2271
.5422
.312

2271.5422.312
al-Lababidi
Amrad al-batn al-jirahi-
yah

DATE ISSUED	DATE DUE	DATE ISSUED	DATE DUE

Princeton University Library
32101 074075365

الدكتور
لطفي اللبابيدي

أمراض البطن الجراحيّة

الطبعة الأولى

مطبعة جامعة دمشق

١٣٨٠ هـ = ١٩٦١ م

al-Labābīdī, Luṭfī

أمراض البطن الجراحيّة

Amrāḍ al-baṭn al-jirāḥīyah

تأليف

الدكتور

لطفي اللبابيدي

الأستاذ بالكرسي في قسم الجراحة العامة

بكلية الطب - جامعة دمشق

حقوق الطبع محفوظة للمؤلف

مطبعة جامعة دمشق

١٣٨٠ هـ = ١٩٦١ م

الإهداء

إلى من سد د خطاي في طريق الجراحة الوعر الشاق
إلى شيخ جراحي سورية و كبير أساتذتها
إلى أحد باعثي الحياة والتجدد في اللغة العربية الطبية
إلى مثقف جيل كامل من جراحي سورية وعدد من البلدان المجاورة
إلى من جاهد بقلمه ومؤلفاته العديدة وطبه وعلمه نصف قرن كامل
إلى استاذي الفاضل

مرشد خاطر

أهدي ثمرة انتاجي الأولى اقراراً بما له عليّ من فضل ، واعترافـاً بجميله الذي لاينسى .

بسم الله الرحمن الرحيم

المقدمة

بعد أن ألقت الحرب العالمية الأولى أوزارها في أواخر عام ١٩١٨ وتقلص الحكم العثماني الذي كان مسيطراً على بلاد الشام وقامت دولة عربية في سورية؛ انشئت على انقاض كلية الطب التركية في دمشق كلية طب عربية وانتخب لها أساتذة عرب يلقون دروسهم النظرية والسريرية باللغة العربية الفصحى وقد اختير لتدريس الأمراض الجراحية استاذنا الكبير الدكتور مرشد خاطر . ولم يكن يوجد في ذلك العهد أي مرجع عربي يُعوَّل عليه في التدريس ولا معاجم طبية عربية يعود إليها الباحث والمدرس ، فشمّر عن ساعد الجد وشرع يؤلف ويضع المصطلحات الطبية وثابر على عمله التمهيدي الصامت زهاء ست عشرة سنة وإذا به بعد هذا الجهاد المتواصل المضني يبرز بمؤلفه النفيس « الأمراض الجراحية » في ستة مجلدات ضخمة واضعاً به أسس العلوم الجراحية في اللغة العربية . وكأني باستاذنا الفاضل قد أراد أن يكون الأسّ الذي وضعه متيناً فألف هذا السفر النفيس الذي يضيع التلميذ المبتدىء في فيافيه المترامية الأطراف .

وفي السنة ١٩٤٦ وبعد أن انضمّ إلى الاستاذ خاطر في التدريس الاستاذ منير شوري وضعا موجز الأمراض الجراحية » في جزئين ضخمين فخففا عن الطلبة عبئاً كبيراً . وظل هذا المؤلف إلى بضع سنوات خلت المرجع الذي يعود إليه الطلاب في درس الأمراض الجراحية .

2271
.5422
.312

وبما أن الجراحة التي لاتختلف عن فروع الطب الأخرى سائرة إلى الانقسام لشعب مختلفة بحكم تطور الدراسة وتقدم العلم وبما أن كل شعبة أضحت تتطلب اختصاصاً معيناً ضمن ذلك الاختصاص الكبير الذي نسميه « الجراحة » فقد نجم عن هذا التطور أن الجراحة انقسمت إلى أقسام عديدة وكان لابدّ من اعداد اختصاصيين لكل من هذه الأقسام اتقاناً للعمل وجرياً على سنة التقدم.

وقد عهد إليّ منذ اثنتي عشرة سنة بتدريس أمراض البطن الجراحية وأوفدت إلى بلاد الغرب للاطلاع ومتابعة التقدم العلمي في هذا الفرع. وبعد أن عدت من رحلتي عزمت على وضع مؤلفي هذا « أمراض البطن الجراحية » ليكون الحلقة الأولى من سلسلة هذا العلم الواسع. وقد ضمنت هذا الكتاب أحدث ماجدّ في جراحة أمراض البطن من معلومات وزينته بعدد كبير من الصور التي تسهل على الطالب فهم بعض الأبحاث الغامضة. وحرصت على ألاّ يكون مطولاً فيضيع الطالب في تفاصيله ولا مقتضباً فلا يستنتج منه النتيجة المطلوبة. وقد راعيت أيضاً عامل المكان فأسهبت في وصف الأمراض الكثيرة الحدوث في هذه البلاد كرضوض البطن وقروح المعدة والعنج والتهابات الزائدة وأوجزت في بعضها الآخر الذي لايكاد الممارس يصادفه في أثناء حياته الطبية.

وأنا أرجو إذ أقدم هذا الكتاب، أن يكون حلقة في سلسلة الكتب الأخرى التي يتفرغ لها زملائي وإخواني اساتذة الشعب المختلفة من الأمراض الجراحية: جراحة العظام، جراحة جهاز البول، جراحة الصدر، جراحة الأعصاب الخ.. لتكوّن هذه المجموعة سلسلة كاملة في الأمراض الجراحية باللغة العربية.

وآمل أن يجد طلاب كليتنا في هذا الكتاب ماينقع الغلة وأن يرى فيه الزملاء الكرام المرجع الأمين الذي يعودون إليه في سياق ممارستهم والله ولي التوفيق.

الدكتور
لطفي اللبابيدي

الباب الأول

امراض جدار البطن الجراحية

الفصل الأول

الآفات الرضّية

البحث الأوّل

رضوض البطن

(Contusions de l'abdomen)

قد يحدث الرض آفة سطحية في جدار البطن غير أنه في الغالب يصيب الاحشاء البطنية الجوف (المعدة ، الأمعاء ، المثانة ، الطرق الصفراوية) أو أحشاء البطن الممتلئة (الكبد ، الطحال ، الكلية ، المعثكلة « pancréas »)

ورض البطن خطر ولا سيما متى أصاب أحد الأحشاء البطنيـة حتى أنـه قد يكون مميتاً :

ببضع دقائق بالصدمة (choc) أو بالنزف الصاعق .
أو بعد عدة ساعات بالنزف الباطن المترقي .
أو بعد عدة أيام بالتهاب الصفاق الحاد .

وقد يموت المصاب بنزف ثانوي نجم عن انفجار ورم دموي متكيس أو بالتهاب صفاق سببه سقوط خشكريشة من عضو أجوف ، يبين هذا للتشخيص الدقيق المبكر من شأن في إسعاف مرضوضي البطن وفي العدد الكبير الذي يمكن شفاؤه إذا شخصت آفته باكراً وعولج معالجة رشيدة .

الأسباب . — تكثر رضوض البطن في الكهول من الرجال وتندر في الشيوخ والأطفال وأسبابها عديدة ؛ وتعد حوادث السيارات السبب الرئيس في رضوض البطن في الوقت الحاضر فهي تعادل ٥٠ ٪ من الرضوض إجمالاً ثم تتلوها الأسباب الاخرى : رفسة قدم ، صدمة قوية بجُمع الكف ، سقوط المرء واصطدام بطنه بجسم ناتيء ، انفجار المرامي النارية في الهواء أو الماء الذي يحدث علاوة على الآفات الصدرية والسمعية والدماغية انفجاراً في الأحشاء الجوف الممتلئة بالغاز . أما رضوض أحشاء البطن الناجمة عن الجهود العضلية الشديدة فنادرة جداً ولم يذكر منها إلا ثلاث حادثات فقط .

وقد تصاب أحشاء البطن بتضاد الصدمة إذا سقط امرؤ من مكان مرتفع على قدميه أو أليتيه ، والأعضاء التي تصاب في هذه الحالة هي الأعضاء الممتلئة كالكبد والكلية وأقل منها الأحشاء الجوف .

ويفعل العامل الراض بالقرع (par percussion) (صدمة مباشرة على البطن) أو بالضغط (par pression) (رهس البطن بعجلة سيارة) . وتختلف شدة الصدمة باختلاف اتجاه الرض فالصدمة التي تأتي مماسة لجدار البطن أقل خطراً من الصدمة المنحرفة أو القائمة عليه .

الأسباب المؤهبة . — ١) التشريحية : ليست نواحي البطن سواء بإزاء الصدمة فالنواحي الجانبية منه أقل تعرضاً لها من نواحيه الكائنة على الخط

المتوسط لكون الأضلع تقيها في الأعلى وعظم الحرقفة في الأسفل ، ثم ان رض النواحي الجانبية (المراق ، الخاصرة ، الحفرة الحرقفية) ينال الأحشاء الممتلئة من البطن وهي الكبد في اليمين والطحال في اليسار وينجم خطر الاصابة فيها عن النزف الباطن الغزير بينما رض النواحي الكائنة على الخط المتوسط (الناحية الشرسوفية والسرية والحثلية) يصيب الأحشاء الجوف : المعدة والمعي الدقيق والمثانة ونتيجته التهاب الصفاق الحاد .

٢ً . ـ الغريزية : إن ارتخاء جدار البطن في أثناء الرض يسهّل إصابة الأحشاء العميقة ، كما أن امتلاء الأحشاء الجوف (المعدة والمثانة) بالسوائل والغازات قبل الرض يسهل تمزقها .

٣ً . ـ المرضية : إن الأحشاء المؤوفة (المعدة المصابة بالقرحة ، القولونات المصابة بالتقرح والالتهاب ، الأمعاء المرتصّة بالإلتصافات ، الكبد المصابة بالاشقرار « cirrhose » والطحال المريض الضخم) هي أكثر تعرضاً للتمزق والانفجار من الأحشاء السليمة .

الآلية . ـ تختلف بحسب العضو المصاب :

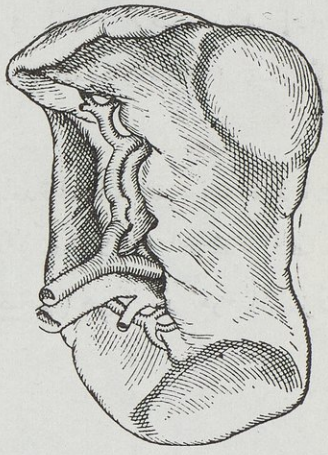
فالأحشاء الجوف ترهس مابين العمود الفقري والحوض (عروة الصائم الأولى وعروة اللفائفي الأخيرة) أو تنفجر متى كانت متسعة بالغاز أو بالمواد السائلة (المعدة والمثانة) أو أنها تقلع ارتكازاتها الماساريقية (عروة معوية ثابتة) وذلك نادر .

أما الأعضاء الممتلئة فترهس مابين العامل الراض والعمود الفقري (الكلية) أو تنفجر بصدمة مقصودة أو بتضاد الصدمة (الطحال) أو تنقلع ربطها بتضاد الصدمة في عقب السقوط على القدمين أو الاليتين (الكبد) .

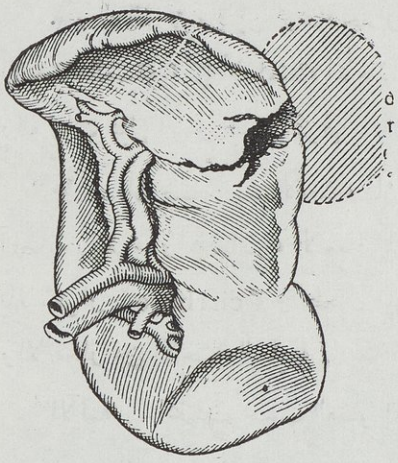
التشريح المرضي . ـ علينا ان ندرس في التشريح المرضي آفات جدار البطن وآفات محتوى البطن (الأحشاء الممتلئة ، الأحشاء الجوف ، الماساريقى ،

الأوعية الكبيرة) وألا ننسى عن ذكر آفات الجوار التي تصادف في الرضوض الصدرية البطنية بالخاصة .

١ً . – **آفات الجدار** : قد تكون طفيفة فتتجلى بقرت صغير (ecchymose) في موضع الرض ، أو تكون أشد فتقطع عضلة البطن المستقيمة الكبيرة أو تمزق الشريان الشرسوفي فينشأ من ذلك في كلتا الحالتين ورم دموي ، وقد تكون الحالة أشد خطراً فتقطع العضلة المستقيمة عرضاً ويتمزق الصفاق الجداري ويظل



(الشكل – ١)
رض الطحال (الدرجة الاولى)



(الشكل — ٢)
رض الطحال (الدرجة الثانية)

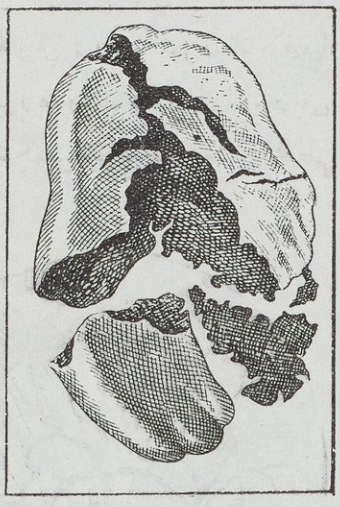
(عن مينيكو)

الجلد سليماً مع ذلك غير ان الفتق الرضي يتلوه فيستدعي الألمُ الذي يحدثه التوسطَ الجراحي . والأحشاء المنفتقة عادة هي المعي الدقيق والماساريقى التي تظل سليمة بما يعادل ٦٠ ٪ .

٢ً . – **آفات محتوى البطن : أ) الأحشاء المتلئة** : الكبد والطحال والمعثكلة والكليتان : يتجلى رض هذه الاعضاء في درجته الاولى بتكون ورم دموي تحت المحفظة (الشكل – ١) – التي تبقى سليمة – ولكن انشقاق

المحفظة الثانوي وحصول ما يدعى بالتمزق في زمنين امر كثير الحدوث .

ويؤدي الرض في الدرجة الثانية الى تمزق العضو الممتلىء وانشقاق محفظته (الشكل – ٢) وقد تنفصل قطعة منه انفصالاً تاماً (الشكل – ٣) .



(الشكل – ٣)
انفجار الطحال
(عن موندور)

ويجتمع الدم الناشيء من رض الكبد أو الطحال في جوف الصفاق فإذا كان قليل المقدار وحدث ببطء كوّن مجمعاً متكيساً ، وإذا كان وافراً بقي حراً وانتشر بين الاحشاء.

أما رض المعثكلة فيرافقه نزف تحت الصفاق ينتشر بسرعة أو ينتهي بتكوين كُييس المعثكلة الموهم . كما أن نزف الكلية يجتمع في محيطها أو ينطرح بمسالك البول مكوناً البيلة الدموية (hématurie).

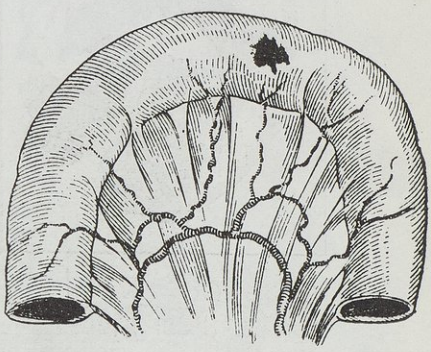
ب . – **الأحشاء الجوف** : الأمعاء والمعدة والمثانة ومجاري الصفراء :

إن اكثر هذه الاحشاء تعرضاً للرض هي الأمعاء الدقيقة لكونها على الخط المتوسط ولايصونها الا جدار عضلي ضريعي (aponévrotique) قليل المتانة فتنضغط بين الاداة الراضة وبرزة العمود الفقري فترض أو تتمزق .

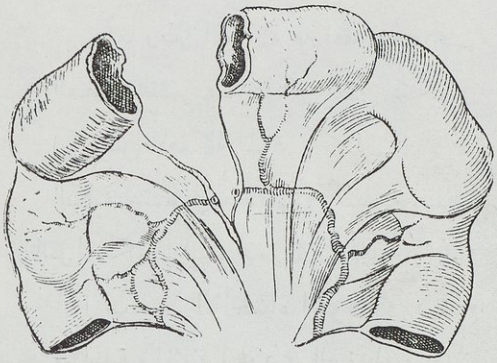
والرض خفيف أو شديد ويتمثل الخفيف بقروت صغيرة أو ارتشاحات نزفية محدودة بين طبقات الأمعاء بينما يتكون في الرض الشديد ورم دموي بين طبقات الأمعاء أو يحدث شق قسمي يتناول الطبقتين المصلية والعضلية فقط عافاً عن الغشاء المخاطي وهذا النوع من الرض خطر ويختلط بانثقاب ثانوي في الغالب.

أما التمزق فتام أو ناقص ويُعنى بالناقص التمزق الذي لا يشتمل على محيط

العروة جميعه وهو الاكثر تصادفاً (الشكل – ٤) وشكل التمزق فيه بيضاوي أو متطاول أو نجمي حافاته مشرشرة ومرضوضة متى كان رهس وواضحة غير مرضوضة متى كان انفجار وفي كلتا الحالتين ينفتق الغشاء المخاطي من فوهة التمزق. ويستقر التمزق في أية نقطة من محيط الأمعاء وقد يكون صغيراً بحجم رأس الدبوس . وأما التمزق التام فيتناول محيط العروة جميعه ويكون قائماً على محورها ويمتد غالباً الى الماساريقى (الشكل – ٥) . ومكان التمزق مرضض منكمش يخرج منه الغشاء المخاطي على شكل حلقة .



(الشكل - ٤)
تمزق المعي الناقص



(الشكل – ٥)
تمزق المعي التام

(عن ميفيكو)

السير . – يختلف تطور الآفة باختلاف درجة الرض ، ففي الرض الطفيف يزول القرت ويغور الارتشاح النزفي من تلقاء ذاته ، أما في الرض الشديد فتفضي الآفة إلى الانثقاب الثانوي بسقوط العُطبة (sphacèle) محدثة التهاب الصفاق الحاد أو أنها تشفى فيظهر بعد أسابيع أو أشهر تناذر انغلاق الامعاء الناجم عن تكون الندبة التي أدت إلى تضييق لمعة المعي .

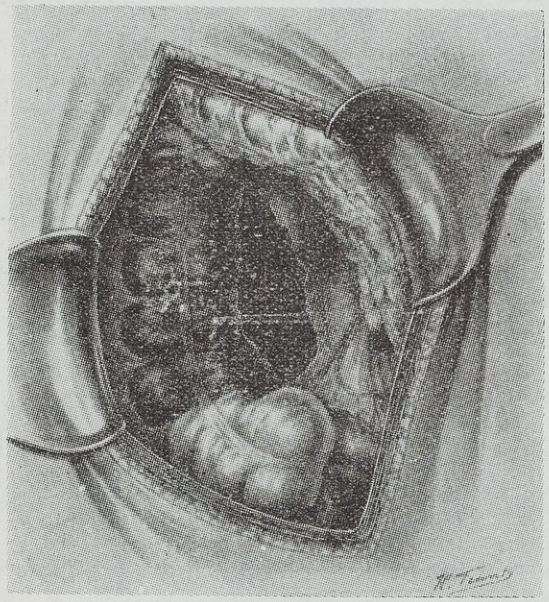
ويؤدي التمزق تاماً كان أو ناقصاً الى التهاب الصفاق الحاد المنتشر إذا ترك وشأنه ولم يعالج .

العفج . – يدل على رضوضه، التي تعادل ١٠٪ من رضوض الأنبوب الهضمي كافة ، الورم الدموي خلف الصفاق والارتشاح الدموي أو الصفراوي في ماساريقى القولون المعترض أو الصاعد .

المعدة . – تنفجر المعدة أحياناً متى كانت ممتلئة ورضت ولا سيما متى كانت مصابة بالتهاب أو قرحة أو بورم ضيّق البواب وأوهن عضلة المعدة .

المعي الغليظ . – تعادل اصابته بالرض ١٠٪ من رضوض الأمعاء إجمالاً وينتخب الرض عادة الأقسام المتسعة منه كالأعور والسين . أما التمزقات الخلفية لقطعه الثابتة فتبقى خفيّة .

المثانة . – تصاب بنوعين من الآفات : ١ً) تنفجر متى كانت ممتلئة وأصاب الرض الناحية الخلفية وفي هذه الحالة يجتمع ما فيها من بول في جوف الصفاق .



(الشكل – ٦)
تمزق في الماساريقى مواز للمعي
(عن موندور)

٢ً . – تتمزق في كسور الحوض فيتكون ما يسمى بالتهاب النسيج الخلوي (cellulite) حول المثانة .

أما تمزقات الطرق الصفراوية فنادرة .

جـ . – آفات الماساريقى والأوعية الكبيرة :

قد تصاب الأقسام المختلفة من ربط الأمعاء ولا سيما الثرب الكبير

والماساريقى في بعضٍ من تمزقات الامعاء التامة كما أسلفنا وقد تتمزق بمفردها بدون أن ترافقها آفة حشوية أخرى فيكون تمزقها موازياً للمعي فينجم عن هذا التمزق عدا النزف الداخلي الوافر موات قسم المعي الذي حرم التوعية (الشكل – ٦) . وجروح الثرب الكبير سهلة التورم ولا خوف منها على حيوية الأمعاء .

والاوعية الكبيرة ولا سيما الوريد الأجوف السفلي ووريد الباب عرضة للتمزق والانفجار . أما الوتين (aorte) والشرايين الحرقفية والشريان الطحالي وسويقة الكلية فإصابتها نادرة . وتؤدي اصابة هذه العروق الكبيرة إلى نزف غزير يقضي على الجريح قبل أن تُمد إليه يدُ الإسعاف .

٣ . – **آفات الجوار المرافقة** : تشاهد هذه الآفات بالخاصة في الرضوض الواسعة الصدرية البطنية والحوضية البطنية : ككسور الحوض وكسور الأضلع الأخيرة وكسور العمود الفقري وتمزق الحجاب وخاصة في الجهة اليسرى حيث تنفتق الأحشاء البطنية (المعدة ، القولون ، الثرب) الى جوف الصدر وتصاب الأحشاء الصدرية ولا سيما الرئتين .

الأعراض . – لا يمكن الجزم بوجود آفة حشوية أو نفيها لدى فحص امرىء جيء به إلى المستشفى في عقب إصابته برض البطن مباشرة إلا في بعض الحالات الصريحة لأن كل مايشاهد في تلك الآونة هو الصدمة التي تتجلى بشحوب الوجه وبرودة الأطراف والتنفس السطحي وصغر النبض وهبوط الضغط الشرياني وليست هذه الصدمة دليلاً على وجود آفة حشوية أكيدة على الرغم من شدتها في بعض الحالات ، فلا يبنى التشخيص ، والحالة كما ذكرنا ، على شدة الصدمة أو خفتها ولا على جس البطن الذي لا يكشف الا بعض الألم في مكان الرض بل يستند إلى الفحوص المتتابعة أو إلى اشتداد الأعراض التي ظهرت في عقب الرض فيجب فحص المصاب في كل نصف ساعة حتى إذا أثبتت الأعراض

آفة حشوية فتح البطن لترميمها او اذا تحسنت الاعراض واطمأن الجراح الى سلامة الأحشاء البطنية جاز له ترك مريضه والعهدة به الى من يراقبه عن كثب. ويستقصى باستجواب المريض أو من كان معه في معرفة العامل الراض واتجاهه والمدة التي انقضت منذ وقوع الرض حتى وصول الجريح الى المستشفى ، وفي ظهور بعض الأعراض كالقيء والبيلة الدموية وألم المنكب .

فحص البطن . – يشير الى موضع الرض وجود بعض الخدوش الصغيرة أو القرت الموضع على جدار البطن ، أما إذا ظهر ورم دموي أو فتق رضي فإن التوسط الجراحي يصبح ضرورياً إذ قلما تبقى الاحشاء البطنية تحت الرض سليمة .

يستنتج مما تقدم أن في فحص الجريح بصورة متتابعة ومراقبته مراقبة دقيقة كل الفائدة في وضع تشخيص جازم :

١ً. – فإذا كان الرض بسيطاً خفت الصدمة منذ الساعات الاولى ثم زالت فاستعاد الوجه تورده والتنفس حالته الطبيعية وانتظم النبض واشتد ، وخف ألم المريض تدريجياً غير ان كل هذا لا ينفي نفياً مطلقاً الآفة الحشوية بل يدعو الى المراقبة عن كثب عدة أيام فقد يتأخر ظهور الآفة الحشوية : نزف ثانوي أو التهاب الصفاق بسقوط الخثكريشة أو بانثقاب عروة معوية حرمت توعيتها لتمزق ماساريقاها .

٢ً. – واذا كان نزف باطن (بتمزق الاعضاء المتمثة او انفجارها كالكبد أو الطحال أو المعشكلة أو الأوعية الدموية الكبيرة) فلا تتحسن الصدمة على الرغم من الاسعافات بل تزداد ويصاب الجريح بفاقة دم حادة تتجلى بالشحوب والضجر والزلة وبرودة الأطراف وصغر النبض وهبوط الضغط الشرياني كما أنه يشعر بألم في منكبيه ولهذه العلامة شأن كبير في التشخيص فهي تدل على تخرش الحجاب بالدم النازف او بالورم الدموي تحته .

والبطن رخو وفيه بعض التطبل والألم المنتشر . وقد يكشف الجس دفاعاً

موضعاً في ناحية الرض كما يُظهر المس الشرجي في الرجل والمهبلي في المرأة بعض الألم في رتج دوغلاس ويكشف قرع البطن بعض الصمم في الحاصرتين، دالاً على اجتماع الدم فيهما فإذا واجه الجراح حالة كهذه فتح البطن للإستقصاء فيه بدون تردد .

٣ً. – أما اذا اصيبت الأحشاء الجوف فإن الأعراض المنبئة بالتمزق تتأخر وتظهر بصورة تدريجية وخفية فسحنة الجريح تتغير والألم العفوي يستمر ويأخذ ينتشر بعيداً عن ناحية الرض ثم يظهر الضجر والاضطراب ، ولا يبدو القيء إلا متأخراً بعد أن يتضح التهاب الصفاق . وإن لإلقاء الدم من الشرج قيمة كبيرة فهو يدل على آفة كائنة في القسم الأخير من القولون .

ولا ترتفع الحرارة في بدء الإصابة ويبقى النبض نظامياً وقد يسرع تدريجياً ولإسراعه قيمة كبيرة غير أنه لا يظهر لسوء الحظ إلا متأخراً .

ويكشف فحص البطن بعض العلامات الهامة التي تفيد في تشخيص الانثقاب وهي :

أ . – **سكون البطن** وعدم تنفسه أي أنه لا يرتفع في أثناء الزفير وسببه جمود الحجاب وهذه العلامة أكثر وضوحاً في الرجل وقد تسبق تقفع البطن .

ب . – **تقفعه** وهو علامة تؤكد اصابة حشا أجوف : يستقر هذا التقفع في بدء الإصابة حيث الرض ثم ينتشر فيعم جدار البطن جميعه (التقفع الخشبي) ويتحرى التقفع بجس البطن برفق وبانتقال اليد الجاسة في جميع نواحيه .

ج . – **زوال الصمم الكبدي** (علامة جوبار) .

د . – **ألم رتج دوغلاس** الذي يكشف بالمس الشرجي أو المهبلي كما ذكرنا.

فالعلامات الثلاث وهي : سكون البطن وتقفعه وزوال الصمم الكبدي تدل دلالة قاطعة على تمزق الأحشاء الجوف ولا سيما إذا أجري فحص إشعاعي بسيط للبطن وشوهد صفاق هاوٍ (pneumopéritoine) (أهلة غازية فوق الكبد متى وقف الجريح أو جلس ، وفقاعة هواء حول السرة متى استلقى).

ولعدّ الكريات الحمر ونقصها المتتابع في تشخيص النزف الباطن قيمة كبيرة.

السير والعراقيل . – اذا لم يسعف مرضوض البطن في حينه مات بالنزف الباطن اذا كان العضو المصاب ممتلئاً ، أو التهب صفاقه اذا كان العضو المصاب حشا أجوف وفي هذه الحالة يحل تطبل البطن مكان تقفعه وتبدو السحنة الصفاقية (الابقراطية) وتظهر الأعياء المعنّدة ويموت الجريح في اليوم الثالث أو الرابع . وقد يخيل الينا في بعض من الحالات النادرة أن الجريح قد شفي مع أنه يظل عرضة لاختلاطات متأخرة تظهر بعد عدة أيام وحتى بعد عدة أسابيع فقد يظهر نزف داخلي ثانوي (بانفجار ورم دموي في جوف الصفاق أو بسقوط خشكريشة) أو حالة انغلاق امعاء (بتضيق ليفي أو باللجم) وأخيراً قد تظهر بعض المجامع القيحية (نتيجة لتقيح ورم دموي متكيس أو لتكون خراج صديدي غائطي) .

الأشكال السريرية

١ً . – **الشكل الصاعق** : ينجم عن رض عنيف أصاب الناحية الشرسوفية وهو شكل خطر يعرفه الملاكمون ويميت آنياً بوقوف القلب .

٢ً . – **الشكل حيث تجتمع علامات النزف الباطن وأعراض الانثقاب الحشوي** : يسهل تشخيص هـذا الشكل لوفرة الاعراض التي تشير الى اصابة حشوية تتطلب التوسط الجراحي العاجل .

٣ً . – **الأشكال المسدفة** (frustes) التي يرافقها نزف خفي (انشقاق الماساريقى) أو انثقاب غير تام في حشا .

٤ً . – **الأشكال التي تتكامل بأزمنة عديدة** : (النزف بزمنين ، سقوط الخشكريشة) وتعرف هذه الاشكال بمراقبة الجريح مراقبة دقيقة وبفحصه بصورة متتابعة .

٥ً . – **الأشكال المشتركة** مع كسور الحوض والأشكال الصدرية البطنية وتحدث الاخيرة في رضوض قاعدة الصدر حيث تشترك الآفات الصدرية (كسور

الأضلع، آفات الجنب والرئة) مع الآفات البطنية (إصابة الكبد أو الطحال أو الكلية) .

٦ً. — وأخيراً **الأشكال بحسب العضو المصاب** وتعرف من توضع الرض (الكبد في رض المراق اليمنى ، الطحال في رض المراق اليسرى ، الكليتان في رض الناحية القطنية ، الخ ..) أو من بعض العلامات الخاصة كالبيلة الدموية في رض الكلية وتغوط الدم بإصابة القولون .

المعالجة . — تكافح الصدمة الرضية متى بدت (الا ّ في حالة النزف الباطن الوافر حيث لايجوز الانتظار) بتدفئة الجريح وتقوية قلبه (كورامين، بنين « caféine ») ونقل الدم اليه وحقن وريده بالمحلول السكرية والملحية أو بالمصورة (plasma) . ثم ينظر في حالة المصاب فإذا شك في آفة حشوية فتح البطن لإرقاء النزف أو لترميم الانثقاب وكلما بكر في التشخيص ازداد الأمل بشفاء الجريح فإن الشفاء يعادل ٥٠٪ في انثقاب الأمعاء إذا فتح البطن في الساعات الست الاولى وتهبط هذه النسبة الى ١٢٪ اذا أُجري التوسط ما بين الساعة السادسة والرابعة والعشرين ويتعذر الشفاء اذا فتح البطن بعد ذلك. وليعلم ان تمزق الكلية أقل خطراً (١٩٪ وفاة) من إصابة العفج (٩٠٪) .

كيفية العمل. — يخدر الجريح تخديراً عاماً ويفتح البطن فتحاً واسعاً على الخط المتوسط (في آفات المعدة والامعاء) وتحت الاضلع وموازياً لها (في آفات الطحال والكبد) فإذا شوهد لدى فتح البطن بعض الانصباب في جوف الصفاق كان ذلك دليلًا على الإصابة الحشوية وترشد طبيعته الى العضو المصاب كالدم في تمزق الطحال أو الكبد ومحتوى المعي في اصابة الصائم واللفائفي، والصفراء في آفة مجاري الصفراء ، والبول المدمى في انفجار المثانة كما أن رؤية بعض البقع الشمعية على الثرب والماساريقى دليل على اصابة المعشكلة .

تمتص هذه السوائل متى اجتمعت في جوف الصفاق بالممصة الكهرباوية ثم يستقصى في احشاء البطن المختلفة بدقة وبرفق بدون أي جرّ على الماساريقى

ومتى كشفت الآفة تستر الأمعاء برفادات مبللة بالمصل الفريزي الدافيء ويتحداها الجراح فيخيط تمزقات الأمعاء بعد تنضيرها (تجرى الخياطة قائمة على محور الأمعاء منعاً لتضييق لمعتها) ويبتر كل قطعة من الأمعاء متمزقة تمزقات عديدة متقاربة أو كل قسم يهدده الموات لانقطاع اوعيته المغذية ثم يخيط النهايتين خياطة انتهائية انتهائية ؛ ويخيط انثقاب المعدة متى وجد وخياطته سهلة . أما انثقابات العفج فيستحسن فيها اشراك مفاغمة المعدة بالصائم مع خياطة الانثقاب نظراً إلى الضيق الذي قد يتلو خياطة العفج .

أما رضوض الأحشاء الأخرى فتعالج على النمط التالي : تدق تمزقات الكبد والكلية والمعثكلة ، ويد تأصل الطحال المصاب أو يقطع قسم منه بعد ربط الشرايين العائدة إلى هذا القسم وهذا ما تسعى إلى تحقيقه الجراحة الحديثة ، وتخاط تمزقات المثانة بعد وضع مسبار دائم فيها ثم ينهى التوسط الجراحي باستنضاض البطن بأحفوض (drain) أو بذبالة أو بميكولتس وفقاً لطهارة المواد المنصبة في جوف الصفاق أو تلوثها .

ويحمى المبضوع حمية مطلقة فمائية فلبنية ويعطى الصادات (les antibiotiques) وإذا تأخر التوسط الجراحي وكان التهاب الصفاق قد حدث يختلف التوسط الجراحي فإما ان يستنض جوف الصفاق متى انتشر الالتهاب فيه أو يكتفى بشق المجمع القيحي إذا كان التهاب الصفاق محصوراً .

* * *

البحث الثاني

جروح البطن

(Les plaies de l'abdomen)

الحد . — هي الجروح التي تتناول الناحية الواقعة بين الحجاب في الأعلى ورافعات الشرج في الأسفل ، وقد تختلط هذه الجروح ولو بدت سليمة للوهلة الأولى بآفة حشوية الأمر الذي يحتم على الجراح استقصاءها حتى الصفاق الجداري في الجروح غير النافذة ، وأن يكمل ذلك بفتح البطن في الحالات الأخرى ، ويستثنى من هذا الاستقصاء وقوع الجرح في الصدر أو القطن أو العجان لأن هذه الحالات تشبه رضوض البطن ويقرر التوسط الجراحي فيها بالاعتماد على تطور العلامات السريرية .

الأسباب . — تحدث جروح البطن في زمن السلم بالسلاح الأبيض (السكين ، الخنجر) وفي زمن الحرب بالمرامي النارية (مرمي المسدسات والبنادق) أو بالشظايا المعدنية (شظايا قذائف الطائرات والمدافع والقذائف اليدوية) وفي هذه الحالة لا تقتصر الآفة على ما تحدثه الشظية من تخريب وجروح مشرشرة بل تتعداها الى انفجار الأحشاء البطنية الذي يزيد في خطر الاصابة ويعسّر العمل الجراحي .

التشريح المرضي . — يقال ان جروح البطن نافذة متى أصاب العامل الجارح الصفاق الجداري وثقبه سواء أأصيبت الأحشاء أم لم تصب ، وأما الجروح غير النافذة فهي التي تصيب الجلد والعضلات وتعف عن وريقة الصفاق الجدارية .

١ً . – **الجروح غير النافذة** : نادرة إجمالاً فمنها مايصيب الجلد فقط ويسمى بالجروح غير النافذة السطحية ومنها ما يصيب الجلد والطبقات العميقة من جدار البطن (العضلات وأضرعتها) ويسمى بالجروح غير النافذة العميقة .

والجروح غير النافذة جروح منتظمة الحافات إذا حدثت بآلة قاطعة ، ومشرشرة ومرضضة الحافات إذا أحدثتها آلة راضة . والجرح مفرد أو مزدوج وفي هذه الحالة يكون الجرحان قريبين أو بعيدين وهذه الجروح سليمة في الغالب غير أنها قد ترض الأمعاء ولو لم تثقب الصفاق مكونة خشكريشة فيها لاتلبث أن تسقط بعد مدة محدثة التهاب الصفاق الحاد .

٢ً . – **الجروح النافذة** : إما أن يقع الجرح الجلدي في جدار البطن أو بعيداً عنه (في جدار الصدر أو في العجان أو في القطن) .

وهذه الجروح بسيطة أو حشوية فالبسيطة لاتصيب الأعضاء العميقة وهي تعادل ٣٠٪ من الجروح بالآلات القاطعة وقد تحدث الواسعة منها فتقاً جرحياً (فيخرج بعض من الأحشاء البطنية كالثرب والمعي الدقيق من فوهة الجرح) ، أو ترض الأمعاء محدثة خشكريشة فيها ، أو تلوث الصفاق بالآلة الجارحة أو بما تجره معها من قطع الثياب .

أما الجروح النافذة الحشوية فتصيب الانبوب الهضمي بالدرجة الأولى ولا سيما المعي الدقيق ، وتصاب الأعضاء الممتلئة بالدرجة الثانية : الكبد (٧٪) فالطحال فالمعثكلة وأخيراً الثرب والماساريقى والأوعية الكبيرة .

أ . – جروح الأحشاء الجوف وانثقابها : إن المعي الدقيق هو أكثر أحشاء البطن إصابة (٥٥٪) وتنجم جروحه عن الآلات القاطعة وتكون غالباً مفردة . وهي إما ناقصة فلاتصيب إلا جزءاً من محيطه أو تامة فتقطع المعي قائماً على محوره وتصل حتى الماساريقى (الشكل – ٥) . أما انثقاب المعي الدقيق فينجم عن المرامي النارية ، وثقوبها عديدة ومحيطها مشرشر مرضض وقد ينفجر بعض من العرى بفعل المرمي الناري وتتمزق الماساريقى مكونة ورماً دموياً جسيماً فيها .

وتأتي جروح المعي الغليظ بعد جروح المعي الدقيق من حيث الكثرة فهي تعادل ٢٢٪ من جروح الأحشاء البطنية كافةً ويختلف خطرها بحسب وقوعها في القطع المتحركة من القولون (القولون المعترض والسين الحرقفي) حيث يعادل خطرها خطرَ جروح المعي الدقيق ، أو في قطعه الثابتة (القولونين الصاعد والنازل) حيث الخطر أقل ولا سيما متى وقع الجرح في القسم خارج الصفاق من القولونين وفي هذه الحالة الأخيرة قد تتكون الخراجات الصديدية الغائطية .

وجروح المعدة نادرة ترافقها في الغالب جروح الأحشاء الأخرى كالكبد والطحال والقولون المعترض والمعثكلة فيضاف في هذه الحالة خطر النزف الباطن إلى تخرش الصفاق وتلوثه .

ب . — جروح الأعضاء الممتلئة والعروق وانفجارها : تنجم جروح هذه الأعضاء عن إصابتها بالآلات القاطعة كما ينجم انفجارها عن إصابتها بالمرامي النارية وشظايا القذائف . ويختلف خطر الإصابة باختلاف العضو المصاب وشدة النزف فجروح العروق (الأجوف والوتين وسويقة الطحال والكبد) أشد خطراً من إصابة النسيج الخاص للأعضاء الممتلئة : الكبد والطحال والكلية .

السير . — إذا تركت هذه الجروح وشأنها أدت إلى موت الجريح بالتهاب الصفاق الحاد (في جروح الأحشاء الجوف) أو بأعراض النزف الباطن (في جروح الأعضاء الممتلئة والعروق) وقد ذكر بعض من المشاهدات النادرة في الجروح بالمرامي النارية الصغيرة تمّ شفاؤها ، بدون أن تعالج معالجة جراحية ، بالتصاق العرى المعوية وسدها للثقب الصغير الذي أحدثه المرمي أو بتكون التصاقات حصرت الالتهاب وأفضت إلى التهاب صفاق موضع . كما أن انفتاق العروة المعوية المثقوبة من خلال الجرح الجلدي يكوّن شرجاً اصطناعياً يقي الصفاق من الالتهاب الحاد .

الأعراض والتشخيص . — تختلف الأعراض باختلاف الوقت الذي فحص فيه الجريح :

١ً. ـ فإذا فحص تلو إصابته مباشرة بدا مصدوماً ولكن إفادة من كان معه في اثناء الحادثة عن نوع الآلة الجارحة وعن ظهور بعض الاعراض (بيلة دموية، قيء دموي ، تغوط دموي) كل هذا يحملنا على الشك في حدوث آفة حشوية ونتحققها بفحص البطن ورؤية بعض احشائه (الثرب أو عروة معوية) منفتقة من خلال الجرح أو رؤية الغازات أو بعض السوائل العضوية (الصفراء، البول، المواد الغائطة) تخرج من فوهة الجرح وفيما عدا هاتين الحالتين لا يمكننا الجزم بوجود آفة حشوية إلا باستقصاء الجرح طبقة فطبقة حتى الصفاق الذي يبدو سالماً متى كان الجرح غير نافذ أو منثقباً في الحالات الاخرى فيدعو الى فتح البطن واستقصاء الاحشاء .

٢ً. ـ إذا فحص الجريح بعد عدة ساعات من إصابته بالجرح البطني ظهرت فيه أعراض وظيفية وفيزيائية كافية لتشخيص الإصابة الحشوية :

أ . ـ ففي إصابة الاحشاء الجوف ينتشر الألم بعد أن كان منحصراً في محيط الجرح وتظهر الأقياء ، وينقفع جدار البطن ويجمد ويزول صمم الناحية الكبدية فتتطلب هذه الاعراض فتح البطن السريع .

ب . ـ أما في إصابة الاعضاء الممتلئة والعروق فان تناذر النزف الباطن يظهر في الجريح : شحوب الوجه ، انخفاض الضغط الشرياني ، اسراع النبض الشديد وضعفه . وإذا قرع البطن كُشف في أقسامه المنخفضة صمم ناجم عن اجتماع الدم النازف وتستدعي هذه الحالة أيضاً فتح البطن العاجل .

٣ً. ـ إذا فحص الجريح بعد انقضاء ٢٤ ساعة من الإصابة بدا :

أ . ـ بحالة حسنة فيعالج جرحه باعتناء خوفاً من حدوث التهاب الصفاق الثانوي نتيجة لتقيح الجدار ويُبقى في المستشفى تحت المراقبة لبضعة أيام أخرى خوفاً من ظهور بعض الاعراض المفاجئة نتيجة لسقوط خشكريشة أو لحدوث النزف بزمنين .

ب . ـ مصاباً بالتهاب الصفاق الحاد : أقياء مستمرة، سحنة ابقراطية ، تطبل

شديد في البطن فيجب على الرغم من سوء حالة الجريح العامة استنضاض البطن في النقاط المنخفضة منه .

٤ً .ـ وأخيراً قد يأتي المريض مستشيراً طبيبه لناسور أو لاندحاق في مكان الجرح أو لآلام تنتابه بسبب الالتصاقات .

الانذار .ـ إن الجروح غير النافذة سليمة الانذار أما الجروح النافذة فخطرة ويختلف خطرها بحسب سعة الآفة الحشوية وتعددها وبحسب الساعة التي أُجري فيها التوسط الجراحي . وليعلم أن جروح البطن النافذة في زمن السلم أقل خطراً منها في زمن الحرب لتعدد الآفات في الحالة الاخيرة ولتأخر نقل الجريح واسعافه .

المعالجة . ـ كل جرح في جدار البطن يجب استقصاؤه في الحال ، ما عدا الحالات التي يكون فيها الجرح بعيداً (في الصدر أو القطن أو العجان) حيث يجوز التريث ريثما تتضح الاعراض فهي والحالة هذه شبيهة برضوض البطن .

١ً .ـ **الجرح غير نافذ** : يعالج على النحو التالي :

الجرح قاطع : يوسع الجرح بعد تطهيره ويرقأ النزف ثم تخاط العضلات على انفراد طبقة واحدة ويخاط الجلد .

الجرح رضي حدث برمي ناري أو بشظية قذيفة : ينضر الجلد بقطع أقسامه المرضوضة المشرشرة وتنضر العضلات وتنزع العلقات الدموية ويستخرج المرمي وقطع الثياب متى وجدت ويرقأ النزف وتخاط العضلات فالجلد . ويستحسن في هذه الحالة استنضاض الجرح بخيوط فلورنسة وحقن الجريح بالصادات وبالمصلين ضد الكزاز والموات الغازي .

٢ً .ـ **الجرح نافذ بآلة قاطعة** : إذا كان الجرح جانبياً وسع وإلا فيفتح البطن على الخط المتوسط ثم تمتص السوائل إذا وجدت وتستقصى الاحشاء وتعالج على النحو الذي اتينا على ذكره في رضوض البطن وينهى العمل الجراحي باغلاق البطن ثلاث طبقات : المصلية فالعضلية فالجلد وذلك بعد حقن الصادات في جوف الصفاق متى كانت آفة في حشا أجوف .

٣ً .ـ **الجروح النافذة النارية** : يفتح البطن على الخط المتوسط وتستقصى الاحشاء بدقة وخاصة العفج وجدار المعدة الخلفي والمثانة والقسم الملتصق من القولونات ، ثم تعالج الإصابة كما يلي :

يستأصل الطحال المصاب ، تدك الكبد أو تخاط ، تخاط الاحشاء الجوف ، تربط الاوعية النازفة ثم يخاط جدار البطن . يحقن الجريح بالصادات وبالمصلين ضد الكزاز والموات الغازي ويوضع منذ اليوم الثاني بوضعة فولر (وضعة نصف جلوس) لوقاية قاعدة رئتيه من الركود .

٤ً .ـ إذا **رؤي الجريح بعد انقضاء** الوقت المناسب للتوسط الجراحي وكان مصاباً بالتهاب الصفاق الحاد اكتفي باستنضاض النقاط المنخفضة من البطن مع حقن الصادات موضعياً وفي العضل .

★ ★

الفصل الثاني

أورام جدار البطن

إذا تركنا جانباً الأورام السطحية التي يسهل تشخيصها كالكيسات الدهنية والاورام الوعائية والشحمية لم يبق علينا في هذا البحث سوى: الاورام الدموية وأورام جدار البطن الليفية وأورام السرة .

البحث الأوّل

الأورام الدموية

(Les hématomes)

الاسباب . — ينشأ الورم الدموي في جدار البطن من انقطاع عضلتي البطن المستقيمتين بالخاصة وهو نوعان :

١ً . — **ورم دموي عفوي**: يتكوّن بدون رض صريح في عضلات مصابة بتغيرات مرضية تؤهبها للانقطاع (التهاب العضلة ، التهاب الشريان الشرسوفي أو أحد فروعه داخل العضلة) كما هو الامر في سياق بعض الامراض الحمجية الحادة (الحمى التيفية والنزلة الوافدة) أو كما يطرأ على المصابين بأمراض مزمنة (اشقرار الكبد والتهاب الكلية) وهو أمر نادر .

ويتكون الورم الدموي العفوي أيضاً في عضلات متمددة رقيقه يجتازها بعض من صفائح تصلب نجمت عن تمزقات خلالية وهذا ما يطرأ على كثيرات الولادة في سياق الحمل أو بعد الوضع .

٢ً .- **ورم دموي رضي** : يصادف في الفرسان وفي الفتيان المرتاضين نتيجة لرض شديد مفرد أدى الى انقطاع تام في عضلة تقلصت فجأة بشدة (انقطاع عضلة البطن المستقيمة وتكون ورم دموي فيها في الفرسان في اثناء الوثب على ظهر الحصان) أو لانقطاعات قسمية في العضلة .

التشريح المرضي

١ً .- **الموقع** : يشاهد الورم الدموي في غمد عضلة البطن المستقيمة الكبيرة ما بين السرة ووصل العانة وهو وحيد الجانب ويستقر في اليمين غالباً عميقاً خلف العضلة وأمام الوريقة الخلفية لغمدها ويتبدل حجمه من بيضة الدجاجة الى رأس الجنين .

٢َ .- **الانقطاع العضلي** : قسمي أو شامل .

٣ً . - **منشأ الورم** : يتكون الورم الدموي نتيجة لتمزق بعض الفروع الصغيرة للشريان الشرسوفي .

٤ً .- **سير الآفة** : يغور الورم الدموي في امرىء سليم خلال ٢ -- ٦ أسابيع ، وقد يتقيح وخاصة في المصابين بالأمراض الخمجية . أما انقطاع العضلة فيترمم بنسيج ضام ليفي ، وقد لا يتم هذا الترمم فتظل قطعتا العضلة بعيدتين احداهما عن الأخرى ويحدث الاندحاق .

الاعواض . - يتصف الانقطاع الفجائي بألم شديد كضربة السوط وبظهور قرت كبير في الجلد ، والألم في الانقطاع التدريجي خفيف غير ان ما يستلفت النظر هو ظهور تورم في جدار البطن يدفع المريض الى استشارة طبيبه وهذا ما يحدث في الورم الدموي العفوي المتكون في سياق الحمى التيفية . يبدو بالفحص انتباج مؤلم مختلف الحجم ذو شكل مدور أو متطاول ، وقوام قاس

وحدود واضحة على الخط المتوسط. واذا استرخى جدار البطن لايختفي التورم بل يصبح متحركاً عرضاً، وإذا أجلس المريض وقلص جدار بطنه ثبت الورم.

التشخيص .— إن تشخيص الورم الدموي صعب في الحالات التي يرافقها ألم فجائي شديد وتقفع عضلي مؤلم حيث يلتبس الامر بآفة بطنية حادة (انفجار حمل خارج الرحم أو انفتال كيس مبيضي أو التهاب زائدة حاد أو اختناق فتق) وإذا شك في الامر فالاستقصاء الجراحي مستحسن. ويلتبس الورم الدموي حيث الألم خفيف بالورم الليفي في الجدار وبالفتق غير الرَدُود (irréductible).

المعالجة .— يغور الورم الدموي الصغير غالباً بالتزام الراحة والضمادات الحارة. أما الورم الدموي الجسيم فيعالج جراحياً خشية من التقيح الثانوي: يشق الورم وتنزع الخثر الدموية ثم تخاط العضلة المقطوعة بعد ربط الوعاء النازف.

ويعالج الورم الدموي المتقيح بالشق والاستنضاض كما يعالج الخراج الحار.

وتشرك المعالجة الدوائية (اعطاء الصادات حقناً أو عن طريق الفم) مع المعالجة الجراحية في جميع الحالات الآنفة الذكر.

★ ★

البحث الثاني

أورام جدار البطن الليفية

(Fibromes de la paroi abdominale)

الأسباب . — تصادف هذه الاورام في النساء الفتيات وفي زمن النشاط التناسلي (٢٠—٤٠ سنة) وهي نادرة في الرجال حيث نسبتها ٤٪ فقط وفي الاطفال ما دون السنة الثالثة .

الإمراض . — تنشأ اورام جدار البطن الليفية في النساء من تشقق عضلات الجدار بسبب تمددها في اثناء الحمل ثم تقلصها الشديد المؤدي الى انقطاع بعض أليافها في أثناء الولادة فيكون الورم نتيجة لتكون دشبذ ليفي طافح .

وتنشأ الاورام الليفية في الأطفال من تشققات ضريع (aponévrose) العضلتين المستقيمتين ويظن بمصدرها الولادي .

أما ما يصادف في الرجال من هذه الاورام فهي أورام عفلية او ليفية عفلية .



الشكل — ٧ (عن ستيرن)
ورم ليفي في جدار الحفرة الحرقفية

التشويح المرضي . — هي أورام مفردة دائماً تصادف في جميع أنحاء جدار البطن الأمامية وتنشأ غالباً تحت الضريع السطحي في ناحية العضلتين المستقيمتين الكبيرتين والناحية الأربية (الشكل — ٧)

وتكون صغيرة وسطحية في البدء ثم تكبر وتعمق وتلتصق بالصفاق وقد تبلغ حجم رأس الكهل ، شكلها مدور أو بيضاوي أو غير منتظم، تغلفها محفظة إلا في قسمها المرتشح في العضلات أو في الضريع ، ومقطع هذه الاورام ذو لون ابيض رمادي وبناؤها النسيجي ليفي مؤلف من الياف كهلة تقطعها خلايا فتية وأوعية . وتخرب هذه الاورام العضلة بارتشاحها فيها وذلك باستيلاء نسيج الورم الضام عليها .

الأعراض . ـ تكشف المرأة صدفة ورماً في ناحيتها الحرقفية الأربية أو في ناحية اخرى من جدار بطنها الأمامي . ويبدو بالفحص ورم محدود غير مؤلم ذو قوام قاس وشكل مدور او مسطح يختلط في العمق مع الطبقات العضلية الضريعية لجدار البطن ، وهذا الورم الصغير في بدئه والذي لا يتعدى حجمه حجم اللوزة يكبر تدريجياً باستمرار وببطء ويستغرق سيره ١٠ ـ ١٥ سنة فيبلغ حجمه حجم رأس الكهل ، ويتصف هذا الورم بوقوعه في جدار البطن وهو يتحرك باسترخاء الجدار ويثبت بتقلصه .

الانذار . ـ انذار هذا الورم سليم فهو لا ينكس اذا استؤصل استئصالا تاماً .

التشخيص . ـ يستند التشخيص الى صفات الورم التي اتينا على ذكرها ومع ذلك فهو يلتبس بالآفات المصادفة في جدار البطن كالفتق والورم الشحمي والورم الدموي الخ ... ولكن موقع الورم وقوامه واستجواب المريضة كل ذلك يفيد في تميز هذه الآفات إحداها عن الأخرى .

المعالجة . ـ جراحية صرفة وتقوم باستئصال الورم استئصالا تاماً مع قسم من العضلة الملتصق بها ثم يرمم الجدار ترميماً حسناً . واذا كان الضياع العضلي كبيراً أجري تلديم العضلات (myoplastie) بنقل بعض عضلات الجوار الى الناحية ويستحسن بعد ذلك تطبيق المعالجة الاشعاعية اتقاءً للنكس .

البحث الثالث

أورام السرة

إن أهم هذه الاورام هي السرطانات المصادفة في الكهول وهي سرطانات بدئية او ثانوية .

١ً. ـ **السرطانات البدئية : التشريح المرضي** : تتكون موضعياً على وكس الجلد (سرطان ظهاري رصفي (épithélioma pavimenteux) أو من آثار القناة المحيّة (سرطان ظهاري اسطواني) .

الأعراض . ـ يشتكي المصاب عادة من نزّ في سرته . ويبدو بفحص السرة تقرح جلدي أحمر قليل الالم لا ينزف إلا نادراً إلا أنه يلتصق سريعاً بالطبقات العميقة .

ويعرف انه بدئي إذا تبين بالفحص الدقيق ان الاحشاء البطنية والحوضية سليمة .

المعالجة . ـ قوامها استئصال السرة الواسع ثم اغلاق الجدار بعد التأكد من سلامة أحشاء البطن . وقد ينكس السرطان ويظهر بشكل ورم جسيم يصاحبه الجبن .

٢ً. ـ **السرطانات الثانوية** : كثيرة المصادفة وتحدث بانتقال احد سرطانات الاحشاء (سرطان المعدة او المعي او المبيض او الرحم او الكلية او الطرق الصفراوية) الى السرة بالطريق الدموي او اللنفاوي .

الأعراض . ـ تعرف احياناً بآلام مبهمة في ناحية السرة ولكنها لا تكشف في الغالب الا في اثناء الفحص فتبدو السرة إما منكمشة قاسية او متقرحة يرافقها انتباج العقد اللنفاوية في الناحية الاربية . اما السرطان الحشوي فيكشف بفحص البطن والحوض بصورة دقيقة وبتصوير انبوب الهضم الإشعاعي .

وانذار هذه السرطانات وخيم لان استقرار الانتقالات السرطانية في السرة يُعَدّ مضاد استطباب جراحي كبير .

الفصل الثالث

الفتوق اجمالاً

(Les hernies en général)

الحد . ـ الفتق هو خروج أحد الأحشاء البطنية أو الحوضية من خلال الجدر البطنية الحوضية التي تحيط بها . ويحدث الفتق بدون أي رض نتيجة لاستعدادات خاصة ولادية أو مكتسبة .

إن هذا التعريف يميز الفتق الحقيقي عن خروج الأحشاء المصادف في بعض جروح البطن وعن الاندحاق التالي لفتح بطن لم يرمم جيداً، كما يميزه عن الفتوق الداخلية التي تدرس مع انغلاقات الأمعاء وعن فتوق الحجاب التي تحدث بسبب الرض في أغلب الأحيان .

والفتق **ولادي** أو **مكتسب** ويسمى الفتق ولادياً سواء أظهر حين الولادة أو تأخر حتى سن اليفع أو الكهولة ذلك لأن كيس الفتق يسبق تكونه وأن الأحشاء التي لم تدخله منذ الولادة يمكنها أن تلجه في سن الكهولة عندما يتعرض المرء لجهد فجائي أو لجهود متكررة . ويسمى الفتق مكتسباً حينما يكوّن له طريقاً في ناحية واهنة .

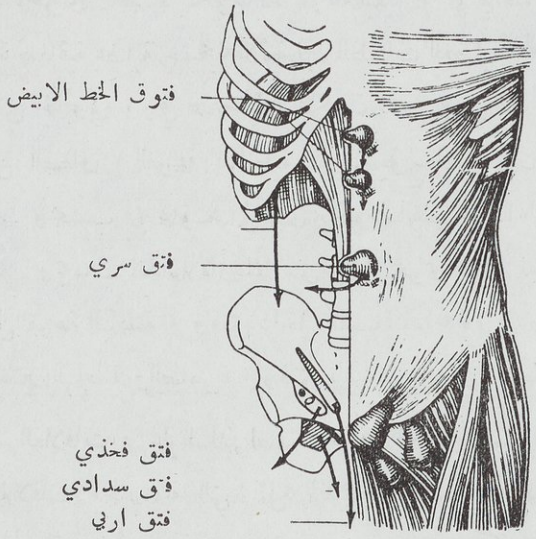
وتبدو الفتوق في النقاط الضعيفة من جدار البطن المسماة بمناطق الفتوق (الشكل ـ ٨) . ويسمى الفتق باسم الناحية التشريحية التي يقع فيها كالفتق الأربي الذي

يظهر في الناحية الاربية والفتق السري الذي يبدو من الحلقة السرية الخ ...

وقد يسمى الفتق بحسب محتواه كالفتق المثاني وفتق المعي الغليظ والفتق الثربي .

وتحدث الفتوق في بعض الأناس علة مزعجة بدون أن تؤدي إلى عارض ملحوظ فيقال إنها بسيطة أو ردودة بينما تختلط في آخرين فلا ترد أو تصاب طبقات جدار البطن المحيطة بها بآفات مختلفة فيقال لهذه الفتوق : الفتوق المعرقلة أو المختلطة .

وسندرس في بادىء الأمر الصفات العامة المشتركة بين الأنواع المختلفة من الفتوق ثم نعود إلى دراسة الصفات المميزة لكل فتق على حدة .



الشكل – ٨

مناطق الفتوق في الوجه الأمامي
(عن فورغ)

البحث الأوّل

الفتق البسيط أو الفتق الردود

هو كل فتق يتصف بصفات تشريحية وسريرية مشتركة ويخضع لطرق علاجية عامة .

التشريح المرضي . – في كل فتق مجرى كائن في جدار البطن ؛ وغلافات تحيط بالأحشاء المنفتقة ، وأحشاء منفتقة .

١ً . – المجرى : قد لايكون إلا فوهة ليفية (كما في فتوق السرة) وقد يكون قناة صفاقية عضلية حقيقية كائنة بين الطبقات العضلية المختلفة لجدار البطن (كما في الفتق الأربي) وفي هذه الحالة يكون للمجرى فوهتان الأولى عميقة بالقرب من الصفاق (الفوهة الداخلية) والثانية سطحية تحت الجلد (الفوهة الخارجية) . وبحسب اتجاه هـذا المجرى يكون الفتق قويماً أو منحرفاً إنسياً أو وحشياً . وبحسب تقدم الأحشاء في هذا المجرى يقال له رأس فتق عند خروجه من الفوهة الباطنة ، وفتق داخل القنـاة إذا وقع في ملء جدار البطن ما بين الفوهتين الباطنة والظاهرة ، وفتق تام متى اجتاز الفتحة الظاهرة .

٢ً . – الغلافات : علمنا أن نصف الغلاف الخاص للفتق والمسمى بكيس الفتق ثم الغلافات الخارجية التي تمثل الطبقات التشريحية المتغيرة والمندفعة بالكيس والمحيطة به .

أ . – كيس الفتق : هو رتج صفاقي دخل مجرى الفتق ، فيه الأحشاء المنفتقة . ويتكون الكيس في الفتوق المكتسبة من تزلق الصفاق على الوجه الباطن للجدار بفضل رخاوة النسيج الخلوي تحت المصلية ، بيد أن الكيس الصفاقي في

الفتوق الولادية يكون قد انزلق خارجاً قبل الولادة مكوناً كيساً شبيهاً بإصبع القفاز ملحقاً بالجيب الصفاقي الكبير . ويتألف الكيس الملتصق بالحلقة الليفية في بعض الفتوق (الفتوق السرية مثلاً) من تمدد الرتج الصفاقي البدئي وهذا ما يفسر لنا رقته وسهولة تمزقه .

وشكل كيس الفتق مختلف فهو اسطواني أو مدور أو مخروطي الخ .. ويتألف من قسم متضيق عميق متصل بالصفاق هو عنيق الكيس ومن قسم انتهائي منتفخ هو قعر الكيس وبينهما قسم متوسط هو جسم الكيس .

ويحيط بالوجه الخارجي من الكيس نسيج خلوي مختلف الثخن والتوعية وخاصة بالقرب من العنيق ، أما وجهه الباطن فذو لون أبيض وردي شبيه بلون الصفاق الطبيعي إلا أنه يكتسب في الفتوق القديمة لوناً أبيض أو رمادياً كما أن الأحشاء المنفتقة قد تلتصق به . وقد يتكثف كيس الفتق وتتكون فيه بعض اللطخات السود أو السمر وفي بعض الأحيان بعض الصفائح الكلسية الليفية .

وبناء الكيس كبناء الصفاق فهو مؤلف من طبقة واحدة مصلية أما الطبقة الخلوية الليفية المجاورة له فليست قسماً من الكيس بل طبقة لاحقة مفصولة دائماً عن الطبقة المصلية بسطح تسليخ يستفاد منه في تجريد الكيس .

وتطرأ على كيس الفتق تشوهات هي : ١ً . ـ غيبة الكيس التامة أو القسمية : فغيبة الكيس التامة تلاحظ في الفتوق السرية الولادية التي تحدث في زمن النمو إذ لا يكون الصفاق قد تكون ، أما نقص الكيس فيشاهد في فتوق المثانة والمعي الغليظ .

٢ً . ـ الكيس المتعدد العنيق (الكيس بشكل الساعة الرملية ، الكيس بشكل السبحة) الذي يشاهد غالباً في الفتوق الولادية .

٣ً . ـ الكيس ذو الحجب القائمة الذي يفضي إلى تكوين أكياس ثانوية موازية للكيس الرئيس ، كما يشاهد أحياناً بعض التحدبات في محيط الكيس بشكل رتوج هي بمثابة مساكن صغيرة لاحقة تتصل بجوف الكيس الرئيس بفتحات

ضيقة تعد من أسباب الاختناق الداخلي وتصادف هذه الحالة خاصة في الفتوق السرية في الكهول ، وأخيراً يمكن مشاهدة الأكياس المتعددة فهناك ازدواج الكيس أي مصادفة كيسين لكل منهما عنيقه الخاص وهذا ما يلاحظ في الفتق الاربي الولادي من النموذج أمام الصفاق .

ب . ـ الغلافات الخارجيـة : هي الأنسجة التي دفعها الكيس : اللفافة المعترضـة المتمددة والأغشية التي يجب شقها للوصول الى الكيس الحقيقي . ويتكون تحت الصفاق طبقة شحمية تغطي قعر الكيس هي انورم الشحمي قرب الفتق كما يتكون في بعض الحالات كيسات مصلية (أورام مائية حقيقية) في النسيج الخلوي .

٣ً . ـ محتوى الفتق : يؤلف المعي الدقيق أو القولون أو **الثرب** محتوى الفتوق العادي ، كما أن المثانة والملحقات قد تجتاز في بعض الحالات كيس الفتق وتكوّن محتواه . أما في الفتوق السرية المضغية فقد تصادف الأحشاء جميعها ماعدا المعثكلة .

الأسباب . ـ الفتوق علة شائعة كثيراً تصادف في الرجل اكثر من المرأة (بنسبة $\frac{1}{3}$) وتختلف نسبة الفتوق بحسب السن فهي كثيرة جداً في السنة الأولى من الحياة ونادرة حتى سن اليفع إذ تأخذ نسبتها تزداد حتى الشيخوخة ثم تعود نادرة مجدداً في الأهمام . والفتوق الاربية في الرجال اكثر بثلاثين ضعفاً من الفتوق الفخذية أما في النساء فتتساوى الفتوق الاربية والفخذية .

الأسباب المؤهبة . ـ هي كل مايضعف جدار البطن ويؤدي الى هبوط الأحشاء كالولادات المتكررة والبدانة والامراض الحادة والمزمنة التي يرافقها ضعف عضلي ونحول سريع كما ان لقلة الغذاء وما تحدثه من هزال فعلاً كبيراً في امراض الفتق فقد لوحظ ان الفتوق تكثر في الطبقة الفقيرة كما ان نسبتها قد ارتفعت في السجناء ولاسيما في اثناء الحروب بسبب التقنين الغذائي .

وتعد الجهود من الأسباب المؤهبة أيضاً لذلك تكثر الفتوق في بعض المهن وفي المصابين بالقبض والآفات الرئوية المزمنة وضخامة الموثة .

أما الوراثة فلا ينكر فعلها في إمراض الفتق إذ من الملاحظ كثرة الفتوق في بعض الأسر وقلتها في الأسر الأخرى .

السبب المحدث . – هو الجهد الذي يُحدث تقفعاً في الحجاب وفي عضلات جدار البطن فيزداد من جراء ذلك الضغط في جوف البطن وبالخاصة في الناحية تحت السرة فتندفع الأمعاء إلى النواحي المنخفضة فإذا صادفت قناة سابقة التكون أو نقطة ضعيفة خرجت منها وحدث الفتق .

الآلية . – تختلف الآلية بحسب الفتق :

ففي الفتق الولادي يسبق الكيس نزول الأحشاء وقد يبقى فارغاً حتى سن الكهولة ويكفي أن يتعرض المرء لجهد شديد فجائي حتى تدخل الأحشاء هذا الكيس الفارغ ، ففي هذا النموذج من الفتوق يكون الجدار الضريعي العضلي متيناً ويكون سبب الفتق سوء التشكل الولادي .

أما الفتوق المكتسبة فآليتها معقدة في الظاهر وتسمى بفتوق الوهن لظهورها في أناسٍ جدار بطنهم ضعيف ، وليس للجهد في ظهور هذه الفتوق إلا دور ثانوي : هذه هي فتوق المسنين والمضعفين فهي مرض وليست بعارض .

الأعراض . – يستشير المريض طبيبه عادة لبروز غير طبيعية في ناحية الفتق أما الأعراض الوظيفية فطفيفة في الغالب لأن اكثر الفتوق غير مؤلم . والفتوق المؤلمة هي فتوق الناحية الشرسوفية وبعض الفتوق الصغيرة (رأس الفتق) والفتوق التي ترافقها هجرة الخصية أما الفتوق الجسيمة فيحتملها المرء بسهولة وهي لا تؤلمه إلا في الوقوف المديد وفي أثناء الجهد .

العلامات الفيزيائية . – يعاين المفتوق وهو واقف ثم وهو مستلقٍ في سريره لأن بعض الفتوق يختفي عفواً بالاستلقاء ولا يظهر إلا بوقوف المريض

وقد تستلزم بعض الحالات اللجوء إلى المشي أو السعال ليمتلىء الكيس الفارغ ويظهر الفتق .

يبدو الفتق النمطي بشكل نتوء مدور لاطىء ذي سطح أملس أو محدب.

وفحص المرء وهو مستلق يمكننا : ١ً . — من جس الفتق ومعرفة قوامه المتماسك اللين (فتق المعي الغليظ) أو الرخو غير المنتظم (فتق الثرب). والصفة الأساسية التي يتصف بها الفتق هي اتصاله في العمق بقسم متضيق هو ذنب الفتق.

٢ً . — من تحري الرَدودية (قابلية الرد) فالفتوق المتوسطة الحجم ترد بسهولة أما الفتوق الكبيرة فيتطلب ردها بعض الاحتياطات : يرد الفتق ببطء وبصورة تدريجية مبتدئين بالقسم القريب من ذنب الكيس حيث الأقسام التي دخلت أخيراً كيس الفتق ، وقد يكون من المستحسن وضع المريض بوضعة ترندلنبورغ (position de Trendelenburg) لنتمكن من رد بعض من الفتوق الكبيرة التي يظنها المريض غير ردودة . ويمكننا الرد من معرفة محتوى الفتق فإن اليد تشعر بقرقرة في فتوق الأمعاء وبارتعاش في فتوق الثرب . وبعد أن يرد الفتق تستطيع الأصبع أن تقتفي أثره من خلال الأقسام الرخوة وتشعر بالحلقة وتقدر أقطارها ومقاومتها ؛ فإذا طلب من المريض أن يسعل شعرت الأصبع بصدمة واضحة تدع الفتق يخرج مرة ثانية ويرافقه انبساط حقيقي فالصدمة والانبساط في اثناء السعال هما صفتان أساسيتان في الفتق . ويفيد تحري الصدمة في رأس الفتق فائدة كبيرة فإذا وقف المريض والاصبع في حلقة الفتق ولم يظهر الفتق بل ضبطته الأصبع عند الفوهة الصغيرة قيل إن الفتق يضبط وعلى العكس من ذلك إذا خرجت الأمعاء من خلال الفوهة قيل إن الفتق لا يضبط .

أما قرع الفتق فواضح في فتوق المعي وأصم في فتوق الثرب .

الفحص الاشعاعي . — يستطاع بتناول المادة الظليلة عن طريق الفم أو برحضة شرجية معرفة محتوى الفتق معرفة دقيقة وإذا شك في فتق مثاني وجب تصوير المثانة .

ولا يقتصر فحص المصاب على معاينة ناحية الفتق فقط بل يتطلب أيضاً الوقوف على حالة عضلات الجدار فيطلب من المريض أن يقلص عضلاته البطنية لمعرفة حالتها ثم يطلب منه الوقوف فقد يظهر فيه مايسمى بحالة البطن ذي النتوء المزدوج وهي حالة تدل على ضعف الجدار ؛ كما يجب أيضاً فحص الجهاز التنفسي والجهاز التناسلي البولي في المفتوق قبل وضع الاستطباب الجراحي .

التشخيص . — إن تشخيص الفتق سهل إجمالاً إلا في بعض الفتوق الصغيرة الحجم (رأس الفتق) والفتوق اللاردودة التي تلتبس بالأورام الشحمية .

يلتبس الفتق الاربي أحياناً بالخراج البارد ذي المنشأ الفقري أو الحوضي ولكن الفحص السريري والإشعاعي للفقرات القطنية والمفصل الحرقفي الفخذي يميز احدى الحالتين عن الأخرى .

سير الفتق . — إذا ترك الفتق وشأنه ازداد حجمه والتصقت فيه الأحشاء بجدار الكيس فأصبح غير ردود أو أنه يتعرض لاختلاطات مختلفة وخاصة للاختناق .

وشفاء الفتق من تلقاء نفسه متعذر في الكهول ولكن ضبطه المتقن يحول دون ازدياد حجمه على أن يترك المصابُ بالفتق التمارين الرياضية والجهود الشديدة .

أما في الطفل فيفيد وضع الرباط في شفاء بعض الفتوق كالفتوق السرية الصغيرة وبعض الفتوق الاربية الولادية وذلك بانسداد القناة الصفاقية القميصية ولكنه احتمال قليل فقد يتعرض الطفل لجهد بسيط بعد عدة سنوات فيعود الفتق الاربي للظهور .

المعالجة . — تعالج الفتوق بالربط أو بالرتق الجراحي :

المعالجة بالربط . — تستعمل الربط في معالجة الفتوق الاربية وبعض الفتوق السرية وهي لاتفيد مطلقاً في الفتوق الفخذية . ويشترط في الفتق المعالج بالرباط أن يكون ردوداً بأجمعه . ففي الرضع يستعمل الرباط في شفاء الفتوق السرية الصغيرة أما في الأطفال فلم يعد لوضع الرباط الذي عُدَّ الطريقةَ الفضلى

برهة من الزمن في معالجة الفتوق السرية والاربية، تلك القيمة في زمننا الحاضر ومع ذلك فإن استعماله جائز حتى السنة الثالثة من العمر ريثما يصبح الطفل نظيفاً فيتقى تقيح الجرح البضعي والخياطة الثانوية .

أما في الكهول والشيوخ فما استعمال الربط إلا معالجة ملطفة ولا يلجأ إليها إلا متى تعذر رتق الفتق لسبب عام أو موضعي : كبر السن، ضعف جدار البطن، بدانة المريض التي تساعد على النكس ، إصابته بعلة رئوية مزمنة أو ببعض علل المثانة والموثة .

المعالجة بالرتق الجراحي . — يحذر المريض تحذيراً عاماً أو قطنياً وقد يكفي التحذير الموضعي في أغلب الحالات، ثم تطهر ناحية الفتق تطهيراً جيداً ؛ ويتكون العمل الجراحي من ثلاثة أزمنة أساسية :

١ً . — تجريد كيس الفتق ثم رد محتواه إلى جوف البطن وهذا الرد سهل في الفتق البسيط الصغير الحجم وصعب في الفتق الجسيم ولكن جعل المريض في وضعة ترندلنبورغ قد تساعد الجراح على رد الأحشاء المنفتقة .

٢ً . — قطع الكيس وذلك بعد تجريده جيداً حتى العنيق ثم خياطة هذا العنيق وربطه بخيط من الحمشة (catgut) ورفع الجذمور إلى البطن لحذف القمع الصفاقي الذي يعد بحق واسطة للنكس .

٣ً . — انشاء سطح متين في جدار البطن أمام الصفاق وذلك بتلديم مجرى الفتق والجدار بخياطة الأقسام الرخوة العضلية الضريعية طبقاتٍ عديدةً وبخيوط غير قابلة للامتصاص (خيوط الكتان ، الحرير ، أو خيوط فلورنسة) .

ونتائج العمل الجراحي باهرة فإن نسبة النكس لا تتعدى ٣ ٪ .

* * *

البحث الثاني

اختلاطات الفتوق

١ ـ اختناق الفتق

(Etranglement herniaire)

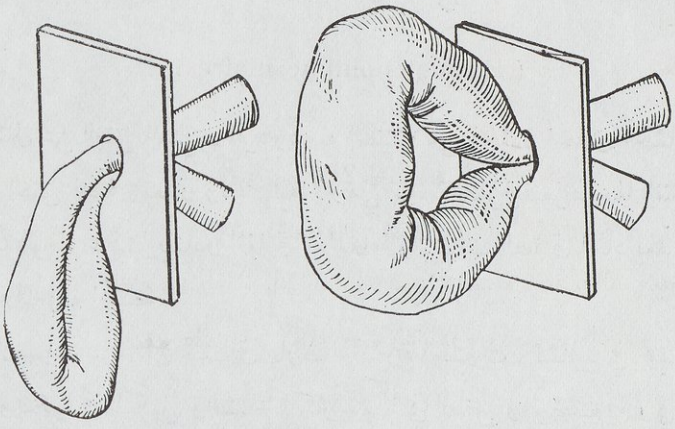
يقال عن الفتق البسيط الردود أنه اختنق متى دخلت احدى أحشاء البطن كيس الفتق فجأة وتعذر ردها إليه ، وهي حادثة خطرة تتعرض لها الفتوق وقد تكون الوفاة عاقبتها بتناذر انغلاق الامعاء أو بالتهاب الصفاق الحاد بعد موات العروة المعوية المختنقة .

الأسباب . ـ الاختناق عارضة كثيرة الحدوث وتشاهد في جميع سني الحياة ولكنها في الكهل والشيخ اكثر منها في الطفل والرضيع ، وفي المرأة اكثر منها في الرجل لكثرة الفتوق الفخذية فيها ذلك لأن الفتوق الفخذية اكثر تعرضاً للاختناق من الفتوق الأربية والسرية لصغرها ولمرورها من خلال حلقة ليفية مقاومة . وتتعرض الفتوق الصغيرة للاختناق اكثر من الكبيرة ، ويمكن للفتق أن يظهر ويختنق في آن واحد وهذا مايحدث في بعض الفتوق الولادية حيث تختنق عروة معوية بدخولها فجأة في القناة القميصية الصفاقية التي لم تنسد ؛ كما ان الرباط السيء الوضع يؤهب الفتق للاختناق أيضاً .

ويعد الجهد الذي يزيد الضغط في جوف البطن السبب الأكبر في اختناق الفتق لذلك يكثر هذا الاختلاط في المسنين المصابين بالتهاب القصبات المزمن .

والفتوق التي تتعرض للاختناق هي من حيث الكثرة : الفتوق الفخذية في المرأة فالفتوق الاربية في الرجل وتتلوها الفتوق السرية وفتوق الخط الأبيض والفتوق النادرة .

الآلية والغريزة الامراضية . — يحدث الاختناق بآليات مختلفة ويستند جميعها إلى تجربة اوبرن (expérience d'O'Beirn) الشهيرة (الشكل — ٩) أدخل هذا العالم عروة معوية من خلال ثقبة قطرها ٢ عشم . أحدثها في قطعة من الورق المقوى ثم نفخ هذه العروة ببطء فخرج الهواء من الطرف الصادر



الشكل — ٩
تجربة اوبرن

ولكنه عندما نفخها بشدة توسعت العروة فتزوى الطرف الصادر أولاً ثم تبعه الطرف الوارد وحدث الاختناق . وعلى هذا فإن الاختناق يحدث : بتوسع العروة الفجائي باحتباس المواد المعوية التي أدخلها الجهد ، أو بالتشنج المستمر لعامل الاختناق الذي يقع في عنيق الكيس أو في الحلقة الليفية المحيطة بهذا العنيق ، أو بانسداد مصاريع العروة المعوية ، أو بانثناء طرف العروة الصادر ،

أو بانسداد هذا الطرف بالقسم الوارد المتسع وأخيراً بانضغاط قاعدة العروة بالماساريقى .

فإذا اختنقت عروة معوية بإحدى هذه الآليات المختلفة حدث فيها ركود دموي فخزبت وأصبح الاختناق أشدّ .

وتنجم عن الاختناق من الوجهة الغريزية الأمور الثلاثة الآتية :

١ً . — تناذر انغلاق الأمعاء المتصف بالاقياء وتوقف المواد الغائطة والغازات وتطبل البطن وحالة تسمم شديدة .

٢ً . — عوارض خمجية بسبب احتباس المواد المعوية في العروة المختنقة وإذا مر الخمج إلى الطريق الدموي حدث تعفن الدم .

٣ً . — موات العروة المختنقة وانثقابها بانزعاج الدوران الشرياني وفقر الدم الموضعي فيها .

التشريح المرضي. — يقع سبب الاختناق في عنيق الكيس (تصلب العنيق في الفتق الاربي) او في الحلقة الليفية التي تحيط بهذا العنيق (كما يقع في الفتق الفخذي بسبب الحافة القاطعة لرباط جانبرنا حيث تنعطف عليها العروة الصادرة فتنسد لمعتها) وقد يقع عامل الاختناق بصورة نادرة في داخل الكيس (الحجب الولادية او التضيقات الالتهابية في جسم الكيس) .

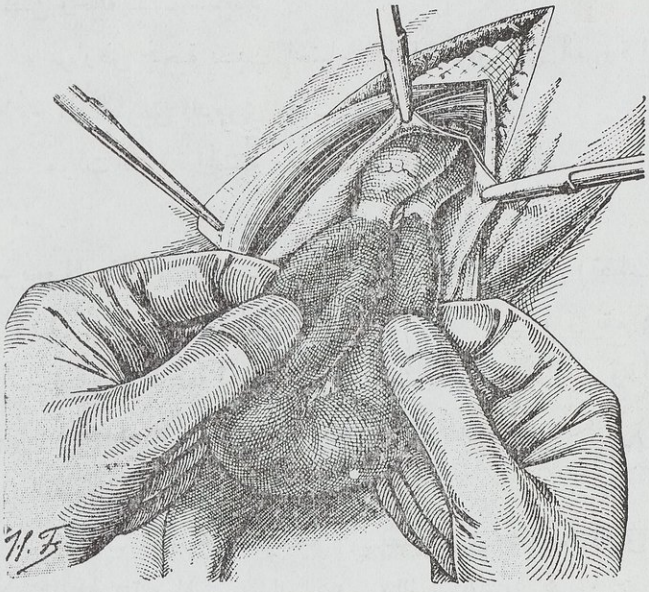
وتختلف الآفات التشريحية المرضية التي تصادف في كيس الفتق المختنق عنها في الأحشاء المختنقة (المعي ، الماساريقى ، الثرب) .

١ً . — فكيس الفتق ذو اللون الصدفي في الحالة الطبيعية يحتقن في الاختناق ويتوتر بسائل عفن أصفر أو دموي (منشأه العروة المعوية المختنقة) لايلبث أن ينقلب إلى ضرام (فلغمون) غائطي عند موات العروة المختنقة وعندئذ يلتصق الكيس بالنسج المرتشحة المحيطة به .

٢ً . — أما العروة المعوية فتحتقن في البدء وتتكون بين طبقاتها بعض البؤر النزفية ثم تتسع بالمواد المعوية والغازات ويرشح منها سائل أصفر او دموي

وفي هذا الدور يكفي إزالة عامل الاختناق ووضع رفادة مبللة بالمصل الغريزي المعقم الحار على العروة المختنقة لتستعيد حجمها ولونها الطبيعيين .

وإذا استمر عامل الاختناق فإن العروة تتعرض لاضطرابات دورانية وخمجية شديدة فينقطع ورود الدم الشرياني المغذي إليها وتفعل فيها الجراثيم التي اشتدت فوعتها (virulence) لوقوعها في جوف مغلق . وتظهر هذه الاضطرابات في قسم العروة الموافق لعامل الاختناق كما تظهر في جسمها (الشكل - ١٠) ففي

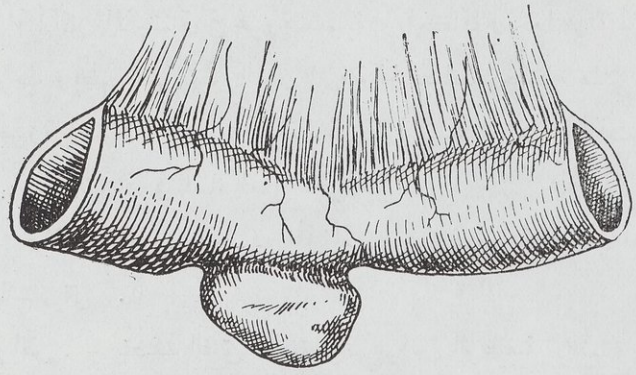


الشكل — ١٠ فتق اربي مختنق

(موشه)

موقع الاختناق يبدو تلم واضح يدل على شدة الآفات التي تتعرض لها العروة في مكان الاختناق ويبدأ التخرب من الباطن إلى الظاهر ، أما في جسم العروة فإن اشتداد الالتهاب يؤدي الى تقرح الغشاء المخاطي ثم الى خراب بقية طبقات العروة ولا يؤثر التأثير الحسن وضع الرفادة المبللة بالمصل الغريزي الحار في هذا الدور من الاختناق .

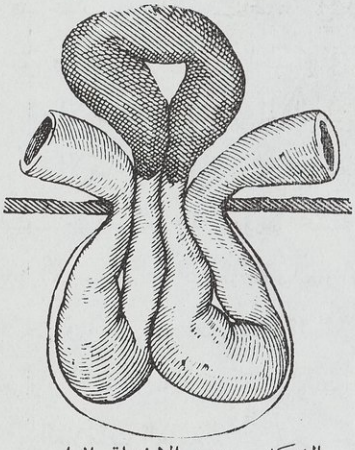
وباستمرار الاختناق تصاب العروة بالموات فتصبح رخوة وبلون الورقة المائتة، وأشد الآفات ما كان في موقع الاختناق حيث يظهر تلم دائري رمادي



الشكل – ١١ الانقراص الجانبي

أو أسود اللون ينثقب في مكان واحد أو اكثر نتيجة لسقوط الحشكريشات.

وقد يختنق قسم من محيط المعي (الشكل – ١١) ويقع ذلك في الفتوق الفخذية ويدعى بالانقراص الجانبي أو فتق ريختر (hernie de Richter) ويتعرض هذا القسم المختنق الى التبدلات التشريحية المرضية ذاتها التي تظهر في العروة المختنقة والتي أتينا على ذكرها، وتكون الأعراض في هذا النوع من الاختناق مبهمة نظراً لعدم احتباس المواد الغائطة والغازات احتباساً تاماً.



الشكل – ١٢ الاختناق الراجع (ميكلو)

ويدعى بالاختناق الراجع أو الفتق بشكل الفاء المضاعفة (W) الحالة التي تتصف بوجود عروتين معويتين في كيس الفتق متصلتين بعروة متوسطة في جوف البطن (الشكل – ١٢)،

فإذا أصيب هذا النوع من الفتوق بالاختناق كانت أشد الآفات في العروة المتوسطة وعرّض مواتها المريض لالتهاب الصفاق الحاد المميت .

وسواءً أكان الاختناق في عروة معوية او اختناقاً راجعاً فإن ماساريقى العروة تخزب ويظهر فيها بعض البؤر النزفية أو تصاب باحتشاء مثلثي الشكل قاعدته العروة المختنقة ، هـذا الاحتشاء الذي يهدد العروة بالموات ويجعل الماساريقى سهلة التمزق في أثناء العمل الجراحي .

٣ – ويختنق الثرب وحـده أو مـع عروة معوية وآفـاته شبيهة بآفات الماساريقى .

الأعراض . – يتصف الفتق المختنق بالأعراض الوظيفية الآتيـة : تعذر رد الفتق ، الألم العفوي الفجائي الشديد ، الغثيـان والقيء ، احتباس المواد الغائطة والغازات :

فتعذر الرد يظهر في عقب الجهد أو في عقب تناول مقدار كبير من الطعام وقد يحدث بدون سبب ظاهر في فتق كان معروفـاً وسهل الرد . وقد يظهر الفتق ويختنق في وقت واحد كما في بعض الفتوق الاربية الولادية .

والألم شديد ينتشر إلى البطن ويرافقه توعك وحصر .

والاقياء طعـامية أولاً ثم صفراوية فكراثية وتظهر مبكرة أو تتأخر بحسب موقع العروة المعوية المختنقة .

أما توقف المواد الغائطة والغازات فعرض هام ولكنه لايظهر في بعض أشكال الاختناق ، كما في انقراص العروة الجانبي ، أو يتأخر ظهوره وهذا مايقع عندما تكون العروة المختنقة عالية إذ يتمكن المريض من التغوط مفرغاً القسم السفلي من أمعائه فقط .

العلامات العامة . – تبقى حالة المريض العامة حسنة فلا ترتفع حرارته ويظل نبضه قوياً منتظماً .

العلامات الفيزيائية . – يلاحظ انتباج في ناحية الفتق ناجم عن عدم الرد ولا يزداد حجم هذا الانتباج بالسعال والجهد وإذا جس بدا قاسياً مؤلماً وخاصة

عند عنيق الكيس ، ولا يمكن رده الى جوف البطن وإذا قرع كان أصمّ لانصباب السائل في الكيس .

أما البطن فيبقى في بدء الاختناق ليناً غير مؤلم ولا تطبل فيه ولا ترتسم على جداره تموجات استدارية فإذا لم يبضع المريض في هذا الدور ساءت حالته العامة فأسرع نبضه وتشوش تنفسه وبردت اطرافه وآلم بطنه وانتفخ وظهرت الأقياء الغائطية ومات المريض خلال بضعة ايام بتناذر انغلاق الأمعاء أو بالتهاب الصفاق الحاد المنتشر في حالة انثقاب العروة المصابة بالموات في جوف البطن (كما في الاختناق الراجع) . وقد لا تكون نهاية هذا الاختناق على الشكل الذي وصفنا بل أن العروة تنبثق في جوف الكيس ويتكون ضرام (فلغمون) غائطي فتحمر الانسجة المحيطة به وتخزب ثم ينفتح على الجلد مكوناً شرجاً غير طبيعي قد ينتهي بموت المريض السريع بقلة التغذية فيما اذا وقع هذا الشرج على عروة معوية عالية .

وقد يصاب المرء بعد الرتق الجراحي ببعض الاختلاطات وهي إما اختلاطات مبكرة كالتهاب الوريد والعلل الرئوية والنزف بتقرح الغشاء المخاطي المرضوض في العروة المختنقة ، أو اختلاطات متأخرة كتناذر تحت الانسداد الناجم عن تضيق العروة المختنقة التي ردت الى جوف البطن .

الاشكال السريرية . – عديدة منها :

الاشكال الفائقة الحدة وفيها تصاب العروة المختنقة بالموات خلال عدة ساعات وهذا ما يحدث في الفتوق الصغيرة وخاصة الفخذية حيث يكون عامل الاختناق مشدوداً جداً .

والاشكال فوق الحادة المسماة بالهيضة الفتقية وتتصف بالاسهالات المستعصية وقلة البول واستمرار الأقياء وتغير حالة المريض العامة تغيراً سريعاً .

والاشكال الخفيفة الحدة التي تلاحظ في الفتوق الكبيرة وفي فتوق السرة

وفتوق المعي الغليظ ويقع عامل الاختناق في هذه الاشكال داخل الكيس فإذا لم يبضع المريض مات بعد مدة بأعراض الانغلاق المعوي .

والاشكال الخفية التي تلاحظ في البدينات من النساء حيث الفتق فيهن صغير مختبيء بالشحم تحت الجلد وتبدو بتناذر الانغلاق ويشير الألم في منطقة الفتق الى تشخيص الآفة .

ومن **الاشكال التشريحية** . — ١ً . — الفتق بشكل الفاء المضاعفة (W) الذي يظهر في المسنين المصابين بالفتوق الكبيرة ، ولا يعرف هذا الشكل إلا في أثناء العمل الجراحي . ٢ً . — الانقراص الجانبي ولا تتوقف في هذا الشكل المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً ، والفتق هنا صغير قليل الألم ولكن القسم المنقرص من العروة المعوية يصاب بالموات بسرعة .

التشخيص . — يسهل تشخيص الفتق المختنق بعد أن تتضح الأعراض الوظيفية والفيزيائية : فكل فتق تعذر رده فجأة وآلم ورافقه قيء واضطرابات التغوط هو فتق مختنق يجب بضعه في الحال .

ويلتبس الفتق الفخذي المختنق بالتهاب عقدة كلوكه (Cloquet) ولكن علو الحرارة وغيبة الاعراض البطنية في التهاب العقدة كافيان لنفي الفتق المختنق وإذا غمض الامر لجيء الى التوسط الجراحي الذي يكشف القيح في التهاب العقدة والعروة المنقرصة جانباً في الفتق الفخذي المختنق .

ويلتبس الفتق الاربي المختنق بالحصية المهاجرة ولكن جس الصفن في هذه الحالة يجلو الغموض .

هذا وان وقوف المواد الغائطة والغازات وظهور القوانجات في البطن واستمرار الاقياء في الفتق المختنق يجر الى الخطأ فيظن بإصابة المرء بانغلاق الامعاء ولكن معاينة مناطق الفتق كافية لتشخيص الفتق المختنق فضلاً عن ان اختناق الفتق هو احد أنواع الانغلاق .

المعالجة . — إذا جاز الرد اليدوي في فتق الرضيع المختنق بعد تخديره أو

بعد استعمال بعض الوسائط الأخرى (كوضعه في مغطس حار أو تطبيق كيس الثلج على ناحية الفتق) أمكننا القول بأن معالجة الفتق المختنق هي معالجة جراحية صرفة . فبعد تخدير المريض تخديراً عاماً أو قطنياً يشق الجلد وما تحته من طبقات واحدة بعد الاخرى حتى كيس الفتق ثم يفتح الكيس فيخرج منه سائل أصفر أو مدمى وينظر في حالة الاحشاء المنفتقة ثم يزال عامل الاختناق بقطع الحلقة أولاً فاذا كانت هي السبب تحررت الاحشاء وإلا فإن عامل الاختناق يقع في عنيق الكيس فيشق وينظر في حالة الأحشاء فإذا تقلصت العروة وزال لونها القاتم وعاد اليها توردها بعد وضع رفادات الماء الحار عليها جاز ردها الى جوف البطن دون خوف ، وإذا ظهرت بعض النقاط المائتة في مكان الاختناق طمرت باعتناء خوفاً من حدوث تضيق في لمعة العروة ، أما اذا كانت العروة المعوية جميعها مصابة بالموات فخير ما يصنع هو بترها واجراء المفاغمة النهائية أو وضع زر مورفي (Murphy) إذا اقتضت حالة المريض العامة السرعة في انجاز العمل الجراحي. ثم يقطع الكيس بعد تجريده وربطه عند العنيق ويثبت الجذمور بحسب باركر ويرمم الجدار ويخاط الجلد ولا يسهو عن بالنا وضع أرجوحة الصفن لأن حدوث الورم الدموي في الصفن اكثر في الفتق المختنق منه في الفتق العادي .

ويقوى قلب المريض ويحقن وريده بالمصل الملحي الزائد التوتر ويعطى الصادات.

والنتائج حسنة إذا بكر في التوسط الجراحي وكان المريض صغير السن ولم تكن أحشاؤه المختنقة مصابة بالموات .

٢ ــ الغصص الفتقي

(L'engouement herniaire)

ان اجتماع المواد والغازات في العروة المنفتقة وإفضاءها الى تناذر تحت الانغلاق هو ما يسمى بالغصص الفتقي الذي يلاحظ في بعض

الفتوق الجسيمة سرية كانت أو اربية وخاصة في فتوق المعي الغليظ .

تؤلم ناحية الفتق وتحتبس المواد الغائطة والغازات احتباساً قسمياً وقد تظهر أقياء أيضاً ولكن الراحة ووضع كيس الثلج على ناحية الفتق كافيان في بعض الحالات لإزالة هذا العارض. وإذا استمرت العوارض لجيء الى التوسط الجراحي.

٣ ــ التهاب الصفاق الفتقي

هو التهاب ثانوي يصيب كيس الفتق والثرب منتقلاً اليهما من التهاب الصفاق العام (التالي لانثقاب الزائدة أو قرحة المعدة أو لالتهاب الملحقات) أو نتيجة لالتهاب احدى الاحشاء المنفتقة (الزائدة ، رتج مه يكل ، الاعور والقولون، الملحقات ، الثرب المنفتق) ، وقد يلتهب كيس الفتق الفارغ لآفة في الجوار : تقرح في الجلد ، التهاب وريد موضع ، التهاب عقدة لنفاوية حاد ، التهاب خصية.

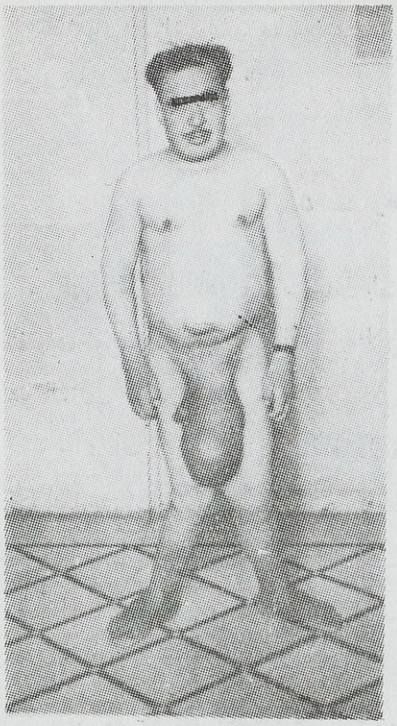
يشعر المصاب بالتهاب الصفاق الفتقي بألم حاد في ناحية الفتق . وإذا جاز الانتظار متى انحصر الالتهاب الحاد في الصفاق الفتقي فإن الإسراع بالعمل الجراحي واجب متى اشترك الالتهاب مع التهاب الصفاق الحاد .

٤ ــ الفتق غير الرديد

تلاحظ هذه الحالة متى التصقت الاحشاء المنفتقة بجدار الكيس نتيجة لالتهاب الصفاق الفتقي المزمن أو التهاب الثرب ، هذه الآفات التي تحصل بسبب الاختناقات العارضة أو بسبب رض الفتق أو بهجرة الجراثيم نتيجة للركود المعوي .

كما يلاحظ عدم الرد في الفتوق العرطلة حيث يحتل كيس الفتق قسمٌ كبير من الأمعاء والثرب المتكثف وإن بقاء الأمعاء مدة طويلة في كيس الفتق

يجعلها تفقد حق سكناها في جوف البطن . والفتوق العرطلة هي فتوق أربية وأحياناً سرية .



الشكل – ١٣
فتق أربي عرطل غير ردود
(مستشفى كلية الطب)

ولا تتصف هذه الفتوق غير الردودة سريرياً إلا بالألم الخفيف وعدم الرد . وتجسم هذه الفتوق تدريجياً حتى ان بعضها يصل إلى الركبة (الشكل - ١٣) فيضطر أصحابها إلى حملها بأكياس او بأجهزة معقدة . والفتوق العرطلة زَمانَة (infirmité) خطرة فقد تختنق فجأة كما أنها تتعرض للرضوض والجروح ، والجلد الذي يغطيها عرضة للمذح (intertrigo) والتقرح .

ومعالجة الفتوق العرطلة دقيقة في الغالب لأن كتلة الأحشاء المنفتقة (الأمعاء والثرب) قد تدفع بعد ردها إلى جوف البطن الحجاب محدثة اضطرابات قلبية ورئوية خطرة . ومع ذلك فإن معالجة هذه الفتوق بالرتق الجراحي ممكنة بعد تحضير المريض جيداً :

١ً . – بالتزامه الراحة المطلقة لا أقل من ثلاثة أسابيع .

٢ً . – بإعطائه المسهلات لتهزيله لأن المريض مفضاج (obèse) في أغلب الأحيان .

٣ً . – بتوسيع جوف البطن بحقن الهواء فيه تدريجياً مرتين في الأسبوع (اجراء الصفاق الهاوي « pneumopéritoine ») .

ويقوم العمل الجراحي بإجراء شق بطني صفني بعد جعل المريض في وضعة

ترندلنبورغ التي تسهل ارجاع الأحشاء إلى جوف البطن وإذا تعذر إرجاعها لالتصاقها الالتهابي الشديد بكيس الفتق قطعت العروة المعوية الملتصقة أو قطعة الثرب المتكثفة ورتق الفتق .

٥ — رضوض الفتق

هي اختلاط نادر ويعد رباط الفتق في مقدمة الأسباب المؤهبة له . وأكثر الفتوق تعرضاً للرض هي الفتوق الاربية فإن الأمعاء تهرس أو تنفجر وهـذا هو الغالب وقد تصاب ماساريقاها فيحدث النزف الباطن.

وأعراض رض الفتق مختلفة فإذا بقيت العروة المعوية في كيس الفتق وهذا نادر شابهت العلامات علامات الاختناق : توتر مؤلم في الفتق ، أقياء ، توقف المواد الغائطة والغازات . وإذا عادت العروة المرضوضة إلى جوف البطن عفواً أو أعادها المريض فإن أعراض التهاب الصفاق الحـاد هي التي تظهر : سكون البطن وتقفعه تقفعاً خشبياً وزوال الصمم الكبدي .

أما المعالجة فجراحية ويجب الاسراع فيها ماأمكن .

* *

الفصل الرابع

الفتوق بحسب مقرها

تقسم الفتوق بحسب مقرها إلى فتوق كثيرة المصادفة وهي الفتوق الاربية والفتوق الفخذية والفتوق السرية ، وإلى فتوق نادرة هي فتوق الخط الابيض والفتوق الحجابية والفتوق السدادية الخ ..

البحث الأوّل

الفتوق الاربية

(La hernie inguinale)

إذا مرّ كيس الفتق والأحشاء المنفتقة من خلال القناة الاربية قيل عن هذا الفتق إنه أربي .

الأسباب . — هو أكثر الفتوق مصادفة وفي الذكور اكثر منه في الاناث وفي الشبان أكثر منه في اليفعان والشيوخ ، وفي اليمين أكثر منه في اليسار . وللأسباب المؤهبة الدور الهام في حدوث الفتق (المهن الشاقة ، النحول أو البدانة ، الأمراض الحادة والمزمنة ، الحمل المتكرر ، العلل التي تزيد الضغط في جوف البطن كضخامة الموثة وتضيق الاحليل والتهاب القصبات المزمن ، نقص

الغذاء في الشعوب الفقيرة والسجناء) يضاف الى ذلك سبب مؤهب آخر خاص بالفتق الاربي الأيمن هو العمل الجراحي السابق لزائدة دودية حادة .

الآلية . ـ لاتختلف آلية تكون الفتق الاربي عنها في الفتوق الأخرى فقد تبقى القناة القميصية الصفاقية مفتوحة ويحدث الفتق الولادي أو يتكون كيس الفتق تدريجياً بسبب ضعف عضلات جدار البطن ويكون الفتق كسبياً .

التشريح المرضي . ـ القناة الاربية مجرى حقيقي يجتازه الحبل المنوي له فوهة ظاهرة (تنشأ من تباعد سويقتين في ضريع العضلة المنحرفة الكبيرة) وفوهة باطنة ، ولهذا المجرى جدار خلفي فيه الرباط المشترك المؤلف من بعض الحزم اللحمية للمنحرفة الصغيرة والمعترضة ولهـذا الرباط قيمة كبيرة في رتق الفتق .

وإذا عوين الوجه الباطن للصفاق المبطن لجدار البطن في الناحية الاربية بدت فيه ثلاث حفيرات (الشكل ـ ١٤) :

١ً . ـ الحفيرة الاربية الوحشية وهي الفوهة الباطنة للقناة الاربية وموقعهـا في وحشي الشريان الشرسوفي .

٢ً . ـ الحفيرة الاربية المتوسطة الكائنة بين الشريان الشرسوفي في الوحشي والشريان السري في الانسي .

٣ً . ـ الحفيرة الاربية الانسية وتقع بين الشريان السري الكائن في وحشيها والحبل المثاني في انسيها .



(الشكل ـ ١٤) (مينيكو)
١ ـ الشريان الشرسوفي
٢ ـ الشريان السري
٣ ـ الحبل المثاني

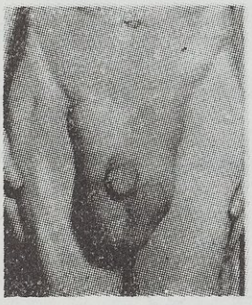
الأنواع التشريحية . ـ يسمى الفتق الاربي بحسب مروره في احدى هـذه الحفيرات الثلاث : الفتق المنحرف الوحشي والفتق القويم والفتق المنحرف الانسي ،

ولكن هـذه الأنواع الثلاثة تخرج جميعها من جدار البطن بالفوهة الظاهرة للقناة الاربية .

والفتوق الاربية نوعان : مكتسبة وولادية .

١ً .ـ **الفتوق المكتسبة** : ان اكثر الفتوق المكتسبة التي تصادف في الناحية الاربية هي الفتوق المنحرفة الوحشية وتأتي بعدهـا في الدرجة الثانية الفتوق القويمة ، أما الفتوق المنحرفة الانسية فنادرة جداً .

أ .ـ الفتق الاربي المنحرف الوحشي : يجتاز كيس هذا الفتق القناة الاربية ويتجه بحسب اتجاهها وتغلفه الطبقة الليفية للحبل المنوي وتجاوره عناصر ذلك الحبل ولكنها لا تلتصق به كما هو الحال في كيس الفتق الولادي . ويميز منه بحسب كبره الأنواع الاربعة الآتية : ١ً .ـ رأس الفتق وهو ما كان قعر الكيس فيه لايجاوز الفوهة الباطنة للقناة الاربية . ٢ً .ـ الفتق ضمن القناة حيث يبقى كيس الفتق في القنـاة الاربية ولا يظهر منها . ٣ً .ـ الفتق الاربي العاني حيث يبرز كيس الفتق من الفوهة الظاهرة للقناة الاربية . ٤ً .ـ واخيراً الفتق الحبلي أو الصفني حيث يصل كيسه الى قعر الصفن (الشكل - ١٥) .



(الشكل - ١٥)
فتق أربي صفني مضاعف
(عن بالي)

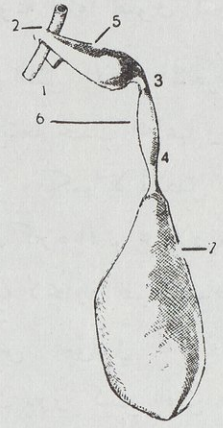
ب .ـ الفتق الاربي القويم : يجتـاز كيس هذا الفتق الحفيرة الاربية المتوسطة ويقع عنيقه بين الشريان الشرسوفي الكائن في وحشيه والشريان السري الكائن في انسيه ولا يقع كيسه خلال الطبقة الليفية للحبل المنوي كالمنحرف الوحشي بل في خارجها وخلفها .

ح .ـ الفتق المنحرف الانسي : وهو نادر جداً ويبرز فوق العانة .

٢ً .ـ **الفتوق الولادية** : هي فتوق منحرفة وحشية تجتاز الحفيرة الوحشية

للناحية الاربية مكونة القناة القميصية الصفاقية . ولا يخفى ان الخصية تنزل الى الصفن في اثناء النمو جارّة معها غمداً صفاقياً يكوّن لها فيما بعد قميصها الغلافي في قسمه الانتهائي بينما ينسد قسمه الآخر ، فإذا بقيت هذه القناة أو بقي قسم منها مفتوحاً تمكنت احدى أحشاء البطن من اجتيازها وظهر الفتق الولادي .

يقع كيس الفتق الاربي الولادي في وحشي الشريان الشرسوفي (الشكل-١٦) مستبطناً الحبل المنوي وفي خلال عناصره وهذا الكيس رقيق جداً يلتصق التصاقاً وثيقاً بالأسهر والأوعية المنوية ويصعب فصله عنها وفي باطنه بعض التضيقات (حجب رامونيد «diaphragmes de Ramonède») التي تكون احد عوامل الاختناق في الفتق . ويميز من الفتوق الاربية الولادية (بحسب بقاء القناة القميصية الصفاقية جميعها مفتوحة او انسداد قسم منها) الانواع التالية :



(الشكل - ١٦)

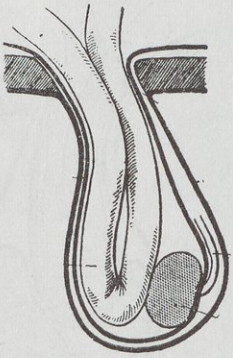
كيس الفتق الاربي الولادي وفيه ترى مناطق التضيق (2 ، 3 ، 4) والاقسام المتسعة (5 ، 6 ، 7)

(عن رامونيد)

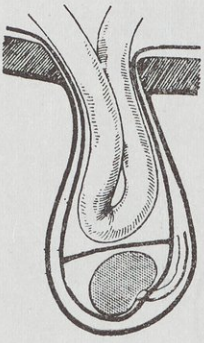
الفتق الخصوي (الشكل - ١٧) . - وفيه تلامس الاحشاء المنفتقة الخصية لبقاء القناة القميصية الصفاقية جميعها مفتوحة .

