الفصل السابع عشر

الفتق

التشخيص – إن أول مايحدث فى نشوء الفتق المكتسب هو بروز البريتون الصفاق خلال فتحة أو موضع ضعيف فى الجدار البطنى . وهذه الحادثة الأولية قد يصحبها ألم عظيم ولو لم تتضح علامة محسوسة أو ظاهرة يستدل منها على الفتق . ويميز هذا الألم حدوثه بالحركة وزواله بالراحة

ومن المهم الانتباه الى هذا الألم ومعرفته كنه المعرفة ؛ لكيلا نخطىء فنحسبه ألماً عصبياً ، أو لكيلا يدفعنا الاعتقاد بأنهُ ألم التهاب الزائدة الدودية ، أو ألم الالتهاب المبيضى فنفتح البطن بغير مبرر ، ولكيلا ننسبه إلى اضطراب آخر يزول بالعلاج الدوائى وهذا الخطأ فى التشخيص مما يستدعى الأسف العظيم لأنك اذا اهتديت الى سر الألم فوصفت لمريضك الرياضة البدنية التى تقوى العضلات القابضة والمبعدة للورك وعضلات الجدار البطنى فقد يخف الألم ويمتنع ظهور الفتق أو يتأخر

وقد يتغاضى الجراح عن الفتق الكامل اذا استقرى مريضه وهو مستلق على ظهره

وقد يصعب عليه تشخيص الفتق الخلقى الذى لاينزل فى الصفن الا أحياناً ، والذى لا يكون نازلاً ساعة الفحص ، وكذلك الفتق الفخذى فى النساء البادنات . ويعرف بعض الجراحين حادثة فتق مختنق غير كامل (فتق رختر) فى الفخذ كانت غامضة بسبب المواد الشحمية فلم يمكن الاهتداء الى أى ورم مع العناية بالجس ، وبقى التشخيص غامضاً حتى اتضح بالمشراط . وقد لايدرك الفتق بسبب تكتم المريض كما فى القصة الآتية :

دعى أحد الجراحين ، ذات ليلة ، لمريض بعلامات احتباس معوى حاد . ولم يهتد بالمعاينة والجس الأولى الى موضع الاحتباس . وبالتمادى فى الاستقراء اتضح له الفتق الفخذى المختنق . فسأل الجراح المريضة : « لمَ لم تخبرينى بهذا الورم ؟ » فكان

الجواب : « قد خفت أن أخبرك به فتحسبه فتقًا مختنقًا وتحتم على التضفضع لعملية جراحية ! »

ومن النكبات فى التاريخ الطبى بسبب اهمال الجراح وعدم صراحة المريض ما يأتى :

دعى جراح لزيارة مريض عنده قُيَاء[1] فى يوم اشتدت فيه حمارة القيظ . فنسب الطبيب القىء الى ما يسمى عند الأطباء بقىء الصيف ، وعالجه بقارورة من الدوآء . و بعد قليل دخل هذا المريض أحد المستشفيات فاتضح أنهُ مصاب بفتق فخذى مختنق ، وكانت الأمعاء فى الفتق متغنغرة

أما الفتق الخلالى فقد يمر عليهِ الطبيب دون أن يدركه لأنهُ لا يحدث ورمًا ظاهراً يتضح بالمعاينة . ومما يساعدك فى تشخيص هذا الفتق معرفتك بوجوده غالبًا مع كمون الخصية[2] . هذا الى أن الفتق الخلالى قلما يحدث من نفسه . فان لم يكن مع الخصية الكامنة فغالبًا ينشأ ثانويًا على أثر فتق قديم وضع له حزام غير محكم ، أو عمل له رد بعنف .

وقلما يفطن الجراح للفتق خلف البريتون والفتق الساد بغير فتح البطن

ومن الخطأ الشائع فى التشخيص حسبانك الغدة اللمفاوية الملتهبة فى الأربية فتقًا مختنقًا . وليس فى ذلك شىء من الضرر اذا لم ينس الجراح الفحص عن سبب الالتهاب فى الغدة الذى اتضح من العملية

وكثيراً ماتلتبس القيلة المائية بالفتق والفتق بالقيلة . وههنا يجب أن أذكرك باختبار الشفافية مما يجب أن يعمل فى الأحوال التى يكون الجراح فى ريب منها ، وسيمر بك ما فعله بعضهم من ارسال الآلة البازلة فى فتق صفنى على زعم أنهُ قيلة مائية ، وهى غلطة شائعة جداً . والقيلة المائية فى الحبل المنوى منبع للخطأ أيضًا

وحُسِب الخراج البسواسى فتقًا فى حالة امتداد ورم الخراج فيها أسفل النصف الوحشى من رباط بوبارت . وكان للورم دفعة بالسعال . وكذلك كان قابلاً للرد ، وهاتان

---

(١) يقال به قياء اذا جعل يكثر القىء

(٢) كمون الخصية هى الحالة التى تستتر فيها الخصية فى طريقها الى الصفن بعدم نزولها فيه ترجمة Undescended testicle.

