



2271
5422
312

al-Lababidi

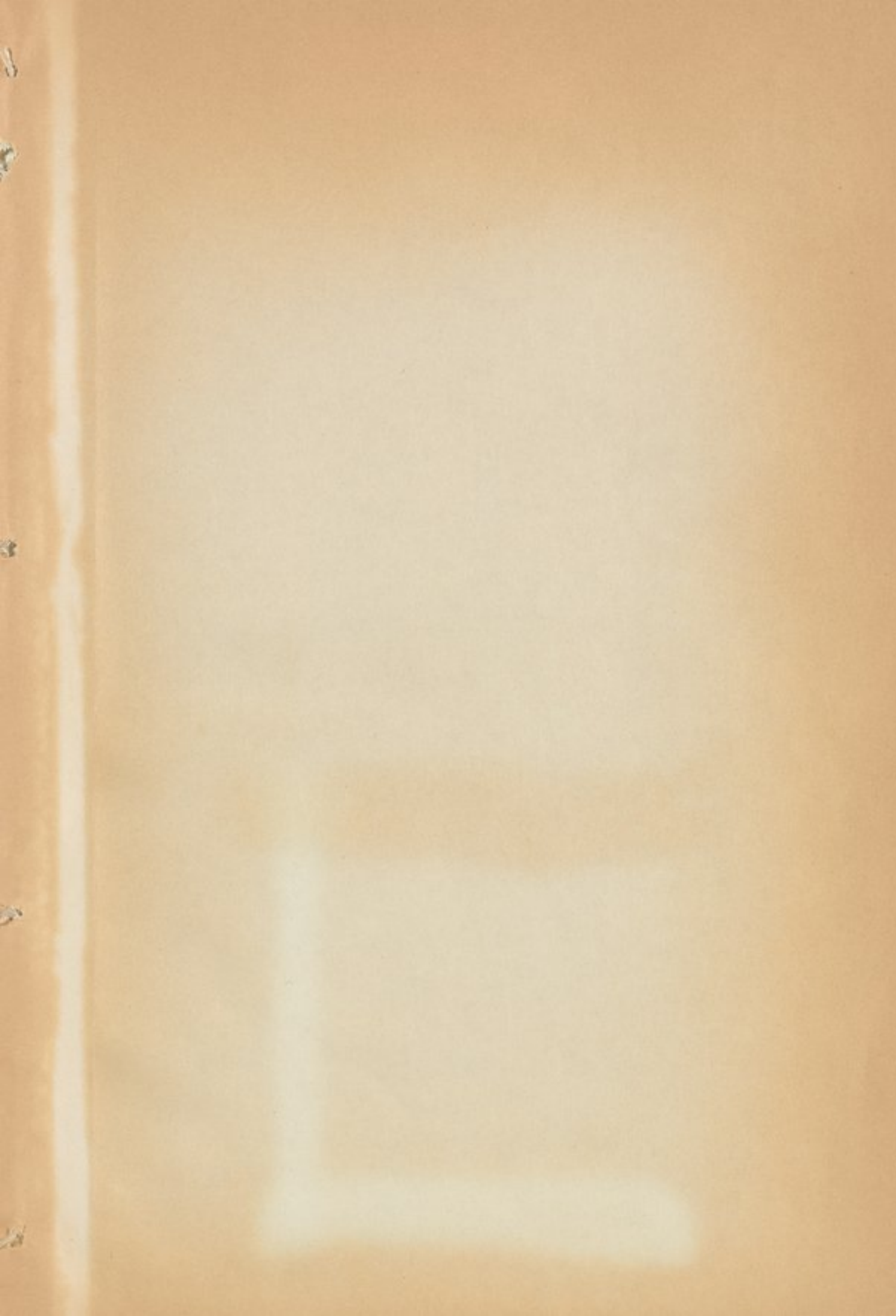
Amrad al-batn al-jirahi-
yah

[illegible]

Princeton University Library



32101 074075365



الدكتور
لطفى الباسيدي

أمراض البطن الجراحية

الطبعة الأولى

١٩٦١ = ١٣٨٠ هـ

مطبعة جامعة دمشق



أمراض البطن الجراحية

Amrād al-baṭn al-jirāḥīyah

تأليف

الدكتور

لطفی اللبیبی

الأستاذ بلا كرسي في قسم الجراحة العامة
بكلية الطب - جامعة دمشق

مفروق الطبع محفوظة للمؤلف

الاهداء

إلى من سدد خطاي في طريق الجراحة الوعر الشاق
إلى شيخ جراحي سورية وكبير أساتذتها
إلى أحد باني 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

مرسمة خاطرة

أهدي ثمرة انتاجي الأولى اقراراً بما له عليّ من فضل ، واعتراضاً بجميله
الذي لا ينسى .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المقدمة

بعد أن ألفت 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 يُعوّل عليه في التدريس ولا معاجم طبية عربية يعود إليها الباحث والمدرس ، فشمر عن ساعد الجِدِّ 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 بضيع التلميذ المبتدئ في فيافيه المتراصة الأطراف .

وفي السنة ١٩٤٦ وبعد أن انضمّ إلى الاستاذ خاطر في التدريس الاستاذ منير شوري وضعاه موجز الأمراض الجراحية « في جزئين ضخمين فخفا عن الطائفة عبثاً كبيراً . وظل هذا المؤلف إلى بضع سنوات خلت المرجع الذي يعود إليه الطلاب في درس الأمراض الجراحية .

وبما أن الجراحة التي لا تختلف 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 لابد من أعداد 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 ألا يكون مطولاً فيضيع الطالب في تفاصيله ولا مقتضباً فلا يستنتج منه النتيجة المطلوبة . وقد راعيت أيضاً عامل المسكان فأسهبت في وصف الأمراض الكثيرة الحدوث في هذه البلاد كحوض البطن وقروح المعدة والعنبرج والتهابات الزائدة وأوجزت في بعضها الآخر الذي لا يكاد 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 ما ينفع الغلة وأن يرى فيه الزملاء الكرام المرجع الأمين الذي يعودون إليه في سياق ممارستهم والله ولي التوفيق .

الدكتور

لطفی البیاسی

الباب الأول

أمراض جدار البطن الجراحية

الفصل الأول

الآفات الرضية

البحث الأول

رضوض البطن

(Contusions de l'abdomen)

قد يحدث الرض آفة سطحية في جدار البطن غير أنه في الغالب يصيب الأحشاء البطنية الجوف (المعدة، الأمعاء، المثانة، الطرق الصفراوية) أو أحشاء البطن الممتلئة (الكبد، الطحال، الكلية، المعشكلة «pancréas»)
ورض البطن خطر ولا سيما متى أصاب أحد الأحشاء البطنية حتى أنه قد يكون مميتاً :

ببضع دقائق بالصدمة (choc) أو بالنزف الصاعق .

أو بعد عدة ساعات بالنزف الباطن المتروقي .

أو بعد عدة أيام بالتهاب الصفاق الحاد .

وقد يموت المصاب بنزف ثانوي نجم عن انفجار ورم دموي متكيس أو بالتهاب صفاق سببه سقوط خشك ريشة من عضو أجوف ، يبين هذا للتشخيص الدقيق المبكر من شأن في إسماع مرضي 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 الأخرى : رفسة قدم ، صدمة قوية بجمع الكف ، سقوط المرء واصطدام بطنه بجسم ناتيء ، انفجار المرامي النارية في الهواء أو الماء الذي يحدث علاوة على الآفات الصدرية والسمعية والدماعية 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 بماسة 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 الحط

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

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

٣. - المرضية : إن الأحشاء المؤوفة (المعدة المصابة بالقرحة ، القولونات المصابة بالتقرح والالتهاب ، الأمعاء المرتصة بالالتصاقات ، الكبد المصابة بالاستقرار « cirrhose » والطحال المريض الضخم) هي أكثر تعرضاً للتمزق والانفجار من الأحشاء السليمة .

الآلية . - تختلف بحسب العضو المصاب :

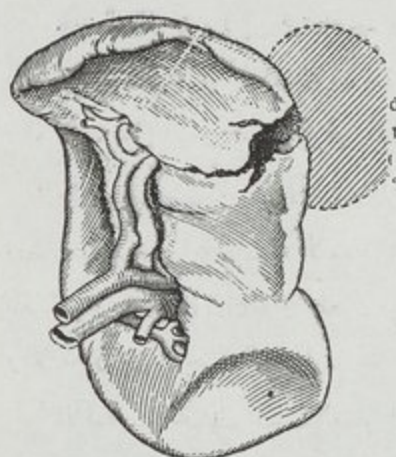
فالأحشاء الجوف ترهس ما بين العمود الفقري والحوض (عروة الصائم الأولى وعروة اللفائفي الأخيرة) أو تنفجر متى كانت متسعة بالغاز أو بالمواد السائلة (المعدة والمثانة) أو أنها تنقلع ارتكازاتها الماساريقية (عروة معوية ثابتة) وذلك نادر .

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

التشريح الموضعي . - علينا ان ندرس في التشريح المرضي آفات جدار البطن وآفات محتوى البطن (الأحشاء الممتلئة ، الأحشاء الجوف ، الماساريقي ،

الأوعية الكبيرة) والآن نسهى عن ذكر آفات الجوار التي تصادف في الرضوض الصدرية البطنية بالخاصة .

١. - 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 الحفاق الجداري ويظل



(الشكل - ٢)
رض الطحال (الدرجة الثانية)
(عن مينيكو)



(الشكل - ١)
رض الطحال (الدرجة الاولى)

الجلد سليماً مع ذلك غير ان الفتق الرضي يتلوه فيستدعي الألم الذي يحدثه التوسط الجراحي . والأحشاء المنفتحة عادة هي المعى الدقيق والماساريقي التي تظل سليمة بما يعادل ٦٠ ٪ .

٢. - آفات محتوى البطن : أ) الأحشاء المتثلثة : الكبد والطحال والمعشكة 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 الممنليء وانشقاق محفظته
(الشكل - ٢) وقد تنفصل قطعة منه انفصلاً تاماً (الشكل - ٣) .



(الشكل - ٣)

انفجار الطحال

(عن موندور)

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

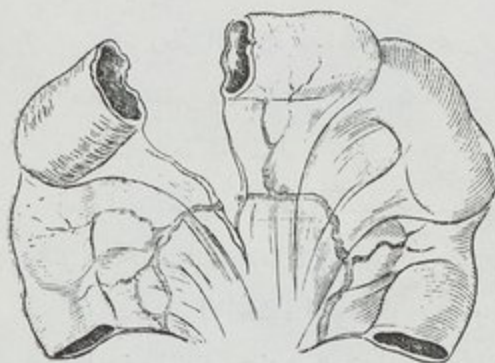
أما رض المعشكة فيرافقه نزف تحت
الصفاق ينتشر بسرعة أو ينتهي بتكوين
كيس المعشكة الموهم . كما أن نزف
الكلى يجمع في محيطها أو ينطرح بمسالك
البول مكوناً البيلة الدموية (hématurie) .

ب . - الأَحْشاء الجوف : الأمعاء
والمعدة والمثانة ومجاري الصفراء :

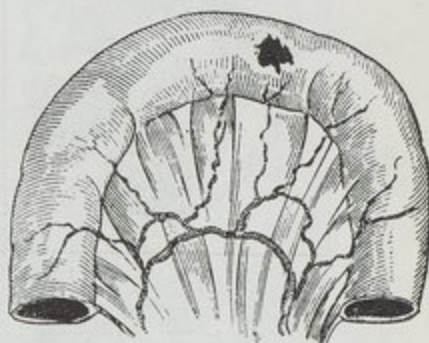
إن أكثر هذه الاحشاء تعرضاً للرض هي الأمعاء الدقيقة لكونها على الحط
المتوسط ولا يصونها الا جدار عضلي ضريعي (aponévrotique) قليل المثانة
فتنضغط بين الاداة الراضة وبرزة العمود الفقري فتؤرض أو تتمزق .

والرض خفيف أو شديد ويتمثل الخفيف بقروث صغيرة أو ارتشاحات
نزفية محدودة بين طبقات الأمعاء بينما يتكون في الرض الشديد ورم دموي
بين طبقات الأمعاء أو يحدث شق قسيمي يتناول الطبقتين المصلية والعضلية فقط
عافاً عن الغشاء المخاطي وهذا النوع من الرض خطرو ويختلط بانثقاب ثانوي في الغالب .
أما التمزق فتام أو ناقص ويعني بالناقص التمزق الذي لا يشمل على محيط

العروة جميعه وهو الاكثر تصادفاً (الشكل - ٤) وشكل التمزق فيه بيضاوي أو متطاول أو نجمي حافته مشرشرة ومرضوخة متى كان رهس وواضحة غير مرضوخة متى كان انفجار وفي كلتا الحالتين ينفثق الغشاء المخاطي من فوهة التمزق . ويستقر التمزق في أية نقطة من محيط الأمعاء وقد يكون صغيراً بججم رأس الدبوس . وأما التمزق التام فيقتناول محيط العروة جميعه ويكون قائماً على محورها ويمتد غالباً الى الماساريقي (الشكل - ٥) . ومكان التمزق مرض منكمش يخرج منه الغشاء المخاطي على شكل حلقة .



(الشكل - ٥)
تمزق المعى التام



(الشكل - ٤)
تمزق المعى الناقص

(عن ميبيكو)

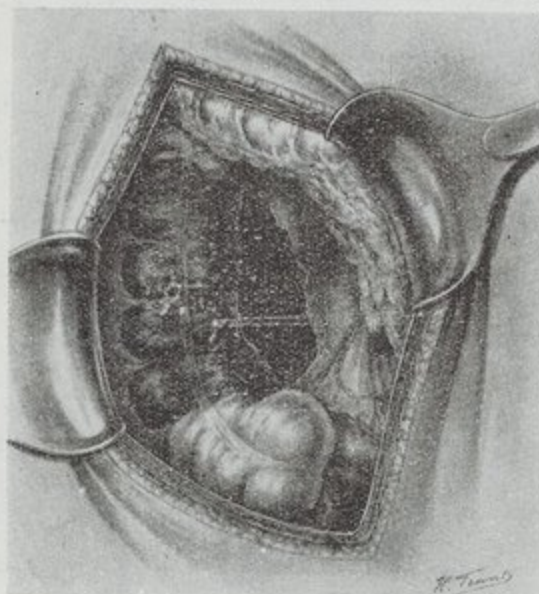
السير . - يختلف تطور الآفة باختلاف درجة الرض ، ففي الرض الطفيف يزول القرت ويعور الارتشاح النزفي من تلقاء ذاته ، أما في الرض الشديد فتفضي الآفة الى الانثقاب الثانوي بسقوط العُطبة (sphacèle) محدثة التهاب الصفاق الحاد أو أنها تشفى فيظهر بعد أسابيع أو أشهر تناذر انفلاق الامعاء الناجم عن تكون الندبة التي أدت إلى تضيق لمعة المعى . ويؤدي التمزق تاماً كان أو ناقصاً الى التهاب الصفاق الحاد المنتشر إذا ترك شأنه ولم يعالج .

العفج . - يدل على رضوخه ، التي تعادل ١٠٪ من رضوخ الأنبوب الهضمي كافة ، الورم الدموي خلف الصفاق والارتشاح الدموي أو الصفراوي في ماساريقي القولون المعترض أو الصاعد .

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

المعي الغليظ . - تعادل اصابته بالرض ١٠٪ من رضوخ الأمعاء إجمالاً وينتخب الرض عادة الأقسام المنسعة منه كالأعور والسبين . أما التمزقات الحلقية لقطعه الثابتة فتبقى خفيفة .

المثانة . - تصاب بنوعين من الآفات : ١) تنفجر متى كانت ممتلئة وأصاب



الرض الناجية الحلقية وفي هذه الحالة يجتمع ما فيها من بول في جوف الصفاق .

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

(الشكل - ٦)

تمزق في الماساريقي مواز للمعي

(عن موندور)

أما تمزقات الطرق

الصفراوية فتنادرة .

ج . - آفات الماساريقي والأوعية الكبيرة :

قد تصاب الأقسام المختلفة من ربط الأمعاء ولا سيما الثرب الكبير

والمسايرقى في بعض من تمزقات الامعاء النامة كما أسلفنا وقد تتمزق بمفردها بدون أن ترافقها آفة حشوية أخرى فيكون تمزقها موازياً للمعي فينجم عن هذا التمزق عدا النزف الداخلي الوافر وموت قسم المعى الذي حرم التوعية (الشكل - ٦) . وجروح الثرب الكبير سهلة الترميم ولا خوف منها على حيوية الأمعاء .

والاوعية الكبيرة ولا سيما الوريد الأجوف السفلي ووريد الباب عرضة للتمزق والانفجار . أما الوتين (aorte) والشرايين الحرقفية والشريان الحجابي وسويقة الكلية فأصابها نادرة . وتؤدي إصابة هذه العروق الكبيرة إلى نزف غزير يقضي على الجريح قبل أن يمد إليه يد الإسعاف .

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

الأعراض . - لا يمكن الجزم بوجود آفة حشوية أو نفيها لدى فحص امرئ جيء به إلى المستشفى في عقب إصابته برض البطن مباشرة إلا في بعض الحالات الصريحة لأن كل ما يشاهد 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 إلا 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 واطمان الجراح الى سلامة الأحشاء البطنية جاز له ترك مريضه والعهد 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 والبيئة الدموية وألم المنكب .

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

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

١. - 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 أن كل هذا لا ينفي نفيًا مطابقاً الآفة الحشوية بل يدعو الى المراقبة عن كثب عدة أيام فقد يتأخر ظهور الآفة الحشوية : نزف ثانوي أو التهاب الصفاق بسقوط الحشكريشة أو بانثقاب عروية معوية حرمت نوعيتها لتمزق ماساريقاها .

٢. - وإذا كان نزف باطن (بتمزق الاعضاء الممتلئة او انفجارها كالكبد أو الطحال أو المعشكة أو الأوعية الدموية الكبيرة) فلا تتحسن الصدمة على الرغم من الاسعافات بل تزداد ويصاب الجريح بفاقة دم حادة تتجلى بالشحوب والضعف والزلة وبرودة الأطراف وصغر النبض وهبوط الضغط الشرطي كما أنه يشعر بالألم في منكببيه وهذه العلامة شأن كبير في التشخيص فهي تدل على تحرش الجحباب بالدم النازف او بالورم الدموي تحته .

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

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

٣. - أما اذا أصيبت 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 القوي 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 وإلماعه 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 إصابة حشا أجوف : يستقر هذا التقفع في بدء

الإصابة حيث الرض ثم ينتشر فيعم جدار البطن جميعه (التقفع الحشوي) ويتجري التقفع بحس البطن برفق وبانتقال اليد الجاسة في جميع نواحيه .

ج . - زوال الصمم الكبدي (علامة جوبار) .

د . - ألم رتج دوغلاس الذي يكشف بالمس الشرجي أو المهيلي 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 هاو (pneumopéritoine) (أهلة غازية فوق

الكبد متى وقف الجريح أو جلس ، وفقاعة هواء حول السرة متى استلقى) .

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

السير والعواقيل . - اذا لم يسعف مرضوض البطن في حينه مات بالنزف الباطن اذا كان العضو المصاب ممثلاً ، أو التهب صفاقه اذا كان العضو المصاب حشاً أجوف وفي هذه الحالة يحل تطبل البطن مكان تقفعه وتبدو السحنة الصفاقية (الابرراطية) وتظهر الأقياء المعنقدة ويموت الجربيح في اليوم الثالث أو الرابع . وقد يخيل لنا في بعض من الحالات النادرة أن الجربيح 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 (بتضييق ليفي أو باللجم) وأخيراً قد تظهر بعض المجامع القيحية (نتيجة لتقيح ورم دموي متكيس أو لتكون خراج صديدي غائطي) .

الأشكال السريرية

١. - الشكل الصاعق : ينجم عن رض عنيف أحاب الناحية الشرسوفية وهو شكل خطر يعرفه الملاكون ويميت آنياً بوقرف القلب .
٢. - الشكل حيث تجتمع علامات النزف الباطن وأعراض الانثقاب الحشوي : يسهل تشخيص هذا الشكل لوفرة الأعراض التي تشير الى اصابة حشوية تتطلب التوسط الجراحي العاجل .
٣. - الأشكال المسدفة (frustes) التي يرافقها نزف خفي (انشقاق الماساريقي) أو انثقاب غير تام في حشا .
٤. - الأشكال التي تكامل بأزمة عديدة : (النزف بزمين ، سقوط الحشكريشة) وتعرف هذه الاشكال بمراقبة الجربيح مراقبة دقيقة وبفحصه بصورة متتابعة .
٥. - الأشكال المشتركة مع كسور الحوض والأشكال الصدرية البطنية وتحدث الأخيرة في رضوض قاعدة الصدر حيث تشترك الآفات الصدرية (كسور

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

٦. — 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 كإليلة الدموية في رض الكلية وتغوط الدم بإصابة القولون .

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

كيفية العمل . — يجدر الجريح تخديراً عاماً ويفتح البطن فتحاً واسعاً على الحُط المتوسط (في آفات المعدة والأمعاء) وتحت الأضلع وموازياً لها (في آفات الطحال والكبد) فإذا شوهد لدى فتح البطن بعض الانصباب في جوف الصفاق كان ذلك دليلاً على الإصابة الحشوية وترشد طبيعته الى العضو المصاب كالدم في تمزق الطحال أو الكبد ومحتوى المعى في إصابة الصائم واللفائفي ، والصفراء في آفة مجاري الصفراء ، والبول المدمى في انفجار المثانة كما أن رؤية بعض البقع الشمعية على الثوب والماساريقي دليل على إصابة المعشكة .

تتمت هذه السوائل متى اجتمعت في جوف الصفاق بالملصقة الكهربائية ثم يستقصى في احشاء البطن المختلفة بدقة ويرفق بدون أي جرّ على الماساريقي

ومتى كشفت الآفة تستر الأمعاء برفادات مبللة بالمصل الغريزي الدافئ ويتجدها الجراح فيخيط تمزقات الأمعاء بعد تنضيرها (تجرى الخياطة قائمة على محور الأمعاء منعاً لتضييق لمعتها) ويبتز كل قطعة من الأمعاء متمزقة تمزقات عديدة متقاربة أو كل قسم يهدده الموات لانقطاع او عيته المغذية ثم يخيط النهايتين خياطة انتهائية انتهائية ؛ ويخيط انتقاب المعدة منى وجد وخياطته سهلة . أما انتقابات العفج فيستحسن فيها اشراك مفاعمة المعدة بالصائم مع خياطة الانتقاب نظراً إلى الضيق الذي قد يتلو خياطة العفج .

أما رضوض الأضشاء الأخرى فتعالج على النمط التالي : تدق تمزقات الكبد والكلى والمعدة ، ويبتز الطحال المصاب أو يقطع قسم منه بعد ربط الشرايين العائدة إلى هذا القسم وهذا ما تسعى إلى تحقيقه الجراحة الحديثة ، وتحاط تمزقات المثانة بعد وضع مسبار دائم فيها ثم ينهى التوسط الجراحي باستئصال البطن بأحفوض (drain) أو بذبالة أو ميكولنس وفقاً لطهارة المواد المنصبة في جوف الصفاق أو قلوئها .

ويجمل المضوع حمية مطلقة فمائية فلبنية ويعطى الصادات (les antibiotiques) وإذا تأخر التوسط الجراحي وكان التهاب الصفاق قد حدث يختلف التوسط الجراحي فيما 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)

الحُد . — 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 ، الحنجر) وفي زمن الحرب بالمرامي النارية (مرمي المسدسات والبنادق) أو بالشظايا المعدنية (شظايا قذائف الطائرات والمدافع والقذائف اليدوية) وفي هذه الحالة لا تقتصر الآفة على ماتحدثه الشظية من تخريب وجروح مشرشرة بل تتعداها إلى انفجار الأحشاء البطنية الذي يزيد في خطر الإصابة ويعسر العمل الجراحي .

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

١. - الجروح غير النافذة : نادرة إجمالاً فمنها ما يصيب 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 ومرضعة الحافات إذا أحدثتها آلة راحة . والجرح مفرد أو مزدوج وفي هذه الحالة يكون الجرحان قريبين أو بعيدين وهذه الجروح سليمة في الغالب غير أنها قد ترض الأوعية ولم تنقب الصفاق مكونة خشكاشة فيها لا تلبث أن تسقط بعد مدة محدثة التهاب الصفاق الحاد .

٢. - 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 لا تصيب الأعضاء العميقة وهي تعادل ٣٠٪ من الجروح بالآلات القاطعة وقد تحدث الواسعة منها فتقاً جرحياً (فيخرج بعض من الأحشاء البطنية كالثوب والمعي الدقيق من فوهة الجرح) ، أو ترض الأوعية محدثة خشكاشة فيها ، أو تلوث الصفاق بالآلة الجارحة أو بما تجره معها من قطع الثياب .

أما الجروح النافذة الحشوية فتصيب الانبوب الهضمي بالدرجة الأولى ولا سيما المعى الدقيق ، وتصاب الأعضاء المملئة بالدرجة الثانية : الكبد (٧٪) فالطحال فالمعدة وأخيراً الثوب والمساويقي والأوعية الكبيرة .

أ. - جروح الأحشاء الجوف وانتقائها : إن المعى الدقيق هو أكثر أحشاء البطن إصابة (٥٥٪) وتنبج جروحه عن الآلات القاطعة وتكون غالباً مفردة . وهي إما ناقصة فلا تصيب الأجزاء من محيطه أو تامة فتقطع المعى قائماً على محوره وتصل حتى المساويقي (الشكل - ٥) . أما انتقاب المعى الدقيق فينبج عن المرامي النارية ، وثقوبها عديدة ومحيطها مشرشر مرضض وقد ينفجر بعض من العرى بفعل المرمي الناري وتمزق المساويقي مكونة ورماً دمويّاً جسيماً فيها .

وتأتي جروح المعوي الغليظ بعد جروح المعوي الدقيق من حيث الكثرة فهي تعادل ٢٢٪ من جروح الأحشاء البطنية كافة ويختلف خطرها بحسب وقوعها في القطع المتحركة من القولون (القولون المعترض والسين الحرقفي) حيث يعادل خطرها خطر جروح المعوي الدقيق ، أو في قطعه الثابتة (القولون الصاعد والنازل) حيث الخطر أقل ولا سيما متى وقع الجرح في القسم خارج الصفاق من القولون وفي هذه الحالة الأخيرة قد تتكون الحراجات الصديدية الغائطية . وجروح المعدة نادرة توافقها في الغالب جروح الأحشاء الأخرى كالكبدة والطحال والقولون المعترض والمشكلة 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 (الأُجوف والوتين وسويقة الطحال والكبد) أشد خطراً من إصابة النسيج الخاص للأعضاء الممتلئة : الكبدة 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 تم 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 انفصاق العروة المعوية المثقوبة من خلال الجرح الجلدي يكون شرجاً اصطناعياً بقي الصفاق من الالتهاب الحاد .

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

١. - 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 (الثوب أو عروة معوية) منفقة من خلال الجرح أو رؤية الغازات أو بعض السوائل العضوية (الصفراء، البول، المواد الغائظة) تخرج من فوهة الجرح وفيما عدا هاتين الحالتين لا يمكننا الجزم بوجود آفة حشوية إلا باستقصاء الجرح طبقة طبقة حتى الصفاق الذي يبدو سالماً متى كان الجرح غير نافذ أو منتقياً في الحالات الاخرى فيدعو الى فتح البطن واستقصاء الاحشاء.

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

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

ب. - 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.

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

أ. - بحالة حسنة فيعالج جرحه باعثناء خوفاً من حدوث التهاب الصفاق الثانوي نتيجة لتقيح الجدار ويبقى في المستشفى تحت المراقبة لبضعة أيام أخرى خوفاً من ظهور بعض الاعراض المفاجئة نتيجة لسقوط خشكربشة أو لحدوث النزف بزمينين.

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

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

٤. - وأخيراً قد يأتي المريض مستشيراً طبيباً لئلا يور أو لاندحاق في مكان الجرح أو لآلام تنتابه بسبب الالتصاقات .

الانذار . - إن الجروح غير النافذة سليمة الانذار أما الجروح النافذة فخطرة ويختلف خطرها بحسب سعة الآفة الحشوية وتعددتها وبحسب الساعة التي أجري فيها التوسط الجراحي . وليعلم أن جروح البطن النافذة في زمن السلم أقل خطراً منها في زمن الحرب لتعدد الآفات في الحالة الأخيرة ولتأخر نقل الجريح وإسعافه .

المعالجة . - 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 .

١. - الجرح غير نافذ : يعالج على النحو التالي :

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

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

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

٣. - الجروح النافذة النارية : يفتح البطن على الحط 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 تحاط ، تحاط الاحشاء الجوف ، تربط الاوعية النازفة ثم يحاط جدار البطن . يحقن الجريح بالصادات وبالمصلين ضد الكزاز والموات الغازي ويوضع منذ اليوم الثاني بوضعة فولر (وضعة نصف جلوس) لوقاية قاعدة رثيته من الركود .

٤. - 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 كالكييسات الدهنية والأورام الوعائية والشحمية لم يبق علينا في هذا البحث سوى: الأورام الدموية وأورام جدار البطن الليفية وأورام السرة .

البحث الأول

الأورام الدموية

(Les hématomes)

الاسباب . - ينشأ الورم الدموي في جدار البطن من انقطاع عضلي البطن المستقيمتين بالخاصة وهو نوعان :

١ . - 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 الخمجية الحادة (الحمى التيفية والنزلة الوافدة) أو كما يطرأ على المصابين بأمراض مزمنة (اسقارار الكبد والتهاب الكلية) وهو أمر نادر .

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

٢. - ورم دموي وضي : 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

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

٢. - الانقطاع العضلي : قسبي أو شامل .

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

٤. - سير الآفة : يغور الورم الدموي في امرئ سليم خلال ٢ - ٦ أسابيع ، وقد يتقيح وخاصة في المصابين بالأمراض الحرجية . أما انقطاع العضلة فيتروم بنسيج ضام ليفي ، وقد لا يتم هذا التروم فتظل قطعنا العضلة بعيدتين احدهما عن الأخرى ويحدث الاندحاق .

الاعراض . - يتصف الانقطاع الفجائي بألم شديد كضربة السوط و يظهر 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 متطاوّل ، وقوام قاس

وحدود واضحة على الحظ المتوسط. وإذا استرخى جدار البطن لا يختفي الورم بل يصبح متحرراً 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 الأمر بأفة بطنية حادة (انفجار حمل خارج الرحم أو انفصال كيس مبيضي أو التهاب زائدة حاد أو اختناق فتق) وإذا شك في الأمر فالاستقصاء الجراحي مستحسن. ويلتبس الورم الدموي حيث الألم خفيف بالورم الليفى في الجدار وبالفتق غير الرّدود (irréductible).

المعالجة. — يغور الورم الدموي الصغير غالباً بالتزام الراحة والضمادات الحارة. أما الورم الدموي الجسم فيعالج جراحياً خشية من التقيح الثانوي: يشق الورم وتنزع الحثر الدموية ثم تحاط العضلة المقطوعة بعد ربط الوعاء النازف. ويعالج الورم الدموي المتقيح بالشق والاستئصال كما يعالج الجراح الحار. وتشرك المعالجة الدوائية (اعطاء الصادات حقناً أو عن طريق الفم) مع المعالجة الجراحية في جميع الحالات الآتفة الذكر.



البحث الثاني

أورام جدار البطن الليفيّة

(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 .

الأمراض . — تنشأ اورام جدار البطن الليفيّة في النساء من تشققات 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 الليفيّة في الاطفال من تشققات ضريع (aponévrose) العضلات المستقيمتين ويظن بمصدرها الولادي .

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

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



الشكل - ٧ عن ستيرن
ورم ليفي في جدار الحفرة الحرقفية

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 وبنائها النسيجي ليفي مؤلف من الياف كهلة تقطعها خلايا فنية وأوعية . وتخرب هذه الاورام العضلة بارتشاحها فيها وذلك باستيلاء نسيج الورم الضام عليها .

الأعراض . - تكشف المرأة صدفة ورماً في ناحيتها الحرقفية الاربعية 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 الضريبية لجدار البطن ، وهذا الورم الصغير في بدئه والذي لا يتعدى حجمه حجم اللوزة يكبر تدريجياً باستمرار ويبطء ويستغرق سيره ١٠ - ١٥ سنة فيبلغ حجمه حجم رأس الكهل ، ويتصف هذا الورم بوقوعه في جدار البطن وهو يتحرك باسترخاء الجدار ويثبت بتقلصه .

الانذار . - انذار هذا الورم سليم فهو لا ينعكس اذا استؤصل استئصالاً تاماً .

التشخيص . - 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 وقواه واستجواب المريضة كل ذلك يفيد في تمييز هذه الآفات إحداها عن الأخرى .

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

البحث الثالث

أورام السرة

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

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

الأعراض . - يشتكي المصاب عادة من نز في سرتة . ويبدو بفحص السرة تقرح جلدي أحمر قليل الألم لا ينزف إلا نادراً إلا أنه يلتصق سريعاً بالطبقات العميقة .

ويعرف انه بدئي إذا تبين بالفحص الدقيق ان الاحشاء البطنية والحوضية سليمة .
المعالجة . - قوامها استئصال السرة الواسع ثم اغلاق الجدار بعد التأكد من سلامة أحشاء البطن . وقد ينكس السرطان ويظهر بشكل ورم جسيم يصاحبه الحبن .

٢. - السرطانات الثانوية : كثيرة المصادفة وتحدث بانتقال احد سرطانات الاحشاء (سرطان المعدة او المعى او المبيض او الرحم او السكبية او الطرق الصفراوية) الى السرة بالطريق الدموي او اللمفاوي .

الأعراض . - تعرف احياناً بآلام مبهمه في ناحية السرة ولكنها لا تكشف في الغالب الا في اثناء الفحص فتبدو السرة إما منكمشة قاسية او متقرحة يرافقها انتباج العقد اللمفاوية 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)

الحّد . - 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 .

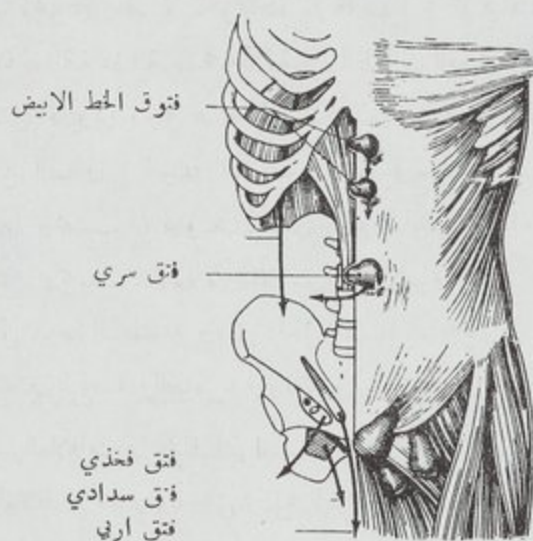
والفتق ولادي أو مكتسب ويسمى الفتق ولادياً سواء أظهر حين الولادة أو تأخر حتى سن اليافع أو الكهولة ذلك لأن كيس الفتق يسبق تكونه وأن الأحشاء التي لم تدخله منذ الولادة يمكنها أن تلجه في سن الكهولة عندما يتعرض المرء لجهد فجائي أو لجهود متكررة . ويسمى الفتق مكتسباً حيناً يكون له طريقاً في ناحية واهنة .

وتبدو الفتوق في النقاط الضعيفة من جدار البطن المسماة بمناطق الفتوق (الشكل - 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 المعى الغليظ
والفتق الثربي .

وتحدث الفتوق في بعض الأئناس 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 بأفات مختلفة فيقال لهذه الفتوق : الفتوق المعروفة
أو المختلطة .

وسندرس في بادئ 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 الأول

الفنق البسيط أو الفنق الرودود

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

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

١. - المجري : قد لا يكون 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 للمجري فوهات الأولى عميقة بالقرب من الصفاق (الفوهة الداخلية) والثانية سطحية تحت الجلد (الفوهة الخارجية) . وبحسب اتجاه هذا المجري يكون الفتق قوياً أو منحرفاً لإنسياً أو وحشياً . وبحسب تقدم الأحشاء في هذا المجري يقال له رأس فتق عند خروجه من الفوهة الباطنة ، وفتق داخل القناة إذا وقع في ملء جدار البطن ما بين الفوهتين الباطنة والظاهرة ، وفتق تام متى اجتاز الفتحة الظاهرة .

٢. - الغلافات : علينا أن نصف الغلاف الخاص للفتق والمسمى بكيس الفتق ثم الغلافات الخارجية التي تمثل الطبقات التشريحية المتغيرة والمندفة بالكيس والمحيط 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 رفته وسهولة تمزقه .

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

ويحيط بالوجه الخارجي من الكيس نسيج خلوي مختلف النخن والتوعية وخاصة بالقرب من العنق ، 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 الكاسية 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 .

وتطراً على كيس الفتق تشوهات هي : ١ . - 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 المئانة والمعوي الغليظ .

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

٣ . - 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 منها غنيقه الخاص وهذا ما يلاحظ في الفتق الاربي الولادي من النموذج أمام الصفاق .

ب . - الغلافات الخارجية : هي الأنسجة التي دفعها الكيس : اللفافة المعتوضة 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 كيسيات مصلية (أورام مائية حقيقية) في النسيج الخلوي .

٣ . - محتوى الفتق : يؤلف المعوي الدقيق أو القولون أو الثرب محتوى الفتق العادي ، كما أن المثانة والمجقات قد تجتاز في بعض الحالات كيس الفتق وتكون محتواه . أما في الفتوق السرية المضغية فقد تصادف الأحشاء جميعها ماعدا المعشكلة .

الأسباب . - 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 اليافع إذ تأخذ نسبتها تزداد حتى الشيخوخة ثم تعود نادرة مجدداً في الايام . والفتوق الاربية في الرجال اكثر بثلاثين ضعفاً من الفتوق الفخذية أما في النساء فتساوى الفتوق الاربية والفخذية .

الأسباب المؤهبة . - هي كل ما يضعف جدار البطن ويؤدي الى هبوط الأحشاء كالولادات المتكررة والبدانة والأمراض الحادة والمزمنة التي يرافقها ضعف عضلي ونحول سريع كما ان لقلة الغذاء وما تحدثه من هزال فعلاً كبيراً في أمراض الفتق فقد لوحظ ان الفتوق تكثر في الطبقة الفقيرة كما ان نسبتها قد ارتفعت في السجناء ولا سيما 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 الموتة .
أما الوراثة فلا ينكر فعلها في إمرض الفتق إذ من الملاحظ كثرة الفتوق في بعض الأسر وقلتها في الأسر الأخرى .

السبب المحدث . - هو الجهد الذي يحدث تقفعاً في الحجاب وفي عضلات جدار البطن فيزداد من جراء ذلك الضغط في جوف البطن وبالحاجة 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 الأُحشاء وقد يبقى فارغاً حتى سن الكهولة ويكفي أن يتعرض المرء لجهد شديد فجائي حتى تدخل الأُحشاء 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 أناس 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 لبرزة غير طبيعية في ناحية الفتق أما الأعراض الوظيفية فطفيفة في الغالب لأن أكثر الفتوق غير مؤلمة . والفتوق المؤلمة هي فتوق الناحية الشرسوفية وبعض الفتوق الصغيرة (رأس الفتق) والفتوق التي ترافقها هجرة الخصية أما الفتوق الجسمية فيحتملها المرء بسهولة وهي لا تؤلمه إلا في الوقوف المديد وفي أثناء الجهد .

العلامات الفيزيائية . - يعاين المفتوق وهو واقف ثم وهو مستلق في سريره لأن بعض الفتوق يخففي عفواً بالاستلقاء ولا يظهر إلا بوقوف المريض

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

يبدو الفتق النمطي بشكل نتوء مدور لاطيء ذي سطح أملس أو محدب .
وفحص المرء وهو مستلق يمكننا : ١ . - من جس الفتق ومعرفة قوامه المتماusk اللين (فتق المعوي الغليظ) أو الرخو غير المنتظم (فتق الثرب) . والصفة الأساسية التي يتصف بها الفتق هي اتصاله في العمق بقسم متضيق هو ذنب الفتق .
٢ . - من تحري الردودية (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 نستطيع 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 أثناء السعال هما صفتان أساسيتان في الفتق . ويفيد تحري الصدمة في رأس الفتق فائدة كبيرة فإذا وقف المريض والأصبع 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 المعوي وأصم في فتوق الثرب .

الفحص الإشعاعي . - يستطيع 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 ما يسمى 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 اللاردرودة 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 احدي 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 المصاب بالفتق التمارين الرياضية والجهود الشديدة . أما في الطفل فيفيد وضع الرباط في شفاء بعض الفتوق كالفوق السرية الصغيرة وبعض الفتوق الاربية الولادية وذلك بانسداد القناة الصفاقية القميصة 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 لا تفيد 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 الطريقة الفضلى

برهنة 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 فيتمى تقيح الجرح البضعي والخياطة الثانوية .

أما في الكهول والشيخوخة 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 بعللة رئوية مزمنة أو ببعض علل المثانة والموتة .
المعالجة بالرتق الجراحي . — يخدر المريض تخديراً عاماً أو قطنياً وقد يكفي التخدير الموضعي في أغلب الحالات، ثم تظهر ناحية الفتق تطهيراً جيداً، ويتكون العمل الجراحي من ثلاثة أزمنة أساسية :

١ . — 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 .

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

٣ . — انشاء سطح متين في جدار البطن أمام الصفاق وذلك بتلديم مجرى الفتق والجدار بخياطة الأقسام الرخوة العضلية الضريبية طبقات عديدة وبخيوط غير قابلة للامتصاص (خيوط الكتان ، الحرير ، أو خيوط فلورنسة) .
وننتج العمل الجراحي باهرة فإن نسبة النكس لا تتعدى ٣٪ .



البحث الثاني

اضطرابات الفتوق

١ - اختناق الفتوق

(Etranglement herniaire)

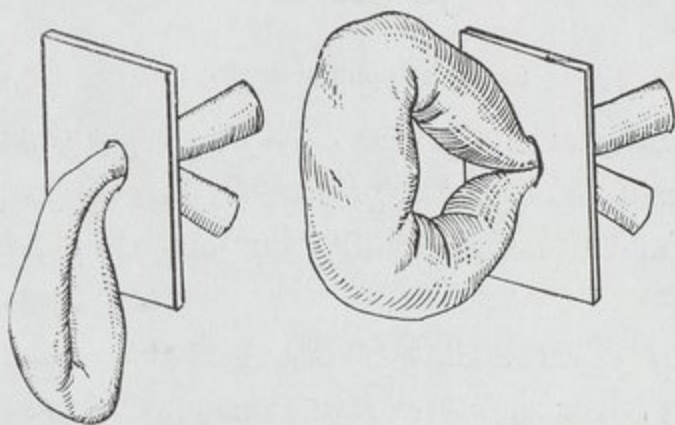
يقال عن الفتق البسيط الرودود أنه اختنق متى دخلت إحدى أحشاء البطن كيس الفتق فجأة وتعذر ردها إليه ، وهي حادثة خطيرة تتعرض لها الفتوق وقد تكون الوفاة عاقبتها بقناذر انغلاق الامعاء أو بالتهاب الصفاق الحاد بعد موات العروة المعوية المختنقة .

الأسباب . - الاختناق عارضة كثيرة الحدوث وتشاهد في جميع سني الحياة ولكنها في الكهل والشيخ أكثر منها في الطفل والرضيع ، وفي المرأة أكثر منها في الرجل لكثرة الفتوق الفخذية فيها ذلك لأن الفتوق الفخذية أكثر تعرضاً للاختناق من الفتوق الأربية والسرية لصغرهما ولمرورها من خلال حلقة ليفية مقاومة . وتتعرض الفتوق الصغيرة للاختناق أكثر من الكبيرة ، ويمكن للفتق أن يظهر ويختنق في آن واحد وهذا ما يحدث 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 الحُط 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 ثقبه 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 عنق الكيس أو في الحلقة الليفية المحيطة بهذا العنق ، أو بانسداد مصاريع العروة المعوية ، أو بانثناء طرف العروة الصادر ،

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

فإذا اختنقت عروة معوية بإحدى هذه الآليات المختلفة حدث فيها ركود دموي فخربت وأصبح الاختناق أشد .

وتجزم عن الاختناق من الوجهة الغريزية الأمور الثلاثة الآتية :
١ . - تنادر انفلاق الأمعاء المتصف بالبقاء وتوقف المواد الغائطة والغازات وتطبل البطن وحالة تسمم شديدة .

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

٣ . - موات العروة المختنقة وانتقابها بانزعاج الدوران الشرياني وفقر الدم الموضعي فيها .

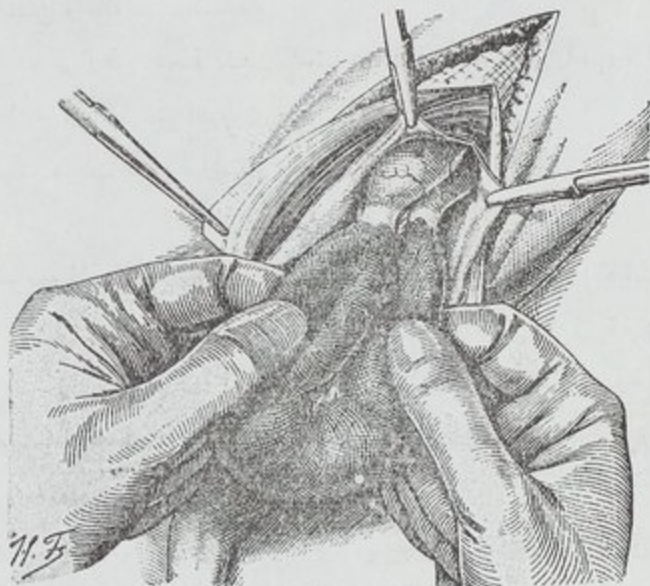
التشريح المرضي . - يقع سبب الاختناق في عنق الكيس (تصلب العنق في الفتق الاربي) أو في الحلقة الليغية التي تحيط بهذا العنق (كما يقع في الفتق الفخذي بسبب الحافة القاطعة لرباط جانبرنا حيث تنعطف عليها العروة الصادرة فتتسد لمعتها) وقد يقع عامل الاختناق بصورة نادرة في داخل الكيس (الحجب الولادية أو التضيق الانتهائية في جسم الكيس) .

وتختلف الآفات التشريحية المرضية التي تصادف في كيس الفتق المختنق عنها في الأحشاء المختنقة (المعوي ، الماساريقي ، الثوب) .

١ . - فكيس الفتق ذو اللون الصدي في الحالة الطبيعية بحيثقن في الاختناق ويتوتر بسائل عفن أصفر أو دموي (منشأ العروة المعوية المختنقة) لا يلبث أن ينقلب إلى ضرام (فلفغمون) غائطي عند موات العروة المختنقة وعندئذ يلتصق الكيس بالنسيج المرتشحة المحيطة به .

٢ . - أما العروة المعوية فتحققن في البدء وتتكون بين طبقاتها بعض البؤر النزفية ثم تتسع بالمواد المعوية والغازات ويرشح منها سائل أصفر أو دموي

وفي هذا الدور يكفي إزالة عامل الاختناق ووضع رفاة مبللة بالمصل الغريزي المعقم الحار على العروة المختنقة لتستعيد حجمها ولونها الطبيعيين .
 وإذا استمر عامل الاختناق فإن العروة تتعرض لاضطرابات دورانية وخرجية شديدة فينقطع ورود الدم الشرياني المغذي إليها وتقع في 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

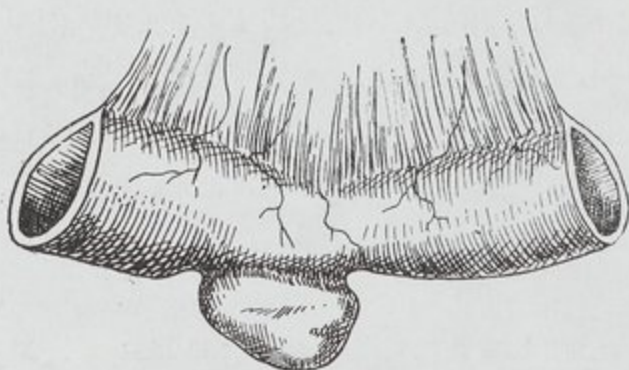


الشكل - ١٠ - فتق اربي مختنق

(موشه)

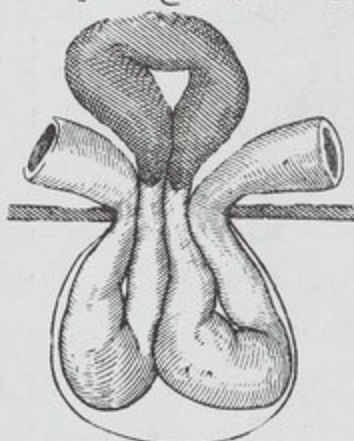
موقع الاختناق يبدو تلم واضح يدل على شدة الآفات التي تتعرض لها العروة في مكان الاختناق ويبدأ التخرب من الباطن إلى الظاهر ، أما في جسم العروة فإن اشتداد الالتهاب يؤدي إلى تقرح الغشاء المخاطي ثم إلى خراب بقية طبقات العروة ولا يؤثر التأثير الحسن وضع الرفاة المبللة بالمصل الغريزي الحار في هذا الدور من الاختناق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

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



الشكل - ١١ الانقراض الجاني

أو أسود اللون ينثقب في مكان واحد أو أكثر نتيجة لسقوط الحشكريشات. وقد يخنق قسم من محيط المعى (الشكل - ١١) ويقع ذلك في الفتوق



الفخذية ويدعى بالانقراض الجاني أو فتق رينختر (hernie de Richter) ويتعرض هذا القسم المخنق الى التبدلات التشريحية المرضية ذاتها التي تظهر في العروة المخنقة والتي أتينا على ذكرها ، وتكون الأعراض في هذا النوع من الاختناق مهمة نظراً لعدم احتباس المواد الغازية والغازات احتباساً تاماً .

الشكل - ١٢ الاختناق الراجع (مبنيكو)

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 وعرض مواتها المريض لالتهاب الصفاق الحاد المميت .
وسواءً أكان الاختناق في عروة معوية أو اختناقاً راجعاً فإن ماساريقي العروة تحزب ويظهر فيها بعض البؤر النزفية أو تصاب باحتشاء مثلثي الشكل قاعدته العروة المختنقة ، هذا الاحتشاء الذي يهدد العروة بالموات ويجعل الماساريقي سهلة التمزق في أثناء العمل الجراحي .
٣ - ويختنق الثرب وحده أو مع عروة معوية وآفاته شبيهة بآفات الماساريقي .

الأعراض . - يتصف الفتق المختنق بالأعراض الوظيفية الآتية : تعذر رد الفتق ، الألم العفوي الفجائي الشديد ، الغثيان والقيء ، احتباس المواد الغازية والغازات :

فتعذر الرد يظهر في عقب الجهد أو في عقب تناول مقدار كبير من الطعام وقد يحدث بدون سبب ظاهر في فتق كان معروفه وسهل الرد . وقد يظهر الفتق ويختنق في وقت واحد كما في بعض الفتوق الاربية الولادية .
والألم شديد ينتشر إلى البطن ويرافقه توعك وحصر .
والاقياء طعامية أولاً ثم صفراوية فكرائية وتظهر مبكرة أو تتأخر بحسب موقع العروة المعوية المختنقة .

أما توقف المواد الغازية والغازات فعرض هام ولكنه لا يظهر في بعض أشكال الاختناق ، كما في انقراض العروة الجانبي ، أو يتأخر ظهوره وهذا ما يقع 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 غنيق الكيس ، ولا يمكن رده الى جوف البطن وإذا قرع كان أصم
لأنصاب السائل في الكيس .

أما البطن فيبقى في بدء الاختناق ليناً غير مؤلم ولا تطبل فيه ولا ترتسم
على جداره موجات 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 بانتهاب
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 تذبثق في جوف الكيس ويتكون ضرام (فالجون)
غاططي فتحمم الانسجة المحيطة به وتخزب ثم ينفثج 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 الرثق الجراحي ببعض الاختلاطات وهي إما اختلاطات
مبكرة كالتهاب الوريد والعلل الرئوية والنزف بتقرح الغشاء المخاطي المروض
في العروة المختنقة ، أو اختلاطات متأخرة كتناذر تحت الانسداد الناجم عن
تضييق 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 بالهضة 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 المعوي 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 محتبىء بالشحم تحت الجلد وتبدو بتناذر الانغلاق ويشير الألم في منطقة الفتق الى تشخيص الآفة .

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

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

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

ويلتبس الفتق الاربي المحتنق بالحصى المهاجرة ولكن جس الصفن في هذه الحالة يحلو الغموض .

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

المعالجة . - إذا جاز الرد اليدوي في فتق الرضيع المحتنق 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 الأخرى حتى كيس الفتق ثم يفتح الكيس فيخرج منه سائل أصفر أو مدمى وينظر في حالة الأحشاء المنفتقة ثم يزال عامل الاختناق بقطع الحلقة أولاً فإذا كانت هي السبب تحررت الأحشاء وإلا فإن عامل الاختناق يقع في عنق الكيس فيشق وينظر في حالة الأحشاء فإذا تقلصت العروة وزال لونها القاتم وعاد إليها 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 إذا كانت العروة المعوية جميعها مصابة بالموات فخير ما يصنع هو بترها وإجراء المفالعة النهائية النهائية أو وضع زر مورفي (Murphy) إذا اقتضت حالة المريض العامة السرعة في انجاز العمل الجراحي . ثم يقطع الكيس بعد تجريده وربطه عند العنق ويثبت الجذموه بحسب باركر ويرمم الجدار وبخاط الجلد ولا يسهر عن بالنأ وضع أرجوحة الصفن لأن حدوث الررم الدموي في الصفن أكثر في الفتق المختنق منه في الفتق العادي .

ويقوى قلب المريض ويحقن ويربده بالمصل الملحي الزائد التوتر ويعطى الصادات .
والنتائج حسنة إذا بكر في التوسط الجراحي وكان المريض صغير السن ولم تكن أحشائه المنفتقة مصابة بالموات .

٢ — الفصص الفتقي

(L'engouement herniaire)

ان اجتماع المواد والغازات في العروة المنفتقة وإفشاءها الى تنادر تحت الانغلاق هو ما يسمى بالفصص الفتقي الذي يلاحظ في بعض

الفتوق الجسيمة سرية كانت أو اربية وخاصة في فتوق المعبي الغليظ .
تؤلم ناحية الفتق وتحتبس المواد الغائظة والغازات احتباساً قسماً 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 — التهاب الصفاق الفتقي

هو التهاب ثانوي يصيب كيس الفتق والترب منتقلاً اليهما من التهاب الصفاق
العام (التالي لانتقاب الزائدة أو قرحة المعدة أو لالتهاب الملحقات) أو نتيجة
لالتهاب إحدى الأحشاء المتفتقة (الزائدة ، رتج مه يكل ، الأعور والقولون ،
الملحقات ، الترب المفتق) ، وقد يلهب كيس الفتق الفارغ لآفة في الجوار :
تقرح في الجلد ، التهاب وريد موضع ، التهاب عقدة لنفاوية حاد ، التهاب خفية .
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 اشتك الالتهاب مع التهاب الصفاق الحاد .

٤ — الفتق غير الردود

تلاحظ هذه الحالة متى التصقت الأحشاء المتفتقة بجدار الكيس نتيجة
لالتهاب الصفاق الفتقي المزمن أو التهاب الترب ، 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 قسم كبير
من الأمعاء والترب المتكثف وإن بقاء الأمعاء مدة طويلة في كيس الفتق

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



ولا تنصف هذه الفتوق غير الردودة سريراً إلا بالألم الحثيف وعدم الرد . ونجسم هذه الفتوق تدريجياً حتى ان بعضها يصل إلى الركبة (الشكل - ١٣) فيضطر أصحابها إلى حملها بأكياس أو بأجهزة معقدة . والفتوق العرطلة زمانة (infirmité) خطيرة فقد تحتنق فجأة كما أنها تتعرض للرضوض والجروح ، والجلد الذي يغطيها عرضة للمذح (intertrigo) والتقرح .

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

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

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

٢. - بإعطائه المسهلات لتسهيله لأن المريض منضاج (obèse) في أغلب الأحيان .

٣. - بتوسيع جوف البطن بمحقن الهواء فيه تدريجياً مرتين في الأسبوع (إجراء الصفاق الهاوي « pneumopéritoine ») .

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

تُرد لنبورغ التي تسهل إرجاع الأحشاء إلى جوف البطن وإذا تعذر إرجاعها
لالتصاقها بالتهابي الشديد بكيس الفتق قطعت العروة المعوية الملتصقة أو قطعة
الثرث المتكثفة ورتق الفتق .

٥ — رضوض الفتق

هي اختلاط نادر ويعد رباط الفتق في مقدمة الأسباب المؤهبة له . وأكثر
الفتوق تعرضاً للرض هي الفتوق الاربعية فإن الأمعاء تهرس أو تنفجر وهذا
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 الغائظة والغازات . وإذا عادت العروة المرضوضة إلى جوف البطن عفواً
أو أعادها المريض فإن أعراض التهاب الصفاق الحاد هي التي تظهر : سكون
البطن وتقفعه تقفعاً خشيباً وزوال الصمم الكبدي .
أما المعالجة فجراحية ويجب الإسراع فيها ما أمكن .

✱ ✱

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 الحُط الابيض والفتوق الحجابية والفتوق السدادية الخ ..

البحث الأول

الفتق الاربي

(La hernie inguinale)

إذا مرَّ كيس الفتق والأحشاء المنفتحة من خلال القناة الاربية قيل عن هذا الفتق إنه أربي .

الأسباب . — هو أكثر الفتوق مصادفة وفي الذكور أكثر منه في الاناث وفي الشبان أكثر منه في اليافعان 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 الموتة وتضييق الاحليل والتهاب القصبات المزمن ، نقص

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

الآلية . - لا تختلف 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 الموضي . - 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 والمعتضة ولهذا الرباط قيمة كبيرة في رتق الفتق .

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

١ . - الحفيرة الاربية الوحشية وهي الفوهة الباطنة للقناة الاربية وموقعها في وحشي الشريان الشرسوفي .

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

٣ . - الحفيرة الاربية الانسية وتقع بين الشريان السري الكائن في وحشها والحبل المثاني في انسيها .

الأنواع التشريحية . - يسمى الفتق

الاربي بحسب مروره في إحدى هذه الحفريات الثلاث : الفتق المنحرف الوحشي والفتق القويم والفتق المنحرف الانسي ،



(الشكل - ١٤) (مينيكو)

١ - الشريان الشرسوفي

٢ - الشريان السري

٣ - الحبل المثاني

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

والفتوق الاربية نوعان : مكتسبة وولادية .

١. - الفتوق المكتسبة : ان اكثر الفتوق المكتسبة التي تصادف في الناحية الاربية هي الفتوق المنحرفة الوحشية وتأتي بعدها في الدرجة الثانية الفتوق القوية ، أما الفتوق المنحرفة الانسية فنادرة جداً .

أ. - الفتق الاربي المنحرف الوحشي : يجتاز كيس هذا الفتق القناة الاربية ويتجه بحسب اتجاهها وتغلفه الطبقة الليفية للجبل المنوي وتجاوره عناصر ذلك الجبل ولكنها لا تلتصق به كما هو الحال في كيس الفتق الولادي . ويميز منه بحسب كبره الأنواع الاربية الآتية : ١. - رأس الفتق وهو ما كان قعر الكيس فيه لا يجاوز الفوهة الباطنة للقناة الاربية . ٢. - الفتق ضمن القناة حيث يبقى كيس الفتق في القناة الاربية ولا يظهر منها . ٣. - الفتق الاربي العاني حيث يبرز كيس الفتق من الفوهة الظاهرة



(الشكل - ١٥)

فتق أربي صفني مضاعف
(عن بلي)

للقناة الاربية . ٤. - واخيراً الفتق الحلي أو الصفني حيث يصل كبسه الى قعر الصفن (الشكل - ١٥) .

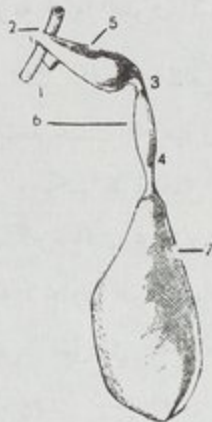
ب. - الفتق الاربي القويم : يجتاز كيس هذا الفتق الحفيرة الاربية المتوسطة ويقع عنقه بين الشريان الشرسوفي الكائن في وحشيه والشريان السري الكائن في انسيه ولا يقع كبسه خلال الطبقة الليفية للجبل المنوي كالمحرف الوحشي بل في خارجها وخلفها .

٥. - الفتق المنحرف الانسي : وهو نادر جداً ويبرز فوق العانة .

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

للناحية الاربية مكونة القناة القيصية الصفاقية . ولا يخفى ان الحصى تنزل الى الصفن في اثناء النمو جارية معها غمداً صفاقياً يكون لها فيما بعد قيصها 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)



(الشكل - ١٦)

كيس الفتق الاربي الولادي وفيه ترى مناطق التضييق (٢ ، ٣ ، ٤) والاقسام المتسعة (٥ ، ٦ ، ٧)

(عن رامونيد)

مستطبناً 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 Ramonéde »)

التي تكون احد عوامل الاختناق في الفتق . ويميز من الفتوق الاربية الولادية (بحسب بقاء القناة القيصية الصفاقية جميعها مفتوحة أو انسداد قسم منها) الانواع التالية :

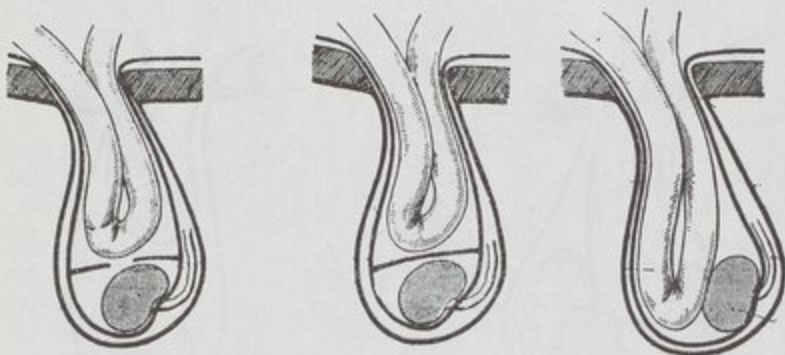
الفتق الحصى (الشكل - ١٧) . وفيه تلامس الاحشاء المنفتقة الحصى

لبقاء القناة القيصية الصفاقية جميعها مفتوحة .

الفتق الحجلي . وفيه تنفصل الاحشاء المنفتقة عن الحصى بجاز تام

(الشكل - ١٨) أو ناقص (الشكل - ١٩) .

الفتق مع انصباب متكيس أو كيس الجبل المنوي (الشكلان - ٢٠ و ٢١) .

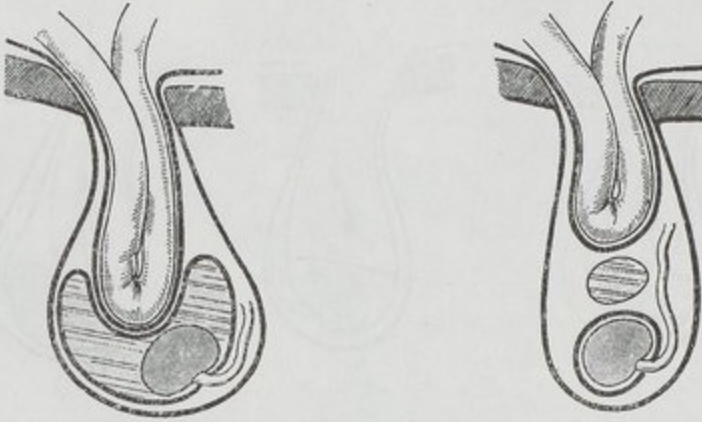


الشكل - ١٧ الفتق الحصى
الشكل - ١٨ الدرجات المختلفة في الفتق الجبلي
الشكل - ١٩ (آلان موشه)

وهناك أنواع أخرى نادرة يتصل كيس الفتق فيها برتج يقع بين الطبقات المختلفة لجدار البطن وترافقها هجرة الحصى . وهذه الأنواع 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 : المعى الدقيق فالمعى الغليظ فالثوب .

السير . - خلافاً للفتوق المنحرفة الانسية والقويمية ، 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 الفوهات 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 عنق 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 تكون 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 ما يفسر لنا ندرة نكس الفتق في المرأة .

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

الفتق لا يبدو بالمعينة 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 الحلي عند العانة والفتق الصفي في قعر الصفن .

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

وإذا أثيرت المعاينة بالجلوس 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 عنقه . والقرع أصم في فتق الثوب وواضح في فتق المعوي . ولا تختلف أعراض الفتق بحسب السن فهي واحدة في الرضيع والطفل والكهل . ويتعرض فتق الرضيع في الأشهر الستة الأولى للاختناق ، ويرافق فتق الطفل هجرة الحصى 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 الغازات) إلا أنها أخف من أعراض اختناق الفتق الفخذي حيث عامل الاختناق أشدّ تضيقاً (لصلابة الحلقة الليفية التي يمر فيها ولوجود الحافة القاطعة لرباط جانبرثا) .

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

حجمها ووجود التصاقات النهائية تلأم الأحشاء المنفتقة بجدار الكيس الباطن .
وتتعرض هذه الفتوق أيضاً بحسب موقعها للرضوض أكثر من غيرها
من الفتوق .

التشخيص . - يسهل تشخيص الفتق الاربي الصفي وتمييزه عن كيس الحبل
المنوي المتوتر الذي لا يزداد حجمه بالسعال ، كما يسهل تفريقه عن ورم
البربخ والحُصية وعن القيلة غير المتصلة . أما تمييزه عن القيلة المتصلة التي ترد كالفتق
بضغط فوهة القناة فيستند إلى ضبط الفتق وعدم ضبط القيلة .

ويلتبس الفتق خلال القناة بالحُصية المهاجرة ويكفي جس الصفن لتمييز العلتين .
ويميز الفتق الاربي عن الفتق الفخذي بوقوع الثاني 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 ومعالجة سافية
بالرتق الجراحي :

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

ب - متى كان مضاد استطباب جراحي موضعي أو عام .

٢ - . 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 الجلد 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 الصدي 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 الجذموور بحسب باركر . ويرمم الجدار بعدئذٍ بخياطة الوتر المشترك بالقوس الفخذية خلف الحبل المنوي (طريقة باسيني «procédé de Bassini») أو أمامه (طريقة فورغ «p. de Forgue») وينهى العمل الجراحي بخياطة الجلد .

وقد عدل 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 القدامي أمامه بعد تقويته بالوتر المشترك وذلك أن تؤخذ حافة الوتر المشترك بمنقاش أو أكثر وشقنا ضريع المنحرفة الكبيرة في الأمام وقد أكملتها الألياف في الأنسي . هذه هي الطريقة التي تتبعها في رتق الفتوق الاربية ويمكننا القول ان نسبة النكس فيها قليلة جداً على الرغم من حالة الجدار السيئة الواهنة التي نصادفها في المفتوقين .

ونظراً لرفق كيس الفتق في الفتق الولادي وصعوبة تجريده عن عناصر الحبل المنوي يكتفى بسد العنق على شكل فم الكيس ثم قلب القمم السفلي من الكيس كما يصنع في القيلة المائية .

وإذا رافق تكون الفتق هجرة الخصية تستأصل هذه الخصية في الشيوخ لعدم فائدها 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

الفنق الفخذي

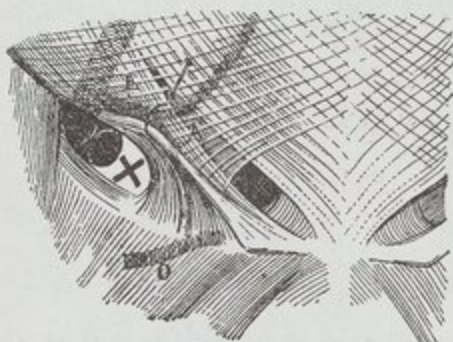
(La hernie crurale)

الحدد . - 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 الاخرى وعامل الاختناق فيه هو العنق المشدود لكيس الفتق أو الحلقة الفخذية اللينة القاسية التي تحيط به أضف الى ذلك الحافة الحرة القاطعة لرباط جانبرنا ، الأمر الذي يعرض المعى المحتق 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 ما بين السنة ٤٠ - ٥٠ أكثر منه في الرجل حيث هو نادر . وهذا الفتق مكتسب سببه ضعف جدار البطن وقد اتهم الورم الشحمي الذي يكثر ظهوره بالقرب من كبس الفتق بتسهيل تزلق الصفاق واحداث الفتق الفخذي ، ومن الأسباب المؤهبة أيضاً الرتق الجراحي السابق لفتق اربي في الناحية ذاتها والجمل المتكرر والنحول الشديد بعد الانفضاج (obésité) حيث تزداد 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 يستورها الحاجز الفخذي ويحدها في العالي والأمام القوس الفخذية وفي الأسفل

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

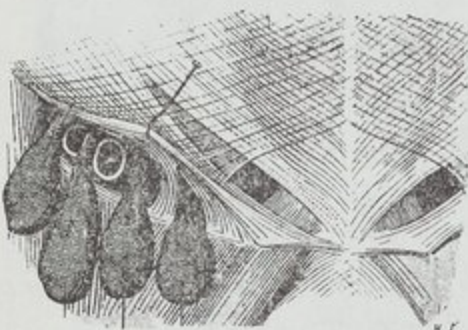


(الشكل - ٢٢)

ويستقر تحت اللفافة المثقبة ويسمى
بالفتق الفخذي الناقص أو يخرج
من هذه اللفافة بعد أن يمزق
إحدى فوهاتهما ويسمى بالفتق
الفخذي التام وهو يظهر عادة في
جذر الفخذ وقد يتبع مجرى راجعاً
ويستقر أمام ضريع العضلة
المنحرفة الكبيرة .

