

الفصل الثامن

الانسكاب البلوروى

ان الوفاة الفجائية كثيراً ما تحدث في المرضى المصابين بانسكاب بلوروى عظيم .
وفى غير مرة حدثت هذه الوفاة فى أثناء وجود الطبيب مع مريضه وهو يدخل الابرة
فى تجويف الصدر للاستقصاء أو لاستخراج السائل . وقد ذكر سيرس (١) عشرة أحوال
حدثت فيها الوفاة عقب الاستقصاء البسيط بغير اخراج أى سائل
ولعلَّ السبب فى أغلب هذه الحوادث هو تغيير وضع المريض ؛ أى إن السبب
المباشر لإحداث الوفاة هو التغيير الفجائى فى الأحوال الوعائية داخل الصدر . ويزداد
هذا السبب وضوحاً اذا عرفنا أن الموت الفجائى ينذر بل لا يحدث أبداً ما دام المريض
يلزم السكون ، وانه لا يحدث إلا اذا تغير وضع المريض تغيراً فجائياً . واكثر الحركات
خطراً جلوسه من النوم ؛ ففي كل أحوال الموت الفجائى فى الانسكاب العظيم فى تجويف
البلورا حدثت الوفاة والمريض يحاول الجلوس
ان الدرس ظاهر : وهو حتم على الطبيب ألا يسمح بتحريك المريض فى فراشه
أو بنقله الى المستشفى ما لم يُستخرج مقدار كاف من السائل الذى فى صدره . ومن
الواجب ، حتى بعد استخراج السائل ؛ أن تعمل الحركات الضرورية ببطء ورزانة .
والمعتاد اجلاس المريض وقت القرع أو التسمع ، وكثيراً ما تساعد الممرضة المريض
على الجلوس ، لهذا الغرض ، وهذا مما يجب اتقاؤه
قد يفوت الطبيب تشخيص الانسكاب من استعمال ابرة كالة لا تحترق البلورا الجدارية
بل تدفعها امامها ولا يظهر السائل على غير ما هى الحال اذا استعملت ابرة حادة للاستقصاء
وذات مرة التبس الطبيب فى تشخيص مريض بالالتهاب الرئوى ، وظن أنه مصاب
بأمبييما . فاستقصى الصدر بابرة أعقبها تواء سعال دموى شديد فالموت بعد بضع دقائق

و بتشريح الجثة وجد أن الإبرة لم تخترق الرئة إلا مسافة قصيرة ولم تنل في سيرها وعاءاً كبيراً . ولعل السعال الدموي وما نشأ عنه من عسر التنفس كانا مما قضى على المريض لأن الرجاء في شفائه كان ممنوناً^(١)

ولتعلم أن استخراج السائل بآبرة الاستقصاء علامة قطعية على وجود السائل في تجويف البلورا . على أنه قد يحسب خطأ الانسكاب التأموري انسكاباً بلورويّاً في تجويف البلورا الأيسر كما حدث مرة إذا أخرجت محقنة الاستقصاء السائل من التجويف التأموري المتمدّد من الانسكاب ، على زعم أنه من التجويف البلوروي الأيسر . ومن عواقب استخراج السائل من تجويف البلورا الأزيميا الرئوية الحادة . ولاتقاء هذه المضاعفة الخطيرة يجب استخراج السائل ببطء بغير زيادة الضغط السلبى فى جهاز البزل . وباستخراج جزء من السائل لآكله ؛ فإن أردنا استخراج السائل كله فالواجب أن يستبدل به هواء أو غاز

ويذكر سيرس^(٢) كارثة غريبة قد تحدث أثناء استخراج السائل . ذلك أن جهاز البزل بطامبة المص والكبس . والواجب أن يستعمل الطبيب فرع المص . على أن الطبيب قد يخطئ فيستعمل فرع الكبس فيدخل الهواء فى الصدر . وقد ذكر سيرس ست أحوال من هذا النوع شفى منها خمس أحوال وأما السادسة فحدثت فيها الوفاة مباشرة

