

أمراض العيون

العين وتركيبها ، كيفية الإبصار وعدم الأبعاد ،
تأثير الهواء والصدمات ، أمراض الجفون والملتحمة ،
الزمد الصديدي والحبيبي والرصي ، الكاتري (الندفيا)

هذه الأمراض التي تصيب العيون لا يتسع المجال لبعضها بحثاً دقيقاً خشية السأم كما هو
المحال في شرح المسائل الطبية ، ولكن من الممكن تيسيراً للقارىء أن يلمّ إن شاء الله ،
بإيجاز ، بذلك كله .

قالين - كما لا يخفى - عضو حساس تألف من أنسجة دقيقة رفيعة لا تتحمل
الصدمات ، ولذلك فإن الله سبحانه وتعالى ، لم يترك هذا العضو الحساس بغير حماية أو وقاية .
من أجل ذلك نرى أن هناك عوامل متباينة ، تتضافر وتتصادم لمصلحة العين ، فقد وضعت
العين داخل حجاج عظمي مبطن بمادة ليفية دهنية ، وغطيت من الخارج بالجلود الجلانية
من الخارج طبقاتاً ملصقة فيما يلي :

(أولاً) - متانة الجدر الحاجبية وتركيبها الديناميكي ، و (ثانياً) الدهن الحاجبي
وهو يحمي العين من الخلف ، و (ثالثاً) الجفون وهي تحميها حاية تامة لطاقتها إذا قابلتها جسم
غريب أو جو شديد ، بالترميش « Winking » وهو الذي يغطي سطح القرنية بالعوائل
ويزيل الأجسام الغريبة والميكروبات المختلفة عنها ، ولا يمكن أن يتم صحتها إلا إذا كان
سطح المقلة مغطى بسائل يشكركن ويسحب بسهولة تامر ودر ما تسميه بالدمع (الدموع) ،
فهو العامل الوحيد والمهم من عوامل حماية العين . وأخيراً نجد الملتحمة التي تنكسو القرنية
بامتدادها فتمنع الميكروبات من الوصول إلى القرنية « عدسة المقاومة » ، كما تمنع الدمع من
أن يتغلغل فتذهب بصفتها وشفافيتها .

أما العين ذاتها فعوامل مقاومتها الداخلية هي شدة حساسية القرنية التي تسبب

« الترميش » وقيل الجفون بسرعة فائقة ، وسلاية الغلاف الليفي الخارجي الذي يتألف من الصلبة والقرنية .

وفيما يلي تفصيل لما أجهناه عن تلك العوامل :

١ - العظام الحاجاجي

قبل بأذن الجمعية مؤلفة من فقرات أربع تكادمت طبقات بعضها فوق بعض لئلا عنها ذلك الوطاء العظمي وصحبت هذه الفقرات بالمخزوية (Occipital) ، والوتدية الجدارية ، والجبية ، والأينية . والثالثة منها هي التي تهنا ، إذ يمثل جسمها بالجسم الوتدي ، وثقبها الأوسط بالثلمة المصغدة أو الأثمودية (Ethmoidal notch) التي يبيت فيها العظم المصغدي ، وتمثل صفيحتاها أو جناحاها بالجناح الوتدي الصغير ، والعظم الجبهي ، وهذه الشقرة هي التي تحمي امتداد المخ للمسي بالعصب البصري والشكية . وهي التي تبصر . كما تحمي الفقرات المنقبة ، والصدرية والنخاع الشوكي .

ولمعرفة كيف يحمي ذلك الصندوق المفتوح من الأمام ، وهو القوي ثنائيه من الجوانب ، الذي تبطنه من العضلات والدهن الذي بداخله تقول :

