحة العامة عقب انقضاء التغير المرضى الآجى الاصلى التى نتجت هى عنه وممثل هذه الاحوال يستدل منها الماعلى ان الطحال المتزايد فى الحجم يمكن اتمام وظيفته أو أن غيره من الأعضاء يجعل محله والذى يرتكن اليه فى القول الاخير هو الامر المعلم من أن بعض الكلاب الذى



استوصل الطحال منه قد يبقى زمانا طويلا حافظا لحالة التغذية عامة جيدة  
 يتناول الى غير ذلك ومع هذا ففي معظم الاحوال نشاهد اضطرابات  
 نسبة عامة مهمة عند وجود الضخامة الطحالية المذكورة ولو ان تلك  
 الاضطرابات يمكن نسبتها بدون واسطة للمرض الاصلى الذى نشأ عن ورم  
 الطحال اسكن لا ينكر أن درجة تلك الاضطرابات العامة تتعلق ولا بد بعظم  
 ورم الطحال وطول مكثه فان معظم المرضى المعتد بهم ورم عظيم فى الطحال  
 من منذ زمن طويل يظهر ون فى حالة انيميا فاقدين اقواهم ويكتسب الجلد  
 عندهم لونا أصفر شامعا او داكنا عند الاشخاص السمر (المعروفة بهيئة  
 التطفل) وكل من الشفتين والاعشىمة المخاطية يظهر باهما خاليا عن الدم  
 ويوجد عندهم ضيق فى النفس بسبب التناقص العظيم فى كرات الدم الحمراء  
 بحيث يحصل عندهم ضيق فى النفس عند الاحتياج لسرعة التنفس عقب  
 الجهود الجسمية وكذا التغذية جدر الاوعية الشعرية قد يعتريها تغير عقب  
 فقر الدم يحصل فيها هشاشة مرضية ويسهل تمزقها وخروج الدم منها أعمى  
 سوء القيمة الدموى فتطرا أنزفة شعرية بدون أسباب مدركة لاسيما النزيف  
 الانفي أى الرعاف والنزيف الجلدى اى الفم وايس للقول المعلوم من ان  
 الرعاف عند المصابين بأمراض فى الطحال يحصل من طاقة الانف اليسرى  
 ادنى صحة والانزفة المعدية والمعوية ان ظهرت ينبغي الالتفات الى كونها  
 لا تحصل فقط من سوء القيمة الدموى بل من احتباس دموى ميكانيكى فى الوريد  
 الباب متعلق بالمرض الاصلى وكل من الانيميا والايدريما يرتقى فى الدرجة حتى  
 تقدم هذا المرض الى أن يظهر سوء القيمة الاستسقاءى فتحصل الاوذجا  
 فى الاطراف السفلى ابتداء ثم الاستسقاء اللحمى فى الاحوال الثقيلة

والبحث الطبيعى يستدل منه فى أحوال أورام الطحال المزمنة على علامات  
 شخصية كثيرة فزيادة عماسه تدل منه فى أورام الطحال الحادة فان الاخيرة  
 بسبب قلة ازدياد حجم الطحال فيها غالبا لا يستدل عليها الا بواسطة القرع  
 لا يمكن العثور عليها جيداً بواسطة الجس بخلاف الاولى فلكون الطحال  
 فيها يعظم حجمه جدا يكون بارزا اسفل قوس الضام اليسارى بجزئه السفلى  
 فتكون ولا بد واضحة عند الجس بحيث يكاد لا يشك فى تشخيصها وزيادة

عن ذلك فالطحال الواقع في الضخامة لا يتغير شكله تقر بيا وبهذاو بقيسبه  
العظيم عند الجلس تسهل معرفة بالكلية فلا يحس في كثير من الاحوال  
بالطرف السفلي من الطحال الذي يكون حافظا لاتجاهه الى اسفل والانسية  
تحو الخط المتوسط من البطن فقط بل يحس كذلك بطرفه السفلي سيما الحافة  
المقدمة الحادة مع الميازيب الموجودة فيه وهذه الميازيب تعظم عند  
ما يعظم حجم الطحال وتكثر الوضوح وعند وجود حمة منها وكان بين كل  
اثنين منها فاصب مستدير ربما تقيم بالحوال على الطبيب غير المتقن فيظن  
بان هذه الورما حينما

والاورام الطحالية العظيمة يمكن أن ينتج عنها تعذب عظيم في الجهة اليسرى  
من البطن بقرب الارتفاق العاني من الاسفل الى نحو المسافة الضلعية  
السادسة او الخامسة من الاعلى وان انضم للبحث بالجلس البحث بواسطة  
القرع وجدان الجزء الممكن الوصول اليه من الطحال بالجلس يقابله جزء  
آخر أصم عند القرع خاف جدر الاضلاع وهذا الجزء ان يكونان لشكل  
بعضاوى عظيم وحركات ورم الطحال الناشئة عن حركة الحجاب الحاجز  
يمكن أن ينتج عنها في بعض الاحوال الغط يحس ويسمع

وورم الطحال المزمن لا يكون مؤلما مادامت محفة ظته البريتونية غير ملتصقة بل  
ويكون قليل الحساسية عند الضغط عليه ومع ذلك فقد يكون متعبا بمقتله  
العظيم فيستعذر على المريض التوم على الجهة اليمنى كما انه يارتفاعه الى أعلى  
ودفعه للحجاب الحاجز يحدث عسر في التنفس وسعال  
(الحكم على العاقبة والمعالجة) \*

الحكم على عاقبة ضخامة الطحال يتعلق من جهة بقابلية شفاء المرض  
الاصلي ومن هذا القبيل ضخامة الطحال الناتجة عن التسمم الآجبي او  
الزهري ومن جهة أخرى يتعلق بعظم الورم وطول مدته فان الاورام المزمنة  
العظيمة الحجم جدا من الطحال لا يتعشم بشفاها تماما والذي يتعشم  
بشفاها هي الاورام الطحالية الصغيرة الغير المزمنة جدا ومع ذلك فقد ذكر  
(عبر جر) انه شاهد شفاء تاما في بعض الاحوال التي كان وصل الطحال فيها  
الى حجم يفوق عن حجمه الطبيعي بأربع مرات أو ستة بالاقل وكان واصلا الى



السرة تقريبا ومع وجود ورم الطحال واستمراره لاما منع من استقرار الحياة  
جمله سنين

ثم ان شفاء المرض الاصلى الناتج عنه وزم الطحال هو الدلالة الايجابية  
لمعالجة هذا المرض ففي الاحوال التي فيها يكون ورم الطحال ناتجا عن التسهم  
الاجامى ينبغي تغيير محل الإقامة واستعمال المركبات الكيفية سيما الكيمين  
اذ بذلك يتحصل على النجاح انما ينبغي للمرضى عدم الرجوع بسرعة الى  
الاماكن الاجامية واستعمال المركبات الكيفية زمنا طويلا مع الاستمرار  
بل وفي احوال ضخامة الطحال المزمنة جدا يجوز استعمال هذه المركبات  
الكيفية وفي الاحوال التي فيها لا يثمر الكيمين بانقراده يتحصل على نجاح  
منه بانضمامه الى كبريتورالاتيون الذهبى عقداً يزداد فيه منه ما شياً  
فشياً (بأن يعطى من كل منهما من نصف قحمة الى ثلاث قحبات ثلاث مرات  
أو أربعاً كل يوم كما ذكره بجرجر) وأما ورم الطحال المزمن الناتج عن  
الليكميا الحقيقية والكاذبة وعن انسداد الوريد الباب وسيرور الكبد  
والامراض المثقلة للرئتين والقلب فليس للصناعة فيها غالباً نجاح  
كالامراض الاصلية المتعلقة هي بها

ومن المستعمل بكثرة في معالجة الاورام الطحالية المزمنة اليودس على  
شكل المياه المعدنية البودية (عند الاشخاص الغير المتقدمين في النوكة)  
ويودور الحديد والحديد الذي له تأثير واضح عند اتضاح ظواهر الانيميا وأما  
منقعة ملح النوشادر الحديدى المستعمل بكثرة فنجاحه غير مثبت والاجود  
في الاستعمال والموصى به بكثرة هو استعمال المركبات الكيفية والحديدية  
في آن واحد والافوق في ذلك استعمال الحديد على شكل مياه الحديد في بعض  
البقاع أو الحمامات الحديدية في أثناء الفصل الجيد من السنة وعند الاشخاص  
الاقوياء يمكن استعمال شرب المياه الصودية المحتوية على ملح الطعام أو ملح  
جولوير والاستحمام بها ومن المشهور في ذلك الاستحمام بالمياه القلوية  
الحديدية الموجودة في ماريه باد وفرانسباد وتيلس ونحو ذلك  
وأما ما يخص المعالجة الموضعية لورم الطحال فـ قد استنتج من تجارب المعلم  
(بودكين) انه باستعمال الكهربياتية يمكن الحصول على تصغير حجمه ولو كان

ورم هذا العضو واصلا بجم عظيم واستعمال الكهر باثمة بقصد ذلك يكون  
بتسليط التيار الكهر باقى المتقطع على قسم الطحال فى اتجاهات مختلفة من  
خمس دقائق الى خمس عشرة دقيقة بل يمكن معرفة التأثير الكهر باقى  
المتعص لورم الطحال بالبحث بواسطة القرع والمقارنة قبل تأثيره وبعده  
وأما الاستعمال الموضعى للماء البارد فى اتفاح الطحال فقد ذكر فى المبحث  
السابق