الامبايما

التشخيص - لا بد أن يستعمل الجراح إبرة كبيرة إذا أراد التحقق من الصديد أو من موضعه . فإن استعمل ابرة دقيقة فقد لا يمر فيها الصديد . وكثيراً ما أهملت الامبايما بسبب عدم الالتفات الى هذه المسألة لأنها عظيمة الشأن . على أنه من المحتمل أن يعمل الاستقصاء مراراً بآبر مناسبة دون الوصول الى الصديد كما حدث فى رجل كبير السن عنده أعراض خراج داخل تجويف البلورا . ولما كانت الأعراض والعلامات مما يرجح وجود الصديد فقد استؤصل جزء من الضلع وكشف عن الامبايما ووجد فى

أسفل التجويف كتل عظيمة من الجائط . ولانزاع في أن هذه الجائط هي التي كانت تسد الإبرة فتحول دون خروج الصيد .

وقد يلتبس خراج الكبد بالامبايما اذا خرج الصيد من ابرة وضعت في أسفل الصدر على ما يقول برى^(١) . وقد يتكوّن خراج في الكبد اذا وصلت ابرة الاستقصاء الى الكبد بعد اختراقها تجويف البلورا الملوث . وقد ذكر رولستون^(٢) حالة من هذا النوع

ويقال إن الإبرة قد تنال القلب والأوعية الكبيرة ، وهو مما يحتاج الى اثبات . ولا بد قبل الانتهاء من الكلام على الامبايما من ذكر ثلاث مسائل كثيراً ما يهملها الجراح ويكون عنها مسؤولاً . وأولى هذه المسائل هي اغفال الجراح الفحص عن الصدر بالأشعة في أحوال الشك والريب

والثانية عدم الاستعانة بالطبيب المتوفر على^(٣) البكتيرياولوجيا لمعرفة طبيعة الميكروب المعتدى وهي مسألة ذات شأن فعلياً قد تبني طريقة العلاج والثالثة اغفاله الفحص عن الصدر في الأحوال الحادة في البطن . وكثيراً ما ظهر من التشريح بعد الوفاة وجود امبايما كبيرة في الصدر ولم يشتهب فيها مطلقاً وكانت الوفاة عقب فتح البطن فتحاً استقصائياً

العلاج

يحدث الموت الفجائي عن الأمبايما الكبيرة كما يحدث عن الانسكاب البسيط ، والسبب نفسه ؛ وهو مما يستدعي الاحتياطات التي ذكرت ، فلا بد ، قبل نقل المريض بمقدار كبير من السائل في تجويف البلوار ، الى مستشفى أو دار للصحة ، أن يستخرج مقدار عظيم منه : ولاتقاء الغوص بالإبرة دفعتين يحسن أن تناسب إبرة المحقنة الاستقصائية مبسم جهاز البزل

Berry (١) Rolleston. (٢)

(٣) المتوفر على الشيء المنصرف بكل همته اليه وهو بمعنى الاختصاص

العملية

إن المعتاد في علاج انسكابات البلورا الملوثة هو التصفية بأنبوبة توضع في الجدار الصدري . ونحن الآن في عصر يمكننا من التمييز بين الأحوال التي تناسبها هذه الطريقة والأحوال التي لا تناسبها . ويمكن القول ، باختصار ، أن العلاج بالتصفية يناسب أحوال الامبايما الموضعية ، وخاصة الأحوال التي يكون صديدها ثخيناً . ففيها لا يحدث الهبوط العظيم للرئة ، ولا تنتشر العدوى في عامة البلورا

أما الامبايما العامة الحادة فلا تناسبها التصفية بالفتح لأنها تكون خطيرة . فإذا لم يمت المريض سريعاً ، من الصدمة أو التوكيميا ، فإنه يعيش برثة هابطة ، وتجويف متقيد في الصدر ، جدرانه أقسى من أن تمحي ، منطبقاً بعضها على بعض . وأشد ما يكون الخطر من العلاج بهذه الطريقة إذا كانت الامبايما حادة ناشئة عن البذور السبحية^(١) هذه الأحوال تنفعها كثيراً ، خصوصاً في الأدوار الأولى ، البزل المتكرر ، والمصل السيفوني الذي لا ينفذه الهواء ، والحقن المتكرر بمقادير كبيرة من مصل الاستربتوكوك^(٢) وقد نوفق ، في المستقبل القريب ، الى التغلب على ما يمنعنا من علاج الامبايما الحادة العامة ، في الدور الأول ، بالتصفية بالفتح ، علاجاً نافعاً .

