الفصل الخامس عشر

عمليات المعدة

أن من شروط فلاح الجراح وفوزه العقل الراجح والذهن الحاضر. وهناك ؛ لا شك ، درجات بين العقل الراجح والعقل الرقيق . ودرسك التاريخ الحديث لجراحة المعدة يبين لك أن الجراحين ذوى العقل الرقيق هم الأكثرون . ذلك لأن جدول الأغلاط فى جراحة المعدة عجب عجب ، لا لكثرتها فحسب ، بل ولسخافتها . واكثر هذه الأغلاط راجع الى عمل الوصل المعدى المعوى لتخفيف القيء أو لاعراض أخرى بغير تدبر الظروف الخاصة . فمن الصحيح أن القيء الدائم يمكن شفاؤه ، فى بعض ظروف معينة بعملية الوصل المعدى المعوى اذا عملت بحذق واتقان . فاتباع هذه الحقيقة مع تناسى الظروف الخاصة هو سبب اكبر عدد من الأغلاط الشائنة فى الجراحة المعدية .

أتعلم أن المرضى بالقيء الناشيء عن السم البولى ، والمغص الرصاصى ، والتابس الظهرى ، وورم المخ ، والأنيورزم الصدرى ، والحمل فى أوله ، والتهاب الزائدة المزمن والتهاب المرارة ، وحموضة الدم ، ومرض ما نيير ، والسل الرئوى ، وضيق مجرى البول ، والهستيريا ، وحتى القيء الذى يحرضه المريض بأصبعه ، أتعلم أن كل أولئك الأنواع قد حسبت مرضًا فى المعدة فعملت لها عملية فى أغلب الأحوال

وهنالك آفتان فى المعدة تستدعيان الوصل المعدى الصائمى ، وهما الانسداد المعدى والقرحة العفجية . والغرض من العملية هو السماح لمحتويات المعدة بالمرور مباشرة الى الصائم ، وذلك أما لعدم سهولة المرور بالطريق الطبعى بانسداد ما ، وإما ارادة تجاوز المحتويات المعدية العفج لوجود قرحة فيه

إن الانسداد البوابى يحدث ألمًا ، وتمدداً فى المعدة ، وقيأً ، وهزالاً ؛ فاذا غاب عرض من هذه الأعراض فلتكن اشارتك بالعملية بكل تؤدة ورزانة . ولا تنس أن

يكون الفحص عن المريض كاملاً . وكلما قلت العلامات التى وجدتها بالفحص اشتدت حاجتك الى زيادة الفحص . وحتى اذا قويت الشواهد على مرض المعدة فلا تهمل الطرق الاكلينيكية التى تزيدك نوراً على نور . ومن هذه الطرق الفحص بالأشعة بعد طعام الباريوم ، والفحص عن محتويات المعدة . ولتعلم أن الفحص بالأشعة ضرورى وأن الفحص عن محتويات المعدة ، وان يكن أقل فائدة إلاّ أن التغاضى عنهُ لا يكون مأمون العواقب فزيادة حامض الهدروكلوريك ، مثلاً وان لم يكن برهانًا على قرحة غير خبيثة إلاّ انها علامة عظيمة عليها

وان لم تكن لدينا المعلومات كافية شافية بشأن حامض الهدروكلوريك فى المعدة فقد تقع فى حيرة شديدة بعد فتحها ، ولا يبعد أن تستأصل جزءًا كبيراً من معدة المريض بغير مبرر اذ تكون القرحة بسيطة يمكن علاجها بوسائل أخرى كما لا يبعد ، من الجهة الأخرى ، أن تتردد فى استئصال جزء من المعدة اذ يكون المرض حديثًا فى أول ظهوره

واذا عرفت أن الجراح لا يستطيع إلاَّ أن يخمن على التشخيص الصواب حسب ظنه ، فهو ، لا شك ، مخمن عليهِ خطأ اذا لم يستجمع كل العلامات المؤكدة