الحجاج العظمي - تتألف الحافة من العظم الجبهي والوجهي والنسكي والعلوي وكلمة عظام ، مقاومتها كبيرة نظراً لتركيبتها القوي المثيز ، وصلابتها ومطابقتها لنظام بيلايكي رائع . فإذا كانت الإصابة من أعلا على القوس الجبهي العلوي ، انتقلت الرجة إلى الجبهتين ، الصكية والوجية ، ومنها إلى سائر عظام الوجه ، ويشبه هذا النظام القوسي الغربي (Orbito-nasal Arch) في « البناء القديم » . وكذلك الحال إذا كانت الإصابة موجهة إلى القوس السفلي الذي يتألف من الحافة النكية المليء ، فإن القوة تتوزع إلى عظام الجمعية خلال العمودين الذين يتألفان من العظم الوجهي والفاشرة النكية الجببية ، فإذا انجهدت الإصابة نحو المدار الخارجي حدث المثل ، يضاف إلى ذلك التوزيع على القوس الوجهي وعندئذ يعمل كاتقوس الطائر (Fixing arch) الذي تقوى به الأقواس الغربوية القديمة في الكائنات والكاندرايات . لتلك ترى أن الإصابة منها بلغت شدتها فإنها تقتل بهذا النظام التذ إلى بجمرة كبيرة من العظام المقاومة فلا يبقى تأثيرها في مكان واحد .

وكذلك الجدار الخارجي ، تحمية العضلة الصدغية من الخارج ، فإذا وصلت إليه الضربة فإن التشنج الذي يتسبب عنها يقف عند العقين الحاجبين العلوي والسفلي اللذين يقفان كخندق قوي يمنع الامتداد إلى الجدران الأخرى ، وأيضاً إصابة الجدار السفلي سهلة للنال ، إذ أن العظم السفلي العلوي يقف حاجلاً دون ذلك ويقلل من تأثيرها ، لأن العظم لا يسهل اختراقه ولأنه يتكوّن من لوحين مفصولين بحبيب هوائي ، ولا تأتي إصابة الحاجب الداخلي إلاّ بعد إتلاف محتويات الحاجب ، ولذلك ليس أمام الطبيعة من حاجة ملحة تدعو لصلابة هذا الجدار ، فإنه ينشأ رقيقاً دقيقاً تحترقه الأورام بسهولة كبيرة . أما الجدار العلوي فهو حاجز بين الحاجب والجمجمة ، ولذلك تكثر إصاباته . وليس في مثاقته ولا في تركيبه ما يمنع من تسدّد الإصابات ، علاوة على أنّ الهزات الممتدة إليه في إصابات الحافة العليا تسبب تشققات بسهولة نظراً لرفته .

وهناك عامل مهم يزيد في مقاومة الجدار الحاجبية للإصابات ، إذ أنها تتكوّن - كما تتكوّن جدران الجمجمة - من لوحين بينهما نسيج ليفي تكوّنت طبقاته بسننها فوق بعض نخلها في ذلك مثل المحيطان التي تبني من طبقتين بينهما مادة مازلة ، إذ تكون أكثر مقاومة مما لو بنيت صماء من طبقة واحدة ، والعضلة الجبهية ، والوتدية ، والجدار الخارجي ، والسفلي كل ذلك يتكوّن من طبقتين ولذلك كان لها تلك المقاومة .

٣ - الدهن الحاجبي

وهذا الدهن الحاجبي عبارة عن مادة تسهل حركة العضلات خلاله ويسهل كسده أو كسبه للعين ، فإذا وجهت للعين إصابة ما من الأمام تمزقت هذه فلا يمنحها الدهن عن ذلك بل يدفعها دفعاً لطيفاً وينحسرها إلى مكانها .

٣ - حركات الجفون

هذه الجفون تلتقي في أثناء النوم ، وفي الضوء الشديد ، وعند القرب المفاجيء للجمع قريب ، وعندما تلمس الأهداب جسماً صلباً ، وفي حالة تهيج القرنية والملتحمة ، وفي أثناء العطس . كما تلتقي عند تغير أو زيادة الدموع ، وعندما نحس بجفاف الدمع القرني .

وذلك لأن الجنون متى تهبج أي فرع من فروع العصب الخامس (Fifth nerve) ، فينتقل الاحساس منه الى ترواق العصب السابع ، وهناك الانعكاس القرني (Corneal reflex) وهو الذي يجب استباره من أهم عوامل حماية العين ، ومن أواخر الانكسارات التي تخضع أثناء التخدير العام .