ولنتكلم على تلك العوامل الخاصة التي تنغلب ، الآن ، على أغراضنا الجراحية . فنحن نعالج فيما نعالج تجمعاً من السائل في تجويف حده الظاهر الجدار الصدري ، وهو صلب غير مرن ، وحده الباطن الرئة نفسها ، وهي تميل ، بمرونتها الغريزية ، الى التبعاد عن الجدار الصدري لتزيد التجويف اتساعاً . ولتعلم أن الضغط الجوي يكفي ، في الصدر السليم ، لإبقاء الملاصقة بين طبقتي البلورا ، جملة واحدة ، ولمنع هبوط الرئة هبوطاً كاملاً مباشراً إذا فتح الصدر . ومع ذلك ففي الصدر السليم قد تنفصل الطبقتان انفصلاً قليلاً إذا بقي الصدر مفتوحاً . أما في حالة انسكاب عظيم بالطبقتان منفصلتان ، في مساحة كبيرة ، انفصلاً مريضاً ، وما كان من الطبقتين متلامساً فيما عدا مساحة الانسكاب

(١) Streptococcus.

(٢) Antistreptococcus serum.

يكون ملتهباً غير طبعي . فهذا الاختلال في التوازن لا تبقى معه قوة لمقاومة ما للرئة من القوة الانكماشية

فهذه الاعتبارات الى غيرها من امتصاص الهواء من الرئة في حالة السكون ، مما يعال كيف تهبط الرئة في حالة الامبايما العظيمة ، وكيف أن السائل لا يتصفي تماماً ، خلال فتحة في الجدار الصدري الا باحدى هذه الطرق ، وهي :

(١) سحب السائل إما بالبزل ، وإما بالمص السيفونى ؛ سحباً يتغلب على ما للرئة

من التوتر الانكماشى

(٢) زيادة الضغط في باطن الرئة حتى يفوق التراجع الرئوى

(٣) استبدال الهواء أو شىء آخر بالسائل

وإليك الكلام مطولاً في هذه الطرق :

(١) السحب بالبزل أو المص السيفونى - مضار السحب بالبزل هي تكرار

البزل ، وصغر الابرة المجوفة التي تستعمل مما يجعلها عرضة للسد بقطع من الخثر أو الجلط . ويمكن سحب السائل بالمص السيفونى الذى لا ينفذه الهواء بأنبوبة واسعة بطريقة سهلة سريعة خفيفة بجهاز مانسون^(١) الذى يستعمله لتصفية الخراج الكبدى

(٢) يقل الضغط في باطن الرئة في الشخص السليم ، في أثناء الشهيق ، ولكن

تختلف درجة الضغط السلبى كثيراً باختلاف سهولة دخول الهواء ، خلال المسالك الهوائية الى الرئة ، ويزداد الضغط السلبى بأي انسداد في المسالك الهوائية . فاذا كان عند الشخص فتحة في الجدار الصدري يضاف الضغط السلبى الشهيق الى ما للرئة من المرونة الطبيعية لاحداث التباعد ما بين طبقتى البلورا والهبوط الرئوى ، وهي مسألة عظيمة الشأن في أثناء التخدير . ولهذا السبب يلزم التحرز التام لمنع أى انسداد في المسالك الهوائية في أثناء عمليات الصدر . ولعل الطريق الصناعى خير الطرق لهذا الغرض ولتعلم أن الحبال الصوتية ، في الشخص السليم ، تتباعد ، في أثناء الشهيق ، للسماح للهواء بالدخول غير معارض ، وتقتارب ، في أثناء الزفير ليزداد الضغط الرئوى (في