وقد يكون اكثر الزلل ، فى الجراحة العصرية ، من اهمالك العمل متعاونًا مع غيرك وبعبارة أخرى قد يريد الجراح أن يدرك كل حاجتهِ بنفسه . وليس هذا من أصالة الرأى ؛ لأن مصلحة المريض تقتضى تعاون جملة أفراد وتآزرهم . فالمصلحة تستدعى أن يعمل ، مع الجراح ، الطبيب ، والباتولوجى ، والمتوفر على الأشعة ، والمخدر ، والمساعد . ولا بأس أن يدعى من يريد من الجراحين القدح المعلى واليد الطولى

القىء

خواص القىء الناشىء عن الانسداد البوابى هى غزارته وكونه اتفاقيًا . فاذا كان القىء مراراً فى اليوم ؛ أو اذا كان مقدار القىء فى حالة قىء دائم قليلاً فى كل دفعة فعجب أن يجد الانسان انسداداً فى فتحة البواب . واليك مثلاً يوضح خطر تجاهل هذه القواعد

و يبين لك ما عسى أن يحدث اذا أشار الجراح بأجراء العمليـة ولما يكن الفحص الاكلينيكى كاملاً :

استشار جراحًا مريض بقئ مستمر وقد أجريت لهُ عملية الوصل المعدى المعوى قبل الاستشارة بستة أسابيع ، بغير فائدة . و بالاستفهام اتضح للجراح أن القئ كان يحدث فى أثناء الطعام أو بعده مباشرة . ولم يكن ما يقذفه الاَّ ما يبلعه ملئ فمه بضع مرات . ولم يكن القئ ليحرق حلقه . وظهر من الفحص عن صدره انهُ مصاب بأنيورزم صدرى عظيم . ولم يكن القئ الاَّ تبجس الطعام من انضغاط المرئ

والامثلة كثيرة لهذه الأغلاط ولا يتسع المقام لذكرها وليس منها كبير فائدة .

القئ الدموى

من الحقائق المعروفة أن القئ الدموى ينشأ عن أسباب كثيرة عدا التقرح فى الغشاء المخاطى المعدى أو العفجى[1] ، ومنها سروز الكبد ، والنزف المعدى فى النساء . فقد رأى بعض الجراحين أن القئ الدموى من فقر الدم الطحالى حسب تقرحًا عفجيًا ، ولم تتضح الحال الاَّ بعد فتح البطن إرادة عمل الوصل المعدى الصائى . والحقيقة هى أن القئ الدموى ، وان لم يكن علامة على القرحة المعدية فهو دليل على حالة أخرى

المضاضة الشراسيفية

حذاريك[2] أن تحسب المضاضة فى القسم الشراسيفى علامة على إصابة موضعية . فكل قئ تصحبه مضاضة فى هذا القسم كقئ السم البولى ، وحموضة الدم ، وقئ الحمل فى أوله ، والسل وغيره .

عسر الهضم

كالقئ لايمكن أن يكون دليلاً قويًا على اصابة المعدة ، لأنه قد يحدث عن السل ، وأمراض القلب . والنخر فى العمود الفقرى ، والالتهاب الكلوى ، وفقر الدم ؛ والمجهود

(١) نسبة الى العفج وهى الاثنى عشرى

(٢) اى احذر حذراً بعد حذر

العضلى، وعدم جودة المضغ ، وهذه بعض الأمراض التى تحدث عسر الهضم لا كلها. فلنعتبر يشكو المريض من عسر الهضم فيعطيه الطبيب التعب البزموت، دون أن يجد من وقته متسعاً للفحص عن أسنانه ، فيتخذ المريض طريقه للمستشفى حيث ينصح له بعملية الوصل المعدى المعوى . وسيفعل ذلك دواليك[1] ما دام عمل الطبيب كثيراً وما دام المريض ذلولاً

واليك خلاصة ما فصلناه تفصيلاً :

(١) إن من الخطأ دفعك المريض لعملية فتح البطن علاجاً لعسر الهضم والقىء بغير تدبر فى جميع الظروف وتبصر فى الأمر كله

