الثاني من غرر النجاح
في اعمال الجراح
طب

خذ أصل هذا الكتاب إلى عبد الفقير كبريه الحاج محمد السيل
يوم الواحد في ١٢ آذار ١٩٥٠ ، جماد الأول ١٣٦٩

(فهرست الجزء الثانى من كتاب غرر النجاح فى اعمال الجراح)

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

الباب التاسع

صحيفه

صحيفه

حكومة

صحيفه

صحيفه

بيان الخطا والصواب

سطر	صحيفه	خطا	صواب
٠٠٥	٠٠٤	الثبات	السبات
٠٠٦	٠١٨	سطرة	قنطرة
٠١٥	٠٢٨	هى	فهو
٠٢٥	٠٣٠	مسكها	امسكها وهكذا كل ماض يوجد فهو امسك بالهمزة لامسك بغيرها
٠١٥	٠٣١	بمسك	بامساك وهكذا كل مصدر يوجد فهو امساك لامسك
٠٠٨	٠٣٢	جزء	جزءا
٠١٧	٠٣٣	يكون	تكون
٠١٦	٠٣٦	اوترفع	ويرفع
٠٢٣	٠٣٦	تقرب الجفت	يقرب الجفق
٠١٧	٠٤٢	سواء	سوى
٠٢١	٠٤٦	فليزال	فليزل
٠١٠	٠٥٦	عتالة	عاتلة
٠١٤	٠٦١	وصفتها	وضيقها
٠١٥	٠٦٢	الابرة القرنية	الابرة فى القرنية
٠١٢	٠٦٧	من المرض	من المرضى
٠٢٥	٠٦٧	هيومه	هجومه
٠٢٥	٠٧٤	واشرها	واشهرها
٠٠٧	٠٧٨	ايضا كيفيتان ايضا	كيفيتان ايضا
٠٠٣	٠٧٩	شعبته	شعبتيه

سطر	صحيفه	خطا	صواب
٠٠٤	٠٧٩	الشق	بالشق
٠٢٣	٠٧٩	فعملية	مع عملية
٠٢٤	٠٨٤	كثيرة	كثيره
٠٢٤	٠٩٨	شعبتيه	شعبتاه
٠١٨	١٠٥	ويسنده مساعد	ويسند مساعد
٠١٠	١٠٨	الممدود	المسدود
٠١٨	١١٢	اخلفت	خلفت
٠١٣	١١٤	متقاربين	متقاربان
٠١٧	١١٩	ويضع	بوضع
٠١٣	١٣٤	وتثبتان	ويثبتان
٠٢٥	١٣٦	وفى الزاوية	فى الزاوية
٠١١	١٤٤	تثبت	ثبت
٠٠٦	١٥٨	تتباعد لقمة	تتباعد قة
٠٢٠	١٩١	ذوالشعب	ذى الشعب
٠٢٥	١٩١	منحن	منحنيا
٠٢٣	٢٠٠	اوالا كلول	اوالكؤول
٠٠٣	٢٠١	ينظر	ينتظر
٠١٥	٢٠٢	لمبتدئها	لمبدئها
٠٢٥	٢٠٨	ليسل	ليسيل
٠١٦	٢١٤	ثم ان لجزء	ثم ان الجزء
٠٠٧	٢١٨	المنقلبة	المنقلبتان
٠٢٠	٢٢٣	يوجد فيه انبعاج	يوجد انبعاج
٠١٣	٢٢٥	فتستدعى	فيستدعى
٠٠٣	٢٢٨	وتضعه	ويضعه

سطر	صحيفه	خطا	صواب
٠٢٠	٢٣٢	ثم تغرزها	ثم يغرزها
٠٢٤	٢٣٨	وبعض الجراحين	فبعض
٠٠٤	٢٤٩	كبيرا يكون يتجه	كبيرا يتجه
٠١٦	٢٦٨	بسيلة	بسلة
٠٠١	٢٦٩	بوليبوسا	بوليبوس
٠١٣	٢٧٠	ثيابا	ثنايا
٠١٨	٢٨٤	والمريقة	والمربعة
٠٢٥	٢٩١	انقسامهما بعضهما	انضمامهما بعضهما
٠٢٣	٢٩٩	عرضية	عرضة
٠٠٦	٣٠٦	التى احدثته	الذى احدثته
٠٢٠	٣١٢	واناطهم	واماطهم
٠٢٥	٣١٦	اوبدل ان تربط	اوير بط
٠٠٢	٣٣٣	اللعنة	العانة
٠١١	٣٣٧	وتثبيت القناطير	وتثبيتها
٠١٢	٣٣٨	خفيفة	خفية
٠١٨	٣٤١	خفيفية	خفيفة
٠٠٤	٣٤٢	ويدهب	ويدهن
٠١٠		ويمكث	ويمكن
٠٢٣		اخترعها بعض مرضى الجراح	اخترعها الجراح
٠٠٨	٣٥٣	الجروح	الخروج
٠٠١	٣٥٦	انه	ان
٠٠٢	٣٥٨	حادثة على	حادثة عن
٠١٢	٣٦٤	ان يبين	ان نبين

سطر	صحيفه	خطا	صواب
٠٠٥	٣٦٨	اليسريين	اليساريين
٠٠٣	٣٧٢	لكون	بكون
٠١٥	٣٧٢	ان يهدى	بان يهدى
٠١٠	٣٧٥	المحدب بين بيده	المحدب بيده
٠٢٠	٣٧٦	فى المثانة وهو نحو	فى المثانة نحو
٠٠٤	٣٧٩	للجراح	للجرح
٠١٨	٣٨٤	من فراشه	فى فراشه
٠٠٢	٣٨٥	تصير	وتصير
٠١٥	٣٩٦	وامساك	وامسك
٠٢٤	٤٠٦	الثالثة	الثانية
٠٠٥	٤٠٩	فتحة	فتحه
٠٢٣	٤٠٩	وجرح	وخرج
٠٠٢	٤١٥	نخيط	نخاط
٠١٤	٤١٧	فترفع	فترقع

الجزء الثانى

*(من كتاب غرر النجاح *فى اعمال الجراح)*

تاليف راجى عفو ربه الكريم *محمد على البقلى الحكيم *معلم العمليات
الجراحية الكبرى والصغرى والتشريح والتشخيص
الجراحيين بمدرسة الطب الانسانى *وجراح
بالاسبتالية الكبرى بقصر العينى
بالقاهرة غفر الله له
ولوالديه
امين

(القسم الثانى)

(فى العمليات الخاصة بكل مجموع من الاعضا على حدته)

قد تقدم ما اوردناه من الكلام على العمليات العامة فى الجسد كله والآن نتكلم على العمليات الخاصة بكل مجموع من الاعضاء على حدته فنقول

(الباب الاول)

(فى العمليات التى تفعل فى الجمجمة)

اعلم ان العمليات التى تفعل فى الجمجمة كثيرة فمنها بط اليافوخ لاجل استفراغ مادة استسقاء المخ وقد اسلفنا الكلام عليه فى باب العمليات التى تفعل فى الاعصاب *ومنها معالجة الجروح التى تصيب لحم الجمجمة ورد كسر عظامها وذلك يكون بمقتضى القواعد التى ذكرت فى العمليات العامة ايضا *ومنها استئصال انواع السلع التى كثيرا ما تتولد فى الرأس وهو يكون بحسب القواعد التى ذكرناها فى معالجة الاورام على العموم وفى السلع *ومنها عملية استئصال الاورام الفطرية للام الجافية وكيفيتها هى ان يحلق رأس المريض ويشق جلد الرأس شقا صليبيا ثم بعد سلخ الاربع شرائح المتحصلة من ذلك الشق تقلب لينكشف الورم الذى خرج من تجويف الجمجمة وصار تحت الجلد بعد ترقيق عظامها وثقبها ثم توسع الفتحة الحادثة فى العظام بالسكين العدسية اذا كانت حوافيها رقيقة سهلة القطع بتلك السكين واما اذا كانت غليظة فيلزم احاطة الفتحة المذكورة بجملة ثقوب بواسطة المنشار الاسطوانى ثم تزال البروزات الباقية بين الثقوب اما بالسكين العدسية واما بالمنقار والمطرقة فبذلك يصل الجراح الى الام الجافية فيستأصل الورم بان يأخذ مشرطا ويشق بسنه السحايا التى حواليه بعيدا عنه فى الجزء السليم من هذا الغشاء لئلا يبقى منه شئ ثم بعد ازالته يعالج جرح العملية على حسب ما يذكر فى عملية ثقب الجمجمة

(تنبيه)

بعد شق الجلد وكشف الورم ينبغى قبل الاقدام عليه بالسلاح زيادة التأمل فيه

فلربما

فلربما يكون هنالك فتق حاصل عن المخ اوسلعة لانه وقع لبعض الجراحين انه التبس عليه فتق مخى بسلعة فشق عليه ولم يتحقق من غلطه الا اثناء استئصاله فامسك عن الاستئصال ولكن لم يمنع ذلك من موت المريض ثامن يوم * فعلى ذلك ينبغى مراجعة كتب علم الجراحة لمعرفة العلامات المميزة لكل من هذه الامراض قبل الشروع فى العمل اوالاكتفاء بالنظر المذكور وهو اجود واسطة فى التمييز * ومنها استئصال الاورام العظمية الناشئة فى عظامها وكيفيه الاستئصال هنا تختلف على حسب كون الورم متولدا فى السطح الظاهر لعظام الجمجمة اوشاغلا لسمك العظم كله بارزا فى تجويف الجمجمة ضاغطا على المخ ففى الحالة الاولى يكشف الورم بشق الجلد ثم يستأصل امابمنشار صغير واما بالمنقار والمطرقة واما فى الحالة الثانية فالطريق فى فصله ان يحاط بثقوب تفعل بالمنشار الاسطوانى على حسب ماسيأتى ذكره فى الكلام على عملية ثقب الجمجمة * ومنها رد فتق المخ الخلقى اوالعارضى والضغط عليه لاجل عدم رجوعه * وكيفية ذلك هى ان يمنع خروج الورم الحاصل عن بروز المخ ثانيا بعد ادخاله بان يضغط عليه برباط مغموس فى سائل قابض اوبآلة تصنع من جلد مطبوخ اومعدن * وينبغى ان يكون هذا الضغط متناسقا فى جميع الاجزاء المضغوطة غير شديد لئلا تحصل عنه عوارض مخية فهذه الكيفية تكفى غالبا فى شفاء الفتق الخلقى شفاء تاما اذا لم يكن كبيرا بخلاف ما اذا كان كبيرا اوعارضيا فانها لا تنفع الا فى منع بروزه ولكن متى كان هذا الفتق عظيم الحجم متعذرا رده لزم بطه لاستفراغ مايحتوى عليه من السائل حتى ينقص حجمه ويتيسر رده مالم يخش من ذلك والا فيكتفى ان يضغط عليه ضغطا لطيفا لمنع كبره ووقايته من اذى الاسباب الطارئة

ومنها عملية الثقب التى هى فعل فتحة فى عظام الجمجمة ليزال منها سبب انضغاط المخ ولاجل معرفة هذه العملية جيدا نتكلم اولا على الامراض الموجبة لها ثم على المحال التى يمكن فتحها من الجمجمة بدون خطر والتى لا يجوز فتحها ثم على الآلات المستعملة فيها ثم على كيفية العمل ثم على المعالجة التابعة للعملية

على هذا الترتيب فنقول

اما الامراض الموجبة لها فهى على ثلاثة اقسام

القسم الاول يشتمل على جروح الرأس المصحوبة بانخساف عظيم فى عظام الجمجمة مع اتجاه اطراف القطع العظمية نحو السحايا والمخ ودخول اجسام غريبة فى تجويف الجمجمة فهذه الاشياء تحدث بضغطها على المخ الثبات والشلل القاصر على بعض الاعضاء او العام فى احد شقى الجسم المعروف عند الاطباء بالفالج وربما نشأ عنها فى المخ او السحايا التهاب لا ينقطع مالم تزل اسبابه والوسائط الدوائية لا تكفى فى ذلك ولابد من موت المريض اذا لم يبادر بفعل العملية التى نحن بصددها

القسم الثانى يشتمل اولا على كسر فى الوجه الباطن لعظام الجمجمة وتجمع الدم فى مكان ويعرف ذلك باستمرار التهاب المخ وتزايده تدريجا مع استعمال الوسائط العلاجية الجيدة وبتلون العظام بلون سنجابى وتغير فى مفسوجها وهيئتها كما يظهر ذلك من الجرح العارضى او من شق يفعله الجراح * وثانيا على خراج فى المخ ويعرف ذلك اذا انتهى التهاب المخ بقشعريرة وثقل فى الرأس واسترخاء بعض الاعضاء مع استمرار بعض اعراض تهيج المخ ولو استعملت جميع ما يناسب فى مقاومة التهاب المخ الحاصل عنه الخراج المذكور فاستفراغ الصديد حينئذ يحصل منه تفريج عن المخ وزوال عوارض الضغط فلا بد منه ولا تنفع بدونه

القسم الثالث يشتمل على النسوس والنيكروز وغيرهما من آفات العظام وعلى الصداع المقتصر على جزء من الرأس المستمر المقرون فى بعض الاوقات بنوب صرعية او غيرها وعلى الاورام الفطرية للام الجافية * وبالجملة ينبغى للجراح ان يعلم ان عملية ثقب الجمجمة من الاعمال الكبيرة الخطرة جدا فعليه ان لا يقدم عليها الا اذا تحقق عنده وجوبها بان لم يكن هنالك واسطة سواها فى سلامة المريض ولا ينبغى ان يتركها بسبب عدم حصول المقصود بها فى بعض الاحيان اذ بتركها لابد من موت المريض واما اذا فعلت فهى دائرة بين الموت والسلامة بل الغالب فيها السلامة * واما محال الجمجمة التى يمكن ثقبها بدون خطر والتى

لا يجوز فيها ذلك فاعلم ان اغلب محال الجمجمة يمكن ثقبها على حسب مكان السبب الضاغط للمخ الموجب للعملية لكن اغلب الجراحين يأمر بعدم الثقب تلقاء الجيوب الجبهية لعدم امكان معرفة غور تجويفها من قبل وعدم موازاة جدارها المقدم للخلفي بحيث انه بعد ثقب الصفيحة الظاهرة يخشى من ثقب الباطنة بانحراف ووصول الآلة الى تجويف الجمجمة من محل قبل وصولها اليه من آخر وبعدمه على الجزء السفلي المتوسط من عظم الجبهة لان الآلة قبل ان تقطع العرف الجبهي تصل على جانبيه الى السحايا والمخ * وبعدمه في الزاوية المقدمة السفلى من عظم الجدار لان الشريان السحايي المتوسط موجود فيها فلابد من اصابته حينئذ * وعلى مسير الدرز السهمي اذ الام الجافية ملتصقة بالعظام حذاء الدروز فيصاب الجيب المستطيل العلوي الموجود بين صفيحتيها وبذلك لا يصل الجراح الى مجمع السائل المنصب في الجمجمة المراد استفراغه منها لانه غالبا يكون حينئذ على احد جانبي الجيب المذكور * وفي النقرة الصدغية خوفا من اصابة العروق الموجودة فيها لاسيما عقب قطع الياف العضلة الصدغية التي تصير حينئذ غير قادرة على اتمام وظائفها وقبالة الحدبة القمحدوية * لان هنالك يكون مجمع جيوب الام الجافية قبل استطراقها بالوريدين الوداجيين الباطنيين * وفي قاعدة الجمجمة لكونها محجوبة بعضلات غليظة مع ان عدم استواء سطحها يجعل اتمام العملية متعذرا * هذا وقد يضطر لفعل عملية الثقب قبالة اغلب هذه المحال ولا يحصل منها خطر فقد فعلها جملة من مشاهير الجراحين في الجيوب الجبهية وتحرزوا عن ضرر عدم موازاة جدارها المقدم بالخلفي بان ثقبوا اولا الجدار المقدم بمنشار اسطواني كبير ثم بدلوه باخر اصغر منه لثقب الجدار الخلفي فصارت الفتحة التي في الجدار المقدم واسعة وامكن ميل المنشار الاسطواني الثاني منها ميلا كافيا حتى صار واقعا على الجدار الخلفي باستقامة فغارت الآلة في جميع اجزاء موضعها على حد سوا

وبعض الجراحين لم يتحرج من ثقب الزاوية المقدمة السفلى من عظم الجدار مخافة اصابة الشريان السحائي المتوسط واستعمل عدة وسائط في قطع نزفه

منها ان بعضهم اخذ كرة من نسالة وربطها من وسطها بخيط ثم ادخلها من الثقب في باطن الجمجمة فضغطت على طرف الشريان ومنعت نزفه ومنها ان بعضهم اخذ قطعة شمع وجعلها على صورة سدادة ثم ادخلها في فتحة الشريان المقطوع ومنها ان بعضهم اخذ قطعة فلين سعتها اكبر من سعة ثقب العظم بيسير مثقوبة الوسط ثم ادخلها بعنف في الثقب المذكور فضغطت بدائرتها على طرف الشريان المفتوح مع انها لم تمنع خروج الدم او الصديد المنصب في تجويف الجمجمة بل صار يخرج من الثقب الموجود وسطها ومنها ان بعضهم اخذ صفيحة رصاص منحنية وادخلها في الثقب بحيث انها صارت ضاغطة على سطحي العظم الباطن والظاهر وعلى القناة الموجود فيها الشريان ومنها ان بعضهم كوى طرف الشريان بطرف مسبر حمي بالنار حتى صار لونه ابيض من شدتها ومنها ان بعضهم تيسر له ربط هذا الشريان فربطه فاذا فعلت هذه العملية في المحل المذكور وحصل ذلك العارض فاستعمل ما تستجوده من تلك الوسائط باجتهادك

ثم ان الخوف من اصابة الجيب المستطيل العلوى لا ينبغى ان يمنع الجراح من فعل عملية الثقب قبالة مسير هذه القناة الوريدية لان الغالب ان الانصباب او الجسم الغريب المستوجب للعملية يفصل الام الجافية من العظام ومعها هذا الجيب ولان خطر اصابة هذه القناة كغيرها من القنوات الشبيهة بها اقل مما توهمه الجراحون حتى ان كثيرا منهم شاهد انقطاع نزفها من ذاته فاذا لم يحصل ذلك كفى فيه حشو الثقب بنحو نسالة حتى ينقطع سيلان الدم بالكلية وذكر الجراح (سانسون) احد معلمى انه شاهد مرة نزف هذا الجيب فاخذ الجراح الذى فعل العملية قطعة من خشب وشقها من احد طرفيها على صورة جفت ثم ضم حافتى جرح القناة الوريدية ووضعهما بين فلقتى القطعة الخشب فبتقاربهما ضغطا عليهما فانقطع نزف الدم بالكلية

والخوف من اصابة الياف العضلة الصدغية فيما اذا لزم الامر لفعل الثقب

فى النقرة الصدغية لايوازى العوارض الثقيلة المراد ازالتها بالعملية * فلذا لم يمتنع جم من الجراحين من فعلها فيها مع وجود هذا الخوف

وكثير منهم ثقب الجمجمة قبالة الحدبات القمحدوية السفلى اعنى من قاعدة الجمجمة بدون ان يخشى من اصابة الياف العضلات المتشبثة فيها وبعض فروع الشريان القمحدوى

فبعد معرفة لزوم هذه العملية وتعيين محل الثقب تحضر الآلات التى تفعل بها وادوات المعالجة التى تفعل بعدها

اما الآلات فهى مشارط ذات سن متين صلب وحد مستقيم او محدب ومجرد او اكثر والمجرد آلة فائدتها فصل السمحاق من سطح عظام الجمجمة بقدر الثقب المراد فعله وهو يتركب من شبه صفيحة غليظة من فولاذ مسقى جيدا مربعة الجوانب او كثيرتها وهذه الجوانب تكون منحرفة واحد سطحى هذه الصفيحة يتصل من وسطه بطرف نصاب من فولاذ ايضا يتصل هو ايضا من طرفه الثانى بقبضة من خشب ومناشير اسطوانية وهى شبيهة بانابيب من فولاذ ارتفاع كل منها نحو قيراط ونصف وعرضه من ثمانية خطوط الى اثنى عشر اى قيراط مخروطية قليلا بحيث ان طرفها الضيق مسنن كمنشار حلقى والطرف الثانى مسدود بصفيحة يرتفع منها من جهة الظاهر ساق بواسطتها يثبت المنشار فى المدوار وينشأ منها من جهة الباطن الهرم وهو قضيب من فولاذ مربع الاضلاع حاد الطرف يفصل منها بالارادة سنه مجاوز لدائرة المنشار الموضوع هو وسطه وفائدة هذا الهرم منع انتقال المنشار من موضعه حتى يتكون له اخدود وله مفتاح ومنفعته فصله اى الهرم بعد تكون الاخدود لانه اذا بقى يصل الى المخ والام الجافية قبل ان يتم الثقب فيجرحهما حيث انه مجاوز لحافة المنشار كما ذكرنا * واعلم ان الهرم يدور فى ادخاله من اليسار الى اليمين بعكس تدوير المنشار وذلك لمنع انفصاله منه وقت تدويره والشهير بيشات اتقن وضع هذا الهرم كما سنبين لك كيفيته فى شرح الآلات ان شاء الله تعالى

ومنقاب وهو شبه نصل من فولاذ متصل من الاعلا بساق كالمنشار وكل من حرفيه منحرف الى جهة مخالفة لجهة الآخر ومتحدان ومكونان السن وفائدته نقب العظام * ومبشرة وهى صفيحة من فولاذ مربعة الشكل مستطيلته ومتصلة من الاعلا بساق ايضا ثمرته تثبيتها فى المدوار وحرفها السفلى حاد فى وسطه شبه شوكة بارزة تقسمه نصفين كل منهما منحرف الى جهة مخالفة لجهة الآخر وهذه الشوكة فائدتها انها تكون فى منزلة محور للآلة تدور حوله بدون ان تنتقل من موضعها وهذه الآلة وان لم يكن لها دخل فى العملية التى نحن بصددها ولكنها تستعمل لاجل ازالة ما كان متغيرا من وجه العظم * ومدوار المنشار وسيأتى لك شرحه وصورته فى آخر الكتاب كغيره من آلات الجراحة والانجليز استعوضوا هذا المدوار المستعمل عند الفرنساوية بقبضة مستعرضة شبيهة بقبضة البرمة وكذا المنشار المخروطى الشكل بآخر اسطوانى * ومقراض عظمى وسكينة عدسية وهى شبه مشرط قصير النصل غليظه احد صفحيه محدب والآخر مسطح او مقعر قليلا وطرفه منته بشبه عدسة وفائدة هذه السكين ازالة الخشونات التى قد تكون فى دائرة النقب الذى فعله المنشار وفائدة العدسة عدم اصابة المخ والام الجافية اثناء ذلك كما يقع ذلك لو كان طرف السكين حادا * وريشة مبرية كخلال الاسنان * وفرشة صغيرة * وبرمة قصيرة صلبة فيها حلقة بمنزلة قبضة وعتلات صغيرة وهى آلات من فولاذ احد طرفيها منحن فى جهة مخالفة لجهة الطرف الآخر وفى تقعير كل طرف خشونة فائدتها منع انزلاقها على سطح القطع العظمية المراد رفعها بها والعمل بهذه الآلات كالعمل بالعتلات التى من النوع الاول بان ترتكز بوسطها على حوافى فتحة الجمجمة او على اليد الماسكة لها او على سبابة اليد الثانية اذا كانت العظام غير قادرة على تحمل الارتكاز عليها بها

واما ادوات معالجة الجرح بعد العملية فهى اولا سندون وهو قطعة من قماش رفيع مستديرة سعتها اكبر من النقب المفعول بالمنشار الاسطوانى بيسير وهذا

السندون يكون معلقا من وسطه بعروة خيط

ثانيا آلة تسمى الخافضة عند بعض الجراحين وعند الاخر بواقية السحايا وهى قضيب معدنى منتهه بشبه عدسة ومنفعتها ادخال السندون من ثقب الجمجمة ووضع دائرته تحت العظام فيما بينها وبين الام الجافية بدون اصابتها * ثالثا خيوط مشمعة وكرات نسالة ونسالة خام ورفائد واربطة وغير ذلك من الاشياء التى تلزم فى كل عملية جراحية كوسائط الانارة والملاءة والماء الحار والبارد والاسفنج الرفيع

فبعد الاستحضار على جميع ما يلزم للعملية ومعالجة جرحها يحلق رأس المريض ويوضع على وسادة مغطاة بملاءة وموجود تحتها لوح خشب لعدم هبوطها وينبغى فى هذا الوضع ان يكون جزء الجمجمة المراد ثقبه متجها الى اعلى ليتيسر للجراح العمل بدون مشقة له وللمريض ويثبت الرأس فى موضعه بمساعدين تثبيتا جيدا ثم يشرع فى العملية بان يفعل اولا فى لحم الرأس شق صليبى او على صورة لام متصلة بما قبلها هكذا (ـ) او رقم سبعة او ثمانية هكذا (٧ او ٨) وذلك على حسب السعة المراد كشفها من العظم واذا كانت العملية فى القسم الصدغى يلزم ان يكون الشق على صورة رقم (٧) لان هذا الشكل شبيه بمروحة من ريش وهو الذى يوافق اتجاه الياف العضلة الصدغية التى هى متقاربة من الاسفل متباعدة من الاعلى * وعلى كل حال ينبغى ان يبلغ الشق العظم بعد ان يقطع السمحاق دفعة واحدة لكن اذا احس الجراح قبل الشق بخشخشة فى العظام دالة على وجود كسر او انخساف فيها وجب عليه ان يفعل الشق فى عدة مرار طبقة بعد اخرى ليحترز من نفوذ سن المشرط فيما بين القطع ووصوله الى اغشية المخ او المخ نفسه فيجرحها ثم انه اذا كان موجودا فى المحل الذى يراد فعل الثقب فيه جرح فالغالب ان لا يكون كافيا لانكشاف العظم فينبغى ادخاله فى الشق المراد فعله وبعد فعل الشق تسلخ الشرايح حتى ينكشف من العظم سعة كافية للثقب ثم تقلب وتثبت بمساعد مصانة برفائد ناعمة ثم ينظر الجراح فى الجرح فاذا رأى نزف دم من بعض عروق فان كانت غليظة

ربطها اولواها واما ان كانت رفيعة امر مساعد ابض غطها بالاصابع حتى ينقطع
سيلان الدم منها بالكلية * ثم بعد ذلك يجرد جزء العظم المراد ثقبه عن السمحاق
بالمجرد كما يفعل ذلك جمهور الجراحين وكيفية الجرد هى ان تمسك قبضة المجرد
بابهام اليد اليمنى من جهة والثلاثة اصابع الاخيرة من اخرى منعوجة تحتها
لتثبيتها تثبيتا جيدا واما الاصبع السبابة فتكون ممدودة على طول ساق الالة
ثم يوضع احد حدود الالة على العظم موازيا لاحد شقوق الاجزاء الرخوة وترتكز
اليد اليسرى على المحال المجاورة لمحل الجرد بالابهام والثلاث اصابع الاخيرة
واما السبابة فتكون موضوعة بطرفها على سطح المجرد المقابل للسطح الناشئ
منه الساق لدفع الالة والاتكاء عليها بقدر ما يناسب تحت العظام ويلزم
ان تطاوعها اليد اليمنى الماسكة للقبضة بالكيفية المذكورة فى الدفع وتمنع عدول
الالة عن سيرها فقط لكن هذه الكيفية فيها عيب عظيم وهو جرد العظم زيادة
عن سعة محل الثقب فيموت ما كان منه مجردا عن السمحاق فلذا كان الاحسن
ان لا يجرد اصلا بل يوضع المنشار الاسطوانى عليه فيقطعه قطعا حلقيا حال
ادارته اذ خطر ذلك اقل من تمزيقه بالمجرد او ان يوضع المنشار المذكور على
المحل المراد ايقاع الثقب فيه ثم يؤخذ مشرط ويدار به حول دائرة المنشار ليشق
السمحاق فيما بين ما يراد ازالته وما يراد ابقاؤه وبعد كشف العظم يؤخذ منشار
اسطوانى بهرمه ويوضع باستقامة على سطح الجمجمة وضعا محكما ممسوكا من
ساقه ثم يدار هذا الساق بين الاصابع ليؤثر سن الهرم فى وسط القطعة المراد
فصلها لحدوث ثقب مكانها وحينئذ يرفع المنشار المذكور ويركب المثقاب على
المدوار ثم يمسك كقلم الكتابة باليد اليمنى ويوضع سنه فى نقرة الهرم ثم يقام حتى
يصير واقعا وقوعا مستقيما على سطح العظم ثم يحاط القرص الخشب الموجود
اعلى المدوار بابهام وسبابة اليد اليسرى ليكونا حوله شبه حوية يسند
عليها الجراح جبهته ثم يمسك الجراح بيده اليمنى الكرة الموجودة وسط المدوار
ويدير الالة بسرعة من اليمين الى اليسار مرتين او ثلاثا ومتى علم ان غور الحفرة
التى تحصل من ذلك صارت بقدر ما يجاوز دائرة المنشار من الهرم يفصل المثقاب

المذكور من المدوار ويركب عليه المنشار ومعه هرمه ثم يضع سن الهرم
فى النقرة التى حصلت عن المثقاب والآلة مائلة ليرى دخول السن المذكور
ثم يقيم الآلة حتى تصير واقعة وقوعا مستقيما على سطح الجمجمة وجميع اسنان
دائرة المنشار مرتكزة على العظم على حد سوا ثم يدير المنشار كالمثقاب
بدون ان يخشى من ترزحه الى العظام لانه يمتنع عن ذلك بوجود الهرم
فى النقرة وبسبب ذلك يمكن تدوير الآلة بسرعة فى الابتداء لكن لا ينبغى
التحامل عليها ولا امالتها من جهة اكثر من اخرى بل يلزم ان تكون واقعة
على سطح العظم وقوعا مستقيما اذ بذلك يحصل اخدود متساوى الغور فى جميع
اجزائه ولا تقطع صفيحة العظم الباطنة فى بعض محالها قبل الاخرى ولا يقف
المنشار فى سيره * هذا وقد يظهر لك ان الآلة موضوعة وضعا مستقيما مع انها
قد تكون مائلة بسبب انحراف النظر فيما اذا كانت الجبهة موضوعة
فوق قرص المدوار فينبغى تناوب وضع الجبهة والذقن على القرص المذكور
او يقتصر على مسكه باليد اليسرى كما ذكر وذلك لاجل التأكد من حسن وضع
الآلة ولاجل زيادة التأكد من استواء غور الاخدود يلزم رفع الآلة زمنا فزمنا
ولكن ينبغى قبل ذلك ان يدار المنشار من اليمين الى اليسار نصف ادارة لتتخلص
اسنانه من العظم ويسهل اخراجه من الاخدود بدون اهتزاز ويلزم فى كل مرة
يخرج فيها المنشار ازالة ما فى الاخدود من النشارة بالريشة المبرية على صورة
خلال الاسنان وتنظيف اسنان المنشار بالفرشة ثم توضع الآلة فى الاخدود
وتمال فى الجهة التى ظهر فيها الاخدود اقل غورا لكن متى صار الاخدود غائرا
بحيث يمنع ترزح المنشار ينبغى اخراج الهرم بواسطة مفتاحه لانه لا حاجة له
حينئذ بل ابقاؤه مضر بسبب زيادة طوله عن دائرة المنشار فيصل الى الام
الجافية والمخ ويصيبهما قبل تمام النشر ثم قبل وضع المنشار ثانيا فى الاخدود
ينبغى وضع البرمة فى النقرة الهرمية وتدويرها فيها مرتين او ثلاثا من اليمين
الى اليسار لتجعل لها طريقا فيها بحيث يمكن ادخالها فى القطعة العظم بعد
تمام فصلها بدون عنف ولا يخشى من سقوطها فى تجويف الجمجمة ثم بعد

ادخال البرمة وتدويرها كما ذكر تدارفى جهة مخالفة للاولى اعنى من اليسار
الى اليمين لاجل اخراجها ويوضع المنشار فى الاخدود لتتم العملية الا انه ينبغى
اخراجه زمنا فزمنا كما ذكر سابقا ليبحث عن غور الاخدود بمسبار فان دل ذلك
على قلة غوره فى بعض المحال لزم امالته نحوه وكلما تقدمت العملية وقربت
نهاية الثقب ينبغى تدوير الآلة بتأن ورفق ومتى علم الجراح قرب المنشار من
السطح الباطن للعظم لزم رفعه والبحث بالمسبر او بطرف قلم او ريشة عن محل
من الاخدود يكون انثقب فيه العظم فاذا وجد شيأ من ذلك حرك تلك القطعة
بالبرمة بعد وضعها فى النقرة كى تنفصل من ذلك او يأخذ ملوقا او عاتلة ويضعه
فى الاخدود ثم بالاتكاء على طرفه الظاهر يرفع القطعة بطرفه الباطن
ويخرجها فاذا لم يمكن زعزعة القطعة يضع المنشار ويديره بلطف حتى يسمع
قرقعة هى علامة على تمام انفصال القطعة والقرب من الاغشية
فحينئذ يرفع المنشار واحيانا ترتفع معه تلك القطعة معلقة بباطنه فاذا لم تخرج
مع المنشار اخرجت بالبرمة او بالعاتلة كما ذكر وبعد خروجها يبحث فى دائرة
الثقب فاذا وجدت فيها بروزات لزم ازالتها بالسكين العدسية وكيفية العمل
بها هى ان تمسك باليد كالقلم ثم تدخل من الثقب وتجعل عدستها فيما بين العظام
والام الجافية ثم يعتمد بالابهام على الاجزاء القريبة من الثقب ويمر بحد
السكين على جميع دائرة الفتحة لتزال الخشونات والبروزات العظمية التى
لو بقيت لهيجت الاجزاء الرخوة وبعد الثقب بالكيفية المذكورة ينظر فيما فعلت
لاجله العملية ليكون العمل بحسبه فاذا كان القصد رفع قطع عظمية
انخفضت نحو تجويف الجمجمة تؤخذ عاتلة وتدخل من الثقب ثم توضع تحت
القطع فيما بينها وبين الام الجافية وتقام بها حتى تعود الى موضعها او ترفع
بالكلية واما اذا كان الحاصل فى العظام بالكسر شظايا كثيرة فيمسك بجفت
ما كان منها منفصلا بالكلية او مانعا لسيلان السوائل المراد استفراغها من
تجويف الرأس ويفصل برفق ما امكن لئلا يحصل تمزق فى السحايا وقد يكون
الكسر بليغا بحيث ان الشظايا الحاصلة منه تكون تامة الانفصال

فلا يحتاج لعمل ثقب فى الجمجمة حينئذ وانما تستاصل لحدوث فتحة مكانها تخرج منها السوائل المنصبة ويزول انضغاط المخ ثم اذا انفصلت شظية من العظم وصار سطحها الباطن اوسع من الظاهر ولم يتيسر اخراجها بسبب ذلك من الفتحة العارضية الحاصلة فى مكانها بعد انتقالها منه لزم فعل جملة ثقوب بالمنشار الاسطوانى على جهة الفتحة المقابلة للحرف الاكثر طولا من الشظية وينبغى ان تتداخل هذه الثقوب فى بعضها وان يزال شبه الاسنان الموجود بينها بواسطة المنقار والمطرقة بلطف ورفق كى لا يهتز الرأس ثم بعد ذلك تمسك الشظية من حرفها وتمال نحو الطريق التى فعلت لها وتخرج * وكذا اذا كان المقصود من العملية استئصال جزء عظم ميت فيحاط هذا الجزء بجملة ثقوب متداخلة فى بعضها ويزال * اوكان المراد سهولة قطع ورم فى الام الجافية ينبغى توسيع الفتحة التى حدثت من الورم بجملة ثقوب متداخلة ايضا ليتوصل الى الورم فيستأصل كما ذكرانفا وقد شاهد الجراح (سانسون) ورما فى عظام الجمجمة حصل منه انضغاط المخ فاحاطه بتسعة عشر ثقبا متداخلة اثنان منها قبالة الدرز السهمى بدون ان يصاب الجيب المستطيل العلوى ويفتح * واما اذا كان المقصود اخراج جسم غريب كرصاصة دخلت فى عظام الجمجمة واريد رفعه مع القطعة العظم الحاملة له فيستعمل منشار اسطوانى كبير ليجاوز بدائرته هذا الجسم غير انه لا ينبغى وضع هرم فيه لئلا يضغط على الجسم فيدفعه نحو تجويف الجمجمة وحينئذ يمنع تزحزح المنشار وانتقاله عن موضعه بواسطة قطعة من الورق المقوى اوقطعة جلد ثخينة مثقوبة يجعل ثقبها مقابلا لموضع المنشار وهو محل الجسم الغريب وهذه الطريقة تستعمل ايضا فيما اذا وضع المنشار الاسطوانى قبالة ثقب يراد قطع حروفه لتوسيعه

واما اذا كان القصد من الثقب استفراغ مادة منصبة كالدم فان كانت هذه المادة منصبة بين عظام الجمجمة والام الجافية اميل الرأس لتسيل الى الخارج والا ادخلت قطعة اسفنج مبلولة اوكرة نسالة بجفت اوملقاط من الثقب لتتشرب السائل الموجود والغالب انه يكفى ثقب واحد فى استفراغ

تلك المادة اذا كانت شاغلة لمحل صغير واما اذا كانت شاغلة لسعة عظيمة وجب فعل جملة ثقوب متباعدة عن بعضها لاجل تمام استفراغها لكن ينبغى البحث الجيد عن حدود محل الانصباب واتجاهه قبل فعل هذه الثقوب غير الاول لئلا يثقب حيث لا يكون انصباب مادة *وكيفية البحث هى ان يدخل مسبر قابل للانعطاف متنه بزر من الثقب بين العظام والام الجافية ويدفع فى جملة اتجاهات مختلفة مع غاية اللطف فحيث يقف طرفه يكون نهاية انفصال الام الجافية من العظام وحد محل الانصباب فحينئذ تجعل الاصبع السبابة علامة على حد ما دخل من المسبر ثم يخرج ويوضع على ظاهر الجمجمة باتجاهه الذى كان عليه فى باطنها ويجعل الثقب الثانى المراد فعله عند نهاية طرفه

واذا وقع لانسان صدمة او ضربة شديدة قبالة درز ولم تكسر عظما لكن حصل له منها عوارض الانصباب المستوجبة لعملية ثقب الجمجمة ففعلها الجراح على احد جانبى الدرز واستفرغ المادة المنصبة من الثقب لكن لم تزل عوارض انضغاط المخ موجودة لزم ثقب الجمجمة على الجانب الثانى من الدرز لان الام الجافية ملتصقة بالعظام قبالة الدروز التصاقا متينا اكثر من جانبها فاذا حصل انصباب لا تنفصل حذاءها فتصير المادة المنصبة منقسمة قسمين وحينئذ يلزم فعل ثقب قبالة كل قسم لتستفرغ مادته وكذلك اذا فعلت عملية الثقب لاقامة قطع عظمية انخسفت على احد جانبى درز واستمرت اعراض انضغاط المخ كان ذلك دليلا على وجود انصباب فى الجانب الثانى منه فيجب الثقب قبالته ايضا ثم اذا فعلت عملية ثقب الجمجمة ولم يجد الجراح سائلا بين العظام والام الجافية وجب عليه التأمل فى حالة الام الجافية فاذا رآها متوترة واحس بالاصبع بتموج تحتها كان ذلك دليلا على وجود سائل فينبغى حينئذ ان يشقها بمشرط شقا صليبيا لان الانصباب كثيرا ما يحصل فى تجويف الغنكبوتية لاسيما اذا كان صديديا او مصليا فاذا لم يخرج منها بذلك شئ وشاهد الجراح جوهر المخ متوترا رصاصى اللون املس من زوال التعاريج الموجودة على سطحه فى حال الصحة واحس بتموج يعلن بوجود خراج غرز مشرطا فى المخ ولكن لا ينبغى ان يدخل من هذا

المشرط زيادة عن نصف قيراط وعلى كل حال تكون فيه طبيعة مادة الانصباب ومحلها سواء كان بين العظام والام الجافية او تحت الام الجافية او فى نفس المخ فالغالب ان يكون الدم او الصديد متجمدا لاصقا يجدران محل تجمعه فلاجل سهولة خروجه من الثقب يؤمر المريض بالزفير بعد ان يسدفه وانفه بعد شهيقه اذ بذلك يقف الدم فى عروق قاعدة المخ فيملأوها ومن ذلك يرتفع المخ الى اعلى فيدفع الدم او الصديد نحو الثقب وقد يمكن ايضا نصل ما كان ملتصقا من المواد المذكورة بالعدسة الموجودة فى احد طرفى حاملة الفتيل او قلم من نسالة او زرق ماء فاتر يدفع مع غاية اللطف وفى كثير من الاحوال لا تكفى هذه الوسائط فى فصل المواد المذكورة بالكلية بل قد يبقى منها ما كان ثخينا ملتصقا التصاقا شديدا وحينئذ ينبغى تركها حتى تلين من الفساد الذى يحصل فيها وحينئذ تستخرج

واعلم انه لا يبقى على الجراح بعد تمام العملية الا مداواة ما يحصل عقبها فاذا فعلت العملية لاستفراغ مادة سائلة صديدية كانت او دموية فلكونها لا يتم خروجها فى مرة واحدة ينبغى ابقاء الثقب مفتوحا حتى ينقطع سيلانها بالكلية وكيفية التضميد حينئذ هى ان يؤخذ السندون ويدخل من الثقب ثم توضع دائرته بين الام الجافية والعظام بواسطة عدسة واقية السحايا وفائدة السندون منع بروز المخ من شق الام الجافية وثقب العظام فيما اذا كانا موجودين معا ثم بعد ذلك توضع كرات من نسالة بين الشرائح لتبقى متباعدة فلا تمنع سيلان المواد ثم يوضع فوقها قرص نسالة ورفائد ويثبت كل ذلك بالرباط الرأسى او الرباط المثلث او بمغطية الرأس (لجاليانوس) وهذه الاربطة مذكورة فى كتاب الاربطة فراجعه ان شئت * وهذا التضميد يغير مرة او مرتين فى النهار الواحد على حسب غزارة القيح واذا احتيج الامر الى زرق بعض مواد فاترة ملينة لاجل سرعة الشفاء يلزم فعله وبعض الجراحين لا يستعمل السندون خوفا من تهيجه للسحايا ويستعوضه برفادة صغيرة رفيعة مثقبة ومدهونة بقيروطى جديد يدخلها من وسطها فى فتحة العظام ويجعل دائرتها مبسوطة على ظاهرها وعلى السطح

الباطن للشرايح المقلوبة ثم يملاء تجويف هذه الرفادة كرات نسالة وعلى الجراح ان ينتبه غاية الانتباه لحالة المريض وان يستعمل له ما يجده موافقا لمنع التهاب المخ من الوسائط العلاجية المضادة للالتهاب لان خطر العملية لا يحصل غالبا الا من شدة التهاب المخ او السحايا فليتأمل * وبالجملة متى انقطع سيلان المواد ونظف الجرح واخذ فى الندب يخرج السندون وتطبق الشرايح على الجرح وتثبت بعصائب اللازوق ويوضع فوقها قرص من نسالة مغموس فى ماء الصمغ وبعض رفائد تثبت باحد الاربطة المذكورة

واما اذا فعلت عملية الثقب لرفع قطعة عظم انخفضت فى تجويف الجمجمة اولاستخراج جسم غريب صلب وحصل المقصود فلا حاجة الى ابقاء الثقب مفتوحا كما ذكر وانما تطبق الشرايح وتثبت ببعض غرز خياطة وعصائب اللازوق التى يوضع فوقها قرص من نسالة مغموس فى ماء الصمغ وبعض رفائد تثبت برباط لايق بالمحل * وبالجملة يعالج الجرح بدون ان يحصل فيه تقيح * هذا ما لزم ذكره فى عملية ثقب الجمجمة ومعالجة جرحها ولنذكر لك الآن ما يحصل للمريض وفى الجرح بعدها فنقول

اعلم ان المخ يرجع الى وظائفه بعد ازالة السبب الضاغط عليه وبزول ما كان حاصلا له من انضغاطه ثم متى تم خروج المواد وبدأ الجرح فى الندب تتكون ازرار لحمية وتنمو من دائرة الفتحة العظمية وهذه الازرار تختلط بازرار اخر تنمو على الام الجافية او المخ فيتكون عنها شبه سدادة تلتصق بباطن الشرايح وفى بعض الاحيان قد ترق حوافى الثقب وتستطيل نحو مركزه فتصير شبه غشاء غضروفى يسد الفتحة سدا محكما وينوب عن ما فقد من العظم حتى انه قد يتعظم فى الشبان وتصير الجمجمة كان لم تثقب اصلا ولكن هذه الندب ضعيفة لا تكفى فى مقاومة مصادمات الرأس بالاشياء الصادمة لها ولا تحمى المخ من تأثيرها فعلى ذلك ينبغى وضع شبه قلنسوة من جلد او معدن على الرأس لمنع تلك العوارض وصيانة الدماغ

(تنبيه)

اعلم

اعلم ان المستعمل فى جميع ماذكرناه لك فى هذه العملية هو المنشار الفرنساوى ولنذكر لك كيفية العمل بالمنشار الانكليزى فنقول

تؤخذ هذه الآلة وفيها هرمها وتمسك قبضتها المستعرضة باليد اليمنى بان يجعل الابهام على احد جهتيها والاصبع المتوسط والبنصر والخنصر على الجهة الثانية واما الاصبع السبابة فانه يوضع على طول ساقها مرتكزا بطرفه على طرفها العلوى ثم توضع على الجزء المراد ثقبه كما ذكرنا فى استعمال المنشار الفرنساوى ثم تحرك حركات نصف رحوية من اليمين الى اليسار و بالعكس على التوالى ببطح اليد وكيها كذلك وفى هذه الحركات يكون العضد والساعد ثابتين واما قبضة اليد فهى التى تتحرك وحدها و باقى العملية يكون بحسب ماذكرناه آنفا

(الباب الثانى)

(فى العمليات التى تفعل فى العين)

لما كان عضو البصر انفع الحواس وكانت امراضه كثيرة جدا ولم يكن بمصر كتاب مستوف لشرح العمليات التى تستوجبها هذه الامراض التزمت الاطناب فى شرح هذه العمليات ولم اقتصر فيه على ما نصه غيرى فى مؤلفاتهم بل ذكرت ايضا ما شاهدته وفعلته بنفسى لاسيما وقد كنت استشير فى بعض تلك العمليات الخل الصادق والطبيب الحاذق الذى بلغ فى معالجة امراض العين ارفع درجة ولم ترعينى أأمن منه ولا اصدق فى المودة سيدى مصطفى افندى السبكى الحكيم فجاء هذا الشرح بعون الله واضحا مفيدا نسأله نجاح العمل بمقتضاه بجاه من انتور بصائر الخلق لمشاهدة الحق اصطفاه وها هو ذا

اعلم ان هذه العمليات اما ان تفعل فى الاعضاء الاضافية للعين واما ان تفعل فى مقلة العين نفسها لكن ينبغى للجراح ان يكون على بصيرة قبل الشروع فى فعلها من انه لا يفعلها الا بيده اليمنى فى جميع الاحوال فان دعت ضرورة الى فعلها بيده اليسرى بسبب وضع الاعضاء المراد استعمالها فيها حاول ذلك بوقوفه خلف المريض او على جنبه وفعلها بيده اليمنى كى يكون على امن منها

سيما وعضو البصر لطيف يقتضى خفة اليد فى العمل والثبات فى الحركات فليتنبه لذلك

(الفصل الاول)

(فى العمليات التى تفعل فى الاعضاء الاضافية للعين)

(المبحث الاول فى عملية قسطرة المسالك الدمعية)

اعلم ان سطرة المسالك الدمعية لها احوال مختلفة تستعمل فيها لانها اما ان تكون لذرق سائل فيها واما ان تكون لازالة انسداد وقتى فورا واما ان تكون لتوسيعها على التدريج بوضع جسم غريب فيها مدة تكفى لذلك * ثم ان المسبر المستعمل لذلك يختلف دخوله فيها على حسب هذه الاحوال ايضا لانه اما ان يكون من الفوهة الدمعية السفلى واما ان يكون من العليا واما ان يكون من القناة الانفية * ولنتكلم على ادخاله من كل منها فى مطلب على هذا الترتيب فنقول

(المطلب الاول فى ادخال المسبر من الفوهة الدمعية السفلى)

(تشريح جراحى) اعلم اولا ان هذه الفوهة فتحة القناة الدمعية السفلى وهذه القناة تغوص اولا فى الجفن غوصا عموديا مقدار خط ثم تعوج الى الانسية حتى تصير على زاوية قائمة وتتجه نحو الكيس الدمعى لتستطرق معه وهذا الاعوجاج يمكن ازالته بسهولة بان يجذب الجفن السفلى بقوة الى الوحشية وقليلا الى الانسية لكن بدون ان يجاوز المسبر الكيس الدمعى بل ولا يدخل فيه لكون هذه القناة تصير معه على زاوية قائمة ومن ثم لا تفعل القسطرة من هذا السبيل الا للزرق فقط * وكيفية العملية هى ان يجلس المريض مقابلا للنور ويقف الجراح امامه ان كانت العملية فى العين اليسرى فيجذب الجفن السفلى الى الوحشية وقليلا الى الاسفل بابهام يده اليسرى او بباقى اصابعها بحيث تصير الفوهة المذكورة مشرفة على الامام والوحشية ثم يمسك زارقة (انيل) بيده اليمنى كما يمسك قلم الكتابة وبعد ان يسندها على الوجنة بواسطة اصابعه الاخيرة يدخل طرف الانبوبة الدقيق فى الفوهة المذكورة برفق منحرفا

الى

الى الانسية والاسفل مقدار خط ثم يجعله الى الانسية باستقامة حتى يدخل منه قدر ثلاثة خطوط وهذا القدر كاف فى هذه العملية لكن لاجل الوصول الى الكيس الدمعى يلزم ان يدخل منه مقدار اربعة خطوط وحينئذ يفعل الزرق المطلوب فان كان فى العين اليمنى وقف الجراح خلف المريض كما تقدم التنبيه على ذلك واسنديده اليمنى على الثنو الجاجى الوحشى من عظم الجبهة ويفعل بها ماذكر

(المطلب الثانى فى ادخال المسبر من الفوهة الدمعية العليا)

(تشريح جراحى) اعلم ان قناة هذه الفوهة تصعد منها صعودا عموديا قدر خط ثم تعوج الى الانسية وتتجه نحو الكيس الدمعى لتنفتح فيه فاتجاهها حين انطباق الجفن يكون معترضا وعند انفتاحه يكون منحرفا الى الاسفل والانسية * ثم ان كيفية العملية فى قسطرة هذه القناة هى ان يجلس المريض تلقاء النور ويقلب رأسه الى الخلف يسيرا ويقف الجراح امامه سواء كانت العملية فى العين اليمنى او اليسرى ثم يرفع جفنه العلوى ويجذبه قليلا الى الوحشية بابهام او سبابة يده اليسرى ثم يمسك بيده اليمنى مسبر (ميجان) كما يمسك قلم الكتابة وبعد ان يسندها على جبهة المريض يدخل طرفه الزيتونى فى الفوهة المذكورة من اسفل الى اعلى مقدار خط ثم يحرفه اى يميله ويدفعه من الوحشية الى الانسية ومن اعلى الى اسفل على حسب اتجاه شفر الجفن من الفوهة المذكورة الى الزاوية الانسية حتى يدخل فى الكيس الدمعى وحينئذ يترك شد الجفن ويرفع الطرف الخارج من المسبر المذكور حتى يقرب من الانف ويصير عموديا ثم يدفع المسبر من اعلى الى اسفل حتى يدخل فى القناة المذكورة وعلامة ذلك اكلان الخيشوم المقابل او سيلان بعض نقط دم

(المطلب الثالث فى ادخال المسبر من القناة الانفية)

(تشريح جراحى) هذه القناة استطالة من الكيس الدمعى آخذة الى الاسفل بدون تحديد بينهما وهى قصبة غشائية مغشية للسطح الباطن من القناة

العظمية لعظم الفك العلوى تضيق كلما نزلت وتتصل بالغشاء المخاطى للخيشوم وتنتهى من الاسفل بفوهة مقطوعة بانحراف من الانسية ولها ثنية تشبه الصمام تنطبق عليها فتسدها عند ارتفاعها ومعرفة وضع هذه القناة مهمة لسهولة القسطرة منها * فاعلم انها تبتدء من خلف الحافة العظمية الموجودة فى قاعدة الجناح من الجهة الانسية المقدمة ثم يصل طرفها السفلى الى ما تحت الحافة العليا من القرين الانفى بعيدا عن الحافة المقدمة من النتو الصاعد بسبعة خطوط من الخلف فطولها يختلف من ثلاثة خطوط الى اربعة والغالب ان يكون اربعة والمسافة التى بين فوهتها العليا وقعر الخياشيم تكون من عشرة خطوط الى اربعة عشر خطا بحيث ان هذه القناة لا تشغل الا ثلاثة اسباع هذه المسافة والقطر المستعرض من الفوهة العليا لهذه القناة من خط الى واحد ونصف والمقدم الخلفى يفوق عن الاول بقدر نصف خط بحيث ان شكل هذه الفوهة بيضى حقيقة وجزؤها المتوسط مستدير ضيق وفوهتها السفلى قمعية الشكل ومتجهة قليلا الى الخلف والغالب ان فى مسير هذه القناة تحديبا من الامام والوحشية قليل الظهور واتجاهها الخاص منحرف من اعلى الى اسفل ومن الانسية الى الوحشية تابع لخط متصالب مع خط البدن المتوسط من اعلى الحدبات الانفية بنحو قيراط وهذا الخط مبتدء من الفوهة العليا للقناة المذكورة وبهذا التصالب تحدث زاوية من عشر درجات الى اثنتى عشرة درجة ثم ان كيفية العملية هنا هى ان يؤتى بانبوبة مخروطية الشكل تقريبا من فضة طولها نحو اربعة وثلاثين خطا (اعنى قيراطين وثلثين تقريبا) وفى طرفها الغليظ حلقة وطرفها الثانى مفتوح وقطره من ربع خط الى ثلث وبالبعد من طرفها الغليظ تقويس يزيد قليلا عن نصف دائرة يبلغ قطرها ثمانية عشر خطا (اعنى قيراطا وثلثا) كما قاله (فيزينيه) ولاجل ان يكون هذا التقويس محكما على تقويس القناة الانفية يلزم صب بعض رصاص فيها فى ميت كما فعل (چينسول) لتكون له كقالب ثم يكسر العظم ويستخرج هذا الرصاص المنسبك فى القناة وتفعل آلة على طرزه وهذه

الالة توضع حين ارادة ادخالها فى القناة الانفية على حاملة كحاملة قلم الرصاص
ثم يجلس المريض ويرفع رأسه ويقف الجراح خلفه ان كانت العملية فى العين
اليمنى والا فامامه ثم يمسك المسبر من قبضته كقلم الكتابة ويثبت الرأس بيده
اليسرى ويدخل الطرف الدقيق من هذه الالة فى الخيشوم موضوعا على
قعره وتابعا للجدار الوحشى من الخيشوم واليا تقعيره الزاوية الشفوية
المقابلة له ومتى دخل ثلاثة ارباع تقويس الالة فى الخيشوم يبرم الطرف
الداخل وترفع اليد القابضة على الطرف الخارج من تلك الالة حتى يصير نصابها
موضوعا فى محاذات موق العين اى الزاوية الانسية وضعا عموديا وبهذا الرفع
تتم اليد حركة ربع دائرة وحينئذ يصل المسبر الى ما تحت القرين السفلى ويرتكز
تحديبه على قعر الحفرة الانفية ويصل طرفه الداخل الى قمة الصماخ السفلى
وعلامة ذلك المقاومة التى تحصل منه برفع المجس كله او بالحركة الارجوحية
فقط فان لم تحصل هذه المقاومة لزم الابتداء بالعملية ثم بعد ذلك يشرع فى ادخال
الطرف المذكور فى الفوهة السفلى للقناة الانفية بواسطة جذبه ودفعه الى الامام
والخلف اعنى بحركة صدور وورود وعلامة دخوله كذلك ايضا عدم امكان
زحزحته ولاجل سهولة نفوذ المسبر فى القناة المذكورة يجب تنكيس قبضته
ببطئ ولطف بواسطة توجيهه نحو ارنبة الانف ثم الى الجهة المقابلة له
تابعا لمسير خط فرضى يبتدء من الزاوية الانسية للعين وينتهى عند السن
النابى العلوى الاول من الجهة السليمة * ثم اعلم ان ما يعسر من هذه العملية
هو فعل الحركة الارجوحية فلاجل سهولة اتمامها يلزم ان يتبع الاتجاه المذكور
لان القبضة اذا انكست باستقامة ربما كسرت القرين السفلى او جدران القناة
فاذن يلزم ان تنكس برفق وبطئ لا دفعة واحدة واذا استشعر بمانع يبرم المسبر
برمات صغيرة ويهز كذلك او يجذب قليلا ثم يدفع ثانيا * وان الذى يمنع من
وجود الفوهه السفلى للقناة المذكورة وادخال طرف المسبر فيها هو المبالغة
فى تنكيس الالة او ارتفاعها او تقويس القرين السفلى او الميل الزائد فى حاجز
الخياشيم * فينبغى للجراح ان يتجنب هذه الموانع بالفحص عنها لتسهل عليه

العملية * وقد يوجد عرف عظمى فى الجهة المقدمة او الوحشية من الفوهة العليا للقناة الانفية لاسيما فى الاشخاص الذين يكون فيهم اصل الانف رفيعا فيعارض طرف المسبر فتى ظن الجراح ان طرف المسبر قابل هذا البروز وتعوق به تجنبه وعدل عنه برفع قبضة الآلة يسيرا او توجيه طرفها نحو الميزاب الدمعى بحركة رحوية تفعل حين السير وقد يكون فى الفوهة السفلى انسداد كامل يعيق دخول الآلة فيها واما اذا كانت القناة سالكة لا مانع فيها وصل المجس الى الكيس الدمعى بسهولة ويعلم ذلك باللمس وحينئذ تصير قبضته افقية تحقيقا او تقريبا ومقابلة لاول سن من القواطع فاذا اراد الجراح استمراره فى القناة حتى يتم المقصود نزع منه قبضته ونفذ فى حلقة طرفه الخارج خيطا وثبته على الخد بقطعة من حبر مصمغ

(المبحث الثانى)

(فى العمليات التى يستدعيها الناصور الدمعى المسمى ايضا بالغرب)

اعلم اولا ان هذا المرض على ثلاث درجات ففى الاولى يكون شبه ورم بارز فى الزاوية الكبيرة للعين ويكون ناتجا من تراكم سائل فى الكيس الدمعى * وفى الثانية يتقرح ويتكون الناصور * وفى الثالثة تصاب العظام بالتسوس لاسيما العظم الظفرى * ومن المهم ان يعرف الجراح ان السبب فى الورم الدمعى والناصور الناشئ عنه هو الاحتقان المزمن فى الجدران الرخوة للقناة الانفية وقد يكون السبب فى ذلك الالتهاب الحاد او المزمن فى الكيس الدمعى نفسه وربما يكونان ناشئين عن ورم عظمى ساد للقناة الانفية او عن التصاق الجدران الغشائية للقناة التصاقا متينا بعد تقرح حصل فيها وعلى ذلك فالوسائط العلاجية لهذا الداء تختلف على حسب اختلاف هذه الاسباب فعلى الجراح ان ينتخب ما يليق بالحالة التى يجدها من الطرق الآتية وهى الضغط والتوسيع ووضع المسبر والماسورة المستمر والكى واحداث قناة صناعية ولنشرحها لك على هذا الترتيب فنقول

اما طريقة الضغط فانها تفعل فى الورم وفى الناصور البسيط نفسه وهى

ان يحضر زنبلك من فولاذ فى احد طرفيه كرة وهذه الكرة معدة للضغط والطرف الثانى مثبت فى وسط زنبلك آخر معد فى يحيط بالجبهة والرأس معا ثم توضع الكرة على الورم ويحاط الزنبلك الثانى لتثبيت الالة وبذلك يحصل الضغط المطلوب

وهذا الضغط لا يثمر الا اذا كان الورم ناشئا عن التهاب مزمن فانه قد جرب نجاح الضغط فيه لكن بشرط ان لا يكون هذا الورم فى القناة الانفية والا فلا يفيد الضغط فيه

واما طريقة توسيع القناة الانفية فهى وان كانت نوعا من الضغط الا ان الضغط فيها يكون من الباطن الى الظاهر اجود منه بالعكس لكونه يؤثر على الاحتقان الذى هو السبب وعلى التضايق الذى هو نتيجته * والكيفيات التى تفعل لاتمامه تختلف على حسب الموجود من كونه ناصورا او ورما دمعيا فقط فقد اوصى (ميجان) اذا كان الورم غير منوصر بادخال شبه مسلة دقيقة جدا فى الفوهة الدمعية العليا وفى سمها خيط واخراجها من الخيشوم وربط فتيل يزداد غلظه تدريجا فى الطرف الذى خرج من الخيشوم ثم ينفذ فى القناة الانفية بجذب الطرف العلوى من هذا الخيط نعم فى هذه الكيفية عيب هو حدوث تقرح الفوهة الدمعية العليا فتنسد بذلك

واما كيفية (لافوريست) فهى اجود من الاولى وهى ان يوضع فى القناة المذكورة من فوهتها السفلى مجس غير مجوف ويبقى فيها مدة ايام كى يسلك الطريق وحين تخلخله يخرج ويستعوض بقساطير مجوفة تبقى فى القناة حتى يتم الشفاء ومنها تزرق السائلات المناسبة للحال فى القناة عدة مرار فى اليوم الواحد وفى اغلب الاحوال ادخل الجراح (ويزينيه) مجسا من صمغ لدن من الثمرة الثانية فى الفوهة المذكورة منحنيا انحناء لائقا على سيخ اى قضيب رفيع ليحفظ انحناءه وبعد ادخاله اخرج ذلك السيخ ومتى اريد استعواض هذا المجس او المجس المعدنى باخر لزم رد السيخ فى باطن المستعوض ثم يستخرج المجس ويبقى السيخ فى القناة ليهدى عليه فى الدخول المجس الثانى العوض بدون تعسر فى نفوذه

فى القناة المذكورة * وبهذه الكيفية تدخل فيها مجساة عديدة متعاقبة حتى يصير قطر حجم المجس الاخير مقدار خط ونصف

وينبغى اذا تعسر ادخال المجس فى القناة من الفوهة السفلى ان يدخل مسبر ميجان فى المسالك الدمعية من اعلى الى اسفل حتى يخرج من الانف ويهدى عليه المجس المذكور حتى يدخل فى القناة الانفية من فوهتها السفلى ثم ينزع ذلك المسبر

واما طريقة وضع المسبر المستدام المعروفة بالجراح (وار) فالمسبر يكون فيها سلكا معدنيا رفيعا كالخيط طوله من اربعة عشر خطا الى خمسة عشر مستقيما الا ما يقرب من طرفه العلوى فانه يكون منحنيا على زاوية منفرجة وبذلك يصير هذا المسبر كانه مركب من فرعين السفلى وهو الاطول خاص بشغل القناة واما العلوى فطوله خطان ومنته برأس مسطحة مستديرة قطرها نحو من خطين ايضا وبعد وضع المسبر فى القناة على الوجه المذكور آنفا يصير هذا الفرع شاغلا للشق الذى يفعل فى الكيس الدمعى ورأسه ساترا للجرح مغطيا له * وحينئذ يطلى بطلاء اسود ليكون شبه خال او يلون بلون يشبه لون جلد وجه المريض ويبقى هذا المسبر فى القناة المذكورة مدة حياة المريض والدموع حينئذ تمر بينه وبين جدران القناة

ثم ان كيفية ادخاله ككيفية ادخال الماسورة المستمرة وسياتى الكلام عليها عند الكلام على تلك الكيفية * وهذه الطريقة مستعملة كثيرا فى بلاد الانكليز والاميريكا لكن قال الجراح (جانسسون) انها لا تزيل حوادث الناصور التى هى الاحتقان والتضايق ونحو ذلك بالكلية

واما طريقة وضع الماسورة اى الانبوبة المستمر فينبغى قبل معرفتها معرفة وضع الفوهة العليا من القناة الانفية ولنذكره لك فنقول

(تشريح جراحى) اعلم ان وضع الفوهة المذكورة يختلف على حسب كون الانف رفيعا او عريضا وزاوية الجفنين قريبة من الانف او بعيدة عنه اذا علمت ذلك تعلم ان من استدل على ذلك بوتر العضلة الجفنية فقد ضل اذ ارتباطه

يكون فى بعض الاشخاص محولا كثيرا الى الانسية على خلاف عادته وربما وصل
الى الجانب المقدم لئتو الصاعد من عظم الفك العلوى واذن لا يعتمد الا على الحافة
العظمية المحددة من الامام للميزاب الدمعى فانها هى التى تدل على وضع الفوهة
المذكورة بدون غلط ولاجل الاستدلال على هذه الحافة بسهولة يوضع اصبع
على الحافة السفلى الجماجية ويمر به نحو الزاوية الانسية للعين فيعثر بتلك الحافة
فاذا غرز المشرط عموديا خلف هذه الحافة دخل فى القناة الانفية بدون اضلال
اصلا لكن هذا الغرز قد يكون وحشى زاوية العين الانسية اسفل محاذاتها
او انسيها محاذيا لها تحت وتر العضلة الجفنية وعلى كل حال يلزم دفع العين
الى الخلف ان كانت جاحظة كى لا ينفذ المشرط فى الخد واما اذا كانت غائرة
فى الجماج فلا يكون تعسر فى العملية * وقد تقدم لك ان القناة الانفية
منحرفة الى الاسفل والوحشية على اعتدال خط فرضى يصالب محور
البدن اعلا الحدبات الانفية بقيراط تقريبا باعتبار مبدئه من الفوهة
العليا وينتج من هذا التصالب زاوية من الاسفل تعدل عشر درجات
او اثنى عشرة ثم ان محاذات القناة لتقوس الحاجبين يختلف فتارة تكون
امامه وتارة تكون محاذية له حكما وتارة تكون خلفه وذلك على
حسب شدة بروز الجيوب الفكية وعدمها * ثم ان كيفية الجراح (دوبويترن)
فى هذه الطريقة هى ان تحضر آلاتها اولا وهى انبوبة من ذهب او فضة طولها
من عشرة خطوط الى اثنى عشر خطا غليظة من الاعلى اكثر من الاسفل
وفى طرفها العلوى حوية مستديرة وبها تقويس على حسب طولها كى توافق
شكل القناة وطرفها الرفيع مكشوط بانحراف كبرية القلم بحيث ان فتحته تلى
تقعير انحنائه وعلة ذلك انه اذا سقط لا ينسد ثقبه بالسطح الذى سقط عليه
لانحرافه * وذكر بعضهم ان هنا النسبة بين طول القناة والمسافة التى بين فوهتها
العليا والانخفاض العلوى الموجود على جناح الانف فعلى ذلك يلزم ان يكون
طول الانبوبة على قدر طول هذه المسافة * وميل وهو قضيب من فولاذ
معوج على زاوية قائمة احد طرفيه رفيع مبروم ليطابق باطن الانبوبة مطابقة

تامة ويسهل خروجه ودخوله فيها على حسب الارادة طوله بقدر طولها بحيث ان احدهما لا يبرز عن الاخر وفيه من جهة اعوجاجه حوية معدة للكيس على الانبوبة * والطرف الثانى مفرطح اطول من الاول وهو بمنزلة قبضة للانبوبة عند ادخالها فى القناة المذكورة * ومشرط مستقيم رفيع حاد السن جدا * ثم يجلس المريض تلقاء النور ويثبت رأسه على صدر مساعد يضع احدى يديه على الجبهة من الجهة المضادة للجهة التى يراد اجراء العمل منها للمريض ويجذب بالاخرى الزاوية الوحشية للجفنين الى الوحشية ليبرز وتر العضلة الجفنية ثم يجلس الجراح امام المريض ويمسك المشرط بيده اليمنى كما يمسك قلم الكتابة فى جميع احواله على السواء ولا يختلف فى ذلك الا محل ارتكاز يده ثم يبحث عن الفوهة العليا من القناة المذكورة فاذا لم يستدل عليها بالادلة المتقدمة بسبب الحالة المرضية التى تقع فى الموق الكبير وتمنع من معرفتها فليفحص عنها فى العين السليمة فانها فى المريضة فى المحل الذى تكون فيه فوهة قناة السليمة وبعد الاستدلال عليها يضع سبابة يده اليسرى فى الزاوية الداخلة المتكونة من العرف المقدم للميزاب الدمعى ومن حافة الحجاج السفلى جاعلا انملتها الى الخلف لتكون دافعة للعين والجفن مبعدة لهما ثم يغرز سن المشرط امام هذا الاصبع وخلف النتو العظمى الذى يزيد بروزا بضغط الاصبع على الجفن غرزا عموديا جاعلا ظهره مما يلى الانف وحده مما يلى الوحشية وبذلك ينفذ فى القناة ثم يميل قبضته شيأ يسيرا نحو اصل الانف حتى يصير موازيا لاتجاه القناة المذكور آنفا فيدفعه على حسب هذا الاتجاه حتى لا يمكن تقدمه ويعلم نفوذه فيها بعدم امكان اهتزازه الى جميع الجهات ورفع الاجزاء الرخوة من الخد ان كان ميل القبضة الى الخلف ويحصل العلم بذلك فى طرفة عين اعنى ان مدة الفحص الذى لا ينبغى اهماله على النفوذ المذكور قصيرة جدا * فان وجد الآلة غائصة فى اجزاء الخد الرخوة جذبها الى اعلى بدون ان يخرجها بالكلية من الجرح ووضعها خلف الحافة الحجاجية واجتهد فى تنفيذها فى القناة على حسب الشروط المذكورة وبعد تحقق نفوذها فيها يمسك المشرط بيده اليسرى

و يجذب نصله يسيرا الى اعلى بدفعه قليلا الى الخلف لينفتح الجرح فيما بين حافته المقدمة وصفح المشرط ثم يمسك الميل الحامل للانبوبة ويدخله من هذه الفتحة تابعا النصل المشرط الذى ينزلق هو عليه وبعد دخوله فى القناة يخرج المشرط كله ثم يغرز الميل بضغط لطيف حتى تصير حوية الانبوبة متوارية بالكيس الدمعى غائرة فيه فلا تعيق ندب الجرح الظاهر ثم يخرج الميل وتبقى الانبوبة بوضع الابهام على الجرح ويؤمر المريض بالاستنشار اى الامتخاط فان سال بعض قطرات دم من الخيشوم المقابل وخرج من الجرح قليل من الهواء كان ذلك دليلا على ان الانبوبة موضوعة على حسب ما ينبغى اعنى فى القناة وعلى حصول الاستطراق بين الكيس الدمعى والحفر الانفية وحينئذ توضع على الجرح قطعة صغيرة من حبر مصمغ لتغطيه فيندب فى اربعة وعشرين ساعة غالبا والا اى وان لم يسل دم ولا خرج من الجرح هواء كان ذلك دليلا على ان الانبوبة اما ان تكون سالكت طريقا فى غير القناة واما انها لم تغرفيها غورا كافيا وحينئذ يلزم جذبها الى اعلى بدون اخراج لها من الجرح ويجتهد فى وضعها وضعا لائقا

(تنبيه)

هذه الكيفية تمدح بسرعة اتمامها ونتائجها وامنها اذ المريض يمكنه عقيب اتمام العملية ان يسعى فى اشغاله على ان اغلب من فعلت لهم لم يستشعروا بوجود الانبوبة فى باطن القناة * نعم هى لا تبقى ثابتة فى باطن القناة دائما بل فى بعض الاحيان تصعد فتظهر تحت الجلد وفى بعضها تسقط فى الخيشوم وذكر الجراح (ديلبيش) انه شاهد هامرة نفذت من سقف الحنك * واضطر الجراح (دارسيت) الى اخراجها سبعة وعشرين مرة وايضا قد تنسد من المخاط والنشوق او تأكسد الفضة * وقد تسبب صداعا فى الرأس وتهيجات موضعية ونحو ذلك

وهذه العوارض كلها تكون ناشئة من ضيق الانبوبة وزيادة طولها وشكلها وطبيعة المعدن المصوغة منه وكيفية وضعها ومن ذلك احترس الجراح

(ملجينيو) من هذه العوارض التى تحصل من هذه الانبوبة بتنويعها وتنويع كيفية العمل كما ذكره فى رسالته التى الفها فى الناصور الدمعى ولنذكر لك الكيفية التى فعلها (ملجينيو) المذكور فنقول

هى ان تحضر اولا انبوبة من ذهب او بلاتين طولها ثلثا قيراط وقطرها خط ونصف ولها حويتان عليا ومتوسطة وليست مبرية من الاسفل كقلم الكتابة ثم يشق الورم الدمعى كخراج بسيط قبل وضعها وتوسع القناة الانفية بان يدخل فيها مجسات رفيعة اولا ثم غليظة مدة يومين او ثلاثة ثم توضع فيها هذه الانبوبة وبهذه الكيفية تعتاد القناة على قبول الجسم القريب ولا يتمزق الغشاء المخاطى المغطى لباطنها بتحول الانبوبة عن الطريق المستقيم واذا اضطر الى اخراجها اخرجت بميل متفرع الطرف الى فرعين لدنين يتقاربان من بعضهما بواسطة حلقة صغيرة وطرفا هذين الفرعين على هيئة كلاب فاذا تباعدا عن بعضهما فى باطن الانبوبة وقفا فى الثلم الذى فى تجويفها خلف الحوية العليا

واما كى القناة الانفية فاما ان يكون من فوهتها العليا واما من فوهتها السفلى فالذى من الفوهة العليا بطريقة (هاروان) هى ان تدخل ماسورة فى القناة المذكورة بعد فتح الكيس الدمعى كما ذكر آنفا فى طريقة (دوبويترن) ثم يدخل فى الماسورة مرود من شمع او غيره مدهون الطرف بمرهم داخله ازوتات الفضة او حامل لقطعة من هذا الدواء الكاوى ثم تجذب هذه الماسورة الى اعلى لينكشف طرف المرود الحامل للكاوى ويلامس الغشاء المخاطى بدون واسطة فيؤثر فيه الكاوى ثم تنزل الماسورة لتغطى المرود ويخرجا سوية وفائدة استعمال الماسورة صيانة الكيس الدمعى وحوافى الجرح من تاثير الكاوى وينبغى بعد كل مرة من مرات الكى ان يرزق ماء باردا او محلول قابض فى القناة الانفية ليدفع ما لم يتحد من الكاوى بالغشاء المخاطى خارجها ثم بعد ازالة ما كان زائدا فى غلظ غشاء القناة من الالتهاب المزمن توضع ماسورة فى هذا القناة ليندب عليها الجرح الحاصل فى ذلك الغشاء من تأثير الكاوى والافتلتصق

بعضها وتنسد بالكلية ثم بعد تمام ذلك الندب تخرج تلك الماسورة ويعالج جرح الكيس الدمعى حتى يبرأ بعون الله تعالى

واما طريقة (تايليفر) فهى ان يجهز لها اولا ماسورة من ذهب اوفضة طولها ثلاثة قراريط وقطرها خط ونصف مقطوعة الطرف السفلى بانحراف وثانيا مسبر من البيلاتين غلظه خط وطوله خمسة قراريط يكون مطابقا للماسورة بالضبط ومجوفا قريبا من طرفه تجويفا طوله ثلاثة خطوط وغوره ثلاثة ارباع خط وهذا التجويف يملأ بازوتات الفضة المذاب وفى جزء هذا المسبر المجاوز لطرف الماسورة علامات يعلم بها قدر ما يدخل منه ويغور فى باطن القناة ثم بعد تجهيز هاتين الآلتين يفتح الكيس الدمعى بالكيفية المعهودة وتدخل الماسورة من الجرح فى القناة ويلزم ان تكون جهة طرفها المقطوعة بانحراف مما يلى عظم الظفر ثم تنزل بتدوير هاتدويرا خفيفا وحينئذ يدخل المسبر فى باطنها ويدفع حتى يصل الى الخيشوم ثم ترفع الماسورة فينكشف طرف المسبر الحامل للكاوى فيكوى جزء القناة الانفية السفلى من اسفل الى اعلى من جميع دائرته بتدوير الآلة بين الاصابع وبعد ملامسة الكاوى لسطح الغشاء نحو دقيقة يخرج المسبر وتبقى الماسورة ليزرق منها فى القناة ماء بارد اوسائل قابض ليطرد منها مالم يتحد بالغشاء من الكاوى ثم تخرج الماسورة ويدخل مكانها فى القناة مرود من وترفائدته منع تضايق القناة وتوسيعها وتوصيل الدموع الى الخيشوم ففى الايام التى تلى يوم العملية يزرق الماء المذكور فى القناة ليطرد منها الخشكريشات المنفصلة ويعالج الالتهاب الذى قد يحصل من الكى بما يليق وهذا الكى يكرر بعد فعله اول مرة باربعة ايام اوخمسة ثم يعقب بالزرق والمعالجة كما ذكر * ومتى علم الجراح ان القناة صارت سالكة بزوال ما كان زائدا فى غلظ غشائها بالكى يجعل المرود فى باطنها حتى يندب محل الخشكريشات ثم يخرجه ويترك الجرح الظاهر ونفسه ليندب لكن بعد ان يضع فوقه قطعة من الحبر المصمغ

والذى يفعل من فوهتها السفلى بدون ان يتعرض للكيس الدمعى بشئ يكون بكيفية (جنسول) وهى ان يستحضر على آلة شبيهة بمجسه الذى ذكرناه آنفا ويملاء

تجويفها من اروتات الفضة وتدخل فى القناة المذكورة بالكيفية التى ذكرناها آنفا فى ادخال مجس هذا الجراح ثم بعد هذا الكى يستعمل ايضا ماذكرنا من الزرق ووضع المرود وغير ذلك حتى يتم سلوك القناة ويعلم ذلك بعدم تعوق مرور الدموع فيها

واما احداث قناة صناعية بدل القناة الانفية لتوصيل الدموع الى الانف ومنع سيلانها على الخد فله عدة كيفيات لكن احسنها على حسب ماذهب اليه جمهور الجراحين هى ان يفتح الكيس الدمعى ويشق جداره الخلفى السفلى المرتكز على عظم الظفر ثم يثقب هذا العظم مع الغشاء المبطن للخيشوم الذى تحته ويوضع فى هذا الثقب ماسورة صغيرة ذات طرفين كل منهما منثنية برأس مفرطحة بحيث انها تشبه مسمارا ذا رأسين فالرأس التى فى الخيشوم تمنع خروج الماسورة نحو الكيس الدمعى واما الرأس الظاهر فيمنع سقوطها فى الخيشوم ثم بعد وضع هذه الآلة تضم حوافى جرح الكيس ويعالج بما يليق والذى نبه الجراحين على استعمال هذه الطريقة ما حصل من انثقاب عظم الظفر من ذاته وزوال الغرب من ذلك واما كيفية استطراق الكيس الدمعى بالجيب الفكى فهى رديئة لان بها تتراكم الدموع وتجتمع فى الجيب الفكى ولا تخرج كلها من فتحته الطبيعية فيحصل من ذلك فيه امراض مزمنة ثقيلة وبالجملة لا يلتجأ الى هذه الطريقة الا اذا كانت القناة الانفية منسدة بورم عظمى والا فالاحسن ان تستعمل طريقة (دوبويترن)

(تنبيه)

ماتقدم قريبا من كون زارقة انيل تمسك وقت الزرق بها كقلم الكتابة غلط تبعنا فيه (ملجين) وانما تمسك بين السبابة والوسطى من اسفل البروز المستدير الموجود وسطها واليد مقلوبة على ظهرها واما الابهام فيدخل فى الحلقة الموجودة فى طرف المكبس ليضغط به عليه وقت ما يراد دفع السائل من باطن الزارقة فى القناة الدمعية وبهذه الكيفية لا يحتاج الجراح الى مساعد للضغط على المكبس بخلاف ما اذا مسكها كقلم الكتابة

(المبحث الثالث فى عمليات الشترة الخارجة)

اعلم اولا ان لهذه الشترة سببين مختلفين لانها اما ان تكون ناشئة عن تورم الملتحم وانتفاخه واما عن قصر جلد الجفن عقب ندب قرحة * فالحاصلة من تورم الملتحم تعالج بالاكحال الجافة المحللة فان لم تنفع فيها كوى الملتحم بازوتات الفضة وكيفية ذلك هى ان يقلب الجفن المريض و يبعد عن المقلة بالسبابة ثم تجفف رطوبة الانتفاخ الحاصل فى الملتحم بخرقة رقيقة ناعمة و يمس بالحجر الجهنمى ويبقى موضوعا عليه برهة كى تتكون خشكريشة ثم يرفع و يمسح الجزء المكوى ويغطى بطبقة زيتية لتمنع انحلال اوزتات الفضة بالدموع وتأثيرها فى مقلة العين فان لم تنفع هذه الواسطة فى منع تهيج العين غسلت باللبن الحليب اوماء الخطمى ثم ان هذا الكى يكرر عدة مرار حتى يزول الانتفاخ رأسا ثم يستعان على ندب القرحة الناشئة منه بغسل العين مرارا بماء الشعير والعسل المورد لكن هذه الكيفية لا تنجح الا اذا كان الانتفاخ جديدا خفيفا فان كان قديما عظيم الحجم فليكشط فانه لا انفع له حينئذ منه * وكيفية الكشط هى ان يجلس المريض ان كان كبيرا ويمال رأسه الى الخلف مسنودا على صدر مساعد وان كان صغيرا القى على ظهره فوق طاولة وثبته مساعدون بمسك رأسه وصدره وحوضه و يبعد مساعد جفنيه عن بعضهما بابهام وسبابة يديه معا لا الجفن الذى تفعل فيه العملية وحده اذ بذلك ربما يتقارب الجفن الثانى اليه قهرا فيجرح ثم تقلب العين مطلقا سواء فى الكبير او الصغير الى الاعلى والاسفل على حسب الجفن الموجود فيه التورم و يمسك الجراح الورم بملقاط صغير او مشبك و يرفعه ويقطعه بمقص حاد منحن نحو صفحيه او مشرط ويلزم ان يكون قطعه قريبا من اصل الورم ما امكن * هذا وقد يسيل عقيب ذلك كمية غزيرة من الدم لكنه يقف من نفسه فان لم يقف كذلك صب على العين ماء بارد قراح ثم بعد ايقافه يوضع على الجفنين والجحاج من اعلى واسفل رفادة صغيرة ناعمة لتطبقهما على بعضهما وتقربهما من المقلة وتثبت هذه الرفادة بالرباط العينى

وبعد اربع وعشرين ساعة اوست وثلاثين ترفع تلك الرفادة فاذا ظهر ان الاجزاء

عادت الى حالتها الطبيعية غسلت العين مرارا فى اليوم الواحد بالماء الخطمى ثم بماء الشعير والعسل المورد حتى يندب الجرح والابان ظهران الجفن لم يزل متباعدا عن المقلة اوظهرت عليه زوائد فطرية تمس بالحجر الجهنمى ليزول من الملتحم جزء فيتقارب الجفن من المقلة ويرجع شفره الى وضعه الاول بندب جرح الملتحم اوقرب بعصائب لازوق توضع مصالبة لبعضها امام الحجاج وتجدد هذه العصائب كل يومين وفى كل مرة يدهن الجفن من الخارج بالشحم الحلو اوالزيت كى يتندى الجلد ويسترخى * واما الحاصلة من قصر جلد الجفن عقب ندب قرحة فتعالج بكشط الملتحم والغضروف الضفيرى اوقطع جزء من الجفن ثم خياطة الغضروف المذكور اوترقيع الجفن اوطريقة الجراح (ديفنباخ) اما كشط الملتحم فهو ان يجلس المريض ورأسه مائل الى الخلف ويمسك الجراح الجفن المنقلب بابهام وسبابة يده اليسرى ويقلبه حتى يظهر الملتحم ماامكن ثم يقطع منه الجزء الفطرى موازيا لشفر الجفن بمقص منحن على صفحيه فاذالم يمكن قطع الملتحم بالمقص المذكور مسكه بملقاط اوستارة مزدوجة ورفعه بقدر الامكان ثم شق بمشرط صغير محدب شقا موازيا للغضروف الضفيرى كافى الفور مع التحرز من اصابة الفوهات الدمعية ثم يرفع الشريحة العليا بملقاط ويسلخها من السطح الباطن الجفنى الى محل ماينعطف الملتحم على مقلة العين ثم يقطعها من اصلها بمقص واما كشط الغضروف المذكور بكيفية الجراح (وللير) فهى انه يبتدء بكشط الملتحم بالمشرط كما ذكر ثم يكشط من الغضروف المذكور جزء من وسط الجفن يقرب طوله من خطين مع الاحتراس من اصابة شريان حافة الجفن الظاهر وهذه العملية متبوعة بالشفاء دائما ولم يبق بعدها الاشبه حز صغير من الشفر الجفنى فى محاذات محل القطع وقد شاهد (وللير) المذكور الشترة الخارجة حاصلة من استطالة فى الحافة الجفنية لهذا الغضروف فى بعض الاحيان فقال ان هذه الاستطالة متسببة عن تمدد فى الاربطة بين الاجفات واما قطع الجزء الجفنى فهو ان يقطع جزء مثلث من الجفن فى جميع سمكه بمقص مستقيم انسى الزاوية الوحشية للاجفان بربع قيراط بشرط ان تكون

قاعدة هذا الجزء مما يلى شفر الجفن غير زائدة عن خطين او ثلاثة عرضا وقمته مما يلى مقلة العين ولا تجاوز الغضروف بكثير * وبالجملة يكون طول حوافيه منوطا بشدة الانقلاب ثم تقرب حوافى الجرح وتضم ضما جيدا بغرز خياطة متقطعة او لفية وقد فعل هذه العملية عدة من مشاهير الجراحين ونجحت نجاحا عظيما وشاهد (والتير) ندبة فى الصدغ عقب زوال جزء من الاجزاء الرخوة الموجودة فى هذا القسم تسبب عنها جذب الاجفان الى الوحشية وانقلابها فازال جزأ من الغضروف الضفيرى قريبا من الزاوية الوحشية ثم خاط حوافى الشق فزالت الشترة ونجحت العملية * واما ترقيع الجفن ورمه بكيفية (جريف) فهو ان يوضع المريض الوضع المعهود ثم تحاط الندبة المذكورة بشقين وتفصل بالسلخ ويشترط ان يكون احد الشقين موازيا للغضروف بعيدا عنه ببعض خطوط ليبقى من الجلد ما يكفى لتثبيت الرقعة ثم بعد ازالة الندبة تبعد حوافى الجرح ويمد الجفن حتى يصير طوله قدر الطول الذى يلزم ان يكون عليه طبيعة وينبغى التفطن لذلك اذ زوال الشترة متوقف على العمل به حتى اذا لم يكف مد الجفن كما ذكر تشق العضلة الجفنية الى الملتحم عرضا ثم يشرع فى تكوين الرقعة ففى ترقيع الجفن العلوى تؤخذ الرقعة من جلد الجبهة الذى فى الجهة الوحشية اعلى الحافة الحاجبية بخطين ويلزم ان تزيد عن الجرح المراد ترقيعه بخط طولا وعرضا وان يكون بكيفية يصير فيها جزؤها العلوى انسياحين وضعها على الجفن للترقيع وحافتها الانسية متصلة بالحافة الوحشية لجرح الجفن كى يسهل انضمامها بحافته السفلى بعد السلخ وحافتها الوحشية ممتدة الى الاسفل والوحشية كفاية كى يسهل تقريبها من حافة جرح الجفن العليا والتصاقها بها بدون تكرش الجلد او جذبه * ثم بعد تكوين الرقعة وتحديدها بهذه الكيفية تسلخ وتوضع على الجرح بعد قطع الزوائد الخلوية التى تمنع من انطباقها على الجرح انطباقا محكما ثم يمنع سيلان الدم بالغسل بماء بارد وبعد انقطاع رشحه يبتدء فى ضمها بالجرح بالخياطة المتقطعة وينبغى ان تكون قريبة من بعضها كثيرة الغرز من ثمانية الى عشرة فى الجفن العلوى ومن ستة

الى ثمانية فى السفلى فان ذلك افضل * وفى ترقيع الجفن السفلى تؤخذ الرقعة من جلد القسم الوجنى الذى هو قبالة الجهة الوحشية للجفن و يلزم ان تكون قدها مما يلى الاسفل واسفل من حافة الجفاج بخطين وبالاختصار فجميع ماذكر من الشروط فى رقعة الجفن العلوى يلزم ان يفعل فى هذه الرقعة * ثم بعد الخياطة بيومين تستخرج الخيوط وتستعوض بعصائب من اللازوق والغالب ان يحصل الشفاء التام بعد عشرة ايام اوثمانية عشر يوما * واذا كان الملتحم صلبا مستحيلا لزم كشطه بعد العملية بالطريقة المذكورة ان حكم الجراح بعدم جودة كشطه قبل عملية الترقيع * واما طريقة (ديفنباخ) فى الجفن السفلى فهى ان يشق الجراح الجلد بمشرط مستقيم ضيق النصل ممسوك بيده اليمنى شقا هلاليا اعلى حافة الجفاج السفلى ببعض خطوط وموازيالها يكون طوله مقدار ثلثى طول الجفن وشاغلا لوسطه حكما يبتدء به من اليمين الى اليسار على الجفنين لكن فى العين اليسرى يبتدء به اسفل الزاوية الوحشية من الجفن وفى اليمنى يبتدء به اسفل زاوية الجفن الانسية * ثم بعد شق الجلد يسلخ اسفل من الغضروف سلخا قليل السعة وتشق العضلة الجفنية والملتحم من نهاية هذا السلخ شقا موازيا ومساويا لشق الجلد * ثم يجذب الملتحم والغضروف الملتصق به و ينفذ من الجرح و يكشط جزء من الملتحم الذى خرج من الجرح وتقرب حوافى الجرح التى بينها الملتحم والغضروف المذكورين وتضم بالخياطة اللفية بارفع مايكون من الابر ثم تحنى اطراف الابر وتكشط قريبا من الخيوط الملتفة عليها * ثم يوضع على العين ماء بارد واذا اضطر الى الوسائط المضادة للالتهاب استعملت * وهذه الابر تخرج من اليوم الثالث الى السادس وانما يكشط جزء من الملتحم لتدميم جميع الاجزاء وسهولة التحامها وتساويها فلا يزيد شئ منها عن سطح الجلد وكما تفعل هذه العملية فى الجفن السفلى المذكور تفعل فى العلوى ايضا

(المبحث الرابع فى سقوط الجفن العلوى)

لهذا

لهذا السقوط سببان لانه اما ان يحصل من استطالة عظيمة فى جلد الجفن
مصحوبة بتناقص تقلص العضلة الرافعة للجفن واما من شلل كامل عضال
فى العضلة المذكورة فلاجل تكرش الجلد فى الحالة الاولى يستعمل الكى بالنار
او بالحمض الكبريتيك نعم ازالة ما زاد من الجلد اجود الوسائط كلها واما الكيفية
الاعتيادية فى ذلك فهى ان يقبض الجراح على ثنية معترضة من الجلد بالجفت
او الاصابع يكون عرض قاعدتها كافيا لان يفتح المريض عينه ويسبل جفنه
عليها بسهولة ثم يكشطها بمقص منحن على صفحه مرة واحدة والاحسن ازالة
مقدار كبير من الجلد لا قليل ثم يوقف النزيف ويقرب حوافى الجرح بغرزتى
خياطة فاكثر ان اضطر الى ذلك ثم يرفع تلك الغرز بعد اثنتى عشرة ساعة
وقد لا ترفع الا بعد سبع عشرة ساعة او ثمانى عشرة والعادة ان الانضمام يحصل
بعد هذه المدة فان بقيت الخيوط اكثر منها تقيحت الغرز وربما انتفخت الاجفان
وقد يكون سقوط الجفن بعدم انقباض العضلة الرافعة وفى هذه الحالة اوصى
الجراح (هنت) ان يستعوض فعلها بنقل العضلة الجبهية القمحدوية لانها
تعين على فتح الاجفان حقيقة برفعها جلد الحواجب ومما يؤيد مشاركة هاتين
العضلتين فى رفع الاجفان عدم امكان الرفع الاختيارى للحاجب مدة انطباق
الاجفان بقوة وعدم امكان تنكيسه مدة فتح العين فتحا قويا * وكيفية الجراح
المذكور فى ذلك هى ان يفعل شق هلالى فى القوس الحاجى اسفل العضلة
الحاجبية بيسير جدا تحديبه يلى الاعلى يمتد من الجهتين الى محاذات زاويتى
الاجفان وتوصل اطرافه بشقين وبهما تحاط قطعة من الجلد فتنفصل وتزال
ثم تقرب حوافى الجرح بدون واسطة وتضم بغرز خياطة ومتى حصل الالتحام
شوهد ان جلد الجفن متصل بجلد الحاجب بدون وجود ثنيات فى الجلد الجفنى
اذ عند تقلص العضلة الجبهية القمحدوية يرتفع هذا الجلد فيجذب معه الجفن
الى الاعلى وبذلك تنكشف العين * واعلم ان عظم تباعد الشقين السفلى والعلوى
عن بعضهما منوط بالاسترخاء الشديد الحاصل فى الجفن

(المبحث الخامس فى الشترة الداخلة اى انقلاب الجفن الى الباطن)

اعلم ان معرفة طرق علاج الشترة الداخلة متوقفة على معرفة اسبابها ولنذكرها لك باختصار فنقول

الاول من هذه الاسباب تقلص العضلة الجفنية من شدة التهيج فى الرمد لانه يوجب انقلاب شفر الجفن وتوجيه الاهداب نحو مقلة العين فيزيد ما بها من الالتهاب باحتكاك هذه الاهداب بها لكن هذه الشترة ليست مستمرة حيث تزول مع الرمد الحاصلة هى عنه فلا يحتاج غالبا الى استعمال شئ لها خاصة نعم اذا رأى الجراح شدة التهيج فى العين من احتكاك الاهداب وقلة نجاح الادوية بسبب ذلك وجب عليه ان يعدل شفر الجفن بان يأخذ عصابة من اللازوق عرضها بقدر عرض الجفن وطولها ثلاثة قراريط و يكون احد طرفى هذه العصابة هلالى الشكل وهو الذى يوضع على الجفن قريبا من شفره واما الطرف الثانى فانه يلصق على الجبهة فاذا كانت الشترة حاصلة من استرخاء الجلد خفيفة ممحو به باوزيما قليلة وجب تهيج الجلد بالمروخ النوشادرى او باسم (فيوراوانتى) اوصيغة الزرار يح بعد شد العصابة حتى يتجه شفر الجفن الى الخارج او يعود الى اتجاهه الاصلى *

الثانى استطالة جلد الجفن عقب اوزيما حصلت فيه اوزوال قوته الشادة كما يشاهد ذلك كثيرا اوترفع الجفن بواسطة عصائب من اللازوق الانجليزى مدة عشرين يوما كما استعمل ذلك (دومور) فاذا رأى الجراح عدم نجاح هذه الوسائط ينبغى ان يقطع ما كان زائدا منه حتى يعود شد الجفن الى اتجاهه الطبيعى الجيد والكيفية المستعملة عند جمهور الجراحين فى ذلك هى ان يجلس المريض على كرسى وينبت بمساعدين ثم يأخذ الجراح جفتا ذا فرعين طويلين رقيقين ويمسك به ما كان زائدا من الجلد عرضا ثم يتحقق من ان الثنية التى فعلها ليست كبيرة ولا صغيرة عن المناسب ازالته بان يأمر المريض بفتح عينه وقفلها ثم يأخذ مقصا منحنيا على صفحه و يقطع به هذه الثنية من وراء الجفن ثم تقرب حافتى الجرح ويخيطهما بغرزتى خياطة فاكثر والشهير (بير) النيمساوى اخترع لمسك الجلد عند قطعه جفتا مستعرض المقبض طوله بقدر عرض الجفت تقريبا

وهذه الآلة جيدة لسهولة العمل بها لكن يمكن الاستغناء عنها

قال المؤلف وقد اتقنت هذه الطريقة بان مسكت الجفن بجفت كما ذكرت انفا * ثم خطت الثنية من وراء الجفت خياطة شلالية * ثم قطعتها من امام الخياطة فبهذه الكيفية صار الجرح مخاطا فثبتت طرفى الخيط على الجبهة بقطع من اللازوق ووضعت على الجرح نسالة مغموسة فى محلول الصمغ وفى اليوم الثالث من العملية وجدته ملتئما فاخرجت الخيط منه بعد قطع غرزه ووضعت عليه عصائب لازوق حتى تم الالتئام وهذه الكيفية اجود من غيرها لان الدم فى الكيفية القديمة يمنع من سهولة الخياطة بخلافه هنا فان الجرح يوجد بعد القطع مخاطا كما تقدم

وعوام الاطباء المصريين يستعملون طريقة اخرى وهى انهم يثنون من الجلد القدر الزائد منه * ثم يضغطون على الثنية بشبه جفت مصنوع من القصب الفارسى ويتركونها مضغوطة حتى تسقط بالغنغرينة * وبالجملة ينبغى ان تفعل الثنية المراد قطعها قريبا من شفر الجفن ما امكن ليكون جذب الندبة اشد واكثر فائدة فى عدل الجفن ورد شفره الى موضعه الطبيعى

هذا والجراح (كادرى) استعمل الكى بالادوية فى ازالة ما كان زائدا من الجلد وحصل منه انقلاب شفر الجفن الى الباطن وكيفيته فى ذلك هى ان ينشف الجفن من نحو الدموع والعرق * ثم توضع عليه قطعة لازوق اسفل محل الكى لتصون ما كان اسفل منه من تأثير الكاوى وتمنعه من دخوله فى العين ثم تؤخذ قطعة خشب صغيرة وتغمس فى الحمض الكبريتيك الكثيف ويمر بها على الجفن فى سعة مستعرضة بيضية الشكل يكون كبرها عرضا وطولا مناسبا لشدة انقلابه ثم بعد ثمان دقايق او عشر ينشف الجفن مما لم يتحد به من الكاوى فقد يحصل بذلك فى بعض الاحيان انكماش فى جلده كاف لاعتدال شفره واتجاه الاهداب الى الظاهر * وحينئذ يتم المطلوب واما اذا لم يحصل ذلك الانكماش وجب بسط قطرة اخرى من الحمض المذكور على نفس هذا المحل لكن يشترط ان تجاوز سعته يسيرا وتكرر هذه العملية حتى يعدل شفر الجفن

من تقلص الجلد وانكماشه وبعد سقوط الخشكريشة المتحصلة من الكى المذكور تتقارب حافتا الجرح فيتم اعتدال الجفن بتمام الندب وهذه الطريقة جيدة جدا لاسيما فى النساء والاطفال وبعض الرجال الذين يخافون من القطع بالسلاح وهى اجود من الكى بالنار الذى استعمله (الرازى) احد قدماء اطباء العرب اذ به يخشى من سعى الحرارة من الجفن الى مقلة العين بسبب رقته فتتأذى من ذلك وان كان بعض الاطباء شاهد شترة داخلة حاصلة من استرخاء العضلة الرافعة للجفن فكشفها وتجاسر على كيها بالحديد المحمى فحدث فيها تقلص وانقباض ونجحت العملية * وعلى ذلك اذا استعمل الكى بالنار ينبغى ان يوضع شئ بين الجفن والمقلة لمنع سريان الحرارة حتى تتم العملية ثم ان كانت الشترة الداخلة حاصلة من قصر فى الملتحم بزوال جزء منها عقب عملية او من شئ آخر ينبغى شق هذا الغشاء عرضا * ثم قلب الجفن لتتباعد حافتا الشق ويتكون بينهما ندبة تنوب عن المفقود من الملتحم او يزال من الجلد بقدر ما فقد من الغشاء * وان كانت حاصلة من شدة التواء الغضروف الضفيرى على نفسه وكان لا يرد الى وضعه الطبيعى بثنى الجلد بالاصابع علم ان طرق العمل المذكورة آنفا لا تنفع فى زوال الشترة وحينئذ يقتصر على ازالة الاهداب باحدى الطرق التى سترد عليك فى معالجة الشعرة لان ثقل الشترة وخطرها حينئذ ليس الا من اتجاه الاهداب نحو مقلة العين واحتكاكها بها حيث انه يحصل من ذلك التهابات وزوال شفافية القرنية وربما حصل انثقابها بذلك ايضا

وان كانت حاصلة من قصر حصل فى الغضروف الضفيرى وجب شق موق العين الصغير اى الزاوية الوحشية للجفنين كما فعل ذلك بنجاح (واردروب)

(تنبيه)

انما لم نذكر فى جملة الطرق المتقدمة طريقة (سوندير) (وكوترى) لاستئصال معظم الغضروف الضفيرى فيما اذا كانت الشترة حاصلة عن التوائه لانه يمكن استعواضها باحدى الطرق المستعملة فى ازالة الاهداب الآتى ذكرها فى مبحث الشعرة على انها اسهل واقل المآو قبحا منها

(المبحث السادس فى الشعرة)

الشعرة عبارة عن حيدان الاهداب عن اتجاهها الطبيعى وميلها نحو مقلة العين مع عدم انقلاب شفر الجفن خلافا للشترة الداخلة حيث ان الاهداب لم تتجه نحو المقلة الا من انقلاب هذا الشفر نحوها * ثم ان لمعالجتها عدة طرق منها نتف الاهداب وكيفيته هى ان يقلب شفر الجفن اولا الى الظاهر * ثم يؤخذ ملقاط جيد وتمسك به الاهداب واحدا فواحدا قريبا من اصلها وتنزع لكن ينبغى فى هذه العملية ان لا يضغط على الاهداب بشدة لئلا تنقطع وان يكون الشد موازيا لاتجاهها برفق حتى تنقلع وفائدة هذه الطريقة اراحة العين من احتكاك الاهداب بها وربما كان تكرارها فى الشبان سببا لعدم انبات هذه الاهداب بالكلية كما شوهد ذلك كثيرا * ومنها قلب الاهداب الى الظاهر وكيفيته هى ان تقلب هذه الاهداب على جلد الجفن * ثم تثبت مقلوبة بقطعة حبر مصمغ توضع عليها او يعقد فيها خيط من الابريسم ويثبت على الجبهة بقطعة لازوق ان كانت الشعرة فى الجفن العلوى وعلى الوجنة ان كانت فى السفلى وينبغى استمرار استعمال هذه الطريقة حتى تتجه فوهات البصيلات الهدبية الى الظاهر فلا يعود ميل الاهداب نحو العين ولكن هذه الطريقة لا تستعمل الا اذا كانت الشعرة خفيفة وليست حاصلة عن تغير فى ذات الجفن كندبة او عيب فى اصل الخلقة

ومنها استئصال جزء شفر الجفن الحامل للاهداب المائلة وكيفية (جيجر) فيه هى ان توضع تحت الجفن صفيحة من قرن او خشب او عاج مصنوعة على صورة ملعقة ليطابق تقعيرها تحديب مقلة العين وفائدتها صيانة العين وبسط الجفن عليها * ثم يوكل مساعد بمسكها ويشق الجراح جلد الجفن بمشرط مستقيم شقا موازيا للشفر بعيدا عنه بقدر خطين عرضا يكون طوله بقدر طول محل الاهداب المائلة ويصل غوره الى الغضروف * ثم يسلخ حافة الشق التى تلى اصل الجفن ويقلبها ويمسك بجفت صغيرا وملقاط الحافة الثانية التى تلى شفر الجفن المحتوية على بصيلات الاهداب المنعوجة ويمر خلفها وخلف

البصيلات بمشرط من اعلى الى اسفل حتى يصل به الى شفر الجفن وبذلك يزال جزء من غلظ الجفن ثم ينزل الجلد المساوخ على الجرح ويطبقه عليه وينبته بعصائب اللازوق حتى يلتئم بما تحته

وكيفية (وكا) فيه هى ان يوضع المريض كما فى عملية الكتركتا ثم يرسم على جلد الجفن بالمداد خط يكون موازيا لشفر الجفن طوله بقدر طول المحل المشغول بالاهداب المتحولة عن اتجاهها الاصلى ويلزم ان يكون بعيدا عن الشفر المذكور بنصف خط عرضا وبعد رسم هذا الخط يوضع تحت الجفن فيما بينه وبين المقلة شبه الملعقة الذى ذكرناه فى الكيفية المتقدمة تقعيره يلى المقلة وفائدته هنا وقاية العين ومد الجفن وبسطه ثم يوضع شفر الجفن فى الحز الموجود فى تحديب هذه الآلة ويثبت فيه * ثم يشق الجراح شقين عموديين يبتدء بهما من طرفى الخط المرسوم وينتهى بهما فى شفر الجفن ثم يوصلهما بشق معترض يتبع به الخط المرسوم بالمداد * وينبغى ان لا يجاوز بكل من هذه الشقوق الجلد والعضلة الجفنية بل يصل بها الى الغضروف فقط ثم تمسك الشريحة المحاطة بهذه الشقوق الثلاثة بجفت او بالظفر وتسلخ وتقلب نحو الاهداب لتنكشف البصيلات الهدبية المصفوفة جانب بعضها * ومما يعين على رؤيتها زيادة تنشيف الدم النازف وغسل الجرح بالماء البارد * وحينئذ يعلق فى قطعة خشب رقيقة خيط مغموس فى الحمض الازوتيك وتكوى به كل بصيلة على حدتها * والاحسن ان تمسك هذه البصيلات واحدة بعد اخرى بجفت جيد الصنع وتستأصل او تكشط كلها مع النسيج الخلوى المحتوى عليها اذا لم تمكن رؤيتها ولم يتيسر تمييزها من غزارة الدم السائل ثم بعد انقطاع سيلان الدم بالكلية من الغسل بالماء البارد ومن تاثير الهواء ترد الشريحة الى مكانها الاصلى وتطبق عليه وتثبت بعصائب اللازوق حتى تلتئم نعم يلزم بعد رد الشريحة وتثبيتها نتف الاهداب التى ازيلت بصيلاتها ولا تترك حتى تسقط من ذاتها لانها تصير مهيجة للعين من احتكاكها وهذه الكيفية استعملها صاحبها وغيره من مشاهير الجراحين فنجحت نجاحا عظيما وهى تفضل على غيرها كالكيفية التى قبلها لاسيما فى الاحوال التى يرى

فيها

فيها عدم نجاح تلك الكيفيات * وبالجملة فكل حالة من احوال الشعرة لها كيفية فى العمل تناسبها كما ذكرناه فليتفطن لذلك وبالله التوفيق والهداية الى اقوم طريق

هذا وراجى فضل ربه المعطى اخونا الاوحد مصطفى افندى السبكى قد اخترع طريقة جيدة فى استئصال البصيلات الهدبية اذا كان الصف الباطنى من الاهداب هو الحائد وحده نحو المقلة هى ان يقلب شفر الجفن ثم يفعل فيه بمشرط حاد رفيع شق بين الغضروف الضفيرى والصف المذكور طوله بقدر طول محل الاهداب المائلة وغائرا الى اعلى محل البصيلات ثم آخر بين هذا الصف وباقى الصفوف الجيدة الاتجاه طوله بقدر طول الشق الاول وموازله ثم يوصل بين اطرافهما بشقين آخرين مقاطعين للشفر الجفنى ثم تمسك القطعة المحاطة بالشقوق المذكورة بجفت صغير وتستأصل هى والبصيلات الموجودة فيها وبعد ان ينشف الدم وتمنع كثرة سيلانه بالغسل بالماء البارد يكوى محلها بالحجر الجهنمى ليزول مالم يتيسر استئصاله ثم ان الطبيب المذكور يمنع انقلاب شفر الجفن الى الباطن عقب العملية بازالة قطعة صغيرة من جلد الجفن بعيدة عن الاهداب من الظاهر بمقص منحن على سطحه ثم يخيط حافتى الشق ويجعل الجفن مقلوبا بقطعة لازوق حتى يتم الندب وقد استعملها الطبيب المذكور عدة مرار فنجحت فيها نجاحا عظيما

(المبحث السابع فى اورام الجفن)

انواع الاورام الحاصلة فى الجفن كثيرة * منها الشعيرة وهى نوع دمل صغير يحصل فى الجفن قريبا من شفره اعلى الاهداب بدون واسطة غالبا وفى بعض الاحيان يتكون بين صفوفها وهذا الورم حاصل من التهاب فى الحويصلات الهدبية او فى غدد (ميبوميوس) وغير مصيب للنسيج الخلوى الموجود فى ادمة جلد الجفن * وكثيرا ما يزول من نفسه او من وضع الوسائط المضادة للالتهاب عليه فاذا تقيح كما يعلم ذلك من ارتفاع قمته وبياضها فتح بسن مبضع او مشرط * وقد يصير مزمنا ويستمر مدة طويلة بدون ان تجدى فيه وسائط العلاج المعهودة نفعا

ففى هذه الحالة ينبغى كيه بازوتات الفضة وكيفية ذلك هى ان يبل الورم بقليل
من الماء او اللعاب ثم يوضع عليه الحجر الجهنمى ويتحامل به عليه مع اطالة
وضعه برهة من الزمن ويكرر ذلك الكى عدة ايام متوالية ثم يسهل سقوط
الخشكريشة بالغسولات المرخية والجرح الذى يخلفها لا يلبث الا قليلا
ويندب بدون ان يبقى له اثر * وهذه المعالجة اجود من استعمال المحللات كوضع
نحو قطعة دياخيلون عليه كما فعل ذلك جم من الجراحين اذ كثيرا ما يتعسر
تحليلها ولا يفيد ذلك شيأ * ومنها السلع التى لا واسطة فى ازالتها اجود من
الاستئصال والكى * اما الاستئصال فاما ان يكون من باطن الجفن واما من
ظاهره فالذى يكون من باطنه هو ان يقلب الجفن اولا الى الظاهر بان يمسك بين
الابهام موضوعا تحت الغضروف الضفيرى والسبابة موضوعة على الجلد
ثم يتكأ بالسبابة على الجفن اثناء ما يرفع شفره بالابهام فينقلب * وحينئذ
يظهر الورم ويزاد فى بروزه امام الابهام بالضغط عليه من الظاهر بالسبابة
ثم يفعل بمشرط مستقيم ماض شق معترض فى الملتحم موازلشفر الجفن مع التحرز
من ان يصاب الورم ويفتح ثم يترك الجراح المشرط ويقبض على الورم بسنارة
او جفت صغير ذى كلاب ويسلمه الى مساعديه وكل بمسكه ثم يتناول المشرط ثانيا
ويسلخ به حافتى الشق لينكشف الورم فيتم انفصاله وبعد ذلك يرخى الجفن ويترك
ونفسه فان جرحه يلتئم فى ايام قلائل بدون ان يحتاج الى علاج سواء وضع بعض
رفائد مغموسة فى ماء بارد او محلول خلات الرصاص على ظاهر الجفن لمنع
التهاب الملتحم كما يحصل ذلك فى بعض الاحيان وبعض الجراحين يستحسن
فى قلب الجفن كيفية اخرى غير المتقدمة هى ان يمسك من اهدابه وشفره باصابع
احدى اليدين ثم يقلب على محراف يوضع على الجفن عرضا على الغضروف
باليد الثانية ثم تتم العملية كما ذكر ثم انه اذا كان الورم صغيرا يطاوع الشد كفى
فى استئصاله ان يكشف بالشق ثم يمسك بالسنارة او الجفت ويكشط بمقص منحن
على صفحه وفائدة الاستئصال من باطن الجفن عدم ظهور اثر الندبة * والذى
يكون من ظاهره وهو الانسب اذا كان الورم قريبا من الجلد اكثر من الملتحم

اوكان الجلد قد رق وتغير فكيفيته هى ان يمسك الجفن من شفره فيما بين الابهام من الظاهر والسبابة من الباطن ثم يشق الجلد بمشرط شقا موازيا لغضونه ثم تسلخ حافتا الشق ويمسك الورم بجفت اوسنارة ويستأصل * وينبغى ان يستعمل فى هذه العملية آلات حادة خفيفة وان يحترز من فتح الورم قبل تمام سلخ الجلد منه ومن اصابة الغضروف الضفيرى ومن خرق الجفن ثم بعد تمام استئصال الورم تقرب حافتا الشق وتضم بواسطة غرزة خياطة اوعصائب اللازوق حتى تلتئم والغالب ان يحصل ذلك فى ثلاثة ايام اواربعة

واما طريقة الكى وهى التى يستحسنها الشهير (دوبويترن) فهى ان يمسك الجفن كما ذكر فى الكيفية السابقة ثم يشق الجلد مع جدران الكيس بمشرط مرة واحدة فتخرج من باطنه المادة المحتوى هو عليها ثم يكوى بالحجر الجهنمى بعد دخوله من الشق فى باطن الكيس بان يمر عليه مع التحامل فبهذا الكى يتفلس الكيس وتتغير طبيعة سطحه الباطن فلا يقدر على افراز مادة جديدة بل تلتئم جدرانه ببعضها ويندب الجرح فى اقرب زمن وهذه الطريقة تستعمل فيما اذا كان الورم صغيرا والمريض جبانا اوصغير السن يخاف من تحركه اثناء عملية الاستئصال

