الفصل الثالث عشر

التهاب الزائدة الدودية

تنسب اكثر حوادث التهاب الزائدة الى مسألة التشخيص . وهنا مواطن كثيرة للخطأ يجب أن يتقيها الجراح وهو فى طريقه الى تعرف المرض . مواطن ما أصعبها حتى لتجد الحاذق الخبير من الجراحين وهو ينخدع أحيانًا . أما المهمل غير الخبير فكثيراً ما يخطىء

إن التشخيص فى هذا المرض هو تخمين او استنتاج يحتاج الى كثير من الحذق والذكاء لأن الزائدة لا يمكن رؤيتها أو جسها بغير فتح البطن . فالنتائج التى يحصل عليها الانسان من العلامات الغير المباشرة فى هذا المرض كالنتائج التى يحصل عليها من العلامات الغير المباشرة فى غير هذا المرض قد تكون خطأً . ولا تنحصر مواضع الغلط فى البطن فحسب بل تتضمن اضطرابات عامة معينة واضطرابات صدرية واضطرابات خارج البطن

الاضطرابات العامة

ليس من النادر أن يكون ألم البطن والقىء من علامات السم الرصاصى ، والاتاكسيا الحركية ، والانيميا الشديدة ، وحموضة الدم ، وصلابة الشرايين ، والاريثيما الأبخرية ، وفرفورا هينوك ، وأمراض أخرى . ولا يبعد أن ينسب الألم والقىء خطأً فى هذه الأحوال ، الى التهاب الزائدة فان لم يفحص الجراح عن مريضه فحصًا دقيقًا بنظام وقع فى أغلاط شائنة . وبقليل من التدبر يتضح لك أن هذين العرضين هما أساس غير مضمون ليبنى عليه الجراح تشخيص التهاب الزائدة

السم الرصاصى

قد يخطىء الجراح فى هذه الحالة ، من احدى ناحيتين . فأما الناحية الأولى فقد ينبو الجراح فلا يرى الخط الأزرق الذى يشاهد فى اللثة ، والشحوب ، وارتخاء الرسغ لأنه لا يتجاوز البطن فى فحصه وعلى ذلك يكون مسؤولاً عن فتح البطن فتحًا

غير ضرورى . وأما الناحية الثانية فقد يرى الجراح علامات السم الرصاصى ويتأثر بها فى حكمه متغاضياً عن الالتهاب فى الزائدة الدودية الذى يكون علاوة على السم الرصاصى فقد ذكر بعض الجراحين مثالاً من هذا النوع . إذ اكتفى الجراح بتشخيص السم الرصاصى ، وتغاضى عن الزائدة الدودية التى تغنغرت بعواقب وخيمة

وان لم يكن من السهل التسامح فى التغاضى عن العلامات الواضحة للسم الرصاصى إلاَّ انهُ من السهل التغاضى عن التهاب الزائدة متى رأى الجراح بغير ما شك الخط الأزرق على اللثة وسائر العلامات الأخرى . فاذا اتفق عند المريض آفتان فمن المستحيل تقريباً تقدير قيمة كل منهما على أن من الواجب أن نحاول ذلك

الاتاكسيا

قد حسبت الآلام الحشوية التى تعرض فى التابس الظهرى علامة على التهاب الزائدة وليس عندى الاّ أن التمس ضرورة الفحص الكامل وعدم الاعتماد على الفعل المنعكس للحدقة . فضعف السمع ، وفقد الاحساس باللمس الخفيف فى مساحات معينة من الجلد وفقد الفعل المنعكس فى الركبة ، والقرحة الثاقبة فى القدم ، والآلام الحشوية ، كل أولئك مما يسبق امحاء التأثر المنعكس فى الحدقة للضوء فى التابس الظهرى

حموضة الدم

فى الأطفال وغيرهم من الشبان حالة شائعة . وانا و إن أسلفنا الكلام فيها فى عوارض الرأس إلاَّ أن من الضرورى العود اليها هنا لأنها كثيراً ما تلتبس بالتهاب الزائدة مما يكون فيه خطر شديد ؛ لأن تخديرك المريض بحموضة الدم قد يؤدى الى الهلاك

واليك مثلاً فيه عظة وذكرى : دعيت لعيادة بنت فى السادسة من عمرها ارادت اجراء عمليـــة التهاب الزائدة الدودية . وكانت تشكو من ألم فى البطن وقئ مستمر . وأُخبرت أنها لم تعط الا ماء الزلال ولم تكن تستمرئه قاذفة إياه . ومرَّت عليها أدوار مماثلة وان تكن أقل شدة . و بالفحص عنها وجدتها فى حالة نعاس ، ولم يكن نبضها بريتونيا

وفى القسم الشراسيفى مضاضة لعلها من القيء . ولم يكن على موضع الزائدة شيء من المضاضة أو يبس العضلات . فما ظننت أنها مريضة بآفة بطنية أولية، لأنها كانت أقرب الى حالة حموضة الدم منها الى التهاب الزائدة الدودية . و بالفحص عن البول وجد تفاعل الدياستيك قويًا . فأشرت على الفتاة بتناول قطعة من الخبز المقدد فذعر ذووها وقابلوا هذا الرأى بشيء من الخوف ، والاستهزاء ، بل ومن المعارضة . وما كان ذلك إلا ليزيدنى ثباتًا ، فتناولت الفتاة قطعة الخبز واكلتها هنيئًا مريئًا . ولشد ما دهش القوم حينما وجدوا أن القيء قد انقطع بتناول المواد الكربوهدراتية وان الفتاة قد تماثلت

و بعد ذلك ، عاودت الفتاة نوبة أخرى ، بينما كانت فى غير بلدها . وقال الجرَّاح الذى دعي لعلاجها إنها مصابة بالتهاب فى الزائدة ونصح بضرورة العملية فاستخرجت الأم مذكرة صغيرة كتبتها لها وأثبت فيها استعداد الفتاة لحموضة الدم وطلبت منها أن تحافظ عليها وتبديها لغيرى من الأطباء اذا حدثت النوبة . ففحص الطبيب عن البول ، ووجد فيه الأسيتون ، واقتصر العلاج على التدبير الغذائى المناسب بفائدة عظيمة

