الفصل السادس عشر

الانغماد المعوى فى الاطفال

من السهل تشخيص الانغماد المعوى اذا طرأ بشكله القياسى. فحدث فى الطفل السليم ، رضيع الثدى ، ولما يبلغ الثانية من عمره ، حدوثًا فجائيًا ، بألم بنوبات منقطعة ، وبخروج دم ومخاط من الشرج ، ويمكن جس ورم فى البطن . وقد يطرأ الانغماد المعوى فى أى سن ، وقد يأتى تدريجًا فى كبير السن من المرضى ، ولا يظهر من علاماته الأَّ ورم البطن

وقد مر بك الكلام على تشخيص الانغماد المعوى مفصلاً فى فصل الاحتباس المعوى . ولا يسعنى إلاّ أن التمس منك أن تتريث فى تشخيصك الانغماد فى الطفل اذا كان متوعكاً من قبل النوبة ، أو إذا كانت صحته غير جيدة ، أو اذا زاد عمره عن سنتين ، أو اذا لم يخرج منه مواد دموية أو مخاطية ، أو اذا لم تجد ورمًا فى البطن بالجس باليدين بعد التخدير . وحسبك بعض الأمثلة :

دعى أحد الجراحين لأجراء عملية لطفل فى الرابعة من عمره على زعم أنهُ مصاب بالانغماد المعوى . وكان الطفل ضعيفًا . وظهرت عليهِ الأعراض البطنية تدريجًا ، ولم يخرج من شرجه مواد دموية أو مخاطية . والذى دعا الى تشخيص الانغماد خطأً هو ورم فى البطن بشكل (السجق) . أما التشخيص الصواب فهو درن معوى فى البطن

ودعى أيضًا الجراح نفسه جراح مقيم بأحد المستشفيات لاجراء عملية الانغماد المعوى لطفل . وكانت الأعراض دالة على هذا المرض . وبالفحص عن ملابس الطفل اتضح انها وان كانت ملوثة بالدم والمخاط الا أن مقدارهما كان صغيراً وكان لونهما اكثر اشراقًا من لونهما فى حالة الانغماد . وبالاسترسال فى الفحص اتضح أيضًا أن الطفل كان مصابًا بسقوط الغشاء المخاطى الشرجى سقوطًا جانبيًا . وبرده تحسنت الأعراض كلها

على أن بعض الأغلاط لا مندوحة عنها . فقد عرض فيليب ترنر[١] فى سنة ١٩١٣ فى اجتماع جماعة الطب الملكية[٢] طفلاً أجريت له عملية وهو فى الشهر الرابع من عمره

(١) Philip Turner.
(٢) Royal Society of Medicine.

على حسب انهُ مصاب بالانغماد . وكانت العلامات : خروج الدم من الشرج ، ووجود ورم متحرك صغير اسفل السرة والى الجهة اليمنى منها . واتضح أن الورم هو كيس اشتمال[1] مقره فى المساريقا فى الزاوية ما بين اللفائفى والقولون . ألا ترى أن الخطأ فى التشخيص فى مثل هذه الحالة مما لا يمكن التحرز منه