**\* (المبحث الثالث) \***

**\* (فى الاستعمال النشوية للطحال المعروفة بالطحال الذهبى) \***

يراجع بالنسبة لاسباب الاستعمال النشوية وطبيعتها ما ذكرناه مع البيان  
فى مبحث الاستعمال النشوية للكبد منها التكرار  
الاستعمال النشوية للطحال تتبدأ كما فى غيره هذا العضو من الاعضاء من  
الشرابين والاعوية الشعرية الرفيعة ثم تمتد الى العفاسر الخلاقية  
للحوصلات المبيجة واب هذا العضو وقد تكون حوىصلات الطحال  
هى المكابدة للاستعمال المرضية بانقرادها وتظهر حينئذ فى الطحال  
القليل التزايد فى الحجم على هيئة جسيمات من حجم حب الدخن الى حب  
الشمردانج ذات لون سنجابى شفاف شبيهة بالساجو المطبوخ (وهذا هو  
المسمى بالطحال الساجى) وان كانت هذه الاستعمال معتربة الطحال بتمامه  
اكتسب هذا العضو فى الاحوال المتقدمة الواضحة حجما عظيما جدا  
كما فى احوال الضخامة المذكورة فى المبحث السابق وحينئذ تكون الخفاة  
المتقدمة القاطعة من الطحال مستديرة وقوامه يكون يابساصلا وسطح  
شقه أملس مستويا ذا المعان شبيه بالمعان الدهن ولونه داكن أو أحمر قانى  
بل أحمر سنجابى والاعوية الطحالية كما فى أوعية الجسم محتوية على دم قليل  
الأحمر مانع

وفى احوال الاستعمال النشوية من الطحال تكون المرضى انبوابية كثيرا  
او قليلا وواقعة فى حالة نهم وكثرة يحصل هنا أيضا كما فى احوال الضخامة  
البسيطة أنزفة من الانف وكدم واستسقاء ومع ذلك فى هذا الشكل  
من ورم الطحال يزداد عمر توجيه تعاق هذه الاعراض باستعمال الطحال



أو عدمه فإنه في مثل هذه الأحوال يوجد غالباً زيادة عن المرض الأصلي  
استحالات نشوية في غير هذا العضو من الأعضاء كالكبد والكليتين والمعى  
وغير ذلك ومثل هذه التغيرات لا ينبغي ولا بد اعتبارها عند الحكم على  
اعراض النوبة

ثم إن البحث الطبيعي خصوصاً بواسطة الجس يتضح به وجود مرض في  
الطحال متفاوت العظم كما ذكر في البحث السابق والاستدلال على أن ورم  
الطحال ناتج عن الاستحالة النشوية وليس عن ضخامة هذا العضو لا يتيسر  
إلا في الأحوال النادرة التي فيها لا يكون الكبد معتربه الاستحالة النشوية  
أيضاً وواضحة فيه علاماتها والتي فيها لا يوجد مرض من الأمراض الأصلية  
التي تنشأ عنها الاستحالة النشوية  
وأما ما يقال بالنسبة للحكم على عاقبة الاستحالة النشوية للطحال ومعالجتها  
فهو عين ما قيل في مجت الاستحالة النشوية

\*(المبحث الرابع)\*

\*(في السدد الدموية للطحال والنهاية)\*

\*(كيفية الظهور والاسباب)\*

السدد الدموية للطحال تحصل فيه أكثر من باقي الأعضاء عدا  
الكليتين وهي تنشأ في معظم الأحوال بالاشك عن انسداد بعض الشرايين  
الصغيرة بواسطة السدد السيارة السابجة في الدم وهذه السدد تنشأ غالباً من  
المقلب الأيسر وتكون عبارة عن تجمعات دموية أو تولدات فطرية  
صمامية أو بقايا المسوجات المتقرحة المندفعة بواسطة التيار الدموي فان  
من النوادير العظيمة ان لا يوجد في الطحال سدد دموية حديثة أو قديمة  
في جثة المالكين بعموب في الصمامات مع بروزات أو تمزق فيها أو في الأعمدة  
اللحمية من القلب ويندر أن تكون السدد السيارة ناشئة عن أنورزما  
الأورطي أو من بروزات منه كزرقة الرئتين بعد مرضهما من الأوردة  
الرئوية والقلب الأيسر قبل وصولها إلى الأورطي والشريان الطحالي ومن  
الباثوان يكون ينبوع السدد السيارة من الجموع الوريدية الدائرية أو  
البولبية وحينئذ يشترط أن تكون قد مرت في هذه الحالة من الأوعية

الشعرية الرئوية والكبدية فإنه ليس من المعلوم وجود بورات انتقالية فقط في الرئتين بل وفي الطحال والكليتين وغيرهما من الأعضاء في أحوال التسمم الصديدي للدم بواسطة تفجيرات دائرية كما أنه يوجد في أحوال التهاب الوردي البوابي تغيرات التماسية ليست فقط في الكبد بل وبعيدا عن هذا العضو

وعلة كون التغيرات الانتقالية في الطحال وغيره من بعض الأعضاء لا تحصل وقضى بدون أحداث اضطرابات تزول بسهولة كما يحصل ذلك في غير هذا العضو من أعضاء الجسم توجهه بأن كل فرع من فروع الشريان الطحالي له القدرة توزيع وانتشار مخصوصة بدون أن ينتهي بشبكة وعائية شعرية ويتقحم بغيره من الشرايين الجوارقة وفروع الشريان الطحالي عبارة عن أنثا شريانية (كأذره كونهما) فالانسداد السدي لاحد الفروع الشريانية يحدث ولا بد في الجوهر المتوزع فيه هذا الشريان تراكم مويما محدودا يعقبه زيف فيه وهي السدة الدموية وتراجع كيفية حصول السدد الدموية منها للتكرار فيما تقدم

ثم انه يشاهد في الحالة التي فيها لا تؤثر السدد الدموية السيارة السابقة في الطحال وغيره من الأعضاء تأثيرا ميخائليا فقط بل تؤثر كذلك بخواصها الكيميائية التسممية كالسدد السيارة الناشئة عن تعقدات دموية مفسدة أو من بورات صديدية أو فيجينة حصول التهاب مفسد يسرع إلى الأجزاء المحيطة به بواسطة التهيج الناتج عنها فيؤدي ذلك إلى تكثر فيج او صديدي مع فساد جوهري في المنسوج المعبر عنها بالخرجات الانتقالية

وقد تحصل السدد الدموية في الطحال حصولا استثنائيا في أثناء سير بعض الامراض التي لا تؤدي للاحتقانات تابعة في هذا العضو فتوجد هذه السدد الدموية في أحوال التسمم الآحامي والسيفوس وبعض الامراض الطفحية الحادة وغير ذلك وقد وجد باشكويدس عند قطعه لبعض الفروع العصبية الطحالية سدا دموية في أجزاء هذا العضو الموازية لتلك الاعصاب وفي مثل هذه الاحوال تكون السدة الوعائية الثابتة هي التي احدثت السدة الدموية في الطحال عقب عسر الدورة الوعائية وبطئها



وقد ينشأ الالتهاب الطحال المتأبى عقب التهيج الممتد الى هذا العضو من  
 تغيرات مرضية مجاورة كسرطان المعدة وقروحها والنضج البريتوني  
 الالتهابي المتكيس اذ بذلك يحصل الالتهاب ابتداء في محفظة الطحال ثم يمتد  
 من هذا الى جوهر هذا العضو وأما الطحال فلميل قليلا للالتهاب الذاتي  
 فالالتهاب الطحالي الاولي الناتج عن أسباب غير معلومة يعدمن النواذر  
 العظيمة بل والمؤثرات المرحية الواقعة على قسم الطحال تكون مهلكة  
 للمرضى بجروح الطحال أو تمزقه أو التزيف البطني أكثر من كونها تحدث  
 الالتهاب الطحال وتقيحه المتأبى

\*(الصفات التشريحية)\*

السدد الدموية للطحال تظهر عادة بشكل اسفيني تقريبا قاعدته متجهة نحو  
 دائرة الطحال ملاسة لمحفظة غالبا وقرنه متجهة نحو فرجة هذا العضو ومن  
 هذا الشكل ومن تحديد السدة الدموية تحديدا واضحا وامتدادها يتضح  
 انها قاصرة على فرع شرياني وامتداد السدة الدموية الطحالية يختلف  
 باختلاف عظم الشريان المصاب وقد لا توجد الا سدة واحدة وقد تعدد  
 وتختلط بعضها غالبا والمنسوج المنسكب فيه الدم يظهر ذلون قائم أو حجر  
 مسود متين سامندسجا وباقى جوهر الطحال يكون محتمقا احتقانا  
 متفاوت الدرجة والطبقة المصاحبة المقطعية تكون ملتصقة في الجزء المجاور  
 للسدة الدموية وبعد استقرار هذه البورة الدموية زمانا طويلا لا يتغير لون من  
 المركز بسبب مكابدة الجوهر اللينى للاستحالة الشحمية واستحالة المادة  
 الملونة للدم الى مادة ايميتينية - بييمية متبلورة وفي الاحوال الجيدة قد  
 تنص المادة المائعة فيخلفها ندبة منسدة لا تتجتمية ينتج عنها النعاج واضح  
 في السطح الظاهر من الطحال وقد يحصل تنكز في البورة مع استحالة جبنية  
 أو استحالة كاسية تابعة

وأما البورات الصديدية الالتهابية للطحال فوجودها نادر (يقطع النظر  
 عن التجمعات الصديدية الانتقالية التي ليس لها أهمية كيميائية علمية  
 عميقة بسبب السير السريع القتال من المرض الاصل) والسدد الدموية  
 الطحالية ليس لها ميل عظيم لالتهابها بالتقيح ولذا انخرجات الطحال

