الفصل الثامن عشر

اصابات الكبد والقنوات الصفراوية

خراج الكبد

ترى المرضى ، أحيانًا ، وعندهم حمى مزمنة ، وعرق غزير ، وهزال سريع ، وتكون هذه الأعراض ناشئة عن خراج فى الكبد لم يشتبه فيه . ذلك لأن من الشائع جداً ، أن يتغاضى الجراح ، عن التقيح الكبدى ، لعدم وجود علامات موضعية واضحة ؛ بغير أن يسترسل فى الفحص . ولتعلم أن الألم عرض متأخر بالنسبة الى سائر الأعراض ، ولا يظهر الاّ اذا امتد الالتهاب فى محيط الكبد

أما الأعراض الأولية فالحمى والهزال السريع . وكثيراً ما يتضح للجراح أن المريض قد أصيب بالزحار[١] سابقًا . وقد تكون الفترة ما بين الزحار وخراج الكبد طويلة

فينسى المريض إصابة الزحار . وقد لا يحسب لمرضه القديم علاقه بمرضه الحديث وقد ذكر ترنر[٢] مثلين من مشاهداته ، كانت الفترة ما بين المرضين فى المثال الأول ثمان وعشرين سنة ، وفى المثال الثانى سبع عشرة سنة

هذا الى أن خراج الكبد المنفرد قد يأتى بغير زحار سابق ؛ إذ يكون من علامات السم الدموى الصديدى[٣] ، وخصوصا السم الدموى الصديدى البابى[٤] على أثر التهاب الزائدة الدودية ، أو أى مرض آخر عفن فى البطن . وكذلك يعرض الخراج المنفرد من بزل استقصائى للامبايما ؛ اذ تخترق الابرة التجويف الصديدي ، فالحجاب الحاجز ، فالكبد ، فتحدث العدوى . وقد ينشأ الخراج ، أيضًا ، مستقلاً بنفسه ، بسبب وجود البذرة العنقودية الذهبية[٥]

---

(١) الدوسنطاريا

(٢) Turner.

(٣) Pymia.

(٤) Portal Pymia.

(٥) Staphylococcus aurus.

وليست ضخامة الكبد ضخامة عامة معينة من الخواص البارزة فى الأدوار الأولى من الخراج الكبدى المتفرد . ويصح ، أن أذكر ، بهذه المناسبة، أن المرضى بكباد [١] مزمن متقدم أو بورم خبيث فى الكبد، كثيراً ماتأخذهم الحمى، بقشعريرات، ويبدو عليهم الهزال، ويتضح عندهم زيادة فى الكريات الدموية البيضاء ذات النويات متعددة الأشكال [٢] والمعتاد أن تصون الجراح من الزلل ، العلامات الإكلينيكية ، وخاصة ضخامة الكبد ، وجمودها ، وحافتها السفلى المعقدة بعجر كثيرة ، على شرط أن يكون عالماً بحدوث الحمى وزيادة الكريات الدموية البيضاء ذات النويات متعددة الأشكال فى الكباد المزمن والمرض الخبيث .

واذا اشتبهت فى خراج فى الكبد اشتباهاً يعضده الفحص الاكلينيكى الكامل الذى يتضمن الفحص عن الدم ، عداً وتمييزاً [٣] ، فلا بد من البزل الاستقصائي . وهو مما يقتضى أن أذكر بشأنه بعض الملاحظات وإليكها :

(١) لا بد من استعمال إبرة استقصائية كبيرة ، أو آلة بازلة كبيرة ؛ لأن صديد خراج الكبد ثخين فلا يمر بسهولة خلال إبرة دقيقة . ويذكر أحد الجراحين مريضاً بخراج فى الكبد مر عليه جراحه لعدم استعماله ابرة كبيرة فمات المريض بغير أن يعالج الخراج .