ولا تنس ، أيها الجراح ، أن حموضة الدم قد تطرأ عقب القيء والجوع اللذين يلازمان التهاب الزائدة. ولذلك كان من الضرورى الفحص عن البول لحامض الدياستيك والاسيتون فى كل مريض قبل اجراء عملية الزائدة لكى يبادر الجراح بالوسائل العلاجية الضرورية بزيادة السكر والمواد الكربوهدراتية خوف وفاة المريض وفاة غير منتظرة من السم المتأخر بالكلوروفرم

واذا اشتدّ القيء من حموضة الدم عقب العملية فلم يستطع المريض تناول المواد الكربوهدراتية بالفم فلا بدَّ من اعطائها اياه بطريق الشرج . وفى الأحوال الشديدة جداً يلزم الالتجاء الى الحقن تحت الجلد أو فى الوريد بمحلول جلوكوز بنسبة ٥ فى المائة. واياك أن تستعمل الجلوكوز التجارى

ولاتقاء مثل هذه المضاعفات يحسن الاحتياط بالسماح بمقدار وافر من المواد الكربوهدراتية فى الغذاء قبل أى عملية تعمل بالتخدير العام

ولا يسع المقام شرح سائر الاضطرابات العامة التى تحدث أعراضًا بطنية كصلابة

الشرايين وتكلسها ، وكالأريتيما متعددة الشكل وفرفورا هينوك وغير ذلك . وكلها مما يستدعى الفحص عن المريض فحصًا كاملاً ، وملاحظة البقع الفرفورية ، وبقع الأريتيما ، وصلابة الشرايين ، وتمدد القلب . وكل ذلك مما يقتضى ، بالتالى ، تشخيص المرض بعد تدبر الأعراض والعلامات جملة واحدة ، ومجموعة كاملة

الآفات الصدرية

قد يحدث الالتهاب الرئوى ، والالتهاب البلوروى ، والامبايما فى الجهة اليمنى ، ألمًا منعكسًا فى الجانب الأيمن من البطن مع يبس فى العضلات . والأمثلة كثيرة التى حدث فيها أن الجراح فتح البطن متوقعًا زائدة دودية ملتهبة أو التهابًا بريتونيًا بسبب آخر خائبًا لعدم وجود شيء من ذلك ، مذعوراً من معرفته بعد ذلك إما على سرير المريض أو على طاولة المشرحة بوقوفه على المرض فى الصدر مما كان من السهل الاهتداء إليه لو عنى بالفحص عن المريض فحصًا دقيقًا

الآفات القلبية

هى مواطن للخطأ أيضًا . فقد رُوى أن مريضًا أخذه ألم شديد فى البطن مع يبس فى العضلات و بعض الهبوط . ففتح بطنهُ ولم يشاهد فيه شيء معين . واستؤصلت الزائدة وقد كانت سليمة بالعين العارية . فزال ألمه عقب العملية ، وقد طرأ عنده بعد يوم أو يومين ألم فجائى فى القسم المراقى الأيسر اتخذ دليلاً على حدوث سدادة دموية فى طحاله . و بالفحص عنه بعناية اتضح أنهُ مصاب بالتهاب فى الغشاء المبطن للقلب

نخر العمود الفقارى

قد يلتبس هذا النخر ولا سيما اذا صحبه خراج فى العضلة البسواسية بالتهاب الزائدة لأن المريض وقتئذ ينعكس ألمه فى البطن ، ويشاهد مستلقيًا على ظهره ، وفخذه مثنية على بطنه لإرخاء العضلات المئوفة ، وتتضح مضاضة على موضع الزائدة . على ان تاريخ المرض ، و يبس العمود الفقارى مما يدل على النخر

وقد يكون الخطأ فى النقيض . فقد انعكس ألم خراجة الزائدة فى الظهر فى مريض ،

وذكر الجراح الذى شاهده أنهُ لم ير فى حياته مريضًا انعكس الألم عنده فى الظهر وكان ذلك سبب الخطأ

مرض الورك

ان الزائدة وهى فى الحفرة الحرقفية قريبة العلاقة بالعضلة الحرقفية . فاذا التهبت وتكوّنت خراجة خلف الأعور تثنى الفخذ على البطن . واذا حاول الجراح بسطها توترت الأنسجة الملتهبة وأحدثت ألمًا. وهذا مما يجعل الجراح يحسب الالتهاب فى الزائدة مرضًا فى المفصل الوركى

أمراض الكلية

تلتبس أمراض الكلية بالتهاب الزائدة الدودية لتأثيراتها العامة واضطراباتها الموضعية ففى السم البولى مثلا اذا صحبه ألم ومضاضة فى البطن كما يحدث غالبًا فقد يتوهم الجراح أن المرض فى الزائدة الدودية ويستدعى التوسط الجراحي . واذا لم يخطر بباله أن يفحص عن البول فقد يندفع الى فتح البطن فى أشأم وقت . ولقد شاهدت حادثة من هذا النوع

ولعل اكثر الأغلاط شيوعًا هو حسب الحصاة الداخلة فى الحالب التهابًا فى الزائدة وأدل شىء على الحصاة هو استجلاء الكريات الدموية الحمراء فى البول بعد ترسيبه مركزيًا وفحصه بالمجهر . ويحسن أن يذكر الجراح هذا الاحتمال لكى يعمد الى الفحص عن الحالب اذا فتح البطن ووجد الزائدة سليمة لاشية فيها

واستيثاقك من التاريخ يمكنك غالبًا من التمييز بين المرضين أو يجعلك ، على الأقل على شىء من الحذر يدعوك للالتجاء الى طلب الفحص بالأشعة قبل فتح البطن . على أن هذا كله لا ينحّى عن الخطأ أحيانًا ؛ لأن زيادة مرات البول المصحوب بدم قد تلازم التهاب الزائدة أو تنشأ عنه

وكيفما كان السبب فالأعراض البولية تزول بعد استئصال الزائدة . وقد صعب التشخيص فى مريض كان عنده خراج زائدى خلف الأعور لأن بوله كان يحتوى

على دم وصديد واسطوانات حبيبية . وكان الخراج مرتفعاً فى البطن ، ودلت صورة الأشعة على كتلة قد تكون حصاة كلوية لكنها كانت كتلة برازية . وزالت الأعراض البولية سريعاً بعد العملية