(المبحث الثامن فى سرطان الجفن)

اعلم ان اجود الوسائط فى ازالة سرطان الجفن استئصال ما كان مصابا من هذا العضو بهذا الداء ولكن كيفية العمل تختلف على حسب كون محل المرض صغيرا اوكبيرا فان كان صغيرا يحاط بشق على صورة رقم سبعة اوثمانية على حسب الجفن المريضة فرعاه متباعدان من جهة شفر الجفن ومتحدان من جهة اصله وقاطعان لغلظ الجفن كله ثم يزال السرطان بالقطعة المثلثة الحاملة له وينبغى ان يكون الشق فى الجزء السليم بعيدا عن محل المرض لئلا يبقى من الداء شئ ثم بعد تمام القطع تقرب حافتا الشق سريعا وتضم بواسطة غرزة اوغرزتى خياطة

واما اذا كان محل السرطان فى الجفن كبيرا فالانسب استعمال طريقة

(دوبويترن) فى استئصاله وهى ان يمسك الورم السرطانى بجفت صغير او ملقاط ويشد الى اعلى ثم يوضع مقص منحن على صفحه على احد جوانب الورم بان يكون احد فرعيه فوق الجفن والاخر تحته ويدار به حوله فيحيطه بشق هلالى تقعيره يلى شفر الجفن وتحديبه يلى اصله ويحترز فى هذا القطع من اصابة القنوات الدمعية او فوهاتها ثم بعد تمام القطع تربط الشرايين الجفنية اذا سال منها دم غزير ويغطى الجرح بقطعة قماش مثمنة مدهونة بالقيروطى وتوضع فوقها انسالة ناعمة لينة ورفادة ويثبت كل ذلك بالربط اللايق بالعين وكلما تقدم الجرح فى الندب بعد هذه العملية يملؤ تقعيره ويقرب من مساواته لما لم يقطع من شفر الجفن بسبب جذب الندبة الجلد القريب منها ولا يبقى من اثر العملية الا فقدان الاهداب ويشترط لذلك ان لا يقطع من الجفن زيادة عن نصف علوه والا فيستمر مشقوقا بعد اندمال الجرح والعين مكشوفة معرضة لتأثير الهواء والضوء لكن ذلك اقل خطرا من الداء المذكور على انه يمكن تصليح الجفن ورمه اذا كان قطع منه جزء كبير او كله * ثم اعلم ان ما ذكرناه لك من العمل يستعمل فيما اذا كان السرطان فى الاشفار الجفنية او فوقها * واما اذا كان فى الموق الوحشى اى الزاوية الوحشية للجفنين وجب استئصاله بواسطة شقين مكونين لصورة شبيهة برقم ثمانية هكذ (٨) متحدين من جهة الصدغ بعيدين عن حدود المرض وعن جهة العين ثم بعد تمام القطع تقرب حافتا الجرح قريبا من الزاوية الجديدة بغرزة خياطة وتوضع عصائب لازوق على حوافى الجرح لتضمها ومن النادر ان يحصل قبح عقب هذه العملية لسرعة اطاعة الجلد الشد عند الضم * واما اذا كان السرطان شاغلا للموق فيقطع بشق هلالى يبتدء به من احد الجفنين وينتهى به فى الاخر تحديبه يلى الانف وان كان ساعيا الى جزء شفرى الاجفان الموجود فيه الفوهة الدمعية لزم قطعه ايضا بدون ان يهتم من استدامة سيلان الدموع على الخد بعد العملية اذا ضرر ذلك لا عبرة به بالنسبة لضرر ابقاء جزء متغير يكون سببا لتولد الداء وكثرة سعيه فليتأمل

(المبحث التاسع فى التصاق شفرى الجفنين ببعضهما)

هذا

هذا الالتصاق اما ان يكون خلقيا واما ان يكون عارضيا اعنى حاصلا من جرح اوحرق اوالتهاب وعلى كل اما ان يكون كاملا اوغير كامل فالكامل يفصل فيه الجفنان عن بعضهما بمشرط رفيع السن بان يغرز باحتراس بينهما فى الزاوية الوحشية اى التى تلى الصدغ لتحدث هنالك فتحة *وحينئذ يخرج المشرط ويدخل من هذه الفتحة محراف قنوى من فضة مقعر الظهر قليلا ليطابق تحديب المقلة ويدفع نحو الموق الكبير ثم يدخل مشرط آخر ذو زر او حاد على سنه كرة من شمع لئلا يجرح المقلة اذا حاد عن المحراف اومقص فى قناة المحراف ليقطع به الغشاء الضام للشفرين الجفنيين ويتبع به الخط الموجود بين الهدبين وغير الكامل يدخل فيه المحراف من الفتحة الموجودة وتتم العملية كما ذكر وليست هذه العملية صعبة فى نفسها وانما الصعب منع التصاق الاجفان ثانيا بعد فصلها عن بعضها فبعضهم يأمر بوضع بعض نسالة مدهونة بالقير وطى فى الموقين اوتبعيد الشفرين عن بعضهما مرارا فى اليوم الواحد بواسطة حلقة من ذهب اوفضة كخاتم اوالاصبع اومرود الاكتحال بان يمر به بين الجفنين كما يفعل فى الاكتحال وبعضهم يذهب الى استعمال كيفيات (سر) او(بويه) او (رود تورفير) المذكورة فى العمليات العامة فى معالجة انسدادات الفتحات الطبيعية فراجعها ان شئت

(المبحث العاشر فى التصاق الاجفان بمقلة العين)

الاجفان تلتصق بالمقلة امامن الصلبة واما من القرنية فاذا التصقت الاجفان بالقرنية فلا تفيد عملية فصلهما عن بعضهما شيأ غالبا لان القرنية تبقى مظلمة حذاء المحل الذى كان فيه الالتصاق فعلى موجب ذلك لا يقدم على هذه العملية الا اذا كانت القرنية غير ملتصقة حذاء انسان العين واما اذا التصقت بالصلبة فينبغى فصلهما بدون توقف * وبالجملة فكيفية عمل الفصل هى انه اذا كانت واسطة الالتصاق على صورة اخيطة سهلة التمزق ينفذ محراف قنوى فيما بين الجفن والمقلة ويمر فى قناته بمشرط ذى زر لتقطع به هذه الاخيطة واما اذا كان الالتصاق متينا وجب قلب الجفن وسلخه من العين بمشرط من

الامام الى الخلف مقربا من الجفن اكثر من المقلة لئلا تصاب وينبغى فى هذا السلخ الخفة فى العمل والتأنى ما امكن واذا بقى على المقلة بعض لحم زائد مسك بجفت وكشط بمقص صغير منحن على صفحه حتى لا يبقى منه شئ فاذا بقى بعض شئ كوى بالحجر الجهنمى وينبغى بعد هذا الفصل الاجتهاد فى عدم رجوع الالتصاق لانه كثيرا ما يحصل ثانيا حتى ان الشهير (بويه) التزم اعادة عملية الفصل ثلاث مرات فى شخص واحد وكيفية منع ذلك هى ان يوضع جسم دسم بين الجفن والمقلة ويمر بمسبر او حلقة فضة او ذهب بينهما زمنا فزمنا ويؤمر المريض بتحريك جفنه كثيرا لان بذلك تتمزق المادة اللزجة التى يحصل بها الالتصاق ثانيا

(المبحث الحادى عشر فى ورم اللحيمة الدمعية)

اعلم انه اذا وجد ورم فى اللحيمة الدمعية وكان التهابيا فالمعالجة المضادة للالتهاب تكفى فى زواله واذا كان فطريا يزول بالغسولات القابضة او الكى بالحجر الجهنمى فاذا لم تكف فيه هذه الوسائط وكان الورم سرطانيا فالاحسن استئصاله وكيفيته هى ان يجلس المريض ويضبط كما فى عملية الكتركتا اى القدح ويرفع المساعد الذى يسند الرأس على صدره الجفن العلوى واما الجراح فانه يمسك الورم بسنارة او جفت (موزو) ويشده ليبعده مما تحته ثم يقرضه بمقص منحن على صفحه اذا كان له ساق واما اذا كان له استطالات نحو المقلة فالاجود فصله بسلخه مبتدأ بذلك من جزئه السفلى ومتحرزا من فتح الكيس الدمعى الموضوع فوقه الورم بدون واسطة لان ذلك يكون سببا لسيلان الدموع على الخد وعدم وصولها الى الخيشوم حكم الطبيعة ولكن اذا كان يشترط لعدم ابقاء شئ من الداء زوال الكيس الدمعى فليزال لان ضرر سيلان الدموع على الخد خفيف بالنسبة لضرر السرطان كما ذكرنا وبعد العملية يوقف النزف الفيضانى بالغسولات الباردة او بالضغط اذا كان النزيف غزيرا كما شاهد ذلك بعض الجراحين بعد فعله هذه العملية

(المبحث الثانى عشر فى سرطان الغدة الدمعية)

هذا السرطان يستوجب الاستئصال وكيفيته هى ان يجلس المريض على كرسى صلب مستور الثياب بملاءة مستند الرأس على صدر مساعد ثم يأخذ الجراح مشرطا او مقصا ويشق به زاوية الجفنين الوحشية اى الموق الصغير متجها بالشق نحو الصدغ لتتسع فتحة الجفنين ويتيسر رفع الجفن العلوى وقلبه لينكشف الورم ثم يأمر المساعد بتثبيته مقلوبا ويمسك الغدة بجفت (موزو) اوبسنارة ويجذبها الى الظاهر ثم يفصلها بمقص اومشرط محترزا من اصابة مقلة العين وعضلاتها لكن اذا كان الورم دفع الموق المذكور الى الوحشية نحو الصدغ وكان بارزا جدا من الجفن وجب ان يشق الجفن عرضا تابعا لغضونه قريبا من اصله شقا كافيا لانكشاف الورم ويتم العملية كما ذكر ثم يضع فتيلا صغيرا فى الجرح بعد الاستئصال فلا يضم ليسهل خروج الصديد الذى يحصل غالبا بسبب تمزق الانسجة وقت الفصل * ثم يضع قرص نسالة مغموسا فى محلول الصمغ فوق الجرح ورفائد ويثبت ذلك كله بالرباط العينى الفريد

* تنبيه *

قد يتولد فى تجويف الحجاج بين جدرانه ومقلة العين اورام فتجحظ المقلة فلاجل رجوعها الى موضعها الطبيعى يلزم ان تكشف هذه الاورام بشق الجفن حذاء بروز الورم فيه ثم يتأمل فى طبيعته فان كان متكيسا شق شقا طويلا واستفرغت منه المادة المنحصرة فيه ثم استؤصل جزء من جدرانه وحشى مابقى منه نسالة كى يلتهب بذلك ويتقيح فتتغير طبيعة سطحه الباطن ويندمل وان كان الورم شحميا او ليفيا او فطريا مسك بجفت اوسنارة وفصل مما حوله بالاصبع اوقبضة المشرط اوبمشرط ذى زرمع التحرز من اصابة المقلة اوعضلاتها وان كان الورم فى نفس العظم نظر فان كان فى الجدار العلوى من الحجاج اجتهد فى فصله بالمنقار والمطرقة ولو شاغلا له كله وان كان فى الجدار السفلى اوالانسى ازيل بمقراض لعدم تحمل العظم فيهما المنقار والمطرقة لرقته وعلى كل حال فينبغى للجراح ان ينوع العملية على حسب ماتقتضيه طبيعة المرض ووضعه

(الفصل الثانى فى العمليات التى تفعل على نفس مقلة العين)

(المبحث الاول فى الظفرة)

اعلم انه اذا كانت الظفرة حديثة قليلة الغلظ ولم تصل الى القرنية تستعمل القوابض الشديدة فى ازالتها كمحلول نصف مسحة اوقمحة من ازوتات الفضة المذاب فى اوقية من الماء القراح المقطر او ينفخ فى العين مسحوق مركب من جزء من الشب وستة من السكر القندى اى النبات اوتمس بالحجر الجهنمى مرارا واما اذا كانت غليظة ممتدة الى القرنية فلا شئ احسن لها من استئصالها وكيفيته هى ان يجلس المريض على كرسى صلب وتبعد جفناه ثم يمسك الجراح الظفرة بجفت صغير او بسنارة ويشدها الى الامام لتتباعد عن الصلبة والقرنية ويعلم ذلك بسماع قرقعة خفيفة وحينئذ يقطعها اما بمقص صغير منحن على صفحه واما بمشرط صغير حاد بان يمر به خلفها من القاعدة الى القمة او بالعكس محترزا من جرح سطح القرنية والصلبة المقدم او يقطعها عرضا بسن المشرط بان ينفذه خلفها ثم يكشط قطعتيها بمقص من اصلهما ثم يغسل العين بعد العملية بماء فاتر او ماء الخطمى ليعين على كثرة سيلان الدم فتتفرغ الاوعية ويخف التهيج الذى ربما حصل من العملية واذا رأى الجراح الداء آخذا فى الرجوع مس سطح الجرح بازوتات الفضة اى الحجر الجهنمى وعلى الجراح ان يخبر المريض قبل العملية انه يمكن ان لا تصير القرنية شفافية كحالتها التى كانت عليها قبل الداء حتى لا يلام او ينسب لعدم حسن العمل *هذا وقد يوجد بعض نكت فى القرنية لا يجدى فيها شئ من وسائط العلاج المستعملة عادة فيها وانها تستمر موجودة بسبب وجود بعض عروق آتية من جهة الصلبة ومتجهة نحو وسط القرنية كالاشعة وحينئذ فالانسب لزوالها قطع هذه العروق *وكيفية ذلك هى ان يجلس المريض كما ذكر ثم تمسك العروق واحدا فواحدا بجفت او سنارة قريبا من محاذات اتصال الصلبة بالقرنية ويقطع منها جزء بمقص صغير منحن على صفحه فبزوال قطعة منها لا يمكن تقارب اجزائها والتئامها ببعضها كما اذا قطعت هذه العروق عرضا فقط بسن مشرط او بسكينة قدح *ويمكن استعواض

الاستئصال

الاستئصال بالكى بالحجر الجهنمى فى الناس ذوى الجبانة وقد استعملت كلتا هاتين الطريقتين عدة مرار فنجحتا نجاحا عظيما فعلى موجب ذلك ينبغى التأمل الزائد فى العين قبل ان يأمر الجراح بقطورات او اكحال لئلا تكون النكت حاصلة عن عروق كما ذكرنا فيكون القطع المذكور هو المناسب لزوالها

(المبحث الثانى فى العنبة وهى بروز القرنية المعروف عند العامة بالزر)

اعلم انه قد يكون بروز القرنية كبيرا جدا بحيث يمنع انطباق الجفن ويحصل منه قبح المنظر ويحدث تهيج فى جفنى العين المصابة به من احتكاكهما به وكثيرا ما تتهيج العين السليمة بالمشاركة للمريضة وحينئذ لا اجود من استئصاله لزوال تلك العوارض *وكيفية العمل هى ان يجلس المريض كما فى عملية القدح ويأخذ الجراح سكينة كتركتا وينفذها فى العنبة عرضا من الوحشية الى الانسية قريبا من جزئها العلوى فيتحصل من ذلك شريحة سفلى فيمسكها بجفت ويقطعها بالسكينة المذكورة او بمقص منحن على صفحه من اسفل الى اعلى وذلك اسهل وكثيرا ما استعملت طريقة غير هذه وهى انى مسكت العنبة بسنارة وكشطتها بمقص منحن على صفحه ولكن هذه الطريقة لا تستعمل الا اذا كان الزر رفيعا شديد البروز واما اذا كان غليظا مخروطى الشكل وخشى من انزلاق المقص عليه بدون ان يقطعه فالطريقة الاولى انسب واجود *و بالاختصار ينبغى ان يزال كل البروز او اغلبه و بعد الاستئصال يخرج اغلب رطوبات العين وتتقارب حافتا الجرح ويأمر الجراح المريض بتطبيق جفنيه ويضع عليهما رفائد مغموسة فى الماء البارد او ماء جولار لمنع التهاب العين من العملية و بعد شفاء الجرح يصير باقى المقلة متحركا قابلا لحمل عين صناعية

(المبحث الثالث فى استسقاء العين)

المواد المجتمعة فى الخزانة المقدمة من المقلة تستفرغ امابيط القرنية بمبطة رفيعة او سن مشرط رفيع وامابيط الصلبة بابرة قدح لكن بشرط ان تتبع الطريق التى تسير فيها هذه الابرة فى عملية القدح هذا اذا لم يكن بروز العين كبيرا جدا او كان يؤمل حفظ قوتها الباصرة والا وجب استئصال جزء من القرنية واستفراغ

المواد بالطريقة التى ذكرناها قريبا فى العنبة

(المبحث الرابع فى الكتركتا اى ماء العين)

من المعلوم ان الكتركتا هى ظلمة فى البللورية اوفى سائل (مورجانى) اوفى المحفظة اوفى هذه الاشياء كلها معا فلذا تنسب الكتركتا تارة الى البلورية وتارة الى الخلالية وتارة الى الغشائية وتارة الى الجميع فيقال لها حينئذ المشتركة ويقال لها الليفية ايضا وعلى كل حال فاذا كانت حديثة حاصلة من مرض عام فى البنية اورض او جرح فى المقلة * ينبغى الابتداء فى معالجتها باستعمال بعض ادوية موافقة لطبيعة المرض العام اوبالمحولات على الرأس لعلها تزول بذلك لان بعض الاطباء عالج بعض المصابين بالكتركتا بالزيبق الحلو مع خزام فى القفا وبعضهم بالادوية المضادة لداء الخنازير مع الخزام ايضا فشفى والطبيب (كونديريت) عالج جملة من المرضى بالكتركتا بطريقة خاصة به فنجحت غاية النجاح واستعملها غيره من الجراحين ولم يذمها فيما بعد وهى ان تؤخذ شبه اقراص من قماش اوصوف وتغمس فى روح النوشادر السائل اوفى المرهم النوشادرى وتوضع على الجبهة ليحدث فيها تنفط ثم على مؤخر الرأس ثم على قلته ثم على الصدغين ثم خلف الاذنين ثم يترك هذا التنفيط مدة من الزمن على حسب ما يراه الجراح ثم يرجع اليه ويكرر جملة مرار حتى يبصر المريض * وفائدة هذه الطريقة تنبيه الاعصاب وتحريض العروق الماصة واحداث تحويل قوى به تزول المواد المسببة للظلمة لاسيما اذا كانت الكتركتا غشائية لكن اغلب انواع الكتركتا لا يزول الا بالعملية التى هى تحويلها عن محلها الى آخر من المقلة بعيدا عن الطريق التى يمر فيها النور اوتفتيتها ثم تفريقها فى خزانات العين لاسيما فى المقدمة لكون الامتصاص فيها شديدا اواستخراجها من العين بالكلية بعد شق القرنية ثم ان لكل من هذه العمليات كيفية خاصة بها وقبل ان نذكرها لك نتكلم على شروط نجاح العملية وعلى ما يلزم فعله فى المريض قبل الشروع فيها فنقول

الشرط الاول ان تكون الكتركتا غير مصحوبة بداء آخر فى العين يذهب نورها بالكلية بحيث يميز المريض النور من الظلام لان هذا دليل على بقاء حاسية

الشبكية ويعلم ذلك باخراج المريض فجأة من محل مظلم الى آخر نيرفان كان لايستشعر بهذا النور علم ان الشبكية حصل فيها كمنة توجب عدم القدوم على العملية فى الغالب وكذا ينبغى ان لا يقدم عليها اذا صارت العين لا تحمل الضوء اووجد فيها رمد مزمن اوالتهاب شفر الجفن اوامتلاء دوالى فى عروق الملتحم اوكان يعترى المريض فى بعض الاوقات صداع اونزلات فى العين اوكانت الكتركا ملتصقة بالسطح الخلفى للقزحية اوكان هنالك تحدبات على سطح المقلة دالة على وجود ميلانوزا ودوالى المشيمية

الشرط الثانى ان تكون الكتركا ناضجة اعنى مستوية بحيث ان المريض صار لا يبصر بالكلية لانه اذا فعلت العملية وهو فى هذه الحالة ولم تنجح لا يفقد المريض شيأ بخلاف ما اذا كان يبصر يسيرا اولا ثم صار اعمى عقب العملية

الشرط الثالث ان يكون سليم البنية ليس مصابا بدا آت عامة كداء الخنازير والداء الافرنجى والنقرس وغير ذلك

الشرط الرابع ان لا يكون المريض صغير السن جدا لانه حينئذ لا يتيسر ضبطه وعدم تحركه اثناء العملية وتثبيت العين لكثرة تحركها ولانه حينئذ لا ادراك عنده لفهم ضرورة العملية له فلذا يؤخر اغلب الجراحين العملية فى الاطفال حتى يبلغوا اربع سنين

الشرط الخامس ان تفعل العملية فى الاوقات التى تكون الحرارة فيها متوسطة معتدلة وهى فصل الربيع والخريف ولا ضرر فى فعلها فى اواخر الشتاء فى مصرنا هذه لكونه ليس شديد البرد فيها كبعض الاقاليم ولا ينبغى البتة فعل العملية فى البرد الشديد الرطب وفى زمن الحر الشديد وفى ايام الخمسين اى السموم لكثرة الارياح وتقلبات الجو فيها * واما ما يلزم فعله فى المريض قبل الشروع فى العملية فهو ان يجتهد فى ازالة الامراض المصاحبة للكتركا وامراض البنية العامة بما يناسبها من العلاج

وبعد البرء منها يهيء المريض للعملية بان تعطى له اغذية خفيفة عدة ايام

قبل العملية وينظف بطنه بالحقن وبعض المسهلات الخفيفة ويفصد اذا كان قوى البنية ممتلئا ويحقن عشية يوم العملية او بكرته بمواد لينة مرخية لتخرج الفضلات من الامعاء حتى لا يضطر المريض بعد العملية الى قضاء حاجته فيتحرك او يحصل له صداع من طول مكثها وحبسها فى بطنه وينبغى ايضا ان تعوّد العين على ملامسة الاجسام الغريبة بان تمس بالاصبع او بمسبر جملة مرارا قبل العملية فيما اذا كانت كثيرة الحركة والمريض جبانا ثم يقطر فيها قبل زمن العملية بساعة او ساعتين قطرة او قطرتان من محلول خلاصة اللفاح فى الماء لتتسع الحدقة وتنكشف الكتركتا اذا كان القصد تحويلها او تفتيتها او يسهل نفوذها من الحدقة اذا كان المراد استخراجها

ثم ينتخب لفعل العملية محل نير ويجلس المريض على كرسى قليل الارتفاع ذى ظهر مستقيم ضيق مرتفع او على كرسى لا ظهر له من السعف اى جريد النخل او من خشب والانجليز صنعوا لذلك كرسيا يمكن رفعه وخفضه على حسب الارادة بواسطة لولب ويكون جلوسه امام كوة بحيث يكون جانبه الذى جهته الكتركتا متجها نحو الكوة لتقع الاشعة بانحراف على القرنية فلا تنعكس نحو الجراح وتريه صورته فى العين وان كان الضوء الداخل من الكوة شديدا يلطف بستارة مصبوغة بلون اسود او ازرق او اخضر لان الضوء اذا نفذ الى الشبكية وهو شديد واثر فيها عند ازالة الكتركتا يحصل منه ضرر عظيم من تهيجه لها ثم تغطى العين التى لا عمل فيها لئلا تتحرك من تأثير الضوء عليها فتتبعها العين التى يقع العمل فيها فى الحركة فتعسر العملية ثم يقف مساعد خلف المريض ويسند رأسه على ظهر الكرسى او على صدره اذا كان الكرسى لا ظهر له ويثبتها بان يضع يده التى ليست جهة العين المرادة بالعمل تحت ذقنه واما اليد التى جهتها فتوضع على الجبهة رافعة للجفن العلوى بالسبابة والوسطى بعد وضعهما تحت شفره حتى يقرب الشفر من القوس الحجاجى وينبغى ان يكونا ملفوفين فى خرقة رفيعة كى لا ينفلت منهما الجفن بحركاته اذا عرقاهما او جلد الجفن ولاجل تثبيت المقلة تثبيتا جيدا ومنع حركاتها الى الانسية

والوحشية والاعلى ينبغى ان يكون هذان الاصبعان قريبى الوضع من الموقين الصغير والكبير غير ضاغطين على المقلة واما الجراح فيجلس امامه على كرسى اكثر ارتفاعا من كرسيه ويضع رجله التى جهة العملية على كرسى لاظهر له لترتفع ركبته فيتكأ بمرفق يده المراد العمل بها عليها بحيث ان هذه اليد تصير فى مساوات العين ثم ينكس الجفن السفلى بالاصبع السبابة والوسطى من يده الثانية ضاغطا بهما على العين ضغطا لطيفا ليثبتاها مقابلين لاصبعى المساعد الرافع للجفن العلوى * والجراح (دوبويترن) كان يفعل عملية التنكيس والمريض مستلق على ظهره وهو واقف عن يساره اذا كان العمل فى العين اليمنى وبالعكس ان كان فى اليسرى ثم يقرب رأس المريض من حرف السرير وينكس الجفن بالكيفية المعهودة والمساعد واقف على رأس المريض رافع الجفن العلوى ثم ان الجراح المذكور يفضل وضع المريض هكذا لكونه لا يخرج فيه الجسم الزجاجى ولا رطوبة العين ولا تترك الكتركا المحل الذى حولت اليه هذا اذا كان المريض كبيرا اما اذا كان صغيرا لا يقدر على ضبطه بالمساعدين فقط فيزاد على ذلك جعله فى شبه قميص لا كم له مجعول فى جيبه حبكة كحبكة السراويل اى حجزته داخلها تكة يزر بها الجيب على عنقه وتربط كى لا يمكنه رفع يده وبعضهم يضبطه بكيفية اخرى هى شد ذراعيه على جنبيه بنحو ملاءة وتجليسه فى حجر مساعد قوى عالم بالفن ليسند رأسه على صدره ويصالب ساقيه امام ساقيه

(المطلب الاول فى عملية تحويل الكتركا وتسمى بعملية التنكيس)
(وبالقدح ايضا)

اعلم ان هذه العملية تفعل بطريقتين الاولى تكون بتنفيذ الابرة من الصلبة والثانية بتنفيذها من القرنية ولنذكرهما لك فى فريدتين فنقول

(الفريدة الاولى فى تنفيذ الابرة من الصلبة)

يلزم لهذه العملية اولا ابرة وهى على انواع احسنها ابرة (اسكارپا) (ودوبويترن) اما ابرة اسكارپا فطولها نحو قيراطين رفيعة احد طرفيها على صورة نصل صغير

مثلث ومقوس ومسطح التحديب وفى تقعيره بروز ممتد على طوله شبيه بظهر البعير واما طرفها الثانى فهو مركب على مقبض مضلع يوجد فيه جهة تحديبها نقطة لونها يخالف لونه واما ابرة (دوبويترن) فهى شبيهة بالاولى غير انه لا يوجد فى تقعير نصلها بروز وساقها مخروطى الشكل ليسد الجرح بعد دخول النصل فى العين ويمنع خروج رطوباتها اثناء العملية ومن حيث انها لا بروز فى تقعيرها كانت احسن من ابرة (اسكارپا) لانها تنطبق بكل سطحها على تحديب البللورية ولا يخشى من انشقاقها بها كما يقع ذلك فى استعمال ابرة اسكارپا * وفى بلاد النمسا والانجليز يستعملون ابرا مستقيمة واما فى فرانسا فالمستعمل احدى هاتين الابرتين وانما آثرهما الفرنساوية واستحسنوهما عليها من وجوه * منها ان الابر المقوسة لا تجرح الزوائد الهدبية والقزحية بخلاف المستقيمة ذات النصل الرمحى * ومنها انها تطابق بتقعيرها تحديب البللورية فيسهل دفعها نحو محل التحويل من العين غالبا بدون ان تنفلت * ومنها انه يسهل بها مسك قطع البللورية وغشائها وجذبهما فى الخزانة المقدمة ليتمصا * ومنها ان مدخلها يكون صغيرا فلا يخرج منه الا شئ قليل من رطوبات العين ثم بعد تجهيز هذه الآلة وجلوس المريض ومسكه كما ذكر سابقا يمسكها الجراح كقلم الكتابة بين الابهام والسبابة والوسطى بعد غمس سنها فى زيت اللوز الحلو الجديد او فى مادة غروية فاترة من الخطمى وهو الاحسن لان الزيت ربما احدث التهابا فى محل الوخزة اذا كان زنخا واما البنصر والخنصر فتركز اليدبهما على ما بين الغدة النكفية والوجنة * وينبغى ان يكون مسكها كما ذكر باليد اليمنى اذا كان العمل فى العين اليسرى وبالعكس ان كان فى اليمنى ويكون الارتكاز على الوجنة المقابلة لجهة العمل اذا كان الجراح اضبط بيمنى اليدين واما اذا لم يكن كذلك فيكون العمل باليمنى الا انه يقف كما ذكرنا اول هذا الباب ثم بعد ان ينكس الجفن بسبابة يده الثانية يشرع فى العملية * ولاجل فهم شرحها فهما جيدا نقسمها على جملة ازمان فنقول * الزمن الاول يوجه فيه سن الابرة نحو الصلبة باستقامة بعد ان يمسكها بالكيفية المذكورة بان يجعل مقبض الابرة مائلا

الى الاسفل والامام وسنها افقيا وتحديبها يلى الاعلى والامام وتقعيرها الى الاسفل والخلف واحد حديها الى الصدغ والثانى الى الانف * وفائدة هذا الوضع سهولة دخولها فى الصلبة لوقوع سنها عليها باستقامة ثم بعد ذلك يأمر الجراح المريض ان ينظر بعينه الى انفه لتتجه الى الانسية فيظهر جزء متسع من الصلبة وحينئذ يشرع فى غرز الابرة على ذلك الوضع فى بياض العين بعيدا عن سوادها بقدر خط ونصف او خطين للتحرز من اصابة الزوائد الهدبية المجاورة دائرة القزحية الى الخلف واسفل من قطر المقلة المستعرض بقدر خط لمنع جرح الشريان الهدبى الطويل المار فى محاذات وسط المقلة وكلما دخل شئ من الابرة فى خزانة المقلة الخلفية رفع مقبضها الى الاعلى شيأ فشيأ * الزمن الثانى يدير فيه مقبض الابرة بين الاصابع بعد دخول تقويسها كله فى المقلة بحيث ان تحديبها يصير متجها الى الامام نحو القزحية وتقعيرها الى الخلف نحو البللورية وغشائها وبعد صيرورة الابرة على هذا الوضع يوجه مقبضها نحو الصدغ مع رفعه يسيرا الى الخلف لتصير معترضة فتدفع من الوحشية الى الانسية اى من جهة الصدغ الى جهة الانف فيما بين القزحية من الامام والبللورية وغشائها من الخلف حتى يظهر سنها من الحدقة بدون ان يصيب القزحية وقد تنفذ الابرة بين البللورية وغشائها عند دفعها الى الانسية بدون ان يشعر الجراح بذلك فيما اذا كان الغشاء شفافا فقبل الشروع فى شق الغشاء يلزم ان يتحقق من ذلك بان يوجه سن الابرة الى الامام كانه يريد تنفيذه من الحدقة فى الخزانة المقدمة فاذا لم يعق الابرة شئ فى هذه الحركة علم انها خالصة واما اذا قاومها شئ فى ذلك التنفيذ علم انها خلف الطبقة المقدمة من الغشاء فيخلصها منه بان يوجه احد حديها الى الامام فينشق الغشاء وتخرج منه *

الزمن الثالث يشرع فى تخليص البللورية من غشائها بعد ان يصل سن الابرة الى محاذات الحدقة بان يشق هذا الغشاء بسنها شقين هلاليين قريبين من دائرة البللورية متصلين من طرفيهما * وكيفية ذلك هى ان يجر سن الابرة من اسفل الى اعلى على نصف دائرته الانسى اولا ثم على نصفها الوحشى وفائدة شق الغشاء

شقا حلقيا عدم ابقاء شئ منه قبالة الحدقة فلربما يلتهب ما يبقى منه من الشق فتحصل عنه كتركتا تابعية غشائية كما يحصل ذلك لو كان الشق صليبيا وبعض الجراحين يفعل فى الغشاء جملة شقوق معترضة ثم يقاطعها بشقوق اخرى عمودية

الزمن الرابع بعد شق الغشاء ترفع الابرة الى الجزء العلوى الانسى من سطح البللورية المقدم ويطبق تقعيرها عليه بحيث يصير سنها مستورا خلف الجزء العلوى الانسى من القزحية ثم يوجه مقبضها الى اعلى والانسية والامام نحو الجبهة واصل الانف ببطئ فبذلك تتجه الكتركتا الى الاسفل والوحشية والخلف اسفل الحدقة فى الجزء السفلى من الجسم الزجاجى وفى اثناء ذلك التنكيس تكون الابرة فى منزلة عتالة من النوع الاول مركزها فتحة الصلبة الداخلة هى منها وعند وصول الكتركتا الى ذلك المحل يبقى متكأ عليها بالابرة نحو دقيقة حتى يحيط بها الجسم الزجاجى ويحبسها فلا تعود الى موضعها الاصلى

الزمن الخامس بعد مضى الدقيقة المذكورة تبرم الابرة لتتخلص من البللورية ثم ترد الى الوضع الافقى الذى كانت عليه فى الزمن الثانى بان يمال المقبض نحو الصدغ تدريجا ويجعل تحديبها الى الامام وتقعيرها الى الخلف ثم تشد الى الوحشية فمتى وصلت الى المحل الذى دخلت فيه فى الزمن الاول يجعل تحديبها الى الاعلى وتخرج تابعة للطريق التى مرت فيها فى دخولها ولكن اذا رأى الجراح صعود الكتركتا عند ازالة الاتكاء عليها بالابرة لزم مسكها وتنكيسها زيادة عن الاول والاتكاء عليها مدة حتى لا تصعد ثانيا

وقد يتفق ان الكتركتا تنفذ من الخزانة الخلفية الى المقدمة بعد شق غشائها وارادة تنكيسها بالضغط عليها كما ذكرنا وذلك اما من حركات المريض او الجراح او من اسباب اخر فاذا وقع ذلك والابرة فى المقلة لزم تنفيذها من الحدقة فى الخزانة المقدمة ومسك الكتركتا بها وجذبها فى الخزانة الخلفية وادخالها فى الجسم الزجاجى واما اذا حصل ذلك بعد اخراج الابرة بمدة قصيرة او طويلة فينظر فى حالة العين فاذا رأى الجراح حدوث التهاب فيها عالجه بما يناسب فاذا لم يزل وخشى

من تلف العين وجبت المبادرة الى شق القرنية واستخراج الكتركتا من الخزانة المقدمة بالكيفية الآتى ذكرها *واما اذا لم يحصل تهيج فى العين تركت الكتركتا فى الخزانة المذكورة حتى تمتص شيأ فشيأ وتزول بالكلية كما شوهد ذلك او تدخل الابرة فى المقلة ثم من الحدقة فى الخزانة المقدمة كما ذكرنا وتجذب بها البللورية فى الخزانة الخلفية وتدخل فى الجسم الزجاجى *واذا انكسرت البللورية اثناء الحركات اللازمة لتحويلها لزم مسك قطعها واحدة فواحدة وادخالها فى الجسم الزجاجى اودفعها فى الخزانة المقدمة بعد تفتيتها جملة قطع صغيرة لتمتص فيها لكون القوة الماصة فيها شديدة

والطبيب (بروتونو) الفرنساوى لما رأى شلل الشبكية من انضغاطها بالبللورية التى دخلت بعد تنكيسها بينها وبين الجسم الزجاجى نوع الطريقة السابقة بان فتح خلايات الجسم الزجاجى قبل التنكيس لتدخل فيها الكتركتا وكيفية ذلك هى ان تغرز الابرة فى محل الصلبة المذكورا نفا ويدخل منها قدر اربع خطوط ثم تمال الى الاسفل والخلف والوحشية لتفتح خلايات الجسم الزجاجى وبعد ذلك يدار ظهر الابرة نحو القزحية ثم يرفع مقبضها ثم يمر بسنها تحت حرف البللورية السفلى لتصل الى الحدقة وحينئذ تشق الطبقة المقدمة من الغشاء ثم يتكأ بالابرة على الجزء العلوى من سطح البللورية المقدم وتدفع فى الجسم الزجاجى تابعة لخط فرضى يبتدأ به من موق العين الكبير وينتهى به فى النتو الحلمى لجهة العملية وعند دخول الكتركتا فى الجسم الزجاجى تحيط بها مادته وتمنع خروجها منه واستعمل الجراح (ويلبو) احد معلمى هذه الطريقة فنجحت نجاحا عظيما وبعض الاطباء يستعمل طريقة اخرى فى تبعيد الكتركتا عن طريق مرور الاشعة الضوئية ويسميها بطريقة القلب *وفائدتها خفضها عن مساوات حرف الحدقة السفلى ومنع تهيجها للشبكية والمشيمية كما يحصل ذلك فى بعض الاحيان من تحويلها بالكيفية التى تقدمت *وكيفيتها هى ان يوضع طرف الابرة بعد تنفيذها وشق الغشاء بها كما ذكر آنفا على الجزء العلوى من سطح البللورية المقدم ويتكأ بها عليه بعد رفع مقبضها الى الاعلى فتنقلب الكتركتا ويصير سطحها

المقدم علويا والخلفى سفليا وحرفها العلوى خلفيا والسفلى مقدما ثم تترك هكذا فى الخزانة الخلفية اسفل حرف الحدقة السفلى وهذه الكيفية وان كانت سهلة جدا الا ان الكتركتا قد ترتفع بها العدم تحامل شئ من الجسم الزجاجى عليها او تهيج القزحية من ضغطها عليها فلذا لم يكتف بقلبها جملة من مشاهير اطباء العيون النمساوية بل يدفعونها بعد ذلك فى الجزء السفلى الوحشى من الجسم الزجاجى

(تنبيهان)

الاول قد تكون الكتركتا مصحوبة بنكد رسائل مورجانى يصير كاللبن فعند شق غشاء البللورية ينصب فى خزانات العين فاذا كان هذا السائل قليلا ولم يمنع رؤية الابرة والكتركتا تمم الطبيب العملية والا وجب اخراج الابرة وتأخير اتمام العملية حتى يمتص بالكلية وتعود الرطوبة المائية شفافة

الثانى اذا كانت الكتركتا ملتصقة بسطح القزحية الخلفى وجب فصلها قبل التحويل بان يمر بالابرة بينهما التقطع وسائط الالتصاق

(الفريدة الثانية فى تنفيذ الابرة من القرنية)

هذه الطريقة استعملها قدماء العرب والهنود والقبط وهى معتبرة الان من جملة وسائط علاج الكتركتا الجيدة وكيفيتها هى ان يجلس المريض وتوسع الحدقة ما امكن بواسطة خلاصة اللفاح ويرفع المساعد الجفن العلوى كما ذكرنا آنفا فى طريقة التحويل من الصلبة واما الجراح فانه يمسك ابرة من الابر المذكورة آنفا كقلم الكتابة جاعلا تحديبها الى الاسفل والامام وتقعيرها الى الاعلى والخلف ثم ينكس الجفن السفلى بيده الثانية ويغرزها فى الجزء السفلى من القرنية اى سواد العين بعيدا عن الصلبة اى بياضها بنحو خط ونصف فى محاذات حرف الحدقة السفلى فبعد نفوذها من القرنية ووصولها الى الخزانة المقدمة ينكس مقبضها ليرتفع سنها ثم يداوم على دفعها الى الاعلى والخلف نحو الحدقة وعند وصولها الى هذه الفتحة يدير تقعيرها الى الاسفل والخلف قليلا لئلا تجرح القزحية بسنها وحينئذ يصير هذا السن متجها نحو غشاء البللورية فيشق به شقا حلقيا ثم يصعد بالابرة ويطبق تقعيرها على حرف البللورية العلوى ثم يقلبها

او ينكسها فى الجزء السفلى من الجسم الزجاجى ويتركها فيه وبعد تمام العملية يقلب الابرة ويجعل تحديبها الى الاسفل ثم يخرجها بحركة عكس التى فعلت فى ادخالها اعنى انه ينزعها تابعة طريقا منحرفا من الخلف الى الامام ومن اسفل الى اعلى وهذه الطريقة نافعة جدا لاسيما فى الاشخاص المصابين بالكتركا الخلفية الكثيرى حركة المقلة لان الابرة بعد نفوذها فى المقلة تمنع تحركها حتى تتم العملية نعم وان كان النفوذ من القرنية اسهل واقل المامنه من الصلبة الا انه يخشى فى تنكيس الكتركا من اصابة القزحية بتحامل الابرة على حرف الحدقة السفلى

(المطلب الثانى فى تفتيت الكتركا)

لما رأى الجراحون قوة الرطوبة المائية المحللة وشدة الامتصاص فى نجاويف المقلة ارادوا تفتيت الكتركا لاسيما اذا كانت رخوة وتفريق قطعها فى خزانتى العين لاسيما المقدمة لكون قوة الامتصاص فيها شديدة وفى هذه العملية تستعمل ايضا احدى الابر المستعملة فى طريقة التنكيس وتدخل امامن الصلبة وامامن القرنية كما ذكرنا وعند الوصول بها الى امام الصلبة تقطع عرضا وهى فى مكانها شطرين كل منهما يقطع ايضا بسن الابرة او باحد حديها وهو الاحسن جملة قطع صغيرة ما امكن ثم تدفع هذه القطع فى الخزانة المقدمة بظهر الابرة وتفرق فيها وما لم يتيسر دفعه يترك فى الخزانة الخلفية وبعض الاطباء يغرز سن الابرة فى مركز البللورية ويبرمها فيه فتنكسر جملة قطع تتفرق فى خزانتى العين *وبالجملة ينبغى ان يجتهد الجراح فى تقسيمها جملة اقسام صغيرة بسن الابرة او حدها او بهما معا مع الرفق فى العمل والخفة وعدم التحامل بالابرة على العين

(المطلب الثالث فى استخراج الكتركا من المقلة)

تستخرج الكتركا من المقلة فى ثلاثة ازمان * الاول تشق فيه القرنية الشفافة شقا واسعا بحيث تنفذ منه الكتركا بعد مرورها من الحدقة * الثانى يشق فيه غشاء البللورية * الثالث تستخرج فيه الكتركا * ثم اعلم ان الشق الذى يفعل

فى القرنية وهى سواد العين وتستخرج منه الكتركتا اما ان يكون فى جزء القرنية السفلى واما فى جزئها العلوى وعلى كل فاحسن الآلات المستعملة فى ذلك سكين (وينزيل) وسكين (ريشتير) وسيأتى شرحهما وصورتهما فى آخر الكتاب

*اما كيفية فعل شق جزء القرنية السفلى فهى انه بعد تجهيز الآلات ووضع المريض وضعا مناسبا ورفع المساعد الجفن العلوى ينكس الجراح الجفن السفلى بسبابة احدى يديه ضاغطا بها على اللحيمة الدمعية ليسند المقلة من الانسية ثم يمسك بيده الثانية السكين كقلم الكتابة بين الابهام والسبابة والوسطى جاعلا حدها الى الاسفل ويسند يده على الصدغ بالاصبعين الاخيرين ثم يغرزها فى القرنية بدون توقف غرزا مستقيما على مركزها بعيدا عن محل اتصالها بالبياض بنصف خط او ازيد الى خط اعلى القطر المستعرض بقليل وجهة الزاوية الوحشية اى الموق الصغير وعند وصول السن الى الخزانة المقدمة يميل المقبض الى الخلف لئلا يجرح القزحية ثم يدفع السكين الى الانسية من غير اهتزاز موازية لسطح القزحية وظهرها فى مساوات وسط الحدقة ومتى وصل سنها الى ما هو اسفل قطرها المستعرض بقليل وبعيد عن البياض بنصف خط او خط من القرنية يوجه مقبضها الى الخلف نحو الصدغ لتنفذ من القرنية بسنها فى هذا المحل من الباطن الى الظاهر وبعد ظهور السن من سواد العين يداوم على دفع السكين الى الانسية من غير ان يضغط على حدها لكن يكون احد صفحيها موازيا لسطح القزحية المقدم والاخر متجها الى الامام فمن دخول الاجزاء العريضة من السكين ينشق نصف دائرة القرنية السفلى بعيدا عن الصلبة بقدر نصف خط او خط من غير ان يتحامل بالسكين على القرنية وعند تمام الشق يرخى المساعد الجفن العلوى والجراح السفلى ليزال تحامل الاصابع على المقلة لئلا ينبثق الجسم الزجاجى ثم يترك المريض بعض ثوان حتى يفيق ويسكن اضطرابه ثم يشق غشاء البللورية * وكيفية ذلك هى ان يرفع المساعد الجفن العلوى بدون ان يتحامل بالاصابع على المقلة او يرفعه الجراح نفسه ثم يأخذ ابرة من ابر تحويل الكتركتا ويرفع بظهرها طرف قطعة القرنية برفق ثم يمر بها من

الحدقة قريبا من حرفها العلوى مع التحرز من اصابة دائرتها او حوافى شق القرنية بسن الابرة او حدها ومتى وصل السن الى الخزانة الخلفية امام الكتركا وتقعيرها الى الاسفل شق به نصف دائرة الغشاء العلوى شقا بالغا الى الكتركا ثم تخرج الابرة ويضغط على ظاهر العين ضغطا لطيفا لتخرج الكتركا اذا لم تخرج بعد شق الغشاء من ضغط المقلة بانقباض عضلاتها * وكيفية ذلك هى ان يضغط الجراح بسبابة احدى يديه على جزء المقلة السفلى ضغطا لطيفا ويضع بالثانية مقبض الابرة او السكين على الجفن عرضا ليضغط به على المقلة فى محاذات البللورية بواسطة تحريكه حركة صدور وورود او يضغط المقلة برفق ضغطا يتبع به خطا فرضيا يبتدأ به من الدائرة الهدبية وينتهى به عند اتصال ثلثى الصلبة المقدمين بثلثها الخلفى من جدارها السفلى وهذا الخط يمر بين الجسم الزجاجى والبللورية فمن ذلك الضغط تخرج الكتركا من الحدقة وتصير بين حافتى شق القرنية فتؤخذ بسن الابرة او السكين

وقد يتعسر مع الضغط المذكور خروج الكتركا فاذا كان ذلك من انقباض الحدقة وصفتها لزم وضع المريض فى محل مظلم لمنع تأثير الضوء فى العين فتتسع الحدقة فاذا لم تتسع بذلك قطر فيها قطرة من محلول خلاصة اللفاح الكثيف واما اذا كانت الحدقة واسعة ولم تخرج الكتركا وكان السبب فى ذلك عدم شق غشائها شقا واسعا كما تقدم التنبيه عليه وجب شقه ثانيا شقا واسعا فاذا لم تخرج ايضا بذلك علم ان سبب عدم خروجها التصاقها بالغشاء فتفصل منه بكلاب (دومور) الشبيه بالكلاب الذى تستعمله الشغالون على الطارة * وكيفية العمل به هى ان يدخل من الشق ويفرز فى البللورية ثم تحرك به الى جميع الجهات حركات خفيفة حتى تنفصل ويسهل جذبها الى الخارج * واما اذا كان السبب فى عدم خروج الكتركا احاطتها بفوصفات الجير وجب اولا قلبها بان يضغط على المقلة من فوق الجفن العلوى حذاء اتصال سواد العين ببياضها فبهذا الضغط ينقلب حرف البللورية العلوى الى الخلف وحرفها السفلى يتجه الى الامام ثم يمسك حرفها السفلى الذى صار مقدما بجفت صغير وتجذب به الى خارج العين

ولا يستعمل فى ذلك الكلاب المذكور لعدم سهولة غرزه فى الكتركتا لصلابتها وجمودها وفى بعض الاحيان يكون سبب عدم خروج البللورية التصاق غشائها بالقزحية فلا يتسع شقه حتى تخرج منه وحينئذ يزال هذا الالتصاق بان تؤخذ ابرة من الابر المذكورة آنفا ويمر بها بين الغشاء والقزحية لتقطع وسائط التصاقهما ببعضهما

ومن جملة اسباب تعسر خروج الكتركتا ميعان الجسم الزجاجى بحيث اذا ضغط على العين لطردها منها سبق وجاء امامها وربما خرج اذا لم يمسك عن الضغط المذكور وفى بعض الاحيان يكون الجسم الزجاجى على حالته الطبيعية الا ان سبب بروزه وسبقه الكتركتا اما شدة تقلص عضلات العين واما انشقاق خلايات الجسم المذكور وقت شق غشاء البللورية بان يغور الشق فتنفذ من الآلة فى البللورية وتصل الى غشاء الجسم الزجاجى فتفتحه فعلى الجراح حينئذ ان يمسك عن الضغط على المقلة ويخرج الكتركتا بواسطة جفت صغير او كلاب نعم اذا كانت الكتركتا تغور فى العين عند ما يراد مسكها لزم الامساك عن اخراجها وادخال ابرة من الشق وتحويلها الى الجزء السفلى الوحشى من باطن المقلة * كما تقدم فى عملية التحويل بعد نفوذ الابرة القرنية وقد تخرج الكتركتا بسهولة الا انه يبقى من الغشاء البللورى بعض اجزاء ملتصقة وحينئذ لا ينبغى تركها فى العين لانها لا تمتص بسبب كونها غير منفصلة فتأتى لها الحياة وتمنع قوة الامتصاص * وكيفية استخراجها هى ان تمسك بجفت ثم تقطع من اصلها بمقص صغير منحن على صفحه وحرفه معا ولكن اذا فعل بمقتضى ما ذكرنا من كيفية شق الغشاء يخرج هذا الغشاء بتمامه من اول الامر واما قطع البللورية والغشاء اللاتى تبقى فى خزانتى العين فلا ينبغى محاولة استخراجها لانها اذا تركت تمتص بسهولة بسبب القوة الماصة الموجودة فى تجاويف العين مع ان الآلات التى تستعمل لذلك تهيج العين

هذا وقد اوصى بعض الاطباء بان يفعل الشق منحرفا من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية منعا لجرح اصل الانف بسن السكين وقت نفوذه من

القرنية من الباطن الى الظاهر ولدخول الجفن السفلى بين حافتى الشق كما يقع
ذلك فى بعض الاحيان اذا كان الشق على الوضع المذكور آنفا لكن لانرى
استعمال هذه الطريقة مناسبا الا اذا كانت المقلة كبيرة بارزة لانه حينئذ اذا
عمل بمقتضى الطريقة السابقة يدخل الجفن السفلى بين حافتى الشق ويمنع
التئامهما نعم هى احسن فيما عدا ذلك لان طريقة الشق المنحرف يعسر اتباعها
فى الاشخاص الذين يكون فيهم النتو الجحاجى الوحشى او حرف الجحاج
السفلى بارزا لانها اذا فعلت فى هؤلاء الاشخاص يضطر الى شد المقلة الى الامام
لئلا تنفذ السكين فى الجفن بغور العين فيخشى حينئذ من خروج الجسم الزجاجى
مع ان جرح الانف لا يهتم من خطره وضغط الجفن العلوى على القرنية يمنع تباعد
حافتى شقها مطلقا مستعرضا كان او منحرفا * وبالجملة فكيفية هذا الشق على
حسب طريقة (وينزيل) هى ان تمسك السكين كما ذكر آنفا وتفرز وسط ربع
القرنية العلوى الوحشى ويخرج سنها من وسط ربعها السفلى الانسى وكان
الجراح المذكور يمر من الحدقة بعد ان يغرز سن السكين ويراه وصل الى الخزانة
المقدمة فيشق به غشاء البللورية شقا شبيها بشق القرنية اى على صورة
جزء من دائرة تحديبه الى الاسفل ثم يعود به الى الخزانة المقدمة ويتم العملية
بتنفيذه فى القرنية من الباطن الى الظاهر كالمعهود بحيث ان زمنى العملية
الاولين يختلطان معا ويصيران زمنا واحدا ولكن هذه الطريقة تستدعى
مهارة وخفة عظيمة لا توجد فى كل الناس فالاحسن عندى اتباع ما ذكر آنفا
من ان يفعل شق القرنية فى زمن وشق غشاء البللورية فى آخر * واما شق القرنية
من اعلى فكيفيته هى ان يمسك الجراح السكين كقلم الكتابة جاعلا حدها
الى اعلى جهة الجفن العلوى ثم يغرز سنها فى قطر القرنية المستعرض من
الوحشية ويخرجه منه من الانسية ويتم العملية كما ذكر فى شق القرنية من
الاسفل متباعدا عن الصلبة بالقدر المذكور وهذه الطريقة تستعمل اذا كان
فى جزء القرنية السفلى نكتة او كانت المقلة صغيرة فيضطر لان يفصل من القرنية
زيادة عن نصفها * وبعض الجراحين يستعملها مطلقا ولو لم توجد تلك الاشياء

المستدعية لاستعمالها منعا لخروج الجسم الزجاجى ولحصول نكتة اسفل القرنية ولبروز القزحية من الشق ولتقبيح هذا الشق لكن الذى اراه انه اذا وجد شئ يمنع شق القرنية من الاسفل فالصواب ان تستعمل طريقة التفتيت او التنكيس لا هذه الطريقة حيث ان المقلة من عادتها انها تتجه الى الاعلى وتتوارى خلف الجفن العلوى اثناء العملية * قدمنا ما اردنا ذكره من الكلام على عملية استخراج الكتركتا ولنذكر لك العوارض التى تحصل اثناء تلك العملية لتكون على بصيرة منها فتتحرز من حصولها فنقول * الاول كون الشق يصير عموديا مستقيما بسبب ميل الحد الى الامام * الثانى كونه لم يشغل نصف القرنية بسبب عدم اتباع السكين احد اقطار العين ومن ذلك تصير الفتحة صغيرة فلا يتيسر خروج الكتركتا * وفى بعض الاحيان يكون سبب صغر شق القرنية صغرها نفسها فعلى ذلك ينبغى للجراح ان يجتهد فى ان يصير الشق كبيرا كافيا لخروج الكتركتا حتى اذا فعل اولا صغيرا لزم توسيعه بمقص منحن على صفحه ذى فرعين رفيعين احدهما منتهه بزر * الثالث مرور سن السكين بين صفائح القرنية وعدم وصوله الى الخزانة المقدمة بل بعيدا عن محاذات محل غرزه فيصير الشق صغيرا غير كاف لخروج الكتركتا منه والسبب فى ذلك خوف الجراح ان تصيب السكين القزحية فيميلها قبل ان تصل الى الخزانة المقدمة * فعلى ذلك لا يميلها الا اذا استشعر بزوال المقاومة وظهر له سنها فى هذه الخزانة وقد يحصل ذلك ايضا من كون الجراح لم يغرز الآلة غرزا مستقيما بالنسبة لشكل القرنية فيجب ان يكون غرز السكين من الامام الى الخلف ومن الوحشية الى الانسية منعا لهذا العارض * الرابع جرح القزحية اما حال وصول سن السكين الى الخزانة المقدمة واما اثناء فعل بقية شق القرنية ويعلم جرحها فى الحالة الاولى من توارى سن السكين فى القزحية ومن سيلان الدم فى الخزانة المقدمة وسبب ذلك هو ان يدفع الجراح السكين بقوة وبعد ان ينفذ سنها من القرنية ويمر من الخزانة المقدمة يصل الى القزحية ويدخل فيها لا سيما اذا كان غرزه فى جزء القرنية المتقارب من القزحية فعلى الجراح حين ما يرى

ذلك العارض ان ينزع سن السكين من القزحية بان يجذبها نحوه قليلا حتى
يتخلص منها بالكلية ثم يوجهه الى الانسية ويجعل صفح السكين موازيا للقزحية
ويتم العملية كما ذكرنا آنفا * واما جرح القزحية فى الحالة الثانية فيحصل
من قربها من حد السكين اوسنها اثناء دفعها الى الانسية وسبب ذلك
القرب خروج الرطوبة المائية المالئة للخزانة المقدمة الحائلة بين القزحية
والقرنية بعدم شغل السكين الشق كله لرداءة صنعها اوتحريكها حركة
غير لازمة فيحصل خلو بينها وبين حافة الشق فتخرج منه الرطوبة وتسترخى
القزحية وتقرب من السكين فعلى الجراح حينئذ ان يضع السكين فى الشق
وضعا مناسبا لتشغله فينسد ويمنع خروج الرطوبة ويترك دفعها الى الانسية
وبذلك سطح القرنية دلكا لطيفا لتتنبه القزحية فتنقبض اوينـدفع مابقى
من الرطوبة نحوها فيدفعها الى الخلف ويبعدها عن السكين واذا لم يكف
ذلك يقطر فى العين قطرة من خلاصة اللفاح السائلة ولا يرجع الى دفع السكين
الى الانسية واتمام العملية الا بعد تبعيد القزحية والا من من اصابتها
فاذا استعمل الجراح جميع هذه الوسائط ولم تفد فى تباعد القزحية وجب عليه
ان يخرج السكين حذرا من جرحها القزحية ويتم شق القرنية بواسطة مقص
ذى شعبتين رفيعتين منتهية كلتاهما بزر * الخامس انفصال دائرة القزحية
الكبيرة بالضغط على المقلة لخروج الكتركتا فتنخفض هذه الكتركتا
عن الحدقة بحيث ان حرفها السفلى يميل الى الامام ويدفع جزء القزحية
الموجود اسفل الحدقة فيفصله من ارتباطاته ويحدث هنالك فتحة تخرج
منها الكتركتا وهذا العارض ليس خطرا ولا يمنع نجاح العملية
لان شبه الحدقة الذى حصل بذلك اما ان ينسد واما ان يستمر مفتوحا فيبصر
المريض من الحدقتين * السادس بروز القزحية من شق القرنية وهذا البروز
يحصل من اندفاع القزحية بالكتركتا حين مرورها من الحدقة فاذا حصل
يلقى المريض على ظهره وتدفع القزحية بمسبر منتهيه بزر ويؤمر المريض باستمرار
استلقائه حتى يتم التئام حافتى شق القرنية ولا ينبغى للجراح ان يتهاون فى رد ذلك

البروز ويتباطئ عنه فانه سريع الانضمام بحوافى الجرح فيتعسر رده بعد ذلك اويتعذر بالكلية *السابع خروج الجسم الزجاجى وهو يحصل عقب خروج الكتركتا اما من تقلص عضلات المقلة اومن ضغط قوى لطرد البللورية من المقلة يكون سيء الاتجاه واذا لم يخرج من هذا الجسم الامقدار صغير لا ييأس من الابصار لان الرطوبة المائية تنوب مناب ما فقد منه فى جمع الاشعة الضوئية واما اذا خرج نصفه فاكثر فلا بد من فقدان نور العين لانه لا يستعوض بالافراز كبقية رطوبات الجسم فعلى ذلك يلزم الجراح ان يترك اخراج الكتركتا مادام تقلص عضلات المقلة وان يأمر المريض بطبق جفنيه وان يعطيه الادوية المسكنة وان لا يعود الى هذا الاخراج حتى يزول ذلك التقلص لكن ينبغى ان يلاحظ الضغط لخروج الكتركتا بحيث اذا رأى الجسم المذكور آخذا فى الخروج مسك عن هذا الضغط والقى المريض على ظهره ومنعه من التحرك بالكلية

(المطلب الرابع فى المعالجة بعد عمليات الكتركتا)

(الفريدة الاولى فى المعالجة بعد عمليتى التنكيس والتفتيت)

اعلم انه يلزم بعد هاتين العمليتين ان يؤمر المريض بطبق جفنيه برفق كطبقهما فى النوم ثم يوضع عليهما رفائد من قماش رفيع مغموسة فى الماء البارد ويمنع تأثير الضوء على العين بان يوضع على الوجه قطعة قماش مصبوغة تثبت باشرطة حول الرأس ويجعل فى جزئها السفلى شق افقى نازل عليه شق عمودى هكذا ا لينفذ فيهما الانف فلا تنتقل عن الوجه وهى المعروفة عند العامة بالرفراف ثم يوضع المريض فى مكان لطيف النور مستلقيا على ظهره فى فراشه مرفوع الرأس كى لا تعود الكتركتا الى محلها الاصلى فاذا كان المكان كثير النور يقلل بستائر توضع على شبابيكه ولا ينبغى ان يجعل المريض فى ظلمة كما امر بذلك بعض الاطباء بعد عملية الكتركتا لان ضرر ذلك اكثر من نفعه حيث يصير المريض لا يتحمل الضوء بعد ذلك ولا يعتاد عليه الا بمشقة *ومن اللازم ان يؤمر المريض بعدم فتح عينه ليجرب ابصارها مادامت المعالجة اذ قد يحصل بتأثير الضوء والهواء عليها فجأة التهاب شديد يكون سببا فى تلفها لكن ينبغى

ان يبعد جفنيه عن بعضهما شيأ يسيرا لتخرج الدموع المجتمعة خلفهما بينهما وبين المقلة لان ابقاها سبب فى تهيج العين واذا اشتكى المريض من عوارض فى الايام الاول تدل على وجود التهاب فانه يجب كشفها والبحث فيها ليعرف مايلزم فعله بحسب مايراه وظهر المريض جهة الضوء ولا يعطى شيأ من الاغذية فى اليومين او الثلاثة التى تعقب العملية بل يسقى بعض الادوية المبردة الملينة كماء الشعير ومصلى اللبن ومنقوع التمرهندى او الخيار الشنبر ويحقن ببعض ادوية مسهلة لطيفة ثم بعد ذلك يعطى بعض مرق او شرب الى ان يؤمن من حصول التهاب فى العين فيؤمر بالقيام والاكل واما اذا لم يحصل شئ من هذه العوارض تركت العين من غير بحث ثلاثة ايام ثم تغسل بماء فاتر ويغير الرفراف ويطعم المريض ويؤذن له بالقيام ثم تكشف العين تدريجا برفع الرفراف شيأ فشيأ لتقوى على تحمل الضوء ثم تكشف بالكلية فى اليوم الثانى عشر او العشرين *واعلم انه وان كان كثير من المرض تفعل له عملية تنكيس الكتركتا من غير ان يحصل بعدها شئ من العوارض الا انه ينبغى ملاحظة العين بحيث انه اذا اشكى المريض آلاما شديدة منها مصحوبة بصداع وكان الرفراف ملوثا بمادة صفراء علم الجراح انه لابد من هجوم التهاب شديد يكون سبب فقدان العين اذا لم يبادر باستعمال مضاداته القوية كالاستفراغات الدموية بالفصد وارسال العلق على مايجاور العين كالجبهة والصدغ ووضع المنفطات على الذراع لا على القفا خلافا لما ذهب اليه كثير من الجراحين لئلا يجذب التهاب العين التهاب المنفطة فيزداد به واستعمال الملينات والابزن القدمية

واذا حصل للمريض عقب غرز الابرة فى الصلبة حركة قئ اختلاجية من اصابة الاعصاب الهدبية بالابرة ينبغى ان يبادر الجراح باستعمال مضادات الاختلاج والمسكنات بمقدار وافر لاسيما جرعة الطبيب (ريوير) المضادة للقئ ومن جملة العوارض التى تحصل عقب عملية الكتركتا التهاب القزحية وعلامة هجومه تغير استدارة الحدقة فيعالج بمضادات الالتهاب التى تكون

قوتها بحسب شدته * ثم تستعمل خلاصة اللفاح دلكا حول العين لمنع التصاق القزحية بما حولها وتغير شكلها

ومنها ايضا رجوع البللورية الى موضعها الذى نقلت منه وذلك اما من تنكيس الكتركا الى اسفل باستقامة فلم تقطع وسائط ارتباطها بالقزحية بالكلية * واما من الاستعجال فى رفع الابرة عن الكتركتا قبل ان يحيط بها الجسم الزجاجى ولو كان تحويلها الى الاسفل والوحشية والخلف * واما من كثرة تحريك المريض رأسه والغالب انه يحصل فى الاربع وعشرين ساعة الاول التى تعقب العملية وقد شاهد حصوله بعض الاطباء بعد التحويل بجملة سنين وهذا العارض لا علاج له غير فعل العملية ثانيا لكن اذا حصل بعد العملية بزمن قليل ينبغى التأنى حتى يزول التهيج الذى حصل فى العين بالكلية والتأمل فى الشئ الذى صعد فاذا لم يكن الاجراء من البللورية او غشائها فلا حاجة للعملية حيث انه يزول بالامتصاص شيأ فشيأ

ومنها تكون كتركا تابعية غشائية وهى ظلمة تحدث بعد العملية فى غشاء البللورية عقب التهاب العين وهذه الكتركا تحصل عقب عملية التفتيت اكثر من غيرها من عمليات الكتركا اذا لم يقطع الغشاء جملة قطع يسهل امتصاصها او يزال منه جزء كبير بحيث لا يتيسر تقارب ما بقى منه من بعضه فاذا اردت منع حصول هذا العارض فتفطن لما ذكرته لك من كيفية شق الغشاء لانك اذا اهملت فيه لا بد من حصول هذه الكتركا ولزوم فعل عملية ثانية تستحسن فيها طريقة التحويل

(الفريدة الثانية فى المعالجة بعد عملية استخراج الكتركا)

اعلم ان المعالجة بعد عملية استخراج الكتركا هى تقريبا عين ما ذكرناه وهو ان يؤمر المريض بعد التحقق من ان لا شئ من الكتركا او غشائها باق خلف الحدقة ويلزم اخراجه بعدم تحريك عينيه وبدنه بالكلية ثم يلقى على ظهره غير مرتفع الرأس الا يسيرا لئلا يخرج الجسم الزجاجى بارتفاعه لكن لا ينبغى ان يكون اقل ارتفاعا من باقى البدن كما اوصى بذلك بعض الاطباء لان فى ذلك ضررا عظيما

وهو توارد الدم ووقوفه فى الراس ويحمى المريض عن الاكل مدة اطول مما فى عملية التحويل او التفتيت ولا تكشف العين وتعرض للضوء الا بعد مدة ويعالج الالتهاب الذى يحصل باقوى مضاداته اذ كثيرا ما يحصل عنه ذوبان القرنية التقيحى واذا انقلب الجفنان اثناء معالجة شق القرنية الى الداخل من شدة التهيج فى الاشخاص العصبيين لزمت المبادرة فى ردهما الى الظاهر لان دخول الشفر بين حافتى الشق يمنع التئامهما ويحدث التهابا شديدا فى العين من احتكاك الاهداب بها وذلك يكون باستعمال مضادات الالتهاب القوية والدلك ببعض المسكنات كغلى رؤوس الخشخاش مع يسير من خلاصة الافيون الصمغية او خلاصة اللفاح المذابة فى الماء ويمكن ايضا قلب الجفن بعصابة لازوق بالطريقة التى ذكرناها فى الشعرة

(المطلب الخامس فيما يحصل فى العين عقب احدى هذه العمليات الثلاث)

اعلم ان المريض يدرك الضوء وسائر الاشياء القريبة منه وقت ميل الكتركتا عن طريق الاشعة *واما بعد العملية ببعض ايام فان الابصار يقل او يزول بالكلية من التهيج او الالتهاب الذى يحصل فى اجزاء العين الغائرة ثم بعد زوال هذا التهيج يعود الابصار ثانيا

واما الكتركتا نفسها فانها تبقى فى الموضع الذى صارت فيه بعد التحويل بدون ان يحدث عنها ضرر غالبا ولا يستشعر بها المريض كالرصاص الداخل فى باطن الاعضاء فاذا كانت لينة امتصت من دائرتها الى مركزها وزالت بعد مدة تختلف من اشهر الى سنة او سنتين واما اذا كانت صلبة فانها تبقى مدة طويلة من غير ان تمتص بل وطول الحياة كما شاهد ذلك بعض اطباء النيمساويين

واما وقت عملية التفتيت فان المريض لا يبصر شيأ بسبب امتلاء الخزانة المقدمة والخلفية بقطع الكتركتا المتعلقة بالرطوبة المائية ثم بعد ايام تقرب القطع من قعر الخزانتين ويمتص بعضها فيبتدأ المريض فى الابصار

واما فى عملية الاستخراج فعند اتمامها يدخل مقدار عظيم من الضوء فى العين

ومع ذلك لا يبصر المريض شيأ بسبب استرخاء القرنية

ثم اعلم ان المريض يأخذ فى الابصار بعينه التى فعلت فيها عملية الكتركتا بعد تمام الشفاء من عوارض تلك العملية الا اذا كان من الاشخاص العصبيين الشديدى التهيج الذين كانوا مصابين بكتركتا قديمة فانهم قد لا يبصرون بعد العملية الا بعد مدة طويلة وذلك لشدة تأثير الشبكية فيهم بالضوء فلا تقدر على تمييز المرئيات ففى هذه الحالة لا ينبغى استعمال شئ منبه بقصد تقوية العين كما ذهب الى ذلك جم من الاطباء متعللين بان عدم ابصار المريض من زوال حساسية الشبكية وتأثيرها بالضوء لطول عدم تأثيرها به قبل بل تعود العين تدريجا على تأثير الضوء وكذا المصابون بكتركتا خلقية اى من حين ولادتهم فانهم لا يبصرون فى ابتداء الامر وذلك لعدم تعودهم على الابصار واهتدائهم فى المشى بالجس بحيث ان كثيرا منهم يغمض عينيه ولا يهتدى الا بالجس بان يمد يديه ويجس بهما الاجسام ليعرفها ولا ينتفع بعينيه فلاجل قهرهم على استعمال اعينهم وتعودهم على الابصار بها تشد ايديهم خلف ظهورهم لكيلا يقدروا على لمس الاجسام بها فيمرنوا اعينهم على الابصار والنظر شيأ فشيأ

(المطلب السادس فى مقابلة طرق عملية الكتركتا ببعضها والحكم عليها)

اعلم ان الكتركتا لا تخرج من باطن المقلة بعملية التحويل وانما تمال فقط عن طريق النور فتصير فى بعض الاحيان كجسم غريب مهيج لباطن العين حتى تمتص بالكلية وقد تمكث مدة طويلة من غير ان تمتص ثم انها قد تصعد وترجع الى مكانها وقد تصيب الابرة المشيمية او الشبكية او القزحية او الزوائد الهدبية اثناء هذه العملية فيحدث التهاب باطنى شديد وكثيرا ما تحدث كتركتا غشائية تابعية بعد العملية المذكورة فتوجب تكرارها فهذه هى عيوب عملية التحويل واما فوائدها فهى اولا عدم تكون نكت على القرنية وثانيا عدم هبوط المقلة وخروج رطوباتها وثالثا امكان عدم اصابة القزحية اذا كان الجراح ماهرا متمسكا بما ذكرناه من القواعد فى تحريك الابرة ورابعا تيسر تكرار هذه العملية جملة مرار بدون ضرر غالبا اذا تكرر صعود الكتركتا ورجوعها الى موضعها

الاصلى * واما عملية التفتيت فمن عيوبها ان المريض لا يبصر بسرعة بل تدريجا كلما امتص شئ من قطع الكتركتا المتفرقة فى خزانتى العين مع انه قد يبقى من هذه القطع شئ فيكون مهيجا لباطن المقلة فلذا لا تستعمل هذه الطريقة الا اذا ادخل الجراح الابرة فى المقلة قاصدا التنكيس فوجد الكتركتا رخوة قابلة للانكسار فيقطعها جملة قطع صغيرة يسهل امتصاصها هذا فى غير الشيوخ واما فيهم فلا تفتت بل تحول مطلقا جامدة كانت او رخوة اذ لم يبق من عمرهم الا اليسير فلا فائدة فى التفتيت وانتظار امتصاصها حينئذ

واما عملية الاستخراج فمن فوائدها ازالة الكتركتا من المقلة بالكلية وعدم اصابة الشبكية والمشيمية والدائرة الهدبية بالآلة واما عيوبها فهى اولا شدة الالتهاب الذى كثيرا ما يحصل عقبها ولا يزول الا بعد خمسة عشر يوما او عشرين حتى انه قد يسبب ذوبان المقلة التقيحى لاسيما فى مصرنا هذه لشدة الرمد فيها وثانيا قد تجرح القزحية ويتغير شكل الحدقة ويخرج جزء كبير او صغير من الجسم الزجاجى وثالثا قد يستحيل شق القرنية الى قرحة ويبرز منه جزء من القزحية وربما صغرت المقلة فتنبه لذلك كله * ولنذكر لك ايضا الاحوال الموجبة لاستعمال احدى هذه الطرق دون الاخرى قبل ان نحكم عليها فنقول

اما عملية التحويل فتستعمل * اولا فى الاشخاص العصبيين المستعدين للقىء والاختلاج * وثانيا فى الاشخاص المصابين بسعال مزمن * وثالثا فى الاشخاص الذين لا يقدرون على الاستلقاء على الظهر بسبب ربو او مرض فى القلب او فى العمود الفقرى * ورابعا فى الاشخاص الذين تكون اعينهم بارزة او صغيرة جدا متحركة كثيرا او غائرة فى الحجاج او القرنية فيهم صغيرة او فتحة اجفانها ضيقة * وخامسا فى الاشخاص الذين تكون فيهم القرنية او الملتحم ملتهبة التهابا مزمنا * وسادسا فى الاشخاص الذين تكون فيهم البللورية ملتصقة بالقزحية لانه حينئذ يسهل فصلهما عن بعضهما بمرور الابرة بينهما

واما تنفيذ الابرة من القرنية فلا يستعمل كما ذكر الا اذا كانت الكتركتا خلقية وكانت العين تتحرك حركات رحوية كثيرة بحيث لا يقدر على تثبيتها لان الابرة

وهى مغروزة فى المقلة تمنع حركاتها وحينئذ يفضل التفتيت على التحويل لكى لا تصاب دائرة الحدقة عند توجيه الكتركا الى الاسفل والوحشية فى الجسم الزجاجى * واما الاستخراج فانه مناسب فى الاحوال الآتية

الاول منها اذا كانت الكتركا جامدة جرية لا يؤمل امتصاصها او يخشى من ان تجرح او تهيج الاغشية التى تصير ملامسة لها لو حولت

والثانى اذا كانت الكتركا هرمية بارزة لانها حينئذ يعسر تحويلها بسبب ملامسة الغشاء لسطح القزحية الخلفى فلا يوجد خلو تمر منه الابرة مع ان خروجها حينئذ سهل * والثالث اذا كانت الصلبة مصابة بدوالى او غيرها من الامراض الثقيلة

والرابع اذا فعلت عملية التحويل مرارا بدون ثمرة

وينتج مما ذكرناه ان لكل طريقة احوالا تستعمل فيها خاصة ولكن فى الاحوال التى يتيسر فيها الجميع تفضل طريقة التحويل لاسيما من الصلبة لان شق القرنية ربما حصل منه التهابها لاسيما وهى قابلة لذلك فى مصرنا

هذا ما قصدنا ايراده فى عمليات الكتركا فتفطن له وتأمل فيه لان هذا الداء كثير فى بلادنا فتكون باتباعه سببا فى ابصار اناس كثيرين نور الله بصرك وبصيرتك

(المطلب السابع فى عملية الحدقة الصناعية)

الحدقة الصناعية فتحة تصنع فى القزحية لينفذ منها النور اذا لم توجد الحدقة الطبيعية اصلا او انسدت او وجد شئ امامها او خلفها يمنع وصول الاشعة الضوئية الى الشبكية والاحوال المرضية الموجبة لاستعمال هذه العملية هى اولا انسداد الحدقة باستمرار الغشاء الحدقى بعد الولادة او بحدوث غشاء كاذب يتولد من التهاب قزحى او بتضايقها وانضمام دائرتها ببعضها اما بواسطة رشح مادة لزجة او بدون واسطة * وثانيا وجود نكت وسط القرنية حذاء الحدقة الطبيعية وهى على حالتها بحيث ان الضوء لا ينفذ اليها ولا يبصر المريض او يبصر قليلا من اعلى او اسفل او من الانسية او الوحشية وثالثا التصاق القزحية بالسطح الخلفى من القرنية او بسطح غشاء البللورية المقدم مع تغير شكل الحدقة وضيقها * ورابعا ظلمة الجسم الزجاجى بعد عملية

الكتركتا فى المحل المقابل منه لموضع البللورية طبيعة * ثم انه ينبغى لنجاح
عملية الحدقة الصناعية ان تراعى هذه الشروط * اولها اذا كان الموجب لهذه
العملية وجود نكت فى القرنية لزم ان لا تكون شاغلة لزيادة عن ثلاثة
ارباع السواد لانه اذا صار الجزء الشفاف اقل من الربع لا يدخل من الفتحة
المصنوعة فى القزحية نور كاف للابصار * الثانى اذا كان يراد فعل هذه
العملية بسبب التصاق القزحية بالقرنية ينبغى ان تبعد القزحية عن القرنية
من محاذات المحل المقصود ايقاع الفتحة فيه اذ من المعلوم ان وجود الخزانة
المقدمة ضرورى للابصار * الثالث ان يكون غشاء البللورية
غير ملتصق بالقزحية الا فى ثلث دائرتها اذ لا يؤمل نجاح العملية الا بذلك *
الرابع ان تكون الشبكية والجسم الزجاجى سليمين ويعلم ذلك باستمرار
انقباض الحدقة واستشعار المريض بالضوء وقد لا تنقبض القزحية ولا يحس
المريض بتأثير الضوء مع انه ليس هنالك كمنة وانما عدم تأثير الشبكية بالضوء
يكون بقلة تأثيره فيها من مدة طويلة لكن من حيث ان الجراح لا يقدر على تمييز
الكمنة من ضعف الشبكية ينبغى ان لا يجزم للمريض او اهله بنجاح العملية
اذا ظن ان المانع لتأثير الشبكية بالضوء هو الضعف اذ قد يخطئ ظنه
وبالجملة لا ينبغى الاقدام على هذه العملية اذا لم تكن الشروط المذكورة
متوفرة او كان فى المقلة بعض تغير كداء الملتحم او المشيمية او الاجسام الهدبية
او التهاب مزمن فى الملتحم العينى او الجفنى او صغر حجم المقلة او غير ذلك
من الداآت الثقيلة سيما اذا كان المريض لم يزل يبصر بعينه المريضة لانه اذا
فعلت له العملية حينئذ ربما كانت عاقبتها فقدان البصر بالكلية وكذا اذا كانت
احدى العينين سليمة اذ قد تفعل العملية حينئذ فينتقل الالتهاب الى السليمة
ويفقدها او لا تصير قوة الابصار متساوية فى العينين على فرض نجاح العملية
وعدم التهاب العين السليمة فلا يرى الانسان الاشياء على حقيقتها ولا تفعل ايضا
للاطفال لعدم امكان ضبطهم وقابلية اعينهم للتهيج
ثم ان محل الحدقة الصناعية فى القزحية يختلف على حسب الداء الموجب

لاستعمالها فاذا كانت القرنية سليمة كلها اومن وسطها جعلت هذه الحدقة وسط القزحية واما اذا كانت مظلمة من الوسط فتثقب القزحية من احد جانبيها والاحسن حينئذ ان يكون الثقب فى جزئها الانسى لانه يصير محاذيا للموق الاكبر الذى يكون فيه تباعد الجفنين كبيرا ولان المريض لايصير بذلك مستعدا للحول هذا ان تيسر فعل العملية فى الجهة الانسية والا بان كانت القرنية مظلمة ثم ايضا فعل الثقب فى الجزء الوحشى ولو كان المريض يضطر الى طأطأة رأسه حتى يرى مايكون امامه اويدير العين بقوة نحو الانف * واما اذا لم يبق من القرنية شئ شفاف الا جزؤها السفلى فعل الثقب حذاه فى القزحية ولو كان المريض يحتاج لتدوير مقلته الى الاعلى لتصير الحدقة مقابلة للاشعة الضوئية * واما اذا فعلت العملية فى جزء القزحية العلوى فان المريض يضطر الى تدوير مقلته الى الاسفل مع ان نزول الجفن العلوى عليها وستره لاغلبها يمنع جودة الابصار * ثم انه يلزم ان تكون الحدقة الصناعية واسعة شاغلة لثلث عرض القزحية مهيجا كان المحل الذى تفعل فيه اولا لانها اذا كانت صغيرة ربما تقاربت حوافيها وانضمت ببعضها * ومن حيث انه يلزم معرفة الامراض الموجبة لهذه العملية والشروط اللازمة لنجاحها وما ينافى استعمالها ومحل فعلها وسعة الفتحة ذكرناها لك اولا * ولنذكر لك طرق العملية الآن فنقول اعلم ان طرق عملية الحدقة الصناعية كثيرة * فمنها طريقة شق القزحية * ومنها طريقة استئصال جزء منها * ومنها طريقة فصل جزء منها من الدائرة الهدبية ومنها طريقة تحويل الحدقة الطبيعة قبالة الجزء الشفاف من القرنية ولكل واحدة من هذه الطرق عدة كيفيات ولنذكرها لك فنقول * اما الطريقة الاولى وهى طريقة شق القزحية فهى اما ان تدخل الابرة التى تشق بها القزحية من الصلبة فى الخزانة الخلفية فتشق القزحية من الخلف واما ان تدخل من القرنية فى الخزانة المقدمة فتشقها من الامام * اما شق القزحية من الصلبة فيفعل بكيفيتين الاولى كيفية (شيزيلدن) وهو من قدماء مشاهير جراحى الانجليز واول من فعل الحدقة الصناعية واشرها بين الاطباء وان كان (وولوز) هو اول من

خطرت بباله لكن لم يفعلها * وهذه الكيفية هى ان تؤخذ ابرة شبيهة بابرة القدح غير انها اعرض منها وليس لها الا حد واحد وتغرز فى الصلبة من المحل الذى فيه تغرز الابرة فى عملية القدح وحين تدخل فى الخزانة الخلفية يجعل حدها الى الخلف وظهرها الى الامام ثم تغرز فى الجزء الوحشى من القزحية من الخلف الى الامام قريبا من دائرتها حتى يصل سنها الى الخزانة المقدمة فتدفع حينئذ الى الانسية حتى تصل الى الجزء الانسى ثم يوجه الحد نحو السطح المقدم ويجعل ملامساله ثم تشق عرضا من الامام الى الخلف فى ثلثى سعتها بجذب السكين الى الوحشية فيحصل من ذلك الشق فتحة مستعرضة يبصر المريض منها *

والثانية كيفية (ادامس) وهى ان تدخل الابرة وتشق القزحية كما فى كيفية شيزيلدن الا ان السكين توجه بعد ذلك نحو البللورية فتقطع بها عدة قطع وتفرق فى خزانتى المقلة بعد ان تدخل قطعة منها بين حافتى شق القزحية لتكون مانعة التئامهما ببعضهما حتى تندمل كلتاهما على حدتها وتمتص

واما شقها اى القزحية من القرنية فيفعل ايضا بكيفيات متعددة * منها كيفية (مانبين) وهى ان تشق القرنية بسكين (وينزل) كما فى عملية استخراج الكتركتا الا ان الشق يكون هنا صغيرا ويفعل فى جزء القرنية المظلم خلافا لمن زعم انه اذا فعل فى جزئها المتغير لا تلتئم حافتاه ثم يدخل مقص منحن صغير من ذلك الشق فى الخزانة المقدمة وتغرز احدى شعبتيه فى جزء القزحية الانسى بعيدا عن مركزها بقدر نصف خط ويفعل به شق عمودى طوله خطان ونصف وانما يجعل هذا الشق عموديا ليقطع الياف القزحية الشعاعية قطعا مصالبا لاتجاهها فتنقبض لزوال تأثير الالياف الحلقية عليها فتستمر الفتحة الا انها تصير مستطيلة كحدقة عين الهر

الثانية كيفية (ويلبو) وهى ان يغرز سن سكين حادة الجانبين مستطيلة كالمبضع الشبيه بلسان الثعبان فى القرنية حتى يصل الى الخزانة المقدمة ثم يغرز فى القزحية اولا من الامام الى الخلف وبعد سيره عرضا فى الخزانة الخلفية قدر خطين او ثلاثة يغرز فيها ثانيا بالعكس اى من الخلف الى الامام حتى يصل الى

الخزانة المقدمة ويداوم على دفع السكين حتى يختلط شقا القزحية ببعضهما قبل ان يصل سن السكين الى القرنية وحينئذ يخرج منها فالشريحة المتحصلة من ذلك الشق تنقبض نحو اصلها وتكون الحدقة من ذلك الانقباض وقد يتيسر للجراح ادخال جفت اومقص من فتحة القرنية وقطع جزئى الشريحة ومنها كيفية (مونوار) وهى ان يفعل فى القرنية بسكين القدح شق هلالى يشغل ثلث دائرتها ثم يدخل مقص صغير منحن على حرفه يكون طرف احدى شعبتيه التى جهة التحديب حادا والثانى غير حاد من الشق الذى فى الخزانة المقدمة وتغرز الشعبة الحادة الطرف فى القزحية قريبا من دائرتها ويفعل شق ينتهى به فى مكان الحدقة الطبيعية ثم آخر يبتدأ به بعيدا عن مبدأ الاول وينتهى به ايضا فى انتهائه ليتحدا معا فيتحصل من ذلك شق على صورة رقم ثمانية هكذا ٨ يحيط بقطعة مثلثة من القزحية تتقلص نحو اصلها فيحدث فى مكانها فتحة يدخل منها النور وهذه الكيفية تستعمل اذا كان المراد احداث حدقة فى جزء القزحية السفلى او الوحشى واما اذا كان المراد احداثها فى الجهة العليا او الانسية فيغرز سن الشعبة المذكورة فى مركز القزحية او فى الحدقة الطبيعية اذا كان موجودا منها شئ ويفعل شق ينتهى به قرب دائرة القزحية ثم آخر يبتدأ ايضا من مبدأ الاول وينتهى قرب الدائرة ايضا بحيث يصير هذان الشقان متحدين فى مركز القزحية متباعدين جهة دائرتها محيطين ايضا بقطعة مثلثة منها

الثانية طريقة الاستئصال ولها جملة كيفيات ايضا * الاولى كيفية (كيرين) وهى ان يفعل فى القرنية الشق الهلالى كما ذكرنا فى عملية استخراج الكتركا ثم تشق القزحية عرضا وتشق حافتها بعد هذا الشق ايضا فيصير صليبيا ثم تكشط الاربع شرائح المتحصلة من ذلك الشق بمقص منحن والثانية كيفية (وينزل) وهى ان يغرز سن السكين فى القرنية كما فى عملية الكتركا حتى يصل الى الخزانة المقدمة فينفذ ايضا فى القزحية من الامام الى الخلف قريبا من مركزها ثم تدفع السكين خلف هذه القزحية من الوحشية الى الانسية

مسافة خطين اوثلاثة ثم يغرز السن ثانيا فيها من الخلف الى الامام ليرجع فى الخزانة المقدمة ويغرز فى القرنية من الباطن الى الظاهر اى من الخلف الى الامام ويتم الشق كما فى عملية استخراج الكتركا فبهذه الكيفية تشق القرنية والقزحية فى آن واحد ثم بعد ذلك يدخل جفت صغير من شق القرنية وتمسك به شريحة القزحية وتقرض بمقص صغير منحن على صفحه فتحصل من ذلك فتحة مستديرة واذا شاهد الجراح من هذه الحدقة الجديدة ظلمة فى البللورية اى كتركا اخرجها منها

والثالثة كيفية (جيبسون) وهى ان تشق القرنية شقا طوله ثلاثة خطوط يبتدأ به بعيدا عن الصلبة بقدر خط وعند تمامه تخرج الرطوبة المائية فتقرب القزحية من الجرح وتسده فيضغط حينئذ على المقلة بالاصبعين السبابة والوسطى قريبا من الانف ضغطا لطيفا الى ان تخرج القزحية من الجرح على صورة كيس صغير قدر رأس الدبوس فيقرض الجزء البارز منها بمقص منحن وحينئذ يترك الضغط فترجع القزحية الى مكانها الطبيعى مع وجود فتحة فيها هى الحدقة الصناعية * واذا وجدت القزحية ملتصقة بالقرنية بعد شقهما كما يعلم ذلك من عدم بروز القزحية من الجرح ابتدأ الجراح بفصلهما بمقص رفيع اوسكين الكتركا ثم يجذب القزحية الى الخارج بواسطة سنارة وتتم العملية كما ذكر

والثالثة طريقة احداث الحدقة الصناعية بفصل دائرة القزحية وهى تفعل امامن الصلبة وامامن القرنية امافعلها من الصلبة فله كيفيتان

الاولى كيفية (اسكارپا) وهى ان تغرز ابرة قدح فى المحل الذى تغرز فيه من الصلبة فى عملية التحويل ثم بعد دخولها فى الخزانة الخلفية ووصولها الى الجزء العلوى الانسى من دائرة القزحية قريبا من الرباط الهدبى يوجه سنها الى الامام ويغرز فى حافة القزحية الهدبية الى ان يظهر طرفه فى الخزانة المقدمة بدون ان يقرب من القرنية لئلا يخدشها ثم يفصل ثلث هذه الحافة بان يتكأ على القزحية بحد الابرة من اعلى الى اسفل ومن الانسية الى الوحشية وبذلك تتكون

فتحة يتيسر منها رؤية البللورية والحكم على حالتها فاذا كانت شفافة اخرج الجراح الابرة واما اذا كانت مظلمة حولها اوفتتها

الثانية كيفية (دونيكانا) وهى ان تدخل ابرة مقوسة حادة التقعير من الصلبة فى الخزانة الخلفيـة ثم بعد ان تفصل دائرة القزحية كما فى كيفية اسكارپا يوجه حدها نحو حرف القزحية ويشق شقا مستقيما فتحصل من ذلك حدقة مثلثة ابتداء ثم انها تستدير فيما بعد

واما فعلها من القرنية فله ايضا كيفيتان ايضا احسنها كيفية (لانجنبيك) وهى ان يفعل فى القرنية فتحة صغيرة تدخل منها سنارة فريدة اومزدوجة ثم يفصل جزء من دائرة القزحية من اتصالاته بالدائرة الهدبية ويجذب بها فى جرح القرنية ليبقى بين حافتيه بدون ان يرجع الى الخلف فبهذه العملية تلتصق القزحية بالقرنية ولا تنسد الحدقة الجديدة لكن من حيث ان القزحية قد تمزق بالجذب الشديد ينبغى ان تكون فتحة القرنية قريبة من محل الفصل ما امكن بدون ان تمنع الظلمة التى تحصل بعدها الابصار من الحدقة الجديدة

واما كيفية (بونزل) فهى ان يفعل فى القرنية شق بسكين الكتركتا ويدخل منه فى الخزانة المقدمة سنارة رفيعة تمسك بها القزحية وتفصل ثم تجذب الى الظاهر وتقرض بمقص منحن على صفحه

والرابعة طريقة تحويل الحدقة الطبيعية قبالة جزء القرنية الشفاف واحسن كيفياتها كيفية (لانجنبيك) وهى ان يفعل شق صغير فى القرنية قريبا من الصلبة وتدخل منه سنارة ثم تمسك بها دائرة الحدقة وتجذب بين حافتى هذا الشق كى تمسك بينهما الى ان تلتصق بهما فيما بعد

(المطلب الثامن فى مقابلة طرق الحدقة الصناعية بعضها بعد ذكر)
(عيوبها وفوائدها وفى الحكم عليها)

من حيث ان هذه الطرق ينبغى التفطن لها لايثار احسنها نذكر لك المقابلة بين بعضها فنقول

اما طريقة الشق فمن عيوبها ان حوافى الشق كثيرا ما تتقارب وتلتئم بعضها

فتنسد

فتفسد الحدقة الصناعية ومنها انها عسرة بسبب استرخاء القزحية لكن هذا التعسر لا يحصل الا اذا كان الشق بالابرة او السكين واما اذا كان بالمقص فاحدى شعبته تكون مسندا للاخرى ومنها اصابة البلورية او غشائها بالابرة لاسيما الشق من الخزانة الخلفية فعلى الجراح انه اذا علم باصابتهما ان يقطعهما او يحولهما لانه اذا تركهما ربما حصل فيهما ظلمة * واما فوائد هذه الطريقة فهى اولا ان الجرح الحاصل عنها يكون بسيطا * وثانيا انه يمكن بها احداث الحدقة فى اى مكان من القزحية لاسيما فى مركزها وهذه الطريقة تستعمل فى استمرار الغشاء الحدقى الذى يشق شقا صلبيا لا يصل الى الدائرة الحدقية والمنتخب من كيفياتها كيفية (مونوار)

واما طريقة قرض جزء من القزحية فمن عيوبها انها يشترط لها سلامة جزء عظيم من القرنية والقزحية * ومنها ان الحدقة الصناعية تكون قريبة من جرح القرنية فتلتهب بالتهابه وربما زالت من الندبة التى تتكون بعد ذلك * واما فوائدها فهى ان الجرح يكون منتظما وانه لا يصحبها تجمع الدم فى خزانتى العين لانه يخرج من شق القرنية وانه يسهل بها ايضا احداث الحدقة قريبا من مركز القزحية ولكن هذه السهولة اقل من التى فى الطريقة السابقة والاحوال التى توجب فعل هذه الطريقة هى اولا ظلمة مركز القرنية بدون التصاقها بالقزحية وعلى فرض التصاقها بها فلا اقل من ان يكون باقيا منهما الثلث من غير التصاق وثانيا تضايق الحدقة مع وجود ظلمة جزء من القرنية او وجود كتركتا او التصاق القزحية بغشاء البلورية ففى هذه الحالة ينبغى احداث الحدقة حذاء الجزء الشفاف من القرنية ثم تنكس الكتركتا * وثالثا تضايق الحدقة الطبيعية مع ابقاء شفافة القرنية كلها ورابعا تضايق الحدقة مع كتركتا والتصاق القزحية بغشاء البلورية والقرنية شفافة كلها ففى هذه الحالة تفعل فتحة وسط القزحية فعملية الكتركتا فى آن واحد * والمنتخب من كيفيات هذه الطريقة كيفية (بير) وكيفية (وينزل) لكونهما اسهل من غيرهما

واما طريقة فصل القزحية فعيوبها هى اولا ان الدم المنصب فى خزانتى المقلة

يمتص بعسر ويصير مهيجا للغشاء العنبي فيحصل منه التهاب شديد باطني * ثانيا ان الحدقة الصناعية تكون بعيدة عن مركز الاشعة الضوئية لكونها قريبة من دائرة القزحية فلا يتيسر للمريض الابصار الا بميل المقلة عن اتجاهها الطبيعي واما فوائدها فهي امكان فعلها اذا لم يبق من القرنية شفافا الا الجزء المحاذي لدائرة القزحية منها * واما الاحوال الموجبة لاستعمال هذه الطريقة فهي اولا ظلمة القرنية كلها ماعدا الجزء المحاذي لدائرة القزحية * ثانيا كون القرنية والقزحية ملتصقتين ببعضهما في سعة عظيمة مع كون الحدقة الطبيعية داخلة في هذا الالتصاق * ثالثا صيرورة جزء الجسم الزجاجي المقابل للبللورية مظلما بعد عملية الكتركتا * والمنتخب من كيفيات هذه الطريقة الكيفيات التي تفعل من القرنية لان التي تفعل من الصلبة يخشى فيها من اصابة البللورية او غشائها فتحصل فيهما كتركتا ثم ان كيفية (بونزل) تفضل على كيفية (لانجنبيك) اذا جذبت القزحية في جرح القرنية ثم افلتت منه لكونه كبيرا والقزحية مشدودة جدا متغيرة فلا يمكن جذبها في الجرح بدون تمزقها

واما طريقة تحويل الحدقة الطبيعية فتستعمل اذا كانت القزحية سليمة والقرنية مظلمة في وسطها فتحول الحدقة قبالة الجزء الشفاف منها

هذا ماذكرناه لك من كيفيات طرق الحدقة الصناعية واقتصرنا على ماظهر لنا جودته من كيفياتها التي تكاد ان لا تحصى

(المطلب التاسع في استئصال مقلة العين)

المرض الموجب لاستئصالها هو السرطان غالبا فلذا تختلف كيفية العمل على حسب كونه خاصا بالمقلة او عاما في الجفنين ايضا

ثم اعلم انه يلزم اولا لكيفية هذا الاستئصال ان يجهز الجراح اولا مشرطا مستقيما ومقصا منحنيا على صفحه وسنارة مزدوجة او جفت (موزو) وللتضميد خرقة مثقبة مدهونة بالقيروطي وفسالة ناعمة رفيعة وسحوق القلفونيا وبعض رفائد ورفرافا او رباطا ويجهز ايضا الادوات اللازمة لكل عملية يسيل منها دم

كالملاءة والاسفنج والماء الفاتر والبارد

واما كيفية العمل فان السرطان اذا كان خاصا بالمقلة فقط يلقى المريض على فراشه مرفوع الرأس جدا ويضبطه المساعدون ويمنعونه من التحرك وهذا الوضع احسن من جلوسه على كرسى لانه غير متعب له مع امكان ضبطه بسهولة ويقف الجراح امامه جهة العين المريضة ويأخذ المشرط ويشق به الموق الصغير اى زاوية العين الوحشية ليوسع فتحة الجفنين نحو الصدغ قدر قيراط تقريبا ثم يسلخ السطح الباطن من كل جفن ويقلبه الى الظاهر لينكشف الورم وهذا كله فى الزمن الاول من العملية واما الزمن الثانى فان الجراح يمسك فيه جفت (موزو) او سنارة بيده اليسرى ثم يقبض به على الورم بقوة ثم يغرز بيده اليمنى مشرطا حادا فى الموق الكبير ويتبع به سطح عظم المصفاة حتى يصل قريبا من الثقب البصرى ثم يوجه حده الى الوحشية والاسفل ويتبع به جدار الحجاج السفلى من الانسية الى الوحشية فيقطع اربطة اتصال العضلة المنحرفة الصغيرة بالمقلة والملتحم عند انعطافه امام حرف الحجاج وحين يصل قريبا من الموق الصغير يخرجه ويخفض الورم بالجفت ثم يدخل المشرط فى الحجاج حيث ادخله اول مرة ثم يوجه حده الى الاعلى والوحشية ويتبع به جدار الحجاج من الانسية الى الوحشية فيقطع اربطة اتصال المقلة بما حولها لاسيما بالعضلة المنحرفة الكبيرة وحين يصل الى الجهة الوحشية المذكورة يمر به بين العظم والغدة الدمعية لتفصل مع المقلة فبهذه الشقوق تنفصل المقلة بالكلية مما حولها ولا تبقى معلقة فى الحجاج الا بساقها الخلفى المتكون من العصب البصرى والاربع عضلات المستقيمة * واما الزمن الثالث فيمسك فيه الورم بجفت (موزو) ويجذب الى الامام ويمال نحو الانف ثم يدخل المشرط او المقص المنحنى فى قعر الحجاج تابعا الجدار الوحشى لا الانسى كما ذهب الى ذلك جملة من الجراحين لئلا يدخل سنه فى الشرم الوتدى او الشرم الوتدى الفكى على ان هذا الجدار قصير منحرف فيسهل باتباعه وضع المشرط او المقص عرضا وقطع الساق المذكور به وبالجملة فعند وصول الآلة الى ساق المقلة تقطع به قريبا من العظم فتخرج فورا وينزف

مقدار عظيم من الدم من قطع الشريان العينى ثم يبحث بالاصبع فى باطن الجماج عن الاجزاء المريضة التى بقيت فيه ليمسكها بالجفت ويستأصلها بمقص او مشرط وينبغى ان لا يهمل استئصال الغدة الدمعية ولو كانت سليمة لان بقاءها لا فائدة فيه الا استمرار سيلان الدموع على الخد والقبح الذى يحصل من ذلك وان وجد الجراح جدران الجماج فطرية لينة فيها بروزات وعلم من ذلك سعى السرطان اليها وجب عليه كيها بلطف بالحديد المحمى الواصل الى الدرجة البيضاء واما اذا لم يجد شيأ من ذلك كله وجب عليه ان يترك سيلان الدم حتى يخرج منه مقدار موافق لقوة المريض ثم يضمد الجرح كما يأتى بيان ذلك * واما اذا كان السرطان عاما فى الجفنين ايضا او كانا ملتصقين بالمقلة التصاقا متينا وجب استئصالهما معها بان يحاط بشقين هلاليين ينفذان قبالة دائرة الجماج وينفذان الى سطح الجفنين الخلفى لكن يبتدأ بالشق السفلى منهما ثم تتم العملية كما ذكر انفا * وكيفية (دوبويترن) هى ان تمسك العين المتسرطنة وتفصل من جدار الجماج العلوى ثم يزاق مقص منحن ويتبع به هذا الجدار حتى يصل الى ساق المقلة فيقطع به ثم تقلب المقلة على الخد وتفصل من اسفل والانسية والوحشية وهذه الكيفية وان كانت سريعة العمل الا انها لا تكفى فى احاطة جميع ما كان مريضا من الاجفان بالشق وعلى كل حال فبعد استئصال العين وجميع ما كان مصابا بالسرطان يحشى تجويف الجماج لقطع سيلان الدم بان تؤخذ الرفادة المثقبة مدهونة بالقيروطى ويدفع وسطها فى قعر الجماج ثم يملأ تجويف هذه الرفادة كرات من نسالة وتثبت برفائد مستطيلة توضع على العين بانحراف وبالرباط العينى الفريد ايضا ثم يوضع المريض فى مكان مظلم عار هو وما حوله عن الاصوات واللغط * ثم اعلم ان المريض يحس بعد هذه العملية بعدة ساعات بالم شديد يبتدأ من الجماج ويسرى الى جهة المخ المقابلة والسبب فى هذا الالم ضغط الحشو المستعمل لايقاف النزف وقطع الاعصاب فلاجل منع التهاب المخ الذى كثيرا ما يحصل عقب هذه العملية ينبغى ان يترك نزف الدم حتى يسيل منه مقدار مناسب لقوة المريض قبل التضميد بل اذا كان الالم المذكور شديدا

ينبغى ان يفصد المريض بعد ذلك ويؤمر بالادوية المسكنة ووضع الماء البارد على رأسه ويدبر فى المأكل والمشارب كما فى الامراض الحادة الشديدة ثم يخفف شد الرباط فى اليوم الثانى وتغير ادوات التضميد فى اليوم الثالث او الرابع ثم يغير على الجرح بعد ذلك كل يوم * فى اثناء المعالجة تنمو على سطح الجحاج الباطن زوائد لحمية تضيق تجويفه شيأ فشيأ حتى تملأه بالكلية وتكون اساسا للندبة التى تحصل ثم اذا رأى الجراح نمو هذه الازرار بشدة وصيرورتها فطرية وجب عليه استئصالها بالالة الحادة وكى مكانها اما بالحجر الجهنمى واما بالحديد المحمى بان يمر به عليها بخفة لئلا تسرى الحرارة الى المخ بسبب قربه ورقة جدران الجحاج ثم يعالج الجرح حتى يندب

(المطلب العاشر)

فى وضع العين الصناعية

العين الصناعية شبيهة بنصف قشرة الجوزة التى يقال لها عند العامة عين الجمل ويوجد فى تحديبها صورة العين الطبيعية وقد اتقن الافرنج صنعها حتى انهم قلدوا بياض العين وسوادها وعروق الملتحم التى تشاهد فى الصلبة والخزانة المقدمة والقزحية والحدقة بحيث انها تشتبه على الناظر بعد وضعها بين الجفنين بالطبيعية وفائدتها ازالة القبح الحاصل من فقدان العين الطبيعية وهى تتحرك بالحركات التى تحصل فى باقى المقلة الحاملة لها فهى احسن من وضع طية من العمامة امام العين المفقودة لستر قبحها كما يفعل ذلك كثير من اهل مصر ولذلك ارسل سعادة ولى النعم ادام الله ملكه حكيمين ناجحين من تلامذة مدرسة الطب البشرى الى بلاد النمسا لاتقان معرفة امراض العين وصناعة العيون الصناعية وهما حسين افندى عوف وابراهيم افندى الدسوقى فان شاء الله تعالى عند رجوعهما بالسلامة ينتشر استعمال هذه العيون فى مصرنا لفاقدى الاحداق غائرى العيون (فائدة) ينبغى قبل وضع العين الصناعية ان تنتخب مماثلة للعين الطبيعية بالنسبة للون والكبر ثم ان كيفية وضعها هى ان تؤخذ بين ابهام وسبابة اليد اليمنى اذا كان المراد وضعها فى العين اليمنى

او اليسرى اذا كان الامر بالعكس وتغمس فى ماء قراح ويرفع الجفن العلوى بابهام اليد الثانية ويزلق تحته جزء العين الصناعية الاكثر تحدبا وعند دخول هذا الجزء خلف الجفن يدفع نحو الزاوية الوحشية ثم يترك الجفن لينسبل عليها وحينئذ ينكس الجفن السفلى بسرعة بسبابة اليد الغير الماسكة للعين الصناعية ليتخلص من وراء حرف العين السفلى فبهذه الكيفية تدخل العين الصناعية لكن لا ينبغى ابقاؤها فى موضعها زيادة عن ثمان ساعات او عشرة او من الصباح الى المساء لئلا يهيج الاجزاء الملامسة لها ولا ينبغى ان تكون هذه العين صغيرة فتخرج من حركات المريض ولا كبيرة فتضغط على باقى العين الطبيعية بل يلزم ان تكون متوسطة ليسهل تحركها خلف الجفنين وتغطيتها لباقى العين بدون ضغط عليه

واما كيفية استخراجها فهى ان يؤخذ دبوس طويل ذو رأس غليظ او ابرة من ذهب او فضة وهو الاحسن طولها نحو ثلاثة قراريط كل من طرفيها منتهية بكلاب ذى رأس مستدير لئلا ينشب فى الاجزاء الرخوة عند استعماله ثم يمسك الجراح هذا الدبوس او هذه الابرة كقلم الكتابة باحدى يديه وينكس باصابع يده الثانية الجفن السفلى برفق ثم يزلق الابرة على العين الصناعية من اعلى الى الاسفل فيما بينها وبين هذا الجفن حتى تصل الى حرف العين السفلى وحينئذ ينكس يده الماسكة للابرة نحو خد المريض لتصير الابرة كعاتلة فترفع العين الصناعية التى تصير غير ممسوكة بالجفن السفلى فتنزل على طول الابرة وتسقط فى اليد الثانية التى رخت الجفن بسرعة لتلقيها وبعد اخراجها توضع فى ماء قراح بارد حالا لتنظف من المادة المخاطية الملوثة بها

الباب الثالث

فى العمليات التى تفعل فى الاذن وما يتعلق بها

الفصل الاول فى ثقب شحمة الاذن

هذه العملية تفعل بمخراز اعتيادى او باذلة قيلة لكن الغالب ان تستعمل فيها باذلة مصنوعة من ذهب او فضة او بلاتين ذات ساق مخروطى يتناقص

غلظه تدريجا الى سنه لكن الاحسن ان تكون من فولاذ
وكيفية العمل هى ان يخدر اولا احساس شحمة الاذن بواسطة دعكها دعكا
خفيفا ثم توضع بسطحها على سدادة من خشب الفلين اللين لتكون مركزا لها
ثم تنفذ فيها الآلة بقوة كافية فى مرة واحدة لتغوص الماسورة فى السدادة
المذكورة ثم ينزع كل من السدادة والسهم من الماسورة وتبقى الماسورة منفرزة
فى الشحمة لتنفيذ سلك من رصاص فيها ثم بعد ذلك تنزع الماسورة ايضا
فيبقى السلك ويضم طرفاه ليكون حلقة ويترك هكذا الى ان يستحيل الجرح الى
فتحة دائمة وقد تقدم شرح هذه العملية فى كتاب العمليات الجراحية الصغرى
مبسوطا فارجع اليه ان شئت

الفصل الثانى فى قطع جزء من شحمة الاذن

قد شاهد الجراح (بويه) افراط طول هذه الشحمة وعدم انتظام شكلها وحصل
منه قبح عظيم فحدد بالمداد على ما كان زائدا على الحالة الطبيعية وكشطه بمقص
فالتحم الجرح بسرعة وزال القبح المذكور

الفصل الثالث فى ترقيع الاذن

اعلم ان فقدان الشحمة اوجزء من صيوان الاذن يمكن استعراضه بالوسائط
الترقيعية وقد جرب ذلك الجراح ديفنباخ فنجح نجاحا عظيما * والطريقة التى
فعلها فى هذه العملية هى انه بعد ان نظم الحافة الفاسدة من الاذن ودمها قطع
قطعة من الجلد من امام الصدغ اومن الجزء الخلفى للصدفة اومن الخلف
من اعلى النتو الحلمى اومن اسفل على حسب الحال ثم سلخ هذه الشريحة بطريقة
سيلس بحيث انها تكفى بجذبها يسيرا بدون لى اصلها لتقارب حافتها الخالصة
من حافة الاذن المجذوعة ثم ضمهما بغرز خياطة متقطعة شاملة لجميع سمك
الاذن وكذا الشريحة ثم نفذ تحت شبه القنطرة الحاصل من ذلك التلفيق
شريطا مدهونا بمرهم بسيط لاجل منع التصاق الجلد المسلوخ ثانيا وغطى
الكل برفائد مغموسة فى ماء الخطمى الفاتر * ثم انه بعد مضى ثلاثة ايام
او اربعة او خمسة فازيد يتم الالتحام وتمكن ازالة الابر لكن هذا الالتحام لا يصير

متينا الا بعد خمسة عشر يوما او ثلاثين حتى يمكن فصل الشريحة الجلدية من الرأس بدون ان يخشى من حصول الغنغرينة فيه وبعد ذلك الانفصال يتحف حرف الشريحة الذى صار سائبا ويعطى لها الشكل اللائق ويلزم ان تكون اعرض من الجزء المفقود بمقدار نصفه فاكثر * ومن المناسب ان تعالج بعد ذلك بالمرخيات مدة ايام خوفا من موتها وكذا الجرح الذى اخلفها فى الرأس كسائر الجروح

ومن ذلك يعلم ان السطح الجلدى للشريحة يلى السطح الظاهر للصيوان واما السطح الذى كان ملتصقا باطنيا فيصير خلفيا ظاهريا ثم ان هذه الشريحة تنكمش وتزيد ثخنا وتجمد وبعد ان تصير باهتة تحمر وتستمر اكثر احمرارا من بقية الاذن الظاهرة مدة طويلة

الفصل الرابع فى انسداد الصماخ السمعى

هذا الانسداد قد يكون كاملا وقد يكون غير كامل وتارة يكون خلقيا وتارة يكون عارضيا ويكون صادرا اما من تقارب الجدران العظمية وهذا لا حيلة فى ازالته واما من التقارب الغير الطبيعى للاجزاء الرخوة فى طول القناة كله واما من وجود غشاء يكون كثير الفور او قليله ويكون بمنزلة حاجز * فان كان خلقيا حاصلا قبل الولادة عسر على الطبيب الحكم بان هذا الانسداد حاصل من غشاء بسيط او من عدم وجود القناة بالكلية وفى صورة الشك يفعل بسن مشرط شقا يصل الى بعض خطوط من الفور فان لم يوجد خلو فذلك دليل على عدم وجود صماخ وان وجد يوسع الشق الظاهر ويوضع فيه فتيل او مرود من شمع او ماسورة او جسم ما موسع ويجدد زمنا فزمنا بل ويبقى مدة بعد الندب * وهذه الطريقة تستعمل ايضا اذا كان الانسداد عارضيا

واذا تحقق وجود غشاء بسيط وكان قليل الفور يشق شق صليبى بمشرط حاد جدا يلف على نصله الى قرب سنه بخطين خرقة ثم تقطع الشرائح ان امكن واما اذا كان كثيرة فتستعمل بازلة باحتراس لا يكون سنها مجاوزا للماسورة الا قليلا لكن الكى بنتيرات الفضة فى هذه الحالة اصوب وفى هذه

الاحوال لايمكن ابقاء القناة مفتوحة الابوضع اجسام موسعة فيها اولا ثم الماسورة التى تصنع من عاج اومن معدن على صورة تقع طولها بقدر طول قناة الاذن الظاهرة وتجعل فيها مستمرة اويجدد وضعها بعد كل مدة وكذا اذا كان التضايق غير كامل

الفصل الخامس فى الاجسام الغريبة التى تحصل فى الاذن

(تشريح جراحى) اعلم اولا ان القناة الاذنية الظاهرة ويقال لها ايضا الصماخ السمعى قد تكون فى الكهل اطول منها فى الطفل وطولها فى الاول يبلغ عشرة خطوط الى قيراط كامل وهى متجهة بانحراف الى الانسية والامام وتكون منحنية الطول بحيث ان جدارها السفلى يكون محدبا والعلوى يكون مقعرا وطرفها الباطن مسدود بالغشاء الطبلى الذى هو ممتد بانحراف من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية بحيث يظهر انه استطالة من تقعير الجدار العلوى الذى هو على موجب ذلك اقصر من السفلى * ثم ان طرفيها عريضان عن جرمها المتوسط * وقطرها المستعرض قد يكون بيضى الشكل ومعرفته مهمة لاجل سهولة استخراج الاجسام الغريبة منه