الفتق الحبلي . - وفيه تنفصل الاحشاء المنفتقة عن الخصية بحاجز تام (الشكل - ١٨) أو ناقص (الشكل - ١٩).

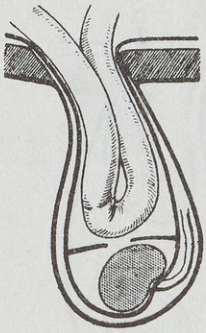
الفتق مع انصباب متكيس أو كيس الحبل المنوي (الشكلان ـ ٢٠ و ٢١) .



الشكل ـ ١٧
الفتق الخصوي



الشكل ـ ١٨



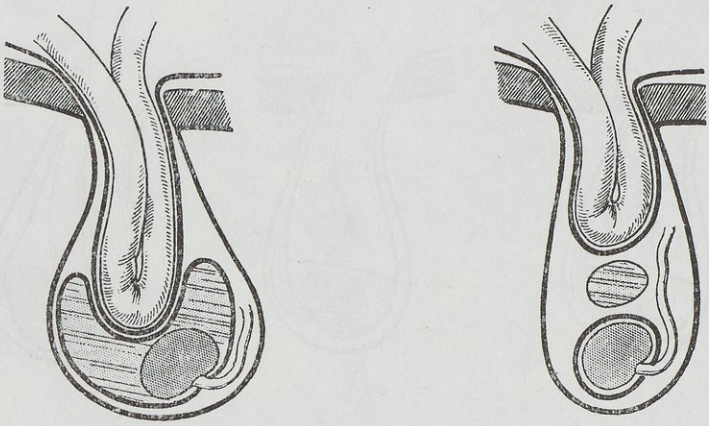
الشكل ـ ١٩
الدرجات المختلفة في الفتق الحبلي
(آلان موشه)

وهناك أنواع اخرى نادرة يتصل كيس الفتق فيها برتج يقع بين الطبقات المختلفة لجدار البطن وترافقها هجرة الخصية . وهذه الانواع هي الفتوق الاربية أمام الصفاق ، والفتوق الاربية الخلالية ، والفتوق الاربية السطحية .

ومهما يكن نوع الفتق فإن ما يشاهد في الكيس من الاحشاء هو بحسب كثرته : المعي الدقيق فالمعي الغليظ فالثرب .

السير . ـ خلافاً للفتوق المنحرفة الانسية والقويمة ، فإن الفتوق المنحرفة الوحشية (ولادية كانت أو مكتسبة) تكبر وقد تصبح عرطلة ويحتوي كيسها القسم الكبير من أحشاء البطن ، ومتى كبرت توسع ذيل الفتق وتقابلت الفوهتان الباطنة والظاهرة للقناة الاربية فشابه الفتق المنحرف عندئذ الفتق القويم . والفتوق الاربية عرضة للاختناق اكثر من الأنواع الأخرى

ويقع عامل الاختناق في الحلقة الليفية أو في عنيق الكيس المتصلب أو ضمن الكيس (حجب رامونيد أو التصاقات التهابية).



(الشكل – ٢٠)　　(الشكل – ٢١)

الدرجات المختلفة في الفتق الجبلي

(آلان موشه)

الفتق الاربي في المرأة . – إن بقاء قناة نوك «Nück» (وهي القناة الاربية في المرأة التي تشبه مثيلتها في الرجل ولكنها أقصر منها وأضيق وفيها الرباط المدور عوضاً عن الحبل المنوي) يفسر لنا تكوّن الفتق الاربي في المرأة فهو فتق ولادي ومن نوع الفتق المنحرف الوحشي، فإذا بقيت القناة مفتوحة برمتها نزلت الأحشاء إلى القسم الأمامي من الشفر الكبير . ويلتصق كيس الفتق الاربي في المرأة بالرباط المدور الذي يمكن قطعه دون محذور وإغلاق القناة إغلاقاً تاماً وهذا مايفسر لنا ندرة نكس الفتق في المرأة .

الأعراض . – إن ماذكر سابقاً من أعراض الفتوق إجمالاً ينطبق على الفتق الاربي ، يضاف إلى ذلك الأعراض الآتية الخاصة بهذا النوع من الفتوق : فرأس

الفتق لا يبدو بالمعاينة سواء أوقف المرء أو استلقى ولكنه يظهر إذا سعل أو صنع جهداً وتشعر سبابة الطبيب عند ادخالها في الفتحة الظاهرة للقناة الاربية بصدمة الأحشاء .

ويظهر الفتق خلال القناة بشكل ورم صغير. ويبدو الفتق الحبلي عند العانة والفتق الصفني في قعر الصفن .

ويفيد الجس في معرفة شكل الفتق وحجمه وقوامه كما يعرف بواسطته قطب الفتق العلوي الذي يدخل القناة الاربية وبه تعرف أيضاً ردودية الفتق وازدياد حجمه بالسعال ومرافقته لكيس الحبل المنوي أو لقيلة مائية .

وإذا أشركت المعاينة بالجس أمكن تمييز الفتق المنحرف الوحشي عن الفتق القويم : يعرف الأول بسيره في اتجاه القناة الاربية وإمكانية نزوله لقعر الصفن بينما يبرز الفتق القويم عند قاعدة القضيب ويكون مضاعفاً في أغلب الأحيان ويرد بلا قرقرة لاتساع عنيقه . والقرع أصم في فتق الثرب وواضح في فتق المعي .

ولا تختلف أعراض الفتق بحسب السن فهي واحدة في الرضيع والطفل والكهل . ويتعرض فتق الرضيع في الاشهر الستة الأولى للاختناق ، ويرافق فتق الطفل هجرة الخصية بينما تلاحظ فتوق الوهن مع تقدم السن .

الاختلاطات . — يعد **الاختناق** الاختلاط الكثير الحدوث في الفتوق الاربية وخاصة في الفتق المنحرف الوحشي منها ، ولا تختلف أعراض الاختناق فيه عنها في الفتوق الأخرى (تعذر الرد الفجائي والقولنجات والأقياء وتوقف المواد الغائطة والغازات) إلا أنها أخف من أعراض اختناق الفتق الفخذي حيث عامل الاختناق أشد تضييقاً (لصلابة الحلقة الليفية التي يمر فيها ولوجود الحافة القاطعة لرباط جانبرنا) .

أما الاختلاط الثاني الذي يصادف في الفتوق الاربية فهو **الغصص** ويشاهد في الفتوق المنحرفة الوحشية الجسيمة التي تصل إلى قعر الصفن ويكون المعي الغليظ هو الحشا المنفتق فيها . وينسب عدم رد بعض هذه الفتوق إلى كبر

حجمها ووجود التصاقات التهابية تلأم الأحشاء المنفتقة بجدار الكيس الباطن .

وتتعرض هذه الفتوق أيضاً بحسب موقعها **للرضوض** اكثر من غيرهـا من الفتوق .

التشخيص . - يسهل تشخيص الفتق الاربي الصفني وتميزه عن كيس الحبل المنوي المتوتر الذي لايرد ولا يزداد حجمه بالسعال ، كما يسهل تفريقه عن ورم البربخ والحصية وعن القيلة غير المتصلة . أما تميزه عن القيلة المتصلة التي ترد كالفتق بضغط فوهة القناة فيستند إلى ضبط الفتق وعدم ضبط القيلة .

ويلتبس الفتق خلال القناة بالحصية المهاجرة ويكفي جس الصفن لتمييز العلتين .

ويميز الفتق الاربي عن الفتق الفخذي بوقوع الثـاني تحت خط ملغانيه (Malgaigne) وهو الخط الممتد من الشوك الحرقفي الأمامي العلوي إلى شوك العانة .

ولا يميز الفتق المكتسب عن الفتق الولادي إلا في اثناء العمل الجراحي .

المعالجة . – تعالج الفتوق الاربية معالجة ملطفة بالربط ومعـالجة شافية بالرتق الجراحي :

١ً . – **المعالجة بالربط** : تستعمل في حالتين أ . – في الطفل حتى السنة الثالثة إذ يصبح نظيفاً ولا يبقى أي أمل بانسداد قناته القميصية الصفاقية .

ب – متى كان مضاد استطباب جراحي موضعي أو عام .

٢ً . – **المعالجة بالرتق الجراحي** : قوامها رد الأحشاء المنفتقة إلى جوف البطن وقطع الكيس بعد تجريده عن عناصر الحبل المنوي ثم ترميم الجدار .

كيفية العمل . – يبدأ شق الجـلد في انسي الشوك الحرقفي الأمامي العلوي بـ ٤ عشم . وينتهي في الأسفل في وحشي شوك العانة ، ثم يشق ضريع المنحرفة الكبيرة بعد مسك الفوهة الظاهرة للقناة الاربية بمنقاشين ويفتش بعد ذلك عن كيس الفتق فيعرف بلونه الصدفي فيجرد جيداً عن الأنسجة المحيطة به وعن عناصر الحبل المنوي ومتى تحرر حتى أعلى نقطة منه يفتح وترد الأحشاء

الموجودة فيه إلى جوف البطن ثم يربط بخيط من الكتان ويقطع ويثبت الجذمور بحسب باركر . ويرمّم الجدار بعدئذٍ بخياطة الوتر المشترك بالقوس الفخذية خلف الحبل المنوي (طريقة باسيني « procèdé de Bassini ») أو أمامه (طريقة فورغ «p. de Forgue») وينهى العمل الجراحي بخياطة الجلد .

وقد عدّل أساتذتنا في شعبة الجراحة هذه الطريقة الجراحية بجعل الجدارين الخلفي والأمامي جداراً واحداً ووضع الحبل المنوي وراءه . ولا تختلف هذه الطريقة في أدوارها الأولى عن طريقة باسيني فالشق الجلدي واحد وتحرير الكيس وقطعه كذلك غير ان ترميم الجدار يختلف : ففي هذه الطريقة يدفع الحبل المنوي إلى الوراء ويرمم الجدار القدّامي أمامه بعد تقويته بالوتر المشترك وذلك أن تؤخذ حافة الوتر المشترك بمنقاش أو أكثر وشفتا ضريع المنحرفة الكبيرة في الأمام وقد أكملتها الاليـاف في الأنسي . هذه هي الطريقة التي نتبعها في رتق الفتوق الاربية ويمكننا القول ان نسبة النكس فيهـا قليلة جداً على الرغم من حالة الجدار السيئة الواهنة التي نصادفها في المفتوقين .

ونظراً لرقة كيس الفتق في الفتق الولادي وصعوبة تجريده عن عنـاصر الحبل المنوي يكتفى بسد العنيق على شكل فم الكيس ثم قلب القسم السفلي من الكيس كما يصنع في القيلة المائية .

وإذا رافق تكون الفتق هجرة الخصية تستأصل هذه الخصية في الشيوخ لعدم فائدتها بينما تخفض في الاطفال وتثبت .

ورتق الفتق في المرأة أسهل منه في الرجل إذ يمكن قطع الرباط المدور واغلاق القناة الاربية اغلاقاً تاماً .

البحث الثاني

الفتق الفخذي

(La hernie crurale)

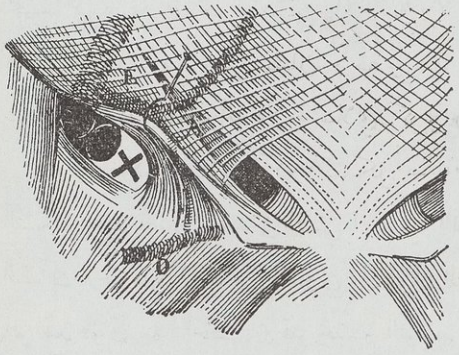
الحد . - هو خروج احدى الاحشاء البطنية من الحلقة الفخذية وبروزها في جذر الفخذ في ناحية مثلث سكاربا ، ويتعرض هذا الفتق على الرغم من صغره للاختناق المشدود اكثر من الفتوق الأخرى وعامل الاختناق فيه هو العنيق المشدود لكيس الفتق أو الحلقة الفخذية الليفية القاسية التي تحيط به أضف إلى ذلك الحافة الحرة القاطعة لرباط جانبرنا ، الأمر الذي يعرض المعي المختنق للموات السريع .

الأسباب والآلية . — يأتي هذا الفتق في الدرجة الثانية من حيث الكثرة بعد الفتق الاربي وهو أكثر في الجهة اليمنى منه في اليسرى وفي المرأة مابين السنة ٤٠ — ٤٥ أكثر منه في الرجل حيث هو نادر . وهذا الفتق مكتسب سببه ضعف جدار البطن وقد اتهم الورم الشحمي الذي يكثر ظهوره بالقرب من كيس الفتق بتسهيل تزلق الصفاق واحداث الفتق الفخذي ، ومن الأسباب المؤهبة أيضاً الرتق الجراحي السابق لفتق اربي في الناحية ذاتها والحمل المتكرر والنحول الشديد بعد الانفضاج (obésité) حيث تزول الطبقة الشحمية تحت الصفاق التي كانت بمثابة وسادة حقيقية تدعم النقطة الضعيفة من الحلقة الفخذية .

التشريح المرضي . — الحلقة الفخذية هي النقطة الضعيفة من جدار البطن التي يسترها الحاجز الفخذي ويحدها في العالي والأمام القوس الفخذية وفي الأسفل

والوراء الحافة الأمامية للعظم الحرقفي التي يغطيها رباط كوبر وفي الانسي الحافة الحرة لرباط جانبرنا وفي الوحشي الوريد الفخذي (الشكل – ٢٢)

١ً .– **الفتق الفخذي العادي** : يدفع الفتق العادي الحاجز الفخذي أو يخرقه ويستقر تحت اللفافة المثقبة ويسمى بالفتق الفخذي الناقص أو يخرج من هذه اللفافة بعد أن يمزق إحدى فوهاتها ويسمى بالفتق الفخذي التام وهو يظهر عادة في جذر الفخذ وقد يتبع مجرى راجعاً ويستقر أمام ضريع العضلة المنحرفة الكبيرة .

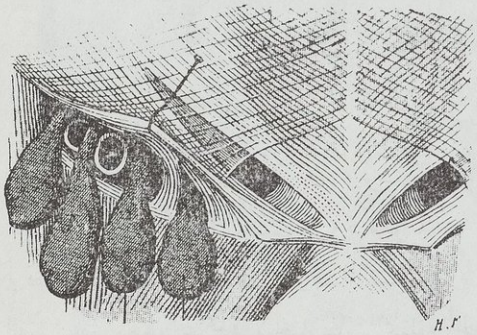


(الشكل – ٢٢)

وكيس الفتق الفخذي صغير دائماً وشكله كمثري ويوافق عنيقه الضيق الحلقة الفخذية ، ويحيط الحاجز الفخذي بهذا الكيس وقد يرى بينهما ورم شحمي .

واكثر الأحشاء مصادفة في هذا الفتق هو المعي الدقيق ويليه الثرب في الدرجة الثانية أما المعي الغليظ والمثانة والملحقات فنادرة فيه .

٢ً .– **الفتوق الفخذية النادرة** (الشكل – ٢٣) أ .– الفتق الفخذي الوحشي أو الفتق قرب الاوعية : يقع كيس الفتق في هذا النوع في ملء غمد الأوعية الفخذية .



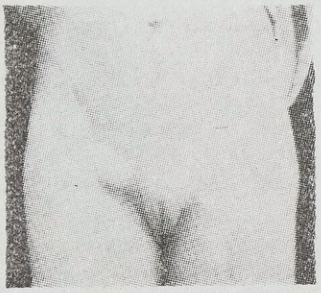
(الشكل – ٢٣)
انواع الفتوق الفخذية

ب . – فتق لوجيه (Laugier) : يخرج كيس هذا الفتق من خلال رباط جانبرنا .

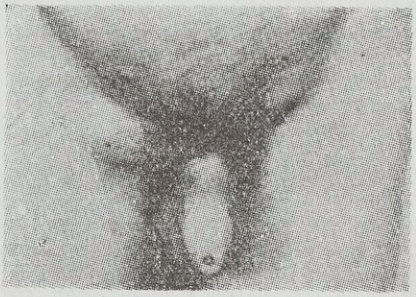
ج . - فتق كلوكه أو الفتق الفخذي المشطي : يستقر كيس الفتق في هذا النوع بين العضلة المشطية وضريعها .

الاعراض . - يظهر هذا الفتق خلسة في أغلب الأحيان ويكون صغيراً مختبئاً في طبقة الشحم عند ثني الاربية ولا يدل عليه الا بعض الالم في قاعدة مثلث سكاربا مع حس غثيان وحصر عند بسط الفخذ وزوال هذه الأعراض عند عطفها على الحوض (علامة اسلاي-كوبر « signe d'Astley Cooper »).

وقد يكون الفتق اكبر (الشكل - ٢٤) فيبدو للعين بشكل برزة بيضاوية الشكل عند جذر الفخذ في انسي الأوعية الفخذية وتحت خط ملغانيه الممتد من الشوك الحرقفي الأمامي العلوي الى شوك العانة وهذا مايفرقه عن الفتق الاربي الواقع فوق هذا الخط . وقد يجتمع الفتقان معاً في ناحية واحدة أو في ناحيتين مختلفتين (الشكل - ٢٥) ومصادفتهما ليست نادرة ، كما ان الفتق الفخذي قد يقع أمام ضريع المنحرفة الكبيرة للبطن وهذا هو نوعه الراجع .



(الشكل - ٢٤)
فتق فخذي أيمن



(الشكل - ٢٥)
فتق فخذي أيمن مع فتق أربي أيسر (عن بالي)

وقوام الفتق الفخذي لين ويرد إلى جوف البطن مع قرقرة أو بدونها حسبما يكون الحشا المنفتق عروة معوية أو قطعة من ثرب ، ولكنه يعود اذا وقفت المريضة أو سعلت . وهذا الفتق علة قد تكون مزعجة ولا يشفى هذا الفتق عفواً وهو عرضة لاختلاطات مختلفة أخصها الاختناق وعدم قابلية الرد بالتهاب الثرب في داخل كيس الفتق .

التشخيص . — يشخص الفتق الصغير المختبىء في شحم ناحية الاربية بجس الناحية والطلب من المريضة الواقفة أن تسعل فتشعر اليد الجاسة بصدمة الفتق .

أما الفتق الفخذي الظاهر للعين فسهل التشخيص ويفرق عن الفتق الاربي بكونه تحت خط ملغانيه ووقوع عنيقه في انسي الأوعية الفخذية . ومع ذلك فإن الفتق الفخذي يلتبس :

١ً . — بالخراجة الباردة الفقرية المنشأ (داء بوت القطني) التي تتوتر بالسعال وترد بعض الرد وتميز عن الفتق بعد كشف جيبها الحرقفي المتصل بجيبها الفخذي ووضوح الآفة الفقرية بالتصوير الإشعاعي .

٢ً . — بتوسع الصافن الانسي الحبابي الذي يزول بضغط الاصبع ويعود بعد رفع الضغط عنه .

٣ً . — بالتهاب العقد اللنفاوية المزمن أو تحت الحاد ولكن هذه العقد تؤلف كتلة مؤلمة غير منتظمة لاتزداد بالسعال وليس لها ذنب متجه نحو القوس الفخذية ويكفي في هذه الحالة كشف مدخل الجرثوم في نهاية الطرف او في الاعضاء التناسلية لتمييز الآفة .

أما الفتق الفخذي المختنق فيلتبس بحبابة الصافن الانسي المصابة بالالتهاب أو بالخثرة كما يلتبس أشد الالتباس بالتهاب عقدة كلوكه ولكن علو الحرارة في الالتهاب وغيبة العوارض البطنية وكشف مدخل الجرثوم كل ذلك كافٍ لتفريق احدى الآفتين عن الأخرى .

المعالجة . — لايفيد استعمال الرباط في معالجة هذا الفتق أية فائدة والرتق الجراحي هو الواسطة العلاجية الوحيدة ونتائجها باهرة ولا يتعدى النكس فيها ٢٪ بحسب أغلب الاحصاءات . وتقوم هذه المعالجة :

١ً . — بقطع الكيس بعد تجريده ورد الاحشاء المنفتقة الى البطن.

٢ً . — بسد الحلقة الفخذية سداً تامـاً بخياطتين الأولى عميقة تتناول الوتر

المشترك مع رباط كوبر والثانية سطحية تتناول ضريع المنحرفة الكبيرة وضريع العضلة المشطية .

ويجرى هـذا الرتق بطريقين : الطريق الفخذي (طريقة دولاجنيار « Delagénière ») أو الطريق الاربي (طريقة روجي « Ruggi ») ويفضل الطريق الثاني في الفتق الفخذي الصغير كما يشار به متى اجتمع الفتقان الفخذي والاربي في آن واحد .

الفتق الفخذي المختنق . - يعالج هذا الفتق جراحياً بأقصى السرعة خوفاً من إصابة المعي بالموات وكلما بكر في هذه المعالجة كان الإنذار أسلم : فبعـد فتح كيس الفتق ورؤية الأحشاء المختنقة والتأكد من سلامتهـا يزال عامل الاختناق اذا كان في الحلقة الفخذية بتوسيعها برأس المبضع من الامام الى الوراء بقطع رباط جانبرنا تحت مراقبـة النظر ، واذا كانت العروة المعوية مسودّة أخذت قبل ازالة عامل الإختناق وإلا دخلت جوف البطن وصعب العثور عليها . وتعامل هذه العروة بحسب الطريقة التي أتينا على ذكرها في معالجـة الفتوق المختنقة إجمالاً .

★ ★

البحث الثالث

الفتوق السريّة

الحد . — هي الفتوق التي تخرج من الحلقة السرية وهي نوعان : ولادية وتصادف في الوليد ومكتسبة وترى في الطفل والكهل ونكتفي بدرس الفتوق السرية المكتسبة لان مايشاهد في الوليد هو سوء تكوّن ولادي اكثر مما هو فتق حقيقي فإن احدى الاحشاء تهجر جوف البطن وتستقر في خارجه او تدخل الحبل السري بسبب توقف نمو جدار البطن أو تأخر نموه .

١ . — الفتق السري في الأطفال

الأسباب والإمراض . — هو فتق مكتسب يظهر قبل الشهر السادس من الحياة ويكثر في العرق الاسود ولاسيما في الذكور وينشأ من توسع الحلقة السرية الليفية . ويعد القبض والصراخ والسعال والاقياء وغير ذلك من الجهود أسباباً مؤهبة لحدوثه ، كما أن للوراثة دوراً هاماً في ظهور هذه العلة .

التشريح المرضي . — تلتصق الحلقة السرية الليفية التصاقاً وثيقاً بالصفاق في العمق وبجلد ندبة السرة في السطح فلا عجب أن يكون كيس الفتق رقيقاً جداً لانه ينشأ من تمدد الصفاق وليس من تزلقه . ويرافق هذا الفتق عادة اندحاق واضح فوق السرة يرى بوضوح حين إجلاس الطفل ويدل على ضعف جدار البطن .

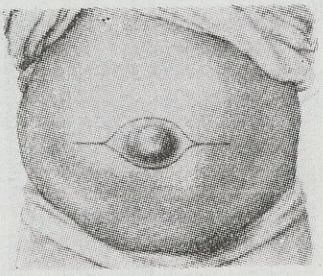
وأكثر الاحشاء مصادفة في هذا الفتق هو الثرب الكبير أما الاحشاء الاخرى كالمعي الدقيق والقولون المعترض والاعور المتحرك فلا تصادف إلا في الفتوق السرية الجسيمة .

الأعراض . — يلاحظ هـذا الفتق في الطفل بشكل انتباج مدور لاطيء أو بشكل اسطواني أو معنق يرد بسهولة متى استلقى الطفل ويعود متى وقف ويتوتر ويكبر متى بكى أو سعل . وتشعر الاصبع التي ترد الفتق إلى جوف البطن بالحلقة السرية المتوسعة .

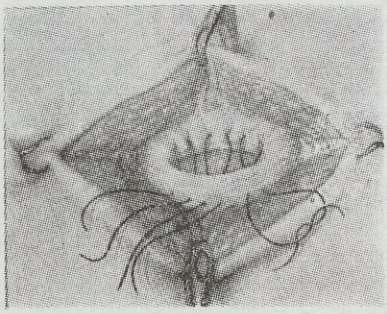
السير . — اذا امتنع الطفـل عن الصراخ والبكاء وضبط الفتق برباط سار سيره الطبيعي فانسدت الحلقة السرية وشفي الفتق عفواً وهذا يتم قبـل السنة الرابعة او الخامسة من العمر . أما اذا استمر بعد هذه السن فلا بد من رتقه جراحياً ، ولا يختنق هذا الفتق فهو سليم للغاية .

المعالجة . — إن أكثر الاطفال المصابين بالفتق السري ضعفاء البنية وبعضهم مخروع فهم يحتاجون إلى الغذاء الجيد والادوية المقوية والمعالجة ضد الخرع (كلس ، حيامين د) .

ويعالج الفتق موضعياً برده وضبطه برباط وهـذا كاف لشفائه ، أما إذا استمر بعد السنة الخامسة فخير مايصنع هو العمل الجراحي وذلك بإجراء شق على الخط المتوسط أو شق معترض (الشكل—٢٦) مع المحافظة على السرة أو بدونها



(الشكل — ٢٦)
شق معترض في رتق الفتق السري

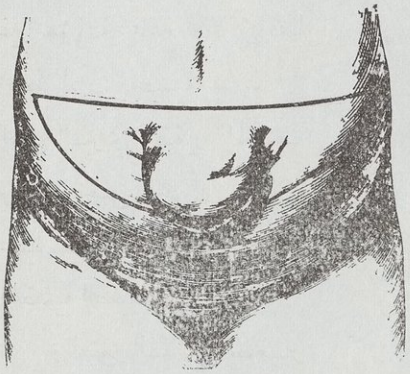


(الشكل — ٢٧)
خياطة الحلقة بعد قطع الفتق
(عن بالي)

ثم فتح الكيس ورد قطعة الثرب الموجودة فيه وينهى العمل الجراحي بقطـع الكيس ثم خياطة الصفاق والجدار بثلاث طبقات (الشكل—٢٧) .

٢ . — الفتق السري في الكهول

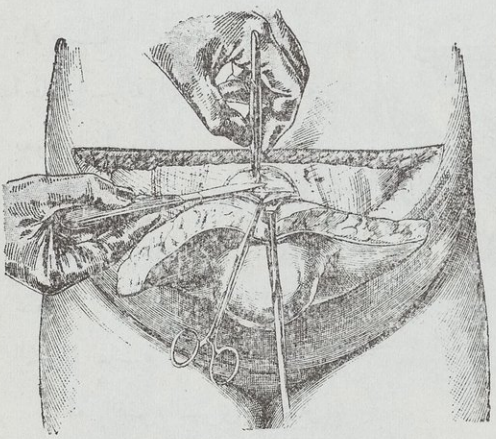
الاسباب . — هذا الفتق في المرأة اكثر منه في الرجل وخاصة في المرأة المفضاجة الكثيرة الولادة وينشأ من توسع الحلقة السرية . ويأتي هذا الفتق في الدرجة الثالثة من حيث الكثرة بعد الفتقين الأربي والفخذي . والفتق السري قويم إذا خرج من القسم العلوي من الحلقة السرية ومعتنف اذا دخل القناة المحددة باللفافة السرية والخط الأبيض .



(الشكل — ٢٨)
الخط العملي لشق الجلد
(كينو)

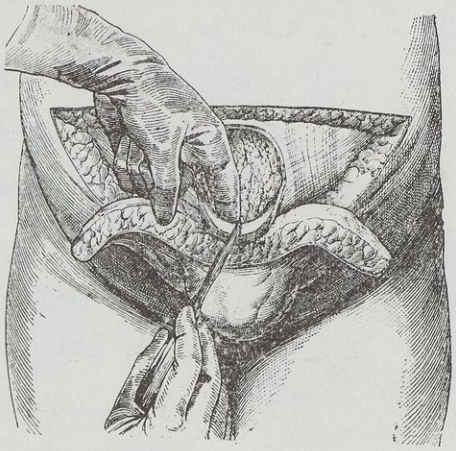
التشريح المرضي . — كيس هذا الفتق رقيق جداً وله عدة رتوج وهو ينشأ من تمدد الصفاق الملتصق التصاقاً متيناً بالحلقة السرية الليفية وهذا مايعلل لنا رقته على عكس مايشاهد في كيس الفتق الاربي الذي ينشأ من تزلق الصفاق .

ويحيط نسيج خلوي والجلد بكيس الفتق السري . اما الاحشاء المنفتقة التي تلاحظ في هذا النوع من الفتوق فهي الأمعاء الدقيقة والقولون المعترض والثرب ، ومتى التهبت هذه الأحشاء التصق بعضها بالبعض الآخر



(الشكل — ٢٩)
فتح الصفاق فوق حلقة الفتق
(كينو)

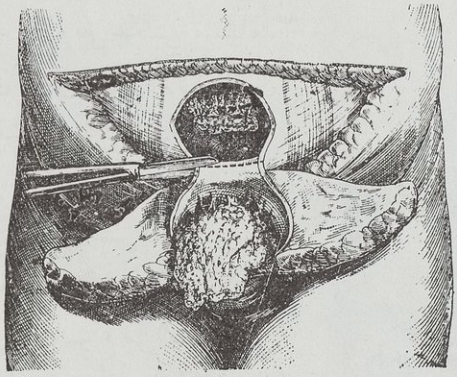
وبالكيس وقد تختنق بلجام التهابي أو على الحافة السفلية القاطعة للحلقة الليفية أو بدخولها في رتج .



(الشكل – ٣٠)
فتح حلقة الفتق (كينو)

الاعراض .– إن الفتوق السرية القوية الكبيرة الحجم غير مؤلمة عادة ولا ترافقها اضطرابات هضمية بيد أن الفتق السري الصغير المعتنف يرافقه حس انجرار وآلام خفيفة وبعض الاضطرابات الهضمية الطفيفة .

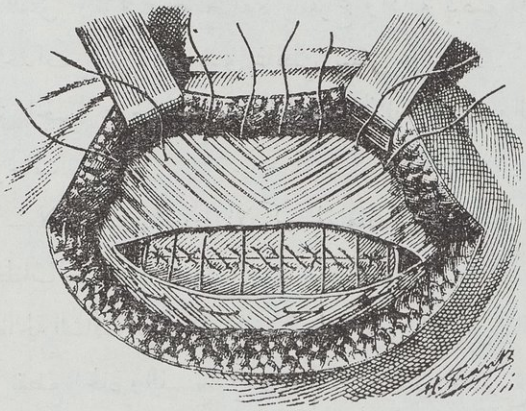
والفتق السري الصغير يظهر بوضوح في المرأة النحيلة بينما يختبيء بين طبقات الشحم في المرأة المفاجة ولا يكشف فيها إلا بالجس الدقيق . ويرد هذا الفتق بالاصبع التي تشعر بمحيط الحلقة السرية القاسية ولكنه يعود إذا وقفت المرأة أو سعلت . ويختلط الفتق الصغير بالاختناق الحاد المشدود لأن عامل الاختناق فيه هو الحلقة السرية القاسية .



(الشكل – ٣١)
قطع كيس الفتق (كينو)

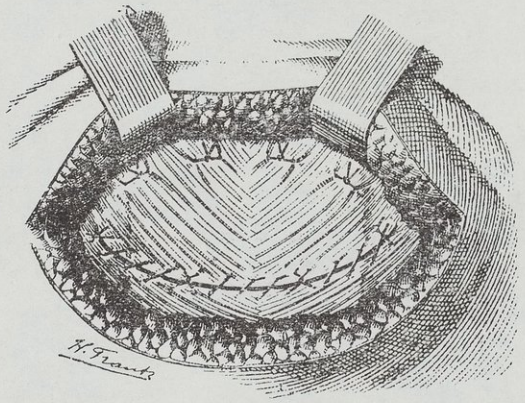
أما الفتق السري الكبير الحجم فلا يرد غالباً لالتصاق الأحشاء المنفتقة بجدار الكيس وهو يبدو بشكل ورم مفصص يغطيه جلد رقيق

بنفسجي اللون بعض أقسامه رخوة بالجس وواضحة بالقرع وهي توافق المعي، وبعضها الآخر كثيف أصم بالقرع وهي توافق الثرب .



(الشكل – ٣٢)
خياطة الصفاق (كينو)

وإذا جسم الفتق تدلى كالمئزر على القسم السفلي من البطن وأصبح الجلد الذي يغطيه وكثيفاً فيه درجة خفيفة من الالتهاب بجعله مؤلماً وإذا اختنق كان



(الشكل – ٣٣)
خياطة ضريع العضلات (كينو)

اختناقه غير مشدود وتمثل بمشهد الغصص الذي يزول بالراحة ووضع كيس الثلج على الفتق ولكن هذه النوب من الغصص تتكرر وتفضي إلى تناذر انغلاق الامعاء فيتوتر الفتق ويؤلم ويصبح أصم بالقرع واذا لم يبضع أفضى في خلال بضعة أيام إلى إحداث ضرام صديدي غائطي ينبثق على الجلد .

وجلد الفتق الجسيم عرضة للآفات الجلدية المختلفة كالنملة والتهاب الاوعية اللنفاوية والتقرحات .

المعالجة . — لاتستعمل الربط إلا كمعالجة ملطفة في الفتوق الردودة ومتى كان مضاد استطباب جراحي سببه حالة المريض العامة .

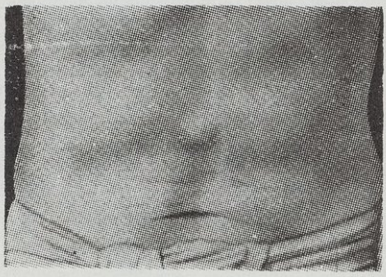
وتقوم المعالجة الشافية بإجراء شق معترض معيني الشكل (الشكل—٢٨) بعيد عن الفتق يقطع الجلد والنسيج الخلوي تحته ثم يشق الضريع والصفاق على الخط المتوسط بعيداً عن الفتق قليلا أيضاً (الشكل — ٢٩) ويفتح الكيس والحلقة من الباطن الى الظاهر (الشكل — ٣٠) وترد الاحشاء المنفتقة الى جوف البطن ويقطع الكيس (الشكل — ٣١) ويرمم الجدار بخياطة الصفاق والعضلات عرضانياً (الشكلان ٣٢ و٣٣) أو على الخط المتوسط ، ثم بخياطة الجلد عرضانياً بعد وضع احفوضين في طرفي الجرح .

* * *

البحث الرابع

فتوق الخط الأبيض

فتوق كثيرة المصادفة فوق السرة وتسمى بالفتوق الشرسوفية (الشكل – ٣٤) لأن الخط الأبيض في هذه الناحية عريض، وهي نادرة تحت السرة حيث الخط الأبيض ضيّق وخطيّ .



(الشكل — ٣٤)
فتق شرسوفي

التشريح المرضي . — الفتق صغير غالباً ويتألف أحياناً من قطعة من الشحم تحت الصفاق تخرج من فوهة صغيرة في الضريع في وحشي الخط المتوسط ويسمى هذا الفتق بالفتق الشحمي ، وقد يكون للفتق كيس حقيقي فيه الثرب . والفوهة التي يخرج منها الفتق الشرسوفي هي عادة أحد الثقوب التي تجتازها الفروع النهائية للعروق والأعصاب الوربية الأخيرة.

الأسباب . — يلاحظ هذا الفتق في الرجل أكثر منه في المرأة ، وسن الكهولة هي السن الموافقة لظهوره ، ومن أسبابه المؤهبة النحول الشديد وسوء التكون الولادي في التئام الخط الأبيض .

الأعراض . — قد لا يتصف هذا الفتق بأي عرض وظيفي بل يظهر بشكل ورم ردود تشعر الأصبع بعد رده بمحيط الفوهة الغشائية القاسي .

وقد يكون صغير الحجم بشكل عجيرة مؤلمة غير ردودة يرافقها بعض من العلامات الوظيفية كالشعور بالثقل والآلام الزنارية وبعض الاضطرابات الهضمية

كالغثيان والقيء التي تزداد بوقوف المريض والسعال والجهود فإذا لم يدقق في فحص المريض نسبت هذه الأعراض إلى آفة معدية ؛ ولا يجوز أن تعزى جميع الاضطرابات الملاحظة في مصاب بالفتق الشرسوفي إلى الفتق نفسه فقد تكون آفة حشوية مرافقة للفتق يجب معالجتها .

ويعود سبب الآلام التي يشتكي منها المصاب بالفتق الشرسوفي دون إصابة حشوية إلى التهاب الثرب المنفتق أو إلى تخرش نهاية الأعصاب الوربية بكتلة الشحم المنفتقة من فوهة الفتق أو إلى انقراص رباط الكبد المدور بها .

المعالجة . – جراحية قوامها استئصال الورم الشحمي وقطع الكيس وإغلاق الفوهة الضريبية .

* * *

الفصل الخامس

أنواع الفتوق بحسب محتواها

البحث الأوّل

الفتق المثاني

الأسباب . — هذا الفتق نادر والرجل اكثر تعرضاً للاصابة به من المرأة، يكثر بعد الأربعين ومن أسبابه توسع المثانة وزوال مقويتها والجهد البطني ، لذلك يصادف هذا الفتق في المصابين بضخامة الموثة وبعد النحول الشديد وفي الحمل المتكرر . كما ان انجرار الشحم قرب المثانة بالصفاق وما يتبعه من تزلق المثانة يعد من الأسباب أيضاً .

التشريح المرضي . — قد تصادف المثـانة في الفتق الاربي أو الفخذي ؛ فإذا دخل قسمها الذي لا يغطيه الصفاق مجرى الفتق سمي بالفتق المثـاني خارج الصفاق ، وإذا جرّت المثانة بكيس الفتق الملتصقة به سمي بالفتق المثاني حول الصفاق وهذا النوع أكثر مصادفة وإذا تمكنت المثانة المنقلبة الحرة من دخول كيس الفتق سمي هذا الفتق بالفتق المثاني داخل الصفاق .

الأعراض . — قد لا يرافق أي عرض بولي هذا الفتق فلا تكشف المثانة إلا في أثناء الرتق الجراحي وهذا هو الغالب أو أن المفتوق يشتكي من بعض

الاضطرابات البولية كالبُوال (pollakiurie) والأُطام (dysurie) والبيلة بزمنين الممكنة الحدوث بضغط الفتق .

ويكشف قرع قاعدة الفتق صمماً هو المثانة. وقد أشير إلى إمكانية اختناق المثانة في هذا الفتق كما ذكرت حصاة في القسم المنفتق منها .

المعالجة . — يدفع القسم المنفتق من المثانة إلى البطن ويرمم الجدار وهـذا يكفي في أغلب الأحيان ، وإذا جرحت المثانة خطأ في أثناء الرتق الجراحي خيط الجرح المثاني طبقتين ووضع مسبار مثاني ثابت عدة أيام .

* * *

البحث الثاني

فتق المعي الغليظ

يلتصق المعي الغليظ في هذا الفتق بالكيس التصاقاً طبيعياً وهذا ماجعلهم يسمونه بالفتق انزلاقاً .

الأسباب . – يلاحظ هذا الفتق في الرجل اكثر مما في المرأة ويكثر في سن الكهولة ويصادف المعي الغليظ في الفتق الاربي غالباً وفي الفتق الفخذي والسري نادراً . والقطعة المنفتقة هي الأعور والقولون الصاعد في اليمين والقولون الحرقفي الحوضي في اليسار ، وقد يصادف الأعور في الفتق الاربي الأيسر وخاصة في الطفل نظراً لتحرك الأعور الكبير ، كما قد تشاهد الزائدة وحدها في الكيس وتشكل نوعاً خاصاً يسمى بفتق الزائدة .

التشريح الموضي . – لهذه الفتوق كيس ملتصق قسمياً أو كلياً بالمعي الغليظ :

١ً . – فالفتوق ذات الكيس الملتصق قسمياً وهي ما كانت تسمى خطأ بالفتوق ذات الكيس الناقص تتألف من جوف أمامي يتصل بجوف الصفاق الكبير ومن قطعة ملتصقة في الخلف حيث يوجد سطح تسليخ ما بين كيس الفتق من جهة وبين القولون وماساريقاه وأوعيته من جهة أخرى .

٢ً . – والفتوق ذات الكيس الملتصق كلياً نادرة وهي ما كانت تسمى بالفتوق التي لا كيس لها يلتصق كيسها بالمعي الغليظ من جميع جهاته .

الأعراض . – تتصف هذه الفتوق بجسامتها وتمتاز بكونها لاترد كلياً الى جوف البطن وبشعور اليد الجاسة بكتلة غير منتظمة عجينية صماء بالقرع .

ويشتكي المصابون بفتوق المعي الغليظ من الاضطرابات الوظيفية الآتية : آلام قولنجية الشكل مع حس انجرار في القطن يرافقه قبض مستعص . وتظهر الرحضة الظلية المعي الغليظ المنفتق بصورة واضحة .

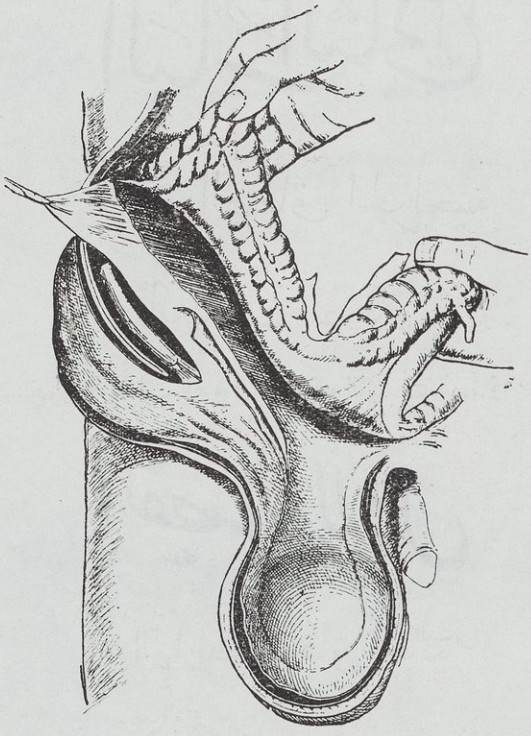


(الشكل – ٣٥)
فتق العروة اللفائفية الأعورية القولونية
(عن لاردينوا)
فتح البطن وكيس الفتق بآن واحد وأبقي جسر من النسج السليمة في محاذاة عنيق الفتق وقد بدء بقلع لفافة التفريق في البطن والكيس معاً فأصبح الأعور حراً ومتحركاً وكذلك القولون الصاعد في البطن وبهذا يستطاع تكوين الكيس برمته خلف الأعور بدون أن تمزق العروق .

الاختلاطات . – قد تلتهب الزائدة المنفتقة فيؤدي التهابها إلى التهاب الصفاق الفتقي ولكن الاختلاط الكثير الحدوث هو اختناق هذا الفتق وهو اختناق غير مشدود في الغالب وقد سميناه بالغصص الفتقي الذي يتصف بازدياد حجم الفتق وإيلام الناحية مع قبض وشعور بالغثيان وتزول هذه الأعراض في خلال عدة أيام بالراحة ووضع كيس الثلج على الناحية وإذا تكرر الغصص الفتقي كان الرتق الجراحي واجباً .

المعالجة . – لا يفيد الرباط في هذه الفتوق لأنها غير ردودة في الغالب وإذا ردت كان ردها قسمياً فخير ما يصنع فيها هو الجراحة : يجرى شق فتقي بطني واسع (الشكل – ٣٥) وتحرر الأمعاء من الأعلى في الحفرة الحرقفية فمن الأسفل في الكيس (الشكل – ٣٦) ويوضع المريض بوضعة ترندلنبورغ حتى يمكن رد القولون إلى جوف البطن بعد قطع الزائدة

ن كانت ملتهبة . وإذا كان المفتوق مسناً أو كانت حالته العامة لاتسمح بإجراء عمل جراحي كبير يكتفى بإرجاع الفتق كتلة واحدة إلى جوف



(الشكل – ٣٦)

(لاردينوا)

فتق العروة اللفائفية الأعورية القولونية.

قطع عنيق الفتق فأصبح كل من القولون والأعور والقسم الأخير من اللفائفي حراً متحركاً وبقي كيس الفتق في مكانه

البطن بعد قطع القسم الحرّ من الكيس ، ثم يرمم الجدار ترميماً جيداً ، ويستحسن استئصال الحصية في المسنين اتقاءً للنكس .

الباب الثاني

علل الصفاق الجراحية

التهابات الصفاق

تقسم قسمين : التهابات الصفاق الحادة والتهابات الصفاق المزمنة

الفصل الأول

التهابات الصفاق الحادة

تقسم بدورها قسمين أيضاً : التهابات صفاق حادة منتشرة والتهابات صفاق حادة منحصرة .

البحث الأوّل

التهابات الصفاق الحادة المنتشرة

الأسباب . — إن التهاب الصفاق الحاد المنتشر هو نتيجة تلوث المصلية بالجراثيم ؛ والجراثيم المحدثة لهذا الالتهاب هي : العصيات القولونية في الدرجة

الأولى وتتلوها المكورات العقدية والعنقودية فاللاهوائيات وتشترك هذه الجراثيم بعضها مع البعض الآخر في الغالب كما يحدث في التهاب الصفاق الحاد بانثقاب الزائدة المصابة بالموات ، وذكر بعض من التهابات الصفاق الحادة كان العامل الممرض فيها المكورات البنية والمكورات الرئوية .

ويبدأ الخمج ١ً . ـ بوريقة الصفاق الجدارية كما يحدث في الجروح النافذة غير الحشوية المحدثة بآلة جارحة غير طاهرة أو بانتقال الجرثوم بالمبضع غير المعقم أو من تقيح في الجدار (دمّل أو مجمع قيحي) فيكون التهاب الصفاق في هذه الحالة ثانوياً لالتهاب بدئي في الجدار .

٢ً . ـ بالوريقة الحشوية : أ . ـ نتيجة لانثقاب حشوي يلوث الصفاق بسرعة ، والحشا الجوفاء إما ان تكون سليمة قبل الانثقاب ويتم انثقابها بآلة جارحة أو بورمٍ ناري أو بشظية قذيفة ، أو أن تكون مصابة بآفة التهابية (قرحة معدة ، حمى تيفية ، التهاب زائدة ، التهاب مراوة) أو بحالة ورمية (سل ، سرطان) .
ب . ـ أو نتيجة لانتقال الالتهاب بالمجاورة أو عن طريق الأوعية اللنفاوية تحت المصلية من آفة التهابية في البطن (التهاب زائدة حاد غير منبثقة ، التهاب الرحم) .
جـ . ـ وقد يتم تلوث الصفاق أيضاً بالطريق الدموي في خمج الدم كما في سياق العلل الخطرة كالحمرة وذات الرئة والقرمزية .

الغريزة المرضية . ـ لقد ثبت بالتجربة وفي السريريات أن الصفاق السليم يدافع عن نفسه ضد الخمج : ١ً . ـ بمصليته التي تنتح في البدء سائلاً ذا قدرة متلفة للجراثيم ثم نتاحة ليفية تلأم الأحشاء البطنية وتحدد الخمج . ٢ً . ـ بالالتصاقات التي تتكون بين الأحشاء والتي تتحول بتطور الآفة نحو الشفاء من التصاقات رخوة سريعة العطب إلى التصاقات متينة تحصر البؤرة الخمجية . ٣ً . ـ وأخيراً بالثرب الكبير الذي يتجه نحو المنطقة الملتهبة ويعزلها وقد سمي هذا الثرب بشرطي البطن على سبيل التشبيه .

فلا يكفي إذن أن يدخل الجرثوم جوف البطن ليحدث التهاب الصفاق

الحاد المنتشر بل يجب أن يكون هذا الجرثوم قوي الحمة كثير العدد وأن تتوفر له بعض الشروط في مصلية الصفاق كتخرشها في أثناء العمل الجراحي أو وجود انصباب دموي في جوف البطن لم يعتنَ بتجفيفه جيداً .

أما ما يشاهد من أعراض في التهاب الصفاق الحاد وسرعة سوء الحالة العامة فيعلل :

١ً . - بما يتصف به الصفاق الواسع السطح بوريقتيه الجدارية والحشوية من قدرة كبيرة على امتصاص ذيفانات الجراثيم .

٢ً . - بتخريش النهايات العصبية الوافرة في النسيج الخلوي تحت الصفاق وما يولده هذا التخرش من انعكاسات ناهية تؤثر عن طريق الضفيرة الشمسية في القلب والكليتين والمراكز التنفسية .

٣ً . - بامحّاء الحركات الالتوائية في الأمعاء التالي لالتهاب الصفاق (وفقاً لقانون ستوكس « loi de Stokes » القائل : تشل كل طبقة عضلية تقع تحت طبقة مصلية ملتهبة) وما يحدثه من توسع العرى المعوية التي تمتلىء بالغازات فتتكوع محدثة نوعاً من انغلاق الأمعاء يدعى بالانغلاق الشللي تضاف أعراضه إلى أعراض التهاب الصفاق الحاد .

التشريح المرضي . - تختلف التبدلات التي تطرأ على أحشاء البطن كما تختلف كمية السائل المجتمع في جوف الصفاق ولونه باختلاف الشكل السريري لالتهاب الصفاق الحاد: ففي التهاب الصفاق الفائق الحدة المحدث لخمج الدم يكون السائل كدراً أصفر اللون قليل المقدار لا يتعدى بضع لعقات صغيرة مجتمعة في رتج دوغلاس بينما ينقلب هذا السائل انصباباً وافراً مصلياً قيحياً أو قيحياً صرفاً في التهاب الصفاق المتقيح الشامل .

وإذا كان الانثقاب الحشوي سبب التهاب الصفاق كان السائل عضوياً واختلف باختلاف الحشا المصاب (البول في تمزق المثانة ، والصفراء في انفجار المرارة ، والمواد المعوية في انثقاب الأمعاء) . وقد يلاحظ بعض الأجزاء الغذائية

بالإضافة إلى عصارة المعدة الحامضة في انثقاب قرحة المعدة .

أما التبدلات التي تطرأ على مصلية الصفاق فأشدها ما يكون في الوريقة الحشوية التي تبدو حمراء غير صقيلة تغطيها أغشية كاذبة .

كما يشاهد بعد فتح البطن بعض الالتصاقات التي تلصق الاحشاء بعضها بالبعض الآخر أو تلصقها بجدار البطن محددة بذلك البؤرة الالتهابية ومانعة القيح من الانتشار فيكون عمل هذه الالتصاقات مساعداً لعمل المساريقى والثرب في حصر الالتهاب وتكوين التهاب الصفاق المحدود .

الأعراض . - تختلف أعراض التهاب الصفاق الحاد باختلاف أشكال الالتهاب السريرية فبينما تتفوق العلامات العامة على الأعراض البطنية في الشكل الفائق الحدة والسام للدم نرى أن الأعراض العامة والموضعية تبقى كامنة مقنعة في الشكل الذي يتلو الانثقاب التيفي حيث تبقى أعراض الحمى التيفية متغلبة.

وإننا نتخذ نموذجاً للوصف التهاب الصفاق الحاد المنتشر المتوسط الشدة حيث لا تتبدل الحالة العامة تبدلاً كبيراً والعلامات البطنية واضحة :

يمر هذا الالتهاب بدورين : الدور البدئي والدور الانتهائي :

١ً. - **الدور البدئي** : يجب أن تشخص إصابة الصفاق كما تشخص الآفة الحشوية المسببة له لأن على هذا التشخيص المبكر وعلى التوسط الجراحي السريع تتوقف حياة المصاب .

تظهر إصابة الصفاق في هذا الدور بعلامات وظيفية وفيزيائية وإشعاعية كافية للتشخيص :

أ . - العلامات الوظيفية : هي ألم البطن والأقياء وتوقف المواد الغائطة والغازات والفواق .

فألم البطن مبرح تبدأ به إصابة الصفاق ويستقر في إحدى نواحي البطن أولاً ثم يأخذ يتشعع إلى انحاء البطن الأخرى ، وتشععه هذا علامة أكيدة على انتشار الالتهاب .

وتبدو الأقياء في أغلب الحوادث ولكنها لا تظهر في الساعات الأولى وهي أقياء غذائية أو صفراوية أو كراثية وإذا تكررت ادت إلى اجتفاف المريض.

أما توقف المواد الغائطة والغازات فليس واضحاً ولا قيمة له إلا في تناذر الانسداد المعوي وقد يعيض عنه الاسهال في بعض الحالات .

والفواق علامة ثانوية تدل على تخرش الحجاب .

ب . ـ العلامات الفيزيائية : هي جمود الحجاب وتقفع البطن وزوال الصمم الكبدي وبها تكشف إصابة الصفاق :

فجمود الحجاب يعرف بسكون البطن وعدم تنفسه وهو علامة أوضح في الرجل منه في المرأة ويسبق تقفع البطن .

أما التقفع فيدرك بجس البطن باعتناء ولطف باليدين الدافئتين المنفتحتين وليست درجة هذا التقفع واحدة في جميع الحالات فهي واضحة تمام الوضوح (التقفع الخشبي) في انثقاب قرحة المعدة بينما تبدو بشكل مقاومة خفيفة (دفاع) في جدار البطن في تمزقات الأحشاء الممتلئة . وقد يكون التقفع بسيطاً كما هو الحال في الأشكال السمية لالتهاب الزائدة الحاد وفي الاناس المنهوكين المصابين بإصابة خطرة (حمى تيفية) . والتقفع محصور في باديء الأمر في منطقة الحشا المصاب ثم يعم البطن جميعه .

وزوال الصمم الكبدي الذي يشير إلى امتلاء جوف الصفاق بالغاز يدل على انثقاب حشوي أجوف ويعرف بقرع البطن في الساعات الأولى من إصابة الصفاق .

ويكشف المس الشرجي عدا ذلك كله ألماً في رتج دوغلاس أو حس تعجن منتشر فيه ، ولهذه العلامة شأنها إذا لم تكن البؤرة البدئية في الجهاز التناسلي .

ج . ـ العلامات العامة : قد لا يطرأ أي تبدل يذكر على حرارة المريض، أما النبض فقد يسرع دالاً على حالة تسمم شديدة . وتتبدل سحنة المريض (السحنة الصفاقية الابقراطية) فالعينان غائرتان والانف دقيق والضجر شديد الخ . . .

د . ـ العلامات الإشعاعية : يفيد الفحص الاشعاعي الذي لا مندوحة عنه

في هذه الحالة فائدة كبيرة في تشخيص التهابات الصفاق الحادة الناجمة عن الانثقاب فبه يكشف والمريض واقف أو جالس الصفاق الهاوي برؤية الهلال الغازي مابين الكبد والحجاب .

٢ـ . ـ **الدور الانتهائي** : إذا أهمل المصاب بالتهاب الصفاق الحاد ولم يبضع سريعاً (ماعدا التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية حيث يجوز الانتظار) ساءت الحالة العامة وظهرت بعد ٣ ـ ٤ ايام الأعراض التالية : الزلة التسممية الشديدة ، السحنة الصفاقية الواضحة ، الأقياء المستمرة (صفراوية فكراثية فغائطية) ، الفواق ، توقف المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً ، اسراع النبض وضعفه . ويغيب تقفع البطن ليحل محله تطبل البطن الشديد بانغلاق الأمعاء الشللي .

الاشكال السريرية . ـ ١ً : **الاشكال السريرية بحسب سير التهاب الصفاق الحاد** : ويميز منها الأشكال الثلاثة الآتية :

أ . ـ التهاب الصفاق الفائق الحدة السام للدم حيث تتفوق العلامات العامة على العلامات البطنية فالزلة التسممية شديدة وبرودة النهايات واضحة وتغير السحنة سريع . وقد لاتعلو الحرارة في هذا الشكل بينما يسرع النبض ويضعف ويموت المصاب بهذا الشكل الخطر من التهاب الصفاق الحاد في خلال ٢٤ ـ ٤٨ ساعة .

ب . ـ التهاب الصفاق الحاد المنتشر المتوسط الشدة وهو ماتخذناه مثالاً للوصف .

ج . ـ التهاب الصفاق المتكيس : في هذا الشكل بعد أن يبدأ التهاب الصفاق بالأعراض الدالة على التهاب حاد منتشر تخف هذه الاعراض فتهجع الآلام وتتباعد الأقياء ويخف تقفع البطن وسكونه ويقوى النبض وتتحدد الآفة البطنية .

٢ . ـ **الأشكال السريرية بحسب السبب** : ينضوي تحت هذا البحث التهابات الصفاق الحادة بانثقاب قرحة المعدة أو بموات الزائدة الدودية أو بانفجار التهاب الملحقات في المرأة وإن مايهمنا بحثه هنا هو التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية :

التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية . – يصادف هذا الالتهاب غالباً في الفتيات الصغيرات اللواتي تتراوح أعمارهن بين خمس وعشر سنوات وهو التهاب بدئي تصل به المكورات الرئوية الى الصفاق من الجهاز التناسلي أو المعي أو الدم . والطريق الدموي هو الطريق الذي يسلكه الجرثوم غالباً للوصول إلى الصفاق فما التهاب الصفاق إلا آفة موضعة لتقيح الدم بالمكورات الرئوية . والطريق التناسلي مُسلَّم به متى كان التهاب المهبل والفرج بالمكورات الرئوية في الفتيات الفقيرات اللواتي لا يعتنين بنظافتهن، وفي النساء بعد حوادث الاسقاط والولادة . أما الطريق المعوي فيعلله حدوث التهاب الصفاق بعد التهاب المعدة والأمعاء . ويبدو التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية سريرياً بألم حاد فجائي يستقر في نقطة من البطن يرافقه القيء والاسهال النتن المدمى . والبطن متمدد متطبل غير متقفع . ثم تخف هذه الحالة الحادة بعد بضعة أيام ولكن جس البطن يكشف مابين السرة والعانة مقاومة تدل على بدء تكون الخراج الذي يتضح شيئاً فشيئاً فيتكون ورم رخو متموج يتطلب الشق .

٣ً – **الأشكال السريرية بحسب البدء** : يعد من هذه الأشكال التهاب الصفاق الحاد الذي يظهر في سياق أحد الأمراض ولا سيما الحمى التيفية فتختلط أعراض البدء في التهاب الصفاق مع أعراض الحمى التيفية ولكن فحص المريض بفواصل متقاربة وانتشار الألم فيه ومراقبة سحنته التي تتغير تدريجياً وملاحظة نبضه الذي يسرع كل ذلك كاف لتشخيص التهاب الصفاق .

كما يعد من هذه الأشكال أيضاً الأشكال المقمّصة (larvées) والأشكال المقنعة (masquées) والكامنة (latentes) حيث تبقى الأعراض السريرية مبهمة وقتاً طويلاً .

التشخيص . – علينا أن نشخص التهاب الصفاق أولاً ثم الآفة الحشوية المسببة لهذا الالتهاب :

وتوصلاً إلى الغاية الأولى علينا أن ننفي إصابة المرء بالأمراض العامة والعلل

الرئوية التي ترافقها عادة أعراض بطنية كالحمى التيفية والسل الرئوي الحاد والنزلة الوافدة بشكلها المعوي ، وتعرف هذه الأمراض بغيبة تقفع البطن وبالأعراض الخاصة بكل منها . كما يسهل تشخيص الآفات البطنية المؤلمة غير الجراحية كالقولنج الكبدي والكلوي وآلام الحوض الصغير من سوابق المريض ومن صفات الألم الذي يكون مستمراً ثابتاً في التهاب الصفاق بينما هو متقطع تفصله فترات من الهدوء في القولنجات ويتشعع إلى المنكب في القولنج الكبدي وإلى الصفن في القولنج الكلوي ، زد على ذلك عدم تقفع البطن في هذه الآفات .

ويرافق النزفُ الباطن فاقةَ دم حادة لا ترى في التهاب الصفاق الحاد .

أما انغلاق الأمعاء فيصاحبه تطبل شديد في البطن مع توقف تام في المواد الغائطة والغازات .

ويلتبس التهاب الصفاق كثيراً بالتهاب المعثكلة النزفي وباحتشاء الأمعاء وبانفتال كيس المبيض ولا يمكن تمييزها أحياناً إلا بفتح البطن الاستقصائي .

وتعرف الآفة المسببة لالتهاب الصفاق من سوابق المريض (قرحة معدية ، التهاب مرارة) ومن مقر أشد الألم والتقفع ، كما تعرف من سن المريض وجنسه .

المعالجة . — إذا جاز الانتظار في بدء التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية لخطر التوسط الجراحي في هذا الدور وجب القول بأن كل التهاب صفاق حاد منتشر يجب بضعه في الحال :

تعالج الآفة المسببة لهذا الالتهاب فتستأصل الزائدة الملتهبة ويخاط الثقب المعوي وتطمر القرحة المعدية ، على أن نراعي في ذلك الدقة واللطف محافظة على الالتصاقات . وقد أجمع الجراحون على ضرورة استنضاض البطن (ذبالة ، احفوض على شكل أنبوب ، ميكوليتس الخ ...) وعلى استعمال الصادات

(البنسيلين والستربتوميسين والكلورومايستين الخ . . .) موضعيا وبالطريق العام .

وفي التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية يوضع الثلج على البطن وتحقن المريضة بالصادات وبعد أن تخف الأعراض العامة وينحصر الالتهاب في أسفل البطن يشق المجمع القيحي وهو عمل جراحي قليل الخطر على أن يشرك هذا الشق باستنضاض المجمع وبحقن الصادات موضعياً وبالطريق العام .

* * *

البحث الثاني

التهابات الصفاق الحادة المحدودة

إن ما يهمنا دراسته من هذه الالتهابات هي الخراجات المحصورة ما بين قبة الحجاب من جهة وماساريقى القولون المعترض من جهة ثانية وهي التي تدعى بالخراجات تحت الحجاب ، يضاف إليها المجامع القيحية المتكونة في النسيج الخلوي خلف الصفاق للناحية القطنية العلوية . وتتصف هذه الخراجات بغموض تشخيصها وصعوبة معالجتها .

أما التهابات الصفاق المحدودة الأخرى كالخراج حول الزائدة والتهاب الصفاق الحوضي فتدرس في مواضع أخرى .

خراجات تحت الحجاب

الأسباب .— تصادف هذه الآفة في الرجل الكهل (٢٠—٤٠ سنة) أكثر مما في المرأة وسببها انثقاب قرحة معدية أو عفجية أو تقرح سرطان معدي ، وقد تنشأ هذه الخراجات من إلتهاب زائدة حاد أو من آفة كبدية أو مرارية (التهاب مرارة متقيح ، خراج كبدي ، كيس مائي متقيح) وقد تنجم هذه الخراجات عن انبثاق آفة في الطحال (خراج) أو في المعثكلة أو في الكلية أو عن آفة في الجنب (ذات الجنب القيحية) أو في الرئة (خراج الرئة) .

وقد تتلو هذه المجامع القيحية جرحاً رضياً أصاب الكبد أو الطحال ، وقد كثرت مشاهدات هذا النوع من الخراجات في أثناء الحروب .

هذه هي الخراجات تحت الحجاب الثانوية التي تعادل ثلثي الحوادث تقريباً.

أما الخراجات البدئية التي لم تكشف فيها الآفة المسببة جراحياً فينجم معظمها عن التهاب الزائدة وينشأ النادر منها عن تقيح الدم.

ويكشف في قيح هذه الخراجات الجراثيم المقيحة العادية كالمكورات العقدية والعنقودية والعصيات القولونية وتشترك هذه الجراثيم عادة مع الجراثيم اللاهوائية.

التشريح المرضي — . تصادف هذه الخراجات في أحد الأماكن الآتية (الشكل - ٣٧) :

١ . — في المسكن الكبدي الحجابي الأيمن الذي يحده في العالي الحجاب وفي الأسفل قبة الكبد وفي الأيسر الرباط المعلق للكبد وفي الأيمن جدار البطن.

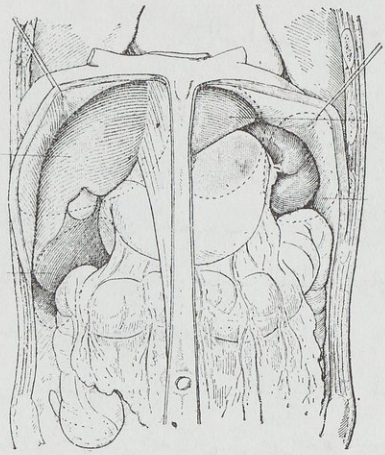
٢ . — في المسكن الكبدي الحجابي الأيسر الكائن في أيسر الرباط المعلق للكبد.

٣ . — في الناحية تحت الكبد اليمنى (تحت فص الكبد الأيمن).

٤ . — في الناحية الطحالية (خلف الحدبة الكبيرة للمعدة).

٥ . — في جوف الثروب الخلفي (خلف المعدة)، أضف إلى ما تقدم الخراجات خلف الصفاق في المنطقة القطنية العلوية.

ويتألف جدار هذه الخراجات من الاعضاء المجاورة ومن أثناء الصفاق الطبيعية يضاف إليها الأغشية الالتهابية الحديثة التكون.



(الشكل - ٣٧)
١ . — الخراج الكبدي الحجابي الايمن
٢ . — الخراج تحت الكبد الأيمن
٣ . — الخراج الكبدي الحجابي الأيسر
٤ . — خراج الناحية الطحالية
(عن موشه)

ويختلف حجم هذه الخراجات من حجم جمع الكف إلى حجم رأس الطفل الصغير حتى أن بعضها يحتوي على ٢-٣ ألتار من القيح. ومحتوى الخراجة سائل عكر أو قيح قشدي يختلط مع الغازات التي تنشأ من الجراثيم اللاهوائية أو من انثقاب قرحة المعدة.

الانتشار. - تتجه هذه الخراجات إلى الصدر أو البطن فإذا انتشرت إلى البطن انفرغت بطريق الجلد أو في أحد الأحشاء وقد تنفجر في جوف الصفاق العام. وإذا اتجهت إلى الصدر أحدثت ذات الجنب الجافة اللاصقة سواء أرافق ذلك انثقاب الحجاب أم لم يرافقه، أو أحدثت ذات الجنب المصلية الليفينية أو ذات الجنب القيحية، حتى ذات الرئة العفنة وموات الرئة.

الأعراض. - تختلف الأعراض في دور البدء عنها في دور الصولة

دور البدء. - قد يكون البدء فجائياً فاجعاً شبيهاً ببدء التهاب الصفاق الحاد بانثقاب حشوي ولكنه لا يلبث أن يتراجع فتخف الأعراض الوظيفية وتتوضع العلامات الفيزيائية في القسم العلوي من البطن وهذا مايلاحظ في الخراج تحت الحجاب الذي يتلو انثقاب قرحة معدية أو عفجية، أو يكون بدء الآفة خفياً بآلام مبهمة في المراق اليمنى يرافقها ارتفاع في الحرارة مع تغير سريع في الحالة العامة ويلاحظ هذا البدء في المجامع القيحية التي تنشأ من التهاب الزائدة الحاد ومن الآفات الصدرية ويبدو في الحالة الأخيرة بعض الأعراض التي ترشد إلى المنشأ الصدري كالسعال والألم الناخس والزلة التنفسية.

دور الصولة. - يبدو فيه بعض العلامات العامة الدالة على الإصابة بتقيح عميق: نوافض، ارتفاع حرارة، نزارة بول، اسراع نبض، نحول، وهن. ويبدو بفحص الدم ازدياد كبير في الكريات البيض مع ارتفاع في نسبة الكثيرات النوى.

أما الأعراض الوظيفية والفيزيائية فتختلف بحسب موقع الخراج كما تختلف بحسب منشأه:

أ . — فالخراج ذو المنشأ العلوي تتفوق فيه الأعراض الصدرية ، فالألم الناخس شديد ويستقر في القسم السفلي من الصدر ترافقه الزلة التنفسية والسعال وأحياناً الفواق بتخرش عصب الحجاب . وتظهر المعاينة بالتأمل تحدباً في أسفل الصدر الموافق للخراج وتنفساً ضلعياً علوياً ، ويكشف الجس نقطة مؤلمة تشير إلى موقع الخراج كما يكشف تبدل الأعضاء المجاورة بالخراج : هبوط الكبد في اليمين وارتفاع ذروة القلب في اليسار . ويبدو بالقرع صمم في الناحية متصل بصمم الكبد في اليمين وانمحاء الوضوح في مسافة تراوبه في اليسار .

وإذا كان في المجمع القيحي المتكون غازات كان القرع طبلياً . أما الاصغاء فيكشف السكون التنفسي أو النفخة الخزفية (متى كان غاز) .

ب . — الخراج ذو المنشأ السفلي : أعراضه المتفوقة بطنية : تحدب بسيط في الناحية الشرسوفية أو في احدى المراقين يرافقه ألم محدث عميق مع دفاع موضع في جدار البطن . إذا قرعت الناحية بدت صماء إلا إذا احتوى الخراج غازاً فينقلب الصمم إلى وضوح . أما بقية أنحاء البطن فطبيعية لينة وغير مؤلمة .

ج . — الخراجات تحت الحجاب الخلفية : أعراضها شبيهة بأعراض الخراجات حول الكلية : بدء غامض وألم محدث وعفوي في القسم العلوي من الناحية القطنية مع انهيار سريع في حالة المريض العامة .

سير هذه الخراجات . — لا تشفى هذه الخراجات إلا إذا بضعت ، أما إذا تركت وشأنها فإنها تميت المريض بخمج الدم أو بتقيحه وقد تنبثق في الجلد ، وهذا نادر ، أو في الجنب (ذات الجنب القيحية) ، وهذا هو الغالب ، أو في القسم السفلي من الرئة (خراج رئة) أو في إحدى القصبات (قيء صدري) . أما إذا اتجهت نحو البطن فتنفرغ في حشا أجوف (شفاء) أو في جوف الصفاق الحر (التهاب صفاق منتشر) .

التشخيص . — لا يكفي الفحص السريري وحده لتشخيص هذه الخراجات بل يجب الاستعانة بالأشعة والفحوص المخبرية والبزل الاستقصائي .

فالخراجات تحت الحجاب السفلية تلتبس بخراجات الكبد وبكيساتها المائية المتقيحة وبالخراجات حول الزائدة المتجهة إلى العالي ؛ كما تلتبس الخراجات تحت الحجاب العلوية ببعض علل النصف السفلي من الرئة (خراج، موات، ذات رئة).

والصعوبة الكبرى التي يواجهها الطبيب هي في تمييز الخراجات تحت الحجاب عن ذوات الجنب القيحية ويفيد في هذه الحالة التنظير الإشعاعي الذي يكشف كثافة ذات تحدب علوي ترفع نصف الحجاب، ولا تتضح هذه العلامة الإشعاعية إلا إذا كان الجيب الحجابي الضلعي حرّاً وإلا وجبت الاستعانة بفحوص أخرى للتشخيص ؛ ويسهل التشخيص حتى في هذه الحالة الأخيرة إذا كان محتوى الخراج غازياً فإن الغاز يدفع الحجاب إلى العالي فتبدو منطقة واضحة واقعة بين منطقة ظليلة علوية هي ذات الجنب ومنطقة ظليلة سفلية هي الخراج تحت الحجاب.

البزل الاستقصائي. ـ يجرى بمراقبة الأشعة وقبل التوسط الجراحي مباشرة، بغرز ابرة طويلة متينة ومتوسطة الثخن ومتصلة بمحقنة في النقطة المؤلمة من قاعدة الصدر على أن تدخل هذه الابرة تدريجياً وببطء مع المصّ فإذا استخرجت المحقنة في البدء سائلاً مصلياً (تفاعل جنبي) ثم قيحاً صريحاً ممتزجاً أو غير ممتزج بالغاز دلّ ذلك على وجود خراج تحت الحجاب، كما يدل عليه اندفاع القيح في أثناء الشهيق إذا أبقيت الابرة في مكانها بعد فصل المحقنة عنها (علامة بول «signe de Phühl») وقد يستفاد من هذه الابرة أيضاً للحقن بمادة ظليلة وهواء لتحديد موقع الخراج وحجمه.

وأخيراً فإن ازدياد عدد الكريات البيض مع ارتفاع نسبة الكثيرات النوى فيها يفيد في تمييز الخراجات تحت الحجاب الخلفية عن بعض الأمراض العامة كالحمى التيفية والسل المنتشر.

المعالجة. ـ تجرب في دور البدء المعالجة الدوائية فيعطى المريض مقادير كبيرة من مركبات السولفاميد أو من الصادات (بنسيلين، ستربتوميسين،

ترّاميسين ، كلورومايستين الخ ...) أو تحقن لحمته بلقاح البروبيدون فقد تجهض الآفة بهذه المعالجة .

ومتى اتضح المجمع القيحي وشخّص فخير ما يصنع هو شق الخراج بعد التخدير الموضعي وإهمال التفتيش عن الآفة المسببة . ويختلف الطريق الموصل للخراج بحسب موقع هذا الخراج ففي الخراجات الأمامية يشق على الخط المتوسط أو في الجانب وفي الخراجات العلوية يكون الشق عبر غشاء الجنب بعد صيانة هذا الغشاء من القيح بالمحافظة على الالتصاقات إذا كانت أو بخياطة الحجاب بجدار الصدر بغرز متفرقة إذا لم تكن التصاقات ثم بتثبيت شفتي الشق الحجابي بشفتي الجرح الجلدي بعد استنضاض القيح .

وأخيراً فإن افراغ القيح في الخراجات الخلفية يتم بإجراء شق قطني علوي مع المحافظة على جيب الجنب .

وليعلم أن شق الخراج البسيط لا يكفي غالباً لشفاء الآفة بل لابد من عمل جراحي آخر لشفاء الناسور المتكون من الآفة الحشوية المسببة (قرحة معدة ، التهاب زائدة ، التهاب مرارة حصوي الخ ...) .

* * *

الفصل الثاني

التهابات الصفاق المزمنة

التهابات الصفاق السلية

لا ندرس في هذا البحث التهابات الصفاق السلية الحادة والدخنية السريعة السير التي تنتهي غالباً بالموت لأنها لا تهم الجراح ولا أن معالجتها دوائية بحتة . أما مايهمنا دراسته في هذا البحث فهو التهابات الصفاق السلية المزمنة التي تفيد فيها الجراحة .

الأسباب . — تصادف التهابات الصفاق السلية في سن الحداثة وخاصة في اليفع وفي بدء الكهولة ، والاناث اكثر تعرضاً لهذه الإصابة من الذكور ؛ ومن اسبابه المؤهبة الحمل والإرضاع والاسقاط وقلة التغذية والإعياء كما ان ادمان الاشربة الروحية وما ينجم عنه من إضعاف مقاومة البدن وقصور الكبد يؤهب للإصابة أيضاً .

أما السبب الرئيس فهو غزو عصية كوخ لوريقتي الصفاق الجدارية والحشوية وقد ثبتت طبيعة هذه الآفة السلية بتلقيح القبعة الايجابي وبرؤية العصية السلية في سائل الحبن وفي آفات الصفاق .

الامراض . — تصل العصية السلية إلى الصفاق بطرق عديدة :

١ً . — بالطريق اللنفاوي وبه تنتقل العصية من الآفة الجنبية متبعة مجاري الحجاب اللنفاوية حتى الصفاق ، أو من الجراب المعوي متبعة الأوعية اللنفاوية حتى العقد الماساريقية .

٢ً . — بالطريق المعوي وبه تجتاز عصية السل (الآتية إلى المعي مع الأغذية

أو مع القشاعات التي ابتلعها المصاب بالسل الرئوي) غشاء المعي المخاطي لتغزو الصفاق .

٣ً .ـ بطريق الانتشار المباشر أو بالطريق القنبي في المرأة وبه يحدث التهاب الصفاق الحوضي السلي في عقب سل ملحقات الرحم .

٤ً .ـ وأخيراً بالطريق الدموي وهو الطريق العادي الذي تسلكه عصية كوخ غالباً حتى الصفاق تلو تعفن الدم بهذه العصية .

التشريح المرضي . ـ إن مايشاهد من آفات تشريحية مرضية في وريقتي الصفاق الحشوية والجدارية وفي النسيج الخلوي تحت الصفاق لدى الإصابة بالسل شبيه بما يشاهد في المصليات الأخرى كغشاء الجنب : انصباب سائل في جوف الصفاق مع تكون خلايا عرطلة وأجربة سلية تجتمع مكونة حبيبات سنجابية وصفية (الشكل الحبني « forme ascitique ») وإذا تلينت هذه الحبيبات أحدثت خراجات باردة تلصق العرى المعوية بعضها بالبعض الآخر (الشكل القرحي الجبني « forme ulcéro - caséeuse ») وإذا اتجهت نحو الشفاء تليفت محدثة التصاقات قد تكون سبباً في إحداث انغلاق الأمعاء (الشكل الليفي اللاصق « forme fibro - adhésive ») . ويجدر بنا أن ندرس هذه الأشكال التشريحية المرضية الثلاثة في التهاب الصفاق السلي المزمن :

١ً .ـ الشكل الحبني : يتصف بانصباب سائل مصلي ليفيني غزير في جوف الصفاق مع وجود حبيبات دخنية بيض قاسية مدورة تكثر في الحوض الصغير وفي الثرب . ومصلية الصفاق غير صقيلة تغطيها نتاءات ليفينية . وتتألف الحبيبات مجهرياً من تكتل أجربة سلية قد تشاهد في مركزها خلية عرطلة .

٢ً .ـ الشكل القرحي الجبني : يتصف بتكوّن التصاقات تلصق الأحشاء بالجدار وأغشية كاذبة ليفينية وكتل جبنية تلأم العرى المعوية على شكل ابقاط بينها مساكن ملأى بالمواد المتجبنة والحبيبات السنجابية التي قد تنقلب خراجاً بارداً حقيقياً قد يغور أو ينبثق في المعي أو في الجلد مكوناً ناسوراً صديدياً غائطياً .

والثرب والماساريقى في هذا الشكل مرتشحان بحبيبات دخنية ودرينات جبنية . هذا هو النوع الشامل من الشكل القرحي الجبني أما نوعه الموضع فهو مايصادف في الحوض الصغير وينشأ من سل الجهاز التناسلي في المرأة، أو حول الزائدة فيكون منشأه سل الأعور فيشاهد حينئذٍ على الأعور والزائدة بعض الأغشية الكاذبة كما أن العقد اللنفاوية في الناحية تنتبج انتباجاً سلياً . وهنالك اشكال موضعة أخرى حول الكبد والطحال والمعدة .

٣ . ـ **الشكل الليفي اللاصق** : هو الشكل الذي يتلو الشكل السابق ويتصف بوجود التصاقات مشدودة ولجم متفرقة تلأم اعضاء البطن بعضها بالبعض الآخر وبالجدار ويكون الثرب والماساريقى منكمشين ملتصقين ، والعرى المعوية والكبد والطحال منضغطة ضامرة .

الأعراض : أ . ـ الأشكال الجبنية : تصادف غالباً في الفتيات في سن اليفع وهو سل بدئي لايرافقه ولا يسبقه سل حشوي آخر . بدؤه مبهم يتصف ببعض العلامات الدالة على الإصابة السلية كالشحوب والنحول والتعب وضخامة العقد الرقبية وقلة الطمث او انقطاعه ، يرافق كل ذلك هجمات من ارتفاع الحرارة البسيط واسراع النبض ثم تظهر بعد عدة أسابيع العلامات الصفاقية من غثيان وجسامة البطن وإيلامه الشامل الناجم عن تكون الانصباب في جوف الصفاق . وإذا فحص البطن في هذا الدور أي عند تكون الانصباب فيه ظهر بالتأمل انه كبير الحجم وان جلده أملس متوتر ولا دوران معيض فيه وإذا جس البطن بدت الكبد طبيعية الحجم كما كشف التموج فيه . ويكشف القرع متى كان سائل الجبن حراً صمماً في اسفل البطن هلالي الشكل ذا تقعر علوي ، متبدلاً بتبدل وضعة المريض .

ويستخرج بزل الجبن الاستقصائي (الذي يجب اجراؤه بعد تعقيم الناحية جيداً وبإبرة دقيقة في منتصف الخط الممتد من الشوك الحرقفي الأمامي العلوي الأيسر إلى السرة أي في النقطة المقابلة لنقطة ماك بورني) سائلاً ليمونياً غنياً

بالليفين والآحين يتخثر عفواً ، إذا فحص مجهرياً وجدت فيه الخلايا اللنفاوية بكثرة وقد تكشف فيه عصية كوخ . وإذا اشترك هذا الشكل مع آفة في الجنب كون شكلاً خاصاً درسه فرنه وبولن (Fernet et Boullant) درساً مسهباً وتظهر في هذا الشكل الأعراض الجنبية (الصمم الخفيف في احدى القاعدتين مع الاحتكاكات الجنبية) بعد أسبوع من ظهور الحبن .

السير . — يسير هذا الشكل عادة نحو الشفاء فيغور السائل عفواً أو بعد المعالجة الدوائية وقد يترك بعض العقابيل كاللجم التي تعد عاملاً في انسداد الأمعاء وكالعقم بانسداد النفيرين أو أنه يتحول إلى الشكل القرحي الجبني.

٢ً . — **الشكل القرحي الجبني** : هو سل ثانوي يتلو الشكل الحبني السابق أو يظهر في امرىء كهل مصاب بسل رئوي أو معوي أو تناسلي : يبدأ هذا الشكل بعلامات عامة وباضطرابات هضمية فالعلامات العامة هي : النحول، فاقة الدم ، هبوط الضغط الشرياني ، اسراع النبض ، تموج الحرارة من ٣٨ — ٤٠ مع نوافض وعرق غزير . أما الاضطرابات الهضمية فتتجلى بالقمه (نقص الاشتهاء) والآلام القولنجية الشكل والشعور بالثقل بعد الطعام وتناوب القبض مع الاسهال .

والبطن كبير الحجم يوقظ جسه ألماً عميقاً وتشعر يد الطبيب بتعجن وبأقراص مبهمة الحدود منفصلة أو متصل بعضها بالبعض الآخر ، بعضها قاس والآخر لين وقد تشعر اليد بحس الفرقعة الثلجية . ويكشف القرع وضوحاً في بعض المناطق (عرى معوية) وصمماً في البعض الآخر (بجامع قيحية) .

وتظل الحرارة مرتفعة في هذا الشكل مع عرق وافر ونوافض وهزال ويفضي الامر إلى الخَرَض (cachexie) أو إلى انبثاث السل أو تكون ضرام غائطي ينفتح في عروة معوية أو في المثانة أو في الجلد قرب السرة .

هذا هو السير العادي لهذا الشكل . وفي الحالات النادرة التي يسير فيها الداء نحو الشفاء تزول الحمى وينضب العرق ويعود الاشتهاء وتخف المناطق الصمّ .

٣ ـ **الشكل الليفي اللاصق** : يتلو هذا الشكل أحد الشكلين السابقين، فإذا تلا الشكل الحبني غار الانصباب المصلي وأصبح القسم الواضح من البطن أكثر اتساعاً وكشف الجس كتلاً ثربية ومعوية مختلفة القساوة تزول تدريجياً كلما سار هذا الشكل نحو الشفاء . وإذا ظهر هذا الشكل بعد الشكل القرحي الجبني تحسنت حالة المريض العامة وعادت الحرارة الى مستواها الطبيعي وخف التعرق والاسهال وصغر حجم البطن وبدت عجر متليفة قاسية مكان المناطق المتعجنة .

وليس انذار هذا الشكل حميداً دوماً فقد يحدث فيه تناذر الانغلاق المعوي إما بنتيجة تكون اللجم أو بتلاصق العرى المعوية التي تغطيها الحبيبات السنجابية والأغشية الموهمة أو بانفتال العرى المعوية أو تضيقها او انضغاطها بالكتل المتجبنة ، وهذا نادر . وانذار هذا الانغلاق وخيم نظراً لاتساع الآفات وتعددها من جهة ولإصابة المريض السلية من جهة أخرى .

٤ ـ **الاشكال الموضعة** : منها التهاب ماحول الكبد السلي الذي يتصف بأعراض التهاب المرارة ، ومنها التهاب ماحول الأعور السلي الذي يلتبس بالتهاب الزائدة الحاد .

وإن مايستحق الوصف هنا هو الشكل الحوضي الذي يلاحظ غالباً في النساء فينقطع طمثهن . وهو يتصف بألم في أسفل البطن يرافقه بعض الاضطرابات البولية كالبُوال ويكشف فحص القسم السفلي من البطن ألماً موضعاً في المربطاء والحفرتين الحرقفتين كما يبدي المس الشرجي أو المهبلي ألماً في الرحم مع قساوة وكبر في حجم الملحقات .

أما في الرجل فيبدو الشكل الحوضي بتحدب ناحية المربطاء وبالشعور بانتباج غير منتظم في رتج دوغلاس في المس الشرجي .

ويفضي الشكل الحوضي من التهاب الصفاق السلي غالباً إلى تناذر الانسداد المعوي الخفيف الذي ينتهي بعد عدة أيام بانطراح المواد الغائطة والغازات .

التشخيص . ـ إن تشخيص التهاب الصفاق السلي بشكله الحبني سهل في الغالب

فهو يستند الى الاضطرابات الهضمية من غثيان واسهال وإلى انقطاع الطمث في الاناث وسوء حالة المريض العامة الدالة على الاصابة السلية: من فاقة دم ووهن ونحول وارتفاع حرارة واسراع نبض وقلة اشتهاء الطعام. ويلتبس هذا الشكل مع ذلك حينما يكون الحبن فيه حرّاً في جوف الصفاق باشقرارات الكبد كما يلتبس متى تكيس الحبن السلي بكيس المبيض وكيس الماساريقى والحمل الذي يصحبه استسقاء سابيائي.

ويلتبس الشكلان القرحي الجبني والليفي اللاصق بسرطان الصفاق.

وتُميز هذه الآفات المختلفة بالاستعانة ببعض الفحوص كبزل البطن الاستقصائي الذي يكشف سائلاً أصفر أو عكراً أو قيحاً صرفاً في السل بينما يكون السائل ورديا في السرطان وصافياً في اشقرارات الكبد وكيس المبيض والماساريقى؛ ثم إن الفحص الخلوي لهذا السائل يكشف كثرة الكريات اللنفاوية في التهاب الصفاق السلي. وحقن القبعة بهذا السائل يفيد في معرفة طبيعة الآفة السلية.

وهنالك بعض الفحوص الأخرى عدا بزل البطن تشير إلى الطبيعة السلية كالتفاعل الجلدي وسرعة التثفل التي تفيد فائدة كبيرة في تتبع انذار العلة فإن ارتفاعها المتزايد في اثناء المعالجة يدل على نشاط الالتهاب وتدهور حالة المصاب.

المعالجة .ـ دوائية وجراحية:

١ً .ـ **المعالجة الدوائية**: هي المعالجة الفضلى في معظم أشكال التهاب الصفاق السليّ وتقوم:

أ .ـ بإراحة المريض جسمياً وفكرياً وبتغذيته تغذية حسنة وبإسكانه في الهواء الطلق (في الاماكن الجبلية أو في شواطىء البحار) بعيداً عن هواء المدن الفاسد.

ب.ـ بإعطائه الصادات (ستربتوميسين، ن.ا.ص «P.A.S») ومركبات الكلس والحيامين (د) والأدوية المقوية.

جـ .ـ بالمداواة الفيزيائية بالاستشماس (héliothérapie) أو بالاستشعاع

بالأشعة مافوق البنفسجي الذي يفيد خاصة في الأشكال الجبنية على أن تراقب حرارة المريض مراقبة جيدة .

أما المعالجة الاشعاعية فتفيد بالشكلين القرحي الجبني والليفي اللاصق ولكن نظراً للأخطار التي تنجم عن استعمالها فقد أهملت .

٢ً .ـ **المعالجة الجراحية** : الغاية منها في الشكل الجبني هي افراغ الجبن تخفيفاً للألم وتعريض العرى المعوية مدة عشرين دقيقة للضوء أو للاشعة مافوق البنفسجي نظراً إلى فعلها القاتل للجراثيم والمحرّض للبلعمة وقد ينشأ عنها مع ذلك انتشار السل أو تمزق الأمعاء أو نواسير وهـذا ماحمل أكثر الجراحين على الاحجام عنها في التهاب الصفاق السلي غير المعرقل .

وصفوة القول ان المعالجة الجراحية أصبحت في الوقت الحاضر مقتصرة على معالجة اختلاطات التهاب الصفاق السلي كانغلاق الامعاء حيث تقطع اللجم إذا وجدت ويحوّل مجرى المواد المعوية بالمفاغمة متى كانت عرى معوية مرتصة ولا سبيل الى فكها ؛ على أن تشرك بالمعالجة الدوائية التي أشرنا اليها .

* * *

الباب الثالث

علل الكبد والطرق الصفراوية

الفصل الأول

آفات الكبد الجراحية

البحث الأوّل

آفات الكبد الرضية

١ً — رضوض الكبد

الاسباب . — تتعرض الكبد للرضوض اكثر من غيرها من الاحشاء البطنية لكونها :

١ً . — ثابتة في مكانها بين الاضلع والعمود الفقري والحجاب ولا تستطيع الافلات من الرضوض المباشرة .

٢ً . — لكونها غدة كثيرة التوعية ينجم عن رضها نزف وافر خطر .

٣ً . — لتضخمها في بعض الامراض (استقرارات الكبد الضخامية ، الكبد البردائية ، الكبد القلابية) . كل ذلك يعد من الاسباب المؤهبة لإصابتها بالرض .

وترض الكبد باصطدام مقصود أو بالرهس كما قد ترض ، وهـذا نادر ، بتضاد الاصطدام في عقب سقوط المرء على رأسه أو قدميه أو ركبتيه أو حوضه أو بعد اصطدام نصف صدره الأيسر بجسم ناتىء صلب فينشأ من ذلك أن الكبد الثابتة في مكانها تنشق بربطها شقوقاً واسعة .

التشريح المرضي . — قد تقتصر رضوض الكبد التي تصيب فصها الأيمن في الغالب ووجهه المحدب بالخاصة على تمزق النسيج الكبدي بدون أن يرافقها تمزق المحفظة وتسمى هذه الرضوض بالرضوض الخلالية وينجم عنها تكوّن ورم دموي مختلف الحجم يقع سطحياً تحت المحفظة أو عميقاً في ملء النسيج الكبدي.

وإذا تناول الرض المحفظة والنسيج الكبدي معاً كان تمزق الكبد خطياً أو متعوجاً وانصب الدم والصفراء في جوف الصفاق . وقـد تنفصل قطعة من الكبد بسبب الرض العنيف انفصالاً تاماً عن بقية الغدة فتشاهد حرة في جوف الصفاق لدى فتح البطن .

وينشأ من رضوض الكبد اختـلاط آني هو النزف الذي يختلف مقداره باختلاف درجة الرض ، واختلاط متأخر هو النمج الآتي من الطرق الصفراوية.

وينجم عن رضوض الكبد التي لم تعالج التهاب الصفاق الشامل أو الموضّع أو خراج الكبد الرضي .

وتترمم جروح الكبد بتكون نسيج ضام بدون أن تشترك الخلية الكبدية بهذا الترمم .

الأعراض . — إن الصـدمة وتناذر النزف الباطن هما العرضان اللذان يلاحظان في المصاب برض الكبد ويعرفان بشحوب الوجه وإسراع النبض وضعفه وبرودة الأطراف واسراع التنفس ووهط القلب ، ويرافق هذين العرضين بعض العلامات التي تنم على إصابة الكبد: ألم شديد عفوي في ناحية المراق اليمنى يظهر بعد الرض ببضع دقائق ويتشعع إلى المنكب الأيمن أو إلى السرة ويزداد بالسعال والفواق وحركات الشهيق يرافقه غالباً غثيان وقيء وانخفاض طفيف في حرارة المريض .

ورغم النزف الباطن الوافر فإن نبض المريض لا يتسرع التسرع الشديد الملاحظ في نزوف الأعضاء الأخرى ، لا بل أنه قد يبطىء بصورة تدريجية (علامة فينسترر « Finsterer ») وينشأ هـذا البطء من امتصاص الجسم للأملاح الصفراوية .

وإذا جس بطن المريض بـدا فيه تقفع منتشر أو مستقر في المراق اليمنى يرافقه ألم محدث في القسم العلوي الأيمن من البطن . ويكشف القرع صمماً في الحفرة الحرقفية اليمنى . وقد يظهر يرقان مبكر له قيمته الكبرى في التشخيص. وظهور الأملاح الصفراوية في البول وازدياد عدد الكريات البيض يساعدان على تشخيص الإصابة الكبدية .

ولننتبه أخيراً إلى أعراض الآفات الحشوية الصدرية أو البطنية المرافقة التي قد تحجب أعراض رض الكبد وما يرافقه من نزف باطن ، ومهما يكن فإن المبادرة إلى فتح البطن الاستقصائي في حالة الشك واجبة .

الأشكال السريرية . — هي عديدة منها :

١ً . — الشكل الذي يمزق فيه الرض مركز الكبد وهو شكل صعب التشخيص ويشفى عفواً ولكنه بالنسبة لبعض الجراحين آفة خطرة تتطلب شق الكبد ودك المكان المرضوض وإلا فإن الورم الدموي المتكون في مركز الكبد يظل عرضة للتقيح بعد ٣٠ — ٦٠ يوماً من الإصابة .

٢ً . — الشكل الذي يتم فيه تمزق الكبد بزمنين فيكون التمزق في بادىء الأمر تحت محفظة الكبد (محفظة غليسون « Glisson ») وينجم عنه تكون ورم دموي صفراوي لا يلبث أن ينفجر في جوف الصفاق الحر أو المحوجب (cloisonné) .

٣ً . — الشكل البطيء السير حيث تظهر بعض الاضطرابات الوظيفية (ألم عميق مع فواق وغثيان) والعلامات الفيزيائية (تطبل البطن مع دفاع الجدار) وذلك بعد الإصابة الكبدية بفاصلة حرة .

الانذار . – إن انذار رضوض الكبد خطر وينجم هذا الخطر في الساعات الأولى عن الصدمة والنزف الباطن الوافر ثم عن الآفات الصدرية أو البطنية المرافقة . بينما ينجم خطر رضوض الكبد في الأيام التي تتلو الإصابة عن الخمج والنزف الثانوي لذلك تعادل نسبة الوفاة ٢٥ ٪ غير أن التوسط الجراحي المبكر قد يخفف هذه النسبة .

المعالجة . – يخدر المصاب تخديراً عاماً ثم يفتح البطن على الخط المتوسط فوق السرة ويكمل بشق موازٍ لحافة الأضلع إذا اقتضى الأمر وتستقصى حافة الكبد الأمامية ثم وجهها السفلي وأخيراً وجهها المقبب فإذا كانت الكبد تنزف بغزارة خيط الجرح بخيوط من الحَمَشَة (catgut) إذا كانت حالة المريض العامة حسنة وكان سبب النزف جرح سطحي ذو حافتين واضحتين غير مرضوضتين ولا متباعدتين اكثر من نصف عشم . وإلا فإن خير ما يصنع هو دك مكان النزف بعد وضع بعض مواد تسرع التخثر .

وبعد أن يتم الارقاء تستقصى بقية الأحشاء وتعالج كل بحسب إصابتها ثم يغلق البطن ثلاث طبقات ويعطى المريض مقادير كبيرة من الصادات ويحقن بخلاصة الكبد وبالحيامين (K) .

٢ً – جروح الكبد

الأسباب والتشريح المرضي . – تشتمل جروح الكبد على :

١ً . – الجروح بالمرامي النارية وهي كثيرة خاصة في الجروح الصدرية البطنية التي تصيب المراق اليمنى . ويستقر المرمي الناري في ملء نسيج الكبد جاراً معه قطع الثياب التي تكوّن جسماً غريباً فيكون أحد أسباب الخمج أو أنه يخترق الكبد اختراقاً تاماً فتكون له فوهتان ومجرى كامل ، وفوهة الدخول أكثر انتظاماً وأصغر اتساعاً من فوهة الخروج المشرشرة المنفجرة .

وفي هذا النوع من الجروح تلاحظ آفات أخرى في الصدر أو في البطن مرافقة لجرح الكبد .

٢ً . – الجروح بالسلاح الأبيض وتقطع هذه الجروح نسيج الكبد قطعاً صريحاً تاركة لمعة العروق الدموية مفتوحة فينجم عن ذلك نزف دموي وافر وخاصة إذا اصاب العامل الجارح أوعية سويقة الكبد بالقرب من نقير الغدة .

٣ً . – الجروح الواخزة وهي جروح نادرة .

الأعراض والتشخيص . – تتصف جروح الكبد بظهور عرضين هامين في المصاب : الأول هو الصدمة المتصفة بشحوب الوجه وهبوط الضغط الشرياني وبرودة الأطراف والعرق البارد الذي يبلل الجبين ، والثاني هو النزف الباطن بعلاماته المعروفة .

وقد يشخص جرح الكبد إذا كان الجرح الجلدي واسعاً وسال منه الدم مختلطاً مع الصفراء ؛ أما إذا كان النزف باطناً فيستدل على إصابة الكبد باتجاه المرمي وبالنظر إلى فوهتي الدخول والخروج كما تعرف بالتنظير الإشعاعي إذا ظل المرمي منطمراً في نسيج الكبد فهو يكشف المرمي ويحدد موقعه في نسيج الغدة .

المعالجة . – المداخلة الجراحية واجبة في كل جرح كبدي : يخدر الجريح تخديراً عاماً ثم يفتح البطن على الخط المتوسط أو الجانبي إذا وقع الجرح في الأمام أو يصنع شق صدري حجابي بطني متى كانت فوهتان إحداهما صدرية والأخرى بطنية وتستقصى أحشاء البطن ويعالج الجرح الكبدي على النحو الذي ذكرناه في رضوض الكبد . أما المرمي الناري المنطمر في الكبد فلا يستخرج إلا إذا كان ظاهراً من خلال الجرح الكبدي .

ويحقن الجريح في الوقت ذاته بالصادات والمرقئات وينقل له الدم .

وعلى الرغم من المعالجة الجراحية والدوائية الدقيقة التي تجرى في مثل هذه الجروح فإن كثيراً من الاختلاطات قد تتلو هذه المعالجة من ارتفاع الحرارة

الشديد الذي قد ينتهي بالموت السريع ، ومن انتشار الخمج (التهاب الصفاق المنتشر المميت) أو توضعه (خراج الكبد ونخرة الكبد) الذي يتطلب الاستنضاض الواسع المشرك مع الحقن بالصادات .

وقد يعود النزف ويكون سببه نزع الذبالة الباكر أو الخمج فيجب إعادة الدك مع اعطاء المرقئات .

وأخيراً فإن النواسير الصفراوية التي تتنو جروح الكبد ورضوضها تشفى عفواً ولو استمرت بعض الوقت .

* * *

البحث الثاني

عال الكبد الخمجية

خراجات الكبد

هي الخراجات التي تتلو التهابات الكبد وهذا ما يميزها عن التقيحات الثانوية لكيسات الكبد وسرطاناتها . وخراجات الكبد نوعان : كبيرة مفردة في ملء غدة الكبد عاملها المتحولة الزحارية وتفيد فيها المعالجة الجراحية والدوائية ، وصغيرة عديدة منبثة في غدة الكبد عاملها الممرض المقيحات العادية وفائدة الجراحة فيها قليلة .

١ً — خراجات الكبد الزحارية

الأسباب . — تشاهد هذه الخراجات في الرجال بين الثلاثين والاربعين من العمر وهي اختلاط كثير الحدوث يظهر بالخاصة في سياق زحارٍ مزمن لم يعالج معالجة حسنة ، وقد يظهر أيضاً في سياق الأشكال الخطرة أو الخفيفة من الزحار الحاد أو بعد زوال الأعراض المعوية وهذا هو الغالب . والمتحولة الزحارية هي العامل الممرض في هذا النوع من خراجات الكبد وتبقى عادة في جدار الخراجة ولا تكشف في الصديد إلا بنسبة ٤٠ ٪ فقط . وإذا تعفنت الخراجة تعفناً ثانوياً شوهدت في القيح الجراثيم المقيحة العادية : المكورات العنقودية والعقدية والعصيات القولونية حتى اللاهوائيات أحياناً .

وتصل المتحولة الزحارية إلى الكبد بطريق الدم أو، وهو الأكثر، بطريق وريد الباب محدثة صمامة طفيلية حقيقية . فتتكون الخراجة إذن من احتشاء حدث بسبب المتحولة وخاصتها الحالة للخلايا . وقد تصل المتحولة إلى الكبد بصورة نادرة بطريق الاوعية اللنفاوية أو بطريق الصفاق .

التشريح المرضي . — يسبق تكون الخراجة دور من التهاب الكبد الزحاري المنتشر ثم تتكون الخراجة التي تستقر في فص الكبد الأيمن وعلى وجهها المقبب بما يعادل ثلاثة ارباع الحوادث، وهي مفردة جسيمة ومحتواها الذي يبلغ عدة ألتار يتكون في البدء من سائل غني بالمتحولة الزحارية لونه أسمر شبيه بلون نسيج الكبد ثم لا يلبث أن يتحول إلى سائل شوكولاتي اللون عديم الرائحة عقيم لاستقرار المتحولة الزحارية في جدار الخراجة إلا إذا تعفنت تعفناً ثانوياً فتكشف فيه عندئذ المقيحات العادية وإذا تعفنت باللاهوائيات كان السائل نتن الرائحة .

وحدود خراجة الكبد غير واضحة تماماً في الشكل الحاد بينما يتكون غشاء حقيقي يحدد الآفة في الخراجة المزمنة .

وجدار الخراجة الحادة هش يتألف من نسيج كبدي مائت آخذ في الاطّراح بينما يتكون هذا الجدار في الخراجة المزمنة من نسيج ليفي يعزلها عن نسيج الكبد .

وتصاب الكبد نفسها بهذا الطفيلي فهنالك التهاب الكبد المزمن العقدي مع الاشقرار وما هو في الواقع إلا كبد فيها عدة خراجات صغيرة مزمنة يحيط بها التصلب .

ويلتهب ما حول الكبد فينشأ من هذا الالتهاب التصاقات تلصق الكبد بالاعضاء المجاورة وهي الحجاب في الأعلى والمعدة والقولون المعترض في الأسفل .

الأعراض . — تختلف أعراض خراجة الكبد اختلافاً كلياً بحسب شكلها

السريري الفائق الحدة أو الحاد أو المتوسط الحدة أو المزمن :

١ . — **الشكل الفائق الحدة** المتصف نسيجياً بتكون عدة خراجات صغيرة مبعثرة في الكبد ، وسريرياً بأعراض خمج الدم وهـذا الشكل شديد الخطر ويميت بسرعة .

٢ . — **الشكل الحاد** : هو ما يصادف في البلاد الحارة ويمرّ بدورين : دور الاحتقان ودور التقيح :

أ . — دور الاحتقان : يصاب المريض في سياق الزحـار أو في دور النقاهة منه بالأعراض الثلاثة التالية : الألم والحمى والكـَبَد (ضخامة الكبد) .

يظهر الألم فجأة بشكل انزعاج بسيط أو بشكل ألم ناخس كبدي يتشعع إلى المنكب الأيمن مع احتدادات تجعل المريض ينثني على نفسه لشدتها .

وترتفع حرارة المريض حتى أنها قد تبلغ الاربعين في بعض الحالات يرافقها اسراع نبض .

والكـَبَد المؤلم عرض هام في تشخيص الآفـة الكبدية فالكبد كبيرة الحجم ومؤلمة .

أما حالة المريض العامة فسيئة فهو نحيل ووجهه مصطبـغ بلون يرقاني خفيف .

ب . — دور التقيح : تشتد الأعراض السريرية السابقة في هـذا الدور وتتضح : فألم الكبد شديد رامح يمتد إلى المنكب الأيمن مع زلة تنفسية ويرافق هذا الألم العفوي ألم محدث شديد يستدعي صراخ المريض ويظهر جلياً بجس نقطة معينة من الناحية الكبدية هي موقع الخراج . أما الكـَبَد فجسيم يدل عليه تحدب المراق اليمنى أو الناحية الشرسوفية وإذا قرعت الناحية بدا الصمم الكبدي مزداداً ازدياداً كبيراً ، ونبض المريض متسرع وحرارته عالية ترافقها نوافض وعرق غزير .

وفي القسم السفلي من الصدر الأيمن صمم حقيقي وبعض الاحتـكاكات الجنبية وحالة المريض العامة سيئة للغاية يعللها الخمج الشديد : فالوجه ترابي واللسان

جاف كتن والبول قليل ؛ يدل كل ذلك على وجود تقيح عميق فإذا لم يعالج بالشق والحقن بالامتين مات المريض في خلال عشرة أيام. وقد ينقلب هذا الشكل الحاد ، وإن نادراً ، إلى شكل خفيف الحدة أو مزمن .

٣ً . ـ **الأشكال تحت الحادة والمزمنة** : تصادف هذه الأشكال في البلاد المعتدلة وتتصف بالأعراض الوظيفية والفيزيائية الآتية :

أ . ـ الأعراض الوظيفية : تشاهد ثلاث علامات أساسية هي الألم والحمى والنحول :

فالألم عميق يستقر في المراق اليمنى ويتشعع نحو المنكب الموافق وقد دعاه فونتن بألم الحمالة (douleur en bretelle de Fontan) تشبيهاً له بالضغط الذي تحدثه حمالة مشدودة على المنكب .

وتظهر الحمى بشكلين فهي خفيفة متواصلة أو شديدة متقطعة تشبه نوبة البرداء .

والنحول سريع يفضي بالمصاب إلى الحرَضَ .

وعدا هذه العلامات الوظيفية الثلاث تظهر أعراض أخرى في المريض بخراجة الكبد المزمنة منها ماهو هضمي (القمه وبطء الهضم) ومنها ماهو صدري (ألم ناخس وسعال) .

ب . ـ العلامات الفيزيائية : يبدو بالتأمل دوران معيض وبعض التحدب في المراق اليمنى ، بينما يكشف الجس ألماً محدثاً وأحياناً تموجاً في كبد ضخمة تجتاز الأضلع الكاذبة ببضع أصابع . وإذا رافق الانصباب الجنبي خراجة الكبد ، وهذا ما يحدث غالباً ، كشف قرع القسم السفلي من الصدر الأيمن صماً متصلاً بصمم الكبد كما سُمع بالإصغاء احتكاكات في القاعدة اليمنى .

التشخيص . ـ إن تشخيص خراجة الكبد يكتنفه بعض الصعوبة والغموض فهي تلتبس بشكليها الحاد والفائق الحدة بالحمى التيفية والبرداء والعلل الجنبية الرئوية كما تلتبس بشكليها الخفيف الحدة والمزمن بذات الجنب القيحية وبالخراج

تحت الحجاب وبالعلل الكبدية والمرارية ذات المنشأ غير الزحاري (التهاب المرارة ، تقيح كيس الكبد المائي، التهاب الكبد البردائي) .

يتطلب تشخيص خراجة الكبد ، والحالة هذه ، نفي الأمراض الآنفة الذكر التي يعرف كل منها بأعراضه الخاصة كما يجب الاستعانة أيضاً ببعض الأمور التي تثبت الإصابة بخراجة الكبد الزحارية :

١ً . — يفتش في سوابق المريض عن إصابته بالزحار المتحولي كما يعاين براز العبيط لكشف المتحولة الزحارية فيه ومتى شك في الأمر تجرب المعالجة الدوائية بالامتين .