واليك مثالاً لغلطة كانت عاقبتها وخيمة . مرض رجل شديد قوى ، وحسبت الأعراض التى بدت عليه مغصاً كلوياً فى الناحية اليمنى . فعولج بما يعالج به هذا المغص من كمادات ساخنة وحقن بالمورفين . وبعد علاجه أسبوعاً كاملاً بدأ القلق على طبيبه واستدعى جراحاً . فوجد البطن منتفخاً بغير مضاضة . وكانت الحرارة ٩٧,٦ فارنهيت والنبض ١١٢ وكان دقيقاً . واللسان جافاً بنياً . والحدقتان منقبضتين . وكل ذلك دليل على اصابته بالتهاب بريتونى فى الدور الأخير . وأجريت العملية على انها الوسيلة الأخيرة للرجاء . لقد ضاع ألم المريض بالمورفين الذى استعمل وكان من دواعى حتفه

التهاب حوض الكلية فى الحمل

موطن آخر للخطأ . يشاهد هذا الالتهاب عادة فى الشهر السادس من الحمل . واذا عرف فى الوقت المناسب أمكن علاجه بالتنبيه على المريضة بملازمة السرير ، و باعطائها مطهراً بولياً . وقلما تعرف الحالة ، لسوء الحظ إذ تحسب التهاباً فى الزائدة الدودية . فقد دعيت مرتين لاجراء عملية الزائدة الدودية لسيدتين كانتا حاملين . وكان بولها محتوياً على زلال غزير وصديد مما دل على انهما مريضتان بالتهاب فى حوض الكلية

ولقد شاهدت مريضة استؤصلت زائدتها بغير أن يتحسن مرضها . ولتعلم أن الالتهاب فى حوض الكلية مضاعفة كثيرة الوقوع فى الحمل لا يمكن أن ينبو عنها الجراح فلا يدركها اذا فحص عن بول مريضته وعرف مدلول فحصه

الاضطرابات البطنية

أما الاضطرابات البطنيـــة التى تلتبس بالتهاب الزائدة فهى الامساك ، والقرحة المعدية ، والمعوية ، والتهاب المرارة ، وحصاة الكبد ، والالتهاب البريتونى الدرنى ،

والأمراض المختلفة للأعضاء الحوضية ، والانغماد المعوى ، والمرض الخبيث فى المعى ، والانسداد المعوى . وليس من السهل توضيح هذه الأحوال بأمثلة . وينبغى للجراح أن يحفظ ، أولاً ، أن التاريخ الدقيق شأنًا عظيمًا وثانيًا ، أن الاعتماد على أعراض مفردة كثيراً ما تخدع الجراح ، وثالثًا ، أن من الضرورى الفحص عن المريض فحصًا كاملاً . فقد شاهد بعضهم رجلاً مريضًا بانثقاب فى الزائدة ، وهو جالس أمام النار يشكو من ألم حول منشأ قضيبه . وكانت حرارته ٩٩ درجة بمقياس فارنهيت ، ونبضه ٨٨ فكانت ههنا علامات كثيرة غير اعتيادية فى التهاب الزائدة لكن كان من السهل تشخيص المرض لتعرف التاريخ بالدقة وتدبر الأعراض جملة واحدة

ولعل أعظم منبع للخطأ هو الاهتمام بوجود بعض أعراض معينة أو بعدم وجودها . ألم تسمع ، أيها الجراح ، من زميلك وأنت تناقشه ، قوله لك : ليس بالبطن مضاضة ولذلك لايصح أن يكون المرض التهابًا فى الزائدة . وكان هذا صحيحًا لو كان التشخيص آليًا (ميكانيكيًا) نعم أن الأرجح أن يكون استنتاجه صوابًا ؛ لكن لايبعد أن يكون خطأ . كأن يكون الإلتهاب محصوراً فى الحوض أو كان يكون المريض قد تناول مقداراً عظيمًا من الأفيون أو الغول . وكذلك قد لا تتضح المضاضة اذا كان جدار البطن عظيمًا من الطبقة الدهنية ؛ أو لأسباب أخرى . وقد يخدع المريض طبيبه عفواً أو عمداً . فقد يدعى بعدم وجود المضاضة تجلداً غير متضعضع ، أو خائفًا من عملية . وقد يدعيها وهى غير موجودة

وكذلك الحال فى كل عرض . فالأعراض عرضًا عرضًا طريق للوهم والخداع ، وجملةً اكثر ضمانًا وأمنًا . فهل تستطيع خربصة[1] النـاس من عيونهم أو آذانهم أو أيديهم . وهل يستطيع زوج أن يتعرف زوجته اذا سترت الجزء السفلى من وجهها . وكذلك المرض لا يمكن أن يتعرفه الطبيب اذا لم تكشف الأعراض كلها . هذا هو سر التشخيص

وينشأ عن التهاب الزائدة مضاعفتان عظيمتا الشأن قد لا يحسن تأويلهما الجراح أو يتغاضى عن سببهما اذا عرفهما

---

(١) أى تمييزهم

أما المضاعفة الأولى فهي الخراج تحت الحجاب الحاجز و يتكوّن إما من استطراق الصديد إلى الأعلى ، و إما من تقيح الزائدة التى تكون فى غير موضعها الطبعى . وقد يصح أن يفتح هذا الخراج و يصفى فيتماثل العليل بغير أن يكشف عن سبب التقيح . لكن لا يطرد هذا

وعلى الجراح ، على كل حال ، أن يكون أرق من أن يتقبل بسهولة ضعفاً فى التشخيص كهذا . فقد يستطيع الجراح الأخرق أن يفتح الخراج ثم يصفيه فيلتئم بنجاح ، لكن ليس يستطيع أن يبدى رأياً صواباً فى التشخيص لأن ذلك مما يستدعى حذقاً وذكاءً

دخل صبى أحد المستشفيات بخراج كبير تحت الحجاب الحاجز ففتح وصفى ، وتخلف عنهُ ناصور لم يلتحم . و بعد أن لبث طويلاً مستشفياً استخرجت كتلة برازية متحجرة فالتحم الناصور سريعاً . ففى هذا المريض يظهر أن الجراح لم يحاول ان يعرف سبب الخراج أو يكشف عن الكتلة البرازية أو الجسم الغريب . فلو أن الصديد أرسل للطبيب الباتولوجي ، وهو مما يجب عمله ، لكان من المحتمل اكتناه الأزهار الميكروبية المعوية التى تهدينا سواء السبيل ، ولأرشدتنا بقية العلامات الى أن أصل التقيح فى الزائدة الدودية