وقد يكون اظهر فى الاشخاص الصغار السن * واما القطر الكبير فيكون فى الاطفال موازيا فى اتجاهه لاتجاه النتو الزوجى فعلى ذلك يكون تقريبا افقيا وكلما تقدم الانسان فى السن يرتفع الطرف الخلفى لذلك القطر من نمو النتو الحلمى بحيث يكون ذلك القطر زمن البلوغ منحرفا من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام وفى زمن الكهولة يقرب من ان يكون عموديا واما فى زمن الشيخوخة فانه يصير عموديا بالكلية

كيفيات الاستخراج) من حيث ان الاجسام التى تسقط فى الاذن مختلفة الطبيعة فكيفيات استخراجها تختلف كذلك على حسبها وهذه الاجسام قد تكون على اربعة انواع * النوع الاول السملاخ المسمى ايضا بوسخ الاذن وكيفية استخراجه هى ان يجتهد اولا فى تليينه اما بالزيت او بماء الصابون الفاتر او بمحلول الملح او الماء القراح فقط بواسطة زراقة ثم يستخرج بالخلال الاذنى * الثانى

الحشرات الحية كالبرغوث والبق وغير ذلك وكيفية استخراجها تكون بوضع قطعة من العهن المنفوش او القطن فى الاذن فتعلق بها فاذا لم تخرج بهذه الكيفية زوول اخراجها بمرود مدهون الطرف بالعلك المدير او غيره مما فيه لزوجة لتلتصق فيه او تمسك بملقاط * واذا لم يتيسر ذلك صب عليها زيت او ماء حارا وسوائل اشد قوة من ذلك * الثالث الاجسام الرخوة كالقطن والورق والحشرات الميتة والبقول التى تربو او تنتفخ * وكيفية استخراجها هى ان يزلق بينها وبين جدران القناة السمعية خلال او سنارة صغيرة حتى تجاوز الجسم الغريب وحينئذ تستعمل كآلة رافعة من الجنس الاول * واذا كانت تلك الاجسام عظيمة الحجم لا يتأتى اخراجها بتلك الكيفية لكونها ربت وانتفخت تقطع قطعا صغيرة بواسطة ورقة آس ضيقة حادة الطرف او آلة كمبضع رقيق لطيف ثم تستخرج قطعة فقطعة

الرابع الاجسام الجامدة كالحصاة الصغيرة وقطع الرصاص الصغيرة او الزجاج او نواة الكرز او غير ذلك * واستخراج هذه الاجسام قد يكون عسرا جدا حتى ان (دوبيترن) صعب عليه ذلك بالكلية فى بعض الاحيان والكيفية التى يحاول بها اخراجها هى ان يقعد الجراح ويجلس المريض على ركبتيه بين ساقيه ثم يثبت الجراح رأس المريض منقلبة على فخذه بحيث تكون الاذن الموجود فيها الجسم الغريب مستقبلة للنور فيتمكن الجراح من النظر اليها ويمسكه المساعدون ويمنعوه عن التحرك * ثم يدهن الجراح القناة بالزيت ويشد الصيوان الى الاعلى والخلف باليد اليسرى ويمسك بيده اليمنى ملعقة صغيرة رقيقة ويدخلها فى القناة تابعا بها جدارها السفلى حتى تجاوز الجسم الغريب او تصل تحته فحينئذ يجتهد فى دفع ذلك الجسم الى الاعلى والوحشية مستعملا للملعقة كآلة رافعة من الجنس الاول ومثل الملعقة فيما ذكر اى فى الاتباع بها الجدار السفلى من القناة المذكورة كل آلة تدخل فى الاذن لامر ما وذلك لان غشاء الطبلة لكونه منحرفا من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية يمكن دفع الآلة كما ذكر دفعا غائرا بدون ان يخشى

من

من اصابة ذلك الغشاء اذا اتبع الجدار السفلى بخلاف ما اذا اتبع الجدار العلوى ولكون قطر القناة العمودى اكبر من قطرها المستعرض يوجد هناك خلوية تأتى انفاذ الآلة منه اكثر من غيره من باقى الجهات لاسيما اذا كان مستديرا لكن هذا لا يتيسر الا فى الكهل واما فى الطفل فيلزم ان يكون ادخال الملعقة تابعا لطول الجدار المقدم اعنى انه يلزم تغيير محل الادخال حسبما ذكرنا فى التشريح الجراحى واما طريقة (ميور) فهى ان يزرق الماء بزراقة اعتيادية فيدخل خلف الجسم الغريب وباجتماعه بينه وبين غشاء الطبلة يدفع الجسم الى الامام بقوة قد تكون احيانا عظيمة فتخرجه

الفصل السادس فى الاورام البوليبوسية التى توجد فى قناة الاذن

هذه الاورام على ضربين احدهما ثآليل بسيطة يسهل قطعها والثانى ثآليل من طبيعة خبيثة حاصلة عن مرض ثقيل وقد تتولد ثانيا بعد قطعها حالا ثم اعلم ان المستعمل فى مداواتها هو الكى والربط والكشط والنزع والثلاثة الاول لا تناسب الا اذا كان البوليبوس قليل الفور وليس الامر داعيا الى ان نشرحها هنا شرحا خاصا وانما الذى يلزم للربط والكشط جذب البوليبوس الى الظاهر بنحو مشبك * واما النزع فيليق لجميع الاحوال و (دوبيترن) كان يفعله بجفت صغير من فولاذ فى طرفه كلاب فكان يدخله ادخالا غائرا بقدر الامكان حتى يقرب من اصل البوليبوس * ويغرس الكلاب فى نفس الورم ثم يلويه لينقلع اصله او ينزع بالجذب فقط وقد يتفق ان الدم الذى يسيل عقب ذلك يوارى الاجزاء فيضطر الى تأخير اتمام العملية الى ثانى يوم غالبا

الفصل السابع فى ثقب غشاء الطبلة

هذا الثقب يفعل بالبط والكى والكشط * اما البط فكيفية (اسلى كوبير) فيه هى ان يوضع المريض وضعا به يكون ضياء الشمس واقعا باستقامة على القناة السمعية ويأخذ الجراح مبطة صغيرة منحنية لا يجاوز سنها طرف المسورة اكثر من خط ونصف ويمسكها كقلم الكتابة خافيا للسن فى المسورة ثم يجذب صيوان الاذن الى اعلى والخلف ليعدل انحناء القناة بقدر الامكان ويدخل تلك

الآلة نحو الجزء السفلى المقدم من غشاء الطبلة فعند ما يحس بملامستها له يدفع سن السهم فينفذ فى الغشاء ثم اعلم ان العروق المقطوعة فى هذه العملية صغيرة جدا فلا ينزف منها الا ما قل من الدم * فاذا نجحت العملية رجع السمع للمريض والغالب ان تكون الفتحة الحاصلة من هذه الكيفية صغيرة معرضة للانسداد * ومن ذلك لزم ان نذكر تلك الكيفية الآتية فنقول * كيفية (بوشانان) هى ان توصل مبطة رباعية الاضلاع الى الغشاء وتوضع عليه وسط الجزء الموجود بين مركزه وحافته السفلى ثم يدخل سنها فيه بقدر خط ويبرم السهم برمات فى جهات مختلفة اى متضادة * وفائدة ذلك شق الياف الغشاء عرضا شقا واسعا وتبعيد حوافى هذا الشق بالبرم

واما الكى فكيفية (ريشران) فيه هى ان يكوى بالحجر الجهنمى لاجل فقدان جزء منه لكن هذه الكيفية لم يلتفت اليها الا قليل من الاطباء

واما الكشط فكيفية (دولو) فيه هى ان تكون الآلة المستعملة لذلك مشتملة على ماسورة ذات طرف قاطع وساق طرفه على صورة برمة ومنته بقرص صغير جدا يوجد فى دائرته حدبة قاطعة ايضا ومنعطفة جهة طرف الماسورة فالآلة تدخل فى غشاء الطبلة وينفذ فيها الساق بالبرم كما يفعل بالمبرمة فمتى نفذ هذا الساق فى الغشاء وجاوزه بقدر خط او خط ونصف يرخى لولب موجود فى الطرف الثانى من الماسورة فيرد القرص القاطع بقوة نحو طرف الماسورة فتنقطع بهذه الكيفية قطعة مستديرة من غشاء الطبلة * وهذه الطريقة وان كانت اعظم الطرق السابقة لكنها لا تنجح ابدا فى كل الاحوال بل فى بعضها

الفصل الثامن فى ثقب الخلايا الحلمية

اعلم ان هذا الثقب قد يستعمل لاستفراغ خراج فى خلايا النتو الحلمى ولكن يلزم ان يعرف ان هذه الخلايا لا توجد فى الاطفال وان الخلايا العريضة فى الكهول تكون امام النتو الحلمى بيسير واعلى من قمته بقدر ستة او ثمانية خطوط وكيفية العمل هى ان يكشف السطح الظاهر لهذا النتو كما يفعل فى عملية ثقب

الجمجمة ثم يوضع على العظم منقاب صغير اسطوانى او منقاب بسيط وينقب به هذا اذا لم يكن هناك تسوس والا فليستعمل المنقار والمطرقة

الفصل التاسع فى قثطرة بوق استاكيوس

(تشريح جراحى) بوق استاكيوس اسم للقناة التى نصفها عظمى والنصف الاخر غضروفى غشائى وطولها نحو قيراطين وهى واسطة فى استطراق صندوق الطبلة بالبلعوم وتنزل بانحراف الى الانسية والامام بدون انحناء البتة بحيث ان منقار القثاطير المنحنية لا يمكنه المرور فيها زيادة عن بعض خطوط من غير ان ترده جدرانها عند مقابلته لها عن السير ولذلك تكون المجسات السلسلة اجود والفوهة البلعومية لتلك القناة موجودة حذاء الصماخ المتوسط للخياشيم الا انها بعيدة عنه من الخلف ببعض خطوط وتقابل السطح الباطن للنتو الجناحى من العظم الوتدى وهذه الفوهة تلى الاسفل والانسية والامام وهى محاطة من اعلى والخلف بحوية ظاهرة فمن ذلك اذا جاوز منقار المجس الصماخ السفلى للانف لم يحتج الا لرفعه قليلا الى الوحشية بدون ان يترك الجدار الوحشى للخيشوم لاجل دخوله بسهولة فى تلك الفوهة * ثم ان قثطرة هذا البوق تفعل من ثلاثة مسالك من الحنك ومن الخيشوم المقابل للبوق ومن الخيشوم الغير المقابل له * والطريقة الاعتيادية فى ذلك هى ان تستعمل قثاطير معوجة كقثاطير الاناث لكنها اصغر منها وليس لها فتحات جانبية بل مفتوحة من الطرفين بان تدهن بزيت قبل ادخالها والمريض جالس على كرسى ورأسه منقلب قليلا ومستند على ظهر الكرسى والجراح امامه لكن الى جانبه قليلا فيمسك القثاطير كقلم الكتابة ويدخل منقارها فى منخر خيشوم الجهة الموجود فيها البوق المسدود ثم يزلقها بسرعة على السطح السفلى للخياشيم جاعلا تحديبها مما يلى الانسية وقليلا الى الاعلى وتقعيرها الى الاسفل والوحشية وبعد ادخال قيراطين ونصف منها فى الخيشوم تصل الى اللهات ويعلم ذلك بحركة ازدراد لخفية غير ارادية ففى الحال يقام المنقار الى الوحشية والاعلى بواسطة حركة برم تفعل فى ساق القثاطير بدون ان يفارق الجدار الوحشى للخيشوم بحيث انه

يصل الى الجزء العلوى من الصماخ الفكى ثم باستدامة الدفع على الالة على حسب ذلك الاتجاه يدخل المنقار فى فوهة البوق وتدفع القثاطير بانحراف الى الوحشية والخلف والاعلى فتنفذ فى البوق بقدر الكفاية لكن مع الرفق فى ذلك الدفع * واذا كان القصد استعمال حقن يدخل طرف انبوبة الذارقة باستحكام فى طرف القثاطير فان وقف السائل المحقون به فى البوق ترفع الذارقة وينفذ فى القثاطير مسبر ذو زر ليجتهد به فى ازالة المانع ثم تركب الذارقة ثانيا واما طريقة (دولو) فان القثاطير المستعملة فيها تكون من صمغ لدن شبيهة بالقثاطير المذكورة التى هى من فضة عوضا عنها ولاجل عدم انعطافها وقت ادخالها فى البوق ينفذ فيه سيخ من فضة طوله من اربعة قراريط الى ستة وغلظه قدر خط اوخط ونصف وفى احد طرفيه اعوجاج وفى الطرف الآخر حلقة فبالسيخ تدخل القثاطير حتى تصل الى فوهة البوق فيدخل فيها السيخ وحده وبعد ان يدخل منه القدر الكافى يثبت باحدى اليدين وتدفع القثاطير عليه بالاخرى حتى يدخل منه ايضا قدر كاف فى البوق ثم يخرج ويركب صيوان من فضة على الفتحة الظاهرة للقثاطير ويضبط عليها بلولب ثم تثبت القثاطير على جناح الانف المقابل له بواسطة سلك معدنى معوج على صورة جفت * وقد فضل (دولو) المذكور الذرق بالهواء عن الذرق بالسوائل ولذلك تدخل انبوبة محقنة اوقنينة من صمغ لدن فى القثاطير * ويعلم دخول الهواء فى صندوق الطبلة وامكان خروجه ثانيا من بين القثاطير وجدران البوق بوضع اذن الجراح على اذن المريض * ففى هذه الحالة يحصل تيار مزدوج من الهواء احدهما يصل الى الاذن من القثاطير والثانى يرجع فى البلعوم من البوق هذا وهنالك طريقة ثانية (لدولو) المذكورة تفعل اذا كان الخيشوم المقابل مسدودا من تحول فى جدرانه اوتغير ما ويمكن النفوذ من الخيشوم الآخر بالة اكثر اعوجاجا من السابقة ومنقارها يكون منعطفا قليلا جهة التحديب فيدخل فى الخيشوم تابعا للحافة السفلى من الحاجز وتقعيرها يلى الاسفل والانسية وعند وصول طرف القثاطير الى اللهات يبرم على تلك القثاطير

ايقام طرفه خلف الميكعة ويصل الى البوق ومابقى من العملية يفعل كما سبق وعدم دخول القثاطير فى البوق يعلمه المريض اذا كانت فعلت له سابقا تلك العملية وايضا هيئة وضع الالة تدل الجراح على ذلك لكن للتيقن من ذلك يزرق ماء اوهواء فى القثاطير فاذا كانت القثاطير داخلة فى البوق فتارة ينفذ الذرق فى صندوق الطبلة وتارة لا بخلاف ما اذا لم تدخل فى البوق فان مادة الذرق تسقط فى البلعوم

الباب الرابع فى العمليات التى تفعل فى الانف

الفصل الاول فى جرح الانف وكسره

اذا جرح الانف ضمت حوافى جرحه بعصائب اللازوق كجرح غيره من الاعضاء واذا فصل منه بالجرح جزء عظيم ولم يزل متصلا ولو بجزء صغير اجتهد فى ضمه لعله يلتئم *واما اذا كسر فليجبر على حسب مامر فى باب الكسر فى الجزء الاول من كتابنا هذا فليراجع

الفصل الثانى فى تضايق فتحة الخيشوم

كثيرا ما تتضايق فتحة الخيشوم من التقرحات التى تحصل فى حوافيها او تنسد من انطباق الشفة العليا عليها والتصاقها بحوافيها او من بعض الاورام اما التضايق فيزال بفصل الحوافى عن بعضها بالشق ثم بوضع انابيب من رصاص او صمغ لدن فى الفتحة لتندب كل حافة على حدتها *واما الانسداد فتفصل فيه الشفة من الفتحة بقطع وسائط الالتصاق ثم تنكس الشفة وتبقى محفوظة فى موضعها الطبيعى بواسطة عصائب اللازوق* واما الاورام فتستأصل باحدى الطرق التى ذكرناها فى الجزء الاول من هذا الكتاب *ولنذكر لك هنا الكيفية التى استأصل بها الجراح (ريجال) ورما سرطانيا تولد تحت الشوكة المقدمة وامتد الى الامام والاسفل وعلى جانبى الانف الى جناحيه بدون ان يتغير الجلد تتميما للفائدة فنقول * هذه الكيفية مؤسسة على معرفة ان غضاريف جناحى الانف يبقى بينها على الخط المتوسط فى اغلب الناس شبه فلق قناة يحس باللمس فبواسطة هذا الفلق يمكن تبعيد هذين الجناحين

عن بعضهما والوصول الى حاجز الخيشومين بدون فتحهما * وهذه الكيفية هى ان يحاط الورم المذكور بشقين جانبيين متحدين من الامام ومتباعدين عن بعضهما من الخلف والوحشية ويوصلا من الاسفل بشق معترض ويسلخ الجلد فيتوصل بذلك الى الغضروف الحاجز ويستأصل حرفه المقدم مع الورم وقد فعلها الجراح المذكور فحصل الشفاء التام بعد هذه العملية غير ان الندبة جذبت الانسجة الى الخلف فتفرطح طرف الانف وجناحاه يسيرا

الفصل الثالث فى الرعاف

اعلم انه اذا كان الرعاف اى نزف الدم من الانف حاصلا عن جرح او رضح وكان غزيرا جدا بحيث اذا ترك نفسه ربما كان سببا فى هلاك المريض لزمت المبادرة الى ايقافه بسد الانف وحشو الخياشيم اذا لم تنفع فى حبسه الوسائط الدوائية وكيفية الحشو هى ان يستحضر اولا على مجس (بيللوك) وثانيا على سدادة من نسالة فى غلظ الجوزة الكبيرة معلقة من الوسط بخيط طويل مزدوج مشمع وثالثا على سدادة من نسالة ايضا اصغر من السابقة ثم يجلس المريض على كرسى امام كوة منيرة ورأسه مستندة على صدر مساعد واقف خلفه مثبت له ويقف الجراح امام المريض ويأخذ بيده اليمنى المجس ثم يدخله فى الخيشوم النازف منه الدم ويدفعه نحو الحلق تابعا جدار الخيشوم السفلى اى قعره وعند وصول طرفه الى البلعوم خلف اللهات يدخل الجراح سبابته اليسرى فى الحنك ليهدى بها هذا الطرف اثناء ما يدفع مساعد السيخ بالاتكاء على طرفه الظاهر فيبرز طرفه الباطن ويمر من اسفل اللهات وبمرونته واعوجاجه يتجه ايضا وحده نحو تجويف الحنك فيجذب الجراح طرفه الباطن خارج الفم ويدخل طرفى الخيط المعلق فيه الكرة من النسالة فى الثقب الموجود فى الزر المنتهى به طرف السيخ ثم يجذب السيخ فى باطن المجس ويجذب هذا المجس ايضا من الانف فيجذب وراءه الخيط الحامل للكرة حتى تصل الكرة الى الفتحة الخلفية من الخيشوم فيدخل الجراح اصبعيه السبابة والوسطى فى الحلق ليطبقها بهما على الفتحة المذكورة وحينئذ يشد طرف الخيط الخارج من منخر

الانف

الانف لتدخل الكرة فى فتحة الخيشوم الخلفية وتثبت فيها فيخرج الجراح اصبعيه من الحلق ويحل طرفى الخيط من المجس ثم يبعدهما عن بعضهما احدهما الى الاعلى والثانى الى الاسفل ثم يضع بينهما كرة النسالة الثانية اويدخل بينهما فى تجويف الانف مايملأ منخر الانف من النسالة ثم يعقد على السدادة المقدمة عقدة مزدوجة بعد شدهما شدا قويا ويقطع هذين الطرفين قريبا من العقدة فبهذه الكيفية يصير الخيشوم مسدودا من الامام والخلف بواسطة السدادة المقدمة والخلفية المربوطتين معا بخيط واحد فينحبس نزف الدم الى الخارج بالكلية بل قد يسيل حتى يملأ تجويف الانف فيتجمد فيه ويمنع بضغطه الغشاء النخامى سيلان غيره بعد ذلك وينبغى بعد عقد الخيط المذكور تثبيت الخيط المعلق الفريد فى الكرة السادة للفتحة الخلفية على الخد بواسطة قطعة لازوق اويربط فى قلنسوة المريض

وهذا الخيشوم يبقى مدة يومين اوثلاثة حتى ينقطع النزف بالكلية ثم يقطع الخيط المعقود على السدادة المقدمة وتخرج النسالة السادة لمنخر الانف بواسطة جفت واما السدادة الخلفية فتخرج بجذبها بالخيط المعلق فيها المثبت على الخد بعد دفعها الى الخلف بمجس وبعد اخراجها يزرق ماء فاتر فى الخيشوم لحل الدم المتجمد المالئ للانف السادله ثم تستعمل الوسائط اللائقة لتنقيص الالتهاب الاتى الحاصل من الحشو

واعلم ان كيفية السد المذكورة وان كانت جيدة فى قطع الرعاف بالكلية الا انها قد يتعذر استعمالها فى الاطفال وفى الاشخاص المصابين بتهيج اوالم فى الحلق اوالذين لايقدرون على تبعيد لحاهم عن بعضها بسبب التهاب فى مفصل اللحى السفلى * ومما يمنع من ذلك ايضا كسر هذا اللحى ومن جملة من يتعسر فيه استعمال كيفية السد المذكورة من لايتحمل الاحساس الذى يحصل له فى حلقه من ملامسة السدادة الخلفية ومن يحصل له بملامسة البلعوم واللهات غثيان اوقىء اوعطاس ومن يعتريه من ضغط السدادة دوران ووقوف دم فى الوجه والرأس وازدياد امتلاء المخ الذى هو سبب الرعاف فى بعض الاحيان

فلذا استعوض الجراح (ماديشال) النانتى بلدا الفرانساوى مملكة كيفية السد المذكورة بكيفية اخرى مؤسسة على ان رشح الدم ليس حاصلا غالبا من جميع سطح الغشاء الخامى بل من رشح مستقل ببعض محال من هذا الغشاء وهذه المحال تكون موضوعة خلف عظام الانف اوفى الجزء الخلفى من القرينات السفلى للخياشيم والالة التى يستعملها الجراح المذكور بدلا عن مجس (بلاول) هى انبوبة من فضة طولها ثلاثة قراريط وثمانية خطوط وقطر تجويفها خط وحرف فتحة طرفها الذى يدخل فى الخيشوم مستدير لئلا يقطع الخيط واما طرفها الثانى فهو غليظ وفيه حلقة وعلى جانبها اى الانبوبة المقابل للجانب الذى يلى الحلقة شرم فائدته انتشار سحوق قابض فى تجويف الانف منه بالنفخ على هذا السحوق بعد وضعه فى باطن الانبوبة وكيفية النفخ هى ان يؤخذ ذلك السحوق ويوضع فى الانبوبة بعد سد فتحة طرفها الباطن بقطعة شمع اوشئ آخر ثم ينفخ من الطرف الثانى بالفم وحده اوبانبوبة اخرى تدخل فى هذا الطرف * وكيفية السد بهذه الالة هى ان يؤخذ خيطان اوثلاثة مختلفة الالوان وتدخل فى الانبوبة ثم يعلق فى اواسط اطرافها الخارجة من طرف الانبوبة الصغير فتيل مثنى من نسالة مدهون بزيت اوقيروطى لاجل سهولة دخوله فى الخيشوم ثم تثنى اطراف الخيوط الحاملة للنسالة الخارجة من طرف الانبوبة الرفيع نحو طرفها الغليظ ويأخذها الجراح فى يده ويدخل طرف الانبوبة الرفيع فى الخيشوم ويدفعه نحو فتحته الخلفية تابعا جداره السفلى حتى يغور من الالة فى الانف مقدار قيراطين ونصف فى الكهول اذ بذلك يصل الى الفتحة الخلفية وعند وصوله الى الفتحة ينكس الطرف الكبير ليرتفع الآخر فى باطن الانف ويصل الى اعلى الفتحة المذكورة وحينئذ يجذب الجراح احد اطراف الخيوط الخارجة من الطرف الغليظ ومتى وصلت النسالة المعلقة فيه الى المنخر ادخلت فيه بالاصبع اوطرف مسبر حتى تصل تحت القرين السفلى ثم يرجع الى جذب الخيط لتمر النسالة فى الخيشوم من الامام الى الخلف حتى تصل الى جزئه الخلفى ثم تدخل بقية الفتائل اذ الزم الامر لها لتمام انقطاع النزف

وتخرج الانبوبة وتثبت الخيوط حول الانف بقطع لازوق

الفصل الرابع فى بوليبوس الانف

اعلم ان بوليبوس الانف على اربعة انواع * الاول البوليبوس الحويصلى اوالمخاطى وهو ينشأ غالبا بين القرين العلوى والمتوسط وقريبا من الجيب الفكى وقد يتولد فى جدار الخياشيم العلوى ولم يشاهده (اسلى كوبير) متولدا فى حاجز الخياشيم وهو على صورة ورم رخو لين اسفنجى قليل الحجم غالبا كأنه حاصل من تراكم حويصلات صغيرة متخللة بمادة مصلية او ممتلئة بها الثانى البوليبوس اللحمى وهو يتولد غالبا فى الجزء الخلفى من الخياشيم على صورة ورم احمر جامد متوتر ممتلىء دما ذى ساق غير مؤلم * الثالث البوليبوس الليفى وهو ورم متكون من نسيج ليفى عارضى مغطى بغشاء صلب غير قابل للانضغاط وفى الغالب لا يكون بسيطا بل يكون متفرعا بحيث ان فروعه منها ما يتجه نحو المنخرا فتحة الخيشوم المقدمة ومنها ما ينزل خلف اللهات ويعيق دخول الهواء والتنفس ومنها ما يبعد العظام عن بعضها او يثقبها ويظهر تحت جلد الخد وفى النقرة الصدغية او الزوجية بل وفى الجماج وبجويف الرأس تحت المخ * الرابع البوليبوس الخبيث اى السرطانى وهو استحالة الانواع السابقة على رأى بعضهم وينبغى ان يعلم ان الاستحالة السرطانية تكون غالبا فى الاورام الليفية واللحمية وانها فى اجزاء الورم البعيدة عن اصله الحافظ غالبا لحالته الليفية الاولى وقد شاهد (اسلى كوبير) ورما فى الغشاء المخاطى شبيها بالبوليبوس الذى يوجد فى الاطفال * ثم ان الطرق المستعملة لازالة انواع البوليبوس الانفى كثيرة احسنها طريقة الكى واللى والقلع والقطع بالسلاح اوبالربط فطريقة الكى تستعمل فى ابتداء البوليبوس المخاطى وفى الزوائد الفطرية المشاهدة فى الاطفال وفى ازالة ما يبقى من اصل الورم بعد عملية القلع اوالقطع سواء كان بالسلاح اوالربط وهذا الكى يكون اما بازوتات الفضة المذاب اوازوتات الزيبق السائل اوزبدة الانتيمون اوبمخلوط (جانش) المركب من الحمض الكبريتيك وزبدة الانتيمون وازوتات الفضة وكيفية الكى بهذا المركب هى ان

يؤخذ دبوس طويل او آلة شبيهة به منتهية برأس فى غلظ الحمصة الكبيرة وتوضع طبقة من الكاوى المذكور على هذا الرأس ثم توصل الى الجزء الاكثر بروزا من الورم ويكرر ذلك من مرتين الى خمس وينبغى قبل الكى وبعده بساعة ان يزرق فى الانف محلول الشب وتعاد هذه العملية كل يوم بهذه الكيفية حتى يزول الورم بالكلية ومتى لم يبق منه الا اصله ترك الكاوى المذكور وكوى بازوتات الفضة وبعد تمام ازالة اثر البوليبوس بالكى المذكور يداوم على الزرق مدة شهرين * واما طريقة القطع فتستعمل فى الزوائد القليلة الشبيهة بالثآليل المتولدة فى اجزاء الخياشيم القريبة من المنخر بحيث يتيسر رؤيتها * وكيفية العمل هى ان يمسك الورم بجفت او سنارة قريبا من اصله ما امكن ثم يقرض بمقص ماض منحن على صفحه او مستقيم او بمشرط ضيق النصل منته بزر ملفوف عليه قطعة خرقة الى قرب سنه ببعض خطوط وبعد تمام القطع يزال ما يبقى من اصل الورم بالكى بالحجر الجهنمى او بالنار لئلا يتولد البوليبوس ثانيا وقد يوجد بعض اورام بوليبوسية ليفية ذات اصل عريض لا تتيسر ازالتها بالنزع او الربط فيستعمل فيها القطع بالسلاح كما فعل ذلك جملة من مشاهير جراحى الانجليز * وكيفية (وانلى) فى ذلك هى ان يستحضر اولا على مشرط معوج ذى غمد منته بزر مثقوب ثم يوضع خيط حول الورم بالكيفية التى نذكرها فى الربط وينفذ احد طرفيه فى ثقب المشرط ويوكل بمسك الطرف الاخر مساعد ثم يدفع المشرط فى الخيشوم فيتبعه الخيط حتى يصير محيطا بالورم بتقويسه وحينئذ يجذب الجراح الغمد نحوه لينكشف حد المشرط فيقطع به الورم مرة واحدة اذا كان قليل عرض الاصل والا فيقطع شيأ فشيأ وقد استعمل الجراح المذكور هذه الكيفية فى ورم كان قطر اصله من جهة قيراطين ومن الاخرى قيراطا وثلثا فنجحت نجاحا عظيما * ثم انه اذا كان البوليبوس متولدا فى الجزء الخلفى من الخيشوم قريبا من فتحته الخلفية وتأكد الجراح من ذلك جاز قطعه من الحلق بمقص طويل يدخل فى الخيشوم من الامام الى الخلف وتهدى شعبتيه حول الورم بالاصبع السبابة بعد ادخاله فى الحلق كما فعل ذلك بعضهم * واما

طريقة القلع اى النزع فيجهز لها اولا جملة جفوت مرسومة الصورة والشرح
فى اخر الكتاب معينة لهذا الداء ومقص ومشرط ذو زر وملاءة وماء بارد وخل
وزارقة وسدادة لسد فتحة الخيشوم الخلفية ثم بعد تجهيز هذه الاشياء يجلس
المريض على كرسى امام كوة منيرة بحيث يقع الضوء على الورم فتسهل رؤيته
ويلف صدره وذراعاه بالملاءة ويمال رأسه الى الخلف على صدر مساعد يقف
وراءه ليثبته عليه بيديه موضوعتين على الجبهة ثم يقف الجراح امامه ويمسك
الجفت بيده اليمنى كالمقص اعنى ان الابهام يدخل فى احدى الحلقتين والبنصر
فى الاخرى واما السبابة فتجعل ممدودة على الشعبتين والوسطى على جانب
الجفت ثم يغمس طرفه فى الزيت ويرفع طرف الانف بسبابة يده اليسرى ثم يدخل
الجفت من المنخر فى الخيشوم حتى يصل الى البوليبوس فيفتحه ثم يدفع شعبتيه
الى الخلف والاعلى بقدر الامكان متباعدتين عن بعضهما والبوليبوس بينهما
ثم يقرب حلقتى الجفت ويمسكهما براحة الكف ويجذب الورم الى الخارج
مع تدوير الآلة على نفسها تدويرا خفيفا فاذا طاوع الورم الجذب وقرب من
فتحة المنخر مسك بجفت آخر شبيه بالاول من ورائه قريبا من اصله ثم يجذب
ببطئ الى ان ينقلع اصله او يظهر خارج المنخر فيقطع بمقص او مشرط واذا طاوع
جذب الجفت الثانى واستطال مسك بالجفت الاول وجذب هكذا الى ان يتمزق
الاصل وينفصل * ثم اذا كان الورم قريبا من فتحة الخيشوم الخلفية ادخل
الجراح اصبعيه السبابة والوسطى فى الحلق وسطحهما الراحى متجه الى الاعلى
ثم منه فى فتحة الخيشوم الخلفية ليضغطا على الورم من الخلف فيدفع الى الامام
بين مقبضى الجفت واذا تمزق البوليبوس لزم مسك ما بقى منه وتكرير العملية
كما ذكر فاذا سال الدم بغزارة وتوارى منه لزم تأخير اتمام العملية الى ثانى يوم
واذا كان البوليبوس كبيرا مالئا لتجويف الانف صلبا لا يمكن مسكه بالجفت
الاعتيادى ولا يتيسر اخراجه من فتحة المنخر لضيقها فالمناسب حينئذ
ان يستعمل فيه جفت مفصلى كما يستعمل جفت الولادة وان يشق جناح
الانف من الوحشية عند اتصاله بالشفة العليا ثم يخاط الجرح بعد تمام

العملية * واذا كان اى البوليبوس عظيم الحجم بارزا الى الخلف اكثر منه الى الامام لزم نزعه من الحلق * وكيفية ذلك هى ان يؤخذ جفت مخن اما على صفحه واما على جانبه ثم يوصل الى البوليبوس باهتدائه على سبابة اليد اليسرى الموضوعة فى البلعوم ويمسك به ويجذب وفى اثناء الجذب يؤمر مساعد بدفعه بجفت مستقيم او مجس امرأة من الامام الى الخلف واذا بقى بعد هذه العملية منه جزء فالانسب استئصاله من فتحة الانف المقدمة * ثم اذا كان ضاغطا على اللهات لكبره ولم يكن بارزا عنها الى الاسفل حتى يسهل مسكه مسكا جيدا لزم شق جزء اللهات السفلى بمشرط منته بزر كما فعل ذلك (مان) وغيره من مشاهير الجراحين وبعد تمام العملية يترك جرح اللهات ونفسه فيلتئم من غير ان يبقى منه سوى شرم صغير لا يمنع تمام وظائف الحلق * وبالجملة فبعد نزع الورم يلزم ان يبحث ابقى منه شئ ام لا * وكيفية ذلك هى ان يسد المنخر السليم ويؤمر المريض بسدفه واخراج الهواء من المنخر المريض فاذا مر الهواء فيه بسهولة من غير ان يسمع له صوت فى مروره علم ان الورم استوصل جميعه ويمكن دهن الخنصر بزيت وادخاله فى الخيشوم ليبحث به عن حالة سطحه ثم اذا سال دم عقب هذه العملية لزم ان يؤمر المريض بالاستنشاق بالماء البارد او الممزوج بالخل او محلول الشب ثم بنثره فاذا لم يكف ذلك فى انقطاع النزف استعملت طريقة السد باحدى الكيفيتين المذكورتين آنفا * واما طريقة الربط فهى ان يربط البوليبوس بان تفعل عروة خيط وتدخل من الخيشوم فى الحلق بحيث اذا جذبت ثانيا الى الامام تعثر بالبوليبوس فتحيط باصله ثم تشد هذه العروة حوله بآلة تسمى بشادة العقد حتى ينفصل ويسقط لكن العسر فى هذه العملية اهداء العروة حتى تعثر باصل الورم وتحيط به ولذلك اخترع الجراحون لذلك كيفيات عديدة ولنذكر منها ما استقر على جودته رأى اغلب الجراحين * الاولى كيفية (دوبوا) وهى ان يؤخذ خيط متين مناسب الطول ويدخل فى قطعة من صمغ لدن طولها يختلف على حسب المرض من ستة خطوط الى قيراط فازيد ثم تدفع حتى تصل الى وسط الخيط وبعد ان يجمع طرفاه تصير العروة مفتوحة بالقطعة

المذكورة السهلة المرور على الخيط ثم يربط خيط ملون فى احد طرفى قطعة المجس ويجمع مع طرف العروة الذى يليه طرف القطعة المربوط هو فيه ثم يعقد خيط آخر فى العروة لتجذب به الى الخلف فى الحلق اذا لم تحط باصل الورم وبعد تجهيز هذه الاشياء بهذه الكيفية يؤخذ مجس (بللوك) او مجس من صمغ لدن ويدخل من الخيشوم الموجود فيه البوليبوس حتى يصل الى الحلق ومنه الى الحنك ثم ينفذ طرفا العروة والخيط الملون المربوط فى قطعة المجس فى ثقب الزر الموجود فى طرف ذلك المجس ويجذب من الانف لتتبعه الخيوط المذكورة حتى تخرج اطرافها من المنخر وتصل العروة الى الحلق فتحل من المجس وحينئذ يدخل الجراح سبابة ووسطى يده اليسرى معا فى الحلق ثم يحنيهما الى الاعلى ليصلا الى الجزء الخلفى من الخيشوم ويلامسا البوليبوس الذى بحث عن موضعه من قبل ثم يجتهد فى اهداء العروة بهذين الاصبعين الى اصل الورم فتحيطه احاطة تامة ومتى علم ان العروة احاطت به امر مساعدا ان يجذب طرفى العروة والخيط الملون المربوط فى قطعة المجس معا فاذا قاوم هذا الجذب شئ علم ان العروة احاطت بالبوليبوس واما اذا طاوعت الشد علم انها لم تعثر به فحينئذ تجذب الى الخلف بواسطة الخيط المعلق فيها الخارج من الفم ويكرر العمل المذكور ولا تخرج الاصابع من الحلق الا بعد احاطة العروة بالورم اذا لم تكن حالة المريض توجب خلاف ذلك ومتى احاطت العروة به احاطة تامة تخرج قطعة المجس بجذب الخيط الملون المعلق فيها تابعة لطرف الخيط النافذ فيها ثم يجمع طرفا العروة وينفذان فى شادة العقد ويشد الورم بها شدا الاثقا وتثبت الآلة فى المنخر واما الخيط الموجود فى الفم فيربط فى طرفها الظاهر وفى كل يومين او ثلاثة يزاد فى الشد وفى اليوم الثامن او العاشر ينقطع اصل الورم فيخرج البوليبوس مع شادة العقد من المنخر بجذبها الى الامام

الثانية كيفية (هاتين) اعلم اولا ان هذا الجراح قد اخترع لهذه الكيفية آلة بديعة الصنع بها تصير العروة مفتوحة وتهتدى على اصل البوليبوس وهى مركبة من صفيحة من فولاذ طولها ثمانية قراريط وعرضها قيراط معوجة احد الطرفين

على صورة زاوية قائمة وصفيحتين من فولاذ ايضا يوجدان على سطحها المحدب ويتقاربان ويتباعدان بارادة الجراح ومعوجتى الطرف العلوى بحيث يتكون بتقاربهما من الصفيحة *الاولى قناة توضع فيها العروة ويدفعهما الى الامام يجاوزان الصفيحة الاولى فتنفتح القناة المذكورة وبالجملة فهذه الآلة مرسومة الصورة والشرح فى اخر هذا الكتاب *ثم ان كيفية العمل هى ان يوضع الخيط فى القناة بعد تنفيذ طرفى العروة من الخيشوم من الخلف الى الامام كما ذكرنا آنفا ثم تدخل الالة فى الحلق وتقعيرها الى الاعلى خافضة للسان بتحديها وتدفع حتى تصل الى اعلى البلعوم ثم تدفع الساق المتصلة بالصفيحتين ليجاوز طرفهما الصفيحة الكبيرة وتصير القناة غير كاملة يسهل خروج العروة منها وحينئذ يؤمر مساعد بشد طرفى الخيط ليتخلص من القناة المذكورة ويحيط باصل الورم اذا كان متصلا بقبوة الخيشوم *واما اذا كان متصلا بجوانب الخيشوم فلا يناسب وضع العروة حوله بالالة المذكورة

الثالثة كيفية (ريكو) هذا الجراح يستعمل فى هذه الكيفية آلة مركبة من ثلاثة قضبان من فولاذ معوجة احد الطرفين ومجتمعة فى ماسورة ويمكن تبعيدها عن بعضها وتقريبها بارادة الجراح وفى طرف كل قضيب شبه رأس مثقوب ثقبا متصلا بشق بالغ جميع غلظ الرأس من جهة طرفه وهذا الشق ينفتح بجذب الخيط النافذ فى الثقب * وكيفية استعمالها هى ان تنفذ عروة الخيط فى ثقوب القضبان المذكورة بعد ادخالها من الخيشوم فى الحلق ومنه فى الحنك ثم توصل الالة الى اعلى البلعوم وهنالك تبعد القضبان لتتسع العروة ثم يأمر الجراح مساعدا بجذب طرفى العروة لتتخلص من ثقوب القضبان بمرورها من الشرم الموجود فى طرف كل قضيب متصل بالثقب كما ذكرنا فيحاط اصل الورم بالعروة كما فى كيفية (هاتين) وبعد احاطة اصل الورم بعروة الخيط وعقدها تشد بواسطة الالات المسماة بشادة العقد المذكور شرح بعضها فى باب القطع بالربط وبعضها فى شرح الالات اخر هذا الكتاب

(الفصل السادس فى ثقب الكهوف الجبهية)

اعلم ان استطراق الكهوف الجبهية بالصماخ المتوسط من الخيشوم يصير الاحتياج الى ثقبها نادرا لان الصديد الذى يتكون فى باطنها ينزل غالبا فى الخيشوم ولا يجتمع فيها بكثرة وكذلك اذا تكون فيها بوليبوس فانه يستطيل حالا بعد تكونه نحو تجويف الخيشوم بحيث انه يمكن مسكه بالجفت وقلعه كما يكون متولدا فى محل آخر من الانف لكن اذا لزم الامر لثقب هذه الكهوف لاستفراغ صديد انحبس فيها او استئصال بوليبوس تولد فيها ولم يبرز فى الخيشوم فعلت العملية بهذه الكيفية وهى ان يكشف العظم بشق الجلد قبالة الكهف الجبهى المريض ثم اذا كان المراد استئصال بوليبوس يوضع منشار اسطوانى اسفل الحاجب بين الشرم الحجاجى واصل الانف لان هذا المحل يقابل جزء الكهف الاكثر ميلا وينبغى ان يوجه المنشار حال العمل به الى الخلف والاعلى والانسية ثم يدخل من الفتحة الحادثة جفت او سنارة وتمسك به الاورام الموجودة فى تجويف الكهف ثم تقطع بمقص ويكوى محلها بالنار او بدواء كاو اذا لزم الامر لذلك

واما اذا كان المراد استفراغ صديد فالانسب استعمال المثقاب وعلى كل حال فقد تستحيل الفتحة الى ناصور من دخول الهواء منها فى الانف وحينئذ يلزم ان تسد بقطعة من جلد الاجزاء القريبة على حسب طرق الرم الجراحى لانها اذا انسدت من ذاتها خلفها ندبة شبيهة بالنقرة ربما يقبح منظر الوجه منها

(الفصل السابع فى العمليات التى تفعل فى الكهف الفكى)

(المبحث الاول فى قنطرة هذا الكهف)

اعلم ان فتحة الكهف الفكى موجودة اعلى القرين السفلى وسط الصماخ المتوسط تقريبا واول من فعل قنطرته الجراح (جوردان) فى امرأة كانت مصابة باحتباس المادة المخاطية فيه * وكيفية العملية هى انه اجلس المريضة على كرسى وجعل رأسها منقلبا الى الخلف مثبتا بمساعدين ووقف هو امامها ثم اخذ مجسا مجوفا فى غلظ مجسات القناة الانفية الا انه اقل اعوجاجا منها واطول

مقدار قيراطين وادخل طرفه الرفيع تحت قبوة القرين المصفائى فاحس بشبه ميزاب متكون عن ثنية فى الغشاء النخامى موجود اسفل هذه القبوة بنحو خطين فرفع قبضته قليلا موجها طرفه نحو جدار الكهف حتى صار مرتكزا على فتحته فتحامل به عليها فنفذ من السدادة ووصل باطن الكهف ثم ذرق ماء فاترا فى تجويف الكهف وابقى الالة الى ثانى يوم ثم اخرجها وامر المريضة ان تمتخط فخرج مقدار عظيم من مادة مخاطية * ثم داوم على القثطرة والذرق حتى برأت المريضة بالكلية وكان تمام الشفاء بعد مضى ستة اسابيع

(تنبيه)

ينبغى قبل الشروع فى العملية ان يأمر الجراح المريض بالامتخاط بل ويزرق بعض ماء فاتر فى الخيشوم ليخرج ما يوجد فيه من المخاط لاسيما فى الاشخاص المكثرين لاستعمال النشوق

واذا وجد الجراح فتحة الكهف مسدودة فليتحامل على الغشاء السادلها لثقبه اذ لا خطر فى ذلك لانه رقيق غير مجاور لعضو مهم

(المبحث الثانى فى ثقب الكهف الفكى)

تشريح جراحى * الكهف الفكى شبيه بهرم مثلث قاعدته تلى جدار الخيشوم الوحشى واحد جوانبه الثلاثة يلى جدار الحجاج السفلى والثانى يلى الخد والثالث يلى القوس السنخى * فالقاعدة موضوعة وضعا عموديا من الامام الى الخلف وموازية لحاجز الخيشومين وتبتدأ خلف الحرف العظمى من فتحة الانف المقدمة بعيدة عنه بستة خطوط وخلف النتو الصاعد من عظم اللحى العلوى والقناة الانفية بدون حائل بينها وبينهما ومنقسمة بالقرين السفلى الى قسمين سفلى وعلوى * فالقسم السفلى هو الصماخ السفلى * والعلوى مستور بالقرين المصفائى وهو الصماخ المتوسط ففتحة الكهف الفكى توجد وسط هذا الصماخ اعلى القرين السفلى بدون حائل وهذه الفتحة ذات حواف رقيقة سعتها تختلف على حسب الاشخاص * واما الجانب الذى يلى الجدار الحجاجى من هذا الكهف فهو عين

جدار الجماج السفلى وهو يبتدأ من وراء الحرف الجماجى المقدم السفلى بقدر خطين او ثلاثة ومنفصل عنه بالثقب الجماجى السفلى وبفوهة القناة الانفية واما الجانب الذى يلى الخد فهو منقسم قسمين بالنتو العذارى خلفى ومقدم فالخلفى منهما غائر تحت الاجزاء الرخوة لايمكن الوصول اليه بالالات * والمقدم قريب من الظاهر فى النقرة النابية اعلى الضرسين الصغيرين بنحو خطين * واما ما يلى القوس السنخى فهو اقل الجميع عرضا ومحاذ لاسناخ جميع الاسنان الضرسية لاسيما سنخ الضرس الاول والثانى الكبيرين فانهما المحاذيان له والملامسان للكهف بحيث انهما فى بعض الاحيان لايكونان منفصلين عنه الا بالغشاء المخاطى المغشى لباطنه * هذه هى الحالة الصحية للكهف المذكور * واما اذا كان فى باطنه سائل كصديد او كيس او بوليبوس او جسم فطرى فان الجدران المذكورة تتسع وترق ويصير الجدار السفلى مقابلا لسقف الحنك والجدار الانسى مدفوعا بحاجز الانف نحو الجهة المقابلة له والجدار المقدم اى الخدى يزيد اتساعا عن غيره حينئذ * ثم اعلم انه اذا كان فى الكهف المذكور صديد مجتمع فيه ولا يتيسر خروجه من فتحته الطبيعية لانسدادها يثقب لاستفراغه وكذا اذا كان فى باطنه كيس او بوليبوس او ورم فطرى او جسم غريب دخل فيه من الخارج كرصاص وهذا الثقب يختلف على حسب الاحوال فتارة يكون من الجدار السنخى وتارة يكون من غيره * اما ثقبه من الجدار السنخى فكيفيته هى ان يجلس المريض على كرسى ويسنده مساعد رأسه على صدره مانعا له عن التحرك جاذبا زاوية فمه الى الوحشية باصبعه او بكلاب غير حاد الطرف ثم يقلع الجراح احد الاضراس المقابلة للكهف اذا لم يوجد احدها مقلوعا من قبل نعم اذا لزم الامر لقلع ضرس وكان احدها متسوسا فهو الذى يقلع واذا كانت كلها سليمة يقلع الضرس الصغير الثانى لكونه هو الاقرب من الكهف والاقل نفعا فى المضغ من بقية الاضراس ثم تؤخذ مبطة عارية عن الماسورة او مثقاب وتغرز فى السنخ من اسفل الى اعلى باستقامة اذا كان الغرز فى سنخ الاضراس الاخيرة الاربعة واما اذا كان فى سنخ الاول

فيكون من اسفل الى اعلى وقليلا من الامام الى الخلف حتى يدخل طرف الآلة
فى تجويف الكهف ويعلم ذلك بزوال المقاومة ثم تخرج الآلة فيسيل السائل
المجتمع فى الفتحة الطبيعية ويسهل خروجه بزرق مغلى ملين اوماء فاتر
واذا وجدت قطعة عظم منفصلة من السنخ استؤصلت بجفت * ثم انه لا ينبغى
ان يوضع شئ فى الفتحة مما كان يضعه فيها بعض الجراحين بقصد منع انسدادها
وانما يضع المريض فيها قطعة اسفنج وقت الاكل لمنع دخول بعض اجزاء الاغذية
فى تجويف الكهف وبعد الفراغ منه يغسل فمه غسلا جيدا ويرفعها ثم لمنع
انسدادها يؤمر المريض بوضع اصبعه الخنصر فى الفتحة كل يوم حتى يتم
المقصود واثناء هذه المعالجة يجتهد فى فتح الفوهة الطبيعية لتترك الفتحة
الصناعية فتنسد فاذا لم يتيسر فتحها اجتهد الجراح فى منع افراز سطح الكهف
الباطن بزرق محلول ازوتات الفضة فى تجويفه لتهيجه وتحدث ازرار الحمية
تملاءه بالكلية كما فعل ذلك الجراح (وينهولد)

واما ثقبه من جداره المقدم فكيفيته هى ان يجلس المريض كما ذكر على كرسى
مسنود الرأس على صدر مساعد ثم يؤمر هذا المساعد بجذب زاوية الفم التى تلى
الكهف المريض الى الوحشية والاعلى باصبعه او بكلاب بحيث انه يرفع الشفة
العليا ويقلبها على الخد ثم يشق الجراح الغشاء المخاطى المغطى للنقرة النابية
شقا صليبيا اعلى حرف اللثة بستة خطوط او ثمانية بين اصل الثنو العذارى
والضرس الثانى او الثالث ثم يغرز مثقابا او مبطة او منشارا اسطوانيا صغيرا
او مشرطا صلبا مثبتا فى قبضة فى العظم من الامام الى الخلف ويسيرا من اعلى
الى اسفل ولكن اذا كان المستعمل فى ذلك هو المشرط يلزم بعد غرزة تدويره على
نفسه جملة مرار لتتسع الفتحة وبعد تمام الثقب يخرج السائل اذا كان موجودا
وحده فى باطن الكهف والا ادخل مسبر فى باطنه ليستدل به على الذى فيه
وعن كبره فاذا كان بوليبوسا او جسما غريبا وكانت الفتحة صغيرة وسعت
بالسكين العدسية او بمشرط صلب مقوس حتى تقبل دخول الاصبع فيها
ثم يدخل منها جفت ويمسك به الورم ويستأصل بالقلع ثم توضع فيها كرة نسالة

اوقيل لتستمر مفتوحة حتى لا يسيل من باطن الكهف شئ وحينئذ تترك فتنسد

(تنبيه)

قد يتولد فى باطن الكهف الفكى اورام فطرية تتميز عن البوليبوس بكونها رخوة كثيرة العروق عديمة الساق اى ملتصقة بسعة عظيمة من باطن الكهف المذكور وهذه الاورام تزال بفتح الكهف كما ذكرنا فتحة واسعة ثم يدخل منها جفت اومقص اومشرط محدب عريض النصل ويزال به الورم من قرب العظم ما امكن ثم يؤخذ محور من حديد محمى واصل الى الدرجة البيضاء ويمس به المحل الذى كان الورم متولدا فيه *ولذلك فائدتان *الاولى قطع النزف والثانية ازالة جذور الداء* وبعض الجراحين يستعوض فى الاحوال الخفيفة الكى بالنار بالكى بالادوية الحارة الكاوية كالبوتاس الكاوى ومحلول ازوتات الفضة وزبدة الانتيمون *وكيفية استعمال هذه الادوية هى ان تغمس فى احدها كرات من نسالة وتوضع فى باطن الكهف ثم بعد زوال الداء من اصله وتكون ازرار لحمية ذات طبيعة حميدة تزرق زروقات قابضة حتى يتم الندب *هذا اذا لم يكن سعى الداء الى العظام القريبة والا فلا يكفى فى ازالته ماذكرناه وانما يستأصل جميع ما كان مريضا من العظام مع مراعاة استئصال الاورام السرطانية والفطرية والا فلابد من عود الداء فلذا استأصل الجراح (جنسول) جميع العظم الفكى مع الكهف المحفور فيه لما شاهد اصابته بالداء المذكور وقد ذكرنا لك شرح هذه العملية فى استئصال عظم الفك العلوى فى الجزء الاول من هذا الكتاب فراجعه ان شئت

واما ثقب الكهف المذكور من سقف الحنك فلا يستعمل الا اذا كان هذا المحل مريضا وفيه بروز حاصل عما فى تجويف الكهف من السوائل *وكيفية فعله هى ان تدخل مبطة اومشرط صلب فى هذا المحل من الاسفل الى الاعلى وقليلا من الخلف الى الامام حتى تدخل فى التجويف *واما معالجة جرح هذا الثقب فهى عين المعالجة المذكورة آنفا

(الفصل السابع فى اخراج الاجسام الغريبة التى توجد فى الخياشيم)

اعلم انه قد يدخل فى الخياشيم من الانف اومن جرح غائر فى الوجه حب الحمص اواللوبيا اوالفول كما يقع ذلك للاطفال فى لعبهم اوقطع عظم اوكرات من ورق وهذه الاجسام قد تحدث من مكثها ألما وصداعا وتعيق مرور الهواء من الخيشوم المسدود وتسيل الدموع على الخد من انضغاط القناة الانفية بالجسم المذكور ثم مادة غزيرة نتنة فتقرح الغشاء المخاطى وتسوس العظام المغشى هولها فعلى الجراح حين يخبره المريض بذلك وبسببه ان يبادر فى استخراج هذه الاجسام وكيفية ذلك هى ان يجلس المريض على كرسى امام كوة منيرة مقلوب الرأس الى الخلف ومستندا على صدر مساعد ثم يقف الجراح امامه من جهة الخيشوم الغير الممدود ويرفع جناح الانف الى الاعلى والوحشية ليتسع المنخر ثم ينظر فى باطن الخيشوم ليتحقق من المكان الذى فيه ذلك الجسم فاذا لم يمكنه ذلك بالنظر يبحث عنه بمسبر ثم يدخل جفتا ليمسكه به ويستخرجه او كلابا غير حاد الطرف اوطرف ملعقة ويزاقه خلفه ليدفعه به الى امام فاذا لم تفد هذه الوسائط فى استخراجه دفع جهة فتحة الخيشوم الخلفية ليسقط فى الحلق ومنه يتيسر خروجه اوينفذ مجس (بيلول) فى الخيشوم بالكيفية المعهودة ثم تعلق فيه كرة من نسالة بخيط متين وبعد اخراج طرف الخيط من المنخر تجذب به الكرة فيدفع امامها الجسم الغريب لكونه فى طريقها من الخلف الى الامام * وقد يكفى فى بعض الاحيان فى طرد الجسم الغريب الى الخارج تحريض العطاس باستنشاق المريض ببعض المعطسات اوبحك الغشاء المخاطى بشئ ما * واذا دخل فى الخياشيم اوالكهوف بعد جرح الوجه بعض اجسام مقذوفة بالبارود اوقطع عظم لا ينبغى الاهمال فى استخراجها ولو لزم لذلك توسيع الجرح بالمشرط اوالسكين العدسية

(الفصل الثامن فى رم الانف)

اعلم ان الانف قد يفقد كله اوجزء منه اما من بعض الداآت كالداء الافرنجى وداء الذئب والداء الخنازيرى واما من جدعه كما يقع فى الحرب اومن بعض الحكام

قصاصا لاسيما فى بلاد الهند باللصوص وكما كان يفعل فى بلاد الرومانيين بالزانى والزانية *وقد يتفق ان بعض النساء يجدع انفه ليصير وجهه قبيحا حفظا لعرضه كما فعل ذلك راهبات دير فى مرسيليا احدى مدن فرانسا وقت تغلب العرب عليها *فاذا حصل ذلك ينبغى ان يرم لازالة القبح *واول من فعل عملية رم الانف الهنود وتلقاها عنهم اهل الاوروبا قريبا من القرن الخامس عشر من الميلاد العيسوى *ثم ان هذه العملية تختلف على حسب كون المراد تصليح جزء من الانف فقط او تصليحه كله ولنذكرهما على هذا الترتيب فنقول

(المبحث الاول فى رم حاجز المنخرين)

اعلم ان حاجز المنخرين قد لا يوجد من اصل الخلقة او يزول بعد وجوده بتقرحات او جروح ومن ذلك يحصل قبح فى الوجه بسبب هبوط ارنبة الانف *ثم ان هذا الحاجز قد لا يكون مفقودا فى العلة المزدوجة بل يكون قصيرا وهذا القصر يكون سببا فى هبوط الارنبة وقد يكون مفقودا فيها بالكلية *اما اذا كان مفقودا بالكلية فيرم بهذه الكيفية * وهى ان يدمى محل الحاجز المفقود ثم تفصل قطعة الشفة الفاصلة لنصفيها عن بعضها الى قرب اصل الشفة ثم يدمى جانباها وتدار بحيث ان سطحها الذى كان واليا للاسنان يصير متجها نحو طرف حاجز الخيشوم السفلى وطرفها السفلى يلى ارنبة الانف ثم تثبت فى هذا الوضع بواسطة غرز خياطة حتى تلتئم ثم يضم نصفا الشفة كما تكون العلة بسيطة من الابتداء *واما اذا كانت الشفة سليمة فيصنع حاجز المنخرين بهذه الكيفية *وهى انه يبتدأ بادماء طرف حاجز المنخرين السفلى والجهة الباطنة من ارنبة الانف بمشرط ضيق النصل ثم تفصل شريحة مستطيلة من الشفة العليا بشقين يبتدأ بهما من اصل الشفة وينهيان فى حرفها بشرط ان يكون كل من هذين الشقين بالغا جميع غلظ الشفة وصاعدا من الايسر اكثر من الايمن ثم يسلخ ويزال الغشاء المخاطى المبطن لتلك الشريحة لئلا يمتنع التئامها بالاجزاء التى تصير ملامسة لها من الانف ثم تدار من اليسار الى اليمين على اصلها بحيث ان طرفها يصير متجها نحو ارنبة الانف وسطحها الباطنى جهة باطن الانف واما سطحها الجلدى

فيلى الظاهر ثم تثبت فى هذا الوضع ببعض غرز خياطة متفرقة واما قطعتا الشفة فيقربان من بعضهما ويضمان بالخياطة اللفية كما سيأتى ذلك فى عملية العملة ان شاء الله تعالى ثم توضع فى كل منخر سدادة من نسالة مدهونة بالقيروطى لتمنع تقارب حروفه ويجعل فوق هذه الخياطة اعانة لها ببعض عصائب من اللازوق بحيث ان وسطها يمر من تحت الحاجز لتسنده واما اطرافها فتثبت على الخد نحو الجبهة والصدغين * واما اذا كان الحاجز المذكور موجودا ولكنه قصير وكان فى الشفة العليا علة مزدوجة فكيفية العملية هى ان تفصل القطعة المتوسطة بين الفلقتين من سطح الفك المقدم ثم تدمى حوافيها ويرفع طرفها الخالص حتى يقرب من اصل الشفة ويثبت هناك بابرة رفيعة اودبوس اوغرز خياطة * والجراح (لابات) احد معلمى ذهب الى اخذ الحاجز المذكور من ضرة الابهام على حسب قواعد الطريقة الطليانية لكن لم يتبعه احد من الجراحين فى ذلك

(المبحث الثانى فى رم جناح الانف)

جناح الانف يرم بكيفيتين * احداهما هى ان تسلخ شريحة من جلد الخد من الانسية الى الوحشية على حسب قواعد طريقة سيلس فى الرم على العموم ثم تجذب حتى تقرب حافتها من حافة جزء الانف الانسى السليم فتثبت فيه بالخياطة * وهذه الكيفية تستعمل اذا كان الجزء المفقود من جناح الانف صغيرا واما اذا كان كبيرا فتستعمل الكيفية الثانية وهى ان تؤخذ الرقعة من الخد مماثلة لجزء الانف المراد استعواضه ثم تدار على اصلها وتخاط بدائرة الاجزاء الباقية من الانف بعد ادمائها وهذا يكون على حسب قواعد طريقة الهنود

(المبحث الثالث فى رم ظهر الانف)

اعلم ان الانف قد يكون من اصل الخلقة مفلوقا قريبا من طرفه فلقا موسطا له وهذا الفلق يزال بفصل الجلد من جانبيه ثم بعد سلخه قليلا على حسب قواعد طريقة سيلس يقرب من الجانبين حتى يتلامس ويخاط * نعم قد يكون الانف منخفض الوسط بزوال حاجز الخيشوم الذى هو بمنزلة مسند له وذلك يحصل غالبا من داء الخنازير او الداء الافرنجى فيزال هذا الانخفاض اولا

وكيفية ازالته هى ان يفعل الجراح شقين هلاليين على جانبيه يحيطان به ثم يسلخ الجلد الموجود بينهما ويزيله ثم يسلخ حافتى الشق فى سعة كافية ويمدهما بالجذب حتى تتلامسا على طول ظهر الانف فيخاطا هنالك وزوال الانخفاض يكون بالنسيج الخلوى المبطن للجلد الذى وضع عليه لانه يملأه ويرد للانف شكله المستقيم الاصلى حكما او تقريبا والجراح (ديفيناخ) شاهد فقدان عظمى الانف وعظم الميكعة واغلب الشو الانفى وعظم الوجنة وصفائح عظم المصفاة فى ابنة صغيرة وكان جلد الانف فيها منثنيا فى تجويف الخيشومين بحيث ان ظهر الانف كان على صورة اخدود غائر متعرج فاورث الوجه قبحا شنيعا فشرع فى تصليح انفها بان اجلسها على طاولة مسنودة الظهر على وسائد ثم فعل على جانبى الانف شقين غائرين الى العظم طولهما بقدر طوله فتحصلت منهما قطعة شريحة جلدية متصلة بباقى الجلد من اعلى واسفل فقط ولكنها عريضة من الاسفل اكثر من الاعلى ثم قسم هذه الشريحة قسمين بواسطة شق فعله وسطحها على طولها وطول الشقين الجانبيين من الاسفل بشقين هلاليين بهما انفصل جناحا الانف من اتصالاتهما الوحشية ثم سلخ الشريحتين من اسفل الى اعلى وخلصهما بالكلية من تجويف الخيشومين وفصل حافة كل من الشقين التى تلى الخد من العظام وبعد تمام السلخ قرب حافتى الشق المتوسط بعد ما قطعهما بانحراف من سطحهما الباطن لئلا ينثنيا ثانيا نحو الخيشومين ثم اخاطهما بست غرز خياطة * واما حافتا كل من الشقين الجانبيين فانه قطعهما ايضا بانحراف من سطحهما الباطن وقربهما من بعضهما ثم ضمهما بثمان غرز خياطة وبذلك رجع للانف شكله وبروزه الطبيعيان ثم وضع فى كل منخر قصبة ريشة محاطة بنسالة مغمورة فى الزيت وتفذابرة طويلة رفيعة فى رأسها قطعة جلد مستديرة تحت هذا الانف الصناعى ولوى سنها على صورة حلزون بجفت وثمرة جعل هذه الابرة على هذا الوضع تقريب جانبى الانف من بعضهما وازدياد بروزه ثم بعد صنع الانف بهذه الكيفية صار باردا باهتا فغطاه برفائد مغموسة فى خمر فاتر ممزوج بماء لترجع حرارته اليه وفى ثالث يوم ازال غرز الخياطة وفى اليوم العاشر

رفع الابرة المذكورة وفى العشرة ايام التالية للعشرة الاول صار يكوى باطن الانف بازوتات الفضة ويزرق فيه ماء ابيض فتغشى بغشاء جديد ولم يعقب هذه العملية عارض الا تغنغر حاجز المنخرين فى اليوم الرابع فقرض هذا الحاجز بمقص واستعوضه بحاجز آخر من جلد الشفة العليا

(المبحث الرابع فى رم الانف كله)

اعلم انه اذا كان الانف مفقودا بالكلية بسبب من الاسباب المذكورة انفا يستعوض بانف صناعى من فضة او كاتشوك اى صمغ لدن او ورق مقوى شكله ولون طلاه موافقان لشكل ولون الوجه وسحنة الشخص ويثبت هذا الانف موضع الاصلى بواسطة خيوط اوسلوك تحيط بالرأس اوقطعة من الجلد تؤخذ من الجبهة اومن الذراع والتى توجد من الجبهة تسمى طريقة اخذها بالطريقة الهندية لان اول من استعملها البراهمة * وكيفية العمل هى ان تفرطح قطعة شمع ويصنع منها شبه انف ويوضع مكان الانف المفقود ليعرف هل هو موافق لسحنة الشخص اولا فاذا لم يكن موافقا يصلح حتى يصير مناسبا ويبسط على وسط الجبهة بحيث يصير طرفه الضيق مما يلى الاسفل محاذيا لاصل الانف الطبيعى والعريض مما يلى شعر الرأس ثم يرسم شكل هذا الانف بالمداد اومادة ذات لون مخالف للون الجلد اوبازوتات الفضة لئلا يزول الرسم من الدم ولتتبع فى هذا الرسم دائرة قطعة الشمع المذكورة لكن ينبغى ان يكون بعيدا عنها بقدر خطين لتصير الرقعة كافية بعد تقلصها بعد الشق ثم تدمى حوافى الندبة التى اخلفت جدع الانف اوزواله بالمرض ويفعل شق فى الجلد حول جناحى الانف والشفة العليا ثم تفصل الرقعة المحاطة بالرسم من جميع محالها ماعدى جهة اصل الانف بشقها وسلخها من جهتها العريضة الى الضيقة اعنى من اعلى الى اسفل مع التحفظ على النسيج الخلوى فى هذه الرقعة لئلا تصير رقيقة ثم تدار على اصلها نصف دورة وتقلب على محل الانف بحيث ان سطحها المدمم يصير متجها نحو تجويف الانف وسطحها البشرى يلى الظاهر ثم تطبق حروفها على دائرة ندبة الانف المفقود المدممة وتخاط بها فى جميع محالها ماعدا المحال التى يصير فيها

المنخران ثم تدخل نسالة مدهونة بمرهم مورد تحت هذا الانف الجديد لتسنده فيبقى مرفوعا والمنخران مفتوحين ثم توضع نسالة اخرى مغموسة فى ماء الصمغ حوله على محل الخياطة * وبالجملة فيثبت الانف بالتضميد اللائق ويترك هكذا اربعة ايام ثم ترفع ادوات التضميد الموضوعة ظاهر الانف وتغير كل يوم مدة اربعة اسابيع واما الحشو فلا يخرج من باطن الانف الا بعد حصول التقيح وبعد تمام التئام الرقعة بمكان الانف تزال الخياطة ثم ينفذ محراف قنوى تحت اصل الشريحة لتقطع عليه عرضا بواسطة مشرط والشريحة الصغيرة التى تحصل عقب هذا الشق تخاط باصل الانف القديم بعد ازالة التوائها * هذا وقد نوع جماعة من جراحى الافرنج هذه الطريقة الى عدة كيفيات فمن حيث ان الجرح الذى يخلف اخذ الرقعة فى الجبهة يعسر التئام حوافيه لكونه عريضا من اعلى يقرب ان يكون مستديرا ذهب (ديلبيش) لمنع هذا المحذور الى جعل الشريحة ذات ثلاث زوائد من اعلاها فالوسطى من هذه الزوائد يتكون منها حاجز المنخرين والزائدتان الجانبيتان يصنع منهما جناحا الانف والجرح الذى يخلف هذه الشريحة يصير بيضيا تقريبا فيسهل تقريب حوافيه والتئامها ببعضها *واما الجراح (ليسفرانك) فانه يطول الشق الايسر اكثر من الايمن بثلاثة خطوط وفائدة ذلك تدوير الشريحة بدون التواء اصلها التواء شديدا لكن لم يتبعه بعض الجراحين فى هذه الكيفية لان العروق الآتية الى الرقعة من جهة موق العين الكبير تقطع فيها فيخشى من موتها لقلة الدم المغذى لها وبالجملة فهذه الكيفية لا تستعمل الا اذا كان الانف مفقودا كله الى اصله

واما الجراح (بيلاندين) فانه يتبع طريقة البراهمة الى تمام التئام الانف الجديد وبدل ان يقطع اصل الشريحة بعد العملية بخمسة وعشرين يوما كما تفعل الهنود يزيل الجلد الباقى فوق ظهر الانف القديم ثم يبسط اصل الشريحة ويطبقه بالعظام حتى يلتئم بها وبهذه الكيفية يزول البروز الحاصل عن التواء اصل الشريحة وبها ايضا تبقى العروق المغذية للانف الجديد وباتصال هذا الانف بالجبهة يكاد ان يلتبس على الناظر بالانف الطبيعى

واما طريقة اخذ الرقعة من الذراع فتعرف بالطليانية لان اول من استعملها (تاكليا كوزو) الطليانى وغاية هذه الطريقة اخذ الانف الجديد من جلد العضد او الساعد لكنه لا يفصل منه الا بعد تمام التئامه بحوافى الانف الطبيعى فلاجل تيسر ذلك ينبغى ان يبقى الذراع والرأس متقاربين متلامسين مدة ايام حتى يتم هذا الالتئام وحيث ان هذا الوضع متعب جدا ينبغى تعويد المريض عليه قبل العملية * وكيفية ذلك هى ان يجعل الرأس فى شبه قلنسوة ويثبت فيها تثبيتا جيدا ثم توجه السيور المتصلة بالقلنسوة نحو الذراع المراد اخذ الانف الصناعى منها وتربط فى شبه اسورة موضوعة فيها ويبقى الرأس والذراع متقاربين بهذه الكيفية بعض ايام حتى يتعودا على هذا الوضع المتعب وحينئذ تفعل العملية وكيفيتها هى ان تؤخذ قطعة جلد مدبوغ وتجعل على صورة الانف ثم تبسط على الذراع لتقطع الرقعة على حسبها وينبغى ان تكون هذه الرقعة ستة قراريط طولا واربعة عرضا لئلا تصير صغيرة من انقباضها لكن يلزم ان توضع القطعة الجلد اولا على اثر الانف المفقود ثم على الذراع وهما متقاربين لتقع على محل منه يكون محاذيا للانف * والغالب ان يكون ذلك فى الجهة المقدمة الانسية من العضد اليمنى ثم يفصل الانف الجديد من جلد هذه الجهة ويجعل طرفه الضيق الى الاعلى ثم يسلخ من اعلى الى اسفل ويترك متصلا بقاعدته ثم تدمى ندبة حوافى فتحة الخياشيم عقب ذلك وتقرب الرقعة منها وتضم بها بالخياطة المتفرقة من طرفها وحوافيها ثم يوضع تحت الانف الجديد نسالة مدهونة بمرهم موردو وتثبت الذراع قريبة من الرأس بواسطة القلنسوة والسيور المذكورة آنفا وبعد تمام الالتئام الذى يحصل من اليوم الرابع الى الثلاثين تقطع الرقعة من قاعدتها المتصلة بالذراع وحينئذ يصير الذراع خالصا فيرخى من الربط ويصنع الجراح من هذه القاعدة حاجز المنخرين وجناحى الانف وفوهتيه ثم ينزع النسالة الموجودة تحته وتخاط هذه الاشياء لتلتئم بالخد والشفة العليا ويبقى المنخران مفتوحين بواسطة انابيب من قصب الريش او الصمغ المرن وهذه الطريقة تستعمل اذا لم يتيسر استعمال الطريقة الهندية بان كانت الجبهة صغيرة

لا يمكن اخذ جزء كاف منها من غير شعر فيه او فيها ندبة

(الباب الخامس فى العمليات التى تفعل فى الخنك وما يتعلق به)

(الفصل الاول فى العمليات التى تفعل فى الاسنان)

اعلم ان العمليات التى تفعل فى الاسنان هى تنظيفها وبردها وكيها وكبسها وقلعها وخلعها وقطع رأسها وعدلها وتعويضها اوردها نفسها الى مكانها ولنذكر لك هذه العمليات فى مباحث على هذا الترتيب فنقول

(المبحث الاول فى عملية تنظيف الاسنان)

اعلم ان الآلات المستعملة فى تنظيف الاسنان هى اولا مجرد على صورة لسان الشبوط وهو نوع من السمك فلذا يسمى به وهو حاد من الجانبين وثانيا مجرد على شكل المنقار ويسمى بوز الحمار لشبهه به وثالثا مجرد على صورة ميزاب او طرف ملعقة ورابعا مخراز رباعى الاضلاع طرفه مقطوع بانحراف *وخامسا مجرد مربع مقطوع بانحراف على زاوية قائمة *وسادسا مرآة صغيرة طولها خمسة قراريط وعرضها قيراط واحد

ثم ان كيفية العملية فى هذا التنظيف هى ان يجلس المريض على كرسى ورأسه مستند على ظهر الكرسى ثم يوضع على منكبيه فوطة او ملاءة او منديل لتمسح فيها الآلات ويلزم ان يحضر ماء وطست يمج فيه الماء الذى يتمضمض به مدة العملية ثم يقف او يقعد الجراح امامه ويبعد باصابع يده اليسرى شفتيه اذا احتاج الى ذلك او يثبت بها رأس المريض او يديرها بها برفق بدون ان يستند على الوجه بها ثم يبتدأ فى الجرد بالفك العلوى ماسكا لسان الشبوط باليد اليمنى كمطواة مع كون الشفة العليا مرفوعة وينظف كل سن او يجرده مستندا على ابهام اليد اليسرى ثم يزيل القلح او الحفر من السطح المقدم والجانبى الايمن للاسنان العوارض اى الثنايا ويقال لها ايضا القواطع ولاجل جرد الاسطحة اليسرى من الاسنان يمسك المجرد كقلم الكتابة ويرتكز بالخنصر والبنصر على الاسنان المجاورة اى القريبة من السن المراد جرده *هذا والمجرد الشبيه بالمنقار ينفع فى جرد وتنظيف ظاهر الاضراس والجرد به يكون اما من اعلى الى اسفل او من

الامام الى الخلف واما باطنها فيجرد او ينظف بالمجرد المعقوف فان كان الجرد
فى الجهة اليمنى ارتكز على ابهام اليد اليسرى وان كان فى اليسرى والاسنان
المقدمة ارتكزت راحة اليد على الذقن بعد تغطيتها بطرف فوطة او منديل * واما
جرد الاسنان القواطع للفك السفلى فالجراح يقف خلف المريض ويجرد بلسان
الشبوط كما ذكر وبعد ان يزيل من القلح او الحفر ما يمكنه يرجع الى الامام وينكس
الشفة بالابهام اليسرى ملفوفة بخرقة ثم يثبت الاسنان بالسبابة اليسرى
اذا كانت مزعزعة اى مخلخلة ثم يجرد بالمجرد من اسفل الى اعلى واضراس هذا
الفك تنظف وتجرد كاضراس الفك العلوى والآلات التى يجرد بها سطح السن
الباطنى هى المعدة لجرد جميع الاسنان بعينها
وللمخراز فائدتان الاولى ازالة الحفر الموجود بين الاسنان الثانية تفتيت القشور
الحفرية اذا كانت ثخينة جدا * وكيفية ذلك هى ان يدخل سن المخراز فى تلك
القشور حتى يصل الى السن ثم يبرم فيتفتت الحفر ويسقط على صورة قطع *
والمجرد المقطوع بانحراف قد يساوى المخراز فى هذه الفائدة * واما المجرد الملعق
فانه ينفع لفصل الحفر من عنق الاسنان تابعا عنق السن وحافة اللثة بدون
ان يجرحها ثم ان لهذه العملية قواعد عامة ينبغى التمسك بها
الاولى ينبغى ان تثبت الاسنان المزعزعة تثبيتا جيدا وان يقطع الحفر على السن
نفسه جملة قطع بدون اهتزاز السن وانفلات الآلة من يد الجراح * الثانية
ان يبتدء فى العمل بالآلات من عنق السن الى حافته اى طرفه كى لا يجرح اللثة
الثالثة ان لا يبالغ فى تبييض الانياب كالقواطع لكونها دائما اشد
اصفرارا منها فالمبالغة فى تبييضها مثلها غاية لا تدرك * الرابعة ان لا يطمع
فى الوصول الى بياض ولمعان واحد فى جميع الناس فلذا يقتصر على رفع
الحفر والقلح بدون ان تلمس نقط الظلم نفسه لانها لا يمكن ازالتها ابدا
الخامسة اذا وجد جوهر السن مسترخيا او معدوما منه الظلم لزم ان يكون
الجرد باحتراس ومن الحزم ان يبقى يسير من الحفر * السادسة ان لا تشق
اللثة ولا تفصل من الاسنان * ثم بعد فعل اغلب العملية ينفذ مسواك من ريش

اوغيره بين الاسنان وتدلك بكرة من القطن اومسواك مندى حامل لسنون ثم يستقصى بالمرآة هل بقى شئ فى باطن السن يلزم رفعه اولا واذا عسر رفع الحفر بالمجرد لكونه قريبا من عنق السن اوشاغلا لنقر فيه يستعمل عود من خشب حاد الطرف مغموس فى محلول حمض الكلورودريك المضعف فى خمسة اجزاء من الماء ويدلك بطرفه الحفر فيتحلل فى الحال ثم تمضمض المريض بماء قراح لاجل تحليل الحمض ومنع تأثيره بقوة على السن نفسه

(المبحث الثانى فى برد الاسنان ويقال له السحل ايضا)

اعلم ان الالة المستعملة فى سحل الاسنان مبرد صغير شبيه بمبرد الساعاتى وهو على نوعين احدهما منقوش من جهة واحدة فقط * والثانى منقوش من الجهتين ويلزم ان يكون النقش متساويا لئلا يحصل ارتجاج السن ثم ان المبارد التى تستعمل فى سحل اقصى الاسنان تكون محمولة على مقبض ليس منها بخلاف المبارد التى تستعمل فى سحل باقى الاسنان فان نصابها يكون منها اذ المبرد حينئذ يكون اصلب واقل قابلية للانكسار

(كيفية العمل) * هى ان يجلس المريض ويقف الجراح امامه اوخلفه على حسب الحاجة ومن اللازم ان يكون مستحضرا على ماء ساخن تغمس فيه المبارد لانها اذا غمست فى ماء بارد احس المريض بالم شديد ثم يبعد شفتى المريض باصابع يده اليسرى ويرتكز بطرف السبابة من هذه اليد على السن المريضة لتثبيتها ومنع اهتزازها ولتكون مركزا لليد اليمنى الماسكة للالة ثم يضع الالة على الجزء المراد سحله من السن ويبرده لكن يلزم ان يكون البرد برفق وبطئ بدون وثبات ويكون المبرد موضوعا على السن بسطحه بدون ميل واذا انشب لزم ايقاف البرد وتخليص المبرد برفق لان ادنى عنف فى جذبه ربما يثلم السن اويكسر الالة وينبغى ان يرفع المبرد زمنا فزمنا ويغمس فى الماء البارد لئلا يحمى وينظف سطحه وقبل ان يوضع ثانيا ينظر هل يجب البرد ايضا اولا وما القدر الذى يلزم برده بعد

(تنبيه)

لهذا البرد قواعد تنبغى مراعاتها * الاولى اذا كان التسوس المصيب للسن خفيفا يلزم ازالته بالكلية واما اذا كان غائرا جدا فيقتصر على فصل السن المتسوس وعزله من الاسنان المجاورة له * الثانية اذا كان المراد برد الاسنان من الجوانب يلزم ابقاء الجزء القريب من العنق منها بدون برد ليكون مركزا للاسنان المجاورة له فيمنع تقاربها من بعضها * الثالثة اذا كان المراد صحل الاسنان العوارض لزم توجيه المبرد بانحراف لاجل كشطها الا ماقل من سطحها المقدم * الرابعة اذا كان السنان المراد عزلهما متسوستين يلزم استعمال المبرد المنقوش السطحين بخلاف ما اذا كانت احداهما سليمة فيلزم استعمال المبرد المنقوش من سطح واحد فقط * الخامسة اذا اريد ازالة خشونة السن او تقصيرها لكونها طويلة جدا قدم المنشار الصغير على المبرد لكونه اسرع فى قطعها منه ثم اذا لم يمكن توجيه المنشار او المبرد بالعرض فى هذه الاحوال وجه بانحراف الى جهات مختلفة وقطع به ما يراد قطعه جملة قطع اذا لم يمكن قطعه مرة واحدة * السادسة اذا كان الجزء المراد ازالته من السن عظيما جدا قطع بالمنشار او المقراض واذا خلف هذا القطع خشونة ازيلت بالمبرد فاذا حصل للمريض من ذلك تضريس مسك عن المبرد ونظر فى ما يناسب السن من العمليات المذكورة فى هذا الفصل

(المبحث الثالث فى كى الاسنان)

كى الاسنان المتسوسة المؤلمة فائدته منع سعى التسوس وقطع الالم الحاصل منه بافساد اعصاب السن المتهيجة وهذا الكى يفعل اما بالنار واما بالادوية الكاوية على حسب ما يراه الجراح انجع * اما الكى بالنار فيفعل بمحور مكون من ساق من فولاذ احد طرفيه متصل بقبضة مضلعة والطرف الثانى معوج ومنته بكرة صغيرة فيها بروز طوله ثلاثة خطوط او اربعة وفائدة الكرة المذكورة حفظ الحرارة لتنتقل منها الى البروز بعد وضعه على السن لئلا يبرد بسرعة كما يقع ذلك لو استعمل فى هذا الكى مسبر فان حرارته تقل قبل ان يصل الى السن المراد كيه به وهذا المحور يحمى على لهب مصباح متقد بالعرق لكن قبل الكى ينبغى

تنظيف الحفرة الحاصلة فى السن من التسوس * وكيفية ذلك هى ان يخرج منها فتات الغذاء او القطع الصغيرة المنفصلة من السن بنحو مسبر ثم توضع فيها كرة من قطن بجفت صغير رفيع لتشرب الرطوبة الموجودة فيها وبعد ان يبعد الجراح الشفتين يتناول المحور المجى الواصل الى الدرجة البيضا ويضع البروز فى الحفرة ثم اذا لم يكف اول كى اعيد ثانيا حتى يفسد العصب بالكلية ولذلك تحمى الآلة ثانيا نعم هى لا تبطئ فى رجوعها الى الدرجة المذكورة لما بقى فيها من الحرارة

واذا لم يزل العصب السنى مستورا بطبقة رقيقة من السن فى قعر الحفرة ينبغى التحامل عليها بطرف المحور حتى يثقبها ويصل الى العصب نفسه فيفسد بالنار واذا كان التسوس غير غائر يكوى السن بمحور غليظ البروز بان يمر به على سطح التسوس بدون ان يصل الى قناة السن وهذه العملية تناسب فى تسوس الاسنان القواطع المصحوب بلينها

واما الكى بالادوية الكاوية فيستعمل اذا خاف المريض من النار * وله كيفيات منها ان تحشى حفرة السن الحاصلة من التسوس بكرة من قطن مغموسة فى العرق او صبغة روحية او فى الحمض الازوتيك او الكلورودريك نقيا او ممزوجا بالماء ويكرر هذا الحشو جملة مرار حتى يتم المقصود وبعض الجراحين يستعوض هذا الحشو بوضع قطعة من البوتاس فى حفرة التسوس وبعضهم يضع كار مركب من اجزاء متساوية من ازوتات الفضة ومن خلات الرصاص ثم تغطى الحفرة بكرة من قطن ترفع بعد انالة المقصود

ومنها ان الجراح (طورك) النانسى بلد الفرنساوى مملكة يكوى العصب السنى بوضع احد الحوامض المذكورة سابقا عليه بدون واسطة ولذلك اخترع آلة هى انبوبة من زجاج جدرانها رقيقة وغلظها نحو ثمانية خطوط اى ثلثى قيراط واحد طرفيها منتفخ على صورة كرة واما طرفها الثانى فهو رفيع شعرى الغلظ معوج وكيفية العمل بهذه الآلة هى ان يقبض عليها براحة الكف كلها من جهة الكرة وتبقى برهة من الزمن فيها ليسخن الهواء الموجود باطنها فيخرج جزء منه

ومايبقى يصير متخلخلا ثم بعد ان يوضع الطرف الشعرى فى الحمض تبعد اليد عن الكرة لتبرد هى والهواء الموجود باطن الالة فيتكاثف الهواء المتخلخل ويحصل هنالك فراغ فيصعد مقدار من السائل الحمضى فى الانبوبة ثم يخرج الطرف من السائل ويوضع فى حفرة تسوس السن ثم تسخن الالة باليد فينطرد الحمض منها وينزل فى الحفرة المذكورة ويكوى العصب السنى *ولاجل عدم خروجه منها وانتشاره فى الحنك تغطى بكره من نسالة وهذه الكيفية لاتناسب الا فى اسنان اللحى السفلى واما الاسنان العليا لايليق بها الا الكى بالنار لئلا يسقط السائل الكاوى من تجويف التسوس

(المبحث الرابع فى كبس الاسنان)

كبس الاسنان هو طم اى ملاء الحفرة الحاصلة فى السن من التسوس وتسويتها بالسليم مما حول فتحتها بمادة معدنية والافرنج يسمون هذه العملية بالترصيص لانهم كانوا يستعملون فى الكبس المذكور صفائح الرصاص والآن صار جمهورهم يستعمل صفائح الذهب والفضة والبيلاتين وغيرها الا سيما معدن (دارسه) القابل للذوبان بسهولة نيابة عن صفائح الرصاص لعدم تغيرها من التاكسد واصلابتها *ثم ان هذه العملية لاتناسب الا فى التسوس اليابس لا فى الرطب المصحوب بلين السن ويسهل فعلها فى الاسنان السفلى اكثر من العليا لكون فتحة التسوس فيها متجهة الى الاعلى على عكس فتحة العليا وفى الاضراس اكثر من الانياب والقواطع ثم انه يشترط لنجاح الكبس ان تكون الحفرة قابلة لحفظ المعدن فيها وان لاتكون السن مؤلمة وكذا العصب وان يكون هذا العصب مغطا بجزء صلب من السن يحمل المادة ويمنع ملامستها اذا علمت ذلك يلزم البحث عن وجود هذه الاشيا بان يدخل مسبر فى حفرة التسوس ثم يتكأ به برفق على السن فاذا وجد العصب متألما فاما ان لاتفعل عملية الكبس اصلا واما ان تفعل بعد افساد العصب بالكى المذكور وصيرورة السن غير مؤلمة بالكلية فاذا اهمل الجراح هذا الاحتراس لابد وان يحصل من الكبس عوارض ثقيلة فيلزم ازالة المطموم به الحفرة او قلع السن نفسه

(ولعملية الكبس طريقتان) للاولى منهما كيفيتان * اولاهما هى ان يبتدأ اولا بتنظيف حفرة التسوس بان تخرج اجزاء الغذاء التى دخلت فى الحفرة وكذا اجزاء السن المنفصلة من التسوس بشبه كلاب غير حاد الطرف ثم تدخل كراة من قطن فيها التمسح بها وتتشرب الرطوبة * وبعض الجراحين يغسل باطن الحفرة ببعض الصبغات البلسمية اذ كلما كانت هذه الحفرة خالية من الاجسام الغريبة ناشفة كلما كان الكبس مفيدا * واذا وجد باطن الحفرة املس لزم احداث خشونة فيه بواسطة المجرد لتتشبث بها مادة الكبس ثم عقيب ذلك يؤمر المريض باستمرار فتح حنكه لئلا يدخل اللعاب فى الحفرة ثانيا وتؤخذ الصفائح المعدة للكبس وتدار بين الاصابع ليتكون منها كرة تزيد على تجويف حفرة السن المراد كبسها مرتين وتوضع فى فتحة تلك الحفرة لتطم بها بالمكبس الذى هو شبه مسبر غير حاد الطرف معوجه بان يضغط به عليها حتى تدخل فى النقرة وتملاء جميع تعاريجها ولا يبقى بينها وبين باطن جدران الحفرة خلو * ثم ان كانت زائدة عن دائرة فتحة الحفرة قطع الزائد منها بالمجرد وسوى محل القطع بالمصقلة واذا كان المستعمل فى كبس حفرة التسوس صفائح الرصاص لزم تسخين المصقلة كى يسهل الصقل بها

ثانيتهما وتنسب الى (ديلابار) اعظم اطباء الاسنان هى انه اذا كانت حفرة التسوس كبيرة توضع فيها قطعة ذهب رقيقة مقعرة فوق العصب لتحميه من ضغط مادة الكبس فلا يتألم ثم تكبس الحفرة كما ذكر آنفا

الطريقه الثانية يستعمل فيها لكبس الحفرة الحاصلة عن تسوس السن مركب (دارسه) الذى صير (ريكار) قابلية ذوبانه شديدة باضافة جزء من الزيبق على كل اربعين او عشرة اجزاء منه بحيث يذوب بادنى حرارة ويبرد سريعا فاذا اردت معرفة هذا المركب وصنعه فعليك بكتاب الكيميا الذى الفه من احاط علما بجميع الفنون ناظر مدرسة الطب الالمعى بيرون * ثم ان كيفية العمل به هى ان تنظف حفرة السن كما ذكر سابقا وتؤخذ قطعة من هذا المركب بملقاط او بطرف المسبر الحاد بعد غرزه فيها وتدخل فى الحفرة او فى فوهتها ثم يؤخذ مكباس محمى على

لهب شمعة ويوضع فوق تلك القطعة فتذوب وتملأ تجويف الحفرة فاذا لم يمتلأ من القطعة المأخوذة اولا تؤخذ قطعة اخرى وتوضع فوقها ثم تذاب فتلتصق بها وهكذا حتى تنهى العملية بتبطيط بروزات مادة الكبس وتسويتها ثم ضغطها وهذه الطريقة افضل من الاولى لان هذا المركب يصير بعد وضعه فى الحفرة على صورة كتلة واحدة مندمجة لاخلال بين اجزائها بحيث ان اللعاب والرطوبات الخنكية لاتدخل فيها وايضا به يمكن كبس الحفر القليلة الغور لانه يلتصق بخشونة الاسطحة التى يوضع فوقها التصاقا متينا * ومن فوائد كبس حفرة الاسنان المتسوسة منع تاثير الهواء ورطوبات الخنك والاغذية والمشارب على جدرانها المريضة بدخولها فيها * ومنها ابطاء سعى التسوس اوقطعه بالكلية لكن فى بعض الاشخاص قد يستمر التسوس تحت مادة الكبس بحيث ان الحفرة تتسع شيأ فشيأ فيتكون خلو بين مادة الكبس وجدرانها فتصير هذه المادة غير ثابتة بل ربما خرجت من الحفرة بنفسها * اذا علمت ذلك فلتنظر فى حالة السن فاذا وجدته قابلا للكبس فافعله والا فاقلعه * ثم انه اذا حصل للمريض بعد عملية الكبس تعب واحس بشبه ضغط فى باطن السن ينبغى ان يدبر تدبيرا لائقا يمنع حصول الم السن والتهاب عصبه اواغشية السنخ بان تعطى له الاطعمة الخفيفة القليلة الصلابة لئلا تستدعى قوة المضغ والاشربة والمضامض المرخية وان تستعمل الابزن القدمية والفصد الموضعى فاذا حصلت هذه العوارض وكانت شديدة لزم اعادة الاستفراغات الدموية بل واخراج مادة الكبس التى هى سبب التهيج * وبعض الاطباء لايخرج مادة الكبس فيما اذا لم يوجد خلاف الالم بل يخلع السن لتنقطع ارتباطاتها العروقية والعصبية ثم تبقى فى موضعها وسنذكر لك كيفية هذه العملية

(المبحث الخامس فى عملية خلع السن)

خلع السن هو قلعها بتمزيق العروق والاعصاب منها فقط بجذبها نحو دائرة السنخ وتميلها بقوة غير كافية لاخراجها بالكلية من السنخ وهذا الخلع ينفع فى ايقاف تسوس السن المتسوسة وقطع الالم الذى يحصل فى السن السليمة * وكيفية

العملية

العملية هى ان تقلع السن بالكيفية التى سنذكرها فى الكلام على قلع الاسنان غيران الفرق بين الخلع والقلع هو ان السن فى الاول لا يخرج بالكلية من السنخ بل يقطع من العصب المتشبث فى جذره ثم يرد الى موضعه الطبيعى بالضغط عليه بالاصبع ويربط فى الاسنان المجاورة له او يغطى بقطعة من خشب الفلين ليضغط بها المريض عليه بتقريب لحييه ثم يؤمر بعدم المضغ وتحريك لحييه مدة ثلاثة ايام او اربعة فبعد هذه العملية يحصر السنخ السن بقوة فيصير فى منزلة سن غريبة ليس لها ارتباط حيوى بالجسم وهذا لا يمنعها غالبا من الانتفاع بها كبقية الاسنان نعم تتهيج جدران السنخ لاسيما غشاؤه الباطن من ملامسته بهذا السن الذى صار بخلعه كجسم غريب فتلتهب وتتهيج ولربما اضطر لاخراج السن بالكلية ومن فوائد هذه العملية ايضا عدم فقدان السن مع ازالة مستوجبه من الدا ات نعم هى لا تفعل الا فى الاسنان العشرين المقدمة ويشترط لنجاحها ان يكون المريض شابا وان يكون كل من اللثة والسنخ سليما ايضا والسن غير متغيرة كثيرا وليست عارية عن اللثة حتى يؤمل حفظها مدة سنوات والا فاما ان تكبس السن او تقلع رأسا

(المبحث السادس فى قطع رأس السن)

هذه العملية غايتها ازالة رأس السن المتغير وابقاء جذرها ليكون مسندا للاسنان المجاورة له وحاملا للاسنان الصناعية ولذا فضل اطباء الاسنان من الانكليز قطع رأس السن على قلعها اذا لم تكن بالغة التسوس وهذا القطع اما ان يفعل بمنشار صغير او مبرد او مقراض * وكيفية العمل بهذه الآلات سهلة فلا حاجة لذكرها هنا غيرانه بعد القطع تكوى اعصاب جذر السن الباقى لانقطاع المها

(المبحث السابع فى تقريب الاسنان)

هذه العملية تستعمل فيما اذا قلعت سن من الاسنان المقدمة وحصل للوجه قبح من خلو موضعها * وكيفتها هى ان يلف خيط مبروم من الابريسم متوسط الغلظ حول عنق السنين المتباعدتين لفتين ثم يعقد ثلاث عقد وبعد

ثلاثة ايام يستعوض ذلك الخيط باخر يشد اكثر منه ويكرر ذلك جملة مرات حتى يضيق الخلو المذكور وذلك يتم فى ظرف شهر وحينئذ يستعوض خيط الابريسم بخيط من كتان اوقنب لايقاف السنين متقاربتين حتى تتصلب الاسناخ وذلك يستدعى شهرا ثانيا

(تنبيه)

هذه العملية تنجح الى بلوغ الانسان ثلاثين سنة اوستا وثلاثين واما اذا زاد السن عن ذلك فلا تفيد هذه العملية غير زعزعة الاسنان

(المبحث الثامن فى عدل الاسنان)

هذه العملية تفعل لرد السن المائلة عن موضعها لتصير فى صف بقية الاسنان ولا يؤمل نجاحها الا اذا كان سن المريض زائدا عن ثلاثين سنة *واعلم انه لا يحاول عدل السن الا اذا كان موجودا لها محل فى الصف قبالها والا فتقلع لكونها غير نافعة مشوهة للوجه* نعم اذا كان الناب هو المتحول عن مكانه يقلع الضرس الصغير الاول ولو كان فى الصف ليخلو موضعه ويتيسر رد الناب فيه واذا لم يوجد محل للسن المائلة عن مكانها وكان هنالك خلو بين الاسنان المجاورة لها قربت هذه الاسنان بالربط المذكور ليتكون محل للسن المذكورة ثم ان عملية العدل تفعل بواسطة صفيحة من ذهب اوعاج مثقوبة بثقوب تنفذ منها الاربطة ومصنوعة قصدا لذلك *وكيفية استعمالها هى ان توضع الصفيحة على الجهة الظاهرة من القوس السنى اذا كانت السن بارزة الى الباطن ثم يحاط عنقها بخيط متين من حرير وينفذ طرفاه فى ثقوب الصفيحة ليجذبا السن الى الظاهر نحو الصفيحة وقد يلزم ربط هذه الصفيحة بالاسنان المجاورة للسن الحائدة باربطه اخرى واما اذا كانت السن بارزة الى الظاهر وضعت الصفيحة جهة الباطن

(المبحث التاسع فى قلع الاسنان)

قلع الاسنان هو اخراجها من اسناخها بجذبها بقوة وهو يفعل اذا لم يمكن نجاح جميع العمليات المذكورة آنفا فى ايقاف سعى التسوس وقطع الالم بحيث

ان ابقاء السن فى الحنك يصير مضرا لما ينشأ عنه من العوارض الثقيلة كالتهاب غشاء السنخ المزمن ورفع جذر السن اوتورمه وحدوث نواصير سنية متعبة نعم اذا كان التسوس مقتصرا على رأس السن ينبغى الابتداء باستعمال احدى العمليات المذكورة آنفا ولا يقلع الا اذا لم تجد هذه العمليات نفعا * ثم انه يجب على الجراح قبل الشروع فى القلع ان يتحقق من السن المريضة اذا كان الالم حاصلا عن مرض فى جذر السن اوسنخها بدون ان يكون ظاهرا منه شئ اذ بانتشار الالم فى الاسنان السليمة المجاورة للمريضة يشتبه عليه السن المريضة بالسليمة فاذا لم يتحقق من المريضة فلربما اخطاها ولم يظهر له خطأه الا فيما بعد فعلى ذلك لا ينبغى ان يعتمد على اخبار المريض بل يبحث عن السن المريضة فى جهتها بحثا جيدا حتى يميزها من السليمة بان يضغط بالاصبع على كل سن من اسنان جهة الالم فالسن التى يحصل من ضغطها الم شديد تكون هى المريضة * واما اذا كانت السن المؤلمة متغيرة اللون اومتسوسة فلا عسر فى التشخيص واذن هى التى تقلع * واذا كان هنالك عدة اسنان متسوسة ولم يعلم الجراح ايها المتولمة وضع مسبرا فى حفرة تسوس كل سن فالتى تتألم من ذلك تألما شديدا هى التى تقلع * نعم اذا كان هنالك جملة اسنان متألمة ولم يعلم ما التى ابتدأ فيها الالم وكانت سببا لتألم غيرها حتى تقلع اخر الجراح عملية القلع وعالج الالم والعوارض الحادثة الموجودة بما يناسبها لان هذا اصوب وخير من ان تقلع سن يظن انها المريضة وليست هى فيكون ذلك سببا لاستمرار الالم مع فقدان سن لم تستحق القلع واعلم انه لا ينبغى الاقدام على قلع سن من الاسنان مادام موجودا فى جدران الحنك التهاب شديد اوتورم وتجمع صديد بل يستنظر زوال هذه العوارض بالمعالجة ثم تقلع السن والا قلعت حالا اذ بذلك ينقطع الالم * وبعض الاطباء وصى بعدم قلع السن فى زمن الحمل لانه يخشى ان يحصل منه فى بعض النساء الاجتهاض بسبب حصر النفس والحركات القوية التى تفعلها الحامل وقت القلع اوالحركات التشنجية التى تحصل فى بعض النساء العصبيات عقب القلع من شدة الالم الذى حصل لهن منه

ثم ان الآلات المستعملة فى قلع الاسنان كثيرة جدا والمستحسن منها هو مفتاح كرانجو والبجعة والنازعة والكلاليب والعتلة ورجل الايل ولسان الشبوط اما مفتاح كرانجو فهو مركب من قبضة مستعرضة مثبتة فى بقية الالة تثبيتا جيدا وساق من فولاذ طوله من اربعة قراريط الى خمسة معوج الى جهتين متضادتين لئلا تزاحمه الاسنان المقدمة حين قلع الاسنان الاخيرة به ومخصرة وهى بروز مربع مستطيل موضوع على جانب طرف ذلك الساق فائدته الاتكاء به على الاسنان او الاسناخ * ثم انه يوجد قريبا من طرف الساق حذاء المخصرة ثلم او ثلمين يوضع فيه احد طرفى الكلاب ويمسك فيه بواسطة لولب ذى رأس مفرطح مواز لمحور الآلة فى الوضع ينفذ فى ثقب يوجد فيه ومن كلاب مقوس بحيث ان طرفه وحده هو الذى يلامس السن المراد اخراجها لانه اذا اتكأ الكلاب بوسطه على رأس السن ربما كسره وينبغى ان يستحضر على جملة من الكلاليب المختلفة الكبر وان يكون احدها معوجا مرتين فى جهتين مختلفتين ليطابق الاضراس الاخيرة وطرف الكلاب منته بشبه سنتين وفيه خشونة جهة تقعيره لتمنعه من الانزلاق على السن

واما البجعة فهى آلة مركبة من قبضة شبيهة بقبضة مفتاح كرانجو وساق احد طرفيها متصلة بالقبضة والثانى عريض فيه خشونة معد للارتكاز به وساق اخرى جانبية متصلة بوسط الاولى بواسطة لولب ومنتهية بكلاب مجاوز لطرف الساق الاولى وطرف هذا الكلاب شبيه بطرف كلاب كرانجو وهذه الآلة وان كانت مستعملة فى اغلب البلاد الجنوبية من الاوروبا الا انها غير جيدة فى قلع الاسنان والمفتاح احسن منها وسميت بالبجعة لشبهها بمنقار البجع وهو نوع معروف من الطيور

واما النازعة فهى شبيهة بالمفتاح ايضا غير انها تخالفه من حيثية ان قبضتها ليست مستعرضة بالنسبة لساقها وانما هى على خط واحد معها وكذلك المخصرة والكلاب * واما الكلاليب فمنها ما هو مستقيم ومنها ما هو معوج

وينبغى ان يكون مقبضا كل كلاب متباعدين الى الجانبين لا الى الاعلى والاسفل

واما العتلة فهى مركبة من ساق معوجة قليلا ومنتهية بشبه هرم مربع الزوايا وفيها سطحان من اسطحتها اكبر من غيرهما وقبضة وهى تكون اما مستعرضة واما على خط واحد مع الساق

واما رجل الايل فهى مكونة من ساق احد طرفيها مفلوق فلقتين والثانى متصل بقبضة * وبالجملة فالالات المستعملة فى قلع الاسنان على ثلاثة ضروب فالضرب الاول الالات التى لا تلامس الاسنان الا بجزء صغير منها كالكلاليب والثانى الالات التى تمسك السن من جهتين من جهاتها بدون ان تلامس الاسنان المجاورة والفك كالاصابع والكلبتين * والثالث الالات التى ترتكز وقت القلع بها على عظم الفك او على الاسنان المجاورة للتى يراد قلعها كمفتاح كرانجو والبجعة ولسان الشبوط والعتلة

كيفية القلع هى ان يجلس المريض قبالة كوة يأتى النور منها على كرسى ذى ظهر ليرتكن عليه برأسه فاذا لم يتيسر ذلك جلس على كرسى اخر واستند بظهره ورأسه على حائط او صدر مساعد او صندوق او على ركبة الجراح ويقف الجراح نفسه امامه او على جانبه اذا كان القصد قلع سن من اسنان الفك السفلى واما اذا كانت السن المراد اخراجها من الفك العلوى فيقف الجراح خلف المريض واذن يلزم ان يكون المريض جالسا على كرسى لا ظهر له وليس مرتفعا او على الارض ورأسه مقلوب ومرتكز على الجراح واذا ادى ضعفه الى ان يكون مستلقيا على ظهره فى فراشه لزم فعل العملية وهو على هذه الحالة وعلى كل حال فبعد وضع المريض الوضع المناسب يبتدئ الجراح بالبحث عن حالة السن المريضة هل هى ثابتة او متزعزعة فاذا وجدها متزعزعة واللثة ملتصقة بها التصاقا قويا كشفها بفصل اللثة منها بالمشرط او المعرية وهى آلة مركبة من قبضة ونصل صغير ذى حد غير ماض ومقعر وانما سميت بالمعرية لكونها تعرى السن عن اللثة وان وجدها ثابتة واللثة غير ملتصقة بها

التصاقا قويا استغنى عن المعرية لانها تطيل فى زمن العملية ولا تمنع دائما تمزق اللثة مع جزء من السنخ

ثم اذا كان القلع بمفتاح كرانجو يركب اولا الكلاب اللائق بالسن على المفتاح ثم يمسك المفتاح باليد اليمنى بحيث تصير السبابة ممدودة وبعد وضع سبابة اليد اليسرى على طول ساقه ورفع الوسطى له يدخل فى الحنك بوضعه على الجهة الباطنة للسن قريبا من السنخ ما امكن لكن يحترس من ان يلامس وسطه السن لانها تنكسر من ذلك ثم يرتكز بالمخصرة على اللثة فى الجهة الثانية من السن اى على جهتها الظاهرة * ومن اللازم ان يكون طرف الكلاب واقعا وقوعا مستقيما على السن لان انحرافه ولو يسيرا يكون سببا فى انكسار السن فبعد وضع المفتاح بهذه الكيفية وتثبيته تثبيتا جيدا يقبض على قبضة المفتاح باليد اليمنى وهو بين الوسطى والسبابة * واما اليد اليسرى فتثبت بها جهة الفك التى فيها العمل تثبيتا قويا ثم تقلب السن جهة المخصرة بحركة ارجوحية تتزايد تدريجا لاقوية من الابتداء ومتى احس الجراح باطاعة السن للكلاب جذبها الى الاعلى ليخرجها خارج السنخ او خارج الفم * وبعض الاطباء يتمم قلع السن بالكابتين بعد ان يقلبها قلبا خفيفا او بالجفت وذلك لمنع كسر السنخ الذى لا بد منه اذا كان القلب الحاصل من الحركة الارجوحية شديدا * ثم ان التصاقات السن بالسمحاق السنخى تتمزق فى قلع العصب السنى وينكسر جزء صغير من حرف السنخ * واما اذا كان القلع بالنازعة فكيفيته هى ان تمسك قبضتها براحة اليد كلها والابهام والسبابة قريبتان من طرفها ما امكن ومثبتتان لساقى المخصرة والكلاب ثم يوضع الكلاب والمخصرة كما ذكر آنفا فى استعمال المفتاح وتقلب السن قلبا خفيفا الى الظاهر ومتى احس الجراح بمطاوعتها له يرفع المخصرة قليلا على اللثة ثم يقلب السن بحركة ارجوحية الى الظاهر قلبا يتزايد تدريجا بحيث تخرج السن من غير ان تنكسر هى وحرف السنخ وهذه الالة وان كانت جيدة جدا فى قلع الاسنان الا انها لا تستعمل الا فى قلع الاسنان المقدمة

واما اذا كان القلع بالجعة فكيفيته هى ان تلف مخصرتها بقطعة خرقة رفيعة بيضا بالية ثم يمسكها الجراح بيده اليمنى ويضع كلابها على الجهة الباطنة من عنق السن واما المخصرة فتوضع على الجهة الظاهرة من السنين اللتين هما امام السن المراد قلعها ثم يضع ابهام اليد الخالصة على السطح الباطن من هذه الاسنان *واما بقية الاصابع فتوضع تحت الذقن ثم بتدوير قبضة الجعة من الخلف الى الامام ومن الوحشية الى الانسية كانه يراد تقريب الكلاب من محور البدن حذاء موضع المخصرة تنقلب السن على الجهة الظاهرة من حرف السنخ ولكن هذه الحركة لا تكفى فى قلع السن بالكلية بل تخلعها فقط واذن يتم قلعها بجفت واذا كانت الاسنان المجاورة معدومة وضعت قطعة فلين مكانها لترتكز عليها المخصرة

واما اذا كان القلع بالكلبتين فكيفيته هى ان تمسك السن بين مقبضيهما من الامام والخلف قريبا من حرف السنخ ما امكن ثم بعد ان تدار السن على نفسها لتتزعزع ويسهل اخراجها بعد تجذب الى الاعلى باستقامة *وينبغى ان لا يضغط الجراح بالآلة على السن ضغطا قويا لئلا يقطع مقبضا هما رأسها فيبقى جذرها فى السنخ *وقد تقدم ان الكلبتين انما يستعملان فى قلع المتزعزع من الاسنان المقدمة لا فى الثابت منها جدا اذا استعمالهما فيه يخشى منه كسره

واما اذا كان القلع بالعتلة فكيفيته هى ان يوضع طرفها بين السن السليمة والمريضة او بين السليمة وجذر المريضة لتكون السليمة مركزا للالة او بين الجذر وسنخه ثم تركز الآلة على سبابة اليد اليمنى او ابهام اليسرى فان كان ادخال الآلة بين السنين تدار على نفسها فتبعد السن المريضة عن السليمة وتقلب وان كان بين السليمة وجذر المريضة او بينه وبين السنخ بان كان المقصود اخراج الجذر حركت العتلة حركة ارجوحية كعتلة من النوع الاول بها يخرج الجذر خارج السنخ ولكن اثناء العمل ينبغى ان تثبت السن المرتكز عليها بالاتكاء عليها بالاصبع وان يكون العمل برفق وحزم لئلا تترك الالة السن وان يكرر العمل مرارا اذا لم يمكن اخراجها من اول مرة

(تنبيه)

ينبغى فى قلع السن باى آلة كانت ان يتم القلع بالكلبتين بعد ان تقلب السن وتصير غير ماسكة بالسنخ الا قليلا فان كانت ملتصقة باللثة التصاقا متينا فصلت منها بالمعرية ثم بعد اخراجها بالكلية تقرب اللثة الى بعضها بالابهام والسبابة ويؤمر المريض بان يتمضمض بماء ممزوج بقليل من الخل لينقطع سيلان الدم وعلى كل حال فلا يستعمل مفتاح كرانجو والبجعة والنازعة والكلبتان الا اذا كان رأس السن صلبا يتحمل الضغط عليه وقت القلع فاذا كان محفورا حفرة كبيرة كبست هذه الحفرة اولا لتحمل السن الضغط المذكور ولكن الانسب حينئذ استعمال العتلة * واعلم ان ما تقدم من كيفيات القلع عموميا ولنتكلم على قلع كل نوع من الاسنان بخصوصه فنقول * اما الاسنان القواطع والانياب والاضراس الصغيرة فيستعمل فى قلعها الكلبتان اذا كانت متزعزعة والنازعة اذا كانت ثابتة جدا ولكن ينبغى ان يكون مقبضا الكلبتين وكلاب النازعة قليلى العرض لئلا تلامس الاسنان المجاورة * وكيفية العمل هى ان يجلس المريض على كرسى ويقف الجراح امامه ان كان المقصود قلع سن من اسنان الفك السفلى ثم ينكس الشفة السفلى بسبابة يده اليسرى ويضع ابهامها على السن القريبة من التى يراد قلعها * واما بقية الاصابع فتوضع تحت الذقن ثم تقلع السن بالكيفية التى ذكرت آنفا * واما اذا كان المراد قلع سن من اسنان الفك العلوى فيقف الجراح خلف المريض قاعدا على كرسى قليل العلو ويرفع الشفة العليا بابهام اليد اليسرى ثم يقلع السن بجذبها الى الاسفل باستقامة بعد ان يزعزعها كما سبق * واما قلع الاضراس الكبيرة فيكون بالمفتاح او البجعة ولكن ينبغى قلب الاسنان العليا الى الظاهر عند قلعها بسبب اتجاه جذورها وعدم تيسر الارتكاز بالمخصرة على جهة السن الباطنة وفى ذلك يقف الجراح خلف المريض او على جانبه بحيث يسهل عليه العمل ويمكنه استعمال يده اليمنى ولا ينبغى الارتكاز على الجهة الباطنة الا اذا تعذر على الجهة الظاهرة وقد يكون النتو الجناحى قريبا من الضرس الكبير الثانى

فيتعسر

فيتعسر الارتكاز على الجهة الظاهرة من السن اذا كان الكلاب من الكلاليب الاعتيادية لاسيما اذا كان المريض سمينا بارز الشدق وحينئذ يستعمل الكلاب المعوج الطرفين فى جهتين متضادتين ويرتكز بالمخصرة قبالة الضرس الاول الكبير على الجهة الباطنة من السن اذا تيسر ذلك * واما اذا كان المراد قلع ضرس من الفك السفلى فيقف الجراح امام المريض ويقلب السن الى الظاهر لكن يستثنى من ذلك الضرس الثانى لان انحراف عظم الفك السفلى سبب فى غلظ السن من جهة الظاهر ومن ثم يكون صلبا فتنزلق عليه المخصرة او تنكسر السن * وعلى كل حال فينبغى التأمل فى وضع الاسنان فان كانت متقاربة جدا فلا يتيسر قلب السن المراد قلعها الى الباطن من غير ان تتزعزع الاسنان المجاورة لها لان سطح السن الظاهر اعرض من الباطن * ثم اعلم انه يمكن ايضا خلع الضرس الاول الكبير الى الباطن واما قلع اضراس الحلم التى فى الفك العلوى فلا يتيسر ان يكون بمفتاح كرانجو الا اذا كان الكلاب معوجا كما ذكرنا آنفا اذ به يمكن الارتكاز على الضرس الكبير الثانى حيث لا يمكن الارتكاز على جهة السن الباطنة واذا تعذر استعمال المفتاح لقرب النتو القرنى من الفك السفلى وميل سن الحلم الى الظاهر كما هو الغالب فى كثير من الناس لزم استعمال العتلة بان تدخل بين الضرس الكبير الثانى وضرس الحلم ويقلب بها الى الخلف ويسيرا الى الباطن * واما اسنان الحلم السفلى فقلعها اسهل ويمكن اخراجها بالمفتاح والكلاب البسيط الاعتيادى بعد ان يرتكز على الجهة الباطنة من السن او بالعتلة اذ الزم الامر لذلك * واما قلع جذور الاسنان العشرين المقدمة فيكون بالنازعة دون جذور باقى الاسنان فتقلع بالمفتاح والكلاب الحاد الطرف اذا كان عنق السن باقيا * هذا اذا كانت الجذور غير متزعزعة وغائرة فى الاسناخ * واما اذا كانت متزعزعة فتقلع بالكلبتين * واما الجذور التى ليست ثابتة ثباتا تاما ولا غائرة فى الاسناخ جدا ومجاورة لسن سليمة ثابتة فتقلع بالعتلة او بلسان الشبوط * واما قلع الاسنان الحائدة عن الصف وهى القواطع والانياب والاضراس الصغيرة