والجنون نوعان من الحركة ، أولها سريع لا يتم فيه نطاق الجفنين ويسمى الترميش (Winking) وثانيهما قوي يحكم يسمى بالاقفال ويقصد منه حماية العين (المقلبة) من دخول جسم مفاجئ .

وتسبب من الترميش مراعاة انقباض الجزء العضوي في العضلة اللاصقة بسطح القرنية والملتحمة ، أو زيادة اللمع في الأخيرة عند الاحساس بالجفاف فيها .
أما الاقفال فيتم بتطابق الجفنين وقفل الفتحة الجفنية تماماً . وعند النوم يتطابق الجفنان بحفنة وتندفع المقلة الى أعلا وإلى الخارج كما يرى ذلك بسهولة في النساء والأولاد خلال الجنون لركته .

وعند فتح الجنون يرتفع الجفن العلوي بشد العضلة الزائفة ويساعدها في ذلك العضلة التي تسمى بعضة مول (Moll's muscle) . أما الجفن السفلي فإنه يقط بثقله عند فتح الجفنين وتسحب العضلة السفلي لمول الى تحت قليلاً .

٤ - الدموع

هذه الدموع تفرزها الغدة الموجودة بالملتحمة الجفنية ، ويمكن استمرار إفراز الدموع بكميات كبيرة جداً لساعات متعددة عند حدوث مؤثرات ، وعند وجود حالة نفسية عنيفة ، أو عند تهبج ملتحمي شديد ، ومصدره الدم ، لذلك فإنه يتخلل القعدة وينساب بين طياتها (فسيحاً) ، ويفصل الدم عن القناة الموجودة داخل الفصيص بمخاط متجددة إذ يفصله عنها الغشاء الوطائي والغشاء القاعدي للفصيص ، ويتناول هذا العامل الافرازي سرعة مرور الدم ، وزيادة ضغطه في القعدة ، وزيادة اتساع الأوعية الشعرية ، حتى لقد ينتقل النبض الشرياني إلى الوريد .

وتغير شكل الغلغلة كثيراً بعد تمام الافراز ، إذ تفقد الحبيبات التي كانت بها ويزيد

مقدار البروتوبلازم (Protoplasma) نسبياً، ويبدأ الإفراز بأن تأخذ الجيبات الماء والأملاح من السداد المجاورة، وتنتفخ وتتعرف كنقطة مائلة في القنوات التي بداخل الفصيصات. فاعمل الأول موكول إلى الخلية التي تكون الخبيبات من البروتوبلازم بالترسيب وسواء (تصبغ في صبيل ذلك الأملاح والسوائل من الدم، كما تأخذ منه المواد المغذية المتجهة من أنفاة نحو السطح.

قيمة الإفراز: ولا يحدث من الإفراز مادة إلا ما يكفي لتغطية السطح القرني وتعرض البحر، ويكون ذلك غالباً من الغدد الملتحمة، وإذا زاد الطلب تدخلت الغدة الدمعية، وزاد الإفراز تبعاً لذلك. ويتجه الزائد من السائل الدمعي من الجاف الخارجى إلى الجاف الداخلى بجملة عوامل. أولاً: ارتفاع الأول من الثاني وهدنة بروزه. وثانياً الحركة الاخلالجية التي تنقل الجفون ومنها نحو الأنف.

يزداد اهتمام الدمع: أولاً - عند ملامسة أجسام غريبة لللتحمة والقريبة. وثانياً عند تهيج غشاء الأنف. وثالثاً - عند وقوع ضوء شديد على العين. ورابعاً - عند الأحساس بخفاف القرنية. وخامساً - عند تأثير الأقمعة تحت الجراء ونوق البنفسجية على العكبة وهكذا.

٥ - الملتحمة

والملتحمة نقطة من الجلد تتغير تركيبها تبعاً لوضعها فهي تعتبر كغط دفاع أمامى ضد الميكروبات التي تكثر على سطحها وخطب امتدادها على القرنية، بينما تمثل لخلايا اللعاوبة وحببياتها (Follicles) التي تكثر في طريق الخطب الثاني في تلك السلسلة الدفاعية.