وكذلك تغفل ، كثيراً ، الأخرجة الحوضية الناشئة عن التهاب الزائدة الدودية . ففى الأدوار الأولى قد لا تتضح المضاضة جيداً فى البطن ، وكذلك الألم . هذا إلى أن الألم إذا وجد يكون مغصياً مما يدعو الجراح الى نسبته الى انسداد معوى جزئى ، متغاضياً عن التجمع الصديدى الحوضى . هل أدلك على ما يلزم ؟ تفحص الحوض جيداً للوصول الى التشخيص الصواب . وههنا يجب أن أرشدك الى احتياط ضرورى وهو اخلاء المثانة مما فيهـا من البول لأن المثانة الممتلئة بالبول والتجمع الصديدى الحوضى متشابهان

ولقد شاهدت مثلاً غريباً لخراج زائدى فى مريضة أغفله الطبيب المعالج حتى انفجر . شكت السيدة ، وكانت من الأغنياء ، من ألم شديد فى البطن ، وقىء . فاستدعت طبيبها الذى اجتزأ بوصف الدواء لها بغير الفحص عنها . وربما احتوى الدواء على شىء من

مركبات المورفين . فظلت المريضة فى مرضها ، وظل الطبيب فى علاجها بغير أن يكلف نفسه مشقة الفحص عنها إلى أن أعلن الخراج عن نفسه بانفجاره . فسألت المريضة لمَ لم تخبرى طبيبك بالورم الذى كان ببطنك . فكان جوابها ألم يكن من واجبه الاهتداء اليه . ومن الحق أن الحق معها لدرجة ما

الامساك

كثيراً ما يلتبس الامساك ، ولا سيما ذلك فى الأطفال ، بالتهاب الزائدة . ولما أن الامساك من اعراض هذا الالتهاب ونتائجه فقد يكون سبباً للخطأ . فقد يصف الطبيب القليل الخبرة جرعة من زيت الخروع أو من مسهل آخر . فحذار . حقيقة إن هذه الوصفة قد توضح طبيعة المرض ؛ لكن بضرر عظيم . ذلك لأن المسهل سواء أكان زيت الخروع أم غيره ، اذا أعطى مريضاً بالتهاب فى الزائدة ، قد يزيد الالتهاب اشتعالاً والأعراض حدة . فليكن اعتمادك على الحقن الشرجى . واياك أن تستعمل المسهل

التهاب المرارة

من الصعب جداً التمييز بين التهاب المرارة والتهاب الزائدة . وقد يكون من المستحيل فى بعض الأحوال ، الاهتداء الى الصواب قبل وضع المريض على منضدة العمليات . وفيها يحسن جس البطن قبل العملية و بعد التخدير . لأنهُ قد يمكنك وقتئذ أن تجس أى المواضع اكثر يبساً ، أو أن تحس ورماً لم تكن لتشعر به من قبل

الالتهاب المبيضى والالتهاب البوقى

لا نزاع فى أن الأعراض كثيراً ما تشتد فى أوقات الطمث ، فى النساء اللاتى يكون عندهن آفات مستديمة فى ملحقات الرحم . أما اشتداد الأعراض فى أوقات الطمث فى النساء اللاتى يكون عندهن التهاب مزمن فى الزائدة الدودية فغير معروف للأطباء معرفتهم باشتداد الأعراض فى مرض الملحقات الرحمية . وسواء أكانت شدة الأعراض

فى أحوال التهاب الزائدة ناشئة عن أصل وعائى أم عن سبب آخر فلا شأن لنا به . لكن المهم معرفة اشتداد الأعراض أوان الطمث لكيلا يخدع الجراح فيحسب ذلك دليلاً على اضطراب حوضى

الانسداد المعوى

لشد ما تدهش ندرة الانسداد المعوى عقب التهاب الزائدة . فان طرأ على مريض بالتهاب الزائدة مايدل على الانسداد كانتفاخ البطن ، والآلام المغصية ، والحركة الدودية المسموعة فحقيق بالجراح أن يكون فى ريب من أمره . لأن الإمساك ، وإن يكن من مصاحبات التهاب الزائدة غالبًا ، لا من لوازماته فانه ناشىء عن منع الحركة الدودية وفى الأحوال التى يظهر فيهـا الانسداد نتيجة الالتهاب فى الزائدة أو حولها ، فالذى يستدعى الاسعاف هو الانسداد

وأزعم أن كل نوع من الانسداد المعوى كالانغماد والانسداد بالالتصاق ، والورم الخبيث ، والفتق المختفى خلف البريتون ، والحصاة المعوية ، إن كل ذلك قد يشبّه على الجراح فيحسبه التهابًا فى الزائدة . ويزداد خطر هذا الخطأ فى التشخيص إذا حاول الجراح استئصال الزائدة بفتحة صغيرة ولا سيما إذا جعل شقه كالمشواة . لأنه إما أن يستأصل الزائدة ، فى مثل هذه الأحوال ، متغاضيًا عن الإصابة الكبرى وهى الانسداد لعدم معرفته إياها . وإما أن يتعرف الانسداد ووقتئذ ليس يستطيع علاجه خلال الفتحة الصغيرة التى أراد أن يستأصل الزائدة منها .

قرحة البواب والعفج

يحدث الالتهاب المزمن فى الزائدة نوعًا من عسر الهضم من الصعب غالبًا ، ومن المستحيل أحيانًا تمييزه مما يرى فى قرحة البواب أو العفج . وربما كان عسر الهضم فى هذه الأحوال لسبب واحد هو استمساك البواب عن التمدد للسماح للغذاء بالمرور من المعدة الى المعى المصاب . ولعل الشيء المميز المعتمد ، إذا لم تكن هناك علامات لتحديد موضع

المرض ، هو عدم انتظام عسر الهضم واختلافه فى التهاب الزائدة الدودية على غير ما هى الحال فى قرحة البواب والعفج . ولا تحسبن أنها علامة ناجحة دائمًا على التمييز .