العلامتان هما سبب الخطأ لأنهما من علامات الفتق. ولو انتبه الجراح الى موضع الورم وسخونته ، و يبس العمود الفقرى لصان نفسه من الخطأ

وقد يصعب التمييز بين التواء الخصية الكامنة والفتق المختنق

الرد

قد لا يعنى كثيراً ، فى هذه الأيام التى أصبحت فيها الجراحة مطلقة غير مقيدة ، بموضوع الرد فى الفتق المختنق . وليس هذا من أصالة الرأى فقد تقضى الظروف بالامتناع عن العملية ، كأن يكون المريض مصاباً ببوال سكرى أو كان تكون هناك دلالة مانعة تحول دون جولة المشرط . ولذلك كان من الضرورى النظر فيما يعرض من الأمور فتؤدى الى فشل رد الفتق بالتوسط باليد

إن أول ما يجب عمله هو محاولتك رد الفتق . وليكن هذا العمل التمهيدى برفق ولطف ، لأن محاولتك رد الفتق بعنف ، أو طول احتيالك فى الرد مما يرخي الأنسجة ويزيد فى ورمها . فاذا فشلت فى الرد فليبق المريض مستلقياً على ظهره وليرفع قدم السرير ، ولتوضع كمادات باردة أو كيس ثلج على الفتق . و بعد استعمال هذه الوسائل ساعة أو نصف ساعة يجرب الجراح للدفعة الثانية ، رد الامعاء فى البطن ، لأن هذه الوسائل قد تجدى نفعاً عظيماً . و إليك ما يمكن أن يتأتى من الاستلقاء على الظهر :

دخل ، فى أحد المستشفيات ، مريض بفتق مختنق لم يوفق طبيبهُ المعالج ، أو الجراح المقيم بالمستشفى الى رد الفتق رغم ما بذلاه من العناء . وحينما وضع المريض على منضدة العمليات ، ونُضّى الثوب عن الأربية ، زاغ الامعاء الى البطن من تلقاء نفسها . واكثر ما نشاهد هذه الحادثة فى الفتق المختنق فى الأطفال

دعانى ، ذات ليلة ، صديق لى ، وكان وقتئذ طبيب حلوان ، لمريض بفتق مختنق لم يوفق الى رده . ولما رأيت المريض حاولت الرد فلم اكن اكثر منهُ توفيقاً . فاعتزمنا على اجراء العملية ، وقد خضع لها المريض . فلما هاء لها ، وأخذت أضع صبغة اليود على الجلد فى مساحة العملية ، وكان المريض نائماً بالكلوروفورم ، دخلت الامعاء فى

البطن ، مما أنقذ المريض من العملية ساعتئذ ، فى ظروف غير مناسبة لهُ ولنا

على أن هذه الحادثة كثيراً ما صادفتنى، ولم يكن رجوع الامعاء فى البطن ليرجعنى عن أن أجول جائلتى[1] علاجًا المريض من فتقه ، وضنا عليهِ أن يعدل عن العملية إن تركتهُ لوقت آخر فيعاوده الاختناق فى الفتق فى ظروف أخرى قد تكون غير مناسبة

ولا بدّ لك ، فى تدبير الرد ، من أمرين مختلفين .

فأما الأمر الأول فهو محاولتك استفراغ ما فى الامعاء من المحتويات بالضغط برفق ولطف ضغطًا متواصلاً فاذا ما نقص حجم الورم بهذا الاستفراغ فهذا أوان الأمر الثانى وهو البدء فى ارجاع محتويات الفتق أى الامعاء الى البطن . وههنا يجب أن أرشدك إلى أمر ذى بال وهو ألاَّ ترد الأمعاء صبرة أو جملة واحدة، لأنك ان فعلت فقد حاولت المستحيل . وإنما يكون الرد تدريجًا . وأول ما يرد آخر ما نزل من الامعاء فى كيس الفتق . وبعبارة أخرى إياك أن تضغط قعر الفتق ؛ لأن الضغط إنما يكون فى عنق الفتق ، ولتوجه الضغط فى اتجاه قناة الفتق أى فى الطريق الذى سار فيه

مضاعفات الرد

ليس استمرار الأعراض بعد الرد الذى يحسبه الجراح ناجعًا نافعًا من المضاعفات الشائعة الآن شيوعه أوان استعمال عنف شديد فى الرد فى الأحوال التى لم يخشع الفتق فيها بالرد . أما الجراح ، فى هذا العصر ، فلا يتردد فى إجراء العملية إذا لم يتواضع الفتق بالرد برفق ولطف . وإليك بعض ما يحدث من العواقب الوخيمة عن عدم خفة اليد ولطفها فى الرد :

أول هذه الحوادث ، فى هذه الأيام ، اختناق المعى بالثرب ، إذ تدفع المعى للرجوع الى البطن بين موضعين التصق فيهما الثرب بعنق الكيس .

أما الحادثة الثانية التى تستمر فيها أعراض الاختناق بعد الرد الذى يخيل للجراح أنه ناجح فهى التى تعرض فى أحوال الفتق المزمن الكبير المحتبس . حيث تحدث

(١) يقال أجل جائلتك أى أقض الأمر الذى أنت فيه

التصاقات بين الأجزاء المتجاورة من الأمعاء فى الكيس . وربما كان التواء المعى وعدم تحركه الحركة الاعتيادية هو السبب فى التجاء المريض الى الجراح فليس بدعًا ألاَّ تزول الأعراض بنقل الجزء الملتوى الملتصق من الأمعاء من باطن كيس الفتق الى باطن البطن

ويحدث أحيانًا ، أن محتويات الفتق ترد الى كيس خلالى أو الى الجزء الباطن من كيس فتق بشكل الساعة الرملية إذ يكون الاختناق عند الفتحة البطنية . وربما يفقد الجراح الذى يرد الفتق ، فى مثل هذه الأحوال ، تلك القرقرة المرضية التى يعقبها زوال الورم زوالاً كاملاً فجائيًا مما يدل على الرد الصحيح . ولا يبعد أن يتهم الجراح عمله وقتئذ بما يشوبه من النجاح غير الوافى

أما الرد صَبرة ، وتمزق كيس الفتق أو المعى نفسه ، ورد المعى المتغنغر أو المنثقب ، فجائز كل ذلك توهما لا فعلاً فى هذا الوقت

وقد يطرأ عند المريض بعد رد الفتق المختنق إسهال تصحبه مواد مخاطية دموية ؛ مما يحدث عن التهاب معوى موضعى فى الجزء المعوى الذى ارتبك فى الفتق . فى بعض هذه الأحوال وقد يعترى المريض مستقبلاً ، مغص فى البطن يشتد شيئًا فشيئًا وينتهى باحتباس معوى . ويعلل ذلك : إما باصابة المعى إصابة لا يقوى معها على استرجاع وظيفته ، وإما بالتصاقات ، وإما بنشوء ضخامة ليفية .