انطبقية

الحقيقية لا تشاهد الا عقب الاصابات الجرحية بتدرة وعقب امتداد  
 التهيج من مرض بجوار الطحال الى جوهر هذا العضو او انتهاء للالتهاب  
 الطحالي غير المعروف السبب في بعض الاحوال والتغيرات الالتهابية التي  
 تسبق تكون الخراج في احوال التهاب الطحال التقيحي غير معروفة لنا  
 معرفة تامة فقد وجدت خراجات طحالية قديمة متكيسة في منسوج لبني  
 وفي العادة تمتد تلك الخراجات وفي مثل هذه الحالة يمكن ان يتلاشى جميع  
 منسوج الطحال الى المحفظة الطحالية فتتدد عدد اعظيما جدا على شكل  
 جيب عملي بجوار صديديه وحيث يمكن ان تمزق محفظة هذا العضو في صل  
 متصل الخراج الى تجويف البطن او الى باطن احد الاعضاء المشوية ان  
 كان غمد الطحال ملتصقا بما حوله قبل التمزق وقد ذكرت احوال فيها  
 انسكب خراج الطحال في المعدة والقولون وتجويف البليورا من خلال  
 الحجاب الحاجز او وصل الى الخارج بعد انثقاب جدار البطن  
 وفي الاحوال النادرة قد يصحبل خراج الطحال عقب تكتف متصله  
 واستحالت الى مادة طباشيرية او عقب انفجار محفظة او استقر اغه الى  
 الخارج

\* (الاعراض والسير) \*

السدد الدموية الطحالية لا تعرف في كثير من الاحوال الا عند البحث عن  
 الحمة فان السدد الدموية الصغيرة لا ينتج عنها عاودة ألم ولا ازدياد مدرتك في حجم  
 الطحال ومن جهة أخرى توجد احوال فيها يشاهد كلالا العرضين المذكورين  
 وهما الألم في قسم الطحال والانتفاخ الواضح في هذا العضو ولكن الظواهر  
 المرضية المصاحبة لذلك في الحالة الراهنة لا تسمح بالتأكد ان كانت تلك  
 الظواهر ناتجة عن السدة الدموية الطحالية أو عن مجرد احتمقان الطحال  
 وذلك متى كان المرض الاصل من جمل الامراض التسممية التي يشاهد فيها  
 كلال هذين التغيرين فلا يصل التشخيص الى درجة من التأكد الا  
 في الاحوال التي فيها يوجد بجوار الاعراض المرضية المذكورة مرض اصلي  
 ينتج عنه غالباً سدسامة في الشرايين الدائرية فان شوهد مريض مصاب  
 بعيب في احد الصمامات القلبية أو بالتهاب حديث في الغشاء الباطن من



القلب واشتكى هذا المريض بثقل أو ألم في المراق الايسر يزداد عند الضغط  
وانضم لذلك في وجود عند البحث الطبيعي تزايد في حجم الطحال لم يكن  
موجودا من قبل بقبيل وجب تشخيص سدة موية طحالية والالام تنتج عن  
الالتهاب البريتوني الحزقي المضعف لهذه السدة والتي ظاهرة عرضية  
وعظم الطحال ينتج عن الاحتقان التواردي لهذا العضو ويسبب  
التشخيص تأكيدا عظيما ان وجدت سدة سيارة في أعضاء أخرى  
كالكلية والكلى والدماع والشرياني المركزي الشبهكي والاطراف وأمام معرفة  
الخرجات الاتقالية لهذا العضو المصاحبة للتسمم الصديدي من الدم فقير  
أصكيدة فان كلامنا من ازيد حساسية قسم الطحال واتفاخه اللذين  
يشاهدان في أحوال البهيميا فيمكن نسبتهم بمجرد احتقان هذا العضو  
وأغلب الخراجات الطحالية الذاتية التي شرحت كان سيرها كما نعلم تعرف  
مدتها الحياة فان كلامنا القشعريرة وحصى الدق وتغير لون السحنة المنوكة  
والخفاة السريعة والظواهر الاستوائية وان دل على مرض ثقيل الا ان  
طبيعة هذا المرض بقيت غالباً مجهولة وفي الاحوال التي فيها انضم لتلك  
الظواهر آلام في المراق الايسر وازدياد في حجم الطحال جاز فيها فعل  
التشخيص مع التقريب وانما في الاحوال النادرة أمكن التشخيص في اجمع  
التأكد عند وجود التفرج الواضح بل وفي مثل هذه الاحوال ينبغي انما التنبية  
على أن كل بوردية في قسم الطحال لا يكون دائماً منشوفاً هذا العضو  
ثم ان ائمة تحت محفظة الطحال من الخراج وانسكب متحصلة في تجوف البطن  
ظهرت اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر وان كان الانسكاب في مسافة  
منكبسة من تجوف البطن ظهرت اعراض الالتهاب البريتوني المحدود  
وانسكب متحصلة في المعدة والقولون المستعرض واسنة فرغ الصديد المحتاط  
بالدم اماناً التقاير أو بالتبرزوان حصل الثقب في تجوف البليورا أو الرئة أو  
الى الخارج شوهت ظواهره مشابهة لما ينشأ عن ثقب خراجات الكبد نحو  
هذه الاتجاهات

\*(المعالجة)\*

الصناعة الطبية ليس لها قدرة على مضاربة السدة الدموية الطحالية والالتهاب

الطحالي التقيحي فتمتصر على مقاومة الاعراض القوية بواسطة المعالجة  
 المسكنية فعند وجود الام شديد تستعمل الاسمضغرات الاموية  
 الموضعية والضمادات وعند وجود التي العرضي تعطى القلوبان الكبريتية  
 أو القوق كبريتية وان اشتد وصار متعبا استعملت الخدشات والخراجات  
 ذات القوج ينبغي فتحها بسرعة مع الاحتراسات التي ذكرت عند فتح خراجات  
 الكبد

\*(المبحث الخامس)\*

\*(في تمدن الطحال وسرطنه والايكياس الايكينو وكوكبية)\*

تمدن الطحال يحصل اما حصولا تابعا للدرن الدخني على شكل درن دخني  
 كثير ذي لون سنجابي وتارة على شكل الارتشاح الجيني وتمدن الاجرية المعوية  
 والعقد المسارية على شكل بحومات درنية يندران تصل الى عظم القندقة  
 ومن التادران تالاشي وتسكون كهوفا وتمدن الطحال لا يمكن معرفته مدة  
 الحياة ولذا لا يسوغ الكلام على معالجه

وكذا سرطان الطحال يندرمشاه دته ويظهر ان شكل السرطان النحاشي  
 هو الوحيد الذي يظهر في هذا العضو وجميع الاحوال التي ذكرت من  
 سرطان الطحال كان طوره ليس اوليا بل انضم لسرطان المعدة أو الكبد  
 أو العقد المسارية خلف البريتون وقد يتكسب الطحال شكلا ذا قملبات  
 بواسطة التولدات السرطانية العظيمة

وحيث ان سرطان الطحال من النوادر العظيمة فعند الاستدلال على اى ورم  
 طحالي لا نوجه فكرنا الى هذا المرض الا بعد اخراج باقى اورام هذا العضو  
 فلا يشخص سرطان الطحال الا متى لم يحفظ ورم هذا العضو الشكل الخاص  
 به وكان كونا للحمادات في سطحه الظاهر وأمكن مع ذلك وجود سرطان في  
 المعدة أو الكبد

وأما الاورام الايكينو وكوكبية فيمدرمشاهدتها في الطحال أيضا بعظم  
 متفاوت وتكاد تحصل في هذا العضو على الدوام عند وجود ما يمانئ لها  
 في الكبد ولا يمكن معرفتها مدة الحياة الا عند وجود بروزات كرية فيها جميع  
 أوصاف الاورام الايكينو وكوكبية مع ازدياد حجم الطحال



• (المبحث السادس) •  
 • (في تحول الطحال وانهاله) •

الطحال كغيره من الاعضاء المشوية الجوهرية فيسهل ميله للتحول وحصول ذلك ليس فقط بتحوله بواسطة الضغط الواقع عليه من الحجاب الحاجز المندفع الى اسفل اندفاعا غير طبيعي أو بواسطة أورام ضاغطة عليه من الاسفل الى الاعلى او التجمع الغازي أو الاستسقاء الرقي بل ان هذا العضو في بعض الاحوال يظهر فيه تحول واختلاف وضع غير طبيعيين وذلك لانه لم يكن مثبتا تثبتا جيدا بأربطة البريتون (وهي الرباط الحجابي الحارجي والمهدى الطحالي المعلق بهما والرباط القولوني الطحالي المستندبه) وعقب استطالة تلك الاربطة استطالة خلقية أو ناتجة عن الجذب العظيم الواقع عليها وفي مثل هذه الاحوال يسقط الطحال الى اسفل فينجويف البطن وذلك يحصل بالاكثرتى اعترى هذا العضو ازدياد في حجمه ووزنه كورم الطحال المزمن الناتج عن الحميات المتقطعة ومن المستغرب ان جميع أحوال تحول الطحال التي شوهدت تختص بالنساء لا بالذكور وقد ظهر في بعض الاحوال ان اختلاف وضع الطحال نتج عن شدة المشاق الجسمية

ثم انه في الاحوال الحقيقية يكون الطحال ساقط الى اسفل ومجاورا لحافة الاضلاع بقليل بحيث انه يزيد وقتيا عن الضغط القليل عليه مع الوضع اللائق للجسم والاحوال المتعددة من الطحال المتقبل شرحها (روكنسكي) بالكيفية الاتية وهي ان الطحال يكون موضوعا غالبا في القسم الحرقفي اليساري وقد يكون في اليميني منه وتكون فرجه متجهة الى أعلى ومثبتا بعنق متكون من الرباط المهدى الطحالي المنجذب المتباعدة ثقباته عن بعضها والبسكرياس والوعية الطحالية ويكون الطحال مع ذلك ملتويا على محوره العرضي جله تمرات كما يتضح ذلك من التواء العنق المعلق هو به ويظهر ان تلك الالتواءات تبدى بتفرق اتصال في الرباط الحجابي الحارجي الطحالي وانقلاب هذا العضو الى الامام والطحال المتحول به هذه الكيفية يكاد التصاقات غشائية عديدة مع ما يحيط به من الاجزاء في محل تحوله وزيادة عن ذلك تعتبر تغيرات تنسب لاضعلال الوعية المنجذبة