٢ً . — يفحص الدم لكشف ازدياد عدد الكريات البيض وارتفاع نسبة الكثيرات النوى وهذه الزيادة ولو بدت في التقيحات إجمالاً مفيدة إذا ما اضيفت إلى العلامات السريرية والفحوص الأخرى في تشخيص الآفة الكبدية .

٣ً . — تنظير الكبد الإشعاعي : يجرى والمريض جالس أو واقف بالوضعين الأمامي الخلفي والجانبي فبه يكشف الكَبَد (حتى ان الكبد يزداد ارتفاعها عن الخط الحلمي بما يعادل ١٥ عشم .) كما يكشف جمود نصف الحجاب الموافق وزيادة تقببه وإذا شارك التفاعل الجنبي خراجة الكبد انغلقت الزاوية الحجابية الضلعية اليمنى . ويستحسن اجراء صورة بسيطة إشعاعية للناحية الكبدية وصورة أخرى بعد تناول الباريت عن طريق الفم وبعد نفخ القولون بالغاز فإن هذه الصورة توضح محيط الكبد كما انها قد تكشف في ملء النسيج الكبدي ظلاً أشد كثافة هو ظل الخراج .

٤ً . — أما البزل الاستقصائي الذي يجيزه البعض ويمنعه البعض الآخر منعاً باتاً خوفاً من تلقيح الجنب والصفاق فلا يجوز اجراؤه إلا في اثناء التنظير الإشعاعي وبعد تعقيم الناحية تعقيماً جيداً وقبل التوسط الجراحي مباشرة

فإذا استخرج بواسطته القيح كان دليلًا قاطعاً على وجود الخراج . وقد يستعمل هذا البزل لحقن مادة ظليلة (الشكل – ٣٨) ومعرفة موقع الخراجة في الكبد وقربها من جدار البطن وسعتها وشكلها .



(الشكل – ٣٨)
صورة خراج زحاري في فص الكبد الأيمن بعد البزل والحقن باليبيودول
(جيلبرت)

السير . – قد تشفى خراجة الكبد شفاءً تاماً باستعمال الامتين والمركبات الزرنيخية ، أما إذا أهملت ولم تعالج فإنها تميت المريض بيرقان خطر أو بالحرض ، وهذا هو الغالب .

ويطرأ على خراجة الكبد اختلاطان هما : النمج الثانوي والانبثاق :

١ً . – يتم انبثاق خراجات الكبد الخلفية العلوية في الجنب (ذات الجنب القيحية) أو في القصبات (قيء صدري) ويموت المريض في هذه الحالة بنمج الدم التالي لنمج الخراجة الثانوي . وإذا وقعت الخراجة في وجه الكبد السفلي

تم انبثاقها في الجلد أو في أحد الاعضاء المجاورة (معدة ، قولون) أو في جوف الصفاق الحر (التهاب الصفاق الحاد) ويعرف أن منشأ الالتهاب من خراجة الكبد بعد فتح البطن ورؤية القيح الشوكولاتي وخلو هذا القيح من الجراثيم .

٢ً . – أما خمج الخراجة الثانوي فينجم عن المقيحات العادية : المكورات العقدية والعنقودية والعصيات القولونية وأحياناً اللاهوائيات . وتصل هذه الجراثيم إلى خراجة الكبد الزحارية عن طريق البزل الاستقصائي غير الطاهر أو عن طريق الدم . وهذا الاختلاط وخيم ينتهي بموت المريض إذا لم يعالج سريعاً باستنضاض الخراجة واشراك الصادات مع الامتين .

الانذار . – حسن في خراجات الكبد الزحارية المبضوعة باكراً حيث لا تتعدى نسبة الوفيات ٥ ٪ ، وسيء جداً في الخراجات المتعفنة تعفناً ثانوياً حيث يربو معدل الوفيات على ٨٠ ٪ .

المعالجة . – قوامها معالجة الزحار وافراغ خراجة الكبد :

١ً . – **معالجة الزحار** : يعالج الزحار بالامتين فيحقن منه بـ ٨ – ١٢ سغ يومياً على الا ّ يزيد مجموع ما يحقن منه عن ٨٠ سغ . أو يعالج الزحار بالامتين والزرنيخ معاً فيؤخذ بعد المعالجة بالامتين غرام من الستوفارسول يومياً طيلة ثمانية أيام على أن تشرك هذه المعالجة بإعطاء الصادات متى كانت الخراجة قد أُصيبت بخمج ثانوي .

وقد شفت هذه المعالجة الدوائية كثيراً من حالات التهاب الكبد الزحاري كما شفت بعض الخراجات الحادة الصغيرة .

٢ً . – **افراغ خراجة الكبد** : يتم ّ بالبزل أو بالشق :

البزل . – يفيد في شفاء بعض الخراجات ولاسيما إذا أجري ببزل كبير تبعه تثعيب (siphonage) الخراجة تحت مراقبة الأشعة وبعد تطهير الناحية جيداً خوفاً من تلقيح الجنب أو الصفاق .

الشق . – يعالج بالشق : أ . – كل مريض عولج معالجة فعّالة بالامتين طيلة سبعة أيام ولم تهبط حرارته وبقيت كبده ضخمة مؤلمة .

ب . – كل مريض أجري له بزل الكبد الاستقصائي وأخرج البزل قيحاً .

ج . – كما تعالج بالشق الخراجات الكبدية الكبيرة والخراجات المتعفنة تعفناً ثانوياً والخراجات التي انفتحت في الجنب أو في الصفاق .

وبما أن حالة المصاب بخراجة الكبد سيئة غالباً وكبده مقصّرة فلا يجوز اجراء العمل الجراحي إلا بعد تهيئته وتقويته بخلاصات الكبد ومقويات القلب والمصول السكرية .

أما الشق فيجرى (بعد تخدير المريض تخديراً موضعياً وهذا يكفي في معظم الحالات) في أقرب نقطة من الخراجة إلى الجدار وتعرف من حقن المادة الظليلة أو الهواء بعد البزل بإبرة دقيقة ، فيكون الشق أمامياً تحت الأضلع في خراجات الكبد الأمامية وخلفياً عبر غشاء الجنب في خراجاتها الخلفية العلوية على أن نقي الجنب من التلوث بخياطة شفتي الحجاب بشفتي الجنب وعند الوصول إلى الكبد يفضل شقها بالمبضع الكهرباوي ثم استنضاض جوف الخراج طيلة ١٠ – ١٢ يوماً .

على أن الجراح قسطنطين (Costantini) يفضل اغلاق جوف الخراجة بعد افراغ القيح منها في الحالة التي يأتي فيها فحص القيح الآني خلواً من الجراثيم .

وتشفى خراجة الكبد سريعاً في شكلها الحاد بينما يستغرق هذا الشفاء ٤٥ – ٦٠ يوماً في خراجة الكبد المزمنة لكثافة جدارها وكبر حجمها .

وعلينا أن نثابر على المعالجة بالامتين حتى بعد شق خراجة الكبد فهو يحسن حالة المريض العامة ويقيه من النكس .

٢ ـ خراجات الكبد غير الزحارية

الاسباب . ـ تكثر هذه الخراجات في الرجل الكهل (٣٠ ـ ٥٠ سنة) وتقل في المرأة والطفل . والجراثيم المحدثة لهذه الخراجات هي بحسب كثرة مصادفتها : العصيات القولونية فالمكورات العقدية فالعنقودية وأخيراً اللاهوائيات التي تصادف بالخاصة في تقيحات الكبد التالية لالتهاب الزائدة الحاد .

يكون القيح عقيماً في ثلث الحوادث مع أن خراجة الكبد غير زحارية .

وتصل الجراثيم إلى الكبد بإحدى الطرق الآتية :

١ً . ـ بطريق وريد الباب فتنشأ من الزائدة الدودية والمستقيم والمعي الدقيق .

٢ً . ـ بالطريق الدموي فتكون خراجة الكبد في هذه الحالة ثانوية لآفة بدئية في الجهاز التنفسي أو في العظام (التهاب عظم ونقي) .

٣ً . ـ بانتشار الالتهاب من عضو مجاور (التهاب مرارة متقيح ، قرحة معدية أو عفجية ، مجمع قيحي تحت الحجاب) .

٤ً . ـ بطريق الصفراء (التهاب القنوات الصفراوية الحاد) .

٥ً . ـ وأخيراً فإن الجرثوم قد ينتقل مباشرة إلى الكبد بواسطة الآلة الجارحة وهذا ما يحدث في جروح الكبد .

التشريح المرضي . ـ تكون خراجات الكبد غير الزحارية كبيرة مفردة أو صغيرة عديدة :

فالخراجات المفردة كبيرة الحجم تشبه الخراجة الزحارية وتصادف في نصف الحوادث وتستقر غالباً في فص الكبد الأيمن وهي خراجات رضية عاملها الجرثوم الذي يصل إلى الكبد مباشرة بواسطة الآلة الجارحة أو اعتنافاً بعد تقيح بؤرة الرض .

أما الخراجات العديدة فمختلفة الحجم بعضها صغير بحجم حبة العدس وبعضها يصل حجمه إلى بيضة الدجاجة وهي منبثّة في جميع غدة الكبد أو منحصرة في

فص كبدي واحد. وهذه الخراجات العديدة تتلو غالباً تقيحات الطرق الصفراوية أو آفة التهابية في الأنبوب الهضمي (التهاب زائدة متقيح ، تقرحات مستقيم ، تعفن ورم سرطاني الخ ...) .

الأعراض. - يلاحظ في المصاب بخراجات الكبد غير الزحارية بعض الأعراض الموضعية والعامة التي تلفت الأنظار نحو الآفة الكبدية : فالمصاب بها امرؤ متعب ، قليل الشهية للطعام ، نحيل ، لونه يرقاني خفيف ، تعتريه نوافض قوية يعقبها ارتفاع شديد في الحرارة وعرق غزير . أما موضعياً فيشتكي المريض من آلام ثابتة تبدأ من المراق اليمنى أو الناحية الشرسوفية وتتشعع إلى المنكب الأيمن. وتدرك بالجس والقرع جسامة الكبد المؤلمة ثم يكشف بها الحبن القليل المقدار الذي قد يظهر .

السير والانذار . - يموت المصاب بخراجات الكبد غير الزحارية العديدة سريعاً ببرقان خطر أو بالحرض . وقد تحسن انذار هذه الخراجات باستعمال المقادير الكبيرة من الصادات . أما الخراجات الكبيرة المفردة فتختلط بالانبثاق إما عالياً تحت الحجاب أو في الجنب أو في الرئة وإما في الأسفل في جوف الصفاق. وهذه الاختلاطات ترفع نسبة الوفيات في هذه الخراجات المفردة إلى ٤٠٪ .

التشخيص. - يستند التشخيص إلى حالة المريض العامة وإلى العلامات الموضعية التي أتينا على ذكرها في الكلام عن أعراض هذه الخراجات ويفيد فحص الدم الذي يكشف نقصاً في الكريات الحمر وزيادة ملحوظة في الكريات البيض (١٢ - ١٥ الف) مع ارتفاع شديد في نسبة الكثيرات النوى .

ويفيد في التشخيص أيضاً تنظير الناحية الكبدية الإشعاعي الذي يكشف انغلاق الجيب الضلعي الحجابي الأيمن مع سكون نصف الحجاب الأيمن وزيادة تقببه .

أما بزل الخراجة الاستقصائي الذي أشرنا إلى استعماله في خراجة الكبد الزحارية فلا يجوز اجراؤه هنا إلا في خراجات الكبد المفردة العلوية الخلفية وإذا اشرك البزل مع حقن المادة الظليلة عرفت سعة هذه الخراجة وموقعها .

المعالجة . — تعالج خراجات الكبد الكبيرة المفردة معالجة جراحية بشقها واستنضاحها وإعطاء كميات كبيرة من الصادات (بنيسيلين، استربتوميسين، ترّاميسين الخ ...) .

أما الخراجات العديدة الصغيرة المنبثة في غدة الكبد فتعالج معالجة دوائية بالصادات إلا في حالة واحدة هي حالة الخراجات التالية لخمج المجاري الصفراوية التي تقوم معالجتها باستنضاح هذه المجاري المشرك مع اعطاء البنيسلين والستربتوميسين .

* * *

البحث الثالث

علل الكبد الطفيلية

كيسات الكبد المائية

الاسباب والامراض . — تصادف كيسات الكبد المائية في المرأة أكثر مما في الرجل وتلاحظ في جميع الأعمار إلا أنها تتفوق في سن الكهولة وهي أورام كيسية تنشأ من نمو جنين المكورة المقنفذة في غدة الكبد . أما كيفية وصول هذا الجنين إلى الكبد فيتم على الوجه التالي :

تنطرح بيوض المكورة المقنفذة التي تعيش عادة في امعاء الكلب الدقيقة مع المواد الغائطة فإذا وصلت هذه البيوض إلى معدة الانسان (بشربه المياه الملوثة بها أو بأي طريق آخر) هضمت قشرتها بفعل عصارة المعدة وخرج منها الجنين المسدس الشصوص (embryon hexacante) واجتاز بدوره جدر المعي حتى الكبد بطريق وريد الباب حيث ينمو ويكبر ويظهر السائل الخاص به مكوناً الكييس المائي ، تعلل بهذا كثرة هذه الكيسات في الكبد حيث تعادل ٧٥ ٪ من كيسات الجسم إجمالاً كما تعلل به كثرتها في بعض المهن (الرعاة والقصابين) وفي البلاد التي تعتني بتربية الكلاب .

التشريح المرضي . — تستقر الكيسات المائية في فص الكبد الأيمن ويختلف حجمها من حجم بيضة الدجاجة إلى حجم رأس الطفل وهي مفردة في ثلثي الحوادث تقريباً . تظهر في البدء في مركز غدة الكبد ثم تكبر وتقترب تدريجياً من

السطح فينشأ من ذلك أربعة أشكال للكيس المائي : الكيس الأمامي العلوي المختبىء خلف الحافة الضلعية والكيس الأمامي السفلي والكيس العلوي المتجه نحو الصدر وأخيراً الكيس الخلفي الملامس للقطن .

وعلينا أن ندرس في التشريح المرضي أولاً الكيس المائي ثم ما تحدثه الكبد حوله من تفاعل وأخيراً نمو هذه الكيسات التشريحي :

١ً . ـ **الكيس المائي** : يتألف من قسمين : الجدار والمحتوى :

جدار الكيس ويسمى بالغشاء الأم ويتألف من طبقتين : طبقة ظاهرة عديمة الشكل أو ليفية تدعى الجُليدة (cuticule) وطبقة باطنة لينة هشة هي الغشاء المنتش (membrane germinative) . تتألف الجليدة من عدة صفيحات منضدة وهي مرنة غالباً ولكنها قد تتوضع بأملاح كلسية (الكيسات المتكلسة) بينما يقوم الغشاء المنتش بتوليد الحويصلات المنتشة لذلك يرى في سطحه الباطن هذه الحويصلات الصغيرة التي تهب له منظراً مخملياً .

محتوى الكيس . ـ يختلف في الكيسات الفتية عنه في الكيسات القديمة :

أ . ـ محتوى الكيسات الفتية : سائل رائق كماء الينبوع لا يتخثر بالحرارة ولا بالحموض ، غني بكلورور الصوديوم وببعض السموم التي بها يعلل بعض الأعراض كالحكة والصدمة التي قد تطرأ على المريض بتلوث الصفاق بسائل الكيس والتي قد تكون شديدة الخطر فتقضي عليه ، ويصنع البدن بسبب هذه السموم أضداداً نوعية يفيد كشفها في تشخيص الكيس المائي . وسائل الكيس صافٍ وقد يكتسب لوناً أصفر لاصطباغه بالصفراء الناجمة عن انبثاق احد المجاري الصفراوية أو أنه يصبح عكراً في حال تلوثه بالجراثيم المنتقلة بالصفراء أو بالبزل الملوث أو بطريق الدم .

ب . ـ محتوى الكيسات القديمة : تشاهد في هذه الكيسات الحويصلات البنات والحفدة التي يختلف حجمها من الحمصة حتى بيضة الدجاجة أو اكبر من ذلك ، وعددها قليل يسبح في سائل الكيس أو كثير يملأ جوف الكيس فلا

يبقى إلا مقدار قليل من السائل أو ان السائل يختفي ويصبح محتوى الكيس هلامي المنظر .

وهناك شكل خاص من أشكال الكيسات المائية في الكبد أشار إليه دَفه (Dévé) تتكون فيه الحويصلات البنات خارج جوف الكيس وليس في داخله فلينتبه إلى هذا الشكل في اثناء العمل الجراحي خوفاً من ابقاء إحدى هذه الحويصلات البنات التي تعد من أسباب النكس .

٢ً . – **الكبد** : يحيط بالكيس المائي غشاء خارجي يسمى بالكيس الخارجي (ectokyste) وهو ينشأ من انقلاب نسيج الكبد ، الذي ضغطه الكيس ، نسيجاً ضامراً ليفياً يلتصق التصاقاً وثيقاً ببقية اجزاء الكبد ويجعل من المستحيل ايجاد سطح تسليخ للكيس .

أما ما بقي من غدة الكبد فيضخم ضخامة إعاضية في بادىء الأمر ثم لا يلبث ان يصاب بالاشقرار ، وهذا ما يفسر لنا قصر حياة هؤلاء المرضى رغم المعالجة الجراحية .

٣ً . – **نمو الكيس التشريحي** : قد يقف نمو الكيس المائي بموت المكورة المقنفذة ولكنه في الغالب يتابع نموه إلى أن يختلط بالخمج أو بالانبثاق الذي يتم في الطرق الصفراوية أو ، وهذا نادر ، في جوف الصفاق أو في حشا أجوف مجاور (قولون ، معدة) .

الأعراض . – يمر كيس الكبد المائي بدورين : دور البدء او دور ما قبل الورم حيث لا يشعر بالكيس ولا يشخص لأنه ينمو خلسة وببطء بدون أي عرض وظيفي أو فيزيائي ملحوظ ، ودور الصولة أو دور الورم حيث تصبح أعراض الكيس جلية واضحة .

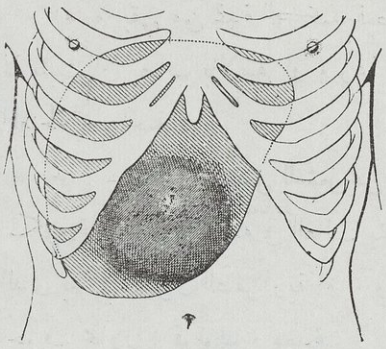
١ً . – **دور البدء** : يبقى الكيس الكبدي مستتراً عدة سنوات حتى يطرأ عليه اختلاط يظهره فجأة أو ريثما يبدي المريض بعض الأعراض التي تلفت الانظار إلى إصابة الكبد وهي اضطرابات هضمية (تقزز من الشحوم ، غثيان ،

اسهال بعد الطعام) وعلامات تدل على تأذي الكبد (ألم المنكب الأيمن ، ألم ناخس في القسم السفلي من الصدر الأيمن سببه ذات الجنب اليمنى المرافقة لكيس الكبد) وبعض الأعراض الأخرى كالرعاف والشرى والأكال .

٢ً . — **دور الورم** : تختلف أعراض الكيس في هذا الدور بحسب موقعه في فص الكبد الأيمن أو الأيسر أو في مركز الكبد .

أ . — كيسات فص الكبد الأيمن : تختلف أعراضها بحسب مقرها في الأمام أو في الأسفل أو في العالي أو في الخلف :

١ً . — الكيسات الأمامية : هي اكثر كيسات الكبد مصادفة وأسهلها تشخيصاً ، إنذارها حسن فهي لا تؤذي حالة المريض العامة ولا تحدث قصوراً في كبده كما أنها لا تضغط وريد الباب (حبن ، طحل «ضخامة طحال») بل إن المريض يستشير طبيبه لشعوره بألم أو بثقل في مراقه اليمنى ، أو لرؤيته ورماً محدباً تحت أضلعه اليمنى (الشكل – ٣٩) .



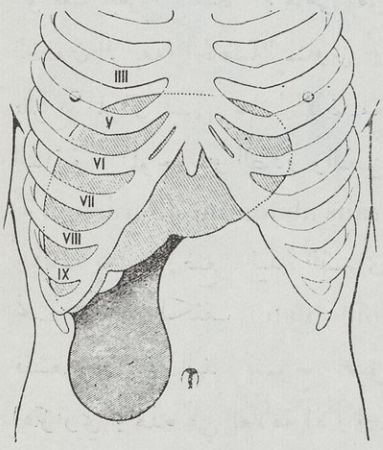
الشكل – ٣٩
كيس مائي في الناحية الأمامية من الكبد
(ستيرن)

فإذا فحص هذا المريض لوحظ تحدب في المراق اليمنى أو في الناحية الشرسوفية يوسع قاعدة الصدر دافعاً الأضلع الأخيرة بشدة إلى الوحشي والأعلى ؛ بينما يكشف الجس ورماً أملس غير مؤلم ولا متموج يتصل بالكبد ويتميز عنها بقوامه المتماسك الصلب . ويكشف قرع هذا الورم صمماً متصلاً بصمم الكبد .

وقد يكشف القرع الشديد أحياناً علامة لها قيمتها في التشخيص تسمى بالارتعاش الكيسماني (frémissement hydatique) تنشأ إما من تصادم الحويصلات البنات بعضها بالبعض الآخر أو من ازدياد التوتر في سائل يكتنفه

غشاء رقيق . وإذا اشرك القرع بالإصغاء سمع اهتزاز شبيه باهتزاز وتر القيثارة هو الحس السمعي للارتعاش الكيسيمائي الآنف الذكر .

٢ً. ـ الكيسات السفلية : تبدو هذه الكيسات بأشكالها النموذجية اللاطئة (sessile) (شكل ـ ٤٠) على هيئة ورم غير مؤلم مدور الشكل متماسك القوام يتحرك عرضاً كما يتحرك قائماً مع الكبد بحركات التنفس . أما في اشكالها غير النموذجية فتختلف اعراضها باختلاف مقرها في الوجه السفلي فالكيسات الامامية المعنقة تظهر بمظهر المرارة المستسقية بينما تقلد الكيسات الخلفية الملامسة للقطن الاورام الكلوية ، اما كيسات الوجه السفلي العميقة والقريبة من نقير الكبد فلا تجس عادة ولكنها تضغط الأعضاء المجاورة فينم عليها اليرقان الاحتباسي بانضغاط مجاري الصفراء والحبن بانضغاط وريد الباب وقد تضغط الوريد الأجوف السفلي (خزب الطرفين السفليين) .



(الشكل ـ ٤٠)
كيس مائي في الناحية الامامية السفلية من الكبد . (ستيرن)

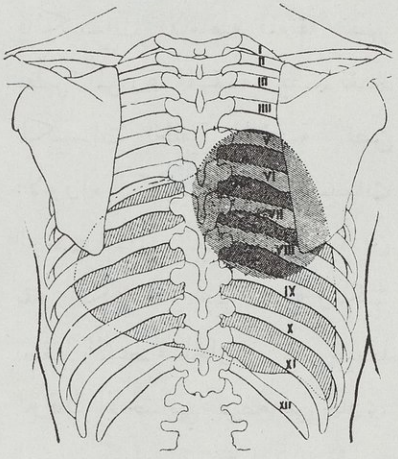
٣ً. ـ الكيسات الخلفية العلوية السائرة نحو الصدر : تتصف هذه الكيسات بأعراض وظيفية صدرية هي السعال الجاف والألم الناخس المستعصي في قاعدة الرئة اليمنى والزلة التنفسية .

وقاعدة الصدر مقسعة غير متحركة ، إذا اصغي اليها لوحظ اختفاء الحفيف الحويصلي وظهور بعض الاحتكاكات الجنبية وهذا ما يدعونا الى الشك في انصباب جنبي ايمن ولكن القرع ينفي هذا الشك فهو يكشف بقعة صماء منتظمة

ذات تحدب علوي كما يظهر ان الحدود السفلى للكبد لم تنخفض وهو على عكس ماتراه في الانصبابات الجنبية (الشكل - ٤١) .

وقد وصف شوفار علامتين تشاهدان في الكيسات المائية الجسيمة ولهما قيمتها الكبرى في التشخيص التفريقي عن انصبابات الجنب وعن خراجات الكبد وهاتان العلامتان هما .

الموجة عبر الصدر (flot transthoracique) ، يفتش عنها في المريض الواقف بقرع القسم الأمامي من الضلعين الرابعة والخامسة اليمناوين أو بقرع المراق اليمنى تحت الاضلع السائبة (الموجة عبر الصدر والبطن «trans abdomino-thoracique») وذلك بعد وضع اليد اليسرى تحت زاوية الكتف (omoplate) فتشعر هذه اليد بتموج عميق اهتزازي ؛ هذه هي العلامة الأولى. أما العلامة الثانية فهي النهز فوق الكبد (ballottement sus hépatique) تتحرى هذه العلامة والمريض مستلقٍ بوضع اليد اليسرى في حذاء الوربين الثاني والثالث الأيمنين بينما تدفع اليد اليمنى حافة الكبد الأمامية دفعات صغيرة متتالية من الأسفل الى الأعلى فيشعر بحس نهز شبيه بنهز الجنين في رحم المرأة .



(الشكل - ٤١)
كيس مائي في الناحية الخلفية العلوية من الكبد . (ستيرن)

٤ً . - الكيسات الخلفية هي كيسات تلامس الناحية القطنية يصعب تشخيصها لالتباسها بالأورام الكلوية .

ب . ـ الكييسات المركزية : تتصف هـذه الكييسات بعرض واحد هو ضخامة الكبد الشاملة التي لا تؤثر في حالة المريض العامة أقل تأثير فلا قصور في الكبد ولا حبن في البطن ولا اصطباغ يرقاني في الجلد فلا عجب اذا مابقيت هذه الكييسات مستترة ولم تشخص إلا بعد ان تختلط بالتقيح أو بعد ان تجسم وتقترب من احد وجوه الكبد .

ج . ـ كييسات فص الكبد الأيسر : هي كييسات نادرة لا تشخص غالباً لأن اعراضها الوظيفية والفيزيائية شبيهة بأعراض الطحال الضخم .

التشخيص . ـ يصعب تشخيص كييسات الكبد المائية غير المختلطة بدون اللجوء الى الفحوص المخبرية والإشعاعية وبدون استجواب المريض استجواباً دقيقاً لأن الأعراض التي يبديها المصاب بالكييس المائي العلوي توجه الانتباه الى علة صدرية (ذات جنب، كييس مائي في الفص السفلي للرئة اليمنى) بينما يلتبس الكييس المائي المركزي، الذي لا يتصف الا بعرض واحد فقط هو ضخامة الكبد الشاملة، باشقرارات الكبد الضخامية وبالكَبَد في المقلوبين. أما كييسات الكبد السفلية فتلتبس ، متى وقعت في الأمام، بكييسات المعثكلة وباستسقاء المرارة وبأورام القولون والمعدة ، واذا وقعت في الوراء فإنها تلتبس بالاورام الكلوية .

واذا تعرقل الكييس المائي بالخمج التبس بخراجة الكبد الزحارية وبالتهاب المرارة المتقيح حتى بتقيح الكلية . فيتطلب تشخيص كييسات الكبد المائية :

١ً . ـ أن يسأل المريض عن مهنته (راعي أو قصاب) وعن تربيته للكلاب كما يسأل ايضاً عن بعض العلامات التي توجه الانظار ، متى كانت ايجابية ، نحو الآفة الكبدية وهي : ألم المنكب الأيمن وألم المراق اليمنى ، التفاعل الخفيف في القاعدة اليمنى ، هجمات الشرى المنتشر ، الرعاف ، اليرقان ، وغير ذلك من العلامات الدالة على تأذي الكبد .

٢ . ـ أن تفحص ناحية المراق اليمنى بالتنظير والتصوير الإشعاعيين اللذين يجب اجراؤهما بالوضعين الأمامي الخلفي والجانبي والمريض واقف ثم وهو مستلقٍ وبهذا الفحص تظهر :

أ . ـ كيسات الكبد المركزية ولا سيما الكيسات المتكلسة بشكل ظل مدور منتظم أكثف من ظل الكبد (الشكل ـ ٤٢) .

ب . ـ بعض الكيسات المائية ذات المحتوى السائل المختلط بالغاز وهي الكيسات المتقيحة باللاهوائيات والكيسات المنفتحة في المعدة أو الأمعاء او القصبات .

ج . ـ الكيسات المائية المتجهة نحو الصدر التي تبدو بشكل تحدب مدور كأنه رسم بالفرجار .

د . ـ كيسات وجه الكبد السفلي التي تدفع الاعضاء المجاورة وتضغطها وتكشف بعد تصوير هذه الاعضاء التي دفعها الكييس ولا سيما اذا اشرك تصوير هذه الأعضاء بإجراء الصفاق الهاوي (pneumo - péritoine) أو بحقن الهواء في خارج الصفاق .



(الشكل ـ ٤٢)
كيس كبد مائي تكلست جدره فأصبح مرئياً بالتصوير الاشعاعي
(لودو ـ لوبار)

هـ . ـ وقد يفيد تصوير الوتين الاشعاعي (aortographie) وتصوير مجاري الصفراء (cholangiographie) ثم تصوير الطحال والدوران البابي

(spléno-portographie) في كشف بعض كيسات الكبد ولا سيما المركزية منها.

٣ً . – ان تجرى الفحوص المخبرية التالية :

أ . — فحص الدم الذي يُظهر تبدلاً في الصيغة الدموية : فحبات الحامض تزداد ويصبح عددها الوسطي ١٠٪ وقد يبلغ ٣٠ – ٤٠٪ ، لكن هذه الزيادة لا يعول عليها أولاً لأنها تصادف في أمراض أخرى فهي تدل على إصابة المريض بالطفيليات وثانياً لكونها لاترى في الكيسات المائية المتقيحة بل يرى في هذه الحالة الاخيرة ازدياد كبير في عدد الكريات البيض بدون زيادة في محبات الحامض.

ب . – بعض الاختبارات كانحراف المتمم والتفاعل الأدمي والتفاعل الرسوبي :

فانحراف المتمم أو اختبار واينبرغ وبارفو (Weinberg et Parvu) له قيمة كبيرة في التشخيص حينما يكون إيجابياً ولكن هذه الايجابية تختفي في الكيسات المتقيحة كما تختفي بعد العمل الجراحي لذلك يستفاد منه في الحالة الاخيرة في تشخيص الكيسات الناكسة .

والتفاعل الأدمي أو تفاعل كازوني (Casoni) إيجابي في ٩٠٪ من الحالات ولا تزول هذه الايجابية في الكيسات المتقيحة لذلك يعد هذا الاختبار بحق من أفضل الاختبارات في تشخيص الكيسات المائية ويجرى هذا التفاعل على الشكل التالي : تحقن أدمة المرء المشكوك في إصابته بالكيس المائي بقطرة واحدة من سائل كيس حيواني أو بشري فإذا كان التفاعل إيجابياً ظهر في مكان الحقن بعد ٥ – ١٠ دقائق حطاطة قراصية بيضاء تنقلب بقعة خزبة حمراء اللون بعد ٢٤ ساعة من الحقن . وسلبية هذا التفاعل لاتنفي الاصابة بالكيس المائي .

وأخيراً فإن تفاعل فليغ وليسبون الرسوبي (précipito - réaction de Fleig et Lisbonne) يجرى بإضافة ١٢ قطرة من مصل المريض الى ٢ عشم . م. من سائل الكيس المائي المحفوظ في المخبر فإذا حصل رسوب ندفي فيه دل على إصابة المريض بالكيس المائي .

٤ً . – ولا يجوز إجراء البزل الاستقصائي في الكيسات المائية لكونه يعرض المريض لخطر الصدمة التأقية كما يعرض الكيس المائي الطاهر للتقيح والتنوسر .

السير والعراقيل . – إن شفاء كيسات الكبد المائية العفوي نادر جداً وقد تحقق الشفاء مع ذلك في بعض من المشاهدات لدى فتح صدى (جثة) بعض المسنين حيث لوحظ أن الكيس قد اندمل وتكلس ، وما عدا هذه الحالات الشاذة فإن الكيس المائي ينمو ببطء وبهجمات متتابعة خلال عدة سنوات ويفضي بالمصاب به إلى الحرض الشديد فإلى الموت بالتسمم البطيء أو بالخمج الخفيف ولكن بعض العراقيل يطرأ عليه في الغالب فيبدل سيره وأهمها :

١ً . – **التقيح** : يتم بأن تسلك العصيات القولونية واللاهوائيات طريق المجاري الصفراوية لتصل الى كيس الكبد وقد يكون هذا التقيح خفيفاً أحياناً فيحدث بدون علامات سريرية هامة ولا يكشف إلا في أثناء العمل الجراحي حيث يرى محتوى الكيس وقد أصبح عكراً او متقيحاً . ويظهر هذا التقيح في الغالب بمظهر الخمج الحاد : آلام مبرحة عفوية ومحدثة ، وحرارة متموجة ونحول مع كَبَد جسيم وينتهي هذا الشكل بالانبثاق في القصبات (قيء صدري صديدي دموي) أو في حشا أجوف (القولون أو العفج) ونادراً في الجنب أو في جوف الصفاق .

٢ً . – **الانبثاق** : يتم انبثاق كيسات الكبد في الصدر أو في البطن أو في الجلد :

أ . – في الصدر : تنبثق كيسات الكبد العلوية في الجنب ويكون البدء فاجعاً وينتهي بالتقيح أو تنبثق ، وهو الغالب ، في القصبات وهذا ما يحدث في الكيسات المتقيحة التي تحدث التصاقاً في غشاء الجنب فيصاب المريض بقيء صدري صديدي قد يخنق المريض إن كان وافراً أو يكون سبباً في الاختلاطات الرئوية القصبية .

ب – في البطن : تنبثق فيه الكيسات السفلية والامامية ويحدث هذا الانبثاق في جوف الصفاق الحر أو في أنبوب الهضم أو في مجاري الصفراء :

فإذا حدث الانبثاق في جوف الصفاق شعر المريض بألم بطني حاد واعترته صدمة تأقية أو نوبة شرى عامة فيقضى عليه بالصدمة أو بخزب المزمار وإذا قدر له أن يعيش فإنه يصاب بداء المكورات المقنفذة المنتشر في جوف الصفاق أو الموضع في رتج دوغلاس .

وينبثق الكيس المتقيح في انبوب الهضم ولا سيما في العفج والقولون ويتصف انبثاقه بحس تمزق حشوي ترافقه الاقياء اذا وقع في العفج والاسهال إذا حدث في القولون وتعد هذه الحالة الاخيرة حميدة فقد يتم بواسطتها شفاء الكيس باطراح الحويصلات والأغشية مع المواد المعوية

وانبثاق الكيس في مجاري الصفراء يأتي في الدرجة الثانية بعد انبثاقه في جوف الصفاق وتشبه أعراضه أعراض حصاة القناة الجامعة من قولنجات كبدية ويرقان احتباسي إذا سدت الحويصلات الطريق الصفراوي الأساسي . والكيسات المعرضة للانبثاق في المجاري الصفراوية هي كيسات كبيرة متقيحة ، أو كيسات صغيرة ذات الجدار الكثيف المتكلس المستقرة في فص سبيجل ، أو كيسات مركزية ظلت برهة مجهولة إلى أن جلاها هذا الاختلاط .

ج . – في الجلد : وهو أسلم انبثاقات الكيس المائي ولكنه نادر ويقع في جوار السرة .

٣ . – **بعض العراقيل** التي تنجم عن انضغاط بعض الاعضاء بكيسات الكبد السفلية وهي الحبن بانضغاط وريد الباب واليرقان بانضغاط الطرق الصفراوية وخزب الطرفين السفليين بانضغاط الاجوف السفلي وأخيراً الاقياء والقولنجات بانضغاط المعي .

الانذار . – خطر في كيسات الكبد المائية المتقيحة حيث تبلغ نسبة الوفيات ٣٠ – ٤٠٪ وهو خطر أيضاً في الكيسات المائية غير المعرقلة التي بضعت

نظراً للقصور الكبدي الذي يرافق مثل هذه الكيسات والذي يتفاقم بعد العمل الجراحي .

المعالجة . – إن معالجة كيسات الكبد المائية جراحية بحتة ، وتجرى بدون إبطاء في الكيسات المعرقلة بالتقيح أو بالانبثاق ؛ أما في الكيسات غير المعرقلة فيجب تحضير المريض تحضيراً جيداً قبل التوسط الجراحي بأن تجرى له الفحوص المخبرية اللازمة (عيار البولة الدموية ، فحص البول ، اختبار وظائف الكبد ، إجراء زمني التخثر والنزف ؛ عد الكريات البيض والحمر الخ ..) وأن يحقن بخلاصة الكبد والحيامين (K) والمصول السكرية .

أما الشق العملي فيجرى حيث يكون الكيس أقرب إلى الجدار فهو في الأمام بطني تحت الحافة الضلعية ، وفي الخلف صدري عبر الحجاب وبعد رؤية الكيس وقبل فتحه يوقى جوف البطن أو الصدر بكنفات ثم يفرغ الكيس بمبزل أو بمصة ويحقن جوفه بسائل مطهر (فورمول بنسبة ١ – ٢٪) حيث يترك بضع دقائق ثم يشق الكيس شقاً واسعاً وتفرغ محتوياته بمجرفة كليلة مع الاعتناء بنزع مجمل الغشاء المنتش ثم يملأ الكيس مجدداً بمحلول الفورمول وينهى العمل الجراحي بمعاملة جيب الكيس تبعاً لإحدى الطرق الآتية التي تختلف باختلاف حالة المريض العامة وطبيعة محتوى الكيس وليان الجدار أو قساوته كما يختلف بحسب موقع الكيس .

١ً. – **التوخيف** (marsupialisation): هو عملية قديمة تخاط فيها شفتا الكيس بشفتي الشق الجداري وهذه العملية جيدة وأمينة ولكنها لا تخلو من المحاذير كطول مدة المعالجة وإمكانية حصول النواسير والنزف . وقد استعمل بعضهم المص المتواصل لافراغ الكيس واستنضاضه .

تستعمل هذه الطريقة في معالجة الكيسات المتقيحة المنفتحة في القصبات وفي الكيسات الخلفية الكبيرة الحجم ذات الجدار المتكلس والمحتوى العكر أو المتقيح كما تستعمل في معالجة الكيسات المنبثقة في الطرق الصفراوية وهي وحدها

كافية أو أنها تشرك باستنضاض القناة الجامعة في حال بقاء اليرقان .

٢ً . — **افراغ الكيس بلا استنضاض** : في هذه الطريقة يخاط الكيس بعد افراغ محتوياته ويعاد للبطن ، ومحاذير هذه الطريقة هي الخمج وتكون ورم دموي في الجيب الباقي لذلك يفضل تثبيت الجيب بالجدار حتى اذا مابدا هذا الاختلاط بزل الكيس أو وخـّف عند الضرورة .

تتبـع هذه الطريقة في الكيسات الامامية الطاهرة المتوسطة الحجم ذات المحتوى الرائق والجدار اللين .

٣ً . - **الجفل**(décortication) : يصعب من الوجهة العملية استئصال الكيس وغلافاته برمتها إذ ليس بين جدار الكيس ونسيـج الكبد سطح تفريق يمكن الاستفادة منه لفصل الكيس عن النسج المحيطة به وعلى الرغم من استعمال المشرط الكهرباوي فإن خطر النزف الدموي والصفراوي لايمكن اجتنابه .

واستطبابات هذه الطريقة نادرة فهي لا تجرى إلا في حالتين : متى كان الكيس معنقاً أو متى كانت قاعدته المنغرسة في وجه الكبد السفلي ضيقة يمكن سلخها .

٤ً . - وأخيراً يكتفى باعطاء مضادات الصدمة وبوضع الثلج على البطن المؤلم فيما إذا انبثق الكيس المائي الطاهر في الصفاق ومتى زالت الصدمة يبضع المريض ويغسل الصفاق بالايثر انقاءً للتلقح الثانوي بالمكورات المقنفذة .

* * *

البحث الرابع

أورام الكبد

(Tumeurs du foie)

كانت الجراحة في الماضي عاجزة عن معالجة أورام الكبد الحميدة منها والخبيثة لأن كل توسط جراحي على هذه الغدة كان يعقبه الموت بالنزف الغزير ؛ أما في الوقت الحاضر وبعد التقدم الواسع الذي أحرزته الجراحة ، فقد اصبح من الممكن قطع قسم الكبد الموؤف (فص كبدي أو قطعة من الكبد) بدون خوف .

وأورام الكبد قسمان : حميدة وخبيثة .

١ . ـ اورام الكبد الحميدة

أ . ـ اورام الكبد الغدية الوحيدة : هي أورام بدئية حدودها واضحة وسيرها حميد ، لايتأذى نسيج الكبد في محيطها وهي نوعان : أورام صلبة وأورام كيسية .

١ً . ـ الاورام الغدية الصلبة : هي أورام مختلفة الحجم قد تبلغ حجم رأس الطفل ، تعرف متى أصبحت سطحية بقوامها القاسي ولونها الضارب الى الزرقة أو الخضرة وهي اورام لاطئة او معنقة وتكون إما مفصولة عن نسيج الكبد بمحفظة ليفية هي بمثابة سطح تسليخ يسهل معها استئصال الورم او أن الورم يلتصق بمحفظته فيضطر الجراح الى قطع قسم الكبد حين استئصال الورم

والورم الملتصق ذو اتجاه الى الحؤول الخبيث فهو ينكس موضعياً بعد الاستئصال.

تتصف هذه الاورام سريرياً بعرض واحد هو وجود ورم في ناحية المراق اليمنى ، وهي لاتحدث قصوراً في الكبد ولا يصحبها أي اضطراب وظيفي ، كما انها لاتشخص إلا بفتح البطن .

المعالجة . – جراحية بحتة وهي سهلة في الاورام ذات المحفظة بيد انها في الأورام الأخرى تستلزم قطع قسم من الكبد على شكل سفيني .

٢ـ **الأورام الغدية الكيسية** : هي أورام نادرة تصادف في المراة اكثر منها في الرجل ، وسن الكهولة هي السن الموافقة لظهور هذه الأورام وهي نوعان : الورم الغدي الوحيد الكيس والورم الغدي العديد الكيسات ويستقر الاول غالباً في فص الكبد الأيمن ويعادل حجمه حجم رأس الطفل او الكهل ، ويحتوي سائلاً وافراً قد يبلغ عشر ليترات أحياناً وقد يكون صغيراً بحجم بيضة الدجاجة. وجدار الكيس رقيق وشفاف في بعض من أقسامه وكثيف متصلب في البعض الآخر ، سطحه الباطن أملس ولا ناميات فيه . وهذا الورم لاطيء ينفصل عن نسيج الكبد بسطح تفريق غير جيد نظراً الى بعض الالتصاقات التي تمنع التفريق . والكبد متضخمة أو ضامرة ومصابة بالاشقرار .

أما الورم الغدي العديد الكيسات فلا تفيد فيه الجراحة غالباً لأنه يصيب القسم الأكبر من غدة الكبد فضلاً عن اشتراكه مع الكلية العديدة الكيسات في ١٨٪ من الحوادث .

ومن أشكاله الشكل المحدود حيث يكون الورم شبيهاً بعنقود العنب وتفيد فيه الجراحة .

وليست هذه الأورام الكيسية إلا نتيجة اضطراب في تطور المجاري الصفراوية داخل غدة الكبد . وتتصف هذه الأورام سريرياً ببعض الأعراض الوظيفية : آلام مختلفة الشدة والمقر ترافقها اضطرابات هضمية مبهمة ويصحبها أحياناً أعراض انضغاط الاعضاء المجاورة (المعدة وسويقة الكبد) .

ويشعر بفحص البطن بورم أملس منتظم متموج ويلاحظ هذا العرض أيضاً في الكييس المائي ولكن التفاعلات الحيوية التي يتصف بها الكييس المائي سلبية في الورم .

المعالجة . – جراحية وتقوم بقطع الكبد القسمي إذا لم يُكشف سطح تفريق واضح ، واذا تعذر الاستئصال لكون الورم في المركز أو في قسم الكبد الخلفي العلوي وُخفّ الكييس الأمر الذي يتلوه طول الشفاء وربما تكوّن ناسور صفراوي دائم . ونتائج العمل الجراحي حسنة فالشفاء يعادل ٩٠٪ .

ب . – **أورام الكبد الوعائية** : وتسمى بالأورام الوعائية الكهفية وهي نموذجان مختلفان :

١ً . – ورم وعائي منتشر : وهو في الواقع توسع في العروق الشعرية منتشر في جميع غدة الكبد ويرافقه عادة أورام وعائية في الاحشاء الأخرى (الكلية والمبيض) وأحياناً في المراكز العصبية ولا تفيد الجراحة في هذا النوع من الأورام الوعائية .

٢ً . – ورم وعائي وحيد : وهو إما ورم صغير لا يكشف إلا صدفة في سياق التوسط الجراحي أو في أثناء فتح الصدى (الجثة) ، أو ورم بطني جسيم قد يزيد وزنه على اكثر من عشرة كيلوغرامات .

يستقر الورم الوعائي المفرد في أحد وجوه الكبد أو في حافتها الأمامية وهو ورم لاطيء وقد يكون معنقاً ، وليس له محفظة تفصله عن نسيج غدة الكبد ومقطعه اسفنجي المنظر .

الأعراض . – يبقى الورم مستتراً برهة من الزمن لا يشتكي المريض خلالها إلا من آلام بطنية مبهمة ومن اضطرابات هضمية طفيفة (قهم) ومن نحول لا يعرف سببه ، ثم يظهر ورم بطني كبير الحجم قد يملأ البطن فيستشير المريض طبيبه من أجله .

ويشعر في البطن بورم كبدي متحرك (ورم وعائي معنق) او بكبد ضخمة محدبة (ورم وعائي عديد) .

الاختلاطات . — هي التمزق وقصور الكبد، فالتمزق اختلاط وخيم يصادف حتى في الورم الوعائي الصغير ونتيجته النزف الباطن الغزير . أما قصور الكبد فيشاهد في الأورام الوعائية الجسيمة ويعرف باختبار وظائف الكبد . وقد تضغط هذه الأورام الجسيمة الأعضاء المجاورة وخاصة فؤاد المعدة وسويقة الكبد .

المعالجة . — تعالج الأورام الوعائية المفردة المتوسطة الحجم بقطع الكبد القسمي وذلك لخلوها من محفظة تحيط بها على ان يستعمل المشرط الكهرباوي أو تجرى الخياطة المرقئة اتقاءً للنزف .

أما الورم الوعائي الجسيم والأورام الوعائية المنتشرة فلاتفيد فيها المعالجة.

٢ . — أورام الكبد الخبيثة

هي بدئية أو ثانوية :

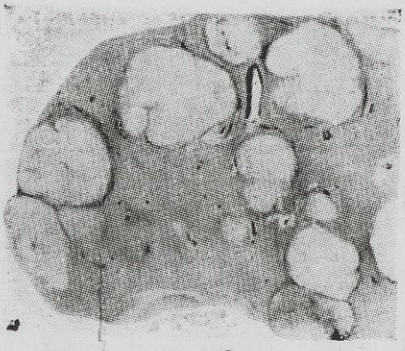
أ . — أورام الكبد البدئية : هي سرطانات ظهارية حويجزية (épithélioma trabéculaires) تكثر في الأطفال وتصادف في الذكور والاناث على السواء ، وهي أورام قاسية جداً سطحها محدب أو عقد (الشكل — ٤٣) يحيط بها نسيج تصلبي يكون لها بمثابة محفظة ويجعل سيرها بطيئاً .



(الشكل — ٤٣)
ورم كبدي بدئي خبيث (بالي)

وإلى جانب هذه السرطانات البدئية في الكبد ، تصادف أورام عفلية نادرة لا تفعل فيها الجراحة .

ب . - **أورام الكبد الثانوية** : (الشكل - ٤٤) هي انتقالات من سرطان المعدة وأورام المبيض وهذا هو السر في اختلاف بنائها النسيجي، وعرضها الوحيد هو ظهور ورم في المراق اليمنى يشعر به المريض أو يكشفه الطبيب في أثناء جس البطن وقد يكون كبيراً حتى أنه يبرز من خلال الجدار فيرى بالعين . وإذا كان معنقاً، وهذا نادر، ظهر وكأنه حرّ ولا علاقة له بالكبد . أما قوامه فمختلف فهو تارة قاس وطوراً لين وقد يظهر فيه تموج كاذب . وهو والكبد متحرك في البدء مع الحركات التنفسية ولكنه متى التصق أو كبر حجمه أضحى ثابتاً لا يتحرك .



(الشكل - ٤٤)
أورام كبد ثانوية
(متحف التشريح المرضي في جامعة ليفربول)

ويستشير المريض طبيبه متأخراً إما لنحول وتعب شديدين أو لاضطرابات هضمية (اسهالات وأقياء) أو لآلام طفيفة تقطعها نوب ألمية حادة .

السير . - يسير السرطان البدئي بسرعة في الطفل (عدة أشهر) وببطء في الكهل (عدة سنوات) .

أما الاختلاطات المصادفة في أثناء سير هذه الأورام فهي نوب الانسداد المعوي والنزف الباطن وانشقاق الورم .

التشخيص . - يلتبس ورم الكبد بأورام الكلية اليمنى وخاصة متى لامس القطن وترافقه بيلة دموية أو بُوال ولكن فحص جهاز البول بدقة ومعاينته الإشعاعية كافيان لتمييز هذه الاورام بعضها عن البعض الآخر .

وبعد إقرار الورم في الكبد يجب تمييزه عن كيس الكبد المائي وذلك بإجراء بعض التفاعلات (كازوني، واينبرغ) وبالاستناد إلى أعراض الكيس الخاصة .

أما طبيعة الورم فلا تعرف إلا بالفحص النسيجي (ورم غدي ، سرطان ، افرنجي الكبد) .

المعالجة . — قوامها قطع قسم الكبد النابت عليه الورم ولا يجرى إلا بعد التأكد سريرياً وإشعاعياً من عدم وجود انتقالات ، ثم يفتح البطن فتحاً واسعاً وتستقصى الكبد فإذا بدت فيها عقد عديدة فلا يكون للعمل الجراحي أية فائدة ، وعلى العكس من ذلك في الورم المفرد حيث الاستطباب الجراحي صريح ، فبناء على ما تقدم يقطع فص الكبد الأيسر أو قسم كبير من فصها الأيمن بدون أن يصاب المريض بقصور كبدي .

ويقطع الكبد بالمشرط الكهرباوي أو بالميسم الناري (thermocautère) اتقاءً للنزف ثم يخاط نسيج الكبد بخيوط الحمشة .

ونتائج التوسط الجراحي باهرة فإن نسبة الوفيات لا تتعدى ٣٪ ولكن النتائج البعيدة غير حسنة فإن أكثر من نصف المبضوعين يموتون قبل ان تنقضي السنة الأولى على التوسط الجراحي .

أما في السرطانات الثانوية فيجب استئصال الورم البدئي وقطع قسم الكبد المصاب لكي يحصل المرء على النتائج المرغوب فيها .

وإذا تمزق الورم عولج بالاستئصال أو بالدك أو بإغلاق مكان التمزق .

* * *

الفصل الثاني

علل الطرق الصفراوية الجراحية

البحث الأول

علل المرارة

أ ـ حصيات المرارة والتهابات المرارة الحصوية

تتكون الحصيات الصفراوية وتنمو في المرارة فتبقى فيها أو تهجرها لتقف في القناة المرارية أو في القناة الجامعة (cholédoque) .

وتختلف الحصاة المرارية عن حصاة القناة الجامعة اختلافاً كلياً من حيث تأثيرها في غدة الكبد فحصاة المرارة لا تؤثر في الكبد أدنى تأثير ولو شاركها التهاب في المرارة بيد أن الثانية التي يرافقها دائماً درجة خفيفة من الالتهاب تؤثر تأثيراً سريعاً وشديداً في الكبد .

الأسباب . ـ تكثر حصيات المرارة في البلاد المتمدنة وهي في المرأة الكهلة (٣٠ ـ ٥٠ سنة) أكثر منها في الرجل وتصيب بالخاصة الأناس النهمين القليلي الحركة المصابين بالقبض العادي .

وللوراثة دور لا ينكر في التأهب الحصوي لدى بعض الاسر كما تعد

الأخماج المعوية (التهاب الزائدة ، تقرحات المستقيم ، الحمى التيفية) من الاسباب المساعدة على تكوّن الحصيات فقد ذكرت في سوابق اكثر المصابين .

ويعد الحمل ايضاً في جملة هذه الاسباب بما يحدثه من زيادة في كوليسترول الدم وبما يصاحبه من قبض وخمج معوي .

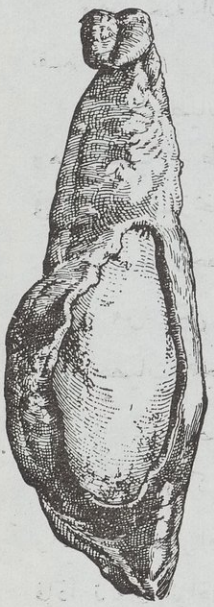
الامراض. — ذكرت ثلاث نظريات في كيفية تكوّن الحصيات الصفراوية :

١ً. — النظرية الركودية : تنص هذه النظرية أن الحصيات تتكون بنتيجة ركود الصفراء في مرارة مصابة بالوهن وان الالتهاب يتلو تكون الحصيات .

٢ً. — النظرية الالتهابية : وهي تنص أن المرارة تلتهب أولاً فيتوسف بنتيجة هذا الالتهاب بعض خلايا غشائها المخاطي وتتكتل لتكون نواة بدئية يرسب عليها الكوليسترول والاصبغة الصفراوية طبقات منضدة . فالحصاة بحسب هذه النظرية ثانوية وتتلو الالتهاب .

٣ً. — نظرية ازدياد كوليسترول الدم : تنسب هذه النظرية تكون الحصيات الصفراوية الى زيادة كوليسترول الدم الذي يرافقه ازدياد هذه المادة في الصفراء فترسبها . ومما يساعد على هذا الترسب نقص الاملاح الصفراوية بنتيجة اضطراب وظائف الخلية الكبدية .

وهذه النظرية الاخيرة هي المعوّل عليها في الوقت الحاضر .



(الشكل - ٤٥)
التهاب مرارة حصوي وفيها حصاة مفردة ضخمة
(غوسه)

التشريح المرضي . — ١ً) **الحصيات** : وهي مفردة او عديدة . وشكل المفردة منتظم بيضاوي او مدور يتبدل حجمها من حجم البندقة الى حجم بيضة الدجاجة الصغيرة ومتى بلغت هذا الحجم شغلت المرارة برمتها (الشكل - ٤٥) وتصادف الحصاة المفردة في صغار السن عادة .

أما الحصيات العديدة فتتلاصق ويكون لها بسبب الضغط المتقابل فيما بينها وُجَيهات تهب لها اشكالاً هندسية مختلفة (مكعبية أو موشورية أو هرمية) (الشكل - ٤٦) وتصادف الحصيات العديدة في المسنين .

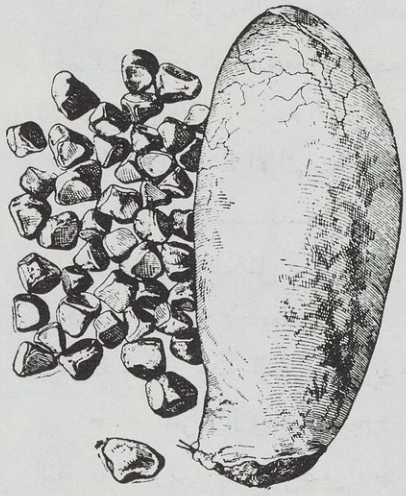
وقوام حصيات المرارة مختلف فهو تارة قاسٍ وطوراً هش سريع التفتت ولونها لبني او أصفر او ضارب الى السواد .

ومن جهة التركيب الكيمياوي تقسم الى :

أ . — حصيات كوليسترولية صرفة وهي حصيات طاهرة تكون مفردة في المرارة وتتميز بخفتها وشفوفها بالأشعة .

ب . — وحصيات صباغية كلسية تتألف من كتل من البلورات الملتصقة وهي حصيات خمجية المنشأ .

ج . — وحصيات مختلطة وهي ظليلة على الاشعة تتركب من الكوليسترول والاصبغة الصفراوية وأملاح الكلس . فإذا تألفت نواة هذه الحصيات من الكوليسترول ثم ترسبت عليها الأصبغة الصفراوية وأملاح الكلس دلّ ذلك على أن هذه الحصيات بدأت طاهرة ثم تعفنت ، وإذا كان العكس أي كانت النواة صباغية كان ذلك دليلا على ان الحصيات تكونت في مرارة ملتهبة .



(الشكل - ٤٦)
التهاب مرارة حصوي مع
حصيات ذات وجيهات
(غوسه)

٢ـ . — **المرارة** : ملتهبة او غير ملتهبة :

أ . — المرارة غير ملتهبة : تعرف في اثناء التوسط الجراحي بلونها المبيض وبجدرها الكثيفة وبالالتصاقات التي تربطها بالعفج والقولون ، وبزل هذه المرارة

يخرج صفراء مسودة كثيفة لا جراثيم فيها . واذا فحصت هذه المرارة ، بعد فتحها ، بالمكبرة أولا ثم بالمجهر بدت بمظهرين : مرارة مع حصيات مستبطنة للجدار وهي المرارة التي تبدو في رتوج مخاطيتها رسوبات الكوليسترول والاصبغة الصفراوية ، ومرارة توتية (vésicule fraise) غشاؤها المخاطي الأحمر مرصع بحبيبات صفر كروية مكتنفة أو معنقة ومحتواها صفراء مسودة كثيفة فيها حُصيّات (calculins) وترسبات .

وهنالك نوع من المرارات يقال لها المرارات المستسقية تكون المرارة فيها كبيرة الحجم لانسداد قناتها بحصاة وإذا فتحت خرج منها صفراء طاهرة صافية أو مادة بيضاء (بنتيجة امتصاص عناصر الصفراء) .

ب . ـ المرارة الملتهبة : تصادف بحسب درجة الالتهاب الأشكال الآتية : الشكل التصلبي الضموري والأشكال الحادة :

فالشكل التصلبي الضموري هو اكثر الأشكال مصادفة وهو الشكل النموذجي فالمرارة فيه صغيرة منقبضة في اسفل الكبد وقد أحاطت بها التصاقات متينة تلأمها بالكبد والعفج غشاؤها المخاطي متصلب وجدرها كثيفة تتخللها الخراجات الصغيرة التي يكشفها المجهر . ومحتوى هذه المرائر قيح او سائل مخاطي قيحي تسبح فيه حصيات صباغية او مختلطة .

أما الأشكال الحادة فيعد منها الشكل النزلي والشكل فوق الحاد والشكل الحاد مع خراجات في الجدار ثم تقيح المرارة . واذا سدت حصاة قناة المرارة تكون التهاب المرارة المواتي الذي ينتهي بانثقاب المرارة في الصفاق الحر أو المحوجب .

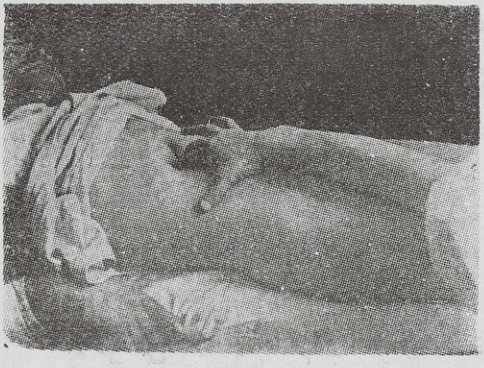
الأعراض . ـ يسير التهاب المرارة عادة ببطء ويتجلى بأشكال سريرية مختلفة بعضها خفي والبعض الآخر نموذجي ولكن بعض العوارض الحادة الآلية أو الالتهابية قد تقطع هذا السير البطيء .

فلا بد اذن من دراسة الأشكال المزمنة والأشكال الحادة :

الأشكال ذات السير المزمن : ١ً . — الشكل الخفي وهو كثير المصادفة في النساء البدينات بالخاصة وفي سن الكهولة ويتمثل بآلام معدية أو مرارية أو يستتر فلا يبدي أي عرض ويظل مجهولاً ولا يشخص إلا اذا تعرقل بالتهاب حاد او بهجرة الحصاة من المرارة وتوقفها في القناة الجامعة (قولنجات مرارية) أو أن الآفة تكشف عرضاً في أثناء فتح الصدى .

٢ً . — الأشكال المؤلمة : تتصف هذه الأشكال بآلام شديدة قولنجية الشكل تعتري المريضة بعد الطعام بثلاث ساعات أو تأخذ شكل نوب ألمية تنتاب المريضة في كل ثلاثة أيام (نوبة الايام الثلاثة المنسوبة إلى غوتمان « Gutman ») : تبدأ النوبة في منتصف الليل بآلام مبرحة في المراق اليمنى أو في الناحية الشرسوفية وتتشعع الى المنكب الأيمن ولا علاقة لها بالطعام وتصاحب هذه الآلام أقياء طعامية فصفراوية وحالة خفيفة من اليرقان كما ترتفع الحرارة الى ٣٨ ويسرع النبض .

ويكشف فحص المريضة في أثناء النوبة كتلة مختلفة الحجم تحت الكبد متصل صممها بصمم الكبد ، أما في فترات النوب فتشتكي المريضة من الغثيان ومن عدم تحمل المواد الدسمة (قهم ، تخمة ، إسهال بعد الطعام) .



(الشكل — ٤٧)
تحري النقطة المرارية
(ستيرن)

واذا فحصت ناحية المراق اليمنى بدت النقطة المرارية مؤلمة وتقع هذه النقطة في اليمين عند تقاطع الحافة الوحشية لعضلة البطن المستقيمة الكبيرة مع حافة الأضلع (الشكل — ٤٧) .

ويتحرى ألم النقطة المرارية بعلامتي مورفي وابراهام فعلامة مورفي هي شعور المريضة بألم محدث لدى جس الناحية المرارية في اثناء الشهيق

العميق ولهذه العلامة من القيمة في تشخيص إصابة المرارة مالقيمة علامة ماك بورني في تشخيص التهاب الزائدة .

أما علامة ابراهام فهي شعور المريضة بألم شديد في النقطة الكائنة في منتصف المسافة ما بين السرة والنهاية الأمامية للضلع التاسعة .

وقد يكشف الألم في النقطة الحجابية اليمنى (بين الرأسين السفليين للعضلة القصية الترقوية الخشائية) وقد تشفى عفواً هذه الاشكال من التهاب المرارة الحصوي ذات النوب الألمية الاشتدادية بطرح الحصاة ولكنها تنقلب في الغالب شكلاً تصلبياً ضمورياً .

هذا هو الشكل النموذجي للقولنجات المرارية وهنالك بعض الأشكال المخففة حيث تظهر النوب الالمية بشكل انزعاج بسيط يستمر بضع دقائق وينتهي بالقيء او بالاسهال بعد الطعام وتعرف هذه الأشكال بتحري علامة مورفي .

٣ً . ـ التهاب المرارة الخزبي : ينشأ هذا الشكل من انسداد القناة المرارية الفجائي بحصاة ويبدأ بألم مبرح يتلوه ظهور ورم قليل الألم بيضاوي أو اسطواني ، عالق في وجه الكبد السفلي ، حدوده السفلية واضحة ، يتحرك عرضانياً بحركات التنفس ، قوامه عجيني أو قاس وما هذا الورم الا المرارة التي كبر حجمها بامتلائها بالصفراء أو بالقيح أو بسائل مخاطي أفرزه الجدار .

وقد يزول انسداد قناة المرارة باطّراح الحصاة ولكنه ينكس لدى مرور حصاة أخرى .

ولا يؤدي توقف الحصاة في القناة علاوة على ما ذكر من الأعراض الى ظهور يرقان واضح ، واذا ظهر عُزي الى انضغاط الطريق الصفراوي الاساسي بحصاة القناة المرارية .

٤ً . ـ التهاب المرارة التصلبي الضموري : هو اكثر الاشكال المزمنة مصادفة سيره بطيء وتشخيصه صعب ، يبدأ أحياناً بقولنج كبدي واضح

ولا تظهر علامات التهاب المرارة في الغالب إلا بعد مدة طويلة من ظهور أعراض التخمة الصفراوية :

فقد يبدو الالم بشكل نوب مفاجئة تظهر في منتصف الليل وتستقر في الناحية الشرسوفية أو تحت الكبد يرافقها القيء وارتفاع خفيف في الحرارة ثم تهجع هذه النوب بالتدريج تاركة تألماً ثابتاً خفيفاً في الناحية .

وقد يظهر الالم بشكل قولنج كبدي نموذجي ببدئه وتشععه .

وقد تكون الاعراض غير واضحة تظهر حين التعب والانحراف عن الحمية وهي الالم المستمر مع حس الامتلاء والثقل في المراق اليمنى .

وأخيراً قد يغيب الالم تماماً فلا تشكو المريضة سوى اضطرابات هضمية انعكاسية بعضها معدي (آلام مبكرة أو متأخرة واحياناً مستمرة مع حس الاحتراق والثقل في الناحية الشرسوفية) وبعضها معوي (قبض تشنجي ، التهاب القولون المخاطي الغشائي وأحياناً إسهال بعد الطعام) . وتتغير حالة المريضة العامة تغيراً ملموساً بسبب الاضطرابات الهضمية والآلام التي تعانيها . ويكشف جس البطن في اثناء النوب الالمية دفاعاً في المراق اليمنى وأحياناً تعجناً منتشراً غير محدود أما في الفترات ما بين النوب فلا يكشف الجس إلا ألماً مقره تحت الكبد يزداد في أثناء الشهيق العميق (علامة مورفي «signe de Murphy») .

سير هذه الأشكال المزمنة . - تسير هذه الاشكال ببطء خلال عدة سنوات وقد تتحسن بالمعالجة الدوائية والحمية الموافقة ولكنه تحسن وقتي فإن المريضة عدا اصابتها بقصور كبدي قد تتعرض لالتهاب المعشكلة الحاد او المزمن الذي يزيد في الاضطرابات الهضمية كما تتعرض للقولنج الصفراوي (بمرور حصاة المرارة المهاجرة في القناة الجامعة) ولحالات التهابية (التهاب المرارة الحاد والتهاب ما حولها) . وأخيراً فإن تسرطن المرارة المحصاة أمر غير بعيد الاحتمال .

الأشكال الحادة . - ليست هذه الاشكال إلا نتيجة لانقلاب الاشكال المزمنة السابقة التهاباً حاداً :

البدء . ـ تبدأ الآفة بآلام فجائية حادة في المراق اليمنى مع ارتفاع شديد في الحرارة : فالآلام شديدة تزداد بالتنفس وبحركة المريض ترافقها اضطرابات هضمية (غثيان وقيء) وتبدل سريع في الحالة العامة . والحرارة متواصلة أو مترددة أو متقطعة تقلد البرداء . ويكشف جس البطن تقفعاً في المراق اليمنى مع حس تعجن في الناحية تحت الكبد يشير الى تقيح المرارة . ويشفى هذا الشكل بالراحة ووضع الثلج على الناحية واعطاء المريض المقادير الكبيرة من الصادّات ، أو أنه ينتهي بالانبثاق في جوف الصفاق الحر أو يكوّن ضراماً حول المرارة يعرف بتقفع المراق اليمنى وبظهور تعجن عميق يشغل الخاصرة اليمنى وينزل حتى الحفرة الحرقفية اليمنى يتراجع من الاسفل الى الاعلى ويغور بالراحة ووضع الثلج واعطاء الصادات أو أنه ينفتح في صفاق محدود مكوناً خراجاً تحت الحجاب بأعراضه البطنية أو ينفجر في جوف الصفاق الحر (وهذا ما يقع في التهاب المرارة المواتي) محدثاً التهاب الصفاق المنتشر الذي يعرف منشأه الصفراوي من سوابق المريض ومن بدء الاعراض في الناحية تحت الكبد أو ينفتح في المعدة أو العفج أو الامعاء فترافقه آلام حادة وظهور القيح والدم في البراز وان مشاهدة الحصاة المرارية في الغائط كافية لتشخيص هذا التنوسر .

وقد تقف الحصاة الصفراوية الكبيرة في القسم الأخير من المعي الدقيق فتحدث اختلاطاً شديد الخطر هو الإنغلاق الصفراوي (l'iléus biliaire) الذي يصادف في النساء المسنات بالخاصة وينشأ من تشنج المعي على الحصاة ويعرف بأعراض الانسداد (الآلام الحادّة الاشتدادية ، الأقياء البرازية ، توقف المواد الغائطة والغازات ، تطبل البطن الشديد) وبسوابق المريض كما يشخص بصورة البطن الاشعاعية وبدون تحضير . ويتطلب هذا الاختلاط توسطاً جراحياً سريعاً خطراً لحدوثه في مريض مسن كبده مقصّرة .

وعدا ماذكر فإن اختلاطات عامة قد تحدث في سياق الإصابة بالتهاب

المراوة المتقيح كخمج الدم الصفراوي المنشأ والتقيحات البعيدة (ذات الجنب القيحية وذات القصبات والرئة) .

الانذار . – ان التهابات المرارة المحصاة آفة قليلة الخطر في الاشكال المزمنة وشديدته في أشكالها الحادة . والانذار ذو علاقة بحالة الطريق الصفراوي الأساسي وحالة الكبد التي قد تصاب بذات القناة الصفراوية او بالاشقرار الصفراوي .

التشخيص . – يسهل تشخيص حصيات المرارة متى بدت قولنجات كبدية واضحة في سوابق المريض ويصعب في الحالات الأخرى :

فالأشكال الخفية تلتبس بالتخمة العادية وبالقرحة المعدية والعفجية وبالتهاب الزائدة المزمن ، بينما يلتبس التهاب المرارة الحزبي بالورم الكلوي وبورم زاوية القولون اليمنى وبالكيس المائي المعنق كما يلتبس التهاب المرارة المحصاة الحاد بالتهاب الزائدة الحاد وبانثقاب القرحة وبالتهاب المرارة التيفي .

فتوصلاً الى تفريق هذه العلل المختلفة لابد من الاستعانة ببعض الاختبارات والفحوص المخبرية ومن الرجوع الى الصور الاشعاعية :

١ً . – فتنبيب العفج ويسمى باختبار ميلتزر - ليون (épreuve de Meltzer-Lyon) يجرى بادخال انبوب اينهورن (Einhorn) حتى العفج وحقن بضعة عشم . م من محلول كبريتات المانيزا بنسبة ٢٥٪ ثم نستنشق فيخرج بالتتابع صفراء القناة الجامعة الذهبية اللون (صفراء «أ») فصفراء المرارة القاتمة (صفراء «ب») وأخيراً صفراء الكبد الزاهية (صفراء «ج») ؛ فإذا لم نتمكن من استخراج صفراء ب نستدل على ان المرارة معزولة ويصادف هذا في المرارات الضامرة والمرارات التي سدت قناتها بحصاة . واذا كانت الصفراء ب متغيرة اللون (عكرة ، مخضرة ، أو مسودة) وقليلة الكمية دل ذلك على وجود آفة في المرارة .

وفحص الصفراء ب (المستخرجة بالاختبار السابق) فحصاً خلوياً وجرثومياً يفيد أيضاً في التشخيص (كشف الكريات الحمر والبيض والجراثيم والحصيات) .

٢ً . ـ فحص الدم والبول : يفتش في البول عن الاصبغة الصفراوية وعن صفراوين البول (urobiline) الذي يدل على انسداد صفراوي متقطع . كما يفتش بفحص الدم عن ازدياد مقدار الكوليسترول ، الذي يلفت الانظار إلى الظن بحصاة مرارية ، وعن ازدياد الكريات البيض واختلاف الصيغة الدال على درجة التهاب قناة الصفراء .

٣ً . ـ تصوير الطرق الصفراوية الإشعاعي : يجرى بدون مادة ظليلة أو بعد اعطائها فالصور البسيطة تكشف ٥٠٪ من الحصيات الغنية بالكلس فهي تبدو بشكل ظل مفرد أو عدة ظلال مدورة أو موشورية أو ذات وجيهات وقد تكون هذه الظلال على شكل قشرة تحيط بمركز نير ، وتقع هذه الظلال تحت الأضلع اليمنى مابين الفقرتين القطنيتين الأولى والرابعة وهي متحركة ويكشف تحركها بالصور الاشعاعية المتتابعة وبالاوضاع المختلفة .



(الشكل ـ ٤٨)
مرارة طبيعية كثفت المادة الصباغية

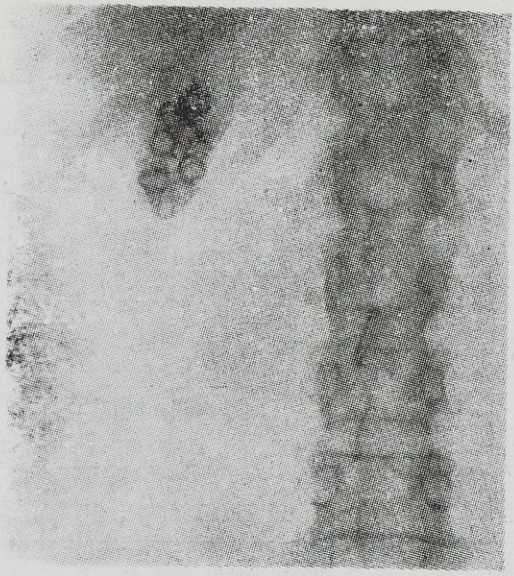


(الشكل ـ ٤٩)
مرارة طبيعية انفرغت بعد الطعام الدسم

وإذا لم تكشف الحصيات في الصورة الإشعاعية البسيطة لجيء إلى تصوير المرارة الاشعاعي بطريقة غراهام وقوامها تناول اليود الرباعي (tétraiode) عن طريق الهضم أو بحقن البيلغرافين في الوريد الذي يفيد في تصوير الطرق الصفراوية الأساسية أيضاً : فالمرارة الطبيعية تمتلىء وتكشف الصفراء (الشكل ـ ٤٨) ثم تفرغها بفواصل طبيعية (بعد ساعة الى ساعة ونصف الساعة من طعام بويدن (Boyden) المؤلف من مح ثلاث بيضات (الشكل ـ ٤٩) وتبدو

بشكل ظل بيضاوي أو موشوري على بعد بضعة قراريط من الخط المتوسط

أما المرارة الملتهبة فلاترتسم فيقال عنهاأنهامرارةمعزولة وترى الحصيات بشكل بقع نيرة داخـــل المرارة (الشكل - ٥٠)



(الشكل - ٥٠)
مرارة محشوة بحصيات تبدو بشكل بقع نيرة
(طومسون - ميليس)

المعالجة . - تعالج التهابات المرارة المحصـاة معالجة دوائية وجراحية .

أ. - المعالجة الدوائية :

تقوم هذه المعالجة بوضع المريض على الحمية الموافقة (حمية غنية بالهيولينات وبماءات الفحم وفقيرة بالدسم) وباعطائه مفرغات الصفراء ومضادات التشنج وبمعالجته بحمامات المياه الحارة (cures thermales) .

والمعالجة الدوائية شافية أو متممة فهي شافية في القولنجات الكبدية وفي التهابات المرارة المزمنة حيث تؤدي إلى طرح الحصيات الصغيرة بالطرق الطبيعية كما انها معالجة متممة تطبق قبل كل توسط جراحي على المرارة وبعده .

٢ً . - المعالجة الجراحية : تختلف هذه المعالجة باختلاف درجة التهاب المرارة وباختلاف الاختلاطات التي تصيب هذه المرارة فهي ضرورية ويجب اجراؤها بسرعة متى انثقبت المرارة في جوف الصفاق الحر (التهاب الصفاق المنتشر) أو في الصفاق المحوجب (الضرام الصفراوي) بينما يؤجل العمل الجراحي الى مابعد تبريد الآفة في التهابات المرارة فوق الحادة .

أما في التهابات المرارة المحصاة المزمنة فلا يبضع المريض إلا متى لم يتحمل الحصاة (تعدد النوب الألمية ، تغير سريع ومترقٍ في الحالة العامة ، ظهور اليرقان ، إصابة بهجمات حموية) وبعد التأكد من سلامة أجهزته المختلفة (الجهاز الدوراني والتنفسي والبولي) واختبار وظائف كبده (عكر التيمول، اختبار تحوصب السيفالين كوليسترول) وفحص دمه (عد الكريات البيض واجراء الصيغة الكروية ، عد الكريات الحمر ، زمن التخثر والنزف) .

وبعد اجراء جميع الفحوص السابقة يهيأ المريض تهيئة جيده بإعطائه المرقئات (حيامين K ، مركبات الكلس ، نقل الدم بمقادير قليلة) ومقويات الكبد (خلاصات الكبد ، المهتيونين والكولين ، مجموعة الحياميتات ب ، مقادير كبيرة من المصول السكرية) ومطهرات الطرق الصفراوية (اوروتروبين، مفرغات الصفراء ، الصادات) .

أما العمل الجراحي فيكون على الشكل التالي : بعد تخدير المريض تخديراً عاماً أو موضعياً يفتح البطن على الخط الجانبي أو تحت الاضلع وموازياً لها وتستقصى الناحية تحت الكبد استقصاءً حسناً (المرارة والقناة الجامعة ورأس المعثكلة) بالنظر ثم باللمس . وقد يلجأ الى تصوير مجاري الصفراء (عن طريق بزل المرارة أو القناة الجامعة وحقن المادة الظليلة) الذي يسمح بكشف حصاة مختفية في النهاية السفلية للقناة الجامعة كما يظهر التهاب الحلمة (التشنجي والخزبي والتصلبي) عند وجوده .

وبعد كل ذلك نختار احدى الطريقتين: بت المرارة (cholécystectomie) أو خزعها (cholécystotomie) على أن يتبع ذلك استقصاء قياس الضغط بالاشعاع (radiomanométrie) للطريق الصفراوي الأساسي :

إن بت المرارة وما فيها من حصيات عملية مثالية لكونها تمنع تكون حصيات جديدة كما أنها تقي من التسرطن على أن يشرك هذا البت بالاستئصال عبر الحليمة أو بخزع صارة اودي متى كانت آفة مشاركة فيها . وتبت المرارة

المستسقية أو المصابة بالتصلب الضموري أو المحشوة بالحصيات .

أما خزع المرارة فعملية صغيرة سهلة لا تصدم المريض الا قليلا وتجرى متى كانت حصاة مفردة في مرارة مظهرها سليم كما انها تجرى في التهاب المرارة فوق الحاد .

أما الخراج حول المرارة فيشق .

ونتائج التوسط الجراحي جيدة اجمالا فالوفيات لا تتعدى ٢٪ والطوارىء التي قد تلاحظ بعد العمل الجراحي نادرة كاليرقان بربط الطريق الصفراوي الأساسي خطأ، والنزف الذي يأتي من فراش المرارة أو من عدم ربط الشريان المراري ربطاً متقناً ، وأخيراً انصباب الصفراء من خلال الجرح أو في جوف الصفاق الناجم عن اساءة ربط القناة المرارية او عن جرح الطريق الصفراوي الأساسي .

وقد يتلو بتر المرارة توسع في الطريق الصفراوي الاساسي مع التهاب المعشكلة المزمن وتشنج صارة اودي فيعالج معالجة دوائية باحمية وتنبيب العفج ومضادات التشنج .

٢ . — التهابات المرارة غير الحصوية

الأسباب والأمراض . — تكثر هذه العلة في الاحداث وتعادل نصف حوادث التهابات المرارة المزمنة اجمالاً ، وقد عُدَّ من أسباب هذه الالتهابات اصابة المرء بالحمى التيفية أو بنظيراتها وبالتهاب الزائدة المزمن والزحار وداء العصيات القولونية . وقد تلتهب المرارة بالطفيليات وبعصية كوخ وبالسموم .

تصل الجراثيم الى المرارة ١ً . — بطريق القنيّات الصاعد وهو الطريق الذي تسلكه الجراثيم غالباً وهذا مايقع في حالة وجود عائق في طريق جريان الصفراء سواءً أكان هذا العائق في القناة الجامعة (ولادي او التهابي) او في القناة

المرارية . ٢ً . – أو بطريق الدم (التهاب المرارة في سياق الحمى التيفية) .
٣ً . – أو بالطريق اللنفاوي (التهاب المرارة في عقب التهاب الزائدة او في سياق الحمل) .

التشريح المرضي . – اما أن يكون التهاب المرارة قسمياً (في القناة أو في القمع) أو شاملاً لجميع أقسامها (قناتها ، جسمها ، قعرها) وهذا الالتهاب حاد او مزمن :

١ً . – **التهابات المرارة الحادة** : تشاهد منها الاشكال التشريحية الثلاثة الآتية :

أ . – الشكل النزلي (la cholécystite catarrhale) ويعرف بكثافة جدر المرارة وبزيادة توعيتها كما يعرف بمحتواها الطبيعي الذي يكشف الفحص المخبري فيه وجود الجراثيم والفحص المجهري خلايا متوسفة من غشاء المرارة المخاطي .

ب . – الشكل المتقيح (ch. suppurée) : تكون المرارة فيه متمددة لامتلائها بالقيح الكثيف المختلط بالطين الصفراوي ، بطانتها متقرحة وجدرها المتكثفة تتخللها خراجات دخنية .

ج . – الشكل المواتي (ch. gangréneuse) ينشأ من التهاب المرارة فوق الحاد وتنثقب المرارة فيه في الصفاق الحر .

٢ً . – **التهابات المرارة المزمنة** : يشتمل على الاشكال التشريحية الآتية :
الشكل التصلبي الضموري . – تبدو المرارة فيه متقلصة صغيرة الحجم .
الشكل التصلبي الضخامي . – تظهر المرارة فيه كبيرة الحجم متكثفة الجدر .
الشكل الاستسقائي . – المرارة فيه متسعة لانسداد قناتها . محتواها إما مخاطي أبيض اللون أو سائل قليل الاصطباغ بالصفراء .
المرارة التوتية الشكل . – وهي مرارة كبيرة الحجم قليلاً لونها ضارب إلى البياض ، إذا فتحت بدت بطانتها مرصعة بعدة حبيبات مصفرة . ويعتبر غوسه (Gosset) هذا الشكل الدور البدئي للحصاة الطاهرة بينما هو بحسب

لوسين ومولونغه (Lecène et Moulonguet) شكل التهابي ، وكتل الكوليسترول المشاهدة فيه ذات منشأ التهابي .

ويضاف الى الاشكال السابقة بعض الاشكال النادرة منها التهابات المرارة الطفيلية (الزحارية) والتهابات المرارة النوعية (السلية والافرنجية التي لاتعرف إلا بالفحص النسيجي) والتهاب المرارة التجاوبي (ch. allergique) وفيه يخزب جدار المرارة ويحتقن ويرتشح بحبات الحامض . واخيراً التهابات المرارة الآلية الناجمة عن اللجم والالتوآت غير الطبيعية او عن سوء تكون في قناة المرارة .

الأعراض . — يتجلى التهاب المرارة المزمن اللاحصوي باضطرابات معدية او معوية وبتغير حالة المريض العامة بينما تبقى الاعراض الاساسية لالتهاب المرارة مستترة .

الاضطرابات المعدية . - تبدو بشكل آلام مستقرة في الناحية الشرسوفية لا علاقة لها بالطعام او تبدو بشكل تخمة مع قهم وثقل وغثيان واتساخ اللسان .

الاضطرابات المعوية . — تظهر بشكل التهاب القولون المخاطي الغشائي وقلما تكون وحدها بل تصاحب عادة الاضطرابات المعدية التي اتينا على ذكرها.

وتبدو الاضطرابات المعدية والمعوية الآنفة الذكر في امرىء مصاب بالتهاب المرارة المزمن بعد انحرافه عن الحمية الخاصة او تعرضه لانفعال او لبرد كما تبدو في المرأة عند ظهور الحيض .

العلامات العامة . — تتأثر حالة المريض العامة تأثراً بيناً فهو منهوك عصبي المزاج تصيبه هجمات حمية . ومما يلفت النظر الى ناحية الكبد هو ذات القناة الصفراوية تحت الحادة (لون يرقاني خفيف في الاغطية ، بول مشبع اللون ، غائط قليل اللون) وحس ألم او توتر في المراق اليمنى يتشعع الى المنكب .

العلامات الفيزيائية . — يوقظ جس ناحية المرارة ألماً قد يصاحبه الغثيان

ويعد علامة أساسية في التشخيص . وقد يشعر بهذا الجس بالمرارة متى كانت كبيرة الحجم .

أما في التهاب المرارة التصلبي الضموري فتصبح الاضطرابات الآنفة الذكر مستمرة كما ان احتدادات تطرأ على الآلام الدائمة في الليل والنهار وتسوء الحالة العامة بسبب هذه الآلام والحمية الغذائية الصارمة . وتبدو المرارة المستسقية بالفحص الفيزيائي هرمية الشكل متطاولة تمتد من حافة الأضلع الى السرة قعرها مدور أملس وهي قليلة الألم وتتحرك مع حركات التنفس .

ويتصف التهاب المرارة التيفي ببعض الصفات الخاصة فهو يظهر في الاسبوع الثالث من الاصابة بالحمى التيفية وقد يبكر فيظهر في الأيام الاولى من المرض او يتأخر فيظهر في دور النقاهة ويتصف بكثرة انثقابه حيث تختفي علامات الانثقاب أمام انحطاط المريض وسوء حالته العامة .

السير . — تسير التهابات المرارة المزمنة التي لاتعالج سيراً متواصلاً ويشتد التهابها في اثناء الحمل والنفاس والاجهاد الفكري والانفعال فيصاب المرء إما بالتهاب قناة الصفراء الخفيف الحدة المتصف بارتفاع الحرارة والحالة اليرقانية الخفيفة والاقياء الصفراوية والنحول السريع ، او بقولنج كبدي صريح ينشأ من تقفع جدار المرارة الملتهب ، او تنقلب الى التهاب مرارة متقيح او التهاب مرارة مواتي قد ينثقب في الصفاق الحر محدثاً التهاب الصفاق الحاد المنتشر .

التشخيص . — يصعب تشخيص التهابات المرارة اللاحصوية في البدء بالنظر للاضطرابات المعدية والمعوية التي تبديها فهي تلتبس بالتخمات المعدية كما تلتبس بالتهاب المعي المخاطي الغشائي . وإن استقرار الآلام في الناحية تحت الكبد يجعلها تلتبس بالقرحة العفجية والتهاب الزائدة والتهاب المعشكلة والتهاب ماحول العنج .

أما التشخيص الفارق مابين التهاب المرارة الحصوي وغير الحصوي فيسهل بالتصوير الاشعاعي . فتوصلاً الى تشخيص التهاب المرارة اللاحصوي عن الآفات

السابقة لا بد لنا من الرجوع الى تنبيب العفج والى تصوير المرارة الأشعاعي ثم الى قياس الضغط بالاشعاع (radiomanométrie) للطرق الصفراوية .

المعالجة . ـ دوائية وجراحية :

المعالجة الدوائية . ـ تجرب معالجة هذه العلة بالاستنضاض المتقطع وذلك بتنبيب العفج الذي يأتي بنتائج باهرة فبه تختفي آلام الناحية تحت الكبد او تخف ويستعيد المريض شهيته للطعام كما يستعيد وزنه ولا سيما إذا أشرك هذا التنبيب باعطاء الصادات ومضادات التشنج (اتروبين ، بابافرين ، تيوفيلين) والكلس وحقن المصول السكرية تحت الجلد او في الوريد .

المعالجه الجراحية . ـ يلجأ اليها حين اخفاق المعالجة الدوائية وتقوم ببت المرارة او خزعها فاذا بدت جدر المرارة سليمة أجري الخزع وإلا فيفضل بت المرارة .

أما في حالة انثقاب المرارة فالاستطباب الجراحي صريح .

وفي جميع الحالات يثابر على اعطاء الصادات (بنيسلين ، ستربتوميسين ، كلورومايستين ، ترّاميسين الخ . .) .

* * *

البحث الثاني

حصاة الطريق الصفراوي الرئيسي

حصيات القناة الجامعة

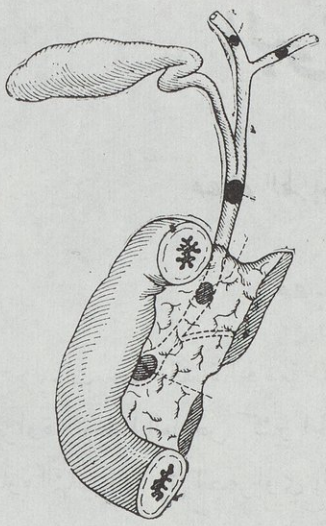
ليست حصاة القناة الجامعة الا ثانوية وتنجم عن توقف الحصاة المهاجرة من المرارة . وهذا العارض كثير الحدوث ويكون آلياً في البدء ثم لا يلبث ان يتلوه التهاب الطريق الصفراوي الرئيس وتبدل خلية الكبد السريع .

الأسباب . - تصادف هذه الحصيات في سن الكهولة وفي النساء والرجال على حد سواء ومما يلفت الانظار هو وفرتها فهي تعادل ٢٥٪ من الحصيات الصفراوية .

التشريح المرضي . - ١) **الحصيات** : منشأها المرارة وبناؤها كبناء الحصيات الصفراوية اجمالاً فهي إما كوليسترولية او صباغية كلسية او مختلطة . تكون في بادىء الامر طاهرة فتقف في القناة الجامعة وتكبر بتنضد الكوليسترول والاصبغة عليها ثم تحيط بها طبقات كلسية عديدة لدى إصابة الطريق الصفراوي الرئيس بالالتهاب .

وحصيات القناة الجامعة مفردة او عديدة ، فالمفردة تصادف في نصف الحادثات تقريباً وهي كبيرة بحجم الزيتونة او الكرزة شكلها بيضاوي او مخروطي لونها أخضر وسطحها أملس او توتي وهي حصاة مختلطة . أما الحصيات العديدة فشكلها مدور او ذو وجيهات ، عددها مختلف وقد تملأ القناة الجامعة

مختلطة بالطين الصفراوي فتكون مزعجة جداً للجراح . وقوام حصيات القناة الجامعة مختلف فهي قاسية جداً تارة وهشة سهلة التفتت طوراً وتستقر في أية نقطة من القناة الجامعة (الشكل – ٥١) ولكنها تصادف غالباً في قطعتها خلف المعشكلة بما يعادل ٧٥٪ من الحالات وقد تصادف في مجل واتر فتستأصل بالطريق عبر العفج .



(الشكل – ٥١)
النقاط التي تتوقف فيها حصيات القناة الجامعة
(مينيكو)

واذا وقعت الحصاة في القنوات الكبدية سهل استئصالها عن طريق القناة الجامعة في حال وقوفها في الشعبة اليمنى أما الحصاة الواقعة في الشعبة اليسرى فيصعب استخراجها لتكوّع هذه الشعبة بشكل زاوية قائمة .

٢ً . – **القناة الجامعة** : تتوسع القناة الجامعة فوق الحصاة حتى أنها قد تبلغ حجم العروة المعوية ولا علاقة لهذا التوسع بحجم الحصاة فقد تكون الحصاة صغيرة والتوسع كبيراً جداً ولا يقتصر هذا التوسع على القناة الجامعة وحدها بل يمتد إلى المجاري الصفراوية في داخل الكبد . ولا تسد الحصاة في الغالب القناةَ الجامعة سداً تاماً بل ان هذا الانسداد ينجم عن اشتراك التشنج وذات القناة الصفراوية مع الحصاة ، بهذا يفسر تبدل اليرقان في المريض بين يوم وآخر .

أما جدران القناة الجامعة فمتكثفة وملتهبة ويشاهد في غشائها المخاطي بحاذاة الحصاة بعض التقرحات وهذا ما يفسر لنا ضيق القناة الجامعة بعد التوسط الجراحي . وحول القناة الجامعة ملتهب وفيه التصاقات تلأم سويقة الكبد بالاعضاء المجاورة (الكبد ، القولون ، العفج) وهي في حصاة المرارة اكثر منها في حصاة القناة الجامعة .

ومنظر الصفراء طبيعي في المجاري الصفراوية الرئيسة وقد يكون قاتماً كثيفاً أو عديم اللون أو قيحياً. ويكشف زرع الصفراء عن العصيات القولونية، عصية ايبرت، ونادراً عن المكورات العقدية واللاهوائيات.

٣ً ـ **المرارة** : مصابة بالتهاب مزمن من النوع التصلبي الضموري فهي صغيرة منقبضة وحولها ملتهب والالتصاقات تلأمها بزاوية القولون اليمنى والعفج.

٤ً ـ **الكبد** : إن وقوف الحصاة في القناة الجامعة وما ينجم عنه من احتباس الصفراء والتهاب المجاري الصفراوية يؤثر تأثيراً شديداً في الكبد فتصاب بالالتهاب الحاد البسيط أو المتقيح وقد يكون الالتهاب خفيفاً جداً فيفضي بها إلى الاشقرار الصفراوي.

٥ً ـ **المعشكلة** : تعتري المعشكلة في سياق الإصابة بحصاة القناة الجامعة أشكال عديدة من الالتهاب منذ الالتهاب المزمن حتى الالتهاب الحاد المتقيح أو النزفي. والتهاب المعشكلة المزمن عدا إحداثه لقصور المعشكلة يزيد في احتباس الصفراء وينقص مقاومة المريض وهذا ما يلاحظ في حصاة القناة الجامعة القديمة بالخاصة.

الأعراض ـ نتخذ نموذجاً للوصف الشكل العادي المصحوب باليرقان :

١ً ـ **دور البدء** : يظهر هذا الشكل في حالتين إما في امرىء ثبتت إصابته بالحصيات الصفراوية أو في مريض ليس في سوابقه ما يشير إلى إصابة صفراوية :

ففي الحالة الأولى يتصف انسداد قناة الجامعة ببدئه بنوب قولنج كبدي وصفية يصاحبها عادة نوافض متكررة ترتفع الحرارة خلالها إلى ٣٩° وفي صبيحة اليوم التالي يظهر يرقان واضح ثابت يزداد تدريجياً ويزول معه لون الغائط وينشبع لون البول. أو يكون البدء مسدفاً بآلام شرسوفية مبهمة تتشعع للمنكب الأيمن يرافقها الغثيان والاسهال بعد الطعام ثم يظهر اليرقان. وقد

يكون البدء خفياً باليرقان فقط بدون أية نوبة ألمية .

وفي الحالة الثانية حيث تخلو سوابق المريض من أي عرض يشير إلى الإصابة بحصاة صفراوية فإن اليرقان الذي يظهر بعد مدة من وقوف حصاة المرارة في القناة الجامعة هو الذي يكشف الإصابة الحصوية .

٢ً . ـ **دور الصولة** : يتصف هذا الدور بالعلامات الثلاث الآتية : اليرقان والآلام والحمى . ولهذه الأعراض صفة مميزة هي ظهورها بالتتابع : فبعد نوبة الألم ترتفع الحرارة ثم يظهر اليرقان .

أ . ـ اليرقان : يظهر للوهلة الأولى وهو يرقان انسدادي صريح يعم الأغطية والأغشية المخاطية كافة ، يرافقه حكة وبطء نبضات القلب (لاحتباس الاملاح الصفراوية) والبول أحمر قاتم لاحتوائه على الأصبغة والاملاح الصفراوية ، والغائط حائل اللون مخاطي نتن الرائحة .

ويختلف لون اليرقان من الأصفر الفاقع إلى الأصفر الذهبي والأمر الذي يميزه عن اليرقان المصادف في الأورام هو تبدله من يوم لآخر في المريض الواحد فتارة يزول تماماً فيصفو البول ويعود للغائط لونه وطوراً يزداد ويشتد ، وينشأ هذا التبدل في اليرقان من حالات التشنج والتهاب القناة الصفراوية الذي يرافق غالباً حصاة القناة الجامعة .

ب . ـ الآلام : تكون مستمرة أو تأتي بعد الطعام وتختلف شدتها فهي تبدو أحياناً بشكل تألم في المراق اليمنى وتأخذ أحياناً شكل نوبة اشتدادية تتشعع نحو الشرسوف والمنكب الأيمن ترافقها الاقياء .

ج . ـ الحمى : هي ثابتة فإما أن تكون خفيفة فلا تتعدى ما يطرأ في مخطط الحرارة من عدم الانتظام البسيط أو انها تكون واضحة ، وهذا هو الغالب ، فترافقها النوافض والتعرق الغزير وتدوم عدة ساعات وتدل على اشتراك ذات القناة الصفراوية مع حصاة القناة الجامعة .

٣ً . ـ **العلامات الفيزيائية** : يكشف الجس العميق ألماً محدثاً في نقطة

ديجردن « Desjardins » (النهاية الأمامية للضلع العاشرة) أو في ناحية شوفار المعشكلية الجامعية (وتحدد برسم زاوية قائمة رأسها السرة وضلعها الأولى تمتد من السرة إلى الرهابة وضلعها الثانية تمتد من السرة افقياً فإذا قسمت هذه الزاوية إلى نصفين متساويين وقعت الناحية المعشكلية الجامعية بين الخط القائم والخط المنصف بحيث لاتجاوز السرة بخمسة عشم. ولا تبلغ السرة في الاسفل). أما المرارة فلا تجس عادة لكونها صغيرة منقبضة في وجه الكبد السفلي بسبب إصابتها بالتهاب تصلبي ضموري .

وعدم جس المرارة علامة ذات قيمة كبيرة في تمييز اليرقان الناجم عن حصاة القناة الجامعة عن يرقان سرطان رأس المعشكلة (علامة كورفوازيه ـ تيريه « signe de Courvoisier - Terrier ») .

أما الكبد فضخمة ملساء منتظمة تجاوز حافة الأضلع الكاذبة وتتبدل هذه الضخامة مع تبدل اليرقان فهي تخف بخفة اليرقان وتزداد بازدياده .

٤ ـ **العلامات العامة** : تكون الحالة العامة جيدة في البدء ولكنها لاتلبث أن تتبدل فينحل المريض بسرعة بسبب الحمج والآلام والاضطرابات الهضمية (القهم ، التخمة ، الغثيان ، القبض).

الاشكال السريرية ـ إلى جانب الشكل النموذجي ذي السير المزمن الذي اتينا على وصفه تصادف أشكال عديدة بعضها حاد وبعضها مسدف والبعض الآخر خفي يضاف إليها الشكل ذي الارتدادات :

الشكل ذو الارتدادات (la forme à rechutes) يتصف بالأعراض الثلاثة لحصاة القناة الجامعة من آلام وحمى ويرقان ولكن هذه الأعراض تسير بهجمات وبين هذه الهجمات تهجع الآلام ويزول اليرقان وتهبط الحمى وتمر فاصلة تختلف مدتها ثم تعود الأعراض السابقة للظهور وتستلزم التوسط الجراحي .

الشكل الحاد ـ يبدأ فجأة بألم مبرح ثم يظهر اللون اليرقاني الواضح بسرعة تصاحبه علامات الحمج الخطرة وحمى عالية ونوافض متكررة مع استبالة

الدم السريعة . وانذار هذا الشكل وخيم فإذا لم يبادر بسرعة إلى بضع المريض واستنضاض الطرق الصفراوية افضى هذا الشكل إلى انثقاب القناة الجامعة أو تكوّن خراج الكبد .

الأشكال المسدفة والخفية . — هي اكثر مصادفة من الأشكال الأخرى وتعادل ٦٠٪ من الحالات وتتصف غالباً بكونها وحيدة العرض كالشكل اليرقاني الصرف ذي البدء الخفي حيث يزداد اليرقان شيئاً فشيئاً مشابهاً اليرقان المصادف في سرطان رأس المعثكلة ، والشكل الالتهابي الصرف حيث تلتهب المجاري الصفراوية ويبقى مدة طويلة بدون يرقان وألم ولا يتصف إلا بنوب حمى تقلد البرداء ، وأخيراً فإن الشكل الألمي يوافق ما كان يدعى سابقاً بحصاة القناة الجامعة الكامنة ويتصف ببعض الاضطرابات المعدية (عسر الهضم والآلام في عقب الطعام الدسم) والمعوية (القبض أو الاسهال بعد الطعام) ويكشف الجس نقطة ألمية في المرارة كما يظهر التصوير الاشعاعي البسيط للمراق اليمنى بعض الحصيات في الحويصلة الصفراوية كل ذلك يحرف التشخيص الى الإصابة المرارية . فيجب علينا أن نفتش عن العلامات التي تدل على انسداد القناة الجامعة المتقطع وهي نوب الأكال وظهور الأصبغة الصفراوية في البول بعد ٤-٦ ساعات من بدء النوبة (علامة بطرس دلبه « Pierre Delbet ») وظهور الرمل الصفراوي في الصفراء المستخرجة باختبار ملتزر - ليون فضلاً عن ارتفاع نسبة كوليسترول الدم وازدياد نسبة الكتيرات النوى الدال على الخمج ورغم كل هذه الفحوص فقد تبقى الحصاة مجهولة ولا تكشف إلا باستقصاء قناة الجامعة الذي يجب أن يجرى في اثناء كل توسط جراحي على المرارة .

وسير هذا الشكل الألمي متبدل فقد تكون النوب الألمية متباعدة فتفصل النوبة عن الأخرى فاصلة تقدر بأشهر بل بسنوات يخيل في خلالها ان المريض قد شفي . وقد ينقلب هذا الشكل شكلاً نموذجياً معتاداً فيظهر الثالوث العرضي المعروف باليرقان والآلام والحمى .

ويقرب من الأشكال السابقة حصيات القنوات الكبدية بالخاصة وحصاة القناة المرارية الجامعية حيث ينسد الطريق الصفراوي الرئيس بحصاة عنق المرارة.

السير والعراقيل . – لاتكفي المعالجة الدوائية وحدها في شفاء حصاة القناة الجامعة لأنها وإن أدت في بعض الأحيان إلى طرح بعض الحصيات فإن البعض الآخر يبقى في القناة ويتطلب المعالجة الجراحية ؛ فإذا لم يبضع المريض ظهرت فيه عدة عراقيل بعضها حاد وبعضها مزمن :

١ً . – **العراقيل الحادة** : ذات القناة الصفراوية المتقيحة . – التي تبدأ فجأة بنوبة حمى تعاود المريض في كل ٢–٣ أيام وتستمر عدة ساعات مقلدة نوبة البرداء ويكون المريض في خلالها فاقد القوة لونه ترابي وبوله قليل وزرع دمه ايجابي . وإذا فحص فيزيائياً بدت كبده ضخمة مؤلمة وطحاله مزدادة الحجم . ويشفى هذا الاختلاط بالاستنضاض الجراحي السريع للطرق الصفراوية وإلا فإن المريض يموت بخمج الدم الصفراوي أو بيرقان خطر مع قصور الكبد الشديد .

ب . – التهاب المرارة المتقيح : يشاهد هذا الاختلاط حتى في المرائر المصابة بالتصلب الضموري . سيره أبطأ من سير التهاب قناة الصفراء المتقيح . تبدو علامات التقيح بظهور الدرع المؤلمة في الناحية تحت الكبد مع دفاع في الجدار وقد يخف هذا التقيح بحقن الصادات وإراحة المريض ووضع الثلج على البطن ويفضل شق هذا المجمع القيحي الصفراوي لاجتناب الخراج تحت الحجاب أو الناسور في الجلد .

ج . – بعض العراقيل النادرة كالتهاب المعشكلة الحاد والتهاب الصفاق الحاد (بتمزق القناة الجامعة بالحصاة) وتقيح وريد الباب ويعرف بحرض المريض وإصابته بالحبن الوافر والنزف المعدي وتغوط الدم .

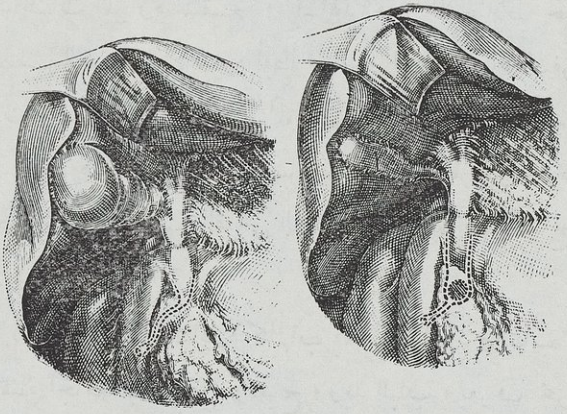
٢ً . – **العراقيل المزمنة** : أ . – التهاب المعشكلة المزمن المتصف باليرقان الثابت وبالاضطرابات الهضمية الناجمة عن قصور هذه الغدة (عدم هضم الشحوم

والهيولينات وما آت الفحم) وقد يتعرقل هذا الاختلاط بالتهاب حاد أو أنه يؤدي في النهاية إلى انسداد القناة الجامعة ولو استخرجت الحصيات منها بسبب التصلب الحادث في رأس المعثكلة. وقد يصاب المريض بهذا الاختلاط بالحرض السرطاني الكاذب .

ب .ـ قصور الكبد حيث تبدو الكبد قاسية ولا يتبدل حجمها في أثناء هجمات التهاب قناة الصفراء . وتظهر بسبب هذا القصور النزوف الوافرة واليرقان الوخيم في عقب التوسط الجراحي ، يبين لنا هذا ما لاختبار وظائف الكبد من شأن قبل أي توسط جراحي على الكبد والطرق الصفراوية فإذا بدا أي قصور في الكبد وجب تصحيحه بإعطاء خلاصات الكبد والحيامين ك (K) والمصول السكرية

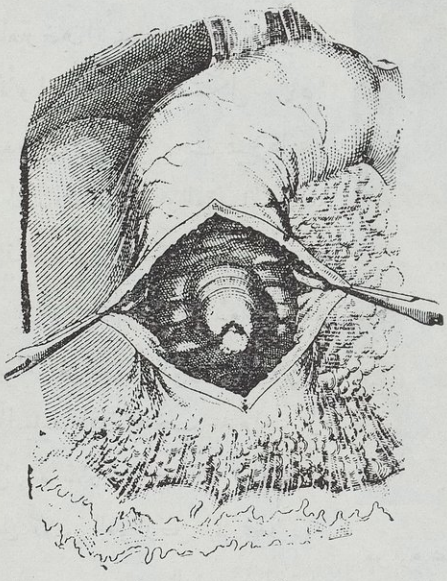
التشخيص .ـ يختلف التشخيص باختلاف الأشكال السريرية التي اتينا على وصفها :

١ً .ـ فالشكل اليرقاني يسهل تشخيصه متى كان الثالوث العرضي (اليرقان المتبدل ، آلام المراق اليمنى المنتشرة إلى الكتف ، هجمات الحمى) ، وعلى



(الشكل – ٥٢) علامة كورفوازيه – تيريه
في اليمين : انسداد القناة الجامعة بحصاة (المرارة منقبضة ضامرة)
في اليسار : انسداد القناة الجامعة بسرطان المعثكلة (المرارة متوسعة)
(ستيرن)

العكس من ذلك فإن هذا التشخيص يصعب إذا لم يظهر أحد هذه الأعراض.
ويلتبس الشكل اليرقاني بجميع الآفات المحدثة لليرقان (التهابات الكبد ، علل رأس المعثكلة الورمية والالتهابية ، انسداد القناة الجامعة الناجم عن انفتاح كيسات الكبد المائية في الطرق الصفراوية ، التهابات القناة الجامعة). فالتهابات الكبد سواء منها النزلية أو المصادفة في سياق بعض الاشقرارات الصفراوية تقلد حصاة القناة الجامعة بجميع أعراضها من يرقان وارتفاع حرارة وآلام متقطعة. وتتصف أورام رأس المعثكلة ولا سيما سرطاناتها بالنحول الشديد واليرقان الذي يزداد تدريجياً وبخلوها من الآلام والحمى فضلاً عن الشعور بورم كبير متطاول متوتر في المراق اليمنى هو المرارة المتوسعة (الشكل –٥٢) (علامة كورفوازيه – تيريه) وما قيل عن اورام رأس المعثكلة يقال عن اورام الطرق الصفراوية .



