



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2015

Thèse N° 0103/15

**LA PATHOLOGIE HEMORROIDAIRE CHEZ LES MEDECINS
ARABO-MUSULMANS AVICENNE ET ABDESLAM EL ALAMI COMME EXEMPLE
(ETUDE DESCRIPTIVE, ANALYTIQUE, COMPARATIVE)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/05/2015

PAR

Mr. RAHMOUNI AHMED

Né le 04 Octobre 1987 à Errachidia

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Avicenne - La pathologie hémorroïdaire - Abdeslam El alami

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN.....	PRESIDENT
Professeur d'Urologie	
M. BENJELLOUN EL BACHIR.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Chirurgie Générale	
M. EL BIAZE MOHAMMED.....	} JUGES
Professeur de Pneumo-phtisiologie	
M. EL ABKARI MOHAMMED.....	
Professeur de Gastro-entérologie	

فهرس

3	.....	مقدمة
7	.....	مدخل
8	.....	I- تاريخ الطب عند المسلمين
12	.....	II- جامعة القرويين وأهم المخطوطات الطبية الموجودة في خزانها
15	.....	المنهجية وأهداف البحث
16	.....	I - أهداف البحث
17	.....	II- منهجية البحث
19	.....	III- الصعوبات التي اعترضتنا أثناء القيام بالبحث
20	.....	الفصل الأول مرض البواسير في الطب الحديث
21	.....	المبحث الأول: الدراسة التشريحية للمنطقة الشرجية
31	.....	المبحث الثاني: تشريح البواسير
34	.....	المبحث الثالث: دراسة فيزيولوجية للقناة الشرجية
37	.....	المبحث الرابع: الفيزيولوجيا المرضية physiopathologie
41	.....	المبحث الخامس: وبائيات Epidémiologie
43	.....	المبحث السادس: تشخيص المرض Diagnostic
51	.....	المبحث السابع: الفحوصات التكميلية
53	.....	المبحث الثامن: التشخيص التفريقي
55	.....	المبحث التاسع: مضاعفات (complication)
56	.....	المبحث العاشر: التدابير العلاجية
80	.....	الفصل الثاني مرض البواسير عند ابن سينا
83	.....	المبحث الأول: حياة ابن سينا وإنجازاته العلمية في الطب
85	.....	المبحث الثاني: تشخيص مرض البواسير عند ابن سينا
87	.....	المبحث الثالث : علاج مرض البواسير عند ابن سينا
88	.....	I- أدوية البواسير حسب طريقة عملها
90	.....	II-الأدوية المقترحة لعلاج البواسير عند ابن سينا
93	.....	III-العلاج البواسير جراحياً عند ابن سينا
98	.....	IV-علاج ما بعد الجراحة
99	.....	الفصل الثالث مرض البواسير عند عبد السلام العلمي
103	.....	المبحث الأول: حياة عبد السلام العلمي وإنجازاته الطبية
105	.....	المبحث الثاني: تشخيص مرض البواسير عند عبد السلام العلمي
107	.....	المبحث الثالث: علاج مرض البواسير عند عبد السلام العلمي
108	.....	1 -علاج البواسير جراحياً عند عبد السلام العلمي
111	.....	2- تراكيب وأقرباذينات لعلاج البواسير
114	.....	3- علاج البواسير بالأدوية الحادة
117	.....	الفصل الرابع مرض البواسير بين ابن سينا وعبد السلام العلمي ونتائج الطب الحديث
118	.....	I - في مفهوم المرض وتشخيصه
118	.....	1-1 التعريف
118	.....	1-2 / الفيزيولوجيا المرضية
119	.....	1-3/ أعراض المرض
122	.....	II - العلاج

122.....	1-2العلاج غير الدوائي:
125.....	2-2العلاج الدوائي لمرض البواسير
127.....	3-2العلاج الجراحي للبواسير
132.....	خاتمة:
134.....	ملخصات
141.....	بعض صور كتاب البدر المنير في علاج البواسير
147.....	البدر المنير في علاج البواسير
173.....	جدول بأسماء الأدوية النباتية والمعدنية والحيوية المستعملة في علاج البواسير
176.....	المراجع

مقدمة

يعد علم الطب من العلوم التي نالت اهتماما بالغاً من طرف المسلمين بعد علوم الشريعة، ويرجع هذا الاهتمام إلى توجيهات الإسلام الصحية المتمثلة في آيات قرآنية وأحاديث نبوية كثيرة ومتنوعة تهتم بالصحة وتدعو إلى التداوي وطلب الاستشفاء، كقوله صلى الله عليه وسلم { تداووا فإن الله تعالى لم يضع داء إلا وضع له دواء }¹ وغير هذا النص من النصوص الشرعية كثير.

ومن هذا المنطلق اعتنى المسلمون بالطب، وكثر تأليفهم في علومه المختلفة؛ فنبغ أطباء كثر لدرجة أنه ظهرت كتب تدون أسماء الأطباء وتترجم وتؤرخ لأبحاثهم وإنجازاتهم. كما كان للمسلمين فضل كبير في تطور الطب حيث برز أطباء ذاع صيتهم وانتشر علمهم ونذكر منهم: ابن النفيس الذي اكتشف الدورة الدموية الصغرى، والرازي الذي اخترع خيوط الجراحة، وابن سينا صاحب المؤلف الفريد "القانون في الطب" الذي يعد من أهم المصادر العلمية والمقررات الدراسية المعتمدة في الطب إلى حدود القرن السابع عشر.

إن المتصفح للتراث الإسلامي في مجال الطب وغيره من المجالات المعرفية، يجد شواهد متعددة على تطور المسلمين وتقدمهم وإثرائهم للفكر الإنساني باختراعاتهم واكتشافاتهم الدقيقة، إلا أن هذا الإرث العظيم وخاصة في مجال الطب طالته آفة النسيان، ولم يعد يغري الباحثين والدارسين، وذلك نتيجة لسببين، أولهما: ضياع أغلب المصادر والمؤلفات بسبب عامل الزمن، وكذا نتيجة للغزو والاحتلال الخارجي الذي شهدته دول العالم الإسلامي على مر التاريخ، والذي كان أول ما يستهدفه المكتبات والكتب بحرقها أو تدميرها أو سرقتها.²

أما السبب الثاني: فيتجلى في صعوبة الحصول على هذه المصادر إن وجدت، وذلك لكون أغلبها مخطوطات ومؤلفات غير محققة أو أشلاء متناثرة بين المكتبات، مما يستعصى معه الوصول إليها والاستفادة منها.

¹ أخرجه الحاكم في المستدرک، کتاب العلم، 121/1

² دمر المغول أثناء اجتياحهم بغداد مكتبة بيت الحكمة التي كانت تضم أكثر من 300 ألف كتاب، كما دمروا 36 مكتبة في بغداد تضم مئات الآلاف من الكتب، وتم إلقاء جميع تلك الكتب في نهر دجلة. وقد وصف ول ديورانت في كتابه «قصة الحضارة» مكتبة بيت الحكمة بأنها مجمع علمي، ومرصد فلكي ومكتبة عامة.

و من الأمراض التي عني الأطباء المسلمون بتشخيصها وعلاجها مرض البواسير، ويعد هذا المرض من أكثر اضطرابات الشرج شيوعا في وقتنا الحاضر، وهي مشكلة شائعة ومنتشرة خاصة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 20 إلى 50 سنة.

من هنا إذن، تأتي أهمية هذا البحث في كونه يهدف إلى تسليط الضوء على جزء من التراث الإسلامي عامة والمغربي على وجه الخصوص في مجال الطب ومرض البواسير تحديدا، وصفا وتشخيصا وعلاجاً.

فقد وقع اختيارنا على نموذجين اثنين وهما؛ ابن سينا(370هـ-980م) (427هـ-1037م) في كتابه (القانون في الطب) و عبد السلام بن محمد بن أحمد العلمي(1246هـ-1830م) - (1323هـ-1905م) في مؤلفه البدر المنير في علاج البواسير.

أما خطة البحث فقد شملت مقدمة، مدخل، منهجية و أهداف البحث، أربعة فصول يندرج تحت كل فصل مباحث و خاتمة.

مقدمة: و تناولنا فيها عناية المسلمين بالطب وإشكالية دراسة إنتاجاتهم العلمية في هذا المجال، ونبهنا على أهمية البحث وإشكاليته، وخطته.
مدخل: تحدثنا فيه عن تاريخ الطب عند المسلمين وعن جامعة القرويين وخزانتها.

المنهجية وأهداف البحث: تطرقنا فيها إلى منهاج وأهداف البحث.

الفصل الأول: مرض البواسير في الطب الحديث وفيه تقديم وعشر مباحث.

المبحث الأول: دراسة تشريحية للمنطقة الشرجية.

المبحث الثاني: تشريح البواسير.

المبحث الثالث: دراسة فيزيولوجية للقناة الشرجية.

المبحث الرابع: الفيزيولوجية المرضية.

المبحث الخامس: وبائيات.

المبحث السادس: تشخيص مرض البواسير.

المبحث السابع: الفحوصات التكميلية.

المبحث الثامن: التشخيص التفريقي

المبحث التاسع: مضاعفات المرض.

المبحث العاشر: التدابير العلاجية .

الفصل الثاني: وخصصناه للحديث عن مرض البواسير عند ابن سينا وفيه ثلاث مباحث.

المبحث الأول: حياة ابن سينا.

المبحث الثاني: تشخيص مرض البواسير عند ابن سينا.

المبحث الثالث: علاج المرض عند ابن سينا.

الفصل الثالث: تناولنا فيه مرض البواسير عند عبد السلام العلمي وتندرج تحته ثلاث مباحث.

المبحث الأول: حياة عبد السلام العلمي.

المبحث الثاني: تشخيص مرض البواسير عند عبد السلام العلمي.

المبحث الثالث: علاج المرض عند عبد السلام العلمي.

الفصل الرابع: وقمنا فيه بدراسة مقارنة بين ابن سينا وعبد السلام العلمي

ونتناج الطب الحديث من حيث مفهومة المرض وتشخيصه وعلاجه.

خاتمة: خصصناها لنتائج البحث وآفاقه.

مدخل

1- تاريخ الطب عند المسلمين

كان الطب عند العرب قبل الإسلام لا يختلف كثيراً عن الطب البدائي، حيث كان مجرد طرق علاجية تكتسب بمحض التجربة وتنتقل شفاهياً من الآباء إلى الأبناء.

و كانوا يعتمدون على الخرافة فيستعملون بذلك التمايم ويطلبون من الآلهة التي صنعوا بأيديهم أن ترفع عنهم الأمراض والأوجاع.

فلما جاء سيدنا رسول الله صلى الله عليه وسلم أحيا الإسلام والإيمان في القلوب ، وحبب الله ورسوله في الأفئدة ، وكان القرآن الكريم ينزل غضا طريا ليأمر الناس بترك الشرك والعبودية لله وحده ، والأخذ بالأسباب وعدم التواكل.

وكان أول ما نزل به القرآن الكريم قوله تعالى: «اقرأ باسم ربك الذي خلق (1) خلق الإنسان من علق(2)، اقرأ وربك الأكرم (3) الذي علم بالقلم (4) علم الإنسان ما لم يعلم(5)»³ وكان سيدنا رسول الله صلى الله عليه وسلم قرآنا يمشي على الأرض ، فجسد بذلك مبدأ الأخذ بالأسباب وترك الأوهام ، فكان صلى الله عليه وسلم يمرض فيطلب الطبيب، و يزور المرضى ويدعو لهم بالشفاء ويأمرهم باستدعاء الطبيب واستعمال الدواء.

وروي أسامة بن شريك قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «تداووا؛ فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له دواء غير داء واحد. قالوا: وما هو؟ قال: الهرم»⁴. وكان صلى الله عليه وسلم يتخذ خيمة لتمرير الجرحى في المسجد ويجعل عليها الصحابة الجليلة رفيعة الأسلمية رضي الله عنها لأنها كانت أعلم الصحابة بالتطبيب.

و كان استدعاء أطباء أجانب عند مرض رسول الله صلى الله عليه وسلم أعظم الأثر للدلالة على طلب العلم حيث كان.

وساعد على تطور العلوم وازدهارها في بلاد المسلمين: الفتوحات الإسلامية واحتكاك المسلمين بحضارات وشعوب أخرى ودخول مراكز ثقافية هامة في حوزة الدولة الإسلامية الجديدة ومن أهم هذه المراكز:

³ القرآن الكريم ؛ سورة العلق الآيات من 1 إلى 5.
⁴ أبو داود :كتاب الطب ،باب الرجل يتداوى (3855).

1 - مدينة جنديسايور: الواقعة جنوب إيران والتي تحتوي على مدرسة طبية ومستشفى كبير، وقد عرفت هذه المدرسة الطبية أوج ازدهارها في القرن الخامس والسادس الميلادي بعد التحاق العلماء النسطوريين بها فرارا من اضطهاد البيزنطيين لهم في مدينة أديسا.

2 - مدرسة الإسكندرية: التي اشتهرت بعلم التشريح وعلم وظائف الأعضاء ومن هذه المدرسة تخرج جالينوس (Galien) (130-201 ق.م، وبولس الإيجني (Paul d'eugène).

وكانت الإسكندرية تحتوي على خزانة ضخمة للكتب، وكان الطب يدرس فيها اعتمادا على كتب جالينوس الستة عشر على الخصوص . يقول المؤرخ الفرنسي لوكليرك [1] : " هذا الشعب يعني المسلمين الذي جعله التحمس للدين يستولي على نصف العالم، اتخذ من النصرى المهزومين أساتذته وجعل ينهل من علومهم بشغف ونشاط عجيب ، وسرعان ما تجاوز معلميه وبقي لخمسة أو ستة قرون يمسك بصولجان النور والحضارة". ويقول كمستون : "إن لم يكن للعرب من فضل غير إنقاذ الطب والعلوم القديمة من الضياع لكفاهم فخرا"

ويمكننا أن نقسم تاريخ تطور الطب عند المسلمين إلى ثلاثة مراحل:

1) المرحلة الأولى : مرحلة التعرف على تراث الأولين وترجمته :

بدأ التعرف على تراث اليونان والفرس والرومان بالفتوحات العظيمة التي قام بها الخلفاء الراشدون رضى الله عنهم، وبدأت بذلك حركة الترجمة الواسعة في عهد الأمويين وتحديدًا في عهد خالد بن يزيد بن معاوية الذي كان يائسا من توليه الحكم فانشغل عنه بجمع العلوم فجمع حوله العلماء فترجموا له بعض كتب الطب والكيمياء والفلك ، واستمرت بعد ذلك حركة الترجمة حتى سنة 850 م وأنشأ العباسيون في عهد الملك المأمون بيت الحكمة في بغداد سنة 830 م، وهو عبارة عن خزانة للكتب ودار علم ومعهد للترجمة.

و ما كاد القرن التاسع الميلادي ينقضي حتى كانت كل الكتب الطبية لأبقراط و جالينوس وغيرهم مترجمة للغة العربية [2].

وقد اشتهرت في بغداد مجموعة من الأطباء نذكر منهم:

✓ حنين بن إسحاق (809 - 877م) كان عميدا لمدرسة الترجمة بدار الحكمة و كان يتقن اللغة السريانية والعربية واللاتينية، وله من الآثار في الترجمة والتأليف ما يزيد عن ستمائة أثر [3].

✓ ثابت بن قرة وابنه سنان ابن ثابت: يشغل منصب رئيس الأطباء وقد كلفه الملك العباسي المقتدر باختيار الأطباء ومنح رخص مزاولة الطب لمن كان أهلا لذلك.

وفي هذه المرحلة صارت بغداد مركزا للعلوم ضاهت بذلك جنديسابور والإسكندرية ، وأصبحت محجا للدارسين والباحثين من كل أطراف العالم.

(2) المرحلة الثانية: عصر الإبداع :

امتد هذا العصر من القرن التاسع حتى القرن الرابع عشر الميلادي، وقد اتسم القرن العاشر بتفوق المؤلفين العرب، حيث حجت شهرتهم النسطوريين وغيرهم.

يقول المؤرخ لوكليرك في هذا الصدد : " لم يظهر في القرن التاسع الميلادي من الشخصيات العربية الفذة سوى الكندي ،وفي القرن العاشر انقلبت الأدوار فلم يعد يظهر في المسيحيين إلا علماء من الدرجة الثانية بينما استأثر العرب بعلماء الدرجة الأولى مثل الرازي والفارابي وعلي بن عباس الأهوازي وأبو القاسم الزهراوي".

وظهر في هذا العصر علماء أفداد مثل الرازي الذي وضع مبادئ الطب الإكلينيكي وإدارة البيمارستانات (المستشفيات) ،يقول الدكتور مصطفى لبيب « إن الرازي ينبه بقوة إلى ضرورة المran العلمي للطبيب في البيمارستان وإلى ضرورة ملازمة المرضى لاكتساب الخبرة الإكلينيكية التي تضمن نجاح عمل الطبيب».

وكان أبو القاسم الزهراوي نموذجا للطبيب التقني الذي تجنب قصور الملوك، وكان إماما في الجراحة في عصره وقد خطا بالجراحة خطوات كبيرة.

برز في هذا العصر العالم ابن سينا الذي كان يلقب بالشيخ الرئيس وقد لمع في عديد من العلوم وتميز بأسلوبه الفلسفي حتى في كتبه الطبية واعتبرت كتبه موسوعة طبية أودع فيها تجاربه وممارساته.

ولا يمكن حصر التطور الطبي على أطباء لامعين ألفوا في مجال الطب و اشتهروا. إنما لا يجب أن ننسى أن جل مدن المملكة الإسلامية من الشرق إلى الغرب كانت تضم بيمارستانات (اسم يطلق على المستشفى) و كان كل بيمارستان يضم طاقما من الأطباء ذوي الخبرة والكفاءة يسيرونه ويشرفون على التعليم الطبي فيه ، حيث بلغ عدد الأطباء في زمن الملك العباسي المقتدر بالله في بغداد ثمانمائة طبيب سوى من كان طبيبا بالبلاط.

ولم يقتصر النبوغ في الطب على الرجال فقط، وإنما كان للنساء دورهم و مكانتهم حيث نبغ منهن الكثير كأخت حفيد ابن زهر وابنتها...

(3) المرحلة الثالثة : عصر الركود وانتقال الحضارة الأوروبية :

بدأ عصر الركود العلمي مع بداية القرن الخامس عشر الميلادي، لكن ترجمة التراث العلمي العربي إلى اللغة اللاتينية بدأ مبكرا منذ القرن الحادي عشر الميلادي وعرفت هذه الترجمة أوج ازدهارها في القرن الثاني عشر.

II- جامعة القرويين وأهم المخطوطات الطبية الموجودة في خزانها.

جامع القرويين أو مسجد القرويين هو جامع في مدينة فاس المغربية، بني عام 245 هـ/859م. قامت ببنائه فاطمة الفهرية حيث وهبت كل ما ورثته لبناء المسجد. كان أهل المدينة وحكامها يقومون بتوسعة المسجد وترميمه والقيام بشؤونه. أضاف الأمراء الزناتيون بمساعدة من أمويي الأندلس حوالي 3 آلاف متر مربع إلى المسجد وقام بعدهم المرابطون بإجراء توسعة أخرى. وقد سمي الجامع بالقرويين نسبة إلى القيروان مدينة فاطمة الفهرية. بعد بناء الجامع قام العلماء بإنشاء حلقات لهم فيه، كان يجتمع حولها العديد من طلاب العلم، وبفضل الاهتمام الفائق بالجامع من قبل حكام المدينة المختلفين تحولت فاس إلى مركز علمي ينافس مراكز علمية ذائعة الصيت كقرطبة وبغداد.

يعتقد أن القرويين قد انتقل من مرحلة الجامع إلى مرحلة البداية الجامعية في العهد المرابطي، حيث قام العديد من العلماء باتخاذ المسجد مقرا لدروسهم. حسب النصوص المتوفرة فإن القرويين دخل مرحلة الجامعة الحقيقية في العصر المريني حيث بنيت العديد من المدارس حوله وعزز الجامع بالكراسي العلمية والخزانات.

تعتبر جامعة القرويين بمدينة فاس بالمغرب هي ثاني أقدم جامعة تم إنشائها في العالم بعد جامعة الزيتونة، ولكن تعتبر الأولى حسب موسوعة غينيس للأرقام القياسية [4]. وحسب نفس الموسوعة فإن هذه الجامعة هي أقدم واحدة في العالم والتي لا زالت تُدرس حتى اليوم.

تخرج فيها علماء الغرب، وقد بقي الجامع والجامعة العلمية الملحقه به مركزاً للنشاط الفكري والثقافي والديني قرابة الألف سنة. درس فيها سيلفستر الثاني) غريبيرت دورياك)، الذي شغل منصب البابا من عام 999 إلى 1003 م، ويقال أنه هو من أدخل بعد رجوعه إلى أوروبا الأعداد العربية. كما أن موسى بن ميمون الطبيب والفيلسوف اليهودي قضى فيها بضع سنوات قام خلالها بمزاولة التدريس في جامعة القرويين.

درّس فيها الفقيه المالكي أبو عمران الفاسي وابن البنا المراكشي وابن العربي وابن رشيد السبتي وابن الحاج الفاسي وابن ميمون الغماري، زارها الشريف الإدريسي ومكث فيها مدة كما زارها ابن زهر مرات عديدة ودون النحوي ابن أجروم كتابه المعروف في النحو فيها. ولقد اشتهر من فاس جماعة من أهل العلم ونسبوا إليها منهم أبو عمرو عمران بن موسى الفاسي فقيه أهل القيروان في وقته. وأبو العباس أحمد بن محمد بن عثمان الشهير بابن البناء وهو أشهر رياضي في عصره، وأبو بكر محمد بن يحيى بن الصائغ الشهير بابن باجة وكان ممن نبغوا في علوم كثيرة منها اللغة العربية والطب وكان قد هاجر من الأندلس وتوفي بفاس. ومن العلماء الذين أقاموا بفاس ودرسوا بجامعة ابن خلدون المؤرخ ومؤسس علم الاجتماع، ولسان الدين بن الخطيب، وابن عربي الحكيم وابن مرزوق.

وتضم جامعة القرويين خزانة ، هي إحدى أقدم الخزانات التراثية المغربية .تأسست سنة 750 هـ تحت إشراف السلطان أبي عنان المريني . وقد عرفت على مر الزمان عدة عمليات التهيئة والترميم والإصلاح في عهد الملوك العلويين، واستمر ذلك إلى عهد الملك محمد السادس ..

وقد حافظت خزانة القرويين على دورها البارز في ميادين العلم والمعرفة، لفائدة الباحثين والطلبة . وقد تم إغناء رصيدها الوثائقي من هبات أوقاف السلاطين والأمراء، والعلماء الذين زودوها بكتب نادرة ونفيسة .تعرف الخزانة حاليا أشغال تهيئة فضاء بنائيتها، بالإضافة إلى مختبر ترميم المخطوطات وتحتوي هذه المكتبة على 24000 كتاب، و3823 مخطوط، 450 مطبوع حجري [5].

إن المخطوطات التي تحتوي عليها خزانة القرويين ما تزال مجهولة للعديد من الباحثين في مجال التراث العربي، رغم أنها الحاوي والحافظ لمجمل العلوم والآداب التي يجب البحث فيها بغية إحيائها و إحياء الدور العربي الحضاري في التراث الإنساني.وفي مجال الطب تضم الخزانة مجموعة من المخطوطات كما يبين الجدول التالي :

رقم المخطوط	العنوان	المؤلف
607	عمل من طب لمن حب	لسان دين ابن الخطيب
606	الجامع لمفردات الأدوية والأغذية (الجزء الأول)	ابن البيطار
606	الجامع لمفردات الأدوية والأغذية (الجزء الثاني)	ابن البيطار
1284	صناعة الطب	أبو الفضل عيسى (الجرجاني)
1285	الاستقصاء و الإبرام في علاج الجراحات والأورام	محمد بن علي بن فرج القربلياني الفهري (الشفرة)
1286	شرح الفصوص في الطب	المؤلف مجهول
1287	كامل الصناعة في الطب (الجزء الخامس)	علي بن عباس الأهوازي (المجوسي)
1564	إحياء النفوس	علي بادي
1564	كتاب في الطب	المؤلف مجهول
1546	مقتطفات من كتاب قلاند العقيان في الطب	المؤلف مجهول
1568	كامل الصناعة في الطب	علي بن عباس الأهوازي (المجوسي)
1571	القانون في الطب	ابن سينا
1599	حديقة الأزهار في شرح ماهية العشب و العقار	أبو القاسم بن ابراهيم الغساني (الوزير)
1631	كتاب في المفردات الطبية و الأدوية النباتية	أبو جعفر (ابن الجزار)
1652	كتاب المستعيني في الطب (الجزء الأول)	يوسف بن اسحاق الإسرائيلي (ابن بكلاوش)
1652	كتاب المستعيني في الطب (الجزء الثاني)	يوسف بن اسحاق الإسرائيلي (ابن بكلاوش)
1969	الأرجوزة الطبية	ابن الطفيل
1970	شرح أرجوزة ابن سينا في الطب	ابن رشد الجد

المنهجية وأهداف البحث

أ- أهداف البحث.

تهدف هذه الأطروحة إلى تسليط الضوء على جزء من التراث الإسلامي عامة والمغربي على وجه الخصوص في مجال الطب ومرض البواسير تحديدا. من خلل دراسة نموذجين اثنين وهما؛ ابن سينا(370هـ -980م) (427هـ -1037م) في كتابه (القانون في الطب) و عبد السلام بن محمد بن أحمد العلمي(1246هـ -1830م) - (1322هـ -1904م) في مؤلفه البدر المنير في علاج البواسير.

وهي مبادرة جاءت في إطار اهتمام كليتنا وانفتاحها على تراثنا الطبي وتهدف

إلى :

أ- المساهمة في إحياء تراثنا الطبي من خلال نفص الغبار عن المخطوطات والكتب الطبية الموجودة في المكتبات المغربية وإعادة قراءتها وتحققها.

ب- التذكير بالدور البارز للأطباء العرب والمسلمين في تطور وتقديم الطب.

ج- إبراز الدور المهم الذي لعبته جامعة القرويين في احتضان العلوم الطبية عامة والأندلسية المغربية على وجه الخصوص.

د- محاولات الإجابة عن التساؤلات التالية:

- 1- ما هو مفهوم مرض البواسير عند ابن سينا وعبد السلام العلمي؟
- 2 - كيف وصف ابن سينا وعبد السلام العلمي المرض؟
- 3 - ما هي الوسائل والأدوات التي اعتمداها في تشخيصه؟
- 4- وما هي الوصفات الوقائية والعلاجية التي وصفها للمرضى؟
- 5- إلى أي حد توقفت هذه الوصفات في علاج المرض والوقاية منه هو وما منظور الطب الحديث فيها ؟

ليس الهدف من بحثنا البكاء على ماضٍ مفقود، ولكن معرفة إرثنا وحضارتنا وحمل المشعل من جديد وحث الجيل الجديد على عدم النظر إلى التاريخ كتاريخ في حد ذاته والبكاء على أطلاله، وإنما النظر إليه كأساس ينطلق منه لفهم الحاضر وحل مشكلاته، وآفاق يستلهم منها طرق التخطيط للمستقبل والبناء بروح الأمل والعمل والعزيمة والإصرار.

II- منهجية البحث.

هذا البحث المتواضع عبارة عن "دراسة تحليلية وصفية مقارنة" للمقالة الأولى من الفن السابع عشر؛ "في علل المقعدة" من الكتاب الثالث؛ "الأمراض الجزئية" من القانون في الطب لابن سينا. حيث خصص هذه المقالة للحديث عن الأمراض الشرجية وقد اكتفينا بدراسة مرض البواسير موضوع بحثنا. وكتاب البدر المنير في علاج البواسير الذي كتبه عبد السلام العلمي بهامش كتابه "ضياء النبراس في حل مفردات الأنطاكي بلغة فاس".

وهكذا فقد اعتمدنا في بحثنا هذا على نهج المراحل الآتية:

المرحلة الأولى:

قمنا بتعريب مفاهيم مرض البواسير في الطب الحديث. و ذلك بقراءة الموضوع من مراجع أعجمية؛ وأحدث المقالات العلمية ومن مؤلفات الطب العربية وانتقاء أفضلها وأحسنها. ثم تحرير النص العربي اعتمادا على ترجمة النصوص الأعجمية مع الاستعانة بالمقاطع التي تم انتقاؤها من مؤلفات الطب العربية وبالمعجم الطبي الموحد.

المرحلة الثانية:

احترمنا في بحثنا التسلسل التاريخي بين ابن سينا و عبد السلام العلمي. فكان ترتيب ابن سينا أولا ثم عبد السلام العلمي ثانيا؛ وقمنا بقراءة ووصف ما ذكره ابن سينا عن مرض البواسير في كتابه القانون وتحليل مضمونه.

المرحلة الثالثة :

قمنا بقراءة الطبعة الحجرية لكتاب البدر المنير في علاج البواسير للعلمي وإعادة كتابته بخط واضح وشرح بعض المصطلحات الصعبة.

المرحلة الرابعة :

مقارنة بين كل ما جاء به ابن سينا والعلمي وشرح المبادئ والقواعد التي اعتمدا عليها في فهم وشرح المرض، ومناقشة الفروق بينهما مع الإشارة إلى ما وافق الطب الحديث من أرائهما، وما اختلفا فيه مع معطياته .

ذيلنا آخر البحث بقاموس عربي – فرنسي لأهم المصطلحات الطبية التي ذكرت في البحث

وجدول بأسماء الأدوية المفردة، التي استعملت في علاج البواسير عند الطبيبين وذلك باللغة العربية والفرنسية واللاتينية (الاسم العلمي).

III- الصعوبات التي اعترضتنا أثناء القيام بالبحث

لقد واجهتنا مجموعة من العقبات أثناء إنجاز هذا العمل لعل أبرزها:

1- صعوبة الحصول على المصادر، وذلك لكون أغلبها مخطوطات ومؤلفات غير محققة أو أشلاء متناثرة بين المكتبات، مما يستعصى معه الوصول إليها والاستفادة منها.

2- صعوبة قراءة النصوص التراثية:

- أولا من حيث اللغة : تكمن الصُّعوبة في تحقيق لُغَةِ المخطوط؛ لأنَّ مُعْظَمَ النُّصوص التاريخية القديمة كانت من تأليف المُستعربين، الذين عَمِلُوا على إدخالِ كَلِمَاتٍ وتَعْبِيرَاتٍ أعجمية لا تمتُّ للغة العربية بصلة : فالقانون لابن سينا يتضمن مجموعة من الكلمة ذات أصل فارسي(ديك برديك:قدر على قدر ،مَيِّخَنْج: عصير العنب،....).وإذا كانت المصطلحات ذات أصل عربي فهي غير متداولة حاليا (المقعدة:الشرح،اعتقال:امسك.....).
- ثانيا من حيث الخط : كتب عبد السلام العلمي البدر المنير بخط وشكل خاص غير مُتَعَوِّدٍ عليه في الوقت الحاضر، مثل : **عميا** (بدلاً من عمياء). البقلا (بدلا من البقلاء).
- كما كتابته على هامش كتاب ضياء النبراس شكل صعوبة كبيرة في قراءته وذلك لتدخل الفصول فيما بينها كمأن النسخة التي إعتمدنا عليها تضم بعض الكلمات الغير واضحة التي تعذر علينا قرائتها .

3- أن جل الدراسات التي تناولت اسهامات الأطباء العرب في الطب لم تكن متخصصة في أمراض معينة .وإن وجدت فإنها تركز على الجانب التاريخي دون الجانب العلمي.

4 - قلة المراجع العلمية باللغة العربية التي يمكن الإعتماد عليها في إنجاز هذا

البحث.

الفصل الأول

مرض البواسير في الطب الحديث

التعريف

البواسير هي عبارة عن وسائد (coussinets) من نسيج ضام و وعائي (أوردة و شريانات) تتموضع بشكل طبيعي ضمن القناة الشرجية تحت الغشاء المخاطي و ضخامة هذه الوسائد تؤدي إلى مرض البواسير، ومنه فإن مرض البواسير مرتبط بالتشريح ارتباط وثيقا ولفهم الفيزيولوجيا المرضية والتعبير السريري لمرض البواسير يستدعي منا الرجوع إلى علم التشريح.

المبحث الأول: الدراسة التشريحية للمنطقة الشرجية Etude anatomique de la région anal

1/ مقدمة:

يقع المستقيم العجاني Rectum périnéal (أو القناة الشرجية) على الخط الناصف- Ligne médiane للعجان الخلفي Périnée postérieure تحت أرضية رافعات الشرج Plancher des releveurs، بين الحفرتين الوركيتين المستقيمتين، ويمتد بين مستوى الحجاب الحوضي Diaphragme pelvien ومستوى حلقة الشرج، وهو الجزء الأضيق والأكثر ثبوتا من أجزاء المستقيم ككل.

2/ الهئية Morphologie

أ- الشكل الخارجى Forme extérieure

- تأخذ القناة الشرجية شكل أسطوانة Cylindre، طولها 3 سم، وقطرها 2سم تقريبا.

ب – الاتجاه Direction

- تأخذ القناة الشرجية بشكل عام منحنى مائلا نحو الخلف ونحو الأسفل وترسم مع المستقيم الحوضي زاوية متجهة نحو الورا تبلغ 80 درجة، ويطلق على رأس هذه الزاوية اسم قنسوة الشرج Cap anal

ج – الشكل الداخلى Forme intérieure (الشكل 1)

1/ يشكل الغشاء المخاطي فوق مستوى الخط المسنن Ligne pectinée طيات عمودية Replis verticaux أو ما يدعى بأعمدة موركاني Colonne de

Morgani التي تتحد نهاياتها القاصية لتشكل الدسامات الشرجية-Valvules semi-lunaires du canal anal.

12 الدسامات الشرجية هي طيات مخاطية هلالية -replis muqueux semi-lunaires تشكل خطا مسننا على بعد 2 سم تقريبا من حافة الشرج، يعتبر هذا الخط المسنن من أهم المعالم الجراحية في قناة الشرج.

13 يحيط كل دسام بخبيئ شرجي Crypte anal، وتنفث غدد شرجية؛ غدد ديسفوس وهيرمان

Glande de Desfosse et Herman في قعر بعض هذه الخبايا.

14 لهذه الغدد أهمية في انتشار التعفن الشرجي المستقيمي-Infection ano-rectale.

د- وسائل التثبيت Moyens de fixité

وهو الجزء الأكثر ثبوتا في المستقيم وذلك بواسطة:

✓ الارتباط الوثيق للقناة الشرجية مع رافعة الشرج.

✓ لصوق المصرة المخططة Sphincter strié :

• بنقطة منتصف العجان (أو النواة الليفية المركزية للعجان) Noyau

(NFPCP) fibreux central du périnée في الأمام.

• وبالرفاء الشرجي العصعصي في الخلف Raphé ano-coccygien

✓ بوجود العَضَلَةُ المُسْتَقِيمِيَّةُ الإِخْلِيَّةُ muscle recto-urétral عند الرجل

والعضلة المستقيمية المهبلية muscle recto-vaginal عند المرأة.

مثانة القناة الشرجية وثبوتها تجعل مخاطية المستقيم تتدلى عبر الشرج في حين

تبقى القناة الشرجية ثابتة في مكانها في حالات تدلي المستقيم prolapsus rectal.

هـ - التركيب Structure

-تتكون القناة الشرجية كالمستقيم التي هي امتداد له من ثلاث طبقات :

- الطبقة المخاطية : وتتخذ شكل مختلف يمكن أن نميز فيها ثلاثة أجزاء وهي:
 - * الجزء السفلي جلدي cutané.
 - * الجزء المتوسط: مِمَشَطُ pectin مغطى بمخاطية ملساء جلدية حُلَيْمِيَّة dermo-papillaire تسمى بمخاطية هيرمان la muqueuse de Herman.
 - * الجزء العلوي يتخذ بشكل تدريجي شكل مخاطية المستقيم. (الغشاء المخاطي الغدي muqueuse glandulaire)
- الطبقة تحت المخاطية sous muqueuse : وهي امتداد لطبقة تحت مخاطية المستقيم و غنية بالصفائر الوريدية Plexus veineux .
- الطبقة العضلية (appareil sphinctérien): وهي الطبقة الأكثر تعقيدا. وتتكون من طبقتين متراكبتين تحتويان على ألياف عضلية ملساء fibres musculaires lisses، مدعمة بالمصرة الخارجية المخططة للشرح Sphincter externe strié.
- طبقة عميقة : مكونة من ألياف عضلية دائرية كتلك التي توجد في المستقيم الحوضي، وتتقوى وتنخن في الجزء الأسفل لتعطي المصرة الداخلية للشرح Sphincter interne.
- طبقة سطحية : وهي امتداد للعضلة الطولانية للمستقيم.
- عضلة المصرة الخارجية : وهي عضلة مخططة مكونة من ألياف دائرية تكوّن حلقة، وتتألف من حزمتين faisceaux، إحداها عميقة profonde والأخرى تحت جلدية sous-cutané.
- مهمة عضلة المصرة الخارجية هي المحافظة على الحصر، وتلعب دورا أساسيا في ميكانيزمات التغوط.

✓ ملاحظة:

بين المصرتين الداخلية والخارجية يوجد ما يسمى بـ "حيز بين المصرتين" Espace intersphinitérien يحتوي على غدد تسبب التعفن وتشكل

مسارا لانتشار القيح، ويمكن للجراح فتح هذا الحيز كي يتخذ مدخلا للعمليات على عضلات المصرة.

3/ العلاقات Rapports

أ – من الخلف En arrière

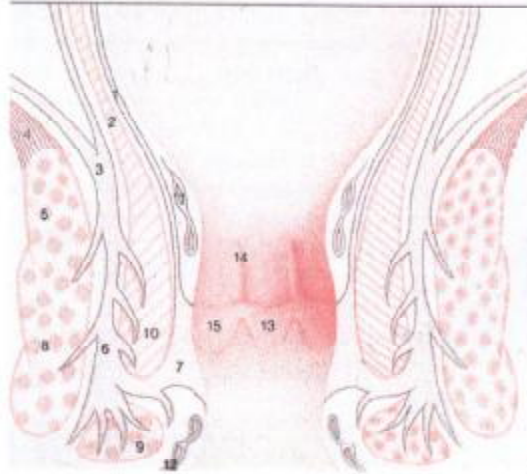
متطابقة بالنسبة للرجل و المرأة وتنشأ مع الرفاء الشرجي العصعصي ثم العصعص والجزء السفلي للعجز Coccyx et partie inférieure du sacrum.

ب – على الجانبين :

الحفرة الوركية المستقيمة اليمنى واليسرى Fosses ischio-rectales.
الحزمة الوعائية العصبية الفرجية الباطنية Paquet vasculo-nerveux
honteux interne.

ج – من الأمام :

- ✓ عند الرجل :
- البصلة الإحليلية Bulbe urétral .
- الإحليل الإسفنجي Urètre spongieux.
- النقطة العجانية المركزية (NFCP): يعتبر هذا العنصر التشريحي بمثابة المفتاح الجراحي لعزل و فصل المستقيم وحل علاقاته أثناء معالجته عبر منطقة العجان.
- ✓ عند المرأة :
- المثلث الشرجي الفرجي Triangle ano-vulvaire المحدد بالجدار الأمامي للقناة الشرجية، والحاجز المستقيمي المهبلية Cloison recto-vaginale
- والذي يحتوي على النقطة العجانية المركزية وتقل أهمية من نظيرتها عند الرجل.