ومن مواطن الخطأ أحيانًا الفرفورا من النوع المعروف بفرفورا هينوك . فليس بعيداً ههنا ، أن يوجد المغص فى البطن ، والقيء ، والزحير ، وخروج الدم من الشرج ، وظهور ورم فى البطن أحيانا . هذا الى ان هذه الاعراض كثيراً ما تسبق ظهور الطفح الجلدى والاصابة الموضعية هى نزف فى جدار المعى ، واكثر ما يكون فى الجزء الاسفل من اللفائفى . فاذا كان المريض فى حدود سن الانغماد المعوى الحاد ، ولم تظهر عليه بقع نزفية جلدية فمن الصعب تمييز هذه الحالة من الانغماد . والمعتاد الا يصحب هذه الأعراض ورم محس فى البطن اذا كانت ناشئة عن فرفورا هينوك . وفى الأحوال النادرة التى يوجد فيها ورم لا يتخذ شكل السجق المميز ولا يكون بقوام ورم الانغماد . ومن أصالة الرأى ألا يبنى الحكم وتضمن سلامة الطفل على عرض أو علامة . والوجه أن يبذل الجراح أقصى جهده للوصول الى التشخيص بدرس المريض درساً كاملاً جملة واحدة وأحيانًا يوضح الفحص مرض الفرفورا الذى كان كامنًا . ولا بد من توجيه عنايتك بمعاينة المرفقين والأليتين ، وأعلى اللوحين ، ومقدم الركبتين ، والجلد الذي على وتر اكيلا . فقد يظهر الطفح فى هذه المواضع قبل ظهوره فى جهات أخرى . واياك أن تعتقد أن وجود الفرفورا يتنافر والانغماد المعوى . فهناك ما يرجح أن الانسكاب الدموى فى جدار اللفائفى قد يحدث الانغماد ويكون السبب المباشر له . على أن حالة الاضطراب الدموية بوجود الفرفورا مما يستدعى الاحتياط الشديد قبل اجراء فتح البطن

العلاج

ينصح بعض الجراحين أن يعطى المصاب بانغماد معوى حاد الأفيون أو المورفين لتسكين الحركة الدودية المعوية ومنع زيادة الورم ، وأن ينفخ الأمعاء بالهواء ، أو أن

(١) Inclusion Cyst.

تعمل له حقنة شرجية بمقدار كبير من الماء الدفىء أو الزيت . يعمل ذلك والمريض فى الموضع المنحدر من جهة الرأس يوضع أنبوبة شرجية فى المستقيم توصل الى أنبوبة المحقنة وإياك أن تستعمل ضغطاً عظيماً فى ارسال السائل أو الهواء الى المعى . ويمكن التأكد أنجحت هذه الطريقة أم لا بوضع اليد على الورم الذى فى البطن

ويرى البعض الآخر من الجراحين أن الطريقة المثلى لعلاج الانغماد هى فتح البطن ورد التداخل . والوجه عندهم أنهُ وان تكن الطريقة الأولى نافعة أحياناً إلاّ أنها تتضمن خطراً عظيما . ذلك لأن أصعب جزء فى الرد هو أول جزء تعمد . ومن العبث رد الانغماد كله ما عدا هذا الجزء . وليس يستطيع الجراح أن يتحقق أتم الرد ومتى تم بالحقنة الشرجية ؟ قد يقول البعض إن آية النجاح وزوال التغمد خروج المواد البرازية من الشرج . على ان هذه العلامة لا يمكن الاعتماد عليها ؛ اذا عرفت ما حدث لطفل وقد عالجهُ الجراح بالحقنة الشرجية فخرجت المواد البرازية من الشرج ، وانقطعت المواد الدموية ومع ذلك فقد مات الطفل بالانغماد المتغنغر

وليس زوال الورم من البطن على أثر الحقنة الشرجية بعلامة صادقة حتى يستدل منها على النجاح ؛ لأن التغمد الباقى — وهو مفتاح البلوى كلها — أصغر من أن يحس باليد ويروى بعضهم حالة اتخذ فيها الجراح زوال الورم من البطن عقب الحقنة الشرجية علامة على رد التغمد تماماً وكان فى زعمه من الخاطئين

ولتعلم أن الحقن الشرجي قد يفيد تمهيداً للعملية لأنهُ يرد معظم التغمد قبل فتح البطن فيقل العمل بعد فتحه ويسهله . وأحياناً يحدث شىء من الرد الذاتى فيمن تضعضعوا للعملية حتى ولو لم تعمل لهم حقنة شرجية تمهيدية . ولعلّ هذا الرد من الحركة الدودية المنعكسة بالفحص عن المستقيم بالأصبع

وعليك اذا شرعت فى العملية أن تحافظ على دفء الطفل ، وألاّ تضيع الوقت سدى فى أثناء العملية . ومن الصعوبات انتفاخ البطن . فاذا خرجت عروة من المعى فمن الصعب ادخالها . وقد يصرف الجراح زمناً ليس بالقصير فى إرجاع العروة وخياطة