وتتخذى الملتحمة على ضد عرقبة (هي الغدد الدمعية) وأخرى شعبية (ميوميرن) (Meibomian) وليس لها حمل إلا في حرف العين حيث يتطلبها الاحتكاك المستمر كما أنها قليلة الالتصاق بما تحته

وتحتفظ الملتحمة بخامية لا ترى في مكان آخر من سطح الجسم، مثلها في ذلك مثل الحيوانات النطرية، فإن خلاياها خاصة بإفراز المخاط فتتورم الخلية وتمتلئ بالميرمين، ثم تنفجر فتخرج محتوياتها كمائل بصل السطح ويحمل معه ما طلق من الميكروبات، ولذلك فإن الملتحمة آثاراً من الأهداب على قبة العكبة.

٦ - حساسية القرنية

ويوجد تحت سطح القرنية شبكة عميقة هائلة تخدم للقرنية حساسية خاصة بالحرارة والبرودة واللمس والوخز، وكلها تحدث حساسية بالألم في القرنية وتؤدي إلى إقفال الجفون بسبب

٧ - مقاومة أغلفة العين

والعين غلاف ليفي قوي متين جداً نظراً لكثرة الأنسجة التي يتركب منها فلا يتفجر الجزء الخلفي من الصلبة عند الإصابة في الجزء الأمامي والعكس بالعكس إلا في الإصابات المباشرة. ولذلك فالقرنية شفافة وتتأثر بالحرارة (قرح العين) فإذا حصل حرج على القرنية ترك أثرأ يسمى صحابة إذا كان الحرج سطحياً، أو ترك عتامة (نقطة) إذا كان الحرج عميقاً أي غير سطحي، ولذلك فإنه يحجب النور الذي يدخل من القرنية إلى الشبكية، والعصب البصري بوحاطة الحدقة كما يمنع النور من الانصال بالعصب البصري والشبكية والمخ إذا حدث إفراز والتهاب بالقرنية، والقرحية الهدبية فيسبب التصاقاً حاداً عند الحدقة، أو حدث عتامة للبؤرية وهذه تسمى كتركتا وهي مايسمىها العامة (ميتة أو ميتة بيضاء). والقرنية - في هذه الحالة - مثلها كمثل زجاجة الساعة تماماً فكيف ماوراءها، والمضبة الهدبية مؤلفة من الخلف من المشيمة والجسم اللين، ومن الأمام بالقرحية، وهذه عبارة عن حجاب حاجز مستدير في وسطه ثقب دائري يسمى الحدقة (الثقب) يتألف معظمه من الأوعية الدموية الشعرية مع بعض الخلايا ويمتلئ بكثير من الأعصاب الحساسة معظمها لعصب الخامس، وهو لذلك يحس بأي أثر، ويحصل له التهاب وإفراز شديد يؤلم المريض ويحدث للعين احمراراً شديداً وانتهاءً وعدم حساسية بالضوء، حتى إن المريض لا يستطيع فتح عينيه إلا بصعوبة، ويتأثر من الضوء ولا يتفهم إلا البقاء في الظلام. ولون القرحية عسلي فامق أو عسلي فاتح كما هو ملاحظ في أعين معظم المصريين، على عكس الجانب فصيرونهم زرق. أما إذا كانت الخلايا غير ملوثة بالمادة السوداء فإنه يأخذ لونا أزرق فامق أو لونا فاتحاً تبعاً للخلايا التي به.

والحدقة مثلها كمثل ثقب آلة التصوير تنسع وتنكش حسب الحاجة إلى الضوء. نشتمع في الظلام لدخول نوراً أكثر، وتنكش في النور القوي وفي الشمس.

أما الخزانة المقدمة فهي فضاء بين القرنية والقزحية ، بهامادة ليمفاوية. وبلي اقزحية العدسة ، وهي التي تحكم وتكثف بصر المرئيات . والجسم الزجاجي ، وهو ما يشكو منه بعض الناس بوجود أجسام سرود تتحرك أمام الحدقة بسبب وجود نتامات به . ثم الشبكية والعصب البصري ، وهي امتداد المخ وجزء منه ، وهي التي يرسم عليها الصورة من الخارج وتأخذ رسماً في المخ ثم تنعكس وتخرج بصورتها الطبيعية ، وهي أم نقطة حساسة داخل العين . فإذا حدث ضمور أو التهاب ، أو حدث اتصال للشبكية ، فإن الصورة لا تصل إلى المخ ولا ترسم ، ولا تأخذ اتجاهها الطبيعي ، ومعنى ذلك فقد البصر .