وكيس الفتق الفخذي صغير دائماً وشكله كمثري ويوافق عنقه الضيق الحلقة
الفخذية ، ويحيط الحاجز الفخذي بهذا الكيس وقد يرى بينهما ورم شحمي .
واكثر الأحشاء مصادفة في هذا الفتق هو المعى الدقيق ويليهِ الثوب في
الدرجة الثانية أما المعى الغليظ والمثانة والملحقات فنادرة فيه .

٢. - الفتوق الفخذية النادرة (الشكل - ٢٣) أ. - الفتق الفخذي



(الشكل - ٢٣)

انواع الفتوق الفخذية

الوحشي أو الفتق قرب الأوعية :
يقع كيس الفتق في هذا
النوع في ملء غمد الأوعية
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 وضربها .

الاعراض . - يظهر هذا الفتق خلسة في أغلب الأحيان ويكون صغيراً مختبئاً في طبقة الشحم عند ثني الاربية ولا يدل عليه الا بعض الألم 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) فيبدوللعين 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) ومصادفتها ليست نادرة ، كما ان الفتق الفخذي قد يقع أمام ضريع المنحرفة الكبيرة للبطن وهذا هو نوعه الراجع .



(الشكل - ٢٥)

فتق فخذي أيمن مع فتق أرنى أيسر (عن بالي)



(الشكل - ٢٤)

فتق فخذي أيمن

وقوام الفتق الفخذي لين ويرد إلى جوف البطن مع قرقرة أو بدونها حسبما يكون الحشا المنفتق عروية 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 الثوب في داخل كيس الفتق .

التشخيص . - يشخص الفتق الصغير المحتبئ في شحم ناحية الاربية بحس الناحية والطلب من المريضة الواقعة أن تسعل فتشعر اليد الجاساة بصدمة الفتق . أما الفتق الفخذي الظاهر للعين فسهل التشخيص ويفرق عن الفتق الاربى بكونه تحت خط ملغانيه ووقوع غنيقه في انسي الأوعية الفخذية . ومع ذلك فإن الفتق الفخذي يلتبس :

١ . - بالحرجة الباردة الفقرية المنشأ (داء بوت القطني) التي تتوتر بالسعال وترد بعض الرد وتميز عن الفتق بعد كشف جيها الحرقفي المتصل بجيها الفخذي ووضوح الآفة الفقرية بالتصوير الإشعاعي .

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

٣ . - بالتهاب العقد اللفافوية المزمن أو تحت الحاد ولكن هذه العقد تؤلف كتلة مؤلمة غير منتظمة لا تزداد 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 المحتنق فيلتبس بحبابة الصافن الانسي المصابة بالالتهاب أو بالخشوة كما يلتبس أشد الالتباس بالتهاب عقدة كاو كه ولكن علو الحرارة في الالتهاب وغيبه العوارض البطنية وكشف مدخل الجرثوم كل ذلك كاف لتفريق احدي الآفتين عن الاخرى .

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

١ . - بقطع الكيس بعد تجريده ورد الاحشاء المنفتحة الى البطن .

٢ . - بسد الحلقة الفخذية سداً تاماً بخياطتين الأولى عميقة تتناول الوتر

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

ويجرى هذا الرتق بطريقتين : 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 المحتنق . - يعالج هذا الفتق جراحياً بأقصى السرعة خوفاً من إصابة المعى بالموات وكلما بكر في هذه المعالجة كان الإنذار أسلم : فبعد فتح كيس الفتق ورؤية الأحشاء المحتنقة والتأكد من سلامتها يزال عامل الاختناق اذا كان في الحلقة الفخذية بتوسيعها برأس المبضع من الامام الى الوراء بقطع رباط جانبرنا تحت مراقبة النظر ، واذا كانت العروة المعوية مسودة أخذت قبل ازالة عامل الإختناق وإلا دخلت جوف البطن وصعب العثور عليها . وتعامل هذه العروة بحسب الطريقة التي أتينا على ذكرها في معالجة الفتوق المحتنقة إجمالاً .



البحث الثالث

الفتوق السرية

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

١. - الفتوق السرية في الاطفال

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

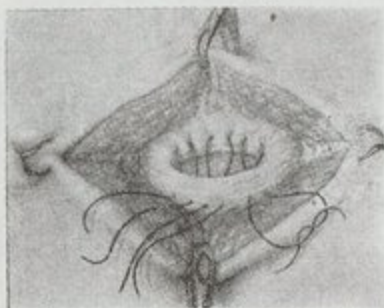
التشخيص المرضي . - تلتصق الحلقة السرية الليفية التصاقاً وثيقاً بالصفاق في العمق وبجلد ندبة السرة في السطح فلا عجب أن يكون كيس الفتق رقيقاً جداً لانه ينشأ من تمدد الصفاق وليس من ترلقه . ويرافق هذا الفتق عادة اندحاق واضح فوق السرة يرى بوضوح حين اجلاس الطفل ويدل على ضعف جدار البطن . وأكثر الاحشاء مصادفة في هذا الفتق هو الثرب الكبير أما الاحشاء الاخرى كالمعي الدقيق والقولون المعترض والاعور المتحرك فلا تصادف إلا في الفتوق السرية الجلسمية .

الأعراض . — يلاحظ هذا الفتق في الطفل بشكل انتباج مدور لاطيء أو بشكل اسطواناني 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 الطفل عن الصراخ والبكاء وضبط الفتق برباط سار سيره الطبيعي فاندست الحلقة السرية وشفي الفتق عفواً وهذا يتم قبل السنة الرابعة أو 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 الحرج (كلس ، حيامين د) .

ويعالج الفتق موضعياً برده وضبطه برباط وهذا كافٍ لشفائه ، أما إذا استمر بعد السنة الخامسة فخير ما يصنع هو العمل الجراحي وذلك بإجراء شق على الخط المتوسط أو شق معترض (الشكل - ٢٦) مع المحافظة على السرة أو بدونها



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



(الشكل - ٢٦)
شق معترض في رفق الفتق السري

ثم فتح الكيس ورد قطعة الثوب الموجودة فيه وينهى العمل الجراحي بقطع الكيس ثم خياطة الصفاق والجدار بثلاث طبقات (الشكل - ٢٧) .

٢. — الفتق السري في الكرهول

الاسباب . — هذا الفتق في المرأة اكثر منه في الرجل وخاصة في المرأة
المفضضة الكثيرة الولادة وينشأ من توسع الحلقة السرية . ويأتي هذا الفتق في

الدرجة الثالثة من حيث الكثرة بعد
الفتقين الأربي والفتحي . والفتق
السري قويم اذا خرج من القسم
العلوي من الحلقة السرية ومعتنف اذا
دخل القناة المحددة باللفافة السرية
والخط الأبيض .



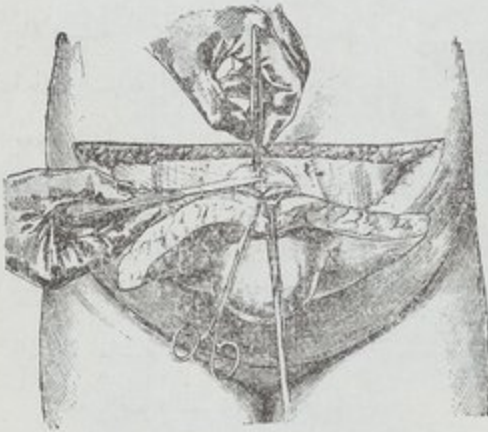
(الشكل - ٢٨)

الخط العملي لثق الجلد

(كينو)

التشريح الموضي . — كيس هذا
الفتق رقيق جداً وله عدة رتوج وهو
ينشأ من تمدد الصفاق الملتصق التصاقاً
متيناً بالحلقة السرية الليفية وهذا ما يعزل

لنا رفته على عكس ما يشاهد
في كيس الفتق الاربي الذي
ينشأ من ترلق الصفاق .



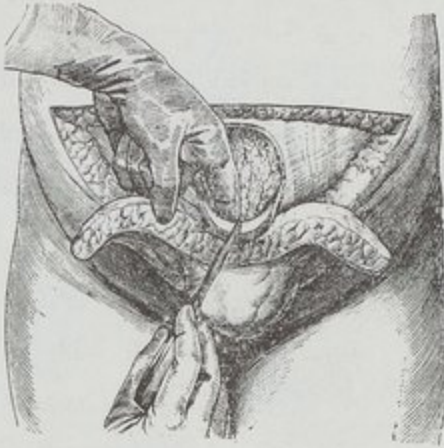
(الشكل - ٢٩)

فتح الصفاق فوق حلقة الفتق

(كينو)

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

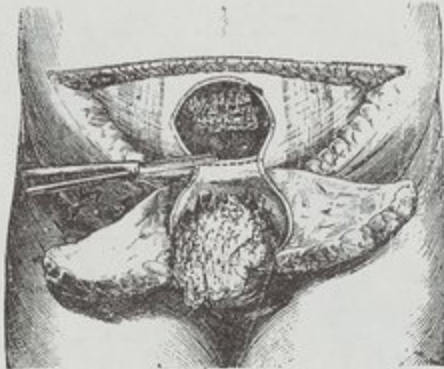
وبالكيس وقد تمخنتق بلجام التهابي أو على الحافة السفلية القاطعة للحلقة الليفية أو بدخولها في رتج .



(الشكل - ٣٠)

فتح حلقة الفتق (كينو)

بينما يختبيء بين طبقات الشحم في المرأة المفصاحة ولا يكشف فيها إلا بالجلس الدقيق . ويرد هذا الفتق



(الشكل - ٣١)

قطع كيس 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 المفصاحة ولا يكشف فيها إلا بالجلس

الدقيق . ويرد هذا الفتق

بالاصبع التي تشعر بمحيط

الحلقة السرية القاسية ولكنه

يعود إذا وقفت المرأة أو

سعلت . ويحتلط الفتق الصغير

بالاختناق الحاد المشدود لأن

عامل الاختناق فيه هو الحلقة

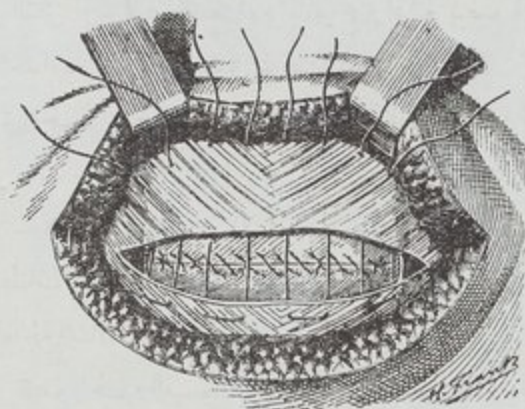
السرية القاسية .

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 بالجلس وواضحة بالقرع وهي توافق المعى،
وبعضها الآخر كثيف أصم بالقرع وهي توافق الثوب .

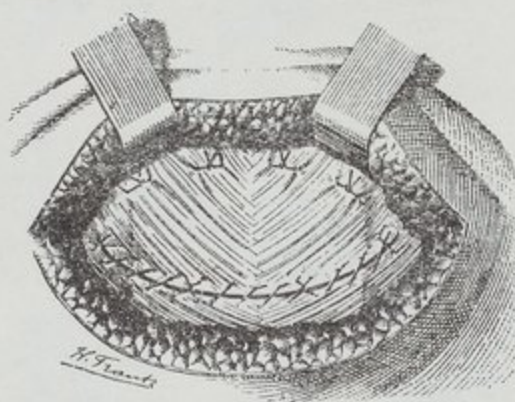


(الشكل - ٣٢)

خيطة الصفاق

(كينو)

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



(الشكل - ٣٣)

خيطة ضريع العضلات

(كينو)

اختناقه غير مشدود وتمثل بمشهد الغصص الذي يزول بالراحة ووضع كيس الثلج على الفتق ولكن هذه النوب من الغصص تتكرر وتؤدي إلى تناذرانغلاق الامعاء فيتوتر الفتق ويؤلم ويصبح أصم بالقرع وإذا لم يبضع أفصى في خلال بضعة أيام إلى إحداث خرام صديدي غائطي ينبثق على الجلد .
وجلد الفتق الجسيم عرضة للآفات الجلدية المختلفة كالنملة والتهاب الاوعية اللفافوية والتقرحات .

المعالجة . — لا تستعمل 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 قليلاً أيضاً (الشكل - ٢٩) ويفتح الكيس والحلقة من الباطن إلى الظاهر (الشكل - ٣٠) وترد الاحشاء المنفتحة إلى جوف البطن ويقطع الكيس (الشكل - ٣١) ويرمم الجدار بخياطة الصفاق والعضلات عرضانياً (الشكلان ٣٢ و ٣٣) 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 ضيق وخطي .



(الشكل - ٣٤)
فتوق 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

للفتح كيس حقيقي فيه الثرب . والفوهة التي يخرج منها الفتق الشرسوفي هي عادة أحد الثقوب التي تجتازها الفروع النهائية للعروق والأعصاب الوريدية الأخيرة . الأسباب . - يلاحظ هذا الفتق في الرجل أكثر منه في المرأة ، وسنالكهولة هي السن الموافقة لظهوره ، ومن أسبابه المؤهبة النحول الشديد وسوء التكون الولادي في التام 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 الوردية بكتلة الشحم المنفتقة من فوهة الفتق أو إلى انقراض رباط الكبدة المدور بها .

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

* * *

الفصل الخامس

أنواع الفتوق بحسب محتواها

البحث الأول

الفتق المثاني

الأسباب . - هذا الفتق نادر والرجل أكثر تعرضاً للإصابة به من المرأة ،
يكثر بعد الأربعين ومن أسبابه توسع المثانة وزوال مقوياتها والجهد البطني ،
لذلك يصادف هذا الفتق في المصابين بضخامة المثانة وبعد النحول الشديد وفي
الحمل المتكرر . كما ان انجرار الشحم قرب المثانة بالصفاق وما يتبعه من تولد
المثانة يعد من الأسباب أيضاً .

التشريح المرضي . - قد تصادف المثانة في الفتق الاربي أو الفخذي ؛
فإذا دخل قسمها الذي لا يغطيه الصفاق مجرى الفتق سمي بالفتق المثاني خارج
الصفاق ، وإذا جرت 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 الرق الجراحي وهذا هو الغالب أو أن المفتوق يشتكي من بعض

الاضطرابات البولية كالْبُوال (pollakiurie) والأطام (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 وهذا
يكفي في أغلب الأحيان ، وإذا جرححت المثانة خطأ في أثناء الرتق الجراحي
خيّط الجرح المثاني طبقتين ووضع مسبار مثاني ثابت عدة أيام .

* * *

البحث الثاني

فنون المعى الغليظ

يلتصق المعى الغليظ في هذا الفتق بالكيس التصاقاً طبيعياً وهذا ما جعلهم يسمونه بالفتق انزلاقاً .

الأسباب . - يلاحظ هذا الفتق في الرجل اكثر مما في المرأة ويكثر في سن الكهولة ويصادف المعى الغليظ في الفتق الاربي غالباً وفي الفتق الفخذي والسري نادراً . والقطعة المنفتحة 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 قسماً أو كلياً بالمعى الغليظ :
١ . - فالفتوق ذات الكيس الملتصق قسماً 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 وما ساريقاه وأوعيته من جهة أخرى .
٢ . - والفتوق ذات الكيس الملتصق كلياً نادرة وهي ما كانت تسمى بالفتوق التي لا كيس لها يلتصق كيسها بالمعى الغليظ من جميع جهاته .

الأعراض . - تتصف هذه الفتوق بجسامتها وتمتاز بكونها لا ترد كلياً إلى جوف البطن وبشعور اليد الجاسة بكتلة غير منتظمة عجينية صماء بالقرع .

ويشتكي المصابون بفتوق المعوي الغليظ من الاضطرابات الوظيفية الآتية :
آلام قولنجية الشكل مع حس انجرار في القطن يرافقه قبض مستعصٍ . وتُظهر
الرحضة الظلمية المعوي الغليظ المنفتق
بصورة واضحة .



(الشكل - ٣٥)

فتق العروة القفائية الأعوربة القولونية

(عن لاردينوا)

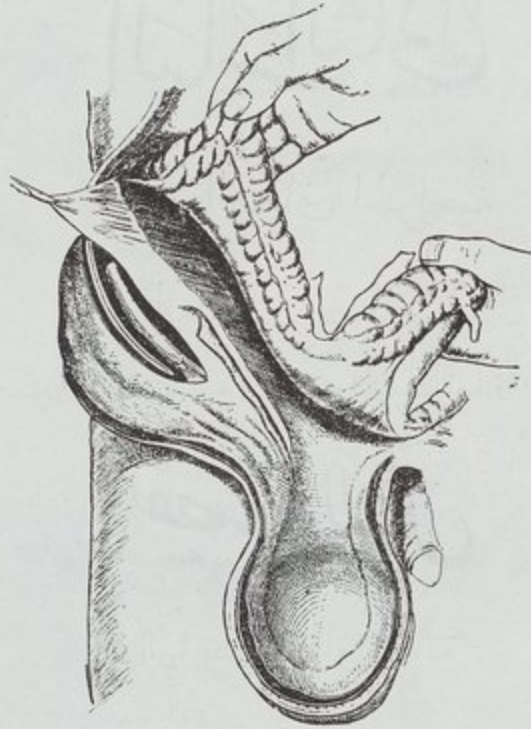
فتح البطن وكيس الفتق بأن واحد وأبقي
جسر من النسيج السليمة في محاذاة عنق الفتق وقد
بدء بقلع لفافة التفريق في البطن والكيس معاً
فأصبح الأعور حراً ومنحركاً وكذلك القولون
الصاعد في البطن وبهذا يستطاع تكوين الكيس
برمته خلف الأعور بدون أن تمزق العروق .

الاختلاطات . - قد تلتهب
الزائدة المنفتقة فيؤدي التهابها إلى
تهاب الصفاق الفتقي ولكن
الاختلاط الكثير الحدوث هو
اختناق هذا الفتق وهو اختناق
غير مشدود في الغالب وقد سميناه
بالعصص 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 العصص الفتقي
كان الرثق الجراحي واجباً .

المعالجة . - لا يفيد الرباط في
هذه الفتوق لأنها غير ردودة في
الغالب وإذا ردت كان ردّها قسماً
فخيز 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
بوضعية تروندلنبورغ حتى يمكن رد القولون إلى جوف البطن بعد قطع الزائدة

ث. كانت ملتصقة . وإذا كان الفتوق مسناً أو كانت حالته العامة لا تسمح بإجراء عمل جراحي كبير يكتفى بإرجاع الفتق كتلة واحدة إلى جوف



(الشكل - ٣٦)

(لاردينوا)

فتق المروءة الكاذبة الأعورية القولونية.

'قطع عنق الفتق فأصبح كل من القولون والأعور والقسم

الأخير من اللقائفي حرراً متحركاً وبقي

كيس الفتق في مكانه

البطن بعد قطع القسم الحر من الكيس ، ثم يرمم الجدار ترميماً جيداً ،
ويستحسن استئصال الحصى 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 و التهابات صفاق حادة منحصرة .

البحث الأول

التهابات الصفاق الحادة المنتشرة

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

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

ويبدأ الخُجج ١ . - بوريقة الصفاق الجدارية كما يحدث في الجروح النافذة غير الحشوية المحدثه 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 .

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

الفريضة الموضية . - لقد ثبت بالتجربة وفي السريريات أن الصفاق السليم يدافع عن نفسه ضد الخُجج : ١ . - بمصلته التي تنتج في البدء سائلاً ذا قدرة متلفة للجراثيم ثم ناعحة ليفية تلامس الأحشاء البطنية وتحدد الخُجج . ٢ . - بالتصاقات التي تتكون بين الأحشاء والتي تتحول بتطور الآفة نحو الشفاء من التصاقات رخوة سربعة العطب إلى التصاقات متينة تحصر البؤرة الخُججية . ٣ . - وأخيراً بالثرّب 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 :

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

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

٣. - بأحشاء 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 تمتلئ بالعازات فتتكوع محدثة نوعاً من انغلاق الأمعاء يدعى بالانغلاق الشللي تضاف أعراضه إلى أعراض التهاب الصفاق الحاد .

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

وإذا كان الانتقاب الحشوي سبب التهاب الصفاق كان السائل عضوياً واختلف باختلاف الحشا المصاب (البول في تمزق المثانة ، والصفراء في انفجار المرارة ، والمواد المعوية في انتقاب 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 تلتصق الأحشاء بعضها
بالبعض الآخر أو تلتصقها بجدار البطن محددة بذلك البؤرة الالتهابية وممانعة
القيح من الانتشار فيكون عمل هذه الالتصاقات مساعداً لعمل الماساريقي
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 :

١ . - **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 أدت إلى اجتفاف المريض. أما توقف المواد الغائضة والغازات فليس واضحاً ولا قيمة له إلا في تناذر الانسداد المعوي وقد يعيى عنه الاسهال في بعض الحالات .

والفواق علامة ثانوية تدل على تحرش الحجاب .

ب . - 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 بحس البطن باعتناء ولطف باليدن الدافئين المنفتحين وليست درجة هذا التقفع واحدة في جميع الحالات فهي واضحة تمام الوضوح (التقفع الحشي) في انتقاب 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 لانتهاب الزائدة الحادة وفي الاناس المنهوكين المصابين بإصابة خطيرة (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 انتقاب 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 ، وهذه العلامة شأنها إذا لم تكن البؤرة البدئية في الجهاز التناسلي .

ج . - العلامات العامة : قد لا يطرأ أي تبدل يذكر على حرارة المريض ، أما النبض فقد يسرع دالاً على حالة تسمم شديدة . وتبدل سخنة المريض (السخنة الصفاقية الابقراطية) فالعينان غائرتان والانتف دقيق والصبر شديد الخ... د . - العلامات الإشعاعية : يفيد الفحص الإشعاعي الذي لامندوحة عنه

في هذه الحالة فائدة كبيرة في تشخيص التهابات الصفاق الحادة الناجمة عن الانتقاب فيه يكشف والمريض واقف أو جالس الصفاق الهاوي برؤية الهلال الغازي ما بين الكبد والحجاب .

٢. - الدور الانتفائي : إذا أهمل المصاب بالتهاب الصفاق الحاد ولم يضع سريعاً (ماعد) التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية حيث يجوز الانتظار) ساءت الحالة العامة وظهرت بعد ٣ - ٤ أيام الأعراض التالية : الزلة التسممية الشديدة ، السحنة الصفاقية الواضحة ، الأقياء المستمرة (صفراوية فكرائية فغائطية) ، الفواق ، توقف المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً ، امراع النبض وضعفه . ويغيب تقفع البطن ليحل محله تطبل البطن الشديد بانغلاق الأمعاء الشللي .

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

أ . - التهاب الصفاق الفائق الحدة السام للدم حيث تتفوق العلامات العامة على العلامات البطنية فالزلة التسممية شديدة وبرودة النهايات واضحة وتغير السحنة سريع . وقد لانتعوا الحرارة في هذا الشكل بينما يسرع النبض ويضعف ويموت المصاب بهذا الشكل الحظر من التهاب الصفاق الحاد في خلال ٢٤ - ٢٨ ساعة .
ب . - التهاب الصفاق الحاد المنتشر المتوسط الشدة وهو ما اتخذناه مثلاً للوصف .

ج . - التهاب الصفاق المتكيس : في هذا الشكل بعد أن يبدأ التهاب الصفاق بالأعراض الدالة على التهاب حاد منتشر تخف هذه الأعراض فتهجع الآلام وتباعد الأقياء وتخف تقفع البطن وسكونه ويقوى النبض وتحدد الآفة البطنية .

٢ . - الأشكال السريرية بحسب السبب : ينضوي تحت هذا البحث التهابات الصفاق الحادة بانتقاب قرحة المعدة أو بموت الزائدة الدودية أو بانفجار التهابات الملحقات في المرأة وإن ما يهمنابجته هنا هو التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية :

التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية . - يصادف هذا الانتهاب غالباً في الفتيات الصغيرات اللواتي تتراوح أعمارهن بين خمس وعشر سنوات وهو التهاب بدئي تصل به المكورات الرئوية الى الصفاق من الجهاز التناسلي أو المعوي 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 مُسَكَّم به متى كان التهاب المهبل والفرج بالمكورات الرئوية في الفتيات الفقيرات اللواتي لا يعتنين بنظافتهن ، وفي النساء بعد حوادث الاسقاط والولادة . أما الطريق المعوي فيعمله حدوث التهاب الصفاق بعد التهاب المعدة والأمعاء . ويبدو التهاب الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية سريراً بألم حاد فجائي يستقر في نقطة من البطن يرافقه القيء والاسهال النتن المدمى . والبطن متمدّد متطبّل غير متقفع . ثم تخف هذه الحالة الحادة بعد بضعة أيام ولكن جس البطن يكشف ما بين السرة والعانة مقاومة تدل على بدء تكون الخراج الذي يتضح شيئاً فشيئاً فيتكون ورم رخو متموج يتطلب الشق .

٣ - 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 سحنه التي تتغير تدريجياً وملاحظة نبضه الذي يسرع كل ذلك كافٍ لتشخيص التهاب الصفاق .

كما يعد من هذه الأشكال أيضاً الأشكال المقنّصة (larvées) والأشكال المقنّعة (masquées) والكامنة (latentes) حيث تبقى الأعراض السريرية مبهمّة وقتاً طويلاً .

التشخيص . - علينا أن نشخص التهاب الصفاق أولاً ثم الآفة الحشوية المسببة لهذا الانتهاب :

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 بشكها 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 القولنجيات ويتشعب إلى المنكب في القولنج الكبدي وإلى الصفن في القولنج الكلوي ، زد على ذلك عدم تقفع البطن في هذه الآفات .

ويرافق النزف الباطن فاقة دم حادة لا ترى في التهاب الصفاق الحاد . أما انغلاق الأمعاء فيصاحبه تطبل شديد في البطن مع توقف تام في المواد الغازية والغازات .

ويلتبس التهاب الصفاق كثيراً بالتهاب المعشكة النزفي وباحتشاء الأمعاء وباقتال كيبس المبيض ولا يمكن تمييزها أحياناً إلا بفتح البطن الاستقصائي . وتعرف الآفة المسببة لالتهاب الصفاق من سوابق المريض (قرحة معدية ، التهاب مرارة) ومن مقرر أشد الألم والتقفع ، كما تعرف من سن المريض وجنسه .

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

تعالج الآفة المسببة لهذا الالتهاب فستأصل الزائدة الملتهبة ويحاط الثقب المعوي وقطر القرحة المعدية ، على أن نراعي في ذلك الدقة واللفظ محافظة على الالتصاقات . وقد أجمع الجراحون على ضرورة استئصال البطن (ذبالة ، احفوز على شكل أنبوب ، ميكوليتس الخ ...) وعلى استعمال الصادات

(البنسيلين والستربتوميسين والسككاريومايسين الخ . . .) موضعياً 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 وماساريقي القولون المعترض من جهة ثانية وهي التي تدعى بالخراجات تحت الحجاب ، يضاف إليها المجموع القيحية المتكونة في النسيج الخلوي خلف الصفاق للناحية القطنية العلوية . وتنصف هذه الخراجات بغموض تشخيصها وصعوبة معالجتها .

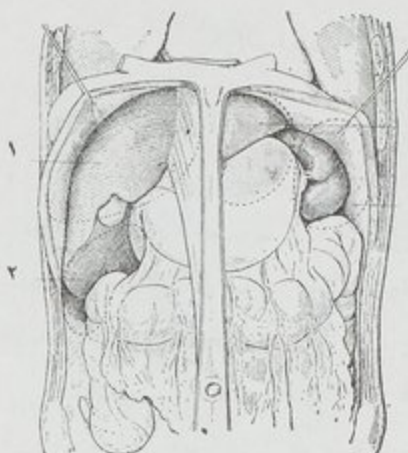
أما التهابات الصفاق المحدودة الأخرى كالخراج حول الزائدة والتهاب الصفاق الخواضي فتدرس في مواضع أخرى .

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 التهاب 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 المعشكلة أو في السكبية أو عن آفة في الجنب (ذات الجنب القيحية) أو في الرئة (خراج الرئة) . وقد تنلو هذه المجموع القيحية جرحاً رضيعاً أصاب الكبد أو الطحال ، وقد كثرت مشاهدات هذا النوع من الخراجات في أثناء الحروب .

هذه هي الحراجات تحت الحجاب الثانية التي تعادل ثلثي الحوادث تقريباً .
أما الحراجات البدئية التي لم تكشف فيها الآفة المسببة جراحياً فينجم
معظمها عن التهاب الزائدة وينشأ النادر منها عن تقيح الدم .
ويكشف في قيع هذه الحراجات الجراثيم المقيحة العادية كالمكورات العقدية

والعنقودية والعصيات القولونية
وتشارك هذه الجراثيم عادة مع
الجراثيم اللاهوائية .



التشريح الموضي - . تصادف ٣
هذه الحراجات 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
للکبد .

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

٤ . - في الناحية الطحالية (خلف الحدة الكبيرة للمعدة) .

٥ . - في جوف الثروب الخلفي (خلف المعدة) ، أضف إلى ماتقدم الحراجات
خلف الصفق في المنطقة القطنية العلوية .

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

ويختلف حجم هذه الحراجات من حجم 'جمع الكف' إلى حجم رأس الطفل الصغير حتى أن بعضها يحتوي على ٢-٣ ألتار من القيح . ويحتوي الحرجة سائل عكر أو قيح قشدي يختلط مع الغازات التي تنشأ من الجراثيم اللاهوائية أو من انتقاب قرحة المعدة .

الانتشار . - تنجبه هذه الحراجات 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 انتقاب الحجاب أم لم يرافقه ، أو أحدثت ذات الجنب المصلية الليفيية 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 بانتقاب حشوي ولكنه لا يلبث أن يتراجع فتخف الأعراض الوظيفية وتوضع العلامات الفيزيائية في القسم العلوي من البطن وهذا ما يلاحظ في الحراج تحت الحجاب الذي يتلو انتقاب 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 الناحس 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 الحراج كما تختلف بحسب منشأه :

أ . — فالخراج ذو المنشأ العلوي تتفوق فيه الأعراض الصدرية ، فالألم الناحس شديد ويستقر في القسم السفلي من الصدر ترافقه الزلة التنفسية والسعال وأحياناً الفواق بتخرش عصب الحجاب . وتظهر المعاينة بالتأمل تحديداً في أسفل الصدر الموافق للخراج وتنفساً ضلعيّاً علويّاً ، ويكشف الجلوس 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 والحاء الوضوح في مسافة تراوبه في اليسار . وإذا كان في المجموع القيحي المتكون غازات كان القرع طليلاً . أما الاصغاء فيكشف السكون التنفسي أو النفخة الخزفية (متى كان غاز) .

ب . — الخراج ذو المنشأ السفلي : أعراضه المتفوقة بطنية : تحذب بسيط في الناحية الشرسوفية أو في إحدى المراقين يرافقه ألم يحدث 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 يحدث 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 بجميع الدم أو بتقيحه وقد تنبت 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 الحُر (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 المنقيحة وبأخراجات 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 ذات الجنب القيحية ويفيد في هذه الحالة التنظير الإشعاعي الذي يكشف كثافة ذات تحجب 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 ظلية علوية هي ذات الجنب ومنطقة ظلية سفلية هي الخراج تحت الحجاب .

البزل الاستقصائي. — يجري 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 ويبطء مع المصّ فإذا استخرجت المحقنة في البدء سائلاً مصلياً (تفاعل جنبي) ثم قيحاً صريحاً متزجاً أو غير متزج 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 Phübl ») وقد يستفاد من هذه الابرة أيضاً للحقن بمادة ظلية 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 . — تجرب في دور البدء المعالجة الدوائية فيعطى المريض مقادير كبيرة من مركبات السولفاميد أو من الصادات (بنسيلين ، ستربتوميسين ،

ترواميسين ، كلورو مابستين الخ ...) أو تحقن لمخه بلقاح البروبيدوت فقد
تجهض الآفة بهذه المعالجة .

ومتى اتضح المجموع القيصي وشخص فخير ما يصنع هو شق الحراج بعد
التخدير الموضعي وإهمال التفتيش عن الآفة المسببة . ويختلف الطريق الموصل
للحراج بحسب موقع هذا الحراج ففي الحراجات الأمامية يشق على الخط
المتوسط أو في الجانب وفي الحراجات العلوية يكون الشق عبر غشاء الجنب بعد
صيانة هذا الغشاء من القيص بالمحافظة على الالتصاقات إذا كانت أو بخياطة الحجاب
بجدار الصدر بغرز متفرقة إذا لم تكن التصاقات ثم بنثيبت شفتي الشق الحجابي
بشفتي الجرح الجلدي بعد استنضاض القيص .

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

وليعلم أن شق الحراج 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

لاندرس في هذا البحث التهابات الصفاق السلية الحادة والدخنية السريعة السير التي تنتهي غالباً بالموت لأنها لا تهم الجراح ولأن معالجتها دوائية بحتة . أما ما يهملنا دراسته في هذا البحث فهو التهابات الصفاق السلية المزمنة التي تفيد فيها الجراحة .

الأسباب . - تصادف التهابات الصفاق السلية في سن الحداثة وخاصة في اليافع وفي بدء الكهولة ، والانات أكثر تعرضاً لهذه الإصابة من الذكور ؛ ومن أسبابه 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 الایجابي وبرؤية العصية السلية في سائل الحبن وفي آفات الصفاق .

الامراض . - تصل العصية السلية إلى الصفاق بطرق عديدة :

١ . - بالطريق اللنفائي وبه تنتقل العصية من الآفة الجنبية متبعة بجاري الحجاب اللنفائي حتى الصفاق ، أو من الجراب المعوي متبعة بالأوعية اللنفائية حتى العقد الماساريقية .

٢ . - بالطريق المعوي وبه تجتاز عصية السل (الآتية إلى المعوي مع الاغذية

أو مع القشاعات التي ابتلعها المصاب بالسل الرئوي (غشاء المعى المخاطي لتغزو الصفاق .

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

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

التشريح المرضي . - إن ما يشاهد من آفات تشريحية مرضية في وريقتي الصفاق الحشوية والجدارية وفي النسيج الخلوي تحت الصفاق لدى الإصابة بالسل شبه ما يشاهد في المصليات الأخرى كغشاء الجنب : انصباب سائل في جوف الصفاق مع تكون خلايا عرطلة وأجربة سليمة تجتمع مكونة حبيبات سنجابية وصفية (الشكل الجبني « forme ascitique ») وإذا تلينت هذه الحبيبات أحدثت خراجات باردة تلتصق العرى المعوية بعضها ببعض الآخر (الشكل القرصي الجبني « forme ulcero - 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 :

١. - الشكل الجبني : 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 نتاحة ليفينية . وتتألف الحبيبات مجهرياً من تكتل أجربة سليمة قد تشاهد في مركزها خلية عرطلة .

٢. - الشكل القرصي الجبني : يتصف بتكون التصاقات تلتصق الأحشاء بالجدار وأغشية كاذبة ليفينية وكتل جبنية تلأم العرى المعوية على شكل ابقاط بينها مساكن مملأ بالمواد المتجبنة والحبيبات السنجابية التي قد تنقلب خراجاً بارداً حقيقياً قد يغور أو ينبثق في المعى أو في الجلد مكوناً ناسوراً صديدياً غائطياً .

والثرب والماساريقي في هذا الشكل مرتشجان بجيببات دخنية ودريبات جينية . هذا هو النوع الشامل من الشكل القرصي الجيني أما نوعه الموضع فهو ما يصادف في الحوض الصغير وينشأ من سل الجهاز التناسلي في المرأة ، أو حول الزائدة فيكون منشأه سل الأعور فيشاهد حينئذ على الأعور والزائدة بعض الأغشية الكاذبة كما أن العقد اللنفارية في الناحية تنتبج انتباجاً سليماً . وهناك أشكال موضوعة أخرى حول الكبد والطحال والمعدة .

٣. - الشكل الليفي اللاصق : هو الشكل الذي يتلو الشكل السابق ويتصف بوجود التصاقات مشدودة ولحم متفرقة تلأم أعضاء البطن بعضها ببعض الآخر وبالجدار ويكون الثرب والماساريقي منكمشين ملتصقين ، والعري المعوية والكبد والطحال منضغطة ضامرة .

الأعراض : أ. - الأشكال الحيفية : تصادف غالباً في الفتيات في سن اليافع وهو سل بدئي لا يرافقه ولا يسبقه سل حشوي آخر . بدؤه مبهم يتصف ببعض العلامات الدالة على الإصابة السلية كالشحوب والنحول والتعب وضخامة العقد الرقية وقلة الطمث أو انقطاعه ، يرافق كل ذلك هجمات من ارتفاع الحرارة البسيط واسراع النبض ثم تظهر بعد عدة أسابيع العلامات الصفائية 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 معيص فيه وإذا جس البطن بدت الكبد طبيعية الحجم كما كشف التموج فيه . ويكشف القرع متى كان سائل الحبن حراً صمماً في أسفل البطن هلالى الشكل ذا تقعر علوي ، متبدلاً بتبدل وضعة المريض .

ويستخرج بزل الحبن 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 ليونياً غنياً

بالليفين والآحين يتحترق عفواً ، إذا فحص مجهرياً وجدت فيه الحُلايا اللنفافية 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 الاعراض الجنبية (الصمم الحُفيف في احدى القاعدتين مع الاحتمكا كات 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 الاءماء وكالعدم بانسداد النفيرين أو أنه يتحول إلى الشكل القرصي الجبني .

٢ . - الشكل القرصي الجبني : هو سل ثانوي يتلو الشكل الحبنبي 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 بالقمة (نقص الاشتهاء) والآلام القولنجية الشكل والشعور بالثقل بعد الطعام وتناوب القبض مع الاسهال .

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

وتظل الحرارة مرتفعة في هذا الشكل مع عرق وافر ونوافض وهزال ويفضي الامر إلى الحُرْص (cachexie) أو إلى انبثاث السل أو تكوّن ضرام غائطي ينفث 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 الصم .

٣. - الشكل الليفي اللاصق : يتلو هذا الشكل أحد الشكلين السابقين ، فإذا تلا الشكل الحنجري غار الانصباب المصلي وأصبح القسم الواضح من البطن أكثر اتساعاً وكشف الجس كنبلاً ثربية ومعوية مختلفة القساوة تزول تدريجياً كلما سار هذا الشكل نحو الشفاء . وإذا ظهر هذا الشكل بعد الشكل القرصي الحنجري تحسنت حالة المريض العامة وعادت الحرارة الى مستواها الطبيعي وخف التعرق والاسهال وصغر حجم البطن وبدأت عجز متليفة قاسية مكان المناطق المتعجنة . وليس انذار هذا الشكل حميداً دوماً فقد يحدث فيه تناذر الانغلاق المعوي إما نتيجة تكون اللجم أو بتلاصق العرى المعوية التي تغطيها الحبيبات السنجابية والأغشية الموهمة أو بانفتال العرى المعوية أو تضيقها أو انضغاطها بالكتل المتعجنة ، وهذا نادر . وانذار هذا الانغلاق وخيم نظراً لاتساع الآفات وتعددتها من جهة ولإصابة المريض السلية من جهة أخرى .

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

وإن ما يستحق الوصف هنا هو الشكل الحوضي الذي يلاحظ غالباً في النساء فينقطع طمثهن . وهو يتصف بألم في أسفل البطن يرافقه بعض الاضطرابات البولية كالبؤال ويكشف فحص القسم السفلي من البطن ألماً موضعياً في المريطاء 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 المريطاء وبالشعور بانتباج غير منتظم في رتج دوغلاس في المس الشرجي .

ويفضي الشكل الحوضي من التهاب الصفاق السلي غالباً الى تناذر الانسداد المعوي الخفيف الذي ينتهي بعد عدة أيام بانطراح المواد الغائطة والغازات .
التشخيص . - إن تشخيص التهاب الصفاق السلي بشكله الحنجري 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 وامراع نبض وقلة اشتها الطعام . ويلتبس هذا
الشكل مع ذلك حينما يكون الحبن فيه حرّاً في جوف الصفاق باستقرارات
الكبد كما يلتبس متى نكيس الحبن السلي بكيس المبيض وكيس الماساريقي
والحمل الذي يصحبه استسقاء سابياي .

ويلتبس الشكلان القرصي الجبني والليفي اللاصق بسرطان الصفاق .
وتتميز هذه الآفات المختلفة بالاستعانة ببعض الفحوص كبزل البطن الاستقصائي
الذي يكشف سائلاً أصفر أو عكرّاً أو قيحاً صرفاً في السل بينما يكون السائل
وردياً في السرطان وصافياً في استقرارات الكبد وكيس المبيض والماساريقي ؛
ثم إن الفحص الخلوي لهذا السائل يكشف كثرة الكريات التنفاوية في التهاب
الصفاق السلي . وحقن القبعة بهذا السائل يفيد في معرفة طبيعة الآفة السلية .
وهناك بعض الفحوص الأخرى عدا بزل البطن تشير إلى الطبيعة السلية
كالنفاخ الجلدي وسرعة التنفل التي تفيد فائدة كبيرة في تتبع انذار العلة فإن
ارتفاعها المتزايد في اثناء المعالجة يدل على نشاط الانتهاب وتدهور حالة المصاب .

المعالجة . - دوائية وجراحية :

١ . - المعالجة الدوائية : هي المعالجة الفضلى في معظم أشكال التهاب
الصفاق السلي وتقوم :

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

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

ج . - بالمداواة الفيزيائية بالاستشماس (héliothérapie) أو بالاستشعاع

بالاشعة مافوق البنفسجي الذي يفيد خاصة في الاشكال الجبينية على ان تراقب حرارة المريض مراقبة جيدة .

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

٢. — المعالجة الجراحية : الغاية منها في الشكل الجبني هي افراغ الجنب تخفيفاً للألم وتعريض المعوى 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 وهذا ما حمل أكثر الجراحين على الاحجام عنها في التهاب الصفاق السلي غير المعرقل .

وصفة القول ان المعالجة الجراحية أصبحت في الوقت الحاضر مقتصرة على معالجة اختلاطات التهاب الصفاق السلي كانهقاق الامعاء حيث تقطع اللجم إذا وجدت ويجوّل 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 الأول

آفات الكبد الرضية

١ - رضوض الكبد

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

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

٢ . - لكونها غدة كثيرة التوعية ينجم عن رضا نزف وافر خطر .

٣ . - لتضخمها في بعض الامراض (اسقارات الكبد الضخامية ، الكبد البردائية ، الكبد القلبية) . كل ذلك يعد من الاسباب المؤهبة لإصابتها بالرض .

وتُرض الكبد باصطدام مقصود أو بالرأس كما قد تُرض ، وهذا نادر ،
بتضاد الاصطدام في عقب سقوط المرء على رأسه أو قدميه أو ركبتيه أو حوضه أو
بعد اصطدام نصف صدره الأيسر بجسم ناتئ 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 الحَلالية وينجم عنها تكوُّن 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 . وقد تنفصل قطعة من
الكبد بسبب الرض العنيف انفصالاً تاماً عن بقية الغدة فتشاهد حرة في جوف
الصفاق لدى فتح البطن .

وينشأ من رضوض الكبد اختلاط آني هو النزف الذي يختلف مقداره
 باختلاف درجة الرض ، واختلاط متأخر هو الخُج الآتي من الطرق الصفراوية .
وينجم عن رضوض الكبد التي لم تعالج التهاب الصفاق الشامل أو الموضِع
أو خراج الكبد الرضي .

وتترجم جروح الكبد بتكون نسيج ضام بدون أن تشترك الحلية
الكبدية بهذا الترمم .

الأعراض . - إن الصدمة وتناذر النزف الباطن هما العرضان اللذان
يلاحظان في المصاب برض الكبد ويعرفان بشحوب الوجه وإسراع النبض وضعفه
وبرودة الأطراف وإسراع 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
وحرركات 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 يبطل بصورة تدريجية
(علامة فينستور « Finsterer ») وينشأ هذا البطء من امتصاص الجسم
للأملاح الصفراوية .

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

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 :

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

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

٣ . — الشكل البطيء السير حيث تظهر بعض الاضطرابات الوظيفية
(ألم عميق مع فواق وغثيان) والعلامات الفيزيائية (تطبل البطن مع دفاع
الجدار) وذلك بعد الإصابة الكبديّة 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 التمزج والنزف الثانوي لذلك تعادل نسبة الوفاة ٢٥ ٪ غير أن التوسط الجراحي المبكر قد يخفف هذه النسبة .

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

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

٢ - جروح الكبد

الأسباب والتشريح المرضي . - تشمل جروح الكبد على :

١ . - 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 تكون جسماً غريباً فيكون أحد أسباب التمزج أو أنه يخرق الكبد اختراقاً تاماً فتكون له فوهتان ومجري 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 .

٢ . - الجروح بالسلاح الأبيض وتقطع هذه الجروح نسيج الكبد قطعاً
صريحاً تاركة لمعة العروق الدموية مفتوحة فينجم عن ذلك نزف دموي وافر
وخاصة إذا أصاب العامل الجراح أوعية سويفة الكبد بالقرب من نقيز الغدة .
٣ . - الجروح الواخزة وهي جروح نادرة .

الأعراض والتشخيص . - تتصف جروح الكبد بظهور عرزين هامين في
المصاب : الأول هو الصدمة المتصفة بشحوب الوجه وهبوط الضغط الشرياني
وبرودة الأطراف والعرق البارد الذي يبيل 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 باطنياً 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 الحمج (التهاب الصفاق المنتشر المميت) أو توضع (خراج الكبد ونخرة الكبد) الذي يتطلب الاستئصال الواسع المشترك مع الحقن بالصادات .
وقد يعود النزف ويكون سببه نزع الذبالة الباكر أو الحمج فيجب إعادة الدك مع اعطاء المرققات .
وأخيراً فإن النواسير الصفراوية التي تتفجر روح الكبد ورضوضها تشفى عفواً ولو استمرت بعض الوقت .

* * *

البحث الثاني

عالم الكبد الخبيثة

ضراحيات الكبد

هي الخراجات التي تتلو التهابات الكبد وهذا ما يميزها عن النقيحات الثانوية لكيسات الكبد وسمطاناتها . 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 .

١ - ضراحيات الكبد الزحارية

الأسباب . - تشاهد هذه الخراجات في الرجال بين الثلاثين والاربعين من العمر وهي اختلاط كثير الحدوث يظهر بالخاصة في سياق زحار 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 تعفنًا ثانويًا شوهدت في القيسح 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 الخرجة إذن من احتشاء حدث بسبب المتحولة وخاصتها الحالة للخلايا . وقد تصل المتحولة إلى الكبد بصورة نادرة بطريق الاوعية اللمفاوية أو بطريق الصفاق .

التشميع المرضي . - يسبق تكون الخرجة دور من التهاب الكبد الزحاري المنتشر ثم تتكون الخرجة التي تستقر في فص الكبد الأيمن وعلى وجهها المقعّب بما يعادل ثلاثة أرباع 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 شوكرلاقي اللون عديم الرائحة عقيم لاستقرار المتحولة الزحارية في جدار الخرجة إلا إذا تعفنت تعفنًا ثانويًا فتكشف فيه عندئذ المقيحات العادية وإذا تعفنت باللاهوائيات كان السائل نتن الرائحة .

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

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

وتصاب الكبد نفسها بهذا الطفيلي فهناك التهاب الكبد المزمن العقدي مع الاستقرار وما هو في الواقع إلا كبّد فيها عدة خراجات صغيرة مزمنة يحيط بها التصلب .

ويلتهب ما حول الكبد فينشأ من هذا الالتهاب التصاقات تلتصق الكبد بالأعضاء المجاورة وهي الحجاب في الأعلى والمعدة والقولون المعترض في الأسفل .
الأعراض . - تختلف أعراض خرجة 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 ، وسرياً بأعراض خمج الدم وهذا الشكل شديد الخطر وميت بسرعة .

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

أ. — دور الاحتقان : يصاب المريض في سياق الزحار أو في دور النقاهة منه بالأعراض الثلاثة التالية : الألم والحُمى والكَبَد (ضخامة الكبد) . يظهر الألم فجأة بشكل انزعاج بسيط أو بشكل ألم ناخس كبدي يتشعب إلى المنكب الأيمن مع احتدادات تجعل المريض ينثني على نفسه لشدها . وترتفع حرارة المريض حتى أنها قد تبلغ الأربعين في بعض الحالات يرافقها اسراع نبض .

والكَبَد المؤلم عرض هام في تشخيص الآفة الكبدية فالكبد كبيرة الحجم ومؤلمة .

أما حالة المريض العامة فسيئة فهو نحيل ووجهه مصطبغ بلون يرقاني خفيف .
ب. — دور التقيح : تشتد الأعراض السريرية السابقة في هذا الدور وتنضح : فآلم الكبد شديد رامج يمتد إلى المنكب الأيمن مع زلة تنفسية ويرافق هذا الآلم العفوي ألم يحدث شديد يستدعي صراخ المريض ويظهر جلياً بجس نقطة معينة من الناحية الكبدية هي موقع الخراج . أما الكَبَد فجسم يدل عليه تحذب المراق اليميني 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 الاحتسكات الجنبية وحالة المريض العامة سيئة للغاية يعاها الخمج الشديد : فالوجه ترابي واللسان

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

٣ . - الأشكال تحت الحادة والمزمنة : تصادف هذه الأشكال في البلاد المعتدلة وتتنصف بالأعراض الوظيفية والفيزيائية الآتية :

أ . - الأعراض الوظيفية : تشاهد ثلاث علامات أساسية هي الألم والحُمى والنحول :

فالألم عميق يستقر في المراق اليمنى ويتشعب نحو المنكب الموافق وقد دعاه فونتن بألم الخالة (douleur en bretelle de Fontan) تشبيهاً له بالضغط الذي تحدثه حمالة مشدودة على المنكب . وتظهر الحمى بشكابين فهي خفيفة متواصلة أو شديدة متقطعة تشبه نوبة البرداء .

والنحول سريع يفضي بالمصاب إلى الحرص . وعدا هذه العلامات الوظيفية الثلاث تظهر أعراض أخرى في المريض بخراجه الكبد المزمنة منها ماهو هضمي (القمه وبطء الهضم) ومنها ماهو صدي (ألم ناخس وسعال) .

ب . - العلامات الفيزيائية : يبدو بالتأمل دوران معيض وبعض التحجب في المراق اليمنى ، بينما يكشف الجلوس ألاماً محدثاً وأحياناً تموجاً في كبد ضخمة تجتاز الأضلع السكاذبة بيبضع أصابع . وإذا رافق الانصباب الجنبي خراجه الكبد ، وهذا ما يحدث غالباً ، كشف قرع القسم السفلي من الصدر الأيمن صمماً متصلاً بصمم الكبد كما سُمع بالإصغاء احتسكات في القاعدة اليمنى .

التشخيص . - إن تشخيص خراجه الكبد يكتنفه بعض الصعوبة والغموض فهي تلتبس بشكايها الحاد والفائق الحدة بالحمى التيفية والبرداء والعلل الجنئية الرئوية كما تلتبس بشكايها الخفيف الحدة والمزمن بذات الجنب القيحية وبالخراج

تحت الحجاب وبالعزل الكبدية والمرارية ذات المنشأ غير الزحاري (التهاب المرارة ، نقيح كيس الكبد المائي ، التهاب الكبد البروثي) .

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

١. — يفش في سوابق المريض عن إصابته بالزحار المتحول كما يعاين برازه العبيط لكشف المتحولة الزحارية فيه ومتى شك في الأمر تجرب المعالجة الدوائية بالامتين .

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

٣. — تنظير الكبد الإشعاعي : يجري والمريض جالس أو واقف بالوضعين الأمامي الخلفي والجانبية فيه يكشف الكبـد (حتى ان الكبـد يزداد ارتفاعها عن الخط الحلمي بما يعادل ١٥ عشم) كما يكشف جمود نصف الحجاب الموافق وزيادة ثقبيه وإذا شارك التفاعل الجنبى 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 الكبـد كما انها قد تكشف في ملء النسيج الكبدي ظلاً أشد كثافة هو ظل الخراج .

٤. — أما البزل الاستقصائي الذي يميزه 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 دليلاً 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 بالبيودول

(جيلبرت)

السير . - قد تشفى خراجة الكبد شفاءً تاماً باستعمال الامتين والمركبات الزرنيخية ، أما إذا أهملت ولم تعالج فإنها تمت المريض بغير فان خطر أو بالحرص ، وهذا هو الغالب .

ويطراً على خراجة الكبد اختلاطان هما : الخمج الثانوي والانبثاق :

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

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

٢ . - أما خراجة 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 وإشراك الصادات مع الامتين .

الانذار . - حسن في خراجات الكبد الزحارية المبسوغة باكرآ حيث لا تتعدى نسبة الوفيات ٥ ٪ ، وسيء جداً في الخراجات المتعفنة تعفنآ ثانوياً حيث يربو معدل الوفيات على ٨٠ ٪ .

المعالجة . - قوامها معالجة الزحار وافراغ خراجة الكبد :

١ . - معالجة الزحار : يعالج الزحار بالامتين فيحقن منه ب ٨ - ١٢ سغ يومياً على الا يزيد مجموع ما يحقن منه عن ٨٠ سغ . أو يعالج الزحار بالامتين والزونيخ معاً فيؤخذ بعد المعالجة بالامتين غرام من الستوفارسول يومياً طيلة ثمانية أيام على أن تشرك هذه المعالجة بإعطاء الصادات متى كانت الخراجة قد أصيبت بجمع ثانوي .

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

٢ . - افراغ خراجة الكبد : يتم بالبزل أو بالشق :

البزل . - يفيد في شفاء بعض الخراجات ولا سيما إذا أجري ببزل كبير تبعه تشعيب (siphonage) الخراجة تحت مراقبة الأشعة وبعد تطهير الناحية جيداً خوفاً من تلقح الجنب أو الصفاق .

الشق . - يعالج بالشق : أ . - كل مريض عولج معالجة فعالة 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
تعفنًا ثانويًا والخراجات التي انفتحت في الجنب أو في الصفاق .

وبما أن حالة المصاب بخراجة الكبد سيئة غالباً وكبده مقصرة فلا
يجوز إجراء العمل الجراحي إلا بعد تهينته وتقويته بخلاصات الكبد ومقويات
القلب والموصول 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 الكهربائي ثم استئصال جوف الخراج طيلة
١٠ - ١٢ يوماً .

على أن الجراح قسطنطين (Costantini) يفضل إغلاق جوف الخراجة
بعد إفراغ القيح منها في الحالة التي يأتي فيها فحس 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 .

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

٢ - خراجات الكبد غير الزحارية

الاسباب . - تكثر هذه الخراجات في الرجل الكهل (٣٠ - ٥٠ سنة) وتقل في المرأة والطفل . والجراثيم المحدثه 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 الى الكبد بإحدى الطرق الآتية :

١ . - بطريق وريد الباب فتنشأ من الزائدة الدودية والمستقيم والمعوي الدقيق .

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

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

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

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

التشريح المرضي . - 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 منبثة في جميع غدة الكبد أو منحصرة في

فص كبدى واحد. وهذه الحراجات 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 المرضية والعامة التي تلفت الأنظار نحو الآفة الكبدية : فالمصاب بها امرؤ متعب ، قليل الشهية للطعام ، نحيل ، لونه يرقاني خفيف ، تعثره نوافض قوية يعقبها ارتفاع شديد في الحرارة وعرق غزير . أما موضعياً فيشتكي المريض من آلام ثابتة تبدأ من المراق اليمنى أو الناحية الشرسوفية وتتسع إلى المنكب الأيمن . وتدرك بالجس والقرع جسام الكبد المؤلمة ثم يكشف بها الحبن القليل المقدار الذي قد يظهر .

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

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

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

أما بزل الحَراجة الاستقصائي الذي أشرنا إلى استعماله في خِراجة الكبد
الزحارية فلا يجوز إجراؤه هنا إلا في خِراجات الكبد المفردة العلوية الخلفية
وإذا اشرك البزل مع حقن المادة الظليلة عرفت سعة هذه الحَراجة وموقعها .
المعالجة . - تعالج خِراجات الكبد الكبيرة المفردة معالجة جراحية
بشقها واستنضاضها وإعطاء كميات كبيرة من الصادات (بنيسلين، استربتوميسين،
تراميسين الخ ...) .

أما الحِراجات العديدة الصغيرة المنبثة في غدة الكبد فتعالج
معالجة دوائية بالصادات إلا في حالة واحدة هي حالة الحِراجات التالية
لخُج المجاري الصفراوية التي تقوم معالجتها باستنضاض هذه المجاري المشترك
مع إعطاء البنيسلين والاستربتوميسين .

* * *

البحث الثالث

عمل 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 غو جنين المكورة المقتنفة في غدة الكبد . أما كيفية وصول هذا الجنين إلى الكبد فيتم على الوجه التالي :

تنطرح بيوض المكورة المقتنفة 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 (embryo hexacante) واجتاز بدوره جدر المعى حتى الكبد بطريق وريد الباب حيث ينمو ويكبر ويظهر السائل الخاص به مكوناً الكيس المائي ، تعلق بهذا كثرة هذه الكيسات في الكبد حيث تعادل ٧٥ ٪ من كيسات الجسم إجمالاً كما تعلق به كثرتها في بعض المهن (الرعاة والقصابين) وفي البلاد التي تعتني بتربية الكلاب .

التشريح الموضي . — 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 للكييس المائي : الكييس الأمامي العلوي
المتحبيء خلف الحافة الضلعية والكييس الأمامي السفلي والكييس العلوي المتجه
نحو الصدر وأخيراً الكييس الخلفي الملاصق للقطن .

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

١ . - الكييس المائي : يتألف من قسمين : الجدار والمحتوى :

جدار الكييس ويسمى بالغشاء الأم ويتألف من طبقتين : طبقة ظاهرة
عديمة الشكل أو ليفية تدعى الجلّيدة (cuticle) وطبقة باطنة ليفية هشة
هي الغشاء المنتش (membrane germinative) . تتألف الجليدة من عدة
صفائح منفذة وهي مرنة غالباً ولكنها قد تتوضع بأملح كلسية (الكييسات
المتكلسة) بينما يقوم الغشاء المنتش بتوليد الحويصلات المنتشة لذلك يرى في
سطحه الباطن هذه الحويصلات الصغيرة التي تهب له منظرًا مخلياً .

محتوى الكييس . - يختلف في الكييسات الفتية عنه في الكييسات القديمة :

أ . - محتوى الكييسات الفتية : سائل رائق كماء الينبوع لا يتخذ بالحرارة
ولا بالحموض، غني بكالور والبوديوم وبيعض السموم التي بها يعلل بعض الأعراض
كالحمكة والصدمة التي قد تطرأ على المريض بتلوث الصفاق بسائل الكييس والتي
قد تكون شديدة الخطر فتقضي عليه، ويضعف البدن بسبب هذه السموم أضداداً
نوعية يفيد كشفها في تشخيص الكييس المائي . وسائل الكييس صافية وقد
يكتسب لوناً أصفر لاصطبائه بالصفراء الناجمة عن انبثاق احد المجاري الصفراوية
أو أنه يصبح عكرًا في حال تلوثه بالجراثيم المنتقلة بالصفراء أو بالبزل الملوث
أو بطريق الدم .

ب . - محتوى الكييسات القديمة : نشاهد في هذه الكييسات الحويصلات
البنات والحفدة التي يختلف حجمها من الحمصة حتى بيضة الدجاجة أو اكبر من
ذلك، وعددها قليل يسبح في سائل الكييس أو كثير يملأ جوف الكييس فلا

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

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

٢ . - 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 إيجاد سطح تسليخ للكيس .

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

٣ . - نمو الكيس التشريحي : قد يقف نمو الكيس المائي بموت المكورة المقتنفة ولكنه في الغالب يتابع نموه إلى أن يختلط بالحج أو بالانبات 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 أو دور ما قبل الورم حيث لا يشعر بالكيس ولا يشخص لأنه ينمو خلسة ويبطء بدوت أي عرض وظيفي أو فيزيائي ملحوظ ، ودور الصولة أو دور الورم حيث تصبح أعراض الكيس جلية واضحة .

٤ . - دور البدء : يبقى الكيس الكبدي مستقراً 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 والأكل .

٢ . - 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 :

١ . - الكيسات الأمامية : هي أكثر 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 وضخامة طحال) بل إن المريض



الشكل - ٣٩

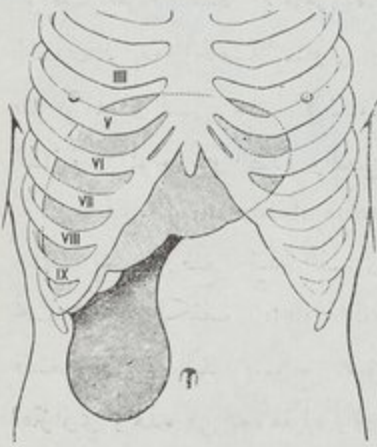
كيس مائي في الناحية الأمامية من الكبد (ستيرن)

بالكبد ويتميز عنها بقوامه المتناسك الصلب . ويكشف قرع هذا الورم صمماً متصلاً بصمم الكبد .

وقد يكشف القرع الشديد أحياناً علامة لها قيمتها في التشخيص تسمى بالارتعاش الكيسيائي (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 الكيسائي الآنف الذكر .

٢- الكيسات السفلية : تبدو هذه الكيسات بأشكالها النموذجية اللاطئة (sessile) (شكل - ٤٠) على هيئة ورم غير مؤلم مدور الشكل متماسك القوام يتحرك عرضاً كما يتحرك قائماً مع الكبد بحركات التنفس . أما في أشكالها غير النموذجية فتختلف أعراضها باختلاف مقرها في الوجه السفلي



(الشكل - ٤٠)

كيس مائي في الناحية الامامية السفلية من الكبد . (ستينون)

فالكيسات الامامية المعنقة تظهر بظهر المראה المستقيمة بينما تقلد الكيسات الخلفية الملامسة للقطن الاورام الكلوية ، اما كيسات الوجه السفلي العميقة والقريبة من نقيع الكبد فلا تجس عادة ولكنها تضغط الأعضاء المجاورة فيمن عليها البرقان الاحتشائي بانضغاط مجاري الصفراء والحن بانضغاط وريد الباب وقد تضغط الوريد الأجوف السفلي (خبز الطرفين السفليين) .

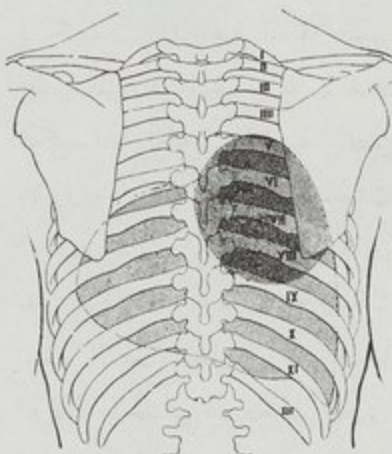
٣- الكيسات الخلفية العلوية

الساخرة نحو الصدر : تتصف هذه الكيسات بأعراض وظيفية صدرية هي السعال الجاف والألم الناحس المستعصي في قاعدة الرئة اليمنى والزلة التنفسية . وقاعدة الصدر مقسعة غير متحركة ، إذا أصغى إليها لوحظ اختفاء الخفيف الحويصلي وظهور بعض الاحتكاكات الجنبية وهذا ما يدعوننا 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 مآزاه في الانصبابات الجنئية (الشكل - ٤١) .

وقد وصف شوفار علامتين تشاهدان في الكييسات المائية الجسمية ولها قيمتها الكبرى في التشخيص التفريقي عن انصبابات الجنب وعن خراجات الكبد وهاتان علامتان هما .

الموجة عبر الصدر (flot transthoracique) ، يفقش عنها في المريض



(الشكل - ٤١)

كييس مائي في الناحية الخلفية العلوية من الكبد . (ستيرن)

الواقف بقرع القسم الأمامي من الضلعين الرابعة والخامسة اليمين 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)

تنحري هذه العلامة والمريض مستلق 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 .

٤. - الكييسات الخلفية هي كييسات تلامس الناحية القطنية يصعب تشخيصها لالتباسها بالأورام السكاوية .

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

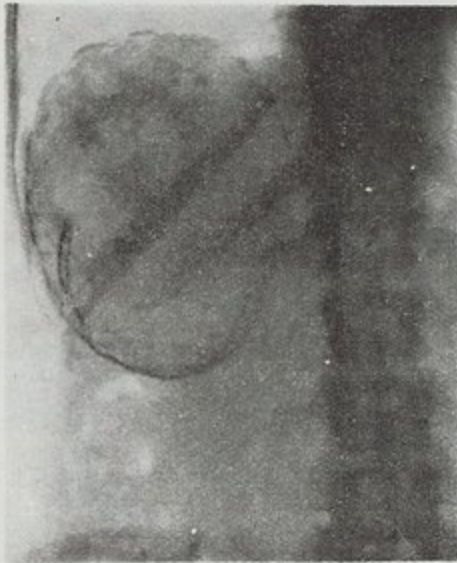
ج . - كييسات فص الكبد الأيسر : هي كييسات نادرة لا تشخص غالباً لأن أعراضها الوظيفية والفيزيائية شبيهة بأعراض الطحال الضخم .

التشخيص . - يصعب تشخيص كييسات الكبد المائية غير المختلطة بدون اللجوء الى الفحوص المخبرية والإشعاعية وبدون استجواب المريض استجواباً دقيقاً لأن الأعراض التي يبدئها 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 ، بأشقرارات الكبد الضخامية وبالكبد في المقلوبين . أما كييسات الكبد السفلية فتلتبس ، متى وقعت في الأمام ، بكييسات المعشكلة وباستسقاء المرارة وبأورام القولون والمعدة ، واذا وقعت في الورا فإنها تلتبس بالأورام الكلوية .

وإذا تعرقل الكييس المائي بالحنج التبس بخراجه الكبد الزحارية وبالتهاب المرارة المتقيح حتى بتقيح الكلية . فيتطلب تشخيص كييسات الكبد المائية :
١ . - 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. - أن تفحص ناحية المراق اليمنى بالتنظير والتصوير الإشعاعيين اللذين يجب إجراؤهما بالوضعين الأمامي الخلفي والجانبى والمربض واقف ثم وهو مستلق وبهذا الفحص تظهر :

أ. - كيسيات الكبد المركزية ولا سيما الكيسيات المتكلسة بشكل ظل مدور منتظم أكتف من ظل الكبد (الشكل - ٤٢) .



ب. - بعض الكيسيات المائية ذات المحتوى السائل المختلط بالغاز وهي الكيسيات المتقيحة باللاهوائيات والكيسيات المنفتحة في المعدة أو الأمعاء أو القصابات .

ج. - الكيسيات المائية المتجهة نحو الصدر التي تبدو بشكل تحدب مدور كأنه رسم بالفرجار .

د. - كيسيات وجه الكبد السفلى التي تدفع الأعضاء المجاورة وتضغطها وتكشف بعد تصوير هذه الأعضاء التي دفعها الكيس ولا سيما إذا اشترك تصوير هذه الأعضاء بإجراء الصفاق الهاوي (pneumo - péritoine) أو بحقن الهواء في خارج الصفاق .

هـ. - وقد يفيد تصوير الوتين الإشعاعي (aortographie) وتصوير مجاري الصفراء (cholangiographie) ثم تصوير الطحال والدوران البائي

(الشكل - ٤٢ :)

كيس كبد مائي تكلست جدره فأصبح مرئياً بالتصوير الإشعاعي

(لودو - لوبار)

(spléno-portographie) في كشف بعض كيبسات الكبد ولا سيما المركزية منها.
٣. - ان تجرى الفحوص التجبرية التالية :

أ. - فحص الدم الذي يظهر تبديلاً في الصيغة الدموية : فحبات الحامض تزداد ويصبح عددها الوسطي 10% وقد يبلغ $30 - 40\%$ ، لكن هذه الزيادة لا يعول عليها أولاً لأنها تصادف في أمراض أخرى فهي تدل على إصابة المريض بالطفيليات وثانياً لكونها لا ترى في الكيبسات المائية المتقيحة بل يرى في هذه الحالة الأخيرة ازدياد كبير في عدد الكريات البيض بدون زيادة في محبات الحامض.