غالبا فاذا كان حيدانها الى الظاهر تقلع بالكيفية المذكورة آنفا واذا كان الى الباطن فلا يمكن استعمال المفتاح والجعة والنازعة الا فى بعضها الذى يكون فى الفك السفلى وانما تقلع بالعتلة بان تدخل بين السن الحائدة والسن السليمة التى تصير مركزا للآلة ثم بعد تزعزعها بالكيفية التى ذكرناها آنفا فى استعمال العتلة يتم القلع بالكلبتين

واما قلع اسنان اللبن فهو بالآلة مضر جدا لانه ربما كان سببا لنزع الكيس المفرز للسن التى تعوض سن اللبن معها لكن اذا لزم الامر لذلك تستعمل الكلبتان لرخاوة الاسناخ فى الاطفال غير انه يجتهد فى قلع جذر السن ثم اذا كانت السن متزعزة فوق السن المعوضة لها لزم الاقتصار على قلبها الى الظاهر بالابهام وذلك يتم بدون تعسر

(المبحث العاشر فى عوارض عملية قلع الاسنان)

اعلم ان قلع الاسنان وان كان يظهر انه غير خطر فقد يكون سببا لعوارض ثقيلة منها رض اللثة رضا شديدا وانجراح اللسان وباطن الشدق ولكن هذه العوارض يمنع حصولها بالتدرب على العمل وكشف عنق السن بكشفها عن اللثة ووضع قطعة خرقة تحت مخصرة المفتاح او الجعة لتقليل ضغطه على اللثة فاذا حصلت هذه العوارض مع الاحتراسات اللازمة ينبغى تقريب الاجزاء المتمزقة ومعالجة الظواهر الالتهابية بالمضامض المرخية والفصد الموضعى وما شابه ذلك من مضادات الالتهاب

ومنها كسر السن وسببه وضع الكلاب على الجهة الكثيرة التغير من السن او على رأسها فلاجل منع هذا العارض ينبغى وضع كلاب المفتاح على عنق السن قريبا من حرف السنخ ما امكن فاذا حصل هذا الكسر مع هذا الاحتراس ينبغى الاجتهاد فى قلع الجذر حالا كما ذكرنا نعم اذا تعسر قلعه وجب تركه لانه شوهد ان ابقاءه لا يحصل منه ضرر غالبا* ومنها كسر السنخ وسببه وضع الكلاب عليه فلاجل منع هذا العارض ينبغى وضع الكلاب بين عنق السن وحرف السنخ لا عليه ولكن هذا العارض قد يحصل مع هذا الاحتراس بسبب

اعوجاج جذور الاسنان فى بعض الاحيان على صورة كلاب وبالاختصار فاذا حصل ينبغى فصل القطع المكسورة لان ابقاها يكون سببا لتهيج اللحم ثم يسهل انجبار القطع المتصلة بالعظم بعدم تحريك الفكين *

ومنها زعزعة سن سليمة اوخلعها اوقلعها فاذا حصل هذا العارض ينبغى رد السن الى مكانها وتثبيتها فيه

ومنها النزيف الحاصل عن تمزق العروق وقطعه متوقف على معرفة منبعه فاذا كان حاصلا من تمزق اللثة يوقف بمضامض من محلول الشب اوماء ممزوج بقليل من الحمض الكبريتيك * واما اذا كان حاصلا من قطع عظمية نشبت فى اللثة وفتحت عروقها فينبغى ان يبحث على هذه القطع ليزيلها ثم يقرب اللحم من بعضه حتى يتلامس * واما اذا كان حاصلا من قطع عروق السن فان الدم يسيل من السنخ وحينئذ يسد تجويف السنخ بكرة من شمع اونسالة مبرومة برما شديدا بين الاصابع ثم يوضع فوق هذه الكرة كرات اخرى ورفائد صغيرة ليتكون بروز ثم يقرب الفكان وتثبتان متقاربين بواسطة المقلاع لتقاوم السدادة دفع الدم * لكن الاقتصار على حشو تجويف السنخ بكرة من شمع قد لا يفيد فى قطع النزيف بسبب بله بالدم لانها تنفصل بسهولة من جدران السنخ وتخرج منه فيعود النزيف ثانيا فلذا ينبغى تثبيت هذه الكرة بتقريب الفكين الى بعضهما * هذا كله اذا كان النزيف غزيرا * واما اذا كان خفيفا فمهما كان منبعه لا يخاف منه لانه يصير كفصد موضعى فيمنع حصول العوارض الالتهابية وحينئذ يسهل سيلانه بمضامض من ماء فاتر * ومنها خلع الفك السفلى والاغماء والحركات التشنجية فتعالج بطرق العلاج اللائقة بها

(المبحث الحادى عشر فى تعويض الاسنان)

هذه العملية تستدعى صنع اسنان صناعية توضع فى سنخ السن بعد قلعها فورا اوينقب جذر السن الباقى فى السنخ ويركب عليه شبه رأس سن بواسطة ساق صغير من هذب اوبيلاتين طوله وغلظه موافقان لقطر القناة المحفورة فى جذر السن * وهنالك طرق اخرى فى استعواض الاسنان تعرف ان شاء الله بعد

رجوع من ارسل الى بلاد الافرنج لتعليم هذا الفن الضرورى

(الفصل الثانى فى العمليات التى تفعل فى الشفتين)

(المبحث الاول فى جروح الشفة)

اعلم ان جروح الشفة اما ان تكون مقتصرة على جزء من غلظها واما ان تكون بالغة الى باطن الفم ففى الحالة الاولى تقرب حافتا الجرح بعصائب اللازوق واما فى الحالة الثانية فتخاط قطعتاها بالكيفية التى سنذكرها فى العلة

(المبحث الثانى فى بروز باطن الشفة)

تشريح مرضى * هذا البروز قد يشاهد فى باطن الشفة العليا غالبا وفى باطن الشفة السفلى نادرا وهو يكون على صورة نتوات صغيرة او على صورة شفة ثانية خلف الشفة الاصلية ويرى عند ما يضحك المريض او يتبسم لانه حينئذ يقلب الشفة الى الظاهر ثم انه يحصل عن غلظ فى الغشاء المخاطى المغشى لباطن الشفة وكيفية ازالته هى ان يقلب مساعد الشفة الى الظاهر ليظهر سطحها الباطن ثم يمسك الجراح هذا البروز عرضا قريبا من اصله ما امكن بواسطة جفت جيد الصنع لئلا ينفلت منه ويجذبه به نحوه ثم يقطعه كله بواسطة مشرط او مقص منحن على صفحه ثم يترك الجرح الحاصل عن هذا القطع ونفسه فتلتئم حافتاه ويبرأ منه المريض بسرعة غالبا

(المبحث الثالث فى غلظ الشفة العليا)

تشريح مرضى * هذا الغلظ يشاهد غالبا فى الاشخاص المصابين بداء الخنازير وقد يعترى من لم يكن به هذا الداء وهو حاصل عن غلظ فى النسيج الخلوى وامتلائه بمادة مصلية وعضلات الشفة تكون فيه رقيقة فاقدة لونها الاحمر كعضلات الشيوخ وقد تكون هذه العضلات غليظة عن حالتها الطبيعية لغلظ النسيج الخلوى الموجود بين الياقها وقد يكون الغشاء المخاطى غليظا ايضا وكيفية ازالة هذا الغلظ على حسب ما ذهب اليه (پايار) هى ان يجلس المريض على كرسى منخفض ورأسه مستند على صدر الجراح الواقف خلفه ثم يؤمر مساعد بمسك زاوية الشفة اليمنى بالابهام والسبابة وهو واقف امام المريض

ويجذبها الى الامام * واما الجراح نفسه فيمسك زاويتها اليسرى بيده اليسرى ويجذبها ايضا الى الامام مع رفعها قليلا فيصير بذلك حرف الشفة ممدودا متجها الى الامام وحينئذ يشقها بمشرط مستقيم شقا يبتدأ به من احدى زاويتى الشفة الى الاخرى لكن ينبغى ان يكون فى حرفها بعيدا عن سطحها الخلفى بمسافة تختلف على حسب غلظ الشفة ثم يصعد به بين جزء الشفة المقدم المراد ابقاؤه وجزئها الخلفى المراد ازالته حتى يصل الى قرب قيد الشفة وحينئذ يقطع الجزء الخلفى عند نهاية السلخ من الاعلى بمشرط او مقص ماض والغالب ان ينزف بعد هذه العملية مقدار وافر من الدم لكن قد ينقطع بنفسه سريعا والجرح الحاصل عنه ينبغى ان يترك ونفسه فانه يندب بدون علاج لكن يلزم بعد عدة ايام ان يضغط سطح الشفة المقدم ضغطا لطيفا لتأخذ لها اتجاها حسنا * هذا واظن ان الانسب فى ازالة هذا الغلظ ورد الشفة الى رقتها الطبيعية الكيفية التى اخترعتها لذلك وهى ان يفعل الجراح بعد مسك الشفة كما ذكر شقا يتبع به حرف الشفة امام الغشاء المخاطى ثم شقين آخرين فى الغشاء المذكور بالغين غلظه كله ينزل بهما من اعلى الى اسفل على طرفى الشق الاول فيتحصل من هذه الشقوق الثلاثة شريحة مربعة اصلها من اعلى وبعد ان تسلخ من اسفل الى اعلى تترك مرتخية امام الاسنان ثم يزيل من غلظ الشفة ما كان زائدا عن الحالة الطبيعية بالكيفية السابقة ويطبق الغشاء المخاطى المسلوخ على الجرح ويضمه من اسفل بالشفة ببعض غرز خياطة فيلتصق بجميع سطح الجرح وتعود الشفة الى حالتها الاولى وكان لم يكن بها شئ

(المبحث الرابع فى التصاق الشفتين ببعضهما)

اعلم ان التصاق الشفتين ببعضهما تارة يكون خلقيا وتارة يكون عارضيا والخلقى اما ان يكون كاملا او غير كامل فاذا كان غير كامل تفصل الشفتين عن بعضهما بان يدخل الجراح مجسا قنويا من الفتحة الموجودة او اصبعه ليبعد به الشفتين عن اللثة ويهدى عليه مشرطا ذا زر ويزيل به الالتصاق المانع لانفتاح الفم انفتاحا كاملا واما اذا كان كاملا فينبغى ان يفصل الشفتين من اى محل

باحتراس ثم يدخل من الفتحة الحاصلة مجساقنويا ويشق عليه واسطة الالتصاق ويكفى فى منع حصوله ثانيا صراخ الطفل وارتضاعه ولكن ينبغى ان توضع رفادة مدهونة زيدا بين الشفتين لمنع التصاقهما ثم اذا لم يكف ماذكر تستعمل كيفية (ديافنباخ) وهى ان يجلس المريض على كرسى ويضبط رأسه مستندا على صدر مساعد ثم يدخل الجراح سبابة يده اليسرى فى الحنك ويرفع بها الشدق اليمنى ويمدها ويأخذ بيده الثانية مقصا حادا طرف شعبتيه ويغرز الخلفية منهما بين الغشاء المخاطى واللحم الظاهر على زاوية الفم بيسر ثم يدفعها من الامام الى الخلف حتى يصل طرفها الى المحل المراد جعل زاوية الفم الجديدة فيه ويقطع ما يوجد من اللحم بين شعبتى المقص قطعا مستقيما ثم يفعل شقا آخر حذاء الشفة السفلى اسفل محاذاة زاوية الفم بقدر ما يعلو عنها الشق الاول يكون هذا الشق موازيا للاول شبيها به ثم يجمع هذين الشقين من الخلف بشق هلالى صغير ويزيل القطعة اللحم المحاطة بهذه الشقوق بالسلخ بدون ان يصيب الغشاء المخاطى * وبعض الجراحين لا يفعل الشق الهلالى المذكور بل يجعل الشق العلوى متجها يسيرا من اعلى الى اسفل والسفلى من اسفل الى اعلى فيجتمعان فى زاوية الفم الجديدة ويحيطان بقطعة لحم شكلها مثلث فتسلخ وتزال ايضا بدون ان يصاب الغشاء المخاطى ثم لاجل سهولة امتداد هذا الغشاء واطاعته الجذب يفصل منه قدر ثلاثة خطوط او اربعة من الشفة العليا والسفلى ومن جهة الشدق ثم يؤمر المريض بتبعيد فكيه ليتمدد الغشاء المخاطى المكشوف فيشق شقا افقيا يمتد من الامام الى الخلف الى قرب الزاوية الجديدة بقدر ثلاثة خطوط ثم ينشف الدم ومتى انقطع سيلانه بالكلية يمسك شرائح الغشاء المخاطى ويجذبها بقوة الى الظاهر حتى تقرب من حرف الجلد فتضم به بواسطة خياطة لفية او متفرقة دقيقة * وبهذه الكيفية يصير الجرح مستورا ولا تلتئم الشفتان ببعضهما عند زاوية الفم من ملامستهما بتقاربها والمفروض ان هذه العملية بهذا الشرح فى الزاوية اليسرى * واما اذا كانت وفى الزاوية اليمنى فاما ان يمسك الجراح المقص بيده اليسرى ويدخل فى باطن

الشق سبابة اليد اليمنى * واما ان يدخل ابهام اليد اليسرى فيه ويكون العمل كما سبق باليد اليمنى ثم تتم العملية كما ذكر آنفا

وبعد العملية يداوم على وضع المبردات على الجرح فيحصل الالتئام سريعا بدون تقيح فى مدة يومين او اربعة وحينئذ تزال غرز الخياطة

والجراح * (شامبيل) يفعل هذه العملية بالمشرط بدلا عن المقص وكيفيته هى ان يؤخذ مشرط حاد الطرف ضيق النصل ويغرز على صفحه بين الغشاء المخاطى واللحم الظاهر ويتبع به الاتجاه المذكور ومتى وصل الى قرب محل الزاوية الجديدة يدار حده نحو الجلد ثم بعد ان ينفذ منه الى الخارج يشق اللحم من الباطن الى الظاهر

* تنبيه * هذه العملية جيدة جدا فى ازالة تضايق الفم وعدم رجوعه ثانيا بالتئام حوافى الشق الذى يفعل لتوسيعه ولو باى كيفية من كيفياتها المتقدمة

(المبحث الرابع فى العلمة والفلج وفيه فرائد)

اعلم ان العلمة شق يحصل وسط الشفة العليا او فى احد جانبيها والفلج شق يحصل فى الشفة السفلى والعلمة اكثر وجودا من الفلج وهى على انواع تختلف طرق العمل لازالتها باختلافها * النوع الاول العلمة البسيطة وهى شق خلقى غالبا يوجد على الخط المتوسط من الشفة * والثانى العلمة المزدوجة وهى شقان منفصلان عن بعضهما بقطعة متوسطة يقال لها القطعة الشفوية المتوسطة وهذه القطعة تختلف كثيرا شكلا وعرضا * والثالث العلمة المصحوبة ببروز الاسنان المقدمة وجزء من عظمى الفك العلوى او شق هذين العظمين واللهات * ثم انها اى العلمة من حيث هى تعالج بضم نصفى الشفة حتى يتم الالتئام * والانسب ان تفعل هذه العملية فى الاطفال بعد الولادة بثلاثة اشهر ان قدر الطفل الاعلم على الرضاعة بدون العملية والا وجبت المبادرة اليها ان خشى من موته بعدم التغذية وكذا ان كانت العلمة مصحوبة بشق سقف الحنك لانه كلما تقدم الطفل فى السن اتسع الشق من تباعد العظام عن بعضها الى الوحشية لعدم المقاومة فى هذه الجهة على انه يعسر فى هذه الحالة المص والازدراد بحيث يخشى على الطفل

من الموت جوعا اذا لم يبادر بفعل العملية له * ثم انه يلزم ان يجهز لهذه العملية اولا مشرط مستقيم ذو نصل صلب حاد الطرف جدا وصفيحة من ورق مقوى فخين او خشب او عاج او فضة طولها خمسة اجزاء او ستة من مائة جزء من ميتر وعرضها جزآن او ثلاثة وعدة ابر مستقيمة اسطوانية لاسم لها سنها مفرطح حاد جدا او دبابيس اعتيادية حادة الطرف جدا وخيطان منثنيان احدهما بسيط والثانى مركب من جملة خيوط مصفوفة جانب بعضها وبعض الجراحين يستعوض المشرط والصفيحة بمقص * وثانيا ادوات المعالجة التابعية وهى رفادتان رقيقتان ضيقتان طولهما قدر ارتفاع الشفة وفائدتهما جعلهما تحت اطراف الابر والدبابيس لمنع خدشها الجلد وقرص من نسالة خفيفة مدهونة بالقيروطى ورباط طوله ثلاث اذرع وعرضه جزء ونصف من مائة جزء من ميتر ملفوف على نفسه على صورة اسطوانة او اثنتين وعصابتان طولهما اربعة وستون جزأ من مائة جزء من ميتر وعرضهما بقدر عرض الرفادتين الدرجيتين ومقلاع الذقن الاعتيادى وبعد تجهيز هذه الادوات يشرع فى العملية

د *(الفريدة الاولى فى العملة البسطة)*

اعلم ان كيفية عملية العملة البسيطة هى ان يجلس المريض على كرسى مرتفع اذا كان كبيرا واما اذا كان طفلا فيجلس على ركبتى مساعد قوى يضبطه ويمنعه من التحرك بعد احاطة بدنه بملاءة ويسند رأسه على صدره جاعلا يديه على وجهه بحيث يمكنه ضغط الشريانين الفكيين الظاهرين ودفع جلد الخدين نحو الخط المتوسط ومسك الشفة اذا احتيج الى ذلك اثناء ادمائها * ولاجل فهم شرح هذه العملية جيدا تقسم ازمنتها الى ثلاثة ففى الزمن الاول يقف الجراح او يقعد امام المريض على حسب كونه كبير السن او صغيره ثم يمسك الزاوية السفلى من حرف الشق الايسر بسنارة او ملقاط او بسبابة وابهام اليد اليسرى بحيث ان السبابة تكون تحت الشفة والابهام فوقها ثم يضع احدى شعبتى المقص تحت الشفة والثانية فوقها وحتى تمسك الشفة بحيث ان طرفيهما يجاوزان اعلى زاوية الشق العليا بقدر خطين او ثلاثة عرضا ثم يقطع به حرف الشق الاحمر مرة

واحدة

واحدة ليتحصل من ذلك جرح جديد مستقيم منتظم معتدل الحرف ثم ينتقل الى
حرف الشق الايمن ويدميه بعد ان يمسكه بابهام اليد اليسرى وسبابتها وحشى
ما يراد قطعه من هذا الحرف لكن ينبغى ان يكون هذا القطع اسفل الطرف العلوى
من القطع الاول بيسير ليصير الشق منتهيا من اعلى بزاوية على صورة رقم ثمانية
هكذا ٨ فيسهل ضم حافتيه *واذا رأى الجراح ممانعة قيد الشفة لذلك وجب
قطعه ثم بعد الادماء يغسل الجرح بماء بارد لينقطع سيلان الدم *وفى الزمن الثانى
يمسك الطرف السفلى من حرف الشق الايسر بابهام اليد اليسرى وسبابتها ثم
يتناول بيده اليمنى ابرة او دبوسا ويضع سنه على جلد الشفة بعيدا عن حرف الشق
الى الوحشية بقدر ثلاثة خطوط عرضا واعلى حرف الشفة المرجانى بقدر نصف
خط عرضا ايضا ثم يغرزه بانحراف من اسفل الى اعلى ومن الامام الى الخلف اى
من الجلد نحو الحنك ومن الوحشية الى الانسية ليخرج من الجرح بين ثلثيه
المقدمين وثلثه الخلفى وحينئذ يمسك نصف الشفة الثانى ويقربه من الاول بحيث
تصير زاويتاهما مقابلتين لبعضهما ثم يغرز الابرة او الدبوس فى الحرف الثانى
بعكس غرزه فى الاول اعنى من الخلف الى الامام ومن اعلى الى اسفل ومن
الانسية الى الوحشية اى من الجرح الى الجلد بحيث ان مغرز الابرة ومخرجها
يصيرا متقابلين بالضبط وان الطريق التى تتبعها الابرة او الدبوس فى السير تكون
مقوسة يسيرا تحديبها يلى الاعلى والخلف وتقعيرها يلى الاسفل وفائدة ذلك ابراز
وسط الشفة من اسفل كما هو طبيعة فيها * واذا كانت العلة فى احد جانبى الشفة
يكون غرز الابرة عرضا على خط مستقيم وبعد غرزها بهذه الكيفية توضع عروة
الخيط البسيط تحت طرفيها ويوجه طرفاها الى الاسفل فيما بينها وبين الشفة
ثم يوكل مساعد بمسكهما وجذبهما لتمتد الشفة اثناء ما يغرز الجراح الابرة الثانية
وكيفية ذلك هى ان تغرز الابرة عرضا باليد اليمنى اثناء ما تمسك حافتا الشق
متقاربين باليد اليسرى وسط المسافة الموجودة بين الابرة الاولى وزاوية الشق
العليا اذا كان الاعلم صغير السن واما اذا كان كهلا فتوضع ابرتان فى المسافة
المذكورة متساويتى البعد عن بعضهما وعن الزاوية العليا ثم بعد غرز الابر يلف

الخيط المركب حول اطرافها على حسب القواعد التى ذكرناها فى الخياطة
اللفية فى الجزء الاول من هذا الكتاب اثناء ما يجذب المساعد الخيط البسيط الى
الاسفل برفق ليثبت الشفة ويمدها ثم بعد لف الخيط المركب وتثبيت طرفيه يقطع
طرفى الخيط البسيط قريبا من الشفة ويترك عروته تحت الدبوس او الابرة *
وفى الزمن الثالث ينظف الجرح والشفة من الدم الملوث لهما او توضع الرفادتان
الصغيرتان تحت اطراف الابر او الدبابيس التى تقرض بالمقراض او بمقص صلب
وهاتان الرفادتان افضل فى الاطفال من قطع اللازوق التى يضعها بعض
الجراحين لانها تكون سببا فى احداث حمرة جلدية او بثور صغيرة ثم يغطى
الجرح كله بقرص من نسالة مدهون بالفيروطى * (تنبيه) * اذا رأى الجراح
ضرورية استعمال رباط (دوسولت) (اولوى) لاعانة الخياطة على تقريب نصفى
الشفة الى بعضهما بان كانت الشفة صغيرة غير تامة الخلقة او جلد الخدين مشدودا
استعمله * وكيفية ذلك هى ان تؤخذ عصابة ويوضع وسطها على قمة الرأس
وينزل بطرفيها على الصدغين والخدين ثم توضع رفادتان درجيتان على هذه
العصابة امام العضلتين المضغيتين ويؤمر مساعد بتثبيتهما ودفع جلد الخد الى
الانسية ثم يؤخذ رباط طويل ملفوف الطرفين على هيئة اسطوانتين ويوضع
وسطه اى جزؤه الذى بين الاسطوانتين على الجبهة ويثبت فى قلنسوة المريض
بدبوس ثم توجه الاسطوانتان الى الخلف نحو القفا مرورا بهما على اعلى الاذنين
وعند وصولهما الى القفا يتصالبان عليه فيثبت محل التصالب بدبوس ثم
يوجهان الى الامام مرورا بهما فوق الرفادتين الموضوعتين على الخد ومتى
وصلتا الى الشفة وكل مساعد يمسكهما وشق الجراح احد طرفى الرباط شقا
مستطيلا فى المحل الذى يصير فيه مقابلا لخياطة الشفة ثم ينفذ الطرف الثانى
فى هذا الشق ويجذب الاسطوانتين فى جهتين متضادتين من الخلف الى الامام
ومتى علم ان الجذب صار كافيا فى دفع جلد الخد الى الانسية وتثبيته مدفوعا الى
هذه الجهة وجه الاسطوانتين نحو القفا مارا بهما على الخد وتحت الاذنين وهناك
يصالبهما بان يتناول باليد اليمنى ما فى اليسرى واليسرى ما فى اليمنى ثم يوجههما

نحو الجبهة ثم يرجع بهما نحو القفا ومنه الى نحو الخدين ثم يفعل شقا كالاول
فى احد الطرفين ويدخل فيه الثانى وبعد تعشيقهما يجذبان الى جهتين
متخالفتين ثم يوجهان باللف الى نحو القفا ومنه حول الرأس لفات حلقية ينتهى
بها الرباط وينبت طرفاه بدبوس ثم يرفع طرفا العصابة المرخيان من قمة الرأس
على الخد الى الاعلى وينبتان فى قمة الرأس بدبوس ثم ينبت ذلك الرباط وتمنع حركة
الفكين بالمقلاع الذقنى * وكيفية وضعه هى ان يوضع وسطه على الذقن ثم يرفع
قسماه السفليان امام الاذنين على الرفادتين الموضوعتين على الخد ويعقدان على
قمة الرأس * واما القسمان العلويان اى المقدمان فيوجهان الى الخلف باستقامة
ويصالبان فى القفا ثم يوجهان الى الجبهة فينبتان فيها وبعد ان تنتهى العملية
والربط المذكوران يجعل المريض فى فراشه مرفوع الرأس واذا كان طفلا وضع
على جنبه ليتيسر ارضاعه ويجتهد فى عدم بكائه وصراخه واذا كان كبيرا منع
من الكلام والضحك والمشى والبصاق مدة ثلاثة ايام او اربعة ويبعد عنه ما يوجب
العطاس او الضحك او السعال فكثيرا ما شوهد تمزيق الخياطة من ذلك * وينبغى
ان يوضع عند المريض العالم بالقراءة والكتابة قرطاس ومداد ليكتب ما يريد
فيعرف به * واذا كان امتيازه عليه انه اذا احتاج الى شئ او احس بشئ يخبر عنه
بالاشارة منعا لتحريك الفكين * وينبغى ان يلاحظ النزيف فى الاعلم ان كان طفلا ولو
كان النزيف نادرا بعد عملية العملة فقد شوهد مرة موت طفل بمص الدم النازف
من سطح الشفة الباطن وبلعه من غير ان يشعر به الحاضرون * وينبغى ايضا
ملاحظة الاطفال ومنعهم من حل الرباط بحيث اذا خشى ذلك منهم ليلا
واهلهم نائمون شدت ايديهم بالقماط وفى ثانى يوم العملية يؤذن للمريض
اذا كان شابا او كهلا ان يقوم من فراشه ويتمشى * واذا كان طفلا حمله انسان
على يديه ومشى به ليلهيه ويمنعه من البكاء * وبالجملة فلا يطعم المريض فى الايام
الاول الا ما كان سائلا لا يستدعى مضغا كالشرب والامراق وما شابه ذلك
بواسطة ممصة تدخل من احدى زاويتى الفم وفى اليوم الثالث او الرابع يحل
الرباط واذا شاهد الجراح حينئذ التئام حافتى الشق اخرج الدبوس العلوى

وكيفية ذلك هى ان يدهن طرفه الذى يمر فى الجرح بالقيروطى ويمسك من طرفه الثانى ثم يجذب باحدى اليدين مدارا على نفسه ليفصل من الخيوط الملتصق بها بواسطة الدم الملوث لها ويكون هذا الجذب اثناء تقارب حافتى الشق لبعضهما بسبابة وابهام اليد الثانية * وينبغى ان يكون الضغط فى ذلك على جهة الشق الخارج منه الدبوس العلوى اكثر ثم بعد اخراج الدبوس يترك الخيط ملصوقا بالندبة ساندا لها اذا لم ينفصل بنفسه والاقطع قريبا من الدبوس السفلى ثم يعوض الدبوس الذى خرج بعصابة من اللازوق المصمغ ويضمد الجرح كاول مرة وبعد يوم او يومين يخرج الدبوس السفلى بالكيفية المذكورة لان ابقاء الدبابيس مدة تزيد عن ذلك يكون سببا فى اتساع طريقها بالتقيح وبذلك تتكون ندب مستعرضة ثم يداوم على وضع عصائب اللازوق على الندبة والرباط الضام الى اليوم التاسع او العاشر حتى تتصلب هذه الندبة ولا يخشى من تمزقها من تقلص عضلات الشفة

(تنبيه)

قد ذكرنا آنفا ان ادماء حافتى شق العملة يكون بالمقص غالبا وذكرنا كيفيته ولكن بعض الجراحين يفضل فيه المشرط على المقص لاسيما اذا كان حرفا الشق غليظين صلبين وكيفية ذلك هى ان تؤخذ الصفيحة وتوضع خلف نصف الشفة الايمن بحيث يجاوز طرفها العلوى زاوية الشق العليا ثم يوضع كل من السبابة والوسطى من اليد اليسرى خلف الصفيحة واما ابهامها فيوضع على نصف الشفة الايمن ليثبته على الصفيحة ثم يمسك مشرط مستقيم حاد الطرف كقلم الكتابة ويغرزه فى الشفة اعلى محاذات زاوية الشق بيسير حتى يصل الى الصفيحة فيوضع حده على سطح الشفة المقدم على حدود الجلد وتشق الشفة مرة واحدة بجذبه نحو الجراح * واذا لم يقطع مع ذلك الغشاء المخاطى المبطن للشفة قطع فى مرة ثانية وبعد ان يقطع حرف الشق الايمن تنقل الصفيحة تحت نصف الشفة الايسر ويزال جزء من حرف شق العملة الايسر كما فعل فى الايمن * وقد يشاهد على سطح الجرح فى اى كيفية من كيفيات الادماء بروزات وهذه البروزات تكون

حاصلة من عدم مساوات التقاص فى اجزاء الشفة فعلى الجراح حينئذ ان لا يغتر بذلك ويفعل قطعا جديدا لانه يكون سببا فى قصر الشفة

(الفريدة الثانية فى العملة المزدوجة)

اعلم ان العملية لهذه العلة تختلف على حسب طول القطعة الشفوية المتوسطة وقصرها فاذا كانت قصيرة جدا فلتقطع ثم تدمى حافتا الشق كما ذكرآنفا ويخاطان كان العلة بسيطة الاصل * واما اذا كانت طويلة عريضة مساوية لنصفى الشفة طولا فيقطع حرفاها وحرف الشق ثم تضم هذه القطعة بنصفى الشفة بواسطة ابر اودبابيس تدخل فى الثلاث قطع معا مبتدأ فى ذلك بوضع الدبوس او الابرة السفلى بعد تقربهما تقريبا جيدا بحيث يتكون بعد الالتئام ندبتان متوازيتان واما اذا لم تكن مساوية لحرف الشفة وكانت عريضة غليظة شبيهة بباقى الشفة فلا يجب قطعها بل تضم بباقى الشفة بعد قطع حروف الشق كما ذكرنا وحروفها قطعا منحرفا بحيث تصير شبيهة بمثلث قمته الى الاسفل بان ينفذ الدبوس العلوى فيه وفى نصفى الشفة معا * واما الدبوس السفلى فينفذ فى نصفى الشفة فقط بحيث ان الندبة التى تخلف ذلك الضم تصير واحدة من اسفل واما من اعلى فتصير مشعبة شعبتين كرقم سبعة هكذا ٧ وبالجملة فبعد ضم حوافى شق العلة المزدوجة يشد الجرح ويعالج كما ذكرنا فى العلة البسيطة

(الفريدة الثالثة فى العلة المصحوبة بامراض اخر)

اعلم ان العلة قد تكون مصحوبة فى بعض الاحيان اما ببروز الاسنان القواطع او العظم الفكى او بشق فى ارنبة الانف او فى احد جناحيه او فى سقف الحنك او فى اللهات وبكل منها يحصل اختلاف فى العملية على حسب نوعه فالاسنان البارزة تقلع بدون توقف لاسيما اذا كانت اسنان اللبن لان الاسنان التى تأتى بعدها تصير غير بارزة ثم تفعل عملية العلة كما فى العلة البسيطة * واما بروز العظام فيزال بالضغط اذا كان المريض طفلا او فتى * وكيفية ذلك هى ان توضع رفادة درجية او كيس محشو نحو نسالة على مقدم البروز ثم يوضع فوقها وسط رباط ويوجه طرفاه نحو القفا وبعد ان يجذبا بقوة يثبتان فيه ويزاد شدهما زمنا فزمنا

حتى يزول البروز ويصير العظم مساويا لبعضه فى مدة ثمانية عشر يوما كما وقع ذلك للجراح (دوسولت) صاحب هذه الكيفية ثم تفعل عملية العلة فاذا لم يفد الضغط المذكور فى ازالة هذا البروز لزم قرضه بالمقراض * واما شق الارنبة او جناح الانف فتدمى حافتاه وتخاط فى زمن عملية العلة * واما شق سقف الحنك فتفعل عملية العلة وهو موجود بدون ان يهتم به اذ كثيرا ما يشاهد زواله بعد هذه العملية من ذاته * ولكن بعض الجراحين يضغط على جانبى الفك العلوى لتقريب نصفيه من بعضهما على الخط المتوسط وزوال هذا الشق * واما العلة المصحوبة بشق سقف الحنك واللهات فتكون حافتا شق الشفة فيها متباعدتين عن بعضهما تباعدا عظيما فيلزم تقريبهما قبل العملية بالرباط الضام الذى ذكرناه آنفا وقد اوصى بعض الجراحين بان لا تفعل عملية العلة الا بعد عملية شق اللهات لانه يسهل فعل هذه العملية الاخيرة بسبب اتساع الحنك من شق الشفة وسقف الحنك لكن قد ثبت بالمشاهدات فى كثير من الاحوال ان عملية خياطة شق اللهات لا تنجح مادام موجودا شق فى سقف الحنك فالاحسن ان تفعل عملية العلة اولا لتتقارب حافتا شق سقف الحنك او يزول بالكلية بحيث اذا فعلت عملية شق اللهات بعد ذلك يرجى نجاحها هذا ما نص عليه معلمى الشهير (رو) وهو ممن يوثق به فى مثل هذه العملية حيث انه هو الذى يفعلها فى جميع الاوروبا اكثر من غيره

(المبحث الخامس فى سرطان الشفة ورمها)

اعلم ان الشفة التى تصاب بالسرطان غالبا هى الشفة السفلى وهذا الداء ليس له علاج الا استئصال ما كان مريضا من العضو لكن يشترط لنجاح العملية ان لا تكون الغدد العنقية محتقنة لان احتقانها يعلن بسعى الداء اليها * وكيفية هذا الاستئصال تختلف على حسب كون الداء شاغلا للشفة كلها او لجزء منها اما اذا كان شاغلا لها كلها فكيفيته هى ان يجلس المريض على كرسى صلب مستندا رأسه على صدر مساعد يضغط باصابعه الشريانين الفكيين الظاهرين على فرعى الفك السفلى ويقف الجراح امامه فيمسك مشرطا مستقيما بيده اليمنى والورم السرطانى بيده اليسرى بين الابهام والسبابة ويأمر مساعدا بمسك

الشفة من حرفها بعيدا عن الورم ببعض خطوط ويشدها الى جهة مخالفة لما يشدها اليها الجراح لتتمدد من اليسار الى اليمين مقلوبة الى الظاهر ثم يشق شقا يبتدئ به من حرف الشفة نازلا بانحراف نحو الذقن ليفصل به الورم من الجهة اليسرى او القرح ثم يرخى الجزء المريض ويوكل بمسكه المساعد ويمسك الشفة من جهة زاويتها بعيدا عن الورم ويشقها شقا منحرفا من حرفها الى الذقن يجتمع بالطرف السفلى من الشق الاول بحيث يتكون منهما صورة رقم سبعة هكذا ٧ فبعد احاطة جزء الشفة المريض بهذين الشقين يتم فصله بازالة التصاقاته بباقى الشفة وبعد رفع الورم او الجزء الحامل للقرحة السرطانية تقرب حافة الشق وتضم بالخياطة اللفية كما ذكرنا فى عملية العملة ويتيسر ذلك بمطاوعة لحم الشفة والخد الجذب ولكن بعد التئام الشق المذكور تضيق فتحة الفم وتثنى الشفة السليمة لكبرها عن التى فعلت فيها العملية فتبرز الى الامام وتقبح من ذلك نعم قد تستطيل الشفة التى كان السرطان فيها شيأ فشيأ فيقل البروز والقبح المذكوران

(تنبيه)

اذا كان السرطان ممتدا الى الذقن ينبغى بعد ازالته بالشقين المذكورين فصل ما يبقى من الشفة من الفك بالسلخ ليسهل امتداد اللحم وتقريب حافتى الشق من بعضهما حتى يتيسر ضمهما بالخياطة * وعلى كل حال فينبغى الانتباه الزائد فى اتمام التئام زاوية الجرح السفلى لئلا تستحيل الى ناصور يخرج منه اللعاب وبالجملة فهذه الكيفية تستعمل اذا كان السرطان شاغلا لجزء من الشفة وواصلا الى الذقن او قربها * واما اذا كان سعيه من زاوية الفم الى جهة الخد فيستأصل بشقين يبتدأ باولهما من الشفة السفلى وبالثانى من الشفة العليا ويتجه بهما نحو الخد حتى يجاوز احدود الداء ويجمعا على زاوية حادة فى الخد وبذلك يفصل الجزء المريض ويتكون جرح مستعرض متصل بالفم فيضم بعد ربط اصل الشريانين الشفويين بان يحاط بالخياطة فى جهة الفم بغرز متفرقة وبوضع عصائب اللازوق من جهة الخد ثم توضع عليه نسالة ورفائد تثبت برباط

يمنع تباعد الفكين عن بعضهما زيادة عن ما يلزم لدخول الاغذية السائلة حتى يتم الالتئام هذا اذا لم تكن حافتا الجرح متباعدتين جدا والا جعلت الخياطة لفية * واما اذا كان مصيبا لحرف الشفة اولنصف ارتفاعها فتستعمل فى ازالته كيفية (دبويترن) وهى ان يمسك الجراح الجزء المريض بيده اليسرى ومقصا منحنيا على صفحه بيده اليمنى ويزيل به هذا الجزء مرة اومرتين جاعلا تحديبه الى نحو الذقن * وينبغى ان يكون هذا القطع بعيدا عن حدود الداء فى الجزء السليم لئلا يعود والجرح الحاصل من هذه العملية يكون هلاليا * وبعض الجراحين يفعلها بالمشرط تابعا بالقطع طريقا هلاليا واذا نزف دم غزير من العروق المقطوعة لزم ربطها اوليها ثم توضع رفادة مثقبة مدهونة بالقيروطى على سطح الجرح ومن فوقها نسالة ورفائد تثبت بالربط اللائق بالمحل ثم ان اللعاب يسيل فى ابتداء الامر بكثرة الى الخارج ولكن من نمو اللحم فى تقعير الشق الهلالى ترتفع الشفة وتكاد ترجع لطولها الطبيعى فتحجز اللعاب

واما كيفية (شوبار) فى قطع السرطان ورم الشفة السفلى فهى ان ينزل الجراح بشقين مستقيمين من حرف الشفة وحشى الجزء المريض منها الى اسفل عظم الفك السفلى بمسافة يختلف طولها على حسب طول محل الداء والجزء المراد استعواضه بعد قطعه بحيث انه يمكن النزول بهما الى العظم اللامى فبعد ذلك يمسك الجراح الشريحة المربعة المستطيلة المتحصلة من هذين الشقين من حرفها العلوى ويسلخها من العظم من اعلى الى اسفل نحو الرقبة مع التحرز من خدش الضريع لئلا يموت العظم وبعد تمام السلخ يقطع ما كان مريضا عرضا من غير ان يبقى منه شيأ ثم ينكس رأس المريض اثناء ما تجذب الشريحة الى اعلى حتى يصير حرفها العلوى مساويا لما بقى من الشفة سليما اولزاويتى الفم اذا قطعت الشفة بالكلية ثم يخيطها بحافة الشقين الوحشية بالخياطة اللفية مبتدئا بغرز الدبوس العلوى لتثبت فى الوضع الذى صارت عليه ثم يثبت ادوات معالجة الجرح ويجعل الرأس مثنيا الى تمام الالتئام بواسطة الربط الضام للجروح المستعرضة بمقدم العنق لمنع تمزق الخياطة من الشد * وقد اوصى الجراح (بيجين) بتبعيد

الشقين

الشقين الى الوحشية بعد وصولهما الى اسفل الفك لان جلد العنق بسبب رقته وقلة متانته عن جلد الذقن يصير ضيقا عنه بعد احاطته بالشقين بحيث تصير الشريحة كأنها مثلثة قمتها الى الاسفل فيخشى من موتها لقلة التغذية لواصلة اليها

واما كيفية الجراح (روه السان ماكسيمين) فى قطع الشفة ورمها فهى انه اذا كان السرطان مقتصرا على الشفة يقطع بواسطة شق هلالى تقعيره الى الاعلى واما اذا كان مجاوزا زاويتى الفم فينبغى ان يشق كل منهما شقا معترضا يمر به فوق السرطان نحو العضلة المضغية ثم يبتدأ بالشق الهلالى من نهاية احد هذين الشقين وبعد ان ينزل به الى اسفل السرطان يجمع بطرف الشق الثانى بشرط ان يكون القطع فى الاجزاء السليمة كما ذكرنا ذلك غير مرة وبعد تمام ازالة السرطان يمسك الجراح حافة الشق الهلالى ويسلخ من الفك السفلى جميع اللحم المغطى له من اعلى الى الاسفل بجر المشرط جرات معترضة وينبغى ان يكون السلخ غائرا على الخط المتوسط اكثر من الجوانب قريبا او بعيدا من العظم اللامى على حسب كبر الجزء المقطوع المراد استعواضه فبذلك تتحصل شريحة لها حرف واحد خالص وحينئذ يؤمر المريض بتنكيس رأسه اثناء ما تجذب حافة الشريحة الى ان تصير فى مساواة زاويتى الفم فتخاط بالحافة العليا للشق الذى فعل لتطويل كل زاوية الى الوحشية ويبقى وسطها خالصا ليتكون منه حرف الشفة الجديدة ثم يستعان على تثبيتها بعصائب اللازوق والربط اللائق حتى يتم الانضمام * هذا والجراح المذكور يستعمل كيفية اخرى فى قطع السرطان المصيب لجهة واحدة من الشفة ممتدا نحو الخد وهى ان يفعل شق معترض يبتدأ من زاوية الفم وينتهى فى الخد بعيدا عن الداء بعد ان يمر به من اعلاه ثم شق ثان يبتدأ به حيث انتهى الاول وينتهى امام الذقن او تحتها بعد ان يتبع طريقا منحرفا الى الامام والانسية يكون كالاول طولا ثم ثالث يبتدأ به من حرف الشفة فى الجزء السليم وينزل به بانحراف الى الوحشية ما راتحت السرطان وينتهى حيث انتهى الثانى ثم بعد ازالة الجزء المريض الحامل

للسرطان تسلخ حافة الجرح السفلى وتقرب الحافة السفلى من الشق الثانى الى الحافة العليا من الشق الاول وبعد ان يضما يخاطان وبذلك تصعد الحافة السفلى من الشق الثالث وتصير افقية معوضة لما فقد من الشفة واما كيفية الجراح (ليسفرانك) فهى ان يزال الجزء المريض بواسطة شق هلالى كما فى الكيفية السابقة ثم يفعل شق عمودى يبتدأ به من وسط الشق الهلالى وينزل به الى اسفل باستقامة نحو العظم اللامى ثم تسلخ الشريحتان المتحصلتان من ذلك من اعلى الى اسفل ومن حافة الشق الهلالى الى اصلهما ثم يجذبان الى اعلى والمريض منكس رأسه الى ان يصير حرفهما العلوى فى محاذات زاويتى الفم فيضمان ببعضهما وبحافة الشقين المستعرضين ان فعلا للاحتياج اليهما كما ذكرنا آنفا فى الكيفية السابقة ثم يثبتان فى هذا الوضع الى تمام الالتئام بواسطة الربط اللائق * وهذه الكيفية لا تختلف عن كيفية الجراح (روه السان ماكسيمين) الا بالشق العمودى القاسم الشريحة قسمين * وفائدته سهولة السلخ وعدم تخزن الصديد وراء الشريحة فيما اذا حصل تقيح * هذا والجراح (مالكين) ذكر فى كتابه كيفيتين جديدتين * احداهما هى ان يزال الجزء المريض بواسطة شقين يبتدأ بهما من حرف الشفة ويجتمعان فى الذقن على صورة رقم سبعة هكذا ٧ كما فى الكيفية الاولى ثم تطول كل من زاويتى الفم الى الوحشية بشق معترض متجه نحو الخد ثم تسلخ الشريحتان المثلثتان المتحصلتان بذلك من العظم ويقربان من بعضهما على الخط المتوسط ثم يخاطان ببعض غرز خياطة متفرقة او لفية فمن هذا التقريب يصير جزء من الحافة العليا لكل شريحة نصف حرف الشفة الجديدة واما ما كان زائدا وحشى زاوية الفم فيخاط بالحافة العليا من الشق المعترض * والثانية هى ان يقطع السرطان بواسطة شقين ينزل بكل منهما من حرف الشفة وحشى محل الداء حتى يصل الى حرف الذقن ثم يجمع هذان الشقان من اسفل بشق معترض ويزال السرطان بالكلية ثم تطول كل من زاويتى الفم الى الوحشية بشق معترض ثم يفعل شقان آخران يبتدأ بهما من طرف الجرح السفلى فيتسع بهما حرف الفك السفلى فى موازاة الشقين العلويين ويتحصل

من ذلك شريحتان مربعتان يسلخان ويقربان من الخط المتوسط حتى يتلامسا فيخاطان ببعضهما ثم تخاط حافتهما السفلى الحاصلة من الشق المعترض السفلى بالحافة العنقية وكذا ما زاد من حافتهما العليا عن الشفة الجديدة بالحافة الثانية من الشق المعترض العلوى فبذلك يرجع الى الفم وسعه وشكله الطبيعيان

(تنبيه)

فى هاتين الكيفيتين ترم الشفة من لحم الخد وتصير الشفة الجديدة مبطنة بالغشاء المخاطى حتى انه يمكن ستر حرفها المتحصل من الحافة السفلى من الشق المعترض العلوى بالغشاء المخاطى بكيفية (دياقباخ) التى ذكرناها فى تضايق الفم بحيث تصير الشفة الجديدة كأنها اصلية * ثم انه اذا تعسر مد الشريحتين وتقريبهما من بعضهما جاز فعل شق هلالى قرب كل اذن بعيدا عن اصل الشريحة على حسب طريقة (سلس) المذكورة فى الجزء الاول من هذا الكتاب فى العمليات العامة التى تفعل فى الجلد والنسيج الخلوى فراجعها ان شئت

(المبحث الخامس فى سرطان الشفة العليا ورمها)

اعلم ان اصابة الشفة العليا بالسرطان نادرة جدا ولذا لم يذكر له اغلب المؤلفين عملية فى كتبهم فاذا اصيبت به فاستأصله ورم الشفة على حسب قواعد الكيفية الثانية من كيفيتى (مالكين) المذكورتين فى آخر المبحث السابق

(الفصل الثالث فى رم الخد)

هذه العملية تستعمل فيما اذا ثقب الشدق بفقدان جزء من الخد بجرح نارى او غنغرينا او عقب استئصال ورم سرطانى حصل فيه ولهذا الرم كيفيتان * الاولى وتنسب للجراح الشهير (لالماند) هى ان تدمى حوافى الفتحة بحيث تصير بيضية منحرفة من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية ثم تؤخذ رقعة من جلد العنق شكلها بيضى ايضا واكبر من الفتحة المراد سدها بها بقدر ثلثها وكيفية اخذ هذه الرقعة هى ان يرسم شكلها على العنق بانحراف من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام اسفل الفك السفلى وامام العضلة القصية

الحلمية ثم تفصل هذه الرقعة بالشق والسلخ بشرط ان تبقى مبطنة بالنسيج الخلوى والعضلة الجلدية من غير ان يصاب الوريد الودجى الظاهر وفريعات الضفيرة العصبية العنقية وان يكون اصلها قريبا من الفتحة المراد سدها بها وان يكون حرفها العلوى المقدم متصلا بالجرح الذى فى الخد ثم بعد تمام السلخ تقام الرقعة شيأ فشيأ من اسفل الى اعلى بدون لى وتطبق على فتحة الخد ثم تخاط حوافيها بالخياطة المتفرقة ويستعان على ضمها بالفتحة بعصائب اللازوق والربط اللائق ثم تقرب حافتا جرح العنق وتخاط ايضا

الثانية وتنسب للجراح (روالسان ماكسيمينى) هى ان تدمى حوافى الفتحة بواسطة مشقين هلاليين يجتمعان من طرفيهما ويتقابلان بتقعيرهما بحيث يكونان جرحا بيضيا معترضا تقريبا ثم تسلخ حافتا هذا الجرح العليا والسفلى فى سعة كافية لتقريبهما بسهولة حتى يتلامسا فيضمان بالوضع والخياطة وعصائب اللازوق

(تنبيه)

هذه الكيفية اجود من الاولى فيما اذا كان الجزء المراد رمه صغيرا لان بها لا تحصل غنغرينا فى الرقعة اذ الخد يرم بشئ منه لا من الخارج فيحسن الوجه من ذلك

(الفصل الرابع فى العمليات التى تفعل فى اعضاء اللعاب)

(المبحث الاول فى جرح القناة اللعابية للغدة النكفية)

اعلم انه اذا حصل جرح فى الخد واصيبت منه القناة المسماة بقناة (استينون) لزمت المبادرة الى ضم حوافى الجرح ضما محكما بحيث تصير اجزاؤه مقابلة الى بعضها ثم يوضع فتيل بين حوافيه من جهة الباطن ويثبت طرفه خارج الحنك * وفائدة هذا الفتيل ابقاء فتحة يسيل منها اللعاب فى تجويف الحنك ومنع تكون ناصور

(المبحث الثانى فى الحصوات اللعابية)

قد شاهد بعض الجراحين تكون حصوات فى قناة (استينون) وذكر بعضهم

فى مؤلف له انه رأى بعض الجراحين استخرج من القناة المذكورة حصاة فى حجم الجوزة وحيث ان من اخطار هذه الحصوات حبس اللعاب ومنع وصوله الى الحنك فتتكون اورام من اجتماعه وخراجات يعقب تقرحها وانفتاحها نواصير لعابية يلزم المبادرة الى اخراج هذه الحصوات وهو يكون امامن جهة الجلد وامامن باطن الحنك * اما استخراجها من جهة الجلد فلا يستعمل الا اذا كانت الحصاة بارزة جهته ولم تكن مغطاة الا به وكان متقرحا بها قبالها وكيفيته حينئذ هى ان توسع الفتحة الموجودة من التقرح وتستخرج الحصاة بمنقاش اى جفت صغير ثم يعالج الجرح بما يمنع تكون ناصور لعابى واما استخراجها من باطن الحنك وهو المفضل اذ به لا تحصل ندبة ولا قبح فى الوجه ولا يتكون ناصور لعابى ظاهر * فكيفيته هى ان يضغط على الحصاة من الظاهر لتبرز جهة الغشاء المخاطى اثناء ما تجذب زاوية الفم الى الوحشية ثم يشق الغشاء وما تحته قبالة بروز الحصاة شقا كافيا لكشفها بمشرط ملفوف عليه خرقة الى قرب سنه فتخرج

(المبحث الثالث فى نواصير قناة (استينون)

تشريح جراحى * هذه القناة تخرج من الحافة المقدمة للغدة النكفية بين ثلثها المتوسط والعلوى وتتجه من الخلف الى الامام على هذه العضلة وبعد ان تجاوزها من الامام بقدر اربعة خطوط او خمسة عرضا تنحنى وتغور جهة الباطن فى شحم الخد ثم تثقب العضلة المبوقة وتنفتح فى الحنك من غير صمام حذاء الضرس الاول او الثانى الكبير اسفل محل اتصال الغشاء المخاطى الحنكى باللثة بثلاثة خطوط او اربعة عرضا وهذه القناة موازية فى سيرها للحافة السفلى من عظم الوجنة بعيدة عنها بقدر اربعة خطوط او خمسة عرضا وجدران هذه القناة غليظة وهى مصحوبة غالبا فى سيرها بالشريان الوجهى المستعرض وبفرع غليظ من العصب الوجهى ثم ان العمليات التى تفعل لازالة نواصير هذه القناة تختلف على حسب كون فتحة الناصور الظاهرة موجودة امام حرف العضلة المضغية المقدم او خلفه وعلى حسب كون الناصور عتيقا او حديثا

واسعا اوضيقا اومصحوبا بتضايق اوانسداد فوهة القناة اوغير مصحوب به فلذا جعل لمعالجتها اربع طرق كل منها له كيفيات * الطريقة الاولى فائدتها سد الفتحة الناصورية ليتبع اللعاب سيره الطبيعي وينصب في الحنك من غير ان يسيل منه شئ على الخد ويشترط لنجاحها ان تكون القناة سالكة وفوهتها مفتوحة غير ضيقة ولها كيفيات كثيرة * منها الخياطة اللفية وهي ان تدمى حوافي فتحة الناصور الظاهرة وتقرب من بعضها تقريبا جيدا ثم تضم بواسطة الخياطة اللفية وقطعة من اللازوق الانكليزي وهذه الكيفية نجعت مرارا عديدة فلذا ينبغي الابتداء بها لانها اذا لم تنجح لا تضر * ومنها الكي وهو يكون اما بالنار واما بالحجر الجهنمي اما الكي بالنار فيستعمل اذا كانت الفتحة واسعة ليحدث عنه خشكريشة تسدها وتمنع سيلان اللعاب حتى يتم التئام حوافيها فيتبع اللعاب سيره الطبيعي وهذا الكي يكون بمسبر محمى * واما الكي بازوتات الفضة فيستعمل اذا كانت فتحة الناصور ضيقة وكان لا يخرج منها الا شئ قليل من اللعاب * وكيفيته هي ان تنظف الفتحة وما حولها وتنشف من الرطوبة الموجودة فيها ثم يؤخذ حجر جهنمي ويوضع طرفه عليها مع التحامل عليه فمتى تكونت خشكريشة غليظة يرفع الحجر وتنشف بخرقة ثم يوضع فوقها قليل من النسالة المبشورة وتغطى بثلاث قطع من اللازوق الانكليزي اي الحبر الصمغ بعضها فوق بعض ثم يثبت ذلك كله بواسطة رفائد ورباط يلف لفا لا ثقا بالمحل ثم يؤمر المريض بعدم تعاطي الاطعمة الصلبة وبالصمت وبالتجنب عما ينبه افراز اللعاب ثم بعد ذلك باثني عشر يوما او خمسة عشر يحل الرباط وترفع الرفادة * واما قطع اللازوق فتترك ونفسها حتى تسقط من ذاتها مع الخشكريشة * ومنها الضغط اما على فوهة الناصور واما على القناة النكفية نفسها فيما بين الناصور والغدة النكفية * واما على هذه الغدة عينها لمنع مرور اللعاب في القناة ووصوله الى الناصور حتى تلتئم حوافي فتحته وتنسد بالكلية باستعمال ما يليق لذلك فيزال الضغط ولكن هذه الكيفية قليلة النجاح فالافضل ان لا تستعمل وحدها بل تقرن باحدى الكيفيتين

المذكورتين

المذكورتين سابقا

الطريقة الثانية لتوسيع القناة وتسليكها * وكيفيتها هى ان ينفذ فى سم مسبر رفيع شبيه بمسبر (انيل) المستعمل فى الناصور الدمعى خيط من الابريسم ويدخل من فوهة الناصور ثم يوجه بانحراف من الخلف الى الامام ومن الوحشية الى الانسية وقليلا من اعلى الى اسفل ليدخل فى جزء القناة المقدم فيدفع نحو الحنك اثناء ما تجذب زاوية الفم الى الوحشية ليزول اعوجاج القناة حتى يخرج طرفه من فوهتها الطبيعية فيجذب منها بالخيط المذكور ويخرج طرفه من الفم فيربط فيه فتيل مركب من ثلاثة خيوط رفيعة من كتان او حرير ثم يجذب هذا الفتيل بواسطة ذلك الخيط من الامام الى الخلف اى من باطن الحنك الى فوهة الناصور حتى يخرج طرفه من هذه الفوهة مع الخيط المعلق هو فيه ثم يحل منه ويعقد طرفه الخارج من فوهة الناصور بطرفه الخارج من الفم على الخد او يثبت معه فى قلنسوة المريض * واما طرف الفتيل الخارج من الفم فيثبت على الخد قريبا من زاوية الفم بواسطة قطعة من اللازوق المصمغ ومتى علم اتساع القناة بقلة خروج اللعاب من الناصور تحل عقدة طرفى الخيط ويجذب طرفه الخارج من الفم حتى يدخل طرفه الخارج من فوهة الناصور فى القناة فيترك فيها ثم تكوى حوافى الفتحة الناصورية بازوتات الفضة حتى تتكون خشكريشة تسدها فتثبت هذه الخشكريشة بواسطة قطعة من اللازوق المصمغ كما ذكرنا آنفا ثم يحمى المريض عن المأكل الصلبة ويمنع من التكلم ويؤمر بتجنب ما يزيد فى سيلان اللعاب مدة عشرة ايام او اثنى عشر حتى يتم ندب فتحة الناصور وتنسد فيخرج الفتيل حينئذ من الفم بالكلية * وكيفية اخراجه هى ان يزال اعوجاج القناة اولا بان يضع الجراح ابهام يده اليمنى وسبابتها على الخد ممدودين على حسب اتجاه القناة احدهما اعلاها والثانى اسفلها ثم يجذب الخد من نحو زاوية الفم الى الاذن فتستقيم القناة وحينئذ يجذب الخيط جذبا لطيفا حتى يخرج وفائدة ابقاء الفتيل فى القناة حتى يتم ندب فتحة الناصور هى توصيل اللعاب الى الحنك ومنع خروجه منها * هذا اذا تيسر ادخال المسبر فى القناة

من فتحة الناصور والافيدخل من فوهة القناة الطبيعية *وكيفية ذلك هى ان يقف الجراح امام المريض ثم يمسك زاوية الفم بابهام اليد اليسرى موضوعا فى الحنك وباصبعيها السبابة والوسطى موضوعتين على الخد اذا كان الناصور فى الجهة اليمنى *واما اذا كان فى الجهة اليسرى فيكون المسك المذكور باليد اليمنى ثم يمده ويقلبه الى الظاهر لتتجه فوهة القناة الى الامام ويزول اعوجاجها ثم يدخل المسبر باليد الخالصة فى القناه من الامام الى الخلف حتى يخرج طرفه من فوهة الناصور ثم تتم العملية كما ذكر

الطريقة الثالثة لاحداث فوهة صناعية للقناة النكفية فى باطن الحنك ولهذه الطريقة كيفيات كثيرة احسنها واجودها كيفية الجراح (دوكيز الكبير) وهى ان تدخل مبطة رفيعة من الناصور فى قناة (استينون) ثم تغرز فى الخد بانحراف الى الباطن والخلف امام حرف العضلة المضغية المقدم حتى تصل الى تجويف الحنك والشدق مستندا على سبابة ووسطى احدى اليدين على حسب جهة العمل بعد ادخالهما فى تجويف الحنك ليتمدد الخد ويتباعد عن اللثة فلا تجرح عندما يخرج طرف المبطة من بينهما او توضع قطعة من خشب الفلين على سطح الشدق الباطن قبالة مخرج طرف المبطة ليدخل فيها لئلا يجرح الاعضاء الموجودة فى الحنك كاللثة او اللسان وعند نفوذ المبطة فى الحنك ينزع السهم من الماسورة ثم ينفذ سلك من رصاص فى هذه الماسورة حتى يصل طرفه الى الحنك فيمسك بالاصبعين المذكورين اثناء نزع الماسورة من الجرح ثم يدخل السهم فى الماسورة ثانيا وتوضع المبطة التى هى مجموعهما فى قعر الناصور ويثقب به الخد مرة ثانية من الخلف الى الامام ومن الظاهر الى الباطن حتى يصل طرفها الى تجويف الحنك فينزع السهم من الماسورة كما ذكر ثم ينفذ خيط من حرير او كتان مصمغ مزدوج من الماسورة الباقية فى الجرح وحينئذ تخرج هذه الماسورة ويربط طرف السلك الظاهر بطرف الخيط الظاهر ثم يجذب الخيط من الحنك فيجر وراءه السلك ومتى نفذ طرف السلك الثانى فى الحنك فصل منه الخيط بحيث يصير طرفا السلك بارزين فى الحنك والعروة الحاصلة من ثنيه تحيط

باللحم الموجود فى قعر الناصور ثم يلوى هذان الطرفان معا على نفسهما لئلا يخرجا من الناصور ويقطعان قريبا من الشدق لئلا يعيقا حركة اللسان والفكين ببروزهما فى باطن الحنك ثم تدمى حوافى فتحة الناصور وتخاط بالخياطة اللفية ويدبر المريض فى مأكله وغيره كما ذكرآنفا بان لا يطعم الا الاغذية السائلة ويؤمر بالصمت فبهذه العملية يسيل اللعاب فى الحنك تابعا السلك وينقطع خروجه من فتحة الناصور وبعد تمام ندب هذه الفتحة يخرج السلك من الحنك فتصير الفتحتان اللتان كان طرفا السلك خارجين منهما فوهتين كانهما طبيعيتان يسيل منهما اللعاب * وبعض الجراحين يترك هذا السلك حتى يسقط من ذاته فى الحنك بعد ان تقطع عروته اللحم المحيطة هى به الفاصل للفتحتين بضغطها عليه وحصرها اياه فمن اختلاط هاتين الفتحتين تتكون فتحة كبيرة يسيل منها اللعاب فى باطن الحنك بدون عائق وذلك يتم غالبا فى مدة عشرة ايام

(تنبيه)

حيث انه قد يتعسر مرور الخزام من الفتحة الثانية وراء الخيط فقد وصى بعض الجراحين بغرز المبطة فى المرة الثانية من الحنك اى من الباطن الى الظاهر ثم ان بعض الجراحين فعل الفتحتين المذكورتين فوق بعضهما بعد ان غرز المبطة فى كل مرة من الظاهر الى الباطن ومن الخلف الى الامام وبعضهم استعوض السلك المذكور بخيط من حرير قطر غلظه خط ونجح ذلك معه * وهذه الكيفية مطلقا جيدة جدا فعليك باستعمالها اذا لم تنجح معك الطرق المذكورة آنفا الطريقة الرابعة رديئة جدا * وهى ضغط الغدة النكفية لتصغير حجمها لقطع افرازها وانما كانت رديئة لكون الضغط فيها مؤلما جدا غير مفيد فى ابطال افراز اللعاب اذ لا يمكن وصوله الى الاجزاء الغائرة من الغدة مهما كان شدته

(المبحث الرابع فى نواصير الغدة النكفية)

هذه النواصير تخلف بعض الخراجات والقروح والجروح البالغة الى جوهر الغدة النكفية المصيبة بعض جذور القناة اللعابية وهى توجد غالبا خلف

زاوية الفك السفلى واحسن العمليات التى تزال بها هى الكى والضغط وزرق الادوية المهيجة والخياطة بعد ادماء حوافى الناصور* اما الكى فيكون بالنار اوالادوية الكاوية كالحوامض الكثيفة وكلورور الانتيمون وازوتات الفضة فهذه الادوية توضع على الناصور لتحيل الجزء المريض منه الى خشكريشة غليظة وتحدث التهابا شديدا فى ظاهر الغدة به تنطبق جدران الفريعات الظاهرة التى اصابها الكى فيزول تجويفها ويمتنع سيلان اللعاب منها الى الخارج وينمو اللحم تحت الخشكريشة فيكون اساسا للندبة التى تخلف الناصور وتسد فوهته ولكن لاجل منع سرعة سقوط الخشكريشة قبل ان يحصل الانسداد المذكور ينبغى ضغط الخشكريشة كما ذكرنا آنفا ضغطا لاتقا مستمرا لانه يقرب الاجزاء بعضها من بعض ويمنع سيلان اللعاب الى الخارج ويسند الخشكريشة ويسرع فى الندب

(تنبيه)

ملح ازوتات الفضة اجود من غيره فى مثل هذا الكى لكونه سهل الاستعمال ويحدث عنه خشكريشة جافة كثيرة الالتصاق* واما الضغط ففائدته تقريب جدران جذور القناة الظاهرة لتلتصق ببعضها ومنع سيلان اللعاب الى الخارج حتى يتم الندب* واما الزرق ففائدته الهاب القناة الناصورية ولصوق جدرانها ببعضها والزروقات المستعملة لذلك هى ماء الشعير المعسل اومغلى الورد فى النبيذ اوالعرقى على حسب حالة الاجزاء المراد الهابها لانها ان كانت متهيجة ينبغى ان يكون الزرق لطيفا* واما الخياطة فتستعمل بعد ادماء حوافى فتحة الناصور باحاطتها بشقين هلاليين يتكون عنهما شق بيضى تضم حافتاه بالخياطة اللفية وعصائب اللازوق* وبالجملة ينبغى اثناء استعمال كل من هذه الطرق ان يقلل افراز اللعاب بما ذكرنا آنفا

(المبحث الخامس فى استئصال الغدة النكفية)*

(تشريح جراحى) الغدة النكفية شكلها شبيه بهرم قاعدته تلى الجلد وقمته غائرة بين النتو الحلمى وفرع عظم الفك السفلى وهى مغطاة بالجلد والنسيج الخلوى الشحمى ومحاطة بصفاق ليفى خاص وهى تغطى اوتحوى فى باطنها الشريان

الوجهى المستعرض والعصب الوجهى والشريان والوريد الصدغيين الظاهرين والشريان السباتى الظاهر واصل الشريان الفكى الباطن وقتها تجاور الشريان السباتى الظاهر والوريد الودجى الباطن والعصب الكبير تحت اللسان والرئوى المعدى والسمباتوى العظيم ولهذه الغدة زوائد تدخل بين العضلات الجناحية وذات البطنين والابرية وخلف فرع الفك السفلى وبهذه المجاورات يعلم ان استئصالها من اصعب عمليات الجراحة فعلى الجراح ان لا يقدم عليها الا اذا كان عالما بالتشريح الجراحى والمرضى متعودا على العمل * ثم انه يستحضر لهذه العملية على مشرط مستقيم وآخر محدب وآخر منته بزر ومقص مستقيم وآخر منحن وجفت للسلخ ومحراف قنوى من فولاذ لا حاجز له فى آخر قناته ومشرط من مشارط التشريح تكون قبضته مسطحة لتنفع فى عزل بعض الاجزاء عن بعض بتمزيق النسيج الخلوى وابر فى سمها خيوط وجميع ما يلزم لربط الشريان السباتى ويلزم ان تجهز ايضا الاشياء العامة فى جميع العمليات كالماء والاسفنج والنسالة وغير ذلك * وكيفية العمل هى ان يضجع المريض على جانبه السليم بحيث يمكنه التنفس والبصاق ويثبته مساعدون بسهولة ويعين مساعد لضغط الشريان السباتى اذا جرح اثناء العملية ويشق الجراح الجلد بمشرط شقا يختلف على حسب حالة الورم وكبره وشكله فاذا كان الجلد سليما غير ملتصق بالورم وكان حجم هذا الورم لا يزيد عن مقدار بيضة دجاجة كان الشق بسيطا منحرفا من الاذن نحو العظم اللامى او صليبيا او على صورة لام مزدوجة هكذا ﻻ واما اذا كان الجلد ملتصقا او الورم كبيرا فيكون الشق بيضيا ليزال مع الورم ما كان زائدا او متغيرا من الجلد * ثم انه اذا تعسر كشف الورم بعد هذا الشق شقت كلتا حافتيه عرضا ليصير الشق صليبيا ثم تسلخ حوافى الشق وتقلب لينكشف الورم ثم يشرع فى فصل الورم مبتدأ فى ذلك بجهته العليا ثم حرفه الخلفى لانهما محدودان بالمفصل الصدغى الفكى والجدار السفلى من الصماخ السمعى والنتو الحلمى ولان هاتين الجهتين بعيدتان عن الشريان السباتى فلا يقع عليه الجراح فى اوائل العملية * وينبغى ان يربط

كل ما انفتح من العروق سريعا او يأمر الجراح مساعدين بضغط هذه العروق باصابعهم اذا كان حجمها صغيرا ومتى قرب السلخ من حرف الفك السفلى اومن العضلات الجناحية لزم توجيه حد المشرط الى الخلف نحو الورم لئلا تصاب الاعضاء اللازم ابقاؤها بل ينبغى ان يفعل هذا الفصل بقبضة المشرط اذا كانت مفرطحة اوبطرف المحراف القنوى اذا كان الالتصاق غير متين ويسهل ذلك السلخ بامر المريض بفتح فيه على آخره اذ بذلك تتباعد لقمة عظم الفك من الصماخ السمعى فتتسع المسافة التى بينهما الموجود فيها الغدة ومتى وصل الجراح بالسلخ الى خلف فرع عظم الفك يحترس من اصابة الشريان السباتى الظاهر واصل الشريانين الصدغى والفكى الباطن لانهما يوجدان هناك واذا وجد الجراح فى هذا المحل اوفى قعر النقرة النكفية بعض زوائد من السرطان لا يتيسر فصلها بقبضة المشرط ربطت من جزئها السليم قبل قطعها من امام الرباط بالمشرط اوالمقص وبالجملة فبالسلخ من اعلى الى اسفل يصل الجراح الى فصل الورم وقلبه على العنق وحينئذ يتم قطعه اما بالتمزيق واما بالقطع لكن اذا كان ما بقى من الغدة ملتصقا بما حوله من الاعضاء المهمة المذكورة التصاقا متينا لزم ربطه باحاطته بخيط قريبا من اصله ثم قطعه من امام هذا الخيط

والجراح بيجين يفعل هذه العملية بكيفية اخرى هى ان يكشف الورم كما ذكر ثم يطول الشق الى الاسفل ليكشف الشريان السباتى اذا رآه الجراح محاطا بالسرطان بحيث لا يتيسر له عزله منه بدون اصابته ثم يربط رباطين ويقطع من بينهما ثم يفصل الورم بالجزء الداخل فيه من هذا الشريان من اسفل الى اعلى وقبل ان يتم فصله يربط الجزء العلوى من الشريان اوالفروع الناشئة منه من اعلى الورم بحيث يتم استئصال الورم بدون ان يخشى من حصول نزف وهذه الكيفية جيدة فى الاحوال الثقيلة اذ هى سهلة وبها يؤمن النزف اثناء العملية وبعدها

(تنبيه)

ينبغى فى هذا الفصل الطويل المتعب ان يربط كل ما قطع من الشرايين فورا

اويضغطه المساعدون باصابعهم اذا كان صغيرا لايزاحم الجراح فى العمل والشرايين التى يخشى من اصابتها هى كما ذكرنا السباتيان والوجهى المستعرض والصدغى والاذنى والحلمى والابرى الحلمى والقمحدوى والفكى الباطن والبلعومى السفلى واللسانى والوجهى فاذا اصيب الشريان السباتى اوخشى من اصابته لزم تطويل الشق الى الاسفل على مسيره لينكشف ويربط من اسفل الورم واما العصب الوجهى فيقطع من غير توقف حال مايرى * واما العضلات فيجتهد فى عدم قطعها مالم تكن مريضة والايستأصل ما كان متغيرا منها * وبالجملة فبعد فصل الورم بالكلية يشرع فى ربط الشرايين كلها واذا استمر نزف وريدى يقطع بامر المريض بعدم حصر نفسه وحشو الجرح وكبسه ولا ينبغى ضم حوافى الجرح الذى يخلف استئصال الغدة النكفية لانه يحصل من ذلك سريان الصديد بين الاعضاء وسعيه الى محال بعيدة وحمرة جلدية بسيطة اوغلغمونية وجميع العوارض التى تنشأ منها مع ان ندب الجرح بعد تقيحه احسن لكونه لايحصل الابعد نمو لحم فى تقعير الجرح فيملأه بالكلية * ثم انه بعد الندب يحصل تعسر فى حركات البلعوم والحنجرة واللسان والفك السفلى من قطع العضلات الابرية وشلل الاجفان وجناح الانف وزاوية الفم الموجودة فى جهة العملية من قطع العصب الوجهى فعلى الجراح ان يخبر المريض اواقاربه بذلك لئلا يلام هذا وكيفية الجراح (مايور) هى ان تنفذ ابرة مجعول فى سمها شريط منثن فى وسط السليم من الغدة النكفية من جهة اصلها بعد كشفها وفصلها الى قرب ما كان ملتصقا منها بالعروق والاعصاب المذكورة انفا بالكلية ثم تقطع عروة الشريط وتخلص الابرة منه ويربط كل من نصفى الورم على حدته بحيث ان احدهما يكون فوق الآخر او يجذب الورم باليد او بجفت (موزو) جذبا قويا او يحاط اصله بخيط يشد تدريجا بشادة العقد الشبيهة بالسبحة فبهذه الكيفية ينفصل الورم بعد اماتته لانقطاع وصول الدم اليه بدون ان يحصل نزف من فصله كما بينا لك ذلك فى باب القطع بالربط فى العمليات البسيطة فى الجزء الاول من هذا الكتاب وهذه الكيفية جيدة فيما اذا كان السرطان غير غائر وكان يراد ربط اجزاء

الغـدة السليمة الداخلة فيما بين العروق والابان كان غائرا جدا فلا قدرة لها على ازالته بالكلية فيتولد بعد ذلك ثانيا

(المبحث السادس فى استئصال الاورام التى تحصل فى القسم النكفى فوق)

(الغدة النكفية)

يجهز لهذه العملية مشارط وجفوت لربط العروق وخيوط مشمعة وسنانير وجفت (موزو) ثم يجلس المريض على كرسى ملفوف البدن بملاءة مستند الرأس على صدر مساعد ثم يفعل شق على حسب اتجاه قطر الورم الكبير وفى هذا الشق يقطع الجلد والنسيج الخلوى الذى تحته والطبقات الليفية حتى يتوصل الى سطح الورم فاذا وجد مغلفا بكيس خلوى فصل بالاصابع مما حوله الى ان يوصل الى سطحه الغائر والابان لم يكن محاطا بكيس كما هو الغالب فصل بالسلخ مما يجاوره الى قرب جزئه الغائر المجاور للعروق ثم يربط برباط تشد عقده ثم يقطع من فوق الرباط* والجراح الشهير (بيجين) استأصل مرة ورما ولم يتبع فيه ما ذكرناه فانقطع بعض عروق لم يتيسر له ربطها لكونها غارت فى اللحم فحبس نزفها بالضغط ثم انه اذا استؤصل الورم كله تضم حافتا الجرح واما اذا بقى منه شئ بعد ربطه فيحشى الجرح نسالة حتى يسقط باقيه ثم يترك ليندب

(المبحث السابع فى استئصال الغدة تحت الفك)

تشريح جراحى) هذه الغدة مغطاة بالجلد الا ان الوريد الوجهى والعضلة الجلدية حائلان بينهما وهى تجاور من اعلى السطح الباطن من العظم الفكى السفلى ومن اسفل العضلة ذات البطنين ومن الانسية العضلة اللامية اللسانية والسخنية اللامية واما جهتها السفلى الانسية فيتبعها الشريان الوجهى ويمر تحتها العصب اللسانى والشريان اللسانى وتقبل من اعلى ضفيرة العصب السمتى كيفية العملية هى ان يجلس المريض على كرسى مسدود الفم مرفوع الذقن مقلوب الرأس الى الخلف والجانب السليم ليظهر الورم ويسهل العمل ثم يشق الجراح الجلد من اعلى الى اسفل من حرف الفك السفلى الى العظم اللامى ثم يشقه عرضا ويسلخ الشرائح ويبعدها ويقلبها لتنكشف الغـدة* واذا زاحمه الوريد

الوجهى

الوجهى ولم يتيسر له تبعيده بسنارة غير حادة الطرف ربطه رباطين وقطعه من بينهما ثم يغرز سنارة فى جسم الغدة ويجذبها الى الوحشية والاعلى ثم الى الخلف والاسفل اثناء ما يفصل جزءها السفلى اونصفها المقدم بجز المشرط جرات صغيرة وفى هذا السلخ يحترز احترازا عظيما من اصابة الشريان اللسانى والعصب المصاحب له ثم يبحث عن الشريان الفكى الظاهر خلف الغدة ويربطه ثم يجذب الغدة الى الامام والاسفل ويفصلها من جهة اللسان ثم يزيلها

(تنبيه)

اذا استحسن الجراح ربط الشريان الفكى قبل ان يشرع فى الاستئصال يلزم ان يكشفه بالشق عليه كما ذكرنا ذلك فى مبحث ربطه فى الجزء الاول من كتابنا هذا واما اذا لم يرد ربطه من قبل فيكشف الغدة ويفصلها من جميع الجهات ماعدا الجهة التى تدخل منها فروع هذا الشريان فى الغدة بل يحيطها برباط يشد شدا قويا وتقطع الغدة من فوقه ثم تقرب حافتا الجرح ويجتهد فى انضمامهما

(المبحث الثامن فى الضفدع)

الضفدع ورم يتولد تحت اللسان فيرفعه ويمنعه من الكلام ويبرز فى الحنك وربما عظم حتى يملأ تجويفه وكذا يبرز تحت حرف الفك السفلى بروزا عظيما فى الجزء المقدم العلوى من العنق كما شاهدت ذلك مرتين احداهما فى امرأة والثانية فى رجل من بلدة من بلاد الجيزة يقال لها كرداسة ثم انه يكون حاصلا عن انسداد قناة (وارتون) التى توصل اللعاب المفرز بالغدة تحت الفك الى الحنك واتساعها من اجتماع اللعاب فيها وانما سمى بالضفدع لشبهه به ولصيرورة صوت المريض شبيها بصوت الضفدع * ثم ان علاج هذا الداء يكون بفتح الورم واستفراغه بالكلية من اللعاب والحصوات والمادة الصديدية الموجودة فى باطنه وقرض ما كان زائدا من جدرانه ورد هذه الجدران الى اتساعها الاصلى ومنع التئام حافتى الشق ببعضهما لتندمل كلتاهما على حدتها فلا يعود الورم المذكور لخروج اللعاب وعدم تجمعه * ولذلك ثلاث طرق الاولى الشق ويستعمل فى الضفدع الصغير * وكيفيته هى ان يجلس المريض

على كرسى متباعد الفكين بقدر الامكان ثم يشق الجراح بسن مشرط حاد الطرف جدار الورم المقدم شقا مستطيلا فتخرج من هذا الشق مادة شبيهة بزلال البيض ثم تندمل حافتاه كلتاهما على حدتها وتخلفه فتحة ناصورية شبيهة بالطبيعية يخرج منها اللعاب

الطريقة الثانية القرض وله كيفيتان * الاولى هى ان يجلس المريض كما ذكر ثم يؤمر بفتح فيه ورفع طرف لسانه نحو سقف الحنك فيشق الجراح الورم بمشرط مستقيم شقا هلاليا تحديبه يلى الوحشية ويمسك الشريحة بجفت صغير ويقرضها بمقص بحيث يصير قعر الكيس مساويا لسطح الحنك السفلى اعنى انه لا يبقى من بروز الورم الا قليلا * الثانية هى ان تغرز سنارة فى الورم ويجذب بها الى الامام ليزداد بروزه ثم يقرض جزؤه المقدم بمقص منحن على صفحه وتمسك بجفت صغير حافتا الشق الحاصل من ذلك ويقرضا الى قرب اصلهما * واعلم ان كلتا هاتين الكيفيتين جيدة جدا لكن الاولى تفضل على الثانية اذا كان الورم متوترا جدا بحيث لا يتيسر قرض جزء كبير منه لانزلاق المقص عليه * وعلى كل حال فلا يحصل من هذه العملية للمريض الا الم خفيف جدا ولا ينزف الا قليل من الدم لصغر العروق المقطوعة فيها ولا تستدعى علاجا بعدها سوى المضمضة بالماء الممزوج بقليل من الخل او المحلول فيه ملح طعام او شب والفتحة الحاصلة منها تصغر شيأ فشيأ لكن لا تنسد بالكلية غالبا بل تندمل كل حافة من حوافيها على حدتها وتصير كانها طبيعية يخرج منها اللعاب المفرز بالغدة تحت الفك فلا يعود الورم بعد ذلك غالبا

(تنبيه)

اذا كان الورم بارزا تحت الذقن لا ينبغى فتحه من هناك لانه اما ان تنسد الفتحة فيعود الورم ثانيا اذا لم يفعل ما يزيل انسداد قناة (وارتون) واما ان تصير ناصورا تحت الذقن بل الانسب ان يفتح من الحنك * وبالجملة فطريقة القرض تستعمل اذا كان الورم كبير الازالة ما كان بارزا منه لانه اذا اكتفى بالشق البسيط فى هذه الحالة فلا بد من تقارب حوافى الفتحة وانسدادها فيرجع الضفدع

الطريقة

الطريقة الثالثة وضع الزر فى الفتحة الحادثة فى الضفدع وثمرته استمرارها وهذا الزر آلة مركبة من ساق فيه قناة وطوله من خطين الى ثلاثة وقطره نصف خط ومن صفيحتين صغيرتين بيضيتى الشكل قطرهما الاكبر طوله من خمسة خطوط الى ستة وأحد سطحيهما خالص محدب والثانى مقعر متصل الوسط بطرف الساق المذكور * وكيفية وضعه هى ان يجلس المريض حذاء النور مفتوح الفم بقدر الامكان ثم يؤمر برفع لسانه نحو سقف الحنك كما ذكرنا ويمسك الورم بجفت صغير بعيدا عن طرف اللسان بنحو قيراط وقريبا من المحل الذى ينثنى فيه الغشاء المخاطى الحنكى على سطح اللسان السفلى ثم يفعل بمشرط اومقص منحن على صفحه شق طوله خطان ويستفرغ الورم من السائل المحتوى هو عليه ثم يمسك الزر بجفت وتدخل احدى صفيحتيه فى تجويف الورم من الشق وتترك الصفيحة الثانية فى الحنك هذا اذا كان الشق صغيرا واما اذا كان كبيرا فلا يوضع الزر فيه الا بعد ان يضيق الورم من انقباض جدرانه ثم بعد وضع هذا الزر يضيق عليه الشق بحيث لا يخرج منه ويسيل اللعاب من قناته اومن بينه وبين دائرة الفتحة من غير ان يجتمع فى باطن الكيس وهذا الزر بهذا الوضع لا يعيق حركات اللسان والمضغ ولا يتعب المريض فى شئ بل الغالب ان لا يستشعر بوجوده فى حنكه مدة حياته وهذه الطريقة جيدة جدا

(الفصل الرابع فى العمليات التى تفعل فى اللسان)

(المبحث الاول فى طول رباط اللسان)

اعلم ان رباط اللسان قد يستطيل جهة طرفه فيمنعه عن الارتفاع ومن مص حلمة الثدى عند الرضاعة بل من مسكه بالكلية بحيث اذا لم يبادر بقطع هذا الرباط ربما هلك الطفل جوعا وهذا الطول يعرف بان يوضع الاصبع الخنصر تحت اللسان فلا يمسكه ولا يضغط عليه * وكيفية القطع هى ان يجلس الطفل فى حجر مرضعته اوانسان لا تأخذه الرأفة من صراخه ورأسه مقلوبة على صدر الماسك له ثم يؤمر مساعد بمسك طرف انفه السفلى والضغط عليه ليتنفس من فيه فيفتحه واما الجراح فيقف امامه ويمسك محرافا قنويا من طرفه بيده اليسرى

ويضع صفيحته تحت لسان الطفل بحيث يدخل رباطه فى شق هذه الصفيحة فيرفع اللسان بها بتوتر الرباط فيبرز الى الامام عن العروق الموجودة على جانبي اللسان فتدفع ايضا الى الخلف بجزءى الصفيحة الموجودين على جانبي شقها ثم يمسك مقصا مستقيما غير حاد الطرف بيده اليمنى ويقطع به الرباط كله من تحت صفيحة المحراف ولكن ينبغى فى هذا القطع ان يوجه طرف المقص الى اسفل ويبعده عن اللسان ما امكن لئلا تصاب الشرايين تحت اللسان واذا لم يجد محرافا رفع اللسان باصبع او اصبعين من يده اليسرى *والجرح الحاصل من ذلك القطع لا يستدعى علاجا لان كلا من لعاب الطفل واللبن اعظم دواء له وحركات اللسان تمنع التئام حوافيه بل يبرأ بالندب *وهذه العملية وان كانت سهلة جدا الا انه قد يعقبها عوارض ثقيلة *منها انقلاب اللسان نحو الحلق وموت الطفل من الاختناق اذا لم يبادر برد اللسان الى مكانه بالاصبع وقد شاهد بعض مشاهير الجراحين هذا الانقلاب ثلاث مرات لكن يمنع حصوله بعدم قطع الرباط زيادة عما يلزم لانطلاق اللسان عن امساكه *ومنها النزيف وهو يحصل من اصابة الشرايين تحت اللسان اذا لم يوجه الجراح طرف المقص الى الاسفل ولم يقطع الرباط قريبا من جدار الحنك السفلى كما ذكرنا *ويحبس الدم النازف اما بكى الجرح بقطعة زاج او بطرف مسبر محمى جدا او بالضغط على فتحة العرق بكيفية (جان لوى بوتيت) التى ذكرناها فى كتابنا الموسوم بروضة النجاح الكبرى فى العمليات الجراحية الصغرى لحبس النزيف الحاصل من فصد اللسان *وهى ان تؤخذ شعبة من خشب طولها قيراط ملفوفة بقطعة من البز او القماش وتوضع فى الحنك بحيث تصير مرتكزة بطرفها على السطح الباطن من ارتفاق الذقن ومحيطة بالجرح بشعبتيها ثم يؤخذ رباط صغير ضيق ويوضع فى الفم عرضا فوق اللسان كاللجام ويصالب طرفاه تحت الذقن ويرفعا على الاذنين ليثبتا فى قلنسوة الطفل فبهذه الكيفية يصير اللسان مضغوطا بين الرباط من اعلى والشعبة من اسفل فينقطع النزف ويمتنع اللسان من التحرك *هذا وقد استعمل الجراح (ويامو) طريقة بسيطة هى ان يؤخذ قضيبان صغيران

ويربطا معا من الوسط ثم يوضع اللسان بينهما من كل جهة من جهتيهما شبه مخروطى ليبعدهما عن بعضهما من احدى الجهتين فيتقاربان من الثانية ويضغطان على العروق فينحبس الدم * وبالجملة فالكى فى الاطفال اجود من الضغط لانه اقل تعبا منه ولا يمنعهم من الرضاعة الضرورية لهم

(المبحث الثانى فى التصاق اللسان باللثة او جدار الحنك السفلى) *

هذا الالتصاق تارة يكون خلقيا وتارة يكون عارضيا ويكون شبه اربطة خيطية الشكل او ملتصقا فى سعة عظيمة بجدار الحنك السفلى او اللثة او بالشدق فان كان الالتصاق شبيها باربطة خيطية ازيل بقطع هذه الاربطة بمقص كما فى رباط اللسان لكن اذا كانت هذه الاربطة عريضة ينبغى قرضها بعد شقها * واما اذا كان عاما فى جميع ما يجب ان يكون خالصا منه وكان هذا الالتصاق متينا لا بواسطة غشاء ولا اربطة فيفصل بهذه الكيفية وهى ان يجلس المريض مقلوب الرأس على وسادة او على ساعد مرضعته ان كان طفلا او على صدر مساعد * واما الجراح فيكون خلفه وعلى يمينه ويبعد جزء اللسان الخالص من محل التصاقه بالحنك بسبابة يده اليسرى او ملوق او صفيحة محراف او آلة اخرى موافقة لذلك ثم يأخذ مشرطا مستقيما ويجعله على صفحه ويقطع وسائط الالتصاق به شيأ فشيأ ويجتهد فى هذا الفصل لاسيما فى السطح السفلى من اللسان بان يوجه حد المشرط نحو جدار الحنك السفلى او يبعده عن جسم اللسان ما امكن لئلا تصاب العروق تحت اللسان وفى اثناء ذلك ينبغى ان يأمر الجراح مساعدا بتنشيف الدم باسفنجة كلما سال منه شئ ثم يمسك عن السلخ زمنا فزمنا ليتنفس المريض ويتمضمض وينهى العملية بامرار اصبعه على سطح الجرح ليتحقق من عدم بقاء شئ من وسائط الالتصاق ثم يوقف النزف بالمضامض القابضة ان كان خفيفا والاكوى الجرح بالنار ويجتهد فى حصول الالتصاق ثانيا بالمضامض المرخية الملطفة وبتحريك اللسان كثيرا وبامرار الاصبع زمنا فزمنا بين الجزئين المنفصلين حتى يتم ندب كل من الاعضاء المنفصلة على حدته

(تنبيه)

اكثر ما يخاف منه بعد هذه العملية وقطع رباط اللسان هو النزيف فينبغي ملاحظة المرضى لاسيما الاطفال لان حركات المص تسهل حصوله وتجعله ثقيلا وربما سال دم كثير منهم من غير ان يعلم به الجراح وذلك لان الطفل يبلع الدم كلما سال من عروقه

(المبحث الثالث في الورم المتولد تحت اللسان)

هذا الورم يكون بروزا لحميا احمر اللون صلبا يتولد تحت اللسان وقد يكبر حتى يصير حجمه قدر اللسان نفسه فيمنع الاطفال من الرضاعة * وكيفية ازالته هي ان يجلس الطفل و يرفع لسانه كما في قطع رباط اللسان الطويل ثم يقرض الورم بمقص غير حاد الطرف مع التحرز من اصابة العروق تحت اللسان * وذهب الجراح (بيلاندين) الى ان هذا الورم ليس بورم حقيقة غالبا وانما يصير رباط اللسان قصيرا فيرفعه بقوة ويجذب جدار الحنك السفلي فيتولد من ذلك بروز يظنه بعضهم ورما

(المبحث الرابع في جروح اللسان)

اذا كانت جروح اللسان غير غائرة تركت وشأنها * واما اذا انشق هذا العضو في جميع غلظه فتجمع قطعتاه وتضم بالخياطة المتقطعة لكن اذا كان الشق قديما وكانت حافتاه مندملتين بدميان قبل ان يضما وهذه الجروح تلتئم بسرعة جدا لزيادة حيوية اللسان وكثرة العروق فيه وملامسته باللعاب

(المبحث الخامس في سرطان اللسان)

سرطان اللسان على انواع وبموجبها تتنوع ايضا اوجه العمل * النوع الاول ان يكون على صورة ورم ذي ساق يتولد غالبا على السطح العلوي لهذا العضو ويستأصل بان يمسك بسنارة او جفت (موزو) ويقطع من اصله بمقص منحن على صفحه * النوع الثاني ان يكون على صورة ورم متكيس متولد في عمق اللسان بدون ان يكون ملتصقا به الا بواسطة نسيج خلوي غير متين ويستأصل

بان يكشف بالشق ثم يضغط على جوانبه ليخرج بالانبثاق ويسهل ذلك بتمزيق النسيج الخلوى بالاصبع اوبطرف المحراف * النوع الثالث ان يكون مقتصرا على سطح اللسان كما هو الغالب ويستأصل بان تفصل الاجزاء المتغيرة من السليمة فصلا جيدا من غير ان يبقى منها شئ * النوع الرابع ان يكون القرح السرطانى شاغلا لحرف اللسان غائرا فيه فيستأصل بان يلف طرف اللسان بخرقة كتان ناشفة ويجذبه مساعد الى الخارج ويميله الى الجهة المقابلة للتى فيها المرض ويمسك الجراح مشرطا مستقيما ويحيط الجزء المتغير بشقين هلاليين احدهما يجعله على سطح اللسان العلوى والثانى على سطحه السفلى فيكونان باجتماعهما من الامام والخلف على حرف اللسان شقا بيضيا محتويا باطنه على السرطان وعلى جزء من السليم ليتأكد من عدم بقاء شئ من الاجزاء المتغيرة بالسرطان ثم يمسك الجزء المريض بجفت اوسنارة ويرفعه ثم يقطعه من غير ان يترك منه شيأ ويكوى مكانه بالحديد المحمى لئلا يعود ثانيا * النوع الخامس ان يكون السرطان ساعيا الى الخلف نحو اصل اللسان شاغلا لربعه اوثلثه اونصفه اواكثر من ذلك فيستأصل باحدى الطريقتين الاتيتين * الاولى استئصاله بالشق وله كيفيات الاولى وتنسب للجراح (لوى) تستعمل اذا كان السرطان مصيبا لطرف اللسان فقط * وهى ان يجلس المريض على كرسى ويلف بدنه بملاءة ثم يسند المساعد رأسه على صدره ويضع الجراح بين اضراس الفكين فى الجانبين قطعتين من خشب الفلين ليمنعا تقارب الفكين اثناء العملية وبعد ان يأمره باخراج لسانه ليمسكه باصابع يده اليسرى ملفوفة بخرقة من كتان لئلا ينفلت منها اوبجفت (موزو) اوبسنارة يأخذ بيده اليمنى مشرطا مستقيما ويزيل الجزء المريض بقطع اللسان عرضا من الجزء السليم بعيدا عن حدود السرطان * الثانية وهى للجراح الشهير (بوايير) اعظم مؤلفى الافرنج فى الجراحة * هى ان يجلس المريض كما ذكر ثم يأمره الجراح باخراج لسانه فيثبته بسنارة فريدة يغرزها فى الجزء المريض من هذا العضو ويوكل بمسكها مساعدا وهو يمسك حرف اللسان الايمن بين بهام وسبابة يده اليسرى ثم يشقه دفعة واحدة بمقص مستقيم على حدود

السرطان ووحشيه من الامام الى الخلف الى ماوراء السرطان ثم يأمر المريض
يبصق الدم الموجود فى فيه بعدان يرخى اللسان ثم يمسكه ثانيا من الجزء المريض
بيده اليسرى كما ذكرنا ويفعل شقا ثانيا بالمقص وحشى محل اصابعه فيجتمع
مع الاول خلف الورم على زاوية قدرها خمسون درجة بحيث يحيطان بشريحة
مثلثة تشتمل على السرطان كله فتهاتلى الخلف وبازالة هذه الشريحة يحصل
فى اللسان جرح مثلث الشكل فيشرع فى خياطته بالخياطة المتقطعة بعدان
يبصق المريض مافى فيه من الدم * وكيفية هذه الخياطة هى ان ينفذ الجراح
فى سم ابرة مقوسة خيطا ويغرزها فى قطعة اللسان اليسرى من الظاهر الى
الباطن ثم فى اليمنى بالعكس بعيدا عن طرف كلتيهما بقدر عرض خط ونصف
وفيما بين ثلاثة ارباع غلظه العليا وربعه السفلى بحيث تدخل وتخرج من سطحه
العلوى ثم يوكل مساعدا بمسك طرفى الخيط مجتمعين من غير ان يشدهما لئلا
يقطع الخيط اللسان بمقاومة تقلص عضلاته الشد ويغرز خيطا آخر وسط
المسافة التى بين الغرزتين ومجمع الشقين ويشد هذين الخيطين شدا لايقا بحيث
تتلامس حافتا الجرح ملامسة تامة لئلا ينفذ اللعاب من بينهما فيمنع الانضمام
وبعد هذه الخياطة ينقطع النزف من ملامسة حافتى الجرح وضغطهما *
وبالجملة فلا يحتاج الجرح الى استعمال شئ سوى ذلك * والغالب ان الانضمام
يتم فى ثمانية ايام * وهذه الكيفية تستعمل اذا كان السرطان مصيبا لطرف
اللسان وكان حرفاه سليمين وبها لا يفقد اللسان من طوله وشكله وقدرته على اتمام
وظائفه الا يسيرا * الثالثة تنسب للجراح ليسفرانك * اعلم اولا انه اتى لهذا الجراح
مريض فى لسانه قرحة سرطانية شاغلة لجهته اليمنى قريبا من قائمة اللهاة
المقدمة وكانت هذه القائمة مصابة ايضا بتلك القرحة فازال الجزء المريض بهذه
الكيفية وهى انه امر المريض باخراج لسانه فلف طرفه بخرقة كتان اوبزو ومسكه
لمساعد جعله فى الجهة اليسرى ثم اخذ جفت (موزو) وغرزه فى الجزء
المريض ليثبت به اللسان اثناء قطع هذا الجزء وشق اللسان بمقص مستقيم
صلب الى قرب آخر المرض من الخلف ثم استبدله بمقص منحن كل به قطع الجزء

المتسرطن مع قائمة اللهاة المقدمة فصار الجرح هلالى الشكل ثم مر باصبعه على الجرح فاحس فيه بجزء صلب الوسط جدا فمسكه بجفت (موزو) وقرضه بالمقص فبعد تمام العملية رأى الجرح كبيرا واللسان خارج الفم ولكن لما ادخله المريض فى حنكه صار صغيرا جدا وصار يتكلم كلاما مفهوما واخبر انه لم يحس بالم من القطع وبعد هذه العملية انقطع نزف الدم بالكلية وكان طول الجرح من الامام الى الخلف قيراطا واللسان فى الحنك واذا اخرجه المريض ووجهه الى اليسار صار كبيرا من انبساط اجزائه

الطريقة الثانية فى قطع اللسان بربطه وشده من اصله بخيط من قنب او حرير ولها كيفيات * منها كيفية الجراح (مايور) اللوزانى نسبة لبلده لوزان * وهى انه اذا كان نصف اللسان فقط مريضا يأمر الجراح المريض باخراجه ثم يثبته بسنارة ويغرز مشرطا مستقيما من سطحه السفلى الى العلوى ومن رباطه الى اصله اعنى من اسفل الى اعلى ومن الامام الى الخلف ثم يشقه طولا نصفين بان يجر المشرط من الخلف الى الامام نحوه حتى يخرج من طرفه وينفذ خيطا بين هذين النصفين ويربط به النصف المريض بعيدا عن حدود السرطان الى الخلف ثم يشد ذلك الخيط بآلة الجراح المذكور التى سيأتى شرحها وصورتها فى آخر هذا الكتاب وهذه الآلة التى هى شبيهة بسبحة انسب من غيرها هنا لكونها قابلة للانعطاف فتتوافق مع حدبات اللسان ولا يحصل منها تعب للفم * نعم اذا لم يوجد الا غيرها من شادات العقد فليستعمل واما اذا كان اللسان كله مصابا بالسرطان فيربط بهذه الكيفية * وهى ان تغرز ابرة مقوسة فى سمها خيطان فى وسط اللسان من اسفل الى اعلى بعيدا عن حدود الداء الى الخلف ثم يشد كل خيط منهما على نصف من اللسان

ومنها كيفية الجراح (ميرولت) الانجيرى نسبة لبلده انجير * وهى ان يفعل على الخط المتوسط للعنق شق ينزل من اسفل الذقن بعرض اصبع الى العظم اللامى فتنكشف به العضلات الذقنية اللامية فتبعد عن بعضها ثم يؤمر المريض باخراج لسانه فيمسك بجفت مبطن بالغاريقون ويجذب الى الخارج بقوة ثم تغرز

ابرة كبيرة مقوسة فى سمها خيط من جرح العنق فى اصل اللسان على الخط المتوسط وتدفع حتى تخرج من الحنك ثم تغرز ثانيا من اعلى الى اسفل من جهة الحنك على احد حرفى اللسان وتخرج من الجرح المذكور * فبهذه الكيفية يصير نصف اللسان محاطا عند اصله بعروة خيط طرفاه خارجان من الجرح فيشدان بواسطة شادة العقد * وقد اتفق ان الجراح المذكور جاءله مرة رجل لسانه كله مصاب بالسرطان فربط نصفه اولا بهذه الكيفية فلما سقط هذا النصف بانقطاعه من حصر الرباط فى اليوم التاسع من العملية ربط النصف الثانى * هذا وقد اوصى الجراح (مينكولت) بتنفيذ الابرة من الحنك نفسه فى قاعدة اللسان من اسفل الى اعلى لاجل عدم فعل شق فى العنق * وقد استعمل الجراح (جول كلوكيت) فى ربط اللسان كيفية شبيهة بالسابقة لكن لما لم يظهر لنا كونها اجود منها لم نذكرها هنا * وبالجملة فطريقة القطع بالربط باى كيفية تفعل اقل جودة من القطع بالشق اذ بها تحصل غنغرينا فى باطن الحنك ويسيل من اللسان المتغنغر سوائل نتنة مؤذية لاعضاء الهضم والتنفس فعلى ذلك ينبغى تقديم القطع بالشق اذا لم يصل السرطان الى اصل اللسان لانه حينئذ يحصل نزف من الشريان اللسانى لكن اذا استؤصل اللسان بالشق وحصل النزف المذكور يربط هذا الشريان من فوق العظم اللامى * وتعلم كيفية ذلك من باب ربط الشرايين فى الجزء الاول

(الفصل السادس فى العمليات التى تفعل فى اللوزتين)

(المبحث الاول فى فتح خراج اللوزتين)

كثيرا ما يتكون صديد فى باطن اللوزتين عقب التهابهما الغلغمونى وفى بعض الاحيان يكفى فى انفجار الخراج واستفراغه الضغط بالاصبع او اعطاء المريض دواء مقيء اذا لم يوجد مانع من ذلك او شقه بالظفر لكن الغالب ان يلزم فتح الخراج بالسلاح * وكيفية ذلك هى ان يجلس المريض على كرسى قبالة كوة منيرة بحيث يقع الضوء باستقامة فى الحلق ويقلب رأسه الى الخلف على صدر مساعد يمنعه من التحرك ويقف الجراح امامه ويضع قطعة من خشب الفلين بين اضراسه

وضعا عموديا ليبقى الفم مفتوحا ثم يأمر مساعدا بضغط اللسان بملوق ليخفضه فتبرز اللوزتان ويجذب زاوية الفم الى الوحشية * واذا كان اللسان قليل الارتفاع نكسه الجراح بسبابة يده التى لا يكون بها العمل ثم يأخذ بيده اليمنى مشرطا مستقيما حاد الطرف ملفوفا بخرقة الى قرب سنه بقدر عرض ستة خطوط ويهديه على ظفر سبابة يده اليسرى الموضوع طرفها على اللوزة المريضة ثم يغرز سنه حتى يصل الى مجمع الصديد موجهه من الامام الى الخلف باستقامة او موازية لجدار الحنك الوحشى وبعد فتح الخراج يخرجه متحرزا من اصابة سنه اللسان

(المبحث الثانى فى قطع اللوزتين)

اعلم ان اللوزتين قد يزيد حجمهما بتكرار التهابهما حتى يتعسر منه الازدراد والتنفس والسمع وقد اعد الجراحون لازالة هذا التورم جملة طرق احسنها القطع * وكيفيته هى ان يجلس المريض ويفتح فوه كما ذكرنا فى المبحث السابق ثم يمسك الجراح جفت (موزو) بيده اليمنى اذا كان العمل فى اللوزة اليمنى وباليسرى اذ كان فى اللوزة اليسرى ويغرزه فى جزئها الخلفى وبعد ان يمسكها به مسكا جيدا يجذبها الى الانسية ليخلصها من بين قائمتى اللهاة والى الاعلى ليبعدها عن اصل اللسان ثم يمر بمشرط منته بزر ملفوف عليه خرقة الى قرب سنه بقدر عرض عشرة خطوط او خمسة عشر بين الجفت واللسان حتى يصل تحت اصل اللوزة ويجاوز طرفه سطحها الخلفى فيديرحده الى الاعلى ويقطع به ما زاد من الورم بواسطة جره وتحريكه حركات صدور وورود اى ذهاب واياب وفى اثناء ذلك يكون موجها حده الى الاعلى وقليلا الى الانسية على حسب بروز قائمة اللهاة المقدمة كأنه يريد اتباع طريق مقوسة تنتهى عند اصل الغلصمة * وينبغى ان يكون هذا القطع سريعا ثم بعد تمامه يخرج المشرط والجفت معا والجفت معلق فيه قطعة الورم ويسرع اخراج القطعة الخشب من بين الفكين ثم يأمر المريض بلفظ الدم الموجود فى فيه وبالتغرغر بماء بارد او ممزوج بالخل ليحبس نزف الدم والغسل فيه بعد * وقد يكفى ذلك غالبا فى قطع النزف فاذا غلب هذه الوسائط يكوى الجرح بالنار * ثم اذا كانت اللوزة

الثانية منتفخة ايضا فاما ان يترك المريض يرتاح بعض دقائق ثم تفعل له العملية فيها كالاولى واما ان تؤخر بعض ايام اذا ابى المريض ولم يرض بفعل الثانية مع الاولى فى نوبة واحدة ثم بعد تمام العملية وحبس النزف بالكلية يعالج الجرح بالغراغر المرخية والمشروبات الملينة ويؤذن للمريض باعطائه الامراق والشرب والاطعمة اللينة التى تمر من مضيق الحلق بسهولة وفى النادر ان يحصل للمريض بذلك حمى التهابية بل تعود له صحته فى اليوم الرابع اوالخامس * هذا والجراح (بودين) يقطع اللوزتين بكيفية اخرى تختلف عن السابقة فى بعض امور هى ان يجلس المريض على كرسى قليل الارتفاع مستند الرأس على صدر مساعد واقف خلفه موكل ايضا بفتح حنكه بان يجذب زاويتى الفم نحو الاذنين بخنصريه ويرفع الشفة العليا بسبابتيه ويخفض مساعد ثان الشفة السفلى بسبابته وفائدة فتح فم المريض بهذه الكيفية تقليل غور اللوزتين بتصغير المسافة التى بينهما وبين الشفتين فيسهل العمل فيهما ثم يقف مساعد ثالث على جانب المريض ويضغط طرف اللسان بملوق اوسكين من خشب شبيهة بالتى تستعمل فى قطع الورق والضغط على طرف اللسان افضل منه على اصله اذبه لايحصل للمريض غثيان ولاحركات اختلاجية فى اللسان واللهاة تصير العملية صعبة جدا لان الورم يتوارى عن النظر بستره باصل اللسان الذى ارتفع من الحركات المذكورة * ولاجل ظهور اللوزتين زيادة وعدم ارتفاع اللسان يؤمر المريض بالتنفس بهدوء ثم يأخذ الجراح سنارة لها اربعة كلاليب ذات قبضة طويلة ويمسك بها اللوزة بعد ان يغرزها فى جزئها الخلفى السفلى ثم يجذبها الى الانسية والاعلى كما ذكر فى الكيفية السابقة لتتخلص من قائمتى اللهاة وترتفع عن اصل اللسان * وهذه السنارة احسن من جفت (موزو) لكثرة كلاليبها التى اذا انفلت احدها من اللوزة بقى غيره ماسكا لها ولسهولة تخليصها من اللوزة اذا حصل للمريض غثيان وحركات اختلاجية توجب ذلك لعدم

اعوجاجها فى جهتين مختلفتين ثم ينفذ تحت اللوزة مشرطا طويل القبضة والنصل جدا منتهيا بزر ومقعرا لكن يكون حاد النصل قريبا من طرفه فقط ويقطعها به من اسفل الى اعلى وقليلا من الوحشية الى الانسية بحركتى صدور وورود كما ذكرا آنفا (وفائدة طول هاتين الآلتين سهولة العمل بهما وعدم سد الفم بيدى الجراح فيتيسر له رؤية الاعضاء وما يفعل) والجراح المذكور يستعمل ايضا فى قطع اللوزة اليمنى يده اليسرى وفى اليسرى اليمنى وهذه العملية تتم بهذه الكيفية بسهولة عظيمة وقلة الم المريض فهى اجود من السابقة ان وجدت آلتاها المذكورتان

(تنبيه)

فى هذه العملية يخشى من اصابة الشريان السباتى الباطنى لانه ملامس لسطح الغدة الوحشى ولكن تمنع اصابته بجعل نصل المشرط موازيا لجدار الحنك الوحشى اعنى بجعل حده الى الاعلى وقليلا الى الانسية كما ذكرنا فاذا حصل هذا العارض لزمت المبادرة الى كشف الشريان السباتى الاصلى والاهلاك المريض * ثم انه اذا استسهل الجراح قطع اللوزة من اعلى الى اسفل عكس ما ذكرنا فليفعل حيث انه لا فائدة فى القطع من اسفل الى اعلى الا عدم ستر الورم بالدم اثناء قطعه * وبعض الجراحين يستعوض المشرط بالمقص و(جول كاوكيت) اخترع لذلك ايضا آلة شبيهة بمقص غير انها على صورة حلقة مفتوحة من الامام لكن من حيث ان هذه العملية سهلة جدا بالمشرط ولا توافق هذه الحلقة جميع اورام اللوزة لانها تارة تكون كبيرة وتارة تكون صغيرة عنها فلا فائدة فى استعواضه بغيره

(الفصل السابع فى العمليات التى تفعل فى اللهاة)

(المبحث الاول فى قطع الغلصمة)

اعلم ان الغلصمة قد تزداد طولا بسبب بعض الامراض فيحدث بذلك عوارض ثقيلة * منها حركات الازدراد المستمرة واحداث السعال من تهييجها الدائرة فتحة الحنجرة فلاجل زوال هذه العوارض يقطع ما كان زائدا من طولها اى الغلصمة

وكيفية هذا القطع هى ان يجلس المريض حذاء النور ثم توضع بين اضراس فكيه قطعة من خشب الفلين اذا خشى ان يطبق فكيه اثناء العملية والا فيؤمر بفتح فيه بقدر الامكان ثم يمسك طرف الغلصمة بجفت من الجفوت المستعملة فى نزع البوليبوس او بجفت الغيار على الجروح ويجذب الى الامام لتمتد ما امكن ثم يقطع بمقص منحن على صفحه غير حاد الطرف ما كان زائدا من طولها دفعة واحدة * وبعضهم يوجه المقص بالعرض ويقطعها عرضا من اليمين الى اليسار * وينبغى ان يقطع منها اى الغلصمة زيادة لا اقل عما يلزم ولا ضرر فى قطعها كلها بحيث تصير اللهاة مقعرة

(المبحث الثانى فى خياطة شق اللهاة)

اعلم ان كثيرا من الاطفال يولد مشقوق اللهاة فيتعسر عليهم الازدراد واللفظ وهذا الشق على ثلاثة انواع * الاول البسيط وهو ان تكون اللهاة مشقوقة من الوسط شقا بسيطا غير مصحوب بفقد جزء منها وبانشقاق سقف الحنك وفى هذا النوع تتقارب حافتا الشق حتى تتلامس اثناء الازدراد من فعل العضلات * وهذا الشق اما ان يكون شاغلا لطول اللهاة كله او مقتصرا على جزئه السفلى * الثانى ان يكون شق اللهاة مصحوبا بشق غير كامل فى سقف الحنك منتهه من الامام بزاوية مستديرة * الثالث ان يكون مصحوبا بشق سقف الحنك كله وتباعد نصفى هذا السقف عن بعضهما وفى هذا النوع قد يكون القوس السنخى والشفة العليا مشقوقين ومن حيث انه على انواع كما علمت تتنوع العملية ايضا لان الخياطة وحدها تكفى فى النوع الاول واما فى الثانى فيلزم استصحابها برم اللهاة * وفى الثالث برم شق سقف الحنك اذا كان واسعا جدا ولنذكر كلا من هذه العمليات فى مطلب فنقول

(المطلب الاول فى خياطة شق اللهات البسيط)

اعلم ان اول من ابتدع هذه العملية هو الجراح (رو) ولها جملة كيفيات الاولى كيفية (رو) المذكور وهى ان يجهز لها اولا ثلاثة خيوط عريضة مبططة

