

[illegible]

Princeton University Library



32101 074076751

فن الجراحة

تأليف

الدكتور منظر المساهني

استاذ الأمراض والسريبات الجراحية
في كلية الطب

جميع الحقوق محفوظة

الدكتور
مظهر المهدي

أستاذ الأمراض والسريريّات الجراحية
في كلية الطب

فن الجراحة

Fann al-jirāḥah



جميع الحقوق محفوظة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المقدمة

يسعدني ان اقدم الى طالبات التمريض والقبالة هذا المؤلف بعد ان لمست الوعي الثقافي وجب الاطلاع عندهن اذ أصبحت الممرضة تدرك تمام الادراك واجباتها نحو المريض فلم يعد يقتصر حملها على القيام ببعض الأعمال الفنية المعتادة بل امتد الى معرفة المرض كي تقوم بمهمتها بأمانة واخلاص تحقيقاً لمثلها الانسانية .

وقد بحثت في هذا المؤلف عن الامراض الجراحية بإيجاز واهتمت بالعنايات العملية الواجب على الممرضة معرفتها قبل وبعد العمل الجراحي لكل آفة مماشياً بذلك ما يدرس في مدارس التمريض الراقية فعمساني أكون قد قمت ببعض الواجب والله الموفق .

المؤلف

الدكتور مظهر المراهبني

الفصل الأول

الفن الجراحي

تحضيرات الأعمال الجراحية

تعتني الممرضة في الشعبة الجراحية بكثير من الحالات الجراحية التي لا تحتاج الى عمليات، فضلاً عن عنايتها بالحالات التي اجريت لها عملية جراحية . وعلى هذا فانه ينبغي لها أن تكون على علم بالمراحل الآتية:

- ١ — التحضير للعملية .

- ٢ — غرفة العمليات وتجهيزاتها .

- ٣ — العناية الخاصة بالمريض بعد إجراء العملية .

- ٤ — الاختلاطات بعد العمليات .

البحث الأول

التحضير للعملية

يشتمل على : ١ — فن الطهارة . ٢ — تحضير المريض للعملية والأعتناء قبل العملية .

١ - فن الطهارة

من أولى واجبات الممرضة أن تحيط علماً بفن الطهارة وتحضير المريض وتحضير قاعة العمليات ، وجميع الأدوات والتجهيزات التي تتطلبها العملية الجراحية ؛ ويشتمل هذا الفن على مايلي :

الطهارة : والطهارة هي المبدء الاساسي في الاعمال الجراحية ، ويراد بها الحيلولة دون وصول أي جرثوم إلى ساحة العملية ، ولقد بين اللورد (ليستر) أول المبادئ في الاتات فقال : « ان تقيح الجرح ناتج عن تسرب الجراثيم إليه ويمنع ذلك بغسل الجرح بالمواد المعقمة ، وذر هذه المواد في الهواء لقتل هذه الجراثيم » . إلا ان الجراحة الحديثة لا تكفي بقتل الجراثيم في الجرح بل تعمل على منع وصول هذه الجراثيم إليه . وتدعى طريقة ليستر بالطريقة المعقمة ، أما الطريقة الحديثة فتدعى بالطريقة العقيمة ، وللحصول على هذه الدرجة من الطهارة الجراحية ، لا يكفي تنظيف الجلد من الجراثيم بغية منع تسربها إليه من سطحه ، بل يجب على الجراح والممرضات وكل من يدخل غرفة العمليات أن يكونوا طاهرين من الوجهة الجراحية ، ومثل ذلك يجب أن تكون جميع الادوات والتجهيزات والاربطة والاضمة .

ويتم التعقيم (أي قتل الجراثيم) بطريقتين : ١ - بالحرارة سواء كانت جافة كاللهب ، أو رطبة كالبخار والماء الغالي . ٢ - بالمواد

المعقمة الكيماوية. ويتبع في طرق التعقيم ما يتفق مع منشأ نوع الاثنان.
تعقيم الهواء في غرفة العمليات : يحمل الهواء الجاف والحاوي على الغبار كثيراً من الجراثيم ويسبب بتناسه مع الجرح اثناً ، ولهذا ينبغي تنظيف ارض غرفة العمليات وجدرانها وأثاثها نظافة تامة ، سواء بغسلها أو مسحها دوماً . ولا يجوز مطلقاً ازالة الغبار بنفضه بل يجب تحاشي ذلك منعاً من اثارته . وكذلك فان السعال والعطاس والكلام يقذف في الهواء بجزيئات دقيقة تحمل جراثيم حمة فتجنباً لمثل هذه المحاذير يضع الجراح ومساعدوه وكل من يدخل غرفة العمليات أقنعة من النزي على الفم والأنف ، ويفضل أن يوضع في داخل هذا القناع صفيحة من الهلام (الجلاتين) ، لئلا تمنع حدوث حركة في الهواء يسببها الشهيق والزفير ، كما يشار بتغطية الرأس . هذا ولا تسمح بعض المستشفيات للزوار بدخول قاعة العمليات ما لم يغسلوا أيديهم ، ويرتدوا الألبسة المعقمة كالجراح نفسه .

وهناك من يدعو الى تعقيم الهواء بواسطة الأوزون الذي تولده بعض آلات أصبحت معروضة للبيع في الأسواق التجارية .
تطهير الجلد واثنان الجلد : تكثر الجراثيم على سطح الجلد ، ولهذا يجب تطهير الجلد في منطقة العملية ، وتطهير أيدي الجراح ومساعديه والممرضات .

تحضير جلد المريض : يجري للمريض حمام موضعي ، فيغسل جلده

لا في منطقة الخط العملي فحسب ، بل في منطقة واسعة تحيط به أيضاً .
ففي اليوم الذي يسبق العملية ، يخلق الشعر من هذه المنطقة ، وفي يوم
العملية تغسل المنطقة بالماء المغلي بعد جعله فاتراً وبالصابون ، ويفرك
الجلد بفرجون (فرشاة) معقم أو بقطع معقمة من الغزي . ثم تنشف
المنطقة برفائد معقمة وتذلك بعد ذلك بالأتير داكاً شديداً . ويقصد
من هذا العمل ازالة الرطوبة عن الجلد ، وازالة المواد الدهنية والعرقية
منه أيضاً ، ذلك ان اهمال مثل هذا العمل من شأنه أن يجعل تأثير المواد
المطهرة التي ستوضع عليه فيما بعد أقل فائدة .

أما المواد المطهرة المستعملة فهي :

١ - الغول بنسبة ٩٥ ٪

٢ - محلول الاكريفلاين الغولي بنسبة $\frac{1}{10}$

٣ - محلول صبغة اليود .

٤ - صبغة المتافين Metaphen Teincture .

وغيرها من المواد المطهرة الموجودة في الاسواق التجارية بكثرة .
فتذلك المنطقة باحدى هذه المواد ثم تغطى برفادة معقمة ويوضع
فوقها القطن المعقم ويثبت . أما في الحالات التي تتطلب دقة وحرصاً
أكثر كما هي الحال في العمليات المجراة على الصدر أو الجملة العصبية ،
فيجب تنظيف الجلد بوضع كمادات مبللة بالغول لمدة يومين قبل
المدخلة الجراحية .

تحضير الممرضة ليدبرها : تحضر الممرضة يديها كما يفعل الجراح تماماً ، ثم ترتدي قميصاً معقماً وتلبس فوقه مئزرأ ، وتضع قناعاً وقبعة معقمة ، وتنخل زوجاً من الأحذية المطاط ، ويجب أن تكون أطرافها قصيرة ، وأن تغسل يديها وساعديها حتى المرفقين لمدة عشر دقائق بالماء الجاري والصابون مستعملة فرجوناً معقماً ، منتبهة الى تنظيف ما تحت أطرافها وبين أصابعها ، وحول معصم يديها تنظيفاً جيداً ، ثم تنشف يديها برفادة معقمة وتضع الغول عليهما ، وبعدئذ تلبس زوجاً من القفازات المطاط المعقمة .

تعقيم القفاز المطاط : يغسل القفاز أولاً ثم ينشف ، ويطل بالتلك « المسحوق » من الداخل والخارج ، وتثنى فوهته ثم يوضع في رفادة أو كيس مصنوع من مواد قطنية . وبعد ذلك يوضع الكيس أو الرفادة في علبة معدنية خاصة ...

ومن المستحسن تعقيمها بحرارة منخفضة لأن الحرارة المرتفعة تفسد القفاز لذلك فإن البخار تحت ضغط ($2\frac{1}{4}$ كيلوغرام) يعطي حرارة قدرها ١١٠ سنتغراد ، وهو يؤمن له تعقيماً حسناً مع أقل درجة من الاضرار به .

تعقيم الآلات ، ونقل الاثنين بواسطة الآلات : هنالك محذور من انتقال الاثنين بواسطة الآلات الى المرضى ، كما لو استعملت مثلاً الزرقة أو قنيتها أو غير ذلك من الآلات التي كانت قد استعملت

قبلاً لمرضى آخرين دون أن تعقم جيداً بعد استعمالها . لذلك يجب تعقيم هذه الآلات قبل القيام بالمداخلة مباشرة ، وقبل كل تضميد ايضاً ، فليس جائزاً اجراء التضميد بالأيدي مباشرة بل بالآلات المعقمة . أما تعقيم هذه الآلات فيكون بغليها في الماء المضاف اليه فحمات الصودا (صودا الغسيل) بنسبة $\frac{2}{100}$ لمدة (٥) دقائق ، وقد يكفي بقاؤها مدة دقيقتين في هذا الماء ، إلا ان وضعها لمدة خمس دقائق يؤمن درجة من الطهارة يطمان إليها دائماً . ولا يفقد التعقيم بهذا الشكل شيئاً من حدة الآلات القاطعة كالمشرط وغيره ، شريطة ان تلف بقطعة من القطن كي لا تصطدم ببقية الآلات فتكل او تنثلم . وتنتشر هذه الآلات بعد الغلي على رفادة كبيرة معقمة او على طاولة الآلات في غرفة العمليات بعد وضع رفادة معقمة عليها . واذا اريد حفظ هذه الآلات فيستحسن ان تحفظ جافة لان ذلك خيراً لها ، اما اذا اريد حفظها في السوائل فيستحسن حفظها في محلول الليزول أو الدتول بنسبة $\frac{1}{100}$ مع زيادة بورات الصودا بنسبة $\frac{1}{100}$ لمنع الصدأ ، وفي هذه الحال يجب غسلها بالماء المعقم قبل الاستعمال ، وهذا التدبير الاخير لا غنى عنه في تعقيم المحاقن الزجاجية . وبعد الاستعمال تنظف الآلات بفرجون لازالة الدم المتخثر والبقايا ، ثم تنشف وتزيت ان كان ذلك ضرورياً ، وتمسح وتحفظ في أماكنها .

تعقيم الخيوط : بما أن هذه الخيوط ستبقى في الجرح ، فامكان

حدوث الانتان بواسطتها كبير فيما اذا كانت تحمل اية جراثيم ، ولذا يعتمد الى تعقيمها ان لم تكن معقمة فخيوط الحمشة تباع في الاسواق التجارية ، ضمن انايب معقمة ، فيكتفى اذن بتطهير القسم الظاهر من هذا الانبوب وحده ، ثم استخراج الخيط منه . وهناك خيوط من الحمشة تباع في الاسواق ، قد صنعت بصورة خاصة يمكن تعقيمها بالغلي ، ويسمى هذا النوع من الخيوط بالقابل للغلي Boilable اما الانواع الاخرى فانها تفسد بالغلي ، ويكون تعقيمها بوضعها في محلول الحامض الكاربولي البارد بنسبة ٥/١ ، وتوضع هذه الخيوط في هذا المحلول ضمن انايب معقمة ، او توضع فيه ، قبل المداخلة بنصف ساعة .

وعدا هذه الخيوط توجد اوتار كانغارو Kangaroo التي تباع تجارياً في انايب زجاجة معقمة . اما خيوط الكتان والحرير واشعار فلورنسا ، وخيوط الفضة ، وخيوط النايلون تباع في الاسواق اما بشكل انايب معقمة او بشكل خيوط يمكن تعقيمها بالغلي او بالصاد الموحد .

تتقيم الاناييب المطاطة والقشاطر : تعقم الاناييب المطاطة والقشاطر بصورة عامة بوضعها في الماء المغلي مدة خمس دقائق ، على ألا تضاف الى الماء (الصودا) . ويستثنى من ذلك الاناييب الدقيقة حيث يمكن تعقيمها بحفظها في محلول حمض الكاربولي مدة من الزمن . اما القشاطر

الصبغية والقشاطر الحالبية فتعقم في افران محصورة الهواء وضع فيها مضغوطات الفورمالين (ترى او كسي ميتلين) ، وفي حال عدم وجود هذه الافران تعقم بغمسها باحدى السوائل الآتية مدة نصف ساعة وهذه السوائل هي : ثاني يودور الزئبق بنسبة $\frac{1}{10}$ ، واو كسي سيانور الزئبق بنسبة $\frac{1}{10}$ ، وحامض الكاربولي بنسبة $\frac{1}{4}$.

تعقيم الغزلي والرفادات وأدوات التضمير والعياب : تعقم هذه جميعها بالصاد الموصد بعد وضعها ضمن علب ذات ثقوب ، وتعلق هذه الثقوب بعد انتهاء التعقيم كي لا يدخل الغبار الى هذه الادوات .

ويمكن القول أن فن الطهارة والتعقيم هو أهم عمل يطلب من الممرضة في الشعبة الجراحية الالمام به . وهو يتطلب منها عدا ذلك وجداناً سليماً وضبطاً واعياً ، وحذراً شديداً . واقل إخلال في احد اجزائه يؤدي لامناصة الى الاخلال به جميعاً .

٢ — تحضير المريض العملية ، واعتناء قبل العملية .

يجب ان يولى المريض عناية خاصة قبل العملية ، فيعطى ادوية قبل التخدير وبدء المداخلة ، لان في ذلك اهمية كبرى في التخفيف

من انزعاج المريض اثناء التخدير، وتسهيل العمل الجراحي وفي تضاؤل الاختلاطات بعد المداخلة .

الحمية : يعطى المريض في الايام الثلاثة التي تسبق العملية طعاماً سهل الهضم ومغذياً وبمقدار كاف ، ومن الخطأ الفادح الزام المريض بنظام غذائي خاص اذ يجب ان يكون المريض قوي الجسم كي يواجه الصدمة التي سيتعرض لها . ولنعلم ان المريض بعد العملية سيظل محروماً من تناول طعام كاف مدة مختلفة من الزمن لذلك يمكن اعطاؤه قبل العملية ، الأسماك واللحوم وعصير الفواكه والبيض ومشتقات الحليب والاعذية الطحينية وغير ذلك من الاطعمة السهلة الهضم . ويعقد على المريض في اليوم الثاني الذي يسبق العملية بالسوائل ليواجه الصدمة وبالسكاكر لتخزن في الكبد ، وتعطى السوائل والسكاكر بشكل حليب اضافي أو شاي محلي أو عصير ليمون ممدد بالماء المحلى . أما قبل المداخلة بثلاث ساعات فيمكن اعطاء المريض كأساً من الشاي أو الحساء (الشوربا) ولا يعطى بعد ذلك شيئاً مطلقاً .

أما في عمليات المعدة وانسداد الامعاء ، فيجب حمل المريض على الصيام التام أو الحمية الكاملة قبل المداخلة . وستذكر العناية الخاصة بتحضير مثل هذه العمليات فيما بعد .

اوسنان : ان تصليح الاسنان النخرة والتنتة ، عمل لا بد منه قبل المداخلة بمدة ثلاث اسابيع . وينصح المريض أن يولي أسنانه عناية

فائقة في الاسبوع الاول الذي يسبق العملية ، وذلك بتنظيفها بالفرجون مع استعمال معجون الاسنان ومواد مطهرة . وبذلك تقل جراثيم الفم وتضعف ويخف معها إمكان حدوث إلتان في الرئة أو في الطرق الهضمية بعد العملية .

الامعاء : يجب الا تنهك قوى المريض باعطائه مسهلاً شديداً قبل المداخلة ، فالمسهل يضعف دفاع المريض بانقاصه السوائل في بدنه . بل يجب على الممرضة أن تتحقق في الايام الثلاثة التي تسبق المداخلة من أن المريض قد تغوط بشكل منتظم فان آنت منه ميلاً إلى الإمساك ، فانها تعطيه بعض المليينات اللطيفة (كالحلاصة السائلة للكاسكارا أو زيت البرافين أو غير ذلك) لتأمين وظيفة التبرز الحسن في صباح المداخلة . وتجري للمريض قبل المداخلة بثلاث ساعات حقنة مفرغة للتأكد من خلو الكولونات من المواد الغائظة والغازات .

أما إذا كانت المداخلة ستجرى على الكولونات أو ناحية الشرج فيعطي الجراح تعليمات خاصة بكل من هذه الحالات وفقاً لطبيعة المرض فقد يشير باعطاء المليينات فقط أو يمنعها ، وقد يطلب غسل الكولونات غسلاً بعد الحقنة المفرغة بالمحاليل الملحية أو محلول فوق منغنيات البوتاسيوم أو غيره من المحاليل المطهرة . والقصد من هذا الغسل إزالة المخاط والاقذار من غشاء الكولونات المخاطي ، وقتل الجراثيم

وتحريض الامعاء على الحركة . وان حقن المريض بمحلول الصابون
يفي بكل هذه الحاجات .

الماتة: تحفظ أول دفعة من البول الصباحي يوم العملية لتحري العناصر
المرضية فيها كيمياوياً ، ولمعرفة الحالة المرضية الطارئة بعد العملية فيما إذا
طرات مثل هذه الحالة . ويطلب إلى الممرضة أن تشير على المريض
بإفراغ مثانته قبل الذهاب الى العملية ، فإذا عجز عن إفراغها تقطر
مثانته ، ففي جميع العمليات النسائية والعمليات المجراة على القسم
السفلي من البطن يجب إفراغ المثانة إفراغاً تاماً تجنباً لاصابتها
أثناء العمل الجراحي .

امتصاص مفرزات المعدة وغسلها : إن محتوى المعدة لا يمكنه
المرور إلى الامعاء في حالات انسداد البواب او انسداد الامعاء مما
يشكل خطراً على المريض إذا قاء أثناء التخدير . وهذا يسبب عائقاً
للعمل الجراحي . لذلك وجب مص مفرزات المعدة قبل العملية
بساعة واحدة ، ويتم ذلك بواسطة أنبوب (رايل Ryle) الذي يدخل
من الفم أو الأنف بعد طلية بمادة زلقة كالغليسرين وذلك بالطريقة
التالية : يجلس المريض على كرسي ثم يدخل رأس الأنبوب من الأنف
او الفم وعندما يصل إلى البلعوم يطلب من المريض أن يبلع النهاية
الصلبة . ويدفع الطبيب أثناء ذلك الأنبوب بدفعات لطيفة متتالية إلى
أن يدخل منه طول مقداره ٣٥ — ٤٠ سانتيمتراً ، اعتباراً من القوس

السنية . ففي هذه الحالة تكون النهاية الصلبة للأنبوب قد بلغت داخل المعدة ، ثم تثبت النهاية الخارجية من الأنبوب على خد المريض بقطعة من القماش اللاصق كي لا يدخل الأنبوب أكثر من هذه المسافة فيبلغ الاثني عشري ، ومن هذا الأنبوب تمتص محتويات المعدة بواسطة محقنة سعتها ٢٠ سم^٣ . أما إذا أريد غسل المعدة ، فيشرب المريض الماء المعقم والأنبوب في معدته ، أو يشرب الماء المضاف اليه ثاني فحمات الصودا ، ثم تمتص الماء بواسطة المحقنة باستمرار حتى يخرج الماء أخيراً رائقاً .

غسل المهبل : تغسل الممرضة المهبل قبل العمليات النسائية بواسطة أحد المحاليل المطهرة ، وهي تحتاج من أجل ذلك إلى زرّاقة سعتها لتر أو لتران ، وأنبوب من المطاط طوله متر ونصف المتر ، وضغط مرن يضغط على الأنبوب فلا يسمح بمرور السائل إلا عند الحاجة ، وقنية مهبليّة ذات نهاية منتفخة عليها ثقبوب جانبية وأصيص نسائي خاص .

تملأ الزرّاقة بمحلول مطهر فاتر (كمحلول الليزول ٠,٥ ٪ وحامض اللين ١ ٪ أو برمنغنات البوتاسيوم — أو الديتول ٠,٥ ٪) ثم تعلق هذه الزرّاقة على ارتفاع متر عن خاصرة المريضة المستلقية على ظهرها . فتركز المريضة ياليتها على الاصيص وترفع ركبتيها وتبعد بينهما ، ثم تدخل نهاية القنية مسافة ٧ سنتيمتراً داخل المهبل ويسمح

للسائل بالجريان ببطء برفع الملقط الضاغط عن الأنبوب المرن فيخرج السائل من القنية جارفاً الأقدار والجراثيم .

الباسى المريض : يرسل المريض الى غرفة العمليات بعد إلباسه لباساً مؤلفاً من قطعة واحدة أو قطعتين فقط من الفانيلا لأن ذلك يسهل تعريض الناحية المراد التوسط عليها تعريضاً جيداً ، كما ويلبس قبة من القماش وزوجاً من الجوارب الطويلة .

التحضيرات قبل العملية الجراحية : يوضع المريض في الفراش في حالة الراحة ٢٤ ساعة قبل العملية ، إلا في عمليات الاسعاف طبعاً . غير أن هنالك عمليات تتطلب البقاء في السرير مدة طويلة قبل العملية ، كعمليات الدرق والمعدة التي تحتاج الى راحة تامة قد تمتد اسابيع وقد تمتد شهور .

ويعطى المريض قبل المداخلة مهدئاً عن طريق الفم كال (ميدينال Medinal والفينوباربيتون Phenobarbitone ، والنمبوتال Nembutal) وغيرها ، أو يعطى قبل العملية بساعة مادة مهدئة حقناً تحت الجلد كال مورفين ١ — ٢ سنتغرام . كما يعطى الآتروبين Atropine بمقدار $\frac{1}{10}$ ملغ . ويمكن اعطاؤه الاومنبون والكوبولامين . أما الغاية من إعطاء المريض هذه العلاجات فهي لتخفيف توتر أعصابه ، ورده إلى حالة نعاس لطيف ، او نوم عميق ، وابطاء جميع الافعال الحيوية عنده مما يؤدي إلى تقليل الصدمة الجراحية عنده ، عدا أن ذلك يجعل

تخديره أسهل ، والاختلاطات بعد العملية أقل ، ويجب على الممرضة بعد اعطائه هذه العلاجات تحاشي ازعاجه تحاشياً تاماً كي لا يذهب إلى غرفة العمليات مضطرباً ، بل يفسح أمامه المجال ليستريح وتسترخي أعصابه في الوقت المقصود .

وهناك بعض الاحتياطات الواجب اتخاذها قبل العملية والتي سنذكرها عند الكلام عن كل حالة خاصة مثل : حقن المصل داخل الشرج أو الوريد أو نقل الدم للمرضى المصدومين ، وتحسين وظائف الكبد عند المصابين باليرقان بحقن الفتامين k والمصل الغليكوزي . فبعد تحضير المريض بالشكل الذي أتينا على وصفه يوضع على نقالة ويغطى جيداً بالقراصات ويحمل من قبل أربعة اشخاص دون ان يزعج بتاتاً ثم يوضع على العربيه الخاصة وينقل إلى غرفة العمليات .

ويجب على الممرضة التي ترافق المريض أن تحمل معها الى غرفة العمليات الأشياء الستة التالية : ١ - جريدة المداواة ٢ - الصور الشعاعية ٣ - مركن ٤ - منشفة ٥ - فاتح فم ٦ - ملقط لسان .



البحث الثاني

غرفة العمليات ومجهزاتها

بناء غرفة العمليات Theatre construction

تبنى جدر وسقف غرفة العمليات من مادة ملساء عديمة الامتصاص للماء وتكون جميع أركان الغرفة مستديرة ، أي يقوم مقام الزوايا انحناءات دائرية . وتجعل الارض مائلة بعض الميل نحو مصارف المياه . وكل ذلك لمنع تراكم الغبار ، وتسهيل تصريف مياه الغسيل والمفرزات والسوائل التي تخرج من المرضى .

التهوية Ventilation : يجب أن يكون الهواء الداخل الى غرفة العمليات خالياً من الغبار والجراثيم ، فانه يجذب اليها بواسطة مضخة بعد امراره من كوة مفتوحة حذاء أرض غرفة العمليات ، يوضع فيها مرشحة Felter من الغزي أو الموسلين أو رذاذ من الماء وبهذا يضمن إزالة الغبار الموجود في الهواء . أما طرد الهواء من غرفة العمليات فيتم بواسطة مضخة اخرى موضوعة في سقف الغرفة .

الترفية : يفضل أن تكون ترفئة غرفة العمليات بواسطة التدفئة المركزية ، وتجعل حرارة الغرفة من ٢٢ - ٢٤ سنتغراد . فاذا لم تتوفر

التدفئة المركزية يمكن أن تجرى التدفئة بواسطة المدافئ الكهربائية على أن تطفأ حين استعمال التخدير بالغاز والاكسجين .

الانارة : يجب ان تفتح نوافذ واسعة على طول الجدار الشمالي لغرفة العمليات تجهز بزجاج نصف شفاف ، هذا اذا لم يتوفر نور الكهرباء ، إما إذا توفر كما هو الامر في سائر المستشفيات ، فانه توضع فوق طاولة العمليات جملة مصابيح كهربائية تكشف النور في نقطة معينة دون ان تترك ظلالاً للأشياء التي تعترض طريق اشعتها كرأس الجراح مثلاً أو يديه ، ويمكن تحريك مجموعة هذه المصابيح بسهولة تمكن من انارة أي جزء من جسم المريض انارة تصل حتى أعماق منطقة من الجرح .

غرفة التعقيم : تكون هذه الغرفة متصلة بغرفة العمليات مباشرة وهي تحتوي على :

١ — جهاز لتعقيم الآلات الجراحية يدعى تنور بونيل وهو يعمل بالهواء الجاف .

٢ — جهاز لتعقيم العلب الحاوية على الغزي و ثياب الجراح والرفائد والقفايز وهو جهاز يعمل ببخار الماء ويتحمل ضغطاً عالياً يدعى بالصاد الموصد ، ويوجد في الاسواق التجارية أوصدة موصدة يمكنها أن تؤمن الماء المعقم ليغسل الجراح بها يديه قبل الشروع بالعملية على ان طرق التعقيم هذه تختلف بالنسبة للمستشفيات

الانكلوساكسونية إذ تعقم الآلات بالغلي بواسطة أجهزة بسيطة يوضع فيها الماء وتحوي على صحيفة مثقوبة كالغربال تحمل الآلات ويمكن برفع هذه الصحيفة رفع هذه الآلات دفعة واحدة من الماء واستخراجها معقمة .

وفي المستشفيات الكبيرة تكون هذه الأجهزة متصلة بالتدفئة المركزية فيحصل على ماء غالي بصورة دائمة بواسطة هذه التدفئة .

أحواض غسيل الأيدي :

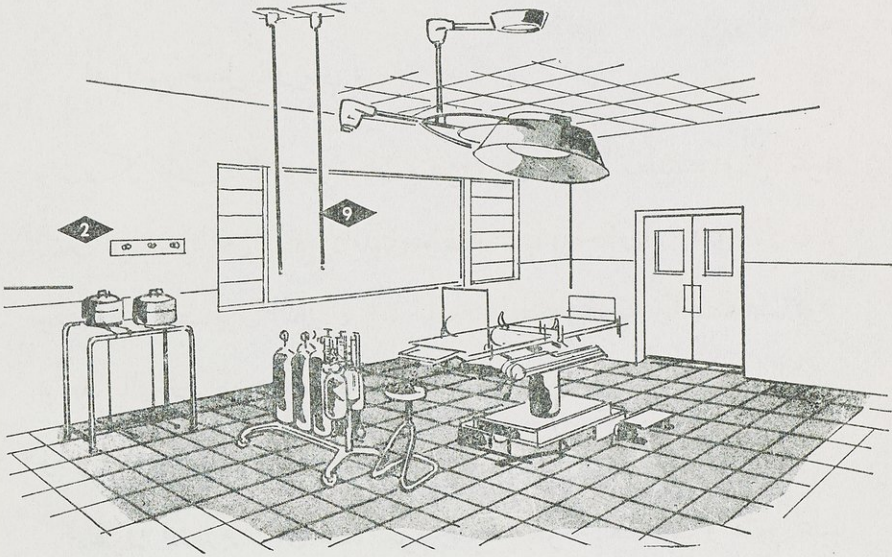
يمكن أن تعد في مكان منعزل ، في غرفة العمليات أو في غرفة التحضير ، أحواض لغسل الأيدي يوضع عليها فرجون الأيدي والأظافر وصندوق للصابون اللين ، أما الماء المعقم فيصاها بواسطة صناير . وتعد بالقرب من هذه الأحواض طاولة يوضع عليها غاب الملابس والرفادات المعقمة والاقنعة ومسحوق التلك المعقم والقفازات .

غرفة التخدير : ان هذه الغرفة ماحقة بغرفة العمليات وتفتح عليها بباب خاص .

غرفة البسة الجراح : تكون هذه الغرفة بجوار قاعة العمليات تجهز بحوض للماء ورذاذ ورفادات وبذلة للعمليات وحذاء من الكوتشوك وصدار طويل من المشمع .

أثاث غرفة العمليات

طاولة العمليات : يجب على الممرضة أن تحيط علماً بكيفية استعمال جميع أقسام طاولة العمليات ولاحقاتها إذ قد يطلب منها في أي وقت من أوقات المداخلة أن تجري تغييراً جديداً على وضعية الطاولة (الشكل - ١) .



(الشكل - ١) غرفة العمليات الجراحية

تكون الطاولة مغطاة بفراش من المطاط ذي سطح أملس ويجب تغطيته بشرشف نظيف قبل كل عملية . إن وضعيات الطاولة الشائعة الاستعمال هي :

١ — الوضع الافقي : يستلقي المريض فيه على ظهره (الاستلقاء الظهرى) أو على بطنه (الاستلقاء البطني) أو على أحد جانبيه ، ففي الوضع الاخير يلحق بالطاولة حامل خاص للطرف العلوي أي المقابل للجانب الذي يرقد عليه المريض أما الطرف السفلي الذي يرقد عليه المريض فيثنى ، بينما الطرف السفلي الثاني يكون في وضعية التمديد .

٢ — وضعية ترندلنبورغ Trendelenburg : يخفض القسم الموافق للساقين من الطاولة بشكل يؤلف مع الطاولة زاوية قائمة وذلك كي لا ينزلق المريض لأن ساقيه تكونان بحالة الانثناء ، ثم توضع مساند الاكتاف في مكانها من الطاولة منعاً لانزلاق المريض ، وتُمال الطاولة بشكل يجعل الرأس منخفضاً قدر الحاجة . وهذه الوضعية تستعمل في العمليات المجراة على الحوض كالعمليات النسائية فترفع الأمعاء الى الأعلى بفعل الجاذبية الأرضية .

٣ — الوضعية العجانية : ياجأ إليها في العمليات المجراة على العجان والعمليات الولادية وتقوم برفع الساقين بواسطة روافع خاصة تثبت على الطاولة بجذاء الاليتين ، ثم يخفض القسم الذي يحمل الساقين من الطاولة بشكل يؤلف مع الطاولة زاوية قائمة .

٤ — أوضاع ملحقه : ان طاولة العمليات تكون مجهزة بجسور تتيح رفعها بواسطة لواب خاصة والغاية من هذه الجسور رفع بعض أجزاء الجسم كما في عمليات الكلية أو المرارة .

ويالحق بطاولة العمليات أيضاً مسند لليد يثبت بجانب الطاولة بواسطة لولاب ، ومسند للرأس أيضاً يستعمل في جراحة القبة ، هذا وهنالك طاولات خاصة لكل فرع من فروع الجراحة كطاولة عمليات جراحة الصدر والجراحة البولية والتجبير .

طاولة الآلات : تغطي هذه الطاولة برفادة كبيرة معقمة تحتها مشمع ثم توضع عليها الآلات في غرفة التعقيم وتستر برفادة ثانية معقمة وبعدئذٍ تجر الى غرفة العمليات .

طاولة الضممة : وهي شبيهة بالسابقة إذ تستر مثلها برفادة كبيرة معقمة يوضع عليها الغزي والقطن والرفائد البطنية والأربطة . ويجب أن تعد رفائد البطن بشكل دقيق وتسجل على لوح في غرفة العمليات وبعد انتهاء العمالية يضبط العدد تماماً منعاً لنسيان شيء داخل البطن . ويوجد أيضاً على طاولة التضميد طبق يحوي مواد الخياطة والابر ذات الاحجام المختلفة والانابيب المطاط والمقص ومناقيش للتضميد . كما يوضع على هذه الطاولة أوعية تحوي المواد المطهرة المختلفة التي تستعمل قبل وأثناء وبعد انتهاء العملية .

المواضع : يجب أن تجهز غرفة العمليات بجوذين يحوي كل منهما على ماء معقم فاتر وذلك لغسل أيدي الجراح ومعاونيه ، وجوذين آخرين يحوي أحدهما المصل الغريزي الذي يكون بدرجة حرارة الجسم ويحوي الثاني مصلاً غريزياً حاراً بدرجة يمكن للأيدي تحملها ،

وهذان الحوضان يستعملان لتزويد الجراح بالرفائد الرطبة الحارة ، ولازالة الدم المتراكم على الآلات الجراحية أثناء العمل الجراحي وذلك لكي تكون الآلات المستعملة طوال العملية نظيفة غير ملوثة . وتوجد عدا هذه الاحواض أوعية لوضع الشاش والرفائد الملوثة أحدهما للجراح والثاني للمخدر .

كما وان غرفة العمليات تحوي بعض الآلات التي تكون جاهزة كأدوات المصل الغريزي والكاوي الناري وأجهزة الجذب Sucker الخ . .

ادوات غرفة العمليات

الادوات : إن لكل عملية آلات خاصة غير أن على الممرضة أن تعرف الآلات المستعملة في الجراحة العامة معرفة تامة ، لذلك سنذكر فيما يلي أسماء هذه الآلات العامة وهي :

العدد	اسم الآلة
٢	١ - مشرط
٢	٢ - ملقط تسليخ ذو اسنان
١	٣ - ملقط تسليخ بلا اسنان
١	٤ - ملقط عرى ميشيل
١	٥ - مخزن عرى ميشيل
١	٦ - مقص مستقيم

العدد	اسم الآلة
١	٧ - مقص منحني
١٢	٨ - ملقط كوشنر
٤	٩ - ملقط بيان
٦	١٠ - ملقط مثبت للرفائد
٦	١١ - ملقط لكساء الجراح
زوج واحد	١٢ - مبعد فارابوف
١	١٣ - مسبار مقني
١	١٤ - مسبر استقصائي
١	١٥ - ابرة دوشان
١	١٦ - ابرة دويان
١	١٧ - ابرة رفردان

إن هذه الآلات تستعمل في جميع العمليات غير انه يجب إضافة آلات خاصة اليها في كل عملية . ففي عمليات المعدة يضاف اليها بعض الآلات الخاصة بها ، ومثل ذلك في عمليات الكلية . فالممرضة التي تختص بالتمريض في قاعة العمليات ينبغي عليها أن تعرف جميع الآلات الخاصة بكل عملية .

الربط والخياطة : يقصد من الربط ، ربط الأوعية . أما الخياطة فهي خياطة الجروح .

تستعمل الخيوط في ربط الأوعية وفي خياطة النسيج وهي مؤلفة من مواد مختلفة تدخل كلها في زميرتين اساسيتين : الأولى الخيوط القابلة للامتصاص والثانية الخيوط الغير القابلة للامتصاص بصورة عامة . وتشتمل الخيوط القابلة للامتصاص على خيوط الحمشة وأوتار كانغارو

« Kangaroo » الصفق. أما الخيوط غير القابلة للامتصاص فتشتمل على
خيوط الحرير والكتان والفضة وعري ميشيل وشعر الخيل والخيوط
الاصطناعية كالنايلون واشعار فلورنسا وخيوط الفولاذ والبرونز
وهامجرا ...

١- الحمسة : خيوط تصنع من الطبقة النسيجية الكائنة تحت الغشاء
المخاطي لأمعاء الخراف وتحضر وتعقم بصورة خاصة . ويشترط فيها
ان تكون قوية ومرنة بحيث تسمح باجراء عقدة عليها دون ان تنفك
وان تكون ذات ثخانة مختلفة ودرجة امتصاص معروفة . لذلك تقسم
الحمسة بالنسبة لسرعة امتصاصها الى حمسة بسيطة وحمسة قاسية . فالحمسة
البسيطة تستعمل في النسيج العضلية المخططة والمساء والنسيج الشحمية
والنسيج الخلوي تحت الجلد ولربط الأوعية . أما الحمسة القاسية فهي
عبارة عن الحمسة البسيطة بعد وضعها في احد المحاليل كحمض الكروم
بنسبة ٢٠٪ محلولاً في مزيج من الغليسرين بالمساء بنسبة ٥٪ ويستعمل
الفورمالين وحمض العفص للغاية ذاتها . وكلما طالت مدة بقائها في احدى
هذه المحاليل ازدادت قساوتها فتقاوم الامتصاص من ١٠-٤٠ يوماً في
العضلات اما في النسيج المصلية فان هذه المدة تقل الى الثلث نظراً
لسرعة الامتصاص فيها لذا تستعمل في جوف البريتوان وجميع
الاجواف المصلية وفي خياطة المعدة والامعاء واعضاء الحوض وفي
خياطة الاوتار وربط الشرايين الكبيرة .

توضع الحمشة في أنابيب تحوي في داخلها السائل الحافظ ، ويكتب على الانبوب نوع الحمشة ومدة امتصاصها (١٠-٤٠) يوماً ، كما يكتب على الانبوب طول وثخانة الخيوط فترقم بستة اصفار 000000 أو خمسة 00000 أو اربعة 0000 أو ثلاثة 000 أو اثنين 00 او صفر واحد 0 او رقم ١ أو ٢ أو ٣ أو ٤ أو ٥ أو ٦ . واكثر الأنواع استعمالاً ما كان بين الخامسة والواحد .

يوضع الانبوب قبل المداخلة الجراحية بنصف ساعة في محلول حمض السكرابولي بنسبة ٥٪ وذلك لتعقيم ظاهره اذ لايجوز ان يعقم بالغلي كي لا تتلف الحمشة غير أن هنالك نوعاً يمكن تعقيقه بالغلي ويسمى بالقابل للغلي Boilable . وحين استعمال الحمشة يؤخذ الانبوب الموضوع في السائل المعقم بملقط خاص فتحزه الممرضة التي تساعد الجراح بمشمار معقم ، وتنقعه بالمصل المعقم لازالة المواد المخرشة عنه كي لا تتلف النسج ، وهكذا يصبح جاهزاً للاستعمال من قبل الجراح .

٢- ضبوط الحرير والسكتان : تكون هذه الخيوط ذات قياسات مختلفة منها الدقيقة والمتوسطة والشخينة . وهي تعقم بالغلي أو بالصاد الموصل ، وتستعمل في مختلف العمليات .

٣- اضممار الخيل : تعقم بالغلي المتكرر وتستعمل في القطب المتفرقة لجلد الوجه والرقبة حيث يتطلب احكام دقيق لحافات الجرح .

٤- اوتار كانغارو Kangaroo : يستحصل عليهما من اذنان الكانغارو ،

وتحضر بصورة خاصة وتباع في الاسواق التجارية ضمن انايب. تتصف هذه الاوتار بالمرونة ومقاومة الامتصاص مدة أطول من الحمشة، لذلك تستعمل في خياطة الداغصة، أو في عمليات العظم وفي الفتوق.

٥- ضبوط الفضة والبرونز والفولاذ : تستعمل هذه الخيوط في خياطة جدار البطن والعظام.

٦- عرى ميبيل : تستعمل لتقريب حوافي الجرح في الجروح الصغيرة عوضاً عن الخياطة.

٧- الصفق : يؤخذ من صفاق عضلات القسم الوحشي لنخذ المريض شريط مختلف الطول يستعمل مباشرة لرتق الفتوق حسب طريقة غالي Gallie وتسمى الخياطة الحية.

٨- اسعار فلورنسا : تستعمل هذه الأشعار في خياطة الجلد بشكل قطب متفرقة ولتفجير الجروح.

ابر الخياطة : تكون إبر الخياطة إما مستقيمة أو منحرفة بدرجات مختلفة، وجسم هذه الابر مستدير أو ذو حواف قاطعة. وبعضها ذات ثقب في احدى نهايتها مختلف الحجم يضم الخيط فيه ضمماً، والبعض الآخر ذو رفاص. وتستعمل الابر لخياطة الانسجة المختلفة.

رفادات البطن : تشمل على قطع من الغزي مربعة الشكل قابلة للامتصاص، تحوي كل منها شريطاً مربوطاً بحلقة معدنية. أما الغاية من وجود هذه الحلقة فكشفها بالاشعة في حالة نسيان واحدة منها داخل البطن.

الرفادات العادية : تكون مربعة الشكل بطول وعرض متر واحد وتستعمل في ستر المريض وتحديد ساحة العمل الجراحي .

لباسي الجراح : يتألف لباس الجراح من قميص كاه طويلان ، ومن قناع وقلنسوة ومئزر تعقم جميعاً في الصاد الموحد .

مواد التفجير : تشتمل هذه المواد على أنابيب مرنة من المطاط مختلفة الاحجام وعلى مطاط ذي ثنيات (مطعج) ويمكن من استعمال اصابع القفايز والانابيب الزجاجية . وهناك مفجرات خاصة كأنبوب Pezzer وأنبوب ماليكو Malecot .

القناطر : أنابيب من المطاط أو الصمغ أو المعدن أو الزجاج ذات نخانة معينة ومركبة بأرقام متسلسلة ، والترقيم الفرنسي ضعف الترقيم الانكليزي ، وعلى هذا فان القنطرة الافرنسية ذات الرقم ١٢ هي ذات القنطرة الانكليزية ذات الرقم ٦ .

أنواع القناطر : وللقناطر أنواع متعددة ، منها القناطر المطاطة لنيلاتون ، وقناطر بتزروماليكو والقناطر الصمغية وهذه على نوعين : ١ - معكزة تستعمل في قنطرة الموثنين ٢ - ذات الرأس الزيتوني وتستعمل في قنطرة المصابين بتضييق الاحليل . أما القناطر الحالية فهي صمغية دوماً .

الادوية : يشترط أن يكون في غرفة العمليات ١ - مكن لجمع المواد المقاه أو القيح أو البول ٢ - طبق Tray لوضع الآلات أو

مواد الخياطة فيه . ٣ — اوعية لوضع المحاليل المطهرة والمصول .
المحاليل المطهرة : تحضر المحاليل الآتية وتوضع في غرفة العمليات :

- ١ — ماء معقم بارد و حار .
- ٢ — مصل غريزي .
- ٣ — غول .
- ٤ — إيتز .
- ٥ — صبغة اليود .
- ٦ — محلول حمض الكاربولي بنسبة $\frac{1}{2}$.
- ٧ — ثاني أيود الزئبق بنسبة $\frac{1}{10}$.
- ٨ — الليزول الصافي .
- ٩ — محلول الفلافين الغولي بنسبة $\frac{1}{10}$.

البث الرابع

المرافقة الجراحية

التخدير

يعطى المريض الادوية التحضيرية قبل نقله الى غرفة التخدير ويهياً للعملية ، فينقل في الوقت المحدد على عربة الى غرفة التخدير الملاحقة بغرفة العمليات ترافقه ممرضة حيث يكون معداً المخدر وجهاز التخدير وطاولة وضعت عليها الادوات التي يستعملها المخدر .

والتخدير يقسم الى ثلاثة أنواع :

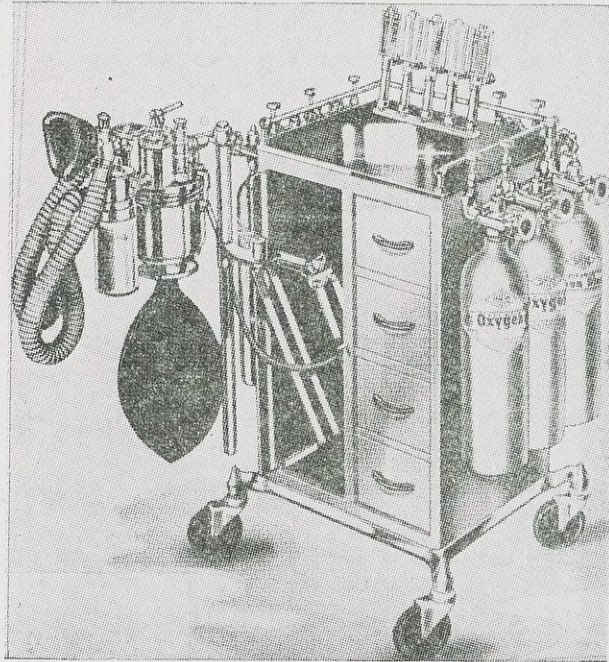
التخدير العام : حيث يخدر جسم المريض بأجمعه فيصبح فاقداً للشعور .

التخدير القطني : حيث يخدر القسم السفلي من الجسم أي ما دون السرة .

التخدير الموضعي : تخدر المنطقة المراد التوسط عليها فقط .

١ - التخدير العام : تعطى المادة المخدرة اما انشاقاً في الرئتين او عن

طريق الوريد او الشرج . و كثيراً ما يجمع بين طريقين كاعطاء الكمثال بالوريد أولاً ثم اتباعه بالسيكلوبروبان استنشاقاً (الشكل - ٢) .



(الشكل - ٢) جهاز التخدير العام

وتقف الممرضة أثناء التخدير الى يمين المريض ممسكة بيديه اذا كان التخدير بالاناشاق كما في الاتر .

يمر المريض المخدر تخديراً عاماً بالادوار التالية :

الدور الاول : دور فقد الألم Stage of Analgesia .

الدور الثاني : دور الهذيان او الهياج Delirium or excitement

الدور الثالث : دور الخدر الجراحي Surgical Anaesthesia .

الدور الرابع : دور الشلل البصلي حيث يشل فيه التنفس .
فعندما يستفيق المريض بعد العملية يمر من الخدر الجراحي الى
الهياج فالصحو . وقد يقيء المريض بعد انتهاء العملية ووضعه في السرير ،
لذا وجب على الممرضة ان تدير وجهه جانباً وتضع أمام وجهه مر كناً
وتدفع رأديه الى الامام ، كما يجب عليها ألا تترك المريض وحده إلا
بعد استرداده لوعيه ، فتراقب تنفسه خشية انقلاب لسانه الى الخلف
واختناقه أو خشية دخول المواد المقعاة الى المجاري التنفسية واختناقه
بها . كما وجب عليها أن تراقب لون وجه المريض ، فكل تغير في لون
وجهه يوجب عليها أن تنبه الطبيب اليه حالاً ، كما يجب عليها ان تسجل
نبض المريض في كل ثلاث دقائق . هنا تبدو عظم المسؤولية الملقاة
على عاتقها ، فعليها أن تقدرها حق قدرها وتعرف خطورة النتائج
المتوقعة عليها في حالة اهمالها لواجبها ، اذ كثيرون هم المرضى الذين
قضوا نحسهم بسبب جهل الممرضة لهذه الأشياء أو لسبب اهمالها .

٢- التخدير الفموي : يقضي بادخال المخدر في السائل الدماغي الشوكي
فيتخدر نصف المريض السفلي .

أما المواد المخدرة فهي : الستوفائين (٥ سغ) محلول في ٢ سم^٣ من
الماء المقطر ، النوبركاين (Nupercaine) والاميتوكاين (Améthocaine)
والبروكاين (Procaine) وهذه المواد تباع في التجارة باسماء مختلفة .
الاوراق المستعملة في التخدير : ابرة توفية بطول ٨ سم ذات مدك

وقطر $\frac{1}{2}$ الملم بريتها مقطوعة وذلك كي لا تؤذي النخاع الشوكي ، ومحقنة
بسعة ٥ سم^٢ معقمة ، وملقط كوشر حاملاً لقطيلة من الشاش وغول
ومخدره وضعي هو محلول السكوروكاين $\frac{1}{3}$ مع محقنة وابرة رفيعة
جلدية وابرة ثانية بطول ٦ سم .

وضعية المريض : يجلس المريض على طاولة ، ويشار عليه بجني رأسه
للأمام ووضع يديه على ركبتيه أو بين فخذه أو يطلب من المريض
أن يستلقي على جنبه .

كيفية العمل : يخدر الجلد والنسيج بين الفقرات تخديراً موضعياً
بحقن ٢ — ٣ سم^٢ من محلول السكوروكاين ثم تدخل ابرة توفيه
وبذلك يتجنب التقفع الذي يحدث بسبب ادخال ابرة توفيه فيما اذا
لم نخدر المريض فالتخدير الموضعي يسهل ادخال ابرة توفيه ويقلل من
ألم المريض .

تدخل ابرة توفيه في المسافة الكائنة بين الفقرة القطنية الرابعة
والخامسة وتحدد هذه النقطة بمدخل أفقي مار من القزعتين الحرقفتين ،
فبعد أن تطهر الناحية بالغول ندخل الابرة في الجلد والنسيج الخلوي
والصفق والربط فبعد أن تدخل القناة الفقرية تزول المقاومة فيسحب
المدك فيخرج السائل الدماغي الشوكي بشكل قطرات ثم يحقن المخدر
وتسحب الابرة ويشار على المريض بالاضطجاع الظهرى على أن يجعل
رأسه مرتفعاً قليلاً بواسطة وسادة ، وتغطى عيناه بقطع من الغزي .

يلجأ لهذا التخدير في عمليات القسم السفلي من الجسم كعمليات العجان والاطراف السفلية ، ويجب على الممرضة أن تنتبه لوضع أكياس الماء الحار على سرير المريض اذ لا يشعر المريض بالرغم من وعيه ، فقد تحترق أطرافه السفلية دون أن يشعر بالألم ، ويجب عليها أن تراقب تبوله مساء يوم العماية ، إذ كثيراً ما يصاب باسربولي بسبب هذا التخدير .

٣- التخدير الموضعي : يجري بطرق ثلاث : التخدير السطحي ، التخدير بالتخضيب ، والتخدير الناحي :

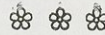
أ - التخدير السطحي : يقوم بالطلي بالمادة المخدرة على المخاطيات كالأنف والفم والبلعوم ومجرى الإحليل أو الشرج فيستعمل ٥-٢٠٪ من محلول الكوكاين أو ٢٪ من محلول اميتو كائين ويمكن تخدير ملتحمة العين بواسطة التقطير أما الجلد فيخدر برز المادة المخدرة ككلور الاثيل او الايتر على الناحية المراد تخديرها .

ب - التخدير بالتخضيب : يقوم بزرق المادة المخدرة حول النسيج التي سيتداخل عليها ، فيحصر المكان ضمن مثلث أو دائرة أو معين ويجري التخضيب في المحيط على ان يوجه نحو النقطة المركزية ، هذا اذا كان العمل الجراحي سطحيّاً أما اذا كان في العمق حينئذ يكون التخدير أعمق بادخال الابرة وفقاً لخصروط وهمي ذروته الجسم الاجنبي الذي يراد استخراجه كالمرمى الناري مثلاً ، وقاعدته في الجلد.

جـ — التخدير الناحي : يقوم بزرق المادة المخدرة عند جزر العصب المعصب للعضو ، مثلاً اذا أردنا تخدير الطرف العلوي تحقن المادة المخدرة عند الضفيرة العضدية .

المواد المستعملة في التخدير الموضعي هي :

- ١ — البروكائين : ويدعى بالنوفوكائين أيضاً ويستعمل بنسبة $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ / والمقدار الواجب عدم تجاوزه هو غراماً واحداً .
 - ٢ — الاميتوكائين : يستعمل بنسبة $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ وهو أشد سمية من السابق ويجب أن لا يتجاوز مقداره عشر الغرام .
- وقد يزداد على المادة المخدرة محلول الأدرينالين الالفي فيمزج بالمخدر بنسبة $\frac{1}{10}$ والغاية من إضافة الأدرينالين تقييض الاوعية فيخف النزف ويبطئ امتصاص المخدر مما يطيل في مدة الخدر .



البحث الثالث

العناية الخاصة بالمريض بعد إجراء العملية الجراحية

الصمعو من الخدر : على الممرضة أن تنتبه أثناء نقل المريض من قاعة العمليات إلى سريره في قاعة المرضى وهو على العربة إلى ثلاثة أمور هامة هي : تدفئته وتنفسه وقيئه . فيدفا المريض بتغطيته جيداً بالحرايات وهذا من شأنه تقليل العقايل بعد البضع كالصدمة والاختلاطات الصدرية . ويجب الانتباه الى كل زرقة تبدو والتبليغ عنها حالاً ، لأن ذلك يدل على وجود عائق ساد فيجب مكافحته حالاً . كما يجب على الممرضة أن تكون مستعدة لتلقي المواد المقاءة .

أما في غرفة المرضى فيجب أن يكون السرير جاهزاً ومغطى بمشمع ومدفاً بواسطة أكياس المطاط الحاوية على الماء الحار . فيوضع المريض في سريره بعد رفع هذه الاكياس بالاستلقاء الظهرى ، وتجلس الممرضة قربة فاذا اضطرب تنفس المريض وازرق وجهه تدفع الممرضة الفك السفلي الى الأمام بعد الضغط على الرادين فاذا لم يكف ذلك يفتح

الفم بفتح الفم ويجر اللسان بملقط اللسان ، فاذا لم يكف ذلك أيضاً طلب الطبيب بسرعة .

عندما يبدأ المريض بالصحو يقيء في بعض الاحيان فيجب أن يبق الرأس مداراً إلى أحد الجانبين فيخرج القيء الى المكن من زاوية الفم ويمسح الفم جيداً بعد ذلك ، وعلى الممرضة أن تعد النبض كل ثلاث دقائق فكل تحول مفاجيء في النبض يجب أن يثير انتباهها فتسجله حالاً على ورقة النبض .

المصحة : تراقب حالة الصدمة بعد الصحو من الخدر إذ قد تكون معدومة أو خطيرة فيجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمكافحتها ولتذكر الممرضة العناصر الثلاث الأساسية في مكافحة الصدمة دائماً وهي : الراحة والتدفئة والسوائل .

وضع المريض : يرقد المريض على ظهره بعد صحوه لان جسمه في هذا الوضع يكون مسترخياً (لا سيما عضلات البطن) كما أن هذا الوضع أسهل لتغذيته ومراقبته ، أما الاشخاص الذين لا يتمكنون من النوم على الظهر فيسمح لهم بالاضطجاع الجاني . كذلك فان الشيوخ والمصابين بآفة رئوية يوضعون في وضع نصف الجلوس تسهلاً لتنفسهم ، أما في المصابين بالتهاب البريتوان فيوضع المريض في وضع خاص وذلك باجلاسه جيداً ويسند ظهره إلى مسند وتوضع وسادة تحت ركبته منعاً لانزلاقه إلى أسفل السرير . فكل قيح أو دم

أو سائل في البطن ينجذب الى الأسفل بفعل الجاذبية وبذا يمكن أن يتفجر بصورة أحسن من قبل المفجر الموضوع في أسفل البطن .
انزعاج المريض : يكافح الانزعاج الذي يعاينه المريض بتغيير وضع رقبته أو بوضع وسادات تحت ظهره أو ركبته ، أو باعطائه مسكناً خفيفاً .

الأم بعد العملية : أما الألم بعد العملية فيكافح بالمورفين حقناً بمقدار ٣ سغ أو بالاسبرين والفهناسهتين أو مركبات البروم والادوية الباريتورية بمقادير كافية .

القيء : قد يحدث القيء عند الصحو من الخدر واذ لم يتوقف يحرج المريض كوباً من الماء فيه ملعقة صغيرة من ثاني فحمات الصودا ، فاذا قام المريض ازيلت آثار القيء واتخذت من التداير ما يمنع حدوث قيء جديد . باعطاء الفيتامينات C و B أو اللاركاكتيل Largactil وقد يفيد اعطاء قطرتين من صبغ اليود في كأس من الماء الفاتر . ويفضل عدم اعطاء أي طعام حتى يتوقف القيء .
وان بقاء القيء بعد صحو المريض من الخدر أو بعد ست ساعات على انقضاء العملية الجراحية لدليل على وجود اختلاط فتجب مكافحته حالاً .

توتر البطن : يكافح توتر البطن عند المريض بوضع قشطرة مستقيمة أو باعطاء المريض كوباً من الماء الحار المضاف اليه ملعقة صغيرة من ثاني فحمات الصودا ، ثم بتمسيد البطن بلطف فتزول هذه العارضة حالاً

حينما يتغوط المريض . وإذا لزم الأمر يجري للمريض حقنة مفرغة يضاف إليها الصابون أو الملح العادي أو الغليسرين . وان الانتفاخ الذي لا يزول بالوسائل التي ذكرناها يجب أن يعتبر علامة خطيرة تشير الى حدوث شلل في الامعاء .

التغوط : يعطى المريض حقنة مفرغة في صباح اليوم الثالث للعملية اذا لم يتبرز من تلقاء نفسه قبل هذه المدة .

ويجب على الممرضة ألا تجري الحقن المفرغة إلا بعد أخذ رأي الطبيب المعالج لأن هنالك بعض العمليات الجراحة على القسم السفلي من الانبوب الهضمي لا يجوز معها اجراء حقن إلا بعد انقضاء مدة يعينها الجراح المعالج .

البول : يبول المريض عادة بعد العملية الجراحية بـ (٨) ساعات وقد يتأخر التبول بعد العمليات الجراحة على الحوض والقسم السفلي من البطن ، كرتق الفتق واستئصال البواسير والنواسير كما يتأخر في العمليات النازقة أو التي رافقها تعرق غزير أو تلاها قيء كثير . وفي العمليات النسائية تقشط المريضة بعد المداخلة الجراحية بـ (٨) ساعات أما في بقية العمليات فيمكن الانتظار حتى (١٦) ساعة اذا لم يشعر المريض بانزعاج ، فيجب على الممرضة أن تسجل على سجل السوائل الوقت الذي انطرح فيه البول ومقدار هذا البول المطروح . وهذا السجل يبين التوازن بين كميات السوائل التي تناولها المريض وكميات

السوائل المأخوذة						السوائل المطروحة					
الزبد	الزبد	الزبد	الزبد	الزبد	الزبد	الزبد	الزبد	الزبد	الزبد	الزبد	الزبد
١٣٠	(-)	(-)	٨٠	٥٠	١٣٠	١٠	٢٠	١٢٠	١٠	٤٠	١٠
١ شبات											
٢ منه											
٣ منه											

السوائل المطروحة من جسمه ، وينظم هذا السجل وفقاً لهذه اللائحة .

المحبة : عندما يصحو المريض يعطى السوائل بكثرة عن طريق الفم كالحليب أو الشاي أو الماء ، ويكون المريض عادة عطشاً تواقاً الى الشرب ، فبهذه الوساطة يمكن للسوائل أن تتعادل أو تتوازن داخل العضوية ، أما الاغذية القاسية فتعطى بعد العملية بـ ١٢ — ٢٤ ساعة ، ولا تكون معدة المريض مستعدة لهضم مثل هذه المأكولات كما انه يكون فاقد الشهية لتناولها ، وأول ما يعطى الاغذية النصف الصلبة كطعام بنجر Benger والخبز والحليب والبيض والزبد ، وبعد ٢٤ ساعة يعطى الخبز مع الزبد والسمك والبيض والمهليات بالحليب ، وفي أكثر الحالات يعطى المريض الطعام العادي في اليوم الثالث . أما في حالات خاصة كما في العمليات الجراحية على المعدة فيتبع نظام خاص يشير به الجراح المعالج .

الجرع : لا يكشف على الجرح في العمليات الطاهرة إلا حينما يحين الوقت لرفع الغرز ويكون ذلك عادة في اليوم العاشر ، أما في العمليات التجميلية على الوجه والعنق فترفع الغرز بعد (٥) أيام . وترفع الانابيب المفجرة في الجروح عادة بعد ٤٨ ساعة من توقف المفرزات سواء أكانت قيحاً أو مصلاً أو دمماً والجراح هو الذي يعين رفع هذه المفجرات .

نهوض المريض : ينهض المريض من الفراش خلال مدة تختلف باختلاف العمليات : ففي العمليات الصغيرة يمكن أن ينهض متى زال تأثير الخدر ، أما في عمليات البطن فالآراء مختلفة بين الجراحين فبعضهم يشير بالنهوض الباكر أي منذ اليوم الثاني للعملية ، وبعضهم لا يقر هذا المبدأ بل يفرض الإقامة في السرير حتى انقضاء ١٠ — ٢٠ يوماً على العملية . ان العناية التي تعطى لبعض العمليات الخاصة ستناقش حين الكلام على هذه العمليات وفقاً للأمراض المختلفة .

البحت الرابع

الاضطرابات بعد العمليات

لا يحتاج المريض في معظم الحالات إلا إلى العناية التي ذكرت سابقاً بعد العملية الجراحية ، إلا أنه قد تحدث اختلالات تنشأ عن سن المريض أو عن حالته الصحية قبل المداخلة أو عن طبيعة مرضه أو عن نوع العملية أو عن إهمال المريض حين إعادته إلى القاعة من غرفة العمليات أو غير ذلك ، فينبغي على الممرضة أن تنتبه إلى كل عرض غير عادي قد يدل على حدوث اختلاط ما فتخبر بذلك الطبيب بسرعة. أما الأعراض التي يجب أن تشير انتباهها فهي :

الاحتقان السريع للوجه ، الشحوب المفاجيء ، الزرقة ، حالة القلق ، ارتفاع الحرارة ، اسراع النبض ، اضطراب التنفس .

وان أكثر الاختلالات حدوثاً بعد العملية الجراحية عدا الصدمة الجراحية التي سنفرد لها بحثاً خاصاً هي :

١- إلتان الجرح Infection of the Wound : ينشأ إلتان الجرح

عن اهمال طرق الطهارة لدى تحضير المريض قبل المداخلة أو بسبب تلوث الجرح أثناء المداخلة أو بعدها ، كما ويجوز ان يكون سبب الانتان خطأ في التعقيم ، إلا أنه في بعض الحالات التي لا يشك بطهارة مراحل المداخلة فيها ، ينشأ التقيح من تسرب الجراثيم من الاحشاء كما في حالة استئصال الزائدة الملتهبة . وأعراض انتان الجرح هي : الالم والاحمرار والانتباج والحرارة الموضعية . وقد ترتفع الحرارة العامة وسرعان ما يتشكل القيح فأهم ما يعمل في هذه الحالة هو تفجير الجرح بشكل حسن ورفع بعض الغرز لتسهيل ذلك ، وقد يجري للجرح حمام ببعض المواد المطهرة الحارة . ويوصف للمريض البنسلين ومركبات السلفا . وان اندمال الجرح هنا يكون بالمقصد الثاني أي بالتبرعم ، ولا يكون بالمقصد الاول أي بعد مضي سبعة أيام على العمل الجراحي لان الخياطة قد رفعت بسبب التقيح .

٢- النزف Haemorrhage : يكون النزف هنا على نوعين :

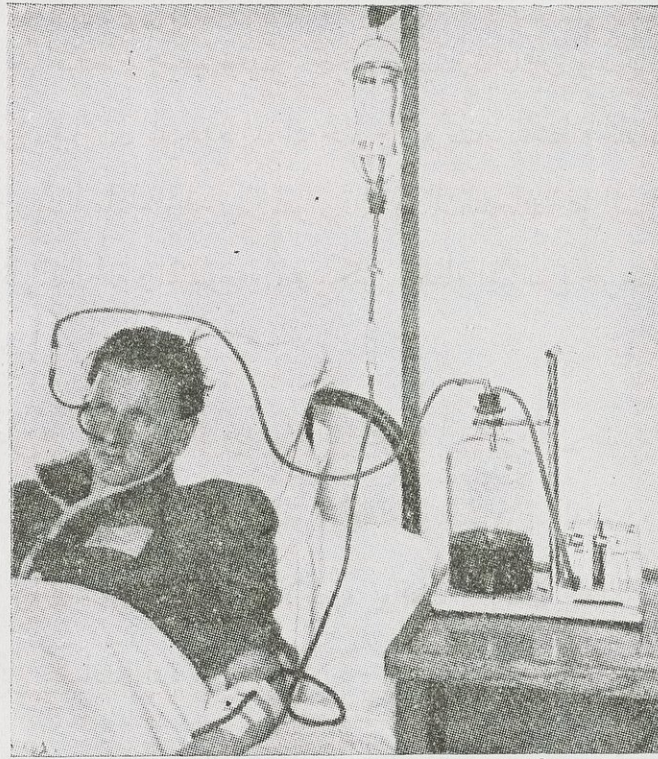
خارجي وداخلي ، فالنزف الخارجي يعرف بتلوث الاضمة السريع بالدم ، أما النزف الداخلي فيعرف بشحوب المريض المفاجيء وبعرقه واسراع نبضه (النبض المتسلق) وهبوط ضغطه وحالة القلق التي تتباه ، وفي كلتا الحالتين يجب اخبار الطبيب .

٣- التهاب البريتوان الحاد Acute Peritonitis : ان التهاب البريتوان المعمم هو اثنان يصيب جوف البطن ، بينما التهاب البريتوان الموضعي يكون الالتهاب فيه محدوداً حول حشى من الاحشاء ، كالزائدة أو المرارة . ويكتشف التهاب البريتوان المعمم أثناء المداخلة الجراحية أو يشخصه الجراح قبل المداخلة ، ويعرف بارتفاع الحرارة العامة وتسرع النبض والتنفس وحالة الوهط وهو آفة خطيرة بسبب التسمم العميق الذي تصاب به العضوية ومعالجته هي تفجير البطن في القسم السفلي منه ، وإعطاء مركبات السلفاميد والمرديات كالبنسلين والستربتوميسين والتتراميسين والسيغميسين ... وغيرها .

٤- شلل الامعاء الرقيقة والمعرة Paralytic ileus : هو شلل يصيب عضلات جدار المعدة والامعاء فتتملىء الاحشاء بالغاز والسوائل التي تستقر فيها لعجزها عن دفعها . وأول علامات هذا الشلل هي انتفاخ البطن المتزايد الذي يبدأ في اليوم الثاني او الثالث بعد العملية الجراحية ، فيبدو المريض قلقاً وتعباً ولا يشكو إلا من ألم بطني بسيط ، ويحدث امساك وانحباس الغازات وقل أن تفيد في ذلك الحقن المفرغة وعندما يتم التنادر يصاب المريض باقياء معندة خضراء اللون واذا لم تعالج الحالة يموت المريض خلال يومين أو ثلاثة بالتسمم العميق .

المعالجة : يعالج هذا الشلل بإعطاء ملعقة صغيرة من ثاني فحمات الصودا

مذابة في نصف قدح من الماء الحار ، وقد لا يعطى المريض شيئاً بل يقلب من وضعة الى ثانية أو ينام على بطنه ، وتستعمل مركبات الفص الخلفي للنخامة $\frac{1}{3}$ سم^٣ أو الاستيل كولين ١٠ غ أو المصل الغني بشاردة البوتاسيوم كمصل «Baxter» Kadalex ويشار بوضع قطرة مستقيمة فكثيراً



(الشكل - ٣) جذب منمرزات المعدة بانبوب رايل بآلة جاذبة

ما تكفي هذه المعالجات في بدء هذا الاختلاط ، أما في الحالات المتقدمة فيشار باستعمال انبوب رايل Ryle (الشكل - ٣) او انبوب ميلر ابوت وذلك

بإدخال الأنبوب إلى المعدة ومنها يمر إلى الأمعاء ثم توصل هذه الأنبوب إلى آلة جاذبة كهربائية، أو تجذب الممرضة مفرزات المعدة بواسطة محقنة عيار ٢٠ سم^٣ بعد أن يدخل من الأنبوب ما طوله ٤٥ سم فيثبت هذا الأنبوب على خد المريض بواسطة رباط لاصق ثم تمص السوائل . ويجب أن تراقب الممرضة الأنبوب خشية انسدادها وان تنقبه إلى ان محتويات المعدة قد امتصت جميعها وقيس حجمها بمقياس خاص وسجل على طبلة المريض ، قبل ان تلقي هذه المواد خارجاً . ويشار باعطاء المصل الملحي زرقاً وردياً مادام الجذب المعوي قائماً وذلك للمحافظة على التوازن بين السوائل الداخلة والمنطرحة ، ويمكن اعطاء المريض جرعات من الماء أيضاً .

تعطى مركبات السلفاميد والمرديات ويشار بالمورفين حسب الحاجة ، وبواسطة هذه الوسائل تستريح الأمعاء وتعطى فرصة لتسترد وظيفتها ، وحينما تزول أعراض شلل الأمعاء يوقف الجذب المعدي وتعطى السوائل بكميات قليلة .

٥ — فثرة الوريد الفخذي Femoral - Thrombosis : تحدث هذه

الحثرة لدى الذين يضعف الدوران عندهم بسبب عدم تحرّكهم وملازمتهم الفراش بصرامة دون التحرك فيه . وتحدث غالباً في الفخذ الأيسر وسبب ذلك ضغط المواد الغائطة المتراكمة في السنين على الوريد الحرقفي

الأصلي الأيسر مما يؤدي الى ركود الدوران في الطرف الأيسر .
وواجب الممرضة أن تنتبه لهذه الأمور السالفة الذكر بعد العمليات
للحوول دون هذا الاختلاط إذ أن الوقاية منه خير من علاجه . فإذا
ما تشكلت خثرة في الوريد الفخذي تحدث عائقة دورانية في الدوران
الراجع لجميع الطرف السفلي فينتبج الطرف ويصاب بالوذمة وحينئذ
تكون معالجته :

١ — بلفه بالقطن وتثبيته بواسطة أكياس الرمل او ميزابة بكل .

٢ — باعطاء الهبارين Heparin أو الديكو مارول Dicumarol .

٣ — اجراء التخضيب القطني .

وبعد أن تزول الحرارة ويعود النبض الى الحالة الطبيعية بيضعة
أيام يجري تمسيد لطيف ويشار على المريض بتحريك طرفه وهناتكون
المرحلة خطيرة اذ يخشى من انفصال قطعة من الصمامة واحداثها احتشاء
في الرئة أو القلب أو الدماغ حيث يقضي على المريض .

٦ — الحمضاض Acidosis : يتعرض لهذا الاختلاط الاطفال

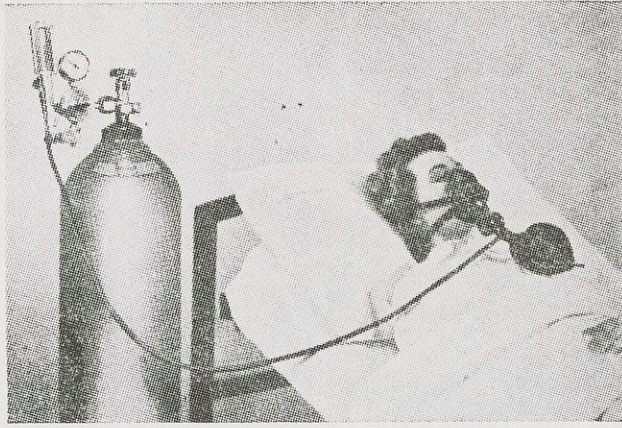
اكثر من الكهول بسبب التخدير واعراضه التيء المستمر مدة يومين
بعد المداخلة فتصبح رائحة النفس حمضة . يعطى المريض في هذه
الحال السوائل بغزارة مع ثاني فحمات الصوديوم والسكر ، وإذا
كان المريض يقيء بشدة فان السوائل تعطى عن طريق الشرج .

٧ - الاضطرابات الصدرية : يجب على المريض بعد العملية ألا يبقى دون حركة في السرير بل ينبغي تغيير وضعيته باستمرار وبفواصل منتظمة ؛ ويطلب منه ان يتنفس تنفساً عميقاً مدة خمس دقائق ٤ مرات يومياً . وبهذه الوسطة يتسع نسيج الرئة وينطرح المفرز المخاطي ويحسن الدوران ، وحينئذ يمكن تجنب كثير من الاختلاطات الصدرية . وان الربط الشديد للبطن والصدر يحول دون التنفس العميق ويهيئ لمثل هذه الاختلاطات فيجب اجتنابه .

ان المرضى المصدورين هم عرضة للاصابة بعد العمليات بذات القصبات الحادة أو ذات القصبات والرئة أو ذات الرئة الحادة ، وينشأ ذلك عن عدم تدفئتهم التدفئة اللازمة اثناء نقلهم من غرفة العمليات او بسبب دخول المفرزات المخاطية او الدم او المواد الملقاة الى المجاري التنفسية اثناء الخدر . وان المرضى المسنين والضعفاء هم عرضة للاصابة بذات الرئة الركودية بسبب الاضطجاع المديد وبطء الدوران الدموي ، ويجب تمريض مثل هؤلاء المرضى بوضعية نصف الجلوس أو الجلوس منذ البدء ، لان ذلك يسهل عليهم التقشع والسعال . ويساعد انشاق هؤلاء المرضى لأبخرة المتول على قذف المفرزات المخاطية وتنشيط التنفس .

ان الصمامة الرئوية هي نتيجة لانفصال علقه من الخثرة الوريدية

الفخذية ، ويمكنها أن تحدث في الاسبوع الاول أو الثاني بعد العملية ، فاذا كانت العلكة المنفصلة كبيرة فقد يقضى على حياة المريض حالاً ، اما اذا كانت صغيرة فانها تسد قسماً من الدوران الرئوي على منطقة محدودة من الرئة فتبدو اعراض ذات الرئة .



(الشكل - ٤) قناع B. L. B. لأنشاق الاوكسجين

ومعالجة هذه الحالة هي انشاق المريض الاوكسجين بقناع B. L. B. (الشكل-٤) واتباع نفس المعالجة المتبعة في ذات الرئة .

ومن الاختلاطات الرئوية انخماص الرئة Collapse of the lung الذي يحدث عقب التخدير او العملية الجراحية ، وتعيد التمارين التنفسية للرئة حجمها كما يؤدي ادخال قططرة مطاط وجذب المفرزات الى انتفاخ القصبة المسدودة ومن ثم دخول الهواء الى داخل الرئة وبالتالي توسعها وزوال حالة الخنص .

٨ - توسع المعدة الحاد Acute dilatation of the stomach : يحدث

توسع المعدة بعد ٢٤ ساعة من العملية فيشكو المريض حالة انقباض
آني وقيء وصدمة . ان شلل جدر المعدة هو جزء من شلل جدر
الامعاء العام ومعالجته هي بجذب مفرزات المعدة والغازات المنحجسة
فيها بواسطة انبوب رايل (الشكل-٣) فيزول هذا الاختلاط حالاً .



الفصل الثاني

الأمراض الجراحية العامة

الباب الأول

العفونات الموضعية

تشتمل العفونات الموضعية على : الالتهاب المحدود ، الخراج
الحار ، الفلغمون المنتشر ، الدمل ، الجمرة الحميدة ، التهاب الغدة العرقية .

١ — الالتهاب المحدود Local inflammation

التعريف: الالتهاب المحدود هو تفاعل النسيج الحية نحو العوامل الراضة.
الأسباب والأمراض : ان جميع الجراثيم المقيحة كالمكورات
العقدية والعنقودية والرئوية والعصيات الكولونية وغيرها يمكن أن
تحدث التهاباً بعد أن تدخل العضوية من جرح أو تشقق في الجلد أو
الاعشية المخاطية فإذا دخل أحد هذه الجراثيم دافع البدن عن نفسه
بانسلا الكريات البيض من خلال جدران الاوعية الى الناحية التي

دخل منها الجرثوم، فالكريات البيض تحيط بالجرثوم وتبتله بعد أن تتغلب عليه بفرزها مواد مضادة لسمومه وقاتلة له وبذا يتخلص البدن من شره. أما إذا غلبت الكريات البيض على أمرها حينئذ يستولي الجرثوم ويحدث التهاباً محدوداً أو تعفنًا عاماً.

الأعراض : هي ١ — الاحمرار : يحمر الجلد أو الغشاء المخاطي بسبب توسع الاوعية الدموية في المكان المتهب .

٢ — الحرارة الموضعية ناتجة عن نشاط الدورة الدموية في القسم المتهب .

٣ — الانتباج سببه ارتشاح المصل الدموي من الاوعية في المنطقة المصابة الى النسيج وانسلال الكريات البيض .

٤ — الألم ناجم عن انضغاط النهايات العصبية بسبب الارتشاح الحادث في النسيج .

٥ — انعدام وظيفة العضو المصاب .

٦ — أعراض عامة: هي ارتفاع الحرارة واسراع النبض والتنفس وحالة الدعث .

السير : يفضي الالتهاب إما الى الارتشاف أو التقيح أو الإزمان .

المعالجة : تكون المعالجة موضعية وعامة ونوعية .

أ — المعالجة الموضعية : توضع كمادات حارة أو يجرى للمريض حمامات حارة ويثبت العضو بجبائر ليرتاح كما وتجري ضمادات مطهرة

بالغول . ويشير البعض اذا كان الألم شديداً بوضع كمادات باردة أو أكياس الجليد .

ب - المعالجة العامة : يعطى المريض طعام سهل الهضم ويراقب تغوطه كما ويعطى المسكنات كالأسبرين مثلاً اذا كان متألماً .

ج - المعالجة النوعية : توصف مركبات السولفاميد أو المرديات كالبنسلين والستريبتومايسين والألبامايسين والاوريومايسين والترامايسين والسيغممايسين و....

٢ - الخراج الحار Acute Abscess

التعريف : الخراج الحار هو مجمع من الصديد محدود في جوف حديث النشوء يتلو عادة حالة التهابية . يحدث في كل مكان من البدن .
الأسباب : يمكن لجميع الجراثيم المقيحة أن تحدث خراجاً حاراً كالمكورات العقدية والعنقودية والعصيات الكولونية وغيرها كما ان المواد الكيماوية المخرشة اذا حقنت تحت الجلد قادرة على احداث القيح غير أن قبحها عقيم .

الأعراض : أعراض الخراج الحار على نوعين موضعية وعامة :
الأعراض الموضعية : هي ١ - الانتفاخ .

٢ - الحرارة الموضعية .

٣ - الاحمرار .

٤ - الألم .

٥ - التمزج : وهو عرض واسم للخراج .

ب - الاعراض العامة : هي العرواء وارتفاع الحرارة وحالة الدعث .

فحص الدم : يبدي زيادة في عدد الكريات البيض ولا سيما
كثيرات النوى لذا وجب تعيين الصيغة الكروية .

المعالجة : هي تفجير القيح بشق الخراج ثم وضع مفجر من المطاط
أو أشعار فلورانس وإذا كان الخراج صغيراً ، وفي مكان دقيق كالوجه
أو العنق ، يجري ما يسمى بالخزام كي لا تحدث ندبة مشوهة ثم يعطى
المريض مركبات السولفاميد والمرديات .

٣ - الفلغمون المنتثر Cellulitis

التعريف : هو شكل معين من الالتهاب يتصف بانتشاره في طبقات
الانسجة العميقة البعيدة وإماتته لها .

الاسباب : تقسم الى اسباب مؤهبة واسباب محدثة :

أ - الاسباب المؤهبة : كل ما اضعف البدن كالداء السكري والبيله
الآحينية والامراض القلبية .

ب - الاسباب المحدثة : ينشأ الفلغمون المنتثر غالباً من المكورات
العقدية يشار كها اللاهوائيات ، أما المكورات العنقودية والجراثيم
المقيحة الاخرى فنسبة أحداثها له أقل .