ب. - بعض الاختبارات كالتجراف المتمم والتفاعل الأدمي والتفاعل الرسوبي :
فالتجراف المتمم أو اختبار واينبرغ وبارفو (Weinberg et Parvu) له قيمة كبيرة في التشخيص حينما يكون إيجابياً ، ولكن هذه الإيجابية تختفي في الكيبسات المتقيحة كما تختفي بعد العمل الجراحي لذلك يستفاد منه في الحالة الأخيرة في تشخيص الكيبسات الناكسة .

والتفاعل الأدمي أو تفاعل كازوني (Casoni) إيجابي في 90% من الحالات ولا تتزل هذه الإيجابية في الكيبسات المتقيحة لذلك يعد هذا الاختبار بحق من أفضل الاختبارات في تشخيص الكيبسات المائية ويجري هذا التفاعل على الشكل التالي : نحقن أدمة المرء المشكوك في إصابته بالكيبس المائي بقطرة واحدة من سائل كيبس حيواني أو بشري فإذا كان التفاعل إيجابياً ظهر في مكان الحقن بعد $5 - 10$ دقائق حطاطة قرصية بيضاء تنقلب بقعة خزبة حمراء اللون بعد 24 ساعة من الحقن . وسلبية هذا التفاعل لا تنفي الإصابة بالكيبس المائي .

وأخيراً فإن تفاعل فليغ وليسبون الرسوبي (précipito - réaction de Fleig et Lishonne) يجري بإضافة 12 قطرة من مص المريض إلى 2 عشم . م . من سائل الكيبس المائي المحفوظ في التجبر فإذا حصل رسوب ندفي فيه دل على إصابة المريض بالكيبس المائي .

٤. - 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 تُحقق 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 متتابة خلال عدة سنوات ويفضي بالمصاب به إلى الحرض الشديد فيلج الموت بالتسمم البطيء أو بالتهيج الحثيف ولكن بعض العراقيل يطرأ عليه في الغالب فيبدل سيره وأهمها :

١. - 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 أو متقيحاً . ويظهر هذا التقيح في الغالب بمظهر الحمج الحاد : آلام مبرحة عفوية ومحدثة ، وحرارة متموجة ونحول مع كبد جسيم وينتهي هذا الشكل بالانثقاق في القصات (فيء صدري صديدي دموي) أو في حشا أجوف (القولون أو العفج) ونادراً في الجنب أو في جوف الصفاق .

٢. - الانثقاق : يتم انثقاق كيسات الكبد في الصدر أو في البطن أو في الجلد :

أ. - في الصدر : تنشق كيسات الكبد العلوية في الجنب ويكون البدء فاجعاً وينتهي بالتقيح أو تنشق ، وهو الغالب ، في القصات وهذا ما يحدث في الكيسات المتقيحة التي تحدث التصاقاً في غشاء الجنب فيصاب المريض بقيء صدري صديدي قد يخفق المريض إن كان وافرأ أو يكون سبباً في الاختلاطات الرئوية القصية .

ب - في البطن : تنبثق فيه الكييسات 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 واعتوته 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 الكييس المتقيح في أنبوب 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 الكييس باطِّراح الحويصلات والأغشية مع المواد المعوية وانبثاق الكييس في مجاري الصفراء يأتي في الدرجة الثانية بعد انبثاقه في جوف الصفاق وتشبه أعراضه أعراض حصة القناة الجامعة من قولنجات كبديّة ويرقان احتباسي إذا سدت الحويصلات الطريق الصفراوي الأساسي . والكييسات المعرضة للانبثاق في المجاري الصفراوية هي كييسات كبيرة متقيحة ، أو كييسات صغيرة ذات الجدار الكثيف المتكلس المستقرة في فص سبيلج ، أو كييسات مركزية ظلت برهة مبهولة إلى أن جلاها هذا الاختلاط .

ج - في الجلد : وهو أسلم انبثاقات الكييس المائي ولكنه نادر ويقع في جوار السرة .

٣ - بعض العراقيل التي تنجم عن انضغاط بعض الاعضاء بكييسات الكبـد السفلية وهي الحبن بانضغاط وريد الباب واليرقان بانضغاط الطرق الصفراوية وخزب الطرفين السفليين بانضغاط الاجوف السفلي وأخيراً الاقياء والقولنجات بانضغاط الممي .

الانذار . - خطر في كييسات الكبـد المائية المتقيحة حيث تبلغ نسبة الوفيات ٣٠ - ٤٠٪ وهو خطر أيضاً في الكييسات المائية غير المعروفة التي بضعت

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

المعالجة . - إن معالجة كييسات الكبد المائبة جراحية بحتة ، وتجرى بدون إبطاء في الكييسات المعرقة بالتقيح أو بالانثقاب ؛ أما في الكييسات غير المعرقة فيجب تحضير المريض تحضيراً جيداً قبل التوسط الجراحي بأن تجري له الفحوص المخبرية اللازمة (عيار البولة الدموية ، فحص البول ، اختبار وظائف الكبد ، إجراء زمني التخثر والنزف ؛ عدد الكريات البيض والجرم الخ ..) وأن يحقن بخلاصة الكبد والحيامين (K) والمصول السكرية .

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

١. - **التوخيف (marsupialisation)** : هو عملية قديمة تخاطفها شقنا الكييس بشفتي الشق الجداري وهذه العملية جيدة وأمنة ولكنها لاتخلو من المحاذير كطول مدة المعالجة وإمكانية حصول النواسير والنزف . وقد استعمل بعضهم المص المتواصل لافراغ الكييس واستنضاضه .

تستعمل هذه الطريقة في معالجة الكييسات المتقيحة المفتحة في القصات وفي الكييسات الخلفية الكبيرة الحجم ذات الجدار المتكلس والمحتوى العكر أو المتقيح كما تستعمل في معالجة الكييسات المنبثقة في الطرق الصفراوية وهي وحدها

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

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

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

٣. - الجفل (décortication) : يصعب من الوجهة العملية استئصال الكيس وغلافاته برمتها إذ ليس بين جدار الكيس ونسيج الكبد سطح تفريق يمكن الاستفادة منه لفصل الكيس عن النسيج المحيطة به وعلى الرغم من استعمال المشروط الكهربائي فإن خطر النزف الدموي والصفراوي لا يمكن اجتنابه . واستطبابات هذه الطريقة نادرة فهي لا تجرى الا في حالتين : متى كانت الكيس معنقاً أو متى كانت قاعدته المنغرسه في وجه الكبد السفلي ضيقة يمكن سلخها .

٤. - 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 المقتنفة .

* * *

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 أصبح من الممكن قطع قسم الكبد المؤؤف (فص كبدي أو قطعة من الكبد) بدون خوف .

وأورام الكبد قسمان : حميدة وخبيثة .

١. — أورام الكبد الحميدة

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

١. — 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 أورام لاطئة او معنقة وتكون إما مفصولة عن نسيج الكبد بمحفظة ليفية هي بمثابة سطح تسليخ يسهل معها استئصال الورم أو أن الورم يلتصق بمحفظته فيضطر الجراح الى قطع قسم الكبد حين استئصال الورم

والورم الملتصق ذو اتجاه الى الخؤول الحبيث فهو ينكس موضعياً بعد الاستئصال .
تتصف هذه الاورام سريراً 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 .

٢. - **الأورام الغدية الكيسية :** هي أورام نادرة تصادف في المراهقة
اكثر منها في الرجل ، وسن الكهولة هي السن الموافقة لظهور هذه الأورام
وهي نوعان : الورم الغدي الوحيد الكيس والورم الغدي العدي الكيسات
ويستقر الاول غالباً في فص الكبد الأيمن ويعادل حجمه حجم رأس الطفل او
الكهل ، ويحتوي سائلاً وافرأ قد يبلغ عشر لترات 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 بالاشقار .

أما الورم الغدي العدي 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 سريراً ببعض الأعراض
الوظيفية : آلام مختلفة الشدة والمقر توافقها اضطرابات هضمية مهمة ويصحبها
أحياناً أعراض انضغاط الاعضاء المجاورة (المعدة وسويقة الكبد) .

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

المعالجة . - جراحية وتقوم بقطع الكبد القسبي إذا لم يكشف سطح تفريق واضح ، وإذا تعذر الاستئصال لكون الورم في المركز أو في قسم الكبد الخلفي العلوي وخف الكيس الأمر الذي يتلوه طول الشفاء وربما تكون ناسور صفراوي دائم . ونتائج العمل الجراحي حسنة فالشفاء يعادل ٩٠٪ .

ب . - أورام الكبد الوعائية : وتسمى بالأورام الوعائية الكيفية وهي نموذجان مختلفان :

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

٢ . - 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 أكثر من عشرة كيلو غرامات .

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) أو بكبد ضخمة محدبة (ورم وعائي عديد) .

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

المعالجة . - تعالج الأورام الوعائية المفردة المتوسطة الحجم بقطع الكبد القسبي وذلك خلوها من محفظة تحيط بها على ان يستعمل المشروط الكهربائي أو تجري الحياطة المرفقة اتقاء للنزف . أما الورم الوعائي الجسيم والأورام الوعائية المنتشرة فلا تفيد فيها المعالجة .

٢. - أورام الكبد الخبيثة

هي بدئية أو ثانوية :

أ. - أورام الكبد البدئية : هي سرطانات ظهارية حويجزية (epithélioma trabéculaires) تكثر في الأطفال وتصادف في الذكور والإناث



على السواء، وهي أورام قاسية جداً سطحها محدب أو عقيد (الشكل - ٤٣) يحيط بها نسيج تصلي يكون لها بمثابة محفظة ويجعل سيرها بطيئاً .

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

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

ب . - أورام الكبد الثانوية : (الشكل - ٤٤) هي انتقالات من سرطان المعدة وأورام المبيض وهذا هو السر في اختلاف بنائها النسيجي ، وعرضها



(الشكل - ٤٤)

أورام كبد ثانوية

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 معقياً ، وهذا نادر ، ظهر وكأنه حراً ولا علاقة له بالكبد .

أما قوامه فيختلف فهو قاس وطوراً

لين وقد يظهر فيه تموج كاذب . وهو (متحف التشريح المرضي في جامعة ليفربول) والكبد متحرك في البدء مع الحركات التنفسية ولكنه متى التصق أو كبر حجمه أضفى ثباتاً لا يتحرك .

ويستشير المريض طبيبه متأخراً إما لنحول وتعب شديدتين 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 ،
أفرنجي الكبد) .

المعالجة . - قوامها قطع قسم الكبد النابت عليه الورم ولا يجري إلا بعد
التأكد سريراً 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 بالشرط الكهربائي أو بالميسم الناري (thermocautère)
اتقاءً للنزف ثم يخاط نسيج الكبد بخيوط الحمشة .

ونتيجة التوسط الجراحي باهرة فإن نسبة الوفيات لا تتعدى ٣٪ ولكن النتائج
البعيدة غير حسنة فإن أكثر من نصف المبضوعين يموتون قبل أن 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. - مصبات المرارة والنهابات المرارة المحصورة

تتكون الحصيات الصفراوية وتنمو في المرارة فتبقى فيها أو تهجرها لتقف في القناة المرارية أو في القناة الجامعة (cholédoque) .
وتختلف الحصى المرارية عن حصى القناة الجامعة اختلافاً كلياً من حيث تأثيرها في غدة الكبد فحصى 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 . - تكثر حصيات المرارة في البلاد المتمدنة وهي في المرأة الكهلة (٣٠ - ٥٠ سنة) أكثر منها في الرجل وتصيب بالخاصة الأناث النهمين القليلي الحركة المصابين بالقبض العادي .
وللوراثة دور لا ينكر في التأهب الحصى لدى بعض الأسر كما تعد

الأخماج المعوية (التهاب الزائدة ، تقرحات المستقيم ، الحمى التيفية) من الاسباب المساعدة على تكون 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 وشمج معوي .

الامراض . - ذكرت ثلاث نظريات في كيفية تكون الحصيات الصفراوية :



(الشكل - ٥ :)

التهاب المرارة حسي وفيها
حصاة مفردة ضخمة

(غوسه)

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

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

٣. - نظرية ازدياد كوليسترول الدم : تنسب هذه النظرية تكون الحصيات الصفراوية الى زيادة كوليسترول الدم الذي يرافقه ازدياد هذه المادة في الصفراء فتسببها . وبما يساعد على هذا الترسب نقص الاملاح الصفراوية كنتيجة اضطراب وظائف الخلية الكبدية .

وهذه النظرية الاخيرة هي المعول عليها في التهاب مرارة حسي وفيها حصاة مفردة ضخمة الوقت الحاضر .

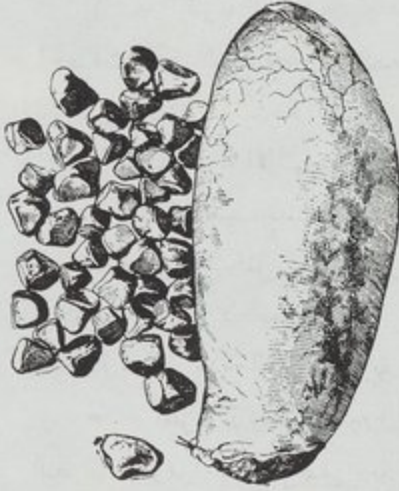
التشريح المرضي . - ١) الحصيات : وهي مفردة او عديدة . وشكل المفردة منتظم بيضاوي او مدور يتبدل حجمها من حجم البندقية الى حجم بيضة الدجاجة الصغيرة ومتى بلغت هذا الحجم شغلت المرارة بأكملها (الشكل - ٤٥) وتصادف الحصاة المفردة في صغار السن عادة .

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

وقوام حصيات المرارة مختلف فهو نارة قاسٍ وطوراً هش سريع الفقت ولونها لبني أو أصفر أو ضارب إلى السواد .

ومن جهة التركيب الكيميائي

تقسم إلى :



(الشكل - ٤٦)

التهاب مرارة حصوي مع
حصيات ذات وجّهات

(غوسه)

أ . - حصيات كوليستولية صرفة وهي حصيات طاهرة تكون مفردة في المرارة وتتميز بخففتها وشفوفها بالأشعة .
ب . - وحصيات صباغية كلسية تتألف من كتل من البلورات الملتصقة وهي حصيات خمجية المنشأ .

ج . - وحصيات مختلطة وهي ظلية على الأشعة تتوكل من الكوليستول والاصبغة الصفراوية وأملاح الكلس . فإذا تألفت نواة هذه الحصيات من الكوليستول 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 دليلاً على أن الحصيات تكونت في مرارة ملتهبة .

٢ . - المرارة : ملتهبة أو غير ملتهبة :

أ . - المرارة غير ملتهبة : تعرف في أثناء التوسط الجراحي بلونها المبيض ويجدرها الكثيفة وبالاتصاقات التي تربطها بالعفج والقولون ، وبزل هذه المرارة

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

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

ب . - المرارة الملتبته : تصادف بحسب درجة الالتهاب الأشكال الآتية : الشكل التصليبي الضموري والأشكال الحادة :

فالشكل التصليبي الضموري هو أكثر الأشكال مصادفة وهو الشكل النموذجي فالمرارة فيه صغيرة منقبضة في أسفل الكبد وقد أحاطت بها التصاقات متينة تلامسها بالكبد والعفج غشاؤها المخاطي متصلب وجدرها كثيفة تتخللها الحراجات الصغيرة التي يكشفها المجهر . ويحتوى هذه المرائر قيح أو سائل مخاطي قيحي تسبح فيه حصيات صباغية أو 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 بانتقاب المرارة في الصفاق الحر أو المحو جب .

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

فلا بد إذن من دراسة الأشكال المزمنة والأشكال الحادة :

الأشكال ذات السير المزمن : ١ - 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 إذا تعرقل بالتهاب حاد أو بهجرة الحصى من المرارة وتوقفها في القناة الجامعة (قولنجات مرارية) أو أن الآفة تكشف عرضاً في أثناء فتح الصدى .

٢ - الأشكال المؤلمة : تنصف 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 الى غوتمان « Gutman ») : تبدأ النوبة في منتصف الليل بآلام مبرحة في المراق اليميني أو في الناحية الشرسوفية وتتسع الى المنكب الأيمن ولا علاقة لها بالطعام وتصاب هذه الآلام أحياناً 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 الغثبان ومن عدم



تحمل المواد الدسمة (قهم ، نخمة ، إسهال بعد الطعام) . وإذا فحصت ناحية المراق اليميني بدت النقطة المرارية مؤلمة وتقع هذه النقطة في اليمين عند تقاطع الحافة الوحشية لعضلة البطن المسنقمية الكبيرة مع حافة الأضلع (الشكل - ٤٧) .

(الشكل - ٤٧)

تحري النقطة المرارية

(ستيرن)

ويتحرى ألم النقطة المرارية بعلامتي مورفي وبراهاام فعلامة

مورفي هي شعور المريضة بألم يحدث لدى جس الناحية المرارية في أثناء الشهيق

العميق وهذه العلامة من القيمة في تشخيص إصابة المرارة بالقيمة علامة مالك بورني في تشخيص التهاب الزائدة .

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

وقد يكشف الألم في النقطة الحجابية اليمنى (بين الرأسين السفليين للعصاة القصية الترقوية الحشائية) وقد تشفى عفوياً هذه الاشكال من التهاب المرارة الحصري ذات النوب الألمية الاستدادية بطرح الحصة ولكنها تنقلب في الغالب شكلاً تصليياً ضمورياً .

هذا هو الشكل النموذجي للقولنجات المرارية وهناك بعض الأشكال الخفيفة حيث تظهر النوب الألمية بشكل انزعاج بسيط يستمر بضع دقائق وينتهي بالقيء أو بالاسهال بعد الطعام وتعرف هذه الأشكال بتعري علامة مورفي .

٣ - التهاب المرارة الحزبي : ينشأ هذا الشكل من انسداد القناة المرارية الفجائي بحصاة ويبدأ بالألم مبرح يتلوه ظهور ورم قليل الألم بياض أو اسطواني ، عالق في وجه الكبد السفلي ، حدوده السفلية واضحة ، يتحرك عرضياً بمركات التنفس ، قوامه عجيني أو قاس وما هذا الورم إلا المرارة التي كبر حجمها بامتلائها بالصفر أو بالقليح أو بسائل مخاطي أفرزه الجدار .

وقد يزول انسداد قناة المرارة باطِّراح الحصة ولكنه ينكس لدى مرور حصة أخرى .

ولا يؤدي توقف الحصة في القناة علاوة على ما ذكر من الأعراض إلى ظهور يرقان واضح ، وإذا ظهر غزبي إلى انضغاط الطريق الصفراوي الاساسي بحصاة القناة المرارية .

٤ - التهاب المرارة التصليبي الضموري : هو أكثر 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 الألم 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 تالماً ثابتاً خفيفاً في الناحية .

وقد يظهر الألم بشكل قولنج كبدي نموذجي ببذنه وتشععه .
وقد تكون الأعراض غير واضحة تظهر حين التعب والانحراف عن الحمية
وهي الألم المستمر مع حس الامتلاء والثقل في المراق اليمنى .

وأخيراً قد يغيب الألم تماماً فلا تشكو المريضة سوى اضطرابات هضمية
انعكاسية بعضها معدي (آلام مبكرة أو متأخرة وأحياناً 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 تعانيتها .
ويكشف جس البطن في أثناء النوب الألمية دفاعاً في المراق اليمنى وأحياناً تعجباً
منتشراً غير محدود أما في الفترات ما بين النوب فلا يكشف الجس إلا ألماً مفره
تحت الكبد يزداد في أثناء الشهيق العميق (علامة مورفي «signe de Murphy») .

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

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

البدء . — 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 مترودة أو متقطعة تقلد البرداء . ويكشف جس البطن تقفعاً في المراق اليمنى مع حس تعجن في الناحية تحت الكبد يشير الى تقيع المرارة . وبشفى هذا الشكل بالراحة ووضع الثلج على الناحية واعطاء المريض المقادير الكبيرة من الصادات ، أو أنه ينتهي بالانباتق في جوف الصفاق الحر أو يكون ضراماً حول المرارة يعرف بتقفع المراق اليمنى وبظهور تعجن عميق يشغل الحاصرة اليمنى وينزل حتى الحفرة الجرفية 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 الحصة المرارية في الغائط كافية لتشخيص هذا التنوسر .

وقد تقف الحصة الصفراوية الكبيرة في القسم الأخير من المعى الدقيق فتحدث اختلاطاً شديداً الحظر هو الإنغلاق الصفراوي (l'iléus biliaire) الذي يصادف في النساء المسنات بالخاصة وينشأ من تشنج المعى على الحصة ويعرف بأعراض الانسداد (الآلام الحادة الاستدادية ، 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 مقصرة .

وعدا ما ذكر فإن اختلاطات عامة قد تحدث في سياق الإصابة بالتهاب

المرارة المتقيح كخمج الدم الصفراوي المنشأ والتقيحات البعيدة (ذات الجنب القبيحة وذات القصبات والرئة) .

الانذار . - ان التهابات المرارة المحصاة آفة قليلة الخطر في الاشكال المزمنة وشديده في أشكالها الحادة . والانذار ذو علاقة بحالة الطريق الصفراوي الاساسي وحالة الكبد التي قد تصاب بذات القناة الصفراوية او بالاستقرار الصفراوي .

التشخيص . - سهل 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 الحزني بالورم الكروي 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 :

١. - فتنبيب العفج ويسمى باختبار ميلتزور - ليون (épreuve de Meltzer - Lyon) يجري بادخال انبوب اينهورن (Einhorn) حتى العفج وحقن بضعة عشم . م . من محلول كبريتات المايزا بنسبة ٢٥٪ ثم نستنشق فيخرج بالتتابع صفراء القناة الجامعة الذهبية اللون (صفراء «أ») صفراء المرارة القائمة (صفراء «ب») وأخيراً صفراء الكبد الزاهية (صفراء «ج») ؛ فإذا لم يتمكن من استخراج صفراء ب نستدل على ان المرارة معزولة وبصادف هذا في المرات الضامرة والمرارات التي سدت قناتها بحصاة . وإذا 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 خلويّاً وجرثومياً يفيد أيضاً في التشخيص (كشف الكريات الحمر والبيض والجراثيم والحُصيات) .

٢. - 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 بمحاصة مرارية ، وعن ازدياد الكريات البيض واختلاف الصيغة الدال على درجة التهاب قناة الصفراء .

٣. - تصوير الطرق الصفراوية الإشعاعي : يجري بدون مادة ظليلة أو بعد إعطائها فالصور البسيطة تكشف ٥٠٪ من الحصيات الغنية بالكلس فهي تبدو بشكل ظل مفرد أو عدة ظلال مدورة أو موشورية أو ذات وجبهات وقد تكون هذه الظلال على شكل قشرة محيط بمركز نير ، وتقع هذه الظلال تحت الأضلع اليمنى ما بين الفقرتين القطنيتين الأولى والرابعة وهي متحركة ويكشف تحركها بالصور الاشعاعية المتتابعة وبالأوضاع المختلفة .



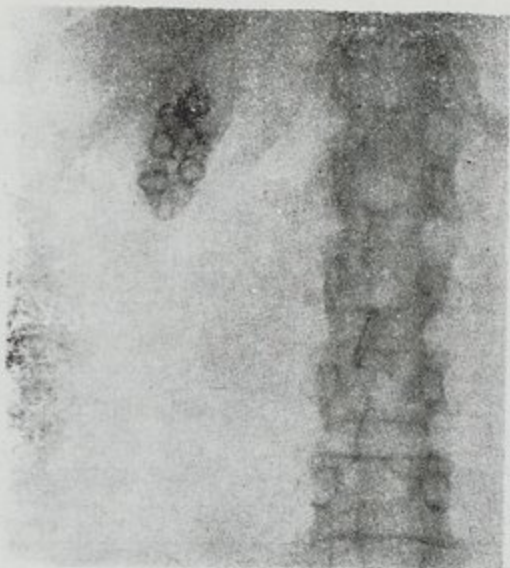
(الشكل - ٤٩)

(الشكل - ٤٨)

مرارة طبيعية كثفت المادة الصبغية
مرارة طبيعية انفرغت بعد الطعام الدهني

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

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



أما المرارة الملتببة فلا ترسم
فيقال عنها أنها مرارة معزولة
وترى الحصيات بشكل بقع
نيرة داخل المرارة
(الشكل - ٥٠)

المعالجة . - تعالج
التهابات المرارة المحصاة
معالجة دوائية وجراحية .
أ. - المعالجة الدوائية :

تقوم هذه المعالجة بوضع
المريض على الحمية الموافقة
(حمية غنية بالهيولينات
وبمئات الفهم وفقيرة بالدهن)

(الشكل - ٥٠)
مرارة محشوة بحصيات تبدو بشكل بقع نيرة
(طومسون - ميليس)
وباعطائه مفرغات الصفراء ومضادات التشنج وبمعالجته بمحامات المياه الحارة
(cures thermales) .

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

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

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

وبعد اجراء جميع الفحوص السابقة يهيا المريض تهية جيدة بإعطائه المرققات (حيامين K ، مركبات الكلور ، نقل الدم بمقادير قليلة) ومقوبات الكبد (خلاصات الكبد ، الميثيونين والكولين ، مجموعة الحيامينات ب ، مقادير كبيرة من المصل 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 وموازيها وتستقصى الناحية تحت الكبد استقصاءً حسناً (المرارة والقناة الجامعة ورأس المعشكلة) بالنظر ثم بالجلس . وقد يلجأ الى تصوير مجاري الصفراء (عن طريق بزل المرارة أو القناة الجامعة وحقن المادة الظليلة) الذي يسمح بكشف حصاة مخفية في النهاية السفلية للقناة الجامعة كما يظهر التهاب الحلمة (التشنجي والحزبي والتصلبي) عند وجوده .

وبعد كل ذلك نختار إحدى الطريقتين : بت المرارة (cholecystectomy) أو خزعها (cholecystotomy) 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 . ونبت المرارة

المستسقية أو المصابة بالتصلب الضموري أو المحشوة بالخصيات .
 أما خزع المرارة فعملية صغيرة سهلة لا تصدم المريض الا قليلا وتجري متى
 كانت حصة مفردة في مرارة مظهرها سليم كما انها تجري في التهاب المرارة
 فوق الحاد .
 أما الجراح حول المرارة فيشق .
 ونتائج التوسط الجراحي جيدة اجمالاً فالوفيات لا تتعدى ٢٪ والطوري .
 التي قد تلاحظ بعد العمل الجراحي نادرة كاليرقان وربط الطريق الصفراوي
 الاساسي خطأً ، 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 أو عن جرح الطريق
 الصفراوي الاساسي .

وقد يتلوّب المرارة توسع في الطريق الصفراوي الاساسي مع التهاب
 المشكلة المزمن وتشنج صارة اودي فيعالج معالجة دوّائية بالحمية وتنيب العفج
 ومضادات التشنج .

٢. — التهابات المرارة غير المحصورة

الأسباب والأمراض . — تكثر هذه العلة في الاحداث وتعادل نصف
 حوادث التهابات المرارة المزمنة اجمالاً ، وقد عُدّ من أسباب هذه الالتهابات اصابة
 المرء بالحمة التيفية أو بنظيراتها وبالتهاب الزائدة المزمن والزحار وداء العصيات
 القولونية . وقد تلتبب المرارة بالطفيليات وبعصية كوخ وبالسوم .
 تصل الجراثيم الى المرارة ١. — بطريق القنيتات 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 أو التاني) أو في القناة

المرارية. ٢. - أو بطريق الدم (التهاب المرارة في سياق الحمى التيفية).
٣. - أو بالطريق اللمفاوي (التهاب المرارة في عقب التهاب الزائدة او في سياق الجمل).

التشريح الموضي . - إما أن يكون التهاب المرارة قسماً (في القناة أو في القمع) أو شاملاً لجميع أقسامها (قناتها ، جسمها ، قعرها) وهذا الالتهاب حاد أو مزمن :

١. - 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 المجهرى خلايا متوسفة من غشاء المرارة المخاطي .
ب. - الشكل المتقيح (ch. suppurée) : تكون المرارة فيه متمددة لامتلأها بالقبح الكثيف المختلط بالطين الصفراوي ، بطانتها متقرحة وجدرها المتكثفة تتخللها خراجات دخنية .

ج. - الشكل المواتي (ch. gangréneuse) ينشأ من التهاب المرارة فوق الحاد وتنقب المرارة فيه في الصفاق الحر .

٢. - التهابات المرارة المزمنة : يشتمل على الاشكال التشريحية الآتية :
الشكل التصليبي الضموري . - تبدو المرارة فيه متقلصة صغيرة الحجم .
الشكل التصليبي الضخامي . - تظهر المرارة فيه كبيرة الحجم متكثفة الجدر .
الشكل الاستسقيائي . - المرارة فيه متسعة لانسداد قناتها . محتواها إما مخاطي أبيض اللون أو سائل قليل الاضطباع 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 Moulounguet) شكل التهابي ، وحتل الكوليستول المشاهدة فيه ذات منشأ التهابي .

ويضاف الى الاشكال السابقة بعض الاشكال النادرة منها التهابات المرارة الطفيلية (الزحارية) والتهابات المرارة النوعية (السلية والافرنجية التي لا تعرف إلا بالفحص النسيجي) والتهاب المرارة التجاوي (ch. allergique) وفيه يخرب جدار المرارة ويحتقن ويرتشح بمجبات الحامض . واخيراً التهابات المرارة الآلية الناجمة عن اللجم والالتواءات 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 مستقرة .

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 الخطي الغشائي وقلم تكون وحدها بل تصاحب عادة الاضطرابات المعدية التي اتينا على ذكرها . وتبدو الاضطرابات المعدية والمعوية الآتفة الذكري في امرىء مصاب بالتهاب المرارة المزمن بعد انحرافه عن الحمية الخاصة او تعرضه لانفعال او لبود كما تبدو في المرأة عند ظهور الحيض .

العلامات العامة . — تتأثر حالة المريض العامة تأثراً بيناً فهو منهوك عصبي المزاج تصيبه هجمات حموية . وبما 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 المأ قد يصاحبه الغثيان

وبعد علامة أساسية في التشخيص . وقد يشعر بهذا الجس بالمرارة متى كانت كبيرة الحجم .

أما في التهاب المرارة التصليبي الضموري فتصبح الاضطرابات الآتية الذكر مستمرة كما ان احتدادات تطرأ على الآلام الدائمة في الليل والنهار وتسوء الحالة العامة بسبب هذه الآلام والحمة الغذائية الصارمة . وتبدو المرارة المستسقية بالفحص الفيزيائي هرمية الشكل متطاولة تمتد من حافة الأضلع الى السرة قعرها مدور أملس وهي قليلة الألم وتحرك 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 انتقابه حيث تختفي علامات الانتقاب أمام انحطاط المريض وسوء حالته العامة .

السير . - تسير التهابات المرارة المزمنة التي لا تعالج سيواً متواحلاً ويشدد 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 ينتقب في الصفاق الحر محدثاً التهاب الصفاق الحاد المنتشر .

التشخيص . - يصعب تشخيص التهابات المرارة اللاحصوية في البدء بالنظر للاضطرابات المعدية والمعوية التي تبديها فهي تلتبس بالتخيمات المعدية كما تلتبس بالتهاب المعوي الخاطي العشائي . وإن استقرار الآلام في الناحية تحت الكبد يجعلها تلتبس بالقرحة العفجية والتهاب الزائدة والتهاب المعشكة والتهاب ماحول العنبر .

أما التشخيص الفارق ما بين التهاب المرارة الحصوي وغير الحصوي فيسهل بالتصوير الاشعاعي . فتوصل الى تشخيص التهاب المرارة اللاحصوي عن الآفات

السابقة لا بد لنا من الرجوع الى تنبيب العفج والى تصوير المرارة الاشعاعي
ثم الى قياس الضغط بالاشعاع (radiomanométrie) للطرق الصفراوية .

المعالجة . - دوائية وجراحية :

المعالجة الدوائية . - نجرب معالجة هذه العلة بالاستنضاض المتقطع وذلك
بتنبيب العفج الذي يأتي بنتائج باهرة فبه تخففي آلام الناحية تحت الكبد او
تخف ويستعيد المريض شهيته للطعام كما يستعيد وزنه ولا سيما اذا اشرك هذا
التنبيب باعطاء الصادات ومضادات التشنج (اتروبين ، بابافرين ، تيوفيلين)
والكلس وحقن المصول السكرية تحت الجلد او في الوريد .

المعالجة الجراحية . - يلجأ اليها حين اخفاق المعالجة الدوائية وتقوم بيت
المرارة او خزعها فاذا بدت جدر المرارة سليمة أجري الحزح وإلا فيفضل
بت المرارة .

أما في حالة انثقاب المرارة فالاستطباب الجراحي صريح .
وفي جميع الحالات يثابر على اعطاء الصادات (بنيسلين ، ستربتوميسين ،
كلورومايستين ، تراميسين الخ . .) .

* * *

البحث الثاني

حصاة الطريق الصفراوي الرئيس

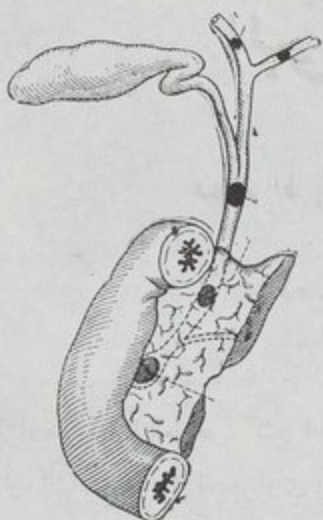
حصيات القناة الجامعة

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 وبما يلفت الانظار هو وفرتها فهي تعادل ٢٥٪ من الحصيات الصفراوية .

التشريح المرضي . - (١) الحصيات : منشأها المرارة وبنائها كبناء الحصيات الصفراوية اجمالاً فهي إما كوليسترولية او صباغية كلسية او مختلطة . تكون في بادىء الامر طاهرة فتقف في القناة الجامعة وتكبر بتنضد الكوليستروول والاصبغة عليها ثم تحيط بها طبقات كلسية عديدة لدى إصابة الطريق الصفراوي الرئيس بالالتهاب .

وحصيات القناة الجامعة مفردة او عديدة ، فالمفردة تصادف في نصف الحادئات تقريباً وهي كبيرة بحجم الزيتون 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

مخلطة بالطين الصفراوي فتكون مزعجة جداً للجراح . وقوام حصيات القناة الجامعة مختلف فهي قاسية جداً نارية وهشة سهلة النقت طوراً وتستقر في أية نقطة من القناة الجامعة (الشكل - ٥١) ولكنها تصادف غالباً في قطعها خلف المعشكة بما يعادل ٧٥٪ من الحالات وقد تصادف في مجل و اتر فتستأصل بالطريق عبر العفج .



واذا وقعت الحصى في القنوات الكبدية سهل استئصالها عن طريق القناة الجامعة في حال وقوفها في الشعبة اليمنى أما الحصى الواقعة في الشعبة اليسرى فيصعب استخراجها لتكوع هذه الشعبة بشكل زاوية قائمة .

٢ - القناة الجامعة : تتوسع القناة

الجامعة فوق الحصى حتى أنها قد تبلغ حجم العروة المعوية ولا علاقة لهذا التوسع بحجم الحصى فقد تكون الحصى صغيرة والتوسع

(الشكل - ٥١)

النقاط التي توقوف فيها حصيات القناة الجامعة (مبنيكو)

كبيراً جداً ولا يقتصر هذا التوسع على القناة الجامعة وحدها بل يمتد إلى المجاري الصفراوية في داخل الكبد . ولا تسد الحصى في الغالب القناة الجامعة سداً تاماً بل ان هذا الانسداد ينجم عن اشتراك التشنج وذات القناة الصفراوية مع الحصى ، بهذا يفسر تبدل اليرقان في المريض بين يوم وآخر .

أما جدران القناة الجامعة فمتكثفة وملتهبة ويشاهد في غشائها المخاطي بمحاذاة الحصى بعض التقرحات وهذا ما يفسر لنا ضيق القناة الجامعة بعد التوسط الجراحي . وحول القناة الجامعة ملتهب وفيه التصاقات تلامس سويقة الكبد بالأعضاء المجاورة (الكبد ، القولون ، العفج) وهي في حصى المارارة اكثر منها في حصى القناة الجامعة .

ومنظر الصفراء الطبيعي في المجاري الصفراوية الرئيسية وقد يكون قائماً
كثيفاً أو عديم اللون أو قيجياً. ويكشف زرع الصفراء عن العصابات القولونية،
عصية ايبورت، ونادراً عن المكورات العقدية واللاهوائيات.

٣. - المواردة : مصابة بالتهاب مزمن من النوع التصابي الضموري فهي
صغيرة منقبضة وحولها ملتصق والالتصاقات تلامسها بزواوية القولون اليمنى
والعفج.

٤. - الكبد : إن وقوف الحصة 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 فيغضي بها
إلى الاستقرار الصفراوي.

٥. - 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 بالحاجة.

الأعراض . - تتخذ نموذجاً للوصف الشكل العادي المصحوب باليرقان :

١. - دور البدء : يظهر هذا الشكل في حالتين إما في امرئ ثبتت
إصابته بالحصيات الصفراوية أو في مريض ليس في سوابقه ما يشير إلى إصابة
صفراوية :

ففي الحالة الأولى يتصف انسداد قناة الجامعة ببذنه 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 مهمة تتشعب
للمنكب الأيمن يرافقها الغثيان والاسهال بعد الطعام ثم يظهر اليرقان. وقد

يكون البدء خفياً باليرقان فقط بدون أية نوبة ألمية .
وفي الحالة الثانية حيث نخلو 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 .

٢. - 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. - اليرقان : يظهر للوهلة الأولى وهو يرقان انسدادى 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. - الآلام : تكون مستمرة أو تأتي بعد الطعام وتختلف شدتها
فهي تبدو أحياناً بشكل تألم في المراق اليمنى وتأخذ أحياناً شكل نوبة اشتدادية
تتشعب نحو الشرسوف والمنكب الأيمن ترافقها الاقياء .

ج. - 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 .

٣. - العلامات الفيزيائية : يكشف الجلوس العميق ألماً محدثاً في نقطة

ديجاردت « Desjardins » (النهاية الأمامية للضلع العاشرة) أو في ناحية شوفار المعشكالية الجامعية (وتحدد برسم زاوية قائمة رأسها السرة وضلعها الأولى تمتد من السرة إلى الرهابة وضلعها الثانية تمتد من السرة أفقياً فإذا قسمت هذه الزاوية إلى نصفين متساويين وقعت الناحية المعشكالية الجامعية بين الحُط القائم والحُط المنصف بحيث لا تتجاوز السرة بخمسة عشم . ولا تبلغ السرة في الاسفل) . أما المראה فلا تجس عادة لكونها صغيرة منقبضة في وجه الكبد السفلي بسبب إصابتها بالتهاب تصليبي ضموري .

وعدم جس المראה علامة ذات قيمة كبيرة في تمييز اليرقان الناجم عن حصاة القناة الجامعة عن يرقان سرطان رأس المعشكة (علامة كورفوازيه - تيريه « signe de Courvoisier - Terrier ») .

أما الكبد فضخمة ملساء منتظمة تتجاوز حافة الأضلع الكاذبة وتبدل هذه الضخامة مع تبدل اليرقان فهي تخف بخفة اليرقان وتزداد بازدياده .

٤. - **العلامات العامة :** تكون الحالة العامة جيدة في البدء ولكنها لا تلبث أن تبدل فينجل المريض بسرعة بسبب الخنج والآلام والاضطرابات الهضمية (القهم ، التخمة ، الغثيان ، القيض) .

الاشكال السريرية .- إلى جانب الشكل النموذجي ذي السير المزمّن الذي اتينا على وصفه تصادف أشكال عديدة بعضها حاد وبعضها مسدّف 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 تهيج الآلام ويزول اليرقان وتهبط الحمى وتمر فاصلة تختلف مدتها ثم تعود الأعراض السابقة للظهور وتستلزم التوسط الجراحي .

الشكل الحاد .- يبدأ فجأة بألم مبرح ثم يظهر اللون اليرقاني الواضح بسرعة تصاحبه علامات الخنج الحظرة وحمى عالية ونوافض متكررة مع استبالة

الدم السريعة . و انذار هذا الشكل وخيم فإذا لم يبادر بسرعة إلى بضع المريض واستنضاض الطرق الصفراوية افضى هذا الشكل إلى انتقاب القناة الجامعة أو تكون خراج الكبد .

الأشكال المسدفة والخفية . — هي أكثر مصادفة من الأشكال الأخرى وتعاود ٦٠٪ من الحالات وتتصف غالباً بكونها وحيدة العرض كالشكل اليرقاني الصفري ذي البدء الخفي حيث يزداد اليرقان شيئاً فشيئاً مشابهاً اليرقان المصادف في سرطان رأس المعشكة ، والشكل الانتهائي الصفري حيث تلتهم 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 الجلوس نقطة ألمية في المرارة كما يظهر التصوير الاشعاعي البسيط للمراق اليميني بعض الحصيات في الحويصلة الصفراوية كل ذلك يحرف التشخيص إلى الإصابة المرارية . فيجب علينا أن نفقش عن العلامات التي تدل على انسداد القناة الجامعة المتقطع وهي نوب الآكال 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 الكتيورات النوى الدال على التجميع ورغم كل هذه الفحوص فقد تبقى الحصة مجهولة ولا تكشف إلا باستقصاء قناة الجامعة الذي يجب أن يجري في أثناء 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 الثالث العرضي المعروف باليرقان والآلام والحمى .

ويقرب من الأشكال السابقة حصيات القنوات الكبدية بالخاصة وحصاة القناة المرارية الجامعة حيث ينسد الطريق الصفراوي الرئيس بحصاة عنق المرارة. **السير والعراقل** . - لا تكفي 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 عراقل بعضها حاد وبعضها مزمن :

١. - **العراقل 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 مزداة الحجم . ويشفى هذا الاختلاط بالاستئصال الجراحي السريع للطرق الصفراوية وإلا فإن المريض يموت بجمجمة الدم الصفراوي أو بيرقان خطر مع قصور الكبد الشديد .

ب. - **التهاب المرارة المتقيح** : يشاهد هذا الاختلاط حتى في المرائز 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 .

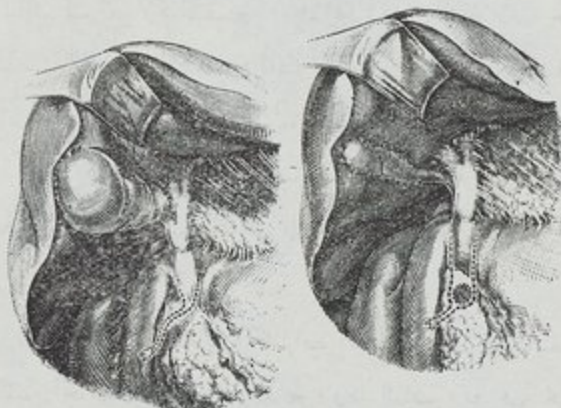
ج. - **بعض العراقل النادرة كالتهاب المعشكلة الحاد والتهاب الصفاق الحاد** (بتمزق القناة الجامعة بالخاصة) وتقيح وريد الباب ويعرف بمرض المريض وإصابته بالحبن الوافر والنزف المعدي وتغوط الدم .

٢. - **العراقل المزمنة** : أ. - **التهاب المعشكلة المزمن المتصف باليرقان** الثابت وبالأضرار الهضمية الناجمة عن قصور هذه الغدة (عدم هضم الشحوم

والهيو لينات وما آت الفهم) وقد يتعرقل هذا الاختلاط بالتهاب حاد أو أنه يؤدي في النهاية إلى انسداد القناة الجامعة ولو استخرجت الحصيات منها بسبب التصلب الحادث في رأس المعشكة. وقد يصاب المريض بهذا الاختلاط بالحرص السرطاني الكاذب .

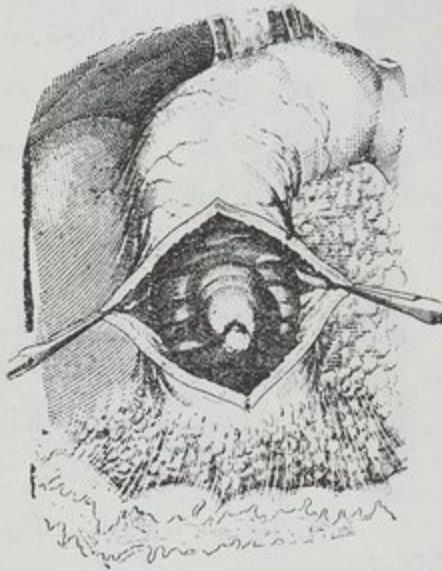
ب . - قصور الكبد حيث تبدو الكبد قاسية ولا يتبدل حجمها في أثناء هجمات التهاب قناة الصفراء . وتظهر بسبب هذا القصور النزوف الوافرة واليرقان الوخيم في عقب التوسط الجراحي ، يبين لنا هذا ما لاختبار وظائف الكبد من شأن قبل أي توسط جراحي على الكبد والطرق الصفراوية فإذا بدا أي قصور في الكبد وجب تصحيحه بإعطاء خلاصات الكبد والحيامين ك (K) والموصول السكرية التشخيص . - يختلف التشخيص باختلاف الأشكال السريرية التي اتبنا على وصفها :

١ . - فالشكل اليرقاني سهل تشخيصه متى كان الثالوث العرضي (اليرقان المتبدل ، آلام المراق اليمنى المنتشرة إلى الكتف ، هجمات الحمى) ، وعلى



(الشكل - ٥٢) علامة كورفوازيه - تجر به
في اليمين : انسداد القناة الجامعة بحصاة (المرارة منقبضة ضامرة)
في اليسار : انسداد القناة الجامعة بسرطان المعشكة (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 المعشكة 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 الاضطرابات الصفراوية تقلد حصة القناة الجامعة بجميع أعراضها من يرقان وارتفاع حرارة وآلام متقطعة. وتنصف أورام رأس المعشكة ولا سيما سرطاناتها بالنحول الشديد واليرقان الذي يزداد تدريجياً ويخلوها من الآلام والحمى فضلاً عن الشعور بوزن كبير متناول متوتر في المراق اليمنى هو المرارة المتوسعة (الشكل - ٥٢) (علامة كورفرازيه - تيويه) وما قيل عن أورام رأس المعشكة يقال عن أورام الطرق الصفراوية .



(الشكل - ٥٣)

سرطان مجل وائر (سنيون)

٢. - الأشكال الشبيهة بالتهاب قناة الصفراء : تلتبس بالبرداء ويتوصل إلى

ويعرف سرطان مجل وائر (الشكل - ٥٣) باليرقات والتغوط الدموي الخفي كما يعرف السرطان الثانوي في سرة الكبد بالأعراض الخاصة بالورم البدئي. وهناك علل أخرى أعراضها شبيهة بأعراض حصة 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 المعشكة.

التشخيص الفارق بفحص الدم وكشف 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. - 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. - الصور الإشعاعية وتجرى بعد التهيئة أو بدونها ، فإذا اجريت بدون تهيئة امكن مظهر حصيات المرارة بصورة واضحة بينما هي لا تظهر إلا نادراً



بعض حصيات القناة الجامعة بشكل سبحة ترتسم على النائتين المتعرضين الأيمنين للفقرتين القطنيتين الأولى والثانية (الشكل - ٥٤) هذه الظلال التي يجب تمييزها عن الحصيات البولية والعقد المتكلسة وتكلسات المعشكة .

أما التصوير الاشعاعي بعد تهيئة المريض (باليود الرباعي أو البيليغرافين) فيجب عدم اجراؤه في الأشكال اليرقانية وإلا أدى إلى بعض العوارض المزعجة .

ب. - قنبيب العفج (اختبار المرتسة على شكل السبحة (لودولوبار) (الشكل - ٥٤) مرارة محشوة بالحصيات مع حصيات القناة الجامعة (لودولوبار) : 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 وهجمة الآلام وهبوط الحمى .

ج . - فحص الدم الذي يكشف عن الحمج (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 أطرحت فيها الحصيات بالطرق الصفراوية الطبيعية وذلك بإعطاء المريض مفرغات الصفراء ومضادات التشنج واثرا كهبا بتنبيب العفج . وتجري المعالجة الجراحية بسرعة في انسداد القناة الجامعة الحاد مع حمى شديدة ويجب فيما عدا ذلك تهئية المريض جيداً بإعطاء المرققات 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 $\frac{3}{100}$ في البضع المبكر نرى أن هذه النسبة ترتفع إلى $\frac{45}{100}$ في الحالات التي بضعت متأخرة . ويجري العمل الجراحي على النمط التالي : يخدر المريض تخديراً عاماً (يجب نبذ الكاؤور وفورم الضارب بخلية الكبد) ويفتح البطن على الخط المتوسط أو الجانبي أو المعتوض تحت الأضلع بصورة تمكن الجراح من رؤية السويقة الكبدية جيداً ثم تستقصى الطرق الصفراوية بحس رأس المشكلة 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 تحس باليد كما يفيدان في دراسة وظيفة صارة اودي . تستأصل حصيات القناة الجامعة بشق هذه القناة على العفج مباشرة وبعد امتصاص الصفراء بالمصاصة يحاول اخراج الحصيات من خلال الشق بدفعها الى العالي إذا كانت قرب صارة اودي أو

بإثرائها إلى الأسفل إن كانت عالية وإذا تعذر الأمر استعملنا ملاقط طويلة خاصة ثم تستقصى الطرق الصفراوية مرة ثانية لكي نتحقق خلوها تماماً من الحصى وذلك باستعمال المسبار الصمغي أو القاثير المعدني الذي يجب أن يجتاز مجل واطر وأحسن من هذا إعادة تصوير الطرق الصفراوية للمقارنة وينهى العمل الجراحي باستنضاض القناة الجامعة باحفوض كبير (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 الحصى بتصوير الطرق الصفراوية بعد العمل الجراحي .

وتستخرج حصاة مجل واطر التي لا يمكن تحريكها بخزع القناة الجامعة عبر العفج . أما المראה فتبت إذا كانت ملتتهبة أو كانت فيها حصىات ويحافظ عليها إذا كانت صحيحة .

* * *

الْبَابُ الرَّابِعُ

امراض الطحال الجراحية

الفصل الأول

آفات الطحال الرضية

البحث الأول

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 قسماً او كلياً بالمرامي النارية

وآفاقه آفات في الصدر (الأضلع ، الجنب ، الرئتين) أو في أحشاء البطن (المعدة ، زاوية القولون اليسرى ، المعى الدقيق ، الكلية اليسرى ، ونادراً الكبد والمعدة) .

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 خطيرة إجمالاً 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 الأبيض كما اسلفنا ، تعرف إصابة الطحال بآلام المراق اليسرى المنتشرة إلى المنكب وبتناذر النزف الباطن (الشحوب ، العرق البارد ، تسلق النبض ، برودة الأطراف ، هبوط الضغط الشرياني ، الخ . .) . أما في غيرها من الحالات فإن أعراض الإصابة الحشوية الأخرى تبرز للوجود وهي أعراض بطنية (سكون البطن ، تقفع جداره ، الإقياء في إصابة المعدة والمعى) 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 بالرامي النارية فيشك في الإصابة بدروس اتجاه المرمي والفحص الإشعاعي .

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 إلى 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 يحاط الحجاب في الجروح الصدرية البطنية كما تحاط المعدة وزاوية القولون في الجروح البطنية . وينهى التوسط الجراحي بخياطة جدار البطن ثلاث طبقات . ويباشر باستعمال الصادات (البيسلين والستربتوميسين والكلورانفينيكول الخ ...) هذا فضلاً عن نقل الدم والمصول ومقويات القلب والمرققات التي يعطاها الجريح حال دخوله المستشفى وفي أثناء العمل الجراحي .

* * *

البحث الثاني

رضوض الطحال ونسفتاه

(Contusions et ruptures de la rate)

الأسباب . - تشاهد رضوض الطحال ما بين ٢٠ - ٤٠ سنة من العمر وقد تلاحظ في الأطفال أيضاً . والذكور معرضون لهذه الإصابة أكثر من الإناث 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 أن السقوط والرأس 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 ما يقع متى كان الطحال مريضاً بالخاصة أما 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 الأرض) .
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 لبيان هذا العضو الممتلئ دماً والمغلف بمحفظه رقيقة جداً .
التشريح المرضي . - تشاهد في الطحال المروض الدرجات المختلفة الآتية :

وفي الدرجة الأولى يصاب الطحال بالقروت تحت المصلية .
وفي الدرجة الثانية يتكون ورم دموي مختلف الحجم مستبطن للطحال مع سلامة المحفظة (انظر الشكل - ١ في الصفحة - ٤) وقد ينشق هذا الورم الدموي بعد مدة بجهد بسيط أو بضغط العلاقات الدموية محدثاً نزفاً ثانوياً في الصفاق .

وفي الدرجة الثالثة تنشق المحفظة والطحال معاً (انظر الشكل - ٢ في الصفحة - ٤) ويكون شق الطحال خطياً أو نجمياً أو ينفجر الطحال وقد تنفصل قطعة منه انفصلاً تاماً (انظر الشكل - ٣ في الصفحة - ٥) فتشاهد حرة في جوف الصفاق بين الأحشاء لدى فتح البطن .
أما في الدرجة الرابعة النادرة فتنتقل سويقة الطحال .

وتفضي الدرجتان الأخيرتان من رضوض الطحال إلى نزف مختلف الكمية يجتمع تارة في مسكن الطحال وينتشر تارة أخرى في جوف الصفاق بشكل دم سائل أو علاقات دموية تصادف على الأكثر في الحوض وفي الحفرتين الجرفيتين .
ويزداد خطر الإصابة إذا تناول الرض أعضاء أخرى مع الطحال (كسور الأضلاع الأخيرة اليسرى التي يرافقها أحياناً رض الرئة أو انصباب دموي في الجنب ، تشقق الكلية اليسرى أو انفجارها والذي يكون ورماً دمويّاً حول الكلية يستلزم التوسط الجراحي ، وإصابة أحشاء البطن الأخرى : المعدة ، المعى ، المعشكة ، فص الكبد الأيسر) .

الأعراض . — يسقط امرؤ على ناحية مراحه اليسرى أو يصاب برض أو رهس على هذه الناحية فتبدو فيه العلامات الوظيفية والفيزيائية الآتية :

١. — **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 المراح 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.

٢. - العلامات الفيزيائية : يكشف جس المراق اليسرى دفاعاً عضلياً مستقراً في الناحية كما يوقظ الماء منحصراً فيها أو منتشراً في جميع أنحاء البطن . وإذا تقفع جدار البطن تقفعاً خشياً دل على وجود آفة مشاركة لآفة الطحال وهي إما انثقاب في حشا أجوف (معدة أو معي) أو كسري الأضلع . أما القرع فيكشف صمماً في المراق اليسرى وفي الحفرتين الحرقيتين والناحية الخلفية .

الأشكال السريرية عديدة منها :

١. - الشكل فوق الحاد: سببه رض عنيف على المراق اليسرى وهو شكل خطر يمت المصاب في خلال عدة دقائق أو عدة ساعات بنزف باطن وافر وإذا فتح البطن لوحظ انه ممتلئ دماً وانذار هذا الشكل وخيم على الرغم من التوسط الجراحي .
٢. - الشكل الحاد وهو الشكل النموذجي الذي اتينا على وصفه .
٣. - الشكل ذو النزف الوافر المتأخر وهو ما يحدث فيه النزف بزمين 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 حرّة مختلفة المدة قد تدوم خمسة عشر يوماً أحياناً يشعر المريض في خلالها بارتفاع حرارة خفيف فالحى تتراوح بين ٣٧° - ٣٨° كما يكشف الفحص الفيزيائي الدقيق الماء طفيفاً مع تورم أصم في الحاصرة 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 صفائي (نتيجة لانفجار الورم الدموي) يتجلى بالألم الحاد والاعياء وأعراض النزف الباطن .

٤. - الشكل المتصف بتعاقب النزوف : يشابه هذا الشكل الحمل النفيري حيث تبدو هجمات تشدد فيها الأعراض الموضعية والعامّة تقطعها فترات من التحسن وهذا الشكل يتطلب التوسط الجراحي العاجل وإلا فيموت المريض بتعاقب النزوف .

٥. - الشكل الخادع (la forme insidieuse) : يتصف بنزف قليل المقدار قد يطول وينتهي بتشكوينه كيبساً أو خراجة تحت الحجاب أو أنه يتفاقم فيقضي على المريض .

التشخيص . - يستند التشخيص إلى الأعراض الوظيفية والفيزيائية السابقة من غشي وألم المراق اليسرى المتشعب للمنكب وعلامات النزف الباطن وقديفيد عد الكريات الحمر في تشخيص الشكل الفائق الحدة كما تفيد عودة علامات النزف الباطن في تشخيص الشكل الذي يحدث فيه النزف بزمين .

المعالجة . - جراحية بحجة قوامها ذلك 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 المعشكلة .

ونتايج بت الطحال المرضوض حسنة فنسبة الوفيات لاتتعدى فيه ٢٠-٢٥٪ . إلا أن هذا البت يتلوّه عادة نقص ملحوظ في الكريات الحمر مع كثرة الكريات البيض ولكن هذه التبدلات الدموية سرعان ماتعود إلى حالتها الطبيعية في خلال ٢٠ - ٢٥ يوماً بفضل نقي العظم والعقد اللمفاوية .

الفصل الثاني

الطحال المتحرك و ضخامات الطحال المزمنة

البحث الأول

الطحال المتحرك

الأسباب . — هو علة نادرة تصادف غالباً في المرأة الكهله سببها الكسبي ضخامة الطحال المرضية وسببها الولادي عدم التصاق الرباط الحجابي الطحالي بالجدار الخلفي للصفاق .

التشريح المرضي . — قد يهبط الطحال المتحرك إلى الحاصرة 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 متحركاً 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 بالأعضاء المجاورة .

الأعراض . — قد يكشف الطحال المتحرك عَرَضاً في أثناء الفحص ولكنه يحدث غالباً اضطرابات معدية معوية وآلاماً مختلفة الشدة يصفها المريض بحس انجرار في الحاصرة اليسرى .

تسهل معرفة الطحال المهاجر بحافته المحززة (crénelé) اذا ظل متحركاً
وتصعب اذا ثبت بالتصاقه بالأعضاء المجاورة (المثانة ، الرحم) .

التشخيص . — يلتبس الطحال المتحرك بأورام الماساريقي 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 ،
إسراع النبض ويتطلب توسطاً جراحياً عاجلاً وإلا فالطحال المنفتل يتعرض
للموت 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 . أماتثيت الطحال (splénopexie)

فيجرى متى كان الطحال سليماً وغير منفتل .

ويبت الطحال (splénectomie) في الحالات الأخرى وعلى الرغم

من كونه عملية سهلة لطول سويقة الطحال فإن نسبة الوفيات فيه تعادل ١٧٪
بسبب بؤر الحُسَر 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 : ١. - ضخامات الطحال الوحيدة العرض. ٢. - ضخامات الطحال الحمجية والطفيلية. ٣. - ضخامات الطحال في أمراض الدم .

١. - 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 القنطرة الحرقفية اليسرى وتصل تارة اخرى الى الحُط الأبيض ؛ يفصلها عن الطحال

قشرة من نسيج ليفي مختلف الكثافة . أما نسيج الطحال فضاغر بعد ان كدسه الكيس . والكيس ملتصق غالباً بالحجاب ويجدار 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 جسم متطاوّل ، 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 وريية وانصباب جنبي قفالي ، وتبدو قاعدة الصدر اليسرى متسعة بارزة لا تتحرك بالتنفس . كما يكشف بتصوير المراق اليسرى الاشعاعي تحذب 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 بالحرص أو أنه يتقيح او ينبثق .

يعرف تقيح الكيس الذي يتم بطريق الدم في سياق الامراض الحنجية بارتفاع الحرارة وسوء الحالة العامة وآلام المراق اليسرى المتشعبة 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 كيس الطحال في حشا اجوف (معدة ، قولون) او في جوف الصفاق العام .

وقد ينبثق كيس الطحال ولو نادراً في الجلد .

التشخيص . — تلتبس كيبسات الطحال في شكلها البطني بكيبسات الماساريقي وأورام الكلية اليسرى وكيبسات فص الكبد الايسر المائية ، بينما تلتبس كيبسات الطحال المتجهة نحو الصدر بذات الجنب وتعرف هذه العلل بالاعراض الوظيفية والفيزيائية الخاصة بكل منها .

ومتى أقر الكيس 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 . — تعالج كيبسات الطحال بالتوخيف والاستئصال او

بيت الطحال :

تستعمل طريقة التوخيف والاستئصال في الكيبسات المتقيحة متى كان الطحال ملتصقاً بشدة بالاعضاء المجاورة وكانت حالة المريض العامة سيئة . وبيت الطحال في الكيبسات الكبيرة . وقد يستأصل الكيس وحده عندما يكون معقماً .

ب . — كيبسات الطحال الاطفيلية : قد نجد في الطحال كيبسات

لا يكون عاملها المرضي المذكورة المقنفة وهذه الكيبسات هي :

١. — الكيبسات نظيرة الأدمة (les kystes dermoïdes) .

٢. — الكيبسات نظيرة البشرة (les kystes épidermoïdes) :

تكشف صدفة لدى فحص بعض النساء اللواتي تعرضن لرض على ناحية المراق اليسرى وهي أورام كيسيية جسيمة مدورة فيها سائل مصلي دموي . تعرف هذه الكيبسات لدى فتح البطن بجدرها المبيضة القليلة الالتصاق بالاعضاء المجاورة .

٣. - الكييسات المصلية (les kystes séreux) : تكون مفردة وكبيرة الحجم أو عديدة وصغيرة الحجم ومبعثرة في الطحال جدارها ليفي ومحتواها مصلي .

٤. - 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 علاقات ملتصقة بجدار الكييس الباطن . وتلتصق هذه الكييسات عادة بالأعضاء المجاورة وتتصف سريراً بثقل في المراق البصري مع ألم في الناحية ينتشر إلى المنكب وتنتهي هذه الأورام الدموية بالانبثاق أو التقيح . معالجة كييسات الطحال اللاطيفية - تعالج هذه الكييسات ببت الطحال . ج. - ورم الطحال العفلي : علة نادرة يضخم فيها الطحال ضخامة سريعة ويصبح غير منتظم محدباً مؤلماً ولا تفيد الجراحة في هذه العلة .

د. - تناذر بانتي (le syndrome de Banti) علة تسير بثلاثة أدوار متتابة : يتصف الدور الأول بضخامة الطحال التي قد ترافقها فاقة دم بنقص اللون (anémie hypochrome) ، كما يتصف الدور الثاني بضخامة الكبد مع نزف هضمي واصطباج الجلد كما في مرض أديسون ، أما الدور الثالث فيعرف بأشقرار الكبد مع ظهور الحبن والخرض المتروقي . ويفيد بت الطحال في الدورين الأول والثاني من العلة فقط .

٢. - ضخامات الطحال الحمعية والطفيلية

يضخم الطحال في بعض العلل (السل ، الأفرنجي ، البرداء) ويقسوقوامه ويصبح سطحه مقبباً : كضخامة الطحال في الأفرنجي حيث تكثر الصموغ ، وفي السل حيث تلاحظ العقد المتجبنة أو الخراج البارد ، وفي البرداء المزمنة حيث يتعرض للانفتال (لتحركه) أو للانثقاق (في عقب الرض) . وتعالج

هذه الطُحُل الضخمة بالبت إذا آلمت المريض ولم تقف فيها المعالجة الدوائية (الطحال الافرنجي والسلي) أو إذا تعرضت للانتقال 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 تُلأم الطحال بالأعضاء المجاورة وخطر لأن هذا العمل الجراحي قد يؤدي لانتشار السل . وفي سل الطحال يستحسن اشراك المعالجة الدوائية (ستربتوميسين ، ريمي فون « Rimifon » ، مركبات الكلور) مع بت الطحال .

٣. — ضخامات الطحال في أمراض الدم

لبت الطحال في أمراض الدم الآتية نتائج باهرة :

أ. — **اليرقان الحاد للدم** : علة ولادية أمرية (تصادف في عدة أفراد من الاسرة الواحدة) يضخم فيها الطحال ضخامة شديدة وقد يرافقها كبَد مؤلم وتتصف بفاقة الدم واليرقان المعزوين إلى تحרב الكريات الحمر في الطحال وتعالج بيت الطحال الذي يزيل اليرقان ويزيد عدد الكريات الحمر ويحسن الحالة العامة ولا سيما إذا أشرك بنقل الدم والحقن بمخلاصات الكبد .

ب. — **الفوفرية المزمنة النساكسة** أو مرض ورلوف (Werloff) وسبب هذه العلة النقص الشديد في الصفيحات الدموية الناجم عن عمل الطحال المتحرب . 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 بت 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 ويزيادته لعدد الصفيحات الدموية وبتقصيره زمن الإدماء .

ج. - فاقدة 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 كلبيضاض 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 ما يقال أيضاً في مرض فاكيز (Vaquez) (احمرار الدم « erythémie ») حيث لا يفيد التوسط الجراحي .

البحث الثالث

تناذر فرط التوتر البائي

الأسباب . - ينجم هذا التناذر عن عائق في جهاز وريد الباب ويقع العائق في داخل الكبد أو في خارجها :

١ . - العائق في داخل الكبد : تحدث جميع استقرارات الكبد هذا التناذر ولا سيما استقرارات لاينيك (Laënnec) واستقرارات الكبد اللاغولية ؛ حيث يتكون نسيج تصليبي فيحيط بتشعبات وريد الباب في داخل الكبد رافعاً التوتر في وريد الباب .

٢ . - العائق في خارج الكبد : وهو إما ضيق ولادي في جذع وريد الباب أو في أحد فروعه (ويصادف في الأطفال) أو خنجر يصيب وريد الباب أو الوريد الطحالي (ويصادف في الكهول) وقد يكون الضيق التهايباً فينجم عن التهاب عقدة لنفاوية في سرّة الكبد أو في سرّة الطحال ويكثر في الكهول . واخيراً تؤثر علل المشكلة (السرطان ، الحصيات ، الخنجر) في وريد الباب فتضغظه او تحدث خثراً فيه . اما ضخامة الطحال المصادفة في داء بانتي فثانوية وتنجم عن خثر اصاب وريد الباب .

الاعراض . - يتصف تناذر فرط التوتر البائي بعرضين هامين : ضخامة الطحال ودوالي المعدة والمرى .

فالطحال ضخم ويزن ٤٠٠-٥٠٠ غرام وهو محتقن أو ليفي ويجس بسهولة . وتبرز دوالي المعدة والمرى تحت الغشاء المخاطي ، وجدارها هش حتى ان

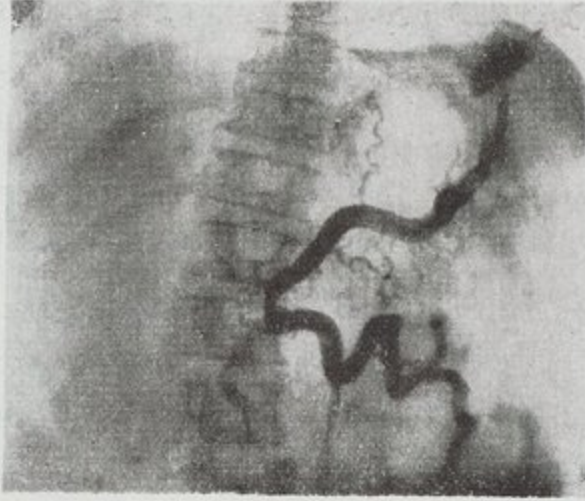
الرض الذي تحدثه الأطعمة كاف لتمزقها واحداث نزف هضمي يتجلى بقيء الدم وتغوط الدم الأسود، وقد يكون وافراً حتى أنه يقضي على المريض . وتكون الكبد قاصرة ، ضخمة مع حبن في البطن ودوران معيض في الجدار ويرقان في الاغشية اذا كان العائق في داخلها وهي سالمة ووظائفها طبيعية اذا كان العائق في خارجها .

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 البائي وبين قرحة المعدة والعفج .

الفحوص الأخرى . - ١ - يفيد تنظير المريء في رؤية دوالي المريء ويفضل اجراؤه بعيداً عن زمن النزف خوفاً من رض الدوالي واحداث النزف الوافر المميت .

٢ - 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 البائي 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 - mesarrique) وجذع وريد الباب ، فإذا رجع الدم في الاوردة الجانبية أو ظهر تفاقم بائي أجوفي ، معدي مريء دل ذلك على وجود فرط توتر بائي (الشكل - ٥٥) .

٣. - فحص الدم وبه يكشف نقص في الكريات الحمر (فاقة دم) والبيض والصفائح الدموية .