وهل أدلك على ما يحتمل أن يكون السبب فى بقاء أعراض الاختناق بعد رد الفتق بعد ما ذكر ؟ تبحث عن سبب آخر لأعراض الاختناق مبرئًا الفتق منها ولك فى الحكاية الآتية عظة وذكرى :

أجريت لمريض عملية على زعم أن الأعراض التى بدت عنده ناشئة عن الفتق الكبير الذى لم يمكن رده والذى حسب أنهُ فتق محتبس ولم تجده العملية نفعًا لبقاء الأعراض نفسها . ففتح البطن ، فى الخط المتوسط ، وظهر أن بأمعائه سرطانًا سد القناة الهضمية وأحدث الأعراض .

حزام الفتق

إن لبس الحزام ، فى أغلب الأحوال ، يكون لغرض التلطيف فقط ، لكنه فى الأطفال المصابين بالفتق الأربى قد يرجى منهُ الشفاء اذا أحسن استعماله . إن الفتق فى هذه الأحوال ، يحتوى على كيس خلقى يتم الشفاء بامحائه . فاذا وضع وضعاً متواصلاً ، وأحدث ضغطاً مستمراً من الخارج أنسدت القناة البريتونية انسداداً دائماً . وللوصول الى هذا الغرض لا بد من العناية المتواصلة فالمقصد الى منع المحتويات البطنية من النزول فى الكيس منعاً تاماً . لأن تمدد الفتحة البطنية تمدداً من وقت الى آخر بنزول جزء من المعى أو الثرب يحول دون انسداد الفتحة انسداداً دائماً . ولذلك ينبغى للطفل أن يلبس الحزام دائماً – ليلاً ونهاراً . وهو يحتاج الى حزامين حتى اذا ما اتسخ أحدهما لبس الآخر . ويجب أن يكون الحزام مغطى بالمطاط أو السيلولويد ليبقى نظيفاً ، ولكيلا يخلع فى أثناء الاستحمام . ومن الضرورى تجفيف الجلد فى موضع الحزام ، عقب الاستحمام ، وليوضع شىء من المسحوق عليه . فاذا أريد فك الحزام لسبب ما يجب أن ينوم الطفل على ظهره ، وأن توضع الأصبع فى مكان وسادة الحزام ، ويضغط هذا الموضع ضغطاً مستمراً حتى يلبس الحزام ثانياً . ولا تنفع الأحزمة الصوفية ولا بد أن يقوم الحزام بالضغط المتواصل وأن يكون محكماً . ولتعلم أن سرَّ النجاح فى العلاج بالحزام هو ألا يسمح الإنسان للمحتويات البطنية بالنزول الى كيس الفتق

وعليك أن تتبع هذه الأصول اذا أردت أن تعالج الفتق فى الشاب علاجاً ملطفاً بالحزام . ولتعلم أن الفتق يميل الى النمو بطبيعته . فكلما نزل شىء من المعى أو الثرب فى الكيس اتسع وتمددت الفتحة البطنية . وبعد حين تتسع الفتحة ويتمدد الكيس وتسترخى الانسجة التى تكتنفهما فلا تقاوم كبر الفتق ، أو لا تقاوم إلا قليلاً . ووقتئذ يلقى أمر المقاومة على الحزام نفسه . فاذا ما كبر الفتق ، بعد بضع سنين ، وبقى الحزام على أصله ، أصبح لا تكفى وسادته لصد المحتويات البطنية من النزول . وهذا مما يستدعى من الاهتمام اكثر مما يوجه عادة اليه . ولا ينتظر أن يلبس الرجل حزاماً ثقيلاً ليلاً

ونهاراً . ويمكنه أن يحصل على حزام خفيف ليلبسه ليلاً . وليست تنتهي مهمة الجراح بوصف الحزام للمريض ؛ بل عليه بعد أن يحصل المريض عليه ، أن يتحقق أهو محكم عليه ، وهل هو يؤدي الى الغرض المطلوب منهُ . وعليه أيضاً أن يفهم المريض بطريقة موجزة ما هو الفتق ؟ وكيف يلبس الحزام علاجاً له ؟ وكذلك يلزم أن يُفهم أن الحزام ضروري ما دام الفتق ، وإن شئت فقل ما دامت الحياة . وليرشد المريض أيضاً الى ما يجب أن يبذله من العناية الخاصة اذا كان مصاباً بالسعال

فاذا نشأ ألم عن لبس الحزام فذلك دليل على أنه غير محكم ، أو على أن المريض لا يناسبه الحزام . وربما كان السبب أن المحتويات البطنية لا ترجع كلها الى البطن ، وأن الحزام يضغط شيئاً من الثرب يكون ملتصقاً . ويجوز أن يكون السبب ضغط الوسادة عظم العانة اذا كان الفتق أربياً . ووقتئذ لا يتيسر للحزام التحكم على المحتويات البطنية وصدها من النزول . والسر كل السر حصولك على حزام يلتئم والجدار المقدم للقناة الأربية فيقرب ضغطه الجدار المقدم الى الجدار الخلفي ، وبذلك يمكن ضبط الفتق بأقل ما يمكن من الضغط

عمليات الفتق

سأقصر الكلام على الفتق الأربي مخافة التطويل :