الأمراض

وفيما يلي تفصيل موجز لأمراض الجفون والملتحمة والزمد الصيدي والزمد الطيبي والبشري والريبي والدفتريا (أي الدفتريا الرمديّة)

١ - التهاب الجفون

عرفنا فيما سبق أن للجفون عدداً دمية وعضمية ليس لها عمل إلا في مكان واحد وهو حافة الجفن بجوار الرموش .

ويصاب هذا الجفن بعدة أمراض ، بينها الالتهاب ، وهو ثومان : فقري ، وتقيحي . أما القشري فإنه نوع من القشرة تملأ الرموش وتسقطها ونشوء منقر الوجه بالقدور واحمرار حافة الجفن ، وحتوط الرموش .

والنوع الثاني وهو التقيحي : عبارة عن تقسح داخل بصيلات الرموش ، وهو أشد من الأول ، لأنه يكون مصحوباً باحمرار شديد ، ويترتب عليه تقصف الرموش بل وفقدانها ووجود دمامل . ويمرّون بإصابة الجفون بالتهاب إلى عوامل كثيرة جداً ، أهمها الفقر ، والعيقة في حالات غير صحيحة ، أو في جورٍ يكثر فيه الدخان أو في عمل يقضي الوقوف أمام النار مثل عمل السكرية والحذادين والطباخين ، وكذلك في وسط القاذورات كما يترتب عن الضعف السل ، أو يأتي أيضاً نتيجة أمراض الحصبة . ويحيط كل شعرة من شعرات الرموش مادة تقيحية فتصير طائفة في السديد وتظهر كأنها حلة دماطل بالرموش .

وهو كذلك مرض صمد كما لا يخفى ، وقد يأتي أحياناً في حالات عدم استعمال النظارات حين تكون لازمة صوتاً للنظر الاستجابي . أما علاج التهاب الجفون فهو النظافة والمطهرات أولاً وقبل كل شيء .

٢ - الرممد الصديدي

وهذا المرض - ولا شك - معروف في جميع أنحاء القطر المصري ، ويسببه تفقد العين بصرها ، إما بإصابتها بالقرح فتفتقد انبساطها تماماً ، وإما بترك عتامة كبيرة (نقطة) ، أو بضمور المقلة ، أو ظهور غتبه (زر) فهو لذلك أخطر أمراض العين . وقد تبين من الإحصاءات لهذا المرض في المستشفيات الرممية الأميرية أنه كان في سنة ١٩٠٤ بلغ نحو ١٣ أو ١٤ في المئة . أما الآن فلا يصل إلا إلى حوالي ٥ أو ٥ في المئة بفضل انتشار التعليم وكثرة المستشفيات الرممية والخصوصية علاوة على دقة العلاج ، وإنه كذلك بفضل المظهرات القمالة كالبنسولين ومستخرجات السلفانا وسولود ، معروف تقل نسبه كثيراً .

أحبابه وعلاجه : الرممد الصديدي ليس هو ما يسبب العين بالصديد وحده بل إنه يحدث وربما بالجفون واهتراراً في الملتحمة « بيض العين » وهذا الورم إما أن يكون خفيفاً أو شديداً فلا يتمكن المريض ولا الطبيب من فتح العين إلا بالآلات الخاصة ثم يتكون الصديد بين الجفون ، ولا يمكن المريض في هذه الحالة أن يقاوم الضوء فلا يفتح عينيه ، وهنا يأتي الضرر من الميكروب الذي يأكل أجزاء العين بمعنى أن القرنية هي التي تصاب أولاً . وما أن هذا المرض ينتج من الأهل والراحة ، فإنه يصيب معظم العائلات الفقيرة التي تعيش عيشة غير صحية . وهو ينتقل بسرعة بواسطة القباب ، والتمس ، والمنافع ، والمتاديل ، والخدات ، ولحم الأضال يستعمل مع بعض .