(٢) لا بد من عمل الاستقصاء ، والمريض منوَّم بالمخدر لأسباب كثيرة ؛ منها أن استعمال الإبرة الكبيرة مؤلم ، ومنها أن الجراح قد يحتاج الى إدخال الإبرة بضع مرات ، ومنها أن المريض إذا تحرك ، واضطرب من الألم ، والإبرة أو الآلة البازلة فى كبده ، فقد تمزقها ويحدث عن ذلك نزف غزير ، ومنها إجراء العملية مباشرة إذا وجد الجراح الخراج .

وان لم تكن هناك علامة ترشدنا الى موضع الاستقصاء فخير ما يعمل دفع الإبرة

---

(١) الكباد المزمن هو بالانجليزية Cirrhosis.

(٢) Polymorphonuclear leucocytosis.

(٣) Nunerical and differential blood counts.

الاستقصائية أعلى الحافة الضلعية السفلى بقيراطين فى الخط المتوسط للأبط . ففى هذا الموضع تتقى البلورا ، ويمكن الغوص بالإبرة مسافة أربعة قراريط ، بغير أن نصادف منسوجًا حيويًا ، على زعم أن المريض متوسط العمر

وموضع الاستقصاء هذا هو خير موضع لتصفية الخراج ، أيضًا ، ما لم تكن ، هناك ، دلالات مانعة ، فالأضلاع ، فى هذا الموضع ، منفصلة انفصالاً يسمح باستعمال جهاز مانسون الخاص [١] ، واذا كانت العملية ضرورية فخطر جرح البلورا وتلوثها بعيد .

واذا اضطر الجراح ، لسبب ما ، أن يجعل الشق عبر البلورا ثم وجد أن الطبقتين ، الجدارية والحشوية ، غير ملتصقتين ، فمن الضرورى اغلاق تجويف البلورا بالخياطة قبل فتح الخراج . وقد يحسن حشو الجرح بالدسام ، وتأجيل العملية نحو أربع وعشرين ساعة ، ليأمن الجراح تلوث البلورا ، وينحّى عن المريض مضاعفة شديدة ، قد تكون موبقة

ولا يقتصر علاج الخراج الكبدى الحار [٢] ، أى الذى يحدث فى البلاد الحارة ، على التصفية فحسب ، ففى الأحوال الزحارية [٣] قد يتكوّن ثانيًا الخراج . ويعرف أحد الجراحين مريضًا عملت له خمس عمليات فى سبع سنين ، لتكرر الخراج الكبدى . ولا بد ، لاتقاء هذه العواقب ، من العلاج الجيد الذى يتضمن استعمال الامتين

التهاب المرارة

ان من الصعب تشخيص التهاب المرارة . والأغلاط فى هذا التشخيص كثيرة . وربما قلت الأغلاط ، واتخذ العلاج سيراً حميداً اذا عرفنا جميعًا أن نوبة الحصيات الكبدية أو المرارية هى أيضًا نوبة التهاب المرارة ، وقد تكون الحصيات الكبدية سببها . والالتهاب الناشئ عن الهجوم البكتيرى هو سبب الألم ، لا مرور الحصاة فى القنوات الكبدية

وكثيراً ما يحسب ألم التهاب المرارة ، خطأ ، انهُ ألم التهاب الزائدة الدودية . فعلى

(١) Manson's Special Apparatus.
(٢) Tropical.
(٣) Dysenteric

الجراح فى هذا الموضوع أن يقدّر ، لرأيه فى التشخيص قبل إبدائه ، وجاهته ؛ فما من آفة من آفات البطن المختلفة الاّ وقد حسبت خطأ أنها هى المرض المصاب به المريض بدلاً من المرض الحقيقى وهو التهاب المرارة ، حتى لقد حسب بعضهم أن المرارة الممتلئة (استسقاء المرارة) أنها كيس مبيضى . ولعل خير مرشد للتمييز بين التهاب المرارة والتهاب الزائدة هو تحديد اكثر مواضع البطن مضاضة و يبسًا تحديداً بعناية تامة