وأول الأغلاط اجراء العملية على مريض لا يناسبه العلاج بهذه الطريقة . فاذا ما تركنا جانباً الغرض من تخفيف الانسداد وازالة الاختناق فأمامنا غرضان يجب علينا أن نتوخاهما ونتطلبهما في علاجنا الفتق بالمشراط . فأما الغرض الأول فهو شفاء الفتق شفاءً دائماً يمكن المريض من حياة عادية غير محتاج فيها الى لبس حزام . والغرض الثاني هو التخفيف والتلطيف : كأن يكون المريض مصاباً بفتق عاد لا يصلح لعلاجه بالحزام . فالغرض الشرعي المحدود من العملية في مثل هذه الحالة هو تمكينك المريض من لبس الحزام براحة ونجاح اتقاء حدوث مالا تحمد عقباه مما يحدث والفتق غير مقيد

والغلطة الثانية هي رجوع الفتق بعد العملية الشفائية مما يحدث عن عملية رديئة ،

أو عن الإهمال فى العلاج بعد العملية . ومن المحتمل أن يكون هذا الرجوع فى بعض الأحوال باهمال الجراح فى انتخاب المريض الصالح للعملية . وهناك نوعان من المرض لا يصلحان للعملية الشفائية .

فأما النوع الأول فهو المريض المصاب بضعف فى الجدر البطنية وارتخائها ، وبروز الجزء الأسفل من البطن، ودولته[1] . ويتضمن هذا النوع الفتق الذى يحدث على كبر

وأما النوع الثانى فيتضمن المرضى الذين مضى على فتقهم زمن طويل فتجاوزوا الدور المناسب لاجراء العملية الشفائية . وقد لا يوجد سقوط الأحشاء البطنية ، ولا ضعف فى عضلات جدر البطن ، ومع ذلك فلا يصلح المريض للعملية لوجود الفتق عنده مدة طويلة بغير قيد مما يحدث تمدداً فى أنسجة الفتحات الفتقية ، ويتلف انحراف القناة الأربية

وللعملية الشفائية ركنان :

أولهما — استئصال كيس الفتق

وثانيهما — اعادة انحراف القناة الأربية :

أما فى الأحوال التى ينشأ الفتق فيها عن كيس خلقى ، والتى لم يكبر فيها الفتق لدرجة اتلاف الأجزاء التشريحية ، فان استئصال الكيس قد يكفى للشفاء التام الدائم

أما اذا نزل شىء من المحتويات ، وتكرر النزول ، فان فتحتى الأربية تتمددان وتقتربان ، الواحدة من الأخرى ، وبذلك يقل انحراف القناة الاربية ، ويزول ما كان لها من التأثير الصمامى وهو الحائل لبروز الأحشاء خلال جدر البطن

إن من الضرورى فى هذه الأحوال ، ألاّ يجتزىء الآسى[2] باستئصال الكيس بعد ربط عنقه ، بل يجب عليه تضييق فتحتى الأربية ، وتجديد الجدار الخلفى للقناة الأربية بخياطة الوتر المشترك للعضلة المنحرفة الباطنة والعضلة المستعرضة برباط بوبارت ، وبذلك تعود المقاومة الصمامية لبروز البريتون

---

(١) دولة البطن ارتخاؤه ، وقد استعملت هذه الكلمة ترجمة لكلمة Visceroptosis

(٢) أى الجراح

وللعلاج بعد العملية شأن عظيم . فمن الضروري ابقاء المريض فى السرير ثلاثة أسابيع بعد العملية . ونهيه عن أي مجهود عضلى شديد ثلاثة أسابيع أخرى . فان كان عمله يقتضى مجهوداً عضلياً فالواجب ألا يستأنفه إلا بعد العملية بشهرين على الأقل

وقد لا يعنى كثيراً بعض الجراحين بهذه الاحتياطات . وأحسب أنهم ، فى ذلك ، من الخاطئين . ذلك لأن ملاحظاتى تدلنى على أن المبادرة الى استئناف العمل كثيراً ما تؤدى الى ضرر بين . فقد عرفت شاباً قوى البنية قد عملت له العملية الشفائية للفتق وقد عاد فتقه ولما تمض عليه ثلاثة أشهر . إذ سمح له جراحه بمغادرة السرير فى اليوم السادس من العملية ، و بالسفر الى بلده سفراً اعتيادياً فى اليوم السابع ، ولم يكن بلده قريباً . فهل عجب أن تلين أثرة الالتحام وترتخى ؟ إن أثرة الالتحام ، اذا لم يمض عليها اكثر من ستة أيام ، تكون رخوة رخاوة تسمح للأصبع باختراقها . ولا شك أن أثرة الالتحام تحتاج الى زمن طويل لكى تزول عنها رخاوتها وتتحول الى منسوج ليفى صلب متين

وعيوب العملية التى تهىء لرجوع الفتق هى :

(١) تقيح الجرح مما يحدث عن الاهمال فى تعقيم موضع العملية أو الأيدى أو الآلات والأدوات المستعملة الى غير ذلك مما يكون عاراً شديداً على الجراح

(٢) وعدم جذب الكيس قبل ربط عنقه فيترك جزء صغير منه يكون فتقاً صغيراً

(٣) وعدم محاولتك ارجاع انحراف القناة الاربية وانهُ وان يكن قد يكفى ، فى أحوال معينة من الفتق الخلقى التى لم تنزل فيها المحتويات البطنية مراراً حتى لا يتغير تشريح القناة الأربية ، أن يستأصل الكيس للشفاء التام بغير اعادة انحراف القناة ، الاّ أن من الخطر الاعتماد على هذا الرأى الجراحي . هذا الى أنهُ غير ممكن أن يعرف الجراح حقيقة كم مرة نزل الفتق أو ما هو زمن ظهوره . وعلى ذلك يكون من سداد الرأى أن يتحرى بنفسهِ حالة الجدار الخلقى للقناة الأربية ، وان يتخذ الوسائل الضرورية لتقويته اذا دعت الحال . وههنا يحسن أن أذكر غلطة شائعة وهى الاعتماد على خياطة