الاعراض : للفلغموت المنتشر اعراض موضعية وأعراض عامة :

١ - تورم العضو وتوتره .

٢ - ترخمت لامعة في الجلد .

٣ - احمرار الجلد أو اسمراره .

٤ - تغنر الجلد وخروج الصديد منه .

الاعراض العامة : هي ارتفاع الحرارة وازدياد الاضطراب مع هذيان وخفقان قلبي وعوارض هضمية كالقيء والاسهال .

المعالجة : تجرى شقوق كبيرة باكرة بالمبضع أو الميسم بعيدة عن الجذوع الشريانية على ان تترك مسافات بين الشقوق قدرها ٤ سم منعاً لتعريض شريجات الجلد للموات ثم يوضع في بؤر الصديد مفجرات من المطاط وتروى الناحية بمحلول داكان ثم يعطى المريض المرديات ومركبات السولفا حسب نوع الجرثوم ودرجة تأثره من المادة المضادة للالتان .

٤ - الدمل Boil

التعريف : الدمل هو عقيدة التهابية صلبة منحصرة في الادمة واللحمة .

الاسباب : ينشأ الدمل من المكورة العنقودية المذهبة غير ان

دخول هذه المكورة الى الجهاز الشعري الدهني لا بد له من أسباب

مؤهبة وهذه الأسباب هي موضعية وعامة :

الاسباب الموضعية : الاحتكاكات، الرضوض الخفيفة، قذارة الجلد،
إصابة الجلد بالاكزما أو تقرحه لذلك يكثر الدمّل في المواضع التي
تكثر فيها الاحتكاكات كالظهر والعنق والالية والوجه .

الاسباب العامة : هي الداء السكري وأمراض الكبد
والقلب والكلى .

الاعراض : ١ - تورم يبدو بشكل برزة حمراء في رأسها شعرة .

٢ - ألم لا يناسب حجم الآفة .

٣ - فقاعة صغيرة في ناحية الدمّل تظهر في قمته .

٤ - تنفقيء الفقاعة ويظهر منها الغثيث .

بعد أن ينطرح الغثيث يبقى مكانه جوف لا يلبث أن يمتلئ
خلال بضعة أيام ويشفى الدمّل .

المعالجة : تضمد الناحية بالغول وإذا وجد قيح يفجر ذلك القيح
ويضمد ثم يعطى المريض المرديات وإذا استعصى الشفاء يعالج
المريض بالأشعة المجهولة أو بحقن البرويدون وإذا لم يستفيد المريض
من هذه المعالجة يجب أن نفتش عن السبب المؤهب وذلك بمعايرة سكر
الدم وتحري الطفيليات في البراز لمعرفة حالة الامعاء . أما عند الفتيات
والفتيان فيشار بإعطاء الستيلبيستروول وخميرة البيرة .

٥ — الحمرة الحميرة Carbuncle

التعريف : الحمرة الحميدة هي مجموعة دمامل لا ينحصر الالتهاب فيها في الادمة بل يمتد الى اللحمية .

الاسباب : تنشأ الحمرة الحميدة عن المكورة العنقودية المذهبة كما ان هنالك اسباباً مؤهبة هي نفس الاسباب التي مر ذكرها في الدمل .
الاعراض : ان اعراض الحمرة الحميدة نوعان ، موضعية وعامة :
أ — الاعراض الموضعية : ١ — صفحة كبيرة تابعة لعدد الاجهزة الشعرية الدهنية التي اصبحت ، وهي صلبة سمراء مؤلمة ومتوذمة .

٢ — تظهر على الصفحة المذكورة فقاعات متعددة بعد مضي يوم أو يومين على احمرارها .

٣ — تنفقيء هذه الفقاعات ويحل محلها ثقب يظهر من خلالها غثيث ، لذا شبه القدماء الآفة بعش النحل Honey comb .

٤ — ان الآفة لا تبقى منحصرة بل تنتشر تحت الجلد ويحدث فلغموناً منتشرأ وبعد مضي سبعة الى عشرة ايام يرق الجلد في منطقة ما في مكان الاتباج أو في عدة مناطق ثم ينفجر ويخرج القيح وتتكون نواسير ، وبين هذه النواسير يحدث موات في الجلد .

ب — الاعراض العامة : هي ارتفاع الحرارة من ٣٩ — ٤٠ درجة اسراع النبض ، نوافض ، هذيان .

المعالجة : يحقن المريض بالبنسلين ويعطى مركبات السولفا أو يعطى التيرامايسين والسيغممايسين وإذا لم تجد هذه المعالجة نفعاً تفجر الجمرة باجراء شق صليبي ورفع الشرائح الاربعة لكي يتفجر القيح بسهولة ويجب ان يجرى الشق بالكاوي الناري أو الكهربائي لا بالمشروط ثم يعالج السبب المؤهب .

٦ - التهاب الغدة العرقية

يختلف هذا الالتهاب عن الدمل باستقراره تحت الجلد فنجدّه في معظم الاوقات تحت الابط .

الاعراض : ١ - شعور المريض بجسم غريب تحت ابطه غير مؤلم في بدئه مدور يتحرك تحت الاصبع .

٢ - اذا نظرنا الى هذا الورم نرى نقطة سوداء هي فوهة قناة الغدة .

٣ - يحدث بعد ١ - ٣ ايام تقيح يمتد الى محيط الغدة لذا يزداد الألم بعد ان كان لا يعبأ به في البدء .

٤ - ظهور اعراض الخراج كالتموج واحمرار الجلد ثم انبثاقه وخروج القيح ومن النادر ان يكون التهاب الغدة العرقية منفرداً بل يصيب الغدد المجاورة لذا يتصف بنكسه .

المعالجة : يعالج التهاب الغدة العرقية كما يعالج الدمل لان العامل

المرضي واحد ، فبعد تكون القيح يجرى الشق وتستعمل المرديات ويجرى الاستدعاء الذاتي وتعطى اللقاحات وتطبق الاشعة وفي كثير من الاوقات لا تجدي هذه المعالجة فيضطر الجراح لفتح الناحية فتحاً واسعاً لاستئصال جميع الغدد العرقية .

الباحث الثاني

عفونات الدم العامة

١ - نعفن الدم Septic.Emia

التعريف : نعفن الدم هو عفونة جرثومية تحدثها شتى الجراثيم .

الاسباب والامراض : ١ - الاسباب المحدثه : يمكن لجميع الجراثيم ان تحدث عفونة عامة في الدم كما اثبت ذلك زرع الدم اذ بواسطته تتحقق من وجود الجراثيم ونوعها ومن تعين درجة تحسسه نحو المرديات المختلفة . فالجراثيم ترد الى الدم على شكل دفعات من بؤرة عفنة موضعية (كالجمرة الحميدة والالتهابات الرحمية النفاسية والجروح العفنة والتهاب الزائدة وذات العظم والنقي الحادة) وهي لا تؤدي

حتماً الى تسمم دموي صريح الا اذا كانت قادرة على التكاثر في الدم
لذلك فان عفونة الدم لا تحدث الا اذا كان الجرثوم شديد الحمى
وامكنه التغلب على وسائل الدفاع في البدن .

نستنتج اذن بأن عفونة الدم العامة تختلف عن تجرثم الدم حيث ان
الجرثوم يمر في الدم دون ان يحدث اعراض تسمم لنشاط وسائل الدفاع
في البدن ، كما وانها تختلف عن تذيفن الدم حيث لا يوجد الجرثوم
في الدم بل يبقى في البؤرة العفنة ويرسل ذيفاناته الى الدورة الدموية .
وان اهم الجرائم المحدثه لعفونة الدم هي : المكورات العنقودية
المذهبة والبيضاء والمكورات العقدية والرئوية والبنية والسحائية
وعصيات فريد لندر والكولونية وغيرها .

٢ — الاسباب المؤهبة : هي الأمراض المنهكة التي تقلل من مقاومة
البدن كداء برايت وداء السكر وغيرها .

الاعراض : ان أعراض تعفن الدم هي عرواء تتلوها حرارة
تصل من ٣٩ — ٤٠ درجة مع اسراع في النبض ودعث . وقد تحدث
اندفاعات في الجلد ويتسخ اللسان فيصبح جافاً وتفقد الشهية ويصاب
المريض بأرق وهذيان ويضخم الطحال ويصبح مجسوساً ، وقد يحدث
لون يرقاني ويكتف البول ويشاهد فيه الآحين والكريات الحمر ولا
بد من زرع الدم للتيقن من طبيعة العامل المحدث لتعفن الدم ودرجة
تأثره من المرديات .

المعالجة : توجه الى البؤرة الموضعية المسببة فتعالج هذه البؤرة معالجة موضعية ويعطى المريض المرديات المناسبة للجراثيم المسبب كالبنسلين ومركبات السولفاميد وغيرها ويشار الى مراقبة انطراح السوائل إذ يجب أن يطرح من البول ما لا يقل عن ١٥٠٠ غ لذلك نضطر لاعطائه المصول للتقليل من تأثير الذيفان كما ويعطى المنشطات القلبية الوعائية كالكورامين مثلاً وفي بعض الأحيان نضطر الى نقل الدم . وان المعالجة الفعالة تتم باعطاء المرديات النوعية ضد الجرثوم والذي يعرف بتحري تحسس الجرثوم نحو المرديات مخبرياً.

٢ - تقيح الدم Pyaemia

التعريف : تقيح الدم هو تشكل عدة خراجات في مناطق وأعضاء مختلفة من البدن ناتجة عن صمامات جرثومية في الاوعية الشعرية من هذه الاعضاء .

الاعراض : هي اعراض تعفن الدم ولا تختلف عنها إلا بالنوافض المتتابة إذ كلما تكوّن خراج حدث نافض يستمر من ١٥ - ٢٠ دقيقة يعقبه ارتفاع حرارة فعرق غزير.

المعالجة : كما هي في عفونة الدم .

الادوية الحديثة المستعمدة في معالجة العفونات

وهذه الادوية هي : مركبات السولفا والمرديات .

١ - مركبات السولفا أو السولفاميدات

The Sulphonamides

توقف مركبات السولفا نمو الجراثيم وتمنعها عن التكاثر وتخفف من نشاطها وحيويتها ، ولذا فهي من زمرة الادوية الموقفة لنمو الجراثيم Bacteriostatic . ويتم هذا التأثير ، حسب النظريات الحديثة ، بما تحدثه السولفاميدات من نهى في وظائف حمض بارا آمينو بانزويك P. A. B. العنصر المساعد على نمو الجراثيم .

ولا تقدر مركبات السولفا أن تقوم بتأثيرها الدوائي السابق اذا ما وجدت بتناس قبيح أو نخرة متموتة أو أي مفرز مرضي عفن ، كما وتفقد السولفاميدات قيمتها الدوائية حينما تلامس مادة البروكاين وسواها من المخدرات الموضعية ، ويعود السبب في ذلك لوجود نواة P. A. B. في بناء هذه المخدرات .

وتكتسب الجراثيم مقاومة ضد السولفا Sulfamido-resistance عندما يعطى الدواء بمقادير ضئيلة وعلى غير هدى ، وهذه المقاومة

لا تكون عادة ضد جميع انواع السولفا بل يقتصر أمرها ضد المركب الذي اخطى استعماله .

ولا يخلو اعطاء السولفا من محاذير ، تنجم عن عدم تحمل دوائي ، تبدو في عوارض بسيطة كالغثيان والقيء والاندفاعات الجلدية ، أو عوارض خطيرة كالزرقعة وفقدان الكريات المحببة وإحماض الدم Acidosis وانقطاع البول ...

ولمركبات السولفا أنواع كثيرة ، لكل منها تأثير يكاد يكون خاصاً بمرض جرثومية دون غيرها ، فالمكورات العقدية مثلاً تخضع للسلفوناميديين المكورات الرئوية تتأذى بشدة من السولفاتيازول ... ومنه ضرورة ذكر أنواع السولفاميدات باختصار :

١ — زمرة الـ ، سولفانيلاميد Sulfanilamide كالـ ، Septazine ، وتقيد خاصة في الانتانات بالمكورات العقدية وبالمكورات السحائية .
٢ — زمرة الـ ، سولفا بيريدين Sulfapyridine كالـ ، داجينان Dagénan وأشد تأثيراتها تبدو في معالجة الانتانات بالمكورات الرئوية والبنية ثم بالعقدية والسحائية ...

٣ — زمرة الـ ، سولفاتيازول Sulfathiazole كالـ ، سييازول Cibazol ، وتؤثر بشكل خاص في المكورات البنية والرئوية والسحائية .

٤ — زمرة الـ ، سولفاديازين Sulfadiazine ولا سيما مشتقاته الملهتيلية كالـ ، سولفاميتازين Sulfaméthazine (مثاله : ديازيل ،

إلكوزين (Diazil , Elkosine) وكال سولفاميرازين Sulfamérazine (مثاله : Sumédine) ، فهذه المركبات جميعها نادرة السمية ، متعددة التأثيرات نحو معظم الجراثيم المقيحة .

٥ — زمرة مركبات السولفا الخاصة بالانتانات المعوية : وفيها :
ال ، سولفاغواندين Sulfaguanidine وال ، Succinyl-sulfathiazol وال ، Phtalyl-sulfathiazol .

وهذه المركبات تفيد في معالجة التهابات المعى كما وتستعمل أثناء التدخل الجراحي على الامعاء والכולونات .

٦ — زمرة مركبات السولفا المضادة للسيل ، كال ، Promine وال ، Diazone وتأثيرها في عصية كوخ لا يزال موضع نقاش .
٧ — زمرة مركبات السولفا المضادة للداء السكري ، كال ناديزان Nadisan وال غلوكوفرمن Glucofren وهي تفيد في انقاص سكر الدم عند المصابين بالداء السكري .

٨ — زمرة مركبات السولفا المدرّة للبول ، كال دياموكس Diamox الذي يستعمل في إزالة الوذمات اللقيية المنشأ أو غيرها .

٩ — زمرة مركبات السولفا ذات التأثير المديد ، كال اوري سول Orisul وله دركين Lederkyn وميديسهل Midicel ، وتقوم هذه الأدوية بتأثيرات قوية مضادة للعفونة وتمتاز عن باقي مركبات السولفا بكونها تحتفظ في الدم بكثافة فعالة لمدة لا تقل عن ١٢ - ٢٤

ساعة ومنه الاقتصار في إعطائها على دفعتين تفصاهما فترة ١٢ ساعة .

٢ — المضادات

The Antibiotics

وتشتمل على البنسلين ، الستربتوميسين ، الكلورومستين ، الترامسين
الأوريوميسين ، التيروتريسين ٠٠٠

١ — البنسلين Penicillin : وهو مفرز حيوي يعزل عن مزرعة
الفطر المسمى *Penicillium Notatum* . وأول من كشف النقاب عن
هذه المادة، وعرف خصائصها المضادة للعفونة، هو العالم فلمنغ Fleming
عام ١٩٢٩ .

وقدرة البنسلين في مكافحة الالتهابات عظيمة ، وأشد تأثيراته
تبدو في المكورات المقيحة سواء أكان غرام فيها إيجابياً أم سلبياً ،
كالمكورات العنقودية والعقدية المقيحة والبنية والرئوية والعقدية
اللاهوائية ، كما وتؤثر في العصيات من صنف الدفترائية .

والبنسلين كمر كبات السولفا ، تكتسب الجراثيم مقاومة ضده
Penicillin resistant عندما يكون المقدار البدئي ضئيلاً وسلسلة
المعالجة غير كافية ، وهو أمر يتطلب اعطاء البنسلين بمقدار بدئي
مناسب وبانتظام .

حينما يدخل البنسلين الى عضوية المريض ، يمتصه النسيج سريعاً ،

ليجول في الدم ثم يبدأ بالانطراح سريعاً ، مما يجعل اعطاء هذا الدواء مزعجاً اذ يتطلب تكرار زرقه بانتظام كي يحافظ على كشافه ثابتة في الدم . وللحيلولة دون هذا المحذور ، أوجد العلماء شكلاً من البنسلين البروكائيني Penicillin-Procaïne ، الذي يمتاز بدوام تأثيره في البدن خلال ٢٤ ساعة أو أكثر .

لا يعتبر البنسلين دواءً مطهراً بنفسه ، كحمض الفنيك مثلاً ، ومنه ضرورة اتخاذ جميع وسائط الطهارة حين اعطائه . ومن الملاحظ ، أن الحموض والقلويات والمؤكسدات ومركبات الكلور والزنابق (سلياني) والغول ٠٠٠ كلها عوامل تخرب البنسلين ، ولذا وجب عدم استعمال أحد تلك المواد مشرّكاً مع البنسلين في معالجة الجروح العفنة مثلاً أو الكسور المفتوحة أو ادخالها معاً في مجرى النواسير لمعالجة التهاب عظم ونقي منوسر .

ولا بد من الإشارة الى ان القيح أو مفرزات النسيج المريضة ، لا تؤذي البنسلين خلافاً لما عليه مركبات السولفا . أما مقدار البنسلين الدوائي فيجب تكيفه ليس مع كل آفة فحسب ، بل ومع كل مريض أيضاً .

ومن مزايا البنسلين ، ضآلة حوادث عدم تحمله ، ويندر جداً أن يتحسس بدن المريض من هذا الدواء . وأشكاله الدوائية كثيرة تختلف حسب طريق الادخال .

وآلية تأثيره معقدة ، على أن فامنغ وفلوري وأعاونهما قد أوجزوا طرز تأثير البنسلين بقولهم « انه حال للجراثيم وموقف لنموها » .

٢- الستربتوميسين Streptomycin : استحصل واكسمان Waksman عام ١٩٤٤ الستربتوميسين من مزروع الفطر العقدي الرمادي *Streptomyces griseus* . وثبت أن هذا الدواء ثابت كيمياوياً وحيوياً ، لا تعاكس تأثيره الخماثر خلافاً للبنسلين .

ويؤثر الستربتوميسين اجمالاً في الجراثيم التي لا تأخذ غرام تأثيراً أخف من البنسلين ، ولذا يقال بأن الستربتوميسين يتمم عمل البنسلين . وأبرز تأثير له ، هو في عصية كوخ حيث لا تأثير مطلقاً للبنسلين . وينتشر الستربتوميسين سريعاً في البدن عقب حقن العضلات به أو تحت الجلد أو في الوريد . وتفقد العضوية بعد ١٠ — ١٢ ساعة ولذا وجب تكرار الزرق ٢ -- ٣ مرات كل ٢٤ ساعة ، ليحافظ البدن على الدواء بكثافة موافقه .

يستعمل الستربتوميسين عادة بشكل ملحه كبريتات ويفضل عليه اليوم استعمال مركبه دي هيدرو ستربتوميسين Dihydro-streptomycin . أما مقداره اليومي فيتراوح زرقاً عضلياً بين الغرام والغرامين ، ويجوز في بعض الحالات ابلاغه حتى ٤ غرامات .

وإذا ما شذ الطبيب عن إعطاء الستربتوميسين بالمقادير الدوائية

المناسبة وخلال فترة موافقة ، فان الجرثوم المتحسس من الستر بتو ميسين ينقلب جرثوماً مقاوماً له .

ويعتبر هذا الدواء ، من مضادات العفونة الموقفة لنمو الجراثيم حينما يعطى بالمقادير الضئيلة ، والحالة للجراثيم عندما يستعمل بمقادير كبيرة . أما سمية الستر بتو ميسين ، فقد نقصت اليوم بعد أن استعمل بشكل دي هيدرو ستر بتو ميسين . ويمكننا أن نوجز ، عوارض عدم التحمل هنا ، بما يلي :

عوارض نظير الهيستامينية ، عوارض تحسسية ، علائم التخرش الكلوي ، اضطرابات عصبية ، اضطراب وظيفة الحزوف الأذني ، تخرش مكان الزرق ...

٣ — الكلوروميسيتين Chloromycetin — ويسمى فناً Chloramphénicol وقد اكتشفه Burkholder في الفطر العقدي Streptomycès Venezuelæ .

ويؤثر الكلوروميسيتين بشدة في الجراثيم التي تأخذ غرام وغير الآخذة لغرام ، ويعتبر تأثيره نوعياً في معالجة الاختلاطات الجراحية للحمى التيفية دونما حاجة للبضع عادة ، كالتقارب الامعاء وذات العظم والنقي التيفي والتهاب المفصل التيفي والتهاب الوريد . . . وله فائدة لا تنكر في معالجة آفات جهاز البول الالتهابية الناجمة عن عصيات أو مكورات ، كالتهاب البربخ والبروستات والتهاب الاحليل

اللائوعي والسيلان . . . وذكرت فائدته أيضاً في معالجة الجمرة الخبيثة ، هذا فضلاً عن فائدة استعماله في الأمراض الجراحية العفنة التي لم تخضع لتأثير البنسلين والستربتوميسين .

والكلوروميسه تين بالمقدار الدوائي ، لا يحدث إلا نادراً بعض العوارض كالغثيان والصداع واندفاعات جلدية واضطرابات هضمية . أما مقداره الدوائي فهو عند الكهل ولمعظم الائنات ٥٠ - ٦٠ ملغ لكل كيلو من وزن المريض يومياً مجزئاً بانتظام . ويجب الدوام على هذا المقدار حتى هبوط الحرارة حيث يخفف بالتدريج ليقطع حينما يتم الشفاء . وخير طريق لادخال هذا الدواء هو الفم بشكل محافظ أو مضغوظات أو شراب ، كما ويجوز في حالات نادرة استعماله زرقاً وتطبيقه موضعياً ، في التقرحات العفنة مثلاً ، من سائله أو مرهمه الجاهزين لهذه الغاية .

٤ - اورهوميسين Auréomycin : يملك قدرة على وقف نمو الجراثيم وعلى قتلها أحياناً ، سواء أكان غرام فيها سلبياً أم ايجابياً ، ويؤثر أيضاً في بعض الحميات الراشحة .

ويختلف هذا الدواء عن باقي المرديات ، بأنه لا يستعمل غالباً إلا بطريق الفم وبمقدار يومي مجزئاً يبلغ ٥ - ١٠ سغ لكل كيلو من وزن المريض .

وأكثر ما يستعمل في الجراحة إنما يكون لمعالجة الالتهابات

والتيقحات التي لم تؤثر فيها باقي مضادات العفونة الكيميائية أم الحيوية ، كما ويفيد للوقاية من الانتانات الثانوية أثناء التدخلات الجراحية لا سيما المجراة على الانبوب الهضمي .

٥ — **تيروثريسين** Thyrothricin : تقتصر الاستفادة من هذا الدواء ، على تطبيقاته الموضعية ، كدواء مضاد للنشاط الحيوي ، في معالجة : الحروق المتقيحة والجروح العفنة والقروح المختلفة ولا سيما الدوائية منها ، والتهاب العظم والنقي ونواسيرها ، وفي جوف الحشاء بعد كشفه جراحياً ...

٦ — **تراميسين** Terramycin : يؤثر هذا الدواء في زمر جرثومية كثيرة تمتد منذ المكورات العنقودية المقيحة حتى بعض الحميات الراشحة ، لذلك فإن التراميسين يفيد واقعاً وشفافياً في التدخلات الجراحية واختلاطاتها لا سيما في جراحة الصدر وجهاز البول وفي التدخلات على الانبوب الهضمي وبخاصة على الكولونات ، كما يفيد استعماله في معالجة الغنغرين الغازية ويفضل هنا اشراكه مع الستربتوميسين . ويستعمل بنجاح في معالجة الحمرة الحميدة والخراجات مهما كان مقرها (حتى خراجات الرئة والكبد والثدي ...) ويفضل أن يترافق إعطاؤه هنا بتفجير المجمع القيحي إذا أمكن ذلك ، وإلا فإنه يفيد تشريب آفات النسيج الالتهابية المحدودة بمحلول التراميسين كما هو الحال في معالجة ذات العظم والنقي والخراجات المسدودة .

ويشار عادة باعطاء التراميسين عن طريق الفم ، في الحالات المرضية المعتدلة بمقدار يومي مجزأ يبلغ ٢٥ ملغ لكل كيلو من وزن المريض بينما في الحالات الوخيمة فانه يعطى زرقاً وريدياً بمقدار $\frac{1}{4}$ - ١ غ يومياً ومجزأ على مرتين ، ومنذ أن تتحسن الحالة ياغى الطريق الوريدي ويستعاض عنه بطريق الفم .

٧ - أبرينزوسين Erythrocin : وهو من المرديات الفطرية ، استخرج من مزرعة الـ *Streptomyces erythreus* . يؤثر بطريق الفم ، في كثير من الجراثيم سواء أخذت غرام أم لم تأخذ غراماً وفي بعض الحميات الراشحة . ويظهر أن سمية هذا الدواء قليلة ، فلا يترافق استعماله عادة بظهور عوارض هامة . ويستعمل خاصة في العفونات الناجمة عن جراثيم مقاومة للبنسلين ، وقد ظهرت فائدته في معالجة الأمراض الجراحية التالية : الحمرة ، ذات العظم والنقي .

٨ - فوميديل Fumidil : يستخرج من مزرعة الـ *Aspergillus Fumigatus* ، ويستعمل بطريق الفم في معالجة الخراجات ذات المنشأ المتحولي مهما كان موضع الخراج سواء أكان في الكبد أم في عضو آخر .

٩ - تتراسكلين Tetracycline : يوجد جهازاً باسم تتراسين Tetracyne وآكروميسين Achromycine ويملك تأثيراً في الجراثيم المقيحة التي

تأخذ الغرام أو التي لا تأخذه وخاصة أدواء المكورات العنقودية والعقدية وكذلك في الريكتزيات والعصيات التي لا تأخذ الغرام وفي المتحولات الزحارية .

ويختلف مقداره الدوائي حسب نوع الإصابة أو باختلاف المرضى ، وهو وسطياً (١ غرام) مجزئاً بطريق الفم أو حقناً عضلياً أو وريدياً .
١٠ — **مغنامين** Magnamycine : إن ساحة تأثير هذا الدواء واسعة إذ يؤثر في معظم الجراثيم ولا سيما التي أصبحت عنيدة على تأثير البنسلين كالمكورات العنقودية ولذلك ينجح استعماله في معالجة الجمرة الحميدة وداء الدمامل ، وله تأثير هام في حمة الداء النفراوي الحبيبي وبعض العصيات التي لا تأخذ الغرام .

يوجد بشكل ملبسات في الواحدة ١٠٠ ملغ ، يعطى منها مقدار ٢ — ١ غرام كل يوم مجزئاً .

١١ — **ميكوستاتين** Mycostatine : يؤثر هذا الدواء في المونيليا مهما كان مقرّ توضعها ، ومنه فائدة استعماله في معالجة داء المونيليا التناسلي وداء المونيليا Monilase الهضمي الذي تكثر مشاهدته عقب استعمال المرديات المختلفة عن طريق الفم كالأكروميسين ولذلك كثيراً ما يمزج به كما هو الحال في المستحضر ميستكلين Mystecline .

يوجد بشكل محافظ تعطى بحفظة منها كل ٤ — ٦ ساعات .

١٢ — **ألباميسين** Albamycine : وهو يفيد في الإلتانات الناجمة عن

جراثيم آخذة لغرام وبعض العصيات الغير آخذة لغرام، مهما كان مقر الآفة.
ومقداره اليومي هو ١ غرام مجزءاً على ٢-٤ دفعات من محافظه
أو شرابه .

١٣ - روفاميسين Rovamycin : تحضره مخابر سيسيا بشكل
مضغوطات (٢٥٠ ملغ في الواحدة) ومسحوق معطر وفتائل (تحتوي
الواحدة ٥٠٠ ملغ) ، تستعمل في معالجة الإلتانات الناجمة عن المكورات
العنقودية والعقدية والمعوية والرئوية وعصيات بورده جينكو
والريكيتزيات .

١٤ - روميسيل Romicil : ويدعى فنياً أولياندوميسين Oléando-
mycine وهو يفيد في العفونات المختلفة التي تبدي عناداً على باقي المرديات
وخاصة في معالجة الجمرة وداء الدمامل والتهاب العظم والنقي والقرمزية
وإلتانات الجهاز البولي أو التنفسي ... وقد مزج بالتراسكلين باسم
سيجماميسين Sigmamycine .

١٥ - فيوميسين Viomycine : يستعمل كدواء مضاد لعصية كوخ
وخاصة المعنّدة على أدوية التدرن الباقية .

ومقداره الدوائي هو ٢ غرام كل ٣ أيام أي ١ غ كل ١٢ ساعة
ويستريح يومان ، وهكذا خلال فترة لا تقل عن ٣-٤ أشهر .

١٦ - د - سيكلوسيرين D-cycloserine : يفيد هذا الدواء في معالجة
التدرن الرئوي أو في الإلتانات البولية الناجمة عن العصيات الكولونية

أو المكورات العنقودية أو العنقودية ، وذلك بمقدار ١٢,٥ ملغ لكل كغ من وزن المريض يومياً .

١٧- مارسيليد Marsilid : يملك تأثيراً نوعياً في معالجة التدرن الجراحي كسل العظام أو المفاصل أو سل العقدة أو النواسير الدرقية كما أنه يساعد على تحسن حالة المريض العامة إذا كان مصاباً بالتدرن الرئوي المسترسل . يبدأ عادة باعطاء مقدار ٢-٣ ملغ لكل كغ وزناً يومياً ، ويشابر على هذا المقدار حتى تحسن الحالة العامة ، ثم يبدأ بإنقاص المقدار حتى يبلغ ١-٢ ملغ لكل كغ وزناً .

١٨- بايسيترايسين Bacitracine : يملك تأثيراً خاصاً في الجراثيم التي تأخذ غرام وفي المتحولات الزحارية وبعض البريميات وهو لا يؤثر إلا موضعياً سواء في الجلد أم في الأغشية المخاطية ، وأكثر ما يفيد هو في القروح والحروق والجروح المتعفنة حيث يشرب المضاد بمحلول هذا الدواء أو يطبق مرهمه ، كما يستعمل في التهابات الجلد وداء الدمامل والعدّة وآفات العين والأنف والأذن الإلتهابية . ويستعمل عن طريق الفم لمعالجة الزحار المتحولي ، ويغلب أن يمزج لهذه الغاية بالنيوميسين باسم باسيميسين Bacimycine .

١٩- بوليميكسين Polymyxin : يستعمل موضعياً لمعالجة الجروح والقروح والحروق التي تعفنت بجراثيم لا تأخذ الغرام .

أما داخلاً فيفيد في معالجة التهابات الإمعاء ولا سيما عند إشراكه مع الباسيتراسين أو الله يوميسين .

٢٠ — نيموميسين Neomycine : يعتبر من المرديات القاتلة للجراثيم الذي لا يستعمل إلا للتأثير الموضعي في إبادة الجراثيم المقيحة وخاصة المكورات العقدية والعنقودية وعصيات القيح الزرقاء حيث تضمد به الجروح المتعفنة بتلك الجراثيم . وله فائدة موضعية في معالجة الزحار المتحولي حينما يعطى عن طريق الفم إما لوحده أو مشرّكاً مع المرديات الأخرى كالباسيتراسين مثلاً .

٢١ — ساناميسين Sanamycine : يستعمل هذا الدواء حقناً وريدياً بمقدار ١٠٠ ميكروغرام يومياً مجزءاً على دفعتين ويزاد هذا المقدار كل يوم نفس المقدار السابق إلى أن يبلغ ٤٠٠ ميكروغرام يومياً ، ويشابر على هذا المقدار اليومي حتى يبلغ مجموع ما دخل الجسم ١٠ — ١٢ ألف ميكروغرام . ويفيد كدواء ناهٍ لتكاثر ونمو الخلايا الورمية وبخاصة في معالجة داء هودجكين Hodgkin واييضاض الدم اللنفائي اللا ايضاضي .

هذا ، وان المرديات تأخذ بالازدياد يوماً بعد يوم ، فهناك مرديات كثيرة لا تزال تحت التجربة لم يقرر بعد رأي نهائي عنها ، فعسى أن تكشف لنا الأيام المقبلة عما هو نافع منها .

البحث الثالث

الامراض الالتهابية النوعية

Specific Infective diseases

تشتمل على : الحمرة والجمرة الخبيثة والغنغرينة الغازية والكزاز والسيلان والسل والافرنجي وداء الفطر الشعاعي وداء الفطر العنقودي .

١ — الحمرة Erysipelas

التعريف : الحمرة التهاب جلد يحدث بالمكورة العقدية وهي مرض عفني ومعدٍ فكل ما يكون بلامسة المريض كافٍ لنقل هذا الداء الى السليم .

الاسباب : تكون على نوعين محدثة ومؤهبة :

الاسباب المحدثة : هي المكورة العقدية التي تدخل من خدش بسيط في الجلد او خلال الغشاء المخاطي وتحتل الأدمة وتحدث فيها اثرها .

الاسباب المؤهبة : ان كل ما اضعف البدن كآفات الكبد ومرض السكر والشيخوخة وغيرها من الامراض المنهكة كلها اسباب تؤهب للاصابة بالحمرة .

الاعراض : موضعية وعامة :

الاعراض الموضعية : احمرار متجانس مع توذم وحكة خفيفة و حوية انتهائية تحيط بالاحمرار و اذا جست الصفحة الحمراء تألم المريض و زال الاحمرار مؤقتاً ثم تتكون فقاعات على الصفحة الحمراء و تنتبج العقد اللنفاوية .

الاعراض العامة : يشكو المريض من قشعريرة وارتفاع الحرارة التي تبلغ درجة ٣٩ مئوية وآلام رأسية مع اضطراب في النوم و اذا كان شيخاً يصاب بالهذيان و يحف لسانه و يتشوش هضمه و يشكو من قبض أو اسهال .

المعالجة : موضعية و نوعية و صحية :

المعالجة الموضعية : يجري للمريض ضمادات غولية .

المعالجة النوعية : يعطى المريض المرديات و مركبات السولفاميد كما و تعالج الامراض المؤهبة .

المعالجة الصحية : يشار على المريض تناول طعام خفيف و المكوث في غرفة ذات هواء نقي مع اعطاء الادوية المنعشة . و يجب على الممرضة ان تكون حذرة للغاية كي لا تنقل العدوى لنفسها او للمرضى ، لذا اوجب عليها لبس القفازات المطاط حينما تجري الضماد للمرضى المصابين بهذه الآفة فالممرضة التي تعتني بمريض مصاب بالحمرة تعزل جميع الادوات والآلات التي استعملت له و لا يجوز لها ان تستعملها المريض

آخر مصاب بأفة جراحية كما انه يفضل ان يقتصر عملها على الاعتناء بهذا المريض فقط دون ان يسمح لها بتمريض مرضى آخرين .

٢- الجمرة الخبيثة Anthrax

التعريف: الجمرة الخبيثة مرض عفني مشترك بين الانسان والحيوان.
الاسباب : تحدث الجمرة الخبيثة عنصية الجمرة التي اكتشفها دافن Davaine وهذا الجرثوم ينتقل من الحيوان الى الانسان بواسطة سواقط الحيوانات (الجلود والقرون والصوف) كما وينتقل الداء بالذباب الذهبي اللون الذي يحط على اللحوم والجيف المصابة بالمرض فينتقل الجرثوم حينما يلدغ الاقسام المكشوفة من الانسان كالوجه والايدي .

الاعراض : يبدو هذا المرض بشكل بثرة خبيثة او وذمة خبيثة :
آ - البثرة الخبيثة :

تظهر في الاقسام المكشوفة وتكون مفردة لها زمن حضانة مدته من ٢ - ٣ أيام تبدو بأعراض موضعية وعامة :
الاعراض الموضعية : وهي كثيرة أهمها :

١- لطخة صغيرة كأنها لدغة برغوث لذا دعيت بلدغة البرغوث الخبيثة .

٢ - تنقلب اللدغة الى حويصل أ كال يصبح قعاعه تضيق عند منتصفها وترتكز على قاعدة صلبة تحيط بها هالة وذمية ثم تتخشكر .

٣ — ينفتح الحويصل فيبدو مكانه قديح صغير أحمر تغطيه قشرة مصفرة تسود في المركز .

٤ — تبدو حول الخشكريشة السوداء حويصلة صغيرة ممتلئة سائلا احمرأ أو ليمونيا تنظم هذه الحويصلات صفأ أو صفين شبيه بعقد اللؤلؤ ويشبه المنظر السابق الوردة الاصطناعية المثلثة الدوائر وهو منظر نموذجي وقد تبلغ الودمة درجة فائقة في اللحمة الرخوة كما في الوجه فتستجج الاجفان .

الاعراض العامة: ترتفع حرارة المريض ويصاب بعرواء وهذيان وحاله سبات احيانا مع اعراض هضمية كالاسهالات واذا لم تتحسن حالة المريض قضي عليه بالوهط الجليدي .
ب — الودمة الخيشية :

هي ظاهرة اخرى موضعية اقل مشاهدة من البثرة وتميز عنها بصفتين : ١ — تغلب الودمة . ٢ — خلوها من الخشكريشة المركزية ومن عقدها الحويصلي .

المعالجة : موضعية وعامة :

المعالجة الموضعية: تكوى البثرة بطعنها بالمكواة النارية ثم تضمد تضميدا طاهرا .

المعالجة العامة : تكون بحقن المصل المضاد للجمرة ومركبات الزرنيخ والبنسلين واعطاء الترامايسين .

٣ — الغنغرينة الغازية Gaz Gangrene

التعريف : الغنغرينة الغازية مرض عفني يتصف بموات النسيج وتكون غازات فيها مع عوارض انسداد عام .
الاسباب : هنالك اسباب محدثة ومؤهبة :

الاسباب المحدثة : هي الجراثيم اللاهوائية الثلاثة المسماة بالضممة المنتنة The Vibriion Septique ، والعصية الحاطمة B . Perfringens والعصية الودمية B . oedematiens التي تحدث الغنغرينة مشتركة مع بعضها أو مع الجراثيم المقيحة كالمكورة العقدية والعنقودية .

الاسباب المؤهبة : هي جميع الاسباب التي تضعف دفاع البدن الموضوعي والعام كالدس والارتشاحات الدموية الحادثة في الجرح وآفات العضلات ايضاً واما الذي يضعف الدفاع العام فهو التعرض للبرد وقلة التغذية والنوم .

الاعراض : يشعر المريض بألم مع خدر في العضو المصاب وبعد مضي ٢٤ ساعة من الاصابة بالجرح تبدو اعراض موضعية واعراض عامة :

الاعراض الموضعية : هي ١ — وذمة صلبة في ناحية الجرح .

٢ — فرقة غازية يشعر بها بالجلوس .

٣ — موات يعرف بالترخيمات واللون الشبهي الذي يتلون

به الجلد فاذا شقت الناحية بدا الموات وانتشرت الغازات النتنة من العمق .

الاعراض العامة : هي اعراض انسداد الدم كالزلة والغثيان والاقبياء والنوافض .

المعالجة : واقية وشفافية :

المعالجة الواقية : الاعتناء بالجرح المفتوح ومعالجته بالطرق الفنية ثم حقن ١٠ سم من المصل المضاد للغنغرينة الغازية وحقن البنسلين والستريبتوميسين .

المعالجة الشافية : هي اجراء شقوق واسعة وازالة النسيج الميتة مع تفجير الناحية وحقن المصل المضاد للغنغرينة بمقادير كبيرة من البنسلين والستريبتوميسين واحياناً يلجأ الى بتر العضو .

٤ - التشنج Tetanus

التعريف : مرض عفني مشترك بين الانسان والحيوان .

الاسباب : جرثوم يدعى بعصية نيكولاير يوجد في التراب لذا فان جميع الجروح الملوثة بالتراب او الروث هي جروح خطيرة لاحتمال نل هذا الجرثوم الى الجرح .

الاعراض : يشكو المريض من أرق واحلام مزعجة وعسرة تبول مع دوام وصداع وتثاؤب ورجفان في اللسان وعسرة

بلغ ورأوة وبعد هذا الدور الخفي يبدو المشهد السريري بالاعراض التالية :

(١) التفععات العضلية في العضلات الماضغة مما يؤدي الى ما يسمى (بالضحك السكلي) وفي العضلات الشوكية فيحدث ما يسمى (التقوس الخلفي)

(٢) نوب اشتدادية تثيرها الضوضاء .

(٣) اعراض عامة : تنصف بارتفاع الحرارة حتى درجة ٤٤ أحيانا واسراع النبض الى ١٦٠ .

المعالجة : وقائية وشفافية :

المعالجة الوقائية : هي حقن المصل المضاد للكنزاز والاعتناء بالجرح وتطهيره .

المعالجة الشافية : حقن الوريد أو السيساء أو العضلات بمقادير كبيرة من المصل المضاد للكنزاز واعطاء المواد المهدئة كالأفيوتين او الأميثال ثم مراقبة تنفس المريض واعطاءه الاوكسجين بواسطة قناع B.L.B وفي حالة توقف التنفس يعطى بلا ماء الفحم C.O .

٥ - السيلان Gonorrhœa

التعريف : السيلان مرض انتاني سار يصيب الاعضاء البولية التناسلية عند الجنسين .

الأسباب : هي المكورة البنية *Gonococcus* التي اكتشفها العالم نيسر Neisser عام ١٨٧٩ وتنتقل هذه المكورة بالمناسبات التناسلية كما ويمكن أن تنتقل الى المرأة بواسطة الرفادات الملوثة أو عن طريق المراحض ذات المقعد .

الأعراض : يقضي المصاب فترة تتراوح بين ٢ — ١٠ أيام هي دور الحضانة ثم تظهر الآفة بانزعاج أثناء التبول مع التهاب صماخ الاحليل وخروج مفرز مصلي قيحي منه يزداد كثافة بعد انقضاء يوماً أو يومين ، ويكثر عدد التبول بسبب التخريش ، كما ويصاب المريض بنعوظ مؤلم .

أما عند النساء فالأعراض أقل شدة وتتصف بظهور سيلان غزير بلون أبيض ، مع توذم في الفرج .

تخف حدة الالتهاب خلال عشرة أيام ثم يزول السيلان بعد ٣-١٠ أسابيع ويصبح بشكل قطرة مخاطية قيحية تظهر عند الصباح .

المعالجة : اعطاء المرديات المناسبة كالبنسلين أو مركبات السولفاميد والامتناع عن الأغذية المنبهة كالأفاويه .

٦ — السل Tuberculosis

الأسباب : ينتجم السل عن جرثومة تدعى عصية كوخ وقد اكتشفها العالم كوخ عام ١٨٨٢ .

طرق دخول الجرثوم وانتشاره : تدخل عصية كوخ العضوية
بالطرق التالية :

١ - الطريق التنفسي : بواسطة الهواء المملوء بالغبار الحاوي
على الجرثوم .

٢ - الطريق الهضمي : تنتقل العصية بواسطة الأطعمة
والسوائل الملوثة .

٣ - الأعضاء التناسلية : وهذا نادر الوقوع .

وان انتشار الجرثوم الى الأعضاء يتم بجهاز اللنف وبالأوعية الدموية .
الأسباب المؤهبة : هي ١ - الوراثة : وقد تعددت الآراء بشأنها .

٢ - السن : يظهر السل في عهد الطفولة بسبب الحليب الملوث
أو العدوى من الأشياء التي يضعها الطفل في فمه زمن المشي . وعند
اليفع يكثر سل العظام لأنها تأخذ بالنمو في هذا السن وفي سن
الشيخوخة والكهولة يغلب أن يكون السل يقظة لسل حدث في سن
الطفولة أو اليفع .

٣ - الرض : لقد أثبت ما كس شولار علاقة الرض بالسل بعدة
تجارب أجراها على الحيوانات وجاءت السريريات بعد ذلك وبينت
أن الرض يهيء للإصابة بالسل .

الاعراض : تختلف أعراض السل حسب العضو الذي يتوضع

فيه المرض لذا سندرس هذه الأعراض حين الكلام عن سل كل عضو أثناء دراسة أمراض الأجهزة المختلفة .

المعالجة : تشمل على المعالجة الصحية والدوائية والحكمية والجراحية :

١ -- المعالجة الصحية : راحة ، إقامة في هواء طلق وتغذية حسنة

ويؤمن كل ذلك في المصحات السويسرية .

٢ -- المعالجة الدوائية : تشمل على نوعين من الأدوية ، أدوية

نوعية وأدوية مقوية :

أ - الأدوية النوعية : هي الأدوية المكتشفة حديثاً

كالستربتوميسين وال P. A. S. (حمض بارا أمينو ساليسيليك)

ومشتقات السولفون (كال Contèbene) وهيدرازيد حمض

نيكوتينيك (Hydrasid Isonicotinic Acid) الموجود جاهزاً بأسماء

كثيرة منها (Rimifon) وقد اكتشف مؤخراً ال Viomycine وهو

من المرديات التي تؤثر على العصيات السلية المقاومة للستربتوميسين ،

وكثيراً ما يفيد إشراف بعض هذه الادوية معاً ؛ ومن الادوية الحديثة

ال Marsilid الذي يؤثر بصورة خاصة على سل العظم أو ال دسيكلوزيرين

. D - cycloserine

هذا وهناك أدوية نوعية قديمة لا يزال يستعمل قسم منها كمولدة

الضد الميثيلين Antigène Methylique ولقاح B. C. G. ال وافي والسليين

ب -- الادوية المقوية : أملاح الكلس والفيتامين D والزرنيخ

والiod والحديد وزيت كبد الحوت وأملاح الذهب وخلاصة الكبد والفيتامينات .

٣ — المعالجة الحكيمة : كالاستفادة من الاشعة المجهولة في معالجة داء الخنازير مثلاً ومن الاشعة الفوق البنفسجية .

٤ — المعالجة الجراحية: تقضي باستئصال العضو المؤوف اذا كان ذلك ممكناً كما في سل الكلية أو تجريف البؤرة أو تثبيت العضو بأجهزة جبسية .

٧ — الافرنجي Syphilis

التعريف : مرض زهري ساري يصيب الجنسين على السواء .
الأسباب : ان الجرثوم المحدث للافرنجي هو البريمية الشاحبة وتنتقل هذه البريمية الى العضوية عن طريق المناسبات الجنسية أو التماس بكأس ملوث أو غليون ملوث أو بالتقييل ، كما ان الممرضات اللواتي يشتغلن في دور التوليد يتعرضن للاصابة بأنامل أصابعهن فيما اذا كان الجنين أو والدته مصابة بالافرنجي .

الأعراض : تتراوح مدة الحضانة ما بين ١ — ٣ أسابيع ثم يظهر المرض ويمر بثلاثة أدوار :

الدور الاول : يبدو بظهور صلابة محدودة في مكان التلقيح ثم تتقرح وتكون ذات حوافي مقطوعة تنز مادة مصلية اذا فحست

هذه المادة بالمجهر ظهر فيها البريمية الشاحبة ، وبعد مضي ٣ - ٤ أسابيع تشفى القرحة دون أن يبقى لها أثر .

الدور الثاني : يظهر بعد مضي ٦ -- ١٠ أسابيع من بدء القرحة اندفاعات جلدية وضخامة عقدية في أنحاء مختلفة من الجسم لا سيما العقدة الكائنة خلف البكرة في المرفق وقد يسقط الشعر حول الاندفاعات ، ويشحب وجه المريض وتعم الاندفاعات الجلدية كافة الجسم وتبدو على اللسان وشراع الحنك تقرحات سنجابية تجعل اللعاب شديد العدوى .

الدور الثالث : يبدو بعد بضع أشهر أو سنوات على انقضاء الدور السابق ويتميز بالصمغ الافرنجي الذي يتألف من تخرب النسج والاعضاء المصابة والامكنة التي يتكون الصمغ فيها هي النسج الخلوي والعضلات والعظام والمراكز العصبية والخصية والشرابين فاذا اصبحت الطبقة العضلية للشریان حدثت ام الدم الشريانية .

المعالجة : موضعية وعامة :

المعالجة الموضعية : تضمد القرحة بمواد مطهرة لا سيما بالمحاليل الزئبقية .

المعالجة العامة : هي حقن بنسلين ومركبات الزرنيخ والبرموت والزرنيق واليود .

الفرنجي الاربني Congenital syphilis

تختلف شدة هذا المرض في الحالات السيئة يلاحظ حدوث
اجهاضات متكررة خلال الأشهر الأولى من الحمل . أما اذا كان
المرض خفيف الشدة يأتي الوليد بصحة يبدو في الظاهر انها جيدة ثم
لا يلبث ان تظهر العلامات في الاشهر والسني الاولى من الولادة .

الاعراض : الجلد : تظهر اندفاعات على الجلد في الاشهر الاولى
لا سيما على الإليتين والوجه وقد تتقرح هذه الاندفاعات .

الاعشبة المخاطية : قد يتخرب حجاب الانف فينهدم الانف
ويأخذ شكل السرج وقد يحدث تقرح في زوايا الفم .

الاسنان : تتفوق الاسنان وتأخذ شكل هودشانسون .

العيون : تصاب بالتهاب القرنية الخلالي .

العظام : يحدث فيها ثخانة ونمو مفرط واحياناً تتناول .

المفاصل : قد يحدث انصباب غير مؤلم في مفصل الركبة بين

سن ٨ - ٨٠ .

الاعضاء : تصاب الكبد بالتهشمع والخصية بالتليف .

المعالجة : واقية وشفافية .

المعالجة الواقية : هي معالجة الأم بالادوية النوعية قبل الوضع فاذا
كانت هذه المعالجة جيدة فان الوليد يأتي سليماً .

المعالجة الشافية : يحقن الوليد بزرقات من الزرنيخ مرتين كل اسبوع ونظراً لصعوبة الحقن بالوريد يلجأ الى حقن العلاج في خلال اليافوخ الامامي في الجيب الطولاني العلوي .

٨ — داء الفطر الشعاعي Actinomycosis

التعريف: داء الفطر الشعاعي مرض مشترك بين الانسان والحيوان.
الاسباب : فطر يدعى الفطر الشعاعي يوجد على سنابل القمح والغبار والروث، يتألف الفطر من حبة صفراء تبدو بالفحص المجهرى بشكل بقعة في محيطها أجسام اسطوانية مترتبة ترتيباً شعاعياً ومنه اشتقاق اسم الفطر .

الاعراض : يدخل الفطر الى الاقسام المكشوفة التي تتعرض لوخز السنابل لذا يكثر في العنق والجبين أو يدخل مع الغبار الى جهاز التنفس لذا يميز منه الانواع التالية :

١ — داء الفطر الشعاعي العنقي الوجهي او داء الفطر الفكي .
يتصف بضرس وألم حذاء زاوية الفك أو الضرس الاخير وتورم في الناحية مع سلامة الاسناخ والعظم لمدة معينة .

٢ — داء الفطر الصدري : يتشابه مع السل ، ويعرف بتحري الحبيبة الصفراء في القشع .
وقد يشبه ذات الرئة الصريحة أو غنغرينة الرئة أو ذات الجنب المنوسرة .

٣ — داء الفطر البطني : يختار الزائدة والأعور لذا يبدو باعراض
التهاب الزائدة أو التهاب الأمعاء .

المعالجة : داخلية وجراحية :

المعالجة الداخلية : يعطى في الوقت الحاضر البنسلين و مركبات
السلفاميد وكان يعطى سابقاً مركبات اليود .

المعالجة الجراحية : تشتمل على تفجير الخراج ورفع الشظايا العظمية .

البحت الرابع

المجروح Wounds

التعريف : الجروح تفرق اتصال في النسيج محدث بعوامل العنف
الخارجي .

تصنف الجروح الى قسمين أساسيين :

١ — الجروح المغلقة ويطلق عليها الرضوض .

٢ — الجروح المفتوحة .

١ — الجروح المغلقة : Closed wounds

تشتمل على : الرضوض ، الأَنْصَابِ الدموي ، السحجة .

أ — الرضوض :

هي اختلاطات طارئة اصابته النسيج الرخوة فمزقتها وسلم الجلد الذي يغطيها ، فالأوعية الصغيرة تتمزق وينصب الدم ويتخلل النسيج الرخوة حتى الطبقة السائلة تحت الجلد فيحدث الكدمة .

ب — الأ نصاب الدموي :

يتكون من الرض جوف في النسيج الرخوة ينصب فيه الدم وهذا الأ نصاب اما أن يرتشف أو يتقيح لذا وجب معالجته بالبزل أو بالتفجير الباكر .

ج — السحجة :

هي قشط الطبقة السطحية من الجلد وتتصف بشدة الألم لأن النهايات العصبية الحسية تصبح بتماس مباشر مع الوسط الخارجي . تعالج السحجات بتنظيفها من الأوساخ وذر مسحوق البنسلين مع السلفا عليها أو طليها بالميركوروكروم .

٢ — الجروح المفتوحة Open wounds

تشتمل على : الجروح القاطعة ، الجروح الواخزة ، الجروح الرضية .

أ — الجروح القاطعة :

الاسباب : الآلات القاطعة كالموس أو الخنجر أو السكين أو

قطع الزجاج .

الاعراض : يتصف بالأعراض الثلاثة التالية :

١ - الألم .

٢ - النزف .

٣ - تباعد حافتي الجرح وتكون هذه الحوافي منتظمة

غير مشرشرة .

المعالجة : تنظف الناحية وتربط الأوعية النازقة وتخطئ الأعصاب

المقطوعة وبعدئذ ترمم كل طبقة على حدة ويعالج المريض بالمرديات
ومركبات السلفاميد .

ب - الجروح الواخزة :

يكون التخريب ضئيل جداً ولا يخشى من هذه الجروح الا اذا
ثقت حشياً مجوف في البطن أو نقلت العفونة الى عمق الانسجة لذا
وجب ترميم الأحشاء المثقوبة وفي حالات التقيح العميق يفجر المجمع
القيحي الناجم عنها .

ج - الجروح الرضية :

الاسباب : ١ - القذائف المتفجرة التي تخرب النسيج (كسطايا
قذائف المدافع والطائرات والقذائف اليدوية) والمرامي النارية .
٢ - الدهس بالسيارات والقطر الحديدية .
٣ - طوارئ العمل في المعامل .
٤ - حوادث الانهيار من جراء الغارات الجوية .

الأعراض : يبدو الجلد مشروراً والعضلات مهشمة وكذلك الأوتار والأعصاب والعروق والعظم قد يكون مشطياً أحياناً هذا وإن الرسم الشعاعي يكشف الشظايا المعدنية والاجسام الأجنبية في العمق .

ومن الضروري فحص النبض والضغط الشرياني والحرارة لأن حالة الجريح العامة تكون متأثرة .

وقد يحدث الجرح الرضي بهرمي ناري صغير فلا يرى حينئذ سوى فوهة الدخول بينما يكون في النسيج العميقة تخريبات واسعة .

الاختلاطات : ١ — التعفن بسبب تلوث الجرح بالجراثيم .

٢ — الغنغرينة الغازية .

٣ — الكزاز .

المعالجة : إذا راجع المريض قبل مضي ١٢ ساعة عن إصابته، تنظف الناحية بإزالة قطع الشياب وحلق الأشعار ثم يغسل الجرح بالمصل المعقم ، ويرقأ النزف في حالة وجوده وبعدئذ يشرع بعملية التنضير . عملية التنضير : يقطع من حافة الجرح الجلدي القسم المكدم المتموت ويكون عادة بمقدار ٣ ملم ، ثم يلقى بالمشط جانباً ويؤخذ مشط جديد وترفع به الأقسام المرتشحة من اللحمية ، ومن ثم يبدل المشط أيضاً وتقطع به العضلات المجروشة . ويعرف النسيج العضلي السليم بلونه وإدماة العضلة وظهور التقاص فيها . أما العظم وترفع منه

الشظايا الحرة فقط . ويجب أن يراعى جانب الاقتصاد حين رفع هذه الشظايا ، فكل شظية عالقة ولو بالسحق يجب إبقاؤها (وسنتكلم بإسهاب عن هذه الطريقة عندما ندرس الكسور المفتوحة) يجرى إرقاء حسن ، ثم يذر مسحوق السولفاميد المعقم مع البنسلين ، وتخط كل طبقة على حدة خياطة بدئية ، ويوضع فوق الجلد الشاش الفازوليني المعقم ، ثم يثبت العضو المجروح بجيرة من الخشب أو غيره ، وبعدئذ يحقن للمريض المصل المضاد للكنزاز والغنغرينة ، ومن ثم ينقل المريض إلى سريريه ويعالج بحقن البنسلين والستربتوميسين على أن تراقب حالة المريض العامة وحالة الجرح الموضعية مراقبة دقيقة خلال الـ ٢٤ ساعة من عملية التنضير .

إذا راجع الجريح بعد مضي أكثر من ١٢ ساعة من إصابته : يغسل الجرح وتزال الأشعار وترفع الأوساخ والأقسام المتموتة من النسج ، ويذر مسحوق السولفاميد المعقم والبنسلين ، ويترك الجرح مفتوحاً على أن يوضع ضماد طاهر فوقه . يعطى المريض المصل المضاد للكنزاز والغنغرينة ويعالج بالمرديات ، ويراقب الجرح عن كثب ، فمضى تحسنت حالة الجرح وأصبح طاهراً من الوجهة الجرثومية تجرى خياطة الجرح الثانوية . وقد يضطر أحياناً إلى إرواء الجرح بمحلول دا كان حسب طريقة كارل فيما إذا كان الجرح شديد التقيح . وفضلاً عن معالجة الجرح ، على الممرضة أن تراقب حالة المريض العامة

لأسيا اذا كان مصدوماً ، كما يجب أن تنتبه الى ظهور الغرغرينة الغازية والكزاز في الأيام الأولى ، وأن تطبق المعالجة الموصوفة بدقة .
شفاء الجروح : أشفى الجروح عادة بطريقتين : اما بالمقصد الأول أو بالمقصد الثاني .

١ — الشفاء بالمقصد الأول : وهذا يحدث في الجروح الطاهرة فتلتحم حوافي الجرح بواسطة الدم والنفث المنصب وبواسطة الخلايا الضامة اذ تؤلف هذه الخلايا بعد الالتحام نسيجاً ليفياً يلحم الجرح بصورة حسنة مؤلفاً ما يسمى بالندبة وتحتوي خلايا هذا النسيج الليفي أوعية دموية تؤمن تغذيته وتساعد على إحداث الالتحام .

٢ — الشفاء بالمقصد الثاني : وهذا يحدث في الجروح المتعفنة فيتألف نسيج برعمي بعد أن يصبح الجرح ظاهراً ، اذ يمتلئ بالبراعم اللحمية فتتشكل طبقة ابتيالية من الجلد المجاور أحياناً ، وقد تطفح هذه البراعم على الجلد فتكوى بالكاوي الناري أو بأقلام نترات الفضة للحؤول دون طفحها .

واذا وجد ضياع مادة في الجرح ، يلجأ الى تجريد الجلد وتقريب شفطي الجرح من بعضهما ، وتسمى هذه العملية بالخياطة الثانوية .

قواعد عامة في تضميد الجروح :

حينما يقوم الجراح أو الممرضة بتضميد جرح يجب اجتناب الغبار ،

ولذا يمنع تهيئة الأسرة وتنظيف غرفة المريض قبل اجراء الضماد بنصف ساعة ، وتغلق جميع أبواب الغرفة ونوافذها أثناء عملية التضميد كما يمنع الزوار من الدخول على المريض .

يضع الجراح والممرضة وجميع المساعدين أقنعة على أنوفهم ولا يسمح لأي شخص مصاب بزكام أو التهاب حنجرة بحضور التضميد كما لا يسمح للأشخاص المصابين بعفونة في أيديهم من اجراء الضماد كما لا يجوز للمريض المتقيح جرحه أن يستعمل كتب و ثياب وأمشاط مرضى آخرين .

يجب أن تعقم جميع شراشف و ثياب المريض المتقيح جرحه قبل استعمالها لمريض آخر . ولا يجوز استعمال الأصبص والمباول لمريض آخر إلا بعد نقعها بمحلول الليزول المطهر بنسبة ٥٪ مدة ٣٠ دقيقة . ويجب أن تكون الأواني التي ستوضع فيها أدوات التضميد ذات غطاء ويفضل أن يتم رفعه بعد الضغط بالقدم على رافعة متصلة بهذا الغطاء .

طريقة التضميد :

تختلف طريقة التضميد حسب طبيعة الجرح ، وللقيام بالتضميد يشترط أن يوجد ثلاثة أشخاص ، هم المضمّد وممرضة عربية الضماد وممرضة مساعدة . فالمضمّد يقوم بإجراء ضماد الجرح ، وممرضة عربية

الضماد تكون مسؤولة عن طهارة أدوات العربة ؛ أما الممرضة المساعدة فترفع ثياب المريض وتزيل الأقسام الخارجية من الضماد (كالرباط والقطن الخارجي مثلاً) ، وتهيء الأواني الخاصة بالضماد الوسخ والأدوات المستعملة أثناء التضميد .

ان المضمّد وممرضة عربة الضماد يجب أن يغسلا أيديهما قبل القدوم على اجراء أي ضماد بالفرشاة والصابون كما تغسل الأيدي حين التدخل في العمليات الجراحية وأثناء التضميد ؛ وعليهما أيضاً أن لا يمسا شيئاً الا بالملاقط المعقمة ، وبذلك يحتفظا بطهارتهما . أما الممرضة المساعدة فلا وجوب لغسل أيديها بالفرشاة والصابون بل تقتصر على غسل أيديها غسلاً بسيطاً بالصابون بعد كل ضماد .

تعطي ممرضة عربة الضماد الى المضمّد مناقشين يرفع بها الضماد الداخلي الملاصق للجرح فيكشف الجرح ، وهنا يتناول منها أيضاً رفائد معقمة يضعها حول الجرح ثم يأخذ مناقشين آخرين تاركاً السابقين جانبا ، ويحمل بهما قطيلة من الشاش يشرّبها بالغول أو الايترو وينظف بها الجلد ، ثم يرفع المفرزات من داخل الجرح بقطيلة ثانية ؛ وبعد ذلك يضع بعض المواد المطهرة على الجرح اذا لزم الأمر ، وأخيراً يغطي الجرح بشاش معقم ويستره بقطع من القطن . وعندئذ تقوم الممرضة المساعدة بتثبيت الضماد برباط أو بقطع من البلاستر .

وبعد الانتهاء من التضميد تنظف الممرضة المساعدة الآلات

بفرشاة بالماء الفاتر والصابون ثم تعقمها .

مضادات العفونة المستعملة في التضميد :

هي مواد كيمياوية تقضي على الجرثوم أو توقف نموه ، وهي تستعمل
مدة شريطة أن لا تؤذي خلايا النسيج حين تماسها بالجروح . والمواد
الأكثر استعمالاً هي :

صبغة اليود لمدة في الغول بنسبة ٢,٥ ٪ .

حامض الكاربوليك بنسبة ١ — ٥ ٪ ممدداً في الماء .

الليزول $\frac{1}{4}$ — ٢ ٪ ممدداً في الماء .

ثاني يود الزئبق $\frac{1}{4}$ ٪ محلولاً مائياً و ٠,٢ ٪ محلولاً غولياً .

فوق كلور الزئبق ٠,١ ٪ محلولاً في الماء .

اكسي سيانور الزئبق ٠,٠٢٥ ٪ ممدداً في الماء .

الفلافين ومشتقاته ٠,١ ٪ محلولاً مائياً .

الديتول ١ — ٥ ٪ محلولاً مائياً .

ترات الفضة $\frac{1}{4}$ ٪ محلولاً مائياً .

فوق منغنات البوتاسيوم ٠,٠١ — ٠,٢ ٪ ممدداً في الماء .

الماء الأوكسيجينى ٠,٢٥ ٪ ممدداً في الماء .

محلول داكازن $\frac{1}{4}$ ٪ مع الماء .

حامض البوريك ٣ ٪ محلولاً مائياً .

الغول الصرف ٩٥ ٪ .

الأيتر الصرف .

المصل الفسيولوجي ٠.٩٠ ٪ .

ويوجد في التجارة أنواع متعددة من مضادات العفونة .

٣ — النزف Haemorrhage

التعريف : النزف خروج الدم من الأوعية الدموية إثر تمزقها بسبب رض أو مرض .

أنواع النزف : يصنف النزف كما يلي :

- | | |
|--------------------|---|
| ١ — النزف الشرياني | { وذلك بالنسبة للوعاء النازف . |
| ٢ — « الوريدي | |
| ٣ — « الشعري | |
| ٤ — النزف الظاهر | { وذلك وفقاً لرؤية الدم النازف أو عدم رؤيته . |
| ٥ — « الباطن | |
| ٦ — النزف البدئي | { وذلك حسب الوقت الذي حدث فيه . |
| ٧ — « الثانوي | |

النزف الشرياني : يتميز :

(١) لون الدم أحمر قان .

- (٢) خروج الدم بشكل دفعات .
(٣) « « من النهاية المركزية للشريان لامن النهاية المحيطة .

النزف الوريدي : يمتاز :

- (١) لون الدم أحمر قاتم .
(٢) خروج الدم تصبياً وليس بشكل دفعات .
(٣) خروج الدم من النهاية المحيطة للوعاء .
النزف الشعري : هو خروج الدم من سطح الجرح .
النزف البدئي : هو النزف الحادث حين إصابة المريض بالرض ويتوقف هذا النزف تلقائياً أو بالتوسط بربط الوعاء النازف .
النزف الثانوي : يحدث بعد مضي ٤٨ ساعة على الرض وسببه غالباً الالتان ويمكن أن يحدث بعد مضي ١٠ - ١٤ يوماً عن العملية اذا سقطت قطعة متموتة من النسيج وربما حدث قبل هذا التاريخ أو بعده .
النزف الظاهر : هو انصباب الدم من الجرح الى خارج العضوية .
النزف الباطن : هو انصباب الدم ضمن جوف (كالبريتوان أو الجنب أو الامعاء الخ) ففي هذه الحالة لا يمكن رؤية الدم ويشخص النزف عادة بالاستناد الى الأعراض الخاصة .

الأعراض :

- (١) ازدياد عدد النبض عن الحد الطبيعي إذ يبلغ ١٠٠ - ١٢٠ فاكثر

ويصبح النبض ضعيفاً وخطياً .

(٢) شحوب وجه المريض وشفتيه وأغشيته المخاطية .

(٣) هبوط الحرارة .

(٤) اسراع التنفس (يطلق على هذين العرضين (الجوع

(٥) اضطراب المريض (للهواء air Hunger) .

(٦) برودة الأطراف والجلد .

(٧) دوار مع طنين في الاذنين .

(٨) العطش .

(٩) توسع الحدقة .

(١٠) غشاوة في الرؤيا .

(١١) هبوط الضغط الشرياني .

على الممرضة أن تعرف هذه الاعراض جيداً لتقوم باخبار الجراح
المسعف حالاً كي يتمكن من انقاذ حياة المريض .

المعالجة : تشتمل على ما يلي :

(١) الاسعاف الاولي .

(٢) المعالجة الجراحية .

(٣) « السريرية .

(٤) « العامة .

١ - الاسعاف الاولي : يقضي بما يلي :

- أ) الضغط بالاصبع على النقطة النازقة من الشريان .
- ب) الضغط بالاصبع على الشريان النازف في المنطقة التي تعلو الجرح ولكل شريان طريقة خاصة لهذا الضغط .
- ج) تطبيق رفاده عقيمة على الجرح مباشرة مع ربطها بأحكام .
- د) وضع رباط اسمر ك الضاغط على جذر الطرف شريطة أن لا يبقى مدة طويلة (عشرون دقيقة فقط) خشية اصابة المريض بغنغرينة تالية لفقر دم لذا وجب على الممرضة أن تكون يقظة حين تطبيق هذا الرباط .

٢ — المعالجة الجراحية : تقضي بكمش الوعاء النازف بملقط مرقىء وربط الوعاء . وقد يضطر في بعض الحالات لترك الملقط المرقىء كامشاً للوعاء مدة ٤٨ ساعة ثم يرفع بعد ذلك .

٣ — المعالجة السريرية : (١) رفع سوية القسم النازف لتقليل الدورة الدموية عنه .

٢) تطبيق كيس جليد كما في نزف الأنف أو تلو عملية استئصال اللوزتين .

٣) كي الوعاء النازف .

٤) اعطاء الأدوية المرقئة : كالكوأولين أو الهيموستيل أو أملاح الكلس أو الهيموبلاستين أو الآره ما بكتين أو الفيتامين K أو

الفيتامين C وغيرها من الادوية الموقفة الحديثة أو تطبيق الجيافوم أو الأوكسي سيل موضعياً في مكان النزف .

(٥) نقل الدم للمريض : ويأجأ اليه في حالات النزف الخطرة التي فقد فيها الشخص كمية كبيرة من دمه (صفحة ١٠٤) .

٤ — المعالجة العامة :

(١) راحة تامة : لتخفيض الضغط الدموي و اقلال حاجة العضوية للأوكسجين .

(٢) جعل رأس المريض منخفضاً وذلك برفع القسم السفلي من سريره وأحياناً يضطر لوضع رباط ضاغط على الطرفين السفليين .

(٣) تدفئة المريض بالقراعات الخاصة أو أكياس ماء حار .

معالجة النزف الباطن : تختلف معالجة النزف الباطن حسب المكان الذي حدث فيه فمنها ما يتطلب توسطاً جراحياً عاجلاً ومنها ما تقتصر فيه المعالجة على اعطاء الادوية الخاصة ونقل الدم ولا بد للممرضة من أن تقوم بتطبيق ما يلي بانتظار التوسط الجراحي إذا لزم :

١ — رفع القسم السفلي من السرير كي يتجه الدم من الاطراف

السفلية نحو رأس المريض .

٢ — تدفئة المريض .

٣ — جعل المريض بحالة الراحة التامة .

- ٤ — حقن ١ - ١,٥ سم من المورفين بعد موافقة الطبيب .
- ٥ — حقن المصل الطبيعي أو المصورة الاصطناعية كالسيبتوزان سيسبيا أو البريستون باير أو غير ذلك من المستحضرات الموجودة في التجارة .
- ٦ — نقل الدم : وهو أحسن واسطة للمحافظة على حياة المريض .
- التوسط الجراحي : إذا كان سبب النزف الباطن تمزق طحال يستأصل الطحال وإذا كان سببه تمزق كبدي يخاط الكبد أما إذا حدث النزف في الأمعاء كما في القرحة الاثني عشرية نضع الثلج على بطن المريض ويجرى له نقل الدم ويراقب بحذر . ويجرى له تدخل جراحي مناسب عندما يرى الجراح استطباً بالتدخل .
- الخلاصة : يجب أن توجه المعالجة نحو السبب المحدث سواء بالتوسط الجراحي أو بالعلاجات .

أنواع النزف الخاصة

Special types of hæmorrhage

- ١ — **الرعاف** : Epistaxis : هو خروج الدم من الأنف ويشاهد بكثرة عند المصابين بارتفاع الضغط الشرياني .
- المعالجة : يضغط جناحي الأنف مدة عشر دقائق ويطبق كيس ثلج على أوعية العنق فإذا توقف الدم فيها وإلا يضطر إلى دك فوهتي الأنف بشريط من الشاش المعقم ثم يحقن المريض بالمرققات .
- ٢ — **نفث الدم** : Hæmoptysis : هو خروج الدم عقب السعال

من الرئتين ويكون لونه أحمرًا فاتحاً ممزوجاً بالقشع كجمد العنب ويجب ان يفرق عن قيء الدم، وأكثر الأمراض احداثاً له هو السل الرئوي كما ويحدث في أمراض القلب والكلى وأورام الرئة والصمامة الرئوية .

المعالجة : ١ — يجعل المريض بوضع نصف الجلوس .

٢ — يحقن له حبة مورفين .

٣ — يعطى المرققات كالأريما بكتين وبيتوترين ، والاميتين اذا لم يكن الضغط الشرياني هابطاً وأملح السكس .

٤ — يدفأ المريض .

٥ — ينقل الدم اليه اذا كان النزف غزيراً .

٣ — قيء الدم : Haematemesis : هو خروج الدم بالقيء ويكون بلون فاتح أو مائل الى السمرة لتأثره بالعصارات الهاضمة ويكون تناعله حامضاً وممزوجاً بالطعام وسببه غالباً قرحة المعدة أو مـرجل المعدة أو سرطانها أو تشمع الكبد .

المعالجة : دوائية أو جراحية مع نقل الدم .

٤ — غوط الدم : Melæna هو خروج الدم مع الغائط لنزف حدث في القسم العلوي من انبوب الهضم سواء من الاثني عشر أو من المعدة أو من الأمعاء الدقيقة أو الغليظة . تتخذ الاحتياطات التي اتبعت في النزف الباطن وقد يضطر الى التوسط الجراحي حسب السبب المحدث .

٥ — بيضة الدم Hæmaturia : هي خروج الدم مع البول وسبب ذلك أمراض الكلية والمثانة ، وسنبحث عنها بصورة واسعة حين الكلام عن أمراض هذه الأعضاء .

نقل الدم

تبين للعالم لاندستالندر Landestelner ان الدم ليس واحداً عند جميع الناس لأن نقل الدم من شخص لآخر قد يؤدي الى ارتصاص الكريات الحمر من قبل مصل الشخص الآخذ للدم عند بعض المرضى وقد لا يحدث أي اضطراب عند الآخرين . وتبين بعد الدراسات العديدة ان الدم يقسم الى أربع زمرة : AB, B, A, O وفي نقل الدم يمكن للشخص أن يُنقل اليه دم الزمرة التي ينتمي اليها أو زمرة O المعتبرة موافقة لجميع الزمر ومنه تسمية صاحب هذه الزمرة بالمعطي العام وصاحب هذه الزمرة لا يأخذ إلا دم شخص من زمرة O فقط . وأما الشخص المنتسب الى زمرة AB يمكنه أخذ الدم من الزمر التالية : A و B و AB و O ولذلك سمي بالآخذ العام ؛ وعليه يمكن ايجاز ما تقدم بما يلي :

يعطى دم زمرة O الى الزمر O و A و B و AB

« « « « A و AB .

« « « « B و AB .

« « « « AB فقط .

وهذه الاعتبارات لا تكون كافية إلا في حالات الاسعاف التي تتطلب نقل دم سريع حيث لا يوجد الوقت الكافي لتجانس بين الزمر ، بينما في الحالات العادية ، فيجب التدقيق في تجانس الزمر إذ أن ٨٥٪ من الأشخاص يوجد في كرياتهم الحمر راصة خاصة لم تكشف في التصنيف الدولي السابق ، وتعرف بعامل ريزس Factor Rhisus ويرمز اليه بـ Rh . فالأشخاص الذين توجد عندهم هذه المادة يكون عامل ريزس عندهم ايجابياً (Rh +) وحقن دمهم لأشخاص (عامل ريزس عندهم سلبى) لا يحدث عندهم تفاعلاً آنياً بل يتكون مضادات اجسام في مصلهم ذات محذور هام إذ انه إذا حقن لهم دم مماثل مرة ثانية يحدث تفاعل شديد سببه عدم تجانس عامل ريزس ، لذلك لا يجوز إهمال فحص العامل Rh عندما نريد أن ننقل دمًا. وتصبح الزمر الدموية كالتالي :

١٥٪ من الأشخاص	٨٥٪ من الأشخاص
A Rh —	A Rh +
B Rh —	B Rh +
AB Rh —	AB Rh +
O Rh —	O Rh +

طرق نقل الدم : هنالك عدة طرق تتبع في نقل الدم ، تقتصر على ذكر أكثرها شيوعاً في الوقت الحاضر ، وهي : نقل الدم المباشر ونقل الدم المخزون .

١ — نقل الدم المباشر : يجرى بأجهزة خاصة متعددة كجهاز هانري جوفوليه ومحقنة جوبه .

٢ — نقل الدم المخزون : يجرى بواسطة جهاز E. M. S. المؤلف من قارورة مخصصة في منتصفها يلحق بها جهازين أحدهما لأخذ الدم من المعطي والثاني لأجراء عملية نقل الدم . يوضع في القارورة مادة مضادة لتخثر الدم كمحلول سيترات الصودا بنسبة ٣,٨ / بمقدار $\frac{1}{1}$ ما تستوعبه القارورة من الدم (٥٠ سنتيمتر مكعب من المحلول) ، ثم يعقم الجهاز وملاحقاته بالصاد الموصد .

كيفية أخذ الدم : تغلق القارورة بالجهاز الآخذ ويستلقى الشخص المعطي على السرير وتهدأ أوردة المرفق حسب الطرق المعروفة ثم يبدل الوريد فيخرج الدم إلى القارورة الموضوعة على طاولة مجاورة لسرير المريض أو بين فخذي الطبيب أو الممرضة ، كي تجري حركات دورانية في القارورة بواسطة الفخذين ليمتزج الدم بمحلول السيترات ، وحينما تمتلئ القارورة يرفع جهاز الآخذ وتغلق القارورة بسدادة معقمة من المطاط وترسل إلى بنك الدم بعد أن يوضع عليها لاصقة يذكرونها اسم المعطي وزمرته وتاريخ الأخذ .

كيفية إعطاء الدم : تهدأ أوردة المرفق للشخص الآخذ ثم تغرز أبرة الجهاز المعطي وحين خروج الدم إلى المحقنة توصل الأبرة بالجهاز المتصل بالقارورة المرفوعة عن سطح سرير المريض بمقدار ٦٠-٧٥ سم ،

ويكيف ورود الدم بشكل قطرات بمعدل ٦٠٠ سنتمتر مكعب كل ٤٥-٦٠ دقيقة (١ pint كل ٤٥-٦٠ دقيقة) ويمكن الحقن بأسرع مما تقدم اذا كانت حالة المريض تتطلب ذلك .

بنك الدم — Blood Bank : بالنظر لأزدياد استطبابات نقل الدم ولا سيما في حالات الأسعاف فقد اتخذت مراكز لحفظه اطلق عليها اسم بنك الدم ، يحفظ الدم فيها ضمن برادات بجمرة ٢°-٦° ستغراد مدة ١٤-٢٠ يوماً من تاريخ أخذه وبعد هذه المدة يفسد الدم وتتجلى الكريات الحمر لذا لا يجوز استعماله اذا مضى عليه هذا الوقت .

البحت الخامس

الحروق Burns

التعريف : الحرق تخرب تخثري Coagulative لطبقات الجسم السطحية والعميقة .

الاسباب : هي ١ — الحرارة : كالسوائل الحارة وأشعة الشمس والمواد المشتعلة كالبنزين وغيره .

٢ — الكهرباء : كالحرق باشعة X وإشعاع القنابل الذرية والراديو .

٣ — المواد الكيميائية .

الاعراض : هي أعراض موضعية وعامة :

الاعراض الموضعية : تنقسم الحروق في يومنا الى حروق سطحية وعميقة فالحروق السطحية يحدث فيها ضياع جلدي قسيمي بينما في الحروق العميقة يحترق الجلد بكامله مع بقية الأقسام الرخوة وقد قسم دوبيوتران Dupuytren الحروق قديماً الى ستة درجات :

١- الدرجة الاولى : الحماة أو التهاب الجلد السطحي بلا فقاعات.

٢- الدرجة الثانية : التهاب الجلد مع انقلاع البشرة وتكون حويصلات ممتلئة مصلاً .

٣- الدرجة الثالثة : خراب جزء من الجسم الحليمي .

٤- الدرجة الرابعة : احتراق الادمة جميعها حتى للحممة أي الجلد بكامله .

٥- الدرجة الخامسة : احتراق الطبقات السطحية والعضلات .

٦- الدرجة السادسة : احتراق العضو برمته حتى العظام .

الاعراض العامة : ان اتساع الحروق أشد خطراً من عمقها ، ففي حرق ثلث سطح الجلد مهما كان الحرق سطحياً فانه يكون خطراً ، أما اذا تناول الحرق نصف مساحة الجسم فانه يكون مميتاً دائماً ، كما أن حروق الرأس والجذع أخطر على الحياة من حروق الاطراف وان خطر الحروق يزداد كلما كان الشخص مسناً .

