

الفصل الثاني عشر

فتح البطن

موضع الشق - تطبق العملية الاستقصائية على نوعين من العمليات . في النوع الأول يعرف الجراح الآفة التي في البطن ، ويعرف ، تقريباً ، موضعها ، ويكون غرضه من العملية معرفة طبيعة الآفة أو اذا عرف طبيعتها من قبل ، يكون الغرض معرفة أمممكن العلاج جراحياً . وهذا النوع قانوني شرعي . أما في النوع الثاني فلا يعرف الجراح إلا أن في البطن شيئاً غير طبعى ، ويكون غرضه من العملية معرفة المرض ، وطبيعته ، ومكانه . وهذا النوع سبة على الجراحة لأن اجراء العملية بهذه الطريقة معناه اهمال الجراح أو عدم حذقه في التشخيص . واذا اطلع الانسان على جدول الأغلاط الجراحية وجد أغلبها تحت عنوان العملية الاستقصائية . وعلى فرض أن الجراح كان على صواب في اجراء العملية بسبب وجود آفة تستدعيها فلا أقل من أن الشق الاستقصائي يكون في غير الوضع المناسب للعمل الضروري . والمغزى لا شك واضح . فعلى الجراح أن يفحص عن المريض فحصاً كاملاً للتحقق من أن المرض في البطن ، وعليه أن يستعمل كل الوسائل الممكنة للاهتمام الى موضعه . ولعل اهماله المباحث بالأشعة بعد طعام البزموت أدنى أسباب الخطأ

التخدير

جراحة البطن أدعى ما يكون الى قدرة المنوم وخبرته الواسعة . فمن الصعوبات التي يلاقيها الجراح في عماله حفظه الامعاء داخل التجويف البريتوني وادخالها بعد خروجها من فتحة البطن .

فليس من دواعى النجاح في عملية الانغداد المعوى في الطفل مثلاً ، ابقاء جزء كبير من الأمعاء خارج البطن اثناء الاجراءات الضرورية ؛ لأن تعرض الأمعاء سبيل الى

الصدمة . قد يستطيع المساعد كثيراً لمنع خروج الأمعاء ، لكن الذى يستطيعه النوم أكثر لأن عضلات البطن اذا لم تنقبض بالتأثير المنعكس كان من السهل اتقاء خروج الامعاء . قد لا يستطيع النوم أن يحصل على درجة مرضية من الارتخاء البطنى بغير أن يتجاوز الحد بين السلامة والخطر . لكن من المؤكد أنه كلما كان النوم قديراً خبيراً كان نجاحه أعظم فى منع المجهودات التى قد تحدث فى اثناء العملية

كل جراح عنده خبرة فى الجراحة البطنية لا يربى يستطيع أن يستعرض امام مذكرته ما قد صادفه من الأحوال التى طال فيها زمن العملية وزاد خطرهما من جراء التنويم الغير الجيد . وليس الخطر كل الخطر ، فى مثل هذه الأحوال ، من الصدمة وطول العملية ، بل مما يقاسيه الجراح من الصعوبة فى خياطة حافات البريتون وضما ضمماً محكماً . وعدم احكام خياطة البريتون يؤدى الى عواقب خطيرة كالآلم والانسداد المعوى بما عساه يحدث من الالتصاق بين جدار البطن والأحشاء التى أسفله . فقد رأى بعضهم عملية ثانوية لعلاج الانسداد المعوى بهذا السبب

وهناك خطر آخر وهو خروج المعى من فتحة خلال خياطة البريتون خياطة غير محكمة . ويذكر أحد الجراحين الحادثة الآتية عقب عملية الوصل المعوى المعوى :
«ولقد كانت خياطة جدار البطن من أصعب خطوات العملية بسبب يديس العضلات البطنية . وطراً الانسداد المعوى الذى استدعى عملية أخرى . ووجد فى أثناء العملية أن عروة من المعى الدقيق خرجت من شق بين العضلات التى لزمت عايبها »

خياطة الجرح

لا بد من العناية بمسائل معينة بشأن خياطة جرح البطن عدا إحكام حافات البريتون وهى :

ان خياطة العضلات بفرز خاصة تكاد تكون بغير فائدة؛ لأن المنسوج العضلى رخو رخاوة تحول دون بقاء الفرز عند المجهود . هذا الى أن العضلات فى جميع الأحوال تعود الى مكانها الأصلي بضم حافات الصفاق؛ ان لم تكن العضلات قطعت مستعرضة اغلاط الجراحين (١٠)