شكل 1: مقطع رأسي للمستقيم والقناة الشرجية Coupe frontale

- 1- العضلة المخاطية Musculaire muqueuse
- 2 و 3 و 6- الطبقة الدائرية و الطولية للمستقيم Couche circulaire et longitudinale du rectum
- 4 و 5- رافعة الشرج Releveur de l'anus
- 7- رباط باركس Ligament de Parks
- 8 و 9 - المصرة الخارجية Sphincter externe
- 10- المصرة الداخلية Sphincter interne
- 11 و 12- المصغرة الباسورية الداخلية و الخارجية Plexus hémorroïdaire interne et externe
- 13- الخط المسنن Ligne pectinée
- 14- خيايا موركاني Cryptes de Morgani
- 15- أعمدة موركاني Colonnes de Morgani

4/ الإمداد الوعائي والعصبي**أ – التزويد الشرياني (الشكل 2)**

• الشريان الباسوري العلوي : وهو أهم الشرايين المغذية لقناة الشرج، وهو فرع

للشريان المساريقي السفلي artère mésentérique inferieure

• الشريان الباسوري الأوسط :

هو فرع أمامي للشريان الحرقفي الباطن artère iliaque interne، يعطي فرعين هما المتوسط والسفلي يدخل القناة الشرجية عند مستوى الحلقة الشرجية المستقيمة وهناك تفرعات عديدة بينه وبين الشريان الباسوري العلوي.

• الشريان الباسوري السفلي:

وهو فرع من الشريان الاستحيائي الباطن artère honteuse interne، ويغذي المصرة الظاهرة والباطنة والغشاء المخاطي للقناة الشرجية وحافة الشرج.

✓ ملاحظة:

- تساهم جميع هذه الشرايين في الشبكة الغنية التي تقع في الطبقة تحت المخاطية وداخل الجدار، وبهذا فإن انقطاع التزويد الشرياني من الأعلى بعزل الشرايين المستقيمة العلوية والوسطى لا يحرم الشرج من تزويده الشرياني.
- كما يساهم الشريان العجزي artère sacrée بدور ثانوي وبسيط جدا في التغذية الشريانية للقناة الشرجية

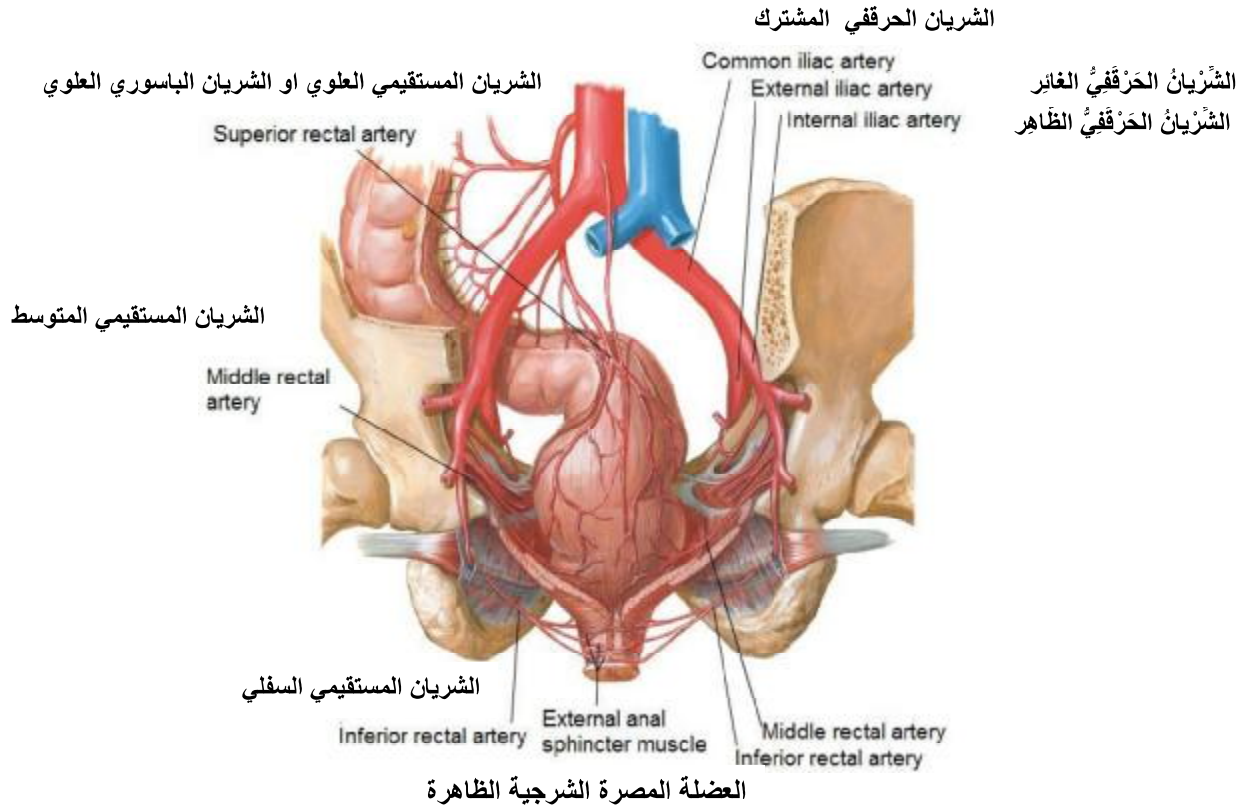
ب – النزح الوريدي Drainage veineux

- تتوزع الأوردة الشرجية بطريقة متشابهة للشرايين المقابلة لها Artères homologues
- تنزح الأوردة الباسورية العليا والوسطى، من خلال الوريد المساريقي السفلي إلى الجهاز البابي système porte.
- وتنزح الأوردة الباسورية السفلى من خلال الأوردة الإستحيائية الباطنة ثم الأوردة الحرقفية الباطنة إلى الجهاز الأجوفي système cave.

- تشكل التفافات anastomoses الوريدية في الطبقة تحت المخاطية الصغيرة الباسورية الداخلية Plexus hémorroïdaire interne (فوق مستوى الخط المسنن) بينما تقع الصغيرة الباسورية الخارجية plexus hémorroïdaire externe تحت هذا المستوى. (الشكل 3)

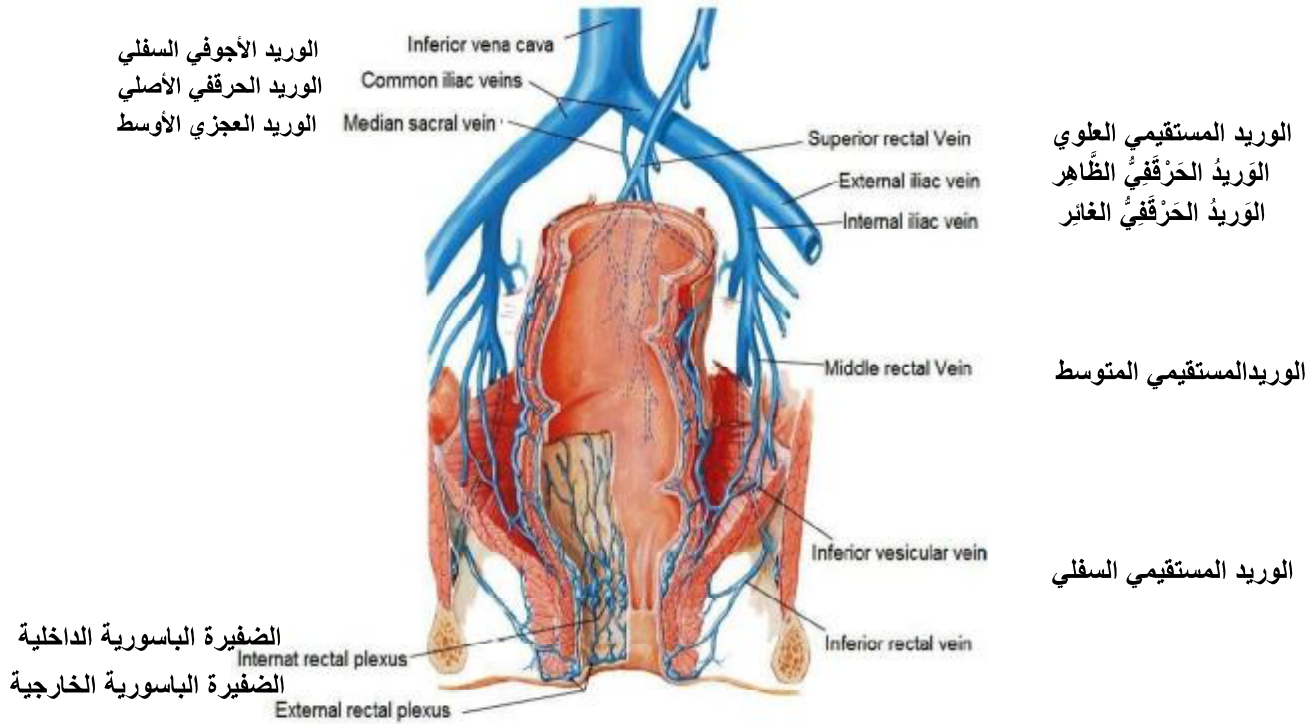
ج - النزح اللمفي Drainage lymphatique

- يتدفق اللمف من النصف العلوي للقناة الشرجية نحو الأعلى لينزح إلى العقد اللمفية أمام العجز Ganglions pré-sacrés، ومنها إلى السلسلة المساريقية Chaîne mésentérique ثم إلى العقد حول الأبهريية Ganglions péri-aortiques.
- و ينزح اللمف من النصف السفلي للقناة الشرجية، أولا إلى مجموعة العقد الأربوية السطحية ومن ثم إلى العقد الأربوية العميقة Ganglions inguinaux profonds.
- ولكن، إذا كان مجرى اللمف الطبيعي مسدودا بورم على سبيل المثال، فيمكن أن يتحول مجرى اللمف إلى طريق بديل.



الشكل رقم 2 : الإمداد الشرياني للمستقيم

Vascularisation artérielle de



الشكل رقم 3 : النزح الوريدي للقناة الشرجية والمستقيم
Drainage veineux de rectum et canal anal

د - الإمداد العصبي

يعتمد الإمداد العصبي للقناة الشرجية على العصب الشرجي nerf anal الذي يتفرع عن الضفيرة الفرجية plexus honteux النابعة أصلاً من الجذر العجزي الرابع (IV racine sacrée) .

- للإشارة، فإن العصب الشرجي هو الذي يَعْصِبُ المصرّة الخارجية.
- المنطقة التي توجد تحت الخط المسنن غنية بالنهايات العصبية الحرة، عكس ذلك في الغشاء المخاط للمستقيم، ما يجعله، غير حساس للألم. وينبغي الأخذ بعين الاعتبار هذه الحقيقة أثناء العلاج الأدوات الذي يستدعي تطبيقه في المنطقة التي فوق الخط المسنن وفي العلاج الجراحي الذي يتطلب الحفاظ على المخاطية الحساسة تجنباً لسلس البراز incontinence anal .

المبحث الثاني: تشريح البواسير anatomie des hémorroïdes

البواسير هي مجموعة من الأوعية الدموية متواجدة بشكل طبيعي في القناة الشرجية منذ الحياة الجنينية [6؛7].

ولقد مكنت التقنية الحديثة في الاستقصاء (التشريحية والبيولوجية، الإشعاعية التشريحية والنسجية) الاقتراب من طبيعة النسيج الباسوري وإمداده الوعائي. يوجد عنصرين مهمين في بنية النسيج الباسوري: العنصر الوعائي، والعنصر الداعم.

1/ العنصر الوعائي élément vasculaire:

إن الدراسة التي أقيمت على العناصر الوعائية كشفت عن ظاهرتين:

- غنى وتنوع تفاغرات الأوعية الدموية.
- وجود عناصر خاصة قائمة حول الأوعية périvasculaire .
- والواقع أن هذه الدراسات تميز بين نوعين من الدورة الدموية:
- في العمق ، تحت المخاطية، تتكون الضفيرة الباسورية من شبكة من الأوردة التي تتميز بوجود العديد من التوسعات كيسيات الشكل saccifome (بحيرات دموية ، أوعية متوسعة لها جدار سميك وحافطة مرنة armature elastique ، والكثير من الشقوق الوعائية fentes vasculaires) التي يمكن وصفها بخزان دموي ذو سعة متغيرة [8].
- فالشُرَّينات، والفروع النهائية للشريان الباسوري العلوي تفرغ مباشرة في الشبكة الوريدية مشكلة ما يسمى بالتحويلة الشريانية الوريدية shunt artérioveineux على مستوى القناة الشرجية [9].

- في السطح، تحت الظهارة sous-épithéliale توجد شبكة من شعيرات capillaire مرتبطة فيما بينها بواسطة التحويلة الشريانية الوريدية الكلاسيكية من نوع قطعة التوقف segment d'arrêt [10].

بالإضافة إلى ذلك مجموعة من المعطيات تفيد بوجود تنظيم عصبي وردي شرياني: وجود مضفورات pelotons عصبية محيطة بالأوعية من خلايا كبية glomique وشريانات تقوم بوظيفة مُعَيِّرة للقطر الوعائي vasomotrice.

2 /العنصر الداعم element de soutien:

إن دراسة العناصر الداعمة للحيز تحت الظهارة تبين تدخل مكونان حسب مِعماريّة معقدة:

- أولا النسيج الضام tissu conjonctif الغني بالألياف المرنة وبألياف الكولاجين التي تحيط بالعناصر الوعائية (رباط باركس ligament de parcks، والرباط المعلق للبواسير ligament suspenseur des hémorroides) .
- وثانيا حزم الألياف العضلية الملساء lisse والمخططة striée للمصرة الشرجية الداخلية و للطبقة الطولانية و للمخاطية العضلية للمستقيم muscularis mucosae de rectum.

تشكل هاته العناصر المكونة للنسيج المدعم ما يسمى بوسائد الشرج لطوماسون coussinets de l'anus de thomason التي تتموضع على المحاور الوعائية العمودية مكونة حزم : أمامية يسارية، وأمامية يمنية و خلفية يمنية. هذا تموضع غير ثابت حيث وجده طوماسون عند سوى % 19 من الأشخاص [9]، فعلا فتوجد حزم رابعة خلفية وأيضا متوسطة. بصفة عام يمكن التمييز بين:

- البواسير الخارجية التي تقع في منطقة تحت الجلد من القناة الشرجية، تحت الخط المسنن وعلى مستوى حافة الشرج الجلدية و تتغذى من الشريان الفرجي artère pudendal .

○ البواسير الداخلية التي توجد في المنطقة تحت المخاطية للقناة الشرجية وفوق

الخط المسنن و تغدي بالشريان الباسوري العلوي الذي ينقسم إلى ثلاث

فروع رئيسية: يسارية ، خلفية يمنية و أمامية يمنية .

وبالإضافة إلى هذا توجد تفاعلات بين الشريان الباسوري الأوسط والسفلي التي

تختلف من شخص إلى آخر والنزح الوردي بواسطة الأوردة الباسورية العلوية، المتوسطة

والسفلى وكما تبين بواسطة التقنيات النسيجية والإشعاعية وجود التحويلة الشريانية

الوريدية يوضح أن الإمداد الوعائي للبواسير جد غني ومعقد.

✓ ملاحظة:

بينت دراسة بنية البواسير النقاط التالية:

■ البواسير ليست دوالي varices بل هي عناصر وعائية خاصة تنتشر

بداخل الأنسجة الداعمة ومحاطة بالمَصْرَّة الشرجية.

■ بين جونسون أن هذه العناصر توجد بشكل طبيعي منذ الحياة الجنينية كما أكد

ذلك طوماسون بأنها موجودة منذ الولادة وذات طابع ثابت وقار عند البالغين

[9؛11].

■ وإن هذه العناصر لها وظيفة مهمة، وتغير حجم هذه الوسائد منظم بواسطة

الجهاز العصبي المستقل neurovégétatif الشيء الذي يسمح للبواسير

أن تلعب دور في انسداد القناة الشرجية وفي الحصر الشرجي ومنه تساهم

البواسير بحوالي 15 إلى 20% في تَوَثُّر الراحة pression de repos

في القناة الشرجية [12].

المبحث الثالث: دراسة فيزولوجية للقناة الشرجية

1/ ضبط التبرز Contrôle de la défécation

- يَعْقُب زيادةَ الضغط داخل المستقيم، خلال بضعة دقائق، تَكْيُفٌ للمستقيم، و يحدث خلال هذه الفترة شعور بامتلاء المستقيم، إذا كان هذا الأخير قد تمدد تمعدا كافيا.
- وهناك ما يسمى بضغط الراحة *pression de repos* وهو ضغط مرتفع ضمن القناة الشرجية يمنع مرور محتويات المستقيم إلى القناة الشرجية والمسؤولة عنه هي:
 - المصرة الداخلية بنسبة 85% ولأنها لا إرادية فهي تعمل بشكل دائم لذلك عند أذية المصرة الداخلية ينخفض ضغط الراحة بشكل كبير.
 - المصرة الخارجية مسؤولة عن ضغط الراحة بنسبة 15% .
- للمستقيم وظيفة تخزين الفضلات البرازية وعندما يمتلئ ويتوسع يؤدي توسعه لإطلاق المنعكس المستقيمي الشرجي الكابت *reflexe rectal-anal inhibiteur*.
- وهذا يؤدي إلى ارتخاء المصرة الداخلية بشكل جزئي وبذلك يدخل البراز إلى القناة الشرجية (النصف العلوي) وعن طريق مستقبلات خاصة موجودة في منتصف القناة الشرجية (تحديدا في النصف العلوي) يشعر الشخص بدخول البراز إلى القناة الشرجية والحاجة للتغوط ، كما تقوم هذه المستقبلات بتحديد طبيعة الفضلات؛ إما غاز أو سائل أو صلب.
- إذا كان الوقت مناسب للتغوط تسترخي المصرة الداخلية بشكل كامل ويحدث التغوط أما إذا كان الوقت غير مناسب فتنقلص المصرة الخارجية مما يرد المحتويات للأعلى ويغيب الشعور بالحاجة للتغوط بعد فترة لأن تقلص المصرة الخارجية يعيد مقوية المصرة الداخلية.

■ وعند وجود البراز تنتقلص المصرة الخارجية بسرعة حتى يكتمل تكيف المستقيم.

■ أما خلال التبرز فيحدث إطلاق للتنشيط القشري Inhibition corticale مع زيادة إرادية للضغط داخل البطن، حيث تستقيم الزاوية بين المستقيم والقناة الشرجية وتسترخي المصبرات وقاع الحوض، ويحدث تقلص انعكاسي Contractions anti- péristaltiques للكولون الحوضي والمستقيم.

✓ ملاحظات:

- لا يستطيع الإنسان أن يحافظ على تقلص المصرة الخارجية لفترة طويلة.
- يرتفع الضغط داخل البطن بسبب الوضعية التي يتخذها الشخص أثناء عملية التغوط (القفصاء position accroupie) ويوسع الزاوية 100° مما يساعد على إفراغ محتوى القناة الشرجية.
- عند انتهاء عملية التغوط يشد الإنسان المصرة الخارجية مما يعيد للمصرة الداخلية مقويتها.
- أذيات المصرة الداخلية نتيجة العمليات الجراحية أو غيرها تسبب الشعور الدائم للتغوط.

2/الحصر الشرجي Contenance anale

تحافظ المصرة الداخلية على التوتر الشرجي عند الراحة، وتسترخي بعد تمدد المستقيم بالغاز أو بالبراز، أما المصرة الخارجية فتتقلص إراديا عند الرغبة بتأجيل التغوط ويعتمد الحصر الشرجي على :

- (1) - سلامة الإمداد العصبي للمستقيم و قعر الحوض ليتم الإحساس وتقدير تمدد المستقيم.
- (2) - سلامة الإحساس الشرجي Sensibilité anale .
- (3) - سلامة رافعة الشرج والمصبرات الشرجية وإمدادها العصبي.

يؤدي قطع الجزء السفلي لإحدى المصرتين الشرجيتين أو كليهما إلى خلل بسيط في القدرة على الحصر في حين أن قطع الحلقة الشرجية المستقيمة يسبب سلسا دائما للبراز.

✓ ملاحظة :

= تعتبر الحلقة الشرجية المستقيمة علامة دالة على الموصل بين المستقيم وقناة الشرج *Jonction ano-rectale*، وتتكون من اجتماع العضلة العانية المستقيمة والعضلة الطولانية وأعلى جزء من المصرّة الداخلية، ويمكن جسها بوضوح أثناء الفحص بالإصبع.

كما تشارك العوامل الميكانيكية الآتية في الحصر :

1. - زاوية 80 درجة للزاوية المستقيمة الشرجية، حيث تؤدي الزيادة في الضغط داخل البطن إلى ضغط الجدار المستقيمي الأمامي نحو الأسفل باتجاه القناة الشرجية مما يمنع التسرب العفوي للغاز والبراز.

2. - تبقى الألياف العضلية المخططة للمصرة الخارجية والألياف العانية المستقيمة في حالة توتر مستمر غير واعٍ ما لم تثبط إشارات الوعي هذا الثقل.

المبحث الرابع: الفيزيولوجيا المرضية physiopathologie:

على الرغم من الانتشار الكبير لمرض البواسير، إلا أن الفيزيولوجيا المرضية لهذا الداء لا تزال غير مفهومة تماما وتعرف الكثير من الغموض. لقد مكن التقدم الملحوظ في معرفة بنية الأنسجة الباسورية، من القضاء على العديد من المفاهيم التي كانت تفسر آليات حدوث هذا المرض: دوالي الشرجي varicose anale، المفهوم الورمي la conception tumorale، خَلْلُ التَّنْسُجِ الوعائي angiodyplasie والمفهوم التعفني la conception infectieuse، فنشأت نظريتين؛ إحداهما مكملتا لأخرى تشرح الفيزيولوجيا المرضية لمرض البواسير: نظرية ميكانيكية ونظرية الأوعية الدموية.

❖ نظرية الأوعية الدموية:

وتفيد هذه النظرية بوجود اضطرابات وعائية تفوق قدرة الأنسجة الباسورية على التكيف معها. تؤدي إلى عواقب؛ أولها هي ظهور نزف المستقيم الذي مصدره التحويلة السطحية shunt superficiel، قد ترافقه النوبة الباسورية. وفي وقت لاحق، قد تظهر أعراض أكثر خطورة؛ خُثار thrombose وتدلي البواسير prolapsus [13]. و ذلك وفقا لدرجة اضطراب العائد الوريدي والآفات الوعائية الحَثَلِيَّة Lesions vasculaires dystrophiques، و هشاشة الأنسجة الداعمة.

الاضطرابات الوظيفية الناجمة عن الشذوذ الوعائي:

تشير بعض الدراسات الحديثة أن ارتفاع الضغط الدموي في القناة الشرجية يمكن أن يكون ناتجا عن الضفيرة الباسورية بنفسها. حيث لاحظ لسطار و كول B Lestar et Col [14] أن نسبة 15 % من ضغط الراحة في القناة الشرجية مرتبط بها. إذن فارتفاع ضغط الراحة في القناة الشرجية الملاحظ عند مرضى البواسير راجع لارتفاع الضغط في الضفيرة الباسورية. هذا الدور الوظيفي للبواسير يبدو جليا عند استئصال البواسير جراحيا بتقنية ميلغان ومورغان فقد تحدث مضاعفات منها: تضيق في القناة الشرجية، انخفاض ضغط الراحة، وانخفاض عتبة حصر السوائل [15].

2- التغيرات التشريحية للأوعية الدموية في مرض البواسير:

ركزت مجموعة من الأبحاث والدراسة في علم التشريح المرضي anatomopathologie وفي تشريح الجثث autopsie على التغيرات الوعائية التي تلاحظ عند مرضي البواسير حيث كانت تهدف لتبرز هل هي توسعات وريدية أم هي فرط في الشبكة الشعرية تحت الظهارة réseau capillaire sous epithelial، يؤدي إلى فتح التحويلة المحيطة بالشعيرات الدموية shunts précapillaire [16] حيث غالبا ما تبين أن هناك آفة في جدران الأوعية الدموية (راسب هياليني dépot hyaline، اختفاء أو تضخم جدار الأوعية الدموية).

فاشتداد التروية الشعرية vascularisation capillaire تحت المخاطية قد تكون هي المسؤولة عن النوبة الباسورية والنزف الباسوري.

وقد قام فريق نمساوي بقياس عيار وجريان الدم في الفروع النهائية للشريان المستقيمي (العلوي الذي يغذي البواسير) بواسطة الكشف بالصدى المزود بتقنية دوبلر بالألوان echographie doppler couleur عبر المنطقة العجانة transperineal ، حيث تمت مقارنة المصابين بالبواسير مع متطوعين غير مصابين، وثبت أن معدل معيار وجريان الدم في شرايين المصابين أعلى بكثير من المتطوعين وبشكل متناسب مع درجة البواسير. ولقد استنتجوا أصحاب هذه الدراسة أن فرط الإمداد الشرياني هو المسؤول عن مرض البواسير وليس نتيجة له [17].

و يضاف إلى ذلك أن نتائج هذه الدراسة قد عززت الفرضية " الشريانية" ومسؤوليتها في ظهور المرض على غرار ما كان سائد لأمد طويل أن الأوردة هي المسؤولة الوحيدة في الفيزيولوجيا المرضية لداء البواسير وفتحت الطريق لاختراق وإعادة النظر في المفاهيم الرئيسية للفيزيولوجيا المرضية لمرض البواسير وطرق علاجه.

❖ النظرية الميكانيكية :

لوحظت مجموعة من الشذوذات الوظيفية أو العصبية العضلية neuromusculaires عند المصابين بالبواسير مما يجعل الظن أن الاضطرابات في

الأوعية الدموية التي تطرقنا لها سابقا قد تكون مجرد نتيجة لاضطراب حركي أولي
[18] moteur primitif.

1- الشذوذ العصبي للمصرة الشرجية Anomalies neuro-sphinctériennes
أكدت دراسات بأن بنية العضلة المصرة الشرجية الظاهرة عند المصابين بالبواسير:
غنية بالألياف العضلية من النوع الأول المصممة لتكون دائمة النشاط المؤثر
[19] activité tonique. مما يفسر النشاط الكهربائي الكبير المسجل ليلا و
نهارا في عضلة المصرة الشرجية الظاهرة عند المصابين بالبواسير [20].
بالإضافة إلى ذلك فقد لوحظ أن مرضى البواسير أكثر عرضة للإصابة، باعتلال
عصبي neuropathie في العصب الإستحيائي الباطن nerf honteux interne و نزول عجاني مفرط
desente périnéal excessive [7]. فمن المتصور أن هذا الفرط في نشاط العضلة المصرة يمكن أن يسهم في ظهور
أعراض مرض البواسير.

2- آفات مواد الإرساء : anomalie des éléments du soutiens
لقد بينت تحاليل الباثولوجيا التشريحية للبواسير وجود آفات في مواد الإرساء
العضلية الليفيّة fibromusculaire مما يؤدي إلى تدلي البواسير وتغيرات
وعائية تشريحية، وعلى أساس هذه المعطيات ينبنى مبدأ الوسائل العلاجية الأدواتية
التي تهدف إلى تقوية تثبيت وإرساء البواسير الداخلية من خلال إحداث خسارة
escarre فيزيائية (الربط المطاطي، الأشعة تحت الحمراء) أو كيميائية (حقن مواد
مصلبة) ينتج عنها تليف fibrose يجعل البواسير أكثر متانة .

3- شذوذ في مقياس الضغط للقناة الشرجية Anomalies manométriques du canal anal
الشذوذ في مقياس الضغط للقناة الشرجية هي مجموعة من الاضطرابات الوظيفية
وتشمل: ارتفاع انتشار الموجات البطيئة جدا ultra-lente، وزيادة في ضغط الراحة
في القناة الشرج، وعدم ارتخاء الجزء السفلي من القناة الشرج عند تحفيزها بتمدد
المستقيم. وتشير هذه الملاحظات أن العضلة المصرة الشرجية الداخلية قد تكون
مسؤولة عن هذا الشذوذ في مقياس الضغط [21]. خصوصا أن استعمال الوسائل

الأدواتية على الحزم الباسورية (ربط بالشريط المطاطي) لا يغير ارتفاع الضغط داخل القناة الشرجية إلا بنسبة ضئيلة [22]. و التطبيق العملي لهذه المعطيات يقتضي نهج طرق جراحية مناسبة، كتوسيع الشرج (طريقة لورد *méthode de Lord*) أو بضع المصرة الجانبية *sphinctérotomie latérales* [21؛23].

فرغم نسبة فعالية هاتين الطريقتين المهمة (60-90%) في تحسين أعراض مرض البواسير، إلا أن هناك برهانين يتعارضان مع هذه التقنيات الجراحية، أولا على المستوى الوظيفي (غالبا ما يحدث سَلْسُ البراز بعد العمل الجراحي). ثانيا وكما بينا سابقا أن العضلة المصرة الشرجية الداخلية ليست من المحتمل هي المسؤولة عن ارتفاع ضغط القناة الشرجية.

وفي الختام يتضح أن الفيزيولوجيا المرضية لمرض البواسير شائكة جدا ومتعددة العوامل *multifactoriel* فمنها عوامل وعائية و أخرى ميكانيكية دون الجزم بين من هي المسؤولة و من هي الناتجة عن نشوء المرض. إلا أن الاضطرابات الوظيفية في مقياس الضغط (فَرْطُ الضَّغَط *hypertonie*) ترجح آلية حدوث المرض إلى عوامل وعائية أكثر ما هي ناتجة عن المصرة الشرجية (ميكانيكية). ومن جهة أخرى، فالمعرفة الدقيقة في علم التشريح وعلم الأنسجة لبنية الضفائر الباسورية تؤكد أهمية آفة مواد الإرساء والشبكة الشريانية الشعيرية في نشوء المرض عوض فرضية الأوردة و الدوالي .

المبحث الخامس: وبائيات Epidémiologie

مرض البواسير مرض شائع جداً، ويشكل مرضى البواسير أغلبية مرضى العيادات الهضمية و الشرج والمستقيم، و استشارات الطب العام، والجراحة العامة والتخصصات التي تعالج أمراض العجان (طب النساء والتوليد وجراحة المسالك البولية). ولا توجد نسب مضبوطة أو محددة لانتشار البواسير لأن الدراسات التي أنجزت في هذا المجال تعطي نتائج مختلفة.

1-نسبة إنتشار المرض Prévalence

من الصعب جداً تقييم نسبة انتشار مرض البواسير ، وتؤكد الكثير من الدراسات أنها تتراوح ما بين أقل من 5 % إلى أكثر من 80% [24]. هذا التباين الكبير في تقدير نسبة انتشار المرض يرجع إلى صعوبة تحديد المظاهر السريرية للمرض وذلك لاعتبارات شخصية، ثقافية، اجتماعية واقتصادية.

نسبة الإصابة L'incidence بمرض البواسير في الولايات المتحدة وفي انكلترا على التوالي هي 1177 و 1123 لكل 100 000 نسمة [25].

ويبدو أن مرض البواسير مشكلة صحية واسعة الانتشار في المغرب، على الرغم من أنه لا توجد لدينا دراسة وبائية تعطينا أرقام نسب انتشار أو الإصابة بهذا الداء.

2-الجنس sex

تنتشر البواسير بين الرجال والنساء بنسب متساوية رغم أن بعض الباحثين يشرون إلى غلبة طفيفة عند الذكور.

3-العمر

يظهر مرض البواسير في متوسط العمر وقمة حدوثه في الفئة العمرية (45 - 65) سنة لكن هذا لا يمنع أنه يسجل حالات كثيرة بين الشباب أيضاً.

4-آلية الأمراض ETIOPATHOGENIE

أظهرت معظم الدراسات أن الشرائح الاجتماعية الأكثر عرضة للإصابة بمرض البواسير ليس لهم أي تأثير عرقي أو ديني [26]. إن الانتشار الكبير للمرض يفسر تعدد

العوامل المتدخلة في آلية الأمراض وصعوبة تحديد معطيات مضبوطة حول أسباب المرض، حيث في غالب الأحيان يتعلق الأمر بعوامل مساعدة على إثارة النوبة الباسورية.

- نمط العيش: المهنة، الخمول، الرياضة.....
- العادات الغذائية والاستهلاكية: التوابل، القهوة، الكحول...
- الحالة الصحية العامة: السمنة، داء السكري، مرض النقرس..
- العلاج الموضعي: التحاميل، والملينات المهيجة...
- التدخين.
- إن وجود التفاغرات البابية الجوفية يثير إشكالية العلاقة بين فرط ضغط وريد الباب hypertension portal ومرض البواسير، حيث تبين أن فرط الضغط البابي يساهم في ظهور البواسير دون وجود علاقة بين حجم البواسير وضغط البابي و لامع حجم البواسير وحجم دوالي المريء [10].
- أجمعت الدراسات الإحصائية على ثلاثة عوامل مساعدة في ظهور البواسير:
- الوراثة: تشاهد البواسير عادة عند أكثر من فرد من أفراد العائلة مما يدعو للاعتقاد بوجود عوامل وراثية عائلية [27].
- فترات زمنية من الحياة التناسلية: فترة ما قبل الطمث، الحمل و الولادة يؤثران على المظاهر السريرية للمرض حيث بينت الأبحاث وجود مستقبلات هرمونية للبروجسترون وبروجيستيرون في أنسجة القناة الشرجية [28].
- تحول عادات التغوط Troubles du Transit.
- خصوصا الإمساك : صلابة البراز و الجهد المفرط لدفع البراز من أهم أسباب مرض البواسير.

المبحث السادس: تشخيص المرض Diagnostic

يمر عبر استفسار دقيق للمريض وفحص سريري شامل قبل المرور إلى الفحوصات التكميلية.

1/ استفسار المريض interrogatoire

يعتبر مرحلة أساسية تهدف إلى البحث عن عمر المريض، السوابق المرضية، الجراحية، الشخصية، و العائلية منها، كذلك سوابق أمراض النساء والتوليد بالنسبة للنساء ويبحث عن العوامل المساعدة في ظهور المرض. ويتحقق الطبيب من الأعراض المرضية وتاريخ ظهورها وأقدمية المرض مع نوعية العلاجات المستعملة كما يبحث عن مميزات أعراض مرض البواسير (نزف، آلام شرجية، تدلي البواسير).

2/ الفحص السريري examen physique

ويعتمد على فحص المستقيم والشرح examen proctologique ويشمل ثلاث مراحل: المعاينة، الجس، واللمسة الشرجية toucher rectale. قبل ذلك يتخذ المرض وَضْعِيَّة الاستلقاء الظَّهْرِيَّ dorsal أو التَّجْبِيَّة position genupectorale (الشكل 4) وهي تشبه وضعية السجود يثني المريض ركبتيه ويضع يديه ووجهه على سطح طاولة الفحص وبعد المعاينة الدقيقة لحافة الشرج بحثا عن انتفاخ، أو كتلة أو ورم مؤلم ملتهب على حدود الشرج، يقوم الطبيب بإدخال أصبعه، مغطى بقفاز مطاطي، إلى داخل المستقيم نظرا لكون البواسير الداخلية غالبا لينة جدا ولا يمكن للطبيب أن يشعر بوجودها بواسطة فحص المستقيم فقط. وتمكن هذه اللمسة الشرجية من نفي واستبعاد آفات أخرى أكثر خطورة وتحري تَوَثُّرِيَّة الشرجية (tonicité anal) ونتائج الفحص السريري تختلف حسب نوعية البواسير و المضاعفات الناجمة عنها.

3/ المظاهر السريرية

• الخثرة الباسورية الخارجية La thrombose hémorroïdaire

externe

وتعتبر الخثرة الباسورية الخارجية، المَضَاعَفَةُ الوحيدة للبواسير الخارجية و التعبير السريري الذي تتميز به وهي تمزق بإحدى الأوعية بفوهة الشرج مما يشكل ورم

دموي محصور بالألياف العضلية الطولانية وبالتالي فهي مؤلمة جداً لأنها غير قابلة للتمدد. وألمها حاد مفاجئ من نوع توتر دائم، في حافة الشرج، غير نابض non pulsatile و غير متزامن مع التبرز (عكس الشق الشرجي la fissure anale)، ويعق صاحبه النوم والمشي و الجلوس. وتُمكن معاينة الشرجية من ملاحظة انتفاخ كروي المظهر أزرق اللون (الصورة رقم 1) ملتهب شديد الألم يتفاقم ألمه بالجلوس واللمسة الشرجية، التي تكون جد مؤلمة لذا ينبغي أن تكون بطريقة لينة والهدف منها التأكد من عدم وجوده خراج شرجي abcès anal أو آفات أخرى.

وتعالج الخثرة الباسورية الخارجية في المراحل الأولى بشق الجلد المغطي لها وإفراغ العلكة الدموية التي بداخلها ويتم هذا العمل الجراحي بالتخدير الموضعي .

• البواسير الداخلية

الأعراض الرئيسية:

أ- نزف المستقيم rectorragie

يبدو في البداية على شكل خيط دموي فاقع اللون على البراز، وقد يصل الأمر إلى قَطْرَان ظاهر أورشح واضح أثناء التغوط، هو دم أحمر قاني يغطي البراز، أو يظهر على المناديل الورقية المستخدمة في المرحاض أو على كرسي المرحاض.

ب- تدلي البواسير Prolapsus hémorroïdaire

وهو خروج مخاطية القناة الشرجية من خلال حلقة الشرج مغطاة بالنسيج الباسوري ويتزامن ذلك في الغالب مع جهد دفع البراز أثناء التغوط. ويطلب الطبيب المعالج من المريض بالدفع أثناء المعاينة والتنظير الشرجي لإبراز تدلي المستقيم، وتصنف البواسير إلى أربعة درجات حسب درجة التدلي وذلك اعتماداً على تصنيف غولجير

Classification de Goligher

○ الدرجة الأولى: بواسير داخلية ترى بمنظار الشرج لا تتدلى خارج فوهة الشرج.

○ الدرجة الثانية: بواسير داخلية تتدلى أثناء التغوط من فوهة الشرج ولا ترتد تلقائيا(الصورة2).

○ الدرجة الثالثة: بواسير داخلية تتدلى أثناء التغوط من فوهة الشرج ولا ترتد إلا يدويا.

○ الدرجة الرابعة: بواسير منسدلة خارج فوهة الشرج بشكل دائم (الصورة 3).

ج-آلام الباسورية

تكون ناتجة عن النوبة الالتهابية fluxionnaire أو عن الخثرة الباسورية الداخلية.

– النوبة الإلتهابية CRSIE fluxionnaire

هو إحساس بثقل ، الحرق أو الحكّة في الشرج يتفاقم مع النشاط البدني أو التغوط ويحدث غالبا بعد الإفراط في الطعام (وجبة غنية بالتوابل،الكحول).ويتزامن في بعض الأحيان مع فترة قبل الحيض عند النساء، و تختفي الأعراض عادةً خلال بضعة أيام.

- الخثرة الباسورية الداخلية thrombose hémorroïdaire interne :

وتعتبر من مضاعفات البواسير ويمكن التمييز بين حالتين:

○ تكون البواسير غير متدلية وغير مؤلمة إلا عند اللمسة الشرجية التي تكشف عن وجود عُقيدة nodule أو عُقيدات صلبة ناتجة عن تجلط الدم مكونة خثرة.

○ الحالة الثانية البواسير الداخلية تتدلى بمرور الوقت وقد يحدث خثرة تؤدي لحدوث ألم شديدا تشخصها يقتصر على المعاينة فقط دون اللمسة الشرجية لأنها مؤلمة جيدا مثل الخثرة الباسورية الخارجية.

الأعراض والمظاهر السريرية النادرة Symptômes et manifestations plus rares

أ. الإفرازات المخاطية Pertes de mucus

عندما يكون الغشاء المخاطي الغدي الذي يقع فوق الخط المسنن في اتصال مع المحيط الخارجي نظرا لتدلي البواسير، يحدث في كثير من الأحيان تهيج الغشاء المخاطي يمكن أن يؤدي إلى إفرازات مخاطية ، تلوث الملابس الداخلية وتشكل مصدر إزعاج إضافي و مع ذلك يجب التأكد من عدم وجود تشخيص بديل :التهاب المستقيم rectite ، ورم

زُغَابِيَّ *tumeur villeuse* أسفل المستقيم، انسدال المستقيم *prolapsus du rectum*.