باطن الرئة) . فزيادة الضغط الرئوى فى أثناء الزفير ، بهذه الطريقة ، تعوض ما قد يعرض من هبوط الرئة ، فى أثناء الشهيق عند وجود فتحة فى الجدار الصدرى . ويساعد هذه الطريقة السعال بقوته التمديدية الدفعية . لكن المريض المصاب بانسكاب كبير ، عفن ، غير موضعى يكون غالباً ، أضعف من أن يستطيع تقريب حباله الصوتية تقريباً كافياً للسعال أو لبقاء الضغط الضرورى فى الرئتين فى أثناء الزفير . وعلى ذلك تهبط تدريجاً الرئة المصابة ، ولا يمكن أن يتصفى ما فى الصدر من محتوياته العفنة ان لم يستبدل به هواء ، أو يستفرغ بوسائل صناعية تقوم مقام ما فقدته الطبيعة من الضغط والرأى عندى ، من ملاحظاتي ، أن المريض الذى عملت له عملية التنصيف بالفتح فى الجدار الصدرى ، للامبايما العامة ، والذى يكون أضعف من أن يسعل ، غالباً ، ان هذا المريض لا بد أن ينحدر ، تدريجاً ، الى قبره . وربما أمكن التغلب على هذه الصعوبة ، باستعمال جهاز على الوجه ، يسمح للهواء بالدخول بسهولة ، فى أثناء الشهيق ويعوق خروج الهواء لدرجة ما ، فى أثناء الزفير . وقد حاول هارولد باروز^(١) الحصول على هذا الجهاز ، لكنه لم يوفق لأنه لم يستطع أن يعبر عما يريد تماماً الى صانع الجهاز . (٣) « سحب الانسكاب بطريقة أن يستبدل بالوسائل هواء أو غاز آخر فى الأحوال الآتية^(٢) :

١ - الانسكاب الدموى اذا كان عظيماً

٢ - الامبايما اذا كانت درنية حقيقية

٣ - الانسكاب المصلى فى الأحوال الآتية :

(أ) اذا كان الانسكاب عظيماً يصحبه زيغ فى الحجاب المنصف

(ب) اذا أحدث ضيقاً

(ج) اذا لم يمتص سريعاً

(د) اذا كان يتزايد

(هـ) اذا أردنا الحصول على صورة بالأشعة للصدر تكون واضحة

(١) Harold Burrows.

(٢) نقلا عن المجلة الاكلينيكية الصادرة بتاريخ ٩ يناير سنة ١٩٢٤

(و) اذا كان المريض مصاباً بحمى ووجد باسيل الدرن في بصاقه ، وكان

هناك اشتباه في اصابة الرئة في ناحية الانسكاب . ويحسن ، وقتئذ ،

ابقاء الهواء في تجويف الصدر

«ولسائل أن يسأل : لم يلزم سحب سائل الانسكاب ؟ ولاشك عندي أن الأفضل ترك أغلب الانسكابات المصلية وشأنها . وكثيراً ما يحدث ضرر من التعرض لها ، فاذا ما ظهرت دلالة مما ذكر وجب التدخل ، وذلك الاسباب الآتية :

١ - اذا أهمل الانسكاب العظيم زمناً طويلاً فكثيراً ما يفضى الى ضخامة البلورا ، وضعف في تمدد الرئة ، وانعاج في الجدار الصدري

٢ - وقد يعقب ذلك تغيرات ثانوية ، فيعترى الرئة التهاب ليفي ، وتمدد الشعب

٣ - قد لا يزول السائل ويبقى .