(٢) إن الآفة الوحدة التى لا جدال فى انها مما تعرف وتعالج بالوصل المعدى المعوى هى الانسداد البوابى . وقد يصح أن تعالج قرحة العفج علاجاً صحيحاً بعملية التقصير[2] لكنها مما يصعب تشخيصه ولا بد من تدبر كل شىء والتبصر فى كل أمر قبل توصيتك بهذه العملية وحسبها وسيلة شافية

الوصل المعدى المعوى

لم تعد مسألة المزايا النسبية للوصل المعدى المعوى الخلفى والمقدم من مسائل البحث والجدال ، وأصبح الوجه عند الجراحين أن يختاروا العملية الخلفية. ولست أدرى سبباً لاصطلاحهم على العملية الخلفية وتفضيلها عن العملية المقدمة . والآراء كثيرة ، لكن لا يخفى أن أشد الآراء ثباتاً لا يقاوم الاَّ قليلا الحقائق التى تناقضها . والصواب أن الصائم سواء أوصل بمقدم المعدة أم بخلفها فالنتيجة لا شك حميدة على شرط أن تكون الصنعة جيدة والمرض مناسباً للعملية

وقد تصادف الجراح ، فى اثناء عملية الوصل المعدى المعوى ، حوادث معينة ومصاعب محزنة ، من الأغلاط الفنية . وقد تعقب العملية هذه الحوادث والمصاعب . وانى محدث لك منها ذكراً لاحتمال وقوعك فيها :

---

(١) يقال فعلنا ذلك دواليك أى كرات بعضها فى أثر بعض

(٢) Short-circuiting.

أول هذه الأغلاط وصل المعدة بجزء آخر من الأمعاء غير الصائم . فقد رأى بعضهم تشريح جثة مريض عملت له عملية الوصل المعدى المعوى قبل موته بقليل . أجراها الجراح سريعًا مفتخراً بها لأنها كانت معرضًا للمهارة والاعجاب . هل أخبرك بماذا حدث بعدها ؟ ظهر عند المريض قيء برازى ، أشنع مما يوصف فى الكتب ، ضاق به صدر المريض وشق عليهِ الأمر فعمد الى سكين ، وشق بها عنقه ذابحًا نفسه . والذى اتضح من التشريح أن المعدة وصلت بالجزء الأسفل من اللفائفى بدلاً من الجزء العلوى من الصائم . دفعت الجراح سرعته ، وإن شئت فقل خفته ، فقصد الى جزء من الأمعاء ظن أنهُ من الصائم ، وجذبهُ حتى لم يبق ما يشد لقصر المساريقا ، فحسب الجزء الأسفل من اللفائفى الجزء الأعلى من الصائم ، ووصله بالمعدة

وأقل شأنًا من هذه الغلطة وصل الجزء المرتخى المتحرك من العفج بالمعدة على أنه الصائم . دعى أحد الجراحين ، ذات مرة ، ليرى فى استشارة ، مريضًا عملت له عملية الوصل المعدى المعوى منذ بضعة أيام قبل الاستشارة . وكان عند المريض قيء مستمر جعله فى حالة يأس . فعلق الأمل على فتح البطن ثانيًا . والذى وجد فى العملية الثانية هو وصل العفج الذى كان متحركاً حركة غير اعتيادية بالمعدة اذ حسب أنهُ الصائم ، فحصل تفتل فى مكان الانثناء العفجي الصائمى . ووصل العفج بالصائم فتماثل العليل

أما الغلطة التى هى أكثر شيوعًا فوصل المعدة بالصائم بطريقة تحول دون مرور المحتويات المعدية من المعدة الى الصائم بتفتل المعى فى موضع الوصل ؛ مما يمنع بعمل الشق الذى فى المعدة رأسيًا تقريبًا ، وبعمل الوصل بحيث يبرز الجزء الطرفى من الصائم من الجزء السفلى من مساحة الوصل . واذا رأيت ، بعد اتمام الوصل ، ما يجعل الانسداد قريبًا فضع غرزة أو غرزتين بشكل مِرساة لفتح التثنية