وتختلف درجة إصابات باختلاف الميكروب الذي يسببه ، فبعض الميكروبات تصاب قرحة بالعين بين ١٢ و ٢٤ ساعة ، والبعض الآخر لا يسبب شيئاً . وتصاب العين به أحياناً ، بقرحة بين سبعة أيام أو عشرة .

وميكروب الرمد الصديدي صغير جداً لا يمكن رؤيته إلا بالمجهر المكبر والميكروسكوب ،
فيضعف جسمه نحو ٩٧٠ مرة ويثبت منه أن طوله يبلغ من اثنين إلى ثلاثة مليمترات
وتتمدد ميكروبات هذا المرض فيها متافيلوكوكس وميكروب السيلان وجرونوكوكس
والدفتريا وسوانها وأعد تلك الميكروبات فتكاً بالعين هو ميكروب السيلان « Gonococ »
فانه يفقد البصر في بعض الحالات في خلال ٢٤ ساعة

وسبب إصابة العين بالنقطة في حالة إصابتها بالرمد الصديدي يرجع إلى أعمال علاجها
وتأخير خصمها طبيياً فيبتد حينئذ الميكروب وتبقى مقاومة للعرض ضئيفة .
الصلاج : — تفضل العين بالصباة بالفضيل المطهر أو بلماء التنظيف ، بارداً أو دافئاً ،
والمس بوساطة الطيب ، ثم عمل حقن اللبن بوساطة الطيب أيضاً ، بمقادير خاصة ، واستعمال
حقن البنلين ومستحضرات السلطانا وسرى ذلك .

تنبيه : من الخطأ ربط العين بالقطن كما يفعل بعض الناس ، لأنه يحجز الصديد داخل
العين ، فيتوالد الميكروب ويتكاثر الصديد داخلها ، فيصعب الضرر عظيماً .
أما الفضيل ، ولو بلماء ، فإنه يطرده الميكروب ويزيله .
العدوى : ليست هناك مناعة للوقاية من الرمد الصديدي ، فان المرض بعد شفائه
يصاب غير مرة بهذا المرض متى اتصلت به العدوى .

وقد يشفي هذا المرض أحياناً من تلقاء نفسه لأنه يستمر جمعة أيام وفي نهايتها ينقطع
الصديد من نفسه ويضع المريض عينيه وتعودان لحالتها الأولى بعد وقت قصير — اما اذا
حدثت إصابة بالقرحة فلا يمكن المريض أن يفتح عينه بعد الجمعة أيام وعند مرضه على
الطبيب يجد أن القرحة أصابت القرنية تقريباً . ولذلك كان المعتاد قديماً أن لا تمس العين إلا
بعد جمعة أيام بحمضة شفاؤها وحدها فإذا وقعت الوانمة وأصبحت العين بالقرحة بعد الأيام
السيمة وعرض المريض على الطبيب وفاجأه بصباة العين بالقرحة استغرب وتفرع الاصابة
بالعين .

٣ - الرممد الحبيبي

هذا المرض يعرف كذلك باسم « الرممد المصري » أو « الحصية » وهو عبارة عن وجود حبيبات على الملتحمة داخل الجفون ، سواء الجفن العلوي أو السفلي ، وهو مرض معد في دوره الأول والثاني - كما ستفصله فيما بعد - ويسبب إفرازاً بالعين ولا صباحاً في الصباح ، كما يسبب قتل الجفون وقد قسمه العلماء إلى أربعة أقسام :

القسم الأول : عبارة عن حبيبات صغيرة تكاد تكون غير ظاهرة على الجفون ولونها أبيض يميل إلى اللون الأصفر

والقسم الثاني : عبارة عن حبيبات على الجفن « follicles » وهي متعددة فمنها الصغير ومنها الكبير ، ومنها الممتد والمربع ، ومنها المبطط والسميك وسواها . والافراز يوجد بين الحبيبات أو فرق سطحها . فهو مرض معد جداً .