« وتفضل طريقة الاستبدال عن البزل الاعتيادي للأسباب الآتية :

اذا بزل تجويف البلورا بالطريقة الاعتيادية ، أخذ المريض في السعال ، وشعر بضيق وألم في صدره بعد استفراغ نحو لتر من السائل . فاذا استمر البزل نشأت أعراض أخرى أشد مثل النفث الدموي ، وعسر التنفس . وقد تحدث أزيما حادة في الرئة . والمعناد وقف البزل قبل كل ذلك ، أو انقطاع السائل من نفسه ، ولما يخرج من الصدر أكثر من نصفه .

«لم تحدث هذه الأعراض الرديئة ؟ لحدوث ضغط سلبي شديد في تجويف البلورا والجدار الصدري صلب غير مرن ، والرئة لا تستطيع أن تتمدد تمداً طبيعياً ، دفعة واحدة ، ولا يستطيع القلب والحجاب المنصف الرجوع لموضعهما الأصلي مباشرة . ومن الخطأ أن تعتقد أن الانسكاب في تجويف البلورا يكون تحت ضغط ايجابي ، لأنه ليس كذلك . ففي كل شهيق تجذب الرئة ، في الناحية السليمة ، الحجاب المنصف ، وهذا هو سبب زيغ القلب . أما في أثناء الزفير ، وفي أثناء السعال ، فالضغط يصير ايجابياً

«فاذا شعر المريض ، في أثناء البزل ، بألم أو ضيق فان دخول الهواء الى الصدر مما

يخففه مباشرة

واليك مثالا لتوضيح ما أقول :

أصيب شاب في التاسعة عشرة من عمره بالانزلة الوافدة . وفي بضعة أيام ظهر عنده التهاب شعبي رئوي ، وفي اليوم التاسع ظهرت عنده علامات انسكاب عظيم في البلورا ، وبدا عليه المرض الشديد . ورأيت أن بالناحية اليسرى من الصدر أصمية شديدة ، وإن القلب زاعغ الى الجهة اليمنى زيغاناً عظيماً ، وبالاستقصاء ظهر صديد بلون بني مائل للحمرة ، وكان منظره فظيماً مما دل على عدوى بالبذرة السبجية^(١) الخبيثة جداً ولقد كان زيغان القلب عظيماً مما دفعني الى البزل ، حالاً ، رغم نشاط الالتهاب الرئوي . وقد استخرجت نحو لتر من الصديد ، وإذا بالمرضى يصيح متألماً ، وقد علت وجهه زرقة فأوقفت البزل حالاً ، وفصلت الأنبوبة من القارورة ، ووضعت قطعة من القطن على فتحتها . فدخل الهواء خلال الأنبوبة ، الى تجويف البلورا ، وتحسنت الأعراض مباشرة . فاستخرجت لتراً آخر ، وأنا أسمح للهواء بالدخول من وقت الى آخر ، على نحو ما ذكر . ألا ترى أن دخول الهواء في الصدر ، كان كالسحر تأثيراً في ازالة الأعراض . إن الكتب الطبية لم تبين تماماً ما لزيادة الضغط السابي في تجويف البلورا من الألم .

أما فوائد طريقة الاستبدال فهي :

- (١) عدم الحاجة الى قوة .
- (٢) عدم احداث تغيرات في الضغط في تجويف البلورا
- (٣) عدم تكليف الرئة شيئاً من الجهود لعدم احداث ضغط سابي
- (٤) عدم ظهور العوارض التي ترى في الطرق الأخرى ؛ ككسر التنفس ، والألم والسعال ، والنفث الدموي ، وأزيميا الرئة ، والموت الفجائي
- (٥) هذا الى أن من الممكن استخراج جميع السائل ، بهذه الطريقة ، على غير ما هي الحال بالطرق الأخرى ، مما يمكن التحقق منه بالأشعة . فقد استخرجت بدفعة واحدة نحو ٤ لترات من السائل ، مستبدلاً به غاز الأكسجين ، وقد تمددت الرئة تماماً في ثلاثة أسابيع

(١) Streptococcal infection.