ولطالما ترقبت أن أسمع عن حادثة انسداد عقب عملية الوصل المعدى المعوى الخلفى نتيجة عكس الوصل من أعلى إلى أسفل . لأن ذلك مما يخيل لى أنهُ قريب الوقوع من يد غضة ناعمة الأظفار من قلة العمل فى الجراحة البطنية تعمل وصلاً خلفيًا بين المعدة والصائم بغير عروة

وما لم يتدبر الجراح فى عمله فمن السهل أن يخطئ فى حساب المساحة المعدية فيجد ، وهو مسترسل فى الخياطة ، انهُ لا بدَّ أن يدمج فى خياطته الجزء المعدى الذى يدغم فيه الثرب المعدى القولونى . وقتئذٍ يجدّ على المريض خطر آخر من النضح لعدم جودة الوصل ؛ وهذا مما يحدث أيضًا بما يأتى : بعد عمل الخط الأول من الخياطة البريتونية المستمرّة ، وفتح المعدة والصائم ، قد ينسى الجراح عفواً ، وهو يتم الخياطة المستمرة ، أن يضبط فى خياطتهِ الحافة البريتونية المقطوعة فى موضع أو اكثر . وذلك مما يسهل وقوعه لأن الطبقة البريتونية اكثر مرونة من الطبقة المخاطية مما يجعلها تنأى عن الجراح منكمشة فيتجاوزها فى خياطتهِ . ويكون هذا التجاوز اكثر احتمالاً على أثر الانسكاب الدموى من الحافات المقطوعة إذ تنبهم تفاصيل الجرح من النزف

ولا بدَّ من كلمة بشأن النزف لأنهُ مما يكون ثمنه حياة المريض أحيانًا ، ومما يستدعى أحيانًا أخرى فتح البطن ثانيًا لضبط الوعاء النازف . والمعتاد أن تكفى الخياطة المستمرة لمنع النزف . لكن ذلك لا يطرد . فيجب أن يتيقظ الجراح فيرى الوعاء الذى يظل نازفًا رغم المرور عليهِ بالخياطة ؛ لأنهُ يكون جديراً بالربط . وحذاريك[1] أن تهمله لأن القيء والتهوع بعد العملية من المحذر مما يحدث احتقانًا فى الأحشاء ويهيج للنزف الأوعية غير المضبوطة تمامًا . ورأى بعضهم حادثة استدعى فيها النزف المستمر فتح البطن ثانيًا لوقفه

ولا بدَّ من ضم الفتحة التى عملت فى مساريقا القولون المستعرض فى أثناء عملية الوصل المعدى المعوى الخلفى ببريتون المعدة ببضع غرز منعًا لسقوط المعى خلال هذه الفتحة ثم اختناقه . وفى أثناء عمل الفتحة فى مبدأ العملية يلزم احترام الأوعية التى فى الثرب

ويقال ان اختناق المعى قد يعقب عملية الوصل المعدى المعوى المقدم بسبب مرور جزءٍ من المعى على عروة الصائم ولعلَّ ذلك من طول العروة . أما اذا كانت العروة قصيرة فقد تحدث انسداداً فى القولون المستعرض

---

(١) أى احذر حذراً بعد حذر

ومن العواقب المتعبة بعد عملية الوصل المعدى المعوى تقرح الصائم الذى يفضى أحيانًا الى النزف والانثقاب

ولذلك جملة أسباب ؛ منها الانسداد الجزئى فى موضع الوصل ، ومنها عدم تعادل العصارة المعدية تعادلاً تامًا بالعصارة البنكرياسية، ومنها استعمال خيط غير قابل للامتصاص ومنها التعفن

والوسائل الوقائية هى العملية بغير عروة بفتحة كبيرة، واستعمال خيط قابل للامتصاص سواء أكان ذلك للخياطة أم لربط الأوعية والمحافظة على الطهر المعدى

ويوصى بعضهم ، عدا ذلك ، بعد عمل الوصل ، أن يخيط الثرب القولونى بالمعدة ، بعيداً عن موضع الوصل لتسهيل العملية المستقبلة فى حالة تقرح ثانوى