كل منها مركب من ثلاثة خيوط او اربعة رفيعة متينة وثانيا ست ابر مقوسة
مفرطحة فى جميع طولها ماضية الحرفين كل اثنتين منها منظومتان فى طرفى
خيط من الثلاثة المذكورة وثالثا حاملة ورابعا جفت غيار جيد المقبض
وخامسا مشرط ذو زر وسادسا مقصان احدهما منحن على حرفه والاخر مستقيم
وسابعا قطعتان من خشب الفلين توضعان بين اضراس الفكين ليبقيا متباعدين
وثامنا ملوق يخفض به اللسان وملاءة وفوط وماء فاتر وبارد وخل وقدح
يتناول به المريض الماء ليتمضمض واوانى اخر يلقى فيها الدم وبصاق المريض
ثم يشرع فى العملية بان يجلس المريض على كرسى منخفض ملفوف البدن بملاءة
مقلوب الرأس على صدر مساعد يثبته تثبيتا جيدا فى هذا الوضع ثم يجعل
الجراح مساعدين اخرين على جانبى المريض ليثبتا يديه ويمسكا اطراف الخيوط
بعد الخياطة بها وآخر لمناولة الآلات ثم يضع قطعتى خشب الفلين بين اضراس
فكى المريض اذا كان صغير السن لا يقدر على منع انطباقهما من الالم
والا فلا حاجة لهما ويمسك جفت غيار بيده اليسرى ويتناول به حرف الشق
الايمن ليمده ويجذبه الى الامام ويثبته ثم يأخذ بيده اليمنى حاملة الابرة ويدخلها
من الحنك فى الحلق خلف اللهاة بحيث يصير طرف الابرة متجها الى
الامام وبعد زوال تقلص اللهاة من ملامسة الآلة لها حين ادخالها
يجتهد فى غرز ابرة فيها وتنفيذها منها من الخلف الى الامام بعيدا عن حافة
الشق بقدر عرض ثلاثة خطوط او اربعة تقريبا وعن طرفها السفلى وبعد
دخول معظم الابرة وبروزها فى الحنك من سطح اللهاة المقدم يمسك طرفها
بالجفت عرضا ويأمر مساعدا بفتح حاملة الابرة لتتخلص منها بدون هزها
فيخرجها ثم يمسك بيده اليمنى الجفت الماسك للابرة ويجذب به الابرة والخيط
حتى يخرجهما من الفم * وحيث ان هذا العمل طويل وفيه مشقة * ينبغى
ترك المريض لحظة يرتاح فيها ويطبق فيه بعد رفع ما بين فكيه ويلقى ما فيه
من الدم وغيره ويتنفس ثم يمسك نصف اللهاة الايسر بالجفت ممسوكا
بيده اليمنى ويحمل الابرة الثانية الموجود فيها طرف الخيط الثانى على حاملة

الابر وبعد ان يدخلها فى الحلق ينفذها فى اللهاة كالاولى * ثم ينزع الخيط من سمها ولاجل ان لا يختلط طرفا هذا الخيط باطراف الخيوط التى تنفذ بعده ينبغى عقدهما معا ودفعهما جهة زاوية من زاويتى الفم وخفض عروتهما فى الحلق لئلا تعيق تنفيذ هذه الخيوط ثم ينفذ خيطا او خيطين بالكيفية المذكورة وهذا التنفيذ اسهل من الاول لانه يمكن تثبيت اللهاة بالخيط الذى نفذ اولا فبعد وضع الخيوط يشرع فى ادماء حافتى شق اللهاة * وكيفيته هى ان تدفع عروة هذه الخيوط الى الخلف لتتدلى فى البلعوم قدر قيراط او قيراطين فتبعد عن سطح اللهاة الخلفى ولا يخشى من قطعها بالمشرط او المقص اثناء الادماء ثم يمسك الجزء السفلى من حرف الشق الايسر بالجفت ويجذبه الى الامام والاسفل ليتمدد فيسهل العمل بالآلة ثم يتناول المقص المنحنى او المستقيم ويبتدئ فى فصل جزء من حرف الشق عرضه قدر نصف خط ثم يجعل المشرط المستقيم ذا الزر وحشى الجفت ظهره يلى اصل اللسان ويتم به فصل الجزء المذكور من حرف الشق بان يصعد به محركا له حركات ذهاب واياب حتى يصل به الى اعلى زاوية الشق الخلفى * وينبغى اثناء هذا القطع ان لا ترخى القطعة من الجفت المثبت لها ثم يغير الجراح مسك الآلات بان يمسك الحرف الايمن من الشق بالجفت الممسوك باليد اليمنى ويقطعه بالمقص ثم بالمشرط الممسوك بيده اليسرى على حسب ما ذكرنا غير انه ينبغى ان يجتمع الجرح الثانى بالاول على صورة زاوية حادة اعلى زاوية الشق الطبيعى * هذا وبعض الجراحين يقطع حرفى الشق بالمقص وحده مع التحرز من مرور شعبته الخلفية خلف الخيوط لئلا تقطعها وكذلك يستعمل المقص اذا كان القطع المذكور بالمشرط ولم يكن الجرح متساويا فيقرض به ما كان زائدا * وبالجملة فبعد الادماء يترك المريض يرتاح من المشاق التى حصلت له من العملية وينظف حنكه من الدم المالئ له والمتجمد حول الخيوط وعلى حافتى الشق وفى الحلق بالمضمضة بالماء ثم تفصل اطراف الخيوط من بعضها وترتب على حسب دفعها احدها فوق الاخر لئلا يشتبه بعضها ببعض عند عقدها ثم يشرع فى ضم حافتى الشق بشد

الخيوط

الخيوط وعقدها مبتدأ بشد الخيط السفلى وعقده عقدة بسيطة تقرب من اللهات بالسبابتين حتى تتلامس حافتا الشق ويمنع استرخاء العقدة الاولى بان يثبتها مساعد بمسكها بالجفت الى ان تعقد عليها عقدة ثانية تثبتها ثم يعقد الخيطين العلويين بهذه الكيفية * وينبغى ان يكون شد الخيوط زائدا عما يلزم لتقريب حافتى الشق وملامستهما ثم يقطع طرف كل خيط بالمقص قريبا من العقدتين بقدر خطين وبعد نهاية العملية لا يحتاج الجرح الى ان يضمد بشئ وانما يؤمر المريض بالتزام السكوت الكلى وعدم تعاطى الاطعمة والاشربة بل يمتنع من ابتلاع ريقه ايضا ويتركه يسيل على شفته ويتلقاه فى وعاء او منديل كلما اجتمع ويتجنب ما يسبب السعال والعطاس والضحك ولا يفتح فاه اذ من المعلوم ان نصفى اللهات تنقبضان الى الوحشية عند تباعد الفكين * وبالجملة يتباعد عما يسبب حركة البلعوم واللهاة * ويسوغ للجراح فى اليوم الثالث او الرابع ان يزيل احد الخيطين العلويين او الاثنين معا واما السفلى فيبقى زيادة عن ذلك يوما او يومين على حسب كثرة متانة الالتصاق او قلته لان الخيوط اذا ازيلت كلها مرة واحدة ربما تمزقت وسائط الالتصاق * وكيفية هذه الازالة هى ان يمسك الخيوط بجفت قريبا من العقدة ويقطعها بمقص من وراء العقدة بقليل * واذا لم يحصل الالتصاق فى جزء الشق العلوى كما يقع ذلك كثيرا فيما اذا كان الشق ممتدا على سقف الحنك فاما ان يترك الجرح ونفسه حتى يلتئم واما ان يعان انسداده بكى حوافيه بالحجر الجهنمى او بازوتات الزيبق الحمضى * ثم انه لا ينبغى ان يحمى المريض عن المأكل والمشارب حتى يحصل التئام حافتى الشق وانما يؤمر فى اليوم الرابع بتعاطى بعض الاشربة الصمغية او الغروية او لا مع غاية اللطف ثم يأكل بعض الشرب النشائية والامراق ومتى صار الالتئام تاما يؤذن له بالرجوع الى عادته فى المأكل والمشرب تدريجا * وهذه الكيفية وان كانت جيدة سهلة جدا الا انها تحتاج فى حسن فعلها الى شروط نذكرها لك هنا فنقول * الشرط الاول ينبغى ان تكون غرز الخياطة حذاء بعضها حكما فى كل حافة من حافتى الشق * الثانى ان تكون المسافات التى بينها متساوية * الثالث

ان تكون وحشى حرفى الشق بمسافات مناسبة لانها اذا لم تكن محاذية لبعضها يصير احد حرفى الشق اصغر من الثانى فينثنى والاخر مشدودا منبسطا واذا بعدت عن بعضها كثيرا يصير الجرح مفتوحا بينها غير متلامس الحرفين بين كل خيطين فلا يتم الالتئام واذا كانت بعيدة عن حرفى الشق زيادة عما ذكرنا فلا يمكن عقد الخيوط وتقريب حافتى الجرح بدون شد نصفى اللهاة واحداث الم والتهاب يعيقان الالتصاق * واذا كانت قريبة جدا من حرفى الشق ربما مزقت عراويها اللحم المحيطة هى به قبل ان يتم الانضمام وهذا العارض ثقيل وهو فى الغالب سبب عدم نجاح عملية خياطة اللهاة فينبغى تجنبه نعم لا يمكن وضع الخيوط دائما بكيفية الجراح (رو) على مقتضى الشروط المذكورة لكون غرز الابر فيها من الخلف الى الامام فيكون سن الابرة وقتئذ متواريا خلف اللهاة واذن لا يمكن الجراح وضعها فى المحل المقصود بالضبط فلذا ذهب بعض الجراحين الى تنويعها * ثم ان فيها ايضا عيب يخص كيفية الادماء لانه لا يمكن قطع حرفى الشق قطعا متساويا من اسفل الى اعلى لاندفاعه امام المشرط بسبب قلة تثبيته من اسفل تثبيتا جيدا وربما انقطع الجزء السفلى من الحرف قبل ان يصل المشرط الى زاوية الشق وهذا العيب يمكن تجنبه باستعمال المقص فى الادماء مع التحرز كما ذكرنا من قطع عراوى الخيوط * الثانية كيفية الجراح (بيرار) وهى ان يجهز لها اولا جفت غيار والجفت ذو اسنان الفار الشبيه بجفت الجراح (جريف) ومشرط مستقيم حاد الطرف وابر طولها ستة خطوط او سبعة وعرضها خط وغلظها ربع خط جهة عقبها ليسهل مسكها ومثقوبة من هذا المحل ثقبا عريضا يقبل خيطا عريضا غليظا ومعوجة على صفحها اعوجاجا لطيفا يبتدأ من سنها ويشغل ثلاثة اخماس طولها وما بقى منها جهة العقب يكون مستقيما واشرطة عريضة او خيوط بسيطة مشمعة منضمة الى بعضها بحيث تكون شبه شريط عرضه نصف خط * ثم يجلس المريض على كرسى كما ذكرنا آنفا ويأخذ الجراح بيده اليسرى الجفت المسنن ويمسك به حرف الشق الايسر ثم يقبض الابرة بجفت الغيار الممسوك بيده اليمنى جاعلا عقبها موازيا لطول الجفت

وتقعرها

وتقعيرها واليا حرف الشق ثم يغرزها من الامام الى الخلف حذاء زاوية الشق العليا بعيدا عن حرفه الى الوحشية بعرض نحو ثلاثة خطوط ويدفعها حتى ينفذ جزؤها المقوس كله من اللهاة فتتجه الى الخلف والانسية بسبب اعوجاجها بحيث يرى الجراح سنها من شق اللهاة فيرخى حرف اللهاة من الجفت ويمسك به جزء الابرة الظاهر من الشق فى الحلق ويجذبه الى الخلف والجهة المقابلة لمدخلها جذبا خفيفا لينفذ عقب الابرة وتتخلص من اللهاة ثم يخرجها من الشق مع الخيط الحامل له خارج الفم ثم يأخذ ابرة اخرى فى سمها عروة خيط وينفذها باليكفية المذكورة فى حرف الشق الايمن فى مقابلة الغرزة الاولى ثم ينزع هذه العروة من الابرة وينفذ فيها طرف الخيط الاول الذى مر فى الحلق ويجذب العروة فتجر معها هذا الطرف من الخلف الى الامام وتمر به فى نصف اللهاة الايمن بحيث ان طرفى الخيط يصيران خارجين من الفم وعروتهما موجودة خلف اللهاة كما فى الكيفية السابقة ثم ينفذ ايضا خيطا او خيطين بهذه الكيفية لكن ينبغى ان يكون غرزهما بعيدا عن حرفى اللهاة بقدر عرض ثلاثة خطوط كما ذكرنا ذلك مرارا * فبعد تنفيذ الخيوط يدفع عراويها الى الخلف والاسفل لتصير موازية لحرفى الشق فلا يصل المشرط اليها ويقطعها ثم يشرع فى الادماء بان يمسك حرف الشق الايسر ثانيا بالجفت ذى الاسنان ثم يأخذ مشرطا حاد السن ويمسكه كقلم الكتابة ويغرزه فى اللهاة وظهره الى الاعلى اعلى زاوية الشق بعرض خط ويتكىء به برفق الى الاسفل نحو حرف اللهاة الخالص ليقطع من حرف الشق كله قطعة غلظها قدر نصف خط ثم يدمى حرف الشق الايمن بان يأخذ الجفت بيده اليمنى ويمسك به هذا الحرف ثم يمسك بيده اليسرى المشرط ويبطه اعلى زاوية الشق بعيدا عن محل غرزه فى الحرف الايسر ثم ينزل به الى الاسفل ليفصل من هذا الحرف قطعة شبيهة بالتى فصلت من الحرف الاول فمن ذلك لم تزل القطعتان متصلتين ببعضهما من اعلى ومعلقتين فى زاوية الشق فيقطعان بالكلية بان يمسكا اولا بالجفت لئلا يقعا فى المسالك الهوائية او المرئ ثم يفصلان بالمشرط بانحراف من احد

الجرحين الى الآخر ليصير للشق زاوية حادة ثم تشد الخيوط وتعقد كما ذكرنا آنفا
الثالثة كيفية الجراح (اسميت) الاميريكى هذا الجراح يستعمل ابرة
على صورة قضيب من فولاذ مركبة على قبضة ثابتة متصلة بها ومنتهية بسن
اكثر عرضا من سن الابر الاعتيادية ومعوجة على صورة نصف دائرة شعاعها
طوله نحو نصف قيراط وليس لها سم بل فى احد حرفيها شبه ثلم بالغ الى نصف
نصلها ومتجه بانحراف نحو محورها وقبضتها ونصلها اكثر عرضا من امام
الثلم اى من جهة السن عن خلفه اى من جهة القبضة بحيث انها بعد غرزها
لا يمانع بروز الثلم الخلفى اخراجها من حيث دخلت وهذا الثلم يوضع فيه طرف
الخيط المراد خياطة الشق به بعد تشميعه ليتشبث به قليلا ثم يجلس المريض ويمنع
عن الحركة ويبعد فكاه كما ذكرنا ثم يمسك الجراح طرف نصف اللهاة بجفت
غيار رفيع ويدخل الابرة من الشق فى الحلق ثم يوجه سنها الى الامام
ويغرزه فى الغلصمة من الخلف الى الامام وحين يرى طرف الخيط الموجود
فى الثلم ظهرا امام اللهاة يمسكه بجفت اوسنارة ليخلصه من الابرة ثم ينزعها
من حيث دخلت وبعد ادخال الخيط الاول بهذه الكيفية فى احدى جهتى
الشق ينفذ خيطا ثانيا فى هذه الجهة نفسها اعلى من الاول بنصف قيراط
ثم يشرع فى الادماء وكيفيته هى ان يمسك طرف الخيط النافذ فى الغلصمة
ويجذبهما به الى الامام لتصير افقية فيتيسر للجراح قطع حروف الشق بمقص
مستقيم اومعوج على جانبه اعوجاجا خفيفا * واما اذا كان المراد الادماء
بمشرط ذى زرفيو كل مساعد بمسك الخيط ويمسك الجراح حافة الغلصمة
الانسية بجفت غيار ويحترز من قطع الخيوط العليا بدفعها الى الخلف بعيد
عن اللهاة ويقطع حرف الشق كما ذكر آنفا * ثم ينفذ الخيوط فى حرف اللهاة
الثانى بالكيفية المذكورة وكيفية ادماء هذا الحرف تختلف عن السابقة * وهى
ان يجذب الجراح عروة الخيط الاول الموجودة خلف اللهاة المحيطة بحرفيه
الى الامام حتى تخرج من الفم ثم يمسكها وطرفها النافذ فى الحرف المراد دماؤه
ويجذبهما الى ذلك الحرف الذى يزيل منه جزأ بالمقص اوالمشرط الى الامام

كما فعل فى الاول ثم تشد الخيوط بسهولة بان يعقدها اولا عقدة الجراح ثم يلف كل طرف من طرفيها على سبابة يد وتجعل السبابتان على طول الطرفين الى اللهاة ثم يدفع الطرفين الى الوحشية لتشد العقدة وبعد عقد الخيوط كلها يقطعها قريبا من العقدة وبعد الفراغ من هذه العملية تتبع الاوامر المذكورة غير ان الجراح الاميريكى المذكور اذن للمريض بالاكل والشرب على قدر طاقته قبل العملية ليتقوى بذلك على عدم الاكل فى الاربعة ايام التى تعقب العملية

(المطلب الثانى فى رم اللهاة)

قد تقدم ان اللهاة قد تكون غير تامة النشو فيكون نصفاها متباعدين عن بعضهما كثيرا بحيث لا يتيسر تقريبهما من غير ان يحصل شد عظيم وربما تمزق حرفا الشق بالخيوط فلذا ذهب الجراحون الى منع ذلك بكيفيات الرم الآتية *الاولى كيفية الجراح (رو) وهى ان يأخذ الجراح مشرطا ذا زر بعد وضع الخيوط وادماء حرفى الشق الى حافة اللهاة العليا بالكيفية المذكورة آنفا فى المطلب الاول ويفعل به شقا معترضا على جانبى اللهاة موازيا للحافة الخلفية من العظم الحنكى واسفلها بدون واسطة يبلغ سمك اللهاة كله ويجاوز طرفاه طرفى صف الخيوط يسيرا فبواسطة هذين الشقين يتيسر تقريب حرفى الشق وملامسة بعضهما لبعض فى جميع طولهما من غير ان يحصل شد وتمزق الثانية كيفية الجراح (دياقباخ) وهى ان يفعل الجراح شقا مستطيلا على جانبى الشق الخلفى بعيدا عنه الى الوحشية بقدر عرض اربعة خطوط *وهذه الكيفية شبيهة بكيفية (سلس) المذكورة فى الكلام العام على طريقة الرم فى الجزء الاول من هذا الكتاب* الثالثة كيفية (بونفيس) وهى ان تفصل شريحة كل من طولها وعرضها كاف لرم شق اللهاة من سقف الحنك ثم تسلخ من الامام الى الخلف وتقلب بعد تدويرها على اصلها على شق اللهاة وتطبق به ثم تخاط فيه وبالجملة فتتبع هنا قواعد الطريقة الهندية فى الرم

(المطلب الثالث فى رم سقف الحنك)

هذه العملية تفعل بجملة كيفيات *منها كيفية الجراح (رو) وهى ان يجهز الجراح سكينتين صغيرتين ذاتى نصل طويل ضيق معوج على احد صفحيه قريبا من السن احداهما حادة الحرف الايمن والاخرى حادة الايسر ثم يشرع فى العمل بهما بعد تنفيذ الخيوط فى حرفى اللهاة كما ذكرنا آنفا وقبل شدها بان يفصل اللحم المغطى لسقف الحنك حذاء شق اللهاة وامامه وعلى جانبيه بقدر عرض اربعة خطوط بحيث يتيسر بعد ذلك تقريب حرفى شق اللهاة وسقف الحنك بعد ادمائه ايضا وتنفيذ خيط رابع فيهما ليقرب الشريحتين المنفصلتين من سقف الحنك *ومنها كيفية الجراح (اكريمير) وهى ان يفعل شق هلالى فى سقف الحنك بالغ الى العظم من الخلف الى الامام على جانبى الشق الخلقى بعيدا عنه الى الوحشية ببعض خطوط ثم تسلخ الشريحتان المتحصلتان من هذا الشق ويقلبان على نفسهما من الوحشية الى الانسية جهة الخط المتوسط ثم يخاطان معا بغرز خياطة كافية تزال فى اليوم الرابع بعد تمام التئام الجرح وانسداد الشق وهذه الكيفية جيدة جدا

(الباب السادس فى العمليات التى تفعل فى العنق)

اعلم ان هنالك عمليات تصنع فى العنق خلاف استئصال الاورام المتولدة فيه كالتى تتولد فى باقى اجزاء البدن والتى لا تستدعى شروطا خاصة *ثم ان هذه العمليات على رتبتين على حسب كونها تخص المسالك الهوائية او المرى واما استئصال الغدة الدرقية فسيأتى فى باب مخصوص ان شاء الله تعالى

(الفصل الاول فى العمليات التى تفعل فى المسالك الهوائية)

(المبحث الاول فى قثطرة المسالك الهوائية)

اعلم ان قثطرة المسالك الهوائية تفعل اما لاجل ابقاء مجس فى هذه المسالك ليكون واسطة فى حفظ التنفس فى الانجين الالتهابية وفى ازمة لسان المزمار واما لاجل توصيل الهواء فى الرئتين بالنفخ فى الاشخاص الحاصل لهم الاسفكسيا والقثاطير المعدة لذلك تدخل امامن الانف وامامن الفم فاما التى تدخل من الانف فانها تفعل بطريقة (دوسولت) وهى من صمغ لدن ذات حجم عظيم

تدخل خالية من السيخ فى الخياشيم حتى تصل الى البلعوم وهنالك تنحنى وتتجه الى الاسفل فيداوم على دفعها من طرفها الظاهر حتى تدخل فى الحنجرة اوفى البلعوم ويعرف دخولها فى الحنجرة باكلان مؤلم يحس به المريض فى باطن الحنجرة وبالسعلة الفجئية وبالارتفاع التشنجى لجميع الحنجرة وباهتزاز لهب شمعة توضع قبالة فتحة القثاطير وبالمقاومة التى يستحس بها عند وصول طرف القثاطير الى محل انقسام الشعب ويعرف دخول طرف هذه القثاطير فى البلعوم بعدم وجود هذه العلامات وقد تصل الى المعدة فيجب فى هذه الحالة رفعها ليجتهد فى ادخالها فى الفوهة العليا للحنجرة فاذا لم يمكن ادخالها فيها للينها يلزم ادخال السيخ المعوج فيها كى تدخل بسهولة بدون اعوجاج وانثناء على نفسها واما التى تدخل من الفم فتستعمل فيها طريقة (شوسيه) *اعلم اولا ان لهذه الطريقة آلة تسمى بالانبوبة الحنجرية وهى انبوبة مخروطية الشكل من فضة ومن نحاس طولها من سبعة قراريط الى ثمانية مفرطحة من احد طرفيها* واما الطرف الثانى فهو صغير وفيه ثقبان مستطيلان والانبوبة معوجة اعوجاجا قليلا بعيدا عنه بقدر قيراط وربع وفيه شبه حوية مثقوبة بجملة ثقوب وموضوعة عرضا تنفع لتثبيت قطعة من العاريقون اومن جلد الجاموس على فتحة الحنجرة لتسدها سدا جيدا فاذا انفخ الهواء فيها يمدد الرئتين بدون ان يرجع ويخرج فيما بينها وبين جدران الحنجرة *وكيفية ادخالها هى ان يضغط على قاعدة اللسان بالسبابة اليسرى ثم يدخل طرفها الصغير من الحنك حتى يصل خلف لسان المزمار ثم يدفع بخفة فى الحنجرة حتى تطابق الحوية فتحة الحنجرة ثم تجذب المواد المخاطية المالئة للشعب الرئوية بالمص من الطرف الظاهر للانبوبة ثم يفعل النفخ على حسب الازمنة المتساوية للتنفس اما بالفم واما بمنفاخ وقد يمكن ابقاء هذه الانبوبة مدة فى المسالك الهوائية كما يفعل ذلك بقثاطير (دسولت) ولكن القثاطير من الصمغ اللدن اجود من هذه الانبوبة لكونها يسهل مطابقتها لاعوجاج الاجزاء ورضها اقل من رض الانبوبة والظاهر ان وجود ثقب واحد فى طرف الالة احسن من وجود ثقبين على جانبيها وعلى كل حال

فهما كانت الالة المستعملة فالقثطرة من الفم ابسط وأأمن واسهل

(المبحث الثانى فى عملية استفراغ المادة المصلية الحاصلة)

(عن الانجين الحنجرية الاوذيمية)

تشريح جراحى *من المهم ان يعرف انه يوجد فى الحنجرة خلاف فوهتها العليا مضيقان احدهما يسمى بالمزمار العلوى والاخر بالمزمار السفلى وهو المزمار الحقيقى فبطينات الحنجرة فيما بين هذين المضيقين فاذن المعروف بالانجين الحنجرية اوباو زيمة المزمار لا يكون ابدا محله المزمار السفلى بل يكون شاغلا للشنايات المخاطية للمزمار العلوى اوفوهة الحنجرة واذا اصيبت هذه المحال بالمشرط لا يحصل ضرر اصلا بخلاف ما اذا اصيب المزمار السفلى فان الصوت يصير ابح وربما فقد بالكلية * ثم ان طريقة الجراح (ليسفرنك) فى ذلك هى ان يجهز اولا مشرط منحن قليلا ذو نصل ضيق طويل مثبت على القبضة لا يتحرك وملفوف بخرقة الى قرب سنه بخط واحد ثم يوضع رأس المريض على وسادة اويسند على صدر مساعد ثم يبعد الفكين عن بعضهما بقدر الامكان بيدى المساعد اوبوضع قطعة مخروطية الشكل من خشب الفلين بين الاضراس ثم يدخل الجراح اصبعيه السبابة والوسطى من يده اليسرى فى الحنك ويجاوز بهما مضيق الحلق فيصل الى الحوية المتكونة من الاوذيما وحينئذ يمسك المشرط من قبضته كقلم الكتابة بيده اليمنى ويزلقه على الاصبعين المذكورتين مصفحا حتى يصل الى الحنجرة ثم يوجه الحد الى الامام والاعلى ويرفع القبضة او ينكسها كلما ضغط بخفة على السن وبتكرار ذلك مرارا يشرط الورم وقد يكفى شقان اوثلاثة لاستفراغ المادة المصلية بواسطة الضغط فان لزم الامر للزيادة زيد على ذلك غير انه يجتهد فى فعلها متباعدة عن بعضها بقدر الامكان كى لا يصير الالتهاب الحاصل عقبها منحصرا فى محل واحد

(المبحث الثالث فى قطع الحلقوم)

قطع الحلقوم يطلق على كل عملية تفعل فى القصبة الرئوية اوالحنجرة لاجل احداث مدخل صناعى للهواء اواستخراج اجسام غريبة تدخل فيها *ولهذا

القطع

القطع اربع طرق على حسب محال فعله من الحلقوم

(المطلب الاول فى القطع القصبى)

(تشريح جراحى)

اعلم ان القصبة تكون شاغلة للمسافة الموجودة اسفل الغضروف الحلقى الى محاذاة القص وهى من اسفل اشد غورا منها من اعلى ومغطاة اولا بالجلد* وثانيا بالوتر العريض العنقى* وثالثا بالعضلة القصية اللامية والقصية الدرقية وهاتان العضلتان تارة تكونان ملامستين لبعضهما على الخط المتوسط وتارة تكونان متباعدتين عن بعضهما فلا تغطيان الا جوانب القصية ورابعا بلسان الغدة الدرقية وهذا اللسان قد يختلف عرضا ووضعا* فتارة لا يكون ارتفاعه الا اربعة خطوط فلا يغطى الا الحلقة الاولى من القصية او الحلقات التابعة الى الخامسة لا غير* وتارة يكون مساويا لنفس جسم الغدة فيغطى هذه الحلقات كلها ويوجد اسفل من هذا اللسان تشبك وريدى عظيم وشريان (نوبوير) ان وجد* وخامسا بطبقة خلوية ليفية توجد بعد هذه الاشياء كلها* وليتفطن الى ان هذه القصبة تكون مصالبة من اسفل للشريان العضدى الدماغى الذى يرتفع اعلى محاذاة القص فى الحركات العنيفة وعند حصر النفس* ثم انه اذا حصل فيها جسم غريب تحتقن جميع اجزائها الرخوة وترتشح فيها مادة مصلية ويدخل فيها الهواء وتمتلىء الاوردة بالدم

كيفية العمل هى ان يستلقى المريض على ظهره وصدره مرتفع ورأسه منقلبة قليلا الى الخلف ثم يقف الجراح على يمينه ويمسك الخنجرة بيده اليسرى ويثبتها بها ثم يمسك بيده اليمنى مشرطا مستقيما او محدبا فيفعل به شقا على الخط المتوسط يمتد من الغضروف الحلقى الى محاذاة القص* وينبغى ان يكون شق الجلد والوتر العريض بجرات متوالية مع التحرز ثم يبعد العضلتين القصية الدرقية والقصية اللامية اذا اضطر لذلك ويشق مضيق الغدة الدرقية بقدر قيراط والضفيرة الوريدية التابعة لها فتنكشف القصبة وحينئذ يأمر المريض بالشهيق الشديد كى يتناقص النزيف الوريدى فتربط فوهات العروق الخارج منها الدم كلها

ثم يفتح القصبة بان يضع ظفر سبابته بين حلقتين منها ويقطع الغشاء الذى بينهما عرضا بسن المشرط المستقيم اوبسن المبضع * ولا ينبغى فتح القصبة بالمشرط الا بعد انقطاع سيلان الدم ثم يوسع الفتحة بتلك الالة نفسها اوبمقص وهذا التوسيع يكون بشق حلقات القصبة كلها او اغلبها طولا من اسفل الى اعلى ويضع فى الجرح ماسورة معدنية اوجفتا ذا زنبلك لتتباعد حوافى الشق بتباعد شعبتيه فيدخل الهواء فى الرئتين اذا كان محجوزا عن الوصول اليهما بعائق اعلى الفتحة واريد دخوله فيهما * واما اذا كان المراد اخراج جسم غريب فلتفعل هذه الكيفية ايضا ثم يخرج الجسم ثم ينبغى ان تكون الفتحة حينئذ كبيرة

(تنبيه)

ليس فى هذه العملية عسر الا شيئان * الاول ايقاف النزيف ولذا لزم الامر فى اغلب المشاهدات الى ربط خمسة اوستة عروق حتى ان الماهر (ركاميه) اوصى بفعلها على مرتين اى نوبتين فى زمانين وفى النوبة الثانية لا تفتح القصبة الا بعد اثنتى عشرة اواربع وعشرين ساعة لاجل ان يتأكد من وقوف سيلان الدم لان القصبة اذا فتحت والدم سائل يدخل فى الشعب بانجذابه فيها بحركات الشهيق فاذا حصل هذا العارض لزم تقليد (رو) فى وضع الفم على الجرح ومص الدم الذى دخل فى الشعب كى ينجو بذلك المريض من الموت * الثانى تبعيد حوافى الجرح لان مرونة حلقات القصبة تمنع تباعدها من نفسها لكن من حيث ان هذه الحلقات ليست مكونة لدوائر كاملة يظن ان قطعها يكون سببا فى ازالة خاصية تقاربها وليس الامر كذلك لان النسيج الليفى هو الضام لكل حلقة برفيقتها فلاجل مقاومة ذلك يلزم فعل شق واسع والاحسن ان يكون فى النسيج المذكور * ثم انه يلزم ان يكون قطع الحلقات شاملا للحلقة الاولى لانه كلما كان الشق الى اسفل كان غائرا قريبا من اوعية عظيمة كبيرة يخشى من اصابتها

(المطلب الثانى فى القطع الحنجرى القصى)

تشريح جراحى * اعلم ان الجزء السفلى من الشق الشاغل للقصبة يلزم ان تقطع فيه الانسجة المذكورة آنفا لاسيما مضيق الجسم الدرقى * وفى النادر ان يجاوز

الضفيرة الوريدية الدرقية * واما العلوى فلا يقطع فيه الا الجلد و الوتر العريض والغضروف الحلقى والغشاء الحلقى الدرقى الذى يمر عليه عرضا فربع شريانى يجب ان يحترز من اصابته * ثم ان كيفية العمل فى هذه الطريقة هى ان يكون وضع المريض والجراح كما فى القطع القصبى ثم يبتدئ الجراح بالشق الجلدى من الحافة السفلى من الغضروف الدرقى ويمده على القصبة بقدر قيراط ونصف وعند كشف الغشاء الحلقى الدرقى يبحث على وضع الشريان فيبعده الى اعلى بظفر السبابة اليسرى ثم يغرز المشرط اسفل منه فيدخل فى الانبوبة الهوائية ويقطع الغضروف الحلقى من اعلى الى اسفل واثنتين او ثلاث او اربع من الحلقات القصبية

الاول *(المطلب الثالث فى القطع الحنجرى)*

تشريح جراحى * لاجل الوصول الى الغضروف الدرقى لا يشق الا الجلد والوتر العريض الذى تحته ثم انه يوجد خلف هذا الغضروف من باطن الحنجرة العضلات الدرقية الطرجهالية والاوتار الصوتية المندغمة فى السطح الخلفى للغضروف الدرقى الى نحو ثلثه السفلى وعلى الخط المتوسط حكما * كيفية العمل بهذه الطريقة هى انه يلزم ان يمتد الشق من العظم اللامى الى الغضروف الحلقى وبعد كشف الغشاء الحلقى الدرقى يخفض الشريان المسمى بهذا الاسم بالظفر ثم يغرز المشرط فوقه بدون واسطة ويدخل من هذه الفتحة اما مشرط ذوزر واما مقص متين الشعبتين غير حاد طرفيهما ويدفع من اسفل الى اعلى خلف الغضروف الدرقى حتى ينفذ من المزمار ويصل الى الحافة العليا من الغضروف الدرقى وحينئذ يقطع هذا الغضروف على الخط المتوسط مع الاحتراس من ان يحول الى اليمين او اليسار كى تصان الاوتار الصوتية عن القطع

(المطلب الرابع فى القطع الحنجرى اسفل العظم اللامى)

تشريح جراحى * اعلم ان هناك غشاء ليفيا يمتد من العظم اللامى الى الغضروف الدرقى وهذا الغشاء مربع وارتفاعه من ثمانية خطوط الى عشرة وشقه عرضا يوصل بدون حائل الى الفوهة العليا من الحنجرة * والانسجة المغطية له هى اولا الجلد وطبقة رقيقة من النسيج الخلوى تحت الجلد * وثانيا الوتر العريض

السطحى الموضوع على الخط المتوسط وعلى جوانبه العضلة الجلدية والكتفية اللامية والقصية اللامية والدرقية اللامية وعلى الخط المتوسط كيس مخاطى وثالثا الغشاء الدرقى اللامى نفسه الذى بعض اليافه يتجه الى لسان المزمار والى اللسان لترتبط فيه فتسمى بالرباط اللسانى فوق المزمار وخلف هذا الغشاء يوجد الغشاء المخاطى المغشى لقاعدة اللسان وللسان المزمار * وعلم من هذا انه لا يوجد فى جميع هذه المسافة عروق غير الشريان والوريد الخنجريين العلويين * وانهما يتبعان الحافة العليا للغضروف الدرقى ثم يغوران من الخلف فى باطن الحنجرة بحيث لا يمكن اصابتهما بالالة القاطعة وقد يوجد ايضا وريد تحت الجلد ينزل على الخط المتوسط * واما العصب الخنجرى فهو تابع لسير الشريان ولا يخشى من اصابته لبعده

(كيفية العمل) هى ان يفعل شق معترض طوله من قيراط ونصف الى قيراطين اسفل العظم اللامى تابعا لحافته السفلى ثم يشق فى مرة اخرى العضلة الجلدية والنصف الانسى لكل من العضلات القصية اللامية ويوجه سن المشرط الى الخلف والاعلى ليقطع به على حسب الاتجاه المستعرض المذكور الغشاء الدرقى اللامى واليافه المتجهة الى لسان المزمار وبذلك يتوصل الى الغشاء المخاطى الذى يبرز الى الظاهر فى كل حركة زفير فيمسك بجفت ليشق ايضا بالمشرط او المقص وحينئذ يشاهد لسان المزمار الذى يندفع فى الجرح بالزفير فيمسك بجفت اوسنارة فينكشف جميع باطن الحنجرة ويسهل اهداء الالات عليه

(الفصل الثانى فى العمليات التى تفعل فى المرئ)

(المبحث الاول فى قنطرة المرئ)

تشريح جراحى * اعلم ان المرئ موضوع خلف القصبة تقريبا على الخط المتوسط غير انه يحود قليلا الى اليسار كلما نزل بحيث ينبغى تمييل المجس قليلا عند ادخاله فى هذا العضو ونحو هذه الجهة لكن المهم معرفته هو ان المرئ لا يتصل بالبلعوم الا حذاء اتصال الغضروف الحلقى بالحلقة الاولى القصبية فالتشنج الحاصل فى فوهة المرئ والمانع لادخال المجس يكون فى ذلك المحل فلذلك يضطر

فى دفع الا لات الى قوة شديدة كى يقاوم هـذا المانع * ثم اعلم ان قنطرة المرئ تكون اما من الخياشيم واما من الفم وتكون اما بواسطة مجس اعتيادى من صمغ لدن عار عن سيخه اوداخل فيه واما بمجس اغلظ واطول من الاول يقال له المجس المريئى فاذا كانت القنطرة من الخياشيم فعلت بطريقة (دسولت) وهى ان يجلس المريض ورأسه منقلب الى الخلف ويمسك الجراح المجس كقلم الكتابة وان كان فيه سيخ يكون منحنيا تقعيره يلى الاسفل ثم يدخله من احد الخياشيم ويدفعه حتى يصل الى وسط البلعوم وعند وصوله الى هذا المحل يخرج منه السيخ باحدى يديه ويدفع المجس الى الاسفل بالاخرى حتى يدخل فى الطرف العلوى من المرئ اوازيد منه اذا لزم الامر الى ذلك

(تنبيه)

من العسر ادخال مجس بسيخ منحن من الخيشوم ليصل الى المرئ مع انه ليس ضروريا فى اغلب الاحوال فاذن يهدى المجس بالعين والاصبع بعد ان يفتح المريض فاه فتحا واسعا * ويعلم ادخاله فى الحنجرة بالعلامات المذكورة فى فصل قنطرة المسالك الهوائية * وقد اوصى (دسولت) بان ينفذ المجس فى الخيشوم ببطئ لكن الاحسن من ذلك ما اوصى به (ايتار) فى قنطرة يوق استاكيوس وهو ان تدفع الالة بسرعة

(المبحث الثانى فى ادخال المجس من الفم)

طريقته هى ان ينكس اللسان بسبابة اليد اليسرى ويدخل المجس بسيخه المنحنى فى الحنك باليد اليمنى ويدفع حتى يجاوز الفتحة البلعومية للمرئ وهنالك يخرج السيخ باحدى اليدين ويدفع المجس الى اسفل بالاخرى

(تنبيه)

ادخال المجس من الفم اسهل منه من الخياشيم فلذا يقدم ادخاله منه اذا لم يحتج لابقائه فى المرئ الا بعض لحظات بان اريد البحث عن تضايق فى المرئ اوعن وجود جسم غريب فيه اوزرق سوائل فى المعدة اوتفريغ هذا العضو مما احتوى عليه فى بعض احوال التخم اومن سم واذن يلزم ان يكون طول المجس نحو

ثلاثين قيراطا ويدفع حتى يصل الى المعدة ثم تركب محقنة او طلنبة على طرفه العلوى فيزرق فى المعدة بواسطتها اولا كمية كافية من السائل لاجل تحليل اومقاومة السم ثم يمص الكل بعد ذلك باحدى الالتين المذكورتين * واما اذا كان المراد ابقاء المجس فى المرئ مدة طويلة فمن الضرورى ان ينفذ من احد الخياشيم لكن من حيث ان طريقة (دسولت) عسرة فى ذلك فقد استعوضها (بويه) بهذه الطريقة وهى ان يوضع المريض كالمعتاد ثم ينفذ الجراح فى احد الخياشيم مجس (بللوك) وعند وصول الزنبلك الى الحنك يربط خيط مشمع منثن على نفسه جملة ثنايات فى الزر الموجود فى طرفه ثم يجذب المجس من الحفرة فيتبعه الخيط الى الخارج وحينئذ يكون احد طرفى هذا الخيط خارجا من الفم والاخر من الانف فيعطيان الى مساعد ليمسكهما وحينئذ يدخل المجس فى المرئ من الفم كما ذكرنا ويلزم ان يكون هذا المجس مثقوبا من طرفه العلوى ثقبا جانبيا يثبت فيه طرف الخيط الخارج من الفم فيجذب الطرف الخارج من الانف يجذب طرف المجس فينفذ من الانف وحينئذ يثبت كما فى طريقة (دسولت) بخيط منثن على نفسه جملة ثنايات ويربط من طرفه الاخر فى قلنسوة المريض اوحول رأسه وهذه الطريقة بديعة جدا ويمكن صيرورتها بسيطة باستعواض مجس بللوك بمجس بسيط من صمغ لدن كما فعل ذلك سابقا فى ربط بوليبوس الانف

(المبحث الثالث فى تضايق المرئ)

يوسع تضايق المرئ بالتوسيع والكى والمجسات المستمرة * وبالاختصار يعالج باغلب الوسائط التى سنشرحها فى تضايق قناة مجرى البول * ومن المعلوم انه يمكن معرفة مجلس هذا التضايق وطوله بالمجس المستقصى به لكن طبيعة هذا التضايق لم يزل الشك فيها وحيث انه يمكن ان يكون صادرا عن استحالات اسكروسية اوسرطانية اوانوريزما فمن الواضح ان الوسائط العلاجية التى يراد ان يعالج بها تكون خطرة نعم الواسطة الوحيدة التى يجزم بها العقل وشهدت بها التجربة القنطرة المتكررة اوالمجس المستمر اذا احتيج لذلك فهما نافعان لاسيما فى الاحوال المشكوك فيها

(المبحث الرابع فى اخراج الاجسام الغريبة من المرئ)

هذه الاجسام تقف غالبا فى الفوهة العليا للمرى اوفى قسمه العنقى ووقوفها فى هذا المحل اوفى غيره وان كانت رخوة ولا زوائد لها كاللقمة والقطعة اللحم والنواة ونحو ذلك ناشئ عن وجود تشنج فجئى فى المرئ يتسبب غالبا عن انفعالات نفسانية فجئية وربما نشبت من نفسها فى جدرانه بزوائد بارزة اوبحوافى قاطعة تكون فيها كالشظايا العظيمة ومايشبهها ومتى مكثت فى هذا المحل مدة يحصل منها التهاب فى البلعوم يكون سببا زائدا على الاسباب المانعة لسلوكها بل يكون المانع الاعظم لعسر الاخراج حينئذ * ثم ان لتخليص الجسم الغريب من البلعوم ثلاث طرق * الاولى دفعه فى المعدة وهى ان يزدرد المريض كمية من الماء اوالزيت اوالثريد كافية لدفعه وقد اوصى بعضهم بذلك اوبادخال ساق كرات مدهون بزيت اوشمعة اومجس منته بانتفاخ معدنى لكن اجود الالات المستعملة فى ذلك هى المجس الاعتيادى اوقضيب من اجزاء القيطس يربط فى احد طرفيه اسفنجة اوكرة صغيرة تصنع من خرقة مخصوصة للاتكاء على الجسم الغريب من اعلى الى اسفل

الثانية الاخراج من الفم وهى ان يجتهد فى تقائى المريض امايلعه كمية كافية من الطرطير المقيء واما بان يؤمر بوضع اصبعه فى حلقه لكن الغالب ان هاتين الواسطتين لايجديان نفعا فيضطر حينئذ الى استعمال الالات المختلفة الشكل وهذه الالات على ثلاثة انواع * الاول الالات التى تمسك الجسم الغريب من جزئه العلوى وتخرجه بالجذب الى الخارج كالجفوت الاعتيادية وجفوت البوليبوس المنحنية وجفت (هنيتر) والجفت ذوالشعب الكثيرة المنسوب الى (ميسو) وجفت (بلوندو) الشبيه بجفت (اموسا) المعد لمسك الحصاة عند تفتيتها الثانى الالات المخصوصة للنفوذ تحت الجسم الغريب ودفعه من اسفل الى اعلى كالكلاليب المعدنية التى بشعبة واحدة والكلاب المنتهى بزر والكلاب العروى المصوغ من سلك مزدوج من فضة نقية وملتو من احد طرفيه على هيئة حلزون ليكون الساق منحن نحو عروته كالرافع الجفنى للطبيب (بليه) وكالعرى

الكاملة الحقيقية المصنوعة من دبارة او الحلقات المعدنية المجتمعة على هيئة حزمة موضوعة على طرف ساق بحيث انها تكون متحركة * الثالث الالات التى تدفع الجسم من اسفل الى اعلى ايضا لكنها تختلف عن الالات السابقة بكونها ليست قاصرة على دفع الاجسام الغريبة بل تمسح البلعوم ايضا من اسفل الى اعلى فتدفع جميع ما يكون فوقها واجود آلات هذا النوع هى القطعة من الاسفنج توصل الى اسفل الجسم الغريب بواسطة سيخ قناطير اعتيادى او عود من القيطس او مجس

(الثالثة قطع المرئ)

اعلم ان لهذه الطريقة ثلاث كيفيات * الاولى وتنسب الى (جواتانى) هى ان يبحث عن المرئ فيما بين القصبة من جهة اليمين والعضلات القصية اللامية والقصية الدرقية من جهة اليسار ثم يقطع ويستخرج الجسم الغريب منه * الثانية وتنسب الى (اكولت) هى ان يفعل شق فيما بين الجزئين السفليين للعضلة الثالثة وتنسب الى (بويه) هى ان يفعل الشق فيما بين العضلة القصية الحلمية والقصية اللامية وهذه الكيفية تفعل على ثلاثة اوجه * الاول ان لا يشق الافوق البروز المتكون من الجسم الغريب اذا وجد * الثانى ان يدخل مجس فضة اعتيادى ليحدث بروزا فى المرئ او آلة (وكا) المضاعفة التركيب كما اوصى بذلك (جيرود) (ووكا) المذكور * الثالث ان يفعل الشق على حسب المجاورات التشريحية كما ذهب الى ذلك (بيجين)

تشريح جراحى * توجد فى كل جهة من العنق وحشى الخط المتوسط مسافة محدودة من الانسية بالقصبة ومن الوحشية بالعضلة القصية الترقوية الحلمية وقاعدة هذه المسافة تلى الاعلى محاذية للعظم اللامى وهى محدودة بالعضلة الابرية اللامية والعضلة ذات البطنين واما قمتها فهى ملامسة للقص ثم ان الجهة الانسية لهذه المسافة التى هى على هيئة مثلث عمودية * واما الوحشية فهى متجهة بانحراف الى اعلى والوحشية نحو النتو الحلمى وفى سعة هذه المسافة تحت الجلد العضلة الجلدية ونسيج خلوى صفيحى رخو ما رفيه فريعات كثيرة عصبية ناشئة من الضفيرة العنقية الظاهرة وتحت ذلك الجزء العلوى من العضلة الكتفية

اللامية التى تمر بانحراف من اسفل الى اعلى ومن الوحشية الى الانسية وفى سيرها هذا يزيد حجمها تدريجا وفى جهتها الوحشية الاعصاب الرئوية المعدية والسنباتوى العظيم والشريان السباتى الاصلى والوريد الودجى الباطن وهذه كلها محصورة فى غمد خلوى رخو مرن ومغطاة من اسفل بالعضلة القصية الترقوية الحلمية ومحاذية للمسافة الموجودة بين حزمتيها ثم تظهر من تحت حافتها الانسية وتتعرى عنها بالكلية فى وسط هذه الجهة * واما الجهة الانسية ففيها القصبة الموجود امامها العضلة القصية اللامية والقصية الدرقية وكذا الجسم الدرقى واغور من ذلك كله المرى وفى اسفل هذه المسافة قريبا من القص الشريان الدرقى السفلى وفى اعلاها نحو العظم اللامى الشريان الدرقى العلوى وهذان الشريانان يسيران عرضا مع تنيهما حتى يصلا الى الجسم الدرقى * واعلم انه لا يمر فى هذا القسم من العنق شريان آخر اعظم منهما

(تنبيه)

العمل بالالة لاجل الوصول الى المرئ يكون فيما بين المجموع القصبى من جهة والمجموع العرقى العصبى المخى الصدرى من جهة اخرى وفى الجهة اليسرى من العنق احسن منه فى اليمنى وذلك لتحويله الى تلك الجهة كلما قرب من القص لكن اذا كان الجسم الغريب بارزا من الجهة اليمنى فالاحسن الشق عليه منها من اول الامر * ثم ان الجهاز اللازم لهذه العملية ينبغى ان يكون مشتملا على مشرط محدب وآخر مستقيم منته بزر ومجسات قنوية بعضها يكون سالك الطرف وبعضها يكون طرفه بقناة ذات حاجز وكلاليب غير حادة الطرف وجفت لربط الشرايين وكلاب لمسكها وخيوط مشمعة ومقص مستقيم وآخر منحن وجفت غيار وجفت من جفوت البوليبوس واسفنج وقطعة خرق مثقبة ومدهونة بالقيروطى ونسالة ورفائد مستطيلة ورباط واوانى محتوية على ماء بارد وماء ساخن فهذه الاشياء بعضها محتاج اليه مدة العملية وبعضها فى معالجة الجرح بعد * وكيفيتها هى ان يلقى المريض على ظهره بعد الفحص عن وجود الجسم الغريب ويجعل مرتفع المنكبين والصدر فى فراش ضيق

ومائل الرأس قليلا الى الخلف مستنده على وسادة ممدود العنق برفق وهذا هو الوضع الموافق للجراح والمريض فهو اقبل وافضل من الجلوس * ويلزم ايضا ان يكون محل العمل منيرا انارة جيدة بالضوء الطبيعي او بالصناعي لاجل سهولة وسرعة العمل ثم يقف الجراح على يسار المريض ومساعده ماهر على يمينه وبذلك يسهل على الجراح مباشرة جميع الاجزاء التي يقطعها * وينبغي ان تلي يده اليمنى رأس المريض بحيث يسهل مسك الجفت بها ودفعه في الجزء السفلي من العنق او اغور من ذلك في الصدر ليمسك به الجسم ويخرجه ثم يفعل شقا اوليا في الجلد يبتدأ به من اعلى الحافة العليا للقص بعرض اصبع ويصعد به حتى يصل الى محاذاة المسافة التي بين العظم اللامي والغضروف الدرقي * ويكون موازيا للقصبة الرئوية وتابعا للخط الموجود بينها وبين العضلة القصية الترقوية الحلمية * وفائدة تطويل هذا الشق سهولة رؤية الاجزاء اللازمة الشق واللازمة الصيانة في القطع ومسك الشرايين وربطها ان قطع منها شيء ثم يشق على التوالي العضلة الجلدية والنسيج الخلوي حتى يصل الى المسافة الموجودة فيما بين القصبة الرئوية والمرئ من جهة وبين العروق والاعصاب الغائرة للعنق من جهة اخرى * وهذه العروق والاعصاب مغطاة من اسفل بالجزء الانسي من العضلة القصية الترقوية الحلمية وحينئذ يمسك المساعد الواقف قبالة الجراح من الجهة اليمنى للمريض القصبة الرئوية والجسم الدرقي وجميع الاجزاء المكونة للحافة الانسية من الجرح ويجذبها نحوه بالاصابع او كلاليب غير حادة الطرف ويبعد الجراح الحافة اليسرى للشق ويجعل اصابع يده اليسرى السبابة والوسطى والبنصر مصفوفة على خط واحد ليدخلها في الجرح فيجذب بانامله الشريان السباتي والوريد الودجي والعصبين السنباتوي والرئوي المعدي وانما يجعل هذه الاصابع على الوضع المذكور لتكون ايضا مغطية وحامية لهذه الاعضاء عن الاصابة فعند كشف العضلة الكتفية اللامية ينفذ تحتها مجسا قنويا للتقطع عليه على حسب الاتجاه العام للجرح فبهذه الكيفية تنكشف الجهة اليسرى من الجزء العنقي للمرئ * واعلم ان قطع العضلة الكتفية

اللامية

اللامية لا يحصل منه ضرر ابدا لا وقت العملية ولا بعدها
ويعرف المرئ بسهولة بوضعه خلف القصبة والغدة الدرقية وبسطحه
الاسطوانى اللحمى وحركاته وزيادة صلابته عند الازدراد وبكونه اول عضو
عضلى قابل للانقباض يشاهد امام العضلات الفقرية واول شئ يعثر به اذا مر
بالاصبع من الخلف الى الامام فى الجهة الانسية من الجرح * ثم اذا كان الجسم
الغريب بارزا منه شقه فوقه والاغرز المشرط فيه من اعلى الى اسفل موازيا
لطوله قبالة وسط الجرح وشقه شقا طوله نصف قيراط وبذلك يخرج المخاط
واللعاب من الشق ويبرز الغشاء المخاطى من انقباض الياف المرئ العضلية
ثم يمسك مشرطا منتهيا بزر ويوسع به هذا الشق من اعلى واسفل بعد اهدائه عليه
بسبابة اليد اليسرى بحيث يصير كافيا لدخول الاصبع او الالات المستقصية
او الجفوت لاخراج الجسم الغريب * واعلم انه اذا لزم الامر لتوسيع الشق
المذكور ينبغى ان يكون من اعلى لا من اسفل لان الشريان الدرقى العلوى
الذى لا خطر فى اصابته يوجد فى الجهة العليا * واما الشريان الدرقى السفلى
الذى اصابته خطرة فيوجد فى الجهة اليسرى تحت العضلات والعروق
والاعصاب العنقية لانه غائر ومتقارب من قمة الصدر ومار فى نسيج خلوى رخو
صفائحى متصل بالصدر فينصب فيه الدم الخارج منه بحيث يتعسر بل يتعذر
كشف طرف هذا الشريان وربطه * ثم بعد فتح المرئ يشرع فى اخراج الجسم
الغريب وهذا الاخراج لا يمكن تعيين قواعد له لانه منوط بالاحوال التى
يكون عليها الجسم الغريب واحسن الالات التى يبحث بها عنه الاصبع الذى
تهدى عليه الجفوت حتى تصل اليه فيمسك بها ويخرج لكن ينبغى غاية الرفق
فى جذبه كى لا يتمزق المرئ ويتهيج وبعد اخراج الجسم تربط جميع العروق
التى لم تربط فى وسط العملية ثم يترك المريض بعض لحظات يرتاح من المشاق
التى حصلت له اثناء العملية ثم يقرب الجراح حافتى الشق برفق ويضع فوقهما
رفادة منقبة مدهونة بالقيروطى ثم النسالة والرفائد التى تثبت برباط غير مشدود
لئلا يضغط على العنق فيعيق النفس وجولان الدم * ولا ينبغى ضم حافتى الشق

بالخياطة وعصائب اللازوق لان الغرز تزيد فى تهيج المرئ الحاصل من الجسم الغريب ولان المواد التى تفرز من الجرح لاتجد لها طريقا تخرج منه فالاحسن ترك الجرح ونفسه يقيح ويندب بمساعدة الطبيعة

(تنبيهان)

الاول ينبغى ان يعطى المريض غذاء ثانى يوم العملية ولا ينبغى حرمانه من الاكل لما حصل له من الضعف قبل العملية بسبب عدم امكان مرور الاغذية من المرئ وحزنه وخوفه من عواقب العارض الذى حصل له *وكيفية تغذيته هى ان يدخل فى المرئ من الفم مجس غليظ من صمغ لدن حتى يجاوز محل الشق ويصل الى المعدة ثم يركب على طرفه الظاهر قمع من زجاج تصب فيه امراق ممزوجة بمح البيض اولبن اوحريرة اوثريد رقيق جدا وفى عاشر يوم العملية اوثانى عشرها يضيق الجرح كثيرا حتى لا يخرج منه الاشئ قليل من الاغذية عند مرورها من المرئ ولكن ادوات التضميد تمنع ذلك وبعد تمام الندب تصير الندبة منخفضة ملتصقة بحيث تتبع البلعوم فى حركاته وقت الازدراد ومع طول الزمن تسترخى وسائط التصاقها فتقرب من مساوات مقدم العنق ولا تتبع البلعوم فى حركاته كالاول

الثانى اذا كان الجسم الغريب الموجود فى المرئ ضاغطا من الخلف على القصبة وكان المريض مشرفا على الهلاك من الاختناق وجب فتح القصبة ليتنفس منها حتى يخرج الجسم الغريب بالعملية

(الفصل الثالث فى العمليات التى تفعل لازالة قيلة الحلقوم)

اعلم ان هذا اللفظ معرب من اليونانى الى العربية واول من ذكره ابو القاسم الزهراوى وهو اسم لورم عظيم يعرض فى مقدم العنق بسبب انتفاخ الغدة الدرقية وربما يعيق النفس بضغطه على مجرى الهواء اذا عظم حجمه جدا حتى ان الادوية لاتكفى فى ازالته ويحتاج فى ذلك الى استعمال الطرق الجراحية الاتية الطريقة الاولى الخزم وهى ان تؤخذ ابرة الخزام المنسوبة للجراح (بويه ويدخل فى سمها فتيل وتغرز من اعلى الى اسفل فى محل من الورم ليس فيه اوردة منتفخة

دوالية ولاشرايين خوفا من فتحها وحصول نزف بحيث لاتغور فيه زيادة عن نصف قيراط كى لاتقرب من العروق وتصيبها ثم بعد خروج سن الابرة من اسفل تجر وتخرج فيتبعها الفتيل فيخلص منها ويترك فى الجرح واذا كان الورم عظيم الحجم ينبغى تنفيذ خزامين اوثلاثة اواربعة اوازيد على حسب الحاجة وقد يحصل عقب تنفيذ الابرة سيلان مقدار عظيم من الدم يهول المريض والحاضرين ولكنه لايدوم غالبا الاقليلا من الزمن وهذا الدم يكون حاصلا من اصابة العروق الوريدية الموجودة كثيرا فى مقدم الغدة الدرقية فاذا استمر هذا السيلان يقطع يتنفس المريض بهدو ايسرى الدم فى عروقه ويعود لجولانه ويغسل الجرح بماء بارد اوبضغطها ضغطا خفيفا واذا اغمى على المريض من هذا النزف يودر برش الماء البارد على وجهه والاهلك * ثم ان فائدة هذا الخزام حصول التقيح الغزير فيتحلل منه الورم شيأ فشيأ فينبغى ابقاؤه فى الورم مدة اشهر حتى يتناقص واذا قل التهيج والتقيح الحاصلان من الفتيل لزم دهنه بمرهم مقيح * وانما يستعمل اذا كان انتفاخ الغدة الدرقية حاصلا عن زيادة نموها الغذائى او اكياس متولدة فى باطنها اوكان الورم رخوا مرنا غير مؤلم وفيه بعض تموج * واما اذا كان سرطانيا فلا فائدة فى خزمه * وقد استعمل الجراح (دوبويترن) الخزام عدة مرارا فنجح معه نجاحا عظيما فى اغلب الاحوال فلذا قال اغلب ماشاهدت منه الشفاء من جميع طرق علاج ورم الجسم الدرقى هو الخزام فلذا افضله على باقى طرق علاجه

(تنبيه)

اذا كان ورم الغدة الدرقية حاصلا عن تولد كيس فيها اوكان فيها كهف ولم يخرج الصديد بعد خزمه لتجمعه فى باطن الكيس اوالكهف المذكورين لزم ادخال مجس من صمغ لدن فى باطنهما ليخرج الصديد من قناته لان احتباسه يكون سببا فى حدوث عوارض ثقيلة جدا وقد يحتاج الامر الى زرق سائل مرخ اومنبه قليلا ليذوب فيه الصديد ويسهل خروجه واذا لم يوجد فى جزء الغدة الموجود بين الجلد وجدران الكيس اوالكهف عرق مهم لزم توسيع فتحة الخزم بالشق * والثانية الشق وهى ان يكشف مقدم الورم بشق الجلد بالمشرط

وبعد ان تربط العروق المقطوعة به ويستفرغ السائل منه بالضغط يملأ الشق نسالة مدهونة بمرهم مهيج ليحدث فى باطن الورم التهاب وتقيح وهذه الكيفية تستعمل ايضا فى الورم المذكور الحاصل عن اكياس مملوءة سائلا وهى شبيهة النتيجة بالخزام * والثالثة ربط الشرايين الدرقية لتنسد فينقطع وصول الدم الى الورم ويقل غذاؤه فينقص حجمه او تتغنغر الغدة ثم تنفصل بعد ذلك بالالتهاب القاذف الطارد * وهذا الربط لايستعمل الا اذا كانت تلك الشرايين قريبة من ظاهر الورم فى جهته المقدمة حتى انها قد تصير تحت الجلد مباشرة لانه حينئذ لاخطر فيه * وكيفيته هى ان يشق الجلد قبالة الشرايين النابضة ثم تربط بالكيفية المعهودة * وهذه العملية قد لا تجدى نفعا لان الدم بعدها لم يزل فى بعض الاحوال واصلا الى الورم من تفمات العروق المربوطة بغيرها لاسيما وان هذا الداء يزيد كثيرا فى غلظ العروق الصغيرة التى كانت قبله تكاد ان لاتشاهد لكن بعض الجراحين قد استعمله عدة مرار فنجح معه نجاحا عظيما والرابعة ربط الورم نفسه * وكيفيته هى ان يكشف الورم بشق جلد مقدمه شقا مستطيلا اوصليبيا اوعلى صورة لام مزدوجة هكذا (⊥) ثم يفصل مما حوله بتمزيق النسيج الخلوى بالاصابع اوطرف المجس القنوى اوالمشرط التشريحى ثم يحاط اصل كل من نصفى الغدة برباط متين يشد شدا قويا واذا كان هذا الاصل غليظا تنفذ فيه ابرة فى سمها خيطان ويربط كل من جزئه على حدته * وبالجملة فتتبع فيه القواعد العامة التى ذكرناها فى العمليات البسيطة فى الجزء الاول من هذا الكتاب فبعد الربط يقطع الورم امام الرباط لانه اذا بقى يتعفن فيتأذى المريض من ذلك * وقد فعل الطبيب الشهير (ميور) هذه العملية جملة مرار فنجحت نجاحا عظيما لكن توفى منها اثنان بعد ان حصل لهما عسر شديد فى التنفس وعوارض الحمى المحرقة العفنة

(تنبيه)

بعد عملية الربط قد يزداد الورم غلظا عما كان عليه قبلها فلذا ينبغى ان يفصد المريض ويوضع على الورم علق يمص مافيه من الدم ثم ماء بارد ليمنع توارد دم جديد

من

من العروق الشعرية اليه وهاتان الكيفيتان يستعملان اذا كان الورم حاصلا عن ضخامة الغدة من كثرة الغذاء فيها * والخامسة استئصال الغدة نفسها بالسلاح اعلم ان هذه العملية خطرة جدا حتى ان اغلب الجراحين يوصى بعدم القدوم عليها اذ كثيرا ما يموت المريض اثناءها او بعدها بقليل من الزمن لان الغدة الدرقية مجاورة لاعضاء مهمة ربما ادت اصابتها الى الموت وهذه الاعضاء هى الشريانان السباتيان والوريدان الودجيان والاعصاب الموجودة فى العنق والقصبة وفيها ايضا عروق كثيرة يزداد غلظها بازدياد الورم ولانها قريبة من القلب فاذا فتح وريد اثناء العملية يدخل الهواء فيه ويقتل المريض فورا ولكن بعض الجراحين تجاسر فى الاقدام على فعلها فنجحت معه * نعم لا تفعل الا اذا لم تنفع فى ازالة الورم الكيفيات السابقة وكان المريض مشرفا منه على الهلاك لضغطه على الحلقوم او كان سرطانيا * وكيفية العملية هى ان يلقى المريض على ظهره بعد تجهيز ما يلزم للعملية كما ذكرنا فى استئصال الغدة النكفية مائل الرأس قليلا الى الخلف مثبته بمساعدين ثم يقف الجراح على يمينه ويفعل شقا على الخط المتوسط يبتدئ به من اعلى الورم وينتهى به اسفله يسيرا ثم يقطع هذا الشق بشق ثان فيكونان باتحادهما شقا صليبيا فتسلخ شرائح الجلد الى قرب اصلهما * وينبغى ان تقطع الالياف العضلية التى لا يمكن تبعيدها عرضا ثم يقلبها نحو محل تثبيتها اذا كانت سليمة او يتركها ليزيلها مع الورم فيما بعد * واذا حصل نزف من بعض العروق اثناء ذلك لزم ربطه ثم يقرب السلخ من حروف الغدة شيأ فشيأ فيجذبها نحوه مع تمزيقه النسيج الحلوى اكثر من قطعه له خوفا من اصابة عضو مهم ثم يفتش على الاربعة شرايين الدرقية خلف الورم من اعلى واسفل ومتى وجدها عزلها عما حولها وربط كلا منها برباط * وينبغى اثناء السلخ والفصل ان يحترز من اصابة الشريانين السباتيين والوريدين الودجيين والفرع النازل من العصب الكبير تحت اللسان والعصب الرئوى المعدى والسنباتوى العظيم والاعصاب الفؤادية التى تشاهد وحشى ذلك متصالبة باوردة كثيرة صغيرة ثم يفصل جزء الورم العلوى من جانبى الحنجرة ومقدمها واذا حصل نزف

فى هذا الفصل من انقطاع بعض شرايين صغيرة آتية من الشرايين اللسانية اوالفكية لزم ربطها ثم يرجع الى حروف الورم فيرفعها ويفصلها من المرئ ثم من القصبة القريبة منها الاعصاب الخنجرية ومتى صار كل الورم منفصلا ماعدا جزئه السفلى لزم التأمل فيه فاذا علم انه يحصل من قطعه خطر بسبب الضفيرة الوريدية الخارجة منه وشريان (نوبوير) الداخل فيه احاطه برباط اونفذ فى اصله خيطين وربط كلا من جزءيه ربطا وثيقا ثم بعد ذلك يقطع الورم كله امام محل الربط

(تنبيه)

اثناء هذا الفصل يترك المريض يرتاح زمنا فزمنا ويتنفس ولا ينبغى ان يضغط على القصبة والخنجرة اصلا *ومن حيث ان حصر النفس يسبب تجمع الدم فى الاوردة وسيلانه بكثرة عظيمة بادنى جرح فيها يجب ان يؤمر المريض باخذ نفسه *وينبغى ايضا التحرز الكلى من دخول الهواء فى الاوردة بعد قطعها لان دخوله يكون سببا فى هلاك المريض فورا فلاجل منع هذا العارض الثقيل الذى وقع لمشاهير الجراحين يجب اولا الاحتراس الزائد فى عدم جرح الاوردة الودجية الباطنة والوريد تحت الترقوة اثناء العملية وثانيا ان لا يقطع اصل الورم الا بعد ضغطه بالاصابع بين القلب ومحل القطع اوشده برباط متين وثالثا ان لا يجذبه ثم يرخيه على التعاقب وان لا يميل العنق الى الخلف اثناء العملية لان ذلك يكون سببا فى انفتاح الوريد ومصه للهواء لاسيما اذا كانت جدران هذا الوريد ملتصقة الظاهر بالورم ولم تنطبق على بعضها نعم ان انفتح وريد ودخل فيه الهواء كما يعلم ذلك من صفير يسمعه الجراح ومن الاغماء الذى يقع للمريض وجب عليه ترك شد الورم اذا كان مجذوبا والاسراع فى سد فتحة الوريد بالاصبع والمسك عن العمل والقاء المريض على ظهره مائل الرأس قليلا الى الامام وتنبيهه بتشميمه ابخرة روح النوشادر اوالاكلول اوالخل ورش الماء على ظهره ودلك بدنه لعل ان ينجو من الهلاك بذلك * ثم بعد تمام العملية يربط جميع الشرايين ولو صغيرة جدا ثم ينشف الجرح ويجمع اطراف

الخيوط

الخيوط المربوط بها الشرايين ويخرجها من زاويتي الجرح * وحيث ان وسط الجرح اكثر بروزا من جانبيه فالانسب ضم حافتيه والاجتهاد فى التئامه بدون تقيح مالم يبق شئ من الورم ينتظر انفصاله بالتقيح بعد ربطه * وبالجملة فينبغى ان تكون ادوات التضميد خفيفة وان لا تشد شدا قويا لان ادنى ضغط على طريق النفس خطر جدا وكثرة هذه الادوات سبب لحدوث حرارة شديدة مؤذية

(الباب السابع فى عمليات الصدر)

(الفصل الاول فى عملية الاستسقاء الصدرى)

تشريح مرضى جراحى * قد يجتمع فى الصدر صديدا ودم او مادة مصلية محاطة بالتصاقات وحينئذ يلزم فتح المحل البارزة منه الى الظاهر واستفراغها واما اذا كانت هذه المواد شاغلة لجميع تجويف الصدر فتفعل الفتحة فى محل منه محتو على ثلاثة اشياء * الاول ان يكون هذا المحل منحدرا انحدارا كافيا الثانى ان لا يجرح فيه الحجاب الحاجز * الثالث ان لا تجرح العروق الشريانية ايضا * ولذلك تنتخب جميع المسافات بين الاضلاع من الرابعة الى الثانية عشر بعدها من اعلى الى اسفل كما اوصى بذلك بعضهم * وينبغى ان تكون العملية ايضا فيما بين الثلث الخلفى من دائرة الصدر والثلثين المقدمين ولحسنها ينبغى ان تلاحظ الامور الآتية * الاول ان المريض اذا قهر بالداء على الجلوس فى فراشه كما هو الغالب ولم يمكنه الاضطجاع وكان مع ذلك منحنيا الى الامام تفعل الفتحة الى الاسفل لانه كلما كانت المسافة بين الاضلاع قريبة من الاسفل كانت الفتحة اكثر انحدارا بخلاف ما اذا كان مضطجعا كما يقع فى بعض الاحيان فان المسافات الستة التى بين الاضلاع الاخيرة تكون تقريبا فى محاذاة واحدة فيمكن فعل العملية فى احداها على حد سواء بدون ضرر * الثانى من حيث ان الحجاب الحاجز مندغم من الامام فى الرهابة وبعيد عنها فى السطح الباطن والحافة العليا لغضروف الضلع السابع بواسطة ستة زوائد ثم فى غضروف الضلع الثامن وفى السطح الباطن لغضاريف الاربعة اضلاع الاخيرة وكذا فى جزئها العظمى يجب تقريب الشق الى الخلف

كى لايصاب الحجاب المذكور كما نزل بالعملية فى المسافات الاخيرة بين الاضلاع لكن من حيث ان عضلات الميازيب الفقرية والعضلة الظهرية الكبيرة التى فوقها تغطى الثلث الخلفى من دائرة الصدر تقريبا وان المسافة الحادية عشر بين الاضلاع لا تجاوز ذلك الحد غالبا يعلم من ذلك ان العملية اذا فعلت فى هذا الثلث ربما جرحت العظيمة الصدرية والحجاب الحاجز * الثالث ان يحترز عن الشرايين التى يخشى من اصابتها وهى الشريان الثدى الظاهر والشريان بين الاضلاع وفروعهما فالشريان الثدى ينزل وحشى القص بنصف قيراط ويرسل فى المسافات بين الاضلاع فروعا قليلة الغلظ لا تجاوز الثلث المقدم من دائرة الصدر واما الشريان بين الاضلاع الذى اصابته اشد خطرا من الثدى فانه ينقسم الى فرعين فى الثلث الخلفى لكل ضلع والسفلى منهما اصغر من العلوى ويتبع الحافة العليا للضلع السفلى * واما الفرع العلوى الذى يظهر انه استطالة الشريان الاصلى فانه يختفى فى ميزاب الحافة السفلى للضلع العلوى الى قرب الثلث المقدم للصدر وحذاء هذا المحل يقرب ثانيا من وسط المسافة بين الاضلاع ولكن يكون صغيرا جدا فلا يهتم من اصابته * وعلى ذلك فتمنع اصابة هذا الشريان بشق الصدر فى الثلث المتوسط من المسافة بين الاضلاع بالنسبة لمبتدئها من العمود الفقرى ولمنتهاها فى القص وفى وسط هذه المسافة بالنسبة للضلعين المكونين لها وللاحتراس من اصابة الحجاب الحاجز حينئذ فاقل ما يلزم الصعود بالعملية الى المسافة الثالثة والرابعة بالعد من اسفل الى اعلى * بل قد اوصى جراحو فرانسا بفعل العملية فى المسافة الثالثة من اليسار وفى الرابعة من اليمين بسبب وجود الكبد فى هذه الجهة * ولاجل تعيين هذه المسافة اوصى جمهور الجراحين بعد الاضلاع من اسفل الى اعلى اذا كان المريض نحيفا دون ما اذا كان سمينا او به اورما فيلزم ان يجعل محل الشق اعلى من الزاوية السفلى لعظم اللوح بقدر عرض ستة اصابع او توضع يد المريض على القص ويجعل ذلك المحل حذاء المرفق بعد دفعها قليلا الى الخلف نعم قد يؤدى الاستدلال بهذين الدليلين للوقوع فى الغلط بسبب اختلاف ارتفاع الصدر وطول الذراع واللوح واختلاف

ارتفاع المنكب ايضا والاضلاع مع ان الدليل الاول لا يخلو عن الاطلال مطلقا
لانه ربما اشتبه الضلع الحادى عشر بالثانى عشر * فالاحسن فى الاشخاص
النحاف ان يجعل العد من اخر ضلع متصل بالقص او اخر مسافة بين الاضلاع
مشرفة على ذلك القص وهى السادسة سواء كان العد من اعلى الى اسفل او من
اسفل الى اعلى وفى الاشخاص السمان او المصابين بالاوزيما يبحث على الحافة
السفلى للصدر ويفعل الشق اعلى منها بمقدار ثلاثة اصابع عرضا بدون خوف *
ثم انه يستعمل فى فتح الصدر المبذلة او المشرط * والطريقة الاعتيادية فى ذلك *
هى ان يجلس المريض على حرف سريره مائلا قليلا الى الجانب السليم مرفوع
الذراع مثبت الجسم عن الحركة بمساعدين ثم يبتدأ الجراح بمعرفة محل العملية
ومتى عينه يمد الجلد باليد اليسرى ثم يمسك باليمنى مشرطا مستقيما ويفعل به شقا
موازيا لاتجاه المسافة بين الاضلاع يكون قريبا من الضلع السفلى اكثر
من العليا ويكون طوله من قيراط الى قيراط ونصف ثم يشمر الحافة العليا للجرح
ويشق على حسب الاتجاه المذكور النسيج الشحمى او الاوزيمى الى قرب اول
طبقة عضلية وهناك يفحص عن حقيقة وضع الاضلاع بالسبابة ثم يشرع
فى تتميم الشق مبعدا له عن الضلعين بمسافة متساوية * وينبغى فى شق كل طبقة
ان يضع اصبعه فى قعر الجرح لربما يكون هناك عرق زاد حجمه من المرض وعند
وصوله الى البليورا اما ان يحس فيها بتموج ظاهر فيغرز فيها سن المشرط * واما
ان يعلم بانها صارت مبطنة باغشية حادثة التكوين كما هو الغالب ليفية سميكة
جدا فيلزم حينئذ ان يعود الى شق البليورا طبقة فطبقة مع غاية التوقى
فاذا ظهرت له الرئة التى لا يشتبه منسوجها ابدا على كل جراح عارف ماهر
فى التشريح ولم يجد سائلا يلزم ان يستقصى فى جميع مواضع الجرح وفى جميع
جهاته بالاصبع السبابة على التموج فى اى جهة منه ومتى عرف محله يفعل فيه
الشق * واما اذا لم يظهر له تموج فيلزم ان يضم هذا الشق ويفعل شقا اخر فى موضع
اخر يكون فيه التموج اكثر وضوحا وبعد فتح تجويف السائل ينبغى استفراغ نحو
نصفه ثم يضع فى الجرح فتيلا لاستمرار فتحته ولسهولة ارتشاح السائل الى الخارج

يبطئ ثم يستفرغ كمية اخرى من السائل فى مدة بعد اخرى تختلف طولا ثم يبادر بحقن ملين اومنظف اوقابض اومزيل للعفونة اذا كان ذلك ضروريا * وكيفية البذل بالمبذلة هى ان تغرز المبذلة الاعتيادية بعد ان يعرف محل التموج فى احد المحلين سواء كان الاضطرارى اوالاختيارى اللذين سبق ذكرهما ثم تبقى الماسورة فى محل الوخذة وتسد بسدادة كى تدافع سيلان السائل دفعة واحدة * واما طريقة (ويلبو) فهى ان يمسك الجراح المشرط بالكيفية الثانية اوالثالثة ثم يغرزه فى المسافة بين الاضلاع حتى يصل الى التجويف البليورى ويوسع الشق عند اخراج الا لة كما يفعل فى فتح الخراجات الظاهرة من الباطن الى الظاهر

(حكومة)

طريقة البذل بالمبذلة يكون كل من جرح العروق ودخول الهواء فيها اقل خطرا من باقى الطرق وفيها يكون الحقن اسهل واذا اعيت بسبب ابقاء الماسورة المعدنية فى الجرح امكن استعواض هذه الماسورة بجس من صمغ لدن كما فى طريقة (فلورى) فى بذل البطن الذى سيأتى الكلام عليه ان شاء الله تعالى نعم الشق افضل اذا كان المراد استخراج دم منعقد اوصديد سميك محتو على قطعات صغيرة من مواد متجمدة فان هذه المواد لا يمكنها النفوذ من الماسورة اوالجس لكون فتحاتهما ليست واسعة كافية لذلك * واما من ذهب الى تفضيل طريقة (ويلبو) على الطريقة الاعتيادية فقد نظر الى سرعتها وايضا متى كان السائل مكونا بروزا ظاهرا فى المسافة بين الاضلاع فلا شك فى استحسانها الا اذا كان فى اللحم غلظ ولو قليلا وكان فى التشخيص بعض شك فالبذل يكون عرضة لاصابة الرئة بل والشريان بين الاضلاع مع كونه ربما لم يصل حينئذ الى محل السائل فالطريقة الاعتيادية وان كانت بطيئة الا ان فى نفس بطئها امنا عظيما

(الفصل الثانى فى عملية جرح الشرايين بين الاضلاع)

يعلم مما ذكرناه فى الفصل السابق ان اصابة هذه الشرايين لا يحصل منها خطر كثير الا اذا كان الجرح موجودا نحو الثلث الخلفى من المسافة بين الاضلاع

ثم انه اذا كان الجرح عريضا بحيث يمكن ابصار الشريان منه فلا مانع من ربطه اوليه * واما اذا لم يكن عريضا لا يمكن رؤيته منه ولا شئ يدل على نزفه غير خروج الدم من الجرح على صورة سلسول فيلزم استعمال الضغط بالكيفية الآتية وهى ان تؤخذ رفادة رقيقة ويدفع وسطها فى باطن البليورا فيتكون منها شبه كيس ويملأ جوفه نسالة حتى يصير جزؤه الباطن ككرة فيجذبه قليلا الى الخارج ليصير الضغط على سعة الجرح كلها وعلى الشريان فى ميزاب الضلع

(الفصل الثالث فى عملية استخراج الاجسام الغريبة من الصدر)

اعلم ان هذه الاجسام اذا غارت فى الاجزاء الرخوة الظاهرة من الصدر تستخرج على حسب القواعد العامة المذكورة فى الجزء الاول من هذا الكتاب واما اذا نفذت فى الاضلاع نفسها وكان بارزا منها شئ الى الظاهر فتمسك منه وتنزع والا بان غارت فيها بدون بروز الى الظاهر وكان بارزا منها شئ الى الباطن لزم اخراجها بكيفية الجراح (جيرار) وهى انه جاء اليه شخص مضروب بنصل نفذ فى ضلعه وانكسر من الظاهر فشق المسافة التى بين الضلع المصابة والتى تليها وادخل اصبعه السبابة بعد لبس كستبان فيها ودفعه من الباطن الى الظاهر فخرج واذا لم يبرز من الجسم شئ من العظم المصاب به لا من الظاهر ولا من الباطن لزم تركه ونفسه حتى ينفصل بالتقيح او يستأصل الجزء العظمى الداخل فيه ذلك الجسم

(الفصل الرابع فى عملية بزل استسقاء التيمور)

يمكن الوصول الى التيمور من ثلاثة محال * الاول المسافة الخامسة بين الاضلاع او السادسة * الثانى ما بين الرهابة وغضروف الضلع السابع * الثالث القص بعد ثقبه * فالوصول الى التيمور من المحل الاول وهو المسافة المذكورة يكون بطريقة (دسولت) وهى انه شق بين الضلع السادس والسابع من الجنب الايسر حذاء طرف القلب شقا قطع فيه على التوالى الجلد وتصالب العضلة المنحرفة والصدرية العظيمتين وطبقات العضلات بين الاضلاع فعلى ذلك يكون الشريان الثدى الظاهر فى الجهة الانسية من ذلك الشق وبعيدا عنه وبعد شق تلك الاجزاء ادخل الجراح المذكور اصبعه فى الصدر فاحس بكيس

ممتلى ءماء ففتحه بمشرط غير حاد الطرف فظن انه فتح التيمور ولكن لما مات المريض بعد ذلك باربعة ايام شرحه فوجد انه لم يصب حقيقة الاكيس بسيطا ومع ذلك كان التيمور تحته * وبذلك يعلم انه لاشك فى امكان الوصول اليه بهذه الطريقة ولكن يخشى منها النفوذ فى البليورا * واما الوصول اليه من المحل الثانى فيفعل بطريقة (لاريه) وهى ان يغرز مشرط او مبزلة من اسفل الى اعلى فى المسافة الموجودة فيما بين الحافة اليسرى من الرهابة وغضروف الضلع الاخير الصادق ويدفع حتى يصل الى مجمع السائل وبذلك تصان البليورا والبريتون والحجاب الحاجز والشريان الثدى الباطن ويحصل الوصول الى المحل الاكثر انحدارا من التيمور * واما الوصول اليه من المحل الثالث فيفعل بطريقة (اسكيلديروب) وهى ان يوضع منشار اسطوانى على القص اسفل المحل الذى فيه ينضم غضروف الضلع الخامس بالقص قليلا فان وريقتى الحجاب المنصف متباعدتان هنالك عن بعضهما فيكون موجودا بينهما مسافة مثلثة مائلة قليلا الى اليسار اكثر من اليمين ومملوءة نسيجا خلويا وقاعدة هذه المسافة تكون فوق الحجاب الحاجز واما قمتها فتكون حذاء الضلع الخامس وايضا السمحاق الخلفى للقص متينا هنالك فيقاوم تأثير ذلك المنشار ويمكن التحرز به عن اصابة البليورا فمن النشر به يقطع قرص من عظم القص كاف للوصول الى التيمور وتدخل الاصبع السبابة فى الجرح لتحس بتموج سائل وحينئذ ينحنى المريض الى الامام ويتأنى الجراح يسيرا حتى يندفع التيمور فى فتحة القص ثم يفتح بمشرط طويل رفيع مهدى على الاصبع السبابة

(الباب الثامن فى عمليات البطن)

هذا الباب يشتمل على العمليات التى تفعل للانسكابات والاكياس والاجسام الغريبة الحاصلة فى البطن وعلى تفرقات اتصال الامعاء والفتوق ولنذكرها لك فى ثلاثة فصول على هذا الترتيب فنقول

(الفصل الاول فى عملية الانسكابات والاكياس والاجسام الغريبة)
(الحاصلة فى البطن وفيه مباحث)

(المبحث الاول فى عملية بزل البطن للانسكابات)

تشريح جراحى) اعلم انه يمكن ادخال المبزلة من جميع مواضع البطن المكونة من الاجزاء الرخوة ماعدا الجدار العلوى اى الحجاب الحاجز فانه لايمكن طبيعة فعل البزل منه بسبب الاحشاء الصدرية واما البزل من المثانة والمهبل والمستقيم فهو عسر وخطر جدا ولا يفعل البزل من الصفن الا اذا كان هنالك استطراق بين تجويف الطبقة الغمدية والبريتون ولا يفعل ايضا من جوانب البطن لكون بعض اجزاء الامعاء ملتصقة بها ولا من المراق الايمن لكونه مشغولا بالكبد ولا من القسم الشراسيفى لوجود المعدة فيه ولا من المراق الايسر لوجود الطحال فيه ولا من القسم اعلا العانة لكونه مشغولا بالمثانة وانما يفعل على الخط المتوسط اى الخط الابيض للبطن كما ذهب الى ذلك بعض جراحى الانجليز سواء كان من اعلى السرة اومن اسفلها اومن السرة عينها كما اوصى بذلك (بيكلار) متى كان البريتون مدفوعا من هذه الفتحة ومكونا الورم تحت الجلد وجراحو فرانسا يفعلونه فى محاذاة وسط خط يمتد من الشوكة الحرقفية العليا اليسرى الى السرة واما (سباتيه) فكان يفعله وسط المسافة الموجودة فيما بين الاضلاع الكاذبة والعرف الحرقفى ومن الامام الى الخلف فيما بين الخط الابيض والعمود الفقرى * واما (ميران) فكان يفعله وسط مثلث محدد بالكيفية الآتية * اولا بخط يبتدأ به من السرة الى قمة العرف الحرقفى وثانيا بخط يبتدأ من السرة وينتهى نحو الثلث المقدم من حرف الاضلاع الكاذبة * وثالثا من خط يضم الطرف السفلى والطرف العلوى للخطين الاولين ببعضهما هذا اذا لم يكن الرحم متزايد الحجم من الحمل اولم يكن فى البطن اورام والا لزم انتخاب المحل البارز فيه السائل من البطن والموجود فيه تموج ظاهر واما فى الاحوال المشكوك فيها فيلزم شق جدران البطن طبقة بعد اخرى الى البريتون * الجهاز يجهز لهذه العملية مبزلة يكون طولها خمسة قراريط اوستة وآنية كبيرة وعصائب لازوق وقماط وملاءة مثنية وخل ومجس من صمغ لدن لكن اذا كان المراد شق البطن طبقة فطبقة يلزم تجهيز مشرط عوضا عن المبزلة

كيفية العمل * هى ان يلقى المريض على ظهره فى سريره او على طاولة ممدود الرجلين قريب الجنب الايسر من حرف السرير ما امكن وتوضع ملاءة تحته ويقف مساعد فى الجهة المقابلة للجراح وهى اليمنى ليضغط بعرض كفيه على جدران البطن برفق * واما الجراح فيقف فى الجهة اليسرى ويعين محل البزل ويمدد جلد البطن بابهام وسبابة يده اليسرى ويقبض على المبزلة باليد اليمنى بحيث ان الاصبع السبابة تكون ممدودة على الماسورة لتحدد الجزء اللازم غرزه من الآلة وهذا الجزء يكون بحسب سمك جدران البطن ثم يبط البطن بهامرة واحدة حتى تصل الى تجويف البريتون الموجود فيه السائل * ويعلم ذلك بزوال المقاومة ثم يمسك الماسورة بابهام وسبابة اليد اليسرى قريبا من طرفها الخارج ويدفعها نحو البطن حين يخرج بيده اليمنى سهم المبذلة وتسيل مادة الاستسقاء الذى فى الآنية المعدة لالقائه وفى اثناء سيلانها يضغط المساعد على البطن ليسرع هذا السيلان * ويجب على الجراح دفع الماسورة فى البطن كلما هبطت جدرانها لئلا تنسلت منها * واذا كان يدخل فيها شئ يسدها اثناء العملية كالثرب او قطعة من المادة الزلالية الخاثرة لزم دفعه بميل ينفذ فيها ومتى سالت الكمية اللائقة تخرج الماسورة بالجذب من غير تدويرها على نفسها مع تثبيت الجلد بابهام وسبابة اليد اليسرى لئلا يجذب معها ثم توضع عصابة لازوق مربعة على الفتحة ويلف البدن بقماط او ملاءة ويشد بها التنوب عن ضغط السائل على الاحشاء ولتمنع من الاغماء الذى يحصل بسبب زوال الضغط دفعة واحدة * ومن النادر حصول نزيف عقب هذه العملية فاذا حصل يلزم ابقاء الماسورة فى الجرح او تستعوض بمرود من صمغ لدن او من شمع او يجعل الجرح فى ثنية عظيمة من الاجزاء الرخوة وتضغط بالابهام والسبابة مع الفرك حتى ينقطع سيلان الدم * وطريقة (فلورى) هى ان يدخل فى الماسورة من محل السهم بعد البزل بالطريقة الاعتيادية مجس من صمغ لدن متوسط الحجم وقابل للنفوذ بسهولة فى الماسورة ويقطع العنق المصنوع من شمع احمر المحيط بطرفه الغليظ ويلزم ان يصل هذا المجس الى غور لائق من تجويف البطن ليسل منه السائل

(تنبيه)

فى هذه الطريقة فوائد كثيرة * منها ان المجس برخاوته وسلاسته يتبع هبوط جدران البطن بدون ان يضطر الى مسكه * ومنها انه يمكن دفعه فى مواضع البطن المنحصر فيها السائل ولا يخشى من انسداده لان فيه فتحتين على الجوانب (ومنها انه يمكن به توصيل السائل بسهولة الى الانية المخصوصة لتلقيه * ومنها امكان استمراره فى البطن جملة ساعات بدون ان يشتغل به وبذلك ينزل السائل اذا ترك ونفسه تدريجا وتنكمش جدران البطن بقدر نقصان المادة بدون ان يحتاج الى الضغط بيد مساعد وبذلك يمنع الاغماء ولا يضطر لاحتراسات تمنع حصوله واعظم هذه الفوائد امكان استمراره فى البطن كما ذكر * وهذه الطريقة بسيطة جدا وبديعة فيلزم ان تقدم فى جميع الاحوال على الطريقة الاعتيادية

(المبحث الثانى فى عملية شق خراجات الكبد واورام الحوصلة)

(المرارية والاكياس الديدانية)

متى كانت خراجات الكبد بارزة الى الخارج بحيث تعرف فان البريتون المغطى للكبد يلتصق التصاقا متينا بالبريتون الجدرانى بحيث لا يخشى من النفوذ فى تجويف البطن فشق هذه الخراجات يفعل اذن بالكيفية الاعتيادية مع التحرز من اطالته جدا خوفا من مجاوزة حدود الالتصاق * واما اذا لم يتضح التشخيص وضوحا تاما فيلزم فعل البذل الاستقصائى كما اوصى به الجراح (ريكاميه) بمبذلة رفيعة جدا وابرة قدح تغرز دفعة واحدة فى الانسجة وتخرج كما ادخلت كى لا تنسكب السوائل فى الانسجة عقب غرزها * نعم هذا العارض يكون غير خطر متى كان السائل غير مهيج كما فى الاكياس المصلية او الديدانية الا اذا كان العمل فى الحوصلة المرارية فيكون الخطر عظيما واذن تلزم المحاسبة فى استعمال تلك الواسطة

(تنبيه)

قد يتفق ان الالتصاقات لا تكون واسعة كفاية فى حالة الشك فيضطر حينئذ الى استعمال طرق اخرى فى استفراغ المواد ولنذكر لك منها ثلاث طرق فنقول

الطريقة * الاولى وتنسب للجراح (جراو) هى ان تشق جميع الاجزاء الرخوة بمشرط الى نحو كيس السائل بنحو خط اوخطين ثم يملؤ الجرح نسالة فيحدث بالالتهاب الصادر عن ذلك نتيجتان * الاولى احداث التصاقات اذا لم تكن موجودة من قبل * والثانية احداث فتحة الخراج حذاء محل الشق

الثانية طريقة (بيجين) وهى ان تشق الاجزاء الى البريتون ثم توضع نسالة فى الجرح كما فى الطريقة السابقة فبعد اليوم الثالث من العملية يحصل الالتصاق فيفتح الخراج بمشرط بدون ان يخشى من الانسكاب

الثالثة طريقة (ريكاميه) وهى ان توضع طبقة مناسبة من البوتاسا الكاوية على الجلد فتحصل خشكريشة اولية تكون واسعة جدا ثم بعد مدة ايام تشق بمشرط ويوضع فى قعر هذا الشق كمية جديدة من الكاوى وهكذا حتى ان الكى المتوالى يمتد فعله الى البريتون ويحدث التصاقه بجدران البطن فحينئذ يفتح الورم بالمشرط اوالمبذلة لكن بعد استفراغ الصديد قد لا تقرب جدران الكيس من بعضها ولربما دخل الهواء فيها فلاجل منع حصول هذا العارض يستعوض الصديد بماء قراح اوممزوج ببعض ادوية تذرق فى هذا الكيس

(المبحث الثالث فى فتح المعدة لاخراج الاجسام الغريبة منها)

اعلم انه قد ينزل من المرئ فى المعدة اجسام غريبة لا تقدر على النفوذ فى الامعاء من البواب فتمكث فيها وتسبب عوارض خطرة جدا ربما تؤدى الى الموت اذا لم يبادر بشق المعدة واخراجها منها * ثم ان لهذه العملية ادوات ضرورية ينبغى تجهيزها اولا قبل الشروع فيها وهى مشرط ذو حد مستقيم اومحدب وآخر ذو زر وجفت لربط العروق ومجسات قنوية ومقص مستقيم وآخر منحن وابر مقوسة وخيوط مشمعة وقصبتا ريش اوقطعتا مجس من صمغ لدن واسفنج ناعم وطسوت فارغة وماء حار واخر بارد وشمع للوقود اذا كان العمل ليلا وملاءات ثم ادوات التضميد وهى رفائد رفيعة ناعمة مثقبة مدهونة بالقيروطى واقراص من نسالة رفيعة ورفائد مختلفة الاشكال بحسب الحاجة وقماط وكيفية العملية هى ان يلقى المريض على ظهره مثنى الفخذين والرأس قليلا

ثم بعد

ثم بعد ان يجعل الجراح نفسه على يمين المريض يشق جدار البطن المقدم طبقة فطبقة اما حذاء بروز ذلك الجسم الى الظاهر * واما حذاء الخراج الحاصل عنه اذا وجد شئ من ذلك فان البروز دليل على الوصول الى الجسم والمعدة حينئذ تكون غالبا ملتصقة بجدار البطن المقدم فلا يخشى من انفتاح تجويف البريتون لاسيما اذا لم يجاوز الشق حدود هذا الالتصاق * واما اذا لم يوجد ذلك البروز فيفعل شق مستطيل طوله نحو ثلاثة قراريط فى القسم الشراسيفى وكيفيته هى ان يقطع جدار البطن المقدم طبقة فطبقة الى البريتون واذا حصل نزف من بعض العروق لزم ربطها قبل فتح تجويف البطن لئلا ينصب فيه الدم * وكيفية شق البريتون هى ان يمسك بجفت صغير ويبعد عن الاحشاء ثم يقطع الجزء الممسوك منه بالمشرط عرضا ويدخل محراف قنوى فى الفتحة الحاصلة من ذلك ويهدى عليه مشرط مستقيم توسع به هذه الفتحة من اعلى واسفل والاحسن ان يهدى عليه مجس ذو زر ويشق به من البريتون ما يكفى لدخول السبابة اليسرى ثم ينزع هذا المحراف وتدخل الاصبع المذكورة ليهدى عليها المشرط ولتصون الاحشاء من كل اصابة اذ من المعلوم ان احشاء البطن مائلة لتجويفه بدون ان يوجد بينها وبين جداره خلو بحيث انه اذا فعل شق ولو صغيرا فى جدار البطن سارعت الامعاء بالخروج منه وتعرضت لاصابة السلاح الذى يشق به جدار التجويف المحتوى عليها ثم بعد تمام فتح البطن يشرع فى التفتيش على المعدة فاذا وقع البصر على القولون المستعرض نكس الى اسفل برفق وحينئذ يشاهد سطح المعدة المقدم واذن اما ان تستعمل كيفية (بيجين) المذكورة آنفا فى لصق البريتون بجدار البطن * واما ان تشق المعدة فورا بالكيفية التى صار بها شق البريتون اذا كان يحصل من التأخير ضرر لكن يحترز من اطالة الشق الى تقويس المعدة الصغير والكبير لان فيهما عروق المعدة ثم بعد فتح المعدة يخرج الجسم الغريب منها بواسطة جفت ويخاط الشق بالكيفية الآتى ذكرها فى جروح الامعاء

(المبحث الرابع فى فتح الامعاء لاخراج الاجسام الغريبة منها)

قد يتفق ان تمرّ اجسام غريبة من المرئ ثم من المعدة وتقف فى الامعاء فتحدث بها عوارض ثقيلة ربما يهلك منها المريض اذا لم يبادر باخراجها منها * وكيفية العملية هى انه اذا احدث الجسم الغريب التهاب الامعاء ثم التصاقها بجدار البطن وتكون من ذلك خراج يشق على بروزه ويخرج ذلك الجسم * واما اذا لم يوجد بروز فيكون الشق قبالة محل الالم الشديد بان يجلس المريض كما ذكرنا فى المبحث السابق ثم يفعل شق فى ذلك المحل طوله من ثلاثة قراريط الى اربعة يكون مستقيما او هلاليا ومستطيلا او مستعرضا مع التحرز من اصابة الشريان الشراسيفى يقطع فيه جدار البطن طبقة فطبقة الى البريتون الذى يفتح بالاحتراسات المذكورة آنفا ثم يمسك جزء المعاء الموجود فيه الجسم الغريب ويخرج من جرح البطن ثم يشق تحديه طولا ويخرج الجسم الغريب منه ثم يخاط جرحه بالكيفية الاتى شرحها

(الفصل الثانى فى عملية جروح البطن وفيه مباحث)

(المبحث الاول فى عملية الجروح البسيطة الداخلة فى البطن)

هذه الجروح اذا جاوزت اقطار وخذة بسيطة فانها ولا بد ان تصحب بخروج الامعاء واذن يلزم تنظيف الاجزاء الخارجة وردها على حسب القواعد التى سنذكرها فى رد الفتق ثم يعالج الجرح الظاهر بالوضع وعصائب اللازوق او بالخياطة المتقطعة او المروديه غير انه لا ينبغى ان يدخل البريتون فى الخياطة

(المبحث الثانى فى الجروح المصحوبة باختناق الامعاء)

اعلم انه اذا حصل اختناق فى الامعاء بعد خروجها من جرح حصل فى جدران البطن تلزم ازالته اما بتنقيص حجم الامعاء واما بتوسيع الجرح نفسه * ثم ان التنقيص ينال بخرق الامعاء بابرة رفيعة اذا كان ازدياد حجمها حاصلا عن تراكم ريح فيها او باخراج جزء منها اكبر من الاول كى يتمدد الريح فيه فيصغر حجمها ويسهل ردها بخروج ذلك الريح منها او بتمدده فيها * واما توسيع الجرح فيلزم ان يكون صغيرا ما امكن كى لا يتأتى حصول فتق بطنى تابعى وكذا يلزم ان يكون فى الحافة العليا لكون ثقل الامعاء فى الجزء السفلى من البطن اعظم

منه

منه فى العلوى فبذلك يمنع ايضا الاستعداد الى الفتق التابعى ولكن اذا كانت الزاوية العليا للجرح قريبة من السرة او كان يخشى من اصابة الشريان الشراسيفى يلزم فعل التوسيع من الزاوية السفلى * هذا ويستعمل فى عملية التوسيع لازالة الاختناق مشرط بسيط او ذو زر يهدى على الاصبع او على المجس القنوى او على الملوق القنوى المنسوب للجراح (ويدال) ولهذه العملية عدة طرق * الطريقة الاولى يلقى المريض على ظهره مثنى الفخذين مرفوع الصدر والرأس متوسده توسدا جيدا لاجل استرخاء عضلات البطن ثم ينكس الجراح بيده اليسرى الجزء المفتوق من الامعاء ويدخل بيده اليمنى مجسا قنويا غير حاد الطرف وغير سالك طرف القناة فى الجهة العليا من الجرح ويدفعه دفعا مستقيما حتى يجاوز البريتون وحينئذ يجعله بين ابهام ووسط سبابة اليد اليسرى * واما باقى اصابعها فيبقى منبسطا كى ينفع فى تنكيس الامعاء لئلا ترتفع فوق قناة المجس ثم يجذب الامعاء نحوه ليعلم هل ضغط منها جزء بين المجس وحافة الجرح اولا ويميل الطرف الخارج منه الى اسفل ليرتفع الداخل وتقرب قناته من البريتون ثم يمسك بيده اليمنى مشرطا بين الابهام والسبابة جاعلا ظهره الى الاسفل وحده الى الاعلى ويرلق سنه على طول قناة المجس بحيث يكون مع المجس زاوية حادة فلا يحول سنه عنها ثم يدفعه الى الداخل بقدر الضرورة ويقطع به الاجزاء المكونة للاختناق * ومتى علم ان التوسيع صار كافيا يخرج المجس والمشرط معا فى آن واحد بدون تغيير وضعهما بالنسبة لبعضهما كى يتاكد من عدم تنحى سن المشرط عن القناة وعدم اصابته لاجزاء غير التى يلزم قطعها * الطريقة الثانية هى انه اذا كان الاختناق شديدا ولا يمكن نفوذ المجس ينكس الجراح الامعاء الخارجة باحدى يديه بدفعها نحو الزاوية السفلى للجرح كى تنكشف الزاوية العليا ما امكن ويمكن ان يضع سبابتها فى هذه الزاوية جاعلا ظفرها تحتها ويضغط بها على اجزاء الامعاء القريبة من تلك الزاوية لتصونها عن المشرط الذى يمسك باليد الاخرى ويضع سنه على الجلد قريبا من ذلك الظفر كأنه يريد القطع عليه وبعد شق الجلد القدر الضرورى

يشق العضلات ايضا والصفاق مع الاحتراس فى شقها اقل من الجلد ومتى وصل الى البريتون فاما ان يشقه ايضا على المجس القنوى الذى يزلق تحته لئلا تجرح الامعاء واما ان لا يشقه لكون نسيجه رخوا لا يمكن استمرار الاختناق فيه متى قطع الجلد والعضلات قطعا كافيا

الطريقة الثالثة هى ان يضع الجراح سبابة يده اليسرى على الجرح كما فى الطريقة السابقة جاعلا ظفرها الى اعلى او الى اسفل ثم يزلق النصل الرفيع جدا من مشرط (بوت) على صفحه بين الاجزاء المفتوقة من الامعاء والزاوية العليا للجرح ثم يقيم حده نحو هذه الزاوية ويشقها من الباطن الى الظاهر مع مصاحبة ظهر هذا المشرط للاصبع الهادى له

(المبحث الثالث فى عملية الجروح المصحوبة بخروج الثرب)

اعلم ان الثرب المصاحب لهذه الجروح على ثلاثة ضروب * الاول ان يكون الثرب سليما سهل الرد فيدخل بالطريقة الاعتيادية * الثانى ان يكون مختنقا وهذا تختلف كيفية العمل فيه فاذا كان الجزء المختنق منه صغيرا ولم يحس المريض فيه بشد مؤلم فى قسم المعدة عند انحناء ظهره الى الخلف فالاجود ابقاء هذا الثرب الى الخارج لكن بعد نشره وتفتيشه لربما يكون بين ثناياه جزء من الامعاء فيدخل وحده ثم ان الجزء الموجود منه بين حافتى الجرح يلتحم به ويكون فى منزلة سدادة تمنع حصول الفتق فيما بعد * واما الجزء البارز الى الخارج فانه يتغنغر ثم يسقط بدون ان يحصل منه ضرر البتة * واما اذا كان الجزء المفتوق من الثرب كبيرا جدا وكان يلجئ المريض الى الانحناء الى الامام او كان يظهر منه عوارض اختناق فينبغى توسيع الجرح واطلاق الاختناق باحدى الطرق الثلاث المذكورة لرد الامعاء ثم اذا كان المستعمل لاطلاق الاختناق المجس القنوى يلزم ان يكون التوسيع من الزاوية السفلى للجرح لئلا يثقب طرف هذا المجس الثرب الذى هو دائما آت من الجزء العلوى من الجرح او يجرحه المشرط * الثالث ان يكون الثرب الخارج متغنغرا وهذا كان يربط قديما من الجزء السليم ثم يقطع من امام الرباط وهذه الطريقة قد يتسبب عنها اخطار فلذا تركت من مدة طويلة واستعوضت

بقطع الثرب وحده وهذه الطريقة ربما كانت سببا فى حدوث نزف باطنى ايضا بعد دخول الثرب من نفسه فلذا كان المعول عليه الآن هو ابقاء الثرب فى الخارج بعد ان يتأكد من عدم وجود امعاء فى ثنياته فاذا ظهرت بعد ذلك رائحة منتنة جدا وتعوق سقوط الخشكريشة لزمت ازالة معظمها بمشرط بدون ان يصل القطع الى الجزء الباقى حيا ثم يترك باقيها الى الطبيعة

(تنبيه)

اذا كان الثرب يخرج مع الامعاء من جرح ضيق لا يمكن رده منه يلزم توسيعه ورد الاجزاء الخارجة كما تقدم لكن يلزم ان يبتدأ فى الرد بالامعاء

(المبحث الرابع فى عملية خياطة جروح الامعاء)

متى كان جرح الامعاء محجوبا عن النظر بسبب ضيق جرح جدران البطن لزم الاقتصار على استعمال الوسائط الدوائية وكذا اذا كانت المعدة او الامعاء بارزة الى الخارج وليس فيها الا جرح صغير نعم اذا كان الجرح فى امعاء متحركة جدا كالصائم واللفائفى وقوس قولون المستعرض يلزم تثبيته قريبا من الجرح الظاهر بخيط ينفذ حول الامعاء فى الماساريقا ثم يجمع طرفاه ويثبتان خارج البطن كما اوصى بذلك (بويه) واما اذا كان جرح الامعاء اكبر من اربعة خطوط طولا كانت الخياطة ضرورية لكن لا تفعل الا على المعدة والامعاء الخارجة من جرح البطن لان التفتيش على الامعاء المجروحة فى تجويف البطن لا فائدة فيه البتة بل مخالف للحزم وقوانين الصناعة كما قاله (بويه) ثم ان طرق الخياطة تختلف على حسب كون الجرح مستطيلا او معترضا لكنه صغيرا وعلى حسب كون قطع الامعاء كاملا او قريبا من الكامل سواء كان بانحراف او معترضا ولنذكرها لك فى مطالب فنقول

(المطلب الاول فى طرق خياطة جروح الامعاء المستطيلة)

تستعمل فى هذه الجروح الخياطة المتقطعة وهذه لا ضرورة الى شرحها ويلزم قطع الخيوط فيها قريبا من العقد عند رد الامعاء وكذا الخياطة اللفقية والخياطة العروية والخياطة الشلالية * اما الخياطة اللفقية فلها عدة كيفيات * منها

الكيفية الاعتيادية وهى وان تقدم شرحها الا انا نعيده هاهنا فنقول
هى ان تفعل الخياطة بابرة مستقيمة مبرومة يدخل فى سمها خيط بسيط مشمع
وتنفذ بانحراف فى حافتى الجرح بعد تقريبهما وتوكيل مساعد بمسك احدى
زاويتيهما * واما الجراح فيمسك الزاوية الاخرى ويغرز اول غرزة بعيدا عن احدى
زاويتى الجرح وحرفيه بخط واحد ويجر الخيط الى نحو خمسة قراريط اوستة من
طرفه ثم يمر بالخيط من فوق الجرح وينفذه ثانيا بانحراف من الجهة التى
نفذ منها اولا وهكذا حتى يصل الى الزاوية الثانية ثم يبقى من الخيط فى الطرف
الثانى قدر ما بقى فى الطرف الاول ويوكل بهما مساعدا يمسكهما برفق مطاوعا
للحركات التى يفعلها الجراح فى رد الامعاء الى تجويف البطن ثم بعد اتمام الرد
يأخذهما الجراح ويشدهما قليلا الى الخارج لتقرب الامعاء من السطح
الباطن لجدران البطن وتلتحم به * ويمكن نزع الخيط بعد العملية بخمسة اوستة
ايام * ولاجل ذلك يقطع من جهة قريبا من البطن ثم يشد برفق من الجهة
الاخرى مع تقريب حوافى جرح البطن واستنادها بابهام وسبابة اليد اليسرى
ومنها كيفية (ريبارد) يستعمل فى هذه الكيفية ابرة خياطة اعتيادية يدخل
فى سمها خيط مزدوج فى احد طرفيه لفة صغيرة من خرقة تربط فيه يقرب طولها
من ثلاثة خطوط ويلزم دهن الخيط بقير وطى او زيت اوشحم لاجل سهولة
العمل * تنفذ من الباطن الى الظاهر فى الحافة الموجودة امام الجراح بحيث
تصير اللفة فى باطن الامعاء ثم تضم حافتا الجرح كى تمدمدا لا يقاو ينفذ فيهما معا
الخيط كما فى الكيفية الاعتيادية ويداوم على الخياطة من احدى زاويتيهما الى
الزاوية الاخرى غير انه يلزم تقريب غرز الخياطة وشدها زيادة لكن تنتهى العملية
هنا بكيفية مخالفة للكيفية الاعتيادية وذلك لان الخيط المزدوج يلزم فصله الى
خيطين فى الغرزة التى قبل الاخيرة ثم تفعل الغرزة الاخيرة باحدهما ثم يعقد مع
الاخر ثم يقطعان فى مساوات الجرح * ثم ترد الامعاء فى البطن بترك الخيوط
فبعد تمام الالتحام تقطع الاجزاء الرخوة المحاطة بهذا الخيط وتسقط فى الامعاء
وتخرج مع الفضلات فى البراز * واما الخياطة العروية فلها عدة كيفيات ايضا

منها كيفية (بالفين) هذا الجراح كان يكتفى بتنفيذ عروة فى وسط جرح الامعاء ثم يقرب الامعاء من الجرح الظاهر ويثبت طرفى الخيط على الجلد بعصابة لازوق وليس مراده بهذه الخياطة ضم الامعاء بل تقريبها من جدران البطن لتلتصق بها من الظاهر * ومنها كيفية (لودران) يجهز لهذه الكيفية خيوط بقدر الغرز المراد فعلها ويدخل كل خيط فى سم ابرة اعتيادية ثم بعد تقريب حوافى الجرح ومدها تنفذ فيها بتلك الخيوط بدون انحراف بعيدة عن بعضها بمسافة ثلاثة خطوط وبعد تنفيذ جميع الخيوط تنزع من الابر وتعقد جميع اطراف خيوط كل جهة مع بعضها فينتج من ذلك حزمتان تلويان معا مرتين او ثلاثا بحيث لا يتكون منها الا حبل واحد فبهذه الكيفية تنكمش اجزاء الامعاء المجروحة او تنثنى وتتقارب غرز الخياطة ثم تلتحم حوافى جرح الامعاء مع بعضها بدون ان يضطر لضمها مع جدران البطن ومنها كيفية (ريبارد) وهى ان تؤخذ قطعة صغيرة من خشب الراتينج رقيقة ملسة طولها من خمسة عشر خطا الى ستة عشر وعرضها من ثمانية الى تسعة وشكلها بيضى كى لا تنغرز زواياها فى الامعاء ثم تعلق فى عروة خيط بحيث ان طرفيه النافذين فى وسط الخشبة يكونان بعيدين عن بعضهما بنحو خطين ويدخل طرف كل خيط فى سم ابرة اعتيادية فبعد تجهيز الخشبة بهذه الكيفية توضع فى تجويف الامعاء من الجرح بحيث ان قطرها الكبير يكون موازيا لقطره وتبقى على هذا الوضع بتنفيذ كل طرف من الخيطين فى كل من حافتى الجرح من الباطن الى الظاهر بعيدا عن حرفيه بثلاثة خطوط ثم بعد ذلك ينزع الخيط من الابرتين ويجمع طرفاه معا ويجعلان فى ابرة واحدة مقوسة ثم تدخل هذه الابرة فى تجويف البطن بعد رد الامعاء وتنفذ فى جدرانه من الباطن الى الظاهر بعيدا عن حافة الجرح الظاهر بثلاثة او اربعة خطوط فبعد تنفيذ الخيط المزدوج بهذه الكيفية يسلم لمساعد ويشرع فى رد الامعاء وبعد اتمام الرد يأخذ الجراح الخيط بيده اليسرى ويجذبه وفى اثناء ذلك يتحقق بالاصبع السبابة الايمن من ملامسة الامعاء لجدران البطن ثم ينهى العملية بعقد الخيطين على لفة من خرقة توضع

وضعا موازيا للحافة الانسية للجرح * ولما فعل هذه الكيفية مخترعها المذكور قطع الخيط من العقدة بعد يومين وفى اليوم الثالث وجدت الخشبة فى مادة البراز * ومن ذلك علم ان جرح الامعاء انضم بواسطة القطعة الخشب فانها كانت سادة له ومقربة حوافيه لجدران البطن بدون ضغط شديد عليه حتى يلتصق بالبريتون * ومنها كيفية الجراح (جو بير) وهى ان تغسل حافتا الجرح بماء فاتر وتقلبا الى الباطن بطرف الابرة ثم تنفذ الخيوط فيهما عرضا مع تقريبها من بعضها بحيث لا تخرج حافتا الجرح المنقلبة من بينها ويبقى سطحاهما المصليان متلامسين فبعد ذلك اما ان تجمع الخيوط وتجعل على ظاهر البطن كما فى كيفية (لودران) او يعقد طرفا كل خيط على حدته ويقطعا قريبا من العقدة او تبقى الخيوط ظاهر البطن منفصلة * ففى الحالة الاولى تقع الخيوط فى باطن المعا * واما فى الحالة الثانية فيجوز نزع الخيوط من الامعاء واخراجها من الجرح الظاهر فى اليوم الخامس