(الشكل - ٥٥)

تصوير الطحال ووريد الباب الإشعاعي

(عن ليجه)

٤. - اختبار وظائف الكبد ولهذا الاختبار شأن كبير في المعالجة والتشخيص فإذا كانت الكبد قاصرة، وهذا ما يشاهد في اسقراواتها، كان مضاد استطباب جراحي صريح .

المعالجة . - دوائية وجراحية :

المعالجة الدوائية . - هي معالجة ملطفة غايتها وقف النزف (بنقل الدم واعطاء المخثرات) وتقوية الكبد (بحقن خلاصاتها) .

المعالجة الجراحية . - تقف هذه المعالجة النزف الهضمي وتحول دون تكرره وطرائقها عديدة يتحدد 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 بالأنجوف ، أو ربط الشريان الطحالي) .
أما بت الطحال فلا يفيد إلا إذا كان العائق في الوريد الطحالي .
وإذا كان النزف وافرأ وحالة المريض تستدعي الاسعاف المستعجل اشركت
المعالجة الدوائية (حقن المخثرات ونقل الدم) بالمعالجة الجراحية (ذلك
مكان الدوالي النازفة بأنبوب خاص ذي حوالة) .

* * *

البنائج المنسك

أمراض المعشكلة الجراحية

الفصل الأول

آفات المعشكلة الرضية

البحث الأول

جروح المعشكلة

(Les plaies du pancréas)

إن جروح المعشكلة 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 المعشكلة وأقل من ذلك في رأسها وذيلها . وأعراضها هي النزف الداخلي الوافر ولا سيما إذا أصاب الجرح أحد أوعية المعشكلة الكبيرة . ولا تشخص الإصابة عادة إلا بفتح البطن ورؤية الورم الدموي في الجوف الحلفي للتروب .

وتقوم المعالجة بالارقاء ودك الجرح . وإنذار هذه الجروح خطر فإذا قدر للمصاب أن يعيش فإن ناسوراً معشكياً دائماً قد يتلو الإصابة .

البحث الثاني

رضوض المعشكة

(Les contusions du pancréas)

الاسباب . - هي آفة نادرة تتناول جسم المعشكة 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 المعشكة - بحسب شدة الرض - إما ورم دموي صغير يقع تحت الصفاق ، أو تمزق قسبي أو شامل يقطع الغدة قائماً إلى قسمين ، وقد تهرس المعشكة وتشاركها في ذلك قناة ورسنغ إذا كانت الرض شديداً . ويساعد انصباب عصارة المعشكة بؤرة الرض على انهضام الغدة الذاتي وظهور بقع الشمع الوصفية في الموات الشحمي .

وبالإضافة إلى رض المعشكة فإن آفات مشاركة أخرى تصادف في الطحال والكليتين والعفج وما ساري بقى القولون المعترض .

الأعراض . - في الحالات الحظرة ، حيث لا تقتصر الآفة على المعشكة 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 كيس المشكلة الموهم .

المعالجة . - تعالج رضوض المشكلة بالجراحة وكلما بكر فيها كان الأمل في شفاء المريض أكبر ، فبعد فتح البطن والوصول إلى المشكلة بفتح الرباط المعدي القولوني ينظر فإذا كان في الغدة ورم دموي أفرغ ودك ، أو كان تمزق وكانت قناة ويرسنع غير مصابة خيط التمزق . وإذا كانت قناة ويرسنع منقطعة يربط طرفاها المقطوعان ونخاط الغدة ويدك مكان الرض . أما إذا كانت المشكلة مرهوسة فجل ما يصنع هو دكتها وليعلم بأن ناسوراً معشكياً قد يتلو هذه الدرجة الشديدة من الرض .

* * *

الفصل الثاني

آفات المعشكة الالتهابية

البحث الأول

التهاب المعشكة النزفي

(Pancréatite hémorragique)

تنشأ هذه العلة من انضام المعشكة الذاتي بنحائها . وقد سميت بالالتهاب النزفي لأن الانضام الذاتي هذا يتم في الغدة المتهبة أو لأن التقيح والموات يتلوان هذا الانضام .

الأسباب . — يصادف التهاب المعشكة النزفي في سن الكهولة وهو في الرجل أكثر منه في المرأة . والمصاب به عادة امرؤ مفضاج نهم ، مدمن الكحول ، في سوابقه إصابة 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 المعشكة النزفي تلت بعض التوسطات الجراحية البسيطة (أخذ خزعة من الغدة) أو الكبيرة (بت المعدة) .

الامراض . — يحدث التهاب المعشكة النزفي بانضمام الغدة الذاتي بجناورها ولاسيا بالمضين الثلاثي الذي يخرب ملحمة (parenchyme) المعشكة فيحدث النزف ، وبخميرة الشحاز (lipase) التي تهضم الدسم محدثة بقع الشمع وليس ما يشاهد في المريض من صدمة وتسمم شديدين إلا نتيجة لامتصاص المواد الناجمة عن هذا الانضمام الذاتي .

ويستطاع تحليل هذه العلة بإحدى النظريتين الآتيتين :

١ . — بالنظرية القنبوية القائلة بأن انضمام المعشكة الذاتي يتم بعودة محتوى العفج بطريق قناة ويرشغ إلى الغدة وهي النظرية المقبولة في الوقت الحاضر فقد أمكن بالاختبار على الحيوان إحداث هذا الانضمام بأن حقنت في قناة ويرشغ مادة الصفراء أو عصارة المعي فحدثت الآفة ولكن عودة الصفراء أو محتوى العفج إلى قناة ويرشغ الذي لا يتم في الحالة الطبيعية لأن صارة أودي تحول دون مرور هذه السوائل يعود ممكناً إذا كانت هذه الصارة مفرطة التوتر أو ظهر في الناحية عائق (حصاة أو سرطان) .

٢ . — بالنظرية الوعائية التي تنسب الانضمام 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 الانضمام الذاتي في المعشكة تابع سيره ، بهذا يعطل نكس العلة وموت أكثر المصابين على الرغم من المعالجة الرشيدة الباكورة .

التشريح المرضي . — تصادف ثلاثة اشكال تشريحية مرضية لالتهاب المعشكة النزفي وهي : الشكل النزفي والشكل الحزبي ، الذي يعد المرحلة الاولى للشكل السابق ، والشكل المتقيح . وتختلف الآفات التشريحية المرضية المصادفة في كل منها اختلافاً بيناً :

١. - ففي الشكل النزفي : 'ترى في اثناء التوسط الجراحي او بعد فتح صدى امرىء توفي بهذه العلة العلامات البيانة التالية :
أ. - انصباب مصلي دموي عقيم في جوف الصفاق .

ب. - بقع بيض هي بقع الشمع الناجمة عن تصبب الدم بجميرة الشحماز الفعالة وهي بقع صغيرة يتبدل حجمها من حجم رأس الدبوس الى حجم العدسة تنتشر على الصفاق الجداري والماساريقي والثوب (الشكل - ٥٦) أو تجتمع بالقرب من الآفة المعشكية البدئية وقد لا تظهر اذا بكر في التوسط الجراحي أو تخفي اذا اجري التوسط متأخراً وهذا ما يقع في ١٥٪ من الحالات .



(الشكل - ٥٦)

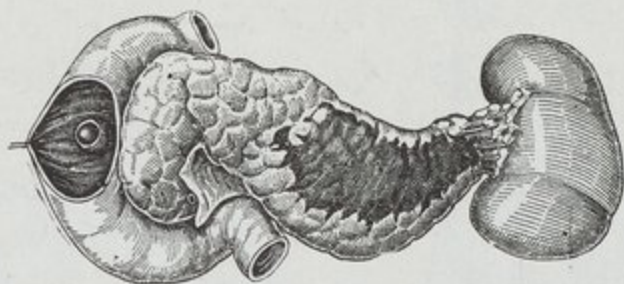
بقع الشمع في التهاب المعشكة النزفي
(عن موندور)

ج. - بؤرة النخر الغدي وترى، بعد شق الماساريقي الخزبة ، بشكل ورم اسود يتكون من علقات دموية مجتمعة أمام المعشكة المصابة بالاحتشاء .
وإذا درست هذه الآفة نسيجياً تبين

أنها تمر بثلاثة أدوار متتابعة : دور الاحتشاء المتصف بالنزف فدور النخر القسيمي مع سلامة جزيرات لانغرهانس (الشكل - ٥٧) واخيراً دور النخر الشامل وبه يتكون ورم دموي مستبطن للغدة في بادىء الامر ثم يخرج منها منتشرأ في الجوف الخلفي للثروب أو مجتمعاً في الحفرة الحرقفية .

٢. - الشكل الخزبي : وبه تصاب المعشكة بالخزب فتورفع الصفاق محدثة ارتشاح الثوب الصغير والرباط المعدي القولوني بدون أية نخرة في العنابات الغدية ولا انصباب داخل الصفاق ولا بقع شمعية .

٣- . واخيراً الشكل المتقيح : وبه ينتشر القيح في جميع الغدة (ضرام
المشكلة المنتشر) او يستقر في بعض أقسامها . ويتصف هذا الشكل بظهور
بقع الشمع الوصفية . وقد يجتاز القيح الغدة منتشراً في جوف الثروب الخلفي
أو منفجاً في حشا مجاور (معدة ، قولون ، عفج) أو في جوف الصفاق العام .



(الشكل - ٥٧)

التهاب المشكلة النزفي : بؤرة نخر في ذيل المشكلة مع وجود حصاة في مجل وائر
(روهير - بيريير)

الاعراض . - 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 الحطّير فالمرريض مزرق ضجر نبضه
ضعيف وحرارته منخفضة يبلى وجهه عرق بارد لزج وتبدو فيه الاعراض
الوظيفية والفيزيائية الآتية :

الاعراض الوظيفية . - 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 الابر .

والاقياء وافرة تظهر بدون جهد وهي طعامية في البدء ثم صفراوية فمائية فكرائية ولكنها ليست غائطية البتة .

أما وقوف المواد الغائطة والغازات فعلامة غير ثابتة حتى ان الاسهال الوافر قد يعيض عنها .

العلامات الفيزيائية . — يبدو البطن متطبلا ولا سيما في الناحية الشرسوفية حيث تبدو على الجلد بعض الترخمات الزرق وهو لين في جميع أنحاء في بدء العلة ولكنه قد يتقفع تقفعا بسيطا بعدئذ . أما الجس فيكشف نقاطا مؤلمة في الناحية الشرسوفية والمراقين وعند الزاوية الضلعية الفقارية اليسرى في الخلف وقد يُشعر في الناحية الشرسوفية بكتلة عميقة متطاولة عرضانياً حدودها مبهمه هي المشكلة الحزبة .

الاشكال السريرية . — وهي عديدة منها :

الاشكال الصاعقة التي تمت 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 فتتبع الاعراض موقتا ثم تشند مجدداً (الشكل الناكس) أو أنها تنتهي بتكوين كيبس موهم أو تقضي الى تقيح المشكلة .

الشكل الحزبي وبعد المرحلة الاولى للشكل النزفي وبه يتقفع البطن ولا تسوء الحالة العامة كثيراً .

الاشكال المتقيحة والمواتية وتتصف باشتراك علامات التجمج مع الاعراض السابقة .

التشخيص . — يستند تشخيص التهاب المشكلة النزفي الى الأعراض الوظيفية والفيزيائية التي أتينا على ذكرها (بدء العلة الراح في امرى أكثر من الطعام ، الآلام الشرسوفية الشديدة ذات الانتشارات الخاصة ، الأقياء الوافرة ، تطبل البطن ، سوء الحالة العامة ، الخ ...) .

ويمكن اثبات الآفة المعشكية بإجراء بعض الفحوص المخبرية كفحص البول (لكشف البيلة السكرية التي تظهر في نصف الحوادث ، ولتحري خميري الشحاز والنشا) وفحص الدم (لكشف فرط تحلون الدم وتشحبه) .
ويظل التشخيص مع ذلك صعباً ولا يعرف إلا في اثناء التوسط الجراحي لانه يلتبس بالعلل التالية :

١. - بانثقاب قرحة المعدة أو العفج التي تعرف بسوابق المريض (فرط الحموضة ، الاقياء الدموية ، الآلام الدورية في فصلي الربيع والخريف) ، وبتقفع البطن الحشي الذي لا يرى في التهاب المعشكة ، وبخفة الألم إذا قيس بألم التهاب المعشكة النزفي . ويفيد تصوير البطن الاشعاعي (الذي يظهر الصفاق الهاوي في الانثقاب) للتمييز بين العلتين .

٢. - بانسداد الامعاء المتصف بالاقياء البرازية والآلام المتقطعة القولنجية الشكل وتوقف المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً وتطبل البطن الشامل وهو عكس ما يشاهد في التهاب المعشكة ، ويكشف التصوير الاشعاعي للبطن السويات السائلة في انسداد الامعاء .

٣. - باحتشاء الامعاء حيث يستقر الألم حول السرة وليس في الناحية الشرسوفية ولا يتشعع إلى المراق اليسرى والقطن ، ويعرف بالاسهال المدمى الدال على الشوش الدوراني الذي طرأ على الامعاء .

٤. - بالتهاب الزائدة الحاد حيث يستقر الألم في نقطة ماك بورني وإذا انتشر في البطن كان اشده في النقطة المذكورة .

٥. - بالقولنج الصفراوي الذي يرافقه اليرقان وتختلف انتشاراته عن انتشارات التهاب المعشكة النزفي .

المعالجة . - دوائية وجراحية :

المعالجة الدوائية . - تطبق هذه المعالجة بعد التثبت من تشخيص العلة وقوامها

حقن الاتروبين لوقف الافرازات الهضمية ، والكظرين (الادرنالين) لمعالجة الصدمة التأقية ، والجُزيرين (انسولين) لاعادة تحولون 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 اثرا كها بالمص المتواصل متى التبتت هذه العلة بانتقاب القرحة فهي تفيد في تحسين حالة المريض العامة في الحالتين ريثما يعرف التشخيص النهائي ويقرر التوسط الجراحي .

المعالجة الجراحية . — تجرى متى التبتت التهاب المعشكة النزفي بالعلل الاخرى (انسداد امعاء ، احتشاء امعاء ، التهاب زائدة حاد ، الخ ..) . يفتح البطن على الحُط المتوسط فاذا شوهد مصل مدمى في جوف الصفاق مع البقع الشمعية الوصفية على الثوب و الماساريقي كانت العلة التهاب المعشكة النزفي فيفتح حينئذ الرباط المعدي القولوني للوصول الى الجوف الخلفي للثروب فاذا رؤي ورم دموي افرغ ثم ذلك مكانه واستنضت الآفة .

ويشير بعض الجراحين بانهاء العمل الجراحي باستقصاء المجاري الصفراوية والمرارة (لاستخراج الحصيات متى وجدت) ثم بتحويل الصفراء بنزع 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٪ .

ولايشير لوريش (Leriche) بالتوسط الجراحي على المعشكة بل يكتفي بتحويل الصفراء فقط . ويفيد تسقيط ٣٠٠ - ٥٠٠ عشم .م من آحين المصل (serum - albumine) يومياً ولمدة ٣ - ٥ أيام في وريد الموضع فهو يفعل كناه بمنعه تحول مولدة الهضمين الثلاثي الى هضمين ثلاثي ؛ كما يستحسن حقنه بالاتروبين الذي يمنع نشاط المبهم فيخفف من افراز المعشكة ، ويعطى الصادات للوقاية من التعفن الثانوي .

البحث الثاني

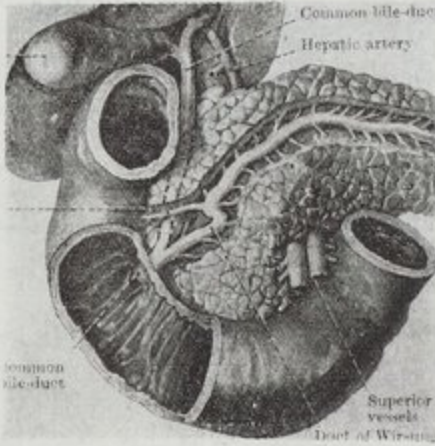
التهابات المرئية المزمنة

(Les pancréatites chroniques)

تعرف هذه العلة نسيجياً بتصلب غدة المرئية ويستقر هذا التصلب غالباً حول القنوات أو حول العنابات الغدية .

الاسباب . - تصاب المرئية بالالتهاب المزمن إثر خمج خفيف انتشر من الأعضاء المجاورة أو من خمج عام استقر في المرئية أو تسمم مزمن (زرنسوخ ، زئبق ، كحول) وقد تلو هذه العلة التهاب المرئية الحاد .

الامراض . - يحدث هذا الالتهاب المزمن كنتيجة لالتهاب المرئية الحاد



(الشكل - ٥٨)

صورة تظهر علاقة قناتي ورسنغ وسانتوريني والقناة الجامعة بالعفج (عن سبالتولز)

بأن تتصلب بعض بؤر النخر الغدي وتكون بحالة الفعالية البطيئة التي قد تزداد وتستولي بالتدريج على الفصيصات السليمة . اما في التهابات المرئية الخمجية فان الجراثيم تصل الى الغدة :
١ . - بالطريق الدموي

في سياق الانحاج العامة (الحمى التيفية ، النكاف ، السل ، الخ) .

٢ . - بالطريق اللقنقوي من خمج الطرق الصفراوية ولا سيما المرارة

٣. - بالطريق القنوي حيث تشتد حمة الجراثيم الموجودة عادة في القسم
الاخير من قناتي و يرشونغ و سانتوريني (الشكل - ٥٨) بتأثير الركوند في
جريان العصارة المعشكية فتفعل في نسيج الغدة محدثة الالتهاب .
٤. - بطريق الجوار (خراجة كبد ، قرحة المعدة الملتصقة بالمعشكة ،
خمج القسم الانتهائي من القناة الجامعة) .

التشريح الموضي . - تستقر العلة غالباً في رأس المعشكة وتبدو اما بشكل
عقيدة مختلفة الحجم ممتدة على طول قطعة العفج الثانية أو ان الالتهاب يعم رأس
الغدة فيضخم ضخامة مختلفة المساواة يستوره صفاق خبز احمر وتلأمه التصاقات
بالاعضاء المجاورة .

وقد يستقر الالتهاب في قسم المعشكة الايسر فيظهر بشكل عقيدات غير
منتظمة مختلفة الحجم والقوام وهذا الشكل بالخاصة تفيد فيه الجراحة .
واذا عمّ التصلب جميع أقسام المعشكة (الرأس والجسم والذيل) ظهرت
الاشكال التالية : الاشكال الضخامية والضمورية والعقيدة .

أما من الوجهة النسيجية فيتصف التهاب المعشكة المزمن بالتصلب (الذي
يحيط بالفصيصات الغدية قارة وبالغنيات الغدية طوراً) ويتكون الكييسات
أحياناً . اما جزيرات لانغرهانس فتبقى بنأى عن الاصابة ولكن أعصاب الغدة
تصاب بالحزب أو بارتشاح التهابي أو تصلي يفسر لنا شدة الآلام .

الاعراض . - قد يبقى التهاب المعشكة كامناً فلا يكشف الا عرضاً في
أثناء التوسط الجراحي لحصاة صفراوية ولكنه يتصف غالباً ببعض العلامات التي
ترشد الى العلة . ويجسن بنا تميز الاشكال اليرقانية عن الاشكال التي
لا يصاحبها يرقان .

١. - التهابات المعشكة المزمنة مع اليرقان : تتصف باليرقان الانسدادي
المزمن وتبدو :

أ. - بأعراض حصاة القناة الجامعة : نوب ألمية ، هجمات حمى ، يرقان

متبدل ، عدم الشعور بالمرارة ، نقطة ألم واضحة تحت الكبد . ولكن فتح البطن ينفي الحصة في القناة الجامعة ويكشف انتباجاً في رأس المعشكة تعرف سلامته بشفاء المريض باستنضاض الصفراء .

ب . - أو بأعراض سرطان رأس المعشكة من ازدياد مطّرد في اللون اليرقاني ومن غيبة الآلام والحمى ومن جسامه المرارة التي تكشف بالجلس . وفي هذه الحالة يكشف التوسط الجراحي وربما قاسياً في رأس المعشكة يرافقه توسع كبير في المجاري الصفراوية وتعرف طبيعة الآفة الالتهابية بشفاء المريض بعد مدة قد تطول عدة سنوات بعد مفاغمة المرارة بالمعدة أو بالعفج .

٢٠ . - التهابات المعشكة المزمنة الخالية من اليرقان : هذه الاشكال صعبة التشخيص أيضاً فقد تبدو بقناذر ألمي حصوي كاذب أو باضطرابات هضمية مبهمه لا يكشف التصوير الاشعاعي للمرارة والعفج أية آفة فيها ولا يفيد إلا قياس الضغط بالإشعاع المجرى في حالة استنضاض الصفراء خارجاً والذي يكشف وجود الوهن الصفراوي .

ومن بين أشكال التهابات المعشكة المزمنة الخالية من اليرقان شكل له أعراضه الخاصة هو التهاب القسم الأيسر من المعشكة 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 . وإذا 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 . - يستند تشخيص التهابات المعشكة المزمنة الى الأمور التالية :

١ . - سوابق المريض التي تشير الى اصابته بنوب صرجه من التهاب المعشكة الحاد .

٢ . - الفحص السريري الذي يكشف نقطة مؤلمة تحت الاضلع اليسرى .

٣. - التصوير الاشعاعي البسيط المراقبين 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 تجرّيع المريض الطعام الباريتي ينفي اصابة المرء بالقرحة من جهة ويظهر اتساع حلقة العفج من جهة أخرى .

٤. - الفحوص المخبرية التي تدل على قصور المعشكلة : كفحص البراز الذي يكشف فيه عدم انضمام الدم كما يكشف الحلال في هضم الالياف العضلية إذ تبقى نوى الخلايا العضلية سليمة ، وفحص البول لتجري خميرة النشاء . ويمكننا بدراسة الهضمين الثلاثي والشحاز المستخرجتين بتنقيب العفج بعد حقن المفرزين (sécrétine) (حاثّة غشاء العفج المخاطي) ، أن ندرك مدى نشاط هاتين الخميرتين في الهضم .

وأخيراً فإن استقصاء الوظيفة الداخلية للمعشكلة يعد ضرورياً في كل مريض شك في إصابته بآفة معشكلية فقد يكشف فيه وهو على الربق نقص في تحلون الدم أو فرطه .

المعالجة . - تختلف معالجة التهاب المعشكلة المزمن بحسب مقررّ الالتهاب في رأس الغدة أو في ذيلها :

١. - الآفة في رأس المعشكلة : ننضغط هنا نهاية القناة الجامعة فيتلوها اتساع المرارة والمجاري الصفراوية فخير ما يصنع في هذه الحالة هو تحويل مجرى الصفراء إما داخلاً بمقاعمة صفراوية هضمية (مرارية معدية أو جامعية عفجية) أو خارجاً بالاستئصال (خزع المرارة أو القناة الجامعة) .

وقد يفيد خزع العصب الحشوي في معالجة الوهن الصفراوي كما يفيد خزع صارة اودي في معالجة زيادة التوتر الصفراوي .

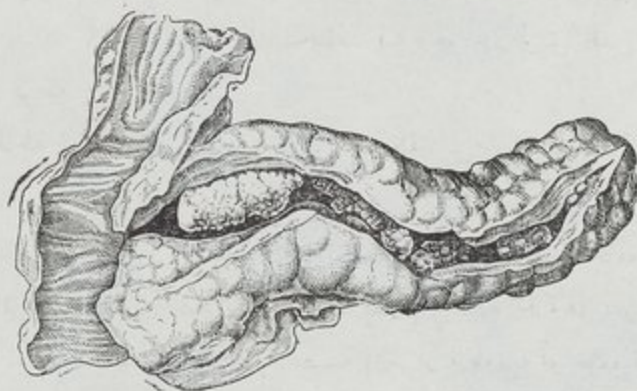
٢. - الآفة في ذيل المعشكلة : تعالج بقطع القسم الأيسر الملتهب من المعشكلة وهو عمل جراحي سهل .

الفصل الثالث

داء المعشكلة الحصوي

(La lithiase pancréatique)

الأسباب . — كان يظن في السابق ان هذه العلة نادرة ولكن التصوير الاشعاعي المتقن اثبت العكس . وداء المعشكلة الحصوي اكثر في الرجال منه في النساء وبعد التهاب المعشكلة المزمن سبباً مؤهباً لحدوثه .



(الشكل - ٥٩)

صورة تبين حصيات عديدة على امتداد قناة ورسونغ المنسعة

(مالتي - غي)

التشريح الموضي . — الحصاة المفردة نادرة جداً . وفي الغالب يصادف
أما 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 (فحجات ، فصفات ، حماضات ، كبريتات) .

وتوسع هذه الحصيات القسم الواقع فوقها من قنوات المعشكلة حتى ان حجم قناة ويرشونغ قد يبلغ ثخانة الخنصر . أما المعشكلة نفسها فمصابة بالالتهاب المزمن .

الامراض . - اختلف في تعليل داء المعشكلة الحصوي فبعضهم ، ومنهم دوفال (Duval) ، يقول بأن ترسب الحصيات ينشأ من الركود في قنوات الغدة الناجم عن التهاب المعشكلة المزمن ، بينما يرى البعض الآخر ان هذا الالتهاب هو نتيجة لوجود الحصيات في قنوات المعشكلة .

الأعراض . - يتصف داء المعشكلة الحصوي بقلة أعراضه فالآلام فيه طفيفة ومتواصلة وقد تكون استدادية فتقلد نوب القولنج الصفراوي وتنتشر إلى الناحية القطنية اليسرى يرافقها احياناً إمساك موقت سريع الزوال أو تناذر التهاب قسم المعشكلة الأيسر .

التشخيص . - يفيد التصوير الاشعاعي المتقن في كشف داء المعشكلة الحصوي حيث تبدو حصيات مصطفة افقياً أو منضدة على شكل بقط . وتلتبس هذه الحصيات غالباً بحصيات الكلية وتفرق عنها بتصوير الحويضة الراجع ، وتلتبس أيضاً بحصيات القناة الجامعة غير ان حصيات المعشكلة تمتاز عنها بكونها ترسم بشكل سبحة على الناتئين المعترضين الايمنين للفقرتين القطنيتين الاولى والثانية .

وقد يفيد اجراء الصفاق الهاوي وحقن الهواء خلف الصفاق والرسم الطبقي (la stratigraphie) في تعيين موقع الحصيات في المعشكلة .

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 المعشكلة يفيد فائدة كبيرة في تشخيص الحصيات .

المعالجة . - جراحية بحتة : فحصىات رأس المشكلة الكبيرة الحجم
القليلة العدد تعالج بجزع الغدة بالطريق الامامي . ويشفى عادة جرح قناة
ويرشونغ بالدك بدون أن يترك ناسوراً فيما اذا استخرجت الحصىات جميعها .
والحصىات الصغيرة المنتشرة في رأس المشكلة يصعب استخراجها وخاصة اذا
رافقها التهاب مزمن في الغدة ففي هذه الحالة ومتى صاحب اليرقان الآفة
يكتفى باجراء تحويل الصفراء الداخلي بمفغمة المرارة بالمعدة .
أما الحصىات الدقيقة المنتشرة في القسم الأيسر من الغدة فتعالج بقطع
هذا القسم من المشكلة .

* * *

الفصل الرابع

كيسات المعشكلة الحقيقية وكيساتها الموهمة

(Les kystes et pseudo - kystes du pancréas)

يصادف في المعشكلة نوعان من الكيسات أعراضها متشابهة وسيروهما واحد وهما : الكيسات الحقيقية وهي كيسات نادرة لها جدار خاص يسهل تسليخه ، والكيسات الموهمة وهي الكثيرة وليس لها جدار خاص بل إن الأعضاء المجاورة تكون مسكن هذه الكيسات بالتصاق بعضها ببعض الآخر .

التشريح المرضي :

١ . - كيسات المعشكلة الحقيقية : هي كيسات نادرة تصادف غالباً في الكهول وقد تصادف في الاطفال جدارها مبطن بظهارة ويميز منها شكلاً تشريحياً : أ . - الشكل العديد الكيسات وهو شكل نادر جداً لا يمكن استئصاله إلا إذا وقع في قسم المعشكلة الأيسر . ب . - 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 التاميات ويتصل هذا الكيس بالأعضاء المجاورة بالتصاقات لانهول دون إمكانية إيجاد سطح تسليخ له .

ويحتوى الكيسات الحقيقية سائل كثيف وافر المقدار (عدة التار أحياناً)

تكثر فيه أشباه الآح وتندر الحثائر المعشكالية ، لونه يتبدل من الأصفر الفاقع الى الأصفر الشوكولاتي .

ويتكون الكيس من الوجهة النسيجية من ورم غدي كيسي حميد الا أن بناءه قد يشابه بناء السرطان الظهاري (ابتيلوما) وقد يظهر بعض الاورام العفلية في المعشكة بمظهر الكيس الموهم ولا تعرف طبيعته الا بالفحص النسيجي .

٢ - كيسات المعشكة الموهمة : تصادف هذه الكيسات غالباً في جسم المعشكة 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 تلام هذه الأعضاء بعضها ببعض الآخر فهو إذن جدار التماهي كثير التوعية .

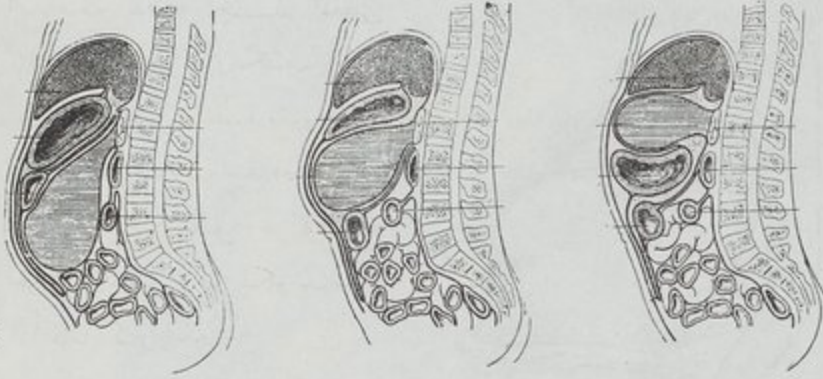
ويحتوى الكيس سائل وافر صافٍ أو مصطبغ وقد يكون نزفياً تسبح فيه صفائح الكولسترول وأجزاء مائنة من المعشكة كما يكشف تحليله وفرة الحثائر المعشكالية .

الامراض - لقد اختلف في امراض كيسات المعشكة الحقيقية فهي بحسب بعض المؤلفين كيسات ولادية المنشأ تكونت من بقايا غدية انغزات في دور النمو وبالنسبة الى البعض الآخر تنشأت مرضية حميدة نمت على حساب العناصر الكهلة في الغدة .

أما الكيسات الموهمة فيختلف امراضها أيضاً فهي إما مرضية فتنجم عن تحول الورم الدموي المتكون بتأثير الرض في الجوف الخلفي للثروب أو انها نتيجة لانتهاب المعشكة النزفي الخفيف الحدة ولا أثر للرض في إحداثها .

السير التشريحي - تنمو كيسات المعشكة 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 ماساريقي القولون (الشكل - ٦٢)

وفي بعض الحالات يكون الكيس ذا جيبيين ينموان في اتجاهين مختلفين .

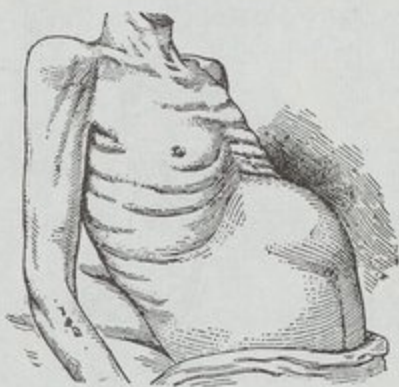


(الشكل - ٦٠) كيس معشكة تكون بين الكبد والمعدة
(الشكل - ٦١) كيس معشكة برز تحت المعدة
(الشكل - ٦٢) كيس معشكة تكون تحت القولون المعترض (عن غوسه)

الاعراض .-

البداء : مختلف بحسب نوع الكيس فهو مبهم في الكيس الحقيقي الذي لا يظهر إلا بعد مدة طويلة من السير البطيء (خلا حالة نادرة يكون الكيس فيها في رأس المعشكة فيحدث عندئذ انضغاط في القناة الجامعة) . يذكر المريض في الكيس الموهم أن في سوابقه إصابة إما بنوبة ألم بطن مبرحة لم تدم طويلاً أو برز على ناحية الشرسوف أو ناحية المراق اليسرى وأنه قد تلا ذلك فاصلة حرة استمرت عدة أسابيع أو عدة أشهر خيل إلى المريض في اثناها أنه شفي وإذا به يشعر بألم عفوي مختلف الشدة ينجم عن انضغاط الصفيرة الشمسية وبعض الاضطرابات الهضمية (ثقل وقهم وغثيان واسهال) سببها قصور المعشكة 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 متاسكاً . والورم ثابت أو قليل الحركة لا يتبع حركات التنفس وقد يكون ناهزاً إذا كان كبير الحجم .

وقد يتوصل بالقرع الى تعيين موقع الكيس : فالكيس العلوي الذي يبرز فوق المعدة يتصل صممه بصمم الكبد بينما يقع صمم الكيس

(الشكل - ٦٣)
كيس المعشكلة حيث يبدو تقبب في الشرسوف
وفي الناحية حول السرة (عن غوسه)

المتوسط البارز بين المعدة والقولون بين وضوح هذين العضوين . أما صمم الكيس السفلي البارز تحت ماساريقي القولون فيستقر تحت وضوح القولون .

السير . - كلما كبر حجم الورم ساءت حالة المريض العامة وازداد نحوه ووهنه فانهى به الامر الى الخرض المعشكلي . وعلامات قصور المعشكلة بينة في المرضى (اضطرابات هضمية) يرافقها في بعض الحالات النادرة البيلة السكرية الدالة على قصور الغدة الداخلي .

العواقيل . - قد يحسم الكيس الحقيقي أو الموهم إذا ترك شأنه فيضغط الاعضاء المجاورة (العفج أو القناة الجامعة) أو أنه ينبثق في جوف الصفاق العام أو في حشا أجوف مجاور . وإذا تقيح الكيس انفرغ في المعدة أو في القولون . ومن النادر أن يستحيل هذا الكيس استحالة خبيثة .

التشخيص . - تلتبس كيسات المعشكلة بكثير من أورام البطن فكيساتها

النامية على جسم الغدة تلتبس بكيسيات الماساريقي وكيسيات الكبد المائية ،
 بينما تلتبس كيسيات رأس المعشكة باستسقاء المرارة وأورام الكلية اليمنى ، أما
 كيسيات ذيل المعشكة النادرة فتلتبس بأورام الطحال والكلية اليسرى فتوصلنا
 الى التشخيص الفارق بين كيسيات المعشكة وبين هذه الاورام يستعان بالاعراض
 الوظيفية والفيزيائية التي اتينا على ذكرها وبالمعاينة الاشعاعية التي تُظهر اندفاع
 الاعضاء المجاورة وتشوهها فكيس المعشكة السائر الى العالي يدفع المعدة
 الى الاسفل والبسار فتبدو المعدة متطاولة كالساعة الرملية بينما تدفع الكيسيات
 المتوسطة القولون المعترض الى الاسفل والمعدة الى العالي ، والكيسيات السفلية
 تدفع القولون المعترض والمعدة الى العالي واذا أُجري 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 تميز كيسيات المعشكة الحقيقية عن كيسياتها الموهمة فيعرف بسوابق
 المريض الذي يفيد عن اصابته بنوب من
 التهاب المعشكة النزفي أو برض على الناحية
 الشرسوفية في الكيسيات الموهمة بيد أنه
 ينفي مثل هذه السوابق في الكيسيات
 الحقيقية .



(الشكل - ٦٤)

تشوه اطار العفج بكيس رأس المعشكة

المعالجة . - تعالج الكيسيات الحقيقية
 بالاستئصال اذا أمكن تسليخها وكانت نامية
 على ذيل المعشكة أو على الوجه الامامي
 لجسمها والا فتؤخف أو تقاغم بقطعة
 مجاورة من الانبوب الهضمي وهو
 الافضل .

أما الكييسات الموهمة فتعالج بالتخفيف لأن كل محاولة لاستئصال هذا النوع من الكييسات يعرض الأعضاء المجاورة للتمزق والنزف الوافر الخطر ويجب قبل انهاء التوسط الجراحي ، استقصاء القنوات الصفراوية واستئصال الحصيات منها عند وجودها .

وإذا نكس الكييس الموهم أو تلا العمل الجراحي ناسور معشكي يقطع قسم المعشكة الواقع في يسار الآفة ، وهو القسم المفرز للناسور ، أو يفاغم الكييس بقطعة الصائم الاولى .

الفصل الخامس

سرطان المعشكة

(Cancer du pancréas)

ان سرطان المعشكة في الرجال اكثر منه في النساء ويندر ظهوره قبل الثلاثين من العمر واكثر مايقع ما بين العقدین الرابع والسادس ولا يعلم سببه الحقيقي شأنه شأن بقية السرطانات .

التشريح الموضي . - يستقر سرطان المعشكة غالباً في رأس الغدة وخاصة في قطعها خلف العفج ، فصادفته في جسم الغدة أو في ذيلها نادر اذن . والشكل الضخامي هو الاكثر حدوثاً وهو ورم قاس يوسع حلقة العفج ويتبدل حجمه من حجم البرتقالة الصغيرة الى حجم رأس الجنين وأجزاء المعشكة المحيطة به غير ملتهبة أما جسم الغدة فتظهر عليه في الغالب تبدلات تنجم عن انسداد قناة ويرشونغ . ويضغط سرطان رأس المعشكة القسم الاخير من القناة الجامعة فينشأ من ذلك توسع كبير في المجاري الصفراوية وتضخم ركودي في الكبد يرافقه اليرقان .

والورم الذي كان في بادئ الأمر متحركاً لبقائه في ملء الغدة يعود ثابتاً ويلتصق بالأعضاء المجاورة متى جاوز حدود المعشكة فيضغط ويريد الباب (ومنه حدوث الحبن) والوريد الاجوف السفلي (خبز 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 فتبدوصلبة مدورة يتحرك بعضها على البعض الآخر وهذا ما يميزها عن ضخامة العقد الانتهائية ، كما ينتقل الى ملحمة الكبد محدثاً ورماً انتقالياً جسيماً (سرطان جوزة الهند) .

أما من الوجهة النسيجية فقد وصفت ثلاثة أشكال لسرطان المعشكلة : سرطان ظهاري غطوي (épithélioma typique) في بنائه غنبات غدية وقنوات مفرغة ، وسرطان ظهاري غير غطوي لاتشابه خلاياه الفوضوية العناصر الطبيعية ، وأخيراً سرطان ظهاري انسولييني 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 إجمالاً 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 الغائظة 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 الأغشية (الجلد والاعشية المخاطية) خضراء اللون قائمة وهو غير مؤلم ولا ترافقه هجمات حمى ، والبول مشبع اللون ، فيه الاصبغة والاملاح الصفراوية ، والبراز حائل اللون والمريض مصاب بحكة مستعصية ويبطئ 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 ونحس تحتها المראה الشديدة الاتساع (علامة كورفوازيه - تيريه) . أما ورم المعشكة فلا يحس 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 الخن في البطن (بانضغاط وريد الباب) والخرب في الطرفين السفليين (بانضغاط الاجوف السفلي) ويموت المريض بقصور الكبد الشديد أو بعد أن يطرأ عليه أحد الاختلالات الحرجية .

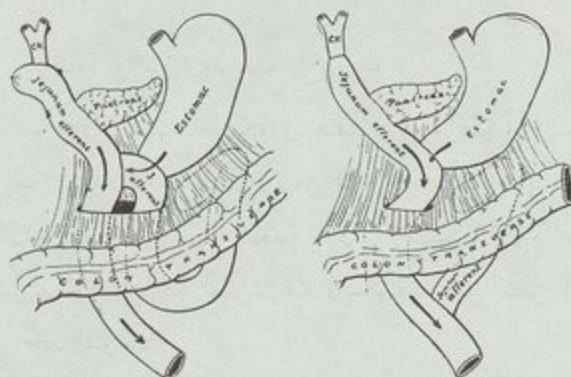
الاشكال السريرية . - تميز منها بحسب موقع السرطان في الغدة
الاشكال الآتية :

١. - سرطان الرأس وقد أتينا على وصفه .
٢. - سرطان جسم المعشكة ويتصف بسيره الطويل المستر وبصعوبة تشخيصه ، يعتري المصاب به نحول ووهن لا يعرف سببها 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 .
٣. - سرطان ذيل المعشكة وأعراضه هي النحول والآلام الحادة في المراق اليسرى والورم المستقر في القسم العلوي الايسر من البطن ولا يصادف اليرقان في هذا الشكل من سرطان المعشكة كما لا تصاب الغدة بقصور الافراز الخارجي إلا عند إغارة الورم على بقية أقسام الغدة .
٤. - سرطان المعشكة الشامل وهو شكل تنتهي به الاشكال الثلاثة

الآفة الذكر وأعراضه هي اليرقان والألم الشديد والشعور بالورم القاسي بالجلس والاصم بالقرع .

التشخيص . — يصعب تشخيص سرطان رأس المعشكة 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 المعشكة 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 المفارقة

واذا نبَّه العفج فلا تستخرج الصفراء ولا الحماز المعشكية .
أما سرطان جسم المعشكة 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 المعشكة في بدء العلة وغايتها قطع رأس الغدة المصاب مع العنق ثم مفاغمة ما بقي من المعشكة والقناة الجامعة والمعدة بالصائم (بحسب طريقة سوبولت « R. Soupault ») (الشكل - ٦٥) .

كما تفيد هذه المعالجة الشافية أيضاً في سرطان جسم المعشكة وذيلها وتقوم بقطع قسم المعشكة 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 : تفاعم المرارة بالمعدة في احتباس الصفراء تخفيفاً لليرقان والحكة المزعجة ؛ كما تفاعم المعدة بالصائم في انضغاط العنق وذلك بعد تهدئة المريض بالحيامين ك (K) وخلاصات الكبدة والميتيل كبريتين (ماثيونين « méthionine ») .

كتاب السيد

أمراض المعدة والعفج الجراحية

الفصل الأول

آفات المعدة والعفج الجراحية

البحث الأول

رضوض المعدة والعفج

الاسباب . - ان رضوض المعدة والعفج نادرة لعمق هذين العضوين ولاختفاء القسم الاكبر منها تحت قبة الحجاب واكثر مايتعرض منها الغار والبواب وقطعة العفج الثالثة لاندفاع هذه الاقسام الى الامام ببرزة العمود الفقري .

والمعدة المملئة طعاماً والمعدة الواهنة المتسعة لضيق البواب تنعرضان
لرؤوس أكثر من المعدة السليمة الفارغة . ويقع التمزق عادة في الحذبة الكبيرة
أو في الانحناء الصغير . وسبب الرض رفسة قدم ، اصطدام شديد بجميع الكف ،
مجر عجلة ، النخ ...

التشريح المرضي . - تحدث الرضوض في المعدة والعنق آفات تشريحية
تتبدل من القرت السطحي الصغير الحالي من الخطر الى التمزق التام الخطر الذي
يعم الطبقات الثلاث : المصلية والعضلية والغشاء المخاطي ويمكن محتوي هذين
العضوين من الانصباب في جوف الصفاق العام . وإذا أصاب العنق رض متوسط
الشدة أفضى الى تمزق الغشاء المخاطي فقط ومنه تكوّن الانتفاخ تحت الصفاق
والبقعة الخضراء وأحياناً الورم الدموي الذي قد يتحول الى مجمع قيحي .
وبما أن العنق ثابت بالقرب من العمود الفقري وجدران رقيقة فرضوضه أشد
خطراً من رؤوس المعدة .

ولا تصاب المعدة وحدها بالرض الا نادراً والغالب ان ترافقها آفات أخرى
في الطحال والكبد والمعشكة والقولون فينتج عن ذلك اشتراك النزف الباطن
مع التهاب الصفاق الحاد مما يزيد الانذار سوءاً .

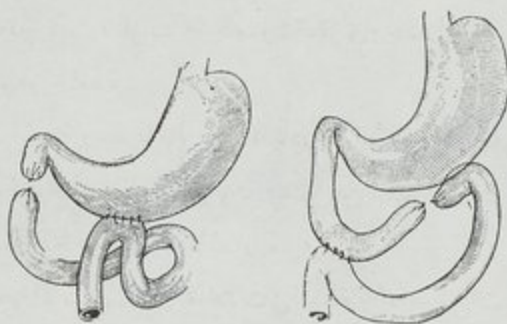
ومن الوجهة الامراضية فان ما يحدث في المعدة والعنق من التمزق يكون غالباً
بنتيجة الهرس ونادراً بنتيجة القلع (arrachement) والتفريع (éclatement) .

الاعراض والتشخيص . - لا تختلف أعراض تمزق المعدة والعنق التام عن
أعراض تمزق بقية الاحشاء الجوف : فالبطن مؤلم وأشد الألم في الناحية
الشرسوفية وهو متقفع تقفعاً خشيباً وساكن لا يتنفس ويظهر التصوير الاشعاعي
البسيط للبطن أهلة غازية فوق الكبد ناجمة عن الصفاق الهاوي .

أما في التمزقات الناقصة التي لا تصيب الا الغشاء المخاطي فقط فان العرض
الوحيد الذي يؤكد اصابة المعدة هو القيء الدموي ولكن هذا العرض لا يظهر
في جميع الحالات فيظل التشخيص غامضاً .

وقد تظهر في مرضوز 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 أهملت تمزقات المعدة والعفج ولم يبكر في معالجتها مات المريض بالتهاب الصفاق الحاد المنتشر أو بالنزف الباطن الوافر حينئذ تشترك آفة المعدة مع آفة في الاعضاء الممتلئة (الطحال ، الكبد ، المعشكة) .
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 والحلفي 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 دمويّاً صغيراً أو انتفاخاً تحت الصفاق أو بقعة خضراء في منطقة العفج فيكون ذلك دليلاً على تمزق بسيط في الوجه الخلفي من العفج فيجب التفطيش عنه وتروميمه وفي هذه الحالة الأخيرة يستحسن مغائمة المعدة بالصائم إذا 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 ولا سيما إذا أشرك بنقل الدم واعطاء الصادات .

* * *

البحث الثاني

جروح المعدة والعفج

الاسباب . - ان جروح المعدة والعفج هي أكثر من روضهما. وتحدث هذه الجروح بالسلاح الأبيض (خنجر ، موسى ، رأس حربية الخ . .) كما تحدث بالمرامي النارية (مرمي مسدس أو بندقية أو شظية قذيفة) وجروح المرامي النارية هي الأكثر مصادفة ولها فوهران متقابلتان (جرح ثاقب) أو فوهة واحدة (جرح أعور) والاصابة خطيرة في كلتا الحالتين لان فراغ محتوي المعدة والعفج في جوف الصفاق العام . واذا أصاب الجرح أحد المخنائي المعدة أضيف خطر النزف الباطن الى التهاب الصفاق العام .

والجروح اما بطنية أو بطنية صدرية والجروح الأخيرة خطيرة جداً لاصابتها أحشاء الصدر والبطن في آن واحد .

الاعراض والتشخيص . - هنالك عرض واحد اذا ظهر تأكدت اصابة المعدة وهو قيء الدم ولكنه لسوء الحظ لا يلاحظ 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 لا تشخص اصابة المعدة والعفج الا بفتح البطن الاستقصائي .

المعالجة . - جراحية ونقوم بفتح البطن أو البطن والصدر معاً (في الجروح الصدرية البطنية) واستقصاء الاحشاء المختلفة ، وفي المعدة يستقصى وجهها الأمامي ووجهها الخلفي بعد فتح ماساريقي 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 - 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 كالأفراط في التدخين وإدمان الكحول والإكثار من الأفاويه .

الامراض . — لايزال امراض القرحة يكتنفه بعض الغموض رغم كثرة النظريات التي ذكرت في تحليل حدوثها :

فالنظرية الأولى تقول بأن زيادة الحموضة المعدية تقوم بدور فعال 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 عَوَزَ الحموض الآمينية وخاصة الحمضين النسيجي (الهستدين) نتيجة لسوء هضم الهويوليدات (les protides) أما النظرية الثالثة وهي النظرية الحديثة فتقول بأن لحاط المعدة فعلاً واقياً من القرحة فاذا طرأ تبدل على هذا الحاط انهم غشاء المعدة المخاطي انهمضاً ذاتياً. وأخيراً فان للورثة نصيباً كبيراً في امراض القرحة فان كثرة القرحة في الاسرة الواحدة تختلف بحسب الاحصاءات من ٢٥ - ٤٥ ٪ وتبلغ بحسب الاستاذ لوفره (M. Levret) ٤٧ ٪ وتبدو نسبة الورثة في القروح قبل سن العشرين اكثر منها في قروح المسنين. وتعمل الورثة بتكوينها في الغشاء المخاطي حالة تسمى بالحالة ما قبل القرحة التي تؤهبه للانهمض الذاتي.

والراجح أن القرحة تحدث في الاناس المصابين بفقد التوازن في الجملة العصبية الانباتية من تأثير عصارة المعدة الحامضة في غشاء مخاطي ضعفت حيويته لعوز في الحموض الآمينية (الهستدين) أو لتغير طراً على مخاط المعدة الواقي أو لتشنج حدث في الطبقة العضلية بتنبيه 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 منردة أو مزدوجة وقد تكون عديدة ويميز منها شكلان تشريحيان : القرحة الحديثة أو الحاطية

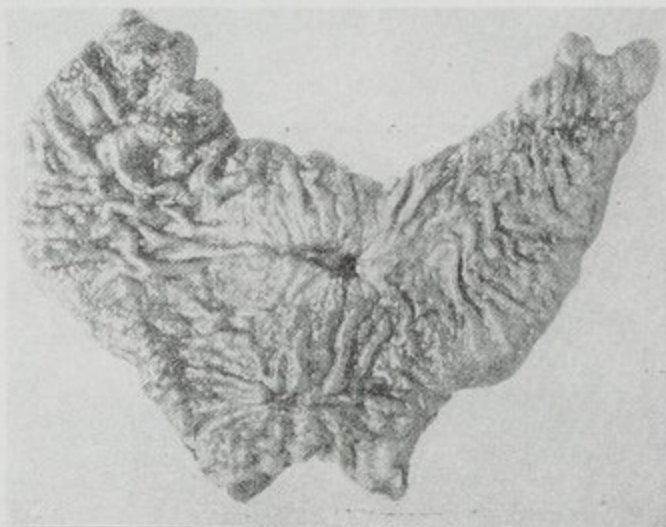
والقرحة القديمة أو الشنئية (ulcère calleux) .
فالقرحة الحديثة تظهر للعين بشكل ندبة نجمية (الشكل - ٦٧) أو بشكل



(الشكل - ٦٧)
قرحة الانحناء الصغير
(عن بوشه)

منطقة صغيرة خزبة أو محتقنة وقد تبدو بشكل انخفاض قديمي يُرى من خلال جدران المعدة المدفوعة . وإذا جست ناحية القرحة شعر بكثافة محدودة توافق الارتشاح الخزبي . وإذا 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 النقرح
أما القرحة الشثنية فتمتاز بكونها أكثر اتساعاً من سابقتها (٢ - ٣ عشم)



(الشكل - ٦٨)

قرحة مزدوجة في انحناى الصغرى المعدة (غوسه)



(الشكل - ٦٩)

قرحة شثنية مثقوبة في انحناى المعدة الصغرى

(غوسه)

وهي لا تقتصر على الغشاء المخاطي فيحسب بل تتمدها الى الطبقة العضلية حتى الى المصلية (القرحة المنقوبة) (الشكل - ٦٩)
جدران المعدة حول هذا الشكل من القرحة صلبة منكمشة وهي تلتصق التصاقاً وثيقاً بالأعضاء المجاورة كالكبد والمعشكة فيصعب تفريقها والحالة هذه عن السرطان بدون الرجوع الى الفحص النسيجي .

أما من الوجهة النسيجية فأن

القرحة تنصف بضباع مادي سطحي في الغشاء المخاطي (القرحة الحادة) أو في الغشاء المخاطي والطبقة العضلية تحته (القرحة المزمنة) أو في الطبقات الثلاث : المخاطية والعضلية والمصلية (القرحة الشئية 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 يبدأ تبدو الطبقة العضلية متصلة مرتشحة بالكريات البيض . وتكون العروق الدموية منسدة والصفيرة العصبية ملتبهة التهاباً مزمنياً .

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 ما يطرأ عليها من اختلاطات (نزف ، انتقاب) .

البدء . — يكون البدء خادعاً في أغلب الحالات فيتظاهر باضطرابات هضمية طفيفة لا تلبث أن تزداد فتتضح أعراض القرحة ، أو ان البدء يكون حاداً فتظهر العلامات الاشعاعية الوصفية للقرحة بمدة وجيزة لا تتعدى ثلاثة أسابيع . وقد يكون البدء كامناً فلا تظهر القرحة الا بعد أن يطرأ عليها اختلاط مفاجئ فلتشخيص القرحة لا بد لنا من استجواب المريض استجواباً دقيقاً وفحصه فحصاً متقناً لكشف الامور التالية :

١. — العلامات السريرية : هي الألم والأقياء والنزف .

فالألم عرض بارز يشبهه المريض بحس المعص أو الاحتراق أو الانفثال، 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 الرامج الشديد الذي لا يهدأ الا بانعطاف المريض او بضغطه لناحية الشرسوف، ولهذا الألم علاقة بالطعام فهو يبيكر 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 ٣-٤

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 المعرقة وإذا صودفت دلت على تشنج البواب أو على وجود آفة عضوية فيه ، وهي في قرحة المعدة أكثر منها في قرحة العفج وصفات هذه الاقياء مختلفة فهي إما صافية خائطة زائدة الحموضة أو انها تتصف بالقيء الركودي (أقياء وافرة نثنة الرائحة 'تكشف فيها بعض المواد الغذائية التي تناولها المريض منذ يومين أو ثلاثة أيام) .

وأخيراً فإن النزف لا يعد عرضاً من أعراض القرحة بل هو في الحقيقة اختلاط يطراً عليها ، وهذا النزف إما أن يبدو مع القيء فيكون منشأه من قرحة المعدة أو ينفرد مع الغائط بعد أن يصبح لونه أسود بتأثير عصارات الحضم (الدم المهضوم) ويكون سببه قرحة العفج وقد يكون النزف خفياً يتطلب كشفه فحص الغائط كيميائياً (تفاعل ويبروماير « réaction de Weber et de Mayer ») .

٢. - الحالة العامة : ينحل المريض في اثناء النوب الألمية وسبب هذا التحول امتناعه عن الطعام (رغم بقاء شهيته للطعام جيدة) أما في فترات الألم فإن المريض يستعيد وزنه ونشاطه .

٣. - 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 ٪ .

٤. - الفحص الاشعاعي : يتم بتنظير المعدة ثم بتصويرها الاشعاعي

المتسلسل وذلك بعد تجريح المريض مادة ظلمية فيستخلص من ذلك نوعان من العلامات : علامات مباشرة تظهر تبدلات جدار المعدة بجذاء الآفة وعلامات معتقة تبين حركة المعدة وانفراغها وليس لهذه العلامات من قيمة إلا إذا ظهرت في صور إشعاعية عديدة فضلاً عن أن هذه العلامات تظهر في أثناء 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 بالأعضاء المجاورة فيلزم استمرار الآلام .

أما الحالة العامة فتسوء بسبب استمرار الآلام والنزف الحفي والامتناع عن الطعام فإذا لم يعالج المريض انتهى به الأمر إلى الخرض .

وقد تصاب القرحة بهجمة النهائية يكون العامل فيها المكورات العقدية وتعرف هذه الهجمة سريراً بشدة الآلام وارتفاع الحرارة وتنتهي إما بأحد الاختلاطات (نزف أو انثقاب) أو بالتهاب ما حول المعدة .

حؤول قرحة المعدة السرطاني . - اختاف في كثرة حدوثه ويرجع سبب ذلك إلى صعوبة تمييز القرحة الشئنية عن السرطان بالعين المجردة . ويعرف هذا الحؤول سريراً بسوء حالة المريض العامة السريع وبنقص شهيته للطعام ويتبدل صفة الآلام كما تعرف إشعاعياً بازدياد حجم عش القرحة بسرعة ويتبدل حافاتها حيث تصبح غير منتظمة وفيها بعض الفجوات الصغيرة . أما الانثناء المخاطية المجاورة للقرحة فضخمة وقد تكون مقطوعة .

الأشكال السريرية . - تختلف الأشكال السريرية بحسب مقر القرحة وتبرز منها الأشكال الآتية :

٦. - قرحة الانحناء الصغير : وهي أقل مصادفة من قرحتي البواب والمفج وتستقر في أية نقطة من الانحناء الصغير ولكنها تكثر في قسمه المتوسط وهي نوعان :

أ. - قرحة بسيطة تبدو على المصلية بشكل بقعة نجمية مبيضة مخزب الثرب الصغير في جوارها كما تضخم العقد اللفافية ، وتمتاز سريراً بشدة آلامها التي



تنتشر إلى اليسار والقطن ويظهر هذه الآلام بعد الطعام بساعة إلى ساعتين ، الأقياء فيها نادرة ، وتصادف الأقياء الدموية في هذه القرحة أكثر منها في غيرها من القرحات . أما إشعاعياً فتُظهر الصور الاشعاعية المتسلسلة العش القرحي الدال عليها بشكل عش معنق في أعلاه فقاعة هواء وتكون سوية الباريت فيه أفقية أو أنها تعلو بشكل طبقة من سائل وكودي (الشكل - ٧٠) (عش هودك «Haudeck»)

(الشكل - ٧٠)

أو بشكل انحناء مدور وإذا لم يظهر العش . عش هودك وترى فيه سوية الباريت القرحي دل على القرحة بعض العلامات

المباشرة (استقامة الانحناء الصغير ، صمّل مستقر في قسم من هذا الانحناء) أو المعتنقة (فرضة تشنجية في الانحناء الكبير تقابل القرحة ، سرعة انقراغ المعدة) (الشكل - ٧٢) . وإذا كانت المعدة فارغة ظهرت أثناء الغشاء المخاطي متجهة نحو عش القرحة الحاوي ثقالته من المادة الظليلة (البقعة المعلقة) .

وليس لهذه العلامات الاشعاعية من قيمة إلا إذا ظهرت في عدة صور اشعاعية وفي فحوص عديدة .

ب. - قرحة شتئية : تبدو بشكل كتلة ليفية التهابية ينكمش الثوب الصغير في حذائها وتلتصق بالكبد أو بالمعشكة وتمتاز سريريا بآلام حادة مستمرة



(الشكل - ٧١)

قرحة كبيرة غروطية الشكل في انحناء المعدة الصغير

تشتد بعد الطعام لانهدأ بالقلاويات ولا بمضادات التشنج قد يرافقها تناذر تخرش العصب المبهم (آلام في أثناء 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 - فرصة 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 بالانتقاب (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) .

٢. - قرحة البواب : كثيرة المصادفة ، تستقر غالباً على الوجه الأمامي وبصاحبها ضيق تشنجي في صارة البواب ، إذا كانت القرحة حديثة ، أو ضيق عضوي إذا كانت شنية وحؤولها السرطاني كثير الحدوث . وتتصف هذه القرحة سريراً بالتناذر البوابي المنسوب إلى هارتمن وسوبولت (الآلام المتأخرة والركود الطعمي) . فالآلام تنتاب المريض بعد تناوله الطعام بثلاث إلى أربع ساعات وتستقر إلى يمين الحط المتوسط قليلاً وتنتشر إلى اليمين وإلى ظهر المريض وتهدأ عادة بتناول الطعام أو القلويات .

أما الركود الطعمي فينجم عن ضيق البواب ويكون الضيق تشنجياً في بادئ الأمر وبوافق ما كان يسمى في القديم بتناذر رايشمان (syndrome de Reichmann) مع أقياء حامضة وافرة المقدار قد يرافقها مقدار قليل من الدم الأحمر المختلط بالمواد الطعمية الدقيقة أو يكون الضيق عضوياً فينجم عن القرحة الشنية أو عن خبز الغشاء المخاطي المحيط بالقرحة البسيطة . وإذا لم ترافق الأقياء هذا الضيق أمكن معرفة الركود المعدي بتنبيب المعدة على الريق واستخراج سائل فيه بعض الفضلات الطعمية .

وتعرف قرحة البواب إشعاعياً بالعش الصغير الذي يظهر في عدة صور ، وبصلابة حافة قناة البواب واستقامتها مع اندفاعها نحو اليسار وبتأخر انقراغ المعدة .

٣. - 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 لإظهارها من جعل المريض في وضع الاستلقاء أو وضع تراندلنبورغ ، وهو الأفضل ، فتظهر القرحة عندئذ بشكل عش حدوده غير منتظمة فيه فقاعة هواء .

٤. - قرحة وجهي المعدة : قرحة نادرة أيضاً أعراضها شبيهة

بأعراض القرحة السابقة وإذا وجدت في وجه المعدة الخلفي التصقت بالمعشكة واتصفت بالآلام المبرحة من النمط الشمسي .

ولا تظهر هذه القرحات إشعاعياً إلا بالتصوير المائل أو الجانبي وبعد ضغط المعدة فتبدو عندئذ (بعد انقراغ المعدة) بشكل بقعة معلقة تنحني نحوها أثناء الغشاء المخاطي .

٥. - 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 وتعرض للاختلاطات (النزف والانتقاب) أكثر من قرحة الوجه الخلفي التي تنقلب غالباً قرحة شنية تلتصق بالمعشكة . وقرحة العفج ، على عكس قرحة المعدة ، لا تصاب بالحوول السرطاني إلا نادراً جداً .

تعرف هذه القرحة سريريّاً بالآلام الدورية المتأخرة (التي تحدث بعد ٥ - ٦ ساعات من الطعام) وتهدأ بتناول الطعام أكثر من هدوئها بالقولبات لذلك تسمى بالآلام الجوع يرافقها دائماً فرط في حموضة المعدة وقد يرافقها تآذر بوابي إذا كانت قريبة من صارة البواب .

ويجب في تشخيص هذه القرحة الى التنظير الإشعاعي ثم الى 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 ، فإذا تبدل هذا الشكل دل على قرحة عفجية) فقرحة حافة البصلة تعرف بظهور عش صغير في الانحناء الصغير ترافقه صلابة موضوعة 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 بمد انقراغ البصلة .

ويلاحظ في جميع الحالات بالإضافة إلى تشوه البصلة الآنف الذكر سرعة انقراغ المعدة وانجرار البواب نحو اليمين بسبب الالتصاقات .



(الشكل - ٧٤)

بصلة طبيعية

(لودو - لوبار)



(الشكل - ٧٣)

بصلة مشوهة

التشخيص . - يسهل تشخيص قرحة المعدة والنفج إذا استجوب المريض استجواباً دقيقاً وكانت أعراض هذه القرحة واضحة فالآلام القرحة تنصف ببعض الصفات التي تميزها عن آلام بقية علل البطن فهي :

١. - تأتي بشكل نوب دورية في فصلي الربيع والخريف تتخللها فترات من التحسن قد تستمر عدة أشهر يتمتع المريض فيها بكامل صحته .

٢. - تحدث بعد الطعام بـ ١ ساعة تختلف بحسب مقر القرحة (ساعتين في قرحة الانحناء الصغير ، ٣-٤ ساعات في قرحة البواب ، ٥-٦ ساعات في قرحة النفج) .

٣. - يختلف مقر هذه الآلام باختلاف مقر القرحة فهي شرسوفية إلى يسار الحط المتوسط وتنتشر إلى الظهر والقطن في قرحة الانحناء الصغير ، وهي شرسوفية وإلى يمين الحط المتوسط قليلاً وتنتشر إلى الظهر في قرحة البواب ، أما آلام قرحة

العفج فستتقر في يمين الخط المتوسط وتتشعب إلى القطن.

٤. - لا تبدأ آلام قرحة الانحناء الصغير بتناول الأطعمة والقلويات على العكس من آلام قرحة البواب التي تبدأ بهما. أما آلام قرحة العفج فتتجمع بتناول الأطعمة أكثر من سكونها بأخذ القلويات.

ولا تظهر الأقياء غالباً إلا في القرحة المزمنة القريبة من البواب وتدل على تشوش في انقراغ 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 قديكون صاعقاً فيقضي على المريض. أما الفحص الإشعاعي فيكشف العش القرصي في قرحة المعدة وتشوه البصلة في قرحة العفج وغير ذلك من العلامات الإشعاعية التي اتينا على ذكرها.

وأخيراً فإن تنظيف باطن المعدة (لرؤية القرحة) ونذيب المعدة (لكشف ازدياد حمض كلور الماء الحر) يفيدان في تشخيص القرحة المعدية.

بهذه الأعراض تعرف القرحة ومع ذلك فهي تلتبس بعدة أمراض بطنية :
١. - بالتهاب المرارة سواءً أكان هذا الالتهاب حصوياً أو غير حصوي ولكن آلام هذه العلة - التي تستقر في اليمين عند تقاطع الحافة الوحشية لعضلة البطن المستقيمة الكبيرة مع حافة الأضلع (النقطة المرارية) - لا تستمر طويلاً وهي تتشعب إلى المنكب الأيمن على عكس ما نراه في آلام القرحة.

٢. - بالتهاب المعشكلة الحاد إذا كانت آلام قرحة المعدة شديدة ولكن أعراض كل من العلتين مختلف فضلاً عن أن سوابق المريض بالتهاب المعشكلة تدل على إصابته بآفة صفراوية وهذا ما لا يرى في قرحة المعدة.

٣. - بالتهاب الزائدة المزمنة الذي يرافقه في أكثر 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) .

٤. - وتلبس القرحة الشثنية بالسرطان والتفريق بينها يسهل إذ يصادف سرطان المعدة في المسنين وآلامه أخف من آلام القرحة وهي آلام مستمرة غير متقطعة فضلاً عن أن تصوير المعدة الاشعاعي يكشف عيش هودك في القرحة والفجوة في السرطان وإذا أشكل الأمر لجئ إلى فتح البطن الاستقصائي .
المعالجة . - دوائية وجراحية :

١. - 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. - 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 المأكول والمواد الخرسنة لغشاء المعدة المخاطي (الأطعمة المالحلة والحريفة 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 وابتلاع الحمية اللبنية المجزأة لمدة ٥ - ٨ أيام على الأقل (كأس لبن فاتر أو بارد ، مع سكر أو بدونه ، في كل نصف ساعة) ثم يسمح له تدريجياً بتناول المرق فالخساء فالبيض فاللحم الخالي من الدهن فالبسكوت الخ

ب. - مضادات الحموضة : كثيرة نذكر منها مركبات الصود (ثاني فحمات الصودا) والكلس (فحمات الكلس) والمغنيزيا (اكسيد المغنيزيوم وصوآات المغنيزيوم الثلاثي) والالومينيوم (هيدروكسيد الالومينيوم) .

ج. - مضادات التشنج : الاتروبين والبلادون وقد قل استعمالهما في الوقت الحاضر بالنظر لإحداثها إمرعاً في القلب وجفافاً شديداً في اللسان واستعيض عنها بأدوية تركيبيه أخرى دعت بمضادات منشط الكولين (anticholinergique)

كالأنترينيل (Antrenyl) والبروبانثين (pro-Banthine) والثرال (Tral) وخلافها ...

د . - المواد التي تفعل في ندب القرحة : الغضارين (kaolin) ومركبات الهزموت (تحت نترات الهزموت أو فحمات الهزموت المعتدلة) .

وقد يفيد استعمال الصدمة في معالجة الهجمات الالتهابية التي تطرأ على القرحة وما حولها وتقوم بحقن الهويلينات في الوريد وقد أفادت في بعض الحالات ولكن فائدتها كانت موقفة .

وما قيل في المعالجة بالصدمة يقال أيضاً في المعالجة بحقن الهيستيدين والفشرب الحشوي إذ أن الفائدة التي تجني من استعمالها لا تطول .

كما أن لقح السخد (implant placentaire) الذي ثبتت فائدته في ندب القروح الدالية 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 - ٥ مرات .

٢ . - المعالجة الجراحية : يلجأ إلى الجراحة في معالجة القرحات المعندة على المعالجة الدوائية (القروح التي لم تتحسن بصراحة خلال ٣ - ٤ أسابيع ولم تشف شفاء سريرياً وإشعاعياً خلال ٥٠ - ٦٠ يوماً) والقرحات المعرقة (بضيق تشنجي أو عضوي في صارة البواب « قرحة البواب » أو بضيق في منتصف المعدة « المعدة المزدوجة المسكن في قرحة الانحناء الصغير » أو بجوول سرطاني) والقرحات المؤلمة (التي أصبح ألمها إما شديداً جداً لانهذه المسكنات أو مستمراً مزعجاً) وأخيراً القرحات النازفة (سواءً أكان النزف وافراً أو كان قليل المقدار ولكن تكراره قد أدّى إلى فاقة الدم) .