تأجيل العملية

ليس من أصالة الرأى إرجاء العملية الى زمن غير محدود متى انتهى الجراح إلى تشخيص التهاب الزائدة . وحتى إذا كانت الحالة خفيفة ، وكل العلامات تدل على زوال النوبة فليس هناك ما يضمن سلامة المريض من بطش الالتهاب دفعة أخرى . فقد عرفت رجلاً نحاه طبيبه عن العملية رجاء أن المرض لا يعود . وكانت النتيجة أن النوبة عاودته فى ظروف غير مناسبة للعملية وانثقبت الزائدة وطويت صحيفته . ويروى أحد الجراحين أن عملية ارجئت شهراً لأن زوج المريض كانت على وشك الوضع . فحدث للمريض فى خلال هذا الشهر سم صديدى فى وريد الباب قضى عليه .

ولقد مرَّ بك الكلام فى استعمال المورفين لأنه يخدع الجراح فيجعله يخطىء التشخيص أو يؤخره فيه . وإياك أن تتوهم زوال خطره اذا استعمل بعد التشخيص وتقرير العملية . وخطره فى هـذا الوقت يكون فى تخفيفه الألم تخفيفًا قد يجعل المريض يفكر فى ارجاء العملية

عمليات الزائدة الدودية

الشق — كُتب ، وقيل ، كثيراً عن الشق المعبر عنـه بشق المشواه ، وهو الشق المصطلح عليه . ووجه الاصطلاح أن الشقوق الأخرى لا تترك جدار البطن قويًا مثله . ولست اعتقد ذلك ؛ لأن الفتق البطنى لا يعقب الشق الذى يعمل فى غمد العضلة المستقيمة على شرط أن تعمل الخياطة محكمة وأن يلتحم الجرح بالقصد الأول . وان خالفت هذين الشرطين برزت أثرة الالتحام وكانت ضعيفة كيفما كان الشق . ولتعلم أن لشق المشواة عيوبًا . منها أنك لا تجد إلا فتحة صغيرة لاستئصال الزائدة ؛ فاذا ما رأيت حاجة الى توسيعك الجرح فليس من السهل الوصول الى ذلك بغير ضرر جدار البطن .

ومنها أن الزائدة الدودية الملتصقة فى الحوض ليس من السهل استئصالها لعدم استجلائها جيداً . هذا الى أنهُ من المستحسن غالبًا تحرى حالة بعض أعضاء أخرى عدا الزائدة مما لايتيسر بهذا الشق . والرأى أن يعمل شق رأسى خلال غمد العضلة المستقيمة اليمنى ، وتنحَّى هذه العضلة الى الأنسية ، ثم يقطع الغمد الخلفى والبريتون قطعًا مستعرضًا أى فى اتجاه الألياف . ولتعمل هذه الشقوق صغيرة أولاً ، فلا تتجاوز مساحة ما تدخل أصبعين ، فان وجدت صعوبات وأشياء غير منتظرة أمكنك أن تتمادى فى شق الجلد والغمد المقدم ، من أعلى ، ومن أسفل ، وأن تشق الغمد الخلفى شقًا رأسيًا حسب الحاجة مع العناية بتبعيد العصب الذى يمر الى العضلة المستقيمة عابراً خط الشق . ولهذه الطريقة مزية اجراء العملية للمريض بأصغر شق ممكن . هذا الى أنهُ لا يتخلف عنها فتق بطنى فى المستقبل . ويصير الجرَّاح بعيداً عن خطر العمل فى الظلام فى فتحة صغيرة لا يمكن توسيعها الا باتلاف جدار البطن

الاوعية الشراسيفية الغائرة

لا بد من اتقائها فى الشق الذى ذكر . وان نالها الجراح فلا بد من ضبطها جيداً وسيمر بك الكلام فيها

صعوبة الحصول على الزائدة

خير مرشد للزائدة هى الألياف العضلية المستطيلة التى تشاهد فى طول القولون الصاعد وتمر الى الأعور لتنتهى فى الزائدة . وما لم يكن الجرح صغيراً لا يكفى للكشف عن هذه الألياف العضلية لا يجد الجراح صعوبة الا اذا امحت هذه الألياف من الالتهاب . وعليك فى البحث عن الزائدة أن تعتمد على النظر لا على الجس . فقد سمعت جراحًا وهو يتصيد الزائدة بأصبعه وابهامه وهو يقول : « ها هى ته قد وجدتها . انها لا بد أن تكون ملتهبة جداً لأنى أشعر بنبضها . رويداً . إنها ليست الزائدة — إنهُ الشريان الحرقفى » ولا تحتاج هذه الكلمات الى تعليق

ويحسن أن تحاول الحصول على الزائدة واستئصالها حتى مع وجود خراج لانك إن تركتها تركت معها تعباً للمريض فى المستقبل. ولنحسب انك لا تجدها الا بتعريضك المريض لخطر اكثر من المبرر ، فعليك أن تبحث عن الكتل لأنها ان بقيت تخلف عنها ناصور مستديم

وأحياناً تكون الزائدة ملتصقة كل طولها . فاذا حاولنا استئصالها اضطررنا الى تشريح صعب متعب بسبب تلف الطبقة البريتونية وذهاب المعالم الطبعية مما يؤدى الى اتلاف بعض الأعضاء المجاورة الملتصقة بالزائدة . ووقتئذ يحسن نقفها من غلافها ويتم ذلك بشق طولى فى الطبقة البريتونية من الناحية المكشوفة ، ثم نزع الطبقة العضلية والطبقة تحت المخاطية والطبقة المخاطية . وتنزع هذه الطبقات بسهولة . فان رأيت شيئاً من الصعوبة تشق الطبقة العضلية أيضاً ويكتفى بنزع الطبقة المخاطية والتى تحتها . وخير مستو للنزع ما بين الطبقة العضلية والطبقة تحت المخاطية

جروح المثانة والمعى

كثيراً ما يصاب الأعور اصابة جزئية فى أثناء استئصال الزائدة الملتصقة بغير ضرر كبير . ولكن لم أشاهد حادثة فتح فيها المعى . على غير ما هى الحال فى المثانة . فقد رأيتها تفتح دفعتين. واحدى الدفعتين بيدى. كان مريض مصاباً بالزائدة و بعادة المورفين فستر المورفين المرض ولم يطلب الطبيب الاَّ بعد أن تكون خراج عظيم . كانت حالته شديدة جداً وكل ما أجريته هو شق صغير فى العانة وضعت فيه أنبوبة . ولاحظت فى اليوم التالى أن البول كان يخرج من الأنبوبة مع الصديد وربما التصقت قاعدة المثانة بالجدار البطنى فنالها المشراط فى أثناء الشق

أما المريض الثانى فقد كانت زائدته ملتصقة بجدار المثانة ، وقد تمزق أثناء استئصال الزائدة . ولوحظ التمزق ووضعت أنبوبة للتصفية . وامتنع البول بعد بضعة أيام . وشفى المريضان ولم يحدث عندهما شىء من أعراض الالتهاب المثانى

وقد دعيت مرة لرؤية مريض فتح له جراحه خراجاً زائدياً ووضعت له أنبوبة .