وقد يحسب الفص الكبدى الأيمن أنه مرارة ممتلئة . والفص عبارة عن بروز لسانى من الكبد ، يكون فى جانب المرارة لكنه مما يسوق الجراح الى الخطأ أحيانًا ، كما حدث لأحد الجراحين إذ استشارته إحدى السيدات لألم يعاودها فى الجهة اليمنى من البطن ، وكان عندها ، بالجس ، ورم ، طويل ، ناعم ، فيه مضاضة قليلة ، ومتحرك قليلاً . فزعم الجراح أنها مصابة باستسقاء فى المرارة . ولقد اتضح ، من فتح البطن ، أن المرارة سليمة وأن الذى حسب ورمًا ليس إلاّ فص ريدل الكبدى ، وكان أكبر من المعتاد . ولقد قيل أن هذا الفص الكبدى كثيراً ما يتضمن الحصاة الكبدية ، لكنه ، فى هذه الحالة ، لم تصحبه الحصاة الكبدية ، ولا الالتهاب المرارى .

وقد يصعب التمييز بين الحصاة الكلوية والكبدية . ولقد دعى أحد الجراحين ، ذات مرة ، لإجراء عملية لرجل بادن ، دموى ، لحصاة فى كليته اليمنى . وأخبر أن المريض اعترته نوبات مغص كلوى و بول دموى . ولم يتضح ، بالفحص اكثر من مضاضة فى موضع المرارة . وظهر ، من صورة الأشعة ، أن عنده ثلاث حصيات فى موضع الكلية اليمنى . فسأل الجراح طبيب الأشعة كيف يتحقق الإنسان من أن هذه الحصيات ليست كبدية فأجاب إنها فى موضع الحصيات الكلوية . ولم تكن الحصيات متلامسة الوجوه ، وكانت محدودة جيداً إذا اعتبرنا بدانة المريض .

فاستقصى الجراح الكلية اليمنى ، ولما لم يجد فيها الحصى ، عمد إلى المرارة ، فاستخرج منها الثلاث حصيات التى اتضحت صورتها بالأشعة

وصور الأشعة الجانبية قد تفيد للتمييز بين الحصيات الكلوية والمرارية ، لأن ظل الحصيات فى الحصيات الكلوية ، يكون ، غالبًا ، خلف الحافة المقدمة لما يوضح العمود

الفقارى ، لكنه فى الحصيات المرارية ، يقع ، على الأغلب ، أمام هذا الخط .

وأذكر أنى عالجت مريضًا ، وكان قاضيًا بالمحكمة الشرعية ، فيما زعمت أنه التهاب فى الزائدة الدودية . ولما لم يتحسن تمامًا ذهب من قليوب ، حيث كنت أعالجه ، إلى مصر حيث استشار اثنين من الجراحين ، على انفراد . فأخبره أحدهما أن المرض حصيات كلوية فى الجهة اليمنى ، ووافق الآخر ، وكان أكبر الاثنين شهرة ، على أن المرض التهاب فى الزائدة ، وصار يتحسن أحيانًا ، وينتكس أخرى ، غير خاضع للعملية . وأخيراً سافر إلى بلده فى مديرية أسيوط ، فظهر عنده اليرقان مما دفع الجراح إلى تشخيص المرض بحصيات مرارية . ولقد تضعضع للعملية ، هناك ، فاستخرجت منه عشرات من الحصيات المرارية .

وقد يلبس ألم التهاب المرارة وسائر أعراضه ببعض الأمراض الصدرية . فثبات الناحية اليمنى من الحجاب الحاجز ثبوتًا نسبيًا ، وعدم حركة الناحية اليمنى من الجدار الصدرى مما يصحب غالبًا الظواهر الالتهابية فى البطن فى القسم الكبدى ، قد يوجهان نظر الطبيب للرئتين والبلورا . ولما أن الهبوط الرئوى الثانوى ليس نادراً فقد يحسب الجراح المرض خطأ أنه التهاب رئوي أو التهاب فى البلورا ، مدفوعًا الى ذلك بما قد يوجد أيضًا من الأزيز القاعدي، وأصوات الاحتكاك التى تحدث عن التهاب محيط الكبد[1]