تختلف الاعراض العامة حسب الأعمار التي يمر بها المريض :

الدور الاول : هو دور الصدمة العصبية : يحدث في الساعة الاولى من الحرق ويتصف بالشحوب والعرق البارد وهبوط الحرارة واسراع النبض والآلام الشديدة .

الدور الثاني : هو دور الوهط الدوراني : يهبط التوتر الشرياني بهذا الدور لضياح قديم من مصورة الدم واتساع الأوعية المحيطية مما يؤدي لضياح البروتين ونقص مقدار الكورور والسكر بسبب انطراح هذه المواد مع النتحة الموجودة بالفقاعات .

الدور الثالث : وهو دور التسمم Toxaemia : قد يظهر هذا الدور باكراً في الساعات الستة الاولى بعد الحرق ولكن قد يتأخر عادة حتى اليوم الثاني ، وهو مميت يقضي على المحروق بعد يوم أو يومين ، وقليلة هي الحالات التي شفي أصحابها من هذا التسمم .

الدور الرابع : وهو دور التسمم العفن : يحدث عادة في اليوم الخامس وسببه العفونة التي تصيب المنطقة المحروقة .

الدور الخامس : وهو دور الشفاء : وهذا تابع لسعة الحرق فاذا كان سطح الحرق صغيراً تم الشفاء بسرعة أما اذا كان واسعاً وتناول الجلد بكامله يكون الشفاء بطيئاً .

الونزار : يحدث الشفاء عند المرضى الذين حرق ٣٠٪ من سطح جسمهم ، وقبل المعالجة الحديثة كان من النادر شفاء من حرق ٢٠٪ من سطح بدنه ، وسبب الموت هو الصدمة الناجمة عن فقد السوائل من السطح

المحروق والألم الشديد والعفونة .

المعالجة : تكون على نوعين عامة وموضعية :

١ — المعالجة العامة :

تعالج الصدمة الناجمة عن الحرق بحقن :

آ — المورفين .

ب — المصورة الدموية plasma بكمية غزيرة داخل الوريد ويشير

البعض بحقن المصورة الدموية ممزوجة بالدم بنسبة قارورة من الدم لقارورتين من المصل والمقدار الواجب حقنه بالـ ٢٤ ساعة هو لتران لكل ١٠٪ من سطح الجسم المحروق .

ج - المنعشات القلبية كالكورامين وخلاصة قشر الكظر

percortene والـ wayamine .

د — الفيتامينات : A - B - C .

هـ — انشاق الاوكسجين حينما تحدث ركودة دورانية .

و — تدفئة المريض سواء بالقفص الحروري او بتدفئة الغرفة

لدرجة ٢٢ — ٢٤ سنتغراد .

ز — تغذية المريض بالمواد البروتينية .

٢ — المعالجة الوضعية : ترفع الشياب المحروقة والجلد المتموت بالحرق

على ان لا تمس الفقاعات الغير منفقة وقد اعتاد بعض الجراحين اجراء غسيل الجلد بالماء والصابون والبعض يقتصر على غسله بالمصل الغريزي المعقم .

وبعد هذه الاعتناءات الاولية يابجاً للمعالجة بالطرق التالية :

١ - الطريقة الحديثة : يُذَرُّ مسحوق البنسايين والسفاميد على السطح المحروق مع اعطاء هذه المواد بمقدار مناسب حقناً .

٢ - طريقة الطلي بالمرهم : كمرهم الكالامين او مرهم التراميسين او الكلوروميستين .

٣ - طريقة الدباغة : كالطلي بواسطة حامض العفص وهي طريقة قديمة لم تعد تستعمل .

٤ - طريقة الطلي بالمركور كروم : وهي تفيد بالحروق السطحية .

٥ - طريقة المعالجة بالاشعة تحت الحمراء :

يوضع المريض بغرفة حرارتها ٢٥° ويترك عارياً من الثياب وتوجه على المحروق اشعة ما تحت الاحمر .

٦ - تطعيم الجلد : يابجاً اليه في حروق الدرجة الثالثة بعد تكون البراعم اللحمية .

وامبات الممرضة نحو المحروق :

ان اولى الواجبات هي تأمين ثلاثة اشياء :

تدفئة المريض وراحته وحقن السوائل الموصوفة له من قبل الطبيب . لذا وجب عليها ان تهياً القرامات اللازمة واكياس المطاط الحارة والاقفاص الكهربائية المشعة وغير ذلك من الوسائل لتدفئة المريض ثم تشرع بتطبيق المعالجة .

البحة السادسة

التجمدات Frost - Bite

الاسباب : محدثة ومؤهبة:

الاسباب المحدثة : هي التعرض للبرد الشديد .

الاسباب المؤهبة : هي :

١ - انزعاج الدوران بسبب سكوت الشخص او الحذاء المشدود على القدم .

٢ - المقر : تحدث الاصابة في اصابع القدمين واليدين وفي الاذنين والانف .

٣ - المهن : كالتغسلات والجنود المتعبين ومتسلقي الجبال .

٤ - قصور الغدد : كغدة الكظر والمبيض والدرق .

٥ - نقص الفيتامينات وسوء التغذية .

الاعراض : تختلف الاعراض حسب نوع التجمدات :

١ - الشرث : يشعر المريض بألم في النهايات شبيه بألم الحرق ،

يزداد هذا الألم اذا اقترب الطرف من منبع حروري ، ويبدو فيه

الجلد لامعاً ومتوتراً ومتبجاً ، يأتي الألم بشكل نوب ترافق التشنج

الوعائي ثم تحدث فقاعات تحوي مصلاً وبعدئذ تنفخ الفقاعات وتنقلب الى قروح متقيحة .

٢ — التجمدات الموضعية الخطرة : اذا بقيت القدمان مغموستين بالثلج مدة من الزمن ، فقد الحس منهما وايضاً ، وبعد يومين او ثلاثة تحدث فقاعات تنشق فتبدو الادمة تحتها حمراء او بنفسجية وقد تظهر بقع موات على هذه الادمة ، ويمتد الموات احياناً الى الاصبع فتجف كما لو كانت مصابة بالغنغرينة ثم تتحدد مناطق الموات وينصب منها صديد تن الرائحة .

٣ — التجمدات الخطرة : نادرة الحدوث ، وتشاهد لدى متسلقي الجبال المثلجة الذين ضلوا عن رفاقهم . يشعر المتجمد بتعب شديد وحالة دعث ثم ميل للنوم ولن يتم كمن من التغلب على هذا النوم الملح الذي ينتهي بالموت .

المعالجة : ١ — التجمدات العامة

(١) تدفئة تدريجية : لا يجوز ان يقرب المريض من النار فجأة بل يوضع في مغطس حرارته ١٨ درجة ثم تزداد فيه الحرارة تدريجياً حتى تبلغ ٣٠ درجة مئوية .

(٢) منعشات القلب : كورامين ، كافئين ، سبارتئين وغيرها .

(٣) انشاق الاوكسجين .

٢ — التجمدات الموضعية :

آ — الشرث : يمتنع المريض عن تعاقب البرودة والحرارة للطرف المصاب ويقتصر على اجراء حمامات مخردة وجرع المشروبات الحارة ثم يحقن الوريد بالكالسيوم والفلو يورسائين Fluoresceine ويعطى بعض الفيتامينات كالفيتامين A و D و خلاصات الغدد كالمبيض ويشار بالمراهم كمرهم الزنك أو زيت التيرباتين ، واذا لزم الامر يعطى موسعات الاوعية المحيطية كال Ronicol وال Priscol ونضطر أحيانا لاجراء التخضيب الودي .

ب — التجمد الموضعي الخطر : تتضمند الناحية بضاد طاهر وتعطى موسعات الاوعية المحيطية كما ويجرى تخضيب الودي فاذا لم تتحسن حالة العضو يشار باجراء رفع العصب الودي من حول الشريان او رفع السلسلة الودية القطنية . ورغم ذلك قد يحدث موات في العضو فيجرى بتر القسم المتموت .

البث السابع

القروح — Ulcers

التعريف : هي ضياع نسيج سطحي لا ميل له للندب بل على العكس يميل الى الازدياد والاستمرار بالانطراح .

الأسباب : ١ — عوامل خارجية : كالرض ، والحرارة ، والبرودة والمواد الكيميائية .

٢ — أمراض عامة : كالإفريقي ، والسل ، والفتور .

٣ — الأورام الخبيثة .

٤ — الاضطرابات الدورانية : كالإفريقي والغفريقية .

الأمراض : يبدأ المرض بتقرح يختلف حسب الآفة المسببة وغالباً نشاهد القروح على الوجه الأمامي الأنسي للساق ، ويرافقها دوالي مع وذمة .

المعالجة : يعالج السبب المحدث للقروح وتضمّد الناحية بضمار طاهر مع ذر مسحوق السولفاميد والبنسايين على مكان التقرح وتكافح العفونة الثانوية بإعطاء المرديات ويشير البعض بتوجيه اشعاع ما فوق البنفسجي على مكان التقرح أو غيرها من الاشعاعات الكهربائية كما ويجرب تخضيب الودي أو قطعه حول الشريان .

البى الثانى

الصدمة — Shock

التعريف : اختلال يصيب وظائف الحياة .

الأسباب : تحدث الصدمة نتيجة لأحد الأسباب التالية :

- ١ - الألم الشديد أو المديد : كالذي ينشأ عن الرضوض والحروق الواسعة وآفات البطن الحادة ، أو تلو العمليات الكبرى .
- ٢ - ضياع سوائل الجسم : كما في النزوف الغزيرة أو الاقياء الوافرة أو الاسهالات الشديدة أو التعرق الغزير .
- ٣ - الاثتان : كما يظهر في التسمات الدموية الشديدة .
- ٤ - التعرض للبرد الشديد : كما يحدث للذين يغطسون في البحار مدة طويلة أو للمريض المخدر عندما يتعرض للبرد أثناء الخدر .
- ٥ - رضوض الدماغ والنخاع .
- ٦ - الخوف أو الرعب كالذي يلزم المريض قبل اجراء العملية له .
- ٧ - التخدير العميق .

الاعراض : ان العلامات والاعراض التي تبدو عند المصاب بالصدمة هي كما يلي : يسرع النبض ويصبح ضعيفاً ويكون التنفس سطحياً أما السحنة فمقبضة والوجه شاحب يرافق ذلك برودة في الأطراف وبلل الجسم بالعرق البارد كما يكون المريض مضطرباً ، وقد تحدث أقياء وتكون العضلات مسترخية والمنعكسات متناقصة والحدقتان متسعيتين قليلاً ويهبط الضغط الشرياني وذلك دليل على شدة الصدمة فاذا كان الضغط ١٢٠ - ١٠٥ مم زئبقي فانه دليل على أن الصدمة خفيفة واذا كان بين ١٠٥ - ٩٠ فهو دليل على أن الصدمة متوسطة وأما اذا كان ما دون ٩٠ فذلك دليل على خطورة الحالة .

المعالجة : تعالج الصدمة باحدى الطرق الآتية :

١ - تعويض الكتلة الضائعة : فاذا كان سبب الصدمة النزف

الدموي الظاهر أو الباطن ينقل الدم الى المريض ، واذا كان السبب

تنوح المصورة كما في الحروق تزرق له المصورة . أما في حالات

انسداد الامعاء فلا ينقل الدم ولا المصورة بل المصول والسوائل

• كالديكستران Dextran

٢ - حقن المورفين : وهو مفيد جداً لأنه يزيل حالة الضجر

ويحدث توسعاً وعائياً خفيفاً لا يؤثر على الضغط الشرياني .

٣ - زرق المنعشات : كالكورامين والسيبارتين أو غيرهما .

٤ - انشاق الاوكسجين .

٥ - تدفئة المريض تدفئة معتدلة .

٦ - اعطاء البيركورتين حقناً وريدياً (محلوله المائي) .

واجبات الممرضة : هنالك ثلاثة أمور يطالب من الممرضة رعايتها

للشخص المصاب بالصدمة وهذه الامور هي : الراحة والتدفئة

واعطاء السوائل .

(١) الراحة : حينما يصف الطبيب المورفين الى مريضه فانما ينبغي

من وراء ذلك تهدئة حالة المريض وإزالة آلامه فالممرضة تؤمن له

الهدوء في غرفته والراحة الحسنة لدى فرشها للسرير ووضعها

اللاغطية اللازمة .

(٢) التدفئة : تهيمية الممرضة القرامات الكهربائية أو أكياس الماء الساخن أو الاقفاص الكهربائية الخاصة فاذا كان المريض فاقدًا للوعي بسبب تخديره يجب أن تنتبه فلا تضع أكياس الماء الساخن بتماس جلد المريض مباشرة كي لا تحرقه .

(٣) اعطاء السوائل : يجب على كل ممرضة أن تهيمية الادوات اللازمة لحقن المصورة أو الديكستران وغيرهما من السوائل سواء كان ذلك وردياً أو تحت الجلد .

البحث التاسع

الاورام — Tumors

التعريف : الورم نسيج جديد التكون يتصف بصفتين :

١ — تنشؤ خلوي مضطرب .

٢ — نمو هذا التنشؤ بشكل مستمر .

الأسباب : لقد عزيت الاورام الى أسباب متعددة نذكر أهمها ،

غير أن السبب الحقيقي لا يزال غير معروف :

١ — الوراثة : كان الاعتقاد سائداً انه اذا ظهر السرطان في اسرة

فانه ينتقل الى جميع أفرادها بالعدوى غير أن الاختبار والسريريات لم يؤيدا ذلك الرأي .

٢- العرق : كان يظن أن العرق الالماني أكثر الشعوب اصابة بالسرطان ، والواقع أن سبب كثرة السرطان عند المتمدنين هو اهتمامهم بصحتهم ومراجعتهم للأطباء الذين يضعون تشخيصاً للمرض بينما شعوب افريقيا وغيرهم من الشعوب المتأخرة قل أن يوضع لهم تشخيص صحيح وليس لهم احصاء صحيح ومن هنا يتبين خطأ هذه النظرية .

٣- الجنس : يحدث السرطان في أعضاء المرأة التناسلية أكثر منه في الرجل ولكن اذا أحصينا مجمل حدوثه في المرأة والرجل نجدهما متعادلين .

٤- العمر : يكثر السرطان بعد سن الاربعين غير أن هنالك حوادث عديدة شوهدت عند أشخاص دون هذا السن .

٥- الرضوض : ان الرضوض الخفيفة المكررة تؤهب للسرطان فسرطان الشفة يحدث عند مستعملي الغليون أو ذوو الاسنان الشئرة لتخرش الشفة بهما .

الأمراض : ذكرت بعض النظريات في تعليل السرطان :

١- النظرية المضغية : تقول ان السرطان ينشأ من انقراض مضغية .

٢- « الخلية : تعزي السبب الى اختلال التوازن بين النسيج

الضام والنسيج المضرع .

٣- النظرية العفنية : يقول أصحابها بأن سبب السرطان جرثوم بشكل حمة راشحة تختلف عن بقية الحمات ، وان الوسائل التي بين أيدينا لا تزال قاصرة عن كشفها .

٤- النظرية الهورمونية : ثبت أن للهورمونات تأثيراً في بعض الاورام ومن هنا نشأت المعالجة باستئصال المبيضين عند النساء والمعالجة بالهورمونات .

أنواع الأورام : تقسم الاورام الى قسمين : أورام سليمة وأورام خبيثة :

الاورام السليمة : تتصف بما يلي :

١- واضحة الحدود.

٢- لا تغير على ما يجاورها .

٣- نموها بطيء .

٤- لا تنكس بعد الاستئصال .

٥- لا تؤثر على الحالة العامة ولا تحدث حالة دنف .

٦- لا تؤذي البدن إلا بكبر حجمها أو ازعاجها لاحدى

الوظائف كالنزف في ورم الرحم اللينى .

الاورام الخبيثة (السرطانات) : تكون على خلاف الاورام

السليمة فتتصف بما يلي :

١- غير واضحة الحدود .

- ٢ - تغير على النسيج المجاورة لها .
- ٣ - نموها سريع وفوضوي .
- ٤ - تنكس بعد الاستئصال .
- ٥ - تؤثر على الحالة العامة وتحدث حالة دنف .
- ٦ - تستعمر البدن فتحدث أوراماً انتقالية (في الرئة أو العظم أو غيرهما) .

تصنيف الأورام : تسمى الأورام باسم النسيج المضرع او الضام ويضاف لها كلمة (oma) باللغات الاجنبية أما في اللغة العربية فيستعمل لها كلمة ورم واسم النسيج فيقال مثلاً : الورم اللبني .

تقسم الأورام الى قسمين : الأورام المضرعة والأورام الضامة واضيف الى هذين القسمين أقسام أخرى هي الأورام الناشئة من النسيج العصبي والأورام الصباغية والأورام المضغية وقد فصلت هذه عن السابقة وهي ليست ذات علاقة مع الأورام المضرعة ولا الضامة .

- ١ - الأورام المضرعة : تقسم قسمين : سليمة وخبيثة :
- الأورام السليمة : ١ - الأورام الحليمية .
- ٢ - الأورام الغدية .
- الأورام الخبيثة : السرطان المضرع .
- ٢ - الأورام الضامة : وهي أيضاً قسمين : سليمة وخبيثة :

الاورام الضامة السليمة : هي التي تنشأ فوق نسيج ضام كـ
كالأورام الليفية والشحمية والعضلية والمخاطية والدموية والنفوية
والغضروفية والعظمية والنفوية الغدية .

الاورام الضامة الخبيثة : كالورم الليفي العفلي والشحمي العفلي الخ .
معالجة الأورام اجمالا : تعالج الاورام بالطرق التالية : الجراحة
والاشعة المجهولة والراديوم والكوبالت والقدرة الذرية ومركبات
الخرذل الآزوتية Nitrogen Moutard و E 39 Bayer .

المعالجة الغدية للسرطانات : ياجأ اليها اذا كان السرطان منتشراً
ولا يمكن معالجته موضعياً بالجراحة أو الاشعة فتعطى الهرمونات
كالستوسترون للنساء والأوستروجين أو الأوستراديول (ستيلبهسترون)
للرجال ، وتفيد أحياناً عمليات الخصي عند الرجال ورفع المبيضين
عند النساء .

ان جميع الطرق السابقة ليست شافية لأن السبب الحقيقي للسرطان
لم يعرف لذلك فان المعالجة ليست نوعية .

وامبات الممرضة : ازدادت أهمية السرطانات من جهة الصحة
العامة لان نسبة الوفيات بها عالية ولا سيما بعد ترقى الوسائل
الخبرية التي ساعدت على تشخيصها ، مما دعى جميع الامم الراقية
لتأليف جمعيات لمكافحة هذا المرض لان الامل الوحيد في
شفاء المصابين به هو التشخيص الباكر قبل انتشار الآفة فاذا

امكن وضع هذا التشخيص اجرى للمريض المعالجة حسب الطرق التي ذكرناها سابقاً فمسؤولية الممرضة إذن هي مراقبة السرطان لوضع التشخيص الباكر لان لديها الفرص الكثيرة لمساعدة المرضى وذلك لانها تكون بتاسهم مباشرة سواء كان في المستشفى أو خارجه فاذا كانت ماممة باعراض السرطانات فانها ترشد المرضى المصابين لمراجعة الاطباء المختصين فضلاً عن انها تساعد برفع معنويات المرضى الذين شخص مرضهم من قبل الطبيب فتطمئنهم وتزيد حيويتهم وأمل ذويهم لأن أحداً لا يدرك شدة الصدمة التي يتلقاها ذوو المرضى حينما يطالعون على تشخيص هذه الآفة كما ويجب على الممرضة أن تسعى جاهدة لصرف تفكير المصاب عن مرضه وأن تعتني بتغذيته ونظافته عناية تامة منعاً لحدوث اختلاطات عنده .



الفصل الثالث

امراض الرأس والوجه والعنق

البحث الأول

آفات الإفهام الرخوة مول الجمجمة

١ - رضوض فروة الرأس

التعريف : هي تفرق اتصال في النسيج الشحمي تحت الادمة وفي غشاء الجمجمة العظمي مع سلامة الجلد .

الاسباب : الرضوض التي تصيب الرأس سواء كانت ناجمة عن ضربة عصا أو حجر أو غيره .

الاعراض : تحدث حدة دموية في ناحية الجبهة أو الناحية الجدارية وتبدو هذه الحدة بشكل ورم مدور مكدم صلب في المحيط ورخو في المركز .

المعالجة : اذا كانت الحدة صغيرة يكتفى بوضع ضمادات حارة أما

إذا كانت الحذبة كبيرة فتبزل ليفرغ الدم المنصب وتضمد ضماداً ضاغطاً.

٢ - مروح فروة الرأس

الاسباب : ١ - الآلات القاطعة كالמוש والخنجر وغيرهما .

٢ - الرضوض بآلة كليلة أو خشنة كضربة حجر أو عصا أو أي

جسم صلب .

٣ - المرامي النارية أو شظايا القذائف .

الاعراض : ١ - تفرق اتصال في فروة الرأس ، تكون فيه

حوافي الجرح منتظمة في الجروح القاطعة ومشرشرة ومقدمة في

الجروح الرضية .

٢ - نزف غزير في الجروح القاطعة .

٣ - آلام .

المعالجة : تحاق الاشعار ثم يخاط الجرح مباشرة في الجروح القاطعة

أما في الجروح الرضية فيغسل بالمصل المعقم الى أن تزال الأوساخ

والاشعار ثم تنضج حوافي الجرح المشرشرة وتخط بعد ذر مسحوق

البنسلين والسولفاميد المعقمين وأحياناً نضطر لتفجير الجرح

بأشعار فلورانس .

يجب حقن المصل المضاد للكرزاز والمصل المضاد للغنغاريته مع

معالجة المريض بالمرديات .

٣ - انقمرعات الفروة

التعريف : هي انفصال قطعة من الفروة عن عظم القبة انفصلاً تاماً أو قسماً .

الاسباب : هي طول الشعر والتفافه على سيور المحركات لذلك تصاب النساء اللواتي يعملن في المعامل أكثر من الرجال .

الاعراض : قد لا يشعر الجريح بانقلاع فروته الا بعد ان يفلت من سير المحرك ويضع يده على رأسه أو أنه يشعر :

١ - ألم شديد .

٢ - نزف غزير .

٣ - حالة وهط .

٤ - اذا فحص المريض من قبل الجراح يرى سطحاً واسعاً من غشاء الجمجمة قد تمزق وانفصل عن عظم القبة مع بقاء ذيل له متصلاً بالقسم السليم .

المعالجة : تزال الاشعار وتغسل الشريحة ثم يذر مسحوق البنسلين والسولفاميد وتخاط الشريحة وتوضع مفجرات من أشعار فلورانس أو المطاط في الاقسام المنخفضة من الجرح فيجب على الجراح ان يقتصد كثيراً ويحافظ على الفروة ولو كانت عالقة بذنب قصير أما اذا كان الانقلاع تاماً وتموت الفروة تطهر حينئذ الناحية بضامات طاهرة ثم يجري التطعيم الادمي البشري .

البحث الثاني

كسور الجمجمة

Fractures of the skull

١ - الكسور المحصورة في القبة Fractures of the Vault

الاسباب -- تحدث اثر اصابة القبة بضربة حجر أو عصا أو مرمي ناري أو شظية قنبلة أو أثر صدمة سيارة أو سقوط من شاهق على القبة.

الاعراض . -- ١ -- حالة سبات أحياناً.

٢ -- ألم : يشبه الضغط بالأصبع في بؤرة الكسر .

٣ -- ورم دموي .

٤ -- انخفاض يشعر به لدى جس العظم .

٥ -- اضطرابات عصبية .

وإذا كان الكسر مفتوحاً يضاف لما سبق وجود جرح في الفروة مشرشر الحوافي ، إذا بعدت حوافي هذا الجرح ، شوهد العظم المكسور .

التصوير الشعاعي : يكشف الشظايا العظمية التي قد تكون غائرة في الدماغ أو يعين مقر المرمي الناري إذا كان هو السبب في الكسر .

المعالجة . — أ — الكسر المغلق : إذا كان خطياً لا يتطلب توسطاً جراحياً ، وإذا كان انخفاضاً في العظم يقوم هذا الانخفاض جراحياً . هذا وقد يضطر الجراح أحياناً لأستئصال الشظايا العظمية الغائرة في الدماغ فيستعيض عنها بالفايتليوم أو الثانتليوم أو الكرينوبلاك ثم ترمم الفروة .

٢ — الكسر المفتوح : يقضي الاسعاف الأولي بذر مسحوق البنسايين والسولفاميد في الجرح حالاً للحؤول دون نمو الجراثيم فيه ثم يضمّد بضاد طاهر وينقل إلى المستشفى وهناك تخلق أشعار الفروة ويغسل الجرح بالمصل الغريزي المعقم ويضمّد من جديد ثم ينقل إلى غرفة العمليات حيث ينضّر الجرح وترفع العظام الغائرة إذا كانت ملوثة ثم ينظر إلى الدماغ والسحايا فيغسل بالمصل المعقم وترقأ الأوعية النازقة وتخط السحايا إذا أمكن أو تطعم بصفاق عضلي عقيم ويذر مسحوق البنسايين ثم تخط الفروة بعد وضع مفجر من اشعار فلورنسا ويعالج المريض بالمرديات .

٢ — كسر قاعدة الجمجمة : Fractures of the Base

الاسباب : — تحدث فيما إذا سقط شخص على مقعده أو ركبتيه أو قدميه فتنتقل الصدمة إلى القاعدة بواسطة العمود الفقري وتحدث كسراً بالانخفاض . كما ويمكن أن تحدث إذا تلقى شخص ضربة

على رأسه فيقصر القطر الموافق للناحية المصدومة بينما يطول القطر العمود عليه وبما ان في القاعدة نقاط ضعيفة لذلك تنكسر من جراء تبدل قياس هذه الاقطار .

الاعراض : ١ - حالة سبات .

٢ - نزف دم من الأنف أو الأذن أو الفم .

٣ - سيلان المائع الدماغى الشوكى : من الأنف والأذن .

٤ - كدمات تحت ملتحمة العين والأجفان أو على الخشاء أو الشلم خلف الأذن أو العنق حسب مكان الكسر .

٥ - شلل أعصاب القحف : كالعصب الوجهى أو الشمى أو البصرى أو السمعى أو المحرك للعين .

المعالجة : - تعالج حالة الصدمة عند المريض ثم يوضع الثلج على رأسه وتراقب معصراته فاذا أصيب بانحباس بولي تقطر مثانته ثم تجرى له الحقن الشرجية عند انحباس الغائط . وينشط القلب والتنفس بزرق الكورامين ويعطى المريض الفيتامين c و B .

ثم توجه المعالجة للوقاية ضد الاتان وذلك بحقن البرويدون مرة كل ثلاثة أيام ويجرى للمريض ثلاثة زرقات فقط وفي الفترات بين الزرقات يحقن المريض بالبىسولين ثم تنظف فوهات الأنف والأذنين بتقطير محلول البىسولين فيهما كل ثلاث ساعات .

إذا كان الضغط في السائل الدماغى الشوكى مرتفعاً (توتر السائل

في الحالة الطبيعية ١٥ سم من الماء) ييزل السائل الدماغي الشوكي لتخفيف الضغط وفي حالة الحصار يلجاء لحج القبه .
وإذا حدث نزف السائل الدماغي الشوكي من الانف أو الاذن بشكل غزير يشير البعض في وقتنا الحاضر إلى اجراء توسط جراحي عاجل لترميم الام الجافية المتمزقة سواء بخياطتها أو بتطعيمها بصفاق عضلي .

عناية الممرضة بالمصابين بكسور الجمجمة :

ان اهم شيء في العناية بهؤلاء المرضى هو معالجة الصدمة عندهم - إذا كانوا بحالة صدمة - وتعالج الصدمة بالطريقة التي تعالج بها عند المصابين بكسور أو رضوض على الاطراف باستثناء أمرين هامين :

- ١ - يجب عدم اعطاء المورفين لأنه مشبط للمركز التنفسي .
- ٢ - يجب أن لا يوضع المريض بالوضعية الخاصة بالصدمة - أي رفع القسم السفلي من السرير - لان ذلك يؤدي إلى احتقان في الدماغ . وعلى الممرضة أن تراقب بحذر المصاب بكسر في الجمجمة حتى إذا ما لاحظت ظهور اعراض ازدياد التوتر داخل القحف اسرعت إلى اخبار الطبيب لان ذلك دليل على حدوث نزف داخل الجمجمة تالي للكسر . ويجب عليها أن تضع في اذن المريض زبالة معقمة من الغزي لإرقاء الدم النازف من الاذن وان تقطر في الانف مواد مطهرة

كالبروترغول أو محلول البنسلين و كذلك الحال في الاذن ، كما ويجب عليها أن تنبته إلى صلابة النقرة أو الصداع الشديد لان هذه الاعراض تشير الى انتقال الجرثوم الى السحايا فاذا أسرع وأخبرت الطبيب قام بمعالجة هذا المرض .

ومن واجبات الممرضة أن تنبته إلى احتباس البول والغائط وان تراقب كمية البول المطروحة ودرجة تمدد المثانة حتى اذا لاحظت ان المثانة ممتدة اخبرت الطبيب لاجراء القنطرة . أما المرضى المصابين بالسلس البولي فيجب عليها أن تعتني بنظافتهم خشية تعطن الجلد وتقرحه كما ويجب ان تعتني بنظافة المرضى المصابين بشلل المعصرة الشرجية . أما الذين عندهم قبض معند فتجرى لهم الحقن الشرجية المفروعة بعد اخذ موافقة الطبيب . اذا كان هنالك استطباب لتوسط جراحي يجب على الممرضة أن تهيء المريض بحلق شعر رأسه وغسله بالماء الفاتر والصابون المعقم وتضع على رأسه ضماداً طاهراً وعليها ان تنبته عند النساء بان لا تحلق شعر المرأة قبل موافقة ذويها .

البحث الثالث

أمراض الوجه والفكين الجراحية

١ — سرطان الوجه

يكون على نوعين : أ — الكارسينوما ذات الخلايا القاعدية (وتسمى بالقرحة الأكلة) .

ب — الكارسينوما ذات الخلايا التوسفية (الايبتليوما) .

أ — القرحة الروتة Rodent Ulcer :

الأعراض : تصيب عادة الرجال أكثر من النساء لاسيما الذين يتعرضون لأشعة الشمس بكثرة ، وتحدث القرحة غالباً في المنطقة الكائنة على الخط الممتد من محارة الاذن حتى زاوية الفم .

تبدأ الآفة بشكل حليلة صلبة تتقرح فيما بعد ببطء وتأتي على العضلة والغضروف حتى العظم محدثة تشوهاً يبدو من خلال القرحة قاع الحجاج والانف حتى الدماغ أحياناً .

المعالجة : تكون بتوجيه أشعة $\times$ أو بالاستئصال الجراحي .

ب — السرطان ذو الخلايا التوسفية Squamous-cell Carcinoma :

يصيب الشفة غالباً لذلك سنتكلم عنه حين البحث في أمراض الفم .

٢ — الكيسة نظيرة الورم

Dermoid Cyst

- عيب ولادي يظهر على ظهر الانف وذروته أو في ذنب الحاجب.
الأعراض : أ — ورم مدور غير مفصص يستتره جلد سليم .
ب — يتحرك هذا الورم حركة محدودة لالتصاقه بالعنق .
ج — يحيطه ورم عظمي هو اطار مسكنه .
د — قد يلتهب هذا الورم فيتوذم ويحمر ثم ينشق ويخرج منه
مادة صديدية ويتكون ناسور لا يشفى ما لم يستخرج غلاف الكيسة .
المعالجة : الاستئصال الجراحي .

٣ — كسور الفك السفلي

Mandibular Fractures

الأسباب : ازدادت هذه الكسور بعد زيادة عدد السيارات إذ
تقدر نسبة كسور الفك السفلي بسبب السيارات بنسبة الثلث بينما الثلثين
الباقيين في حوادث هذا الكسر سببها السقوط أو الصدمات أثناء
الملاكمة أو طوارئ العمل ويمكن للعراحي النارية والقذائف أن
تحدث كسراً في الفك السفلي .

الأعراض : ١ — الاعراض الوظيفية :

أ — ألم حاد اذا حرك المريض فكه .

- ب — قد يبصق المريض دمًا .
- ج — اضطراب وظيفة المضغ والبلع والكلام .
- ٢ — الاعراض الحكيمة .
- بالنظر : أ — كدمات .
- ب — جروح في بعض الاحيان .
- ج — تشوه مكان الكسر حذاء الحافة السفلى للفك .
- د — تبدل القوس السنية في باطن الفم .
- بالجس : أ — ألم يحدث اذا ضغطت بؤرة الكسر .
- ب — تحري قطع الكسر .
- ج — فرقة عظمية ويشعر بالعرضين الاخيرين اذا دفع اصبع في باطن الفم وثانية في ظاهره .
- د — ثقل حركة الفك .
- اذا كان السبب مرمي ناري أدى الى ضياع مادة في العظم بسبب التفقت حينئذ تكون الاعراض كما يلي :
- ١ — تحدث عند المريض حالة صدمة تعرف بالاعراض الخاصة لها (كشحوب الوجه والعرق البارد واسراع النبض مع برودة الاطراف الخ ٠٠)
- ٢ — نزف سببه انقطاع الشريان اللساني .
- ٣ — تشوهات تختلف حسب مكان الكسر فاذا كان الكسر في

منتصف الفك اختفت الشفة السفلى تحت الشفة العليا فحينئذ يشبه الفك فك الحية .

وإذا حدث الكسر في الجانب أصبح الخد على محاذة العنق وشبه هذا التشوه بفم مرتل القرية، وإذا كان الكسر مزدوجاً في الجانبين تمحى الذقن ويشبه الفم حينئذ فم الحروف .

الرسم الشعاعي : يعين مقر الكسر واتجاهه ومناسبة الاسنان لبؤرة الكسر .

المعالجة : تعالج الصدمة باعطاء المنعشات ونقل الدم والبلازما والديكستروز ثم يطهر الفم ويضبط بمقلاع ذقن على أن يصبح الفك العلوي بمثابة جبيرة للفك السفلي وتترك المعالجة الاساسية لأخصائي بأمراض الفم الذي يصنع الجبائر الخاصة ويثبت الكسر بواسطة أسلاك معدنية بطرق خاصة .

أما إذا كان الكسر مفتوحاً يذر البنسلين مع السولفا في الجرح ويضمّد ضماد طاهر ويرسل المريض الى الجراح المختص .

٤ -- كسور الفك العلوي

Fractures Of the Maxila

الأسباب : مقصودة : كسقوط جسم صلب أو رفسة حصان أو ضربة حجر على الفك أو اصابة الفك بالمرامي النارية أو شظايا القنابل .

- معتنفة : سقوط على الذقن أو قمة الرأس .
- الأمراض : ١ -- ألم في ناحية الكسر .
- ٢ -- كدمة بشكل نعل الفرس .
- ٣ -- فقاعات على الغشاء المخاطي .
- ٤ -- انزعاج في حركات المضغ والكلام .
- ٥ -- اضطرابات عينية كالدماع واختلال الرؤية لانكسار أرض الوقب .

المعالجة : يوضع مقلاع يثبت الفك السفلي على الفك العلوي ويرسل المريض الى الاخصائي بامراض الفم على ان يزرق له البنسلين لوقايته من العفونة ويغذى المريض بالسوائل المغذية (كمرق اللحم مع صفار البيض والحليب والشوربة وغير ذلك) .

٥- ظلع المفصل الفكي الصرغي

Dislocation of the jaw

- الاسباب : تصيب الرجال أكثر من النساء .
- الاسباب المؤهبة : ١ -- التقلص العضلي في أثناء الشاؤب او الضحك أو الصياح أثناء الولادة بسبب الألم أو القيء .
- ٢ -- فتح الفم الواسع كما يحدث أثناء تناول لقمة طعامية كبيرة أو في التخدير العام .

- ١- الأمراض : الفم مفتوح والمريض لا يستطيع اغلاقه .
 - ٢ - اضطراب وظيفة الفك (تعذر الكلام والمضغ والبلع) .
 - ٣ - وجود انخفاض ما بين الاذن ولقمة الفك حيث تغور فيه اصبع الطبيب الفاحص .
 - ٤ - الخدان مشدودان والعضلات الماضغة متوترة .
 - ٥ - اندفاع الفك السفلي الى الامام كما هو مشاهد عند الأشخاص الفقم .
- إذا كان الخلع مفرداً تنحصر الاعراض السابقة في جهة واحدة .
المعالجة : هي الرد السريع بخفض الفك ودفعه الى الوراء .

البحت الرابع

امراض الفم والبلعوم الجراحية

١- شفة الأرنب وانتفاخ الخنك (انعلم)

Cleft lip and cleft palate (Hare lip)

- التعريف : مرض ولادي ناجم عن بقاء عيب مضغي . يولد الجنين (وهو مصاب بهذه الآفة الشكل - ٥) .
- الاسباب : ١- الوراثة : لها دور لا ينكر لذا ينصح بزواج الأشخاص المنحدرين من أسر فيها هذا التشويه بعضهم مع البعض الآخر .

٢ - الافرنجي : ثبت مؤخراً ان ليس له دور يذكر .
الوعراضى : يقسم العلم سريراً الى نوعين : العلم البسيط والعلم الشامل .



(الشكل - ٥) شفة ارنب

١ - العلم البسيط : ينحصر التشوه في الاقسام الرخوة ويكون
اما بطرف واحد فيسمى العلم المفرد او في الطرفين ويسمى بالعلم المزدوج
ففي النوع المفرد يشاهد شق واقع على الشفة العليا وفي الجهة اليسرى
غالباً ، جانب الخط المتوسط ، يتناول حافة الشفة وقد يعلو حتى المنخر
وهو غير متساوي الحافتين .

وفي النوع المزدوج تلاحظ في الوسط كتلة لحمية تحت حجاب

الانف ضامرة وفي جانبيها شقان احدهما في الجهة اليسرى والآخر في
الجهة اليمنى .

٢ — العلم الشامل : يتصف بانشقاق العظم علاوة عن الشفة بدرجات
مختلفة فيكون بشكل فرضة أو انشقاق تام بين القاطعتين حتى الثقبه
الحنكية الامامية ، أو انشقاق الحافة السنخية مع انقسام الحنك
والحفاف فيتصل في هذا النوع جوف الفم مع جوف الانف ويصبح
عظم الميكة افقياً عوضاً من أن يكون حجاباً عامودياً .

وقد تكون هذه الآفة مزدوجة فيلاحظ شقان شفويان حنكيان
وينتهي قطعة عظم متوسطة عليها قاطعتان أو ثلاث أو أربع قواطع
ويسمى هذا النوع بشدق الذئب وترافقه اضطرابات غذائية ناجمة عن
اضطراب الارضاع .

المعالجة : ان اول الاعتناءات التي يجب الانتباه اليها عند الاطفال
المصابين بهذه الآفة هي التغذية ، فاذا تعذر على الطفل الرضاعة وجب
تغذيته اصطناعياً باعطائه الحليب بواسطة المعلقة ريثما يبلغ الشهر الثاني
من العمر فتجرى له عملية شفة الارنب . أما اذا كانت الآفة مترافقة
بشق الحنك فينتظر حتى يبلغ السنة الثانية من العمر حيث تجرى له عملية
جراحية يرمم الضياع المادي الحادث بواسطتها ، وهناك عدة عمليات
تحقق هذه الغاية أشهرها عملية « فيكتور فو » وعملية « اولد فيلد » .
وامبات الممرضة نحو المصابين بشفة الارنب : على الممرضة ان تعود

الطفل قبل العمل الجراحي على تناول المواد السائلة بالملعقة حتى اذا ما اجرى للطفل العملية الجراحية سهل تغذيته و كيفية ذلك بان تضع الطفل في حجرها وتغلىء ملعقة معقمة بالمادة المغذية كالحليب مثلاً وتدخلها في فمه ضاغطة اللسان الى الاسفل دون ان تمس الشفة العليا التي سيجرى عليها العمل الجراحي .

وعليها أن تظهر الفم قبل العمل الجراحي باسبوع بغسله كل أربع ساعات بمحلول حمض البوريك أو الماء الاوكسجيني ، كما ويجب أن تعتني بالطفل بعد العملية منعاً لتمزق الخياطة أو أن يمس يديه مكان العمل الجراحي .

٢ — سرطان الشفة

Carcinoma of the lip

الاسباب : لايزال السبب الحقيقي لسرطان الشفة مجهولاً كسائر السرطانات ، أما الاسباب المؤهبة فهي : التخرش بالتبغ عند من يدخنون وتقرحات الشفة الافرنجية وغيرها .

الاعراض : تبدو الآفة في البدء بشكل ثؤلول أو ورم حليمي أو طلاء يتقرح فيما بعد تقرحاً له صفات القرحات السرطانية ، أي انها قرحة صلبة غير واضحة الحدود ، النسيج المحيطة بها مرشحة ذات قعر مبرعم تبرعماً وسخاً ، ينز مادة تنتنه ، لا تكاد تلمس القرحة حتى تدمي . وبعد مرور فترة من الزمن على ظهور القرحة تمتد الصلابة الى

ارض الفم والجلد وتغير على الذقن وتصبح كتلة واحدة . ونادراً ما تغير هذه الآفة على عظم الفك .

المعالجة : جراحية وشعاعية .

المعالجة الشعاعية : ان اكثر من ٩٥ ٪ من سرطانات الشفة يمكن شفاءها بالاشعاع وذلك بغرز ابر الراديوم Radium needles أو بتسليط الاشعة المجهولة على الآفة .

المعالجة الجراحية : هي استئصال الورم بشكل V .
وان كلا من الطريقتين تكون نتائجها حسنة .

٣ — سرطان اللسان

Carcinoma of the tongue

الاسباب : يظهر سرطان اللسان ما بين سن ٤٠ — ٦٠ وهو اكثر في الرجال منه في النساء .

الاسباب المؤهبة : عديدة ويمكن اختصارها فيما يلي : الطلي ،
الأرومات الشثره الافرنجي ، التبغ ، الورم الحليمي .

الاعراض : دور البدء : يراجع المريض لقرحة تزعجه في لسانه أو لعجز لسانه أثناء الكلام والمضغ والبلع .

ففي الحالة الاولى يكون السرطان سطحياً وينبت على صفيحة طلاء تتكثف وتتشقق وتنزف بكثرة .

وفي الحالة الثانية يبدو اللسان ضخماً قليلاً واذا جسسه الطبيب

الفاحص بوضع اصبع تحت اللسان واخرى فوقه يشعر بورم صلب مبهم الحدود يتحرك بحركة اللسان غير مؤلم، وقل أن يراجع المريض الطبيب في هذا الدور بل يأتي في دور متأخر أي في دور التوقف .
دور التوقيف : ترى عند المريض في هذا الدور الاعراض التالية:

١ — قرحة .

٢ — أو ورم عميق قرح الغشاء المخاطي فلا يتمكن الطبيب حينئذ من معرفة فيما إذا كان الورم قد بدأ بالسطح أم في العمق وكل ما يشاهد قرحة صلبة القاعدة مرتشحة في النسيج المجاورة تفرز مادة منتنة وتنزف لاقل لمس .

٣ — ضخامة العقد الليمفاوية.

٤ — سيلان لعاب تن من الفم .

٥ — سوء الحالة العامة للمريض لا يتلعه المواد النتنة أثناء النوم.

٦ — شحوب وجه المريض الذي يصبح بلون أصفر شبيه بلون التبن (اللون التبنى) .

٧ — اختلال وظائف اللسان (المضغ والبلع والكلام) .

المعالجة : شعاعية وجراحية .

المعالجة الشعاعية : تكون بغرز ابر الراديوم بواسطة مبزل خاص في مليء النسيج السرطاني أو بالاشعة العميقة .

المعالجة الجراحية : هي استئصال الورم والعقد الليمفاوية المتضخمة .

واجبات الممرض : على الممرضة أن تعتني بنظافة الفم بان تغسله عدة مرات يومياً قبل العملية كما أن من واجباتها تغذية المريض بانتظام سواء عن طريق الفم أو عن طريق الانف بواسطة القنطرة ، وأن تنبّه بعد العمل الجراحي كي لا يحدث نزف ثانوي مكان العملية .

٤ — الحصاة اللعابية

Salivary calculi

ان الغدة اللعابية تحت الفك وقناتها تكون عرضة لتوضع الحصاة اللعابية فيها .

الأعراض : ١ - قولنج لعابي يحدث في بدء تناول الطعام ويستمر أثناء المضغ ، يكون حاداً يشبهه المريض بألم الضرس .

٢ — ابتجاج تحت الفك السفلي وهذا العرض هو الذي يجلب النظر ويختلف حجم هذا الابتجاج أثناء الطعام وفي الفواصل فحين الطعام يزداد حجمه ويقل في الفواصل كما يزداد الحجم اذا رأى المريض أو تذوق عصير الليمون أو غيره من المواد الغذائية .
المعالجة : استئصال الحصاة جراحياً .

٥ — خناق لودفيغ

Ludwig's angina

التعريف : هو فlegمون أرض الفم يتصف باعراض عامة خطيرة

واعراض موضعية مغنغرة وسمى بهذا الاسم لان لودفيغ هو الذي
اكتشفه (الشكل - ٦) .



(الشكل - ٦) خناق لودفيغ

الاسباب : الاسباب المحدثة : هي الجراثيم المختلفة كالمكورات
العقدية ، والعنقودية ، والرئوية وغيرها من الجراثيم .

الاسباب المؤهبة : ١ - آفات الفم كنخرة الضرس ،
والقلاع ، والعقولة ، .

٢ - الامراض العامة كداء السكر والامراض الكبدية والكلى.

الاعراض : الاعراض الموضعية : ١ - يشاهد حويه صلبة في
الفم تدفع اللسان الى الوراء والعالى .

٢ - ضرر.

٣ - ضخامة العقد اللفافية في العنق .

٤ - اذا جس قاع الفم بوضع اصبع في الفم والاخرى تحت الفك
يشعر بصلاية خشبية في الناحية المتورمة جميعها .

٥ - تظهر فقاعات وترخمت على الجلد تحت الفك .

الاعراض العامة : حرارة تبلغ ٤٠ - ٤١ درجة ، عرواء ،
نبض سريع .

الاعراض السمية : يشكو المريض زلة ، ضجر ، غثيان ،
هذيان ، حالة وهط .

الاعراض الوظيفية : يضطرب البلع والتنفس ويسيل لعاب تن
من الفم .

المعالجة : شق الفلغمون بشكل واسع مع وضع مفجر ثم يعطى
المريض المرديات ، كالبنسلين والستربتوميسين وغير ذلك واذا كان
المريض مصاباً بمرض السكر يحقن له الانسولين واذا كان مصاباً
بمرض كلوي أو كبدي أو قلبي يعالج هذا المرض .

٦ - ضخامة اللوزتين والناميات القرية

Enlarged tonsils and adenoids

ضخامة اللوزتين : Enlarged tonsils

تشاهد بصورة خاصة عند الأولاد وتكون اللوزتين عرضة

فن الجراحة (١٠)

لإلتهابات مزمنة تسبب ضعفاً عاماً في صحة الطفل ، وهي تشترك غالباً مع الناميات الغدية في الأنف والبلعوم .

الناميات الغدية : Adenoids

هي كتل من النسيج اللنفاوي تتجاوز الحجم الطبيعي للنسيج اللنفاوي في الأنف والبلعوم وتسمى عادة بلوزة لوشكا Luschka's tonsil

الأعراض : ١ - يتنفس الطفل من فمه لذا يبقى فمه مفتوح .

٢ - شخير أثناء النوم .

٣ - تغير صوت الطفل إذ يصبح اخناً .

٤ - اضطراب السمع بسبب انسداد ابواق اوستاكيوس .

٥ - يبدو الطفل بهيئة المبهول ويكون دون أقرانه في المدرسة

جسدياً وعقلياً لأن اضطراب التنفس يؤثر على نمو صدره .

٦ - إذا حدث التهاب حاد تضخم العقد اللنفاوية في العنق ولا

ينحفي ان اللوزتين هما المدخل الرئيسي لعصية كوخ الى هذه العقد .

المعالجة : نظراً لأن هذه الآفة تؤثر على صحة الطفل يشار على ذويه

باستئصال اللوزتين والناميات جراحياً .

واجبات الممرضة : على الممرضة أن تنظف الفم بالمطهرات

قبل العمل الجراحي بمحلول لا باراك أو محلول البوريك أو

محلول دا كان الخ .. ثم يهيء المريض للعمل الجراحي كما يشير الطبيب

الجراح والمخدر وبعد انتهاء العمل الجراحي يوضع كيس من الثلج

على العنق على أن يجعل رأس المريض منخفضاً وهو مستلقي على جانبه
ريثما يصحو من الخدر اذا كان التخدير عاماً ، ولا يسمح له بالاستلقاء
القفوي . وعليها أن تنبّه للنزف من مسكن اللوزة لأن المريض يتلّع
الدم فتخبر الطبيب المختص الذي يوقف النزف بواسطة فتيلة من الغزي
مبللة بالأدرينالين واذا ثابر النزف يحاول الطبيب ربط الشريان النازف
أو وضع ملقط مرقى خاص ، وكثيراً ما ياجأ الى نقل الدم اذا
أضاع المريض كمية كبيرة من دمه .
أما اذا كان التخدير موضعياً فيمكن أن يجلس المريض بوضعية
نصف الجلوس .

٧ — فراج مول اللوزة

Peritonsillar abscess (Syn. Quinzy)

الأسباب : يتلو الحنّاق عادة ويكثر في الحداثة والكهولة وعامله
المحدث الجراثيم لاسيما المكورة العقدية .

الأعراض : تبدأ الآفة بحنّاق ثم تظهر أعراض موضعية وهي :
١ — ألم في أحد الجانبين يتشعع الى الاذن ، تزيده حركات البلع .

٢ — ضزز .

٣ — انتباج العقد اللنفاوية تحت الفك .

٤ — انتباج ناحية اللوزة إذ تندفع الى الاسفل والوراء ويكون

الانتباج في القسم العلوي الامامي والناحية المجاورة للحفاف كما وتنبج السويقة الامامية .

تظهر أعراض عامة عند المريض : كارتفاع الحرارة والقشعريرة واتساخ اللسان .

ويؤدي المريض اضطرابات وظيفية : كصعوبة البلع والشعور بجسم أجنبي في البلعوم واضطراب التكلم .

المعالجة : تكون باجهاض الخراج بالبروييدون أو الاومنادين ، أو باعطاء المرديات . واذا حدث تقيح يفجر الخراج من قبل المختص وذلك بعد التيقن من وجود القيح بادخال ابرة وبزل الخراج ، فاذا خرج قيح يدخل منقاش معقوف خاص في مكان البزل ويفتح ، فينفرخ القيح ، ثم يشار على المريض باجراء الغرغرة بمواد مطهرة كمحلول لابلارك ويحقن له البنسلين .

البحث الخامس

أمراض العقد اللمفاوية للعنق

١ - التهاب العقد اللمفاوية الحاد

Acute lymphadenitis

التعريف : هو تعفن العقد اللمفاوية بأحد الجراثيم .

الأسباب : تصيب الرجال والنساء على السواء غير انها أكثر في الطفولة .

الأسباب المؤهبة : الوهن ، الامراض العفنة ، سحجات فروة الرأس أو الوجه ، قرحات الشفة أو اللثة وجروحها ، آفات الاسنان واللوزتين والبلعوم الالتهابية .

الاسباب المحدثه : الجراثيم على اختلاف أنواعها .

الأمراض : ١ - ضخامة العقدة اللنفاوية في العنق إذ تبلغ حجم اللوزة .

٢ - ألم حين جس العقدة يأخذ بالازدياد .

٣ - ارتفاع الحرارة .

٤ - ازدياد الانتباج وانتشاره الى ماحول العقدة اللنفاوية حيث

يتكون فاعمون حول العقدة مع ظهور التموج واحمرار الجلد .

المعالجة : توجه الى السبب الذي دخل بواسطته الجرثوم فتطهر الجروح والتقرحات في الغشاء المخاطي أو الجلد وتستخرج الأسنان النخرة ثم توجه المعالجة الى الآفة وتكون معالجة مجهضة ومعالجة شافية .

المعالجة المجهضة : يلجأ إليها اذا لم يحدث تقيح وذلك بحقن

المريض البروييدون أو الامنادين Omnadine أو يعطى المرديات

(كالبنسلين أو التيراميسين أو السيغماسين أو الألباميسين) مع

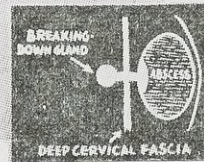
تطبيق الضمادات الحارة على الناحية .

المعالجة الشافية : هي تفجير المجمع القيحي جراحياً ، ثم اعطاء المريض المرديات .

٢ — التهاب العقد اللمفاوية المزمن

Chronic lymphadenitis

ان أهم نوع من التهاب العقد المزمن هو النوع السلي (الشكل -٧)
لذا سنقتصر في كلامنا عليه .



(الشكل -٧)

سل العقد اللمفاوية في العنق مع تكون خراج بارد

الاسباب : هي عضية كوخ التي تدخل الى العقد اللنفاوية من الغشاء المخاطي للفم والبلعوم أو من قرحة اللسان أو من اللوزة أو الاسنان وتكثر هذه الآفة في الطفولة الثانية والبلوغ .

الاسباب المؤهبة : سوء التغذية واصابة الطفل بالحميات ، وعدم التقيد بقواعد الصحة العامة .

الاعراض : ينذر ان تصاب عقدة واحدة والغالب اصابة عدة عقد والمكان المنتخب هو ناحية تحت الذقن والناحية النكفية وامام الأذن وأحياناً الناحية السباتية وفوق الترقوة وتبدو الآفة بورم يبضي أو مدور منتظم وألمس غير مؤلم ذو قوام متماسك في البدء ومتى حدث تبجن ظهرت أعراض الخرجاة الباردة (انتباج مع تموج) ثم تلتصق العقد مع بعضها كتلة واحدة ومع الجلد الذي يأخذ بالاحمرار وينثقب فينفجر القيح ويتكون ناسور .

المعالجة : يجب أن يوضع المريض في شروط صحية جيدة فيغذى تغذية حسنة وان تكون غرفته حسنة التهوية ومعرضة للشمس ، ثم يعطى الأدوية النوعية (الستربتوميسين والريميفون ، والباس P.A.S) كما ويعطى الأدوية المقوية كزيت كبد الحوت وخلصات الكبد والفيتامينات والكالسيوم مع فيتامين D ويجب أن ترفع اللوزات وتستأصل الاسنان النخرة اذا وجدت أما اذا حدث تقيح فينفجر

التقيح ويحقن الـ P.A.S ويشير بعض الجراحين باستئصال العقد قبل التقيح جراحياً .

أما اذا حدث ناسور فيعالج المريض بالأشعة العميقة المجهولة (Deep X ray) .

٣ — اورام العنق اللمفاوية

تشتمل على : أ — داء هودكن .

ب — الاورام الخبيثة لعقد العنق .

أ — داء هودكن

Hodckin's disease

وصف هذا المرض من قبل هودكن عام ١٨٣٢ ومن المحتمل أن يكون مرضاً خبيثاً في العقد اللمفاوية .

الاعراض : يصيب الكهول الحديثين وخاصة الرجال ويتصف بضخامة العقد اللمفاوية في العنق في بدء الآفة ونادراً ما يبدأ بضخامة عقد الابط أو الميغبن وتكون الضخامة تدريجية ثم تحدث فاقعة دم شديدة مع هجمات حرارة غير منتظمة ثم يشمل الانتباج جميع عقد الجسم ويسير المرض نحو نهاية محزنة .

المعالجة : اذا راجع المريض في بدء الآفة وكانت الضخامة منحصرة في زمرة من العقد يجب استئصال هذه العقد جراحياً ثم تطبق المعالجة

بالأشعة المجهولة X-RAY وهي معالجة ملطفة ويعطى المريض مركبات الحديد والأرسنيك كما ويجرى له نقل الدم وحقن الفيتامين B.12 لمعالجة فقر الدم عنده .

ب - الأورام الخبيثة لعقد العنق

Malignant lymph nodes of the neck

تكون سرطانات العقد اللمفاوية للعنق تالية لسرطان متوضع في الفم أو الحنجرة أو الرئتين ونادراً ما تكون بدئية فإذا كانت بدئية وغير ملتصقة تستأصل جراحياً أما إذا كانت ملتصقة أو تالية لسرطان آخر فتكون المعالجة بالأشعة والزراديوم .

البحث السادس

امراض الغدة الدرقية

الغدة الدرقية أكبر الغدد الصم (أي الغدد ذات الافراز الداخلي) وهي تقع في الثلث السفلي من العنق وتحيط جزئياً بالقسم العلوي من الرغامى . وهي تعتبر مخزناً لليود وتفرز مفرزاً داخلياً (أي هورموناً) يحتوي على اليود . وأهم هرمونات هذه الغدة هو التيروكسين الذي

تؤدي زيادته في الجسم إلى ازدياد في الاستقلاب الاساسي ، وكذلك يؤدي نقصه إلى نقص في الاستقلاب الاساسي .

لذلك يعتبر الاستقلاب الاساسي أهم اختبار لوظيفة الدرق . ويجب على الممرضة أن تعلم أن اجراء هذا الاختبار يقتضي من المريض صياماً عن الطعام مدة ١٢ ساعة قبل موعد اجراءه وكذلك راحة جسدية وفكرية مطلقة طوال الليلة التي تسبق صباح اليوم الذي سيجري فيه الاختبار .

ان أمراض الدرق أكثر ما تصادف في المناطق التي يقل في طعامها ومائها اليود ، وتعتبر الجذرة قرئية في المناطق المجاورة للبحيرات الكبرى في الولايات المتحدة وكندا ، وكذلك في جبال سويسرا .

١ - الجذرة Goitre

تعني ضخامة الغدة الدرقية وهي على نوعين سمية وغير سمية .
أ- الجذرة السمية Toxic goitre : وهي إما أن تكون منتشرة أو عقدية .
الجذرة السمية المنتشرة : تتميز بضخامة في الدرق باجمعها مع ازدياد كبير في عدد العنبات الغدية فيها .

الجذرة السمية العقدية : تتصف بنمو عقد قليلة العدد أو كثيرته في الغدة الدرقية . وكل عقدة تتكون من عناصر غدية مفرطة النمو والافراز . بينما تبقى الأقسام الأخرى من الغدة طبيعية ، أو أحياناً ضامرة قليلاً .

الأعراض : تلخص أهم الاعراض فيما يلي :

أ — توتر عصبي : يبدو بالرجفان ، وسرعة الغضب ، وعدم الاستقرار ، والهياج .

ب — اعراض قلبية : خفقان مع اسراع في ضربات القلب .

ج — اعراض تنفسية : تتظاهر بالتنفس السطحي مع ازدياد عدد التنفس .

د — أعراض هضمية : ازدياد في حركات التحوي المعوي مع عطش شديد .

هـ — اعراض بولية : يزداد مقدار البول المطروح يومياً عن الحد الطبيعي .

و — يتناقص وزن المريض باستمرار ، ولدى اجراء اختبار الاستقلاب الاساسي يلاحظ ازدياد في رقم الاستقلاب زيادة كبيرة .
ز — وأحياناً تبرز المقلتان إلى الأمام وهذا ما يدعى جمحوظ العينين وعندها تسمى الجذرة بالجذرة الجحوظية .

النوب الدرقية : ان المصاب بالجذرة السمية معرض للإصابة بالنوب الدرقية . وهي عبارة عن اشتداد في الاعراض يحدث بين آونة وأخرى وقد يؤدي هذا الاشتداد في الاعراض بصاحبه الى الموت .

المعالجة :

المعالجة الدوائية : ان المعالجة اليودية باعطاء محلول لوغول (اسم^٣

يوميًا) يحسن حالة المريض اذ تخف الاعراض العصبية ويبطي القلب ويزول الخفقان ويزداد الوزن ، وينقص رقم الاستقلاب الاساسي . وفي الوقت الحاضر اكتشفت بعض العقاقير الطبية المفيدة في علاج الجذرة السمية مثل النيوراسيل أو البرويل تيوراسيل . وهذه الادوية تدعى بمضادات الدرق التركيبية وهي تعطى بحذر مع مراقبة مستمرة للمريض لأن هذه الادوية سامة جداً .

المعالجة الجراحية : تقوم على استئصال معظم الغدة الدرقية وذلك بعد ان يكون المريض قد اعطي المعالجة الدوائية باليود ومضادات الدرق التركيبية لتخفيف الاعراض عنده . وعادة يترك الجراح القسم الخلفي من الغدة وذلك صيانة للغدد نظائر الدرق المتعلقة بالقسم الخلفي من الدرق والتي تعتبر ضرورية جداً للحياة .

ب — الجذرة غير السمية : Non toxic goitre

هي على الأغلب مؤلفة في عقدٍ عديدة ، كل منها تتألف من اكياس غدية ممتلئة بالمادة الغرائية .

الأعراض : ان معظم الاعراض تنجم عن انضغاط الأحشاء المجاورة للدرق بالغدة المتضخمة .

ومن هذه الاعراض الزلة الناجمة عن انضغاط الرغامي بالجذرة وكذلك السعال وبحة الصوت أو خشوته وعسرة البلع . وقد تتحول الجذرة غير السمية إلى النوع السمي أحياناً .

٢ - التهاب الغدة الدرقية

Thyroiditis

نادرة جداً. أعراضها تشبه أعراض الجذرة السمية المتوسطة الشدة. وهي تؤدي في نهاية الأمر إلى ضمور الغدة الدرقية .

٣ - الوذمة المخاطية

Myxedema

تنجم عن نقص افراز الغدة الدرقية أو انعدامه .
الأعراض : في الحالات المتقدمة يكون المصاب بالوذمة المخاطية ناقص النمو بشكل يلفت الانظار ، ضعيف القوى العقلية ، مصاب ببرود أو فتور نفسي ، يزداد وزنه باستمرار على الرغم من تناقص شهيته .

جلده سميك وجاف . الشعر قاس .
تقاطيع الوجه جامدة والوجه مستدير كأنه البدر .
الاستقلاب الاساسي منخفض .
المعالجة : يعالج هذا المرض باعطاء خلاصة الغدة الدرقية بكميات كافية . أما عمليات التطعيم فقل ان تفيد .

عناية الممرضة بالمرضى الدرقين

١ - العناية بالمرضى المهددين للعمل الجراحي :

ان المرضى الذين سيجرى لهم توسط جراحي على الدرق المصابة

بالجدرة السمية يتطلبون عناية خاصة كتهيء للعمل الجراحي وعلى الممرضة أن تلعب في هذه العناية دوراً كبيراً .

الراحة : ان الراحة الجسدية والعقلية هي ضرورة جداً ، لذلك يجب وضع المريض في غرفة مستقلة أو قرب مرضى هادئين غير مزعجين .

وبما أن المريض بالجدرة يشعر على الدوام بحرارة في جسمه يجب عدم تدفئة غرفته وعدم تغطيته باغطية سميكة .

وبما أن المريض كثير التعرق لذا يجب غسل جسمه يومياً بماء فاتر . وان الراحة الفكرية والنفسية هي ضرورة جداً لذا يجب على المريض أن ينام مدة لا تقل عن ثماني إلى عشر ساعات يومياً ولا مانع من اعطاء المهدئات مثل الباربيتوريات بمقادير مجزأة لتأمين الهدوء الكافي للمريض .

ويجب عدم السماح للزوار بدخول غرفته الا لمدة قليلة لأن المريض يكون سريع التهيج كما مر معنا في مبحث الاعراض .

السوائل : بما ان المصاب بالجدرة كثير التعرق وهذا التعرق يؤدي إلى ضياع مقادير لا بأس بها من السوائل لذلك يجب تعويض الجسم باعطاء مقادير اضافية من السوائل اليه .

القوام الغذائي : ان المصاب بالجدرة يحرق ويستهلك كميات اكبر من

المواد الغذائية من شخص طبيعي نظراً لازدياد الاستقلاب الاساسي عنده لذا يجب ان يكون القوام الغذائي المقدم له لا يقل عن ٥ آلاف حريرة يومياً ويستحسن أن يقدم له مواد سكرية لأنها أسهل تمثلاً من الشحم .

يجب حذف المنبهات من غذائه أمثال الشاي والقهوة .
العناية بالعينين : اذا كانت الجذرة جحوظية أي ترافقت ب بروز المقلتين إلى الامام فيجب غسل العينين بماء البوريك يومياً لتنظيفهما من ذرات الغبار السهلة العلق .

واذا كانت العينان بارزتان بشدة ولم يستطيع المريض اخلاقيهما ليلاً فيجب تعصيبهما عند النوم بعصابة طرية لينة حتى لا تحرش القرنية .

الادوية الواجب اعطاؤها للمريض للمهية للعمل الجراحي :
يستحسن قبل اجراء توسط جراحي على المريض اعطاؤه معالجة دوائية لمدة بضعة اسابيع .

فيعطى اليود بشكل محلول لو غول بنسبة خمسة بالمائة أو يودور البوتاسيوم بنسبة ١٠ بالمائة عن طريق الفم بعد وضعها في قليل من عصير البرتقال أو الحليب حتى يستسيغها المريض .

كذلك يعطى — إلى جانب اليود — مضادات الدرق التركيية

كالبرويل تيوراسيل بجذر خوفاً من اصابته بخناق فقدان الكريات
الحبيبة الناجم عن التسمم بالدواء .

ومن الواجب أيضاً اعطاؤه المهدئات والفيتامينات بشكل منتظم .

٢ - العناية بالمريض الجبرى لمرهم توسط جراحي :

حينما ينقل المريض من غرفة العمليات إلى سريره يجب أن تقوم
الممرضة بالمحافظة على رأسه وعنقه في وضعية ثابتة خوفاً من تحرك مفاجيء
عنيف قد يضر بالحياطة .

ولما كان أمثال هؤلاء المبضوعين معرضين للغمش والاقياء بكثرة
لذا يجب حماية الضمادات الموضوعة على الجرح بسترها ببعض المواد
غير النفوذة مثل الحرير المطاطي ، وإلا تعرض الجرح للالتئان .
ويجب تهدئة المريض المبضوع بحقنه بالمورفين كل أربع ساعات
بشكل منتظم .

الاختلاطات الممكنة حدوثها عقب التوسط الجراحي

من الممكن ان يحدث عقب التوسط الجراحي بعض الاختلاطات
فعلى الممرضة أن تلاحظها وان تخبر الطبيب حالاً بها حتى يبدأ
بعلاجها باكراً ما أمكن . لذلك سنذكر لمحة مقتضبة عن هذه الاختلاطات .

١ - التهاب الرغامى :

لما كانت الدرق مجاورة للرغامى لذلك كثيراً ما ترتكس عقب العمل

الجراحي وتصاب بدرجة خفيفة أو متوسطة من التهاب الرغامى الذي يتجلى بحصول مخاط كثيف يصعب على المريض تقشعه و إخراجه ولذا من المستحسن اجراء ارذاذ بالبخار الساخن حتى تايين هذه الكتل من المخاط ولا بأس من اعطاء المريض بعض المقشعات التي تساعد على اخراج المواد المخاطية بسهولة .

النزف :

لما كانت منطقة الغدة الدرقية غنية جداً بالعروق الدموية- التي يسعى الجراح ابان استئصال الغدة إلى محاولة ربط أكبر عدد ممكن منها - لذا فان احتمال حصول نزف عقب البضع هو احتمال كبير . فعلى الممرضة أن تراقب بعين لا تكل الضمادات الموضوعة حول العنق سواء منها الأمامية أو الموضوعة خلف العنق حتى اذا ملاحظت حصول نزف يبدو بابتلال قطع الشاش بالدم الغزير قامت حالاً بإبلاغ الطبيب .

وقد يكون النزف باطنياً فيبدو بعلامات انضغاط الرغامى وهي ضيق في النفس قد يصل لدرجة زلة شديدة ، اسراع في النبض ، شحوب . واذا ما شخص حصول النزف وجب اعادة المريض إلى غرفة العمليات وفك الخياطة وربط العروق النازفة .

النوب الدرقية :

ان حصول النوب الدرقية (التي تقدم وصفها سابقاً) عقب البضع أصبح قليلاً في الوقت الحاضر نظراً للتهيئة الحسنة للمريض قبل التوسط الجراحي .

أما اذا حدثت فانها تحدث غالباً خلال الاثنتي عشر ساعة الاولى بعد العملية .

وتقوم معالجتها بانشاق المريض الاوكسجين واعطائه كميات كبيرة من المهدئات واحسنها (سولفات المورفين) وحقنه بمقادير كبيرة من الغلو كوز والسوائل ضمن الوريد .

شلل الحبال الصوتية :

بما ان العصب الراجع الحنجري يقع أو بالاصح يمر بالقرب من الغدة الدرقية فمن الممكن ان يتأذى اثناء العمل الجراحي .

ولما كان العصب الراجع الحنجري يعصب الحبال الصوتية لذا فان اصابته يؤدي إلى شلل الحبل الصوتي في جانب واحد أو في الجانبين . وان شلل الحبل الصوتي في جانب واحد يؤدي إلى خشونة في الصوت وضعف في التصويت أما شلل الحبلين الصوتيين فانه يؤدي إلى ضيق نفس قد يكون شديداً ويستلزم خزع الرغامى .

التكيز :

ينجم عن استئصال الغدد نظائر الدرق كلاً أو قسماً خطأ أثناء
التوسط الجراحي ويتصف باختلاجات عضلية في الأطراف وأحياناً
في الوجه بسبب نقص الكالسيوم في الدم .

الباب السابع

الغدد نظائر الدرق

هي أصغر الغدد الصم اطلاقاً ، عددها أربعة ، وتقع قرب الوجه
الخلفي من محفظة الدرق ، وتنظم هذه الغدد استقلاب الكلس والفسفور .

١ — قصور نظائر الدرق

Hypofunction of the paratyroids

نقص الإفراز : ان نقص افراز هذه الغدد يحصل غالباً بسبب
تأذي أو استئصال هذه الغدد خطأ أثناء عملية استئصال الدرق . وينجم
عن نقص افراز هذه الغدد حصول التكيز .

ويتصف التكيز برجفان ليبي في العضلات الارادية وقد تحصل
بعض الاختلاجات ، وأحياناً تشنج حنجرة .

ان فحص الدم يبين نقص مقدار الكالسيوم وازدياد مقدار
الفسفور في المصل الدموي .
ويعالج التركزز باعطاء مركبات الكلس .

٢ — نشاط نظائر اندرق

Hyperfunction of the parathyroid

تنجم الآفة عن حدوث ورم غدي في هذه الغدد ويؤدي لأزدياد
الافراز وانحلال كلس العظام وانطراح الكلس عن طريق البول .
وان التصوير الشعاعي : يكشف استحالة كيسية في عظام الصقل .
المعالجة : تكون باستئصال الورم الغدي .

البحث الثامن

آفات الحنجرة والرفامي

١ — اجسام الحنجرة الاجنبية

Foreign bodies in the larynx

تدخل الاجسام الاجنبية الحنجرة أثناء ازدراد الطعام (كقطع
العظم وحسكات السمك) أو بابتلاعها من قبل الطفل (كالمسمار والحبوب
والبنديق أو زر أو دبوس وما شابهه) .

الاعراض : يحدث عند دخول جسم اجنبي في الحنجرة نوبة اختناق

وَألم حاد وزلة شديدة ويشعر المريض بحس مزعج ويتبدل صوته .
وإذا كان الجسم الاجنبي كبيراً تقضي نوبة الاختناق الى الموت في
بضع دقائق .

المعالجة : استخراج الجسم الاجنبي بواسطة منظار الحنجرة والقصبات
أما اذا كان ضيق النفس شديداً ويخشى من موت المريض تخذع رغامته
حالا ثم يستخرج الجسم الاجنبي بتنظير الحنجرة المقصود .

٢ — افرنجي الحنجرة

Syphilis of the larynx

الاسباب : ان السبب المحدث هو البريمية الشاحبة التي تصيب الحنجرة
اصابة بدئية أو ثانوية أو في الدور الثالث من الافرنجي .

الاعراض : ١ — بحة .

٢ — جفاف البلعوم .

٣ — صمامة قد تستقر على الفلصة أو تعم الحنجرة جميعها ولا سيما
الاورتار الصوتية .

٤ — ظهور لוחات مخاطية على الفلصة أو الاورتار الصوتية وتكون
بلون سنجابي .

٥ — اتباج العقد تحت الفك ولا سيما اذا كانت الاصابة بدئية
وتكونت القرحة البدئية على الفلصة .

أما اذا حدثت الاصابة في الدور الثالث من الافرنجي وتكون

صمغ في الحنجرة فالاعراض تكون كما يلي :

الاعراض الوظيفية : ١- انزعاج التنفس ، (الصوت الصوري)

٢ - صعوبة البلع .

٣ - بحة .

٤ - سعال يرافقه تقشع مخاطي قيحي .

٥ - تن رائحة الفم .

الاعراض الحكيمة : ١ - يشاهد انتباج منتشر يغطيه غشاء

مخاطي أملس .

٢ - يبدو الصمغ بشكل ورم مدور .

٣ - ارتشاح يشمل جميع أقسام الحنجرة .

٤ - اذا تقرح الصمغ بدت ثقبية كفوهة البركان يكون حولها

الغشاء المخاطي متورماً .

المعالجة : تعطى المعالجة النوعية كمر كبات الزرنيخ والبرموت

والزئبق والبنسلين اما اليود فلا يجوز اعطاؤه خشية حدوث وذمة

يودية واختناق المريض بها .

٣ - سل الحنجرة

Tuberculosis of the larynx

الاسباب : تلتصق الحنجرة بعصية كوخ ونادراً ما يكون بدئياً

وبالغالب يكون ثانوي لسل رئوي .

الاعراض : الاعراض الوظيفية: ١- بحة لتأذي الاوتار الصوتية.

٢ - عسرة بلع سببه التقرح .

٣ - زلة سببها ضيق الحنجرة الناجم عن ارتشاح الناحية .

٤ - تنن رائحة الفم .

الاعراض الحكيمة : يشاهد بفحص الحنجرة .

١ - شحوب غشاء البلعوم والحنجرة .

٢ - وذمة الاوتار الصوتية .

٣ - ارتشاح الغشاء المخاطي مع تقرحه .

المعالجة : سببية : وذلك بمعالجة الآفة الرئوية اذ متى شفي سل الرئة تشفى الحنجرة .

نوعية : اعطاء الستربتوميسين والريميفون وال P.A.S

صحية : تغذية المريض بصورة جيدة والعيشة في هواء طلق حسن

التهوية وتعرضه للشمس مع اعطائه أغذية حسنة وبصورة صحية .

ادوية مقوية : كزيت كبد الحوت والفيتامين D مع الكلس

وخلصات الكبد وغيرها .

موضعية: كي التقرحات بالميسم الكهربائي بعد تخدير الحنجرة بمحلول

الكوكائين او كيهها بجامض اللبن الصرف .

٤ — اورام الخنجرة السليمة

Benign tumours of the larynx

ان اهم الاورام السليمة بالخنجرة هي المرحلات وهي اورام صغيرة ترتكز على الاوتار الصوتية .

الاعراض : ١ — تبدل الصوت .

٢ — بالفحص ورم مفرد غالباً ينمو على حافة الوتر ويبدو بالمرآة كجرم صغير بحجم حبة الدخن .
المعالجة : الاستئصال الجراحي .

٥ — سرطان الخنجرة

Carcinoma of the larynx

يظهر بين ٥٠ — ٧٠ من العمر ويصيب الرجال اكثر من النساء ويتلو طلا الخنجرة غالباً .

الاعراض : الاعراض الوظيفية : ١ — اضطراب الصوت

٢ — سعال خفيف .

الاعراض الحكمية : تكشف المرأة ١ — طلا ثلوي ابيض تحيط به منطقة من الارتشاح .

٢ — او ورم حليمي المنظر .

٣ — قد يبدو الوتر متقرح مع ارتشاح احمر .

تسير الآفة ببطء قد يستمر ٢ - ٣ سنوات ثم ينتشر الورم فيملاً جوف الحنجرة ويؤدي الى زلة مع عسر البلع وانتباج العقد .
المعالجة : جراحية وتقتضي باستئصال الوتر الصوتي اذا اقتضت الاصابة عليه او استئصال الحنجرة التام ثم الاستشعاع وقد استعمل الراديوم بشكل ابر تغرز في الحنجرة .

٦ - مروح الرغامى النافذة

Perforated wound of the trachea

الاسباب : اصابة الرغامى بآلة قاطعة (كالموس او الخنجر) وذلك بقصد الانتحار او اصابتهابرمي ناري .
الاعراض : ١ - يحدث صوت ناجم عن امتزاج الهواء حين خروجه من الرغامى مع الدم .
٢ - انطفاء الصوت .
٣ - حالة غشي .
٤ - ارتشاح الهواء تحت الجلد في العنق وقد يمتد الى الجزع والمنصف مما يهدد الحياة .

المعالجة : يستقصى جرح الرغامى ويخاط ثم يراقب المريض بدقة منعاً لحدوث الاختناق واذا بدت زلة عند المريض يوضع انبوب في الرغامى وينشق المريض الاوكسجين ثم يعطى المرديات

كالبنسيلين والتراتاميسين وغيرها من الادوية الحديثة منعاً لحدوث اختلاطات رئوية .

عناية الممرضة بالمرضى الجبى لهم عملية خزع الرغامى

يلجأ لعملية خزع الرغامى في جميع الامراض التي ينسب فيها البلعوم أو الحنجرة وتعتبر هذه العملية وسيلة لاسعاف المرضى وانقاذ حياتهم لأنها تحدث طريقاً اصطناعياً يدخل الهواء منه فيتأمن تنفس المريض . يجب ان يكون المريض بحالة راحة تامة ويعتني بطهارة فمه ثم تهيأ له غرفة خاصة به لانه يحتاج لعناية دائمة خلال ٤٨ ساعة بعد العملية وتؤمن له في هذه الفرصة جميع الادوات والحاجيات الضرورية له . فتجعل حرارة الغرفة معتدلة وهوائها رطباً . ويوضع فيها آلة الاستنشاق Sucker وأسطوانة الاوكسجين مع جهاز الاعطاء الخاص B.L.B او خيمة الاوكسجين وجميع أدوات الضماد .

الاعتناآت بعد العملية : يوضع المريض بوضعية نصف الجلوس اذا استعمل التخدير الموضعي لأن هذه الوضعية تريح تنفس المريض وتقلل من هياجه ومن سعاله ولا يجوز اعطاء المورفين ويمكن ان يسمح بمركبات الفنوبار بوتال .

على الممرضة ان تعطي المريض الاطعمة السائلة في البدء ثم الاطعمة الرخوة كالبوره مثلاً .

ويجب ان تراقب : تنفسه ، تغير لون وجهه ، نبضه ، ارتفاع الضغط
فاذا طرأ تبدل قامت باخبار الجراح .

وعليها ان تنظف القنية ، ففي ال ٢٤ ساعة الاولى بعد العملية تنزع
القنية الداخلية كل ساعتين (ومراراً عند الضرورة) وتغسل بالماء
الجاري ثم بالماء الفاتر والصابون وتستعمل فرشاة دقيقة لتنظيفها ثم تعقم
بالغلي وتعاد الى مكانها بعدئذ .

يجب على الممرضة ان تراقب المريض بانتباه فاذا ظهر بلغم أو مفرز
من القنية قامت بمسحه حالاً . واذا كان الخزع لمدة طويلة وجب عليها
ان تقوم بتعليم المريض كيفية الاعتناء بالقنية حينما تسمح له حالته
بذلك فلا يترك المريض المستشفى الا بعد ان تتأكد الممرضة من انه
اصبح قادراً على الاعتناء بالقنية .