و بعد أن تحسنت حالته ورفعت الأنبوبة عاودتهُ الحمى وظهر عنده ورم التهابى فى الحفرة الحرقفية والقسم الحثلى اليسرى . فأجمع الجراحون الذين حضروا الاستشارة رأيهم على ضرورة فتح الحفرة الحرقفية لإخراج الصديد . وقد عرفت أن المثانة قد فتحت فى أثناء عمل الفتحات الضرورية . وصار يخرج البول من الجرح . وظهرت أعراض الالتهاب المثانى والالتهاب الحوضى الكلوى ومع هذا كله فقد شفى المريض

التصفيـة

لامحل للتردد فى عمل التصفية اذا كانت سبيلاً للسلامة . ولتعلم أن على صغر الأنبوبة وسرعة رفعها يتوقف حسن أثرة الالتحام و يمتنع ظهور الفتق فى المستقبل . و يميل البعض الى استعمال الأنابيب الكبيرة الواسعة والى ابقائها طويلاً . وقلما يحتاج الجراح الى استعمال أنبوبة بقطر أطول من ثلث القيراط ، والى ابقائها مدة أطول من ستة أيام

المضاعفات بعد العملية

انتفاخ البطن أو الاستسقاء الطبلى

ان انتفاخ البطن من العواقب الشائعة بعد فتحه . فكلما استؤصلت الزائدة ، بل كلما فتح البطن لسبب ما نشأ شيء من الالتهاب البريتونى التكوينى تعمل الطبيعة على علاجه بالراحة التى تقتضيها أفعال منعكسة ووقف أنواع الهرمون التى تساعد على الحركة الدودية . فوقف الحركة الدودية من هذين السببين ينشأ عنهُ تمدد الامعاء تمدداً سريعاً بالغاز المتولد من التأثير البكتيرى من ركود محتوياتها . وهذا الانتفاخ مما يزعج المريض واذا لم يبادر الجراح الى علاجه ازداد وصار خطراً لما يحدثهُ من عوق القلب والتنفس ولما ينشأ عنهُ من امتصاص المواد التوكسينية من ركود محتويات الامعاء فيها فمن المهم معرفتك طريقة تقليل الانتفاخ وعلاجك اياه اذا ظهر . ولست أستطيع بيان ما للمطهرات المعوية من الفائدة ؛ لكن من الوسائل الوقائية المفيدة اطلاقك الامعاء قبل العمليـة ، والرفق بالبطن ومحتوياته فى أثناء العملية لتقليل الالتهاب البريتونى التكوينى ، والحقن

بالتربنتينا بعد العملية بنحو أربع وعشرين ساعة ، واعادة الحقن عند الضرورة

والمعتاد أن تكفى هذه الوسائل . فاذا وجد شيء من الالتهاب البريتونى الموضعى أو العام لتلوث البطن ، أو إذا أعطى المريض شيئًا من المورفين فلا بد من الاستعانة بخلاصة الغدة النخاميـة حقنًا فى العضل كل ست ساعات حتى يزول الانتفاخ . أما استعمال الأنبوبة الشرجية لتخفيف هذا الانتفاخ بعد العملية فغير مجد ولا مبرر له لما تحدثه من الألم فى المريض – وقد طفح كيله – بإرسالك إياها فى الجزء العلوى من الشرج . هذا الى أنها كثيراً ما تصدها ثنية غشائية تمنع صعودها . فان استرسلت فى إدخالها بعد ذلك انعطفت على نفسها وأحدثت ألمًا شديداً .

وللمورفين تأثير عظيم فى الحركة الدودية فانهُ يقفها وخاصة إذا تهيأت الأسباب الأخرى للانتفاخ فلا بد من التدبر فى استعماله . ولقد دعيت ، ذات مرة ، لاستئصال الزائدة الدودية ، من مريض فى الريف ، ولقد تمت العملية من غير ما صعوبة . فتركت المريض تحت عناية طبيبه على أن يكلمنى بالمسرة (التليفون) إذا بدا عليه ما يستدعى استشارتى . فطلبت فى اليوم السابع فرأيته مريضًا جداً ، غير مستقار فى فراشه منخرط السحنة ، بنبض سريع دقيق ، وانتفاخ بطنى شديد . إنه لم يتبرز بعد العملية ، ولم يعط حقنة . وبجانب سريره قارورة فيها مزيج أبيض مكتوب عليها «جرعة كل أربع ساعات» مزيج أبيض وليته المزيج الأبيض ! كانت عناصره البزموت والأفيون ! وظل المريض ، الأسبوع كله ، وهو يتناول الجرع من المزيج الأبيض اللون ، الأسود التأثير ، مع جرع من زيت الخروع وأنواع أخرى من المسهلات و بالاختصار مات المريض ، والسبب على ما أعتقد الانتفاخ من وقف الحركة الدودية من المورفين ؛ ولست أدرى أكان عنده التهاب بريتونى ، فلم تشرح جثته .

النزف

فى التأريخ الطبى حادثة نزف مميت من الشريان الحرقفى بسبب ضغطه بأنبوبة التصفية ثم تقرحه من هذا الضغط . وربما كان ذلك من إبقاء الأنبوبة الطويلة زمنًا طويلاً ، أو من إبقائها طويلاً من غير تقصير .

ويروى أحد الجراحين أنه رأى النزف بعد العملية من الشريان الشراسيفى الغائر فى مريضتين كانت العملية قياسية لاستئصال الزائدة الدودية فى مريضة منهما . وأقفل البطن بعد الاستئصال بغير تصفية . عملت العملية فى الصباح واستدعى جراح آخر فى المساء للمريضة لتعذر الحصول على الجراح الذى أجرى العملية . فوجد المريضة شاحبة اللون ، قلقة ، مضطربة ، مما دل على نزف باطنى . وكان فى جدار البطن ورم دموى كبير . ففتح البطن ووجد الشريان الشراسيفى الغائر نازفاً .