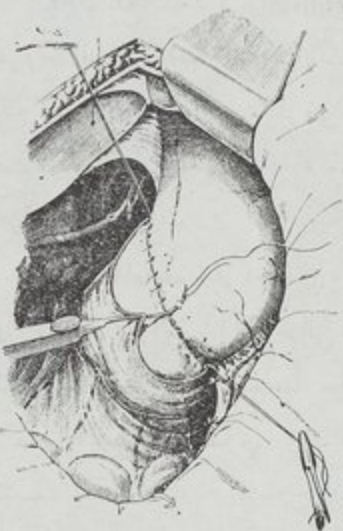
وبعد أن يقرر التوسط الجراحي يهيا المريض بدقة فتعالج أسنانه النخرة ، يفحص قلبه وورثاه ، تعد كرياتة الحمر والبيض ، تعابر بولة دمه وأخيراً يحلل

بوله لمغرفة وظيفة جهازه البولي ثم تحضر له كمية كافية من الدم لتتقلل له قبل التوسط الجراحي وفي اثنائه وبعده .

أما التوسط الجراحي فلا يجري إلا إذا كانت صحة المريض حسنة ولم يكن متألماً أو مضاعباً ببؤرة قيحية في أية ناحية من جسده (الأسنان ، اللوزتين ، الجيوب ، الزائدة ، المرارة) .

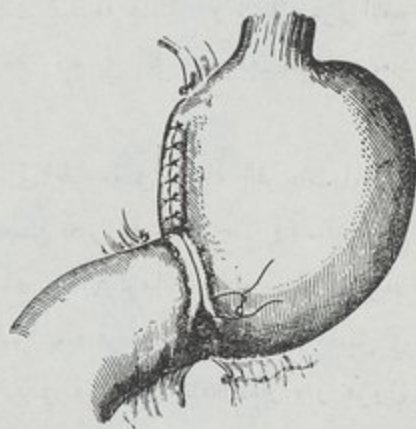
وتلخص الطرائق الجراحية المستعملة في معالجة قرحة المعدة والعفج بما يأتي :

١. - بت المعدة القسمة (gastrectomie subtotale) وفيه يتناول الققطع ثلثي المعدة أو ثلاثة أرباعها . ومن مميزات هذه الطريقة أنها تقطع من



(الشكل - ٧٦)

عملية بوليا



(الشكل - ٧٥)

عملية بيان (مفاغمة المعدة بالعفج)

(عن كينو)

المعدة قسمها المفرز للحامض ، أما القرحة ذاتها فإذا كانت بوابية أو في الانحناء

الصغير فتقطع مع القسم المتصل من المعدة وإذا كانت عفجية وبعيدة عن البواب وكان في قطعها خطر يفضل تركها وإجراء القطع فوقها، ثم يفاغم مقطع المعدة بالعفج



(الشكل - ٧٥) إذا كان هذا حراً

وسهل تقريبه من مقطع المعدة (عملية بيان

« Péan » او تفاعم القطعة الاولى من

الصائم مع كامل مقطع المعدة (الشكل -

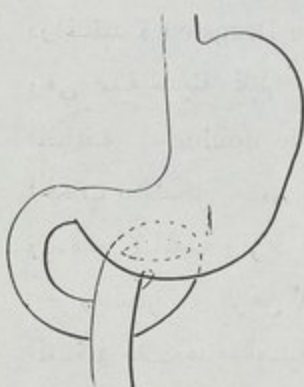
٧٦) (عملية بوليا « Polya ») او مع

قسم منه (الشكل - ٧٧) (عملية

(الشكل - ٧٧) عملية فينستور

فينستور « Finsterer »).

٢. - بت المعدة التام (gastrectomie totale) يجري في القرحة

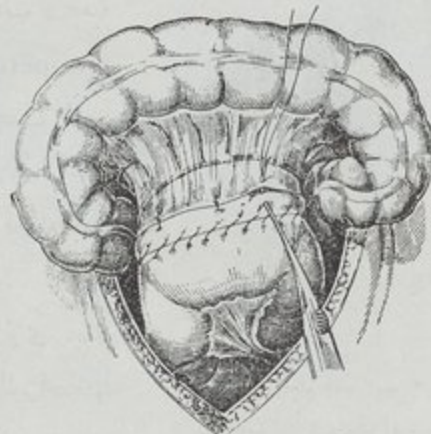


(الشكل - ٧٩)

مفاغمة المعدة بالصائم ومنها ترى فوهة

المفاغمة الواسعة القريبة من البواب

والانحناء الكبير (غوسه)



(الشكل - ٧٨)

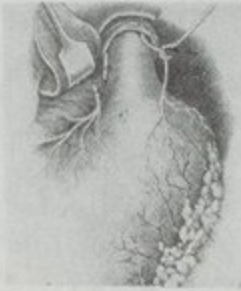
مفاغمة المعدة بالصائم عبر وباط القولون

(كينو)

الشئية التي يصاحبها ارتشاح شديد في طبقات المعدة فتقطع المعدة جميعها بما فيها
الفؤاد ثم تفاعم 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 المحدثه في المعدة قريبة من البواب والانحناء الكبير وان تكون في الصائم قريبة من الزاوية العفجيه الصائمية (الشكل - ٧٩) . وتجده هذه الطريقة استطباً في من لا تسمح حالتهم العامة بإجراء توسط جراحي كبير كبت المعدة كما في المسنين ويفضل إجراؤها أيضاً متى كانت التصاقات شديدة حول المعدة والعفج .

ومن محاذيرها انها تسبقي على الجحوضة المعدية وتعرض لحدوث قرحة جديدة في مكان المفاغمة .



(الشكل - ٨٠)

خزع العصب المبهم المضاعف تحت الحجاب (عن دراغنيد)

٤. - عملية خزع المبهم المضاعف (عملية دراغنستيد « 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 اثراكها بمفاغمة المعدة بالصائم دفعا لهذا المحذور .

الفصل الثالث

اختلاطات قروح المعدة والعفج

هي النزوف والانتقاب ، أما ضيق البواب فهو تناذر يصادف كاختلاط لقرحة البواب والعفج كما يصادف في علل أخرى عديدة .

البحث الأول

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 خطيرة ويستدعي المعالجة الدقيقة السريعة .

الاسباب . - ان قرحة العفج وقرحة الانحناء الصغير هما اكثر القروح تعرضاً للنزف ، ويبدو النزف إما بالقيء أو بالتغوط الدموي أو بالاثنتين 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 ذا اوعية متسعة وينزف من نقاط عديدة وهو نزف قليل المقدار على شكل نزف (suintement) ولكنه يستعصي على المعالجة الدوائية (الراحة ، الحمية المطلقة ، نقل الدم ،

المرقعات) ويتطلب بت المعدة ، وهذا ما يصادف في القرحة الحديثة اللينة القليلة الالتصاق بالأعضاء المجاورة والتي تبدو بشكل ندبة على سطح المعدة ، ولكن النزف ينشأ غالباً من سحج وعائي (*érosion vasculaire*) ينجم عن تقرح الوعاء بالالتهاب أكثر من إصابته بالانضام ، والوعاء المصاب هو الشريان الاكليلي المعدي او الشريان البوابي او احد فروعهما وقد يكون شرياناً مجاوراً كالشريان الطحالي والشريان المعدي العفجي ، وتكون القرحة في هذه الحالة شتية ثاقبة ملتصقة بالأعضاء المجاورة (المعشكلة ، 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 العلقه 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 يعالج منذ فترة طويلة لاصابته بقرحة معدية أو عفجية اثبتتها الصور الإشعاعية المكررة . ويسبق النزف الهضمي عادة بعض الأمارات كالشحوب وطنين الاذنين والعرق البارد وأحياناً الغشي واسراع النبض وقد يرافق ذلك آلام شرسوفية مع حس امتلاء في المعدة 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 وبخاط المعدة . ويختلف مقدار الدم النازف فقد يكون قليل المقدار أو وافراً يجاوز مقداره الليتر ويرافقه عادة تغوط دموي أسود يظهر بعد عدة أيام من القيء الدموي .

ولا يظهر التغوط الدموي للعيان إلا بعد عدة أيام من نزف القرحة وخاصة

قرحة العنبر ولكن يدل على النزف بعض أعراض النزف الباطن كالشحوب وضعف النبض وتساقطه وهبوط الضغط الشرياني ثم يبدو في المريض بعض القوالنجات ويتغوط بعدها غائطاً مسوداً كالقطران سببه انضمام 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 بالضعف 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 ، المرققات) وقد ترتفع حرارة المريض ويسرع نبضه ويصاب بلون يرقاني خفيف فيكون سبب ذلك امتصاص الدم النازف في المعى .

وأخيراً فإن النزوف المتكررة تعرف بعودة النزف (بالقيء الدموي أو بالتغوط الدموي) أو يتم عليها بعض علامات فاقة الدم (شحوب الاغشية ، الشعور بالعطش ، هبوط الضغط الشرياني ، اسراع القلب) . وانذار هذه 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 يجري 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 الفعج) تجب معرفة أن سبب الدم هو قرحة معدية أو عفجية نازفة ويعرف هذا من سوابق

المريض القرحة ، وإذا لم يُذكر شيء في هذه السوابق يجب فحص المريض بصورة دقيقة لنفي الأمراض المتصفة بالنزف الهضمي كإبيضاض الدم والناعور واستقرار 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 البائي .

المعالجة . - دوائية وجراحية :

١. - المعالجة الدوائية : تقوم بإراحة المريض التامة ووضع كيس الثلج على بطنه واعطائه المرققات 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 تزداد يوماً بعد يوم كما يعطى المسكنات كالفينرغان (Phénèrgan) وشلالات المبهم كالبانثين (Banthine) ، وتكفي هذه المعالجة في اغلب الحالات .
٢. - المعالجة الجراحية : تجرى في الحالات التي تخفق فيها المعالجة الدوائية

ويشك في إصابة المريض بقرحة شئية كما تجرى في كل حالة يستمر فيها النزف أكثر من يومين ، وأفضل ما يصنع هنا هو بت المعدة والبواب بعد ان ينقل للمريض مقادير كبيرة من الدم ، فهذا البت يمجو القرحة ، التي هي مصدر النزف ، كما أنه يحقق شفاءً ثابتاً للمريض .

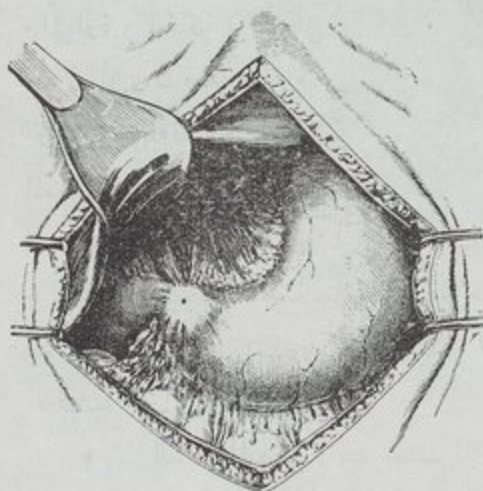
أما الطرائق الجراحية الأخرى كمفاغمة المعدة بالصائم وربط الشرايين الكبيرة التي تروي ناحية القرحة أو خياطة القرحة بعد خزع المعدة فلا تستعمل إلا في بعض الحالات الخاصة .

البحث الثاني

الانتقاب

ونعني به انتقاب قرحة المعدة والعفج في الصفاق الحر ، أما الانتقاب الذي يقع في الصفاق المحجب فقد أتينا على ذكره في بحث الخراجات تحت الحجاب ؛ ويأتي هذا الانتقاب في الدرجة الثانية بعد التهاب الزائدة بإحداثه التهاب الصفاق الحاد .

الأسباب . - هذا الاختلاط كثير الحدوث ويصادف في الرجل أكثر منه



(الشكل - ٨١)

انتقاب قرحة البواب الشئبة في الصفاق الحر

(موندور)

في المرأة وبلا حظ في جميع الأعمار إلا أنه يكثر ما بين ٣٠ - ٤٠ سنة من العمر ، ويقع الانتقاب 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 .

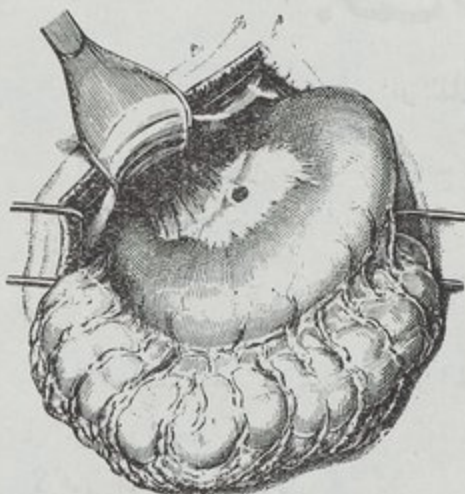
التشريح المرضي . -

١ . - الانتقاب : 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 بالأعضاء المجاورة وانحصرت الآفة مكونة القرحة الثاقبة. والانثقاب صغير عادة لا يتعدى اتساعه قطر العدسة (الشكل-٨١)



الشكل (٨٢)

قرحة انحناء المعدة الصغير الشثنية المنثبة
(موندور)

وهو مدور أو بيضاوي الشكل حافته منتظمة كأنها قطعت بالمجرب 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 الأعضاء المجاورة كالكبده والمرارة والمعشكة (الشكل - ٨٣) أو أن قطعة صغيرة من الثرب تلتصق به فتسده . وجدران المعدة والعفج في محيط الانثقاب

لينة سهلة الحياطة في الانثقاب الآلي وملتهبة قاسية كالمقوى وهشة في القرحة الشثنية . أما من الوجهة النسيجية فتلاحظ في القرحة الشثنية المنثبة آفات نخر والتهاب مع خبز 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 الميزابية الجدارية القولونية اليمنى واجتمع في الحوض الصغير . أما في الانتقابات الخلفية حيث لم يلتصق الانثقاب بالأعضاء المجاورة فيجتمع السائل المنصب في الجوف الخلفي للثروب . وهذا السائل كدر رمادي اللون وقد يكون مصفراً إذا اصطبغ بالصفراء ويحتوي غالباً على انقراض

طعامية ويرافقه صفاق هاور ، أما كميته فتختلف بحسب سعة الانتقاب وامتلاء المعدة وهو عقيم في الساعات الأولى ولكنه ينقلب بعد ١٢ - ٢٤ ساعة سائلاً عفنًا فيه كثير من الجراثيم .

الاعراض . - قد يطرأ هذا الاختلاط على امرئ لم يشك سابقاً من أي



الشكل (٨٣)
قرحة وجه المعدة الخلفي
الملتصقة بالمشكة (بيلي)

اضطراب هضمي يتم 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 اصابته بالقرحة وتعتري المريض عادة قبل الانتقاب بعدة أيام أعراض يطلق على مجموعها تناذر ما قبل الانتقاب 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 الانتقاب بآلم فجائي مبرح يشبه

المريض بضربة الحنجر او بحس تمزق داخلي يستقر في بادئ الأمر في ناحية اشرسوف أو في المراق اليمنى ثم يتشعب الى المنكب والصدر وأحياناً الى 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 بالانغماء .

تظل حرارة المريض طبيعية وكذلك نبضه في الساعات الأولى ولكنها لا يلبثان أن يتبدلا فتتوقع 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 يخترش 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 و برفق يظهر التقفع الشديد (البطن الحشي) في الناحية الشرسوفية هذا في الساعات الأولى ولكنه سرعان ما ينتشر إلى جميع أنحاء البطن كما أن هذا الجس اللطيف يوقظ الماء موضعاً في القسم العلوي من البطن وهي علامة أقل قيمة من التقفع .

أما القرع فقد يكشف صمماً في الخاضرتين سببه اجتماع السائل المنصب . كما يكشف في نصف الحالات تقريباً علامة ثانية هي زوال الصمم الكبدي الذي يفش عنه والمريض في وضع نصف جلوس أو وضع الاضجاع الجانبي الأيسر . وأخيراً فإن رنج دوغلاس يبدو مؤلماً بالمس الشرجي أو المهبل .

هذه هي العلامات الوظيفية والفيزيائية التي تبدو في مريض انتقبت قرحته فإذا لم يشخص هذا الانتقاب 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 الغائضة والغازات وساءت الحالة العامة وبدأت الدخنة 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 إلى البضع الجراحي ولكنها حالات نادرة . وبالممارسة يمكننا القول بأن نسبة الشفاء تعادل ٨٥ ٪ في كل مريض يبضع قبل مضي ست ساعات على الانتقاب 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 الحشي وسوابق المريض الهضمية ويتأكد

التشخيص بفحص البطن الإشعاعي (بالتنظير أولاً ثم بأخذ عدة صور إشعاعية بدون إعطاء المريض أية مادة ظليلة) الذي يكشف الصفاق الهاوي ويظهر ، والمريض واقف أو جالس ، هلالاً غازياً ثخانتة ٣ - ٤ عشم . يقع بين قبة الكبد وتقع الحجاب ، وقد يظهر هلالان تحت الحجاب أحدهما في اليمين والآخر في اليسار (الشكل - ٨٤) أما في الاضطجاع الظهرى 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 والحادة من الانثقاب تلتبس الآفة بالتهاب الزائدة والتهاب المرارة الحاد كما تلتبس بآفات البطن الحادة الأخرى (احتشاء الأمعاء ، انسدادات الأمعاء ،

التهاب المعشكة النزفي ، الحمل خارج الرحم ، الخ ..) ويعرف كل من هذه الآفات المختلفة بأعراضها الخاصة .

المعالجة . - متى شُخص الانثقاب بادر إلى التوسط الجراحي إلا في حالة الانثقاب الحديث الحادث في معدة فارغة حيث يفيد المص المعدي المتواصل عن طريق الأنف في مساعدة الانثقاب على الالتصاق بالأنسجة المجاورة على أنه يجب ، حتى في هذه الحالة ، إجراء 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 المصل السكرية أو الملحية عن طريق الوريد ويكافح الالتهاب بالصادات (بنيسلين ، ستربتوميسين ، كلورانفينيكول ، 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 الانتقاب وفي حالة الشك يفتح أولاً على الزائدة في الحفرة الحرقفية اليمنى لأن انتقابها هو السبب في أكثر التهابات الصفاق الحادة انتقاباً فإذا بدت سليمة شق البطن فوق السرة وعلى الخط المتوسط وبعد كشف الانتقاب تتبع إحدى الطريقتين الآتيتين :
١ - بت المعدة العاجل الذي يقضي على القرحة المنتقبة واختلاطها في الوقت ذاته ، وليس خطره بأشد من خطر الحياطة البسيطة إذا اجراء جراح مختص وبصورة باكرة في امرى قوي البنية .

٢ - خياطة الانتقاب وهو ما يستعمل في أكثر الأحيان ويصعب في القرحات الشثنية حيث حافات القرحة قاسية هشة ويفضل اشراك الحياطة بفانغة المعدة بالصائم في الحالات التي يشك معها بضيق لمعة البواب أو العفج وهي المناطق التي يكثر فيها الانتقاب .

* * *

الفصل الرابع

أورام المعدة والعفج

البحث الأول

أورام المعدة والعفج الخبيثة

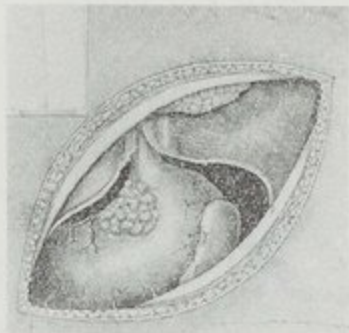
١. — سرطان المعدة

الاسباب . — هو أكثر سرطانات الأحشاء حدوثاً بعد سرطان الرحم ،
يكثر في العقد الخامس والسادس ولكنه قد يصادف في سن مبكرة كما يصادف
في المسنين ، وهو في الرجال أكثر منه في النساء ، ومن أسبابه المؤهبة رضوض
المعدة وتقرحاتها المزمنة بالغول والتهاباتها الضخامية والضمورية وداء المرجلات
المعدي . وقد ذكرنا سابقاً حؤول قرحة المعدة السرطاني .

التشريح المرضي . — 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 حدة المعدة
وفي انحنائها الكبير فنادر جداً .

إذا فتح البطن بدت المعدة ، في منطقة السرطان (الشكل - ٨٥) ، منكشمة

شاحبة اللون مبيضة وإذا جس الورم بالأصابع بدا قاسياً كثيفاً واكبر حجماً مما يبدو بالنظر بسبب الحزب 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



(الشكل - ٨٥)

سرطان انحناء المعدة الصغير

(عن هاربر)

ناثة في جوف المعدة وهو شكل نادر وأخيراً السرطان القرصي الشكل الذي يبدو بشكل ورم مركزه نخري ، مدور ذي قعر أحمر رمادي وحافات مرتفعة حلسمية قاسية وأثناء الغشاء المخاطي في جوارها مبحوّة .

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 بمنأى عن الإصابة . ويكتشف الثوب في جوار العلة ويحزب وينكمش ومتى ترفت العلة التصق الورم بالأعضاء المجاورة التصاقاً التهابياً في البدء ثم بإغارته عليها وأكثر الأعضاء التصاقاً بالورم هي المعشكة وما سار يقي القولون والقولون المعترض ثم الكبد وجدار البطن الامامي . ومتى وصل الورم إلى هذه الدرجة من الانتشار امتد بالطريق اللنفاوي إلى الأماكن البعيدة من الجسم فانتبجت في بادئ الأمر عقد انحناء المعدة الصغير فعقد خلف البواب ثم عقد تحت البواب . أما عقد الكبد فتضخم في سرطان البواب بينما تنسرطن العقد اللنفاوية المرافقة للشریان الطحالي في سرطان حدية 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 النهائية في البدء وتميزها عن العقد المتسرطنة صعب بدون اللجوء للفحص النسيجي .

وهناك شكل خاص من سرطان المعدة هو التكتن المهيكل (la linite plastique) ، وهو شكل صلد تنكمش فيه المعدة جميعها فتصبح بشكل انبوب قاس ضيق ، جدره متكتفة 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 تصليباً منكماشاً ، وفي العمق تتميز الطبقة العضلية المخاطية ويحدث الاستيلاء على الطبقة العضلية المصلية . تعلق 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 .

١. — **دور البدء :** تظهر في امرئ وعلى الأغلب في رجل جاوز العقد الرابع بعض الاضطرابات الهضمية المبهمة (كالتقيؤ والتقيؤ من اللعوم والشحوم والتبغ) والآلام الشرسوفية التي تأخذ أحياناً صفات الآلام القرحية ولكنها لا تنهدأ بالقلوبيات ولا بتناول الاطعمة ، يصاحب ذلك نحول متزايد لا يعرف سببه ، ولا تظهر في هذا الدور الانهيار ولا الاقياء الدموية إلا نادراً ، والقبض هو ما يلاحظ عادة في هذا الدور وقد يعيى عنه اسهال موقت .

أما في الاشكال الخفية فلا يدل 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 يكشف الدم في البراز بتفاهلي ويبروماير (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 .

٢. - 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 والجمعجة على الريق وارتسام التموجات الاستدارية على جدار البطن) وقد يشعر بحس الناحية الشرسوفية بورم متحرك قاسي القوام واضح الحدود لا يستطاع تمييزه عن أورام الاعضاء المجاورة (الكبد والقولون) إلا بالصور الاشعاعية المتقنة التي تُشخص العلة بواسطتها بصورة لا تقبل الجدل .

٣. - دور النهاية : متى وصل المريض الى هذا الدور من السرطان أصبح الأمل في شفائه مستحيلاً فعلامات الحرض تشتد ويلتصق الورم بعد أن كان متحركاً وتضخم الكبد وتصبح عجزية لانتقال الورم اليها ويظهر الحبن بانضغاط وريد الباب بالعقد السرطانية أو بانتشار الورم الى 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 وتقرزه 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 الجشآت وسيلان اللعاب الوافر . ويتم تشخيص هذا السرطان بالمعاينة الاشعاعية بعد تجريع المريض مادة الباريت .

التشخيص . - يجب تشخيص سرطان المعدة باكراً ما أمكن لأن على التكبير في التشخيص تتوقف نجاة المريض ، وبما أن معالجة سرطان المعدة جراحية بحجة فإن التوسط الجراحي في بدء العلة يعطي المصاب أملاً أكبر في النجاح لأن حالته العامة تكون حسنة والورم لا يزال في غشاء المعدة المخاطي ولم يمتد عمقاً إلى الطبقتين العضلية والمصلية ولم يلتصق بالأعضاء المجاورة كما أنه لم ينتشر بالطريق اللمفاوي إلى العقد . وتوصلاً إلى تشخيص الورم في بدئه يلجأ إلى تنظير باطن المعدة والفحص الاشعاعي (الذي يجب أن يجري لكل امرئ 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 يجري بمنظار المعدة الخاص وبه تُرى ناميات السرطان والتقرح السرطاني الذي يميز عن القرحة بعدم انتظامه وبارتشاف محيطه .

أما بالفحص الاشعاعي الذي يجب أن يتم بتنظير الناحية المشتبه فيها ثم بتصويرها الإشعاعي المتسلسل فتشاهد في الناحية المؤؤفة صلابة موضوعة (خطية أو متموجة) أو عش مسطح مندمج (encastrée) وقد تظهر العلة على شكل عش قرصي (niche en ménisque) ويستطيع الشعاعي 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 والتشكل : 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 المحيطة) أو في وجه المعدة (الفجوة المركزية) ومحيط الفجوة مبهم غير منتظم وقد يكون مشروراً . وجدر المعدة في جوارها حلبة تقف في حداثها التموجات الاستدارية وتبدو أثناء الغشاء المخاطي في جوار العلة مقطوعة لا تنتجها نحوها كما هو الحال في القرحة (وقد ترى أثناء غشاء المعدة المخاطي بتجربيع المريض مقداراً قليلاً من الباريت) .



(الشكل - ٨٧)



(الشكل - ٨٦)

سرطان ناحيتي الغار والبواب . الغار المبتور ضيق منتصف المعدة بسرطان الانحناء الكبير (لودو-لوبيار)

وفي سرطان البواب وقبل حدوث الضيق يبدي الفحص الاشعاعي اِماحلاية 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 محيطة أو مركزية فنأخذ المعدة شكل المعدة الثنائية المسكن (الشكل - ٨٧) ويكون القسم المتضيق منها

غير منتظم صلب الحافات وهذا ما يميزه عن ضيق منتصف المعدة المشاهد في القرحة .
و يعد سرطان فؤاد المعدة وسرطان حديبتها الكبيرة من أصعب سرطانات
المعدة ظهوراً بالأشعة إذ لا يمكن كشفها إلا بعمل المريض في وضع ترندلنبورغ
(position de Trendelenburg) أو بعد نفخ المعدة المشترك بإجراء
الصفاق الهاوي .

وإذا ظهرت الفجوة في الصورة الاشعاعية فليس ذلك دليلاً على الإصابة
السرطانية المحتملة 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 أكثر اتساعاً
على الرغم من خفة الأعراض السريرية .

فهذه الطريقة الاشعاعية السريرية تفضل فتح البطن الاستقصائي في تشخيص
سرطان المعدة الباكر حيث لا يمكن بفتح البطن هذا تقريب القرحة الشثنية
عن الورم .

المعالجة . - إن معالجة سرطان المعدة جراحية بحتة وهي معالجة شافية
أو ملطفة :

١. - **المعالجة الشافية :** تقوم بتت المعدة والبواب وهو التوسط الجراحي
المفضل في معالجة سرطان المعدة ، ولكي تكون نتائج البعيدة مضمونة يجب
التبكير في التشخيص والمعالجة ما أمكن كما يجب قطع المعدة التام (وهذا ما يحبذه
بعض الجراحين وخاصة في سرطان الحديبة الكبيرة والسرطان القريب من الفؤاد)
أو أن يجري بت المعدة الجزئي فتقطع المعدة بعيداً عن الورم زهاء ٤-٥ عشم .
و يشرك هذا البت التام أو الجزئي بقطع الثرب الكبير وزمر العقد الاكليلية
وتحت البواب وخلفه ثم ينهى العمل الجراحي بمفاغمة اسفل المريء بالصائم في
حال بت المعدة التام (تشرك بمفاغمة 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 يضاعف استئطباب هذا البت إلا الانتقالات الصريحة إلى الكبد والسرة والصفاق والعقد قرب الوتين ، أما التصاقات المعدة والورم الالتهابية أو السرطانية بالأعضاء المجاورة كالمعشكة والطحال وماساريقي القولون والقولون المعترض فلا تضاد الاستئطباب إذ يمكن استئصال العلّة البدئية مع الأعضاء الملتصقة بها ، غير أن صعوبة مثل هذه العمليات وشدة خطرها تجعل أكثر الجراحين يحجم عن بت المعدة في هذه الحالات .

ويجب قبل بت المعدة تقوية المريض بنقل الدم المكرر وحقن المصول واستعمال الهيوولينات 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 الحياطة الجراحة في أناس مصابين بالحرص وجدر معدم خزبة هشة .
٢ . - المعالجة المطلقة : تجرى متى كان مضاد استئطباب صريح لبت المعدة وبها تطول حياة المرء بضعة أشهر ، وقوام هذه المعالجة مفادمة المعدة بالصائم (متى كان ضيق شديد في البواب) وخزاع المعدة (في سرطان الفؤاد) وخزاع الصائم (في سرطان المعدة المنتشر) .

٢ . - سرطان العفج

التشريح المرضي . - هو أكثر سرطانات المعى الدقيق وهو سرطان بدئي يستقر غالباً بمجل واطر ويبرز في لمعة العفج على شكل ورم بحجم اللوزة ثم ينتشر إلى الجوار ساداً نهاية القناة الجامعة وقناة ويرهشونغ .
ويختلف مصدر هذا السرطان فقد يكون غشاء العفج المخاطي أو المجل أو نهاية القناة الجامعة أو قنوات المعشكة .

ويستقر سرطان العفج فوق مجل واطر أو تحته فيظهر بشكل ورم موضع في بدئه لا يلبث أن ينتشر محيطاً بدائر المعى ومنقلباً إلى شكل حلقي مضيق للمعة العفج .

ويظهر الفحص النسيجي أن هذا السرطان هو سرطان ظهاري اسطواني عادي أو سرطان ظهاري غدي مصدره غدد ليبركوت أو غدد برونر (glandes de Brünner) أما سرطان العفج الثانوي فيتلو سرطان رأس المعشكة أو سرطان المرارة أو ينجم عن انتشار سرطان المعدة بالطريق اللمفاوي .

الاعراض والتشخيص . — يتصف سرطان مجل واطر بإغارته السريعة على القناة الجامعة فتوسع المرارة ويظهر اليرقات المزمّن الاحتباسي الذي يزداد تدريجياً بدون ألم أو ارتفاع في الحرارة .

يلتبس هذا السرطان بورم رأس المعشكة ويميز عنه بكشف الدم في البراز بتفاحي « ويبر - ماير » وبظهور الدم في السائل المستخرج بتنبيب العفج كما يبين التصوير الإشعاعي ضيقاً واضحاً في لمعة العفج وعدم توسع في إطاره وعلى عكس ما يشاهد في سرطان رأس المعشكة .

أما سرطان العفج فوق مجل واطر فأعراضه شبيهة بأعراض سرطان البواب المتريقي .

وأخيراً فإن سرطان العفج تحت مجل واطر يتصف بالاضطرابات الهضمية (غثيان مستمر ، أقياء صفراوية ، تناوب القبض مع الإسهال) وبسوء حالة المريض العامة السريع .

المعالجة . — يعالج سرطان بصلة العفج ببث المعدة الواسع كما يعالج سرطان مجل واطر المحدود بقطع الحليمة بالطريق عبر العفج . أما سرطان المناطق الأخرى فيستدعي قطع حلقة العفج ورأس المعشكة كتلة واحدة ثم زرع القناة الجامعة والقنوات المعشكية 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 والعفج الحميدة

١. 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. — 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 وير (villeux) وهو شبيه بالأورام الزغبية في المستقيم من حيث سيره وانذاره وميله للحوول السرطاني .

ولا يختلف بناء هذا الورم عن بناء غدد المعدة العادية وغدد برونشر .

٢. — الورم المعشكلي المعدي : يستقر غالباً بالقرب من البواب ويدعى بالمعشكلة الإضافية وهو يتألف من مجموعة عنبات غدية تجاورها مجموعة من الخلايا المائلة لجزيرات لانغرهانس .

٣. - الورم الشواني المعدي : ينمو هذا الورم على وكس الطبقة العضلية العصبية للمعدة ويكبر تدريجياً وقد يبلغ حجماً كبيراً . ولهذا الورم ميل للتحويل إلى كينيس موهم محتواه رائق وتعرف طبيعته من فحص السائل ورؤية بعض العناصر الخاصة بالورم .

يبدى الفحص النسيجي لهذا الورم خلايا مغزلية الشكل يتفاقم بعضها بالبعض الآخر وتشكل مجموعة على شكل الزوبعة أو تنضد على شكل سياج من أوتاد .

٤. - الأورام النادرة جداً : هي الورم الشحمي والورم الليفي والورم العضلي الأملس .

الأعراض . - 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 بالآلام القرحة أما الأقياء الدموية المتقطعة والتي يرافقها تفرط دموي فلا تصادف إلا نادراً .

العلامات الفيزيائية . - قد يشعر بجس البطن بكتلة متحركة غير مؤلمة منتظمة أو محدبة مقرها الناحية الشرسوفية .

الفحص الإشعاعي . - 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 . - نظراً لكثرة حؤول هذه الأورام إلى أورام خبيثة يفضل
بت المعدة الواسع على التوسطات الجراحية الاقتصادية السابقة (استئصال الورم
مع مغرزه في المعدة) .

٢. - أورام العفج الحميدة

تستقر هذه الأورام النادرة جداً في ناحية بصلة العفج وهي أورام غدية
او عضلية او حللمية .

تعرف هذه الأورام سريراً ببعض الاضطرابات الهضمية العادية وهي
لا تصاب بالحؤول السرطاني ولكنها قد تنزف نزفاً وافراً . اما الصور الإشعاعية
فتكشف بعض الفجوات الصغيرة المدورة .

تعالج هذه الأورام بالاستئصال ، وإذا تعذر ذلك اجريت مفاتمة المعدة
بقطعة العفج الكائنة 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 بشكاين : تقرحي وضخامي والشكل التقرحي أكثر مصادفة من الشكل الضخامي أما نسيجياً فيعرف بظهور الأجرية 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 ، P.A.S ، «isoniaside») 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 اللفافية ضخمة جعل للجراحة المقام المفضل في المعالجة . وبما أن التمييز بين سل المعدة وصرطانها صعب بالعين المجردة ، يجب استئصال احدى العقد اللفافية وفحصها على الفور لتشخيص العلة ومعرفة الطريق الواجب اتباعه في المعالجة .

* * *

البحث الثاني

أفرنجي المعدة

هو علة نادرة تظهر في المرء ما بين ٣٠ - ٤٠ سنة من العمر بعد إصابته بالقرحة الأفرنجية ب 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 والنسجية التي تكشف الآفات الصغية والتصلبية في الطبقة تحت المخاط من المعدة وأخيراً فإن المعالجة التجريبية تفيد أيضاً في معرفة هذه العلة .

الأعراض . - يبدو أفرنجي المعدة بمظاهر مختلفة :

١ - . يظهر قرحة المعدة مع آلام مستمرة لاعلاقة لها بالطعام ومع قلة الحموضة المعدية وفي هذا الشكل تتبدل الحالة العامة بسرعة ويبدي التصوير الإشعاعي عشاءً قرحياً كما يكشف تنظير باطن المعدة قرحة سطحية واسعة حافاتها رقيقة متعوجة وقعرها رمادي أو أبيض أو أحمر قائم في محيطها تظهر على المعدة علامات الالتهاب .

٢ - . يظهر سرطان المعدة مع وجود الفجوة في الصور الإشعاعية ولكن ظهور العلة في فتي وسيرها البطيء مع بقاء الحالة العامة حسنة كل ذلك عناصر ذات شأن تفيد في تمييز أفرنجي المعدة عن سرطانها .

٣ - . يظهر التهاب المعدة المزمن مع نقص الحموضة وانكماش المعدة بالتصوير الإشعاعي .

المعالجة . - تجرب المعالجة الدوائية بالأدوية ضد الداء الأفرنجي 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. — تضيقات البواب

أ. — تضيقات البواب في الكهل : الأسباب. — 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 النديبة الناجمة عن تناول مادة كاوية أو 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 (كيبس الكبد المائي ، سرطان القولون المعترض ، ورم الكلية اليمنى) أو يضيق البواب بالجسم أو الالتصاقات 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 خرب الغشاء المخاطي باشتراكه مع التشنج يعيد مؤقتاً هذا الضيق مشدوداً ومتى زال التشنج وانحرب عاد قطر البواب إلى سعته .

أما الضيق المشدود فيلاحظ في قرحات البواب الشئنة 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 التضيق الخفيف فهي لا تتسع ولا يظهر فيها الركود ، أما في التضيق المشدود فتسعى المعدة في باديء الأمر ، بتقلصاتها الشديدة المتتابعة إلى التغلب على العائق البوابي فتضخم عضلتها ولكنها تن بعد فترة قصيرة وتسترخي وتتسع ويظهر فيها الركود .

الأعراض . — الأعراض واضحة والتشخيص سهل في الضيق المشدود بيد أنها مسددة والتشخيص صعب في الضيق الخفيف .

١ . — الضيق المشدود : يمر هذا الضيق بدورين كما أسلفنا : دور أول تسعى فيه المعدة إلى التغلب على العائق (دور المقاومة) ودور ثان 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 إثباتها .

٢ . — العلامات الوظيفية : هي الآلام والأقياء .

فالآلام شرسوفية مستمرة تبدو بشكل معص أو انقتال وتشتد بعد الطعام ولكنها تزول بالقيء . أما الأقياء فتكون في بادئ الأمر قليلة ومتباعدة ثم تتقارب وتصبح يومية وهي أقياء وافرة تنث الرائحة بسبب ما يطراً عليها من اختار . وقد تظهر في الأقياء بعض مواد غذائية تناوها المريض منذ يومين أو ثلاثة أيام فيعد وجودها دلالة على احتباسها في المعدة بسبب ضيق البواب المشدود . ٢ . - العلامات الفيزيائية : يكشف فحص البطن اتساعاً في المعدة يظهر بتقريب ناحيتي الشرسوف والسرة كما يكشف الركود المعدي الذي تنم عليه الجمعية 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 بمضض مؤلم . وتسمى الثانية بعلامة كوسمول وهي رؤية التوجات الاستدارية من خلال جدار البطن الرقيق هذه التوجات التي تبتدىء في المراق اليسرى وتنتهي قرب الحط المتوسط . وقد لا تبدو هاتان العلامتان إلا بقرع الناحية أو بتناول بعض الأطعمة .

٣ . - العلامات الإشعاعية : تبدو المعدة بالأشعة منسعة يصل قعرها إلى العانة ومنظرها كالمركن ، وتجتاز المادة الظليلة التي تناوها المريض السائل الركودي على شكل ندف الثلج كما يظهر خط أفقي يفصل مستحلب البارييت الذي تجرعه المريض عن سائل الركود . وقد يظهر بعض التقلصات البطيئة النادرة ويتأخر انقراغ المعدة ست إلى عشر ساعات .

ب . - الدور الثاني أودور 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 الاختار .
وتسوء حالة المريض العامة في هذا الدور فينجل بسرعة ، ويجف جلدده
ويسترخي ، ويقل بوله وترتفع بولته الدموية وإذا لم يسعف قضي نجبه 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 .

٢ . - الضيق الخفيف : تظل فيه حالة المريض العامة حسنة ، وآلام هذا
النوع من الضيق تحاكي آلام قرحة البواب فهي تارة شديدة وتظهر بعد الطعام
ب ٣ - ٤ ساعات ولا تهدأ إلا بالقيء وطوراً خفيفة ولا علاقة لها بالطعام .
وإذا كان الضيق واسعاً فلا تظهر الأقياء بل يدل عليه أ . - بعض العلامات
السريرية كالجمععة الخفيفة على الريق والركود المعدي الذي يعرف بتقييد
المعدة واستخراج ١٠٠ - ٢٠٠ عشم . م . من سائل ركودي يكشف فيه المجهر
أجزاء طعامية غير منهضة . ب . - الفحص الإشعاعي الذي يظهر من جهة تأخر
الافراغ المعدي (٦ - ١٠ ساعات بعد تجرع الباريت) وتجزؤه مع عدم امتلاء
بصلة العفج امتلاء تاماً ومن جهة أخرى تمدد غارالبواب وازدياد تقلصات المعدة
التي تحاول التغلب على العائق البوابي .

وقد يستخرج بتقييد المعدة على الريق سائل رائق خالٍ من الانقاض الطعامية
يشابه تركيبه تركيب عصارة المعدة وهو يدل على ضيق مسدّد 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 نفكر في إحدى هاتين علتين متى بدت
علامات ضيق في صارة البواب :

يعرف الضيق الناجم عن القرحة بظهوره في امرئ 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 امرئ جاوز العقد الخامس من عمره ، وليس في سوابقه اضطرابات هضمية ، وقد أخذ يهزل بسرعة ونقص 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 الإشعاعي فقط (أورام المعدة الحميدة ، سل المعدة ، التهاب المرارة وما حولها ، أورام الكلية اليمنى وسرطان القولون المعترض الضاغطة للبواب) أو بالفحص الإشعاعي مع إجراء تفاعلات واسرمان على الدم والسائل الدماغي الشوكي (أفرنجي المعدة) .

المعالجة . — لا نتكلم هنا إلا عن معالجة التضيقات المشدودة لأن التضيقات الخفيفة 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 بت المعدة ، إذا أمكن إجراؤه وهى 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 بمقاغة

المعدة بالصائم . وفي الحالة الثانية ، حيث سبب الضيق خارجي ، تختلف المعالجة باختلاف العائق : فإذا كان ورمًا في الجوار (ورم كلية يميني ، سرطان قولون) أو مرارة ملتهبة كفى استئصال الورم أو المرارة لمحو عوارض الضيق البوابي ، وإذا كان العائق الخارجي الالتصاقات أو اللجج 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 الإناث وقد يرافقها بعض التشوهات الولادية الأخرى .
التشريح المرضي . - تضخم عضلة البواب وخاصة أليافها الدائرية فتشابه ورمًا قاسيًا زيتوني الشكل طوله ثلاثة عشم . ، مقطعه مؤلف من طبقة عضلية تبلغ ثلثانها نصف عشم . تحيط بقناة مخاطية قد انثنت على نفسها وضافت 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 رضة بأقياء انفجارية قد تكون أوفر من الرضة نفسها وليست هذه الأقياء صفراوية (لأن العائق في البواب وليس تحت مجل واطر) 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 بالجوع أو بأحد الاختلاطات (التهاب القصبات والرئة ، تكرر) .

العلامات الفيزيائية . - تبدو ناحية الشرسوف للعين مقببة يرسم عليها

بعض التوجعات الاستدارية كما يشعر بجس الناحية تحت المكبد اليمنى بوزن البواب الشبيه بالزيتونة .

الفحص الاشعاعي . - يكشف بالمعاينة الاشعاعية فرط تقلص المعدة وتمددتها ووجود سائل وكودي فيها كما يكشف غالباً مرور الباريات من خلال البواب على شكل خطي . 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 واطر بعدم احتوائها على الصفراء . هذا في الضيق المشدود أما في التضيقات الخفيفة فالتشخيص صعب وقد يصاب الرضيع فيها وبشفى عفواً بدون أن تشخص .

المعالجة . - تجرب المعالجة الدوائية في بادئ الأمر فيعطى الرضيع مضادات التشنج ويغذى بحليب كثيف على وجبات عديدة وقد تكفي هذه المعالجة فتقطع الأقياء ويستعيد الرضيع وزنه .

وإذا لم تقف هذه المعالجة الدوائية يجرى للرضيع عملية فروده (Fredet) أي خزع البواب في خارج الغشاء المخاطي وإليك الطريقة : بعد غسل معدة الرضيع وحقنه بالمصول والحيا مينات 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 وتترك أن بدون خياطة (الشكل - ٨٩). وخطر هذا العمل الجراحي قليل ونتأجه باهرة .



(الشكل - ٨٩)

إبعاد شفتي الشق العضلي وتركهما
بدون خياطة



(الشكل - ٨٨)

شق طولاني يتناول الطبقتين العضلية والعضلية
من البواب

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 (سمل المعدة ، أفرنجيها ، اللجم الولادية أو المكتسبة) فنادرة .

التشريح المرضي . - تستقر القرحة الحديثة 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 ناقبة ملتصقة بالأعضاء المجاورة (الكبد أو المعشكلة) بالتصاقات تمتد على طول الانحناء الصغير وعلى أحد وجهي المعدة الأمامي أو الخلفي .

ويقسم الضيق المعدة 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 قسبي لا يتناول محيط المعدة جميعه أو حلقي وقد يكون على شكل قناة مختلفة الطول مكروعة 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 .

الأمراض . - بنجم الضيق في القرحة القديمة عن الانقباض الندبي أما في القرحة النشطة فينجم في بادئ الأمر عن تقفع جدران المعدة بتخرش أعصابها وطبقته العضلية ثم عن الانقباض . ويضاف غالباً إلى هذا الضيق العضوي ضيق وظيفي عامله التشنج .

الأعراض . - يظهر ضيق منتصف المعدة في امرئ 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 بالجمجمة .



(الشكل - ٩٠)

ضيق منتصف المعدة بالقرحة الظاهرة

بوضوح في انحناء المعدة الصغير

(لودو - لوبار)

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 ، كليس مائي في فص الكبد الأيسر ، ضخامة طحال) .

الإنذار . - وخيم إذا تركت العلة وشأنها

لأن المريض يموت بالحرض أو بالحواء .

المعالجة . - إذا كان سبب الضيق داخلياً كان بت المعدة الواسع التوسط

الجراحي المفضل فهو يحو الضيق والعلّة 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 بالمعشكة فوغم جيب المعدة العلوي الصغير بجيبها السفلي الكبير ويشترط في إجراء هذه المفاعمة أن يكون البواب سليماً .

أما إذا كان سبب الضيق خارجياً فيكفي معالجة السبب لازالة الضيق (قطع لجام ، تخفيف الكيس المائي ، بت الطحال الضخم) .

* * *

البحث الثاني

نصفيات 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 الماساريقي العلوية نتيجة لوضع شاذ في الأعضاء المجاورة .
الأعراض . - تختلف بحسب موقع الضيق :

١ . - التضيقات فوق مجل واطر : تنصف 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 .

٢ . - التضيقات تحت مجل واطر : تنصف بالأعراض الخاصة الآتية : غثيان مستمر ، أقياء صفراوية ، تناوب القبض والإسهال . وتمتاز هذه الاضطرابات الهضمية بخففتها عندما يأخذ المريض بعض الأوضاع الخاصة .
يكشف جس البطن أحيانا نقطة مؤلمة في أعلى السرة وإلى يمينها كما يكشف حس الجمعية .

ويشخص الضيق بالفحص الإشعاعي الذي يظهر تشوه البصلة بالتهاب ما حول العفج من جهة كما يظهر توسع قسم العفج الكائن فوق منطقة الضيق من جهة ثانية .
وإذا كان سبب الضيق سويقة الماساريقي العلوية أظهرت الصور الإشعاعية بعض العلامات الوصفية : توسعا يتناول بصلة العفج وقطعته الثانية مع النصف

الأمين من القطعة الثالثة ويمكن إزالة هذا التوسع وإفراغ العفج برفع كتلة الأحشاء إلى العالي (وسيلة هاي manoeuvre de Hay) .

المعالجة . — تعالج تضيقات العفج فوق مجل واطر بقطع اللجم والالتصاقات وإجراء مفاغمة المعدة بالصائم . أما تضيقاته تحت مجل واطر فتعالج بمفاغمة القسم المتسع من العفج بالصائم .

ويفضل اشراك المعالجة السابقة بقطع العصب الحشوي نظراً لمصاحبة التناذر العصبي الإنبائي لتضيقات العفج في الغالب .

الفصل السابع

رتوج العفج

(Diverticules du duodenum)

هي أكثر رتوج الانبواب 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 قطعه 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 المعشكة ولعلاقتها الوثيقة الحظرة بالأوعية والقنوات الصفراوية والمعشكية . يتألف جدار الرتج من طبقات العفج الثلاث (المصلية والعضلية والمخاطية) أو من طبقة واحدة (المخاطية) تغطيها أو لاتغطيها الوريقة المصلية .

الأمراض . — 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 لا تؤثر في حركة العفج ؛ أما الرتوج الأخرى فتسبب للمريض عادة اضطرابات مختلفة : اضطرابات معدية خفيفة (ثقل ، عسر هضم) 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 المعى (أقياء وافرة مستمرة) أو بأعراض الإصابة الكبدية المرارية .

ويضاف إلى ماسبق شكل يلتهب فيه الرتج فيصاب بالموات أو ينثقب فينجم عن ذلك التهاب الصفاق الحاد أو التهاب المعشكلة (إذا كان الرتج منغرساً فيها) .

الفحص الاشعاعي . - يبدو الرتج بالأشعة بشكل ظل مدور أو بيضاوي مختلف الاتساع ذي حدود واضحة ومنتظمة ، يتصل بالعفج اتصالاً واسعاً (الرتج اللاطيء) أو بفتحة ضيقة (الرتج المعنق) وإذا كان كبيراً ظهرت فوق طبقة البارييت سوية أفقية مائبة هي سائل الركود الذي يعلوه أحياناً فقاعة هوائية فهو بذلك يشبه عش هودك المضادف في القرحة إلا أنه يميز عن القرحة ببقاء بقعة ظليلة في خارج العفج بعد ان فراغ المعدة والعفج من البارييت .

التشخيص . - يتبين مما سبق أن الأعراض السريرية مهمة 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 البارييت في مجل واتر أو في القناة الجامعة المتسعة . فتوصلاً إلى تشخيص الرتج يجب فحص المريض فحصاً سريرياً وإشعاعياً دقيقاً ومكرراً لكي تنفى إصابته بالآفات الآتفة 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 الرنج وهو عمل جراحي سهل إذا كان الرنج معنقاً وواقعاً على وجه العفج الأمامي (ربط العنق ثم دفنه) ، وصعب وخطر إذا وقع الرنج على وجهه الخلفي وكان منغرساً في غدة المعشكلة أو في ثغور حلقة العفج وكان قريباً من الطرق الصفراوية والأوعية الكبيرة .

* * *

الفصل الثامن

امراض المعدة المبسوغة

(La pathologie de l'estomac opéré)

قد يعقب عملية بت المعدة أو مفاغمتها بالصائم تشوشات وظيفية مختلفة الخطر يعود معظمها إلى عدم إتيان العمل الجراحي ؛ فالمفاغمة الضيقة التي لم تراعى فيها الدقة وشروط الطهارة يتلوها عادة عوارض مختلفة بعضها مبكر وبعضها الآخر متأخر :

١. - العوارض المبكرة : هي العوارض التي تظهر في الأيام الأولى من التوسط الجراحي وتتطلب إجراء 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 معشكياً يظهر في عقب استئصال قرحة معدية شديدة الالتصاق بالمعشكة 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 إجراؤه - في اظهار توسع المعدة الشديد .
وقد اختلف في امراض هذا التوسع المعدي الحاد فاتهم بعضهم العوامل
الآلية (تكوع « coudure » زاوية الصائم او انضغاط قطعة العفج الثالثة
بين الماساريقي والعمود الفقري) وبعضهم الآخر العوامل العصبية (مثل
ألياف المعدة المحركة الحاد أو حصار المعدة والامعاء التشنجي) ، ولكن
الحقيقة التي أظهرتها إعادة فتح البطن في هؤلاء المرضى هي ان هذا الاختلاط
يعود الى سببين : خبز فوهة المفagمة والتهاب الصفاق المهيكل تحت ماساريقي
القولون الذي يؤدي إلى انغلاق الصائم .

يعالج هذا العارض بالمص المعدي المتواصل (الذي يخفف توسع المعدة
فيمنع تفكك غرز الحياطة) 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 يجب إزالته .

٢. - 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 المفagمة المعدية العفجية - عملية باين (Péan) -
هي أقرب مايكون إلى الحالة الغريزية من المفagمات الهضمية الأخرى كانت
العوارض الثانوية المصادفة في هذا الطراز من المفagمة أقل كثيراً من العوارض
في العمليات الأخرى .

تكثر العوارض الثانوية في كل مفagمة تجرى بدون اتقان : فوهة ضيقة ،
استعمال خيوط غير قابلة الغرور ، جعل فوهة المفagمة بعيدة جداً إلى اليسار .
وتختلف العوارض الثانوية باختلاف العمل الجراحي السابق :

١. - 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 تناذر الاغراق (dumping syndrom) وهو تناذر عضوي وظيفي يظهر في عقب الطعام في من بقت معدتهم وكان يعزى في الماضي إلى اتساع عروقة الصائم بدخول لقمة الطعام فيها بصورة عنيفة ومفاجئة والى ما يجره هذا الاتساع الآلي من انعكاسات عصبية ، أما في الوقت الحاضر فيعمل بتخرش مخاطية الأمعاء بسائل زائد التوتر وهو تعليل مقبول فقد أمكن احداث هذا التناذر في الأصحاء بإدخال المصل السكري الزائد التوتر الى الصائم بطريق المسبار .

يتصف هذا التناذر بأشكاله الخفيفة بشعور المريض بالتوعك والتعب والوسن (somnolence) في عقب الطعام واستلقاء المريض كافٍ لتهدئة هذه الأعراض . أما في الأشكال الشديدة فيشعب لون المريض ويضجر ويككل عرق بارد وجهه ويشعر بحس الامتلاء المعدي وبالغثيان والحفقان .

يزول تناذر الاغراق في أشكاله 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 الاثربة الحامضة في بدء الطعام التي تفيد في ابطاء انقراغ المعدة .

٢ . - العوارض الثانوية التي تظهر في عقب مفاغمة المعدة بالصائم : هي أ . - التهاب المعدة والصائم (آلام مع ارتفاع حرارة سببها الانحراف عن الحمية الطعمية) . 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 والاقياء الغذائية (ضيق العروة الصادرة) أو الاقياء الصفراوية (ضيق العروة الواردة) وتتطلب معالجته بت المعدة .

القرحة الرضخية 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 عنقية أو لقرحة قرب البواب وهي نادرة جداً بعدت المعدة ولا تصادف مطلقاً في العمليات الجراحة لسرطان المعدة ؛ كما أن بعض أنماط المفاغمة عرضة للإصابة بهذه القرحة أكثر من الانماط الأخرى كالمفاغمة المعدية الصائمية بشكل (٧) والمفاغمة أمام القولون وبت المعدة المحدود ، أما بت المعدة الواسع والمفاغمة المعدية الصائمية عبر وباط 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 ملتتهبة ؛ وأخيراً فإن تناول المبضوع للأطعمة الحاريفة وشربه للغول يعرضانه لهذا الاختلاط .

التشريح المرضي . - القرحة مفردة في الغالب وقد تكون مزدوجة وتستقر عادة في العروة الصادرة على بعد ١-٣ عشم . من فوهة المفاغمة ونادرة مصادفتها على المفاغمة ذاتها أو في العروة الواردة ويختلف اتساعها من ١-٣ عشم . وهي قرحة ثاقبة يشابه منظرها قرحة المعدة والعفج فهي تارة لينة وطوراً شنية يحيط بها غشاء مخاطي خبز 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 فتنتقب في الصفاق الجر أو في القولون وهو الغالب وقد تصيب أحد الأوعية الماساريقية الكبيرة .

الأمراض . - إن السبب الرئيس في أمراض هذه القرحة هو عدم قيام فوهة المفاغمة بعملها على أحسن وجه وهذا ما يحدث عندما تكون فوهة المفاغمة ضيقة أو بعيدة جداً إلى اليسار أو متى أحاطت بها لحم تعوق انقراغ المعدة أو العروة

المفاغمة وهذا يؤدي الى حدوث بعض الركود المعدي فإلى ازدياد افراز المعدة الحامض الذي يلامس مباشرة، لدى مروره بفوهة المفاغمة، غشاء المعى المخاطي الذي اعتاد الوسط القلوي .

كما أن استعمال الحيوط غير قابلة الغوور 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 فيتمهم في احداثها التأهب الخاص في بعض الأناس (المرض القرحي) .

الأعراض . — تبدو الأعراض الأولى للقرحة الهضمية بعد ثمانية أشهر من التوسط الجراحي ، وقد تبقى القرحة كأمنة فلا تظهر إلا بعد انتقابها في الصفاق الحر . وأعراض القرحة الهضمية شبيهة بأعراض القرحة العفجية ولكنها تتصف بشدتها .

١. — **العلامات الوظيفية :** هي الآلام والنزوف والاقياء :

فالآلام حادة تستقر تحت السرة والى يسارها وتتاخر كثيراً في الظهور وهي لاتبدأ بتناول الأطعمة والقلويات .

والنزوف كثيرة الحدوث وهي خطيرة لتكررها أو لوفرتها وتبدو غالباً بالتغوط الدموي الأسود . أما الاقياء فنادرة .

وإذا لم تعالج هذه القرحة أصبحت الآلام مستمرة وانتهى الأمر بها إلى الانتقاب في الصفاق الحر أو في القولون المعترض وتكون ناسور معدي حائمي قولوني متصف بالاقياء الغائطية والاسهال في عقب الطعام (٦-٨ مرات يومياً) فالمرضى يبرز سائلاً حامضاً نحرشاً فيه بعض الاطعمة غير المهضومة وينتهي به الأمر إلى الموت بالحرص .

٢. — **العلامات العامة :** يهزل المصاب بهذه القرحة بسرعة ويصاب بفاقة

الدم والوهن العصبي كما ترتفع حرارته قليلاً وتزداد كرياتة البيض الأٌمر الدال على وجود حالة التهابية مرافقة للقرحة .

٣. - العلامات الفيزيائية : يكشف جس البطن نقطة مؤلمة في مكان المفاعة وقد يكشف نورماً مؤلماً غير واضح الحدود سطحياً ملتصقاً بالجدار (درعاً التهابية) أو عميقاً يشبه الورم السرطاني .

٤. - العلامات الإشعاعية : يكشف الفحص الاشعاعي (الرسوم الاشعاعية المتسلسلة التي تؤخذ تحت الضغط) لناحية المفاعة وخاصة في العروة الصادرة عش القرحة الثابت ذا الشكل المدور أو البيضاوي الذي يظهر أحياناً بشكل بقعة معلقة نجمية الشكل . وإذا انتقبت القرحة في القولون المعترض أظهر الفحص الاشعاعي مرور المادة الظليلة الى القولون المعترض .

المعالجة . - جراحية بحتة وتقوم ببث المعدة الواسع اذا كان التوسط الجراحي السابق مفاعمة المعدة بالصائم ، واذا تعذر هذا البت لسوء حالة المريض أو لكثرة الالتصاقات أو اذا كانت العملية السابقة هي بث المعدة الجزئي أجريت للمريض عملية دراكستيد أي قطع العصب المبهم المضاعف في حذاء فؤاد المعدة .

٣. - الفوارض المتأخرة : هي انغلاقات الأمعاء باختناق المعوي الدقيق خلال مزقة ماساريقي القولون ويلاحظ هذا العارض في حالة عدم تثبيت مزقة القولون جيداً بجدار المعدة .

* * *

البَحْثُ السَّابِعُ

أمراض المعي الدقيق الجراحية

الفصل الأول

انغلاقات الأمعاء

(Les occlusions intestinales)

البحث الأول

انفراجات الأمعاء الصمغية

الحل . - هو التوقف التام الثابت لجريان المواد الغائظة والغازية في قطعة من الأمعاء سواء حصل هذا التوقف فجأة أو تحقق ببطء بعد زمن طويل من قبض لم يرافقه احتباس الغازات . وانغلاق الأمعاء تنذر يظهر في أمراض كثيرة ، وسندرس في هذا البحث انغلاقات الأمعاء وانسداداتها إجمالاً ثم نعود إلى دراسة الأنماط المختلفة لهذه الانغلاقات ، أما الفتوق المحتنقة الحارجية التي تتصف بما

تتصف به انغلاقات الأمعاء من أعراض فقد أتيننا على درسها في بحث اختلاطات الفتوق .

الأسباب . - تلاحظ انغلاقات الأمعاء في جميع الأعمار ، وفي الذكور والإناث على حد سواء ، وتنتج إما عن اختلال في حركة الأمعاء (الانغلاقات الوظيفية « les occlusions fonctionnelles ») ، أو عن وجود عائق آلي « les occlusions mécaniques » وهي الكثيرة ، وقد تكون الانغلاقات مختلطة كتقفع



(الشكل - ٩٢)

الانغلاق بالانسداد

ضيق عضوي في جدار المعي



(الشكل - ٩١)

انسداد لمعة المعي باجسام

(عن كيلي)

المعي (انغلاق وظيفي) على حصة صفراوية (انغلاق آلي) وقفت فجأة في إحدى نقاط المعي : فيكون العنصر الوظيفي وهو التقفع قد أضيف إلى العنصر الآلي أي الحصة في سد لمعة الأمعاء ، وقد يكون العكس فيبدو الانغلاق الوظيفي في البدء (شلل الأمعاء) ثم يتلوه عامل آلي (تكوّن الأمعاء أو انفتالها) .

١. - الانغلاق الآلي : يحدث بآليتين مختلفتين : الانسداد والاختناق ، ففي الانسداد تجمي لمعة احدى العرى المعوية فلا تستطيع المواد المرور فيها غير ان الدوران لا يختل في هذه العروة ، بينما تصاب في الاختناق الأمعاء وماساريقاها في آن واحد فالأمعاء تنغلق والماساريقى تختنق فينجم عن ذلك تأذي شديد في جدر العروة المختنقة فهي تختنق في بادئ الأمر ثم تصاب بفقر دم موضعي يتلوها الموت فالانثقاب .
أ . - الانغلاق الآلي بالانسداد : اسبابه عديدة فقد تنسد لمعة المعى :



(الشكل - ٩٤)

انفتال عروة معوية

(عن مينيكو)



(الشكل - ٩٣)

انسداد لمعة المعى بحصاة صغراوية

٢. - بعلة خارجية (ورم في الجوار ضغط المعى كورم الرحم الليفى وورم الماساريقى ، أو لجام حدث بعد توسط جراحي سابق على احدى أحشاء البطن (الشكل - ٩١) ، أو التصاقات رصت العرى المعوية ، وقد يكون السبب رنج ميكمل أو الزائدة الملتهبة التهاباً مزمناً) .

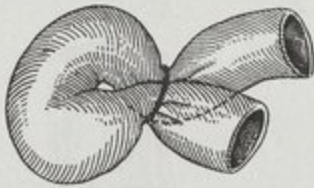
٣. - أو بعلة في جدار المعى (الشكل - ٩٢) (سرطان أو سل أو ندبة تلت رض المعى أو مفاغمة وقد يكون الضيق ولادياً كما في الرضيع) .

٣. - أو بجسم اجنبي توقف في لمعة المعى فسدّها (الشكل - ٩٣) (حيات

البطن ، حصة صفراوية كبيرة ، كتلة كثيفة من المواد الغائطة ، وشيق
انغلاق مزمن) .

ب . - الانغلاق الآلي بالاختناق : يحدث بآليات مختلفة :

١ . - بالانفتال (volvulus) وهو أكثر الانغلاقات مصادفة ، تنفتل فيه
عروة معوية حول ماساريقها (الشكل - ٩٤) فينزعج الدوران فيها وتحتقن
وتخزب وتصاب بالاحتشاء النزفي الذي يفضي بها إلى الموت ؛ ويقع الانفتال
إما في المعى الدقيق فيكون سببه عائق في مجرى توجاته الاستدارية (لجام
أو ورم) ، أو في المعى الغليظ وينتخب



(الشكل - ٩٥)
عروة معوية اختنقت بمرورها من خلال
ثقب في جوف البطن

منه قطعتين : السين الحرقفي والأعور .

٢ . - بالاختناق الباطن وفيه

يختنق المعى بمروره من خلال ثقب

(الشكل - ٩٥) طبيعية (فرجة

وينسلاو ، الحفرة العفجية الحائمية ،

الحفرة السينية ، المسكن خلف الأعور)

أو ثقب غير طبيعية : لادية (خرق

brèche في ماساريق القولون المعترض)

أو مكتسبة نشأت من التصاقات

التهابية قديمة (التهاب صفاق حاد أو

سلي) (الشكل - ٩٦) أو تلت

توسطاً جراحياً على أحشاء البطن

(بقاء ثقب في ماساريق القولون لم

تغلق جيداً في عقب مفاغمة المعدة بالصائم

عبر رباط القولون) ، وأخيراً فإن

رنج ميكل (Meckel) والزائدة



(الشكل - ٩٦)
اختناق اللغائفي بلجام ماساريق أعوري
(غبنار)

الدودية بالتصاقها بالأحشاء المجاورة أو بالجدار قد يكونا السبب في حدوث الاختناق الباطن .

٣. --- بالانغلاف (invagination) وهو كثير المصادفة في الطفولة الأولى تنغل فيه قطعة من المعي في قطعة أخرى تحتها أوسع منها (الشكل - ٩٧)



(الشكل - ٩٧)
الانغلاف المعوي

لذلك يلاحظ بكثرة في المنطقة اللفائية الأعورية حيث ينغلّ اللفائفي في الأعور الواسع ؛ أما في الكهل فالانغلاف نادر وسببه ورم صغير أو مرجل جرّ قسم المعي النامي عليه وجعله ينغل في قطعة المعي تحته .

٢. - الانغلاق الوظيفي : هو أقل من الانغلاق الآلي السابق وينشأ من 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 يتفقع 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 ، انتقال كيبس مبيض ، نزف باطن ، احتشاء الأمعاء الخ ..) كما يتلو التهاب الصفاق الحاد وفقاً لقانون ستوكس «Stokes» (تشل كل طبقة عضلية وقعت تحت طبقة مصلية ملتهبة) .

والامعاء التي شلت تغيب تموجاتها الاستدارية من جهة وتتسع بالغازات فتتكور من جهة ثانية فينجم عن ذلك توقف جريان المواد والغازات وظهور اعراض الانغلاق .

التشريح المرضي . — إذا فتح بطن امرئ أصيب بانغلاق الأمعاء شوهد بين العرى المعوية وفي رتج دوغلاس انصباب تفاعلي مختلف الكمية وذو لون رائق أو مصلي مدمى .

أما العرى المعوية فيختلف منظرها فوق العائق عنه دونها : فبينما هي فارغة مسطحة تحت العائق نراها فوقه محتقة رقيقة الجدر ومتسعة اتساعاً شديداً حتى ان العروة المعوية الدقيقة تصبح أضخم من القولون الطبيعي وقد تنقرح بعض النقاط في غشاؤها المخاطي وتنقب بنتيجة الاضطرابات الاغذائية ، أو بسبب ازدياد فوعة الجراثيم في السائل المعوي الراكد فوق العائق . هذا في الانغلاق الآلي بالانسداد الذي يقرب منه الانغلاق الوظيفي بشلل الامعاء وفي هذه الحالة لا يتناول الانساع المعوي الدقيق فحسب بل يتعداه الى القولونات أيضاً . أما في الانغلاق الآلي بالاختناق فتكون العروة المحتقة في بادئ الأمر مصابة بالاحتشاء ثم تصاب بالموات فتسود وتنقب .

الغريزة المرضية . — لقد تبين من دراسة آلية الاضطرابات العامة في انغلاقات الأمعاء مايلي :

١ . — يحدث في المصاب بانغلاق الأمعاء تسهم عام سببه امتصاص المواد السمية المتكونة في العروة المؤوفة ، هذا التسهم الذي دعاه روجه (Roger) بالتسمم البرازي (stercorémie) .

٢ . — يتكون في جوف الصفاق انصباب مصلي أو مصلي مدمى سببه الاضطرابات الدورانية في جدار العروة المعوية المؤوفة التي مددتها السوائل والغازات فيزداد النفوذ في الاوعية الشعرية فتجتاز المصورة (plasma) الاوعية وتنصب في الصفاق .

ويزيد الانصباب توسع العرى المعوية وكلما اتسعت العرى اشتد الانصباب وهكذا فإن مص السوائل المتراكمة في المعى مصاً متواصلاً يحول دون توسع العرى وازدياد الانصباب .

٣ - إن اجتياز الصورة هذا يؤدي الى تكثف دم المصاب بالانغلاق فالدم فضلاً عن فرط تحولونه 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 .

٤ - وأخيراً فإن المصاب بالانغلاق بالاختناق يلاحظ فيه علاوة على ماذكر موات في العروة المحتنقة التي تنبثق محدثة التهاب الصفاق الذي يسرع الموت .

الأعراض . - يتصف تناذر الانغلاق النموذجي بالأعراض الآتية :

١ - الأعراض 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 والبدة 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 فتتبعاد 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 لا تظهر في الانغلاقات السفلية أما في الانغلاقات العالية الواقعة على المعى 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 بالإضافة الى القوانجات المتقطعة الاستدادية والاقفاء الغائطية كل ذلك عناصر هامة في تشخيص تناذر الانغلاق .