اما اذا كان المريض طفلاً فيجب ان تتعلم والدته أو أي شخص
مسؤول عنه .

البحث التاسع

آفات المريء

١ — الاجسام الاجنبية في المريء

Foreign bodies in the oesophagus

يمكن للاجسام الاجنبية ان تدخل المريء كالعملة المعدنية ،
والاسنان ، والدبابيس وغير ذلك .

ففي هذه الحالة يجرى للمريض تنظير شعاعي لمعرفة مقر الجسم
الاجنبي ثم يستخرج الجسم بملقط خاص من خلال منظار المريء . اما
قطع العملة المعدنية فتستخرج بملاقط العملة الخاصة Coin - catcher
بواسطة التنظير الشعاعي .

٢ — سرطان المريء

Carcinoma of the oesophagus

الاسباب : يصيب الرجل اكثر من المرأة ، ويصادف في الناحية
التي يمر منها المريء الى الحجاب الحاجز في اكثر الحالات ، او عند
تصالب القصبة اليسرى مع المريء او عند منشأ المريء .

الاعراض : ١ — صعوبة بلع الاغذية الصلبة ثم استحالة بلعها بعد
مضي مدة من الزمن ، واذا تقدمت الآفة يصبح بلع السوائل عسيراً

ويقذف المريض جميع المواد التي تناولها .

٢ — الم من ناحية الشرسوف

٣ — نقص الوزن التدريجي وحدوث الحمضة التي تؤدي

الموت غالباً .

المعالجة : جراحة تقضي برفع الورم ، وشعاعية بتطبيق الاشعة العميقة . اما في الآفات المتقدمة فيجري تقيم المعدة Gastrostomy .

واجبات الممرضة : لما كان المريض يصاب بالحمضة لذلك وجب على الممرضة ان تؤمن له في غذائه المواد البروتئينية بحيث يتألف غذاؤه الاساسي من الحليب والبيض وزيت الزيتون ، فاذا اجري للمريض تقيم المعدة ، توضع نهاية انبوب في الفوهة المفتوحة بينما النهاية الثانية للانبوب تكون مجهزة بقمع زجاجي فيصب الحليب في القمع كل ثلاث ساعات طوال ال ٢٤ ساعة الاولى وذلك بمقدار ١٠٠ غرام كل ٣ ساعات . وفي اليوم الثاني يجعل المقدار ١٥٠ غ لكل وقعة ثم يزداد هذا المقدار تدريجياً الى ان تصبح كمية الغذاء ليتر ونصف من الحليب وثلاث بيضات في اليوم مقسمة على اربع وجبات ، و ٩٠ غرام من زيت الزيتون خلال ال ٢٤ ساعة .

اما الماء فيمكن للممرضة ان تعطيه حسب حاجة المريض ليتخلص من العطش الذي ينتابه . وقد يكون في وسع بعض المرضى تناول الماء عن طريق الفم لذلك يسمح لهم به .

وينبغي على الممرضة أن تنتبه الى الانبوب الموضوع في الفوهة المعدية فتنظفه من حين لآخر وتثبت به بواسطة الربط اللاصقة، كما ويجب عليها ان تضع مادة شحمية مؤلفة من زيت الخروع واكسيد التوتيا على الجلد المجاور لفوهة التفميم وذلك منعاً لانهضام الجلد بالعصارة المعدية.

٣ — تشنج الفؤاد

Cardiospasm

تشبه اعراض تشنج الفؤاد الاعراض في سرطان المريء والفارق ان في هذه الآفة لا يوجد ورم بل تشنج دائم في ناحية فؤاد المعدة .
تصيب الآخر النساء حوالي ال ٥٠ من العمر . ومما يمتاز به ان صعوبة البلع تكون بعد تناول مواد سائلة اثناء الغضب غالباً .

واذا اخذت للمريض صورة شعاعية بدا تضيق في القسم السفلي من المريء ، وتوسع المريء الشديد في اعلى مكان التضيق .

المعالجة : يعطى المريض مضادات التشنج كالباامين Pamine او البلادون وغيرهما من الادوية فاذا لم يستفد بشكل دائم نلجأ الى توسيع الفؤاد بواسطة شمعات عن طريق الفم .

وفي الحالات المعقدة تخزع معصرة النهاية السفلى للمريء من خلال فتحة في البطن ، وهذه العملية شبيهة بعملية Ramstedt التي تجري في تضيق البواب الولادي .

الفصل الرابع

امراض الصدر الجراحية

البحث الأول

آفات الصدر الرضية

١ - رضوض الصدر المغلقة

Closed injuries of the chest

لرضوض الصدر انواع ثلاثة هي :

- ١ - رضوض جدار الصدر بدون آفة حشوية .
- ٢ - انضغاط جدار الصدر ويدعى بالاختناق الرضي .
- ٣ - رضوض الصدر المغلقة مع آفة حشوية .

١ - رضوض جدار الصدر بدون آفة حشوية

نبحث عن رضوض الاقسام الرخوة ورضوض الهيكل العظمي للصدر (كسور القص والاضلاع) .

أ - رضوض الاقسام الرخوة في جدار الصدر

يصاب الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد برض فيؤدي الى حدوث انصباب دموي تحت الجلد يسمى بالورم الدموي . وقد يكون الرض اشد فتتمزق العضلات الكبيرة ويشكو المريض من زلة بسيطة مع تحدد في بعض حركات الصدر . وفي بعض الاحيان تحدث عند المريض ، اذا كان مكان الرض واسعاً ، حالة صدمة تتجلى بشحوب الوجه مع اسراع في النبض والتنفس .

المعالجة : توضع ضمادات حارة على الناحية المرضوضة وتعطى المسكنات للمريض . واذا حدث ورم دموي يبذل هذا الورم مع المتابعة على الضمادات الحارة . فاذا عاد وتكون ثانية يجب تفجيده .

ب - كسور القص

الاسباب : مقصوده : رض القص بمقود السيارة مثلاً .
معتقة : اثناء او انبساط الصدر الشديد تلو سقوط على المقعد او القدمين .

الاعراض : ١ - يكون المريض منحنياً الى الامام ؛ كتفاهما بطتان وذراعاها متصلبتان امام الصدر .
٢ - كدمة في ناحية الكسر .

٣ — الم يحدث حين ضغط الناحية المكسورة .

٤ — تشوه وانتباج ناحية الكسر .

٥ — الشعور بالنهاية الشاذة للعظم .

المعالجة : في الكسر المتبدل : ينصح المصاب بالراحة في السرير مع تثبيت الصدر بربط لاصقة .

في الكسر المتبدل : يرد الكسر بوضع وسادة بين كتفي المريض كي ينسبط الجزء ويحاول الطبيب رد القطع العظمية المتبدلة ، فاذا تعذر عليه ذلك تجرى عملية جراحية يخاط بها العظم او يجرى الاستبدال الباطن بطريقة كنتشر Kuntscher .

ج — كسور الاضلاع Rib's Fractures

الاسباب : آفة كثيرة المشاهدة في الحرب وفي السلم ، ففي الحرب تكثر بسبب انهدام الابنية بفعل الغارات الجوية ، اما في حالة السلم فتكون بسبب مقصود أو معتنف :

الاسباب المقصودة : كضربة عصا او مرور دولاب عجلة .

الاسباب المعتنفة : انضغاط بين سيارتين او عربتي قطار ويكون الكسر بتقوم انحناء الضلع او فرط انحنائه .

الاعراض : الاعراض الوظيفية ١ - الم يزداد بالسعال والتنفس

العميق . ٢ - زله تعرف بالتنفس السطحي وتحدد حركات الجهة المؤوفة .

الاعراض الحكيمة : الجس ١ - الم محدث بالضغط على الضلع
المكسورة مباشرة او بالضغط على نهايتي الضلع الامامية او الخلفية

(الشكل - ٨) .



٢ - فرقة عظيمة .

٣ - ارتشاح غازي في
النسيج الخلوي تحت الجلد
واذا ترافق الكسر بأفة
حشوية كتمزق الرئة مثلاً
حدث انصباب دموي او
غازي وبدأت الاعراض
الخاصة بهذا الاختلاط .

المعالجة : يعطى المريض

(الشكل - ٨)

المسكنات « كالمورفين كيفية تحري الألم والفرقة العظيمة في
والبيتيدين » او يجرى تخدير كسر الاضلاع بالضغط على نهايتي الضلع .
جذري للاعصاب الموافقة لناحية الضلع المكسورة ، ويجب
ان يثبت الصدر بربط لاصقة وينشق المريض الاوكسجين اذا
حدثت عنده زلة تنفسية بقناع B . L . B (انظر الشكل - ٤) ويعطى
المرديات منعاً لحدوث انتان رئوي ثم تجرى له تمارين تنفسية من قبل
اخصائي بهذه التمارين للحؤول دون تشوه الصدر وتسطحه .

اما اذا كان هنالك آفة حشوية فتطبق المعالجة الخاصة برضوض
الاحشاء .

٢ — انضغاط جدار الصدر او الاختناق الرضي

Traumatic Asphyxia

١- باب: ينضغط جدار الصدر فجأة خلال دقائق ينجم عنه اختناق
واسباب ذلك هي ١ - الدهس بالسيارات .

٢ - انضغاط بالمصعد الكهربائي .

٣ - انهدام التراب فوق الصدر في المحافر او المناجم .

الاعراض : يميز في الاختناق الرضي نوعان سريريان : ١ - النوع

الشاحب . ٢ - النوع الكدمي .

١ - النوع الشاحب : Pale type

يتصف : ١ - شحوب الوجه والعنق مع وجود مناطق قرمزية اللون .

٢ - ضعف النبض وسرعته ويكون ايضاً خيطياً .

٣ - برودة الجلد .

النوع الكدمي : Ecchymotic type

يتصف : ١ - بالقناع الكدمي : زرقة في الوجه والعنق حتى

قاعدة الاطراف العلوية وبطانة الفم والبلعوم .

٢ - زله تنفسية .

٣ - نرف نمشي تحت الجلد وفي الملتحمة والشبكية (قد يؤدي الى ضمور العصب البصري ومنه حدوث العمى)

٤ - جحوظ العين .

٥ - وذمة في الاجفان .

ان الاعراض السابقة تؤلف مشهداً سريرياً خاصاً لا ينسى فيما اذا شوهده مرة واحدة .

المعالجة : ١ - راحة في السرير .

٢ - انشاق الاوكسجين .

٣ - اعطاء المسكنات والمهدئات كالمورفين والمرديات وقاية من الاتان .

٤ - حقن منعشات القلب (كالكورامين والكافئين مع حقن المصل او البلازما) .

وامبات الحمضة : على الممرضة ان تعتني بالمريض وتؤمن له العلاجات اللازمة لاسيما انشاق الاوكسجين اذ ان التمريض الجيد يساعد كثيراً على شفاء هؤلاء المرضى .

٣ - رضوض الصدر مع آفة مشوية

يشتمل على رض الرئة ورض القلب وتمزق التامور والقلب .

آ - رض الرئة

الاسباب : ١ - دهس السيارات او الاصطدام بها .

٢ - الاجهاد بسبب رفع حمل ثقيل او اثناء الولادة او عند
المصابين بالسعال الديكي .

٣ - انفجار القنابل اثناء الحرب .

الاعراض : آ - حالة تمزق بسيط في الاسناخ يتصف بما يلي :

١ - نفث الدم .

٢ - زله خفيفة .

٣ - اسراع النبض .

الاعراض الحكيمة : القرع : يكشف لنا اصمية تختلف سعتها
حسب المنطقة المؤوفة .

الاصغاء : يشاهد ضعف اللغظ الحويصلي و احيانا خراخر فرقية
او تحت الفرقعية او صوتية .

الفحص الشعاعي : تشاهد بالصورة الشعاعية ظلال محدودة او
منتشرة في الرئة هي الاورام الدموية المتكونة في النسيج الرئوي .
ب - حالة تمزق الرئة مع ريح صدرية في الجنب :

اذا امتد التمزق حتى محيط الرئة فان الهواء يمر في كل شهيقي الى
جوف الجنب ولا يمكن ان يخرج من الشق الذي ارتشح منه فتحدث
رياح صدرية زائدة التوتر لعدم خروج الهواء وانجباسه في الجنب .
الاعراض : الاعراض الوظيفية :

١ - زله شديدة مع تنفس اشتدادي .

٢ - نفث دم .

٣ - زرقة .

٤ - اسراع النبض .

الاعراض الحكيمة : التأمل : يلاحظ ثبوت في حركات جانب الصدر المؤوف .

القرخ : طبلية من جهة الانصباب الغازي .

الاصغاء : يكشف لنا انعدام التنفس والقلب مندفع نحو الطرف السليم .

الفحص الشعاعي : الرئة منخمصة مع ريح صدرية واندفاع المنصف نحو الرئة السليمة .

الاعراض : الاعراض الوظيفية :

١ - زله .

٢ - نفث الدم .

٣ - اعراض نزف باطن .

المعالجة : تختلف حسب نوع الأصابة .

أ - تمزق الرئة البسيط : يعطى المريض المسكنات كالمورفين والكوكائين .

٢ - تحقن المصورة الدموية ولا يجوز حقن المصول ولا اعطاء السوائل بل بالعكس تقليلها الى مادون اللتر منعاً لحدوث وذمة الرئة .

٣ - تعطى المرققات كالأريما بكتين ومصل الحصان ، وغير ذلك .

٤ - يعطى المريض المرديات منعاً لحدوث اختلاط عفن .

٥ - انشاق الاوكسجين بواسطة قناع B.L.B

ب - تمزق الرئة مع ريح صدرية بالجنب :

تدخل ابرة في المسافة الوريية لانقاذ حياة المريض وذلك لكي يخرج الهواء من الجنب ويصبح الضغط فيه معادلاً للضغط الجوي ثم ينقل المريض الى المستشفى وهناك توصل الابة بانبوب من المطاط المعقم الى قارورة تحوي على كمية من الماء المعقم ، وبذلك يتم تفجير الهواء . ويصبح الضغط الجنبي سلبياً ، ثم تتم المعالجة كما في النوع السابق .
ج - تمزق الرئة مع انصباب دموي :

ستتكم عن معالجة هذا النوع عند البحث في الجروح النافذ للرئة .

ب - رض القلب

الاسباب : ١ - الرض بمقود سيارة عند سائقي السيارات .

٢ - الصدمة على ناحية القلب .

٣ - الانضغاط بين عربي قطار .

الاعراض : ١ - ضعف عام يظهر فجأة او بعد بضعة ايام ويزول

بعد دقائق او ساعات او ايام او اسابيع وهو عرض ثابت ومهم .

٢ - ألم في ناحية القلب .

٣ - اسراع القلب .

٤ — زله وزرقة اثناء الجهد .

مخطط القلب Electrocardiogram : يبيد تبدلات في Q.T

المعالجة : ١ — راحة تامة في السرير مدة ستة اسابيع .

٢ — حقن المورفين .

٣ — اعطاء الكينيدين في حالة ارتجاف البطين واسراع النبض .

٤ — مراقبة المريض بشدة واتخاذ جميع الاحتياطات اللازمة للتوسط الجراحي حالاً حينما يصبح ذلك ضرورياً .

٢ — الجروح النافذة للمصدر

Penetrating wounds of the thorax

تشتمل على : أ — الجروح النافذة التي تصيب الجنب والرئة .

ب — الجروح النافذة للقلب .

أ — الجروح النافذة للجنب والرئة

الاسباب : تحدث هذه الجروح في ايام الحرب والسلم معا وسببها :

١ — الآلات القاطعة كالموسى والخنجر والرمح .

٢ — المرامي النارية وشظايا القنابل .

الاعراض : الاعراض الوظيفية :

١ — حالة الصدمة وهذه قد لا توجد عند البعض وتشاهد عند

البعض الآخر .

٢ — نفث دم .

٣ — زله .

٤ — الم

الاعراض الحكمية : اذا حدث انصباب دموي بدت اعراض
الانصباب التي ذكرناها في رضوض الصدر المغلقة .

واذا حدث انصباب غازي بدت اعراض الانصباب الغازي التي
تكلمنا عنها في رضوض الصدر المغلقة ، يضاف اليها :

١ — تنفس الجرح .

٢ — انفتاق الرئة .

٣ — فرقة غازية تحت الجلد .

٤ — النزف الدموي من الجرح .

الرسم الشعاعي : يبين فيما اذا كان هناك انصباب دموي او غازي .

المعالجة : يجب ان يجري للمريض الاسعاف الاولي ريثما ينقل الى

المستشفى حيث تطبق له المعالجة اللازمة .

الاسعاف الاولي : يضمّد الجرح بقطع من الشاش المعقم على ان

يسدّ سداً محكماً يحول دون دخول الهواء الى جوف الجنب ، والبعض

يضمّد برفادة من الشاش الفازليني ثم ينقل الدم الى المريض حالاً

وهو في سيارة الاسعاف وينشق الاوكسجين اذا كان يبيدي

حالة اختناق .

المعالجة في المستشفى : تؤخذ الصورة الشعاعية ويعالج المريض حسب نوع الانصباب (دموي او غازي) او الضياع المادي في جدار الصدر .

آ — جرح نافذ مع انصباب دموي : يخاط الجرح جيداً بعد ذر مسحوق السولفاميد والبنسلين في الاقسام الرخوة ثم يجري للمريض ما يلي :

١ — بزل الجنب وافراغ الدم وحقن البنسلين .

٢ — اعطاء المرديات كالسيغممايسين او التيرامايسين او الالبامايسين

وغير ذلك .

٣ — المثابرة على نقل الدم وانشاق الاوكسجين .

ب — جرح مع ريح صدرية : تطبق المعالجة التي ذكرت في رضوض الصدر المغلقة المترافقة بريح صدرية واذا اشترك الانصباب الدموي مع الغازي تكون المعالجة كالسابق .

ج — ضياع مادي في جدار الصدر :

يجب اغلاق جدار الصدر مهما كلف الامر ، فعند تنظيف الناحية وتنضيرها باقتصاد تخاط العضلات والاقسام الرخوة جميعها بعد زر مسحوق السولفاميد والبنسلين على الاقسام الرخوة ، اما اذا تعذرت الخياطة فيضمم الجرح بضماد مؤلف من الشاش الفازيليني يثبت هذا الضماد برباط لاصق محكم فتحدث التصاقات بين الرئة والجرح

ثم بعد مضي مدة من الزمن تجرى عملية تجميل لستر هذا الضياع المادي ومما يجدر ذكره انه بعد ان تغلق الصدر بالضاد المحكم تتحسن حالة المريض حالاً ويجب ان نحول دون حدوث عفونة بالجانب باعطاء المريض المرديات .
ملاحظة : تحدث هذه الجروح في الخطوط الامامية من الجهة غالباً والحالات التي لا يجوز نقل المصاب فيها تجرى المداخلة الجراحية في الخطوط الامامية ، وهذه الحالات هي : ١ — النزف الغزير .

٢ — جروح المري .

٣ — جروح القصبات الكبيرة المتصلة بالجانب .

٤ — الجروح الصدرية البطنية .

ب — الجروح النافذة للقلب

الاسباب : الآلات القاطعة والمرامي النارية والاضلاع المكسورة المتبدلة .

الاعراض : اذا اتيج للجراح ان يرى مريضه فان الاعراض التي تشاهد هي :

١ — حالة صدمة شديدة .

٢ — جرح خطي في الارب الرابع والخامس او فوهة دخول لمري ناري قد تترافق مع فوهة خروج في الجهة المقابلة ، او في مكان بعيد حسب اتجاه المرمي والسير الذي اتبعه .

٣ - اتساع صمم القلب وخفوت دقاقة .

المعالجة : التحضيرات قبل العمل الجراحي : ينبغي على الممرضة في قاعة العمليات ان تهنيء مايلى :

١ - اعلام الطبيب المخدر وتحضير جهاز التخدير المستعمل في عمليات الصدر .

٢ - مبعد ذاتي قوي واذا لم يكن لدينا هذا المبعد يهنيء مساعد ثالث .

٣ - ستة ابر معوجة مجهزة بخيوط مجربة توضع على طاولة الآلات قبل الشروع في العمل الجراحي .

٤ - مقراض الاضلاع .

متى تهيأت الادوات اللازمة تجرى العملية الجراحية .

الاعتناء بعد العملية الجراحية : يشار على نقل الدم وراقب المريض خشية حدوث اختلاط رئوي أو غيره ويعطى الفيتامين C والمرديات اذا دعت الحاجة لذلك .

البحث الثاني

آفات جدار الصدر العفنة

١ - سل القص والضلوع

Tuberculosis of the sternum and ribs

الاسباب : - يصيب السل القص والأضلاع كما يصيب العظام الأخرى والأسباب المحدثه هي عضية كوخ .

الاعراض : - ١ - ضخامة القص أو الضلع .

٢ - صلابه

٣ - ألم .

٤ - خراج يظهر حذاء قبضة القص أو في القسم الأمامي أو الزاوية الخلفية للضلع .

٥ - تنوسر بعد انبثاق الخراج

المعالجة : - ١ - تحدي البورة واستئصال الضلع أو القسم

النخر من القص .

٢ - معالجة عامة صحية أو دوائية كما مر في بحث السل .

٣ - أشعة X أو الأشعة فوق البنفسجية .

٢ — ذات الجنب القيحية الحادة

Acute Empyema

التعريف : — هي عفونة قيحية في جوف الجنب .

الأسباب : — ان الجراثيم التي تحدث هذا المرض عادة هي المكورة الرئوية . أما المكورة العنقودية فتكثر عند الاطفال ، كما ويمكن للعصيات اللاهوائية ان تحدث هذا المرض .

طريق الاُتتان : تأتي الجراثيم الى الجنب :

١ — من جرح نافذ للصدر .

٢ — من تقيح في جدار الصدر .

٣ — بطريق الدم كما يحدث حينما يصاب الشخص بذات الرئة ويتقيح الجنب بعد هذه الأصابة .

٤ — بانفتاح خراج رئوي على الجنب .

٥ — بطريق الأوعية اللمفاوية كما يحدث بذات القصبات والرئة العقدية .

الأعراض : —

١ — ارتفاع الحرارة عند مريض بذات الرئة بعد انخفاضها .

٢ — ألم شديد لاسيما في النوع الذي يكون عامله الجرثومي المكورة العقدية .

٣ — زرقة مع ازدياد عدد التنفس .

٤ — علامات حكمة تشير الى وجود انصباب جنبي .

٥ — اعراض بنيوية : كنفص الوزن والتعرق ، والضعف العام .

الفحص المخبري : زيادة عدد الكريات البيض فقد تبلغ ٣٠,٠٠٠ مع ازدياد كثرات النوى .

الفحص الشعاعي : يلاحظ ظل الانصباب في الجنب .

الونزار : ان هذه الآفة خطيرة عند الاطفال الذين هم دون السنة الثانية من العمر وعند الزوج ايضاً . وقد تحسن الانذار بعد اكتشاف البنسلين .

المعالجة . — في دور البدء : يكون القيح منتشراً في الجنب ، تقوم المعالجة على بزل الجنب وافراغ القيح ثم حقن البنسلين بمقدار ٥٠,٠٠٠ وحدة داخل الجنب يومياً أو كل يومين مع حقن البنسلين داخل العضل بمقدار مليون وحدة يومياً ، ويمكن اشراك الستربتوميسين . يصبح جوف الجنب عقياً خلال اسبوع من هذه المعالجة اذا كان الجرثوم المسبب لذات الجنب المذكورة الرئوية وخلال اسبوعين إذا كان الجرثوم المذكورة العقدية .

وفي يومنا هذا ينصح البعض بحقن مركب Hyaluronidase

داخل الجنب الذي يسرع ارتشاف السوائل مع البنسلين .
أما إذا كان الجرثوم المسبب للمرض لا يتأثر من البنسلين فيجب
حينئذ تحري درجة تأثر العامل الممرض من المرديات ، ففي ذات الجنب
القيحية المسببة عن المكورة العنقودية يعطى الماغنامايسين أو
الأيريتروسين أو الألبامايسين أو السغمامايسين .

متى تحدد القيح ولم تفد فيه المعالجة السابقة يلجأ الى تفجير القيح .
١ - التفجير المغلق : يكون بواسطة ميزل ذا قنية وانبوب
Malecot ، يخدر الجلد في المسافة الوريدية (نحدد قاع الانصباب بحقن
Lipiodol في الجنب وتؤخذ صورة شعاعية فيعرف الورب الذي
يجب التفجير من خلاله) التي يراد التفجير منها بمخدر موضعي ، ثم
يجرى شق صغير ويدخل الميزل من خلال الشق ثم يسحب مدك الميزل
وترك القنية وبعدئذ يدخل انبوب ماليكو الى جوف الجنب وتسحب
القنية . ان هذا التفجير يكون كافياً في أكثر الأحيان للشفاء .

٢ - التفجير بخزع الضلع : يخدر المريض تخديراً موضعياً أو
تخديراً عاماً بالسيكلوبروبان مع الأوكسجين ثم يخزع الضلع ويوضع
مفجر من المطاط (أنبوب ماليكو) .

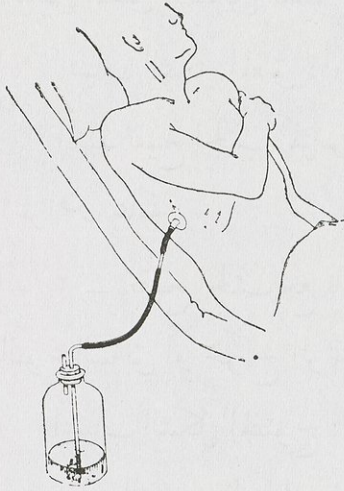
بعد وضع المفجر في كلا الطريقتين ، يوصل هذا المفجر مع
أنبوب من المطاط الى قارورة تحتوي قليلاً من الماء توضع بجانب

سرير المريض كي يصبح الضغط سلبياً في الجنب فتتوسع الرئة لتماماً
الجنب (الشكل - ٩)

وامبات الممرضة والاعنتاآت بعد العمل البهراسي :

١ - يجب على الممرضة ان تنبته الى تفجير القيق لكي لا ينحبس

في الجنب .



٢ - يضمدم المريض كل يومين .

٣ - تقوى معنويات المريض

وتنشط حيويته بتعريضه للهواء النقي

منذ اليوم الثالث من العملية وبتشجيعه

على النهوض حينما يصبح بإمكانه ذلك .

٤ - يثبت الأنبوب المفجر

بربط لاصقة .

(الشكل - ٩)

تفجير الجنب الى قارورة

تحتوي ماءً

٥ - تجرى المريض تمارين

تنفسية حكيمية لمساعدة الرئة على التمدد

ولاصلاح التشوه الحادث .

٦ - يراقب صغر جيب النقيح بصورة شعاعية تجرى بعد حقن

مادة ظليلة من الانبوب المفجر من حين لآخر فيعرف ان حجم الجيب

آخذ في الزوال ، اما اذا بقي ثابتاً فان الآفة تصبح مزمنة وستتكم

عن معالجتها فيما بعد .

٣ - ذات الجنب القيحية المزمنة

Chronic empyema

اسباب - تكون ذات الجنب القيحية المزمنة على شكلين :
الشكل المغلق والشكل المفتوح .

اسباب الشكل المغلق :

١ - تقيح الجنب المزمن الذي حدث منذ بضعة اشهر دون
اعراض عامة .

٢ - تقيح الجنب مع ناسور قصي جنبي ، وهذا النوع يتلو غالباً
النوع السابق او خراج الرئة .
اسباب الشكل المفتوح :

١ - التفجير الجراحي السيء لذات الجنب القيحية الحادة فتنتقل
الى الشكل المزمن .

٢ - وجود اجسام اجنبية في الجنب كدخول المفجر المطاط
الى الجنب .

٣ - التفجير المتأخر لذات الجنب الحادة .

٤ - الاعتناء السيء بعد العمل الجراحي ويؤدي ذلك الى انغلاق
الجرح قبل الشفاء .

٥ - عدم تطبيق المعالجة الحكيمة كالتارين التنفسية من قبل المختص

مما يحول دون تمدد الرئة .

٦ — ذات العظم والنقي في الاضلاع .

٧ — امراض الرئة غير المنتظرة كاصابة المريض (بسل الرئة او

داء الفطر الشعاعي او سرطان القصبة او خراج الرئة او توسع
القصبات او الناسور القصبي) .

فاذا كانت ذات الجنب مترافقة مع هذه الآفات وفجرت فاب

الناسور لا يندمل لانكماش الرئة بسبب هذه الآفات .

الاعراض : ١ — في الشكل المغلق : تشاهد اعراض

الانصباب الجنبي .

٢ — في الشكل المفتوح : فوهة ناسور تنز مادة قيحية اذا حقن

اللييودول في هذا الناسور واخذت له صورة شعاعية يظهر

حجمه واضحاً .

المعالجة : يجب ان تكون سببية فاذا كان هنالك ضلع ملتهب

تستأصل هذه الضلع واذا كان جسماً اجنياً يرفع الجسم الاجنبي .

ثم يلجأ الى المعالجة الحكيمة لتشجيع تمدد الرئة . وازالة الجيب

الجنبي . واذا لم تفد هذه الطرق يلجأ الى العمليات التالية :

١ — تقشير الرئة Decortication

٢ — تصنيع الصدر القسمي لا سيما عملية Robert

٣ — التطعيم العضلي في النواسير القصصية الجلدية .

البحث الثالث

امراض الرئة الجراحية

يشتمل على : توسع القصبات ، خراج الرئة ، كيسة الرئة المائية ، سرطان الرئة ، سل الرئة ومعالجته الجراحية .

١ - توسع القصبات

Bronchiectasis

- التعريف : توسع غير طبيعي في الشجرة القصبية يرافقه انتان فيها.
- الاسباب : ١ - ضعف ولادي في جذر القصبة ، او يكون تالياً لكيس ولادية في الرئة او انخماص الرئة الولادي .
- ٢ - الانتان : اذ كثيراً ما نشاهد توسع قصبات تالي لحمى اصاب الطفل (حصبة ، قرمزية ، ذات القصبات والرئة) .
- ٣ - انسداد القصبة : بعقدة منتبجة تضغطها وتسدها (وانتباج العقدة يتلو غالباً سعال ديكى او حصبة) ، او يكون الانسداد بدءياً بجسم اجنبي ابتلعه المريض او بسبب سل الرئة او خراجة الرئة أو سرطانها.
- الاعراض : لدى استجواب المريض يفهم انه قد اصاب في طفولته بالسعال الديكى او الحصبة او ذات الرئة وبعد شفائه من هذه الآفات

كان ينتابه نوب سعال مع تقشع ثم يبدي المريض الاعراض التالية :

الاعراض الوظيفية : ١ - سعال .

٢ - تقشع غزير .

٣ - بخر (اي تنفسه ذو رائحة كريهة) .

٤ - نوب حرارة مع عرواء وتغرق تشاب المريض من حين لآخر .

٥ - تأخر في نمو المملاكات العقلية والنمو الجسمي للمريض اذا

كان طفلاً .

٦ - اعراض تسمم عام تبدو : بفقر الدم ، والتعب ،

وتحذب الاصابع (اصابع مطرقة الطبل clubbing Fingers) .

الاعراض الحركية : ١ - اصمية بالقرع في بؤرة الآفة .

٢ - تنفس قصي .

٣ - خراخر في منطقة البؤرة المصابة .

المعالجة : آ - المعالجة المحافظة :

١ - التفجير بالكب الامامي Postural drainage : يجعل المريض

منكباً على وجهه ورأسه منخفضاً كي تتفجر جميع المفرزات القصصية

مدة عشر دقائق عدة مرات كل يوم (انظر الشكل ١٠) .

٢ - تمارين تنفسية .

٣ - اعطاء المرديات للقضاء على العفونة كالتراميسين او السغماميسين .

٤ - انشاق المريض البنسلين بطريقة الحلالات الهوائية Aerosol .

ب -- المعالجة الجراحية : وهي المعالجة الشافية فبعد تحديد المنطقة المؤوفة بالاشعه وتصوير الشجرة القصية باللييودول ، يهيا المريض للعمل الجراحي حيث يجرى له العمليات التالية حسب سعة المكان المصاب :

١ -- قطع الفص Lobectomy

٢ -- قطع قسمي للفص Segmental resection

٣ -- قطع الرئة Pneumonectomy

٢ -- خراج الرئة

Abscess of the lung

الأسباب -- يندر أن يكون خراج الرئة بدئياً ، بل يكون غالباً تالياً لأمراض اخرى (Brock) فهي تتلو :

١ -- استئصال اللوزتين أو العمليات المجراة في الفم .

٢ -- الأجسام الأجنبية كدخول حبة بقول أو سن مستعار

إلى القصبات .

٣ -- ذات الرئة .

٤ -- توسع القصبات .

٥ -- سرطان الرئة .

٦ -- عفونة الدم العامة .

٧ -- خمص الرئة (الرئة الجنينية) التالي لانسداد احدى القصبات .

٨ — الزحار الآمبي .

العامل الممرض : هي الجراثيم المقيحة كالمكورات العقدية والعنقودية والعصية الكولونية وعصية فريدلاندر والمتحولة الآمبية والبريميات .

اعراض : يصاب المريض بحرارة مع نafض وتعرق وألم صدري وقهم ودنف . ويكشف الفحص السريري لصدر المريض عن وجود علامت تدل على كثافة رئوية محدودة يؤيدها الرسم الشعاعي .
أما اذا انفتح الخراج على القصبات فيبدي المريض قيئاً صدرياً مع راحة كرية تملأ القاعة . ويبين التصوير الشعاعي وجود سوية هوائية مع أعراض تكهف .

المعالجة : نوعان : محافظة وجراحية .

١ — المعالجة المحافظة Conservative Treatment : راحة في السرير ،

التفجير بالكرب الامامي ، اعطائه المرديات كالبنسلين او السيغمائيسين او التيرامائيسين . واذا لم تفد هذه المعالجة تنظر القصبات ويؤخذ من قيح الخراج لتحري العامل الممرض فيه واجراء اختبار تحسس هذا العامل نحو المرديات وحينئذ يعطى العلاج النوعي من هذه الادوية سواء عن طريق الفم او طريق الحقن موضعياً بادخال قشطرة في جوف الخراج وجذب القيح ثم غسل الجوف بالبنسلين او غيره او تساق حلالاته الهوائية الى جوف الخراج .

٢ — المعالجة الجراحية :

١ — قطع فص الرئة المصابة .

٢ — عملية مونا لدى : وهي عبارة عن تفجير الخراج .

٣ — كيسة الرئة المائية :

Hydatid of the lung

الاسباب : — ان السبب المحدث لهذه الآفة هو الشريطية المقنفذة،
وسنبحث عنها مطولاً في كيسة الكبد المائية وهذه الآفة ليست نادرة
المشاهدة في بلادنا .

الاعراض : ان اكثر الاعراض مشاهدة هي :

١ — سعال جاف ونوبي لا سيما اذا كانت الكيسة قرب عضلة
الحجاب الحاجز .

٢ — تقشع قليل واذا انتفخت الكيسة حدث القيء الصدري
فينطرح ماء صافي يحوي على اغشية .

٣ — نفث دم .

٤ — الام جنبية .

٥ — ضيق نفس .

٦ — شرى يتلو غالباً انبثاق الكيسة .

٧ — حكة .

الفحص الحكمي : تختلف الاعراض في هذا الفحص قبل انبثاق

الكيسة عنها بعد انبثاقها ، اذ تبدو قبل انبثاق الكيسة اعراض كثافة في الصدر (كالاصمية بالقرع وازدياد الاهتزازت بالجلس والنفخنة بالاصغاء) بينما تكون الاعراض بعد انبثاق الكيسة اعراض تكهف . ولا بد لتشخيص الآفة من اللجوء الى الفحوص المخبرية التالية :

١ - تفاعل كازوني .

٢ - تحري زيادة اليوزينات (تزداد اكثر من ٣-٤ ٪) في الصيغة الكروية .

٣ - كشف الرؤوس الشريطية والكلاليب في القىء الصدري .
الفحص الشعاعي : يبدو ظل الكيسة المائية في الرئة :

١ - مدور ذو كثافة متجانسة وحدود واضحة وقد تكون مسننة قليلاً بسبب الالتهاب المحيط بالكيسة او النزف او الاحتشاء في محيطها .

٢ - انقلاع قمة الكيسة عن نسيج الرئة يبدو بشكل هلامي .

٣ - ظل مائي هوائي اذا كانت الكيسة منفردة .

٤ - علامة الزنبق Water lily sign وتحدث حينما ينقلع غشاء

الكيسة ويطفو على سطح السائل في الجيب .

٥ - علامة القوس المزدوج تشاهد حينما يحدث تمزق قسيمي في

جدار الكيسة فتخرج كمية ضئيلة من سائل الكيس ترشح بين الغشاء ذو الصفائح والغشاء الليفي فيظهر القوسان وهي علامة قليلة المشاهدة .

٦ - تكلس الجدار الليفي وهو دليل على موت المكورة المقنفذة.
تنظير القصبات : يشاهد :

١ - تحذب محدود في القصبة المجاورة والمضغوظة .

٢ - انفتاح الكيسة على القصبة .

المعالجة : جراحية عبارة عن اخراج الكيسة وخياطة جيبيها وقد
نضطر احيانا لرفع الفص الرئوي اما الكيسات المتكلسة والصغيرة
فتترك وشأنها ، وتعالج الكيسات المتقيحة كمعالجة خراج الرئة .

٤ - سرطان الرئة

carcinoma of the lung

الاسباب : تحدث بعد سن الاربعين وتصيب الرجال اكثر من
النساء والرئة اليمنى اكثر من الرئة اليسرى . وان استنشاق المواد
الخرشة كالزنيخ والكوبالت والبيزموت يهيء لحدوث هذا المرض
وقد لوحظ في المدة الاخيرة كثرة حوادث سرطان الرئة عند المدخنين
اذ تبين ان ٧٠٪ من المصابين هم ممن يدخنون التبغ .

الاعراض : ان الاعراض الاساسية هي :

١ - سعال

٢ - ضيق النفس

٣ - نفث الدم

٤ - الألم

- ٥ - نقص الوزن
 - ٦ - نقص الشهية
 - ٧ - الضعف العام
 - ٨ - التعرق الليلي
 - ٩ - التعب
 - ١٠ - اصابع مضرب الطبل
 - ١١ - الصوت الصفيري أثناء التنفس
 - ١٢ - ضخامة العقد اللمفاوية لناحية فوق الترقوة أو الابط .
- العلامات الحكمية : قد تظهر اعراض انخماص الرئة او توسع القصبات او انصباب الجنب وفي دور متقدم يشاهد :
- ١ - وذمه في الرأس والرقبة سببها انضغاط الاجوف العلوي .
 - ٢ - شلل العصب الحنجري المؤدي للبلع .
 - ٣ - شلل عصب الحجاب الحاجز .
 - ٤ - تناذر هورنر .
- فاذا اشتبه بسرطان عند شخص تجاوز سن الاربعين يستعان لتأييد التشخيص بالوسائط التالية :
- ١ - كشف الخلايا السرطانية بالقشع بطرق مخبرية خاصة .
 - ٢ - تنظير القصبات الذي يكشف الورم ويمكن اخذ خزعة منه لفحصها نسيجياً .

٣ -- التصوير الشعاعي يشاهد :

آ -- ظل الورم او الفص المنخمص بانسداد القصبة .

ب -- انصباب جنبي .

ج -- ظل منصفى .

د -- ظل جيب مائي هوائي كخراج الرئة وهذا دليل على ان الورم

قد تنخر .

ه -- ظل دخني منتشر في الرئتين شبيه بسل الرئة الدخني .

٤ -- التنظير الشعاعي : يشاهد ارتفاع الحجاب الحاجز في الجهة

المؤوفة ، ويعطى المريض البارיום الذي يراقب مروره في المريء

فيما اذا كان مضغوطاً في العقد البلغمية المنصفية .

٥ -- التصوير الطبقي : يحدد الورم بوضوح .

٦ -- تصوير القصبات بعد حقن اللييودول .

٧ -- فتح الصدر الاستقصائي ويلجأ اليه حينما تعجز جميع الوسائل

عن التشخيص .

٨ -- تنظير الصدر يستعمل اذا اصاب الآفة الرئة والجنب معاً .

٩ -- تحري الخلايا السرطانية في الانصباب الجنبي .

المعالجة : الشافية : قطع الرئة حيث تكون نسبة النجاح ٩٥٪ .

الملاحظة : تجرى للمرضى الذين لا أمل بشفائهم جراحياً فتستعمل

الأشعة المجهولة العميقة أو الراديوم أو بذور الراديون أو بالذرة .

٥ - سل الرئة

Pulmonary tuberculosis

إن هذه الآفة تدرس بشكل واسع في الأمراض الداخلية وما يهمننا من الوجهة الجراحية إمرضه ومعالجته .

الأمراض : توجد ثلاث نماذج رئيسية لهذا المرض :

١ - الشكل النتحى (ذات الرئة السلية) يكون المرض حاداً في هذا الشكل ولا يلجأ إلى معالجته بالجراحة .

٢ - الشكل الجبني له أنواع :

أ - الورم السلي Tuberculoma : يفيد به خزع الفص .

ب - الكهف السلي يتلو تآين الورم السلي يعالج إما بالطرق المحافظة الطبية أو بطرق الخمص الجراحي .

ج - الشكل الليفي يعالج جراحياً .

المعالجة الجراحية لسل الرئة : إن المبدأ الذي تبنى عليه معالجة سل

الرئة جراحياً هو خمص الرئة والطرق المستعملة لهذه الغاية هي :

١ - الريح الصدرية الاصطناعية .

٢ - تحرير الرئة القمي خارج الوريقة الجدارية للجنب .

٣ - شل عصب الحجاب الحاجز .

٤ - الريح البطنية الاصطناعية .

٥ - تصنيع الصدر .

هذا وهناك طرق جراحية تقضي باستئصال الآفة الدرنية من الرئة كما في عملية قطع فص الرئة أو قطع الرئة . وقد استعملت هذه العمليات بشكل واسع بعد اكتشاف الستربتومايسين .

طرق في التشخيص والمعالجة

Diagnostic and therapeutic procedures

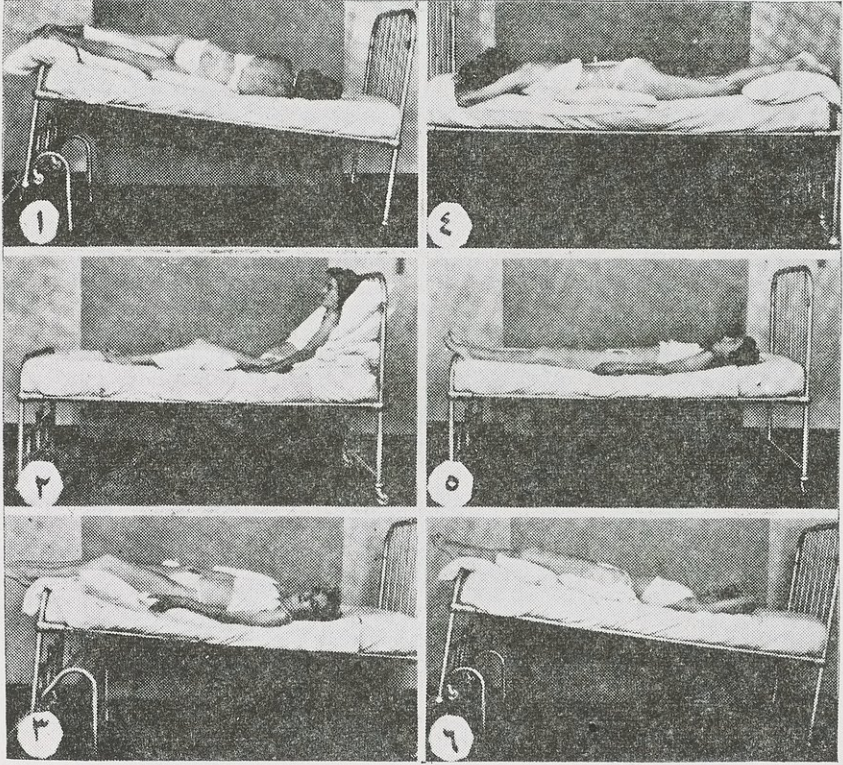
: التفجير بالكب Postural Drainage

هو تفجير مواد غريبة موجودة في الجهاز التنفسي عن طريق القصبات فالقم ، وهذه المواد قد تكون قيحاً أو قشعاً غزيراً متراكماً في الأسناخ الرئوية أو في مليء النسيج الرئوي (كخراج الرئة أو توسع القصبات والرئة) ، أو قد تكون مفرزات زائدة في الشجرة التنفسية تفجر بالكب لتحضير المريض قبل عملية قطع الرئة أو قطع فص الرئة ، وقد تكون هذه المواد أخيراً مادة طفيلية حقنت القصبات بها لتصوير الجهاز التنفسي شعاعياً كمادة اللييودول مثلاً .

أما طريقة اجراء التفجير بالكب فتكون باتخاذ المريض اوضاعاً مختلفة تسهل جري المواد إلى خارج الرئتين (الشكل - ١٠) .

وإن السعال المحرض بالمفرزات الغزيرة يعتبر سبباً مساعداً على تسهيل التفجير ويمكن تنبيه هذا السعال بالقرع الخفيف على الصدر

من قبل الاخصائي بالمعالجة الحكيمة . أما مدة بقاء المريض بوضعية
الكب فهي عادة عشرة دقائق تزداد بالتدريج خاصة بعد أن يعتاد



(الشكل - ١٠) الأوضاع المختلفة للتفجير بالكب

- ١ - تفجير الأقسام القاعدية والجانبية للرئة اليسرى .
- ٢ - تفجير الأقسام العميقة والفصوص الرئوية العليا .
- ٣ - تفجير الفص الايمن المتوسط .
- ٤ - تفجير الأقسام العلوية للفصوص السفلى .
- ٥ - تفجير الاقسام الامامية (الصدرية) للفصوص العليا .
- ٦ - تفجير الاقسام الامامية للفصوص السفلى .

المريض على هذه الوضعة وعندما يجرى التفجير بالكب يجب على
الممرضة ان تنتبه للأمور التالية :

١ — ان لا يجرى التفجير بالكب بعد الطعام مباشرة لأن
المريض يقيء .

٢ — ان تراقب المريض طيلة اجراء التفجير وذلك خشية من
إصابته بداور .

٣ — على الممرضة ان تجمع القشع المطروح بالتفجير داخل وعاء
مدرج، وتسجل في سجل المريض مقدار المفرزات المطروحة وأوصاف
هذه المفرزات من حيث الرائحة والقوام واللون .

بزل الجنب Thoracentesis :

هو اخراج القيح أو الانصبابات المصلية الليفية أو الهواء من داخل
جوف الجنب ؛ وتفيد هذه الطريقة للتشخيص والمعالجة .

الأدوات المستعملة : محقنة بحجم ٢٠-٣٠ سم^٣ .

ابر معدنية غير قابلة للتأكسد

وصلة ذات ثلاثة مجاري

تعقم هذه الآلات بالحرارة الجافة او بالغلي .

وضعية المريض : هي وضعية نصف الجلوس فيما اذا كانت حالة
المريض غير سيئة والا فالبزل يجرى والمريض مضطجعا على جنبه السليم
واضعاً ذراعه العلوي فوق رأسه، وموضوعاً تحت صدره وسادة صغيرة.

مكان البزل : يجرى بزل الجنب عادة على خط عامودي ممتد من زاوية الكتف وفي الورب السادس فيما اذا كان الانصباب غزيراً ولا يعتبر انتقاء هذا المكان قاعدة مضطرده بل يمكن اجراء البزل من الامام او الخلف حسب مكان الانصباب ويرجح اجراؤه عادة بعد تحديد الانصباب بالتنظير الشعاعي .

طريقة العمل : يطهر الجلد وتقدر ناحية البزل بحقنها بمحلول النوفوكائين او السكوروكائين ١-٢٪ ثم يجرى البزل بادخال الابرة الخاصة في الورب المحدد حتى تصل ذروتها الى داخل الجنب فيخرج السائل والهواء من تلقاء نفسها من النهاية الخارجية للابرة ، ولتسهيل الأفراغ يجرى جذب بواسطة جهاز خاص للمص او بواسطة المحقنة التي توصل بوصله ذات ثلاث مجاري احدها يتصل بالابره البازلة والثاني بالمحقنة والثالث للأفراغ ، وعلى هذه الوصلة صنبور وظيفته منع دخول الهواء الى جوف الجنب عندما يجرى الجذب في عملية بزل الجنب ويمنع عودة السائل من داخل المحقنة الى جوف الجنب في اثناء قذف هذا السائل الى الوعاء المخصص لجمع سائل الانصباب . على الممرضة ان تراقب اثناء عملية بزل الجنب وحتى بعد انتقضاء مدة لا تقل عن الساعتين وجه المريض ونبضه وتنفسه ، فاذا أصيب المريض باغماء او زله تنفسية او اسراع في النبض اخبرت الطبيب حالاً وعليها ان تسجل كل ما يطرأ على المريض في سجله الخاص .

تنظير القصبات Bronchoscopy : تنظر القصبات للتشخيص أو المعالجة بواسطة جهاز خاص يدعى منظار القصبة يحمل في رأسه مصباح كهربائي يسهل كشف التبدلات المرضية داخل القصبة كالآورام أو وجود جسم اجني وبواسطة اجهزة اضافية يمكن استخراج الجسم الاجني او اخذ خزعه او تفجير الخراج حيث يجذب ما فيه من قيح بواسطة آلة ماصة تركب على منظار القصبة ، وتساعد هذه الطريقة ايضاً على معالجة الخراج بالمرديات المناسبة حسب اختبار التحسس بارسالها الى البؤرة مباشرة .

ويجب ان يحضر المريض قبل اجراء التنظير القصبي باعطائه الادوية المهدئة للجهاز العصبي ، وبطلي بلعومه بالخدرات الموضعية ، وبمنعه عن تناول الطعام والشراب قبل العمل بـ ٦ - ٨ ساعات وقاية من الاقياء ولا يسمح له بتناول الطعام او الشراب الا بعد ساعتين من الانتهاء اي عندما يزول فعل التخدير الموضعي .

التفجير المغلق Closed drainage :

يقصد بالتفجير المغلق افراغ السائل المنصب في الجنب دون ان يتاح للهواء الخارجى الدخول الى جوف الجنب وذلك منعاً من حدوث انخماص رئوي يقلل ساحة الاستدماء في الرئة . وتفيد هذه الطريقة اكثر من البزل العادي في حالات مرضية خاصة كذات الجنب او

بعد عملية قطع الفص الرئوي . ويتم التفجير المغلق بواسطة مبزل خاص يدخل بواسطة انبوب مرن يصل لداخل جوف الجنب وحينئذ يسحب المبزل فيبقى الانبوب المرن لوحده حيث تنكمش عليه العضلات الوريية والنسج الرخوة مما يمنع دخول الهواء الى جوف الجنب من الجرحه ، ولكي نمنع دخول الهواء من لمعة الانبوب المرن تغلق لمعة هذا الانبوب بواسطة منقاش ضاغط ، وتكون النهاية الخارجية للأنبوب قد وصلت بانبوب زجاجي تصل نهايته الثانية لقاع قارورة فيها قليل من الماء وموضوعة بجانب سرير المريض .

عندما يتنفس المريض ، تتسع الرئة فتدفع السائل او الغاز الموجود داخل جوف الجنب الى القارورة بواسطة الأنبوب المرن فيزداد بذلك مقدار حجم سائل القارورة زيادة يمكن بها تحديد كمية السائل الجنبي المنطرح (انظر الشكل - ١٠) ، اما الغاز فيخرج من القارورة محدثاً فقاعات . وعندما يراد تبديل القارورة يجب سد لمعة الأنبوب المرن بالمنقاش المضغط منعاً من دخول الهواء الى جوف الجنب ، وعلى الممرضة ان تراقب سير التفجير بين آونة واخرى بمشاهدة الأنبوب الزجاجي داخل القارورة ، فتلاحظ ان السائل داخل هذا الانبوب يرتفع وينخفض مع حركات الزفير والشهيق .

أما الوضعية الملائمة والمريحة للتفجير المغلق فهي وضعية Fowler

فولر مع جعل المريض يميل قليلاً نحو الجهة المفجرة .

فُزْع الصدر Thoracotomy :

يطلق خزع الصدر على كل تدخل جراحي يفتح فيه جوف الصدر، ويتطلب المريض الذي اجري له خزع الصدر عناية خاصة بعد التدخل الجراحي بوضعه على الجانب المصاب ريثما يصحو من الخدر لأن هذا الوضع يسهل التنفس ويساعد على التفجير من الجرح ، وبعد ان يصحو المريض يسمح له بأخذ الوضع الذي يريحه ، وتناول الطعام والشراب الذي يرغبه ، والتجول في قاعته ولا سيما التجول الباكر ، ولينتهبه الى حالة الجرحه والى انبوب التفجير فيما اذا كان السائل يسير طبيعياً او يتوقف ، وفي هذه الحالة يزال سبب التوقف ليعود السائل المنصب في الجنب الى التفجير .

نصب الصدر خارج الجنب Extrapleural thoracoplasty :

هو نخص الرئة بعد رفع الاضلاع من جدار الصدر ، فيمنحي بذلك جوف كهف في نسيج الرئة مما يساعد على شفاء المريض ، وتفيد هذه العملية في معالجة الكهوف السالية وفي ذات الجنب .

اما طريقة اجراء العملية فتكون على عدة ازمنة يرفع في كل زمن منها ثلاثة اضلاع او اكثر حسب حالة المريض ، ويترك فاصلة ٢ - ٣ اسابيع بين توسط وآخر .

واجبات الممرضة بعد العملية : يوضع المريض بعد التدخل

الجراحي على جانبه المبتضوع او على ظهره ، لأن هذه الوضعيات تساعد على انخماص الرئة وتحول دون انتشار مفرزات الرئة المصابة الى الرئة السليمة . واذا اصاب المريض بعسرة تنفسية يلجأ الى انشاقه الاكسجين بقناع B.L.B. ، ويحرض السعال عند المريض ليسهل التقشع ويجمع القشع في وعاء مدرج كي يعين مقداره وعلى الممرضة ان تسجل ما يجمع من القشع خلال ٢٤ ساعة في سجله .

وبعد شفاء المريض من الزمن الأخير لعملية تصنيع الصدر يجب نقله الى مصحح كي يعتنى به دوائياً ويتبع له نظام غذائي خاص مع تطبيق بعض التمارين الرياضية المناسبة .

قطع فص الرئة : Lobectomy :

يقطع فص الرئة في توسع القصبات وخراجات الرئة المزمنة وسرطان فص الرئة وسل الفص الرئوي ونادراً كيسة الرئة المائية . وقد ساعدت الاعتناآت المتبعة في تحضير المريض للبضع الجراحي في تقليل نسبة الوفيات اذ يراقب الاثنان في الرئة وينقل له الدم ويعذى التغذية اللازمة .

وعلى الممرضة ان تنبهه الى انايب التفجير وان تراقب وجه المريض وتنفسه ونبضه وان تساعد المريض على استنشاق الاوكسجين .

قطع الرئة : Pneumonectomy :

تستأصل الرئة عادة في معالجة سرطان الرئة ونادراً ما يلجأ لهذه

العملية في معالجة سل الرئة او توسع القصبات .
اما الاعتناآت السابقة للعملية فهي نفس الاعتناآت في قطع
فص الرئة ، وكذلك فان واجبات الممرضة بعد العملية هي نفس
واجباتها في عملية قطع الفص . انما يغلب ان لا يلجأ الى وضع انايب
مفجرة بعد عملية قطع الرئة .

اما وضعية المريض فعالباً ما تكون وضعية نصف الجلوس ، غير
انه يجوز للمريض ان يتخذ الوضع المريح له . ويجب ان يستنشق
المريض الاوكسجين فترة من الزمن كي نعوض عن حاجته الى هذا
الغاز نتيجة نقص ساحة الاستدعاء عنده واهم ما يجب مراقبته في هذه
العملية هو نزف الجذمور القصبي وعفونة الجنب والناصور القصبي
الجنبني وذات الرئة .

معلومات عامة

السعة التنفسية Vital Capacity :

هي مقدار هواء الزفير بعد شهيق عميق ، وتنقص هذه السعة في
سياق بعض امراض الرئة او اثر عمليات الصدر مما يسبب اجهادالرئة
السليمة كي تعويض عن الرئة المصابة .

النظام الغذائي Diet :

يؤلف النظام الغذائي عند المريض قسماً هاماً في معالجته، ذلك لان

اتباع المريض نظاماً غذائياً مناسباً يساعد على تقويته وعلى زياده مقاومته ولذلك يجب ان يكون الطعام مغذياً ، غنياً بالمواد البروتهينية كي يعيض عن البروتين الذي يفقده الجسم مع سوائل التفجير ، وان يكون غنياً بما آت الفحم ليؤمن زيادة الأستقلاب ، وان يكون ايضاً غنياً بالفيتامينات والاملاح المعدنية ، ولما كان المرضى يفقدون عادة شهيتهم نحو الطعام لذلك وجب ترغيبهم على تناوله بجعله شيئاً وبمعالجة الأعراض التي تسبب نقص الشهية عندهم ، كالسعال وغزارة القشع والاقياء ، ويجب تبديل هواء الغرفة بعد تضميد الجرح عندهم لازالة الروائح التي تنقص شهية المريض .

وعلى الممرضة ان تسجل وزن المريض مرة كل اسبوع وان تطلع المريض على ازدياد وزنه المضطرب مما يشجعه على تقبل المواد الطعامية .

السوائل Fluids :

يجب ان يعطى المريض مقداراً من السوائل يتراوح بين ٣-٤ لترات كي يحافظ على توازن ثابت لأخلاط جسمه وخاصة عند المرضى المصابين بتعرق غزير او اللذين اجري لهم تفجير . واذا تعذر اعطاء السوائل عن طريق الفم يعمد الى اعطائها حقناً جليداً او وريدياً .

الصحة العامة General hygiene :

يجب اجراء حمامات يومية للمرضى في سريرهم عندما تكون

الحالة العامة سيئة او في حمام القاعة تحت اشراف الممرضة ، وعلى الممرضة ان تعتني بالناحية العجزية الأليوية منعاً من حدوث خشكريشة انضغاطية وخاصة عند المرضى الذين تضطربهم الحالة عندهم الى البقاء في السرير ، وقد يضطر الطبيب ان يسكن سعال مريضه اذا كان مزعجاً كي يساعده على تمتعه بنوم هادىء واذا كان السعال شديداً أو تعذر تسكينه او اذا كان القشع غزيراً ذا رائحة تنه فيجب في مثل هذه الحالة عزل المريض في غرفة خاصة كي لا يزعج باقي المرضى .

الرعاية بالقشع : Care of sputum

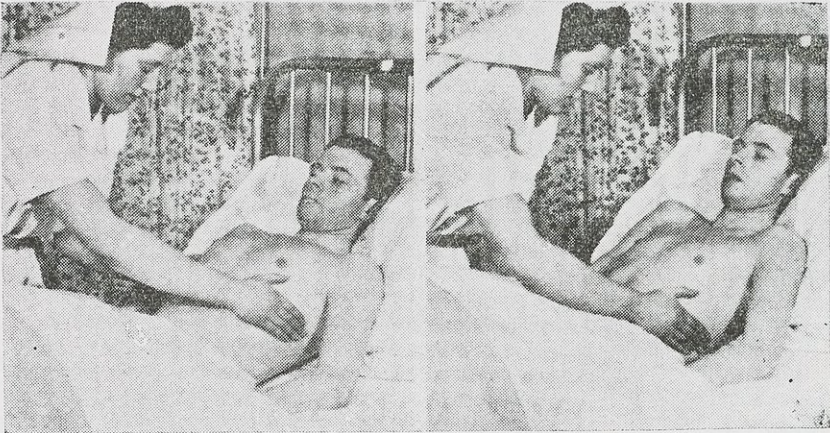
يجمع القشع في وعاء خاص و كثيراً ما يكون هذا الوعاء مدرجاً يقاس به مقدار القشع الذي يقذفه المريض خلال ٢٤ ساعة ويسجل هذا المقدار في سجل المريض مع بيان اوصاف القشع الحكمية من حيث اللون والقوام والرائحة ، ويجب تعقيم الوعاء في كل مرة من استعماله .

الاية المساعدة : Supportive therapy

يحتاج المرضى المجرى لهم عمالية على الصدر الى بعض المعالجات المساعدة و كثيراً ما تكون هذه المعالجة سبباً لانزعاج المريض نفسياً لذلك وجب اطلاعه على هذه الطرق وسهولة تطبيقها قبل البضع ومن هذه الطرق انشاق الاوكسجين بقناع B.L.B او بتنبيب الانف او الخيمة ومن الطرق المساعدة نقل الدم قبل وفي اثناء وبعد العمل الجراحي وكذلك اعطاء المرديات للوقاية والمعالجة .

المعالجة الحركية : Physio therapy

ان للمعالجة الحركية تأثير على الصحة العامة للمريض كما انها تزيد السعة التنفسية وتقلل المفرزات القيقحية القصصية قبل العمل الجراحي وبعده. وعلى كل جراح ان يناقش مع المختص بالمعالجة الحركية حالة المريض ونوع المعالجة الحركية التي تفيده ، فمثلاً المريض المصاب بسل رئة واحدة او المجرى له تصنيع الصدر أو استئصال فص مفرد يتطلب تمارين حركية في الجانب السليم كي تفتح الرئة المريضة. فبوسع المعالج الحركي ان يقوم بتمرين المريض على التنفس بالرئة السليمة فقط.



(الشكل - ١١)

تمارين حركية للصدر قبل وبعد العمليات الجراحية

ان المعالجة الحركية فن قائم بذاته ويتطلب تمرين طويل وخبرة ولذلك يجب الاعتماد على اخصائي ماهر بهذا الفن عندما يحتاج المريض لمعالجة حركية لان المريض يحتاج ان يتعلم كيف يجري تنفساً حاجبياً وكيف عليه إملأوا فراغ مختلف اقسام الرئة بشكل حسن (الشكل - ١١).

المعالجة الكيميائية قبل العمل الجراحي Pre-operative chemotherapy:
ان استعمال المرديات قبل البضع في جراحة الصدر توجه ضد
الجراثيم المستوطنة في الطرق التنفسية ومضيق البلعوم ، فمثلاً يطبق
البنسلين قبل ٤٨ ساعة من العمل الجراحي على الصدر كما ويجرى
استنشاق حلا لات البنسلين الهوائية (Aérosol) في حالات توسع القصبات
ويشار بمص أقراص البنسلين في عمليات المري ورتوج البلعوم .
وقد أنقص استعمال المرديات قبل البضع وبعده نسبة الاختلاطات
العفنة ولا سيما ذات الجنب عقب التوسط على الرئة .

البحث الرابع

امراض الثديين الجراحية

١ — التهابات الثدي الحادة

Acute mastitis

الاسباب : يحدث هذا الالتهاب عادة اثناء الارضاع ، ويكون
السبب انتقال العفونة الى الثدي بواسطة الاوعية اللمفاوية من شق في
الحامة او في سطح الجلد .

الأسباب المؤهبة : هي : ١ — حدوث ورم دموي في الثدي .

٢ — الحلمة المنقبضة .

٣ — الحلمة الناعمة .

٤ — ركود الحليب في الثدي .

تنهرس الحلمة حين الارضاع وتحدث فيها شقوق مما يؤدي لدخول
الجرثوم في الثدي بواسطة الاقنية اللبنية او بالاوعية اللنفافية .

الأسباب المحدثة : هي الجراثيم المقيحة واهمها : المكورة العنقودية
التي تسبب هذا الالتهاب عادة ويأتي بعدها المكورة العقدية .

يظهر الالتهاب اما في الشهر الاول من الارضاع كما يحدث عند
الامهات في ولادتهن الاولى واللواتي هن غير متمرنات على الاعتناء
بالثدي ، وقد يتأخر ظهور الالتهاب حتي الشهر السادس حيث تظهر
الاسنان القواطع عند الطفل .

اعراض : يميز ثلاثة مراحل :

المرحلة الاولى : الغصص اللبني : يعرف عند توقف الأم عن ارضاع

طفلها من الثدي اذ تشعر :

١ — بانزعاج بسيط .

٢ — ألم أثناء الارضاع وبالضغط على الثدي مع الشعور بألم نابض .

٣ — اتباج غدة الثدي .

٤ — حرارة بسيطة .

وينشأ هذا الاضطراب عن حدوث ارتشاح التهابي حول القنوات

اللبنية وانتباج الاغشية المبطننة لهذه الاقنية مما يؤدي الى توقف جريان الحليب منها بسبب انسدادها فيمتلىء الفص الذي تفجره القناة المنسدة.
المرحلة الثانية : التهاب الثدي الحاد غير المتقيح :

اذ لم تزل حالة الغصص اللبني فان الانتان يجد بيئة مناسبة في الفص الممتلىء بالحليب الراكد فتصبح المنطقة المصابة أكثر قساوة ومؤلمة بالضغط وتترافقها حرارة موضعية وتوعي سطحي بسبب توسع الأوردة وتحدث حرارة موضعية وحرارة عامة يرافقها نوافض .

المرحلة الثالثة : التهاب الثدي المتقيح أو خراج الثدي :
يوجد ثلاثة أنواع لخراج الثدي :

١ — الخراج الهالي : ويحدث حول القناة اللبنية الاساسية تحت الهالة فالقيح فيه يكون سطحيًا .

٢ — الخراج في الغدة : هذا هو النوع المألوف حين الارضاع يتوضع في فص واحد أو فصين لهذا يبدو انتباج في الثدي يناسب الفص الملتهب ولكن يمكن أن تصاب الغدة باجمعها . وأعراض هذا الخراج هي : الألم ، انتباج الجلد وتوذمه ، تموج ، حرارة موضعية ، مع اضطراب عام ، ارتفاع في الحرارة ، نافض ، انتباج في العقد الابطية وأحياناً تقيحها .

٣ — الخراج خلف الغدة : يحدث خلف غدة الثدي وغالباً وراء الوريقة العميقة ، وينجم عن تعفن ورم دموي أو انتشار ذات الجنب

القيحية المهمة خلال جدار الصدر . ان هذا النوع من الخراجات ذو مظهر خاص اذ تكون غدة الثدي سليمة ومدفوعة الى الامام ومستندة على وسادة من السائل .

المعالجة : نوعان ، واقية وشفافية :

المعالجة الواقية : ١ - تنظيف حامله الثدي بعد كل رضعة .

٢ - تضميد الشقوق التي تحدث في حامله الثدي .

٣ - مراقبة فم الرضيع .

المعالجة الشافية : في دور البدء تكون المعالجة واقية منعاً لحدوث

التقيح فيشار على المرضع بما يلي :

١ - جعل الثدي بحالة الراحة أي منع ارضاع الطفل من الثدي المريضة .

٢ - وضع المريضة في السرير في حالة الاستلقاء للحوول دون

حدوث احتقان في الثدي بتدليها .

٣ - يقلل افراز الحليب باعطاء (٥) ملغم من Stilbæsterol بطريق

الفم مرتين أو ثلاث مرات يومياً مدة خمسة أيام .

٤ - معالجة الثدي بالأشعة المجهولة .

فاذا لم تفد هذه الطرق يجب :

١ - مص الحليب بمضخة خاصة كل اربع ساعات .

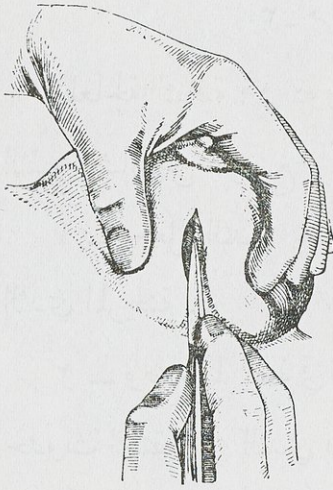
٢ - رفع الثدي بحامل من الفانيلا أو الصوف .

٣ - اعطاء مسهل ملحي في كل صباح مدة ثلاثة أيام لتقليل الافراز.

٤ - اجراء ضمادات حارة أو توجيه الاُمواج القصار للدياثيرمي مما يقلل الألم .

٥ - اعطاء مركبات السلفاميد أو حقن البنسلين أو غيرها من المرديات .

فاذا حدث تقيح يجب جذب القيح بآبرة ضخمة وحقن ١٠٠,٠٠٠



وحدة من البنسلين محلوله بـ ٢ سم^٣ من

الماء . تكرر هذه المعالجة مرتين أو

ثلاثاً يومياً فاذا وجدنا أن حجم الخراج

لم يتراجع بل أخذ بالازدياد فيجب حينئذ

شق الخراج وتفجيريه بعد تخدير المريضة

تخديراً عاماً ويجب حين الشق عدم التعرض

لهالة الثدي ، وأن يكون الشق موازياً

للاقنية اللبنية منعاً لحدوث ناسور

الشكل - (١٢)

طريقة شق خراج الثدي الحار

(الشكل - ١٢)

٢ - التهاب الثدي المزمن

Chronic mastitis

ويسمى بمرض ريكلو الكيسي أو التهاب الثدي الكيسي .

الاسباب : يصيب المرأة في سن اليأس أو بين السن ٣٥-٤٠.

الاعراض : تشعر المرأة فجأة بما يلي :

١ - عقيدات مبعثرة في الثدي أو الثديين معاً مختلفة الحجم تكون :

أ - سطحية : يتحرى التموج فيها ويكون الجلد حراً عليها.

ب - عميقة : تبدو صلبة لتوتر السائل فيها .

٢ - شعور الامتلاء في الثدي أو عدم الراحة مع ألم ضعيف

عند العصيات .

٣ - خروج مادة من حلمة الثدي بلون أصفر أو أسمر أو

مائل للسواد .

يغلب على الآفة أن تكون ثنائية الجانب والعقد اللنفافية غير

منتجة فيها كما ان الحالة العامة غير متأثرة ويخشى ان تنقلب الآفة إلى

سرطان لذا يجب مراقبة المريضة عن كثب .

المعالجة : ياجأ إلى المعالجة الدوائية عند النساء القتيات ، فتحمل

الثدي بمعلق خاص ثم تعطى المريضة خلاصات الغدد Hex œstrol

أو Diœstrol بمقدار (٥ ملغرام في اليوم ١٨ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢١ من

الدورة الطمثية باعتبار اليوم الأول من بدء الطمث هو بدء

الدورة الطمثية) .

وتفيد المعالجة باشعة X وتقل الألم ويشير البعض بتوجيه الاشعة

إلى المبيض لابطال عمله أي احداث سن يأس اصطناعي .

أما في النساء المسنات وعند جميع النساء اللواتي تجاوزن سن ٣٥ فيجب أن يبضع كل ورم ظهر في اثنائهن . وقد يقتصر العمل الجراحي على رفع الورم أو يتعداه الى استئصال الثدي بكاملها .

٣ - سل الثدي

Tuberculosis of the breast

الأسباب : آفة نادرة ، تحدث بين سن ٢٠-٣٥ وهي وحيدة الجانب وتتلو غالباً آفة سليية في الاعضاء الاخرى مما يعادل ٦٠٪ سيما سل العقد الرقية او الابطية او سل الرئة .

الاعراض : تكون غامضة في بدء المرض عادة فقد يبدأ سل الثدي بما يلي :

١ - ورم صغير تكشفه المريضة صدفة .

٢ - انكماش الحلمة .

٣ - انتباج العقد الابطية .

٤ - قرحة سليية .

٥ - ألم في الثدي .

ثم تختلف الاعراض السريرية حسب ثلاثة انواع :

النوع الاول : تشاهد فيه منطقة صلبة بشكل نواة بحجم البندقية

أو الجوزة محدبة غير منتظمة ومتاسكة القوام .

النوع الثاني : يزداد النسيج الليفي فيشعر :

١ — بورم قاسٍ مبهم الحدود يولف مع الغده جسماً واحداً .

٢ — الجلد ثابت وملتصق .

٣ — العقد الابطية منتبجة ، وقد يشعر بحبال لنفاوية تربط الشدي

مع العقد اللنفاوية المنتبجة .

النوع الثالث : تتلين العجرة التي في الشدي ويرق الجلد ثم ينبثق

ويخرج قيح وتتكون النواسير في نقطة واحدة أو عدة نقاط لذا

يبدو على المريض اعراض خراج بارد أو نواسير مع اعراض عامة

تشاهد عند المسلولين كالهزال والحمى والتعرق واعراض الآفات

السلية المرافقة .

المعالجة : ١ — جراحية : وتكون باستئصال العجرة أو قسم من

الشدي مع رفع العقد الابطية المنتبجة وإذا كانت الآفة منوسرة ترفع

غدة الشدي .

٢ — دوائية نوعية : وتكون باعطاء الستربتوميسين ، الفيموميسين ،

P . A . S والريميفون وغيرها من العلاجات الحديثة .

٣ — معالجة عامة : باعطاء الأدوية المقوية وتغذية المريض وتعرضه

للهواء الطلق النقي .

٤ — الورم الغدي الليفى فى الثدي

Fibro-adenoma of the breast

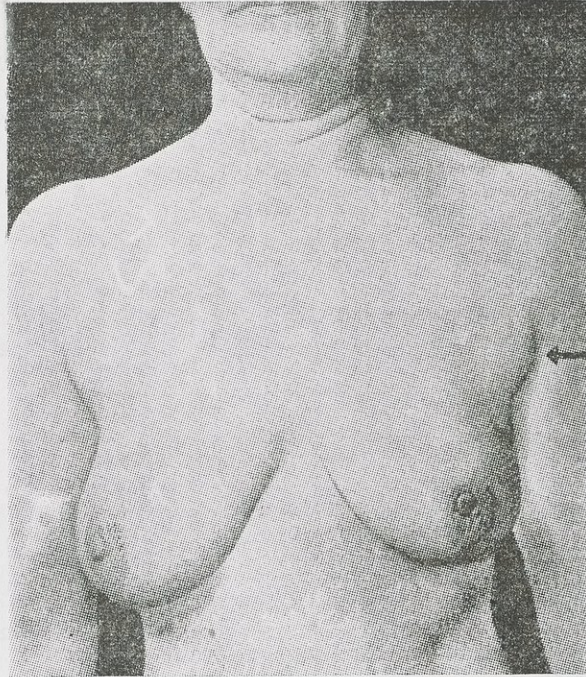
ان الورم الغدي الليفي محاط بمحفظة من نسيج ليفي سهل التفريق مما يدل على انه سليم . يتراوح حجمه بين حجم الجوزة والبرتقالة ، اذا قطع يبدو سطحه ابيض وردياً ، أما إذا كان كيسياً فنجد جيوباً مختلفة الحجم ملتصق بعضها ببعض فيها سائل ليموني .
الاعراض : تشعر المرأة صدقة أو عقب رض أو هجمة احتقان طمثي بورم صغير غير مؤلم ، يتصف هذا الورم بصفات السلامة (مدور ، واضح الحدود ، متحرك ، لا يؤثر على الحالة العامة ، العقد سليمة) .
العلاج : طويل يستغرق عدة سنوات .
المعالجة : جراحية وهي الاستئصال .

٥ — سرطان الثدي

Carcinoma of the breast

آفة تصيب النساء أكثر من الرجال بمئة مرة ويغلب حدوثها بعد سن العشرين ولا تستثني أي عرق . (الشكل - ١٣)
الأسباب : رغم الدراسات المرضية المضنية والدأب على اجراء التجارب على الحيوانات ، فان سبب السرطان لم يعرف بعد ؛ فالعرق واللون والمخرشات الموضعية والمواد الكيماوية الحديثة للسرطانات

والرض واختلال وظائف بعض الاعضاء والهرمونات ووجود آفات مهیئة لحدوث السرطانات (كالداء الكيسي وفرط تصبؤر الالبتيالي)



(الشكل - ١٣) سرطان الثدي مع انتباج عقد الابط

جميع هذه الأسباب قد درست ولم يتمكن حتى الآن من معرفة سبب السرطان .

اعراض : إذا استقر السرطان في الثدي فانه لا يشاهد في البدء أي تشوه فيه وذلك لان جميع الأعراض الاساسية للسرطان تكون مفقودة عدا عرض واحد هو الشعور بكتلة قاسية .

فظهر الثدي طبعي هو الظاهرة البارزة لأن الحلمة والجلد يكونان طبيعيين ويجب اعتبار الأسس التالية قاعدة عامة :

١ - كل كتلة في ثدي سيدة تعتبر سرطاناً ما لم يبرهن الفن خلاف ذلك .

٢ - يستحيل تشخيص السرطان الباكر بالفحص السريري وحده .

٣ - يجب أخذ خذعة للفحص النسيجي حينما نكون في حالة شك إذ يحذر وضع المريضة تحت المراقبة خشية إضاعة الوقت .

الفحص : تعرى المرأة حتى خصرها فيشاهد :

١ - بالتأمل : الثدي تكون طبيعية في السرطان البدئي .

٢ - باللمس : تبسط أصابع اليد وتجلس بها غدة الثدي على جدار الصدر إذ لا يجوز أخذ الغدة بين الإبهام والسبابة لأنه يشعر بوزم غير حقيقي ، يطلب من المريضة أن تشبك يديها خلف عنقها لأن هذا الوضع يوتر غدة الثدي على جدار الصدر ويجعل اللمس أكثر فائدة منه حين يكون الذراعان متدليين إلى الجانب فيشعر بكتلة قاسية في الثدي غير متصلة بالجلد وهي أهم علامة للسرطان .

ولفحص الحفر فوق الترقوة يرجح أن تجرى من خلف المريض على أن يرفع كتفيه وينحني إلى الأمام كي يحدث فراغ من كل جانب .

ويجب أن نتذكر دائماً أن عدم الشعور بالعقد الابطية لا يعني ان السرطان لم يستولي عليها إذ قد نخطئ في تقدير حالة العقد ، وأن أول

العقد التي تنتبج هي التي تتوضع خلف الجدار الامامي للحفرة الابطية في الورب الثاني أو الثالث . فافحص الذي يفتش في القسم العلوي من الحفرة الابطية قد لا يشعر بهذه العقدة لذا يجب عليه أن يسحب أصابعه التي تضغط على الجدار الصدري الى مستوى أدنى من الحفرة الابطية . فنصف السرطانات غير الملتصقة تترافق بتوضع في العقد .

٣ — يجب أن يتنبه عند النساء البدينات حين جس أثدائهن بأن الشحم قد يخفي الاعراض فيطلب من المريضة ان تضع ذراعها فوق رأسها فيظهر انخفاض في المنطقة المؤوقة .

٤ — ان العلامات التالية تدل على سرطان متقدم ، وهذه العلامات هي :

أ — الالتصاق بالجلد : يعرف بما يلي :

١ — علامة قشر البرتقالة : تنجم عن السحب التي يرسلها الورم الى الجلد ويشده .

٢ — علامة التغصن أو الثنية : تتحرى بأخذ الورم بين الابهام والسبابة وضغطه بينهما فيتجدد الجلد وهذا دليل على انه ملتصق بالورم .

ب — الالتصاق بالعمق : يلتصق الورم بالعضلة الصدرية فاذا قأص المريض عضلته يثبت الورم ولا يتحرك .

ج — انكماش الحامة : ويعرف بما يلي :

١ — انها غائرة مسررة ويزداد هذا الغور اذا دفع الورم خارج مركزه.

٢ — انها مرتفعة بالنسبة للسليمة ، اذا مد خط أفقي مار بالحلمة السليمة فان حامة الثدي المريضة تبدو أعلى منه .