المتنوية فيحصل فيه انكماش أو ظهور ولا يتدر أن يتحمل المريض تحول  
 لطحال زمنة اطول بلابل طول الحياة عقب ضمور هذا العضو لكن هذا  
 التحول في بعض الاحوال قد يصير فيما بعد وقتنا لا وذلك بواسطة انجذاب  
 المعدة وعروق الدورة في أوعيتها المنجذبة المتنوية فيحصل في قاعها تغنفر ويغيب  
 على ذلك أيضا تمدد المعدة الناتج عن انجذاب البنكرياس وتحوله الى نحو  
 الجزء السفلي المستعرض من الاثني عشرى وضغطه على الحبل الوعائى  
 التافذ في فرجة الطحال فلا يمر الدم منه

ثم ان تشخيص تحول الطحال ليس فيه أدنى صعوبة فبته قد اصبحت الطحال من  
 محلها وان لم يدل على تحول هذا العضو يزول ولا بد التغييب والشك عند وجود  
 ورم في تجويف البطن يتضح فيه بالجلس شكل الطحال وتزايد حجمه  
 والمعالجة في مثل هذه الاحوال ليس فيها ما رتب سوى حفظ هذا العضو برباط  
 رطبي من الاربطة المرنة وذلك لمنع انجذاب عنقه وحفظه من الحركة وعند  
 وجود تزايد في حجم هذا العضو تستعمل المعالجة الالاتقة بطبيعة ذلك

\* (تذليل لامراض الطحال) \*

\* (المبحث الاول) \*

\* (في البليكميا الحقيقية والبليكميا الكاذبة أى الدمذى اللون

الابيض أو ذى الكرات البيضاء) \*

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

ازدياد الجسيمات الدموية العدمية اللون أو البيضاء ازدياد اوقبيا يحصل  
 في عدة من التغيرات الصحية والمرضية كما يحصل في أثناء الهضم والحل  
 وبعض الامراض الالتهابية والفق الدموى العظيم وهو ذلك لكن  
 اختلاف حالة الدم المذكورة ونسبة أجزائه ابيضها الاتككون مرضا  
 فاعلم بنفسه كاختلاف كمية الكرات الحمر للدم كقوة قلة بل ان ذلك ينتج عن  
 احوال مختلفة

وعكس ذلك يقال بالنسبة للبليكميا فانه في هذا المرض المهم الذى يمكن التعبير  
 عنه تبعا لاهم لم (ورجوف) بانه تغير في تركيب جواهر الدم حتى اعتبرنا هذا  
 السائل منسوجا من حلة المنسوجات يحصل تكون مستمر في الجسيمات البميضة



أو اعادة اللون للدم بدلا عن الكرات الدموية الحمراء بحجمها ان هذه الاخيرة  
تقتاص وأما الاولى فان عددها يزداد وأول من عبر عن الخلايا العديمة اللون  
الموجودة في دم الأشخاص المصابين بهذا المرض بأنها جسيمات دموية  
بيضاء حقيقة هو الملم (ورجوف) الذي اتخذ هذا مآرعه من هذا القبيل  
اسما للشرخ في هذا المرض بخلاف كل من الملم (بونيت وششو وفلبو)  
فانهم من قبله اعتبروها جسيمات صلبة وزيادة على ذلك فقد برهن النمبر  
(ورجوف) على ان الصفة الليكيميا يمكن أن تكون متعلقة بتغير في  
الطحال كما يكون متعلقة بتغير في الغدد الليمفاوية ولذا يميز لهذا  
المرض شكلان احدهما الشكل الطحالي والثاني الشكل الليمفاوي  
والتغيرات التي تعترض كلا من الطحال والغدد الليمفاوية والاجربة  
الليمفاوية عند المصابين بالليكيميا عبارة عن ازدياد في العناصر الخلووية  
المكونة للطحال أو المانحة لهالات الغدد الليمفاوية وحيث انه يوجد  
الدم في هذا المرض مشحونا بالعناصر الخلووية المذكورة التي ينتج عن  
تراكمها في الطحال والغدد الليمفاوية اتفاح هذه الاعضاء فمن الواضح  
البين ان الاورام الليكيمياية تنشأ عن ازدياد في تكون العناصر الخلووية  
لا عن احتياها فيها فقط

وقد أجاد الملم (اين) في العصر المسجدي تنبيهه على ان الخراج العظمي له  
مدخل في تكوين الدم بمعنى انه ينشأ منه خلايا عديمة اللون قابلة للانقباض  
تطابق بالكلية الجسيمات الليمفاوية لتسبب تدرجها الى جسيمات دموية  
حرارة برهن على انه يوجد زيادة عن الشكاين المذكورين من هذا المرض  
وهو الشكل الطحالي والليمفاوي شكل ثالث وهو الشكل الخراجي ولتنبه  
الآن على ان هذه الاشكال المختلفة من الليكيميا تكون مرتبطة ببعضها  
بمحيط ينشأ وجود شكل طحالي أو عقدي ليمفاوي قائم بنفسه والغالب  
وجود الشكاين كما ان الشكل الخراجي لم يكديشاهد على انفراد الى وقتنا  
هذا بل من تبطيها

وفي بعض احوال من هذا المرض التي شرها كل من (ورجوف) و(فريدرايش)  
وبوتشر وموسلر وغيرهم كانت تكون اعضاء أخرى عناصر خلووية ليمفاوية

في بورات محمودة كالجبود والكليتين والغشاء المخاطي المعوي والبلعوم  
 بحيث لا يكون الحال مقتصر في مثل هذه الاحوال كما قاله (ورجرف)  
 على سوء اختلاط الينفاوى فقط بل أيضا على دياتيز لينفاوى اى سوء تنسية  
 الينفاوى

ثم ان اسباب الليكيميا غير واضحة لنا ويظهر في بعض الاعضاء ان هذا المرض  
 متعلق بجميات متقطعة مزمنة وبالداء الزهري المنبي وموثرات جرثومية  
 كما يكون منه ما عند النساء باضطرابات نفاسية او حوضية كما في احوال  
 عديدة لا يتيسر الوقوف على قيمة السبب الاصلى لهذا المرض ويظهر ان  
 الحرمان والمشاق الجسمية والعقلية تعين على حصول هذا المرض فان اكثر  
 احواله المعروفة شوهدت عند الفقراء المحرومين وهذا المرض النادر  
 الحصول يصيب على الخصوص الذكور وتقل مشاهدته عند النساء ويحصل  
 في كل طور من الحياة لكن أكثر وجوده في الطور المتوسط من الحياة

(الصفات التشريحية)\*

نسبة الجسيمات الدموية البيضاء في الدم وهو على حالته الطبيعية لكراته  
 الحمر كواحد على المئائة وخمسين بخلاف ما في الليكيميا فان عدد الاولى قد  
 يتزايد تزايداً عظيماً جداً والثانية تنقص تناقصاً عظيماً بحيث ان نسبة عدد  
 الاولى للمائة يكون  $\frac{1}{10}$  او  $\frac{1}{12}$  بل  $\frac{1}{20}$  ولذا لا يرى عندما يكون الدم مكتسباً  
 نحو اسبابه الطبيعية في بورة الميكروسكوب الا قليل جداً من الكرات  
 الدموية البيضاء بخلافه في احوال الليكيميا فقد يشاهد منها في البورة  
 المذكورة نحو العشرين بل يزيد والجسيمات الدموية العديجة اللون التي  
 تشاهد في هذا المرض تماثل بالكلية الجسيمات الاليفة لطحال ولاء قد  
 الينفاوية والنخاع العظمى ولذا تشاهد منها اما على هيئة خيالات  
 صفيرة ذات نواة واحدة وهي تكون غالباً أصغر من جسيمات الدم الحمر او  
 على شكل خيالات عظيمة متعددة الزوايا مماثلة بالكلية للجسيمات  
 الصديدية والاولى توجد غالباً في الشكل الاليفى من الليكيميا واما الثانية  
 فانها توجد في الشكل الطحالى من هذا المرض تبين الراى ورجرف وحيث انه  
 يوجد في الغالب اشكال مختلطة من الليكيميا أكثر من وجود الشكل الطحالى



أو اللينقاردي على انفراد فكذلك يوجد غالباً كل من هذين الشكليين من  
 الاخلية معا  
 وقد استنتج من البحث عن الدم الليكيمي أيضاً ان وزنه النوعي منخط جدا عن  
 الدم الطبيعي فان الدم في الحالة الطبيعية يكون وزنه في الغالب نحو ١٥٥  
 بخلاف الوزن النوعي للدم الليكيمي فانه يكون من ١٣٦ الى ١٤٩ وأما  
 تناقص الوزن النوعي لسائل الدم فانه يكون أقل وضوحاً واستمراراً في الدم  
 الليكيمي تزداد كمية الماء بخلاف أجزائه الصلبة فانها تكون متناسبة ولومع  
 ازدياد الجسيمات الدموية المبيضة وما ذلك الا من تناقص الجسيمات الدموية  
 الحمر تناقصاً عظيماً وبهذا الاخير وبقلة الوزن النوعي للجسيمات الدموية  
 المبيضة بوجه تناقص الوزن النوعي لسائل الدم يتمها وأما المادة الزلالية  
 من الدم ومادته اللبنيّة واملاحه فلا يمكن معرفة تغيرات قارة فيها وأما  
 التناقص العظيم لما يحتوي عليه الدم من الحديد فيوجه بقصد الكرات  
 الدموية الحمر وزيادة على ذلك فالدم الليكيمي تظهر فيه تغيرات كيميائية  
 مهمة فقد ذكر (سيرر) انه من جملة الاوصاف الثابتة للدم الليكيمي أن يكون  
 ذا خواص حمضية بخلاف موسلفانه وجد الدم الليكيمي الحديث الخروج  
 من أوعيته قلوباً) وأثبت ان سبب تلك الخواص الحمضية هو وجود  
 حوامض عضوية فيه كحمض التريك والخليلك واللبنيك وزيادة على ذلك فانه  
 يوجد في الدم الليكيمي جوهر اشيم اباغراء ولم يكن مماثلاً له بالكلية وكذلك  
 الاجسيتين والهيوكسانين واللبسين وحمض البوليول لكن لا ينبغي اعتبار  
 وجود هذه الجواهر الكيميائية سبباً أصلياً لهذا المرض بل ان ظهور  
 هذا المرض وتكونه تبعاً لورجوف يحصل بالكمية الاتية وهو ان  
 يحصل في عضو من الاعضاء اللينقاروية اصابة بحالة تنمور وضخامة في عناصره  
 الخلائية ومن هذا العضو تمتد التغيرات الى الدم وهذه التغيرات تكون تارة  
 كيميائية بأن تختلط بعض العناصر التي كانت موجودة من قبل في السائل  
 الجوهري لهذا العضو بالدم بكمية عظيمة وتارة تكون هذه التغيرات  
 تغيرات في الشكل وذلك بأن تدخل اعضاء خلاوية من هذا العضو  
 في الدم بكمية عظيمة ويوجد عند فتح جثة الهالكين بالليكيميا في القاب سيما