أغلاط الجراحين (٧)

وتعمل هذه الطريقة مما يعجل بالشفاء ، ويحول دون تجمع السائل ، مرّة أخرى ، بعدم احداث ضغط سلبي شديد من جية ، وبإدخال الأكسجين من الجهة الأخرى . وربما كان لهذه الطريقة، أيضاً، الفائدة العلاجية التي تشاهد عقب فتح البطن وتعريضه للهواء ، في أحوال التدرن البريتوني . وكثيراً ما رأيت الانسكاب في تجويف البلورا يعود بعد بزله ، مراراً ، ثم ينقطع بعلاجه بهذه الطريقة ، وتتحسن صحة المريض . ولتعلم أن الهواء أو الغاز الذي يدخل في تجويف البلورا يتمص سريعاً ، فتنجذب الرئة أنجذاباً ثابتاً تدريجياً فتتمدد . ويمكنك ، أيضاً ابقاء الهواء في التجويف ، إن أردت ومن المزايا سهولة الحصول على صورة بالأشعة مما يعرفك حالة المرض الذي في الرئة من ورم وخلافه

أما الاستبدال فيعمل بالطرق الآتية :

١ - الاستبدال الاتفاقي

٢ - الاستبدال الذاتي

٣ - الاستبدال بالتحكم بالمانومتر

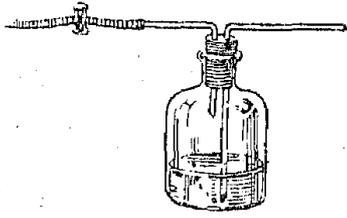
فأما الاستبدال الاتفاقي فيحدث بدخول الهواء في الصدر خلال الابرة المحقوفة ، لانزلاق الأنبوبة ، أو لتغيير القارورة . وهذه الطريقة ليست حميدة لتلوث التجويف بالهواء ، وان كان ذلك نادراً

وأما الطريقة الثالثة ، وهي طريقة الاستبدال بالتحكم بالمانومتر فطريقة مضاعفة لا تصلح للعمل بها

وأما الطريقة الثانية وهي طريقة الاستبدال الذاتي فهي الطريقة التي يمكن العمل بها في الأحوال الاعتيادية

ولقد جربت طرقاً كثيرة ، ارادة استعمال ابرة واحدة، ولعل الأفضل ، للاستبدال الذاتي ، استعمال ابرتين

يعمل البزل في أدنى موضع ممكن من تجويف البلورا ، وتوضع ابرة قارورة الاستبدال الهوائى في موضع أعلى . وأفضل وضع للمريض هو الوضع الجلوسى منحنيًا الى الأمام على وسادات . وبعد استخراج مقدار معين من السائل تفك ماسكة الأنبوبة ، فيدخل

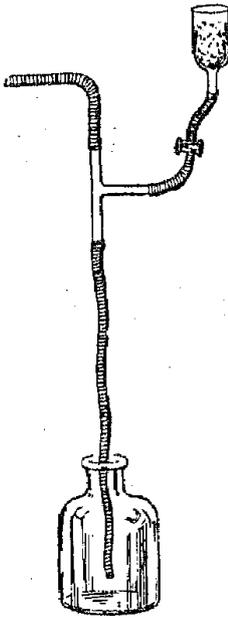


(شكل ٢)

قارورة فيها محلول فنيك بنسبة ٥ في المائة ، وتخرج من فيها أنبوتان زجاجيتان ، احدهما متصلتان بأنبوبة من المطاط وعليها ماسكة وتتصل بالابرة التي تدخل في تجويف البلورا

الهواء بفقاع في القارورة ، ومنها الى تجويف البلورا . ثم يستأنف البزل ، فيدخل الهواء دخولاً ذاتياً حتى يستخرج السائل كله وهناك طريقة لا تقضى إلا برة واحدة وهي كما يأتي :

يوصل بالابرة المجوفة البازلة أنبوبة طويلة تصل الى الأرض تقريباً . ويوضع بالقرب من طرفها العلوى انبوبة زجاجية على شكل T ويوصل بساق الانبوبة الزجاجية أنبوبة أخرى بماسكة ويثبت في طرف الأنبوبة الأخيرة كأس