د — الشعور بالعقد الابطية وعقد فوق الترقوة وتحتها : تجس عقد الابط بعطف أصابع اليد كالحجم وتطبيق محتوى الابط على سطح الصدر .

٥ — متى انتشر السرطان الى العقد واتضح الالتصاق بالجلد والعمق يحمر الجلد ويتقرح وصفات القرحة هي :
قرحة صلبة بنفسجية ، حافاتها مرتفعة ، قعرها وسبخ مبرعم ، تدمى بسهولة .

متى بلغ السرطان هذا الدور يصبح مؤلماً ينتشر ألمه للعضد والكتف ويحول دون نوم المريضة وتظهر التوضعات الثانوية .

الملاحظة : يمكن تصنيف المراحل السريرية لسرطان الثدي كما يلي :
المرحلة الاولى : هي مرحلة الورم فقط .

المرحلة الثانية : ورم مع عقد ابطية متحركة .

المرحلة الثالثة : يكون المرض قد تقدم مع توضع موضعي .

المرحلة الرابعة : المرض تقدم وحدث توضع بعيد .

الاستئصال الجبري : ١ — شفوف الثدي : يتحرى في غرفة مظلمة

بوضع مصباح تحت غدة الثدي أو جانبها فتبدو الثدي الطبيعية شفافة أما إذا كانت مصابة بالسرطان فيظهر ظل كثيف جداً .

١ — الرسم الشعاعي : تبدو الأورام الخبيثة مبهمه الحدود مع استطالات ظلية .

٢ — الخذعة : هي الواسطة المخبرية الجازمة في التشخيص .

المعالجة : قبل أن نقرر المعالجة يجب التيقن من عدم حدوث توضع ثانوي (في البطن أو العمود الفقري أو الحوض أو الصدر) سريريا وشعاعياً .

تكون معالجة سرطان الثدي اما بالجراحة أو بالاشعاع ويفضل جمع الطريقتين معاً وذلك بتشاور كل من الجراح مع الاخصائي في الأشعة .

وفي يومنا هذا يعالج السرطان بالجراحة وتتم المعالجة بالاشعاع .
يقسم سرطان الثدي الى أربعة مراحل :

المرحلة الاولى : يتكون ورم في غدة الثدي دون أن تكون العقد الليمفاوية في الابط منتبجة .

المرحلة الثانية : يحدث ورم في الثدي مترافق بضخامة بعقد الابط .

المرحلة الثالثة : يكون الورم في الثدي ملتصقاً مع جدار الصدر وتكون العقد الليمفاوية متضخمة .

المرحلة الرابعة : ينتشر السرطان أكثر من المرحلة السابقة .

ففي المرحلة الأولى والثانية يشار برفع الثدي الواسع مع اشعاع بعد العمل الجراحي وتكون النتيجة أفضل مما لو اقتصر على الجراحة وحدها .

وفي المرحلة الثالثة يفضل البعض رفع الثدي والعقد الابطية مع معالجة اشعاعية والبعض الآخر يقتصر على الاشعاع .

وأما في المرحلة الرابعة فلا فائدة من أي نوع من طرق المعالجة .

ان العملية الجراحة هي عملية هالستيد Halsted وتقضي باستئصال الثدي الواسع مع العقد الابطية وهي العملية المدرسية المتبعة غير ان البعض يفضلون معالجة سرطان الثدي باستئصال الورم فقط ثم المعالجة بالاشعاع . وحجتهم في ذلك أن خذع الثدي البسيط يزيل الورم البدئي الذي لا يتأثر من الاشعاع ، ولا يكون سبباً في نشر الخلايا السرطانية كما في الاستئصال الجذري (عملية هالستيد) ففي هذه الطريقة ترفع الأجزاء الكبيرة من المرض بينما تعالج الخلايا المجهرية للسرطان بواسطة الاشعاع .

هذا ويلجأ عند المريضات الصغيرات السن إلى إحداث سن يأس اصطناعي بتوجيه الأشعة الى المبيضين إذ لوحظ توقف في نمو الخلايا السرطانية للورم .

اشعاع بعد العمل الجراحي : يشار بالمعالجة بأشعة X بعد استئصال

سرطان الثدي ومقدار الأشعة هو ٤٥٠٠ وحدة شعاعية كحد أدنى مدة ثلاثة أسابيع ، ويشرع بالمعالجة بعد مضي خمسة عشر يوم من العملية حيث يكون الجرح قد اندمل .

الاعتناءات قبل العمل الجراحي : Preoperative care :

- ١ — تعطى المريضة مهدئات الجملة العصبية في اليوم السابق للعملية .
- ٢ — وتجري لها حقنة مفرغة .
- ٣ — وتحلق الاشعار في الحفرة الأبطية .

الوضع أثناء العمل الجراحي : يجعل الطرف العلوي الموافق للثدي المصاب مبعداً عن جذع المريضة وتمسك به ممرضة مرتدية لباساً معقماً فتجعل الساعد زاوية قائمة على العضد المبعد عن جذع المريضة وتحافظ على هذا الوضع طيلة مدة العملية كي يتسنى للجراح تجريد الحفرة الإبطية من العقد الليمفاوية المصابة .

الاعتناءات بعد العمل الجراحي : Postoperative care :

- ١ — الحؤول دون حدوث اختلاطات باعطاء المرديات .
- ٢ — معالجة حالة الصدمة عند المريضة وذلك بحقن الدم او المصوره الاصطناعية كالسابتوزان ثم حقن المنعشات .
- ٣ — مراقبة النزف من الجرح من قبل الممرضة خلال ٤٨ ساعة .

- ٤ — مراقبة التنفس والنبض خشية اصابته بصدمة متأخرة .
- ٥ — بعد مضي ٤٨ ساعة على العمل الجراحي توضع المريضة بوضعية فولر ثم بعد ذلك يسمح لها بالتجول على ان يعلق الطرف الموافق للجهة المجرى عليها العملية بمعلق .
- ٦ — تعليم المريضة التمارين التنفسية الحكيمة بعد العملية وعلى التنفس العميق لمنع حدوث التشوهات في الصدر .



الفصل الخامس

امراض البطن الجراحية

البحث الأول

امراض المعدة والاثني عشر

١ — قرحة المعدة

Gastric Ulcer

مرض كثير الحدوث ، ووفرت هذه قد ازدادت في السنين الأخيرة

بعد تقدم وسائل التشخيص لاسيما الأشعة

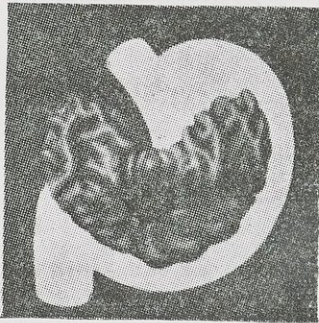
وتنظير المعدة (الشكل — ١٤) .

الأسباب : ١ — النوع : يصيب

الرجال أكثر من النساء .

٢ — العمر : يغلب ظهوره في سن

الكهولة بين ٣٠ و ٥٠ سنة من العمر ، (الشكل — ١٤) قرحة المعدة



وقد شوهد ايضاً لدى الشيوخ والشباب .

٣ — الرس : قرحة المعدة آفة المتمدنين اذ يندر مشاهدتها عند الزنوج بينما تكثر عند سكان المدن .

٤ — الوراثة والعائلة : تلعب الوراثة دوراً في نقل التأهب للإصابة بالقرحة من الآباء الى أبنائهم ؛ ومن الملاحظ كثرة هذا المرض في عائلات دون غيرها .

٥ — انحراف التغذية والعوز لبعض الفيتامينات : ذهب الشك الى أن من بين أسباب قرحة المعدة ، انحراف التغذية وعدم توازن المواد الأساسية للغذاء لا سيما الدسم والبروتينات والسكريات . وقد أصر البعض على عوز الفيتامينات في التأهب للإصابة بقرحة المعدة وخاصة الفيتامين C والفيتامين A لما للاول من تأثير في انعاش الخلايا وللثاني من وظيفة ترميم الاغشية المخاطية .

ويغلب على الظن ان نقص الفيتامينات يمنع ترمم الاثتكال البادىء في جدار المعدة ، وبالتالي يساعد على تكامل المرض .

٦ — العامل العصبي : يصر علماء الانكيز والاميركان على أهمية العامل النفسي في احداث القرحة ، ولا تنكر الاضطرابات الهضمية لدى المشتغلين فكرياً .

٧ — التدخين والغول : وهي أسباب ذات شأن في تأهب المعدة للإصابة بالقرحة .

الأمراض : ١ — الألم : واقع في الشرسوف ينتشر الى الظهر ، يشبهه البعض بالثفود ، يظهر بعد الطعام بـ ٢ — ٣ ساعات ، يسكن اذا تناول المريض بعض القلويات .

٢ — القيء : ينجم عن التشنج والالم الحادث بمرور اللقمة وملاستها للقرحة . ويكون القيء حامضاً وحموضته تضرس الاسنان .

٣ — النزف : وهو إما فجائي أو تدريجي ، فالقروح السطحية تنزف بغزارة ، أما القرحة الثقبية فالنزف فيها يتكرر وقد يكون غزيراً .

٤ — هجمات عسرة الهضم : هي من الامور الهامة ، وتحدث في الربيع أو الخريف .

٥ — تققع خفيف في الناحية الشرسوفية : لا سيما على يمين الخط المتوسط .

٦ — وجود نقطة حساسة بالجلس : تقع على الخط المتوسط او بالقرب منه .

التجربات المخبرية : ينبغي على الممرضة أن تؤمن الفحوص المخبرية التالية :

١ — تحليل عصارة المعدة : يجب أخذ العصارة بصورة مجزأة لاثبات أو لبيان مقدار حمض كلور الماء فيها ، فالبعض يعتبر أن زيادة الحمض عن ٢/١ أمر هام في تشخيص القرحة .

٢ — فحص البراز : لتحري الدم فيه ، فكثيراً ما تكشف القرحة

بواسطة مرور دم أسود مع البراز اذ يكون العرض الاول لقرحة هضمية .

٣ — تنظير المعدة : يمكن رؤية القرحة على الغشاء المخاطي للمعدة بواسطة منظار المعدة .

٤ — الفحص الشعاعي : ان العلامات الشعاعية في قرحة المعدة هي :

١ — عش هاوديك : بعد إعطاء المادة الظليلة (كالجيلوبارين أو سلفات الباريوم) تبدو المعدة ظليلة بالاشعة وفيها بروز يشير الى عش هاوديك ، فاذا كرر الفحص بعد إنقراغها يظهر ظل صغير يدعى العش المعلق يشير الى مكان القرحة .

٢ — وجود ثلم في المعدة يقسمها الى جسمين وهذا دليل على التشنج ويمكن إزالة هذا التشنج بحقن الاترويين .

٣ — ألم يحدث بالضغط على ناحية العش بالتنظير .

٥ — الرسم المتسلسل للمعدة : يبين لنا هذا الرسم أوضاع المعدة في فترة صغيرة ، فبواسطته نعرف حركة المعدة في فترة ما وتكشف القرحة التي قد لا تظهر في رسم واحد .

المعالجة : دوائية وجراحية :

المعالجة الدوائية : تدرس في الامراض الداخلية بصورة واضحة ، أما المبدأ الذي يتبع فيها فهو :

١ — جعل المعدة بحالة الراحة . ٢ — تعديل حموضة المعدة باتباع

نظام قلوي . ٣ - إعطاء المندبات .

المعالجة الجراحية : هناك عدة عمليات جراحية تجرى للقرحة المعدية ، أهمها قطع المعدة الجزئي ومفاعة المعدة بالامعاء وقطع العصب المبهم .
الاعتناءات قبل العمل الجراحي :

يجب أن يدخل المريض المستشفى قبل البضع ببضعة أيام كي يأتلف مع المحيط ، ولتجرى له الاستعدادات اللازمة فيعطى :

١ - السوائل كالمصل الغلوكوزي عن طريق الشرج أو الوريد .

٢ - اذا كان خضاب الدم ناقصاً يجرى للمريض نقل دم .

٣ - في المرضى الواهين يشار باعطاء المواد البروتينية ،

كال Hépovite Evans وغيره .

٤ - إعطاء الفيتامين C بمقادير كبيرة .

٥ - غسل المعدة إذا كان هناك انحباس طعامي بادخال قطرة Ryle بطريق الفم أو الانف . ويجب الاحتفاظ بهذا الانبوب أثناء العمل الجراحي وبعده كي نجذب الغازات والمفرزات من المعدة فنقلل التوتر في مكان المفاعة وبذا نضمن الشام حسن وتنجنب انفكاك الخياطة .

٦ - إجراء حقنة شرجية مفرغة قبل العملية يوم او صباح

يوم العملية .

٧ - يجب إعطاء المريض غذاء سهل الهضم قبل العملية يومين ،

ويتألف هذا الغذاء عادة من الخبز المحمص والسّمك المسلوق والزبدة والشوربا والرز والهام Gellis ؛ وقبل العملية بـ ٢٤ ساعة ، يعطى المريض غذاء سائلاً ومعتمماً (بالطبخ الجيد) كالليب ومرق اللحم والحساء على أن يوقف إعطاء غذاء قبل العمل الجراحي بـ ٦ ساعات .

فعلى الممرضة أن تؤمن جميع هذه الامور منعاً لحدوث اختلاط عقب البضع ، كما أنه يجب على ممرضة قاعة العمليات أن تعرف أسماء المناقش الخاصة بالمعدة فتهيئها للجراح دون حاجة إلى تنبيهها إلى ذلك.

الاعتناءات بعمر العمل الجراحى :

في اليوم الاول التالى للعملية تجذب السوائل من المعدة بواسطة أنبوب رايل الذي يوصل بجاذبة كهربائية أو بمحقنة عادية تجذب الممرضة السوائل بواسطة فيقل توتر البطن ؛ يترك هذا الانبوب مدة ٢-٣ أيام عادة . ويعطى بطريق الشرج المصل الغلو كوزي .

ويعطى المريض في اليوم الاول السوائل المعقمة بمقدار ٣٠ غراماً من الماء المعقم كل ساعة . أما في اليوم الثاني فيعطى المريض سوائل معقمة بمقدار ٦٠ غم كل ساعتين مع ٦٠ غم من غذاء Benger . وفي اليوم الثالث يعطى ٩٠ غم ماء مع ٩٠ غم غذاء Benger كل ٣ ساعات .
يجرى للمريض حقنة مفرغة بالجلسرين وفي اليوم الرابع يعطى الحليب

او غذاء Benger . وفي اليوم الخامس يعطى الحليب مع الحساء والهلالم .
وفي اليوم السادس يعطى البطاطا والخبز والزبدة والسّمك . وفي
اليوم السابع يعطى خبزاً محمّصاً مع دجاج .

وينتبه منذ اليوم الاول لحالة المريض فاذا لوحظ لديه نقص
بالمواد الآحينية تحقن البلازما او ينقل الدم للمريض ويثابر على
اعطاء الفيتامين C .

الاضطرابات الناتجة لعمليات المعدة : فضلاً عن الاختلاطات التي
يمكن أن تتلو كل عملية جراحية هناك اختلاطات خاصة على كل مرحلة
أن تعرفها جيداً حتى اذا حدثت وجب عليها اخبار الطبيب ليقوم
بالمعالجة بدون تأخير ، وهذه الاختلاطات هي :

الاقياء : إذا حدثت بعد العملية ببضع ساعات يكون سببها
الخدر ، أما إذا حدثت بعد ٢٤ ساعة فيكون السبب توسع المعدة الحاد .
واذا حدثت بعد مضي ٣ - ٥ أيام على العملية فيكون السبب
التهاب البريتوان او شلل الامعاء واذا حدثت بعد سبعة أيام أو أكثر
فيكون السبب انسداد فوهة التفاغر ، فاذا لم يفد فيها غسل المعدة ولا
المورفين ولا الفيتامين B_١ ، فقد تحتم الضرورة إجراء عملية ثانية للمريض .
النزف : إختلاط نادر سببه الخياطة السيئة للمعدة او القرحة غير
المستأصلة وأحياناً يكون السبب التهاب المعدة العفن . يعالج كما يعالج
النزف المعدي الذي سيأتي الكلام عنه .

اضطرابات قرحة المعدة

أ - النزف

- يبدو نزف قرحة المعدة إما بشكل قيء او تغوط الدم
الاسباب : ١ - قد يكون النزف من الاوعية المحتقنة التي في
الغشاء المخاطي للمعدة المحيط بالقرحة ، بسبب رض الاطعمة لها .
٢ - البراعم ذات الاوعية الموجودة في مكان القرحة .
٣ - تقرح وعاء معدي كبير بسبب القرحة .
٤ - قرحة ثاقبة نفذت الى جميع طبقات المعدة وأصابت أحد
الاوعية الكبيرة الموجودة في جوارها .

الاعراض : يتصف المظهر السريري بما يلي :

- ١ - قيء الدم : يشاهد حينما يكون مقرّ القرحة في المعدة غالباً .
٢ - تغوط الدم : يبدو عند المصابين بقرحة الاثني عشري ، وفي
القرحة المعدية يكون هذا النزف قليلاً ومتكرراً وقد يكون غزيراً
يضطر معه لنقل المريض الى المستشفى فتبدو أعراض نزف باطن
كشحوب الوجه والعرق البارد واسراع النبض .
على الممرضة أن تميز بين قيء الدم ونفث الدم :
ففي قيء الدم : يكون لون الدم أحمر داكناً بشكل جلط او بلون
القهوة ممزوجاً بالطعام .

وفي نفث الدم : يتقشع المريض الدم عقب نوبة سعال ويكون كمجمد العنب بلون أحمر صافي .

المعالجة : اختلفت الآراء حسب نوع المعالجة فبعضهم يحدد التدخل الجراحي الباكر خلال الايام الثلاثة الأولى والبعض لا يقر بهذا المبدأ بل يوصي بالمعالجة الدوائية لا سيما إذا حدث النزف عند شاب وكان غزيراً ، لان النزف الغزير يستدعي المعالجة الدوائية بينما النزف القليل والمتكرر يستدعي المعالجة الجراحية .

١ - المعالجة الدوائية : يوصى المريض بالراحة التامة في السرير ويحمى حمية مطلقة مدة يومين ويحقن له المورفين بمقدار ١ سغ كل ٦ ساعات كي يزيل اضطراب المريض ويؤمن له الراحة التامة . والبعض يشير باعطاء جرعات من محلول الأدرينالين المائي . وينقل للمريض الدم مع اعطاء المرقنات والفيتامين C كما يوصى بوضع الشاج على البطن .

٢ - المعالجة الجراحية : يوصى بها عند الذين تجاوزوا سن الخمسين وتكرر النزف عندهم . وتقضي المعالجة قطع المعدة إذا كانت حالة المريض حسنة او كي مكان القرحة او استئصال القرحة .

ب - انتقاب القرحة

الاسباب : يحدث انتقاب القرحة بنسبة ١٠ - ١٥٪ ويصيب الذكور

أكثر من الاناث ويظهر في الشتاء أكثر من ظهوره في الصيف .
ويغلب ظهور الانتقاب بعد تناول الطعام بساعتين بنسبة ٨٠٪ وتكون
هذه النسبة ١٠٪ بعد تناوله مباشرة . وإن ثلث الحوادث تحدث أثناء
الليل ، ويجوز ان يحدث انتقاب المعدة عقب تناول المواد الظليلة
لفحص المعدة الشعاعي .

الاعراض : يبدو في سوابق المريض ما يشير الى اضطراب هضمي
بنسبة ٨٠٪ أما في ٢٠٪ الباقية فيحدث الانتقاب عند المصابين بقرحة
خفية . وتكون الاعراض كما يلي :

١ - ألم شديد فجائي في الناحية الشرسوفية سببه تخريش حامض
المعدة للبريتوان .
٢ - أقياء .

٣ - وضعية المريض : يكون المريض مستلقياً على جانبه بحالة
الانعطاف ، يده على بطنه وساقاه منعطفتان على جذعه .

٤ - حالة صدمة : فالوجه شاحب ، والسحنة منقبضة والتعرق غزير .

٥ - تقفع شديد في جدار البطن اذ يبدو جدار البطن كقطعة من خشب

٦ - جمود حركة جدار البطن أثناء التنفس .

٧ - اذا جعل المريض بوضعية نصف جلوس فان أصمية الكبد

تزلزل نظراً لان الغاز في جوف البطن يصعد الى العالي فيغطي أصمية
الكبد التي تصبح واضحة بالقرع .

٨ - اذا أخذت صورة شعاعية لصدر المريض يبدو غاز تحت الحجاب (الريح البطنية العفوية) .

وبعدا نقضاء بضع ساعات على الانتقاب تظهر على المريض علامات التهاب البريتوان المعمم فيتوتر البطن وترتفع الحرارة وتزداد حالة الصدمة وبالفحص يلاحظ خرس في أسفل البطن بالقرع وعلامة الموجة التي تدل على وجود سائل وفي هذه المرحلة تصبح الحالة خطيرة. **المعالجة :** هي المداخلة الجراحية الآنية فكل ساعة تنقضي تقلل من أمل الشفاء فعلى الممرضة أن تهيب جميع اللوازم لعملية مستعجلة وفي ذات الوقت عليها أن تقوم بتأمين معالجة الصدمة كالتدفئة وحقن المورفين وحقن المصل داخل الشرج اذا لزم الامر كما يشير الجراح ، وتأمين ضماد طاهر لجدار البطن .

العمل الجراحي : اغلاق القرحة المنتقبة بخياطتها وتجرى مفاغرة المعدة بالامعاء اذا كان هنالك ضيق في البواب ، او تجرى عملية قطع المعدة اذا سمحت حالة المريض العامة بذلك .

وبعد الانتهاء من العمل الجراحي ينقل المريض الى سريره ويوضع بوضعية Fowler كي تتجمع السوائل في أسفل البطن وتفجر من خلال ثقب يجرى فوق العانة (يجرى هذا التفجير عند المرضى الذين لم تجر لهم العملية في الساعات الست الاولى حيث يصبح سائل البطن عكراً

فمنضطر لحزاع فوق العانة ويوضع أنبوب للتفجير يرفع بعد مضي
٤٨ ساعة).

الاعتناء بعمل العمل الجراحي : على الممرضة ان تؤمن الجذب
من انبوب رايل واعطاء المرديات كالبنسليين او الترامايسين .

ج - ضيق البواب وتشنجه

البواب : ان ضيق البواب تناذر يحدث باسباب مختلفة يمكن
حصرها بنوعين :

١ - آفات عضوية في المعدة او الاثني عشر .

٢ - آفات في الاعضاء المجاورة .

الآفات العضوية في المعدة او الاثني عشر : كقرحة المعدة أو الاثني
عشر ، سرطان المعدة ، ضخامة المعدة الولادية ، الاورام السليمة في
المعدة ، افرنجي المعدة ، تشنج البواب .

الآفات في الاعضاء المجاورة : الالتصاقات حول المرارة بسبب
التهابها ، اورام خارج المعدة ، فتق الحجاب .

الاعراض : إن ما يهمننا هو انسداد البواب الحادث بسبب قرحة
المعدة او الاثني عشر ويتصف :

١ - بالاقياء التي تكون غزيرة حاوية على مواد طعامية تناولها

المريض منذ ساعات أو أيام ويشعر المريض براحة بعد القيء .

٢ - شعور الامتلاء .

٣ - الألم الذي يشتد في الليل أكثر من النهار .

٤ - توتر البطن وظهور حركات المعدة الحولية والجمعجة

الايبوقراطية لامتلاء المعدة بالمواد والسوائل .

التصوير الشعاعي : يظهر معدة متوسعة يهبط قعرها الى ماتحت الخط

الممتد بين القنزعيتين فتشبه الهلال او المركان .

المعالجة : جراحية (مفاغرة المعدة بالامعاء او قطع المعدة) .

التوضيرات قبل العمل الجراحي :

١ - يعالج نقص التمييه بحقن المصل الملحي الغريزي في الوريد

الى أن ينتظم التوازن بين السوائل المأخوذة والمطروحة وتزول جميع

أعراض نقص التمييه والاملاح الحادثة بسبب الاقياء المتكررة .

٢ - يعطى المريض الفيتامين C بكثرة وتتخذ الاعتناءات التي مر

ذكرها في عمليات المعدة السابقة .

٢ - سرطان المعدة

Carcinoma of the Stomach

الاسباب : تكون النسبة ثلاثة اضعاف في الرجال منها في النساء

ويحدث بين سن الاربعين والستين وأسبابه مجهولة كسائر السرطانات وكثيراً ما يتلو قرحة المعدة .

الاعراض : ١ - قهم مع شعور الامتلاء في البطن عقب تناول طعام خفيف .

٢ - الالم ويكون ضعيفاً أو شديداً كما هو في النوع القرحي .

٣ - فقر دم سببه النزف الحادث من الورم .

٤ - نقص الوزن والدنف السرطاني مما يؤدي للهزال .

٥ - القيء لاسيما إذا سد الورم البواب سداً جزئياً او كاملاً .

٦ - قيء الدم .

العلامات الخبيثة :

١ - الشعور بكتلة ورمية في البطن .

٢ - ضخامة في الكبد سببها التوضع الثانوي للسرطان في الكبد .

٣ - ظهور الحبن في البطن احياناً .

الفحوص المخبرية : يفتش عن الخلايا السرطانية في العصارة المعدية وتعابير نسبة الحموضة في مفرز المعدة التي تكون ناقصة عن الحالة الطبيعية اذ هي ٥/١ في اللتر .

الفحص السماعي : يبدو :

١ - ظل فراغي في حدود المعدة .

- ٢ - تحدد الحركات الحولية للمعدة في المنطقة التي نما عليها المرض.
٣ - انقراغ المعدة السريع في النوع القربي فضلاً عن العلامات الشعاعية الخاصة بالانواع المختلفة للسرطان .

تنظير المعدة : نستطيع بواسطته رؤية المنطقة التي نما عليها السرطان.
المعالجة : جراحية وهي استئصال المعدة الواسع وان جميع الاعتناءات المجراة للمريض في عملية قرحة المعدة سواء قبل أو بعد المداخلة الجراحية تجرى للمريض المصاب بهذه الآفة .

٣ - ضيق البواب الولادي عند الاطفال

Congenital Pyloric Stenosis of Infants .

البواب والامراض : ضيق البواب الولادي آفة تصيب الاطفال الذكور اكثر من البنات بنسبة ٩ ذكور مقابل اصابة بنت واحدة .
رقد علل حدوث الآفة بعدة نظريات اهمها :

١ - نظرية John Thomson : يعتقد هذا العالم بأن سبب ضيق البواب هو عدم تناسب حركة العضلاب في البواب عند الجنين حين ابتلاعه السائل الأمينوسي في رحم والدته مما يؤدي لضخامة في ناحية البواب بعد الولادة وبالتالي لظهور ضيق في لمعة البواب .

٢ - نظرية Fraser : ويعال فريزر ضيق البواب الولادي باضطراب التوازن بين العصبين الودي ونظيره كنتيجة لهذا الاضطراب يحدث

تشنج في معصرة البواب فعضلات الغار Antrum تضخم لتغلب على التشنج .

الاعراض :

- ١ - الاقياء : تحدث بعد اسبوع أو أسبوعين من الولادة .
 - ٢ - النحول : سببه عدم التغذية .
 - ٣ - الشعور بكتملة في ناحية البواب حين فحص البطن .
 - ٤ - اذا أعطي الطفل قليلاً من الحليب تظهر بعد انقضاء فترة من الوقت حركات المعدة الحولية على جدار البطن وانتفاخ في ناحية المعدة .
- الفحص الشعاعي : يشاهد بالتنظير الشعاعي توسع المعدة مع عدم مرور البار يوم في البواب .
- المعالجة : دوائية وجراحية .
- المعالجة الدوائية : هي معالجة محافظة يجب أن لاتدوم أكثر من يومين أو ثلاثة أيام وتتألف من :

- ١ - اعطاء المريض وجبات طعام متقطعة .
 - ٢ - غسل المعدة قبل اطعامه كي لاتظل فيها بقايا . ويستعمل في الغسل المصل الملحي او محلول البوريك .
 - ٣ - تعطى الادوية المضادة للتشنج كال Eumydrine وتركيبه :
- Atropin Methyl Nitrate وهو قليل السمية يحقن من محلوله ذي النسبة

..... مقدار ٢-٠,٥ سم^٣ قبل اطعام الطفل بخمس دقائق ويمكن اعطاء البيلادون او الاترويين عوضاً عنه .

ان واجبات الممرضة أن تقوم بجميع هذه الاعتناءات المذكورة آنفاً بدقة كي لا يتخلص الطفل المريض من العملية لعملية جراحية .
المعالجة الجراحية : عملية Rammstedt وفيها يخدر الطفل تخديراً موضعياً أو عاماً ثم يفتح البطن وتشق الطبقة المصلية وتفرق الالياف العضلية للبواب عن بعضها البعض على أن لا يمس الغشاء المخاطي ثم يغلق جدار البطن وبذلك يمكن للطعام أن يمر من خلال البواب ويشفى الطفل من هذه الآفة .

الاعتناء بعد العملية : تعطي الممرضة الطفل من محلول الغليسيرين بعد مضي أربع ساعات على العملية ثم تعطيه الحليب الممدد بالماء في كل ساعتين جرعة حتى اليوم الثالث وبعد ذلك يرضع من ثدي والدته . وقد نضطر لحقن المصل الغريزي تحت الجلد اذا كان الطفل ناقص التميمه .

البحث الثاني

أمراض المعى الدقيقة والغليظة

١ — انسداد الأمعاء

Intestinal obstruction

- الأسباب : يمكن أن نرد انسداد الأمعاء الى الأسباب التالية :
- ١ . شلل الأمعاء الالتهابي ومن شأنه أن يؤدي الى توسع الأمعاء وتزويها والحؤول دون مرور المواد منها .
 - ٢ . الاجسام الاجنبية والحصى الصفراوية والمعوية والديدان .
 - ٣ . الاورام والتضيقات الولادية والصمغ الافرنجية .
 - ٤ . الالتصاقات الحادثة إثر التهاب الزائدة او التهاب البريتوان السلي أو الحاد او التهاب الملحقات .
 - ٥ . الانغلاف : يشبه بتداخل اسطوانتي المنظار ويشاهد في الرضع عادة .
 - ٦ . الاختناق الباطني : وذلك بدخول المعى بفرجه وينسلو مثلاً أو في الحفرة السينية أو بانعقاد العروة المعوية برتج ميكل !

- ٧ . الانفتال : وهذا يقع عادة في السين الحرقفي لطوله وتحركه او في الامعاء الدقيقة .
- ٨ . الانسداد باورام خارج المعاء (كالورم الليفي الرحمي و كيس المبيض أو الرحم الحامل ...) فتضغط الكتلة الورمية على المعى فيتوقف جري المواد .
- ٩ . المنعكس : وبذلك ينهي الاعصاب المحركة للمعى كما يحدث في (التهاب الزائدة الحادة وانفتال كيس المبيض واختناق الشرب في الفتق والتهاب الخصية الهاجرة وفي حصيات الحالب والكلية والمرارة وفي صمامات الشريان المساريقي ...) .

الاعراض :

- ١ - الم : قد يكون فجائياً وحاداً جداً وقد يكون ضعيفاً وتدرجياً كما يحدث في انفتال السين الحرقفي .
- ٢ - تطبل البطن : تختلف شدته فاذا وقع الانسداد في الاسفل أي في السين يظهر على البطن الاطار الكولوني المؤلف من الكولون الصاعد فالمعترض فالنازل واذا كان الانسداد عالياً في الامعاء الدقيقة كان التطبل خفيفاً .
- ٣ - قيء : يبكر في الحدوث إذا كان الانسداد عالياً ويكون متأخراً اذا كان سفلياً .

٤ — وقوف المواد الغائطة والغازات .

٥ — ظهور الحركات الحولية اذ تشير الى حركات الامعاء التي تقاوم العائق فترسم هذه الحركات على جدار البطن .

٦ — اعراض هامة : تنجم عن انسداد البطن وهي اسراع النبض والتنفس وبرودة الاطراف وزلة وهبوط الحرارة دون ٣٦° .

الفعصى الشعاعى : تبدي صورة البطن والمريض بحالة اضطجاع بطني امتلاء العرى المعوية الدقيقة بالغاز فوق مكان الانسداد واذا اخذت الصورة والمريض قائم تظهر سووية السائل مع الغاز في العرى المتسعة .

المعالجة : تبني معالجة انسداد الامعاء على ثلاثة اسس :

١ — الجذب المعدي الاثني عشري .

٢ — حقن السوائل داخل الوريد .

٣ — التوسط الجراحي لازالة العائق المسبب للانسداد .

لايجوز اللجوء الى العمل الجراحي مالم نهى المريض فالكثير من الحالات الخطرة المميتة تحسنت بفضل التحضير الجيد واصبحت سليمة .

التحضيرات قبل العمل الجراحي :

١ — تغسل المعدة لازالة التوتر منها (وبذلك نزيل عاملاً أساسياً

في احداث الصدمة) فضلاً عن جذب محتوياتها التي يخشى من دخولها في مجرى التنفس .

٢ - إدخال قثطرة (أنبوب رايل) الى داخل المعدة لافراغ المحتويات بواسطة الجذب الدائم بمضخة جاذبة كهربائية او بالجذب بالمحقنة ويشرع به قبل العملية وفي أثناءها وفي خلال أربع وعشرين ساعة بعدها فالأنبوب الذي أدخل عن طريق الانف يتحملة المريض بسهولة حتى ولو كان طفلاً (انظر الشكل - ٣) .

٣ - يحقن المصل الملحي مع الغليقوز بنسبة $\frac{1}{6}$ في الوريد لمكافحة نقص التمثيه وحالة الالكالوز ولاعادة شاردة الكلور الى الدم والغليكوجين الى الكبد ، ويختلف حقن هذه السوائل حسب الحالة وتتراوح كميته عادة بين ٣ - ٤ لترات وأكثر (فلو حقننا هذه السوائل بشكل مصل ملحي صرف فانه يخشى حدوث وذمة لذا وجب حقن المصل الملحي مع الغليقوز) .

٤ - حقن المورفين (لايجوز حقن هذه المادة إلا بعد أن يقرر نهائياً العمل الجراحي كي لا يخفي الاعراض) .

إن الجذب المعدي المشترك مع حقن السوائل يجب تطبيقه في جميع الانسدادات المعوية اذ كثيراً مايزيل حالة الانسداد هذه ويكون السبب في الشفاء دون التوسط الجراحي على أنه إذا لوحظ بقاء الام بعد مضي ساعتين من تطبيق الجذب المعدي الاثني عشري فيجب حينئذ اجراء العملية حالاً إذ يكون سبب الانسداد اختناق إحدى العرى المعوية .

واجبات الممرضة : ينبغي على الممرضة أن تهني جميع اللوازم لعملية فتح بطن مستعجلة فتجري ضماداً طاهراً للمريض على ناحية البطن وتدفيء له سريره لتقلل من حالة الصدمة . وتمنع عنه اخذ أي مادة عن طريق الفم ثم تؤمن له قنطرة المثانة اذا لم يتمكن من التبول فلا يجوز أخذ مريض الى قاعة العمليات لاجراء عملية فتح البطن الا بعد أن تفرغ مثانته سواء من تلقاء نفسه أم بواسطة القنطرة وتجري له أيضاً حقنة شرجية مفرغة .

وأما الاعتناءات المطلوبة منها بعد العمل الجراحي فهي الانتباه الى الحمية الخاصة التي يصفها الطبيب لمريضه ثم اجراء حقن مفرغة وتأمين الاعتناءات والعلاجات الموصوفة له من قبل الجراح .

٢ — سرطان الكولون

Carcinoma of the colon

الأسباب — سرطان الكولون أكثر آفات الكولون الورمية تصادفاً . يحدث في جميع الأعمار غير ان حدوثه يغلب في العقد الخامس أو السادس من العمر عادة . يصيب سرطان الكولون النساء والرجال على حد سواء .

الأعراض : تختلف الاعراض حسب مكان توضع الورم وطبيعته ولذلك فاننا سندرس الاعراض في الأيمن واليسر للكولون .

أعراض سرطان الكولون الايمن : يشتمل هذا القسم من الكولون على (الأور ، الكولون الصاعد ، الزاوية الكبدية ، الثلث الايمن من الكولون المعترض) . ان محتوى هذا القسم من الكولون سائل لذلك بوسعه ان يثابر على وظيفته مهما ضيق الورم لمعته ، فالمرضى المصابون بورم في هذا القسم يراجعون الطبيب غالباً لأحد الأسباب التالية :

١ - نحول وشعور المريض بالتعب وملاحظته شحوب وجهه (فاقدة الدم) .

٢ - أو يراجع المريض الطبيب :

آ - لآلام بطنية مبهمه يشعر بها .

ب - اسهالات .

ج - شعور بدعث .

٣ - أو أنه يشعر فجأة بورم في الجهة اليمنى ويشاهد دمًا في التغوط ،

فاذا فحص الطبيب مريضه شعر بالجلس بكتلة ورمية .

اعراض سرطان النصف الايسر للكولون : يشتمل هذا النصف على

(ثلثي الكولون المعترض والزاوية الطحالية والكولون النازل والخرقي

والسين) . يكون الورم فيه من النوع الحلقى الصلد غالباً . أما الأعراض

التي تبدو فهي أعراض انسداد معوي مزمن مع امساك مترقي يقطعه

اسهال (النوبة الكولونية : يشعر المريض بوقوف المواد الغائضة

والغازات مصحوبة بالآلام بطنية كما ويشعر أيضاً أن شيئاً قد اجتاز أمعائه وبعده تزداد النوبة) ، ثم يلاحظ دم ومخاط في الغائط . ويلجأ في تشخيص المرض الى الوسائط التالية :

١ - الفحص الشعاعي : بعد حقن الباريوم عن طريق الشرج ، وإعطائه عن طريق الفم ، يلاحظ :

آ - توقف الباريوم مكان الضيق .

ب - المكان الضيق الذي يشير الى الورم .

ج - التشوه وسببه الالتكامل الذي أحدثه الورم .

٢ - منظار الشرج : يظهر الورم إذا كان على بعد ٣٠ سنتيمتراً من الشرج .

٣ - المس الشرجي : يشعر بالورم الكولوني الحوضي لاسيما اذا أشرك المس بالجنس البطني .

٤ - فحص البول : يدل على وجود تفسخ معوي (انديكان - او كزالات ...) .

المعالجة : التوسط الجراحي هو المعالجة الوحيدة لسرطان الكولونات وهذا التوسط يختلف حسب الحالة التي يراجع بها المريض فإما أن يأتي وهو في حالة انسداد معوي حاد أو دون انسداد معوي .

فالعمليات التي تجرى هي إما شرج مضاد للطبيعة أو استئصال الورم أو تحويل المجرى بدون استئصال الورم .

التعضيرات قبل العمل الجراحي : يجب على الممرضة أن تهنيء المريض لعملية فتح البطن وفق الطريقة التي مر ذكرها في عمليات البطن . وان تطبق له العلاجات الموصوفة من قبل الطبيب إذا ان المصابين بهذه الآفة يعطون قبل اسبوع من التدخل مركبات السولفاتاليسدين او الأوريوميسين أو الستربتوميسين أو التراميسين عن طريق الفم لكي يقضي على الزمرة الجرثومية الموجودة في الكولونات . كما ويعطون الفيتامين B-complex والفيتامين C وإذا كانت حالة المريض العامة تتطلب نقل الدم فيجرى له ذلك .

الاعتناءات بعد العمل الجراحي : إذا أجري للمريض شرح مضاد للطبيعة وجب على الممرضة أن تغير له الضماد الخارجي فيما اذا تبلل بالمواد الغائطة ، وان تعني بنظافة المريض جيداً . أما اذا كانت العملية استئصال الورم أو تحويل المجرى فواجب الممرضة يقضي بتطبيق العلاجات الموصوفة فقط مع الاعتناءات العامة للمريض .

البحث الثالث

الزائدة الدودية والبريتون

١ - التهاب الزائدة الدودية الحاد

Acute appendicitis

الاسباب - تقسم الى اسباب مؤهبة واسباب محدثة .

الاسباب المؤهبة : ١ - النظام الغذائي الغني بالبروتين اذ لوحظ كثرة التهاب الزائدة في الشعوب التي تكثر من تناول المواد البروتينية .

٢ - نسيج الزائدة اللينفاوي .

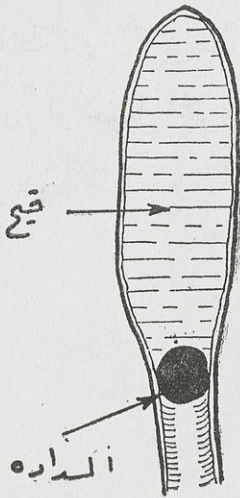
٣ - محتوى الزائدة لاسيما المواد الاجنبية

(كبذور العنب والاشعار والاسنان

وغيرها) لان هذه المواد تسد لمعتها وتحدث

جوفاً مغلقاً (الشكل - ١٥) يساعد

الالتهاب .



٤ - شكل الزائدة : يمكن للزائدة

ان تتلوى او تنعقف فتسد لمعتها وتنقلب

الى جوف مغلق مهية لنمو الجراثيم فيه .

(الشكل - ١٥)

الاسباب المحدثة : هي الجراثيم المختلفة : (كالعصية الكولونية ،

والمكورة العنقودية والمكورة الرئوية ، أو الجراثيم اللاهوائية)
والطفيليات كالأميب أو الدودة الشريطية أو الديدان الخراطينية .
طريق انتقال العفونة : تنتقل العفونة بواسطة :

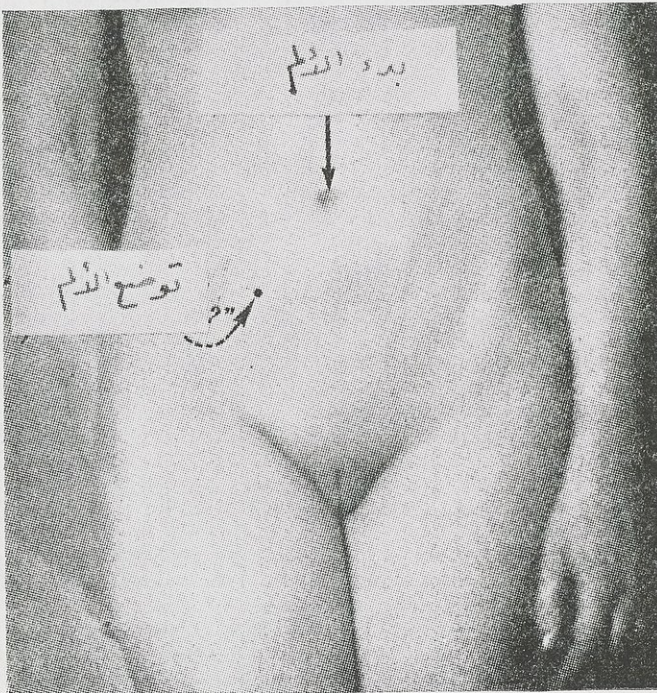
- ١ - التعفن المعوي الذي يحدث تقرحاً في الغشاء المخاطي ومنه يدخل الجرثوم كما يحدث في التهابات الأمعاء الزحارية .
 - ٢ - طريق الدم : تشاهد التهابات الزائدة عقب خناق أو نزلة وافدة أو عفونات عامة كالتييفية والحصبة والقرمزية وغيرها .
- الأعراض : تختلف الأعراض حسب الدور الذي يراجع فيه المريض الطبيب :

١ - دور التهاب الحاد النزلي للزائدة :

(أي حينما يراجع المريض خلال الـ ١٢ ساعة الأولى من بدء الالتهاب):
يكون الالتهاب منحصراً في الزائدة نفسها ولا يمتد إلى النسيج البريتوني المجاور وهو الدور الباكر للأشكال المختلفة من التهاب الزائدة غير أنه في التهابات الشديدة يمر هذا الدور سريعاً دون أن ينتبه إليه وأعراضه تكون على نوعين : أ - أعراض رئيسية . ب - أعراض ثانوية :

الأعراض الرئيسية : ١ - الألم : يبدأ فجأة في الناحية الشرسوفية وحول السرة وصفات هذا الألم هي إما أن يكون : أ - المأقولنجياً سببه انسداد لمعة الزائدة بأحدى المواد أو انشائها أو توذم غشائها مما يحول دون انقراغها .

ب - ألماً مبهماً وتكون لمعة الزائدة منفحة ولا يوجد انسداد .
بعد مضي ساعة أو بضع ساعات على استقرار الألم في الناحية
الشرسوفية ينتقل هذا الألم الى الحفرة الحرقفية اليمنى حيث يستقر
هناك ويكون أشده في نقطة تسمى بنقطة ماك بورني Mcburney التي
تقع في منتصف المسافة بين الشوك الحرقفي الأمامي العلوي والسرة غير
أن هذا الألم قد لا يكون مستقراً في تلك النقطة بل في أية نقطة أخرى
في البقعة المنحصرة في مثلث شيرين Sherren الذي يحدد بالخطوط



(الشكل - ١٦)

مكان بدء الألم في التهاب الزائدة الدودية الحاد ثم توضع في الحفرة الحرقفية اليمنى

الممتدة بين السرة والشوك الحرقفي الأمامي العلوي الأيمن وشوك العانة،
فأقصى الألم يكون حيث توجد الزائدة (الشكل ١٦) .

٢ — التقفع في الحفرة الحرقفية اليمنى : ويعرف بالجلس وبعدهم تحرك
هذه الحفرة مع حركات التنفس .

٣ — فرط التحسس في الحفرة الحرقفية اليمنى .

الأعراض الثانوية : هي ١ — هضمية : (غثيان ، إقياء ، اتساخ
اللسان ، إمساك وقد يحدث إسهال في البدء عند الأطفال) ويشاهد
الأعور بالفحص في كثير من الحالات منتفخاً مع وجود دققة .

٢ — عامة : ارتعاش مع ارتفاع الحرارة إلى ٣٨° وارتفاع النبض
مع حالة دعث .

٣ — وضعية المريض : لدى رؤية المريض في فراشه وهو مستلق على
ظهره أو على جانبه الأيمن يلاحظ طرفاه السفليان منعطفتين على بطنه .

٤ — إذا استقرت الزائدة خلف القولون نرى بالإضافة لما تقدم
الأعراض التالية : وهي انحباس البول ، زحير مثاني أو شرجي ، كثرة
عدد التبول ، ألم الخصية ، ألم بالمس الشرجي . إن سبب هذه الأعراض
تخرش المثانة أو المستقيم أو الأوعية والأعصاب الخصوية .

٢ — التهاب الزائدة الحاد المترافق مع التهاب البريتوان الموضع :

يعقب الشكل النزلي ويحدث بعد مضي ١٢ ساعة وأعراضه هي

نفس الاعراض التي ذكرت في الإلتهاب النزلي ، غير أنها تكون قد
توضعت في الحفرة الحرقمية اليمنى وهي أكثر وضوحاً منها في الدور
النزلي زد على ذلك أنه بالاصغاء يلاحظ زوال أصوات التحوي المعوي
في الحفرة الحرقمية اليمنى وبالقرع يلاحظ صمم في بعض المناطق وطبلية
في مناطق أخرى .

٣ -- التهاب الزائدة الحاد مع التهاب البريتوان المعمم :

أخطر أشكال الالتهاب وقد يحدث فجأة وهو يتصف :

١ -- بألم فجائي شديد في ناحية الزائدة .

٢ -- بأقياء متزايدة (طعمامية ثم خضراء وأخيراً سوداء) .

٣ -- حالة وهط تشير إلى أن المريض خطر للغاية وتكون

سحنته منقبضة .

٤ -- تطبل في البطن .

٥ -- انحباس المواد الغائطة والغازات .

٦ -- حصول افتراق بين النبض والحرارة أي :

آ -- اسراع النبض .

ب -- هبوط الحرارة .

٤ -- التهاب الزائدة مع تكون خراج موضع :

يتلو الالتهاب الحاد فتجتاز الجراثيم جدار الزائدة الملتببة وأحياناً

يحدث بعد أن تنقب الزائدة في منطقة حددتها الالتصاقات بعد أن يكون قد انقضى على التهاب ثلاثة أيام فيبدو الخراج بالأعراض التالية :
١- أعراض عامة : (حرارة ٣٩° - ٤٠°) نبض متسرع ، سخنة منقبضة ، عينان غائرتان ، أنف دقيق .

٢ - كتلة مدورة ومؤلمة : تكون في الحفرة الحرقفية اليمنى أو الحوض أو المغبن حسب موقع الزائدة وتزداد حجماً وتلين فيشعر بالتموج حين جسها من خلال جدار البطن أو بالجلس المشترك مع المس الشرجي .

٣ - حدوث الألم : إذا ضغط الشريان في مثلث سكاربا لان توقف الدم يؤدي إلى ازدياد النبضان في الشريان الحرقفي الذي يمر من النقطة المتوضع فيها الخراج .

الملاحظة : إذا راجع المريض الطبيب في الدور الأول من التهاب الزائدة ، فهناك اتفاق تام على ضرورة التوسط الجراحي خلال الـ ٢٤-٤٨ ساعة الأولى أما إذا جاءت مراجعة المريض في اليوم الثالث من التهاب فالرأي مختلف بين فريق يشير بالتوسط الجراحي وآخر يفضل التريث وتبريد التهاب باعطاء المرديات أو البروبيدون مع وضع الثلج على البطن على أن يوضع المريض تحت المشاهدة ، فتسجل حرارته ونبضه كل ساعة . ويفضل إجراء العملية فيما إذا بقيت الحرارة الشرجية أكثر من ٣٨° في خلال يومين متتاليين ، وظل النبض

مرتفعاً ١٠ درجات عن المعتاد وبقي الألم آخذاً بالازدياد . وإذا ظهرت علائم التهاب البريتوان المعمم فيجب التوسط حالاً انقذاً لحياة المريض ، كما ويلجأ للجراحة اذا تكوّن خراج حول الزائدة .
واصابات الطموضة : ينبغي على الممرضة أن تهيب المريض لعملية بطن مستعجلة فتمنع عنه السوائل وغيرها وتجري له ضماداً طاهراً ثم تؤمن له القنطرة اذا لم يتمكن من افراغ البول قبل أخذه الى غرفة العمليات ثم تحقق له المورفين والأتروپين أو غيرهما من العلاجات التي يشير اليها الخدر .

أما بعد العملية فتقدم له الأدوية الموصوفة وتبقى بجانبه ريثما يصحو من الخدر وتجري جميع الاعتناءات التي تطبق للمرضى المجري لهم عملية فتح البطن .

٢ -- التهاب الزائدة البرونية المزمن

CHRONIC APPENDICITIS

حالة مرضية تصيب الزائدة وتبدو بأعراض سريرية مختلفة .

الأعراض . --

١ — ألم مبهم غير ثابت في الحفرة الحرقفية اليمنى .

٢ — ألم محدث بالضغط في ناحية ماك بورني .

٣ — قولنج حول السرة .

٤— تقفع خفيف في الحفرة الحرقفية احياناً .

٥— أقياء في حالات نادرة .

٦— أعراض انعكاسية ليست في مكان الزائدة بل بعيداً عنها

تتصف :

أ- بعسرة الهضم : وتمتاز بفرط الحموضة أو تشنج البواب

ب- آلام رأسية .

ح- وهن عام وانحطاط .

الفحص الشعاعي : يعتقد البعض بأن التهاب الزائدة المزمن يمكن

معرفة بالعلامات الشعاعية التالية :

١— عدم امتلاء الزائدة وعدم انقراغها .

٢— الألم بالضغط حين تنظير الزائدة .

٣— شدة حركة الامعاء الدقيقة او الاعور .

ولكن جميع هذه العلامات ليست خاصة بالتهاب الزائدة المزمن

بل هي تؤيد الاعراض السريرية .

الملاحظة : الاستئصال الجراحي .

٣ — التهابات البريتوان الحادة

Acute Peritonitis

الاسباب : إن سبب التهاب البريتوان هي الجراثيم على اختلافها

كالمكورة العقدية والعنقودية والرئوية ..

تأتي هذه الجراثيم الى جوف البريتوان :

١- مباشرة : بواسطة الجروح النافذة للبطن سواء حدث الجرح
بمرمى ناري أو آلات قاطعة .

٢- من تقيح أصاب أحد أحشاء البطن كما في التهاب الزائدة الحاد
والتهابات المرارة أو التهاب رتج ميكل .

٣- تلو العمليات الجراحة على الاحشاء المجوفة كالكولونات والمعى
الدقيقة والمعدة أو من انتقاب هذه الاحشاء كما في انتقاب قرحة المعدة
أو انتقاب المعى الدقيقة في التيفية .

٤- بواسطة الدورة الدموية .

٥- بالاوعية اللفافية من الجنب فيما اذا كان المريض مصاباً
بذات الجنب القيحية .

٦- بطريق الجوار كما يحدث عند نساء مصابات بالتهابات تناسلية .

الأعراض : يكون التهاب البريتوان إما منتشراً وإما محدوداً .

١- التهاب البريتوان المنتشر :

وأعراضه هي :

١- ألم بطني : يحدث من المكان المسبب للعفونة ثم ينتشر معها إلى

الاسفل ويعم البطن .

٢- إقياء .

٣- انحباس المواد الغائطة والغازات .

٤- انعطاف المريض الشديد وجعل فخذيه منعطفتين نحو بطنه لإرخاء عضلات البطن وتخفيف الألم .

٥- تقفع في جدار البطن ، ويبدأ هذا التقفع من النقطة المسببة للالتهاب، يشمل جميع جدار البطن الذي يصبح قاسياً كالخشب ويفقد الحركة . وبعد مضي مدة من الزمن يتطبل البطن بسبب الشلل الحادث في العرى المعوية والجدار من جراء الالتهاب .

٦- سوء الحالة العامة: تشير إلى تسمم، فتبدو السحنة الايوقراطية الخاصة (غوران العيينين ، انقباض السحنة ، دقة في الانف ، برودة الاطراف) مع إسرار في النبض ويبلغ ١٦٠ ، وإسراع في التنفس .
٧- أصمية في الحفرتين الحرقفتين لدى قرع البطن .

٨- إذا أصغي للبطن لا تسمع الحركات الحولية بسبب شلل العرى المعوية .

الفحص المجري : تبدي الصيغة الكروية وتعداد الكريات ازدياداً في عدد الكريات البيض مع رجحان كثيرات النوى . وبالفحص الشعاعي تشاهد في الصورة سوية سائل مع غاز في مناطق عديدة من جوف البطن .

٢ - التهاب البريتوان المحدود :

يحدث فيما إذا تهيأ للبدن الوقت الكافي لحصر الالتهاب وأغاب

ما يحدث هو في الناحية المسببة للالتهاب كالزائدة أو الملحقات (عند النساء) ، ويتصف سريرياً بالأعراض التالية :

١ - ألم في الناحية الملتببة .

٢ - تقفع .

٣ - تكون ورم يختلف مقره حسب مكان الالتهاب ، فيتوضع هذا الورم في ناحية العضو الملتبب المسبب أو إذا كان تالياً للالتهاب البريتوان المعمم فيتوضع التورم في أي قسم من البطن أي في الحوض أو تحت الحجاب .

٤ - التموج : ويشعر به بجس الورم أو بالجس المشترك مع المس إذا كان حوضياً .

المعالجة : ١ - معالجة النوع المنتشر :

إذا كان من المستطاع القضاء على الآفة المسببة فيجب القضاء عليها فمثلاً إذا كان السبب التهاب الزائدة لا يكتفى بتفجير البطن بل يجب قطع الزائدة أيضاً وكذلك في قرحة المعدة ، فالمعالجة إذن تقوم على التفجير الجراحي ورفع الآفة المسببة معاً .

أما إذا لم تتمكن من رفع البؤرة الالتهابية ، فحينئذ يجب العمل على مساعدة البريتوان كي يحدد الانتان في بؤرة سليمة لا سيما في الحوض فتمنع الاطعمة ويغذى المريض بالسوائل حقناً في الوريد

(المصل الملحي أو الغليكوزي) ويعطى المورفين وتوضع قنطرة
شرجية لخراج الغازات من الكولون ويدخل أنبوب Ryle عن
طريق الفم أو الأنف لجذب محتويات المعدة الدائم بجاذبة كهربية أو
بالمحقنة انظر الشكل - ٣ . ويجعل المريض بوضعية Fowler بعد مضي ٢٤
ساعة على العملية ثم تعطى المعالجة النوعية ضد الجرثوم المسبب .

المعالجة النوعية : هي إعطاء المرديات كالبنسلين حقناً في العضل أو
الوريد أو داخل البريتوان مع إشراكه بمركبات السولفا أو
الستربتوميسين ، غير أنه يجب تحري تأثر الجرثوم المسبب للآفة من
المرديات فيعطى حينئذ العلاج الموافق . ومن الملاحظ أن حقن التراميسين
في الوريد أو السغما ميسين يعطي فوائد جيدة .

فإذا تحسنت حالة المريض يشرع بإعطائه الحمية الخفيفة منذ اليوم
الخامس وتزداد تدريجياً .

٢ — معالجة النوع المحدود: جراحية، وهي تفجير الخراجة المحدودة .
فإذا كانت حوضية تفجر من رتج دوغلاس أي بالطريق خارج
البريتوان .

٤ — سل البريتوان

Tuberculous peritonitis

الاسباب : يتلو سل البريتوان عادة ماييلي :

- ١ — السل الدخني .
- ٢ — انفجار عقدة مساريقية متجينة .
- ٣ — التلقيح المباشر من أنبوب فالوب Fallopian .

الاعراض :

١ — النوع الحبيبي : اقياء ، امساك أو اسهال ، نقص الوزن ، تعرق ليلي ، انتفاخ البطن ، تشجرات وعائية ، عرض تضاد الصدمة ، توتر الجلد ولمعانه ، ارتفاع الحرارة ليلاً .
بزل البطن يخرج سائلاً بلون ليموني يكون تفاعل ريفالتسا ايجابياً فيه .

٢ — النوع اللاصق : أقل حدوثاً من النوع الحبيبي . يبدو بضعف تدريجي مع ألم بطني واحياناً تبدو فيه اعراض الانسداد المعوي ، ويوحى الجلوس بوجود عقدة متفرقة في البطن .

٣ — النوع القيحي : يشاهد عند البنات ويتلو التهاب الملحقات الدرني وتشكو فيه المريضة من ألم بطني ونقص سريع في وزنها مع حالة عامة سيئة جداً .

٤ — النوع الجبني : يغلب أن يصيب الكهول ، وأن يعقب سلاً حشوياً كسل الامعاء أو الملحقات (عند النساء) أو سلاً رئوياً متقدماً . يعرف هذا النوع عادة بآكراً بظهور أعراض عامة شديدة (ارتفاع حرارة ، أقياء ، عرق بارد) مع آلام بطنية قوية واشتداد علائم الآفة الحشوية المسببة ، ثم تظهر اضطرابات هضمية (إمساك أو إسهال) وينقص وزن المريض ويصاب بالحمى .

ويشعر بجس البطن باحتكاكات ، ويكشف قرع البطن عن مناطق صماء ومناطق متطبلة ، وتبقى الأضمية ثابتة رغم تبديل وضع المريض .

المعالجة :

١ — النوع الجبني : يعالج بالستربتوميسين مع هيدرازيد حمض ايزونيكوتينيك (كالـ Rimifon والـ Nicotibine ...) والـ P . A . S أي حمض بارا أمينوساليسيليك والـ Viomycine وغيرها من الأدوية النوعية المستعملة في معالجة السل . وإذا لم تفد المعالجة الطبية يلجأ إلى فتح البطن وتهويته .

- ٢ -- النوع اللاصق : تطبق المعالجة الطبية الخاصة بالتدرن المريض في المصح ، ويأجأ للجراحة حين حدوث انسداد معوي .
- ٣ -- النوع القيحي : تكون معالجته جراحية وهي التفجير واستئصال الآفة المسببة اذا أمكن . هذا بالإضافة الى المعالجة الطبية والعيشة في المصح .
- ٤ -- النوع الجبني : تتم معالجته ببقاء المريض في المصح مع تطبيق المقويات العامة واعطائه المرديات النوعية للسمل ، ويلجأ أحياناً الى تهوية البطن .

البحث الرابع

امراض الكبد

١ -- الخراجات الزهارية في الكبد

Amoebic abscess of the liver

الاسباب : نعلم أن الزحار نوعان : ١ -- زحار عصوي .

٢ -- زحار متحولي .

فالزحار العصوي قل ما يحدث خراجات كبدية ، أما الزحار

المتحول في السبب الاكبر في حدوثها ودليلنا على ذلك هو اننا لا نرى
خراجات الكبد الا في بلاد قد انتشر فيها الزحار الآمبي .

الاعراض : تختلف أعراض الداء حسب نوع الخراجة : ١ - فاما
ان تكون حادة ٢٠ - أو تحت الحادة ٣٠ - أو مزمنة .

الاشكال الحادة : الاعراض شديدة وسريعة ، ويشعر المريض
وهو من زحور في الغالب بما يلي :

١ - علامات عفونة : عرواء وحرارة .

٢ - ألم : يتصف بكونه ناخساً وفي المراق اليمنى ، يمنع
المريض عن الحركة وينتشر الى الكتف اليمنى .

٣ - ألم محدث : يحدث حين جس الكبد فإذا كان الخراج في القبة
يكون الألم في الورب ، وإذا كان الخراج في الوجه المقعر من الكبد
يكون الألم تحت حافة الاضلاع . وإذا كان الخراج في الفص الخلفي
يشعر بالألم من الناحية القطنية .

٤ - سوء حالة المريض العامة وضخامة في كبده : تستمر هذه الحالة
مدة ١٠ - ١٥ يوماً يموت في خلالها المريض اذ لم يسعف .

الاشكال تحت الحادة : تصادف في البلاد التي يكون بها الزحار
قرأة فيراجع المريض الطبيب :

١ - لتحذب في ناحية الكبد اذ تتكون الخراجة وتكبر دون
ان يشعر بها .

٢ - وحرارة خفيفة ٣٨° مع عرواء وعرق.

٣ - وألم في ناحية الكبد .

الاشكال المزمنة : نادرة ، ذكرت حوادث ظهر الخراج فيها بعد مرور عشرين سنة على اصابة المريض بالزحار .

الفحص المخبري : ١ - تعداد الكريات البيض والصيغة : تزداد الكريات البيض ولا سيما كثرات النوى .

٢ - الفحص الشعاعي : يبين ضخامة الكبد او ظلاً في القطب العلوي أو السفلي من الكبد حسب مكان الخراج .

المعالجة : يعطى المريض الایمیتین بمقدار حبة واحدة مدة عشرة ايام فاذا لم تشف الخراجة يزل القيح من الكبد بآبرة ثخينة أو بمزل ويحقن الایمیتین ضمن الخراج فاذا لم يشف المريض رغم هذه المعالجة حينئذ يشق الخراج الكبدي وتجنب التفجير خشية حدوث الالتان الثانوي على أنه يجب أن يوقى المريض من هذا الالتان باعطائه المرديات .

٢ - كيسة الكبد المائية

Hydatid cyst of the liver

التعريف : ورم فيه سائل صاف كماء الينبوع ينجم عن المأكورة المقنفدة .
الامراض : تصادف الشريطية المقنفدة في الكلاب والذئاب

و بنات آوى ومنها تنتقل الى الانسان وذلك بدخول بيوضها بواسطة
الخضرة أو الماء إلى المعدة فتذوب قشرتها وتنفذ بطريق اللنفأ أو الدم
إلى البدن ، أو انها تجتاز المعدة الى الامعاء وهناك تنحل قشرتها وتمر
بطريق وريد الباب إلى الكبد أو بطريق اللنفأ أو المجاري الصفراوية.
فاذا وصلت إلى الدوران العام تحتل الرئة أو القلب أو الكبد حيث
تنمو وتكون كيسية .

الاعراض : تقسم الى قسمين أعراض وظيفية وأعراض موضعية :

الاعراض الوظيفية : ١ - حكة سببها السموم أو قصور الكبد .

٢ - اسهالات أو أقياء بسبب قصور الكبد .

٣ - ألم ينتشر إلى الكتف اليمنى .

٤ - نزوف مكررة من الأغشية المخاطية (الانف والرحم) .

٥ - قه نحو المواد الشحمية لقصور الكبد .

الاعراض الموضعية : تختلف حسب المكان الذي تنمو عليه الكيسة :

آ - الكيسة في ملء الكبد : ١ - تتضخم الكبد جميعها وترفع

الحجاب الحاجز نحو الاعلى . ٢ - الكبد غير مؤلمة إلا حينما تضغط

سرة الكبد بالكيسة في الوجه السفلى الامامى .

ب - الكيسة في الوجه السفلى الامامى : ١ - يشاهدورم مستدير

له صفات الكيسة .

٢ - ارتعاش مائى سببه تلاطم الحويصلات الانباء بالكيسة ،

ويتحرى عنه بوضع اليد على مكان الورم ثم تقرع الاصبع الوسطى
فيشعر بهذا الارتعاش .

٣ - اللحن المائي يتحرى عنه بوضع مسامع على ناحية الورم فاذا
قرعنا الورم نسمع بالاذن لحناً كالذي يصدر عن وقوع وتر قيثارة ،
وسبب هذا اللحن تلاطم الحويصلات الانباء واحتكاكها مع بعضها .
ج - الكيسة في قبة الكبد: تكون الأعراض صدرية لانضغاط
الرئة فتحدث نزلة مع ضعف في اللغظ الحويصلي .

الفحوص المخبرية : ١ - الرسم الشعاعي يبين ظل الكيسة .

٢ - ازدياد الايوزينات .

٣ - تفاعل كازوني .

٤ - تفاعل واينبرغ .

الاضطرابات : ١ - تقيح الكيسة .

٢ - انبثاقها إما في جوف البطن أو في جوف الصدر أو على الجلد .

المعالجة : يعطى المريض الفيتامين K والفيتامين C قبل العمل

الجراحي ثم تجرى له العملية وذلك برفع الكيسة مع غشائها المنتش

ثم محو الجيب باستئصال الجدار الرقيق والسطحي من الكبد .

أما التوخيف فلا يلجأ اليه إلا إذا كانت الكيسة متعفنة أولو حظ

حدوث نزف دموي فيها أو نزف صفراوي .

٣ -- سرطان الكبد

Carcinoma of the liver

يكون عند الرجال أكثر منه عند النساء ويحدث غالباً بعد سن الستين غير أنه لوحظ وجوده عند أشخاص في سن الأربعين .

الاعراض : ١ - فقر دم .

٢ - نقص الوزن .

٣ - يرقان خفيف .

٤ - الشعور بعقد ورمية في الكبد .

٥ - ألم وهو عرض غير ثابت .

٦ - حبن في البطن ووذمة في الأطراف تشاهد هذه

بنسبة ٤٠٪ .

٧ - حرارة خفيفة .

وللتشخيص تؤخذ خزعة بواسطة ابرة خاصة وتفحص نسيجاً .

المعالجة : من المؤسف أن تكون المعالجة عديمة الفائدة فقد حاول

البعض رفع الفص الذي نما عليه المرض غير أن هذه العملية خطيرة

إذ كثيراً ما يموت المريض بعد إجرائها وقد ذكرت بعض المشاهدات

عن أشخاص اتسع لهم العيش بضع سنوات بعد العملية .

البحث الخامس

امراض المرارة والطرق الصفراوية

١ - التهابات المرارة الحادة

Acute Cholecystitis

الاسباب : تحدث التهابات المرارة الحادة عند النساء الكثيرات الولادة ما بين سن الأربعين والستين من العمر لاسيما السمينات والكسالى منهن . أما الاسباب المحدثه للالتهاب فهي المكورات العنقودية والعصيات الكولونية والمكورات العقدية والعصيات التيفية ونظيرة التيفية وغيرها من الجراثيم . وقد تحدث التهابات المرارة عند المصابين بالتهابات معدية معوية أو بذات الرئة أو بالحمى التيفية . إن الاسباب المؤهبة لحدوث الالتهاب هو انسداد القناة المرارية سواء حدث هذا الانسداد بالمفرزات المخاطية أو بحصاة مرارية .

الأعراض : -- الألم : هو العرض الاول ويكون موضعاً في المراق اليمنى والشرسوف، ويأتي فجأة بشكل قولنجي ومبرح وينتشر إلى الكتف اليمنى .

٢ -- الأقياء : وتظهر بعد نوبة الألم .

٣ -- الامساك : ويكون معنداً سببه الشال الحادث في زاوية الكولون الكبدية التي تكون بتاس مع المرارة الملتهبة .

٤ - حرارة : وقد تصل إلى ٣٩° -- ٤٠° مع عرواءات ونوافض .
العلامات الحكمية : يلاحظ بالفحص :

١ -- ألم محدث : بالجلس في النقطة المرارية (اي في النهاية الامامية للضلع العاشر) .

٢ -- تقفع : في ناحية المرارة وقد لا يوجد هذا العرض .

٣ -- الشعور بالمرارة لدى الجلس .

الفحص المخبري : يزداد عدد الكريات البيض مع رجحان كثيرات النوى .

المعالجة : دوائية وجراحية .

المعالجة الدوائية: ان كثيراً من الجراحين يميلون في الوقت الحاضر الى التريث وعدم التوسط الجراحي نظراً لعدم تحمل المريض المصاب بهذه الآفة للعملية الجراحية لاصابته باستحالة كبدية وقلبية أو لاصابته باقة صدرية ، والمعالجة الدوائية في يومنا هذا تقوم على اعطاء المرديات (كالتيراميسين أو المغناميسين Magnamycine أو الستربتوميسين أو البنسلين الخ ..) ويسكن الألم بالبيتيدين Pethidine والأتروبين ولا يجوز إعطاء المورفين لانه يقاص العضلات المساء . ويعطى المريض السوائل عن طريق الفم كما يوصى بوضع الكمادات الحارة على الخاصرة

اليمنى ويغدق عليه بالغليقور لتحسين حالة الكبد .
المعالجة الجراحية : يلجأ إليها اذا بقيت الحرارة مرتفعة والنبض
متسرعاً والألم مستمراً والتقفع منتشرأ بعد مضي ٤٨ ساعة ، والعمليّة هي
تفجير المرارة واذا امكن استئصالها ، وفي حالة وجود خراج
يجب تفجيرها .

٢ -- التهاب المرارة المزمن

Chronic Cholecystitis

يعقب التهاب المرارة الحاد وقد يكون مزمنأ منذ البدء دون أن
يتقدمه التهاب حاد .

اعراض : ١ -- الشعور بعدم الراحة في الناحية الشرسوفية ولا
علاقة لهذا الشعور بتناول الطعام فاحيانأ يحدث قبل تناول الطعام
واحيانأ بعده ، وهو عرض بارز .

٢ -- الشعور بالغازات في البطن ودفع هذه الغازات بكثرة .
التشخيص : يستعان بالمخبر لتشخيص التهاب المزمن فيجرب للمريض :
١ -- تنبيب الاثنى عشري فنستخرج بواسطته صفراء قائمة اللون
أو قيحية .

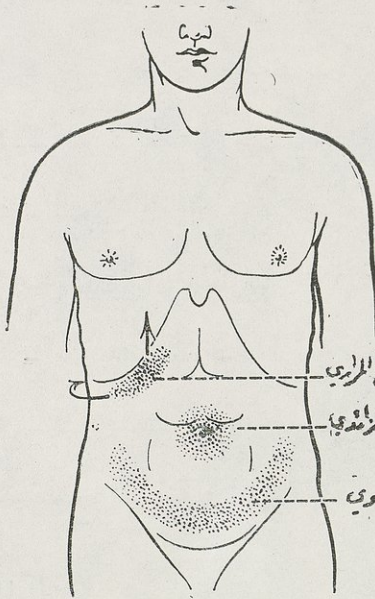
٢ -- الرسم الشعاعي : يعطى المريض البريودا كس Priodax فلا
ترسم المرارة بسبب التهابها ولعدم تكثيفها الملون أو أنها ترسم قليلاً .
المعالجة : استئصالها جراحياً .

٣ -- مـصـبـات المرارة

Gall-stones

الأسباب : تحدث عند النساء البدينات الشقراوات أكثر من
حدوثها عند الرجال ، وفي العقد الرابع حتى الخامس من العمر .
و كثيراً ما يرى في سوابق المريض آفات حرضية (كمرض النقرس
أو الداء السكري) .

الأعراض :



الشكل - (١٧)
القولنج المراري

يشاهد المريض
المصاب بحصاة صفراوية
إما أثناء النوبة (القولنج
المراري) واما خارج
النوبة .

١ - الأعراض أثناء
النوبة : هي علام القولنج
المراري (الشكل - ١٧) .
القولنج المراري :
يتصف بما يلي :

١ - ألم حاد يأخذ المريض فجأة بعد الطعام بـ ٣ - ٤ ساعات وأكثر ظهوره ليلاً فيمن يأكلون كثيراً قبل النوم . وهذا الألم يشي المريض في فراشه ويقع أشده في ناحية المجاري الصفراوية وينتشر في الامام إلى الناحية الشرسوفية في النهاية الأمامية للضلع العاشرة ، وينشر في الوراء إلى الكتف اليمنى .

٢ - أقياء طعامية فصفاوية .

٣ - يرقان يظهر عند انسداد القناة الجامعة بالحصى .

يدوم القولنج بضع دقائق إلى بضع ساعات :

٢ - الأعراض خارج النوبة : وهي :

١ - عسرة هضم : تحدث بعد تناول الأطعمة الدسمة .

٢ - ألم : يستقر تحت الأضلاع السائبة اليمنى وينتشر إلى الكتف اليمنى .

٣ - غشيان وقد يصل لدرجة الاقياء أحياناً .

٤ - إذا فحصت ناحية المرارة شعر بأنها متوترة ومؤلمة بالجلس .

٥ - قد يحدث يرقان خفيف يدل على تأذي الخلية الكبدية لان الكبد تصبح مريضة .

المعالجة :

١ - المعالجة أثناء النوبة : تكون دوائية فيشار بمحقن المواد المضادة

للتشنج كالتيدين Pethidine ولايجوز حقن المورفين لتقليصه العضلات ويوصى بوضع كيس ماء حار على الخاصرة اليمنى مع التزام الراحة التامة وإذا ترافق القولنج بحرارة فانه يوصي بحقن البنسلين والستربتوميسين أو غيرهما من المرديات .

المعالجة بعد النوبة : جراحية وهي استئصال المرارة .

التحضيرات قبل العمل الجراحي : تجرى التحضيرات التي يلجأ اليها في كل عملية فتح بطن يضاف الى ذلك تحسين حالة الكبد باعطاء المريض الغليقوز (بشكل شراب الليمون أو منقوع الشعير أو حقناً بالوريد أو عن طريق الشرج) ثم يعطى المريض الفيتامين C والفيتامين K ومركبات الكلس وقد يجرى له نقل الدم .

الاعتناءات بعد العمل الجراحي : يثابر بعد العملية على حقن الفيتامين K والفيتامين C والغليقوز للمريض ثم يجعل المريض بوضعة Fowler في اليوم الثاني . ويشير بعض الجراحين على المريض بترك السرير باكراً منعاً لحدوث اختلاطات رئوية غير أن السماح للمريض بالمشي الباكر خاضع لشروط خاصة تتعلق بترميم جدار بطنه .

أما النظام الغذائي الذي يجب على الممرضة أن تعطيه للمريض فيتألف من سوائل معقمة تحوي الغليقوز تعطى له خلال اليومين الاولين ثم يعطى الحساء بالخضر والحليب فطعام مصنوع من الخضر المطبوخة فطعام عادي .

البحث السادس

تمزقات الطحال

Rupture of the spleen

الاسباب : تحدث تمزقات الطحال عن الصدمات الشديدة التي تقع على المراق اليسرى كرفسة حصان أو سقوط من شاهق أو اصطدام بسيارة . غير أن الطحال قل إن يرض إذا كان سليماً لأنه محتنيء تحت الحجاب الحاجز وتقيه الاضلاع والعامود الفقري ، فمتى كبر حجمه بسبب مرضي (كما لو أصيب بضخامة بردائية أو تلو ايضاض الدم او خراجة أو كيسة) فان أقل رض يؤدي الى تمزقه .

التشريح المرضي : يكشف التشريح المرضي عن حدوث كدمات تقع تحت المصلية أو تكون ورم دموي تحت المحفظة التي تكون سليمة أو تمزق المحفظة وانشقاق الطحال وأحياناً عن انفصال قطعة منه ، ويمتلئ البطن بالدم بسبب النزف الغزير .

- الأعراض : ١ — حالة الصدمة : شحوب وبرودة في الاطراف ، وإسراع النبض ، وعرق غزير بارد وتنفس سريع وحرارة منخفضة .
- ٢ — ألم بطني : يكون في المراق الايسر ثم ينتشر الى الكتف اليسرى .
- ٣ — أعراض نزف باطن : النبض المتسلق والسريع .

٤ - تقفع في جدار البطن : يشعر به بالجلوس غير ان هذا العرض غير ثابت .

٥ - خرس في الحفرة الحرقفية اليسرى يفتش عنه بالقرع .
المعالجة : يجري للمريض نقل دم آني ثم ينقل الى غرفة العمليات ويستأصل طحاله .

الباب السابع

أمراض المعنكة

١ - التهاب المعنكة الحاد النزفي

Acute haemorrhagic pancreatitis

الاسباب : تحدث هذه الآفة عند النساء البدينات وقد عزاه البعض الى الانسمامات الغولية التي تحدث التهاباً مزمنياً يؤهب للالتهاب النزفي .
كما أن الرمال الصفراوية تحدث الآفة بنسبة ٥٠ - ٨٠٪

الاعراض : ١ - ألم شرس وفي شديد ينتشر الى المراق والكتف اليسرى
٢ - قيء وافر قد يباغ لترين أو أكثر ويتألف من مواد طعامية
فصفراوية، فكرياثية فسوداء إلا أنه ليس غائطياً، كما في انسدادات الامعاء .
٣ - تقفع في الناحية الشرسوفية أما بقية نواحي البطن فتكون ليثة .

٤ — حالة صدمة عنيفة فنشاهد برودة في الاطراف وضيق نفس وعرق بارد واسراع نبض .

٥ — تطبل البطن وانقباس المواد الغائطة والغازات انقباساً يكاد يكون تاماً .

٦ -- ترخمت .

أن المشهد السابق هو مشهد مرعب مما دعى ديولافوا الى القول :
يكفي أن يرى الطبيب هذا المشهد مرة واحدة في حياته كي لا ينساه أبداً .

المعالجة : إذ أمكن تشخيص التهاب المعشكة النزفي لايجوز التوسط الجراحي فقد تبين من الاحصاء أن عدم التوسط يكون اسلم نتيجة ، غير أنه مع الاسف كثيراً مايفتح البطن خطأ . فاذا وضع تشخيص صحيح يكفي جعل المريض بحالة الراحة التامة في السرير مع وضع الثلج على البطن واعطاء منعشات للقلب .

٢ -- سرطان المعشكة

Carcinoma of the pancreas

آفة خطيرة ، كثيرة الوقوع ، تعقب سرطان الكبد والبناب والكولون وقد تكون بدئية .

اعراض . — تبدو الآفة باعراض انضغاط أو باعراض قصور الغدة او باعراض ورم او هزال .

اعراض الانضغاط : تنضغط الأعضاء المجاورة بالورم :

- أ . فإذا ضغط الاثني عشر حدثت اضطرابات هضمية .
- ب . وإذا ضغط المجاري الصفراوية ظهر يرقان مترقي وتدرجي .
- ج . وإذا ضغط الضفيرة الشمسية حدثت عصابات تشبه التابس .