والأوعية الشراسيفية الغائرة تحت العضلة المستقيمة البطنية مما يعرضها لخطر القطع بالمشراط أو المقراض . ومن السهل أن يتغاضى عنها بعد قطعها لوقف النزف وقوفاً وقتياً بضغط المبعد . هذا الى أنها قد تصاب بالإبرة أثناء خياطة البريتون

ويقول بعضهم إنه وان لم يَرَ حادثة نزف بعد العملية من شريان الزائدة إلاّ أن الخطر منه محتمل . وينصح بالفحص عن الأجزاء المتروكة بعد استئصال الزائده فحصاً دقيقاً للتأكد من ضبط الوعاء جيداً . وقد سمعت من جناب الدكتور هاستنجس [1] أن المأسوف عليه الدكتور وديع برباري بك قد أنقذ مريضاً قد أجريت له عملية الزائدة الدودية وكانت متقيحة إذ حدث عنده بعد العملية بقليل نزف من شريان الزائدة فأسعفه الدكتور بضبطه حينما كان الطبيب الأول لمستشفى الزقازيق وكان المريض من جنود الجيش البريطانى وقت الحرب الكبرى .

الالتهاب البريتونى

الالتهاب البريتونى الموضعى من تلوث الأجزاء التى تكتنف الزائدة منها كثير الوقوع بعد العملية . وما هو إلاّ تمادى الالتهاب الذى كان قبل العملية . والمعتاد أنه يخف بعدها ، لكنه قد ينتشر ويؤدى الى خراج حوضى أو التهاب بريتونى عام . وينبغى للجراح أن يشتبه فى هذا الخراج إذا ظلت الحرارة مرتفعة وظل البطن منتفخاً ولم تنطلق الأمعاء . وإنه وإن يكن الألم قليلاً إلاّ أن المريض يظهر عليه المرض ،

(١) Dr. Hastings - وهو بمصلحة الصحة العمومية ، وكان وقتئذ ، مديراً للمستشفيات

ويأخذه القئ أحيانًا ، وقد يتعسر بوله . وخير ما يعمل هو استقراء الحالة بالفحص الشرجي أو المهبلي للكشف عن سبب بقاء هذه الأعراض .

والالتهاب البريتوني العام من المضاعفات النادرة عقب عملية استئصال الزائدة الدودية اذا أجراها الجراح مستكملاً الشروط العصرية الحديثة. على أن هذا الالتهاب العام قد يكون قبل العملية فلا يكون للجراح حيلة فى اتقائه بعد العملية

الانسداد المعوى

قد يحدث فى المستقبل البعيد بعد عملية الاستئصال، ويكون من انكماش الالتصاقات انكماشًا تدريجيًا فينعطف المعى انعطافًا حادًا أو يختنق بلجام التصاق . وهناك نوع آخر من الانسداد – وقد يكون جزئيًا فى الأول – يأتى عاجلاً ؛ بل هو فى الحقيقة يبتدىء من تاريخ العملية . وهذا الانسداد كالذى يحدث فى المستقبل البعيد عن العملية اكثر ما ينتظر فى الأحوال التى يتكون فيها خراج ويحاول فيها الجراح العثور على الزائدة لاستئصالها سواء أنجح فى ذلك أم لم ينجح . وينسب بعضهم هذا الانسداد الى عمل الجراح بيده فى أثناء العمـــل ، وينصح بارجاع الجزء اللفائفى من الأمعاء والأعور فى مكانهما عقب استئصال الزائدة التى تكون ملتصقة خلف الأعور

التخثر والسدادة الرئوية

قد تطوى صحيفة المريض عقب عملية استئصال الزائدة بالتخثر فى احد الأوردة أو بسدادة رئوية كما تحدث هذه النهابة المؤلمة عقب أى عملية . وتنسب هذه المضاعفة الى عدوى خفية بالبذور العنقودية (الاستافيلوكوك) تنشر الى الأوردة الحرقفيـــة من فروعها وخاصة الوريد الشراسيفى الغائر . وتتقى هذه المضاعفة باتقان الصنعة . ويقال أن لتجويع المريض والاقتصار على الغذاء اللبنى بعض الشأن فى احداث التخثر وقد يساعد انخفاض الضغط الدموى على ذلك

ومن الأسباب ضغط الأنبوبة ضغطًا طويلاً بغير مبرر على الأوعية الحرقفية الظاهرة

السم الدموى الصديدى البابى

وشر من التخثر فى الأوردة العامة الالتهاب الوريدى العفن فى أوردة الزائدة مما ينشأ عن امتداد الالتهاب امتداداً مباشراً من الزائدة نفسها . وليس من النادر أن يشاهد الجراح التخثر فى الوريد المساريقى فى أثناء استئصال الزائدة مما يدل على أن السم الدموى الصديدى البابى لا يطرد فى الالتهاب الوريدى فى الوريد الرئيس للزائدة . ومع ذلك فالخطر حقيق من انتقال السدادات العفنة الى الكبد حيث تحدث ظاهرة عفنة مميتة . والوسيلة الوحدة للتفصى من هذه المضاعفة هى وقائية بالعمل بدون ابطاء على استئصال الزائدة متى بدأ الالتهاب وعرف . وقد مرَّ بك مثال ذلك

الناصور البرازى

قد يشاهد عقب العملية . ويكون من فقدان عص الزائدة والأعور ليونتهما فلا يتيسر للجراح قلب العص الى الداخل، أو من حدوث انثقاب بالقرب من اتصال الزائدة بالأعور لم يستطع الجراح اقفاله للسبب عينه . واحياناً يتأتى الناصور من تقرح المعى من ضغط انبوبة التصفية . وكيفما كان سبب الناصور فانه يلتئم التئاماً ذاتياً ان لم يكن هناك انسداد فى المعي أسفل الناصور ولا بد من استثناء بعض الأحوال التى يكون سببها الفطر الشعاعي، والتدرن، أو السرطان . أما ما عدا ذلك فالالتئام ذاتى على نحو ما ذكرنا فلتنتبه

من العبث العابث محاولتك علاج ناصور برازى دائم باستجلاء المعى وسد الفتحة التى فيها بالغرز . فهو عمل لا فائدة فيه مطلقاً