القسم الايمن منه والاووية العظيمة تعقدات مصفرة او مصفرة مخضرة غالباً  
شبيهة بالصديد المنعقد رخوة دهنية كمانه قد وجد ايضا في النزوع الرقيقة من  
الشريان الرئوي والاوردة القلبية واوردة السحايا الدماغية مادة عديمة  
اللون شبيهة بالصديد وعددا الجسميات الدموية البيضاء يختلف باختلاف  
اجزاء الجسم المأخوذ الدم منها فيكون عظيم جدا في الدم المأخوذ من النلب  
الايمن والاجوفية والشريان الرئوي وقاملا في الدم المأخوذ من القلب الايسر  
ووجد عددها في حالة شاهدها يوردي في الدم المأخوذ من الوريد الطعالي  
متضاعفا بالثلاثة عددها في الدم المأخوذ من الوريد الودجي

والطعالي في أغلب أحوال الليكيميا يوجد متعددا عظيما جدا فقدرتي  
وزنه من خمسة ارطال الى سبعة بل الى اثني عشر رطلا ولا مقاومة ورمة  
تكون متزايدة تزايد اعظيما وعند شقه يرى غالباً جوهره على حالة طيبة  
وأحيانا بدلا عن كونه أحمر من رقايا يكون مسعرا أو أحمر قانيا شبيه بالعم  
وأحيانا يكون مرصعا بجسيمات بيضاء عديدة والحواجر الليفية تكاد تدرك  
نارة وتارة تكون كثيرة لوضوح ومن النادر أن تكون أجربة الطعالي  
مقدمة تعددا اعظيما رمية تيزة عن لب الطعالي الا حرم ينفذها البيضاء وبالبحث  
الميكروسكوبي يتضح كاذرنا في أحوال ضخامة الطعالي السابق ذكرها  
الموافقة لها الضخامة الليكيمياية موافقة تامة ان العناصر الطبيعية لهذا  
العضو تكون متزايدة وتراكم على بعضها تراكما قويا كما قاله (ورجوف)  
ومحفظة الطعالي تكون في غالب الاحوال ممكنة ملتصقة بحمولها غالباً  
وقد وجد في أحوال عديدة زيادة عن ضخامة الطعالي بورات سدوية دهوية  
قديمة فيه

ويظهر ان الاصابة الطعالية الليكيمياية تتبدى بحالة احتقان تواردي في هذا  
العضو والغدد الينقارية تكون في الشكل الغددي من هذا المرض اوراما  
عظيمة جدا تتميز باوصاف مخصوصة عن غيرها من الغضامة البسيطة تلك  
الغددي بل انها تكون حافظة لشكل هذه الغدد الاصلية وجوهرها الطبيعيين  
والغدد الباطنية التي وجدت منتمضة هي على الخصوص الغدد المسارية  
والقطبية والخلبية واما الغدد الظاهرة فالذي يشاهد منها منتمضا هي الغدد



العنقية والابطنية والاربية وبالجملة قد تشير لاجتماع عدد الجسم في الانتفاخ  
 وفي الغالب يعرف الطحال الانتفاخ أيضا ومع ذلك فقد شاهد ورجوف  
 حالة كان فيها الطحال حافظا لجبهه الطبيعي وقد شاهدنا حالة من هذا  
 المرض أيضا لم يكن فيها الطحال مدة الحية، تزايد في الحجم وكانت العقد  
 اللينة فاوية منتفخة انتفاخا عظيما جدا والغدد اللينة فاوية المنتفخة تكون  
 رخوة باهتة ذات سطح ظاهري أملس ولعمان شبيه بلعان الماء وطبقها  
 القشرية هي كبد جدا بحيث يحصل تخنقها في بعض الاحوال الى نصف قيراط  
 أو ثلاثة ارباع قيراط وتكون هيئتها نخاعية مستوية وعند الضغط عليها يسيل  
 منها سائل مائي عكروزي زيادة عن الغدد اللينة فاوية قد شوهدت أعضاء غدديية  
 أخرى مشتملة في الاصابة في هذا المرض كلاجرية المعوية ولاسيما غدد  
 بيبير والغدة التيموسية والدرقية والاورزتين واجربة اللسان والخجيرة والقصبية  
 الهوائية

وفي معظم أحوال الليكيميا يوجد الكبد متزايدا في الحجم أيضا وقد يكون  
 قوامه رخو السكن الغالب أن يكون صلبا مندجا وماذا لا من كون أخلية  
 الكبد يعتبرها ازدياد ناتج عن ضخامتها او كثرة عروقها واما ما يخص التغيرات  
 التي توجد في الشكل النخاعي العظمي من الليكيميا فقد زعم لين والحق معه  
 ان اصابة النخاع العظمي وان لم تكن من الظواهر الملازمة لهذا المرض  
 لا بد أن تكون إحدى ظواهره والكثيرة الحصول وقد شاهدنا حالة  
 من الليكيميا الطحالية مع اصابة في النخاع العظمي وصارت فتح الجثة فيها ومع  
 ذلك لم يشاهد في أثناء الحياة اذني عرض يدلنا على اصابة النخاع العظمي  
 ويوجد في هذا الشكل نوع نعو منتشر في عوم الكتلة النخاعية العظمية  
 فيوجد فيها عناصر خلوية كالتى يشاهد في الدم الليكيمي (بل ويوجد  
 أشكال اخر من تلك العناصر الخلائية تقرب من كرات الدم الحمر) وهذه  
 العناصر الخلائية مثلا القناة المركزية لنخاعية من النظام والهالات  
 الكائنة في اجزائها بحيث يكتب بان العظام هيئة مفرقة ومخنة كأنها  
 صديديية بحيث يميل الطبيب للقول بوجود التهاب عظمي نخاعي صديدي  
 منتشر في جميع الهيكل العظمي

ومن المهم ذكره وجود التراكم المرضي للعناصر الليفية في غير الاعضاء  
الليفية الحقيقية فان هذا التغير شوهد في بعض الاحوال اذ قد شاهد  
المعلم ورجوف حالتين كان فيهما في جوهر الكبد وحالة أخرى كان فيها في  
جوه الكليتين يقع مغيرة سنجابية بالضغط عليها يخرج منها سائل مبيض  
منكون من نويات سابقة متراكمة على بعضها وأخيلية صغيرة كانت  
تكون متمثلة بنوياتها وهذا التكون المرضي الجديد كان محاطا بفشار رقيق  
يسهل نزعه من الجوه المحيط به والظاهر انه كان ناشئا من جدران الاوعية  
أو المسالك الصفراوية وقد شاهد أيضا (فريدرايش) حالة وجد فيها ما يماثل  
ذلك ليس قاصرا على الكبد والكليتين بل في البلعور ايضا والغشاء  
الخاطى المعدى والمعوى كما انه قد شوهد في العصر المتأخر مشاهدات  
عديدة من هذا القبيل وجد فيها ارتشاحات نخاعية محدودة وعمدة في  
المنوج الخلوي تحت الغشاء المصلي وبين العضلات وفي جوهر الشبكية  
وتحت ذلك ويظهر ان ذلك ناشئ من جهة عن سبب الكرات الدموية البيضاء  
الى محال بعيدة وعن تكون جديد حقيقي من عناصر ليفية عديدة فقد  
زعم ورجوف أن الكرات البيضاء للدم هي ينبوع سوءا قلبية الليكيميا  
وانه بواسطتها يتنثر الجوهر لمحدث للتسمم في هذا المرض فيؤثر في اصدار  
بعيدة عن محل تكونه الكرات الخاربات التي فعلها (موسلر) بنقل الدم  
الليكمي في حيوانات سليمة لم يتحصل منها على طائل وهناك مرض آخر  
متابه بالكلمة الليكيميا ويسمى باسمه عدة ويسمى بالليكميا الكاذبة  
وبداهه ورجين وبالاقفاخ الغددى كاسماه (ترسو) وبالانيميا الليفية  
وبالاورام الليفية الخبيثة وهذا المرض الجهول بالكلمة بالنسبة لاسبابه  
يشاهد في البالغين والاطفال وفيه توجد جميع التغيرات المدرجة  
والميكروسكوبية في الطحال والغدد الليفية كما في الليكميا الحقيقية بدون  
أن يوجد فيه عند البحث عن الدم ازدياد في الجسيمات الدموية البيض للدم  
وأما الكرات الحرفاها تكون ولا بد منها نصة وفي الشكل الليكمي الكلاب  
يوجد كذلك تكونات جديدة ليفية في الاعشمة المصلبة والكبد والرتين  
والسرپ ونحو ذلك