الطريقة الثالثة الخياطة الشلالية ولها كيفيات ايضا *

منها كيفية (بيرتراندى) وهى ان تمد حافتا الجرح بالكيفية المعهودة وتنفذ ابرة مستقيمة اعتيادية فى سمها خيط مشمع فيهما معا بانحراف يسير بعيدا عن حرفهما الخالص بقدر خطين وعن طرفهما بخط ثم تغرز الابرة ثانيا فى الجهة التى خرجت منها بعيدا عن محل خروجها بقدر عرض خطين تابعة الاتجاه المذكور حتى تصل الى الطرف الثانى من الجرح كخياطة الخياط الذى يشلل قطعتى بز او غيره معا ثم ترد الامعاء ويثبت طرفا الخيط ظاهر البطن وبعد مضى عدة ايام ينزع هذا الخيط بان يقطع احد طرفيه قريبا من الجرح وينزع بجذب الآخر برفق

(تنبيه)

بعض الجراحين استنسب تنفيذ طرفى الخيط فى حافتى جرح البطن الظاهر لتثبيت الامعاء قريبا من جداره وبعضهم خشى ان جذب الخيط يمزق التصاقات الامعاء الحديثة مع اتساع منافذ الخيط بالتقيح فاستعمل الكيفية

الاتية

الاتية المنسوبة للجراح الشهير الفرنساوى (بيكلار) لمنع حصول ذلك العارض وهى ان يدخل فى سم الابرة خيطان احدهما ابيض والاخر غير ابيض ثم يخاط جرح الامعاء بهما كما ذكرنا فى الكيفية السابقة ومتى اريد نزعهما يجذب طرف الخيط الابيض الى جهة وطرف الخيط الغير الابيض الى جهة اخرى فبالجذب الى جهتين متقابلتين تصير الامعاء ثابتة فلا تمزق الالتصاقات (حكومة) لاجل سهولة الحكم على هذه الكيفيات ينبغى ان نذكر نتائج الخياطة فنقول اعلم انه اذا شد جزء من الامعاء سواء كان بالربط او الخياطة ينقطع فى الحال الغشاء المخاطى والعضلى *واما الغشاء المصلى فهو الذى يبقى سليما الا اذا كان هذا الغشاء ملتهبا فلا يتحمل الشد بالخيط وكلما كان هذا الالتهاب شديدا كان هذا التحمل اقل بل اذا كان سليما وكان الرباط او الخيط المستعمل فى الخياطة رفيعا فانه يتمزق وينقطع بشده شدا قويا بخلاف ما اذا استعمل فى ذلك خيط مفرطح مشمع * وبالجملة ففى الخمس عشرة ساعة التى تعقب الخياطة تفرز مادة بيضاء لزجة وتصب فى الجرح وعلى حافتيه وحول غرز الخياطة فتحيط بها من كل جانب ثم بعد ذلك يصير الغشاء الكاذب الضام لحافتى الجرح ببعضهما والامعاء بجدار البطن وبالاسطحة المصلية المجاورة لها متينا ويتولد فيه عروق وبعد الثلاثة ايام او الاربعة الاول تسبب الخيوط تقيحا فى الغشاء المذكور وتقطع ما كان محصورا فى عراويها من الامعاء وبذلك تصير خالصة وتقع فى المعا اذا تركت فى الجرح ويمكن اخراجها من الجرح الظاهر كما يخرج الرباط المربوط به شريان بعد تمام انقطاعه ثم بعد خمسة ايام او ستة يتم انضمام جرح الامعاء الحاصل من التصاقها بالاجزاء القريبة منها وبعد شهر او شهرين تزول الالتصاقات وتصير الامعاء خالصة منها فى تجويف البطن *ثم ان الندبة التى تتكون محل الجرح لا تتصل الا بالغشاء المصلى والعضلى ولا تكون مغطاة بالغشاء المخاطى الذى يبقى منقطعا قبالها من عدم اتصال حافتى شقه ببعضهما بل تبقيان منفصلتين والظاهر انهما يلتصقان بالغشاء العضلى الذى تحتهما وهذه النتائج شوهدت بالتجربة

فى الكلاب واما على حسب ماشوهد فى الانسان فان الالتصاقات البريتونية لاتزول الابعد مدة اطول مما ذكرنا * ويعلم من ذلك انه يلزم فى جميع انواع الخياطة التى تشد غرزها شدا قويا ان تستعمل خيوط مشمعة عريضة وان يكون الشد قليلا كلما كان الغشاء المصلى ملتهبا * واذا كان المراد زيادة الشد ينبغى الاقتصار على خياطة الغشاء المصلى ولا تجمع الثلاثة اغشية فى عروة الخيط * وان تقطع اطراف العقد قريبا من الجرح ولا تبقى وتخرج من جرح البطن حيث ان هذه العقد تقع فى باطن الامعاء بدون ان يحصل من ذلك ضرر فى الالتصاقات الظاهرة * وانه كلما كان عدد غرز الخياطة كثيرا يخشى من حصول التهاب فى البريتون اوفى الامعاء نفسها لاسيما اذا كان شد العقد وثيقا * فينتج من ذلك ان الكيفية التى يكون فيها عدد الغرز قليلا والشد خفيفا ونزع الخيوط سهلا هى الاحسن من غيرها لكن هذا فى الجروح الصغيرة ومن هذا القبيل خياطة (بالفين) العروية التى تناسب هذه الجروح واما فى الجروح المتوسطة فتستعمل خياطة (ريبارد) العروية وفى الجروح الكبيرة خياطة (جوبير)

(المطلب الثانى فى خياطة جروح الامعاء المستعرضة)

اعلم ان الامعاء قد تقطع كلها او اغلبها عرضا او بانحراف بالالة القاطعة ولكن فى الغالب لايشاهد تمام قطع الامعاء الاعقب الفتوق المختنقة لان الغنغرينا توجب قطع ما كان ميتا من الامعاء

ثم ان لخياطة هذه الجروح كيفيات كثيرة جدا والذى يظهر ان الجيد منها كيفية (لامبير) وقبل ان نشرحها لك ينبغى ان نذكر كيفية معرفة طرفى المعا العلوى والسفلى وتمييزهما عن بعضهما وذلك يكون باعطاء المريض شراب البنفسج اوزيت اللوز الحلو فالطرف الذى يخرج منه هو الطرف العلوى او يحقن المريض من المستقيم اذا كان الجرح فى الامعاء الغلاظ فالطرف الذى تخرج منه مادة الحقن هو الطرف السفلى فبعد معرفة هذين الطرفين يشرع الجراح فى الخياطة بكيفية (لامبير) الموعود بشرحها وهى ان يجهز خيوطا بقدر الغرز المراد فعلها

وينفذ كل خيط فى سم ابرة اعتيادية ثم تؤخذ ابرة فابرة وتغرز فى المعا بعيدا عن حافة الجرح بعرض ثلاثة خطوط وتدفع حتى تصل الى الغشاء المخاطى بدون ان تنفذ منه ثم تمال ويدفع سنها جهة الجرح وهى مارة على السطح الظاهر من الغشاء المذكور ومتى وصل الى نحو خط من حرف الجرح تغرز ثانيا من الباطن الى الظاهر ثم بعد ذلك تغرز هذه الابرة نفسها فى الاطراف الثانية للامعاء بعيدا عن حرف الجرح بقدر خط حتى تصل الى الغشاء المخاطى فتمال الى جهة الجرح وتدفع فيما بين الغشاء المخاطى واغشية الامعاء الظاهرة حتى تبعد عن حرف الجرح بثلاثة خطوط فتنفذ من الباطن الى الظاهر ثم بعد ان تنفذ جملة خيوط على دائرة الامعاء بهذه الكيفية تشد اطرافها ليقرب طرفا الامعاء ويتلامس سطحاهما المصليان بانقلاب حرفى الجرح الى الداخل جهة باطن الامعاء ثم يعقد طرفا كل خيط عقدتين ويقطعان قريبا من العقدة ثم ترد الامعاء الى تجويف البطن

(تنبيه)

البروز الحاصل فى باطن الامعاء من انقلاب حرفى الجرح خفيف فلا يضيق تجويف هذه الامعاء حذاه ولا يتوقف منه مرور الاطعمة

ثم اعلم انه اذا كان جرح الامعاء خطرا وكان يخشى من عدم انضمامه بالخياطة بعد رد الامعاء الى تجويف البطن لزم تثبيت طرفها قريبا من جدار البطن لتلتصق به ويتكون استصناعى تخرج منه الفضلات ويعالج فيما بعد بالكيفية الاتى ذكرها وهذا اسلم للمريض * وبالجملة فبعد خياطة جرح الامعاء وردها الى تجويف البطن ينبغى الاجتهاد فى معالجة المريض ومنع حصول العوارض الثقيلة التى ربما كانت سببا فى هلاكه وذلك يكون باستعمال مضادات الالتهاب القوية وبأراحة جسم المريض وذهنه وبوضع المريض على ظهره مرخى جدران البطن وبالمكمدات الملينة والمرخية على البطن وبالفصد العام والموضعى الموافقين لقوة المريض وشدة العوارض وبالحمية عن جميع انواع الاغذية مدة طويلة وكذا الاجتهاد فى منع ما يحدث التقلصات

المعوية حتى تكون الامعاء فى سكون تام

(الفصل الرابع فى عمليات الفتوق)

اعلم ان الفتوق التى تستدعى وسائط الطب العملى على ثلاثة انواع * الاول الفتق الاربى * والثانى الفتق الفخذى * والثالث الفتق السرى ولنذكرها لك فى ثلاثة مباحث ونذيلها بالشرح الغير الطبيعى لكونه فى معظم الاحوال يصدر عن الفتوق المختنقة فنقول

(المبحث الاول فى الفتق الاربى)

تشريح جراحى * اعلم ان المعارف التشريحية الضرورية للعلاج الجراحى لهذه الفتق تختلف على حسب اختلاف السن فى الاطفال والكهول ففى الكهل تكون القناة الاربية فى الرجال من قيراط ونصف الى قيراطين طولا وفيها ينفذ الحبل المنوى * واما فى النساء فتكون اطول واضيق منها فى الرجال بكثير وتكون مشغولة بالرباط المبروم للرحم وذلك هو السبب الاكبر فى ندور الفتق الاربى فيهن * ثم ان لهذه القناة فوهتين احداهما باطنة ويقال لها ايضا بطنية وبريتونية وهى محاذية الى وسط المسافة الفاصلة للشوكة الحرقفية عن العانة تقريبا وحاصلة من استطالة الصفاق المستعرض المقلوب على نفسه كالاصبع فهذه الاستطالة تكون مثل قراب للحبل المنوى * والثانية ظاهرة ويقال لها ايضا الجلدية والحلقة الاربية وهى تقريبا مثلثة الشكل وحاصلة من انقسام صفاق العضلة العظيمة المنحرفة البطنية الى سيرين متينين يقال لهما قائمة الحلقة الاربية احدهما يندغم فى الشوكة والثانى فى ارتفاق العانة وجانبها الانسى بعيد عن ارتفاق العانة بنحو عشرة خطوط وقطرها الاكبر موازللقوس الفخذى فيكون على ذلك متجها الى الاعلى * والوحشية وهى اسطوانية كالحبل المنحصر فيها وتابعة لنفس اتجاه القوس الفخذى الذى ليست منفصلة عنه الا بمسافة اربعة خطوط ومتكونة من اربعة جدران فالمقدم منها متكون من العظيمة المنحرفة وصفاقها والخلفى متكون من الصفاق المستعرض الذى هو متين جدا فى هذا المحل والسفلى كمزاب حاصل من انضمام صفاق العضلة

المنحرفة العظيمة من الامام والصفاق المستعرض من الخلف فالبروز الحاصل عنه
من الظاهر ليس الا رباط بويار والجدار العلوى متكون من الحافة السفلى
للعضلة المنحرفة البطنية الصغيرة * وقد ينفذ الحبل المنوى من وسط الياف هذه
العضلة فيتكون له من تلك الالياف غلاف كامل ومن النادر نفوذه فى العضلة
المستعرضة * وقد استدل بعض المؤلفين بهذا الغلاف على الاختناق
التشنجى للفتق المذكور * ثم ان الفتوق الاربية تتكون فى الكهول من كيس
بريتونى وغالبا من جزء من الثرب او من الامعاء الدقاق او منهما معا
ومع ذلك فقد شوهد فيها جميع احشاء البطن القابلة للتحرك وقد يزداد هذا
الكيس كثافة او يتمزق او يمتلاء مادة مصلية او يلتصق بما جاوره
وقد يتضايق عنقه ويصير غالبا صلبا جدا حتى يكون السبب الاعظم
فى الاختناق * وقد شوهد فى كيس واحد جملة اعناق وذلك اذا كان العنق الاول
يندفع الى الخارج بحركة عنيفة تحدث فتقا جديدا ويوجد ايضا فى الامعاء بعض
التصاقات ولكن هذه الاشياء لم يمكن معرفتها قبل العملية فلذا لم تجعل اساسا
لقواعد عامة فيها ومتى حصل الاختناق فالغالب ان يكون من عنق
الكيس وفى بعض الاحيان من الحلقة الظاهرة وفى النادر من الحلقة
الباطنة ثم ان الحلقة الاربية الظاهرة والجدار المقدم مغطيان بالصفاق الظاهر
وبالجلد * واما الحلقة الباطنة والجدار الخلفى فهما مغشيان بالبريتون الذى
يستحق ان نبين مجاوراته وهى ان فيه قبالة الحلقة الباطنة انبعاجا صغيرا
هو آخر الطبقة الغمدية وهذا الانبعاج يسمى النقرة الاربية الوحشية ومنه
تحصل الفتوق الاربية الاعتيادية اى الوحشية وانسى ذلك بقليل يوجد فيه
انبعاج ثان للبريتون يقال له النقرة الاربية الباطنة وهو مقابل للجدار الخلفى
من القناة ومنه تحصل فتوق يقال لها الاربية الانسية ومحدود من الانسية
ببروز الشريان السرى الذى يستحيل الى حبل ليفى وانسى ذلك ايضا انبعاج
ثالث يمتد من الشريان السرى الى الحافة الوحشية من وتر العضلة المستقيمة
وهذا الانبعاج سماه (ويلبو) بالنقرة المثانية الاربية او المثانية العانية

وهى محاذية للفوهة الاربية الوحشية بل تجاورها الى الانسية فالفتوق التى تحصل منها تسمى فتوقا اربية مستقيمة بخلاف الاولى فانها تسمى منحرفة

(تنبيه)

هذه الحلقة لم يجاورها عروق ابدا فلذلك يمكن شقها من جميع النواحى بدون خوف البتة بخلاف الحلقة الباطنة لانه يوجد حذاءها فى الطبقة الجلدية الشريان الجلدى الذى يصعد بانحراف من وسط المسافة الموجودة فيما بين العانة والشوكة الحرقفية الى السرة لكن الشريان الشراسيفى اهم منه لانه ينشأ من الشريان الحرقفى الظاهر تحت الفتحة الباطنة حالا ثم يصعد بين الصفاق المستعرض والبريتون تابعا للنصف الانسى من دائرة هذه الحلقة فعلى ذلك يكون موضوعا بين النقرتين الاربية الوحشية والاربية الانسية وينتج من ذلك ان الشريان الشراسيفى مجاور للفتوق الوحشية او الانسية وبذلك تعلم الجهة التى يفعل على حسبها دفع الفتق حين رده لكن مع طول الزمن يتغير شكل القناة واتجاهها فان القناة تتسع بالفتوق القديمة والعظيمة الحجم اتساعا عظيما وتتقارب الفتحة الباطنة من الفتحة الظاهرة بل فى بعض الاحيان يختلطان فيكونان فتحة واحدة بعد زوال القناة بالكلية وقد يتفرطح الحبل المنوى بالفتق حينئذ وتتفرق اجزاؤه التى هو مكون منها فمن ذلك يخشى من اصابة الشريان المنوى اى الخصى وقت عملية اطلاق الاختناق * وفى الاطفال تكون هذه القناة اى الاربية فتحة بسيطة لكونها حينئذ قصيرة جدا وفتحتيها متقابلتين لبعضهما حكما ومع ذلك فقد تكون مشغولة بالطبقة الغمدية التى لا تزال مستطرقة بالبريتون وعلى ما قاله (كامبير) قد يكون هذا الاستطراق عند الولادة من الجهتين فيما يقرب من نصف الاطفال ومن الجهة اليمنى فيما يقرب من ربعهم ومن الجهة اليسرى فيما يقرب من الثمن وهذا هو السبب فى حصول الفتق الخلقى لكن مع طول الزمن يزول هذا الاستطراق وتتكون القناة الاربية بانجذاب الفتحة الباطنة الى الوحشية بواسطة اتساع الحوض * واما الفتحة الظاهرة فتنفصل فى مكانها ويؤخذ من ذلك ان الفتق الخلقى لا يكون له كيس

بريتونى حينئذ وانما يكون ملامسا الى الطبقة الغمدية والخصية ويكون و
دائما اعنى ان عنقه يكون وحشى الشريان الشراسيفى فينبغى فى رده ان يدفع
الامام الى الخلف ومن اعلى الى اسفل

ثم ان معالجة الفتوق الاربية كباقى الفتوق تشتمل على رد الامعاء من الفتحات التى خرجت منها الى محلها فى تجويف البطن وعلى منع خروجها بعد ردها وتضييق الفتحات المذكورة وارجاعها الى حالتها الطبيعية اوسدها بالكلية لئلا يعود الفتق ثانيا ولنذكرها لك على هذا الترتيب فى مطالب فنقول

(المطلب الاول فى الرد)

اعلم ان كيفيته تختلف على حسب كون الامعاء الخارجة خالصة اوملتصقة بجدران القناة او الفتحة المارة هى فيها اوكبيرة الحجم اومحصورة بسبب امتلائها بالمواد الفضلية اوالاختناق *ففى الحالة الاولى يكون الرد سهلا وينبغى فعله فورا *واما باقى الاحوال فتستدعى عملا مخصوصا قبل الرد غايته ازالة الاسباب المانعة له (ثم ان عملية رد الفتوق البسيطة الخالصة تفعل بثلاث كيفيات *الاولى هى ان يلقى المريض على ظهره مرفوع الرأس والصدر مثنى الساقين على الفخذين والفخذين على الحوض بحيث تصير الرجل مرتكزة بالعقب على الفراش قريبا من الالية لتسترخى عضلات البطن * ويؤمر بالسكون التام ثم يقف الجراح فى مكان يمكنه فيه اتمام العملية بدون مزاحمة وتعب ويقبض على الورم باحدى يديه بحيث يكون جزؤه الموجود تحت الجلد فى راحة كفه واصله محاطا بالاصابع ثم يجذبه قليلا برفق نحوه كأنه يريد تخليصه من الفتحة الاربية ويدفعه نحو الفتحة التى خرج منها ضاغطا على اصله بين الاصابع ليدق فيسهل دخوله ويضع يده الثانية اثناء ذلك قريبا من الفتحة لتعين على دخول جزء الفتق القريب منها وتمنع خروجه حتى تدفع اليد الاولى جزأ آخر وهكذا حتى لايبقى من الفتق الاجزء صغير فيدخله كله مرة واحدة بالضغط عليه برفق * الثانية هى ان يقبض الجراح على الورم بيد واحدة

ما معا على حسب كون الورم كبيرا او صغيرا بحيث تحيط الاصابع بالورم كله
ليبقى منه شئ مكشوفا ثم يضغط على جميع سطح الورم نحو مركزه ليصغر حجمه
ومما يعين ايضا على ذلك جذب الورم قليلا خارج البطن على حسب اتجاه محور
الفتحة لتزول ثنيات جزء المعا الموجود فى باطن القناة فيسهل دخول الارياح
والفضلات الموجودة فى الجزء المكون للفتق من المعا فيصغر حجمه ثم يضغط
عليه برفق ليدخل فى البطن * الثالثة هى ان يوضع اصبع او اصبعان على جانبى
اصل الورم قريبا من الفتحة ويترك باقى الفتق ثم يدفع فى الفتحة الاربية جزؤه
القريب منها ومتى دخل هذا الجزء فيها يمنع خروجه بالضغط عليه بالاصبع
او الاصبعين اللذين ادخل بهما اثناء ما يدفع الجزء الذى يليه من جهة الظاهر
بالاصبعين المماثلين لهما من اليد الثانية وهكذا حتى يتم الرد والغالب ان دخول
باقى اجزاء الورم سهل جدا بعد دخول الجزء الاول المختنق منه الذى كان فى منزلة
سدادة * وهذه الكيفية لا تناسب الا الفتوق الصغيرة دون الكبيرة لاسيما المختنقة
المؤلمة فهى مضرة فيها * ومما يعين على نجاح هذه العملية انحناء الظهر الى
الخلف لتتسع الفتحة بانبساط عضلات البطن * ثم ان الفتق اذا كان من الامعاء
وادخل باحدى هذه الكيفيات يسمع له صوت يقال له قراقر وهو حاصل من
دخول الارياح والسوائل فى البطن * واما اذا كان من الثرب او من امعاء ممتلئة
بالمواد الفضلية وغير محتوية على ارياح فلا يسمع هذا الصوت عند دخوله * وانما
يعلم ذلك بخلو الكيس الفتقى والفتحة الاربية منه ثم بعد تمام الرد يجعل الاصبع
سادا للفتحة حتى يوضع حزام الفتق الذى يمنعه من الخروج ثانيا * ويلزم لكل
كيفية من كيفيات الرد ان يفعل على حسب القواعد الاتية اذ سهولته متوقفة
عليها * الاولى تفريغ المثانة من البول ليتسع تجويف البطن ويقبل الامعاء
المردودة اليه * والثانية استرخاء عضلات البطن كما ذكرنا * والثالثة ان يؤمر
المريض بالتنفس بهدوء بدون صراخ ورفع رأسه ليشاهد ما يفعله الجراح * وبالجملة
فيؤمر بالسكون التام * والرابعة ان يكون الضغط على الفتق اولا لطيفا برفق
ثم يزداد شيأ فشيأ بدون ان يصير قويا جدا لان الامعاء اعضاء لطيفة تتأذى من

ذلك * والخامسة ان تدخل اولا اجزاء الفتق التى خرجت اخيرا اعنى التى تقرب من الفتحة * والسادسة ان تدفع الاجزاء المكونة للفتق على حسب اتجاه الطريق التى تبعتها فى خروجها فمثلا فى الفتق الاربى الحديث يدفع اولا الى الخلف باستقامة ليدخل من الفتحة الظاهرة ثم بعد دخوله فى هذه الفتحة يدفع الى الخلف والاعلى والوحشية على حسب اتجاه القناة الاربية ومتى صار فى محاذاة الفتحة الباطنة يدفع من الامام الى الخلف ليدخل منها * واما فى الفتوق الخلقية او العتيقة فتدفع الاجزاء الى الخلف ويسيرا الى اعلى لان الفتحة الباطنة قربت من الجهة الانسية وصارت فى محاذاة الفتحة الظاهرة * والسابعة انه اذا لم يتيسر للجراح رد الفتق على حسب هذه القواعد يتركه للمريض يرده بالكيفية التى اعتادها من قبل او يستعمل الوضع وهو جعل المريض فى حالة بها يسهل دخول الفتق وهو على انواع * الاول ان يلقى المريض كما ذكرنا على ظهره مرفوع الرأس والمنكبين بوسادة ومرتفع العجز ايضا بحيث تصير بطنه منخفضة عن عانته ومثنى الركبتين بواسطة وسادة توضع تحتهما لتبقى الساق مثنية على الفخذ والفخذ على الحوض وسواء فى ذلك كون المريض نائما او مستيقظا ولكن هذا الوضع وان كان يكفى غالبا وحده فى الفتوق التى لم تجاوز الفتحة الظاهرة الا انه ينبغى اعانته بضغط لطيف * الثانى ما اوصى به الجراح الماهر الفرنساوى (امبرواز پاره) الملقب بابى الجراحة وهو ان يجعل رأس المريض الى اسفل والبتاه الى اعلى

الثالث ان يعلق المريض بيديه ورجليه مائل الرأس الى اسفل ويهز هزات متكررة حتى يدخل الفتق * الرابع ان يجعل ساقا المريض على كتفى رجل قوى ورأسه مائل الى اسفل ومستند هو والظهر على الفراش ويبقى هكذا مدة طويلة او قصيرة بحسب الحال مع هزه زمنا فزمنا حتى يدخل الفتق * الخامس ان يجثو المريض على ركبتيه ومرفقيه على فراش لين متجه البطن الى اسفل ومائل الرأس بين ذراعيه فبهذا الوضع بنحو ربع ساعة فازيد يدخل الفتق بنفسه السادس ان يضجع المريض على جنبه المقابل للذى فيه الفتق فان ذلك يكفى غالبا فى رجوع الامعاء الى تجويف البطن هذا والجراح (ويلبو) شاهد فتقا

كبيرا متكونا من الامعاء والثرب فعالج رده فلم يتيسر له ذلك فجعله فى كيس محشو رفائد وضغط عليه به فدخل نصفه فى الليل وبعد ذلك سهل عليه ادخال النصف الاخر بيده

(المطلب الثانى فى منع رجوع الفتق)

اعلم انه بعد رد الفتق ينبغى استعمال الوسائط المانعة لرجوعه ثانيا وهى على ضربين الحزام الفتقى وتضييق الفتحة التى يخرج منها اوسدها * اما الحزام فنذكر كيفية صنعه فى آخر هذا الكتاب وانما نتكلم هنا على كيفية وضعه فقط وهى ان توضع بعد ادخال الفتق بالكلية احدى اليدين على الفتحة لمنع خروجه ثانيا اثناء مايؤخذ الحزام باليد الثانية وتوضع وسادته موضع اليد الاولى ثم يدار الحزام حول الحوض حتى يصل السير الى الصفيحة الموجودة امام الوسادة فيثبت فيها اما بواسطة زر اوشبه كلاب اوابزيم ثم يربط السير الذى يمر تحت الورك فى الحزام ولكن لاجل حصول ثمرة استعمال الحزام ينبغى ان يكون الاستعمال بمقتضى القواعد الاتى ذكرها * الاولى ان يكون ضغط الوسادة واقعا باستقامة على الطريق التى تبعها الفتق عند خروجه * مثلا اذا خرج الفتق من الخلف الى الامام باستقامة كان ضغط الوسادة ايضا باستقامة من الامام الى الخلف * واما اذا كان الفتق اتجه فى خروجه الى الاسفل والانسية فيكون الضغط متجها من اسفل الى اعلى ومن الانسية الى الوحشية * والاحسن ان يكون هذا الضغط على نفس القناة وعلى الفتحة الباطنة من غير ان تلامس الوسادة العانة الثانية ان يجعل بين الوسادة والجلد رفادة رفيعة ناعمة مثنية جملة ثنيات لتلطف ضغط الوسادة وتمنع وصول العرق الى الجلد المغطاة به لانه يفسده ويصيره غير لين الثالثة ان يشد الحزام شدا كافيا لمنع خروج الفتق ثانيا من غير ان يكون عائقا لحركة البدن وكبر البطن ولا قويا لانه يؤلم الجلد وربما يجرحه ويقلل متانة دائرة الفتحة الاربية * الرابعة انه اذا ضغطت وسادة الحزام على الحبل المنوى فتورم هو والخصية فاما ان يخفف الضغط بارخاء شد الحزام او يستبدل هذا الحزام باخر يكون منثلما من اسفل لئلا يضغط على الاجزاء المارة تحته * الخامسة اذا احس

المريض بتعب وضجر والم حول الفتحة الاربية غلب على الظن ان الفتق ابتدأ ان يخرج ثانيا فحينئذ يجب على المريض ان يستلقى على ظهره فى فراشه ويجعل نفسه كما ذكرنا فى الوضع الاول ثم يحل الحزام ويدخل الفتق وتضعه ثانيا اذا تدرب على وضعه والا فليدع طبيبا يضعه له على حسب القواعد المذكورة السادسة ان يكون عند المريض حزامان ليغير احدهما بالاخر اذا حصل منه عوارض اوصار قديما * السابعة اذا دعى الجراح لمريض عادله الفتق لزمه ان يبحث عن سبب عوده فاذا وجد ان ذلك حاصل من صغر الوسادة اومن عدم حسن شكلها غيرها * والا بان كان صنع الوسادة جيدا غير تقويس الحزام حتى يوافق المريض ويصير ضغط الوسادة على حسب الاتجاه المناسب * الثامنة ان يحل المريض الحزام ليلا عند نومه بعد استلقائه على ظهره لانه حينئذ غير ضرورى حيث ان الفتق لا يخرج والمريض مستلق على ظهره * وفائدة ذلك ايضا اراحة الجلد من الضغط ومنع التهابه وسحجه ولكن اذا كان المريض مصابا بسعال مزمن شديد اويعسر تبوله بذلك لزم ابقاء الحزام وكذا فى النساء حال الطلق * والتاسعة اذا حصل التهاب اوسحج فى الجلد لزم البحث عن سببه فاذا كان من كثرة شد الحزام وضغطه لزم استرخاؤه واما اذا كان من رقة الجلد ولطافته وعدم تحمله للضغط لزم وضع رفائد رفيعة كما ذكرنا آنفا

(تنبيه)

اذا لم يجد الجراح حزام فتق امكنه استعواضه برفادة رفيعة ناعمة تثنى جملة ثنيات وتوضع على الفتحة ثم تثبت بواسطة رباط من جلد فى طرفه ابزيم * واعلم ان الضغط على الفتحة التى خرج منها الفتق سواء كان بالحزام اوالرفادة والرباط المذكورين قد يحدث ضيق هذه الفتحة ورجوعها الى حالتها الطبيعية بحيث لا يعود الفتق بعد ازالته كما يشاهد كثيرا خصوصا فى الفتوق الحديثة الحاصلة فى الشبان وقد شاهدت ذلك مرارا فهو من جملة كيفيات تضييق الفتحة التى يخرج منها الفتق اوسدها ولنذكرها لك فنقول * الاولى الضغط بالحزام الفتق واستلقاء المريض على ظهره فى فراشه مدة طويلة وهذه الكيفية يحصل منها

نجاح فى الشبان الاقوياء البدن كما ذكرنا آنفا * الثانية وضع الادوية القابضة على الفتحة ومن هذه الادوية سحوق قشر شجر البلوط ودقيق الدنغ وسحوق اللفلافة بعد عجنها فى خل قوى بكرا وفى نبيذ احمر قوى وتجعل ضمادة على الفتحة ومنها عجينة تصنع من دم الاخوين والمصطكى واللبان وجوز السرو وزلال البيض ومنها الصوق يصنع من القار والشمع والتربيتين والمصطكى وجوز السرو والطين المختوم

الثالثة كيفية الجراح (بيلماس) اعلم ان المراد بهذه الكيفية انسداد الكيس الفتقى بان يحدث التهاب فيه ملصق فيصير على صورة كرة صلبة امام فتحة القناة الاربية الباطنة ويلتصق بجدرانها فيمنع نفوذ الاحشاء منها * ثم انه يجهز لهذه العملية اولا مبضع اعتيادى وكلابان غير حادى الطرف كل منهما مركب على قبضة وماسورة معدنية طولها ستة قراريط وقطرها خط ونصف ومقوسة على صورة جزء من دائرة شعاعها اى نصف قطرها ستة خطوط وفى قرب طرفها الظاهر صفيحة معدة لمسكها وميل اعوجاجه موافق لاعوجاج الماسورة احد طرفيه شبيه بسن المبزلة والثانى يتصل بماسورة صغيرة معدنية يربط عليها كيس مصنوع من امعاء مجففة يكون فارغا رقيقا ليسهل مروره من الماسورة الكبيرة وجفت شبيه بالجفت المستعمل فى ربط العروق ومجس للنفخ متكون من وصلتين احداهما فيها لولب حنفية توصل بالماسورة الصغيرة المربوط فيها الكيس المذكور والثانية مربوط فيها كيس آخر مملوء هواء بالنفخ لا يتفرغ منه الا بفتح اللولب المذكور * فبعد تجهيز هذه الاشياء يلقى المريض على ظهره مسترخى عضلات البطن مرفوع العجز مائلا الى الجهة المقابلة للتى فيها الفتق ثم يشرع فى رده ومتى دخل كله يوكل مساعد بالضغط على الفتحة الاربية كى يمنع خروجه ثانيا ثم ترفع اغشيته وتعرك بالاصابع ليتحقق من عدم بقاء شئ من الامعاء ثم يغرز المبضع فى الجزء الاكثر ميلا من الكيس الفتقى حتى يصل الى باطنه فينزع وتبعد حوافى الفتحة الحاصلة من ذلك بواسطة الكلابين ثم تدخل الماسورة فى كيس الفتق ويمر بها على سطحه الباطن

حتى يصل طرفها الباطن الى عنقه فيرفع الجلد بهذا الطرف حذاء الفتحة الاربية ثم يمسك الجراح البروز المتكون من ذلك بابهام وسبابة يده اليسرى ليثبت الماسورة بعد ان يتحقق من ان لاشئ بينها وبين جدران الكيس الفتقى وحينئذ ينفذ الميل فى الماسورة حتى يصل سنه الى طرفها الباطن فيغرز فى الكيس الفتقى والجلد من الباطن الى الظاهر ومتى نفذ منه جزء مسكه بالاصبعين المثبتين للماسورة وفى اثناء مايخرج الماسورة بيده اليمنى يجذب الميل بيده اليسرى حتى تظهر الماسورة الصغيرة المربوط بها الكيس الذى هو من المعاء الجاف ويبرز عن الجلد فتمسك الماسورة بجفت ويفصل منها الميل ثم يوضع مكانه المجس للنفخ ومتى وفق هذا المجس على الماسورة يفتح لولب الحنفية ويضغط الكيس المربوط به لينفذ الهواء الموجود فيه فى هذا المجس ويصل الى الكيس الباطن وحينئذ يقفل اللولب وترفع وصلة المجس العليا لكونها صارت غير ضرورية * وبالجملة فمتى دخل الكيس المملوء هواء فى الكيس الفتقى حذاء الفتحة الاربية الظاهرة يضغط عليه ضغطا متناسقا موافقا للقواعد ليتقارب سطح الكيس الفتقى منه ويبقى الفتق مردودا ثم بعد فراغ العملية باربع وعشرين ساعة يفتح لولب الحنفية مرارا متوالية ليخرج الهواء المحتوى عليه الكيس المصنوع من المعا الجاف بالضغط اللطيف عليه ومتى علم انه صار فارغا منه بالكلية والغالب حصول ذلك بعد العملية باربعين ساعة اوثمان واربعين تنزع الماسورة الصغيرة بجذبها جذبا لطيفا ثم يضغط محل الكيس ضغطا لطيفا ابتداء ويزاد فيه تدريجا ويداوم على ذلك خمسة عشر يوما فازيد حتى يتم نجاح العملية * ثم انه يحدث من هذه العملية بوضع الكيس المصنوع من المعا الجاف فى باطن الكيس الفتقى افراز مادة فى موضع الكيس المعائى مصلية لزجة قابلة للخثر غزيرة فينتشر بها ويمتلأ منها ثم بعد مدة تتصلب هذه المادة وتدب فيها الحياة فتسد الفتحة الفتقية سدا محكما بالتصاقها بما يحيط بها * واما الكيس المعوى فانه يمتص وهذه العملية جربها صاحبها فى اربعة من المرضى فنجحت فى ثلاثة منهم

والجراح (بيجين) شرح هذه الكيفية فى كتابه بكيفية غير هذه هى ان تغرز
ماسورة حادة احد الطرفين ومربوط فى طرفها الثانى قطعة معاجافة مجعولة
على صورة كيس كما ذكرنا آنفا حتى تنفذ من المحل الذى ذكرناه ثم تجذب حتى يخرج
طرف الكيس المربوط فى طرف الماسورة فينفخ الهواء فيه من الماسورة حتى
يمتلىء فيمدد الاجزاء ويلامس سطح الكيس البريتونى الباطن ثم يربط طرف الكيس
من اسفل الماسورة ويترك فى موضعه وهذه الكيفية هى احسن من السابقة
اذا لم توجد الالات المذكورة آنفا *الرابعة كيفية الجراح (جيردى) احد معلمى
بجهز لهذه الكيفية اولا الالات الضرورية لها وهى ابرة مقوسة سمها جهة سنها
ومركبة على قبضة ثابتة صلبة وست قصبات من الريش اوست قطع مجسات من
صمغ مرن للخياطة المرودية وقنينة صغيرة يوضع فيها روح النوشادر المتكاثف
الممزوج بقليل من الماء جدا وقلم من شعر لحمل هذا الكاوى وستة خيوط
مزدوجة ثم بعد تحضير هذه الادوات يلقى المريض على ظهره كما ذكرنا ويرد الفتق
ثم يضع الجراح سبابته اليسرى على مقدم اصل الصفن ويدفع بها الجلد من اسفل
الى اعلى حتى يدخل فى الفتحة الاربية الظاهرة بل يجتهد فى دخوله بقدر ما يمكنه
فى القناة الاربية امام الحبل المنوى ثم يأخذ ابرة فى سمها خيط مزدوج ويهديها
على السبابة المذكورة حتى يصل طرفها الى قعر النقرة الحاصلة من ذلك فيغرز
سنها ويدفعها حتى تخرج منها فى الجهة المقدمة بحركة ارجوحية بحيث تنفذ
فى كل من الجلد الداخل فى القناة وجدار هذه القناة المقدم وجلد البطن المغطى
لها من الامام ومتى ظهر سمها نزع منه احد طرفى الخيط ثم يخرجها من حيث
دخلت تابعة للطرف الثانى من الخيط الباقى فى سمها ثم تغرزها ثانيا كالاول
بحيث يخرج سنها بعيدا عن المخرج الاول بستة خطوط ثم يخلص الطرف الثانى
من سمها وبذلك يصير الجلد المدفوع الى الباطن الذى هو جزء من جلد الصفن
مثبتا بعروة خيط فى القناة الاربية التى دفع فيها وحينئذ يفصل من طرفها
الخيطين ويعقدهما من جهة على قطعة قبضة ريش طولها ستة خطوط ومن
الجهة الثانية على قطعة اخرى وبذلك تحصل غرزة خياطة مرودية ثم يفعل

غرزتين ثانيتين بهذه الكيفية احداهما انسى الغرزة الاولى والثانية وحشيها لكن بعيدا عنها بقدر ستة خطوط فاكثر ثم يغمس الجراح القلم فى روح النوشادر ويدخله فى الكيس المتكون من جلد الصفن ويمسه به حتى تنفسد البشرة فى جميع سعته فيلتهب الجلد لتجرده عن بشرته ويسعى الالتهاب منه الى ما تحته فيلتصق به ويبقى فى محله وبذلك يلتصق سطحه الظاهر ببعضه وتنسد القناة الاربية والغالب ان يتم ذلك فى نحو ستة ايام او ثمانية وحينئذ تنزع الخيوط وقد فعلت هذه العملية جملة مرار ونجحت وشاهدت فعلها مرة وانا تلميذ بباريز فى عيادة الجراح (ويلبو)

(تنبيه)

جميع ما ذكرناه فى المطلبين السابقين فائدته رد الفتوق السهلة الرجوع فى تجويف البطن ومنع خروجها ثانيا بعد ضيق الفتحة ورجوعها الى حالتها الطبيعية او انسدادها ولكن بعد حصول هذه النتيجة لا ينبغى ترك استعمال الحزام مرة واحدة لربما يعود الفتق فينحصر حالا لكونه خرج من منافذ ضيقة فعلى ذلك ينبغى قبل اخبار المريض بالشفاء من دائه ان يتأكد من كون الشفاء حقيقيا او ظاهريا اعنى من كون الفتحة التى حصل منها الفتق او الكيس الفتقى انسدت بالكلية او ضاقت فقط بحيث لم تزل قابلة للاتساع وخروج الفتق منها ثانيا* وكيفية التأكد من ذلك هى ان يضع الجراح يده على جلد المريض فى محاذاة الفتحة التى كان خرج منها الفتق ثم يأمره وهو واقف بالسعال مرارا متوالية فاذا لم يحس الجراح حينئذ بشئ يدفع يده كان ذلك دليلا على انسداد الفتحة واذن يجوز للمريض ترك الحزام بعض ساعات نعم يجب عليه فيها ان لا يفعل شيئا متعبا لبدنه ثم يكرر ذلك العمل مرارا وكلما ظهر للجراح منه نجاح ما فعله فى منع رجوع الفتق رخص للمريض فى اطالة مدة ترك الحزام ثم يأمره بتركه بالكلية وبالرياضة الخفيفة ثم يرخص له ان يأخذ فى اشغاله الاعتيادية ولكن يوصيه بوضع يده على الفتحة كلما سعل او عطش او تبرز بل بوضع حزام اذا كانت صنعته موجبة للتعب والحركات الشديدة* واما الفتوق

المتعسرة الرد ولم تكن ممتلئة فضلات ولا منحصرة اى محتنقة فيكون عسر ردها امامن عظم حجمها واما من التصاقها بما حولها وهى تستدعى ان يجعل المريض ملقى على ظهره مدة طويلة مع تكرار عملية الرد كل يوم وان يستعمل مايكون سببا فى هزاله لان الفتحات الفتقية تتسع فى حالة الهزال ويضعف تقلص العضلات فيسهل الرد حينئذ وان يضغط على الفتق اولا بعلاقة كما ذكرنا آنفا ثم بحزام تكون وسادته مقعرة ابتداء ثم تجعل مسطحة متى قل حجم الفتق بدخول بعضه ثم محدبة اذا دخل كله لتمنع رجوعه *هذا اذا كان سبب عدم رد الفتق كبره واما اذا كان ذلك حاصلا من التصاقه وتأكد الجراح من ذلك فيكشف الورم ويزيل هذا الالتصاق بالشق* واما الفتوق التى يكون عسر ردها من كثرة امتلائها بالفضلات فتستعمل فيها الاستحمامات الفاترة المرخية مع جعل المريض نفسه كما فى الوضع الاول والفصد العام والموضعى وذلك لتسترخى العضلات وينقص الالم فبعد حصول هذا الاسترخاء يعالج الرد برفق كما ذكرنا* فاذا لم تكف هذه الوسائط لزم تهييج الجزء السفلى من الامعاء بالحقن ليحصل فيها تقلص به يقصر طولها فينجذب من ذلك جزؤها المكون للفتق واجود الادوية المستعملة فى الحقن من المستقيم هى مطبوخ درهم من التبغ المعروف عند العامة بالدخان فى رطل من الماء وقد شاهدت مرة امتلاء الفتق امتلاء زائدا فى واحد من امراء الدولة فاستعملت جميع الوسائط فى رده بدون ان تجدى فيه نفعا فحقنته بمنقوع الدخان ثم جعلته فى هيئة الوضع الاول فدخل الفتق نفسه وقد كان معى رجل من الحكماء واشار على بفعل عملية التفريج اى اطلاق الاختناق* ثم اذا استعمل الجراح جميع الوسائط المذكورة ولم تفد وكانت الالام والاعراض الالتهابية آخذة فى زيادة حصر الفتق وجبت المبادرة الى فعل عملية التفريج لانه ثبت بالمشاهدة ان خطرها قليل اذا بودر بفعلها وانها ليست خطرة جدا فى نفسها وانما خطرها من التغيرات التى حصلت فى الامعاء بالالتهاب من تأخيرها

(المطلب الثالث فى عملية التفريج عن الفتق المنحصر)

يجهز لهذه العملية ثلاثة مشارط احدها مستقيم والثانى محدب الحد

والثالث

والثالث ذو زر ومقصان احدهما مستقيم والثانى معوج على حرفه ومحرافان قنويان احدهما غير حاد الطرف ذو حاجز فى آخر قناته والثانى بخلافه وجفتان صغيران من الجفوت التى تستعمل فى ربط العروق وكذا الاشياء التى تجهز لكل عملية جراحية كطست وماء فاتر واسفنج ناعم وملاءة وشموع توقد اذا كان العمل ليلا * واما ادوات المعالجة التابعية فهى خرقة عريضة مثقبة ومدهونة بالقيروطى واقراص وكرات من نسالة وعصائب لازوق ورفائد مستطيلة اومربعة ورباط طويل اوقاط * وينبغى قبل الشروع فى العملية ان يحلق المحل الذى تفعل فيه وينظف * وكيفيتها هى ان يلقى المريض على ظهره مرخى عضلات البطن بانثناء ساقيه على فخذيه وفخذيه على حوضه ولكن لا ينبغى ان يكون انثناء الفخذين شديد الئلا يزاحم الجراح عند العمل ثم يقف الجراح على يمين المريض اويقعد اويجثو على ركبتيه ويجعل مساعدا قباله على يسار المريض ليمد الجلد وينشف الدم ويربط العروق المفتوحة واخر على يمين الجراح ليناوله الآلات ويوكل مساعدين بضبط المريض احدهما يضغط على رأسه وذراعيه * والثانى على رجليه ثم يشق الجراح الجلد المغطى للفتق بان يجعل منه ثنية عريضة بقدر الامكان ومصالبة للقطر الاكبر من الورم ليصير الشق على حسبه ويوكل مساعدا يمسك احد طرفى هذه الثنية وهو يمسك الطرف الثانى بيده اليسرى ثم يشقها امامن اصلها الى اعلى بعد غرز المشرط المستقيم فيها واما من حرفها الخالص الى اصلها وهو الاحسن ولكن اذا كان الجلد ملتهبا اوصعب الانثناء لشدة انبساطه لزم شقه فى مكانه بمشرط محدب من الظاهر الى الباطن مع الاحتراز من مجاوزة غلظه * وينبغى ان يجاوز هذا الشق الفتحة الاربية الظاهرة من اعلى بقدر نصف قيراط وان ينزل عن الورم من اسفل تابعا قطره الاكبر كما ذكرنا ابتداء * ثم اذا كان قصيرا ولم يكف فى انكشاف الفتق كله لزم توسيعه من زاويتيه بهذه الكيفية * وهى ان يمسك الجراح احد حافتى الجرح بابهام وسبابة يده اليسرى بحيث يكون الابهام فى الجرح والسبابة على الجلد عند توسيع الزاوية العليا وفى توسيع الزاوية السفلى

يكون الامر بالعكس اى يكون الابهام على الجلد والسبابة فى الجرح ثم يوكل مساعدا بمسك الحافة الثانية وبعدان يبعداهما ويقلباهما الى الظاهر يوسع الجرح بمشرط محدب بقدر الحاجة * وهذه الكيفية احسن من توسيع الجرح بالمقص او المشرط بعد ادخال المحراف القنوى تحت زاويتيه لان المريض يتألم بهذه الكيفية الثانية زيادة بانثناء الجلد على المحراف وعسر شقه من ذلك وفى النادر ان يحتاج الى شق احدى زاويتى الجرح او الاثنتين معا عرضا بحيث يصير الشق لاميا مزدوجا او صليبيا * والعروق المقطوعة فى شق الجلد تكون صغيرة جدا فيكفى فى قطع نزفها امافركها يسيرا او امالها واما ضغطها باصبع مساعد ثم بعد ذلك يشرع الجراح فى شق الصفائح الخلوية والليفية الموجودة بين الجلد والكيس الفتقى لينكشف هذا الكيس ولكن ينبغى الانتباه الزائد فى ذلك بان تمسك واحدة فواحدة بجفت صغير فى المحل الاكثر بروزا من الورم ويرفع به جزء منها الى اعلى ثم يقطع بالمشرط مصفوحا فيتكون من ذلك فتحة يدخل فيها محراف قنوى ويرفع اولا الى الاعلى ثم الى الاسفل حتى يصل طرفه الى نهاية تلك الصفائح ثم يرلق المشرط او المقص تحت هذا المحراف ليشقها به ويكرر ذلك العمل فى كل صفيحة حتى يصل الى الكيس الذى يميز من الصفائح الخلوية المغطية له برقته ولونه الازرق وبالعروق الموجودة على سطحه وبالمادة المصلية المحصورة فيه غالبا وشفوفته فى بعض الاحيان بحيث تتيسر رؤية ما فى باطنه من جدرانه وهذا الكيس قد لا يكون منفصلا عن الجلد الا بصفيحة رقيقة وقد يكون بعيدا عنه بعدة خطوط ربما تزيد عن نصف قيراط وفى هذه الحالة تكون المسافة التى بينهما مشتملة على طبقات من مادة شبيهة بشحم الخنزير او غدد فيها خراجات او خراجات محدودة او منتشرة او طبقات شحمية شبيهة بالثرب او اكياس بحيث يعسر منها تمييز الكيس الفتقى فيجب ان يكون العمل مع غاية الانتباه والاحتراس لاسيما وان الحبل المنوى قد يصير امام الورم بل وتتفرق اجزاؤه فى الفتوق القديمة فيلزم التحرز من جرح الشريان المنوى او القناة الناقلة للمنى * ثم ان الاشياء التى يشتبه بها الكيس فى بعض الاحوال لا ينبغى شقها

الابعد البحث عن طبيعتها بالاصبع والبصر فالاكياس العارضية والخراجات تتميز عن الكيس الفتقى بعدم استطراقها بتجويف البطن *واما الطبقة الشحمية المشابهة للثرب فانها تمزق بطرف المحراف ليظهر ما تحتها*وبالجملة فيعلم عدم انفتاح الكيس الفتقى مالم يظهر سطح البريتون الاملس اللماع ولم يمكن مرور المحراف حول الورم الى الفتحة الاربية*والغالب ان يحتوى الكيس على بعض سائل وبذلك تزول تعسرات العملية ويسهل تمييزه عن غيره*وبالجملة ينبغى العمل مع غاية التأنى والانتباه لئلا يصل الجراح الى الامعاء فيجرحها وهو يظن انه بعيد عنها او يفتح كيسا عارضيا ظانا انه الكيس الفتقى فهذا الاحتراس ينفع فى عدم ثلم عرض الجراح وسلامة المريض وبعد انكشاف الكيس الفتقى يفتح من جزئه الاكثر انحدارا اى من جهته السفلى المقدمة الوحشية يسيرا لانه يوجد هنالك فى الغالب مادة مصلية فاصلة للكيس عن الامعاء وكيفية الفتح هى كما ذكرنا سابقا فى شق الصفائح ان يمسك جزء من الكيس بجفت ويرفع ثم يقرض بالمقص او المشرط ثم يدخل محراف قنوى غير حاد الطرف من هذه الفتحة تحت جدار الكيس ويشق عليه بالمشرط الى الفتحة الاربية بعد ان يتحقق من عدم وجود شئ من الاحشاء بينه وبين قناة المحراف ثم يدخل المحراف ثانيا من اسفل ويشق الكيس الى جزئه الاكثر انخفاضا لئلا يبقى فيه مخزن يجتمع فيه الصديد * وبعض الجراحين يستعوض المحراف والمشرط بمقص منحن على حرفه فى شق الكيس الفتقى بعد فتحه بالكيفية المذكورة فيدخل احد نصليه تحت جداره ليسنده به ويضع الثانى على ظاهره ثم يشقه بعد ان يتحقق من عدم وجود شئ بين النصل الباطن وجدار الكيس وبعد ان يشق من الكيس ما يكفى لدخول سبابة ووسطى يده اليسرى بوجه سطحهما الراحى جهة جدار الكيس المقدم ليبسطه ويمده بهما ويحمى الامعاء والثرب بسطحهما الظهرى ثم يكمل شق الكيس بالمقص او بمشرط ذى ذر والذى يدل على ان المشقوق هو الكيس مرونة الاحشاء المكونة للفتق فانها ان كانت امعاء تعرف بسطحها الاملس المصلى وبلونها المسمر وبهيئة العروق المارة فيها على صورة اقواس

وباتصالها بالمساريقا * واما اذا كان الفتق حاصلا من الثرب فيعرف غشاؤه بعد نشره بوضع عروقه وهيئته * وبالجملة فتعرف الاجزاء المكونة للفتق الموجودة فى باطن الكيس الفتقى بانعزالها مما حولها فى جميع النواحى ماعدا الجهة البطنية فانها تتصل فيها بجزء رفيع على صورة ساق بحيث اذا اتبع الجراح هذا الساق باصبعه وصله الى الفتحة الخارج منها الفتق * ثم انه اذا لم يكف ذلك الشق فى انكشاف الاحشاء الخارجة طوله الجراح بقدر شق الجلد اوصيره صليبيا وينبغى ان يربط العروق المقطوعة حينئذ ثم ينظر فى حالة الامعاء فاذا وجدها خالصة غير ملتهبة عالج ردها لانها اذا ضغط عليها مباشرة اى بدون واسطة سهل ادخالها فى تجويف البطن * نعم اذا تعسر ذلك ولو قليلا امسك عنه وشرع فى توسيع ممر الفتق بعد تمزيق التصاقات الامعاء الحديثة بالاصبع فاذا كانت وسائط الالتصاق قديمة متينة قطعها بالمقص مالم تكن عريضة والا تركها بدون قطع * وكيفية التوسيع المسمى ايضا بالتفريج وباطلاق الاختناق هى ان يبحث اولا عن محل الحصر بجذب جزء الفتق الموجود فى باطن القناة كله الى الخارج اذا امكن ذلك فاذا كان الحصر اى الاختناق حاصلا عن عنق كيس الفتق كما يشاهد ذلك فى الفتوق العتيقة دون غيرها عرف بسهولة انتقال هذا الفتق مطلقا اى الى الظاهر اوالباطن على حسب جذبه الى الخارج اودفعه نحو تجويف البطن وبشده الاحشاء وباسترخاء الفتحة الاربية وبسهولة مرور الاصبع بينه وبين هذه الفتحة * واما اذا كان الحصر من الفتحة الاربية الظاهرة فيعرف بعدم امكان تنفيذ الظفر بين دائرتها والامعاء فاذا لم توجد هذه العلامات علم ان الحصر من الفتحة الاربية الباطنة * ثم انه يستعمل فى التفريج اما مشرط (اسلى كوبير) الذى نصله مقوس غير حاد الطرف وقاطع من جهة تقعيره فى سعة قدرها سبعة خطوط اوثمانية بعيدا عن طرفه بقدر خمسة خطوط اوستة وباقيه غير حاد مسطح الجانبين * واما مشرط (دبويترن) الذى لا يختلف عن السابق الا بكونه قاطعا من جهة تحديبه وبعض الجراحين يفضله عنه ولكن جمهور الجراحين يستعمل مشرطا مستقيما ضيق النصل ذا زر

مستطيل * وكيفية رفع عنق الكيس الفتق الحاصل عنه الحصر غالبا هى
ان يأمر الجراح مساعدين بمسك حافتى شق هذا الكيس بجفتى غيار ليجذبا عنقه
الى الظاهر فتسهل العملية فيه ثم يدخل سبابته اليسرى بين الكيس والاجزاء
المحصورة فيه جاعلا سطحها الظهرى جهة الاجزاء ثم يطيل شق الكيس
من اسفل الى اعلى نحو عنقه وكلما قرب بالشق من فوهة الفتق امر المساعدين
بمسك ما هو قريب منها وبالجذب لتنزل وتظهر فيسهل رؤيتها وشقها ولكن
اذا كان الحصر شديدا وكان يخشى من اطالة الشق الى ما بعد الفوهة كما ذكرنا
لزم الامساك عنه بعد توصيله اليها ثم يضع الجراح اصبعه قريبا من محل الحصر
ليحمى الاحشاء بسطحه الظهرى و يهدى على سطحه الراحى مشرطا ذا زر حتى
يصل تحت عنق الكيس الحاصل عنه الحصر فيشقه به من الباطن الى الظاهر
بحيث يتصل هذا الشق بالشق الاول * وينبغى ان يوجه حد المشرط الى الجهة
التى لا يوجد فيها عروق يخشى من اصابتها فيما اذا لم يتيسر اخراج عنق الكيس
الى الظاهر والا فليفعل الشق الى اى جهة ثم بعد شق فوهته يفرج عن الامعاء
ويتيسر للجراح ادخال اصبعه الى تجويف البطن تابعا الاحشاء التى يسهل
ردها بعد ذلك

واما اذا كان الحصر اى الاختناق حاصلا من دائرة الفتحة الاربية الظاهرة
فيفرج عن الاجزاء المكونة للفتق بهذه الكيفية وهى ان يدخل الجراح طرف
سبابته اليسرى بين المعا وحرف الفتحة بحيث يحمى سطحها الظهرى المعا
ويدفعه بعيدا عن ذلك الحرف و يهدى على سطحها الراحى المشرط على
صفحه حتى يجاوز زره الحرف المراد شقه ثم يديره نحو الجهة العليا من
ذلك الحرف و يرفق حركة يده اليمنى الماسكة للمشرط بحركة سبابته
اليسرى السائدة لظهر المشرط بحيث يقطع الحرف المذكور بالضغط به
عليه وبتحريكه حركة صدور وورود ويعلم انقطاعه بصرير شبيه بالذى يحصل
عند بسط جلد الغربال * والغالب انه يكفى فى تمام انفراج الفتق شق حرف
الفتحة شقا طوله عشرة اجزاء من الف جزء من الميتر ثم يخرج الجراح المشرط

واذا رأى ان هذا الشق لم يكف فى زوال الحصر اعاد العملية بالكيفية المذكورة ليطول الشق المذكور اوفعل شقا ثانيا فى محل آخر من الحرف المذكور واذا خشى من اصابة العروق بطول الشق فى محل واحد ولزم الامر الى فعله فى محل ثان وثالث ورابع فعل * وبالجملة فبعد توسيع الفتحة ينظر الجراح فى الامعاء ويتأملها بعد جذبها قليلا الى الخارج فان كانت متقرحة اومثقوبة قبالة محل الحصر اى الاختناق لايردها * واما اذا كانت سليمة ولا يخشى من حصول انسكاب فى البطن ردها بضغط لطيف مبتدأ باجزائها القريبة من الفتحة ومتى دخلت الاجزاء المكونة للفتق لزم ان يتبعها باحدى الاصابع الى البطن ليتحقق من تمام الرد ومن عدم وجود حصر فى محل آخر غير الفتحة الظاهرة * واما اذا كان الحصر حاصلا من الفتحة الاربية الباطنة لزم شق الجدار المقدم من القناة الاربية الى تجويف هذه الفتحة لتنكشف للجراح ويتيسر له التوسيع بدون خطر ولكن لاتشق الفتحة من جهتها السفلى فى هذا التوسيع حذرا من جرح الشريان الشراسيفى فيما اذا كان الفتق وحشيه اوالشريان المنوى اذا كان انسيه واذا كان انسيا لاينبغى ان يكون التوسيع من الاعلى والوحشية لئلا يصاب الشريان الشراسيفى اووحشيا لايكون من الاعلى والانسية وبالجملة فينبغى توسيع الفتحة بالشق من الجهة التى لايوجد فيها عروق يخشى من اصابتها وهذه قاعدة لاينبغى تركها ولاجل الاستدلال على الجهة التى فيها العروق بالنسبة للفتق نبه الجراحان الشهيران (شوپار) و (دوسولت) على ان الفتق يكون وحشى الشريان الشراسيفى اذا كان الحبل المنوى خلف الفتق اوانسيه بخلاف ما اذا كان امامه اووحشيه فان الشريان يكون وحشى الفتق والفتق انسيه ولكن قد يوجد شريانان شراسيفيان احدهما وحشى الفتق والثانى انسيه اذا كان الفتق وحشى الفتحة الاربية الباطنة نفسها * واما اذا كان خارجا من النقرة التى انسى تلك الفتحة فيكون الشريانان وحشى الفتق بحيث لايمكن توسيع الفتحة فى الحالة الاولى الى الوحشية ولا الى الانسية وفى الثانية لايمكن توسيعها الى الوحشية بسبب الشريان الشراسيفى ولا الى الانسية بسبب الشريان

السرى فهذه الاحوال مع عدم تيسر تمييز الفتق الوحشى من الانسى فى كثير منها توجب ان يكون الشق الى اعلى باستقامة لانه حينئذ لا يخشى من حصول نزف سواء كان الفتق انسيا اووحشيا اوكان هناك شريانان اوواحد فقط لان الشق حينئذ يكون موازيا لاتجاه العروق * والجراح (ويدال) لما علم ان الشريان يكون بعيدا عن حرف الفتحة بعرض خطين فاكثر اوصى بفعل جملة شقوق على دائرة هذا الحرف مع الاحتراز من مجاوزة هذا العرض فى الجهة التى يكون فيها الشريان اويقتصر على شقها من الجهات التى لا يوجد فيها عرق * مثلا فى الفتحة الاربية الباطنة التى نحن بصددها يكون الشق الاول الى الاعلى والثانى والثالث الى الوحشية فى الفتق الوحشى اذا لزم الامر للشق فيها ولكن من حيث انه يخشى فى كل من هذه الشقوق من اصابة الامعاء فالانسب تقليلها ما امكن لانها كلما كانت قليلة كانت اصابة الشريان قليلة ايضا وبالجملة فبعد توسيع الفتحة يرد الفتق اذا كانت الامعاء سليمة كما ذكرنا * واما اذا كانت متغنغرة فى سعة قليلة لزم تثبيتها قبالة الفتحة ملامسة للسطح الخلفى من جدار البطن المقدم بواسطة عروة خيط فبذلك يتم الانضمام من ذاته فى مدة خمسة اسابيع اوستة * وان كان الثرب هو المتغنغر يفعل فيه ما ذكرناه فى جروح البطن من غير ان يرد لان ما يبقى منه يصير بمنزلة سدادة تسد الفتحة وتمنع رجوع الفتق * واما اذا كانت الغنغرينا مصيبة لجزء عظيم من الامعاء المكونة للفتق لزم شقه فى جميع طوله وقرض ما كان مفسودا من الامعاء والكيس الفتقى والنسيج الحلوى ثم بعد تثبيت الامعاء فى الجرح ومنع دخولها ووضع مجس فى طرفها العلوى تخرج منها المواد الثفلية بسهولة ويضمد الجرح بالكيفية الاتية * فاذا لم تخرج المواد المذكورة ولم يزل الحصر موجودا مع شق الامعاء المذكورة لزم اطلاق الاختناق اى التفريج عن الفتق بان يدخل المشرط فى تجويف الامعاء وتشق به هى وحرف الفتحة مع التحرز من مجاوزة الالتصاقات لئلا ينفتح تجويف البريتون وتنسكب فيه المواد الثفلية فيحصل من ذلك ضرر عظيم وهذه الكيفية تنسب للجراح (ارنو) ومن حيث ان لهذه العملية

تعسرات وعوارض واختلافات نذيل هذا المطلب بفريدتين فى ذلك فنقول

(الفريدة الاولى فى تعسر هذه العملية وعوارضها)

اما التعسر * فمنه تغنغر الامعاء وقد تقدم ان الامعاء اذا كانت متغنغرة لا ترد بعد التفريج عنها وتعلم غنغرينتها بالرائحة المخصوصة التى تفوح من باطنها وباسترخائها وبكمود لونها وبتخلخل اجزائها بالغازات * نعم قد تكون هذه العلامات غير واضحة قاطعة للريب لان الامعاء قد تكون مصفرة اللون مخضرة والخشكريشات الصغيرة المنتشرة على سطحها قد تشتبه بخراجات صغيرة متولدة فى جدرانها وفى هذه الحالة ايضا لا ينبغى ردها البتة بل يزال الحصر بالكيفية المذكورة وتبقى الامعاء فى الجرح * ومنه الالتصاقات التى تشاهد كثيرا بين الاجزاء المكونة للفتق فقد تكون سببا فى عسر العملية لاسيما اذا كانت عتيقة لانها اذا كانت حديثة يسهل ازالتها بتمزيقها بالاصبع بان يمر به بين كل جزءين منها ثم يشرع فى ردها بخلاف العتيقة فانها تكون متينة ولكن لاجل ازالتها ينظر فى حالتها فان كانت وسائطها رخوة طويلة على صورة اخيطة سهل قطعها بالمقص او المشرط بدون خطر ورد الامعاء بعد ذلك اذا كانت سليمة واذا كانت الالتصاقات حاصلة بين الامعاء وبعضها ومتينة جدا بحيث تكون متلامسة جدا كان فصلها بالسلخ خطرا جدا لانه صعب يخشى فيه من اصابة العروق الكثيرة التى صارت غليظة ويسبب التهابا شديدا ربما سعى الى البريتون البطنى اعنى الموجود داخل البطن فالاسلم حينئذ ان ترد الامعاء بدون فصل بعد التفريج عنها ولا يهتم من تلك الالتصاقات * واما اذا كانت حاصلة بين الامعاء والكيس الفتقى فان كانت بعض اجزاء الكيس غير ملتصقة بالمعاء كما يعرف ذلك من بروزه بالمادة المصلية الموجودة تحته شقه الجراح واهتدى به على الاجزاء الملتصقة منه به مع الاحتراز من اصابة الامعاء * هذا اذا كان الالتصاق غير متين والا بان كان متينا ولم يحصل منه حصر ولم تيسر ازالته بدون خطر لزم بعد التفريج ترك الاجزاء خارج البطن وتغطيتها بخرقة مثقبة مدهونة بالقيروطى فبذلك اما ان تدخل شيأ فشيأ واما ان تكون عليها ندبة تسند بحزام فتق تكون وسادته مقعرة

واما

واما العوارض التى تحصل اثناء العملية فهى اصابة الامعاء والنزف من قطع العروق * فاما اصابة الامعاء اى الجراحها فلا قدرة على منعها اذا كانت ملتصقة بالكيس التصاقا متينا واريد فصلها منه ويمكن ايضا جرحها عند فتح الكيس واطلاق الاختناق اى التفريج * فلاجل منع هذا المحذور فى فتح الكيس ينبغى تبعيد الاجزاء بالجفت او بالكلاب الانجليزى * وفى التفريج تتبع الاحتراسات التى ذكرناها آنفا * وعلى كل حال فاذا جرحت الامعاء نظر فى جرحها فان كان صغيرا لا يفعل الجراح فيه شيأ بل يقتصر على ابقاء الامعاء فقط فى الجرح خارج البطن او يثبتها فيه بواسطة خيط ينفذ فى المساريقا * واما اذا كان كبيرا فتخاط الامعاء بالكيفية المناسبة من الكيفيات المذكورة آنفا فى جروح الامعاء واما النزيف فهو نادر جدا لكن اذا اصيب الشريان الشراسيفى او الشريان تحت العانة اجتهد فى ربط طرفيه بعد توسيع الجرح لينكشف واذا لم يتيسر ذلك حبس النزف بالسد كما فعل ذلك الجراحان الشهيران (بويه) و(رو)

(الفريدة الثانية فى اختلاف العملية)

اعلم انه لا يحتاج الى التفريج بالشق دائما لان الاختناق قد يكون حاصلا من التواء الامعاء على نفسها او من لف الثرب حولها ففى هاتين الحالتين يكفى تخليصها من بعضها او من الثرب فى زوال العوارض ويستغنى عن التفريج بالشق ايضا اذا كان الحصر خفيفا وظهر للجراح سهولة رد الامعاء بالضغط عليها مباشرة لدفع الغازات ودخولها * ثم اعلم انه فى بعض الاحيان قد يكون الحصر شديدا بحيث لا يتيسر ادخال آلة بين عنق الكيس وبين المعاء ففى هذه الحالة يكون الشق للتفريج بكيفية الجراح (بيل) الانجليزى وهى ان يشق عنق الكيس الفتق من الظاهر الى الباطن شيأ فشيأ مع غاية الاحتراس حتى يصل الى المعاء وبعض الجراحين يشق الصفاق اعلى محل الحصر ثم يدخل محرافا قنويا بين دائرة الفتحة الاربية وعنق الكيس الفتق من اعلى الى اسفل ثم يشق دائرة الفتحة بدون خوف واذا رأى الجراح حصرا من عنق الكيس ازاله بالكيفية المعتادة او بالمقص * واذا لم يكن الحصر حاصلا من ضيق الفتحة الاربية بل من

عنق الكيس الفتق فقط يجذب اصل الورم الى الخارج ويمد الكيس ثم يشق ذلك الفتق كما ذكرنا آنفا فاذا لم يتيسر جذب عنق الكيس الى الظاهر وكان الحصر حاصلا منه حقيقة فالانسب شقه هو ودائرة الفتحة معا لان الغالب ان تكون هذه الاشياء متقاربة بل متحدة هذا واذا لم يطلب الجراح للمريض الا بعد ان تغنغرت امعاؤه ووصلت الغنغرينا الى الجلد شق الجلد والامعاء معا شقا واسعا لاخراج المواد الثفلية والخشكريشات * واذا فرج عن الامعاء وردها فى تجويف البطن ولم يزل المريض يحس بعلامات الحصر علم ان الامعاء لم تزل مخنوقة بعنق الكيس وحينئذ يشق جدار البطن قبالة محل شدة الالم ويفتش على الاجزاء المخنوقة فى نفس تجويف البطن كما سنذكر ذلك فى اطلاق الاختناق المعوى الباطنى ان شاء الله تعالى

(المطلب الخامس فى معالجة الجرح الحاصل عن التفريج)

(وما يحصل من العوارض للمريض)

اعلم انه يلزم الجراح ان يشتغل بعد العملية بمعالجة الجرح بهذه الكيفية وهى ان يأخذ خرقة مثقبة مدهونة بالقيروطى ويضعها على جميع سطح الجرح ثم يضع فوقها بعض كرات واقراص من نسالة ثم رفائد مستطيلة اومربعة وتثبت بالربط اللائق بالاربية كما يعلم ذلك من كتاب الاربطة

(تنبيه)

لا ينبغى ان تدفع الخرقة المذكورة بكرات النسالة فى الجرح حتى تصل الى الفتحة التى يخرج منها الفتق الا اذا خشى من عود الفتق ولكن من حيث انه لا قدرة للامعاء على الخروج من تلك الفتحة فى رابع يوم لانسدادها ينبغى ان لا يحشى الجرح بالخرقة والنسالة بل توضع على سطحه كما ذكرنا اولا * وبالجملة فبعد شد الجرح يوضع المريض فى فراشه بحيث تصير البطن مسترخية ويمنع عن الاكل بالكلية ويؤمر بالمشروبات الملينة المرخية وتوضع المكمدات المرخية على البطن ويحقن كل اربع ساعات مرة حتى يتبرز وغاية هذه المعالجة منع حصول العوارض الالتهابية اومعالجة الموجود منها قبل العملية واذا وجد

الجراح الامعاء ملتهبة وقت كشفها فى العملية ولم يفصد المريض قبلها لزم فصده بعدها فصدا غزيرا * واعلم ان زوال الفواق والغثيان والقيء والاعراض الالتهابية من البطن ورجوع التبرز الى حالته الطبيعية يشعر بنجاح العملية وجودة عاقبتها * واما اذا استمر الامساك وعوارض الاختناق وصارت البطن منتفخة كالطبلة تتألم بالضغط عليها ولو خفيفا علم ان المريض فى خطر عظيم وهذه العوارض تكون ناشئة من التهاب الامعاء والبريتون فينبغى مقاومتها بالفصد الغزير

(المبحث الثانى فى الفتوق الفخذية)

هذه الفتوق تخرج من القناة الفخذية ولاجل معرفة الجهة التى تدفع الامعاء اليها عند ردها او الجهة التى يكون الشق فيها اسلم اذا احتاج الامر لتوسيع فتحتى هذه القناة او هى نفسها ينبغى ان نذكر لك بعض كليات على تشريحها الجراحى فنقول

اما الحلقة الفخذية وهى فتحة هذه القناة العليا اى الباطنية فهى فتحة مثلثة محدودة من الاعلى والامام برباط (فلوب) ومن الاسفل والخلف بسطح جسم العانة العلوى المغطى حذاها بالعضلة العانية وغلافها الليفى ومن الوحشية بالعضلة القطنية المقدمة والحرقفية * والتحقيق انه مجاور للصفاق المغطى لهاتين العضلتين * وزاويتها الانسية غير حادة على صورة تقعير الهلال وهى متكونة من رباط (جيمبرنا) المسمى باسم من شرحه وعرف الاطباء به اولا ويمر من هذه الفتحة الشريان والوريد الفخذيان قريبا من جزئها الوحشى الخلفى لان فى جزئها الانسى شبه قناة مشغولة بالنسيج الخلوى وفى بعض الاحيان بغدة لينفاوية وهى مسدودة من الاعلى بالبريتون وبصفيحة ليفية تسمى بالحاجز الفخذى وجدارها الخلفى متكون من غمد العروق وصفاق العضلة العانية والوحشى من الصفاق المغلف وتنتهى اسفل مبدئها بقدر اصبعين عرضا بفتحة بيضية تحاذى انضمام الوريد الصافن بالوريد الفخذى وهذه الفتحة السفلى متجهة الى الانسية والامام * ويعلم من ذلك ان اتجاه القناة مخالف

لاتجاه هاتين الفتحتين وهما يختلفان ايضا عن بعضهما بحسب ماذكرناه *

(تنبيه)

القناة الفخذية تكون فى النساء اقصر منها فى الرجال ويزول اغلب طولها فى الفتوق العتيقة من تقارب فتحتيها * والفتوق الحاصلة منها تكون شبيهة فى التركيب بالفتوق الاربية ومتى خرجت من الفتحة الظاهرة تتجه نحو البطن اما بسبب حركات انثناء الفخذ على البطن واما باسترخاء النسيج الخلوى الموجود فى هذه الجهة وحينئذ لا يصير الفتق مغطى الا بالصفاق الظاهر والجلد * ثم انها تحصل فى النساء اكثر من الرجال * واختناقها اما ان يكون حاصلا من فتحتى القناة واما من القناة كلها واما من عنق الكيس الفتقى كما هو الغالب فلاجل عدم اصابة العروق المجاورة لهذه القناة وفتحتيها عند التفريج يلزم ان نعرف مواضعها لتتباعد عنها فنقول * اعلم ان الشريان والوريد الفخذيين موجودان فى الجهة الوحشية الخلفية من الفتحة العليا والقناة كما ذكرناه لك اما وان الشريان الشراسيفى ينشأ من الشريان الحرقفى الوحشى عند القوس الفخذى المعروف بقوس (فللوب) (وپوپار) ايضا ثم يصعد تابعا حافة الفتحة العليا الوحشية وان الحبل المنوى وشريانه يتبعان حافتها العليا الانسية ولا ينفصلان عنها الا بغلظ جدار القناة الاربية السفلى المتحصل من انعطاف رباط (فللوب) وان الحافة السفلى متكونة من العانة فجهتها الخالصة غالبا هى الانسية الموجود فيها رباط (جيمبرنا) لكن قد ينشأ الشريان تحت العانة من الشريان الشراسيفى فى كثير من الناس ثم اما ان يتبع الحافة العليا من الفتحة العليا ولم يزل مارا خلف الرباط المذكور واما ان يمر اسفل هذه الفتحة ويغور فى الحوض الصغير وقد يرسل العرقان المذكوران فروعا تتغمم ببعضها وتمر خلف الرباط المذكور بحيث لا يمكن الجراح معرفة ان هنالك عرقا محيطة بالفتحة الفخذية العليا على صورة حلقة اولا * هذا وكيفية رد الفتق الفخذى هى ان يلقى المريض على ظهره كما ذكرنا فى الفتق الاربى مثنى الفخذ على البطن يسيرا متقاربة من الثانية ليسترخى قوس (فللوب) ورباط (جيمبرنا) ثم اذا كان الفتق حديثا تابعا فى اتجاهه اتجاه

القناة الطبيعى يدفع طرفه الذى انعطف الى اعلى نحو رباط (فالوب) الى الاسفل حتى يصير فى محاذاة الفتحة الظاهرة من القناة الفخذية فيدخل فيها بان يدفع من الامام الى الخلف ويسير امن الانسية الى الوحشية ومتى صار فى باطن القناة يدفع باستقامة الى الاعلى حتى يقرب من الفتحة العليا فيدفع فيها بالضغط عليه الى الاعلى والخلف * واما اذا كان عتيقا فتقصر القناة الفخذية وتصير منحرفة من اسفل الى اعلى ومن الامام الى الخلف وتتقارب فتحتاها فى هذه الحالة يرد بدفعه اولا من المحل الذى تحول اليه نحو الفتحة الظاهرة ثم فى القناة تابعا الاتجاه المذكور * ويمنع خروجه ثانيا بواسطة حزام شبيه بالذى يستعمل فى الفتوق الاربية ولا يختلف عنه الا من حيثية كون عنقه اقصر من عنقه لان الفتحة الفخذية العليا اقرب الى الحرقفة من الفتحة الاربية الظاهرة ويشترط ان تكون وسادة هذا الحزام مع بقيته على استقامة واحدة وان تكون بيضية ضيقة من الاعلى الى اسفل لئلا تمنع حركات الفخذ وان تضغط من اسفل الى اعلى ومن الانسية الى الوحشية ومن الامام الى الخلف واعلم ان فوائد الوسائط المستعملة فى سد الفتحة الفخذية هى منع خروج الفتق منها بعد رده

واما اذا انحصر الفتق الفخذى فيفرج عنه بهذه الكيفية وهى ان يلقى المريض بعد تجهيز ادوات العملية الشبيهة بما ذكرنا فى الفتق الاربى على حرف فراشه المقابل لجهة الفتق ويقف الجراح فى هذه الجهة ثم يثنى الجلد المغطى للفتق ويشق شقا يبتدأ به من اعلى الفتق بنحو قيراط ويمر به حذاء وسطه حتى يجاوزه من اسفل ولكن ينبغى ان يكون هذا الشق متجها الى الاسفل والانسية بين اتجاه ثنية الفخذ والقطر الاكبر من الورم * ثم اذا كان الفتق كبيرا وكان الشق البسيط لا يكفى فى انكشافه لزم فعل شق لامى مزدوج او صليبى بالكيفيات المذكورة فى العمليات البسيطة واذا لم يتيسر رفع الجلد وثنيه لزم شقه وهو فى محله بمشرط محدب ممسوك بالكيفية الخامسة كالقوس وينبغى ان يعلم الجراح ان الوريد الصافن جهة طرف الشق السفلى فيتحرز من اصابته ثم بعد تمام ذلك الشق يربط الشرايين المقطوعة فورا

ويشق الانسجة المغطية للكيس الفتقى والغالب ان تكون رقيقة فمتى انكشف الكيس يفتح فى جميع طوله ثم يشرع فى معرفة محل الحصر اى الاختناق ليزال * ويعرف انه حاصل من دائرة الفتحة السفلى اومن عنق الكيس بعدم امكان نفوذ الاصبع بين الكيس والاجزاء المكونة للفتق وحينئذ يزال بشق دائرة هذه الفتحة الى الاعلى باستقامة * واما اذا كان الحصر حاصلا من الدائرة العليا فيكون التفريج عسر المجاورتها لاعضاء مهمة يجب التحرز عن اصابتها وهى العروق التى ذكرناها آنفا * هذا والجراح الطليانى الشهير (اسكارپا) يوسع هذه الفتحة بواسطة جملة شقوق صغيرة قليلة الغور يفعلها على حافة الفتحة المقدمة الحاصلة من القوس الفخذى * واما الجراح (جيبيرنا) فانه يشق الرباط المسمى باسمه بان يتبع بالمشرط فرع العانة الى الانسية والاسفل واما الجراح (دوبويترن) فانه يفضل كيفية تقديم شق القوس الفخذى بان يشق بمشرط نصله ضيق مقوس منته برزحاد التحديب اومشرط مستقيم منته برز ايضا القوس المذكور من الانسية الى الوحشية ومن اسفل الى اعلى موازيا للحبل المنوى وفى هذه الكيفية لايخشى من اصابة الشريان المنوى لانه بعيد عن جهة الفتحة الوحشية ببعض خطوط بل ربما يصان بها الشريان تحت العانة متى كان ناشئا من العروق المذكورة آنفا ومتغير الوضع الطبيعى * واذا كان الفتق فى امرأة امكن التوسيع بشق القوس الفخذى بدون خطر لعدم احتوائه على شئ مهم ثم بعد تمام التفريج ترد الاجزاء المكونة للفتق ويعالج الجرح كما ذكرنا آنفا فى الفتق الاربى

(المبحث الثالث فى الفتق السرى)

(تشريح جراحى) الفتق السرى يخرج من الفتحة السرية وهى ثقب مستدير يوجد وسط الخط الابيض تمر منه عروق الحبل السرى فى الاجنة وهذه الفتحة تضيق بعد قطع الحبل حتى تنسد بالكلية فى الكهول وهناك جملة اشياء مهمة تجاورها وهى من الاسفل والوسط الاورالة ومن الاسفل مع اليسار واليمين الشريانان السريان اللذان يتجهان نحو الاربيتين ومن الاعلى

واليمين الوريد السرى المتجه نحو الكبد بحيث لا يبقى من جهات الفتحة خالصا الا الجهة العليا اليسرى * ثم ان رد هذا الفتق من هذه الفتحة سهل حيث لا يستدعى الا ضغطه باستقامة من الامام الى الخلف لعدم تعاريج الفتحة ولكن اذا كان الفتق كبيرا يكون يتجه بالضغط من الامام الى الخلف كثيرا ويسيرا من اسفل الى اعلى لكون الفتق ينزل حينئذ اسفل الفتحة لثقله ثم بعد رد هذا الفتق يمنع عوده ثانيا بطريقتين الضغط والربط * اما الضغط فله كيفيتان * الاولى ان تكون بحزام مرن بسيط او مصحوب بوسادة * والثانية بكيفية (كادرى) وهى ان تؤخذ وسادة نصف كروية من صمغ مرن وتوضع قبالة الفتحة بعد تمام رد الفتق ثم تثبت فى موضعها بحزام مرن او بمنديل من حرير فالوسادة تلتصق من الرطوبة بالجلد فتبقى فى موضعها بدون ان تتزحزح عنه ولو كان الطفل يفعل حركات تبعد الحزام عنها * واما الربط فهو احاطة الجلد والكيس الفتقى برباط بعد رد الفتق وكيفية (دوسولت) فى ذلك هى ان يلقى الطفل على ظهره مائل الرأس على صدره منثنى الفخذين على البطن ثم يرد الجراح الفتق ويثبته مردودا بسبابة اليد اليسرى واما يده اليمنى فانه يرفع بها جدران التجويف الذى كان فيه الفتق ويفركه بين الاصابع ليتأكد من عدم وجود شئ فيه من الاحشاء ثم يأمر مساعدا باحاطة اصل هذا التجويف بخيط مشمع متوسط الغلظ فيلفه حوله عدة لفات وتثبت كل لفة بعقدة مزدوجة بعد شدها شدا قويا ثم بعد ربط الورم يغطى بقرص من نسالة ويثبت برفادة ورباط ففى ثانى يوم العملية تنتفخ الاجزاء المربوطة من غير ان تصير مؤلمة الا شديدا * وفى الثالث ينقص الانتفاخ المذكور فيسترخى الرباط وحينئذ يلزم ربط الورم برباط ثان يوضع اسفل الاول ويشد اكثر منه لكنه يصير مؤلما عن الاول لان الالتهاب الذى حصل من الاول يصير الاجزاء شديدة الاحساس ثم توضع على الورم بعد هذا الرباط الثانى الاشياء المذكورة فى الاول فينقطع وصول الدم الى الورم بالكلية ويصير اولا كامد اللون كالحه ثم يسود ويذبل ثم يموت ويسقط فى اليوم الثامن او العاشر فتخلف ذلك قرحة صغيرة تكون سريعة الندب بالمعالجة اللائقة

(تنبيه)

الندبة المتكونة فى السرة وان كانت متينة تقدر على مقاومة اندفاع الاحشاء عند السعال وحصر النفس لكن ينبغى ان يمنطق الطفل بحزام حلق يسند جدار بطنه مدة شهرين اوثلاثة حتى تضيق الفتحة السرية بالكلية ولا يخشى من رجوع الفتق * ثم اعلم ان هذه العملية وان كانت سهلة الا انه قد يحصل منها عوارض اذا ربط جزء من الامعاء مع الجلد والكيس الفتقى فينبغى ان يفضل الجراح الضغط عليها فى اغلب الاحوال

(فى عملية التفريج عن الفتق السرى اذا انحصر)

اعلم انه اذا تحقق حصر الفتق السرى ولم تجد عملية الرد ولا الادوية اللائقة فى مداواته وازالته نفعا ينبغى فعل عملية التفريج فورا * وكيفيتها ان يشق الجلد والنسيج الخلوى الذى تحته من اعلى الى اسفل شقا مستقيما مع غاية التحرز من اصابة الكيس الفتقى والامعاء وانفتاحها اذا الجلد فى هذا الفتق رقيق * هذا اذا كان الفتق صغيرا والا فيفعل شق لامى مزدوج اوصليبى ثم بعد انكشاف الفتق يشرع فى التفريج بان يفتح الكيس الفتقى مع غاية الاحتراس اذا كان الفتق صغيرا ثم توسع الفتحة السرية بشقها الى الاعلى واليسار لئلا يصاب الرباط المعلق والوريد السرى الموجودان فى الجهة العليا اليمنى كما ذكرنا آنفا والجراح (اسلى كوپر) الانجليزى يجعل الشق الى الاسفل باستقامة على موازاة الخط الابيض * واما اذا كان الفتق كبير الحجم فيجتهد فى التفريج بالشق من غير ان يفتح الكيس لئلا يتأثر سطح البريتون من ملامسة الهواء فيلتهب ثم بعد ان يرد الفتق داخل البطن تضم حافتا الشق بعصائب اللازوق او الخياطة ضما جيدا لان ذلك اليق فى منع تعرض البريتون لتأثير الهواء والتهابه وفى سرعة الالتئام

(تنبيه)

قد اوصى بعض الجراحين بفتح الكيس الفتقى دائما لان الفتق السرى قد يكون محاطا بالثرب اكثر من غيره من انواع الفتوق بحيث يكون سببا فى انحصاره

اى اختناقه وذلك لايشاهد الا اذا فتح الكيس وعرضت الامعاء للنظر * ثم اعلم ان هذا الفتق قد لا يكون من الفتحة السرية نفسها بل قد يحصل فى الكهول من الخلالات التى تحصل قرب السرة فى الجهة العليا او على جانبيها بين الياف العضلات والصفاقات من تمدد جدران البطن فى النساء عند كبر الحمل وفى من يصاب بالسمن المفرط او الاستسقاء الزقى وهذا النوع يرد ايضا بالكيفية المذكورة آنفا ويمنع عوده بالضغط عليه بشبه انبوبة اسطوانية من صمغ لدن طولها نحو قيراط ونصف وقطرها تسعة خطوط اى ثلاثة ارباع قيراط توضع على الفتحة عرضا وتثبت بالحزام المذكور سابقا فى فتق الاطفال ويستمر هذا الضغط سنة او سنتين او ازيد بقدر الحاجة وعلى كل حال ينبغى ان تكون واسطة الضغط مطلقا اى سواء كان فى الاطفال او الكهول اقل عرضا من الفتحة ليمكن دفع الاجزاء التى كانت مكونة للفتق الى الباطن بعيدا عن الفتحة ولتضيق الفتحة شيأ فشيأ بل كلما ضاقت ينبغى تنقيص عرض الاسطوانة او نصف الكرة المذكورتين آنفا وعدم دفعهما بين حوافى الفتحة لئلا يمنعان تقاربها

(المبحث الرابع فى الاختناق الباطنى)

اعلم ان الامعاء قد تختنق وهى فى تجويف البطن من غير ان تخرج من الفتحات الموجودة فى جدرانه وتكون فتقا وهذا الاختناق يحصل منه العوارض التى تشاهد من اختناق الفتق مطلقا وهى الالم وعسر مرور المواد الغذائية والثفلية فى المعا والقيء والفواق وغير ذلك لكن ينبغى الاجتهاد والتأمل الزائد فى تشخيص هذا الداء لان تلك العوارض قد تحصل من ضغط خراج على الامعاء ومن التهاب محدود فى جزء من البريتون وغير ذلك فالعلامات الاكيدة للاختناق الباطنى هى حصول الم شديد للمريض فى البطن فجأة من حركة عنيفة وتقائى المواد الغذائية ثم المخاطية ثم الثفلية وعدم التبرز وعدم وجود علامات التهاب البريتون فلا احسن لازالة هذا الاختناق من شق البطن للوصول الى المعاء المختنق وتخليصها * وكيفية العملية هى ان يلقى المريض على ظهره كما فى عملية الفتق ثم يفعل شق هلالى لامستقيم حذاء محل

الاختناق الذى يستدل عليه بشدة الالم واذا لم يتأكد الجراح من هذا المحل فعل هـذا الشق وحشى العضلة المستقيمة البطنية ثم بعد ان يفتح البطن يبحث بالاصابع على جزء المعا المريض فاذا وجده وكان هذا الاختناق حاصلا من تداخل الامعاء فى بعضها وصيرورة بعضها كالغـمد للاخر جذبها من اعلاه واسفله الى جهتين متضادتين لتتخلص ثم يردها فى تجويف البريتون * واما اذا انحصر جزء من الامعاء بعد دخوله فى شق المساريقا من تمزقها فيفرج عنه بمشرط مقوس ملفوف عليه خرقة الى قرب طرفه ببعض خطوط يقطع به شبه الشريط الحاصل عنه الحصر * هذا وبعض انواع الاختناق المعوية الباطنة يشاهد فى بعض الاحيان بعد رد الفتق بالعنف اذا كان الاختناق حاصلا من الكيس الفتقى بحيث اذا ضغطه الجراح ليرده دخل مخنوقا بعنق الكيس ولم تزل العوارض موجودة فلاجل ازالة هذا الاختناق تلزم المبادرة فى شق البطن قبالة محل شدة الالم اذا لم يخرج الفتق من الفتحـة التى كان خرج منها اولا بعد ان يؤمر المريض بالحركات العنيفة وحصر النفس * والجراح (دوبويترن) ذهب الى شق حافة الفتحة التى كان خرج منها الفتق شقا واسعا من الجهة التى لا يوجد فيها عروق ليصل الى البطن فينكشف له الفتق فيزيل اختناقه بعد اظهاره ثم يرده

(تنبيه)

هذه العـملية وان كانت مهولة ينبغى للجراح ان لا يهمل فعلها لان المريض لابد من موته من اختناق امعائه الباطنى اذا لم تفعل له * واما اذا فعلت له مع الاتقان واللطف فقد تنجح وينجو المريض من الهلاك * ثم انه اذا لم يتيسر للجراح العثور على الجزء المختنق وكانت الامعاء ممتلئة بالمواد المحتوية عليها وجب ان يجذبها ويثبتها ظاهر البطن ثم يشقها ليحدث است صناعى يتبرز المريض منه وسنذكر لك كيفية صنعه ان شاء الله تعالى

(المبحث الخامس فى ازالة الاست الصناعى اى الغير الطبيعى)

الاست الغير الطبيعى فتحـة فى الامعاء مستطرفة الى الظاهر من فتحة موجودة فى جدران البطن تخرج منها المواد البرازية بحيث تشبه الناصور

وهذا الاست اما ان يتكون من فتحة واحدة او فتحات كثيرة تشبه ثقوب المصفاة تكون بعيدة عن فتحة المعاء بمسافة كبيرة او صغيرة ثم ان وضع طرفى المعا بالنسبة لبعضهما قد يختلف لان الطرف العلوى قد يستطرق من الجرح الموجود فى جدار البطن الى الظاهر ويبقى السفلى فى البطن وبذلك يصير هذا الاست عديم واسطة ازالته * واما اذا كان طرفا المعا موجودين فى الجرح ولم يفقد الاجزء يسير من جدار تجويف المعاء فيتكون عنه زاوية حادة قليلا وكثيرا عند اتصالهما ببعضهما وربما تقاربا وتلامسا بسطحيهما فى سعة كبيرة او صغيرة فالجدار المشترك الحاصل من ذلك التلامس يبرز فى تجويف المعا ويصير بمنزلة حاجز يمنع مرور اغلب المواد المعوية من الطرف العلوى الى السفلى * واما اذا كان الجزء المفقود من دائرة المعاء كبيرا فتصير الزاوية المذكورة حادة جدا والملامسة اكثر بحيث يصير طرفا المعا موازيين لبعضهما فى سعة كبيرة او صغيرة وحرف الحاجز الفاصل لهما يمنع مرور المواد الثفلية كلها من احدهما الى الثانى وهذا الحاجز يسمى بالعرف

ومما يشاهد ايضا فى الاست الغير الطبيعى العتيق ان طرفى المعا ينقبضان الى الباطن من جذبهما بالمساريقا ومن حركة تقلص الامعاء فيتكون عن ذلك قناة غشائية بين الجلد والمعا تسمى بالقمع لشبهها به وهى واسطة استطراق بين طرفى المعاء وقد تكون سببا فى اتمام مرور المواد الثفلية فى الطرف السفلى من المعا وشفاء الاست الغير الطبيعى من نفسه لاسيما اذا كان العرف قليل البروز ومنقبضا الى الخلف بقوة * ثم ان الاست المذكور قد يصاحبه انقلاب الطرف العلوى الى الظاهر وربما يصاحبه انقلاب الطرفين معا * وعلى كل حال فمعالجته اما مخففة لما يحصل عنه من العوارض واما مزيلة له بالكلية اما المعالجة المخففة فتكون بسد الفتحة الظاهرة بسدادة ما حتى يحصل للمريض بعض مغص يشعر بالحاجة الى التبرز او تؤخذ حلقة من العاج او الفولاذ ويجعل معها حوية من شعر مغطاة بالحبر المصمغ وتوضع على دائرة الفتحة ثم اما ان تثبت بحزام معلق فيها وتسد فتحتها بسدادة بحيث ان هذه السدادة لا تصير سادة

الا للحلقة غير ملامسة لفتحة الناصور اى الاست نفسه او يطبق به شبه قرص من معدن او فولاذ يثبت بحزام مرن او تؤخذ ماسورة غليظة من صمغ طولها من قيراطين الى ثلاثة مقوسة قليلا ويدخل احد طرفيها فى طرف المعا العلوى والثانى فى السفلى لتوصلهما ببعضهما وعند وضعها يجعل تقعيرها على العرف ليضغط عليه ويدفعه الى الخلف فيعين على شفاء الاست وتحديبها جهة الظاهر وتثبت بخيط يعقد فيها ويربط فى حزام او يثبت قريبا من الجرح بواسطة قطعة لازوق

واما المعالجة المزيلة لهذا الاست فتفعل فى ثلاثة ازمنة الاول يزيل الجراح فيه ما يصحب الاست من النواصير او انقلاب المعا وانتفاخ الجزء البارز واختناقه او الالتهاب او القروح فاذا كان هنالك نواصير تحت الجلد فاما ان تشق وتوصل ببعضها لتنكشف فتحة جدار البطن ويتيسر العمل اللائق فى المعا واما ان يزال الورم المشتمل على هذه النواصير بالقطع * واما اذا كان هنالك انقلاب فيلقى المريض على ظهره وتثنى وركاه لتسترخى عضلات البطن ثم يدفع الجزء البارز باليد فى البطن ليرد فاذا تعسر رده من الانتفاخ الحاصل فيه وجب تصغير حجمه بالضغط عليه بكيفية (دوسولت) وهى ان ينظف الورم اولا ثم يحاط برفادة ناعمة ويلف عليه رباط ضيق العرض من قمته الى اصله ويشد هذا الرباط شدا لطيفا وكلما قرب من اصله ينقص كى لا يوجد شئ يمنع دخول الورم واندفاع السوائل الموجودة فيه المكبرة لحجمه ولكن لاجل ان لا يحصل من هذا الضغط عوارض الاختناق من احتباس المواد الثفلية ينبغى ان يترك طرف الورم الموجود فيه الفتحة التى تمر منها المواد المذكورة مكشوفا وان يكون هذا الضغط كافيا لتصغير حجم الورم لا زائدا عنه لئلا يمنع خروج المواد وحيث ان الورم ينقص حجمه من هذا الضغط فالرباط يسترخى وحينئذ يجب حله وربطه ثانيا لحصول المقصود * ثم متى صغر الحجم يشرع فى دفعه ورده * واما اذا اختنق الجزء البارز اى انحصر فى فتحة الاست فيفرج عنه بتنفيذ مشرط بين دائرة الفتحة والجزء البارز فى الجهة العليا وشق دائرة الفتحة به من الباطن الى الظاهر او شق الجلد والصفاق والعضلات على التوالى من الظاهر الى

الباطن * واما الالتهاب والقروح التى تحصل فى الجلد المحيط بالفتحة فتعالج بالمرخيات والمحللات ولاسيما بالنظافة التامة *واذا كانت فتحة الاست الجلدية ضيقة لاتتيسر منها معرفة وضع طرفى المعا ورؤيتهما ولا البحث عن الاجزاء الغائرة للاست الغير الطبيعى وجب توسيعها اما بواسطة مجس غليظ من صمغ لدن واما بقطع من جذور الجنطيانا او اسطوانات تصنع من الاسفنج المدبر وهذه الاسطوانات وان كان التوسيع بها اسرع الا انها تكون سببا لتألم المريض آلاما شديدة عند اخراجها لتمزق الازرار اللحمية الداخلة فى فتحات الاسفنج بها فلاجل منع هذا الضرر ينبغى ان توضع تلك الاسطوانات فى قطع قماش ناعمة ثم اذا كان ذلك الضيق عظيما لزم توسيع الفتحة بالشق مع التحرز من مجاوزة حدود التصاق المعا بجدار البطن حول القمع *والزمن الثانى يوسع فيه الطريق الموصلة للطرف العلوى الى السفلى ليتيسر للمواد الغذائية والثفلية المرور من العلوى الى السفلى بدون تعسر وخطر *وحيث ان العرف هو العائق الاكبر لمرور هذه المواد ينبغى دفعه الى الخلف بالضغط ليستقيم المعا او ازالته بالكلية * فاما الضغط فيستعمل اذا كان هذا العرف قليل البروز ولا يخرج من الاست الا شئ قليل من المواد الثفلية *وكيفيته ان يؤخذ فتيل متوسط الغلظ من نسالة ويعلق من الوسط فى خيط متين ويدخل طرفه السفلى فى طرف المعا السفلى اولا ثم العلوى فى العلوى ويثبت الخيط ظاهر البطن ثم تصنع سدادة هرمية الشكل وتدخل فى فتحة الاست لتدفع الفتيل مع العرف الى الداخل وفائدة الفتيل منع انقلاب المعا وبروزه من فتحة الاست وتوسيع التجويف المتوسط بين الطرف العلوى والسفلى من المعا بضغطه على العرف ودفعه له الى الخلف واهداء المواد من الطرف العلوى الى السفلى من غير ان تخرج من فتحة الناصور اى الاست وهذا الفتيل يبدل باغلظ منه كلما نقص بروز العرف ومتى نقص نقصا عظيما او زال بالكلية وصار القمع طويلا الى الخلف اخرج الجراح الفتيل وترك المعاء ونفسه ولا يفعل شيأ بعد ذلك سوى سد الفتحة الظاهرة بسدادة من قماش لا يصل طرفها الباطن الى جدار المعا الخلفى او العرف ثم تثبت هذه الوسادة

برباط لائق بمحل الاست وفائدة هذا السد منع خروج المواد من الفتحة الظاهرة والجاؤها لمرورها فى طرف المعا السفلى اى طريقها الطبيعى * ويعلم نجاح هذه العملية بالمغص الخفيف والقراقر التى تحصل فى جزء المعا السافل عن الاست الغير الطبيعى وبخروج المواد البرازية والارياح من الاست الطبيعى اى الدبر ولاجل تحريض الامعاء وتنبيهها على دفع تلك المواد يؤمر المريض بتعاطى بعض الادوية المسهلة الخفيفة والحقن المنبهة ومتى صار اغلب المواد الثفلية يمر فى جزء المعا السفلى ويخرج من مخرجه الطبيعى يمسك الجراح عن وضع السدادة المذكورة فى فتحة الاست الغير الطبيعى الظاهرة ويقتصر على وضع رفائد كثيرة تثبت بوسادة الحزام الفتقى فتلك الفتحة تندب بهذا السد اوتصير ضيقة جدا بحيث لا يخرج منها الامادة مخاطية وبعض ارياح وسنذكر الوسائط التى بها يتم ندب تلك الفتحة وانسدادها فيما يفعل فى الزمن الثالث والجراح (دبويترن) كان يستعمل بدل الفتيل المذكور المنسوب الى الجراح (دوسولت) شبه هلال من الابنوس اوالعاج غير حاد الطرفين طول فرجته من ستة خطوط الى ثمانية ومركب على تحديبه قبضة طولها خمسة قراريط اوستة وموضوع فى تقعيره اسفنج اورفائد ناعمة ليكون ضغطه على العرف غير مؤلم ومركب على هذه القبضة صفيحة مستطيلة منحنية ومثقبة ثقوبا تنفذ فيها الخيوط التى تثبت بها وهذا الهلال يدخل من فتحة الناصور ويطبق تقعيره على بروز العرف ليدفع به الى الخلف ثم بعد ان تلف القبضة برفائد لئلا تؤلم دائرة الناصور تثبت بالخيوط المذكورة فى رباط يلف حول البطن * واستعمال هذا الهلال احسن من الفتيل لانه يدفع العرف من الامام الى الخلف باستقامة فيبعده عن الفتحة الظاهرة الجلدية من غير ان تملأ قبضته الرفيعة تجويف القمع الغشائى وتزاحم المواد الثفلية وتمنع مرورها من طرف المعا العلوى الى السفلى ومما يعين على هذا المرور ايضا عدم امكان خروج تلك المواد من الفتحة الظاهرة لانسدادها بالصفيحة الموجودة فى طرف القبضة المنطبقة عليها ولكن مهما كانت الكيفية المستعملة من هاتين الكيفيتين فينبغى تركها اذا حصل من

استعمالها

استعمالها آلاما شديدة جدا * واما طريقة ازالة العرف بالكلية فلها كيفيات
اجودها كيفية الجراح (دبويترن) التى تفعل بآلة تسمى بقاطعة المعاوهى شبه
جفت مركب من شعبتين ينفصلان عن بعضهما طول كل منهما نحو سبعة
قراريط واحداهما تسمى الفرع الذكر لدخولها فى الثانية وهى مركبة من
نصل طوله نحو اربعة قراريط وعرضه ربع قيراط وغلظ حده قدر نصف خط
وفى هذا الحد بروزات وتقاعير متوالية شبيهة بموج البحر ومنته طرفه يشبه
كرة صغيرة وطول نصاب هذه الشعبة من قيراطين الى ثلاثة ويوجد عليه شق
عرضه ثلث قيراط وعند اتصال النصل بهذا النصاب توجد فتحة مستطيلة
طولها بعض خطوط * واما الفرع الثانى فهو اقل طولا من الاول ويقال له
الانثى لوجود قناة على احد حرفيه تقبل حرف الفرع الذكر وحافتا هذه القناة
متموجتان ايضا ويعادلان حرف الفرع الذكر غلظا وعرضا ثم انه يوجد
فى طرف الفرع الانثى حفرة تدخل فيها الكرة الموجودة فى طرف الذكر
ويوجد عند اتصال القناة بالنصاب لولب يدخل فى ثقب الفرع الذكر
وفى طرف النصاب ثقب مستدير محفور الباطن بقناة حلزونية وفائدته قبول
اللولب الحلزونى الذى طوله قيراط ونصف ومنته بصفيحة بيضية الشكل
وهذا اللولب ينفذ فى الشق الموجود فى قبضة الفرع الذكر ثم فى ثقب الفرع
الانثى وفائدته تقريب نصلى الالة * وفائدة تموج النصلين عدم انزلاق
العرف من بينهما وجودة مسكه بهما * وكيفية استعمال هذه الالة ان يدخل
الجراح اصبعه او مجس امراة فى احدى فوهتى المعاء ثم ياخذ بيده اليمنى فرعا
من فرعى الالة ويدخله فى احد طرفى المعا تابعا الاصبع او المجس حتى يغور فيه
مقدار قيراطين او ازيد على حسب بروز العرف ثم يوكل مساعدا يمسك هذا الفرع
ويأخذ الفرع الثانى ويدخله فى الفوهة الثانية حتى يبلغ الغور المذكور
ثم يجمع الفرعين ويضمهما باللولب الصغير ثم يقرب نصليهما تدريجا بواسطة
اللولب الحلزونى حتى لا يبقى خلو بين الفرعين لنزول الحياة من الاجزاء
المضغوطة لان بذلك لا يحس المريض بالم ولا يخشى من حصول التهاب وفى كل

مرة يدور فيها اللولب الحلزونى يحس المريض بمغص لايدوم الا قليلا وفى النادر تحصل عوارض ثقيلة *(تنبيه)* ينبغى ان يزاد فى الضغط بالجفت كل يومين لئلا يصل الى الاجزاء المضغوطة بعض الدم فيمنع موتها ومن ذلك لا يتم قطع العرف * واعلم ان فائدة قاطعة المعا زيادة طول موازاة طرفى المعا وملامستهما لبعضهما وبضغطها تحدث حول موضعها تهيجا به يلتصق بريتون الطرفين ببعضهما وفى نحو اليوم الثامن يتم انقطاع الاجزاء المضغوطة وانفصال الالة بالاجزاء الموجودة بين مقبضيها وهذه الاجزاء تكون على صورة خكشريشة سمراء جافة على صورة سير معرج رقيق جدا طوله بقدر ما فقد من المعا * ثم اذا ادخل الجراح اصبعه فى الناصور يحس ببقايا الحاجز بحوافيه المعرجة المحتقنة الصلبة المخالفة للغشاء المخاطى المجاور لها فى اللين وبذلك يصير استطراق بين طرفى المعا تمر منه المواد الثفلية الى الطرف السفلى * ولاجل سهولة مرورها يحقن المريض بعض حقن او يعطى بعض المسهلات الخفيفة جدا * ولكن ينبغى اثناء وضع قاطعة المعا ان يحمى المريض عن المأكل وان يعطى المشروبات الملينة وان يؤمر بعدم التحرك وبالسكون التام وان توضع مكمدات ملينة على البطن قبالة الاست وان يحقن مرارا بالادوية الغروية * واذا حصل فى جلده حرارة شديدة وفى نبضه توتر وصار ذا غثيان وفواق وقيء لزمت المبادرة الى مقاومتها بالاستفراغات الدموية العامة والموضعية وبالحمية الشديدة وباعطائه بعض المسكنات ومضادات التشنج اما من الفم واما من الدبر

وقد اوصى الجراح (جوبير) باستعمال طريقة اخترعها هى ان توضع آلة (دوبويترن) مدة لا تزيد عن الكفاية لحصول التصاق سطحى طرفى المعاء المتقابلين ثم ترفع قبل ان تقطع الحاجز اى العرف * والغالب ان هذا الالتصاق يتم بعد مضى ثمان واربعين ساعة ثم بعد رفع الالة يترك الاست من غير عمل فيه حتى يصير الالتصاق متينا وحينئذ يشق الحاجز بمقص مستقيم من غير ان يجاوز حدود الالتصاق * والزمن الثالث يسد فيه الاست بالكلية بواسطة التحام حافتيه لكن افضل الكيفيات فى ذلك كيفية الجراح (ويلبو) وهى ان تدمى

حوافى الفتحة الظاهرة باحاطتها بشق بيضى يزيلها بانحراف نحو فتحة الناصور لئلا يصل هذا الشق الى المعا اوغشائه المخاطى كى يصير الغشاء اطول من الجلد جهة مجرى الاست ثم تنفذ اربع غرز خياطة متفرقة فى الحافتين الجلديتين تكون كل منها بعيدة عن الاخرى بقدر خطين عرضا ولا ينبغى ان يصل جزؤها المتوسط الى تجويف البريتون اى تجويف البطن اوالمعا ثم قبل ان تشد غرز الخياطة يفعل شق آخر طوله قيراطان ونصف يكون كل من جانبى الجرح بعيدا عنه الى الوحشية مسافة تعدل اثنى عشر خطا اوخمسة عشر ومشتملا على الجلد والطبقة الخلوية التى تحته وصفاق العضلة المنحرفة الكبيرة * وفائدة هذين الشقين سهولة تقريب حافتى الجرح بدون ان تمزقا بغرز الخياطة ثم ينظف الجرح بالغسل وينشف وتشد الخيوط وتعقد ثم يوضع فى كل جرح جانبى قتيل ليبعد حوافيه عن بعضهما ثم توضع النسالة والرفائد وتثبت بالرباط اللائق من غير ضغط البطن فبهذه الكيفية تتقارب حافتا فتحة الغشاء المخاطى وتتلامسان بالكلية عند تقريب حافتى الجلد لطولهما عنهما فيمتنع نفوذ المواد الثفلية من الاست لاسيما والخيوط لاتصل الى تجويف المعا حتى تتبعها ثم يحمى المريض عن المأكل رأسا ويؤمر بالسكون التام ويحقن فى كل مساء حقنة مسهلة خفيفة فى الثمانية ايام الاول وبذلك يتم الالتحام وشفاء الاست بالكلية بعون الله تعالى

(الباب التاسع فى العمليات التى تفعل فى المعا المستقيم والاست)

(الفصل الاول فى علاج الشقاق الموجود فى الاست)

اعلم ان لعلاج الشقاق الموجود فى الاست عدة طرق * منها طريقة (جوسمان) وهى ان يمسك المريض فى المعالجة الملطفة عند احتياجه للتبرز جزءا من جلد الاست باصبعين من اصابعه برفق يكون مقدار سدس دائرته تقريبا وتكون ثنيته مشتملة على الشقاق ثم يتزحزح لتتسع فتحة الاست وتخرج المقعدة كى لاتؤثر العضلة العاصرة بتقلصها على محل الشقاق ولا يحصل شد ولا اتساع فيه عند مرور المواد الثفلية وبهذه الطريقة يدرأ الالم * وان يوسع بالفتيل

فى المعالجة الشفائية اوالكى اوالشق خلاف الوضعيات المخدرة اوالقابضة
اما الفتيل فلا يحتاج لشرح واما طريقة الكى فهى ان تؤخذ قطعة من نيترات
الفضة وتبرى على صورة مخروطى وبعد ازالة ثنيات الاست ببسطه توضع
فى التقرح المكون للشقاق بعض دقائق ولكن هذه الطريقة لا يكتفى فعلها مرة
واحدة بل يلزم تكرارها جملة مرار والجراح (چول كاوكيه) يغمس قلما من شعر
اونسالة فى نيترات الزيبق الحمضى ثم بعد عصره على حرف الاناء يضعه على الشقاق
ويبقيه عليه مدة دقيقة * واما طريقة الشق فهى مؤسسة على ان التضايق
التشنجى للعضلة العاصرة الذى يصحب الشقاق فى معظم الاحوال هو السبب
الاعظم لعوارضه بل قد يحدثها وان لم يكن موجودا شقاق ويعلم من ذلك
ان الطريقة النافعة فى زواله هى قطع الالياف المتقلصة من محاذاة الشقاق
اومن بعيد عنه * وينبغى قبل الشروع فى العملية ان يفرغ المعا المستقيم
مما يحتوى عليه بمسهل يعطى للمريض فى اليوم الذى يسبق يوم العملية ثم يحقن
صبيحته كى يمكنه الاستمرار على عدم التبرز مدة ايام ثم يضجع على جنبه كما فى عملية
نواصير الاست ويدخل الجراح الاصبع السبابة اليسرى فى المستقيم مدهونا
بالڤيروطى ويزلق عليه مشرط ضيق النصل جدا ازرموضوعا على صفحه وقت
ادخاله ثم يدير حده جهة الشقاق فيقطع به الغشاء المخاطى المعوى والعضلة
العاصرة والنسيج الخلوى والجلد دفعة واحدة فيحدث من ذلك القطع جرح مثلث
قمته تلى الامعاء وقاعدته تلى الجلد واذا اضطر لتطويل هذه القاعدة يلزم الشق
بالمشرط ثانيا وقد تزوغ الامعاء امام المشرط فيمتد جرح النسيج الخلوى الى اعلى
اكثر من جرح المعا نفسه فيلزم حينئذ ادخال المشرط ثانيا فى المعا المستقيم
لتطويل شقه * واذا كان الانقباض شديدا جدا يفعل شقين متشابهين احدهما
على اليمين والاخر على اليسار ومتى كان الشقاق فى الجهة الخلفية اوالامامية فلا
يلزم ان يكون الشق فيهما بل يجوز ان يفعل فى احد الجانبين اوالاثنين معا * ثم بعد
نهاية العملية يوضع فى كل جرح قتيل من نسالة ويحشى الاست والمستقيم نسالة
ورفائد ويربط برباط على صورة لام مزدوجة مقلوبة هكذا ح وهذا الجهاز

لا يرفع الا بعد يومين او ثلاثة ثم بعد ذلك يعالج الجرح بوضع نسالة مدهونة بالقيروطى فوقه حتى يتم الالتئام الذى يحصل غالبا بعد شهر او شهر ونصف او اكثر * ومن النادر ان يتم من الخامس عشر يوما الى العشرين

حكومة الكى يكون فى الغالب مؤلما جدا وفى بعض الاحيان يكون غير نافع * واما الشق فلا تخيب نتيجته فاذن لا ينبغى استعمال الكى الا فى المرضى الذين يفزعون من السلاح

(الفصل الثانى فى عملية نواصير الاست)