(شكل ٣)

زجاجية يوضع فيها قطن معقم . ثم نرسل الابرة المجوفة الى تجويف البلورا ، فيخرج السائل بقوة الجاذبية ، وبعد استخراج مقدار معين من السائل يكفي لتوليد ضغط سلبي عظيم نفك الماسكة ، فيدخل الهواء بعد تصفيته خلال القطن الذي في الكأس ، الى الأنبوبة ، ومنها الى تجويف البلورا . وعيب هذه الطريقة صعوبة استخراج المقدار الأخير من السائل (انظر شكل ٣)

وإذا أردت أن تدخل الأكسجين بدل الهواء فأبسط طريقة أن تملأ القارورة التي في الشكل الثاني بالأكسجين ، قبل البدء في العمل ، وأن تملأ قارورة أخرى بالغاز أيضاً وتوصل القارورتان بالأنبوبة فهذا مما يدخل مزيجاً غازياً معظمه من الأكسجين »

التصفية بالفتح

لا بد أن يسترشد الجراح ، في اختيار موضع الشق ، بموضع الصيديد . ولذلك يحسن الاستعانة بالمحقة الاستقصائية قبل اجراء العملية لمعرفة حدود الصيديد ولأخذ عينة منه وإرسالها للطبيب البكتيريولوجي . وليس يستطيع الجراح أن يعتمد الاعتماد كله على

موضع الصديد، لأن عظم اللوح يغطي جزءاً كبيراً من الجدار الصدري الخلفي، ولأنه لا يحسن أن نصفى الصديد خلال الإبط أو بالقرب من زاوية الأضلاع، إذا استطعنا غير ذلك. وخير موضع للتصفية أن تكون إما في الجدار المقدم من الصدر من الضلع الثانية الى الضلع الخامسة، إذا كان التجمع الصديدي في مقدم الصدر، وإما في الضلع الثامنة أو التاسعة في الخط اللوحى أو في الضلع الثامنة في الخط الإبطى الوحشى إذا كان التجمع الصديدي في خلف الصدر. وإذا أردنا التصفية لسبب ما في الخط المتوسط للإبط فالفتحة لا تعمل أسفل الضلع الخامسة

وكثيراً ما يخطئ الجراح، لسوء الحظ، في اختيار الموضع، مدفوعاً بما توصى به الكتب الجراحية والمجلات الطبية، إذ توصى بعمل الفتحة في أكثر المواضع انحداراً لسهولة التصفية. وقد وصى بعضهم باستئصال الضلع العاشرة للتصفية. ولست أدري كيف يوصى القوم بذلك، ولا شك عندي في أن الجراح الذى يعمل برأيهم لا بد أن تصادفه نكبات

وإليك السبب في عدم تجاوز الحد الأسفل الذى ذكرته :

لنحسب أن الجراح قد استأصل، مثلاً، جزءاً من الضلع التاسعة، في الخط الإبطى الخلفي، أنه لا شك كاشف عن الكبد أو الطحال غالباً. والسبب واضح، لأن الرئة لا تمتد الى الضلع التاسعة في الخط الإبطى الخلفي. هذا الى أن ورقى البلورا الجدارية والحاجزية، تكونان متلامستين. في هذا الموضع، وكثيراً ما تلتصقان إذا عرض لهما الالتهاب. وعلى ذلك فقد يخرق الجراح الورقتين، دون أن يعثر على التجويف الذى ينشده، وقد يتمادى فيخرق الحجاب الحاجز أيضاً. وهو في هذا الموضع أرق مما يتوهم البعض. واعتقد أن هذه الغلطة شائعة، قياساً على ما سمعته من زملائي. ويروى بعضهم أنه حضر تشريح جثتين كان سبب الوفاة فيهما الالتهاب البريتونى العام الناشئ عن هذه الغلطة. والأمثلة التى انتهت بالوفاة كثيرة. ويقول هارولد باروز معترفاً إنه من الذين وقعوا في هذه الغلطة. ولا شك أن فى الاعتراف تخفيفاً لعذاب الضمير ولنحسب أن الجراح قد فتح الامبايما بغير أن يؤذي الحجاب الحاجز، في هذا

