الفصل الرابع عشر

الاحتباس المعوى

التشخيص – لا يقتصر تشخيص الانسداد المعوى على معرفة الانسداد المعوى فحسب، بل لا بد أن يتضمن ما يأتى:

أولاً – تمييز الانسداد فى سير المحتويات المعوية أهو كلى أم جزئى

ثانيًا – تقرير موضع الانسداد

ثالثًا – استجلاء طبيعة الاصابة التى نشأ عنها وقف المحتويات المعوية

وقد لا يتيسر التشخيص بهذا التوسع الا بعد فتح البطن ولا تحسبن أن ذلك مما يمنع الجراح أن يتوسع ما استطاع الى ذلك سبيلاً قبل اجراء العملية . ولتعلم أن اكثر الأغلاط فى العلاج تنشأ إما عن عدم ملاحظة الجراح بعض علامات وأعراض مهمة و إما عن عدم حذقه فى تأويل هذه العلامات والأعراض اذا لاحظها . ولذلك كان من الضرورى النظر فى هذه العلامات والأعراض علامة علامة وعرضًا عرضًا . ثم تحليلها لاستخراج مدلولها

القىء

من لوازم الانسداد المعوى التام غالبًا على غير ما هى الحال اذا ترقبه الجراح كما يحدث أحيانًا . ويكون غزيراً متكرراً – بشرط عدم استعمال المخدرات – وكذلك يكون مميزاً لدرجة ما .

والمعتاد أن تقذف محتويات المعدة ، أولاً ثم يصير القىء صفراويًا ، فبنيًا ، ثم بلون البراز . ولتعلم أن هذا التغيير التدريجى فى خواص القىء مما يساعد على التشخيص ، وعليك تفهيم ذلك للممرض أو الممرضة أو ذوى المريض لكى يحرصوا على عينة منه ليفحص عنها الطبيب بنفسه . فاذا كان الانسداد فى الجزء العلوى من الامعاء فالقىء

لا يمكن أن يصل الدور الذى يكون فيه برازى الشكل لأسباب ظاهرة . على أن الانسداد اكثر ما يحدث فى مواضع من السفل بحيث تسمح للقيء أن يتخذ الشكل البرازى . ولست بحاجة إلى أن اذكر أن الواجب على الجراح أن يتعرف التشخيص قبل أن يصل القيء إلى هذا الدور مستعينًا بغزارة مواد القيء و بالتغيير التدريجى فى المواد المقذوفة

ومن المهم معرفة زمن ظهور القيء . فاذا ظهر مبكراً دل على أن الانسداد إما فى الجزء العلوى من الأمعاء و إما أن السبب الذى أحدث الانسداد حاد كاختناق الفتق مثلاً على غير ما هى الحال فى الانسداد الناشيء عن ضيق فى المعى بورم . فكل قيء مبكر فى مريض بانسداد فجائى لم يكن عنده أوجاع سابقة دليل على انسداد بسبب حاد أو انسداد فى الجزء العلوى من الأمعاء

المغص

من الأعراض الدالة على انسداد الأمعاء وكثيراً ما تكون الآلام المغصية العرض الوحيد الذى يستدل به على الانسداد الجزئي . ويختلف الألم المغصى المتقطع عن الألم المستمر فى الإلتهاب البريتونى اختلافًا عظيمًا . وما المغص الاّ حركات دودية قوية بغير فائدة على غير ما هى الحال فى الالتهاب البريتوني اذ تقف فيه هذه الحركات كما أسلفنا

ولتذكر، أيها الجراح، مغص السم الرصاصى، ومغص التابس الظهرى، والمغص الكلوى وغير ذلك من الآفات التى تكون خارج البطن ، وفى كل أولئك يمكنك استجلاء شواهد أخرى على السبب الحقيقى للمغص بينما ينقصك سائر الأعراض وعلامات الانسداد

وجدير بك أن تعرف أن المرضى المصابين بانسداد جزئى فى أمعائهم كثيراً ما يقولون لك إن تناولهم الملينات يزيد المغص عندهم ولذلك يفضلون الامساك . وحقيق بك أن تعنى بمثل هذا التاريخ إذا سمعته من المريض لاتهام حالته بالانسداد .