ب - الحكة الشرجية *Prurit anal*

جل أمراض المستقيم والشرج قد تكون مسؤولة عن الحكة الشرجية، و البواسير الداخلية أيضا، وخاصة في حالات انسدالها مع الإفرازات المخاطية مما يحفز حدوث *macération*، تنشأ عنه حكة رغم ذلك، ينبغي التفكير في أمراض أخرى (الأمراض الجلدية، مرض السكري) لأنه نادرا ما تكون الحكة الشرجية، عرض رئيسي للمرض .



الشكل رقم 4: اللمسة الشرجية في وضعية التجبية
Toucher rectal au postion geno pectoral



الصورة رقم 1: الخثرة الباسورية الخارجية La thrombose hémorroïdaire externe



الصورة رقم 2 :بواسير من الدرجة الأولى



الصورة رقم 3: بواسير من الدرجة الرابعة

المبحث السابع: الفحوصات التكميلية:

أ- التنظير الشرجي (anoscopie)

ويعتبر الفحص المكمل الوحيد الضروري لتشخيص المرض في حالة استعصاء الأمر بالفحص السريري و الاستفسار، وهو عبارة عن أنبوبة صغيرة معلق بطرفها جهاز بصري optique مضيئ يتيح للطبيب إمكانية النظر في داخل فتحة الشرج والمستقيم بواسطة منظار الشرج anoscope (الصورة 4)، ومنظار المستقيم rectoscope أو منظار السيني sigmoidoscope. في بعض الأحيان قد تكون هنالك حاجة إلى فحوصات أكثر اتساعا وشمولية، لجميع أجزاء الأمعاء، بواسطة منظار القولون (coloscopie).

وتنشأ الحاجة إلى إجراء فحص تنظير القولون في الحالات التالية:

- الشخص الخاضع للفحص فوق سن الأربعين عاما ولم يخضع لفحص تنظير القولون في السنوات العشر الأخيرة.
- الشخص الخاضع للفحص أقل من أربعين عاما عندما تظهر عنده:
 - ✚ أعراض وعلامات ومميزات النزف تدل على وجود مرض آخر في الجهاز الهضمي.
 - ✚ احتمال مرتفع لتعرض الشخص الخاضع للفحص إلى الإصابة بسرطان الأمعاء الغليظة مع وجود عوامل الإختطار (facteur de risque) سوابق شخصية أو عائلية لسرطان القولون أو ورم غدّي (adenome).
 - ✚ استمرار النزف رغم استعمال العلاج بطريقة سليمة لمرض البواسير.
 - ✚ عندما يتعذر معرفة مصدر النزف بفحص الشرج والمستقيم.



الصورة رقم 4 :منظار الشرج anoscope

المبحث الثامن: التشخيص التفريقي

هناك مجموعة من الأمراض تتميز بأعراض كذلك التي نلاحظها عند المصابين بالبواسير. "كل ألم أو نزيف بالشرج ليس ببواسير".

- الشق الشرجي (fissure anal): تتميز بألم حاد شديد و نزف أثناء وبعد البراز
- أورام القناة الشرجية والمستقيم (tumeurs anorectales).
- الخراجات والنواسير حول الشرج (abcès et fistule anale).
- انسداد المستقيم أو تدليّ المُستقيم prolapsus rectal (الصورة 5) .
- وَرَمٌ لُفْمِيّ؛ لُفْموم (condylome) .
- اضطرابات نفسية.

يبين الجدول التالي التشخيص التفريقي لمرض البواسير حسب التعابير السريرية للمرض.

التعبير السريري Clinique expression	التشخيص التفريقي différentiel Diagnostic
الخرثرة الباسورية الخارجية	خراج في حافة الشرج abcès de la marge anale
انسداد البواسير Prolapsus hémorroïdaire	انسداد المستقيم Prolapsus rectal
نزف المستقيم مصدره البواسير	نزف المستقيم ناتج عن آفة أخرى (سرطان أورم المستقيم)
باسور Marisque (الصورة 6)	لُفْموم condylome



صورة رقم 5: انسداد المستقيم prolapsus rectal



الصورة رقم 6 : باسور Marisque

المبحث التاسع: مضاعفات (complication)

هناك عدة مضاعفات محتملة لحالات البواسير منها كما تطرقنا له سابقا الخثرة الباسورية التي قد تحدث على حساب البواسير الداخلية أو على حساب المركبات الباسورية الخارجية فتجمع الدم وتجلطه في تلك الإنتفاخات بالأوردة، يتسبب في حصول ألم شديد ومفاجئ في منطقة الشرج، وينجم عن هذا تليف الأغشية المحيطة بذلك التجلط الدموي.

كما أن البواسير تعيق العناية الصحية بالمنطقة مما يزيد من تهيج وحساسية في المنطقة، وقد يحصل تقيح وهي مضاعفة نادرة ويتظاهر بأعراض خراج abcès في منطقة الشرج . وكذلك قد يؤدي حصول نزيف حاد وكبير في البواسير أو تكرار حصول نزيف مزمن منها، إلى الإصابة بفقر الدم anémie. وإهمال علاج البواسير قد يسبب اختناقها أو التفافها حول نفسها مما يؤدي لانقطاع سريان الدم إلى هذه المنطقة وبالتالي موت الأنسجة بها وينتج عن هذا الآلام الشديدة.

وقد يكون الإصابة بالبواسير موضوع محرج نوعا ما للمريض، فيكتم إصابته بالبواسير ولا يخبر أحد ولا يذهب لطبيب مما يفاقم من هذه المشكلة الصحية وتزيد درجة الإصابة وبالتالي تزيد الحالة النفسية سوءاً.

المبحث العاشر: التدابير العلاجية

يتضح مما سبق أن أعراض مرض البواسير متعددة وهذا ينعكس طبعا على الوسائل العلاجية للمرض فهي متعددة ومتنوعة منها: تدابير وقائية ونظام غذائي مناسب، وأدوية مختلفة الأشكال لها مفعول مختلف. وهناك أيضا وسائل أدواتية وجراحية تهدف لاستئصال البواسير. واستعمال مختلف الأدوية يرتبط بأعراض المرض وبدرجة البواسير بيد أن التدبير الوقائية والمعالجة الطبية تستعمل في جميع الحالات.

❖ المعالجة الطبية:

1- التدابير الوقائية والغذائية Règles hygiénodiététiques :

إن تناول حمية غنية بالألياف، كالألياف الموجودة في الخضر والفواكه يحسن بنسبة 47% أعراض مرض البواسير ويقلل من خطر النزيف الناتج عنها بنسبة 50% [29]. وتجنب الإمساك بالحمية أيضا واستعمال بعض المليينات والزيوت (البرافين، صمغ نباتي mucilage) مع تجنب المليينات المهيجة له دور مهم في الحماية من الإصابة بالمرض وتخفيف الأعراض الناجمة عنه.

وفيما يخص تجنب المشروبات الكحولية، التدخين، التوابل، الشاي، والقهوة فلم تثبت الدراسات مفعولها على أعراض المرض [30].

وإلى جانب النظام الغذائي الغني بالألياف الذي يحمي من الإمساك، يجب تجنب الجلوس في المرحاض لمدة طويلة وتجنب الجهد المفرط لدفع البراز مع تنظيم عادات التغوط، وكذلك ينصح بممارسة الرياضة و تفادي الخمول للمصابين بالبواسير.

2- العلاج الموضعي Topiques

تستعمل مغطاس دافئة (bains tiède) وأخرى باردة، ويتم تسويق العديد من الأشكال الصيدلانية، التي تستعمل على نطاق واسع من قبل المرضى الذين يلجؤون في كثير من الأحيان إلى الاستطباب الذاتي automédication. فتأثير هذه الوسائل الموضعية لم يتم إثباته علميا. والإقبال الكبير على استعمال هذه الوسائل العلاجية ربما راجع لمفعولها على تسكين الآلام [31] بما تحتوي عليه من مواد ملينة تسهل عملية التغوط،

أوبفضل مشتقات كورتيكوستيرويد corticostéroïde، بمفعولها الموضعي المضاد للوذمة anti-œdémateux، والمضاد للالتهاب أو بفضل المواد المخدرة موضعيا.

3- أدوية مقوية لأوعية الدموية Veinotoniques:

توجد مجموعة من الأدوية مشتقة من الأعشاب الطبية (مركبات فلافونيدات flavonoides، ديوسمين diosmine، الجنكة بيلوبا Ginkgo biloba، روتوزيد rutoside...) تعمل على تقوية الأوردة وتحمي الأوعية الدموية الصغيرة، وتقي من اضطرابات الدورة الدموية الوريدية تستعمل في معالجة أعراض البواسير رغم أن الأدلة العلمية في تحقيق مدى فعاليتها جد ضئيلة. فإذا لم يبرهن على مفعولها المضاد للتخثر، فإن مادة الديوسمين مسحوقة micronisée بجرعات عالية (2 إلى 3 غرامات) تظهر فعالة على المدى القصير ضد النزيف [33؛32].

وتمت مقارنة مادة ديوسمين في شكلها الأصلي forme native مع المواد الأخرى (troxerutin، مشتقة الجنكة بيلوبا، hydroxyl-éthylrutosides) فلم يظهر اختلاف كبير في مفعولها على أعراض المرض [34]. وبما أن مختلف هذه المواد مشتقة من الأعشاب الطبية فلا توجد آثار جانبية ملحوظة بما في ذلك عند المرأة الحامل بالنسبة لديوسمين [35؛36]. بصرف النظر عن بعض الحالات النادرة لإلتهاب القولون اللفاوي colites lymphocytaire [37]. وليس هناك فائدة للجمع بين دوائين أو أخذها على المدى الطويل لأنه لم يتم اختبارها لأكثر من ثلاثة أشهر.

4- مسكنات ومضادات الإلتهاب

لم يركز أي بحث بالتحديد على تقييم فعالية هذه المنتوجات في مرض البواسير. كما لا يمكن إنكار مفعول مسكنات الدرجة الأول و الثانية في تسكين الآلام الناتج عن الخثرة الباسورية.

و لا ينصح بإدراج الأسبرين في الوصفة الطبية لمصابين بالبواسير، لخاصيتها المضادة لصفائح الدموية. ويبدو على الأرجح أن مضادات الإلتهاب لاستيرويديّة non stéroïdiens هي الأكثر فعالية في تسكين الآلام الناتج عن الخثرة الباسورية. وذلك لمفعولها المسكن والمضاد للوذمة. بالنسبة لأخذ الكورتيكوستيرويد عن طريق الفم أو عن

الطريق الحقن ليس له أي مفعول ضد الالتهاب وغير فعال في تسكين الألم. وفي حالة استعمال مضادات الالتهاب لاستيرويدي يجب الأخذ بعين الاعتبار موانع الاستعمال الكلاسيكية، وأثارها الجانبية خاصة على جنين النساء الحوامل (الإغلاق المبكر للقناة الشريانية).

5- دواعي الاستعمال Indications thérapeutiques

بصفة عامة تستعمل مختلف الوسائل الطبية حسب أعراض المرض والاضطرابات الوظيفية الناجمة عنه. ويبقى تنظيم عادات التغوط مطلوب في جميع الحالات. و في الختام تبقى المعالجة الطبية هي الأكثر استعمال في مرض البواسير وتستخدم لوهلة الأولى، ولكن تبقى مجرد وسيلة لتخفيف أعراض البواسير ولا تؤثر على تطور المرض لأنها تستعمل على المدى القصير.

المعالجة بالأدوات

هي مجموعة من الوسائل العلاجية التي يمكن وصفها بشبه الجائرة - mini Invasive وغير الجراحية، وعكس التطور الكبير الذي عرفته الجراحة في العشرين سنة الأخيرة، فهذه التقنيات لم تعرف تطور ملحوظ من حيث مبدئها ولكن طالتها بعض المستجدات بفضل فعاليتها على المدى المتوسط و القصير وتكلفتها المعقولة، وهي موجهة بالخصوص للبواسير الداخلية ومظهرها: النزف و الانسداد المرتد، كما تحترم دواعي استعمال محددة. إذن فهي خيار علاجي يعتمد عليه بعد فشل العلاج الطبي وقبل أن يقترح العمل الجرحي.

1/ طريقة عمل العلاج الأدوات

ويتم تطبيق العلاج الأدوات دائما في الجزء العلوي من الضفيرة الباسورية الداخلية، على مستوى المنطقة الغير حساسة، وبالتالي فهو غير مؤلم. قد تكون الآلية كيميائية (حقن المادة المصلبة)، أو حرارية (تقنية التخثير الضوئي) أو ميكانيكية (ربط الشريط المطاطي). تهدف إلى إحداث تليف موضعي، يثبت الغشاء المخاطي الشرجي بطبقة العضلات المجاورة ويقلص من الأوعية الدموية تحت المخاطية. إن المبتغى المرجو

من هذه التقنيات هو تقوية ولو جزئيا وسائل الدعم عن طريق الحد من الرخاوة المفرطة hyperlaxité من تحت المخاطية الشرجية، والحد من الإمداد الشرياني الذي يغذي التَحْوِيلَةُ الشَّرْيَانِيَّةُ الْوَرِيدِيَّةُ والشعيرات الدموية. وتضيف تقنية ربط الشريط المطاطي لهذا النمط من العمل التدمير الجزئي للأنسجة المتدلية مع نخر إقفاريّ *nécrose ischémique* في قمة الحزم الباسورية الداخلية [38؛39].

تجرى هذه التقنيات في عيادة الطبيب و لا تحتاج إلى الاستشفاء وتتميز بإمكانية انجازها بدون تحضير مسبق، بدون تخدير، من خلال منظار شرج بسيط أثناء فحص المستقيم والشرج.

قد يتخذ المريض وضعية التجبية أو وضعية الاستلقاء الجانبي الأيسر، مع ثني الركبتين، ومدة العلاج غالبا ما تحدد في حصتين إلى أربعة حصص، متباعدة فيما بينها بحوالي 4 أسابيع.

جميع هذه التقنيات، تحترم ظروف تعقيم دقيقة للمعدات المستخدمة في العلاج بعد كل استعمال وفقا للمعايير محددة. كما أنه لا ينبغي أبدا أن يعاد استخدام الأدوات أحادية الاستعمال [40]. كما تجدر الإشارة إلى أن الخثرة الباسورية أو الخارجية من موانع استعمال العلاج الأدوات [41].

2/ وصف مختلف التقنيات المستخدمة في العلاج الأدوات

• المعالجة بالتصليب (sclérothérapie)

ظهرت أول مرة سنة 1869 في ايرلندا ثم نقلت إلى فرنسا سنة 1920 من طرف بنسود Bensaude حيث تعتبر المعالجة بالتصليب أقدم تقنية في هذا المجال. ويستعمل في هذه التقنية، مِحَقَنَة seringue أحادية الاستعمال وتمدد بقطعة معدنية *prolongateur métallique* في نهايته إبرة قصيرة (1سم طول، 10/6 أو 10/8 العيار) (صورة7).

يتم وضع النهاية القاصية *extrémité distale* لمنظار الشرج في المنطقة فوق باسورية ثم يخلع جانبيا من أجل الحصول على ضوء هلال المخاطية الغدية *un croissant de muqueuse glandulaire* ويتم إدخال الإبرة عرضيا في الحيز

تحت المخاطية وفوق البواسير على عمق 1 سم وقبل الحقن يجب تحريك الإبرة قليلا من أجل تأكد أنها لم تصل للعضلية لأن الحقن فيها جد مؤلم وغير فعال. ويحقن من 2 إلى 3 مل . وهذه الطريقة غير مؤلمة فلا ينبغي أن يكون الحقن سطحيا، يؤدي إلى حدوث وذمة بيضاء شفافة، ولا عميقا يؤدي للألم والمضاعفات. كما ينصح بحقنتين خلال الحصة، في قطبين متعارضين قطريا، مع تجنب الحقن في القطب الأمامي حتى لا تسبب في آفات تناسلية.

وفي فرنسا، لا يسمح في العلاج إلا بثنائي هيدروكلوريد والكينين واليوريا بنسبة 5% (Kinurée HW) وعدد الحصص يتراوح من حصتين إلى أربع حصص، متباعدة فيما بينها بثمانية إلى واحد وعشرين يوما. والقروح ناتجة عن العملية تلتئم في غضون ثلاثة إلى ستة أسابيع [39].



الصورة رقم 7: أدوات المعالجة بالتصلب

● التبخثير الضوئي بالأشعة تحت الحمراء Photocoagulation infrarouge :
اقترحها نيجر Neiger عام 1977، و تهدف هذه التقنية لإحداث تخثر ضوئي في الأوعية الدموية وذلك بتحويل الأشعة الحمراء المنبعثة من مصباح من التنغستن اليود إلى حرارة مفرطة تصل إلى 100 درجة مئوية، مما يؤدي إلى نشوء بؤرة نخر un foyer de nécrose محدودة المسافة والعمق، تكون مصدر تصلب منكمش sclérose rétractile ثانوي.

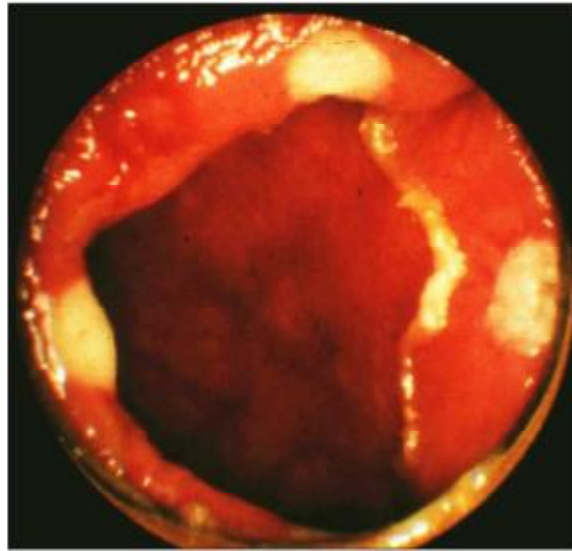
الجهاز المستخدم يتكون من: مصباح هالوجيني lampe à halogène مصدر انبعاث الأشعة تحت الحمراء، التي تتحول إلى حرارة يتم نقلها بواسطة قضيب موصل من الكوارتز يتوسطه جهاز يشبه المسدس ونهايته مغطاة بغشاء تفلون Téflon يمنع التصاقه بالغشاء المخاطي و يتم التحكم في وقت العملية بجهاز للتحكم في الوقت (الصور 8-9) .
يتم إدخال المسدس عبر منظار الشرج حتى يصل إلى الغشاء المخاطي و يتم تصويب ثلاثة إلى ستة طلقات في الثانية في المنطقة فوق باسورية، تعاد هذه العملية كل حصة وتتراوح مدة العلاج ما بين ثلاثة إلى أربعة حصص يفصل بين الحصة والأخرى بأربعة أسابيع. وتترك هذه التقنية العلاجية جروح تتماثل إلى الشفاء بعد أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع [42].



الصورة رقم 8 جهاز الأشعة تحت الحمراء (المولد والمسدس).



الصورة رقم 9:نهاية مسدس جهاز الأشعة تحت الحمراء مغطاة بغشاء تفلون.



صورة رقم 10:قرص التخنثر بعد استعمال التخنثر الضوئي بالأشعة تحت الحمراء

• رَبْطُ الشَّرِيْطِ المَطَاطِيّ *ligature élastique*

تم إعادة اكتشافها من طرف بليزديل Blaisdel سنة 1954 وادخلها سولارد Soullard إلى فرنسا سنة 1966 حيث عوض تقنية الجر التقليدية بجهاز شفط أقل رضوح *traumatismes*.

ويستخدم في هذه التقنية المعدات التالية:

- حلقة مطاطية *anneau élastique*.
 - رابط بشفط *ligateur à aspiration* (الصورة 13) أو بمخالب *à griffes* ويمكن إعادة استعماله أو أحادي الاستعمال (الصورة 11).
 - منظار الشرج بمعيار كبير من أجل إدخال الرابط .
 - آلة التخثر الكهربائي تستعمل في حالة نزيف بعد عملية الربط.
 - يتكون الرابط من أسطوانتين (الصورة 14): داخلية وخارجية تنزلق إحداها على أخرى، و يتم وضع الحلقة المطاطية فوق الأسطوانة الداخلية بواسطة مخروط *cône* (الصورة 12).
- بعد أن يتخذ المريض وضعية التجبية يتم إدخال الرابط من خلال منظار الشرج الذي يتموضع في القناة الشرجية (الصورة 15)، حيث نهايته القاصية توجد في المنطقة فوق باسورية والتي يتم شفطها (أو تمسك بممسك بمخالب *pince à griffes*) وفي النهاية يتم الضغط على زناد الرابط الذي يسمح بانزلاق الأسطوانة الخارجية وتدفع الحلقة المطاطية لتحيط بقاعدة العُنَيْقَةِ المخاطية الباسورية (*pédicule muco- hémorroïdaire*) الممسكة سابقا (الصورة 16).
- الأنسجة التي تم ربطها تتخر سريعا وبعد أيام قليلة تسقط الأنسجة الميتة تاركة مكانها خسارة تندب في غضون أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع.
- قد يصاحب عملية ربط الشريط المطاطي ألم في الساعة الأولى بعد الربط مع الإحساس بجسم غريب في القناة الشرجية. و يتم وضع حلقة مطاطية واحدة في الحصة وقد يتطلب العلاج بهذه التقنية ثلاثة أو أربعة حصص مع الفصل بينها بمدة شهر على الأقل.



صورة 11 : رابط أحادي الإستعمال

صورة رقم: 12 طرف الرابط ومخروط لوضع الحلقة المطاطية



صورة رقم 13: رابط بشفط ligateur à aspiration

الصورة رقم 14 : أسطوانتين الرابط



الصورة رقم 15 : تركيب الحلقة المطاطية عبر منظار الشرج

الصورة رقم 16: تموضع الحلقة المطاطية

● المعالجة بالتبريد cryothérapie :

اشتهرت هذه التقنية بفضل لويس Lewis في الولايات المتحدة الأمريكية منذ سنة 1970، و وليامس Williams في بريطانيا.

تهدف هذه التقنية إلى إحداث نخر بتبريد الأنسجة الباسورية حيث يتم تجميد الماء من داخل وخارج الخلايا مما يؤدي إلى نقص في الأوكسجين وبالتالي نخر وموت الأنسجة الباسورية.

يتم وضع المُستَخْرِجُ البَرْدِيّ cryode في اتصال مع البواسير الداخلية، في المنطقة التي فوق الخط المسنن لمدة 3 ثواني إلى 3 دقائق. ومن مميزات هذه التقنية أنها تكون غير مؤلمة حيث يتم تدمير النهايات العصبية [43؛44]. ومع ذلك، يمكن أن يصاحب الاستجابة الالتهابية ألم و يحدث رشح مزعج في الأيام التي تلي حصة العلاج بالتبريد كما يمكن أن تحدث مضاعفات كخثرة ونزيف [44؛45]. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المُستَخْرِجُ البَرْدِيّ إذا لم يكن أحادي الاستعمال فإنه يطرح مشاكل التطهير والتعقيم ومضاعفات تعفن.

وقد اقترح بارون Barron تحسين للتقنية [46]، وذلك بربط الحزم الباسورية ثم إخضاعها لعملية التبريد (تجميد) لمدة 2 إلى 3 دقائق وبعد نهاية التقنية تتم إزالة الشريط المطاطي. حيث تبين أن النتائج تكون أفضل مقارنة مع العلاج بالتبريد البسيط (بدون ربط) وأقل مضاعفات [47؛48؛49].

● التَخَثُّرُ كَهْرَبِيّ ثَنَائِي القطب :électrocoagulation bipolaire :

تم اختبار هذه التقنية على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية، ويتطلب إنجازها مولد كهربائي ومسبار sonde متصل به قطره 6 مم في نهايته قطبين موجب وسالب، يتم إدخاله عبر منظار الشرج ويتم إطلاق من 2 إلى 6 دفعة كهربائية في ثانية أوفي ثانيتين مواجهة إلى المنطقة فوق الخط المسنن محدثة منطقة تخثر واسعة. قد يتم علاج جميع الحزم الباسورية في حصة واحدة قابلة للتجديد.

● التَّخْتَرُ كَهْرَبِيَّ أَحَادِي القطب بالتيار المستمر *électrocoagulation monopolaire*

يتطلب مولد كهربائي بتيار مستمر، متصل بمسبار قطره 2 مم في نهايته قطبين سالبين والقطب الموجب هو صفيحة توضع بالتماس مع المريض. يتم إدخال المسبار عبر منظار الشرج حيث يوضع القطب السالب في قاعدة الحزمة الباسورية في المخاطية الغدية. يتم رفع في شدة التيار تدريجيا حيث يتم البدء بشدة تيار تساوي 2 مل أمبير (mA) حتى الوصول إلى شدة 16 مل أمبير (mA). يتم علاج جميع الحزم الباسورية في حصة واحد قابلة للتجديد. المدة المتوسطة للعلاج هي 10 دقائق للحزمة الباسورية.

وهناك تقنية أدواتية جديدة لعلاج اليواسير من الدرجة الأولى والثانية، هي العلاج بالتردد الإشعاعي *radiofréquence*. وتعتمد على بعث موجات عالية التردد ينجم عنها تخثر ونخر الأنسجة الباسورية مما يؤدي إلى تثبيت البنيات الوعائية الباسورية. وقد أثبت العديد من الباحثين أنها من التقنية الفعالة وسهلة الإنجاز مع ألم أقل ومضاعفات أقل، لذلك يمكن اعتبار العلاج بالتردد الإشعاعي كمعالجة بديلة في المراحل المبكرة لأعراض اليواسير الداخلية.

3/ المضاعفات و الآثار الجانبية للعلاج الأدواتي

1.3- الآثار الجانبية

قد يصاحب مختلف تقنيات العلاج الأدواتي بعض الآثار الجانبية البسيطة كنزف المستقيم و والألم، مما يستدعي وصف مسكن من الدرجة 1 أو 2 ومنظم السبيل الهضمي بعد العلاج الأدواتي. في بعض الحالات تسجل بعض الآثار الجانبية الأكثر خطورة دون عواقب وخيمة خصوصا بعد تقنية الربط بالشريط المطاطي أو العلاج بالتصليب. حيث يمكن أن تحدث خثرة باسورية داخلية أو خارجية بنسبة 2-5% بعد ربط الشريط المطاطي كما قد يحدث تقيع في 2% من الحالات. ورغم أن تقنية المعالجة بالتصليب سهلة الإنجاز، لكن يمكن أن يكون لها آثار جانبية، في كثير من الأحيان ناتجة عن خطأ تقني، فقد سجل في 9% إلى 70% من الحالات ألم بعد الحقن في المنطقة تحت الخط المسنن أو في الطبقة

العضلية. كما يلاحظ في 2-10٪ من الحالات بعد المعالجة بالتصليب، نزف فوري أو متأخر بعد سقوط الخشارة، عامة يتم وقفه تلقائيا. كما قد يحدث تَدَمِّي المَنِيّ hémospérmié أو بَيْلَّةُ دَمَوِيَّة hématurie عند الحقن في المنطقة الوسطى الأمامية. كما قد تسجل حالة ضيق مُبْهَمِي vagal malaise عندما تكون حساسية لمادة الكنين عند المريض.

بالنسبة للآثار الجانبية للعلاج بالتبريد فهي: ألم، الرشح، نزيف المستقيم والخثرة. بالإضافة إلى مشكلة التعقيم والتطهير التي يطرحها استعمال مستخرج التبريد كما أشارنا إلى ذلك سابقا.

و قد سجلت حالات نزف المستقيم بكمية كبيرة وآلام معتدلة الشدة في العلاج بالتخثير الكهربائي ثنائي القطبين . و لم تسجل لتقنية التخثير الضوئي بالأشعة تحت الحمراء أي مضاعفات مذكورة رغم بعض الآثار الجانبية المشتركة بين جميع التقنيات.(نزف المستقيم وألم).

2.3 – المضاعفات

قد تنتج عن مختلف التقنيات بعض المضاعفات النادرة ولكنها أكثر خطورة: نزفية أو تعفننية.

و قد يظهر في 1% من الحالات نزيف حاد شرياني بين اليوم الخامس والثاني عاشر بعد سقوط الخشارة. مما يستدعي استشفاء المريض من أجل إيقاف النزيف جراحيا و تزويده بالدم المفقود، بعد تقنية الربط بالشرط المطاطي، كما قد يحدث عن تقنية التخثر الكهربائي أحادي القطب وثنائي القطب وخاصة خلال الاستخدام المكثف [50].

بعض المضاعفات ذات عواقب وخيمة قد تكون قاتلة أحيانا، وقد تم تسجيلها بعد المعالجة بالتصليب: كالتهاب المُوْتَةُ (البرُوسْتَاتَة)، وتضيق الشرج إذا تعدد الحقن حول محيط الشرج، التهاب اللفافة الناحر الشَّرْجِيّ العِجَانِيّ- ano-facite nécrosante périnéale [48]، نخر المستقيمnécrose rectale مع تقطيع الحوضsuppuration pelevienne وخلف الصفاقrétroperitoniale [52]، العجز الجنسي impuissance [53] أو متلازمة انحلال الدم اليوريمية syndrome

hémolytique et urémique [54]. كما نشرت أكثر من 13 حالات التهاب الهَلَل الحوضي cellulite pelevienne باللاهوائيات anaérobies في 1980 بعد استعمال الأربطة المطاطية (التي استخدمت فيها غالب أدوات الربط بمخالب) [55؛56] ويوصى بالوقاية بالمضادات الحيوية من نوع ميترونيدازول أثناء العلاج بحقن المصلب وربط بالشريط المطاطي [38].

4/ موانع الاستعمال

- الخثرة الباسورية.
- الشق الشرجي.
- التفقيح الشرجي العجاني suppuration anopérinéal .
- خلل في التخثر أو واستعمال علاج مضاد للتخثر أو الصفائح الدموية.
- مرض كرون أو التهاب المستقيم و القولون النزفيّ. أو أمراض الصمامات القلبية.
- وجود نقص مؤكد في المناعة من موانع العلاج بالتصليب والربط بالشريط المطاطي.
- يجب تجنب العلاج بالتصليب في فترة الحمل والرضاعة.

5/ دواعي الإستعمال Indications

- فعالية العلاج الأدوات ترتبط بأعراض المرض وبتطور المرض ودرجة البواسير.
- يمكن اقتراح تقنيات التخثر في الوهلة الأولى في حالة البواسير النازفة والغير المنسدلة (الدرجة I أو II) خصوصا التخثر الضوئي بالأشعة الحمراء حيث تعتبر ذات نتائج فعالة وتقنية آمنة مع أقل آثار جانبية ولكن تبقى التكلفة مرتفعة.
- في حالة انسداد البواسير الداخلية من الدرجة III مع وجود انسداد تبقى تقنية الربط بالشريط المطاطي هي الخيار المناسب للعلاج. وكذلك في حالة وجود موانع للجراحة أو فشل العلاج بالتخثر الضوئي تستعمل كعلاج بديل لهما.
- المعالجة بالتبريد تستعمل في البواسير الداخلية من الدرجة I و II ولكن ليست الخيار الأول لأن تكلفة معداتها جد مرتفعة.

- المعالجة بالتصليب فعالة على نزف البواسير الداخلية **او** ولكن تبقى نتائجها جد محدودة في الدرجة **III** و **IV**.

❖ العلاج الجراحي

تعتبر الجراحة علاجا جذريا للبواسير، ولكن لا يتم الرجوع إليها إلا في حدود 10% من الحالات. وتتم الجراحة بعد استشفاء المريض مدة 3 إلى 5 أيام وتختلف حسب الفرق الجراحية في نوع التخدير والمستوى الاجتماعي والحالة العامة للمريض.

1/ القواعد الفيزيولوجية الرئيسية للعمل الجرحي

- i. استئصال الأنسجة الباسورية.
- ii. المحافظة على مقوية عضلية صحيحة للمصرة الشرجية .
- iii. انقاص الإمداد الشرياني للقناة الشرجية: بربط الشريان المغذية للبواسير.
- iv. الاستئصال المحدود قدر المستطاع للمنطقة الجلدية الملساء في القناة الشرجية: المخاطية فوق الخط المسنن واسعة أما التي تحت الخط المسنن فإن المخاطية تكن اقل بحجم العضلية ولذلك فإن استئصال جزء كبير منها يسبب تليف وتضييق المنطقة.

2/ الاستئصال السويقي للباسور Hémorroïdectomie pédiculaire

وتعتبر التقنية الأكثر استخداما في أوروبا، وقد وضع مبادئها الأساسية ميليجان Morgan مورغان Milligan، جون Jones وأفيسير Officer [57]. وتعتمد على استئصال المكون الداخلي والخارجي لكل من الحزم الباسورية الثلاثة . ويتم التشريح والقطع بواسطة وسائل متعددة: شفرة باردة lame froide ، مقص أو مبضع كهربائي bistouri électrique أو باستعمال وسائل حديثة: الليزر laser ، ملقط للإندماج الأنسجة pince à fusion tissulaire ...

ويبدأ العمل الجراحي من حافة الشرج حيث يتم إزالة البواسير الخارجية، إلى داخل القناة الشرجية حيث توجد البواسير الداخلية إذن الاستئصال يتم عموديا في اتجاه محور الأوعية الدموية الباسورية (من هنا أتت كلمة سويقي pédiculaire). ويتم فصل الجروح الثلاثة الناتجة عن العملية بجسور جلد مخاطية ponts cutanéomuqueux للمحافظة على مرونة وحساسية القناة الشرجية (الصورة 18). وتترك مفتوحة حتى تلتئم في غضون ثلاثة إلى ستة أسابيع. وهناك تقنيات أخرى تعتمد على خياطة الجروح بواسطة خيط قابل للامتصاص résorbable [58]. الميزة الوحيدة لهذه التقنيات هي سرعة التئام الجرح، دون أي اختلاف فيما يتعلق بالألم، ومعدل حدوث المضاعفات أو فعالية التقنية الجراحية [59] نذكر من بينها :

■ الاستئصال السويقي للبواسير L'hémorroïdectomie pédiculaire

— نصف مفتوح لبارك Semi-ouverte de Parks .

— المغلوق لفيرغسون Fermée de Ferguson .

■ الاستئصال الدائري للبواسير لوايتهيد L'hémorroïdectomie circulaire de Whitehead

ويكون متوسط مدة الاستشفاء بعد الاستئصال السويقي للبواسير هو يومين إلى ثلاثة أيام، و متوسط التوقف عن العمل أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع. وقياس الألم حسب السلم التماثلي البصري (AVE) (الحد الأدنى 0، والحد الأقصى 10) لا يزال أكبر من 3 درجات عموما حتى اليوم الثاني عشر بعد العمل الجراحي. وبعد عام من التدخل الجراحي نسبة إمكانية رجوع انسداد البواسير من 1 إلى 2٪ والمعدل العام لنكس أعراض البواسير عامة هو 13٪ [60]. من كل هذه المعطيات يبدو أن تقنية الاستئصال السويقي للبواسير هي الأسلوب الأكثر فعالية لعلاج مرض البواسير في مراحله المتقدمة، ولكن من أهم مشكلات هذه العملية الألم المصاحب لها والجروح الخارجية التي تحتاج إلى فترة طويلة لكي تلتئم.



صورة رقم 17: استئصال السويقي للباسور بتقنية ميليجان و مورغان.

3- تدخل لونغو L'intervention de Longo أو تثبيت الباسور Hémorroïdopexie

وهي تقنية حديثة اكتشفها أنطونيو لونغو Antonio Longo سنة 1995 [61] تختلف عن تقنية ميليغان و مورغان بكونها تركز على علاج تدلي أو انسداد البواسير مع إرجاعها إلى موضعها الطبيعي، ويرمز إليها ب pph:

(Procedure for prolapse and hemorrhoids)

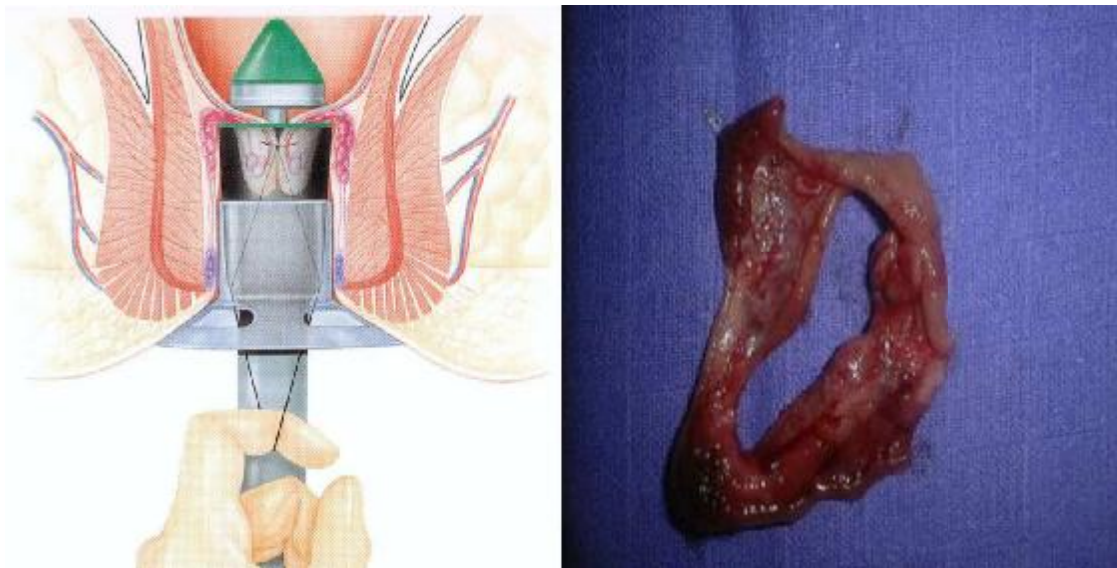
وتعتمد هذه العملية على استخدام ملقط ميكانيكي pince mécanique مخصصة في الأصل إلى المفاغرة anastomose في جراحة القولون والمستقيم يشبه الدباسة agrafeuse ، طويل لكي يتمكن من الدخول إلى منطقة العملية داخل القناة الشرجية بسهولة (الصورة 18) وتتم العملية في المنطقة العليا فوق البواسير، التي لا يكون فيها إحساس بالألم وتسحب الأوردة والشرابين من أصولها لدخل الملقط الميكانيكي مع غشائها المخاطي حيث يقوم الجهاز برفع الجزء الساقط من الغشاء المخاطي مع الأوعية التي تحته وتدبس المنطقة في نفس الوقت بضربة واحدة فقط بالملقط الميكانيكي المذكور (منطقة العملية هي نحو 6 سم من فتحة الشرج) بشكل دائري من جميع النواحي (الصورة 19)، ليعمل عملية رفع للبواسير الشرجية المتدلية وكذلك الغشاء المخاطي للمستقيم إضافة إلى تدبيس الأوعية الدموية الرئيسية المسببة للبواسير مما يؤدي إلى نتيجة مذهلة بعد خروج الدباسة مباشرة ويظهر عندها كأن فتحة الشرج طبيعية جدا ولا يوجد بها أي جروح سوى خدوش بسيطة قد تحدث في أثناء دخول الأجهزة، وهي شيء لا يذكر.

وأثارت النتائج الأولى التي كشف عنها مبتكر التقنية في عام 1995 وأخرى نشرت في عام 1998 في مؤتمر عقد في روما ضجة كبيرة: فمتوسط مدة الاستشفاء هي ست ساعات ومدة التوقف عن العمل هي 42 ساعة و درجة ألم أقل من درجة واحدة على سلم (EAV) ابتداءً من اليوم الرابع بعد العملية [62].

وقد دفعت هذه النتائج المدهشة العديد من الفرق الجراحية في جميع أنحاء العالم لمحاولة تقييم ومقارنة هذه التقنية بالعملية الجراحية التقليدية (الاستئصال السويقي للباسور). وتؤكد كل هاته الدراسات على نتائج إيجابية من حيث الراحة الفورية: ألم أقل من 3 درجات في اليوم الثاني بعد العملية الجراحية، متوسط مدة البقاء في المستشفى من 1-2 أيام، ومدة التوقف عن العمل عشرة أيام . مع فترة النقاهة تكون أقصر مقارنة مع الجراحة التقليدية (ميليجان ومورغان) [61]. بينما نسبة المضاعفات الجراحية العامة لا تختلف عن الطريقة الجراحية التقليدية. وأما بالنسبة لعودة ظهور التدلي فقد يصل إلى 8-9% مع عودة جميع الأعراض في 17% من الحالات، قد يستدعي إعادة تدخل جراحي آخر، وهذه نقطة سلبية مقارنة مع تقنية ميليجان ومورغان.