٢ - العلامات الفيزيائية : اذا نظر إلى بطن المريض الذي أبدى العلامات الوظيفية السابقة كشفت فيه علامتان : التپبل وتموجات الأمعاء الاستدارية .

فالتپبل علامة أساسية في الانغلاق تظهر سريعاً وهي إما أن نعم البطن أو أن تستقر في إحدى نواحيه ، وكشفها سهل في المرء النحيل ولكنها أقل وضوحاً في المفضاج . 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 مجادلة الأمعاء للعائق ، وقد لا تظهر هذه التموجات إلا بعد قرع البطن بالسبابة . وإذا جس البطن في الناحية المتپبله شعرت اليد بتوتر متقطع (مقاومة مرنة تختلف من آن لآخر) أما في النواحي الأخرى فالبطن لين إذا جس بلطف وقد يشعر بتورم (حصاة ، وشيق الانغلاق) هو سبب الانغلاق .

ويكشف القرع رنيناً واضحاً في ناحية التپبل وصمماً طفيفاً في الخاضرتين 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 المهيلي (وإن كان لا يبدو فيه عادة إلا فراغ مجل المستقيم) ضروري ويجب اجراؤه في كل امرئ شك في اصابته

بالانغلاق فقد يكشف سرطاناً في المستقيم ظل مجهولاً برهة من الزمن حتى ظهرت علامات الانغلاق ، كما قد يشعر به بوشيق الانغلاق أو بحصاة صفرارية .
٣ . - العلامات العامة : تتبدل حالة المريض العامة بسرعة وتبدو عليه السحنة الابقراطية فيصبح ضجرآ ، أساريه منقبضة ، أنفه دقيق وعينه غائرتان ويقل بوله ويحتوي على النيلة والآحين ، وتهن قواه ويصبح لسانه جافاً أحمر اللون كالشواء وترتفع حرارته بعد عدة ساعات الى (٣٨ °) وبصغر نبضه ويسرع ، ويزداد عدد تنفسه ويصبح سطحياً ثم يهبط ضغطه الشرياني ويككل وجهه عرق بارد ، فإذا لم يسعف مات في خلال مدة أقصاها اسبوع .

٤ . - الفحص الاشعاعي : وله شأن كبير فهو يثبت الانغلاق ويعين



موقعه وآليته وسببه أيضاً : يُنظر 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 السلم (الشكل - ٩٨) ، او

وضوح غير طبيعي على شكل الهلال . (الشكل - ٩٨) انغلاق المعى الدقيق وتفيد حقنة الباريت في كشف عائق في القولونات . (عن غوديفرو)

الأشكال السريرية . - الى جانب تناذر الانغلاق الحاد النموذجي الذي

أتينا على وصفه يوجد أشكال سريرية أخرى :

١ . - الانغلاقات فوق الحادة التي تصادف في انقثال 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 .

٢ . - الانغلاقات المزمنة التي تصادف في انضغاطات الامعاء وتضيقاتها السلية والسرطانية وانسداداتها بالحصى 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 عاجلاً .

التشخيص . - يجب التمييز فيه ما أمكن لأن حظ المريض بالشفاء أكبر كلما أسرع بالتوسط الجراحي فلندرس في التشخيص الامور التالية :

١ . - 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 يفسر 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 الأقياء 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 المحتق (فتق فخذي صغير محتبئ داخل الشحم ، فتق اربي خلالي أو قرب الصفاق) بمعينة 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 فتميز احدي العلتين عن الاخرى ممكن إذا دقق في أعراض كل منهما: فالآلام الانغلاق قولنجية الشكل وذات صفة استدادية بينما الآلام في التهابات الصفاق مستمرة وشاملة لاثناء البطن كافة وأشدّها في الحفرة الحرقفية اليمنى (في التهابات الزائدة) أو في الناحية الشرسوفية (في انتقابات المعدة) كما ان الاقياء الغائطية في الانغلاق لا تصادف في التهابات الصفاق وأخيراً فان عدم توقف المواد الغائطة والغازات توقفاً تاماً وعدم ارتسام التموجات الاستدادية على جدار البطن في التهابات الصفاق علامتان تضافان الى العلامات الاخرى في التمييز بين العلتين .

ب . — بالتهاب المعشكة النزفي واحتشاء الامعاء ولكن ظهور الوهط المبكر في هاتين العلتين وغلبة التموجات الاستدادية 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 قسماً ولكن استجواب المريض يكفي عادة في تشخيص العلة .

٢ . — تشخيص آلية الانغلاق: يعرف الانغلاق اختناقاً بسيره الحاد وخلوه من التموجات الاستدادية 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 المحنقة .

وعلى العكس من ذلك فان الانغلاق الآلي بالانسداد يعرف سريراً بسيره البطيء وتطبل البطن الشامل وبالنوب الالمية الاستدادية وبرؤية التموجات الاستدادية بسهولة من خلال جدار البطن ، وإشعاعياً بظهور عدة سويات سائلة افقية في البطن منضدة كدرجات السلم وممتدة من الحفرة الحرقفية اليمنى الى المراق اليسرى .

٣ . - تشخيص سبب الانغلاق : قد يعرف سبب الانغلاق أ . - من سوابق المرء المرضية فان الالتصاقات تعد السبب الأكبر في الانغلاق الذي يتلو التوسطات الجراحية على البطن . ب . - من موقع العائق فاللحم والفتق الباطن هما السبب الغالب في انغلاقات الامعاء الدقيقة بينما يكون الورم وانتقال السين هما السبب في انغلاقات الامعاء الغليظة . ج . - 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 انغلاق اللفائفي بالأعور واعراضه هي إجمالاً اعراض الانغلاقات ذاتها يضاف إليها علامة أساسية هي خروج الدم الصرف أو المخاط المدمى من الشرج . ويحدث الانغلاق في الأولاد بانغلاف الأمعاء أو بالتهاب الزائدة أو بسبب رنج ميسكل وقد يحدث بضيق الامعاء بالالتصاقات التالية لالتهاب الصفاق السلي .

أما انغلاقات الكهل فيعرف سببها تارة من سير الآفة (فالسير الحاد يدل على الانقتال 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 فإن الانغلاقات في الشيخ تنجم عن أحد سببين : سرطان القولون أو انقتال القولون الحوضي . أما إذا ظهر الانغلاق في امرأة مسنة في سوابقها قولنجات كبدية فيكون السبب حصاة صفراوية انطرحت في المعى ووقفت في منتهى اللفائفي .

وعلى الرغم من كل ما سبق فقد يظل سبب الانغلاق مجهولاً ولا يعرف إلا بفتح البطن الاستقصائي .

٤. - تشخيص مقر الانغلاق : يستند هذا التشخيص إلى علامات الانغلاق السريرية من جهة وإلى فحص البطن الإشعاعي من جهة ثانية :
أ. - تشخيص مقر الانغلاق بالاستناد إلى 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 أو في عروة السين الحرقفي كان تطبل البطن متناظراً واتسعت الحاصرتان اليمنى واليسرى لتوسع القولونين الصاعد والنازل معاً (توسع لوجيه الاطاري « distention en cadre de Laugier ») ومتى كان العائق في إحدى زوايا القولون المعترض اتسعت الحاصرة اليمنى وحدها وفي كلتا الحالتين تلاحظ في الحفرة الحرقفية اليمنى علامة هامة هي علامة بوفره (Bouveret) أي الشعور بجمجمة 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 الابدقراطية 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 الحاصرتان 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 تظهر الرحضة الظليلة توقف الباريت في نقطة ما من القولون موافقة لمقر العائق ؛ أما في انغلاق المعوي الدقيق فيلاحظ كثير من السويات السائلة الأفقية الصغيرة مدرجة من الحفرة الجرفية 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 تجرى بسرعة في الانغلاق الآلي باختناق خوفاً على العروة الخنثقة من الموات بينما يجب التريث عدة ساعات على الأقل في الانغلاق الآلي بالانسداد رينما يعالج المريض في خلالها بمضادات التشنج وبإفراغ العرى المعوية الممتلئة بالسوائل السامة المتراكمة فوق العائق .

١. - 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 الانقياء 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) رينما تعود للerry المعوية وظائفها فتطرح 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 الاحصاءات .

ب . - حقن المريض بالبروستيغمين (Prostigmine) أو تحديده تخديراً قطنياً وهما يفعلان في حذف التنبيه المنعكس من الأعصاب الحشوية فتعود الت موجات 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 تموه (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 الموقفة في المصاب بالانغلاق بحقن الوريد بصورة متواصلة بمُؤاهات الهبولين (hydrolysats de protéine) ونقل الدم والمصورة واعطاء الحيامينات والامتكساج (oxygénotherapie) .

هـ . - حقن الصادات (البنسيلين ، الستربتوميسين ، الكلوروميستين) منذ تشخيص الانغلاق وإلى ما بعد التوسط الجراحي بعدة أيام .

٢ . - المعالجة الجراحية : وهي شافية أو ملطفة .

فالمعالجة الشافية تقوم بإزالة العائق وهو توسط جراحي بسيط وسهل في

بعض الحالات (قطع لجام، رد انقتال، فك انغلاق، امتخراج حصة صفراوية)
وخطر وشاق وصادم للمريض في الحالات الاخرى (قطع عروة السبن المنفتحة
أو المصابة بالورم ، قطع عروة معوية دقيقة محتنقة) .
وتجرى المعالجة الملطفة متى تعذر على الجراح إزالة العائق وقوامها تحويل
مجرى المواد المعوية تحويلاً داخلياً (مفاعمة العروة المعوية الكائنة فوق
العائق بالعروة المعوية الكائنة تحنه) أو خارجياً (فتح شرج اصطناعي
فوق العائق) .

البحث الثاني

انفتال المعوي الدقيق

(Le volvulus de l'intestin grêle)

هو دوران المعوي الدقيق برمته أو قسم منه حول محوره الماساريقي .
الأسباب . — يأتي انفتال المعوي 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 والثالث الأيمن من القولون المعترض بجدار البطن الخلفي ، الأمر الذي يجعلها والعري المعوية الدقيقة الكثيرة الحركة سهلة الانفتال . أما في الكهول فالانفتال ثانوي لعائق يثبت المعوي (خزع اللفائقي ، خزع الأعور ، دخول عروة معوية في فوهة فتق داخلية أو خارجية) أو يتركه حرّاً (ورم ، انغلاف ، حصة صفراوية ، كتلة حيات البطن) .

الأسباب المؤهبة . — هي لحم ولادية (رنج ميكمل) أو النهائية (التهاب زائدة ، التهاب ملحقات ، التهاب الصفاق السلي) تمتد من العروة المنفتلة إلى جدار البطن أو إلى حشاي بطني آخر ، ورضوض البطن العنيفة وإعادة مريض من وضع ترندلنبورغ فجأة إلى الوضع الأفقي ، وانقراغ البطن الفجائي في عقب الوضع ، وأخيراً ثقل العري المعوية بالاعذية الغنية بالانقراض غير المهضومة .

التشريح المرضي . - الانفثال قسمي أو تام :

يلاحظ الانفثال التام في الأطفال (الشكل - ٩٩) حيث يشترك الاغور والقولون الصاعد وثلاث القولون المعترض مع المعي الدقيق في الانفثال . ومحور الانفثال فيه هو الاوعية الماسارية العلوية وينجم عنه اختناق عروة الصائم الأولى في الأعلى وعروة اللفائفي الأخيرة في الأسفل .



(الشكل - ٩٩)

انفثال المعي الدقيق التام
(بيير دلبه)

أما الانفثال القسمي فيعـكـثر في الكهول ويستقر دائماً في القسم المتوسط أو السفلي من الصائم واللفائفي ومحور الانفثال فيه هو ماساريقي العروة المنفتلة وفيه تدور الأمعاء على نفسها دورة واحدة أو دورتين ومن اليمين إلى اليسار أو عكس ذلك من اليسار إلى اليمين .

إن كل انفثال 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 تحتنق في البدء ثم تصاب بالموات والانثقاب (التهاب الصفاق الحاد) .

الأعراض . - هي اعراض الانغلاق الحاد وتختلف باختلاف طول القسم

المنفقل من المعي الدقيق : آلام حادة عميقة تشعع 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 مقررة 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 $38^{\circ} - 38,5^{\circ}$.
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 مجتة 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 الحط المتوسط وتستخرج الأمعاء لمعرفة
عامل الانفتال وهو الجام 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 تحته (الانغلاف النازل) وقد يلاحظ العكس بصورة نادرة (الانغلاف الصاعد) . وانغلاف الأمعاء كثير المصادفة في الرضع وقليلها في الأطفال والكهول .

١. — انغلاف الأمعاء في الرضيع

الأسباب . — يصادف ثلثا حوادث الانغلاف في السنة الأولى من العمر ولا سيما ما بين الشهرين الرابع والسابع ويتعرض الذكور للإصابة بهذه العلة أكثر من الإناث فهو فيهم بمعدل ٧٥٪ .

التشريح المرضي . — الانغلاف بسيط (الانغلاف ذو الاسطوانات الثلاث) أو مشترك (الانغلاف ذو الاسطوانات الخمس أو السبع) وهذا الانغلاف نادر ولا قيمة له في الممارسة لذلك سيقصر بحثنا على دراسة الانغلاف البسيط فقط : يتألف هذا الانغلاف من اسطوانة ظاهرة أو مغلقة هي الغمد ومن اسطوانتين وسطى وداخلية يتألف منها وشيق الانغلاف وتسمى نهايتها الحرة الكائنة في لمعة الأمعاء برأس الانغلاف بينما يدعى اتصالهما بالغمد عقد الانغلاف . وترافق الماساريقي الأمعاء في انغلافها وتكون ما يدعى بزواية الماساريقي التي تحتنق دائماً عند عقد الانغلاف .

يقع الشكل العادي من الانغلاف في الناحية اللفائفية الأعورية ، وبشروط

لحدوثه عدم التصاق الاُور 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 بصارتها .

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 تراكمت العلة وشأنها احتقن وشيق الانغلاف بتوقف الدوران الوريدي في المعى المنغلف وبدأ ينزف منذ الساعة السابعة من اختناقه بعقد الانغلاف فإذا لم يتوسط جراحياً أصيب هذا الوشيق بالموات وانتقب 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 سبلي) .

وبعد ان يبدأ الانغلاف فإن الوشيق يتقدم بفعل التموجات الاستدارية من

جهة وبالدفع الذي يحدثه محتوى المعى 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 الآتية : آلام

بطنية شديدة تبدو فجأة في رضيع يتمتع بصحة جيدة ولا يجاوز الشهر السابع من عمره غالباً ، يُعرب عنها بصراخه واضطراب وقته للرضعة الأخيرة ثم تهجع الآلام موقتاً لتعود بعد ربع ساعة بشكل أشد . فإذا لم يبيضع الرضيع تقاربت الأقياء وأصبحت نثنة ووقفت المواد المعوية والغازات وخرج من الشرج بعد ست إلى عشر ساعات دم صرف أو مخاط مدمى فلوث ألبسة الرضيع ودلّ دلالة لا تقبل الجدل على إصابته بالانغلاف ولكنه عرض متأخر لا يجوز انتظاره . وترتفع الحرارة إلى الدرجة الأربعين أو أنها تنخفض عن الحد الطبيعي ، ويسرع النبض ويضعف ثم يموت الرضيع ما بين اليوم الثالث والسادس .

العلامات الفيزيائية . - يظل البطن ليناً غير مؤلم ، يكشف جسده 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 .

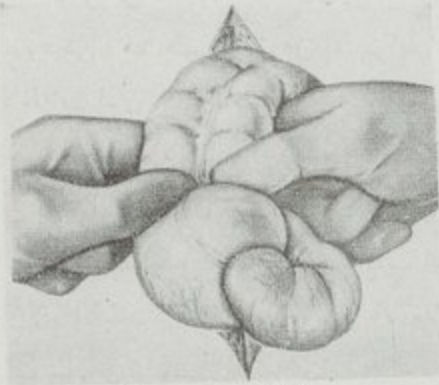
أما المس الشرجي فقد يُدرك به رأس وشيق الانغلاف ولكنه في الغالب لا يكشف أي شيء ولكن الاصبع الماسة تخرج ملوثة بالمخاط المدمى وهي علامة تؤكد التشخيص .

الفحص الاشعاعي . - تفيد الرخصة الظليلة التي تجري تحت ضغط معين وبقنية خاصة تمنع رجوع السائل الظليل .

١. - 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 .

٢. - 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 الأولى : أما إذا لم نفلح أو كان هنالك شك في فك الانغلاف فكاً كاملاً أو



(الشكل - ١٠٠)
طريقة فك الانغلاف

(غروس)

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 بالجر (الشكل - ١٠٠) ثم يثبت المعى بالصفاق الجداري . وإذا تعذر فك الانغلاف قطع الوشيق ثم خيط طرفا الامعاء والشفاء نادر في هذه الحالة .

٣. - انغلاف الأمعاء في البافع والسكرل

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 المتلوج ، تناول المسهلات .

ولكن الانغلاف المصادف في الكهل ثانوي في الغالب لعدة سابقة : التهاب الزائدة ، التهاب رتج ميكس ، ورم معوي حميد أو خبيث .

التشريح المرضي . — هي الآفات ذاتها المصادفة في انغلاف الرضيع غير أن الانغلافات اللفائفية والقولونية والقولونية أكثر حدوثاً فيه . ومن الوجهة الفريزية فإن وشيق الانغلاف لا يتقدم التقدم الملاحظ في انغلاف الرضيع ، كما أن الانغلاف لا يكون مشدوداً كثيراً وهذا ما يفسر لنا كثرة الأشكال تحت الحادة والمزمنة في الكهول .

الأعراض . — ١) 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 .

٢) . — الأشكال تحت الحادة : يستقر معظم الأعراض في الحفرة الحرقفية اليمنى وهذا ما يجعل العلة تلتبس بالتهاب الزائدة ولكن غياب الحمى ووجود الآلام الاستدادية والشعور بوشيق الانغلاف والنزف المعوي كل ذلك عناصر ذات شأن في تشخيص الانغلاف .

٣) . — الأشكال المزمنة : تسير هذه الأشكال خلسة فلا يستشير المريض طبيبه إلا بعد عدة أسابيع من إصابته بالآلام المهمة وتناوب القبض مع الإسهال المدمى أحياناً ، فإذا جس البطن شعر أحياناً بورم مدور أو كمثري الشكل هو وشيق الانغلاف وصفته الميزة اختلاف حجمه من يوم لآخر وتبديله لمقره من فحص لآخر ؛ وإذا وجد في الحفرة الحرقفية التمس بالسل أو بالسرطان . ومن النادر الشعور برأس الانغلاف بالمس الشرجي .

تسير الأشكال المزمنة نحو الانسداد التام أو نحو الإنتقاب في الصفاق الحر ، وقد ينفك الانغلاف عفواً ولكنه انفكك موقت لا بد من عودته لبقاء السبب المحدث (التهاب زائدة ، مرجل ، ورم عضلي ، سرطان) .

المعالجة . — لانقيد الرضة الظليلة في معالجة هذه الانغلافات بل لا بد من فتح البطن وفك الانغلاف ثم تثبيت القولون في الجدار الخلفي للبطن وذلك بعد

رفع السبب المحدث (زائدة ملتهبة ، رنج ميكمل ، ورم حميد أو خبيث) .
وإذا تعذر فك الانغلاف أو كانت آفات جدر المعوي 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 والماساريقي خزبة وفيها عقد لنفاوية ضخمة فضل
بت نصف القولون الايمن بمن واحد إذا كانت حالة المريض العامة تسمح بذلك
والا 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 للاعتناآت التي تجرى
للمريض بعد التوسط الجراحي : مص العفج المتواصل ، إعادة التمويه ، نقل
الدم ، إعطاء الصادات .

* * *

الفصل الثاني

تضيقات المعى الدقيق وأورامه

هي تضيقات التهابية أو ندبية أو ورمية .

١. - التضيقات الالتهابية : تصادف هذه التضيقات في الأشكال المزمنة من التهاب القسم الأخير من اللفائفي كما تصادف في الأشكال المضيقية من السل المعوي .

٢. - التضيقات الندبية : تلاحظ في حالتين : في عقب رضوض الأمعاء ، وبعد إعادة عروة محتنقة مؤوفة جذرها إلى جوف البطن .

٣. - التضيقات الورمية : تنمو في جذر المعى الدقيق أورام تضيق لمعته بعضها حميد (ورم ليفي ، ورم شحمي ، ورم غدي بضخامة غدود برونز أو ليبركون ، ورم عضلي أملس «léiomyome» ، ورم عصبي «neurinome») وبعضها الآخر خبيث (سرطان ظهاري ، ورم عفلي) .

التشريح المرضي . - 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 للمعى الدقيق في لمعة المعى محدثة التضيق . ويحدث السرطان الظهاري ضيقاً حلقي الشكل ، بيد أن الورم العفلي يوسع لمعة المعى عوضاً عن أن يضيقه ؛ أما الورم اللنفراوي الناجم عن إصابة العقد اللنفراوية للقسم الأخير من اللفائفي فيحدث ضيقاً انبوبي الشكل .

الأعراض : — يبدو ضيق المعى الدقيق بأعراض الانغلاق الحاد أو المزمن ؛ فإذا بدا بتناذر الانغلاق الحاد — وهذا نادر — كانت أعراضه أعراض انغلاق المعى الدقيق ذاتها : آلام استنادية 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 Koenig) : آلام نوبية تنتاب المريض بعد الطعام بعدة ساعات (ثلاث ساعات في ضيق الصائم وخمس ساعات في ضيق اللقائي) وتستقر حول السرة أو فوق العانة أو في الحفرة الحرقفية اليمنى ، وهي آلام قولنجية الشكل تشد تدريجياً ثم تهجع فجأة بعد دقيقة واحدة أو دقيقتين يرافق ذلك قرقرة (borborygme) وأصوات موسيقية تنتهي باطّراح الغازات من الشرج وسعدوث الاسهال .

وبطن المريض في أثناء النوبة منتفخ في نقطة معينة تصدر عنها موجة استدارية ذات اتجاه لا يتغير ، وإذا أصغى إلى البطن سمع طنين معدني . أما في فترة النوبة فلا يكشف فحص البطن أي شيء غير نظامي إلا في بعض الحالات حيث يكشف الجلس الدقيق وربماً بالقرب من السرة أو في الحفرة الحرقفية اليمنى .

وإذا كان في المعى الدقيق أكثر من ضيق واحد تكررت النوب بعد الطعام الواحد وقد تبلغ النوب عشرة .

تظل حالة المريض العامة حسنة إذا بقيت نوب الألم متباعدة أما إذا تقاربت فإن تغذية المريض تضطرب فيهزل ويصاب بالحرش ثم يموت بانغلاق معوي حاد .

الفحص الإشعاعي . — إذا أجري الفحص الإشعاعي في أثناء نوبة الألم وبدون مادة ظليلة ظهرت بعض العلامات الإشعاعية الهامة : مناطق وضوح غير طبيعية ، سويات مائية هوائية على شكل أنابيب الأورغن أو على شكل

درجات السلم . أما الفحص الأشعاعي الذي يجري في فترة نوبة الألم وبعد إعطاء
المادة الظليلة فيكشف توسعاً مؤقتاً في المعى الدقيق وتأخراً في انقراغ اللفائفي
يستمر أكثر من عشر ساعات .

المعالجة . — جراحية وهي شافية أو ملطفة :

تقوم المعالجة الشافية بإزالة القسم المؤوف من المعى الدقيق . أما المعالجة
الملطفة فتقوم بتحويل مجرى المواد المعوية بمقارعة العروة المعوية فوق العائق
بالعروة المعوية تحته .

* * *

الفصل الثالث

رتوج المعى الدقيق

يجدر بنا أن نصف الداء الرنجي في المعى الدقيق أولاً ثم نتبعه بدراسة التظاهرات الامراضية الناجمة عن وجود رتج ميكمل .

البحث الأول

الداء الرنجي

(La diverticulose)

الأسباب . - يصادف الداء الرنجي غالباً في الرجل الكهل وهو علة نادرة لأن إصابة المعى الدقيق بهذه الرتوج تأتي في الدرجة الأخيرة من حيث الكثرة بعد إصابة بقية أجزاء الانبوب الهضمي . وتلاحظ الرتوج في كل أجزاء المعى الدقيق إلا أنها تكثر في العرى الأولى من الصائم (٨٠٪) وتستقر عادة على الحافة الماساريقية من المعى (الشكل - ١٠١) (بين وريقتي الماساريقي أو على أحد وجهيهما) وقد صودفت في بعض الحالات على حافته الحرة .

ويبدو الرتج كجيب أملس مدور لأطىء يتصل بالمعى بفوهة واسعة ، وقد تكون الفوهة ضيقة وهذا ما يلاحظ في بعض الرتوج المتطاولة كأصبع القفاز فينجم عن ذلك الركود في الرتج وبالتالي التهابه .

- ٣٠٥ -

ويظهر الفحص المجهرى نوعين من الروج: روج حقيقية تتألف جدرها من طبقات المعى الثلاث ، وروج موهمة لا تتألف جدرها إلا من الطبقتين المخاطية



(الشكل - ١٠١)

الداء الرنجي في الصائم

(غودار)

والمصلية . والروج الحقيقية هي روج ولادية أما الموهمة فروج مكتسبة زالت منها الألياف العضلية بالالتهاب أو بالحوول الدسمي (dégénérescence graisseuse)

الأعراض . - تختلف الأعراض

بين الداء الرنجي البسيط وبين الداء الرنجي المختلط :

١ . - الداء الرنجي البسيط : أعراضه طفيفة : آلام مبهمه ، فرقرة ، غثيان ، اسهال . ولا يكشف عادة إلا بفتح البطن أو بالمعاينة الاشعاعية .

٢ . - الداء الرنجي المختلط : يختلط الداء الرنجي بالالتهاب (فيقلد أعراض التهاب الزائدة أو أعراض التهاب الصفاق المنتشر بانثقاب الرنج) أو بالنزف (تغيوط دموي أسود مع فاقة دم بنقص اللون) أو بالانغلاق الحاد الحادث بآليات مختلفة : لجام ، انفثال عروية معوية فيها عدة روج .

المعالجة . - لا يعالج الداء الرنجي البسيط معالجة جراحية ولو كشف في أثناء التوسط الجراحي بل تقتصر المعالجة على وقايته من الاختلاطات باستعمال الصادات ومضادات التشنج واعطاء المرء أغذية قليلة الفضلات .

أما الداء الرنجي المختلط بالانغلاق أو بالالتهاب فيعالج جراحياً بقطع الروج المسببة وإزالة اللجم وفك الانغلاق إن وجد ، بينما يعالج الداء الرنجي المختلط بالنزف معالجة دوائية في البدء بمركبات الحديد ونقل الدم وإذا اخفقت هذه المعالجة لجيء إلى قطع العروية النازفة .

* * *

البحث الثاني

الظواهرات الامراضية الناجمة عن وجود رنج مبكّل

لمحة تشريحية . - يتصل ، في المضغة ، الممي الابتدائي بجويصلة السرة بقناة تسمى بالقناة المحيية وتندسد هذه القناة عادة في أواخر الشهر الثالث من الحياة الجنينية غير تاركة أي أثر . وقد يحدث ان هذه القناة لا تندسد فيتكون ناسور معوي ، أو يندسد القسم المتصل بالسرة ويبقى القسم المتصل باللفائفي فيتكون من جراء ذلك رنج يتصل بالمعي درسه للمرة الاولى ميكل عام ١٨١٢ وسمي



(الشكل - ١٠٣)
رنج مبكّل (رنج مخروطي)



(الشكل - ١٠٢)
رنج مبكّل (رنج اسطواني)
(عن فيفر)

باسمه . يصادف هذا الرنج بنسبة $\frac{1}{7}$ 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 المعى الحرة، ويندر وجوده في أحد وجهي اللفائفي أو في حافته الماسارية . ونهاية هذا الرتج حرة في جوف الصفاق أو متصلة بالسرة بجبل ليفي هو بقية القناة المحيطة (الشكل - ١٠٤) ، وقد تشاهد هذه النهاية متصلة بجدار البطن أو بإحدى العرى المعوية بالتصاقات التهابية .



(الشكل - ١٠٤)
رتج ميكمل يتصل بالسرة بجبل ليفي
(هيب)

ويشبه بناء رتج ميكمل النسيجي بناء المعى الدقيق وقد صودف في غشائه المخاطي بعض الجزيئات التي يشبه بناؤها بناء المعشكلة أو بناء المعدة . لا يسبب رتج ميكمل عادة أي ازعاج بل يبقى مجهولاً ولا يكشف إلا في أثناء التوسط الجراحي لعلّة أخرى (التهاب الزائدة في أكثر الأحيان) ، ولكنه قد يعرض المرء لعدة تظاهرات مرضية بعضها آلي (الانغلاقات) وبعضها التهابي (التهابات الرتج) وبعضها الآخر هضمي (قرحة الرتج الهضمية) .

١. - الانغلاقات الناشئة من رتج ميكمل : تصادف هذه الانغلاقات عادة في الأطفال وفي حديثي السن من الكهول وأعراضها هي أعراض انغلاقات المعى الدقيق الحادة ذاتها أما آلياتها فمختلفة فقد تحدث بالانفتال (انفتال رتج ميكمل وحده أو بالاشتراك مع العروة المعوية النابت عليها) أو بالانغلاف (انغلاف الرتج في المعى على شكل أصبع القفاز أو لإحداثه انغلافاً لفائفاً لفائفاً) أو بضيق المعى في قاعدة الرتج ضيقاً التهابياً أو ولادياً أو بانثناء المعى على الرتج . تعالج هذه الانغلاقات بفتح البطن وقطع الرتج - كما تقطع الزائدة - إذا كان اسطوانياً وضيق القاعدة ، أو بعد قطع حافة المعى الحرة إذا كان مخروطياً عريض القاعدة ؛ ثم تعالج الآفات المعوية المعالجة المناسبة لكل منها .

٢. - التهابات رتج ميكمل : تنصف التهابات الرتج الحادة بما تنصف

به التهابات الزائدة من اعراض إلا ان موقع الألم والتنفع يكون في التهابات الرتج حول السرة وليس في نقطة ماك بورني (هي النقطة الواقعة في منتصف الخط الممتد من الشوك الحرقفي الامامي العلوي الايمن 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 الملتب بالقطع .

٣ . - قرحة رتج ميكمل الهضمية : تنجم عن وجود جزيرات معدية في الغشاء المخاطي للرتج تفرز عصارة حامضة فعالة تؤثر في غشاء المعى 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 الاربعية ويرافقها أقياء انعكاسية مع اضطرابات في التغوط تتجلى بقناوب 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 للانتقاب في الصفاق الحر وحدوث التهاب الصفاق الحاد .

تقوم معالجة هذه العلة بفتح البطن وقطع الرتج في فترات النزف وقبل انتقاب القرحة .

الفصل الرابع

انسداد العروق الماسارية (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 امرئ سبق أن أصيب بعلة قلبية وعائية (تضيق قلبي ، التهاب شغاف فوق الحاد ، التهاب وتين ، ام دم ، التهاب وريد) أو هضمية (التهاب زائدة ، التهابات أمعاء ، زحار ، حمى تيفية ، اختناق فتق) أو كبدية صفراوية (استقرار كبد ، التهاب مرارة متقيح) أو تناسلية (التهاب ملحقات منقيح ، 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 امرئ صحيح الجسم وجهازه الدوراني سليم عزى إلى تشنج وعائي تالٍ لرض البطن أو صدمة تأقية أو ناجم عن ذيفان العصية القولونية .

التشميع المرضي . - تنصف العلة بارتشاح دموي ينتشر في ملء طبقات الأمعاء والماساريقي يرافقه انصباب تفاعلي في جوف الصفاق .

١ . - آفات المعى : يصيب الاحتشاء المعى الدقيق برمته مع القولونين الصاعد والمعتوض ويسمى بالاحتشاء الشامل أو أنه يقتصر على النصف السفلي من

اللفائفي والأعور والقولون الصاعد ويدعى بالاحتشاء القسبي ، وهو الأكثر مصادفة . وقد يحدث في منطقتين تفصل إحداهما عن الأخرى قطعة سليمة منه . ولهذا شأنه حين البضع الجراحي إذ يجب التأكد من سلامة جميع المعوي قبل إغلاق البطن .

ومنظر العروة المحتشية كمنظر العروة المعوية المحتنقة في الفتق (الشكل -



(الشكل - ١٠٥)

احتشاء واسع في المعوي الرقيق

(عن موندور)

١٠٥) فهي في البدء خمزية اللون كبيرة الحجم ، خزرية الجُدُر وفي غشاؤها المخاطي المحتقن تقرحات عديدة ؛ ثم تصبح بسرعة خضراء اللون ، رخوة القوام ولا تلبث ان تنبثق في جوف الصفاق العام .

وحدود العروة المصابة بالاحتشاء مبهمة تارة وواضحة طوراً حيث تبدو كتلم دائري يفصلها عن قسم المعوي السليم .

ويملأ جوف المعوي عادة بسائل مسود هو الدم المتخثر المختلط بعصارة الأمعاء . أما المعلومات المستقاة من الدراسة النسيجية لجدر الأمعاء فمختلفة : فالأوعية الشعرية ممتدة منفجرة والكريات الحمر مرتشحة في طبقات الأمعاء وخاصة في الطبقة تحت المخاط كما أن الكريات البيض تجتمع في محيط الأوردة المصابة بالَحْثَر .

٢ . آفات الماساريقي : يصاب بالاحتشاء قسم الماساريقي الموافق للعري المعوية المحتشية فيتكتف وتترشح فيه أورام دموية ويبدو كمثلث قاعدته الأمعاء وذروته قرب الفقار ولا تعرف حالة الأوعية الدموية (الشرايين أو الأوردة) في القسم المصاب من الماساريقي إلا بالتسليخ ، وقد يمكننا الجس الدقيق مع ذلك من الشعور بالوعاء المصاب بالَحْثَر .

٣. - جوف الصفاق: إذا فتح الصفاق شوهد فيه انصباب مصلي دموي أو دموي صرف يبلغ أحياناً نصف لتر أو أكثر وهو عقيم عديم الرائحة في البدء ثم يصبح غنياً بتن الرائحة حين موات العروة المحتشية .

الإمراض . - 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 .

١. - الانسداد الشرياني: تسد الشرايين بصمامة أو بجثر فإذا انسد جذع الشريان الماساريقي العلوي أو إحدى شعبه مات قسم المعى الموافق بفقر الدم الموضوعي سواء أكان هذا الانسداد تاماً أو قسماً وأكمله التشنج ، ذلك لأن الماساريقي العلوي انتهائي من الوجهة الوظيفية على الرغم من تفاعله الواسع بشعبه وأقواسه . وقد يتوقف الدوران الشرياني بدون أن يكون خثراً أو صمامة فينسب إلى شوك خرش (التهاب الشريان أو صمامة دقيقة) أدى إلى تشنج الوعاء أو إلى شلله .

٢. - الانسداد الوريدي: أقل مصادفة من الانسداد السابق : ينسد وريد الباب أو إحدى شعبه بصمامة أو في عقب التهاب الوريد الخثوري وتشابه الآفات التشريحية المرضية المصادفة في المعى والماساريقي ما يحدث في الانسداد الشرياني .

٣. - الانسداد الشرياني والوريدي معاً: نادر وقد صودف في المصابين بالفتوق العرطلة الصعبة الرد بسبب التخرش الشرياني الوريدي المزمن الحادث حين رد الفتق .

الأعراض . - ١) العلامات الوظيفية : يبدأ المرض فجأة بألم بطني رامح أشده في ناحية السرة أو في الحفرة الحرقفية اليمنى وينتشر إلى القطن وهو ألم ثابت يجتد أحياناً فينثني المريض على نفسه تخفيفاً له .

والأقياء علامة ثابتة تبكر في الظهور وتكون طعامية في البدء ثم تصبح صفراوية فكرائية وأخيراً غائطية .

يصادف توقف المواد الغائطة والغازات في نصف الحوادث تقريباً وهو

توقف غير تام قد يعيى عنه اسهال مصلي قليل المقدار .

أما التغوط الدموي فعرض غير ثابت ومتي حدث فيكون خفياً ويكشف
بس الشرج ورؤية الدم على الأصبع .

٢ . — 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 بينا يهبط التوتر الشرياني ويقل التوتر الفارق .

٣ . — العلامات الفيزيائية : البطن متطبل وخاصة في ناحية السرة
والشرسوف وهو ينتفس ولا ترى من خلال جداره التموجات الاستدارية
للأمعاء . ويكشف الجس المتقن ان البطن غير متفقع كما يكشف أحياناً (إذا
كان المريض هزياً) انتباجاً عميقاً مؤلماً ، مبهم الحدود ، عجيني القوام ، ثابتاً
لا يتحرك هو المعوي المحتشي . أما قرع البطن فيكشف صمماً في ناحية الانتباج .
٤ . — العلامات الاشعاعية : تكشف صور البطن الاشعاعية البسيطة

(التي تجرى بالوضعين الأمامي الخلفي والجانبى والمريض مستلق) صوراً
هوائية منتشرة ومتجانسة يرافقها بعض السويات السائلة أحياناً .

السير والانداز . — إن انداز احتشاء الأمعاء وخيم جداً ولا سيما إذا
حدث في امرئ مفضاج أو في مصاب بعة قلبية أو بتصلب الشرايين فإن المريض
يموت في خلال بضع ساعات بالوهط أو بعد ثلاثة الى اربعة أيام بالتهاب الصفاق
الحاد نتيجة لسقوط العطة (sphacèle) .

وقد يشفى بعض من الاحتشاءات القسمية بدون أي توسط جراحي ولكن
المريض يظل عرضة للنكس .

التشخيص . — يستند تشخيص احتشاء الأمعاء الى مايلي .

١ . — الى الاعراض الخاصة بالاحتشاء : الآلام الفجائية الراحة ، تطبل
البطن في الناحية الشرسوفية أو حول السرة ، الاقياء المبكرة ، الشعور بانتباج
رخو مؤلم مبهم الحدود في الحفرة الحرقفية اليمنى .

٢. - الى سوابق المريض (اصابة قلبية ، تصلب شرياني ، استقرار كبد ، استئصال طحال ضخم ، عمل جراحي على المعشكلة أو على المعوي) .

٣. - 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 الكهربائي العاجل .

ب. - بتناذر انغلاق الامعاء الحاد وأعراضه (آلام قولنجية الشكل ، تطبل البطن الشديد ، اقياء برازية ، توقف المواد الغائطة والغازات التام ، تموجات استدارية تترى من خلال جدار البطن) تختلف اختلافاً كلياً عن أعراض الاحتشاء .

ج. - بعلل البطن المؤلمة الحادة (التهاب المعشكلة النزفي ، انتقاب حشوي ، التهاب زائدة ، التهاب مرارة ، انبثاق حمل خارج الرحم ، الخ ..) وتعرف هذه العلل بأعراضها الخاصة ويفتح البطن الاستقصائي .

المعالجة . - جراحية مجتة ، قوامها فتح البطن على الحط المتوسط والنظر في حالة قسم المعوي 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 المعوي الدقيق . وتقتصر المعالجة الدوائية على مكافحة الصدمة (نقل الدم ، حقن الوريد بالمصول والمصورة ، انشاق الاكسجين ، حقن العضل بالكظرين « الادرفالين ») ، مص المعدة والعفج المتواصل ، اعطاء مضادات التخثر .

يحقن المريض بالصادات ويثابر على مص العفج المتواصل عدة ايام بعد التوسط الجراحي .

* * *

الباب الثاني

أمراض المعي الغليظ الجراحية

الفصل الأول

أمراض الأعور والزائدة

البحث الأول

التهابات الزائدة

(Les appendicites)

ان التهابات الزائدة علة كثيرة الحدوث وهي نوعان : التهاب الزائدة الحاد والتهاب الزائدة المزمن .

١ - التهاب الزائدة الحاد

الأسباب . - تصاب الزائدة بالالتهاب الحاد في جميع سني الحياة ولكنه يكثر في الاطفال واليفعان ويندر في الرضع والشيوخ ، والرجال معرضون

للإصابة به أكثر 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 :

الاسباب 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 يحدث بيئة ملائمة للخمج من الاسباب المؤهبة الموضعية أيضاً ويفعل من الظاهر للباطن (رض خارجي وقع على ناحية العانة في امرئ مصاب بفتق أربي أيمن فيه الزائدة) أو من الباطن الى الظاهر (حصاة صفراوية ، كتل براز صلبة ، نوى الاثار ، حيات البطن ، حرقص ، وغير ذلك من الاجسام الاجنبية التي ترض غشاء الزائدة المخاطي وتسيء الى نوعيته) .

أما الوراثة فتعد سبباً مؤهباً أكيداً في التهابات الزائدة فهناك امرئ مصاب أكثر أفرادها بهذا الالتهاب وأسر أخرى لاتعرف 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 الجل يؤهب لالتهاب الزائدة الحاد برضه الاعور 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 الأخيرة منها في التهاب الزائدة المواتي بالخاصة .

ونصل الجراثيم الى الزائدة باحد الطرق الثلاثة الآتية :

٦. - طريق الغشاء المخاطي وهو الطريق المألوف إذ من المعلوم أن جميع اقسام الانبوب الهضمي من الفم إلى فوهة الشرج عفن فالعصيات القولونية ، ضيف الزائدة العادي ، تلهب الزائدة اذا ما ازدادت فوعتها بتأثير أحد الأسباب التي أتينا على ذكرها وخاصة الأجسام الاجنبية التي بالاضافة الى رضا الغشاء المخاطي واساءتها لتوعيته تخلق جوفاً مغلقاً تنمو فيه الجراثيم وتشد فوعتها (ديولافوا) .
٧. - الطريق الدموي ويكون التهاب الزائدة في هذه الحالة اختلاطاً موضعياً للحمج عام (حصبة ، نزلة وافدة ، حمى تيفية ، خناق) هذا في دور البدء ثم تأتي العصية القولونية وبقية الجراثيم فتفعل فعلها في غشاء الزائدة المخاطي المتبدل .
٨. - طريق الجوار ، وهو نادر ، وفيه ينتقل الالتهاب الى الزائدة من عضو مجاور ملتصق (مرارة ملتهبة ، التهاب الحويضة والكلية اليمنى ، التهاب الملحقات اليمنى) .

التشريح المرضي . - يعود الفضل الى بلاند سوتون (Bland Sutton) الذي أظهر بأن الآفة البدئية في التهاب الزائدة هي التهاب الأجرية اللنفافية وهي كثيرة في النسيج تحت المخاط من الزائدة ، ومن هذه الاجربة الملتهبة ينتشر الحمج في طبقات الزائدة وفي خارجها .

٩. - آفات الزائدة : اذا التهمت الزائدة بدت فيها جميع درجات الالتهاب منذ الاحتقان البسيط الى الموات الوخيم ، وهذا تابع لقوة الجراثيم .
- أ. - الالتهاب البسيط : حيث تبدو الزائدة حمراء منتفخة ، ماساريقاها محتقنة خزرية تضخم فيها العقد اللنفافية 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 الأجرية المغلقة الملتهبة يكبر حجمها ويرتشح محيطها بالكريات البيض ثم تلتهم الاوعية اللنفافية ومنه انتقال الحمج الى الصفاق .

ب . - التقيح : اذا لم يتراجع احتقان الزائدة الآنف الذكر مرّ
الالتهاب إلى درجة اشد فظهر التقيح في مركز الجراب مكوناً خراجاً صغيراً
لا يلبث ان ينفث في الغشاء المخاطي محدثاً تقرحاً سطحياً او يتجه نحو المصليّة
ملوثاً الصفاق .

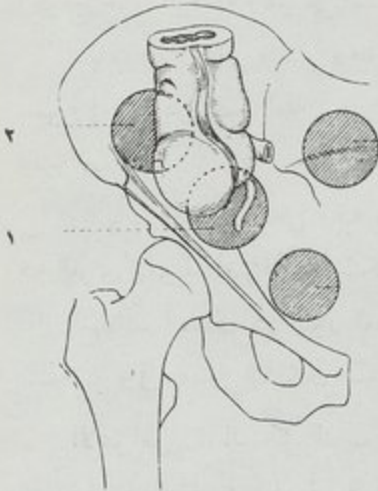
ج . - الموات : ينجم موات الزائدة عن انسداد بعض او عيبتها بالخثر
او بصامة عفنة ؛ ويكون الموات سطحياً إذا اقتصر على الغشاء المخاطي فقط
وعميقاً اذا عمّ جميع طبقات الزائدة ، وهو جزئي يصيب قطعة من الزائدة او
قسماً من محيطها وشامل اذا اصابها جميعها من قاعدتها الى ذروتها وتبدو الزائدة
في الحالة الاخيرة رخوة مخضرة اللون تسبح في قيح مغث . ويؤدي الموات الى بتر
الزائدة او الى انتقابها ومنه حدوث التهاب الصفاق المتقيح المحدود او الشامل .

د . - آفات ماحول الزائدة : يلتب الصفاق تلو انتقاب الزائدة كما
يلتب بالاوعية اللفافية الملتبّة . 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 . - التهاب الصفاق المهيكل : يحدث في التعفّنات الخفيفة فإن رسوبات
الليفين التي تظهر في الحفرة الحرقفية اليمنى حول الزائدة والاعضاء المجاورة
(الأعور واللفائفي والثوب المرتشح) تتعضى ملصقة هذه الأعضاء بعضها ببعض
الآخر ويجدار البطن ومكونة ما يدعى بالدرع الالتهاية .

ب . - التهاب الصفاق المتقيح المحدود أو الخراج حول الزائدة : يحذر بنا
ان ندرس في الخراج الامور التالية : جداره ، محتواه ، مقره ، سيره .
١ . - جدار الخراج : يتكون من الاحشاء المجاورة والثوب وجدار
البطن التي تلتصقها الالتصاقات فاذا تكون الخراج ببطء كانت هذه الالتصاقات

مثينة ولاخوف كبير من انتشار الحميج 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 .



(الشكل - ١٠٦)

اماكن الخراجات حول الزائدة

(مينيكو)

- ١ - خراج حرقفي اربي ٢ - خراج وراء الاعور
- ٣ - خراج بطني معوي ؛ - خراج حوضي

أو بطني معوي عندما تنجح الزائدة نحو العرى المعوية الدقيقة وتكون جُدُر الخراج في هذه الحالة هشة تتألف من العرى المعوية الدقيقة التي لاُمتهـا الالتصاقات الهشة .

أوحوضي يستقر بين المستقيم والمثانة في الرجل وبين المستقيم والمهبل في المرأة . وقد يستقر الخراج في بعض الحالات النادرة تحت الكبد أو في كيس الفتق أو في الحفرة الحرقفية اليسرى وذلك عندما يكون الاعور شديد الحركة .
٤ - سيره : يختلف قد يسير ببطء ويكبر تدريجياً ولكنه يسير غالباً

٢ - محتوى الخراج : محتواه

سائل مصلي قيحي أو قيحي صرف رائحته عفنة فيه انقراض الزائدة وكتل غائطية صلبة وغازات .

٣ - مقره : تابع لمكان الزائدة في البطن (الشكل - ١٠٦) فهو :

٤ - حرقفي اربي يشغل القسم السفلي الوحشي من الحفرة الحرقفية اليمنى فوق القوس الفخذية حيث تكون الزائدة في الحفرة الحرقفية اليمنى متجهة من الاعلى الى الاسفل .

أو خلفي وراء الأعور إذا كانت الزائدة خلف الأعور ومتجهة إلى الأعلى .

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 . - التهاب الصفاق الشامل : يتلو انتقاب الزائدة كما يحدث في عقب انبثق الحراج حول الزائدة وهو على اشكال :

التهاب صفاق عفي منتشر وفيه تتوسع العرى المعوية وتحمّر 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 . - إن كل التهاب زائدة حاد - كما يقول رو (Roux) - هو التهاب صفاق يستقر في الحفرة الحرقفية اليمنى أو ينتشر في جميع أنحاء البطن وذلك تابيع 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 مقمره الحفرة الحرقفية اليمنى ، أو تكون ، على العكس ، خطيرة تقضي على المريض وهو ما يلاحظ في التهاب الصفاق الشامل السام للدم . فمن الطبيعى 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 . - تظهر نوبة التهاب الزائدة الحاد النموذجية في كهل صغير مصاب بالتهاب اللوزتين انحراف عن الحماية الغذائية وتتمثل بالعلامات الثلاث الآتية :

١ . - ألم عفوي فجائي مختلف الشدة يتجلى تارة بحس انزعاج او تور بسيط او يكون شديداً حتى ان المريض ينثني على نفسه تخفيفاً له ، وهذا الألم الذي يقره المريض في نقطة معينة من حفرته الحرقفية اليمنى يتشعب - 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 .

٢ . - الاقياء وهي ليست ثابتة كالألم فقد تختفي ويعيى عنها الغثيان واذا بدت فتكون طعامية في البدء ثم صفراوية .

٣ . - القبض مع وقوف الغازات المبكر وليست هذه العلامة ثابتة أيضاً فقد يصاب المريض بالاسهال فيحرف التشخيص .

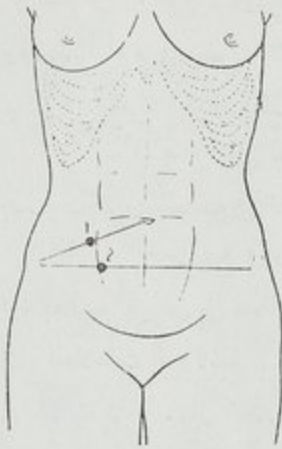
العلامات الفيزيائية . - المريض ضجر منقبض الأسارير ساكن في سريره اذا انتابته نوبة سعال احتد ألمه فأطبق بكلتا يديه على الحفرة الحرقفية اليمنى وهي علامة ذات شأن في التهاب الزائدة الحاد .

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 يبدأ من المناطق السليمة اي من الناحية الشرسوفية والحفرة الحرقفية اليسرى وقد يوقظ جس الناحية الاخيرة ألماً في منطقة الزائدة سبب ارتداد الغازات نحو الأعور (علامة روفسينغ « Rovsing ») ، ثم تقترب تدريجياً من الحفرة الحرقفية اليمنى حيث يكشف الجس العلامات الفيزيائية الثلاث :

تقع جدار البطن الموضع ، الألم الموضع ، تحسس الجلد: التي سميت بثالوث ديولا فوا (triade de Dieulafoy) .

فتقع جدار البطن الموضع في الحفرة الحرقفية اليمنى عرض ثابت ولكن شدته تختلف فهو خفيف تارة (دفاع عضلي) ويسهل التغلب عليه وتعيين موقع الألم ، وطوراً شديداً (التفعف الحشبي) ينشأ 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 - أو أحط منها بقليل في نقطة لانز (point de Lanz) - الواقعة



(الشكل - ١٠٧)
النقاط المؤلفة في التهاب الزائدة
١ - نقطة ماك بورني .
٢ - نقطة لانز (مينيكو) .

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 ») أو بجس الحفرة الحرقفية اليسرى أو الزاوية القولونية اليسرى (علامة روفسينغ « Rovsing ») وإذا كانت الزائدة الملتهبة منخفضة في الحوض أمكن بالمس الشرجي في الرجل والمهبلي في المرأة كشف النقطة الألية .

أما العرض الثالث وهو تحسس الجلد فغير ثابت وإذا بدا كان حاداً فلم يطق المريض معه ملاسة الثياب لجدار بطنه .

العلامات العامة . - ترتفع حرارة المريض فتصل خلال عدة ساعات إلى ٣٩ درجة كما يسرع نبضه ويزداد تنفسه . والبول قليل مشبع اللون وقد يكون فيه أثر زهيد من الآحين . وتردد الكريات البيض فتبلغ ١٠ - ١٥ ألف كرية في العشم . م . مع ارتفاع نسبة الكريات النوى (٨٠٪) .

الاشكال السريرية

١ . - التهاب الزائدة الخفيف أو احتقان الزائدة . - أعراض هذا الشكل غير واضحة فحالة المريض العامة حسنة ونبضه قوي غير مسرع وحرارته

مرثعة قليلاً (٣٨) ويشعر بالآلام عفوية خفيفة ، أما الاقياء قليلة فالمرضى يقيء مرة واحدة في بدء النوبة وقد تغيب الاقياء ويعيض عنها الغثيان ؛ وبطن المريض لين وقد يكشف الجس دفاعاً طفيفاً في الحفرة الحرقفية اليمنى .
والآلم المحدث هو الذي يرشد الى إصابة المريض بهذا الشكل من التهاب الذي يستمر يوماً واحداً فقط . وهناك شكل أخف من السابق مدته بضع ساعات وهو ما دعاه تالامون (Talamon) بالقولنج الزائدي وهو شكل يجب أن الزائدة فيه وإلا انقلب الى شكل حاد .

٢ . - الأشكال بحسب مقر الزائدة : أتينا على وصف الشكل الذي تلتهب فيه الزائدة وتكون في وضعها الطبيعي في الحفرة الحرقفية اليمنى ، أما في الأشكال الآتية فإن الزائدة تكون خلف الأعور أو في الحوض أو في الانسي بالقرب من السرة فلا عجب إذا اختلفت أعراضها باختلاف أوضاعها هذه :
أ . - التهاب الزائدة خلف الأعور : هذا الشكل كثير المصادفة تكون فيه الأعراض الحرقفية الأمامية كأمثلة فلا تقفع ولا اقياء حتى أن الآلم يكون خفيفاً أو غائباً . ويدل على هذا الشكل ارتفاع الحرارة الخفيف وعلامة البسواس وكشف التقفع والآلم فوق القوزعة الحرقفية (بحس الناحية باليد اليمنى الواحدة في الناحية القطنية والثانية في الناحية الحرقفية والمريض مضطجع على جنبه الأيسر) وقد يبدو آلم في منطقة العصب الوريكي 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 وأمر أو أطام خفيف مع اضطرابات في التغوط : زحير وآلم .

إذا عوبن المصاب بهذا الشكل من التهاب الزائدة كشف الجس دفاعاً عضلياً وآلماً خفيفاً منخفضاً مقره فوق العانة قرب الخط المتوسط . وأحسن واسطة لمعرفة هذا التهاب هو المس الشرجي أو المهبل الذي يكشف تعجبناً وآلماً حاداً في رتج دوغلاس .

ج . - 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 العاة عادة إلا بما يرافقها من أعراض انغلاق بتراس 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 .

٣ . - 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 الأولين تخف منذ اليوم الرابع فتبهط 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 . - التهاب الزائدة الحاد مع درع التهابية : إذا أفضى التهاب الزائدة الحاد إلى تكوين درع التهابية تخف العلامات الوظيفية والفيزيائية والعامية ولكنها لا تزول تماماً فالآلام تخف والاقياء تقف ويعيبض عنها الغثيان ، والحرارة تبهط ولكنها تظل فوق الحد الطبيعي ، وإذا جست الحفرة الحرقفية اليمنى ما بين اليومين الرابع والسابع شعر بأن النقع الشديد قد زال واعاضت عنه مقاومة عميقة تدل على التهاب الصفاق المهيكل الموضع حول الزائدة ، هذه هي الدرع الزائدة التي تتألف من التصاقات الثوب والاعور وعرى المعى الدقيق وتكون في البدء صغيرة ثم تتسع وتصبح بعد قليل بساحة راحة اليد وهذه الدرع مائلة قاسية صماء قليلاً واضحة الحدود ولا سيما في الوحشي . وهذه الدرع الزائدة اما ان تخف

تدريجياً ثم تزول خلال ١٥ - ٢٠ يوماً بالمعالجة (الراحة ، وضع الثلج على الناحية ، التلقيح بالبروبيدون) او انما 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 كرياتة 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 بالآلام الشديدة وبتطبل البطن الناجم عن شلل الأمعاء وبتلين مركز الدرع الالتهابية ثم يظهر تحذب مؤلم بالجلوس 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 الأنحاء 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

عفا فتعود الأعراض الالتهابية للظهور . وقد يصعد الحراج الحوضي نحو الحفرة الحرقفية اليسرى أو اليمنى محدثاً خراجاً عديداً المساكن .
وأخيراً فإن الحراج المتكون قرب السرة والذي يكون منشأه الزائدة يصعب كشفه وخاصة ما كان منه قرب الشاحنة (promontoire) فهو منخفض لا يشعر به بحس المريطاء ومرتفع لا تدركه الاصبع الماسة للمستقيم أو المهبل . ومعالجة هذا الحراج دقيقة لأن شقه يتطلب المرور خلال منطقة سليمة من الصفاق .
٤ . - التهابات الزائدة المفصية إلى التهاب الصفاق الشامل : إن التهاب الصفاق الشامل إما أن يحدث في بدء التهاب الزائدة أو أنه يتلو انبثاق الحراج حول الزائدة أو يحدث بعد فترة هدوء تهجع فيها الأعراض (التهاب الصفاق الشامل الثانوي) :

أ . - التهابات الزائدة المحدثة التهاب الصفاق الشامل منذ البدء : يميز من هذه الالتهابات شكلان :

١ . - التهاب الصفاق المتقيح : يتصف هذا الالتهاب سريراً ببذته 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 وافرّة مستمرة غذائية في البدء ثم صفاوية 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 لسيكون الحجاب وهو مؤلم ومتقفع تقفعا خشياً ولكن أشد الألم والتقفع في الحفرة الحرقفية اليمنى ، وبوقظ المس الشرجي ألماً حاداً في رتج دوغلاس وخاصة في جهته اليمنى .

يشفى المصاب بهذا الشكل من التهاب الصفاق الشامل إذا بضع في اليومين الأولين وبضعف الأمل في الشفاء إذا بضع بعد هذه الفترة .

٢ . - التهاب الصفاق العفن المنتشر : يتلو هذا الالتهاب انثقاب زائدة أصيبت بالموات وتنفوق في هذا الشكل علامات التسمم العام على الأعراض البطنية : فسخنة المريض تراوية ، 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 بمضض خفيف في حفرته الحرقفية اليمنى قد يرافقه دفاع بسيط ، والأقياء نادرة وكذلك القبض الذي يعيى عنه الإسهال غالباً . إنذار هذا الشكل وخيم فالمريض يموت ولو بُكر في معالجته .

ب . - التهابات الزائدة المحدثه التهاب الصفاق الشامل الثانوي : إذا لم يشخص التهاب الزائدة الحاد ، أو إذا عرف وترك شأنه اشتد الالتهاب وانتشر الألم والتقفع بعد أن كانا موضعين في الحفرة الحرقفية اليمنى وأسرع النبض وضعف وبدت السخنة الابقراطية فيكون التهاب الصفاق الشامل قد حدث . والتهاب الصفاق الشامل الثانوي بحسب موندور (Mondor) ثلاثة أشكال :

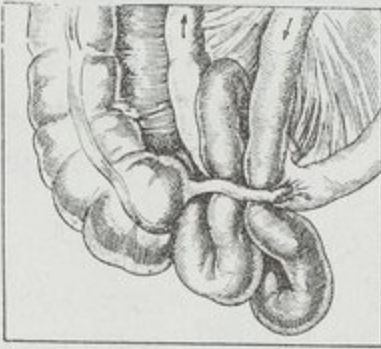
التهاب الصفاق المتري (P. progressive) . - يتبع هذا الشكل النمط التالي : يصاب المرء بنوبة التهاب الزائدة الحاد فيعالج ولكن حرارته تظل مرتفعة وتقفع البطن في ناحية الزائدة يستمر ويمتد التقفع في اليوم الثالث أو الرابع فيشمل البطن جميعه وتشتد الآلام وتنتشر في أنحاء البطن المختلفة وخاصة في الحوض وفي رتج دوغلاس الذي يبدو مؤلماً بالمس الشرجي . وتظهر الأقياء بعد أن كانت قد توقفت ، فإذا بضع المريض لوحظ قيح صريح بين العرى المعوية .

التهاب الصفاق بزمين . - 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 الحراج حول الزائدة (زمن ثانٍ) وفي الزمن الثالث ينبثق هذا الحراج في جوف الصفاق محدثاً التهاب الصفاق الشامل الثانوي .

٥ . — **الأشكال السمية :** تتفوق علامات التسمم في هذه الأشكال على علامات التهاب الزائدي : فالمريض شاحب ، نبضه سريع لا يعد ، حرارته في حدودها الطبيعية أو منخفضة ، بوله قليل ، وقد تعتبره أقياء دموية . وليس ما يدل على الإصابة بالتهاب الزائدة إلا النقطة الألمية في الحفرة الحرقفية اليمنى .



(الشكل - ١٠٨)

انغلاق معوي حاد نجم عن دخول العرى المعوية في حلقة تكونت من التصاق ذروة الزائدة باللفائفي .

(ستواران ميبيليسكو)

الاشعاعي) . وينجم الانغلاق عن التصاق العرى المعوية وانفتالها وعن اللجيم المتكونة بسبب التهاب الصفاق المهيكل .

٦ . — التهابات الزائدة الحادة مع

انغلاق الأمعاء (الشكل ١٠٨) : تصادف هذه الأشكال في التهابات الزائدة البطنية المعوية والتهابات الزائدة الحوضية ، وتصف سريراً 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 الت موجات الاستدارية من خلال جدار البطن والصور المائية الهوائية بالفحص

٧ . — 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 الألم العفوي يرافقه ألم يحدث يحمل الطفل على عطف فخذه لدى جس نقطة ماك بورني .

وفي الحالات الوحشية يزرق وجه الطفل وأطرافه ويسرع نبضه ويضعف ويقل بوله ويظهر فيه الآحين كما يقيء أقياء قد تكون دموية ؛ فتجاه هذه الأعراض يظن بأن الطفل مصاب بالتسمم ولكن التقيع الخفيف والألم المحدث في الحفرة الحرقفية اليمنى يلفتان الانظار إلى التهاب الزائدة التي يجب وضعها في الحال لأن الطفل أقل مقاومة ولأن زائده 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 (helminthiasis) والنزلة الوافدة في شكلها المعوي ولكن هذه الامراض تعرف بالأعراض الخاصة بكل منها .

ب . - التهاب الزائدة في الشيوخ : تنصف بخفة اعراضها : آلام خفيفة مع دفاع عضلي طفيف مقرهما الحفرة الحرقفية اليمنى ، حرارة طبيعية مع نبض غير مسرع . ويتظاهر بشكاين : 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 الانتهابية فان شعور اليد الجاسة للحفرة الحرقفية اليمنى بهذه الدرع في مريض مسن مع ما يرافقها من ارتفاع الحرارة البسيط والنحول يجعلنا نشك في الورم ، والتوسط الجراحي هو السبيل الى تمييز احدي العلتين عن الاخرى .

ج . - التهاب الزائدة في المرأة الحامل : يمتاز بخطره ونموض تشخيصه :

فهو يلتبس في الاشهر الاولى من الحمل بالتهاب الحويضة والكلية وبالحمل خارج الرحم بينما يلتبس في نهاية الحمل بالنزف خلف السُجْد وبيءد المخاض ولا سيما إذا لم يرافقه تقفع او دفاع في الناحية ، فلاقرار الآفة في الزائدة يفتش عن الالم المحدث بحس الحفرة الحرقفية اليمنى والحامل مضطجعة على جانبها الأيسر او بضغط الأعور والزائدة بدفع الرحم من اليسار الى اليمين . وقد يحدث ان يجتمع التهاب الزائدة والمخاض في آن واحد فيعرف باستداد الآلام في نقطة ماك بورني في عقب الوضع مباشرة او بظهور اعراض التهاب الصفاق الحاد ذي المنشأ الزائدي .

وإذا حدث التهاب الزائدة بعد عدة ايام من الوضع التبتت العلة بالحمج النفاسي او بالتهاب الملحقات اليمنى .

التشخيص . - سندرس فيه الأمور التالية :

١ . - تشخيص التهاب الزائدة الحاد : يجب أن نطن 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 اتبنا على ذكرها (الألم المحدث في نقطة ماك بورني والتقفع الموضع في الحفرة الحرقفية اليمنى بالإضافة الى الأقياء ونحس 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 هذه العلامات مهمة فيلتبس التهاب الزائدة :
أ . - ببعض الآفات البطنية المؤلمة كالفولنج الكبدي والقولنج البولي ولكن الاعراض الخاصة بكل منها ولا سيما موقع الألم وانتشاراته يكفي للتمييز بين هذه الآفات المختلفة . ب . - بالحمى التيفية حيث ترتفع الحرارة تدريجياً ويرافقها طحل (ضخامة طحال) ورعاف مع بقاء عدد الكريات البيض في حده الطبيعي

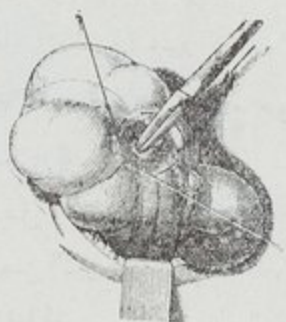
وقد ينقص في بعض الحالات ج . - بالتهاب الملحقات اليمنى الحاد فإن الألم الموضع في الحفرة الحرقفية اليمنى وارتفاع الحرارة وتطبل البطن علامات مشتركة في العلتين فيستند التشخيص الفارق بينهما أولاً إلى المس المهبل الذي يكشف في التهاب الملحقات المس حاداً وتعجبناً في رتج المهبل الجانبي الايمن ، وثانياً إلى وضع 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 (انتقاب قرحة المعدة او العفج ، التهاب المعشكة النزفي ، احتشاء الامعاء ، انفلاق الأمعاء) وتعرف هذه الآفات بأعراضها الخاصة .

٢ . - تشخيص الخواج حول الزائدة : يعرف تكون الخراج حول الزائدة بارتفاع الحرارة المتزايد كما يعرف بازدياد عدد الكريات البيض المتواصل وبالشعور بالتعجن في رتج دوغلاس او في الحفرة الحرقفية اليمنى لدى مس الشرج .

المعالجة . - إن معالجة التهاب الزائدة الحاد جراحية بحثة وتقوم ببث الزائدة الملتهبة فور تشخيصها وكلما بكر في التوسط الجراحي كان الامل في شفاء المريض كبيراً . اما المعالجة الدوائية (الراحة ، الحمية ، كبس الثلج على الناحية ، اعطاء الصادات) فلا يجوز تطبيقها إلا بعد قطع الزائدة كما لايجوز اعطاء المسهلات التي تؤدي إلى انتقاب الزائدة ولا المسكنات التي تخفي اعراض الانتهاب . ونتائج قطع الزائدة جيدة وانذاره حسن إلا في المقلوبين والاهمام والمصابين بالداء السكري او باشقار الكبد لان هؤلاء وقد ضعفت مقاومتهم لا يتحملون اي توسط جراحي مهما كان صغيراً .

طراز العمل . - يجري شق بطول ٧ - ٨ عشم . في الحفرة الحرقفية اليمنى موازياً للقوس الفخذية ومتناولاً الجلد وضرب العضلة المنحرفة الكبيرة ثم تبعد الياف العضلات الكائنة تحته ويفتح الصفاق ولدى الوصول إلى الزائدة تربط

قاعدها ورباطها (الشكل - ١٠٩) وتقطع ثم يدفن جذمورها بخياطة على شكل فم الكيس إذ لم تكن جدر الأعور مرتشحة (الشكل - ١١٠). وإذا كانت الزائدة منخفضة في الحوض أو عالية خلف الأعور يفضل توسيع الشق بقطع العضلات ثم تقطع الزائدة بالطريق الرابع أي من قاعدتها إلى رأسها وينهى العمل الجراحي بإغلاق البطن ثلاث طبقات : الصفاق و ضريع المنحرفة الكبيرة والجلد (تحاط العضلات بغرزة واحدة من خيوط الجثة في حالة التباعد وتحاط خياطة متقنة في حالة القطع) .



(الشكل - ١١٠)
دفن جذمور الزائدة



(الشكل - ١٠٩)
كيفية ربط قاعدة الزائدة ورباطها

(كينو)

واستئصال الحفرة الحرقفية اليمنى ضروري إذا وُجد لدى فتح الصفاق مصالة عكرة أو قيح صرف حول الزائدة وفي هذه الحالة يستحسن وضع الصادات في جوف الصفاق وحقن العضل بها .

أما إذا وجد الجراح أمام التهاب زائدة حاد وقد مضى عليه أكثر من يومين فعليه أن ينظر بالأمر فإذا لم ينتشر الالتهاب إلى الصفاق قطعت الزائدة ، وإذا تكونت درع التهابية أرجىء العمل الجراحي وعولج المريض معالجة دوائية (الصادات أو لقاح البروبيدون ، الراحة ، الحمية ، كبس الثلج على الناحية) على أن يراقب المريض في أثناء هذه المعالجة مراقبة دقيقة حتى إذا اشتدت

الأعراض الموضعية أو ظهر ما يدل على بدء التهاب الصفاق الشامل بضع المريض بدون إبطاء .

وأخيراً فإن تكون الحراج 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 واستئصال القيح في مكان واحد (الحفرة الحرقفية اليمنى) أو في مكانين (الحفرة الحرقفية اليمنى ورتج دوغلاس) وبحقن الصادات داخل الصفاق عن طريق الأحفوس مع إعطائها حقناً أو بطريق الفم .