## \* (الاعراض والسير) \*

المرضى تشتمكي عادة في ابتداء هذا المرض باعراض عصبية انيمياوية غير قارة  
كالتعب والاضغاب عند الاشغال وتغير الهيئة والخلق وآلام في الرأس ودوار  
ومثو ذلك وفي أحوال أخر قد يكون انتفاخ البطن والاحساس بالاضغط  
والآلم في المراق الايسر وغيره من علامات تمدد الطحال هي الاعراض  
الابتدائية للكيميا وقد يحصل انتفاخ الطحال بكيفية تدريجية بحيث لا يمكن  
معرفة ابتداء تكونه أو انه يحصل على دفعات في أثنائها يكون قسم الطحال  
موتوما وتوصل حتى عند المرضى وأما في الشكل اللينفاوى فان هذا المرض  
يبتدئ بانتفاخ في الغدد اللينفاوية الدائرية كالفرد اللينفاوية لاحدى  
جبهتي العنق أو الابطين أو الاربيتين ومن هنا يمتد الى باقى الغدد اللينفاوية  
وقد تحققنا من بعض المشاهدات الاكيدة حصول انتفاخ الطحال والغدد  
اللينفاوية بجملة من السنين قبل أن يتضح تغير الدم وبارزاداً سواء الدم على  
السكرات البيض يصير لون المرضى منتقعا أو ترابيا وحيث ان تناقص  
السكرات الدموية الحمر في هذا المرض يكون أعظم منه مما في الدرجات العظيمة  
من الملوروز فالمرضى يصير لونها في الاحوال الواضحة من هذا المرض باهتا  
كالشمع ويكاد ينضم لذلك على الدوام ضيق في النفس وعسر فيه وهذه  
الظواهر لا يعرف سببها عند البحث عن الصدر وتوجه ولا بد تناقص الكرات  
الدموية الحمر فانها هي التي بواسطة ما يرد الاوكسيجين الى جميع اصفار  
الجسم وان ارتقى تمدد الطحال الى درجة عظيمة جدا

ومجموع هذه الاعراض لا بد وان يقوى الظن بوجود الكيميا عند المرضى  
ويطعننا للبحث عن الدم فان أخذ من المريض كمية قليلة من الدم وتركت  
للازعة قد شوهد بين الطبقة الغمامية الشحمية وبالطامة الدموية الحمراء  
بعض عقد او طبقة ممتاسكة رخوة ذات لون سنجابي أو سنجابي محمر مشتملة على  
السكرات الدموية البيض الحقيقية الثقيلة وان ربح الدم المأخوذ وحلى عن  
مادته اللبنيية وتركت زمناً للراحة في انبوبة دقيقة رسبت السكرات الدموية  
الحمر الثقيلة في القاع وبقيت السكرات الدموية البيض الحقيقية في الجزء  
العلاوى من الأنبوبة مكونة طبقة قبيجة أولبندية وعند ما يكون ازدياد الكرات

البيض عظيمًا جدًا يتضح لون الدم المستخرج بلونه الأحمر الباهت وعند وضع نقطة من الدم الليكيمي أسفل المكرو سكوب يشاهد ازدياد الكرات الدموية البيض بالنسب التي تقدم ذكرها وقد يحصل عسر في التشخيص متى أمكن اثبات ازدياد الكرات الدموية البيض لكن ازدياد اقله لا كواحدة على خمسين أو على خمسة وعشرين مثلاً فان الواقع حينئذ يكون اما عبارة عن ازدياد في الكرات الدموية البيض ازدياد اوقتيًا أو حالة ليكيمي غير متقدمة ففي مثل هذه الاحوال بوجود الليكيمي يتضح ثبوت ازدياد الكرات الدموية البيض ازديادًا مستمرًا يرتقي الى درجة عظيمة مطابقتها بالازدياد تدريجي مستمر أيضا في الاعضاء اللينفاوية كما ذكره (موسلر) وعند وصول هذا المرض الى أشد درجة يتحقق من وجود ورم عظيم من في الطحال بل والكبد يوجد حينئذ من ترايدا في الحجم وان كانت الغدد اللينفاوية مشتركة في الإصابة وجدت مكونة لتعقدات عظيمة في العنق والابط والاربيةتين ويكون الجلد المغطي لها ذا لون طبيعي مهمل الحركة ولذا كان من المهم للتمييز بين اتساع الغدد الليكيمي والخنزيري ان الاقل يقل ويندرجه للتجبن والالتهاب والتقيح والانفجار مع خروج قيح غير حميد

وينظم في غالب الاحوال للاعراض السابق ذكرها سوء قنينة تزيفي فيحصل عند المرضى انزفة متكررة وصدولها يكون اما من القناة المعدية او في المنسوج الخلاوي تحت الجلد أو الرحم أو المسالك البولية أو الرئتين أو في الدماغ أحيانا وبهذه المضاعفة يسرع حصول الانتهاء المهزنان المرضي اما أن تهلك فجأة بالسكتة الدماغية او انها من تكرار فقد الدموي بحيث انها تحط وتهلك باعراض النومكة والانيميا وان لم يطرأ سوء القيمة التزيفي اكتسب المرض سيرا بطيا جدا ما عدا الاحوال الاستثنائية فتستمر الحالة بجله من السنين والحجى قد توجد أو تنفذ وفي الغالب تطرأ في الابتداء حركات حمية وربما كان ذلك في اثناء نمو الغدد اللينفاوية او ورم الطحال أو من مضاعفة التمايية بريتونية أو غير ذلك من الالتهابات وفي الانتهاء تصير الحجى مستمرة وتضطرب بعرق غزير

ومن الاوصاف الواضحة للبول ظهور الهيبوكساتين وازدياد حمض البوليك



ولم يعلم ان كان ذلك ناتجا عن التأكسد غير التام في الدم وعن ازدياد  
وظيفة الطحال والامتثال الغزير المستعصى الذي يطرأ يزيد في النهوكة  
غائبا وأما الاستثناء الرقيق والجمي فليس من الظواهر القارة ولا يطرأ الا في  
الانتهاء وما ذاك الا لكون الدم عند المصابين بالليكميا متأخر جدا في المادة  
الريالية فيه

ثم انه يظن بحسب الظاهر من شرحنا هذا ان شكل الليكميا النخاعي العظمي  
مقارن بجوار اشكال هذا المرض الاخرى لا يتضمم باعراض مخصوصة  
ومع ذلك فقد شاهد (موسلر) مريضاً معتريه شكل الليكميا الطحالي وكان  
يشتمكي بالام شديد في القص بحيث لا يمكنه حمل أدنى ملامسة في هذا  
الجزء وتقدر البحث بالقرع بالكلمة عليه واتضح من المقامات التشريرية ان  
شدة الحساسية والالام في هذا الجزء كانت متعلقة باصابة ليكمية متقدمة  
في القص مع تغيرات نخاعية عظيمة مطابقة لها تمتد في جميع عظام

#### الهيكلي

وأما ما يخص المرض النادر وهو الليكميا الكاذبة ففيه توجد جميع التغيرات  
المدركة بالنظر أو المكروسكوب في الغدد الليمفاوية والطحال والتكوينات  
الجديدة الليمفاوية في الاعضاء المختلفة كالكبده والرئتين والكليتين والقناة  
المعوية ونحو ذلك والصفة المرضية لهذا المرض تطابق بالكلمة صفة الليكميا  
الحقيقية لكن عند البحث عن الدم بالمكروسكوب يستغرب من وجود  
النسب الطبيعية بين الكرات الدموية البيض والحمر وان هذه النسب  
الطبيعية تستمر مدة سير هذا المرض ويميز أيضا الليكميا الكاذبة شكل الليمفاوى  
وشكل طحالي وكذا يكثر فيه اصطحاب الشكليات ببعضها وكلا هذين  
المرضين ينبوعهما واحد سواء اعتبر هذا الينبوع مرضيا أعنف قاصرا  
على الاعضاء الليمفاوية أو يئبيا عموميا اسكن الى الآن لم يعلم التوجيه بأنه  
في الليكميا الكاذبة ولو كان تتكون الخلايا الليمفاوية في هذا المرض عظيما  
جدا أيضا لا يصل الى كتمل الدم بل يبقى قاصرا على الاعضاء الليمفاوية  
ومن حيثية الحكم على عاقبة الليكميا الكاذبة فهو ايضا ردي كافي لليكميا  
الحقيقية بل ان الموت في الاولى يطرأ بسرعة

## \* (المعالجة) \*

معالجة الليديا ولوأنها تعتبر عموماً غير ناجحة الا ان (موسلر) لا يعتبرها طبقاً  
 لتجار به خالية عن النتيجة مادام المريض لم يصل الى الدرجة الاخيرة المتقدمة  
 من التهوكة الليكيميا وينبغي التمسك بما تقدمه المعالجة السيمية في الاحوال  
 التي يوجد فيها ارتباط بين هذا المرض وبين اضطرابات في الاعضاء التناسلية  
 للاناث أو الاصابات الالجابية القديمة أو الزهرية وعلى كل حال فما يهتم به  
 ابتداء المعالجة الموجهة من نحو انتفاخ الطحال واستمراره بمقادير عظيمة  
 من الكينين (بان به على منه ٥ ديسي جرام الى جرام كل يوم في محلول حمضي  
 أو في محال من البرشام ويشرب بعد ما به بعض نقط من حمض من الرياتيك  
 في ما مسكري) فان تأثير المركبات الكينينية في تصغير حجم الطحال أمر ثابت بل  
 وانتفاخ الطحال الذي يمكن احداثه عند الكلاب بعد قطع الاعصاب يمكن  
 تصغيره بواسطة الحقن تحت الجلد بالمركبات الكينينية كما قاله (موسلر) ولاجل  
 مساعدة التأثير الدوائي للكينين وتوقيته يمكن مع ذلك استعمال التشلشل  
 البارد والكهر بائية في قسم الطحال وقد أوصى (موسلر) كذلك في أورام  
 العقد الليفية قاروية باستعمال الحقن تحت الجلد بصيغة اليود كما أوصى بذلك  
 (النجيبك) واستحصل (بودكين) بواسطة الكهر بائية على احداث  
 بعض تناقص في حجم الطحال وكذا التمدد الليفية واستعمل بقصد ذلك  
 اتيار الكهر بائي مدة خمس دقائق أو عشرة على الورم بقوة بقدر ما يتحملها  
 المريض