عمليات المرارة والقنوات الصفراوية

لابد ، لهذه العمليات ، من وسادة متينة للقطن لتدوير الكبد، ولكشف الانسجة التى أسفلها، ودفعها إلى الأمام لتسهيل العمل . وأول ما يعمل، بعد فتح البطن، هو الفحص عن المرارة وعن القنوات الصفراوية ؛ ومن العمل الصالح أن تفحص عن البنكرياس فى الوقت نفسه . وقد ينسى الجراح ما يجده من مرض المرارة أن يفحص عن القنوات مباشرة ، مؤجلاً ذلك إلى الدور الأخير من العملية فتفوته مزايا كثيرة . ولاستجلاء الكبد والقنوات الصفراوية يلزم رفع الكبد . ويتم ذلك بامساك الحافة السفلى بطبقتين من

(١) Perihepatitis.

السابري[1] وجذبها إلى الأعلى . وليكن هذا الجذب بكل رفق مخافة تمزق الكبد . فقد رأي بعضهم الكبد وقد تمزقت بهذا الجذب مما استدعى خياطة غائرة لوقف ما حدث من النزف .

وعلى الجراح أن يحرص كثيراً، فى أثناء جس القناة الصفراوية المشتركة فلا يحسب ضخامة العدة للمفاوية التى تكون قريبة من القناة حصاة داخلها . فان فعل فقد يرتبك ارتباكاً عظيماً

وكثيراً ما يهمل الجراح، وقد رأى التهاباً فى المرارة وحصيات فيها ، الفحص عن القنوات الصفراوية . وكثيراً ما تعمل العمليات للنواصير الصفراوية عقب تصفية المرارة فتوجد حصاة فى القناة المشتركة

على أنه ليس من السهل على الجراح أن يتحقق أفى القناة الصفراوية المشتركة حصاة أم لا ؛ لأنهُ ليس يسهل جس الجزء السفلى منها لوجود البنكرياس ، وقد لا تدرك أرق الأصابع احساسًا ، وأدقها عملاً ، الحصاة وهى كامنة فى الجزء السفلى من القناة . ولا تجدى الاستعانة بالمسبر . على أن للجراح دليلين على وجود الحصاة فى هذا الموضع ، وهما :

(١) تمدد القناة المشتركة

(٢) وضخامة رأس البنكرياس

فاذا وجدت هذين الدليلين فلا بد من وجود حصاة فى القناة ، ولتحاول دفعها إلى الأعلى فى الجزء المتمدد بالضغط فى جهات مختلفه ليسهل عليك استخراجها

وقد يحدث أن الجراح ، إذا وجد ضخامة فى رأس البنكرياس ، أن ينسبها إلى التهاب بنكرياسى ، فلا يتمادى فى الجس مما يجعله يترك الحصاة فى القناة ؛ وهى غلطة شائعة شائنة

ولنحسب أننا بعد فتح البطن وجدنا التهاباً فى المرارة فما هى الطريقة التى تتبع ؟ أنستأصل المرارة أم نكتفى بتصفيتها ؟

---

(١) السابرى ثوب رقيق جيد هو الشاش

إن المرارة الملتهبة التهابًا مزمنًا لا خير منها بل ضررها أكبر من نفعها ؛ ذلك لأن السرطان قد يدب اليها . لكن استئصال المرارة عملية أجل خطراً من تصفية المرارة . هذا إلى أن حرمان المريض من مرارته تحرمه من وسيلة سهلة للتصفية فى المستقبل إذا اضطر المريض إليها بسبب اصابته بالتهاب بنكرياسى مزمن أو خلافه . ولعل القاعدة التى يصح أن يسير عليها الجراح آمنًا الزلل هى استئصال المرارة إذا كان بها التهاب مزمن وأصبحت بغير فائدة ، وتصفيتها فيما عدا ذلك من الأحوال

ولا بد من التنبيه الى موضوعين جديرين بالعناية :