والقسم الثالث : لا يوجد به حبيبات ، بل يكون قد حلّ عليها أثر النحام . وهو معد إذا لم يكن قد تكاملت النحاماته .

وتكون أحياناً مصحوبة بحبيبات رملية ، وهذه غير معدية ، إنما يلزم إجراء عملية لها ، ولا صباحاً إذا كانت كبيرة وبارزة .

والقسم الرابع : يكون للجفن قد هني من الحبيبات فيصبح « أملس » ، نظيفاً . ولا عدوى منه .

ورمد القسم الأول يثنى من نفسه بمرور الزمن ، وأحياناً يتحول إلى رمد القسم الثاني ، وأحياناً يعني بالملاج بتطرية الزنك ، أو سلفات النحاس ، وأحياناً يكون مصحوباً بإفراز وهذا الإفراز قد يكون غير ظاهر ، أو سمدوماً ، وقد لا يشعر به المريض إلا إذا وجد هذا الإفراز .

أما رمد القسم الثاني فإنه أصعب الدرجات كلها ، إذ أنه يحدث البجطات والتمامات وأكثره الأوعية على القرنية ، والقروح ، والشهرة ، والافرازات وكثيراً ما يكون مصحوباً

ميكروبات تسبب الرمذ الصديدي نفسه ، وأحياناً يصعب ارتقاء في الجفون ، فتؤلم فتحة العين ، وتغطي الحشفة .

وهذا يحتاج الى المس يوبياً بنترات الفضة ، ثم بإجراء عملية ، ثم بالمس مدة طويلة حتى تعود حالة الجفون الى الحالة التي بسطناها في القسم الثالث ، ويطلب ظهور الشعرة اما في أثناء العلاج ، أو بعد تمامه ، مما يدعو الى سرعة اجراء عملية طأ . ويسمى الفلاح : « كأس العسي » كما يسمونها « الصفرة » أو « الرفعة »

أما رمذ القسم الثالث فيحتاج الى العلاج بالمس وسواء حسب اشارة الطبيب إلى أن يصل الى درجة القسم الرابع أي الى يكون قد وصل الى درجة « أمر » ورمذ القسم الرابع لا يحتاج الى علاج ما وليس من الضروري أن يكون بالجفن ورم أو اتفاح يدل على وجود الرمذ الحبيبي بل بالعكس فإن حالة الجفون من الظاهر تكاد تكون طبيعية

ورمذ القسم الثاني ينقسم الى (ا) - ما أشرنا اليه قبلاً و (ب) - تكون حبيباته كبيرة الحجم وأكثر صلابة وتحجراً و (ح) - كما في قسم (ا) ومصحوبة بالانزوات و (د) - كما في قسم (ب) علاوة على انزوات قد تشبه أحياناً الرمذ الصديدي

وتاريخ الرمذ الصديدي والرمذ الحبيبي معروف لدى قدماء المصريين ، فقد اكتشف « اير » - وهو من العلماء المشهورين في علم الآثار - وجود نوعي هذا الرمذ في البلاد قبل سنة ٢٠٠٠ ق.م ، وكتب ابقراط الطبيب اليوناني للمروف - سنة ٤٢٢ ق.م. عن مرض الشعرة وعلاجه والعمليات . ووصف سلسر الطبيب الروماني الشهير عمليات الرمذ الحبيبي ، كما وصف حالة الجفون ومنها دقيقاً سنة ١٤ بعد الميلاد . وكذلك وصفه كاسيس فيليكس سنة ٤٤٧ بعد الميلاد أيضاً ، ووصف يزاقتين الطبيب اليوناني الشهير نارض الحبيبي سنة ٦٠٠

وقد عرفه في العهد القديم الآله توت وكان يمشره قدماء المصريين آله الطب وله بحوث طبية ورمدية وتعاير ، والعلاج بسلقات النحاس « الثوتبا الزرقة » والونك .

أما أطباء العرب فقد وصفوا عمليات الشفرة كما وصفوا الرمد الحبيبي، بينهم صهر الموصل سنة ١٠٠٠ بعد الميلاد، والشاذلي.