وأكثر ما يستعمل من الباطن هو الحديد ومركباته ولا يجوز اتواني في ذلك  
 بقصد منع تناقص السكرات الدموية الحسرة ومساعدة استحالة السكرات  
 الدموية البيض اليها

ولابد لي من الاستمرار على استعمال الحقن تحت الجلد في مثل هذه الاحوال  
 بواسطة الدم الحديث المتخلى عن مادته اللينية كما انني مستمر على استعمال  
 ذلك من منذ زمن طويل في غير هذا المرض من الامراض الليفية المنهكة  
 وانني مستعمل بحقنة عظيمة من التي يحقن بها تحت الجلد وتسع نحو  
 الخمسة جرامات لكنني اقسم مقدار الدم بسهولة امتصاصه على اصدار



متعددة من الجسم وأبتدئ بالحقن بمقدار صغير بنحو نصف جرام حتى  
يتحقق لي مقدار قوة الامتصاص وأتتادى في الحقن تحت الجلد كل يوم

\*(المبحث الثاني)\*

\*(في الميلانيميا (اعنى التلون الاسود للدم والدم المسهر) )\*

( كيفية الظهور والاسباب )

يوجد بالدم في أحوال الميلانيميا مادة ملونة حبيبية اما سائبة أو محاطة باخلية  
أو بتعدادات رقيقة ولا شك ان هذه المادة الملونة آتية من المادة الملونة للدم  
لكن لا تعلم في اى محل تتكون وبأى مؤثرات تحصل

ثم ان معظم المؤلفين يعتبر الطحال ينبوعاً أصلياً تتكون هذه المادة  
في الميلانيميا وفي الواقع كثيرة وجود الاخلية اليجمة نمتية في طحال الحيوانات  
التي يعتبرها بعض المؤلفين حالة فسيولوجية وبعضهم حالة مرضية  
وكذلك الامر المعلوم انه في هذا المرض يكاد يكون الطحال هو العضو  
الوحيد المتراكم فيه هذه المادة يدل ويشهد ان هذه المادة الملونة  
منشؤها الغالب في الطحال لكن هذا لا يثبت ان تكونها يكون في  
الطحال على انفراد وانما لا تتكون في أعضاء أخرى أيضاً وقد شرح  
(فريركس) حالة من الميلانيميا لم يوجد فيها في الطحال مادة ملونة ووجد  
منها كمية عظيمة في الكبد بحيث انه اعتبر هذا العضو بورة تكون في هذه  
الحالة

ويستدل ولا بد من ظهور المادة الملونة في الدم على ثلاثى الكرات الدموية  
الحجر وفداها سواء حصل ذلك في الطحال على انفراده أو في محال أخرى  
أيضاً بجميع المشاهدات ثبت ان حصول ذلك يكون في الغالب بواسطة  
التسمم الأجاجى ويظهر ان الأشكال الحقيقية والبسيطة من الحميات  
المتقطعة لا ينتج عنها تسكون المادة الملونة السمراء في الدم بالكلمة أو بكيفية  
واحدة جرداً انما الأشكال النقية من هذا المرض يظهر انها تنتج فقط من  
الحميات الآجامية الحقيقية فان المشاهدات العديدة للأطباء المقيمين في البلاد  
الحارة جرداً فاعت على التلون المسهر الداكن للأعضاء المختلفة لاسيما الدماغ  
الذى يوجد في جثة الهالكين بالحميات المترددة تقرب من العقل ان هذا الشكل

من التسمم الالجابي يؤدي كذلك على الدوام أو اقله في الغالب الى حصول  
 الميلانيميا ومن القريب للعقل ان تمدد الاوعية واتساعها وابطء سير التيار  
 الدموي في الطحال المتعلق به في احوال الحميات المتقطعة الحبيثة والحميات  
 الالجابية المترددة للبلاد الحارة جدا يرتقى الى درجة عظيمة جدا بحيث يمان الدم  
 يركد في الطحال ويستنتج من هذا زيادة عن ذلك ان الكرات الدموية الحمر  
 تتلاشى في الدم الراكد وتفسد فيتمكون من مادتها الملونة (المعروفة  
 بالهيماتين) مادة بلونته مغيرة بجمه نية كما يشاهد ذلك بكثرة في الدم الراكد  
 بعد خروجه من أوعيته والذي ينافي توجيهه تكون المادة البجمنية من  
 احوال ميخانيكية فقط هو الامر المألوم من انه في الحميات المتقطعة انتفاخ  
 الطحال وبطء التيار الدموي فيه قد يرتقى الى درجة عظيمة جدا بدون ظهور  
 الميلانيميا وانه بمكس ذلك قد تشاهد الميلانيميا في أحوال لا يكون انتفاخ  
 الطحال فيها الا قليلا وحينئذ ينبغي القول بان تسمم الجسم بالميازما الالجابي  
 له ولا بد ايضا تأثير مفسد في جسيمات الدم الحمر وان لم يكن هذا التأثير  
 معلوما لنا الى الآن وان هذا التأثير في بلادنا لا يحدث تذكر زا وفسادا  
 في الكرات الدموية الحمر وتكون البجمنت من مادتها الملونة الطبيعية الا  
 بكيفية استثنائية بخلافه في البلاد الحارة جدا فانه يحدث ذلك غالبا أو على  
 الدوام في الحميات المتساطنة تساطنا وطنيا في هاتيك البقاع

ومن الاورا سهلة التوجيه تبعاً لمشاهدات (ورجوف) كون المادة  
 البجمنية الموجودة في الدم لا تظهر فقط على شكل تجسيمات سائبة بل توجد  
 كذلك في الاخلية التي لالون لها فان المواضع المذكورة وشاهد عند حل  
 الهيماتين في جملطة دموية بواسطة الماء ان الهيماتين يظهر غالباً متعلقا  
 بالجسيمات الدموية العديمة اللون ولذا يسوغ القول بان الهيماتين عند  
 الفساد العظيم للاخلية الدموية في الطحال ينضم الى الاخلية العديمة اللون  
 لابل الطحالي ويصل معها الى الدم وأصعب من ذلك في توجيه البجمنت  
 في الدم على شكل تعقدات او بطا غير منتظمة ومن الجائز انهما تتكون من  
 المادة الليفية الراسبة على التجسيمات الرفيعة الزاوية المادة بجمه نية لكن  
 أقرب من ذلك للعقل ان المادة التي تضم التجسيمات البجمنية الى بعضها



وتحيط بها على هيئة حوية شفاقة ناشئة من المادة العنصرية الاولية  
وهي الزلاية المتخذة بالمادة اللبنة في الاخلية التي فست وتلاشت  
\*(الصفات التشريحية)\*

المادة البجمتية التي توجد في دم القلب والاوعية عند المصابين بالميلانيميا  
تسكون مسودة ومن النادر أن يوجد مع هذه المادة المسودة مادة مسهرة  
أو صفراء مسهرة وهذه المادة عند معاملة بالحوامض والقلويات الكاوية  
تظهر فيها الصفة الخاصة بالمادة البجمتية المرضية كما قاله (ورجوف) وهي  
ان المادة البجمتية الحديثة التسكون ينتقع لونها ثم تفقد بالكلية  
بجلاف المادة القديمة التسكون فانها تقاوم هذا التأثير من اطوار  
والتحجبات البجمتية الصغيرة يكون شكلها مستديرا غير منتظم ويكاد ينضم  
منها على الدوام عدد عظم من اقليل بواسطة جوهر لالون له الى تعقدات  
مستديرة أو مغزلية أو غير منتظمة كما شاهد ذلك (ميكيل) الذي هو أول من  
شاهد المادة البجمتية في الدم والخلايا المحتوية على المادة البجمتية تكون  
تارة في عظم الجسيمات الدموية البيض وشكلها وتارة تكون أعظم منها ذات  
شكل مغزلي وهذه الاخيرة تشابه الخلايا المغزلية التي توجد في اب الطحال  
واعترها (كوايكر) انها طبقية بشرية لاوردة الطحال وزيادة عن هذه  
الاشكال قد شاهد (فريركس) تعقدات أعظم من ذلك غير منتظمة الشكل  
وتسكنات اسطوانية يظهر انهم انطبع الاوعية الرفيعة

ثم ان المادة البجمتية تصل مع الدم الى جميع أعضاء الجسم وبجسب تفاوت  
تراكمها في الاوعية الشعرية تحدث لونها تفاوت الكثرة في المنسوجات  
المختلفة ومعظم هذه المادة يوجد تبعا لما ذكره (بلانز) و (فريركس)  
في الطحال بحيث يصير لونه تريا سنجانيا او مسودا غالبا  
وزيادة عن ذلك توجد كمية عظيمة من المادة البجمتية في الكبد والدماغ  
لا سيما في جوهره القشري فالكبد يظهر لونه غالباً سنجانيا الماعا ومسودا  
والجوهر القشري من الدماغ يكون لونه كاون الشكولاتا والجرافيت  
ولا يندر أن يشاهد تراكم بجمتي عظيم في الكلية بحيث ان جوهرها القشري  
يكثسب لونها سنجانيا قطبا وقد تكون المادة البجمتية متراكمة بكمية عظيمة في