الامساك

يكون الإمساك عادة كاملاً إلاّ اذا كان الانسداد جزئياً، وحتى أنه إذا كان الانسداد فى الجزء العلوى فان الجزء السفلى من الأمعاء يكون خالياً حينما يدعى الجراح لعيادة المريض فلا تخرج الحقنة الشرجية برازاً ولا أرياحاً . على أن هذه القاعده لا تطرد . فقد روى أحد الجراحين أنه حقن المريضة حقناً شرجياً أربع دفعات وكانت تخرج فى كل دفعة مواد برازية جامدة . وكانت المريضة فتاة فى السادسة عشرة من عمرها ومصابة بتغمد معوى فى الجزء السفلى من المعى اللفائفى . وكان عند المريضة إمساك مزمن من قبل مما أضل الجراح فى تشخيصه إذ زعم أنها مصابة بامساك شديد وفوّت الفرصة التى كان يمكن فيها رد التغمد لأنه أرجأ العملية ثلاثة أيام . وقال إن غلطته نشأت عن اهتمامه بعرض أو عرضين بدلاً من اهتمامه بجميع الأعراض والعلامات صبرة . ثم استأنف قائلاً : إن عذاب ضميره كان يكون شديداً لولا أن الله قد من عليها بالشفاء

وإنه وإن كان من الممكن الخطأ فى مدلول الحقنة الشرجية التى تعمل على سبيل الاختبار كما حدث فى المشاهدة التى ذكرت إلاّ أن من الضرورى عدم اهمالك إياها لأنها دليل نافع فى مجموع الأحوال

وفى الانسداد الجزئى فى الجزء السفلى من الأمعاء الغليظة يدل التاريخ على إمساك متزايد وقد يتناوب الإمساك والإسهال . وقد يثبت التاريخ الإسهال فقط ؛ وتغلب الإصابة وقتئذ فى المستقيم . ويروى بعضهم أنه شاهد مريضين مصابين بسرطان فى المستقيم أضل تاريخ الإسهال عندهما الجراح فلم يفحص عن المستقيم ، بل لم يتهمه بالسرطان زمناً طويلاً

ومن الملاحظ أن المريض بالانسداد فى الأمعاء الغليظة قد يمكنه أن يعين لك موضع الانسداد مما لا يتفق له إذا كان الانسداد فى الأمعاء الدقيقة . فلتتنبه الى هذه الحقيقة .

الاستسقاء الطبلى فى البطن

علامة على تأخير سير المواد الهضمية فى الامعاء . وقد يكون هذا التأخير عن أسباب أخرى غير الانسداد كوقوف الحركة الدودية من الالتهاب البريتونى مثلاً . على أن هذه العلامة لها شأنها . ويلزم أن نرتاب فى وجود الانسداد إذا لم يتضح شىء من الاستسقاء الطبلى ، أما الاستسقاء الطبلى المصحوب بحركات دودية عنيفة لا تخفف فما يدل على الانسداد . ولتعلم أن الانتفاخ الطبلى مما يعوق الإجراءات العملية التى يراد اتخاذها ولذلك يحسن تعرفه بأقرب ما يمكن للعمل على تخفيفه فى الوقت المناسب

الحركات الدودية العنيفة

هى من أحسن العلامات للتمييز بين الانسداد المعوى والالتهاب البريتونى ، فالبطن الصائت ذو القراقر غير البطن الصامت . وفى النحيف من المرضى الذين هم مصابون بشىء من الانسداد الجزئى يبدو تقلب الريح فى الأمعاء بالحركات الدودية العنيفة التى تمكن مشاهدتها غالبًا و يسهل جسها . ولعلها تساعد على تعيين موضع الانسداد ولو لم يكن هناك ورم فى البطن