الألياف المقوسة من العضلة المستعرضة والمنحرفة الباطنة برباط بوبارت فى الجزء الوحشى من الثغرة الاربية . فهذا العمل فيه عيبان :

فأما الأول فهو عدم وجود جزء صفاق فى الألياف العضلية فى هذا الموضع ، وعلى ذلك لا يمكن الاعتماد على الخياطة لمقاومة أى مؤثر على أثر مجهود القىء ، أو السعال، أو حركة أخرى لأنها كثيراً ما تمزق الألياف العضلية

وأما العيب الثانى فهو تقليل انحراف القناة الأربية لا زيادته . وهو نقيض ما نريد والصواب لتضييق فتحة الأربية أن يبدأ بخياطة الوتر المشترك برباط بوبارت من الجهة الانسية ، و بهذا العمل ترسخ الخياطة أولاً ، ويمر الحبل المنوى منحرفًا خلال جدار البطن ثانيًا ، وتتباعد فتحتا الأربية تباعداً يحول دون رجوع الفتق ثالثًا

ومن الأمور الجديرة بالذكر خياطة حافتى الصفاق الغائر ، بكاتجت دقيق ، قبل خياطة الجلد ، والصفاق الغائر فى هذا الموضع منسوج مميز ولتعلم أن هذه الخياطة تؤدى الى التحام حسن متين . وقد يكون لهذا الالتحام بعض الشأن اذا عاد الفتق واضطر المريض الى لبس الحزام

وهذه كلها من القواعد الأساسية ذكرتها لك لأنك اذا لم تتبعها كانت العواقب غير حميدة .

وعليك ، فى اثناء العملية ، أن تعنى كثيراً بمختلف الأنسجة التى تصادفها مخافة الاعتداء عليها . واليك ما يمكن أن يعترض لك فى ميدان العملية

العصب الحرقفى الأربى ، والعصب الحرقفى الخصلى والعصب التناسلى الفخذى

اكثر هذه الأعصاب مضايقة فى العملية هو العصب الحرقفى الأربى ، ويرى وهو سائر على الألياف المقوسة للعضلة المنحرفة الباطنة والعضلة المستعرضة أعلى الحبل المنوى وقريبًا منه . وإن لم يعن به الجراح فقد يصاب بأذى ، أوان شق صفاق العضلة المنحرفة الظاهرة ، أو فى اثناء خياطة الوتر المشترك برباط بوبارت ، وفى اثناء خياطة

حافات صفاق العضلة المنحرفة الظاهرة ، أو فى أثناء تضييق فتحة الأربية الظاهرة ونتيجة اصابة هذا العصب بقاء مضاضة دائمة فى أثرة الالتحام

ويقول هارولد بروز[١] إنهُ ، وهو بفرنسة ، عالج جندياً عملت له عملية الشفاء التام للفتق الأربى دفعتين ، وعاد فنقه بعدهما ، ولم يستطع لبس حزام لما كان فى أثرة الالتحام من المضاضة

واتضح من الفحص الدقيق أن الجلد فقد احساسه فى مساحة الفروع الجلدية للعصب الحرقفى الأربى ، وان ضغط موضع معين فى أثرة الالتحام كان يحدث ألماً عظيماً فأجريت له العملية ارادة العثور على العصب وقطعه أعلى أثرة الالتحام ، لا رجاء شفاء الفتق. واستأنف قائلاً انهُ خجل لعدم اهتدائه الى العصب لأن التفاصيل التشريحية تبهمت من أثر العمليتين السالفتين فاجتزأ باستئصال اكبر ما يمكن من الأنسجة الالتحامية ولم يدر ما نجم عن ذلك

ولست أستطيع أن أذكر ما عساه يصدر عن اصابة الفرع الحثلى من العصب الحرقفى الحثلى الذى يكون أعلى ميدان العملية ، أو عن اصابة الفرع التناسلى من العصب التناسلى الفخذى الذى يسير والحبل المنوى ، لكن لا بدَّ من الاشارة اليهما لاحتمال اصابتهما

الحبل المنوى

كثيراً ما يصاب الحبل المنوى فى أثناء عملية الفتق الشفائية فى الأربية. وقد تكون الاصابة فى القناة الناقلة ، أو فى الأوعية ، أو فيهما جميعاً

فأما القناة الناقلة فيغلب أن تصاب والجراح يفصل كيس الفتق ، وخاصة فى الأطفال اذ تكون القناة رقيقة لا تتحمل خشونة تداولها[٢] وقد ترى القناة فى بعض اكياس الفتق الخلقى ، فى ثنية مساريقية . والخطر كل الخطر فى أثناء نزعك البريتون من هذه

---

(١) Harold Burrows.