تشريح مرضى * النواصير على ثلاثة انواع * النوع الاول نواصير عوراء ظاهرة وهى التى لا تستطرق ابدا مع المعا * والثانى نواصير عوراء باطنة وهى التى لا تنفذ الى الظاهر * والثالث نواصير كاملة وهى التى تكون على صورة قناة ممتدة من المعاء الى الجلد المجاور للاست وقد تكون منحرفة كثيرا او قليلا او متعرجة ومغشاة بغشاء مخاطى حادث التكون لا يرجى معه التصاق جدران الناصور ببعضها وزواله مادام هذا الغشاء موجودا * وفى الغالب يكون لقناة هذا النوع فوهات كثيرة من الظاهر دون الباطن فانها على العكس من ذلك ويندر ان تكون كثيرة فيه * والغالب ان توجد عدة تجاويف تنتهى بالقناة الاصلية وقد تكون فوهتها الباطنة محاطة ببروز * وكثيرا ما تكون ملساء لا تعرف باللمس والعادة ان تكون بين الجلد والعضلات العاصرة او فى نسيج تلك العضلات ويندر وجودها بعيدا عن الاست ازيد من قيراط فاذا كانت مرتفعة فى المعا المستقيم زيادة عن ذلك كان المعا منفصلا عن الاجزاء المحيطة به فى سعة كبيرة * ثم ان النوع الاول من هذه النواصير يعالج بالحقن والضغط او بادماء مسيره اى قناته * او بتوسيع الفوهة الظاهرة لكون الصديد لم ينفذ منها الا بعسر او بقطع الجزء الذى يكون مريضا من الجلد او غليظا * وهنالك طريقة اخرى تشتمل على شق الناصور مع المستقيم * واما النوع الثانى وهو العوراء الباطنة فيلزم فى معالجته ان يصير الى نواصير كاملة كالنوع الثالث ثم يعالج بما يعالج به من الوسائط المختلفة وهى الضغط والزرق

والكى والربط والشق والكشط ولا ينبغى ان يؤثر من هذه الوسائط الا الربط والشق

اما الشق فيلزم فيه تفريغ المعا بمسهل لطيف كما تقدم فى الشقاق يعطاه المريض عشية يوم العملية ويحقنه يوم العملية قبل فعلها * ثم ان له اى الشق عدة كيفيات * الاولى يضجع المريض فى حرف فراشه على جنبه الايمن ان كان الناصور فى الجهة اليمنى وعلى الايسر ان كان بالعكس وتمد فخذه السفلى وتثنى العليا ويمال رأسه على صدره ويتكأ ببطنه على وسادة ثم يوكل مساعد بتبعيد اليه وآخرون بضبطه ومنعه من الحركات ويبحث الجراح عن الناصور فتكشف له الفوهة الظاهرة بسهولة بواسطة الرطوبات الثفلية التى تخرج منها واما الباطنة فانه يستدل عليها بالسبابة اذا كانت فى وسط تيبس على صورة است الدجاجة او قرح واسع والا فيعسر الوقوف عليها وذلك لانه قد يبحث عنها قريبا من الاست وهى فى الواقع اعلى منه وقد يبحث عنها بعيدا عنه وهى قريبة منه ومن الجلد * اذا علمت ذلك فالاحسن ان يبحث عنها فيما يقرب الاست من المستقيم بحثا جيدا صاعدا فى ذلك الى الامعاء وللما ان تبحث عنها بالزرق بسائل ماء ملون من المستقيم او من الفتحة الظاهرة او بادخال مسبر فانه يدخل بسهولة اذا كانت قناة الناصور بسيطة مستقيمة فان كانت معوجة الى جهات مختلفة او كان لها تجاويف كثيرة لزم ادخاله فى كل منها وقد ينفذ المسبر بسهولة الى قرب الامعاء ثم يقف بالغشاء المخاطى الذى يحس بانفصاله فلا يمكن العثور بالفوهة الباطنة لكن ذلك لا يمنع العملية اذ الناصور يبرأ كما اذا حصل الشق فى الفتحتين معا نعم طريقة العملية تختلف حينئذ يسيرا وهى انه اذا كانت الفوهة الباطنة قريبة من فتحة الاست يدخل الجراح مجسا قنويا من فضة لدنا اى سهل الانعطاف من الفوهة الظاهرة ثم يدخل من الاست سبابة يده اليسرى فى المستقيم وعند ما يحس بمقاومة جدران المعا لطرف المجس يبحث على الفتحة الباطنة وينفذ طرفه منها ثم يميله نحو فوهة الاست ليخرجه منها على الاصبع المذكور ثم يزلق سن مشرط على طول

قناته جاعلا حده الى الظاهر بحيث يقطع الاجزاء المرفوعة بالمجس كلها وهى الجلد والمعا والاست * واما اذا كانت الفوهة المذكورة اى الباطنة بعيدة عن الاست الى الاعلى فعل الشق دفعة واحدة من الوحشية الى الانسية بكيفية (دوسولت) وهى ان يدخل فى الاست ريزج من الابنوس او البقس مدهون بالقيروطى اذا كانت الفتحة الباطنة مرتفعة فى الامعاء بحيث لا يستطاع انعطاف المجس بالاصبع نحو الاست واخراجه منه ثم يدخل المجس فى قناة الناصور ويدفع حتى يصل الى المستقيم ويلامس طرفه آخر قناة الريزج ولتحقق ملامستهما البعضهما يحكان فى بعضهما ثم يمسك مساعد الريزج جيدا ويميله جهة الالية السليمة ويمسك الجراح المجس ويهدى على قناته نصل المشرط حتى يصل الى الريزج وحينئذ تكون الاجزاء المراد شقها محصورة فى المسافة التى بين المجس والريزج ولاجل شقها به يميله قليلا نحو الريزج ليكون قطع تلك الاجزاء بالسن والحد معا ويكون الجرب اكثر من الضغط والتحامل عليه بان يجذبه نحوه بدون ان يبعده عن الريزج ويقطع به ما بينهما بحيث يختلط تجويف الناصور بتجويف المعا المستقيم ويتأكد من كون القطع كاملا باخراج الريزج والمجس معا متلامسين * واما اذا تبقى شئ من هذه الاجزاء بلا قطع واوقفهما فيلزم ان يضع الجراح المشرط ثانيا فى قناة المجس حتى يصل الى الريزج ثم يجذب المشرط والريزج معا الى الخارج وهما متقابلان على زاوية منفرجة بحيث لا يفضل شئ مما هو فى هذه الزاوية بلا قطع وهذا بعينه يفعل اذا لم توجد الفتحة الباطنة لكن يسند المجس على الريزج الذى هو منفصل عنه بجدران المعا ويشق بالمشرط كما سبق او ينفذ مجس من فولاذ حاد الطرف يسيرا فى جدران المعا نفسه حتى يستند على الريزج بدون حائل * ثم ان كان الناصور بسيطا كفى الشق البسيط ايضا * واما اذا كان الجلد منفصلا فى مسافة واسعة كثيرا او قليلا لزم شقه وقطعه كى يصير الجرح مسطحا اذ حفظ الجلد المنفصل وان لم يكن رقيقا يصير الاندمال عسرا بل ربما تعذر بسبب ذلك رأسا بحيث يضطر الى قطعه فيما بعد وربما كان سببا فى عدم نجاح العملية

واذا كانت الامعاء منفصلة عما تحتها من اعلى الشق المفعول لزم ادخال مقص باهدائه على السبابة حتى يصل اليها وشق الجزء المنفصل السائب منها اذ لو لم يشق لربما عاق الشفاء او كان سببا فى رجوع الناصور ثانيا * واذا كان هناك قنوات كثيرة متصلة بقناة الناصور الاصلى يلزم شقها على التوالى * فان كان الجلد الفاصل لها رقيقا ومنفصلا او متغير الزم قطعه ومن النادر ان يحتاج الى قطع الاجزاء الجلدية الغليظة المتيبسة الموجودة حول فوهات الناصور بل يكفى تشريطها فى جهات مختلفة لتذوب بالتقيح

(تنبيه)

يلزم قبل الشروع فى المعالجة التابعية ان يبحث عن قعر الشق فان وجدت فيه تجاويف او قنوات صغيرة ناصورية لافتحات لها باطنية لزم شقها شقا واسعا اذ بدون ذلك تستمر عوارض الناصور ويضطر الى عملية جديدة * هذا وقد يكون الناصور ضيقا جدا فلا يمكن تنفيذ مجس فيه وحينئذ يوسع بالكاويات او بالاجسام القابلة للانتفاخ كما اوصى بذلك (بوييه) واذا وجد فى شخص عدة نواصير منفصلة عن بعضها جاز شقها على التعاقب فى عدة ازمنة * هذا اذا لم تكن قريبة من بعضها والا فيبتدأ بجمعها وجعلها ناصورا واحدا بشق الحاجز الفاصل لها ثم بشق المستقيم فى زمن آخر * ثم بعد ذلك كله يعالج الجرح اذ المعالجة هنا مهمة وهى ان يصنع فتيل من نسالة ويدهن بالقيروطى ويجعل على الحامل ثم يدخل فى المستقيم على سبابة اليسرى ويدفع حتى يصل فوق الزاوية العليا من الجرح ويوضع بين حافتى الجرح لتبقيا متباعدتين عن بعضهما فى جميع طولهما فلا تلتحما بعضها اذ بدون ذلك يستمر الناصور ثم يملأ باقى الجرح نسالة ويحشى المستقيم حشوا قويا او خفيفا على حسب الخوف من النزيف * نعم اذا حصل نزيف بالفعل حشى المستقيم بالكيفية الاتية فى البواسير

(تنبيه)

ثمرة هذه العملية اختلاط قناة الناصور بقناة المستقيم بحيث يصيران قناة واحدة واما الربط فيجهز له اولا سلوك معدنية ثم تدخل فى قناة الناصور وحدها

اوبواسطة مجس قنوى اوماسورة باذلة تدخل فى قناة الناصور من قبل ومتى نفذ طرف السلك فى المعا يجذب الى الخارج و يجمع مع الطرف الثانى ويلويان لتشدبهما الاجزاء المراد قطعها ويزاد فى اللى والشد على قدر الحاجة لكن الاهون من ذلك ادخال خيط من الابريسم بمسبره مثقوب الطرف مصاغ من فضة نقية كى يكون لدنا قابلا للانعطاف ثم يعقد الخيط عقدة وشنيطة اوعقدتين واذا اريد ازدياد الشد تقطع هاتان العقدتان ويربط خيط جديد بطرف القديم ثم ينفذ فى قناة الناصور كما يفعل فى الخزام * ثم ان الربط بطئ التأثير جدا غالبا ومؤلم لاسيما اذا لم يبق بلا قطع الا الجلد فحينئذ يضطر كثيرا الى اتمام القطع بالمشرط فعلى ذلك لا ينبغى استعمال هذه الطريقة الا فى الاشخاص الذين يخافون من الشق

(الفصل الثالث فى عملية الاورام الباسورية)

تشريح مرضى * اعلم ان هذه الاورام على ضربين باطنية وظاهرية على حسب كونها توجدا على فتحة الاست من الباطن اواسفلها جهة الظاهر وتارة تكون متفرقة وتارة تكون مجتمعة على هيئة حوية مستديرة * ثم انها تكون ابتداء مستديرة وبطول الزمن تصير ذات سويق ولا طبيعة لها معروفة ومن ذلك حصل الاختلاف فيها بين الاطباء على اقوال فمنهم من ذهب الى انها نوع من الدوالى * ومنهم من يقول انها حادثة من انفجار الاوردة الاستية وانسكاب الدم فى خلايا المنسوج الخلوى * ومنهم من زعم انها استحالة جلطة دم الى اوعية * ومنهم من ظهر له انها شبه نسيج انتصابى لكن فى اغلب الاحوال قد يكون الورم الباسورى حادثا من اجتماع دم اسود غالبا خاثر محصور فى كيس جديد التكون اوناشئ عن اتساع دوالى فى الاوردة * ثم ان الاورام الباطنية تكون فى بعض الاحيان قابلة لان تخرج الى الظاهر فتختنق بانقباض العضلة العاصرة وحينئذ يلزم ردها اذا لم يكن فيها التهاب شديد فقد شوهد فى هذه الحالة استيلاء الغنغرينا عليها ثم برئ المريض منها * وينبغى توسيع الاست بالشق اذا كانت البواسير مختنقة وحصل من ذلك عوارض

ثقيلة * وقد اختير هنا للمعالجة الشفائية الربط او الشق او القطع لا الكى والضغط وعلى كل حال تنتخب فيه واسطة من هذه الوسائط الثلاث يلزم ان تفرغ الامعاء ويجعل المريض فى الوضع على الجهة المريضة كوضعه فى عملية الناصور الاستى بحيث اذا رفعت الالية السليمة تنكشف البواسير * ثم ان طريقه الربط هى ان الاورام اذا كانت ذات سويق تربط بخيط بسيط مشمع يشد ويعقد عقدة وشنيطة او عقدتين * واذا اريد ازدياد الشد يجعل رباط آخر فوق الاول * واما اذا كان الورم عريضا فتنفذ فى قاعدته ابرة مقوسة داخل فى سمها خيط مزدوج ويربط كل نصف منه على حدته * واما طريقة الشق فان الاورام المذكورة اذا كانت صغيرة يفعل فيها بمبضع فتحة سعتها كافية لاخراج الخلطة الدموية المحصورة فى تلك الاورام * واما اذا كانت كبيرة الحجم فيستعمل المشرط * واما طريقة القطع فهى ان تمسك الاورام اذا كانت ظاهرة بعد وضع المريض الوضع اللائق واحدا بعد آخر بملقاط او سنارة مزدوجة وتقطع بمشرط او مقص قريبا من اصلها ان كان لها سويق ضيق رفيع وان كانت شاغلة لجهتى الاست لزم ان يبتدأ فى القطع بالنصف السفلى من الحوية كى لا يتوارى النصف الثانى بالدم هذا (ودوبويترن) يمسكها فى جميع الاحوال بجفت عريض المقبضين ويكشطها فى جرات بمقص طويل منحن على صفحه * لكن لا يقطع منها الا الجزء البارز الى الظاهر كى لا تحصل انزفة خطرة ولا تضايق تابعى فى الاست * نعم يبقى منها بذلك جزء يظهر انه كبير الحجم لكن بواسطة الالتئام يهبط ولا ينشأ عنه ضيق فى فتحة الاست

(تنبيه)

الاورام الباطنية اى التى تكون داخل المقعدة يكون فى قطعها عسر شديد وحينئذ ينبغى ان يتحيل فى خروجها الى الظاهر بالكلية بوضع المريض فى حمام مقعدى ساخن ويؤمر بالتزحر الشديد وحينما تخرج تلك الاورام يوضع سريعا فى فراشه ويشرع فى العملية * واعلم ان (دوبويترن) يمسكها ويستأصلها بالقطع بدون احتراس * واما (بوييه) فانه يبتدئ بتنفيذ ابرة فى سمها

خيط له عروة فى كل منها اذا كانت متفرقة معزولة عن بعضها او يعلقها بسنانير واما اذا كانت مكونة لحوية غليظة كما هو الغالب ومنفصلة الى جملة اقسام بواسطة انبعاجات كثيرة العمق او قليلته فانه ينفذ فى كل قسم عروة ومنفعة هذه الخيوط حجز الباقى من الاورام بلا قطع من الدخول عند انقباض العضلة العاصرة من الالم الحاصل من القطع الاول ثم بعد تنفيذ العرى فى الاورام بالكيفية المذكورة يسلمها الجراح الى مساعد ماعدا عروة الخيط النافذ فى الورم المراد قطعه اولا فانه يفضل قابضا عليها ويشد الخيط نحوه كى يبرز الورم الى الظاهر فيقطعه من قاعدته اى اصله بمشرط يلفت ظهره نحو مركز الاست ثم يتناول عروة الورم الثانى من المساعد ويقطعه بهذه الكيفية وهكذا * لكن اذا كانت هذه الاورام عتيقة وكان ينصب منها دم على الدوام او على ادوار يلزم ان تتبع وصية ابقراط بترك واحد منها بدون قطع او ربط لاجل ان يستمر سيلان الدم منه ويمنع حصول تضايق الاست والمعا المستقيم باستعمال الفتائل لاسيما اذا شقت العضلة العاصرة بعد قطع الاورام * ثم لاجل قطعها يدخل الجراح سبابة يده اليسرى فى المقعدة ويهدى عليها نصل مشرط ذى زر ومتى دخل حتى وصل الى اعلى حافة الاست بنحو قيراط ونصف يوجه حده نحو دائرة الفتحة ويجذبه فيشق الجلد والعضلة العاصرة والنسيج الخلوى المحيط بها شقا غوره مقدار نصف قيراط

(تنبيه)

اكثر ما يقع بعد القطع ويخشى منه جدا النزيف * وقد اختلف الجراحون فى الوسائط التى تفعل لحسمه * فالجراح (بوييه) يقدم الحشو ولا يلتجىء الى الكى بالحديد المحمى الا فى آخرة الامر * واما (دوبويترن) فانه يستعمل الحديد المحمى فى جميع الاحوال بل يأمر باستعماله عقب القطع بدون تأخير الى ظهور النزيف * وكيفيته هى ان يوضع فى الاست قتيل رفيع من نسالة ويوكل بالمريض مساعد حاذق يراقبه فاذا ظهر النزيف امر المساعد المريض بالزحير ليسرع استفراغ الامعاء من الدم المحصور فيها ثم يحقن حالا بحقنة باردة وبذلك يخرج

الجرح الى الظاهر فيكوى المساعد المحل النازف منه الدم على صورة سلسول بمحور يسميه (دوبويترن) بالمحور اللوبى لكون طرفه الكاوى على صورة حب اللوبيا او بمحور اسطوانى * وهذه الكيفية تكفى دائما فى ايقاف النزيف ولا يحصل عقبها عوارض خطرة

(الفصل الرابع فى عمليات الثاليل الافرنجية)

هذه الثاليل تارة تكون بسيطة وتارة تكون متضاعفة ومجتمعة اوذات سويق وهى تختلف كثيرا فى الحجم فعلى حسب ذلك تعالج * اما بالكاويات الخفيفة او الشديدة * واما بالربط * واما بالقطع * فان كانت ذات سويق او كبيرة الحجم قدم القطع على غيره وكيفية (دوبويترن) فيه هى ان تمسك بجفت متين وتكشط بمقص ثم انه لا يحصل بقطعها نزف لكونها ليست متصلة الا بالجلد فقط

(الفصل الخامس فى عمليات بوليبوس المعا المستقيم)

تشريح مرضى * هذا البوليبوس تكون اورامه رخوة عادة ودوالية اسفنجية اوفطرية وشكلها مدرر او كمثرى وقد تكون فطرية اى على صورة عيش الغراب والغالب ان تتركب من جملة فصوص والتصاقها بالغشاء المخاطى للمعا المستقيم يكون بقاعدة عريضة اوسويق طويل اوقصير او دقيق وحجمها يكون من حبة بسيلة الى بيضة دجاجة * والغالب ان تكون شاغلة لجزء المعا المستقيم القريب من الاست وقد تكون بعيدة عن هذه الفتحة فلا يمكن الوصول اليها بالاصبع * ثم ان لازالتها ثلاث طرق * الربط * والكاويات والقطع * فالربط يفعل بحقن سائل اولا فى المستقيم ثم يؤمر المريض بالزحير ليطرده الى الخارج فيخرج معه البوليبوس وحينئذ يضجع المريض على جنبه ويمسك البوليبوس بجفت ويجذب حتى يظهر سويقه فيلف عليه رباط ويشد شدا وثيقا ثم يقطع الورم من اسفل الرباط بعيدا عنه بمسافة وافرة كى لا ينفلت الورم من ذلك الرباط ثم بعد القطع يدخل السويق فى المستقيم مع الرباط وبعد مضى عدة ايام ينفصلان معا من المعاء المذكور * والصواب ان يكون الربط على الجلد او الغشاء المخاطى النائى عليه البوليبوس كى لا يتولد ثانيا وقد جاء الى (دوسولت) مريض به

بوليبوسا حجمه قدر بيضة الدجاجة وكان اصله فى المستقيم اعلى فتحة الاست بمقدار ستة قراريط فلف حوله رباطا بالالات التى تستعمل فى ربط بوليبوس الرحم ولم يتبع ذلك الرباط بالقطع فبرئ المريض باذن الله تعالى * واما الكاويات فقد فعلها بعضهم فى بوليبوس كان يحدث بربطه آلاما شديدة جدا ونجحت نجاحا عظيما ومع ذلك فهى مهجورة عند جمهور الاطباء * واما القطع فيفعل اذا كان الورم البوليبوسى كالاورام الباسورية سواء كان باطنيا اوظاهريا * وكان الجراح (دوبويترن) يأمر المريض بالتزحر والتعنى كى يخرج البوليبوس فيمسكه بالجفت المعدله ويقطعه بمقص فاذا كان سويقه بعيدا جدا لايمكن نزوله الى الاست يهدى مقصا على الاصبع السبابة حتى يصل اليه فيقطعه

(حكومة)

يعلم مما تقدم ان القطع اسرع الطرق وابسطها لكن الغالب ان يحدث عنه نزيف يلزم لايقافه استعمال الحشو اوالكى فبناء على ذلك لاينبغى فعله الا اذا كان لايخشى من حجم الورم وطبيعته وقوع هذا العارض اوكان يحدث بالربط الم لايطاق

(الفصل السادس فى عملية سقوط المستقيم ويقال له ايضا سقوط المقعدة)

اعلم ان سقوط المستقيم عبارة عن انفصال الغشاء المخاطى ونزوله الى الخارج بحيث يظهر على صورة بروز قدره من قيراطين الى ستة ويتجدد بعد رده كلما وقف المريض وقوفا طويلا اوتزحر تزحرا شديدا وقت التبرز * ثم انه يلزم قبل كل شئ ان يرد * وطريقته ان يلقى المريض على ظهره اوبطنه كما ذهب الى ذلك بعض الجراحين مرفوع الحوض بوسائد بحيث يصير الاست ارفع جزء من البطن والفخذان منثنيتين بقوة والعضلات مسترخية ثم ينظف الورم بماء فاتر ويغطى جميعه بخرقة مبلولة وتوضع فى وسط طرفه الظاهر رفادة ثم يضغط الجراح على قاعدته وجميع سطحه باليد اليسرى برفق ليقل حجمه ويدفعه بسبابة اليمنى الى الباطن شيأ فشيأ مع تذكره ان جزء الورم الذى خرج اخيرا يكون الجزء الاكثر بعدا من الاست والمشاهد فيه فتحة الامعاء كما فى انقلاب الامعاء

فى الاست الصناعى وهو الذى يلزم ان يبتدأ بادخاله * والغالب ان يكتفى بادخال الاصبع المذكور فى تلك الفتحة ويدفع به الى الخلف فيرد الورم وقد يكون الضغط على وسط الورم بعدة اصابع مجتمعة على صورة قمع كان يراد ادخالها فى الاست وتدفع بها الرفادة المغطية لطرف الورم امامها احسن من ذلك هذا اذا كان الورم غير منتفخ كثيرا والا لزم تنقيص حجمه قبل رده بالضغط عليه برباط يلف حوله وبغسولات قابضة * وان كان فيه اختناق شقت العضلة العاصرة للاست ثم كلما دخل جزء من الورم يسند باليد قبل ان يشرع فى ادخال غيره ومتى دخل كله يمنع خروجه بفتيل غليظ مجعول فى باطن كيس اوعار عنه اوبسدادة من نسالة اوقطعة من خشب اوعاج اوصمغ لدن تجعل كروية الشكل اوبيضية اوقطعة من اسفنج تعلق فى مجس من فضة * وعلى كل حال يثبت برباط صورته هكذا ح هذا فى الرجال واما فى النساء فتوضع فرزجة فى المهبل لتقرب الجدار المهبلى المستقيمى من الجدار المستقيمى الخلفى اوحقن قابضة اوغير ذلك مما يناسبهن لكن الوسائط الشفائية حقيقة هى كشط ثيابا الاست اوكيه اوقطع الورم نفسه على ماذهب اليه بعض الجراحين

اما الكشط فان فعله مؤسس على المعارف التشريحية الاتية وهى ان الاست يكون محاطا فى الحالة الطبيعية بثنيات جلدية بارزة متينة متجهة من دائرته الى مركزه مع تقاربها وربما يزداد عددها كلما تضايق الاست * واما اذا كان متسعا زيادة عن الحد والعادة فان هذه الثنيات تكون مسترخية بل ربما تزول بالكلية بانبساطها لكون الجلد والعضلات التى تحته فقد امرونتها وانقباضهما فبقطع بعض هذه الثنيات تنقص دائرة فتحة الاست * وكيفية (دوبويترن) فيه هى ان يكب المريض على بطنه ويجعل الجزء العلوى من الصلب والرأس فى وضع منحدر والحوض بالعكس اى يجعل مرفوعا بواسطة وضع جلة وسائد تحته وتبعد الفخذان والاليتان لينكشف ورم الاست ويمسك الجراح ثنيتين اوثلاثا اواربعا اوخمسا اوستا من الثنيات المشعة بجفت تشريح ذى مقبضين عريضين كى يقل الالم ثم يقطع هذه الثنيات بمقص منحن على صفحه عند رفعها بالجفت

وينبغى ان يصل هذا القطع الى الاست بل الى باطنه كى يحصل التضايق فى سعة عظيمة ففى الحالات الاعتيادية يكون ذلك القطع بقدر اربعة خطوط من الثنيات المذكورة * واما فى حالة الاسترخاء الشديد جدا فينبغى ان يمتد الشق مقدار نصف قيراط وان يزاد عن العدد المذكور فى قطع الثنيات * وفى الاسترخاء المتوسط يكتفى بقطع ثنية او ثنيتين او ثلاث من كل جانب * والجراح (مالجين) يستعمل فى هذه العملية جفت تشريح كلا مقبضيه مثنية بسنارتين وقال ان هذا الجفت ينفع فى كثير من الاحوال فينبغى ان تكون عدة الجراح مشتملة عليه دائما وقد نوع كيفية (دوبويترن) المذكورة بقطع بعض ثنيات من الغشاء المخاطى اعلى العضلة العاصرة بدون فاصل والورم ظاهر متعللا بانه لا يحصل بذلك تقيح من الظاهر ولا يحصل نزيف الا اذا كان القطع الى اعلى كثيرا ولا يحتاج بعدها الى علاج الجروح لكن يلزم قبل الشروع فى العملية بهذه الكيفية خلو الامعاء مما تحتوى عليه لاجل ان يفضل المريض بدون تبرز عدة ايام * وبعد اندمال الجروح يتضايق الاست ولا ينقذ منه الغشاء المخاطى وكان (دوبويترن) لا يعالج الجروح ايضا بل كانت تندمل بلا واسطة لكونها صغيرة * واما (ويلبو) فكان يقصد التقيح بادخال فتيل صغير كى يتكون بذلك النسيج الاندمالى واما قطع الورم نفسه فقد فعله الجراح (سباتييه) ونجح معه نجاحا عظيما وطريقته فى ذلك هى ان يعلق الجزء الاكثر بروزا من الحوية المتكونة من المستقيم بجفت او سنارة ويقطعه بمقص منحن على صفحه * وطريقة (هوستيس) هى ان يجذب الورم بابهام وسبابة اليد اليسرى ويقطع عرضا بقوة بمشرط ثم يرد ما بقى من الغشاء المخاطى معلقا الى الخارج * وطريقة (ريكور) هى ان يبتدأ بتنفيذ عروتى خيط فى قاعدة الورم كى يحتفظ بهما الى الخارج ثم يفعل شق حلقى بمشرط محدب به يزول الورم كله دفعة واحدة ولكن كلما فتح شريان من الشرايين يربط ولا يرجع الى العمل الا بعد حبس الدم بالكلية واما كى الاست فان المريض يوضع فيه الوضع المعتاد ثم يبرز الاست الى الخارج بقدر الامكان ويوضع على عدة محال من دائرته محور باطنى مجمى حتى يصير

ابيض ويفعل بهذا المحور عدة خطوط بقدر اللازم * وينبغى ان لا تجاوز غلظ الجلد ثم ان نتيجة هذه العملية مماثلة لنتيجة قطع الثنيات فى حصول مرونة ومتانة الجلد بتكوين النسيج الاندمالى وليتنبه الى ان مقدار عدد الكى هنا يكون على حسب ما تقدم من عدد الثنيات فى القطع * ومما يسهل عملية الكى توسيع الاست بوضع آلة مرئية ذات ثلاث شعب *(حكومة)*

ينتج مما تقدم ان الكشط والكى على حد سواء اذا كانت الاجزاء الخارجة سليمة بخلاف ما اذا كان فى الاست تضايق واختناق وتيبس فى تلك الاجزاء فيكون قطع الورم احسن حينئذ

(الفصل السابع فى عملية استئصال المستقيم)

تشريح مرضى * اعلم ان سرطان المستقيم الذى يفعل لاجله ذلك الاستئصال كان قديما من الدا آت العضال وكان جمهور الجراحين يظنون انه غائر فى سمك المعا المستقيم حتى بين (ليسفرنك) انه يمكن استئصال الجزء السفلى من المعا المذكور فى سعة عظيمة بدون خطر * والذى حمله على ذلك المذهب كونه شاهد ان السرطان يكون مقتصرا غالبا على الغشاء المخاطى لذلك المعا بل حملته التجربة والمعارف التشريحية الجيدة على الجراءة على استئصال المستقيم فيما اذا كان السرطان شاغلا له لكن يشترط لنجاح العملية فى ذلك شرطان * الاول ان يجاوز طرف السبابة حدود الداء * الثانى ان يكون النسيج الخلوى المحيط بالمعا سليما كى يكون المعا غير ملتصق بالتصاقات مرضية فيسهل تنكيسه بقدر الكفاية

(تشريح جراحى)

اعلم ان البريتون يقف فى مروره على المعا المستقيم بعيدا عن انتهائه بستة قراريط فى النساء وباربعة فى الرجال وانه يمكن ابراز جزء عظيم من المعا الى الظاهر بعد فصل الاست من الجلد بشق يبقى بسبب النسيج الخلوى المحيط بالمعا والاعوجاج الموجود فى طرفه السفلى فان ذلك مما يعين على سهولة وضع الالات ولا ينزل البريتون فى هذا الشق قدر خط من قيراط ويكون الاست بعيدا من الخلف عن طرف العصعص بقيراط ونصف والمستقيم محاطا من هذه الجهة

بنسيج خلوى فقط ولا يجاوره فيها الاعظم العجز فقط * واما من الامام فيكون
فى الرجال بعيدا عن مجرى البول بمسافة عظيمة من العجان الى البرستتا اى الغدة
امام المثانة وتباعد مجرى البول عن المعا يحدث زاوية تعدل عشرين درجة
وانفراجها يلى الاسفل بحيث يمكن النفوذ بالمشرط فى الانسجة الشحمية
والصفاقية الفاصلة لهما بدون خطر ويكون المجرى المذكور ملتصقا بالمعا
مقدار ربع قيراط اعلى من ذلك امام البرستتا وهذا الالتصاق وكذا التصاق
المثانة بالمستقيم لا يكون الا بواسطة نسيج خلوى رقيق مرن يكفى الاصبع
فى فصله * فعلى ذلك يمكن جذب المعا جذبا خفيفا وفصله بعد شقه حتى يقطع
من جميع دائرته مقدار قيراط ونصف بدون ان يصاب مجرى البول * واما
فى النساء فتكون المسافة التى بين الاست والمهبل قدر قيراط عادة لكنها
تقصر من الولادة حتى تصير قدر بعض خطوط * نعم بواسطة الشق البيضى
والشد يمكن ابراز قيراطين من اسطحة المستقيم الجانبية والخلفية الى الظاهر
وقطعها * واما من السطح المقدم فمقدار قيراط وثلث وانما لم يمكن امتداد السطح
المقدم كالجانبية والخلفية لان التصاقاته متينة لكونها حاصلة من الياف عضلية
وصفاقيه بين المهبل والمعا اعلى من النسيج الخلوى تحت الجلد بدون واسطة
فى سعة ربع قيراط لكن بعد فصل هذه الالتصاقات يكفى الاصبع فى فصل المعا
من المهبل الى التصاقه بالبريتون

(تنبيه)

العروق التى يخشى منها فى هذا الشق هى الشريان الباسورى السفلى
والمستعرض للعجان والباسورى المتوسط والفرع السطحى للاستحيائى الباطن
والفروع الانتهائية للباسورى العلوى لكن يمكن قطع نزفها باللى او الربط
او الضغط وبعد قطع العضلات العاصرة السفلى تنوب عنها الالياف الحلقية
للجزء الباقى من المستقيم اعلى القطع فتكون بمنزلة عضلة عاصرة علوية
ثم ان هذا الاستئصال يفعل بطريقة (ليسفرنك) وهى ان يوضع المريض
كما سنذكره فى عملية استخراج الحصاة بالطريقة الجانبية المنحرفة ثم يفعل الجراح

شقين هلاليين بعيدا عن الاست بنحو قيراط يقطع فيهما الجلد الى الطبقات السطحية من النسيج الخلوى ويجمع طرفيهما خلف المستقيم وامامه بحيث يصيران محيطين به ثم يفصل المستقيم بتوجيه المشرط توجيها مصالبا للمعا ويدخل السبابة فى تجويف المعا منثنية نصف انثناء ويجذبه بها حتى يصير الى الخارج ويبرز ايضا جزء عظيم من الغشاء المخاطى الذى هو مريض وحده غالبا اومع بعض الاجزاء المجاورة له وحينئذ يسهل قطع جزء عظيم منه بمقص منحن على صفحه اومشرط واذا كان المرض لا يرتقى اعلى الاست اكثر من قيراط يمكن قلب المستقيم على نفسه ايضا ولو كان السرطان شاغلا لجميع سمك جدرانه وكشف محل المرض كله وحينئذ يشق الجزء المقلوب شقا موازيا لسمت الجذع ويقطع بمقص صلب منحن على صفحه واما اذا اصاب السرطان طبقات المعا كلها وبعض طبقات النسيج الخلوى المحيط به فيفعل الشق البيضى المذكور آنفا ويفصل الجزء السفلى من المستقيم فى دائرته كلها وتدخل السبابة فى المعا ويهدى عليها مقص مستقيم متين به تشق الجدران الخلفية للمعا كلها شقا موازيا لسمت المعا يصل الى اعلى حدود الداء وانما اختير ان يكون الشق على الجدران الخلفية كما ذكر لاجل ان يكون بعيدا عن العروق والبريتون وبواسطته يبسط المعا ويرى الداء فى جميع سعته فاذا واراه الدم وضع فى الجرح اسفنجة مغموسة فى ماء بارد مدة دقيقتين اوثلاثة وبذلك يقف سيلان الدم فى الحال وزيادة على ذلك يحفظ الجزء السفلى من المستقيم منكسا بسنانير كافية لذلك ثم اذا فعلت هذه العملية فى امرأة يكون وضع اصابع المساعد فى المهبل نافعا جدا * واما اذا فعلت فى رجل فالصواب ان يوضع مجس قثاطير فى المثانة ويسلم لمساعد ماهر ثم يشرع الجراح فى فصل السرطان لكن قد يكون هذا الفصل عسرا طويل المدة شاقا لاسيما قرب المهبل ومجرى البول ومع ذلك فالجراح (ليسفرنك) قطع قيراطا واثنين بل وثلاثة من المعا وكان يربط العروق كلما فتح منها شئ مع عدم التأنى حتى وصل الى حدود الداء فاذا لم يحتبس النزف بهذا الربط اولم يمكن ربط جميع العروق فلتوضع على الجرح اسفنجة مغمورة فى ماء بارد * وذهب الجراح المذكور الى

عدم

عدم العجلة بحشو الجرح خوفا من حدوث الالتهاب * واذا فعله لا يبقيه الا بعض ساعات ليقل التهيج وهذه الكيفية نجحت معه نجاحا عظيما ثم بعد الفراغ من العملية يعالج الجرح بوضع النسالة عليه وضعا مسطحا ويكرر ذلك فى اليوم الواحد ثلاث مرات ليسيل الصديد وبعد زوال الخوف من حدوث الالتهاب يدخل فى الجرح فتيل غليظ من نسالة وينبغى للمريض الاستمرار على وضعه حتى يتم شفاؤه بل وبعده بمدة وقد ينتظر ذلك الشفاء مسافة شهرين او ثلاثة وبعد ذلك يحفظ المعا وظائفه لان الجزء المستأصل منه يستعوض بقناة جديدة مخاطية ويمكن ان تتكون من اليافه العضلية الموجودة اعلى القناة المذكورة ومن اندغام العضلة الرافعة للاست حوية على صورة عاصرة تمنع خروج المواد الثفلية بدون ارادة ان لم تكن سائلة والا فتنفذ منها ولا يكون لها قدرة على منعها

(الفصل الثامن فى عملية تضايق الاست والمستقيم)

تشريح مرضى * اعلم ان تضايق الاست نفسه يحصل غالبا من الندب التى تعقب القروح وقد يكون من جروح بعض العمليات التى تفعل فيه * ويعالج بوضع فتيل غليظ يستمر فيه لكن هذه الواسطة لا يرجى منها الشفاء التام * واما تضايق المستقيم فهو على ضربين اذ تارة يكون حاصلا من حاجز مستعرض يشغل جهة واحدة من المستقيم او جميع دائرته فيصير هذا الحاجز مثقوبا من الوسط بفتحة ضيقة وتارة يحصل من تقارب طبقات المعا عدة خطوط الى قيراط فازيد وبذلك يصير تجويف المعا مقدار تجويف قصبة ريشة اعتيادية والاول يكون مجلسه غالبا اعلى فوهة الاست بقيراط او اثنين ويكون حادثا من تيبس الصمامات المخاطية للمستقيم * واما الثانى فيكون مجلسه اعلى من ذلك بل قد لا يمكن الوصول اليه بالالات * وقد عالجه الجراح (اموسا) بالكى فنجح فيه نجاحا عظيما لكن المقبول عند جمهور الاطباء فى علاجه هو التوسيع والشق * اما التوسيع فيمكن فعله بمجسات من صمغ لدن لائقة الحجم لكن الغالب ان يفعل بفتيل من نسالة يدخل بكيفيات مختلفة فتارة يدخل بواسطة حاملة الفتيل فقط وتارة يدخل اولا كيس فارغ من قماش ثم يملا نسالة وبعض الاطباء

ذهب الى استعمال المثانة المنفوخة بالهواء او المملوءة ماء او غيره * اما استعمال الكيس فله كيفيات * منها كيفية (كوستلات) وهى ان يوصل كيس من البز الى اعلى التضايق بواسطة مجس يجعل فى تجويفه كالسيخ ثم يحشى بفتائل من قطن تدفع فيه بحاملة الفتيل وبذلك يتسع بقدر ما يراد * وهذه الكيفية شبيهة بالكيفية الاعتيادية لكن يمكن فيها ادخال الكيس الى محل اعلى من محل الكيفية الاعتيادية * ومنها كيفية الجراح (بيرمون) وهى ان تجهز آلة مشتملة على ماسورتين متداخلتين فى بعضهما طولهما ستة قراريط والباطنة تكون ملساء مسدودة بحاجز من الاعلى يتعشق بواسطة نتوجانبى موجود فى شرم فى الماسورة الظاهرة قريب من طرفها الخالص * واما الظاهرة فتجويفها مقدار ستة خطوط اى نصف قيراط ومفتوحة الطرفين وفيها من الظاهر عدة ميازيب حلقية يحكم على الواحد منها قميص وهاتان الماسورتان يدخلان فى المستقيم وهما متداخلتان فى بعضهما ثم تدخل نسالة فى القميص بواسطة جفت طويل بحيث تدفع حتى تكون حوية حلقية حذاء طرف الماسورتين * وينبغى ان يكون القميص اكثر امتلاء من الجهة اللازم ان يكون فيها التوسيع اعظم ثم يثبت من الظاهر تثبيتا جيدا * واذا احتاج المريض الى التغوط تخرج الماسورة الباطنة بغير تحريك الظاهرة وتزحزحها عن موضعها فالبروز الذى هو اعلى من الماسورة المتكون عن امتلاء القميص يوجه المادة الثفلية نحو القميص ثم تحلل بحقن حتى يسهل مرورها من الماسورة الظاهرة وبعد الفراغ من التغوط ترد الماسورة الباطنة الى موضعها الاول وهو تجويف الظاهرة * ومنها كيفية الجراح (تانشو) اعلم ان هذا الجراح قد شاهد تضايقا فى المعا لا يمكن تتبع تعوجه الا بمسبر فصاغ له انبوبة من معدن طولها قيراط وجعل فى طرفها العلوى عنيقا وعلق فيه فتيلا وجعل الطرف السفلى متسعا شبه قمع ليدخل فيه حاملة فتيل مجوفة طولها ستة قراريط ثم ادخل المسبر وازلق عليه الانبوبة وحاملة الفتيل وبذلك وصل الفتيل الى اعلى التضايق مع عدم عائق فى مسيره ثم اخرج حاملة الفتيل والمسبر وابقى الانبوبة الصغيرة فى المستقيم

لتخرج منها الرياح * واما الشق فطريقته ان يلقى المريض على ظهره مرتفع الحوض متباعد الوركين مثنيهما كما فى عملية الحصاة العجانية ثم يدخل الجراح سبابة يده اليسرى فى المستقيم مدهونة بالقيروطى بسرعة وعدم توقف كى لا تنقبض العضلة العاصرة بالاحساس به عند دخوله * وينبغى ايضا ان تدهن حوافى الاست بذلك ثم بعد ادخال الاصبع المذكورة حتى تصل الى التضايق ويعرف مجلسه يزلق على طول سطحها الراحى مشرطا مستقيما ذا زر ملفوفا عليه خرقة الى قرب زره بستة خطوط او ثمانية وينفذه فى فتحة التضايق وهناك يلفت حده نحو الحاجز ويشقه بجذب النصل نحوه فان كان التضايق جانبيا كفى شق واحد والا بان كان حاصلا عن حاجز حلقى فاقل ما يلزم شقان متقابلان وقد يضطر الى اكثر منهما بمعرفة الجراح ثم ينفذ فتيلا غليظا الى ماوراء مجلس التضايق ليشترك التوسيع والشق فى الفائدة

(حكومة)

التوسيع وحده يليق بالتضايق الحاصل عن زيادة غلظ جدران المعا والغائر فى المستقيم * والشق يناسب التضايق الرقيق الغشائى لكونه بسيطا سريع النتيجة بل هو فى ذلك انسب من الكى ايضا

(الفصل التاسع فى عملية حشو المعا)

اعلم ان الحذاق من الاطباء يشيرون باستعمال الحشو فى جميع احوال النزف المخيفة كما اذا حصل عقب اغلب العمليات التى نحن بصددها فى هذا الباب ولنذكر لك طريقة الجراح (بوييه) فيه لشهرتها فنقول * هى ان تصنع سدادة غليظة مستطيلة من النسالة متوسطة الصلابة لا يابسة ولا هشة ويجعل على احد طرفيها خيطان غليظان مشمعان متصالبان ومقاطعان لبعضهما على ذلك الطرف ثم يعقدان على الطرف الثانى وتجمع اطرافهما الاربعة بحيث تصير طرفين فقط ثم يؤمر المريض بالتزحرك يخرج الدم المنصب فى المعا وتدهن حوافى الاست والسدادة بقيروطى ثم تدخل السدادة فى المستقيم بجفت ذى حلقات وتدفع الى اعلى بقدر الامكان لتجاوز العروق المفتوحة ثم يملأ الجزء

السفلى من المعا بكرات من نسالة مربوطة لتندمج وكذا الاست والشق الذى فعل فيه عقب قطع البواسير وتغطى كرات الاست باقراص من نسالة ثم يعد خيطا السدادة بان يجعل احدهما الى اليمين والثانى الى اليسار ثم يوضع فيما بينهما كرة من نسالة غليظة يابسة جدا تدفع نحو الاست باحدى اليدين ويشد هذان الخيطان بالاخرى لتنزل السدادة حتى تقف ومتى وقفت ولم يمكنها النزول يعقد الخيطان على الكرة الكبيرة الموضوعة بينهما ثم يوضع على النسالة رفائد ويثبت جميع ذلك برباط صورته هكذا * وينبغى ان يكون شد الاطراف السفلى من هذا الرباط قويا بقدر الامكان

(تنبيه)

هذا الجهاز يضغط على السطح الباطن للمعا المستقيم ضغطا قويا فيحبس نزف الدم اذا كان جيد الوضع بخلاف ما اذا كان رديئه فان النزف يستمر ويكون خطر العاقبة جدا لكونه لا يمكنه السيلان من الاست فيصعد الى المعا ويملاؤه بدون شعور به وانما يعلم فيما بعد بضعف المريض واصفرار وجهه والعرق البارد والمغص والتزحر الشديد وحينئذ ينبغى الاسراع فى ازالة الجهاز والسد ويفرغ المستقيم من الدم بواسطة التزحر او الحقن اذ بقاؤه يلجئ المريض الى التزحر بعد وضع السدادة ثانيا ثم يوضع الجهاز المذكور ثانيا وضعا جيدا وقد يكون حشو المستقيم بادخال وسط رفادة مربعة بحيث يتكون منها تجويف يملأ نسالة ثم تشد زوايا الرفادة على الاليتين بقوة * وقد ادخل الجراح (لوريت) شانة نحو شاة فى المستقيم محشوة نسالة فنجحت معه هذه العملية نجاحا عظيما * واعلم انه ينبغى ابقاء هذا الجهاز موضوعا اربعة ايام او خمسة فاذا جبر التزحر الجراح على رفعه ينبغى ان يرفعه بلطف مع غاية الاحتراس ثم يضعه سريعا كما كان بدون تأن ثم ان اخراج السدادة هين جدا بان تحل عقدة الخيوط او تقطع ثم تخرج الكرات والنسالة فان تعسر اخراج السدادة الباطنة بسبب تضايق الاست انتظر استرخاء جدران المستقيم بالتقيح * وينتج مما تقدم ان جميع وسائط الحشو قد تكون متعبة الغاية للمرضى كما قاله (دوبويترن)

والغالب

والغالب ان تدفع من التعنى والتزحر اللذين يحدثان بوضعها فى المستقيم فلذا ذهب الى تفضيل الكى عليها وهو كذلك اذا رضى به المريض * واما اذا لم يرض به فلا ينبغى ترك الحشو وافضل انواعه المثانة لكونها بسيطة * ثم اعلم ان السدادة تضغط على عنق المثانة فيعسر خروج البول فينبغى وضع مجس من صمغ مرن فيها ليبول منه المريض

(الفصل العاشر فى عملية اخراج الاجسام الغريبة من المستقيم)

اعلم ان آلات اخراج الاجسام الغريبة من المستقيم تختلف على حسب طبيعة الاجسام وحجمها فقد تكفى الاصبع السبابة وحدها او هى والابهام فى اخراج الاجسام التى يمكن مسكها وقد تكفى يد طفل او قابلة وقد تتعين الملعقة او جفت غيار الجروح او جفت البوليبوس او نحو ذلك فى الاجسام التى لا تخرج الا بها واما اذا كان الجسم قطعة من خشب فتستعمل فيه البرمة او كان من الحلق المعدنية او من الاجسام التى من هذه الطبيعة فتستعمل فيه الكماشات لتكسيره اولا ثم يستخرج بها او غيرها من الآلات * والجفت ذو الفروع الثلاثة يثمر هاهنا اثمارا عظيما * وبالجملة فالجراح يختار من هذه الالات بحذقه ومهارته ما يليق بالحال * نعم اذا تعسر الاخراج بهذه الوسائط يوسع الاست بالمنظار ذى الشعبتين او الثلاث شعب بان يدخل فى الدبر بالكيفية التى سنذكرها فى ادخاله فى المهبل وقد يضطر الى شق الاست ايضا بشرط ذى زر

(الفصل الحادى عشر فى عملية ثقب الاست المسدود خلقة)

تشريح مرضى * قد يولد الطفل مسدود الطرف السفلى من المعا المستقيم وذلك يحصل بثلاثة اسباب * الاول ان يوجد غشاء رقيق محله فيسده او طبقة من الانسجة لا تزيد غلظا عن بعض خطوط * الثانى ان يكون اعلى الاست بقليل او كثير حاجز رقيق ساد للمستقيم وان كانت فتحة الاست موجودة * الثالث ان يكون المستقيم غير كامل سواء كانت فتحة الاست موجودة اولا * وغير مثقوب ايضا فلا يصل الى الاست بحيث يكون بين انتهائه وفتحة الاست مسافة مجهولة الطول ممتلئة من الاجزاء ففى الحالتين الاولين يكون هناك انسداد فقط

وفى الحالة الثالثة يكون المستقيم معدوما خلقة وقد شاهد الجراح (اموسا) حالة من هذا القبيل كان الاست فيها منفتحا فى المهبل ولنذكر لك هذه الانواع فى ثلاثة مطالب فنقول

(المطلب الاول فى انسداد الاست البسيط)

اعلم انه متى كان السادّ للاست غشاء بسيطا وكان هنالك تموج او بروز او نقطة زرقاء تدل على موضع طرف المعا دلالة اكيدة يفتح بغرزسن مشرط مستقيم وسط المحل المظنون فيه المعا ثم يشق ذلك الغشاء من الباطن الى الظاهر بهذا المشرط او بمشرط آخر ذى زر شقا صليبيا ثم تمسك كل زاوية من زاويتى الجرح بجفت وتقطع ثم يوضع فى الفتحة الجديدة فتيل غليظ من نسالة كى لا يتضايق الاست * واما اذا كان الانسداد بحاجز بعيد عن الاست بمسافة فيثقب اما بالمبزلة واما بمشرط ملفوف عليه خرقة الى قرب طرفه ببعض خطوط ويهدى المختار من هاتين الآلتين على طح السبابة الراحى فى ادخاله ثم يشق الغشاء شقا صليبيا ومن حيث ان القطع هنا لا يستطاع فعله فليستعمل التوسيع

(المطلب الثانى فى الاست المتحول خلقة)

اذا كان الاست منفتحا فى الجزء السفلى من المهبل قريبا من الشوكة بتحول خلقى فعلى ما قاله الماهر (ويلبو) يسهل اصلاحه وارجاعه الى موضعه الطبيعى وطريقته فى ذلك هى ان يهدى مشرط مستقيم على مجس قنوى يدخل اولا فى الناصور ويدفع ذلك المشرط حتى يصل الى المعا ثم يجذب بنصله كله من الامام الى الخلف اعنى من العجان الى العصعص فتقطع بذلك جميع الانسجة الفاصلة للاست المحوّل من الموضع الاعتيادى عن الاست الحقيقى من اعلى الى اسفل ثم تدخل ماسورة فى المستقيم حتى تصل الى الزاوية الخلفية للجرح وتحفظ فيه لانها تعين على التئام الاجزاء الرخوة من الامام وتنفع ايضا فى خروج الغائط من طريقه الطبيعى * واما طريقة (مالجين) فهى ان يدخل مجس قنوى فى الناصور ليبرز به الجدار الخلفى من المستقيم فى العجان ثم يشق الجدار

المذكور

المذكور من هذا البروز بدون ان تشق الشوكة وبعد اصلاح الاست الطبيعى واعادته تعالج الفتحة الموجودة فى المهبل كما يعالج ناصور مهبلى مستقيمى * واما اذا كان الاست المتحول موضوعا فى المهبل اعلى من الجزء المذكور فعلى ماذهب اليه (مارتين) يشق جميع الحاجز من اعلى الى اسفل ومن الامام الى الخلف كما سبق ثم توضع ماسورة فى المستقيم ويجعل طرفها العلوى مجاوزا للناصور يسيرا وتضم حافتا جرح الجدار المقدم من المستقيم الى بعضهما على السطح المقدم للماسورة بالخياطة لكن قال المعلم (ويلبو) ان هذه الخياطة عسرة جدا وفى الحقيقة ليست ضرورية لان الماسورة اذ كانت موضوعة وضعا جيدا تتحول مواد التبرز فيها وتلتحم الانسجة من امامها بلا واسطة خياطة *وعلى كل حال فهذه الطريقة لا تناسب الا اذا لم يمكن افتتاح الاست الصناعى بدون شق الحاجز المقدم فاذا امكن ذلك تدخل آلة معوجة على صورة كلاب غير حاد الطرف فى الناصور وتدفع من اعلى الى اسفل حتى يصل طرفها المعوج الى آخر المعا المسدود ثم يغرز على البروز المتكون من الآلة مشرط او بازلة من الجلد نحو الحوض حتى تصل الى المستقيم بدون شق الحاجز المهبلى المستقيمى فان كانت فتحة المستقيم متحولة فى الذكور الى الجزء العجانى من مجرى البول استعملت هذه الطريقة ايضا

(المطلب الثالث فى عدم وجود الجزء السفلى من المستقيم)

اذا لم يوجد الجزء السفلى من المستقيم فاما ان يصنع الاست الطبيعى بتكوين الجزء الناقص من المستقيم بشق سمك الانسجة الموجودة موضعه *واما ان يصنع است صناعى وللحالة الاولى عدة طرق

الاولى الطريقة الاعتيادية وهى ان يشق الجلد حذاء المحل الذى يوجد فيه الاست الطبيعى طبيعة لكن يكون هذا الشق اقرب الى العصعص منه الى الجزء المقدم من العجان ويغاص به فى الانسجة على اتجاه المعا المستقيم بان تشق طبقة فطبقة مع البحث على المهبل او المثانة فى الجرح بالسبابة ليجتنبا عن الشق وليعرف محل الطرف المسدود من الاست بواسطة البروز والتموج *ثم اذا عثر به

وحصل الوصول اليه بزل ثم فعل فيه شق يوسع من جميع الجهات ثم يفعل ما تقدم لاستراره حتى تلتئم دائرة الشق بدون تضايق

الثانية طريقة (مارتين) غاية هذه الطريقة فتح التعريج السيني الحرقفي لقولون فى القسم الحرقفي الايسر بطريقة (ليتر) التى سيأتى الكلام عليها لكن هنا يكون الشق موازيا لطول المعاء وقليل السعة جدا ثم يدخل من فتحته من اعلى الى اسفل آلة استقصائية او مجس او مبزلة وتدفع حتى يصير العجان باتئا حذاء الطرف المسدود من المعا او تنفذ فى الاجزاء الفاصلة لهذا الطرف عن العجان فتكون دالة على الطريق التى يتبعها الشق بالمشرط اعنى ان الشق يكون على حسب اتجاهها ثم تتم العملية كما فى الطريقة الاعتيادية وبذلك يكون فيها زيادة أمن عن المتقدمة ثم يعالج جرح البطن على حسب القواعد المذكورة آنفا

الثالثة طريقة (اموسا) قد شاهد هذا الطبيب ابنة كان المستقيم فيها معدوما ومع ذلك كان استها موجودا ومفتوحا فى المهبل باستقامة من اسفل الى اعلى وغير منوط بالمعا الغليظ اصلا بل كان متباعدا عنه بنحو قيراطين فعمل لتكوين المعا المستقيم عملية بهذه الطريقة مشتملة على فعل شق امام العصعص وخلف الاست المهبلى وعلى فصل الجدار الخلفى للمهبل من العصعص والعجز بالاصبع والمشرط وعلى الصعود الى الطرف المسدود من المعا الغليظ ليستدل عليه من المهبل ومن السبيل الجديد وعلى تعليقه بسنانير وكان الاغلب فى تخليصه من دائرته كلها الاصبع وعلى جذبه حتى وصل الى فتحة الجلد وفتحه فتحا واسعا ليخرج منه العق وعلى تثبيت حوافى فتحة المعا بحوافى فتحة الجلد تثبيتا لائقا بالخياطة المتقطعة * وهى انه وضع البنت على طاولة كوضع من يراد فعل عملية الحصاة له ثم شق بمشرط دى نصل قصير جدا محدب الحد شقا معترضا خلف الاست المهبلى طوله ما بين ستة خطوط الى ثمانية ثم شقا آخر متجها نحو العصعص فصارت الفتحة الحاصلة من هذين الشقين بهذه الصورة ٢ . فادخل اصبعه منها ليفتح به سبيلا بين المهبل

من جهة والعصعص والعجز من اخرى ثم قطع النسيج الخلوى الضام لهذه الاجزاء ببعضها وممزقة ووضع فى الاست المهبلى مجسا يحترس به على ثقب الجدار الخلفى للمهبل وبذلك وصل بالنفوذ فى الانسجة الى ما يزيد عن قيراطين فصادف طرف المعا وحينئذ تعنت البنت وتزحرت بالطبع فسهل على هذا الجراح تمييز طرف المعا المستقيم من الشق اكثر من المهبل فرآه على صورة حوصلة فعلقه بسنارة مزدوجة وجذبها نحوه فخلص المعا من التصاقاته الخفيفة من كل الجهات ماعدا الجهة التى تلى المهبل فاضطر فى فصله منها الى استعمال المشرط لكن مع الاحتراس الزائد فى هذا الفصل وجعل حركات الجذب يسيرة كثيرا لاعنيفة حتى شاهد فى قعر الجرح الحوصلة المتكونة عن طرف المعاء وكان العقى يخرج فى اثناء ذلك على جوانب كلابات السنارة فحينئذ نفذ فى طرف المعا ابرة فى سمها خيط مزدوج وبواسطة الخيط والسنارة جذب المعا حتى وصل الى مساواة الجلد ثم فتح فتحة واسعة بين الخيط والسنارة فخرج منها كمية غزيرة من العقى والارياح ثم امسك حوافيها بجفوت لى وسلمها الى المساعدين كى يجذبوا بها المعا جذبا مستطيلا حتى فاق الجزء المجذوب حافة الفتحة المصنوعة فى الجلد وبعد ان صار الغشاء المخاطى زائدا عن الجلد طولا ثبتهما معا بست غرزا وثمانية على دائرة المعا ثم بسط ما زاد من ذلك الغشاء عن حوافى فتحة الجلد كى لا تنفذ الفضلات بين المعا وهذه الحوافى لانه شوهد ان ذلك حصل منه عوارض الامتصاص فى بعض الاطفال الذين لم يحترس الجراح المذكور فيهم بمجاوزة الغشاء المخاطى عن محاذات الجلد وقد نجحت هذه العملية نجاحا عظيما واما الحالة الثانية اى فعل الاست الصناعى فلها طريقتان

الاولى طريقة (ليتر) وهى ان يلقى الطفل على ظهره ممدود الوركين ثم يضبطه المساعدون ويمنعونه عن الحركات ويفعل الجراح شقا على رباط فلوب يسيرا فيما بين الشوكة الحرقفية المقدمة العليا والعانة طوله من قيراط ونصف الى قيراطين يقطع فيه على التوالى الجلد وصفاق العضلة العظيمة المنحرفة البطنية والالياف السفلى للعضلة المنحرفة الصغيرة البطنية ايضا والصفاق المستعرض

والبريتون وبذلك ينكشف التعريج السينى الحرقفى متوترا كالح اللون او مخضرا فيمسك بالسبابة بعد ادخالها فى الشق وجعلها ككلاب ويجذب الى الخارج وينفذ فى ماساريقه عروة خيط تثبت على سطح البطن لتمنعه من رجوعه فى البطن ثم يفتح المعا المذكور بشق مواز للشق الذى فى جدران البطن فيخرج ما كان محصورا فى المعا وبعد مضى ثلاثة ايام او اربعة يلتصق بالبريتون التصاقا متينا وكذا بالجرح الظاهر الموجود فى جدران البطن وحينئذ يخرج الخيط من الماساريقا ويصير بذلك للطفل است صناعى يبقى على الدوام

الثانية طريقة (كاللينن) هى وان يفتح القولون القطنى الايسر بدون ان يصاب البريتون وهذه الطريقة احسن من السابقة وقد اتقنها الجراح الفرنساوى (اموسا) وقبل ان نذكر لك كيفيته نذكر لك بعض كليات فى التشريح الجراحى للقسم الذى يفتح فيه الاست الصناعى بهذه الطريقة فنقول

اعلم ان قسم الخصر من الخلف ذو مسافة مربعة محدودة من الاعلى بالجهة الخلفية بضلع الخلف الاخير ومن الاسفل بعرف عظم الحرقفة ومن الخلف بالحافة الوحشية للعضلتين العجزية القطنية والظهرية الطويلة ومن الامام بخط مستقيم يقع باستقامة على وسط عرف الحرقفة وهذه المسافة هى التى يقع فيها العمل للوصول الى القولون القطنى فالاجزاء المغطية لهذا المعا والمكونة لجدار البطن فى هذا القسم هى الجلد والنسيج الخلوى والشحم والعضلة الكبيرة الظهرية والكبيرة المنحرفة البطنية والصغيرة والمستعرضة والصفاقان والمريقة القطنية والاعصاب والعروق * واما القولون المذكور فهو تحت تلك الاشياء كلها فبعد شقها وفصلها طبقة فطبقة يوصل اليه فيشاهد انه غير مغطى بالبريتون فى ثلثه الخلفى كما ان المثانة غير مغطاة به فى سطحها المقدم وانما النسيج الخلوى المكون للصفيحة الظاهرة فى الغشاء المصلى يحيط به فى ذلك المحل وبذلك يصير مخالفا لباقى الامعاء وملتصقا بجدران البطن بحيث يمكن الدخول فى تجويفه من غير فتح البريتون والصفيحة الخلوية المذكورة المغطية للثلث الخلفى منه متينة ومركبة من جملة وريقات

ثم ان القولون القطنى موضوع امام الكلية من اعلى وليس منفصلا عنها الا بشحم ويجاور من الوسط الوريقة المقدمة من الصفاق الخلفى للعضلة المستعرضة الملتصق بها بواسطة النسيج الخلوى المكون لصفيحة البريتون الظاهرة المذكورة انفا ولا ينفصل عن العضلة المربعة القطنية فى هذا المحل الا بالصفاق المذكور والنسيج الخلوى الشحمى ويجاور من الاسفل عرف الحرقفة هذا بالنسبة لمجاورته من الخلف * واما من الامام فهو املس مغطى بالبريتون ملامسا للامعاء الدقاق المغطية له من غير التصاق ويجاور من الوحشية ايضا الامعاء الدقاق وهو بعيد عن العمود الفقرى والاورطا بمسافة كبيرة وصغيرة على حسب كونه ممتلئا او خاليا * ثم ان طرفه العلوى هو رأس الزاوية الحاصلة من اجتماعه بالقولون المستعرض وهو مجاور للطحال ولطرف المعدة الكبير * واما طرفه السفلى فهو محاذ لحرف عظم الحرقفة وليس مجاورا لشئ مهم وقد تقدم ان لونه اى القولون القطنى مخضر على صورة رسم موازا لطوله فهو مخالف للون الامعاء الدقاق حيث انها صفراء متموجة ومن المهم معرفة ذلك لانها تنفع فى العملية وهو حاصل من غلظ جدران الامعاء الغلاظ ومن اكتسابه هيئة المواد الموجودة فى باطنها * ثم اعلم ان مجاورة البريتون له لا تختلف سواء كان فارغا او ممتلئا غير ان جزأه الغير المغطى بالبريتون يكون اكبر اذا كان منتفخا عن امتلاء كما ان جزء المثانة المقدم الغير المغطى بالبريتون يتسع اذا امتلأت سائلا وانه اى القولون ملتصق بجدران البطن بواسطة النسيج الخلوى كما ذكرنا لا بواسطة رباط من المساريقا كما زعم ذلك بعض المشرحين فاذا فتح الجزء المذكور وخرج ما فيه من المواد لا تنقبض جدرانه وتبعد عن جدران البطن لالتصاقها بها خلافا لغيره من الامعاء ثم اذا جذب الجراح حوافى الفتحة بالجفوت تستطيل من غير ان ينثنى القولون على صورة عروة ويكون الجدار المقدم والانسى بروزا فى باطنه على عكس ما يحصل فى الامعا المعلقة فى جدران البطن برباط من المساريقا لمطاوعتها للجذب * واذا تأمل الجراح فى اليافه العضلية المستطيلة يجدها على صورة ثلاث عصائب احداها

امامه والثانية وحشيه والثالثة انسيه فالاثنتان الاخيرتان يوجدان
فى محل ماتشاهد الثنيات البريتونية بحيث ان المسافة الخلوية الخالية من
البريتون تكون موجودة بينهما * وينتج مماذكرناه فى التشريح الجراحى له
اى القولون المذكور انه اذا فعل الجراح شقا مستطيلا فى جدران البطن على
طول الحافة الوحشية للعضلة المربعة القطنية ربما وقع على الغشاء المصلى لاسيما
اذا كان المعا فارغا فيفتح البريتون كما وقع ذلك للجراح (كالليزين و (دوريت)
وهذا عارض ثقيل خطر فى هذه العملية * واما اذا كان الشق عرضا فيسهل
وجود المسافة الغير المغطاة بالبريتون منه وبذلك لايجرح الغشاء المذكور
ومع ذلك لاتقطع العروق عرضا * ثم ان الامراض الموجبة لعملية
الاست الصناعى فى القولون القطنى الايسر او الايمن هى عدم وجود الجزء
السفلى من المستقيم كما ذكرنا آنفا ولكن لاتفعل هذه العملية الا بعد
ان يفتش الجراح على طرف المستقيم السفلى بطريقة (اموسا) السابق ذكرها
ولم يجده او كان انسداد المعا المستقيم او جزء غيره من الامعاء الغلاظ
بورم متولد فيه حصل عنه تجمع المواد الثفلية فى البطن ولايمكن تسليك
الامعاء من الاسفل وكانت حياة المريض ايلة الى الزوال بسبب ذلك او تجمعت
المواد الثفلية فى البطن من غير انسداد لكن لايمكن اخراجها بواسطة اخرى
غير هذه العملية * نعم اذا كانت المواد الثفلية مالئة للامعاء الغلاظ كلها
فى هذه الحالة وكانت يابسة جدا لايتيسر تفتيتها واخراجها تفعل
العملية فى القولون القطنى الايمن وكذا فى الامراض السرطانية الحادثة
فى المستقيم اذا حصل بسببها عسر شديد فى التبرز * وعلى كل حال فعلى الجراح
ان لايشرع فى فعل مثل هذه العملية الا اذا شاور غيره من مهرة الجراحين وان
لايتقاعد عنها فى الاحوال الثقيلة التى لابد من موت المريض منها اذا لم تفعل له
هذه العملية كما وقع ذلك لبعض مشاهير الفرنساوية كالطبيب الشهير (بروسيه)
الذى مات من انسداد معاه المستقيم * وكيفية هذه العملية هى ان يكب
المريض على بطنه مائلا الى الجهة اليمنى ويوضع تحت بطنه وسادتان يربطان

سوية ويغطيان بملاءة مطبقة جملة طبقات اذ بذلك يبرز قسم الخصر الايسر من الخلف قبالة المحل الذى تقع فيه العملية ثم يفعل شق معترض اعلى حرف الحرقفة بقدر عرض اصبعين او وسط المسافة التى بين هذا الحرف وضلع الخلف الاخير يبتدأ به من الحافة الوحشية ليرابع المتن وهما العضلة القطنية العجزية والظهرية الطويلة وينتهى به حذاء وسط الحافة العليا العظم الحرقفة بحيث يصير طوله بذلك قدر عرض اربعة اصابع او خمسة ويقطع فيه الجلد وما كان ملتصقا به من العضلات السطحية * واما الطبقات العضلية والصفاقية الغائرة فتقطع قطعا صليبيا لينكشف المعا انكشافا جيدا * واذا كانت العضلة القطنية المربعة سائرة له لزم قطع حافتها الوحشية ثم يشق صفاق العضلة المستعرضة ويستأصل النسيج الحلوى الشحمى المغطى للقولون القطنى فيشاهد منتفخا بامتلائه بالمواد الثفلية والغازات اى الارياح ثم يشرع فى فتحه من جزئه الغير المغطى بالبريتون بان ينفذ فيه خيطان يجعل كل منهما بعيدا عن الآخر بمسافة قيراط ثم يوكل مساعد بمسكهما وشدهما لئلا تهبط جدرانه بعد فتحه ثم يثقب فيما بين هذين الخيطين بسن مشرط او مبطة ويدخل مشرط اعتيادى ذو زر او مشرط من المشارط المستعملة فى التفريج عن الفتق من ذلك الثقب على جانب المشرط الاول او المبطة ليوسع به الثقب عرضا ومن الاعلى والاسفل بعد اخراج المستعمل من الالتين المذكورتين فى الثقب * وينبغى ان لا يقرب هذا التوسيع من حدود البريتون فبعد فتح المعا وتقريب حوافى فتحته الى الظاهر يخرج المواد المجتمعة فيه فان كانت متيبسة يحقن الجراح بعض سوائل مرخية فى جزئى المعا العلوى والسفلى ثم تمسك حوافى الفتحة بالجفوت التى تستعمل فى لى الشرايين حتى تظهر على سطح الجلد وتضم به بغرز خياطة متقطعة بعد بسط الغشاء المخاطى الى الخارج وتنظيف الجرح تنظيفا جيدا ثم يغطى الاست الصناعى الحاصل عن هذه العملية برفادة مدهونة زيتا او بضمادة ملينة خفيفة توضع بين رفادتين وترفع وتغير كلما احتاج المريض الى التبرز ثم ينقل المريض الى فراشه ويعالج حتى يتم التحام الغشاء المخاطى بالجلد فتزال غرز الخياطة ويؤمن من

عوارض هذه العملية بان يحقن المريض من الاست الصناعى كلما حصل له امساك او تعسر خروج المواد بيبسها وان يحمى عن كثرة المأكل وان لا يعطى له منها ابتداء الا بقدر القوت فقط * وبالجملة يعالج الجرح بما يناسبه ويليق به هذا والجراح (اموسا) المذكور فعل هذه العملية اولا فى امرأة كان سنها نحو ثمانية واربعين سنة وكان الطرف العلوى من معاها المستقيم منسدا بورم فى عظم الحوض وضاغطا على ذلك العظم فحصل بذلك تخزن الغائط فى البطن وعوارضه ففتح لها استا صناعيا فى القولون القطنى الايسر وهو القولون النازل ولم تمت من ذلك مع انها كان بها عوارض التهاب البريتون من فتق كان معها فى الجهة اليمنى ثم فعلها ايضا فى رجل بلغ نحو اثنتين وستين سنة وكان طرف المستقيم العلوى فيه مسندا بورم سرطانى فلما تعسر عليه ازالة المرض من الاست الطبيعى فتح له القولون المذكور وبقى حيا بعد ذلك ثلاثة اشهر ثم فعلها جملة مرار فى الاطفال والكبار مع النجاح العظيم فصارت من العمليات الجيدة التى بها تنقذ اناس كثيرون من الهلاك

(الباب العاشر فى العمليات التى تفعل فى اعضاء التناسل والبول للرجل)

ينبغى ان نتكلم اولا فى هذا الباب على العمليات التى تفعل فى اعضاء التناسل للرجل لكونها ظاهرة عن اعضاء البول فنشرح عمليات القضيب ثم الكيس والخصية ثم مجرى البول والمثانة ثم نتكلم على عملية الحصاة بالاخراج والتفتيت

(الفصل الاول فى العمليات التى تفعل فى القضيب)

(المبحث الاول فى عملية ثقب القلفة التى يولد الطفل بها غير مثقوبة)

قد شوهدت هذه العلة فى بعض الاطفال المولودين جديدا وتعرف بعدم استفراغ البول لانه يمددها باجتماعه خلفها ويكون هنالك شبه كيس متموج ثم ان طريقة العملية فيه هى ان يفتح الورم بمشرط ثم يقطع جزء من القلفة اذا كانت طويلة وافرة الطول كما يفعل فى الغيموزس الذى هو تضايق فتحة القلفة

(المبحث الثانى فى عملية قطع قيد القضيب)

هذه العملية لا تفعل الا اذا امتد القيد المذكور الى فوهة القضيب وصار يحصل منه الم عند كشف الحشفة وعسر فى الجماع او غيره لميل طرف الحشفة به عند انتشار الذكر * وكيفيتها ان يلقى المريض على الحافة اليمنى من فراشه ويكشف الجراح وهو جهة يمينه الحشفة ويقبض عليها بين ابهام وسبابة يده اليسرى ويمدد القيد مساعد بجذبه الى الاسفل وقليلا الى الخلف فى اثناء ذلك ثم يغرز الجراح فى هذه الثنية من اليمين الى اليسار مشرطا رفيعا ظهره مما يلى الخلف ثم يجره من الخلف الى الامام فيقطع الجزء الموجود من القيد امام حافته الخالصة والمحل الذى غرز فيه المشرط * وينبغى الاجتهاد فى جعل المشرط فى هذه الحركة ملامسا للحشفة كى لا يبقى فيها نتو بعد العملية والاحتراس ايضا بوضع قليل من النسالة بعد العملية او شريط من قماش بين حوافى الجرح كى لا تنضم بعد وبعض الجراحين يفضل المقص على المشرط مع انه فى العمل به يخشى من زوغان القيد امامه او من تأخر المريض وتزحزحه لخوفه من الالم فيضطر لفعلها على مرتين اذا علمت ذلك تعلم ان المشرط احسن

(المبحث الثالث فى عملية الغيموزيس اى تضايق فتحة القلفة)

للمعالجة الجراحية لهذا الداء ثلاث طرق الشق والقطع والختان

اما الشق فيفعل بثلاث كيفيات * الاولى الاعتيادية وهى ان يجلس المريض على كرسى مستند الظهر على حائط كى لا يمكنه التأخر او يضطجع على جنبه الايمن ثم يمسك الجراح فتحة القلفة من الجهة اليمنى بطرفى ابهام وسبابة يده اليسرى

ويجذبها قليلا الى الامام ويدخل مجسا قنويا اعتياديا بين القلفة والحشفة على السطح العلوى والخط المتوسط الى محل انعطاف الغشاء المخاطى ثم يضغط مساعد الجلد على المجس مع جذبه اى الجلد الى الخلف كى لايشق منه بالمشرط زيادة عما يلزم ثم يمسك الجراح المجس بيده اليسرى ويزلق بيده اليمنى فى قناته مشرطا مستقيما اذا نصل ضيق وسن حاد وحين يصل السن الى آخر القناة ينكس قبضته لينفذ السن فى الجلد من الباطن الى الظاهر ثم يجذبه نحوه بسرعة فتنشق القلفة من الخلف الى الامام دفعة واحدة *والعادة ان يفوق شق الجلد شق الغشاء المخاطى فيتكون من ذلك جيب فى نهاية الشق فيلزم شق الغشاء المكون له بالمقص واذا استطال قيد الحشفة الى فوهة مجرى البول فالانسب قطعه ايضا واذا لم يوجد مجس قنوى يسترسن المشرط بكرة من شمع صغيرة ويدخل على صفحه بين الحشفة والقلفة وبعد تمام دخوله يقام ويوجه حده نحو الجلد ويتم الشق كالعادة لكن ينبغى ان يكون ذلك المشرط ذا نصل ضيق جدا كى لا تجرح الحشفة ولا القلفة به عند ادخاله *الثانية كيفية (جول كاوكيت) فى هذه الكيفية يكون شق القلفة من الجهة السفلى وذلك بان يدخل مجس قنوى على احد جوانب القيد ويهدى عليه مشرط وتقطع به القلفة الى انعطاف الغشاء المخاطى واذا كان القيد مستطيلا الى الامام قطع بمقص *الثالثة كيفية (كوللوريه) هذه الكيفية يشق فيها غشاء القلفة المخاطى فقط بالابتداء من حافته الخالصة كان يراد توسيع الفتحة الرابعة كيفية (كوستير) هذه الكيفية تشتمل على ثلاثة شقوق قليلة الغور تفعل على الحافة الخالصة من القلفة * احدها على سطحها الظهرى والثانى والثالث على جانبيها * وقد نوع هذه الكيفية الجراح (ملابير) من مدة قريبة بفعل شقين منها فى القلفة والثالث فى القيد وهذه الشقوق يجب ان تكون بعيدة عن بعضها متساوية وان يكون طولها على قدر شدة التضايق بحيث يكون من اربعة خطوط الى خمسة او ستة لازائد عليها

واما القطع فله عدة كيفيات ايضا *منها الكيفية الاعتيادية وهى ان تمسك حافتا الجرح المرخيتان الاولى فالثانية بعد شق القلفة من ظهرها كما تقدم وتشد شدا

كافيا

كافيا ثم يقرض منها قطعة مثلثة بمقص متين اومشرط *ومنها كيفية (ليسفرنك) هذه الكيفية استعمل فيها صاحبها طريقته فى قطع الشفة وهى ان تمسك حافة القلفة الظهرية وتبعد عن الحشفة ثم تقطع منها قطعة هلالية الشكل بمقص منحن على صفحه حاد جدا لكن ينبغى ان لا يجاوز ارتفاع هذه القطعة القسم المتوسط من السطح الظهرى للقلفة

(تنبيه)

كلتا طريقتى الشق والقطع بكيفياتهما المتقدمة لا يفعلان الا فى النصارى لعدم رضاهم بالختان

واما الختان فكيفية الجراح (ليسفرنك) فيه ان يمسك القلفة مساعدون من طرفها الخالص بجفوت ويضغطوا بها على الجلد والغشاء المخاطى ويجذبوها الى الامام والجراح يمسكها عرضا بجفت ذى حلقات فيما بين الجفوت التى بايدى المساعدين وطرف الحشفة و يقطع جميع ما يوجد امام الجفت من القلفة مرة واحدة *واما طريقة (ريكور) فانها تفعل فى ثلاثة ازمنة ففى الزمن الاول تجذب القلفة الى الامام ويعلم على الخط الذى يصير قطع القلفة عليه بالحجر الجهنمى او المداد ثم تترك القلفة ونفسها وبذلك يتحقق الانكماش الذى يصير فيها بعد القطع فاذا ظهر ان الخط المرسوم متقدما او متأخرا عن بروز يرسم خط آخر يصير بعد العملية محاذيا لذلك البروز* وفى الزمن الثانى تشد القلفة الى الامام ايضا وتمسك بجفت من وراء الخط المرسوم حكما ثم يقطع منها ما كان امام الجفت * وفى الزمن الثالث يقطع ما زاد وتبقى من الغشاء المخاطى *ولاجل ذلك تمسك حافة هذا الغشاء من وسط جزئها العلوى وتشق بمقص الى محاذاة الجلد ثم تقطع من كل جانب ثم يفصل القيد وفى هذا الزمن لا يكون الالم شديدا

واما كيفية الختان التى تفعلها حلاقوا مصر فهى معلومة لا يحتاج لذكرها

(حكومة)

الشق يناسب اذا كان تضايق القلفة حاصلا عن انتفاخ عارضى فيها *نعم ينبغى ان يضم الجلد بالغشاء المخاطى بعدة غرز خياطة ليسهل انقسامهما ببعضها

بسرعة * واما اذا كان التضايق خلقيا او كان جزء من حرف القلفة متقرحا او متيبسا لزم ان يكون القطع بكيفية (ليسفرنك) واما اذا كانت متغيرة كلها فانه يتعين الختان ولو كان صاحبها نصرانيا لكن ينبغى فى كل كيفية يفعل بها ان يكون القطع بانحراف من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام

(المبحث الرابع فى البارافيموزس وهو حصر الحشفة فى القلفة بانتفاخها)
حصرا شديدا مؤلما

اعلم ان هذا الداء يستدعى عمليتين * الاولى عملية الرد * والثانية عملية اطلاق الاختناق ولنذكرهما لك فى مطلبين فنقول

(المطلب الاول فى عملية الرد)

اعلم ان لعملية الرد عدة طرق * الاولى الاعتيادية وهى ان يضجع المريض على الحرف الايمن من فراشه ويأتى الجراح فى هذه الجهة ويقبض على القضيب من وراء حافة القلفة المكونة للاختناق بسبابة ووسطى يديه معا بعد ان يدلك الحشفة بالزيت اوزلال البيض ثم يضغط بابهاميه على جوانب الحشفة دافعا لها الى الخلف اثناء ما يرجع القلفة الى الامام بقوة كانه يريد تغطية الابهامين بها ومن الجيد فصل الاصابع عن الجلد بخرقة رقيقة ناعمة لاجل منع انزلاقها عليه ولتلطيف الضغط وبذلك تكون العملية اقل ألما

(تنبيه)

الرد يكون سهلا جدا متى كان البرافيموزس حديثا والقضيب سليما والاختناق خفيفا وحينئذ يفعل الرد بالطريقة المذكورة

الثانية طريقة (بوييه) هذه الطريقة تفعل اذا استعصى هذا الداء على الطريقة الاولى ولم يكن مصحوبا بعارض ثقيل وهى ان تضغط الحشفة والقلفة والقضيب برباط ضيق تشد لفاته شدا متناسقا وفى كل مرة يغير فيها الرباط تضغط الاجزاء المنتفخة بالاصابع * وينبغى ان يجعل القضيب مرفوعا جهة البطن كى يسهل رجوع السوائل نحو مركز الدورة ولا تقف فى هذا العضو لانها تزيد فى انتفاخ الحشفة وبذلك يتم الرد من ذاته شيأ فشيأ فى مدة ايام

الثالثة طريقة (كوستير) هذا الطبيب استحسن ان تضغط الحشفة بقوة بين الراحة مدة خمس دقائق او عشر او خمس عشرة دقيقة عوضا عن ان تضغط بين الابهامين من طرفها الى اصلها الان ذلك مما يزيد فى عرضها ثم يجتهد فى رد القلفة عليها بضغطها بطرفى السبابة والبنصر اثناء ما تدفع القلفة الى الامام بالوسطى * نعم اذا لم يكف ذلك وكان المانع حجم حوية الحشفة خاصة لكونها محتقنة لزم ان تشرط الحوية شروطا غائرة ثلاثة او اربعة تشق بها عرضا اعنى تكون على حسب طول القضيب ثم تعصر المادة المصلية بضغط الحوية بقوة بالاصابع وبعد هبوطها يجتهد فى الرد وهذه الطريقة تعدل الطريقة الآتية فى النجاح مع انها بسيطة عنها

الرابعة طريقة (ديرويل) اعلم ان هذا الطبيب ذهب الى ضغط حوية الحشفة المنتفخة ابتداء وفركها بين الاصابع ولو بلغت درجة شدة هذا الداء هو والاوزيما المسببة له ما بلغت مالم تكن ملتهبة كى تنتشر المادة المصلية المحصورة فيها ويعود النسيج الخلوى الى تحركه ثم يمر بالسبابة بين بروز الحشفة والقلفة كى يزال ما يكون موجودا من الالتصاقات الحديثة ثم تمرس الحوية من تلك الجهة وحينئذ يلف القضيب كله برفادة ناعمة رقيقة ويقبض عليه براحة اليد اليسرى بحيث يكون الابهام والسبابة حلقة نحو القلفة تعين على دفعه الى الامام ثم تمسك الحشفة باليد اليمنى بين الابهام وباقى الاصابع وتضغط بها وتمرس بقوة حتى تصير صغيرة منكمشة كالذابلة ثم تدفع بشدة الى الخلف والقلفة الى الامام والغالب ان تكون هذه العملية طويلة مع كونها مؤلمة دائما ومتعبة للجراح فضلا عن المريض وقد تكون اجزاء الحشفة معرضة فيها للسحج بل قد شوهد تمزقها

(تنبيه)

اذا لم تنجح العملية اول مرة فليوضع الرباط المنسوب الى الجراح (بوييه) مندى بماء جولار ثم تعاد ثانى يوم حتى يحصل الرد

(المطلب الثانى فى عملية اطلاق الاختناق)

اعلم ان الاختناق متى استمر وكان مصحوبا بانتفاخ الحشفة والتهابها التهابا شديدا

لزم الشروع فى اطلاقه بعملية هى ان يضجع المريض كالعادة ويمسك الجراح القضيب بيده اليسرى جاعلا ابهامها فوق الحشفة وباقى الاصابع من اسفلها ثم يقلب الحوية القلفية الى الخلف وبذلك يشاهد تحتها قريبا من بروز الحشفة شبه حبيل مكون لحلقة حول القضيب وخانق له وحينئذ يمسك بيده اليمنى مشرطا اعتياديا اوذا نصل مقعر وهو الاحسن ويزلقه على سطح الحشفة الظهرى مصفوحا ثم يدفعه حتى يصير تحت الحوية التى حصل بها الاختناق ثم يديره حده الى الاعلى بحيث يصير ظهره مستندا على الحشفة وحده الى الاعلى ثم يقطع تلك الحوية بشقين اوثلاثة اواربعة ولو على نفس الحوية فى بعض اجزائها على حسب شدة خنق القضيب * وهذه الشقوق تفعل بتحريك المشرط حركة ارجوحية اعنى بتنكيس قبضته ورفع سنه * وبذلك يكون نوع الاطلاق مضاعفا * ثم انها اى الشقوق المذكورة تكفى فى ازالة الاختناق وجميع عوارضه لكن لا تكفى للرد بل لابد مع ذلك من ازالة احتقان الحوية القلفية وهبوطها امابطريقة (ديرويل) وحدها اوبها وببعض تشريط معها

(المبحث الخامس فى عملية اخراج الحصى الذى يوجد بين الحشفة والقلفة)

اذا اتفق ان فوهة القلفة واسعة كافية لادخال جفت فيها اوملعقة صغيرة واخراج الحصاة بها تكون العملية سهلة جدا وعلى فرض ان تكون الحصاة كبيرة فيمكن كسرها بجفت اوآلة من الآلات المعدة لتفتيت الحصاة * واما اذا كانت تلك الفوهة ضيقة جدا لزم توسيعها باحدى الوسائط المستعملة فى الغيموزس الا ان الشق هنا يكون بارادة الجراح فله ان يفعله من الظاهر الى الباطن لان الحصاة تكون مسندا ووقاية للحشفة من الخدش

(المبحث السادس فى عملية اختناق القضيب بالاجسام الغريبة)

من المشاهد كثيرا ان بعض الناس يشد على قضيبه شعرة اوخيطا اويدخله فى حلقة معدنية وكثيرا مايحصل ذلك زمن الرعونة واشتداد الشبق فيحصل بذلك اختناقه ويتسبب عنه انتفاخ عظيم فيه حتى انه يعسر فى بعض الاحيان كشف الجسم الغريب الحاصل فيه لاختفائه بالانتفاخ الذى يحصل فى جلد

القضيب امامه وخلفه وحينئذ يلزم تنقيص الانتفاخ اولا بالبزل والتشريط فينكشف الجسم ثم يتأمل فى طبيعته فان كان من مادة سهلة القطع كفى فيه المشرط اوالمقص والا فان كان حلقا معدنية اضطر الى المبرد والمنشار اوالكماشاة الصغيرة بان تثبت كماشتان صغيرتان فى موضعين متقابلين من الحلقة ويضغط بهما عليها فتكسر * وعلى كل حال فينبغى ان تكون العملية على مقتضى الاحوال التى تعرض له وآكدها اطلاق القضيب من الاختناق برفق وخفة فى العمل بقدر الامكان اذ بدون ذلك قد تحصل الغنغرينا

(المبحث السابع فى عملية ازالة التصاق القلفة بالحشفة)

اعلم ان التصاق القلفة بالحشفة ان كان جزئيا اى قليلا لاسيما ان كان لا يصل الى محل انعطاف الغشاء المخاطى كفى فصلهما عن بعضهما بمشرط اومقص ووضع شريط من قماش بينهما ليمنع التصاقهما ببعضهما ثانيا ويعين على شفاء كلتيهما على حدتها * واما اذا كان كاملا وكان عائقا عن الجماع كثيرا لزم اتباع طريقة غير الطريقة المتقدمة فى انفصاله اذ بها يحصل الانضمام ثانيا قهرا عن الجراح ولا تنفع حيله * ومن هذه الطرق طريقة الجراح (ديفيناخ) وهى ان تقطع الحلقة المقدمة من القلفة ان كانت القلفة مجاوزة الحشفة الملتصقة بها طولا واما اذا كانت هذه الحلقة ملتصقة ايضا بها فيلزم ان يبتدأ بفصل هذه الالتصاقات فصلا حلقيا فى سعة كافية كى يمكن شد القلفة الى امام الحشفة ثم يقطع ما جاوز الحشفة كما فى الحالة السابقة * نعم اذا كانت القلفة سليمة فلا يلزم ان يقطع منها الا ما قل لاجل ان يبقى منها جلد وافر وان كانت مريضة فلا يصان منها عن القطع ويحفظ الا ما كان سليما * ثم يجذب جلد القضيب الى الخلف وكذا وريقة القلفة الظاهرة التى تتبعه ويشق النسيج الخلوى الهش الضام لها بالوريقة الباطنة الى خلف بروز الحشفة باربعة خطوط اى ثلث قيراط بحيث يتحصل من ذلك شبه غمد خالص كله من سطحه الباطن ثم يشرع فى قطع جزء القلفة الذى يبقى ملتصقا بالحشفة بشقه على حسب طول سطحها الظهرى وتسلخ شرائحه بجفت صغير اومقص * واعلم ان الوريقة الباطنة قد تكون

فى بعض الاحيان متيبسة حتى ان سمكها يبلغ سمك قطعة رقيقة من الورق المقوى * ثم بعد كشف الحشفة بالكلية تثنى الوريقة الظاهرة الى الباطن بحيث يقابل سطحها المدمم بعضه فى جميع سعته وتكون حافتها الخالصة ملامسة لنسيج القضيب الخلوى من خلف بروز الحشفة والحشفة مغطاة بالسطح البشرى الذى يكون التصاقه بها من المستحيلات ثم تحفظ تلك الاجزاء فى هذا الوضع بلف اخيطة ثخينة من قطن مدهونة بالقيروطى حول القلفة الجديدة والقضيب ثم يوضع عليهما مكمدات باردة الى اليوم الثالث او الرابع ثم يجدد الجهاز ويحقن كل ساعة ماء ابيض بين الحشفة والقلفة الجديدة كى لا يحصل سحج سطحها الباطن والالتحام يتم من اليوم الثانى عشر الى الخامس عشر لكن ينبغى ان يداوم على الحقن زيادة عن ذلك حتى تتغطى الحشفة بقشرة بشرية * فائدة لما فعل الجراح (ديفيناخ) هذه الطريقة لبعض المرضى فبعد مدة شاهدان القلفة الجديدة حصل فيها استطالة وصارت شبيهة بالقلفة الطبيعية شبها تاما حتى ان وريقتها الباطنة زالت منها الهيئة الجلدية وشابهت الغشاء المخاطى وصارت حمراء وحصل فيها افراز * ومن المعلوم ان هذه الكيفية لا تفعل الا للنصارى

(المبحث الثامن فى عملية سرطان القضيب)

تشريح مرضى * اذا كان هذا السرطان مقتصرا على القلفة كان الانتفاخ الحاصل عنه فى الاجزاء الرخوة القابلة للتمدد من هذا العضو كاف فى دفع الحشفة كثيرا الى الخلف بحيث يظن ان السرطان شاغل لجسم القضيب مع انه يكون قاصرا على غلافه لكن الجراح (ليسفرنك) حقق ان السرطان يصيب الجلد اولا وان كان مجلسه القضيب او كان حاصلا فى اصله او فى الصفن * واما الاغشية الليفية او المصلية التى توجد تحت الجلد فانها تكون شبيهة بحاجب لا يجاوزه السرطان الا بعد مدة طويلة ومن ذلك استنتج انه يمكن حفظ القضيب فى احوال كثيرة بان لا يقطع منه الا الجلد المقتصر عليه الداء * ثم ان طريقته فى ذلك هى انه اذا كان السرطان فى طرف القضيب يشق ظهر القضيب طولا شقا يعم الجزء المتسرطن فى طوله كله بمشرط محدب يمسك بالكيفية الخامسة ويقطع به

بجرات صغيرة مع التأنى التام وفى كل جرة ينشف الجرح باسفنجة وبذلك يصل الجراح الى غلاف الاجسام المجوفة الليفى فاذا وجده سليما سلخ السرطان باتقان فينجو القضيب بذلك من البتر * واما اذا وجده متغيرا فى بعض مواضع منه والعادة ان تكون حذاء التقرحات السرطانية امسك ما كان متغيرا منه بجفت وكشطه بمقص منحن على صفحه او بمشرط وكذا ما يظن انه مصاب بالسرطان من سطح الاجسام المجوفة واما اذا كان الفساد عاما فى جميع غلظه لزم بتره فورا * وقد جاء للجراح المذكور مريض قد استولى السرطان على اصل قضيبه وعلى الجزء المقدم من الصفن فابتدأ باحاطة الداء بشقوق لائقة ثم شرع فى السلخ فتم الالتحام بنفسه وجذب النسيج الندبى جلد الصفن والاجزاء القريبة منه جذبا شديدا بحيث ان الندبة صارت فى بعض المواضع خطية وفى بعضها لم تشغل زيادة عن ربع المسافة التى فقدمنها الجلد

(المبحث التاسع فى عملية بتر القضيب)

تشريح جراحى ومرضى * هذه العملية لا تفعل الا اذا كان فى القضيب غنغرينة او سرطان او كان فى اجسامه المجوفة اورورما او نحو ذلك * ثم ان بتره يخالف جميع انواع البتر فى كونها يحفظ فيها من الجلد مقدارا اكثر من اللحوم واما هو فيقطع فيه من الجلد اكثر مما يقطع من الاجسام المجوفة وذلك لان فى هذه الاجسام قابلية شديدة للانكماش فاذا قطعت مساوية للجلد انكمشت وصار الجلد فائقا عنها فيعيق عن الالتحام * نعم يجب ان يكون المقدار الذى يقطع من الجلد قليلا كلما كان البتر قريبا من اصل القضيب لان شدة قابلية الانكماش فى الاجسام المجوفة تكون على حسب طولها فلربما تصير هذه الاجسام بقطع مقدار عظيم من الجلد متعرية ولو بعد انكماشها فقطع الكثير من الجلد حينئذ يكون اضر من قطع قليل منه * ثم ان كيفية العملية بطريقة (بوييه) هى ان تجهز الالآت اللازمة اولا وهى مشرط ذو نصل طويل يسيرا ومجس من صمغ مرن وما يلزم لربط العروق وللمعالجة التابعية ثم يضجع المريض على حرف سريره الايمن وفى مثانته بعض بول كى لا يؤثر المجس الذى يدخل فيها على جدرانها

ويأتى الجراح فى هذه الجهة ويلف الجزء المراد قطعه من القضيب بخرقة ويمسكه بيده اليسرى وحين اجراء العملية يجذب بهذه اليد الجلد نحو الحشفة ويمسك مساعد القضيب قريبا من العانة ويمد الجلد المغطى من اصله له وليحذر من عدم جذب الجلد نحو العانة ان كان المراد قطعه قريبا من اصله فلربما يقطع مع عدم الجذب جزء من جلد الصفن فيصير الجرح بذلك بعد العملية اكبر مما يلزم ان يكون عليه ثم يقطع الجلد والاجسام المجوفة ومجرى البول بمشرط مرة واحدة من اسفل الى اعلى او بالعكس *نعم اذا كان الجلد غير قابل للتحرك على الاجسام المجوفة اصلا فالاحسن ان يشق الجلد اولا شقا حلقيا على المحل المراد بتر القضيب منه بثلاثة خطوط او اربعة ثم تقطع الاجسام المجوفة ومجرى البول حذاء الحافة السفلى من الجرح المستدير للجلد ثم يبحث عن الشرايين الظهرية للقضيب التى تسير على السطح العلوى للاجسام المجوفة وعن شرايين تلك الاجسام نفسها ويربطها على التعاقب وبذلك يكفى ادنى ضغط فى حبس الدم ثم يدخل مجسا من صمغ مرن فى المثانة ويبقيه فيها على ما سيأتى *وبعد ثلاثة ايام يغير على الجرح كالعادة ويخرج المجس زمنا فزمنا لينظف او يجدد ويلزم استعماله الى تمام الالتحام *ومتى كان فى اصل القضيب بعض طول امكن المريض التبول بدون تعسر بخلاف ما اذا فعل البتر قريبا من العانة فان البول يفيض على الصفن والفخذين فيضطر المريض الى ان يقعد القرفصا عند التبول اى يجلس على ركبتيه منكبا لاصقا بطنه بفخذيه مستندا على كفيه وهذا العيب يدرأ بوضع ماسورة مخروطية الشكل من عاج او بقس او معدن ما فى قناة مجرى البول وجعلها مرتكزة بطرفها العريض على العانة فتهدى سلسول البول *وفى بعض الاحيان يعسر ادخال مجس فى مجرى البول بعد البتر ومن ذلك اوصى (بارتلمى) بوضع مجس فى القضيب قبل العملية ثم يقطع مع القضيب فى آن واحد * والاحسن ان لا يعمل بوصيته اذ يلزمها المخاطرة بسقوط الجزء السفلى من المجس فى المثانة لاجل درء عيب صغير وهو عسر ادخال المجس *واما الجراح (ويلبو) فقد اوصى بشق الجلد اولا فى جميع الاحوال كى يتحقق من المحل الذى يجب قطع

الاجسام

الاجسام المجوفة منه وهذه الطريقة وان كانت اطول الا انها آكد وجديرة بالقبول حتى توجد واسطة يقترن بها شق الجلد بشق الاجسام المجوفة مع الاتقان والاحكام فتختار عليها

(الفصل الثانى فى العمليات التى تفعل فى الصفن والخصيتين)

(المبحث الاول فى القيلة المائية)

القيلة المائية هى تجمع المواد المصلية اما فى النسيج الخلوى تحت الجلد فيقال لها قيلة مائية رشحية ويعبر عنها باوزيمة الصفن ايضا * واما فى تجويف الطبقة الغمدية فيقال لها القيلة المائية الغمدية وهذه على انواع * النوع الاول ان تكون مستطرقة بتجويف البريتون اذا لم تنسد قناة الاستطراق بين الطبقة الغمدية والبريتون وهذا النوع يقال له القيلة المائية الخلقية * الثانى ان لا تتغير فيها حالة الطبقة الغمدية * الثالث ان تصير فيها غليظة غضروفية بل وعظمية * ثم ان الخصية قد تتغير فيها فيقال لها حينئذ قيلة مائية لحمية وقد تصطحب بدوالى الحبل المنوى وبالفتق وهنالك نوع آخر من القيلة المائية يقال له القيلة المتكيسة وهى تحصل عن كيس او جملة اكياس تتولد غالبا على مسير الحبل المنوى * وهذا النوع يستدعى ما يناسبه من طرق العلاج المذكورة فى باب الاكياس فراجعها اما القيلة الرشحية اى اوزيمة الصفن فعلاجها هو عين ما يستدعيه الاوزيما على العموم اعنى ان المواد المصلية اذا كانت كثيرة تستفرغ بالبزع او التشريط على جانبى الخط المتوسط وهذا التشريط يغور الى النسيج الخلوى تحت الجلد ويكون متعددا على حسب كبر الورم * واما القيلة المائية المتكونة فى باطن الطبقة الغمدية المسماة ايضا بالادرة فتعالج بطريقتين * الاولى مخففة * والثانية مزيلة لها بالكلية اما المخففة فتكون اما برفع الورم الى اعلى بعلاقة لمنع استطالة الحبل المنوى وشده الى اسفل وشد البريتون ولمنع ما يحصل من المغص والالم القطنى من ذلك واما بالبزل لاستفراغ السائل فقط اذا كانت القيلة المائية عرضية لداء آخر او كان الورم كبيرا جدا يخشى فيه من سعة الالتهاب اذا استعمل الزرق بعد البزل او اريد تصغيره شيأ فشيأ لتنقبض الطبقة الغمدية على نفسها

ويصغر تجويفها قبل استعمال الزرق فلا يخشى من حصول عوارض سعة محل الالتهاب * وهذه الطريقة تستعمل ايضا فى الذين يخشون الم الطريقة المزيلة او الذين لا يكون عندهم فسحة زمن كافية لاستعمال الطريقة المزيلة كمن يريد الدخول بعرسه عاجلا

واما المزيلة فهى التى لا تعود بها القيلة * ولها كيفيات كثيرة منها الوضعيات على ظاهر الورم لتعين على امتصاص المصلى المجتمع فى تجويف الطبقة الغمدية والبزل مع الزرق والشق وقرض الطبقة الغمدية فالكيفية الاولى وهى الوضعيات الظاهرة والحراريق تناسب اذا كانت الادرة حادة اى حاصلة عقب التهاب الخصية عينها والوضعيات هى الرفائد المغموسة فى ماء جولا ر توضع على الورم وتغير كلما جفت والمرهم الزيبقى دلكا او مرهم ايودور البوتاسيوم او ايودور الرصاص والرفائد المغموسة فى محلول مركب من اربع دراهم من ملح النوشادر ومن رطل من الماء او النبيذ الاحمر او محلول الايود * والطبيب الماهر الشهير (شيدوفو) رئيس اسبتالية قصر العينى استعمل الدلك بصبغة الايود فنجحت معه نجاحا عظيما * واما الحراريق فاستعملها الجراحان (دوبويترن) و (ويلبو) فى تلك القيلة ونجحت معهما مرارا * وكيفية استعمالها هى ان تؤخذ منفطة كبيرة كافية لستر الورم جميعه وتوضع عليه ومتى حصل منها التنفيط لا يطلب تقيحها بل يترك محلها ونفسه ليجف ومتى جف توضع منفطة ثانية ويكرر ذلك مدة شهر وفى الفترة التى بين كل منفطتين يؤمر المريض بالاستحمام فاذا لم يتم زوال الادرة بعد شهر عدل الى استعمال الكيفية المناسبة للحال من الكيفيات الآتية واظن ان بزل الورم حينئذ واستعمال الدلك الايودى بعده من الظاهر يثمر من غير ان يزرق شئ فى باطن الطبقة الغمدية لاسيما اذا كان السائل قليلا وجلد الصفن رقيقا والمريض شابا ذا احساس شديد لان فى هذه الحالة يسعى تهيج الجلد الى الطبقة الغمدية فيلهبها التهابا ملتصقا لجدرانها فيزول تجويفها

واما الكيفية الثانية وهى البزل مع الزرق فغايتها تفريغ الورم من السائل الموجود

فيه بالبزل اولا ثم زرق سائل مهيج فى تجويفه ليلهبه فتلتصق جدرانه ببعضها
ويزول فلا تجد السوائل بعد ذلك محلا لاجتماعها ثانيا * وهذه الكيفية هى
الكثيرة الاستعمال فلاجل فهمها فهما جيدا ينبغى ان نذكر لك اولا كيفية فعل
البزل ثم نتكلم بعده على الزرق والزروقات * اما البزل فكيفيته هى ان يجلس
المريض على كرسى بحيث يصير الورم متدليا امام حرف الكرسى * نعم اذا خشى
من ان يغشى على المريض اثناء العمل ينبغى القاؤه على ظهره فى فراشه ثم قبل
الشروع فى العمل يبحث عن موضع الخصية بحثا جيدا ليبعد عنها لانها
وان كانت فى الغالب حافظة لموضعها الطبيعى فى الجهة العليا الخلفية من الورم
بحيث يجوز حينئذ فعل البزل فى جزء الورم المقدم السفلى المتوسط لكنها قد تصير
فى هذا المحل عينه كما شاهدته كثيرا بحيث اذا فعل البزل من غير بحث اولا
فى هذا المحل فلا مانع من اصابتها وانما يبزل من الجانب الوحشى بعد انارة
باطن الورم بالكيفية المستعملة فى تشخيص الادرة ليمكن الجراح تتبع
سير الآلة فى الورم بنظره فبعد التحقق من جهة وضع الخصية فى الورم يمسك
من الخلف براحة اليد اليسرى بحيث يصير جزؤه المقدم السفلى بارزا بين الابهام
والسبابة وجزؤه الخلفى العلوى الموجود فيه الخصية غالبا والحبل المنوى
مرتكزين على الراحة ثم يجذب الجلد الى الخلف لينبسط ويندفع السائل
الى الامام وبعض جراحى مصر يمسك الورم بكيفية اخرى هى ان يجعل راحة
كفه الايسر متجهة نحو العانة ويمسك الورم من اصله بين الابهام من جهة وباقى
الاصابع من اخرى ويضغط عليه كانه يريد عصره فيصعد السائل من اسفله ولكن
فى هذه الطريقة عيب هو عدم استناد الورم على شئ من الخلف عند دفع المبزلة
وعلى كل حال فبعد امساك الورم يمسك الجراح بيده اليمنى مبزلة بالكيفية التى
ذكرناها فى باب البط ثم يغرزها وسط جزء الورم المقدم السفلى بانحراف من
اسفل الى اعلى ويسير امن الامام الى الخلف فمتى احس بزوال المقاومة علم ان
الآلة نفذت من جدار الورم ووصلت الى تجويفه وحينئذ يرخى الورم من يده
اليسرى ويمسك بها الماسورة ويثبتها فيه اثناء ما يخرج المبطة منها بيده

اليمنى ففى الحال يسيل الماء الى الخارج وكلما سال منه شئ يتقارب جدار الكيس المقدم من جداره الخلفى * ولاجل عدم خروج طرف الماسورة الباطن من تجويفه ينبغى دفعها فيه زيادة عما دخل منها وقت الغرز وان لا يهمل الجراح ذلك اذ ربما خرج ذلك الطرف من تجويف الكيس فيدخل شئ من سائل القيلة فى النسيج الخلوى وقت سيلانه الى الخارج وشئ من مادة الزاروق وقت الزرق فيه ايضا فيحصل من ذلك العوارض التى سنذكرها * وينبغى الضغط على الورم لاسيما جزؤه السفلى اثناء السيلان لئلا يبقى شئ من السائل فيه * هذا واذا كان الورم كبيرا لا ينبغى اخراج السائل منه دفعة واحدة لئلا يزول انضغاط الخصية به مرة واحدة فيهرع اليها الدم بكثرة فيتألم المريض وانما يعطل سيلان المائية مرارا بوضع طرف الاصبع على فوهة الماسورة ليسدها حتى تتعود الخصية على تناقص الضغط شيأ فشيأ * ثم انه اذا كان المراد من البزل تفريغ المائية فقط تنزع الماسورة بعد تمامه بالكيفية المذكورة فى باب البط ثم توضع قطعة لازوق على الفتحة الحاصلة من غرز المبزلة ويعلق الكيس بعلاقته وبذلك يبطئ رشح المائية ثانيا * واما اذا كان القصد زوالها وعدم رجوعها بالكلية فينبغى استعمال الزرق * وهو ان يدخل سائل فى كيس الادرة كما ذكرنا بعد تمام استفراغ المائية منه ويبقى فيه برهة من الزمن ليحدث فى باطنه التهابا تلتصق به جدرانه فيزول تجويفه فلا تجد المائية بعد ذلك محلا لاجتماعها ثانيا * والسوائل التى تحدث ذلك كثيرة جدا ينوب بعضها عن الاخر عند عدم وجوده فمنها العرقى الممزوج بالماء ومحلول البوتاسا ومحلول كبريتات الخارسين او كبريتات النحاس او ملح البارود والماء البادر والنبيذ الاحمر وصبغة اليود ولكن المنتخب من تلك السوائل هو النبيذ الاحمر وصبغة اليود وقبل ان نذكر لك كيفية الزرق بهما ينبغى ان نذكر لك كيفية تجهيز الزروقات منهما * فاما تجهيز زروق النبيذ فهو ان يؤخذ رطلان من النبيذ الاحمر ويغلى مع اوقيتين من الورد ثم اذا اريد زيادة قوته يهيجه بان كان المريض قليل الحساسية او الادرة عتيقة او الطبقة الغمدية غليظة يضاف عليه بعض لعوقات من العرقى

المكفور بعدان تنقص حرارته وتنزل الى ٣٠ او ٣٢ درجة فوق الصفر
واذا اراد الجراح عدم التأنى حتى تصل حرارة النبيذ الى هذه الدرجة قبل زرقه
لزم ان يجهز قدرا من النبيذ البارد ليخلطه بالحار عند الزرق حتى يصير فى الدرجة
المذكورة وهى التى يتحملها الاصبع اذا وضع فيه فمتى جهز الجراح زروق النبيذ
بهذه الكيفية وضعه فى زارقة من فضة اوقصدير يسع تجويفها نصف رطل
اورطلا ويكون غلظ انبوبتها موافقا لتجويف الماسورة حتى لا يخرج السائل
من بينهما ولا يصل الى تجويف الكيس الا شئ قليل من الزاروق فربما لا تنجح
العملية من ذلك فليتنبه * وكيفية ملء الزارقة هى عين التى ذكرناها فى باب
الزرق على العموم فى العمليات البسيطة * واما تجهيز زروق صبغة اليود فهى
ان يؤخذ درهم اودرهمان من هذه الصبغة ويخلط باوقية من الماء اذا كان
الورم صغيرا * واما اذا كان كبيرا فتؤخذ اربع آواق من الماء وتخلط باربعة دراهم
اوثمانية ويمكن اخذ مقدار من الماء والصبغة ازيد من ذلك هذا هو تركيب
الجراح (ويلبو) واما انا فاستعمل كثيرا تركيبا آخر هو ثلاث آواق من الماء واوقية
من الصبغة اليودية واوقية من العرق المكفور وجملة من اخوانى المعلمين
بمدرسة الطب الانسانى بالقاهرة يستعملون درهما من الصبغة المذكورة مع
درهم آخر من العرق ويرزقونه بزارقة صغيرة شبيهة بزارقة (انيل) ولا يخرجونه
من الكيس بل يتركونه فيه فيمتص * وعلى كل حال فبعد تجهيز السائل يوضع
فى الزارقة ثم توضع ملاءة تحت عجز المريض لتقى فراشه وثيابه من التلوث بالدواء
ويحضر اناء يلقى فيه السائل بعد خروجه من الماسورة وبعض رفائد وعلاقة
ثم يشرع الجراح فى العمل بان يضع بعد حلق شعر العانة وفعل البزل بالكيفية
المذكورة وتمام خروج المائية طرف انبوبة الزارقة الممسك لها مساعد بيده
اليسرى فى الماسورة وهو يمسك لها بين الابهام والاصبع الوسطى من غير ان
يكون جاذبا لها الى الظاهر ولا دافعا لها الى الباطن ولا مرتكزا بطرفها الباطن
على الطبقة الغمدية لئلا تنسد فوهته فلا يدخل السائل فى تجويفها بسهولة
ثم يأمر المساعد بدفع المكبس بيده اليمنى دفعا مستمرا تدريجيا لكن ببطئ

ولا يمسك عنه الا اذا بلغ الورم حجمه الاصلى الذى كان عليه قبل البزل
اوقرب منه ولا ينبغى ان يزاد عنه لئلا تتمدد الطبقة الغمدية تمددا بليغا فتتمزق
وينتشر الزاروق فى الصفن * ثم انه قد يعسر على المساعد دفع المكبس قبل تمام
امتلائه وذلك بسبب ملامسة طرف الماسورة للطبقة الغمدية فيجب حينئذ
جذبها الى الخارج يسيرا ليسهل دخول الزاروق فيه ومتى دخل القدر الكافى
منه اخرج المساعد الزارقة بلطف لئلا ينزع معها الماسورة من باطن الكيس
ويخرجها معها بالكلية ثم يضع الجراح سريعا طرف سبابته على فوهة الماسورة
ليسدها ويمنع خروج السائل من باطن الورم حتى يمكث فيه مدة ثلاث دقائق
اواربع ثم يفرغه بعد رفع اصبعه ويأمر المساعد بزرق ثان بل وثالث اذا كان
الزاروق نبيذا وكان الورم كبيرا اوالحساسية ضعيفة بل ينبغى فى هذه الحالة
تسخين الزاروق زيادة عما كان فى اول زرق * ويعلم وصول التهيج الى الدرجة
المقصودة باحساس المريض كأن خصيته مضغوطة وبالالم الشديد على مسير
الحبل المنوى وفى القسم القطنى فحينئذ يفرغ ما ادخل من الزاروق اخيرا
ولاجل ان لا يبقى منه شئ ولا من الهواء الذى دخل ايضا يضغط على جميع
الورم والماسورة فيه اوتوضع انبوبة الزارقة فى هذه الماسورة ويمص بها جميع
ما فى الورم منهما ثم تنزع الماسورة وتوضع قطعة لازوق صغيرة على مفرز المبزلة
ثم ينقل المريض الى فراشه وتوضع على ظاهر الصفن رفائد مغموسة فى النبيذ
الحار لتعين على حدوث التهيج الباطنى * ثم اعلم ان آلام العملية تستمر بعد فعلها
ساعة اوساعتين ثم تخف وبعد العملية بعشر ساعات اواثنتى عشرة يبتدئ
انتفاخ الصفن والحمى وآلام جديدة اقل شدة من الاولى فمتى وصل انتفاخ الورم
الى ما كان عليه قبل العملية تبدل الرفائد المغموسة فى النبيذ بالضمادات الملينة
ويرفع الكيس على البطن بعلاقة مشدودة شدا لطيفا ويداوم على هذه الضمادات
حتى تزول الاعراض الالتهابية فتبدل بالمحللات التى اجودها ماء جولار
ومحلول ملح النوشادر وفائدة هذه الادوية سهولة امتصاص المصلى الذى يرشح
بعد الزرق من التهيج حتى ينقص الورم تدريجا ويرجع الكيس الى حجمه الطبيعى