الورم المحسوس فى البطن

من أوثق العلامات على موضع الانسداد ، ويجب الفحص عنه فى كل مريض . وان لم ينكشف الورم قبل العملية ينبغى للجراح أن يجس البطن بعد تخدير المريض وهو على منضدة العمليات ، وقبل شق البطن . والفحص الشرجي لازم فى كل حال

مضاضة البطن ويبس العضلات

من العلامات التى يجب استقراؤها . وكلاهما مما يشاهد فى الانسداد والالتهاب البريتونى ؛ على أنهما فى الالتهاب أشد منهما فى الانسداد. أما المضاضة الموضعية واليبس الموضعي فأقرب حدوثًا واكثر دلالة على موضع الانسداد الحقيقي .

النبض والحرارة

كلاهما من الوسائل التى يميز بها الجراح بين الانسداد والالتهاب البريتونى . ففى الانسداد لا يزداد النبض إلا فى الأدوار الأخيرة ويكون غالبًا شاهقًا لينًا . أما فى الالتهاب البريتونى فيكون سريعًا خيطيًا وقد ترتفع الحرارة فى الانسداد وهى غالبًا فى الانسداد أدنى منها فى الالتهاب البريتونى

التاريخ

له شأن عظيم فى إرشادنا الى الانسداد والى طبيعة سببه . فهو ، إذا حدث فجائيًا بغير اعراض سابقة ، دليل على إصابة حادة كاختناق الامعاء . فان دل التاريخ على إمساك حديث ، وآلام مغصية متكررة ، أو اسهال فقد نهتدى به الى تتبع الرأى الصواب فى المرض

البحث بالاشعة

هو أنفع ما يكون فى الانسداد الجزئى لتوضيح مكان الانسداد . وإياك أن تهمله إلا اذا استطعت الوقوف على موضعه بغيره من الوسائل . هذا الى أنه مما يساعد على التمييز بين الانسداد الحقيقى فى الامعاء بسبب آفة معينة وبين أحوال أخرى تكون صورتها الاكلينيكية قريبة المشابهة بالانسداد كالالتهاب البريتونى الدرنى وسقوط الأحشاء البطنية

اغلاط التشخيص

قد فصلنا علامات الانسداد المعوى وأعراضه لأن اكثر ما يقترف من الأغلاط إنما يكون من اهمال القواعد التى أشرنا اليها

هذا الى أن الجراح قد يكون على صواب فى رأيه بأن المريض مصاب بانسداد معوى ، وقلما يغنى ذلك ان لم يحاول معرفة طبيعة الانسداد وموضعه بالتقريب قبل العملية ؛ لأنهُ ان لم يحاول ذلك صارت العملية فوضى بلا ترتيب ولا نظام ونأى[1] بها الجراح عن فنه . ودونك مثلاً يوضح لك ما أريد :

---

(١) أى بعد

دخل فى المستشفى ، مريض بعلامات انسداد معوى نشأ تدريجًا ، وصار ، أخيراً كاملاً تقريبًا . ولسبب ما زعم الجراح أن الانسداد فى الجزء السفلى من الامعاء الغليظة فعمد الى اجراء عملية شق القولون فى الأربية اليسرى ؛ لشدة المرض والانتفاخ . فلم يستطع أن يخفف عن مريضه . ففكر فى فتح البطن فى الخط المتوسط ، فوجد أن المرض في القولون المستعرض، ولجأ أخيراً الى شق الأعور ، وأقفل البطن. فتلوث الجرح المتوسط ، وتكون ناصور برازى فيه ، وكانت حالة المريض ، أخيراً ، مما يرثى لها لوجود ثلاثة نواصير معوية بينما أن المرض الأصلى لا يزال باقيًا على حاله

ومما يصعب اتقاؤه من الخطأ هو ألا يحسن الجراح تأويل طبيعة الاصابة فلا يعرفها كنه المعرفة بعد استجلائها بالعملية وتبين موضعها تمامًا