وخياطة الصفاق هي التي تحول دون حدوث الفتق في المستقبل . ولذلك يلزم خياطة الصفاق خياطة محكمة بخيط متين متانة تحول دون قطعه بمجهودات القى ولعل الكاتجت المعالج بالكروم أنسب الأنواع ؛ لكن استعماله يقتضى احتياطات معينة . يعتمد أكثر الجراحين على خياطة واحدة مستمرة بالكاتجت لضم حافات الصفاق . وهذا العمل لا يخلو من الخطر لاحتمال انفتاح الجرح بالتحلل العقدة : وليست هذه الحادثة نادرة الوقوع ، ولا بد أن شاهدها كثير من الجراحين ، أو على الأقل علموا بها . والضعف في هذه الخياطة هو من انحلال العقدة ، لأن عقدة الكاتجت ليست مضمونة ؛ مما يمكن الجراح أن يتحققه بنفسه في أثناء العملية بقطع أحد طرفي العقدة قريباً منها وجذب الطرف الثاني . فإذا اقتصر الجراح على خياطة الصفاق بخياطة واحدة مستمرة بالكاتجت فلا بد في كل حالة من خطر معين ، قد يكون خفيفاً ؛ ولا شك أن هذا الخطر يقل كثيراً باختبار العقد قبل اتمام إقفال الجرح ، وبقطع طرفي العقدة قطعاً طويلاً أى يلزم أن يكون طول كل طرف نحو سنتيمتر . وربما كان الأفضل تقوية الخياطة بعمل غرز بوتر الديدان المتين تمرّ خلال الجلد والمنسوج الحلوى تحته ، والصفاق البطني وأفضل أثر الالتحام ما روعي فيه ضم الحافات الجلدية ضمّاً محكماً . ويرى بعضهم أن تعمل خدشات صغيرة سطحية مستعرضة بإبرة على طول خط الشق قبل عمله . وتكون هذه الخدشات دليلاً للجراح وقت إقفال الجرح

التصفية

أو كما يسميها الجراحون الدرنة . ولا يزال بعضهم يهيئها بقطع من الدسام عند ضرورة استخراج مفرزات من البطن عقب العملية . وللتصفية بالدسام مضار كثيرة . فرفع الدسام مؤلم ، ولا تؤدي إلى الغرض الذي وضع من أجله إلا قبل أن تمتلئ عيونها بالمفرزات وتجمد . أما بعد ذلك فالدسام يصير كقدام القارورة يمنع خروج المفرزات . وكثيراً ما يلتصق الشاش بالأحشاء ويتلفها ، وعند استخراجها يجذب الثوب المتصق به إلى الجرح . وهذه كلها مما يدعو إلى تركها واستبدال الأنابيب بها . أما سوء سمعة الأنابيب فليس منسوباً إلى طريقة التصفية بالأنابيب بل إلى سوء

استعمال الطريقة. واليك البيان : قد تستعمل أنبوبة واسعة جداً. فقد رأى بعضهم أنبوبة لا يقل قطرها عن القيراط في جرح لتصفية الحوض. ومثل هذا القطر غير ضرورى، هذا الى أنه يتعب المريض وقد يتخلف عنه فتق في المستقبل. وقد رأى أحد الجراحين مريضاً طراً عنده انسداد معوى بدخول جزء من جدار المعى الدقيق في فتحة من الفتحات الجانبية التي عملت في أنبوبة واسعة وضعت لتصفية الحوض عقب عملية فتح بطن

وانه وان يكن من الصعب تعيين الوقت الذى يمكن أن ترفع فيه أنبوبة التصفية إلا أنه من الصواب القول بأنها كثيراً ما تحفظ أطول مما يلزم. وطول بقائها في الجرح مما يجعله بؤرة للتقيح. فقد رأيت أنبوبة أقيت في الجرح مدة خمسة أسابيع بعد عملية خراج في الزائدة الدودية. واستمرّ الصديد غزيراً طول هذه المدة حتى لقد خشى الجراح أن يرفعها. لكنه بعد أن رفعها رأى الصديد وقد انقطع سريعاً والتحم الجرح مباشرة وقد يروع الجراح ما يحدث أحياناً عقب رفع الأنبوبة من ارتفاع حرارة المريض ارتفاعاً قليلاً مما يدعوه الى الاعتقاد بأنه قد رفعها قبل أوانها فيعمد الى العبث بالجرح ظناً منه أن الصديد كامن في احدى زواياه، والحقيقة غير ذلك؛ لأن الحمى الوقتية كثيراً ما تأخذ المريض عقب استخراج الأنبوبة، ولا شأن لها مطاقاً ومن عواقب ابقاء الأنبوبة طويلاً في الجرح ضغطها الأنسجة التي تجاورها وتلامسها مما ينشأ عنه انسداد معوى، أو ناصور برازى، أو نزف أو تخثر على أثر أذى في الأوعية الحرقفية

الأجسام الغريبة التي تغفل في البطن

يندر أن يسمع الانسان عن اغفال آلات في البطن. على ان ذلك مما يحدث أحياناً وجفوت الشرايين هي أقرب الآلات الى النسيان. وينتج ذلك بالتحرز والاحتياط. ويحسن أن تستعمل الجفوت ذات الأيدى الطويلة والحوادث التي تشاهد أكثر هي نسيان الاسفنج في البطن. ولاتقاء ذلك يوصى بعضهم بعد الاسفنج قبل العملية وقيل الاتهاء منها. وليست هذه الطريقة بكافية كما ينتظر فقد عدت الممرضة، ذات مرة، الاسفنج، مرتين، وقالت، في المرتين، ان العدد