٢. - 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 تنقده عوارض التهابية حادة . والشكل الثاني أكثر 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 كالعري 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 الأولى يشاهد ، لدى فتح البطن ، في الحفرة الحرقفية اليمنى ما يشير الى التهاب الصفاق التهاباً مزمناً : فالزائدة ملتصقة التصاقاً كلياً أو جزئياً بالأعضاء المجاورة وخاصة بالثرب ورباطها متكتف وهي معوجة أو ملتوية وقد تنثني على نفسها فتصبح كمدفعي البندقية أو تنقل انقتالاً 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 إما زائدة صغيرة خيطية متصلبة متضيقة اللمعة ، أو هي زائدة جسيمة جذرها موعاة وفي رباطها المرتشح عقد كبيرة الحجم . وقد تبدو الزائدة في بعض الحالات سليمة تماماً ولا تعرف إصابتها إلا بالفحص النسيجي أو بفتحها حيث تبدو جذرها متفاوتة الكثافة ولمعتها مسدودة كأنها حبل متصلب .



(الشكل - ١١١)

بعض نماذج من التهاب الزائدة المزمن

(فورغ)

أما الفحص النسيجي فيمكننا من تمييز الأشكال الضخامية ، المتضفة بتنسج (hyperplasie) غدد ليبكون والاجربة لنفاوية ، عن الأشكال 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. - الأعراض الوظيفية : عي الآلام والاضطرابات الهضمية .

فالآلام موقته لا تدوم أكثر من عدة دقائق وقد تستقر في الحفرة الحرقية 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 الشهية وبتناوب القبض مع الاسهال يرافقه ذلك صداع ودوار .

٢. - العلامات الفيزيائية : تقوم بتحري الألم وذلك بجس البطن جساً متقناً ونعني بالجلس المتقن أن يجعل بطن المريض في حالة الارتخاء التام ويبدأ بجس الحفرة الحرقية اليسرى الذي قد يوقظ ألماً في الجهة اليمنى (علامة روفسينغ « Rovsing ») ثم تجس الناحية الشرسوفية (التي تكون مؤلمة في الاطفال بالخاصة) ثم ناحية الكبد التي تبدو كبيرة الحجم ومؤلمة وأخيراً الحفرة الحرقية اليمنى حيث يوقظ جسها ألماً حاداً ، موضعاً في نقطة ماك بورني أو في نقطة لانز ، يحمل المريض على عطف فخذه على الحوض تخفيفاً له . وإذا لم يكشف هذا الألم بالاستلقاء الظهري أضجع المريض على جانبه الأيسر أو فحس وهو واقف .

٣. - العلامات العامة : هي شحوب المريض ووهنه ونحوه واصابته بهجمات حمى خفيفة وفاقه دم .

التشخيص . - يعرف التهاب الزائدة المزمن بالآلام العفوية والمحدثة في الحفرة الحرقية اليمنى كما يعرف بالفحص الإشعاعي وذلك بجس ناحية الاعور تحت الدريئة بعد اعطاء المريض الباريت لنعتين ما إذا كانت نقطة الألم المحدث مناسبة لمقر الزائدة وتابعة لتبدلات الاعور كما يكشف هذا الفحص

الإشعاعي بعض الرغود في عروة اللغائفي الأخيرة المسبب في بعض الالتصاقات ،
أما الزائدة نفسها فلا يعد عدم امتلائها بالمادة الظليلة دليلاً على إصابتها بالتهاب
أما إذا امتلأت وظهرت بالصور الإشعاعية ملتوية على نفسها أو هنتية
كمدفعي البندقية ومؤلة وثابتة بالالتصاقات ولا تنفرغ بسرعة على الرغم من
انقراغ الأعور فيكون ذلك دليلاً على التهابها .

يستدل من كل ما سبق أن تشخيص التهاب الزائدة المزمن يستند في الدرجة
الأولى الى الاثلم المحدث في نقطة ماك بورني والى الفحص الإشعاعي أما فحص
الدم لكشف ازدياد الكريات البيض فليس له اي مدلول في هذا الشكل .

وعلينا الآن نغالي في قطع الزائدة في كل امرئ يشكو الماء في الحفرة الحرقفية
اليمنى ، فقد يكون هذا الالم انعكاسياً لالتهاب في المرارة أو يكون سببه
التهاب القولون أو التهاب الحويضة والكلية اليمنى ، فأقرار الآفة في الزائدة ،
متى غمض التشخيص ، يستلزم تصوير الأعضاء الأخرى لنفي إصابتها . واخيراً
فإن التهاب الزائدة المزمن قد يلتبس بالتهاب الملحقات اليمنى ويجري التشخيص
الفارق بالمس المهبل .

المعالجة . — يعالج التهاب الزائدة المزمن بقطع الزائدة ونتائج هذا القطع
حسنة فإن 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 أو بعد عدة اشهر فيما إذا كان مصاباً بالإضافة الى التهاب الزائدة
المزمن بالتهاب القولون والماساريقي .

البحث الثاني

السل اللفائفي الأعوري

(Tuberculose iléo-cœcale)

تستقر عصية كوخ في القطعة اللفائية الأعورية أكثر من استقرارها في أية قطعة أخرى من المعوي لأنها غنية بالأوعية والعقد اللفافية أولاً ولكونها مقراً للركود المعوي ثانياً .

الأسباب والأمراض . — يلاحظ السل اللفائي 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 تفرح الغشاء المخاطي فتسهل دخول عصية السل .

تصل عصية كوخ إلى الناحية اللفائية الأعورية بأحد الطرق التالية :

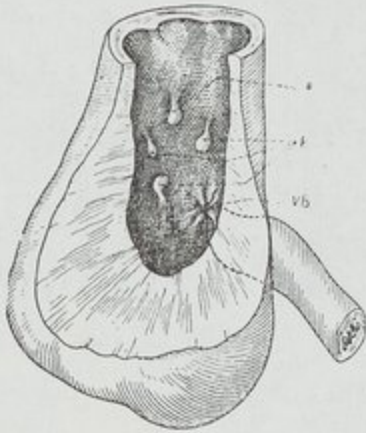
١ . — بالطريق الهضمي بعد بلع المصاب بالسل الرئوي لقشاعاته فإن عصية كوخ ، التي لا تتلفها عصارة المعدة الحامضة (كما أثبتت تجارب ورتز «Wurtz») ، تلتصق بغشاء الأعور المخاطي .

٢ . — بالطريق الدموي حيث تصل عصية السل إلى الناحية اللفائية الأعورية في سياق تجرثم الدم الوقتي . وتكون البؤرة السلية البدئية في هذه الحالة رئوية غالباً .

٣ . — بالطريق اللفاوي ويحدث هذا متى كانت الآفة السلية البدئية مجاورة للأعور : التهاب الملحقات السليتي ، التهاب الصفاق السليتي .

٤. - 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 المسلوطة أو لحمها .
التشريح المرضي . - يبدو سل الأعور بأشكال تشريحية مرضية عديدة وأكثرها مصادفة هو الشكل الضخامي .

١. - الشكل الضخامي أو الشكل التصليبي الشحمي (forme scléro-lipomatose) يبدو هذا الشكل على هيئة ورم قوامه قاس يعادل حجمه جمع الكف ، يحيطه محبب شكله متناول يمتد بعيداً في القولون الصاعد كما يتناول نهاية اللفائفي الأخيرة والزائدة ويظل هذا الورم السلبي متحركاً مدة طويلة لعدم التصاقه بالجدار .



(الشكل - ١١٢)

السل اللفائفي الأعوري (الشكل الضخامي)

إذا شق الأعور المصاب بعد استئصاله بدا في محيطه نسيج تصليبي شحمي ثخانتة عشم ، أما الأعور بالذات فجدره قاسية كثيفة ولمعته متضيق وفي غشائه المخاطي الكثيف بعض التقرحات أو بعض الكتل المرجلية الشكل التي تكون لثماً أو مصاربع 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 المعى ارتشاحاً التهابياً .

٢. - الشكل الفروحي 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 المحجوب (خراج صديدي غائطي في الحفرة الحرقمية اليمنى) .

٣ - الشكل القروحي الجبني : يدعى بالشكل المعوي الصفاقي حيث تبدأ الآفة السلية في النسيج تحت المخاط من الأعور وتنتج منه إلى الغشاء المخاطي حيث تحدث تقرحات متسعة قد تأتي على دسام بوهن وتخربه وإلى الصفاق الذي يتفاعل حول الآفة مكوناً نسيجاً ليفياً جينياً غير منتظم لا يلبث أن ينقلب إلى خراج بارد وينفتح في الجلد أو ينبثق في المعى . والعقد اللفافية في هذا الشكل ضخمة ولينة دائماً .

٤ - الشكل الليفي : يحدث هذا الشكل نتيجة لشفاء التقرحات السلية وتندبها ، يفضي إلى تضيق القسم الأخير من اللفائفي بالخاصة . وقد سمي هذا الشكل بالشكل المتضيق أيضاً نظراً لهذه الخاصة .

٥ - 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 . ولا تقتصر الآفة السلية على الزائدة وحدها بل ترافقها إصابة قعر الأعور أيضاً .

الأعراض . - سنتخذ نموذجاً للوصف الشكل الضخامي لأنه أكثر الأشكال مصادفة :

العلامات الوظيفية . - يبدأ سيل الأعور بآلام مستمرة في الحفرة الحرقمية اليمنى ترافقها اضطرابات معوية تتجلى بالإسهال المصلي المخطط بالدم أحياناً وهو إسهال مستعص على المعالجة . ومتى ضيق الآفة لمعة اللفائفي والأعور أصيب المريض بنوب من تناذر تحت الانغلاق تزول فجأة بعد نوبة إسهال .

العلامات العامة . - تبقى حالة المريض العامة حسنة مدة طويلة ، ولكنها تتبدل متى اشتدت الآلام واستعصى الإسهال وأصيب المريض بنوب تحت الانسداد فيهزل إذ ذاك وترتفع حرارته ويصاب بالقهيم .

العلامات الفيزيائية . — يكشف جس الحفرة الحرقفية اليمنى ورماً متطاولاً حدوده واضحة في الوحشي ومبهمة في الأنسي ، لاتصاله بكنتلة العقد الضخمة ، قوامه قاس أو مرن ، سطحه غير منتظم ، حجمه بحجم جمع الكف ، قد يشعر بقطبه السفلي بالمس الشرجي أو المهبل ، 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 وإن الأعور والقولون الصاعد لم يتم امتلاؤهما . كما أن فحص المريض بعد الرخصة الظليلة يبين أن قطعة المعي الغليظ المصابة تمتلئ بصعوبة وعلى العكس من ذلك فإن اللفائفي يمتلئ بسهولة تامة لتلف مصراع بوهن ، ويظهر 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 يعول عليها إلا إذا كان عددها كبيراً ولم يكن المريض مصاباً بسل رئوي .

سير الآفة . — يختلف 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 أوتينا 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 امرئ مسن ويتصف بالتهبوط الدموي الأسود وينحول المريض السريع ، بينما لا يشخص الورم الالتئابي الزائدي المنشأ إلا بفتح البطن .

المعالجة . - دوائية وجراحية :

١ . - 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) وال ن . ا . ص (P.A.S) ومركبات الازونيازيد (Isoniazide) كال ريميفون (Rimifon) الذي يعطى بمعدل حبة واحدة لكل عشرة كيلو غرامات من وزن المرء . ويفضل إعطاء هذه الأدوية معاً ، هذا بالإضافة الى تغذية المريض الحسنة وإعطائه مركبات الكالسيوم والحيامينات وتعريضه للأشعة ما فوق البنفسجي . وإذا أخفقت هذه المعالجة على الرغم من استعمالها مدة طويلة لجيء إلى المعالجة الجراحية .

٢ . - 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 اللغائفي والأعور والقولون الصاعد مع العقد الماساريقية المرافقة) وبهذا تحذف الآفة السلية بمرمتها ويحقق الشفاء التام بمعدل ٣٠ - ٤٠ ٪ من الحوادث .

ب . - المعالجة الملطفة : هي مفاغمة اللغائفي بالقولون المعترض أو بالسین الحرقفي والغاية منها تحويل مجرى المواد المعوية ، وتجري في حال التصاق الأعور واتساع الآفات كما تجرى عند تقدم الآفة وظهور تناذر الانغلاق الحاد .

وإذا وجد الجراح نفسه أمام ناسور صديدي غاطفي 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 متفرقة هشة منشأها الغشاء المخاطي .
أما طبقات جدار الأعور الأخرى فتتشح بمقدار كبير من الشحم يجعل الورم
جسيماً لين القوام .

يبتدىء سرطان الأعور بالمصراع اللفائفي الأعوري فيستقر فيه ويخرجه
أو يسير منه نحو القولون واللفائفي فإذا امتد إلى الأعور ، وهذا ما يصادف
غالباً ، أحدث في غشائه المخاطي ناميات وفي طبقات الجدار الأخرى ارتشاحاً
شحيمياً ، 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 متفرقة مرجلية الشكل أو تقرحاً واسعاً حافته كثيفة
وقعره مبرعم .

وسرطان الأعور ، من الوجهة النسيجية ، سرطان ظهاري اسطواني نموذجي
غير نموذجي وهناك شكل كثير المصادفة هو السرطان الغراوني (colloïde)
حيث تصاب الخلايا بالحوول نظير المخاط .

السير التشريحي . - تكثر الاختلاطات العفنة في سرطان الأعور لأن انتقال الحنج من الورم المتقرح الى الصفاق يحدث التصاقات تثبت الورم في العمق أو يكون خراجات موضوعة حول الأعور تنفتح في المعى أو في الجلد. وقد يحدث التهاب الصفاق الحاد بانثقاب احد تقرحات الأعور الواقعة فوق الورم. ينتشر سرطان الأعور إلى الأعضاء المجاورة فيستولي على الزائدة والقولون الصاعد أولاً ثم على المعوى المعوية الدقيقة والثرب والطبقات العميقة . أما عقد الزائدة اللفائفية الأعورية فتبقى مدة طويلة بمنأى عن الإصابة السرطانية .

الأعراض . - يمر سرطان الأعور بثلاثة أدوار : دور البدء ودور الورم ودور النهاية .

١ . - دور البدء : يبتدىء سرطان الأعور ببعض العلامات الوظيفية كالأضطرابات الهضمية والمعوية المهمة والآلام المختلفة الشدة . وهي علامات تحرف التشخيص نحو التهاب الزائدة أو التهاب القولون البسيط . فالآلام تستقر في الحفرة الحرقفية اليمنى وتنتشر 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 تضيقاً للمعة المعوية من سرطان القولون الايسر .

وتتجلى الاضطرابات الهضمية بعسر الهضم والغثيان والبخَر وكتن اللسان . أما الاضطرابات المعوية فهي تناوب القبض مع الاسهال النتن ، والنزف المعوي القليل المقدار الذي قد يكون وافرأ وقد يكون خفياً لا يعرف إلا بتفاعل ويبر - ماير .

وتتبدل الحالة العامة في هذا الدور تبديلاً سريعاً فيهزل المريض تدريجياً ويشجب لونه وتعتبره هجمات حمى موقته تدل على تعفن التقرحات السرطانية .
٢ . - دور الورم : يجسُ في هذا الدور في الحفرة الحرقفية اليمنى ورم

محدد قاس يقبّل حجبه من حجم الجوزة الى حجم جمع الكف حتى أنه قد يصل في بعض الحالات الى حجم رأس الجنين ، حدوده واضحة في الوحشي والأسفل ومبهمة في الأنسي (لاتصاله بكتلة العقد التي ضخها الالتهاب أو الحؤول السرطاني) وفي الأعلى (لارتشاح القولون الصاعد بالورم) .

يظل هذا الورم منجر كماً مدة طويلة (وخاصة بالاتجاه المعترض) وهذا ما يجعلنا 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 .

٣ . - دور النهاية : يبلغ المريض هذا الدور عادة بعد ١٨ - ٢٤ شهراً حيث يجاوز الورم جذر الأعور ويستولي على الأعضاء المجاورة فيلتصق بالعمق ويعود قليل الحركة كما يستولي على الصفاق فيتكون الحبن السرطاني ثم يصاب المريض بالحرّض ويموت قبل حدوث الانتقالات البعيدة في الكبد أو في الرئة .

الاختلاطات . - هي الحمج والانتقاب ، أما تناذر الانغلاق فلا يصادف إلا نادراً لأن سرطان الأعور مضخم للمعي وليس بمضيق للمعته كسرطان القولون الأيسر .

والاختلاطات الحمجية هي الخراجات المنكوبة حول الأعور وهي كثيرة المصادفة وتعرف من ارتفاع حرارة المريض وازدياد آلامه وتظهر هذه الخراجات في الامام أو في الوراء فتثبت الورم وتخرش عضلة البسواس وتنفتح على الجلد مكونة النواسير الصديدية الغائطية أو في حشا أجوف مجاور (المعوي الدقيق ، المثانة) .

وينتقب الأعور في حذاء الورم إما في جوف الصفاق الحر أو في الصفاق المحجوب حيث يتكون خراج وينفتح على الجلد .

التشخيص . - يصعب تشخيص سرطان الأعور في دور البدء لأن اعراضه

الوظيفية مهمة 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 الأربعين أصيب بقمهم وأخذ يهزل تدريجياً وبسرعة ، ومع ذلك فقد يلتبس بسل الأعور وبداء الفطر الشعاعي اللفائفي الأعوري وبأورام الناحية الانتهابية ذات المنشأ الزائدي .

فلهذا كله يجب الاستعانة ببعض الفحوص الأخرى 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 تمكن بواسطته من كشف النزف المعوي الحفي بتفاعل ويبر - ماير بعد وضع المريض ثلاثة أيام على حمية خالية من اللحوم .

أما الفحص الاشعاعي فهو المعول عليه في تشخيص سرطان الأعور في دور البدء أو في دور الورم ويجرى .

(الشكل - ١١٣)
سرطان الاعور (الاعور المتبور)

١. - 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 .

٢. - بعد صنع الرحضة الظليلة التي تظهر بعض الفجوات في القسم المتسرطن من المعوي كما تكشف مرور الباريت بسهولة الى المعوي الدقيق الأمر الذي يدل على تخريب الورم للمصراع اللفائفي الأعوري وقد يبدو الأعور متبوراً في بعض الحالات (الشكل - ١١٣) .

٣. - بعد اشراك نفخ القولونات بالرحضة الظليلة تبدو قساوة في جـدر القسم المصاب من الأـعور والقولون الصاعد .

المعالجة . - إن المعالجة الجراحية شافية أو ملطفة ولا تجرى إلا بعد تهيئة المريض جيداً : نقل الدم ، حقنه بالمصول الملحية والسكرية ، حقنه بالصادات (البنسيلين والستربتوميسين) ، اعطاؤه مطهرات الأمعاء كالكلورافينيكول (chloramphénicol) والسولفوغيوانيدين (sulfoguanidine) ، على أن يثابر على هذه المعالجة الدوائية إلى ما بعد التوسط الجراحي .

المعالجة الشافية . - تجرى ما زال الورم متحركاً أي ما زال السرطان منحصراً في الأـعور ولم يجاوزه إلى الأعضاء المجاورة وتقوم ببث نصف القولون الأيمن (نهاية اللفائفي والأـعور والقولون الصاعد مع عقد الزاوية اللفائية الأـعورية) ثم بمفانمة اللفائفي بالقولون المعترض .

المعالجة الملطفة . - هي ١) مفانمة اللفائفي بالقولون المعترض أو بالسین الحرقفي وتجري متى تعرقل الورم بالجمج أو بالانغلاق وقد تتحسن الحالة الموضوعية بعد هذه المفانمة فيصبح الورم متحركاً ويستطاع بث نصف القولون الأيمن حينذاك .

٢. - عزل الأـعور الوحيد أو المزدوج الجانب الذي يجري متى كان ناسور صديدي غائطي واسع .

٣. - شق الحراج متى تكون .

* * *

الفصل الثاني

أمراض القولون الأيسر

البحث الأول

سُذوز القولون الأيسر

١. — القولون العرطل الولادي

(Le mégacolon congénital)

ويدعى أيضاً بمرض هيرشبرونغ (maladie de Hirschsprung) باسم مكتشفه .

الحُد . — هو توسع المعي الغليظ أو قسم منه توسعاً ثابتاً مع ضخامة في جدره .
الأسباب . — 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 . — يستقر التوسع في القولون الحوضي غالباً وقد يشمل جميع المعي الغليظ كما ذكر في بعض المشاهدات النادرة (الشكل — ١١٤) ، وهذا التوسع شديد يحتوي أكثر من خمسة عشر ليتراً من المواد المعوية ويبلغ

محيطه الجسدين 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) .



(الشكل - ١١٤)
قولون عرطل ولادي
(توسع جميع المعى الفليظ)
(بوشه)

وليس طبقات المعى المتسع سليمة فغشاؤه المخاطي متقرح نتيجة لركود المواد المعوية وفي طبقاته المصلية سحابب تصلب ناجمة عن الخمج . ويكشف الفحص النسيجي تكثفاً وارتشاحاً التاميباً في جميع الطبقات وخاصة في الطبقة العضلية مع التهاب الشريان المزمن المختلف الشدة .

يبدو المستقيم بالمس الشرجي ضيقاً فارغاً من المواد وهي علامة ذات شأن في مرض هيرشبرونغ أما بقية أقسام الانبواب الهضمي السكائنة فوق التوسع فسليمة .

الأمراض . - اختلفت الآراء في إمراض هذه العلة فعزاها البعض إلى شذوذ ولادي في نمو القولون (هيرشبرونغ) ونسبها البعض الآخر إلى عائق مضيق بعض التضيق في القولون الحوضي وقيل أخيراً أنها تنجم عن اختلال في التوازن العصبي ما بين المهيم والودي .

ويميل أغلب المؤلفين ، في الوقت الحاضر ، إلى القول بأن التوسع يحدث بتأثير التمزجات الاستدارية التي تقف عند الوصل المستقيمي السيني الحلي 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 لا يتغوط 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 الحصى البرازية القاسية . ولا تنجس 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) .



(الشكل - ١١٥)

وجدار البطن رقيق يجتازه أوردة كبيرة وترى من خلاله العرى المعوية الشديدة الانساع وأحياناً بعض تموجاتها الاستدارية . وإذا قرع البطن كان طلياً وإذا جس أمكن في بعض الحالات الشعور بكتل صلبة هي كتل البراز القاسية (الورم الغائطي) وتسمع بعض القراقر بالإصغاء . ويكشف المس الشرجي تقفعا في صارة الشرج (سببه الشق الشرجي المرافق) وفرغاً في مجل المستقيم كما تشعر رأس الإصبع بعروة السين المتسعة والممتلئة بالمواد الغائطة .

والى جانب هذا الشكل المصادف في (عن بوديان)

الأطفال أشكال أخرى ترى في الكهول حيث اتساع العروة شديد أيضاً ولكن الحالة العامة لا تتأثر فيهم كما في الأطفال والرضع ، 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 ويشد خطره كلما صغر سن الطفل فإن الشكل الذي يظهر منذ الولادة يميت الرضيع ببضعة أيام بتناذر الانغلاق الحاد .

وينجم الخطر في الأطفال :

١ . — عما يحدثه القبض الشديد المتصف به هذا المرض من تسمم مزمن : قهم ، نحول ، فاقة دم ، تأخر في النمو ، قصور كبدي .

٢ . — عن توسع القولون الجسيم وما يحدثه من زلة تنفسية وازرقاق وإسراع في القلب مع عدم انتظامه (بدفعه الحجاب) أو خرب في الطرفين السفليين (بضغطة الأجوف السفلي) أو بيلة دموية (بركود البول في المثانة) .

٣ . — عن التهاب القولون والمستقيم النزفي أو عن التهاب السين التاليين للتسمم الغذائي المصادف عادة في هذه العلة . وهذا الانتهاب اختلاط كثير الحدوث يتصف بالإسهال المدمى وتطبل البطن المؤلم وقد ينتهي بانتقاب القولون والتهاب الصفاق الشامل .

٤ . — عن انغلاق الأمعاء بانفتال عروة السين المتسعة أو بانسدادهما بكتل البراز القاسية (الورم الغاطي) .

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 حقنة الباريث الظليلة التي تكشف موقع الاتساع وفي هذه الحالة يجب إدخال عدة ألنار 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 :

١ . — المعالجة الدوائية : هي معالجة ملطقة غايتها إفراغ القولون يومياً

بالرحضات المائية أو الزيتية وبتناول زيت الجروع أو زيت البارافين عن طريق الفم . ومتى كان تشنج في صارة الشرج يستحسن التغلب عليه بالتشريب القطني أو بتوسيع الشرج بالشمعات .

٢ . - 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 المسددة 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 تهئية الطفل جيداً : افراغ القولون بالرحضات والمسهلات ، ونظهير الأمعاء بالصادات . ونتائج قطع المستقيم والسين الحرقفي (عملية سوينسن « opération de Swenson ») مشجعة فإن أكثر الاطفال المبضوعين يتغوطون يومياً بانتظام ويستعيدون وزنهم وشهيتهم للطعام .

٣ . - 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 الأخرى ، وصفتها الارثية والأمرية لا تنكر ، وهي تنصف بازدياد طول القولون أو طول أحد أقسامه دون أن يرافقه ذلك اتساع في لمعته . ويحتمل المرء هذه العلة التي لا تسبب له أي اضطراب إلا إذا أصيبت بأحد الاختلالات . التشريح المرضي . - تصيب هذه العلة القولون الأيسر غالباً وخاصة عروته السينية ، أما إصابتها لجميع القولون فلا تصادف إلا في ثلث الحالات فقط . وتكون الماساريقي متطاولة وضيقة القاعدة فتؤهب القسم المصاب من

القولون للانفتال ، الذي يعد أهم اختلاطات هذه العلة . كما أن انقباض هذه الماساريقي في عقب التهابها وما ينشأ عنه من تكون لحم ليفية مفضية الى تقريب ساقى العروة المتطاولة ، يساعد على الانفتال أيضاً .

الأعراض . - يبقى قسم كبير من تطاولات القولون ساكناً طيلة الحياة ، بينما يكشف القسم الآخر عرضاً بالفحص الإشعاعي أو في أثناء فتح الصدى (الجثة) . تنصف الأشكال النموذجية من هذه العلة بعرض هام هو القبض المستعصي الثابت الذي قد يستمر عدة أيام في بعض الحالات ويرافقه ابتلاع الهواء والبَخَر وشعور المصاب بحس الامتلاء وبنوب ألمية خفيفة تستقر غالباً في الحفرة الحرقفية اليمنى وتنتهي باطرّاح مقدار وافر من الغازات . ولايكشف فحص البطن عادة إلا بعض التطنل الخفيف في ناحية القسم المتطاول من القولون .

السير . - إذا تركت العلة وشأنها بقيت طيلة الحياة دون أن تزجج المريض ، أو أنها نشدت فنتسع العروة المتطاولة (القولون المستطيل العرطل dolicho - mégacolon) 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 وتطنل 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 ونحوه الشديد . وإذا 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 وافرأ أحمر

اللون ونجم عنه فاقة دم حادة؛ ومصدر الدم آلي في أغلب الحالات (انقتال وفتي 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 القرصي 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 والكبد (ضخامة الكبد) والحالة اليرقانية الخفيفة .

وتعرف العلة بتصوير القولون الاشعاعي ونقي إصابة الأعضاء الأخرى .
الفحص الاشعاعي . - إذا أخذت صورة اشعاعية بسيطة لبطن المريض كشف في نصفه الأيسر كثير من الفقاعات الغازية . أما الرحضة الظليلة فتظهر القسم المتطاوّل من القولون ودرجة حذرته (tonus) وتحرّكه 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 لتطاوّل القولون .

المعالجة . - دوائية وجراحية :

١ . - **المعالجة الدوائية :** تطبق في معالجة قولون مستطيل غير مصاب بأي اختلاط وغايتها مكافحة القبض وهي تتألف : أ . - من الحمية الغذائية القليلة اللحم والحالية من الدقيقيات (farineux) والحضر الجافة والأفاويه والغول .
ب . - من المليّنات اللطيفة كزيت البارافين . ج . - من مطهرات الأمعاء كالبرموت والفهم . د . - من تدليك جدار البطن أو تطبيق الأمواج القصار

أو المعالجة بالحرارة (cure thermale) هـ . - وإذا أخفقت هذه المعالجة
أجري التشريب القطني أو الحشوي الذي يوقظ الحركات الاستدارية ويفضي
إلى إفراغ المعوي بمحوه فعل الأعصاب الحشوية الناهي . ويفعل اليوهمين
(yohimbine) والبروستغمين (prostigmine) فعل التشريب القطني
في هذه الحالة .

٢ . - 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 إفراغ 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 المز مع قطعها ملتصقة فُضِّل تخفيف هذا الالتهاب بمركبات
البرزوت والسولفاميد المعوي .

* * *

البحث الثاني

انفتالات القولون

(Les volvulus du côlon)

يكثر الانفتال في القولون الحوضي (٨٠٪ من الحالات) ويقل في القولون
الايمن ويندرجداً في القولون المعترض حيث لم يذكر منه سوى ثلاث حالات فقط .

انفتال القولون الحوضي

هو انفتال عروة السين حول محورها الماساريقي .

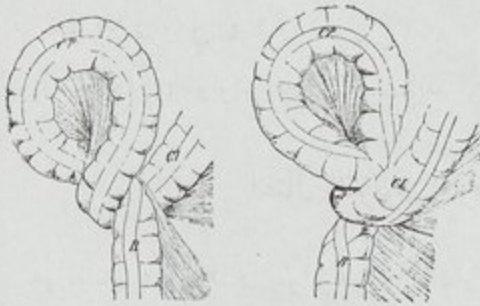
الأسباب . - يكثر هذا الانفتال في الرجل ويقل في المرأة ويصادف
خاصة في الكهول ولكنه قد يصيب الشيوخ والاطفال ، سببه القبض الذي يملأ
العروة ويوسعها فتدور على نفسها نصف دورة خاضعة لقسمها الأكثر امتلاءً وثقلًا
ولكن التموجات الاستدارية ودفع المواد الغائطة يكملان الانفتال . ولا يكفي
القبض وحده لحدوث هذه الآفة بل لا بد من وجود أسباب مؤهبة : طول
القولون الأيسر الولادي ، اتساع الامعاء الفجائي بحمية غذائية غنية بالانقراض
(الحضر) ، ضيق قاعدة عروة السين الولادي أو المكتسب (التهاب الماساريقي
الانقباضي الذي يقرب ساقي العروة) ويعتد 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 يحدث في الدوران فيها لانفتال ماساريقاها التي تحتقن في بادئ الأمر ثم تصاب بالموت والانقباض .

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



(الشكل - ١١٦)

انفتال القولون الحوضي

في اليسار : المستقيم في الأمام

في اليمين : المستقيم في الوراء

مستمر أو على شكل نوب يرافقه غثيان وتوقف تام في المواد الغائطة والغازات .

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

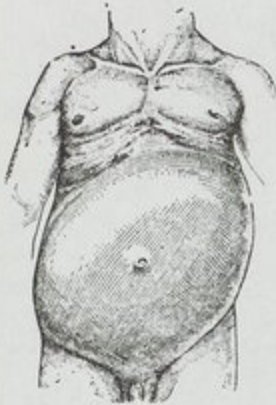
المريض تغيرت سجنته واتسخ لسانه وأسرع نبضه وضعف ثم مات بعد عدة أيام بانثقاب العروة المنفتلة أو بتسمم الدم الغائطي (stercorémie) .

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 بالجلوس متوترة ولا تموجات استدارية فيها وإذا أصغي إليها وهي تقرع سمع لحن معدني واضح (العرض الحوجلة) الدال على اختناق باطن .

أما المس الشرجي فيكشف أحياناً فراغ مجل المستقيم وخزب غشائه المخاطي .

الفحص الإشعاعي . - إذا فحص البطن بدون مادة ظليلة لوحظ وضوح غاـزي واسع يشغل قسماً كبيراً منه ، وقد تبدو سويتين سائلتين الأولى في القطعة الصاعدة من العروة والثانية في قطعنها النازلة . أما الرخصة الظلية ، التي يجب أن تجري تحت ضغط بسيط ، فتكشف توسعاً في مجل المستقيم مع توقف السائل بجذاء الوصل المستقيمي السيني أو مرورها إلى ما فوق الوصل على هيئة الحلازون .

التشخيص . - يستند إلى تناذر الانغلاق وتطبل البطن الشديد والفحص الإشعاعي . 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 .



(الشكل - ١١٧)
انفصال القولون الحوضي

المعالجة . - يفتح البطن على الحط المتوسط تحت السرة وتستخرج العروة المنسعة ويفك انفصالها وتفرغ محتوياتها بمسبار مستقيمي ثم ينظر في حالتها أولاً ثم في حالة المريض العامة ثانياً ، فإذا كان المريض مسناً منهوكاً وحالة العروة حسنة أعيدت إلى البطن وثبت القولون ، والنكس كثير في هذه الحالة ، وإذا كان المريض صغير السن والعروة منتقبة أو مصابة بالموات قطعت وخطط طرفاها أو ثبتا على الجلد لمدة ثلاثة أشهر على الأقل يغلق بعدها الشرج الصناعي .

وتشارك في جميع هذه الحالات المعالجة الدوائية (حقن الصادات ، مص العفج المتواصل) مع المعالجة الجراحية .

البحث الثالث

أورام القولون الأيسر

١. - 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 يهمننا دراسته في هذا البحث .

الأسباب . - إن داء المرجلات المستقيمي القولوني علة نادرة تنصف بظهور عدد كبير من الأورام الغدية المخاطية في المعوي الغليظ ، تصيب الذكور أكثر من الإناث وتلاحظ في جميع سني الحياة إلا أنها تكثر في سن الثلاثين ، وهي علة وراثية وأسرية تصادف في عدة أفراد من الأسرة الواحدة .

التشريح المرضي . - لداء المرجلات القولوني شكلان تشريحيان : شكل ينتشر في جميع أقسام المعوي الغليظ منذ نهاية اللفائفي حتى الشرج وهو الشكل المنتشر الذي قد يصيب أقسام المعوي بمرمتها فيشاهد في اللفائفي والصائم والعفج أيضاً ، وشكل ينتخب القطعة المستقيمة السينية من المعوي الغليظ وهو الشكل الموضع الأكثر مصادفة (الشكل - ١١٨) وقد تستقر المرجلات في السين الحرقفي والاعور 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 سايم . وتظل الطبقة العضلية من المعى سليمة فإذا أصيبت شك بالحؤول السرطاني .



والمرجل ورم غدي يتألف من نسيج ضام وعائي يتكاثر في لحمته نسيج غدي وتستتره طبقة واحدة من خلايا ظهارية تتصل بمثيلتها في الغدد والغشاء المخاطي .

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 الإسهالات والنزوف والآلام الشرسوفية . ولكن تكرر النوب وتقاربها يؤثر في حالة المريض العامة فيهزل لقلة التغذية كما يصاب بفاقة الدم نتيجة للنزف الشرجي الوافر .

(الشكل - ١١٨)

داء المرجلات الاساسي :
مرجلات صغيرة منتشرة في
المستقيم والبن وفي أعلاها ورم
سرطاني :

(شاربه)

وإذا أصيب الطفل بهذه العلة تأخر نموه .

٢. - **العلامات الفيزيائية :** إذا فحص البطن بدا ليناً غير مؤلم ، وقد يكشف جس الحفرة الحرقفية كتلة عجينية هي قطعة المعى المصابة بداء المرجلات .
التشخيص . - يستند التشخيص الى العلامات الوظيفية السابقة وإلى ظهورها في عدة أفراد من الأسرة الواحدة ، كما يستند إلى المس الشرجي وإلى تنظير المستقيم بالمنظار الخاص به .

ففحص الشرج يكشف أحياناً مرجلاً 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 بجذول هذه المرجلات السرطاني .

ويفيد تنظير باطن المستقيم في كشف مرجلات لم يشعر بها بالمس الاصبعي وتبدو هذه المرجلات صغيرة ، شاحبة اللون ، مُنسبِئة في الغشاء المخاطي أو مجتمعة على شكل كتلة لينة لونها أحمر قائم تشبه توتة العليق (framboise) ويفيد تنظير المستقيم في هذه الحالة في أخذ خزعة من المسكان المشتبه به .

وإذا كانت الآفة منتشرة الى القولون الحوضي والقولون المعترض كان التصوير الاشعاعي ضرورياً لمعرفة امتداد الآفة فإذا اجري للمريض رخصة ظليلة ثم افرغت ونفخ القولون بعدها ظهرت المرجلات بوضوح على شكل مرقط أو على هيئة جلد النمر .

السير . - يسير هذا الداء سيراً مزمناً على هجمات متتابعة ثم ينتهي بالانسداد المعوي انغلاقاً أو يصاب بالجزول السرطاني وهو اختلاط كثير الحدوث يعادل ٥٠٪ من الحالات ويبدو بعد سن الأربعين أي بعد ظهور العلامات المعوية (الاسهال والنزف) بعشرين سنة تقريباً .

المعالجة . - جراحية صرفة وهي تختلف بحسب امتداد الآفة ، فإذا كانت

المرجلات منتشرة في القولونات والمستقيم وكان المريض صغير السن وصحيح البنية 'فضل' بت المستقيم والقولون التام ثم اجراء شرح 'صنعي' دائم على نهاية اللغائفي، واذا كانت الآفة منحصرة في القولون المعترض أو في القطعة المستقيمة السينية من المعوي الغليظ ، قطع القولون وفوغمت نهاية اللغائفي بالمستقيم أو بالسرين على أن تعالج المرجلات القليلة العدد والمحتمل وجودها في المستقيم بالخبرة (التخثير الكهربائي «électro - coagulation»).

٢. — سرطان القولون الأيسر

الأسباب . - إن سرطان القولون الأيسر كثير المصادفة ويستقر غالباً في القطعة الخوضية من القولون بمعدل ثلثي الحوادث تقريباً ، يصيب الرجل أكثر من النساء وبصادف بعد سن الأربعين .

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 للعدة المعوي (الأورام على شكل الحيط «en ficelle») وهي أورام صغيرة الحجم قليلة الاتساع، لا تنتشر بعيداً في الغشاء المخاطي ولكنها تمتد عمقاً بسرعة فتستولي على طبقات المعوي (المخاطية، تحت المخاط، العضلية، المصلية) جميعها ثم تمتد إلى الأحشاء المجاورة وتلتصق بها فأورام زاوية القولون اليسرى تنتشر إلى الطحال والكلية اليسرى وذيل المعشكة والمعدة، وأورام القولون النازل تمتد إلى عضلة البسواس والحالب الأيسر بينما تستولي سرطانات القولون الخوضي ، وهي الأكثر 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 المعوي فيتسع القولون فوقها ويتقرح وقد ينثقب في جوف الصفاق الحر ، والثانية الحُج الذي يصيب الورم ويمتاز طبقات المعوي فيلصق الورم بالأعضاء المجاورة وقد يتكون بنتيجته الحُراج حول القولون .

وتضخم العقد اللمفاوية غالباً وضخامتها النهائية في أكثر الأحيان وتنجم عن تقرح الورم وهذا ما يجعل معدل شفاء سرطانات القولونات كبيراً إذا أُجري التوسط الجراحي باكراً ، أما إذا أهمل المريض فإن العقد تضخم ضخامة سرطانية بانتشار الورم إليها بطريق الجذوع اللمفاوية . وأكثر العقد إصابة هي الكائنة على امتداد القوس الشريانية المجاورة للمعوي ، فقطع الشريان الماساريقي السفلي بالقرب من منشأه يزيل في سرطان القولون الحوضي والقولون النازل الورم والعقد اللمفاوية في آن واحد .

وانتقالات سرطان القولون الأيسر إلى الكبد والصفاق والسرة والهيكمل العظمي نادرة .

أما من الوجهة النسيجية ، فإن سرطان القولون الأيسر ، كسرطان الاغور ، 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 لا يخضع للمعالجة الدوائية ، وآونة بآلام مقرها الجهة اليسرى من البطن .

دور الصولة . - في هذا الدور تبدو العلامات الوظيفية والفيزيائية العامة التالية :

١. - العلامات الوظيفية : هي الآلام والاضطرابات المعوية والنزف المعوي . فالآلام مختلفة الشدة تظهر أحياناً بشكل قولنجات حادة ترافقها الأقياء وتطبل البطن ثم تخف هذه الآلام بنحوظ 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 .

٢. - العلامات الفيزيائية : يكشف جس البطن نقطة ألمية ثابتة في الحفرة الحرقفية اليسرى كما يمكن بواسطته الشعور بانتباج غير طبيعي مقره الحفرة الحرقفية اليسرى قوامه قاس 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 عجبي مختلف من فحص لآخر ما هو إلا المواد المعوية المتراكمة فوق العائق والتي تظهر تارة وتزول أخرى .

٣. - 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 كميته البيض .

التشخيص . - لا تكفي 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 المعشكلة أو الكلية

اليسرى وبالطَّحَل (ضخامة الطحال) ومع ذلك فإن ظهور ورم في القولون النازل أو في السين في امرئ جاوز الأربعين يجعل احتمال اصابته بالسرطان كبيراً. **الفحص الاشعاعي.** — إذا أجري للمريض رحضة ظلية وكان سرطان القولون في دور البدء اقتصرَت العلامات الاشعاعية على النشوء الطفيف الثابت في جميع الصور الاشعاعية (فرضة أو فجوة) . أما في دور الصولة فإن رحضة الباريت تقف بإزاء الورم او تحتازه الى قسم القولون المتسع فوق العائق (الشكل - ١١٩)



الشمعة . كما أن نفخ القولون بعد إفراغ الرحضة الظلية يفيد في معرفة امتداد الآفة .

إن هذه العلامات الاشعاعية تميز السرطان عن المراحل كما تميزه عن التهاب السين حيث يظهر الضيق في العلة الأخيرة أكثر اتساعاً حدوده غير منتظمة فيها وتوج ظاهرة .

(الشكل - ١١٩)

سرطان السين الحرقفي

(غوثان)

تنظير المستقيم والسين الحرقفي . —

نتمكن به من رؤية الأورام الواقعة في

القسم السفلي من القولون وأخذ خزعة منها بغية التشخيص .

السبر والاختلاطات . — اذا ترك الورم وشأنه أصيب بالاختلاطات الآتية :

الانغلاق ، الحنج ، الانثقاب .

فالانغلاق المعوي الحاد هو أكثر الاختلاطات حدوثاً وقد تبدأ الآفة به

ويتصف بما تتصف به الانغلاقات الواطئة من اقياء قليلة متأخرة وتقبل شديد

يعم البطن جميعه اذا اشتراك المعى الدقيق بالاتساع .

وينجم الحنج عن تقرح الورم ويبدو بالدرع الالتهابية او بظهور خراج

امام السرطان او خلفه ينفتح في الامام 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 الايسر جراحية بحتة وهي شافية أو ملطفة :

المعالجة الشافية . — تقوم هذه المعالجة بقطع القولون القسبي مع مجموعة العقد المرافقة له أو بقطع نصف القولون الايسر 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) « SÉNÉQUE » على أن يهيا المريض جيداً قبل هذا القطع : يقوَّى بنقل الدم وحقن المصل السكرية والملحية وتطهير امعاؤه بالحمية والمسهلات المتكررة والصادات (ستربتوميسين ، كلورومايستين) ومركبات السولفاميد غير المنحلة (سولفوغوانايدين « 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 ويستعيز 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 القسبي

وهذا ما يجددو بنا الى تُطع نصف القولون الايسر في كل وقت تسمح به حالة المريض العامة والموضعية .

المعالجة المملطة . - تقوم بتحويل مجرى المواد المعوية بمقاعمة اللفائقي بالسین



(الشكل - ١٢٠)

اخراج عروة السين المملطة مع رباطها خارج البطن
وخياطة الصفاق حول قدمها
(طريقة كينو)

الخرقي أو بإجراء شرح صناعي
دائم وذلك بفتح المعوي فوق
العائق على جدار البطن الأمامي
ولا تجرى هذه المعالجة المملطة
الا في حال انتشار الورم الى
الاعضاء المجاورة (المثانة ،
المعي الدقيق ، الكلية ، الخالب ،
الطحال) أو انتقاله بعيداً الى
الكبد أو السرة أو الصقل .

أما في حالة اختلاط الورم
بالانغلاق المعوي الحاد أو
بالتقيح حول القولون فيجرى
شرح صناعي مؤقت على

القولون المعترض أو الأعور (زمن أول) وبعد تحسن حالة المريض العامة
والموضعية يقطع الورم مع العقد المرافقة له (زمن ثانٍ) ثم يغلق الشرح الصناعي بعد
شهرين أو ثلاثة أشهر (زمن ثالث) .

وأخيراً فإن انتقاب الورم في الصفاق الحر ، ويقع غالباً في سرطان عروة
السين الخرقني ، يعالج اما بوضع العروة المصابة خارج البطن او بقطع العروة
حالا وخياطة نهايتها بالجلد (شرح صناعي) على ان يستنض جوف الصفاق في
الحالتين ويعطى المريض مقادير كبيرة من الصادات .

البحث الرابع

الشرح غير الطبيعى والنواسير الغائطية

(Anus contre nature et fistules stercorales)

إذا انفتح القولون على سطح الجلد بفوهة واسعة ومرّ منها جميع محتوى المعى سميت هذه الحالة بالشرح غير الطبيعى، وإذا كانت الفوهة ضيقة ولم تسمح إلا بمرور قسم ضئيل من المواد الغائطة سميت بالناسور الغائطي .
الأسباب . - ينفتح المعى على الجلد .

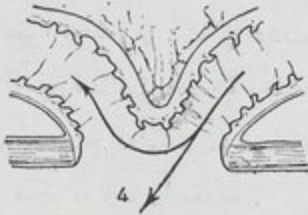
١ . - فى عقب توسط جراحي على البطن وهذا ما يحدث تلو تفكك غرز المعى عفواً أو بجوار ذبالة كما يحدث فى رض المعى وفى اختناق الفتق ، وفى الحالة الأخيرة تلتصق العروة المحتنقة المصابة بالموات بعنق الكيس وتنبثق فيتكون من جراء ذلك ضرام غائطي فى كيس الفتق لا يلبث أن ينفتح على جلد الصفن مكوناً ناسوراً معوباً .

٢ . - نتيجة لعلّة معوية (سل ، سرطان) استولت تدريجياً على جدار البطن أو حدث بسببها تجمع صديدي شقه الجراح أو انفتح عفواً على الجلد . ويقرب من هذه الحالة تكون النواسير الغائطية فى اليمين فى عقب التهاب الزائدة وفى اليسار تلو التهاب السين الرتجى (sigmoidite diverticulaire) .

٣ . - نتيجة لعمل جراحي أجري لتحويل مجرى المواد المعوية مؤقتاً (خزعة اللفائفي فى الانغلاقات الحادة، خزعة الأعور فى سرطان القولون القابل للاستئصال) أو بصورة دائمة (شرح صناعي فى عقب بتر المستقيم لورم خبيث فيه) .

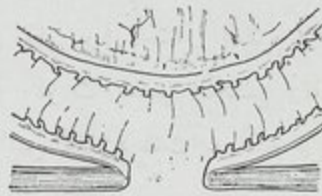
التشريح المرضي . - يختلف موقع الناسور المعوي على جدار البطن باختلاف موقع الآفة البدئية : فالناسور التالي لتوسط جراحي يقع عادة في حذاء الندبة الجراحية ، والناسور التالي لانتهاج الزائدة الحاد أو لآفة ورمية في الأور يقع في الحفرة الحرقفية اليمنى الخ . . . ويختلف خطر الناسور باختلاف مقره في الأنبوب المضمي فكلما علا اشتد خطره على الحياة فالنواسير العفجية المصادفة في بعض رضوض العفج أو التالية لبث المعدة الشاق خطرة جداً على العكس من النواسير الواقعة على القولون والتي يحملها المرء بكل سهولة .
يميز من النواسير الأنواع الآتية :

٦ . - النواسير المباشرة حيث يلامس المعوي جدار البطن ويتصل غشاؤه المخاطي بالجلد وفي هذه الحالة يكون طرفا العروة الصادر والوارد أ . - ماسين لجدار البطن (النواسير الجانبية) فتمكن الأصبع الداخلة فوهة المعوي من ولوج هذين الطرفين بسهولة دون أن تشعر ببرزة أو مهباز (الشكل - ١٢١)



(الشكل - ١٢٢)

شرح غير طبيعي مع مهباز غير كاف
(دوفال وكاتولييه)



(الشكل - ١٢١)

شرح غير طبيعي لا مهباز له

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 المعوي بمهباز (الشكل - ١٢٢) يفصل قطعه الصادر عن قطعه الواردة ويجعل

معظم المواد المعوية أو كلها تخرج من الشرج غير الطبيعي وهذا ما يجعل الشفاء العفوي مستحيلاً .

٢ - النواسير المعتنفة وتسمى بالنواسير الغائطية الصديدية وفيها يتكون مجرى متعوج (tortueux) يختلف الطول ما بين ثقب المعوي 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 حمى أو تقرحاً مختلف الاتساع (الشرج المتكون في المعوي 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 الغائطية .

ولا تتأذى الحالة العامة في الشرج غير الطبيعي الواقع على القولون بينما هي شديدة التأذي عندما يقع هذا الشرج في العنق أو في عروة معوية عالية فينجل المريض بسرعة ويصاب بالحسّـرّض .

الفحص الاشعاعي . - يفيد هذا الفحص - الذي يجري بإعطاء المادة الظليلة عن طريق الفم أو عن طريق الرحضة (الباريت) أو بحقنها موضعياً في الناسور (الليبيدول « lipiodol ») - في تعيين موقع الناسور على الانبوب الهضمي وفي تقدير اتساعه وفي كشف المجرى الممتد من ثقب المعوي الى فوهة الجلد في النواسير الصديدية الغائطية .

الاختلاطات . - إن أكثر الاختلاطات مصادفة هي :

١ - ضيق الفوهة السفلية المفضي إلى ضمور الطرف الصادر .

٣ . - انسداد الغشاء المخاطي ويصادف في كل شرج غير طبيعي واسع الفوهة ، وقد تسدل جميع طبقات المعي وتصبح غير ردودة لاختناقها أو لانتهائها .

٣ . - الفتوق في باطن الشرج حيث تدخل بعض العرى المعوية في المهاز وتختنق فيه .

المعالجة . - 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 المهاز بمفغرة دوبوترن المعوية (entérotome de Dupuytren) وقد قل استعمال هذه الطريقة لحظرها (التهاب الصفاق بانقراض عروة معوية دقيقة بالمفغرة) واستعيض عنها بسد الشرج بالحياطة الجانبية إذا كان الضياع المادي صغيراً أو بقطع المعي ثم الحياطة الحلقيّة 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 الأول

شق الشرج

(Fissure anale)

هو تقرح سطحي يظهر في حذاء أحد أثناء فوهة الشرج ولا سيما في ملتقاها الخلفي، يتصف سريراً بآلام مبرحة ذات نوب اشتدادية يرافقه انقباض متقطع أو مستمر في صادة الشرج .

الأسباب والأمراض . - شق الشرج علة نادرة في الأطفال وكثيرة في

الكحول (٤٠ - ٥٠ سنة) ، تصادف في المرأة غالباً وسببها الرئيس الرغود 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 و مرور 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 الحيوط العصبية في قعر الشق أو في حافاته تتعري 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 تفرح 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 يباني 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 أربع ساعات .
 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 وبأخذ الأدوية القابضة أو على العكس من ذلك بتناوله المسهلات التي تسيء إلى حالته العامة فيهزل

ويصاب بالآرق والحوَر . 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 الحُط 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 متأصل (invétérée) . يرى البسيط منه بشكل تقرح



(الشكل - ١٢٣)

شق شرجي بسيط فوق حليلة
باسور
(بالي)

سطحي أحمر اللون بيضاوي الشكل يسير بامتداد أثناء غشاء الشرج المخاطي وقد يكون مختبئاً بين ثنيين مخاطيين فوق حليلة باسور صغير (الشكل - ١٢٣) . ويشبه الشق المتأصل ، بمنظره ، الشق البسيط إلا أن حافاته أكثر كثافة وقعره ذو لون سنجابي وهو يختلط غالباً بالبواسير والمرجلات وأحياناً ببواسير سطحي (تحت الجلد والمخاط) ينزّ مادة مصلية قيحية ويتكون بسبب الانفكاكات في الناحية .

التشخيص . - سهل فهو يستند : ١) إلى نوبة الألم الوصفية في الشق .

٢ . - إلى رؤية التقرح الحُطّي في الملتقى الحُلقي للشرج وإذا كان الشق عميقاً استعين بمنظار الشرج أو بمنظار المستقيم لكشفه .

٣ . - إلى المس الشرجي الذي يجري بعد طلي الأصبع اللابسة القفاز بالفازلين الكوكائيني فيه 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 وبارتشاف النسيج المحيطة به وبضخامة العقد ويستند التشخيص الفارق إلى الخزعة . يلتبس الشق أيضاً بالقرحتين الأفرنجية والليئة وتعرف الأولى بضخامة العقد الأربية في الجهة الموافقة وبرؤية البريميات الشاحبة بالجهاز (ultra-microscope) . كما تعرف الثانية بكثرتها ولين حافاتها .

المعالجة . - دوائية وجراحية :

١ . - المعالجة الدوائية : فائدتها موقنة وأساسها مكافحة القبض بالمليينات اللطيفة ، واستعمال المراهم المسكنة أو كي التقرح بقلم نترات الفضة أو استعمال التيار ذات التوتر العالي أو المداواة بالأشعة السينية .

وقد يشفى الشق البسيط بحقن ما تحته ببضع قطرات من محلول النوفوكائين المخدر أو من محلول كلورماآت الكينين والبولة المضاعفة المصلب ، وتكفي حقنة واحدة عادة . أما إذا أخفقت فيعاد الحقن ٢ - ٣ مرات بفاصلة بضعة أيام بين كل حقنة وأخرى .

٢ . - المعالجة الجراحية : فوامها توسيع الشرج الذي يحور التقفع : يخدر المريض تخديراً عاماً ثم يدخل الإبهامان في الشرج ويوسعانه بلطف ، وهذا يكفي في الغالب أو يشرك التوسيع بالكي السطحي الذي يسرع الندب . ويفضل استئصال التقرح بالمشروط الكهربائي في معالجة الشق المتأصل على أن تزال في هذه الحالة النواشير والانفكاكات تحت الجلد والغشاء المخاطي ، إذا كانت قد تكونت ، وعلى أن تُخرب البراعم المرجلية في حذاء الشق بالخشربة (electro - coagulation) .

* * *

البحث الثاني

خراجات مول الشرج والمستقيم

الحد . — هي خراجات تتكون حول قناة الشرج والمستقيم ولا علاقة لها بنظام الحوض أو بالجهاز التناسلي البولي. ويتطلب درس هذه الخراجات معرفة الأماكن التشريحية التي تنتخبها وهي ثلاثة :

١. — 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 .

٢. — الحفرة الوركية المستقيمة التي تحدها رافعة الشرج وعظم الورك وجلد العجان وتتكون خراجاتها في خارج صارة الشرج .

٣. — الفسحة الحوضية المستقيمة 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 أكثرها حدوثاً وأشدّها خطراً ضرام ما حول المستقيم العفن أو الموائ التي يستولي سريعاً على الأماكن الثلاثة السابقة .

الأسباب . — يعد ألمج السبب الأول في حدوث خراجات حول الشرج والمستقيم، والجراثيم المصادفة في صديد هذه الخراجات هي، من حيث الكثرة، العصيات القولونية فالمكوراتان العنقودية والعقدية فالاهوائيات . وتشترك هذه

الجراثيم عادة بعضها مع البعض الآخر وقد تشترك مع عصية كوخ فنكون العلة خراجاً بارداً قد تعفن تعفنًا ثانويًا 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 القرصي 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 :

١. — **الخراجات السطحية** أو خراجات دائر الشرج : وهي أكثر 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 العصبية وترداد 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 الجلوس بالاصبع والمس الشرجي يوقظان الألم 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 مضطجعا على جنبه ، وتنتبج

الناحية انتباجاً مؤلماً حاراً ويحمر الجلد في حداثها وتبرز أثناء فوهة الشرج الموافقة وتخزب ثم يظهر التمزج فإذا لم يبادر الجراح إلى شق هذا الخراج انبتق عفواً فسال صديد كثيف تتن مختلط بأنقاض النسيج الخلوي وتلاه ناسور يصعب شفاؤه بدون توسط جراحي .

ب . - الشكل تحت الحاد : أعراضه شبيهة بأعراض الشكل الحاد إلا أنها أطف (توتر خفيف في المستقيم ، بعض الزحير ، حالة عامة حسنة) ولا يستشير المريض طبيبه إلا بعد انبثاق الخراج وتكون الناسور .

ومن أشكال الخراجات حول الشرج والمستقيم السطحية ، الخراج المسبطن للجدار الذي يمتاز باستقرار التقيح تحت المخاط ولا يرافقه انتباج تحت الجلد ، ولا يعرف هذا 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 .

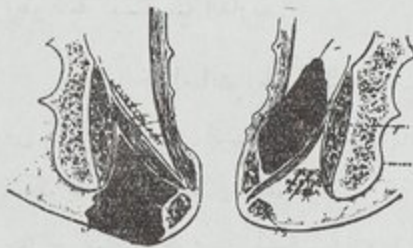
٢ . - خراجات الحفرة الوركية الشرجية : خراجات نادرة (١٨٪) من خراجات حول الشرج والمستقيم) تبتدىء في الحفرة الوركية الشرجية أو تتكون فيها بانتشار عفونة من آفة في محيط الشرج أو بمرور الصديد من خارج الفسحة الحوضية المستقيمية عبر رافعة الشرج (الخراج كزر القميص) . تتصف هذه الخراجات بالأعراض الآتية : آلام حادة ، قبض ، عسر البول في الرجل الذي قد ينقلب إلى أمر تام ، ارتفاع في الحرارة (٣٩-٤٠°) نوافض متكررة ، قهم ، شحوب ، تعجن عميق في جانب الشرج يكشف بالمس الشرجي ويجس الآلية 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 احدهما 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 الامام أو إلى الملتقى الشرجي العصصي في الخلف أو يمتد من الحفرة الخرفية الشرجية الواحدة إلى الأخرى محدثاً أمام العصص مجعماً بشكل نغلة الفرس ، واخيراً قد ينبثق الخراج في الجلد فيتدفق منه صديد غازي تنن الرائحة يفسد هواء الغرفة ويليه ناسور لا ينضب يختلط أحياناً بانفكاك متسع في غشاء المستقيم المخاطي ؛ يتبين بما تقدم خطر هذه الخراجات وسوء انذارها .

٣. — خراجات الفسحة الحوضية المستقيمة العلوية : تدعى أيضاً بضرام الغمد الخليلي (دله) وهي أكثر وخامة من سابقتها ، تتكون فوق رافعة الشرج (الشكل - ١٢٤) وتنجم غالباً عن علة في الشرج والمستقيم (ضيق المستقيم أو التهابه أو سرطانته ، وهذا نادر) أو عن رض المستقيم (جروح الشرج وتشققاته) .



(الشكل - ١٢٤)

خراج الحفرة الوركية الشرجية وخراج الفسحة
الحوضية المستقيمة
(بالي)

تتصف هذه الخراجات ، في الأيام الأولى ، بتفوق العلامات العامة على الأعراض الموضعية : ارتفاع الحرارة ، نوافض ، تشوشات

هضم ، أقياء ، 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 فبدأت الأعراض العامة والموضعية موقتاً (لأن مكان الانفراغ ينغلق فيحبس 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 العصبي ، ومنشأ هذا الشكل عقدي في الغالب .

٤ . - **الضرام المنتشر حول المستقيم** : ينشأ من التهاب النسيج الخلوي الموائي ، علاماته العامة خطرة وسيوره سريع وينتهي هذا الشكل غالباً بموت المريض قبل أن تظهر الأعراض المرضية ولكن إعطاء المريض المقادير الكبيرة من الصادات حقناً وبطريق الفم قد حسن 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 (البنسلين ، الكلورامفينيكول ، 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 هذا الخراج بشق مشعّ (radiée) يتناول الجلد والمخاط معاً ، وذلك بعد توسيع الشرج على أن يعتناء 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 الأولوية إذا كانت قد تكونت وخاصة عند اشتراك هذا الخراج بخراج الفسحة الحوضية المستقيمية عبر رافعة الشرج (الخراج

كززر القميص) وينهى التوسط الجراحي باستنضاض القيح بخصلة من اشعار
فلورنسة أو بأحفوض من المطاط يسحب تدريجياً .

وفي معالجة الخراج بشكل نغلة الفرس ، 'يجرى شق خلف الشرج لاستنضاض
الحفرتين الوركيتين معاً .

ج . - خراج الفسحة الحوضية المستقيمة : يعالج كالخراج السابق بصنع
شق قائم في جانب الشرج .

تشرك المعالجة الدوائية (اعطاء الصادات ، الاستلحاق) مع المعالجة الجراحية
في جميع الحالات الآتفة الذكر .

البحث الثالث

نواسير الشرج

الجلد . - 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 المستقيمة وخراجات الحفرة الوركية الشرجية) .

ويعد مرض نيقولا-فافر من أسباب هذه النواسير أيضاً بما يحدثه من ضيق في المستقيم . ويعود بقاء مجرى الناسور ونكسه بعد البضع إلى سببين :

١ . - بقاء جيب تحت المخاط لم يستنض جيداً .

٢ . - استمرار تعفن الناسور بالمواد الغائظة على الرغم من التطهير (مرور هذه المواد في الناسور التام وهجرة جراثيم المعوي من خلال الغشاء المخاطي وتلويثها بجري الناسور في الناسور الأعور الظاهر) .

التشريح المرضي . - نواسير الشرج قسمان : سطحية وعميقة .

١ . - 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 مخاطية تقع في سوية الحافة العلوية للصاراة . 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 النوايسر السلية تصادف خلايا عرطلة وأحياناً أجربة سلية نموذجية .

ب . - نوايسر عور باطنة تنفتح بفوهة واحدة في الغشاء المخاطي للشرج أو للمستقيم .

ج . - نوايسر عور ظاهرة لها فوهة واحدة على الجلد .

٢ . - النوايسر العميقة : هي أكثر مصادفة من النوايسر السطحية وتأتي في أعقاب خراجات الحفرة الوركية الشرجية أو خراجات الفسحة الجوزية المستقيمية ، يقع مجراها في ملء صارة الشرج أو في خارجها ، ولهذه النوايسر فوهة واحدة على الغشاء المخاطي (نوايسر عور باطنة) أو فوهة واحدة أو عدة فوهات على الجلد (نوايسر عور ظاهرة) أو فوهتان إحداها جلدية والثانية مخاطية (نوايسر تامة) .

الأعراض . - يتصف الناسور بسيلان مادة مصلية قيحية تنتن الرائحة سيلاً مستمراً من الفوهة الظاهرة (في النوايسر التامة والنوايسر العور الظاهرة) أو من فوهة الشرج (في النوايسر 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 سيلائها من فوهة الناسور فارتفعت حرارة المريض واعتوته نوافض شديدة وشعر بآلام حادة في العجان ؛ ولكن هذه العلامات سرعان ما تخف في عقب انفتاح الناسور وانفراغ القيح مجدداً .
التشخيص . - (١) 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 - ٢ عشم .) في النواسير السطحية والبعيدة عنها (٣ - ٤ عشم . أو أكثر) في النواسير العميقة . وتظهر الفوهة في ذروة حليلة إذا عُصرت خرج القيح منها ، وقد تكون هذه الفوهة محتبئة في أحد أثناء الشرج فيتطلب كشفها بسط الجلد . ثم يُسبر مجرى الناسور بمسبار مقنى أو برود 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 الأصبغ بصدمة فقاعات الهواء المحقون) .

٢ . - 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 بالليبيدول وأخذ عدة صور إشعاعية تظهر أيضاً اتجاه الناسور وتوجيهاته وتشعباته .

وإذا كان الناسور سليماً تكون حافاته مقتلعة والسيلان مصلياً ، فيجب في هذه الحالة فحص المريض فحصاً عاماً ولا سيما فحص الرئتين والكليتين فقد تكون آفة سلية مشاركة .

المعالجة . - لا تشفى نواسير الشرج إلا بالتوسط الجراحي (يستثنى من ذلك النواسير السلية الممكن شفاؤها بالمعالجة العامة وبالحقن المصلية) الذي

يجب أن تراعى فيه الأمور التالية : المحافظة على وظيفة صارة الشرج ، التفقيش على الانفكاكات تحت المخاط وتجريفها ، حقن مجرى النواسير المتهبة بالصادات .
أما العمل الجراحي فيجربى كما يلي :

١- . يكتفى في النواسير السطحية الحديثة التكون بشق المجرى : يدخل مسبار مقنسى في المجرى حتى فوهة الناسور الباطنة وتقطع الأنسجة عليه بالمشط الكهربائي ثم توسع تشعبات الناسور وتجرى الكموء وتُخرَّب جدران الناسور بالميسم الناري ويترك الجرح مفتوحاً ليترمم ببطء .

٢- . أما النواسير العميقة فيصعب شفاؤها لكونها قديمة العهد ، متصلة بالجدران ، 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 وبقاء الجرح مفتوحاً ليتم اندماله ببطء .

ويطراً أحياناً سلس في الغائط سببه خذل صارة الشرج التي قطعت ولكن هذا السلس وقي 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 الأول

البواسير

(Les hémorroïdes)

الحذ. - هي دوالي أوردة الشرج والمستقيم .

الأسباب والإمراض . - تصادف البواسير في الذكور والإناث على السواء وهي كثيرة في الكهول (٣٠ - ٥٠ سنة) ونادرة في الأطفال . أسبابها المؤهبة عديدة : البدانة ، زيادة التوتر الشرياني ، النقرس ، عيشة الجلوس ، اعتياد الغول ، الاكثار من الأفاويه ؛ كما أن للوراثة دوراً ذا شأن في التأهب للبواسير .

أما أمراض البواسير فيعود إلى سببين أساسيين :

١. - ركود الدم في أوردة الشرج والمستقيم .

٢. - تبدل بناء جدر هذه الأوردة .

فلركود الدم في أوردة الشرج والمستقيم دور كبير في أحداث البواسير فإن هذه الأوردة تتفاقم بجملة الباب والأجوف ، فكل ركود فيها يؤدي إلى ظهور البواسير ؛ بهذا تعلق كثرة البواسير في أثناء الحمل وفي أورام الحوض :

كيس المبيض ، ورم الرحم اللينى ، ضخامة المثة ، أورام المستقيم (الركود
في جملة الأجوف) كما يفسر بركود الدم في جملة وريد الباب ظهور البواسير في
علل الكبد والطحال : استقرارات الكبد ، احتقانات الكبد في علل القلب ،
ضخامات الطحال المزمنة .

أما تبدل بناء جدر أوردة الشرج والمستقيم فدوره أساسى في التأهب
للبواسير فإن الأوردة تلتهب في المصابين بالقبض المزمن أو بالاسهال المزمن
فترق جدرها وتستحيل أليافها العضلية فتتوسع بسهولة بركود الدم فيها
وتحدث البواسير .

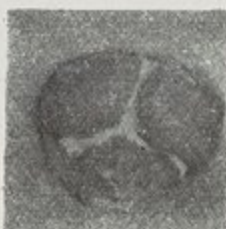
التشريح الموضى . - البواسير قسمان : ظاهرة تبدو في هامش الشرج
وباطنة تبرز في لمعته بارتفاع مصاريع مورغانى . تظهر البواسير الباطنة في البدء
في حذاء الضفيرة الباسورية (الكائنة عند التقاء الوريد الباسورى العلوى بالوريدى
الباسورىين المتوسط والسفلى) ثم يتلوها ظهور البواسير الظاهرة بانتشار التوسع
الدوائى ، بالتفانجات ، إلى الباسورى السفلى . والحلم الباسورية مغزلية الشكل
أو حبابية يتكون من اجتماعها بقط (paquet) باسورى يقع فوق صادة
الشرج يميل إلى الخروج من فوهة الشرج من آن لآخر (البواسير الباطنة
المنسدلة) أو أنه يظل منسدلاً من فوهة الشرج (المبوط الباسورى) .

الأعراض . - ١) الأعراض الوظيفية : هي النزف الشرجى وانسدال البواسير .
فالنزف الشرجى عرض أساسى في البواسير يشتكى منه المريض في أغلب
الأحيان . والدم النازف أحمر اللون ، قليل المقدار قارة ويظهر بعد كل تغوط
بشكل خيوط دموية على سطح المواد الغائطة ووافر المقدار طوراً حتى أنه قد
يؤدى 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 .