(٢) يقال تداولته الايدى تداولا أى تعاقبته فاخذته هذه مرة وهذه مرة

الثنية ؛ لأنك كثيراً ما تقطعها . وليست اصابة القناة قاصرة على قطعها على نحو ما ذكر ، بل يمكن أن يدمجها الجراح فى ربطه عنق الكيس ان لم يفصلها تماماً فى كل طولها فى ميدان العملية . وأما تمزق الأوعية التى ترافق القناة فليس من جسام الأمور إذا ربطها الجراح . وليس نادراً أن يشاهد الجراح تجمعاً دموياً فى الصفن ، بعد عملية الفتق ، على أثر اصابة بعض هذه الأوعية

دعى أحد الجراحين لإجراء عملية بسبب نزف باطنى على أثر عملية شفائية للفتق . فوجد الجراح أن الحبل المنوى قطع قطعاً تاماً . وكان الجراح الذى أجرى العملية الأولى حاذقاً ماهراً ، وقد تولاّه الذهول بسماعه خبر هذه الحادثة

ورم الخصية وضمورها

من العوارض التى قد تشاهد بعد عملية الفتق ، ولا أحسب إلاّ أنها ناشئة عن اصابة الحبل المنوى

القيلة المائية

هى مما يشاهد أحياناً بعد العملية . وتنجم عن اصابة الأوردة المنوية والأوعية اللمفاوية اصابة عظيمة تدعو الى ربطها أو الى تخثرها

الدوالى

مضاعفة نادرة ، ولعلها من الغلو فى تضييق فتحة الأربية الظاهرة

جرح الأوعية الحرقفية الظاهرة والأوعية الفخذية

قد تجرح هذه الأوعية بالغوص بالإبرة فى أثناء خياطة الوتر المشترك برباط بوبارت ، ولنذكر أن الأوعية الفخذية أسفل هذا الرباط مباشرة . وقد رأى بعضهم الشريان الحرقفى الظاهر وقد جرح بهذا الشكل حتى أضطر الجراح لربطه . ويروى آخر أنه رأى الوريد الحرقفى الظاهر يجرح دفعتين . ولعل ما يحدث من تخثر الأوردة الفخذية عقب عملية الفتق يكون من إصابتها بالإبرة .

جرح المثانة البولية

قد يحدث أن جزءًا من المثانة البولية يجذب الى الأسفل مع الكيس البريتونى ؛ وأكثر ما يكون ذلك فى الفتق الكبير فى كبير السن . ويمكن تعرف المثانة بسهولة وهى ملتصقة بالكيس من ناحية الخط المتوسط . على أن الجراح قد لا يعرفها فيربطها مع عنق الكيس . وهى حادثة كثيرة الوقوع فى التاريخ الطبى ، وعواقبها وخيمة جداً . وتقتضى التحرز الشديد .

وقد صادفتنى المثانة البولية فى عملية الفتق دفعتين .

فأما الدفعة الأولى فكانت فى عملية فتق شفائية لسيدة سويسرية . وكان الجزء المثانى صغيراً عرفته بسهولة . وتوقيت خطر جرحه .

وأما الدفعة الثانية فكانت فى عملية فتق أربى راجع بعد عملية أولية فى رجل متوسط العمر . وكنت أنا الذى أجريت العملية الأولية للفتق ، وكان كبيراً جداً ومختنقًا . ولعل سبب رجوعه بعد العملية عملها والأنسجة غير سليمة من الظواهر الالتهابية على أثر الاختناق . وقد أهمل المريض الفتق بعد رجوعه حتى صار كبيراً ؛ مما جعل العملية غاية فى الصعوبة لغموض الميدان التشريحى من التحام العملية السالفة . وفى أثناء محاولتى فصل كيس الفتق عثرت على شبه كيس آخر متفرع من الكيس الأولى . وقد فتحت فتحًا صغيراً للتحقق منه فاذا هو جزء متمدد من المثانة البولية فأحكمت خياطته وأتممت العملية . ويسوءنى أن أذكر أنى علمت قريبًا برجوع الفتق للدفعة الثالثة والمريض يستدرجنى للعملية الثالثة وقد نصحته بالاكتفاء بما كان

صعوبة الاهتداء الى كيس الفتق

وطول البحث عنه مما يفضى الى تمزق الحبل المنوى . ويمكن اتقاء أكثر هذه الصعوبة بالفحص عنه فى موضعه الحقيقى عند فتحة الأربية الباطنة .

ويجب ربط الكيس بخرق عنقه بفتلة الرباط مخافة انزلاق العقدة بعد قطع الكيس

واختفاء جذعه فى البطن . والذى يحدث عن ذلك بقاء سطح متعر فى البطن قد يلتصق به جزء من المعى أو الثرب بعواقب غير محمودة .

ولسائل أن يسأل ما مقدار ما يجب استئصاله من الكيس ، فان كان الفتق خلقياً ممتداً الى الطبقة الغمدية للخصية فاستئصال الكيس استئصالاً كاملاً يطيل وقت العملية و يعرضنا لخطر إصابة الحبل المنوي ، وخير ما يعمل هو فصل الكيس عن عنقه ، والاكتفاء بربطه وقطعه فى هذا الموضع . فذلك خير لغير الخبير من الجراحين ، بل وللخبيرين أيضاً لعدم سهولة تشريح الكيس كله . والاعتراض النظري الوحيد على هذا العمل هو احتمال تخلف قيلة مائية فى الأربية عن بقاء الكيس . فليكن ذلك ، فهو لا شك أرحم من العوارض الأخرى . أما إن كان الفتق مكتسباً وكان من السهل استئصال الكيس فالواجب استئصاله .

وهناك صعوبتان قد يصادفهما الجراح فى عمله فى عمليات الفتق الكبير المزمن .

فأما الصعوبة الأولى فهى التصاق محتويات الكيس بالكيس التصاقاً شديداً يحول دون فصلهما بغير ضرر . وخير ما يعمل فى هذا الوقت هو تشريح الكيس من خارجه وفصله من الأنسجة المجاورة ، ثم قلبه الى الداخل مع محتوياته بعد إزالة ما يمكن إزالته من الالتصاقات .