ولما غزا نابليون الأراضي المصرية سنة ١٧٩٨ - ١٨٠٢ أصيب حينئذ بالمدى والمدى والطبيبي امابات شديدة كانت صيباً في انادتهم الى بلادهم وكانت نسبة المصابين بالعدس من بينهم كبيرة جداً.

وتبلغ نسبة الاسباب بالمدى الحبيبي في ريف مصر بين ٩٢ و ٩٨ في المئة وبلغت نسبتها بين تلاميذ المدارس نحو ٩٥ في المئة ثم قلت الى نحو ٩٢ في المئة نتيجة العناية التي بذلت في صييل علاجهم والوقاية من الرمد هي الثقافة الشامة وعدم الاختلاط بالمصابين أو مصابقتهم، أو استعمال الأدوات التي يستعملونها.

٤٥٥

قلنا في ما سبق أن الرمد مرض مصري قديم، وان قدماء المصريين بمحموه وطالجوه، وقول هنا أنهم اتصلوا في هذا العلاج الزنك وصفات النحاس (التوتيا الزرقاء) - ولا زال نستعمل الى الآن بعد ما تبينت فائدتها في علاج الرمد الحبيبي. ولا علاج للرمد الحبيبي سوى القطرة في الحالات البسيطة، ثم المس والعملية والتنظفة وعلاج المضاعفات - وفي حالة وجود الشفرة، يكون بالعملية، وليس بقطع الرموش فانها لا تثبت ان تعود الى الشجر بعد نحو ١٥ أو عشرين يوماً.

وليست الشفرة معدية بل الرمد الحبيبي هو الممدي، وكما أن الرمد لا يسبب ضعف النظر فكذلك المس لا يقوي البصر إلا إذا كان الرمد مصحوباً بمضاعفات. وقصر النظر شيء والرمد شيء آخر، بل ان قصر النظر يكون طبيعياً مثل قصر الميوبيا Myopia وعلاجه النظارة.

ومع ان الرمد الحبيبي شديد العدوى فانه الى اليوم لم يكتشف له ميكروب خاص ولا زال تجري البحوث للوصول الى معرفة أصله.

أما الرمد البثري وهو التهاب بسيط في الملتصحة، فيحدث من وجود بثرات على الملتصحة (أي بياض العين) أو على حافة القرنية، وتسبب انهماك الدموع، وعدم مقاومة الضوء، ويعزى سبب ذلك إلى الضعف، ولا سيما إذا وجدت مع الغدد الموجودة بالمنق وهي التي يقال أن أصلها درني، غير أنها توجد في أشخاص سليبي البنية، كما أنها توجد في الأولاد بين من الخامسة والثامنة عشرة.

الرمد الريعي: والرمد الريعي يشبه الرمد الحبيبي في درجة التقدم الثاني (ب)، وقد يصيب الملتصحة الجفنية، والملتصحة القرنية، وأحياناً يصيب الاثنين معاً. فإذا أصاب الملتصحة الجفنية ظنه بعض الأطباء انه رمد حبيبي، وطالبه بالمس والمطية، ولكن المرض في هذه الحالة يزداد سوءاً، وهو يكون مصحوباً بكلاز وكرش بالجمفون لا يقوى المرض على احتماله معها كان الدواء الذي يشمله.

وإذا أصاب الملتصحة القرنية، كانت حالته كحالة التهاب القرنية، ويحصل بروز بسيط في الأوعية على سطح الملتصحة والقرنية، ويكون هذا الالتهاب والاحمرار محدوداً أو طاماً حول القرنية.

وقد ظن بعض الأطباء أن هذا المرض يظهر في شهور الصيف، غير أن البحوث دلت على ظهوره صيفاً وشتاءً، ويصاب به الرجال والنساء على السواء بين سن العشرين والثلاثين. والغريب أن هذا المرض قد يزول وحده أحياناً بغير علاج ولا يعود للمريض مرة ثانية. وأحياناً أخرى لا يزول بالعلاج إذ لا يلبث أن يعود إلى المريض فلا يقوى على احتماله وقد أدى بحثي إلى عملية تمنع بها عودته بتاتاً.

(لبحث خاصة)

الركنور عبر المسح مبرجس

طبيب العيون