٢. - العلامات الفيزيائية : يعاين المريض وهو في وضع السجود أو الإضطجاع الجانبي الأيسر : تبدو البواسير الظاهرة بسهولة بشكل برزات صغيرة رخوة ، وإذا طلب من المريض أن يصنع جهداً أو شدت أثناء الشرج بالاصبعين ظهرت حداث مدورة غير مؤلمة وجهها المخاطي بنفسجي اللون ووجهها الجلدي أبيض اللون متورد (الشكل - ١٢٥) وهذه الحداث إما عديدة فتكون حوية في هامش الشرج أو مفردة فتظهر في نقطة من محيطه .



(الشكل - ١٢٥)
ثلاث حلم باسورية ظهرت
حينما صنع المريض جهداً
(مليغان)

أما البواسير الباطنة المنسدلة فتخرج من فوهة الشرج بشكل حوية مخاطية منتفخة حينما يصنع المريض جهداً .

تبقى البواسير الباطنة غير المنسدلة محتبئة في المستقيم ولا تكشف فيه إلا بمعينة الشرج بمنظاره الخاص أو بمنظار المستقيم ، هذا الفحص الذي يمكننا أيضاً من رؤية العلة المسببة في البواسير العرضية (سرطان، مرض نيقولا-فافر)

ومن الوقوف على درجة التهاب غشاء الشرج المخاطي الذي يرافق غالباً 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 . - يختلف باختلاف البواسير .

١. - البواسير العرضية : تنبع في سيرها العلة المسببة (استقرارات

الكبد ، ضخامات الطحال المزمنة ، أورام الحوض ، سرطان المستقيم ، مرض نيقولا - فافر) .

٢. - 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 :

١. - 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 تقضي بالمريض إلى فاقة دم حادة تتطلب المعالجة بنقل الدم وإعطاء مركبات الحديد .

٢. - الاختلاطات الشديدة : أهمها التهاب الوريد الباسوري الناجم عن تعفن أوردة الشرج بالعصيات القولونية ويتصف بالآلام الحادة والزحير وتشنج صادة الشرج والانتزاع حين المشي والجلوس وإذا اشتد التهاب 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 ينفث في الجلد محدثاً ناسوراً سطحياً .

وقد يصلب الباسور بعد إصابته بهجمات عديدة من الالتهاب فتتسداً أورده ويكثف النسيج الخلوي فينقلب الباسور عجرة جلدية يجب تمييزها عن الورم القنبيطي . وإذا التهمت البواسير الباطنة المنسدلة كبر حجمها وآلمت وتقفعت صادة الشرج تقفعا انعكاسياً فأصبحت البواسير غير ردودة فاذا عوينت ناحية الشرج بدت حويتان مركزهما واحد إحداها 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 صادة الشرج أصيبت البواسير الباطنة بالموات القسبي أو الشامل (إختناق البواسير المنسدلة) فانطرحت عفواً ونجم عن ذلك نزف وافر بانثقاق 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 متكشف ولا متصلب .

ويلتبس الباسور الباطن النازف بالمرجل ولكن المرجل معنق وصلب القوام ويصادف عادة في الأطفال فهو يختلف عن الباسور اللاطيء اللين المصادف في الكهول . وتلتبس البواسير الباطنة الملتهبة التي يرافقها سيلان مخاطي مدمى 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 انضغاط أوردة الشرج بالورم .

أما هبوط غشاء المستقيم المخاطي فيميز عن البواسير الباطنة المنسدلة بحويته التامة حول الشرج .

المعالجة . - دوائية وجراحية :

١. - المعالجة لدوائية : قوامها مكافحة القبض بالمليينات ، 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 المهيمات العديدة) .

تعالج بهذه الطريقة بواسير الحوامل والبواسير في المصابين باسقرار الكبد وبعمل 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 أسبئت طريقة الحقن (حدوث خشكريشات صغيرة يؤدي سقوطها إلى نزف ثانوي إذا كان الحقن عنيماً ومدد النسيج بشدة) .
كيفية العمل : تشرب الطبقة تحت المخاط الواقعة فوق البواسير الباطنة بـ ٥ عشم . م من محلول كلورمات الكينين والبولة المضاعفة بنسبة ٥٪ ويعاد الحقن كل خمسة أيام على ألا يتجاوز عدد الحقن ٨-١٠ .

٢. - المعالجة الجراحية : لقد أهملت طريقة ويتهد (Whitehead) التي تقطع قسماً دائرياً من غشاء الشرج المخاطي والأورة المتسعة تحته ثم يتبعها خفض

الغشاء المخاطي ، بعد تجريده عما تحته ، وخطاطته 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 البواسير بالمشرط أو بالخطربة (electro-coagulation) ويتم ذلك كما يلي : يخدر المريض تخديراً عاماً أو قطنياً وتوسع فوهة الشرج بالإبهامين ثم يمسك رأس كل حوية باسور بمنقاش يجرّ وتخط 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 .

يتأخر على اعطاء المريض مركبات الأفيون ثلاثة أيام ويعطى مسهلاً بعدها .

* * *

البحث الثاني

هبوط المستقيم

(Le prolapsus rectal)

الحمد . - يعنى بهبوط المستقيم خروج قطعة مختلفة الطول منه من خلال فوهة الشرج وهو قسمان : هبوط مخاطي أو قسبي 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 :

١ . - في الطفل : ينسدل الغشاء المخاطي فقط (هبوط المستقيم القسبي)
بتأثير الجهد البطني (الزحير ، الاسهال ، القبض ، السعال ، الأطام «dysurie»
بجصاة المثانة أو بضيق القلفة الأمامي « phimosi ») ، كما ينسدل بإجلاس
الطفل مدة طويلة على الأضيص الأمر الذي يدفعه إلى متابعة الجهد فينسدل
الغشاء المخاطي . وقد عد من أسبابه المؤهبة : وهن صارة الشرج ورافعته
والوضع القائم لعظم العجز في هذه السن .

٢ . - في الكهل : يصادف في الكهل هبوط المستقيم التام ، وهو في المرأة
أكثر منه في الرجل وبعد 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 .

٣ . - في الشيخ : ينسدل الغشاء المخاطي بتأثير القبض العادي وجهود السعال .

الأمراض . - يختلف الأمراض باختلاف نوع الهبوط :

١. - 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 .

٢. - 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 أولاً يجبر وراءه طبقات المستقيم الأخرى لضعف صارة الشرج واتساع مجل المستقيم .

ب. - نظرية قصور وسائط التثبيت (نظرية جيرار ومارشان - Gérard) (Marchant) : إن للمستقيم في الحالة النظامية نوعين من وسائط التثبيت فهو ثابت في الأسفل بالعضلتين الرافعتين وصارة الشرج وأرض العجان ، ومعلق في الأعلى بماساريقي 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 ماساريقي 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 يجبر 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 التأهب لهبوط المستقيم فإنها تدر تدرجياً وسائط التثبيت وتزيد في عمق رتج دوغلاس . وقد يحدث الهبوط بتأثير جهد غفيف (هبوط الجهد) .

والحقيقة هي أن نظرية واحدة لا تكفي لتعليل جميع أنواع الهبوط فإن منها ما يحدث بتأثير الجهد فقط ومنها ما ينجم عن عيب ولادي هو رتج دوغلاس الشديد العمق كما أن منها ما ينشأ من ضعف في أرض العجان واسترخاء في رافعات الشرج .

التشريح الموضي . - ١) الهبوط القسبي : 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 - ١٢٨)



(الشكل - ١٢٧)

الهبوط المستقيمي ذو الاسطوانات الثلاث

الهبوط المخاطي (هبوط الشرج)

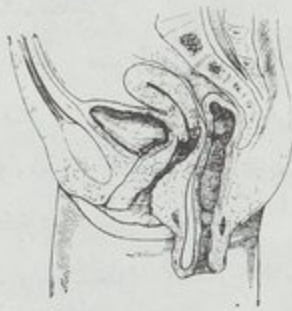
٢. - الهبوط التام : يتصف هذا النوع من الهبوط بانغلاف جدار المستقيم (بما فيه الطبقة العضلية) في فوهة الشرج وهو شكلان :

أ. - الهبوط المستقيمي حيث ينغلف القسم العلوي من مجل المستقيم في قسمه السفلي مع احتفاظ قناة الشرج بمجالتها النظامية . وفي هذه الحالة إذا أجرينا مقطوعاً معترضاً عند ثني الانغلاف قطعنا ثلاث اسطوانات مركزها واحد تكوّن الخارجة منها جدار قناة الشرج ؛ أما إذا أجرى هذا القطع على القسم المأبط فإنه يقطع أسطوانتين متلاصقتين الواحدة ظاهرة هي الأسطوانة

المغلّقة أو النازلة التي يفصلها عن جلد الشرج قلم واضح ، والأخرى باطنة هي الأسطوانة المغلّقة أو الصاعدة (الشكل - ١٢٨) .

وإذا استمرّ الانغلاق 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 بخاط 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 - ١٣٠)

الهبوط المستقيمي الشرجي حيث يرى كيس فتق الأمعاء الشرجي



(الشكل - ١٢٩)

الهبوط المستقيمي الشرجي ذو الأسطوانتين

للفصاق الملتنق بوجهه الأمامي ، هذا الجر الذي يكون كيساً للفتق تدخل فيه عرى المعى الدقيق (الشكل - ١٣٠) ويحدد رباط المستقيم نزول المستقيم في الخلف الأمر الذي يفسر لنا انعقاد 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 . - ١) الهبوط في الطفل : يصادف الهبوط المخاطي في الرضيع والطفل (٢ - ٥ سنوات) ويظهر في أثناء كل تغوط بشكل حوية حلقية أو بشكل مخروط أحمر اللون في مركزه فوهة المعى ويتصل مباشرة بجدار هاشم الشرج أي بدون أن يكون تلم يفصله عنه . يسهل رد هذا الهبوط إذا كان صغيراً (٣ - ٥ عشم .) ويصعب إذا كبر وقدّم عليه العهد فيتعرّض الغشاء المخاطي حينئذٍ للالتهاب والتقرح الذي يؤدي ، في بعض الأحيان ، إلى الضيق الندي .

يلتبس الهبوط المخاطي في الطفل بالمرجل وهو ورمٌ معنقٌ قوامه قاسٍ غالباً ، ينتخب عادة وجه المستقيم الخلفي ، ويكشف بمسّ الشرج أو بمعاينة المستقيم بالمنظار .

٢ . - هبوط المستقيم في الكهل : هو هبوط تام ، يظهر بعد التغوط أو بعد تناول المسهل وأحياناً بعد السعال ، بشكل ورمٍ جسيم أحمر اللون فيه أثناء معترضة نسترها مواد مخاطية . ويشبه هذا الهبوط جذع مخروط قاعدته الكبرى توافق فوهة الشرج والصغرى تنظر إلى الوراء وفيها فوهة المعى البيضاء الشكل ، جداره الأمامي أكبر من جداره الخلفي ، وهو كثيف يتحدّب 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 - بعد رد الهبوط - 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 جهاززي الهضم والتنفس .

٣ . - هبوط المستقيم في الشيخ : يصادف الهبوط المخاطي في الشيخ بسبب

استرخاء صارة الشرج لذلك يدعى بالمهبوط الوهني . يبدو المهبوط بشكل حوية حلقيه مختلفة الطول أثناءها المخاطية حمرة .

يلتبس المهبوط المخاطي في هذه السن بانسدال البواسير والتميز بينهما سهل : تعرف البواسير بشكلها المدور ولونها المزرق وقوامها المتناسك بينما يكون المهبوط المخاطي حوية كاملة حمراء اللون رخوة القوام .

السير والاختلاطات . - إذا ترك المهبوط وشأنه كبر حجمه وأصبح غير ردود وتعرض لاختلاطات عديدة منها :

١ . - الاختلاطات العادية : وهي التهاب المستقيم الحاد الذي يرافقه نزف أو تقرح ؛ وسلس الغائط الناجم عن استرخاء صارة الشرج .

٢ . - الاختلاطات الوخيمة : أ . - اختناق القسم الهابط من المستقيم بصارة الشرج المتفتحة : يلاحظ هذا الاختلاط في حديثي السن فإن المستقيم الذي هبط في عقب جهدٍ عنيف (المهبوط الجهدي) ولم يرد آتياً يتقرح ويصاب بالموات الأمر الذي يفضي الى موت المرء بالنزف الوافر أو بالتهاب الصفاق الحاد أو بالتقيحات حول المستقيم . ب . - اختناق الفتق المعوي الشرجي (المرافق لمهبوط 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 المنفتحة ، وهذا ما يحدث في المسنين متى كان المستقيم ملتهباً وجدره متبدلة .

المعالجة . - ١) المهبوط المخاطي في الطفل : يشفى هذا المهبوط غالباً : أ . - بوضع الطفل على حمية موافقة (تجنبه الاسهال والقبض) . ب . - بمنعه عن الجلوس مدة طويلة على الأُصيص . ج . - برد المهبوط بعد كل تغوط تم ضبطه بتقريب فخذي الطفل واضجاعه في السرير بعض الوقت . د . - بإعطائه

كل يومين ولمدة شهر ، خمسين ميلغراماً من الجيامين ب (B₁) حقناً في العضل .



(الشكل - ١٣١)

تطويق الشرج بخيط معدني

(عن اومبردان)

تكفي هذه المعالجة عادة لشفاء معظم الحالات وإذا أخفقت يلجأ إلى تطويق الشرج (الشكل - ١٣١) وهو عمل جراحي سهل يجري 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 .

٢ - الهبوط المخاطي في الشرج :

يعالج بتطويق الشرج .

٣ - الهبوط التام في الكهل : يعالج

هذا الهبوط : أ - بترميم مسند الشرج

العجاني الذي يضيق فوهة الشرج وبجل المستقيم (اجراء شقوق مخاطية واسعة بالميسم الناري تشرك بتطويق الشرج أو بقطع القسم الهابط) .

ب - أو بترميم وسائط تثبيت المعوي وهذا يتم بطريق العجان (تثبيت المستقيم بالنسيج الليفي أمام العصعص) أو بطريق البطن (اغلاق رنج دوغلاس المشترك بتثبيت المستقيم بالشاحنة « promontoire » أو بقطع المستقيم والسبن الحرقفي) . وإذا 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 الأول

أورام الشرج والمستقيم الحميدة

كثيرة هي الأورام الحميدة التي تصادف في ناحيتي الشرج والمستقيم؛ بعضها في محيط الشرج والبعض الآخر في جذر قناة الشرج والمستقيم . وأهم هذه الأورام مايلي :

١. - **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 - فافر وسببها الغالب تحرش الناحية بالمفرزات الناجمة عن التهاب المستقيم أو التهاب المهبل . أما أعراضها فهي الأكل المزعج والنز المحرش النتن الرائحة وتعالج هذه الناميات بالكشط بمجرفة حادة أو بالمشرط الكهربائي .

٢. - **الأورام القنييطية** (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

ينقولوا فافر ، تفرح زهري) وتعالج بالقطع بالميسم الناري أو الكهرباوي
انقاءً للنزف .

٣ . - 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 كالربواسير
إلا أنها تكثر في الأطفال أما الأورام الوعائية الكهفية فمحدودة أو منتشرة
تستقر غالباً في المستقيم وتعرف بالنزف الغزير المستعصي المحدث لفاقة الدم .
تكشف هذه الأورام عادة بمس المستقيم (الذي يكشف كتلة لينية ، مبهمة
الحدود ، بارزة في لمعة المجل) وتنظيره (الذي يبدي ورماً أحمر اللون أو بنفسجياً) .
تفيد فيها المعالجة الإشعاعية ولكن نكسها كثير .

٤ . - 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) .
تصاف المرجلات في الأطفال غالباً (٣ - ١٥ سنة) وهي أورام مفردة
صغيرة الحجم (بحجم الكرز أو أكبر قليلاً) سطحها أملس أو مفصص ، لونها
أحمر قاني ، تبرز في لمعة المعي وتكون معنقة ، فتتسدل 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 رأي المرحل بوضوح
وعرف أن الغشاء المخاطي في جواره سليم ، وقد يفيد الفحص الإشعاعي
المجرى بعد إفراغ الرحضة الظليلة ونفخ المستقيم بالهواء في كشف داء المرجلات
المستقيمي القولوني .

السير والاختلاطات . - قد تنطرح مرجلات المستقيم عفواً في أثناء التغوط

فيم الشفاء ، وذلك نادر ، والغالب ان المرحلات تكبر تدريجياً فتعرض
لاختلاطات عديدة : التقرح ، اختناق المرحل المنسدل في فوهة الشرج ،
الحؤول السرطاني .

أما المعالجة فقوامها استئصال المرحل مع مفرزه في الغشاء المخاطي ثم
خيطة عنيق الورم اجتناباً للنزف . وإذا كان المرحل لاطئاً خرب بالتخثير
التدريجي وروقب المريض عدة أيام فإذا نزف ، نتيجة لسقوط الحشكريشة ،
تجرى رحضات بالماء الحار ويحقن بالمرققات أو ينقل الدم اذا استمر النزف .

* * *

البحث الثاني

أورام المستقيم الوبرية

(Les tumeurs villeuses du rectum)

الأسباب . - إن أورام المستقيم الوبرية أورام كثيرة المصادفة ، وهي في الذكور أكثر منها في الإناث ، تلاحظ بعد سن الخامسة والأربعين وتعد شكلاً وسطاً بين أورام المستقيم الحميدة وسرطاناته . وتميز عن بقية الأورام بمنظرها الوبر البياضي .

التشريح المرضي . - تستقر الأورام الوبرية غالباً في قناة الشرج قريباً من صارته وهي أورام معنقة ، يتبدل حجمها من حجم الحبة إلى بيضة الحمام أو لاطئة ، وهي الأكثر مصادفة ، وتكون وبراً يفرش من سطح المستقيم قسماً مختلف الاتساع وأنه ينتشر شاغلاً محيط المستقيم أو أحد وجوهه .

أما من الوجهة النسيجية فتتألف الأورام الوبرية النقطية من وبر يتكون كل منه من محور ضام وعائي تغطيه ظهارة ذات خلايا اسطوانية ، وبعض هذه الخلايا واضح يتكون العناصر الحميدة والبعض الآخر قائم بنقلب سرطاناً ظهارياً . تبقى طبقة المستقيم العضلية سليمة لا ترتشح بتكاثر خلايا الورم المخاطية .

وإذا أصيب الورم الوبر بالحوول تبدلت الخلايا الظهارية فانتسعت وعادت مكعبة الشكل وذات نواة مدورة كما تختفي خاصتها المولدة للمخاط ويستولي الورم على الطبقة العضلية .

الأعراض . - قد تنمو الأورام الليفية خلسة وتبلغ حجماً كبيراً بدون أي عرض ينم عليها . ولكن المريض يبدي غالباً من العلامات الوظيفية والفيزيائية ما يرشد إلى العلة :

١ . - **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 الزوجة كآح البيض النقي ، 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 - ٢٠ مرة) بدون أن يكون مصاباً بالاسهال أو بالقبض .

٢ . - **العلامات الفيزيائية :** يشعر بمس المستقيم وعلى بعد ١٠-٥ عشم . من فوهة الشرج بورم رخو ، هلامي ، لاطيء او معنق ، يستقر في أحد وجوه المستقيم ويبرز في لمعته . وإذا نظّر المستقيم - بعد إزالة المواد المخاطية من على غشائه المخاطي - بدا الورم ويراً أحمر اللون وكشفت العلل المرافقة له إذا كانت موجودة (سرطان ، مرجل غدي) وأمكن أخذ خزعة من نقاط عديدة من الورم .

٣ . - **العلامات العامة :** لا تتبدل حالة المريض العامة الا في حال النزف الغزير حيث يصاب بفاقة دم شديدة قد تقضي عليه .

السير والاختلاطات . - قد يبقى الورم الوبر حميداً ولكنه يستحيل في أكثر من نصف الحوادث استحالة خبيثة تعرف بنحفة السيلان المخاطي والنزف الوافر الذي يحدث لأقل لمس وبصلابة قاعدة الورم حين مس المستقيم .
المعالجة . - جراحية وتختلف حسبما يكون الورم الوبر معنقاً أو لاطئاً كما

تختلف بحسب موقع الورم وحجمه وسن المريض وحالته العامة :

١. - الورم مفرد ومعنق ويقع في المستقيم على بعد أقل من ٧ عشم .
من فوهة الشرج : يستأصل بالطريق الطبيعي ، بعد توسيع الشرج ، مع قطعة
واسعة من الغشاء المخاطي السليم المحيط بعنقه ثم يرقأ النزف ويخاط الغشاء المخاطي .
٢. - الورم لاطىء أو عديد أو يقع عالياً في المستقيم : يبتو المستقيم أو
يقطع خوفاً من النكس .

وقد يفيد تخريب الورم باثتوبة 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

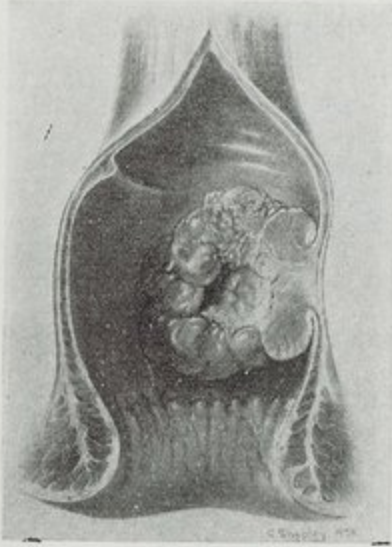
(Le cancer ano-rectal)

الأسباب . - إن سرطان المستقيم هو أكثر 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 السبني الذي يستقر فوق قعر رتج دوغلاس وهو سرطان حلقي بضيق لمعة المعوي ويشبه إلى حد كبير - من جهة التشريح المرضي والاعراض - 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 يعم المستقيم برمته منذ فوهة الشرج حتى الصفاق .

٢ . - المنظر العياني : يبدو سرطان المستقيم والشرج بأحد الأشكال التالية : أ . - السرطان النابت (le cancer végétant) : يكون الورم في هذا الشكل كتلة مفردة مبرعمة كالقنبيط ، قعرها متصلب وحافاتها

غير منتظمة (الشكل - ١٣٢) . ب . - السرطان المنقرح - وهو أكثر الأنواع مصادفة وأشدّها خبثاً - يبدو فيه الورم على شكل تقرح نازف قعره بجوف كفوهة البركان وحافته مرتفعة ومشرشرة . ج . - السرطان القرصي النابت . يبدأ كل من هذه الاشكال الثلاثة في أحد وجوه المستقيم ثم ينتشر محيطاً بدائر المعوي 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 .

٣ . - المنظر النسيجي :

تتميز 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 .

٤ . - الامتداد :

المستقيم بالغشاء المخاطي والنسيج تحت المخاط ، ويتم هذا الامتداد ببطء زائد

بارتفاع المستقيم ولكنه يسير عرضاً بسرعة فيحيط بدائر المعوي منقلباً شكلاً حلقياً مضيقاً (الشكل - ١٣٣) ثم ينتشر عمقاً فيغير على الطبقة العضلية بالطريق النفراوي (وهذا يتم بعد ٩ - ١٠ أشهر من بدء العلة) .

ومتى وصل السرطان إلى هذا الدور اجتاز جدار المستقيم واختلفت انتشاراته باختلاف مقره في المستقيم : فالسرطان المستقيمي السيني يغير على صفاق رنج دوغلاس وعلى المثانة في الرجل والرحم في المرأة ، وسرطان المجل يمتد

الى الموثة 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 التهاية أو ورمية وذلك في
عقب التهاب الاوعية الليفية أو
بالصدمات الظهارية، وفي الحالة الأخيرة
يمكن للعقد البعيدة ان تصاب بصورة
مبكرة فتضخم : أ. - عقد الأربية
في سرطان الشرج. ب. - عقد المريطاء
في سرطان المجل. ج. - عقد خلف
المستقيم والعقد الواقعة في حذاء شعب
الشريان الباسوري العلوي (عقد نقيز
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 :

١. - سرطان المجل : يمر هذا السرطان بثلاثة أدوار : دور البدء ودور
الصولة ودور النهاية أو دور الاختلاطات واستيلاء الورم .
أ. - دور البدء : يختلف فتارة يكون البدء كامناً فلا تعرف اصابة
المرء بسرطان المستقيم إلا بعد حدوث اختلاط مفاجيء : انغلاق معوي أو

نزف وافر ، وطوراً يكون البدء مبهماً فيتم على العلة : هزال المريض ، إصابته بفاقة دم بمجھولة السبب ، ظهور بعض الاضطرابات الهضمية فيه .

ب . — دور الصولة : تظهر فيه الاعراض الوظيفية والفيزيائية الآتية فترشد الى الاصابة .

العلامات الوظيفية . — هي ثلاث في الواقع : النزوف والآلام وتشوشات التغوط . فالنزوف علامة أساسية في سرطانات الشرج والمستقيم ، تظهر في اثناء التغوط أو في خارجه وتكون تارة طفيفة بشكل سيلان مخاطي قيحي مدمى أو بشكل دم مختثر مسودّ 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 أو بالآلام 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 وقيّمته كبيرة في تشخيص السرطان المبدي .

أما تشوشات التغوط فتبدو بالاسهال أو بتناوب القبض مع الاسهال .
العلامات الفيزيائية . — هي العلامات التي تجنى من مس المستقيم . لمس المستقيم والمريض مستلق على ظهره أو بوضعة السجود فقد يكشف به سرطان مبتدي : ورم صغير قاس غير مؤلم أو تقرح صغير غير منتظم أو كتلة نابتة سريرة النزف ، غير ان مس المستقيم يكشف غالباً ورماً صريحاً يبرز في لمعة المعى ، مركزه مخوف كالبركان وحافاته المرتفعة غير منتظمة وتنزف لأقل لمس . كما يعرف بهذا المس موقع الورم وامتداده على جدار المستقيم وتحركه عرضاً ومن العالي الى الأسفل . وإذا 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 الاعضاء المجاورة (النواصير المثانية المستقيمية في الرجل

النواسير المهبلية المستقيمة في المرأة ، استئصال الدم بضغط الورم للحالبين ،
الآلام الراححة وآلام عرق النسا باغارة الورم على الضفيرة العجزية (وينشأ
بعضها الآخر من العفونة (التهاب العقد اللفافية في الأربيتين ، النواسير
العجانية التالية لعفونة ماحول المستقيم ، التهاب أوردة الطرفين السفليين ، التهابات
الصفاق المحدودة ، خراجات الكبد والرئة) .

وقد تبدو في هذا الدور الانتقالات البعيدة الى الكبد والرئتين والعظام
والعقد اللفافية (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 بالخرس
نتيجة لانتشار الورم التدريجي واستيلائه على الأعضاء البعيدة .

٢ . — السرطان المستقيمي السيني : يضيق هذا السرطان لمعة المستقيم
ويتصف بأعراض الانغلاق المعوي المزمن : الآلام القولنجية الشكل وتناوب
القبض مع الاسهال . وهو سرطان عال لا تدركه الاصبع الماسة المستقيم ولا
يكشف إلا بتنظير المستقيم والسين وبالفحص الاشعاعي .

٣ . — 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 قاس ينزف لأقل لمس وأحياناً على شكل شق شرجي أو
ورم قنيطي .

أما سرطان قناة الشرج فلا يكشف إلا بمس الشرج وتنظيره . فاذا مس

شرح المريض شعرت الأصبع بأحد الاشكال الآتية : ١. - يبراعم هشة صلبة القاعدة تشغل قسماً من محيط قناة الشرج . ٢. - أو بتقرح نازف وذوي حافات مرتفعة . ٣. - أو بارتشاح يكثف جدر الشرج ويقسمها . وتضخم في سرطان الشرج عقد الناحية الاربعة بانتشار الورم اليها .

التشخيص . - يستند تشخيص سرطان الشرج والمستقيم - الذي يجب التمييز في إجراءاته قبل انتشار الورم إلى الأعضاء المجاورة أو حدوث الانتقالات البعيدة - إلى الأعراض الوظيفية والفيزيائية السابقة : النزف أو السيلان المخاطي القيحي المدمى ، الزحير ، الحجات الكاذبة إلى التغوط ، تناوب القبض مع الاسهال ، الورم أو التقرح الذي يكشف بمس المستقيم . ومع ذلك فإن هذا السرطان يلتبس بأمراض عديدة :

فالسرطان المستقيمي السبني يلتبس بالتهاب السين ، وسرطان المجل يلتبس بأورام المستقيم (الحميدة والوبرية) وتقرحاته (الزحارية والسلية والافرنجية) ومرض نيقولا - فافر الذي يضيق القسم المنخفض من المستقيم على شكل قمع قاعدته إلى الأسفل ، وسرطان الشرج يلتبس بشق الشرج المتأصل وبقرحته الافرنجية وبالأورام القنبيطي .

فتوصلاً إلى التشخيص الفارق بين هذه الأمراض المختلفة يستعان بالأشياء التالية :

١. - بتنظير المستقيم وفيه يبدو الورم مبرعاً ينزف لاقل لمس أو بشكل تقرح قاسٍ ذي قعر أحمر زاهٍ وحافات مرتفعة .

٢. - بالتصوير الاشعاعي بعد رخصة ظلية وبه يعرف ضيق لمعة المعوي وامتداد السرطان وظهور علل أخرى مرافقة كداء المرجلات والأورام الوبرية .

٣. - بالخزعة التي تؤخذ سطحية من مركز الورم ومن محيطه - في مكان اتصال العلة بالذئج الصحيحة - وبها يعرف نوع الورم : سرطان ظهاري

رصفي منشأه جلد هامش الشرج ، أو سرطان ظهاري اسطواني نما على غشاء المستقيم المخاطي .

٤. - إذا ظهرت الأعراض البولية : البول العكر والبوال المؤلم في مصاب بسرطان المستقيم كان تنظير المثانة ضرورياً فقد يكشف به خرب في قعر المثانة دال على انتشار الورم إليه .
المعالجة . - جراحية وفيزيائية :

١. - المعالجة الجراحية : شافية وملطفة .
٢. - المعالجة الشافية : تجرى هذه المعالجة إذا 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 المنجدة) ونقل الدم والحيامينات .

أما الطرائق الجراحية فتختلف بحسب مقر الورم في المستقيم :
يستأصل السرطان المستقيمي السدني والعقد المرتبطة به عن طريق البطن ثم نخاط نهايتنا المقطع خياطة دائرية أو يصنع شرج صناعي دائم بتثبيت النهاية العلوية في جلد الحفرة الحرقفية اليسرى وإهمال النهاية السفلية (طريقة هارتمان « Hartmann ») .

أما سرطان مجل المستقيم فيستأصل بالطريقتين البطنية والعجاني معاً : فإذا استقر في أعشاء المترالسة السفلية من المستقيم بتر المستقيم والشرج ثم فوغمت نهاية المقطع بجلد الحفرة الحرقفية (شرج حرقفي دائم) أو خفضت هذه النهاية وثبتت في الناحية العجانية . وإذا وقع فوق ذلك أمكن المحافظة على صارة الشرج وخيطة نهاية المقطع العلوية بنهايته السفلية بعد اتباع الطريق البطني العجزي .

وفي سرطان الشرج الظهاري الاسطواني يستر المستقيم بطريق العجان ثم تخفض نهاية المقطع وتثبت في الناحية العجانية . وتستأصل العقد الأربية المنتقل إليها الورم .

ب . - المعالجة الملطفة : قوامها اجراء شرج صناعي في الناحية الحرقفية اليسرى تخرج منه المواد المعوية المحدثه للتسمم المتراكمة فوق الضيق السرطاني . وتجري هذه المعالجة متى اجتاز السرطان طبقات المستقيم وأحدث الخراجات والنواسير في الناحية العجانية والاتصاقات بالأعضاء المجاورة ولا سيما بالعجز والمثانة .

٢ . - المعالجة بالعوامل الفيزيائية : تطبق هذه المعالجة بعد فتح شرج صناعي في الحفرة الحرقفية وهي تفيد في سرطان الشرج الظاهري الرصفي وفي تطبيقها طريقتان : المعالجة بالراديوم والإستشعاع بالتاس (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 راححة في صارة الشرج قد تستلزم بتر المستقيم) وهذا ما ضيق نطاق هذه المعالجة عن ذي قبل .

ب . - الاستشعاع بالتاس : يعود الفضل الى شاوول (Chaoul) وموريزون (Morison) في تطبيقه وهو يستعمل كالراديوم في معالجة 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 المكتاب

الباب الاول

أمراض جدار البطن الجراحية

الصفحة	الفصل الاول	
١	الآفات الرضية	٤٣ - ٢. - العنصر الفتقي
١	البحث الاول : رضوض البطن	٤٤ - ٣. - التهاب الصفاق الفتقي
١٤	البحث الثاني : جروح البطن	٤٤ - ٤. - الفتق غير الردود
	الفصل الثاني	٤٦ - ٥. - رضوض الفتق
٢٠	أورام جدار البطن	٤٧
٢٠	البحث الاول : الادرام الدموية	٤٧
٢٣	البحث الثاني : الادرام الليفية	٥٦
٢٥	البحث الثالث : اورام المرء	٦١
	الفصل الثالث	٦١
٢٦	الفتوق اجمالاً	٦١ - ١. - الفتق السري في الاطفال
٢٨	البحث الاول : الفتق البسيط (الفتق الردود)	٦٣ - ٢. - الفتق السري في الكحول
٣٥	البحث الثاني : اختلاطات الفتوق :	٦٧
٣٥	١. - اختناق الفتق	٦٧
		البحث الرابع : فتوق الحُطّ الابيض
		الفصل الخامس
		٦٩
		٦٩
		٧١

الباب الثاني

عدل الصفاق الجراحية

الصفحة	الفصل الاول	
٧٤	التهابات الصفاق الحادة	٨٩
٧٤	البحث الاول : التهابات الصفاق الحادة المنتشرة	٨٩
٨٣	البحث الثاني : التهابات الصفاق الحادة	

الباب الثالث

علل الكبد والطرق الصفراوية

الصفحة	الفصل الاول	
٩٦	آفات الكبد الجراحية	١٢٦ البحث الرابع : اورام الكبد
٩٦	البحث الاول : آفات الكبد الرضية :	١٢٦ ١- اورام الكبد الحميدة
٩٦	١- رضوض الكبد	١٢٩ ٢- اورام الكبد الخبيثة
٩٩	٢- جروح الكبد	
١٠٢	البحث الثاني : علل الكبد الحمجية	
	(خراجات الكبد)	
١٠٢	١- خراجات الكبد الزحارية	
١١٠	٢- خراجات الكبد غير الزحارية	
١١٣	البحث الثالث : علل الكبد الطفيلية	
	(كيسات الكبد المائية)	
١٢٦	البحث الرابع : اورام الكبد	
١٢٦	١- اورام الكبد الحميدة	
١٢٩	٢- اورام الكبد الخبيثة	
	الفصل الثاني	
١٣٢	علل الطرق الصفراوية الجراحية	
١٣٢	البحث الاول : علل المرارة	
١٣٢	١- حصيات المرارة والتهابات	
	المرارة الحصوية	
١٤٤	٢- التهابات المرارة غير الحصوية	
١٤٩	البحث الثاني : حصاة الطريق الصفراوي	
	الرئيس (حصيات القناة الجامعة)	

الباب الرابع

أمراض الطحال الجراحية

الصفحة	الفصل الاول	
١٦١	آفات الطحال الرضية	١٦٨ الفصل الثاني : الطحال المتحرك
١٦١	البحث الاول : جروح الطحال	
١٦٤	البحث الثاني : رضوض الطحال وتشققاته	
		وضخامات الطحال المزمنة
١٦٨	البحث الاول : الطحال المتحرك	
١٧٠	البحث الثاني : ضخامات الطحال المزمنة	
١٧٦	البحث الثالث : تناذر فرط التوتربالي	

الباب الخامس

أمراض المعسكة الجراحية

الصفحة	الفصل الاول	
١٨٠	آفات المعسكة الرضية	١٨٣ الفصل الثاني
١٨٠	البحث الاول : جروح المعسكة	
١٨١	البحث الثاني : رضوض المعسكة	
١٨٣	البحث الاول : التهاب المعسكة النزفي	
١٩٠	البحث الثاني : التهابات المعسكة المزمنة	

١٩٤ الفصل الثالث: داء المعشكة الحسوي

١٩٧ الفصل الرابع: كيبسات المعشكة

الحقيقية وكيبساتها الموهمة

٢٠٣ الفصل الخامس: سرطان المعشكة

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 الأول: النزوف

٢٣٥ البحث الثاني: الانتقاب

الفصل الرابع

٢٤١ أورام المعدة والعفج

٢٤١ البحث الأول: أورام المعدة والعفج الحبيثة

٢٤١ ١. - سرطان المعدة

٢٤٨ ٢. - سرطان العفج

٢٥٠ البحث الثاني: أورام المعدة والعفج

الحيدة

٢٥٠ ١. - أورام المعدة الحيدة

٢٥٢

٢. - أورام العنبر الحميدة

الفصل الخامس

٢٥٣ أمراض المعدة والعفج الانتهائية

٢٥٣ البحث الأول: سلس المعدة

٢٥٥ البحث الثاني: أفرنجي المعدة

الفصل السادس

٢٥٦ تضيقات المعدة والعفج

٢٥٦ البحث الأول: تضيقات المعدة

٢٥٦ ١. - تضيقات البواب:

٢٥٦ أ. - تضيقات البواب في الكهل

٢٦١ ب. - ضيق البواب الضخامي في

الرضيع

٢٦٣ ٢. - تضيقات منتصف المعدة

٢٦٦ البحث الثاني: تضيقات العفج

الفصل السابع

٢٦٨ رتوج العفج

الفصل الثامن

٢٧١ أمراض المعدة المبسوغة

الباب السابع

أمراض المعوي الرقيق الجراحية

الصفحة	الفصل الاول	الفصل الثالث
٢٧٧	انغلاقات الأمعاء	٣٠٥ رتوج المعوي الدقيق
٢٧٧	البحث الاول: انغلاقات الأمعاء إجمالاً	٣٠٥ البحث الاول: الداء الرنجي
٢٩٣	البحث الثاني: انفتال المعوي الدقيق	٣٠٧ البحث الثاني: النظاهرات الامراضية
٢٩٦	البحث الثالث: انغلاف الأمعاء :	الناجمة عن وجود رتج ميكلي
٢٩٦	١- انغلاف الأمعاء الحاد في الرضيع	
٢٩٩	٢- انغلاف الأمعاء في البالغ والكهل	
	الفصل الثاني	٣١٠ انسداد العروق المساريقية
٣٠٢	تضيقات المعوي الدقيق وأورامه	(احتشاء الأمعاء)

الباب الثامن

أمراض المعوي الغليظ الجراحية

الصفحة	الفصل الاول	الفصل الثاني
٣١٥	أمراض الأعور والزائدة	٣٤٧ أمراض القولون الأيسر
٣١٥	البحث الاول: التهابات الزائدة :	٣٤٧ البحث الاول: شذوذ القولون الأيسر :
٣١٥	١- التهاب الزائدة الحاد	
٣٣٣	٢- التهاب الزائدة المزمن	
٣٣٧	البحث الثاني: السل الغانفي الاعوري	
٣٤٢	البحث الثالث: سرطان الاعور	
	الفصل الثاني	
٣٤٧	أمراض القولون الأيسر	
٣٤٧	البحث الاول: شذوذ القولون الأيسر :	
٣٤٧	١- القولون العرطل الولادي	
٣٥١	٢- القولون المستطيل	
٣٥٥	البحث الثاني: انفصالات القولون	
	(انفتال القولون الحوضي)	
٣٥٨	البحث الثالث: أورام القولون الأيسر :	
٣٤٨	١- داء المرجلات المستقيمي	
	القولوني	
٣٦١	٢- سرطان القولون الأيسر	
٣٦٧	البحث الرابع: الشرج غير الطبيعي	
	والنواسير الفاطمية	

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 : أورام الشرج والمستقيم الحميدة
٤٠٢	البحث الثاني : أورام المستقيم الوبرة
٤٠٥	البحث الثالث : سرطان الشرج والمستقيم

* * *

فهرس المواد

مرتبة على حروف الهجاء

الصفحة

- البواب الضخامي في الرضيع (ضيق) - ٢٦١
- ٣٨٥ البواسير
- بوفره (علامة) - ٢٨٩، ٢٥٨
- بول (علامة) - ٨٧
- بوليا (عملية) - ٢٢٩
- بويدن (طعام) - ١٤١
- بيان (عملية) - ٢٧٢، ٢٢٩

- ت -

- تحت الحجاب (خراجات) - ٨٣
- تراند لنبورغ (وضع) - ٢٢٢، ٤٦، ٣٢
- ٣٣١، ٢٩٣، ٢٤٧
- توازيه (علامة) - ٢٤٤
- تفاعل ويبر وماير - ٢٤٩، ٢٤٣، ٢١٨
- ١٧٣ تناذر بانتي
- التناذر البواني لها رتم وسوبولت - ٢٢٢
- ٢٥٩، ٢٢٢ تناذر رايشان
- ٢٧٣ تناذر الإغراق
- ١٧٦ تناذر فرط التوتر الباني

الصفحة

- أ -

- ابراهيم (علامة) - ١٣٧
- الأربي (الفتق) - ٤٧
- أسلاي - كوبر (علامة) - ٥٨
- الاعور (سرطان) - ٣٤٢
- أفرنجي المعدة - ٢٥٥
- إمراض المعدة المبسووعة - ٢٧١
- اوبرن (تجربة) - ٣٦

- ب -

- باسيني (طريقة) - ٥٥
- بانتي (تناذر) - ١٧٣
- البطن (جروح) - ١٤
- البطن (رضوض) - ١
- البطن (أورام جدار) - ٢٠
- البطن الدهوية (أورام جدار) - ٢٠
- البطن الليفية (أورام جدار) - ٢٣
- البواب (تضيقات) - ٢٥٦

الصفحة

٨٣	خراجات تحت الحجاب
٣٧٧	خراجات الحفرة الوركية الشرجية
٣٧٥	خراجات حول الشرج والمستقيم
٣٧٦	خراجات حول الشرج والمستقيم السطحية
٣٧٨	خراجات الفسحة الخوضية المستقيمة العلوية
١٠٢	خراجات الكبد
١٠٢	خراجات الكبد الزحارية
١١٠	خراجات الكبد غير الزحارية
٦٧	- الحظ الأبيض (فتوق) -
٥٨ ، ٥٤	خط ملغانيه
٢٣١	اختلاطات قروح المعدة والعفج
٣٥	اختناق الفتق

- د -

٣٠٥	داء الرنجي
٣٥٨	داء المرحلات المستقيمي القولوني
١٧٥	داء هودشكين
٢٩٨	- دانس (علامة) -
٢٧٦ ، ٢٣٠ ، ٢١٤	- دراغيتيد (عملية) -
٣٢٥ ، ١٥٤	- دلبه (علامة) -
٣٧٠	- دوبرن المعوية (مفقرة) -
٦٠	- دولاجينيار (طريقة) -
١٥٣	- ديجردن (نقطة) -
٣٢١	- ديولافوا (ثالوث) -

- و -

٥٢ ، ٥٠	- رامونيد (حجب) -
٢٥٩ ، ٢٢٢	- رايشان (تناذر) -

الصفحة

٣٠٢	تناذر كونيغ
٢٨٩	توسع لوجيه الإطار

- ث -

٣٢١	ثالوث ديولافوا
٢٣٥	الثقاب قروح المعدة والعفج

- ج -

٣٦	تجربة اوبرن
١٤	جروح البطن
١٦١	جروح الطحال
٩٩	جروح الكبد
١٨٠	جروح المعشكلة
٢١٢	جروح المعدة والعفج
١٠	- جوبار (علامة) -
٣٩٣	- جيرار ومارشان (نظرية) -

- ح -

٣١٠	احتشاء الأمعاء
١٩٤	- الحصى (داء المعشكلة) -
١٤٩	حصيات القناة الجامعة
١٣٢	حصيات المرارة

- خ -

١٥٨ ، ١٥٤ ، ١٤٠	اختبار ميلتز - ليون
١٢١	اختبار واينبرغ وبارفو

الصفحة

٤٠٥	سرطان الشرج والمستقيم
٢٤٨	سرطان العفج
٣٦١	سرطان القولون الأيسر
٤٠٧	سرطان مجل المستقيم
٤٠٩	السرطان المستقيمي السيني
٢٠٣	سرطان المعشكلة
٢٤١	سرطان المعدة
٣٣٧	السل اللفائفي الأوروي
٢٥٣	سل المعدة
٢٠٧	- سوبولت (طريقة -
٣٥١	- سوينسن (عملية -
٣٦٥	- سينيك (طريقة -

- ش -

٤٠٩	- الشرج (سرطان -
٣٧١	- الشرج (شق -
٣٩٩	- الشرج (الناميات حول -
٣٨١	- الشرج (نواسير -
٣٦٧	الشرج غير الطبيعي والنواسير الغائضية
٤٠٥	- الشرج والمستقيم (سرطان -
٣٩٩	- الشرج والمستقيم (أورام -
٣٩٩	- الشرج والمستقيم الحميدة (أورام -
٣٤٧	شدوذ القولون الأيسر
١٥٣	- شوفار المعشكلة الجامعية (ناحية -

- ص -

٧٤	- الصفاق الحاد المنتشرة (التهابات -
----	--------------------------------------

الصفحة

٣٠٥	- الرنجي (الداء -
٢٦٨	رتوج العفج
٣٠٥	رتوج المعوي الدقيق
٣٠٧	رتج ميكسل
٤٤	- الردود (الفتق غير -
١	رضوض البطن
١٦٤	رضوض الطحال وتشققاته
٤٦	رضوض الفتق
٩٦	رضوض الكبد
١٨١	رضوض المعشكلة
٢٠٨	رضوض المعدة والعفج
٦٠	- روجي (طريقة -
٣٢٢، ٣٢١	- روفسينغ (علامة -
٣٩	- ريختر (فتق -

- ز -

٣١٥	- الزائدة (التهابات -
٣١٥	- الزائدة الحاد (التهاب -
٣٣٣	- الزائدة المزمن (التهاب -
٤٣	زر مورفي

- س -

٢٨١، ٧٦	- ستوكس (قازرن -
٣١٠	انسداد العروق الماسارية
٦١	- السربة (الفتوق -
٢٥	- السرة (أورام -
٣٤٢	سرطان الأعور
٤٠٩	سرطان الشرج

الصفحة

- ٨٣ - الصفاق الحادة المحدودة (التهابات -
- الصفاق الحاد بالمكورات الرئوية
- (التهاب - ٨٠
- الصفاق السلية (التهابات - ٨٩
- الصفاق الفنقي (التهاب - ٤٤
- الصفاق الميكل (التهاب - ٣١٨
- الصفراوي (الانغلاق - ١٣٩

- ض -

- ١٧٣ ضخامات الطحال الخجبية والطفيلية
- ١٧٤ ضخامات الطحال في أمراض الدم
- ١٧٠ ضخامات الطحال المزمنة
- ١٧٠ ضخامات الطحال الوحيدة المرض
- ٢٥٦ تضيقات البواب
- ٢٦١ ضيق البواب الضخامي في الرضيع
- ٢٦٦ تضيقات المفج
- ٢٥٦ تضيقات المعدة
- ٢٥٦ تضيقات المعدة والمفج
- ٢٦٣ تضيقات منتصف المعدة
- ٣٠٢ تضيقات الممي الدقيق وأورامه

- ط -

- ١٦١ الطحال (جروح -
- ١٦٤ الطحال وتشققاته (رضوض -
- الطحال الخجبية والطفيلية (ضخامات - ١٧٣
- الطحال الغلي (ورم - ١٧٣
- الطحال في أمراض الدم (ضخامات - ١٧٤
- الطحال اللاطفيلية (كبيسات - ١٧٢

الصفحة

- ١٧٠ - الطحال المائية (كبيسات -
- الطحال المتحرك ١٦٨
- الطحال المزمنة (ضخامات - ١٧٠
- الطحال ألوحيدة المرض (ضخامات - ١٧٠
- طريقة باسني ٥٥
- طريقة دولاجينار ٦٠
- طريقة روجي ٦٠
- طريقة سوبولت ٢٠٧
- طريقة سينيك ٣٦٥
- طريقة غراهام ١٤١
- طريقة فورغ ٥٥
- طريقة فولكمان ٣٦٥
- طريقة ميكوليس ٣٦٥
- طريقة هارتمان ٤١١
- طريقة ويتناد ٣٩٠
- طعام بويدن ١٤١

- ع -

- عش هودك ٢٢٠، ٢٢٢، ٢٢٦، ٢٦٠، ٢٦٩
- العفج (جروح المعدة و - ٢١٢
- العفج الخجبية (أورام - ٢٥٢
- العفج (رتوج - ٢٦٨
- العفج (رضوض المعدة و - ٢٠٨
- العفج (سرطان - ٢٤٨
- العفج (تضيقات - ٢٦٦
- العفج (قرحة - ٢٢٣

الصفحة

٤٣	الفحص الفمقي
٢٩٦	انغلاق الأمعاء
٢٩٦	انغلاق الأمعاء في الرضيع
٢٩٩	انغلاق الأمعاء في البالغ والكهل
٢٧٩	الانغلاق الآلي
٢٨٠	الانغلاق الآلي بالاختناق
٢٧٩	الانغلاق الآلي بالانسداد
١٣٩	الانغلاق الصفراوي
٢٧٧	انغلاقات الأمعاء
٢٧٧	انغلاقات الأمعاء اجالاً
٣٠٨	الانغلاقات الناشئة من رنج ميكل
٢٨١	الانغلاق الوظيفي
١٣٦	- غوتمان (نوبة الثلاثة أيام) -
٣٢٢	- غبنار (علامة -

ف

١٧٥	فافة الدم الحبيثة
١٧٥	- فاكيز (مرض -
٤٧	الفتق الأربي
٢٦	الفتق إجمالاً
٦٧	فتق الخط الأبيض
٣٥	- الفتق (اختناق -
٤٦	- الفتق (رضوض -
٣٩٠	فتق ريختر
٦٢	الفتق السرية
٦١	الفتق السري في الأطفال
٦٣	الفتق السري في الكهل
٤٣	- الفتقي (الفحص -
٤٤	الفتق غير الردود

الصفحة

٢٤١	- الفنج (أورام المعدة و -
١٣٧	علامة أبرام
٥٨	علامة أسلاي كوبر
٣٢٤، ١٥٤	علامة بطرس دله
٢٨٩، ٢٥٨	علامة بوفره
٨٧	علامة بول
٢٤٤	علامة تروازيه
١٠	علامة جوبار
٢٩٨	علامة دانس
٣٣٥، ٣٢٢، ٣٢١	علامة روفينغ
٣٢٢	علامة غبنار
٢٩٤، ٢٨٧	علامة فون وال
٩٨	علامة فينستر
١٥٦، ١٥٣	علامة كورفوازيه - تيريه
٢٠٥، ١٥٧	
٢٥٨	علامة كوسول
٣٢٢، ٣٠٩، ٢٢٥	علامة ماك بورني
١٣٦	علامة مورفي
٢٢٩	عملية بوليا
٢٧٢، ٢٢٩	عملية بيان
٢٧٦، ٢٣٠، ٢١٤	عملية دراغستيد
٣٥١	عملية سوينسن
٢٦٢	عملية فروده
٢٢٩	عملية فينستر

غ

١٤١	- غراهام (طريقة -
٢٧٣	- الاغراق (تناذر -

الصفحة

٢٧٤	الفرحة الهضمية التالية لبضع المعدة
١٤٩	- القناة الجامعة (حصيات -
٣٩٩	- القنيطلية (الأورام -
٣٥٥	- القولون (انفتالات -
٣٤٧	- القولون الأيسر (شدوذ -
٣٦١	- القولون الايسر (سرطان -
٣٥٨	- القولون الايسر (أورام -
٣٥٥	- القولون الحوضي (انفتال -
٣٤٧	القولون المرطل الولادي
٣٥١	القولون المستطيل
٣٥٢	القولون المستطيل المرطل

- ك -

١٢١	- كازوني (تفاعل -
٩٩	- الكبد (جروح -
١٠٢	- الكبد (خراجات -
٩٦	- الكبد (رضوض -
١٢٦	- الكبد (أورام -
١٢٦	- الكبد المجيدة (أورام -
١٢٩	- الكبد الخبيثة (أورام -
١٠٢	- الكبد الزحارية (خراجات -
١١٠	- الكبد غير الزحارية خراجات -
١١٣	- الكبد المائية (كيسات -
١٢٨	- الكبد الوعائية (أورام -
٢١٣	- كروفاليه (قرحة -
٣٩٣	- كروفاليه (نظرية -
٥٨	- كلوكة (قفق -
١٥٦، ١٥٣	- كورفوازيه - تيريه (علامه -
٢٠٥، ١٥٧	

الصفحة

٥٦	العتق الفخذي
٥٨	عتق كلوكة
٤٤	- العنقي (التهاب الصفاق -
٥٧	عتق لوجيه
٦٩	العتق المثاني
٧١	عتق المعى الغليظ
٣٥٥	انفتالات القولون
٣٥٥	انفتال القولون الحوضي
٢٩٣	انفتال المعى الدقيق
١٧٦	- فرط التوتر الباني (تناذر -
١٧٤	الفرفرة المزمنة النكسة
٢٦٢	- فروده (عملية -
١٢١	تفاعل فليغ وايسون الرسوني
١٢١	تفاعل كازوني
٥٥	- فورغ (طريقة -
٣٦٥	- فولكمان (طريقة -
٢٩٤، ٢٨٧	- فون وال (علامة -
٩٨	- فينستر (علامة -
٢٢٩	- فينستر (عملية -

- ق -

٢٨١، ٧٦	قانون ستوكس
٣٠٩	فرحة رنج ميكل الهضمية
٢١٣	فرحة كروفاليه
٢١٣	قروح المعدة والمفج
٢٣٥	- قروح المعدة والمفج (اثقاب -
٢٣١	- قروح المعدة والمفج (اختلاطات -
٢٣١	- قروح المعدة والمفج (النزوف -

الصفحة

١١٣	-- المائية (كيسات الكبد --
٣٢٢، ٣٠٩، ٢٥٥	-- مالك بورني (علامة --
٦٩	-- المثاني (الفتق --
١٣٢	-- المرارة (حصيات --
١٤٤	-- المرارة غير الحصوية (التهابات --
٤٠٠	مرجلات المستقيم
٣٥٨	-- المرجلات المستقيمي القولوني (داء --
٣٩٢	-- المستقيم (مبوط --
٤٠٢	-- المستقيم الوربة (أورام --
٤١٠، ٣٨٧	-- مرض نيقولا - فافر
٣٤٧	مرض ميرشبرونغ
١٧٤	مرض ورلوف
١٨٠	-- المعشكة (جروح --
١٨١	-- المعشكة (رضوض --
٢٠٣	-- المعشكة (سرطان --
١٩٧	-- المعشكة (كيسات --
١٩٤	-- المعشكة الحسوي (داء --
١٩٧	-- المعشكة الحقيقية (كيسات --
١٩٠	-- المعشكة المزمنة (التهابات --
١٩٨	-- المعشكة الموهمة (كيسات --
١٨٣	المعشكة النزفي (التهاب --
٢٥٥	-- المعدة (أفرنجي --
٢٤١	-- المعدة (سرطان --
٢٥٣	-- المعدة (سل --
٢٥٦	-- المعدة (نضيقات --
٢٦٣	-- المعدة (نضيقات منتصف --
٢٧١	-- المعدة المضغوطة (إمرض --

الصفحة

٢٥٨	-- كوسماول (علامة --
٣٠٣	-- كونيغ (تنذر --

ل -

٣٣٧	-- اللغائفي الاغوري (الحل --
٣٠٨	التهابات رتج ميكيل
٣١٥	التهابات الزائدة
٣١٥	التهاب الزائدة الحاد
٣٣٣	التهاب الزائدة المزمن
٧٤	التهابات الصفاق الحادة
٨٠	التهابات الصفاق الحادة بالمكورات الرئوية
٨٩	التهابات الصفاق السلية
٤٤	التهاب الصفاق الفتقي
٣١٨	التهاب الصفاق الميكل
١٣٢	التهابات المرارة الحصوية
١٤٤	التهابات المرارة غير الحصوية
١٩٠	التهابات المعشكة المزمنة
١٨٣	التهاب المعشكة النزفي
٥٧	-- لوجيه (فتق --
٢٨٩	-- لوجيه الإطاري (توسع --
٣٩٣	-- لودولف (نظرية --
٣٣٥، ٣٢٢	-- لازر (نقطة --
١٧٦	-- لايتنيك (اشقرار --

م -

١٧٠	-- المائية (كيسات الطحال --
-----	------------------------------

الصفحة

٣٨١	نواسير الشرج
٣٩٩	الناميات حول الشرج
٢٣١	التزوف في قروح المعدة والعفج
٣٩٣	نظرية جيرار ومارشان
٣٩٣	نظرية كروغاليه
٣٩٣	نظرية لودلوف
١٥٣	نقطة ديجردن
٣٣٥، ٣٢٢	نقطة لانز
٤١٠، ٣٨٧	- نيقولا - فافر (مرض -

- ه -

٤١١	- هارتمان (طريقة -
٢٢٢	- هارتمان وسوبولت (التناذر البواني-)
٢٦٧	- هاي (وسيلة -
٣٩٢	هبوط المستقيم
١٧٥	- هودشكين (داء -
٢٢٦، ٢٢١، ٢٢٠	- هودك (عش -
٢٦٩، ٢٦٠	
٣٤٧	- هيرشبرونغ (مرض -

- و -

١٢١	- واينبرغ وبارفو (اختبار -
١٧٤	- ورلوف (مرض -
٢٠	اورام جدار البطن
٢٠	اورام جدار البطن الدموية
٢٣	اورام جدار البطن الليفية
٢٥	اورام السرة

الصفحة

٢٥٠	- المعدة الحميدة (أورام -
٢١٢	- المعدة والعفج (جروح -
٢٠٨	- المعدة والعفج (رضوض -
٢٥٦	- المعدة والعفج (تضيقات -
٢١٣	- المعدة والعفج (قروح -
٢٤١	- المعدة والعفج (أورام -
٢٤١	- المعدة والعفج الحبيثة (أورام -
٣١٠	- الأمعاء (احتشاء -
٢٩٦	- الأمعاء (انغلاف -
٢٧٧	- الأمعاء (انغلاقات -
٢٧٧	- الأمعاء إجمالاً (انغلاقات -
٣٠٥	- المعى الدقيق (رتوج -
٢٩٣	- المعى الدقيق (انفتان -
٣٠٢	- المعى الدقيق وأورامه (تضيقات -
٧١	- المعى الغليظ (فتق -
٢٩٦	- الامعاء في الرضيع (انغلاف -
٢٩٩	- الامعاء في اليافع والكهل (انغلاف -
٥٨٠، ٥٤	- ملغانيه (خط -
٤٣	- مورفي (زر -
١٣٨، ١٣٧، ١٣٦	- مورفي (علامة -
٣٠٧	- ميكس (رتج -
٣٦٥	- ميكولينس (طريقة -
١٤٠	- ميلنزر - ليون (اختبار -
١٥٨، ١٥٤	
	- ن -
١٥٣	ناحية شوفار المشكلية الجاهمية

الصفحة

٤٠٠	أورام المستقيم الوعائية
٢٥٠	أورام المعدة الحميدة
٢٤١	أورام المعدة والمفج
٢٤١	أورام المعدة والمفج الحبيثة
٢٦٧	وسيلة هاي
٢٤٣، ٢١٨	- ويبر وماير (تفاعل -
٢٤٩	
٣٩٠	- ويتهاد (طريقة -
	- ي -
١٧٤	اليرقان الحال للدم

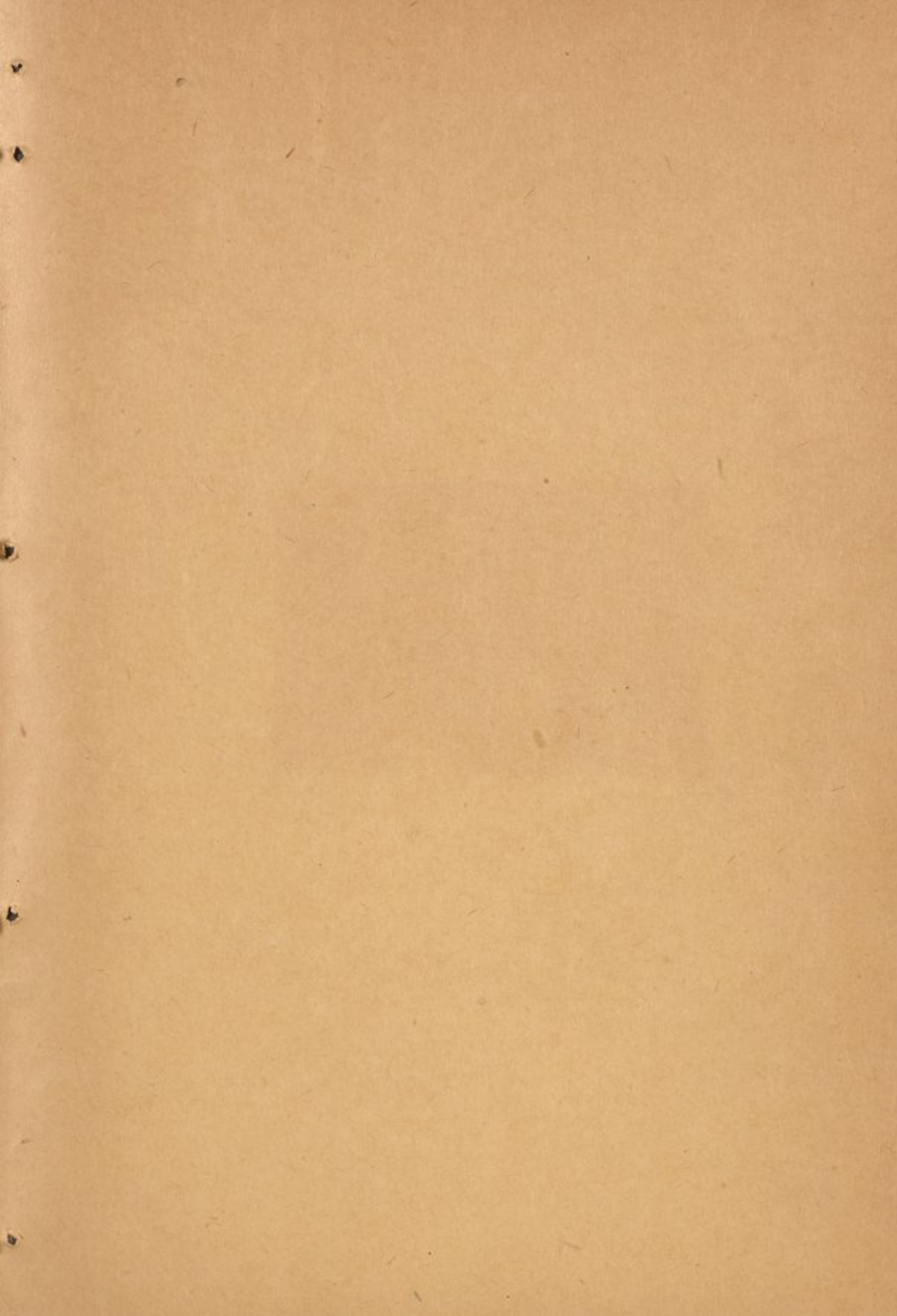
الصفحة

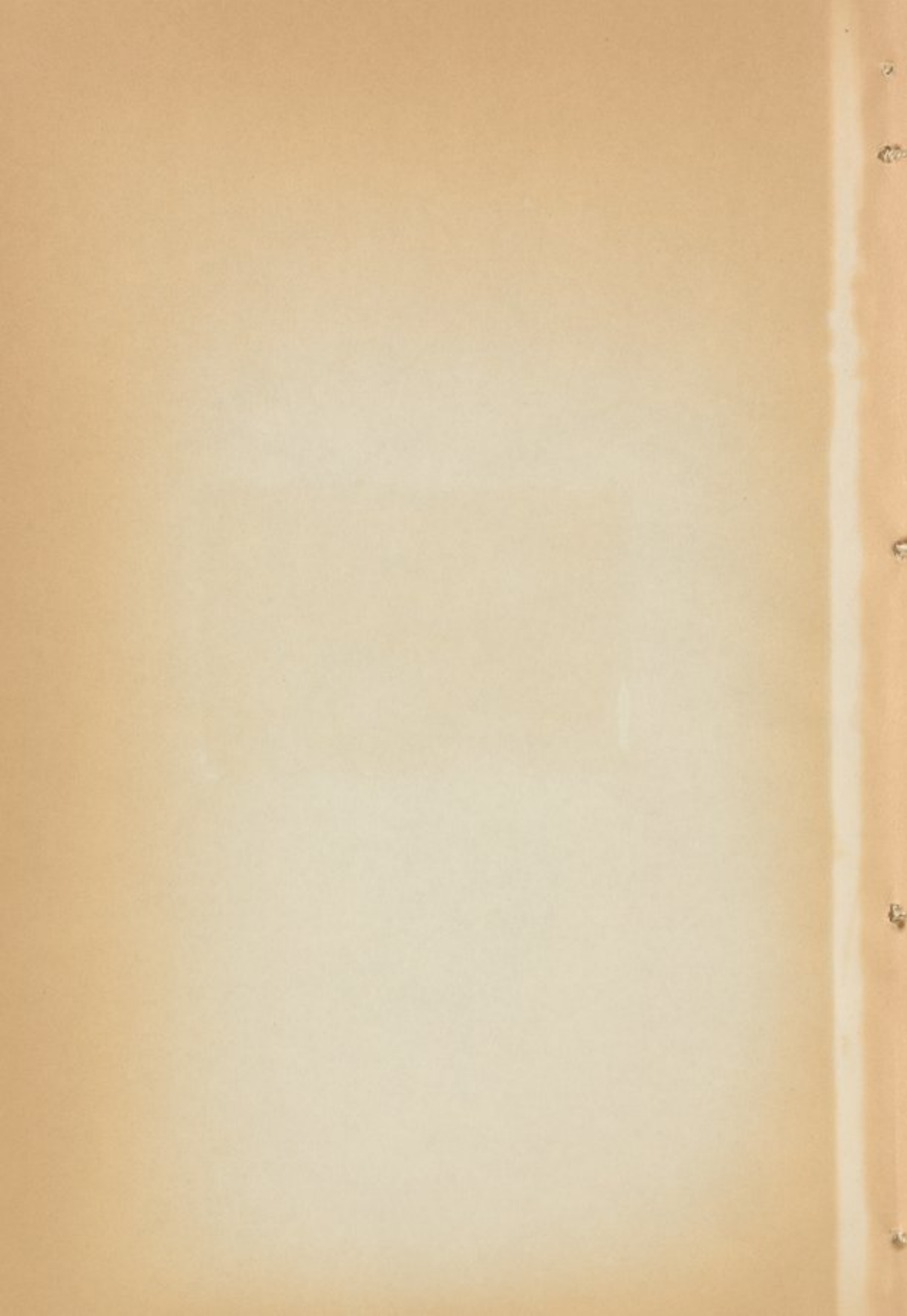
٣٩٩	أورام النرج والمستقيم
٣٩٩	أورام الشرج والمستقيم الحميدة
١٧٣	ورم الطحال المفلي
٢٥٢	أورام المفج الحميدة
٣٩٩	الأورام القنبيطية
٣٥٨	أورام القولون الايسر
١٢٦	أورام الكبد
١٢٦	أورام الكبد الحميدة
١٢٩	أورام الكبد الحبيثة
١٢٦	أورام الكبد الغدية الوحيدة
١٢٨	أورام الكبد الوعائية
٤٠٢	أورام المستقيم الوبرية

جدول النخط أو الصواب

الصفحة السطر	الخطأ	الصواب
١٣ ١٥	وإذا تأخر	وإذا تأخر
٢١ ١	رقبته	رقبته
٥٦ ٢	(عنوان) الفتق الفخذي	الفتق الفخذي
٦٥ ٤	الجلد الذي يغطيه وكثيفاً فيه	الجلد الذي يغطيه وكثيفاً وفيه
٧٠ ٤	كما ذكرت حصاة	كما ذكرت حصاة
٧٣ ١	إن كانت	إن كانت
٨٩ ١٠	أسبابه المؤهبة	أسبابها المؤهبة
٩١ ١١	الاشكال الجبئية : تصادف	الشكل الجبئي : يصادف
٩٥ ١	في الأشكال الجبئية	في الاشكال الجبئية
١٢٧ ٧	في المرأة	في المرأة
١٤٣ ٧	تهيئة جيده	تهيئة جيدة
١٤٥ ١٧	يشتمل	تشتمل
١٤٨ ٩	المعالجة الجراحية	المعالجة الجراحية
١٥٥ ٧	العراقل الحادة : ذات القناة	العراقل الحادة : (أ) ذات القناة
١٩٠ ١٤	التهابات المعشكة	التهابات المعشكة
١٩٨ ١٤	كبيسيات المعشكة	كبيسيات المعشكة
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 انغلاق 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	نصاب الزئدة	نصاب الزائدة
٣٤١ ٢٤	يعالج	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