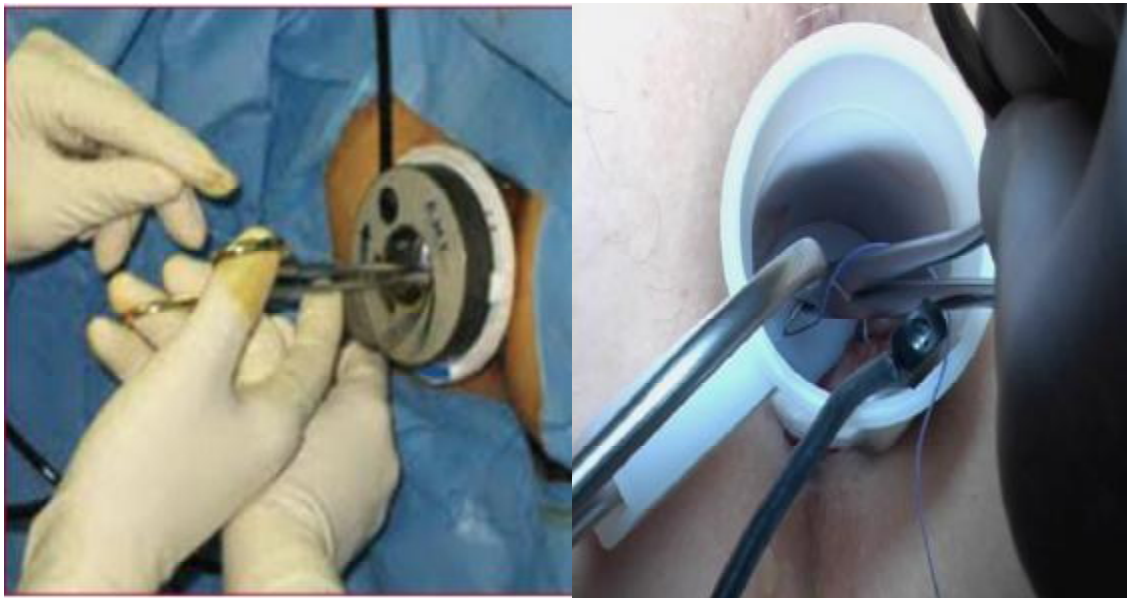
صورة رقم 18 :تموضع ملقط (الدباسة)المستعمل في تقنية لونغو



الصورة 19:مبادئ تقنية لونغو.

4/ ربط الأوعية الدموية Ligature vasculaire

وترتكز هذه التقنية الجراحية على أهمية عامل الأوعية الدموية في ظهور أعراض مرض البواسير، حيث اقترح فريق ياباني ربط الأوعية الدموية الباسورية اعتماداً على تقنية إيكو دوبلر التي تمكن من تحديد مكانها في الحيز تحت المخاطي فوق البواسير [62]. ولم تخضع هذه التقنية الحديثة العهد لدراسات نوعية لتقييم فعاليتها. وبالإضافة إلى ذلك، فقد بين العمل الأخير على التشريح الباسوري أن تموضع الشرايين لا يوجد فقط في الحيز تحت المخاطي فوق البواسير [63]. وفي الآونة الأخيرة، اقترح دال مونتي والـ Dal Monte et Al إلى جانب الربط الشرياني تغضين plicature الغشاء المخاطي في أسفل المستقيم لتثبيت البواسير وذلك لتدعيم العامل الميكانيكي الذي يتدخل في آلية الأمراض [64].



الصورة رقم 20: ربط الأوعية الدموية الباسورية اعتماد علي تقنية إيكو دوبلر.

5- التدابير العلاجية بعد العمل الجراحي

ولا سيما في التقنيات المفتوحة التي تأخذ مدة طويلة لتلتئم جروحها من 4 إلى 6 أسابيع، والتي تتطلب الحصول على نتائج وظيفية وتجميلية مهمة. فعادة ما ينصح بمطهرات ومغاطس موضعية، وتضميد الجروح وتطبيق مراهم و إنجاز لمسات الشرج مرتين يوميا أو استعمال التحاميل لتجنب تضيق القناة الشرجية [65].

أما بالنسبة للألم، فيجب أن توضع له مجموعة من التدابير المنهجية لتخفيفه وتسكينه. وذلك باعتماد تقنية جراحية مناسبة، الراحة التامة بعد الجراحة، استعمال مغاطس موضعية، الاستخدام الروتيني للمسكنات التي تحتوي على الباراسيتامول والمورفين و مضادات الالتهاب لا سترودية [66] والمليينات، وقد يتطلب الأمر أحيانا استعمال مضادات القلق anxiolytique [39].

6/ المضاعفات الجراحية Complications chirurgicales

• على المدى القصير

في بعض الأحيان يمكن أن يحدث نزيف حاد في حوالي 8% من المرضى خلال 18 يوما التالية لاستئصال الباسور [67]. فخطر حدوث النزيف موجود بغض النظر عن التقنية والأداة المستعملة، ولكن نسبة حدوث النزيف بعد تدخل لونغو أكثر من استئصال السويقي للباسور، وقد يرتبط ذلك بنوع الملقط المستخدمة.

المضاعفات التعفنفة نادرة ولكنها يمكن أن تكون خطيرة، فقد تظهر علامات إنذارية مثل ألم غير طبيعي، التهاب موضعي، وعلامات بولية قبل أن تظهر الحمى مع ارتفاع درجة الحرارة إلى ما فوق 38 ° C [68].

احتباس البول هو اختلاط شائع بعد جراحة البواسير. ويحدث ذلك عند 5-10% من المرضى [61]، خصوصا عند الرجال ناتج عن تشنج الإحليل spasme urétral أو ارتخاء النافصة détrusor الذي تساهم في ظهوره الألم وتضخم الموثة hypertrophie prostatique [69].

انحشار البراز fécalome ، الذي تساهم في ظهوره المسكنات، والخوف من الألم الذي يسببه التغوط، والاستشفاء و وضعية الاستلقاء.

رغم هذه المضاعفات التي تشكل مصدر قلق المريض والطبيب المعالج فتبقى نسبة الوفيات بعد العمل الجراحي منعدمة [70].

• المضاعفات على المدى الطويل :

هي نادرة ولكنها مزعجة وفي بعض الأحيان تكون جد معقدة وربما تؤدي لعجز ونجملها كالتالي:

- تأخر التئام الجروح القنوية canalaire التي تكون في كثير من الأحيان مؤلمة. وتظهر هذه المضاعفة فقط عند تقنية الاستئصال السويقي للباسور ، سواء المفتوحة أو المغلقة. فالرعاية الصحية المركزة وتنظيم عادات التغوط قد يحل المشكلة.
- يحدث تضيق الشرج sténoses anale يحدث عند أقل من 5% من المرضى، و يكون أيضا بعد تشريح واسع النطاق مثل تقنية وايتهد و عدم الالتزام بالحفاظ على الجسور الجلد مخاطية في تقنية ميليجان ومورغان، وهي نادرة جدا بعد تدخل لونغو. ويقترح لحل هذه المشكلة تنظيم عادات التغوط وإجراء توسعات شرجية لينة، ولكن قد يتطلب الأمر عملية جراحية أخرى إذا ظل تضيق الشرج مَصْحُوبًا بأعراض بعد شهرين إلى ثلاثة أشهر من إجراء العملية الأولى.
- سلس البراز يشكل هذا الاختلاط هاجس كبير عند المرضى (وأطباء الجراحة)، فاستعمال بعض التقنيات قد تعرض لهذا الخطر: كتوسيع الشرج وبضع المصرة. ولكن رغم انجاز تدخل جراحي يحترم القواعد الفيزيولوجية، فقد يحدث خلل ضئيل في عملية الحصر: الاحتياجات الملحة للتغوط، التسربات البرازية، وسلس الغاز. هذه الاضطرابات هي متعددة العوامل على الأرجح، بسبب فقدان حجم الوسائد الباسورية التي تشارك في انسداد فتحة الشرج، ولكن أيضا التصلب الندبي أسفل المستقيم الذي يعطل الإدراك والإحساس بالحاجة.
- من النادر جدا أن تظهر مثل هذه المضاعفات في السنة الأولى بعد العمل الجراحي، ولكن يمكن أن تصل إلى 10% [61]، ولا يختلف ترددها ولا نوعها في كلا التقنيتين (الاستئصال السويقي للباسور و تدخل لونغو).

17 دواعي العلاج الجراحي

ترتبط بأعراض المرض، والحالة التشريحية للبواسير ودرجتها و الحالة الصحية العامة للمريض.

الحالات التي يتطلب فيها استئصال الباسور هي [39]:

- فشل العلاج الطبي والعلاج الأدواتي.
 - وجود موانع الاستعمال العلاج الأدواتي.
 - البواسير الداخلية دائمة الانسدال (الدرجة الرابعة)، خاصة إذا كانت مصابة بالخرار.
 - وجود آفات أخرى تتطلب العلاج الجراحي: الناسور، الشق الشرجي، تضخم حليلة الشرجية papille hypertrophique، الأورام الحليلية الفيروسية papillomes viraux ، الخ...
 - نزف دموي متكرر يؤدي إلى فقر الدم بدرجة كبيرة.
- نتائج العمل الجراحي تكون ممتازة إذا تم وضع دواعي العملية بشكل مضبوط من طرف جراح ذو خبرة، والقيام برعاية صحية بالشكل المطلوب، فنسبة انتكاس المرض آنذاك تكون شبه منعدمة (1%) إذا تم الاستئصال الكلي للبواسير.

الفصل الثاني

مرض البواسير عند ابن سينا

تمهيد:

ذكرنا في الفصل السابق، أن البواسير هي عبارة عن وسائد نسيجية ووعائية تتموضع في القناة الشرجية موجودة في أجسامنا منذ النشأة الأولى، ولا تعتبر مرضاً بل تعتبر نسيجاً طبيعياً من تكويننا الجسدي إلا في حالة حدوث أعراض.

ولا يعتبر هذا المرض من أمراض العصر الحديث، بل إنه معروف منذ القدم، فقد ذكره عند الفراعنة على مخطوطات ورق البردي قبل 1700 عام قبل الميلاد ذكر فيها وصفة علاج مكونة من مرهم مصنوع من عجينة أوراق شجرة الأكاسيا، وهي شجرة شوكية ذات أوراق صغيرة مليئة بالماء تمتلئ بها أراضي الشمال الإفريقي.

كما عالج أبقرات اليوناني (Hippocrates) مرض البواسير (منذ 460 سنة قبل الميلاد) حيث كان يستخدم علاجاً جراحياً هو عبارة عن ربطٍ للبواسير، وقد ذكر أنه يربط الباسور الواحد بإدخال إبرة فيه بها خيط سميك جداً من الصوف، ثم يترك متدلياً هكذا إلى أن يسقط تلقائياً، بعدها ينصح المريض بأن يستخدم مرهماً من مادة الخربق حتى يتعافى منها.

وفي الطب الروماني اشتهر في علاج مرض البواسير الطبيب الروماني أيليسكورنيليسيلسوس (Aulus Cornelius Celsus) (25-50 قبل الميلاد)، فقد قام بعمليات ربط واستئصال للبواسير جراحياً وناقش في كتاباته المضاعفات والمشاكل التي تحصل من هذا الإجراء الجراحي.

أما جالينيوس اليوناني (Galen) فقد تحدث عن الوظيفة التطهيرية للبواسير من الأمراض، وتكلم عن مبدأ قطع الاتصال بين الشرايين والأوردة، زاعماً أن ذلك يخفف الألم ويقلل من حدوث الغرغرينا gangrene.

ولم يكن الهنود أقل نصيبا في المعاناة من هذا المرض من بقية سكان المعمورة، فقد حاول جهابذة أطبائهم إيجاد حلول جذرية لهذا المرض، و ذكر طبيبهم المشهور سوشروتاسامهيتا (Sushruta Samhita) طريقة علاج مماثلة لكلام أبقراط، ولكنه يؤكد على نظافة الجرح.

ولم يكن الأطباء العرب والمسلمون أقل اهتماما من سابقهم بعلاج هذا المرض، حيث حاولوا علاجه بمجموعة من الطرق والوسائل، حيث لا يكاد يخلو مؤلف من مؤلفاتهم الطبية من الحديث عن هذا المرض وعلاجه، ويأتي على رأسهم:

الطبيب العربي أبو زكرياء بكر محمد بن الرازي الذي خصص له فصلاً من الجزء التاسع من المجلد الثالث من موسوعته الطبية الحاوي. حيث تحدث فيها، عن مجموعة من الوصفات الطبية لعلاج البواسير.

ثم تكلم علي بن العباس المجوسي (من أبناء القرن الرابع الهجري = العاشر الميلادي) في كتابه كامل الصناعة الطبية عن مرض البواسير وتناوله بتفصيل دقيق وبين الأدوية والعلاجات النافعة له .

وفي الأندلس كان من أبرز الأطباء الذين تناولوا هذا المرض هو أبو القاسم خلف بن عباس الزاهروي صاحب كتاب التعريف لمن عجز عن التأليف، الذي يعتبر اللبنة الأولى في الجراحة في المدرسة العربية. حيث خصص له فصلاً للعلاج الجراحي لمرض البواسير.

أما ابن سينا فقد تحدث بكلام مفصل عن البواسير وذكر لها عدة تقسيمات ثم تحدث عن علاجها ذاكرا طرق مختلفة منها جراحية وغير جراحية وقد خصص عدة فصول للحديث عن ذلك. وهو ما ستتطرق له بتفصيل في هذا الفصل بعد تقديم نبذة موجزة عن حياته وإنجازته الطبية.

المبحث الأول: حياة ابن سينا وانجازاته العلمية في الطب

يعد ابن سينا من أشهر الأطباء المسلمين الذين تركوا بصمات واضحة في علم الطب، وهو من أوائل المؤلفين فيه، ويعد كتابه "القانون في الطب" مرجعا أساسيا لعلم الطب. بالإضافة إلى ذلك فقد اشتغل بالفلسفة، وأثارت آراؤه وأفكاره الفلسفية جدلا واسعا بين العلماء والباحثين، حيث اعتبرت مناقضة لأحكام ومبادئ العقيدة الإسلامية. وهذا الموضوع ليس مجال بحثنا هنا، وإنما نركز على انجازاته وإبداعاته الفريدة في المجال الطبي.

ولد أبو علي الحسين بن عبد الله ابن سينا قرب بخارى -أوزبكستان حاليا- سنة (370هـ / 980م) وهناك بدأ رحلته العلمية، فحفظ القرآن الكريم وعمره لم يتجاوز العاشرة، وتلقى علوم الفقه والطب والفلسفة والأدب، فكانت معرفته موسوعية وشاملة لأصناف العلوم. كما عرف عنه الترحال وكثرة التنقل لطلب العلم والمعرفة.

أما في مجال الطب، فقد نبغ فيه نبوغا كبيرا فكان طبيب عصره، فألف في الطب مؤلفات عديدة يأتي في مقدمتها كتاب "القانون في الطب" الذي طبع وترجم عدة مرات، وظل يدرس في جامعات أوروبا حتى أواخر القرن السابع عشر. ومن كتبه الطبية أيضا "كتاب الأدوية القلبية" و"كتاب دفع المضار الكلية عن الأمراض الإنسانية" و"كتاب القولنج" كما له رسائل في الطب من بينها؛ "رسالة في تشريح الأعضاء" و"رسالة في الأغذية والأدوية" وله كذلك أراجيز طبية كثيرة منها؛ "أرجوزة في التشريح" و"الألفية الطبية".

أما انجازاته، فابن سينا:

- أول من تكلم بدقة عن السكتة الدماغية (الموت الفجائي).
- وأول من قام بوصف مرض التهاب السحايا *méningite* ووضح الفرق بين التهاب ذات الجنب *pleurésie* والتهاب الحجاب الفاصل بين الرئتين.
- وأول من عرف الفرق بين إصابة اليرقان *ictère* الناتج من انسداد القنوات الصفراوية *voies biliaires* وإصابة اليرقان الناتج من تفكك كريات الدم *hémolyse*.

- وأول من اكتشف طفيل parasite الإنكلستوما وسمه الدودة المستديرة (دودة الإنكلستوما ankylostome) قبل الطبيب الإيطالي روبنتي بأكثر من ثمانمائة سنة.
- ووصف ابن سينا في كتابه "القانون" أمراض الالتهابات والاضطرابات الجلدية وصفا دقيق، ووصف الأمراض التناسلية التي تصيب النساء وهي حمى النفاس والتي تنتج من تعفن الرحم.
- وكان من أوائل العلماء الذين اهتموا بالعلاج النفسي ومتابعة أثره على آلام مرض العشق والآلام العصبية واهتدى ابن سينا لعلاجات وطبقها على كثيرا من المرضى.
- وتكلم ابن سينا عن علاقة السمع وتموج الهواء فلولاً تموج الهواء لما كان هناك انتقال للصوت ولا استماع له.
- كما برع ابن سينا في الأمراض التناسلية فقام بوصف دقيق لبعض أمراض النساء منها: الأورام الليفية والإسقاط والانسداد المهبلي.
- وتكلم في الأمراض التي تصيب النساء بعد الولادة (أي فترة النفاس) ومنها احتباس الدم وما يترتب عليه من حمى حادة وأورام ووضح لنا أن تعفن الرحم ينتج من موت الجنين داخل الرحم أو من عسر الولادة.
- تعرض أيضا للأنوثة والذكورة في الجنين وعزاها إلى الرجل دون المرأة. وهذا ما أكدته مؤخرا العلم الحديث.
- ومن الأمراض التي بحثها مرض البواسير، فكيف يشخص ابن سينا هذا المرض؟ وماهي الوصفات العلاجية التي اقترحها؟.

المبحث الثاني: تشخيص مرض البواسير عند ابن سينا.

عقد ابن سينا فصول خاصة للحديث عن مرض البواسير في مؤلفه "القانون" في الكتاب الثالث التي عنوانها بـ "الفن السابع عشري علل المقعدة" حيث أشار إلى صعوبة علاج الأمراض التي تصيب المقعدة anus بصفة عامة وذلك للاعتبارات التالية:

- لأنه عضو كثير الحركة.
 - لأنه عضو معكوس من تحت إلى فوق.
 - لأنها شديدة الحسّ.
 - لأنها موضوعة في الأسفل.
 - لأنها ممر يأتيها الثفل résidu في كل وقت ويحركها ويزيد في آلامها ويفقدها السكون الذي به يتم قبول منافع الأدوية.
- ابتدأ ابن سينا تشخيصه للمرض بالتمييز بينه وبين قروح قد توجد على مستوى المستقيم فيظن أنها البواسير [71].

وفي سياق تشخيصه قسم مرض البواسير إلى أقسام متعددة، ويميز بينها باعتبار خطورتها و لونها وشكلها. فمنها الثلولية تشبه الثآليل verrues وهي عند أخطر أنواع البواسير ومنها العنابية وهي مدورة الشكل وأرجوانية اللون، وهناك التوتية و هي رخوة flasque دموية تتولد من الدم. كما زاد على هذه الأنواع نوع آخر وهي عبارة عن انتفاخات تشبه انتفاخ بطون السمك وتتولد من البلغم phlegme.

بالإضافة إلى ذلك فقد قسم البواسير إلى ناتئة (ظاهرة) externe وهي الأقسام السابقة (الثلولية والعنابية والتوتية) والغائرة interne وهي الأخطر خاصة التي تلي ناحية القضيب pénis لأنها قد تحبس البول بالتوريم tuméfaction، وقد تكون دموية وغير دموية.

وهناك تقسيم ثالث باعتبار الانتفاخ والسيلان؛ فهناك بواسير منتفخة: وصفها بأنها عرق أو أكثر يسيل منه الدم، ورأى أنه لا يجب على الطبيب المعالج أن يحبس الدم السائل

منها حتى يظهر الضعف واسترخاء الركبة واستيلاء الخفقان على المريض [72]. وهناك بواسير صم لا يسيل منها شيء.

وأشار ابن سينا أنه في الغالب تتولد البواسير من السوداء atrabile أو الدم السوداوي وأحيانا تتولد عن البلغم.

بالإضافة إلى ذلك فقد بين أنه لا يمكن أن تحدث البواسير دون أن تنفتح أفواه العروق في المقعدة، وذكر أن هذا رأي جالينوس Galien ولذلك تكثر مع رياح الجنوب وفي البلاد الجنوبية.

كما ذكر فائدة البواسير عند النساء، بأن دم البواسير إذا مال إلى الرحم uterus فخرج بالطمث menstruation انتفعن به ويجب أن يفعل ذلك بالصناعة ويدر طمثنهن. وقد وصف لون مريض البواسير بأنه أصفر إلى أخضر [72].

و ذكر بأن كثيرا من مرضى البواسير يصابون بالرعاف épistaxis وأن هذا الرعاف يؤدي إلى شفائهم من البواسير.

كما بين فائدة سيلان الدم من البواسير بأنه يحمي من عدة أمراض منها الأكلة، الجنون، المايلنخوليا (meloncholie)، الصرع السوداوي، الحمرة (érysipèle)، الجاورسية miliaire، الجرب gale، القواحي lichen، الجذام lèpre، ذات الجنب (pleursie)، ذات الرئة (pneumonie) والسرسام. وأن احتباس الدم ممكن أن يؤدي إلى تلك الأمراض [72].

هذا إذن عن تشخيص مرض البواسير عند ابن سينا، فما هي الوصفات العلاجية التي وصفها للمصابين بهذا المرض؟.

المبحث الثالث : علاج مرض البواسير عند ابن سينا

خصص ابن سينا الحيز الأكبر لعلاج مرض البواسير، حيث عقد فصولاً مختلفة للحديث عن طرق متعددة لعلاج هذا المرض. فهو لا يرى حاجة للعلاج إذا لم يكن هناك وجع و لا ورم و لا انتفاخ. وذلك تجنباً للآثار الجانبية للعلاج كتولد النواسير fistules أو الشقاق fissures.

وتجدر الإشارة إلى أن ابن سينا تطرق إلى نظام غذائي خاص بمرضى البواسير سمه تغذية المبسورين حيث قال فيه: « يجب أن يجتنبوا كل غليظ من اللحمان والأشياء اللبنية وكل محرق للدم من التوابل والأبازير إلا بقدر المنفعة. ويجب أن يأكلوا مما يسرع هضمهم ويجود غذاؤهم » [73].

واقترح أن يبتدأ العلاج بفصد saignée الصافن (la veine safene) والعرق الذي خلف العقب وعرق المأبض⁵، ثم الحجامه بين الوركين، ومعالجة الطحال والكبد. بالإضافة إلى ذلك فقد نصح بالملينات laxatif، لأن صلابه البراز selle dure تؤدي البواسير، وأجودها هي الملينات التي تعالج في نفس الوقت البواسير كحب المقل، حب الفيلزهرج وحب الدادي. وقد اعتمد ابن سينا عدة أدوية للعلاج وميز بينها؛ اعتماداً على طريقة عملها وشكلها، وكلا الصنفين إما من أدوية مفردة أو مركبة [74] عن طريقة عملها قسمها إلى: مفتحات للبواسير، مدمات لها، حابسات لإفراط السيالان، قاطعات لها ومسكنات لوجعها [74] عن طريق شكلها الدوائي قسمها إلى: شراب ، تحاميل، طلاء، ضماد، لطوخت، ذرورات، بخورات، مغاطس [74].

⁵ المأبض: باطن الركبة poplitée والمرفق

I- أدوية البواسير حسب طريقة عملها.

1/ المفتحات:

نبه ابن سينا إلى ضرورة تفتيح البواسير غير المدماه، وإدراج الدم المحتقن فيها، وذلك باستعمال الطلاء المكون من عصارة البصل، وبخور مريم، والإستعان بفصد الصافن أو عرق المأبض، و بالتليين عن طريق الاستحمام أو استعمال المروحات liniment من مثل؛ دهن لبّ الخوخ، ولمث المشمش المر، إهال سنام الجمل، ومخ الأيل، والمقل وغير ذلك أفراداً أو مجموعة وتعجن بمرارة البقر والقنة .

ومن المفتحات كذلك التي ذكر: ورق السذاب، ودهن الأبقوان. وأضاف أن أكل الأبقوان نفسه يدر الدم ويوسع المسام pores و وكذلك اعتبر دواء الهليلج بالبزور ينفع البواسير ويذر دم البواسير لما فيه من البزور الملطفة.

وأورد دواء آخر قال فيه: «ومما يدر الدم المحتبس أيضا أن يؤخذ من شحم الحنظل ثلاثة دراهم ومن اللوز المر أربعة دراهم ويعمل منه فتيلة (mèche) طويلة ويمسك في المقعدة ويبدل كل ساعة بحيث تكون خمس فتائل في خمس ساعات فإذا اشتد الوجع يجعل في المقعدة فتيلة من دهن الورد» [75].

2/ المسكنات les antalgiques

وصف ابن سينا مسكنات للألم عند ظهور المرض وأثناء العلاج وبعد الجراحة، وتؤخذ وصفة المسكنات من دواء مركب (أقرذبين) يتكون من سكبينج ومقل من كل واحد درهمان، ميعة درهم أفيون نصف درهم، دهن نوى المشمش أوقية ونصف تحل الصموغ فيه ويجعل عليها نصف درهم جندبادستر وأيضاً نيلوفر مجفف جزء خطمي نصف جزء وأيضاً إكليل الملك عدس مقشّر من كل واحد جزء يجمع بمخّ البيض ودهن الورد وأيضاً ورق الخطمي وإكليل الملك معجونين بمخّ البيض ودهن الورد وأيضاً إذا وضع عليهم مرهم الدياخلون⁶ بدهن الورد وشيء من زعفران والأفيون والميختج⁷ كان نافعاً وشحم البطّ شديد النفع. وأيضاً سرطان نهري، زوفا رطب، شحم كلى الماعز، شمع أبيض. وإذا

⁶مرهم الدياخلون: يتكون من بزر الكتان والخطمي والحلبة .

⁷ميختج: تأويله بالفارسية: مطبوخ العنب

كان تورم في البواسير يؤخذ بابونج وإكليل الملك وقليل زعفران يسحق ويعجن بلعاب بزر كتان ومثلث⁸. فإنها تنفع لتسكين أوجاع القطع والخزم والورم [76].

3 / الحوابس les médicaments hémostatiques :

تحدث ابن سينا عن الحوابس عند حدوث نزيف حاد في البواسير وقسمها إلى حوابس عند القطع واشترط أن تكون كاوية وأخرى عند التفتيح ، حيث قال: «فالتى تحبس دم القطع فالزاجات وأيضاً مثل ذرائر من الصبر وكندر ودم الأخوين والجلنار، وشياف ماميثا ونحوه يذر ويشد شداً وثيقاً. وأيضاً وبر الأرنب، أو نسج العنكبوت، ببيل بياض البيض ويلوث بذرور جالينوس ويشد إلى أن ينختم. والقوية مثل القلقطار، مع الأفاقيا، والعفص ثم الشد الشديد. فإن لم يفعل شيء كوي بقطنة تغمس في زيت يغلى فيحبس الدم ثم يذر عليه الحابسة اليابسة وفي هذا خطر التشنج. وأما ما هو دون ذلك فالقوابض المعروفة ومياه طبخ فيها القوابض أو شراب عفص طبخ فيه قشور الرمان والعفص» [73].

⁸ مثلث : عصير العنب الذي ذهب ثلثه بالطبخ

II-الأدوية المقترحة لعلاج البواسير عند ابن سينا:

1 - الذرورات Les poudres a usage externe :

أما أشكال الأدوية فلابن سينا ثلاث وصفات من الذرورات وهي «أن يلطخ قبل الذرورات القوية بعنزروت مدوف في ماء، وإن كان صبوراً على الوجع لطخ داخل المقعدة بنورة الحمام وصبر يسيراً ثم غسل بشراب قابض، ثم ذر الذرور. ويذر على البواسير قشور النحاس، المسحوقة وحدها ومع الرصاص المحرق، وأيضاً الزرنيخ، والذرايح⁹، والنوشادر يذر عليها، ويتدارك بما سلف ذكره من السمن ونحوه. وأقوى من هذه أن تكون معجونة ببول الصبيان، وهذه تجري مجرى الدواء الحاد. وأما ما هو أوفق من ذلك وألين فمثل رماد قشور السرو، مغسولاً بشراب ورماد قيض البيض، ورماد نوى التمر المحرق، والترمس المر اليابس المحرق. ومما يجري مجرى الخواص، أن يؤخذ رأس سمكة مألحة ويجفف بقرب النار ويخلط بمثله جيناً عتيقاً ويذر على الحلقة. وكذلك رماد ذنب سمكة مألحة والشونيز من الذرورات الجيدة العجيبة النفع» [75].

ونجد هنا أن ابن سينا استعمل المادة المقبضة أولاً لتخفيف النزف ومن ثم وضع الذرور المجففة للنزف. وأعطى أكثر من الذرور، ما هو أضعف وأقوى، ما هو أرقق وألين من العلاجات.

2 - بخور encens :

أعطى ابن سينا وصفيتين من البخور وقد ذكر المواد المكونة له ؛ وقد وصف فيه الآلة التي يتم التبخير بها وطريقة الاستعمال ونوع الجمر الذي يشعل البخور حيث قال : «يؤخذ أصل الكبر وأصل الكرفس وورق الدفلى وأصل الشوكة التي هي الحاح ومحروث وأصل السوسن والبلاذر بالسوية، يتخذ منها بنادق بدهن الزنبق وتستعمل بخوراً، وقد قيل أن التبخير بورق الآس نافع جداً، وكذلك بجلد أسود صالح مع نوشادر، وهذا التبخير قد

⁹ حشرات صغيرة حمراء منقطة بسواد.

يكون بقمع مهندم في المقعدة من طرف وعلى المجرم مكبوبة من طرف ويخير منه، وقد يكون باجانة مثقوبة يجلس عليها. وأوفق جمر له جمر بعل الجمل» [77].

3- طلاء vernix :

قدم ابن سينا ثلاث وصفات طلاء، قال عن إحداها بأنه جيد ومجرب وهو «يؤخذ حنظله رطبه وتشقق أربع فلق وتوضع في إناء ويصب عليها أبوال الإبل الراعية وخصوصاً الإعرابية، غمرها وتوضع في شمس القيط مدة القيط وتمد بالبول كلما نقص، فإنه شديد النفع يسقطها لا محالة» [77].

4- حب pilule :

أدرج ابن سينا الحب والشراب في فصل واحد وأخبر عن أربعة أنواع من الحب المعالج وهي حب المقل، حب الدادي، وحب السندروس. ونذكر منه حب السندروس ونسخته «يؤخذ سندروس وقشور البيض، شيطرج، بزر الكراث أجزاء سواء، نوشادر نصف جزء، خبث الحديد أربعة أجزاء، يحبب كالنيق والشرية منه بالغداة ست حبات إلى سبع حبات» [77].

5- مرهم onguent :

لم يعتمد ابن سينا المراهم كعلاج بشكل أساسي حتى أنه لم يذكرها ضمن المسكنات لأوجاع البواسير وإنما أتى على ذكرها في فصل علاج الأورام الحارة في المقعدة والحمرة فيها من البواسير، والمرهم الأساسي الذي ذكره هو مرهم الإسفيداج [70].

6- سفوف poudre a usage interne :

ابن سينا اعتمد السفوف للعلاج فقط عندما تكون الطبيعة لينّة وهو سفوف الهليلج بالبزور [72].

7- شراب sirop:

أعطى ابن سينا ثمانية أصناف من الشراب المعالجة ونذكر أحدها وقد قال عنه أنه مجرب(توبال الحديد وبزر الكراث وبزر النانخواه من كل واحد وزن درهمين، ثمرة الكبر اليابس ثلاثة دراهم، الشربة كف بماء الكراث) [73].

وإذا لم يتم علاج المرض بالأدوية فابن سينا يلجأ للعمليات الجراحية، ولأجل ذلك عقد فصلا لقطع البواسير في سياق حديثه عن طرق العلاج.

III- علاج البواسير جراحياً عند ابن سينا.

وتتم الجراحة بثلاث طرق وهي القطع أو الخزم أو استعمال الأدوية الحادة لإسقاط البواسير.

يقول ابن سينا: « فإن لم تغني (الأدوية) فتدبيره إبانة الباسور وإسقاطه بقطعه، أو بتجفيفه وإحراقه».

ومنه في حالة عدم نجاح الأدوية فيرى ابن سينا أن علاج البواسير يكون إما بالاستئصال (القطع) أو التجفيف (الخزم) والحرق بالأدوية الحادة.

1 استئصال الباسور (القطع) :Hémorroïdectomie

و في ما يتعلق بالاستئصال البواسير، فقد أجزم على أنه يجب أن يكون لواحدة واحدة وترك الأخيرة ليسيل منها الدم الفاسد، وأشار أن هذه وصية أبقرط، وأن البواسير إن كانت متعددة لا تقطع دفعة واحدة بل على مراحل شرط أن يتحمل ذلك المريض ويصبر عليه.

وقال في ذلك: «إسقاط البواسير قد يكون بقطع وقد يكون بالأدوية الحادة، وإذا كانت بواسير عدة لم يجب أن يقطع جميعها معاً بل يجب أن تسمع وصية أبقرط ويترك منها واحدة ثم تعالج؛ بل الأصوب أن تعالج بالقطع واحدة بعد واحدة إن صبر على ذلك، وفي آخر الأمر يترك منها واحدة يسيل منها الدم الفاسد المعتاد في الطبيعة خروجه منها».

وميز بين قطع البواسير الظاهرة (الخارجية) واعتبر علاجها أسهل من الباطنة (الخارجية).

«وذلك المقطوع إن كان ظاهراً كان تدبيره أسهل وإن كان غائراً كان تدبيره أصعب».

فالباسور الظاهر أمر بشد أصل الباسور بخيط وتركه فإن سقط وإلا استعملت الأدوية المسقطة أو القطع جراحياً.

حيث قال: «والظاهر فإن الأصوب أن يشد أصله بخيط ابريسم أو كتان أو شعر قوي ويترك، فإن سقط بذلك وإلا جرب عليه الأدوية المسقطة وإلا قطع».

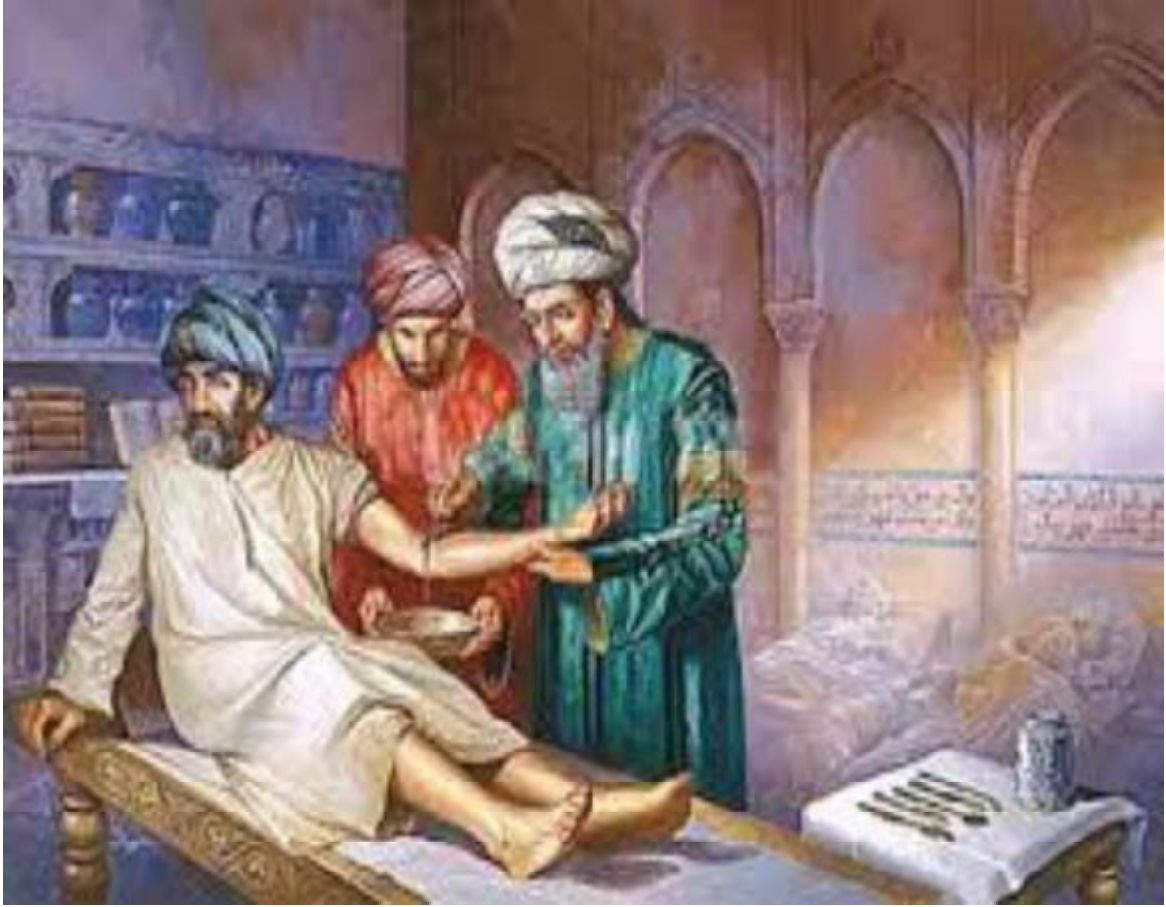
وبالنسبة للباسور الغائر واعتبر تدبير علاجه الأصعب، فقد استعمل لعلاجها القلب حتى تظهر ومن ثم القطع ونثر الأدوية لكوي الجرح و بين كيفية العمل بالتفصيل، فهنا القلب يتم بالأدوية المقلبة وقد سماها أوبالمحاجم (محجمة بنار) وخوفاً من رجوع الباسور للداخل أشار إلى ترك المحجم قائماً على الباسور لعمل احتقان للدم داخلة وبالتالي منعه من الدخول للداخل أو بشده بخيط للخارج.

و في هذا قال «الغائر يجب أن يقلب ثم يقطع. والقلب قد يكون بالآلة مثل ما يكون بمحجمة بنار أو كيف كان، يوضع على المقعدة حتى يخرج ثم يمك بالقلب وإن خيف سرعة الرجوع؛ ترك المحجمة ساعة حتى يرم الموضع فلا يعود، وربما شدت بسرعة بخيط شدا مورما يبقى له الباسور خارجاً. وقد يكون بأدوية مقلبة، مثل أن يؤخذ عصارة القنطريون، والشبث الرطب، والميوزج ويعجن جميع ذلك بالعسل ويطلّى به المقعدة أو يحتمل في صوفة؛ فإنه يهيج البراز ويسوق إلى إبراز المقعدة ويسهله، أو يستعمل نظرون ومرارة الثور، أو يستعمل فلفل ونظرون، أو يجمع إلى ما كان من ذلك عصارة بخور مريم أو ميوزج».

واعتمد ابن سينا الفصادة قبل القطع، وأبدى تحذيراً هاماً بأن القطع لا يجب أن يتعدى أصل الباسور خوفاً على المريض من مضاعفات العمل الجراحي وأكد على أن يترك دم يسيل بعد القطع مادم المريض محتمل ذلك. وبعده يتم إيقاف النزف بالحوابس التي أشارنا لها سابقا ويقول في هذا:

« ومن الإحتياط فصد الباسليق (la veine basilique) قبل القطع والخزم، وإذا أراد أن يقطعه أمسك ما يقطع وهو بارز أو مبرز بالقلب، ومدّه إلى نفسه ثم قطعه من أصله بأحد شيء وأنفذه. فلا يجب أن يتعدى أصله فيقطع مما دونه شيء، فيؤدي إلى آفات وأورام وأوجاع عظيمة، وربما أدى إلى أسر وحصر، ويترك الدم يسيل إلى أن يخاف الضعف ثم يحبس الدم بالحوابس الذي نذكرها، فإن لم يسيل الدم كثيراً فصد من الباسليق،

وإن احتمل أن يدمى بالمفتحات المذكورة ويسيل الدم بها كان صواباً إن لم يخف أن تسقط القوة من الوجد وربما كفى في ذلك مثل عصارة البصل».