الجرح. ولاتقاء خروج المعى يحسن عمل شق قصير بقدر ما يسمح للجراح برد الانغماد. وليكن هم المساعد منع الامعاء من الخروج

ومن أغرب الأغلاط التى يصعب تفسيرها هو تجاوز الانغماد فى أثناء فتح البطن الذى عمل لهذا الغرض، وقد غلط هذه الغلطة جراح صناع خبير. كان التشخيص الانغماد المعوى. ولهذا التشخيص فتح البطن ولم يجد شيئًا. ومات الطفل، واتضح من التشريح أنه كان مصابًا بتغمد لفائفى قولونى. وقد توجد صعوبة فى أثناء الرد. ولا تكون عن الالتصاقات لأنها لا تكاد تتكون، بل تنشأ عن أزيما المعى المتغمد والمساريقا. ولا أرانى بحاجة أن أذكرك بطريقة الرد التى يجب أن تكون بالضغط بالأصبع والابهام على قمة الانغماد؛ لا بالجذب والشد. وكثيراً ما تستطيع رد الجزء الأكبر بهذه الطريقة ولست تستطيع رد الباقى. وقد يكون السبب، وقتئذ، ازدواج الانغماد أى يحدث الانغماد، ثم يتغمد ثانيًا جملة واحدة فى المعى أسفله والعلاج، ههنا، رد ما يرد بالضغط ثم الفحص عن باقى الورم للحصول على موضع الانغماد الأولى وتغمده ثانيًا فى الجزء الطرفى من المعى. ثم يرد الانغماد الثانوى بالجذب برفق. وربما رد الانغماد الأولى بهذه الطريقة بغير عناء وتعب.

واليك غلطه غريبة:

مرض طفل. فكان تشخيص المرض الانغماد المعوى. وبفتح البطن لم يوجد الانغماد لكن الجراح وجد أن نحو قيراط أو قيراطين من نهاية اللفائفى كان أحمر اللون غليظًا، وأمكنه أن يجس فى الأعور ورمًا صغيراً محدوداً بارزاً من الصمام اللفائفى الأعورى. فركن الجراح الى استئصاله ظنًا منه أنه ورم وبالفحص عما استؤصل بعد ذلك اتضح أن الورم لم يكن الاَّ غشاء مخاطيًا مصابًا بأزيما وساقطًا من الصمام اللفائفى الأعورى. ولعل الحقيقة هى أن الطفل كان مصابًا بانغماد زال زوالاً ذاتيًا، وبقى الغشاء المخاطى المنتفخ آية على الحادثة التى لم يستطع الجراح قراءتها. أو لعل الحالة كانت سقوط الغشاء المخاطى فى الصمام اللفائفى الأعورى، مما يحدث على رأى بعضهم بتناول زيت الخروع، ومما يسبق الانغماد، ويكون سببًا لحدوث التغمد فى القرب من الاتصال اللفائفى الأعورى.

وأحياناً يعود الانعماد بعد العملية وليس عندى ما أبديه بشأن هذا العود . وأقرب من عود الانعماد تجدد أعراضه أو استمرار هذه الأعراض بما فى ذلك خروج المواد الدموية والمخاطية . ومن المهم أن تحسب هذه الأعراض خطأ دليلا على عود الانعماد . ولا يحسبن الجراح أن المريض فى حاجة الى عملية أخرى ان لم يمض عليه فترة سلامة وصحة . وان كنت فى ريب من أمر مريضك ، فعليك بالفحص عن الطفل وهو تحت تأثير المخدر لكى تتعرف أفى البطن ورم وهل هو محسوس ، فاذا أجريت العملية لطفل كبير أو لشاب ووجدت انعماداً فليس يكفى أن ترده ؛ بل عليك أن تتحرى سببه وتتأصله إذا أمكن . ويغلب أن يكون السبب بايلوم أو شىء آخر محسوس . فاذا تغاضيت عن هذا السبب فقد أتيت أمراً إدًّا ذا عواقب وخيمة .