فأما الموضوع الأول فهو ضرورة استبقاء ما يمكن ابقاؤه من الغلاف البريتونى للمرارة ، لضم حافاته ، بعد الاستئصال ، لتغطية السطح المتعرى من الكبد . فاذا شق البريتون بعيداً عن المرارة عاد من المستحيل ضم حافاته، وصار المريض معرضًا لالتصاقات متعبة فى المستقبل

وأما الموضوع الثانى فهو ضبط الوعاء المرارى فى أقرب ما يمكن فى العملية، وقبل البدء فى نزع المرارة من الكبد . والسير بهذا النظام يحول دون حدوث نزف غزير يتبهم معهُ ميدان التشريح ، ويعطل العمل تعطيلاً غير حميد . وقد حدث النزف ، ذات مرة ، من الشريان المرارى ، فى عملية لأحد زملائى ، نتيجة عدم احكام ربطه . وقد اتضح موضع النزف بعملية أُخرى لم تجد المريض نفعًا ؛ لأنه مات

وهناك خطر آخر فى عمليــة استئصال المرارة وهو جرح القناة الكبدية ، والقناة المشتركة عند موضع اتصالها بالقناة المرارية . ولتعلم أن القناة المرارية كثيراً ما تقصر فى أحوال الالتهاب المزمن فى المرارة ، وإن لم يحاول الجراح الكشف عن القناة الكبدية والقناة المشتركة بالمعاينة المباشرة فقد ينالهما الجراح وهو يزعم أنه يقطع القناة المرارية

وفى بعض الأشخاص يمرر يد الباب إلى الأعلى . أمام العفج ، والقناة الصفراوية المشتركة ، والشريان الكبدى ؛ لا خلفها . وانهُ فى مثل هذه الأحوال ، يكون معرضًا للأذى إن لم توضح الأنسجة فى ميدان العمل توضيحًا تامًا

المضاعفات

إن النزف خطر حقيقى عقب العمليات التى تعمل للمصابين باليرقان . وخاصة إذا كان اليرقان مزمناً أو شديداً . ولك وسيلتان ، فى مثل هذه الأحوال ، لتقليل الخطر أو لتنحيته .

فأما الوسيلة الأولى فهى الفحص عن المريض فحصاً جيداً للتحقق من علامات الفرفورة . فإذا وجدت بقع نزفية فهى دلالة مانعة حاسمة . ووقتئذ يلزم تأجيل العملية حتى تزاد قابلية الدم للتجمد بكلورور الكلسيوم، والمصل ، والهيمو بلاستين ، أو بوسائل أخرى. ويحسن اعطاء كل مريض مصاب باليرقان كلورور الكلسيوم، قبل العملية و بعدها

وأما الوسيلة الأخرى فهى وقف النزف

الناصور الصفراوى

لا بأس من عدم نزول الصفراء ، أو نزول قليل منها من أنبوبة التصفية فى اليوم الأول ، أو اليومين الأولين ، عقب عملية تصفية المرارة . فليس نادراً عدم نزول الصفراء نزولاً غزيراً ، وسببه ما يحدث من الورم الالتهابى فى الغشاء المخاطى المبطن لقناة المرارة وكثيراً ما يتحسن هذا الالتهاب من نفسه ، وتبتدئ التصفية . وشر من ذلك عدم انسداد الناصور فى الزمن المناسب . ولتعلم أن استمرار نزول المادة الصفراء ناشىء عن :

(١) العادة القديمة التى كانت تقضى بخياطة جدار المرارة بالجلد ، وهى عادة يجب ابطالها

(٢) وجود انسداد فى القناة المشتركة كحصاة مثلاً

(٣) أما اذا كان الافراز مخاطياً بغير مادة صفراء فالعطل فى القناة المرارية

(٤) أما اذا كان الافراز صديدياً لا يخالطه مخاط أو مادة صفراء فالسبب غرزة متقيحة . والأحسن ألا يعد هذا الناصور صفراوياً

ويحكى أحد الجراحين أنهُ عرف مريضاً كان السبب فى استمرار ناصوره الصفراوى قطعة اسفنج وضعت فى المرارة ، فى اثناء العملية ثم نسيت