وأما الصعوبة الثانية ففى الفتق الكبير المزمن المحتوى على جزء من المعى الغليظ مما لا يكون مغطى بالبريتون . ففى هذا الفتق تنزلق اجزاء من المعى الغليظ مما لا يكون له مساريقا خلال فتحة الفتق وتلتصق بالانسجة الرخوة القريبة منها . والمهم فى مثل هذه الأحوال تعرف الواقع فى الدور الأول من العملية لكيلا يحدث شىء من الضرر للمعى وأنت تحول ارجاعه للبطن وتخليص كيس الفتق . والمهم على الأخص ، معرفتك أن المعى ملتصق بالكيس ؛ بل هو جزء من الكيس لأن الجزء الخلفى منه ليس له غطاء بريتونى .

وأحياناً يصادف الجراح الزائدة الدودية فى محتويات الفتق ، وعليه وقتئذ أن

يستأصلها ، قبل ارجاع المحتويات فى البطن ، مخافة أن يعتريها الالتهاب من تداولها فى أثناء العملية

وقد يزعم الجراح أن من الصعب ادخال المحتويات الخارجة اذا كان الفتق كبيراً وهو زعم فاسد اذا أجيد تجهيز المريض للعملية ، وكان المنوم بعمله خبيراً . أما الخطر الحقيقى فهو ما يمكن أن يحدث من الضيق للتنفس والقلب من ضغط المحتويات الصدرية بازدحام البطن فى الأيام الأولى بعد العملية . وللتغلب على هذه المتاعب لا بد من اتقاء الامتلاء المعوى

الخطأ فى ناحية الفتق

حدث لأحد الجراحين أن كلفه أحد زملائه لإجراء عملياته بالنيابة عنه فى المستشفى فوضع المريض على المنضدة ، وتليت ورقة المشاهدة ، فكان فيها أنه مصاب بفتق أربى فى الجهة اليمنى . وقد جهز كذلك . فابتدأ الجراح المنتدب فى عمله فى الجهة اليمنى ، لكنه لم يعثر للفتق على كيس . فزعم أن هناك سهواً كتابياً فى ورقة المشاهدة ، وأن الفتق لا بد أن يكون فى الأربية اليسرى . وقد كان . ولعل هذا السهو الكتابى كثير الوقوع وخصوصاً اذا كتبت المذكرات من فكر الإنسان لا من المريض وقت مشاهدته . وكثيراً ما يتساءل الجراح فى المستشفيات الكبيرة كمستشفى قصر العينى ومستشفى عباس ، عن ناحية الفتق قبل أن يبدأ عمله أهو فى الناحية اليمنى أم فى الناحية اليسرى لكنى لا أذكر حادثة أخطأ فيها الجراح على نحو ما ذكر

الفتق المختنق

قد يصعب التمييز بين الفتق الاربى والفتق الفخذى فى حالة الاختناق . فاذا حسب الآسى الفتق فخذياً فجعل الشق للعملية رأسياً ، ثم وجده أربياً اختلط عليه أمره بهذا الشق . والشق المستعرض الذى يوازى رباط بوبارت ويكون قريباً منه لا يربكه فى عمله

حيوية المعى

من أكبر الصعوبات التى يلاقيها الجراح ، فى أثناء عملية الفتق المختنق البت فى حيوية المعى الذى يعرض له فى الكيس لعدم وجود مرشد صادق . والمعتاد أن يرجع الجراح فى البطن المعى اذا كان لامعًا ، مرنًا ، ليست فيه بقع متغنغرة ولا رائحة رديئة ؛ على أن مثل هذا المعى قد يحدث فى البطن ، على نحو ما سنذكر ، متاعب بسبب تحثر أوعيته أو غير ذلك. فان اعتزمت على ارجاع المعى فى البطن فمن الضروري أن تستخرج من البطن جزءً من المعى لمعاينة الجزء الذى حدث فيه الاختناق فعلاً ؛ لأنهُ يكون عرضة للتقرّح أو الانثقاب . ويعرف أحد الجراحين مريضًا توفى عقب العملية من الانثقاب والالتهاب البريتونى لأن الجراح الذى أجرى عمليته أغفل الفحص عن موضع الاختناق .

ويقترح بعضهم ، فى حالة الشك فى سلامة المعى وحيويته ، أن يدفع المعى فى البطن ، وأن توضع أنبوبة خلال فتحة الفتق لكى ينحصر الالتهاب البريتونى الآتى فى موضع محدود . وهذا الاقتراح قائم على حسب أن المعى الذى أدخل فى البطن يبقى قريبًا من فتحة العنق ، والواقع أنهُ قد يتخذ مكانًا قصيًا [1] عن الفتحة على نحو ما رآه بعضهم فى المشرحة فى مريض عملت له هذه الطريقة

على أنى قد اتبعت هذه الطريقة فى أحوال كثيرة كنت أرتاب فيها فى حيوية المعى ، وكانت النتائج حميدة ، وكنت أشاهد ، فى أثناء التضميد ، أن مقداراً غزيراً من سائل مصلى كدر أو سائل مصلى دموى يخرج خلال الأنابيب الموضوعة . وهذا السائل هو كالذى يجده الجراح فى كيس الفتق المختنق . وكنت أحمد الله سبحانهُ وتعالى على الهامى باتباع هذه الطريقة لأنى أعتقد أن هذا السائل لو لم يخرج من البطن لاتخذ طريقه فى البطن ناشراً الالتهاب البريتونى ، وباسطًا اياه فى عامة البطن