صورة رقم 21 :عملية الفصادة عند الأطباء العرب والمسلمين

2- خزم الباسور *ligature de hémorroïde*:

ذكر ابن سينا طريقة الثانية لإستئصال الباسور وهي الخزم ؛ وهو شد أصل الباسور بخيط بقوة و ميز في طريقة الخزم حسب حجم الباسور فخزم الباسور الصغير يكون من أصله و الكبير يكون من نصفه وأعطى تحذيراً لئلا يحصل الورم وعلاجاً إذا

حصل ذلك، وقد ذكر الغرض الأساسي من الخزم وهو الإعداد لنفوذ قوة الأدوية المسقطة للباسور.

«وإن أراد أن يخزم؛ خزم الصغير من أصله أو الكبير من نصفه أو على قسمه أخرى، ويتدارك لنلا يرم ويوجع، وذلك بأن يوضع عليه بصل مسلوق، أو كراث مسلوق مخبص بالسمن، ويجلس المعالج في المياه القابضة المطبوخة في القمقم لنلا يرم وفي خل وماء طبخ فيهما العفص، وقشور الرمان ثم يعالج بما ينبت اللحم من المراهم لنلا يرم. والغرض من الخزم الإعداد لنفوذ قوة الأدوية المسقطة الباسورية» [78].



الصورة رقم 22: استئصال و ربط البواسير التي تنزف

3 - العلاج بالأدوية الحادة

ذكر ابن سينا الجراحة أو الخزم أولاً ، وإن لم يرد الطبيب المعالج ذلك لجأ إلى الدواء الحاد وهو العلاج بالدهن بالديك برديك¹⁰، والفلفديون ، مع غيره من المواد التي تشبهه ونبه في حالة حدوث ألم بعد استعمالها والاستعان بالمغاطس و مراهم كمسكنات للألم والغسل وتكرار ذلك حتى يسود الباسور و يسقط . حيث قال «وأما إن لم ترد أن يكون قطع الباسور بآلة أو خزم بل بالدواء، نثر عليه دواء حاد فإنه يأكله ويفنيه ويظهر اللحم الصحيح؛ فإن أوجع أجلس في المياه القابضة وعولج قبل ذلك بالسمن الكثير يوضع عليه ثم يعالج بمثل مرهم الاسفيذاج والمرداسنج ومراهم متخذة منها ومن مياه عنب الثعلب والكاكنج والكزبرة، وربما حال الوجع دون استعمال الدواء الحاد في مرة واحدة فاحتيج أن يستعمل بالدواء الحاد، وإذا برح الوجع عولج بالعلاج المذكور ثم عودَ، ولأن تكرار الدواء الحاد مراراً مع تجفيف أسهل، وفي آخر الأمر يسود ويسقط. والدواء الحاد هو الديك برديك والفلفديون وما أشبه ذلك، وإذا اسودت سلق الكرنب بالزيت ووضع عليها وسكن الوجع ثم عودَ حتى تسقط» [78].

¹⁰ديك برديك: معناه بالفارسية قدر على قدر وهو الدواء الحاد.

IV- علاج ما بعد الجراحة:

أعطى ابن سينا عدة طرق للعلاج بعد الجراحة المتضمنة في ضمادات ومغاطس ونطولات وأدوية خاصة لأوجاع المقعدة من البواسير، وأمر بتلين البطن وأشار إلى علاج احتباس البول إن وقع بعد العمل الجراحي بتلين البطن ونبه إلى إجبارية منع المريض من دخول الخلاء يوماً وليلة وخصوصاً بعد نزف قوي حيث قال: «وإذا رأيت المقعدة ترم وتوجع وجعاً شديداً من أمثال هذه المعالجات فالواجب أن يدخر بالمقل وسنام الجمل ويضمّد بالضمادات المذكورة أو يضمّد بخبز حوارى وصفرة بيض مع قليل أفيون وزعفران والجلوس في نبيذ الدادي، عجيب النفع في تسكين وجع القطع ونحوه، وكذلك الجلوس في مياه طبخ فيها المليينات والتنطيل بها وهي مياه طبخ فيها بزر الكتان والخطمي وبزره وكرنب ونحو ذلك ومما يخص أورام المقعدة عن البواسير؛ اسفيداج الصخور الرصاصي ثلاثة أواق، سقولومس أوقية، مرداسنج أوقيتان، مصطكي ثلاثة دراهم، يجمع بعصارة البنج. ويجب أن تلين البطن ولا يترك الثقل يصلب، ويعالج احتباس بول إن وقع بتلين الورم على أنه يجب أن يُمنع من دخول الخلاء يوماً وليلة خصوصاً بعد نزف قوي» [78].

الفصل الثالث

مرض البواسير عند

عبد السلام العلمي

عرف التدريس الطبي بجامعة القرويين بعض الازدهار خلال العصر العلوي، وقد كان التراث الأندلسي الطبي رافدا من روافد المعرفة الطبية لدى علماء جامعة القرويين؛ وفي حضور مؤلفات ابن رشد وابن طفيل وابن باجة وابن الخطيب والشقوري وغيرهم تأثير كبير في ذلك، وعرفت جامعة القرويين في هذه الفترة بكثرة التأليف الطبية، وذلك من خلال تذييل العلماء لأرجوزة ابن سينا كابن عزرون ومحمد بن قاسم بن زكور وأدراك [79]، وكذلك من خلال نقد كتابي الأنطاكي: "تذكرة أولي الألباب والجامع للعجب العجائب"، و"النزهة المبهجة في تشخيص الأذهان وتعديل الأمزجة"..

لقد مكن التدريس الطبي بجامعة القرويين خلال هذا العصر، و إلى نهاية القرن التاسع عشر المغرب من إسهام نظري جدير بالاعتبار، وقد عرف قطاع الطب طفرة نوعية خلال عهد المولى الحسن إبان فترة البعثات العلمية إلى الخارج، حيث برز أطباء درسوا مختلف الأمراض وحلّوا أعراضها وطرق علاجها.

ولعل ذروة التفكير الطبي العلمي خلال العصر العلوي قد تجسد في شخصية الطبيب عبد السلام العلمي المتوفى بفاس عام (1323هـ/1905م) حيث يعد مؤلفه "ضياء النبراس في حل مفردات الأنطاكي بلغة فاس" من أهم الإنتاجات العلمية في الطب. وهذا الكتاب، كما هو ظاهر من عنوانه، يهتم بذكر الأسماء المغربية لما ورد في "تذكرة" داود الأنطاكي المتوفى عام (1008هـ/1599م) من أسماء أدوية مفردة . وبالإضافة إلى ذلك مكن عموم المهتمين من التعرف على خواص الأعشاب في المغرب، حيث جعل أمام الأسماء المشرقية للنباتات أسماءها المغربية مرتبة حسب الحروف الهجائية، ولم يكتف الطبيب العلمي بذلك فقط؛ بل إنه حاول في كتابه هذا توضيح كيفية تقطير بعض الأعشاب الطبية؛ مصوراً بالأشكال الهندسية الجهاز المستعمل لهذه الغاية، وقد أهدى المؤلف كتابه هذا للسلطان مولاي الحسن الأول اعترافاً منه بالجميل الذي أسداه إليه بإرساله في بعثة دراسية إلى مصر.

طبع هذا الكتاب على المطبعة الحجرية بفاس في حياة المؤلف في أواخر القرن التاسع عشر، ثم أعيد طبعه، وله "البدر المنير في علاج البواسير"، يوجد في حاشية كتاب "ضياء النبراس". وقد رتب كتابه هذا على مقدمة ومقالتين وخاتمة.

تحدث في المقدمة عن ماهية هذه العلة وأقسامها وأسبابها.

وفي المقالة الأولى: فيما يعرف بدم البواسير من غيره، وما ينبغي لصاحب هذه العلة ومعالجتها وفيها فصول أربعة.

حيث تحدث في الفصل الأول عن العلامات التي يتميز بها دم البواسير من دم الكبد والأمعاء المعروف بدم الأدوار.

والفصل الثاني: بين أن دم البواسير دم علة وفساد وأن خروجه خير من احتباسه.

والفصل الثالث: تطرق لما ينبغي لصاحب هذه العلة من التحفظ، وفيما فيما يناسبه من الأغذية وما لا يناسبه.

وفي الفصل الرابع: تحدث عن معالجة البواسير بصفة عامة وفيه مباحث أربعة:

- المبحث الأول: فيما إذا كان يخرج منها مقدار مناسب من الدم.
- المبحث الثاني: فيما إذا قل خروج الدم منها.
- المبحث الثالث: في معالجتها إذا كانت مؤلمة ويسيل منها دم غزير.
- المبحث الرابع: فيما يكون عليه العمل إذا لم تنفع هذه الوسائط المذكورة.

المقالة الثانية: في التراكيب الأقربانية المأخوذة من الطب القديم والجديد النافعة للبواسير. وهي تشتمل على فصول ستة.

الفصل الأول: فيما يسكن ألمها في الطب القديم

الفصل الثاني: فيما يسكن ألمها بعمل الطب المعاصر له (الطب الجديد حسب تعبيره).

الفصل الثالث: فيما يفتح أفواه عروق المقعدة.

الفصل الرابع: فيما يقطع دم البواسير على ما عند الأقدمين.

الفصل الخامس: في الحوايس على ما عند المتأخرين (المعاصرين للعلمي).

الفصل السادس: في مسقطات البواسير بالأدوية الحادة.

الخاتمة: فيها فصلان.

والجدير بالذكر أن كتاب " البدر المنير - موضوع بحثنا هذا - مطبوع طباعة حجرية على هامش كتاب " ضياء النبراس" توجد نسخة منه في مكتبة القرويين وهو مسجل تحت رقم 637 ولا زال دون تحقيق إلى حدود إجراء هذا البحث. وقد قمنا بإعادة كتابته وإدراج نسخة منه في الملحق.

وقبل الخوض في تفاصيل معالجة العلمي لمرض البواسير، نتوقف عند حياته وأهم إنجازاته الطبية.

المبحث الأول: حياة عبد السلام العلمي وإنجازاته الطبية.

عبد السلام بن محمد بن عمر العلمي الفاسي طبيب مغربي من مواليد مدينة فاس عام (1250هـ - 1834م) تلقى علومه على يد والده محمد بن أحمد العلمي وأبو إسحاق التادلي الرباطي، فتخصص في علمي الفلك والطب والتحق بمستشفى العيني بمصر، حيث درس على يد علماء من مصر وإسبانيا وفرنسا وحضر تشريح نحو 1600 جثة من مخلفات ثورة عرابي الشهيرة، وتوج دراسته في مصر بحصوله على الإجازة من «المدرسة الطبية المصرية» بقصر العيني [80].

وبعد عودته من مصر فتح عيادة صغيرة قرب حرم مولاي إدريس بفاس، وشغل طبيبا خاصا للسلطان مولاي الحسن الأول. وبدأ التأليف في الطب؛ فألف كتاب «ضياء النبراس في حل مفردات الأنطاكي بلغة فاس» الذي طبع سنة 1318هـ/1900م، فسر فيه المفردات الواردة في تذكرة الشيخ داود الأنطاكي. ويعدُّ هذا الكتاب نقطة تحول مهمة في تاريخ الطب المغربي، إذ حاول المؤلف التوفيق بين الشهور والبروج والأدوية وأنواع النباتات المتداولة في الشرق والغرب وفي المغرب، مصحِّحاً في بعض الأحيان أغلاط سلفه ومنظراً بين المصادر المطبوعة ودروسه في مصر وتقاليد أطباء المغرب وصيادلته وما يسميه بالطب الجديد والكيمياء الجديدة بأوربا وأمريكا. وألف على هامش ضياء النبراس مؤلف «البدر المنير في علاج البواسير». ولم يقتصر في تأليفه على الطب، بل ألف في علم الفلك. فألف كتاب: {أبدع اليواقيت على تحرير المواقيت}. {إرشاد الخل لتحقيق الساعة بربع الشعاع والظل}.

وإضافة إلى نبوغه في الطب والفلك فقد برع عبد السلام العلمي في الرياضيات والشعر والشطرنج، فكان موسوعي المعرفة متعدد المهارات. يقول عنه الدكتور محمد الأخضر مبرز السوربون : "آخر كبار الأطباء والفلكيين في العصر الحديث،... كان هذا العالم متمكنا في الفلك والطب والرياضيات." ويختتم تنويهه بقوله : "هكذا كان العلمي مؤلفا وشارحا في نفس الوقت، نموذجا حيا للعالم المغربي بأحدث معنى هذه الكلمة، وشارك مشاركة واسعة في تطوير المغرب في الميدان العلمي، وبذلك استحق أن تخصص له ترجمة وافية." [81] كما اعتبره الطبيب والمؤرخ الفرنسي -Renaud , Henri-Paul- Joseph 1881-1945 نقطة تحول بين الطب التقليدي والطب الحديث في مغرب عصر النهضة الحديثة.[82].

لقد شكل عبد السلام العلمي آخر حلقة من حلقات التفوق العلمي المغربي في مجال الطب قبل دخول المستعمر الأجنبي الذي بادر إلى إنجاز دراسات إثنوغرافية أبرزت معظمها الطب المغربي على شكل "طب شعبي خرافي" بعيدا عن أي علاقة جدلية بين العلم والمجتمع والتاريخ.

أصيب عبد السلام العلمي بداء الشلل النصفي الذي ألزمه بيته لمدة طويلة قبل وفاته سنة 1905 م، وقد عاد في مرضه ببيته السلطان مولاي الحسن الأول بعد زيارة ضريح المولى إدريس الثاني، وكان أثناء تلك الفترة يشتغل بالتأليف والتدريس، فكان يستقبل طلبته ببيته (بباب جيسة بفاس) إلى آخر حياته. وتوفي بفاس، يوم الخميس 19 جمادى الثانية 1323 هـ / 1 سبتمبر 1905 م، ودفن بمقبرة العلميين بفاس.

المبحث الثاني: تشخيص مرض البواسير عند عبد السلام العلمي

تناول العلمي مرض البواسير بشكل مفصل، حيث أفردته بالتأليف في كتاب سماه (البدر المنير في علاج البواسير) وهو كتاب ألفه على هامش كتاب (ضياء النبراس في حل مفردات الأنطاكي بلغة فاس). حيث استهل حديثه عن المرض بتذكير تشريحي عن المقعدة anus؛ فقد بين أن المقعدة تقع في آخر المستقيم وهي عضلة لحمية رخوة ناعمة ملتحمة بنفسها عارية من الأنسجة الصلبة، وأنه يأتيها عصب من النخاع الشوكي يفيد في الحس، وعصب آخر يفيد في الحركة، وتأتيها عروق تفيد في الغذاء وعروق نوابض تنال منها الحياة [83].

وكما هو الشأن عند ابن سينا فقد أشار العلمي إلى صعوبة علاج مرض البواسير لنفس الاعتبارات التي ذكرها ابن سينا.

1- تعريف المرض:

عرف العلمي مرض البواسير بأنه زيادة لحمية تنبت على أفواه العروق التي في المقعدة من دم سوداوي غليظ [84].

2- أنواع مرض البواسير:

ميز بين المشهورة وهي على شكل الثآليل والعنابية، وبين غير المشهورة وتتنوع إلى التينية والتمرية والبلوطية والعدسية والحمصية ومنها ما يشبه التفاح وسماها التفاحية.

كما صنفها أيضا إلى عمياء أي لا يسيل منها دم ودامية يسيل منها دم، وإلى خارجية توجد خارج الشرج وداخلية توجد داخله.

3- التشخيص التفريقي للمرض:

ميز العلمي بين دم البواسير ودم الكبد، ودم الأمعاء؛ فدم البواسير يخرج قبل البراز مماسا لسطحه أو منعزل عنه في الغالب وبين أنه قد يتجمد على شكل علكة أو قد يكون نزيفا ترافقه علامات إذا اشتد خروجه. (منها بياض الشفا العلى وصفرة البدن وخضرة الأظفار الخفقان). [85].

وأما دم الكبد فينزل بعد البراز ويكون لونه أحمر خالص عديم الرائحة متأخرا، ويرافق خروجه الحمى وألم في موضع الكبد.

بينما دم الأمعاء فيسبقه البراز ولا يكون لونه أحمر خالص وإنما يكون على شكل الماء الذي يغسل به اللحم (غسالة اللحم)؛ لدقة العروق في الأمعاء ولعدم وجود عضلات لحمية حتى تنزف دما خالصا وتصاحبه علامات المغص colique والقراقر borborgmes والزحير ténésme مع انعدام الحمى و عدم نقصان الشهية [86].

وخصص الفصل الثاني من المقالة الأولى لبين أن دم البواسير دم علة وفساد وخروجه خير من احتباسه معتبرا إياه كدم الطمث ولا ينبغي حبس هذا الدم إلا إذا ضعفت قوة المريض كثيرا بإفراط خروج الدم من الجسم واعتبر أن البدن ينتفع بخروجه وإذا احتبس الدم المعتاد خروجه من أصحاب هذا المرض فيعرضهم لوجع الظهر والركب و المفاصل بالإضافة إلى ثقل الرأس والبدن وقلة شهية الطعام anorexie. وأكد أن خروج دم البواسير يقي من بعض الأمراض: كالجنون و المالنخوليا (mélancholie) والصراع السوداوي و داء النقرس (la goutte) والجذام (lèpre) والسرطان (cancer) وذات الجنب (pleurisé) وذات الرئة (pneumonié) و أورام الكبد tumeurs hépatiques والاستسقاء (ascite) وغير ذلك من الأمراض [87].

4- الأغذية المناسبة لمرضي البواسير

تحدث الطبيب عبد السلام العلمي عن الأغذية المناسبة لمريض البواسير موضحا أن أصحاب هذه العلة يجب أن يتحفظوا في تدبير غذائهم حتى يكون دمهم نقيا عذبا معتدلا في المقدار. ومن بين الأغذية المقترحة؛ الدجاج المسمن ومرقه الملوخية والأرز القابل للطبخ والأرز باللبن والسمن الطري حيث اعتبرها ملينة للطبع.

المبحث الثالث: علاج مرض البواسير عند عبد السلام العلمي

ابتدأ وصفاته العلاجية بنصائح منها:

- تفادي الجلوس على المواضع الشديدة البرد
- تفادي الوقوف لمدة طويلة وإتباع الظهر والخاصرة والقدمين
- تجنب السهر الطويل والفكر الكثير لأنه يفسد الدم في نظره.
- تجنب الاستنجاء بغير الماء الدافئ ولو في فصل الصيف.

بالإضافة إلى ذلك فقد اقترح على مرضى البواسير علاجا نفسيا يتمثل في الأنس بالأخلاء والندماء و الاستماع للصوت الحسن والحديث الطيب والنوم على الفراش الوطي [88].

فصل العلمي في علاج مرض البواسير حيث بناه حسب أعراض المرض:

فإذا كان يخرج منها الدم بمقدار مناسب (كمية لا تؤثر على صحة المريض) وفي أوقات محددة فهو لا يرى ضرورة لعلاجها، أما إذا قل الدم وانقطع فلا بد من تحفيزه حتى يخرج مرة أخرى، عن طريق وصفات توضع على الورم وتضم القلي وذهن سنام الجمل ونوى المشمش لتليين البواسير ثم استعمال بعض المفتحات للبواسير كمرارة الثور والبصل. أما إذا كانت مؤلمة وكان الدم الخارج منها غزيرا، فتلطف بالحمية والأشربة المرطبة كدهن اللوز الحلو ومرهم الخيار.

وإذا كان المريض مصابا بالاستسقاء أو الحمى فلا بد من الاجتهاد في إيقاف النزيف باستعمال القوابض وأغذية خاصة ومستحضرات حديدية.

وكذلك الأمر إذا كان الدم غزيرا فيستعمل مغلى الورد الأحمر وقشور الرمان

[89].

وفي حالة اشتداد الألم وصار غير مطاق ولم تنجح تلك الوصفات العلاجية فيرى ضرورة استئصالها بالقطع.

1 - علاج البواسير جراحياً عند عبد السلام العلمي

وصف العلمي الطريقة التي كانت تستعمل في مستشفى القصر العيني بمصر وهي أن تعلق البواسير بصنارة (صورة 23) وتمسك بخرقه خشنة ثم تشد على أصلها بخيط من إبرسيم شدا محكما وتترك حتى تقطع و تسقط وأشار أن بعض الأطباء يقومون بحل الخيط بعد يوم وليلة ثم يشد أقوى من الأول ويفعل هكذا إلى أن يقطع [90].

وقد أبرز طريقة أخرى للقطع باستعمال المقراض مشيرا إلى وضعية المرض أثناء العملية وهي "أن ينوم العليل على ظهره في موضع مهيا ويرفع رجليه إلى فوق" [91] ونبه إلى تفادي حبس الدم السائل أثناء العملية واعتبر هاتين الطريقتين تستعملان بالنسبة للبواسير الظاهرة، إما إذا كانت غائرة فتقلب المقعدة بوضع المحاجم عليها ثم أكد العلمي إلى ضرورة عدم استئصال كل البواسير مرة واحدة فيحتبس الدم بل تترك منها واحدة تجنباً للأمراض التي تقدم ذكرها مستدلاً بوصية أبقرط "قال أبقرط: من عولج من بواسير حتى يبرأ ثم لم يترك منها واحدة فلا يؤمن عليه من أن يحدث به استسقاء أو سل أو علل قوية" [92] كما استدلل بقصة أحد أساتذته بمصر الذي كان يلقنه علم الجراحة بمصر حيث قال "وقد ذكر شيخنا محمد علي البقلي رئيس الإسبطل المصري كنا نقرأ عليه علم الجراحة أن أحد أرباب الديوان المصري ألزمه أن يستأصل له بأسورا سيالا فاستأصله بالقطع بعد أن نما قال فما تمت الستة حتى ظهرت به علامات السل فوجه علي فقلت له لادواء له إلا بإحداث بواسير صناعية فتحت له حمصة يعني فونتيا في محل الباسور فعاد النزيف إلى محله و استراح العليل من ألم السل" [93].

وبعد أن أشار إلى الطرق الجراحية لعلاج مرض البواسير التي تعلمها في مصر تطرق إلى طريقة علاج مذكورة في تذكرة داوود الأنطاكي لهذا الداء التي كان يعتمد فيها على الفصد :

- إذا كانت البواسير لا تنزف (غير سيالة) يفصد الباسليق (la veine basilique)، مع مراعاة قدرة المرض علي احتمال الفصد دفعة واحدة فإن تعذر ذلك كرر الفصد بعد استراحة المرض.

- أما البواسير التي تنزف (السيالة) فلا يستعمل الفصد فيها إلا إذا كان النازف أحمر مشرقا فيفصد في هذه الحالة القيفال (la veine cephalique) وإذا كان لون المرض متغير فلا يجب فصده حيث اعتبر الدم الذي ينزفه أمان من ما كل ما أصله السوداء.

وهناك وسيلة أخرى لإسقاط البواسير بواسطة الأدوية الحادة، غير أن العلمي حذر منها نظرا للمضاعفات، الناتجة عنها كجرح الموضع وعسر البول وخصوصا إذا لم يكن التدرج في إسقاط البواسير وتم ذلك دفعة واحدة.



الصورة رقم 23 : صنارة crochet جراحية أو خُطَّاف tenaculum من القرن 19.



الصورة رقم 24: ملقط بواسير من القرن (19ème siècle) forceps à hémorroïdes



الصورة 25: جهاز (هارسة écraseur) يعود لسنة 1870 كان يستخدم لإستئصال البواسير أو الأورام

حيث يتم إحاطتها بالسلسلة التي توجد طرف الجهاز لخنقها بقطع الدورة الدموية عنها.

2- تراكيب وأقرباذينات لعلاج البواسير .

قسم العلمي التراكيب والأقرباذينات إلى مسكنات و مفتحات وحوابس، فجمع في كتابه مجموعة من التراكيب من الطب القديم و الطب الذي عاصره و سنفصل فيها.

2 - 1-المسكنات:antalgique

وفصل فيها حيث ذكر مسكنات البواسير في الطب القديم والمسكنات التي كانوا يعتمدونها في عصره (الطب الحديث).

ففيما يخص المسكنات فقد نقل من الطب القديم وصفات على أشكال مختلفة نذكر

منها :

- مرهم **onguent** : مأخوذ من سنام الجمل مذاب ومصفى وشمع أبيض قدره بقدر خمسة دراهم يذاب على النار ثم يضاف إليه أوقيتان قنة و قطران درهم ،ماء الكراث مصفى ويغلى حتى يختلط وينزل عن النار ويرفع [94] (و أشار أنه مأخوذ من منهاج الدكان).

- شياف **suppositoire**:

مقل أزرق وشحم الدجاج وسنام الجمل وبزر الكراث مع زيادة أفيون عند اشتداد الألم. [95]نقلا عن التلمساني.

- ضماد **pansement** :

ومسكن في نفس الوقت (يؤخذ بصل يتهري ثم يدهن بسمن البقر حتي يصير مثل الدماغ ثم يفتقر ويوضع علي البواسير الورمة فإنه يسكن جدا وهو من المجربات) [96].وأشار أنه أخذه من صاحب زاد المسير قي علاج البواسير الذي نقله بدوره عن الرازي. كما نبه أن هذه الأدوية لا تستعمل إلا وهي فاترة عند حدوث الألم.

أما المسكنات في الطب الحديث فقد نقل وصفات متعددة منها:

- مرهم onguent:

أفيوني يؤخذ أوقيتان من المرهم البسيط (يتكون من زيت الزيتون وأوقية من الشمع ثم يذاب ويخلط) ونصف درهم من الأفيون المسحوق ويخلط مع بعضهما خلطا جيدا ويوضع على الجروح المؤلمة [97].

- بخار vapeur:

ملين حيث وصفه فقال(تغلي فبضة أو قبضتان من أوراق الخبيزة في مقدار من الماء ويوجه بخارهما إلي الجزء الذي يرد تلينه) [98].

- مراويد vernix:

مسكن يتكون من الزبد الطري ستة دراهم ومن خشب الفلين المحرق درهم الشمع العسلي [99].

- حُقْنَةُ شَرَجِيَّة lavement :

حقنة ملينة تتكون من رطل أو أكثر، رطل و نصف من مغلي الشعير أو مغلى بزر الكتان أو الخبيزة ويضاف عليه أوقية أو أوقيتان من زيت الشيرج أو زيت الزيتون.

2 - 2- المفتحات:

ثم تطرق إلى ما يفتح أفواه العروق حيث أشار إذا متلأت البواسير وألمت ولم يسيل منها دم فينبغي أن تستعمل مجموعة من وصفات لفتحها مثل :ماء البصل ومرارة البقر و دهن الأقحوان و فتيلة من الحنظل كما نبه أن مجموعة من الأطباء نهوا عن استعمال هذه الأدوية المفتحة حيث ربما فتحت الموضع أكثر ما ينبغي بخلاف الطبيعة فإنها تفتحه بقدر ما يحتاج وأكد أنه إذا نفتحت تلقائيا فالكمية من الدم التي تخرج منها تكن طبيعية عكس إذا فتحت بالأدوية فلهذا حذر من استعمالها إلا عند الضرورة القصوى [100].

طلاء vernix :

وذكر عدة طلاءات تفتح البواسير نذكر منها:

طلاء يتكون من بصل أحمر مائلة إلى الطول تقشر وتغمس في الزيت وتحمل في المقعدة [101].

3-2 الحوابس médicament hémostatique :

نقل من الطب القديم مجموعة من التراكيب نذكر منها :

- صفة دواء:

أمليج و بليج و أمليج كل واحد عشرة دراهم قرع محرق ثلاثة دراهم كهربا أربعة دراهم مقل أزرق عشرون درهم ينفع في ماء الكراث [102].

- شيف suppositoire :

اعتبره من الحوابس يتكون من: جُلنار، كندر، صمغ عربي، عفص، أفاقيا بكمية متساوية.

- شراب sirop :

هو أيضا من الحوابس وهو شراب الإنجبار [102].

- فتيلة mèche :

يتكون من كهربا، جُلنار، مقل أزرق، ودم اخوين، ومصطكي، وأفاقيا، و لازورد، وصمغ عربي وأنزروت، من كل واحد مثقال يذب الجميع ويعجن بماء الكراث، وتوضع على خيط، ويستعمل نافع انشاء الله تعالى [103].

- قرص comprimé :

يتكون كذلك من صمغ عربي، و كندر، ودم الأخوين، وأفاقيا، من كل واحد خمسة دراهم، طباشير وبزر بقلة حمقاء، وبزر خشخاش، من كل واحد ثلاثة دراهم، كهربا عشرة دراهم، أفيون درهمن طين مختوم أربعة دراهم، وتعجن بلعاب بزر قطنونا، وتأخذ شكل أقراص كل قرص مقداره مثقال وتستعمل وقد تعجن بعصارة لسان الحمل وماء الورد. [104].

- حب المقل balsmadendron:

يتكون من اهليلج أسود، وبليج وأملج من كل واحد جزء، مقل أزرق وزن الجميع ثم تذب الأدوية وتعجن بماء الكراث ويحبب و يجفف ويستعمل منه درهمان إلى ثلاثة دراهم نافع إنشاء الله تعالى [104].

وبالنسبة للحوابس عند المتأخرين كما وصفها عبد السلام العلمي فهي المعالجة القابضة وهي الواسطة التي إذا استعملت أحدثت في المنسوجات قبضا ودفعت الدم منها إلى الأوعية فذكر منها الماء البارد والجلد [105]. و الأشياء القابضة مثل العفص، و دم الأخوين والورد وخشب الصندل الأحمر ونحو ذلك، فكل هذه الأدوية إذا وضعت على منسوج أحدثت انقباضا و انكماشاً وأشار أنها تستعمل من الباطن في استرخاء للمنسوجات أو من الظاهر.

و ذكر صفة دواء على شكل مسحوق poudre حابس للدم يتكون من: قلفونيا مسحوقة أوقية ومن الصمغ العربي أوقية و نصف ومن فحم الخشب وبعد خلطها جيدا تذر على وسادة أو كبة و توضع على الموضع النابع منه الدم وتحفظ برباط [106].

3- علاج البواسير بالأدوية الحادة:

وقد تطرق العلمي إلى مجموعة من الأدوية الحادة التي تقوم مقام الاستئصال و الكي حيث نقل مجموعة من الأدوية الحادة نذكر منها :

أدوية على شكل ذرورات نقلها عن السمرقندي في كتابه الأسباب والعلامات وهي:

- الديك بريدك
- الزرانيخ (Arsenic)
- القلقند¹¹ (زاج أخضر)

¹¹ الزاج: هو حمض الكبريت، وكان العلماء يسمونه حسب نوعه وتركيزه فالأبيض اسمه القلقديس، والأحمر اسمه السوري نسبة إلى سوريا مصدره، والأصفر اسمه قلقطار، والأخضر اسمه قلقند .

ثم تطرق إلى مكونات وكيفية تحضير الدواء المركب الديك بريذك ونسبها إلى الزهراوي حيث نقلها من منهاج الدكان لصاحبه أبي المنى .

ثم بين بتفصيل طريقة استعمال الدواء الحاد وهي أن ينثر على البواسير حتى تسود وتسقط وفي حالة عدم سقوطها يستعمل الكرنب المسلوق و المطبوخ في السمن والزيت فإن لم تسقط وجب إعادة استعمال الدواء الحاد حتى تسقط البواسير مع استعمال مواد تسكن الألم مثل المغاطس و السمن حيث قال :

قال أبو جمعة التلمساني: " إذا لم ترد أن يكون قطع البواسير بآلة فانثر عليها الدواء الحاد يلقي عليها حتى تسود وتسقط وإذا سودت ولم تسقط فألقي عليها كرنبا مسلوقا مطبوخا في السمن والزيت فإن لم تسقط فعيد عليها الدواء الحاد فإن أوجع اجلس في المياه القابضة واعلم أن السمن نعم المسكن" [107].

كما أشار إلى العلاج بعد القطع بأن تدهن عند سقوطها بدهن ورد محكوك بين رصاصتين [108].

وكان لا يرى ضرورة لإستعمال الأدوات الحادة وحذر منها تفاديا للأعراض الجانبية والمضاعفات الناتج عنها مثل:

- تورم الموضع وعسر البول بفعل انضغاط المثانة.
- نواسير وشقاق.
- عودة البواسير بعد القطع.

و أشار العلمي إلى العلاج بالكي كوسيلة للعلاج في حالة عدم نجاح العلاج بالأدوية.

وذكر طريقة كانت تستعمل في القديم ،عن أبو جمعة التلمساني، الذي قال :إذا كانت البواسير التي في المقعدة مزمنة سواء كانت كثيرة أو واحدة وكانت من أخلاط باردة أو رطوبات فاسدة وعولجت بالأدوية ولم تنفع فكو العليل ثلاث كيات في خرز الظهر تحت المنزر مثلثة وكية تحت السرة بمثل أصبعين وكية على المعدة وقد يحتاج إلى كية فوق

الكبد وأخرى على الطحال واترك الكي زمنا طويلا حتى يبرأ [109]. والإشارة فهذه الطريقة وصفها الزهراوي في باب الكي في كتابه التعريف لمن عجز عن التأليف [110]. واختتم مؤلفه بتعريف ما سماه برياح البواسير: ووصفها بأنها ريح غليظة عسرة التحليل تحرك وجع مثل وجع القولنج وتصعد مرة وتنزل أخرى إلى الخصيتين والقضيب [111].



صورة رقم 26 : الكي بالحديد

.

الفصل الرابع

مرض البواسير

بين

ابن سينا

وعبد السلام العلمي

ونتائج الطب الحديث

بعد أن استعرضنا في الفصول السابقة، كل ما يتعلق بمرض البواسير من حيث المفهوم والتشخيص، و العلاج، عبر استطلاعنا لأخر معطيات الطب الحديث، واستنتاجنا لكتاب القانون لابن سينا والبدر المنير في علاج البواسير للعلمي، سنركز في هذا الفصل على مقارنة المقاربات الثلاث السالفة الذكر، لاستنتاج أوجه التوافق والاختلاف بينها.

I - في مفهوم المرض وتشخيصه.

1-1/ التعريف:

لم يحدد ابن سينا تعريفا لمرض البواسير في الفصل الذي عنوانه ب "فصل في البواسير" ولكن نجده قد تطرق لتعريف البواسير بصفة عامة في فصل آخر بمؤلفه القانون سماه "فصل في البواسير والأربيان في الأنف" حيث عرفها بأنها لحوم زائدة تنبت [112].

ويلاحظ أن البواسير لم تكن تطلق بشكل خاص على البواسير الشرجية، وإنما كانت تطلق عموما على كل زيادة لحمية في أي موضع كانت. وهذا هو مذهب الأنطاكي في كتابه نزهة الأذهان في إصلاح الأبدان؛ حيث عرفها بأنها زيادات تكون في الأماكن الرطبة كالأنف ومآق العين cantus والمقعدة سببها غالبا سوداوي [113].

بينما أضاف العلمي إلى ذلك، كون هذه الزيادة اللحمية تنبت من أفواه العروق التي في المقعدة، وهذا التعريف أكثر تدقيقا من سابقه بالمقارنة مع معطيات العلم الحديث. من هنا إذن يتضح أن البواسير كانت في مفهومهم عبارة عن ورم حميد، في حين يحددها الطب الحديث على أنها بنية تشريحية وعائية خاصة تنتشر بداخل الأنسجة الداعمة ومحاطة بالمَصْرَّة الشرجية. توجد بشكل طبيعي منذ الحياة الجنينية وهي موجودة منذ الولادة وذات طابع ثابت وقار عند البالغين وفي حالة توسعها تظهر أعراض المرض.

1-2 / الفيزيولوجيا المرضية:

اتفقا ابن سينا وعبد السلام العلمي على أن مرض البواسير يتولد من السوداء أو دم سوداوي في الغالب وأشار ابن سينا أنها نذرا ما تتولد من البلغم ومنه فإن العالمين اعتمدا على نظرية الأخلاط *théorie des humeurs* في شرح وفهم آلية حدوث

الأمراض ، وهي نظرية تفيد على أن الجسم يحتوى على أربع مكونات وهي الدم sang - البلغم phlegme - الصفراء bile- والسوداء atrabile وتقول أن الإنسان يتمتع بالصحة الكاملة إذا امتزجت هذه العناصر بنسبها الصحيحة، أما في حالات المرض أو الموت فينقص بعضها أو يزيد أو يفسد، كما تقول إن هذه الأخلاط تتأثر بالجو والطعام ومزاج الفرد واختلاف محيطه [114]. وللإشارة فنظرية الأخلاط هي أول نظرية علمية طبيعية في الطب وضع أسسها أبقرات Hippocrate ، والذي كان يفسر مرض البواسير بأنه يتولد من الصفراء أو البلغم الذي يتجمع في عروق المستقيم، مما يؤدي إلى ارتفاع حرارة الدم في الأوردة. هذه الأخيرة، تجذب الأوردة المجاورة لها، ويشكل الدم الممتلئ فيها ورم في المستقيم". [115]

من خلال هاته المعطيات يتبين أن الفيزيولوجيا المرضية للمرض عند ابن سينا كما عند عبد السلام العلمي كانت قائمة على الأسس الفلسفية والطبيعية التي قام عليها الطب اليوناني، التي تبقي مغايرة تماما لما وصل إليه الطب الحديث في شرح الفيزيولوجيا المرضية لمرض البواسير، كما أن الأطباء اليونانيين أنفسهم لم يغيروا من أسس علومهم الطبية على مدى القرون البعيدة التي خلت، بعد أبقرات وقد استقل العرب والمسلمون بخبرتهم وتجاربهم فيما بعد، وإن ظلوا داخل الإطار الفلسفي العام الذي وضعه اليونان [116].

ويظهر هذا جليا في تعدادهما لأنواع البواسير حيث وصفا كل من ابن سينا والعلمي عدة أنواع تختلف حسب شكلها وخطورتها و تموضعها وهذا المعيار الأخير هو المعتمد في التصنيف الحديث؛ إما بواسير داخلية أو خارجية. وذلك بالاعتماد على معلم repère تشريحي نسيجي (الخط المسنن).

3-1/ أعراض المرض.

ومن حيث تشخيص المرض لخص ابن سينا في وصفه لأنواع البواسير بأعراض تتمثل في النزيف والانتفاخ وقد تكون بدون نزيف (صم) أحيانا وبالإضافة إل ذلك أشار إلى أن لون مريض البواسير يكون أصفر إلى أخضر غير موضحا العلاقة بين لون المريض و البواسير، حيث لا توجد علاقة بين لون المريض و البواسير إلا إذا كان هناك

نزيف كثير أدى إلى فقر دم وبالتالي تغير لون المريض نسبياً، وذكر بأن كثير من مرضى البواسير يصابون بالرعاف وأن هذا الرعاف يؤدي إلى شفائهم من البواسير. وربما كان يقصد بأن الرعاف يقلل من ضغط الدم بالجسم وبالتالي يقلل ضغط الدم في الأوعية الدموية الباسورية ويقلل الإصابة بهذا المرض، وهذه العلاقة بين الرعاف والبواسير لا يتبناها العلم الحديث.