(الشكل - ٥٣)
سرطان مجل واتر (ستيرن)

ويعرف سرطان مجل واتر (الشكل – ٥٣) باليرقان والتغوط الدموي الخفي كما يعرف السرطان الثانوي في سرة الكبد بالأعراض الخاصة بالورم البدئي.

وهنالك علل أخرى أعراضها شبيهة بأعراض حصاة القناة الجامعة ولكنها نادرة ولا تعرف إلا في أثناء التوسط الجراحي كانبثاق كيس الكبد المائي في الطرق الصفراوية والتهاب القناة الجامعة أو انسدادها بالتهاب رأس المعثكلة.

٢ً .– الأشكال الشبيهة بالتهاب قناة الصفراء : تلتبس بالبرداء ويتوصل إلى

التشخيص الفارق بفحص الدم و كشف المصورات الدموية في البرداء . ويصعب تمييز هذه الأشكال عن التهاب قناة الصفراء الناجم عن سبب آخر غير الحصاة كالالتهاب الذي يتلو الحمى التيفية مثلاً والتفريق ممكن مع ذلك بزرع الدم واجراء التفاعلات المصلية الخاصة بالحمى التيفية .

٣ . ـ الأشكال المؤلمة الصرفة : يصعب تشخيصها لالتباسها بقرحة المعدة والعفج .

يتبين من كل ذلك ضرورة اللجوء إلى بعض الوسائط والاختبارات والفحوص المخبرية لتشخيص حصاة القناة الجامعة منها :

أ . ـ الصور الإشعاعية وتجرى بعد التهيئة أو بدونها ، فإذا اجريت بدون تهيئة امكن إظهار حصيات المرارة بصورة واضحة بينما هي لا تظهر إلا نادراً بعض حصيات القناة الجامعة بشكل سبحة ترتسم على الناتئين المعترضين الأيمنين للفقرتين القطنيتين الأولى والثانية (الشكل ـ ٥٤) هذه الظلال التي يجب تمييزها عن الحصيات البولية والعقد المتكلسة وتكلسات المعثكلة .



(الشكل ـ ٥٤)
مرارة محشوة بالحصيات مع حصيات القناة الجامعة المرتسمة على شكل السبحة (لودو ـ لوبار)

أما التصوير الاشعاعي بعد تهيئة المريض (باليود الرباعي أو بالبيليغرافين) فيجب عدم اجراؤه في الأشكال اليرقانية وإلا أدى إلى بعض العوارض المزعجة .

ب . ـ تنبيب العفج (اختبار ميلتزر ـ ليون) : يفيد في تشخيص حصاة القناة الجامعة في حالتين : عند عدم تمكننا من استخراج الصفراء وعند استخراج بعض الرمل الصفراوي .

ولهذا التنبيب عدا فائدته في التشخيص قيمة دوائية هامة باستنضاضه القناة الجامعة الذي ينشأ منه تحسن اليرقان وهجعة الآلام وهبوط الحمى .

ج . — فحص الدم الذي يكشف عن الخمج (زيادة الكريات البيض مع ارتفاع نسبة الكثيرات النوى) وعن وظائف الكبد (زمني التخثر والنزف ، عكر التيمول الخ . .) وعن وظائف الكليتين (عيار البولة الدموية) هذه الفحوص التي تفيد في معرفة درجة مقاومة المرء وتحمله للتوسط الجراحي .

المعالجة . — إن معالجة حصيات القناة الجامعة جراحية بحتة ومع ذلك فقد ذكرت بعد حوادث شفاء اطّرحت فيها الحصيات بالطرق الصفراوية الطبيعية وذلك بإعطاء المريض مفرغات الصفراء ومضادات التشنج واشراكها بتنبيب العفج .

وتجرى المعالجة الجراحية بسرعة في انسداد القناة الجامعة الحاد مع حمى شديدة ويجب فيما عدا ذلك تهيئة المريض جيداً بإعطاء المرقئات ومقويات الكبد والصادات ويثابر على ذلك حتى بعد العمل الجراحي فيخف خطر هذه التوسطات الجراحية . وكلما بكر في المعالجة كان الخطر قليلاً فبينما تعادل نسبة الوفيات ٣٪ في البضع المبكر نرى أن هذه النسبة ترتفع إلى ٤٥٪ في الحالات التي بضعت متأخرة .

ويجرى العمل الجراحي على النمط التالي : يخدر المريض تخديراً عاماً (يجب نبذ الكلوروفورم الضار بخلية الكبد) ويفتح البطن على الخط المتوسط أو الجانبي أو المعترض تحت الأضلع بصورة تمكن الجراح من رؤية السويقة الكبدية جيداً ثم تستقصى الطرق الصفراوية بجس رأس المعشكلة فالقناة الجامعة فالقناة الكبدية بشعبتيها وأخيراً المرارة .

ويستحسن تصوير الطرق الصفراوية في أثناء العمل الجراحي وكذلك تصوير الضغط بالإشعاع لهذه الطرق فهما يفيدان في كشف الحصيات التي لم تجس باليد كما يفيدان في دراسة وظيفة صارة اودي . تستأصل حصيات القناة الجامعة بشق هذه القناة على العفج مباشرة وبعد امتصاص الصفراء بالممصة يحاول اخراج الحصيات من خلال الشق بدفعها الى العالي إذا كانت قرب صارّة اودي أو

بإنزالها إلى الأسفل إن كانت عالية وإذا تعذر الأمر استعملنا ملاقط طويلة خاصة ثم تستقصى الطرق الصفراوية مرة ثانية لكي نتحقق خلوها تماماً من الحصيات وذلك باستعمال المسبار الصمغي أو القاثاتير المعدني الذي يجب أن يجتاز مجل واتر وأحسن من هذا إعادة تصوير الطرق الصفراوية للمقارنة وينهى العمل الجراحي باستنضاض القناة الجامعة باحفوض كير (Kher) على شكل (T) أو بمفاغمة القناة الجامعة بالعفج ويفضل الأول ولا ينزع هذا الاحفوض إلا متأخراً وبعد التأكد من خلو اسفل القناة الجامعة من الحصيات بتصوير الطرق الصفراوية بعد العمل الجراحي .

وتستخرج حصاة مجل واتر التي لا يمكن تحريكها بخزع القناة الجامعة عبر العفج . أما المرارة فتبت إذا كانت ملتهبة أو كان فيها حصيات ويحافظ عليها إذا كانت صحيحة .

* * *

الباب الرابع

امراض الطحال الجراحية

الفصل الأول

آفات الطحال الرضّية

البحث الأوّل

جروح الطحال

جروح الطحال نوعان : جروح قاطعة بالسلاح الابيض وجروح رضية بالمرامي النارية . ويختلف هذان النوعان اختلافاً كلياً من جهة التشريح المرضي والانذار فبينما يصاب الطحال وحده في الجروح القاطعة ويكون جرحه قليل العمق واضح الحافات نرى أن الطحال ينفجر قسمياً او كلياً بالمرامي النارية

وترافقه آفات في الصدر (الأضلع ، الجنب ، الرئتين) أو في أحشاء البطن (المعدة ، زاوية القولون اليسرى ، المعي الدقيق ، الكلية اليسرى ، ونادراً الكبد والمعثكلة) .

وإذا كان جرح البطن واسعاً انفتق الطحال من خلاله ولكن هذه الحالة شاذة جداً ومع ذلك فقد لوحظت وأمكن شفاؤها بالمحافظة على الطحال بإرجاعه إلى جوف البطن وخياطة الجدار بعد ذلك . وجروح الطحال خطرة اجمالا ولكنها في جروح المرامي النارية أشد خطراً (لاصابة عدة أحشاء مع الطحال) وتعادل نسبة الوفيات فيها ٧٠٪ .

الاعراض . — في الحالات النموذجية حيث يصاب الطحال وحده وهذا مايقع في الجروح القاطعة بالسلاح الابيض كما اسلفنا ، تعرف اصابة الطحال بآلام المراق اليسرى المنتشرة إلى المنكب وبتناذر النزف الباطن (الشحوب ، العرق البارد ، تسلق النبض ، برودة الاطراف ، هبوط الضغط الشرياني ، الخ..) .

أما في غيرها من الحالات فان أعراض الإصابة الحشوية الأخرى تبرز للوجود وهي أعراض بطنية (سكون البطن ، تقفع جداره ، الاقياء في إصابة المعدة والمعي) أو أعراض صدرية (الزلة التنفسية ، السعال ، النفث الدموي متى أصيب الجنب والرئة) أو أعراض بولية (بيلة الدم في جروح الكلية اليسرى) .

التشخيص . — يصعب التشخيص غالباً في الجروح القاطعة ولا تعرف إصابة الطحال إلا باستقصاء الجرح أما في الجروح بالمرامي النارية فيشك في الإصابة بدرس اتجاه المرمي والفحص الاشعاعي .

المعالجة . — تعالج جروح الطحال ، ككل جروح البطن ، سريعاً وبدون انتظار أعراض النزف الباطن : فبعد تخدير المريض تخديراً عاماً يفتح البطن بحسب خط مائل يمتد من الضلع الثامنة الى السرة قاطعاً المستقيمة الكبيرة (يمدد

نحو الأعلى متى وقع الجرح في الصدر) ثم ينظر في حالة الطحال فإذا كان جرحه صغيراً وسطحياً جازت خياطته وإلا فيستأصل وهو الأفضل .

أما بقية الأحشاء فتعالج متى كانت مصابة على النحو التالي: يفرغ الانصباب الدموي من الجنب ثم يخاط الحجاب في الجروح الصدرية البطنية كما تخاط المعدة وزاوية القولون في الجروح البطنية . وينهى التوسط الجراحي بخياطة جدار البطن ثلاث طبقات . ويباشر باستعمال الصادات (البنيسلين والستربتوميسين والكلورانفينيكول الخ ...) هذا فضلاً عن نقل الدم والمصول ومقويات القلب والمرقئات التي يعطاها الجريح حال دخوله المستشفى وفي اثناء العمل الجراحي.

* * *

البحث الثاني

رضوض الطحال وتشققاته

(Contusions et ruptures de la rate)

الأسباب . - تشاهد رضوض الطحال مابين ٢٠ — ٤٠ سنة من العمر وقد تلاحظ في الأطفال أيضاً . والذكور معرضون لهذه الإصابة اكثر من الاناث وتكثر مصادفتها في البلاد التي تنتشر فيها الأمراض المضخمة للطحال ولها أسباب محدثة وأسباب مؤهبة :

الأسباب المحدثة . — هي الرضوض الشديدة على ناحية المراق اليسرى كما ان السقوط والرهس اللذين يقعان على الناحية المذكورة يعدان من جملة هذه الأسباب وقد يكون الرض طفيفاً (صدمة بجمع الكف أو برفسة قدم أو سقوط على الأرض) ويؤدي مع ذلك إلى شق الطحال ، هذا مايقع متى كان الطحال مريضاً بالخاصة اما الطحال السليم فأقل تعرضاً للرضوض لاختبائه تحت الحجاب ولكون الأضلع الأخيرة والعمود الفقري يقيانه منها .

وقد ينشق الطحال في الرضوض المعتنفة (سقوط من شاهق على الاليين) .

الأسباب المؤهبة . — تأتي في الدرجة الأولى ضخامات الطحال (البردائية والسلية وفي ابيضاض الدم) ثم ثبات الطحال في مسكنه بسبب الالتصاقات الناجمة عن التهاب ما حوله .

وأخيراً لين هذا العضو الممتلىء دماً والمغلف بمحفظة رقيقة جداً .

التشريح المرضي . — تشاهد في الطحال المرضوض الدرجات المختلفة الآتية :

ففي الدرجة الأولى يصاب الطحال بالقروت تحت المصلية .

وفي الدرجة الثانية يتكون ورم دموي مختلف الحجم مستبطن للطحال مع سلامة المحفظة (انظر الشكل ـ ١ في الصفحة ـ ٤) وقد ينشق هـذا الورم الدموي بعد مدة بجهد بسيط أو بضغط العلقات الدموية محدثاً نزفاً ثانوياً في الصفاق .

وفي الدرجة الثالثة تنشق المحفظة والطحال معاً (انظر الشكل ـ ٢ في الصفحة ـ ٤) ويكون شق الطحال خطياً أو نجمياً أو ينفجر الطحال وقد تنفصل قطعة منه انفصالا تاماً (انظر الشكل ـ ٣ في الصفحة ـ ٥) فتشاهد حرة في جوف الصفاق بين الأحشاء لدى فتح البطن .

أما في الدرجة الرابعة النادرة فتنقلع سويقة الطحال .

وتفضي الدرجتان الاخيرتان من رضوض الطحال إلى نزف مختلف الكمية يجتمع تارة في مسكن الطحال وينتشر تارة أخرى في جوف الصفاق بشكل دم سائل أو علقات دموية تصادف على الاكثر في الحوض وفي الحفرتين الحرقفيتين .

ويزداد خطر الإصابة إذا تناول الرض اعضاءً أخرى مع الطحال (كسور الأضلع الأخيرة اليسرى التي يرافقها أحياناً رض الرئة أو انصباب دموي في الجنب ، تشقق الكلية اليسرى أو انفجارها والذي يكوّن ورماً دموياً حول الكلية يستلزم التوسط الجراحي ، وإصابة أحشاء البطن الأخرى : المعدة ، المعي ، المعشكلة ، فص الكبد الأيسر) .

الأعراض . ـ يسقط امرؤ على ناحية مراقه اليسرى أو يصاب برض أو رهس على هذه الناحية فتبدو فيه العلامات الوظيفية والفيزيائية الآتية :

١ً . ـ **العلامات الوظيفية** : تعتري المريض صدمة تتجلى بشحوب الوجه وضعف النبض واسراع التنفس وبرودة الأطراف وبالغثيان والقيء أحياناً ولكن هذه الصدمة لا تلبث أن تزول من نفسها أو بالمعالجة فيشعر المريض بعدها بألم ثابت في المراق اليسرى ينتشر إلى المنكب الأيسر كما تبدو أعراض

النزف الباطن بعد فاصلة حرة قصيرة تارة وطوراً بعد عدة ساعات إلى عدة أيام وتعرف بشحوب اللون والعطش واسراع النبض وانخفاض الحرارة وإذا عد النبض في كل نصف ساعة ثبت تسلقه وهو علامة ذات شأن تدل على النزف الباطن.

٢ً. ـ **العلامات الفيزيائية** : يكشف جس المراق اليسرى دفاعاً عضلياً مستقراً في الناحية كما يوقظ ألماً منحصراً فيها أو منتشراً في جميع انحاء البطن.

وإذا تقفع جدار البطن تقفعاً خشبياً دل على وجود آفة مشاركة لآفة الطحال وهي إما انثقاب في حشا أجوف (معدة أو معي) أو كسر في الأضلع.

أما القرع فيكشف صمماً في المراق اليسرى وفي الحفرتين الحرقفيتين والناحية الخثلية.

الأشكال السريرية عديدة منها :

١ً. ـ الشكل فوق الحاد: سببه رض عنيف على المراق اليسرى وهو شكل خطر يميت المصاب في خلال عدة دقائق أو عدة ساعات بنزف باطن وافر وإذا فتح البطن لوحظ انه ممتلىء دماً وانذار هذا الشكل وخيم على الرغم من التوسط الجراحي.

٢ً. ـ الشكل الحاد وهو الشكل النموذجي الذي اتينا على وصفه.

٣ً. ـ الشكل ذو النزف الوافر المتأخر وهو ما يحدث فيه النزف بزمنين وينشأ هذا الشكل من انفجار الورم الدموي المستبطن لطحال سليمة محفظته، أو الورم الدموي المتكيس حول الطحال : يشعر المرء في عقب الرض بصدمة خفيفة مع ألم محتمل في المراق اليسرى وتستمر هذه الأعراض مدة قصيرة تتبعها فاصلة حرة مختلفة المدة قد تدوم خمسة عشر يوماً أحياناً يشعر المريض في خلالها بارتفاع حرارة خفيف فالحمى تتموج بين ٣٧° ـ ٣٨° كما يكشف الفحص الفيزيائي الدقيق ألماً طفيفاً مع تورم أصم في الخاصرة اليسرى ودفاعاً عضلياً مستقراً في المراق اليسرى أو أن المريض يمر بهذه الفترة بدون أن يشعر بأي عرض وظيفي فيظن نفسه قد شفي وإذا به يصاب بطوفان صفاقي (نتيجة لانفجار الورم الدموي) يتجلى بالألم الحاد والاغماء وأعراض النزف الباطن.

٤ً. ـ الشكل المتصف بتعاقب النزوف : يشابه هذا الشكل الحمل النفيري حيث تبدو هجمات تشتد فيها الأعراض الموضعية والعامة تقطعها فترات من التحسن وهذا الشكل يتطلب التوسط الجراحي العاجل وإلا فيموت المريض بتعاقب النزوف .

٥ً. ـ الشكل الخادع (la forme insidieuse) : يتصف بنزف قليل المقدار قد يطول وينتهي بتكوينه كيساً أو خراجة تحت الحجاب أو أنه يتفاقم فيقضي على المريض .

التشخيص . ـ يستند التشخيص إلى الأعراض الوظيفية والفيزيائية السابقة من غشي وألم المراق اليسرى المتشعع للمنكب وعلامات النزف الباطن وقد يفيد عد الكريات الحمر في تشخيص الشكل الفائق الحدة كما تفيد عودة علامات النزف الباطن في تشخيص الشكل الذي يحدث فيه النزف بزمنين .

المعالجة . ـ جراحية بحتة قوامها دك الطحال النازف أو بته :

يدك الطحال إذا كان ضخماً ملتصقاً وكانت حالة المريض سيئة أما بت الطحال فهو المعالجة الفضلى ويجرى بعد اعطاء المريض مقويات القلب وبعد ان ينقل له من الدم كميات وافرة قبيل التوسط الجراحي وفي اثنائه . فإذا كانت سويقة الطحال طويلة أمكن بت الطحال بسهولة وإلا فمن الأفضل فتح جوف الثروب الخلفي فتحاً واسعاً والتفتيش عن الاوعية الطحالية وربطها مع الانتباه الزائد إلى عدم جرح ذنب المعثكلة .

ونتائج بت الطحال المرضوض حسنة فنسبة الوفيات لا تتعدى فيه ٢٠ـ٢٥٪ . إلا أن هذا البت يتلوه عادة نقص ملحوظ في الكريات الحمر مع كثرة الكريات البيض ولكن هذه التبدلات الدموية سرعان ما تعود إلى حالتها الطبيعية في خلال ٢٠ ـ ٢٥ يوماً بفضل نقي العظم والعقد اللنفاوية .

* * *

الفصل الثاني

الطحال المتحرك وضخامات الطحال المزمنة

البحث الأول

الطحال المتحرك

الأسباب . — هو علة نادرة تصادف غالباً في المرأة الكهلة سببها الكسبي ضخامة الطحال المرضية وسببها الولادي عدم التصاق الرباط الحجابي الطحالي بالجدار الخلفي للصفاق .

التشريح المرضي . — قد يهبط الطحال المتحرك إلى الخاصرة اليسرى ولكنه ينزل عادة إلى الحفرة الحرقفية اليسرى وإلى الحوض الصغير وقد يصادف في الجهة اليمنى من البطن ويدعى الطحال في هذه الحالات المختلفة بالطحال المهاجر . وهذا الطحال إما ان يظل متحركا فيتعرض للانفتال الحاد الذي ينشأ منه انضغاط الاوعية الطحالية وإصابة العضو بالنخر أو الالتهاب ، أو أنه ينفتل انفتالاً مزمناً ويلتهب ماحوله فيثبت في المكان الذي وصل إليه ويلتصق بالاعضاء المجاورة .

الأعراض . — قد يكشف الطحال المتحرك عرَضاً في اثناء الفحص ولكنه يحدث غالباً اضطرابات معدية معوية وآلاماً مختلفة الشدة يصفها المريض بحس انجرار في الخاصرة اليسرى .

تسهل معرفة الطحال المهاجر بحافته المحززة (crénelé) اذا ظل متحركا وتصعب اذا ثبت بالتصاقه بالاعضاء المجاورة (المثانة ، الرحم) .

التشخيص . — يلتبس الطحال المتحرك بأورام الماساريقى وأورام المبيض وغير ذلك من أورام البطن .

العراقيل . — يتعرقل الطحال المتحرك بالانفتال الحاد أو المزمن :

يعرف الانفتال الحاد بالتفاعل الصفاقي: آلام حادة ، أقياء ، تطبل البطن، اسراع النبض ويتطلب توسطاً جراحياً عاجلا وإلا فالطحال المنفتل يتعرض للموات أو للتشقق الذي ينجم عنه نزف وافر في الصفاق .

أما في الانفتال المزمن فيكبر حجم الطحال ويؤلم ويصبح ثابتاً في مكانه وبدون حركة .

المعالجة . — تقوم بتثبيت الطحال أو بته . أما تثبيت الطحال (splénopexie) فيجرى متى كان الطحال سليماً وغير منفتل .

ويبت الطحال (splénectomie) في الحالات الاخرى وعلى الرغم من كونه عملية سهلة لطول سويقة الطحال فان نسبة الوفيات فيه تعادل ١٧ ٪ بسبب بؤر الحَشَر الوريدي المصادفة دائماً والمحدثة اختلاطات مميتة .

* * *

البحث الثاني

ضخامات الطحال المزمنة

تقسم ضخامات الطحال المزمنة الى ثلاثة انواع تختلف اختلافاً بيناً من جهة الاسباب والتشريح المرضي والاعراض ولكن معالجتها واحدة في أغلب الاحيان وهي بت الطحال. وهذه الانواع الثلاثة هي : ١ً. — ضخامات الطحال الوحيدة العرض. ٢ً. — ضخامات الطحال الخجية والطفيلية . ٣ً. — ضخامات الطحال في أمراض الدم .

١ً. — ضخامات الطحال الوحيدة العرض

هي علل مختلفة الطبيعة غير أن صفة واحدة تجمعها وهي ضخامة الطحال :

أ . — كيسات الطحال المائية : الاسباب . — إن هذه العلة قليلة المصادفة وتلاحظ في جميع الاعمار وهي في الرجل أكثر منها في المرأة ويتم وصول الجنين المسدس الشصوص الى الطحال بالطريق الشرياني أو بطريق وريد الباب بعد أن يجتاز الكبد والرئتين ؛ بهذا تفسر قلتها فهي تأتي في الدرجة الثالثة بعد اصابة الكبد والرئتين .

التشريح المرضي . — يميز من كيسات الطحال شكلان : شكل بطني كثير المصادفة وشكل صدري نادر . وكيسات الطحال مفردة عادة وهي كبيرة الحجم محتواها الوافر رائق أو قيحي وهي تنزل تارة حتى القنزعة الحرقفية اليسرى وتصل تارة اخرى الى الخط الابيض ؛ يفصلها عن الطحال

قشرة من نسيج ليفي مختلف الكثافة . أما نسيج الطحال فضامر بعد ان كدسه الكيس . والكيس ملتصق غالباً بالحجاب وبجدار الصدر الوحشي في الاعلى والوحشي كما يلتصق بالمعدة وبزاوية القولون اليسرى في الاسفل والانسي .

وقد تشترك هذه الكيسات مع كيسات أخرى في الكبد واندر من ذلك مع كيسات الرئة .

الاعراض . — يسير كيس الطحال خلسة ولا يعرف الا متى كبر حجمه فيبدو الكيس البطني بشكل ورم جسيم متطاول ، قوامه متماسك وسطحه أملس ، مقره في الجهة اليسرى من البطن ، حدوده الانسية والسفلية واضحة بينما يختفي قطبه العلوي تحت الحافة الضلعية .

ويكشف التصوير الاشعاعي دفع الكيس للاعضاء المجاورة (الحجاب الى العالي ، المعدة الى اليمين ، وزاوية القولون اليسرى الى الاسفل) .

ويعرف كيس الطحال بشكله الصدري ببعض العلامات التي تلفت الانظار نحو الصدر من نهج وآلام وربية وانصباب جنبي تفاعلي ، وتبدو قاعدة الصدر اليسرى متسعة بارزة لا تتحرك بالتنفس . كما يكشف بتصوير المراق اليسرى الاشعاعي تحدب مدور يرفع الحجاب ويدفع المعدة .

السير والاختلاطات . — قد يشفى كيس الطحال عفواً بعد ان يتكلس أو ينفرغ في احدى الاحشاء الجوف غير انه ينمو عادة ويضخم فيصاب المريض بالحرض أو أنه يتقيح او ينبثق .

يعرف تقيح الكيس الذي يتم بطريق الدم في سياق الامراض الخمجية بارتفاع الحرارة وسوء الحالة العامة وآلام المراق اليسرى المتشعة الى المنكب والناحية الشرسوفية .

اما الانبثاق فيتم في جوف الصدر أو في البطن . وانبثاق الكيس في الصدر يتم خلسة في الجنب يرافقه القيء اذا وقع في القصبات .

وفي البطن ينبثق كييس الطحال في حشا اجوف (معدة ، قولون) او في جوف الصفاق العام .

وقد ينبثق كييس الطحال ولو نادراً في الجلد .

التشخيص . ــ تلتبس كييسات الطحال في شكلها البطني بكييسات الماساريقى وأورام الكلية اليسرى وكييسات فص الكبد الايسر المائية ، بينما تلتبس كييسات الطحال المتجهة نحو الصدر بذات الجنب وتعرف هذه العلل بالاعراض الوظيفية والفيزيائية الخاصة بكل منها .

ومتى أقر الكييس في الطحال وجب تمييزه عن العلل الاخرى المضخمة للطحال (اورام ، مرض بانتي ، سل ، برداء الخ . . .) وذلك بالتصوير الاشعاعي واجراء بعض الاختبارات والفحوص المخبرية (زيادة محبات الحامض في فحص الصيغة الكروية ، تفاعل كازوني ، انحراف المتمم) .

المعالجة . ــ تعالج كييسات الطحال بالتوخيف والاستنضاض او ببت الطحال :

تستعمل طريقة التوخيف والاستنضاض في الكييسات المتقيحة متى كان الطحال ملتصقاً بشدة بالاعضاء المجاورة وكانت حالة المريض العامة سيئة .

ويبت الطحال في الكييسات الكبيرة . وقد يستأصل الكييس وحده عندما يكون معنقاً .

ب . ــ **كييسات الطحال اللاطفيلية** : قد نجد في الطحال كييسات لا يكون عاملها المرضي المكورة المقنفذة وهذه الكييسات هي :

١ً . ــ الكييسات نظيرة الأدمة (les kystes dermoïdes) .

٢ً . ــ الكييسات نظيرة البشرة (les kystes épidermoïdes) : تكشف صدفة لدى فحص بعض النساء اللواتي تعرضن لرض على ناحية المراق اليسرى وهي أورام كييسية جسيمة مدورة فيها سائل مصلي دموي . تعرف هذه الكييسات لدى فتح البطن بجدرها المبيضة القليلة الالتصاق بالاعضاء المجاورة .

٣ً. ـ الكييسات المصلية (les kystes séreux) : تكون مفردة وكبيرة الحجم أو عديدة وصغيرة الحجم ومبعثرة في الطحال جدارها ليفي ومحتواها مصلي .

٤ً. ـ الكييسات الدموية (ورم الطحال الوعائي الكييسي) هي أورام دموية متكيسة مستبطنة للطحال تكشف بعد عدة أشهر أو عدة سنوات من تشقق الطحال المريض عفواً أو بسبب رض طفيف .

ومحتوى هذه الكييسات دموي فيه علقات ملتصقة بجدار الكييس الباطن . وتلتصق هذه الكييسات عادة بالاعضاء المجاورة وتتصف سريرياً بثقل في المراق اليسرى مع ألم في الناحية ينتشر الى المنكب وتنتهي هذه الأورام الدموية بالانبثاق أو التقيح .

معالجة كييسات الطحال اللاطفيلية ـ تعالج هذه الكييسات ببت الطحال .

ج . ـ **ورم الطحال العفلي** : علة نادرة يضخم فيها الطحال ضخامة سريعة ويصبح غير منتظم محدباً مؤلماً ولا تفيد الجراحة في هذه العلة .

د . ـ **تناذر بانتي** (le syndrome de Banti) علة تسير بثلاثة أدوار متتابعة : يتصف الدور الأول بضخامة الطحال التي قد ترافقها فاقة دم بنقص اللون (anémie hypochrome) ، كما يتصف الدور الثاني بضخامة الكبد مع نزف هضمي واصطباغ الجلد كما في مرض أديسون ، أما الدور الثالث فيعرف باشقرار الكبد مع ظهور الحبن والحرض المترقي .

ويفيد بت الطحال في الدورين الأول والثاني من العلة فقط .

٢ً. ـ ضخامات الطحال الخمجية والطفيلية

يضخم الطحال في بعض العلل (السل ، الأفرنجي ، البرداء) ويقسو قوامه ويصبح سطحه مقبباً : كضخامة الطحال في الافرنجي حيث تكثر الصموغ ، وفي السل حيث تلاحظ العقد المتجبنة أو الخراج البارد ، وفي البرداء المزمنة حيث يتعرض للانفتال (لتحركه) أو للانشقاق (في عقب الرض). وتعالج

هذه الطُحُل الضخمة بالبت إذا آلمت المريض ولم تفد فيها المعالجة الدوائية (الطحال الافرنجي والسلي) أو إذا تعرضت للانفتال أو التمزق أو أحدثت اضطرابات هضمية لكبر حجمها (الطحال البردائي) . وهذا البت سهل في الطحال البردائي والافرنجي ولكنه صعب وخطر في سل الطحال فهو صعب للالتصاقات الشديدة التي تلأم الطحال بالاعضاء المجاورة وخطر لأن هذا العمل الجراحي قد يؤدي لانتشار السل . وفي سل الطحال يستحسن اشراك المعالجة الدوائية (ستربتوميسين، ريميفون « Rimifon » ، مركبات الكلس) مع بت الطحال .

٣ . ـــ ضخامات الطحال في أمراض الدم

لبت الطحال في أمراض الدم الآتية نتائج باهرة :

أ . ـ **اليرقان الحال للدم** : علة ولادية أسرية (تصادف في عدة أفراد من الاسرة الواحدة) يضخم فيها الطحال ضخامة شديدة وقد يرافقها كَبَد مؤلم وتتصف بفاقة الدم واليرقان المعزوين إلى تخرب الكريات الحمر في الطحال وتعالج ببت الطحال الذي يزيل اليرقان ويزيد عدد الكريات الحمر ويحسن الحالة العامة ولا سيما إذا أشرك بنقل الدم والحقن بخلاصات الكبد .

ب . ـ **الفرفرية المزمنة الناكسة** أو مرض ورلوف (Werloff) وسبب هذه العلة النقص الشديد في الصفيحات الدموية الناجم عن عمل الطحال المخرب . تصادف في الاناث في زمن البلوغ وتنشأ من طول زمن الإدماء مع بقاء التخثر نظامياً ، وتتصف بالنزوف الشعرية الجلدية والمخاطية المختلفة (رعاف ، نزف لثوي ، نزف رحمي ، بيلة دموية ، اورام دموية تحت الجلد الخ ..) ويفضل بتُ الطحال المعالجة الدوائية (نقل الدم ،ح.غ.ق.ك « A.C.T.H » ، كورتيزون) فهو يشفي هذه العلة بوقفه النزوف منذ اليوم الأول للبضع الجراحي وبزيادته لعدد الصفيحات الدموية وبتقصيره زمن الإدماء .

جـ ـ **فاقة الدم الخبيثة** : يفيد بت الطحال الضخم في الحالات التي لا تتحسن بالمعالجة الدوائية (حقن خلاصات الكبد ، نقل الدم المكرر ، اعطاء خلاصة غشاء المعدة المخاطي).

أما في بعض العلل كابيضاض الدم وداء هودشكين (maladie de Hodgkin) فما ضخامة الطحال التي ترافقها ضخامة عقدية أخرى إلا أحد أعراض الداء ولا يجوز بت الطحال فيها لأنه خطر ومضر بالمريض . وهذا مايقال أيضاً في مرض فاكيز (Vaquez) (احمرار الدم « erythrémie ») حيث لا يفيد التوسط الجراحي .

* * *

البحث الثالث

تناذر فرط التوتر البابي

الأسباب . — ينجم هذا التناذر عن عائق في جهاز وريد الباب ويقع العائق في داخل الكبد أو في خارجها :

١ً . — **العائق في داخل الكبد:** تحدث جميع اشقرارات الكبد هذا التناذر ولا سيما اشقرار لاينيك (Laënnec) واشقرارات الكبد اللاغولية؛ حيث يتكون نسيج تصلبي فيحيط بتشعبات وريد الباب في داخل الكبد رافعاً التوتر في وريد الباب .

٢ً . — **العائق في خارج الكبد** : وهو إما ضيق ولادي في جذع وريد الباب أو في أحد فروعه (ويصادف في الأطفال) أو خَثَر يصيب وريد الباب أو الوريد الطحالي (ويصادف في الكهول) وقد يكون الضيق التهابياً فينجم عن التهاب عقدة لنفاوية في سرة الكبد أو في سرة الطحال ويكثر في الكهول.

واخيراً تؤثر علل المعشكلة (السرطان ، الحصيات ، الحمج) في وريد الباب فتضغطه او تحدث خثراً فيه . اما ضخامة الطحال المصادفة في داء بانتي فثانوية وتنجم عن خثر اصاب وريد الباب .

الاعراض . — يتصف تناذر فرط التوتر البابي بعرضين هامين : ضخامة الطحال ودوالي المعدة والمريء .

فالطحال ضخم ويزن ٤٠٠ — ٥٠٠ غرام وهو محتقن أو ليفي ويجس بسهولة. وتبرز دوالي المعدة والمريء تحت الغشاء المخاطي ، وجدارها هش حتى ان

الرض الذي تحدثه الأطعمة كاف لتمزقها واحداث نزف هضمي يتجلى بقيء الدم وتغوط الدم الأسود، وقد يكون وافراً حتى أنه يقضي على المريض .

وتكون الكبد قاصرة ، ضخمة مع حبن في البطن ودوران معيض في الجدار ويرقان في الاغطية إذا كان العائق في داخلها وهي سالمة ووظائفها طبيعية إذا كان العائق في خارجها .

التشخيص. — يستند التشخيص إلى الأعراض الوظيفية والفيزيائية السابقة (النزف الهضمي ، ضخامة الطحال ، إصابة الكبد إذا كان العائق في داخلها) كما يستند إلى سوابق المريض وإلى بعض الفحوص الأخرى (تنظير المريء ، الفحص الاشعاعي ، فحص الدم ، اختبار وظائف الكبد) .

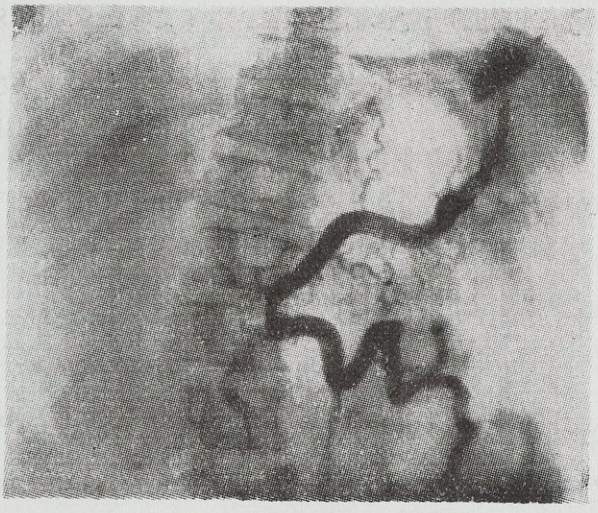
فمعرفة سوابق المريض تفيد (في حالة النزف الهضمي) في التمييز بين دوالي المريء المصادفة في تناذر فرط التوتر البابي وبين قرحة المعدة والعفج .

الفحوص الأخرى . — ١ً — يفيد تنظير المريء في رؤية دوالي المريء ويفضل اجراؤه بعيداً عن زمن النزف خوفاً من رض الدوالي واحداث النزف الوافر المميت .

٢ً . — الفحص الاشعاعي : يفيد في نفي إصابة المعدة بالقرحة كما يفيد في كشف دوالي القسم السفلي من المريء التي تظهر بشكل اثناء ملتوية وصفية .

وقد عرفت حديثاً واسطة هامة في تشخيص فرط التوتر البابي من جهة وفي معرفة مكان العائق (في داخل الكبد أو في خارجها) من جهة أخرى، وهذه الواسطة هي تصوير الطحال ووريد الباب الاشعاعي وطريقته : حقن الطحال بمادة ظليلة ثم أخذ صور إشعاعية متسلسلة للجملة البابية . ففي الحالة النظامية يرى الوريد الطحالي والجذع الطحالي الماساريقي (spléno - mesarraïque) وجذع وريد الباب ، فإذا رجع الدم في الاوردة الجانبية أو ظهر تفاغم بابي أجوفي ، معدي مريئي دل ذلك على وجود فرط توتر بابي (الشكل - ٥٥) .

٣ ـ فحص الدم وبه يكشف نقص في الكريات الحمر (فاقة دم) والبيض والصفيحات الدموية .



(الشكل -- ٥٥)
تصوير الطحال ووريد الباب الإشعاعي
(عن ليجه)

٤ ـ اختبار وظائف الكبد ولهذا الاختبار شأن كبير في المعالجة والتشخيص فإذا كانت الكبد قاصرة، وهذا مايشاهد في اشقراراتها، كان مضاد استطباب جراحي صريح .

المعالجة . ـ دوائية وجراحية :

المعالجة الدوائية . ـ هي معالجة ملطفة غايتها وقف النزف (بنقل الدم واعطاء المخثرات) وتقوية الكبد (بحقن خلاصاتها) .

المعالجة الجراحية . ـ تقف هذه المعالجة النزف الهضمي وتحول دون تكرره وطرائقها عديدة يتحدى بعضها دوالي المريء مباشرة (ربطها أو تصليبها أو استئصالها « بقطع المعدة التام أو قطع القسم السفلي من المريء والقسم العلوي من المعدة») ويفعل بعضها الآخر بصورة معتنفة مخففاً الضغط في أوردة المريء

ومانعاً النزف (مفاغمة الوريد الكلوي بالوريد الطحالي بعد بت الطحال ، أو مفاغمة وريد الباب بالأجوف ، أو ربط الشريان الطحالي) .

أما بت الطحال فلا يفيد إلا إذا كان العائق في الوريد الطحالي .

وإذا كان النزف وافراً وحالة المريض تستدعي الاسعاف المستعجل اشركت المعالجة الدوائية (حقن المخثرات ونقل الدم) بالمعالجة الجراحية (دك مكان الدوالي النازفة بأنبوب خاص ذي حوجلة) .

* * *

الباب الخامس

أمراض المعثكلة الجراحية

الفصل الأول

آفات المعثكلة الرضيّة

البحث الأوّل

جروح المعثكلة

(Les plaies du pancréas)

إن جروح المعثكلة الرضية بالمرامي النارية وشظايا القذائف نادرة وأندر منها جروحها القاطعة بالسلاح الأبيض لعمق هذه الغدة ووقوعها خلف الكبد والمعدة ، فجروحها تشترك غالباً بآفات الأحشاء الأخرى كالكبد والطحال والمعدة والمعي .

وتقع هذه الجروح في جسم المعثكلة وأقل من ذلك في رأسها وذيلها . وأعراضها هي النزف الداخلي الوافر ولا سيما إذا أصاب الجرح أحد أوعية المعثكلة الكبيرة . ولا تشخص الإصابة عادة إلا بفتح البطن ورؤية الورم الدموي في الجوف الخلفي للثروب .

وتقوم المعالجة بالارقاء ودك الجرح . وانذار هذه الجروح خطر فإذا قدر للمصاب أن يعيش فإن ناسوراً معثكلياً دائماً قد يتلو الإصابة .

البحث الثاني

رضوض المعثكلة

(Les contusions du pancréas)

الاسباب . — هي آفة نادرة تتناول جسم المعثكلة وهو القسم المتوسط الذي تدفعه برزة العمود الفقري ، أما إصابة بقية أقسام الغدة فنادرة جداً . وسببها اصطدام شديد على الناحية الشرسوفية (رفسة قدم ، اصطدام بمقود الدراجة العادية) أو رض شديد (رهس بعجلة سيارة) .

التشريح المرضي . — يشاهد في المعثكلة ـ بحسب شدة الرض ـ إما ورم دموي صغير يقع تحت الصفاق ، أو تمزق قسمي أو شامل يقطع الغدة قائماً إلى قسمين ، وقد تهرس المعثكلة وتشاركها في ذلك قناة ويرسنغ إذا كان الرض شديداً . ويساعد إنصباب عصارة المعثكلة بؤرة الرض على انهضام الغدة الذاتي وظهور بقع الشمع الوصفية في الموات الشحمي .

وبالاضافة إلى رض المعثكلة فإن آفات مشاركة أخرى تصادف في الطحال والكليتين والعفج وما ساريقى القولون المعترض .

الأعراض . — في الحالات الخطرة ، حيث لا تقتصر الآفة على المعثكلة وحدها بل تشاركه في ذلك آفات الأحشاء الأخرى ، يموت المصاب في خلال عدة ساعات بالصدمة أو بأعراض النزف الباطن أو يموت بعد عدة أيام بالتهاب الصفاق الحاد .

أما في الحالات الأخرى ، وهي الكثيرة ، فإن المرء يصاب برض على ناحيته الشرسوفية فيشعر بألم مبرح لا يلبث أن يهجع ثم تظهر فيه بعد عدة أيام أعراض

تفاعل الصفاق الخفيفة من أقياء وتطبل بطن يتلوها تقفع البطن في الجهة اليمنى وظهور آلام خفيفة ولكنها مستمرة مقرها الناحية الشرسوفية ثم تتضح بصورة تدريجية أعراض كيبس المعشكلة الموهم .

المعالجة . — تعالج رضوض المعشكلة بالجراحة وكلما بكر فيها كان الأمل في شفاء المريض أكبر ، فبعد فتح البطن والوصول إلى المعشكلة بفتح الرباط المعدي القولوني ينظر فإذا كان في الغدة ورم دموي أفرغ ودك ، او كان تمزق وكانت قناة ويرسنغ غير مصابة خيط التمزق . وإذا كانت قناة ويرسنغ منقطعة يربط طرفاها المقطوعان وتخاط الغدة ويدك مكان الرض . أما إذا كانت المعشكلة مرهوسة فجل مايصنع هو دكّها وليعلم بأن ناسوراً معشكلياً قد يتلو هذه الدرجة الشديدة من الرض .

* * *

الفصل الثاني

آفات المعثكلة الالتهابية

البحث الأوّل

التهاب المعثكلة النزفي

(Pancréatite hémorragique)

تنشأ هذه العلة من انهضام المعثكلة الذاتي بخمائرها . وقد سميت بالالتهاب النزفي لأن الانهضام الذاتي هذا يتم في الغدة الملتهبة أو لأن التقيح والموات يتلوان هذا الانهضام .

الأسباب . — يصادف التهاب المعثكلة النزفي في سن الكهولة وهو في الرجل أكثر منه في المرأة . والمصاب به عادة امرؤ مفضاج نهم ، مدمن الكحول ، في سوابقه اصابة صفراوية (في المرارة أو في القناة الجامعة) أو هضمية (قرحة معدية أو عفجية ،التهاب زائدة ، تقرح مستقيم) أو خمجية (ذات رئة ، حمى تيفية) .

أما الرض فتأثيره ثانوي ومع ذلك فقد نشرت مشاهدات من التهاب المعثكلة النزفي تلت بعض التوسطات الجراحية البسيطة (أخذ خزعة من الغدة) أو الكبيرة (بت المعدة) .

الامراض . — يحدث التهاب المعثكلة النزفي بانهضام الغدة الذاتي بخمائرها ولاسيما بالهضمين الثلاثي الذي يخرب ملحمة (parenchyme) المعثكلة فيحدث النزف ، وبخميرة الشحاز (lipase) التي تهضم الدسم محدثة بقع الشمع وليس مايشاهد في المريض من صدمة وتسمم شديدين إلا نتيجة لامتصاص المواد الناجمة عن هذا الانهضام الذاتي .

ويستطاع تعليل هذه العلة بإحدى النظريتين الآتيتين :

١ً . - بالنظرية القنيوية القائلة بأن انهضام المعثكلة الذاتي يتم بعودة محتوى العفج بطريق قناة ويرشنغ إلى الغدة وهي النظرية المقبولة في الوقت الحاضر فقد أمكن بالاختبار على الحيوان إحداث هذا الانهضام بأن حقنت في قناة ويرشنغ مادة الصفراء أو عصارة المعي فحدثت الآفة ولكن عودة الصفراء أو محتوى العفج إلى قناة ويرشنغ الذي لايتم في الحالة الطبيعية لأن صارّة أودي تحول دون مرور هذه السوائل يعود ممكناً إذا كانت هذه الصارة مفرطة التوتر أو ظهر في الناحية عائق (حصاة أو سرطان) .

٢ً . - بالنظرية الوعائية التي تنسب الانهضام الذاتي إلى تشوش دوراني بآفة وريدية (خثر وريدي) أو شريانية (التهاب الشريان أو صمامة شريانية) أو عصبية (اضطراب في محرك العروق بتنبيه العصب الحشوي وأحياناً بالصدمة التأقية . وهذه النظرية الوعائية صحيحة في بعض الحالات .

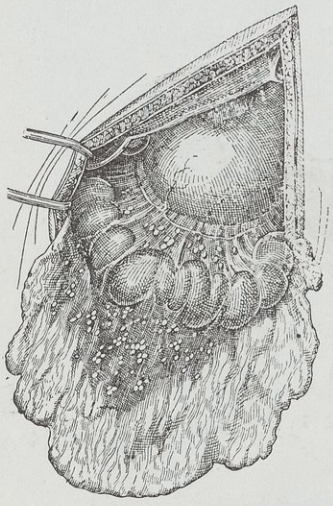
ومتى بدأ الانهضام الذاتي في المعثكلة تابع سيره ، بهذا يعلل نكس العلة وموت اكثر المصابين على الرغم من المعالجة الرشيدة الباكرة .

التشريح المرضي . — تصادف ثلاثة اشكال تشريحية مرضية لالتهاب المعثكلة النزفي وهي : الشكل النزفي والشكل الخزبي ، الذي يعد المرحلة الاولى للشكل السابق ، والشكل المتقيح . وتختلف الآفات التشريحية المرضية المصادفة في كل منها اختلافا بيناً :

١ً . – ففي **الشكل النزفي** : تُرى في اثناء التوسط الجراحي او بعد فتح صدى امرىء توفي بهذه العلة العلامات البيانية التالية :

أ . – انصباب مصلي دموي عقيم في جوف الصفاق .

ب . – بقع بيض هي بقع الشمع الناجمة عن تصبن الدسم بخميرة الشحاز الفعالة وهي بقع صغيرة يتبدل حجمها من حجم رأس الدبوس الى حجم العدسة تنتشر على الصفاق الجداري والماساريقى والثرب (الشكل – ٥٦) أو تجتمع بالقرب من الآفة المعشكلية البدئية وقد لا تظهر اذا بكر في التوسط الجراحي أو تختفي اذا اجري التوسط متأخراً وهذا ما يقع في ١٥ ٪ من الحالات .



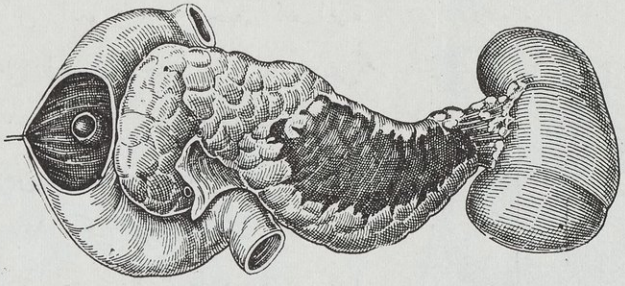
(الشكل – ٥٦)
بقع الشمع في التهاب المعشكلة النزفي
(عن موندور)

ج . – بؤرة النَخَر الغدي وتُرى، بعد شق الماساريقى الخزبة ، بشكل ورم اسود يتكون من علقات دموية مجتمعة أمام المعشكلة المصابة بالاحتشاء .

وإذا درست هذه الآفة نسيجياً تبين أنها تمر بثلاثة أدوار متتابعة : دور الاحتشاء المتصف بالنزف فدور النخر القسمي مع سلامة جزيرات لانغرهانس (الشكل — ٥٧) واخيراً دور النخر الشامل وبه يتكون ورم دموي مستبطن للغدة في بادىء الامر ثم يخرج منها منتشراً في الجوف الخلفي للثروب او مجتمعاً في الحفرة الحرقفية .

٢ً . – **الشكل الخزبي** : وبه تصاب المعشكلة بالخزب فترفع الصفاق محدثة ارتشاح الثرب الصغير والرباط المعدي القولوني بدون أية نخرة في العنبات الغدية ولا انصباب داخل الصفاق ولا بقع شمعية .

٣ ـ **واخيراً الشكل المتقيح** : وبه ينتشر القيح في جميع الغدة (ضرام المعشكلة المنتشر) او يستقر في بعض أقسامها . ويتصف هذا الشكل بظهور بقع الشمع الوصفية . وقد يجتاز القيح الغدة منتشراً في جوف الثروب الخلفي أو منفتحاً في حشا مجاور (معدة ، قولون ، عفج) أو في جوف الصفاق العام.



(الشكل ـ ٥٧)

التهاب المعشكلة النزفي : بؤرة نخر في ذيل المعشكلة مع وجود حصاة في مجل واتر (روهير ـ بيريبير)

الاعراض . ـ تظهر العلة غالباً في رجل مفضاج نهم ملأ معدته وفي سوابقه اصابة صفراوية او هضمية . ويكون بدؤها راعباً بالألم الشديد الذي يسمّر المريض وبالحالة العامة التي تدل على التسمم الخطر فالمريض مزرق ضجر نبضه ضعيف وحرارته منخفضة يبلل وجهه عرق بارد لزج وتبدو فيه الاعراض الوظيفية والفيزيائية الآتية :

الاعراض الوظيفية . ـ هي الألم والاقياء ووقوف المواد الغائطة والغازات :

فالألم شديد لا تسكنه المسكنات (المورفين ، الثلج على البطن) يظهر في الناحية الشرسوفية وينتشر الى القطن والى ما تحت الحافة الضلعية والمنكب الايسر .

والاقياء وافرة تظهر بدون جهد وهي طعامية في البدء ثم صفراوية فمائية فكراثية ولكنها ليست غائطية البتة .

أما وقوف المواد الغائطة والغازات فعلامة غير ثابتة حتى ان الاسهال الوافر قد يعيض عنها .

العلامات الفيزيائية . — يبدو البطن متطبلا ولاسيما في الناحية الشرسوفية حيث تبدو على الجلد بعض الترخمات الزرق وهو لين في جميع أنحائه في بدء العلة ولكنه قد يتقفع تقفعاً بسيطاً بعدئذ . أما الجس فيكشف نقاطاً مؤلمة في الناحية الشرسوفية والمراقين وعند الزاوية الضلعية الفقارية اليسرى في الخلف وقد يُشعر في الناحية الشرسوفية بكتلة عميقة متطاولة عرضانياً حدودها مبهمة هي المعثكلة الخزبة .

الاشكال السريرية . — وهي عديدة منها :

الاشكال الصاعقة التي تميت المصاب في خلال ١٢ - ٢٤ ساعة بأعراض التسمم .

الاشكال الحادة التي تقضي على المريض بعد عدة أيام بازدياد الوهط .

الاشكال الخفيفة الحدة التي تتلو الاشكال الحادة السابقة فتهجع الاعراض موقتاً ثم تشتد مجدداً (الشكل الناكس) أو أنها تنتهي بتكوين كيس موهم أو تفضي الى تقيح المعثكلة .

الشكل الخزبي ويعد المرحلة الاولى للشكل النزفي وبه يتقفع البطن ولا تسوء الحالة العامة كثيراً .

الأشكال المتقيحة والمواتية وتتصف باشتراك علامات الخمج مع الاعراض السابقة .

التشخيص . — يستند تشخيص التهاب المعثكلة النزفي الى الأعراض الوظيفية والفيزيائية التي أتينا على ذكرها (بدء العلة الراعب في امرىء أكثر من الطعام ، الآلام الشرسوفية الشديدة ذات الانتشارات الخاصة ، الأقياء الوافرة ، تطبل البطن ، سوء الحالة العامة ، الخ ...) .

ويمكن اثبات الآفة المعشكلية بإجراء بعض الفحوص المخبرية كفحص البول (لكشف البيلة السكرية التي تظهر في نصف الحوادث ، ولتحري خميرتي الشحماز والنشا) وفحص الدم (لكشف فرط تحلون الدم وتشحمه) .

ويظل التشخيص مع ذلك صعباً ولايعرف إلا في اثناء التوسط الجراحي لانه يلتبس بالعلل التالية :

١ً.ـ بانثقاب قرحة المعدة أو العفج التي تعرف بسوابق المريض (فرط الحموضة ، الاقياء الدموية ، الآلام الدورية في فصلي الربيع والخريف) ، وبتقفع البطن الخشبي الذي لايرى في التهاب المعشكلة ، وبخفة الالم إذا قيس بألم التهاب المعشكلة النزفي . ويفيد تصوير البطن الاشعاعي (الذي يظهر الصفاق الهاوي في الانثقاب) للتمييز بين العلتين .

٢ً.ـ بانسداد الامعاء المتصف بالاقياء البرازية والآلام المتقطعة القولنجية الشكل وتوقف المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً وتطبل البطن الشامل وهو عكس مايشاهد في التهاب المعشكلة ، ويكشف التصوير الاشعاعي للبطن السويات السائلة في انسداد الامعاء .

٣ً.ـ باحتشاء الامعاء حيث يستقر الالم حول السرة وليس في الناحية الشرسوفية ولايتشعع إلى المراق اليسرى والقطن ، ويعرف بالاسهال المدمى الدال على التشوش الدوراني الذي طرأ على الامعاء .

٤ً.ـ بالتهاب الزائدة الحاد حيث يستقر الالم في نقطة ماك بورني وإذا انتشر في البطن كان اشده في النقطة المذكورة .

٥ً.ـ بالقولنج الصفراوي الذي يرافقه اليرقان وتختلف انتشاراته عن انتشارات التهاب المعشكلة النزفي .

المعالجة . ـ دوائية وجراحية :

المعالجة الدوائية .ـ تطبق هذه المعالجة بعد التثبت من تشخيص العلة وقوامها

حقن الاتروبين لوقف الافرازات الهضمية ، والكظرين (الأدرنالين) لمعالجة الصدمة التأقية ، والجُزَيرين (انسولين) لاعادة تحلون الدم الى مقداره الطبيعي ويفيد التشريب الحشوي في معالجة هذه العلة فانه عدا تخفيفه لحدة الالم بسرعة يقوم بدور واضح في سير العلة .

كما يفيد حقن النوفوكائين بالوريد الفائدة ذاتها تقريباً .

ويمكن أن تطبق المعالجة الدوائية هذه بعد اشراكها بالمص المتواصل متى التبست هذه العلة بانثقاب القرحة فهي تفيد في تحسين حالة المريض العامة في الحالتين ريثما يعرف التشخيص النهائي ويقرر التوسط الجراحي .

المعالجة الجراحية . – تجرى متى التبس التهاب المعشكلة النزفي بالعلل الاخرى (انسداد امعاء ، احتشاء أمعاء ، التهاب زائدة حاد ، الخ ..). يفتح البطن على الخط المتوسط فاذا شوهد مصل مدمى في جوف الصفاق مع البقع الشمعية الوصفية على الثرب والماساريقى كانت العلة التهاب المعشكلة النزفي فيفتح حينئذ الرباط المعدي القولوني للوصول الى الجوف الخلفي للثروب فاذا رؤي ورم دموي افرغ ثم دك مكانه واستنضت الآفة .

ويشير بعض الجراحين بانهاء العمل الجراحي باستقصاء المجاري الصفراوية والمرارة (لاستخراج الحصيات متى وجدت) ثم بتحويل الصفراء بخزع المرارة أو القناة الجامعة اتقاءً للنكس . وقد هبطت نسبة الوفيات بعد هذا التحويل بحسب احصاء بروك (Brocq) الى ٣٥٪ بعد أن كانت في السابق ٧٨ ٪ .

ولا يشير لوريش (Leriche) بالتوسط الجراحي على المعشكلة بل يكتفي بتحويل الصفراء فقط . ويفيد تستيل ٣٠٠ – ٥٠٠ عشم.م من آحين المصل (serum - albumine) يومياً ولمدة ٣ – ٥ أيام في وريد المبضوع فهو يفعل كناهٍ بمنعه تحول مولدة الهضمين الثلاثي الى هضمين ثلاثي ؛ كما يستحسن حقنه بالاتروبين الذي يمنع نشاط المبهم فيخفف من افراز المعشكلة ، ويعطى الصادات للوقاية من التعفن الثانوي .

البحث الثاني

التهابات المعثكلة المزمنة

(Les pancréatites chroniques)

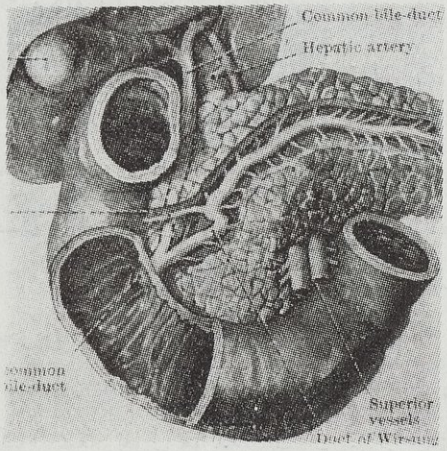
تعرف هذه العلة نسيجياً بتصلب غدة المعثكلة ويستقر هذا التصلب غالباً حول القنيات أو حول العنبات الغدية .

الاسباب . – تصاب المعثكلة بالالتهاب المزمن إثر خمج خفيف انتشر من الأعضاء المجاورة أو من خمج عام استقر في المعثكلة أو تسمم مزمن (زرنيخ ، زئبق ، كحول) وقد تتلو هذه العلة التهاب المعثكلة الحاد .

الامراض. – يحدث هذا الالتهاب المزمن كنتيجة لالتهاب المعثكلة الحاد بأن تتصلب بعض بؤر النخر الغدي وتكون بحالة الفعالية البطيئة التي قد تزداد وتستولي بالتدريج على الفصيصات السليمة . اما في التهابات المعثكله الخمجية فان الجراثيم تصل الى الغدة :

١ً . – بالطريق الدموي في سياق الاخماج العامة (الحمى التيفية ، النكاف ، السل ، الخ .) .

٢ً . – بالطريق اللنفاوي من خمج الطرق الصفراوية ولا سيما المرارة



(الشكل - ٥٨)
صورة تظهر علاقة قناتي ويرسنغ وسانتوريني والقناة الجامعة بالعفج (عن سبالتهولز)

٣ً.ـ بالطريق القنوي حيث تشتد حمة الجراثيم الموجودة عادة في القسم الاخير من قناتي ويرشونغ وسانتوريني (الشكل ـ ٥٨) بتأثير الركود في جريان العصارة المعثكلية فتفعل في نسيج الغدة محدثة الالتهاب .

٤ً.ـ بطريق الجوار (خراجة كبد ، قرحة المعدة الملتصقة بالمعثكلة ، خمج القسم الانتهائي من القناة الجامعة) .

التشريح المرضي .ـ تستقر العلة غالباً في رأس المعثكلة وتبدو اما بشكل عقيدة مختلفة الحجم ممتدة على طول قطعة العفج الثانية أو ان الالتهاب يعم رأس الغدة فيضخم ضخامة مختلفة القساوة يستره صفاق خزب احمر وتلأمه التصاقات بالاعضاء المجاورة .

وقد يستقر الالتهاب في قسم المعثكلة الايسر فيظهر بشكل عقيدات غير منتظمة مختلفة الحجم والقوام وهذا الشكل بالخاصة تفيد فيه الجراحة .

واذا عمّ التصلب جميع أقسام المعثكلة (الرأس والجسم والذيل) ظهرت الاشكال التالية : الاشكال الضخامية والضمورية والعَقِدة .

أما من الوجهة النسيجية فيتصف التهاب المعثكلة المزمن بالتصلب (الذي يحيط بالفصيصات الغدية تارة وبالعنبات الغدية طوراً) وبتكون الكيسات أحيانا . اما جزيرات لانغرهانس فتبقى بنأى عن الاصابة ولكن أعصاب الغدة تصاب بالخزب أو بارتشاح التهابي أو تصلبي يفسر لنا شدة الآلام .

الاعراض .ـ قد يبقى التهاب المعثكلة كامناً فلا يكشف الا عرضاً في أثناء التوسط الجراحي لحصاة صفراوية ولكنه يتصف غالباً ببعض العلامات التي ترشد الى العلة . ويحسن بنا تمييز الاشكال اليرقانية عن الاشكال التي لايصاحبها يرقان .

١ً.ـ **التهابات المعثكلة المزمنة مع اليرقان** : تتصف باليرقان الانسدادي المزمن وتبدو :

أ .ـ بأعراض حصاة القناة الجامعة : نوب ألمية ، هجمات حمى ، يرقان

متبدل ، عدم الشعور بالمرارة ، نقطة ألم واضحة تحت الكبد . ولكن فتح البطن ينفي الحصاة في القناة الجامعة ويكشف انتباجاً في رأس المعثكلة تعرف سلامته بشفاء المريض باستنضاض الصفراء .

ب . ـ أو بأعراض سرطان رأس المعثكلة من ازدياد مطّرد في اللون اليرقاني ومن غيبة الآلام والحمى ومن جسامة المرارة التي تكشف بالجس . وفي هذه الحالة يكشف التوسط الجراحي ورماً قاسياً في رأس المعثكلة يرافقه توسع كبير في المجاري الصفراوية وتعرف طبيعة الآفة الالتهابية بشفاء المريض بعد مدة قد تطول عدة سنوات بعد مفاغمة المرارة بالمعدة أو بالعفج .

٢ً . ـ **التهابات المعثكلة المزمنة الخالية من اليرقان** : هذه الاشكال صعبة التشخيص أيضاً فقد تبدو بتناذر ألمي حصوي كاذب أو باضطرابات هضمية مبهمة لا يكشف التصوير الاشعاعي للمرارة والعفج أية آفة فيهما ولا يفيد إلا قياس الضغط بالإشعاع المجرى في حالة استنضاض الصفراء خارجاً والذي يكشف وجود الوهن الصفراوي .

ومن بين أشكال التهابات المعثكلة المزمنة الخالية من اليرقان شكل له أعراضه الخاصة هو التهاب القسم الأيسر من المعثكلة الذي يتصف سريرياً بنوب ألمية اشتدادية تبدو فجأة في المراق اليسرى وتتشعع الى الناحية القطنية فيتطبل البطن في أثنائها ؛ أما في فواصل النوب فيشعر المريض بألم عميق يشتد بالطعام . واذا فحص وهو بالوضع الجانبي الأيمن كشفت فيه نقطة ألمية محدثة بجس الناحية تحت الاضلع اليسرى . كما أن فحص الناحية الاشعاعي يكشف تكلسات غير واضحة الحدود تميز بسهولة عن الحصيات الحقيقية .

التشخيص . ـ يستند تشخيص التهابات المعثكلة المزمنة إلى الأمور التالية :

١ً . ـ سوابق المريض التي تشير إلى اصابته بنوب صريحة من التهاب المعثكلة الحاد .

٢ً . ـ الفحص السريري الذي يكشف نقطة مؤلمة تحت الأضلع اليسرى .

٣ً . – التصوير الاشعاعي البسيط للمراقين اليمنى واليسرى الذي قد يكشف في ناحية القسم الايسر من المعشكلة بقعاً متكلسة غير واضحة الحدود تدل على التهاب المعشكلة المزمن . كما ان تصوير المعدة والعفج الاشعاعي بعد تجريع المريض الطعام الباريتي ينفي اصابة المرء بالقرحة من جهة ويظهر اتساع حلقة العفج من جهة أخرى .

٤ً . – الفحوص المخبرية التي تدل على قصور المعشكلة : كفحص البراز الذي يكشف فيه عدم انهضام الدسم كما يكشف الخلل في هضم الألياف العضلية إذ تبقى نوى الخلايا العضلية سليمة ، وفحص البول لتحري خميرة النشاء . ويمكننا ، بدراسة الهضمين الثلاثي والشحماز المستخرجتين بتنبيب العفج بعد حقن المفرزين (sécrétine) (حاثة غشاء العفج المخاطي) ، أن ندرك مدى نشاط هاتين الخميرتين في الهضم .

وأخيراً فان استقصاء الوظيفة الداخلية للمعشكلة يعد ضرورياً في كل مريض شك في إصابته بآفة معشكلية فقد يكشف فيه وهو على الريق نقص في تحلون الدم أو فرطه .

المعالجة . – تختلف معالجة التهاب المعشكلة المزمن بحسب مقرّ الالتهاب في رأس الغدة أو في ذيلها :

١ً . – الآفة في رأس المعشكلة : تنضغط هنا نهاية القناة الجامعة فيتلوها اتساع المرارة والمجاري الصفراوية فخير ما يصنع في هذه الحالة هو تحويل مجرى الصفراء إما داخلاً بمفاغمة صفراوية هضمية (مرارية معدية أو جامعية عفجية) أو خارجاً بالاستنضاض (خزع المرارة أو القناة الجامعة) .

وقد يفيد خزع العصب الحشوي في معالجة الوهن الصفراوي كما يفيد خزع صارة اودي في معالجة زيادة التوتر الصفراوي .

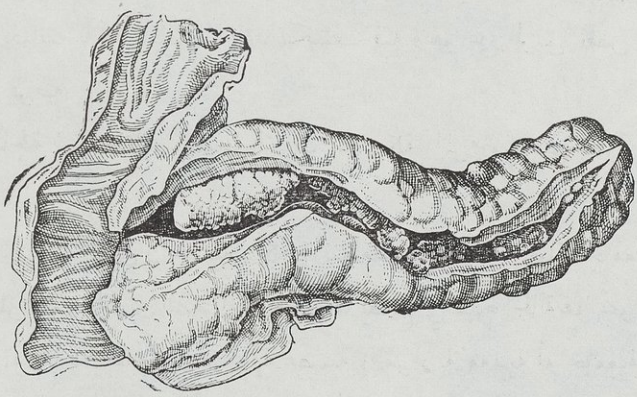
٢ً . – الآفة في ذيل المعشكلة : تعالج بقطع القسم الأيسر الملتهب من المعشكلة وهو عمل جراحي سهل .

الفصل الثالث

داء المعثكلة الحصوي

(La lithiase pancréatique)

الأسباب . – كان يظن في السابق ان هذه العلة نادرة ولكن التصوير الاشعاعي المتقن اثبت العكس . وداء المعثكلة الحصوي اكثر في الرجال منه في النساء ويعد التهاب المعثكلة المزمن سبباً مؤهباً لحدوثه .



(الشكل – ٥٩)

صورة تبين حصيات عديدة على امتداد قناة ويرشونغ المتسعة

(مالّمي – غي)

التشريح المرضي . – الحصاة المفردة نادرة جداً . وفي الغالب يصادف اما عدد قليل من الحصيات الكبيرة (بحجم حبة الفاصولياء) غير المنتظمة المستقرة

في قناة ويرشونغ (الشكل ٥٩)، أو عدد كبير من الحصيات الدقيقة (كحبات الرمل) المبعثرة في قنوات افراز الغدة شكلها مدور ولونها ابيض وتتألف من املاح الكلس (فحمات ، فصفات ، حماضات ، كبريتات) .

وتوسع هذه الحصيات القسم الواقع فوقها من قنوات المعثكلة حتى ان حجم قناة ويرشونغ قد يبلغ ثخانة الخنصر . أما المعثكلة نفسها فمصابة بالالتهاب المزمن .

الامراض . — اختلف في تعليل داء المعثكلة الحصوي فبعضهم ، ومنهم دوفال (Duval)، يقول بأن ترسب الحصيات ينشأ من الركود في قنوات الغدة الناجم عن التهاب المعثكلة المزمن ، بينما يرى البعض الآخر ان هذا الالتهاب هو نتيجة لوجود الحصيات في قنوات المعثكلة .

الأعراض . — يتصف داء المعثكلة الحصوي بقلة أعراضه فالآلام فيه طفيفة ومتواصلة وقد تكون اشتدادية فتقلد نوب القولنج الصفراوي وتنتشر إلى الناحية القطنية اليسرى يرافقها احياناً إما يرقان موقت سريع الزوال أو تناذر التهاب قسم المعثكلة الأيسر .

التشخيص . — يفيد التصوير الاشعاعي المتقن في كشف داء المعثكلة الحصوي حيث تبدو حصيات مصطفة افقياً أو منضدة على شكل بُقَط . وتلتبس هذه الحصيات غالباً بحصيات الكلية وتفرق عنها بتصوير الحويضة الراجع ، وتلتبس ايضاً بحصيات القناة الجامعة غير ان حصيات المعثكلة تمتاز عنها بكونها ترتسم بشكل سبحة على الناتئين المعترضين الأيمنين للفقرتين القطنيتين الاولى والثانية .

وقد يفيد اجراء الصفاق الهاوي وحقن الهواء خلف الصفاق والرسم الطَبَقي (la stratigraphie) في تعيين موقع الحصيات في المعثكلة .

وبما ان العلة يصاحبها عادة توسع في القسم الواقع فوق الحصيات من قنوات الغدة فان تصوير هذه القنوات في اثناء التوسط الجراحي بحقن المادة الظليلة مباشرة في القناة بعد خزع العفج أو ببزل المعثكلة يفيد فائدة كبيرة في تشخيص الحصيات .

المعالجة . ـ جراحية بحتة : فحصيات رأس المعشكلة الكبيرة الحجم القليلة العدد تعالج بخزع الغدة بالطريق الامامي . ويشفى عادة جرح قناة ويرشونغ بالدك بدون أن يترك ناسوراً فيما اذا استخرجت الحصيات جميعها . والحصيات الصغيرة المنتشرة في رأس المعشكلة يصعب استخراجها وخاصة اذا رافقها التهاب مزمن في الغدة ففي هذه الحالة ومتى صاحب اليرقان الآفة يكتفى باجراء تحويل الصفراء الداخلي بفاغمة المرارة بالمعدة .

أما الحصيات الدقيقة المنتشرة في القسم الأيسر من الغدة فتعالج بقطع هذا القسم من المعشكلة .

* * *

الفصل الرابع

كيسات المعثكلة الحقيقية وكيساتها الموهمة

(Les kystes et pseudo - kystes du pancréas)

يصادف في المعثكلة نوعان من الكيسات أعراضها متشابهة وسيرهما واحد وهما : الكيسات الحقيقية وهي كيسات نادرة لها جدار خاص يسهل تسليخه، والكيسات الموهمة وهي الكثيرة وليس لها جدار خاص بل ان الاعضاء المجاورة تكوّن مسكن هذه الكيسات بالتصاق بعضها بالبعض الآخر .

التشريح المرضي :

١ً .ـ **كيسات المعثكلة الحقيقية** : هي كيسات نادرة تصادف غالباً في الكهول وقد تصادف في الاطفال جدارها مبطن بظهارة ويميز منها شكلان تشريحيان : أ . ـ الشكل العديد الكيسات وهو شكل نادر جداً لايمكن استئصاله إلا إذا وقع في قسم المعثكلة الأيسر . ب . ـ الكيسات الكبيرة وتكون وحيدة المسكن أو محدبة عديدة المساكن شكلها مدور ، لها جدار خاص وجهه الظاهر أملس تجتازه أوردة ضخمة ووجهه الباطن أملس أو غير منتظم قد تفرشه بعض الناميات ويتصل هذا الكيس بالاعضاء المجاورة بالتصاقات لاتحول دون إمكانية ايجاد سطح تسليخ له .

ومحتوى الكيسات الحقيقية سائل كثيف وافر المقدار (عدة التار أحياناً)

تكثر فيه أشباه الآح وتندر الخمائر المعشكلية ، لونه يتبدل من الأصفر الفاقع الى الأسمر الشوكولاتي .

ويتكون الكيس من الوجهة النسيجية من ورم غدي كيسي حميد الا أن بناءه قد يشابه بناء السرطان الظهاري (ابتيليوما) وقد يظهر بعض الاورام العفلية في المعشكلة بمظهر الكيس الموهم ولا تعرف طبيعته الا بالفحص النسيجي .

٢ . — **كيسات المعشكلة الموهمة :** تصادف هذه الكيسات غالباً في جسم المعشكلة ونموها على رأسها أو ذيلها نادر وهي كيسات كبيرة الحجم وحيدة المسكن ليس لها جدار خاص فهو يتألف من صفاق الأعضاء المجاورة ومن الالتصاقات التي تلأم هذه الأعضاء بعضها بالبعض الآخر فهو إذن جدار التهابي كثير التوعية .

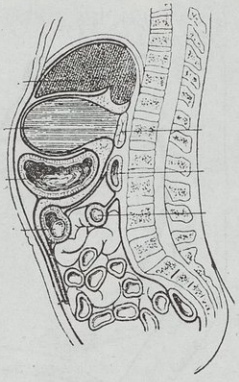
ومحتوى الكيس سائل وافر صافٍ أو مصطبغ وقد يكون نزفياً تسبح فيه صفائح الكوليسترول وأجزاء مائتة من المعشكلة كما يكشف تحليله وفرة الخمائر المعشكلية .

الامراض . — لقد اختلف في إمراض كيسيات المعشكلة الحقيقية فهي بحسب بعض المؤلفين كيسات ولادية المنشأ تكونت من بقايا غدية انعزلت في دور النمو وبالنسبة الى البعض الآخر تنشؤات مرضية حميدة نمت على حساب العناصر الكهلة في الغدة .

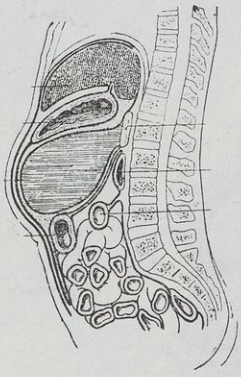
أما الكيسيات الموهمة فيختلف إمراضها أيضاً فهي إما رضية فتنجم عن تحول الورم النموي المتكون بتأثير الرض في الجوف الخلفي للثروب أو انها نتيجة لالتهاب المعشكلة النزفي الخفيف الحدة ولا أثر للرض في احداثها .

السير التشريحي . — تنمو كيسات المعشكلة الحقيقية والموهمة دافعة نحو الامام صفاق الجوف الخلفي للثروب فتبرز اما فوق المعدة (من خلال الثرب الصغير) (الشكل — ٦٠) أو تحتها (من خلال الرباط المعدي القولوني) (الشكل — ٦١) وقد تبرز تحت ماساريقى القولون (الشكل — ٦٢)

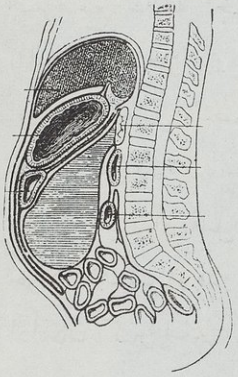
وفي بعض الحالات يكون الكيس ذا جيبين ينموان في اتجاهين مختلفين .



(الشكل - ٦٠)
كيس معشكلة تكون بين الكبد والمعدة



(الشكل - ٦١)
كيس معشكلة برز تحت المعدة

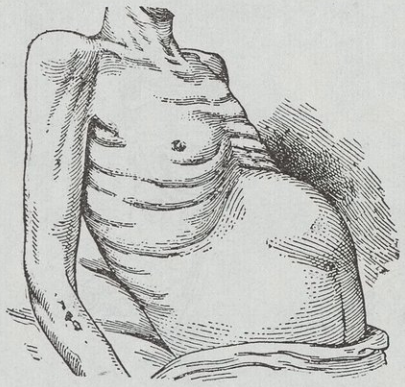


(الشكل - ٦٢)
كيس معشكلة تكون تحت القولون المعترض
(عن غوسه)

الاعراض .-

البدء : مختلف بحسب نوع الكيس فهو مبهم في الكيس الحقيقي الذي لايظهر إلا بعد مدة طويلة من السير البطيء (خلا حالة نادرة يكون الكيس فيها في رأس المعشكلة فيحدث عندئذ انضغاط في القناة الجامعة) . يذكر المريض في الكيس الموهم أن في سوابقه إصابة إما بنوبة ألم بطن مبرحة لم تدم طويلًا أو برض على ناحية الشرسوف أو ناحية المراق اليسرى وأنه قد تلا ذلك فاصلة حرة استمرت عدة أسابيع أو عدة اشهر خيل الى المريض في اثنائها أنه شفي واذا به يشعر بألم عفوي مختلف الشدة ينجم عن انضغاط الصفيرة الشمسية وببعض الاضطرابات الهضمية (ثقل وقهم وغثيان واسهال) سببها قصور المعشكلة ثم ينحل المريض ويصاب بالوهن ويظهر في ناحيته الشرسوفية تقبب جلي هو الكيس .

دور الورم . – يظهر في هذا الدور بعض العلامات الفيزيائية الوصفية الكافية للشك في كيس المعشكلة فيبدو تقبب في الشرسوف وفي الناحية حول السرة مع سلامة الجلد المغطي (الشكل - ٦٣) ويكشف الجس إما ورماً أملس منتظماً متموجاً أو على العكس ورماً قاسياً متماسكاً . والورم ثابت أو قليل الحركة لا يتبع حركات التنفس وقد يكون ناهزاً اذا كان كبير الحجم .



(الشكل – ٦٣)
كيس المعشكلة حيث يبدو تقبب في الشرسوف وفي الناحية حول السرة (عن غوسه)

وقد يتوصل بالقرع الى تعيين موقع الكيس : فالكيس العلوي الذي يبرز فوق المعدة يتصل صممه بصمم الكبد بينما يقع صمم الكيس المتوسط البارز بين المعدة والقولون بين وضوح هذين العضوين . أما صمم الكيس السفلي البارز تحت ماساريقى القولون فيستقر تحت وضوح القولون .

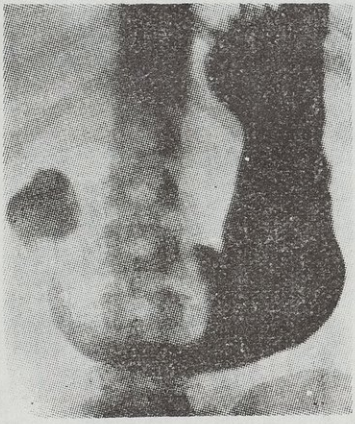
السير . – كلما كبر حجم الورم ساءت حالة المريض العامة وازداد نحوله ووهنه فانتهى به الامر الى الحرض المعشكلي . وعلامات قصور المعشكلة بينة في المريض (اضطرابات هضمية) يرافقها في بعض الحالات النادرة البيلة السكرية الدالة على قصور الغدة الداخلي .

العواقيل . – قد يجسم الكيس الحقيقي أو الموهم اذا ترك وشأنه فيضغط الاعضاء المجاورة (العفج أو القناة الجامعة) أو أنه ينبثق في جوف الصفاق العام أو في حشا أجوف مجاور . واذا تقيح الكيس انفرغ في المعدة أو في القولون . ومن النادر أن يستحيل هذا الكيس استحالة خبيثة .

التشخيص . – تلتبس كيسات المعشكلة بكثير من اورام البطن فكيساتها

النامية على جسم الغدة تلتبس بكيسات الماساريقى و كيسات الكبد المائية ، بينما تلتبس كيسات رأس المعثكلة باستسقاء المرارة وأورام الكلية اليمنى ، أما كيسات ذيل المعثكلة النادرة فتلتبس بأورام الطحال والكلية اليسرى فتوصلاً الى التشخيص الفارق بين كيسات المعثكلة وبين هذه الاورام يستعان بالاعراض الوظيفية والفيزيائية التي اتينا على ذكرها وبالمعاينة الاشعاعية التي تُظهر اندفاع الاعضاء المجاورة وتشوهها فكيس المعثكلة السائر الى العالي يدفع المعدة الى الاسفل واليسار فتبدو المعدة متطاولة كالساعة الرملية بينما تدفع الكيسات المتوسطة القولونَ المعترض الى الاسفل والمعدة الى العالي ، والكيسات السفلية تدفع القولون المعترض والمعدة الى العالي واذا أجري التصوير الاشعاعي للمعدة والعفج ظهر توسع واضح في اطار العفج (الشكل – ٦٤) بينما يظهر تصوير المعدة الاشعاعي بالوضع الجانبي اندفاعها الى الامام في جميع الحالات .

أما تمييز كيسات المعثكلة الحقيقية عن كيساتها الموهمة فيعرف بسوابق المريض الذي يفيد عن اصابته بنوب من التهاب المعثكلة النزفي أو برضٍ على الناحية الشرسوفية في الكيسات الموهمة بيد أنه ينفي مثل هذه السوابق في الكيسات الحقيقية .



(الشكل – ٦٤)

تشوه اطار العفج بكيس رأس المعثكلة

المعالجة . – تعالج الكيسات الحقيقية بالاستئصال اذا أمكن تسليخها وكانت نامية على ذيل المعثكلة أو على الوجه الامامي لجسمها والا فتوخف أو تفاغم بقطعة مجاورة من الانبوب الهضمي وهو الافضل .

أما الكيسات الموهمة فتعالج بالتوخيف لأن كل محاولة لاستئصال هذا النوع من الكيسات يعرض الاعضاء المجاورة للتمزق والنزف الوافر الخطر ويجب قبل انهاء التوسط الجراحي ، استقصاء القنوات الصفراوية واستئصال الحصيات منها عند وجودها .

واذا نكس الكيس الموهم أو تلا العمل الجراحي ناسور معشكلي يقطع قسم المعشكلة الواقع في يسار الآفة ، وهو القسم المفرز للناسور ، أو يفاغم الكيس بقطعة الصائم الاولى .

* * *

الفصل الخامس

سرطان المعثكلة

(Cancer du pancréas)

ان سرطان المعثكلة في الرجال اكثر منه في النساء ويندر ظهوره قبل الثلاثين من العمر واكثر مايقع مابين العقدين الرابع والسادس ولا يعلم سببه الحقيقي شأنه شأن بقية السرطانات .

التشريح المرضي . - يستقر سرطان المعثكلة غالباً في رأس الغدة وخاصة في قطعتها خلف العفج ، فمصادفته في جسم الغدة أو في ذيلها نادر اذن . والشكل الضخامي هو الاكثر حدوثاً وهو ورم قاسٍ يوسع حلقة العفج ويتبدل حجمه من حجم البرتقالة الصغيرة الى حجم رأس الجنين وأجزاء المعثكلة المحيطة به غير ملتهبة أما جسم الغدة فتظهر عليه في الغالب تبدلات تنجم عن انسداد قناة ويرشونغ . ويضغط سرطان رأس المعثكلة القسم الاخير من القناة الجامعة فينشأ من ذلك توسع كبير في المجاري الصفراوية وتضخم ركودي في الكبد يرافقه اليرقان .

والورم الذي كان في بادىء الأمر متحركاً لبقائه في ملء الغدة يعود ثابتاً ويلتصق بالاعضاء المجاورة متى جاوز حدود المعثكلة فيضغط وريد الباب (ومنه حدوث الحبن) والوريد الاجوف السفلي (خزب الطرفين السفليين) أما العفج فينجو غالباً من الانتقال السرطاني ولكنه ينضغط بالورم ومنه ظهور انسداد

البواب بأعراضه الوصفية من آلام قولنجية وأقياء ركودية واتساع في المعدة.

وينتشر سرطان المعشكلة الى عقد سويقة الكبد فتبدو صلبة مدورة يتحرك بعضها على البعض الآخر وهذا ما يميزها عن ضخامة العقد الالتهابية ، كما ينتقل الى ملحمة الكبد محدثاً ورماً انتقالياً جسيماً (سرطان جوزة الهند) .

أما من الوجهة النسيجية فقد وصفت ثلاثة أشكال لسرطان المعشكلة : سرطان ظهاري نمطي (épithélioma typique) في بنائه عنبات غدية وقنوات مفرغة ، وسرطان ظهاري غير نمطي لاتشابه خلاياه الفوضوية العناصر الطبيعية ، وأخيراً سرطان ظهاري انسوليني يشبه منظره جزيرات لانغرهانس.

الاعراض . — تختلف الاعراض بحسب مقر الورم في الغدة وبما أن سرطان رأس المعشكلة هو الأكثر مصادفة لأنه يعادل أربعة أخماس سرطاناتها إجمالا لذلك نتخذه نموذجاً للوصف تاركين البحث في سرطان جسم المعشكلة وذيلها الى الاشكال السريرية .

سرطان رأس المعشكلة . — يمر هذا الورم بالادوار الآتية : دور البدء ودور الصولة أو دور ظهور أعراض الانضغاط ودور الانتهاء :

ففي دور البدء ينمو الورم خلسة ولا يتجلى بأي عرض صريح إلا ببعض العلامات المبهمة كعسر الهضم وتبدل الحالة العامة وقد يزول لون المواد الغائطة قبيل ظهور اليرقان الدال على انضغاط القناة الجامعة .

ثم يأتي دور الانضغاط فيبدو اليرقان الاحتباسي المتصف بكونه مستمراً ومتزايداً يوماً عن يوم باطراد حتى تصبح الأغطية (الجلد والاغشية المخاطية) خضراء اللون قاتمة وهو غير مؤلم ولا ترافقه هجمات حمّى ، والبول مشبع اللون ، فيه الاصبغة والاملاح الصفراوية ، والبراز حائل اللون والمريض مصاب بحكة مستعصية وببطء في النبض سببهما تسمم الدم بالصفراء . وبهذه الصفات يتميز يرقان سرطان رأس المعشكلة عن اليرقان في حصيات القناة الجامعة وفي التهابات المعشكلة المزمنة .

والكبد في هذا الدور ضخمة قاسية محدبة تجاوز الاضلع الكاذبة بثلاث أصابع وتجس تحتها المرارة الشديدة الاتساع (علامة كورفوازيه ـ تيريه) . أما ورم المعشكلة فلا يجس إلا نادراً فقد يمكننا فحص الناحية الشرسوفية من الشعور بتورم عميق مبهم الحدود يقع الى يمين الخط المتوسط بقليل أصم بالقرع ويقع صممه بين وضوح المعدة في العالي ووضوح القولون في الاسفل .

أما في دور الانتهاء فتسير الآفة بسرعة نحو الحرض وتظهر الآلام الشرسوفية الشديدة (بانضغاط الضفيرة الشمسية او باغارة الورم عليها) كما يظهر الخبن في البطن (بانضغاط وريد الباب) والخزب في الطرفين السفليين (بانضغاط الاجوف السفلي) ويموت المريض بقصور الكبد الشديد أو بعد أن يطرأ عليه أحد الاختلاطات الخمجية .

الاشكال السريرية . ـ تميز منها بحسب موقع السرطان في الغدة الاشكال الآتية :

١ً . ـ سرطان الرأس وقد أتينا على وصفه .

٢ً . ـ سرطان جسم المعشكلة ويتصف بسيره الطويل المستتر وبصعوبة تشخيصه ، يعتري المصاب به نحول ووهن لايعرف سببهما واضطرابات هضمية تحمل الطبيب على الشك في إصابة المعدة بالورم ثم تظهر الآلام الشديدة تحت الاضلع اليسرى وفي الناحية الشرسوفية ويكشف جس البطن العميق ورماً مستقراً على الخط المتوسط .

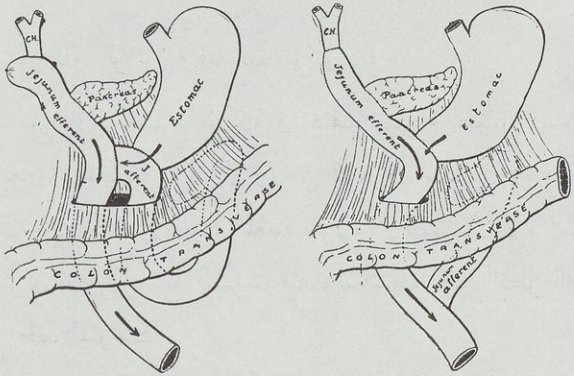
٣ً . ـ سرطان ذيل المعشكلة وأعراضه هي النحول والآلام الحادة في المراق اليسرى والورم المستقر في القسم العلوي الايسر من البطن ولا يصادف اليرقان في هذا الشكل من سرطان المعشكلة كما لا تصاب الغدة بقصور الافراز الخارجي إلا عند إغارة الورم على بقية أقسام الغدة .

٤ً . ـ سرطان المعشكلة الشامل وهو شكل تنتهي به الاشكال الثلاثة

الآنفة الذكر وأعراضه هي اليرقان والألم الشديد والشعور بالورم القاسي بالجس والاصم بالقرع .

التشخيص . — يصعب تشخيص سرطان رأس المعشكلة في بدئه فيستعان بالتصوير الطبقي المعترض لكشف ثخانة الغدة ، وبتصوير المجاري الصفراوية والمرارة بطريق الوريد لكشف الاحتباس في القناة الجامعة .

ويسهل التشخيص متى ظهرت أعراض الانضغاط لاجتماع الأعراض الآتية : الهزال ، اليرقان ، الورم ، قصور الافراز الخارجي . ومع ذلك فتلتبس العلة بحصيات القناة الجامعة وبالتهاب المعشكلة المزمن غير ان تبدل اليرقان في هاتين العلتين وثباته وازدياده في السرطان كاف لتمييز هذه الامراض بعضها عن البعض الآخر . ويكشف التصوير الاشعاعي في هذا الدور توسع حلقة العفج وتطاول بصلته أما العفج ذاته فيظل سليما فهو لا يتسع ولا يضيق .



(الشكل - ٦٥)
الطريقتان المتبعتان في المفاغمة

واذا نبّب العفج فلا تستخرج الصفراء ولا الخمائر المعشكلية .

أما سرطان جسم المعشكلة فيلتبس بقرحة المعدة وسرطانها ولكن أعراض هذه العلل مختلفة ويكفي تصوير المعدة الاشعاعي لوضع التشخيص .

المعالجة . – جراحية بحتة وهي شافية وملطفة .

المعالجة الشافية . – تفيد المعالجة الشافية في سرطان رأس المعثكلة في بدء العلة وغايتها قطع رأس الغدة المصاب مع العنج ثم مفاغمة مابقي من المعثكلة والقناة الجامعة والمعدة بالصائم (بحسب طريقة سوبولت « R. Soupault ») (الشكل – ٦٥) .

كما تفيد هذه المعالجة الشافية أيضاً في سرطان جسم المعثكلة وذيلها وتقوم بقطع قسم المعثكلة الايسر المصاب بالورم مع الانتباه الشديد الى الوتين ووريد الباب وجذع الاوردة الطحالية .

المعالجة الملطفة . – أما المعالجة الملطفة فتجرى في حالة استيلاء الورم وترقي العلة : تفاغم المرارة بالمعدة في احتباس الصفراء تخفيفاً لليرقان والحكة المزعجة ؛ كما تفاغم المعدة بالصائم في انضغاط العنج وذلك بعد تهيئة المريض بالحيامين ك (K) وخلاصات الكبد والميتيل كبريتين (ماتيونين « méthionine »).

* * *

الباب السادس

أمراض المعدة والعفج الجراحية

الفصل الأول

آفات المعدة والعفج الجراحية

البحث الأوّل

رضوض المعدة والعفج

الاسباب . ــ ان رضوض المعدة والعفج نادرة لعمق هذين العضوين ولاختفاء القسم الاكبر منهما تحت قبة الحجاب واكثر مايتعرض منهما الغار والبواب وقطعة العفج الثالثة لاندفاع هذه الاقسام الى الامام ببرزة العمود الفقري .

والمعدة الممتلئة طعاماً والمعدة الواهنة المتسعة لضيق البواب تتعرضان للرضوض اكثر من المعدة السليمة الفارغة . ويقع التمزق عادة في الحدبة الكبيرة أو في الانحناء الصغير . وسبب الرض رفسة قدم ، اصطدام شديد بجمع الكف ، مجر عجلة ، الخ ...

التشريح المرضي . — تحدث الرضوض في المعدة والعفج آفاتٍ تشريحية تتبدل من القرت السطحي الصغير الخالي من الخطر الى التمزق التام الخطر الذي يعم الطبقات الثلاث : المصلية والعضلية والغشاء المخاطي ويمكّن محتوى هذين العضوين من الانصباب في جوف الصفاق العام . واذا أصاب العفج رض متوسط الشدة أفضى الى تمزق الغشاء المخاطي فقط ومنه تكوّن الانتفاخ تحت الصفاق والبقعة الحضراء وأحياناً الورم الدموي الذي قد يتحول الى مجمع قيحي .

وبما أن العفج ثابت بالقرب من العمود الفقري وجدرانه رقيقة فرضوضه أشد خطراً من رضوض المعدة .

ولاتصاب المعدة وحدها بالرض الا نادراً والغالب ان ترافقها آفات أخرى في الطحال والكبد والمعثكلة والقولون فينتج عن ذلك اشتراك النزف الباطن مع التهاب الصفاق الحاد مما يزيد الانذار سوءاً .

ومن الوجهة الامراضية فان مايحدث في المعدة والعفج من التمزق يكون غالباً بنتيجة الهرس ونادراً بنتيجة القلع (arrachement) والتفرقع (éclatement) .

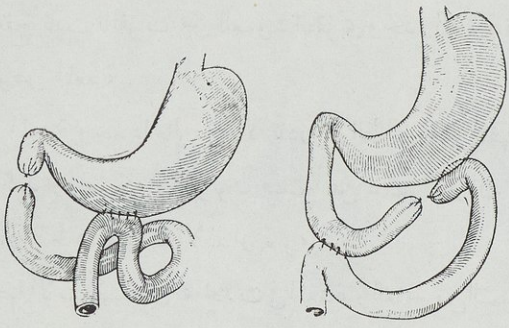
الاعراض والتشخيص . — لاتختلف أعراض تمزق المعدة والعفج التام عن أعراض تمزق بقية الاحشاء الجوف : فالبطن مؤلم وأشد الألم في الناحية الشرسوفية وهو متقفع تقفعاً خشبياً وساكن لايتنفس ويظهر التصوير الاشعاعي البسيط للبطن أهلة غازية فوق الكبد ناجمة عن الصفاق الهاوي .

أما في التمزقات الناقصة التي لاتصيب الا الغشاء المخاطي فقط فان العرض الوحيد الذي يؤكد اصابة المعدة هو القيء الدموي ولكن هذا العرض لايظهر في جميع الحالات فيظل التشخيص غامضاً .

وقد تظهر في مرضوض المعدة والعفج أعراض التسمم الخطر (من تغير سريع في السحنة وأقياء مستمرة ونبض ضعيف سريع) الذي يرجع سببه الى امتصاص سائل العفج المرتشح تحت الصفاق . ويموت المصاب عادة في خلال ٢٤ ساعة .

السير . – اذا اهملت تمزقات المعدة والعفج ولم يبكر في معالجتها مات المريض بالتهاب الصفاق الحاد المنتشر أو بالنزف الباطن الوافر حينما تشترك آفة المعدة مع آفة في الاعضاء الممتلئة (الطحال ، الكبد ، المعثكلة) .

المعالجة . – كلما بكر في التوسط الجراحي كان الأمل في شفاء المصاب اكبر : يخدر المريض تخديراً عاماً ويفتح البطن على الخط المتوسط ثم يستقصى



(الشكل – ٦٦)

معالجة انقطاع العفج التام

في اليمين ، انقطاع عروة العفج الرابعة : اغلقت النهايتان وفوغم العفج بالصائم

في اليسار ، انقطاع عروة العفج الثانية : اغلقت النهايتان وفوغمت المعدة بالصائم

(مينيكو)

وجها المعدة الأمامي والخلفي فالعفج فاذا ظهر تمزق خيط وطمر واذا كان العفج مقطوعاً قطعاً تاماً اغلقت النهايتان المقطوعتان وأجريت مفاغمة المعدة بالصائم أو العفج بالصائم بحسب موضع التمزق (الشكل – ٦٦) .

وقد يلاحظ الجراح ورماً دموياً صغيراً أو انتفاخاً تحت الصفاق أو بقعة خضراء في منطقة العفج فيكون ذلك دليلاً على تمزق بسيط في الوجه الخلفي من العفج فيجب التفتيش عنه وترميمه وفي هذه الحالة الأخيرة يستحسن مفاغمة المعدة بالصائم اذا خيف من تضيق العفج .

أما آفات الأحشاء الأخرى المرافقة لآفة المعدة والعفج فتعالج على النحو الذي ذكرناه في رضوض البطن .

وفي كل الحالات يفيد مص العفج المتواصل بعد العمل الجراحي في تحسين انذار هؤلاء المرضى ولاسيما اذا أشرك بنقل الدم واعطاء الصادات .

* * *

البحث الثاني

جروح المعدة والعفج

الأسباب . ـ أن جروح المعدة والعفج هي أكثر من رضوضها. وتحدث هذه الجروح بالسلاح الابيض (خنجر ، موسى ، رأس حربة الخ . .) كما تحدث بالمرامي النارية (مرمي مسدس أو بندقية أو شظية قذيفة) وجروح المرامي النارية هي الأكثر مصادفة ولها فوهتان متقابلتان (جرح ثاقب) أو فوهة واحدة (جرح أعور) والاصابة خطرة في كلتا الحالتين لانفراغ محتوى المعدة والعفج في جوف الصفاق العام . واذا أصاب الجرح أحد انحنائي المعدة أضيف خطر النزف الباطن الى التهاب الصفاق العام .

والجروح اما بطنية أو بطنية صدرية والجروح الأخيرة خطرة جداً لاصابتها أحشاء الصدر والبطن في آن واحد .

الاعراض والتشخيص . ـ هنالك عرض واحد اذا ظهر تأكدت اصابة المعدة وهو قيء الدم ولكنه لسوء الحظ لايلاحظ في جميع الحوادث وقديقيء الجريح المرمي الناري اذا كان جرح المعدة أعور وهذا العرض نادر جداً.

ويفيد سير المرمي واتجاه السلاح الأبيض في تعيين جروح المعدة والعفج كما يفيد التصوير الاشعاعي لكشف المرمي الناري الموجود في المعدة . وفي اكثر الحالات لاتشخص اصابة المعدة والعفج الا بفتح البطن الاستقصائي .

المعالجة . ـ جراحية وتقوم بفتح البطن أو البطن والصدر معاً (في الجروح الصدرية البطنية) واستقصاء الاحشاء المختلفة ، وفي المعدة يستقصى وجهها الأمامي ووجهها الخلفي بعد فتح ماساريقى القولون .

وتعالج هذه الجروح على النحو الذي ذكرناه سابقاً في جروح البطن .

الفصل الثاني

قروح المعدة والعفج

(Les ulcères gastro-duodénaux)

تتصف القرحة الحادة في المعدة والعفج بضياع مادي في الغشاء المخاطي فقط أما في القرحة المزمنة المدورة المسماة بقرحة كروفاليه (Cruveilhier) فلا يقتصر الضياع المادي على الغشاء المخاطي فقط بل يتعداه الى الطبقة العضلية تحته .

الاسباب . — إن هذه القروح كثيرة الحدوث وخاصة منها قرحة العفج وهي في الذكور أكثر منها في الاناث وتصادف في جميع الأعمار إلا أنها تظهر غالباً ما بين الثلاثين والخمسين من العمر ، وإذا ظهرت في الشيخ كان لا بد من وجود بعض الاضطرابات الهضمية في سوابقه . وهذه القروح نادرة في الشعوب المتأخرة في مضمار الحضارة لذلك تعتبر بحق علة الشعوب المتمدنة فهي تكثر في العرق الانكلو ـ ساكسوني وربما كان للنظام الغذائي الذي يتبعه هذا العرق الأثر الفعال في حدوث القرحة . وقد عدّ من الأسباب المؤهبة لحدوث القرحة كل ما يخرش مخاطية المعدة ويحدث التهاباً فيها كالافراط في التدخين وإدمان الكحول والإكثار من الأفاويه .

الامراض . — لايزال امراض القرحة يكتنفه بعض الغموض رغم كثرة النظريات التي ذكرت في تعليل حدوثها :

فالنظرية الأولى تقول بأن زيادة الحموضة المعدية تقوم بدور فعّال في امراض القرحة ويؤيد هذه النظرية كثرة حدوث القروح في الاماكن التي تلامسها العصارة الحامضة (المعدة، القطعة الاولى من العفج، في مكان مفاغمة المعدة بالصائم) كما يؤيدها شفاء هذه القروح بعد قطع العصب المبهم المضاعف (وهو العصب المفرز لعصارة المعدة) .

وتنسب النظرية الثانية تكون القرحة الى عَوَز الحموض الآمينية وخاصة الحمضين النسيجي (الهيستدين) نتيجة لسوء هضم الهيوليدات (les protides)

أما النظرية الثالثة وهي النظرية الحديثة فتقول بأن لمخاط المعدة فعلاً واقياً من القرحة فاذا طرأ تبدل على هذا المخاط انهضم غشاء المعدة المخاطي انهضاماً ذاتياً .

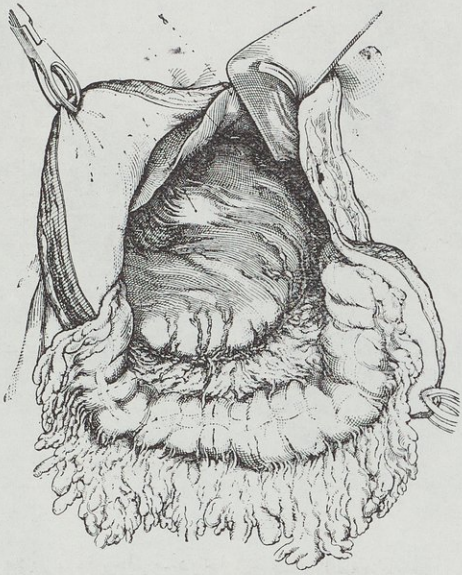
وأخيراً فان للوراثة نصيباً كبيراً في امراض القرحة فان كثرة القرحة في الاسرة الواحدة تختلف بحسب الاحصاآت من ٢٥ - ٤٥ ٪ وتبلغ بحسب الاستاذ لوفره (M. Levret)٤٧٪ وتبدو نسبة الوراثة في القروح قبل سن العشرين اكثر منها في قروح المسنين . وتفعل الوراثة بتكوينها في الغشاء المخاطي حالةً تسمى بالحالة ماقبل القرحة التي تؤهبه للانهضام الذاتي .

والراجح أن القرحة تحدث في الاناس المصابين بفقد التوازن في الجملة العصبية الانباتية من تأثير عصارة المعدة الحامضة في غشاءٍ مخاطي ضعفت حيويته لعوز في الحموض الآمينية (الهيستيدين) أو لتغير طرأ على مخاط المعدة الواقي أو لتشنج حدث في الطبقة العضلية بتنبه العصب المبهم ومن هنا نشأت المعالجة الجراحية الحديثة للقرحة وهي قطع العصب المبهم المضاعف (عملية دراغستيد « opération de Dragsted ») الذي يزيل التشنج من جهة وينقص افراز المعدة الحامض من جهة أخرى .

التشريح المرضي . - تصادف القرحة غالباً في المناطق الآتية : في انحناء المعدة الصغير وفي منطقة البواب وفي بصلة العفج وهي منفردة أو مزدوجة وقد تكون عديدة ويميز منها شكلان تشريحيان : القرحة الحديثة أو المخاطية

والقرحة القديمة أو الشثنية (ulcère calleux) .

فالقرحة الحديثة تظهر للعين بشكل ندبة نجمية (الشكل-٦٧) أو بشكل

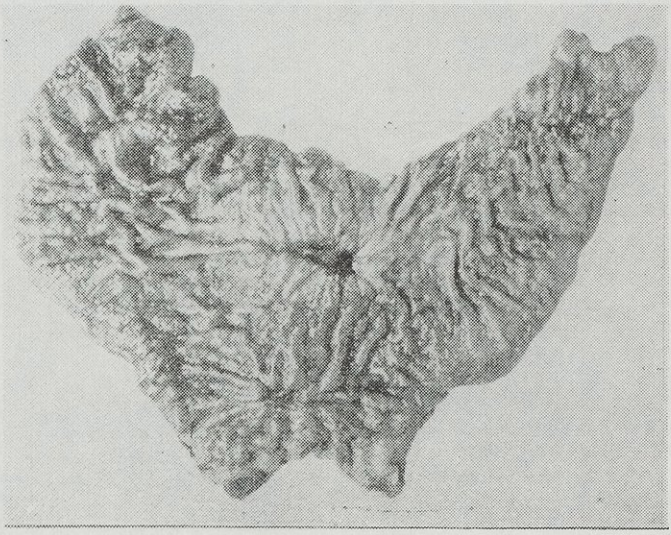


(الشكل - ٦٧)

قرحة الانحناء الصغير (عن بوشه)

منطقة صغيرة خزبة أو محتقنة وقد تبدو بشكل انخفاض قديحي يُرى من خلال جدران المعدة المدفوعة . واذا جست ناحية القرحة شعر بكثافة محدودة توافق الارتشاح الخزبي . واذا فتحت المعدة ونظر الى مكان القرحة من الداخل شوهد تقرح مدور صغير يتناول الغشاء المخاطي فقط (الشكل - ٦٨) يتبدل اتساعه من بضعة معشم . (في القرحة العفجية) الى العشم . الواحد أو أكثر (في قرحة المعدة) يحيط به ارتشاح خزبي ، وحافات هذا التقرح منتظمة كأنها قطعت بالمجوب ، قعره أملس شاحب اللون أو رمادي وأثناء الغشاء المخاطي

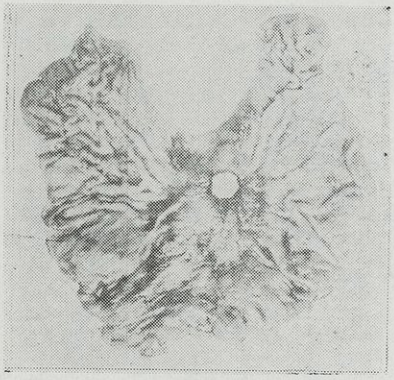
القريبة من القرحة بارزة تتجه لتجتمع في ناحية التقرح
أما القرحة الثنية فتمتاز بكونها اكثر اتساعاً من سابقتها (٢ - ٣ عشم)



(الشكل - ٦٨)
قرحة مزدوجة في انحناء الصغير المعدة (غوسه)

وهي لا تقتصر على الغشاء المخاطي فحسب بل تتعداه الى الطبقة العضلية حتى الى المصلية (القرحة المثقوبة) (الشكل - ٦٩) جدران المعدة حول هذا الشكل من القرحة صلبة منكمشة وهي تلتصق التصاقاً وثيقاً بالاعضاء المجاورة كالكبد والمعثكلة فيصعب تفريقها والحالة هذه عن السرطان بدون الرجوع الى الفحص النسيجي .