الموضع الأدنى ، فإنه لا يستطيع أن يصل الى غرضه من التصفية الجيدة لأن الحجاب الحاجز بلامسته الجدار الصدري أعلى الفتحة يحجز الصديد هناك . وكثيراً ما دعيت لاستئصال جزء من ضلع في مستواً أعلى لتسهيل التصفية التي لم تتم بعملية سابقة وكما أن الفتحة قد تعمل أسفل مما يلزم فقد تعمل أعلى مما يلزم أيضاً . فاذا كان المريض راقداً على جانبه السليم ، ويده المقابلة معالقة على حافة المنضدة ، أو مسنودة بمسند العضد ، يدور عظم اللوح قليلاً ، ويزاح جانباً للكشف عن مساحة في الجدار الصدري يغطيها عظم اللوح ، والمريض مضجع في سريره . وهذه المساحة التي كشف عنها عظم اللوح ليست مغطاة بعضلات كثيرة مما يغري الجراح لعمل التصفية في هذا الموضع . فاذا عاد عظم اللوح الى موضعه الأصلي تعرض للفتحة ، وتولى المريض الضجر لأنه يتألم كلما وضع ذراعه في موضع راحتها

أما الحدود الخلفية التي تؤمن فيها تصفية الامبايما فتتوقف على الطريقة . فاذا عملت التصفية السيفونية بجهاز مانسون لخراج الكبد فلا بد من اختيار موضع تكون فيه الأضلاع منفصلة انفصلاً يسمح بمرور أنبوبة الآلة البازلة . ويكون هذا الموضع أمام الخط الابطن الوحشي لا خلفه ، وان اختلفت الصدور

وإذا أردنا عمل شق بسيط بدلاً من استئصال جزء من ضلع ازداد شأن موضع الاختيار . وياك أن تعمل هذا الشق خلف زاوية اللوح . والسبب في هذه القاعدة وجود الشريان الذي يتفرع منه الشريان بين الأضلاع بالقرب من زاوية الضلع ، ويذهب الى الأسفل والأمام ويعبر المسافة ما بين الأضلاع منحرفاً . والوعاء كبير الحجم يجوز أن يصاب بالشق بين الأضلاع اذا كان الموضع في غير محله أى اذا كان في الخلف البعيد . واذا قطع الشريان فليس يقتصر الضرر على صعوبة ضبطه بل الضرر كل الضرر في النفاض عنه لحدوث النزف داخل تجويف البلورا . ويقول جيمس برى^(١) إنه رأى حالة نزف داخل تجويف البلورا من شق صغير خلال المسافة ما بين الأضلاع ولم يعرف الجراح ما حدث حتى وصل المريض الى المشرحة

لهذا يتحسر الجراح على محاولته علاج الامبايما بالشق البسيط . هذا الى أن التصفية بهذا الشق البسيط لا تنفي بالمرام لضيق المسافة . ولتعلم أن من السهل استئصال جزء من الضلع بالمخدر الموضعي ، بغير نقل المريض من سريره ، اذا كان في ثقله شيء من الضرر ، لأنني لا أرى للجراح عذراً لمعالجته الامبايما بالشق فيما بين الأضلاع إلا لشدة المرض ، وما هي بعذر

وإذا اعتزمنا على استئصال جزء من الضلع أمكن توصيل الشق ، من الخلف ، الى الزاوية الضلعية . وأزعم أن اصابة الشريان بين الأضلاع في هذا الموضع أقرب منها اذا عملت العملية أقرب الى الأمام . وعلى أي حال فليست المضاعفة مما يصعب علاجها بل ليست مما يقرب حدوثها اذا عنى الجراح عناية تامة في أثناء نزع السمحاق من الضلع