و فيما يخص التشخيص التفريقي: نبه ابن سينا لضرورة التمييز بين مرض البواسير وقروح المستقيم دون أن يذكر أوجه الاختلاف بينهما. بينما وصف عبد السلام العلمي دم البواسير وصفا دقيقا موضحا أنه يكون أثناء التغوط ويكون قبل البراز مماسا لسطحه أو منعزلا عنه ويميزه عن دم الكبد الذي يكون بعد البراز ولونه أحمر عديم الرائحة و دم الأمعاء الذي يكون بعد البراز ولونه أحمر فاتح غير خالص حيث شبهه بالماء الذي يغسل به اللحم (غسالة اللحم). ويبدو أن عبد السلام العلمي أولى عناية للتشخيص التفريقي وهذا يعتبر تطور ملحوظ في منهج التشخيص المرض حيث يعتبر أحد ركائز التشخيص في الطب الحديث ولكن فيما يخص تميزه لدم البواسير عن دم الكبد فهو بعيد بالنظر لمعطيات الطب الحديث الذي يعزي أسباب النزف المستقيم إلى البواسير وغيرها (سرطان وأورم المستقيم) دون الكبد فهي نادرا ما تكون مسؤولة عن النزف المستقيم.

بالإضافة إلى ذلك فقد وضح العلمي أن دم البواسير يجمد ويتجلط و إذا انفتحت العروق فهو يؤدي إلى نزيف حاد وإذا اشتد خروجه ظهرت علامات مرافقة : كيباض الشفا السفلى وصفرة البدن و الخفقان palpitation وهي علامات متلازمة فقر الدم syndrome anémique. في حين لم يذكر ابن سينا سبب لون مرضى البواسير، ومن تم كان العلمي أكثر تفسيراً للتطور المرض ومضاعفاته.

واتفق كل من ابن سينا و عبد السلام العلمي على أن دم البواسير دم علة وفساد وأن خروجه أفضل من احتباسه وبقائه في الجسم، بل إن احتباس دم البواسير عندهما يؤدي إلى عدة أمراض. كما شبها فائدة خروجه بدم الطمث عند النساء بل أكد ابن سينا بأن دم

البواسير إذا خرج مع الطمث تستفيد منه المرأة، وأوصى باستعمال طرق اصطناعية لإخراجه. وهذا غير واضح؛ فلا علاقة بين دم البواسير والطمث، كما أن قولهما باستفادة المريض بخروج دم البواسير غير مفهوم، فمعطيات ونتائج الطب الحديث تجمع على أن خروج دم البواسير مشكلة صحية تتطلب العلاج. وهذه الفكرة أيضا مقتبسة من الطب اليوناني القديم حيث كان يعتقد جالينوس Galien أن البواسير لها وظيفة تطهيرية *épuratrice*، وأمان من عدة أمراض كنقرس *goutte* و التهاب المفاصل *arthrose* [115]. ورغم ذلك فلم يتقيدا كلياً بأراء جالينوس و نصائح ابقراط ، حيث أكدوا في حالة الطوارئ إلى ضرورة إيقاف نزيف البواسير خصوصا إذا ظهرت علامات ضعف عند المرض وانتهكت قوته وأفرط خروج الدم، وهذا يدل على حس الحذر وحسن التدبير عندهما.

II - العلاج

لو حاولنا المقارنة بين أسلوب علاج الأطباء العرب في معالجة مرض البواسير، وما نقوم به في الطب الحديث، لوجدنا أن الفلسفة لازالت واحدة لم تتغير، رغم الاختلاف في التفاصيل والجزئيات والذي يرتبط بالتطور الاقتصادي والتكنولوجي حيث أننا اليوم نستهل علاج البواسير بمجموعة من التدابير الغير الدوائية من حمية غذائية ووسائل وسلوكيات وقائية وأدوية لتخفيف ألم المريض ووقايته من الإصابة بهي مرة أخرى وفي المراحل المتطور من المرض يتم اللجوء إلا وسائل أكثر جور من وسائل أدواتية وجراحة.

إن أساليب علاج مرض البواسير في الطب العربي الإسلامي عامة وعند ابن سينا والعلمي خاصة في جملتها تبين سعة إدراك الأطباء العرب أهمية ومشكلة التي يطرحها هذا المرض، سوف نحاول هنا الإحاطة بشكل مفصل وشامل بهذه الأساليب.

2-1/العلاج غير الدوائي:

1 - تحديد تغذية المصابين بالبواسير:

لقد كان الأطباء العرب كزملائهم أطباء اليوم ، شديدي العناية بالغذاء، ولهم في ذلك أقوال طريفة، يقول الرازي «تغذية العليل ، وتطبيبه وسروره ، والميل مع شهواته تزيد في القوة "» ويقول : «مل إلى ما يشتهيهِ العليل في تغذيته أدنى ميل ، ولو كان ردياً ، وأعطه منه الشيء اليسير ، ولاسيما إذا كان ساقط القوة أو ضعيف الشهوة» [117].

ومن الأقول المأثورة في تدبير الغذاء لابن سينا"احذروا البطنة فإن أكثر العلل إنما يتولد من فضول الطعام". وحدد غذاءً خاصاً لمرضى البواسير، في فصل سماه تغذية المبسورين حيث أوصى فيه بتجنب اللحوم ومشتقات اللبن والتوابل، بينما نصح بتناول الأغذية التي تسرع الهضم، في حين نصح العلمي بالأغذية التي تؤدي إلى نقاوة الدم واعتداله في المقدار و أن تكون مليئة الطبع. والملاحظ أن النظام الغذائي الذي اقترحه ابن سينا لا يختلف كثيراً عن ما هو مقترح في الطب الحديث الذي يعتمد على تناول الأغذية

الغنية بالألياف الغذائية، لتجنب الإمساك الذي يعتبر من الأسباب الرئيسية لمرض البواسير وينصح بتجنب الأغذية المتضمنة للغازات والتوابل.

وموضوع علاقة التوابل بمرض البواسير عرف تعدد الأفكار والآراء واختلافها إلى حد التضارب. فدور التوابل الذي ذكره ابن سينا منذ أمد طويل ودعي إلى تجنب الأغذية الغنية بها عند مرضى البواسير، نوقش في الأبحاث و الدراسات المعاصرة حيث بينت أن هناك ارتباطا بين استهلاك التوابل وظهور أعراض مرض البواسير [119,118] وأيضا التحقيق الذي قام به بيجوت وال **Pigot et AL** بين فيه أن الاختطار النسبي **risque relatif** بين تناول التوابل و ظهور النوبة الباسورية في الأسبوعين التاليين لتناول التوابل قدرت ب 4.95 بالنسبة للمتطوعين [118]. ومن جهة أخرى في اختبار ايطالي تمت فيه المقارنة بين كبسولة تحتوي على 10 ملجمرات (g m) من الفلفل الحار مع دواء وهمي placebo عند مجموعتين متكونتين من 50 شخص . فلم تختلف أعراض البواسير بين المجموعة التي أخذت الكبسولة التي تحتوي على الفلفل الحار والمجموعة التي أخذت الدواء الوهمي.

من جهة أخرى، فقد اتفق ابن سينا والعلمي على ضرورة استخدام الأغذية الملينة ، والتي تسرع الهضم بل أشار ابن سينا بصريح العبارة بأن صلابة البراز تؤذي البواسير. و الجدير بالذكر أن دور الإمساك في ظهور البواسير أكدته الدراسات الوبائية الحديثة؛ حيث بينت أن خطر الإصابة بنوبة البواسير يتضاعف بأربعة مرات بعد الإمساك [120]. وهذا يبرز بجلاء الدقة الأطباء المسلمين في تحديد أسباب مرض البواسير، وهذا التدقيق يرجع بالأساس إلى عامل التجربة والممارسة الميدانية التي كان يمتاز بها أطباؤنا المسلمون.

2 - العلاج النفسي:

لقد تنبه الأطباء العرب والمسلمون منذ أمد بعيد إلى العلاقة التفاعلية الوثيقة بين الجسد والمؤثرات النفسية، فطبقوا ذلك على مرضاهم وفي ذلك يقول الرازي : «ينبغي على

الطبيب أن يوهم المريض أبداً الصحة ويرجيه لها وإن كان غير واثق بذلك ، فمزاج الجسم تابع لأخلاق النفس» [121].

وكلمة (يوهم) هنا مساوية لمدلول كلمة (الإيحاء النفسي) أما كلمة (المزاج) تعني في المفهوم الطبي الحديث (التفاعلات الكيميائية الحياتية في الجسم) وأما كلمة (أخلاق) فتعني بالمفهوم الحديث (الانفعالات النفسية) [122].

وهذا المبدأ نفسه سار عليه العلمي في علاج البواسير حيث يقول « ومما ينبغي لأصحاب هذه العلة الأئس بالأخلاء والندماء والاستماع للصوت الحسن والحديث الطيب والنوم على الفراش الوطي». وهذه الوسائل الترفيحية الاجتماعية التي ذكرها العلمي مارسها الأطباء العرب والمسلمون قبله في معالجة الأمراض المزمنة. وفي مقدمتهم ابن سينا، الذي يقول: «ومن مسكنات الأوجاع المشي الرقيق الطويل الزمان ... والغناء الطيب خصوصاً إذا نوم به والتشاغل بما يفرح مسكن قوي للموجع » [123].

3 - التدابير الوقائية:

قدم عبد السلام العلمي مجموعة من النصائح للمصابين بالبواسير حيث يقول: " ومما ينبغي أن يتوقي أصحاب هذه العلة الجلوس على المواضع الشديدة البرد وطول القيام وإتاعاب الظهر والخاصرة والقدمين والفكر الكثير والسهر فإن ذلك كله يفسد الدم ويحرقه ويجب على أصحاب هذه العلة تجنب الاستنجا بغير الماء الحار والحذر من مباشرة المحل بماء بارد ولوفي زمان الصيف كذا قالوا، وعندي كان الماء الساخن المعتدل الحرارة لأن الحار يجذب الدم للمقعدة فيكثر الوجع والنزف" وهذه النصائح تندرج ضمن مناهج الطب الوقائي التي يركز عليها الطب الحديث للوقاية من الأمراض.

4 - المغاطس:

ومن الوسائل العلاجية التي اقترحها ابن سينا والعلمي، المغاطس الدافئة ، يقول العلمي: " وإما ما يسكن وجعها فعند الروم إذا كان ألم الباسور شديداً أو حرارته زائدة

يلطفان بالأبزي يعني المغطس والتهابيل المليئة يعني بخار الماء الطبي". وقد أدرجها ابن سينا كذلك ضمن مسكنات ألم البواسير.

وهذه المغاطس لازالت تستعمل كعلاج موضعي في الطب المعاصر، على الرغم من عدم إثبات أو نفي فعاليتها في العلاج بحجج علمية، مما يثير مجالا للبحث والدراسة في هذا الموضوع.

5- العلاج بالتبريد:

اعتبار العلمي الماء البارد أو الجليد من حواسب نزف البواسير التي استعملت في عصره ولم يشر إليها ابن سينا في علاج البواسير لكن نجده قد تطرق إليها في موضع آخر. حيث يذكر بأن للثلج والماء البارد خاصية في تخدير الآلام فيقول: « ماء الثلج يسكن وجع الأسنان الحارة ». وفي موضع آخر يقول: « والمخدرات أقواها الأفيون ... » إلى أن يقول: (ومن هذه الجملة الثلج والماء البارد) [124] و هذه الوسيلة العلاجية لازالت تستعمل في علاج البواسير وذلك بأجهزة متطورة (cryotherapie).

2-2/العلاج الدوائي لمرض البواسير

بصورة عامة كانت الأدوية التي استعملها ابن سينا والعلمي، إما نباتية أو حيوانية أو معدنية، حيث قسمها باعتبار طريقة عملها وشكلها الدوائي كما تطرقنا لذلك في هذا البحث وكان وصفهما لهذه الأدوية يتم وفق قواعد وتدابير محددة هي:

— وصف الدواء بمقادير محددة بدقة :

- الدرهم 1Dirham = 3.088 جرام (g).
- المتقال 1milthqal = 4.25 جرام.
- الأوقية 1once = 28.35 جرام.
- الرطل 1livre = 454 جرام.

— استعمال الدواء المفرد قبل المركب.

— التنبيه للأعراض الجانبية للدواء.

— التنبيه لدواعي وموانع الاستعمال.

— استعمال الدواء المجرب (من التجربات).

والملاحظ أن الأدوية التي وصفها ابن سينا والعلمي على أنها مسكنات بمختلف أشكالها (مرهم شيايف ضماد حقن)، تتكون من مادتين أساسيتين؛ مادة ملينة (كالشمع والشحم) ومادة مسكنة (الأفيون). واستعمالهم للمواد الملينة في الأدوية، يبرز اعتقادهم بدور صلابة البراز في ألم البواسير. كما أن مادة الأفيون تتكون من مورفين Morphine وكودائين Codaine و ثيابين Thebaine وخشخاش Papavarine و ناركوتين Narcatin ولودنين Loudinin ويستعمل في الطب مخدراً ومسكناً للآلام [125] وهذا المبدأ هو المعتمد في وصفات الطب الحديث من مراهم و كريمات و تحاميل (شيايف) التي تحتوي على مواد ملينة ومسكنة.

هذا على مستوى المكونات، أما من حيث الشكل الصيدلاني، فأغلب الأدوية الموصوفة كانت عبارة عن مراهم شيايف ضماد وحقن والبخور. وهذه الأشكال هي المتداولة حالياً باستثناء البخور.

وبالإضافة إلى ذلك فوصفهم للمفتحات كان من أجل تخفيف ألم البواسير الناتج عن الدم المحتبس لإستفراغه. والمعلوم أن أغلب الأم الشرجية في مرض البواسير ناتجة عن تخثر الدم واحتباسه وعلاجه حالياً هو شق البواسير واستخراج الخثار. فلا ربما كان يقصد كل من ابن سينا والعلمي بالبواسير الصم التي لا تنزف بالبواسير المتخثرة. والملاحظ في تدبير استعمال هذه الأدوية أن ابن سينا قد أشار إلى الفصد قبل استعمالها بينما العلمي لم يشر إليه بل نبه عن استعمال هذه الأدوية تجنباً لإثارها الجانبية حيث يقول "وقد نهى بعض حذاق الأطباء عن استعمال هذه الأدوية المفتحة إذا ربما فتحت الموضع بأكثر ما ينبغي بخلاف الطبيعة" ولا تستعمل إلا في الضرورة القصوى.

2-3/ العلاج الجراحي للبواسير

شمل العلاج الجراحي لمرضى البواسير لدى الأطباء العرب والمسلمين ثلاث وسائل هي الفصد والحجامة والكي بالإضافة إلى القطع بالحديد وهو ما يقابل العمليات الجراحية في القاموس الطبي المعاصر. وقد استخدم ابن سينا هذه الوسائل في العلاج الجراحي لمرض البواسير، في حين اقتصر العلمي على الكي والقطع بالحديد، وغيب الحجامة و الفصد، رغم إشارته لهما في كتابه في إطار مقارنته بين طب عصره والطب القديم. وهذه الوسائل منها ما يزال مبدأ من مبادئ الجراحة في الطب الحديث كالكي والقطع، ومنها ما تم تجاوزه كالفصد والحجامة.

1 – الفصد Saignée :

كان الفصد معروفاً عند اليونانيين وربما قبلهم لدى البابليين . وقد شاع استعماله لدى الأطباء العرب . والفصد عبارة عن عمل قطع وقتي في أحد الأوردة ليهدر قدر من الدم . ولاحتمال وقوع المخاطر منه وضعت له شروط منها حالة المريض فهي قلما كانت تستعمل للأطفال والمسنين والحوامل .

وقد ذكر ابن سينا الفصد قبل الشروع في استئصال البواسير. بينما العلمي لم يذكر الفصد في الطريقة الجراحية التي كانت في عصره. وإذا كان الفصد يريح البعض من المرضى المصابين بضغط الدم إلا أنه في الطب الحديث أصبح من الأمور الواجب تجنبه لما يشكل من أخطار على المريض .

2 – الحجامة incisiotherapie :

يعتبر العلاج باستخدام الحجامة Cuppingtherapy من أكثر الطرق العلاجية قدماً؛ حيث استخدمت من قبل مختلف الشعوب القديمة وعلى نطاق واسع. فقد استخدمها الآشوريون منذ عام 3300 ق.م. وتدل النقوش الموجودة على المقابر الفرعونية علي أن الفراعنة استخدموا الحجامة لعلاج بعض أمراضهم منذ عام 2200 ق.م. أما في الصين فإن الحجامة مع الإبر الصينية تعتبران أهم ركائز الطب الصيني التقليدي حتى الآن، وكذلك

استخدمها الأطباء الإغريق ووصفوا طرق استخداماتها واستطبابتها. وقد عرف العرب القدماء الحجامه، ربما تأثراً بالمجتمعات المحيطة بهم.

والحِجَامَةُ : لغةً تعني المَصّ ، وفي الاصطلاح تعني إخراج الدم من الجسم بتشريط الجلد ، وبهذا تختلف الحجامه عن الفصادة التي تجرى بشق الأوعية الدموية واستنزاف الدم منها.

وقد ذكر ابن سينا الحجامه إلى جانب الفصد في مقدمة العلاج الجراحي، لكن الملاحظ أن الحجامه حتى الآن لم تدخل في الكتب المدرسية الطبية الحديثة كطريقة علاجية يمكن لها أن تشفي بعض الأمراض ومنها مرض البواسير، وبقيت حبيسة الطب البديل. ولم نصل لدراسات تثبت فعاليتها في علاج البواسير وفق المعايير العلمية الحديثة. ومما ينبغي ملاحظته، أن عدم ذكر العلمي للفصد والحجامه، يشكل تأريخا للتراجع عن استعمالهما في العلاج البواسير؛ وذلك لأثار الجانبية التي قد تنتج عنهما.

3 - الكي بالأدوية الكيميائية (الأدوية الحادة) :

الكي من الأساليب العلاجية التي لا غنى عنها اليوم في كافة التخصصات الجراحية وإن كنا نستخدم آلات معقدة لتحقيق ذلك. وقد استخدم الأطباء العرب والمسلمين الكي لأغراض طبية مختلفة في معالجة من الأمراض من بينها البواسير كواسطة لقطع النزيف عند استئصالها و كعلاج لهذا المرض. وكان استعمال ابن سينا والعلمي الكي من خلال استعمال بعض الأدوية الكيميائية ذات خاصية كاوية تقوم مقام الكي.

اعتبر ابن سينا و العلمي الأدوية الحادة علاج بديل يقوم مقام القطع والكي (الكي بالحديد). ونبه ابن سينا إلى ألم هذه الأدوية ووجه إلى استعمال المسكنات، ونفس الشيء أكده العلمي وأضاف إلى ذلك الأثار الجانبية الناجمة عنها (عسر البول/ وتورم الموضع).

4 - الطرق الجراحية:

استعمال كل ابن سينا والعلمي طريقتين جراحيتين لاستئصال البواسير:

- طريقة تعتمد علي ربط (خزم)البواسير بواسطة خيط(أبرسيم،كتان، شعر).وهناك بعض الإختلافات الجزئية في التفاصيل حيث ابن سينا بين أن الباسور صغير يشد من أصله والكبير من منتصفه بينما العلمي لم يميز بين حجم البواسير و ذكر أن بعض الأطباء يقومون بحل الخيط بعد يوم وليلة ثم يشد أقوى من الأول ويفعل هكذا إلى أن يقطع الباسور. ورغم هذا الاختلاف في الجزئية إلا أن المبدأ واحد والذي يمكن مقارنته في الطب الحديث بمبدأ الربط بالشريط المطاطي الذي يهدف إلى خنق البواسير وإحداث نخر إقفاري للبواسير.
- الطريقة الثانية وهي القطع أي استئصال الباسور بالقطع بواسطة مقراض كما ذكره العلمي، ولا يجد اختلاف بينهما في تدبير استئصال الباسور حيث أشار كلاهما أن في حالة البواسير الداخلية يقلب الشرج بالمحاجم. وضرورة إتباع وصية أبقرط بعدم قطع البواسير دفعة واحدة بل ترك باسور واحد على أقل(لحماية من أمراض)، وهذا المعطى لا يتفق مع معطيات الطب الحديث.

5- العلاج ما بعد الجراحة:

أعطى ابن سينا عدة طرق للعلاج بعد الجراحة المتضمنة في ضمادات ومغاطس وأدوية خاصة لأوجاع المقعدة من البواسير، وأمر بتلين البطن وأشار إلى علاج احتباس البول إن وقع بعد العمل الجراحي . وهذه التدابير هي التي ينصح باستعمالها في الطب الحديث بعد العمل الجراحي، ولقد غفل العلمي عن ذكر هذه التدابير في كتابه البدر المنير.

ومما سبق يمكن أن نخلص أن التدابير العلاجية في علاج البواسير لابن سينا والعلمي فيما يلي.

يقوم منهج ابن سينا في العلاج على التدرج عبر ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى:

- الفصد: لإصلاح البدن واستفراغ دمه الرديء.
- الحجامة: وتتمثل بحجامة ما بين الوركين لاستفراغ الأخلاط السوداء.
- علاج الطحال والكبد إن وجب ذلك لما يتولد فيهما من الدم الرديء.

المرحلة الثانية:

- البواسير التي ليس فيها وجع ولا ورم ولا انتفاخ، لا داعي لعلاجها خوفاً من الآثار الجانبية كتولد البواسير أو الشقاق.
- إعطاء المليينات، لأن صلابة البراز سوف تؤذي البواسير، وأجودها هي المليينات التي تعالج في نفس الوقت البواسير كحب المقل، حب الفيلزهرج وحب الدادي.
- تفتيح البواسير الصم وتسيل دمها إلى أن يقل حجمها أو خروج الدم الأحمر الصافي منها الذي ليس فيه سواد.

المرحلة الثالثة:

- و هي اللجوء إلى الجراحة بقطع البواسير أو تجفيفها وإحراقها بالأدوية الحادة.
- أما العلمي فيقوم منهجه على ربط دواعي العلاج بأعراض وتطور المرض:
- فإذا كان يخرج منها الدم بمقدار مناسب (كمية لا تؤثر على صحة المريض) وفي أوقات محددة فهو لا يرى ضرورة لعلاجها.
- أما إذا قل الدم وانقطع فلا بد من تحفيزه حتى يخرج مرة أخرى، عن طريق وصفات توضع على الورم..
- أما إذا كانت مؤلمة وكان الدم الخارج منها غزيراً، فتلطف بالحمية والأشربة.
- وإذا كان المريض مصاباً بالاستسقاء أو الحمى فلا بد من الاجتهاد في إيقاف النزيف باستعمال القوابض وأغذية خاصة ومستحضرات حديدية. وكذلك الأمر إذا كان الدم غزيراً.
- وفي حالة اشتداد الألم وصار غير مطاق ولم تنجح تلك الوصفات العلاجية فيرى ضرورة استئصالها بالقطع.
- و يمكن استخلاص مجموعة من الملاحظات انطلاقاً من المقارنة بين المنهجين:
- كلا العالمين أكدا عدم معالجة البواسير إذا لم تكون أعراض.
- انفرد ابن سينا بذكر الفصد والحجامة وعلاج الطحال والكبد.
- كلا العالمين لجأ إلى العلاج المحافظ بمختلف وسائله.

- كلا العالمين لجأ إلى الجراحة عند فشل العلاج المحافظ.
 - حذر العلمي من حرق البواسير بالأدوية الحادة لإثارة الجانبيه الناجمة عنها.
 - أما الأدوية فلم يختلف العالمين في أقسامها وأشكالها، حيث قسمها حسب عملها أو شكلها، وفي الأخير أشارا لمجموعة من الأدوية المركبة (الأقرذيينات).
- وفيما يخص الجراحة فقد سبق أن بينا أنها مرحلة أخيرة من مراحل العلاج، وقد تميز ابن سينا بتفصيل طرق الجراحة المختلفة؛ بين الخزم والقطع والأدوية الحادة. وهي نفس الأنواع التي ذكرها العلمي مع اختلاف في بعض الجزئيات، وقد سبقت الإشارة إليها في ثنايا هذا البحث .
- فمن حيث المنهج العلاجي فلا يختلف كثيرا عن ما هو متعارف عليه في الطب الحديث، في حين يلاحظ اختلاف واضح في مفهوم المرض والفيزيولوجيا المرضية التي كانت تعريف الكثير من الغموض في الإطار الفلسفي والمعتقدات التي وضعها الأطباء اليونان.

خاتمة:

في ختام هذا البحث الذي حاولنا من خلاله تسليط الضوء على جانب من جوانب تاريخ الطب الإسلامي والمغربي خاصة، عبر الاطلاع على منهج الأطباء العرب والمسلمين في فهم وتشخيص الأمراض و التدابير العلاجية التي اتخذوها لعلاجها، وحيث أن تناول جميع الأمراض التي بحثوها يعد أمرا مستعصيا، فقد تم التركيز على مرض البواسير كمثال، كما أن حصر ما قام به المسلمون من إسهامات في هذا الموضوع أمر ليس بالسهل.

ولكن حسبنا في هذا البحث أننا قمنا بمحاولة من المحاولات الرامية إلى فتح الباب أمام الباحثين بمختلف تخصصاتهم العلمية والطبية على وجه الخصوص، لإعادة قراءة التراث قراءة متجردة ومخلصة تستهدف كشف الحقائق واستخلاص النتائج، التي تؤسس لتطور الحاضر والمستقبل.

وقد خلصنا في بحثنا هذا إلى مجموعة من النتائج و الخلاصات نجملها فيما يلي:

- أن الأطباء العرب والمسلمين ومن ضمنهم ابن سينا والعلمي قدموا أكثر من نقل مفاهيم الطب اليوناني، بل شرعوا في تمحيص هذه المفاهيم بالتجربة واهتموا بتطوير التقنيات والتطبيقات العملية .
- بينت المقارنة بين أسلوب علاج ابن سينا والعلمي في معالجة مرض البواسير، وما نقوم به في الطب الحديث، أن الفلسفة لازالت واحدة لم تتغير، رغم الاختلاف في التفاصيل والجزئيات والذي يرتبط بالتطور الاقتصادي والتكنولوجي حيث أننا اليوم نستهل علاج البواسير بمجموعة من التدابير الغير الدوائية من حمية غذائية ووسائل وسلوكيات وقائية وأدوية لتخفيف ألم المريض وعند عدم نجاح هذا العلاج المحافظ أو في المراحل المتطورة من المرض يتم اللجوء إلا وسائل جائرة من جراحة وما يقوم مقامها.
- الاستناد إلى القيم والمعايير الأخلاقية: ويبرز ذلك في الالتزام بالأمانة العلمية في نقل ونسبة المعطيات العلمية لأصحابها (أبقراط - جالينوس - الروم - الأنطاكي).

- إذا كان ابن سينا غنيا عن التعريف حيث تولت مجموعة من الأبحاث والدراسات إبراز إنجازاته وإسهاماته الطبية، فإن الطبيب المغربي عبد السلام العلمي لم يلقى نفس الاهتمام من طرف الباحثين والمؤرخين على حد سواء، خاصة مع العلم أنه شكل نقطة تحول بين الطب التقليدي والطب الحديث في المغرب، وقد تبين ذلك في كتابه البدر المنير حيث عالج مرض البواسير من زاويتين؛ زاوية الطب القديم وزاوية الطب المعاصر لنهاية القرن التاسع عشر. ويبرز هذا الأمر كذلك من خلال تخليه عن بعض الطرق العلاجية التي ذكرها ابن سينا كالفصد والحجامة وتحذيره من استعمال الكي بالأدوية الحادة.

ختاما نرى أنه من الواجب التفكير الجدي في آليات لاستنطاق الموروث الطبي المغربي، عبر نفض الغبار عن الكتب والمخطوطات التي توجد في ردهات المكتبات، بتوجيه البحث نحو تحقيقها ودراستها تاريخيا وعلميا، وبذل مزيد من الجهد للتعريف بالأطباء المغاربة، وهذا يتوقف على امتلاك وسائل وآليات لعل أهمها اللغة العربية التي يجب إعادة الاعتبار إليها في كليتنا الطبية بحثا وتدريسا، فبواسطتها يمكن استنطاق النصوص التراثية ومد جسور الحوار والتواصل مع تاريخنا، لتحقيق استشراف وانفتاح واع على العالم.

ولعل عملنا هذا يشكل مساهمة متواضعة في هذا الباب، ونسأل الله تعالى الإخلاص والسداد.

ملخصات

ملخص

مرض البواسير مرض شائع جدا ومعروف منذ القدم، لقي اهتماماً واضحاً من طرف الأطباء العرب والمسلمين عبر مرور العصور ومن ضمنهم ابن سينا وعبد السلام العلمي، و ظلت الفيزيولوجيا المرضية لهذا المرض تعرف الكثير من الغموض داخل الإطار الفلسفي العام الذي وضعه الأطباء اليونان ورغم ذلك فلقد استقل الأطباء العرب والمسلمون بخبراتهم وتجاربهم للوصول إلى العلاج الوافي، فصنفوا البواسير إلى داخلية وخارجية، و فطنوا لضرورة علاج الإمساك في مرض البواسير، فاستخدموا مجموعة من الوصفات المصنوعة من الموارد الطبيعية التي كانت تصل إليها أيديهم من نبات، حيوان، معدن، حجر، بخور.

وكان وصفهم لهذه الأدوية يتم وفق قواعد وتدابير علمية، وذلك بوصف الدواء بمقادير محددة بدقة والتنبيه لأعراضه الجانبية وكذا لدواعي الاستعمال وموانعه، واستعمال الأدوية المجربة. مع التزام الأمانة العلمية في نقل ونسبة المعطيات العلمية لأصحابها (أبقراط - جالينوس - الروم - الأنطاكي).

لقد لجأ كل من ابن سينا (360 هـ/ 970 م - 428 هـ/ 1036 م) و عبد السلام العلمي (1246 هـ/ 1830 م - 1323 هـ/ 1905 م) في نهاية المطاف إلى العمل الجراحي في حال فشل العلاج بالأدوية، بيد أن العلمي تخلي عن بعض الطرق العلاجية التي ذكرها ابن سينا كالفصد والحجامة وحذر من استعمال الكي بالأدوية الكيميائية، وهذا راجع للحقبة الزمنية الكبيرة التي تفصل بينهما (9 قرون).

ختاماً نرى أنه من الواجب التفكير الجدي في آليات لاستنطاق الموروث الطبي المغربي، عبر نفض الغبار عن الكتب والمخطوطات التي توجد في ردهات المكتبات، بتوجيه البحث نحو تحقيقها ودراستها تاريخياً وعلمياً، وبذل مزيد من الجهد للتعريف بالأطباء المغاربة، وهذا يتوقف على امتلاك وسائل وآليات لعل أهمها اللغة العربية التي يجب إعادة الاعتبار إليها في كليتنا الطبية بحثاً وتدریسا، فبواسطتها يمكن استنطاق النصوص التراثية ومد جسور الحوار والتواصل مع تاريخنا، لتحقيق استشراف وانفتاح واع على العالم.

Résumé

La pathologie Hémorroïdaires est très fréquente et connue depuis l'antiquité .Elle avait une place prépondérante chez les médecins arabo-musulmans à travers les siècles passés, y compris Ibn Sina et Abdeslam El Alami.

Sa physiopathologie est restée mal connue dans le cadre philosophique général établi par les médecins grecs .Pourtant, les médecins Arabo- musulmans se sont distingués par leur expertise et leurs expériences pour avoir accès à un traitement adéquat, et ils ont différencié les hémorroïdes internes et externes. En outre, ils ont remarqué le rôle de traitement de la constipation dans la pathologie hémorroïdaire, et ils ont utilisé un ensemble de recettes à base de ressources naturelles qui étaient à leur disposition comme les plantes, les animaux, le métal, les pierres et de l'encens.

Ils ont prescrit ces médicaments selon des règles et des mesures scientifiques en indiquant la quantité de chaque composante de ces médicaments avec précision et en mentionnant son indication et contre-indication et ; le plus important, en conseillant l'utilisation des médicaments expérimentés.

Par ailleurs, il faut remarquer la probité scientifique chez Avicenne et El Alami qui ont attribué chaque formule ainsi que les données scientifiques à leurs auteurs (Hippocrate – Galien – Roman –al Antaki).

Chacun de Ibn Sina (360 AH / 970 AD – 428 AH / 1036 AD) et Abdeslam El Alami (1246 AH / 1830– 1323 AH / 1905 AD) ont eu recours

à la chirurgie en cas d'échec de traitement médical, mais Abdeslam El Alami dépassait certaines méthodes thérapeutiques mentionnées par Ibn Sina comme la saignée et l'incisiothérapie (Al hijjama) et avertissait contre la cautérisation par des médicaments chimiques cette évolution est due à la grande ère qui a séparé les deux médecins (9 siècles).

Enfin, il faut penser sérieusement aux outils et aux moyens pour explorer notre patrimoine médicale marocain à travers des études sur les livres et les manuscrits qui se trouvent dans les couloirs des bibliothèques, et de diriger la recherche vers eux historiquement et scientifiquement , et de faire plus d'efforts pour introduire les médecins marocains, en fonction de la possession des moyens et des mécanismes notamment la langue arabe à laquelle il faut donner plus d'importance dans notre faculté ; dans les études et la recherche ; pour interroger et exploiter les textes traditionnels et construire des ponts de dialogue et de communication avec notre histoire afin d'atteindre une ouverture consciente sur le monde.

SUMMARY

The Hemorrhoid disease is very common and known since antiquity. It was given clear importance by Arab–Muslim doctors through out centuries, including Ibn Sina and Abdeslam El Alami.

Its pathophysiology remained poorly understood in the general philosophical framework established by Greek doctors. Nonetheless, the Arab–Muslim doctors individualized by their expertise and experiences to have access to adequate treatment, and have distinguished the internal and external hemorrhoids. They also noticed the role of treatment of constipation in pathology and used a set of recipes made from natural resources they were able to reach such as plant, animal, metal, stone, incense.

The prescription of these drugs was according to rules and scientific measures by describing the specific quantity of these medications accurately and warning the side effects as well as the indications and contraindications; and more importantly, using experimented medicines.

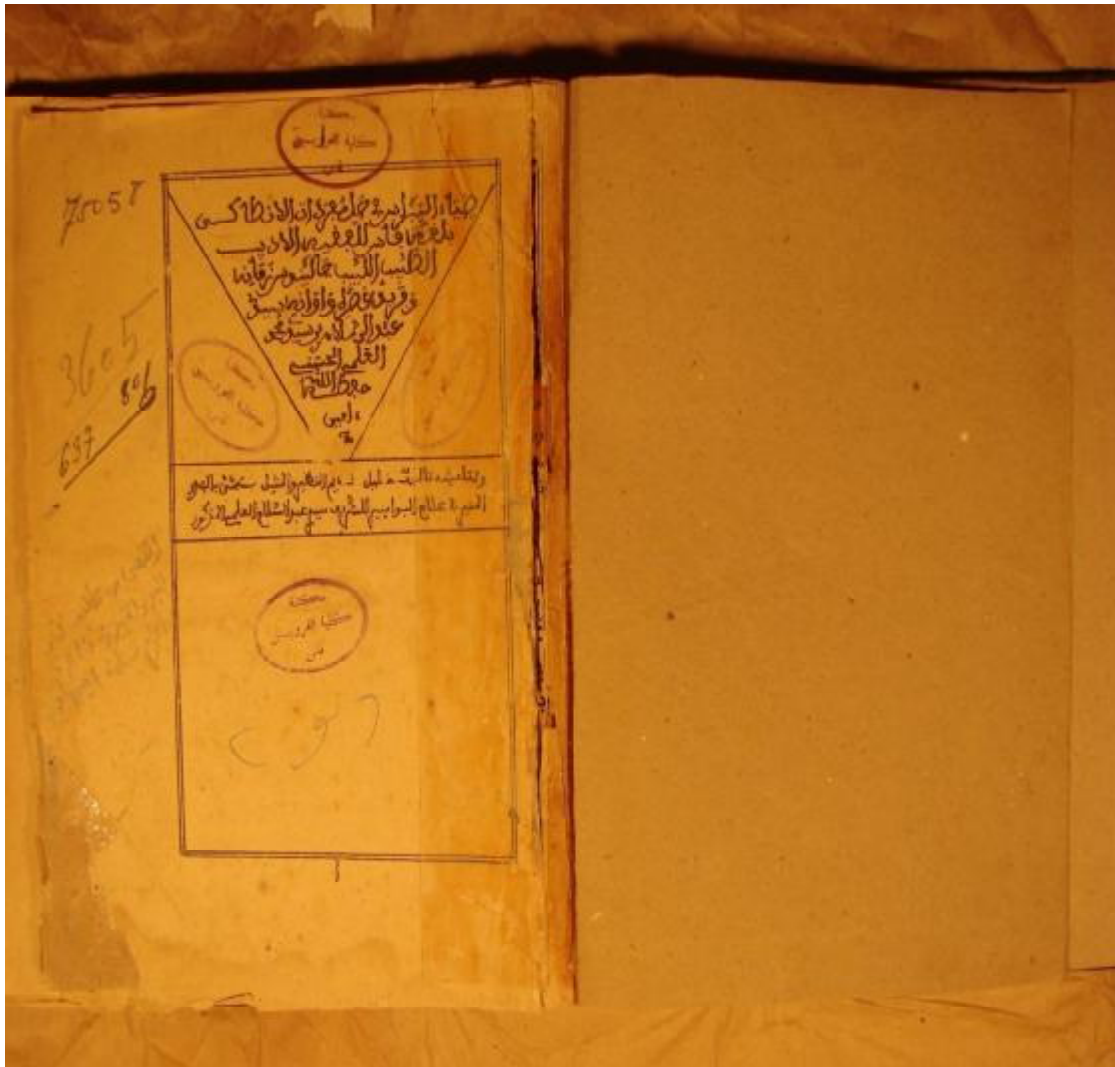
Furthermore we must notice the scientific integrity in Avicenna and El Alami who gave credit and assigned each formula and scientific data to their authors (Hippocrates – Galen – Roman – al Antaki).

each of Ibn Sina (360 AH / 970 AD – 428 AH / 1036 AD) and Abdeslam El Alami (1246 AH / 1830 1323 AH / 1905 AD) had recours to surgery in case drug treatment failed. but Abdeslam El Alami exceeded certain therapeutic methods mentioned by Ibn Sina as bleeding and the cupping therapy and warned against cauterization by chemical medicines, and this is due to the big era (9 centuries) that separated the two doctors.

Finally, we must seriously think about the tools and means to explore our Moroccan heritage through medical studies on books and manuscripts that are in the corridors of libraries, and direct research towards them historically and scientifically, and make more efforts to introduce the Moroccan doctors, depending on the possession of means and mechanisms, notably the Arabic language which must be given more importance in our faculty; in both studies and research; to question the traditional texts and build bridges of dialogue and communication with our history, so that we could reach a conscious openness to the world.