أما من الوجهة النسيجية فان



(الشكل - ٦٩)
قرحة ثنية مثقوبة في انحناء المعدة الصغير
(غوسه)

القرحة تتصف بضياع مادي سطحي في الغشاء المخاطي (القرحة الحادة) أو في الغشاء المخاطي والطبقة العضلية تحته (القرحة المزمنة) أو في الطبقات الثلاث : المخاطية والعضلية والمصلية (القرحة الثنية الثاقبة) . ويتألف قعر القرحة من طبقة ليفية قيحية تستر منطقة مختلفة الكثافة من النخر . ويظهر الغشاء المخاطي في حافات القرحة ملتهباً التهاباً ضخامياً أو ضمورياً بينما تبدو الطبقة العضلية متصلبة مرتشحة بالكريات البيض . وتكون العروق الدموية منسدة والضفيرة العصبية ملتهبة التهاباً مزمناً .

الاعراض . — تختلف العلامات السريرية والاشعاعية للقرحة باختلاف موقعها (في الانحناء الصغير ، قرب البواب أو في العفج) وباختلاف شكلها التشريحي (قرحة حديثة ، قرحة مزمنة ، قرحة ثاقبة) وباختلاف مايطرأ عليها من اختلاطات (نزف ، انثقاب) .

البدء . — يكون البدء خادعاً في أغلب الحالات فيتظاهر باضطرابات هضمية طفيفة لاتلبث أن تزداد فتتضح أعراض القرحة ، أو ان البدء يكون حاداً فتظهر العلامات الاشعاعية الوصفية للقرحة بمدة وجيزة لاتتعدى ثلاثة أسابيع . وقد يكون البدء كامناً فلا تظهر القرحة الا بعد أن يطرأ عليها اختلاط مفاجىء فلتشخيص القرحة لابد لنا من استجواب المريض استجواباً دقيقاً وفحصه فحصاً متقناً لكشف الامور التالية :

١ً . — **العلامات السريرية** : هي الألم والأقياء والنزف .

فالألم عرض بارز يشبهه المريض بحس المعص أو الاحتراق او الانفتال ، يستقر في الناحية الشرسوفية وينتشر على هيئة زنار حول حافة الأضلع أو يتشعع الى الظهر كأنه دسار وشدة هذا الألم مختلفة من حس الانزعاج البسيط الى الألم الرامح الشديد الذي لايهدأ الا بانعطاف المريض او بضغطه لناحية الشرسوف ، ولهذا الألم علاقة بالطعام فهو يبكر في الظهور كلما كان مقر القرحة عالياً وعلى هذا فان ألم قرحة الانحناء الصغير يظهر بعد ساعتين من الطعام وألم قرحة البواب يأخذ المريض بعد ٣ـ٤

ساعات بينما لا يظهر الألم في قرحة العفج إلا بعد ٥ - ٦ ساعات من أخذ الطعام . ويهدأ هذا الألم عادة بتناول الطعام أو القلويات . وألم القرحة يمتاز عن ألم بقية العلل بكونه يأتي نوباً تستمر عدة أسابيع أو عدة أشهر تتخللها فترات من التحسن يظن معها بشفاء القرحة .

والعلامة السريزية الثانية هي القيء وهي علامة ليست ثابتة كالألم فهي نادرة في القرحات غير المعرقلة وإذا صودفت دلت على تشنج البواب أو على وجود آفة عضوية فيه ، وهي في قرحة المعدة اكثر منها في قرحة العفج وصفات هذه الاقياء مختلفة فهي إما صافية خائطة زائدة الحموضة أو انها تتصف بالقيء الركودي (أقياء وافرة نتنة الرائحة تكشف فيها بعض المواد الغذائية التي تناولها المريض منذ يومين او ثلاثة ايام) .

وأخيراً فإن النزف لا يعد عرضاً من أعراض القرحة بل هو في الحقيقة اختلاط يطرأ عليها ، وهذا النزف إما أن يبدو مع القيء فيكون منشأه من قرحة المعدة أو ينفرغ مع الغائط بعد أن يصبح لونه أسود بتأثير عصارات الهضم (الدم المهضوم) ويكون سببه قرحة العفج وقد يكون النزف خفياً يتطلب كشفه فحص الغائط كيمياوياً (تفاعل ويبرومايير « réaction de Weber et de Mayer ») .

٢ً . ـ **الحالة العامة** : ينحل المريض في اثناء النوب الألمية وسبب هذا النحول امتناعه عن الطعام (رغم بقاء شهيته للطعام جيدة) أما في فترات الألم فإن المريض يستعيد وزنه ونشاطه .

٣ً . ـ **اضطرابات افراز المعدة** : تلاحظ في القرحة التي يرافقها تفاعل في البواب وهو إما ازدياد في مفرز المعدة ويعرف بالتنبيب وإذا ظهر على الريق دل على ركود معدي ، أو زيادة في الحموضة المعدية ، ويقال عن عصارة المعدة أنها زائدة الحموضة متى زاد حامض كلور الماء الحر فيها عن ٢ ٪ .

٤ً . ـ **الفحص الاشعاعي** : يتم بتنظير المعدة ثم بتصويرها الاشعاعي

المتسلسل وذلك بعد تجريع المريض مادة ظليلة فيستخلص من ذلك نوعان من العلامات : علامات مباشرة تظهر تبدلات جدار المعدة بحذاء الآفة وعلامات معتنفة تبين حركة المعدة وانفراغها وليس لهذه العلامات من قيمة إلا إذا ظهرت في صور إشعاعية عديدة فضلاً عن أن هذه العلامات تظهر في اثناء الهجمات وتزول بهجوع الآلام .

ويفيد تنظير باطن المعدة في تعيين شكل القرحة وعددها وموقعها، كما يفيد فحص الدم في كشف فاقة الدم ودرجة الالتهاب .

السير . — تتصف قرحة المعدة والعفج بنوب ألم دورية تقطعها فترات من هدوء تام ويستمر هذا السير عدة سنوات فإذا لم يقطع هذا السير اختلاط حاد (نزف أو انثقاب) ولم ينسد البواب فإن القرحة تؤدي إلى التصاق المعدة بالاعضاء المجاورة فإلى استمرار الآلام .

أما الحالة العامة فتسوء بسبب استمرار الآلام والنزف الخفي والامتناع عن الطعام فإذا لم يعالج المريض انتهى به الأمر إلى الخرض .

وقد تصاب القرحة بهجمة التهابية يكون العامل فيها المكورات العقدية وتعرف هذه الهجمة سريرياً بشدة الآلام وارتفاع الحرارة وتنتهي إما بأحد الاختلاطات (نزف أو انثقاب) أو بالتهاب ما حول المعدة .

حؤول قرحة المعدة السرطاني . — اختلف في كثرة حدوثه ويرجع سبب ذلك إلى صعوبة تمييز القرحة الشئنية عن السرطان بالعين المجردة. ويعرف هذا الحؤول سريرياً بسوء حالة المريض العامة السريع وبنقص شهيته للطعام وبتبدل صفة الآلام كما تعرف إشعاعياً بازدياد حجم عش القرحة بسرعة وبتبدل حافاتها حيث تصبح غير منتظمة وفيها بعض الفجوات الصغيرة . أما الاثناء المخاطية المجاورة للقرحة فضخمة وقد تكون مقطوعة .

الأشكال السريرية . — تختلف الأشكال السريرية بحسب مقر القرحة وتميز منها الأشكال الآتية :

١ً . ـ **قرحة الانحناء الصغير** : وهي أقل مصادفة من قرحتي البواب والعفج وتستقر في أية نقطة من الانحناء الصغير ولكنها تكثر في قسمه المتوسط وهي نوعان :

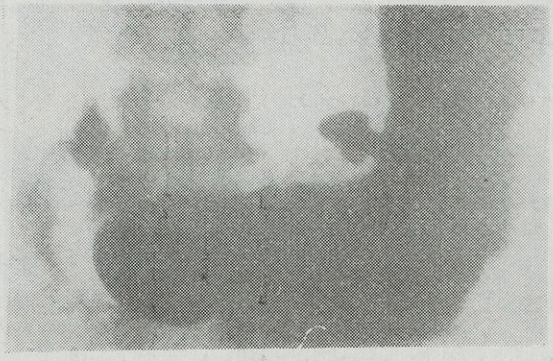
أ . ـ قرحة بسيطة تبدو على المصلية بشكل بقعة نجمية مبيضة تخزب الثرب الصغير في جوارها كما تضخم العقد اللنفاوية ، وتمتاز سريرياً بشدة آلامها التي تنتشر إلى اليسار والقطن وبظهور هذه الآلام بعد الطعام بساعة إلى ساعتين ، الأقياء فيها نادرة ، وتصادف الاقياء الدموية في هذه القرحة اكثر منها في غيرها من القرحات . أما إشعاعياً فتُظهر الصور الاشعاعية المتسلسلة العشَ القرحي الدال عليها بشكل عش معنق في أعلاه فقاعة هواء وتكون سوية الباريت فيه انفية أو أنها تعلو بشكل طبقة من سائل ركودي (الشكل - ٧٠) (عش هودك «Haudeck») أو يظهر بشكل مخروطي (الشكل - ٧١) أو بشكل انحناء مدور وإذا لم يظهر العش القرحي دلّ على القرحة بعض العلامات المباشرة (استقامة الانحناء الصغير ، تحمّل مستقر في قسم من هذا الانحناء) أو المعتنفة (فرضة تشنجية في الانحناء الكبير تقابل القرحة ، سرعة انفراغ المعدة) (الشكل - ٧٢) . وإذا كانت المعدة فارغة ظهرت أثناء الغشاء المخاطي متجهة نحو عش القرحة الحاوي ثفالة من المادة الظليلة (البقعة المعلقة) .



(الشكل - ٧٠)
عش هودك وترى فيه سوية الباريت الانفية التي تعلوها فقاعة هواء

وليس لهذه العلامات الاشعاعية من قيمة إلا إذا ظهرت في عدة صور اشعاعية وفي فحوص عديدة .

ب . — قرحة ثنية : تبدو بشكل كتلة ليفية التهابية ينكمش الثرب الصغير في حذائها وتلتصق بالكبد أو بالمعشكلة وتمتاز سريرياً بآلام حادة مستمرة



(الشكل — ٧١)
قرحة كبيرة مخروطية الشكل في انحناء المعدة الصغير

تشتد بعد الطعام لاتهدأ بالقلويات ولا بمضادات التشنج قد يرافقها تناذر تخرش العصب المبهم (آلام في اثناء البلع، سيلان لعاب، ابطاء نبض، ازدياد المنعكس العيني القلبي) . وإذا ظهرت الأقياء دلت على تشنج في البواب وفي هذه القرحة يظهر عش هودك واضحاً .



(الشكل — ٧٢)
قرحة انحناء المعدة الصغير
١ — فرضة تشنجية في انحناء المعدة الكبير تقابل القرحة .
٢ — استقامة الانحناء الصغير
٣ - عش هودك
(لودو - لوبار)

سير قرحة الانحناء الصغير . — تسير هذه القرحة سيراً بطيئاً وتنتهي بالانثقاب (التهاب الصفاق الحاد المنتشر أو خراج تحت الحجاب)، أو بتقرح الشريان الاكليلي المعدي أو الشريان الطحالي وما ينجم عن هذا التقرح من نزف صاعق يميت غالباً ، أو تنتهي بالحؤول السرطاني وهو كثير الحدوث في قرحة الانحناء الصغير . وهذه القرحة هي السبب المألوف في تضيقات منتصف المعدة (المعدة المزدوجة المسكن) .

٢ً ـ **قرحة البواب** : كثيرة المصادفة ، تستقر غالباً على الوجه الأمامي ويصاحبها ضيق تشنجي في صارة البواب ، إذا كانت القرحة حديثة ، أو ضيق عضوي إذا كانت شثنية وحوّولها السرطاني كثير الحدوث . وتتصف هذه القرحة سريرياً بالتناذر البوابي المنسوب إلى هارتمن وسوبولت (الآلام المتأخرة والركود الطعامي). فالآلام تنتاب المريض بعد تناوله الطعام بثلاث إلى اربع ساعات وتستقر إلى يمين الخط المتوسط قليلاً وتنتشر إلى اليمين وإلى ظهر المريض وتهدأ عادة بتناول الطعام أو القلويات .

أما الركود الطعامي فينجم عن ضيق البواب ويكون الضيق تشنجياً في بادىء الأمر ويوافق ما كان يسمى في القديم بتناذر رايشمان (syndrome de Reichmann) مع أقياء حامضة وافرة المقدار قد يرافقها مقدار قليل من الدم الأحمر المختلط بالمواد الطعامية الدقيقة أو يكون الضيق عضوياً فينجم عن القرحة الشثنية أو عن خزب الغشاء المخاطي المحيط بالقرحة البسيطة .

وإذا لم ترافق الأقياء هذا الضيق أمكن معرفة الركود المعدي بتنبيب المعدة على الريق واستخراج سائلٍ فيه بعض الفضلات الطعامية .

وتعرف قرحة البواب إشعاعياً بالعش الصغير الذي يظهر في عدة صور ، وبصلابة حافة قناة البواب واستقامتها مع اندفاعها نحو اليسار وبتأخر انفراغ المعدة .

٣ً ـ **القرحة المجاورة لفؤاد المعدة** : قرحة نادرة أعراضها قريبة من أعراض قرحة الانحناء الصغير ولكنها قد تتصف بأعراض علل المريء من عسر البلع وسيلان اللعاب بدون أن يرافق ذلك فرط الحموضة .

ومن الصعب كشف هذه القرحة إشعاعياً فلا بدّ لاظهارها من جعل المريض في وضع الاستلقاء أو وضع تراندلنبورغ ، وهو الافضل ، فتظهر القرحة عندئذ بشكل عش حدوده غير منتظمة فيه فقاعة هواء .

٤ً ـ **قرحة وجهي المعدة** : قرحة نادرة أيضاً أعراضها شبيهة

بأعراض القرحات السابقة واذا وجدت في وجه المعدة الخلفي التصقت بالمعشكلة واتصفت بالآلام المبرحة من النمط الشمسي .

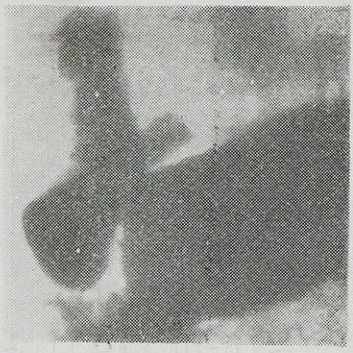
ولا تظهر هذه القرحات إشعاعياً إلا بالتصوير المائل أو الجانبي وبعد ضغط المعدة فتبدو عندئذ (بعد انفراغ المعدة) بشكل بقعة معلقة تتجه نحوها أثناء الغشاء المخاطي .

٥ً .— **قرحة العفج** : هي قرحة مدورة صغيرة تستقر في بصلة العفج وغالباً في أحد وجهيها (الأمامي أو الخلفي) . قد تكون قرحة العفج مفردة ولكنها على الأكثر مضاعفة الواحدة تقابل الثانية وقرحة الوجه الأمامي يصاحبها التهاب ما حول العفج وتتعرض للاختلاطات (النزف والانثقاب) اكثر من قرحة الوجه الخلفي التي تنقلب غالباً قرحة شثنية تلتصق بالمعشكلة . وقرحة العفج ، على عكس قرحة المعدة ، لا تصاب بالحؤول السرطاني إلا نادراً جداً .

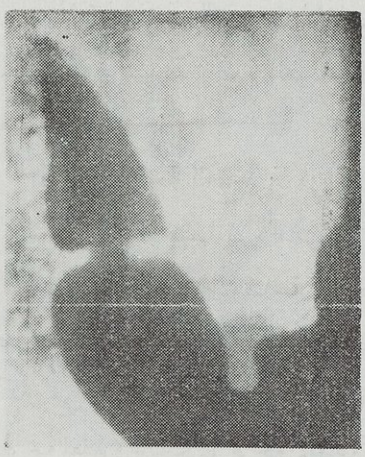
تعرف هذه القرحة سريرياً بالآلام الدورية المتأخرة (التي تحدث بعد ٥ — ٦ ساعات من الطعام) وتهدأ بتناول الطعام أكثر من هدوئها بالقلويات لذلك تسمى بآلام الجوع يرافقها دائماً فرط في حموضة المعدة وقد يرافقها تناذر بوابي إذا كانت قريبة من صارة البواب .

ويلجأ في تشخيص هذه القرحة الى التنظير الإشعاعي ثم إلى أخذ الصور الاشعاعية المتسلسلة وبواسطتها يكشف تشوه البصلة (الشكل — ٧٣) (للبصلة الطبيعية شكل مثلث « الشكل — ٧٤ » يحدها في الأسفل حافة البواب وفي العالي الانحناء الصغير وفي اليمين الانحناء الكبير ، فاذا تبدل هذا الشكل دل على قرحة عفجية) فقرحة حافة البصلة تعرف بظهور عش صغير في الإنحناء الصغير ترافقه صلابة موضعة في هذا الانحناء وفرضة تشنجية في انحناء البصلة الكبير مع ظهور رتج بالقرب من القرحة ، ويختلف هذا التشوه بحسب ما يرافقه أو ما لا يرافقه من التهاب حول العفج . أما قرحة وجه البصلة فتبدو بشكل بقعة معلقة بعد انفراغ البصلة .

ويلاحظ في جميع الحالات بالإضافة إلى تشوه البصلة الآنف الذكر سرعة انفراغ المعدة وانجرار البواب نحو اليمين بسبب الالتصاقات .



(الشكل – ٧٣)
بصلة مشوهة



(الشكل – ٧٤)
بصلة طبيعية
(لودو – لوبار)

التشخيص . – يسهل تشخيص قرحة المعدة والعفج إذا استجوب المريض استجواباً دقيقاً وكانت أعراض هـذه القرحة واضحة فآلام القرحـة تتصف ببعض الصفات التي تميزها عن آلام بقية علل البطن فهي :

١ً . – تأتي بشكل نوب دورية في فصلي الربيع والخريف تتخللها فترات من التحسن قد تستمر عدة أشهر يتمتع المريض فيها بكامل صحته .

٢ً . – تحدث بعد الطعام بمدة تختلف بحسب مقر القرحة (ساعتين في قرحة الانحناء الصغير ، ٣–٤ ساعات في قرحة البواب ، ٥–٦ ساعات في قرحة العفج) .

٣ً . – يختلف مقر هذه الآلام باختلاف مقر القرحة فهي شرسوفية إلى يسار الخط المتوسط وتنتشر إلى الظهر والقطن في قرحة الانحناء الصغير ، وهي شرسوفية وإلى يمين الخط المتوسط قليلا وتنتشر الى الظهر في قرحة البواب ، أما آلام قرحة

العفج فتستقر في يمين الخط المتوسط وتشعع إلى القطن.

٤ً. ـ لا تهدأ آلام قرحة الانحناء الصغير بتناول الأطعمة والقلويات على العكس من آلام قرحة البواب التي تهدأ بهما. أما آلام قرحة العفج فتهيج بتناول الأطعمة أكثر من سكونها بأخذ القلويات.

ولا تظهر الأقياء غالباً إلا في القرحة المزمنة القريبة من البواب وتدل على تشوش في انفراغ المعدة وهي أقياء ركودية وافرة شديدة الحموضة.

ثم إن قيء الدم الذي يصادف في ربع الحوادث تقريباً سببه القرحة الشثنية في الانحناء الصغير وهو قيء أحمر وافر المقدار قد يكون صاعقاً فيقضي على المريض.

أما الفحص الإشعاعي فيكشف العش القرحي في قرحة المعدة وتشوه البصلة في قرحة العفج وغير ذلك من العلامات الاشعاعية التي أتينا على ذكرها.

وأخيراً فإن تنظير باطن المعدة (لرؤية القرحة) وتنبيب المعدة (لكشف ازدياد حمض كلور الماء الحر) يفيدان في تشخيص القرحة المعدية.

بهذه الأعراض تعرف القرحة ومع ذلك فهي تلتبس بعدة أمراض بطنية:

١ً. ـ بالتهاب المرارة سواءً أكان هذا الالتهاب حصوياً أو غير حصوي ولكن آلام هذه العلة ـ التي تستقر في اليمين عند تقاطع الحافة الوحشية لعضلة البطن المستقيمة الكبيرة مع حافة الأضلع (النقطة المرارية) ـ لا تستمر طويلاً وهي تتشعع إلى المنكب الأيمن على عكس ما نراه في آلام القرحة.

٢ً. ـ بالتهاب المعثكلة الحاد إذا كانت آلام قرحة المعدة شديدة ولكن أعراض كل من العلتين مختلف فضلاً عن أن سوابق المريض بالتهاب المعثكلة تدل على إصابته بآفة صفراوية وهذا ما لا يرى في قرحة المعدة.

٣ً. ـ بالتهاب الزائدة المزمن الذي يرافقه في اكثر الأحيان تظاهرات انعكاسية بعيدة: من آلام شرسوفية وتشنج في البواب ولكن أشد الألم يقع في منتصف الخط الممتد من الشوك الحرقفي الأمامي العلوي الأيمن إلى السرة (نقطة ماك بورني).

٤ً . ـ وتلتبس القرحة الشئنية بالسرطان والتفريق بينهما يسهل إذ يصادف سرطان المعدة في المسنين وآلامه اخفُّ من آلام القرحة وهي آلام مستمرة غير متقطعة فضلاً عن أن تصوير المعدة الاشعاعي يكشف عش هودك في القرحة والفجوة في السرطان وإذا أشكل الأمر لجيء إلى فتح البطن الاستقصائي .

المعالجة . ـ دوائية وجراحية :

١ً . ـ **المعالجة الدوائية** : تفيد في شفاء ٨٥ ٪ من قرحات العفج و ٥٠٪ من قرحات المعدة تقريباً وقوام هذه المعالجة الحمية الغذائية الخاصة واستعمال مضادات الحموضة ومضادات التشنج والمواد التي تفعل في ندب القرحة :

أ . ـ الحمية الغذائية الخاصة : هي الأساس في شفاء القرحة : ففي معالجة القرحة المزمنة يسمح للمريض بتناول خمس إلى ست وجبات من طعام قليل المقدار خالٍ من المآكل والمواد المخرشة لغشاء المعدة المخاطي (الأطعمة المالحة والحرّيفة والاشربة الروحية والتبغ) وبذلك يتحاشى عن اتساع المعدة من جهة وازدياد مفرزها الحامض من جهة ثانية .

أما في دور نشاط القرحة فيوصى المريض بالراحة التامة في السرير لمدة شهر تقريباً وباتباع الحمية اللبنية المجزأة لمدة ٥ ـ ٨ أيام على الأقل (كأس لبن فاتر أو بارد، مع سكر أو بدونه، في كل نصف ساعة) ثم يسمح له تدريجياً بتناول المرق فالحساء فالبيض فاللحم الخالي من الدهن فالبسكوت الخ ....

ب . ـ مضادات الحموضة : كثيرة نذكر منها مركبات الصود (ثاني فحمات الصودا) والكلس (فحمات الكلس) والمغنيزيا (اكسيد المغنزيوم وصوّانات المغنيزيوم الثلاثي) والألومينيوم (هيدروكسيد الألومينيوم) .

جـ . ـ مضادات التشنج : الاتروبين والبلادون وقد قل استعمالهما في الوقت الحاضر بالنظر لإحداثهما امراعاً في القلب وجفافاً شديداً في اللسان واستعيض عنهما بأدوية تركيبية أخرى دعيت بمضادات منشط الكولين (anticholinergique)

كالأنترينيل (Antrenyl) والبروبانتين (pro-Banthine) والترال (Tral) وخلافها ...

د . ـ المواد التي تفعل في ندب القرحة : الغضارين (kaolin) ومركبات البزموت (تحت نترات البزموت أو فحمات البزموت المعتدلة) .

وقد يفيد استعمال الصدمة في معالجة الهجمات الالتهابية التي تطرأ على القرحة وما حولها وتقوم بحقن الهيولينات في الوريد وقد أفادت في بعض الحالات ولكن فائدتها كانت موقتة .

وما قيل في المعالجة بالصدمة يقال أيضاً في المعالجة بحقن الهيستيدين والتشريب الحشوي إذ أن الفائدة التي تجنى من استعمالها لا تطول .

كما أن لقح السخد (implant placentaire) الذي ثبتت فائدته في ندب القروح الدوالية يفيد أيضاً في ندب القروح المعدية والعفجية . وقد استعملنا هذه الطريقة في عدد من المرضى فكانت النتيجة حسنة . وطريقته غرز اللقح تحت جلد البطن بعد إجراء شق صغير فيه في كل اسبوعين على ان يعاد الغرز ٣ ـ ٥ مرات .

٢ً . ـ **المعالجة الجراحية** : يلجأ إلى الجراحة في معالجة القرحات المعندة على المعالجة الدوائية (القروح التي لم تتحسن بصراحة خلال ٣ ـ ٤ أسابيع ولم تشف شفاء سريرياً وإشعاعياً خلال ٥٠ ـ ٦٠ يوماً) والقرحات المعرقلة (بضيق تشنجي أو عضوي في صارة البواب « قرحة البواب » أو بضيق في منتصف المعدة « المعدة المزدوجة المسكن في قرحة الانحناء الصغير » أو بحؤول سرطاني) والقرحات المؤلمة (التي أصبح ألمها إما شديداً جداً لا تهدئه المسكنات أو مستمراً مزعجاً) وأخيراً القرحات النازفة (سواءً أكان النزف وافراً أو كان قليل المقدار ولكن تكراره قد أدّى إلى فاقة الدم) .

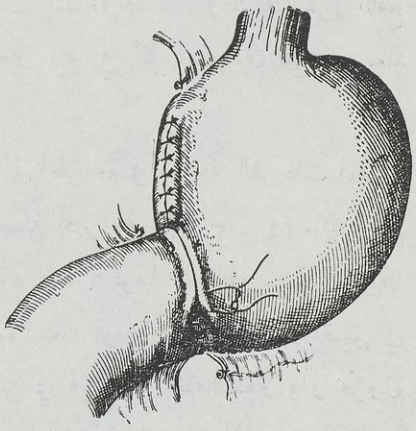
وبعد أن يقرر التوسط الجراحي يهيأ المريض بدقة فتعالج أسنانه النخرة ، يفحص قلبه ورئتاه ، تعد كرياته الحمر والبيض ، تعاير بولة دمه وأخيراً يحلل

بوله لمعرفة وظيفة جهازه البولي ثم تحضر له كمية كافية من الدم لتنقل له قبل التوسط الجراحي وفي اثنائه وبعده .

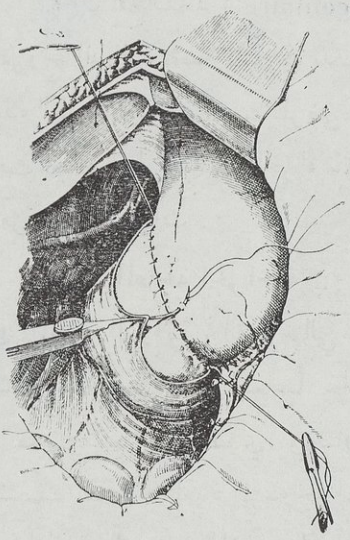
أما التوسط الجراحي فلا يجرى إلا إذا كانت صحة المريض حسنة ولم يكن متألماً أو مصاباً ببؤرة قيحية في أية ناحية من جسده (الأسنان ، اللوزتين ، الجيوب ، الزائدة ، المرارة) .

وتلخص الطرائق الجراحية المستعملة في معالجة قرحة المعدة والعفج بما يأتي :

١ . — بت المعدة القسمي (gastrectomie subtotale) وفيه يتناول القطع ثلثي المعدة او ثلاثة ارباعها . ومن مميزات هذه الطريقة انها تقطع من



(الشكل - ٧٥)
عملية بيان (مفاغمة المعدة بالعفج)

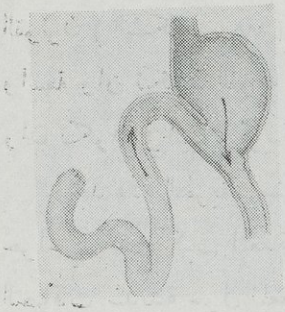


(الشكل - ٧٦)
عملية بوليا

(عن كينو)

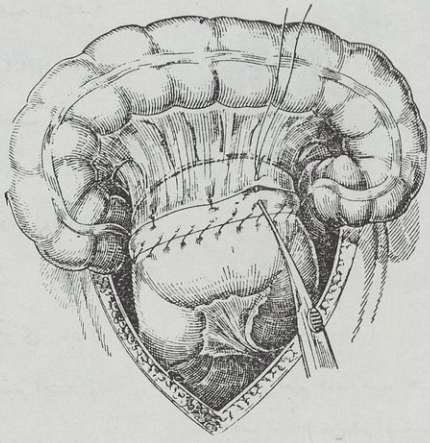
المعدة قسمها المفرز للحامض ، اما القرحة ذاتها فإذا كانت بوابية او في الانحناء

الصغير فتقطع مع القسم المستأصل من المعدة، اذا كانت عفجية وبعيدة عن البواب وكان في قطعها خطر يفضل تركها واجراء القطع فوقها، ثم يفاغم مقطع المعدة بالعفج (الشكل – ٧٥) إذا كان هذا حراً وسهل تقريبه من مقطع المعدة (عملية بيان « Péan ») او تفاغم القطعة الاولى من الصائم مع كامل مقطع المعدة (الشكل – ٧٦) (عملية بوليا « Polya ») او مع قسم منه (الشكل – ٧٧) (عملية فينسترر « Finsterer »).



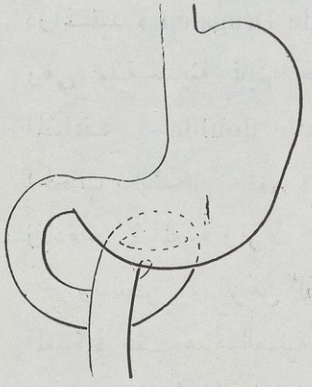
(الشكل – ٧٧) عملية فينسترر

٢ً .– بت المعدة التام (gastrectomie totale) يجرى في القرحة



(الشكل – ٧٨)

مفاغمة المعدة بالصائم عبر رباط القولون (كينو)



(الشكل — ٧٩)

مفاغمة المعده بالصائم ومنها ترى فوهة المفاغمة الواسعة القريبة من البواب والانحناء الكبير (غوسه)

الشثنية التي يصاحبها ارتشاح شديد في طبقات المعدة فتقطع المعدة جميعها بما فيها الفؤاد ثم تفاغم نهاية المريء السفلية بقطعة الصائم الاولى .

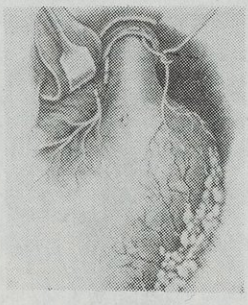
٣ . — مفاغمة المعدة بالامعاء (gastro - entérostomie) هي عملية سهلة قليلة الخطر يفاغم فيها وجه المعدة الخلفي بقطعة الصائم الاولى خلال رباط القولون (الشكل — ٧٨) ولكي تكون هذه المفاغمة جيدة يجب أن تكون واسعة وان تكون الفوهة المحدثة في المعدة قريبة من البواب والانحناء الكبير وان تكون في الصائم قريبة من الزاوية العفجية الصائمية (الشكل — ٧٩) .

وتجد هذه الطريقة استطباباً في من لا تسمح حالتهم العامة بإجراء توسط جراحي كبير كبت المعدة كما في المسنين ويفضل اجراؤها أيضاً متى كانت التصاقات شديدة حول المعدة والعفج .

ومن محاذيرها انها تُبقي على الحموضة المعدية وتعرض لحدوث قرحة جديدة في مكان المفاغمة .

٤ . — عملية خزع المبهم المضاعف (عملية دراغستيد « opération de Dragsted ») وهي عملية حديثة غايتها خزع العصب المبهم المضاعف (vagotomie double) تحت الحجاب (الشكل — ٨٠) أو فوقه لمعالجة زيادة حركة المعدة وفرط حموضتها .

وبالنظر الى الوهن الذي يعتري عضلة المعدة في عقب هذه العملية يفضل اشراكها بمفاغمة المعدة بالصائم دفعاً لهذا المحذور .



(الشكل — ٨٠)

خزع العصب المبهم المضاعف تحت الحجاب (عن دراغستيد)

* * *

الفصل الثالث

اختلاطات قروح المعدة والعفج

هي النزوف والانثقاب ، أما ضيق البواب فهو تناذر يصادف كاختلاط لقرحة البواب والعفج كما يصادف في علل أخرى عديدة .

البحث الأوّل

النزوف

رأينا حين الكلام عن أعراض قرحة المعدة والعفج أن النزف يعد عرضاً من أعراض هذه القرحة ويصادف في ربع الحوادث تقريباً ، وهو نزف قليل المقدار ولكنه متكرر وقد يؤثر في حالة المريض العامة . أما النزف الذي يعد كاختلاط لقرحة المعدة والعفج فهو النزف الوافر الذي ينجم عنه فاقة دم خطرة ويستدعي المعالجة الدقيقة السريعة .

الاسباب . — ان قرحة العفج وقرحة الانحناء الصغير هما اكثر القروح تعرضاً للنزف ، ويبدو النزف اما بالقيء أو بالتغوط الدموي أو بالاثنين معاً . ويظهر هذا الاختلاط بنسبة ٢٠ — ٢٥ ٪ من قروح المعدة والعفج .

التشريح المرضي . — ينشأ النزف من الغشاء المخاطي ويكون سببه التهاب المعدة والعفج حول القرحة حيث يبدو الغشاء المخاطي خزباً محتقناً اذا اوعية متسعة وينزف من نقاط عديدة وهو نزف قليل المقدار على شكل نزّ (suintement) ولكنه يستعصي على المعالجة الدوائية (الراحة ، الحمية المطلقة ، نقل الدم ،

المرقئات) ويتطلب بت المعدة ، وهـذا ما يصادف في القرحة الحديثة اللينة القليلة الالتصاق بالاعضاء المجاورة والتي تبدو بشكل ندبة على سطح المعدة ، ولكن النزف ينشأ غالباً من سحج وعـائي (érosion vasculaire) ينجم عن تقرح الوعاء بالالتهاب اكثر من إصابته بالانهضام ، والوعاء المصاب هو الشريان الاكليلي المعدي او الشريان البوابي او احد فروعهما وقد يكون شريانـاً مجاوراً كالشريان الطحالي والشريان المعدي العفجي ، وتكون القرحة في هذه الحالة ثنائية ثاقبة ملتصقة بالاعضاء المجاورة (المعشـكلة ، الثرب الصغير) وتستقر في الوجه الخلفي من الانحناء الصغير او العفج .

ونزف القرحة الثاقبة خطر على الرغم من حصول الارقاء العفوي في بعض الحالات لأن العلقة الدموية المتكونة هشة وسرعان ما تهضمها عصارة المعدة فيظهر النزف ثانية مهدداً حياة المريض .

الأعراض . — قد يظهر النزف في امرىء لم يسبق ان اشتكى من اضطرابات هضمية ولكنه يبدو غالباً في مريض يعـالج منذ فترة طويلة لاصابته بقرحة معدية أو عفجية اثبتتها الصور الإشعاعية المكررة . ويسبق النزف الهضمي عادة بعض الأمارات كالشحوب وطنين الاذنين والعرق البـارد وأحياناً الغشي واسراع النبض وقد يرافق ذلك آلام شرسوفية مع حس امتلاء في المعـدة وارتفاع في الحرارة ، ثم يظهر النزف بالقيء الدموي (إذا كان منشأه المعدة) أو بالتغوط الدموي (إذا كان سببه قرحة العفج) وقد يظهر في الاثنين معاً .

فالقيء الدموي أحمر اللون غالباً ولكنه قد يظهر بشكل علقات مسودة إذا تأخر الدم في المعدة ، ويظهر صرفاً أو مختلطاً بالمواد الطعامية وبمخـاط المعدة . ويختلف مقدار الدم النازف فقد يكون قليل المقدار أو وافراً يجاوز مقداره الليتر ويرافقه عـادة تغوط دموي أسود يظهر بعد عدة أيام من القيء الدموي .

ولا يظهر التغوط الدموي للعيان إلا بعد عدة أيام من نزف القرحة وخاصة

قرحة العفج ولكن يدل على النزف بعض أعراض النزف الباطن كالشحوب وضعف النبض وتسلقه وهبوط الضغط الشرياني ثم يبدو في المريض بعض القولنجات ويتغوط بعدها غائطاً مسوداً كالقطران سببه انهضام الدم النازف . ويختلف تأثير النزف في المريض باختلاف مقدار الدم النازف وباختلاف مدة النزف : فالنزف الصاعق يميت ، والمريض الذي يقيء مقداراً وافراً من الدم يصاب بالضجر وينهار ضغطه بسرعة ويصبح نبضه غير مشعور به ثم يفقد وعيه ويموت في خلال عدة ساعات ؛ أما إذا نزفت القرحة لمرة واحدة وكان مقدار الدم النازف معتدل الكمية فإن المريض يستعيد نشاطه وقوته بعد عدة أيام من المعالجة الدوائية (الراحة التامة في السرير ، الحمية المطلقة ، نقل الدم ، المرقئات) وقد ترتفع حرارة المريض ويسرع نبضه ويصاب بلون يرقاني خفيف فيكون سبب ذلك امتصاص الدم النازف في المعي .

وأخيراً فإن النزوف المتكررة تعرف بعودة النزف (بالقيء الدموي أو بالتغوط الدموي) أو ينم عليها بعض علامات فاقة الدم (شحوب الاغطية ، الشعور بالعطش ، هبوط الضغط الشرياني ، اسراع القلب) . وانذار هـذه النزوف تابع لكمية النزف ومدته كما هو تابع للفترة الفاصلة بين النزفين فإذا لم يدم النزف طويلاً وكان قليل المقدار ولم يعاود المريض إلا بعد عدة أيام كان انذاره حسناً وأمكن شفاء المريض بالمعالجة ونقل الدم ، وعلى العكس من ذلك فإن النزف الوافر المقدار الذي يستمر طويلاً ويعاود المريض بعد فترة قصيرة يقضي عليه رغم كل ما يجرى له من اسعافات .

التشخيص . — من السهل تمييز قيء الدم عن الرعاف وعن نفث الدم كما أنه يسهل التمييز في التغوط الدموي بين الدم الأسود المهضوم ذي المنشأ العلوي وبين الدم الأحمر ذي المنشأ المستقيمي أو الشرجي . وبعد أن يعرف ان منشأ الدم هو القسم العلوي من الانبوب الهضمي (المعدة أو العفج) تجب معرفة أن سبب الدم هو قرحة معدية أو عفجية نازفة ويعرف هذا من سوابق

المريض القرحية ، وإذا لم يُذكر شيء في هذه السوابق يجب فحص المريض بصورة دقيقة لنفي الأمراض المتصفة بالنزف الهضمي كابيضاض الدم والناعور واشقرار الكبد وزيادة ضغط وريد الباب وفي الحالة الأخيرة تكون دوالي المريء هي السبب في قيء الدم ، ثم يفتش عن ضخامة الكبد والطحال .

ويفيد تصوير المعدة الاشعاعي في كشف سرطان المعدة وافرنجيها كما يفيد تصوير وريد الباب والطحال في كشف عائق في الطريق البابي .

المعالجة .ـ دوائية وجراحية :

١ً .ـ المعالجة الدوائية : تقوم بإراحة المريض التامة ووضع كيس الثلج على بطنه واعطائه المرقئات ونقل الدم (بشكل مقادير قليلة (٣٠٠) غرام تعاد في كل يوم حتى يعود عدد الكريات الحمر إلى ثلاثة ملايين أو يعطى (٢-٣) التار في ٢٤ ساعة) ، وحقن الصادات ثم يسمح له بتناول قليل من السوائل الباردة تزاد يوماً بعد يوم كما يعطى المسكنات كالفينرغان (Phénergan) وشالات المبهم كالبانتين (Banthine) ، وتكفي هذه المعالجة في اغلب الحالات .

٢ً .ـ المعالجة الجراحية : تجرى في الحالات التي تخفق فيها المعالجة الدوائية ويشك في إصابة المريض بقرحة شتنية كما تجرى في كل حالة يستمر فيها النزف اكثر من يومين ، وافضل مايصنع هنا هو بت المعدة والبواب بعد ان ينقل للمريض مقادير كبيرة من الدم ، فهذا البت يمحو القرحة ، التي هي مصدر النزف ، كما أنه يحقق شفاءً ثابتاً للمريض .

أما الطرائق الجراحية الأخرى كمفاغمة المعدة بالصائم وربط الشرايين الكبيرة التي تروي ناحية القرحة أو خياطة القرحة بعد خزع المعدة فلا تستعمل إلا في بعض الحالات الخاصة .

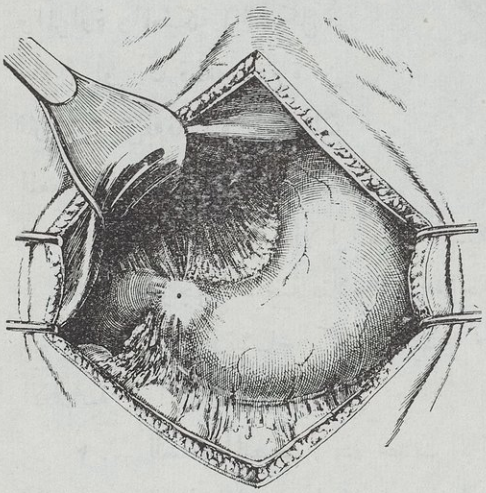
* * *

البحث الثاني

الانثقاب

ونعني به انثقاب قرحة المعدة والعفج في الصفاق الحر ، أما الانثقاب الذي يقع في الصفاق المحوجب فقد أتينا على ذكره في بحث الخراجات تحت الحجاب ؛ ويأتي هذا الانثقاب في الدرجة الثانية بعد التهاب الزائدة بإحداثه التهاب الصفاق الحاد .

الأسباب . — هذا الاختلاط كثير الحدوث ويصادف في الرجل أكثر منه في المرأة ويلاحظ في جميع الأعمار إلا أنه يكثر مابين ٣٠ — ٤٠ سنة من العمر ، ويقع الانثقاب غالباً في ناحية البواب والعفج وسببه هجمة التهابية حادة أصابت القرحة المزمنة أو أن تمزقاً آلياً حدث في القرحة وكان سببه رض خارجي أو جهد بطني .

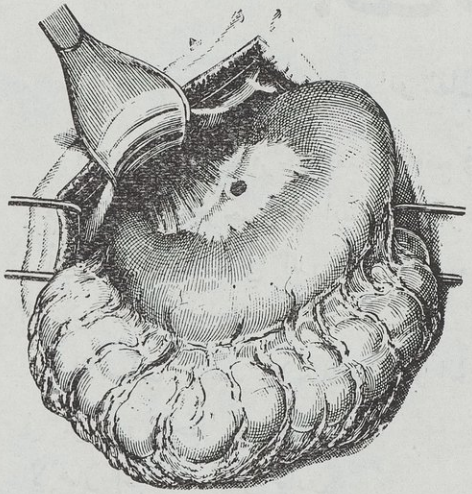


(الشكل — ٨١)
انثقاب قرحة البواب الثنية في الصفاق الحر
(موندور)

التشريح المرضي . —

١ً . — **الانثقاب** : مفرد في الغالب وقد يكون عديداً ويقع في العفج وعلى وجهه الامامي في أكثر الحالات وقد صودف في

قرحة الانحناء الصغير للمعدة بنسبة ١٠-١٥ ٪ . وإذا وقع الانثقاب في الوجه الخلفي من المعدة والعفج التصق سريعاً بالاعضاء المجاورة وانحصرت الآفة مكونة القرحة الثاقبة . والانثقاب صغير عادة لا يتعدى اتساعه قطر العدسة (الشكل-٨١) وهو مدور أو بيضاوي الشكل حافاته منتظمة كأنها قطعت بالمجوب وهذا ما يقع في قرحة العفج أما قرحة الانحناء الصغير فانثقابها واسع . (الشكل - ٨٢) . ويظل الانثقاب مفتوحاً أو أنه ينسد بأغشية موهمة أو بالتصاقه بأحد الاعضاء المجاورة كالكبد والمرارة والمعثكلة (الشكل - ٨٣) أو أن قطعة صغيرة من الثرب تلتصق به فتسده . وجدران المعدة والعفج في محيط الانثقاب لينة سهلة الخياطة في الانثقاب الآلي وملتهبة قاسية كالمقوى وهشة في القرحة الشثنية .



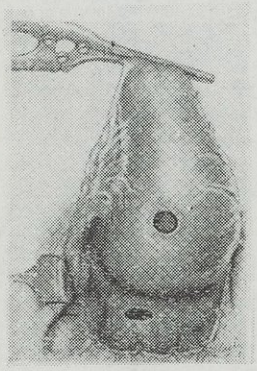
الشكل (٨٢)
قرحة انحناء المعدة الصغير الشثنية المنثقبة
(موندور)

أما من الوجهة النسيجية فتلاحظ في القرحة الشثنية المنثقبة آفات نخر والتهاب مع خزب عفن وارتشاح كريات بيض ، ولا تلاحظ مثل هذه الآفات الالتهابية في الانثقاب الآلي .

٢ . — **السائل المنصب** : إذا حدث الانثقاب في الوجه الأمامي من المعدة والعفج سار السائل المنصب في الميزابة الجدارية القولونية اليمنى واجتمع في الحوض الصغير . أما في الانثقابات الخلفية حيث لم يلتصق الانثقاب بالاعضاء المجاورة فيجتمع السائل المنصب في الجوف الخلفي للثروب . وهذا السائل كدر رمادي اللون وقد يكون مصفراً اذا اصطبغ بالصفراء ويحتوي غالباً على انقاض

طعامية ويرافقه صفاق هاوٍ ، أما كميته فتختلف بحسب سعة الانثقاب وامتلاء المعدة وهو عقيم في الساعات الأولى ولكنه ينقلب بعد ١٢ - ٢٤ ساعة سائلاً عفناً فيه كثير من الجراثيم .

الاعراض . — قد يطرأ هذا الاختلاط على امرىء لم يشتك سابقاً من أي اضطراب هضمي ينم على اصابته بالقرحة ولكنه على الاكثر يصيب مريضاً يعالج منذ برهة من الزمن لإصابته بقرحة معدية أو عفجية اثبتتها الأشعة . وقد يكون في سوابق المريض بعض الاضطرابات الهضمية التي تكفي للشك في إصابته بالقرحة وتعتري المريض عادة قبل الانثقاب بعدة أيام أعراض يطلق على مجموعها تناذر ما قبل الانثقاب وهي تدل على إصابة القرحة بهجمة التهابية حادة : كالآلام الشديدة في عقب كل طعام وارتفاع الحرارة الخفيف والعرواء والاقياء التي قد تكون دموية ، ثم يبدو الانثقاب بألم فجائي مبرح يشبهه المريض بضربة الخنجر او بحس تمزق داخلي يستقر في بادىء الأمر في ناحية الشرسوف أو في المراق اليمنى ثم يتشعع إلى المنكب والصدر وأحياناً إلى الحفرة الحرقفية اليمنى متبعاً سير السائل المنصب . يرافق هذا الألم الشديد عادة صدمة خفيفة تعتري المريض فيشحب لونه ويسرع تنفسه ويبلل جبينه عرق بارد وقد يصاب بالاغماء .



الشكل (٨٣)
قرحة وجه المعدة الخلفي الملتصقة بالمعثكلة (بيلي)

تظل حرارة المريض طبيعية وكذلك نبضه في الساعات الأولى ولكنهما لا يلبثان أن يتبدلا فترتفع الحرارة ويسرع النبض اذا لم يسعف قبل أن تظهر فيه علامات التهاب الصفاق الحاد .

أما الأقياء فليست ثابتة فهي لا تظهر إلا في نصف الحوادث تقريباً وليس لها قيمة تذكر لأنها تصادف في كل حالة يخرّش فيها الصفاق .

العلامات الفيزيائية . — يبدي فحص البطن كل العلامات الدالة على بدء إصابة الصفاق بالالتهاب الحاد : فبالنظر يُكشف سكون البطن وعدم تنفسه نتيجة لتقفع الحجاب . وجس البطن المؤلم جساً دقيقاً وبرفق يظهر التقفع الشديد (البطن الخشبي) في الناحية الشرسوفية هذا في الساعات الأولى ولكنه سرعان ما ينتشر إلى جميع أنحاء البطن كما أن هذا الجس اللطيف يوقظ ألماً موضعاً في القسم العلوي من البطن وهي علامة أقل قيمة من التقفع .

أما القرع فقد يكشف صمماً في الحاصرتين سببه اجتماع السائل المنصب . كما يكشف في نصف الحالات تقريباً علامة ثانية هي زوال الصمم الكبدي الذي يفتش عنه والمريض في وضع نصف جلوس أو وضع الاضجاع الجانبي الأيسر .

وأخيراً فإن رتج دوغلاس يبدو مؤلماً بالمس الشرجي أو المهبلي .

هذه هي العلامات الوظيفية والفيزيائية التي تبدو في مريض انثقبت قرحته فإذا لم يشخص هذا الانثقاب في وقته ولم يبادر إلى بضع المريض العاجل سارت الآفة نحو التهاب الصفاق الحاد فحلّ التطبل مكان التقفع وانتشر الألم فعمّ جميع أنحاء البطن وعادت الأقياء إلى الظهور واستمرت وتوقفت المواد الغائطة والغازات وساءت الحالة العامة وبدت السحنة الابقراطية وأسرع النبض وضعف ومات المريض بوهط القلب في خلال ١٢ — ١٨ ساعة في الحالات فوق الحادة ، وبعد اليوم الثالث في الحالات الأخرى .

الانذار . — ذكر بعض من المشاهدات أفضى المص المعدي المتواصل فيها إلى الشفاء بدون اللجوء الى البضع الجراحي ولكنها حالات نادرة . وبالممارسة يمكننا القول بأن نسبة الشفاء تعادل ٨٥ ٪ في كل مريض يبضع قبل مضي ست ساعات على الانثقاب وإن هذه النسبة تنخفض إلى ١٥ — ٢٠ ٪ إذا بضع المريض بعد ٢٤ ساعة من هذا الاختلاط .

التشخيص . — سهل إذا اجتمعت العناصر الأساسية الثلاثة وهي الآلام الشرسوفية الفجائية المبرحة والتقفع الخشبي وسوابق المريض الهضمية ويتأكد

التشخيص بفحص البطن الاشعاعي (بالتنظير أولاً ثم بأخذ عدة صور إشعاعية بدون إعطاء المريض أية مادة ظليلة) الذي يكشف الصفاق الهاوي ويظهر، والمريض واقف أو جالس، هلالاً غازياً ثخانته ٣ - ٤ عشم. يقع بين قبة الكبد وتقعر الحجاب ، وقد يظهر هلالان تحت الحجاب احدهما في اليمين والآخر في اليسار (الشكل - ٨٤) أما في الاضطجاع الظهري أو الجانبي الأيسر فإن فقاعة غازية تظهر في ناحية السرة .

وإذا لم يظهر الصفاق الهاوي بالفحص الإشعاعي فلا تنفى إصابة المريض بالانثقاب فإن هنالك حالات نادرة من الانثقاب لا يرافقها الانصباب داخل الصفاق فيكتفى في هذه الحالة الأخيرة بالثالوث العرضي الآنف الذكر .



(الشكل - ٨٤)
هلالان غازيان تحت الحجاب أحدهما في اليمين والآخر في اليسار
(ماسون)

وفي الأشكال المسدفة والخادعة من الانثقاب تلتبس الآفة بالتهاب الزائدة والتهاب المرارة الحاد كما تلتبس بآفات البطن الحادة الأخرى (احتشاء الأمعاء ، انسدادات الأمعاء ، التهاب المعشكلة النزفي ، الحمل خارج الرحم ، الخ ..) ويعرف كل من هذه الآفات المختلفة بأعراضها الخاصة .

المعالجة . - متى شخص الانثقاب بودر إلى التوسط الجراحي إلا في حالة الانثقاب الحديث الحادث في معدة فارغة حيث يفيد المص المعدي المتواصل عن طريق الانف في مساعدة الانثقاب على الالتصاق بالاعضاء المجاورة على انه يجب، حتى في هذه الحالة ، اجراء هذا المص المتواصل في المستشفى تحت رقابة الجراح فإذا لم تتحسن الأعراض الوظيفية والفيزيائية في خلال عدة ساعات بضع المريض .

وفي جميع الحالات يقوى المريض قبل البضع الجراحي فينقل له الدم أو المصورة ويعطى المصول السكرية أو الملحية عن طريق الوريد ويكافح الالتهاب بالصادات (بنيسلين ، ستربتوميسين ، كلورانفينكول ، الخ . .) ويدخل انبوب الى المعدة عن طريق الأنف لمص السوائل .

ثم يخدر المريض تخديراً عاماً أو موضعياً (إذا كانت حالته العامة سيئة) ويفتح البطن على الخط المتوسط فوق السرة إذا ثبت تشخيص الانثقاب وفي حالة الشك يفتح أولاً على الزائدة في الحفرة الحرقفية اليمنى لأن انثقابها هو السبب في اكثر التهابات الصفاق الحادة انثقاباً فإذا بدت سليمة شق البطن فوق السرة وعلى الخط المتوسط وبعد كشف الانثقاب نتبع إحدى الطريقتين الآتيتين :

١ً . — بت المعدة العاجل الذي يقضي على القرحة المنثقبة واختلاطها في الوقت ذاته ، وليس خطره بأشد من خطر الخياطة البسيطة إذا اجراه جراح مختص وبصورة باكرة في امرىء قوي البنية .

٢ً . — خياطة الانثقاب وهو ما يستعمل في اكثر الأحيان ويصعب في القرحات الثنية حيث حافات القرحة قاسية هشة ويفضل اشراك الخياطة بفاغمة المعدة بالصائم في الحالات التي يشك معها بضيق لمعة البواب او العفج وهي المناطق التي يكثر فيها الانثقاب .

* * *

الفصل الرابع

أورام المعدة والعفج

البحث الأول

أورام المعدة والعفج الخبيثة

١ ـ سرطان المعدة

الاسباب . ـ هو أكثر سرطانات الأحشاء حدوثاً بعد سرطان الرحم ، يكثر في العقدين الخامس والسادس ولكنه قد يصادف في سن مبكرة كما يصادف في المسنين ، وهو في الرجال أكثر منه في النساء ، ومن أسبابه المؤهبة رضوض المعدة وتخرشاتها المزمنة بالغول والتهاباتها الضخامية والضمورية وداء المرجلات المعدي . وقد ذكرنا سابقاً حؤول قرحة المعدة السرطاني .

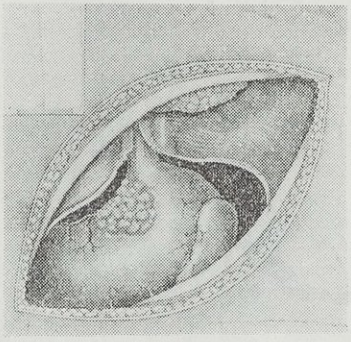
التشريح المرضي . ـ سرطان المعدة مفرد في الغالب يظهر في منطقة البواب بما يقرب من نصف الحوادث واستقراره في مناطق المعدة الأخرى أقل حدوثاً (في الانحناء الصغير والفؤاد ووجهي المعدة) أما بدؤه في حدبة المعدة وفي انحنائها الكبير فنادر جداً .

إذا فتح البطن بدت المعدة ، في منطقة السرطان (الشكل ـ ٨٥) ، منكمشة

شاحبة اللون مبيضة وإذا جس الورم بالاصابع بدا قاسياً كثيفاً واكبر حجماً مما يبدو بالنظر بسبب الخزب الذي يصيب طبقات المعدة المجاورة للورم .

يصيب الورم في البدء غشاء المعدة المخاطي وينمو متخذاً أحد الأشكال الآتية :

تقرح متعوج غير منتظم وهو الأكثر مصادفة ، ناميات على شكل براعم ناتئة في جوف المعدة وهو شكل نادر وأخيراً السرطان القرحي الشكل الذي يبدو بشكل ورم مركزه نخر ، مدور ذي قعر أحمر رمادي وحافات مرتفعة حليمية قاسية وأثناء الغشاء المخاطي في جوارها ممحوّة .



(الشكل - ٨٥)
سرطان انحناء المعدة الصغير
(عن هاربر)

وبعد أن كان الورم محصوراً في الغشاء المخاطي نراه يمتد عمقاً فيصيب الطبقة تحت المخاط أولاً فالطبقة العضلية ثم يستولي على طبقات المعدة الأخرى ويمتد بعيداً نحو الأعلى في المعدة ، أما العفج فيظل عادة بنأى عن الاصابة . ويكثف الثرب في جوار العلة ويخزب وينكمش ومتى ترقت العلة التصق الورم بالاعضاء المجاورة التصاقاً التهابياً في البدء ثم بإغارته عليها وأكثر الأعضاء التصاقاً بالورم هي المعثكلة وما ساريقى القولون والقولون المعترض ثم الكبد وجدار البطن الامامي . ومتى وصل الورم إلى هذه الدرجة من الانتشار امتد بالطريق اللنفاوي الى الاماكن البعيدة من الجسم فانتبجت في بادىء الأمر عقد انحناء المعدة الصغير فعقد خلف البواب ثم عقد تحت البواب . أما عقد الكبد فتضخم في سرطان البواب بينما تتسرطن العقد اللنفاوية المرافقة للشريان الطحالي في سرطان حدبة المعدة الكبيرة والقسم العلوي من الانحناء الكبير . ثم تصاب العقد المجاورة للوتين وأخيراً تحدث الانتقالات البعيدة في الطحال والكبد والرئة والسرة والمبيض والصفاق وعقد فوق الترقوة اليسرى .

وليست ضخامة العقد هذه دائماً سرطانية بل تكون التهابية في البدء وتميزها عن العقد المتسرطنة صعب بدون اللجوء للفحص النسيجي .

وهنالك شكل خاص من سرطان المعدة هو التكتن المهيكل (la linite plastique) ، وهو شكل صلد تنكمش فيه المعدة جميعها فتصبح بشكل انبوب قاس ضيق ، جدره متكثفة دون ان يلاحظ فيها ورم أو تقرح هام .

أما من الوجهة النسيجية فإن سرطان المعدة سرطان ظهاري غدي نموذجي أو غير نموذجي يأخذ شكل ناميات لينة أو متقرحة أو يأخذ شكلاً تصلبياً منكمشاً ، وفي العمق تتمزق الطبقة العضلية المخاطية ويحدث الاستيلاء على الطبقة العضلية المصلية . تعلل باستيلاء الورم على أعصاب المعدة وأوعيتها الآلام والنزوف المشاهدة في السرطان .

الاعراض . — نتخذ سرطان البواب نموذجاً للوصف لأنه أكثر سرطانات المعدة مصادفة : يمر هذا السرطان بثلاثة أدوار : دور البدء ودور الصولة ودور النهاية أو دور استيلاء الورم .

١ً . — **دور البدء** : تظهر في امرىء وعلى الأغلب في رجل جاوز العقد الرابع بعض الاضطرابات الهضمية المبهمة (كالقهم والتقزز من اللحوم والشحوم والتبغ) والآلام الشرسوفية التي تأخذ أحياناً صفات الآلام القرحية ولكنها لاتهدأ بالقلويات ولا بتناول الاطعمة ، يصاحب ذلك نحول متزايد لايعرف سببه ، ولاتظهر في هذا الدور الاتياء ولا الاقياء الدموية إلا نادراً ، والقبض هو مايلاحظ عادة في هذا الدور وقد يعيض عنه اسهال موقت .

أما في الاشكال الخفية فلايدل على الورم إلا التبدل السريع في الحالة العامة فالمرء يهزل ويصاب بفاقة دم وترفع حرارة مجهولي السبب .

وفي هذا الدور تكشف معاينة عصارة المعدة أن حموضتها قد نقصت كما يُكشف الدم في البراز بتفاعلي ويبر وماير (réactions de Weber et de Mayer) ويظهر الفحص الاشعاعي ، الذي يجب أن يعاد بعد عدة أسابيع من المعالجة

الدوائية ، العلامات الاشعاعية الدالة على بدء الاصابة الورمية .

٢ً . — **دور الصولة** : تتضح في هذا الدور العلامات الوظيفية السابقة فالآلام الشرسوفية تخف شدتها ولكنها تصبح مستمرة والنحول يشتد والقهم يزداد ويرافقه غثيان وأقياء صباحية غالباً وقد تكون دموية حمراً او مسودة ولكنها قليلة الكمية وتظهر والتغوط الأسود في آن واحد .

أما الحالة العامة فتسوء فيصبح المريض شاحب اللون ضعيف القوى ينم وجهه على درجة شديدة من فاقة الدم .

وفي هذا الدور تظهر بعض علامات ضيق البواب (توسع المعدة والاقياء الركودية والجعجعة على الريق وارتسام التموجات الاستدارية على جدار البطن) وقد يشعر بجس الناحية الشرسوفية بورم متحرك قاسي القوام واضح الحدود لايستطاع تميزه عن أورام الاعضاء المجاورة (الكبد والقولون) إلا بالصور الاشعاعية المتقنة التي تشخص العلة بواسطتها بصورة لاتقبل الجدل .

٣ً . — **دور النهاية** : متى وصل المريض إلى هذا الدور من السرطان أصبح الأمل في شفائه مستحيلاً فعلامات الحرض تشتد ويلتصق الورم بعد أن كان متحركاً وتضخم الكبد وتصبح عجرية لانتقال الورم اليها ويظهر الحبن بانضغاط وريد الباب بالعقد السرطانية أو بانتشار الورم إلى الصفاق ، وتضخم العقد فوق الترقوة اليسرى (علامة تروازيه « Troisier ») ، وجلد المريض جاف ولونه شاحب أو يرقاني بانضغاط سويقة الكبد بالورم .

ويموت المريض بالحرض أو بأحد الاختلاطات (خراجة الكبد ، التهاب القصبات والرئة ، التهاب الوريد الأبيض في الطرفين السفليين) وقد يموت بالنزف .

سرطان جسم المعدة . — أعراض هذا السرطان مبهمة لبعده عن البواب ولا يدل عليه إلا بعض العلامات السريرية (نحول المريض ونقص شهيته للطعام وتقززه من اللحوم والشحوم وإصابته بفاقة الدم المجهولة السبب) والمخبرية

(نقص الحموضة المعدية) والفحص الاشعاعي الذي يكشف العلامات الخاصة بسرطان جسم المعدة .

سرطان فؤاد المعدة . — فيه يهزل المصاب بسرعة لقلة تغذيته أما أعراضه فهي عسر البلع المتقطع الذي تصاحبه الجشاآت وسيلان اللعاب الوافر . ويتم تشخيص هذا السرطان بالمعاينة الاشعاعية بعد تجريع المريض مادة الباريت .

التشخيص . — يجب تشخيص سرطان المعدة باكراً ما أمكن لأن على التبكير في التشخيص تتوقف نجاة المريض، وبما أن معالجة سرطان المعدة جراحية بحتة فإن التوسط الجراحي في بدء العلة يعطي المصاب أملاً أكبر في النجاح لأن حالته العامة تكون حسنة والورم لايزال في غشاء المعدة المخاطي ولم يمتد عمقاً إلى الطبقتين العضلية والمصلية ولم يلتصق بالاعضاء المجاورة كما أنه لم ينتشر بالطريق اللنفاوي إلى العقد . وتوصلاً إلى تشخيص الورم في بدئه يلجأ إلى تنظير باطن المعدة والفحص الاشعاعي (الذي يجب أن يجرى لكل امرىء جاوز العقد الرابع وبدأ ينحل وظهرت فيه حديثاً بعض الاضطرابات الهضمية) لأن العلامات السريرية في هذا الدور تكون مبهمة لا تكفي لمعرفة العلة .

فتنظير باطن المعدة يجرى بمنظار المعدة الخاص وبه تُرَى ناميات السرطان والتقرح السرطاني الذي يميز عن القرحة بعدم انتظامه وبارتشاح محيطه .

أما بالفحص الاشعاعي الذي يجب أن يتم بتنظير الناحية المشتبه فيها ثم بتصويرها الإشعاعي المتسلسل فتشاهد في الناحية المؤوفة صلابة موضعة (خطية أو متموجة) أو عش مسطح مندمج (encastrée) وقد تظهر العلة على شكل عش قرصي (niche en ménisque) ويستطيع الشععي المدقق أن يكشف هذه التبدلات الدقيقة في جدر المعدة بكل سهولة .

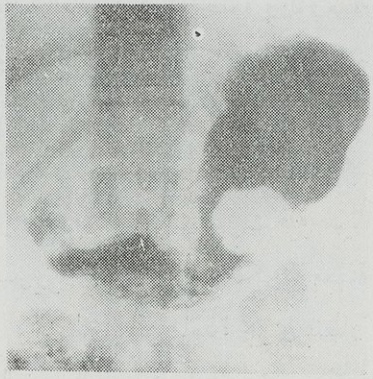
أما في دور الصولة فإن حالة المريض العامة والعلامات الوظيفية والفيزيائية التي تلاحظ فيه كافية لتشخيص إصابته بالسرطان ويكون الفحص الاشعاعي ضرورياً لمعرفة مقر العلة في المعدة واتساعها والتبدلات التي تطرأ على المعدة من

حيث الحجم والشكل : فإذا أعطي مصاباً بسرطان المعدة الباريت عن طريق الفم ظهرت في معدته علامة ذات شأن هي الفجوة (lacune) (عدم امتلاء أحد أقسام المعدة بالمادة الظليلة) وهذه الفجوة إما ان تبدو في انحناء المعدة (الفجوة المحيطية) أو في وجه المعدة (الفجوة المركزية) ومحيط الفجوة مبهم غير منتظم وقد يكون مشرشراً . وجدر المعدة في جوارها صلبة تقف في حذائها التموجات الاستدارية وتبدو أثناء الغشاء المخاطي في جوار العلة مقطوعة لا تتجه نحوها كما هو الحال في القرحة (وقد ترى اثناء غشاء المعدة المخاطي بتجريع المريض مقداراً قليلاً من الباريت) .



(الشكل – ٨٦)

سرطان ناحيتي الغار والبواب . الغار المبتور (لودو-لوبار)



(الشكل – ٨٧)

ضيق منتصف المعدة بسرطان الانحناء الكبير

وفي سرطان البواب وقبل حدوث الضيق يبدي الفحص الاشعاعي إما صلابة موضعة في الناحية مع بعض الفجوات الدقيقة أو تطاول منطقة البواب حيث تظهر قناة البواب بشكل خيط غير منتظم ، أما بعد حدوث الضيق فإن منطقة البواب تزول تماماً (البواب المبتور) (الشكل – ٨٦) .

وفي سرطان جسم المعدة تكون الفجوة محيطية أو مركزية فتأخذ المعدة شكل المعدة الثنائية المسكن (الشكل – ٨٧) ويكون القسم المتضيق منها

غير منتظم صلب الحافات وهذا مايميزه عن ضيق منتصف المعدة المشاهد في القرحة.

ويعد سرطان فؤاد المعدة وسرطان حدبتها الكبيرة من أصعب سرطانات المعدة ظهوراً بالأشعة إذ لايمكن كشفها إلا بجعل المريض في وضع ترندلنبورغ (position de Trendelenburg) أو بعد نفخ المعدة المشرك بإجراء الصفاق الهاوي .

وإذا ظهرت الفجوة في الصورة الاشعاعية فليس ذلك دليلاً على الإصابة السرطانية المحتمة فقد تظهر هذه الفجوة في التهاب محيط المعدة كما تظهر في سل المعدة وافرنجيها حتى في أورامها الحميدة ولكن التشخيص يتأكد إذا أعيدت الصور الاشعاعية بعد عدة أسابيع من المعالجة الدوائية فظهرت العلة اكثر اتساعاً على الرغم من خفة الأعراض السريرية .

فهذه الطريقة الإشعاعية السريرية تفضل فتح البطن الاستقصائي في تشخيص سرطان المعدة المبكر حيث لا يمكن بفتح البطن هذا تفريق القرحة الثنية عن الورم .

المعالجة . — إن معالجة سرطان المعدة جراحية بحتة وهي معالجة شافية أو ملطفة :

١ً . — **المعالجة الشافية** : تقوم ببت المعدة والبواب وهو التوسط الجراحي المفضل في معالجة سرطان المعدة ، ولكي تكون نتائجه البعيدة مضمونة يجب التبكير في التشخيص والمعالجة ماأمكن كما يجب قطع المعدة التام (وهذا مايحبذه بعض الجراحين وخاصة في سرطان الحدبة الكبيرة والسرطان القريب من الفؤاد) أو أن يجرى بت المعدة الجزئي فتقطع المعدة بعيداً عن الورم زهاء ٤ـ٥ عشم . ويشرك هذا البت التام أو الجزئي بقطع الثرب الكبير وزمر العقد الاكيلية وتحت البواب وخلفه ثم ينهى العمل الجراحي بفاغمة اسفل المريء بالصائم في حال بت المعدة التام (تشرك بفاغمة صائمية صائمية جانبية) أو يفاغم مقطع المعدة بالصائم في بت المعدة الجزئي وذلك بحسب احدى الطرائق الثلاث التي أتينا على ذكرها في اثناء الكلام عن بت المعدة في معالجة قرحتها .

ولا يضاد استطباب هذا البت إلا الانتقالات الصريحة إلى الكبد والسرة والصفاق والعقد قرب الوتين ، أما التصاقات المعدة والورم الالتهابية أو السرطانية بالأعضاء المجاورة كالمعثكلة والطحال وماساريقى القولون والقولون المعترض فلا تضاد الاستطباب إذ يمكن استئصال العلة البدئية مع الاعضاء الملتصقة بها، غير ان صعوبة مثل هذه العمليات وشدة خطرها تجعل اكثر الجراحين يحجم عن بت المعدة في هذه الحالات .

ويجب قبل بت المعدة تقوية المريض بنقل الدم المكرر وحقن المصول واستعمال الهيولينات وعلى الرغم من كل ذلك فإن خطر بت المعدة في السرطان يفوق خطره في القرحة وسببه الاختلاطات الرئوية والقلبية والتهاب الصفاق الناجم عن تفكك غرز الخياطة المجراة في أناس مصابين بالحرض وجدرمعدهم خزبة هشة .

٢ً . ـ **المعالجة الملطفة** : تجرى متى كان مضاد استطباب صريح لبت المعدة وبها تطول حياة المرء بضعة اشهر ، وقوام هذه المعالجة مفاغمة المعدة بالصائم (متى كان ضيق شديد في البواب) وخزع المعدة (في سرطان الفؤاد) وخزع الصائم (في سرطان المعدة المنتشر) .

٢ً ـ سرطان العفج

التشريح المرضي . ـ هو اكثر سرطانات المعي الدقيق وهو سرطان بدئي يستقر غالباً بمجل واتر ويبرز في لمعة العفج على شكل ورم بحجم اللوزة ثم ينتشر إلى الجوار سادّاً نهاية القناة الجامعة وقناة ويرشونغ .

ويختلف مصدر هذا السرطان فقد يكون غشاء العفج المخاطي أو المجل أو نهاية القناة الجامعة أو قنوات المعثكلة .

ويستقر سرطان العفج فوق مجل واتر أو تحته فيظهر بشكل ورم موضع في بدئه لا يلبث أن ينتشر محيطاً بدائر المعي ومنقلباً إلى شكل حلقي مضيق للمعة العفج .

ويظهر الفحص النسيجي أن هذا السرطان هو سرطان ظهاري اسطواني عادي أو سرطان ظهاري غدي مصدره غدد ليبركون أو غدد برونّر (glandes de Brünner) أما سرطان العفج الثانوي فيتلو سرطان رأس المعثكلة أو سرطان المرارة أو ينجم عن انتشار سرطان المعدة بالطريق اللنفاوي .

الاعراض والتشخيص . — يتصف سرطان مجل واتر بإغارته السريعة على القناة الجامعة فتتوسع المرارة ويظهر اليرقان المزمن الاحتباسي الذي يزداد تدريجياً بدون ألم أو ارتفاع في الحرارة .

يلتبس هذا السرطان بورم رأس المعثكلة ويميز عنه بكشف الدم في البراز بتفاعلي « وبير ـ ماير » وبظهور الدم في السائل المستخرج بتنبيب العفج كما يبين التصوير الإشعاعي ضيقاً واضحاً في لمعة العفج وعدم توسع في إطاره وعلى عكس مايشاهد في سرطان رأس المعثكلة .

أما سرطان العفج فوق مجل واتر فأعراضه شبيهة بأعراض سرطان البواب المترقي .

وأخيراً فإن سرطان العفج تحت مجل واتر يتصف بالاضطرابات الهضمية (غثيان مستمر ، أقياء صفراوية ، تناوب القبض مع الإسهال) وبسوء حالة المريض العامة السريع .

المعالجة . — يعالج سرطان بصلة العفج ببت المعدة الواسع كما يعالج سرطان مجل واتر المحدود بقطع الحليمة بالطريق عبر العفج . أما سرطان المناطق الاخرى فيستدعي قطع حلقة العفج ورأس المعثكلة كتلة واحدة ثم زرع القناة الجامعة والقنوات المعثكلية بالصائم وينهى التوسط الجراحي بالمفاغمة المعدية الصائمية .

وإذا انتشر الورم وأصبح من المتعذر استئصاله كانت المعالجة الملطفة هي المعالجة الوحيدة وتقوم بمفاغمة المعدة بالصائم .

البحث الثاني

أورام المعدة والعقيح الحميدة

١ ـ أورام المعدة الحميدة

هي أورام نادرة تعادل ١ – ٥ ٪ من سرطانات المعدة وتحدث عادة ما بين ٤٠ — ٦٠ سنة من الحياة .

التشريح المرضي . — تنمو هذه الأورام في داخل المعدة (الورم الغدي) أو في خارجها (الورم الشواني المعدي «schwannome gastrique») ويحيط بها محفظة يغطيها غشاء مخاطي سليم قد يتعرقل بالتقرح والنزف . وجدران المعدة في جوار هذه الاورام سليمة وغير مرتشحة .

والأورام الحميدة المشاهدة في المعدة عديدة نذكر منها :

١ ـ **الورم الغدي المعدي** : هو أكثر هذه الأورام مصادفة ويكون مفرداً أو عديداً ، فالورم الغدي المفرد معنق غالباً وقد يكون لاطئاً ، أما الورم الغدي العديد والذي كان يسمى سابقاً بالارتجال المعدي (polypose gastrique) فمنظره وَبِر (villeux) وهو شبيه بالأورام الزغبية في المستقيم من حيث سيره وانذاره وميله للتحوّل السرطاني .

ولا يختلف بناء هذا الورم عن بناء غدد المعدة العادية وغدد برونّر .

٢ ـ **الورم المعشكلي المعدي** : يستقر غالباً بالقرب من البواب ويدعى بالمعشكلة الإضافية وهو يتألف من مجموعة عنبات غدية تجاورها مجموعة من الخلايا المماثلة لجزيرات لانغرهانس .

٣ً ـ **الورم الشواني المعدي** : ينمو هذا الورم على وكس الطبقة العضلية العصبية للمعدة ويكبر تدريجياً وقد يبلغ حجماً كبيراً . ولهذا الورم ميل للتحول إلى كيس موهم محتواه رائق وتعرف طبيعته من فحص السائل ورؤية بعض العناصر الخاصة بالورم .

يبدي الفحص النسيجي لهذا الورم خلايا مغزلية الشكل يتفاغم بعضها بالبعض الآخر وتشكل مجموعة على شكل الزوبعة أو تتنضد على شكل سياج من أوتاد .

٤ً ـ **الأورام النادرة جداً** : هي الورم الشحمي والورم الليفي والورم العضلي الأملس .

الأعراض . ـ **العلامات الوظيفية** : لا تتصف أورام المعدة الحميدة إلا ببعض الاضطرابات الهضمية المبهمة كالشعور بالثقل في الناحية الشرسوفية والقيء والغثيان في عقب الطعام ، وقد يصاب المريض بنوب ألم شبيهة بآلام القرحة أما الأقياء الدموية المتقطعة والتي يرافقها تغوط دموي فلا تصادف إلا نادراً .

العلامات الفيزيائية . ـ قد يشعر بجس البطن بكتلة متحركة غير مؤلمة منتظمة أو محدبة مقرها الناحية الشرسوفية .

الفحص الإشعاعي . ـ تظهر أورام المعدة الحميدة بالصور الإشعاعية بشكل فجوة مفردة في هامش المعدة أو في مركزها ، شكلها مدور أو بيضاوي ، محيطها منتظم واضح أو تبدو بشكل بقع عديدة واضحة مدورة (عدة فجوات) ويدل على سلامة هذه الأورام إشعاعياً عدم تأثر صارة البواب واجتياز موجات المعدة الاستدارية منطقة الورم بسهولة (ليونة الجدار) ثم سلامة غشاء المعدة المخاطي ؛ وقد يفيد نفخ المعدة في معرفة اتساع عنيق الورم .

تنظير باطن المعدة بمنظار المعدة الخاص وهو يفيد في معرفة مكان الورم وحجمه وصفات غشاء المعدة المخاطي المجاور له .

المعالجة . ــ نظراً لكثرة تحوّل هذه الأورام إلى أورام خبيثة يفضل بت المعدة الواسع على التوسطات الجراحية الاقتصادية السابقة (استئصال الورم مع مغرزه في المعدة) .

٢ً . ــ أورام العفج الحميرة

تستقر هـذه الأورام النادرة جداً في ناحية بصلة العفج وهي أورام غدية او عضلية او حليمية .

تعرف هذه الأورام سريرياً ببعض الاضطرابات الهضمية العادية وهي لا تصاب بالتحوّل السرطاني ولكنها قد تنزف نزفاً وافراً . اما الصور الإشعاعية فتكشف بعض الفجوات الصغيرة المدورة .

تعالج هذه الأورام بالاستئصال ، وإذا تعذر ذلك اجريت مفاغمة المعدة بقطعة العفج الـكائنة تحت الورم .

* * *

الفصل الخامس

أمراض المعدة والعفج الالتهابية

البحث الأول

سل المعدة

هو علة نادرة سببها وصول عصية كوخ إلى جدار المعدة بالطريق اللنفاوي أو بطريق الفم (بلع مسلول الرئة لقشعه) أو ، وهو الأغلب ، بطريق الدم.

التشريح المرضي .— يبدو سل المعدة بشكلين : تقرحي وضخامي والشكل التقرحي أكثر مصادفة من الشكل الضخامي أمانسيجياً فيعرف بظهور الأجربة السلية في الطبقة تحت الغشاء المخاطي من المعدة .

الأعراض والتشخيص .— إذا توضع السل بعيداً عن صارة البواب أبدى أعراض قرحة المعدة أو سرطانها وإذا استقر في فوهة البواب ضيقها بسرعة فائقة . ولا يعرف سل المعدة إلا بقطع المعدة وفحص الناحية نسيجياً .

المعالجة . — جرب البعض قديماً مفاغمة المعدة بالصائم لمعالجة ضيق البواب ولكن بقاء الآفة السلية جعلهم يعدلون عن المفاغمة إلى بت المعدة على أنه يجب قبل التوسط الجراحي معالجة المريض دوائياً (ستربتوميسين ، مركبات الايزونيازيد «isoniaside» ، P.A.S ويثابر على هذه المعالجة عدة أشهر بعد بت المعدة ،

يوصى المريض خلالها بالراحة . وقد أفاد اشراك هذه المعالجة الدوائية مع المعالجة الجراحية في تحسين انذار سل المعدة ، حتى أن المعالجة الدوائية جربت وحدها في معالجة سل المعدة المتقرح وكانت النتائج مشجعة ولكن بقاء العقد اللنفاوية ضخمة جعل للجراحة المقام المفضل في المعالجة . وبما أن التمييز بين سل المعدة وسرطانها صعب بالعين المجردة ، يجب استئصال احدى العقد اللنفاوية وفحصها على الفور لتشخيص العلة ومعرفة الطريق الواجب اتباعه في المعالجة .

* * *

البحث الثاني

أفرنجي المعدة

هو علة نادرة تظهر في المرء مابين ٣٠ – ٤٠ سنة من العمر بعد إصابته بالقرحة الافرنجية بـ ١٠ – ٢٠ سنة وقد أصبحت في الوقت الحاضر أندر من ذي قبل بفضل المعالجة الدوائية الحديثة (البنيسيلين).

وتعرف إصابة المعدة بالأفرنجي من سوابق المريض ومن التفاعلات المصلية ومن الفحوص التشريحية المرضية والنسيجية التي تكشف الآفات الصمغية والتصلبية في الطبقة تحت المخاط من المعدة وأخيراً فإن المعالجة التجربية تفيد أيضاً في معرفة هذه العلة .

الأعراض . – يبدو أفرنجي المعدة بمظاهر مختلفة :

١ً . – بمظهر قرحة المعدة مع آلام مستمرة لاعلاقة لها بالطعام ومع قلة الحموضة المعدية وفي هذا الشكل تتبدل الحالة العامة بسرعة ويبدي التصوير الاشعاعي عشاً قرحياً كما يكشف تنظير باطن المعدة قرحة سطحية واسعة حافاتها رقيقة متعوجة وقعرها رمادي أو أبيض أو أحمر قاتم في محيطها تظهر على المعدة علامات الالتهاب .

٢ً . – بمظهر سرطان المعدة مع وجود الفجوة في الصور الاشعاعية ولكن ظهور العلة في فتى وسيرها البطيء مع بقاء الحالة العامة حسنة كل ذلك عناصر ذات شأن تفيد في تمييز أفرنجي المعدة عن سرطانها .

٣ً . – بمظهر التهاب المعدة المزمن مع نقص الحموضة وانكماش المعدة بالتصوير الإشعاعي .

المعالجة . – تجرب المعالجة الدوائية بالادوية ضد الداء الافرنجي أولاً فإذا لم تتحسن حالة المريض قطعت معدته .

الفصل السادس

تضيقات المعدة والعفج

البحث الأول

تضيقات المعدة

هي بحسب مقرها في المعدة نوعان : تضيقات منتصف المعدة وتضيقات البواب وتظهر الأخيرة في الكهل أو في الرضيع فيكون سببها تضخم عضلة البواب الولادي .

١ ـ تضيقات البواب

أ ـ تضيقات البواب في الكهل : الأسباب. ـ إن قرحة البواب والسرطان المجاور له هما السبب الغالب في تضيقات هذا الجزء من المعدة ، أما تضيقاته الناجمة عن سل المعدة وافرنجيها وأورامها الحميدة والآفات الندبية الناجمة عن تناول مادة كاوية او عن دخول جسم أجنبي في فوهة البواب فنادرة جداً . وضخامة صارة البواب الكثيرة المصادفة في الرضع والتي من صفاتها إحداث الضيق في البواب نادرة في الكهول .

وقد يكون السبب المحدث للضيق خارجياً فينضغط البواب بالأورام المجاورة (كيس الكبد المائي ، سرطان القولون المعترض ، ورم الكلية اليمنى) أو يضيق البواب باللجم أو الإلتصاقات حوله بنتيجة التهاب الصفاق الحاد أو السلي أو التهاب محيط المعدة أو آفة صفراوية (التهاب مرارة) .

التشريح المرضي . — الضيق مشدود أو خفيف ويصادف الأخير في قرحات المعدة الحديثة المجاورة للبواب وقد يظل قطر قناة البواب واسعاً ولكن خزب الغشاء المخاطي باشتراكه مع التشنج يعيد موقتاً هذا الضيق مشدوداً ومتى زال التشنج والخزب عاد قطر البواب إلى سعته .

أما الضيق المشدود فيلاحظ في قرحات البواب الثنية وقرحاته الندبية المنقبضة ، كما أنه من صفات سرطانات البواب وقد يكون هذا الضيق مشدوداً حتى أن قطر البواب لا يكاد يتسع إلا لمرور مسبار دقيق .

ولا تتأثر المعدة في التضيقات الخفيفة فهي لا تتسع ولا يظهر فيها الركود ، أما في التضيقات المشدودة فتسعى المعدة في بادىء الأمر ، بتقلصاتها الشديدة المتتابعة إلى التغلب على العائق البوابي فتضخم عضلتها ولكنها تهن بعد فترة قصيرة وتسترخي وتتسع ويظهر فيها الركود .

الأعراض . — الأعراض واضحة والتشخيص سهل في الضيق المشدود بيد أنها مسدفة والتشخيص صعب في الضيق الخفيف .

١ً . — **الضيق المشدود** : يمر هذا الضيق بدورين كما أسلفنا : دور أول تسعى فيه المعدة إلى التغلب على العائق (دور المقاومة) ودور تهن فيه عضلة المعدة وتتسع (دور استرخاء المعدة) .

أ . — الدور الأول : يظهر فيه من العلامات الوظيفية والفيزيائية ما يكفي لمعرفة العلة ومع ذلك فإن العلامات التي تبدو بالتصوير الإشعاعي لاتدع مجالاً للشك في اثباتها .

١ً . — العلامات الوظيفية : هي الآلام والأقياء .

فالآلام شرسوفية مستمرة تبدو بشكل معص أو انفتال وتشتد بعد الطعام ولكنها تزول بالقيء . أما الأقياء فتكون في بادىء الأمر قليلة ومتباعدة ثم تتقارب وتصبح يومية وهي أقياء وافرة نتنة الرائحة بسبب ما يطرأ عليها من اختمار . وقد تظهر في الأقياء بعض مواد غذائية تناولها المريض منذ يومين أو ثلاثة أيام فيعد وجودها دلالة على احتباسها في المعدة بسبب ضيق البواب المشدود.

٢ً . ـ العلامات الفيزيائية : يكشف فحص البطن اتساعاً في المعدة يظهر بتقبب ناحيتي الشرسوف والسرة كما يكشف الركودَ المعدي الذي تنم عليه الجعجعة على الريق ويعرف أيضاً بتنبيب المعدة صباحاً واستخراج كمية وافرة من سائل المعدة المحتوي على انقاض طعامية معروفة .

ويدل على وجود العائق البوابي عدا ما ذكر علامتان تسمى أولاهما بعلامة بوفره (signe de Bouveret) أو توتر الشرسوف المتقطع وهي شعور اليد الجاسة بتوتر في الشرسوف يستمر دقيقة أو دقيقتين ثم يزول ويرافقه شعور المريض بمض مؤلم . وتسمى الثانية بعلامة كوسمول وهي رؤية التموجات الاستدارية من خلال جدار البطن الرقيق هذه التموجات التي تبتدىء في المراق اليسرى وتنتهي قرب الخط المتوسط . وقد لا تبدو هاتان العلامتان إلا بقرع الناحية أو بتناول بعض الأطعمة .

٣ً . ـ العلامات الإشعاعية : تبدو المعدة بالأشعة متسعة يصل قعرها إلى العانة ومنظرها كالمركن ، وتجتاز المادة الظليلة التي تناولها المريض السائل الركودي على شكل ندف الثلج كما يظهر خط أفقي يفصل مستحلب الباريت الذي تجرعه المريض عن سائل الركود . وقد يظهر بعض التقلصات البطيئة النادرة ويتأخر انفراغ المعدة ست إلى عشر ساعات .

ب . ـ الدور الثاني أو دور استرخاء المعدة : تخف الآلام في هذا الدور وتهن عضلة المعدة وتقل تقلصاتها أو تمحى ويبلغ اتساع المعدة أشده حتى أن قعرها يصل إلى ما تحت العانة ويدل على الركود المعدي الأقياء العفوية وتنبيب

المعدة الذي يستخرج به عدة ألتار من سائل فيه كثير من حوامض الاختمار .

وتسوء حالة المريض العامة في هذا الدور فينحل بسرعة ، ويجف جلده ويسترخي ، ويقل بوله وترتفع بولته الدموية وإذا لم يسعف قضى نحبه بالمخمصة (inanition) والتسمم البطيء وقد يموت بالتكزز أو بالتهاب القصبات والرئة .

ويصادف إلى جانب هذا الضيق المشدود البطيء السير ضيق مشدود سريع السير ينجم عن القرحة غالباً ويتصف بالأقياء الوافرة والآلام الشرسوفية المستمرة ، وإذا فحصت المعدة إشعاعياً بدت شديدة التقلص ، ذات حجم طبيعي وخالية من الركود .

٢ً . — **الضيق الخفيف** : تظل فيه حالة المريض العامة حسنة ، وآلام هذا النوع من الضيق تحاكي آلام قرحة البواب فهي تارة شديدة وتظهر بعد الطعام بـ ٣ — ٤ ساعات ولا تهدأ إلا بالقيء وطوراً خفيفة ولا علاقة لها بالطعام .

وإذا كان الضيق واسعاً فلا تظهر الأقياء بل يدلّ عليه أ . — بعض العلامات السريرية كالجعجعة الخفيفة على الريق والركود المعدي الذي يعرف بتنبيب المعدة واستخراج ١٠٠ — ٢٠٠ عشم . م. من سائل ركودي يكشف فيه المجهر أجزاءً طعامية غير منهضمة . ب . — الفحص الإشعاعي الذي يظهر من جهة تأخر الافراغ المعدي (٦ — ١٠ ساعات بعد تجرع الباريت) وتجزأه مع عدم امتلاء بصلة العفج امتلاءً تاماً ومن جهة أخرى تمدد غار البواب وازدياد تقلصات المعدة التي تحاول التغلب على العائق البوابي .

وقد يستخرج بتنبيب المعدة على الريق سائل رائق خالٍ من الانقاض الطعامية يشابه تركيبه تركيب عصارة المعدة وهو يدل على ضيق مسدف في البواب وكان يطلق عليه سابقاً تناذر رايشمان (syndrome de Reichman) .

التشخيص . — تنشأ تضيقات البواب في أغلب الحالات من قرحة البواب أو من سرطان مجاور له وعلينا أن نفكرّ في إحدى هاتين العلتين متى بدت علامات ضيق في صارة البواب :

يعرف الضيق الناجم عن القرحة بظهوره في امرىء حديث السن يشتكي منذ برهة من آلام شرسوفية ذات انتشارات خاصة تأتيه نوباً لها علاقة بالطعام ترافقها أقياء حامضة قد تكون دموية حمراً ، كما يعرف بالفحص الإشعاعي الذي يظهر فيه عش هودك وغيره من العلامات المباشرة والمعتنفة التي أتينا على ذكرها في الكلام عن علامات القرحة الاشعاعية . وقد يبدو البواب على شكل نتوء حاد وهو عكس ما يرى في السرطان حيث يبدو البواب مبتوراً .

ويظهر الضيق السرطاني في أمرىء جاوز العقد الخامس من عمره، وليس في سوابقه اضطرابات هضمية ، وقد أخذ يهزل بسرعة ونقصت شهيته للطعام وظهرت فيه أقياء سود ثم بدا الورم الشرسوفي الدال على العلة وإذا عوينت معدة المصاب بالأشعة بدت الفجوة الدالة على السرطان .

أما تضيقات البواب النادرة فيعرف بعضها من سوابق المريض (الالتصاقات حول البواب التالية لالتهاب الصفاق الحاد أو السلي ، ندوب البواب بعد تجرع مادة كاوية) ويكشف بعضها الآخر بالفحص الاشعاعي فقط (أورام المعدة الحميدة، سل المعدة ، التهاب المرارة وما حولها ، أورام الكلية اليمنى وسرطان القولون المعترض الضاغطة للبواب) أو بالفحص الاشعاعي مع إجراء تفاعل واسرمان على الدم والسائل الدماغي الشوكي (أفرنجي المعدة) .

المعالجة . — لا نتكلم هنا إلا عن معالجة التضيقات المشدودة لأن التضيقات الحفيفة الواسعة المسببة من القرحة في أغلب الأحيان تعالج دوائياً على النحو الذي ذكرناه في معالجة قرحة المعدة والعفج .

التضيقات المشدودة . — معالجتها جراحية بحتة وهي تختلف حسبما يكون سبب الضيق داخلياً أو خارجياً : ففي الحالة الأولى يعد بتّ المعدة ، إذا أمكن اجراؤه وهيىء المريض جيداً قبل التوسط الجراحي وفي أثنائه ، المعالجة الفضلى لأنه يزيل العلة البدئية (القرحة أو السرطان) والاختلاط (الضيق) في وقت واحد . وإذا تعذر إجراء البت لسوء حالة المريض العامة يكتفى بمفاغمة

المعدة بالصائم . وفي الحالة الثانية ، حيث سبب الضيق خارجي ، تختلف المعالجة باختلاف العائق : فإذا كان ورماً في الجوار (ورم كلية يمنى ، سرطان قولون) أو مرارة ملتهبة كفى استئصال الورم أو المرارة لمحو عوارض الضيق البوابي ، وإذا كان العائق الخارجي الالتصاقات أو اللجم فإن خير ما يصنع في هذه الحالة هو مفاغمة المعدة بالصائم لأن الالتصاقات تعود فتتكون ولو فكت .

ب. – ضيق البواب الضخامي في الرضيع

الأسباب .– هو علة ولادية سببها الغالب ضخامة عضلة البواب وهي في الذكور أكثر منها في الاناث وقد يرافقها بعض التشوهات الولادية الأخرى .

التشريح المرضي .– تضخم عضلة البواب وخاصة أليافها الدائرية فتشابه ورماً قاسياً زيتوني الشكل طوله ثلاثة عشم . ، مقطعه مؤلف من طبقة عضلية تبلغ ثخانتها نصف عشم . تحيط بقناة مخاطية قد انثنت على نفسها وضاقت حتى أن المرود لا يجتازها إلا بصعوبة .

الأعراض .– لا تظهر أعراض العلة بعد الولادة مباشرة بل إن الرضيع الذي يبدو صحيحاً في الأسبوعين الأولين ويزداد وزنه ، يصاب فجأة – بعد هذه الفاصلة الحرة – وبعد كل رضعة بأقياء انفجارية قد تكون أوفر من الرضعة نفسها وليست هذه الأقياء صفراوية (لأن العائق في البواب وليس تحت مجل واتر) بل تحتوي على كمية مختلفة من مفرز المعدة . أما الغائط فقليل ويأخذ صفة العقي بينما تبدو نزارة البول (oligurie) واضحة . والرضيع الذي ظهرت فيه هذه الأعراض يهزل بسرعة فإذا لم يسعف تمددت معدته ووهنت عضلتها فأصبحت الأقياء نادرة ولكنها أوفر من السابق ومات الرضيع بالحواء أو بأحد الاختلاطات (التهاب القصبات والرئة ، تكزز) .

العلامات الفيزيائية .– تبدو ناحية الشرسوف للعين مقببة يرتسم عليها

بعض التموجات الاستدارية كما يشعر بجس الناحية تحت الكبد اليمنى بورم البواب الشبيه بالزيتونة .

الفحص الاشعاعي . - يكشف بالمعاينة الاشعاعية فرط تقلص المعدة وتمددها ووجود سائل ركودي فيها كما يكشف غالباً مرور الباريت من خلال البواب على شكلٍ خيطي . أما انسداد البواب التام فنادر جداً وإذا وجد فيدل عليه امتلاء العفج بالمادة الظليلة .

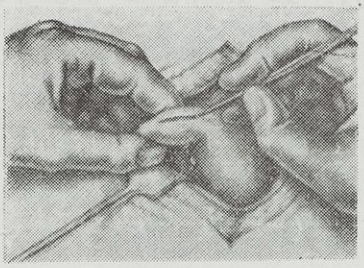
والى جانب الشكل السابق الشديد الضيق تصادف في الممارسة أشكال أخرى مزمنة يكون الضيق فيها خفيفاً وتشفى عفواً وتتصف بظهور الأقياء بعد الأسبوع الرابع وهي أقياء متباعدة لا تهدد حياة الرضيع ولا تنقص كثيراً من وزنه .

التشخيص . - تميز هذه العلة عن أقياء الرضيع العادية وعن تشنج البواب بالعلامات السريرية والاشعاعية التي أتينا على ذكرها ، كما تميز عن تضيقات العفج تحت مجل واتر بعدم احتوائها على الصفراء . هذا في الضيق المشدود أما في التضيقات الخفيفة فالتشخيص صعب وقد يصاب الرضيع فيها ويشفى عفواً بدون أن تشخص .

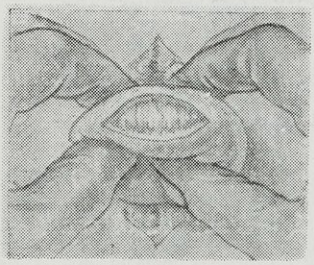
المعالجة . - تجرب المعالجة الدوائية في بادىء الأمر فيعطى الرضيع مضادات التشنج ويغذى بحليب كثيف على وجبات عديدة وقد تكفي هذه المعالجة فتنقطع الأقياء ويستعيد الرضيع وزنه .

وإذا لم تفد هذه المعالجة الدوائية يجرى للرضيع عملية فروده (Fredet) أي خزع البواب في خارج الغشاء المخاطي وإليك الطريقة : بعد غسل معدة الرضيع وحقنه بالمصول والحيامينات يفتح البطن فوق السرة على الخط الجانبي الأيمن ثم يمسك الجراح البواب بيده اليسرى ويشقه طولانياً على امتداد المنطقة المتضخمة من عضلة البواب بدون أن يمس غشاءه المخاطي (الشكل - ٨٨)

ثم تبعد شفتا الشق العضلي وتتركان بدون خياطة (الشكل- ٨٩). وخطر هذا العمل الجراحي قليل ونتائجه باهرة .



(الشكل – ٨٨)
شق طولاني يتناول الطبقتين المصلية والعضلية من البواب



(الشكل – ٨٩)
إبعاد شفتي الشق العضلي وتركهما بدون خياطة

٢ . – تضيقات منتصف المعدة

(La sténose médio-gastrique)

الأسباب . – تكثر هذه التضيقات في النساء وسببها الغالب هو القرحة ثم يأتي السرطان في الدرجة الثانية ، أما الأسباب الأخرى (سل المعدة ، أفرنجيها ، اللجم الولادية أو المكتسبة) فنادرة .

التشريح المرضي . – تستقر القرحة المحدثة لهذا الضيق في القسم المتوسط من الانحناء الصغير وهي قرحة قديمة متندبة أو قرحة قديمة في حالة النشاط ، وهذا نادر . والقرحة إما أن تبقى في طبقات المعدة أو تكون قرحة ثاقبة ملتصقة بالاعضاء المجاورة (الكبد أو المعثكلة) بالتصاقات تمتد على طول الانحناء الصغير وعلى أحد وجهي المعدة الأمامي أو الخلفي .

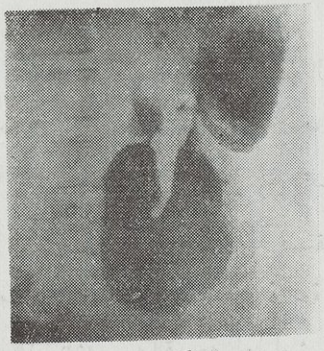
ويقسم الضيقُ المعدةَ إلى جيبين : علوي كبير وسفلي صغير ويكون في الانحناء الصغير إذا كانت القرحة سببه أو في أحد وجهي المعدة إذا كان السرطان

السبب وهو إما قسمي لا يتناول محيط المعدة جميعه أو حلقي وقد يكون على شكل قناة مختلفة الطول مكوّعة أحياناً . وفوهة الضيق مختلفة الاتساع فهي واسعة تارة حتى أنها تدع أصبعي الجراح تمران من خلالها وضيقة جداً طوراً حتى أن مسبار نالاتون الغليظ لا يجتازها .

الامراض . - ينجم الضيق في القرحات القديمة عن الانقباض الندبي أما في القرحة النشيطة فينجم في بادىء الأمر عن تقفع جدران المعدة بتخرش أعصابها وطبقتها العضلية ثم عن الانقباض . ويضاف غالباً إلى هذا الضيق العضوي ضيق وظيفي عامله التشنج .

الأعراض . - يظهر ضيق منتصف المعدة في امرىء أصيب منذ القديم بقرحة انحائها الصغير ويتصف بالعلامات الوظيفية الآتية : آلام مستمرة ، أقياء وافرة شبيهة بأقياء ضيق البواب ، أقياء دموية . أما الفحص الفيزيائي فلا يكشف إلا توسعاً بسيطاً في القسم العلوي من البطن مع الشعور بالجعجعة .

التشخيص . - يشخص ضيق منتصف المعدة بالفحص الإشعاعي (بعد إعطاء المريض مضادات التشنج لازالة الضيق الوظيفي) الذي يكشف موقع الضيق واتساعه وسببه البدئي (القرحة « الشكل - ٩٠ » أو السرطان) وجيبي المعدة كما يكشف سلامة المعدة في ضيقها الناجم عن سبب خارجي (لجام ، كيس مائي في فص الكبد الأيسر ، ضخامة طحال) .



(الشكل - ٩٠)
ضيق منتصف المعدة بالقرحة الظاهرة بوضوح في انحناء المعدة الصغير
(لودو - لوبار)

الإنذار . - وخيم إذا تركت العلة وشأنها لأن المريض يموت بالحرض أو بالخواء .

المعالجة . - إذا كان سبب الضيق داخلياً كان بت المعدة الواسع التوسط

الجراحي المفضل فهو يمحو الضيق والعلة المسببة في وقت واحد وهو عمل جراحي سهل إذا كان الضيق في منتصف المعدة . وإذا كان سبب الضيق قرحة كائنة في القسم العلوي من الانحناء الصغير وملتصقة بالمعثكلة فوغم جيب المعدة العلوي الصغير بجيبها السفلي الكبير ويشترط في إجراء هذه المفاغمة أن يكون البواب سليماً .

أما إذا كان سبب الضيق خارجياً فيكفي معالجة السبب لازالة الضيق (قطع لجام ، توخيف الكيس المائي ، بت الطحال الضخم) .

* * *

البحث الثاني

تضيقات العفج

الأسباب . — قد ينجم ضيق العفج عن قرحة أو سرطان وسببه خارجي في أغلب الأحيان : لجم ولادية أو التهابية (التهاب ما حول العفج) ، انضغاط قطعة العفج الثالثة بسويقة الماساريقى العلوية نتيجة لوضع شاذ في الأعضاء المجاورة .

الأعراض . — تختلف بحسب موقع الضيق :

١ً . — **التضيقات فوق مجل واتر** : تتصف التضيقات الخفيفة ببعض الاضطرابات الهضمية المبهمة كالغثيان والأقياء ، وبتناذر عصبي إنباتي (صداع في عقب الطعام ، دوار ، بطء النبض) أما التضيقات المشدودة فأعراضها شبيهة بأعراض ضيق البواب .

٢ً . — **التضيقات تحت مجل واتر** : تتصف بالأعراض الخاصة الآتية : غثيان مستمر ، اقياء صفراوية ، تناوب القبض والإسهال . وتمتاز هذه الاضطرابات الهضمية بخفتها عندما يأخذ المريض بعض الأوضاع الخاصة .

يكشف جس البطن أحياناً نقطة مؤلمة في أعلى السرة والى يمينها كما يكشف حس الجعجعة .

ويشخص الضيق بالفحص الإشعاعي الذي يظهر تشوه البصلة بالتهاب ماحول العفج من جهة كما يظهر توسع قسم العفج الكائن فوق منطقة الضيق من جهة ثانية .

وإذا كان سبب الضيق سويقة الماساريقى العلوية أظهرت الصور الاشعاعية بعض العلامات الوصفية : توسعاً يتناول بصلة العفج وقطعته الثانية مع النصف

الأيمن من القطعة الثالثة ويمكن إزالة هذا التوسع وإفراغ العفج برفع كتلة الأحشاء إلى العالي (وسيلة هاي manœuvre de Hay) .

المعالجة . — تعالج تضيقات العفج فوق مجل واتر بقطع اللجم والالتصاقات وإجراء مفاغمة المعدة بالصائم . أما تضيقاته تحت مجل واتر فتعالج بمفاغمة القسم المتسع من العفج بالصائم .

ويفضل اشراك المعالجة السابقة بقطع العصب الحشوي نظراً لمصاحبة التناذر العصبي الإنباتي لتضيقات العفج في الغالب .

* * *

الفصل السابع

رتوج العفج

(Diverticules du duodenum)

هي أكثر رتوج الانبوب الهضمي مصادفة ومع ذلك فلم يذكر منها حتى الآن أكثر من مائتي حادثة . وهي نوعان : رتوج ثانوية لقرحة في العفج أو لحصاة صفراوية وتصادف في قطعة العفج الأولى ، ورتوج أساسية وهي ما سندرسه الآن :

التشريح المرضي . — تستقر هذه الرتوج غالباً في قطعة العفج الثانية وقد تصادف في قطعته الثالثة وفي الزاوية العفجية الصائمية أيضاً وهي مفردة وقد تكون عديدة ، ويختلف حجمها من حجم نواة الكرزة إلى حجم الجوزة الكبيرة وهي إما لاطئة (عنيقها واسع) تسهل رؤيتها في الصور الإشعاعية لامتلائها السريع بالمادة الظليلة ، أو معنقة سهلة الاستئصال ولكنها صعبة الكشف بالأشعة لامتلائها البطيء بالباريت الذي يمر من فوهتها الضيقة . وترى رتوج الوجه الأمامي من العفج بسرعة واستئصالها سهل بينما رتوج وجهه الخلفي صعبة الاستئصال لانغراسها في غدة المعثكلة ولعلاقتها الوثيقة الخطرة بالأوعية والقنوات الصفراوية والمعثكلية .

يتألف جدار الرتج من طبقات العفج الثلاث (المصلية والعضلية والمخاطية) أو من طبقة واحدة (المخاطية) تغطيها أو لاتغطيها الوريقة المصلية .

الإمراض . — إن النظرية المقبولة في الوقت الحاضر هي التي تقول بأن

الرتج يتكون من الضغط داخل العفج لمنطقة ضعيفة خلقياً ، هذا بالنسبة للرتج المكتسب ، أما الرتج الولادي فهو انغلاق عفجي .

الأعراض . – يحتمل المريض بعض هذه الرتوج حتى أنها قد تبقى مستترة ولا تظهر إلا صدفة بالفحص الاشعاعي وهي الرتوج غير الملتهبة والرتوج التي لاتؤثر في حركة العفج ؛ أما الرتوج الاخرى فتسبب للمريض عادة اضطرابات مختلفة : اضطرابات معدية خفيفة (ثقل ، عسرهضم) أو شديدة (آلام حادة دورية تشبه آلام القرحة وقد ترافقها أقياء دموية وتغوط دموي أسود) كما أن بعض الرتوج يتجلى إما بأعراض ضيق البواب أو ضيق المعي (أقياء وافرة مستمرة) أو بأعراض الإصابة الكبدية المرارية .

ويضاف إلى ماسبق شكل يلتهب فيه الرتج فيصاب بالموات أوينثقب فينجم عن ذلك التهاب الصفاق الحاد أوالتهاب المعشكلة (إذا كان الرتج منغرساً فيها) .

الفحص الاشعاعي . – يبدو الرتج بالأشعة بشكل ظل مدور أو بيضاوي مختلف الاتساع ذي حدودٍ واضحة ومنتظمة ، يتصل بالعفج اتصالاً واسعاً (الرتج اللاطيء) أو بفتحة ضيقة (الرتج المعنق) وإذا كان كبيراً ظهرت فوق طبقة الباريت سوية افقية مائية هي سائل الركود الذي يعلوه أحياناً فقاعة هوائية فهو بذلك يشبه عش هودك المصادف في القرحة إلا أنه يميز عن القرحة ببقاء بقعة ظليلة في خارج العفج بعد انفراغ المعدة والعفج من الباريت .