د . وإذا ضغط الوريد الاجوف ظهر الحبن في البطن .

٢ - أعراض قصور الغدة : يفتش عن عرضين هما :

- أ . الاسهال الشحمي : يظهر عيانياً او بالمجهر .
 - ب . ظهور السكر في البول وارتفاع نسبته في الدم .
- ٣ - ظهور الورم : يشعر بورم صلب ملتصق بالعمق مفصص يكون في الناحية الشرسوفية او منحرفاً قليلاً نحو الایسر .
- ٤ - الهزال : يكون سريعاً ومترقياً .

المعالجة : جراحية اذا كان الورم محدود ولم يشمل كامل غدة المعشكة . وتقوم هذه المعالجة على إستئصال القسم المصاب من الغدة .

البحث الثاني

امراض جدار البطن

١ - رضوض البطن

Abdominal Injuries

الاسباب : تحدث رضوض البطن بأحد الأسباب التالية :

١ - الصدمات : كرفسة حصان او قدم او ضربة حجر .

٢ - الرهس : كمرور دولاب عجلة على البطن .

وقد تشترك الآليتان معاً في احداث رضوض البطن كما هو الامر حينما ينهار تراب على بطن شخص .

الاعراض : ١ - حالة صدمة : شحوب الوجه ، برودة وازرقاق في الاطراف ، اسراع النبض والتنفس .

ان الصدمة ليست دليلاً قاطعاً على أن حشاً قد أصيب في البطن بل معناها أن العصب الودي الكبير قد تنبه .

٢ - تقفع جدار البطن : وهو انعكاسي المنشأ ، وذو أهمية لأن البطن إنما يتقفع ليقى الآفة العميقة بالانعكاس ، فتنى ظهر

- تقفع في البطن ، فلا بد من وجود آفة حشوية في الداخل .
- ٣ - جمود البطن : أي أن البطن لا يتبع حركات التنفس .
- ٤ - اعراض النزف الباطن : كالنبض المتساق الذي يزداد ساعة بعد ساعة أو دقيقة بعد دقيقة وهو أهم علامة للنزف الباطن وتراقفه برودة الاطراف وضيق النفس مع اسراع التنفس .
- ٥ - مضمض بطني : يعرف حين جس البطن .
- ٦ - اصمية في الاقسام المنخفضة من البطن : سببها اجتماع الدم في الحفرتين الحرقفتين .
- ٧ - ألم بطني : ينتشر إلى الكتف اليمنى في آفات الكبد والكتف اليسرى في آفات الطحال .
- ٨ - أقياء : قد تكون مبكرة .
- التصوير الشعاعي : يلاحظ غاز تحت الحجاب الحاجز وهذا دليل على إصابة أحد الأحشاء المجوفة .
- المعالجة : ١ - معالجة الصدمة : يجرى للمريض نقل الدم والمصول ويشرع بذلك قبل التدخل الجراحي وفي اثنائه وكذلك بعده .
- ٢ - مراقبة المريض : وتكون بعد النبض والتنفس وأخذ الحرارة وتحري الأعراض السريرية السابقة في كل نصف ساعة ، فإذا تحسنت حالة المريض وانقشعت الصدمة وكان التشخيص أكيداً ينقل

إلى قاعة العمليات بعد أن يدخل أنبوب Ryle عن طريق الأنف أو الفم إلى المعدة .

٣ - المعالجة الجراحية : هي فتح البطن وترميم الحشا المصاب .
الاعتناء بعد العمل الجراحي : يشار على حقن الدم والمصل وتعطى منعشات القلب كالكورامين ويدفأ المريض وتحقن له المرديات .

٢ - جروح البطن

Abdominal Wounds

الاسباب : تحدث جروح البطن بأحد الأسباب التالية :

١ - الآلات القاطعة .

٢ - المرامي النارية .

٣ - شظايا القنابل .

الاعراض : يشكو المصاب في الساعات الاولى من ألم وصدمة وهما عرضان لا يدلان على وجود آفة حشوية . أما الأعراض التي تدل على أن الجرح نافذ حشوي فهي :

١ - انفتاق الثرب أو أحد الأَحشاء من خلال الجرح .

٢ - خروج محتوى الحشا المصاب أو غازات من الجرح .

٣ - نزف شديد مستمر من الجرح يدل على إصابة حشائية .

- ٤ - تقفع جدار البطن .
٥ - جمود حركة جدار البطن أثناء التنفس .
٦ - اعراض نزف باطن .
٧ - اعراض التهاب البريتون إذا راجع المريض الطبيب متأخراً
بعد مضي مدة على اصابته بالجرح النافذ إلى البطن .
التصوير الشعاعي : يكشف المرمي أو الشظية في جوف البطن
كما وأن وجود الغاز تحت الحجاب الحاجز يشير إلى إصابة حشامجوفة .
المعالجة : لا تختلف عن معالجة رضوض البطن السابقة الذكر .

٣ - الفتق الاربي

Inguinal hernia

التعريف : هو خروج حشام خلال جدر الناحية الاربية ويكون
على ثلاثة أنواع : فتق أربي مائل وحشي ، فتق اربي قويم ، فتق أربي
مائل انسي . وقد سميت هذه الفتوق كذلك ، لان في تلك الناحية من
جدار البطن ثلاث حفيرات توافق خروج كل من الفتوق السابقة ،
وهذه الحفيرات هي :

أ - الحفيرة الوحشية : انخفاض طفيف في البريتون يقع قرب
وحشي قوس الشريان الشرسوفي مباشرة ، وهو مناسب لفوهة القناة
الاربية الباطنة حيث يخرج الحبل المنوي من البطن في الحالة

الطبيعية ويخرج الفتق المنحرف الوحشي في الحالة المرضية .

٢ — الحفيرة المتوسطة : تقع بين الشريان الشرسوفي في الوحشي والشريان السري في الأُنسي ، ويمر منها الفتق الأربي القويم .

٣ — الحفيرة الانسية : وهي واقعة بين الشريان السري والحبل المشائي (العصب) ومنها يخرج الفتق الاربي المائل الأُنسي .

الاسباب : ١ — ضعف الجدار : إن قسماً من الفتوق تحدث في الشيخوخة حيث يهين الجدار ، وتدعى الفتوق الوهنية .

٢ — الشحم : كثيراً ما نجد تحت كيس الفتق ورماً شحمياً له شأن في تكوين الفتق لانه يعد الطريق ويفتحها ، فالشحم يوسع القناة وتخرج الوريقة الصفاقية أو أنه يجزّأها ويتكون الفتق ، لذا يكثر الفتق عند البدنين ويقل عند الهزالى .

٣ — ازدياد الضغط البطني : كما يحدث في الوقوف المديد والتعب والسعال لدى المصابين بالعلل الصدرية المزمنة لذلك فان بعض الأمراض الصدرية تؤهب للفتق ، كما أن بعض المهن التي تزيد الضغط البطني (كعمال النسيج مثلاً) تؤهب للفتق أيضاً .

٤ — الحالة المضغية : نعلم أن بين الصفن والبطن توجد قناة تدعى القناة الصفاقية القميصية ، غير أن هذه القناة تنسد بعد الولادة وتبقى مفتوحة عند بعض الأشخاص فالفتق الناجم عنها يعرف بالفتق عبر قناة ولادية ولايعنى به الفتق الحادث منذ الولادة .

الاعراض :

الاعراض المرئية : ١ — ورم عجيني يتصف بما يلي :

- (١) متصل بالعمق بذنب متفاوت العرض .
- (٢) يكون هذا الورم قابلاً للرد ، إذ تدخل الأَحشاء جوف البطن .
- (٣) يقرر حين رده إذا كانت الأمعاء هي الحشا المنفتق ويرتعش إذا كان ثرباً .
- (٤) يعود هذا الورم حين اجراء جهد كالسعال مثلاً (فتق يرد ثم يعود) .
- (٥) يمكن ضبط الورم والحوول دون نزوله ثانية إذا كانت الفوهة ضيقة وقد لا يضبط إذا كانت الفوهة كبيرة .
- ٢ — إذا ادخلت الاصبع الجاسة في القناة يشعر بصدمة .
- ٣ — القرع : يكشف اصمية إذا كان الحشا المنفتق ثرباً ، ووضوحاً إذا كان أمعاءً ، ومناطق واضحة وأخرى خرساء إذا كان معويّاً ثريباً .

الاعراض الوظيفية : ١ — ألم : متشعع في البطن سببه أن بعض الألياف العصبية تنضغط في الحلقة الضيقة للفتق فيتشعع الألم في جميع أنحاء توزع العصب الرئوي المعدي .

٢ — إضطرابات حشوية : قلبية أو سوء هضم لتخرش الودي .

٣ - انزعاج : لكبر حجم الفتق أو بسبب الانسداد الذاتي الذي يؤثر على الكلية والمشكلة فيصاب المريض ببيلة آحينية أو سكرية .

الفحص الشعاعي : يكشف عن مرور المادة الظليلة في الأحشاء المفتوحة ضمن كيس الفتق .

المعالجة : تكون معالجة الفتق كما يلي :

١ - الرباط : يشار به عند الأطفال والشيوخ .

٢ - الرتق الجراحي : وهناك عدة عمليات أشهرها :

١ - عملية باسيني Bassini : وهي أقدم عملية .

٢ - عملية كاللي Gallie : عبارة عن خياطة بخيوط مأخوذة من صفاق عضلات الفخذ . يلجأ إليها إذا كانت الفوهة كبيرة .

٣ - عملية ماير Mair : وهي أخذ قطعة من الجلد وسد الفوهة بها في العمق ، وهي تستعمل إذا كانت الفوهة عميقة .

٤ - عملية تانار Tanner : وتمتاز بكونها أقل نكساً من غيرها .

٥ - عملية Hotchinson-halsted : وهي العملية التي تجرى في مستشفى كلية الطب في دمشق بكثرة .

٦ - ترميم الجدار بوضع السيلولويد أو النايلون المعقم والموجود في التجارة جاهزاً .

الاعتناء آت قبل وبعد العمل الجراحي : لا تختلف عن الاعتناء آت التي تقدم ذكرها لأجل عمليات البطن عامة .

٤ - الفتق الفخذي

Femoral hernia

التعريف: خروج الأُحشاء من الحلقة الفخذية ، وهي تقع في القسم الأنسي من القوس الفخذية ، وتوجد في الوحشي الأوعية ولاسيما الوريد الفخذي اما في الانسي فيوجد رباط جانبرنات ؛ ولهذا المجاورة شأن في الرتق .

الأسباب والألية : الفتوق الفخذية كثيرة في النساء ونادرة في الرجال - خلافاً للفتوق الأربية - وخاصة في البدينات منهن ، حتى أن الفتق لا يشخص فيهن لصغره واكتناز المريضة بالشحم فيجب الشك بوجود الفتق كلما طرأت على امرأة بدنية عوارض فجائية كعوارض الانسداد . ومن الأسباب المؤهبة : ١ - وهن الجدار بسبب الحمل .

٢ - الشحم الصفافي الذي يجتمع في الناحية وبالضغط المتكرر

يحدث الفتق .

الأعراض : ١ - الأعراض المرئية : ورم مستدير تحت القوس

الفخذية ، لا يرد في الغالب بسبب التصاق الثرب ، وقلما يتجاوز حجم الجوزة او الليمونة وهو يكبر إذا سعل المريض ثم يعود الى حجمه .

- ٢ -- الأعراض الوظيفية: ١ -- آلام منتشرة في الحوض والفخذين على مسير العصب الفخذي .
- ٢ -- أعراض هضمية كسوء الهضم والغثيان .
- المعالج : الرثق الجراحي ، وأفضل طريقة هي عملية لوتيس Lotheissen أو عملية هانري Henry .

٥ -- الفتوق السرية

Umbilical hernia

التعريف : خروج الأحشاء من الحلقة السرية ، وهي تظهر في ثلاثة أدوار من الحياة :

- ١ -- في الحياة الجنينية ٢٠ -- في الحداثة ٣٠ -- في الكهولة .

الأسباب والآلية :

- ١ -- وهن عضلات جدار البطن .
- ٢ -- الشحم : لذا ترى هذه الفتوق عند البدينات من النساء أكثر مما ترى عند الرجال ، لأن الشحم يكون بدرجة الجسم (٣٧ °) سائلاً ، فهذا الشحم السائل والمبطن للجلد ينقل ضغط الأحشاء من داخل البطن إلى خارجها ويتغلب على الثقب السري .
- ٣ -- الأمراض الصدرية المزمنة : التي تترافق بسعال .
- ٤ -- الحمل وأورام البطن : التي تمدد جدار البطن بكبر حجمها .

٥ - الوراثة .

الاعراض : ان أعراض هذا المرض هي :

- ١ - انعكاسية : بسبب تمطط الألياف الانتهازية للعصب الرئوي المعدي فتسبب للمرأة اضطرابات هضمية لا تفيد فيها الادوية فيجب حينئذ أن يفتش عن رأس الفتق الذي يبرز حينما تبذل المريضة جهداً .
- ٢ - ورم كبير بشكل المئزر (الفتق المئزري) إذا كان الفتق كبيراً ، وهذا الورم قد يرد وقد يكون غير قابل للردوداً كاملاً بل قسمياً .

٣ - يشعر بالحلقة التي تكون صغيرة أو متوسطة اذا ارد الفتق .

٤ - بالقرع : نلاحظ صمماً إذا كان الفتق ثريباً أو وضوحاً في بعض المناطق وصمماً في غيرها اذا كان الفتق معوياً ثريباً .

المعالجة : يجب وضع المريضة على حمية خاصة لانقاص وزنها وإقلال الشحم منها ، ومن ثم يلجأ إلى العملية الجراحية كعملية مايو Mayo أو سد الفوهة بقطعة من الجلد حسب طريقة ماير Mair أو الترميم بقطعة من السيلولويد أو النايلون المعروف في التجارة معقماً لهذه الغاية .

٦ - اضطرابات الفتق

يعرقل الفتق فيحدث غصص أو استحالة رده أو يصاب بالاختناق .

أ - غصص الفتق

يحدث بسبب الالتصاقات واللحم أو الالتهابات التي تصيب الكيس .
ويشاهد في الفتوق الجسيمة حيث تكون الحلقة واسعة . يتصف بالم في
ناحية الفتق ووقوف المواد الغائطة والغازات مع أعراض عامة . وهذه
الحالة تزول بوضع الجليد على الفتق وردد محتواه الى جوف البطن ، وقد
نضطر أحياناً للتدخل الجراحي .

ب - استئصال رد الفتق

تنشأ عن الالتصاقات الانتهاية أو الطبيعية أو قد تنشأ عن فقد
الاحشاء البطنية حق سكنها في البطن فيما اذا كان الفتق جسيماً أو
بسبب التوتر الفجائي في الاحشاء من جراء تجمع المواد الغائطة أو
الغازات . وهو اختلاط غير خطر .

ج - الوضئاق أو الفتق المختنق

هو انزراع الاحشاء المنفتقة فجأة وتعذرردها لبقاء العامل الخانق .
الاسباب : أن السبب المحدث هو الجهد ، ولكن هناك اسباباً مؤهبة
كحجم الفتق فكلما كان صغيراً كان أكثر عرضة للاختناق بينما تكون
حلقة الفتوق الكبيرة واسعة وقلما تختنق . وكذلك فان نزع الرباط
يعرض للاختناق .

الاعراض : آ — الاعراض المرئية :

١ — ورم متوتر بسبب تمدد العروة بالغاز .

٢ — صمم أثناء القرع ناشيء عن ارتشاح سائل مصلي في كيس

الفتق بسبب توقف الدوران الوريدي .

٣ — ألم يحدث بحس الفتق ويستحيل رد الفتق .

ب — الاعراض الوظيفية : ١ — ألم بطني عفوي قولنجي .

٢ — انقباس المواد الغائطة والغازات .

٣ — اقياء مع بقية الاعراض التي تشير الى انسداد الامعاء .

المعالجة : هي اسعاف المريض جراحياً .

٧ — الاندحاق

Incisional hernia

التعريف : الاندحاق هو خروج الاحشاء من خلال فوهة حدثت

في ندبة ضعيفة تالية لعملية جراحية أو جرح بطني عارض .

الاسباب : ١ — تقطيع الجرح العملي .

٢ — الخياطة غير الجيدة حين ترميم الجدار .

٣ — رفع الخياطة باكراً .

٤ — انتفاخ البطن بالغازات .

٥ — التفجير باحداث فوهات واسعة في جدار البطن .

- ٦ - نقص الفيتامين C من البدن .
 - ٧ - تكون أورام دموية .
 - ٨ - عدم خياطة البريتون خياطة محكمة .
 - ٩ - تخرب الألياف العصبية مما يؤدي الى شلل في العضلات واضطراب تغذيتها .
- المعالجة : جراحية، وتتوقف حسب الناحية التي حدث فيها الاندحاق .
- وفي يومنا هذا يلجأ للترميم حسب طريقة ماير (Mair) بأخذ قطعة من الجلد وسد الفوهة بها او بترميم الجدار بصفيحة من النايلون او السيلولويد المعقم .

البحث التاسع

امراض المستقيم والشرج

١ - رضوض الشرج

Injuries of the rectum

الاسباب : ١ - التنظير حين فحص الشرج بالمنظار او حين توسيع الشرج بالشمعات .

٢ - المرامي النارية .

٣ - كسور الحوض .

٤ - الرضوض المختلفة الناشئة عن اصطدام السيارات والعربات.

الاعراض : ١ - تفرق اتصال في ناحية العجان مصيباً الفوهة

الشرجية مع تقدم الناحية .

٢ - اذا كان الجرح عميقاً شاملاً للقسم البريتوني من المستقيم، صحبه

ألم بطني . واذا أصيبت المثانة بدت أعراض تخرش المثانة وبالتالي التهابها،

ويمكن للمهبل ان يصاب اذا كانت المريضة امرأة فيحدث اتصال شرجي

مهبل او شرجي مثاني .

المعالجة : اذا أصاب الرض القسم العلوي من المستقيم يجب

اجراء فتح بطن استقصائي وخياطة جرح المستقيم ثم تفجير رتج دوغلاس

على ان يجري شرح مضاد للطبيعة موقت .

واذا مضى على الجريح اكثر من ٢٤ ساعة فانه يحدث التهاب البريتوان

المعظم وتكون المعالجة بتفجير البطن .

اما اذا لم يكن الجرح نافذاً الى البطن فترفع العناصر الاجنبية

وينضر الجرح ثم يخاط .

ويلجأ لاجراء شرح مضاد للطبيعة موقت في الحالات التي يتكون

فيها اتصال بين الشرج والمثانة أو الشرج والمهبل او عندما تتمزق

المعصرة الشرجية ؛ ولا يغلق هذا الشرج الموقت الا عندما يتم ترمم

الحجاب الفاصل بين الشرج والمثانة أو الشرج والمهبل ، أو عندما تترمم

المعصرة الشرجية .

٢ — عرم انتهاب الشرج

Imperforated anus

آفة ولادية تحدث منذ الولادة وقد لا ينتبه اليها :

الاعراض : ١ - عدم تمكن الطفل من دفع العقي .

٢ - في الحالات التي لا تعالج حالاً يشاهد انتفاخ البطن وظهور علامات انسداد الامعاء .

٣ - اذا فحصت ناحية العجان ، لا نشاهد فوهة الشرج وتكون أحياناً منبججة بسبب توتر المستقيم بالعقي لاسيما أثناء بكاء الطفل .

٤ - قد يحدث اتصال بين المستقيم والمثانة او الاحليل فيخرج العقي مع البول ، واذا كان الطفل انثى يمكن ان يحدث اتصال بين المستقيم والمهبل ويتكون ناسور مهبل مستقيمي .

٥ - يمكن ان تجرى صورة شعاعية بعد وضع قطعة معدنية على ناحية الشرج فالفاصل بين قطعة المعدن والغاز المنحبس في المستقيم يشير إلى المسافة المسدودة .

المعالجة : فتح الشرج اذا كانت المعصرة موجودة وكانت ثخانة المكان المسدود لا تتجاوز ٥ سم عن الجلد ، اما اذا تجاوزت الثخانة ٥ سم فيجب عمل شرج مضاد للطبيعة .

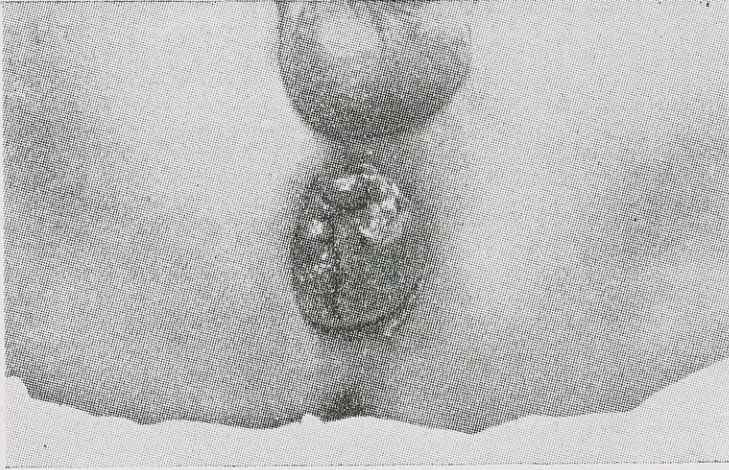
اما معالجة الناسور الشرجي المهبلي او الناسور المستقيمي المثاني

فتقضي بتحرير المستقيم وإغلاقه ثم إغلاق المهبل أو المثانة وفتح فوهة
للمستقيم في العجان .
وفي الناسور الشرجي الأليلي يكون الاتصال منخفضاً ويكون
تفجير المستقيم واسعاً لذلك يتم الشفاء عفواً .

٣ - البواسير

Haemorrhoids (Piles)

التعريف : هي دوالي أوردة الشرج والمستقيم (الشكل - ١٨) .



(الشكل - ١٨)

الباب : ١ - زيادة الضغط في وريد الباب ووريد الأجوف السفلي
الذي يحدث نتيجة الجهد البطني الذي يبذله المريض في أثناء الإمساك

فن الجراحة (٢٠)

وفي ضخامة البروستات حين دفع البول المنحبس وفي تضيق الاحليل والاعمال الشاقة .

٢ - انزعاج الدوران في وريد الباب (تشمع الكبد) وانزعاج الدوران في الوريد الاجوف السفلي (آفات القلب ، آفات الرئتين) وهذا يؤدي الى توسع في التفاعرات الوريدية في الشرج .

٣ - الاحتقان في الحوض كما يحدث اثناء الحمل ، وليف الرحم ، وانقلاب الرحم الخلفي ، والوقوف المديد .

٤ - الامساك بتخريشه المتكرر للغشاء المخاطي .

٥ - التهابات الشرج وهي تحدث احتقاناً في الاوردة يؤدي الى حدوث البواسير .

٦ - التسمات الداخلية والخارجية كما يحدث عند الحرضين او النهمين او مدمني الغول او عمال المطابع والدهانين .

الاعراض : تقسم البواسير الى قسمين بواسير ظاهرة وبواسير باطنة .
البواسير الظاهرة: تتصف بظهور حليات كثيرة او وحيدة معرصة للالتهاب فاذا ما التهب يحدث التهاب الوريد فتبدو الحليمة (منتبجة ومحمرة ومسببة ألماً شديداً) فالحليات اذن تمر بدورين دور خالٍ من الالتهاب ودور الالتهاب الذي يدوم من ٣ - ٥ أيام ويشكل الهجمة الباسورية . وأحياناً يصبح الانتباج ازرق ويتقرح ثم يتعفن ويؤدي الى خراج حول الشرج .

البواسير الباطنة : تتصف بما يلي :

١ - هبوط الحامة : ان هذا الهبوط يشير الى مقدار حجمها ،
ففي الدرجة الأولى من هبوط الحلم الباسورية لا تجتاز الحامة المعصرة
الشرجية وفي الدرجة الثانية تظهر الحامة فقط في اثناء التغوط ولكنها
تعود بعد انتهائه وفي الدرجة الثالثة يكون هبوط الحامة دائماً .

٢ - النزف : يحدث بعد التغوط بشكل قطيرات ويشاهد في البواسير
الباطنة التي هي من الدرجة الاولى . ان الهبوط يكشف من غشاها
المخاطي ويقلل من النزف .

٣ - الألم : نادر في البواسير غير المترافقة باختلاط ، ويحدث
عادة حين هبوط الحلم الباسورية التي تكون من الدرجة الثانية . وان
الألم الشديد ينبه الى وجود شق في الشرج مرافق .

٤ - سيلان مفرز مخاطي .

٥ - حكة في الشرج سببها المفرز المخاطي .

٦ - اذا وضع منظار الشرج يكشف لنا الحلويات الباسورية
غير المنسدلة .

٧ - المس : قد يشعر بواسطته بالحليات على بعد ١٢ سم من محيط الشرج .

المعالجة : ١ - دوائية صحية ٢ - الحقن المصلبة ٣ - جراحية .

١ - المعالجة الدوائية الصحية :

أ - مكافحة الامساك وذلك بتهديب الامعاء أى بتعويدها على

الحركة في كل صباح وجعل المواد الغائطة لينة غير صلبة .

ب - مراعاة النظافة .

ج - اعطاء مراهم او تحاميل مسكنة وقابضة يدخل في تركيبها الكوكائين أو الأفيون والرتانية .

٢ - المعالجة بالحقن المصلية : تهيىء الممرضة حقنة بسعة ٥ - ١٠ سم^٣ وبرة بطول ٨ سم ومنظار شرجي ومنقاشين حاملين لقطع من الغزي والعلاج المصلب ومركن وغول بدرجة ٩٥ . ويجب أن تكون جميع هذه الأدوات معقمة وموضوعة في وعاء ومغطاة برفادة معقمة . تضع الممرضة المريض على جانبه الأيسر وبذا يكون جاهزاً للحقن فيأتي الجراح ويحقن المادة المصلية في ملء الحلمة أو عند جذرها كما يشير بذلك غابرهيل وان المواد المصلية المستعملة موجودة بكثرة في التجارة .

المعالجة الجراحية : الاعتناءات قبل العمل الجراحي : يوصى المريض بأخذ طعام خفيف قبل العملية بيوم واحد ثم تحلق ناحية الشرج وتجري للمريض حقنة مفرغة في مساء اليوم الذي يسبق العملية ويوضع له ضماد غولي طاهر . ويعطى مادة قابضة في هذا اليوم كخلاصة الأفيون بمقدار ١٠ سنتيغرام .

العملية : تقضي بربط الحلم الباسورية وقطعها وبعد انتهاء العمل يوضع ضماد تثبته الممرضة بعد ذلك برباط على شكل T .

الاعتناءات بعد العمل الجراحي : يترك المريض على الحمية اللبنية مدة ٣ - ٤ أيام بعد العمل الجراحي ويعطى مواداً قابضة أي خلاصة الأفيون بمقدار ١٠ سنتيغرام يومياً وفي اليوم الرابع يعطى مسهلاً ملحياً أو زيتياً مع أطعمة عادية ، على أن بعض الجراحين يترك المريض محمياً على اللبن مدة اسبوع ولا يعطيه مسهلاً إلا بعد انقضاء هذه المدة .
واجبات الممرضة : يجب على الممرضة :

- ١- ان تنسبه الى بول المريض مساء يوم العملية فاذا انقضت ثماني ساعات ولم يبل المريض يجب أن تسعى لتبويله سواء بوضعه على احد جانبيه أو بوضع كيس ماء حار في اسفل بطنه أو باعطائه ابرة من البروستغمين (Prostigmine) واذا فشلت هذه الوسائط يلجأ الى قنطرة المثانة .
- ٢- النزف : اذا حدث نزف يجب ان تعلم الجراح حالاً واذا كان غزيراً تضع قطيلة معقمة من الشاش وتضغط باصبعها الناحية الشرجية ريثما يحضر الجراح المعالج فيقوم هذا بربط الوعاء النازف او بدك الناحية .

٤ - هبوط المستقيم

Prolapse of the rectum

التعريف : هو خروج المستقيم خارج فوهة الشرج .
الاسباب : يكثر عند الأطفال والشيوخ ، وعند النساء اكثر

منه عند الرجال . واسبابه هي نفس الأسباب التي تحدث البواسير ، نذكر منها القبض والالتهابات الزحارية والآفات التي تحدث احتقاناً في الحوض كضخامة البروستات او الحمل المتكرر ؛ كما وان استرخاء وسائط التثبيت في العجان يؤهب لهذه الآفة .

الاعراض :

- ١ - الهبوط الجزئي : تراجع والدة الطفل الطبيب شاكية اليه انسداد الغشاء المخاطي حين التغوط ، فاذا فحص الطفل وكان هذا الغشاء منسدلاً نرى حوية حمراء رخوة لا تنفصل بشئ عن الشرج .
- ٢ - الهبوط التام : يعقب النوع السابق أو يتم فجأة ويتصف بظهور اسطوانة فوهة الشرج بطول ١٥ سم أحياناً ووجهها الأمامي أطول من الخلفي وفوهتها ناظرة للوراء وهي صلبة .

المعالجة :

- ١ - الهبوط الجزئي :
 - ١ - يرد الهبوط بالأصبع بعد طليها بمادة زيتية أو دهنية ثم تقرب إلتا المريض من بعضها البعض ويثبتان معاً بوضع رباط لاصق ، ويعطى المريض زرقات من الفيتامين B₁ بمقادير كبيرة .
 - ٢ - يمنع الطفل من البقاء على الأصيل مدة طويلة .

٣ - يكافح الامساك باعطاء المريض زيت البارافين وباجراء حقن شرجية .

٤ - تكافح البواسير إذا كانت مرافقة للهبوط بالحقن المصلبة .
٥ - إذا لم تفد الوسائل السابقة ، يجرب الكي أو حقن الغول أو الفنول الزيتي تحت الغشاء المخاطي أو يجري تطويق المعصرة حسب طريقة اومبرودان .

٢ - الهبوط التام :

آ - عند الاطفال : تجرى الوسائل المستعملة في معالجة الهبوط الجزئي ، وقد أوصى البعض بحقن ٣ سم^٣ من الغول الصرف في المسافة بين العجز والمستقيم أو حقن ٤ سم^٣ من الغول الصرف حول الشرج مجزأة على الزوايا الأربعة للشرج على أن تدخل الابرة من حذاء اتحاد الجلد بالغشاء المخاطي ، وتكون السبابة اليسرى موضوعة في المستقيم كدليل للابرة الداخلة .

هذا ويوصى الطفل أن يتغوط وهو مستلق على قفاه منعاً له من الجهد الزحيري .

ب - عند الكهول : تستأصل البواسير المرافقة ، فكثيراً ما يكون ذلك كافياً للشفاء ، وإلا فيلجأ الى قطع القسم الهابط وترميم المستقيم أو تثبيت المستقيم بالحوض .

٥ -- سق الشرج

Anal fissure

الأسباب : مرض يصيب الكهول ويندر حدوثه عند الأطفال
والمسنين . ومن أهم أسبابه القبض والاحتقانات التي تحدث الاسهالات
ورضوض الشرج .

الأعراض :

١ -- الألم : يكون شديداً ويجعل المريض يخشى التغوط . وينحصر
هذا الألم في فوهة الشرج ويمتد أحياناً نحو الفخذين أو نحو القطن ،
وقد يتنبه بعد التغوط ببضع دقائق ثم يسكن أو يستمر . وبعد مضي
مدة من الزمن يصبح الألم متواصلاً مما يؤثر على نفسية المريض فيصاب
بحالة هستيرية .

وقد تمنع الآلام المريض من النوم فيضطر أحياناً لضغط مقعده
بجافة كرسي لتسكينه .

٢ -- النزف .

٣ -- سيلان مادة مصلية .

٤ -- حكة : في الفواصل التي يسكن فيها الألم ، قد يكون
سببها التهاب الأوعية اللمفاوية فيخشى حينئذ من حدوث خراج حول الشرج .

المعالجة :

- ١ -- المعالجة الصحية : تنظيف الناحية ثم اعطاء البارافين عن طريق الفم منعاً من الامساك وتجري حقن زيتية .
- ٢ -- المعالجة الدوائية : يشار على المريض بطلي الناحية بمرهم البيركاين ١/ Percaïne قبل وبعد التغوط ، وإذا لم تفد تخضب ناحية شق الشرج بمحلول البيركاين أو الستوفائين .
- ٣ -- المعالجة الجراحية : يلجأ إليها إذا فشلت الطرق السابقة، وهي تقضي بتوسيع المعصرة الشرجية بعد تخدير المريض أو استئصال مكان القرحة .

٦ -- خراجات حول الشرج والمستقيم

Peri-anal abscesses

الاسباب :

- ١ -- العفونة : (العصية الكولونية والمكورة العقدية والعنقودية واللاهوائيات) .
 - ٢ -- السحجات والتقرحات الحادثة في الشرج والمستقيم والبواسير والتهابات المستقيم والتهابات الموثة .
- تقسم خراجات حول الشرج والمستقيم إلى ثلاثة أقسام :

- ١- الخراجات السطحية: تستقر تحت جلد الشرج أو تحت الغشاء المخاطي.
 - ٢- الخراجات المستقيمية الوركية .
 - ٣- الخراجات الحوضية المستقيمية .
- الأعراض :

- ١- الخراجات السطحية : تبدأ بداية حادة أو خلسة . وهي تتصف سريراً بما يلي :
 - ١- ألم شديد في محيط الشرج .
 - ٢- احمرار حول الشرج .
 - ٣- انتباج .
 - ٤- تموج .
 - ٥- قبض انعكاسي سببه الألم .
- ٢- الخراجات المستقيمية الوركية : أشد من النوع الأول، تتصف بما يلي :

- ١- وذمة في الجلد : وهذا دليل وجود تقيح في العمق .
 - ٢- تعبج وانتباج في ناحية العجان .
 - ٣- عسرة بول قد تصل حتى درجة الأسر التام .
 - ٤- أعراض انسمام : كالقبيء والغيثان والقمة .
 - ٥- أعراض عامة : كالنوافض وارتفاع الحرارة والتعرق الغزير .
- ٣- الخراجات الحوضية المستقيمية : نظراً لأن سببها في معظم

الافوات حوضي ، لذلك فان أعراضها تكون أعراض الالتهاب الحوضي (كالتهاب محيط المثة أو محيط الرحم في المرأة) وأعراضاً عامة يرافقها ظهور عسر بول شديد لأن الالتهاب شل المثانة .

الافطوطات : هي النواسير حول الشرج .

المعالجة : إجراء شق جراحي بشكل + وفتح الناحية فتحة واسعة كي يتفجر القيح ويمتلاً جوف الخراج من القاع نحو السطح بالتبرعم منعاً لحدوث نواسير حول الشرج . ويضاف إلى هذا العمل الجراحي استعمال المرديات .

٧ - نواسير الشرج والمستقيم

Fistula-in- ano

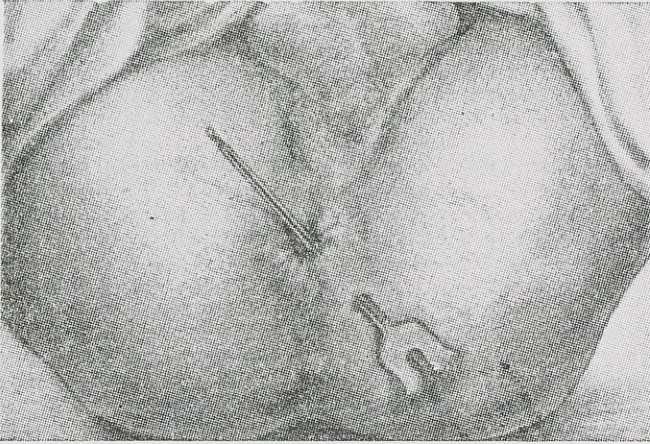
الأسباب :

الخراجات السطحية والوركية المستقيمة والحوضية المستقيمة ، وذلك لأن الناسور يعقب عادة هذه الخراجات ، وتكون فوهة الناسور خارجية فيسمى الناسور الأعور الخارجي ، أو ذا فوهة داخلية فيسمى الناسور الأعور الداخلي ، أو ذا فوهتين خارجية وداخلية فيسمى الناسور التام (الشكل ١٩) .

الأعراض :

تقتصر الأعراض على وجود ثقب أو عدة ثقوب في محيط الشرج

تنز مادة قيحية ، وسيلان القيح يخترش الجلد حول فوهة الناسور
فيحدث حكة تزعج المريض . وأحياناً تنسد فوهة الناسور فينجبس
القيح وينقلب مجرى الناسور إلى خراجة ويتألم المريض .
وإذا كان الناسور من النوع الاعور الداخلي فإن المريض يشكو
من هجمات ألم في ناحية الشرج ومن سيلان قيحي ، ولدى تنظير الشرج
تكشف فوهة الناسور .



(الشكل - ١٩) ناسور الشرج التام

المعالجة :

جراحية غايتها استئصال مجرى الناسور وفتح الناحية بشكل واسع
وجعلها تندمل من العمق إلى السطح منعاً من تكون ناسور تالي للبضع .
وقد يمتد شفاء هذا الجرح من ٤ - ٦ أسابيع .

٨ - مرجل المستقيم

Polyp of the rectum

الاعراض :

١ - نزف : تراجع والدّة الطفل الطيب لنزف يحدث بعد التغوط ينصب الدم فيه بشكل قطرات ، أو ملاحظتها أن لباس ولدها يتلوّث بالدم بعد كل تغوط . وهذا العرض دليل على وجود المرجل بنسبة ٩٩٪ .

٢ - يطلب من الطفل ان يزحر ، أو يقرص كي يبكي فترى ورماً صغيراً قد ذرّ رأسه من الشرج يكون بحجم البندقة .

٣ - يشعر بالمرجل بالمس اذا لم تتمكن من رؤيته .

٤ - يمكن بواسطة منظار الشرج مشاهدة المرجل في حالة غموض الاعراض السابقة ، فيخدر حينئذ المريض ويكون مهيئاً للتشخيص والمعالجة .

المعالجة : رفع المرجل بعد ربط قاعدته وقطعه بالكاوي الناري أو الدياترمي .

٩ - سرطان الشرج والمستقيم

Carcinoma of the rectum and anus

الاسباب : يكثر سرطان الشرج والمستقيم بعد العقد الرابع وهو

في الرجل أكثر منه في المرأة وتعاذل نسبة حدوثه ٥٪ من مجموع السرطانات.
الاعراض : ان الاعراض الاساسية لسرطان المستقيم هي ثلاثة:

١ - النزف الشرجي .

٢ - الآلام .

٣ - تشوشات التغوط .

فاذا ظهرت هذه الاعراض عند شخص تجاوز الخمسين عاماً من عمره اشتبه بوجود آفة سرطانية ، لذا وجب تدقيق الاعراض الخاصة بهذه الآفة والتي تختلف حسب الشكل والمقرو والنوع التشريحي للسرطان .

١ - السرطان في ناحية الشرج : له عرضان :

آ - الامساك .

ب - الألم الشديد : وسببه الشقوق الحادثة في محيط الشرج .

٢ - السرطان في المجمل : أعراضه ثلاثة هي :

آ - نزف : قد يكون غزيراً وفجائياً أو بشكل خيوط دموية

مرافقة للمواد الغائظة الصلبة التي تشبه القطران أو ثفل القهوة .

ب - سيلان نتن .

ج - إسهالات : حتى أن المريض يتغوط ١٠ - ١٢ مرة في كل يوم .

٣ - السرطان فوق المجمل : أعراضه أربعة هي :

آ - انسداد خفيف ثم يصبح تاماً .

ب - الشعور بكتلة ورمية من خلال الحفرة الحرقفية حين جس السين .

ج - اعراض الانتشار للاعضاء المجاورة (مثانة ، موية ، جهاز تناسلي عند المرأة) .

د - أعراض انسداد كالهزال والشحوب وفقر الدم .
فضلاً عن كشف الاعراض السابقة ، يلجأ في التشخيص الى الوسائط التالية :

١ - المس : يشعر ببرعم أو كتلة صلبة ، ولدى فحص الاصبع الجاسّة نراها ملوثة بالدم .

٢ - منظار الشرج الكهربائي : يبين الآفة السرطانية التي قد تكون متقرحة أو بشكل القنبيط .

٣ - الفحص الشعاعي : يشاهد تضيق في السائل الظليل المحقون أو ظل فراغي في مكان الورم .

المعالجة : جراحية وشعاعية :

١ - المعالجة الجراحية : شافية ومطلقة .

المعالجة الشافية : هي استئصال الورم عن طريق العجان مع الاحتفاظ بالمعصرة واجراء مفاغرة السين مع المعصرة أو توسط بطني عجاني مع عمل شرح مضاد للطبيعة دائم .

٢ - المعالجة الشعاعية : هي تطبيق الاشعة العميقة أو الراديوم أو ابر الراديوم .

واجبات الممرضة : يجب على الممرضة أن تهنيء المريض للعملية

بتأمين ضماد طاهر للناحية العجانية والبطنية . وعليها ان تجري نفس التحضيرات التي أجريت في عملية البواسير ثم تؤمن وضع قنطرة شمعية في الاحليل قبل ارسال المريض الى قاعة العمليات .

وبعد عودة المريض من العملية ينبغي أن ترفع الممرضة أرجل السرير السفلى مدة ستة ساعات لتقلل من الصدمة، وان تؤمن للمريض نقل الدم أو الموصول الموصوفة له . واذا أجري للمريض شرح مضاد للطبيعة فعليها أن تهتم بنظافته .



الفصل السادس

امراض الجهاز البولي والتناسلي

البحث الأول

امراض الكليتين الجراحية

أ - رضوض الكلية ومبرومها

أ - مروح الكلية :

الأسباب : تقسم جروح الكلية الى جروح بالآلات القاطعة أو
الواخزة كالخناجر ، أو الرأضة ، والى جروح بالمرامي النارية .
الأعراض : ١ - بيلة دموية .

٢ - خروج البول من الجرح أحياناً .

٣ - تكون انصباب بولي دموي في الفضاء حول الكلية .

أعراض اضافية : ١ - أعراض الاحشاء المصابة المرافقة .

٢ — أعراض نزف داخلي إذا أصيب السويق الوعائي .

٣ — أعراض مشانية تبدو بعسرة التبول واحتباس البول (سببها الدم المتراكم في المثانة وتكون الحثر) .

المعالجة : اذا كانت الحالة شديدة وماسة يستحسن اجراء الاستقصاء الجراحي حيث تستأصل الكلية اذا كانت كثيرة التمزقات أو تخاط بخيوط الكتكوت وتفجر الناحية في حالة جرح الكلية .

ب — رضوض الكلية المغلقة :

الاسباب والوقاية : تقسم رضوض الكلية المغلقة الى ثلاث فئات :

١ — التمزقات بسبب مباشر : تحدث اذا أثر جسم راض ضيق السطح على الناحية القطنية فنخفض جدارها وضغط الكلية على الضامعين السائبين ، أو عقب سقوط على جسم نائيء أو صدمة عنيفة (رفسة حصان) ، أو مرور دولاب عجلة .

٢ — التمزقات بسبب معتنف : (١) عقب سقوط الشخص على قدمية أو مقعده أو بطنه .

(٢) أو تلور كوب الخيل .

٣ — التمزقات بسبب عضلي : اثر تقلص عضلي عنيف (بسط الجذع أو عطفه) .

الاعراض : تتصف تمزقات الكلية بالعوارض التالية : ١) الصدمة
٢) بيلة الدم ٣) الورم الدموي حول الكلية .

١ — الصدمة : شديدة قد تقضي على المريض (اسراع نبض ،
شحوب ، برودة الأطراف وازرقاقها ، وهط ، غيبوبة ، اسراع
التنفس) .

٢ — بيلة الدم : وهي العرض النام على آفة الكلية ، ويبدو منذ
الدقائق الاولى ويستمر أياماً وأحياناً عدة أسابيع ، وهو لا يظهر إذا
لم يتصل التمزق باحد الكؤوس أو الحويضة أو انقطع الحالب . وقد
تعود البيلة الدموية بعد انقطاعها ولذلك يجب على المصاب أن يلازم
فراشه مدة لا تقل عن شهر . وقد يرافقها أسر سببه انسداد الحالب
بالخثر الدموية .

٣ — الورم الدموي : لا يحدث الا في الدرجات الثلاث الاخيرة
أي بعد انشقاق المحفظة وهو خطر أحياناً حتى انه قد ينتشر مكوناً
كتلة بحجم البطيخة ، وهو دائم التعفن لاختلاطه بالبول .

الاعراض الثانوية :

١ — ألم قطني . ٢ — تحسس الكلية اذا جست . ٣ — تقفع في القطن .
٤ — تحسس الخصية والبربخ في جهة الآفة الدال على أن الانصباب
الدموي حول الكلية قد ارتشح في الحبل المنوي .

المعالجة :

- ١ -- معالجة الصدمة في البدء ثم ينظر للاعراض فاذا وجدنا ورماً دمويّاً حول الكلية لابد من :
- ٢ -- الاستقصاء فاذا كانت الكلية متمزقة تستأصل ولا تخاط وتفجر الناحية .
- ٣ -- وفي الاحوال البسيطة ينتظر مع مراقبة المريض (الانتظار المسلح) .

٢ -- استسقاء الكلية

Hydronephrosis

تسمى أيضاً هذه الحالة استسقاء الكلية البولي، وهي توسع الحويضة والكؤوس والكلية بالبول الطاهر المنحبس فيها، ومتى تقيح البول المنحبس سميت استسقاء الكلية القيحي .

أنواعه : قسمي : إذا انحصر في كأس واحد وهو نادر .

شامل : متى عم بقية الكؤوس .

مغلق : متى انسد الحالب .

مفتوح : متى كان الحالب حراً واستطاع البول الزائد المرور

للمثانة بعد املأته جيب الاستسقاء، والاستسقاء المفتوح يتمثل بشكل

نوب متقطعة سببها انسداد الحالب الموقت وانحباس البول .
الارباب : أ — ولادية : ١) في الاحليل : ضيق الاحليل أو ضيق
صماخ الاحليل فقط .

٢) في الحالب : ضيق صماخي الحالبين أو أحدهما ، تفاغر أحد
الحالبين بالمستقيم أو الاحليل أو المهبل أو الفرج .

٣) الكلية والحويضة : تبدل شكل الحويضة وحجمها واتجاهها
وانغراس الحالب فيها . وهذه العاهة مزدوجة غالباً وتسمى داء بازي
« Pazy » أو وجود شرايين اضافية يتزوى الحالب عليها وتسمى هذه
الشرايين قطبية لنشأتها من أحد قطبي الكلية وليس من سرتها وهي تبدو
على كلية سليمة أو على كلية كنعل الحصان .

ب — مكتسبة : كل ما يمنع البول عن الانطراح :

١) في الاحليل : ورم غدي في الموثة .

٢) المثانة : تصلب عنق المثانة .

٣) الحالب : أورام الحوض (ورم الرحم اللينى ، كيسة مبيض)
حيث تضغط الحالب وتضيقات الحالب التي تعقب العمليات (استئصال
الرحم أو الموثة أو عقب جروح أو رضوض الحالب أو تخرشه بالحصيات) .

٤) الكلية : الحصاة التي تسد الحويضة ، هبوط الكلية الذي يزوي
الحالب وهو السبب الأكبر في استسقاء الكلية .

الاعراض : يتصف الاستسقاء بمشهادين سريرين :

الأول : استسقاء مغلق مع ورم قطني جسيم : يبدأ خلسة ويزداد تدريجياً وقد لا يراجع المريض من أجله بل يكشفه الطبيب حين فحصه لمرض آخر أو أن المريض يأتي شاكياً من ثقل في ناحية قطنه فقط .
الجس : ورم كبير مدور ناهز ، متحرك نحو القطن والامام ، أملس ، متوتر ، غير مؤلم ، ولا يترافق مع أعراض عامة (لحرارة ولا اضطراب هضم الخ...)

الثاني : تناذر الاستسقاء المتقطع : يبدو بمشهد صريح :

١ — ألم شديد في القطن يبدو بعد الحركة (عقب عطف الجذع أو بسطه أو بعد سفر طويل الخ...) يشبه القولنج الكلوي ينتشر على مسير الحالب ويتحرى عنه بجس النقاط الكلوية والحالبية ، يزول فجأة كما بدأ باحدى الحركات وزواله يترافق بافراغ بولي لان الحويضة تنفرغ والكلية التي تحسست مما أصاب الاولى تعود وتفرز جيداً مما يسبب بولاً غزيراً . ويخال الطبيب ان الحالة هي قولنج كلوي إلا ان المريض لا يلبث بعد ١٠ — ١٢ اسبوعاً ان تعثره نوبة أخرى أشد ، وان تكرر النوب وفقد الحصاة بالبول والرواسب يوجه نحو الاستسقاء .

وتخف هذه الآلام بالاضطجاع وتزداد بالوقوف خاصة إذا كانت الكلوية هابطة .

وان الاعراض الاساسية هي : نوب الألم ، وازدياد حجم الكلية
ثم زوال الألم ونقص الورم بعد طرح كمية كبيرة من البول .
الاعراض المرافقة :

١ - أعراض هضمية انعكاسية : قيء ، قبض ، عرق بارد ،
شحوب اللون .

٢ - بولية : انقطاع البول أو قلة كميته لتأثر الكلية الثانية بالانعكاس ،
بيلة دموية مجهرية لاحتقان الكلية ، بيلة آحينية حديثة .

٣ - قياس سعة الحويضة : يبدو انها متوسعة (بادخال قثطرة
حالية مع وضع قثطرة في الاحليل) .

الرسم والتنظير الشعاعي : ١ - يحقن مواد ظليلة للحويضة فيعرف
حجمها وشكلها وحالة الكؤيسات ومعرفة سبب الاستسقاء .

٢ - أويحقن Uroselectan بالوريد وخاصة إذا كان الاستسقاء مغلقاً .

المعالجة :

سببيه : حصة تنزع ، أو بروسات أو ضيق الاحليل أو ضيق الصماخ
البولي أو هبوط الكلية ...

وإذا لم يمكن رفع السبب (كسرطان الأعضاء التناسلية للمرأة
الخائنة للحالب) تستأصل الكلية المؤوفة إذا كانت وظيفة الكلية الثانية
حسنة وإذا كانت مؤوفة تخزع الكلية ويتكون ناسور بول قطني .

٣ - حصيات الكلية

Stones in the Kidney

تنجم الحصيات عن رسوب بعض المواد الكيميائية المنحلة في البول الطبيعي ، والحصيات نوعان :

١ - الحصيات البدئية : التي تتكون في كلية طاهرة لا قيع فيها .

٢ - الحصيات الثانوية : التي تتكون في كلية عفنة .

الأسباب : تكثر في الرجال بين سن ٢٠ و ٥٠ سنة غير انها ليست نادرة في الاطفال حيث تكثر الرمال البولية .

العوامل : هي : الوراثة ، الحرض ، الأغذية الغنية بالحمضات والنووين والفقيرة بالحيوين وعيشة الخمول والكسل .

ولنقص الفيتامين A شأن يذكر ، اذ تكثر الحصيات حيث يكون الغذاء فقيراً بالفيتامين A كما في الصين .

رضوض الكلية : اهتمت من قبل البعض ويغلب أن تكون سبباً مؤهباً لانها تحدث النواة العضوية على انه قد تكون الحصاة ابتدائية ومتقدمة على الرض .

الأعراض : يجب ان نفهم قبل كل شيء ان كثيراً من حصيات الكلية يبقى كامناً ولا يعرف الا صدفة برسم شعاعي يجري قريباً من

الناحية ، كما أن بعض الحصيات تطرح من الحالب إذا كانت صغيرة والحالب متسع القطر ، والشروط التي تستلزم بقاء الحصاة كامنة هي :

١ - وقوع الحصاة في كأس وثباتها فيه فلا تتحرك بحركات الجسد .

٢ - عدم سدها للحالب لأن حصاة تسده تحدث أعراضاً شديدة من ألم وبالة .

٣ - أن تبقى الكلية طاهرة ولا تتعفن ، فإذا تعفنت ولو تم الشرطان الأولان دل على أن الكلية مصابة ووجب التدخل .
ولكن ما هي الأعراض ؟ تكون على قسمين :

الأعراض نفسها : ثلاثة : ١ - العوارض الألمية ٢ - بيلة الدم
٣ - العوارض الانعكاسية .

١ - العوارض الألمية : أ) العصاب الكلوي .
ب) الآلام المشعة .

العصاب الكلوي : متواصل : يستقر في الناحية القطنية في الخلف أو تحت حافة الاضلاع في الامام وهو ألم عميق وقد يكون راحماً .
نوب : يشعر المريض بين آونة وأخرى بوخز شديد وتمزق مبرح في الناحية الضلعية القطنية الحرقمية متى حرك المريض جسده ويزول هذا الألم بالراحة .

الآلام المشعة : تتجه نحو الحويضة أو السرة أو الحوض أو الطرف السفلي متبعة العصب الوركي أو الشفر الكبير وهذه التشععات تشابه القولنج الكلوي فلينتبه لذلك .

٢ — بيلة الدم Hematurie : مرئية أو مجهرية .

صفاتها : تحدث بعد الحركة وتزول بالراحة غير ان من بيلات الدم ما هو احتقاني يظهر بدون حركة وكل ما يحدث احتقاناً في الاحشاء يكون سبباً في بيلة الدم (كشرب الكحول وفرط الطعام والجماع ...)

٣ — العوارض الانعكاسية : وهي نوعان :

أ — الانعكاس الكلوي : يشكو المريض ألماً في السكبة السليمة ولا يشكو من كليته المريضة ولذا يجب رسم الكليتين .

ب — الانعكاس الكلوي المثاني : ويعرف ببوال Pollakiurie (كثرة عدد مرات البول) وبجاجة ماسة إلى البول وعسر بولوز حير ، وتزول هذه العوارض بالراحة مما يدل على انها من منشأ حصوي وفي الغالب كلوي .

العلامات الشعاعية : (١) يجب رسم جهاز البول في كل مريض يشكو من قطنه وأصيب بقولنج كلوي ، ولكي يكون الرسم حسناً

يجب أن تظهر فيه جميع العظام وحدود الكلية وألياف البواس .

(٢) يحضر المريض بأخذ مسهل وحقنة لكي لا تظهر تكتلات البراز في الأمعاء .

(٣) وقد يلتبس ظل حصة الكلية بحصاة صفراوية فيجب اجراء رسم جانبي تكون فيه جهة المريض اليمنى مستندة إلى المنضدة فيبدو ظل الحصيات الصفراوية في الامام قريبا من جدار البطن الأمامي وظل حصيات الكلية في الورا على النصف الخافي لأجسام الفقار ، ويكمل الرسم الشعاعي برسم الحويضة الراجع الذي يقر الحصاة في الحويضة أو الكؤوس أو في ملء ملحمة الكلية .

ويستطاع تعيين مقر الحصاة في الحويضة أو الكؤوس فيقال متى لم تظهر صورة الكلية ان الحصاة في الحويضة متى وقع ظلها في مربع الزوايا المنسوب إلى بازي موران المحدد في الانسي بخط السناسن وفي الوحشي بخط عمود محاذ لخط السناسن هذا مار على بعد ٥ سم منه وفي العالي والاسفل بخطين يمر أحدهما بمنتصف جسم الفقرة القطنية الأولى والثاني بمنتصف جسم الفقرة القطنية الثانية .

ويجب أن ننتبه إلى حالة الكلية الثانية قبل التداخل على الكلية المريضة وإلى ان الكلية قد تكون هابطة .

المعالجة :

معالجة الرمال خارج النوبة : تختلف حسب نوع الرمال :

(١) الفوسفاتية : الثانوية : الحصيات الناجمة عن العفونة يعطى :
أ — المطهرات ومنها : الاروترامين - الاوروفورين ويلجأ اليوم
إلى اعطاء المرديات وبخاصة مادة الـ Furadantin .

ب — يجب معالجة السبب لأن هذه العفونة آتية من ناحية عفنة
مثلاً (التهاب الامعاء بالعصية الكولونية ، زحار ، التهاب زائدة مزمن ؛
التهاب اللثة ...) .

ج — حمية حسنة .

د — إعطاء المريض الفيتامين A أو زيت السمك الحاوي على
الفيتامين A و D مع مح البيض والزبدة .
البدئية : تعالج الحصيات البدئية :

١ — بجعل تفاعل البول حامضاً باعطاء حامض الفوسفور ، ليمونات
حامض الليمون بانزوات الصود .

٢ — أو خزع نظائر الدرق منعاً لزيادة الكلس وهي تحت الدرس .
(٢) البولية : نعطي محلات هذه الحموض : البييرازين ، الاورودنهال ،
الليتناول ، الاوروكسال ...) .

(٣) الحماضية : يرسب الحامض بشكل اكزالات المانيتزا المنحلة

باعطاء ١,٥ غ من أملاح المانيزا (سترات أو سولفات المانيزا أو المانيزا المكلسة) .

معالجة القولنج الكوي : ١ - كمادات حارة على الناحية القطنية .

٢ - مغطس حار بدرجة ٤٠° مقدار ١٥ - ٢٠ دقيقة .

٣ - مضادات التشنج : صبغ البلادون Sedol - Bellafole

. Benzoate de Benzyl

٤ - حقن المورفين أو Pantopon (ويوصي العالم ماريون فقط

بالبلادون) .

٥ - تخضيب السلسلة الودية بالسكوروبوكاين أو النوفوكاين .

مقدار ١٠ - ٢٠ سم^٣ .

٦ - إذا وقفت الحصة في الحالب رغم كل معالجة تجري قشطرة

الحالب حيث تترك القشطرة ٢٤ - ٤٨ ساعة فيتوسع الحالب وتبر الحصة

لا سيما إذا كانت في رتب ويحقن الغليسرين ليسهل نزلقها أو يعطى

الغليسرين بطريق الفم بمقدار ١٥٠ يومياً (يشار على المريض بأن يبول

في مبوله لرؤية الحصة) .

معالجة الحصة الكلوية :

أ (الحصة في الحويضة : تستخرج بخزع الحويضة من الخلف ثم

نضع احفوض في شق الحويضة لتفجير البول واحفوض آخر

لتفجير الدم .

ب) الحصة في الكلية : تشق الكلية إن كانت الحصة سطحية وتخرج إن كانت عميقة ثم تخاط الكلية وتراقب .
ويجب أن لا نسد الجرح إلا بعد التأكد من أن الكلية لا تنزف إذ قد يقضي النزف على حياة المريض .

٤ — التهاب ما حول الكلية

Perinephritis

هو التهاب محفظة الكلية والفضاء الشحمي المحيط بها ويميز له ثلاثة أنواع : النوع المتقيح والنوع التصليبي والنوع التشحمي وأهمها التهاب ما حول الكلية المتقيح : وهو الفلغمون المتكون بين الوريقتين أمام الكلية ووراءها .

الأسباب والأمراض : يصادف هذا الفلغمون في الرجل أكثر من المرأة وهو في اليمين أكثر منه في اليسار ، وينجم عن تلقح الفضاء المحيط بالكلية بالجراثيم في سياق بعض الأمراض كداء الدمامل .

١ — الأسباب المحدثة : هي الجراثيم : العنقودية والعقدية فالكولونية فعصية آبرت فالمكورة المعوية فالبنية .

الطرق المؤدية : أ — طريق الدم .

ب — بطريق العروق اللفافوية أو الأوردة : متى التهاب عضو

تتصل الاوعية اللفاوية بالفضاء حول الكلية (الزائدة - الكولون
الصاعد) ..

ج - مباشرة : عقب جرح قطني أو توسط جراحي على كلية
وحالب متعفن .

٢ - الأسباب المؤهبة : ١) هي رضوض القطن والتمزقات
العضلية والرضوض الفقارية وكل مامن شأنه أن يحدث أوراماً دموية
بطيئة الامتصاص .

٢) جميع ما ينقص دفاع البدن : كالبرد .

٣ - أسباب متنوعة : ١) التهاب ما حول الكلية المتقيح التالي لجرح
قطني أو لعملية على الكلية .

٢) التهاب ما حول الكلية المتقيح التالي لالتهاب الحويضة والكلية
الحاد والمزمن .

٣) التهاب ما حول الكلية المتقيح التالي لتقيح في الجدار :

بطني : (خراجة كبـد ، مرارة ، زائدة) .

صدرى : (ذات عظم والتهاب العظم) .

سيسائي : (التهاب عظم السيساء) .

٤) التهاب ما حول الكلية المتقيح الانتقالي التالي لدمل أو داحس
أو التهاب اللوزات أو جـرة حميدة أو خراج النخ ..

الاعراض :

دور البدء : خفي لا سيما عند الاشخاص المضعفين بمرض حموي.
أو فجائي ويمتاز : (١) بألم قطني حاد ورامح (٢) حمى ونافض
(٣) دعث عام .

دور الصولة : (١) الأعراض الموضعية :

أ - آلام قطنية : عفوية ومحدثة (في الزاوية الضلعية الفقارية أو
بعيداً حول السرة أو الكتف والطرف السفلي) .

ب - تقفع الجدار القطني الذي يخفي التعجن الموجود تحته .

(٢) أعراض عامة : هي : اقياء ، اسهال ، نحول سريع الخ ...

(٣) أعراض بولية : أ - آحين كما في جميع العفونات العامة .

ب - اسطوانات وجراثيم وكريات حمراء .

الصيغة : ازدياد كثرات النوى .

دور النهاية : إذ ترك التهاب ما حول السلكية وشأنه وإذا لم يمت

المريض بتعفن الدم، نرى :

١ - تقبب الناحية القطنية مع تعجن عميق ووذمة في الجدار ويبدو

الامر بعدم التناظر في الناحيتين إذا جلس المريض وبالجلس .

٢ - وينتهي الفخذ في هذه اللحظة بالتباعد والدوران الوحشي لان

عضلة البسواس تتقفع لتماسها مع البؤرة الملتهبة فاذا لم يتدارك الامر

يحصل انسداد دموي .

الرسم الشعاعي : يرى به :

١ — ظل منعزل يختلف موقعه حسب مقر الخرجة .

٢ — تقعر العمود الفقري يناسب مقر الخرجة .

المعالجة :

١ — اجهاض الآفة : بالبروييدون ، أو بالمرديات (بنسلين ، تيراميسين ، كلوروميستين ، فوراداتين ، الخ) .

٢ — الشق متى تكون القيح دون أن تمس الكلية وتفجر الناحية فاذا كان الخراج عالياً يخزع الضلع الـ ١٢ .

٣ — تقوية المريض : بالمصول واللقاحات والانسولين إذا حوى البول على السكر لاسيما في المصابين بداء الدماثل .

٥ — أورام الكلية

Tumours of the kidney

ندرس في هذا البحث سرطان الكلية المضرع لأنه أكثر الأورام حدوثاً .

الأعراض : هناك ثلاثة أعراض تميز سرطان الكلية : بيلة الدم ، الورم القطني ، الألم .

١ - بيلة الدم : علامة منذرة تلفت الانظار إلى سرطان ساكن قد يكون مبتدئاً منذ أكثر من سنتين وتتصف بالصفات التالية :
أ - شاملة : أي انها تصبغ البول جميعه في الأقداح الثلاثة .

ب - وافرة : حتى أنها قد تسبب فقر دم شديد .

ج - عفوية : أي انها تظهر بدون ما سبب ظاهر .

د - جموحه : أي انها تنقطع وتعود بدون سبب ظاهر ولا تؤثر الراحة أو التعب فيها .

هـ - ترافقها خثر قد يبلغ طول البعض منها ٦ - ١٠ سم .

و - غير مؤلمة إلا إذ سدت الخثر الحالب .

ز - منعزلة : أي ان الاعراض المثانية لاترافقها إلا اذا امتلأت المثانة بخر الدم .

فتمت ظهرت بيلة دموية بتلك الصفات يجب أن يشك الطبيب بسرطان الكلية .

ح - وهي بيلة متأخرة كما سبق لاتظهر إلا بعد بدء السرطان بسنتين خلافاً للبيلة الدموية في سل الكلية حيث تكون مبكرة ، وتكون في البدء مجهرية بمعدل ٨٠٪ لذا يجب أن يفتش عنها .

وتنشأ هذه البيلة عن انقطاع بعض أوعية الورم الهشة أو عن احتقان الكلية السرطاني .

٢ - الورم القطني :

متى أصبح الورم القطني مجسوساً يكون السرطان قد بلغ مرحلة كبيرة من سيره بيد أن بيلة الدم علامة مبكرة بالنسبة اليه .

صفاته : وهذا الورم ملاصق للقطن ، ناهز ، متحرك بحركة التنفس متى لم يتعد الكلية ويلتصق بالجوار ، سطحه مدور ، قوامه متوتر مع بعض الصلابة ، أخرس بالقرع متى كان الكولون فارغاً .

٣ - الألم : ليس الألم ثابتاً بل قد يملأ الورم المراق والخاصرة بدون أن يظهر أثر له .

٤ - اعراض أخرى : تنضم إلى العلامات الثلاث الآتفة الذكر العلامات التالية :

أ - دوالي الصفن : تنجم عن احاطة الورم بالأوردة المنوية .

ب - أعراض معوية : قد تصل لدرجة الانسداد .

ج - يرقان : متى ضغطت القناة الجامعة .

د - حبن : متى ضغطت الاجوف السفلي .

٥ - فحص البول : يدل فحص البول على وجود :

١ (خلايا سرطانية ٢) اسطوانات ليفية ٣) علقات خيطية .

٦ - اعراض عامة : الدنف السرطاني .

الرسم الشعاعي : ترسم الحويضة بالطريق الراجع وقد يكشف :

- ١ - تطاول الحويضة والكؤوس بشكل منظر العنكبوت .
 - ٢ - أو أنمحاء الكؤوس .
 - ٣ - أو توسع المجاري .
 - ٤ - أو تشوه الحويضة .
 - ٥ - انحرافات الحالب .
 - ٦ - أو ازدياد ظل الكلية وعدم انتظام محيطها .
- المعالجة : الاستئصال إذا كان قابلاً ، ومتى كان منتشرأً يترك المريض وشأنه .

البحث الثاني

امراض الحالب

١ - حصاة الحالب

- تصيب عادة الكهول الذكور ، وتكون بدئية او ثانوية .
- الحصاة البدئية : تتشكل عادة في رتج الحالب او في أعلى المنطقة المتضيقة من الحالب .
- الحصاة الثانوية : تأتي من الكلية الى الحالب عادة .

الاعراض : ١- الألم : يأتي بشكل قولنج ينتاب المريض من حين لآخر كلما تحركت الحصة في الحالب الى أن تنزل الحصة الى المشانة ، يكون انتشار الالم حسب مسير الحالب الى الأليل عند الذكور والشفر عند النساء ، والى الوجه الامامي العلوي من الفخذ عند الذكور والنساء .

٢ - ليلة الدم : تتلو غالباً نوبة القولنج .

٣ - البيلة القيحية : تحدث تلو العفونة التي تصيب الكلية التي كثيراً ما تؤدي الى ارتفاع حروري .

ولا بد لتشخيص الآفة من اجراء تصوير شعاعي الذي بواسطته تظهر الحصة في الحالب .

المعالجة : -- داخلية وآلية وجراحية .

المعالجة الداخلية : يشار بها في الحصة الصغيرة التي لا يتجاوز قطرها ١ سنتيمتر ، فتعطى المريض السوائل بغزارة بمقدار ثلاث لترات يومياً مع مضادات التشنج والمرديات والقلويات ، ثم تراقب الحصة بالصور الشعاعية فاذا لم يتبدل مكانها خلال ٤ اسابيع ولم تنطرح من الجسم خلال ستة أشهر حينئذ تتوقف عن المعالجة الداخلية .

المعالجة الآلية Instrumental Treatment : يشار بها في معالجة

الحصاة الصغيرة المتوضعة في الثالث السفلي من الحالب وتشتمل المعالجة

على مايلي :

أ . قطرة الحالب .

ب . خزع صماخ الحالب .

ج . توسيع الحالب .

د . استخراج الحصاة من الحالب بمنقاش خاص .

المعالجة الجراحية : هي استخراج الحصاة من الحالب وتختلف طرق

العمل الجراحي حسب مكان الحصاة في الحالب .

٢ - اورام الحالب

Tumours of the Ureter

ان اورام الحالب البدئية نادرة جداً وتشبه اورام حويضة الكلية .

واورام الحالب الثانوية اكثر مشاهدة اذ يمكن أن يكون الحالب

مقراً لتوضع ورم تالي لسرطان عنق الرحم او الكولون او المشانة

او البروستات او سرطان حويضة الكلية .

الاعراض : هي عبارة عن البيلة الدموية مع اعراض استسقاء الكلية .

المعالجة . - استئصال الورم مع الكلية والحالب .

البحث الثالث

امراض المثانة

١ - الأسر البولي

Retention of urine

الاسباب . - أ . في الذكور: ضخامة البروستات .

ضيق الاحليل .

التهاب الاحليل الحاد .

الشال التالي لآفة في النخاع كما في كسور

الفقرات أو أورام النخاع الشوكي .

ب . في الاناث : انقلاب الرحم الخلفي الحامل .

الامراض العصبية والهستيريا .

ج . في الطفل الذكور : ضيق الغلفه .

حصاة الاحليل أو المثانة .

د . اسباب مختلفة : الأسر التالي للعمليات الجراحية .

» » لرضوض النخاع وامراضه .

» » لتمزق الاحليل .

الاسر التالي لأجسام أجنبية في المثانة أو
ختردم في المثانة .

الامراض: - ١ - انحباس البول وعدم تمكن المريض من التبول .
٢ - الشعور بالحاجة الى التبول مع آلام وانزعاج في الناحية
فوق العانة والعجان .

٣ - بروز وانتفاخ ناحية فوق العانة يعرف بالجلس والقرع .
المعالجة . - (١) المعالجة المحافظة Conservative treatment :
تقضي بتشجيع التبول عند المريض وذلك بالطرق التالية :

١ - ايقاف المريض على قدميه ، أو وضعه في سريره وضعية نصف
الجلوس ، او السماح له بالمشي بضع دقائق .
٢ - وضع كيس ماء حار على ناحية أسفل البطن .
٣ - اعطاؤه كأساً من الماء كي يتجرعه لان ذلك ينبه عنده
حاسة التبول .

٤ - فتح صنبور الماء الجاري كي يسمعه المريض او ليرى جريان
الماء فيبول حينئذ .

٥ - اجراء حمام مقعدي له .

٦ - اجراء حقنة شرجية مفرغة، ووضعه على مستعملة فيها ماء حار .

٧ - اعطاؤه العلاجات المنبهة لتقاص المثانة كالميتوترين

Pituitrin أو الـ Carbachol .

٨ - حقن المورفين او غيره من الادوية المهدئة ليزول اضطراب المريض وعادة يعطى المورفين مع الأتروين بشكل تحاميل او يحقن الـ Deryl في العضل .

(٢) القنطرة Catheterisation :

يلجأ اليها اذا فشلت الطرق السابقة ، ويجب ان تجرى ضمن شروط الطهارة التامة . وتستعمل القناطر التالية :

١ - القناطر المطاط : كقنطرة نيلاتون .

٢ - القناطر الصمغية التي تكون على ثلاثة اشكال : المعكزة Coudé والثنائية التعكيز Bi - coudé وكلا النوعين يستعملان في قنطرة المصابين بضخامة الموثة ، ثم القنطرة ذات الرأس الزيتوني - Olivary catheter التي تستعمل في تضيقات الاحليل .

ان جميع القناطر السابقة تعقم بوضعها بتنور خاص يوضع فيه التري او كسي ميثيلين فيتبخر بخار الفورمالين ، ويتم التعقيم عادة بعد مضي ٢٤ ساعة واذا كنا بحاجة الى القناطر يوضع مصباح غول في اسفل التنور فيتبخر غاز الفورمالين ويتم التعقيم خلال ساعتين .

ويمكن ان تعقم هذه القناطر ايضاً بغمسها بمحلول ثاني يود الزئبق

المائي بنسبة $\frac{1}{1000}$ مدة نصف ساعة Watery solution of mercury

biniodide . ويوجد في التجارة قناطر حديثة يمكن تعقيمها بغمسها

بالماء الذي هو في حالة الغليان مدة دقيقتين ثم غمسها ثانية بماء بارد معقم .

على الممرضة ان تنتبه حين وضع القشاطر في اجهزة التعقيم ان تحول دون ثنيها او هرسها بالمنقاش كي لا تتلف .

(٣) البزل فوق العانة suprapubic Puncture : قل ان يلجأ اليه .

(٤) خزع المثانة فوق العانة Suprapubic cystostomy : يلجأ الى

هذه العملية غالباً في حالة فشل الطرق السابقة ، ويجب ان يكون افراغ البول من المثانة بصورة تدريجية لتحول دون النزف الغزير .

٢ — تمزق المثانة

Rupture of the bladder

الاسباب : ١ — عنف خارجي : صدمة او رفسة على ناحية اسفل البطن حينما تكون المثانة ممتلئة ، وان تمزق المثانة خارج البريتون يتلو غالباً كسر الحوض .

٢ — عنف داخلي : كتمزق المثانة اثر غسلها ، او تمزقها بعد التنظير او بعد عملية تفتيت الحصاة فيها .

٣ — التمزق العضوي : الذي يحدث في المثانة المريضة المصابة بالتقرح او السرطان وهلمجرا .

الاعراض . — (١) التمزق داخل البريتون - Intraperitoneal ru-

pture يشكو المريض :

١ — من الآم في الناحية الختلية ، مع حالة صدمة وغشي مع عدم الشعور بالحاجة للتبول .

٢ - لدى فحص البطن يشاهد تقفع مع مضض .

٣ - بالمس الشرجي : يشعر بامتلاء الرتج خلف المثانة .

٤ - اذا ادخلت قنطرة الى المثانة فلا يخرج بول .

(٢) التمزق خارج البريتوان Extraperitoneal rupture

يشكو المريض :

١ - من الآم في الناحية الخنثية ، مع حالة الصدمة والشعور الشديد للتبويل دون ان يخرج شيئاً من البول .

٢ - انتباج فوق العانة مع اعراض كسر الحوض .

٣ - بالمس الشرجي يشعر بكتلة فوق البروستات منتشرة .

٤ - بالقنطرة لا يخرج بول بل بضع قطرات من الدم .

المعالجة . - خزع المثانة وترميمها ثم تفجيرها .

٣ - التهابات المثانة

Cystitis

التعريف : يعنى بالتهاب المثانة تعفنها بأحد الجراثيم ويستثنى من ذلك السل الذي سيفرد له بحث خاص .

الاسباب والامراض :

إن السبب في التهاب هو الجرثوم ولكن ليس كل جرثوم يدخل

المشاة يفضى حتماً الى التهابها وقد عرف اليوم ان المشاة السليمة قادرة على طرح الجرثوم الذي يدخلها بدون أن تتأذى به وان المشاة لا تلهب الا اذا توفر للجرثوم أحد الأسباب المؤهبة .

الاسباب المحدثة :

الجرثوم : ان معظم الجراثيم المقيحة قادرة على التهاب المشاة واننا نرتبها حسب كثرة احداثها للالتهاب : العصية الكولونية فالمكورة العنقودية فالمعوية فمتقلبات هوزر فمكورة فريدلندر فعصية القيح الازرق فالبنية فاللاهوائيات . وقد تشترك هذه الجراثيم في إحداث الالتهاب .

الاسباب المؤهبة : تثبت السريريات في كل يوم :

أ — ان القشرة الملوثة لا تلهب المشاة دائماً .

ب — ان المصابين بالتهاب الحويضة والكلية يفرزون مع البول كميات وافرة من الصديد وتظل مثاناتهم مع ذلك سنوات عديدة في مأمن من الالتهاب .

ج — ان استئصال الكلية الملتبها يفضي الى صفاء البول بعد مدة قصيرة .

فالأسباب المؤهبة هي : ركود البول ، الرضوض ، الاحتقان .

فتمت التهبب المثانة لا يزول التهابها البتة مالم تمنع هذه الاسباب المؤهبة التي لها شأن في احداث الالتهاب وأزمانه .

الاعراض :

أ -- الأعراض الأساسية : كثرة البيلات ، الألم ، بيلة القيح .
١ -- كثرة البيلات : تتكرر الحاجة الى البول في كل نصف ساعة أو ربعها أو في كل خمس دقائق ولا يستطيع في الحالات الحادة ضبط البول فيبول المريض على أثوابه .

٢ -- الألم في أثناء البيلة : يتقدم هذا الألم ويرافق ويتبع إفراغ المثانة ويتصف بحس معص واحترق أمام العانة وخلفها متشعب الى الحشفة والأربتين والشرح والقطنين .

٣ -- البيلة القيحية : البول متعكر لان فيه صديد أو إذا ترك تكون فيه رسوب غيمي وهو حامض في البدء غير انه ينقلب بعد حين قلويًا بسبب الاختار النشادري فيصبح مخاطياً .

ب -- الأعراض الثانوية :

١ -- بيلة الدم : تتصف بالقاء خيوط مدماء أو بعض قطرات من الدم ، ويندر أن تكون وافرة إلا اذا رافق الالتهاب ورم أو إذا كانت الموثة ضخمة فيسمى (التهاب المثانة النزفي) .

٢ -- أعراض عامة : نادرة ومتى علت الحرارة كانت دليلاً على أن

التهاب المثانة قد تعرقل باسر أو التهاب حول المثانة ، أو التهاب الحويضة الصاعد .

المعالجة : تشتمل المعالجة على الأمور التالية :

١ - حذف الأسباب أو معالجتها .

٢ - تطهير البول ما أمكن .

٣ - تطهير المثانة بمعالجة موضعية .

٤ - معالجة نوعية بالمرديات .

٥ - معالجة جراحية .

١ - حذف الأسباب أو معالجتها : تفجر المثانة في البروستاتين ، ويستخرج الحصة أو الجسم الأجنبي ، يوسع ضيق الاحليل الخ ..

٢ - تطهير البول : لا تستعمل المطهرات القوية في الدور الحاد وإنما يكتفى بالمدرات البولية التي تمدد البول وتخفف عفونته مثلاً : مناقيع شوشة الذرة ، عرق النجيل ، الشعير الخ ...

ومن المطهرات الخفيفة نذكر : الحامض الكافوري ٤-٦ غ في اليوم أو جاوات الصودا ٢-٤ غ ، والتر بنتين والصندل او النيو ثروبين .

٣ - تحسين حالة المثانة بمعالجة موضعية :

أ - التقطير : يدخل مسبار حتى عمق المثانة ويقطر فيه قطرة قطرة من محلول نترات الفضة المئوي ثم تزداد النسبة الى ٢-٣ ٪ و

٢٠ — ٣٠ قطرة كافية في كل مرة ، ولتسكين الألم توضع فتيلة من المورفين .

ب - الحقن : يقوم بادخال ١٠ - ١٥ غ من محلول نيترات الفضة بنسبة $\frac{1}{10}$ او البروتارغول بنسبة $\frac{1}{4}$ أو الكولارغول بنسبة $\frac{1}{10}$ أو أو كسي سيانور الزئبق بنسبة $\frac{1}{10}$.

ومتى تجمعت الاعراض المثانية في المرأة عن آفات في العنق تسمى داء عنق المثانة التنشوي كانت المعالجة الشافية تخريب هذه التنشوات باليكي الحروري .

٤ -- المعالجة النوعية : تعطى المرديات كالبنسلاين والستربتوميسين والتيرامسين وهي افضل معالجة في وقتنا الحاضر سيما إذا أمكن معرفة الجرثوم المسبب ودرجة تأثر هذا الجرثوم من نوع معين من المرديات ويفيد بالخاصة استعمال مادة الـ Furadantin .