ملحقات

بعض صور كتاب البدر المنير في علاج البواسير



الصفحة الأولى من كتاب ضياء النبراس وبهامشه البدر المنير



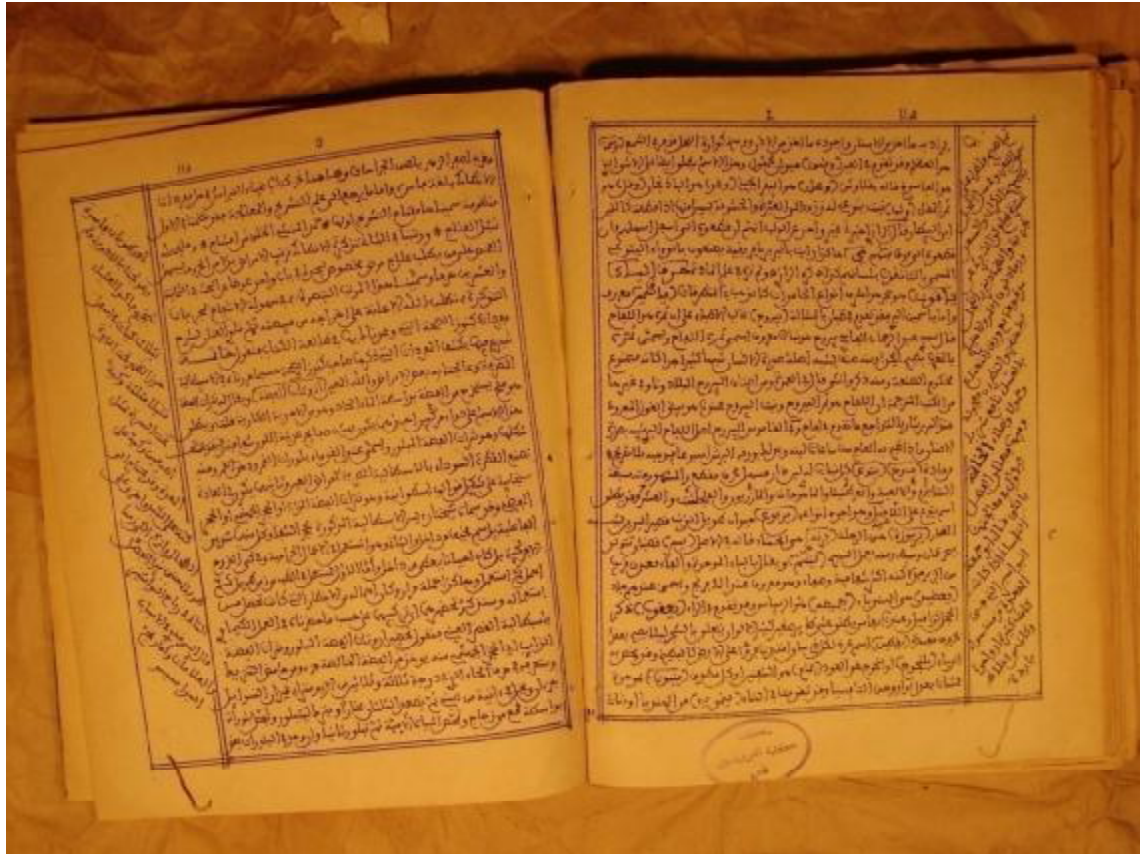
الصفحة الثانية من كتاب ضياء النبرس وبهامشه كتاب البدر المنير



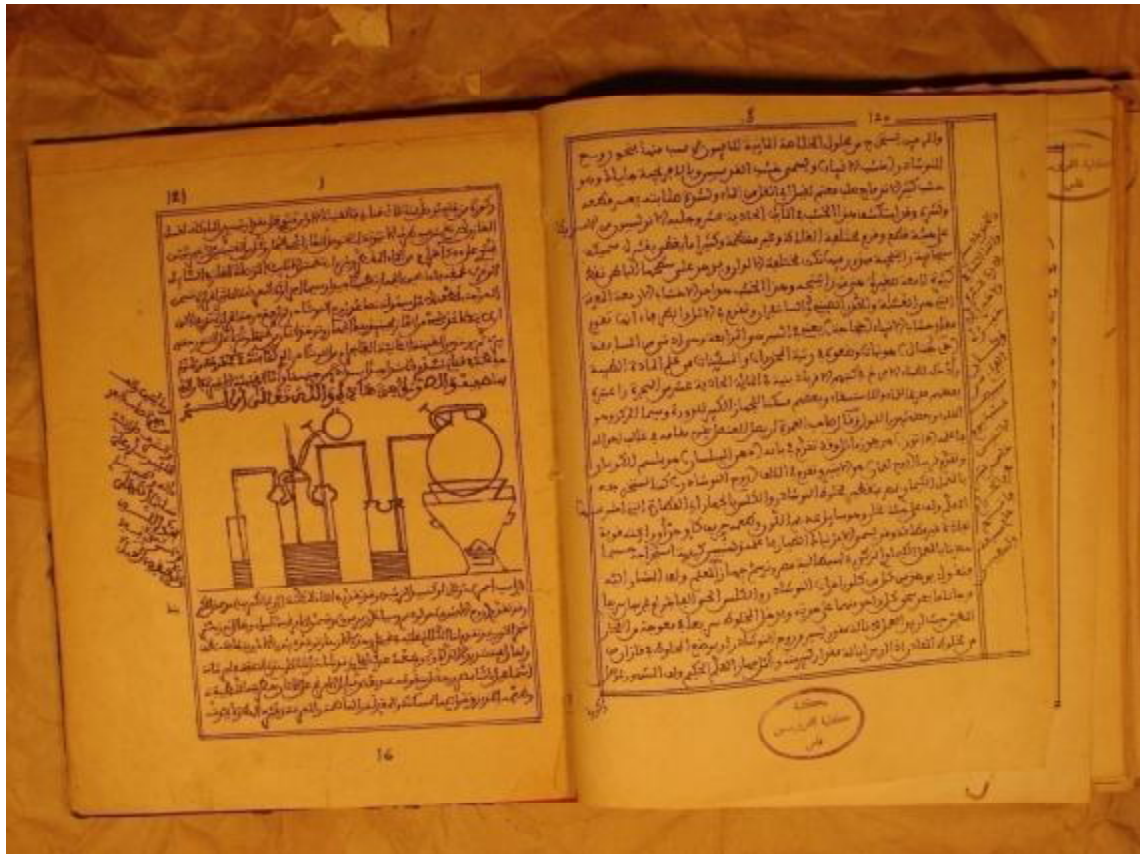
المقالة الأولى من كتاب البدر المنير



المقالة الثانية



الخاتمة



الصفحة الأخيرة

البدر المنير في علاج البواسير

كلمة المؤلف

بسم الله الرحمن الرحيم وصلي الله على سيدنا محمد وآله.

الحمد لله مبرئ المرض بعد حدوث العرض والصلاة والسلام على سيدنا محمد القائل تداووا فإن الذي أنزل الداء أنزل الشفاء وعلي اله و صحبه ومن لأثرهم اقتفي وبعد: فيقول العبد الفقير المعترف بالعجز والتقصير عبد السلام بن محمد بن أحمد الحسني العلمي كان الله له.

قد طلب مني بعض الفضلاء ممن لايمكنني مخالفته أن نضع له تقيدا لطيفا،محتويا على مباحث شريفة تتعلق بالعلة المعروفة بالبواسير.فتلقيت كلامه بالسمع والطاعة على قدر الاستطاعة، وجمعت له هذا التقييد من عدة كتب ووضعته بأعمال الطب الجديد حسب ما حصرنا، في الأسطالية الكبرى بمصر الغامرة، بمراد مولانا المنصور بالله من أحيا العلوم بهمته ونشررحيم الفضائل ظل الله المدود على الأمصار المغربية و المسكوب بالشفقة على الرعية السلطان بن السلطان مولانا الحسن أدام الله أيامه الزاهرة وجمع له من خير الدنيا والآخرة.

ورتبته علي مقدمة ومقالتين وخاتمة.

مقدمة:في ماهية هذه العلة وأقسامها وأسبابها.

المقالة الأولى:فيما يعرف بدم البواسير من غيره، وما ينبغي لصاحب هذه العلة ومعالجتها وفيها فصول أربعة.

الفصل الأول:في العلامات التي يتميز بها دم البواسير من دم الكبد والأمعاء المعروف بدم الأدوار.

الفصل الثاني:في أن دم البواسير دم علة وفساد وان خروجه خير من احتباسه.

الفصل الثالث:فيما ينبغي لصاحب هذه العلة من التحفظ،وفيما فيما يناسبه من الأغذية وما لايناسبه.

الفصل الرابع:في معالجة البواسيربقول كلي وفيه مباحث أربعة:

— المبحث الأول: فيما إذا كان يخرج منها مقدار مناسب من الدم.

— المبحث الثاني: فيما إذا قل خروج الدم منها.

— المبحث الثالث: في معالجتها إذا كانت مؤلمة ويسيل منها دم غزير.

— المبحث الرابع: فيما يكون عليه العمل إذا لم تنفع هذه الوسائط المذكورة.

المقالة الثانية: في التراكيب الأقربادنية الماخودة من الطب القديم والجديد النافعة للبواسير. وهي تشتمل على فصول ستة.

الفصل الأول: فيما يسكن ألمها على ما عند المتقدمين.

الفصل الثاني: فيما يسكن ألمها بعمل الطب الجديد.

الفصل الثالث: فيما يفتح أفواه عروق المقعدة.

الفصل الرابع: فيما يقطع دم البواسير عليمًا عند المتقدمين.

الفصل الخامس: في الحوابس على ما عند المتأخرين.

الفصل السادس: في مسقطات البواسير بالأدوية الحادة.

الخاتمة: فيها فصلان.

الفصل الأول: في معالجتها بالكي.

الفصل الثاني: في رياح البواسير.

وسميته بالبدر المنير في علاج البواسير.

والله أسأل أن ينفع به الخاص و العام بجاه النبي عليه السلام.

مقدمة:**في ماهية هذه العلة وأقسامها وأسبابها وعلاماتها:**

إعلم انه على طرف المستقيم الذي هو آخر الأمعاء عضلة ملتحمة برأسه وهي لحم رخو متخلخل ناعم عارمن الأغشية الصلبة الكثيفة، و هذه العضلة يأتها من النخاع عصب يفيدها الحس، وعصب يفيدها الحركة، ويأتيها عروق تفيدها الغذاء ومن القلب عروق نوابض تنال منها الحياة. قال في زاد المسير¹².

واذا علمت ذلك فيجب حينئذ أن تعلم أن علل هذا العضو عسرة البرء لأنه عضو كما علمت متحرك وطريق الأثقال (résidu) والأخلاق المندفعة على الدوام مع أنه موضوع إلى أسفل فتتحد إليه المواد بالطبع خصوصا إذا عرض ما يعجز به عن دفع ما يتوجه إليه لأنه شديد الحس لكثرة عصبه فيكثر وجعه والوجع جذاب بحرارته فلذلك تقل وتضعف أفعالها ومن جملة أمراض هذا العضو المرض المعروف بالبواسير.

وهي: زيادة لحمية تنبت علي أفواه العروق التي في المقعدة من دم سوداوي غليظ. قاله السمرقندي¹³ في الأسباب والعلامات.

وهي على أنواع منها ما يشبه الثآليل (verru) و منها ما يشبه العنب، منها ما يشبه التوت هذه أنواعها المشهورة و غير المشهورة التينية، والتمرية، والبلوطية و النخلية والعنسية والحمصية. قاله في زاد المسير.

ومنها ما يشبه التفاح وتسمى التفاحية.

وكل واحد اما عميا واما دامية ، وإما خارج الشرج و اما داخله.

¹² القوصوني: (..- 931 هـ = 1525 م) محمد بن محمد بن محمد، شمس الدين ابن بندر الدين القوصوني: طبيب مصري. له كتب، منها زاد المسير في علاج البواسير و كمال الفرحة في دفع السموم وحفظ الصحة ، والمصباح في الطب، و دستور البيمارستان .

¹³ نجيب الدين السمرقندي (توفي 619 هـ / 1222 م) هو عالم بالطب ، فارسي. هو نجيب الدين أبو حامد محمد بن علي بن عمر السمرقندي طبيب في سمرقند ، مات مقتولا في هراة عندما دخلها جنكيز خان. من أهم تصانيفه كتاب «الأسباب و العلامات» والذي كسب شهره بالشرح الذي وضعه نفيس بن عوض الكرمانلي له ، و كتاب «الأقرباذين على ترتيب العلل» أو «الأقرباذين على ترتيب الأسباب».

المقالة الأولى

فيما يعرف به دم البواسير من غيره وفيما ينبغي لصاحب هذه العلة ومعالجتها.

وفيها فصول:

الفصل الأول: في العلامات التي تميز بها دم البواسير عن غيره.

إعلم أن الدم الخارج منها يتلبس بالدم الخارج من الكبد والأمعاء.

ويعرف دم البواسير بتقدمه البراز وخروجه مماسا لسطحه أو منعزلا عنه في الغالب، ثم يجمد على شكل العلقة وتارة تنفتح أفواه عروق المقعدة فيخرج كما يخرج الدم من العرق المفصود بالمبضع المعروف عند العامة بالنزف.

قال شيخنا محمد بن علي البقلي¹⁴ رئيس الحكماء بالأسبیطال (hôpital) المصري: فإن اشتد خروجه ظهرت علامات أخر؛ منها بياض الشفة السفلى وصفرة البدن وخضرة الأظفار والخفقان (palpitation). وإعلم أن تقدم انتفاخ عروق المقعدة عند حدوث البواسير ضروري قاله في التذكرة. وعلامة الدم الكائن عن الكبد نزول الدم بعد البراز لتأخر انفصاله وخلوص حمرته وجموده و عدم رائحته، ولزوم الحمى قاله داوود¹⁵.

وقال شيخنا محمد علي ومن جملة علامات الدم الكبدي الوجع الدائم في موضع الكبد ؛ يعني تحت الضلع الأخير الأيمن والحمى وعدم تألم المقعدة.

وعلامة الكائن عن الأمعاء سبقه البراز، ووجود القوة معه وإن طال، والمغص (colique) والقرقر (borborygmes) والزحير (ténésme) وانفكاك الحمى أحيانا بل ربما عدمت وعدم نقصان شهوة الغذاء قاله داوود في دو سنطاريا. (Dysenterie)¹⁶

¹⁴ محمد علي باشا البقلي : (1228-1293هـ / 1813-1876م) جراح مصري، هو أول مدير مصري لمدرسة طب القصر العيني.

¹⁵ داوود بن عمر الإنطاكي: (1000-1008هـ = 1600 - 000 م) المعروف بالرئيس الضرير، عالم بالطب والأدب. كان ضريرا، انتهت إليه رئاسة الأطباء في زمانه. ولد كسبحا ثم شفي من كساحه. ولد بقرية الفوعة في محافظة إدلب بشمال سورية، عاش بأنطاكية ونسب إليها، زار طلبا للاستزادة بالعلم دمشق والقاهرة وبلاد من الأناضول ومكة حيث استقر بها إلى حين وفاته. من أهم مؤلفاته تذكرة أولي الألباب في العجب والعجاب.

¹⁶ دو سنطاريا: دو سنطاريا أو ديزنتاريا أو دستناريا أو سنطاريا أو زحار أو تقریطة. إسهال فيه مخاط ودم. وغالبا ما يسببه الالتهاب.

وقال شيخنا محمد علي: دم الأمعاء لا يكون دما خالصا بل يكون كدم غسالة اللحم؛ لدقة العروق الشعرية (capillaires) في الأمعاء، إذ ليس هناك عضلات لحمية حتى تنزف دما خالصا كما يشاهد في التشريح المرضي، وقد يكون هذا الدم ممزوجا مع الغائط امتزاجا كليا لكثرة تقلب الغائط في الأمعاء .

الفصل الثاني: في أن دم البواسير دم علة وفساد وخروجه خير من احتباسه .

قد اتفق الأطباء أن دم البواسير دم علة وفساد كدم الحيض، ولا ينبغي قطعه إلا إذا انتهكت قوة المريض وأفرط خروج الدم الوريدي الأسود، وابتدأ خروج الدم الشرياني القاني اللون الجيد الحمر. قال في زاد المسير في علاج البواسير.

قال صاحب المختار إعلم أن الدم الذي يخرج من البواسير دم ردى تنقيه الطبيعة وشفية لسقمه البدن كما شفي دم الطمث من النساء، فإذا خرج انتفع خروجه البدن وخف وصح إلا أن يسرف فيسقط القوة، وبالجمله فخرج هذا الدم خير من احتباسه، ويؤيد ذلك أن أصحاب هذه العلة إذا احتبس الدم المعتاد خروجه منهم، فإنه يعرض لهم وجع الظهر والركب و المفاصل وثقل الرأس والبدن وقلة شهواتهم الطعام، وإذا سال وجدوا الخفة وصلاح حالهم.

واعلم أن الدم الذي يسيل من البواسير فيه أمان من الجنون و الما لنخوليا (méloncholie) والصراع السوداوي والأكلة والبثور (pustule) والجرب (la gale) والنقرس (la goutte) والبهق والجذام (lèpre) والسرطان (cancer) وذات الجنب (pleurisé) وذات الرئة (pneumonié) و أورام الكبد (tumeurs hepaticues). والاستسقاء (ascite) ذلك من الأمراض التي تتولد من غلبة السوداء والدم.

الفصل الثالث: فيما ينبغي لصاحب هذه العلة من التحفظ وفيما يناسبه من

الأغذية ومالا يناسبه.

اعلم أنه ينبغي لصاحب هذه العلة أن يتحفظ في تدبيره أشد التحفظ، حتى يكون دمه نقيا عذبا معتدلا في المقدار، ويحذر في تدبيره أن يتولد في بدنه دم سوداوي غليظ أو

دم صفراوي حريق أو دم بلغمي مالح، ويتحري تولد الدم العذب باستعمال الأغذية الحسنة المزاج، الجيدة الكيلوس (chyle)¹⁷ ويترك الأغذية المولدة للأخلاط الرديئة.

أما الأغذية المولدة للأغذية السوداوية؛ لحم الصيد كله والخنزير والسّمك المملوح والطري الصلب، اللحم الكبير الجثة والمسن من البقر والغنم والبادنجان.

الأغذية المولدة للأخلاط الصفراوية؛ فكالعسل ويتخذ منه ولحم ما جاوز من الضان حولا، والجزر والتمر والعنب الحلو والبطيخ الحلو والموز.

أما الأغذية المولدة للبلغم المالح؛ فكالألبان والجبن الطري ونحوهما.

وأما الأغذية المفسدة للدم طبعها فكلحم الحيوان الهريم و ماكان من السمك في الماء الأور¹⁸ الفاسد والبصل والثوم والكرات والفجل والبطيخ الفجة والعنب الفجة وكل فاكهة فجة¹⁹ والبيض المطبوخ جدا أو الخبز الفطير والخبز الخمير الذي لم يبالغ في إنضاجه والباقلا.

وأما الأغذية النافعة لهذه العلة فنقول ينبغي أن تكون تلك الأغذية المليئة للطبع (...)²⁰ والملوخيا والأسفاناخ²¹ ويقل طبخ الأرز ما أمكن لأنه يقبض مع ما فيه من الغلظ أيضا ومن الأغذية النافعة لهم، لحوم الدجاج المسمنة وأمرأها وغير المسمنة مضر ولحوم أخرى كالضأن والشحوم الفاضلة كشحم الكلى والألية (clunes) المشوية والسمن الطري والأرز باللبن الرقيق الطبخ، وهذه كلها نافعة لهم .

ومما ينبغي أن يتوقي أصحاب هذه العلة، الجلوس على المواضع الشديدة البرد وطول القيام وإتاعاب الظهر و الخاصرة والقدمين والفكر الكثير والسهر، فإن ذلك كله يفسد الدم ويحرقه. ويجب على أصحاب هذه العلة تجنب الاستنجاء بغير الماء الحار والحذر من مباشرة المحل بماء بارد ولوفي زمان الصيف كذا قالوا.

¹⁷ هو أحد السوائل الجسمية سائل لونه حليبي والذي ينزح من الأمعاء الدقيقة إلى الجهاز اللمفاوي خلال فترة الهضم.
¹⁸ أور جمع الأور بالضم شدة حر الشمس ولفح النار ووجهها والعطش وقيل الذخان والتهب (لسان العرب) ربما يقصد العلمي هنا السمك الذي يسبح في مجري المياه .

¹⁹ طَعَامٌ فَجٌّ :- عَيْرٌ نَاضِجٌ - فَكْهَةٌ فَجَّةٌ (المعجم الوسيط) .

²⁰ (....) كلمة غير واضحة محدوفة.

²¹ الإسفاناخ: هي سبناخ اسم نبات الإسفاناخ.

وعندي كان الماء الساخن المعتدل الحرارة؛ لأن الحرارة يجذب الدم للمقعدة فيكثر الوجع والنزف .

ومما ينبغي لأصحاب هذه العلة الأئس بالأخلاء والندماء و الاستماع للصوت الحسن والحديث الطيب والنوم على الفراش الوطي.

الفصل الرابع: في معالجة البواسير بقول كلي (Généralement).

المبحث الأول: فيما إذا كان يخرج منها مقدار مناسب من الدم.

اعلم أن البواسير ليست من الأمراض المضرة بالصحة، لأنها قد تكون ضرورية لها فيما إذا كان يخرج منها مقدار مناسب وفي أوقات معلومة، فما كانت كذلك ينبغي أن تبقى ولا تعالج.

المبحث الثاني : فإذا قل خروج الدم وأنه انقطع وألمت، فعلى مذهب الروم يضعون القلي على أورامها ليسهل خروج الدم منها ثانياً، وعند داوود متى احتباس وألمت فتحت بالأدهان ومرهم الاسفيذاج والزنجار، وعند صاحب زاد المسير تمرخ بدهن سنام الجمل، و دهن نوى المشمش ، حتى تليين ثم تعمل المفتحات وهي مثل ذرق(fientes)²² الحمام والقنة ومرارة الثور وتحمل البصل.

المبحث الثالث : معالجتها إذا كانت مؤلمة وأفرط خروج الدم .

فاعلم أنها إذا كانت مؤلمة ويسيل منها دم غزير و لو ترك لأضعف الشخص فعلى مذهب الروم، تلطف بالحمية المناسبة، والأشربة المرطبة المسكنة: كمستحلب اللوز الحلو عليه قليل من الأفيون وأن يوضع عليه مرهم الخيار، أو التفاح، أو دهن اللوز الحلو، وتقوى الوسائط المذكورة بالاستحمام الفاتر والأشربة المحللة، والجرع المسكنة، ومصل اللبن المضاف عليه قليل من ملح البارود، أو مغلى خيار الشنبر (Cassia fistula)، والتمر الهندي، والليمونات، فإن كان العليل ضعيفاً أو مصاب بالأسكوربوت (scorbut)²³، أعني فساد الدم والاستسقاء أو بحمى الضعف، فيجتهد في إيقاف النزيف باستعمال القوابض

²² ما يخرج من بطن الطائر من فضلات (المعجم الرائد).

²³ عوز في حمض الأسكوربيك Ascorbic acid ومعناه بدون الاسقربوط.

وتدبير الأغذية وإعطاء الإستحضارات الحديدية والابزي (bains) الحام اي المغطس و البارد والحقن بمغلى الورد الأحمر والكيما وقشور الرمان، و الرتانيا، وما مائلها.

وعند المتقدمين (les ancien) إذا كان الدم غزيرا أو حصل من نزفه ضعف استعملت القوابض من أول الأمر مثل خبث (scories)²⁴ الحديد وأقراص الكهربا ونحوهما.

وأما ما يسكن وجعها، فعند الروم إذا كان ألم الباسور شديدا أو حرارته زائدة يلففان بالأبزي يعني المغطس والتهابيل المليئة يعني بخار الماء الطبي، والضمادات والحقن المليئة أو يلففان بمرهم الخيار، والمرهم البسيط أو الزبد وحده أو مع العسل أو تعمل فتائل، وتدهن بجوهر من الجواهر المذكورة.

قالوا وإذا حرق خشب الفلين وهو قشور شجر البلوط المعروف عند أهل الجبل بالفرشي وعندنا في فاس بفرث النيسة التي يعمل منها المحكاك النساء، وخلط محروقة بالزبدة ونفع في تلطيف الألم المذكورة في الحال وقبل استعمال هذه الجواهر ينبغي تنظيف المحل ليلا تفسد أو ترنخ فيهج المحل ويزداد ألمه.

ومما يسكنها على ما عند المتقدمين فقد قال داوود ومما يسكنها إذا اشتد ألمها و ورمها، الجلوس في طببخ الفول والخشخاش، والأكليل؛ إكليل الملك فاترة ومراده بالأكليل؛ إكليل الملك الذي هو النفل قال وكذا اللطوخ بالزعفران والأفيون والأشق محلولين بماء الكراث أو ماء الكرنب.

المبحث الرابع:

فيما يكن عليه العمل إذا لم تكف هذه الوسائط، واشتد ألم البواسير حتى صار غير مطاق ينبغي استئصالها بالقطع ولنذكر الطريقة التي كنا نستعملها بمارستان مصر المعروف بالأسبطالية، الكبرى بالقصر العيني

²⁴الشوائب التي تطفو على سطح المعين المنصهر أثناء تحضيره من خاماته ، وبذلك يمكن فصلها (قاموس المعاني).

²⁴إبرسيم: هو الحربر الخام. [ضياء النبراس ص14]

وهي أن تعلق البواسير بصنارة وتمسك بخرقة خشنة ثم يشد على أصلها بخيط من إبرسيم²⁵ شدا محكما وتترك حتى تنقطع و تسقط وبعض الأطباء يقول بحل الخيط بعد يوم وليلة ثم يشد أقوى من الأول ويفعل هكذا إلى أن تنقطع وهذا اشرف وأسهل الوجوه في قطعها ،وقد تقطع بان تمسك كما ذكرنا وتجذب ثم تقطع من أصلها بمقراض بعد أن ينوم العليل على ظهره في موضع مهيأ ويرفع رجله إلى فوق ثم بعد العمل يذر،على المكان الذرورات الحابسة و لاينبغي أن يحبس الدم وقت القطع بل يترك حتي يسيل .هذا إذا كانت البواسير ظاهرة وإذا كانت غائرة قلبت المقعدة بوضع المحاجم واعلم انه لاينبغي استئصال كل البواسير فيحتبس ما كان سيلانه معتاد الطبيعة من الدم فيورث ما تقدم ذكره من الأمراض .

قال أبقرط من عولج من بواسير حتي يبرأ ثم لم يترك منها واحدة فلا يؤمن عليه أن يحدث به استسقاء أو سل وعلل قوية. قلت وقد ذكر شيخنا محمد علي البقلي رئيس الأسبطار المصري حين كنا نقرأ عليه علم الجراحة أن أحد أرباب الديوان المصري ألزمه أن يستأصل له باسورا سيالا فاستأصله بالقطع بعد أن نما قال فما تمت الستة، حتى ظهرت به علامات السل فوجه علي فقلت له لا دواء له إلا بإحداث بواسير صناعية فتحت له حمصة يعني فونتيا في محل الباسور فعاد النزيف إلى محله و استراح العليل من ألم السل.

فصل:

وذكر داوود في تذكرته علاج البواسير : فقال يبدأ بغير السيالة بفصد الباسليق (basilique) ،يستفرغ به الدم الفاسد كما وكيفا أوهما معا. فإن احتملت قوة الإستفراغ ، حتى يصفو الدم دفعة كان أولى و إلا كرر بعد الراحة.

أما غير السيالة فلا فصد إلا إذا كان النازف أحمر مشرقا وكانت القوي قوية فيفصد القيفال (céphalique)،حينئذ لمجرد الجذب كوضع المحاجم بلا شرط وهو بحث مبتكر متعين .

²⁵- خيط من حرير.

وإن كان متغيرا لم يجر قطعه بالفصد ولا غيره لأنه أمان من كل ما أصله
السوداء كذات الجنب والرئة والطحال والجذام وغالب الصرع والجنون وفي قطعه أمراض
الاستسقاء وضعف الكبد . هكذا ينبغي أن يفهم هذا المحل، ثم تؤخذ الأشربة المرطبة
كالبنفسج والعناب لما في الأول من تحليل المادة والثاني من تصفية الدم ويستعمل سفوف
السوداء، مثقالين بهذا النضج وصنعتة: تين عناب، سبستان، من كل أوقية
أسطوخودوس، أفيثمون، ورد أحمر زهر بتفسج ، أفيون من كل نصف أوقية يغلى بأربعة
أرطال ماء حتي يبقّي ربعه فأن كانت ثنائيل زيد بسفايج أو توتية حذف الأسطوخودوس
وعوض عنه ساروب وإلا جُمع بين الكل.

وأما إسقاط البواسير بالأدوية الحادة

فقد نهى عنه بعض الأطباء لأنه في الغالب يرم الموضع ويحدث عنه عسر البول
لأسيما إذا عمل الإسقاط دفعة واحدة وأعني؛ من غير تدريج وغفل عن المسكنات.

المقالة الثانية

في التراكيب الأقرباذينية الماخودة من الطب القديم والجديد النافعة وهي تشتمل على فصول.

الفصل الأول: فيما يسكن ألمها على ما عند المتقدمين.

قال في منهاج الدكان: مرهم البواسير في المقعدة والضربان، يؤخذ سنام الجمل مذاب ومصفى وشمع أبيض من كل واحد خمسة دراهم يجعل على النار فإذا ذاب، أضيف إليه أوقيتان قنة و قطران درهم، ماء الكرات مصفى أوقية ويغلى حتى يختلط وينزل عن النار ويرفع في مزجج فإذا احتيج إليه يؤخذ منه شئ مذاب بالنار وتلف قطعته على شيء رقيق وتبل من ذلك المرهم المذاب وتجعل في المقعدة .

وقال التلمساني: من المجربات لوجع البواسير أن يؤخذ مقل أزرق وشحم الدجاج وسنام الجمل وبزر كراث يعمل من الجميع شيء وقد يزداد عند شدة الوجع أفيون .

قال ومن المسكنات الجيدة ورق الخطمي وإكليل الملك معجوناً بمح البيض ودهن الورد و الزعفران والأسفيداج وشحم الدجاج وشحم الوز وزهر البابونج ودهن البنفسج وفتات الخبز وبزر البنج والأفيون كل ذلك مسكن للوجع يعمل منها الأوفق فالأوفق .

وقال صاحب زاد المسير في علاج البواسير: مانصه ضماد قد ذكره الرازي مسكين لوجع البواسير وورمها يؤخذ بصل أبيض يسلق حتى يتهري ثم يدهن بسمن البقر حتى يصير مثل الدماغ ثم يفتر ويوضع علي البواسير، الورمة فإنه يسكن جدا وهو من المجربات.

ومنه أيضا مسكن آخر دهن ورد أوقية شمع أبيض ثلاث أواق يجعل في أنية زجاج تلقى تلك الأنية في ماء حار حتى ينحل الشمع فإذا صار قيروطا يرش عليه قطرات من ماء الورد يضرب جيد وهو على النار حتى لا يعود يقبل شئ من ماء الورد ويستعمل فإنه يسكن الوجع تسكينا عجيبا لوقته.

ومنه أيضا صفة ضماد وينفع وجع البواسير بزر كتان خمسة دراهم صفر بيضة مسلوقة زعفران درهمان أفيون درهم بزرنيج شحم دجاج من كل واحد درهمين يهيا ويضمد به .

تنبيه: ينبغي ألا يستعمل شئ من هذه الأدوية إلا وهي فاترة.

ومنه أيضا صفة مرهم الأسفيذاج النافع من حرق النار (bruleur)والحمرة (érysipèle)والحرارة والبتور (pustule)الملتبهة يؤخذ دهن بنفسج رطل شمع أبيض ثلاث أواق يذب الشمع في الدهن ويلقى عليه الأسفيذاج مغسول ومرتك مسحوق من كل واحدة أوقية يضرب الجميع ضربا جيدا ويرفع وقد يضاف إليه كافور، درهم واحد إذا كانت الحرارة قوية .

الفصل الثاني: فيما يسكن ألمها بعمل الطب الجديد .

مرهم أفيوني:

يؤخذ أوقيتان من المرهم البسيط ونصف درهم من الأفيون المسحوق وتخلط مع بعضهما خلطا جيدا وهذا المرهم يلقي به على الجروح المؤلمة وعمل المرهم البسيط أن يؤخذ أوقيتان من زيت الزيتون ونصف أوقية من الشمع ويذاب الشمع في الزيت ويخلط به جيدا ومن حيث أنه سريع الزنوجة ينبغي ألا يجهز منه إلا قدر الحاجة.

مرهم:

آخر نافع لداء البواسير أيضا يؤخذ من نبت المقدنوس قبضة ومن مح البيض واحد ومن شحم المعز كمية كافية وكيفية العمل أن: يذب المقدنوس مع الشحم ثم يطبخ مجموعها ويعصر ثم يضاف على عصارتها مع البيضة وبعد أن يبرد يوضع على الأورم الباسورية المؤلمة فإنه نافع جدا.

مراويد لمعالجة البواسير:

يؤخذ من الزبد الطري ستة دراهم ومن خشب الفلين المحرق درهم ومن الشمع العسلي كذلك.

بخار ملين :

ويعرف عندهم بالتهابيل وهو أن تغلي قبضة أو قبضتان من أوراق الخبيرة في مقدار من الماء ويوجه بخارهما إلى الجزء الذي يراد تلينه. فإن كان المراد هو الأنف ينبغي أن يغطى البخار بقمع وهو نافع لتلين القشور اليابسة التي تكون في حفرتي الأنف.

حقنة:

ملينة يؤخذ رطل أو أكثر إلى رطل ونصف من مغلى الشعير أو مغلى بزر الكتان أو الخبيرة ويضاف إليه أوقية أو أوقيتان من زيت الشيرج أو من زيت الزيتون وهذه الحقنة كثيرا ما تستعمل لسهولة خروج المواد الثقيلة إن حصل اعتيقال (constipation).

الفصل الثالث: فيما يفتح أفواه العروق إذا إمتلات البواسير وألمت ولم يسئل منها دم

فينبغي أن يتحمل ما يفتح أفواهها ويسئل من دم مثل ماء البصل ومرارة البقر وكذلك دهن (...) ودهن الأقحون وكذلك إذا أخذت فتيلة من حنظل فتحت أفواه البواسير.

وقد نهى بعض حذاق الأطباء عن استعمال هذه الأدوية المفتحة إذا ربما فتحت الموضع بأكثر ما ينبغي بخلاف الطبيعة، فإنها تفتحه بقدر ما يحتاج إليه وأيضا أنه هذه المواضع إذا انفتحت من نفسها فالذي يخرج منها في الغالب هو القدر الذي ينبغي خروجه لأنه قد دفعته الطبيعية الأقاصي وتحركت القوى الدافعة لدفعه وإذا فتحناها نحن فقد نجئ بما لاينبغي. بالجملة فلا ينبغي أن يعول على هذه الأفعال إلا لضرورة القوية .

صفة طلاء : " يفتح الباسور الممتليء يؤخذ مرارة البقر مع لعاب الخردل ويطلي به.

صفة طلاء آخر يفتحها يؤخذ بصل أحمر، مائلة إلى الطول وتغمر وتغمس في الزيت وتحمل في المقعدة.

الفصل الرابع: فيما يقطع الدم البواسير على ما عند المتقدمين .

صفة دواء ينفع من نزف دم البواسير أمليلج وبليلج وأملج، من كل واحد عشرة دراهم بسد الكهربا صرق محرق من كل واحد خمسة دراهم عاج أبيض درهمان نانخواه ثلاثة دراهم، مقل أزرق درهمان يحل المقل في ماء الكراث ويعجن به ويحبب الشربة منه درهمان.

صفة شياف: ينفع من ذالك جلنار كندرو عصف كحل شب أفاقيا صمغ عربي أجزاء سواء يهيا على الرسم.

صفة دواء اخر : افاقيا، ومرسي من كل واحد جزء كثيرا ثلث جزء تحل كثيرا في ماء طفي فيه حديد أو شراب قابض يضاف إليه بقية الأدوية وتحمل منه علي القطنة.

صفة دواء آخر: أمليلج، وبليلج وأملج من كل واحد جزء عشرة دراهم قرع محرق ثلاثة دراهم

كهربا أربعة دراهم، مقل ازراق عشرون ينفع في ماء الكراث ويحبب.

ويستعمل منه شراب الإنجبار النافع من رمي الدم من أي موضع كان ويقوي القوة الماسكة وخاصيته انه لايعقل البطن بخلاف سائر الحوابس له نفع عظيم في ذلك . وصنعتة أن يؤخذ من عوده وقشره وأصله من أوقيتين إلى أوقيتين ونصف يرض وينفع في ماء حار يوما وليلة ويغلى بنار هادئة ويرس ويصفى ويعقب به رطل سكر ويؤخذ له قوام ويكسر بنصف أوقية حب رمان قد نقت في ماء ويرفع ويستعمل

فتيلة: تقطع دم البواسير وأفواه العروق يؤخذ كهربا وجلنار، ومقل أزرق ودم أخوين ومصطكي وأفاقيا ولازورد، وصمغ عربي، أنزروت من كل واحد مثقال، يذب الجميع ويعجن بماء الكراث، ويعمل على خيط ويستعمل نافع انشاء الله تعالى.

صفة قرص: كهربا النافع من نزف الدم ونفته يؤخذ صمغ عربي وكندر ودم الأخوين وأفاقيا من كل واحد خمسة دراهم طباشير، وبزر بقلة حمقاء، وبزر خشخاش، من كل واحد ثلاثة دراهم كهربا عشرة دراهم أفيون درهمان طين مختوم أربعة دراهم تجمع

مسحوقة وتنخل وتعجن بلعاب بزر قطونا، وتقرص كل قرص مثقال وتستعمل وكدا تعجن بعصارة لسان الحمل وماء الورد ويقرص .

حب المقل: الممسك النافع من البواسير أملج أسود، وبلليلج و املج من كل واحد جزء مقل أزرق وزن الجميع تذب الأدوية وتعجن بماء الكراث ،ويحبب ويجفف ويستعمل منه درهمان إلى ثلاثة نافع انشاء الله تعالى.

حب المقل:أيضا من التذكرة نافع من علل المقعدة خصوصا البواسير وصنعتة أنواع الامليلجات بزر مرو، من كل جزء مقل أزرق كالامليلجات ، يحبب بعسل وقد يزداد وفي نرف الدم سد كهربا أو صرق، وقرن أيل محرقين وناخوه وماء الكراث.

شراب لسان الحمل: قاطع للدم، من المنهاج ورق لسان الحمل الأخضر، السالم من العفن يغسل بماء العذب وينشف، من ذلك الماء فإن يمسح بخرقه، حتي لايبقى شيء من أثر الطين ،ويدق ويستخرج بقليل ماء فإنه قليل مائية ويؤخذ لكل رطل سكر من خمس أواق إلى نصف رطل من الماء ويكسر بنقيع حب الرمان ويرفع .

الفصل الخامس الحوايس على ما عند المتأخرين:

المعالجة القابضة عندهم وهي الوسطة التي إذا استعملت، أحدثت في المنسوجات قبضا، ودفعت الدم منها إلى باطن الأوعية فمنها الأشياء الباردة مثل الماء البارد، والجليد، والأشياء القابضة مثل العفص، والقرظ وما استخرج منها الكاد الهندي، والرتانيا ،ودم الأخوين، والورد وخشب الصندل الأحمر، ونحو ذلك فكل هذه الأدوية، إذا وضع على منسوج أحدث فيه انقباضا وانكماشاً وصمغها تستعمل من الباطن في استرخاء المنسوجات وكذلك من الظاهر.

صفة مسحوق موقف للدم، يؤخذ من القلفونيا المسحوقة أوقية، ومن الصمغ العربي أوقية ونصف، فحم الخشب كذلك وبعد خلطها جيدا، كما ينبغي تذر على ووسادة أوكبة، من تفتيك وتوضع على المحل وبرباط.

الفصل السادس في مسقطات البواسير:

بالأدوية الحادة قال في التذكرة وقد تعالج البواسير، والثآليل واللحم الميت بالقطع والكي أما الأطباء قد استطبوا الأشياء الحريفية ما يقوم مقامها:

هذا الماء، وصنعتة كلس زرنخ احمر، زاج أخضر قلبي، من كل واحد أوقيتان يسحق بالقا ويغمر بأربعة أرطال ماء، في قارورة وقد ثلاث أسابيع، ثم يجبر ويرفع فإذا مجزبها القلي، والكلس، ووضع علي أي شئ ماذكر أذهبه ويعجن بذلك مع الجير، والقلي نوشارد بوري دارانيج، رماد الحطب تين فيقوم حينئذ مقام الكي فيفعل الأفعال العجيبة .

وقال السمرقندي في الأسباب والعلامات فأما العلاج التام لها فهو أن تقطع أو يضع عليها الذرورات، مثل الديك بريدك، والزرائج والقلقند يذب الحاد حتى يسقط .

قلت وقد ذكر الزهراوي، وصنعتة الديك بريدك ونقلها أبو المنى²⁶ في منهاجه، فقال ديك بريدك هو قدر على قدر يؤخذ الزرنخ، وقلي ونورة، من كل واحد ربع رطل يسحق الماء الأول وستعرفه ويوضع في الإناء الذي تسمية أهل الكيمياء الإتال ويوقد تحته يصعد ويلقط ما يصعد في القارورة ويذر به عليما يراد أن يسقط كالباسور وغير فانه يسقط ويقوم مقام الكي ثم قال وصنعة الماء الأول: يؤخذ نورة بلا طفي وقلي مسحوق من كل واحد جزء يصب عليهما ستة أمثاله ماء ويرفع وساط كل يوم ثلاثة مرات ويصفى ويطبخ حتي يصير كالخلاق في الثحن ويترك في الشمس حتى يغلظ ويتخذ أقراسا و يجفف في مواضع، لا يصبه ندي وعلى الحاجة يسحق ناعما ويستعمل.