التشخيص . – يتبين مما سبق أن الأعراض السريرية مبهمة وأن الفحص الاشعاعي هو المعول عليه في تشخيص رتوج العفج ، على أن الرتوج الصغيرة قد تلتبس بالقرحة وبالتهاب ما حول العفج وبالناسور العفجي المراري وبرجوع الباريت في مجل واتر أو في القناة الجامعة المتسعة . فتوصلاً الى تشخيص الرتج يجب فحص المريض فحصاً سريرياً واشعاعياً دقيقاً ومكرراً لكي تنفى إصابته بالآفات الآنفة الذكر .

المعالجة . – تكفي المعالجة الدوائية (مضادات التشنج، مفرغات الصفراء التي تكافح الركود) غالباً في تخفيف الاضطرابات التي يشتكي منها المريض.

أما المعالجة الجراحية فتقوم بقطع الرتج وهو عمل جراحي سهل إذا كان الرتج معنقاً وواقعاً على وجه العفج الأمامي (ربط العنق ثم دفنه) ، وصعب وخطر إذ وقع الرتج على وجهه الخلفي وكان منغرساً في غدة المعثكلة أو في تقعر حلقة العفج وكان قريباً من الطرق الصفراوية والأوعية الكبيرة .

* * *

الفصل الثامن

امراض المعدة المبضوعة

(La pathologie de l'estomac opéré)

قد يعقب عملية بت المعدة أو مفاغمتها بالصائم تشوشات وظيفية مختلفة الخطر يعود معظمها إلى عدم إتقان العمل الجراحي ؛ فالمفاغمة الضيقة التي لم تراعَ فيها الدقة وشروط الطهارة يتلوها عادة عوارض مختلفة بعضها مبكر وبعضها الآخر متأخر :

١ً . – **العوارض المبكرة** : هي العوارض التي تظهر في الأيام الأولى من التوسط الجراحي وتتطلب اجراء عمل جراحي ثانٍ عاجل كالنزوف المعدية، والتهابات الصفاق الحادة التالية لتفكك غرز الخياطة ، والنواسير التي يكون بعضها صفراوياً (بتفكك خياطة جذمور العفج وهو اختلاط خطر وصعب المعالجة) وبعضها الآخر معثكلياً يظهر في عقب استئصال قرحة معدية شديدة الالتصاق بالمعثكلة وهذه النواسير تشفى عفواً أو تتطلب توسطاً جراحياً، وأخيراً توسع المعدة الحاد في عقب البضع هذا الاختلاط الذي يستحق الوصف : فهو يبدو بعد التوسط الجراحي بيومين أو بثلاثة أيام بالأعراض السريرية الآتية: أقياء وافرة مستمرة صفراوية وقد تكون دموية مع فواق وآلام مختلفة الشدة يرافق ذلك توسع شديد في الناحية الشرسوفية وتغير سريع في حالة المريض العامة يدل عليه الوهط القلبي المبكر والسحنة الابقراطية ، ويفيد الفحص

الإشعاعي – إذا أمكن اجراؤه – في اظهار توسع المعدة الشديد .

وقد اختلف في إمراض هذا التوسع المعدي الحاد فاتهم بعضهم العوامل الآلية (تكوع « coudure » زاوية الصائم او انضغاط قطعة العفج الثالثة بين الماساريقى والعمود الفقري) وبعضهم الآخر العوامل العصبية (شلل ألياف المعدة المحركة الحاد أو حصار المعدة والامعاء التشنجي) ، ولكن الحقيقة التي أظهرتها إعادة فتح البطن في هؤلاء المرضى هي ان هذا الاختلاط يعود إلى سببين : خزب فوهة المفاغمة والتهاب الصفاق المهيكل تحت ماساريقى القولون الذي يؤدي إلى انغلاق الصائم .

يعالج هذا العارض بالمص المعدي المتواصل (الذي يخفف توسع المعدة فيمنع تفكك غرز الخياطة) وبحقن المريض بكميات كبيرة من المصل الغريزي المتعادل التوتر لمكافحة الصدمة والاجتفاف . فإذا لم تفد هذه المعالجة الدوائية على الرغم من المثابرة عليها عدة أيام لجىء إلى التوسط الجراحي فقد يكون هنالك عائق آلي تجب إزالته .

٢ً . – **العوارض الثانوية** : تظهر هذه العوارض في عمليات قرحة المعدة والعفج أكثر من ظهورها في عمليات سرطان المعدة كما ان لطراز العمل الجراحي دخلاً كبيراً في كثرة حدوثها وبما أن المفاغمة المعدية العفجية – عملية باين (Péan)– هي أقرب مايكون إلى الحالة الغريزية من المفاغمات الهضمية الأخرى كانت العوارض الثانوية المصادفة في هذا الطراز من المفاغمة أقل كثيراً من العوارض في العمليات الأخرى .

تكثر العوارض الثانوية في كل مفاغمة تجرى بدون اتقان : فوهة ضيقة ، استعمال خيوط غير قابلة الغؤور ، جعل فوهة المفاغمة بعيدة جداً إلى اليسار .

وتختلف العوارض الثانوية باختلاف العمل الجراحي السابق :

١ً . – **العوارض الثانوية التي تظهر في عقب بت المعدة** : بعضها طفيف يتجلى بالاسهال وتطبل البطن ، وبعضها متوسط الشدة : هزال ثابت مع فاقة

دم بنقص اللون لنقص العامل المناهض لفاقة الدم الذي يفرزه غشاء المعدة المخاطي ، والبعض الآخر شديد هو تنـــاذر الاغراق (dumping syndrom) وهو تناذر عضوي وظيفي يظهر في عقب الطعام في من بتت معدهم وكان يعزى في الماضي الى إتساع عروة الصائم بدخول لقمة الطعام فيها بصورة عنيفة ومفاجئة والى ما يجره هذا الاتساع الآلي من انعكاسات عصبية، أما في الوقت الحاضر فيعلل بتخرش مخاطية الأمعاء بسائل زائـد التوتر وهو تعليل مقبول فقد أمكن احداث هذا التناذر في الأصحاء بإدخال المصل السكري الزائد التوتر الى الصائم بطريق المسبار .

يتصف هذا التناذر بأشـكاله الخفيفة بشعور المريض بالتوعك والتعب والوسَن (somnolence) في عقب الطعام واستلقاء المريض كافٍ لتهدئة هذه الأعراض.

أما في الأشـكال الشديدة فيشحب لون المريض ويضجر ويـكلل عرق بارد وجهه ويشعر بحس الامتلاء المعدي وبالغثيان والخفقان .

يزول تناذر الاغراق في أشـكاله الخفيفة عفواً بعد شهرين من التوسط الجراحي أما أشكاله الشديدة ، وهي نادرة لحسن الحظ ، فتعالج بالحمية الخاصة: وقعات غذائية قليلة المقدار ، مكررة، غنية بالهيوليات وفقيرة بالمواد السكرية مع تناول الأشربة الحامضة في بدء الطعام التي تفيد في ابطاء انفراغ المعدة .

٢ . – العوارض الثانوية التي تظهر في عقب مفاغمة المعدة بالصائم :

هي أ . – التهاب المعدة والصائم (آلام مع ارتفاع حرارة سببها الانحراف عن الحمية الطعامية) . ب . – التهاب ماحول المعدة (آلام شرسوفية سببها الالتصاقات الالتهابية حول فم المفاغمة) . ج . – ضيق فوهة المفاغمة المعدية الصائمية وينجم عن تصلب المفاغمة أو عن التهاب ماحول المعدة أو عن انغلاف الصائم في المعدة خلال فم المفاغمة ، ويتصف هذا الضيق بالآلام والأقياء الغذائية (ضيق العروة الصادرة) أو الأقياء الصفراوية (ضيق العروة الواردة) وتتطلب معالجته بت المعدة.

القرحة الرضمية التالية لبضع المعدة

هي القرحة التي تتكون في حذاء فوهة المفاغمة المعدية الصائمية أو في جوارها.

الأسباب . – تصادف بنسبة ٥ ٪ في الرجل الكهل وذلك بعد مفاغمة المعدة بالصائم لقرحة عنجية أو لقرحة قرب البواب وهي نادرة جداً بعد بت المعدة ولا تصادف مطلقاً في العمليات المجراة لسرطان المعدة ؛ كما أن بعض أنماط المفاغمة عرضة للاصابة بهذه القرحة أكثر من الانماط الأخرى كالمفاغمة المعدية الصائمية بشكل (Y) والمفاغمة أمام القولون وبت المعدة المحدود ، أما بت المعدة الواسع والمفاغمة المعدية الصائمية عبر رباط القولون فليست عرضة لهذه القرحة إلا إذا لم تتقن بأن كانت فوهة المفاغمة ضيقة أو كان وضع عروة الصائم معكوساً أو أجري التوسط الجراحي على معدة ملتهبة ؛ وأخيراً فإن تناول المبضوع للأطعمة الحرّيفة وشربه للغول يعرضانه لهذا الاختلاط .

التشريح المرضي . – القرحة مفردة في الغالب وقد تكون مزدوجة وتستقر عادة في العروة الصادرة على بعد ١–٢ عشم . من فوهة المفاغمة ونادرة مصادفتها على المفاغمة ذاتها أو في العروة الواردة ويختلف اتساعها من ١–٢ عشم . وهي قرحة ثاقبة يشابه منظرها قرحة المعدة والعفج فهي تارة لينة وطوراً شثنية يحيط بها غشاء مخاطي خزب أو متصلب كما يرافقها التهاب صفاق مزمن تحت ماساريقي القولون وكل ذلك يؤدي في النهاية إلى ضيق فوهة المفاغمة واتساع العروة الواردة .

تسير هذه القرحة عادة عمقاً فتنثقب في الصفاق الحر أو في القولون وهو الغالب وقد تصيب أحد الأوعية الماساريقية الكبيرة .

الإمراض . – إن السبب الرئيس في امراض هذه القرحة هو عدم قيام فوهة المفاغمة بعملها على أحسن وجه وهذا ما يحدث عندما تكون فوهة المفاغمة ضيقة أو بعيدة جداً الى اليسار أو متى أحاطت بها لجم تعوق انفراغ المعدة أو العروة

المفاغمة وهذا يؤدي الى حدوث بعض الركود المعدي فإلى ازدياد افراز المعدة الحامض الذي يلامس مباشرة، لدى مروره بفوهة المفاغمة، غشاء المعي المخاطي الذي اعتاد الوسط القلوي .

كما أن استعمال الخيوط غير قابلة الغؤور والملاقط التي توضع على الأمعاء يؤديان إلى ائتكال سطحي في الغشاء المخاطي يتندب ولكنه يصبح نقطة انطلاق لحدوث القرحة الهضمية .

وفي بعض الحالات لانرى أي سبب يمكننا أن نعزو اليه ظهور القرحة الهضمية فيتهم في احداثها التأهب الخاص في بعض الأناس (المرض القرحي) .

الأعراض . — تبدو الأعراض الأولى للقرحة الهضمية بعد ثمانية أشهر من التوسط الجراحي ، وقد تبقى القرحة كامنة فلا تظهر إلا بعد انثقابها في الصفاق الحر . وأعراض القرحة الهضمية شبيهة بأعراض القرحة العفجية ولكنها تتصف بشدتها .

١ً . — **العلامات الوظيفية** : هي الآلام والنزوف والأقياء :

فالآلام حادة تستقر تحت السرة والى يسارها وتتأخر كثيراً في الظهور وهي لاتهدأ بتناول الأطعمة والقلويات .

والنزوف كثيرة الحدوث وهي خطرة لتكررها أو لوفرتها وتبدو غالباً بالتغوط الدموي الأسود . أما الاقياء فنادرة .

وإذا لم تعالج هذه القرحة أصبحت الآلام مستمرة وانتهى الأمر بها إلى الانثقاب في الصفاق الحر أو في القولون المعترض وتكون ناسور معدي صائمي قولوني متصف بالاقياء الغائطية والاسهال في عقب الطعام (٦-٨ مرات يومياً) فالمريض يتبرز سائلاً حامضاً مخرشاً فيه بعض الاطعمة غير المهضومة وينتهي به الأمر الى الموت بالحرض .

٢ً . — **العلامات العامة** : يهزل المصاب بهذه القرحة بسرعة ويصاب بفاقة

الدم والوهن العصبي كما ترتفع حرارته قليلاً وتزداد كريباته البيض الأمر الدال على وجود حالة التهابية مرافقة للقرحة .

٣ً .ـ **العلامات الفيزيائية** : يكشف جس البطن نقطة مؤلمة في مكان المفاغمة وقد يكشف تورماً مؤلماً غير واضح الحدود سطحياً ملتصقاً بالجدار (درعاً التهابية) أو عميقاً يشبه الورم السرطاني .

٤ً .ـ **العلامات الإشعاعية** : يكشف الفحص الاشعاعي (الرسوم الاشعاعية المتسلسلة التي تؤخذ تحت الضغط) لناحية المفاغمة وخاصة في العروة الصادرة عش القرحة الثابت ذا الشكل المدور أو البيضاوي الذي يظهر أحياناً بشكل بقعة معلقة نجميـة الشكل . واذا انثقبت القرحة في القولون المعترض أظهر الفحص الاشعاعي مرور المادة الظليلة الى القولون المعترض .

المعالجة . ـ جراحية بحتة وتقوم ببت المعدة الواسـع اذا كان التوسط الجراحي السابق مفاغمة المعدة بالصائم ، واذا تعذر هذا البت لسوء حالة المريض أو لكثرة الالتصاقات أو اذا كانت العملية السابقة هي بت المعدة الجزئي أجريت للمريض عملية دراكستيد أي قطع العصب المبهم المضاعف في حذاء فؤاد المعدة.

٣ً .ـ **الغوارض المتأخرة** : هي انغلاقات الأمعاء باختناق المعي الدقيق خلال مزقة ماساريقى القولون ويلاحظ هذا العارض في حالة عدم تثبيت مزقة القولون جيداً بجدار المعدة .

* * *

الباب السابع

أمراض المعي الدقيق الجراحية

الفصل الأول

انغلاقات الأمعاء

(Les occlusions intestinales)

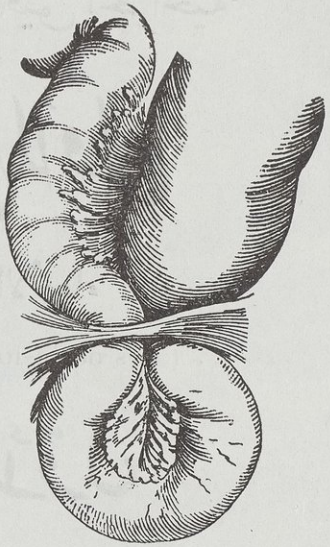
البحث الأوّل

انغلاقات الأمعاء اجمالاً

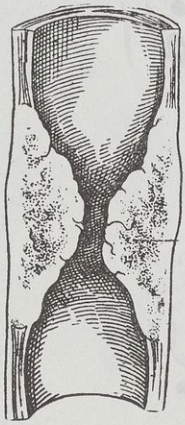
الحد . — هو التوقف التام الثابت لجريان المواد الغائطة والغازية في قطعة من الامعاء سواء أحصل هذا التوقف فجأة أو تحقق ببطء بعد زمن طويل من قبض لم يرافقه احتباس الغازات . وانغلاق الامعاء تناذر يظهر في أمراض كثيرة ، وسندرس في هذا البحث انغلاقات الامعاء وانسداداتها إجمالاً ثم نعود الى دراسة الانماط المختلفة لهذه الانغلاقات ، أما الفتوق المختنقة الخارجية التي تتصف بما

تتصف به انغلاقات الأمعاء من أعراض فقد أتينا على درسها في بحث اختلاطات الفتوق .

الأسباب . — تلاحظ انغلاقات الأمعاء في جميع الأعمار ، وفي الذكور والاناث على حد سواء ، وتنجم اما عن اختلال في حركة الأمعاء (الانغلاقات الوظيفية « les occlusions fonctionnelles ») ، أو عن وجود عائق آلي يحول دون جريان المواد الغائطة والغازات (الانغلاقات الآلية « les occlusions mécaniques ») وهي الكثيرة ، وقد تكون الانغلاقات مختلطة كتقفع



(الشكل - ٩١)
انسداد لمعة المعي باجام
(عن كيلي)

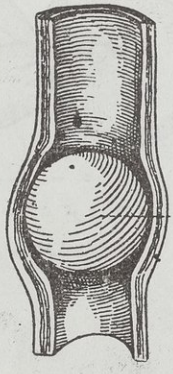


(الشكل - ٩٢)
الانغلاق بالانسداد
ضيق عضوي في جدار المعي

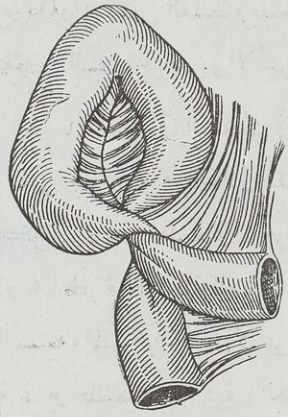
المعي (انغلاق وظيفي) على حصاة صفراوية (انغلاق آلي) وقفت فجأة في احدى نقاط المعي : فيكون العنصر الوظيفي وهو التقفع قد أضيف الى العنصر الآلي أي الحصاة في سد لمعة الأمعاء ، وقد يكون العكس فيبدو الانغلاق الوظيفي في البدء (شلل الأمعاء) ثم يتلوه عامل آلي (تكوّع الامعاء أو انفتالها) .

١ً .ـ **الانغلاق الآلي** : يحدث بآليتين مختلفتين : الانسداد والاختناق ، ففي الانسداد تمحى لمعة احدى العرى المعوية فلا تستطيع المواد المرور فيها غير ان الدوران لايختل في هذه العروة ، بينما تصاب في الاختناق الأمعاء وماساريقاها في آن واحد فالأمعاء تنغلق والماساريقى تختنق فينجم عن ذلك تأذٍ شديد في جدر العروة المختنقة فهي تحتقن في بادىء الأمر ثم تصاب بفقر دمٍ موضعي يتلوه الموات فالانثقاب .

أ . ـ الانغلاق الآلي بالانسداد : اسبابه عديدة فقد تنسد لمعة المعي :



(الشكل ـ ٩٣)
انسداد لمعة المعي بحصاة صفراوية



(الشكل ـ ٩٤)
انفتال عروة معوية
(عن مينيكو)

١ً .ـ بعلة خارجية (ورم في الجوار ضغط المعي كورم الرحم الليفي وورم الماساريقى ، أو لجام حدث بعد توسط جراحي سابق على احدى أحشاء البطن (الشكل ـ ٩١) ، أو التصاقات رصت العرى المعوية ، وقد يكون السبب رتج ميكل أو الزائدة الملتهبة التهاباً مزمناً) .

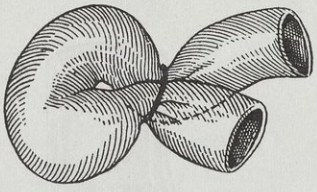
٢ً .ـ أو بعلة في جدار المعي (الشكل ـ٩٢) (سرطان أو سل أو ندبة تلت رض المعي أو مفاغمته وقد يكون الضيق ولادياً كما في الرضيع) .

٣ً .ـ أو بجسم اجنبي توقف في لمعة المعي فسدّها (الشكل ـ٩٣) (حيات

البطن ، حصاة صفراوية كبيرة ، كتلة كثيفة من المواد الغائطة ، وشيق انغلاف مزمن) .

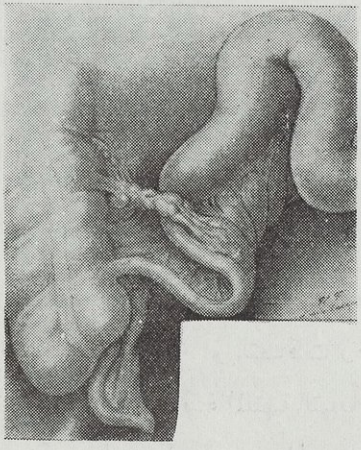
ب . — الانغلاق الآلي بالاختناق : يحدث بآليات مختلفة :

١ً . — بالانفتال (volvulus) وهو اكثر الانغلاقات مصادفة ، تنفتل فيه عروة معوية حول ماساريقاها (الشكل - ٩٤) فينزعج الدوران فيها وتحتقن وتخزب وتصاب بالاحتشاء النزفي الذي يفضي بها الى الموات ؛ ويقع الانفتال اما في المعي الدقيق فيكون سببَهُ عائقٌ في مجرى تموجاته الاستدارية (لجام أو ورم) ، أو في المعي الغليظ وينتخب منه قطعتين : السين الحرقفي والأعور .



(الشكل - ٩٥)
عروة معوية اختنقت بمرورها من خلال ثقبة في جوف البطن

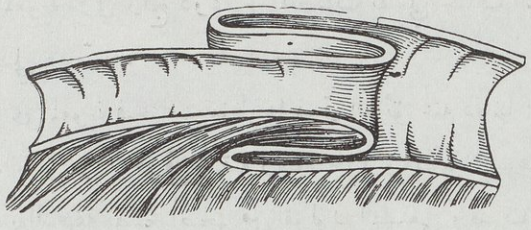
٢ً . — بالاختناق البطن وفيه يختنق المعي بمروره من خلال ثقبة (الشكل - ٩٥) طبيعية (فرجة وينسلاو ، الحفرة العفجية الصائمية ، الحفرة السينية ، المسكن خلف الأعور) أو ثقبة غير طبيعية ولادية (خرق bréche في ماساريقى القولون المعترض) أو مكتسبة نشأت من التصاقات التهابية قديمة (التهاب صفاق حاد أو سلي) (الشكل - ٩٦) أو ثلت توسطاً جراحياً على أحشاء البطن (بقاء ثقبة في ماساريقى القولون لم تغلق جيداً في عقب مفاغمة المعدة بالصائم عبر رباط القولون) ، وأخيراً فإن رتج ميكل (Meckel) والزائدة



(الشكل - ٩٦)
اختناق اللفائفي بلجام ماساريقي أعوري (غينار)

الدودية بالتصاقها بالأحشاء المجاورة أو بالجدار قد يكونا السبب في حدوث الاختناق الباطن .

٣ً .- بالانغلاف (invagination) وهو كثير المصادفة في الطفولة الأولى تنغلّ فيه قطعة من المعي في قطعة أخرى تحتها اوسع منها (الشكل - ٩٧)



(الشكل - ٩٧)
الانغلاف المعوي

لذلك يلاحظ بكثرة في المنطقة اللفائفية الأعورية حيث ينغلّ اللفائفي في الأعور الواسع ؛ أما في الكهل فالانغلاف نادر وسببه ورم صغير أو مرجل جرّ قسم المعي النامي عليه وجعله ينغلف في قطعة المعي تحته .

٢ً . - **الانغلاق الوظيفي** : هو أقل من الانغلاق الآلي السابق وينشأمن اختلال حركة الأمعاء (تشنج أو شلل) بسبب التبدلات التي تطرأ على الجملة العصبية المحركة للمعي. فإذا تشنج المعي في إحدى نقاطه أفضى هذا التشنج إلى صغر قطره وبالتالي إلى ضيق لمعته وهذا ما يحدث عندما يتقفع المعي انعكاساً (رض البطن) أو على جسم غريب (حصاة صفراوية ، كتلة ديدان) أو بسبب عام (استبالة الدم urémie ، ورم دماغ) .

أما شلل الأمعاء فتحدثه انعكاساً إحدى العلل التالية (التهاب زائدة حاد ، قولنج كلوي أو صفراوي ، انفتال كيس مبيض ،نزف باطن ،احتشاء الأمعاء الخ . .) كما يتلو التهاب الصفاق الحاد وفقاً لقانون ستوكس «Stockes» (تشل كل طبقة عضلية وقعت تحت طبقة مصلية ملتهبة) .

والامعاء التي شلت تغيب تموجاتها الاستدارية من جهة وتتسع بالغازات فتتكوع من جهة ثانية فينجم عن ذلك توقف جريان المواد والغازات وظهور اعراض الانغلاق .

التشريح المرضي . — إذا فتح بطن امرىء أصيب بانغلاق الأمعاء شوهد بين العرى المعوية وفي رتج دوغلاس انصباب تفاعلي مختلف الكمية وذو لون رائق أو مصلي مدمّى .

أما العرى المعوية فيختلف منظرها فوق العائق عنه دونها : فبينما هي فارغة مسطحة تحت العائق نراها فوقه محتقنة رقيقة الجدر ومتسعة اتساعاً شديداً حتى ان العروة المعوية الدقيقة تصبح أضخم من القولون الطبيعي وقد تتقرح بعض النقاط في غشائها المخاطي وتنثقب بنتيجة الاضطرابات الاغتذائية ، أو بسبب ازدياد فوعة الجراثيم في السائل المعوي الراكد فوق العائق . هذا في الانغلاق الآلي بالانسداد الذي يقرب منه الانغلاق الوظيفي بشلل الامعاء وفي هـذه الحالة لايتناول الاتساع المعي الدقيق فحسب بل يتعداه الى القولونات أيضاً . أما في الانغلاق الآلي بالاختناق فتكون العروة المختنقة في بادىء الأمر مصابة بالاحتشاء ثم تصاب بالموات فتسود وتنثقب .

الغريزة المرضية . — لقد تبين من دراسة آلية الاضطرابات العامـة في انغلاقات الأمعاء مايلي :

١ً . — يحدث في المصاب بانغلاق الامعاء تسمم عام سببه امتصاص المواد السمية المتكونة في العروة المؤوفة ، هذا التسمم الذي دعاه روجه (Roger) بالتسمم البرازي (stercorémie) .

٢ً . — يتكون في جوف الصفاق انصباب مصلي أو مصلي مـدمى سببه الاضطرابات الدورانية في جدار العروة المعوية المؤوفة التي مددتها السوائل والغازات فيزداد النفوذ في الاوعية الشعرية فتجتـاز المصورة (plasma) الاوعية وتنصب في الصفاق .

ويزيد الانصباب توسع العرى المعوية وكلما اتسعت العرى اشتد الانصباب وهكذا فإن مص السوائل المتراكمة في المعي مصاً متواصلاً يحول دون توسع العرى وازدياد الانصباب .

٣ً . – ان اجتياز المصورة هذا يؤدي الى تكثف دم المصاب بالانغلاق فالدم فضلاً عن فرط تحلونه نراه زائد اللزوجة كثير الكريات ولكنه ناقص الكلورور ولهذا الامر الشأن الكبير في المعالجة التي ترمي الى اعادة التوازن الخلطي (bilan humoral) كما كان عليه في الحالة الطبيعية .

٤ً . – وأخيراً فان المصاب بالانغلاق بالاختناق يلاحظ فيه علاوة على ماذكر موات في العروة المختنقة التي تنبثق محدثة التهاب الصفاق الذي يسرّع الموت .

الأعراض . – يتصف تناذر الانغلاق النموذجي بالأعراض الآتية :

١ً . – **الاعراض الوظيفية** : هي الآلام والاقياء وتوقف المواد الغائطة والغازات يضاف اليها أعراض أخرى تنشأ من العفونة والتسمم الذاتي والافعال المنعكسة (الوهط ، هبوط الضغط الشرياني ، تشوشات التنفس) .

فالآلام هي التي تبدأ بالظهور وتختلف من حيث الشدة والبدء فتارة تكون فجائية ممزقة حتى انه قد يغمى على المريض (انغلاق الامعاء بالاختناق) وحيناً تبدأ خفيفة ثم تأخذ تزداد (الانغلاق الآلي بالانسداد) وطوراً تكون خفية (الانغلاق الشللي) وتمتاز بصفة أساسية هامة هي كونها قولنجية الشكل وتحدث على شكل نوب اشتدادية تفصلها فترات هدوء وفيها تحاول الامعاء ، بدون جدوى ، التغلب على العائق ولكن الامعاء تهن بعد فترة فتتباعد النوب الألمية شيئاً فشيئاً وتخف شدتها ولكنها تصبح مستديمة .

والعلامة الثانية هي الاقياء المكررة المستعصية وتظهر مبكرة فتكون طعامية في البدء ثم صفراوية فكرائية فغائطية ، وقد لاتظهر في الانغلاقات السفلية أما في الانغلاقات العالية الواقعة على المعي الدقيق فتكون وافرة مكررة .

وتوقف المواد الغائطة والغازات علامة ذات شأن يجب سوآل المريض عنها ولا سيما احتباس الغازات لأن المريض قد يفرغ القسم الواقع تحت العائق من أمعائه فيظن (اذا لم يدقق في العلامات الأخرى) أنه غير مصاب بالانغلاق ولكن عدم طرحه للغازات بالاضافة الى القولنجات المتقطعة الاشتدادية والاقياء الغائطية كل ذلك عناصر هامة في تشخيص تناذر الانغلاق .

٢ً . ـ **العلامات الفيزيائية** : اذا نظر إلى بطن المريض الذي أبدى العلامات الوظيفية السابقة كشفت فيه علامتان : التطبل وتموجات الأمعاء الاستدارية .

فالتطبل علامة أساسية في الانغلاق تظهر سريعاً وهي إما أن تعم البطن أو أن تستقر في إحدى نواحيه ، وكشفها سهل في المرء النحيل ولكنها أقل وضوحاً في المفاضج . وترى التموجات الاستدارية غالباً في الانغلاق الآلي بالانسداد وهي تبدأ من نقطة ثابتة في البطن ثم تتجه وتقف في نقطة أخرى منه وظهورها والنوب الألمية المتقطعة في آن واحد دليل على محادلة الأمعاء للعائق ، وقد لاتظهر هذه التموجات إلا بعد قرع البطن بالسبابة . وإذا جس البطن في الناحية المتطبلة شعرت اليد بتوتر متقطع (مقاومة مرنة تختلف من آن لآخر) أما في النواحي الاخرى فالبطن لين إذا جس بلطف وقد يشعر بتورم (حصاة ، وشيق الانغلاف) هو سبب الانغلاق .

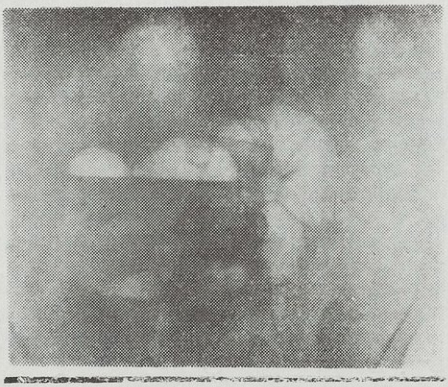
ويكشف القرع رنيناً واضحاً في ناحية التطبل وصمماً طفيفاً في الخاصرتين سببه الانصباب المصلي في جوف الصفاق أو اجتماع المواد في عروة معوية متوسعة بشدة .

أما الاصغاء إلى البطن فقد يكشف بعض الاصوات المائية الهوائية الشبيهة بالطنين المعدني . والمس الشرجي أو المهبلي (وإن كان لايبدو فيه عادة إلا فراغ مجل المستقيم) ضروري ويجب اجراؤه في كل امرىء شك في اصابته

بالانغلاق فقد يكشف سرطاناً في المستقيم ظل مجهولاً برهة من الزمن حتى ظهرت علامات الانغلاق ، كما قد يشعر به بوشيق الانغلاف أو بحصاة صفراوية.

٣ً . — **العلامات العامة** : تتبدل حالة المريض العامة بسرعة وتبدو عليه السحنة الابقراطية فيصبح ضجراً، أساريره منقبضة ، أنفه دقيق وعيناه غائرتان ويقل بوله ويحتوي على النيلة والآحين ، وتهن قواه ويصبح لسانه جافاً أحمر اللون كالشواء وترتفع حرارته بعد عدة ساعات الى (٣٨°) ويصغر نبضه ويسرع ، ويزداد عدد تنفسه ويصبح سطحياً ثم يهبط ضغطه الشرياني ويكلل وجهه عرق بارد ، فإذا لم يسعف مات في خلال مدة أقصاها اسبوع .

٤ً . — **الفحص الإشعاعي** : وله شأن كبير فهو يثبت الانغلاق ويعين موقعه وآليته وسببه أيضاً: يُنظّر بطن المريض أولاً بدون ان يعطى أية مادة ظليلة ثم تؤخذ عدة صور اشعاعية فتلاحظ ، والمريض واقف أو مستلق ، صور مائية هوائية مع عدة سويات سائلة افقية كأنها درجات السلّم (الشكل — ٩٨) ، او وضوح غير طبيعي على شكل الهلال.



(الشكل - ٩٨) انغلاف المعي الدقيق (عن غوديفرو)

وتفيد حقنة الباريت في كشف عائق في القولونات .

الأشكال السريرية . — الى جانب تناذر الانغلاق الحاد النموذجي الذي أتينا على وصفه يوجد أشكال سريرية أخرى :

١ً . — الانغلاقات فوق الحادة التي تصادف في انفتال الامعاء الدقيقة وأعراضها الوظيفية هي الآلام الشديدة الممزقة والاقياء المستعصية وتوقف المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً ، وفيها تسوء الحالة العامة بسرعة ويموت المريض في اليومين الاولين من بدء الاصابة .

٢ً . – الانغلاقات المزمنة التي تصادف في انضغاطات الامعاء وتضيقاتها السلية والسرطانية وانسداداتها بالحصاة الصفراوية أو بالانغلاف . وتتصف هذه الاشكال المزمنة بنوب ألمية متوسطة الشدة تنتاب المريض من وقت لآخر ، وبالأقياء التي تتوقف عفواً ، ولا تتوقف فيها المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً ؛ ولكن هذه الاشكال المزمنة تنقلب فجأة الى الاشكال الحادة وتتطلب توسطاً جراحياً عاجلا .

التشخيص . – يجب التبكير فيه ما أمكن لأن حظ المريض بالشفاء أكبر كلما أسرع بالتوسط الجراحي فلندرس في التشخيص الامور التالية :

١ً . – **تشخيص الانغلاق:** وهو سهل إذا اجتمعت العلامات الاساسية الاربع : (الآلام والأقياء وتوقف المواد الغائطة والغازات وتطبل البطن) بالإضافة الى كشف السويات السائلة الافقية بفحص البطن الإشعاعي ، وهو صعب إذا فقدت بعض العلامات أو كانت غير واضحة ولم يتيسر الفحص الإشعاعي فيلتبس الانغلاق عندئذ من جهة ببعض العلل الداخلية ، والخطأ هنا كبير وسيء العواقب ، لأننا نعرض المرء لتوسط جراحي هو بغنى عنه فهو يلتبس بسوء الهضم ولكن الآلام فيه لا تكون نوبية الشكل كما ان الاقياء لا تكون غائطية مطلقاً زد على ذلك عدم تطبل البطن وعدم توقف المواد الغائطة والغازات ، كما يلتبس ببعض القولنجات (القولنج الكبدي والقولنج الكلوي) ولكن بقاء الحالة العامة حسنة في القولنجات وتشععات الآلام فيها وعدم توقف المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً كل ذلك عناصر ذات شأن في تمييز هذه العلل .

ويلتبس الانغلاق ايضاً ببعض علل البطن الجراحية الحادة فإذا نفينا إصابة المرء بالفتق المختنق (فتق فخذي صغير مختبىء داخل الشحم ، فتق اربي خلالي أو قرب الصفاق) بمعاينة نواحي الفتوق بدقة التبس الانغلاق :

أ . – بالتهابات الصفاق الحادة التي تتلو التهابات الزائدة وانثقابات قرحة المعدة والعفج ولكن الخطأ هنا قليل الخطر لحسن الحظ لأن التهابات الصفاق

الحادة هذه تتطلب التوسط الجراحي السريع كما يتطلبه الانغلاق ومع ذلك فتمييز احدى العلتين عن الاخرى ممكن إذا دقق في أعراض كل منهما: فآلام الانغلاق قولنجية الشكل وذات صفة اشتدادية بينما الآلام في التهابات الصفاق مستمرة وشاملة لأنحاء البطن كافة وأشدها في الحفرة الحرقفية اليمنى (في التهابات الزائدة) أو في الناحية الشرسوفية (في انثقابات المعدة) كما ان الاقياء الغائطية في الانغلاق لا تصادف في التهابات الصفاق وأخيراً فان عدم توقف المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً وعدم ارتسام التموجات الاستدارية على جدار البطن في التهابات الصفاق علامتان تضافان الى العلامات الاخرى في التمييز بين العلتين .

ب . — بالتهاب المعشكلة النزفي واحتشاء الامعاء ولكن ظهور الوهط المبكر في هاتين العلتين وغيبة التموجات الاستدارية والاقياء الغائطية منهما كل ذلك يساعد في التشخيص الفارق مع الانغلاق .

ج . — بالنزف الباطن حيث يتخرش الصفاق بالدم المجتمع فيه فيقيء المريض أقياء غير غائطية وتشل أمعاؤه فيتطبل البطن وتحتبس الغازات والمواد الغائطة احتباساً قسمياً ولكن استجواب المريض يكفي عادة في تشخيص العلة .

٢ً . — **تشخيص آلية الانغلاق** : يعرف الانغلاق اختناقاً بسيره الحاد وخلوه من التموجات الاستدارية وتطبل البطن الموضعي الذي يرافقه حس توتر بالجس ورنين طبلي بالقرع (علامة فون وال « signe de Von Wahl ») وبظهور منطقة واضحة مفردة بالفحص الإشعاعي مقرها العروة المختنقة .

وعلى العكس من ذلك فان الانغلاق الآلي بالانسداد يعرف سريرياً بسيره البطيء وبتطبل البطن الشامل وبالنوب الالمية الاشتدادية وبرؤية التموجات الاستدارية بسهولة من خلال جدار البطن ، واشعاعياً بظهور عدة سويات سائلة افقية في البطن منضدة كدرجات السلم وممتدة من الحفرة الحرقفية اليمنى الى المراق اليسرى .

٣ . ـ **تشخيص سبب الانغلاق** : قد يعرف سبب الانغلاق أ .ـ من سوابق المرء المرضية فان الالتصاقات تعد السبب الاكبر في الانغلاق الذي يتلو التوسطات الجراحية على البطن . ب .ـ من موقع العائق فاللجم والفتق الباطن هما السبب الغالب في انغلاقات الامعاء الدقيقة بينما يكون الورم وانفتال السين هما السبب في انغلاقات الامعاء الغليظة . ج .ـ من عمر المريض وهو عنصر هام كبير الشأن في معرفة سبب الانغلاق :

فانغلاقات الوليد تنشأ عن تشوه ولادي في الامعاء (عدم انثقاب الشرج أو القولون العرطل) . وفي الرضيع يكون سبب الانغلاق انغلاف اللفائفي بالأعور واعراضه هي إجمالاً اعراض الانغلاقات ذاتها يضاف إليها علامة اساسية هي خروج الدم الصرف او المخاط المدمى من الشرج .

ويحدث الانغلاق في الأولاد بانغلاف الأمعاء او بالتهاب الزائدة او بسبب رتج ميكل وقد يحدث بضيق الامعاء بالالتصاقات التالية لالتهاب الصفاق السلّي .

اما انغلاقات الكهل فيعرف سببها تارة من سير الآفة (فالسير الحاد يدل على الانفتال أو الاختناق الباطن ، والسير البطيء يدل على انسداد الامعاء بورم خبيث) وتارة من سوابق المريض (ظهور تناذر الانغلاق بسبب الالتصاقات التي تكونت في عقب عمل جراحي على أحشاء البطن) وطوراً من الأعراض المرافقة لعلامات الانغلاق (كارتفاع الحرارة في التهابات الزائدة والتهابات الصفاق السلية والسرطانية) .

وأخيراً فان الانغلاقات في الشيخ تنجم عن أحد سببين : سرطان القولون أو انفتال القولون الحوضي . أما إذا ظهر الانغلاق في امرأة مسنة في سوابقها قولنجات كبدية فيكون السبب حصاة صفراوية انطرحت في المعي ووقفت في منتهى اللفائفي .

وعلى الرغم من كل ما سبق فقد يظل سبب الانغلاق مجهولاً ولا يعرف إلا بفتح البطن الاستقصائي .

٤ً . – **تشخيص مقر الانغلاق** : يستند هذا التشخيص إلى علامات الانغلاق السريرية من جهة وإلى فحص البطن الإشعاعي من جهة ثانية :

أ . – تشخيص مقر الانغلاق بالاستناد الى العلامات السريرية : تسير الآفة في الانغلاقات السفلية ، حيث يستقر العائق في القولونات ، تدريجياً وببطء فلا تسوء الحالة العامة بسرعة وتكون الآلام محتملة والاقياء قليلة وتتأخر في الظهور وتقف المواد الغائطة والغازات منذ الساعات الأولى ويتطبل البطن بشدة فإذا كان العائق في المستقيم او في عروة السين الحرقفي كان تطبل البطن متناظراً واتسعت الخاصرتان اليمنى واليسرى لتوسع القولونين الصاعد والنازل معاً (توسع لوجيه الاطاري « distention en cadre de Laugier ») ومتى كان العائق في احدى زوايا القولون المعترض اتسعت الخاصرة اليمنى وحدها وفي كلتا الحالتين تلاحظ في الحفرة الحرقفية اليمنى علامة هامة هي علامة بوفره (Bouveret) أي الشعور بجعجعة خزفية اللحن سببها توسع الأعور وامتلاؤه بالسوائل والغازات ، ولا تلاحظ هذه العلامة متى كان العائق في الامعاء الدقيقة .

أما في الانغلاقات العالية فيسير الانغلاق على العكس مما سبق فتسوء حالة المريض العامة بسرعة وتبدو السحنة الصفاقية الابقراطية وتكون الآلام شديدة بشكل نوب اشتدادية ، وتبكر الاقياء الغائطية في الظهور وتكون وافرة مستعصية ، وتتوقف المواد الغائطة والغازات بعد عدة ساعات من الآلام والقيء لانفراغ القسم الطويل من الامعاء الكائن تحت العائق ، وتطبل البطن محدود ومستقر في ناحية السرة بينما تكون الخاصرتان مسطحتين لفراغ القولونين الصاعد والنازل ، يضاف إلى كل هذا رؤية التموجات الاستدارية الشديدة واضحة من خلال جدار البطن .

ب ، – تشخيص مقر الانغلاق بالاستناد إلى الفحص الإشعاعي : تلاحظ في انغلاق القولون صور مائية هوائية واسعة لا يزيد عددها على الأربع تستقر عادة في محيط البطن بعيداً عن السرة ، كما تُظهر الرحضة الظليلة توقف الباريت في نقطة ما من القولون موافقة لمقر العائق ؛ أما في انغلاق اللعي الدقيق فيلاحظ كثير من السويات السائلة الأفقية الصغيرة مدرجة من الحفرة الحرقفية اليمنى إلى المراق اليسرى ويستقر معظمها في ناحية السرة . وتثبت رحضة الباريت فراغ القولونات .

المعالجة . – يتخذ هذا المبدأ كأساس في معالجة انغلاقات الأمعاء وهو أن الانغلاق الوظيفي الناجم عن شلل الأمعاء أو تشنجها يعالج دوائياً بيد أن الانغلاق الآلي يعالج معالجة جراحية على أن تُجرى بسرعة في الانغلاق الآلي بالاختناق خوفاً على العروة المختنقة من الموات بينما يجب التريث عدة ساعات على الأقل في الانغلاق الآلي بالانسداد ريثما يعالج المريض في خلالها بمضادات التشنج وبإفراغ العرى المعوية الممتلئة بالسوائل السامة المتراكمة فوق العائق .

١ً . – المعالجة الدوائية : أساسها :

أ . – مص العفج المتواصل بمسبار دقيق يدخل عن طريق الأنف ، فهذا المص المتواصل فضلاً عن إفراغه السوائل السامة والغازات المتراكمة في الأمعاء يحقق عدة فوائد : فهو يقف الأقياء ويمنع خطر مرور السوائل إلى الرغامى في أثناء التخدير من جهة ويخفف تمدد الأمعاء وبالتالي تطبل البطن مسهلاً العمل الجراحي من جهة أخرى ؛ على أن يترك هذا المسبار ثلاثة أيام إلى ما بعد التوسط الجراحي (إذا لزم إجراؤه) ريثما تعود للعرى المعوية وظائفها فتنطرح الغازات عن طريق الشرج وتختفي الصور المائية الهوائية التي ظهرت سابقاً

بالأشعة . وقد هبطت نسبة الوفيات باستعمال مص العفج المتواصل من ٣٥ ٪ الى ١٥٪ بحسب أحدث الاحصاآت .

ب . – حقن المريض بالبروستغمين (Prostigmine) أو تخديره تخديراً قطنياً وهما يفعلان في حذف التنبيه المنعكس من الأعصاب الحشوية فتعود التموجات الاستدارية إلى سابق عهدها ويتغوط المريض ويزول الانغلاق الوظيفي .

ج . – يعمل للمريض عدة رحضات ، بفواصل منتظمة ، قوامها مقدار قليل من المصل الملحي الزائد التوتر فهي تفعل في الانغلاقات الناجمة عن تكتل المواد الغائطة .

د . – إعادة قوه (réhydratation) المريض وخاصة بعد التوسط الجراحي بحقنه يومياً (بطريق الجلد أو الوريد أو الشرج) بمقدار من السوائل يوازي السوائل التي يطرحها بالقيء والمص المتواصل والبول والتنفس والتعرق . ويكفي عادة حقن الكهل بثلاثة ألتار في اليوم الأول بعد العملية ، أما الطفل فيعطى ما يتفق ووزنه ويعطى الشيخ ما يتفق وتحمل جهازه الدوراني ويفضل الحقن بالمصل السكري المعادل التوتر والمضاف إليه كلورور الصوديوم والبوتاسيوم على المصل الملحي وحده .

وتعالج قلة التغذية الموقتة في المصاب بالانغلاق بحقن الوريد بصورة متواصلة بمنوّاهات الهيولين (hydrolysats de protéine) ونقل الدم والمصورة واعطاء الحياميات والاستكساج (oxygénothérapie) .

هـ . – حقن الصادات (البنسيلين ، الستربتوميسين ، الكلورومايستين) منذ تشخيص الانغلاق والى ما بعد التوسط الجراحي بعدة أيام .

٢ً . – **المعالجة الجراحية** : وهي شافية أو ملطفة .

فالمعالجة الشافية تقوم بإزالة العائق وهو توسط جراحي بسيط وسهل في

بعض الحالات (قطع لجام، رد انفتال، فك انغلاف، استخراج حصاة صفراوية) وخطر وشاق وصادم للمريض في الحالات الأخرى (قطع عروة السين المنفتلة أو المصابة بالورم ، قطع عروة معوية دقيقة مختنقة) .

وتجرى المعالجة الملطفة متى تعذر على الجراح إزالة العائق وقوامها تحويل مجرى المواد المعوية تحويلاً داخلياً (مفاغمة العروة المعوية الكائنة فوق العائق بالعروة المعوية الكائنة تحته) أو خارجياً (فتح شرج اصطناعي فوق العائق) .

* * *

البحث الثاني

انفتال المعي الدقيق

(Le volvulus de l'intestin grêle)

هو دوران المعي الدقيق برمته أو قسم منه حول محوره الماساريقي .

الأسباب . — يأتي انفتال المعي الدقيق في الدرجة الثانية من حيث الكثرة بعد انفتال القولون الحوضي وهو في الرجال أكثر منه في النساء وفي الأطفال والكهول أكثر منه في الشيوخ والأهمام . وسببه في الأطفال عدم التصاق القولون الصاعد والثلث الأيمن من القولون المعترض بجدار البطن الخلفي، الأمر الذي يجعلهما والعرى المعوية الدقيقة الكثيرة الحركة سهلة الانفتال. أما في الكهول فالانفتال ثانوي لعائق يثبت المعي (خزع اللفائفي ، خزع الأعور ، دخول عروة معوية في فوهة فتق داخلية أو خارجية) أو يتركه حراً (ورم، انغلاف، حصاة صفراوية ، كتلة حيات البطن) .

الأسباب المؤهبة . — هي لجم ولادية (رتج ميكل) أو التهابية (التهاب زائدة ، التهاب ملحقات ، التهاب الصفاق السلّي) تمتد من العروة المنفتلة إلى جدار البطن أو إلى حشا بطني آخر ، ورضوض البطن العنيفة وإعادة مريض من وضع ترندلنبورغ فجأة إلى الوضع الأفقي ، وانفراغ البطن الفجائي في عقب الوضع ، وأخيراً ثقل العرى المعوية بالأغذية الغنية بالانقاض غير المهضومة .

التشريح المرضي . – الانفتال قسمي أو تام :

يلاحظ الانفتال التام في الأطفال (الشكل – ٩٩) حيث يشترك الاعور والقولون الصاعد وثلث القولون المعترض مع المعي الدقيق في الانفتال . ومحور الانفتال فيه هو الاوعية الماساريقية العلوية وينجم عنه اختناق عروة الصائم الأولى في الأعلى وعروة اللفائفي الأخيرة في الأسفل .



(الشكل – ٩٩)
انفتال المعي الدقيق التام
(بيير دلبه)

أما الانفتال القسمي فيحدث في الكهول ويستقر دائماً في القسم المتوسط أو السفلي من الصائم واللفائفي ومحور الانفتال فيه هو ماساريقى العروة المنفتلة وفيه تدور الأمعاء على نفسها دورة واحدة أو دورتين ومن اليمين إلى اليسار أو عكس ذلك من اليسار إلى اليمين .

إن كل انفتال حاد في المعي الدقيق (سواء أكان قسمياً أو تاماً) يؤدي الى ظهور انصباب مصلي دموي أو دموي صرف في جوف الصفاق سببه انزعاج الدوران في العرى المعوية المنفتلة التي تختنق في البدء ثم تصاب بالموات والانثقاب (التهاب الصفاق الحاد) .

الأعراض . – هي اعراض الانغلاق الحاد وتختلف باختلاف طول القسم المنفتل من المعي الدقيق : آلام حادة عميقة تتشعع إلى الظهر والقطن ، أقياء مبكرة تبدأ غذائية ثم تصبح صفراوية ، توقف تام في المواد الغائطة والغازات يسبقه في بعض من الحالات اسهال يدوم بضع ساعات او اكثر ، تطبل متماسك مقرّ حول السرة (علامة فون وال) ، تبدل سريع في حالة المريض العامة : حالة صدمة ، ضجر ، هياج ، اسراع قلب ، هبوط الضغط الشرياني ، نزارة

البول. وقد ترتفع حرارة المريض ارتفاعاً بسيطاً فتبلغ الدرجة ٣٨° - ٣٨,٥° .

فإذا لم يعالج المريض مات سريعاً في خلال ٤٨ ساعة أو حدثت الوفاة بعد خمسة أيام إذا اجري له مص الأمعاء المتواصل والحقن بالمصول .

المعالجة . - جراحية بحتة على ان تشرك بالمعالجة الدوائية : مص العفج المتواصل، اعطاء الصادات حقناً أو عن طريق الفم ، نقل الدم ، حقن المصول السكرية والملحية .

أما المعالجة الجراحية فيجب أن يبكر فيها ما أمكن وذلك قبل ان تصاب العروة المنفتلة بالموات : يفتح البطن على الخط المتوسط وتستخرج الأمعاء لمعرفة عامل الانفتال وهو لجام في اغلب الحالات فيقطع ثم تعاد الأمعاء الى مقرها بعد فك الانفتال ويغلق البطن ثلاث طبقات وإذا كانت العروة المنفتلة مصابة بالموات قطعت وفوغم طرفاها .

* * *

البحث الثالث

انغلاف الأمعاء

(L' invagination intestinale)

هو دخول قطعة من المعي في القطعة الكائنة تحتها (الانغلاف النازل) وقد يلاحظ العكس بصورة نادرة (الانغلاف الصاعد) . وانغلاف الأمعاء كثير المصادفة في الرضّع وقليلها في الأطفال والكهول .

١ـ انغلاف الأمعاء في الرضيع

الأسباب . ـ يصادف ثلثا حوادث الانغلاف في السنة الأولى من العمر ولاسيما ما بين الشهرين الرابع والسابع ويتعرض الذكور للإصابة بهذه العلة اكثر من الاناث فهو فيهم بمعدل ٧٥٪ .

التشريح المرضي. ـ الانغلاف بسيط (الانغلاف ذو الاسطوانات الثلاث) أو مشترك (الانغلاف ذو الاسطوانات الخمس أو السبع) وهذا الانغلاف نادر ولا قيمة له في الممارسة لذلك سيقتصر بحثنا على دراسة الانغلاف البسيط فقط :

يتألف هذا الانغلاف من اسطوانة ظاهرة أو مغلّفة هي الغمد ومن اسطوانتين وسطى وداخلية يتألف منهما وشيق الانغلاف وتسمى نهايتها الحرة الكائنة في لمعة الأمعاء برأس الانغلاف بينما يدعى اتصالها بالغمد عقد الانغلاف . وترافق المساريقى الأمعاء في انغلافها وتكوّن ما يدعى بزاوية المساريقى التي تختنق دائماً عند عقد الانغلاف .

يقع الشكل العادي من الانغلاف في الناحية اللفائفية الأعورية ، ويشترط

لحدوثه عدم التصاق الأعور والقولون الصاعد بالصفاق الجداري الخلفي ، وهو نموذجان أحدهما كثير الحدوث وهو الانغلاف اللفائفي الاعوري ، ويتكون فيه رأس الانغلاف من مصراع بوهن ، والآخر قليله وهو الانغلاف اللفائفي القولوني حيث يتكون رأس الانغلاف من اللفائفي المنقلب على هيئة اصبع القفاز.

وهنالك نموذجان نادران أحدهما الانغلاف اللفائفي اللفائفي وفيه تدخل قطعة من اللفائفي في قطعة اخرى منه وإذا اجتاز رأس الانغلاف مصراع بوهن تكون الانغلاف اللفائفي القولوني الذي وصفناه ، والآخر الانغلاف القولوني القولوني المصادف في القولون الصاعد أو المعترض أو السين الحرقفي وفي هذه الحالة قد يخرج السين من فوهة الشرج ويختنق بصارّتها .

أما انغلاف الزائدة أو رتج ميكل فيكون نقطة انطلاق لأحد النماذج السالفة الذكر .

وقد تشترك بعض هذه النماذج المختلفة مع بعضها الآخر كأن يشترك الانغلاف اللفائفي اللفائفي مع الانغلاف اللفائفي الاعوري .

إذا تركت العلة وشأنها احتقن وشيق الانغلاف بتوقف الدوران الوريدي في المعي المنغلف وبدأ ينزف منذ الساعة السابعة من اختناقه بعقد الانغلاف فإذا لم يتوسط جراحياً أصيب هذا الوشيق بالموات وانثقب بالقرب من عقد الانغلاف محدثاً التهاب الصفاق المنتشر المميت .

الغويزة الامراضية . — ينجم الانغلاف في الرضيع عن عامل تحريكي (dynamique) فإن التموجات الاستدارية في اللفائفي تصطدم بالتموجات الاستدارية المضادة الراجعة من زاوية القولون اليمنى الى الاعور فينشأ من هذا التصادم أن اللفائفي الصغير القطر يدخل في الاعور الواسع ، يضاف الى ذلك عوامل اخرى تشترك عادة مع هذا العامل الاساسي بعضها تشنجي (تشنج موضع في القسم الاخير من اللفائفي) وبعضها الآخر عضوي (ورم صغير ، ضيق سلّي) .

وبعد ان يبدأ الانغلاف فإن الوشيق يتقدم بفعل التموجات الاستدارية من

جهة وبالدفع الذي يحدثه محتوى المعي على منطقة الانغلاف الضيقة من جهة أخرى ؛ وهذا التقدم قليل عندما يكون الأعور ثابتاً وكبير حتى أن وشيق الانغلاف يصل إلى القولون الأيسر في حالة عدم التصاق ماساريقى القولون الأيمن.

الأعراض والتشخيص . — يبدأ الانغلاف بالأعراض الوظيفية الآنية : آلام بطنية شديدة تبدو فجأة في رضيع يتمتع بصحة جيدة ولايجاوز الشهر السابع من عمره غالباً ، يُعرب عنها بصراخه واضطرابه وقيئه للرضعة الأخيرة ثم تهجع الآلام موقتاً لتعود بعد ربع ساعة بشكل أشد . فإذا لم يبضع الرضيع تقاربت الأقياء وأصبحت نتنة ووقفت المواد المعوية والغازات وخرج من الشرج بعد ست إلى عشر ساعات دم صرف أو مخاط مدمّى فلوّث ألبسة الرضيع ودلّ دلالة لاتقبل الجدل على إصابته بالانغلاف ولكنه عرض متأخر لايجوز انتظاره . وترتفع الحرارة إلى الدرجة الاربعين أو أنها تنخفض عن الحد الطبيعي ، ويسرع النبض ويضعف ثم يموت الرضيع مابين اليوم الثالث والسادس.

العلامات الفيزيائية . — يظل البطن ليناً غير مؤلم ، يكشف جسه فراغ الحفرة الحرقفية اليمنى بسبب هجرة الأعور (علامة دانس « signe de Dance ») وانتباجاً متطاولاً هو وشيق الانغلاف الذي يظهر في نصف الحوادث تقريباً ويستقر في الناحية الشرسوفية أو في جهة البطن اليسرى .

أما المس الشرجي فقد يُدرك به رأس وشيق الانغلاف ولكنه في الغالب لايكشف أي شيء ولكن الاصبع الماسة تخرج ملوثة بالمخاط المدمى وهي علامة تؤكد التشخيص .

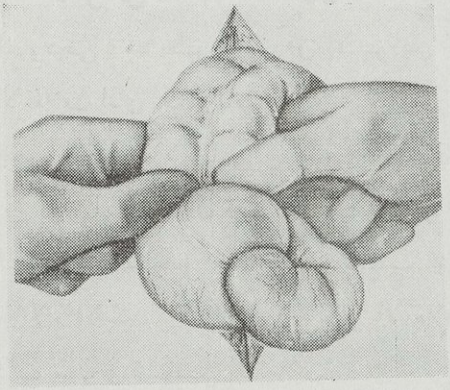
الفحص الاشعاعي . — تفيد الرحضة الظليلة التي تُجرى تحت ضغط معين وبقنية خاصة تمنع رجوع السائل الظليل .

١ً . — في تشخيص الحالات المشكوك فيها إذ تُظهر الصور الاشعاعية توقف المادة الظليلة في القولون المعترض أو في القولون الأيمن وعدم امتلاء القسم الواقع فوق الانغلاف .

٢ً . — في فك الانغلاف علاجياً الذي يعرف بوصول المادة الظليلة إلى الحفرة الحرقفية اليمنى ومرور كمية كبيرة منها إلى عرى اللفائفي الأخيرة .

المعالجة . — يجرب فك الانغلاف علاجياً بالرحضة الظليلة وتحت مراقبة الأشعة ويكفي هذا في معالجة معظم الحالات التي ترى في الساعات العشر الاولى : أما إذا لم نفلح أو كان هنالك شك في فك الانغلاف فكاً كاملاً أو جيء بالرضيع وقد ظهرت عليه علامات تفاعل الصفاق ، فيجب فتح البطن على الخط المتوسط فوق السرة حيث نرى الانغلاف بشكل كتلة متطاولة فيفك بلطف بالعصر لا بالجرّ (الشكل – ١٠٠) ثم يثبت المعي بالصفاق الجداري .

وإذا تعذر فك الانغلاف قطع الوشيق ثم خيط طرفا الامعاء والشفاء نادر في هذه الحالة .



(الشكل – ١٠٠)
طريقة فك الانغلاف
(غروس)

٢ً . — انغلاف الأمعاء في اليافع والكهل

الأسباب . — قد يكون الانغلاف بدئياً – كما في الرضيع – وينجم عن تصادم تموجات اللفائفي الاستدارية بالتموجات الاستدارية المضادة للقولون ، فتدخل قطعة اللفائفي الضيقة بالقولون الواسع بفعل بعض الاسباب المؤهبة : رضوض البطن ، شرب الماء المثلوج ، تناول المسهلات .

ولكن الانغلاف المصادف في الكهل ثانوي في الغالب لعلة سابقة : التهاب الزائدة ، التهاب رتج ميكل ، ورم معوي حميد أو خبيث .

التشريح المرضي . — هي الآفات ذاتها المصادفة في انغلاف الرضيع غير أن الانغلافات اللفائفية اللفائفية والقولونية القولونية أكثر حدوثاً فيه .

ومن الوجهة الغريزية فإن وشيق الانغلاف لا يتقدم التقدم الملاحظ في انغلاف الرضيع ، كما أن الانغلاف لايكون مشدوداً كثيراً وهذا ما يفسر لنا كثرة الأشكال تحت الحادة والمزمنة في الكهول .

الأعراض . — ١ً) **الأشكال الحادة** : نادرة وتبدو بتناذر انغلاق الأمعاء النموذجي وقد يظهر بعض من الأعراض الخاصة بالانغلاف كالشعور بوشيق الانغلاف لدى جس البطن والنزف المعوي الذي يكشف بالمس الشرجي ، ويفيد التصوير الإشعاعي في هذه الحالة في تشخيص الانغلاف .

٢ً . — **الأشكال تحت الحادة** : يستقر معظم الأعراض في الحفرة الحرقفية اليمنى وهذا ما يجعل العلة تلتبس بالتهاب الزائدة ولكن غياب الحمى ووجود الآلام الاشتدادية والشعور بوشيق الانغلاف والنزف المعوي كل ذلك عناصر ذات شأن في تشخيص الانغلاف .

٣ً . — **الأشكال المزمنة** : تسير هذه الأشكال خلسةً فلا يستشير المريض طبيبه إلا بعد عدة أسابيع من إصابته بالآلام المبهمة وبتناوب القبض مع الإسهال المدمى أحياناً ، فإذا جس البطن شعر أحياناً بورم مدور أو كمثري الشكل هو وشيق الانغلاف وصفته المميزة اختلاف حجمه من يوم لآخر وتبديله لمقره من فحص لآخر ؛ وإذا وجد في الحفرة الحرقفية التبس بالسل أو بالسرطان . ومن النادر الشعور برأس الانغلاف بالمس الشرجي .

تسير الأشكال المزمنة نحو الانسداد التام أو نحو الإنثقاب في الصفاق الحر ، وقد ينفك الانغلاف عفواً ولكنه انفكاك موقت لابد من عودته لبقاء السبب المحدث (التهاب زائدة ، مرجل ، ورم عضلي ، سرطان) .

المعالجة . — لاتفيد الرحضة الظليلة في معالجة هذه الانغلافات بل لابد من فتح البطن وفك الانغلاف ثم تثبيت القولون في الجدار الخلفي للبطن وذلك بعد

رفع السبب المحدث (زائدة ملتهبة ، رتج ميكل ، ورم حميد أو خبيث) .

وإذا تعذر فك الانغلاف أو كانت آفات جدر المعي منتشرة فالأفضل قطع القسم المؤوف من الأمعاء الذي تتبعه خياطة بدئية في الانغلاف اللفائفي اللفائفي أو خياطة طرفي الأمعاء المقطوعة بالجلد في الانغلاف القولوني القولوني . وإذا كان الانغلاف لفائفياً أعورياً والماساريقى خزبة وفيها عقد لنفاوية ضخمة فضّل بت نصف القولون الايمن بزمن واحد إذا كانت حالة المريض العامة تسمح بذلك وإلا فيجرى البت بزمنين فيفاغم اللفائفي بالقولون المعترض (الزمن الأول) ثم يقطع نصف القولون بعد عدة أسابيع (الزمن الثاني) .

بقي علينا أن نذكر أن نجاح المعالجة السابقة تابع للاعتنا آت التي تجرى للمريض بعد التوسط الجراحي : مص العفج المتواصل ، إعادة التموه ، نقل الدم ، إعطاء الصادات .

* * *

الفصل الثاني

تضيقات المعي الدقيق وأورامه

هي تضيقات التهابية أو ندبية أو ورمية .

١ً . ـ **التضيقات الالتهابية** : تصادف هذه التضيقات في الأشكال المزمنة من التهاب القسم الاخير من اللفائفي كما تصادف في الأشكال المضيقة من السل المعوي .

٢ً . ـ **التضيقات الندبية** : تلاحظ في حالتين : في عقب رضوض الأمعاء، وبعد إعادة عروة مختنقة مؤوفة جدرها إلى جوف البطن .

٣ً . ـ **التضيقات الورمية** : تنمو في جدر المعي الدقيق أورام تضيق لمعته بعضها حميد (ورم ليفي ، ورم شحمي ، ورم غدي بضخامة غدد برونر أو ليبركون، ورم عضلي أملس «léiomyome»، ورم عصبي «neurinome») وبعضها الآخر خبيث (سرطان ظهاري ، ورم عفلي) .

التشريح المرضي . ـ يختلف شكل الضيق باختلاف الآفات المحدثة له فهو في التضيقات الالتهابية والندبية على شكل حلقة رقيقة تارة أو على شكل قناة غير منتظمة ومختلفة الاتساع طوراً . وتبرز الأورام الحميدة المتكونة تحت الغشاء المخاطي أو تحت الغشاء المصلي للمعي الدقيق في لمعة المعي محدثة التضيق . ويحدث السرطان الظهاري ضيقاً حلقي الشكل ، بيد أن الورم العفلي يوسع لمعة المعي عوضاً عن ان يضيقه ؛ أما الورم اللنفاوي الناجم عن إصابة العقد اللنفاوية للقسم الأخير من اللفائفي فيحدث ضيقاً انبوبي الشكل .

الأعراض : — يبدو ضيق المعي الدقيق بأعراض الانغلاق الحاد أو المزمن:

فإذا بدا بتناذر الانغلاق الحاد — وهذا نادر — كانت أعراضه أعراض انغلاق المعي الدقيق ذاتها : آلام اشتدادية حادة، أقياء مبكرة وافرة ومستمرة، تبدل سريع في حالة المريض العامة . ولا تشخص طبيعة الضيق في هذه الحالة إلا بفتح البطن الاستقصائي .

أما الانغلاق المزمن فيحقق عادة ما يدعى بتناذر كونيغ (syndrome de Kœnig) : آلام نوبية تنتاب المريض بعد الطعام بعدة ساعات (ثلاث ساعات في ضيق الصائم وخمس ساعات في ضيق اللفائفي) وتستقر حول السرة أو فوق العانة أو في الحفرة الحرقفية اليمنى ، وهي آلام قولنجية الشكل تشتد تدريجياً ثم تهجع فجأة بعد دقيقة واحدة أو دقيقتين يرافق ذلك قرقرة (borborygme) وأصوات موسيقية تنتهي باطّراح الغازات من الشرج وحدوث الاسهال .

وبطن المريض في أثناء النوبة منتفخ في نقطة معينة تصدر عنها موجة استدارية ذات اتجاه لايتغير ، وإذا أصغي الى البطن سمع طنين معدني . اما في فترة النوبة فلا يكشف فحص البطن أي شيء غير نظامي إلا في بعض الحالات حيث يكشف الجس الدقيق ورماً بالقرب من السرة أو في الحفرة الحرقفية اليمنى .

وإذا كان في المعي الدقيق أكثر من ضيق واحد تكررت النوب بعد الطعام الواحد وقد تبلغ النوب عشراً .

تظل حالة المريض العامة حسنة إذا بقيت نوب الألم متباعدة أما إذا تقاربت فإن تغذية المريض تضطرب فيهزل ويصاب بالحرض ثم يموت بانغلاق معوي حاد .

الفحص الإشعاعي . — إذا أجري الفحص الاشعاعي في أثناء نوبة الألم وبدون مادة ظليلة ظهرت بعض العلامات الاشعاعية الهامة : مناطق وضوح غير طبيعية ، سويات مائية هوائية على شكل أنابيب الأورغن أو على شكل

درجات السلم . أما الفحص الأشعاعي الذي يجرى في فترة نوبة الألم وبعد اعطاء المادة الظليلة فيكشف توسعاً موقتاً في المعي الدقيق وتأخراً في انفراغ اللفائفي يستمر أكثر من عشر ساعات .

المعالجة . — جراحية وهي شافية أو ملطفة :

تقوم المعالجة الشافية بإزالة القسم المؤوف من المعي الدقيق . أما المعالجة الملطفة فتقوم بتحويل مجرى المواد المعوية بمفاغمة العروة المعوية فوق العائق بالعروة المعوية تحته .

* * *

الفصل الثالث

رتوج المعي الدقيق

يجدر بنـا أن نصف الداء الرتجي في المعي الدقيق أولاً ثم نتبعه بدراسة التظاهرات الامراضية الناجمة عن وجود رتج ميكل .

البحث الأوّل

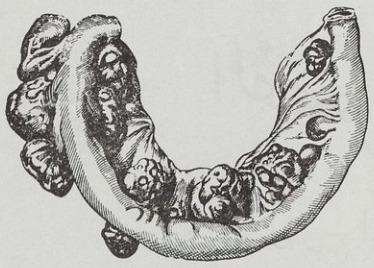
الداء الرتجي

(La diverticulose)

الأسباب . - يصادف الداء الرتجي غالباً في الرجل الكهل وهو علة نادرة لأن إصابة المعي الدقيق بهذه الرتوج تأتي في الدرجة الأخيرة من حيث الكثرة بعد إصابة بقية أجزاء الانبوب الهضمي . وتلاحظ الرتوج في كل اجزاء المعي الدقيق إلا أنها تكثر في العرى الأولى من الصائم (٨٠٪) وتستقر عادة على الحافة الماساريقية من المعي (الشكل — ١٠١) (بين وريقتي الماساريقى أو على أحد وجهيها) وقد صودفت في بعض الحالات على حافته الحرة .

ويبدو الرتج كجيب أملس مدور لأطىء يتصـل بالمعي بفوهة واسعة ، وقد تكون الفوهة ضيقة وهذا مايلاحظ في بعض الرتوج المتطاولة كأصبع القفاز فينجم عن ذلك الركود في الرتج وبالتالي التهابه .

ويظهر الفحص المجهري نوعين من الرتوج: رتوج حقيقية تتألف جدرهامن طبقات المعي الثلاث ، ورتوج موهمة لاتتألف جدرها إلا من الطبقتين المخاطية والمصليـة . والرتوج الحقيقية هي رتوج ولادية أما الموهمة فرتوج مكتسبة زالت منهـا الألياف العضلية بالالتهاب أو بالحؤول الدسمي (dégénérescence graisseuse) .



(الشكل - ١٠١)
الداء الرتجي في الصائم
(غودار)

الأعراض . - تختلف الأعراض بين الداء الرتجي البسيط وبـين الداء الرتجي المختلط :

١ً . - **الداء الرتجي البسيط** : أعراضه طفيفة : آلام مبهمة ، قرقرة ، غثيان ، اسهال . ولا يكشف عادة إلا بفتح البطن أو بالمعاينة الاشعاعية .

٢ً . - **الداء الرتجي المختلط** : يختلط الداء الرتجي بالالتهاب (فيقلد أعراض التهاب الزائدة أو أعراض التهاب الصفـاق المنتشر بانثقاب الرتج) أو بالنزف (تغوط دموي أسود مع فاقة دم بنقص اللون) أو بالانغلاق الحـاد الحادث بآليات مختلفة : لجام ، انفتال عروة معوية فيها عدة رتوج .

المعالجة . - لايعالج الداء الرتجي البسيط معالجة جراحية ولو كشف في اثناء التوسط الجراحي بل تقتصر المعالجة على وقايته من الاختلاطات باستعمال الصادات ومضادات التشنج واعطاء المرءأغذية قليلة الفضلات .

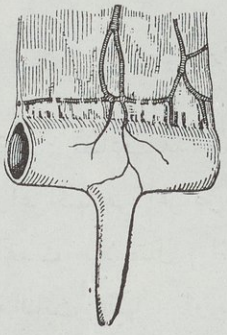
أما الداء الرتجي المختلط بالانغلاق أو بالإلتهاب فيعالج جراحياً بقطع الرتوج المسببة وإزالة اللجم وفك الانغلاف إن وجد ، بينما يعالج الداء الرتجي المختلط بالنزف معالجة دوائية في البدء بمركبـات الحديد ونقل الدم وإذا اخفقت هذه المعالجة لجيء إلى قطع العروة النازفة .

* * *

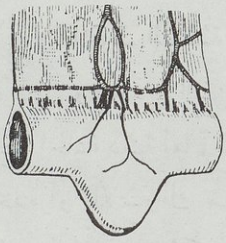
البحث الثاني

النظاهرات الامراضية الناجمة عن وجود رتج ميكل

لمحة تشريحية . — يتصل ، في المضغة ، المعي الابتدائي بجويصلة السرة بقناة تسمّى بالقناة المحيّة وتنسد هذه القنـاة عادة في أواخر الشهر الثالث من الحياة الجنينية غير تاركة أي أثر . وقد يحدث ان هذه القنـاة لا تنسد فيتكون ناسور معوي ، أو ينسد القسم المتصل بالسرة ويبقى القسم المتصل باللفائفي فيتكون من جراء ذلك رتج يتصل بالمعي درسه للمرة الاولى ميكل عام ١٨١٢ وسمي



(الشكل – ١٠٢)
رتج ميكل (رتج اسطواني)

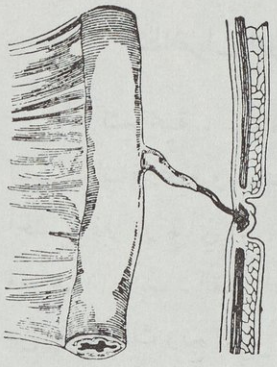


(الشكل – ١٠٣)
رتج ميكل (رتج مخروطي)

(عن فيفر)

باسمه . يصادف هذا الرتج بنسبة $\frac{١}{٧٠}$ فقط وهو في الذكور اكثر منه في الاناث طوله الوسطي ٤ – ٨ عشم ، شكله اسطواني (الشكل – ١٠٢) أو مخروطي (الشكل – ١٠٣) ويصادف غالباً على بعد ٥٠ – ٧٠ عشم . من الزاوية اللفائفية

الأعورية وعلى حافة المعي الحرة، ويندر وجوده في أحد وجهي اللفائفي أو في حافته الماساريقية . ونهاية هذا الرتج حرة في جوف الصفاق أو متصلة بالسرة بحبل ليفي هو بقية القناة المحية (الشكل – ١٠٤) ، وقد تشاهد هذه النهاية متصلة بجدار البطن أو باحدى العرى المعوية بالتصاقات التهابية .



(الشكل – ١٠٤)
رتج ميكل يتصل بالسرة بحبل ليفي
(هيب)

ويشبه بناء رتج ميكل النسيجي بناء المعي الدقيق وقد صودف في غشائه المخاطي بعض الجزيرات التي يشبه بناؤها بناء المعشكلة أو بناء المعدة.

لا يسبب رتج ميكل عادة أي ازعاج بل يبقى مجهولاً ولا يكشف إلا في اثناء التوسط الجراحي لعلة أخرى (التهاب الزائدة في اكثر الأحيان) ، ولكنه قد يعرض المرء لعدة تظاهرات مرضية بعضها آلي (الانغلاقات) وبعضها التهابي (التهابات الرتج) وبعضها الآخر هضمي (قرحة الرتج الهضمية).

١ً .– **الانغلاقات الناشئة من رتج ميكل** : تصادف هذه الانغلاقات عادة في الأطفال وفي حديثي السن من الكهول وأعراضها هي أعراض انغلاقات المعي الدقيق الحادة ذاتها أما آليتها فمختلفة فقد تحدث بالانفتال (انفتال رتج ميكل وحده أو بالاشتراك مع العروة المعوية النابت عليها) أو بالانغلاف (انغلاف الرتج في المعي على شكل أصبع القفاز أو إحداثه انغلافاً لفائفياً لفائفياً) أو بضيق المعي في قاعدة الرتج ضيقاً التهابياً أو ولادياً أو بانثناء المعي على الرتج.

تعالج هذه الانغلاقات بفتح البطن وقطع الرتج – كما تقطع الزائدة – إذا كان اسطوانياً وضيق القاعدة ، او بعد قطع حافة المعي الحرة اذا كان مخروطياً عريض القاعدة ؛ ثم تعالج الآفات المعوية المعالجة المناسبة لكل منها .

٢ً .– **التهابات رتج ميكل** : تتصف التهابات الرتج الحادة بما تتصف

به التهابات الزائدة من اعراض إلا ان موقع الألم والتقفع يكون في التهابات الرتج حول السرة وليس في نقطة ماك بورني (هي النقطة الواقعة في منتصف الخط الممتد من الشوك الحرقفي الامامي العلوي الأيمن الى السرة) كما في التهابات الزائدة .

والتهابات الرتج قليلة ومنشأها معوي غالباً .

أما الأشكال تحت الحادة فينجم عنها تكون خراج موضع أو التهاب صفاق لاصق .

وتتصف الأشكال المزمنة من التهاب الرتج بالارتداد .

المعالجة .— يعالج الرتج الملتهب بالقطع .

٣ً . — قرحة رتج ميكل الهضمية : تنجم عن وجود جزيرات معدية في الغشاء المخاطي للرتج تفرز عصارة حامضة فعّالة تؤثر في غشاء المعي المخاطي فتحدث القرحة . والقرحة كثيرة المصادفة وخاصة في الأطفال الذكور وقد لوحظت في الرضع أيضاً وهي كقروح المعدة والعفج تسير بهجمات تقطعها فترات من الهدوء التام ، وأعراض هذه القرحة هي الآلام والنزوف :

تبدو الآلام حول السرة عادة ولكنها قد تنتشر إلى الناحية الشرسوفية أو الاربية ويرافقها أقياء انعكاسية مع اضطرابات في التغوط تتجلى بتناوب القبض والاسهال .

أما النزوف فتظهر تارة بالتغوط الدموي الأحمر وطوراً بالتغوط الأسود كالقطران ، وهي تعاود الطفل بين حين وآخر فإذا لم يكشف المس الشرجي مرجلاً ولم يظهر التصوير الاشعاعي قرحة عفجية أو انغلافاً وجب التفكير بقرحة الرتج الهضمية وفتح البطن الاستقصائي وإلا مات الطفل بتعرض القرحة للنزف الوافر أو للانثقاب في الصفاق الحر وحدوث التهاب الصفاق الحاد .

تقوم معالجة هذه العلة بفتح البطن وقطع الرتج في فترات النزف وقبل انثقاب القرحة .

الفصل الرابع

انسداد العروق الماساريقية (احتشاء الأمعاء)

(L'infarctus de l'intestin)

الأسباب. — إن احتشاء الأمعاء علة نادرة سببها توقف الدوران الماساريقي العلوي، وهي في الرجل أكثر منها في المرأة وفي الكهل (٤٠-٥٠ سنة) أكثر منها في الطفل والشيخ. تصادف عادة في امرىء سبق أن أصيب بعلة قلبية وعائية (تضيق تاجي، التهاب شغاف فوق الحاد، التهاب وتين، ام دم، التهاب وريد) أو هضمية (التهاب زائدة، التهابات أمعاء، زحار، حمى تيفية، اختناق فتق) أو كبدية صفراوية (اشقرار كبد، التهاب مرارة متقيح) أو تناسلية (التهاب ملحقات متقيح، ورم ليفي ملتهب). وقد يحدث احتشاء الأمعاء في عقب خمج عام (نزلة وافدة، علة رئوية) أو في عقب عمل جراحي (بت الطحال، مفاغمة المعدة بالصائم).

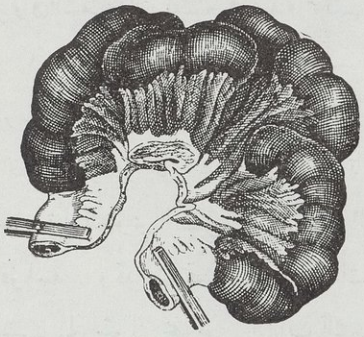
وإذا حدث احتشاء الأمعاء في امرىء صحيح الجسم وجهازه الدوراني سليم عزي إلى تشنج وعائي تالٍ لرض البطن أو صدمة تأقية أو ناجم عن ذيفان العصية القولونية.

التشريح المرضي. — تتصف العلة بارتشاح دموي ينتشر في ملء طبقات الأمعاء والماساريقى يرافقه انصباب تفاعلي في جوف الصفاق.

١ً. — **آفات المعي**: يصيب الاحتشاء المعي الدقيق برمته مع القولونين الصاعد والمعترض ويسمى بالاحتشاء الشامل أو أنه يقتصر على النصف السفلي من

اللفائفي والأعور والقولون الصاعد ويدعى بالاحتشاء القسمي ، وهو الأكثر مصادفة. وقد يحتشي المعي في منطقتين تفصل احداهما عن الأخرى قطعة سليمة منه ولهذا شأنه حين البضع الجراحي إذ يجب التأكد من سلامة جميع المعي قبل اغلاق البطن .

ومنظر العروة المحتشية كمنظر العروة المعوية المختنقة في الفتق (الشكل - ١٠٥) فهي في البدء حمرية اللون كبيرة الحجم ، خَزِبة الجُدُر وفي غشائها المخاطي المحتقن تقرحات عديدة؛ ثم تصبح بسرعة خضراء اللون، رخوة القوام ولا تلبث ان تنبثق في جوف الصفاق العام .



(الشكل - ١٠٥)
احتشاء واسع في المعي الدقيق
(عن موندور)

وحدود العروة المصابة بالاحتشاء مبهمة تارة وواضحة طوراً حيث تبدو كتلم دائري يفصلها عن قسم المعي السليم .

ويمتلىء جوف المعي عادة بسائل مسود هو الدم المتخثر المختلط بعصارة الأمعاء . أما المعلومات المستقاة من الدراسة النسيجية لجدر الأمعاء فمختلفة : فالأوعية الشعرية متمددة منفجرة والكريات الحمر مرتشحة في طبقات الأمعاء وخاصة في الطبقة تحت المخاط كما أن الكريات البيض تجتمع في محيط الأوردة المصابة بالخَثَر .

٢ . **آفات الماساريقى** : يصاب بالاحتشاء قسم الماساريقى الموافق للعرى المعوية المحتشية فيتكثف وترتشح فيه أورام دموية ويبدو كمثلث قاعدته الأمعاء وذروته قرب الفقار ولا تعرف حالة الأوعية الدموية (الشرايين أو الأوردة) في القسم المصاب من الماساريقى إلا بالتسليخ ، وقد يُمكننا الجس الدقيق مع ذلك من الشعور بالوعاء المصاب بالخثر .

٣ً ـ **جوف الصفاق**: إذا فتح الصفاق شوهد فيه انصباب مصلي دموي أو دموي صرف يبلغ أحياناً نصف ليتر أو اكثر وهو عقيم عديم الرائحة في البدء ثم يصبح عفناً نتن الرائحة حين موات العروة المحتشية .

الأعراض ـ يحدث الاحتشاء بتوقف الدوران في الأوعية الماساريقية العلوية (في الشرايين أو في الأوردة أو في كليهما معاً) فينجم عنه ركود دموي في العروق الشعرية التي تتسع في البدء ثم تتمزق ويحدث الارتشاح الدموي فالاحتشاء.

١ً ـ **الانسداد الشرياني**: تنسد الشرايين بصمامة أو بخثر فإذا انسد جذع الشريان الماساريقي العلوي أو احدى شعبه مات قسم المعي الموافق بفقر الدم الموضعي سواء أكان هذا الانسداد تاماً أو قسمياً وأكمله التشنج ، ذلك لأن الماساريقي العلوي انتهائي من الوجهة الوظيفية على الرغم من تفاغمه الواسع بشعبه وأقواسه . وقد يتوقف الدوران الشرياني بدون أن يكون خثرٌ أو صمامة فينسب إلى شوك مخرش (التهاب الشريان أو صمامة دقيقة) أدّى إلى تشنج الوعاء أو إلى شلله .

٢ً ـ **الانسداد الوريدي**: أقل مصادفة من الانسداد السابق : ينسد وريد الباب أو احدى شعبه بصمامة أو في عقب التهاب الوريد الخثري وتشابه الآفات التشريحية المرضية المصادفة في المعي والماساريقى ما يحدث في الانسداد الشرياني.

٣ً ـ **الانسداد الشرياني والوريدي معاً**: نادر وقد صودف في المصابين بالفتوق العرطلة الصعبة الرد بسبب التخرش الشرياني الوريدي المزمن الحادث حين رد الفتق.

الأعراض ـ ١ً) **العلامات الوظيفية** : يبدأ المرض فجأة بألم بطني رامح أشده في ناحية السرة أو في الحفرة الحرقفية اليمنى وينتشر إلى القطن وهو ألم ثابت يحتد أحياناً فينثني المريض على نفسه تخفيفاً له .

والأقياء علامة ثابتة تبكر في الظهور وتكون طعامية في البدء ثم تصبح صفراوية فكراثية وأخيراً غائطية .

يصادف توقف المواد الغائطة والغازات في نصف الحوادث تقريباً وهو

توقف غير تام قد يعيض عنه اسهال مصلي قليل المقدار .

أما التغوط الدموي فعرض غير ثابت ومتى حدث فيكون خفياً ويكشف بمس الشرج ورؤية الدم على الأصبع .

٢ً . — **العلامات العامة** : يصاب المريض بحالة صدمة شديدة تظهر بعد ساعات من بدء الاحتشاء وتتجلى بانقباض السحنة وشحوب الاغطية والعرق البارد وصغر النبض واسراعه والتنفس السطحي . أما الحرارة فتبقى عند حدها النظامي أو تنخفض بينما يهبط التوتر الشرياني ويقل التوتر الفارق .

٣ً . — **العلامات الفيزيائية** : البطن متطبل وخاصة في ناحية السرة والشرسوف وهو يتنفس ولا تُرى من خلال جداره التموجات الاستدارية للامعاء . ويكشف الجس المتقن ان البطن غير متقفع كما يكشف أحياناً (اذا كان المريض هزيلاً) انتباجاً عميقاً مؤلماً ، مبهم الحدود ، عجيني القوام ، ثابتاً لايتحرك هو المعي المحتشي . أما قرع البطن فيكشف صمماً في ناحية الانتباج.

٤ . — **العلامات الاشعاعية** : تكشف صور البطن الاشعاعية البسيطة (التي تجرى بالوضعين الأمامي الخلفي والجانبي والمريض مستلق) صوراً هوائية منتشرة ومتجانسة يرافقها بعض السويات السائلة أحياناً .

السير والانذار . — إن انذار احتشاء الامعاء وخيم جداً ولاسيما إذا حدث في امرىء مفضاج أو في مصاب بعلة قلبية أو بتصلب الشرايين فإن المريض يموت في خلال بضع ساعات بالوهط أو بعد ثلاثة الى اربعة أيام بالتهاب الصفاق الحاد نتيجة لسقوط العطبة (sphacèle) .

وقد يشفى بعض من الاحتشاءات القسمية بدون أي توسط جراحي ولكن المريض يظل عرضة للنكس .

التشخيص . — يستند تشخيص احتشاء الأمعاء الى مايلي .

١ً . — الى الاعراض الخاصة بالاحتشاء : الآلام الفجائية الرامحة ، تطبل البطن في الناحية الشرسوفية أو حول السرة ، الاقياء المبكرة ، الشعور بانتباج رخو مؤلم مبهم الحدود في الحفرة الحرقفية اليمنى .

٢ً . – الى سوابق المريض (اصابة قلبية ، تصلب شرياني ، اشقرار كبد ، استئصال طحال ضخم ، عمل جراحي على المعشكلة أو على المعي) .

٣ً . – الى صور البطن الاشعاعية البسيطة التي تكشف صوراً هوائية وسويات سائلة . وعلى الرغم مما سبق فإن انسداد العروق الماساريقية يلتبس :

أ . – بالشكل المعوي من احتشاء العضلة القلبية الذي يعرف بتخطيط القلب الكهرباوي العاجل .

ب . – بتناذر انغلاق الامعاء الحاد وأعراضه (آلام قولنجية الشكل ، تطبل البطن الشديد ، اقياء برازية ، توقف المواد الغائطة والغازات التام ، تموجات استدارية ترى من خلال جدار البطن) تختلف اختلافاً كلياً عن أعراض الاحتشاء .

ج . – بعلل البطن المؤلمة الحادة (التهاب المعشكلة النزفي ، انثقاب حشوي ، التهاب زائدة ، التهاب مرارة ، انبثاق حمل خارج الرحم ، الخ ..) وتعرف هذه العلل بأعراضها الخاصة وبفتح البطن الاستقصائي .

المعالجة . – جراحية بحتة ، قوامها فتح البطن على الخط المتوسط والنظر في حالة قسم المعي المصاب فإذا تورّد وعادت اليه تموجاته الاستدارية ونبضت أوعيته بعد ستره برفادة مبللة بالمصل الغريزي الحار أو بعد حقن ماساريقاه بالنوفوكائين جازت المحافظة عليه والا فيقطع اذا لم يبلغ طوله ثلث المعي الدقيق .

وتقتصر المعالجة الدوائية على مكافحة الصدمة (نقل الدم ، حقن الوريد بالمصول والمصورة ، انشاق الاكسجين ، حقن العضل بالكظرين «الادرنالين») ، مص المعدة والعفج المتواصل ، اعطاء مضادات التخثر .

يحقن المريض بالصادات ويثابر على مص العفج المتواصل عدة ايام بعد التوسط الجراحي .

* * *

الباب الثامن

أمراض المعي الغليظ الجراحية

الفصل الأول

أمراض الأعور والزائدة

البحث الأوّل

التهابات الزائدة

(Les appendicites)

ان التهابات الزائدة علة كثيرة الحدوث وهي نوعان : التهاب الزائدة الحاد والتهاب الزائدة المزمن .

١ ° ـ التهاب الزائدة الحاد

الأسباب . ـ تصاب الزائدة بالالتهاب الحاد في جميع سني الحياة ولكنه يكثر في الاطفال واليفعان ويندر في الرضع والشيوخ ، والرجال معرضون

للاصابة به اكثر من النساء . وتلتهب الزائدة في سياق خمج عام (نزلة وافدة، حمى تيفية ، حصبة) أو آفة موضعية بعيدة (التهاب اللوزتين ، آفات الرئة) أو آفة موضعية مجاورة (التهاب الملحقات اليمنى ، التهاب المرارة) وقد تلتهب بدون سبب ظاهر فتتهم الاسباب المؤهبة في هذا الالتهاب :

الأسباب المؤهبة . — في طليعتها القبض ، لما يحدثه من ازدياد في فوعة العصيات القولونية من جهة ومن تخريشه القولون بما فيه الزائدة نتيجة لبقاء المواد المعوية مدة أطول بتماس غشائه المخاطي من جهة أخرى ، ثم تناول الاطعمة الفقيرة باللحوم .

ويعد الرض الذي يُحدِث بيئة ملائمة للخمج من الاسباب المؤهبة الموضعية أيضاً ويفعل من الظاهر للباطن (رض خارجي وقع على ناحية العانة في امرىء مصاب بفتق أربي أيمن فيه الزائدة) أو من الباطن الى الظاهر (حصاة صفراوية، كتل براز صلبة ، نوى الاثمار ، حيات البطن ، حرقص ، وغير ذلك من الاجسام الاجنبية التي ترض غشاء الزائدة المخاطي وتسيء الى توعيته).

أما الوراثة فتعد سبباً مؤهباً اكيداً في التهابات الزائدة فهنالك اسر يصاب اكثر أفرادها بهذا الالتهاب وأسر أخرى لا تعرف هذه العلة ، ولكن فعل الوراثة مختلف فيه فالبعض يقول بوجود تأهب أسري (diathèse familiale) والبعض الآخر يتهم سوء التشكل الولادي في احداث الالتهاب (توسع الاعور والقولون الصاعد وما ينجم عنه من ركود المواد الغائطة) .

وأخيراً فإن الحمل يؤهب لالتهاب الزائدة الحاد برضه الأعور والزائدة من جهة وبما يصاحبه عادة من قبض من جهة ثانية .

الامراض . — يعد التهاب الزائدة الحاد علة موضعية سببها تعفن غشاء الزائدة المخاطي وغشائها اللنفاني بالعصية القولونية التي تشترك غالباً مع الجراثيم الأخرى كالمكورات العقدية والرئوية واللاهوائيات وتصادف الاخيرة منها في التهاب الزائدة الموتي بالخاصة .

وتصل الجراثيم إلى الزائدة باحد الطرق الثلاثة الآتية :

١ً .– طريق الغشاء المخاطي وهو الطريق المألوف إذ من المعلوم أن جميع اقسام الانبوب الهضمي من الفم إلى فوهة الشرج عفن فالعصيات القولونيـة ، ضيف الزائدة العادي ، تلهب الزائدة اذا ماازدادت فوعتها بتأثيرأحد الأسباب التي أتينا على ذكرها وخاصة الأجسام الاجنبية التي بالاضافة الى رضها الغشاء المخاطي واساءتها لتوعيته تخلق جوفاً مغلقاً تنمو فيه الجراثيم وتشتد فوعتها (ديولافوا).

٢ً .– الطريق الدموي ويكون التهاب الزائدة في هذه الحالة اختلاطاً موضعياً لخمج عام (حصبة ، نزلة وافدة ، حمى تيفية ، خناق) هذا في دور البدء ثم تأتي العصية القولونية وبقية الجراثيم فتفعل فعلها في غشاء الزائدة المخاطي المتبدل .

٣ً .– طريق الجوار ، وهو نادر ، وفيه ينتقل الالتهاب الى الزائدة من عضو مجاور ملتهب (مرارة ملتهبة ، التهاب الحويضة والكليـة اليمنى ، التهاب الملحقات اليمنى) .

التشريح المرضي . – يعود الفضل الى بلاند سوتون (Bland Sutton) الذي أظهر بأن الآفة البدئية في التهاب الزائدة هي التهـاب الأجربة اللنفاوية وهي كثيرة في النسيج تحت المخاط من الزائدة ، ومن هـذه الاجربة الملتهبة ينتشر الخمج في طبقات الزائدة وفي خارجها .

١ً .– **آفات الزائدة** : اذا التهبت الزائدة بدت فيهـا جميع درجات الالتهاب منذ الاحتقان البسيط الى الموات الوخيم ،وهذا تابع لفوعة الجراثيم .

أ .– **الالتهاب البسيط** : حيث تبدو الزائدة حمراء منتفخة ، ماساريقاها محتقنة خزبة تضخم فيها العقد اللنفاوية وهي اما ان تبقى حرة في جوف الصفاق او تلتصق بالثرب او الاعور او الامعاء الدقيقة بنتاحة خفيفة . واذا شقت هذه الزائدة ظهرت طبقاتها متضخمة وخاصة غشاؤها المخاطي الذي يبدو منتفخاً احمر . اما من الوجهة النسيجية فإن الأجربة المغلقة الملتهبة يكبر حجمها ويرتشح محيطها بالكريات البيض ثم تلتهب الاوعية اللنفاوية ومنه انتقال الخمج الى الصفاق .

ب . ـ **التقيح** : اذا لم يتراجع احتقان الزائدة الآنف الذكر مر الالتهاب إلى درجة اشد فظهر التقيح في مركز الجراب مكوناً خراجاً صغيراً لايلبث ان ينفتح في الغشاء المخاطي محدثاً تقرحاً سطحياً او يتجه نحو المصلية ملوثاً الصفاق .

ج . ـ **الموات** : ينجم موات الزائدة عن انسداد بعض اوعيتها بالحَصَر او بصمامة عفنة ؛ ويكون الموات سطحياً إذا اقتصر على الغشاء المخاطي فقط وعميقاً اذا عمّ جميع طبقات الزائدة ، وهو جزئي يصيب قطعة من الزائدة او قسماً من محيطها وشامل اذا اصابها جميعها من قاعدتها الى ذروتها وتبدو الزائدة في الحالة الاخيرة رخوة مخضرة اللون تسبح في قيح مغث . ويفضي الموات الى بتر الزائدة او الى انثقابها ومنه حدوث التهاب الصفاق المتقيح المحدود او الشامل .

٢ً . ـ **آفات ماحول الزائدة** : يلتهب الصفاق تلو انثقاب الزائدة كما يلتهب بالاوعية اللنفاوية الملتهبة . يتفاعل الصفاق في البدء فيظهر انصباب مصلي حول الزائدة يغور فيحدث التهاب الصفاق المهيكل (péritonite plastique) او يتحول الى انصباب مصلي قيحي ثم قيحي صرف يستقر في الحفرة الحرقفية اليمنى (خراج حول الزائدة) او ينتشر في جميع أنحاء البطن (التهاب الصفاق الشامل) .

أ . ـ **التهاب الصفاق المهيكل** : يحدث في التعفنات الخفيفة فإن رسوبات الليفين التي تظهر في الحفرة الحرقفية اليمنى حول الزائدة والأعضاء المجاورة (الأعور واللفائفي والثرب المرتشح) تتعضى ملصقة هذه الأعضاء بعضها بالبعض الآخر وبجدار البطن ومكونة مايدعى بالدرع الالتهابية .

ب . ـ **التهاب الصفاق المتقيح المحدود أو الخراج حول الزائدة**: يجدر بنا ان ندرس في الخراج الامور التالية : جداره ، محتواه ، مقره ، سيره .

١ً . ـ جدار الخراج : يتكون من الاحشاء المجاورة والثرب وجدار البطن التي تلأمها الالتصاقات فاذا تكون الخراج ببطء كانت هذه الالتصاقات

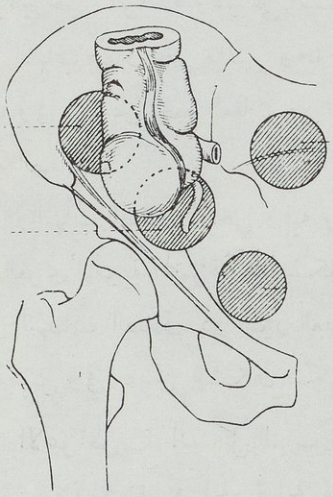
متينة ولاخوف كبير من انتشار الحمج وعلى العكس فان الالتصاقات المتكونة من الخراج السريع الحدوث هشة فاذا لم يبضع المريض بسرعة ويفرغ القيح تفككت هذه الالتصاقات وانتشر القيح في جوف الصفاق العام فكان منه خطر جسيم .

٢ً . - محتوى الخراج : محتواه سائل مصلي قيحي او قيحي صرف رائحته عفنة فيه انقاض الزائدة وكتل غائطية صلبة وغازات .

٣ً.— مقره: تابع لمكان الزائدة في البطن (الشكل-١٠٦) فهو :

حرقفي اربي يشغل القسم السفلي الوحشي من الحفرة الحرقفية اليمنى فوق القوس الفخذية حيث تكون الزائدة في الحفرة الحرقفية اليمنى متجهة من الأعلى الى الأسفل .

أو خلفي وراء الأعور إذا كانت الزائدة خلف الأعور ومتجهة إلى الأعلى .



(الشكل - ١٠٦)
اماكن الخراجات حول الزائدة
(مينيكو)
١ - خراج حرقفي اربي ٢ - خراج وراء الاعور
٣ - خراج بطني معوي ٤ - خراج حوضي

أو بطني معوي عندما تتجه الزائدة نحو العرى المعوية الدقيقة وتكون جُدُر الخراج في هذه الحالة هشة تتألف من العرى المعوية الدقيقة التي لأمتها الالتصاقات الهشة .

اوحوضي يستقر بين المستقيم والمثانة في الرجل وبين المستقيم والمهبل في المرأة.

وقد يستقر الخراج في بعض الحالات النادرة تحت الكبد او في كيس الفتق او في الحفرة الحرقفية اليسرى وذلك عندما يكون الاعور شديد الحركة.

٤ً .- سيره : مختلف قد يسير ببطء ويكبر تدريجياً ولكنه يسير غالباً

بسرعة فاذا لم يفرغ بالشق انفتح في الجلد او في حشا اجوف وتم الشفاء او انبثق في جوف الصفاق الحر محدثاً التهاب الصفاق الحاد المنتشر .

ج . ـ **التهاب الصفاق الشامل** : يتلو انثقاب الزائدة كما يحدث في عقب انبثاق الخراج حول الزائدة وهو على اشكال :

التهاب صفاق عفني منتشر وفيه تتوسع العرى المعوية وتحمر قليلاً وترى بينها وفي الحوض بضع لعقات من سائل كدر ويموت المصاب دائماً بتعفن الدم الصفاقي .

والتهاب الصفاق القيحي وفيه يرى بعد فتح البطن قيح صريح تسبح فيه العرى المعوية المحمرة وهو شكل نادر .

التهاب الصفاق ذو البؤر العديدة والتهاب الصفاق ذو الجيب الكبير المتكيس وفي هذين الشكلين تتكون الالتصاقات التي تحصر القيح .

الأعراض . ـ إن كل التهاب زائدة حاد ـ كما يقول رو (Roux) ـ هو التهاب صفاق يستقر في الحفرة الحرقفية اليمنى أو ينتشر في جميع أنحاء البطن وذلك تابع لشدة تفاعل الصفاق من جهة ولتطور الآفة من جهة ثانية ، وعدا ذلك فإن المظاهر السريرية لالتهابات الزائدة الحادة تختلف أيضاً باختلاف مقر الزائدة وباختلاف سن المريض فقد تكون طفيفة كما في احتقان الزائدة وتتمثل بألم خفيف الشدة سريع الزوال مقره الحفرة الحرقفية اليمنى ، أو تكون ،على العكس ،خطرة تقضي على المريض وهو مايلاحظ في التهاب الصفاق الشامل السام للدم. فمن الطبيعي إذن أن ندرس هذه الأشكال السريرية المختلفة واذلك فاننا سنصف أولاً نوبة التهاب الزائدة الحاد في شكلها المتوسط ثم نعود الى وصف الاشكال الأخرى بصورة موجزة :

العلامات الوظيفية . ـ تظهر نوبة التهاب الزائدة الحاد النموذجية في كهل صغير مصاب بالتهاب اللوزتين انحرف عن الحمية الغذائية وتتمثل بالعلامات الثلاث الآتية :

١ . – ألم عفوي فجائي مختلف الشدة يتجلى تارة بحس انزعاج او توتر بسيط او يكون شديداً حتى ان المريض ينثني على نفسه تخفيفاً له ، وهذا الألم الذي يقره المريض في نقطة معينة من حفرته الحرقفية اليمنى يتشعع – بحسب مقر الزائدة من الأعور – الى جذر الفخذ او القطن او الحوض أو الناحية الشرسوفية . وقد يبدأ الألم في بعض الحالات من الناحية الشرسوفية او السرية قبل استقراره نهائياً في الحفرة الحرقفية اليمنى .

٢ً . – الاقياء وهي ليست ثابتة كالألم فقد تختفي ويعيض عنها الغثيان واذا بدت فتكون طعامية في البدء ثم صفراوية .

٣ً . – القبض مع وقوف الغازات المبكر وليست هذه العلامة ثابتة أيضاً فقد يصاب المريض بالاسهال فيحرف التشخيص .

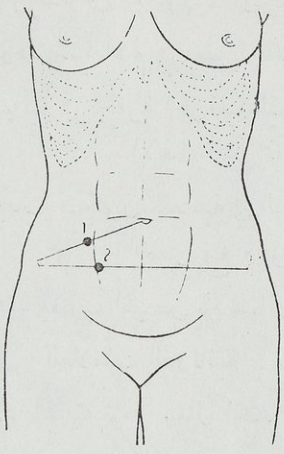
العلامات الفيزيائية . – المريض ضجر منقبض الأسارير ساكن في سريره إذا انتابته نوبة سعال احتد ألمه فأطبق بكلتا يديه على الحفرة الحرقفية اليمنى وهي علامة ذات شأن في التهاب الزائدة الحاد .

وإذا عوين البطن وطلب من المريض اجراء بعض الحركات التنفسية العميقة تبين ان البطن غير متطبل وأنه يتنفس . أما جس البطن فيجب اجراؤه برفق بكلتا اليدين والاصابع منبسطة على أن يُبدأ من المناطق السليمة اي من الناحية الشرسوفية والحفرة الحرقفية اليسرى وقد يوقظ جس الناحية الاخيرة ألماً في منطقة الزائدة سببه ارتداد الغازات نحو الأعور (علامة روفسينغ « Rovsing ») ، ثم نقترب تدريجياً من الحفرة الحرقفية اليمنى حيث يكشف الجس العلامات الفيزيائية الثلاث :

تقفع جدار البطن الموضع ، الألم الموضع ، تحسس الجلد : التي سميت بثالوث ديولافوا (triade de Dieulafoy) .

فتقفع جدار البطن الموضع في الحفرة الحرقفية اليمنى عرض ثابت ولكن شدته تختلف فهو خفيف تارة (دفاع عضلي) ويسهل التغلب عليه وتعيين موقع الألم ، وطوراً شديد (التقفع الخشبي) ينبىء عن تفاعل الصفاق تحته .

والعلامة الثانية هي الألم المحدث في نقطة ماك بورني (point de Mac Burney) – وهي النقطة الواقعة على منتصف الخط الممتد من الشوك الحرقفي الأمامي العلوي الأيمن إلى السرة – او أحط منها بقليل في نقطة لانز (point de Lanz) – الواقعة عند التقاء الثلث الأيمن بالثلث المتوسط من الخط الممتد بين الشوكين (الشكل – ١٠٧) . ويوقظ هذا الألم الموضع عادة بتقويم الجذع (علامة غينار « signe de Guinard ») او بجس الحفرة الحرقفية اليسرى أو الزاوية القولونية اليسرى (علامة روفسينغ «Rovsing»)



(الشكل – ١٠٧)
النقاط المؤلمة في التهاب الزائدة
١ – نقطة ماك بورني .
٢ – نقطة لانز (مينيكو) .

واذا كانت الزائدة الملتهبة منخفضة في الحوض أمكن بالمس الشرجي في الرجل والمهبلي في المرأة كشف النقطة الألمية .

أما العرض الثالث وهو تحسس الجلد فغير ثابت وإذا بدا كان حاداً فلم يطق المريض معه ملامسة الثياب لجدار بطنه .

العلامات العامة . – ترتفع حرارة المريض فتصل خلال عدة ساعات الى ٣٩ درجة كما يسرع نبضه ويزداد تنفسه . والبول قليل مشبع اللون وقد يكون فيه أثر زهيد من الآحين . وتزداد الكريات البيض فتبلغ ١٠ – ١٥ الف كرية في العشم.م. مع ارتفاع نسبة الكثيرات النوى (٨٠٪) .

الاشكال السريرية

١ً . – **التهاب الزائدة الخفيف أو احتقان الزائدة** . – أعراض هذا الشكل غير واضحة فحالة المريض العامة حسنة ونبضه قوي غير مسرع وحرارته

مرتفعة قليلاً (٣٨°) ويشعر بآلام عفوية خفيفة ، أما الاقياء فقليلة فالمريض يقيء مرة واحدة في بدء النوبة وقد تغيب الاقياء ويعيض عنها الغثيان ؛ وبطن المريض لين وقد يكشف الجس دفاعاً طفيفاً في الحفرة الحرقفية اليمنى .

والألم المحدث هو الذي يرشد الى اصابة المريض بهذا الشكل من الالتهاب الذي يستمر يوماً واحداً فقط . وهنالك شكل أخف من السابق مدته بضع ساعات وهو ما دعاه تالامون (Talamon) بالقولنج الزائدي وهو شكل يجب بت الزائدة فيه وإلا انقلب إلى شكل حاد .

٢ً. – **الأشكال بحسب مقر الزائدة** : أتينا على وصف الشكل الذي تلتهب فيه الزائدة وتكون في وضعها الطبيعي في الحفرة الحرقفية اليمنى ، أما في الأشكال الآتية فان الزائدة تكون خلف الأعور أو في الحوض او في الانسي بالقرب من السرة فلا عجب إذا اختلفت أعراضها باختلاف اوضاعها هذه :

أ. – التهاب الزائدة خلف الأعور : هذا الشكل كثير المصادفة تكون فيه الأعراض الحرقفية الأمامية كامنة فلا تقفع ولا اقياء حتى آن الالم يكون خفيفاً أو غائباً . ويدل على هذا الشكل ارتفاع الحرارة الخفيف وعلامة البسواس وكشف التقفع والألم فوق القنزعة الحرقفية (بجس الناحية باليدين الواحدة في الناحية القطنية والثانية في الناحية الحرقفية والمريض مضطجع على جنبه الأيسر) وقد يبدو ألم في منطقة العصب الوركي والعصب الفخذي الجلدي .