كما يمكن اعطاء مركبات السلفا كالغانتريسين روش Gantrisin .
٥ -- المعالجة الجراحية : تقوم هذه المعالجة باراحة المثانة سواء بتفجيرها في الناحية الخشبية أو وضع مسبار ثابت في الاحليل . فاذا خزعت المثانة نغتنم الفرصة ونكوي التنبينات الظاهرة والقروح .

وإذا استعصت الآلام نقطع القبة العجانية من العصب الاستحيائي الباطن .

٤ -- سل المثانة

Tuberculosis of the bladder

الاسباب وامراضى : ان سل المثانة البدئي نادر وأما سلها الثانوي فهو الشكل المعتاد (ويتلو : سل الكلية ، أو البروستات أو الحويصل المنوي ، وفي المرأة : سل الملحقات) ، وسل الكلية هو في مقدمة الاسباب المحدثة لسل المثانة حتى ان سل المثانة قد يكون عرض سل الكلية الأول لأن المثانة كما يقول شيفاسو « تجهر بألمها بيد أن الكلية تكتمه » .

الاعراضى : تبدأ بأحد الاعراض الثلاثة :

١ -- بكثرة عدد التبول (بوالليلي ونهاري مع حاجة لا تغلب إلى البول) .

٢ -- أو بيلة دموية : عفوية وافرة شبيهة بالنفث الدموي في سل الرئة .

٣ -- أو بيلة قيحية : غير مؤلمة تستلقت الأنظار بالراسب الوافر الذي يجتمع في قعر الوعاء .

دور الصولة : يرافق ظهور التقرحات فينضم الى الأعراض السابقة :

١ - الألم : مبرح في الناحية الختلية ينتشر الى الحشفة ويظهر في آخر

البول مع حس احتراق .

- ٢ — كثرة عدد التبول : كل $\frac{1}{2}$ ساعة .
 - ٣ — البيلة الدموية : قد تقل أو تصبح غزيرة .
 - ٤ — البيلة القيحية .
 - ٥ — أعراض عامة : هزال وأرق .
 - دور الانتهاء : قد يطرأ :
 - (١) أسر قسيمي : وسببه تلف الطبقة العضلية و تشنج الاحليل الغشائي، أو :
 - (٢) سلس بولي وهو الغالب وسببه اتلاف القروح لعنق المثانة .
 - الفحوص المخبرية :
 - ١ — بالمجهر : يحوي البول كريات بيض كثيرة النرى مع عصية كوخ .
 - ٢ — تلقيح القبة : ايجابي .
 - ٣ — تنظير المثانة : ترى حبيبات سنجابية متفرقة تكثر في ناحية الصماخين وتشاهد قروح وتوسع الأوعية . وهذا الفحص صعب لفرط حساسية المثانة .
 - ٤ — رسم الحويضتين الراجع وفصل البولين .
- المعالجة :

جراحية : استئصال الكلية المؤؤفة بالبده ، استئصال الخصية والبربخ
فن الجراحة (٢٣)

وإذا اشتدت الآلام يجب عزل المثانة .

موضعية : حقن المثانة بالزيت الغومهنولي أو زرقة الملتين $\frac{٢٥}{١٠٠٠}$ غ

فلها فعل محدد .

الاستشرار : بادخال قطب في المنظار الاحليل حسب طريقة

هيتز بواية .

دوائية نوعية : يعطى الستربتوميسين بمقادير كبيرة مدة سنة ونصف

تقريباً مع الريميفون ويراقب البول بالزرع فاذا ظهر ان عصية كوخ

قد زالت يجب المشاورة على المعالجة المدة المذكورة منعاً لحدوث نكس .

ويمكن اعطاء الفيوميسين في حالة عدم تأثر عصية كوخ من

الستربتوميسين .

مقويات عامة : لا تختلف عن المقويات التي تعطى في السل عامة

وكذلك المعالجة الصحية .

٥ — حصيات المثانة

Stones in the bladder

الأسباب : ان حصيات المثانة نادرة في المرأة (لاتساع احليلها

وقصره ولان المثانة ليس لها مقر) ، أما في الرجل فتقع المثانة عميق

سيما في المصاب بالبروستات لذا تكثر عنده ، وتكثر حصيات المثانة

في الأولاد والشيوخ غير أنها قلت في الشيوخ بسبب استئصال الموثة .

الأسباب المؤهبة : العفونة ، الحصبة (كالنقرس) ، الحياة الهادئة
والاكثار من اللحوم والمواد التي تكثر فيها الحمضات (الشكولاتا
والكاكاو والشاي) ونقص الفيتامين A .

الأعراض : تجتاز حصيات المثانة عادة ثلاث مراحل : مرحلة
السكون والمرحلة الآلية ومرحلة الالتهاب المثاني .

١ — مرحلة السكون : تبقى الأعراض ساكنة مدة طويلة ولا
تظهر إلا بعد حركة فجائية أو سفر طويل .

٢ — المرحلة الآلية : تنجم عن تخريش الحصة للغشاء المخاطي
وتتصف بثلاثة أعراض :

(١) بيلة الدم : تظهر بعد الحركة وتزول بالراحة ، وهي قليلة ورائحة .
(٢) الألم : انزعاج في (الاريتين والعجان والختل) مع حس
حريق في الاحليل ووخز بالحشفة .

(٣) تعدد البيلات : علامة ثابتة سببها تخريش الغشاء المخاطي بالحصة .
العوارض الثانوية :

(١) انقطاع رشق البول فجأة : ناجم عن تزلق الحصة وسدها
لعنق المثانة .

(٢) انحباس البول : متى انسد العنق بها .
(٣) سلس البول : متى لم تسد الحصة العنق تماماً بل منعه عن الانغلاق .

٣ — مرحلة التهاب المثانة : وتنصف :

(١) بشدة الآلام وخيبة الوسائط في تسكينها .

(٢) اختار البول الشاذري .

المعالجة : جراحة : ١ — التفقيت : قليل الاستعمال .

٢ — خزع المثانة الحثلي : واخراج الحصة ثم تفجير المثانة عن

طريق الاحليل بمسبار نيلاتون على أن تخاط المثانة فيندمل الجرح بالمقصد الاول خلال اسبوع .

٦ — أورام المثانة

Tumours of the Bladder

الأسباب : تعادل ٣٠٪ من مجموع آفات البول إذا استثنينا التهابات الاحليل الحادة ، وتعادل أورام المثانة الخبيثة أكثر من $\frac{1}{4}$ أورام المثانة كافة وهي في الرجل أكثر من المرأة .

الأسباب المؤهبة : مجهولة وقد يكون للتخريشات شأن في ذلك (الرمال ، البهارزيات ، الاشتغال بمعامل النيلة) .

الأمراض : متى كان ورم في المثانة ولم يرافقه تعفن يبدو بعرض واحد هو : بيلة الدم وتنصف هذه بصفات خاصة تكاد واسمة هي :
١ — عفوية وغريبة بظهورها ومدتها .

٢ - بلا ألم .

٣ - مفردة : لا يرافقها حاجة ماسة للبول ولا بيلة قيحية ولا آلام .

٥ - مكررة .

٦ - انتهائية : غير ثابتة .

٧ - لا تزول بالراحة .

ومتي تقيحت والتتهبت المثانة تبدو أعراض الالتهاب المثاني منضمة إلى بيلة الدم فتبدو :

بيلة قيحية : إذ يصبح البول وسخاً مسمرأ ونشادرأ ومخاطياً ذا رائحة شبيهة برائحة اللحم المتفسخ .

وآلام : مبرحة تمنع النوم وتؤدي إلى الدنف .

استقصاء المثانة : ١ - الجنس المشترك : تعرف به الاورام المنغرسية والاورام الليفية والعفلية والمخاطية الجسيمة .

٢ - فحص البول النسيجي : ظهور قطع الورم أو خلايا سرطانية وهي علامة واسمة .

٣ - استقصاء المثانة بمسبار لين : يدخل مسبار نالاتون وتفرغ المثانة فيرى الدم في القدر الثالث ، وبعد ان تفرغ المثانة يسد المسبار وتجس المثانة جساً مشتركاً فيسيل بعد نزع السدادة بدقيقتين أو ثلاث دقائق بضع قطرات من الدم ناجمة عن احتكاك الورم بالمسبار وهذه

هي علامة غيون Guyon أو علامة الادماء المحدث، وقد ينقطع سيلان الدم من المسبار فتحقن المثانة بأحد السوائل فيدخل السائل ولا يخرج منها وهذه علامة ماريون أو علامة اللواب، وتظهر هذه العلامة متى سدت قطعة من الورم لقبة المسبار .

٤ -- تنظير المثانة : ويرى به الورم .

٥ -- رسم المثانة الشعاعي :

سعة المثانة دوائر المثانة رسم المثانة انقراؤها

في الاورام الخبيثة :

ناقصة جداً غير منتظمة متجانس تام

في الاورام السليمة :

حسنة منتظمة غير متجانس ذو ناقص

حافات مهدبة

ورسم المثانة بعد حقنها بالكولوتور Collothor هو أحسن الرسوم

التي تقتبس منها معلومات حسنة فيعرف به اتساع الورم وحجمه .

المعالجة :

(١) الحليمي : ١ -- التخريب بالاستشرار أو التدوية

(التخثر الكهربائي) .

٢ -- استئصال الورم بالطريق الخثلي : وإذا رأينا أوراماً حليمية

صغيرة لاطئة تخرب بالتدوية أو بوضع ١٠ سغ من الراديوم مدة ٤٨ ساعة فتخرب .

(٢) المضرعة : قطع المثانة التام أو القسمي وهي عملية خطيرة والوفيات فيها كثيرة وتأتجها البعيدة غير مشجعة .

المعالجة اللطيفة : متى انتشر الورم ورافقه الآم شديدة يلجأ إلى :
١ — خزع المثانة أو عزل المثانة .

٢ — الراديوم .

٣ — Bromure Mesothonium قد يحسن الأعراض .

٤ — أو نقطع الشعبة العجانية للاستحائي الباطن كما في التهابات المثانة المؤلمة .

البحث الرابع

امراض البروستات (الموت)

١ — تضخم البروستات البسيطة

Simple enlargement of the Prostate

التعريف : آفة تصيب الشيوخ ، تتصف ليس بضخامة الغدة ذاتها ، بل بنمو أورام غدية عضلية ليفية سليمة ما بين الاحليل والمصرة المثانية ، فتسد هذه الأورام عنق المثانة أو تمنعه عن الانفتاح فينجم عن ذلك

اضطرابات بولية تفضي إلى الأسر واتساع المثانة والحالبين والكيتين،
والأصح أن تسمى هذه الآفة « ورم الموثة الغدي » لا « ضخامة الموثة ».

الأسباب : لم تعرف أسباب ضخامة البروستات حتي الآن وما
ذكر من الأسباب يمكن حصره بما يلي :

١ - التمدن : لوحظ كثرة هذه الآفة في الطبقة المتمدنة من الشعب
ففي انكلترا يصاب ثلث الرجال الذين تجاوزوا الخامسة والخمسين، وفي
فرنسا تتعدى النسبة هذا الحد وتقل في افريقيا وكذلك في الهند
والهند الصينية والشعوب الابتدائية .

٢ - اتهم السيلان المزمن في إحداث الآفة .

٣ - جميع الأسباب التي تؤدي إلى احتقان في الحوض وبالتالي في
البروستات ، كالبواسير والامساك والإفراط بتناول الغذاء وعيشة
الخمول وحبس البول الارادي والأشربة الروحية .

٤ - تصلب الشرايين .

٥ - عمر المريض : يعتبر الرجال الذين تجاوزوا الستين سنة من
العمر عرضة للإصابة بهذه الآفة بنسبة ٣٥٪ غير أنها شوهدت عند الذين
هم دون الأربعين .

الأعراض : تسير الأعراض وفقاً لثلاثة أدوار : دور الاحتقان،
دور الانقباس ، دور التوسع . غير أن هذه المراحل لا تتعاقب حتماً

بل أن الاختلاطات التي تطرأ عادة تستلزم المعالجة ولا توصل الشخص لدور التوسع .

١ - دور البدء أو دور الاحتقان : يراجع شخص تجاوز الأربعين من العمر في هذا الدور بالأعراض التالية :

(١) صعوبة التبول : لاسيما في الليل وحين الاستيقاظ من النوم إذ ينهض الشخص ليلاً شاعراً بحاجة ماسة للتبول غير أنه لا يستطيع إفراغ مثانته في الحال فيضع الأُصبع بين فخذه ثم يقف ويمشي حافي القدمين على الأرض ويبول فينصب بوله عموداً على الرغم من الجهد الذي يصنعه .

(٢) كثرة عدد التبول : وهو عرض يحدث أثناء الليل والنهار . فالمرضى ينزعج ليلاً إذ ينام في الساعات الأولى هادئاً ولكنه يستيقظ في الثانية أو الثالثة بعد منتصف الليل ليفرغ بوله عدة مرات .

(٣) نقص غلوة الرشق : يتساقط البول بشكل قطرات أثناء التبول أو في نهايته ، وأحياناً يخرج البول قطرات بغير إرادة ، وقد يبول الشخص بشكل متقطع إذا يقذف المريض مقداراً من البول ثم بعد مدة من الزمن يعود فيبول أكثر .

تلك هي الأعراض التي تحدث في دور البدء .

٢ - دور الانحباس أو دور الأسر المزمن الناقص : يشاهد ازدياد

الأعراض السابقة ، ثم يبدي المريض :

(١) شعور ثقل في اسفل بطنه (عند العجان وفي المستقيم) أثناء فترات البيلات .

(٢) ظهور المثانة المشائية ، فاذا قنطر المريض بعد ليلة ارادية استخرج مقداراً من البول يتراوح بين ٥٠ غراماً حتى اللتر ، ولذلك يطلق على هذا العرض بالأسر الناقص وهو العلامة الاساسية في هذا الدور .

(٣) إنسحاب البدن : وسببه الاسر المزمن . يظهر : شحوب في الوجه ويقل الاشتها للطعام ويجف اللسان ويهدل المريض ويحدث دعث عام وعطش وصداع وغثيان عند الصباح وهذه الظاهرة مألوفة كثيراً ، ويرتفع الضغط وتحدث آلام قطنية . فاذا ما طرأ سبب بسيط ميسخ للحوض اصاب الشخص بأسر تام .

٣- دور التوسع : تزداد المثانة البولية إذا ترك المريض وشأنه حتى انها تتجاوز اللتر وهنا يظهر اتساع المثانة واضحاً فتبدو بشكل كرة في الناحية الختلية . ويبول المريض بشكل تصبب وينتهي به الأمر إلى سيلان البول بشكل متواصل مما يضطره إلى حمل مبولة ليل نهار ويصاب المريض ببواله وافرة قد يبلغ ٣ ألتار في اليوم ثم تشتد اعراض الانسحاب العام وتزداد البولية الدموية ويصبح المريض قليل المقاومة ومعرضاً لذات الرئة او النزلة الوافدة او غيرها من الاختلاطات .

المعالجة : تكون إما واقية أو ملطفة أو جراحية .

١- المعالجة الواقية : يلجأ اليها متى بدأت الاضطرابات البولية

فيعطى المريض : خلاصة الخصية او مخلفات الفوليكلين كالديا تيل
ستابسترون والـ Cycladiene وغيرهما ..

٢ — المعالجة المطلقة : تجتنب جميع الأسباب المبيغة لأعضاء الحوض
كالبرد وفرط الطعام والتنبهات التناسلية والقبض واجتناب انحباس
البول وعدم المكوث في السرير أكثر من ٨ ساعات ، واذا اضطر
الأمريقتظر البول لأفراغ المثانة على أن تراعى شروط الطهارة العامة
غير أن أكثر الجراحين لا يقرون بالقشطرة بل يشيرون بأجراء توسط
جراحي عاجل في حالة حدوث انحباس بولي ويعتبرون اليوم ان
كل مريض أصيب بأسر بولي ناتج عن البروستات يجب أن يضع كجميع
حالات الاسعاف .

٣ — المعالجة الجراحية : تقتصر بالعمليات التالية :

(١) عملية فريار .

(٢) عملية هارس .

(٣) عملية مه لين .

(٤) عملية يونغ .

(٥) خزع البروستات عبر الاحليل : ويتم بخازع Mccarthy .

إن هذه العمليات المختلفة تطبق حسب المريض ، فيوضع استطباب
العملية وفقاً لضخامة الغدة وحالة المريض العامة ، كما أن كل جراح
يختار طريقة من الطرق السابقة حسب تجاربه الخاصة .

٢ — سرطان الموتة

Carcinoma of the prostate

الاسباب : يصادف ما بين ٥٠ — ٦٠ سنة ويعادل ٥٢٪ من سرطان الجهاز البولي التناسلي .

ومن اسبابه الثابتة : السن وورم الموتة الغدي إلا أن هذا الاخير قد خفت استحالاته الخبيثة بعد أن ازداد اقبال المصابين على المعالجة .
الاعراض : البدء : خاسة ولا يظهر إلا بآلام جذرية ناجمة عن انتقاله للفقار أو أنه يبدأ رأساً بأعراض دور الصولة :
العلامات : الوظيفية : بولية ، مستقيمية ، ألمية .

١ — الأعراض البولية : هي : (١) البوال (٢) الاطام .

وهما عرضان ليليان يظهران معاً بيدان البوال في الورم الغدي يظهر قبل الاطام بمدة طويلة ، وهذان العرضان بيانان ، متى ظهرا معاً في شخص مادون الخمسين أو ما بعد السبعين كانا كافيين للقول باصابته بالسرطان . وكلما تقدمت الآفة اشتد هذان العرضان وأصبحا نهاريين في النهاية ثم يبدو :

(٣) الانحباس المزمن الناقص ويتعرقل بنوب موقنة من الانحباس التام .

٤) ولا يظهر الساس والبيلة تصبياً إلا متأخرين بعد أن تخرب المصرة أو تتسع المثانة .

٢ — الأعراض المستقيمة :

١) القبض أما الاسهال فهو نادر .

٢) الشعور بجسم غريب في المستقيم وصعوبة التغوط .

٣) الزحير والحاجة الماسة السكاذبة الى التغوط .

٣ — الأعراض الألمية : تبدو بمشدين :

١) حس مزعج يبدو أثناء البيلة في الاحليل أو الحشفة مشابه لما يبدو في حصيات المثانة أو يبدو حس وخز وتمزق واحتراق في العجان او الاحليل او الختل في فترات البيلات .

سبب هذه الآلام : ضغط الورم للالياف العصبية المحصورة في المحفظة .

٢) آلام في البعد متشعبة على طول الطرفين السفليين وهي آلام جذرية سببها انضغاط الجذور في حذاء الفقار التي غزاها الورم او سببها امتداد السرطان الى الضفيرة العجزية واحداته تشععات ألمية في النواحي التي تتوزع فيها الاعصاب للوركي والفخذي والسداي وشعبها . ويشكو المرضى عصباً قطنياً وعجزياً ووركيّاً وفخذاً . ومتى بدت هذه العصابات وحدها ولم يرافقها اضطرابات بولية على الطبيب ان يشتهب دائماً في الموتة بعد السنة الخمسين .

العلامات الحكيمة : ١) بيلة الدم ٢) العلامات بالمس المستقيمي .
٣) ضخامة العقد .

١ — بيلة الدم : بدئية وقليلة .

٢ — المس : تظهر في البدء عجيبة علبة مندجة في أحد الفصين .
العلامات العامة : هزال ، لون تبني ، انسمام تأسري .

المعالجة : واقية : استئصال الورم الغدي وأما معالجة السرطان نفسه :
جراحية ، شعاعية ، راديوم ، ملطفة :

١ — الجراحية : اذا كان الورم محدوداً يستأصل عن طريق الحثل مع
الحويصلين الموثين وتنتج العملية كما في الورم الغدي . أما اذا كان
مرشحاً في الاعضاء المجاورة يصبح الاستئصال مستحيلاً .

٢ — الشعاعية : لم تفد في السرطان نفسه وتفيد في الانتقالات
الفقرية لتخفيف الآلام .

٣ — بالراديوم : بالطريق العجاني وهذه الطريقة تفيد خلال ١٥
يوماً وتصبح الموثة قطعة ليفية وتحسن الاعراض البولية والآلام .
فالراديوم ان لم يشف المرض تماماً لعدم تأثيره على العقد فهو ذو نتائج
حسنة جداً .

٤ — ملطفة : متى انتشر الورم واصبحت كل معالجة مستحيلة :

١) تقطر المثانة اذا لم يتمكن من القشطرة كي لا تزيد علة فوق
علته الأولى .

- ٣) وفي أمريكا يجرون خرت الموثة (Forage) بالثيارات السريعة
التواتر ليمر البول .
وإن المعالجة بسم الناشر (Cobra) قد تسكن الالام العصبية .

البحث الخامس

امراض القضيب والاضليل

١ - ضيق الغلفة

Phi Mosis

الاسباب : تكون الآفة ولادية المنشأ غالباً ونادراً ماتلو التهابات
الغلفة المتكررة .

الاعراض . - ١ - عسرة تبول .

٢ - تنبه جنسي قد يحدث نورستينا عند المريض .

٣ - اختناق الحشفة .

٤ - حدوث التهاب بالغلفة .

المعالجة . -- جراحية باجراء عملية الختان .

٢ — تمزق الأُحليل

Rupture of the urethra

الاسباب . — يحدث التمزق اما في الأُحليل العجاني او في الاحليل الخارج العجان والاسباب المحدثه كسور الحوض لاسيما الشعبة الوركية العانية او اثر سقوط الشخص على مقعده او حوادث الدهس بالسيارات .

الاعراض : ١ — الآم عجانية .

٢ — نزف الدم من صماخ الاحليل .

٣ — انقباس البول مع توتر المثانة .

٤ — ورم دموي في العجان .

٥ — اعراض كسر الحوض .

المعالجة : جراحية وهي ترميم الاحليل ثم تفجير البول بخزع المثانة الى ان يتم ترميم الأُحليل .

٣ — تضيق الأُحليل

Stricture of the urethra

الاسباب : ١ — التهابات الاحليل .

٢ — رضوض الأُحليل وتمزقه .

- الامراض : ١ - عسرة تبويل مع ضعف الدفق .
٢ - كثرة عدد التبول مع خروج البول بشكل قطرات .
٣ - الأسر أحياناً .
المعالجة : التوسيع بواسطة الشمعات بفواصل منتظمة وإذا كان الضيق شديداً يخزع الاحليل بالخازع الخاص أو بالعملية الجراحية .

البحث السادس

امراض الخصيتين والصفين

١ - القيلة المائية :

Hydrocele

هي انصباب سائل مصلي في غلاف الخصية وتكون بدئية وثانوية .
الأسباب : القيلة البدئية : تعزى الى عفونة سلية أو أفرنجية أو سيلانية أو انبثاق احدى الكيسات الصغيرة للبربخ .
القيلة الثانوية : تنجم عن آفة في البربخ : كالتهاب البربخ السلي أو الأفرنجي أو السيلاني أو كيسة البربخ أو ورمه .
أو تنجم عن آفة في الخصية : (أفرنجي الخصية أو ورم الخصية)
فن الجراحة (٢٤)

- الاعراض : ١ - ورم كثرى الشكل في الصفن مختلف الحجم .
- ٢ - ليس لهذا الورم ذيل .
- ٣ - لا استطاع قرص القميص الباطن ولا البربخ .
- ٤ - شفوف الورم اذا فحص في غرفة مظلمة .
- المعالجة : ١) البزل وافراغ السائل ثم حقن محلول مخدر كالستوفائين بـ $\frac{1}{10}$ وافراغه ثم حقن مادة مخرشة كصبغ اليود أو كلور مائية لبنات الكينين المضاعفة .
- غير أن هذه الطريقة مؤلمة جداً ويفضل اللجوء الى الجراحة .
- ٢ - المعالجة الجراحية : هي قلب القميص الباطن واستئصاله .

٢ - دوالي الحبل المنوي

Varicocele

- هي توسع أوردة الحبل المنوي .
- الأسباب : ١ - انصباب اوردة الحبل المنوي في الجهة اليسرى بزاوية قائمة على وريد الكلية .
- ٢ - فرط النشاط الجنسي وجميع الاسباب التي تزيد الركون الدموي .
- ٣ - ضغط الثياب المشدودة .
- الاعراض : ١ - ثقل وانزعاج في الصفن .
- ٢ - ألم في الخصية يزداد حينما يكون الطقس حاراً .

- ٣ — بالجلس يشعربورم عجيني يشبه رزم العلق اوامعاء الدجاج .
- ٤ — يمكن رد الدوالي حينما يستلقي المريض فاذا طلب منه الوقوف امتلأت من الأسفل الى الاعلى خلافاً للفتوق .
- المعالجة : حقن الاوردة المتوسعة بمواد مصلبة والا فضل ربط الاوردة المتوسعة في العالي والأسفل واستئصالها .

٣ — هيمرة الخصية

Undescended Testicle

الأسباب : هي توقف الخصية اثناء نزولها الى الصفن في مكان ما من مجراها . ويعزى هذا التوقف الى قصر عناصر الحبل والبعض يعزوه الى نقص المفرز الداخلي للغدة النخامية .

الأعراض : يلاحظ ذوي الطفل ان احدى الخصيتين غير موجودة في الصفن او ان الخصيتين معاً مفقودتين فلدى فحص الطفل من قبل الطبيب قد يجد اختفاء الخصية في البطن او انها موجودة في القناة الاربية او خارج القناة .

المعالجة : حقن الهورمون Pregnyl ٥٠٠ وحده داخل العضل كل اسبوع على ان يعطى ١٢ حقنة بين سن ٢ - ٨ سنين فاذا لم يستفيد الطفل يلجأ للعملية الجراحية وهي تحرير الخصية وانزالها الى الصفن .

٤ - التهاب الخصية الحاد

Acute orchitis

الاسباب : تكون اختلاطاً : ١ - للأمراض الحموية (كالتيفية ، والقرمزية والنكاف الخ .) .

٢ - أو التهاب الاحليل البني .

٢ - أو أثر عملية رفع البروستات .

٤ - أو بعد توسيع الأَحليل .

الاعراض : ١ - آلام في المغبن واسفل البطن .

٢ - ارتفاع حرارة 38° - 39° مئوية مع قشعريرة ودعث .

٣ - انتباج الخصية والبربخ .

٤ - احمرار جلد الصفن المغطي للخصية مع توذمة .

المعالجة : يشار على المريض بالراحة التامة ووضع معلق للخصية

ثم اعطاء المرديات كالسينغاميسين والألباميسين او الاكروميسين او

البنسلين مع الستربتوميسين او مركبات السلفاميد .

٥ - سل الخصية والبربخ

Tuberculosis of the testis and
Epididymitis

هو استيلاء عصية كوخ على الخصية والبربخ .

الاسباب : المؤهبة : الرضوض ، الاجهاد التناسلي ، التهابات الخصية
لا سيما السيلاني ، الوراثة .

المحدثة : عصىة كوخ التي تأتي من بؤرة سلية في الجسم (كسل
الرئة او سل العقد اللنفاوية او سل الكلية او البروستات الخ) .

الاعراض : ١ - ألم حاد في الخصية .

٢ - تورم الصفن وازدياد حجم البربخ والخصية .

٣ - تعقد البربخ وظهور عقيدات على الخصية .

٤ - اعراض التهاب المثانة او سلس منوي أو بيلة دموية .

المعالجة : عامة : جعل الخصية بحالة الراحة بحملها بمعلق ثم تغذية
المريض جيداً وتعريضه للشمس .

دوائية : ستربتوميسين ، ريميغون وال P.A.S. والفيوميسين .

جراحية : استئصال البربخ المصاب و احياناً الخصية والبربخ
المصابين .

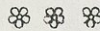
٦ - أورام الخصية

Tumours of the testicul

الاسباب : قد يظهر الورم في السنين الأولى ومن الأسباب
المؤهبة : الرض وهجرة الخصية .

الاعراض : دور البدء : مستتر والمريض لايراجع في هذا الدور .

- ١ -- ضخامة الخصية .
 - ٢ -- اورددة مرتسمة على الصفن .
 - ٣ -- اذا جس الورم بدا متجانس القوام .
 - ٤ -- ضخامة العقد الحرقفية والقطنية .
- دور الدنف : شحوب وجه المريض مع هزال ثم يموت خلال
٦ أشهر حتى سنة ونصف تقريباً .
- المعالجة : الخضاء الواسع مع استئصال العقد اللفافوية للبطن
والبعض يشير بمعالجة العقد بالأشعة .



الفصل السابع

امراض الجملة الوعائية الجراحية

١ - ام الدم

Aneurism

جيب مؤلف من جدر الشريان المتبدلة فيه دم .

الاسباب . - ولادية ، رضية ، مرضية .

١ - امهات الدم الولادية : تحدث في اوعية الدماغ والطحال والكلية .

٢ - « الرضية : اذا اصيب شريان برض ادى الى تمزق

بعض طبقاته النسيجية وبالتالي الى تشكل أم الدم . وان الرضوض

المتكررة والمستديمة المشاهدة حينما ينمو عرن عظمي في النهاية السفلى

للفخذ مجاوراً للشريان المأبضي قد يكون سبباً لإحداث ام دم شريانية

إذ أن عطف الطرف وبسطه يرضى جدار الشريان .

٣ - امهات الدم المرضية : تصيب بعض الأمراض جدر

الشرايين فتضعفها وتكون ام دم واهم هذه الأمراض الأفرنجي

والعصيدة الشريانية ، ومرض السكر والتسممات الغولية والبرداء وغيرها من الأمراض .

- الأمراض : ١ - ورم على مسير الشريان يرد بعض الرد .
٢ -- نبضان موافق لنبضان القلب .
٣ -- الانبساط يشعر به حين وضع اصابع اليد على الورم .
٤ -- نفخة موافقة للنبض تسمع حين الاصغاء الى ام الدم .
٥ -- تأخر النبض في الطرف المصاب عنه في الطرف المريض .
ولا بد للتشخيص من اجراء تصوير الشريان شعاعياً .

المعالجة : تطورت معالجة امهات الدم في يومنا كثيراً واصبح بوسع الجراحة رفع كيسة ام الدم والاستعاضة عنها بطعم شرياني اذا كان الشريان المصاب اساسياً ولا يمكن الاستغناء عنه بربط اعلى واسفل كيس ام الدم ثم استئصال كيسة ام الدم . اما اذا كان الشريان المصاب ثانوياً حينئذ ياجأ لاستئصال كيسة ام الدم وربط الشريان فقط .

٢ — داء برجر او التهاب الوعاء الخثري الساد

Puerger 's Disease (Thromboangiitis obliterans)

مرض ساد للشرايين والأوردة يصيب اوعية الاطراف ولاسيا السفلية ، يحدث قبل سن الأربعين ويصيب اليهود بالخاصة .
الأسباب : غير معروفة تماماً ولكن هنالك اسباب مهيأة أشهرها :

- ١ - التدخين بالتبغ .
 - ٢ - الرضوض .
 - ٣ - فرط تنبه الودى الذي يقبض الأوعية .
 - ٤ - العفونة الموضعية .
- الاعراض : ١ - الآم شديدة تسكن قليلاً بتدلية الساقين اذ كثيراً ما يقضي المريض ليله والساقين مدليين على جانب السرير .
- ٢ - ازرقاق نهايات الاصابع حين تدلي القدمين واصفرارهم حين رفعهم ، واضطراب النبضان في الطرفين مع برودة .
- المعالجة : منع التدخين مع اعطاء موسعات الأوعية المحيطة كـ Ronicol أو البريسكول Priscol واذا لم تفد المعالجة يلجأ الى اجراء عملية خزع الودى حول الشريان والسلسلة الودية القطنية أو قطع القسم المسدود من الشريان مع اجراء عملية تطعيم الشريان ، واذا حدث موات في الطرف يبتز .

٣ - داء رينود

Raynaud 's disease

الأسباب : مرض يتصف بنوب تشنج الشريانات الشديدة ، يحدث عند النساء غالباً بين ٢٠ - ٣٠ من العمر ، ويكون ثنائي الجانب يصيب الأصابع والايدي ونادراً ما يصيب القدمين ، وقد يكون للوراثة شأن في احداثه .

الاعراض : يأتي المرض بشكل نوب اثر التعرض للبرد أو
للانفعالات العصبية ويتصف :

١ - شحوب الاصابع .

٢ - ازرقاق مع انتباج والآم محرقة في الأصابع .

٣ - احمرار الاصابع .

المعالجة : ١ - تدفئة الأطراف .

٢ - اعطاء العلاجات كالستيلسترول ، خلاصة الدرق ، موسعات

الأوعية ومركبات الكلس .

٣ - خزع الودي حول الشريان .

٤ - التهاب الوريد

Phlebitis

هو عفونته كما صرح بذلك كثير من العلماء .

الأسباب : العفونة : يمكن للجراثيم ان تصيب الأوردة مباشرة
فيما اذا حقن مصل في الوريد وكانت الابرة ملوثة أو دخل الجرثوم مع
المصل ، او أن يأتي من الجوار كالتهاب الوريد الوجيهي من دمل في
الوجه ، او في سياق الأمراض العفنة (كالتيقية والنزلة الوافدة الخ) .

الأسباب المؤهبة : ١ - زيادة التخثر في الدم المسبب عن فقدان

مياه العضوية او تحرر الترمبو كيناز في ناحية العملية .

٢ -- الركودة الدموية في الوريد : بسبب الأضطجاع المديد بعد العمليات الجراحية وانضغاط الأليتين ورأس الساقين ، أو لأنضغاط الناحية الاربية بعطف الفخذين حين وضع المريض (بوضعية فوفلر) .

٣ -- الرضوض المباشرة أو بسبب الربط .

الاعراض : ١ - انتباج ووذمه في القدم والربلة وعند الكعبين .

٢ -- الم ومضض بالجلس وقد يكون عفويأ وشديداً للغاية .

٣ -- تسرع النبض وهو اهم علامة .

٤ -- حرارة .

٥ -- لون الطرف يكون بلون شمعي وقد نجد ارتسامات وريدية وقد يكون ازرقاً .

٦ -- برودة الطرف وانعدام النبض .

المعالجة : ١ -- اعطاء مضادات التخثر Anticoagulants كالهيبارين والديكوميرول والتروميكسان .

٢ - معالجة عامة General treatment : راحة تامة في السرير حتى زوال علامات الالتهاب ، تنفس عميق ، تجنب الجهد اثناء التغطوط منعاً لحدوث صمامة رئوية ، بنسايين مع السيترات ، فيتامين E مع مركبات اليود .

٣ -- المعالجة الموضعية Local treatment : يجعل الطرف بحالة راحة تامة وذلك بوضع أكياس رمل من جانبيه على أن يحاط بطبقة كشفة

من القطن ويشابر على التثبيت حتى زوال اعراض الالتهاب تماماً ورجوع النبض لحالته الطبيعية وذلك يتطلب مدة (٣-٥) أسابيع عادة .

وامتحانات الممرضة : على الممرضة أن تنتبه لما يلي : ١ - الحؤول دون انضغاط الأليتين والكعبين بطاولة العمليات أثناء العملية الجراحية بوضع وسائد من المطاط لينة وهي ما تجهز بها عادة طاوولات العمليات الحديثة .

٢ - يجب أن تكون الربط غير مشدودة ، وان لا يثبت المريض بوضعية فوفلر الشديدة .

٣ - اجراء تمارين وتمسيد للطرف باكراً بعد العملية .

٤ - عليها ان تفحص الكعبين والربلة يومياً للمريض المجرى له عملية فاذا ما شكى المريض من ألم أو انزعاج في الاطراف السفلية اخبرت الطبيب ليقوم بفحص الطرف بدقة ووضع التشخيص وهذا الاحتياط يوقي المريض من الاصابه بالتهاب الوريد .

ويشير كثير من الجراحين بنهوض المريض باكراً بعد العملية لوقايته من التهاب الوريد .

وان المرضى الذين سبق أن اصابوا بالتهاب وريد يشار عليهم بأخذ مضادات التخثر .

٥- الدوالي

Varicose veins

الاسباب : هي توسع الأوردة الثابت الناجم عن تبدل جدر هذه الأوردة وتكون ثانوية وبدئية .

الدوالي الثانوية : تنلو الصمامة الوريدية ، او انضغاط الاوردة بالأورام أو بالرحم الحامل .

الدوالي البدئية : تعزى الى ١ : - الوراثة .

٢ - قصور المصاريع الوريدية .

٣ - المهنة كما يحدث للاشخاص الذين تضطروهم مهنتهم للوقوف المديد .

٤ - الحرق او قصور الغدد الداخلية الأفراغ

الاعراض : تكون الدوالي عميقة وسطحية .

الدوالي العميقة : لا تظهر بالعين المجردة بل تظهر ببعض الأعراض الوظيفية التالية : ١ - ثقل شديد في الطرف .

٢ - توذم الطرف لاسيما خلف الكعبين مما يجعل الطرف اسطوانياً .

الدوالي السطحية : تتصف :

١ - ارتسام الأوردة المتسعة والمتعرجة تحت الجلد حينما يقف المريض .

٢ - اذا جست الدوالي نشعر بأنها ليننة ومردودة .

٣ — اختبار ترنديلنبورغ : وذلك باضجاع المريض ورفع طرفه للعالي ثم إيقافه ووضع اصبع على مصب الصافن فلا تعود الدوالي للظهور الا اذا رفع الاصبع الموضوع على مصب الصافن .

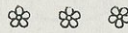
المعالجة : المعالجة الملطفة Palliative treatment :

١ — رفع جميع الأسباب المسببة والاشارة على المريض بأن يتجنب الوقوف المديد .

٢ — لبس الاجربة المطاط أثناء النهار .

المعالجة بالحقن : Injection treatment : حقن مواد مصلبة (كالأورتان والكينين ، والساليسيلات ، والأيتامولين) .

المعالجة الجراحية : Operative treat وتشتمل على عملية ترنديلنبورغ Trendelenburg 'S operation ، وعملية تجريد الاوردة من تحت الجلد . Subcutaneous - stripping



الفصل الثامن

امراض الجملة العصبية الجراحية

البحث الأول

امراض الدماغ

١ — ارتجاج الدماغ

Concussion and cerebral contusion

التعريف : نهي فجائي موقت أو مديد يعترى وظائف الدماغ ،
ويتصف بالتشوشات التالية :

آ — اضمحلال القوى العاقلة .

ب — ضعف أو اضمحلال وظائف حياة المشاركة (الحس والحركة) .

ج — نقص وظائف التغذية حتى وقوفها (غشي قلبي وتنفسي) .

الاعراض : يقسم ارتجاج الدماغ من حيث الاعراض الى
ثلاثة أنواع :

١ - النوع الخفيف : يشعر الشخص بعد تلقي الصدمة بدوار ، طنين أذنين ، صدر ثم تنعطف ساقاه ويسقط شاحب الوجه وبعد بضع دقائق أو ربع أو نصف ساعة يعود اليه رشده .

٢ - النوع الشديد : يبقى الشخص ممدأ بلا حراك وتسترخي عضلاته ، فاذا رفع طرفه سقط الطرف من تلقاء نفسه .

تزول الحسيات العامة والخاصة إذ ينسدل الجفنان وتوسع الحدقات ويصبح المريض غير قادر على بلع الماء ويسيل الماء من الصوارين . يحدث نلس بولي وغائطي .

تنفس شيقوي وتنهدي وقد يكون بنموذج شاين ستوكس . النبض مشوش وضعيف .

٣ - النوع الصاعق : تشتد الاعراض بسرعة في هذا النوع ويموت المريض بالغشي القلي والتنفسي .

الأعراض الحكيمة : يجب تحري العلامات التالية :

١ - معاينة قعر العين : تجرى من قبل المختص بالأمراض العينية ويتحرى :

١ - اتساع الحدقة ، ٢ - المنعكس الضوئي ، ٣ - ركودة الحامة ، ٤ - قياس توتر الشريان الشبكي المركزي .

٢ - البزل القطني : ان الغرض من هذا البزل هو قياس توتر السائل الدماغى الشوكي فقط (في الحالة الطبيعية ١٥ سم من عمود الماء) .

٣ - قياس التوتر الشرياني : يكون ذا شأن في حالة حدوث حصار تام إذ يرتفع التوتر الشرياني واما اذا كان الحصار نسبياً فإنه ينخفض بعد البزل القطني .

المعالجة : ان أول ما يشاهد الطبيب مريضه يمكنه أن يعرف كون الحالة خطيرة أو غير خطيرة ، فالتحسن الباكر يشير لحالة بسيطة بينما الدخول في السبات والشخير واسراع النبض وتغيرات الحدقة وعدم تحسن الحالة بالمعالجة كل ذلك يشير لوخامة الانذار ، لذا وجب وضع المريض مراقباً مدة ٤٨ ساعة بحالة راحة تامة ثم تجرى له صور شعاعية لتحري كسر القبة ويؤمن له تمريض حسن لاعطائه السوائل والاعذية والالتباه الى معصراته والحوول دون الحشكريشات وتؤخذ حرارته بانتظام ويعد نبضه وتسجل حالته العامة بفواصل منتظمة مع مراقبة التطورات التي تطرأ عليه .

السوائل والتغذية : تعطى الأغذية اللازمة بطريق الفم ، أو تدخل الى المعدة بأنبوب رايل . أما السوائل فتحقن بطريق الوريد . الحرارة : تؤخذ كل ساعتين مرة عن طريق الشرج ويراقب ارتفاعها وانخفاضها ، فعلى الممرضة أن تضع القراءات اللازمة وسخانات الماء الحار . أما إذا كانت الحرارة مرتفعة فيجب رفع الأغطية ومسح جسم المريض بالأسفنج المشرب بالماء البارد لاجداث توسع وعائي .

حالة التهيج والاضطراب : لمنع حدوث هذه الحالة يوضع المريض

في غرفة هادئة مظلمة ويمنع النور عن عينيه وإذا لزم الأمر يربط المريض خشية سقوطه عن السرير .

الأدوية المهدئة : تستعمل لتحفظ لأنها قد تخفي بعض الاعراض والاختلاطات ، في الحالات المتوسطة يعطى الأسبرين والكودئين ، وفي الحالات الشديدة يعطى الكلورال والبرومور والبارالدييد في الليل واللو منيال بطريق الفم والوريد ، أما المورفين فقلل ان يلجأ اليه ويفضل اجتنابه إذا كان هناك وهط تنفسي .

المعصرات : تراقب بشدة إذ قد يصاب المريض بانحباس بول قد يكون هو السبب في احداث الهياج عنده فيقشطر مرات متكررة او توضع قطرة دائمة وفي هذه الحالة تغسل المثانة من حين لآخر منعاً من حدوث التهاب فيها . اما الامساك فيعالج بالحقن المفرغة .

مراقبة ازدياد الضغط في القحف : ان ازدياد الضغط داخل القحف ظاهرة كثيرة المشاهدة في رضوض الرأس الشديدة وتعرف بالبرزل القطني غير أنه يجب أن لا يلجأ اليه في حالات النزف خارج الأم الجافية إذ يكون مميتاً بسبب انضغاط القمع فيجب وضع المريض بوضع أفقي ويعين ضغط السائل الدماغي الشوكي بمقياس كلود الذي يوصل بالأبرة الموضوعة داخل القناة على أن يجعل المريض بحالة استرخاء وتنفس طبيعي .

المعالجة بانقاص الإماهة Déshydratation : تكون باعطاء سلفات

المانيزا أو الصوديوم بطريق الفم بمقدار ١٥ غراماً من محلولها المشبع كل ٤ ساعات مدة ٢ — ٣ أيام ، وفي الحالات الشديدة يقطر بطريق الشرج ٦٠ — ١٢٠ غراماً ، وفي الحالات الأشد يحقن ١٠٠ سم^٣ من محلول ٥٪ غلو كوز بيطء في الوريد ، تعاد ٣ — ٤ مرات يومياً بفاصلة ٤ ساعات ، فبخاصة الحلول تزول وذمة الدماغ ، يشار على هذه الطريقة يومين وإذا لم تقد يزل السائل الدماغى الشوكى الى أن يعود الضغط طبيعياً .

٢ — ضرايبات الدماغ

Brain abscess

تشتمل على الخراجات التالية :

خراج الأم الجافية ، خراج تحت الأم الجافية ، خراج ملء الدماغ .

الأسباب : عديدة نذكر منها :

١ — التهابات عظم القبة .

٢ — جروح القبة بالمرامى النارية وجروح القبة المفتوحة .

٣ — التهابات الغشاء والتهابات جيوب الانف .

٤ — عفوة الدم وتقيح الدم التالى لبؤرة انتانية فى الجسم ولا سيما

(خراجات الرئة وذات الجنب القيحية) .

الأعراض : تشتمل على ثلاثة مظاهر :

١ - أعراض تسمم : هي : ارتفاع حرارة ، صداع ، أقياء ، دوار ، عرواء ، قمه ، هزال .

٢ - أعراض ازدياد الضغط داخل الجمجمة : هي : إبطاء النبض ، نعاس ، ركودة الحامة ، ارتفاع الضغط الشرياني .

٣ - أعراض التوضع : قد تفقد هذه الأعراض وقد تظهر وتختلف حسب مكان الاستقرار فيبدو : حبسه ، أو فلوج في الطرف العلوي أو السفلي أو في كليهما ، أو اختلاجات ونوب تشنج .

المعالجة : الخراج الحاد أو تحت الحاد : ينقب القحف فوق الخراج ثقباً واحداً ويبزل القيح ويفرغ ثم يحقن البنسلين أو غيره من المرديات ويعاد العمل كل ٣ - ٤ أيام حسب حالة المريض ، ويراقب صغر حجم الخراج بحقن مادة الـ Perabrodil أو Thorotrast بمقدار يعادل مقدار القيح المستخرج ثم تؤخذ صور شعاعية للقحف وتقارن هذه الصور مع بعضها لمعرفة تضائل حجم الخراج فضلاً عن حقن البنسلين في العضل أو اعطاء المرديات بالطرق المختلفة أو مركبات السلفاميد .

هذا ويجب حقن سوائل شديدة التوتر كالمصل المالح المفرط التوتر أو الغليقوزي وذلك لانقاص الضغط داخل القحف .

الخراج المزمن : يستأصل الخراج كما لو كان ورماً إذا لم يكن استئصاله مضرراً ، أو يفجر بمفجر مطاط يقصر تدريجياً خلال ٣ - ٤

أسابيع وقد يحتاج الى ٣—٤ أشهر كي يندمل الجرح . على أنه يجب أن يبقى المريض في المستشفى الى أن يصبح Proteine السائل الدماغي الشوكي طبيعياً .

٣ - أورام الدماغ

Brain tumours

ان ٨٠٪ من ورم الدماغ هي أورام خبيثة ، وقد حدث تقدم عظيم في تشخيص ومعالجة بعض هذه الأورام .

الأعراض : ١ - آلام رأسية شديدة ومستديمة .

٢ - عدم المطابقة : اذا طلب مثلاً من المريض ان يضع اصبع يده على انفه وهو مغلق العينين فلا يتمكن من اجراء ذلك .

٣ - شلول تصيب بعض الاعضاء ثم تزول بعد برهة من الزمن .

٤ - اضطرابات عينية .

وللتشخيص عادة يلجأ الى تصوير البطينات Ventriculography .

المعالجة : هي استئصال الورم جراحياً اذا كان ذلك ممكن الاجراء

لا سيما بعد التطورات الاخيرة (التي طرأت على الجراحة ووسائل التخدير والانعاش) . واذا استحال استئصال الورم يخفف الضغط

عن الدماغ برفع مصراع من الناحية الصدغية ورفع الأم الجافية ثم اغلاق الجرح بخياطة النسيج الرخوة فقط .

وامبيات الممرضة : ١ — على الممرضة ان تراقب المريض بعد تصوير الدماغ بحقن الهواء مدة ٢٤ ساعة يبقى خلالها مستلقياً على قفاه منعاً لأصابته بصداغ .

٢ — اذا قررت للمريض العملية يجب ان تشير بحلق الرأس من الشعر ثم تجري له ضماد طاهر على الرأس .

٣ — بعد ان تنتهي العملية عليها ان تراقب : النزف ، والصدمة وتبدل الشعور ، والحرارة والنبض والتنفس والضغط الشرياني ، وان تضع كيس الثلج على رأس المريض ، وتجعل الغرفة مظلمة لتحول دون تنبه اعصابه .

وعليها ان تراقب فم المريض بدقة لأنه يكون بحالة عدم شعور بضعة أيام ثم تنتبه الى ناحية الأليتين ومناطق الأستناد منعاً لحدوث خشك ريشة ، كما وجب مراقبة المعصرات عنده فقد يحتاج الى قنطرة المثانة او أحياناً الى وضع قنطرة دائمة في الأليل كما ويحتاج الى حقن مفرغة .
ثم يجب اعطاؤه المهدآت ولا يجوز حقن المورفين له .

٤ — استسقاء الدماغ

Hydrocephalus

الأسباب : هو اجتماع السائل الدماغي الشوكي في البيطنات او الأفضية العنكبوتية اجتماعاً غير طبيعي لذا يقسم الى استسقاء بطيني واستسقاء خارج

البطينات ، واسبابه انسداد الثقب التي تصل البطينات (ثقبه لو شكوا وما جندي) مما يؤدي لانحباس السائل المفرز من الضفائر المشيمية ضمن البطينات فيحدث الاستسقاء الدماغي . اما اذا اجتاز السائل الثقب فيكون السبب عدم امتصاصه من الافضية تحت العنكبوتية لأصابتها بالتهاب افرنجي او غيره وهذا هو ما نسميه بالاستسقاء خارج البطينات .

الاعراض :

- ١ — جمجمة جسيمة كروية ثقيلة حتى ان الطفل لا يستطيع رفع رأسه .
 - ٢ — اليوافيخ متوترة والدروز متفككة والجبهة بارزة (الجبهة الأولية) مع وجود اورده زرقاء تحتاز الفروة وشعر قليل .
 - ٣ — الوجه صغير بالنسبة للجمجمة .
 - ٤ — حول .
 - ٥ — تشوشات عقلية .
- بالرسم الشعاعي : تبدو الجمجمة كبيرة ، عظامها رقيقة ، والدروز متفككة واذا صورت البطينات بحقن الهواء داخل البطينات الجانبية بدت متوسعة .

المعالج : يحاول التوسط الجراحي الذي قل ان يفيد .

البحث الثاني

امراض النخاع الشوكي

١ - رضوض النخاع الشوكي

Injuries of the cord

الاسباب : ١ - المرمي الناري وشظايا القنابل .

٢ - خلوع وكسور العمود الفقري .

٣ - النزف والوذمة في الحبل التالين لرض النخاع .

الاعراض : حالة الصدمة التي تصيب المرضوض نخاعه اثر الرض مباشرة وبعد ان تنقشع هذه الحالة تبدو الاعراض حسب نوع الاصابة (انقطاع او انضغاط او تمطط فقط في النخاع الشوكي) ومكان هذه الآفة فيشاهد :

١ - شلل في الطرفين السفليين .

٢ - اضطرابات حسية وغذائية .

٣ - اضطراب المعصرات (التبول التغوط) .

المعالجة : توجه المعالجة الى السبب فاذا كانت الآفة ناتجة عن خلع في الفقرات يجب رد هذا الخلع وكذلك اذا كان السبب كسر في الفقرات واحياناً يضطر لخنز الصفائح الفقرية لرفع الضغط عن النخاع الشوكي

- كما وقد نضطر لنزع المشاة لتفجير البول .
- واجبات الممرضة : ١ — العناية بالمشاة : يوضع قنطرة دائمة والانتباه الى منع تلوث المريض بالبول .
- ٢ — تغيير وضع المريض كل ٤ ساعات منعاً لحدوث خشك ريشة عنده او اصابته بذات الرئة .
- ٣ — الانتباه الى تغطيه فاذا انحبس الغائط عنده يعطى الحقن المفرغة والمليينات .
- ٤ — تحريك اطرافه لتمارين عضلاتها ووقايتها من الاصابة بالتقفع العضلي .
- ٥ — اعطاء المريض غذاء غنياً بالبروتين .

٢- أورام النخاع الشوكي

Tumours of the spinal cord

- هي جميع الأورام التي تنمو على النسيج النخاعي في النسيج التي حول النخاع ، وتكون هذه الأورام سليمة وخبيثة .
- الأعراض : ان اعراض اورام الحبل تحدث بسبب انضغاط الحبل بالورم او انضغاط الجذور العصبية فتبدو :
- ١ - آلام جذرية او حبلية شبيهة بالآم العصاب الوريكي .
- ٢ - اضطرابات حسية : نمل ، خدر ، ارتعاش .

٣ - شلول : تعرف بتحري المنعكسات الوترية والجلدية وبالاضطرابات الحركية .

٤ - اضطراب المعصرات واعضاء التناسل .

ويجباً الى تصوير القناة السيسائية ومعرفة مكان الورم بحقن مادة ظلية (Iodine او الييودول مثلاً) ثم تصوير النخاع . او بفحص السائل الدماغي الشوكي الذي يشاهد فيه ازدياد الآحين والخلايا .
الملاحظة : يجري للمريض خزع الصفائح الفقارية ويستأصل الورم اذا كان ذلك ممكناً .

٣ - الشوك المنفوق

Spina bifida

الأسباب : عيب ولادي ناجم عن وقف النمو في النخاع الشوكي والعمود الفقري مما ينجم عنه انفتاق قسم من الحبل الشوكي والسحايا من خلال التشوه الفقري فتحدث الأنواع التالية :

١ - استسقاء السحايا Meningocèle

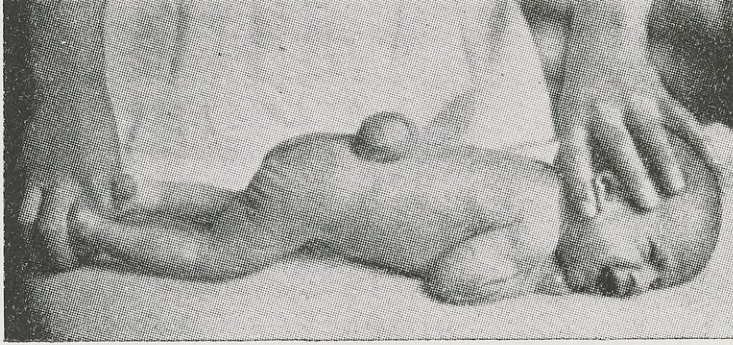
٢ - استسقاء الحبل والسحايا Merringo - myelocèle

٣ - استسقاء الحبل Myelocèle

الأمراض : يلد الولد مصاب :

١ - بورم يقع على الخط النصفى من العمود الفقري ، بحجم البيضة

حتى رأس الجنين ، قوامه متموج او عجيني ، اذا رد احدث اختلاجاً
عند الطفل (الشكل - ٢٠) .



(الشكل - ٢٠)
(الشوك المشقوق)

- ٢ — اذا جست الصفائح عند قاعدة الورم يشعر بجبات كجبات السبحة هي الصفائح الفقرية التي لم يتم التحامها على الخط المتوسط .
- ٣ — يشاهد اشعار كثيفة اذا كانت الآفة كامنة وغير ظاهرة .
- ٤ — الأم قطنية .
- ٥ — يرافق هذه الآفة عيوب ولادية اخرى (قدم عرجاء ، استسقاء رأسي ، خلع ورك ولادي الخ .) .
- ٦ — خذل والسلس .

المعالجة : يجرى للطفل بعد الشهر الثالث من العمر عملية جراحية يستأصل فيها الكيس ويرمم الضياع العظمي بطعم عظمي او بمادة كرينوبلاك أو غيرها من المواد الاصطناعية .

البحث الثالث

امراض الاعصاب

مبروح الأعصاب وانقطاعها

لقد أخذت جروح الاعصاب شأنًا كبيراً لما يطرأ على العصب من الاستحالة بعد ان ينقطع ولما ينشأ من الاضطرابات الحسية والحركية التي لها شأن .

الاستحالة : متى قطع عصب قطعاً تاماً يستحيل طرفه المحيطي منذ اليوم الرابع استحالة سميت استحالة فالر Valer وبعد مضي ثلاثة أشهر على القطع يترمم العصب ثانية . هذا ما تقولُه النظرية المدرسية غير أن هذه النظرية قد طرأ عليها كثير من التبدل حتى وصلت الى ماهي عليه .
الاعراض : لا بد من الوجهة السريرية أن نصف ثلاث حالات :
الانقطاع التام سواء كان غريزياً أو تشريحياً : يبدو نوعان من العلامات :

- (١) العلامات الحركية : وهي شلل العضلات التي يعصبها العصب . وزوال القوة العضلية زوالاً تاماً حتى أن الطرف يصبح مسترخياً .
- (٢) العلامات الحسية : وهي زوال الألم في المنطقة التي يعصبها العصب .

وزوال حس اللمس والبرودة والحرارة والعظم والمفاصل .
زوال المنعكسات الوترية والجلدية .

ثم بعد ذلك تضمر العضلات ويفضي بها الأمر الى الاستحالة فاذا
تحررت الاستحالة من الوجه الكهربى تبدو حينئذ استحالة فالرواضحة
أي ان الاعصاب لا تتنبه بالتيارين النمارادي والغلفاني والعضلات تصبح
أشد تنبيهاً بالغلفاني ولا تتنبه بالفرادي .

الانقطاع غير التام : تكون العلامات السابقة مشوشة .

(١) الاضطرابات الحركية : لا تبدو واضحة فبعض العضلات قد
شل شللاً خفيفاً وبعضها لا يشل واستحالة فالر لا تبدو في هذه الحالة .
(٢) الاضطرابات الحسية : نرى حس اللمس قد زال في بعض
المناطق وبقي في غيرها أما الاختلالات الغذائية فلا تكاد تظهر .

تخرش العصب : ويحدث اذارض العصب ولم ينقطع . فيبدو تناذر
التشوش ، وهذا يتصف بتقلب العلامات الألمية والتشوشات الغذائية
والعرض البارز هنا هو الحراق (Causalgie) الذي يؤلم صاحبه ألماً
شديداً حتى أن بعض المرضى يضعون وعاء ماء لوضع أيديهم فيه كلما
شعروا بهذا الألم وهذا الحراق يلقي المصاب بحالة نفسية شديدة
فيشكو حالة ضجر وبعضهم يلجؤون الى الانتحار تخلصاً منه .

الاضطرابات الغذائية : وهذه تظهر في المواضيع التالية :

(١) الجلد الذي يزرق ويتوذم ويصبح لامعاً .

٢) الأظافر التي تتشقق وتنكسر .

٣) اللحمية التي تكثف وتتوذم فيبدو الطرف المهروس عصبه متوذماً ثم تظهر قروح لا تندمل شبيهة بالداء الثاقب .

تلك هي العلامات التي نشاهدها في انقطاع الأعصاب غير أن هنالك علامات تختلف حسب العصب المقطوع لذا سنقتصر على أعصاب الطرف العلوي .

وفي الطرف العلوي : قد ينقطع العصب الكعبري أو الزندي أو المتوسط فلكل من هذه الأعصاب إذا انقطع علامات خاصة به فمثلاً : في انقطاع العصب الكعبري ، نرى اليد الهابطة فلا يستطيع الشخص بسط يده .

وفي انقطاع العصب الزندي ، نرى المخلب الزندي فمتى وجدنا الخنصر والبصر قد انعطفا بشكل مخلب يجب حينئذ أن نفكر بانقطاع العصب الزندي .

وفي انقطاع العصب المتوسط ، تبدو اليد شبيهة بيد القرد إذ أن عضلات الضرة والعضلات بين العظام تضمر جميعها وتصبح اليد هزيلة بالنسبة للثانية .

المعالجة : الخياطة متى ثبت انقطاعه . ويختلف الأمر في الجرح الحديث عنه في القديم .

الجرح الحديث : إذا ثبت أن العصب قد قطع نوسع الجرح وننضره

ثم بعد ذلك تقرب الطرفين ونخيطهما . ويكون تقريب طرفي العصب سهلاً لأنه لم يحدث انكشاثات .

الجرح القديم : يقولون اليوم ان الخياطة تنجح في أي وقت أجريت فيه حتى ولو مر ٢ — ٣ سنوات إلا انه يجب الاسراع مهما أمكن بالخياطة ولا بأس فيما لو مضى شهر أو سنة .

الخياطة : اذا وجدنا أن طرفي العصب يمكن تقريبيهما بعد فتح الناحية نجعلهما متحاذاين ونخيطهما ببضع غرز من الحمشة الدقيقة تخترق العصب أو غمده الليفي فقط فيقال :

أن الخياطة مقصودة أي متى اجتازت العوز العصب نفسه ؛ ويقال ان الخياطة معنفة متى مرت الغرز في غمد العصب وفي النسيج الخلوي المجاور .

اما إذا كان تقريب نهايتي العصب المقطوع غير ممكن رغم عطف الطرف المريض بقصد تقريب نهايتي العصب فياجأ حينئذ الى التطعيم .

التطعيم : ذاتي وغيري .

الذاتي : يؤخذ قطعة من عصب لاشأن له مثلاً العصب الجلادي لترميم عصب كبير ذي شأن كالوركي مثلاً .

الغيري : يؤخذ عصب أحد الحيوانات الحية أو نخاعها ويفضلون على الطعم الحي الطعم الميت المأخوذ من الارنب أو العجول والموضوع بالكحول ويفضل أخذ النخاع على العصب لأنه أسهل استعصاباً .

الفصل التاسع

جراحة التجبير (امراض العظام والمفاصل الجراحية)

البحث الأول

الآفات الرضية للعظام والمفاصل

١ — الوتي

Sprain

هو آفة تحدث في المفصل ولا تصل به الى درجة الانخلاع (كتمدد الربط المفصلي وكرض المحفظة وتمزقها وكرض الغضاريف أو الاقراص الهلالية في الركبة).

الاسباب : (١) السن : يطرأ الوتي في سن الكهولة وهو في الرجل أكثر منه في المرأة لتعرضه للاشغال الشاقة غير أنه ممكن الحدوث عند المرأة لاسترخاء ربطها (لعدم تمرنها والكعب الطويل الذي يجعل القدم متقلقلة) .

(٢) الاسباب المحدثة : يمكن اختصارها بكلمة العنف : فنكلاً أثر
عنف شديد في مفصل يستطيع ان يصل به الى درجة الوثي وهذا
العنف إما أن يكون معتقفاً أو مقصوداً فنكلاً ان الرض المقصود يستطيع
أن يوثي المفصل فكذلك الرض المعتنف يستطيع أن يوثيه أيضاً .
ويحصل اعتناف في مفصل عنق القدم ، في اكثر الاحيان لأن
القدم تلتوي إلى الانسي والوحشي فيوثي عنق القدم وذلك عندما تزل
القدم في حفرة حال اندفاع الجسم .

(٣) الاسباب المؤهبة : ١ - هي استرخاء الربط ولا سيما عند المرأة .
٢ - تشوهات المفاصل : الركبة الفحجاء والقدم العرجاء والنصاق المفصل .
٣ - ضمور العضلات وشللها كبقايا الشلل الطفلي .

الاعراض : هي : ١ - الألم : مبرح أثناء حدوث الحادثة حتى انه
قد يسبب الغشي ويستطيع الشخص مع ذلك متى وثي مفصله ان يخطو
بضع خطوات خلافاً للكسور وبهذا يميز الوثي عن الكسر وهذا
الألم طويل .

٢ - الوذمة أو الانتباج : الذي يسرع ظهورها لانصباب الدم في
الاقسام الرخوة ولا نصبا به ايضاً في المفصل .

٣ - انزعاج الوظيفة : الذي يكون طفيفاً في البدء إلا انه يصل
في النهاية الى عجز مطلق .

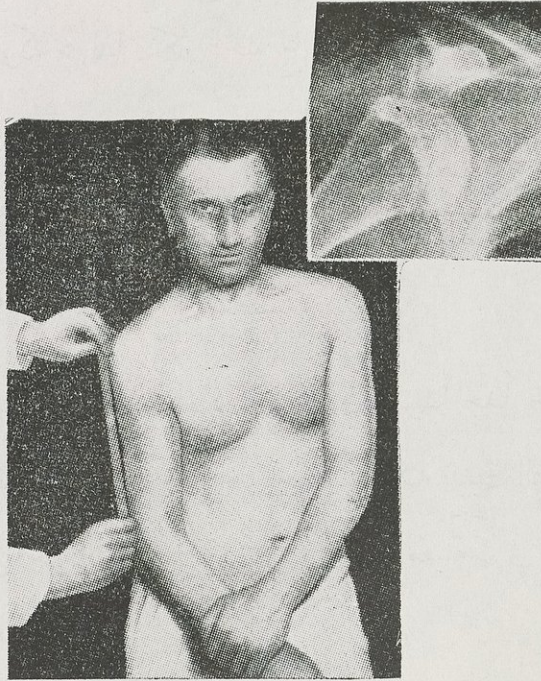
- ٤- الكدمة : سوى أنها غير واسعة كما هي عليه الكسور .
- ٥- الألم : ويكون أشده حيث تتركز الربط ويزداد هذا الألم اذا قتلنا الطرف للوحشي والانسي .
- المعالجة : أحسن المعالجات هي معالجة لوريث ، وهي ان نخضب حول المفصل بالنوفوكائين وأن نمسد الناحية ونحركها تحريكاً خفيفاً بهذا نتوصل قبل ضمور العضلات لتحريك المفصل يبدأ بتحريك خفيف كي لا تضمر العضلات واذا كنا في مكان لا نستطيع اجراء معالجة لوريث نجري مغاطس حارة وتضميدات رطبة خلال ٢-٣ أيام فتزال الآلام نبدأ حينئذ بالتمسيد اللطيف والتحريك الخفيف .
- وهنا تتمثل لنا صحة معالجة العجائز في تمسيد الطرف واستنتاج لوريث من هذه المعالجة القديمة .

٢ - فروع المفاصل

Dislocations

هي تبدل السطوح المفصليّة تبديلاً ثابتاً لسبب طارئ ويسمى الخلع باسم الناحية التي حدث فيها فيقال خلع الكتف (الشكل - ٢١) والمرفق والورك الخ... وباسم مجاورات النهاية العظمية المتبدلة فيقال الخلع العاني أو الحرقفي... وباسم الاتجاه الذي اتبعته تلك النهاية فيقال الخلع الامامي أو الخلفي او الانسي او الوحشي الخ...

والخلع معناه ان العظم السفلي ينخلع على العظم العلوي: فعظم الساعد
ينخلعان على النقا في خلوع المرفق ، والظنوب ينخلع على الفخذ في
خلوع الركبة وهلمجرا ...



(الشكل - ٢١)

خلع الكتف

الأسباب : ١ - مؤهبة ٢ - محدثة .

أ - المؤهبة : ١ - الاشغال الشاقة لذا يكون الرجل أكثر تعرضاً

للخلع من المرأة ، ٢ - سن الكهولة لأنها تحدث في أكثر الأحيان بهذا السن لأن الولد ينجو في الغالب من الخلع لمرونة مفاصله ويصاب بكسر أو بانقلاع مشاشة قبل أن ينخلع مفصله. ولأن الشيخ تنكسر عظامه المتخلخلة قبل أن ينخلع مفصله أيضاً ، ٣ - والمفاصل الأكثر تعرضاً للحركة : لذا تكثر الخلع في الطرف العلوي ٧٧٪ بينما في السفلي ٢٠٪ .

٢ - المحدثه : كل عنف يحدث على الناحية أو بعيداً عنها .

الأعراض : الاعراض شخصية ومرئية .

الشخصية هي : ١ - الألم : ويكون شديداً جداً حين حدوث الخلع غير انه لا يثبت أن يخف تدريجياً وبسكنه تثبت الطرف الحسن وتوقفه أقل الحركات وهو لا يستقر في نقطة معينة كما في الكسر بل هو مبهم ومنتشر .

٢ - العجز : ويكون تاماً بعد الخلع مباشرة وسببه الألم في البدء ثم خذل العضلات الموقت وأخيراً تقلص العضلات الذي يحول دون كل حركة . وحركات المفصل الغريزية محدودة ان لم تكن معدومة ويظهر عوضاً عنها حركات غير طبيعية لأن النهاية المخلوعة تستطيع أن تتحرك بعض الحركة .

وان الألم والعجز الوظيفي علامتان مشتركتان مع بقية الرضوض المفصلية فلا نستطيع أن نثبت الخلع بهما لذا لا بد لنا من اللجوء الى الاعراض المرئية .

الاعراض المرئية هي : ١ - وضعية الطرف الخاصة : فكل خلع وضعية خاصة حتى أن الطبيب يستطيع أن يعين الخلع عن بعد مثلاً ابتعاد العضد والمرفق عن الجذع في خلوع الكتف وانفتاح الفم وعدم امكان اغلاقه في خلوع الفك السفلي .

وتفضي وضعية الطرف المعيبة في الخلع الى تقصيره أو تطويله ولكن هذا الطول والقصر ليسا ناجمين عن تبدل العظم كما في الكسور إذ لو استطعنا أن نقيس العظم لما أدر كنا ان فيه قصراً او طولاً مثال عظم الترقوة فلا نرى فيه أقل قصر لاننا نستطيع قياسه بين النقالا لنتمكن من قياسه لتغلفه بالعضلات .

ويتبدل المحور في قطع الطرف بعد حدوث الخلع مثلاً في خلوع الورك نجد الطرف السفلي اما ملتوياً الى الانسي أو الى الوحشي حسبما يكون الخلع امامياً او خلفياً . واذا خلعت الركبة الى الورا ينحرف محور الساق الى الانسي في اكثر الاحيان عوضاً عن أن يتكون زاوية منفرجة مع محور الفخذ .

٢ - تشوه المفصل : هو العلامة الأساسية في الخلع فحيث يكون

بروز يظهر انخفاض استطاع ادخال الاصبع فيه مثلاً خلع الكتف يعرف إذا رأينا نقطة غائرة فنعرف ان النقا خرج من مكانه . وكذلك عظم الفخذ فاذا ما شعرنا قرب العانة بجسم مدور وحر كنا الطرف وتحرك الجسم نعلم ان الخلع قد حدث .

٣ — الكدمات : ليست ثابتة ، واذا تأخر ظهورها شك في كسر مرافق للخلع فلينتبه لذلك .

٤ — الرسم الشعاعي : لا غنى للجراح عنه لاثبات الخلع ولمعرفة فيما إذا كان مترافقاً بكسر .

المعالج : هي الرد ولكن يعترض الرد عقبتان : ١ — الألم

٢ — تقفع العضلات . فيجب ان لا نرد قبل ان نخدر المريض .

وبعد تثبيت الطرف ٤ - ٥ أيام تزول الحالة المرضية من عناصر المفصل نفسها والاقسام المجاورة له وبعدها يبدأ بالتحريك . أما التمرين فهو مضر لانه قد يحدث أوراماً عظمية إذ أن في الخلع كما في الكسر القسيمي تذهب بعض قطع صغيرة من السمحاق وتنغرس ولا سيما في ناحية المرفق والعضدية الامامية ، فكون قد أضرنا بالمريض عوضاً عن أن نفيده .

٣ - الكسور

Fractures

تقسم الى قسمين : الكسور المغلقة والكسور المفتوحة .

أ - الكسور المغلقة

الكسر هو تفرق اتصال فجائي في العظم (الشكل - ٢٢) فاذا



حدث هذا التفرق في عظم مريض سمي الكسر كسراً مرضياً واذا وقع في عظم سليم سمي بالكسر المحدث .

الاسباب : تقع الكسور ما بين ٢٠ - ٥٠ سنة من العمر غير انها أكثر وقوعاً في الشيخوخة بعد أن تتداخل العظام . أما في الاولاد فهي قليلة الحدوث لمرونة ولطافة العظم وخفة جسم الطفل كل ذلك يحول دون انكسار عظامهم رغم تعرضهم بكثرة للسقوط .

(الشكل - ٢٢)
كسر النهاية السفلى للكعبرة

وأسباب الكسور تكون على نوعين :

١ - أسباباً مؤهبة .

٢ - أسباباً محدثة .

الأسباب المؤهبة : تكون أسباباً مؤهبة عامة وأسباباً مؤهبة موضعية .
الاسباب المؤهبة العامة : كداء لوبستين Lobsten حتى ان مصاباً واحداً بهذا الداء قد عد في جسمه ٤٠ كسراً . ويتصف الكسر بهذا الداء بسرعة اندماله إلا أن هذا الاندمال يتصف بالتشوه . وعدا هذا المرض العصي هنالك أمراض أخرى كالتهاب اللويحي والضمور العضلي المتزايد والفالج الطفلي ، وكذا الحمل عند النساء والداء السكري والرخوة والخرع .

الأسباب المؤهبة الموضعية : جميع الاسباب التي تضعف متانة العظم كالتهاب العظم والنقي والاكياس المائية والورم العظمي ، وافرنجي العظم ، والتهاب العظم السلي .

الأسباب المحدثة : ١ - العنف الخارجي كالصدمات وما شاكل ذلك ٢ - تقاص العضلات .

وتقسم الكسور بالنسبة لهذه الاسباب المحدثة الى قسمين :

(١) الكسور المقصودة : التي تقع حيث يؤثر العامل المسبب للكسر .

(٢) الكسور المعتنفة : التي تقع بعيداً عن مكان الرض مثال ذلك

اذا فتلت يد طفل يقع الكسر في عظمي الساعد فيقال الكسر معتنف .

الأعراض : تتصف الكسور المغلقة بثلاثة أنواع من الأعراض :

(١) الأعراض الوظيفية .

(٢) الأعراض المرئية .

(٣) الأعراض العامة .

١ -- الأعراض الوظيفية : هي ١ -- الألم ٢ -- العجز الوظيفي .

١ -- الألم : لا يدل دلالة صريحة على الكسر إلا إذا كان عميقاً ومتى حدث بجس العظم وقد يكون العرض الوحيد الذي يدل على الكسر كما في كسور العنق النضير وكما في كسر الترقوة متى سارت الأصبع من الحافة الانسية إلى الوحشية متبعة العظم وشعر الطفل بنقطة مؤلمة نعلم حينئذ ان العظم قد كسر .

٢ -- العجز الوظيفي : علامة ثابتة في الكسور فمتى كسر العظم كسراً يعجز الطرف عجزاً تاماً إلا انه في بعض الاوقات لا يدل دلالة صريحة على الكسر مثلاً إذا كان الطرف ذا عظمين وكسر أحدهما كما في الساعد .

وقد يكون العجز غير تام متى حصل تداخل أو تشابك كما في كسور عنق الفخذ إذ يستطيع المريض حتى الوقوف .

٢ -- الأعراض المرئية : ١ -- التشوه : سببه التبدل اما بسبب التزوي أو التراكب أو الانفصال وقد ينجم عنه انصباب الدم فهو إذن عرض ثابت يدل دلالة قاطعة على الكسر .

٢) التحرك الغير طبيعي : إذا ضبط باليد الطرف المكسور فوق الكسر وباليـد الثانية تحت الكسر يستطيع إحداث حركات جانبية أو عطف الطرف وهذا ما يسمى التحرك الغير طبيعي أو التحرك الشاذ.

٣) الفرقعة العظمية : هي الصوت الذي يسمع حين احتكاك إحدى قطع العظم بالأخرى وهو يدرك باليد لا بالأذن ولا يجوز تحري الفرقعة لما يؤدي ذلك إلى عوارض خطيرة كانهـقلاب الكسر الناقص إلى كسر تام أو انقطاع العصب أو الشريان حين تحري الفرقعة . أما اذا شعر بها صدفة فيكون ذلك حسناً . وقد لا تسمع هذه الفرقعة على الرغم من وضوح الأعراض فهنا يجب أن نشك باعتراض عضلي يحول دون سماعها أو الشعور بها .

٤) الكدمات الثانوية أو المتأخرة : سببها الدم النازف من العظم المكسور لذا نحتاج لبعض الوقت كي تظهر على الجلد وعادة تظهر بعد مضي ٢٤ ساعة إلى ٤٨ ودلائلها أكثر من أن تشهر في كسور قاعدة الجمجمة . وان بعض الكسور تتصف بصفات خاصة كالفقاعات في كسور الساق فهي تنشأ من تشوش واختلال الدوران .

٣ - الأعراض العامة : هي ارتفاع الحرارة إذ قل أن يخلو كسر من ارتفاع الحرارة وهي حرارة ظاهرة ناجمة عن غرور الدم .

التشخيص الشعاعي : يجب صنع صورتين صورة لكل وضع

والاوضاع التي تجري فيها الصورة هي الوضع الامامي الخلفي
والوضع الجانبي .

المعالجة : تتم : (١) بالرد (٢) بالتثبيت (٣) بالتحريك الباكر لمفاصل
وعضلات العضو الغير المثبتة .

(١) الرد : أ - الرد الآني : بعد ان يخدر المريض تخديراً عاماً أو
قطنياً أو موضعياً وبالتخدير بحقن نقي العظام الطويلة بمحلول مخدر يرد
الكسر ثم تؤخذ صور شعاعية بالوضعيتين لمراقبة الرد كي يكون جيداً .
ب - الرد التدريجي : يجري بالتمديد ومضاد التمديد وذلك بواسطة :
(١) الربط اللاصقة (٢) بشفود كرشنر .

ج - الرد الجراحي : وذلك بفتح البؤرة ورد الكسر جراحياً .
(٢) التثبيت : يختلف حسب كل كسر وكل ناحية ويكون اما بالتجبير
أو بعملية جراحية .

آ - التثبيت بالتجبير : يجري بالوسائط التالية : (١) الجبائر الخشبية
والمعدنية (٢) بالآجهزة الجبسية (٣) بالتعايق .

ب - التثبيت بالعمامة الجراحية : بعد أن يرد الكسر جراحياً
تثبت قطع العظم المكسورة بالاستجدال خارج العظم او بالاستجدال
داخل نقي العظم .

(٣) التحريك الباكر : ان الاسس التي تبني عليها اليوم معالجة
الكسور هي تحريك العضو بعد تثبيته . يجب تثبيت المفاصل

الواقعة فوق الكسر وتحتة ، أما المفاصل البعيدة فيجب تحريكها حركة فاعلة للحؤول دون ضمور العضلات ودون التصاق صفق بين الأوتار ولتأمين دوران دموي جيد في العضو فيجب أن نفهم المريض بان يجري هذه الحركات الفاعلة لانها لا تسبب أي تأخر في اندمال الكسر .

ب - الكسور المفتوحة

هي الكسور التي تتصل بؤرة الكسر فيها بالهواء وقد كانت هذه الكسور سبباً لعوارض خطيرة في الماضي كالنغغرينا الغازية والكزاز والتعفنات وما شاكل غير أن هذه الاختلاطات قد خفت بسبب اكتشاف المرديات .

الأسباب : ان انفتاح بؤرة الكسر يكون : (١) بدئياً (٢) ثانوياً .

الانفتاح البدئي : آ - يحدث إما من الظاهر الى الباطن . ب - أو من الباطن الى الظاهر .

١ - الانفتاح من الظاهر إلى الباطن : يتبار رض الاقسام الرخوة كما يحدث بعد مرور دولاب عجلة أو اصابة بمرمي ناري أو شظية قبلية .

٢ - الانفتاح من الباطن إلى الظاهر : يتم فيما اذا تبدلت قطع العظم ومزقت الاقسام الرخوة مثال ذلك كسور الساق .

ب - الانفتاح الثانوي : يصاب المريض بكسر مغلق ثم يصبح

هذا الكسر مفتوحاً اما لاصابة المريض بهذيان أو بعد تخدير المريض أو تلو سقوط خشكريشة .