فالتهاب محيط القولون[١] الناشىء عما يسمى بالالتهاب الردبى[٢] قد يلابس[٣] كثيراً بالورم الخبيث ، فيحسب أنه أبعد من أن يعالج بالاستئصال . وسبيل التحرز من هذا الخطأ معرفتك ، أولاً ، أن الالتهاب الردبى قد يحدث ورمًا فى المعى قريب المشابهة بالسرطان ، ثم معرفتك، ثانيًا ، شكل الالتهاب الردبى والسرطان حق المعرفة بالعين العارية

الالتهاب الردبى أو كما يسميه بعضهم التهاب الزائدة فى الجهة اليسرى مرض ينشأ عن التهاب تمددات كيسية تنمو من القولون النازل فى الجهة اليسرى وتكون ذات فتحات صغيرة فى السطح الباطن من القولون . فاذا نظرت الى باطن الأمعاء وجدته مثقوبًا بثقوب كثيرة تمر فيها الأصبع الصغيرة ، ولكل تمدد زائدة ثربية متصله بطرفه وهذه التمددات تلتهب كما تلتهب الزائدة الدودية . ولعل التهابها ينشأ عن الامساك المستمر المصحوب بالتهاب قولونى مزمن . أما أعراض الالتهاب الردبى فخير ما يذكرك بها التسمية التهكمية بالتهاب الزائدة الدودية فى الجهة اليسرى . فأعراضه أعراض التهاب الزائدة الدودية ، وعلاماته علامات التهاب الزائدة الدودية ، ولكن فى الجهة

---

(١) التهاب محيط القولون هو ما يسمى بالانكليزية Pericolitis

(٢) الالتهاب الردبى هو ما يسمى بالانكليزية .Diverticulitis

(٣) يختلط

اليسرى . وأحياناً يتولد عنه خراج حاد يحتاج الى التوسط الجراحي . وتارة يأتى الالتهاب حاداً ، ثم يزول بغير تقيح ، كما يحدث فى التهاب الزائدة الدودية ، فيعترى المريض ألم حاد شديد فى الجهة اليسرى ، ويأخذه القيء ، ولا يستطيع المشى فيرقد فى سريره . ويرتفع نبضه . وترتفع حرارته ، وتضعف شهوته للطعام ، ويتسخ لسانه ويكون المريض مصاباً بامساك أو باسهال وقد يتناوبان . وتزداد مرات البول ؛ لأنهُ اذا تجمع فى المثانة زاد الألم . وموضعياً توجد مضاضة باللمس ، ويبس فى العضلات فى المربع الأيسر الأسفل من البطن حيث توجد مقاومة محسوسة بالجس ، وقد يوجد ورم غير محدود

ولقد مرَّ بك ما ذكرت من أن الاسهال المزمن الناشىء عن ضيق خبيث فى المستقيم ، فى مريضين ، لم يدفع طبيبهما المعالج الى اتهام المستقيم بورم خبيث . واليك مشاهدة :

بدأ مريض يشكو ، قريباً ، من امساك مغصى فى البطن . وبالاستفهام قال إنه شعر بأن المحتويات المعوية تقف فى موضع معين فى الحفرة الحرقفية اليسرى . وكذلك قال بأن الملينات كانت تزيد المغص . وبالرغم من أن الجراح الذى رآه مع طبيبه نصح له بالخضوع للعملية فانهُ لم يتضعضع لها الا بعد بضعة أشهر إذ صار الانسداد كاملا . لقد كان عنده ورم خبيث فى الانثناء السينى ، وفاتت فرصة استئصاله بتأخير استئصاله

علاج الانسداد المعوى

للجراح فى علاج الانسداد المعوى غرضان : استئصال السبب ، وتصفية الامعاء المنتفخة بأسرع ما يمكن لنشل المريض من التوكسيميا التى تهدد حياته

وقد يتيسر للجراح فى بعض أحوال معينة ، اتمام هذين الغرضين معاً . ويكون ذلك فى الأحوال الحادة التى يشخصها الجراح سريعاً فيسعفها بالعملية قبل أن يعرض للامعاء أعلى الانسداد ما يحرمها قوة دفع المحتويات المعوية بالحركات الدودية بعد ازاله سبب الانسداد