وهناك شىء آخر يلزم ذكره بشأن الوصل المعدى المعوى وهو : اذا عملت العملية ولم يكن هناك انسداد فمن الضرورى للتوصل الى الغاية المطلوبة أن يسد البواب سداً صناعيًا لأنك اذا لم تسد البواب فالمحتويات المعدية أو أغلبها ينتقل من المعدة الى العفج بالرغم من وجود الفتحة الصناعية ما بين المعدة والصائم و بعبارة أخرى يكون الجراح قد فشل فى غرضه وهو تقصير القناة الهضمية

هذا الى أن عدم انسداد البواب مما يساعد على ضيق الفتحة الصناعية بين المعدة والصائم ، وربما انسدت هذه الفتحة بمرور الوقت ؛ لأن النواصير المعوية تميل دائمًا الى الانسداد الذاتى ان لم يكن هناك انسداد كلى أو جزئى فى المعى أسفل الناصور

القرحة المعدية المنثقبة

لى بعض الملاحظات بشأن علاج القرحة المعدية المنثقبة . فالمعتاد بعد فتح البطن والعثور على موضع الانثقاب أن يسد الثقب بالخياطة وأن يحاول الجراح أن يقلب الى باطن المعدة كل القرحة ثم يخيط جدار المعدة مع المحافظة على ابقاء القرحة مقلوبة الى الباطن . ومن الغلط الشائع عمل خياطة عروة الكيس بالقرب من حافة الثقب . لأنك اذا حاولت اقفال الثقب بشد الفتلة انقطعت الأنسجة لأن الخياطة تكون فى الجزء الصلب الذى

لا يلين حيث يكون البريتون رخواً من الالتهاب أيضاً . والرأى أن تعمل الخياطة بعيدة عن موضع الصلابة التى تكتنف القرحة

وأحياناً لا يتيسر إقفال الثقب إما من عدم الوصول اليه وإما من سبب آخر . ووقتئذ يلزم وضع أنبوبة تصريف بالقرب من القرحة . وقد لجأ الى ذلك بعضهم دفعتين فى مريضين. وكلاهما نال الشفاء . ولا بدَّ من العناية لكيلا تؤذى العصارة المعدية الخارجة الجلد بالقرب من الناصور . ويتم ذلك بدهن الجلد حوله بالفازلين . وقد يظن الجراح اذا لم يتحقق من تأثير التصفية ان من الضرورى اقفال الثقب لنجاة المريض مما يسوقهُ الى بذل مجهود عبثاً وتضييع وقت سدى لأن ذلك مما يحدث صدمة موبقة

وأحياناً يحدث الانثقاب فى الجدار الخلفى من الكيس فيصعب التشخيص . فقد رأى أحد الجراحين مريضاً بقرحة كبيرة مزمنة فى المعدة بالقرب من الانحناء الصغير ، وهذه القرحة ثقبت الجدار المقدم بالقرب من ادغام الثرب المعدى الكبدى . فاقفل الجراح المعالج الثقب ، لكن المريض توفى . وبتشريح الجثة اتضح أن القرحة امتدت الى الجدار الخلفى حيث انثقبت فى الكيس الأصغر

ولسائل أن يسأل أمن الصواب عمل الوصل المعدى المعوى عقب اقفال الثقب الذى فى القرحة ؟ وهو سؤال وجيه ؛ ولست أدرى أيعمل ذلك أحد من الجراحين ؟ إن من الصواب عمل الوصل المعدى المعوى فى حاله القرحة المعدية المنثقبة اذا كان هناك انسداد فى البواب وكانت حالة المريض جيدة تسمح بتطويل زمن العملية . أما اذا لم يكن هناك انسداد فمن خطل الرأى الوصل المعدى المعوى . فقد رأى بعضهم أحد الجراحين يعمل الوصل بعد اقفال القرحة فى مريض كانت حالته جيدة وظروفه مناسبة للعملية ، ولم تكن هناك دلالة على الوصل فمات المريض