الاعراض : يشاهد جرح مختلف الاتساع حسب السبب المحدث فاذا كان السبب مرمى نارياً اقتصر الأمر على فوهة دخول صغيرة مدورة وفوهة خروج مع أعراض الكسر التي مر ذكرها في الجروح المغلقة . أما اذا كان السبب شظايا قنابل أو دهساً فيشاهد جرح رضي مشرشر الحوافي مع تمزق الاقسام الرخوة وورم دموي جسيم يعرف بشدة انتباج الطرف وقد تنقطع الاعصاب ويتشظى العظم وتبدل قطع الكسر فيجب على الطبيب أن يحس النبض تحت الكسر ليعرف حالة الدوران وان يتحرى حالة الاعصاب ثم يكمل ذلك بالتصوير الشعاعي لمعرفة عدد الشظايا وتبدل القطع العظمية .

المعالجة : ان الاعتبار الأول الذي يجب أن ينتبه اليه في معالجة الكسور المفتوحة هي وقاية الكسر من الاتان ويمكن تحقيق ذلك بالطريقة المستعملة في معالجة الجروح الحديثة أي باجراء عملية التنضير على أن يراعى جانب الاقتصاد حين رفع الشظايا العظمية قترك كل شظية عالقة ولو بسمحاقها بالعظم لأنها تدخل في تشكيل الدشبذ . ويمكن في بعض الحالات اغلاق الجرح مباشرة بخياطتها خياطة بدئية وهذه الحالات هي :

آ - حينما يكون الجرح حديثاً لم يعض عليه أكثر من ٦ - ٨ ساعات .

ب - إذا كانت عملية التنضير قد أجريت بشروط جيدة للغاية واطمأن إليها الجراح .

ج - حينما لا يكون الجرح ملوثاً بالجراثيم أو مدهوساً بشدة .

د - إذا أمكن تقريب حواف الجرح من بعضه دون أي توتر .
فاذا لم تتحقق هذه المثل وكان هنالك شك حينئذ يفضل عدم اجراء الخياطة البدئية وتضميد الجرح بعد تركه مفتوحاً على أن يعطى المريض المرديات فاذا لم يغلق الجرح يجب أن يخاط خياطة ثانوية متأخرة حينما تسمح الحالة بذلك .

والاعتبار الثاني من المعالجة هي تثبيت الكسر ، فمن الخطأ الفادح أن نعالج الجرح على حساب الكسر والعكس بالعكس أيضاً . فيجب رد الكسر جيداً وتثبيته بجهاز جبسي ثم فتح نافذة ومراقبة المريض مراقبة دقيقة بان ينتبه الى حرارته ونبضه وانتباج العقد اللفافية كالعقد الاربية في الطرف السفلي والابطية في الطرف العلوي .

يجب التيقن من حالة الكسر باجراء صور شعاعية أمامية وخلفية ويجب أن لا ينسى الطبيب من اعطاء المصابين المضادين للكنزاز والغنغرينا .
واذا كان الكسر مفتوحاً في المشاشة ينظر لحالة المريض فاذا وجد عنده الارتفاع بالحرارة وسوء الحالة العامة بسبب التسمم فيجب عندها نشر المفصل انقاذاً للحياة المريض .

الاضطال الخاصة للكسور

Special Fractures

١ - كسور الاطراف العلوية

أ - كسور العضد :

ان اكثر اشكال كسور العضد شيوعياً هي تلك التي تحدث في النهاية العليا للعظم وخاصة عبر العنق الجراحي ، وتعالج كبقية كسور هذا العظم بتبعيد الطرف بشكل زاوية قائمة على الجسم مع الراحة والحركة المبكرة ضرورية وهي تقي من قسط المفصل الكتفي العضدي .

ب - كسور المرفق :

وهي أصعب كسور الطرف العلوي معالجة وهي اما ان تصيب النهاية السفلى للعضد أو النهاية العليا للزند والكعبرة . وتعالج اما بالجراحة والمريض في الفراش أو بواسطة العطف الشديد لمفصل المرفق والذراع موضوعة في جبيرة خاصة .

ج - كسور الساعد :

وهي تتصف بانكسار عظم واحد أو عظمي الساعد معاً ، واذا شمل الكسر العظمين معاً فانه يخشى آتئذ من حدوث تشوه كبير في الساعد .
تعالج هذه الكسور باجراء الجراحة والساعد منعطف بشكل زاوية قائمة .

ومن أهم أشكال كسور الساعد كسر Colle's ويعني كسر النهاية السفلى للكعبرة والذي يشبه بتشوّهه انحناء الشوكة اوله شكلان كسر ظهر الشوكة و كسر بطن الشوكة وذلك حسب تبدل القعة السفلية للكسر الى الخلف أو الى الامام .

٢ - كسور الاطراف السفلية:

آ - كسور الفخذ :

اكثر ما يلاحظ عند المسنين هو كسر عنق الفخذ وينجم غالباً عن السقوط . فان كان كسر عنق الفخذ قريباً من الكرامة فان الالتئام يكون صعباً ويدعى هذا الكسر بالكسر داخل المحفظة . أما اذا كان خط الكسر خارج المحفظة ، وماراً بالمدور الكبير فيدعى بالكسر عبر المدور وهو اسرع اندمالاً نظراً لتأمين تروية افضل لرأس الفخذ المقطوع . وان كثيراً من كسور الفخذ تكون متشابكة وهذا التشابك يعطي للعظم فرصة جيدة للاندمال ، وكثيراً ما يلجأ لاجراء هذا التشابك اصطناعياً في كسور الفخذ .

ب - كسور الساق :

واكثرها مصادفة هو كسر Pott وهو عيار عن كسر الشظية فوق ذروة الكعب الوحشي باصبع أو باصبعين وانكسار الظنبوب في ذروة الكعب الانسي مع تفرق او انقطاع ربط المفصل الشظوي الظنبوبي .

٣ - كسور العمود الفقري

وهي تنجم عن فرط انبساط أو فرط انعطاف في العمود الفقري أو من السقوط على الظهر أو اصطدام الظهر بجسم ثقیل كمقدمة سيارة ومن الاشكال الشائعة الكسر الانهدامي في العمود القطني حيث تضغط الفقرة المتهدمة على الجذور العصبية مؤدية الى آلام مبرحة في الاطراف السفلية .

تعالج هذه الكسور بفرط التبسط (طريقة بوهلر) .

واجبات الممرضة في العناية بالكسور :

ان كل مريض تعرض لرض كبير كالكسر مثلاً يجب أن يوضع تحت المراقبة الدقيقة وذلك لكشف اعراض الصدمة والنزف التي قد يصاب بها ، لذا يجب ملاحظة الضغط الدموي ، والنبض ، والتنفس لديه مرة كل ربع ساعة ويجب أن تقوم الممرضة بهذه المراقبة بكل اخلاص وتفان في العمل وليس كمجرد واجب عليها ان تقوم به . كذلك على الممرضة أيضاً أن تملك قوة ملاحظة واستنتاج فعلها في كل مرة تقوم فيها بملاحظة النبض والتنفس أن تقارن هذه الارقام مع تلك التي سجلتها في المرات السابقة حتى اذا ملاحظت عند المريض ما يدل على حدوث نزف باطن مثلاً كالأزدياد المستمر للنبض (النبض المتسلق)

والشحوب ... الخ قامت ببلاغ الطبيب وبهذا يمكن ان تساعد في انقاذ
أرواح المرضى . ان اعراض الصدمة قد لا تكون موجودة بوضوح
عند المرضى حين وضعه تحت مراقبة الممرضة ، لذلك يجب على
الممرضة ان تعلم أن البرد والقشعريرة من جهة والالم من جهة اخرى هما
عاملان مؤهبان للصدمة ، وان عليها أن تؤمن للمرضى اذن جواً
دافئاً وان تتجنب العنف حين تحريك القسم المرضى او المكسور
من البدن خوفاً من اثاره الالم لدى المريض .

ان من الضروري لكل ممرضة ان تلم بالمبادئ الاساسية في معالجة
الكسور حتى تتمكن من مساعدة الطبيب المسعف ومن ثم العناية
بالمريض . ان هدف معالجة الكسور يرمي الى ارجاع العظم الى وضعه
الطبيعي ما امكن والمحافظة عليه في هذا الوضع المدة اللازمة لحصول
الاندمال والتعجيل في اعادة الحركة للعضو المثبت بقدر المستطاع (وقد
تقدم معنا في بحث معالجة الكسور بعض التفصيل عن هذه الناحية) .
ان السرير الذي يرقده عليه المكسور يجب أن يتأمن فيه بعض الشروط
ومنها وضع لوح على السرير مستو باغطية سميكة ينام فوقها المريض ،
وكذلك ان يعلق قرب رأس المريض حلقة مثبتة بالسقف مثلاً حتى
يتمكن المريض بمسكها من اجراء بعض الحركات الضرورية لتعديل
وضعيته في السرير وكذلك لممارسة بعض الحركة الخفيفة التي تساعد
على تنشيط المقوية العضلية وتقي من تشكل الصدمات والخشكرشات .

ومن واجبات الممرضة تجاه المكسور ان تقوم يومياً بغسل الاقسام المكشوفة من البدن وذلك الاقدام بالزيت والدهونات الملية نظراً لميل الاقدام الراقدة في السرير مدة طويلة الى الجفاف . كما ان عليها أن تراقب يومياً النواحي المختلفة من جسم المكسور بدقة بحسباً عن المناطق المحمرة أو المتخرشة الممكن مصادفتها والتي تدل على بدء تشكل الخشكريشات بسبب الانضغاط ، وكذلك يجب عليها حماية النسيج الساترة للنواتئ العظمية والتي هي عرضة اكثر من غيرها للانضغاط مثل العقب والمرفق والعصعص والخرقمة ، وعندما تلاحظ الممرضة منطقة من الاحمرار فعليها أن تتخذ بضع خطوات ضرورية لمنع تشكل الخشكريشة وافتتاح الجلد وهذه الخطوات هي ان تغسل هذه النواحي المحمرة بمياه فاترة وتذلكها دلكاً لطيفاً بالكحول لتنشيط الدوران في المنطقة وكذلك عليها ان تضع تحت الناحية حلقة من القطن بحيث تقع الناحية المحمرة ضمن فراغ الحلقة ، كما ان عليها أيضاً أن تحاول تغيير وضعية المريض في السرير وتقليله من جنب الى آخر قدر الامكان توكياً من انضغاط اقسام معينة انضغاطاً مستمراً .

وان القوام الغذائي للمريض يجب أن يكون غنياً بالفيتامينات والمواد البروتينية الضرورية لترميم النسيج كما يجب أن يتضمن انواعاً خاصة من الاملاح المعدنية ولا سيما الكلس والفوسفور ، وعلينا أن لا نبخل على المكسور المرضوض بالسوائل التي تعطى عادة عن طريق

القم بكميات زائدة الا في حالات الصدمة التي تستدعي نقاهها عن طريق الوريد .

وكثيراً ما يصاب المكسور الراقدي الفراش بكسل معوي يؤدي الى القبض ، وفي هذه الحالة علينا أن نكافحه بعمليات لطيفة أو بقوام غذائي كثير المواد النباتية الحاوية على الالياف .

ثم على الممرضة أن تهتم بناحية مهمة جداً وهي أن المكسور الذي يضطر الى ملازمة فراشه مدة مديدة يصاب غالباً بضعف في معنوياته وشعور باليأس ومن واجب الممرضة الاساسي ان تحاول قدر المستطاع ادخال الطمأنينة والثقة في نفس المريض حتى تستحق بمجداة لقب ملاك الرحمة .

واجبات الممرضة في العناية بالمريض المحبرن :

لا تحتاج الاجهزة الجبسية على الأطراف إلا إلى عناية قليلة وخاصة عندما تجف وقبل جفافها بأن يحافظ عليها من الانضغاط أو تغير الشكل . أما الأجهزة الجبسية على الجذع كالتي تمتد بين الكتفين والخرققتين فتحتاج الى عناية دقيقة من تغيير وضعة المريض الى إطعامه وأداء مختلف حاجاته ، وجعله في وضعية الانبطاح على البطن عدة مرات يومياً ولمدة ساعة أو أكثر في كل مرة .

هذا ويجب مراقبة نواحي البدن المغطاة بالجهاز الجبسي حتى اذا

ما بدت بعض العلامات المندرة كالبرودة والنمل والوذمة وسواها بادرت
الممرضة الى إخبار الطبيب فوراً ليعمد الى ازالة الضغط ووقاية الانسجة
من التمثوت ويجب بعيد جفاف الجبس ستر حوافه بقلب الأقسام
الزائدة من الفانيلا على هذه الحواف لتمنع تخرش جلد المريض بها .
ويجب الاعتناء بنظافة الأقسام المعراة من الجبس بغسلها مراراً كل
يوم ، كما ويستحسن ذلك الظهر بالكحول تنشيطاً للدوران الدموي ،
وعلى الممرضة أن تلاحظ فيما اذا كانت هناك روائح كريهة تنبعث من
تحت جهاز الجبس دالة على تعفن النسج فاذا كان شيء من ذلك فعليها
اخبار الطبيب المعالج .

كيف ينزع الجهاز الجبسي :

ينزع الجهاز الجبسي عن الطرف السفلي مثلاً باجراء شقين طولانيين
على جانبي الطرف فيصبح الجهاز قطعتين يسهل فصلهما عن بعضهما .
ولا جراء هذا العمل أدوات عديدة كالمقص الخاص ، او الموسى
الخاص ، أو المنشار الخاص بالجبس ، ويجب تليين الجبس في مكان
قطعه تسهيلاً للعمل ، ويكون ذلك باستعمال بعض المواد الحالة للجبس
كأن تقطر بضع قطرات من حمض الخل أو من محلول ثاني كلورور الزئبق
الذي له محذور مهم وهو أنه يؤدي لصدا الآلات المستعملة اذا طال
تماسه معها ، ويمكن اذا لم توجد هذه المحاليل الأكتفاء بالماء فقط .

ولما كان تطويق الجبس لطرف أو لناحية من البدن عائقاً للتروية الدموية في هذا الطرف فإن من الممكن أن نصادف بعد نزع الجبس نقصاً في المقوية العضلية وقساوة Stiffness في المفصل وكلها تزول تدريجياً لذلك يجب تنبيه المريض الى ذلك حتى لا يصاب بخيبة أمل مريرة. كما ويجب الانتباه الى حالة العظم الملتئم بأن يوضع في وضعه تشبه تقريباً وضعيته داخل الجهاز المنزوع وذلك بوسائد على طرفي العضو كأ كياس الرمل مثلاً وبتروكها مدة ليتمن العظم وتستعيد الأنسجة التي قلت ترويتها نشاطها السابق وحيويتها المعتادة .

واصابات الممرضة تجاه المرضى الجبى لهم التمديد المتواصل :

ان على الممرضة واجباً مزدوجاً ، فهي الى جانب عنايتها بالمريض يجب أن تحافظ على الدرجة اللازمة من الجر والتمديد المستمر ، وهذا يقضي حتماً أن تلم الممرضة ببعض المعلومات الضرورية عن طبيعة الكسر والغاية من الجر والوضعية اللازمة أثناء الجر ، وخط التمديد والثقل الواجب استعماله .

وثمة ملاحظة بسيطة ، فاذا طبق التمديد للمريض وهو بحالة الصحو دون تخدير أمكن للمريض أن يخاف من منظر الآلات حوله والأجهزة المستعملة ، لذلك وجب على الممرضة أن تشرح له بتبسيط الجهاز الذي سيطبق له والغاية من تطبيقه حتى تدخل الطمأنينة الى نفسه فيتعاون مع الاطباء المعالجين .

وإذا كان من اللازم بقاء المريض مضطجعاً على ظهره كان لابد من الاستعانة بمساعدين لرفع المريض عن الفراش لتقوم هي بغسل ظهر المريض وذلك به بالفعول تنشيطاً للدوران فيه ولتقوم بمراقبة مناطق الجلد الواقعة تحت نواتىء العظام (كالسناسن ، والمدورين) خوفاً من انضغاطها وحصول ما يسمى بخشكريشات الاضطجاع .

هذا ويستعمل للتمديد المشمع اللاصق (البلاستر) الذي يطبق على الجلد وتسمى هذه الطريقة « التمديد بالجر على الجلد Skintraction » ويجب تهيئة الجلد لذلك بحلق الشعر وطي الجلد بصبغ البنزوين الذي له فائدتان ، الأولى حماية الجلد من التخريش والثانية تمتين التصاق المشمع اللاصق بالجلد ، وعلى الممرضة أن تراقب بالتباه هذه الربط حتى لا تنزلق عن مكان لصقها الاولي ، وكذلك عليها أن تراقب الجلد المجاور لملاحظة احمرار ممكن الحدوث وهو علامة حصول تخريش ، ويجب على الممرضة وضع وسادة تحت عقب المريض المجرى جر على طرفه السفلي مع أنه في حالة اجراء الجر على الطرف السفلي يجب ان تحافظ القدم في وضعية طبيعية تماماً ، وان يرفع اسفل السرير بمقدار ١٠ — ١٥ سم حتى يكون جسم المريض بمثابة تضاد للتمديد .

البحث الثاني

امراض العظام والمفاصل الالتهابية

١ - التهاب العظم والنقي

osteomyelitis

يكون على نوعين : ١ - التهاب العظم والنقي الحاد .

٢ - التهاب العظم والنقي المزمن .

أ - التهاب العظم والنقي الحاد

Acute osteomyelitis

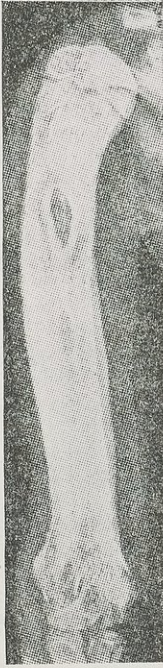
التعريف : مرض يتصف موضعياً باستقراره في النواحي المجاورة للمشاش وبأعراض عامة قد تفضي للموت . وبما أن هذا المرض يقع في اليافعان فقد سمي التهاب العظم والنقي عند اليافعان .

الأسباب : الأسباب المؤهبة : ١) كل ما أضعف الجسم (البرد ، التعب ، سوء التغذية) .

٢) السر : يختار هذا المرض سن النمو أي منذ الطفولة الأولى

حتى سن العشرين وأكثر حدوثه بين سن ١٣ — ١٧ حيث يكون نمو العظم نشيطاً في بعض أقسامه ، سيما أزاء غضروف الاتصال غير أنه يصادف عند الكهول والشيوخ والرضع .

(٣) الرضوض : لعل الرض الذي أحدث بعض الكدمات ومزق الأوعية أخرج مع الدم جراثيم كانت سائرة في الدورة الدموية وجعلها تتوضع في البؤرة المرضوضة وقد ثبت أثر الرض في السريريات .



(٤) المقرّ : ينتخب التهاب العظم والنقي عادة العظام الطويلة كالفخذ والظنوب والعضد (الشكل — ٢٣) والزند والكعبرة . وان العظام القصيرة تصاب أيضاً ويستقر في النقطة النشيطة منها عادة وإذا تعفنت المشاشتين سمي التهاب العظم والنقي المزدوج القطب .

الاسباب المحدثه : هي الجراثيم المقيحة واهمها المكورة العنقودية المذهبة التي كشفها باستور في نقي أحد المصابين وقال جملة المشهورة « إذا جاز لي القول لسميت التهاب العظم والنقي دمل العظم » غير أن هذه المكورة ليست نوعية بل أن المكورة العنقودية البيضاء والعقدية والرئوية والعصية

(الشكل — ٢٣)

التهاب عظم ونقي في العضد .

التيفية يمكن لكل منها ان يحدث الآفة ، وقد تشترك هذه الجراثيم مع بعضها .

الأمراض : دور البدء : يبدأ المرض فجأة غالباً بأعراض عفوية خطيرة (قشعريرة ، حرارة ، قيء ، هذيان) فإذا جست أطراف المريض بدا ألم حاد في الطرف الذي استقرت به العفونة .

دور الصولة : لا يتأخر ظهور هذا الدور ويتصف بالعلامات الموضعية التالية :

- (١) ألم لا يطاق أشده في الناحية المجاورة للمشاش .
- (٢) انتباج النسيج في تلك الناحية وارتسام الأوردة عليها واحمرارها .
- (٣) عجز وظيفي في الطرف .

دور التقيح : يظهر هذا الدور بعد مضي ٢ — ٣ أيام ويتصف بعلامات التقيح الموضعي لان الصديد ثقب السمحاق ومر للنسج فيبدو :
(١) تعجن (٢) تموج (٣) ثم تهجع الآلام وبعدها ينبثق الصديد من الجلد من تلقاء نفسه أو ان الجراح يفجرة .

يسير هذا المرض إما الى الانحلال او التقيح أو الموت .
١ — الانحلال : يحدث في حالة تشخيص المرض باكراً ومعالجته معالجة فعالة .

٢ — القيح : هو الحالة الكثيرة الحدوث .

٣ — الموت : إذا حدث في البدء دليل على شدة حمة الجرثوم .

المعالجة : ان التهاب العظم والنقي الحاد كما هو معلوم عفونة عامة تلتها آفة موضعية في العظم فمعالجة هذه الآفة إذن تشتمل على أمرين :

١ — معالجة التسمم العام .

٢ — الاعتناء بالآفة الموضعية .

١ — معالجة التسمم العام : تكون عفونة الدم متغلبة على الآفة الموضعية لذا وجب الشروع بحقن البنسلين انقاذاً لحياة المريض فيحدث التحسن عادة خلال ٢٤ ساعة وتبقى الحرارة مرتفعة بضعة أيام إلى أن يصبح زرع الدم سلبياً من الجراثيم .

٢ — معالجة بؤرة التهاب العظم : لا توجد ميزة حين حقن البنسلين مباشرة في بؤرة العظم إذ أن العلاج يصل إلى البؤرة بطريق الدم وإن ادخال الابز موضعياً له محذور تلقيح البؤرة بجراثيم لا تأخذ غرام ويجب أن يقتصر على حقن البنسلين موضعياً في الحالات التي يرافقها اختلاط التهاب المفصل .

اعطاء البنسلين : يحقن داخل العضل إما حقناً متفرقة أو بشكل قطرات مدة ٢٨ يوماً كي يتعقم العظم تماماً فيشرع بحقن مقدار بدئي (٠,٥ - ١) مليون ومن ثم يحقن ٢٥٠ ألف وحدة كل ٤ ساعات إلى أن تصبح الحرارة طبيعية .

ويشير البعض بأشراك السلفاميد مع البنسلين كي تزداد فعالية البنسلين كما ثبت ذلك تجربة كما وجب اجراء نقل دم للمريض لتحسين حالة التسمم العام عنده .

التثبيت : يجب تثبيت العضو في جبيرة كي يراقب العضو فاذا لم يحدث تقيح حينئذ يثبت العضو بجهاز جبسي إلى أن تثبت الاشعة حدوث تكلس عظمي .

استطبابات التوسط الجراحي :

١ - خراج تحت السمحاق : يفجر الخراج بشكل واسع ثم يذر مسحوق السلفادير مع البنسلين . وان حج العظم دون فتحه فتحاً واسعاً ليس بمستحسن .

٢ - تكون شظية : سبب تكون الشظية هو تأخر المعالجة بالبنسلين أو ايقاف المعالجة باكراً . فيجب رفع الشظية دون ان تؤذي النسيج المجاورة ويجب اعطاء البنسلين قبل ٢٤ ساعة من التوسط الجراحي . معالجة التهاب المفصل التالي لالتهاب العظم والنقي :

ان تفجير المفصل خطر للغاية ونسبة الوفاة فيه عالية جداً لذا وجب اجتنابه مهما كلف الأمر وما يجب عمله هو : بزل القيح من المفصل وحقن البنسلين بمقدار (٣٠ ألف وحدة محلولة في ٣ سم^٣ من المصل الغريزي) ثم تثبيت المفصل . وان معظم الحالات تشفى بهذه الطريقة . وفي المفصل الحرقفي الفخذي : يصعب اجراء البزل لذلك يحقن البنسلين موضعياً بواسطة ابرة القص الخاصة ، فتدخل في المشاشة تحت التروخاوتر فير تشح البنسلين من العظم إلى جوف المفصل .

ب — التهاب العظم والنقي المزمن

Chronic osteomyelitis

قد يكون احد عقايل ذات العظم والنقي الحاد أو يتلو تعفن كسر مفتوح أو يكون مزمناً منذ بدئه .

الأسباب : الاسباب المحدثه : هي الجراثيم المرضية المحدثه لالتهاب العظم والنقي الحاد غير ان حمته تكون مخففة حتى ان الصديد يصبح عقياً وهذه الجراثيم قد ذكرها في البحث السابق .

الاسباب المؤهبة : (١) حدوث كسر مفتوح يرافقه رهس العضلات والجلد كما يحدث في كسور القذائف وتلوث هذه الكسور بتياب المريض الحاملة للجراثيم .

(٢) عدم تطهير بؤرة الكسر حين حدوثه وذلك بتنضيره تنظيراً ناقصاً وتنظيف البؤرة المصابة .

(٣) تكون جيب ممتلئ بنسيج حبيبي ملتهب التهاباً مزمناً .

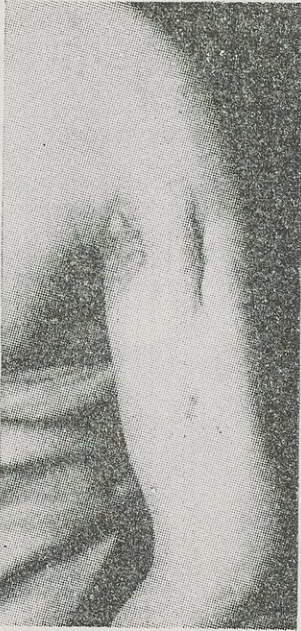
(٤) وجود شظية غير منطرحه .

الاعراض : يبدو التهاب العظم والنقي المزمن بثلاثة اشكال :

(أ) التهاب العظم والنقي المزمن منذ بدئه : يتصف : ١ — بالموضع يوقظه الضغط في الناحية المجاورة للمشاشة ٢ — انتباج أقصاه في ناحية بصلة العظم سببه تنمي السمحاق ، أما جسم العظم فيصبح شظية كبيرة .

ب) الناسور العظمي : يستقر حذاء بؤرة الكسر ويتألف من عدة ثقوب ينصب منها صديد وقد يخرج منها شظايا عظيمة في بعض الأحيان ويكون الجلد المحيط بهذه النواشير مشرشر الحواف ، فاذا انسد الناسور يتألم المريض وترتفع حرارته . (الشكل - ٢٤)

ج) الخراج العائد : إذا اندمل الناسور من تلقاء نفسه حدثت :



١) آلام عميقة (٢) ارتفاع في الحرارة (٣) انتباج مع وذمة في الجلد . تزول هذه الاعراض حين انفتاح الناسور وان هذا المشهد يتكرر عدة مرات .

التصوير الشعاعي : يشاهد بالصورة الشعاعية تكتف شامل بالعظم ومناطق نيرة في وسطها بقعة قائمة هي الشظية . وأحياناً

(الشكل - ٢٤) ترى شظية كبيرة يحيطها تنمي ذات عظم وتقي في العضد منوسر عظمي ويكشف الرسم شظايا القذائف والمرامي النارية .

المعالج : ان البنسلاين غير فعال في التهاب العظم والنقي المزمن لأنه لا يتمكن من الوصول حيث يكمن الجرثوم المنحبس في شظية عديمة

التوعية وكشفة لا يصل إليها الدم نسيجها النهائي غير انه يقي من حدوث هجمات حادة ويحول دون توضع آخر في العظام . ويجب أن يستعمل البنسلين لتحضير المريض للعملية الجراحية فيشرع باعطائه للمريض قبل العملية بثلاثة أيام ثم يشابر عليه بعد العملية على أن يعطى بمقدار كبير . العملية الجراحية : في ذات العظم والنقي ، غايتها رفع الشظية وإزالة الجيب وبعدئذ يذر مسحوق البنسلين والسلفاميد المعقم وتفجر الناحية بأنبوب من المطاط يقطر منه البنسلين .

٣ - سل العظم

Tuberculosis of bone

التعريف : يطلق على الآفات التي تحدثها عصية كوخ في الهيكل العظمي . (الشكل ٢٥) .

الأسباب : تكون على نوعين : محدثة وموؤبة .

الأسباب المحدثة : هي عصية كوخ التي يمكنها أن تستقر في نسيج العظم كما تستقر في بقية الأعضاء .

الأسباب الموؤبة : ١ - ضعف البدن بسبب آفة حموية أصابت المريض أو لسوء التغذية .

٢ - الرضوض وقد تطورت الأفكار بشأنها إلا أن السريريات لا تزال تؤيد توضع السل بعد الرض .

٣ - السن : يغلب لسل العظم ان يحدث في سن الطفولة غير أنه يصيب الكهول أيضاً .

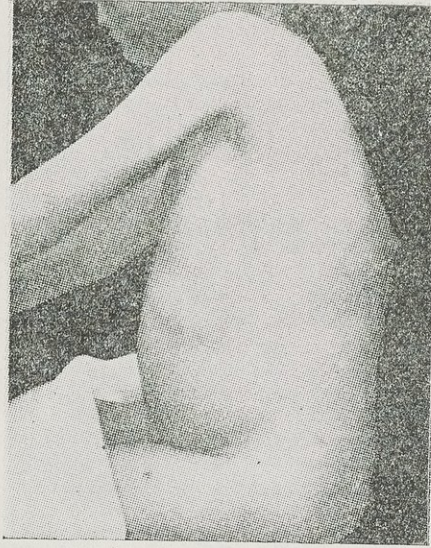
الاعراض : : دور البدء : يتصف بالألم والانتباج .

١ - الألم : يكون في نقطة

محدودة من العظم وقد يكون بعيداً عن مقر الآفة كما يشاهد في الورك حيث تكون الآفة في المفصل الحرقفي الفخذي والألم في الركبة .

٢ - الانتباج : يرى إذا

كان العظم سطحياً واما إذا كان مستوراً بأقسام رخوة فترتشح هذه الاقسام ويحصل تشوه بين .



(الشكل - ٢٥)

سل الفقار

الدور الثاني : دور الخراجة : بعد أن ينشعب العظم تتكون الخراجة في الاقسام المحيطة وقد تكون بعيدة عن مقر الآفة كالخراجة التي تتكون على وجه الفخذ الانسي في داء بوط القطني ويمكن أن تسير الخراجة سيراً مستقلاً لوجود غشاء مسل بين الآفة المسببة تكون قد شفيت .

الدور الثالث : دور التنوسر : تنشق الخراجة من نفسها أو تشق خطأ

فيتكون ناسور ينصب منه مادة مصلية صديدية وهذا الناسور لا يشفى إلا بإزالة الآفة المسببة له .

التصوير الشعاعي : يبدو العظم مؤتكلًا وقد يشاهد كهف في مليء نسيج العظم أو عدة كهوف صغيرة وأحياناً يتفاعل السمحاق قليلاً ويحدث نقص في تكلس العظم .

المعالجة : أ — المعالجة الموضعية : هي تثبيت الناحية لمدة طويلة حتى يتم الاندمال وهذا التثبيت إما أن يتم بواسطة عملية جراحية كعملية الي Albee أو بواسطة الجبائر الجبسية أو الخشبية على أن يراقب العظم باجراء صور شعاعية كل ثلاثة أشهر في الحالات التي يكون بها سل العظم في دور الفعالية يشاهد في الصور الشعاعية نقص تكلس واضح في مكان الآفة غير ان هذه الأعراض تتوقف ويتجه العظم نحو الشفاء ببطء . هذا وإذا أمكن استئصال البؤرة المؤوفة جراحياً أو الاستغناء عن العظم المؤوف كالضلع مثلاً حينئذ ياجأ إلى العملية الجراحية .

معالجة الخراج البارد : يجب أن يعالج الخراج منعاً لتكون ناسور وذلك بيزله وافراغ القيح ثم حقن مواد مبدلة كالايتر أو محلول اليودوفورم في الايتر أو محلول كالو ، وفي يومنا هذا يحقن ال P.A.S. بعد افراغ القيح . وعلى الجراح أن يجري البزل في ذروة الخراج منعاً لحدوث ناسور وان يترك الابرة بعد البزل ضمن الخراج فيما اذا حقن الايتر كي يسمح له بالتبخر من خلال الابرة .

معالجة الناسور الدرني : تجرى ضمادات طاهرة منعاً لحدوث تعفن ثانوي ويحقن اليودوفورم أو البيزموت أو الستر بتوميسين فإذا لم يشف يلجأ إلى تجريف الناسور جراحياً .

٢ — المعالجة الدوائية : يحقن الستر بتوميسين للمريض أو يعطى الفيوميسين أو الريميفون وغيرهما من الأدوية النوعية للسل . كما يعطى المريض الأدوية المقوية كالفيتامين D و مركبات الكلس وزيت كبده الحوت وغير ذلك .

٣ — المعالجة العامة : يشار على المريض بالاستشفاء بالمصح حيث تجرى له المعالجة الفنية بدقة إذ يوجد مصحات خاصة لسل العظام بنيت في مناطق مناسبة للغاية تؤمن فيها التغذية الجيدة والاستشاس بطرق فنية غير مؤذية والتمريض الخاص إذ يطلب من الممرضة أن تعرف كيفية وضع الجبائر لهؤلاء المرضى والحؤول دون تحريك العضو المصاب ، كما وجب أن تنتبه من أن تعرض المريض مدة طويلة إلى الشمس مما يساعد على تكوين الحصىات في الجهاز البولي لفقرط التعرق كما يعطى المرضى السوائل بغزارة لتمديد البول .

تلك هي معالجة سل العظم في الوقت الحاضر ولا يخفى أن الأدوية الحديثة النوعية قد قللت مدة التشيت وحسنت الانذار جدا .

٣ - افرنجي العظم

Syphilis of bone

تبدو التظاهرات الجراحية للأفرنجي في دوريه الثاني والثالث وتكون في الدور الثالث للأفرنجي أشد منها في الدور الثاني .
التظاهرات في الدور الثاني : يتفاعل النسيج نظير اللبغا تفاعلاً شديداً فبعد ان ينقضي اسبوعان أو ثلاثة أسابيع على ظهور القرحة يشكو المريض :

١ - آلام كاسرة تشتد في الليل حيناً يدفأ المريض ، وقد يكون الألم العلامة الوحيدة التي تظهر في هذا الدور ، وحياناً يكون الألم شديداً حتى أن ملامسة الألبسة كاف لاشتدادها .

٢ - تنمي عظمي سببة كثافة النسيج العظمي وقد يشعر بهذا التنمي حين الجس .

التظاهرات في الدور الثالث : يتصف بالعجيرة الصمغية الشبيهة بالعجيرة السلية وتمتاز عن الاخيرة بالتنمي العظمي ، تتظاهر بأشكال سريرية مختلفة .

١ - الورم الأفرنجي المحدود : يصادف في عظم الجبهة فنجد التهاباً في السمحاق صمغياً وارتشاحاً في النسيج بين اللوحتين وتحت السمحاق الباطن أو الظاهر . يمتد الالتهاب إلى اللوحة الظاهرة فتنتقب

ثم تندب الثقبه بنسيج ليفي يجمع الجلد حذاءها ويكون الندبة النجمية ومتى تكونت عدة صمغ بجانب بعضها تنفصل شظية من العظم، فالعظم المجاور ينمو ويحصر الشظية كزجاجة الساعة .

٢ — الورم الأفرنجي المنتشر : يتنخر العظم ويصبح مسوساً فالبرعم يأكل العظم تدريجياً بشكل حلزوني حتى يأتي على العظم برمته . وهذا الشكل قد زال في زمننا نظراً للمعالجة الحديثة . وإذا كانت الآفة في عظم طويل كالظنبوب أو الترقوة حدث تنمي مع تنخر .

الاعراض : ١ — الألم : عرض يباني يتصف بأنه ليلي وكاسر ويستعصي على المسكنات يشاهد عند المثلث المتوسط لقنزعة الظنبوب وفي الحافة الانسية للزند وفي الترقوة والقص .

٢ — التكشف : يكون واضحاً إذا كان العظم المصاب سطحياً أما اذا كان عميقاً فلا يشعر به .

٣ — فقد الارتكاس : فلا يشاهد تفاعل التهابي موضعي ولا تفاعل عام .

٤ — نشوهات : سببها التنخرات والتشميات . التصوير الشعاعي : يبدو العظم بشكل مغزلي أو تظهر التشميات العظمية والتخلخل .

المعالجة : تكون بالأدوية النوعية كالزئبق والبرموت واليودو البنسلين .

٤ - الخرع

Rickets

الاسباب : مرض بنيوي يتصف بتشوهات عظمية في سن الطفولة الأولى وينجم عن نقص الفيتامين D الموجود في المواد الدسمة ونقص التعرض للشمس .

الاعراض : يبدي الطفل اختلاجات مع اضطرابات هضمية حيث يظهر البطن متوسعاً بسبب ضخامة الكبد والطحال مع تعرق وتأخر الاسنان ثم تظهر تشوهات العظام :

العظام الطويلة : تضخم المشاشات وقد يظهر تعقيدات مشاشية ثم يبدو انحناءً وانحناء في العظام الطويلة .

الأضلاع : تظهر تعقيدات عند اتصال نهايات الأضلاع الامامية بالغضاريف على جانبي القص (المسبحة الضلعية) .

الجمجمة : تبدو جسيمة وتكون العظام رقيقة واليوافيخ متسعة .
العمود الفقري : يؤدي التشوه فيه الى اصابة الطفل بالبرزخ او الجنف .
الحوض : يتسطح ويضيق .

المعالجة : في دور البدء يعطى الطفل الفيتامين D (زيت كبدا الحوت ، الخليب الطازج) ثم يعرض الطفل لأشعة الشمس او الأشعة مافوق البنفسجي .

واذا حدثت تشوهات في العظام حينئذ يلجأ الى اصلاح هذه بتقويمها باجهزة جبسية او باجراء توسطات جراحية .

٥ -- اورام العظام

Tumours of Bones

الورم الغضروفي - Chondroma : يصيب العظام الصغيرة للأطراف كأصابع اليد والقدم وقد تصيب العظام الطويلة والحوض والأضلاع ويعتبر من الاورام السليمة غير انه قد ينقلب الى ورم خبيث .
الاعراض : يبقى هذا الورم كامناً ولا ينتبه اليه الا بعد حدوث كسر مرضي فيكون الكسر العلامة الاولى او يظهر بشكل تورم يبدو نيراً بالصورة الشعاعية .

المعالجة : استئصال الورم او تجريفه بواسطة الاشعة واذا استحال الى ورم خبيث بتر الطرف المصاب .

الورم العفلي Sarcoma : وهو ورم خبيث يصيب عظام الاطراف غالباً اما عظام اللوح والحوض والأضلاع فاصابتها قليلة .

الاعراض : ١ - الآم شديدة لاسيما في الليل .

٢ - ظهور الورم في العظم .

٣ - تأثير الورم على الحالة العامة للمريض .

المعالجة : ١ - استئصال (اي توجيه الاشعة على الورم حتى يتكلس)

والا يلجأ الى :

٢ — بتر القسم الذي نما عليه الورم .

٣ — أو بتر الطرف برمته .

الاورام الثانوية Secondary Tumours : هي توضعات ثانوية لسرطان بدأ في الثدي ، أو الكلية ، أو البرستات ، أو القصبات ، أو الغدة الدرقية .

ان هذه التوضعات تكون سبباً لآلام شديدة لاسيما اذا حدث التوضع على الفقرات ، وتبدو بالصورة الشعاعية تشوهات مع تخرب في العظم وقد يحدث كسر مرضي .

المعالجة : اعطاء Stilboesterol بمقدار (٥) مليغرام ثلاث مرات يومياً .

٦ — التهاب المفاصل الحاد

Acute arthritis

الأسباب : ان الجراثيم المقيحة هي السبب المحدث لهذه الآفة واكثر الجراثيم مشاهدة هي المكورة العنقودية المذهبة والمكورة العقدية والرئوية والبنية .

وهذه الجراثيم تأتي الى المفصل اما بطريق الدم ، او مباشرة حينما يصاب الشخص بجرح نافذ الى المفصل فتنتقل الآلة القاطعة الجرثوم الى المفصل ، أو من آفة في الجوار كما لو اصاب الطفل بالتهاب العظم والنقي الحاد .

الأعراض : ١ - الألم : يكون شديداً يحول دون النوم أحياناً .
٢ - أعراض انصباب في المفصل هي : (تشوه المفصل ، وصدمة
الداغصة) .

٣ - أعراض تقيح : تعرف بالأعراض الموضعية ، والأعراض العامة :
الأعراض الموضعية : احمرار الجلد ، حرارة موضعية ، وذمة .
الأعراض العامة : ارتفاع الحرارة $39^{\circ} - 40^{\circ}$ شحوب الوجه
دليل التسمم وأحياناً يبدو الوجه بلون يرقاني رصاصي مع جفاف
اللسان واسراع النبض .

المعالجة : يثبت المفصل حالاً حين تشخيص التهاب حاد فيه ثم يشرع
بالمعالجة البنسلين .

استعمال البنسلين : يحقن البنسلين في العضل بمقدار ٢٥ ألف - ٥٠ ألف
وحدة محلولة في ١ سم^٣ من المصل كل ثلاث ساعات ويثابر على هذا
الحقن مدة ٧ - ١٠ أيام بعد ارتشاف الالتهاب من المفصل ، ويشرك
السلفاميد مع البنسلين .

المعالجة الموضعية : ييزل المفصل ويفرغ من القيح ثم يحقن البنسلين
قبل سحب الابرة البازلة بمقدار ٣٠ ألف وحدة من البنسلين محلولة
بثلاثة سنتيمترات من المصل ثم يرسل القيح إلى المخبر لتحري نوع الجرثوم
ودرجة تحسسه من البنسلين .

يعاد البزل وحقن البنسلين في المفصل يومياً أو بفاصلة أكثر من

يوم حسبما تقتضيه الحال ويثابر على الحق بضعة أيام بعدما يصبح المفصل عقيماً من الجراثيم الذي يعرف بالفحص الجرثومي المنتظم للسائل المستخرج بالزل .

التثبيت : يثبت المفصل بجبائر مع تمديد بسيط كي نحول دون جعل السطوح المفصالية تناس بعضها على أن يراعى بالتثبيت نوع المفصل ، فمفصل الركبة مثلاً يجعل بحالة عطف بسيط ، والمفصل الحرقفي الفخذي بحالة عطف خفيف مع تبعيد للوحشي .

استطابات التوسط الجراحي : يلجأ لخزغ المفصل حينما لا تفيد المرديات لاسيما البنسايين وعندما يتناول المرض السطوح المفصالية بشدة فيخزغ المفصل ويوضع مفجر خارج المفصل أي فيا دون المحفظة كي لا يخرب السطوح المفصالية ويثبت الطرف حتى شفاء الجرح ثم يعالج المفصل معالجة حكمية كي تعود وظيفة المفصل إلى حالتها الطبيعية .

اما إذا كانت السطوح المفصالية مخربة فيجب ان يجعل الطرف بوضعية العمل ويثبت بجهاز جبسي فتحدث جساءة في المفصل .

بتر الطرف في التهابات المفصل الحادة : يلجأ الى بتر الطرف حينما يكون الجرثوم المسبب لا يتأثر بالبنسايين وتكون العظام مخربة بشدة والالتهاب منتشرأ في النسيج الرخوة والعضلات ، والحالة العامة سيئة فتخليصاً لحياة المريض يلجأ الى بتر الطرف .

٧ - سل المفاصل

Tuberculous anhrthritis

التعريف : هو تعفن العناصر التي يتألف منها المفصل بعصية كوخ.
الاسباب : الأسباب المحدثه : هي عصية كوخ التي تأتي الى المفصل
اما بطريق الدم أو اللنفا أو من الجوار .

الأسباب المؤهبة : ١ - كل ما أضعف الجسم كالحميات أو ادمان
الغول أو سوء التغذية تؤهب لاقعة سلبية .

٢ - الافات الموضعية في المفصل كالتهاب المفصل مثلاً تؤهب
لاصابته بالسل .

٣ - الرضوض وقد مر ذكرها في بحث السل بصورة عامة .
الأعراض : تقسم الى ثلاثة أدوار : ١ - دور البدء ٢ - دور
الصولة ٣ - دور النهاية .

١ - دور البدء : تكون الأعراض غامضة في هذا الدور ويجب
كشفها لأن فائدة المعالجة تكون في هذا الدور وهي أعراض شخصية
وأعراض مرئية .

أ - الأعراض الشخصية :

١ - الألم : يتصف بزواله في الليل واشتداده في النهار أي يشتد
حين الحركة والتعب ويزول حين الراحة فتمت شكا المريض هذا الألم

يجب أن ننتبه إلى سل في المفصل وقد يستقر الألم بعيداً عن المفصل كآلم الركبة في الورك والألم الزناري في سل الفقار مما يحرف الطبيب عن التشخيص .

٢ - انزعاج الوظيفة : يمشي المريض قليلاً ثم يضطر بعد ذلك للوقوف لعدم استطاعته على المشي (العرج المتقطع) ولأنزعاج في هذا الدور لا يصل الى درجة العجز الوظيفي التام .

ب - الأعراض المرئية :

١ - تقفع : يكشف بتحري حركات المفصل اذ تصبح محدودة لتثبت المفصل .

٢ - حرارة موضعية ترتفع قليلاً .

٣ - انتباج العقد اللمفاوية .

٤ - دور الصولة : تتضح فيه العلامات الالتهبة الذكر .

أ - الأعراض الشخصية :

١ - الألم : يصبح شديداً واذاعاين الطبيب مريضه يكشف نقطاً مؤلمة في ناحية المفصل (الالم المحدث) .

٢ - انزعاج الوظيفة : قد تتناقص الوظيفة الى درجة العجز فلا يعود المريض قادراً على المشي بسبب الألم الشديد .

ب - الأعراض المرئية :

علاوة عن الأعراض المرئية التي ذكرت في دور البدء ، يبدو :

١ - تشوه ناحية المفصل : فمثلاً إذا كانت الآفة في مفصل الركبة بدت كروية المنظر إذ تتمحي الانخفاضات التي في جانبي الضاغصة انمحاء تاماً .

٢ - ترسم الاوعية على الناحية المصابة .

٣ - الجلد أبيض شمعي وهذا مادعى القدماء الى تسمية الآفة بالورم الأبيض .

٣ - دور النهاية :

١ - يزداد التشوه في هذا الدور إذ يأخذ المفصل وضعاً مناسباً لأكبر سعة له لذلك فان الأقسام المتلاصقة من المفصل تتوقف عن النمو فتختل تغذية العظم في الناحية المضغوطة وتتسخر الناحية بسرعة . أما الأقسام المفصالية الغير متلاصقة فتتنمو وذلك حسب شريعة دلبش (النقاط المضغوطة تضمر والنقاط الغير مضغوطة تتضخم) فإذا كانت الآفة في مفصل الركبة مثلاً وبسط بعنف يصاب الشخص بتعرق وهزال ودفن فموت .

المعالجة : تجبيرية وجراحية عامة .

المعالجة التجبيرية : تقضي بتثبيت المفصل بجهاز جبسي لاحداث التصاق فيه ومدة التثبيت تابعة لترميم العظم وتكلسه لذلك وجب اجراء صور شعاعية متعددة للمفصل لمراقبة هذا الترميم .

المعالجة الجراحية : هنالك طرق عديدة أهمها هي :

١ - نشر المفصل .

٢ - ايثاق المفصل بتطعيمه على طريقة الي .

٣ - البتر ويأجأ اليه في الحالات التي تهدد حياة المريض .

المعالجة العامة : تكون دوائية ، صحية وحكيمة .

الدوائية : تشتمل على العلاجات النوعية الحديثة ، وعلى العلاجات المقوية للجسم .

العلاجات النوعية الحديثة : هي الستربتوميسين ودي هيدروستربتوميسين ، والفيوميسين والبارامينوسالسايليك ، والريميفون والكوكتبين .

العلاجات المقوية كالفيتامين D وخلصات الكبد وأملاح الكلس والفيتامينات ، وأملاح الحديد وزيت كبد الحوت وهلمجرا .
الصحية : راحة ، هواء طلق ، استشاس ، تغذية حسنة .

الحكيمة : الأشعة فوق البنفسجي ، تمارين عضلية بعد الشفاء التام وحدوث الجسأة في المفصل .

الفصل العاشر

التشوهات

Deformities

١ — الامل

Torticollis (Wry neck)

يتظاهر بشكلين سريريين ولادي وكسي :

١ — الامل الولادي :

يحدث بعد الولادة بثنائي أسابيع ، ويغلب حدوثه بعد الولادات العسرة فيشاهد انتباج صلب في العضلة القصية الترقوية الحشائية يؤدي الى تقلصها فينحرف الرأس نحو العضلة المتقلصة بينما تتجه الذقن نحو الجانب المقابل .

إن سبب هذه الآفة قد عزي لاضطراب في دوران العضلة ، فالانحراف الجاني يؤدي الى نقص في ارواء العضلة القصية الترقوية

الحشائية وبالتالي الى استحالة ليفية فيها وحدوث تشوه تال لتلك الاستحالة .

المعالجة : ١ - تقويم الرأس يومياً من قبل الممرضة أو والد الطفل مما يساعد على تمطط العضلة وزوال التقفع فيها ، فاذا اتبعت هذه الطريقة باكرأ فانها تؤدي الى الشفاء .

٢ - العملية الجراحية : وهي عبارة عن قطع العضلة القصية الترقوية الحشائية عند ارتكازها على القص وإصلاح التشوه بوضع جهاز جبسي .

٢ - الرنجل الكسبي

تكون أسبابه إما رثوية ويعرف هذا النوع بصلابة النقرة (Stiff neck) ويتلو غالباً التعرض لمجرى هوائي ، وإما تشنجية سببه التقفّع العضلي المديد ، وإما نفسية شأن ما يحدث أحياناً في الهستيريا .

المعالجة : يعطى في النوع الرثوي صفصافات السودا ومشتقاتها كالاسبرين والكورتيزون ويشار بتطبيق الأمواج القصار والأشعة تحت الحمراء والدياترمي . ويستعمل في النوع التشنجي أدوية مرخية للعضلات كالأدوية الكوراراية التركيمية ومثالهـا الديكوتتراكتيل سواء بطريق الفم أو تمسيداً من مرهمه النافذ لطبقات الجلد حتى

العضلات . ويفيد في هذا النوع ايضاً استعمال الفيتامين E بمقادير كبيرة وتطبيق المعالجة الحكيمة من اشعة كيا وسبق ذكره مع التمسيد . واذ استعصى الأمر ، يابجأ الى قطع الأعصاب المعصية للعضلة المصابة .

٢ — راء دو. بويران

Dupuytren's contracture

يصيب الرجال في العقد الثاني من العمر ولا سيما الذين تتطلب مهنتهم الضغط الدائم على راحة اليد كعمال الحدائق وهي تنجم عن تقفص الصفيحة الصفاقية لراحة اليد .

الاعراض : تبدأ الآفة بظهور عقدة صلبة في قاعدة الأصابع الصغيرة ، تمتد نحو راحة اليد وتكون الآفة ثنائية الجانب ولكن يغلب أن تصيب جانباً واحداً .

المعالجة : في دور البدء ، توضع جبيرة لليد يقوم فيها الاصبع ، ولكن إذا كان هناك عجزاً في اليد يستأصل الصفاق الراجحي المصاب كاملاً .

٣ — الخنف

Scoliosis

هو انحناء العمود الفقري جانباً مع انفتال الفقرات .

الاسباب :

- ١ - اختلال التوازن : الناجم عن الأسباب التالية :
 - آ - التعب المضني الذي يؤدي الى فقدان مقوية العضلات .
 - ب - الأوضاع المعيبة التي يتخذها المريض بحكم مهنته أو عمله .
 - ح - سن اليافع الذي يترافق بضعف عام أو ازدياد بالوزن .
 - د - اسباب صحية كمنقص الغذاء أو التهوية السيئة .ان الجنف الناجم عن اختلال التوازن في الجسم يشاهد غالباً عند اليافعان وفي الجنسين على السواء ولا سيما اللذين تضطربهم مهنتهم اتخاذ وضع ثابت ومثلاً كالخادمة التي تحمل الطفل بذراع واحد ، فالخادمة والطفل يتخذان بذلك وضعاً معيباً .
 - هـ - العيوب الولادية في الركبتين والقدمين ، كما لو كان الطفل مصاباً بركبة فحجاء أو قدم روحاء .
- ٢ - المعاوضه : كما يشاهد عند المصابين بقصر في احد الاطراف السفلية ، أو آفة مزمنة في الصدر مع انخماص الرئة ، أو الإجل . إن هذه الامراض تدعو المريض الى اتخاذ اوضاع خاصة تضطربه بأن يعاوض كي يصلح هذا الوضع المعيب فيحدث عنده جنف يقال له الجنف المعاوض .
 - ٣ - امراض العظم العامة كالخرع ورخوذة العظام .

٤ — آفات العضلات شأن ما يحدث في ناسور النخاع أو شلل عضلات الكتلة العجزية الفقرية في جهة دون أخرى كما يحدث في شلل الأطفال .

الأمراض :

الدور الاول : ان أول ما يشاهد في دور البدء هو التشوه فتظهر الكتف بارزة وينحني العمود الفقري الظهري نحو الكتف البارزة ثم يحدث انحناء معاوض في العمود الفقري القطني يؤدي الى بروز الحرقفة في الأيسر . فاذا طلب من المريض ان ينحني للأمام يتقوم العمود وتزول الانحناءات .

الدور الثاني : متى تقدمت الآفة تنقلص العضلات والربط وتصبح التشوهات أكثر وضوحاً وما يمتاز به هذا الدور هو عدم زوال التشوهات عند انحناء المريض للأمام .

الدور الثالث : يمتاز عن الادوار السابقة بالتبدلات الشعاعية التي تظهر في الفقار فيأخذ جسم الفقرة شكلاً اسفينياً .

المعالجة : ان معالجة الجنف الناجم عن اختلال التوازن تختلف حسب الدور الذي يراجع فيه المريض ، فاذا راجع في الدور الاول يشار عليه بالراحة والتمارين الحكيمة والمعالجة الصحية كالعيش في الهواء الطلق في الجبال أو على شاطئ البحر والتغذية الحسنة ... واذا كانت

حالة المريض المادية لا تساعد على ذلك ، يشار بوضع مشد جبسي ، أما في الدور الثاني فيوضع المشد الجبسي حالاً ، وفي الدور الثالث يشار بالمشد أيضاً إذ يحدث بعض التحسن ، والبعض يشير بوضع طعم عظمي لدمج الفقرات ببعضها .

٤ — الامرياب

Kyphosis

هو ازدياد انحناء العمود الفقري ، وينجم عن نفس الأسباب المحدثة للجنف .

الاعراض : يظهر عند اليافعان ، احدياب في ناحية العمود الفقري الظهر يترافق بتعب وألم وقد يترافق بآفات ولادية كالقدم المسحاء وغيرها . ويكون الرأس مندفعاً للأمام ومنعطف قليلاً مع بروز البطن بسبب البرخ المعيب المتشكل في الناحية القطنية . الكتفان هابطان ، والصدر ضيق ومسطح .

المعالجة : تقتصر على اصلاح التشوه باجراء تمديد مع تطبيق تمارين حكيمه غايتها إنماء الفقرات وتمارين العضلات . وقد يحتاج بعض المرضى الى مشد جبسي لإصلاح الوضع .

٥ — فلع الورك الولادي

Congenital dislocation of the hip

هو مرض ولادي يصيب الاناث أكثر من الذكور .

الاعراض : يتأخر الطفل عن بدء المشي حتى يبلغ ١٨ — ٢٤ شهراً من العمر ، وتظهر الأعراض منذ أن يأخذ بالمشي ، وأهمها هو العرج الذي يكون ظاهراً فيما اذا كانت الإصابة وحيدة الجانب ، ويرافقه قصر في الطرف يبدو جلياً بوضع الطفل بالاستلقاء وثني ركبتيه ، كما أن الصور الشعاعية توضح بجلاء خروج الكرمة من جوف الحق .

المعالجة : يجب التذكير في تشخيص المرض منذ الولادة وذلك بفحص كل وليد من قبل أخصائي بأمراض الأطفال ، فاذا لاحظ الطبيب إصابة الطفل بخلع ولادي ارسله إلى الأخصائي لمعالجته .

تبدأ المعالجة منذ الولادة بوضع مشدات خاصة من البلاستيك تجعل أطراف الطفل بوضعية الضمادة وإذا تأخر التشخيص ، يشار بوضع أجهزة جبسية أما اذا بلغ الطفل سن الخامسة وفشلت فيه المعالجة فيلجأ إلى الجراحة حيث يصلح العيب الولادي في شاشة الفخذو كذلك جوف الحق وتسمى هذه العملية بعملية كيارى Chiari .

٦ - الركبة الفجاء

Genu valgum

تعتبر من الآفات الناجمة عن وجود اختلال في توازن الصقل شأن ظهور هذا المرض عند المصابين بالجنف والقدم المسحاء . وقد تكون هذه الآفة مظهراً من مظاهر الخرع .

الاعراض : وجود تزوي بين عظم الفخذ وعظام الساق ، والزاوية الحادة تكون منفرجة فتحتها متجهة نحو الوحشي بينما تكون ذروتها في الأنسي .

المعالجة : جراحية ، على أن لا يجري التدخل إلا بعد تجاوز المريض السنة الرابعة من العمر ، فيقوم الطرف ثم يوضع جهاز جبسي .

٧ - الركبة الروم

Genu varum

هي اضطراب معاكس للركبة الفجاء وتنتج عن الاسباب نفسها ، وتكون معالجته مماثلة أيضاً .

٨ - القدم المسحاء

Flat-Feet

الأسباب : أ - اضطراب التوازن ، ويعتبر أكثر الأسباب الحديثة للآفة ، وتترافق غالباً بتشوهات توازنية لاسيما الركبة الفجاء . وقد

شوهدت عند النساء في سن اليأس بسبب ازدياد وزنه ونقص المقوية في عضلاتهن .

٢ - الرض : إن كل رض يؤثر في بناء العناصر المكونة لقوس القدم ويخل في محورها الأمامي الخلفي ، يؤدي بالتالي الى قدم مسحاء ، ومثال ذلك تلقي الشخص صدمة على أخمص قدميه إثر سقوط من شاهق يمزق الربط المثبتة للعظام وكذلك مرور دولاب عجلة فوق القدم قد يحدث كسراً في عظام القدم ، فينجم عن ذلك قدم مسحاء .

٣ - الإلتهاب : إذا أصيبت عظام قوس القدم بمرض او التهاب اختل قوس القدم ، وحدثت قدم مسحاء .

المعالجة : عندما تكون القدم المسحاء متحركة يشار على المريض بأن يقف على رؤوس أصابعه كي يحدث تقعرأ في أخمص القدم ، كما يشار عليه بالراحة واتباع التمارين المناسبة والمعالجة العامة (كلس ، فيتامينات ، ...) ، وبوضع سند في حذاء المريض كي يحدث تقوساً في أخمص القدم . وقد تدعوا الحالة أحياناً الى تخدير المريض ووضع جهاز جبسي يزيد في تقعر أخمص القدم .

٩ - القوس القعراء

Pes cavus

هي عبارة عن وجود زيادة في تقعر قوس القدم ، وتنجم عن تقلص

عضلات أخمص القدم أو أنها تتلو شلل الأطفال ، وتكون معالجتها بوضع سند من الجلد في حذاء المريض خلف رؤوس الأمشاط العظمية فإذا لم تؤدي هذه الطريقة الى التحسن ، يلجأ الى الجراحة .

١٠ — القرم القفراء الروماء

Talipes

الاسباب : ١ — ولادية : تنجم عن نقص في تشكل عظام القدم ، وتترافق مع آفات ولادية كالشوك المشقوق ، وقد عزاه البعض الى الوضع المعيب الذي يتخذه الجنين داخل الرحم .

٢ — كسبية : تتلو شلل الأطفال غالباً .

المعالجة : : تجبيرية وتقوم باجراء تمارين لإصلاح الوضع المعيب وبارتداء المريض اثناء الليل حذاء معدنياً له جبائر خاصة . ويمكن تخدير المريض واصلاح العيب ثم تثبيت الطرف بجهاز جبسي للمحافظة على الوضع الجيد ، وإذا فشلت المعالجة التجبيرية يلجأ الى الجراحة .

أما في النوع الناجم عن شلل الاطفال ، فتستعمل احذية جراحية وجبائر ، بالإضافة الى التمارين والحمامات الحارة والتمسيد والمعالجة الكهربائية التي تساعد على تنشيط الدوران وتغذية العضلات ، وفي الحالات التي يثبت فيها التشوه يلجأ الى العمليات الجراحية .

١١ - الإبهام المرفوع

Hallux valgus

ينشأ عن ارتداء الأحذية الضيقة ، لذا يشاهد عند النساء أكثر منه عند الرجال .

العرض : يشاهد انحراف إبهام القدم نحو الوحشي مع تكون شن حذاء المفصل المشطي السلامي للإبهام في ذروة الزاوية المتكونة بين الإبهام والمشط .

ويترافق الإبهام الأفجج بأصبح المطرقة لانحرافه الى الوحشي وتوضعه تحت السلامي الثانية ، وبالتهاب الكيس المصلي للشن وأحياناً بالتهاب العظم والمفصل للإبهام مما يسبب ألماً شديداً .

المعالجة : وقائية بارتداء أحذية عريضة ، وغسل الكسرات الحديثة قبل ارتدائها للتقليل من خاصتها المرة التي تضغط الأصابع على بعضها . ويمكن تقويم الاصبع بواسطة الربط اللاصقة .

أما في الحالات المتقدمة فيلجأ الى العمل الجراحي برفع قسم من رأس المشط ثم وضع قطيلة من القطن بين الاصبع الاولى والثانية ويشرع بتحريك مفصل الإبهام المشطي السلامي خلال بضع أيام كما ويسمح للمريض بالمشي .

الفهرس

الصفحة

الفصل الاول : الفن الجراحي

- ١ البحث الاول : التحضير للعملية
١٥ البحث الثاني : غرفة العمليات وتجهيزاتها
٣٤ البحث الثالث : العناية بعد العملية الجراحية
٤٠ البحث الرابع : الاختلاطات بعد العمليات

الفصل الثاني : الامراض الجراحية العامة

- ٤٩ البحث الاول : عفونات موضعية :
٤٩ ١ - التهاب الم حدود
٥١ ٢ - الخراج الحار
٥٢ ٣ - الفلغمون المنتشر
٥٣ ٤ - الدم
٥٥ ٥ - الجمرة الحميدة
٥٦ ٦ - التهاب الغدة العرقية
٥٧ البحث الثاني : عفونات الدم العامة :
٥٧ ١ - تعفن الدم
٦٠ ٢ - تقيح الدم (٥٩) الادوية الحديثة المستعملة في معالجة العفونات
٧٤ البحث الثالث : الامراض الاتمانية النوعية :

الصفحة

٧٤	١ — الحجر
٧٦	٢ — الحجر الحبيبة
٧٨	٣ — الغنغرينة الغازية
٧٩	٤ — الكزاز
٨٠	٥ — السيلان
٨١	٦ — السل
٨٤	٧ — الافرنجي
٨٧	٨ — داء الفطر الشعاعي
٨٨	البحث الرابع : الجروح :
٨٨	١ — الجروح المغلقة
٨٩	٢ — الجروح المفتوحة
١٠٤	٣ — النزف (٩٧) ، نقل الدم
١٠٧	البحث الخامس : الحروق
١١٢	البحث السادس : التجمدات
١١٤	البحث السابع : القروح
١١٥	البحث الثامن : الصدمة
١١٨	البحث التاسع : الاورام

الفصل الثالث : امراض الرأس والوجه والعنق

١٢٤	البحث الاول : آفات الاقسام الرخوة حول الجمجمة :
١٢٤	١ — رضوض فروة الرأس
١٢٥	٢ — جروح فروة الرأس
١٢٦	٣ — انقلاعات الفروة

الصفحة

البحث الثاني : كسور الجمجمة :

١٢٧

١٢٧

١٢٨

١ — الكسور المنحصرة في القبة

٢ — كسور قاعدة الجمجمة

١٣٢

١٣٢

١٣٣

١٣٣

١٣٥

١٣٦

البحث الثالث : امراض الوجه والفكين الجراحية :

١ — سرطان الوجه

٢ — الكيسات نظيرة الأدمة

٣ — كسور الفك السفلي

٤ — كسور الفك العلوي

٥ — خلوع المفصل الفككي الصدغي

١٣٧

١٣٧

١٤٠

١٤١

١٤٣

١٤٣

١٤٥

١٤٧

البحث الرابع : امراض الفم والبلعوم الجراحية :

١ — العلم

٢ — سرطان الشفة

٣ — سرطان اللسان

٤ — الحصاة اللعابية

٥ — خناق لودفيغ

٦ — ضخامة اللوزتين والناميات الغدية

٧ — خراج حول اللوزة

١٤٨

١٤٨

١٥٠

١٥٢

١٥٣

البحث الخامس : امراض العقد اللفافوية للعنق

١ — التهاب العقد اللفافوية الحاد

٢ — التهاب العقد اللفافوية المزمن

٣ — اورام العقد اللفافوية { أ — داء هودكن

{ ب — الاورام الجيدة لعقد العنق

الصفحة

١٥٣ البحث السادس : امراض الغدة الدرقية :

١٥٤ ١ - الجذرة

١٥٧ ٢ - التهاب الغدة الدرقية

١٥٧ ٣ - الوذمة المخاطية

١٦٣ البحث السابع : امراض الغدد نظائر الدرق :

١٦٣ ١ - قصور نظائر الدرق

١٦٤ ٢ - نشاط نظائر الدرق

١٦٤ البحث الثامن : امراض الحنجرة والرغامى الجراحية:

١٦٤ ١ - اجسام الحنجرة الأجنبيّة

١٦٥ ٢ - افرنجي الحنجرة

١٦٦ ٣ - سل الحنجرة

١٦٨ ٤ - اورام الحنجرة السليمة

١٦٨ ٥ - سرطان الحنجرة

١٦٩ ٦ - جروح الرغامى النافذة

١٧٢ البحث التاسع : امراض المريء الجراحية :

١٧٢ ١ - الاجسام الأجنبيّة في المريء

١٧٢ ٢ - سرطان المريء

١٧٤ ٣ - تشنج الفؤاد

الفصل الرابع : امراض الصدر الجراحية

١٧٥ البحث الاول : آفات الصدر الرضية :

١٧٥ ١ - رضوض الصدر المغلقة :

١٧٥ ١ - رضوض جدار الصدر بدون آفة حشوية :

الصفحة

- أ. رضوض الاقسام الرخوة ١٧٦
- ب. كسور القص ١٧٦
- ج. كسور الاضلاع ١٧٧
- ٢ - انضغاط جدار الصدر او الاختناق الرضي ١٧٩
- ٣ - رضوض الصدر المخلقة مع آفة حشوية : ١٨٠
- أ. رض الرئة ١٨٠
- ب. رض القلب ١٨٣
- ٢ - الجروح النافذة للصدر : ١٨٤
- ١ - الجروح النافذة للجنب والرئة ١٨٤
- ٢ - الجروح النافذة للقلب ١٨٧
- البحث الثاني : آفات جدار الصدر العفنة : ١٨٩
- ١ - سل القص والاضلاع ١٨٩
- ٢ - ذات الجنب القيحية الحارة ١٩٠
- ٣ - ذات الجنب القيحية المزمنة ١٩٤
- البحث الثالث : امراض الرئة الجراحية : ١٩٦
- ١ - توسع القصبات ١٩٦
- ٢ - خراج الرئة ١٩٨
- ٣ - كيسة الرئة المائية ٢٠٠
- ٤ - سرطان الرئة ٢٠٢
- ٥ - سل الرئة ومعالجته الجراحية ٢٠٥
- طرق في التشخيص والمعالجة ٢٠٦
- البحث الرابع : امراض الثديين الجراحية : ٢١٨
- ١ - التهابات الثدي الحادة ٢١٨

الصفحة

- ٢٢٢ — التهاب الثدي المزمن
٢٢٤ — سل الثدي
٢٢٦ — الورم الغدي الليفي في الثدي
٢٢٦ — سرطان الثدي

الفصل الخامس : امراض البطن الجراحية

البحث الاول : امراض المعدة والاثني عشر :

- ٢٤٢ — قرحة المعدة (٢٣٥) اختلاطات قرحة المعدة
٢٤٧ — سرطان المعدة
٢٤٩ — ضيق البواب الولادي عند الاطفال

البحث الثاني : امراض المعى الدقيقة والغليظة

- ٢٥٢ — انسداد الامعاء
٢٥٦ — سرطان الكولون

البحث الثالث : الزائدة الدودية والبريتوان :

- ٢٦٠ — التهاب الزائدة الدودية الحاد
٢٦٠ — التهاب الزائدة الدودية المزمن
٢٦٦ — التهابات البريتوان الحاد
٢٦٧ — سل البريتوان
٢٧٢ — سرطان الكبد

البحث الرابع : امراض الكبد :

- ٢٧٤ — الحراجات الزحارية في الكبد
٢٧٦ — كيسة الكبد المائية
٢٧٩ — سرطان الكبد

البحث الخامس : امراض المرارة والطرق الصفراوية :

٢٨٠

الصفحة

٢٨٠	١ — التهابات المرارة الحادة
٢٨٢	٢ — التهاب المرارة المزمن
٢٨٣	٣ — حصبات المرارة
٢٨٦	البحث السادس : امراض الطحال : تمزقات الطحال
٢٨٧	البحث السابع : امراض المعشكة :
٢٨٧	١ — التهاب المعشكة الحاد النزفي
٢٨٨	٢ — سرطان المعشكة
٢٩٠	البحث الثامن : امراض جدار البطن :
٢٩٠	١ — رضوض البطن
٢٩٢	٢ — جروح البطن
٢٩٣	٣ — الفتق الأربي
٢٩٧	٤ — الفتق الفخذي
٢٩٨	٥ — الفتوق السرية
٢٩٩	٦ — احتلاطات الفتوق
٣٠١	٧ — الاندحاق
٣٠٢	البحث التاسع : امراض المستقيم والشرج :
٣٠٢	١ — رضوض الشرج
٣٠٤	٢ — عدم انثقاب الشرج
٣٠٥	٣ — البواسير
٣٠٩	٤ — هبوط المستقيم
٣١٢	٥ — شق الشرج
٣١٣	٦ — خراجات حول الشرج

الصفحة

- ٣١٥ — نواسير الشرج والمستقيم
٣١٧ — مرجل المستقيم
٣١٧ — سرطان الشرج والمستقيم

الفصل السادس : امراض الجهاز البولي التناسلي

٣٢١ البحث الاول : امراض الكليتين الجراحية :

- ٣٢١ ١ — رضوض الكلية وجروحها
٣٢٤ ٢ — استسقاء الكلية
٣٢٨ ٣ — حصيات الكلية
٣٣٤ ٤ — التهاب ما حول الكلية
٣٣٧ ٥ — اورام الكلية

٣٤٠ البحث الثاني : امراض الحالب :

- ٣٤٠ ١ — حصاة الحالب
٣٤٢ ٢ — اورام الحالب

٣٤٣ البحث الثالث : امراض المثانة :

- ٣٤٣ ١ — الاسر البولي
٣٤٦ ٢ — تمزق المثانة
٣٤٧ ٣ — التهاب المثانة
٣٥٢ ٤ — سل المثانة
٣٥٤ ٥ — حصاة المثانة
٣٥٦ ٦ — اورام المثانة

٣٥٩ البحث الرابع : امراض البروستات

- ٣٥٩ ١ — ضخامة البروستات البسيطة

الصفحة

٣٦٤	٢ — سرطان البروستات
٣٦٧	البحث الخامس : امراض القضيب والاحليل :
٣٦٧	١ — ضيق الغلفة
٣٦٨	٢ — تمزق الاحليل
٣٦٨	٣ — تضيق الاحليل
٣٦٩	البحث السادس : امراض الخصيتين والعفن :
٣٦٩	١ — القيلة المائية
٣٧٠	٢ — دوالي الجبل المنوي
٣٧١	٣ — هجرة الخصية
٣٧٢	٤ — التهاب الخصية الحاد
٣٧٢	٥ — سل الخصية والبربخ
٣٧٣	٦ — اورام الخصية

الفصل السابع : امراض الجملة الوعائية الجراحية

٣٧٤	١ — ام الدم
٣٧٦	٢ — داء ليوبورجه او التهاب الوعاء الحثري الساد
٣٧٧	٣ — داء رينو
٣٧٨	٤ — التهاب الوريد
٣٨١	٥ — الدوالي

الفصل الثامن : امراض الجملة العصبية الجراحية

٣٨٣	البحث الاول : امراض الدماغ :
٣٨٣	١ — ارتجاج الدماغ
٣٨٧	٢ — خراجات الدماغ

الصفحة

٣٨٩	٣ - أورام الدماغ
٣٩٠	٤ - استسقاء الدماغ
٣٩٢	البحث الثاني : امراض النخاع الشوكي
٣٩٢	١ - رضوض النخاع الشوكي
٣٩٣	٢ - أورام النخاع الشوكي
٣٩٤	٣ - الشوك المشقوق
٣٩٦	البحث الثالث : امراض الاعصاب ، جروح الاعصاب وانقطاعها
	الفصل التاسع : جراحة التجبير (امراض العظام والمفاصل الجراحية)
٤٠٠	البحث الاول : الآفات الرضية للعظام والمفاصل :
٤٠٠	١ - الوشي
٤٠٢	٢ - خلوع المفاصل
٤١٥	٣ - الكسور (٤٠٧) الاشكال الخاصة للكسور
٤٢٤	البحث الثاني : امراض العظام والمفاصل :
٤٢٩	١ - التهاب العظم والنقي : الحاد (٤٢٤)، المزمن
٤٣١	٢ - سل العظم
٤٣٥	٣ - افرنجي العظم
٤٣٧	٤ - الخرع
٤٣٨	٥ - أورام العظام
٤٣٩	٦ - التهاب المفصل الحاد
٤٤٢	٧ - سل المفاصل
	الفصل العاشر : التشوهات
٤٤٦	١ - الاجل

الصفحة

٤٤٧

٢ - داء دوبيوتران

٤٤٨

٣ - الجنف

٤٥٠

٤ - الاحدياب

٤٥١

٥ - خلع الورك الولادي

٤٥١

٦ - الركبة الفحجاء

٤٥٢

٧ - الركبة الروحاء

٤٥٢

٨ - القدم المسحاء

٤٥٣

٩ - القدم القعراء

٤٥٤

١٠ - القدم القفداء الروحاء

٤٥٤

١١ - الابهام الافحج

٤٦٨

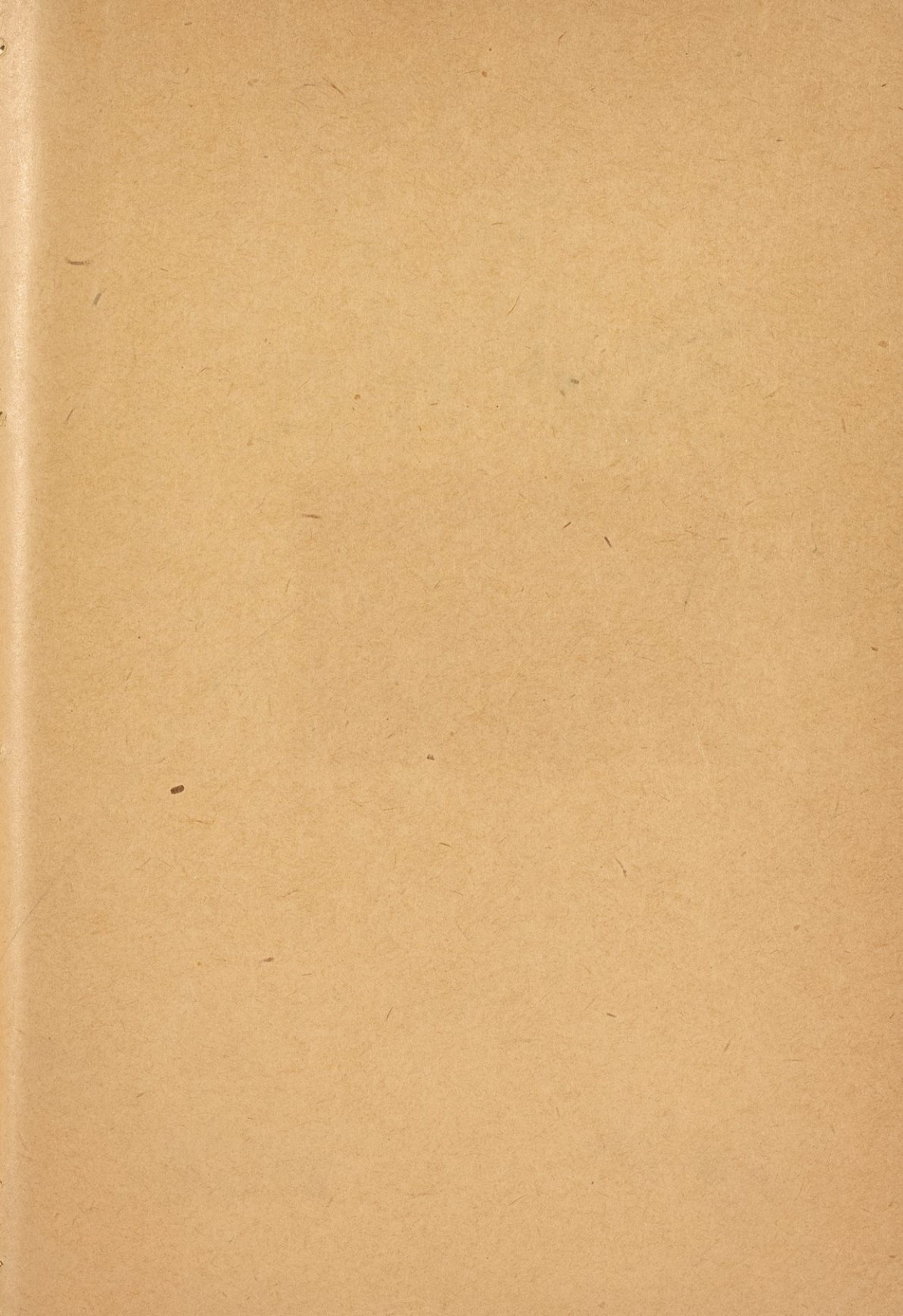
جدول اخطاء والصواب

جدول النخط أو الصواب

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
٢٧	١	المصوق	المصول
٢٨	٧	المشرب بمواد	المصنوع من مواد
٢٦	٦	النففس	التنففس
٦٢	١٥	اللقبية	القلبية
٨٨	٨	Wouuds	Wounds
١٤٢	١٨	العمقة	العميقة
١٤٤	٤	الاسسباب	الاسباب
١٦٥	١٣	صمامة	حمامه
١٦٨	١٥	ثؤلوي	ثؤلوي
١٧٤	١	الفرهة	الفوهة
١٧٦	٩	يبذل	ينزل
١٧٨	١٣	العظيمة	العظمية
٢٠١	٢	الاهتزازت	الاهتزازات
٢٠٧	٩	نفجير	تفجير
٢٣٧	١٠	تققع	تققع
٢٤٩	١٢	رقد	وقد
٢٧١	١٢	وتزداد	وتزداد
٢٧٤	١	المريض	المريض

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
٢٧٨	٧	نزله	زليّة
٢٨٥	١	كالبتيدين	كالبتيدين
٢٩٨	٤	لوتيس	لوتيسن
٣٦٢	٧	ويهنل	ويهنل
٣٦٦	٩	الموثين	الموثين
٣٧٥	٨	يرضي	يرض
٤١٣	٤	نارياً	ناري
٤١٥	٥	شيوعياً	شيوعاً





LIBRARY
OF
PRINCETON UNIVERSITY

Princeton University Library



32101 074076751