وقال أبو جمعة التلمساني²⁷: إذا لم ترد أن يكون قطع البواسير بآلة فانثر عليها الدواء الحاد يلقي عليها حتى تسود وتسقط وإذا لم تسقط فلقي عليها كرنبا مسلوقا مطبوخا في السمن والزيت فان لم يسقط فعد عليه الدواء الحاد فان أوجع اجلس في المياه القابضة وعلم أن السمن نعم المسكن، وقال صاحب زاد المسير: يوضع ذلك عليها حتى تسود فإذا

²⁶أبو المنى دواد بن أبي نصر الهاروني العطار (القرن 7هـ / القرن 13م) عالم الصيدلة. عاش في القرن السابع الهجري / الثالث عشر الميلادي، قضى معظم حياته مستوطنا في مصر ويذكر بعض المؤرخين أنه قد ولد بمصر وظل بها إلى أن توفي. ويعد بعض الباحثين ومؤرخي العلم العرب والغربيين الأستاذ الحقيقي لعلم الصيدلة. فهو أول من عرف الصيدلة تعريفا دقيقا مبينا أهميتها وعلاقتها بالعلوم الأخرى، وبخاصة الطب، واهتم اهتماما حقيقيا بتركيب الأدوية مخضعا إياها للاختبارات العملية من مؤلفاته. منهاج الدكان ودستور الأعيان .

²⁷محمد بن أبي جمعة بن علي التلالي، أبو عبد الله: طبيب، شاعر، أديب، من أهل تلمسان. برع في الطب، فقربه السلطان أبو حامو موسى الثاني (760 - 791هـ) واتخذة طبيبا لنفسه. له قصائد في المديح والوصف والثناء، وموشحات جيدة. [126]

سودت وضع عليها سلاقة الكرب مع السمن فانه يذب اللحم ، (....)²⁸ ويسقط ويسكن الوجع الحادث من الأدوية المسقطة ليلا يرم الموضع ويحدث عنه عسر في البول بانضغاط المثانة بالمجاورة والمسكن مثل أن يطلى بالخطمي وبزره وبزر الكتان لأنها تسكن الوجع بالإرخاء ثم يعاد المسقط حتى يسقط ثم يجلس في ماء الطبخ فيه القوابض كالعدس وقشور الرمان والعفص والجلنار، وزر الورد ليحبس الدم أن كان يسيل بعد سقوطها دم كثير وقال في الصبر وإذا سحق به الكراث وطلّي على البواسير أسقطها وهو أبلغ شيء في علاجها مجرب ويدهن عند سقوطها يدهن ورد محكوك بين رصاصتين .

تنبيه:

قد نهوا عن هذه الأعمال لما فيها من الألم الشديد ولما يلزمها من الخطر فربما حدث عنها نواسير وشقاق وربما عادت بعد القطع اذا كانت الأجناس المولدة الأولى باقية في البدن فينبغي على المعول عل ما ذكر في المسكنات والله أعلم.

صفة بخور يسقط البواسير: ورق الأس اقماع البادنجان، ومرو شحم الحنظل، وسلخ الحية، ومقل وبزر بصل من كل واحد جزء تذب الأدوية ،وتخلط بماء الكراث، وتجعل جبات ويتبخر منها كلى يوم مرتين أو ثلاثة إلى ان تندبل على طول الزمان وصفة التبخير أن تحفر حفرة وتجعل فيها نار وإن كانت من بعير الجمل كان أجود ويكب على النار اجانة قد ثقب قاعها ويدخل البخور من ذلك الثقب ويجلس على تلك الإجابة محاذيا بمخرجه مخرج الثقب إلى أن تنفد البخور ثم يرمي بخور آخر في النار ويجلس عليه فيفعل هكذا إلى أن يفرغ .

صفة دخنة للبواسير :يؤخذ سلخ حية، ومقل وقشر أصل وزرواند طويل وبلاذر، أجزاء متساوية وتبخر البواسير بها فإنها تسقط .

صفة بخور آخر يسقطها مقل ازرق راتنج ،حرمل، قشور أصل الكبر، أجزاء سواء يذب الجميع وتبخر بها علي الرسم.

²⁸ (....) كلمة محدوفة غير واضحة.

تنبيه:

ذكر داوود في النزهة حيث تكلم على بخورات ، البواسير انه يشترط فيها أن تكون بنار بعر الجمال وأن يدهن المحل قبله بما تسير من المرات و الزباد.

وقال التلمساني: ومما جرب أن تؤخذ حنظلة وتربى بالبول أربعون يوما كلما جف عنها البول زيد بول آخر فإذا تمت التربية دهن بها البواسير فإنها تقلعها لامحالة ، وأيضا من الأدهان المسقطة دهن المشمش ودهن الخوخ.

مرهم الزنجار: من تذكرة دواود قال انه عجيب الفعل كثير النفع سقط البواسير ويجفف القروح ويدمل وتأكّل اللحم الزائد والعفونات وينبت اللحم الجيد ولم يبقى مادة فاسدة وصنعتة :شمع زفت من كل جزء، أشق محلول بماء الشذاب والخل ثمانية دراهم زيت ثمانية وأربعون درهم تغلى على نار لينة حتى يختلط الكل بالذوب ثم يؤخذ زنجار أربعة دراهم أنزروت ثلاثة رانتيج درهمان ونصف يذر قليلا ويضرب حتى يمتزج .
ومنها أيضا:

مرهم الإسفيداج cérouse : ينفع من كل ما عرض في المقعدة خصوصا ما كان عن حرارة وحرق نار والشقوق والنهوش المسمومة وسقط البواسير إذا أكثر استعماله وهو من تراكيب الطبيب وكان يستعمله كثيرا ويأمر به وصنعتة :مرداسنج و اسفيداج من كل عشرة أنزروت زنجار من كل أربعة دم أخوين سرنج من كل إثنان زيت رطل شمع ثلاث أواق زفت أوقية يذاب ما يذاب وينثر الباقي.

ومنها أيضا مرهم :يسقط البواسير جوز محرق نوى مشمش يسحقان بسنام البعير ويطلى يشترط البخور مع ذلك من جريشهما وكذا المازريون.

ومنها أيضا مرهم ينفع أمراض المقعدة كلها ما ينفع ويمنع سعي القروح والنملة ويحلل الأورام والأوجاع كلها.

وصنعته مرداسينج رماد القصب أسفيداج نورة مغسولة من كل جزء أشق أنزروت قنة من كل، نصف جزء يطبخ بالزيت والخل والشمع ومخ ساق البقر والإبل وسنامها وماء الخطمي وحي عالم ويستعمل .

وفي البواسير يزاد ماء الكراث والبصل والصبر وفي القروح العفص والأس وفي المفاصل والنسا الزعفران والأفيون وقال بتذكرة أيضا ومن المجربات تسكينها وإسقاطها ملازمة هذا الحب وهو من مخترعائنا، يسقطها أصلا ويذهب رياحها ويعذل المزاج بعدها وينفع هذا الصرع والصرع و غالب أمراض الأحشاء اليابسة.

وصنعته :مقل تربد غاريقون، صبر، من كل جزء مصطكي، عفص، راتنج، أفيتمون، جوز السرو، وحسا لبان، سقمونا من كل نصف جزء حجر ارميني أو لازورد ربع يحبب بماء الكراث الشربة مثقال بماء الزبيب ومن المجرب فيها جوارش الملوك وحب المقل الممسك والأطريفال الكبير إذا كان الزمان صيفا والقوة وافرة والوجع متزايد قطعت بالحديد واجلس بعد ذلك في طبيخ العفص والشبث والأس وهذا خطر لايجوز ومن أراد السلامة من شره وأن لايعود فليكوا أثر القطع بشحم الخنزير. فإنه مجرب ومن ثم يقطع عفنها بنحو الديك بردبك من الأكالات ومن المجرب لذلك دهن الأفاعي طلاء قبل وكذا العقارب ومن حرق رأس الكلب وأضاف رماده إلى الصبر بالسوية وعجنه بماء الكراث واحتملت اسقطها مجرب وكذا الزاج والكبريت وسلخ الحية وقشر أصل الكبر طلاء وبخور من تحت اجانة.

وأما التماذي على مطبوخ الأفتميتون فغاية ومتى كان من فساد عضو آخر كطحال فلا مطمع فيها دون برء ذلك العضو وفي الموجز أن حب السندروس من عجائب أدويتها وصنعتة خبث أربعة سندروس قشر بيض شيطرج بزر الكراث من كل واحد نوشادر نصف يحبب كالبندق والشربة منه ستة عددا ومنها ثم الكبر ثلاثة نانخوه، بزر كراث توبال الحديد من كل واحد يلق بها الكراث وشراب درهمين من القنة كل يوم مجرب وكذا السكبينج والميعة السائلة ودهن البادنجان طلاء مجرب وعظم منه دهن البيض وصنعتة ،أن يسحق في القرعة ويقطع ويرد علي أرضه بالسحق وهو من الأسرار الغريبة وكذا الممسك في دهن نوى المشمش ولزوم البخور بالبلاذر وقال في النزهة والطلي برمد

الكرم جيد مع الصبر وعصارة الكراث وإذا طبخ الخنافس والورد أنيا وبزر قثاء الحمار حتى تتهري وتدهن بها وأصبح فاطرا على سمن البقرو غسل المحل بطبيخ الكراث والسعد عشرة أيام كذلك براء عن تجربة .والضماد ببزر الفجل ورماد نوى التمر والأمليلج مدقوقة مع ورق النعناع والأخطر والنكررون معجونة بالعسل النافع شربا وحمولا وطلاء.

الخاتمة

وفيها فصلان:

الفصل الأول في معالجتها بالكي:

قال أبو جمعة التلمساني: فإذا كانت البواسير التي في المقعدة مزمنة سواء كانت كثيرة أو واحدة وكانت من أخلاط باردة أو رطوبات فاسدة وعولجت بالأدوية ولم تنجح فاكوا العليل بثلاثة كيات في أسفل حرز الظهر المنزرة قليلا مثلثة وكية تحت السرة بمثل أصبعين وكية على المعدة وقد يحتاج إلى كية على الكبد وأخرى على الطحال واترك الكي زمنا طويلا حتى يبرأ.

الفصل الثاني في رياح البواسير :

قال السمرقندي في الأسباب والعلامات وأما رياح البواسير : فهي رياح غليظة ،وعلاجها عسرة التحليل تحرك وجع القولنج وتصعد مرة وتنزل أخرى إلى الخصيتين والقضيب وسببها الخلط السوداء وتحلله الحرارة وتحلها إلى رياح غليظة وعلاجها شفاء السوداء وسقي ما يكسر الرياح من الجوارشات وغيرها.

وقال داوود في تذكرته :ويحدث منها رياح يقال له رياح البواسير يصعد تارة وينزل أخرى إلى الخصيتين والقضيب وعلاجها مع التلين شر ما يحلل كالحلتيت، والسكبينج، والجندبادستر.

والله الشافي لا رب غيره و لا خير إلا خيره وكان الفراغ من تبييضه يوم الاثنين خامس عشرة محرم الحرام الفاتح عام سبعة وتسعين ومائتين وألف من هجرة صاحب العز والشرف صلى الله عليه وسلم تسليما انتهى بحول الله وتيسر عونه وتوفيقه الجميل الجيد.

- أ -		- ب -	
احتباس	Rétention	بأسور	Hémorroïde
اختناق	Asphyxie	باسليق	Basilique
أدواتي	instrumental	بخور	Encens
استئصال	ectomie؛ excision	براز	Selle
استشفاء	ascite	بضع	Tomie
استشفاء	hospitalisation	بلغم	Phlegme
الاستلقاء الظهرى	décubitus dorsal	بؤرة	Foyer
أفيون	Opium	بيلة دموية	Hématurie
آفة	Lésion	- ت -	
أقرباذين؛ دستور الأدوية	Pharmacopée	تنبيت	fixation ; pexie
أفكار؛ نقص التروية	Ischémie	تنبيب	inhibition
التهاب الجنبة	Pleurésie	تحت الحمراء	infrarouge
التهاب السحايا	méningite	تحت الظهارة	sous-épithélial
التهاب اللفافة	Facite	تحاميل	suppositoires
التهاب المستقيم والقولون	rectocolite	تحويلة	shunt
اغتيال عصبى	Neuropathie	تخثر؛ تخثير	Coagulation
امساك	Constipation	تخثير ضوئى	Photocoagulation
ألياف	Fibres	تصلب	Sclérose
انحشار البراز	Fécalome	تضخم؛ ضخامة	Hypertrophie
انسداد؛ تدلى	Prolapsus	تعطن	Macération
أوقية	once	تعضين	Plicature

	- خ -	Défécation	تَعَوُّط
Escarre	خُشَارَةٌ	Suppuration	تَفْيُح
Thrombose	خُثَارٌ	Fibrose	تَلَيُّف
crypte de Morgagni	خَبِيئَةٌ مورغاني	rectoscopie; anuscopie	تَنْظِيرُ الشَّرْج
abcès	خُرَاج	sténose anal	تَضْيِيقُ الشَّرْج
cellules glomiques	خَلَايَا كُؤْبِيَّة	- ث -	
	- د -	résidu	ثفل
varice	دَالِيَّة	Verrue	ثُولُول
Agrafeuse	دَبَاسَة	- ج -	
	- ر -	Invasif	جَائِرٌ
Releveur	رَافِعَة	Lèpre	جُذَام
Ligament	الرِّبَاطُ	Gale	جَرَب
Ligature	رَبْطَة	Palpation	جَسَّ
Raphé	رِفَاء	système porte	الجِهَازُ البَابِيّ
flasque	رَخُو	système cave	الجِهَازُ الأَجُوفِي
Soins	رِعَايَة	- ح -	
Epistaxis	رُعَاف	pilule	حَب
	- ز -	Diaphragme	حِجَاب
Ténésme	زَحِير	Incisiotherapie	حِجَامَة
Safran	زَعْفَرَان	Continence	حَصْر
	- س -	Lavement	حُقْنَةُ شَرَجِيَّة
Atrabile	سُودَاء	prurit	حِجَّة
incontinence	سَلَس	érysipèle	الْحُمْرَة

-ك-	-ش-
cautérisation	الكَيّ Anus شَرَجْ
sacciforme	كَيْسِيّ الشَّكْل Anomalie شُدُودْ
-ل-	Sirop شراب
anaérobie	لا هَوَائِيّ؛ لا حَيَوَائِيّ Fissure شَقْ
-م-	-ص-
Poplité	مَأْبِضِيّ صمغ
Bistouri	مِنْضَعْ Gomme صِنَارَةٌ
Ventouse	محجمة Crochet -ض-
Strié	مُخَطَّطْ plexus الضَّفِيرَةُ
Onguent	مَرْهَمْ -ط-
Toucher Rectal	المَسُّ المُسْتَقِيمِيّ Vernix طلاء
Sonde	مِسْبَارْ menstruation طَمْتُ
Mésentérique	مَسَارِيْقِيّ -ع-
Sphincter	مَصْرَّةْ facteur de risque عاملُ لاخْطَارِ
Peloton	مَضْفُورَةٌ périnée عِجَانْ
Cryothérapie	مُعَالَجَةٌ بالتبريد Coccyx العُصْنُصْ
Sclérothérapie	مُعَالَجَةٌ بالتَّصْلِيْبْ Nodule عُقَيْدَة
Inspection	-ف-
Anastomose	مُعَايَنَة Mèche قَنِيْلَةٌ
Cisaille	مِقْرَاضْ Phlébotomie فَصْد (بِضْعُ الْوَرِيدِ)
Pince	مِمْسَاك (مَلْقَطْ) -ق-
prostate	المُوْتَة Veine céphalique قَيْفَالْ؛ الْوَرِيدُ الْكَافِلِيّ

Jonction	مَوْصِلٌ
Cantus	موق(ماق)
-ن-	
Fistule	ناسور
nécroe	نَخَر
Nécrose ischémique	نَخَرٌ إِفْغَارِيّ
Hémorragie	نَزْف
Détrusor	النافصة
Goutte	نقرس
extrémité distale	النهائية القاصية
-و-	
œdème	وَدَمَة
tumeur villeuse	وَرَمٌ زُغَابِيّ
adénome	وَرَمٌ عُذِّيّ؛عُدُومٌ
Condylome	وَرَمٌ لُقْمِيّ؛لُقْموم
position genupectorale	ضَعِيَّةُ التَّجْبِيَّة
-ي-	
ictère	يَرَفَان

جدول بأسماء الأدوية النباتية والمعدنية والحيوانية المستعملة في علاج البواسير

الإسم بالعربية	الإسم باللاتينية	الإسم بالفرنسية
أس	Ruscus aculeatus	Fragon épineux(piquant) Houx petit
أسفذاب (معدني)		Céruse
أفيون	Papaver somniferum	Opium
أقافيا	Acacia arabica	Acacie d'egypte
أقحوان	Chrysanthemum	Chrysanthème
إكليل الملك	Mellatus Officinalis	Mélilot
أملج	Phyllanthus embica	Embelique officinale ;Amla
أنيسون	Piminella anisum	Anis
أنزروت: بالفارسية وهو عنزروت بالعربية	Astragalus sarcocolla	Sarcocolle
بابونج	Anthemis noblis	Matricaire.
بازاورد: مُرْكَب من باد: ريح + أور: جالب كلمة فارسية عربيته: الشوكة المباركة، والشوكة البيضاء.	Picnomon acarna	Chardon
بخور مريم	Cyclamen	Cyclamen
بزر قطونا باليونانية فسيلون أي شبه البراغيث [127]	Plantago psyllium	psyllium
بقلة حمقاء	Portulaca oleracea	Pourpier
بلاندر	Semecarpus Anacardium	noix de maraix

herbe du diable	Datura fastuosa	بنج
Violette	Viola odorata	بنفسج
Lupin	Lupinus termis	ترمس
Coloquinte	Citrullus colocynthis	حنظل
Fleur de grenadier	Punica granatum	جُنَنار
Castoréum	Castor fiber	جُنْدَبَادِستَر (اصل حيواني)
Guimauve	Althea Officinalis	خطمي
Gainier	Cercis siliguastrum	دادِي
Arbre de dragon	Dracaena cinnabri	دم الأخوين
Resin		راتينج (صمغ نباتي)
Aneth doux (fenouil)	Foeniculum vulgare	رازيانج
Rhubarbe	Rheum officinale	راوند
Aristolochie	Aristolochia	زراوند
Arsenic (As)		زرنِيخ (معدن)
Safran	Curcus Sativus	زَعْفَران
Hysope officinale	Hyssopus Officinalis	زَوْفَاء
Rue	Ruta Angustifolia	سَدَاب
Cyprès	Cupressus sempervirens	السرو
	ferula schowitziana	سكبينج
Laurier casse	Cinnamomum Cassia	سليخة
Sésame ; gingilie	Sesamum Orientale	السمسم (الجُلْجُلان)
Thuya à la sandaraque	Callitris quadrvalvis	سَنْدَرُوس
Réglisse	Glycyrrhiza glabra	سوس
Lis	Lilium	سوسن
Aneth	Anethum graviolens	شَبِث
Nigelle cultivée	Nigella Sativa	شُونِيز

Gresson à larges feuilles	Lepidium latifolium	شَيْطَرَج
Aloès	Aloe vera	صَبْر
Gomme arabique	Acacia senegla willd	صمغ عربي
Terre sigillée	Terra sigillata	طين مختوم
Chêne vert	Quercus ilex	عَفَص
Sulfate de fer	chalcantum	فالقطار (معدن)
Galbanum	Ferula Galbaniflua	فَقَنَة (بارزد)
Centauree	Centaurea centaurium	فَنطوريون
Alkékenge	Physalis alkekengi	كَاكِنَج
Câprier	Capparis spinosa	كَبِر
Ali rose	Allium Roseum	كُرَاث
chou potager	Brassica oleracea	كُرنب
Coriande	Coriandrum sativum	كُرْبُرَة
Oliban	Boswellia corteii	كُنْدُر (اللبان)
Succin		كَهْرَبَا
Grand plantain	Plantago major	لسان الحمل
Amandier	Prunus mygdalus	لَوْز
chélidoine a fleurs rouge	Glaucium corniculatum	ماميثا
Myrrhe	Commiphora myrrha	مِر (مَر)
Arbre au mastic ou Pistachier lentisque	Pistacia Lentiscus	مَصْطَكِي (بطم العدسي)
Benjoin	Styrax benzoin	مِيعَة سائلة
Dauphinelle staphisaigre	Delphinium Staphisagria	مَيُويزَج
Ammi	Corum opticum benth	نَاثُخَوَاه
Nénuphar	Nynphaea	نيلوفر هو اسم فارسي معناه النَّيْلِي الأَجْنَحَة .

المراجع

المراجع الأجنبية

1-LEUCIEN LECLERC . La chirurgie d'Abulcasis.Paris – 186

2-TAOFIQ MAKHLUF. L'œuvre chirurgicale d'Abulqacim Khlaf Ibn Abbas Ezzahraoui dit Abulcasis.Thèse de médecineN° 162 - Paris 1930.

4-http://www.wikipedia.org/wiki/القرويين_جامعة

5- site de Ministre de la culture .

http://www.minculture.gov.ma/index.php?option=com_content&view=article&id=476:qarawiyin&catid=60&Itemid=124

6-Siproudhis L, Villtte J. Conception globale de la maladie hémorroïdaire. Proctologie 2000; 219- 224.

7- Bruck CE. « Do patients with haemorrhoids have pelvic floor denervation ? », Int J Colorectal Dis 1988 ; 3 : 210- 214.

8-Parks AG. Haemorrhoidectomy. Surg Clin North Am 1965 ; 45 : 1305- 1315

9-Thomson WH. The anatomy and natureof piles. In : Kaufman HD ed.

The hémorrhoids syndrome. Tumbridge Welle : Abacus Press, 1981 : 15- 33

10- Le Quellec A, Bories P, Rochon JC, Garrigues JM, Poirier JL, Michel M. Hypertension portale et hémorroides : relation de cause à effet ? Gastroentérol Clin Biol 1988 ; 12 : 646- 648.

11- Johnson JF. The developement of the rectum in the humain embryo. Am J Anat 1914 ; 16 : 1- 57.

12- Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips KS. Haemorrhoids pathology, pathophysiology and aetiology. Br J Surg 1994; 81 : 946- 954.

13-Parnaud E, Bauer P. Hémorroïdes : physiopathologie et traitement. Rev Prat 1985 ; 35 : 3423-3433.

14- Lestar B, Penninckx F, Kerremans R. « The composition of anal basal pressure. An vivo and in vitro study in man ». Int J Colorectal Dis 1989 ; 4 : 118-122

15-Champigneulle B, Dieterling P, Bigard MA, Gaucher P. « Prospective study of the function of the anal sphincter before and after haemorrhoidectomy. », Gastroentérol Clin Biol 1989 ; 13 : 452- 456.

16-Morgado PJ, Suarez JA, Gomez LE. « Histoclinical basis for a new classification of haemorrhoidal disease. », Dis Colon Rectum 1988 ; 31 : 474- 480.

17-Aigner F, Bodner G, Gruber H, Conrad F, Fritsch H, Margreiter R et al. The vascular nature of hemorrhoids. J Gastrointest Surg 2006;10:1044-50.

18-Libeskind M, Lugagne F et al. « Hémorroïdes : conception physio- pathogénique. Approche d'un traitement raisonné. », Gastroentérol Clin Biol 1979 ; 3 : 705- 708.

19-Teramoto T, Parks AG, Swash M. « Hypertrophy of the external and sphincter in haemorrhoids : a histometric study. », Gut 1981 ; 22 :45- 48

20-Waldrom DJ, Kumar D ; Hallan RI, Williams NS. « Prolonged ambulant assessment of anorectal function in patients with prolapsing hemorrhoids. », Dis Colon Rectum 1989 ; 32 : 968- 974.

21-Schouten WR, Van- Vroonhoven TJ. « Lateral internal sphincterotomy in the treatment of heamorrhoids. A clinical and manometric study. », Dis Colon Rectum 1986 ; 29 : 869- 872.

22-Devch AA, Moshkovitz M, Nidelman I, Dinari G, Reiss R. « Anal pressure measurements in the study of heamorrhoids etiology and their relation to treatment. », Dis Colon Rectum 1987 ; 30 : 855- 857.

23-De Roover DH, Hoofwijk AG, Van-Vroonhoven JJ. « Lateral internal sphincterotomy in the treatment of fourth degree heamorrhoids. », Br J Surg 1989 ; 76 : 1181- 1183.

24-Madoff RD, Fleshmann JW, Clinical Practice Committee, American Gastroenterological As- sociation. American gastroenterological asso- ciation technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology 2004;126:1463-73.

25-Johanson J. F.,Sonnenberg A. Temporal changes in the occurrence of hemorrhoids in the United States and England [see comments]. Dis Colon Rectum 1991; 34 (7): 585-91; discussion 91-3.

26-Johanson J. F.,Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study [see comments]. Gastroenterology 1990; 98 (2): 380-6.

27-Brondel H., Gondran M. Facteurs prédisposant liés à l'hérédité et à l'aprofession dan sla maladie hémorroïdaire. Arch Fr Mal App Dig 1976; 65 (7):541-50.

28-Saint Pierre A. Problèmes posés par la présence de récepteurs hormonaux au niveau des hémorroïdes. Ann Gastroentérol Hepatol ; n°1 : 1982 ; 19 - 27.

- 29-Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, Lopez-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF et al.** Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006;101(1):181-8.
- 30-Pigot F, Siproudhis L, Allaert FA.** Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29(12):1270-4.
- 31-Yang XD, Wang JP, Kang JB, Chen ZW, Cao JD, Yao LQ et al.** Comparison of the efficacy and safety of compound carraghenates cream and compound carraghenates suppository in the treatment of mixed hemorrhoids. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* 2005;8(3):220-2.
- 32-Misra MC, Parshad R.** Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. *Br J Surg* 2000;87(7):868-72.
- 33-Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, Mills E, Heels-Ansdell D, Johanson JF et al.** Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 2006;93(8):909-20.
- 34-Debien P, Denis J.** Traitements des signes fonctionnels de la maladie hémorroïdaire aiguë : essai multicentrique, randomisé, diosmine d'hémisynthèse versus association extrait de Ginko biloba-heptaminol-troxéru-tine. *Med Chir Dig* 1996;25:259-64.
- 35-Meyer OC.** Safety and security of Daflon 500 mg in venous insufficiency and in hemorrhoidal disease . *Angio log y*1994;45(6 Pt 2):579-84.
- 36- Wijayanegara H, Mose JC, Achmad L, Sobarna R, Permadi W.** A clinical trial of hydroxyethylrutosides in the treatment of haemorrhoids of pregnancy. *J Int Med Res*1992;20(1):54-60.

- 37- **Mennecier D, Saloum T, Roycourt AM, Nexon MH, Thiolet C, Farret O.** Chronic diarrhea and lymphocytic colitis associated with Daflon therapy. *Gastroenterol Clin Biol* 1999;23(10):1101-2.
- 38- **Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D.** Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:674-702.
- 39- **De Parades V, Barrer P, Parisot C, Atienza P.** Traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24:1211-22.
- 40- **Staumont G.** Traitement instrumental des hémorroïdes. *Coloproctologie*. Décembre 2000.
- 41- **Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire.** *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25(6-7): 674-702.
- 42- **Neiger A.** Le traitement des hémorroïdes à l'infrarouge. *Ann Gastroentérol Hepatol* 1977 ; 13 : 701- 5.
- 43- **Goligher JC.** Cryosurgery for haemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1976;19 :213- 8.
- 44- **Oh E.** One thousand cryohemorrhoidectomies. *Dis Colon Rectum* 1981 ; 24 :613- 7.
- 45- **Walls A.** Granulomatous rectal ulcer following cryotherapy to haemorrhoids. *JR Coll Surg Eding* 1978 ; 23 : 315- 6.
- 46- **Parnaud E, Brule J, Bidart JM.** Traitement ambulatoire des hémorroïdes par congélation contrôlée. *Gastroentérol Clin Biol* 1980 ; 4 :875 880.
- 47- **Lewis AAM, Roger HS, Leighton M.** Trial of maximal anal dilatation, cryotherapy and elastic band ligation as alternatives to haemorrhoidectomy in the treatment of large prolapsing haemorrhoids. *Br J Surg* 1983 ; 70 :54- 6.

48-Smith LE, Goodreau JJ, Fouty WJ. Operative haemorrhoidectomy versus cryodestruction. Dis Colon Rectum 1979 ; 22 :10-6.

49-O'Callaghan JD, Matheson TS, Hall R. Inpatient treatment of prolapsing piles :cryosurgery versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy. Br J Surg1982;69:157- 9.

50-Staumont G. Traitement instrumental des hémorroïdes. Coloproctologie. Décembre 2000.

51-Klüber RM, Wolff BG. Evalation of anemia caused by haemorrhoidal bleeding. Dis Colon Rectum 1994 ; 37 :1006- 1007.

52-MacRae HM, MacLeod RS. Comparaison of haemorrhoidal treatment modalités. A meta-analysis. Dis Colon Rectum 1995 ; 38 : 687-694.

53-Miles WE. Observations upon internal piles. Surg Gynecol Obstet 1919 ;29 :497- 506.

54- Milligan ET, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. Dis Colon Rectum 1985 ;28 :620- 628.

55-Guy RJ, Seow-Choen F. Septic complications after treatment of haemorrhoids. Br J Surg2003;90:147-56.

56-McCloud JM, Jameson JS, Scott AN. Life- threatening sepsis following treatment for haemorrhoids: a systematic review. Color- ectal Dis 2006;8:748-55.

57-Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, Officer R.Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. Lan- cet 1937;ii:1119-24.

58-Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum 1959;2:176-9.

59-Ho YH, Buettner PG. Open compared with closed haemorrhoidectomy: meta-analysis of randomized controlled trials. Tech Colo- proctol 2007;11:135-43.

60-Burch J, Epstein D, Baba-Akbari A, WeatherlyH, Fox D, Golder S et al. Stapled haemorrhoidectomy (haemorrhoidopexy) for the treatment of haemorrhoids: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2008;12:1-193.

61-Longo A. Treatment of haemorrhoidal disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. Proc 6th World Congress of Endoscopic Surgery Rome 3-6 June 1998;1:777-84.

62-Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. Am J Gastroenterol 1995;90:610-3.

63-Aigner F, Bodner G, Conrad F, Mbaka G, Kreczy A, Fritsch H. The superior rectal artery and its branching pattern with regard to its clinical influence on ligation techniques for internal hemorrhoids . Am J Surg 2004;187:102-8.

64-Dal Monte PP, Tagariello C, Sarago M, Giordano P, Shafi A, Cudazzo E et al. Transanal haemorrhoidal dearterialisation: nonexcisional surgery for the treatment of haemorrhoidal disease. Tech Coloproctol2007;11:333-9.

65- Watts JMK, Bennet RC, Duthie HL, Goligher JC. Healing and pain after haemorrhoidectomy. Br J Surg 1964 ; 51 : 808- 17.

66-Langlade A, Kreigle I. Traitement des douleurs postopératoires. Ann Chir1997 ; 51 : 1013- 21

67-Pigot F, Juguet F, Bouchard D, Castinel A, Vove JP. Prospective survey of secondary bleeding following anorectal surgery in a consecutive series of 1,269 patients. Clin Res Hepatol Gastroenterol 2010;3:in press

68-Pug-Montbrun TH, Lemarchand N. Haemorrhoidectomy : Hospital Leopard Bellan procedure. Int Surg 1989 ; 74 : 152- 153.

69-Barcone JG, Cummings KB. Etiology of acute urinary retention following benign anorectal surgery. Am Surg 1994 ; 60 : 210-1.

70-Sudduca P, Lenozy J, Garrigues JM, Saint-pierre A. Complications et sequelles de l'hémorroïdectomie. Etude pluricentrique sur ordinateur d'une série de 1000 cas. Ann Gastroenterol Hepatol 1980 ; 16 : 199- 211.

115- Vincent de Parades^{1,2}, Jean-David Zeitoun^{1,3}, Patrick Atienza¹, Claude Parisot¹, Ernest Parnaud¹. Une brève histoire du traitement de la pathologie hémorroïdaire : de l'Égypte antique à nos jours. Presse Med. 2011; 40: 960–965

118-Sielezneff I, Antoine K, Lecuyer J, Saisse J, Thirion X, Sarles JC et al. Is there a correlation between dietary habits and hemorrhoidal disease? Presse Med 1998;27(11):513-7.

119-Pigot F, Siproudhis L, Allaert FA. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. Gastroenterol Clin Biol 2005;29(12):1270-4.

120-Denis J. Étude numérique de quelques facteurs étiopathogéniques des troubles hémorroïdaires de l'adulte. Arch Fr Mal App Dig 1976;65:529-36.

المراجع العربية

3- كمال السامرائي "مختصر تاريخ الطب العربي"

ص: 614-28 - طبعة سنة 1984م - دار الشؤون الثقافية و النشر.

71- ابن سينا ، أبو علي الحسين "القانون في الطب".

منشورات محمد علي بيضون.

الجزء الثاني. ص: 660، الطبعة الأولى 1999 .

دار الكتب العلمية - بيروت - لبنان.

72- المرجع نفسه، ص661.

73- المرجع نفسه، ص667.

74- المرجع نفسه، ص662.

75- المرجع نفسه، ص664.

76- المرجع نفسه، ص666.

77- المرجع نفسه، ص665.

78- المرجع نفسه، ص663.

79- عبد العزيز بن عبد الله . الطب والأطباء بالمغرب .. م. س، ص: 58، 82-84.

80- خير الدين الزركلي . الأعلام ج4، ص.8 - دار العلم للملايين - بيروت - لبنان.

81- الدكتور محمد الأخضر . الحياة الأدبية في المغرب على عهد الدولة العلوية" (من ص

456 إلى ص 460 صدر عن دار الرشاد الحديثة - الدار البيضاء الطبعة الأولى 1977.

82- محمد البكراوي. الطبيب عبد السلام محمد الحسني العلمي الفاسي، دفاتر تاريخية، العدد 1، خريف 2010. جامعة سيدي محمد بن عبد الله بفاس. كلية الآداب ظهر المهرارز.

83- عبد السلام بن محمد العلمي. البدر المنير في علاج البواسير (هامش كتاب ضياء النبراس ضياء النبراس في حل مفردات الأنطاكي بلغة فاس) ، ص7- " النسخة المسجلة تحت رقم 637- طباعة حجرية- مكتبة القرويين- فاس- المغرب.

84- المرجع نفسه، ص9.

85 - المرجع نفسه، ص10.

86- المرجع نفسه، ص 14.

87- المرجع نفسه، ص16.

88- المرجع نفسه، ص22.

89- المرجع نفسه، ص26.

90- المرجع نفسه، ص29.

91- المرجع نفسه، ص30.

92- المرجع نفسه، ص31..

93- المرجع نفسه، ص33.

94- المرجع نفسه، ص40.

95- المرجع نفسه، ص42.

96- المرجع نفسه، ص44.

97- المرجع نفسه، ص49.

- 98- المرجع نفسه، ص52.
- 99- المرجع نفسه، ص51.
- 100- المرجع نفسه، ص57.
- 101- المرجع نفسه، ص58.
- 102- المرجع نفسه، ص62.
- 103- المرجع نفسه، ص 65.
- 104- المرجع نفسه، ص67.
- 105- المرجع نفسه، ص72.
- 106- المرجع نفسه، ص74.
- 107- المرجع نفسه، ص81.
- 108- المرجع نفسه، ص85.
- 109- المرجع نفسه، ص114.
- 111- المرجع نفسه، ص117.
- 110- كتاب الزهراوي في الطب لعمل الجراحين تحقيق ودراسة الدكتور محمد ياسر زكور.
- 112- القانون، ص248.
- 113- الأنطاكي ، داوود بن عمر، تحقيق و شرح وتعليق د.محمد ياسر زكور. كتاب نزهة الأذهان في إصلاح الأبدان. ص 224 منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب- وزارة الثقافة- دمشق 2005.

- 114- عمر فروخ "تاريخ العلوم عند العرب" ص : 87 - دار العلم للملايين. بيروت - لبنان 1970.
- 116- د.محمد مؤنس أحمد عوض من اسهامات الطب العربي الإسلامي في العصور الوسطى، ص23. الطبعة الأولى 1997- دار الفكر العربي. القاهرة - مصر.
- 117- الرازي ، أبو بكر محمد بن زكريا : المرشد أو الفصول ص 91 - 92 - تحقيق د. ألبير زكي إسكندر .
- 121-الرازي، أبو بكر محمد بن زكريا : الحاوي في الطب - ج 12 ، ص 19. دائرة المعارف العثمانية - حيدر آباد - الدكن 1969
- 122- الدكتور محمود الحاج قاسم محمد: الأورام والسرطان وعلاجه في الطب العربي الإسلامي ص59. الطبعة الثانية 2008.
- 123- ابن سينا: القانون - ج 1 ، ص 220 .
- 124-المرجع نفسه- ج 1 ، ص 450 ، 220 .
- 125- مفتاح، د.رمزي: إحياء التذكرة في النباتات الطبية والمفردات العطارية ص98 - مكتبة مصطفى البابي الحلبي ، مصر ، الطبعة الأولى 1953.
- 126- عادل نويهض: مُعْجَمُ أعلام الجزائر - مِن صَدَرِ الإسلام حَتَّى العَصْرِ الحَاضِرِ- الناشر :مؤسسة نويهض الثقافية للتأليف والترجمة - النشر، بيروت - لبنان الطبعة :الثانية، 1400 هـ - 1980 م.
- 127- داوود الأنطاكي : التذكرة أولي الألباب - ج 1 ، ص 68 مطبعة محمد علي صبيح وأولاده ، مصر 1356 هـ.

المراجع المعتمدة في الترجمة ووضع الحواشي و الملحقات

1- المعجم الطبي الموحد.

المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم مجلس وزراء الصحة العرب.

اتحاد الأطباء العرب منطقة الصحة العالمية.

الطبعة الثالثة 1983.

2- الدكتور طريق الحدي .

تعريب مصطلحات الشرح والمستقيم.

أطروحة رقم 55 سنة 2003 بكلية الطب بالبيضاء

3- أبو القاسم بن محمد ابراهيم الغساني الشهير بالوزير.

حديقة الأزهار في ماهية العشب والعقار. حققه وعلق حواشيه ووضع فهارسه .محمد العربي

الخطابي .

دار الغرب الإسلامي - الطبعة الثانية 1410 هـ / 1990م - بيروت - لبنان.

4- الغساني التركماني صاحب اليمن، يوسف بن عمر بن علي بن رسول،

1395هـ / 1975 ميلادي- المعتمد في الأدوية المفرد- دار المعرفة - الطبعة الثالثة-

بيروت - لبنان.



المملكة المغربية
جامعة سيدي محمد بن عبد الله
كلية الطب و الصيدلة بفاس



أطروحة رقم 103/15

سنة 2015

مرض البواسير وعلاجه عند الأطباء العرب والمسلمين ابن سينا وعبد السلام العلمي نموذجا (دراسة وصفية، تحليلية، مقارنة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2015/05/20

من طرف

السيد الرحموني أحمد

المزاد سنة 1987 \ 10 \ 04 بالرشيدية

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

ابن سينا - مرض البواسير - عبد السلام العلمي

اللجنة

الرئيس

السيد مولاي حسن فريح

أستاذ في جراحة المسالك البولية والكلي

المشرف

السيد البشير بنجلون

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

أعضاء

السيد محمد البياض

أستاذ في أمراض الجهاز التنفسي والسل

السيد محمد العبكري

أستاذ في أمراض الجهاز الهضمي