واذا كان الناصور ناشئاً عن انسداد المعى اسفله فالواجب علاج هذا الانسداد بتقصير الأمعاء واستئصال الجزء الذى فيه الناصور

الناصور الغبر

الناصور الغبر[١] – قد يتخلف عن العملية ناصور غاز[٢] يضيق به صدر المريض ويضيق به ذرع الجراح لأنه لايدرى ماذا عسى أن يفعل لمصلحة المريض لأنه لايودان يفتح البريتون بالقرب منه مخافة الالتهاب البريتونى. ولعل خير مايعمل هو اتقاء مثل هذا الناصور. ويتم ذلك بالاحتياط للأسباب الثلاثة التى قد ينشأ عن أحدها الناصور وهى:

(١) ابقاء الزائدة المريضة فى البطن

(٢) ابقاء كتلة برازية

(٣) أو وجود عقدة أو ربطة عفنة من مادة غير قابلة للامتصاص. فأما السببان الأخيران فممكن اتقاؤهما دائمًا أو غالبًا. أما السبب الأول فلا يمكن التغلب عليه دائمًا على أنه مما يدفع الجراح الى البحث عن الزائدة ولو كانت كافية فى تجويف من الصدر وليعلم أن هناك ظروفًا قد تدعوه الى الكف عنها مع ترقب المتاعب فى المستقبل

التهاب الزائدة المتكرر

أن الزائدة اذا أبقيت فتكرار التهابها أكثر وقوعًا من تركها ناصوراً دائما. فقد استأصل أحد الجراحين زائدة متكررة الالتهاب فى مريض ادعى أن زائدته قد استؤصلت. ولم تكن عمليته الأولى الا تصفية الخراج. وقد شفى بعد استئصالها. وهذه القصة تعلمنا أيضًا ألا نأخذ بجميع ما يقوله المريض

فتق أثرة الالتحام

كثيراً ما يخضع المريض لعملية ثانوية لعلاج الفتق المتخلف فى أثرة الالتحام. مما يكون عاراً عظيمًا على الجراحة العصرية. وذلك لقلة العناية الوقائية. وليس من الضرورى أن نترك المريض بفتق فى بطنه فى موضع اثرة الالتحام اذا عالجته لخراج زائدى. أما اذا لم تتقيح الزائدة فمن العار جداً حدوث الفتق. والاحتياطات الضرورية لاتقاء الفتق هى :

---

(١) الغبر هو الناصور الباق المستديم (٢) هو الذى يسيل بما فيه

(١) خياطة حافات الصفاق خياطة محكمة
(٢) استعمال أنابيب للتصفية بحجم مناسب
(٣) التبكير فى رفع هذه الأنابيب
(٤) اتقاء الانتفاخ أو الاستسقاء الطبلى

الأحوال الشاذة الغريبة

كل جراح كثير العمليات لا بد أنه شاهد من وقت لآخر مرضى بما ظنه التهابًا فى الزائدة الدودية من غير شك ثم ظهر بعد فتح بطنهم انهم مصابون بأمراض غريبة شاذة مختلفة اختلافًا عظيمًا عن التهاب الزائدة واليك مثالاً :

كان المريض من البرازيل . وعمره ١٨ سنة وتاريخ المرض هو شعوره بألم فى الجزء الحرقفى الايمن منذ ١٠ أيام ، وحمى ، وقىء أحيانًا وفى أول يوم شاهده فيه جراحه أخذته قشعريرة وكانت حرارته ساعة العيادة ٩٩٫٦ فارنهيت . ودلت هيئته على مرضه وكان عنده يبس فى عضلات البطن، وورم فيه مضاضة فى قسم الزائدة. وكان التشخيص التهاب الزائدة . وأجريت له العملية فى مساء اليوم . وقد وجدت الزائدة سليمة لاشية فيها. لكن وجد ورم صلب مستدير ثابت فى الزاوية ما بين اللفائفى والقولون الصاعد، وكانا ملتصقين بالورم وكل ذلك مندمج فى الأعور . وشوهدت سلسلة من الغدد اللمفاوية الصلبة ، ممتدة من الورم فى طول الأوعية اللفائفية القولونية . وكانت هذه الغدد كبيرة بالقرب من الورم وصارت تصغر بالتدريج كلما بعدت عنهُ . فظن أن الورم خبيث فاستأصله الجراح بالجزء السفلى من اللفائفى والأعور ، والقولون الصاعد ، وجزء من القولون المستعرض، واستخرج أيضًا جميع الغدد التى فيها ضخامة ، ثم وصل باقى اللفائفى بباقى القولون المستعرض . وسار المريض بعد ذلك كله الى الشفاء حثيثًا . وبالفحص عن الورم والغدد فحصًا باتولوجيًا اتضح أن الورم التهابى ، وكذلك الغدد ، وان ليس هناك ما يدل على أن الالتهاب درنى أو أن الورم خبيث . وقد احتوى الأعور على ديدان خيطية لعلها هى السبب فى الالتهاب

وفى مريض آخر حسبت الكبد البارزة المصحوبة بانسكاب تأمورى أنها خراج زائدى ولم يعرف الالتهاب التأمورى الاّ بعد فتح البطن بغير فائدة

ومما حسب خطأ أنهُ التهاب فى الزائدة ولم يعرف الا بعد فتح البطن الانغماد المعوى المتقنفر، وسرطان الأعور، والكيس المساريقى المتقيح، والتقرح المزمن فى القولون الصاعد

وان تعجب من ذلك فعجب أن تعرف انى قد فتحت البطن، ذات مرة، على زعم أن المرض التهاب فى الزائدة. فلما تغلغلت فى العمل ووجدت أن الزائدة والأعور وجزء من اللفائفى كل ذلك ملتهب ملتصق، و بالقرب منه غدد لمفاوية عديدة ظننت أن المرض سرطان واستأصلت الأجزاء المئوفة. وهل تدرى ماذا كان التشخيص الباتولوجى الذى لا جدال فيه؟ قروح بلهارسية فى الأعور والقولون الصاعد.

والذى يستفاد من هذه الأمثلة الشاذة ألا يجرؤ الجراح على عملية استئصال الزائدة الا وهو على استعداد لمصادفة مثل هذه الأحوال الغريبة والعمل على علاجها حسبما تقتضيه ظروف الأحوال