وهذه هى الأحوال المرضية . واكثر ما تكون فى الفتق المختنق ، والانسداد برباط واحد أو بأربطة صغيرة ، وقد تكون فى الانسداد بحصاة الكبد و بالحصاة المعوية و بالأجسام الغريبة المبلوعة ، وحقيق بى أن أذكرك ، أيها الجراح ، بكلمتين بشأن الأجسام الغريبة

فأما الكلمة الأولى فهى ضرورة إزاحة الجسم الغريب إلى موضع أسفل من موضعه حيث يكون المعى سليماً ، فيعمل الشق لاستخراجه . وحوشيت[1] أن تنسى أن من الخطأ قطعك على الجسم الغريب فى موضعه مباشرة الا حيث لا يمكن ازاحته الى الأسفل ، لأن المعى فى موضع الجسم الغريب وأعلى منه لا يعد سليماً لائقاً للشق. وأما الكلمة الثانية فبشأن الأجسام الغريبة التى تقف عند الصمام اللفائفى الأعورى ، كما يحدث كثيراً ، وعليك ، ههنا ، أن تدفعها الى الأعور . والاَّ تعمل الشق الا بعد فشلك فى ارسالها الى الأعور

ولنتكلم ، الآن ، على تلك الأحوال التى يتيسر فيها للجراح ان يستأصل سبب الانسداد بعد أن تتلف الأمعاء أعلاه من طول الانتفاخ بالمواد السامة وتبطل الحركة الدودية فلا تقوى على دفع المحتويات المعوية . وقتئذ يجب اخلاء الأمعاء المشلولة ولهذا الغرض ، يمكن أن يشق الجدار المعوى ، وتستفرغ المحتويات ، ثم يخيط الشق . وعيب هذه الطريقة أن الأمعاء تنتفخ سريعاً ، وان الشق عمل فى منسوج معوى تالف غير سليم . ولا جدال فى أن العيب عائب ، وعائب جداً . وعلى ذلك فالأمثل تهيئة التصفية المعوية لكيلا تتوانى المحتويات فى الخروج فيخف عن الأمعاء العبء السام. والطريقة أن توضع أنبوبة من المطاط بقطر لا يزيد عن نصف القيراط وتثبت فى الأمعاء، ثم فى فتحة تعمل بغوص[2] المشرط، بعيداً عن جرح العملية . وحاشا أن تنسى ما يجب عليك من العناية للتحرز من تلوث الجرح الأصلى بما يخرج من الجرح الآخر الذى فيه الأنبوبة . على أن هذه الطريقة لا تخلو أيضاً من العيب لعمل ناصور متصل بالمعي الدقيق على أن الناصور أخف ضرراً لأن الجراح انما يعالج ههنا مريضاً يكتنفه

---

(١) تزهت (٢) غوص اى طعن

الخطر لتأخر التشخيص وفوات الوقت الذى كان يكون فيه أقرب الى السلامة . وللوصول اليها لا بد للجراح من السلوك فى هذا الطريق الوعر . هذا الى أن أغلب الأحوال التى يتأخر فيها التشخيص هى التى يكون فيها الانسداد فى الجزء الأسفل من الأمعاء ولا سيما الأمعاء الغليظة ، وينسب التأخير الى طول الزمن الكامن وبطء ظهور الأعراض المميزة مما يغلب فى الانسداد فى الجزء الأسفل . وعلى ذلك تكون التصفية التى يراد عملها فى الأعور اكثر منها فى المعى الدقيق وليس الاعتراض على فتح الأعور وجيهاً

ويغلب أن يكون الانسداد الذى فى الأمعاء مما يقتضى علاجاً له استئصال جزء من المعى ، وعلى الجراح أن يقرر أيعمل مباشرة ،