ب. – التهاب الزائدة الحوضي : هذا الشكل شديد الخطر ويأتي بالدرجة الثانية من حيث الكثرة بعد الشكل العادي ، يبدأ فجأة بآلام حادة فوق العانة وأقياء ترافقها علامات بولية : زحير مثاني وأسر أو أطام خفيف مع اضطرابات في التغوط : زحير وألم .

إذا عوين المصاب بهذا الشكل من التهاب الزائدة كشف الجس دفاعاً عضلياً وألماً خفيفاً منخفضاً مقره فوق العانة قرب الخط المتوسط . وأحسن واسطة لمعرفة هذا الالتهاب هو المس الشرجي او المهبلي الذي يكشف تعجناً وألماً حاداً في رتج دوغلاس .

جـ . ـ التهاب الزائدة البطني المعوي أو المتوسط : يشعر المصاب بهذا الشكل من الالتهاب بآلام مبهمة مقرها قرب السرة وتحتها بقليل مع غثيان وارتفاع في الحرارة ؛ ولا تعرف هذه العلة عادة إلا بما يرافقها من أعراض انغلاق بتراص العرى المعوية الدقيقة حول بؤرة الزائدة الملتهبة والذي يتطلب فتح البطن الاستقصائي .

أما توضعات الزائدة الأخرى (التهاب الزائدة في الحفرة الحرقفية اليسرى وفي كيس الفتق وتحت الكبد) فنادرة .

٣ً. ـ التهابات الزائدة المفضية إلى عفونة موضعية : إن التهابات الزائدة التي أتينا على وصفها سابقاً تشفى عادة بالراحة ووضع الثلج على البطن في الحفرة الحرقفية اليمنى والحمية الخاصة واعطاء الصادات فإن الأعراض التي اشتدت في اليومين الاولين تخف منذ اليوم الرابع فتهبط الحرارة تدريجياً وتزول الآلام وتقف الاقياء ويكثر مقدار البول ويلين جدار البطن ويخف التطبل ، ولكن التهاب الزائدة الحاد لا يسير هذا السير دائماً فقد يعود الالتهاب إلى الزائدة بعد أن خف عنها وتمر العفونة إلى ما حولها محدثة درعاً التهابية أو خراجاً .

أ. ـ التهاب الزائدة الحاد مع درع التهابيـة : إذا أفضى التهاب الزائدة الحاد إلى تكوين درع التهابية تخف العلامات الوظيفية والفيزيائية والعامة ولكنها لا تزول تماماً فالآلام تخف والاقياء تقف ويعيض عنها الغثيان ، والحرارة تهبط ولكنها تظل فوق الحد الطبيعي ، وإذا جست الحفرة الحرقفية اليمنى ما بين اليومين الرابع والسابع شعر بأن النقفع الشديد قد زال واعاضت عنه مقاومة عميقة تدل على التهاب الصفاق المهيكل الموضع حول الزائدة ، هذه هي الدرع الزائدية التي تتألف من التصاقات الثرب والأعور وعرى المعي الدقيق وتكون في البدء صغيرة ثم تتسع وتصبح بعد قليل بمساحة راحة اليد وهذه الدرع مؤلمة قاسية صماء قليلاً واضحة الحدود ولا سيما في الوحشي . وهذه الدرع الزائدية اما ان تخف

تدريجياً ثم تزول خلال ١٥ - ٢٠ يوماً بالمعالجة (الراحة ، وضع الثلج على الناحية ، التلقيح بالبروبيدون) او انها تتحول الى خراج يستدعي الشق .

ب. - الخراج حول الزائدة : إذا بدأ الخراج حول الزائدة بالتكون ارتفعت حرارة المريض وأصبحت متموجة واسرع نبضه مجارياً الحرارة وقل بوله وازدادت كرياته البيض ازدياداً كبيراً (٢٠ الف فأكثر) . وتكفي هذه العلامات العامة عادة لتشخيص الخراج واجراء الشق .

اما العلامات الوظيفية والفيزيائية فتختلف باختلاف موقع الخراج : فخراج الحفرة الحرقفية اليمنى يتصف بآلامه الشديدة وبتطبل البطن الناجم عن شلل الأمعاء وبتلين مركز الدرع الالتهابية ثم يظهر تحدب مؤلم بالجس أصم بالقرع يزول معه التلم الذي يفصله عن الشوك الحرقفي الأمامي العلوي (علامة دلبه « signe de P. Delbet ») ؛ فإذا لم يبادر إلى شق هذا الخراج انبثق في جوف الصفاق الحر (التهاب الصفاق الشامل) أو انفتح في حشا أجوف (شفاء) أو اتجه نحو السطح فظهر التموج وخزب الجلد واحمر ولانت إحدى نقاطه فإذا لم يشق انفتح من تلقاء ذاته .

أما الخراج وراء الأعور فيكون عميقاً وفي الخلف وقد يمتد الى الناحية القطنية ، جناح الحرقفة متكثف يشعر فوقه بتعجن عميق وبخزب في الجدار ، قرع الحفرة الحرقفية واضح لوجود القولون وإذا لم يشق هذا الخراج انبثق في جوف الصفاق ، وهذا نادر ، أو مات المريض بتسمم الدم وتقيحه ؛ وقد تظهر خراجات انتقالية في أنحاء الجسم المختلفة فتشق لدى كشفها .

وفي الخراجة الحوضية لا يشعر بأي تعجن في الحفرة الحرقفية اليمنى ولا خلف الأعور ولكن المس الشرجي يكشف تكثفاً في غشاء الشرج المخاطي وخزباً في الأثناء المخاطية تحت منطقة تعجن مؤلم مقرها أمام المستقيم في رتج دوغلاس . وفي المرأة يمس المهبل للشعور بالتعجن المؤلم في الرتج الأيمن . وإذا لم يشق الخراج الحوضي انبثق في المثانة أو المهبل أو المستقيم وانبثاقه في العضو الأخير هو الأكثر مصادفة ولكن الثقب الحاصل يكون صغيراً عادة وينسد

عفوا فتعود الأعراض الالتهابية للظهور . وقد يصعد الخراج الحوضي نحو الحفرة الحرقفية اليسرى أو اليمنى محدثاً خراجاً عديد المساكن .

وأخيراً فإن الخراج المتكون قرب السرة والذي يكون منشأه الزائدة يصعب كشفه وخاصة ما كان منه قرب الشامخة (promontoire) فهو منخفض لا يشعر به بجس المريطاء ومرتفع لا تدركه الاصبع الماسة للمستقيم أو المهبل . ومعالجة هذا الخراج دقيقة لأن شقه يتطلب المرور خلال منطقة سليمة من الصفاق .

٤ . ـ **التهابات الزائدة المفضية إلى التهاب الصفاق الشامل:** إن التهاب الصفاق الشامل إما أن يحدث في بدء التهاب الزائدة أو أنه يتلو انبثاق الخراج حول الزائدة أو يحدث بعد فترة هدوء تهجع فيها الأعراض (التهاب الصفاق الشامل الثانوي) :

أ. ـ التهابات الزائدة المحدثة التهاب الصفاق الشامل منذ البدء : يميز من هذه الالتهابات شكلان :

١ . ـ التهاب الصفاق المتقيح : يتصف هذا الالتهاب سريرياً ببدئه فجأة بألم عفوي شديد يشبهه المريض بطعنة الخنجر يستقر في البدء في الحفرة الحرقفية اليمنى ثم ينتشر إلى ما حول السرة والناحية الشرسوفية وأخيراً يعم البطن بأجمعه ، ويرافق هذا الألم أقياء وافرة مستمرة غذائية في البدء ثم صفراوية فكرائية مسودة يرافقها توقف المواد المعوية والغازات .

ترتفع حرارة المريض بسرعة فتبلغ ٣٩° خلال بضع ساعات ويسرع نبضه ويصبح ضعيفاً غير منتظم ويزداد عدد تنفسه .

والمريض ضجر ، بطنه لا يتنفس لسكون الحجاب وهو مؤلم ومتقفع تقفعاً خشبياً ولكن أشد الألم والتقفع في الحفرة الحرقفية اليمنى ، ويوقظ المس الشرجي ألماً حاداً في رتج دوغلاس وخاصة في جهته اليمنى .

يشفى المصاب بهذا الشكل من التهاب الصفاق الشامل إذا بضع في اليومين الاولين ويضعف الأمل في الشفاء إذا بضع بعد هذه الفترة .

٢ . - التهاب الصفاق العفن المنتشر : يتلو هذا الالتهاب انثقاب زائدة أصيبت بالموات وتتفوق في هذا الشكل علامات التسمم العام على الأعراض البطنية : فسحنة المريض ترابية ، ونبضه السريع لا يتماشى مع الحرارة ، وبوله قليل ، ولسانه جاف . أما الأعراض البطنية فخفيفة أو لا أثر لها البتة فالمريض لا يتألم ولكن إذا جس بطنه شعر بمض خفيف في حفرته الحرقفية اليمنى قد يرافقه دفاع بسيط ، والأقياء نادرة وكذلك القبض الذي يعيض عنه الإسهال غالباً . إنذار هذا الشكل وخيم فالمريض يموت ولو بُكر في معالجته .

ب . - التهابات الزائدة المحدثة التهاب الصفاق الشامل الثانوي : إذا لم يشخص التهاب الزائدة الحاد ، أو إذا عرف وترك وشأنه اشتد الالتهاب وانتشر الألم والتقفع بعد أن كانا موضعين في الحفرة الحرقفية اليمنى وأسرع النبض وضعف وبدت السحنة الابقراطية فيكون التهاب الصفاق الشامل قد حدث . والتهاب الصفاق الشامل الثانوي بحسب موندور (Mondor) ثلاثة أشكال :

التهاب الصفاق المترقي (P. progressive) . - يتتبع هذا الشكل النمط التالي : يصاب المرء بنوبة التهاب الزائدة الحاد فيعالج ولكن حرارته تظل مرتفعة وتقفع البطن في ناحية الزائدة يستمر ويمتد التقفع في اليوم الثالث أو الرابع فيشمل البطن جميعه وتشتد الآلام وتنتشر في أنحاء البطن المختلفة وخاصة في الحوض وفي رتج دوغلاس الذي يبدو مؤلماً بالمس الشرجي . وتظهر الأقياء بعد أن كانت قد توقفت ، فإذا بضع المريض لوحظ قيح صريح بين العرى المعوية .

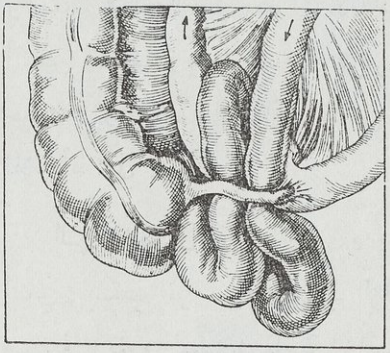
التهاب الصفاق بزمنين . - يلاحظ هذا الالتهاب في انثقابات الزائدة فالمريض الذي أصيب بنوبة من التهاب الزائدة الحاد وعولج تهجع آلامه ويلين بطنه لبضعة أيام ثم تعود الآلام فجأة وبدون ما سبب ظاهر أو في عقب تناول

طعام ثقيل أو بعد أخذ مسهل ، ويتقفع البطن ثانية وتبدو علامات التهاب الصفاق الشامل .

التهاب الصفاق بثلاثة أزمنة . — يصاب المرء بنوبة التهاب زائدة (زمن أول) ثم يتكون الخراج حول الزائدة (زمن ثانٍ) وفي الزمن الثالث ينبثق هذا الخراج في جوف الصفاق محدثاً التهاب الصفاق الشامل الثانوي .

٥ً . — **الأشكال السمية** : تتفوق علامات التسمم في هذه الأشكال على علامات الالتهاب الزائدي : فالمريض شاحب ، نبضه سريع لا يعد ، حرارته في حدودها الطبيعية أو منخفضة ، بوله قليل ، وقد تعتريه أقياء دموية . وليس مايدل على الإصابة بالتهاب الزائدة إلا النقطة الألمية في الحفرة الحرقفية اليمنى .

٦ً . — **التهابات الزائدة الحادة مع انغلاق الأمعاء** (الشكل ١٠٨) : تصادف هذه الأشكال في التهابات الزائدة البطنية المعوية والتهابات الزائدة الحوضية ، وتتصف سريرياً باجتماع أعراض التهاب الزائدة (ارتفاع الحرارة ، التقفع الموضع في الحفرة الحرقفية اليمنى ، الألم العفوي والمحدث في نقطة ماكبورني) مع أعراض الانغلاق (الآلام الاشتدادية ، الاقياء المستمرة الوافرة ، تطبل البطن ، ظهور التموجات الاستدارية من خلال جدار البطن والصور المائية الهوائية بالفحص الاشعاعي) . وينجم الانغلاق عن التصاق العرى المعوية وانفتالها وعن اللجم المتكونة بسبب التهاب الصفاق المهيكل .



(الشكل — ١٠٨)

انغلاق معوي حاد نجم عن دخول العرى المعوية في حلقة تكونت من التصاق ذروة الزائدة باللفائفي .

(ستواران ميهليسكو)

٧ً . — **الأشكال بحسب السن** : أ) **التهاب الزائدة في الاطفال** . — التهاب

كثير الحدوث ويمتاز بشدة خطره وصعوبة تشخيصه ذلك لان الزائدة تلتهب والطفل مصاب في اكثر الاحيان بالنزلة الوافدة او بالتهاب المعدة والامعاء فأعراض المرض العام (ارتفاع الحرارة ، اسراع النبض ، الاقياء والاسهال احياناً) تحجب العلامات الموضعية في التهاب الزائدة ولكنه إذا دقق في فحص الطفل تبين أنه يتألم من حفرته الحرقفية اليمنى وان هذا الالم العفوي يرافقه ألم محدث يحمل الطفل على عطف فخذه لدى جس نقطة ماك بورني .

وفي الحالات الوخيمة يزرق وجه الطفل وأطرافه ويسرع نبضه ويضعف ويقل بوله ويظهر فيه الآحين كما يقيء أقياءً قد تكون دموية ؛ فتجاه هذه الأعراض يظن بأن الطفل مصاب بالتسمم ولكن التقفع الخفيف والالم المحدث في الحفرة الحرقفية اليمنى يلفتان الانظار إلى التهاب الزائدة التي يجب بضعها في الحال لأن الطفل أقل مقاومة ولأن زائدته اسهل انثقاباً من زائدة الكهل . على أنه يجب التمييز بين هذه العلة وبين بعض العلل البطنية التي تصادف بكثرة في مثل هذه السن كالانغلاف المعوي تحت الحاد والتهاب الصفاق بالمكورات الرئوية وداء الديدان الطفيلية (helminthiase) والنزلة الوافدة في شكلها المعوي ولكن هذه الامراض تعرف بالاعراض الخاصة بكل منها .

ب . ـ **التهاب الزائدة في الشيوخ** : تتصف بخفة اعراضها : آلام خفيفة مع دفاع عضلي طفيف مقرهما الحفرة الحرقفية اليمنى ، حرارة طبيعية مع نبض غير مسرع . ويتظاهر بشكلين : شكل انغلاقي وشكل ورمي ، يرى الأول منها بعد اليوم الثالث من سير العلة في عقب انثقاب الزائدة وحدوث التهاب الصفاق الشامل مع شلل في العرى المعوية ؛ اما الشكل الورمي فيرى في التهاب الزائدة مع تكون الدرع الالتهابية فان شعور اليد الجاسة للحفرة الحرقفية اليمنى بهذه الدرع في مريض مسن مع مايرافقها من ارتفاع الحرارة البسيط والنحول يجعلنا نشك في الورم ، والتوسط الجراحي هو السبيل الى تمييز احدى العلتين عن الاخرى .

ج . ـ **التهاب الزائدة في المرأة الحامل** : يمتاز بخطره وغموض تشخيصه : فهو يلتبس في الاشهر الاولى من الحمل بالتهاب الحويضة والكلية وبالحمل خارج الرحم بينما يلتبس في نهاية الحمل بالنزف خلف السُخد وببدء المخاض ولاسيما إذا لم يرافقه تقفع او دفاع في الناحيـة ، فلإقرار الآفة في الزائدة يفتش عن الالم المحدث بجس الحفرة الحرقفية اليمنى والحامل مضطجعة على جانبهـا الأيسر او بضغط الأعور والزائدة بدفع الرحم من اليسار الى اليمين . وقد يحدث ان يجتمع التهاب الزائدة والمخاض في آن واحد فيعرف باشتداد الآلام في نقطة ماك بورني في عقب الوضع مباشرة او بظهور اعراض التهـاب الصفاق الحاد ذي المنشأ الزائدي .

وإذا حدث التهاب الزائدة بعد عـدة ايام من الوضع التبست العلة بالخمج النفاسي او بالتهاب الملحقات اليمنى .

التشخيص . ـ سندرس فيه الأمور التالية :

١ً . ـ **تشخيص التهاب الزائدة الحاد** : يجب أن نظن بهذا الالتهاب في كل تناذر بطني شديد يحدث فجأة ، ذلك لأن التهاب الزائدة يأتي في الدرجة الاولى من حيث الكثرة بالنسبة الى امراض البطن الجراحية . ويعرف هذا الالتهاب بالاستناد الى الأعراض السريرية التي اتينا على ذكرها (الألم المحدث في نقطة ماك بورني والتقفع الموضع في الحفرة الحرقفية اليمنى بالإضافة إلى الأقياء وتحسس الجلد وارتفاع الحرارة) كما يعرف بفحص الدم الذي يكشف ازدياداً ملحوظاً في الكريات البيض مع ارتفاع واضح في نسبة الكثيرات النوى .

ومع ذلك فقد تكون هـذه العلامات مبهمة فيلتبس التهـاب الزائدة :

أ . ـ ببعض الآفات البطنية المؤلمة كالقولنج الكبدي والقولنج البولي ولكن الاعراض الخاصة بكل منهما ولاسيما موقع الألم وانتشاراته يكفي للتمييز بين هذه الآفات المختلفة . ب . ـ بالحمى التيفية حيث ترتفع الحرارة تدريجياً ويرافقها طحَل (ضخامة طحال) ورعاف مع بقاء عدد الكريات البيض في حده الطبيعي

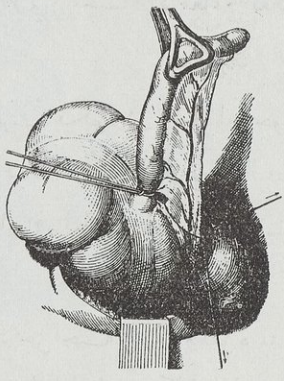
وقد ينقص في بعض الحالات ج . – بالتهاب الملحقات اليمنى الحاد فإن الألم الموضع في الحفرة الحرقفية اليمنى وارتفاع الحرارة وتطبل البطن علامات مشتركة في العلتين فيستند التشخيص الفارق بينهما اولاً إلى المس المهبلي الذي يكشف في التهاب الملحقات المـاً حاداً وتعجناً في رتج المهبل الجانبي الايمن ، وثانياً إلى وضع المريضة بوضعة ترندلنبورغ وتحري مقر الألم الذي يظل ثابتاً في التهاب الملحقات بيد انه يتبدل في بدء التهاب الزائدة الحاد لبقاء الأعور متحركاً في اليومين الأولين من هذه العلة د . – ببعض الآفات البطنية الجراحية الحادة (انثقاب قرحة المعدة او العفج ، التهاب المعثكلة النزفي ، احتشاء الامعاء ، انغلاق الأمعاء) وتعرف هذه الآفات بأعراضها الخاصة .

٢ً . – **تشخيص الخراج حول الزائدة** : يعرف تكون الخراج حول الزائدة بارتفاع الحرارة المتزايـد كما يعرف بازدياد عـدد الكريات البيض المتواصل وبالشعور بالتعجن في رتج دوغلاس او في الحفرة الحرقفية اليمنى لدى مس الشرج .

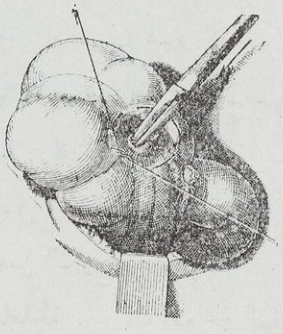
المعالجة . – إن معالجة التهاب الزائدة الحاد جراحيـة بحتة وتقوم ببت الزائدة الملتهبة فور تشخيصها وكلما بكر في التوسط الجراحي كان الامل في شفاء المريض كبيراً . اما المعالجة الدوائية (الراحة ، الحمية ، كيس الثلج على الناحية ، اعطاء الصادات) فلا يجوز تطبيقها إلا بعد قطع الزائدة كما لايجوز اعطاء المسهلات التي تؤدي إلى انثقاب الزائدة ولا المسكنات التي تخفي اعراض الالتهاب . ونتائج قطع الزائدة جيدة وانذاره حسن إلا في المقلوبين والاهمام والمصابين بالداء السكري او باشقرار الكبد لان هؤلاء وقد ضعفت مقاومتهم لايتحملون اي توسط جراحي مهما كان صغيراً .

طراز العمل . – يجرى شق بطول ٧ – ٨ عشم . في الحفرة الحرقفية اليمنى موازياً للقوس الفخذية ومتناولاً الجلد وضريع العضلة المنحرفة الكبيرة ثم تبعد الياف العضلات الكائنـة تحته ويفتح الصفاق ولدى الوصول إلى الزائدة تربط

قاعدتها ورباطها (الشكل – ١٠٩) وتقطع ثم يدفن جذمورها بخياطة على شكل فم الكيس إذا لم تكن جدر الأعور مرتشحة (الشكل – ١١٠). وإذا كانت الزائدة منخفضة في الحوض او عالية خلف الاعور يفضل توسيع الشق بقطع العضلات ثم تقطع الزائدة بالطريق الراجع اي من قاعدتها إلى رأسها وينهى العمل الجراحي بإغلاق البطن ثلاث طبقات : الصفاق وضريع المنحرفة الكبيرة والجلد (تخاط العضلات بغرزة واحدة من خيوط الحمثة في حالة التبعيد وتخاط خياطة متقنة في حالة القطع) .



(الشكل – ١٠٩)
كيفية ربط قاعدة الزائدة ورباطها



(الشكل – ١١٠)
دفن جذمور الزائدة

(كينو)

واستنضاض الحفرة الحرقفية اليمنى ضروري اذا وُجد لدى فتح الصفاق مصالة عكرة أو قيح صرف حول الزائدة وفي هذه الحالة يستحسن وضع الصادات في جوف الصفاق وحقن العضل بها .

أما اذا وجد الجراح أمام التهاب زائدة حاد وقد مضى عليه أكثر من يومين فعليه أن ينظر بالأمر فاذا لم ينتشر الالتهاب إلى الصفاق قطعت الزائدة ، واذا تكونت درع التهابية ارجىء العمل الجراحي وعولج المريض معالجة دوائية (الصادات أو لقاح البروبيدون ، الراحة ، الحمية ، كيس الثلج على الناحية) على أن يراقب المريض في أثناء هذه المعالجة مراقبة دقيقة حتى إذا اشتدت

الأعراض الموضعية أو ظهور ما يدل على بدء التهاب الصفاق الشامل بضع المريض بدون إبطاء .

وأخيراً فإن تكون الخراج حول الزائدة يتطلب الشق أما الزائدة فلا تستأصل إلا بعد شهرين أو ثلاثة أشهر من نضوب القيح .

بقي علينا أن نذكر أن التهاب الصفاق الشامل ذا المنشأ الزائدي يعالج بقطع الزائدة واستنضاض القيح في مكان واحد (الحفرة الحرقفية اليمنى) أو في مكانين (الحفرة الحرقفية اليمنى ورتج دوغلاس) وبحقن الصادات داخل الصفاق عن طريق الأحفوض مع اعطائها حقناً أو بطريق الفم .

٢ً . — التهاب الزائدة المزمن

هو كثير المصادفة فإن معظم آلام الحفرة الحرقفية اليمنى من منشأ زائدي وهذا ما يؤيده الفحص الاشعاعي .

والتهاب الزائدة المزمن إما أن يعقب التهاباً حاداً لم تقطع فيه الزائدة بل برّدت بالمعالجة الدوائية التي نوهنا عنها سابقاً أو أنه يحدث وهلة دون أن تتقدمه عوارض التهابية حادة . والشكل الثاني اكثر مصادفة في الممارسة من الشكل الأول .

التشريح المرضي . — إن الآفات التشريحية المرضية الملاحظة في الزائدة الملتهبة التهاباً مزمناً مختلفة عادة فتارة تكون صريحة وتشاهد ليس في الزائدة فحسب بل في الأعضاء المجاورة لها كالعرى المعوية والأعور والثرب أيضاً (التهاب الزائدة المزمن التالي لهجمة حادة) وطوراً لا تتضح فيظن بسلامة الزائدة ولكن الفحص النسيجي يثبت الالتهاب (التهاب الزائدة المزمن وهلة) . ففي الحالة الاولى يشاهد ، لدى فتح البطن ، في الحفرة الحرقفية اليمنى ما يشير الى التهاب الصفاق التهاباً مزمناً : فالزائدة ملتصقة التصاقاً كلياً أو جزئياً بالاعضاء المجاورة وخاصة بالثرب ورباطها متكثف وهي معوجة أو ملتوية وقد تنثني على نفسها فتصبح كمدفعي البندقية او تنفتل انفتالاً تاماً كالحلزون بانقباض

رباطها (الشكل – ١١١) وهي إما صغيرة جداً لا يجاوز طولها ١ عشم . أو طويلة جداً (٢٥ عشم .) .

وفي الحالة الثانية تكون الزائدة حرة غير ملتصقة بالأعضاء المجاورة ولا بالجدار ولكن منظرها يوحي بالالتهاب فهي اما زائدة صغيرة خيطية متصلبة متضيقة اللمعة ، أو هي زائدة جسيمة جدرها موعّاة وفي رباطها المرتشح عقد كبيرة الحجم . وقد تبدو الزائدة في بعض الحالات سليمة تماماً ولا تعرف إصابتها الا بالفحص النسيجي او بفتحها حيث تبدو جدرها متفاوتة الكثافة ولمعتها مسدودة كأنها حبل متصلب .



(الشكل – ١١١)

بعض نماذج من التهاب الزائدة المزمن

(فورغ)

اما الفحص النسيجي فيمكننا من تمييز الاشكال الضخامية ، المتصفة بتنسج (hyperplasie) غدد ليبركون والاجربة اللنفاوية ، عن الاشكال الضمورية حيث يشمل التصلب جميع طبقات الزائدة بما فيها من اجربة لنفاوية وغدد وتزول لمعتها فلا يبقى أي أثر للظهارة المخاطية . وتقوم الأورام العصبية الودية ، التي تكثر في جدر الزائدة المتصلبة ، بدور كبير في احداث التشوشات الالمية والانعكاسية المصادفة في التهاب الزائدة المزمن .

الأعراض . – يتصف التهاب الزائدة المزمن الذي يظهر غالباً في صغار السن (طفل أو كهل) بالأعراض الآتية :

١ . ـ **الأعراض الوظيفية** : هي الآلام والاضطرابات الهضمية .

فالآلام موقتة لا تدوم اكثر من عدة دقائق وقد تستقر في الحفرة الحرقفية اليمنى أو في الناحية الشرسوفية أو حول السرة أو في الحوض . وليعلم أن الألم المعدي كثير المصادفة في الاطفال المصابين بالتهاب الزائدة المزمن فلينتبه لذلك . وتبدو هذه الآلام بأشكال مختلفة (ثقل أو حس احتراق أو انزعاج وأحياناً وخز في أثناء اللعب والمشي) ولكنها تزداد بالطعام والتعب وفي أثناء الحيض .

وتتجلى الاضطرابات الهضمية باللون اليرقاني الخفيف ونقص الاشتهاء وبتناوب القبض مع الاسهال يرافق ذلك صداع ودوار .

٢ . ـ **العلامات الفيزيائية** : تقوم بتحري الألم وذلك بجس البطن جساً متقناً ونعني بالجس المتقن أن يجعل بطن المريض في حالة الارتخاء التام ويبدأ بجس الحفرة الحرقفية اليسرى الذي قد يوقظ ألماً في الجهة اليمنى (علامة روفسينغ « Rovsing ») ثم تجس الناحية الشرسوفية (التي تكون مؤلمة في الأطفال بالخاصة) ثم ناحية الكبد التي تبدو كبيرة الحجم ومؤلمة وأخيراً الحفرة الحرقفية اليمنى حيث يوقظ جسها ألماً حاداً ، موضعاً في نقطة ماك بورني أو في نقطة لانز ، يحمل المريض على عطف فخذه على الحوض تخفيفاً له . واذا لم يكشف هذا الألم بالاستلقاء الظهري أضجع المريض على جانبه الأيسر أو فحص وهو واقف .

٣ . ـ **العلامات العامة** : هي شحوب المريض ووهنه ونحوله واصابته بهجمات حمى خفيفة وفاقة دم .

التشخيص . ـ يعرف التهاب الزائدة المزمن بالآلام العفوية والمحدثة في الحفرة الحرقفية اليمنى كما يعرف بالفحص الإشعاعي وذلك بجس ناحية الاعور تحت الدريئة بعد اعطاء المريض الباريت لنعيّن ما إذا كانت نقطة الالم المحدث مناسبة لمقر الزائدة وتابعة لتبدلات الاعور كما يكشف هذا الفحص

الإشعاعي بعض الركود في عروة اللفائفي الاخيرة المسبب في بعض الالتصاقات، أما الزائدة نفسها فلا يعدعدم امتلائها بالمادة الظليلة دليلاً على إصابتها بالالتهاب اما اذا امتلأت وظهرت بالصور الاشعاعية ملتوية على نفسها او منثنية كمدفعي البندقية ومؤلمة وثابتة بالالتصاقات ولاتنفرغ بسرعة على الرغم من انفراغ الأعور فيكون ذلك دليلا على التهابها .

يستدل من كل ما سبق أن تشخيص التهاب الزائدة المزمن يستند في الدرجة الأولى الى الالم المحدث في نقطة ماك بورني والى الفحص الاشعاعي أما فحص الدم لكشف ازدياد الكريات البيض فليس له اي مدلول في هذا الشكل .

وعلينا الا نغالي في قطع الزائدة في كل امرىء يشكو الماً في الحفرة الحرقفية اليمنى ، فقد يكون هذا الالم انعكاسياً لالتهاب في المرارة أو يكون سببه التهاب القولون او التهاب الحويضة والكلية اليمنى ، فإقرار الآفة في الزائدة، متى غمض التشخيص ، يستلزم تصوير الأعضاء الاخرى لنفي اصابتها . واخيراً فان التهاب الزائدة المزمن قد يلتبس بالتهاب الملحقات اليمنى ويجرى التشخيص الفارق بالمس المهبلي .

المعالجة . — يعالج التهاب الزائدة المزمن بقطع الزائدة ونتائج هذا القطع حسنة فان حالة المريض العامة تتحسن فيزداد وزنه ويتورد وجهه وتعود شهيته للطعام كما يستعيد نشاطه ؛ وهذا التحسن إما ان يحصل سريعاً بعد حذف هذه البؤرة العفنة او بعد عدة اشهر فيما إذا كان مصاباً بالاضافة الى التهاب الزائدة المزمن بالتهاب القولون والماساريقي .

* * *

البحث الثاني

السل اللفائفي الأعوري

(Tuberculose iléo-cœcale)

تستقر عصية كوخ في القطعة اللفائفية الأعورية اكثر من استقرارها في أية قطعة أخرى من المعي لأنها غنية بالأوعية والعقد اللنفاوية أولاً ولكونها مقراً للركود المعوي ثانياً .

الأسباب والإمراض . — يلاحظ السل اللفائفي الأعوري في سن الكهولة غالباً وفي المرأة أكثر منه في الرجل وهو ثانوي للسل الرئوي بما يعادل ٩٠٪ . ومن الأسباب المؤهبة لاستقرار السل في هذه الناحية التهاب الأعور والتهاب الزائدة ووجود الأجسام الأجنبية والديدان التي تقرح الغشاء المخاطي فتسهل دخول عصية السل .

تصل عصية كوخ إلى الناحية اللفائفية الأعورية بأحد الطرق التالية :

١ً . — بالطريق الهضمي بعد بلع المصاب بالسل الرئوي لقشاعاته فإن عصية كوخ ، التي لا تتلفها عصارة المعدة الحامضة (كما اثبتت تجارب ورتز «Würtz») ، تلقح غشاء الأعور المخاطي .

٢ً . — بالطريق الدموي حيث تصل عصية السل إلى الناحية اللفائفية الأعورية في سياق تجرثم الدم الوقتي . وتكون البؤرة السلية البدئية في هذه الحالة رئوية غالباً .

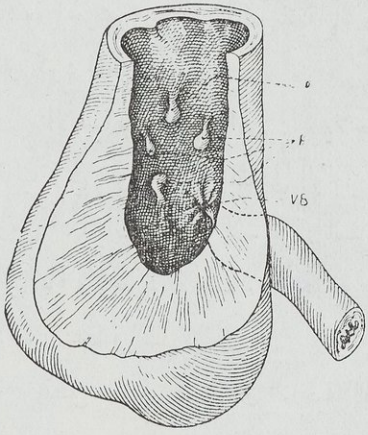
٣ً . — بالطريق اللنفاوي ويحدث هذا متى كانت الآفة السلية البدئية مجاورة للأعور : التهاب الملحقات السلّي ، التهاب الصفاق السلّي .

٤ً . – اما في الحالات النادرة من إصابة الأعور بالسل البدئي فإن الطريق الهضمي هو الطريق الذي تسلكه عصية كوخ عادة وهذا ما يحدث بتناول بعض الأطعمة الملوثة بعصية كوخ : حليب الحيوانات المسلولة أو لحمها .

التشريح المرضي . – يبدو سل الأعور بأشكال تشريحية مرضية عديدة وأكثرها مصادفة هو الشكل الضخامي .

١ً . – الشكل الضخامي أو الشكل التصلبي الشحمي (forme sclèro-lipomatose)

يبدو هذا الشكل على هيئة ورم قوامه قاس يعادل حجمه جمع الكف ، محيطه محدب شكله متطاول يمتد بعيداً في القولون الصاعد كما يتناول نهاية اللفائفي الأخيرة والزائدة ويظل هذا الورم السلّي متحركاً مدة طويلة لعدم التصاقه بالجدار .



(الشكل – ١١٢)

السل اللفائفي الأعوري (الشكل الضخامي)

إذا شق الأعور المصاب بعد استئصاله بدا في محيطه نسيج تصلبي شحمي ثخانته ٤ عشم ، أما الأعور بالذات فجدره قاسية كثيفة ولمعته متضيقة وفي غشائه المخاطي الكثيف بعض التقرحات أو بعض الكتل المرجلية الشكل التي تكون لجماً أو مصاريع غير طبيعية (الشكل–١١٢) .

وتضخم في هذا الشكل عقد الزاوية اللفائفية الأعورية وقد تتلين .

أما نسيجياً فتلاحظ ضخامة الغشاء المخاطي واحتواؤه على الأجربة السلية ، مع ارتشاح بقية طبقات المعي إرتشاحاً التهابياً .

٢ً . – الشكل القرحي الصرف : تستقر الإصابة في دسام بوهن حيث يبدو تقرح مختلف الاتساع ينجم عن انفتاح الأجربة السلية في الغشاء المخاطي

ويفضي هذا الشكل إلى انثقاب الأعور في الصفاق الحر أو في الصفاق المحوجب (خراج صديدي غائطي في الحفرة الحرقفية اليمنى) .

٣ً . ـ **الشكل القرحي الجبني** : يدعى بالشكل المعوي الصفاقي حيث تبدأ الآفة السلية في النسيج تحت المخاط من الأعور وتتجه منه إلى الغشاء المخاطي حيث تحدث تقرحات متسعة قد تأتي على دسام بوهن وتخربه وإلى الصفاق الذي يتفاعل حول الآفة مكوناً نسيجاً ليفياً جبنياً غير منتظم لايلبث أن ينقلب إلى خراج بارد وينفتح في الجلد أو ينبثق في المعي .

والعقد اللنفاوية في هذا الشكل ضخمة ولينة دائماً .

٤ً . ـ **الشكل الليفي** : يحدث هذا الشكل نتيجة لشفاء التقرحات السلية وتندبها مما يفضي إلى تضيق القسم الأخير من اللفائفي بالخاصة . وقد سمي هـذا الشكل بالشكل المتضيق أيضاً نظراً لهذه الخاصة .

٥ً . ـ **التهاب الزائدة السلي** : تبدو الآفة السلية إما بتكثف الزائدة مع زوال قسم من لمعتها وامتلاء القسم الآخر بالقيح (خراج بارد داخل الزائدة)، أو بتقرح غشائها المخاطي أو بانثقابها في خراج بارد . ولاتقتصر الآفة السلية على الزائدة وحدها بل ترافقها إصابة قعر الأعور أيضاً .

الأعراض . ـ سنتخذ نموذجـاً للوصف الشكل الضخامي لأنه أكثر الأشكال مصادفة :

العلامات الوظيفية . ـ يبدأ سل الأعور بآلام مستقرة في الحفرة الحرقفية اليمنى ترافقهـا اضطرابات معوية تتجلى بالاسهال المصلي المخطط بالدم أحياناً وهو إسهال مستعص على المعالجة . ومتى ضيقت الآفة لمعـة اللفائفي والأعور أصيب المريض بنوب من تناذر تحت الانغلاق تزول فجأة بعد نوبة إسهال .

العلامات العامة . ـ تبقى حالة المريض العامة حسنة مدة طويلة ، ولكنها تتبدل متى اشتدت الآلام واستعصى الإسهـال وأصيب المريض بنوب تحت الانسداد فيهزل إذ ذاك وترتفع حرارته ويصاب بالقهم .

العلامات الفيزيائية . — يكشف جس الحفرة الحرقفية اليمنى ورماً متطاولاً حدوده واضحة في الوحشي ومبهمة في الأنسي ، لاتصاله بكتلة العقد الضخمة ، قوامه قاس أو مرن ، سطحه غير منتظم ، حجمه بحجم جمع الكف ، قد يشعر بقطبه السفلي بالمس الشرجي أو المهبلي ، أما حدوده العلوية فقد تمتد حتى ناحية الكبد ، وهذا الورم أصم في المركز وواضح في المحيط .

ومن صفات هذا الورم بقاؤه متحركاً مدة طويلة لكونه لا يلتصق بالجدار إلا متأخراً .

العلامات الإشعاعية . — إذا أعطي المريض المادة الظليلة عن طريق الفم ثم فحص بعد عدة ساعات لوحظ أن عروة اللفائفي الأخيرة متوسعة وان الأعور والقولون الصاعد لم يتم امتلاؤهما . كما أن فحص المريض بعد الرحضة الظليلة يبين أن قطعة المعي الغليظ المصابة تمتلىء بصعوبة وعلى العكس من ذلك فإن اللفائفي يمتلىء بسهولة تامة لتلف مصراع بوهن ، ويُظهر تصوير الناحية الإشعاعي أن محيط الأعور مبهم مشرشر وليس فيه فجوات حقيقية .

الفحوص الأخرى . — يكشف فحص البراز الدم في بعض الحالات . أما رؤية عصية كوخ فيه فلا يعوّل عليها إلا إذا كان عددها كبيراً ولم يكن المريض مصاباً بسل رئوي .

سير الآفة . — مختلف فقد يكون بطيئاً جداً حتى أن المريض يموت بآفة أخرى ، أو يسير تدريجياً فيمتد السل إلى محيط الأعور ويلتصق بجدار الحفرة الحرقفية اليمنى ويتكون من جراء ذلك خراجات باردة حول الأعور ، وقد يكون السير سريعاً فيموت المريض بالانغلاق المعوي أو بانتشار السل .

التشخيص . — يستند تشخيص السل اللفائفي الأعوري إلى العلامات السريرية التي أتينا على ذكرها ، كما يستند إلى الفحص الإشعاعي ، ومع ذلك فإنه يلتبس في دور البدء بالتهاب القولون وبالتهاب الزائدة ولا تعرف الآفة السلية إلا بالتوسط الجراحي ؛ كما يلتبس في دور الورم بسرطان الأعور وبالورم الإلتهابي

ذي المنشأ الزائدي ولكن سرطان الأعور يظهر في امرىء مسن ويتصف بالتغوط الدموي الأسود وبنحول المريض السريع ، بينما لا يشخص الورم الالتهابي الزائدي المنشأ إلا بفتح البطن .

المعالجة . — دوائية وجراحية :

١ً . — **المعالجة الدوائية** : توصف هذه المعالجة متى رافقت الآفة الرئوية آفة الأعور ، وتجرب في الحالات الأخرى على أن يثابر عليها مدة طويلة (ستة أشهر أو أكثر) والأدوية التي توصف هي الصادات كالستربتوميسين (ثلاثة غرامات في الأسبوع حقناً في العضل) والـ ن . ا . ص (P.A.S) ومركبات الايزونيازيد (Isoniazide) كالـ ريميفون (Rimifon) الذي يعطى بمعدل حبة واحدة لكل عشرة كيلو غرامات من وزن المرء . ويفضل إعطاء هـذه الأدوية معاً ، هذا بالإضافة إلى تغذية المريض الحسنة واعطائه مركبات الكلس والحياميناات وتعريضه للأشعة ما فوق البنفسجي . وإذا أخفقت هذه المعالجة على الرغم من استعمالها مدة طويلة لجيء إلى المعالجة الجراحية .

٢ً . — **المعالجة الجراحية** : شافية أو ملطفة :

أ . — المعالجة الشافية : تجرى متى كان الأعور متحركاً ، وذلك بعد التثبت من سلامة الرئتين ، وقوامها بت نصف القولون الأيمن (نهاية اللفائفي والأعور والقولون الصاعد مع العقد الماساريقية المرافقة) وبهذا تحذف الآفة السلية برمتها ويحقق الشفاء التام بمعدل ٣٠ — ٤٠ ٪ من الحوادث .

ب . — المعالجة الملطفة : هي مفاغمة اللفائفي بالقولون المعترض أو بالسين الحرقفي والغاية منها تحويل مجرى المواد المعوية ، وتجرى في حال التصاق الأعور واتساع الآفات كما تجرى عند تقدم الآفة وظهور تناذر الانغلاق الحاد .

وإذا وجد الجراح نفسه أمام ناسور صديدي غائطي فخير ما يصنع هو فصل الأعور المزدوج الجانب ، هذا الفصل الذي يمنع سيلان المواد المعوية للخارج كما يضع الآفة في حالة الراحة . وأخيراً فإن التهاب الزائدة السلي يعالج بقطع الزائدة .

البحث الثالث

سرطان الأعور

الأسباب . — يلاحظ سرطان الأعور في سن الكهولة (٤٠ — ٥٠ سنة) ويكثر في الرجل خاصة .

التشريح المرضي . — إن سرطان الأعور حلقي أو جانبي وهو سرطان نظير النخاع غالباً ويتكون من ناميات متقرحة هشة منشأها الغشاء المخاطي . أما طبقات جدار الأعور الأخرى فترتشح بمقدار كبير من الشحم يجعل الورم جسيماً لين القوام .

يبتدىء سرطان الأعور بالمصراع اللفائفي الأعوري فيستقر فيه ويخرّبه أو يسير منه نحو القولون واللفائفي فإذا امتد إلى الأعور ، وهذا ما يصادف غالباً ، أحدث في غشائه المخاطي ناميات وفي طبقات الجدار الأخرى ارتشاحاً شحمياً ، وإذا سار نحو اللفائفي ضيق نهايته بإحداثه حلقة دائرية أو بتكوينه براعم طافحة .

ومن الأشكال التشريحية ما يبدأ فيه السرطان بالوجه الخلفي من الأعور محدثاً فيه ناميات متقرحة مرجّلية الشكل أو تقرحاً واسعاً حافاته كثيفة وقعره مبرعم .

وسرطان الأعور ، من الوجهة النسيجية ، سرطان ظهاري اسطواني نموذجي أو غير نموذجي وهناك شكل كثير المصادفة هو السرطان الغراوني (colloïde) حيث تصاب الخلايا بالحؤول نظير المخاط .

السير التشريحي . ـ تكثر الاختلاطات العفنة في سرطان الاعور لأن انتقال الخمج من الورم المتقرح الى الصفاق يحدث التصاقات تثبت الورم في العمق أو يكوّن خراجات موضعة حول الأعور تنفتح في المعي أو في الجلد. وقد يحدث التهاب الصفاق الحاد بانثقاب احد تقرحات الاعور الواقعة فوق الورم.

ينتشر سرطان الاعور إلى الأعضاء المجاورة فيستولي على الزائدة والقولون الصاعد أولاً ثم على العرى المعوية الدقيقة والثرب والطبقات العميقة .

أما عقد الزائدة اللفائفية الأعورية فتبقى مدة طويلة بمنأى عن الإصابة السرطانية .

الأعراض . ـ يمر سرطان الأعور بثلاثة أدوار : دور البدء ودور الورم ودور النهاية .

١ً . ـ **دور البدء** : يبتدىء سرطان الأعور ببعض العلامات الوظيفية كالاضطرابات الهضمية والمعوية المبهمة والآلام المختلفة الشدة . وهي علامات تحرف التشخيص نحو التهاب الزائدة أو التهاب القولون البسيط .

فالآلام تستقر في الحفرة الحرقفية اليمنى وتتشعع منها إلى المراق اليمنى أو إلى السرة وهي إما خفيفة مستمرة أو قولنجية متقطعة تشبه النوبة القولونية في سرطان القولون الايسر ولكنها هنا أقل وضوحاً ومصادفة لأن سرطان الأعور أقل تضييقاً للمعة المعي من سرطان القولون الأيسر .

وتتجلى الاضطرابات الهضمية بعسر الهضم والقهم والغثيان والبَخَر وكتن اللسان . أما الاضطرابات المعوية فهي تناوب القبض مع الاسهال النتن ، والنزف المعوي القليل المقدار الذي قد يكون وافراً وقد يكون خفياً لا يعرف إلا بتفاعل ويبر ـ ماير .

وتتبدل الحالة العامة في هـذا الدور تبدلاً سريعاً فيهزل المريض تدريجياً ويشحب لونه وتعتريه هجمات حمى موقتة تدل على تعفن التقرحات السرطانية .

٢ً . ـ **دور الورم** : يجسُ في هذا الدور في الحفرة الحرقفية اليمنى ورم

محدب قاس يتبدل حجمه من حجم الجوزة إلى حجم جمع الكف حتى أنه قد يصل في بعض الحالات إلى حجم رأس الجنين ، حدوده واضحة في الوحشي والأسفل ومبهمة في الأنسي (لاتصاله بكتلة العقد التي ضخمها الالتهاب أو الحؤول السرطاني) وفي الأعلى (لارتشاح القولون الصاعد بالورم) .

يظل هذا الورم متحركاً مدة طويلة (وخاصة بالاتجاه المعترض) وهذا مايجعلنا نشعر به أحياناً تحت الكبد أو قرب السرة أو في الحوض وفي الحالة الأخيرة قد نشعر بقطبه السفلي حين مس الشرج أو المهبل .

والورم أصم في المركز وواضح في المحيط .

٣ً . — **دور النهاية** : يبلغ المريض هذا الدور عادة بعد ١٨ - ٢٤ شهراً حيث يجاوز الورم جُـدُر الأعور ويستولي على الأعضاء المجاورة فيلتصق بالعمق ويعود قليل الحركة كما يستولي على الصفاق فيتكون الحبن السرطاني ثم يصاب المريض بالحَرَض ويموت قبل حدوث الانتقالات البعيدة في الكبد أو في الرئة .

الاختلاطات . — هي الخمج والانثقاب، أما تناذر الانغلاق فلا يصادف إلا نادراً لأن سرطان الأعور مضخم للمعي وليس بمضيق للمعته كسرطان القولون الأيسر .

والاختلاطات الخمجية هي الخراجات المتكونة حول الأعور وهي كثيرة المصادفة وتعرف من ارتفاع حرارة المريض وازدياد آلامه وتظهر هذه الخراجات في الأمام أو في الوراء فتثبت الورم وتخرش عضلة البسواس وتنفتح على الجلد مكونة النواسير الصديدية الغائطية أو في حشا أجوف مجاور (المعي الدقيق ، المثانة) .

وينثقب الأعور في حذاء الورم إمّا في جوف الصفاق الحر أو في الصفاق المحوجب حيث يتكون خراج وينفتح على الجلد .

التشخيص . — يصعب تشخيص سرطان الأعور في دور البدء لأن اعراضه

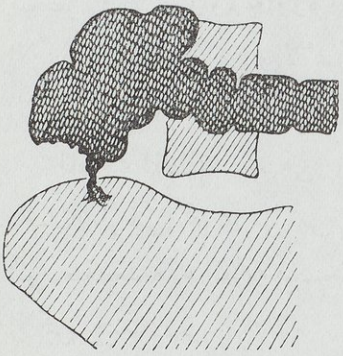
الوظيفية مبهمة لا تكفي لمعرفة العلة فهو يلتبس بالتهاب الزائدة إذا تفوقت الآلام وبالتهاب القولون إذا كانت الاضطرابات المعوية هي السائدة .

أما في دور الورم فيسهل التشخيص لا سيما إذا ظهرت العلة في كهل جاوزت سنه الاربعين أصيب بقهم وأخذ يهزل تدريجياً وبسرعة ، ومع ذلك فقد يلتبس بسل الأعور وبداء الفطر الشعاعي اللفائفي الأعوري وبأورام الناحية الالتهابية ذات المنشأ الزائدي .

فلهذا كله يجب الاستعانة ببعض الفحوص الاخرى لإثبات التشخيص وهذه الفحوص هي الفحص الاشعاعي وفحص البراز .

قد يمكننا فحص البراز من رؤية بعض القطع السرطانية فيه وهي ذات قيمة كبيرة في التشخيص كما نتمكن بواسطته من كشف النزف المعوي الخفي بتفاعل ويبر ـ ماير بعد وضع المريض ثلاثة ايام على حمية خالية من اللحوم .

أما الفحص الاشعاعي فهو المعوّل عليه في تشخيص سرطان الأعور في دور البدء أو في دور الورم ويجرى .



(الشكل ـ ١١٣)
سرطان الاعور (الاعور المبتور)

١ً . ـ بعد إعطاء المريض المادة الظليلة عن طريق الفم وبه يكشف توسع عروة اللفائفي الأخيرة ، الدال على الركود فوق الورم ، وعدم امتلاء القطعة المصابة من الأعور .

٢ً . ـ بعد صنع الرحضة الظليلة التي تظهر بعض الفجوات في القسم المتسرطن من المعي كما تكشف مرور الباريت بسهولة الى المعي الدقيق الأمر الذي يدل على تخريب الورم للمصراع اللفائفي الأعوري وقد يبدو الأعور مبتوراً في بعض الحالات (الشكل ـ ١١٣) .

٣ً. – بعد اشراك نفخ القولونات بالرحضة الظليلة تبدو قساوة في جدر القسم المصاب من الأعور والقولون الصاعد .

المعالجة . – إن المعالجة الجراحية شافية أو ملطفة ولا تجرى إلاّ بعد تهيئة المريض جيداً : نقل الدم ، حقنه بالمصول الملحية والسكرية ، حقنه بالصادات (البنسيلين والستربتوميسين) ، اعطاؤه مطهرات الأمعاء كالكلورانفينكول (chloramphénicol) والسولفوغوانيدين (sulfoguanidine) ، على أن يثابر على هذه المعالجة الدوائية إلى ما بعد التوسط الجراحي .

المعالجة الشافية . – تجرى ما زال الورم متحركاً أي مازال السرطان منحصراً في الأعور ولم يجاوزه الى الأعضاء المجاورة وتقوم ببت نصف القولون الأيمن (نهاية اللفائفي والأعور والقولون الصاعد مع عقد الزاوية اللفائفية الأعورية) ثم بمفاغمة اللفائفي بالقولون المعترض .

المعالجة الملطفة . – هي ١ً) مفاغمة اللفائفي بالقولون المعترض أو بالسين الحرقفي وتجرى متى تعرقل الورم بالنمج أو بالانغلاق وقد تتحسن الحالة الموضعية بعد هذه المفاغمة فيصبح الورم متحركاً ويستطاع بت نصف القولون الأيمن حينذاك .

٢ً. – عزل الأعور الوحيد أو المزدوج الجانب الذي يجرى متى كان ناسور صديدي غائطي واسع .

٣ً. – شق الخراج متى تكوّن .

* * *

الفصل الثاني

أمراض القولون الأيسر

البحث الأوّل

شذوذ القولون الأيسر

١ ـ القولون المترطل الولادي

(Le mégacòlon congénital)

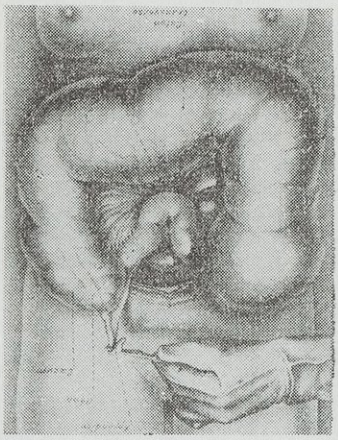
ويدعى أيضاً بمرض هيرشبرونغ (maladie de Hirschsprung) باسم مكتشفه .

الحد . ـ هو توسع المعي الغليظ أو قسم منه توسعاً ثابتاً مع ضخامة في جدره .

الأسباب . ـ هو علة ولادية نادرة تصادف في الذكور أكثر مما في الإناث وتظهر علاماتها في سن الحداثة غالباً إلا أنها قد تتأخر إلى سن الكهولة كما في الأشكال المسدفة .

التشريح الموضي . ـ يستقر التوسع في القولون الحوضي غالباً وقد يشمل جميع المعي الغليظ كما ذُكر في بعض المشاهدات النادرة (الشكل ـ ١١٤) ، وهذا التوسع شديد يحتوي أكثر من خمسة عشر ليتراً من المواد المعوية ويبلغ

محيطه الخمسين عشم . أحياناً فيشغل البطن جميعه ضاغطاً الأحشاء ورافعاً قبة الحجاب ويظهر في القطعة المتسعة عن ذلك نوعان من التبدلات : تطاول العروة وماساريقاها وثخانة الجدار (٢ – ٣ عشم) . وليست طبقات المعي المتسع سليمة فغشاؤه المخاطي متقرح نتيجة لركود المواد المعوية وفي طبقته المصلية سحائب تصلب ناجمة عن الخمج . ويكشف الفحص النسيجي تكثفاً وارتشاحاً التهابياً في جميع الطبقات وخاصة في الطبقة العضلية مع التهاب الشريان المزمن المختلف الشدة .



(الشكل – ١١٤)
قولون عرطل ولادي
(توسع جميع المعي الغليظ)
(بوشه)

يبدو المستقيم بالمس الشرجي ضيقاً فارغاً من المواد وهي علامة ذات شأن في مرض هيرشبرونغ أما بقية أقسام الانبوب الهضمي الكائنة فوق التوسع فسليمة .

الامراض. – اختلفت الآراء في إمراض هذه العلة فعزاها البعض إلى شذوذ ولادي في نمو القولون (هيرشبرونغ) ونسبها البعض الآخر إلى عائق مضيق بعض التضييق في القولون الحوضي وقيل أخيراً أنها تنجم عن اختلال في التوازن العصبي ما بين المبهم والودي .

ويميل أغلب المؤلفين ، في الوقت الحاضر ، إلى القول بأن التوسع يحدث بتأثير التموجات الاستدارية التي تقف عند الوصل المستقيمي السيني الخالي من العقد العصبية .

الأعراض . – تظهر أعراض هذا المرض منذ الأيام الأولى بعد الولادة فلا يلقي الرضيع عقيه فيتسع بطنه تدريجياً حتى يأخذ حجماً كبيراً ؛ فعلامات المرض هي إذن القبض المستعصي وتطبل البطن الشديد .

١ . — **القبض** : شديد حتى أن الطفل لايتغوط إلا في كل اسبوع أو اسبوعين أو ثلاثة أسابيع مرة وجاء في بعض مشاهدات أن الطفل لم يتغوط إلا في كل شهر وبعد أن يصنع له الرحضات . ولا تفيد المسهلات في هذا القبض بل إن الفعل الحسن يكون للرحضات التي تمكن المصاب من طرح كمية وافرة (عدة كيلو غرامات) من غائط نتن مختلف القوام مختلط ببعض الحصيات البرازية القاسية . ولا تنحبس الغازات عادة بل أنها تنطرح عفواً أو بعد الرحضة ورائحتها كريهة جداً حتى أنها تفسد هواء الغرفة .

٢ . — **تطبل البطن** : يتسع البطن بشدة وتشاركه في ذلك قاعدة الصدر فيصبح بطن الطفل الصغير وكأنه بطن حامل في شهرها الأخير (الشكل - ١١٥) . وجدار البطن رقيق تجتازه أوردة كبيرة وترى من خلاله العرى المعوية الشديدة الاتساع وأحياناً بعض تموجاتها الاستدارية . وإذا قرع البطن كان طبلياً وإذا جس أمكن في بعض الحالات الشعور بكتل صلبة هي كتل البراز القاسية (الورم الغائطي) وتسمع بعض القراقر بالإصغاء . ويكشف المس الشرجي تقفعاً في صارة الشرج (سببه الشق الشرجي المرافق) وفراغاً في مجل المستقيم كما تشعر رأس الإصبع بعروة السين المتسعة والممتلئة بالمواد الغائطة .



(الشكل - ١١٥)
داء هيرشبرونغ في طفل عمره خمسة أشهر
(عن بوديان)

وإلى جانب هذا الشكل المصادف في الأطفال أشكال أخرى ترى في الكهول حيث اتساع العروة شديد أيضاً ولكن الحالة العامة لا تتأثر فيهم كما في الأطفال والرضّع ، والأشكال المسدفة ، وهي نادرة ، وفيها يتغوط المرء يومياً بعد الرحضة ، ولا يتطبل البطن بشدة ولا تعرف هذه الأشكال المسدفة إلا بالفحص الإشعاعي .

السير . — إن القولون العرطل الولادي مرض وخيم ويشتد خطره كلما صغر سن الطفل فإن الشكل الذي يظهر منذ الولادة يميت الرضيع ببضعة أيام بتناذر الانغلاق الحاد .

وينجم الخطر في الأطفال :

١ً . — عمّا يحدثه القبض الشديد المتصف به هذا المرض من تسمم مزمن : قهم ، نحول ، فاقة دم ، تأخر في النمو ، قصور كبد .

٢ً . — عن توسع القولون الجسيم وما يحدثه من زلة تنفسية وازرقاق وإسراع في القلب مع عدم انتظامه (بدفعه الحجاب) أو خزب في الطرفين السفليين (بضغطه الأجوف السفلي) أو بيلة دموية (بركود البول في المثانة) .

٣ً . — عن التهاب القولون والمستقيم النزفي أو عن التهاب السين التاليين للتسمم الغذائي المصادف عادة في هذه العلة . وهذا الالتهاب اختلاط كثير الحدوث يتصف بالإسهال المدمى وبتطبل البطن المؤلم وقد ينتهي بانثقاب القولون والتهاب الصفاق الشامل .

٤ً . — عن انغلاق الأمعاء بانفتال عروة السين المتسعة أو بانسدادها بكتل البراز القاسية (الورم الغائطي) .

التشخيص . — يستند تشخيص القولون العرطل الولادي إلى العلامات السريرية (القبض المستعصي وتطبل البطن الشديد) وإلى فحص البطن الإشعاعي الذي يجرى إما بدون مادة ظليلة فيظهر انتفاخاً جسيماً في القولون يدفع المعدة والحجاب والقلب ، أو بعد رحضة الباريت الظليلة التي تكشف موقع الاتساع وفي هذه الحالة يجب إدخال عدة ألتار من السائل الظليل لملء القسم المتسع من القولون . وقد يفيد تنظير المستقيم والسين الحرقفي في تشخيص الاتساع كما يفيد في معرفة حالة الغشاء المخاطي .

المعالجة . — دوائية وجراحية :

١ً . — **المعالجة الدوائية** : هي معالجة ملطفة غايتها إفراغ القولون يومياً

بالرحضات المائية أو الزيتية وبتناول زيت الخروع أو زيت البارافين عن طريق الفم . ومتى كان تشنج في صارة الشرج يستحسن التغلب عليه بالتشريب القطني أو بتوسيع الشرج بالشمعات .

٢ً . — **المعالجة الجراحية** : قوامها قطع العصب الودي القطني المضاعف أو قطع العصب الودي الحشوي الأيسر وتفيد هذه التوسطات الجراحية في الأشكال المصادفة في الكهول وفي الأشكال المسدفة من القولون العرطل الولادي .

وتقوم المعالجة الشافية في الاطفال بقطع القسم المتسع من القولون أو ، وهو الأفضل ، بقطع المستقيم والسين الحرقفي (يتناول القطع قسم المستقيم الكائن فوق صارة الشرج مع قسم من السين) بعد تهيئة الطفل جيداً : افراغ القولون بالرحضات والمسهلات ، وتطهير الأمعاء بالصادات .

ونتائج قطع المستقيم والسين الحرقفي (عملية سوينسن « opération de Swenson ») مشجعة فإن أكثر الأطفال المبضوعين يتغوطون يومياً بانتظام ويستعيدون وزنهم وشهيتهم للطعام .

٢ً . — القولون المستطيل

(Le dolichocôlon)

تصادف هذه العلة في الرجال أكثر منها في النساء ، وفي بعض العروق (العرق السلافي « slaves » ، الهندي ، الأرمني ، الأمريكي) أكثر من العروق الاخرى ، وصفتها الارثية والأسرية لا تنكر ، وهي تتصف بازدياد طول القولون أو طول أحد أقسامه دون أن يرافق ذلك اتساع في لمعته . ويحتمل المرء هذه العلة التي لا تسبب له أي اضطراب إلا إذا أصيبت بأحد الاختلاطات .

التشريح المرضي . — تصيب هذه العلة القولون الأيسر غالباً وخاصة عروته السينية ، أما إصابتها لجميع القولون فلا تصادف إلا في ثلث الحالات فقط . وتكون الماساريقى متطاولة وضيقة القاعدة فتؤهب القسم المصاب من

القولون للانفتال ، الذي يعد أهم اختلاطات هذه العلة . كما أن انقباض هذه الماساريقى في عقب التهابها وماينشأ عنه من تكون لجم ليفية مفضية الى تقريب ساقي العروة المتطاولة ، يساعد على الانفتال أيضاً .

الأعراض . — يبقى قسم كبير من تطاولات القولون ساكناً طيلة الحياة ، بينما يُكشف القسم الآخر عرضاً بالفحص الإشعاعي أو في أثناء فتح الصدى (الجثة) .

تتصف الأشكال النموذجية من هذه العلة بعرض هام هو القبض المستعصي الثابت الذي قد يستمر عدة أيام في بعض من الحالات ويرافقه ابتلاع الهواء والبَخَر وشعور المصاب بحس الامتلاء وبنوب ألمية خفيفة تستقر غالباً في الحفرة الحرقفية اليمنى وتنتهي باطّراح مقدار وافر من الغازات .

ولا يكشف فحص البطن عادة إلا بعض التطبل الخفيف في ناحية القسم المتطاول من القولون .

السير . — إذا تركت العلة وشأنها بقيت طيلة الحياة دون أن تزعج المريض ، أو أنها تشتد فتتسع العروة المتطاولة (القولون المستطيل العرطل dolicho - mégacôlon) ويستعصي القبض فيصاب المرء من جراء ذلك بأعراض التسمم الباطن : التعب ، الصداع ، الدوار ، فاقة الدم .

أما الاختلاطات التي تتعرض لها العلة في أثناء سيرها فهي الانفتال والتهاب القولون والنزف المعوي : يقع الانفتال عادة في عروة السين الحرقفي ويتصف بالأعراض التالية : آلام مستمرة أو قولنجية الشكل ، توقف تام في المواد الغائطة والغازات وتطبل جسيم في البطن .

ويتصف التهاب القولون بالاسهال الذي يسبقه عادة قبض يدوم أكثر من خمسة عشر يوماً ، وإن تناوب القبض مع الاسهال يؤدي في النتيجة الى نهك (asthénie) المريض ونحوله الشديد . واذا انتقل الالتهاب الى محيط العروة المصابة ثبتت هذه العروة وارتشحت ماساريقاها وأصبحت عرضة للانفتال .

وأخيراً فإن النزف المعوي اختلاط نادر ومتى حدث كان الدم النازف وافراً أحمر

اللون وتجم عنه فاقة دم حادة؛ ومصدر الدم آلي في أغلب الحالات (انفتال وقتي رافقه ازدياد الضغط في داخل العروة واضطراب الدوران في جدرها ، انغلاف قولوني قولوني زائل).

الأشكال السريرية . — تصادف إلى جانب الشكل النمطي السابق الأشكال الآتية :

الشكل القرحي الموهم المتصف بالآلام الشرسوفية وتشنج البواب وابتلاع الهواء .

والشكل البولي الموهم المتصف بالآلام القطنية وبيلة العصيات القولونية وعلامات التهاب المثانة .

والشكل الكبدي المراري الموهم وأعراضه : الغثيان والآلام تحت الكبد والكَبَد (ضخامة الكبد) والحالة اليرقانية الخفيفة .

وتعرف العلة بتصوير القولون الاشعاعي ونفي إصابة الأعضاء الأخرى .

الفحص الاشعاعي . — إذا أخذت صورة اشعاعية بسيطة لبطن المريض كشف في نصفه الأيسر كثير من الفقاعات الغازية . أما الرحضة الظليلة فتُظهر القسم المتطاول من القولون ودرجة حظربته (tonus) وتحركه من جهة ، كما تظهر الآفة المرافقة إذا وجدت (سرطان ، رتوج) من جهة أخرى .

وقد يفيد تنظير المستقيم في معرفة حالة الغشاء المخاطي وذلك عند مشاركة الالتهاب لتطاول القولون .

المعالجة . — دوائية وجراحية :

١ً . — **المعالجة الدوائية** : تطبق في معالجة قولون مستطيل غير مصاب بأي اختلاط وغايتها مكافحة القبض وهي تتألف : أ . — من الحمية الغذائية القليلة اللحم والخالية من الدقيقيات (farineux) والخضر الجافة والأفاويه والغول . ب . — من الملينات اللطيفة كزيت البارافين . ج . — من مطهرات الأمعاء كالبزموت والفحم . د. — من تدليك جدار البطن أو تطبيق الأمواج القصار

أو المعالجة بالحَمّة (cure thermale) هـ . – وإذا أخفقت هذه المعالجة أجري التشريب القطني أو الحشوي الذي يوقظ الحركات الاستدارية ويفضي إلى افراغ المعي بمحوه فعل الأعصاب الحشوية الناهي . ويفعل اليوهمبين (yohimbine) والبروستغمين (prostigmine) فعل التشريب القطني في هذه الحالة .

٢ً . – **المعالجة الجراحية** : تطبق متى ظهرت الاختلاطات (الانفتال ، الالتهاب ، النزف) وتقوم بقطع قسم القولون المصاب (وهو عروة السين الحرقفي غالباً) وذلك بعد تهيئة المريض جيداً بالصادات وبعد افراغ القولون من محتوياته ويجرى القطع في زمن واحد، إذا كان المصاب حديث السن وكانت العروة المعوية متحركة ،أو في زمنين في الحالات الأخرى .

وإذا كانت العروة المزمع قطعها ملتهبة فُضِّل تخفيف هذا الالتهاب بمركبات البزموت والسولفاميد المعوي .

* * *

البحث الثاني

انفتالات القولون

(Les volvulus du côlon)

يكثر الانفتال في القولون الحوضي (٨٠٪ من الحالات) ويقل في القولون الايمن ويندر جداً في القولون المعترض حيث لم يذكر منه سوى ثلاث حادثات فقط.

انفتال القولون الحوضي

هو انفتال عروة السين حول محورها الماساريقي.

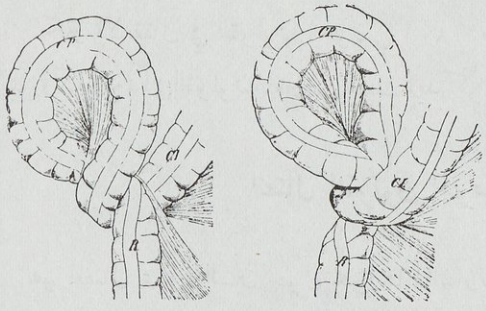
الأسباب . — يكثر هذا الانفتال في الرجل ويقل في المرأة ويصادف خاصة في الكهول ولكنه قد يصيب الشيوخ والاطفال ، سببه القبض الذي يملأ العروة ويوسعها فتدور على نفسها نصف دورة خاضعة لقسمها الاكثر امتلاءً وثقلاً ولكن التموجات الاستدارية ودفع المواد الغائطة يكملان الانفتال. ولا يكفي القبض وحده لاحداث هذه الآفة بل لا بد من وجود أسباب مؤهبة : طول القولون الأيسر الولادي ، اتساع الامعاء الفجائي بحمية غذائية غنية بالانقاض (الخضر)، ضيق قاعدة عروة السين الولادي أو المكتسب (التهاب الماساريقى الانقباضي الذي يقرب ساقي العروة) ويعد الحمل ورضوض البطن من الأسباب المؤهبة أيضاً.

التشريح المرضي . — يدور القولون الحوضي على نفسه نصف دورة في الانفتال القسمي ودورة كاملة أو عدة دورات في الانفتال التام ، ويقع المستقيم

في الأمام غالباً ولكنه قد يقع في الوراء (الشكل - ١١٦) . وينجم عن هذا الانفتال أن العروة تتسع اتساعاً كبيراً حتى أنها قد تملأ البطن ، كما يختل الدوران فيها لانفتال ماساريقاها التي تحتقن في بادىء الأمر ثم تصاب بالموات والانثقاب .

الأعراض . - يتصف انفتال القولون الحوضي بالعلامات الآتية :

العلامات الوظيفية . - تبدأ الآفة فجأة بألم بطني حاد يستقر في القسم المنخفض من البطن ولا سيما في الحفرة الحرقفية اليسرى والحوض وهو ألم مستمر أو على شكل نوب يرافقه غثيان وتوقف تام في المواد الغائطة والغازات .



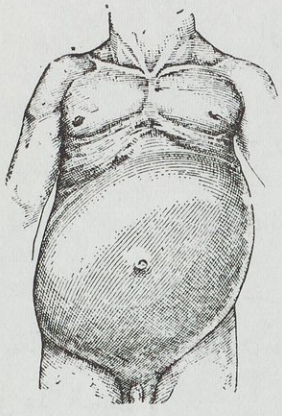
(الشكل - ١١٦)
انفتال القولون الحوضي
في اليسار : المستقيم في الأمام
في اليمين : المستقيم في الوراء

العلامات العامة . - لا ترتفع حرارة المصاب بانفتال السين الحرقفي ولا يسرع نبضه . أما الحالة العامة فتظل حسنة لا تتبدل في بدء الآفة فإذا لم يبضع المريض تغيرت سحنته واتسخ لسانه وأسرع نبضه وضعف ثم مات بعد عدة أيام بانثقاب العروة المنفتلة أو بتسمم الدم الغائطي (stercorémie) .

العلامات الفيزيائية . - هي تطبل البطن الجسيم الممتد بشكل منحرف من المراق اليسرى إلى الحفرة الحرقفية اليمنى (الشكل - ١١٧) وينجم هذا التطبل عن التوسع الشديد في عروة السين الحرقفي التي تبدو بالجس متوترة ولا تموجات استدارية فيها وإذا أصغي إليها وهي تقرع سمع لحن معدني واضح (العرض الحوجلة) الدال على اختناق باطن .

أمـا المس الشرجي فيكشف أحيـاناً فراغ مجـل المستقيم وخزب غشائه المخاطي .

الفحص الإشعاعي . — إذا فحص البطن بدون مـادة ظليلة لوحظ وضوح غـازي واسع يشغل قسماً كبيراً منه ، وقـد تبدو سويتين سائلتين الأولى في القطعة الصاعدة من العروة والثانية في قطعتهـا النازلة . أما الرحضـة الظليلة ، التي يجب أن تجرى تحت ضغط بسيط ، فتكشف توسعـاً في مجل المستقيم مع توقف السـائل بحـذاء الوصل المستقيمي السيني أو مرورها إلى ما فوق الوصل على هيئة الحازون .



(الشكل - ١١٧)
انفتال القولون الحوضي

التشخيص . — يستند إلى تناذر الانغلاق وتطبل البطن الشديد والفحص الاشعاعي . ومع ذلك فهو يلتبس بسرطان القولون الأيسر ولكن سوابق المريض تفيد في هذه الحالة في تمييز إحدى الآفتين عن الأخرى (نوب تحت الانسداد ، القبض) وإذا أشكل الأمر فتح البطن للاستقصاء .

المعالجة . — يفتح البطن على الخط المتوسط تحت السرة وتستخرج العروة المتسعة ويفك انفتالها وتفرغ محتوياتها بمسبار مستقيمي ثم ينظر في حالتهـا أولاً ثم في حالة المريض العامة ثانيـاً ، فإذا كان المريض مسناً منهوكاً وحالة العروة حسنة أعيدت إلى البطن وثبت القولون ، والنكس كثير في هذه الحالة ، وإذا كان المريض صغير السن والعروة منثقبة أو مصابة بالموات قطعت وخيط طرفاها أو ثبتا على الجلد لمدة ثلاثة اشهر على الأقل يغلق بعدها الشرج الصنعي .

وتشرك في جميـع هذه الحالات المعالجة الدوائية (حقن الصـادات ، مص العفج المتواصل) مع المعالجة الجراحية .

البحث الثالث

أورام القولون الأيسر

١ ـ داء المرجلات المستقيمي القولوني

(La polypose recto - côlique)

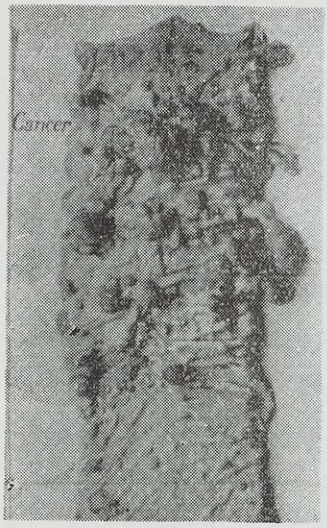
تظهر المرجلات في عقب التهاب القولون فتكون ثانوية أو أنها تبدو بدون أية آفة مرافقة في القولون فتسمى بالمرجلات الأساسية وهي ما يهمنا دراسته في هذا البحث .

الأسباب . ـ إن داء المرجلات المستقيمي القولوني علة نادرة تتصف بظهور عدد كبير من الأورام الغدية المخاطية في المعي الغليظ ، تصيب الذكور أكثر من الاناث وتلاحظ في جميع سني الحياة إلا أنها تكثر في سن الثلاثين ، وهي علة وراثية وأسرية تصادف في عدة أفراد من الأسرة الواحدة .

التشريح المرضي . ـ لداء المرجلات القولوني شكلان تشريحيان : شكل ينتشر في جميع أقسام المعي الغليظ منذ نهاية اللفائفي حتى الشرج وهو الشكل المنتشر الذي قد يصيب أقسام المعي برمتها فيشاهد في اللفائفي والصائم والعفج أيضاً ، وشكل ينتخب القطعة المستقيمية السينية من المعي الغليظ وهو الشكل الموضع الأكثر مصادفة (الشكل ـ ١١٨) وقد تستقر المرجلات في السين الحرقفي والأعور فيسمى بالشكل المزدوج القطب . والمرجلات لاطئة أو معنقة يتبدل حجمها من حجم حبة الدخن إلى حجم اللوزة ، تنتشر تارة في الغشاء المخاطي

للقطعة المصابة من القولون وتجتمع تارة أخرى في موضع واحد فلا يفصل بينها إلا شريط ضيق من غشاء مخاطي سليم . وتظل الطبقة العضلية من المعي سليمة فإذا أصيبت شك بالحؤول السرطاني .

والمرجل ورم غدي يتألف من نسيج ضام وعائي يتكاثر في لحمته نسيج غدي وتستره طبقة واحدة من خلايا ظهارية تتصل بمثيلتها في الغدد والغشاء المخاطي .



(الشكل - ١١٨)

داء المرجلات الاساسي : مرجلات صغيرة منتشرة في المستقيم والسين وفي أعلاها ورم سرطاني : (شاريه)

الأعراض . - ١) العلامات الوظيفية . - قد تبقى هذه العلة مدة طويلة كامنة فلا تظهر بأي عرض معوي ولكنها في الغالب تبدأ باسهالات زحارية الشكل يتراوح عددها بين الخمس والعشر مرات وقد يصل إلى العشرين مرة في اليوم الواحد وهي اسهالات عجينية أو مائعة تختلط بالمخاط أو بالقيح .

أما النزف الشرجي فيبدو خارج أوقات التغوط وهو نزف أحمر أو أسود مختلف الكمية وقد يكون خفياً فيكشف بتفاعل ويبر - ماير .

وقد يرافق الإسهالات بعض الاضطرابات الهضمية الانعكاسية كالقهم وآلام المعدة .

تظهر العلامات المعوية والهضمية السابقة بشكل نوب تفصل بينها فاصلة حرة تدوم عدة أسابيع أو عدة أشهر تقف خلالها الاسهالات والنزوف والآلام الشرسوفية . ولكن تكرر النوب وتقاربها يؤثر في حالة المريض العامة فيهزل لقلة التغذية كما يصاب بفاقة الدم نتيجة للنزف الشرجي الوافر .

وإذا أصيب الطفل بهذه العلة تأخر نموه .

٢ـ **العلامات الفيزيائية** : إذا فحص البطن بدا ليناً غير مؤلم، وقد يكشف جس الحفرة الحرقفية كتلة عجينية هي قطعة المعي المصابة بداء المرجلات .

التشخيص . ـ يستند التشخيص الى العلامات الوظيفية السابقة وإلى ظهورها في عدة أفراد من الأسرة الواحدة ، كما يستند إلى المس الشرجي والى تنظير المستقيم بالمنظار الخاص به .

ففحص الشرج يكشف أحياناً مرجلًا بارزاً من فوهته وأحياناً هبوطاً مخاطياً على شكل حلقة فيه عدد كبير من مرجلات مختلفة الحجم بعضها لاطىء وبعضها الآخر معنق . وإذا مس الشرج شعرت الاصبع بأورام لينة تسد أحياناً لمعة الشرج وإذا خرجت الاصبع وكانت ملوثة بالدم شك بحؤول هذه المرجلات السرطاني .

ويفيد تنظير باطن المستقيم في كشف مرجلات لم يشعر بها بالمس الاصبعي وتبدو هذه المرجلات صغيرة، شاحبة اللون، مُنْبِثَّة في الغشاء المخاطي أو مجتمعة على شكل كتلة لينة لونها أحمر قاتم تشبه توتة العليق (framboise) ويفيد تنظير المستقيم في هذه الحالة في أخذ خزعة من المكان المشتبه به .

وإذا كانت الآفة منتشرة الى القولون الحوضي والقولون المعترض كان التصوير الاشعاعي ضرورياً لمعرفة امتداد الآفة فإذا اجري للمريض رحضة ظليلة ثم افرغت ونفخ القولون بعدها ظهرت المرجلات بوضوح على شكل مرقط أو على هيئة جلد النمر .

السير . ـ يسير هذا الداء سيراً مزمناً على هجمات متتابعة ثم ينتهي بالانسداد المعوي انغلافاً أو يصاب بالحؤول السرطاني وهو اختلاط كثير الحدوث يعادل ٥٠٪ من الحالات ويبدو بعد سن الأربعين أي بعد ظهور العلامات المعوية (الاسهال والنزف) بعشرين سنة تقريباً .

المعالجة . ـ جراحية صرفة وهي تختلف بحسب امتداد الآفة ، فإذا كانت

المرجلات منتشرة في القولونات والمستقيم وكان المريض صغير السن وصحيح البنية فُضّل بت المستقيم والقولون التام ثم اجراء شرج صُنعي دائم على نهاية اللفائفي، واذا كانت الآفة منحصرة في القولون المعترض أو في القطعة المستقيمية السينية من المعي الغليظ ، قطع القولون وفوغمت نهاية اللفائفي بالمستقيم أو بالسين على أن تعالج المرجلات القليلة العدد والمحتمل وجودها في المستقيم بالخثرية (التخثير الكهرباوي « électro - coagulation »).

٢ . — سرطان القولون الأيسر

الأسباب . — إن سرطان القولون الأيسر كثير المصادفة ويستقر غالباً في القطعة الحوضية من القولون بمعدل ثلثي الحوادث تقريباً ، يصيب الرجل اكثر من النساء ويصادف بعد سن الاربعين .

ومن أسبابه المؤهبة : التهاب القولون المزمن الزحاري المنشأ ، وداء المرجلات القولوني المنتشر ، وأورام القولون الوبرية .

التشريح المرضي . — إن السرطانات نظيرة الدماغ نادرة في القولون الأيسر والسرطانات التي تصادف فيه هي السرطانات الصلدة المضيقة للمعة المعي (الأورام على شكل الخيط « en ficelle ») وهي أورام صغيرة الحجم قليلة الاتساع ، لا تنتشر بعيداً في الغشاء المخاطي ولكنها تمتد عمقاً بسرعة فتستولي على طبقات المعي (المخاطية ، تحت المخاط ، العضلية ، المصلية) جميعها ثم تمتد الى الاحشاء المجاورة وتلتصق بها فأورام زاوية القولون اليسرى تنتشر الى الطحال والكلية اليسرى وذيل المعثكلة والمعدة ، وأورام القولون النازل تمتد إلى عضلة البسواس والحالب الأيسر بينما تستولي سرطانات القولون الحوضي ، وهي الاكثر مصادفة ، على العرى المعوية الدقيقة وخاصة على المثانة وتكون النتيجة حدوث ناسور قولوني مثاني يحول دون الاستطباب الجراحي في بعض الأحيان .

وأخيراً فإن سرطان القولون الحوضي في النساء ينتشر إلى الأعضاء التناسلية (الرحم والملحقات اليسرى) .

تتصف سرطانات القولون الأيسر بصفتين الأولى كونها مضيقة للمعي فيتسع القولون فوقها ويتقرح وقد ينثقب في جوف الصفاق الحر ، والثانية النمج الذي يصيب الورم ويجتاز طبقات المعي فيلصق الورم بالاعضاء المجاورة وقد يتكون بنتيجته الخراج حول القولون .

وتضخم العقد اللنفاوية غالباً وضخامتها التهابية في اكثر الأحيان وتنجم عن تقرح الورم وهـذا ما يجعل معدل شفاء سرطانات القولونات كبيراً إذا أجري التوسط الجراحي باكراً ، أما اذا أهمل المريض فإن العقد تضخم ضخامة سرطانية بانتشار الورم إليها بطريق الجذوع اللنفاوية . واكثر العقد اصابة هي الـكائنة على امتداد القوس الشريانية المجاورة للمعي ، فقطع الشريان الماساريقي السفلي بالقرب من منشأه يزيل في سرطان القولون الحوضي والقولون النازل الورم والعقد اللنفاوية في آن واحد .

وانتقالات سرطان القولون الأيسر الى الكبد والصفاق والسرة والهيكل العظمي نادرة .

أما من الوجهة النسيجية ، فإن سرطان القولون الأيسر ، كسرطان الاعور ، سرطان ظهاري أسطواني نموذجي أو غير نموذجي .

الأعراض . — تختلف أعراض سرطان القولون الأيسر في دور البدء عنها في دور الصولة :

دور البدء . — يبتدىء الورم غالباً بتناذر الانغلاق الحاد وقد يكون البدء غامضاً فيتجلى تارة بنحول المريض وإصابته بفاقة دم مجهولة السبب ، وطوراً باضطرابات معوية : قبض مستعص أو اسهال زحاري الشكل لايخضع للمعالجة الدوائية ، وآونة بآلام مقرها الجهة اليسرى من البطن .

دور الصولة . — في هذا الدور تبدو العلامات الوظيفية والفيزيائية والعامة التالية :

١ً . — العلامات الوظيفية : هي الآلام والاضطرابات المعوية والنزف المعوي.

فالآلام مختلفة الشدة تظهر أحياناً بشكل قولنجات حادة ترافقها الأعياء وتطبل البطن ثم تخف هذه الآلام بتغوط المريض (النوبة القولونية) ، أو أنها تكون طفيفة فتبدو بحس انزعاج وثقل في الحفرة الحرقفية اليسرى .

وتبدو الاضطرابات المعوية بتناوب القبض الشديد الثابت مع اسهال مخاطي قيحي وافر يدوم عدة أيام . أما النزف المعوي فيظهر غالباً بشكل خيوط دم تتقدم الغائط وقد يكون في بعض الأحيان وافراً أو يكون خفياً فلا يكشفه الا المجهر .

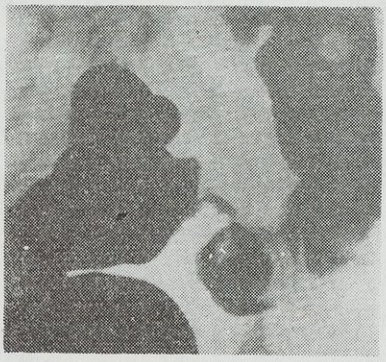
٢ً . — العلامات الفيزيائية : يكشف جس البطن نقطة ألمية ثابتة في الحفرة الحرقفية اليسرى كما يمكن بواسطته الشعور بانتباج غير طبيعي مقره الحفرة الحرقفية اليسرى قوامه قاسٍ هو الورم السرطاني وقد يكون من المستحسن جعل المريض بوضعة ترندلنبورغ أو اجراء المس الشرجي للشعور بهذا الورم ، الا أنه في اكثر الأحيان يشعر بانتباج عجيني يختلف من فحص لآخر ما هو إلا المواد المعوية المتراكمة فوق العائق والتي تظهر تارة وتزول أخرى .

٣ً . — العلامات العامة : يهزل المريض بسرعة ويصاب بفاقة دم شديدة تبدو بشحوب اللون وضعف القوى وقلة الشهية للطعام . يتقرح الورم في هذا الدور فترتفع حرارة المصاب إلى الدرجة ٣٨٫٥ كما تزداد كرياته البيض .

التشخيص . — لاتكفي الأعراض السابقة لتشخيص الورم بل لا بد من الاستعانة بالفحص الإشعاعي وتنظير باطن المستقيم والسين لكشف الآفة ، ذلك لأن العلامات المعوية والآلام في دور البدء تجعل الآفة تلتبس بالتهاب القولون والتهاب الزائدة المزمن ، كما أن النوبة القولونية والشعور بالورم في دور الصولة يجعلها تلتبس بداء المرجلات وبالتهاب السين وبسرطان ذيل المعثكلة أو الكلية

اليسرى وبالطحال (ضخامة الطحال) ومع ذلك فان ظهور ورم في القولون النازل أو في السين في امرىء جاوز الأربعين يجعل احتمال اصابته بالسرطان كبيراً .

الفحص الاشعاعي . — إذا أجري للمريض رحضة ظليلة وكان سرطان القولون في دور البدء اقتصرت العلامات الاشعاعية على التشوه الطفيف الثابت في جميع الصور الاشعاعية (فرضة أو فجوة) . أما في دور الصولة فإن رحضة الباريت تقف بإزاء الورم او تجتازه الى قسم القولون المتسع فوق العائق (الشكل - ١١٩) فتبدو في منطقة السرطان فجوة واضحة أو تضيقاً غير منتظم على شكل لهب الشمعة . كما أن نفخ القولون بعد إفراغ الرحضة الظليلة يفيد في معرفة امتداد الآفة .



(الشكل - ١١٩)
سرطان السين الحرقفي
(غوتمان)

إن هذه العلامات الاشعاعية تميز السرطان عن المرجلات كما تميزه عن التهاب السين حيث يظهر الضيق في العلة الأخيرة أكثر اتساعاً حدوده غير منتظمة فيها رتوج ظاهرة .

تنظير المستقيم والسين الحرقفي . — نتمكن به من رؤية الأورام الواقعة في القسم السفلي من القولون وأخذ خزعة منها بغية التشخيص .

السير والاختلاطات . — اذا ترك الورم وشأنه أصيب بالاختلاطات الآتية : الانغلاق ، الخمج ، الانثقاب .

فالانغلاق المعوي الحاد هو اكثر الاختلاطات حدوثاً وقد تبدأ الآفة به ويتصف بما تتصف به الانغلاقات الواطئة من اقياء قليلة متأخرة وتطبل شديد يعمّ البطن جميعه اذا اشترك المعي الدقيق بالاتساع .

وينجم الخمج عن تقرح الورم ويبدو بالدرع الالتهابية او بظهور خراج

امام السرطان او خلفه ينفتح في الأمام او في الناحية القطنية او في عضو اجوف كالمثانة .

وأخيراً فإن انثقاب القولون الذي يتم في حذاء الورم أو فوقه يؤدي الى التهاب صفاق شامل (اذا وقع في صفاق حر) أو الى ناسور قولوني مثاني (اذا تم في جوف المثانة) .

المعالجة . — ان معالجة سرطان القولون الأيسر جراحية بحتة وهي شافية أو ملطفة :

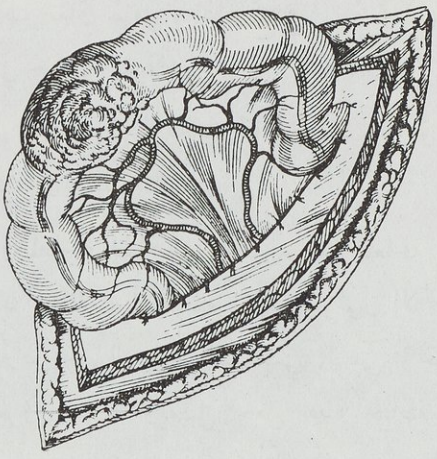
المعالجة الشافية . — تقوم هذه المعالجة بقطع القولون القسمي مع مجموعة العقد المرافقة له أو بقطع نصف القولون الأيسر وهو القسم الممتد من القولون المعترض حتى الوصل المستقيمي السيني ثم خياطة نهايتي المقطعين طبقة فطبقة وبغرز متفرقة ويفضل جعل هذه الخياطة خارج الصفاق (طريقة سينيك («Sénèque» على أن يهيأ المريض جيداً قبل هذا القطع : يقوّى بنقل الدم وحقن المصول السكرية والملحية وتطهر امعاؤه بالحمية والمسهلات المتكررة والصادات (ستربتوميسين ، كلورومايستين) ومركبات السولفاميد غير المنحلة (سولفوغوانيدين « sulfoguanidine ») ويثابر على هذه المركبات الى ما بعد التوسط الجراحي صوناً للغرز من التفكك بسبب تبدل جدر القولون بركود المواد المعوية وهذا ما جعل اكثر الجراحين في السابق يحجم عن الخياطة البدئية ويستعيض عنها بإخراج العروة المسرطنة مع رباطها خارج البطن وخياطة الصفاق حول قدمها (الشكل ١٢٠) .

ثم يتبع احدى الطرائق الآتية : تقطع العروة مباشرة (طريقة فولكمان) أو بعد سبعة ايام (طريقة ميكوليتس) .

ونتائج قطع القولون الايسر مشجعة لأن الشفاء النهائي ممكن وأن ما يشاهد من نكس الورم الموضعي لا يكون سببه الا قطع القولون القسمي

وهذا ما يحدو بنا الى قطع نصف القولون الايسر في كل وقت تسمح به حالة المريض العامة والموضعية .

المعالجة الملطفة . — تقوم بتحويل مجرى المواد المعوية بمفاغمة اللفائفي بالسين الحرقفي أو بإجراء شرج صنعي دائم وذلك بفتح المعي فوق العائق على جدار البطن الأمامي ولا تجرى هذه المعالجة الملطفة الا في حال انتشار الورم الى الأعضاء المجاورة (المثانة ، المعي الدقيق ، الكلية والحالب ، الطحال) أو انتقاله بعيداً الى الكبد أو السرة او الصقل .



(الشكل — ١٢٠)
اخراج عروة السين المسرطنة مع رباطها خارج البطن وخياطة الصفاق حول قدمها
(طريقة كينو)

أما في حالة اختلاط الورم بالانغلاق المعوي الحاد أو بالتقيح حول القولون فيجرى شرج صنعي موقت على القولون المعترض أو الأعور (زمن أول) وبعد تحسن حالة المريض العامة والموضعية يقطع الورم مع العقد المرافقة له (زمن ثانٍ) ثم يغلق الشرج الصنعي بعد شهرين أو ثلاثة أشهر (زمن ثالث) .

وأخيراً فإن انثقاب الورم في الصفاق الحر ، ويقع غالباً في سرطان عروة السين الحرقفي ، يعالج اما بوضع العروة المصابة خارج البطن او بقطع العروة حالاً وخياطة نهايتها بالجلد (شرج صنعي) على ان يستنض جوف الصفاق في الحالتين ويعطى المريض مقادير كبيرة من الصادات .

* * *

البحث الرابع

الشرج غير الطبيعي والنواسير الغائطية

(Anus contre nature et fistules stercorales)

إذا انفتح القولون على سطح الجلد بفوهة واسعة ومرّ منها جميع محتوى المعي سميت هذه الحالة بالشرج غير الطبيعي، وإذا كانت الفوهة ضيقة ولم تسمح إلا بمرور قسم ضئيل من المواد الغائطة سميت بالناسور الغائطي .

الأسباب . – ينفتح المعي على الجلد .

١ً . – في عقب توسط جراحي على البطن وهذا مايحدث تلو تفكك غرز المعي عفواً أو بجوار ذبالة كما يحدث في رض المعي وفي اختناق الفتق ، وفي الحالة الأخيرة تلتصق العروة المختنقة المصابة بالموات بعنيق الكيس وتنبثق فيتكون من جراء ذلك ضرام غائطي في كيس الفتق لايلبث أن ينفتح على جلد الصفن مكوناً ناسوراً معوياً .

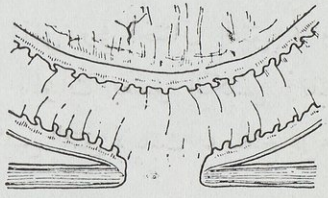
٢ً . – نتيجة لعلة معوية (سل ، سرطان) استولت تدريجياً على جدار البطن أو حدث بسببها مجمع صديدي شقه الجراح أو انفتح عفواً على الجلد . ويقرب من هذه الحالة تكون النواسير الغائطية في اليمين في عقب التهاب الزائدة وفي اليسار تلو التهاب السين الرتجي (sigmoïdite diverticulaire) .

٣ً . – نتيجة لعمل جراحي أجري لتحويل مجرى المواد المعوية موقتاً (خزع اللفائفي في الانغلاقات الحادة، خزع الأعور في سرطان القولون القابل للاستئصال) أو بصورة دائمة (شرج صنعي في عقب بتر المستقيم لورم خبيث فيه) .

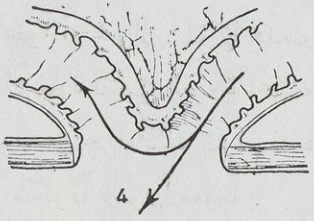
التشريح المرضي . — يختلف موقع الناسور المعوي على جدار البطن باختلاف موقع الآفة البدئية : فالناسور التالي لتوسط جراحي يقع عادة في حذاء الندبة الجرحية ، والناسور التالي لالتهاب الزائدة الحاد أو لآفة ورمية في الأعور يقع في الحفرة الحرقفية اليمنى الخ ... ويختلف خطر الناسور باختلاف مقره في الأنبوب الهضمي فكلما علا اشتد خطره على الحياة فالنواسير العفجية المصادفة في بعض رضوض العفج أو التالية لبت المعدة الشاق خطرة جداً على العكس من النواسير الواقعة على القولون والتي يحتملها المرء بكل سهولة .

يميز من النواسير الأنواع الآتية :

١ً . — النواسير المباشرة حيث يلامس المعي جدار البطن ويتصل غشاؤه المخاطي بالجلد وفي هذه الحالة يكون طرفا العروة الصادر والوارد أ . — ماسين لجدار البطن (النواسير الجانبية) فتتمكن الأصبع الداخلة فوهة المعي من ولوج هذين الطرفين بسهولة دون أن تشعر ببرزة أو مهماز (الشكل-١٢١)



(الشكل - ١٢١)
شرج غير طبيعي لا مهماز له



(الشكل - ١٢٢)
شرج غير طبيعي مع مهماز غير كاف
(دوفال وكاتوليه)

كما يجري معظم المواد المعوية من الطرف العلوي إلى الطرف السفلي فلا يمر من الناسور إلا قليل منها وشفاء هذا النوع من النواسير عفواً ممكن . ب . — مائلين على جدار البطن وأحياناً قائمين كمدفعي البندقية فتشعر الأصبع الداخلة فوهة المعي بمهماز (الشكل — ١٢٢) يفصل قطعته الصادرة عن قطعته الواردة ويجعل

معظم المواد المعوية أو كلها تخرج من الشرج غير الطبيعي وهذا ما يجعل الشفاء العفوي مستحيلاً .

٢ً . – النواسير المعتنفة وتسمى بالنواسير الغائطية الصديدية وفيها يتكون مجرى متعوج (tortueux) مختلف الطول ما بين ثقب المعي وفوهة الجلد .

الأعراض والتشخيص . – يتصف الشرج غير الطبيعي بعرض واحد هو خروج المواد المعوية والغازات من خلال فوهة الجلد ؛ وتكون المواد المعوية غائطية عجينية القوام (الشرج القولوني) أو سائلة وافرة المقدار مخرشة للجلد المجاور ومحدثة فيه حمامى أو تقرحاً مختلف الاتساع (الشرج المتكون في المعي الدقيق أو في الأعور) .

أما الناسور الغائطي فأعراضه هي الأعراض السابقة ذاتها إلا أن المواد المعوية الخارجة من فوهة الجلد قليلة المقدار وقد تقتصر ، في بعض الحالات النادرة ، على خروج الغازات فقط .

وأخيراً فإن الناسور الصديدي الغائطي يتصف بخروج الصديد مع المواد الغائطة .

ولا تتأذى الحالة العامة في الشرج غير الطبيعي الواقع على القولون بينما هي شديدة التأذي عندما يقع هذا الشرج في العفج أو في عروة معوية عالية فينحل المريض بسرعة ويصاب بالحَرَض .

الفحص الاشعاعي . – يفيد هذا الفحص – الذي يجرى بإعطاء المادة الظليلة عن طريق الفم أو عن طريق الرحضة (الباريت) أو بحقنها موضعياً في الناسور (الليبيودول « lipiodol ») – في تعيين موقع الناسور على الانبوب الهضمي وفي تقدير اتساعه وفي كشف المجرى الممتد من ثقبة المعي إلى فوهة الجلد في النواسير الصديدية الغائطية .

الاختلاطات . – إن أكثر الاختلاطات مصادفة هي :

١ً . – ضيق الفوهة السفلية المفضي إلى ضمور الطرف الصادر .

٢ً . ـ انسدال الغشاء المخاطي ويصادف في كل شرج غير طبيعي واسع الفوهة ، وقد تنسدل جميع طبقات المعي وتصبح غير ردودة لاختناقها أو لالتهابها .

٣ً . ـ الفتوق في باطن الشرج حيث تدخل بعض العرى المعوية في المهباز وتختنق فيه .

المعالجة . ـ تقتصر معالجة الشرج غير الطبيعي الدائم على تخفيف حدة سلس الغائط بوضع المريض على الحمية الغذائية الموافقة وبإعطائه الأدوية القابضة (مركبات الأفيون ، البزموت) وقد يكفي صنع رحضة مفرغة لهذا الشرج للحصول على تغوط واحد في كل يوم .

أما الشرج غير الطبيعي الموقت فيعالج جراحياً بإزالة المهباز بمِفْغَرَة دوبوترن المعوية (entérotome de Dupuytren) وقد قل استعمال هذه الطريقة لخطرها (التهاب الصفاق بانقراص عروة معوية دقيقة بالمفغرة) واستعيض عنها بسد الشرج بالخياطة الجانبية إذا كان الضياع المادي صغيراً أو بقطع المعي ثم الخياطة الحلقية إذا كانت العروة شديدة الإصابة . وإذا منعت الالتصاقات الواسعة من تحرير طرفي الشرج فوغمت العروة فوق الشرج بالعروة تحته أو عزل الشرج عن باقي المعي عزلاً مزدوج الجانب بسد طرفي العروة المصابة الصادر والوارد ثم مفاغمة العروة فوق الشرج بالعروة تحته .

وأخيراً فإن بعض النواسير الغائطية الضيقة يشفى عفواً بينما يتطلب شفاء البعض الآخر اتباع حمية غذائية خاصة ومص المعي المتواصل وإذا لم يفلح ذلك عولج الناسور معالجة جراحية .

* * *

الباب التاسع

أمراض الشرج والمستقيم الجراحية

الفصل الأول

أمراض الشرج والمستقيم الالتهابية

البحث الأوّل

شق الشرج

(Fissure anale)

هو تقرح سطحي يظهر في حذاء أحد أثناء فوهة الشرج ولاسيما في ملتقاها الخلفي، يتصف سريرياً بآلام مبرحة ذات نوب اشتدادية يرافقهاتقفع متقطع أو مستمر في صارة الشرج .

الأسباب والامراض . – شق الشرج علة نادرة في الأطفال وكثيرة في

الكهول (٤٠ – ٥٠ سنة) ، تصادف في المرأة غالباً وسببها الرئيس الركود الوريدي في ناحية الشرج وما يحدثه من بواسير ، لذلك تكثر هذه العلة في النهمين والمصابين بالقبض المزمن وفي الحمل المتكرر . ويفعل القبض والحمل بآلية أخرى فإن مرور كتلة البراز الصلبة ومرور رأس الجنين الضخم في أثناء الولادة يوسع فوهة الشرج محدثاً فيها سحجات تعد سبباً مؤهباً لشق الشرج .

أما الأسباب الأخرى : التهاب الشرج ، النملة الشرجية ، الحرقص ، رضوض الشرج ، فلا ينكر دورها كأسباب مؤهبة لهذه العلة .

وسبب التقفع في شق الشرج هو أن الخيوط العصبية في قعر الشق أو في حافاته تتعرى فإذا ما لامستها كتلة البراز الصلبة حين التغوط صدر تنبه حسي يصعد حتى النخاع الشوكي ثم ينعكس بالأعصاب الحركية إلى ناحية الشق فيحدث التقفع .

التشريح المرضي . – شق الشرج تقرح صغير مفرد خطي أو مثلثي الشكل يقع في حذاء الملتقى الخلفي للشرج (٩٠ ٪) ، وأقل منه في الملتقى الأمامي (٩ ٪) ونادراً جداً في الجانبين (١ ٪) ، قعره شثن متكثف ترافقه البواسير في الغالب .

الأعراض . – يتصف شق الشرج بتناذر ألمي بياني يقطع فيه الألم ثلاثة أدوار متتابعة :

١ . – يشعر المريض حين التغوط بحس ألم ممزق مختلف الشدة .

٢ . – يليه دور يهدأ فيه حس التمزق ويستمر بضع دقائق وأحياناً ربع ساعة .

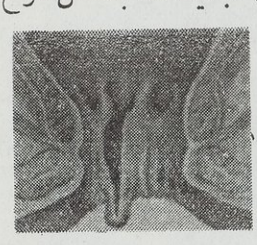
٣ . – يظهر الألم ثانية ويشتد تدريجياً حتى أنه قد يؤدي إلى الغشي وبعد أن يبلغ الألم ذروته من الشدة يبدأ يخف تدريجياً إلى أن يتلاشى بعد عدة ساعات .

هذه هي نوبة الألم الوصفية التي تصادف في شق الشرج وتظهر في كل تغوط فيسعى المريض إلى تلطيفها باتباعه حمية غذائية خاصة وبأخذه الأدوية القابضة أو على العكس من ذلك بتناوله المسهلات التي تسيء إلى حالته العامة فيهزل

ويصاب بالأرق والخَوَر . ولا يتألم المريض في الفترات ما بين النوب ، هذا في بدء العلة ، أما متى قدم العهد عليها فإن الألم يستمر عدة ساعات ثم يصبح متواصلاً فينتشر إلى الأعضاء التناسلية الظاهرة وإلى جذر الفخذ .

وتوصلاً إلى رؤية الشق يجعل المريض في وضع السجود ويبسط جلد الشرج بلطف ويسأل المصاب أن يجري جهداً كما لو أراد التغوط ، ويفتش عن الشق في الخلف عند الخط الشرجي الجلدي . وقد يكون من المستحيل إجراء هذا الفحص ورؤية الشق إذا كان الألم حاداً وكانت صارة الشرج متقفعة فيستعان بالتشريب تحت الشق وفي ملء الصارة بالنوفوكائين الذي يفيد أيضاً في معالجة الشق كما سنرى .

والشق بسيط أو متأصّل (invétérée) . يُرى البسيط منه بشكل تقرح سطحي أحمر اللون بيضاوي الشكل يسير بامتداد أثناء غشاء الشرج المخاطي وقد يكون مختبئاً بين ثنيين مخاطيين فوق حليمة باسور صغير (الشكل – ١٢٣) .



(الشكل – ١٢٣)
شق شرجي بسيط فوق حليمة باسور
(بالي)

ويشبه الشق المتأصل ، بمنظره ، الشق البسيط إلا أن حافاته أكثف وقعره ذو لون سنجابي وهو يختلط غالباً بالبواسير والمرجلات وأحياناً بناسور سطحي (تحت الجلد والمخاط) ينزُّ مادة مصلية قيحية ويتكون بسبب الانفكاكات في الناحية .

التشخيص . – سهل فهو يستند : ١ً) إلى نوبة الألم الوصفية في الشق .

٢ً . – إلى رؤية التقرح الخطيّ في الملتقى الخلفي للشرج وإذا كان الشق عميقاً استعين بمنظار الشرج أو بمنظار المستقيم لكشفه .

٣ً . – إلى المس الشرجي الذي يجرى بعد طلي الأصبع اللابسة القفاز بالفازلين الكوكائيني فبه يكشف تقفع صارة الشرج كما يشعر ببرعم مرجلي في حذاء الشق (الشق المتأصل) .

ومع ذلك فإن الشق الشرجي ولا سيما المتأصل منه يلتبس بسرطان الشرج الذي يعرف بقساوته وبارتشاح النسج المحيطة به وبضخامة العقد ويستند التشخيص الفارق إلى الخزعة . ويلتبس الشق أيضاً بالقرحتين الأفرنجية واللينة وتعرف الأولى بضخامة العقد الأربية في الجهة الموافقة وبرؤية البريميات الشاحبة بالجهّارة (ultra-microscope) . كما تعرف الثانية بكثرتها ولين حافاتها .

المعالجة . — دوائية وجراحية :

١ً . — **المعالجة الدوائية** : فائدتها موقتة وأساسها مكافحة القبض بالملينات اللطيفة ، واستعمال المراهم المسكنة أو كي التقرح بقلم نترات الفضة أو استعمال التيارات ذات التوتر العالي أو المداواة بالأشعة السينية .