الاروعية الرئوية ولم تشاهد هذه المادة متراكمة بكمية عظيمة في اوعية باقى  
 المنسوجات مطلقا ومع ذلك في كل من الجلد والاعشية المخاطية والمنسوج  
 الخلقى والعقد البنية يظهرون ناسجا كبيرا كثيرا الوضوح وقابله وقد عبر  
 (فريركس) عن الصقات التشريحية للميلانيميا بعبارة وجيزة فقال انه  
 في الاشكال الواضحة لهذا المرض توجد المادة البجمنتية ايا ما وصل الدم  
 وكما كانت الاروعية الشعرية دقيقة وتنب عن ذلك مهولة نشبت التعقدات  
 البجمنتية واحتماسها كان ذلك أكثر وأعظم

• (الاعراض والسير) •

كثيرا من احوال الميلانيميا ما لا ينتج عنها اضطراب في وظائف الاعضاء  
 المشحونة بالمادة البجمنتية وتشاهد في جثة الهالكين بتغيرات مرضية  
 مختلفة فان أكثر من ثلث الاحوال التي شاهدناها (بلانز) كانت من هذا  
 القبيل ومن جهة أخرى قد يمرض المريض بسرعته غالبا يظواهر دماغية  
 ثقيلة وعند فتح جثته تترى فيهم علامات الميلانيميا لاسيما تراكم المادة  
 البجمنتية في الاروعية الدماغية وانسكابات دموية صغيرة في الدماغ في آن  
 واحد فكل من المشاهدات المألوفة سابقا من كثرة وجود المادة البجمنتية  
 في جواهر الدماغ عند الاشخاص الهالكين بجميات متقطعة كوماوية  
 وللمشاهدات المفهولة في البلاد الحارة جدا التي اتضح منها التلون  
 المسمر للدماغ عند الاشخاص الهالكين من الجميات الاجامية المترددة  
 الثقيلة بتلك البقاع اهمية من مندمان ان التلون المسمر للدماغ ناشئ  
 عن تراكم المادة البجمنتية في اوعيته وصار من القوي للعقل ان انسداد  
 الاروعية الدماغية (مع تفرق تابعي في جدران الاروعية الشعرية وبدونه) هو  
 السبب في حصول الظواهر الدماغية للاصابات الاجامية الثقيلة ولقد  
 ظهر ان هذا الرأي القائل به (ميكيل) صار ثابتا بالمشاهدات العديدة لكل من  
 (بلانز) و(فريركس) فان كلام المؤلفين المذكورين شرح احوال المن  
 الميلانيميا ظهرت فيهم عند المرضى اعراض دماغية ثقيلة كالآلام الشديدة  
 في الرأس والدوار والتهديان والتشنجات ولاسيما الكوما والاحوال التي  
 شاهدناها (فريركس) صلت جميعها في اثناء تسلطن وبها من الجميات المتقطعة



الخبثية وأعقبت أحوالاً من الخبيات المتقطعة البسيطة ثم ظهر فيها سير  
غير منتظم متقطع أو متردد وشفي بعضها باستعمال المركبات الكيفية فكانت  
صفتها المرضية كصفة الخبيات المتقطعة الكوماوية والخبثية أو الصرعية  
أو السكتية ومع هـ ذاجبها فهناك اعتراضات قوية تنافي تعلق الظواهر  
الدماغية أقله القلق المستقر الملازم لها في الخبيات الاجامية الخبثية بانسداد  
الوعية الدماغية بواسطة المادة البجمتية فقد ذكر (فيريكس) ما ينافي  
الارتباط السببي المذكور وهو انه في كثير من الاحوال لا يمكن اثبات  
اضطراب دوري عظيم في الدماغ ولو كان متلو باللون الاسمر وان مع وجود  
هـ هذا اللون كثيراً ما تحصل ظواهر دماغية وان بالجله كثير ما تشاهد  
ظواهر دماغية ثقيلة بدون ادنى تلون بجمتية في هذا العضو وفي ٢٨ حالة  
من الخبيات المتقطعة الدماغية التي شاهدها (فيريكس) فقد التور  
المسمر للدماغ في ستة أحوال منها او يظهر لنا انه من الامور المهمة التي تنافي  
تعلق الاعراض الدماغية المذكورة بالانسداد البجمتية للوعية الدماغية  
هو الطرز النوبي لتلك الاعراض ونجاح معالجتها بالمركبات الكيفية  
فيتضح مما ذكر انه لا يمكن قطع الحكم بالنسبة لدرجة معارفنا الطبية والحالة  
هذه على الارتباط السببي بين الميلانيميا واضطراب الوظائف الدماغية فمن  
الجائز ان تسمم الدم بالمازما الاجامى في الخبيات المتقطعة الخبثية ينتج عنه  
زيادة عن تراكم المادة البجمتية في وعية الدماغ اضطرابات دماغية غير  
متعلقة به

وفي أحوال أخرى من الممـ لانيميا قد شاهد كل من (بلانز) و (فيريكس)  
اضطراباً في وظائف الكليتين فمكان افراز البول مقفوداً أحياناً وأحياناً  
ظهر فيها البول الزلالى وأخرى البول الدموى

والاعتراضات التي ذكرت بالنسبة لتعلق الاضطرابات الدماغية بانسداد  
أوعية هذا العضو يقال أيضاً بالنسبة لتعلق وظائف الكليتين بانسداد  
أوعيتهم ما وأقله التعلق المستقر الملازم لها فقد شاهد فيريكس ظهور البول  
الزلالى بدون وجود مادة بجمتية في الكلى كما انه شاهد عكس ذلك اعنى فقد  
البول الزلالى مع وجود مادة بجمتية في الكلى ولو بكمية قليلة كما انه اتضح له

عند وجود البول الزلالى ازدياد احتواء البول على المادة الزلالية في أثناء  
النوبة الحمية وتناقصه في أثناء الفترة وزوالها بالكيفية وحينئذ لا يسكن  
تسهم الدم بالميازما الاجامى ~~ب~~ كما حدث اضطراب في تغذية الكلية  
ووظيفةها بدون انسداد وعانى كما هو الواقع فيما يماثل هذا المرض من  
الامراض الميمازمية

وبالجمله فقد شاهد (فريركس) في الميلا نيميا انزفة معدية منه سكتة واسهالا  
غزيرا وانسكابا مصليا حارا في تجويف البريتون وانسكابات دموية  
في الطبقة المصلية المعوية ومن البعيد للعقل نسبة تلك الظواهر الى  
انسداد أو عمية الكبد وركود الدم في جذور الوريد الباب فان الكبد  
وان كان هو العضو الاكثر احتواء على المادة البجمية تبعه الطحال طبعا  
بجميع الاحوال التي شاهدتها (فريركس) الا ان هذه الظواهر التي ظهرتها  
ناجبة عن اضطراب دورى في جذور الوريد الباب لم تكن قارة ولا كثيرة  
المعول كالظواهر الدماغية وزيادة عن ذلك فان الانزفة المعوية التي  
شاهدتها (فريركس) في ثلاثة احوال كان فيها تقطع واضح واستعصت على  
جميع الوسائط العلاجية التي تقاوم بها الانزفة بدون واسطة وزات  
باستعمال مقدار عظيم من الكينين ولذا ان (فريركس) ينسب الموت في أحد  
الاحوال الثلاثة المذكورة الى اهمال في استعمال الكينين

ثم انه بعد ذكر الاعتراضات التي قيل بها بالنسبة له تعلق الامر بامراض السابق  
ذكرها بالميلانيميا ونسبها اليها لم يبق علينا الا ذكر قليل من الظواهر التي نعلم مع  
التأكد انهم امة ملقاة بالميلانيميا انفسهم او ليست نتيجة لاسطية للتسمم  
الاجامى ومن ذلك التلون المسمر للجلد الناتج عن كثرة تراكم المادة البجمية  
في اوغنته ووجود المادة البجمية في الدم بواسطة الميكروسكوب وتلون  
الجلد في الاحوال الخفيفة يكون سنجانيا وسنجنا واسمر مصفرا في الاشكال  
المتوسطة من هذا المرض فان وجود هذا التلون في شخص كان معتريه منذ  
زمن كثيرا اطول أو قايله حتى مة طعة شديدة مستعصية واتضح ان الحى  
المتوسطة التي كانت اعترته حصلت في زمن تسلطن وباء خبيث من هذا  
المرض وان كانت شكل المتقطعة العصبية جاز الظن القوي بوجود



الميلانيميا او وجب البحث في نبتة عن الدم بواسطة الميكروسكوب

\*(المعالجة)\*

أما الوسايط الواقية والمعالجة السببية لهذا المرض فانها تشمل على الوسايط التي ذكرناها في المعالجة الواقية عند الكلام على معالجة الحيات المتقطعة الحديثة

واما تمام ما نستدل عليه المعالجة المؤسسة على طبيعة الميلانيميا فليس لنا قدرة عليه فالتا لا نعرف وسايط علاجية بها يمكن تبعية المادة البجمتية من الدم

وأما المعالجة العرضية فتستدعي في الاحوال الحديثة استعمال المركبات الحديدية وتديبرا غذائيا لاتقافان تلاشي الكرات الدموية الحمر وفسادها كما ينتج عنه الميلانيميا ينتج عنه أيضا صفة خلوروزية في الدم كانه على ذلك (فريركس) وكثيرا ما تفقد الصفة الاخيرة فيما بعد مع بقاء الاولى وقد شاهدت

حالة مضي فيما على المريض عدة أشهر حتى عادت له قواه مع استعمال

المركبات الحديدية استعمالا مستمرا بحيث أمكنه التصدي

بجميع الأشغال الشاقة ولم يبق عنده أدنى تغير سوى التغير

الخاص بالجلد وبعد ان هلك الثماب رتوى بعد

مضي جملة من السنين ظهر في جنبه

علامات واضحة من

الميلانيميا

تمت المقالة الثانية بعون الله تعالى وبإتمام المقالة الثالثة