(١) الاستئصال ، ثم الوصل بغير تصفية

(٢) أو الاستئصال ثم الوصل مباشرة ، بتصفية

(٣) أو الاستئصال ، ثم التصفية ، بغير وصل مباشرة

(٤) أو التصفية

(٥) أو الوصل فقط ، وارجاء الاستئصال ، أى تقصير الأمعاء ، والالتجاء الى الاستئصال فى المستقبل

(١) فأما أحوال الانسداد التى تصلح للاستئصال المباشر والوصل بغير تصفية فهى أحوال الانسداد الغير الكامل ، وأحوال الانسداد الكامل فى المعى الدقيق . والرأى أن تستأصل من الأمعاء المنتفخة أعلى الانسداد كلما ظهر عليه العطب والتلف . فلا يكفى أن تستأصل الجزء المتغنغر فقط فى فتق مختنق مهمل مثلا . فعليك أن تستأصل الجزء التالف المتمدد من الأمعاء أعلى الانسداد

(٢) واكثر أحوال الانسداد الكامل فى المعى الغليظ يناسبه الاستئصال فالوصل مع التصفية . فاذا كان هنالك ، مثلاً ، ورم فى القولون المستعرض وكانت حالة المريض غير رديئة جداً عمل الاستئصال فالوصل فتصفية الأعور بانبوبة من المطاط . وهذه الطريقة أفضل من

(٣) الاستئصال والتصفية لوضع أنبوبة فى الطرف المفتوح من الأمعاء لأنك تحتاج الى عملية أخرى لسد الشرج الصناعى . وقد يكون من الصعب الوصول الى نتيجة مرضية . فاذا كانت هناك أسباب تحول دون الاستئصال ثم الوصل المباشر فالأفضل الالتجاء الى

(٤) شق الأعور وارجاء الاستئصال حتى تتحسن الحالة الموضعية والعمومية .

والقواعد الأساسية التى يبنى عليها العمل هى :

أولاً – تهيئة الوسائل للأمعاء المنتفخة لكى تتخلص من محتوياتها فاذا طال الانسداد وبطلت الحركة الدودية ، ولم تقو الأمعاء على فصل المحتويات فالتصفية ضرورية

وثانيًا – معرفتك أن الأمعاء المنتفخة أعلى الانسداد لمسافة ما غير سليمة ويكون منسوجها غير مناسب للأغراض الجراحية

(٥) أما تقصير الأمعاء بغير استئصال فوسيلة غير مرضية لتخفيف الانسداد لتركها كيسًا من الأمعاء حشوه مواد شديدة السم . وبالاختصار لا تؤدى هذه الطريقة إلى الغرض الذى يرجوه الجراح

صعوبات الوصل المعوى وأغلاطه

الوصل الجانبى – يفضل الوصل الجانبى عن الوصل الطرفى . وليترك النوع الأخير للخبيرين فان نتائجه حتى من أيديهم تكون أقل شأنًا . ومن عيوب الوصل الطرفى صعوبتها ، ونضحها ؛ وهو أكثر فى الوصل الطرفى منه فى الوصل الجانبى ، وحدوث شىء من الضيق فى المعى . ويستحيل اتقاء هذا الضيق الذى يكون غالبًا كافيًا لإحداث متاعب قابلة . أما أحوال الوصل الجانبى فقد تعقبها بعضهم سنين كثيرة سواء أكانت فى المعى الدقيق أم فى المعى الغليظ ولم ير منها علامة على الانسداد الجزئى أو عرضًا رديئًا

واذا أتقن عمل الوصل الجانبي فالاغلب عدم نضح الامعاء فى موضع الوصل ، وانما يكون النضح فى الطرف المقطوع من الامعاء فى موضع الاستئصال . ولهذا يلزم سد كل من الطرفين المقطوعين بخياطة دائرية ، أولا ، ثم يقلب الطرف الى الداخل ،