مضبوط ، ومع ذلك فقد أغفلت اسفنجة في البطن وتحمل وبال غلطها الجراح . وأضمن من العد ألا يستعمل الجراح إلا إسفنجة ذات ذيل طويل يترك خارج البطن ويثبت ثم بجفت شريان والواجب الالتجاء الى هذه الطريقة مع عد الأسفنج . وإياك تستعمل الاسفنج الصغير . رأيت مرة في المشرحة إسفنجة صغيرة استخرجت من بطن مريض ، وكان الجراح الذي أجرى العملية حاضراً فرُعب مما رأى واطضح أنه أجرى العملية وساعده فيها مساعد غير خبير فوضع الاسفنجة وأغفلها ولم يرها الجراح ومن الحوادث التي جرت وكانت سبباً في رفع دعوى على الجراح نسيان الاسفنجة داخل المعى وكانت قد استعملت لمنع خروج المواد البرازية في أثناء استئصال المعى . ولذلك يحسن الاحتياى على منع المواد البرازية بطريقة أخرى وكثيراً ما ترى قطع من خيط الحرير أو الكاتجت في بطن المرضى الذين يموتون على أثر عمليات في البطن ، وهذه القطع تشاهد سائبة في التجويف البريتونى . وقد رأى بعضهم قطعة من القفاز . وقد تخرج قطع خيط الحرير من التجويف البريتونى ، في النساء ، خلال بوق فالوبيوس

ويحكى أحد الجراحين أنه أجرى عملية خراج في الحوض لمرضة ، ووضع أنبوبة تصفية في حوضها . وشفيت جيداً ، وقد صادفها الجراح بعد العملية بثلاثة أشهر فأخبرته بتولد خراجة صغيرة في أثره الالتحام انفجرت وخرج منها بعض غرز وقطعة صغيرة من المطاط مما يتطاير في أثناء عمل فتحات في أنبوبة التصفية . فعليك الاحتياط في أثناء قطع الخيط وعمل الفتحات في الأنابيب

وروى لى صديق من الجراحين أنه فتح خراجة لمريض له كانت في مقدم فخذه . واستخرج منها إبرة جراحية منحنية في سمها فتلة حرير . ولقد عملت لهذا المريض عملية في البطن منذ سنة ونصف

الوضع بعد العملية

يمكن سند المريض في وضع فولر بعد زوال الصدمة المباشرة . وسواء أصحبت المزايا التي يدعيها فولر لوضعه أم لم تصح فإن سند المريض في هذا الوضع . مما يجعله يشعر براحة عظيمة لتخفيف التوتر في جدار البطن ؛

الاستسقاء الطبلي

يختلف الألم الذي يحسه المريض عقب العملية . فمنهم من يتألم كثيراً ، ومنهم من لا يشعر بألم . وقد يميل الجراح لتخفيف ألم المتألمين بالمورفين . وإنه وإن خفف الألم إلا أنه يزيد الاستسقاء الطبلي وهو مما يجب أن يتحاشاه الجراح وخير علاج للانتفاخ هو الحقن الشرجي بزيت الترنيتينا والحقن تحت الجلد بخلصة الغدة النخامية ويجب التعجيل بكليهما بغير انتظار الى حدوث الانتفاخ

القيء بعد العملية

قد يكون القيء عقب العملية من المخدر، أو من السم البولي، أو من حموضة الدم، أو من أسباب أخرى مختلفة . وأهم الأسباب الالتهاب البريتوني والانسداد المعوي؛ ولا حاجة بنا الى التمييز بينهما لأن الكلام في ذلك في موضع آخر . ومن الضروري أن نشير إلى نوع من القيء له شأنه . فلنفرض أن مريضاً قد أجريت له عملية لالتهاب في الزائدة الدودية أو في عضو آخر من أعضاء الحوض ولم يمتثل سريعاً . ويشاهد البطن منتفخاً فيه مضاضه ، وترتفع حرارته ، ويعتريه القيء وربما كان من الصعب إطلاق أمعائه . والمهم في مثل هذه الحالة توقع خراجة حوضية باقية . فان لم يفكر الجراح في ذلك تعليلاً لابطاء النقه ، فيلجأ الى الفحص عن المريض من الشرج أو المهبل ، فقد لا تعرف الحالة ويذهب المريض من يديه .

وحموضة الدم موضع للخطأ أحياناً اذا نبا الجراح عن البول ولم يفحص عنه بكلوريد الحديد . ولذلك يلزم عد هذه الحالة من أسباب القيء والاهتمام بالفحص عن البول . وحموضة الدم اذا عرفت عولجت سريعاً بالعلاج الغذائي المناسب، وهو إطعام المريض بالمواد الكربوهيدراتية ، واعطائه مقداراً كافياً من محلول الجلوكوز حقناً تحت الجلد أو في المستقيم . أما إذا تاه الجراح ولم يدرك أن الحموضة الدموية هي علة القيء فإنه يجمع المريض أو يغذيه باللبن أو بماء الزلال ، ويدفعه بذلك الى الموت والهلاك