ولكى يستطيع الجراح إرجاع المعى فى البطن لا بدَّ له من قطع الأنسجة التى أحدثت

---

(١) القصى البعيد

الاختناق . وههنا موضع حادثة أو اكثر . فقد يجرح الجراح المعي بالمشرط الذى يقطع به الأنسجة وهو يقطعها ، ولو لجأ الى ادخال المجس القنوى للفتق الى البطن بالقرب من باطن الكيس ، ثم قطع الحلقة الخانقة ، لأن المعى كثيراً ما ينزلق على المجس بطريقة غريبة . هذا الى أن الخطر يكون شديداً على المثانة البولية إذا صادف وجود جزء منها فى الجهة الأنسية من الكيس البريتونى عند محاولة الجراح شق حلقة الخنق من داخل الكيس . وان كان الاختناق شديداً فقد لايبعد أن يكمل المجس نفسه الانثقاب فى الموضع الذي يكون على وشك الانثقاب . والأمثل أن يتحقق الجراح الأنسجة التى أحدثت الاختناق ، ويقطعها من الخارج الى الداخل مسترشداً ببصره فيما يقطعه . وهى طريقة ، وان تكن بطيئة إلاّ أنها مأمونة . وإن يكن المجس القنوي للفتق ضروريًا لقطع رباط جنبرنات قطعًا جزئيًا مثلاً فى الفتق الفخذى ، فليدخله الجراح بين خلال الفتحة الفخذية بين الكيس والرباط ، لا بين الكيس والامعاء

وعليك ألاّ تسرف فى قطعك رباط جنبرنات لأنهُ من الأنسجة المهمة السائدة . ولتعلم أن الاسراف فى قطعهِ قد يهيء لرجوع الفتق . وليكن القطع بقدر ما يزيل الاختناق

ولتحرص الحرص كله ، وأنت تعمل بمشراطك فى هذا الدور من العملية لاتقاء خطر جرح الأوعية العظيمة . لأن الشريان الساد يتخذ طريقًا شاذاً اذ يتفرع من الشريان الشراسيفى الباطن ، ثم يلتف حول مقدم الكيس والجهة الانسية منه قبل اتجاهه الى الشرم الساد . ويقال انهُ يشذ ، بهذا الشكل فى ٤ فى المائة من الأحوال ، ولهذا كان من الضروري أن يحتاط الجراح فى عمله

وقد لا يحتاج الجراح الى المجس القنوى اذا كان الفتق اربيًا لأن الاختناق يكون غالبًا عند فتحة الاربية الظاهرة . ويحسن أن يذكر الانسان أن الشريان الشراسيفى الباطن يمر الى الامام بالقرب من الجهة الانسية لكيس الفتق ، وأحيانًا يكون على الجهة الوحشية . وهو شريان كبير . واذا قطع فقد ينزف غزيراً ويصعب ضبطه

استئصال المعى

لا بد من الكلام فى مسألتين جديرتين بالذكر بشأن استئصال المعى الذى تلف من الاختناق تلفاً يستدعى استئصاله . فأما المسألة الأولى فهى :

قد يدفع الجراح دافع طبيعى فيستأصل الجزء المصاب من المعى ، و يصل الطرفين المقطوعين بحالتهما فى جرح العملية . فان فعل ذلك فقد يجد شيئاً من الصعوبة فى ادخال الجزء الموصول الى البطن بسبب حجمه . وقد يكون من الضرورى ، فى حالة الفتق الفخذى ، قطع رباط بوبارت لتوسيع الفتحة توسيعاً يسمح للامعاء بالدخول فى البطن. على أن هناك أسباباً قوية تقضى باتقاء قطع هذا الرباط . وانهُ وان يكن من الممكن عمل الاستئصال ، ووصل الطرفين كما يظهران فى الجرح ، الا اننا نحتاج الى فتح البطن فى الخط المتوسط لعمل الوصل . واذا اضطررنا الى استئصال جزء كبير من المعى فالأفضل عمل ذلك كله خلال جرح فتح البطن

وأما المسألة الثانية فهى :

كثيراً ما يرى الجراح أن يستأصل جزءاً اكبر من الجزء المتغنغر فعلاً . والسبب فى ذلك امتلاء الجزء المعوى أعلى موضع الاختناق ، بالمحتويات السامة ولذلك يصير غير سليم ، وربما كان مشلولا

وقد تأتى المضاعفات عقب عمليات الفتق المختنق من ارجاع المعى الذى وإن يكن غير متغنغر إلاّ أنهُ أصبح تالفاً ، متخثراً ، غير قادر على استرجاع وظيفته وتتضح هذه المضاعفات، اذا تركنا الالتهاب البريتونى جانباً ، بشكل احتباس معوى . وأحياناً يأتى الانسداد الذي يحدث تدريجاً عقب التواء والتصاق فى المعى نتيجة التهاب بريتونى موضعى

ويذكر بعض الجراحين شكلاً من الضيق فى المعى بغير التصاقات عقب رد الفتق المختنق . ويكون الجزء المعوي المصاب غليظاً قاسياً . ويحدث فيه ضيق شديد . ويسمى هذا النوع التليف المعوي الضخامى [1]

---

(١) Hypertrophic fibrosis of gut.

الفتق السرى والفتق الشراسيفى

وقبل ختام هذا الموضوع لا بد من ذكر كلمة موجزة بشأن الفتق السري والفتق الشراسيفى .

ليس للفتق السري كيس بريتونى مميز . هذا الى أن الأغشية التى تغطيه تكون غالبًا رقيقة ، وتكون المحتويات ، غالبًا ملتصقة بالأغشية التى تغطيها . وان لم يكن الجراح شديد الحرص فانهُ قد ينال المحتويات بمشراطه . ولذلك يحسن فتح البطن ، أولاً أعلى موضع الفتق مباشرة ثم السير تدريجًا بنظام لانهاء العملية

و تستحسن الشقوق المستعرضة عن الشقوق المستطيلة لأن أغلب الياف الصفاق البطنى فى اتجاه مستعرض ، ولأن الفتق يكون من انفراج بين هذه الألياف

ولتعلم أن اصابة القولون المستعرض قريبة الوقوع وأنت تربط الثرب العظيم . ويروى أحد الجراحين أنهُ يعرف حالة ربط فيها جزء من القولون المستعرض