وقد يشفى الشق البسيط بحقن ما تحته ببضع قطرات من محلول النوفوكائين المخدر أو من محلول كلورما آت الكينين والبولة المضاعفة المصلّب ، وتكفي حقنة واحدة عادة . أما إذا أخفقت فيعاد الحقن ٢ — ٣ مرات بفاصلة بضعة أيام بين كل حقنة وأخرى .

٢ً . — **المعالجة الجراحية** : قوامها توسيع الشرج الذي يمحو التقفع : يخدر المريض تخديراً عاماً ثم يُدخل الإبهامان في الشرج ويوسعانه بلطف ، وهذا يكفي في الغالب أو يشرك التوسيع بالكي السطحي الذي يسرّع الندب .

ويفضل استئصال التقرح بالمشرط الكهرباوي في معالجة الشق المتأصل على أن تُزال في هذه الحالة النواسير والانفكاكات تحت الجلد والغشاء المخاطي ، إذا كانت قد تكونت ، وعلى أن تُخرَّب البراعم المرجلية في حذاء الشق بالخَثْرَبَة (électro - coagulation) .

* * *

البحث الثاني

خراجات حول الشرج والمستقيم

الحد . — هي خراجات تتكون حول قناة الشرج والمستقيم ولا علاقة لها بعظام الحوض أو بالجهاز التناسلي البولي. ويتطلب درس هذه الخراجات معرفة الأماكن التشريحية التي تنتخبها وهي ثلاثة :

١ً. — فسحة النسيج الخلوي تحت الجلد وتحت المخاط لمحيط الشرج، والخراجات المتكونة في هذه الفسحة سطحية وتقع في أنسي صارة الشرج وتتصل في أغلب الحالات بلمعته .

٢ً. — الحفرة الوركية المستقيمية التي تحدها رافعة الشرج وعظم الورك وجلد العجان وتتكون خراجاتها في خارج صارة الشرج .

٣ً. — الفسحة الحوضية المستقيمية العلوية الواقعة بين الصفاق في الأعلى ورافعة الشرج في الأسفل ؛ والخراجات المتكونة في هذه الفسحة عميقة ولا علاقة لها بصارة الشرج .

وقد تصادف حول الشرج والمستقيم تقيحات منتشرة اكثرها حدوثاً وأشدها خطراً ضرام ما حول المستقيم العفن أو المواتي الذي يستولي سريعاً على الأماكن الثلاثة السابقة .

الأسباب . — يعد الخمج السبب الأول في حدوث خراجات حول الشرج والمستقيم، والجراثيم المصادفة في صديد هذه الخراجات هي، من حيث الكثرة، العصيات القولونية فالمكورتان العنقودية والعقدية فالاهوائيات . وتشترك هذه

الجراثيم عادة بعضها مع البعض الآخر وقد تشترك مع عصية كوخ فتكون العلة خراجاً بارداً قد تعفن تعفناً ثانوياً بالمقيحات العادية .

أما السبب الثاني فهو جميع الشروط التي تسهل دخول الجراثيم المرضية إلى ما حول قناة الشرج والمستقيم نذكر منها البواسير (بما يصيبها من التهاب وريد خثري وبما يرافقها من التهاب في الشرج) وسرطان الشرج والمستقيم والتهاب الشرج والمستقيم القرحي أو النزفي والسحجات التي تنجم عن مرور كتلة ضخمة وقاسية من البراز من خلال قناة الشرج والمستقيم .

الأعراض . — تختلف الأعراض باختلاف المكان التشريحي الذي تكونت فيه الخراجة :

١ً . — **الخراجات السطحية** أو خراجات دائر الشرج : وهي اكثر خراجات حول الشرج والمستقيم لأنها تعادل (٨٠٪) وتقع تحت الجلد والمخاط وتنشأ منها عادة نواسير الشرج ؛ أما دمل محيط الشرج وخراجات الغدد العرقية في الناحية والخراجات بالتهاب الوريد الباسوري التي تشفى بدون أن تترك ناسوراً في الناحية فلا تدخل في نطاق هذه الخراجات .

لهذه الخراجات شكلان : حاد وتحت الحاد .

أ . — الشكل الحاد : هو الشكل النموذجي ، يبدأ بآلام عفوية في محيط الشرج تشتد شيئاً فشيئاً ثم تصبح مستمرة فتمنع المريض من النوم وتنتشر غالباً إلى العجان وإلى الناحية العجزية العصعصية وتزداد في أثناء المشي وحين التغوط ، يرافقها ارتفاع في الحرارة وتوعك عام في الجسم .

إذا فحصت ناحية الشرج في هذا الدور بدا منظر الجلد طبيعياً فلا احمرار فيه ولا انتباج في الناحية إلا أن الجس بالاصبع والمس الشرجي يوقظان ألماً في نقطة معينة من نقاط محيط الشرج هي الناحية التي بدأ فيها الخراج بالتكون .

وتتضح الأعراض الموضعية بعد ثلاثة أو أربعة أيام فتصبح الآلام مبرحة لا تمكن المريض من الجلوس بل يبقى مضطجعاً على جنبه ، وتنتبج

الناحية انتباجاً مؤلماً حاراً ويحمر الجلد في حذائها وتبرز أثناء فوهة الشرج الموافقة وتخزب ثم يظهر التموج فإذا لم يبادر الجراح إلى شق هذا الخراج انبثق عفواً فسال صديد كثيف نتن مختلط بأنقاض النسيج الخلوي وتلاه ناسور يصعب شفاؤه بدون توسط جراحي .

ب . — الشكل تحت الحاد : أعراضه شبيهة بأعراض الشكل الحاد إلا أنها ألطف (توتر خفيف في المستقيم ، بعض الزحير ، حالة عامة حسنة) ولا يستشير المريضُ طبيبه إلا بعد انبثاق الخراج وتكوّن الناسور .

ومن أشكال الخراجات حول الشرج والمستقيم السطحية ، الخراج المستبطن للجـــدار الذي يمتـاز باستقرار التقيح تحت المخاط ولا يرافقه انتباج تحت الجلد ، ولا يعرف هـذا الشكل إلا بمس الشرج الذي يكشف انتباجاً مؤلماً متموجاً يبرز تحت مخاط مجل المستقيم ويستدعي الشق العاجل بعد توسيع الشرج وإلا انتشر إلى الحفرة الوركية الشرجية أو إلى الفسحة الحوضية المستقيمية العلوية .

٢ً. — **خراجات الحفرة الوركية الشرجية** : خراجات نادرة (١٨٪ من خراجات حول الشرج والمستقيم) تبتدىء في الحفرة الوركية الشرجية أو تتكون فيها بانتشار العفونة من آفة في محيط الشرج أو بمرور الصديد من خارج الفسحة الحوضية المستقيمية عبر رافعة الشرج (الخراج كزر القميص) .

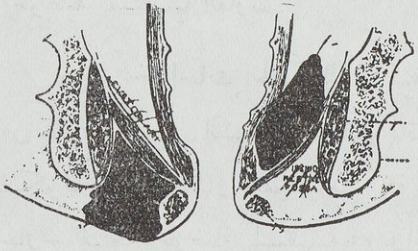
تتصف هذه الخراجات بالأعراض الآتية : آلام حادة ، قبض ، عسر البول في الرجل الذي قد ينقلب إلى أسر تام ، ارتفاع في الحرارة (٣٩-٤٠°) نوافض متكررة ، قهم ، شحوب ، تعجن عميق في جانب الشرج يكشف بالمس الشرجي وبجس الالية في انسي الورك .

تظل خراجة الحفرة الوركية الشرجية عميقة برهة من الزمن ثم تقترب شيئاً فشيئاً من سطح الجلد فيظهر انتباج في العجان يرافقه احمرار وخزب في الأنسجة

المجاورة ويمكن تحري التموج في هذه الخراجات بأصبعين احداهما في الشرج والثانية على العجان .

وعلى الجراح ان يشق الخراج قبل وصول القيح الى السطح وحدوث التموج لأن في هذا الانتظار ضرراً كبيراً فقد يمتد التقيح إلى بصلة الإحليل في الأمام أو إلى الملتقى الشرجي العصعصي في الخلف أو يمتد من الحفرة الحرقفية الشرجية الواحدة إلى الأخرى محدثاً أمام العصعص مجمعاً بشكل نعلة الفرس ، واخيراً قد ينبثق الخراج في الجلد فيتدفق منه صديد غازي نتن الرائحة يفسد هواء الغرفة ويليه ناسور لا ينضب يختلط أحياناً بانفكاك متسع في غشاء المستقيم المخاطي ؛ يتبين مما تقدم خطر هذه الخراجات وسوء انذارها .

٣ـ — **خراجات الفسحة الحوضية المستقيمية العلوية** : تدعى ايضاً بضرام الغمد الحشلي (دلبه) وهي اكثر وخامة من سابقتها ، تتكون فوق رافعة الشرج (الشكل-١٢٤) وتنجم غالباً عن علة في الشرج والمستقيم (ضيق المستقيم أو التهابه أو سرطانه، وهذا نادر) أو عن رض المستقيم (جروح الشرج وتشققاته) .



(الشكل - ١٢٤)
خراج الحفرة الوركية الشرجية وخراج الفسحة الحوضية المستقيمية (بالي)

تتصف هذه الخراجات ، في الأيام الاولى ، بتفوق العلامات العامة على الأعراض الموضعية : ارتفاع الحرارة، نوافض ، تشوشات هضم، اقياء ، ثم تبدو الأعراض الموضعية : آلام حوضية حادة ، تعجن عميق يكشف بمس الشرج وإذا لم يبادر الجراح الى شق هذا المجمع القيحي انفرغ في المستقيم انفراغاً غير كافٍ فهدأت الأعراض العامة والموضعية موقتاً (لأن مكان الانفراغ ينغلق فيحتبس الصديد ثانية) أو أنه يجتاز رافعة الشرج وينتشر

في الحفرة الوركية الشرجية (الخراج كزر القميص) ثم يقترب من جلد العجان وينفتح فيه .

وإذا اجتمع الصديد خلف المستقيم كوّن شكلاً خاصاً يستدعي إفراغه قطع الملتقى الشرجي العصعصي ، ومنشأ هذا الشكل عقدي في الغالب .

٤ . — **الضرام المنتشر حول المستقيم** : ينشأ من التهاب النسيج الخلالي المواتي ، علاماته العامة خطرة وسيره سريع وينتهي هذا الشكل غالباً بموت المريض قبل أن تظهر الأعراض الموضعية ولكن إعطاء المريض المقادير الكبيرة من الصادات حقناً وبطريق الفم قد حسّن الانذار ولا سيما إذا أشرك بإجراء الشقوق الواسعة في جانبي المستقيم وخلفه .

المعالجة . — دوائية وجراحية :

١ . — **المعالجة الدوائية** : تستعمل في البدء أي قبل تكون الصديد فقد تجهض الآفة ، وأساس هذه المعالجة إعطاء السولفاميدات والصادات (البنيسلين ، الكلورانفينكول ، الألباميسين ، الخ ...) أو الاستلقاح (البروبيدون) أو الاستشعاع على الناحية .

٢ . — **المعالجة الجراحية** : تجرى بعد تخدير المريض تخديراً عاماً ، وقوامها شق المجمع الصديدي متى تكوّن . ويختلف الشق باختلاف مكان الخراج :

أ . — خراج دائر الشرج : يفتح هـذا الخراج بشق مشعّع (radiée) يتناول الجلد والمخاط معاً ، وذلك بعد توسيع الشرج على أن يعتنى اعتناءً حسناً بطهارة الناحية خوفاً من حدوث ناسور .

ب . — خراج الحفرة الوركية الشرجية : يصنع شق قائم في جانب الشرج وليكن هذا الشق واسعاً بدون أن يقطع صارة الشرج ثم تدخل الاصبع في المجمع وتوسع الأوكار الصفاقية أو الألوية إذا كانت قد تكونت وخاصة عند اشتراك هذا الخراج بخراج الفسحة الحوضية المستقيمية عبر رافعة الشرج (الخراج

كزر القميص) وينهى التوسط الجراحي باستئصال القيح بخصلة من اشعار فلورنسة أو بأحفوض من المطاط يسحب تدريجياً .

وفي معالجة الخراج بشكل نعلة الفرس ، يجرى شق خلف الشرج لاستئصال الحفرتين الوركيتين معاً .

ج . — خراج الفسحة الحوضية المستقيمية : يعالج كالخراج السابق بصنع شق قائم في جانب الشرج .

تشرك المعالجة الدوائية (اعطاء الصادات ، الاستلقاح) مع المعالجة الجراحية في جميع الحالات الآنفة الذكر .

* * *

البحث الثالث

نواسير الشرج

الحد . — نواسير الشرج هي النواسير التي تتلو الخراجات حول الشرج والمستقيم . وبهذا التعريف تميز هذه النواسير عن نواسير ناحية العجان الأخرى ذات المصادر المختلفة (الاحليل ، الموثة ، عظام الحوض) .

الأسباب . — تعقب نواسير الشرج الخراجات حول الشرج والمستقيم الحارة منها والباردة (السلية) التي انبثقت في جلد العجان عفواً بفتحة ضيقة أو شقها الجراح فكان الشق غير كافٍ أو كانت عميقة (خراجات الفسحة الحوضية المستقيمية وخراجات الحفرة الوركية الشرجية) .

ويعد مرض نيقولا ـ فافر من أسباب هذه النواسير أيضاً بما يحدثه من ضيق في المستقيم . ويعود بقاء مجرى الناسور ونكسه بعد البضع إلى سببين :

١ً . — بقاء جيب تحت المخاط لم يستنض جيداً .

٢ً . — استمرار تعفن الناسور بالمواد الغائطة على الرغم من التطهير (مرور هذه المواد في الناسور التام وهجرة جراثيم المعي من خلال الغشاء المخاطي وتلويثها مجرى الناسور في الناسور الأعور الظاهر) .

التشريح المرضي . — نواسير الشرج قسمان : سطحية وعميقة .

١ً . — **النواسير السطحية** : تعقب هذه النواسير الخراجات تحت الجلد وتحت المخاط ويقع مجراها في ملء صارة الشرج ، لهذا دعيت أيضاً بالنواسير داخل الصارة . والنواسير السطحية ثلاثة أنواع : أ) نواسير تامة لها فوهتان ومجرى :

فوهة سطحية جلدية قريبة من فتحة الشرج وفوهة عميقة مخاطيـة تقع في سوية الحافة العلوية للصارة . أما المجرى فبسيط أو مركب ويتكون الأخير من قناة أساسية يتفرع منها عدة قنوات لاحقة .

يتألف بناء مجرى الناسور من طبقتين : ظاهرة ليفية وباطنة كثيرة التوعية فيها براعم لحمية وخلايا مدورة ، وفي النواسير السلية تصادف خلايا عرطلة وأحياناً أجربة سلية نموذجية .

ب . — نواسير عور باطنة تنفتح بفوهة واحدة في الغشاء المخاطي للشرج أو للمستقيم .

ج . — نواسير عور ظاهرة لها فوهة واحدة على الجلد .

٢ً . — **النواسير العميقة** : هي أكثر مصادفة من النواسير السطحية وتأتي في أعقاب خراجات الحفرة الوركية الشرجية أو خراجات الفسحة الحوضية المستقيمية ، يقع مجراها في ملء صارة الشرج أو في خارجها ، ولهـذه النواسير فوهة واحدة على الغشاء المخاطي (نواسير عور باطنة) أو فوهة واحدة أو عدة فوهات على الجلد (نواسير عور ظاهرة) أو فوهتان إحداهما جلدية والثانيـة مخاطية (نواسير تامة) .

الأعراض . — يتصف الناسور بسيلان مادة مصلية قيحية نتنة الرائحة سيلاناً مستمراً من الفوهة الظاهرة (في النواسير التامة والنواسير العور الظاهرة) أو من فوهة الشرج (في النواسير العور الباطنة) . ويختلف مقدار ما يسيل من الناسور فهو قليل المقدار عادة إلا أنه قد يكون وافراً يرافقه خروج الغازات من فوهة الناسور وأكال مستعص في الشرج .

وإذا احتبست المواد القيحية توقف سيلانها من فوهة الناسور فارتفعت حرارة المريض واعترته نوافض شديدة وشعر بآلام حادة في العجان ؛ ولكن هذه العلامات سرعان ما تخف في عقب انفتاح الناسور وانفراغ القيح مجدداً .

التشخيص . — ١ً) تشخيص الناسور البسيط : سهل (إلا في الناسور

الأعور الباطن الذي يتطلب كشفه استعمال منظار الشرج) فإن معاينة ناحية العجان تكفي ، بعد وضع المريض في وضع السجود ومقعده مرتفع ، ورؤية فوهة الناسور الجلدية القريبة من فتحة الشرج (١ ـ ٢ عشم .) في النواسير السطحية والبعيدة عنها (٣ ـ ٤ عشم . أو أكثر) في النواسير العميقة . وتظهر الفوهة في ذروة حليمة إذا عُصرت خرج القيح منها ، وقد تكون هذه الفوهة مختبئة في أحد أثناء الشرج فيتطلب كشفها بسط الجلد . ثم يُسبر مجرى الناسور بمسبار مقنّ أو بمرود دقيق أو بشمعة خيطية لينة بينما تكون سبابة يد الطبيب اليسرى في المستقيم : فإذا كان الناسور سطحياً سار المرود تحت الغشاء المخاطي وشعرت السبابة بنهايته سواءً أكان الناسور تاماً أو كان أعور ظاهراً . أما في الناسور العميق (في خارج الصارة) فإن المرود يبقى بعيداً عن السبابة وتفصله عنها كثافة صارة الشرج .

وإذا حقن مجرى الناسور بمادة ملونة بعد وضع منظار المستقيم أمكن كشف فوهة الناسور المخاطية (يمكن كشفها أيضاً بمس المستقيم وحقن الهواء في مجرى الناسور فتشعر الأصبع بصدمة فقاعات الهواء المحقون) .

٢ً . ـ تشخيص الناسور المركب : ترى في ناحية الشرج عادة عدة فوهات ظاهرة بعضها قريب من فتحة الشرج وبعضها الآخر بعيد عنها (في الصفن ، في الألية ، في ناحية العجان الأمامية ، في ناحية الشرج المقابلة) ويعرف هذا الناسور أنه تام أو أعور بحقن مجراه بالليبيودول وأخذ عدة صور إشعاعية تُظهر أيضاً اتجاه الناسور وتعوجاته وتشعباته .

وإذا كان الناسور سلياً تكون حافاته مقتلعة والسيلان مصلياً ، فيجب في هذه الحالة فحص المريض فحصاً عاماً ولا سيما فحص الرئتين والكليتين فقد تكون آفة سلية مشاركة .

المعالجة . ـ لاتشفى نواسير الشرج إلا بالتوسط الجراحي (يستثنى من ذلك النواسير السلية الممكن شفاؤها بالمعالجة العامة وبالحقن المصلبة) الذي

يجب أن تراعى فيه الأمور التالية : المحافظة على وظيفة صارة الشرج ، التفتيش على الانفكاكات تحت المخاط وتجريفها ، حقن مجرى النواسير الملتهبة بالصادات .

أما العمل الجراحي فيجرى كما يلي :

١ً . ـ يكتفى في النواسير السطحية الحديثة التكون بشق المجرى : يدخل مسبار مقنّى في المجرى حتى فوهة الناسور الباطنة وتقطع الأنسجة عليه بالمشرط الكهرباوي ثم توسع تشعبات الناسور وتُجرف الاكموء وتُخرَّب جدران الناسور بالميسم الناري ويترك الجرح مفتوحاً ليترمم ببطء .

٢ً . ـ أما النواسير العميقة فيصعب شفاؤها لكونها قديمة العهد ، متصلبة الجدران ، متعوجة المجرى ولا يفيد فيها إلا استئصال مجرى الناسور برمته مع الأنسجة الليفية المحيطة به ، وقد يحوج الأمر إلى قطع صارة الشرج توصلاً إلى هذه الغاية ، وينهى العمل الجراحي بخياطة صارة الشرج التي شقت وابقاء الجرح مفتوحاً ليتم اندماله ببطء .

ويطرأ أحياناً سلس في الغائط سببه خذل صارة الشرج التي قطعت ولكن هذا السلس وقتي يزول بعد مدة مختلفة من الزمن .

وقد اتبعت في الوقت الحاضر طريقة حديثة هي قطع مجرى الناسور وصارة الشرج قطعاً تدريجياً (يستغرق هذا القطع شهرين تقريباً) برباط مرن يُشد تدريجياً ، وقد أفادت هذه الطريقة في شفاء كثير من النواسير بدون أن يصاب المريض بسلس الغائط .

* * *

الفصل الثاني

البواسير وهبوط المستقيم

البحث الأوّل

البواسير

(Les hémorroïdes)

الحد . – هي دوالي أوردة الشرج والمستقيم .

الأسباب والإمراض . – تصادف البواسير في الذكور والاناث على السواء وهي كثيرة في الكهول (٣٠–٥٠ سنة) ونادرة في الأطفال . أسبابها المؤهبة عديدة : البدانة ، زيادة التوتر الشرياني ، النقرس ، عيشة الخمول ، اعتياد الغول ، الاكثار من الأفاويه ؛ كما أن للوراثة دوراً ذا شأن في التأهيب للبواسير .

أما إمراض البواسير فيعود إلى سببين أساسيين :

١ً . – ركود الدم في أوردة الشرج والمستقيم .

٢ً . – تبدل بناء جدر هذه الأوردة .

فلركود الدم في أوردة الشرج والمستقيم دور كبير في احداث البواسير فإن هذه الأوردة تتفاغم بجملة الباب والأجوف ، فكل ركود فيها يؤدي إلى ظهور البواسير ؛ بهذا تعلل كثرة البواسير في اثناء الحمل وفي اورام الحوض :

كيس المبيض ، ورم الرحم الليفي ، ضخامة الموثة ، أورام المستقيم (الركود في جملة الأجوف) كما يفسر بركود الدم في جملة وريد الباب ظهور البواسير في علل الكبد والطحال : اشقرارات الكبد ، احتقانات الكبد في علل القلب ، ضخامات الطحال المزمنة .

أما تبدل بناء جدر أوردة الشرج والمستقيم فدوره أساسي في التأهيب للبواسير فإن الأوردة تلتهب في المصابين بالقبض المزمن أو بالاسهال المزمن فترق جدرها وتستحيل أليافها العضلية فتتوسع بسهولة بركود الدم فيها وتحدث البواسير .

التشريح المرضي . — البواسير قسمان : ظاهرة تبدو في هامش الشرج وباطنة تبرز في لمعته بارتفاع مصاريع مورغاني . تظهر البواسير الباطنة في البدء في حذاء الضفيرة الباسورية (الكائنة عند التقاء الوريد الباسوري العلوي بالوريدين الباسوريين المتوسط والسفلي) ثم يتلوها ظهور البواسير الظاهرة بانتشار التوسع الدوالي ، بالتفاغمات ، إلى الباسوري السفلي . والحلم الباسورية مغزلية الشكل أو حبابية يتكون من اجتماعها بقط (paquet) باسوري يقع فوق صارة الشرج يميل إلى الخروج من فوهة الشرج من آن لآخر (البواسير الباطنة المنسدلة) أو أنه يظل منسدلاً من فوهة الشرج (الهبوط الباسوري) .

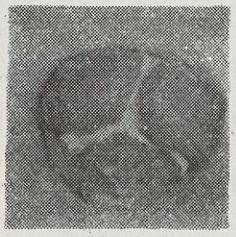
الأعراض . — ١) **الأعراض الوظيفية** : هي النزف الشرجي وانسدال البواسير .

فالنزف الشرجي عرض أساسي في البواسير يشتكي منه المريض في أغلب الأحيان . والدم النازف أحمر اللون ، قليل المقدار تارة ويظهر بعد كل تغوط بشكل خيوط دموية على سطح المواد الغائطة ووافر المقدار طوراً حتى أنه قد يؤدي إلى فاقة الدم . وسبب النزف هو احتقان البواسير بالاكثار من الطعام أو بشرب الاشربة الغولية أو بالسفر الطويل .

أما انسدال البواسير فعرض أقل شأناً من النزف ، يرافقه غالباً حكة شرجية وحاجة كاذبة إلى التغوط . وانسدال البواسير يتم في البدء في عقب كل

تغوط ويعود من تلقاء ذاته ولكنه يصبح مع الزمن مستمرا غير ردود وخاصة في أثناء الهجمات الالتهابية .

٢ً. ـ **العلامات الفيزيائية** : يعاين المريض وهو في وضع السجود أو الإضطجاع الجانبي الأيسر : تبدو البواسير الظاهرة بسهولة بشكل برزات صغيرة رخوة ، وأذا طلب من المريض أن يصنع جهداً أو شدت أثناء الشرج بالاصبعين ظهرت حدبات مدورة غير مؤلمة وجهها المخاطي بنفسجي اللون ووجهها الجلدي أبيض اللون متورد (الشكل - ١٢٥) وهـذه الحدبات إما عديدة فتكوّن حوية في هامش الشرج أو مفردة فتظهر في نقطة من محيطه .



(الشكل - ١٢٥)
ثلاث حلم باسورية ظهرت حينما صنع المريض جهداً
(مليغان)

أما البواسير البـاطنة المنسدلة فتخرج من فوهة الشرج بشكل حوية مخاطية منتفخة حينما يصنع المريض جهداً .

تبقى البواسير الباطنة غير المنسدلة مختبئة في المستقيم ولا تكشف فيه إلا بمعاينة الشرج بمنظاره الخاص أو بمنظـار المستقيم ، هـذا الفحص الذي يمكننا أيضاً من رؤية العلة المسببة في البواسير العرضية (سرطان ، مرض نيقولا ـ فافر) ومن الوقوف على درجـة التهـاب غشاء الشرج المخاطي الذي يرافق غالبـاً هذه البواسير .

وقد يستطاع بالمس الشرجي الشعور ببرزات لينة غير مؤلمة تقع على بعد ١٢ - ١٥ معشم . من فتحة الشرج هي البواسير الباطنة ولكن ذلك نادر لأن البواسير تتسطح وتختفي تحت الإصبع الماسة .

السير . ـ يختلف باختلاف البواسير .

١ً. ـ **البواسير العرضية** : تتبـع في سيرهـا العلة المسببة (اشقرارات

الكبد ، ضخامات الطحال المزمنة ، أورام الحوض ، سرطان المستقيم ، مرض نيقولا — فافر) .

٢ً . — **البواسير الأساسية** : يحتملها المرء عادة إذا ما اتبع القواعد الصحية العامة (طهارة الشرج ، اجتناب القبض ، نظام غذائي خالٍ من الأفاويه والغول) ، أما إذا أصيبت بهجمات احتقانية متكررة فإنها تصبح مؤلمة ويزداد القبض ويصاب المرء بالأرق والإضطرابات النفسانية .

الاختلاطات . — عديدة بعضها خفيف وبعضها شديد :

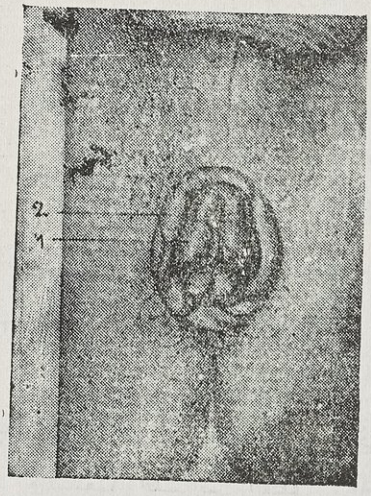
١ً . — **الاختلاطات الخفيفة** : هي شق الشرج الذي يظهر في قاعدة الباسور ، والتهاب الشرج والمستقيم الذي يتصف بسيلان مخاطي في البدء ثم صديدي مخاطي مصطبغ بالدم حين هجمات الاحتقان ، والنزوف المتكررة التي قد تفضي بالمريض إلى فاقة دم حادة تتطلب المعالجة بنقل الدم وإعطاء مركبات الحديد .

٢ً . — **الاختلاطات الشديدة** : أهمها التهاب الوريد الباسوري الناجم عن تعفن أوردة الشرج بالعصيات القولونية ويتصف بالآلام الحادة والزحير وتشنج صارة الشرج والانزعاج حين المشي والجلوس وإذا اشتد الالتهاب صلب الباسور واحتد ألمه وازرق لونه ، ولكن هذه الأعراض تخف في غضون ثلاثة أو أربعة أيام إذا كوفح الالتهاب أو أنها تشتد إذا أفضى الالتهاب إلى خراج صغير ينفتح في الجلد محدثاً ناسوراً سطحياً .

وقد يصلب الباسور بعد إصابته بهجمات عديدة من الالتهاب فتنسد أوردته ويكثف النسيج الخلوي فينقلب الباسور عجرة جلدية يجب تمييزها عن الورم القنبيطي .

وإذا التهبت البواسير الباطنة المنسدلة كبر حجمها وآلمت وتقفعت صارة الشرج تقفعاً انعكاسياً فأصبحت البواسير غير ردودة فاذا عوينت ناحية الشرج بدت حويتان مركزهما واحد إحداهما في المحيط حمراء اللون هي البواسير الظاهرة والثانية مركزية محدبة لونها بنفسجي وسطحها أملس تغطيه

مواد مخاطية هي البواسير الباطنة (الشكل – ١٢٦)؛ وإذا استمر تقفع صارة الشرج أصيبت البواسير الباطنة بالموات القسمي أو الشامل (إختناق البواسير المنسدلة) فانطرحت عفواً ونجم عن ذلك نزف وافر بانبثاق الأوعية .



(الشكل – ١٢٦)

حويتان باسوريتان مركزهما واحد
١ – في المركز بواسير باطنة منسدلة
٢ – في المحيط دائرة من البواسير الظاهرة
(عن فورغ)

التشخيص. – سهل ، فهو يستند إلى الأعراض الوظيفية والفيزيائية التي أتينا على ذكرها كما يستند إلى مس الشرج (الذي يشرك مع جس البطن لكشف ورم في الحوض ضاغط للجذوع الوريدية) وإلى تنظير المستقيم ثم إلى صور المستقيم الاشعاعية (بعد رحضة بمادة ظليلة) التي يمكن بواسطتها كشف سرطان عالٍ في المستقيم .

تلتبس البواسير الظاهرة بالورم القنبيطي وتميز عنه ببقاء الجلد الذي يسترها طبيعياً غير متكثف ولا متصلب .

ويلتبس الباسور الباطن النازف بالمرجل ولكن المرجل معنق وصلب القوام ويصادف عادة في الأطفال فهو يختلف عن الباسور اللاطىء اللين المصادف في الكهول.

وتلتبس البواسير الباطنة الملتهبة التي يرافقها سيلان مخاطي مدمّى بسرطان الشرج ويكون التشخيص الفارق بينهما بمس المستقيم الذي يكشف عن براعم صلبة أو صفائح متقرحة في السرطان وعن برزات لينة في البواسير . وقد تجتمع العلتان في المريض الواحد فتكون البواسير في هذه الحالة عرضية نجمت عن إنضغاط أوردة الشرج بالورم .

أما هبوط غشاء المستقيم المخاطي فيميز عن البواسير الباطنة المنسدلة بحويته التامة حول الشرج .

المعالجة . – دوائية وجراحية :

١ً . – **المعالجة لدوائية** : قوامها مكافحة القبض بالملينات، مراعاة طهارة ناحية الشرج ، اتباع حمية غذائية خالية من الأفاويه ، تخفيف احتقان أوردة الشرج والمستقيم (بمغاطس المقعد الباردة وبأخذ خلاصة الكستنا الهندية عن طريق الفم وباستعمال المراهم أو التحاميل المقبضة للعروق والمزيلة للتشنج كالأنوزول « Anusol » وتحاميل ميدي « supp. Midy » وغير ذلك من المهيئات العديدة) .

تعالج بهذه الطريقة بواسير الحوامل والبواسير في المصابين باشقرار الكبد وبعلل القلب وبارتفاع التوتر الشرياني .

ويستعمل التشريب القطني بمحلول مخدر كالنوفوكائين أو حقن الشريان الفخذي بهذا المحلول في معالجة التهاب البواسير المنسدلة فهو يمنع اختناق البواسير ويخفف من احتقانها بإزالته تقفع صارة الشرج .

كما تفيد الحرارة النافذة (diathermie) والمعالجة الاشعاعية في تخفيف آلام النوب الباسورية . أما الحقن المصلبة فتفيد في معالجة البواسير الباطنة بالخاصة وهي سهلة الاستعمال وحسنة النتائج إذا أجرتها يدٌ خبيرة وهي على العكس مزعجة وذات محاذير إذا اسيئت طريقة الحقن (حدوث خشكريشات صغيرة يؤدي سقوطها الى نزف ثانوي إذا كان الحقن عنيفاً ومدد النسج بشدة) .

كيفية العمل : تشرب الطبقة تحت المخاط الواقعة فوق البواسير الباطنة بـ ٥ عشم.م من محلول كلورما آت الكينين والبولة المضاعفة بنسبة ٥٪ ويعاد الحقن كل خمسة أيام على ألاّ يتجاوز عدد الحقن ٨–١٠ .

٢ً . – **المعالجة الجراحية** : لقد اهملت طريقة ويتهاد (Whitehead) التي تقطع قسماً دائرياً من غشاء الشرج المخاطي والأورة المتسعة تحته ثم يتبعها خفض

الغشاء المخاطي ، بعد تجريده عما تحته ، وخياطته بالجلد ذلك لأن غرز الخياطة تتفكك بانكماش الغشاء المخاطي إلى العالي أو بتكون ورم دموي متقيح فينشأ من ذلك فسحة بين الغشاء المخاطي والجلد تندمل بالتبرعم الذي ينجم عنه غالباً ضيق مشدود يتطلب توسطات جراحية أخرى .

أما ما يصنع في وقتنا الحاضر فهو قطع بقط البواسير بالمشرط أو بالخثرية (électro-coagulation) ويتم ذلك كما يلي : يخدر المريض تخديراً عاماً أو قطنياً وتوسع فوهة الشرج بالإبهامين ثم يمسك رأس كل حوية باسور بمنقاش يجرّ وتخاط قاعدة الباسور بغرز ابرة تحمل خيطاً غير قابل للامتصاص يعقد دائرياً ثم تقطع الحوية وينهى العمل الجراحي بوضع انبوب من المطاط في فوهة الشرج يفيد في طرح الغازات .

يثابر على اعطاء المريض مركبات الأفيون ثلاثة ايام ويعطى مسهلًا بعدها.

* * *

البحث الثاني

هبوط المستقيم

(Le prolapsus rectal)

الحد . - يعنى بهبوط المستقيم خروج قطعة مختلفة الطول منه من خلال فوهة الشرج وهو قسمان: هبوط مخاطي أو قسمي وفيه ينسدل الغشاء المخاطي فقط ، وهبوط تام أو شامل حيث تنسدل جميع طبقات المستقيم .

الأسباب . — يصادف هبوط المستقيم في جميع الأعمار ولكن اسبابه تختلف في الطفل عنها في الكهل والشيخ :

١ً . - **في الطفل** : ينسدل الغشاء المخاطي فقط (هبوط المستقيم القسمي) بتأثير الجهد البطني (الزحير، الاسهال، القبض، السعال ، الأطام «dysurie» بحصاة المثانة أو بضيق القلفة الأمامي « phimosis ») ، كما ينسدل بإجلاس الطفل مدة طويلة على الأصيص الأمر الذي يدفعه إلى متابعة الجهد فينسدل الغشاء المخاطي . وقد عد من أسبابه المؤهبة : وهن صارة الشرج ورافعاته والوضع القائم لعظم العجز في هذه السن .

٢ً . — **في الكهل** : يصادف في الكهل هبوط المستقيم التام، وهو في المرأة اكثر منه في الرجل ويعد الجهد السبب الرئيس في هذا الهبوط (القبض المستعصي، الولادة، نوب السعال المتكررة ، الزحير المثاني، المهن الشاقة). أما الرضوض الموضعية (توسيع الشرج العنيف ، الأجسام الأجنبية) فدورها ضعيف في إحداث هذه العلة .

٣ً . — **في الشيخ** : ينسدل الغشاء المخاطي بتأثير القبض العادي وجهود السعال .

الإمراض . - يختلف الإمراض باختلاف نوع الهبوط :

١ً . - **الهبوط المخاطي في الأطفال والشيوخ** : يعلل هذا الهبوط برخاوة النسيج تحت الغشاء المخاطي وسهولة زلقه ، يضاف الى ذلك وهن صارة الشرج وضعف وسائط التثبيت في الشيوخ .

٢ً . - **الهبوط التام في الكهول** : ذكرت في تعليل هذا الهبوط عدة نظريات :

أ . - نظرية الانسدال المخاطي أو نظرية كروفاليه (Cruveilhier) : يتم الهبوط ، بحسب هذه النظرية ، من الأسفل الى الأعلى فإن الغشاء المخاطي الذي انسدل اولاً يجر وراءه طبقات المستقيم الأخرى لضعف صارة الشرج واتساع مجل المستقيم .

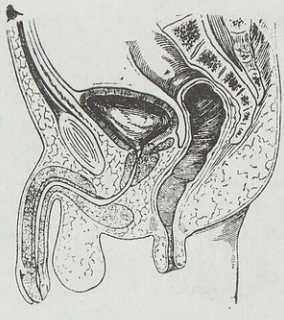
ب. - نظرية قصور وسائط التثبيت (نظرية جيرار ومارشان «Gérard-Marchant ») : ان للمستقيم في الحالة النظامية نوعين من وسائط التثبيت فهو ثابت في الأسفل بالعضلتين الرافعتين وصارة الشرج وأرض العجان ، ومعلق في الأعلى بماساريقى القولون الحوضي وما فيها من اوعية وبالصفائح الليفية الممتدة من العجز الى المستقيم وجهاز التناسل والعانة فإذا أصيب أحد هذين النوعين بقصور هبط المستقيم وخرج من فوهة الشرج ، والقصور كسبي (استرخاء صارة الشرج في الشيوخ ، وهن ارض العجان في كثيرات الولادة) أو ولادي (استرخاء ماساريقى القولون الحوضي والمستقيم) .

ج . - نظرية لودلوف (Ludloff) التي تنسب هبوط المستقيم التام الى عمق رتج دوغلاس عمقاً غير نظامي ، فإن الفتق العجاني المتكون بسبب ذلك يجر في اثناء نزوله جدار المستقيم الأمامي الذي ينثني على نفسه فيدخل المجل ثم يتبعه الجدار الجانبي فالجدار الخلفي فينجم عن ذلك انغلاف المستقيم في المجل ثم خروجه من فوهة الشرج .

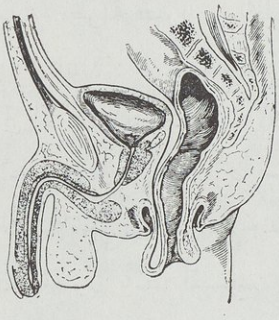
د . - الجهود ودورها لا ينكر في التأهيب لهبوط المستقيم فإنها تمدد تدريجياً وسائط التثبيت وتزيد في عمق رتج دوغلاس . وقد يحدث الهبوط بتأثير جهد عنيف (هبوط الجهد).

والحقيقة هي أن نظرية واحدة لا تكفي لتعليل جميع أنواع الهبوط فإن منها ما يحدث بتأثير الجهد فقط ومنها ما ينجمُ عن عيب ولادي هو رتجُ دوغلاس الشديد العمق كما أن منها ما ينشأ من ضعف في أرض العجان واسترخاء في رافعات الشرج .

التشريح المرضي . – ١ً) **الهبوط القسمي** : ينسدل الغشاء المخاطي وحده من فوهة الشرج لرخاوة النسيج الخلوي تحت المخاط الذي يفصله عن الطبقة العضلية . والانسدال حلقي في الغالب يبلغ طوله ٢ عشم . أو أكثر ويتكوّن من طبقتين من الغشاء المخاطي يفصلهما نسيج خلوي بسيط . تتحد هذه الحوية المخاطية بالجلد بدون تلم يفرقها عنه (الشكل – ١٢٧) .



(الشكل – ١٢٧)
الهبوط المخاطي (هبوط الشرج)



(الشكل – ١٢٨)
الهبوط المستقيمي ذو الاسطوانات الثلاث

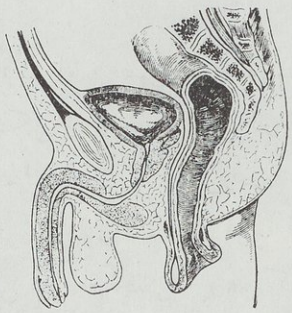
٢ً . – **الهبوط التام** : يتصف هذا النوع من الهبوط بانغلاف جدار المستقيم (بما فيه الطبقة العضلية) في فوهة الشرج وهو شكلان :

أ . – الهبوط المستقيمي حيث ينغلف القسم العلوي من مجل المستقيم في قسمه السفلي مع احتفاظ قناة الشرج بحالتها النظامية . وفي هذه الحالة إذا أجرينا مقطعاً معترضاً عند ثني الانغلاف قطعنا ثلاث اسطوانات مركزها واحد تكوّن الخارجة منها جدار قناة الشرج ؛ أما إذا أجري هذا القطع على القسم الهابط فإنه يقطع أسطوانتين متلاصقتين الواحدة ظاهرة هي الأسطوانة

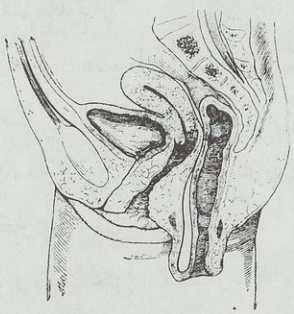
المغلّفة أو النازلة التي يفصلها عن جلد الشرج تلم واضح ، والأخرى باطنة هي الأسطوانة المغلّفة أو الصاعدة (الشكل – ١٢٨) .

وإذا استمرّ الانغلاف في سيره زال التلم الذي يفصل جلد الشرج عن الأسطوانة النازلة وانقلب الهبوط المستقيمي إلى هبوط مستقيمي شرجي (hédrocèle) .

ب – الهبوط المستقيمي الشرجي : يتكون هذا الهبوط من أسطوانتين يتألف كل منهما من جميع طبقات المستقيم ، يتصل مخاط الأسطوانة الظاهرة منهما بجلد هامش الشرج بدون تلم (الشكل – ١٢٩) . أما فتق الأمعاء الشرجي الملاحظ في هذا الشكل من الهبوط فينجم عن جر المستقيم الهابط



(الشكل – ١٢٩)
الهبوط المستقيمي الشرجي ذو الأسطوانتين



(الشكل – ١٣٠)
الهبوط المستقيمي الشرجي حيث يُرى كيس فتق الأمعاء الشرجي

للصفاق الملتصق بوجهه الأمامي ، هذا الجر الذي يكوّن كيساً للفتق تدخل فيه عرى المعي الدقيق (الشكل – ١٣٠) ويحدد رباط المستقيم نزول المستقيم في الخلف الأمر الذي يفسر لنا انعقاف القسم الهابط من المستقيم إلى الوراء وقصر جداره الخلفي بالنسبة إلى جداره الأمامي .

وتصاحب هذه الأنواع المختلفة من هبوط المستقيم ضخامة الطبقة العضلية ودرجة مختلفة من التهاب المستقيم .

الأعراض والتشخيص .ـ ١ً) **الهبوط في الطفل** : يصادف الهبوط المخاطي في الرضيع والطفل (٢ ـ ٥ سنوات) ويظهر في أثناء كل تغوط بشكل حوية حلقية أو بشكل مخروط أحمر اللون في مركزه فوهة المعي ويتصل مباشرة بجلد هامش الشرج أي بدون أن يكون تلم يفصله عنه . يسهل رد هذا الهبوط إذا كان صغيراً (٣ ـ ٥ عشم .) ويصعب إذا كبر وقدُم عليه العهد فيتعرَّض الغشاء المخاطي حينئذٍ للالتهاب والتقرح الذي يؤدي ، في بعض الأحيان ، إلى الضيق الندبي .

يلتبس الهبوط المخاطي في الطفل بالمرجل وهو ورمٌ معنق قوامه قاسٍ غالباً ، ينتخب عادة وجه المستقيم الخلفي ، ويكشف بمسِّ الشرج أو بمعاينة المستقيم بالمنظار .

٢ً .ـ **هبوط المستقيم في الكهل** : هو هبوط تام ، يظهر بعد التغوط أو بعد تناول المسهل وأحياناً بعد السعال ، بشكل ورم جسيم أحمر اللون فيه أثناء معترضة تسترها مواد مخاطية . ويشبه هذا الهبوط جذع مخروط قاعدته الكبرى توافق فوهة الشرج والصغرى تنظر إلى الوراء وفيها فوهة المعي البيضاوية الشكل ، جداره الأمامي أكبر من جداره الخلفي ، وهو كثيف يتحدَّب حين الجهد وقرعه واضح ويرد بقرقرة حين مرافقة الفتق المعوي الشرجي لهبوط المستقيم . يتصل الغشاء المخاطي بالجلد بدون تلم في الهبوط ذي الأسطوانتين (الهبوط المستقيمي الشرجي) وبتلم واضح تدخله الأصبع في الهبوط ذي الأسطوانات الثلاث (الهبوط المستقيمي) .

وتتمكن الأصبع الماسة للشرج ـ بعد رد الهبوط ـ من دراسة حالة الصارة والرافعات كما يستطاع بفحص المريض فحصاً عاماً كشف هبوط حشوي مرافق (القولون ، المعدة ، الهبوط التناسلي في المرأة) ومن الوقوف على حالة جهازي الهضم والتنفس .

٣ً .ـ **هبوط المستقيم في الشيخ** : يصادف الهبوط المخاطي في الشيخ بسبب

استرخاء صارة الشرج لذلك يدعى بالهبوط الوهني . يبدو الهبوط بشكل حوية حلقية مختلفة الطول أثناؤها المخاطية محمرة .

يلتبس الهبوط المخاطي في هذه السن بانسدال البواسير والتمييز بينهما سهل : تعرف البواسير بشكلها المدور ولونها المزرق وقوامها المتماسك بينما يكوّن الهبوط المخاطي حوية كاملة حمراء اللون رخوة القوام .

السير والاختلاطات . — إذا ترك الهبوط وشأنه كبر حجمه وأصبح غير ردود وتعرض لاختلاطات عديدة منها :

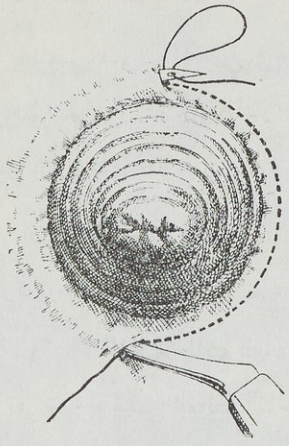
١ً . — **الاختلاطات العادية** : وهي التهاب المستقيم الحاد الذي يرافقه نزف أو تقرح ؛ وسلس الغائط الناجم عن استرخاء صارة الشرج .

٢ً . — **الاختلاطات الوخيمة** : أ . — اختناق القسم الهابط من المستقيم بصارة الشرج المتقفعة : يلاحظ هذا الاختلاط في حديثي السن فإن المستقيم الذي هبط في عقب جهدٍ عنيف (الهبوط الجهدي) ولم يرد آنياً يتقرح ويصاب بالموات الأمر الذي يفضي إلى موت المرء بالنزف الوافر أو بالتهاب الصفاق الحاد أو بالتقيحات حول المستقيم . ب . — اختناق الفتق المعوي الشرجي (المرافق لهبوط المستقيم) : يعرف بعلامات انسداد الأمعاء وهو اختلاط وخيم ينتهي بالوفاة إذا لم يبضع المريض بسرعة لأن الشفاء العفوي بتكون الشرج غير الطبيعي في العجان أمر نادر الحدوث . ج . — تمزق المستقيم الهابط : ينشق الجدار الأمامي منه في عقب جهدٍ شديد أو في أثناء محاولة رد الورم بعنف فتخرج العرى المعوية المنفتقة ، وهذا ما يحدث في المسنين متى كان المستقيم ملتهباً وجدُره متبدلة .

المعالجة . — ١ً) **الهبوط المخاطي في الطفل** : يشفى هذا الهبوط غالباً : أ . — بوضع الطفل على حمية موافقة (تجنّبه الاسهال والقبض) . ب . — بمنعه عن الجلوس مدة طويلة على الأصيص . ج . — برد الهبوط بعد كل تغوط ثم ضبطه بتقريب فخذي الطفل واضجاعه في السرير بعض الوقت . د . — بإعطائه

كل يومين ولمدة شهر ، خمسين ميليغراماً من الحيامين ب$_1$ (B_1) حقناً في العضل.

تكفي هذه المعالجة عادة لشفاء معظم الحالات وإذا أخفقت يلجأ إلى تطويق الشرج (الشكل – ١٣١) وهو عمل جراحي سهل يجرى بخيط غير قابل للامتصاص (خيط من الفضة أو من الكتان) أو خيط غليظ من الحمشة الكرومية يمتص في خلال ١٥ – ٢٠ يوماً بعد أن يترك حلقة ليفية تمنع الهبوط .



(الشكل – ١٣١)
تطويق الشرج بخيط معدني
(عن اومبردان)

٢ً . – **الهبوط المخاطي في الشيخ :** يعالج بتطويق الشرج .

٣ً – . **الهبوط التام في الكهل :** يعالج هذا الهبوط : أ . – بترميم مسند الشرج العجاني الذي يضيق فوهة الشرج ومجل المستقيم (اجراء شقوق مخاطية واسعة بالميسم الناري تشرك بتطويق الشرج أو بقطع القسم الهابط) .

ب . – أو بترميم وسائط تثبيت المعي وهذا يتم بطريق العجان (تثبيت المستقيم بالنسيج الليفي أمام العصعص) أو بطريق البطن (اغلاق رتج دوغلاس المشرك بتثبيت المستقيم بالشاخة « promontoire » أو بقطع المستقيم والسين الحرقفي) . واذا نكست العلة كان قطع المستقيم والقولون الحوضي عبر صارة الشرج ثم خياطة المقطع ، بعد خفضه ، بغشاء الشرج المخاطي ؛ العمل الجراحي الوحيد الذي يجب أن يلجأ اليه في مثل هذه الحالة .

* * *

الفصل الثالث

أورام الشرج والمستقيم

البحث الأوّل

أورام الشرج والمستقيم الحميدة

كثيرة هي الأورام الحميدة التي تصادف في ناحيتي الشرج والمستقيم؛ بعضها في محيط الشرج والبعض الآخر في جُدُر قناة الشرج والمستقيم. وأهم هذه الأورام مايلي :

١ً.ـ **الناميات حول الشرج** : هي أكثر ما يصادف من أورام محيط الشرج، وهي أورام حليمية وردية اللون تكثر في المرأة الحامل وتزول عفواً بعد الولادة، تتلو عادة مرض نيقولا ـ فافر وسببها الغالب تخرش الناحية بالمفرزات الناجمة عن التهاب المستقيم أو التهاب المهبل. أما أعراضها فهي الأكال المزعج والنز المخرش النتن الرائحة وتعالج هذه الناميات بالكشط بمجرفة حادة أو بالمشرط الكهرباوي.

٢ً.ـ **الأورام القنبيطية** (les condylomes) : أورام صغيرة لاطئة تنمو في محيط الشرج، لونها وردي أو مبيض، تزعج المريض بحجمها أو بما يرافقها من التهاب. تظهر عادة في جوار آفة في الناحية (ناسور، مرض

نيقولا فافر ، تقرح زهري) وتعالج بالقطع بالميسم الناري أو الكهرباوي اتقاءً للنزف .

٣ً . ـ **الأورام الوعائية** (les angiomes) : أورام ولادية هي في الرجال أكثر منها في النساء وهي بسيطة أو كهفية . تنشأ الأورام الوعائية البسيطة من توسع الشبكة الشعرية في الغشاء المخاطي وتتصف بالنزف فهي بذلك كالبواسير إلا أنها تكثر في الأطفال أما الأورام الوعائية الكهفية فمحدودة أو منتشرة تستقر غالباً في المستقيم وتعرف بالنزف الغزير المستعصي المحدث لفاقة الدم . تُكشف هذه الاورام عادة بمس المستقيم (الذي يكشف كتلة لينة ، مبهمة الحدود ، بارزة في لمعة المجل) وتنظيره (الذي يبدي ورماً أحمر اللون أو بنفسجياً) . تفيد فيها المعالجة الإشعاعية ولكن نكسها كثير .

٤ً . ـ **مرجلات المستقيم** : أورام حميدة تنشأ من طبقة المستقيم العضلية (الورم الليفي أو الورم الليفي العضلي) أو تنمو على وكس الجهاز الغدي فتتكون من أنابيب غدية متطاولة ومتوسعة (الورم الغدي) .

تصادف المرجلات في الأطفال غالباً (٣ ـ ١٥ سنة) وهي أورام مفردة صغيرة الحجم (بحجم الكرزة أو اكبر قليلاً) سطها أملس أو مفصص ، لونها أحمر قانىء ، تبرز في لمعة المعي وتكون معنقة ، فتنسدل من فوهة الشرج في عقب كل تغوط ، أو لاطئة فتعرف بالنزف واضطرابات التغوط (اسهال ، زحير ، حاجات كاذبة إلى التغوط) .

إذا مس المستقيم شعر بورم صغير قاسٍ وإذا نظّر رؤي المرجل بوضوح وعرف أن الغشاء المخاطي في جواره سليم ، وقد يفيد الفحص الاشعاعي المجرى بعد افراغ الرحضة الظليلة ونفخ المستقيم بالهواء في كشف داء المرجلات المستقيمي القولوني .

السير والاختلاطات . ـ قد تنطرح مرجلات المستقيم عفواً في اثناء التغوط

فيتم الشفاء ، وذلك نادر ، والغالب ان المرجلات تكبر تدريجياً فتتعرض لاختلاطات عديدة : التقرح ، اختناق المرجل المنسدل في فوهة الشرج ، الحؤول السرطاني .

أما المعالجة فقوامها استئصال المرجل مع مغرزه في الغشاء المخاطي ثم خياطة عنيق الورم اجتناباً للنزف . وإذا كان المرجل لاطئاً خُرّب بالتخثير التدريجي وروقب المريض عدة أيام فإذا نزف ، نتيجة لسقوط الخشكريشة ، تجرى رحضات بالماء الحار ويحقن بالمرقئات أو ينقل الدم اذا استمر النزف .

* * *

البحث الثاني

أورام المستقيم الوَبِرة

(Les tumeurs villeuses du rectum)

الأسباب . – إن أورام المستقيم الوَبِرة أورام كثيرة المصادفة ، وهي في الذكور اكثر منها في الإناث ، تلاحظ بعد سن الخامسة والأربعين وتعد شكلاً وسطاً بين أورام المستقيم الحميدة وسرطاناته . وتميز عن بقية الأورام بمنظرها الوَبِر البياني .

التشريح المرضي . – تستقر الأورام الوبرة غالباً في قناة الشرج قريباً من صارته وهي أورام معنقة ، يتبدل حجمها من حجم الحمصة إلى بيضة الحمام أو لاطئة ، وهي الأكثر مصادفة ، وتكوّن وبراً يفرش من سطح المستقيم قسماً مختلف الاتساع أو أنه ينتشر شاغلاً محيط المستقيم أو أحد وجوهه .

أما من الوجهة النسيجية فتتألف الأورام الوبرة النمطية من وبر يتكون كل منه من محور ضام وعائي تغطيه ظهارة ذات خلايا اسطوانية ، وبعض هذه الخلايا واضح يكوّن العناصر الحميدة والبعض الآخر قاتم ينقلب سرطاناً ظهارياً . تبقى طبقة المستقيم العضلية سليمة لا ترتشح بتكاثر خلايا الورم المخاطية .

وإذا أُصيب الورم الوبر بالحؤول تبدلت الخلايا الظهارية فاتسعت وعادت مكعبية الشكل وذات نواة مدورة كما تختفي خاصتها المولدة للمخاط ويستولي الورم على الطبقة العضلية .

الأعراض . ـ قد تنمو الأورام الوبرة خلسة وتبلغ حجماً كبيراً بدون أي عرض ينم عليها . ولكن المريض يبدي غالباً من العلامات الوظيفية والفيزيائية مايرشد إلى العلة :

١ً . ـ **العلامات الوظيفية** : هي السيلان المخاطي المغاطي (écoulement muco - glaireux) والنزف واضطرابات التغوط .

فالسيلان المخاطي المغاطي عرض مبكر وذو شأن في معرفة العلة يمتاز بكونه وافر المقدار ، صافياً ، شفافاً فيه ، بعض اللزوجة كآح البيض النيء ويمتزج بكتل هلامية الشكل ويخضع للمعالجة بالأدوية القابضة ومركبات الأفيون .

والنزف خفي ما زال الورم حميداً أما إذا استحال سرطاناً فيكثر النزف ويهدد حياة المريض . وتتجلى أخيراً اضطرابات التغوط بأن يفرغ المريض سائلاً مخاطياً من أمعائه (١٥ ـ ٢٠ مرة) بدون ان يكون مصاباً بالاسهال او بالقبض .

٢ً . ـ **العلامات الفيزيائية** : يشعر بمس المستقيم وعلى بعد ٥ ـ ١٠ عشم . من فوهة الشرج بورم رخو ، هلامي ، لاطيء اومعنق ، يستقر في أحد وجوه المستقيم ويبرز في لمعته . وإذا نظّر المستقيم ـ بعد إزالة المواد المخاطية من على غشائه المخاطي ـ بدا الورم وَبِراً أحمر اللون وكشفت العلل المرافقة له اذا كانت موجودة (سرطان ، مرجل غدي) وأمكن أخذ خزعة من نقاط عديدة من الورم .

٣ً . ـ **العلامات العامة** : لاتتبدل حالة المريض العامة الا في حال النزف الغزير حيث يصاب بفاقة دم شديدة قد تقضي عليه .

السير والاختلاطات . ـ قد يبقى الورم الوبر حميداً ولكنه يستحيل في اكثر من نصف الحوادث استحالة خبيثة تعرف بخفة السيلان المخاطي وبالنزف الوافر الذي يحدث لأقل لمس وبصلابة قاعدة الورم حين مس المستقيم .

المعالجة . ـ جراحية وتختلف حسبما يكون الورم الوَبِر معنقاً أو لاطئاً كما

تختلف بحسب موقع الورم وحجمه وسن المريض وحالته العامة :

١ً . — الورم مفرد ومعنق ويقع في المستقيم على بعدٍ أقل من ٧ عشم . من فوهة الشرج : يستأصل بالطريق الطبيعي ، بعد توسيع الشرج ، مع قطعة واسعة من الغشاء المخاطي السليم المحيط بعنيقه ثم يرقأ النزف ويخاط الغشاء المخاطي .

٢ً . — الورم لاطىء او عديد أو يقع عالياً في المستقيم : يبتر المستقيم أو يقطع خوفاً من النكس .

وقد يفيد تخريب الورم بالخثربة ولكن الخوف من بقاء بعض الخلايا الورمية التي لا ينالها الاستشرار (fulguration) جعل هذه الطريقة تقتصر على معالجة الاورام الوبرة الصغيرة الضيقة القاعدة .

* * *

البحث الثالث

سرطان الشرج والمستقيم

(Le cancer ano-rectal)

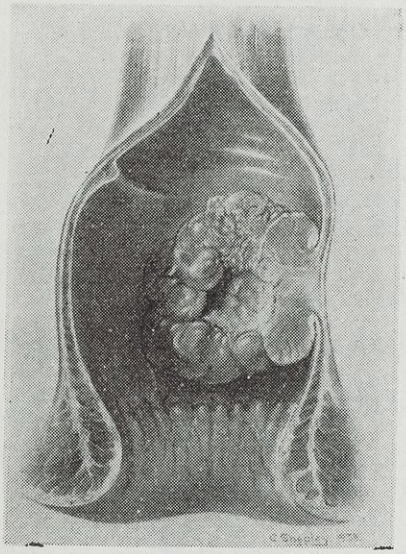
الأسباب . — إن سرطان المستقيم هو اكثر سرطانات الأمعاء مصادفة ، وهو في الرجل أكثر منه في المرأة ، يظهر غالباً في العقد الخامس من الحياة وقد يلاحظ ، ولو نادراً ، في حديثي السن وفي المسنين . ومن أسبابه المؤهبة : هبوط المستقيم ، ومرجلاته ، وأورامه الوبرة .

التشريح المرضي . — ١) **المقر** : يظهر السرطان في أية نقطة من المستقيم منذ السين حتى فوهة الشرج ويميز منه الأنواع الآتية : أ . — السرطان المستقيمي السيني الذي يستقر فوق قعر رتج دوغلاس وهو سرطان حلقي يضيق لمعة المعي ويشبه إلى حد كبير — من جهة التشريح المرضي والأعراض — سرطان القولون . ب . — سرطان المجل وهو أكثر الأنواع مصادفة تعادل نسبته ٧٠ ٪ من سرطانات المستقيم إجمالاً ومقر هذا السرطان قطعة المستقيم الواقعة بين رافعات الشرج والصفاق . ج . — سرطان الشرج ويقع تحت ارتكازات رافعات الشرج في ناحية الصارة . د . — السرطان الشامل الذي يعمّ المستقيم برمته منذ فوهة الشرج حتى الصفاق .

٢ً . — **المنظر العياني** : يبدو سرطان المستقيم والشرج بأحد الأشكال التالية : أ . — السرطان النابت (le cancer végétant) : يكوّن الورم في هذا الشكل كتلة مفردة مبرعمة كالقنبيط ، قعرها متصلب وحافاتها

غير منتظمة (الشكل - ١٣٢) . ب . — السرطان المتقرح - وهو اكثر الأنواع مصادفة وأشدها خبثاً — يبدو فيه الورم على شكل تقرح نازف قعره مجوف كفوهة البركان وحافاته مرتفعة ومشرشرة . ج. - السرطان القرحي النابت .

يبدأ كل من هذه الاشكال الثلاثة في أحد وجوه المستقيم ثم ينتشر محيطاً بدائر المعي ومنقلباً شكلاً حلقياً . أما ضيق المستقيم المصادف في السرطان فينجم عن تبرعم الورم تبرعماً غير منتظم من جهة وعن ارتشاح جدر المستقيم من جهة أخرى .



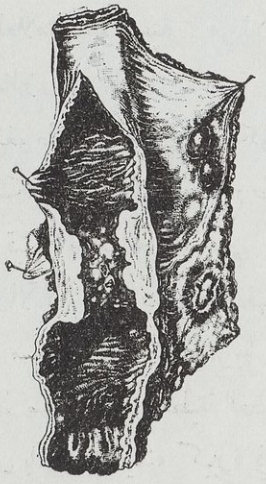
(الشكل - ١٣٢)
سرطان نابت في المستقيم (عن طومسون)

٣ً . — **المنظر النسيجي** : يجب تمييز سرطان الشرج عن سرطان المستقيم نفسه : فسرطان الشرج سرطان ظهاري رصفي ، مفصص أو أنبوبي ، ويفيد فيه الاستشعاع ، أما سرطان المستقيم فسرطان ظهاري اسطواني بناؤه نموذجي أو غير نموذجي .

٤ً . — **الامتداد** : يمتد سرطان المستقيم بالغشاء المخاطي والنسيج تحت المخاط ، ويتم هذا الامتداد ببطء زائد بارتفاع المستقيم ولكنه يسير عرضاً بسرعة فيحيط بدائر المعي منقلباً شكلاً حلقياً مضيقاً (الشكل - ١٣٣) ثم ينتشر عمقاً فيغير على الطبقة العضلية بالطريق اللنفاوي (وهذا يتم بعد ٩ - ١٠ اشهر من بدء العلة) .

ومتى وصل السرطان إلى هذا الدور اجتاز جدار المستقيم واختلفت انتشاراته باختلاف مقره في المستقيم : فالسرطان المستقيمي السيني يغير على صفاق رتج دوغلاس وعلى المثانة في الرجل والرحم في المرأة ، وسرطان المجل يمتد

الى المؤثة والحويصلتين المنويتين في الرجل والى جدار المهبل الخلفي في المرأة ، وسرطان الشرج ينتشر الى الجلد وصارة الشرج ثم يرتشح في الفسحة الوركية الشرجية محدثاً فيها خراجات تتلوها نواسير في محيط الشرج وتذر منها براعم لحمية ورمية الطبيعة .



(الشكل - ١٣٣)
سرطان حلقي في المستقيم (لوسين وموندور)

وتضخم العقد المرتبطة بالناحية ضخامة التهابية أو ورمية وذلك في عقب التهاب الأوعية اللنفاوية أو بالصمامات الظهارية ، وفي الحالة الأخيرة يمكن للعقد البعيدة ان تصاب بصورة مبكرة فتضخم : أ . - عقد الأربية في سرطان الشرج . ب . - عقد المربطاء في سرطان المجل . ج . - عقد خلف المستقيم والعقد الواقعة في حذاء تشعب الشريان الباسوري العلوي (عقد نقير المستقيم كما دعاها موندور) والعقد المرافقة للماساريقي السفلي ، وشأن هذه العقد كبير فهي تصاب في أكثر سرطانات المستقيم ويجب استئصالها في أثناء التوسط الجراحي .

أما استيلاء سرطان المستقيم والشرج فنادر ويصادف بحسب كثرته : في الكبد والرئة والعظام الطويلة .

الأعراض . - تختلف باختلاف مقر الورم في المستقيم :

١ً . - سرطان المجل : يمر هذا السرطان بثلاثة أدوار : دور البدء ودور الصولة ودور النهاية أو دور الاختلاطات واستيلاء الورم .

أ . - **دور البدء** : مختلف فتارة يكون البدء كامناً فلا تعرف اصابة المرء بسرطان المستقيم إلا بعد حدوث اختلاط مفاجيء : انغلاق معوي أو

نزف وافر ، وطوراً يكون البدء مبهماً فينم على العلة : هزال المريض ، إصابته بفاقة دم مجهولة السبب ، ظهور بعض الاضطرابات الهضمية فيه .

ب . — **دور الصولة** : تظهر فيه الأعراض الوظيفية والفيزيائية الآتية فترشد الى الاصابة .

العلامات الوظيفية . — هي ثلاث في الواقع : النزوف والآلام وتشوشات التغوط .

فالنزوف علامة أساسية في سرطان الشرج والمستقيم ، تظهر في اثناء التغوط أو في خارجه وتكون تارة طفيفة بشكل سيلان مخاطي قيحي مدمى أو بشكل دم مخثر مسود وطوراً تكون وافرة كنزوف البواسير ولكنها تظهر قبل المواد الغائطة وهي صفة ذات شأن في تشخيص سرطان المستقيم .

والآلام الشديدة نادرة فهي تتمثل عادة بزحير يزداد حين التغوط او بآلام مستقرة في ناحية الشرج : حس ثقل عميق في الحوض وحاجات كاذبة الى التغوط سببها تقلص الطبقة العضلية على الجسم الغريب (الورم) ويظهر هذا العرض باكراً وقيمته كبيرة في تشخيص السرطان المبتدىء .

أما تشوشات التغوط فتبدو بالاسهال او بتناوب القبض مع الاسهال .

العلامات الفيزيائية . — هي العلامات التي تجنى من مس المستقيم . يمس المستقيم والمريض مستلقٍ على ظهره او بوضعة السجود فقد يكشف به سرطان مبتدىء : ورم صغير قاسٍ غير مؤلم او تقرح صغير غير منتظم او كتلة نابتة سريعة النزف ، غير ان مس المستقيم يكشف غالباً ورماً صريحاً يبرز في لمعة المعي ، مركزه مجوف كالبركان وحافاته المرتفعة غير منتظمة وتنزف لأقل لمس . كما يعرف بهذا المس موقع الورم وامتداده على جدار المستقيم وتحركه عرضاً ومن العالي الى الأسفل . واذا كان الورم عالياً في المستقيم أمكن لرأس الأصبع الشعور بنهاية الورم السفلية .

ج . — **دور النهاية** : تبدو في هذا الدور اختلاطات عديدة ينجم بعضها عن انتشار السرطان الى الأعضاء المجاورة (النواسير المثانية المستقيمية في الرجل

النواسير المهبلية المستقيمية في المرأة ، استبالة الدم بضغط الورم للحالبين ، الآلام الرامحة وآلام عرق النسا باغارة الورم على الضفيرة العجزية) وينشأ بعضها الآخر من العفونة (التهاب العقد اللنفاوية في الأربيتين ، النواسير العجانية التالية لعفونة ماحول المستقيم ، التهاب اوردة الطرفين السفليين ، التهابات الصفاق المحدودة ، خراجات الكبد والرئة) .

وقد تبدو في هذا الدور الانتقالات البعيدة الى الكبد والرئتين والعظام والعقد اللنفاوية (الأربية وتحت الترقوة) .

السير . — اذا لم يعالج سرطان مجل المستقيم باكراً مات المريض بعد سنة ونصف السنة من بدء العلة بالنزف الصاعق او بانغلاق الأمعاء الحاد أو بالحرض نتيجة لانتشار الورم التدريجي واستيلائه على الأعضاء البعيدة .

٢ً . — **السرطان المستقيمي السيني** : يضيق هذا السرطان لمعة المستقيم ويتصف بأعراض الانغلاق المعوي المزمن : الآلام القولنجية الشكل وتناوب القبض مع الاسهال . وهو سرطان عالٍ لاتدركه الاصبع الماسة المستقيم ولا يكشف إلا بتنظير المستقيم والسين وبالفحص الاشعاعي .

٣ً . — **سرطان الشرج** : يتصف بالأعراض الآتية :

أ . — الأعراض الوظيفية : هي الآلام والنزوف . وتختلف الآلام فهي تارة شديدة تشبه آلام شق الشرج وطوراً خفيفة تبدو بالحكة الشرجية الليلية أو بالشعور بجسم أجنبي (حاجات كاذبة الى التغوط ، زحير ، تناوب القبض مع الاسهال) . والنزوف قليلة غالباً وتبدو على شكل نز خفيف ، والنزوف الوافرة نادرة في سرطان الشرج .

ب . — الأعراض الفيزيائية : يبدو سرطان هامش الشرج على شكل تقرح أو برعم قاسٍ ينزف لأقل لمس وأحياناً على شكل شق شرجي أو ورم قنبيطي .

أما سرطان قناة الشرج فلا يكشف إلا بمس الشرج وتنظيره . فاذا مس

شرج المريض شعرت الأصبع بأحد الاشكال الآتيـة : ١ً . ـ ببراعم هشة صلبة القاعدة تشغل قسماً من محيط قناة الشرج . ٢ً . ـ أو بتقرح نازف وذي حافات مرتفعة . ٣ً . ـ أو بارتشاح يكثف جدر الشرج ويقسيها . وتضخم في سرطان الشرج عقد الناحية الاربية بانتشار الورم اليها .

التشخيص . ـ يستند تشخيص سرطان الشرج والمستقيم ـ الذي يجب التبكير في إجرائه قبل انتشار الورم إلى الأعضاء المجاورة أو حدوث الانتقالات البعيدة ـ إلى الأعراض الوظيفية والفيزيائية السابقة : النزف أو السيلان المخاطي القيحي المدمى ، الزحير ، الحاجات الكاذبة إلى التغوط ، تناوب القبض مع الاسهال ، الورم أو التقرح الذي يكشف بمس المستقيم . ومع ذلك فإن هذا السرطان يلتبس بأمراض عديدة :

فالسرطان المستقيمي السيني يلتبس بالتهاب السين ، وسرطان المجل يلتبس بأورام المستقيم (الحميدة والوبرة) وتقرحاته (الزحارية والسلية والأفرنجية) ومرض نيقولا ـ فافر الذي يضيق القسم المنخفض من المستقيم على شكل قمع قاعدته إلى الأسفـل ، وسرطان الشرج يلتبس بشق الشرج المتأصل وبقرحته الأفرنجية وبالورم القنبيطي .

فتوصلاً إلى التشخيص الفارق بين هـذه الأمراض المختلفة يستعان بالأمور التالية :

١ً . ـ بتنظير المستقيم وفيه يبدو الورم مبرعماً ينزف لأقل لمس أو بشكل تقرح قاسٍ ذي قعر أحمر زاهٍ وحافات مرتفعة .

٢ً . ـ بالتصوير الاشعـاعي بعد رحضة ظليلة وبه يعرف ضيق لمعـة المعي وامتـداد السرطان وظهور علـل أخرى مرافقة كداء المرجلات والأورام الوَبِرة .

٣ً . ـ بالخزعة التي تؤخذ سطحية من مركز الورم ومن محيطه ـ في مكان اتصال العلة بالنسج الصحيحة ـ وبها يعرف نوع الورم : سرطان ظهـاري

وصفي منشأه جلد هامش الشرج ، أو سرطان ظهاري اسطواني نما على غشاء المستقيم المخاطي .

٤ً ـ إذا ظهرت الأعراض البولية : البول العكر والبوال المؤلم في مصاب بسرطان المستقيم كان تنظير المثانة ضرورياً فقد يكشف به خزب في قعر المثانة دال على انتشار الورم إليه .

المعالجة . ـ جراحية وفيزيائية :

١ً ـ **المعالجة الجراحية** : شافية وملطفة .

ا ـ المعالجة الشافية : تجرى هذه المعالجة اذا لم يكن مضاد استطباب موضعي (انتشار الورم الى المثانة والعجز) أو عام (انتقالات سرطانية الى (الكبد والرئتين والعظام) .

يهيأ المريض جيداً بمطهرات الامعاء (الستربتوميسين، الكلورامفينيكول، السولفاميدات غير المنحلة) ونقل الدم والحيامينات .

أما الطرائق الجراحية فتختلف بحسب مقر الورم في المستقيم :

يستأصل السرطان المستقيمي السيني والعقد المرتبطة به عن طريق البطن ثم تخاط نهايتا المقطع خياطة دائرية أو يصنع شرج صنعي دائم بتثبيت النهاية العلوية في جلد الحفرة الحرقفية اليسرى واهمال النهاية السفلية (طريقة هارتمان «Hartmann»).

أما سرطان مجل المستقيم فيستأصل بالطريقين البطني والعجاني معاً : فإذا استقر في أعشراء المتر الستة السفلية من المستقيم بتر المستقيم والشرج ثم فوغمت نهاية المقطع بجلد الحفرة الحرقفية (شرج حرقفي دائم) أو خفضت هذه النهاية وثبتت في الناحية العجانية . واذا وقع فوق ذلك أمكن المحافظة على صارة الشرج وخيطت نهاية المقطع العلوية بنهايته السفلية بعد اتباع الطريق البطني العجزي .

وفي سرطان الشرج الظهاري الاسطواني يبتر المستقيم بطريق العجان ثم تخفض نهاية المقطع وتثبت في الناحية العجانية . وتستأصل العقد الأربية المنتقل إليها الورم .

ب . – المعالجة الملطفة : قوامها اجراء شرج صنعي في الناحية الحرقفية اليسرى تخرج منه المواد المعوية المحدثة للتسمم المتراكمة فوق الضيق السرطاني. وتجرى هذه المعالجة متى اجتاز السرطان طبقات المستقيم وأحدث الخراجات والنواسير في الناحيـة العجانية والالتصاقات بالأعضاء المجاورة ولا سـيما بالعجز والمثانة .

٢ً . – **المعالجة بالعوامل الفيزيائية** : تطبق هذه المعالجة بعد فتح شرج صنعي في الحفرة الحرقفية وهي تفيد في سرطان الشرج الظهاري الرصفي وفي تطبيقها طريقتان : المعالجة بالراديوم والإستشعاع بالتماس (la radiothérapie de contact) أما المعالجة الاشعاعية فتستعمل في السرطانات المنتشرة وفي معالجة العقد المتسرطنة في الاربيتين .

أ . – المعالجة بالراديوم : لا تنكر فائدتها في معالجة سرطانات الشرج الصغيرة وغير المرتشحة ولكنها تترك أحياناً بعض العقابيل (التهابات المستقيم ، ضيق ندبي في قناة الشرج يتطلب خزع القولون « colostomie » ، آلام راحة في صارة الشرج قد تستلزم بتر المستقيم) وهذا ما ضيّق نطاق هذه المعالجة عن ذي قبل .

ب . – الاستشعاع بالتماس : يعود الفضـل الى شاوول (Chaoul) وموريزون (Morison) في تطبيقه وهو يستعمل كالراديوم في معالجـة أورام الشرج الصغيرة المتحركة غير المضيقة وغير المرتشحة ولا يؤثر في النسج الصحيحة وفي وظائف صارة الشرج كما انه لا يحدث ضيقاً ندبياً في قناته .

فهرس الكتاب

الباب الاول

أمراض جدار البطن الجراحية

الصفحة

الفصل الاول

١ الآفات الرضّية

١ البحث الاول : رضوض البطن

١٤ البحث الثاني : جروح البطن

الفصل الثاني

٢٠ أورام جدار البطن

٢٠ البحث الاول : الاورام الدموية

٢٣ البحث الثاني : الاورام الليفية

٢٥ البحث الثالث : اورام السرة

الفصل الثالث

٢٦ الفتوق اجمالاً

٢٨ البحث الاول : الفتق البسيط (الفتق الردود)

٣٥ البحث الثاني : اختلاطات الفتوق :

٣٥ ١ـ - اختناق الفتق

٤٣ ٢ـ - الغصص الفتقي

٤٤ ٣ـ - التهاب الصفاق الفتقي

٤٤ ٤ـ - الفتق غير الردود

٤٦ ٥ـ - رضوض الفتق

الفصل الرابع

٤٧ الفتوق بحسب مقرها

٤٧ البحث الاول : الفتق الاربي

٥٦ البحث الثاني : الفتق الفخذي

٦١ البحث الثالث : الفتوق السرية

٦١ ١ـ - الفتق السري في الاطفال

٦٣ ٢ـ - الفتق السري في الكهول

٦٧ البحث الرابع : فتوق الخط الابيض

الفصل الخامس

٦٩ انواع الفتوق بحسب محتواها

٦٩ البحث الاول : الفتق المثاني

٧١ البحث الثاني : فتق المعي الغليظ

الباب الثاني

عمل الصفاق الجراحية

الفصل الاول

٧٤ التهابات الصفاق الحادة

٧٤ البحث الاول : التهابات الصفاق الحادة المنتشرة

٨٣ البحث الثاني : التهابات الصفاق الحادة المحدودة (خراجات تحت الحجاب)

الفصل الثاني

٨٩ التهابات الصفاق المزمنة

٨٩ التهابات الصفاق السلية

الباب الثالث

علل الكبد والطرق الصفراوية

الصفحة

الفصل الاول

٩٦ آفات الكبد الجراحية

٩٦ البحث الاول : آفات الكبد الرضية:

٩٦ ١ـ رضوض الكبد

٩٩ ٢ـ جروح الكبد

١٠٢ البحث الثاني : علل الكبد الحمجية (خراجات الكبد)

١٠٢ ١ـ خراجات الكبد الزحارية

١١٠ ٢ـ خراجات الكبد غير الزحارية

١١٣ البحث الثالث : علل الكبد الطفيلية (كيسات الكبد المائية)

١٢٦ البحث الرابع : اورام الكبد

١٢٦ ١ـ اورام الكبد الحميدة

١٢٩ ٢ـ اورام الكبد الخبيثة

الفصل الثاني

١٣٢ علل الطرق الصفراوية الجراحية

١٣٢ البحث الاول : علل المرارة

١٣٢ ١ـ حصيات المرارة والتهابات المرارة الحصوية

١٤٤ ٢ـ التهابات المرارة غير الحصوية

١٤٩ البحث الثاني : حصاة الطريق الصفراوي الرئيس (حصيات القناة الجامعة)

الباب الرابع

أمراض الطحال الجراحية

الفصل الاول

١٦١ آفات الطحال الرضية

١٦١ البحث الاول : جروح الطحال

١٦٤ البحث الثاني : رضوض الطحال وتشققاته

١٦٨ **الفصل الثاني : الطحال المتحرك وضخامات الطحال المزمنة**

١٦٨ البحث الاول : الطحال المتحرك

١٧٠ البحث الثاني : ضخامات الطحال المزمنة

١٧٦ البحث الثالث : تناذر فرط التوتر البابي

الباب الخامس

أمراض المعشكلة الجراحية

الفصل الاول

١٨٠ آفات المعشكلة الرضية

١٨٠ البحث الاول : جروح المعشكلة

١٨١ البحث الثاني : رضوض المعشكلة

الفصل الثاني

١٨٣ آفات المعشكلة الالتهابية

١٨٣ البحث الاول : التهاب المعشكلة النزفي

١٩٠ البحث الثاني : التهابات المعشكلة المزمنة

الصفحة

١٩٤ **الفصل الثالث** : داء المعشكلة الحصوي
١٩٧ **الفصل الرابع** : كيسات المعشكلة الحقيقية و كيساتها الموهمة
٢٠٣ **الفصل الخامس** : سرطان المعشكلة

الباب السادس

أمراض المعدة والعفج الجراحية

الفصل الاول

٢٠٨ آفات المعدة والعفج الرضية
٢٠٨ البحث الأول : رضوض المعدة والعفج
٢١٢ البحث الثاني : جروح المعدة والعفج

الفصل الثاني

٢١٣ قروح المعدة والعفج

الفصل الثالث

٢٣١ اختلاطات قروح المعدة والعفج
٢٣١ البحث الاول : النزوف
٢٣٥ البحث الثاني : الانثقاب

الفصل الرابع

٢٤١ أورام المعدة والعفج
٢٤١ البحث الاول: أورام المعدة والعفج الخبيثة
٢٤١ ١ـ - سرطان المعدة
٢٤٨ ٢ـ - سرطان العفج
٢٥٠ البحث الثاني : أورام المعدة والعفج الحميدة
٢٥٠ ١ـ - أورام المعدة الحميدة
٢٥٢ ٢ـ - اورام العفج الحميدة

الفصل الخامس

٢٥٣ أمراض المعدة والعفج الالتهابية
٢٥٣ البحث الاول : سل المعدة
٢٥٥ البحث الثاني : أفرنجي المعدة

الفصل السادس

٢٥٦ تضيقات المعدة والعفج
٢٥٦ البحث الاول : تضيقات المعدة
٢٥٦ ١ـ - تضيقات البواب:
٢٥٦ أ ـ تضيقات البواب في الكهل
٢٦١ ب ـ ضيق البواب الضخامي في الرضيع
٢٦٣ ٢ـ - تضيقات منتصف المعدة
٢٦٦ البحث الثاني : تضيقات العفج

الفصل السابع

٢٦٨ رتوج العفج

الفصل الثامن

٢٧١ إمراض المعدة المبضوعة

الباب السابع

أمراض المعي الرقيق الجراحية

الصفحة

الفصل الاول

٢٧٧ انغلاقات الأمعاء

٢٧٧ البحث الاول: انغلاقات الامعاء إجمالاً

٢٩٣ البحث الثاني : انفتال المعي الدقيق

٢٩٦ البحث الثالث : انغلاف الامعاء :

٢٩٦ ١ـ - انغلاف الامعاء الحادفي الرضيع

٢٩٩ ٢ـ - انغلاف الامعاء في اليافع والكهل

الفصل الثاني

٣٠٢ تضيقات المعي الدقيق وأورامه

الفصل الثالث

٣٠٥ رتوج المعي الدقيق

٣٠٥ البحث الاول : الداء الرتجي

٣٠٧ البحث الثاني : التظاهرات الامراضية الناجمة عن وجود رتج ميكل

الفصل الرابع

٣١٠ انسداد العروق المساريقية

(احتشاء الامعاء)

الباب الثامن

أمراض المعي الغليظ الجراحية

الفصل الاول

٣١٥ أمراض الأعور والزائدة

٣١٥ البحث الاول : التهابات الزائدة :

٣١٥ ١ـ - التهاب الزائدة الحاد

٣٣٣ ٢ـ - التهاب الزائدة المزمن

٣٣٧ البحث الثاني : السل اللفائفي الاعوري

٣٤٢ البحث الثالث : سرطان الاعور

الفصل الثاني

٣٤٧ أمراض القولون الأيسر

٣٤٧ البحث الاول : شذوذ القولون الايسر :

٣٤٧ ١ـ - القولون العرطل الولادي

٣٥١ ٢ـ - القولون المستطيل

٣٥٥ البحث الثاني : انفتالات القولون (انفتال القولون الحوضي)

٣٥٨ البحث الثالث : أورام القولون الايسر :

٣٥٨ ١ـ - داء المرجلات المستقيمي القولوني

٣٦١ ٢ـ - سرطان القولون الايسر

٣٦٧ البحث الرابع : الشرج غير الطبيعي والنواسير الغائطية

الباب التاسع

أمراض الشرج والمستقيم الجراحية

الصفحة

الفصل الاول

٣٧١ أمراض الشرج والمستقيم الالتهابية

٣٧١ البحث الاول : شق الشرج

٣٧٥ البحث الثاني : خراجات حول الشرج والمستقيم

٣٨١ البحث الثالث نواسير الشرج

الفصل الثاني

٣٨٥ البواسير وهبوط المستقيم

٣٨٥ البحث الاول : البواسير

٣٩٢ البحث الثاني : هبوط المستقيم

الفصل الثالث

٣٩٩ أورام الشرج والمستقيم

٣٩٩ البحث الأول : اورام الشرج والمستقيم الحميدة

٤٠٢ البحث الثاني : أورام المستقيم الوبرة

٤٠٥ البحث الثالث : سرطان الشرج والمستقيم

* * *

فهرس المواد

مرتبة على حروف الهجاء

الصفحة

— أ —

- ابراهام (علامة — ١٣٧
- الأربي (الفتق — ٤٧
- أسلاي - كوبر (علامة — ٥٨
- الاعور (سرطان — ٣٤٢
أفرنجي المعدة ٢٥٥
إمراض المعدة المبضوعة ٢٧١
- اوبرن (تجربة — ٣٦

— ب —

- باسيني (طريقة — ٥٥
- بانتي (تناذر — ١٧٣
- البطن (جروح — ١٤
- البطن (رضوض — ١
البطن (أورام جدار — ٢٠
- البطن الدموية (أورام جدار — ٢٠
- البطن الليفية (أورام جدار — ٢٣
- البواب (تضيقات — ٢٥٦

الصفحة

- البواب الضخامي في الرضيع (ضيق — ٢٦١
البواسير ٣٨٥
- بوفره (علامة — ٢٥٨ ، ٢٨٩
- بول (علامة — ٨٧
- بوليا (عملية — ٢٢٩
- بويدن (طعام — ١٤١
- بيان (عملية — ٢٢٩ ، ٢٧٢

— ت —

- تحت الحجاب (خراجات — ٨٣
- تراند لنبورغ (وضع — ٣٢ ، ٤٦ ، ٢٢٢ ، ٢٤٧ ، ٢٩٣ ، ٣٣١
- تروازيه (علامة — ٢٤٤
تفاعل ويبر وماير ٢١٨ ، ٢٤٣ ، ٢٤٩
تناذر بانتي ١٧٣
التناذر البواني لهارتمن وسوبولت ٢٢٢
تناذر رايشمان ٢٢٢ ، ٢٥٩
تناذر الإغراق ٢٧٣
تناذر فرط التوتر البابي ١٧٦

الصفحة

تناذر كونيغ ٣٠٣
توسع لوجيه الإطاري ٢٨٩

— ث —

ثالوث ديولافوا ٣٢١
اثقاب قروح المعدة والعفج ٢٣٥

— ج —

تجربة اوبرن ٣٦
جروح البطن ١٤
جروح الطحال ١٦١
جروح الكبد ٩٩
جروح المعثكلة ١٨٠
جروح المعدة والعفج ٢١٢
— جوبار (علامة — ١٠
— جيرار ومارشان (نظرية — ٣٩٣

— ح —

احتشاء الأمعاء ٣١٠
— الحصوي (داء المعثكلة — ١٩٤
حصيات القناة الجامعة ١٤٩
حصيات المرارة ١٣٢

— خ —

اختبار ميلتزر ـ ليون ١٤٠، ١٥٤، ١٥٨
اختبار واينبرغ وبارفو ١٢١

الصفحة

خراجات تحت الحجاب ٨٣
خراجات الحفرة الوركية الشرجية ٣٧٧
خراجات حول الشرج والمستقيم ٣٧٥
خراجات حول الشرج والمستقيم السطحية ٣٧٦
خراجات الفسحة الحوضية المستقيمية العلوية ٣٧٨
خراجات الكبد ١٠٢
خراجات الكبد الزحارية ١٠٢
خراجات الكبد غير الزحارية ١١٠
— الخط الأبيض (فتوق — ٦٧
خط ملغانيه ٥٤، ٥٨
اختلاطات قروح المعدة والعفج ٢٣١
اختناق الفتق ٣٥

— د —

الداء الرتجي ٣٠٥
داء المرجلات المستقيمي القولوني ٣٥٨
داء هودشكين ١٧٥
— دانس (علامة — ٢٩٨
— دراغستيد (عملية — ٢١٤، ٢٣٠، ٢٧٦
— دلبه (علامة — ١٥٤، ٣٢٥
— دوبترن المعوية (مفغرة — ٣٧٠
— دولاجينيار (طريقة — ٦٠
— ديجردن (نقطة — ١٥٣
— ديولافوا (ثالوث — ٣٢١

— ر —

— راموند (حجب — ٥٠، ٥٢
— رايشمان (تناذر — ٢٢٢، ٢٥٩

	الصفحة
– الرتجي (الداء –	٣٠٥
رتوج العفج	٢٦٨
رتوج المعي الدقيق	٣٠٥
رتج ميكل	٣٠٧
– الردود (الفتق غير –	٤٤
رضوض البطن	١
رضوض الطحال وتشققاته	١٦٤
رضوض الفتق	٤٦
رضوض الكبد	٩٦
رضوض المعثكلة	١٨١
رضوض المعدة والعفج	٢٠٨
– روجي (طريقة –	٦٠
– روفسينغ (علامة –	٣٢١، ٣٢٢
– ريختر (فتق –	٣٩

– ز –

– الزائدة (التهابات –	٣١٥
– الزائدة الحاد (التهاب –	٣١٥
– الزائدة المزمن (التهاب –	٣٣٣
زر مورفي	٤٣

– س –

– ستوكس (قانون –	٧٦، ٢٨١
انسداد العروق الماساريقية	٣١٠
– السرية (الفتوق –	٦١
– السرة (أورام –	٢٥
سرطان الأعور	٣٤٢
سرطان الشرج	٤٠٩
سرطان الشرج والمستقيم	٤٠٥
سرطان العفج	٢٤٨
سرطان القولون الأيسر	٣٦١
سرطان محل المستقيم	٤٠٧
السرطان المستقيمي السيني	٤٠٩
سرطان المعثكلة	٢٠٣
سرطان المعدة	٢٤١
السل اللفائفي الأعوري	٣٣٧
سل المعدة	٢٥٣
– سوبولت (طريقة –	٢٠٧
– سوينسن (عملية –	٣٥١
– سينيك (طريقة –	٣٦٥

– ش –

– الشرج (سرطان –	٤٠٩
– الشرج (شق –	٣٧١
– الشرج (ناميات حول –	٣٩٩
– الشرج (نواسير –	٣٨١
الشرج غير الطبيعي والنواسير الغائطية	٣٦٧
– الشرج والمستقيم (سرطان –	٤٠٥
– الشرج والمستقيم (أورام –	٣٩٩
– الشرج والمستقيم الحميدة (أورام –	٣٩٩
شذوذ القولون الأيسر	٣٤٧
– شوفار المعثكلية الجامعية (ناحية –	١٥٣

– ص –

– الصفاق الحاد المنتشرة (التهابات –	٧٤

الصفحة

- الصفاق الحادة المحدودة (التهابات - ٨٣
- الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية (التهاب - ٨٠
- الصفاق السلية (التهابات - ٨٩
- الصفاق الفتقي (التهاب - ٤٤
- الصفاق المبكل (التهاب - ٣١٨
- الصفراوي (الانغلاق - ١٣٩

— ض —

ضخامات الطحال الخمجية والطفيلية ١٧٣
ضخامات الطحال في أمراض الدم ١٧٤
ضخامات الطحال المزمنة ١٧٠
ضخامات الطحال الوحيدة العرض ١٧٠
تضيقات البواب ٢٥٦
ضيق البواب الضخامي في الرضيع ٢٦١
تضيقات المفج ٢٦٦
تضيقات المعدة ٢٥٦
تضيقات المعدة والمفج ٢٥٦
تضيقات منتصف المعدة ٢٦٣
تضيقات المعي الدقيق وأورامه ٣٠٢

— ط —

- الطحال (جروح - ١٦١
- الطحال وتشققاته (رضوض - ١٦٤
- الطحال الخمجية والطفيلية (ضخامات - ١٧٣
- الطحال العفلي (ورم - ١٧٣
- الطحال في أمراض الدم (ضخامات - ١٧٤
- الطحال اللاطفيلية (كيسات - ١٧٢

الصفحة

- الطحال المائية (كيسات - ١٧٠
الطحال المتحرك ١٦٨
- الطحال المزمنة (ضخامات - ١٧٠
- الطحال الوحيدة العرض (ضخامات - ١٧٠
طريقة باسيني ٥٥
طريقة دولاجينيار ٦٠
طريقة روجي ٦٠
طريقة سوبولت ٢٠٧
طريقة سينيك ٣٦٥
طريقة غراهام ١٤١
طريقة فورغ ٥٥
طريقة فولكمان ٣٦٥
طريقة ميكوليتس ٣٦٥
طريقة هارتمان ٤١١
طريقة ويتهاد ٣٩٠
طعام بويدن ١٤١

— ع —

عش هودك ٢٢٠، ٢٢٢، ٢٢٦، ٢٦٠، ٢٦٩
- العفج (جروح المعدة و - ٢١٢
- العفج الحميدة (أورام - ٢٥٢
- العفج (رتوج - ٢٦٨
- العفج (رضوض المعدة و - ٢٠٨
- العفج (سرطان - ٢٤٨
- العفج (تضيقات - ٢٦٦
- العفج (قرحة - ٢٢٣

الصفحة

- العفج (أورام المعدة و - ٢٤١
علامة ابرا ام ١٣٧
علامة أسلاي كوبر ٥٨
علامة بطرس دلبه ١٥٤، ٣٢٥
علامة بوفره ٢٥٨، ٢٨٩
علامة بول ٨٧
علامة تروازيه ٢٤٤
علامة جوبار ١٠
علامة دانس ٢٩٨
علامة روفسينغ ٣٢١، ٣٢٢، ٣٣٥
علامة غينار ٣٢٢
علامة فون وال ٢٨٧، ٢٩٤
علامة فينسترر ٩٨
علامة كورفوازيه - تيريه ١٥٣، ١٥٦، ١٥٧، ٢٠٥
علامة كوسمول ٢٥٨
علامةماك بورني ٢٢٥، ٣٠٩، ٣٢٢
علامة مورفي ١٣٦
عملية بوليا ٢٢٩
عملية بيان ٢٢٩، ٢٧٢
عملية دراغستيد ٢١٤، ٢٣٠، ٢٧٦
عملية سوينسن ٣٥١
عملية فروده ٢٦٢
عملية فينسترر ٢٢٩

— غ —

- غراهام (طريقة - ١٤١
- الاغراق (تناذر - ٢٧٣

الصفحة

الغصص الفتقي ٤٣
اغلاف الأمعاء ٢٩٦
انغلاف الأمعاء في الرضيع ٢٩٦
انغلاف الأمعاء في اليافع والكهل ٢٩٩
الانغلاق الآلي ٢٧٩
الانغلاق الآلي بالاختناق ٢٨٠
الانغلاق الآلي بالانسداد ٢٧٩
الانغلاق الصفراوي ١٣٩
انغلاقات الأمعاء ٢٧٧
انغلاقات الأمعاء اجمالاً ٢٧٧
الانغلاقات الناشئة من رتج ميكل ٣٠٨
الانغلاق الوظيفي ٢٨١
- غوتمان (نوبة الثلاثة أيام لـ - ١٣٦
- غينار (علامة - ٣٢٢

— ف —

فاقة الدم الخبيثة ١٧٥
- فاكيز (مرض - ١٧٥
الفتق الأربي ٤٧
الفتوق إجمالاً ٢٦
فتوق الخط الابيض ٦٧
- الفتق (اختناق - ٣٥
- الفتق (رضوض - ٤٦
فتق ريختر ٣٩
الفتوق السرية ٦١
الفتق السري في الاطفال ٦١
الفتق السري في الكهول ٦٣
- الفتقي (الغصص - ٤٣
الفتق غير الردود ٤٤

الصفحة

الفتق الفخذي ٥٦
فتق كلوكه ٥٨
– الفتقي (التهاب الصفاق – ٤٤
فتق لوجيه ٥٧
الفتق المثاني ٦٩
فتق المعي الغليظ ٧١
انفتالات القولون ٣٥٥
انفتال القولون الحوضي ٣٥٥
انفتال المعي الدقيق ٢٩٣
– فرط التوتر البابي (تناذر – ١٧٦
الفرفرية المزمنة الناكسة ١٧٤
– فروده (عملية – ٢٦٢
تفاعل فليغ وليسبون الرسوبي ١٢١
تفاعل كازوني ١٢١
– فورغ (طريقة – ٥٥
– فولكمان (طريقة – ٣٦٥
– فون وال (علامة – ٢٨٧، ٢٩٤
– فينسترر (علامة – ٩٨
– فينسترر (عملية – ٢٢٩

– ق –

قانون ستوكس ٧٦، ٢٨١
قرحة رتج ميكل الهضمية ٣٠٩
قرحة كروفاليه ٢١٣
قروح المعدة والعفج ٢١٣
– قروح المعدة والعفج (اثقاب – ٢٣٥
– قروح المعدة والعفج (اختلاطات – ٢٣١
– قروح المعدة والعفج (النزوف – ٢٣١

الصفحة

القرحة الهضمية التالية لبضع المعدة ٢٧٤
– القناة الجامعة (حصيات – ١٤٩
– القنبيطية (الأورام – ٣٩٩
– القولون (انفتالات – ٣٥٥
– القولون الأيسر (شذوذ – ٣٤٧
– القولون الايسر (سرطان – ٣٦١
– القولون الايسر (أورام – ٣٥٨
– القولون الحوضي (انفتال – ٣٥٥
القولون العرطل الولادي ٣٤٧
القولون المستطيل ٣٥١
القولون المستطيل العرطل ٣٥٢

– ك –

– كازوني (تفاعل – ١٢١
– الكبد (جروح – ٩٩
– الكبد (خراجات – ١٠٢
– الكبد (رضوض – ٩٦
– الكبد (أورام – ١٢٦
– الكبد الحميدة (أورام – ١٢٦
– الكبد الخبيثة (أورام – ١٢٩
– الكبد الزحارية (خراجات – ١٠٢
– الكبد غير الزحارية, خراجات – ١١٠
– الكبد المائية (كيسات – ١١٣
– الكبد الوعائية (أورام – ١٢٨
– كروفاليه (قرحة – ٢١٣
– كروفاليه (نظرية – ٣٩٣
– كلوكه (فتق – ٥٨
– كورفوازيه – تبريه (علامة – ١٥٣، ١٥٦، ١٥٧، ٢٠٥

الصفحة

- كوسماول (علامة - ٢٥٨
- كونيغ (تناذر - ٣٠٣

— ل —

- اللفائفي الاعوري (السل - ٣٣٧
التهابات رتج ميكل ٣٠٨
التهابات الزائدة ٣١٥
التهاب الزائدة الحاد ٣١٥
التهاب الزائدة المزمن ٣٣٣
التهابات الصفاق الحادة ٧٤
التهابات الصفاق الحادة بالمكورات الرئوية ٨٠
التهابات الصفاق السلية ٨٩
التهاب الصفاق الفتقي ٤٤
التهاب الصفاق المهيكل ٣١٨
التهابات المرارة الحصوية ١٣٢
التهابات المرارة غير الحصوية ١٤٤
التهابات المعثكلة المزمنة ١٩٠
التهاب المعثكلة النزفي ١٨٣
- لوجيه (فتق - ٥٧
- لوجيه الإطاري (توسع - ٢٨٩
- لودلوف (نظرية - ٣٩٣
- لانز (نقطة - ٣٢٢،٣٣٥
- لاينيك (اشقرار - ١٧٦

— م —

- المائية (كيسات الطحال - ١٧٠

الصفحة

- المائية (كيسات الكبد - ١١٣
- ماك بورني (علامة - ٢٥٥،٣٠٩،٣٢٢
- المثاني (الفتق - ٦٩
- المرارة (حصيات - ١٣٢
- المرارة غير الحصوية (التهابات - ١٤٤
مرجلات المستقيم ٤٠٠
- المرجلات المستقيمي القولوني (داء - ٣٥٨
- المستقيم (هبوط - ٣٩٢
- المستقيم الوبرة (أورام - ٤٠٢
- مرض نيقولا - فافر ٣٨٧،٤١٠
مرض هيرشبرونغ ٣٤٧
مرض ورلوف ١٧٤
- المعثكلة (جروح - ١٨٠
- المعثكلة (رضوض - ١٨١
- المعثكلة (سرطان - ٢٠٣
- المعثكلة (كيسات - ١٩٧
- المعثكلة الحصوي (داء - ١٩٤
- المعثكلة الحقيقية (كيسات - ١٩٧
- المعثكلة المزمنة (التهابات - ١٩٠
- المعثكلة الموهمة (كيسات - ١٩٨
المعثكلة النزفي (التهاب - ١٨٣
- المعدة (أفرنجي - ٢٥٥
- المعدة (سرطان - ٢٤١
- المعدة (سل - ٢٥٣
- المعدة (تضيقات - ٢٥٦
- المعدة (تضيقات منتصف - ٢٦٣
- المعدة المبضوعة (إمراض - ٢٧١

الصفحة

- المعدة الحميدة (أورام - ٢٥٠
- المعدة والعفج (جروح - ٢١٢
- المعدة والعفج (رضوض - ٢٠٨
- المعدة والعفج (تضيقات - ٢٥٦
- المعدة والعفج (قروح - ٢١٣
- المعدة والعفج (أورام - ٢٤١
- المعدة والعفج الخبيثة (أورام - ٢٤١
- الأمعاء) احتشاء - ٣١٠
- الأمعاء (انغلاف - ٢٩٦
- الأمعاء (انغلافات - ٢٧٧
- الأمعاء إجمالاً (انغلافات - ٢٧٧
- المعي الدقيق (رتوج - ٣٠٥
- المعي الدقيق (انفتال - ٢٩٣
- المعي الدقيق وأورامه (تضيقات - ٣٠٢
- المعي الغليظ (فتق - ٧١
- الامعاء في الرضيع (انغلاف - ٢٩٦
- الامعاء في اليافع والكهل (انغلاف - ٢٩٩
- ملغانيه (خط - ٥٤، ٥٨
- مورفي (زر - ٤٣
- مورفي (علامة - ١٣٦، ١٣٧، ١٣٨
- ميكل (رتج - ٣٠٧
- ميكوليتس (طريقة - ٣٦٥
- ميلتزر - ليون (اختبار - ١٤٠، ١٥٤، ١٥٨

— ن —

ناحية شوفار المشكلية الجامعية ١٥٣

الصفحة

نواسير الشرج ٣٨١
الناميات حول الشرج ٣٩٩
النزوف في قروح المعدة والعفج ٢٣١
نظرية جيرار ومارشان ٣٩٣
نظرية كروفاليه ٣٩٣
نظرية لودلوف ٣٩٣
نقطة ديجردن ١٥٣
نقطة لانز ٣٢٢، ٣٣٥
- نيقولا - فافر (مرض - ٣٨٧، ٤١٠

— هـ —

- هارتمان (طريقة - ٤١١
- هارتمان وسوبولت (التنافذ البوابي - ٢٢٢
- هاي (وسيلة - ٢٦٧
هبوط المستقيم ٣٩٢
- هودشكين (داء - ١٧٥
- هودك (عش - ٢٢٠، ٢٢١، ٢٢٦، ٢٦٠، ٢٦٩
- هيرشبرونغ (مرض - ٣٤٧

— و —

- واينبرغ وبارفو (اختبار - ١٢١
- ورلوف (مرض - ١٧٤
اورام جدار البطن ٢٠
أورام جدار البطن الدموية ٢٠
أورام جدار البطن الليفية ٢٣
أورام السرة ٢٥

	الصفحة
أورام الشرج والمستقيم	٣٩٩
أورام الشرج والمستقيم الحميدة	٣٩٩
ورم الطحال العفلي	١٧٣
أورام العفج الحميدة	٢٥٢
الأورام القنبيطية	٣٩٩
أورام القولون الايسر	٣٥٨
أورام الكبد	١٢٦
أورام الكبد الحميدة	١٢٦
أورام الكبد الخبيثة	١٢٩
أورام الكبد الغدية الوحيدة	١٢٦
أورام الكبد الوعائية	١٢٨
أورام المستقيم الوبرة	٤٠٢
أورام المستقيم الوعائية	٤٠٠
أورام المعدة الحميدة	٢٥٠
أورام المعدة والعفج	٢٤١
أورام المعدة والعفج الخبيثة	٢٤١
وسيلة هاي	٢٦٧
– وبير وماير (تفاعل –	٢١٨، ٢٤٣
	٢٤٩
– ويتهاد (طريقة –	٣٩٠
– ي –	
اليرقان الحال للدم	١٧٤

جدول الخطأ والصواب

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
١٣	١٥	وإذا نأخر	وإذا تأخر
٢١	١	رقيقـــه	رقيقـــة
٥٦	٢	(عنوان) الفتق الفحذي	الفتق الفخذي
٦٥	٤	الجلد الذي يغطيه و كثيفاً فيه	الجلد الذي يغطيه كثيفاً وفيه
٧٠	٤	كما ذكرت حصاة	كما ذكرت حصاة
٧٣	١	ءن كانت	إن كانت
٨٩	١٠	أسبابه المؤهبة	أسبابهـا المؤهبة
٩١	١١	الاشكال الجبنية : تصادف	الشكل الجبنى : يصادف
٩٥	١	في الأشكال الجبنية	في الأشكال الجبنية
١٢٧	٧	في المراة	في المرأة
١٤٣	٧	تهيئة جيده	تهيئة جيدة
١٤٥	١٧	يشتمل	تشتمل
١٤٨	٩	المعالجه الجراحية	المعالجة الجراحية
١٥٥	٧	العراقيل الحادة : ذات القناة	العراقيل الحادة : أ) ذات القناة
١٩٠	١٤	التهابات المعشكله	التهابات المعشكلة
١٩٨	١٤	كيسيسات المعشكلة	كيسيسات المعشكلة
٢٠٨	٤	آفات المعدة والعفج الجراحية	آفات المعدة والعفج الرضية

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
٢١٦	٣	قرحة مزدوجة في انحناء الصغير المعدة	قرحة مزدوجة في انحناء المعدة الصغير
٢٤٩	١٠	في إطاره وعلى عكس	في إطاره على عكس
٢٦٢	٦	امتلاء العفج	عدم امتلاء العفج
٢٦٩	٢	فهو انغلاق عفجي	فهو انغلاف عفجي
٢٧٠	٥	وخطر إذ وقع	وخطر إذا وقع
٢٧٢	١٦	عملية باين	عملية بيان
٢٩٤	٢٣	مقرة حول السرة	مقره حول السرة
٣١٥	١١	تصاب الزئدة	تصاب الزائدة
٣٤١	٢٤	يعالح	يعالج
٣٨٤	٢	التفتيش على الانفكاكات	التفتيش عن الانفكاكات
٣٩٠	٤	المعالجة لدوائية	المعالجة الدوائية
٤١١	٢١	أمكن المحافظة	أمكن المحافظة

LIBRARY
OF
PRINCETON UNIVERSITY

Princeton University Library
32101 074075365