و يعمل صفان من الخياطة المستمرة بطريقة لمبرت . و بذلك يؤمن النضح . ويجب أن يعمل الوصل الجانبي طويلاً مخافة الضيق ، فلا يكون الشق فى المعى أقل من قيراطين ونصف . ويلزم أن يكون الوصل بالقرب جداً من الطرفين المقطوعين لكيلا يترك جزء أعور فى كل ناحية قد تتراكم فيه المواد البرازية

ومن دقائق الصنعة التى لا بأس من ذكرها بشأن الاستئصال المعوى هو وضع الجفوت الضاغطة على الامعاء على مسافة بعيدة عن موضع القطع لكى تسهل الخياطة قبل رفع الجفوت

ومن الضرورى ، فى كل الأحوال، سد الفتحة التى فى المساريقا عقب اتمام الوصل بعد الاستئصال . فان لم تسد الفتحة فالخطر قريب من مرور بعض عروات المعى فى الفتحة وحدوث الانسداد المعوى

الشرج الصناعى والشق القولونى

اذا كان الجراح على وشك احداث فتحة ناصورية فى المعى للتصفية فعليه أن يتحرى أهذه الفتحة وقتية أم دائمة لأن طبيعة الحالة تقتضى ذلك . فان كانت الفتحة وقتية فعليه ألاَّ يخرج شيئًا من المعى خارج الجرح الذى فى جدار البطن لأنه اذا عمل الفتحة وكل محيط المعى داخل البطن فالفتحة تنسد من نفسها متى لم يكن هناك انسداد أسفل الفتحة

أما اذا كان الغرض عمل شرج صناعى دائم فليخرج عروة من المعى كاملة من جرح البطن لكى يخرج من الفتحة كل ما يمرُّ فى القناة المعوية دون أن ينتقل منه شىء الى المعى أسفل الفتحة فتحدث عند المريض تعبًا . والطريقة أن تستخرج عروة معوية من الجرح وتثبت بتمرير مرود من الزجاج خلال المساريقا ، وابقاء المرود الى أن تتم الالتصاقات . وهناك خطر غريب فى هذه العملية ، وهو خطر من السهل التحرز منه وهو تمزق المساريقا القولونية القصيرة إما فى أثناء العملية و إما بعدها من الاستسقاء الطبلى وقد رأى بعضهم مريضًا فى المشرحة بسبب هذه الحادثة . ولاتقائها يلزم أن يشق

المسار يقا، ان لم يكن طو يلاً، شقًا قر يبًا من القولون وموازيًا له و بطول يكفى لاستخراج عروة معوية بغير خطر من التوتر. ومن المتاعب ما يحدث بعمل الشرج الصناعى الدائم قريبًا من الشوكة الحرقفية الأنسية العليا فيصعب ضبط الشرج بحزام الشق القولونى. ويحسن عمل الشق القولونى، فى كل حالة، خلال العضلة المستقيمة، فذلك خير من عمله فى وضع جانبى.

و يمنع سقوط المعى فى المستقبل خلال الشرج الصناعى بما يأتى:

(١) يجذب المعى الى الخارج أوان العملية لكيلا تبقى عروة سائبة أعلى فتحة الشق

(٢) و بخياطة طبقات جدار البطن خياطة محكمة لكيلا تبرز أثرة الالتحام فى المستقبل، ولكى لا يبقى الا ممر صغير خلال الجدار البطنى

ولا بد من ذكر الخطر الذى يحدث من استنشاق المريض مواد القئ وهو تحت تأثير المخدر، فى عمليات الانسداد المعوى. وما أنسَ لا أنسَ مريضًا عملت له عملية التغمد المعوى. وكان الجراح ماهراً سريعًا فلم يستغرق فيها اكثر من ثلث ساعة فحدث عند المريض قىء، والجراح يضمد الجرح، فاستنشقه المريض مختنقًا على منضدة العمليات. حدثت هذه الحادثة وأنا طبيب امتياز بمستشفى قصر العينى. وأضمن وسيلة لاتقاء هذه الحادثة المو بقة غسلك المعدة قبل العملية واستعانتك بمنوم خبير.