ولكن

ولكن قد لا تمتص المائية كلها او تبطئ مدة طويلة مع استعمال المحللات المذكورة فلذا رأى الجراح (ليسفرنك) ان يبزل الورم ثانيا ثانى يوم عملية الزرق او ثالثه لاستفراغ هذه المائية * وعلم بهذه الواسطة ان الانتفاخ لا يمكث الا مدة يسيرة حتى يزول بالكلية ويرجع الصفن الى حجمه الطبيعى هذا فى الزرق بالنبيذ * واما اذا اريد تهيج الطبقة الغمدية بصبغة اليود فتملأ الزارقة من احد التراكيب التى ذكرناها لها آنفا من غير ان تسخن ثم تدخل انبوبتها فى الماسورة ويدفع الدواء فى كيس الطبقة المذكورة من غير ان يضطر لملائه حتى يصير فى الحجم الذى كان عليه قبل العملية لانه يكفى مرسه وفركه فى ملامسة الدواء جميع سطحه الباطن وتهييجه ثم بعد المدة المذكورة آنفا يفرغ الزاروق لكن يترك منه شئ يسير * والاشياء التى يفضل بها الزرق بصبغة اليود على الزرق بالنبيذ هى اولا سرعة الشفاء حيث انه يتم فى ثمانية ايام او عشرة او فى خمسة عشر يوما او عشرين وشوهد حصوله بعد خمسة ايام * وبالجملة فالمرضى يقدرون به على ان لا يمكثون فى فراشهم بل يسعون الى اشغالهم كان لم تفعل لهم عملية لان الصفن وان كان ينتفخ فى الثلاثة ايام الاول الا انه لا يحصل للمريض فى الغالب حمى ولا الم شديد وذلك الانتفاخ يزول بسرعة * وثانيا عدم التهاب النسيج الخلوى بها فيما اذا دخل فيه منها شئ وقت الزرق بترك الاحتياطات المذكورة آنفا * وثالثا رجوع الخصية الى حجمها الاصلى بعد العملية اذا كانت متورمة لكون اليود محللا * هذا ما اردنا ذكره فى عملية القيلة المائية فى الكهول * ولنذكر لك الآن العوارض التى تحصل منها واسبابها لتتجنبها فنقول * البزل يعقبه ثلاثة عوارض * الاول ان طرف الماسورة الباطن قد يخرج من تجويف الطبقة الغمدية ويصير وسط طبقات الصفن من عدم انتباه الجراح وتتبعه انكماش الصفن وانقباضه كلما خرجت مائية القيلة فوقت الزرق يدخل الزاروق وينتشر فى نسيجه الخلوى ويعلم وقوع هذا العارض حال العمل بالتحدبات التى تظهر حول مغرز الماسورة تحت جلد الصفن وبعدم خروج شئ من السائل من الماسورة عند ما يراد تفريغ الكيس

فيحصل من ذلك التهاب شديد جدا فى الصفن ينتهى بالغنغرينا اذا لم يمت المريض من قبل كما وقع ذلك عدة مرار فلذا ينبغى شق تلك التحدبات شقوقا واسعة والاجتهاد فى اخراج الزاروق منها ما امكن * الثانى ان شرايين الصفن او الشريان المنوى تنجرح بالمبطة * ويتميز نزف شرايين الصفن من نزف الشريان المنوى واصابة الخصية بان الاول لا يسيل الدم فيه الا بعد اخراج الماسورة لانها مادامت فى الجرح التى احدثته وقت دخولها تكون ضاغطة على فتحات الشرايين المجروحة فتمنع نزفها * واما الثانى فان الدم يسيل فيه من ذات الماسورة مخلوطا اولا بالمائية ثم يصير خالصا متى خرجت المائية كلها * ففى الحالة الاولى لا يستمر النزف غالبا بل ينقطع وحده ولكن قد يجتمع فى نسيج الكيس الخلوى ويكون اوراما تحت الصفن او يدخل فى الطبقة الغمدية للكيس ويجتمع فى تجويفها فحينئذ ينظر فيه فاذا كان قليلا يقتصر على استعمال الكمودات المحللة * واما اذا كان كثيرا سواء كان تحت الصفن او فى تجويف الطبقة الغمدية ولم تفد فى ازالته المحللات المذكورة وكان يخشى من التهاب الاجزاء المجاورة له لزم استخراجه بالشق قبالة الانتفاخ لكن فى الدم المجتمع تحت الصفن يشق الجلد * واما فى الدم المجتمع فى باطن الطبقة الغمدية فيشق الكيس الى تجويفها * ثم اذا رأى الجراح استمرار السيلان وكان حاصلا من عروق الطبقة الغمدية حبسه بحشو تجويف هذه الطبقة بالفسالة لتضغط على العرق المنفتح * واما اذا كان حاصلا من انجراح العروق المنوية ويعرف بسيلان الدم من الماسورة كما ذكرنا آنفا وتورم الصفن فورا فينبغى فتح تجويف الكيس واستفراغ الدم ثم يبحث عن العرق المفتوح ليربط وحده فاذا لم يتيسر ربطه وحده وكان النزيف غزيرا يخشى منه هلاك المريض وجب ربط الحبل المنوى كله وقطع الخصية من اسفل محل الربط * اذا علمت ذلك تعلم انه ينبغى ان تبحث جيدا قبل البزل عن موضع الخصية والحبل المنوى لتجنبهما

الثالث اصابة الخصية بالمبطة ويعلم ذلك بتالم المريض من هذا العضو وبشدة

المقاومة عند غرز الالة وبسيلان الدم من الماسورة عند اخراج المبطة منها وبعدم امكان تحريك طرف الماسورة الباطن الى جهات متقابلة * وهذا العارض يحصل اما من عدم البحث عن موضع الخصية اولا بحثا جيدا واما من شدة غلظ الصفن وتمدده او من عدم شفوفة السائل المكون للقيلة او من اسباب اخر وقد وقع ذلك لبعض مشاهير الجراحين كالجراح (بوييه) و (دوبويترن) ووقع لى مرتين من عدم جودة التشخيص لانى ظهر لى اولا ان بكيس المريض سائلا مع انه كان احتقانا فى الخصية فقط لكن الحمد لله لم يحصل من ذلك عارض ولا خطر كما هو الغالب * ثم اذا دخلت المبطة فى الخصية وعلم ذلك بما ذكرنا لزمت المبادرة الى اخراجها والبحث الجيد عن المحل الموجود فيه السائل لتغرز فيه ثانيا وتتم عملية الادرة ثم يجتهد فى درء التهاب الخصية بعد اخراج الماسورة بالوضعيات الباردة المانعة لتوارد الدم بكثرة واذا التهبت مع ذلك لزم معالجة التهابها بما يناسبه

(فى القيلة المائية الخلقية)

القيلة المائية الخلقية هى تجمع مادة مصلية فى الطبقة الغمدية المستطرقة بتجويف البريتون وتتميز عن القيلة المعتادة بسهولة دخول المائية فى البطن بالضغط على الورم وتناقص حجمها والمريض ملقى على ظهره وبازديادها مائية وهو واقف * وهذه القيلة اما ان تتكون ابتداء فى تجويف الطبقة الغمدية * واما ان تأتى اليها من البريتون وعلى كل حال فتعالج بطريقتين

الاولى وتنسب الى (ويكرى) هى ان يلقى المريض على ظهره ويجعل فى الوضع المناسب لاسترخاء عضلات بطنه ثم يضغط على الورم ليدخل السائل المكون للقيلة فى تجويف البطن ثم يحزم المريض بحزام فتق ليضغط بوسادته على الفتحة الاربية فيسدها ويمنع نزول المائية ثانيا حتى تلتصق جدران الطبقة الغمدية قبالة الضغط ببعضها

الثانية وتنسب الى الشهير (دوسولت) هى ان ينزل الورم اولا لاستفراغ ما فيه من المائية ثم قبل الزرق بيوم مساعد بالضغط الجيد على الفتحة الاربية

بابهامه معترضا ليمنع نفوذ الزاروق فى البطن ثم يزرق فى الطبقة الغمدية زاروق من صبغة اليود وبعد ان يترك باطنها الزمن اللائق يستفرغ كله وحينئذ يمسك المساعد عن الضغط وبذلك تزول القيلة المذكورة كقيلة اعتيادية بدون ان تعود* ولكن ينبغى ان توضع وسادة حزام فتق على الفتحة الاربية لتمنع نزول فتق اونفوذ بعض الزاروق الذى بقى فى الطبقة الغمدية الى البريتون اذ ربما الهبه وان كان بعض الاطباء شاهد عدم خطر ذلك لان حزم الرأى والاحتياط مطلوبين فى كل عملية جراحية ولو كانت صغيرة جدا

(تنبيه)

قد تكون القيلة شاغلة للطبقتين الغمديتين معا ففى هذه الحالة لا ينبغى فعل العملية فيهما فى آن واحد لئلا يصير الالتهاب شديدا فيتسبب عنه اعراض عامة قوية لاسيما اذا كانت القيلة كبيرة جدا* لكن الجراح (ويلبو) ذهب الى فعلها فيهما فى آن واحد اذا كان الزاروق من صبغة اليود وكانت القيلة غير كبيرة وزعم ان القيلتين يزولان بذلك فى نصف الزمن اللازم لعمليتين يفعلان فى نوبتين

واما طريقة الشق فتستعمل اذا التبس على الجراح تشخيص القيلة اوكانت الطبقة الغمدية متغيرة متيبسة اوالخصية ملتصقة فى بعض محالها بالكيس وهى ان يلقى المريض على ظهره على طاولة اوعلى فراشه مثنى الرجلين ثنيا خفيفا ثم بعد ان يقف الجراح على يمينه يقبض على الورم من الخلف بيده اليسرى ليمدد الجلد ثم يأخذ بيده اليمنى مشرطا محدبا اومستقيما ويشق به اجزاء الكيس طبقة فطبقة على الخط المتوسط من اعلى الى اسفل ومن الظاهر الى الباطن تابعا قطر الورم الاكبر شقا يكون طوله قدر ثلثى الورم السفليين اونصفه السفلى فقط ومتى وصل الى الطبقة الغمدية ورآها تبرز فى الجرح باندفاعها بالسائل المكون للقيلة شقها من الظاهر الى الباطن اذا كان المشرط المستعمل محدبا* واما اذا كان مستقيما فيبط به الورم بان يضع سبابته فى وسط الجرح ثم يغرز المشرط فى الكيس جاعلا ظهره مرتكزا على بطن الاصبع المذكورة ومحترزا من اصابة الخصية بسنه فحين

وصوله الى تجويف الكيس ينزل السائل على جوانبه فتوسع الفتحة به يسيرا الى الاسفل وقبل ان يخرجه يدخل اصبعه فيها ليهدى عليها اما مقصا ذا زر او مشرطا ذا زر يكبر به شق الطبقة الغمدية من اعلى واسفل حتى يصير طوله معادلا لطول شق الصفن ويتم خروج المائية * واذا وقعت الفتحة الاولى صغيرة غير كافية لدخول الاصبع لاهداء المشرط والمقص المذكورين عليه استعمل الجراح محرافا قنويا بدله * وينبغى ان يراعى عدم خروج الخصية من الشق فاذا حصل ذلك ردها حالا بلطف وخفة ثم يؤمر مساعد بوضع سبابتيه فى زاويتى الجرح ليدفع بهما الكيس ويبعده عن الخصية التى تقارب هو منها عند خروج المائية ثم يأخذ خرقة ناعمة بالية منقبة مدهونة قيروطا اوزيتا ويدخل وسطها فى تجويف الطبقة الغمدية واما حروفها فتبسط على الجلد حول الجرح ثم يملأ نسالة وبعد ذلك تقرب حافتا الجرح قليلا بعصائب اللازوق ويغطى الجميع برفادة تثبت بعلاقة الكيس ويؤمر المريض بالسكون التام ويمنع عن المأكل وتعطى له المشروبات المرخية الملينة * وفائدة حشو الطبقة الغمدية التهابها وتقيحها لتلتصق جدرانها ببعضها بعد ذلك * فلاجل حصول هذه الفائدة يترك الحشو فى مكانه مدة ثلاثة ايام او اربعة ثم تخرج النسالة وتبقى الخرقة فى موضعها حتى تتلوث بالصديد وتنفصل به من جدران الكيس والخصية لانها اذا رفعت قبل حصول ذلك لربما تألم المريض من شدها ولكن اذا وجد الجراح حال رفع النسالة عن الكيس التهابا شديدا عما يحتاج له الامر لزم تخفيفه بوضع الضمادات المرخية على الصفن وبارسال العلق اذا احتاج الامر لذلك ثم بعد ان تتكون الازرار اللحمية على جميع جدران الكيس الباطنة تغير النسالة كل يوم ولكن تقلل تدريجا عن الذى قبله ليحصل التئام جدران الكيس من قعره الى حوافى الجرح * ولا ينبغى اهمال ذلك لئلا تلتئم حوافى الجرح ويبقى وراءها خلو يصير محلا لاجتماع المائية فيه بعد * ثم ان هذه العملية وان كانت جيدة فى ازالة القيلة وعدم رجوعها اذا فعلت على حسب ماذكرناه لكنها مؤلمة بطول برء جرحها ولذا كان كثير من المرضى لا يرضى

فعلها له

الرابعة استئصال الطبقة الغمدية * لهذه الطريقة ثلاث كيفيات * الاولى وتنسب للجراح (دوكلاس) الانجليزى وهو اول من وضع قواعد هذه الطريقة هى ان يلقى المريض على ظهره كما فى عملية الشق ثم يحيط الجراح جزأ بيضى الشكل من مقدم الصفن بشقين هلاليين يتجهان من اعلى الى اسفل على جميع طول الورم ثم يسلخ هذا الجزء وبعد ان يرفعه يشق الطبقة الغمدية فى جميع طولها ويترك المائية تسيل ثم يسلخ تلك الطبقة من الجلد الى قرب التصاقها بالخصية والحبل المنوى محترزا من اصابة هذا الحبل ثم بعد ان يقرض ما سلخه منها بمقص ماض يحشو الجرح نسالة ليلتهب ما بقى من الطبقة الغمدية من غير استئصال لئلا يكون تجويفا يصير فيما بعد محلا لاجتماع المادة المصلية فيه كما شاهد ذلك بعض الجراحين ثم يقرب حافتى الجرح ويشد الكيس كما ذكرنا فى الشق

الثانية وتنسب للجراح (بوييه) هى ان يشق جلد الصفن فى جميع طول الجزء المقدم المتوسط من الورم ثم يسلخ من الطبقة الغمدية من انسى الجرح ووحشيه الى قرب محل انعطاف هذه الطبقة على الخصية لتغطيتها * ولكن ينبغى فى هذا السلخ ابقاء النسيج الخلوى المبطن لجلد الصفن لئلا يتغنغر هذا الجلد مع انه ضرورى لستر الخصية ويحترز ايضا من فتح كيس الطبقة الغمدية قبل تمام السلخ لئلا يزول توتر الورم فيعسر السلخ ثم يفتح الكيس ويقرض بالمقص قريبا من الخصية ما امكن

(تنبيه)

كيفية (دوكلاس) تستعمل اذا كان الورم كبيرا واقتضى الحال ازالة جزء من الجلد * واما كيفية (بوييه) فتستعمل فيما اذا كان الورم صغيرا بحيث لا يزيد الجلد عن ستر الخصية

الثالثة وتنسب للجراح (دوبويترن) هى ان يمسك الجراح الورم من الخلف بيده اليسرى ليجذب بها الجلد الى الخلف فيتوتر من الامام ثم يشقه بكيفية (دوكلاس) او (بوييه) على حسب ما يظهر له من كون اللائق ازالة جزء من

الجلد

الجلد او عدمها كما ذكرنا آنفا ثم يجذب حافتى الجرح الى الخلف بضغطهما بابهام وسبابة اليد المذكورة فيندفع الكيس من الخلف الى الامام ويخرج من الصفن منبثقا كما تخرج نواة التمرة بالضغط عليها بالاصابع ومما يسهل ذلك رخاوة النسيج الخلوى المبطن للصفن * ولكن اذا رأى الجراح ممانعة النسيج المذكور لذلك فى بعض محاله لزم شقه بالمشرط ثم بعد تمام انبثاق الورم من الجلد تشق الطبقة الغمدية وتقرض بالمقص ثم يملأ الجرح نسالة ناعمة ويعالج كما فى الشق ايضا * وبالجملة فهذه الطريقة تستعمل باحدى كيفياتها المذكورة اذا كانت الطبقة الغمدية متغضرفة متعظمة وصارت كجسم غريب يلزم استئصاله

(فى قيلة الحبل المنوى ويقال لها ايضا القيلة المتكيسة)

هذه القيلة كثيرا ما تشاهد فى الاطفال والشبان * والغالب ان محلها وسط الحبل المنوى فى جزء من القناة التى كانت ممرا لهذا الحبل وواسطة استطراق بين الطبقة الغمدية والبريتون ابتداء ثم انسدت من الاسفل والاعلى ولم يبق منها الا الجزء المجتمع فيه المصل * والمناسب من طرق علاج قيلة الطبقة الغمدية كلها لهذه القيلة هو الشق لوجوه منها انه يخشى فى البزل من اصابة المبطة لبعض اجزاء الحبل المنوى اذا كانت امام الورم ومن سعى الالتهاب الحاصل عن الزاروق الى البريتون لقربه منه * وكيفية الشق هى ان يشق الجلد وما تحته طبقة فطبقة مع الاحتياط فى عدم اصابة شئ من اجزاء الحبل المنوى ثم متى وصل الى الكيس يشق ويزال من جداره المقدم ما تيسر ازالته من غير ان يصاب الحبل المذكور ثم يحشى ما بقى من الكيس نسالة * فالتقيح الذى يحصل عن ذلك يزيله ثم يندب الجرح

هذا واذا كانت الادرة الغمدية مصحوبة بفتق نظر فى حاله فاذا كان سهل الرد فى تجويف البطن ابتدأ الجراح بادخاله ثم يأمر مساعدا بالضغط على الفتحة الاربية الظاهرة ليمنع خروجه اثناء العملية ثم يشرع فيها بالبزل والزرق كالعادة ومتى انتهى فعلها يعوض ضغط الاصبع بضغط حزام الفتق اللائق ويستمر موضوعا حتى يتم التصاق جدران الطبقة الغمدية ببعضها ويصير متينا بل

الصواب ان لا يتركه المريض بعد ذلك الا اذا تأكد من عدم قابلية الفتق للعود ثانيا واما اذا كان متعذر الرد بسبب التصاقاته ولكن كانت غير متينة كما يعلم من سهولة ادخال اغلبه لزم فتح الكيس بالكيفية التى ذكرناها فى الشق ثم تزال الالتصاقات وترد الامعاء فى البطن ثم يحشى الكيس نسالة ليلتهب فتلتصق جدرانه * واما اذا كانت هذه الالتصاقات متينة قوية فيكتفى بشق الورم لاستفراغ السائل منه * ثم يعلق بعلاقة ما كى لا يجذب الفتق الى اسفل فيستريح المريض من التعب الذى يحصل من ذلك

(المبحث الثانى فى ورم الصفن الفيلى وهو المشهور عند العامة بالقليطه)

هذا الداء غلظ عظيم فى جلد الصفن والنسيج الخلوى الذى تحته يبلغ فى بعض الاحيان ما ينوف عن مائة رطل حتى ينزل الى اسفل الركبتين فهو من اثقل الدا آت التى تقع لاهل مصر لاسيما الذين جهة ثغر دمياط ورشيد وبركة البهنسة بالصعيد لكن الغالب ان تفضل الانثيان سليمتين ولا يعتريهما تغير منه وكلما ازداد حجمه منع صاحبه من المشى لثقله وتباعد رجليه به تباعدا عظيما بل ربما صار ثابتا فى مكانه كارباب الزمانة وقد يختفى الذكر فيه فلا يمكن الجماع اصلا وبذلك ينقطع التناسل وكان من اصيب بهذا الداء الثقيل الخطر المهول يفضل به فى قيد اسره حتى يأتيه هادم اللذات ومفرق الجماعات ولا يستريح من نصبه الا بفراغ اجله حتى سخر الله لاهالى مصر سيد الوزراء * وملجأ العالة الفقراء * ولى النعمة * مفجر ينابيع الحكمة * فاحدث فيها مدارس لتعلم علم الطب واغاثة ذوى العاهات * ودور المداواة المرضى مشهورة بالاسبيتاليات * وجعل فيها جملة من حذاق مهرة الافرنج والعرب * واناطهم بمداواة كل ذى نصب * فشرع هؤلاء الاطباء فى تخليص من يصاب بهذا الورم * وتحكم رأيهم فى بتره والتحتم فاول من تجارى على قطعه بمصرنا واسس عمليته على قواعد * ابو الجراحة بمصرنا الان معلمى امير اللوا كلوت بيك لازال طويل الباع والساعد * وطيب فعله مشكورا * واسمه فى الافاق مشهورا * ثم تلقاها عنه جملة من جراحى العرب فمن مشاهيرهم فى ذلك ذو الباع فى الحكمة والادب * اخونا ابراهيم افندى

النبراوى * لازال مؤيدا من الله عارى المساوى * فقد فعلها عدة مرار * واشتهر بالمهارة فى الجراحة فى القرى والامصار * وانا فعلتها كذلك مع النجاح والحمد لله واول من فعلتها له رجل يدعى بالحاج على من اهل سمنود فصح بعد ذلك وفاز بنعمة العافية من الاله وكان ذلك الرجل من اتباع شيخها الشهير بالبدراوى وكان وزن ورمه ينوف عن مائة رطل ومكث به اربع سنين لا يقدر على النقلة من محل الى آخر ثم صار بعد العملية يسافر من سمنود الى مصر راجلا وهو فى صحة جيدة الى الان وبعد ان قطعت له هذا الورم شكر فضلى وقال لى يا محمد على افندى انت فعلت معى جميلا لا انساه مادمت حيا ولا يقدر على مكافاتك فيه الا الله فانا ادعو لك عملا بقوله صلى الله عليه وسلم من صنع معكم معروفا فكافؤه فان لم تقدروا فادعوا له ثم قال بعد ان شفى لكن يا افندى اخاف من الغرق اذا رجعت بلدى فى سفينة فقلت له لم فقال انى فى مجئى من سمنود الى قطع هذا الورم كنت راكبا سفينة النجاة فاردت ان املأ اناء لاشرب فسقطت فى البحر فعلقنى هذا الورم بجانب المركب وهو فيها ومنعنى من الغرق حتى اخذنى الملاحون ونجوت بذلك فمن يكون الان سببا فى نجاتى ان سقطت فى البحر وانا راجع فضحك جميع الحاضرين من ذلك وما ذكرت هذه الحكاية الا ليعلم ان وزن ورمه كان اثقل من جسمه كله مع انه كان رجلا طويل القامة متوسط الجثة وممن حضرنى فى هذه العملية حضرة ميرالوا كلوت بيك والحكيم الالمعى قائمقام (بيرون) ناظر مدرسة الطب الان والحكيم الماهر قائمقام (شدفوه) وقائمقام دوفينيو رئيسا الاسبيتالية الكبرى بقصر العينى واخوانى الجهابذة المعلمون بالمدرسة ثم صار المصابون بهذا الداء يهرعون الى الاسبيتالية المذكورة ليقالوا من تعبه ونصبه ويأتون اليها من جميع البلاد غير خائفين لما شاهدوه من النجاح واصلاح الفساد وكان المعاون لى فى فعل هذه العملية الطبيب الشهير شدفوه والطبيبان الماهران والخليلان الصادقان من كثر نفعهما بالديار المصرية بالسعى فى ازالة الامراض عن البرية مصطفى افندى السبكى ومحمد افندى الشافعى ولاشك ان ثلثى نجاح هذه العملية كان

بحسن هذه المساعدة فجزاهم الله عنى احسن الجزاء * ثم ان عملية قطع هذا الورم تشتمل على فصل جلد كاف لستر الخصيتين وصنع كيس جديد لهما من جلد اصل الورم من جهة الوركين وعلى فصل ما يكون جرابا للقضيب من جلد العانة والورم وعلى تتبع الحبل المنوى والخصيتين فى الورم وعزلهما منه مع التحرز من اصابة شئ من اجزائهما * وكيفية ذلك ان يلقى المريض على ظهره على طاولة مربوط اليدين والرجلين كما فى عملية استخراج الحصاة بارز العجز عن حرف الطاولة مرتكز الورم على كرسى مرتفع لا ظهر له وموكل بمسكه ايضا وتوجيهه الى الجهات التى ينكشف فيها محل العمل مساعدون ثم يمسك الجراح مشرطا صلبا محدبا بيده اليمنى بالكيفية الثالثة من كيفيات مسك المشرط ويشق الورم به شقا هلاليا تحديبه يلى جهة وسط الورم وتقعيره يلى الورك على احد جانبى الورم يبتدئ به من اسفل الفتحة الاربية بقيراط او قيراطين على حسب كبر الورم ونزوله الى الاسفل ثم يسير به على جانب الورم من اعلى الى اسفل حتى ينتهى به فى العضرط قريبا من الاست اى فتحة الدبر ثم يسلخ حافة هذا الشق التى تلى الورك الى اصلها بجرات طويلة باغلب حد المشرط كى لا يتضرر المريض من طول مدة السلخ ومتى تم سلخ هذه الشريحة الجانبية تقلب على الورك ويؤمر بتثبيتها مساعد ثم تربط جميع الشرايين النازف منها الدم ولو قليلا او يؤمر مساعدون بالضغط على فوهاتها حتى تتم العملية ثم يقلب الورم الى هذا الجانب ليفعل شق مماثل للاول على الجانب الثانى وتسلخ فيه الشريحة الجانبية الى اصلها من الورك كذلك ثم يشرع فى تخليص الحبلين المنويين من الورم بان يفعل على مسير كليهما شق غائر ويحترز فيه من اصابتهما * ويعلم الوصول اليهما قريبا من الفتحة الاربية بلون اوردتهما الازرق ومتى وصل الجراح الى الحبل المنوى عزله عن الورم من اعلى الى اسفل اما بالاصبع واما بطرف يد المشرط واما بحده على حسب ما يقتضيه الحال من خوف اصابته بالسلاح او عدمه حتى يصل الى الخصية فى طرفه السفلى * والغالب ان يجدها ملتصقة بالورم وكثيرا ما يكون هذا الالتصاق باسفله قريبا من الجلد وذلك هو السبب فى استطالة الحبل المنوى

فى هذا الورم استطالة عظيمة فيفصلها منه مع الحبل اما بالمشرط واما بالمقص محترزا من اصابتهما وقد توجد الخصية فى باطن الطبقة الغمدية غير ملتصقة بما حولها وتكون هذه الطبقة مملوءة مادة مصلية ففى هذه الحالة يشقها لتستفرغ من المائية وتخرج الخصية منها * ومن المعلوم ان الورم متى كان مصحوبا بادرة فلا تنزل الخصية كثيرا الى اسفل وانما تكون فى وسطه واعلى منه * ولذا يلزم الجراح قبل الشروع فى العملية ان يبحث عن موضع الانثيين فى الورم حتى يمكنه كشفهما وعزل الحبل المنوى معهما من اسفل الى اعلى بعكس ماذكرنا واما اذا لم يجدهما فينبغى ان يفعل ماذكرناه من انه يكشف الحبل المنوى من اعلى الى اسفل وعلى كل حال فمتى عزل الحبلين المنويين بالانثيين يلفهما فى خرقة ناعمة وبعد ان يرفعهما على البطن يوكل بتثبيتهما مساعدين ثم يشرع فى تخليص القضيب بان يفعل شقا معترضا حذاء طرف الحشفة الغائرة فى قعر قناة متكونة من جلد الصفن بسبب انثنائه الى الباطن وموجودة امامها فى الورم يمر منها البول بعد ان يخرج من الاحليل ويلزم ان يتصل طرفا هذا الشق بالشقين الموجودين على جانبى القضيب لكشف الحبلين المنويين * وينبغى فى هذا الشق التحرز من اصابة الحشفة فلذا يجب قبل فعله البحث عن طول القناة المذكورة * واذا خشى من حصول ذلك العارض شق الجراح هذه القناة بمقص كبير متين من فوهتها الى قرب طرف الحشفة ثم يصالب الطرف العلوى من هذا الشق بالشق المستعرض المذكور ثم يسلخ الجلد من ظهر القضيب اذا كان مبطنا بجزء غليظ من الورم ويبتدأ فى هذا السلخ من طرف القضيب وينتهى به فى العانة ثم يزيل ما كان محيطا بالقضيب من مادة الورم اما بالمشرط واما بمقص كبير منحن على صفحه محترزا من اصابة الجسمين المجوفين المكونين لظهر القضيب وجانبيه * ويعلم القرب من هذين الجسمين بمشاهدة غلافهما الليفى الذى يظهر لونه كانه ازرق ثم بعد ان يقلب ذلك الجلد على العانة ويثبته هناك مساعد يدخل مجسا فى مجرى البول ويخلص سطحه السفلى من الورم مستدلا على ذلك بالمجس ليحترز من اصابته وبعد عزل القضيب والحبلين المنويين والانثيين وتثبيت الجميع على العانة يقطع

الورم من اصله بسرعة بجرات كبيرة * وينبغى اثناء ذلك القطع ان يحمله مساعد على يديه لئلا يحصل الم للمريض بشده وبعد تمام قطعه والقائه فى الاناء الموضوع اسفل الطاولة لتلقى الدم فيه تربط العروق الشريانية النازف منها الدم بسرعة ولو كانت صغيرة جدا ثم يزال ماتبقى من الورم على قدر الامكان اما بالسلخ او اما بالقرض بالمقص * ولكن اذا رأى الجراح هبوط قوى المريض وكثرة تردد الاغماء اليه ترك الاجزاء الصغيرة التى تبقت من الورم فتنفصل فيما بعد بموتها وبالتقيح الذى لابد من حصوله على السطح الباطن للشرائح ثم يشرع فى خياطة شرائح الكيس الجديد وغمد القضيب بان يخيط اولا الشريحتين الجانبيتين المجعولتين لتكوين الكيس من جهة الدبر الى اصل القضيب ولكن قبل ان يقرب من هذا الاصل يضع الخصيتين والحبلين المنويين فى الكيس الجديد ويثنى الحبلين فيه جملة ثنيات على حسب طولهما ليتيسر وضعهما لكن يحترز من التوائهما لان ذلك مما يعيق الدورة الدموية فيهما مع ان عروقهما دقيقة ثم يخيط حافتى الشريحة العليا على القضيب من اسفله ويخيطها ايضا بالشريحتين الجانبيتين وبما تبقى من الجلد جهة طرف القضيب ثم يقوى ضم الخياطة بضم عصائب اللازوق ويضع اقراص نسالة ورفائد كافية على الجروح وحول الكيس المذكور والقضيب ثم تثبت برباط الصفن ويجعل طرف القضيب خارجا منه * ولعدم بل تلك الاشياء بالبول تغطى بقطعة كبيرة من المشمع ثم ينقل المريض الى فراشه متقارب الرجلين ويعالج الجرح بما يناسبه

(تنبيه)

اذا وجد الجراح الانثيين او احداهما متغيرة لزمه ازالتهما بقطع الحبل المنوى بعد ربطه بالكيفية التى سنذكرها فى الخصى * ثم اذا كان هذا الورم مصحوبا بفتق وجب الاجتهاد فى رده قبل الشروع فى العملية وتوكيل مساعد بالضغط قبالة الفتحة الاربية لمنع خروجه اثناءها ثم يكشف الكيس الفتقى بالشق الذى يكشف به الحبل المنوى ويفتحه ويقرضه بمقص الى قرب فتحة الاربية بنحو قيراط ثم تخاط جدرانه ملصوقة ببعضها خياطة شلالية غير مشدودة او بدل

ان يربط الكيس قريبا من الفتحة الاربية وهو الاحسن

(المبحث الثالث فى القيلة اللحمية)

القيلة اللحمية ورم يحصل فى الخصية من استحالتها الى حالة درنية او اسكيروسية او سرطانية ويستعمل لازالته * اولا الانواع العلاجية اللائقة فاذا لم تفد شيأ استعملت احدى الطرق الجراحية الاتية

الطريقة الاولى هى ان تربط العروق الخصية وهذه الطريقة تستعمل اذا كان تورم الخصيه ناشئا عن التهاب مزمن تسبب تيبسها عنه * وفائدة الربط حينئذ تصغير حجم الخصية شيأ فشيأ بمنع ورود الدم اليها وبالامتصاص حتى تزول بالكلية اولا يبقى منها الا شبه نواة صغيرة * ثم ان لها كيفيتين

الاولى وتنسب للجراح (مونوار) الجنيورى هى ان يلقى المريض على ظهره بعد حلق شعر العانة والصفن على طاولة او على فراشه متباعد الوركين مضبوطا وممنوعا عن الحركة بالمساعدين ثم يأخذ الجراح مشرطا محدبا فيشق به الجلد على مسير الحبل المنوى قريبا من الفتحة الاربية شقا مستقيما طوله قيراط ونصف ثم بعد انكشاف هذا الحبل يفصل منه الشريان المنوى وما كان معه من الفروع الصغيرة الشريانية ويربط كل منها على حدته بواسطة ابرة معوجة رباطين ويقطع ما بينهما من الخيط ثم يضم الجرح بعصائب اللازوق وفى هذا الربط يحترز من اصابة الاوردة والاعصاب

الكيفية الثانية وتنسب للجراح (موركان) هى ان يكشف الحبل كما ذكرنا وتعزل منه القناة المنوية ثم تستأصل منها قطعة طولها قيراط او قيراطان من غير ان تربط العروق ثم يضم الجرح بعصائب اللازوق ليلتئم من غير تقيح * هذا ويمكن ايضا الاقتصار على ربط اوردة الحبل المنوى كما فى القيلة الدوالية لان ذلك كله يسبب صغر حجم الخصية وزوالها بالامتصاص كما ذكرنا آنفا

الطريقة الثانية هى ان تقطع احدى الخصيتين او هما معا على حسب كون الداء مصيبا لاحداهما او لهما معا * فان كان القطع لهما معا سمى خصيا وهذه العملية تفعل اذا كان تورم الخصية من سرطان مصيب لها * ولا ينبغى

للجراح المتمسك بقوانين هذه الصناعة الشريفة ان يستعملها فى خصى السليم من الادميين مرضاة لبعض الناس لان ذلك ليس بجائز شرعا فاياك ان تخصى انسانا مهما يكن جنسه ولو اعطيت على ذلك مالا كثيرا مالم يكن مريض الخصيتين والافلست بانسان حينئذ وعليك ايضا ان تمنع فعلها بحسب الطاقة ولهذا القطع كيفيات * الاولى الاعتيادية وتشتمل كغيرها على شق الجلد وسلخ الورم وعزل الحبل المنوى وقطعه بان يلقى المريض على ظهره فى فراشه على طاولة ممنوع الحركة بمساعدين ثم يقف الجراح فى الجهة اليمنى ويفعل شقا بسيطا فى الجلد اذا كان سليما والورم صغيرا يبتدأ به اعلى الفتحة الاربية بنصف قيراط وينزل به الى جزء الورم السفلى تابعا وسط مقدمه اعنى من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية * واما اذا كان الجلد متغيرا او الورم كبيرا فيشق هذا الجلد شقا بيضيا محيطا بما هو متغير منه او زائد اعما يكفى لستر الجرح * وعلى كل حال فبعد تمام الشق وربط ما نزف من الشرايين يشرع فى سلخ الورم اما بمسكه من الخلف وجذب حافتى الجرح الى هذه الجهة لتبرز الخصية من الجرح منبثقة اذا كان نسيج الصفن الخلوى غير متين وبذلك يسهل سلخها بسرعة ولكن اذ كان الورم كبيرا او الجلد ملتصقا فلا يمكن فعل ذلك وحينئذ يسلخ الجراح بالمشرط كلتى حافتى الشق الاولى فالثانية بعد قلبها الى الظاهر وتبعيد الورم بمساعد تارة الى جهة وتارة الى اخرى على حسب جهة السلخ منه * وينبغى التحرز فى هذا السلخ من اصابة الجلد وثقبه ومجرى البول والجسم المجوف الملتصقة بالورم التصاقا متينا اذا كان كبيرا ومن اصابة الخصية السليمة ايضا وبالجملة فتتبع القواعد التى ذكرناها فى السلخ على وجه العموم حتى ينفصل الورم والحبل المنوى مما حولهما بدون عارض انفصالا تاما الى ما وراء حدود الداء فتصير الخصية معلقة فى الحبل المذكور وحينئذ يشرع فى تعرية الحبل بفصله من غلافه المتكون من وريقتين كما هو معلوم * احداهما من الصفاق المستعرض * والثانية من العضلة الرافعة للخصية * وكيفية هذه التعرية هى ان يمسك جزء من الغلاف المذكور بجفت صغير ويرفع ثم يقرض بالمشرط

فيتكون من ذلك فتحة يدخل منها محراف قنوى ويشق عليه هذا الغلاف من الامام والخلف * ولا ينبغى اهمال هذه التعرية كما يفعله بعض الجراحين لانه ان قطع الحبل بدونها انقبض فى غمده قبل ان تربط عروقه وربما دخل بذلك فى القناة الاربية ثم يأمر الجراح مساعدا يرفع الورم لئلا يصير الحبل مشدودا ويمسك الحبل بالابهام والسبابة بعيدا عن محل الداء وقريبا من الفتحة الاربية ويقطعه اما بمقص واما بمشرط من الامام الى الخلف او بالعكس ثم يمسك كلا من الفروع الشريانية على حدته بالحفت الصغير ويأمر مساعدا بربطها واذا تعسر عليه تمييزها مما حولها خفف الضغط يسيرا ليخرج منها شئ من الدم فيدل عليها وهناك شريان صغير جانب القناة المنوية وبعض الاحيان يكون ملتصقا بها كانه داخلا فى منسوجها فيلزم الجراح ان يبحث عنه ويربطه لئلا ينزف منه الدم وبعد تمام ذلك الربط يجمع الخيوط ويلفها بخرقة ويضعها قريبا من زاوية الجرح العليا ثم يضم الجرح بالخياطة وعصائب اللازوق اذا لم يخش من حصول القيح ونجمعه فى قعره

والجراح (ليسفرنك) يفعل هذه العملية بدون ان يعرى الحبل المنوى وانما يمنع انقباضه وتوارى العروق بان يأمر مساعدا يمسكه مسكا جيدا بالابهام من جهة وبالسبابة والوسطى من اخرى متباعدين بحيث يقع الابهام حذاء المسافة التى بينهما وبذلك يصير الحبل متعرجا فيمتنع انقباضه ثم يقطعه من اسفل محل المسك ويربط العروق كما ذكرنا

واما الجراح (رو) فانه يقطع الحبل شيأ فشيأ بجرات صغيرة وكلما قطع منه شيأ ونزف منه الدم ربطه قبل ان يقطع غيره ولا يقطع ما بقى منه معلقا للخصية ومانعا لانقباضه الى الباطن الا بعد ان يتحقق من انه غير محتو على شرايين والا احاطه بخيط وربطه به قبل ان يقطعه

هذا وبعض الجراحين يفضل ربط الحبل المنوى كله وقطعه من اسفل محل الربط زاعما ان هذه الطريقة سهلة اكيدة فى منع النزف نعم يخشى منها سعى الالتهاب الى البطن والتيتانوس من ربط الاعصاب المنوية كما شاهد ذلك الجراح

(موراند) مرة * واذا كان الحبل متغيرا من جزئه الموجود فى القناة الاربية لزم شق جدار هذه القناة المقدم لينكشف هذا الجزء فيقطع الحبل منه على حدود الداء بكيفية (رو) لئلا تنقبض العروق فى تجويف البطن وهى قريبة منه * وقد قطع بعض الجراحين هذا الحبل اعلى الفتحة الاربية باربعة قراريط ومع ذلك شفى المريض لكن ينبغى ان يلاحظ الجراح قرب البريتون والشريان الشراسيفى والعروق الحرقفية * وتشق القناة الاربية ايضا ليتيسر ربط العروق المنوية ويمنع نزفها اذا انقبض الحبل واختفى فيها بعد ان قطع من خارجها

الكيفية الثانية وتنسب للجراح (ريما) هى ان يجعل المريض ملقيا على ظهره كما ذكرنا انفا ثم اذا كان العمل فى الخصية اليسرى يرفع الجراح بيده اليسرى جلد الصفن والاربية اليسرى مع الحبل المنوى بعد التحقق منه بالضغط عليه بين الابهام من جهة والاربع اصابع الاخيرة من الاخرى ثم يأمر مساعدا بالوقوف على يمينه وتبعيد الخصية السليمة مع ما يمكنه اخذه معها من جلد الصفن لكن يحترس من ان يكون حاجز الخصيتين فى هذا الجلد ويأمر آخر بالوقوف على يساره ورفع الخصية المريضة بحيث تصير بين الخصيتين مسافة كافية يكون الجلد فيها مشدودا شدا مناسبا ثم بعد ان يجعل الجراح نفسه اعلى من محاذات المحل الذى يقطع منه الحبل يغرز مشرطا حاد الطرف جدا تحت الثنية المتكونة عن الجلد والحبل المنوى الممسوكين باصابع يده اليسرى عرضا حتى ينفذ من الجهة الثانية المقابلة لمدخله ثم يوجه حده بانحراف الى الاسفل وينزل به مارا تحت الخصية المريضة بحيث يفصلها عما تحتها من الاجزاء كما يفعل فى البتر التشريحى * فبعد ان يتم هذا الشق المنحرف من اعلى الى اسفل من غير ان يهتم بالجلد المغطى للخصية المريضة يأمر المساعد برفع الخصية الى اعلى ثم يدير حد المشرط باستقامة من اسفل الى اعلى ويمر به تحت الحبل المنوى فيقطعه مع الجلد المغطى له دفعة واحدة وحينئذ ينفلت غالبا من الاصابع الماسكة له ولكن مع ذلك لا ينقبض كثيرا الى الاعلى لعدم شق النسيج

الخلوى المحيط به بحيث اذا بعدت حافتا الجرح يجد الجراح طرفه وحينئذ يربطه كله او يقتصر على ربط الشرايين فقط ثم يضم حافتى الجرح *والالتحام يتم بهذه الطريقة بسرعة وسهولة لعدم سلخ حافتى الشق وطولهما فلا ينقلبان على نفسهما الى الباطن

الطريقة الثالثة وتنسب للجراح (كارن) هى ان يلقى المريض على ظهره ويضبط كما ذكرنا ثم يمسك مساعد الحبل المنوى من فوق الجلد المغطى له بالابهام من جهة والسبابة والوسطى من اخرى من اعلى محل ابتداء الشق ويمسك الجراح الخصية المريضة بيده اليسرى ويبعدها عن السليمة ما امكن ثم يأخذ بيده اليمنى مشرطا مستقيما طويلا ويقطع به الخصية المريضة من الظاهر الى الباطن وكذا ما يغطيها من الصفن مبتدئا فى الشق بحد المشرط كله من اسفل اصابع المساعد بيسير فى الجهة العليا الوحشية من الصفن ويمر به بين الخصيتين موازيا للعضرط وينتهى به فى الجهة السفلى الوحشية لهذا العضرط ويمكن فعل العملية ايضا بعكس ذلك بان يبتدأ بالشق من اسفل وينتهى به فى المحل الذى يبتدأ به فى الكيفية السابقة * وبالجملة فالجرح الذى يعقب العملية يصير شبيها بجزء من دائرة تحديبه يلى الخصية السليمة *وبعد تمام العملية تربط العروق وهذه الطريقة سهلة العمل سريعته جدا بحيث تقطع الخصية فى طرفة عين ولكن لا يمكن استعمالها وكذا الطريقة الثانية فيما اذا كان ورم الخصية كبيرا لانه يخشى حينئذ من شق حاجز الخصيتين *ثم بعد تمام العملية باحدى الطرق المذكورة يشرع فى معالجة الجرح الحاصل عنها بان تقرب حافتاه بعصائب اللازوق لكن من غير ان يقصد الالتئام بدون تقيح ثم تبسط فوقه رفادة مثقبة مدهونة قيروطا وتوضع عليها اقراص من نسالة لينة وكذا توضع اقراص اخرى بين الفخذ والكيس ويغطى جميع ذلك برفائد طويلة ويثبت بالرباط الذى صورته هكذا ـ ثم بعد مضى ثلاثة ايام يرفع جميع ذلك ويوضع بدله بالكيفية المذكورة لكن يحترز من شد الجرح كثيرا لكونه صار ملتهبا ويكرر ذلك كل يوم مرة او مرتين حتى يتم الندب غير انه يوضع قليل من النسالة بين حافتى الجرح لتمنعهما من

الانقلاب الى الباطن فيعسر التحامه بعد ان يصير كالقناة الضيقة الغائرة ثم ان هذه العملية قد يعقبها او يصحبها جملة عوارض * منها انقباض الحبل المنوى * ومنها انه قد يكون هناك كيس فتق مختف فى الحبل فينفتح * ومنها النزيف * ومنها التهاب الحبل او اوردته * ومنها التيتانوس * فاما الانقباض فقد ذكرنا الاحوال التى يحصل منها وما يمنع حصوله وكذا النزيف فاذا حصل مع استعمال ماذكرناه لزم شق الجدار المقدم للقناة الاربية لينكشف الحبل المذكور وتربط شرايينه * واما التهاب الاوردة فيحصل من ربطها مع الحبل وهى غليظة متعرجة فلذا ينبغى تجنب ربطها ما امكن * واما التهاب الحبل نفسه فهو قليل الخطر مالم يسع نحو البطن واذا اختنق حينئذ الحبل فى القناة الاربية من شدة التهابه وانتفاخه لزم توسيع هذه القناة بشقها كما فعل ذلك جملة من مشاهير الجراحين

وقد لا تنزل الخصية فى الكيس بل تبقى فى باطن القناة الاربية او فى محاذات فتحتها الظاهرة بحيث تصير فى هذا المحل الضيق محصورة معرضة للضغط والمصادمة فى الحركات العنيفة وقد تلتهب بذلك وتتيبس وتستحيل الى اسكيروس او سرطان اذا لم يبادر بتنزيلها فى محلها الطبيعى فى الكيس الصفنى وقد تصير طبقتها الغمدية محلا لاجتماع مادة مصلية كثيرة * وكيفية عملية ذلك هى ان يشق الجلد والصفاق الظاهر شقا موازيا للقوس الفخذى واذا انقطع فى هذا الشق الشريان الجلدى البطنى يربط ثم يدخل محراف قنوى من الفتحة الظاهرة للقناة الاربية ليرفع به جدارها المقدم المتكون من العضلة البطنية المنحرفة فيشق عليه وحينئذ تنكشف الخصية فينظر فى حالها فان كانت مريضة متغيرة فصلت مما حولها هى والحبل المنوى مع غاية الانتباه والاحتراس من اصابة البريتون والشريان الشراسيفى والعروق الحرقفية لانها قريبة منها فيخشى من اصابتها ثم يشد هذا الحبل الى الظاهر ويقطع بعيدا عن محل الداء شيأ فشيأ وتربط العروق الاول فالاول عقب قطعه ونزف الدم منه بكيفية (رو) والجراح (ويلبو) اوصى بربط الحبل المذكور كله بخيط واحد قبل قطعه * وبعض الجراحين قطعه اعلى من الفتحة الاربية الظاهرة بثلاثة قراريط فشفى المريض من هذه العملية مع ذلك

واما ان كانت الخصية سليمة فتخرج من القناة الاربية وبعد ان يشق الصفن تنزل فيه ولا عسر فى ذلك لان الحبل المنوى لم يزل طويلا كما فى الحالة الطبيعية اعنى التى تنزل فيها الخصية فى الكيس من اصل الخلقة * ثم لاجل مكث الخصية فى الكيس وعدم صعودها ينبغى ان يتفذ خيط فى الطبقة الغمدية وفى جزء الصفن السفلى معا ليلتصقا ببعضهما ويضغط قبالة الفتحة الاربية الظاهرة ضغطا لائقا

(تنبيه)

اذا خصى رجل وبعد ذلك بعشرة اشهر ولدت زوجته فهل يلحق هذا المولود به او يحكم بانه من الزنا * والجواب انه فى بعض الاحيان قد يمكث الجنين فى بطن امه زيادة عن تسعة اشهر بحيث ان المرأة قد تكون علقت من زوجها قبل خصيه واذن يلحقه شرعا * وان المنى المفروز قبل الخصى قد يتخزن فى الحوصلتين المنويتين ويمكث فيهما الى ما بعد العملية المذكورة فاذا جامع الخصى زوجته اندفع ذلك المنى فى رحمها فتحمل منه وحينئذ يكون الولد منه لا من الزنا لاسيما وان الخصى لا يمنع فى بعض الاحيان انتصاب القضيب ولكن مع ذلك يحصل الشك فى حفظ المرأة فرجها بل تنسب للزنا بدون ارتياب اذا تكرر حملها بعد المرة الاولى

(المبحث الرابع فى القيلة الدوالية)

القيلة الدوالية ورم يحصل عن اتساع وانتفاخ اوردة الصفن والاوردة الخصية وهذا الورم اذا عظم حجمه قد يضغط على البربخ والخصية فيصغر حجمهما كثيرا وتبطل وظيفتهما بحيث يصير المريض عنينا اذا كان الورم شاغلا للجهتين ومعالجة هذا الداء على ضربين مخففة ومزيلة * اما المخففة فتشتمل على وسائط تنقيص التعب والمشقة الناشئين عن هذا الورم وعلى مقاومة وازالة الاسباب المحدثة لها وعلى تجنب الاسباب التى تزيده وهى تحصل بتعليق الكيس بعلاقة مرنة من نسيج بارد مرن مصنوع من الكتان او التيل وتجنب المريض المشى المتعب والوقوف الطويل وركوب الخيل والاستحمامات الحارة وافراط الجماع * وبالجملة يجتنب جميع ما يسبب اجتماع الدم جهة القطن * ثم يغسل الصفن صباحا ومساء بالماء البارد القراح او المحلول فيه بعض المواد القابضة

لان ذلك يحصل منه خفة عظيمة لما يحصل منه فى جلد الصفن من الانقباض ورجوع قوة التقلص لعضلات الخصية

ثم ان الجراح المسمى (هروز الشيكوينى) يستعمل طريقة مخففة للقيلة الدوالية وزعم انها جيدة جدا لما شاهده من نفعها فى تنقيص حجم الورم وما يحصل منه من العوارض * وهذه الطريقة هى ان يجذب جلد الكيس من الجهة المريضة الى الاسفل ويحاط من اسفل الخصية بدون واسطة برباط يشد شدا كافيا لعدم انفلات الجلد منه فمن ذلك ترتفع الخصية وتصير كانها مشمورة ويزول انتفاخ الاوردة وما يحصل منه من التعب اوغيره * واما الجراح (ويلبو) فيستعمل طريقة اخرى غايتها كالسابقة ولكنها تختلف عنها فى العمل وكيفيتها هى ان يلقى المريض على طاولة العمليات اوعلى فراشه ثم يجذب الصفن الى اسفل مبسوطا ويوكل بمسكه مساعد بعد ان ترفع الخصية قريبا من الفتحة الاربية ويثبتها هنالك مساعد آخر ثم يأخذ الجراح ابرة منظوما فى سمها خيط طويل ويخيط بها الصفن من اليسار الى اليمين خياطة شلالية ذات عراوى مسترخية ثم يقطع هذه العراوى بحيث يصير الخيط المذكور جملة خيوط ثم يقطع ما يوجد امام الخيوط من الصفن بمشرط اومقص ويعقد طرفا كل خيط على حدته وبذلك تنتهى العملية * وفائدتها رفع الانثيين ومنع تدليهما ولكنها فى بعض الاحيان لا تمنع انضغاط الخصية بالاوردة المنتفخة وصغر حجمها من ذلك فضلا عن كونها عملية جراحية مؤلمة والظاهر ان الطريقة الاولى احسن منها لكونها خالية من الالم مع اشتراكها معها فى الفائدة

واما المعالجة المزيلة فلها جملة طرق نذكر منها هنا احسنها واجودها فنقول الاولى ربط الاوردة ولها كيفيتان * الاولى وتنسب الى الجراح (ديلبيش) هى ان يكشف الحبل المنوى قريبا من الفتحة الاربية الظاهرة بشق الجلد شقا طوله نحو قيراطين ثم تشق العضلة الرافعة للخصية وتمد هذا الحبل بان يرفع منه بجفت جزء يقرض بالمشرط ثم بعد ان يشق بالمشرط من اعلى واسفل على المحراف القنوى تفصل الاوردة من الشرايين ومن القناة الناقلة للمنى ويربط كل منها على حدته

ثم

ثم يغطى الجرح برفادة مثقبة مدهونة قيروطا وتوضع فوقها نسالة وما يثبتها من الرفائد والرباط اللائق بالمحل * ثم اذا التهب الجرح عولج بما يليق به من مضادات الالتهاب * وهذه العملية وان نجحت مرارا الا انها قد يعقبها التهاب الاوردة وضمور الخصية وبطلان فعلها حتى ان الجراح المذكور فعلها لشاب قبل زواجه فحصل له ذلك العارض ومنعه من الجماع عند دخوله بزوجته لعدم انتصابه بالكلية فمن حيائه من ذلك وغيظه ترقب للجراح المذكور فى بعض طرقه ورماه ببندقة فقتله

الكيفية الثانية ربط العروق من تحت الجلد وتنسب الى الجراح (ريكور) وهى ان تؤخذ ابرة مستقيمة بعد فصل العروق الوريدية من قناة المنى وجعلها فى ثنية من الجلد وينظم فى سمها خيط منثن بحيث تصير عروته مكونة لطرفه الخالص ثم تنفذ به بين الاوردة وقناة المنى وبعد تمام خروجها ترخى ثنية الجلد المشتملة على الاوردة وتؤخذ ابرة ثانية فى سمها خيط كالاولى وتدخل من مخرج الاولى وتخرج من مدخلها بعد ان تمر بالخيط امام الاوردة فتصير الاوردة بهذه الكيفية بين خيطين كانهما داخلان وخارجان من فتحة واحدة ثم يدخل طرف كل خيط فى عروة الخيط المقابلة له ويجذبا فى جهتين متقابلتين فيشدا على الاوردة شدا قويا

ولاجل استمرار ذلك الشد وازدياده بالارادة تؤخذ آلة شبيهة بنعل الخيل الافرنجى مثقوب كل من طرفيها ثقبا واحدا وتحديبها محفور بقناة ثم يدخل كل خيط فى ثقب ويعقد مع الاخر بعد مروره فى القناة فوق لولب شبيه بدولاب البئر مركب على تحديب الآلة وصاحب هذه الطريقة استعملها مرارا فنجحت نجاحا عظيما

الطريقة الثانية ان تضغط الاوردة المنتفخة لينسد مجويفها بتقارب جدرانها والتصاقها ببعضها ولهذه الطريقة كيفيات * منها كيفية (داوات) وهى ان يؤمر المريض بالوقوف ليجتمع الدم فى الاوردة فتنتفخ وتغلظ فيسهل تمييزها وفصلها من القناة الناقلة للمنى الموجودة غالبا خلف الاوردة مع انسيها ثم تدفع

هذه القناة الى الانسية والخلف نحو حاجز الانثيين واصل القضيب فتثبت هناك بابهام اليد اليسرى وسبابتها اذا كان العمل فى الجهة اليسرى كما هو الغالب بعد ان يمر بالسبابة خلف اصل الكيس والابهام امامه فتصير العروق فى ثنية من الجلد مرفوعة بالاصبعين المذكورين ومحدودة بهما من الخلف * ثم بعد ان يؤمر المريض بالجلوس ثانيا تؤخذ ابرة اعتيادية او دبوس حاد الطرف جدا وتمسك كقلم الكتابة باليد اليمنى ثم تغرز فى الجلد امام طرف السبابة ويمر بها خلف الاوردة فتى جاوزها طرفها من الجهة الثانية يرخى الجلد من اصبعى اليد اليسرى فينبسط وحينئذ يمال رأس الابرة بحيث يخرج منها قريبا من مدخله ما امكن فتصير الابرة مصالبة للاوردة عرضا وحينئذ يلف خيط حول طرفيها بحيث يتكون امام الاوردة فوق الجلد صورة شبيهة برقم ثمانية بالعربى قديما هكذا ∞ فمن ذلك تصير الاوردة مضغوطة بين الخيط من الامام والابرة من الخلف فتتقارب جدرانها ويزول تجويفها ويحصل فيها قبالة محل الضغط التهاب خفيف كاف لسدها * ثم اذا كان الورم كبيرا لزم غرز ابرة ثانية بالكيفية المذكورة بعيدا عن الاولى بقيراط او اكثر على حسب طول محل المرض ويلف على طرفيها خيط ايضا ثم يستر الجلد تحت طرفى الابرة بقطعة لازوق او يدخل كل منهما فى قطعة من خشب الفلين لئلا يخدشا الجلد فيتألم منهما ثم توضع نسالة ورفائد وتثبت بالرباط اللائق * هذا والطبيب الشهير (فرانك) يستعمل كيفية شبيهة بهذه الكيفية فلا حاجة لشرحها

ومنها كيفية (راينو) وهى ان تفصل القناة الناقلة للمنى وجميع الاوردة المنتفخة على صورة حبل فى ثنية من الجلد باصبعى اليد اليسرى الاولين كما ذكرنا ثم يأخذ الجراح ابرة فى سمها خيط عريض او سلك من فضة سلسة وينفذها تحت الاوردة بحيث تدخل من جهة السبابة وتخرج من جهة الابهام متبوعة بالخيط او السلك * فبعد مرور هذا الخيط وتكون عروة منه خلف الاوردة الدوالية بحيث يصير طرفاه خارجين من فتحتين فى الصفن متباعدتين عن بعضهما بقدر قيراط او ازيد قليلا يؤخذ رباط ملفوف لفا اسطوانيا او رفادة

درجية اوحزمة نسالة اوقطعة مشمع ملفوفة على نفسها وتوضع قبالة الاوردة فيما بين مخرج طرفى الخيط ثم يعقد هذان الطرفان على هذه الوسادة وينفذ تحت العقدة محراف قنوى يدار على نفسه فيشد الخيط وتصير الاوردة مضغوطة بينه وبين الوسادة المذكورة فاذا كان الشد عظيما وتألم المريض منه كثيرا لزم ارخاؤه بتدوير المجس الى الجهة المضادة للتى يدور اليها لشد الخيط لئلا يحصل التهاب شديد * واما اذا كان مرخيا لزم ازدياده بتدوير المجس الى الجهة الاولى ويفعل ذلك ايضا بعد كل ثلاثة ايام ففى اليوم الخامس عشر يتم انقطاع الاوردة من الخلف الى الامام بحيث يصير الخيط تحت الجلد اذا لم يكن قطع ايضا وللتأكد من انه لم يبق وريد بلا قطع يقطع شبه القنطرة الجلدية بمشرط او يبقى الخيط تحتها حتى يتم قطعها وحينئذ يعالج الجرح الحاصل عن ذلك بما يناسب حاله من معالجة الجروح حتى يتم ندبه * وفائدة هذه العملية كغيرها ايقاف جولان الدم الوريدى فى محل من الوريد المنوى ومن جلد الصفن ليتجمد الدم فيه وبذلك تستحيل الاوردة الى شبه حبل غير مجوف

(تنبيه)

اذا كانت الاوردة المنتفخة طويلة لزم ربطها من محلين منها بالكيفية المذكورة بحيث يصير احد الرباطين قريبا من اصل القضيب والثانى قريبا من الخصية وذلك لاجل التأكد من تمام انسدادها وعدم عود تجويفها بامتصاص الدم المتجمد فيها * ومنها كيفية الجراح (بريشه) احد معلمى التى انقنها (لاندورى) (وبيرار) الصغير وهى ان يستحضر لها على جفت لضغط الاوردة المنتفخة مقبضاه مبطنان بجلد لعدم خدشهما الصفن ويقربان تدريجا بواسطة لولب نافذ فى فرعيه اللذين كل منهما على صورة هلال وفى كل من الطرفين الانسى والوحشى لهذين المقبضين فتحة يدخل فى كل فتحتين متقابلتين منها دبوس وبعد وضع الجفت ينفذ الدبوسان فى الصفن من جهة الى اخرى لتصير الاوردة منحصرة بينهما فلا تزوغ جهة المسافة الهلالية المجعولة لقبول جزء الصفن الوحشى * ثم يؤمر المريض بعد حلق الصفن والعانة بالوقوف امام كوة

منيرة ويفصل الجراح الاوردة من القناة الناقلة للمنى كما ذكرنا آنفا بان يدفع هذه القناة جهة حاجز الخصيتين بالابهام والسبابة وكذا الاوردة الى الوحشية ثم ينفذ ابرة من فولاذ بين تلك القناة وهذه الاوردة لتبقى منفصلة فلا تختلط اثناء وضع الجفت ثم يضع فرع الجفت السفلى خلف الصفن حتى يصل طرفه الى الابرة المذكورة ويوكل بتثبيته فى موضعه مساعدا ويضع الفرع الثانى فى الجهة المقدمة اثناء ما يجذب المريض القضيب الى الاعلى نحو البطن لئلا يصير جلده الكافى لانتصابه مضغوطا تحت الجفت والمساعد مانع بروز شئ غير جلد الصفن فقط فى المسافة الهلالية الموجودة فى جزا الجفت الوحشى ليصير هذا الجلد غير مضغوط بهذه الآلة فبعد وضع الجفت بهذه الكيفية يدور اللولب ليضغط مقبضا الجفت على الاوردة وتنفذ الدبابيس فى الفتحات المذكورة مارة فى جلد الصفن لتمنع زيغان الاوردة فتبقى تحت مقبض الجفت * ثم لاجل منع خدش هذه الدبابيس الجلد يوضع حولها خرقة وبعد تمام وضع الجفت ترفع الابرة الفاصلة للاوردة عن قناة المنى حيث لا حاجة لها حينئذ * واذا لزم الامر لوضع جفت ثان وضع بهذه الكيفية نفسها

الطريقة الثالثة وتنسب الى الجراح (ويدال) غايتها الف اوردة الحبل المنوى حول سلكين من فضة كما يلف خيط حول المكب او حبل حول دولاب البئر لتنسد تلك الاوردة وتنقطع فى عدة مواضع منها ويقصر الحبل المنوى فترتفع الخصية ايضا وتصير غير متدلية * ويلزم ان يستحضر للعملية بهذه الطريقة على ابرة مستقيمة احد طرفيها شبيه بالسهم والثانى محفور بقناة حلزونية الجدران وعلى سلك من فضة اقل غلظا من المسبر ذى السم المنسوب الى (ميجان اوانيل) الموجود دائما فى عدة الجراح فى احد طرفيه بروز حلزونى موافق لقناة الابرة بحيث يصيران بعد اتصالهما كانهما شئ واحد * وكيفية العملية هى ان تنفذ الابرة بعد فصل الاوردة من قناة المنى كما ذكرنا ذلك انفا مرارا بالسلك المتصل بها باليد اليمنى خلف الاوردة المنتفخة وانسيها وحشى طرف السبابة والابهام الفاصلين للقناة المنوية عن الاوردة وبعد تمام نفوذ السلك وخروج طرفه من الجهة المقابلة

لمدخله تفصل منه الابرة ويوصل بها سلك آخر لينفذ امام الاوردة فيما بينها وبين الجلد بان يرخى الجراح اولا قناة المثنى من الابهام والسبابة ويثنى الجلد الموجود امام الاوردة بهما حتى تصير فتحتا منفذ السلك الاول فى جهتها المقدمة * ولاجل سهولة ذلك وتقريب هاتين الفتحتين من بعضهما يحنى هذا السلك على صورة قوس تحديبه الى الخلف بحيث تقصر طريق السلك الثانى فى نفوذه ثم يدخل السلك الثانى بالابرة الحاملة له من مدخل الاول ويخرج من مخرجه بعد ان يمر امام العروق فبعد تمام تنفيذه يخلص من الابرة ويقام السلك الخلفى ما امكن فمن ذلك تصير الاوردة بين سلكين داخلين من فتحة واحدة وخارجين من اخرى احدهما خلفها والثانى امامها وبعد ذلك يلوى طرفا كل جهة معا من الامام الى الخلف فبذلك يكون السلكان عروة محيطة بالاوردة تضيق كلما زاد هذا اللى وتضغط على هذه الاوردة ويصير السلكان كحبل فيه بعض متانة بحيث اذا لويا على محورهما اخذا معهما الاوردة الموجودة بينهما فتصير ملفوفة عليهما كالخيط على المكب وحيث ان طرف تلك الاوردة الذى يلى البطن ثابت وطرفها المتصل بالخصية متحرك قابل للانتقال لا يلف حول السلكين الا الطرف السفلى فالخصية ترتفع من ذلك * ومما يعين ايضا على ارتفاعها رخاوة النسيج الخلوى الموجود فى الصفن فبعد تمام لف جزء كاف من الاوردة حول السلكين ورفع الخصية قريبا من الاربية تؤخذ اسطوانة رباط ملفوف وتوضع على الجلد قبالة لفات الاوردة فيما بين مدخل الحبل المعدنى ومخرجه وبعد ان تثبت طرفاه فوق هذه الوسادة يلويهما معا ينفذ تحته فيما بينه وبين الوسادة محراف قنوى ليلوى به كما فى ضغط الشرايين بالآلة التى يقال لها الجاروط ثم ينقل المريض الى فراشه وكلما قطع شئ من الاوردة يشد الحبل المعدنى حول الباقى بالمحراف القنوى بعد ان ينقص حجم الاسطوانة لتصغر الحلقة الحاصلة عن الحبل المذكور حتى يتم انقطاع باقى الاوردة ويصير الحبل تحت الجلد مباشرة فيشق بالمشرط ويعالج جرحه بما يناسبه

(تنبيه)

قد شاهد بعض الجراحين قناة المنى منتقلة امام اوردة الحبل المنوى فلذا ينبغى قبل استعمال احدى الطرق المذكورة ان يبحث جيدا عن موضعها الحقيقى لتبعد عن الاوردة

(الفصل الثانى فى العمليات التى تفعل فى مجرى البول والمثانة)

(المبحث الاول فى عمليات الحشفة المثقوبة خلقة ثقبا غير كامل او المنسدة رأسا)

قد يولد الطفل مثقوب الحشفة ثقبا غير كامل ولا يخرج البول الا من فتحة صغيرة تكاد ان لا تبصر * وقد تكون الحشفة منسدة رأسا انسدادا خلقيا وبذلك يشاهد مجرى البول متسعا ممتلئا بولا الى قرب محل الانسداد * ومن النادر تباعد هذا المحل عن ظاهر سطح الحشفة * وحينئذ ان كانت فوهة مجرى البول موجودة الا ان حوافيها ملتصقة ببعضها كفى فصلها عن بعضها بسن مشرط او مبضع والافعل شق صغير اولا بمشرط على قمة طرف الحشفة وعلى حسب اتجاه مجرى البول ثم يثقب بابرة او مبطة ويدخل مرود من صمغ لدن او شمع فيه ويبقى مدة طويلة كى لا يحصل تضايق فى الفتحة * واما اذا كان الانسداد غير كامل لزم توسيع الفتحة اولا بميل رفيع جدا يدخل فيها ثم يستعوض فيما بعد بمراود متزايدة الحجم تدريجا وتستعمل مدة طويلة لما تقدم

(المبحث الثانى فى انفتاح مجرى البول من السطح الخلفى للقضيب)

(ويقال له ايضا ابوسبادياس)

اعلم ان الابوسبادياس على ثلاثة انواع * النوع الاول انفتاح مجرى البول من اصل قيد القلفة فى المحل المحاذى للحفرة الذورقية * النوع الثانى انفتاحه قريبا من اصل منشأ الكيس اى الصفن او فى المحل الذى بين هذا العضو والحشفة * النوع الثالث ان ينقسم الصفن طولا فيكون شبيها بفرج الاناث ويكون فى قعره مجرى البول * والنوعان الاولان يرجى فيهما الشفاء ولنذكر لك علاجهما فى مطلبين فنقول

(المطلب الاول فى عملية انفتاح مجرى البول من اصل قيد القلفة)

اعلم ان هذا الانفتاح يعالج بطريقتين * الاولى ان تثقب الحشفة من طرفها كما اوصى بذلك بعضهم ثقبا يصل الى تجويف مجرى البول بمبضع اومبطة ثم يوضع فى فتحة هذا الثقب الصناعى ماسورة كى تستمر مفتوحة حتى تنسد الفتحة المكونة للمرض بكيها واحداث التقيح فيها * الثانية ان تشق الحشفة حذاء الفتحة الموجودة فى اصلها شقا يصل الى قمتها ويكون غوره كافيا لوضع ماسورة فيه ثم تقرب حوافى الجرح الى بعضها فوق الماسورة كى تلتحم ببعضها وقد عول على هذه الطريقة بعض الجراحين

(تنبيه)

الغالب ان الاطفال الذين يولدون بهذا النوع من الابوسبادياس لا يحتاجون الى عملية اصلا لكن اذا اضطر الى ذلك فالطريقة الاولى من هاتين الطريقتين اولى سيما اذا فعلت بهذه الكيفية وهى ان تغرز مبطة من فوهة مجرى البول وتبرز من قمة الحشفة اى طرفها

(المطلب الثانى فى عملية انفتاح مجرى البول)

(المنسد من الصفن اومن بينه وبين الحشفة)

اعلم ان قناة مجرى البول تكون فى هذه الحالة مسدودة بالكلية وحينئذ لا يمكن فعل عملية لها بخلاف ما اذا كانت مفتوحة ولو فى العجان فانها تستطيل فى هذه الحالة فى مسافة عظيمة تحت القضيب وحينئذ يعالج هذا الداء بطريقة (ماريستين) وهى انه اتى اليه جندى فى عجانه ثقب خلقى وكانت حشفته منسدة فادخل الجراح المذكور ميلا فى فتحة مجرى البول فتحقق به ان هذا المجرى واصل الى المثانة من جهة والى محاذات طرف الحشفة الذى لم يكن منسدا الا بغشاء كان غلظه مقدار ثخن القطعة الفضة المتعامل بها بخمسة قروش من الجهة الثانية * ولما تحقق ذلك جعل المريض على وضع كوضعه فى عملية اخراج الحصاة ثم ادخل فى قناة مجرى البول ميلا ذا زر ورفع به الغشاء المذكور وفعل على البروز الحاصل عن طرف الميل شقا يشبه الفتحة الاصلية الطبيعية لقناة

مجرى البول ثم وضع فى المثانة مجسا وضعا مستمرا وادمى حوافى الفتحة العجانية وضمها بالخياطة اللفية وبعد مضى ستة ايام كمل التحامها ببعضها بالكلية

(المبحث الثالث فى القثطرة)

اعلم ان القثطرة هى ادخال آلة فى المثانة من مجرى البول للبحث عن حالها اولاخراج ما فيها من البول اوللدلالة على وجود الاجسام الغريبة الموجودة فيها اولزرق سائل * ومن حيث ان هذه العملية دقيقة عسرة الفعل فى بعض الاحيان نذكر لك التشريح الجراحى لمجرى البول لتكون على بصيرة منه فيمكنك ادخال الآلة فيها مع السهولة بدون ضرر فنقول * تشريح جراحى * مجرى البول للرجال يختلف طولا وقت ارتخاء القضيب من خمسة قراريط وخطين الى ستة قراريط فالقدر المتوسط من هذا الطول يكون خمسة قراريط وتسعة خطوط ولم نر مجرى البول بلغ ستة قراريط طولا الامرة واحدة * واما فى حالة انتشاره فقد يكون من سبعة قراريط الى ثمانية ويرفع القضيب الى اعلى بدون شده شدا قويا يصل طول مجرى البول الذى هو خمسة قراريط وتسعة خطوط الى سبعة بخلاف ما اذا شد شدا قويا فانه يصل الى ثمانية قراريط وعشرة خطوط وبتعرية القضيب عن الجلد يصل طول مجرى البول الى ثمانية قراريط وخطين اذا لم يشد * واما اذا شد ولو خفيفا بعد فصل القضيب ومجرى البول والمثانة فان طوله يبلغ بذلك اثنى عشر قيراطا * واذا فصل مجرى البول وحده وشد فانه يبلغ طولا عظيما اكثر مما ذكر * وينتج مما ذكرنا انه لا يحتاج الى ادخال قدر من القثاطير زائد عن سبعة قراريط ونصف حتى تدخل فى المثانة اذا كان القضيب مرفوعا غير مشدود * هذا اذا لم يحتج الى استمرارها فى المثانة والا فيلزم ان تكون بارزة فى المثانية بمقدار قيراط فازيد لا ناقصا عن ذلك * ثم ان مجرى البول مكون من ثلاثة اجزاء وهى من الباطن الى الظاهر الجزء الغددى والجزء العضلى والجزء الاسفنجى اى البصلى المجوف فالغددى طوله من ستة خطوط الى عشرة والعضلى من خمسة الى ثمانية والبصلى هو الاكثر اختلافا فى الطول والشد وعدمه لا يؤثران من جهة اختلاف طول القضيب الا فيه فقط * وهذا

الجزء اى الاسفنجي ينقسم قسمين ثانويين احدهما يكون صاعدا ويقال له الجزء تحت العانة وهو يبتدئ من خلف ارتفاق العانة واسفله بثلاثة خطوط او خمسة ويقل صعوده على ذلك الارتفاق ويكثر على حسب طول الرباط المعلق للقضيب وينتهى فى جزء من الزاوية المتكونة من نزوله * والثانى يكون نازلا ويقال له الاحليلى لانه المكون له حقيقة ويختلف على حسب طول القضيب نفسه ففى حالة ارتخائه يصير هذان الجزآن مكونين لزاوية تعدل خمسا واربعين درجة بسبب اعوجاج الجزء الثانى الى الاسفل وفى حالة الانتشار تزول هذه الزاوية * وقد شوهد طول الجزء الاحليلى قيراطين ونصفا على مجرى بولى كان طوله خمسة قراريط وثمانية خطوط وطول الجزء تحت العانة قيراطين وخطين ومابقى من القناة قيراطا فقط * واما الجزآن الاخران فانهما يبتدئان تحت ارتفاق العانة ويصعدان بانحراف الى الخلف بحيث تكون الفوهة المثانية لمجرى البول اعلى محاذاة القوس تحت العانة بثلاثة خطوط او اربعة وبعيدة عن الارتفاق المذكور من الخلف بقيراط واذا قطر ميت ممدود على طاولة بقناطير مستقيمة كون هذا القناطير الداخل فى المثانة مع سطح الارض وسمت جسم الميت زاوية تعدل درجة (٤٥) وبذلك يعلم ان القضيب يكون فى حالة ارتخائه اولا زاوية حادة جدا الا تقويسا ثم يكون تقويسا حقيقيا من الجزء اسفل العانة والجزء الغددى والعضلى واذا رفع كما يكون فى حالة انتشاره زالت تلك الزاوية دون التقويس فانه يبقى كما هو * ويؤخذ من ذلك ان مجرى البول ليس مستقيما لكن يمكن تصييره مستقيما لان جدرانه رخوة قابلة للتمدد * ويمكن ايضا ان يوسع قطره فيبلغ مقدار اربعة خطوط * وعلى ذلك اذا كان هناك آلة صلبة ذات متانة تكس جداره السفلى حتى يصير محاذيا لاصل القضيب وترفع العلوى تحت ارتفاق العانة ومن ذلك تنقص الزاوية والتقويس معا * بل تزيلهما * ولاجل ذلك يلزم ان يكون الرباط المعلق للقضيب فى ارتفاق العانة وفى الخط الابيض مسترخيا ليسهل تكيس اصل القضيب * اما اذا كان القضيب معلقا اعلى من المحل المعتاد او كان ارتفاق العانة اسفل من محله الطبيعى كان عدل مجرى البول اشد عسرا

مما سبق * وكذا اذا ازداد حجم الغدة بمرض تما فان الفوهة المثانية لمجرى البول ترتفع حينئذ عن المحل الذى كانت فيه اولا * وقد عرفت مما ذكرناه لك طول قناة مجرى البول واتجاهها وبقى عليك معرفة حالة باطنها ومنسوجها ولنذكرهما لك فنقول * اعلم ان الجزء الاسفنجى المحاط بالبصلة اكثر قابلية للتمدد لكن هذا التمدد لا يكون الا من جهة الجدار السفلى لان الجدار العلوى ممنوع من التمدد الى اعلى بسبب الاجسام المجوفة المشتملة عليه ويكون اعظم حذاء منشأ البصلة الموجود فيه المادة الاسفنجية بكثرة * ففى هذا المحل الذى هو تحت ارتفاق العانة بدون فاصل تتضايق القناة دفعة واحدة عند ابتداء القسم العضلى ثم يتسع المجرى ثانيا فى القسم الغددى وهناك ينقسم جداره السفلى طولا الى ميزابين جانبيين بواسطة بروز متوسط يوجد هناك * ويشاهد حذاء فوهة المثانة على الجدار المذكور بروز مستعرض متكون من نسيج الغدة ومن الياف عضلية يقال لها العضلة العاصرة المثانية * وهذا البروز سماه الجراح (اموسا) بالصمام البابى * واما الجدار العلوى فانه املس فى جميع سعته ومتين وليس فيه موانع من هذا القبيل * ويؤخذ من ذلك انه اذا اتكأ بمنقار القثاطير على الجدار السفلى فانه يقابله مانعان ظاهران حتى فى الاموات * وهناك مانعان آخران لكن لا يوجدان الا فى الاحياء فقط وهما ناشئان من التقلص التشنجى للجزء العضلى من العاصرة المثانية * وما تقدم كله فى قناة مجرى البول يكون فى زمن الكهولة واما فى الاطفال فتعسر ادخال القثاطير فيهم اقل منه فى الكهول اذ القضيب حينئذ يكون اقل ارتفاعا وارتفاق العانة يكون نازلا اقل منه فى الكهول والغدة تقرب من ان تكون مسطحة فيهم والنسيج الاسفنجى يكون قليل الغلظ والجدار السفلى يكون املس بحيث لا يظهر فيه ارتفاع فى طول القناة كله ويستمر الحال هكذا الى ان يبلغ الطفل اثنتى عشرة سنة بل خمس عشرة وفى الشيوخ يكون الامر على عكس ذلك كله لان النسيج الاسفنجى يكون حينئذ اكثر استرخاء فيسهل ضغطه حذاء الجزء البصلى * واما الغدة ففى الغالب ان تكون حينئذ ذات حجم كبير وصمام المثانة البابى يكون اكثر بروزا * ويعلم من ذلك

ان

ان قثطرة الطفل اسهل من قثطرة الكهل وقثطرة الكهل اسهل من قثطرة الشيخ
ثم ان القثطرة من حيث هى تفعل بقثاطير منحنية او مستقيمة معدنية او من صمغ
لدن * وينبغى ان تدفأ هذه الجسمات لاسيما المعدنية قبل العمل بها ولو بحكها
بخرقة ثم تدهن طولا بزيت وانما لم تتكلم على القثاطير نفسها ولا على درجة
تقويس المنحنى منها لان ذلك غير مهم اذ القناة مركبة من اجزاء رخوة *
وللقثطرة بالمنحنى منها كيفيتان * الاولى الاعتيادية ويقال لها القثطرة من فوق
البطن * وهى ان يكون المريض مضطجعا على حرف فراشه الايسر مثنى
الساقين متباعدهما محاذيا حوضه باقى بدنه فى الارتفاع ويوضع اناء قليل
الارتفاع بين فخذيه * ويقف الجراح على يساره فيمسك الاحليل بيده اليسرى
ويكشف فتحة مجرى البول وكذا الحشفة نفسها فيمن له قلفة ويضع ابهامه وسبابته
والوسطى على جانبى بروز الحشفة من الخلف كى لا يضغط على القناة ويرفع
القضيب رفعا يقرب به من كونه عموديا ويمسك القثاطير قريبا من طرفها الغليظ
بيده اليمنى بحيث يصير الابهام من اعلاها والسبابة والوسطى من الاسفل ويجعل
منقارها متجها الى الاسفل والخلف * ثم يدخلها ببطئ ورفق فى مجرى البول
ويدفعها حتى تصل الى ارتفاق العانة غير محرك لليد اليسرى ومتى صادمته يزلق
منقارها تحته برفق بحيث تصير القثاطير ملتقصة من انحنائها بتقعير القوس
العانى وحين تصل الى هذا المحل يرفع طرفها الخارج بلطف وبذلك يدخل المنقار
بنفسه فى القسمين العضلى والغددى وعند مجاوزته لعنق المثانة يدفع بقوة
اعظم من الاولى واذا اشتشعر بدخوله فيها يوضع الابهام على الفوهة الظاهرة
من القثاطير ليهتدى بذلك سلسول البول على وفق الارادة * ويلزم ان يستصحب
فى هذا العمل كله تذكار اتجاه مجرى البول واتباع جداره العلوى بالمنقار
وقد يصادم بالسطح المقدم لارتفاق العانة لاسيما اذا كان بروز البطن الى الامام
كثيرا او كان تقويس القثاطير كبيرا * فلاجل درء هذه المصادمة فى هذه الحالة
تدخل القثاطير فى القضيب وهو مال الى احد الجانبين ولا يعدل حتى تصل
القثاطير تحت ارتفاق العانة فان المانع العظيم حذاءه * فاذا لم يتبع الجراح

الجدار العلوى ضغط على البصلة فتنبعج ويغور منقار القثاطير فى هذا الانبعاج واذا استدام على دفع القثاطير احدث سبيلا كاذبا وفى العادة لا تحدث السبل الكاذبة غالبا الا هنالك فلاجل منع حصولها يلزم ان يجذب الجراح القثاطير نحوه مقدار بعض خطوط وان يشد القضيب شدا كافيا لمنع ثنى الغشاء المخاطى وانقباضه وان يتبع الحافة السفلى للارتفاق حكما والجدار العلوى لمجرى البول * وقد يعرض زيادة على المانع المذكور تقلص تشنجى فى القسم العضلى فان حصل درئ بدهن المنقار بمرهم اللفاح

والثانية ويقال لها القنطرة من تحت البطن ودورة المعلم ايضا ان يجلس المريض او يقف او يضطجع ويقف الجراح بين ساقيه او على يمينه ويمسك القثاطير كالعادة لكن يجعل منقارها الى الاعلى والخلف ثم يدخلها فى مجرى البول جاعلا تقعيرها اولا الى الاسفل ثم يدفعها الى البصلة ثم يبرمها نصف برمة من اليمنى الى اليسار فيصير كل من الطرف العلوى والتقعير الى اعلى وهذه الحركة اذا صحبت بدفع لطيف وصلت القثاطير الى المثانة

(تنبيه)

لاجل سهولة دخول القثاطير ووصولها الى المثانة يرخى القضيب حين وصولها الى جزئه البصلى لان شد هذا العضو ومده هو السبب فى تعسر دخول القثاطير واما القثاطير المستقيمة فيكون العمل بها بطريقة (اموسا) وهى ان يوضع المريض وضعا به تكون العضلات البطنية والرباط المعلق للقضيب فى حالة ارتخاء فيقعد على اى حافة من حوافى حروف سريره مائل الجسم الى الامام مثنى الفخذين على البدن موضوع القدمين على كرسيين ويقعد الجراح امامه ويمسك القضيب كالعادة ويقيمه على سمت الجسم قياما مستقيما ثم يجذبه نحوه ويدخل فيه القثاطير الى الامام باستقامة وهو ماسك لها بين ابهام وسبابة اليد اليمنى فاذا انبع جدار مجرى البول العلوى وصل الى الغدة بدون عائق * فلاجل ان يجاوز الصمام البابى يجذب القثاطير نحوه ببعض خطوط ثم ينكس طرفها الظاهر بدون اهتزاز القضيب بحيث تصير موازية لسمت الجسم وبذلك يرتفع منقارها وتكفى

ادنى حركة من اسفل الى اعلى فى ادخالها فى المثانة * واما القثاطير اللدنة المصنوعة من صمغ لدن فمتى كان مجرى البول سالكا معتادا على دخول المجسات استعملت تلك القثاطير فيه بدون ادخال سيخ فيها * واما اذا لم يكن معتادا على ذلك فلابد وان تملأ هذه القثاطير بسيخ قبل استعمالها لكن لا ينبغى ان تكون الاسياخ من سلوك الحديد لكونها غير سهلة الانعطاف * ويلزم ان تقوس للقثاطير قبل ادخالها التقويس اللازم لذلك وان يكون طرف السيخ الخارج عموديا بالنسبة لاتجاه منقار القثاطير كى يمكن اهداؤها دائما * وقد اوصى بعضهم بعدم الاتكاء على السيخ حين يصل المجس به تحت ارتفاق العانة بل يسند باحدى اليدين بدون تحريكه وتدفع القثاطير وحدها بالاخرى ومتى تم دخول القثاطير اخرج منها السيخ بتوجيهها نحو البطن باليد اليمنى وتثبيت القثاطير باليسرى ودفعها قليلا نحو المثانة

(حكومة)

القثطرة بكل من القثاطير المستقيمة والمعوجة جيدة سهلة اذا كان الجراح عالما بتشريح مجرى البول ولكن اذا لم يمكن وضع المريض الوضع اللائق بالقثطرة بالقثاطير المستقيمة لزم استعمال القثاطير المعوجة كما فى الشيوخ الضعاف والكهول المنهوكين بمرض مزمن

(المبحث الرابع فى تضايق مجرى البول)

اعلم ان مجرى البول قد يضيق اما من انضغاطه باورام متولدة فى الاجزاء المجاورة له كالرحم والمهبل فى النساء والمستقيم والعجان والصفن ونفس القضيب فى الرجال * واما من انتفاخ الغدة امام المثانة المعروفة بالبروستتا * واما من وقوف اجسام غريبة فيه * واما من شد القضيب برباط او حلقات معدنية * واما من تغيرات جدران المجرى نفسه * فاما هذه الاسباب كلها ماعدا تغيرات جدران المجرى فازالتها مذكورة فى محال كثيرة * واما ازالة التغيرات المذكورة فهى المقصودة فى هذا المبحث ولكن قبل ان نتكلم على كيفيتها نذكر بعض كليات فى شرح انواع التضايق الحاصلة عن هذه الاسباب ليسهل فهم ما تقتضيه من

العمليات فنقول * ان التضايقات على ثلاثة انواع على حسب طبيعة اسبابها *
النوع الاول التضايقات الاختلاجية * الثانى الالتهابية * الثالث العضوية *
فاما الاختلاجية فتحصل للاشخاص العصبيين الذين فيهم قابلية للتهيج وافراط
فى الجماع بتقارب جدران المجرى فجأة وممانعتها لمرور القناطير وان دخلت قبل
ذلك بسهولة واكثر وقوعها فى الجزء العضلى من مجرى البول والناس
المصابون بهذا الداء تارة يبولون قطرة فقطرة وتارة يخرج البول منهم على
صورة خيط رفيع وتارة يخرج بقدر سعة المجرى * واما الالتهابية فتحصل من
تقارب جدران القناة بانتفاخها وتهيجها بالتهاب المجرى نفسه * واما العضوية
فهى الحاصلة عن تغير عتيق مستمر فى تركيب جدران المجرى * وهى
على اربعة ضروب * الاول يكون حاصلا عن حواجز خيطية معترضة فى المجرى
لاسيما فى جداره السفلى وهذه الحواجز تكون تارة بارزة بحيث تشاهد بالبصر
وتارة تكون خفيفة بحيث لا يستدل على وجودها فى الميت الا بامرار الظفر على
الجدار السفلى من الخلف الى الامام * الثانى يكون حاصلا عن صمامات وهى
حواجز كبيرة شاغلة لجميع دائرة مجرى البول * الثالث يكون حاصلا من انتفاخ
مزمن فى الغشاء المخاطى سواء كان مع تيبس فى النسيج الخلوى الذى تحته اولا
وهذا التضايق يشغل مجرى البول فى سعة تكون من عدة خطوط الى قيراط
بل ازيد * الرابع يكون حاصلا من تيبس النسيج الخلوى وتورمه وكذا ما تحته
ومن ندب تقرحات سطح مجرى البول الباطن ومن زوائد تنمو على هذا السطح
ثم ان هذه التضايقات يندر وجودها جدا فيما بعد البصلة من مجرى البول
ولذلك ذهب الجراح (اموسا) الى القول بعدم وجودها هناك اصلا والمحل
المخصوص بها غالبا هو القسم الاسفنجى فجميع محاله قابلة لان تكون
عرضة لها ولكن الغالب ان يكون مكانها عند اتصال هذا القسم بالقسم
العضلى اعنى فى الموضع الذى تشاهد فيه التضايقات التشنجية فليتنبه لذلك
لعدم الالتباس * ومهما كان مكان التضايق العضوى فالغالب ان الجزء
الذى يلى طرف القضيب من مجرى البول لا يزال على حالته الطبيعية من الوسع

وغيره

وغيره بخلاف الجزء الذى يكون وراء التضايق فانه يصير متسعا بكثرة اوقلة على حسب شدة التضايق وعدمها وعلى حسب شدة تزحر المريض عند التبول ايضا

(تنبيه)

مجرى البول لايحصل فيه انسداد تام ولوبلغت درجة التضايق مابلغت فى الشدة فاذاظهرانها منسدة بالكلية كان ذلك ناشئا عن انتفاخ التهابى فقط اوعن مادة مخاطية متجمدة افرزت فى نفس التضايق فصارت فيه بمنزلة سدادة وقبل ان نذكر وسائط ازالة تضايقات مجرى البول ينبغى ان نذكر لك كيفية تشخيصها فنقول * اعلم ان تشخيص هذه التضايقات يشتمل على تمييزها من الداءآت المعسرة لخروج البول ايضا كالتهاب المجرى وانتفاخ البروستتا وغير ذلك مما ذكرناه آنفا وعلى معرفة مكانها وغورها فى المجرى وسعتها وعددها وشكلها واتجاهها وطبيعتها وهذه الاشياء ضرورية جدا اذ انتخاب ما يليق من وسائط العلاج متوقف عليها * اما معرفة مكان التضايق وغوره فى المجرى اى بعده عن فتحة الاحليل فتحصل بهذه الكيفية * وهى ان تؤخذ قثاطير من صمغ لدن مجوفة من نمرة ستة مرسوم عليها من الظاهر اقسام القدم وتدخل فى مجرى البول وجهتها المرسوم عليها تلك الاقسام الى الاعلى ليتيسر للجراح رؤيتها بعد ان تدهن بالقيروط اوالزيت ويجعل المريض فى الوضع اللائق ويمسك القضيب باليد اليسرى غير مجذوب بها ثم تدفع القثاطير برفق حتى تصل الى محل التضايق وتقف عنده فينظر الى ماهو خارج من القثاطير ليعرف الرقم المحاذى لفوهة الاحليل فيستدل على بعد محل التضايق من هذه الفوهة ماقدره من القراريط والخطوط ثم بعد معرفة الغور يشرع فى معرفة وضع فوهة التضايق بهذه الكيفية * وهى ان يؤخذ مجس (دوكامب) الاستقصائى ويدخل فى مجرى البول ثم يدفع بلطف حتى يصل الى التضايق ويعلم ذلك بوقوفه وبدخول قدر منه معادل لما دخل من القثاطير التى ادخلت لمعرفة غور التضايق ثم يترك المجس ملامسا لمحل التضايق قدر دقيقة حتى يلين الشمع الموجود فى طرف المجس من حرارة جدران المجرى * ثم يدفع المجس الى الامام

مع غاية اللطف فيصير الشمع مضغوطا بين محل التضايق والمجس فينطبع فيه شكل مقدمه ويدخل منه جزء فى الفوهة المذكورة وحينئذ يخرج المجس برفق من غير ان يغير اتجاه القضيب ولا يدار المجس فالبروز الذى يشاهد على الشمع هو الجزء الذى دخل فى فوهة التضايق فوضعه يدل على موضع هذه الفوهة اعنى انه اذا كان فى الوسط كانت الفوهة وسط مجرى البول * واذا كان بعيدا عن الوسط تكون الفوهة قريبة من جدار مجرى البول الذى كانت جهة المجس الذى يليها البروز ملامسة له * ثم ان غلظ الجزء البارز من الشمع يدل على سعة قناة التضايق

واما معرفة طول محل التضايق فتحصل بهذه الكيفية * وهى ان يؤخذ مرود من صمغ لدن غلظه معادل لغلظ البروز المتكون من الشمع المجعول على مجس (دوكامب) ويغطى جزء منه بشمع مركب من اجزاء متساوية من الشمع الاصفر ومن الدياخيلون ومن الراتينج ومن القاربان تؤخذ جملة خيوط مفرطحة من حرير وتغمس فى هذا الشمع بعد تذويبه ثم تلف وهى حاملة لمقدار كبير منه على المرود ويبرم هذا المرود بين جسمين املسين ثم يدخل فى مجرى البول حتى يصل الى التضايق فيدفع فيه حتى يجاوزه ويسهل دخوله فيه اذا كانت فتحته فى الوسط بخلاف ما اذا كانت قريبة من احد الجدران فيعسر دخوله فيه فلذا اخترع الجراح (دوكامب) لذلك آلة وسماها الموصل وهى مجس من صمغ لدن من نمرة (٨) او (٩) طوله ثمانية قراريط ومثقوب الطرفين ومرسوم عليه اقسام القدم فاذا كانت فوهة التضايق فى الوسط وادخل هذا الموصل فى المجرى فان الفتحة الموجودة فى طرفه الداخل تتوافق على تلك الفوهة وتصير فى مقابلتها بحيث يصل طرف المرود المذكور اليها باستقامة بعد مروره فى الموصل فيدخل فيها * واما اذا كانت الفوهة قريبة من الجدار العلوى او السفلى او احد الجانبين فيستعمل الموصل الموجود فى طرفه بروز قدره خط او خطان ويوجه هذا البروز نحو الجهة المقابلة للتى توجد الفوهة قريبا منها اعنى ان الفوهة اذا كانت الى اسفل يوجه بروز الموصل الى اعلى وبالعكس بحيث تصير فتحة

طرف الموصل مطابقا لها فيعثر بها المرود ويسهل دخوله فيها عند وصوله اليها ومجاوزته لطرف الموصل وبعد دخول المرود فى التضايق يدفع فيه بلطف حتى يدخل منه مقدار كاف ويترك فيه بعض لحظات ثم يخرج برفق فيشاهد فى ظاهره انبعاج حلقى كثير الغور او قليله عرضه يدل على طول التضايق من الامام الى الخلف * والجراح (اموسا) اخترع آلة اخرى لمعرفة نهاية التضايق من الخلف * هى مجس يصنع من انبوبة من فضة طولها من ثمانية قراريط الى تسعة ومرسوم عليها اقسام القدم وتجويفها قريب من احدى جهاتها لا فى وسطها وفى هذه الانبوبة سيخ منته بعدسة صغيرة تطابق طرف الانبوبة حكما وهذا السيخ لا يتقدم ولا يتأخر وانما يدور فقط بحيث اذا دور نصف تدويرة تنتقل العدسة من مكانها وتأتى الى الجهة التى يقرب منها تجويف الانبوبة وبذلك لا تطابق طرف الانبوبة بل تصير بارزة على جانبها * وكيفية العمل بهذه الآلة هى ان تدخل فى مجرى البول مقفولة حتى تصل الى القسم الغددى فحينئذ يبرز الجراح العدسة جهة جدار مجرى البول المراد البحث عن حالته ثم يجذب الالة برفق الى الخارج حتى تصل الى التضايق فتعثر به العدسة ثم يتأمل فى اقسام القدم المرسومة على الالة ليعرف ما دخل منها فيطرح منه ما دخل وقت البحث عن غور التضايق فيخرج له طول التضايق وسعة المحل المشغول به من الامام الى الخلف لكن هذه طريقة لا تستعمل الا فى البحث عن التضايقات الخفيفة الحديثة * واما طريقة (دوكامب) فانها تصلح للتضايقات الشديدة * وبعد البحث عن احوال التضايقات يشرع فى معالجتها وازالتها بما يليق بها * ولاجل معرفة الطرق المستعملة فى ازالتها نقسمها قسمين * الاول يشتمل على الطرق التى تستعمل فى التضايق الذى لم يمنع التبول اعنى فى التضايق الخفيف * الثانى يشتمل على ما يستعمل منها فى التضايق الشديد الحاصل عن اسر البول اى حبسه ولنذكر كلا منها فى مطلب فنقول

(المطلب الاول فى الطرق التى تستعمل فى ازالة التضايق الخفيف)

اعلم ان وسائط ازالة هذا التضايق هى التوسيع البسيط والتوسيع القهرى

والكى وشق الجزء الضيق اوتشريطه * فاما التوسيع البسيط فيفعل بمراود من شمع اومجسات اوآلات مخصوصة * وكيفية استعمال المراود هى ان يؤخذ مرود طوله كاف لان يصل الى فتحة مجرى البول المثانية بدون ان يجاوزها ويدهب زيتا اوقيروطا ويدخل ببطئ ورفق فى مجرى البول حتى يصل الى التضايق فيزاول دخوله فيه ثم يدفع منه مقدار كاف لان يصل الى الفتحة المثانية فاذا تعسر دخوله فيه لعدم مقابلته لفوهة التضايق لزم جذبه يسيرا الى الخارج ومعالجة ادخاله بتحريكه حركات برم اويخرج رأسا ويقوس قليلا لان ذلك قد يكون سببا فى سهولة دخوله فاذا لم يمكن دخوله مع ذلك لا ينبغى دفعه بقوة لان ذلك يكون سببا اما لانعطافه اولانثقاب جدران المجرى به اذا كان صلبا * ويمكن تسهيل دخوله باستناد الجزء الموجود فيه التضايق من القناة على اصبعين اوثلاثة ولكن استعمال المجس الموصل حينئذ جيد جدا ثم بعد تمام دخول المرود يثبت فى موضعه باحدى الطرق المستعملة فى تثبيت المجسات المستقرة الوضع كما سنذكر ذلك * واحسنها الطريقة التى اخترعها بعض مرضى الجراح (دوكامب) وهى ان تصنع اولا حلقة من الكاتشوك اى الصمغ اللدن ويجهز خيط وبعد وضع المرود فى مجرى البول يترك منه جزء مجاوز لفتحة الاحليل بقدر قيراط اوقيراطين لئلا يغور طرفه الخارج فى المجرى عند انتصاب الذكر ثم يثنى من هذا الجزء قدر نصف قيراط بحيث يتكون من ذلك زاوية قائمة امام فوهة الاحليل ويلف الخيط كالعمامة حوله هو والقضيب معا ثم ينفذ فى حلقة الكاتشوك * ثم اعلم ان المرود بعد دخوله اول مرة فى التضايق يصير محصورا فيه بحيث يقاوم الجذب الخفيف المستعمل لاخراجه منه * وثانى يوم دخوله يتسع التضايق فيتحرك فيه بسهولة فيخرج ويبدل باغلظ منه وهكذا لكن ينبغى ان يبادر بادخال الثانى بعد اخراج الاول قبل ان يحصل تشنج القناة

(تنبيه)

ينبغى لحفظ جدران القناة من جرحها بطرف المرود اذا كان صلبا ان يبل طرفه فقط قبل ذلك ليلين فيسهل دخوله هو وما يليه من الجاف منه فى التضايق

ومن ترطبه برطوبة القناة ينتفخ فيوسع القناة لا بله كله من قبل لانه لا ينتفخ حينئذ فى المجرى زيادة عن ما صار عليه بالبل فلا يحصل المقصود ثم بعد الوصول الى ادخال مراود غليظة تستعوض بالمجسات بل اذا كان هنالك سبل كاذبة ينبغى ان تستعمل هذه المجسات من اول الامر * وكيفية ادخالها هى عين التى ذكرت فى القثطر الاعتيادية غير انه ينبغى هنا ان يلاحظ الجراح التضايق فيدخل المجس ببطئ ورفق وحزم ثم لاجل تبديل هذه المجسات وتغييرها بسهولة اخترع الجراح (اموسا) المجس الموصل وهو كالمجس الاعتيادى فهو مصنوع من فضة وتارة يكون مستقيما وتارة معوجا لكنه يخالفه بكون جزئه المكون لطرفه الغليظ قابلا للانفصال ويمكن وصل السيخ من مدخله بواسطة تعاريج حلزونية توجد فيهما بحيث يزيد طول المجس بذلك نحو النصف من جهة الظاهر وكيفية العملية حينئذ هى ان يبدل هذا المجس بعد ادخاله فى المجرى ومكثه فيها المدة اللائقة بمجس اغلظ منه مفتوح الطرفين يزلق على السيخ وعليه بعد ادخالهما فيه حتى يدخل فى مجرى البول ويصل الى المثانة وحينئذ يخرج المجس * الاول ثم اذا اريد تبديل احد المجسات المصنوعة من الكاتشوك بغيره ينفذ المجس الموصل فى باطن ما يكون منها فى باطن المجرى وبعد ان يخرج يزلق مجس غيره على الموصل كما ذكرنا * والجراح (دوبويترن) يستعمل كيفية اخرى فيما اذا كان التضايق شديدا يمنع نفوذ المجس فى المجرى * هى ان يدخل المجس المعدنى فى مجرى البول حتى يصل الى محل التضايق ويلامسه وحينئذ لا يدفع فيه بل يترك ملامسا له بطرفه بعد تثبيته باحدى الكيفيات المذكورة آنفا لان قناة هذا التضايق تنتفخ بضغط طرف المجس على محل التضايق ويسهل نفوذ المجس فيها بعد ذلك

ومن جملة ما يستعمل ايضا لتوسيع مجرى البول المراود الشمعية ذات البطن بالكيفية المذكورة وهى جيدة جدا فى ذلك * ثم اذا حصل من ادخال الآلات الموسعة فى المجرى الم شديد لا ينبغى اطالة مكثها فيه زيادة عن ثمان دقايق او عشر وبعد مضى عشر ساعات او اثنى عشرة ساعة من خروجها تدخل ثانيا وتطال

مدتها تدريجا حتى تصل الى ساعة اوساعتين اوثلاث ساعات ويكرر ذلك مرتين اوثلاثا فى اليوم الواحد

(تنبيه)

بعد تبين سهولة دخول الشمعة الاولى فى المجرى وتحمل المجرى لها من غير الم تبدل باغلظ منها تدريجا حتى يتسع ويتحمل ادخال شمعة فيه غلظها بقدر سعته فى الحالة الطبيعية * وينبغى عند التبول ان يجذب المريض الشمعة يسيرا الى الظاهر لتتكون طريق للبول وبعد تمام خروجه يسرع فى دفعها ثانيا الى الباطن لانه يسهل دخولها حينئذ فى التضايق لاتساعه بالسائل عند مروره منه * وينبغى ايضا ان لاتدخل الشموع فى مجرى البول حتى تصل الى المثانة بل يقتصر على مجاوزة طرفها للتضايق بشئ قليل اذ بذلك لاتتهيج المثانة بطرف الالات المذكورة ولاتتهيج القنوات الدافقة للمنى ولايحصل انتشار مستمر فى القضيب ولا انتفاخ الخصيتين بالاشتراك * ومما يساعد على هذا التوسيع وازالة التضايق الاستحمامات العامة والعجزية والراحة والمشروبات المرخية الملطفة والاستفراغات الدموية الموضعية والمكمدات المرخية لان هذا العلاج يمنع التألم والتهاب مجرى البول وغير ذلك من العوارض الثقيلة ثم ان طريقة التوسيع جيدة جدا لضغطها على جدران مجرى البول من الباطن الى الظاهر فتعود الى حالتها الطبيعية من حيثية التركيب والحيوية لاسيما اذا كان التوسيع مرفوقا بالمعالجة المضادة للالتهاب حيث ان تضايق المجرى ناشئ دائما عن التهابه المزمن ولكن ليست جميع انواع التضايقات قابلة للازالة بهذه الطريقة وانما التى تزول بها هى الحاصلة عن غلظ النسيج تحت الغشاء المخاطى وتيبسه وعن انتفاخ الغشاء المخاطى نفسه * واما التوسيع القهرى فكيفيته تنسب الى الجراح (مايور) وهى مؤسسة على ان المجسات الغليظة تمر غالبا فى مجرى البول من غير ان تحيد عن طريقها وتحدث سبلا كاذبة بخلاف الرفيعة ولذلك اصطنع الجراح المذكور جملة مجسات من قصدير ارفعها قطره خطان ونصف واغلظها اربع قراريط ونصف يدخلها واحدا بعد اخر بحيث

يتم

يتم المقصود اذا صار مجرى البول يقبل فى باطنه اغلظها بسهولة * وهذه المجسات تدخل بالكيفية المعهودة غيران الجراح المذكور يجتهد فى مجاوزة التضايق فورا * والجراح (اموسا) يستعمل مجسات شبيهة بمجسات (مايور) غيرانها ليست مجوفة ومع ذلك كله فالتوسيع القهرى لا يستعمل الا فى التضايق الخفيف الذى يسهل فيه تنفيذ المجسات لانه فيما عدى ذلك قد يسبب تمزق مجرى البول لاسيما اذا لم يكن دفع المجس على حسب اتجاه المجرى الطبيعى واما ازالة التضايق بكى محله من مجرى البول فلها كيفيات * الاولى وتنسب الى الجراح (دوكامب) ان تفعل بالة مركبة من انبوبة من الكاتشولك من نمرة (٧) او (٨) طولها نحو من ثمانية قراريط ومرسوم على ظاهرها اقسام القدم وفى طرفها وصلة من البلاتين اى الذهب الابيض غلظها معادل لغلظ الانبوبة وطولها نصف قيراط ومن هذه الوصلة تخرج اسطوانة صغيرة من الذهب الابيض طولها خمسة خطوط وغلظها اقل من خط * وهذه الاسطوانة متصلة بطرف سيخ من الكاتشولك موجود فى باطن الانبوبة ومحفورة بقناة عميقة طولها خطان وعرضها نحو ربع خط وهذه القناة تكون فيها ازوتات الفضة المراد كى محل التضايق بها * وكيفية وضع هذا الكاوى فيها هى ان يكسر قطعا صغيرة جدا تملأ بها القناة ثم توضع الاسطوانة فوق لهب موم فيذوب الكاوى ويملأ القناة كلها * ولا ينبغى ازدياد الحرارة لئلا تنتفخ المادة وانما تجعل فى الدرجة المناسبة * ثم اذا انتأشئ من الكاوى عن حروف القناة يساوى بها بحكه بحجر شبيه بالذى يستعملونه فى حك باطن الاقدام فبعد تجهيز الالة بهذه الكيفية يشرع فى الكى بها بعد دهنها بالزيت وقفلها بان تدخل فى المجرى حتى تصل الى محل التضايق فمتى احس الجراح بمقاومة هذا التضايق لطرفها يدفع السيخ فتخرج الاسطوانة الحاملة للكاوى وتدخل فى قناة التضايق وفى السيخ نقطة لونها مخالف للونه يستدل بها على جهة القناة المملوءة بالكاوى فاذا كانت فوهة التضايق الى اعلى يدار الكاوى الى اسفل بتدوير الالة ليحصل الكى فى هذه الجهة * واذا كانت الى اسفل كان الامر بالعكس * واذا كانت

فى الوسط اديرت دورة كاملة ليؤثر الكى فى جميع دائرة التضايق ثم بعد دقيقة تدخل الاسطوانة فى الانبوبة وتخرج الآلة * وقناة حامل الكاوى لا تقبل الا نحو نصف قمحة من ازوتات الفضة بحيث اذا مكثت الآلة فى المجرى مقدار دقيقة لا ينحل منها الا الثلث * وفى الغالب يكفى عشر قمحة فى كل مرة من مرات الكى لكن بعد الكى اول مرة يترك المريض من غير كى ثلاثة ايام ثم يبحث بالمجس المجعول فى طرفه الشمع عن جهة المجرى الموجود فيها بروز لتكوى بعد ادخال الآلة بالكيفية المذكورة ثم يترك المريض ايضا ثلاثة ايام وبعدها يبحث عن حالة المجرى فاذا لم يوجد فيه الا بروزات خفيفة وكان يسهل امرار مجس من شمع من نمرة (٦) فيه يداوم على معالجة التوسيع به * واما اذا كانت البروزات شديدة ولم يتيسر امرار المجس المذكور فيه فيكوى التضايق مرة ثالثة * ثم اذا وجد بعد زوال هذا التضايق تضايق آخر خلفه ازيل بهذه الكيفية وكذا اذا وجد ثالث وهكذا * واذا كان التضايق بعيدا عن طرف القضيب بستة قراريط يستعمل له حامل كاوى انبوبته معوجة اعوجاجا خفيفا ويدور فيها السيخ من غير ان تدار هى كما كان يفعل ذلك (دوكامب)

الثانية كيفية الجراح (لالماند) هذا الجراح يستعمل آلة مركبة من انبوبة من الذهب الابيض مفتوحة الطرفين وفائدتها صيانة ازوتات الفضة ومنعها من التأثير على الجزء الغير المقصود بالكى * وسيخ من الذهب الابيض ايضا حامل للكاوى باحد طرفيه واطول من الانبوبة بسبعة خطوط وفى منتهى طرفه الحامل للكاوى زرزيتو فى الشكل يسد فتحة الانبوبة السفلى اى الداخلة فى المجرى وطرفه الثانى خارج من الطرف الاخر للانبوبة مقدار سبعة خطوط وفيه برمة تمنع خروج السيخ من الانبوبة وتبرز عنها بخط او خطين فيصير مسك السيخ بها جيدا * وهذه البرمة يسهل تقريبها من الانبوبة وتبعيدها عنها ليخرج من طرفها الاخر الجزء المراد اخراجه من الطرف الحامل للكاوى فبذلك يحدد طول محل الكى بحسب الارادة * ومن حلقة متحركة ذات لولب للضغط مطوقة على الانبوبة وتجرى على طولها بحسب الارادة وفائدتها انها تحدد الغور الذى

تدخل فيه الالة من المجرى * وهذه الحلقة تسمى الساعى * ثم ان كيفية استعمالها فيما اذا كان التضايق مبتدئا من فتحة الاحليل الى ما بعدها بستة خطوط مثلا هى ان يدخل السيخ فى الانبوبة بعد ملاء قناته بازوتات الفضة بالكيفية المذكورة آنفا وتدفع الحلقة نحو طرف الانبوبة الذى يصير فى باطن المجرى حتى يصير بينهما مسافة ستة خطوط ثم تسد المسافة التى تبقى بين الزر الزيتونى الموجود فى طرف السيخ وفتحة الانبوبة بالشمع لئلا يدخل فيها بعض البول او المادة المخاطية فيذوب الكاوى ويؤثر على غير محل التضايق ثم تدهن الالة زيتا او قيروطا وتدخل فى المجرى كجس اعتيادى حتى تصير الحلقة المذكورة ملامسة للحشفة فيعلم من ذلك ان الالة دخلت فى التضايق فيبحث بها عن الجهات الموجود فيها بروزات كثيرة لتوجه نحوها قناة السيخ المحتوية على الكاوى ثم يمسك طرف السيخ البارز عن الانبوبة بستة خطوط اى نصف قيراط باحدى اليدين ليثبت ويمنع عن التقدم والتأخر وتجذب الانبوبة الى الخارج باليد الثانية حتى تصل الى البرمة الموجودة فى طرف السيخ فيصير الكاوى مكشوفا فى مسافة نصف قيراط وحينئذ يدار السيخ فى جميع الجهات متكأ بالكاوى على الجهة التى بروزها اكثر من غيرها وفى اثناء هذا التدوير تحفظ مسافة ستة خطوط بين الحشفة والحلقة حيث ان الانبوبة خرج منها هذا القدر الذى صارت به قناة الكاوى مكشوفة وبعد دقيقة يجذب السيخ فى الانبوبة لتختفى فيها قناة الكاوى وتخرج بالكلية من المجرى * ثم اذا لزم الامر للكى ثانيا تعاد العملية بعد مضى ثلاثة ايام كما ذكرنا آنفا ولكن كلما اتسعت قناة التضايق تستعمل آلة اغلظ من الاولى لتملأها فيكون تأثير الكاوى اعظم واتم وبعد ازالة التضايق الاول اذا ظهر تضايق آخر خلفه لزم الاستقصاء عنه وكيه * مثلا اذا وجد التضايق الثانى بعيدا عن طرف الحشفة بمسافة ثلاثة قراريط وكان طول محله ثلاثة خطوط تؤخذ الالة المذكورة وتنزل برمة السيخ حتى لا تصير بعيدة عن طرف الانبوبة الا بمسافة ثلاثة خطوط * واما الساعى فيثبت على الانبوبة بعيدا عن طرفها الذى يصير فى باطن المجرى بمسافة ثلاثة قراريط وثلاثة خطوط ثم يدخل طرف

السيخ فى الانبوبة وتدخل الآلة كلها فى المجرى بعد دهنها بما ذكر حتى تمر فى التضايق ويصير الساعى ملامسا للحشفة وحينئذ يعلم ان ازوتات الفضة مقابلة لمحل التضايق فتكشف بان يمسك السيخ باحدى اليدين ويثبت ثم تجذب الانبوبة الى الظاهر بقدر ثلاثة خطوط اعنى حتى يلامس طرفها البرمة الموجودة فى السيخ وبعد الكى كما ذكرنا تخرج الالة ويفعل التوسيع ويعاد الكى اذا لزم الامر له حتى تقبل المجرى فى تجويفها مجسا من نمرة (٣) او (٤) ثم يبحث فيها بعد ذلك ليتحقق هل هنالك تضايق آخر اشد غورا من ذلك اولا * فاذا وجد تضايق ثالث بعده بقيراطين اعنى بعيدا عن فتحة الاحليل بخمسة قراريط كوى ايضا بالة غلظها موافق لسعة قناته وكلما اتسعت هذه القناة تستعمل آلة اغلظ من التى قبلها حتى يزول التضايق بالكلية وتصير القناة فى سعتها الطبيعية ثم يرجع الى التضايق الثانى ويكوى بالة من نمرة (٣) او (٤) ثم الاول اذا لم يتم زوالهما من قبل * وبالجملة فيستعمل الكى والتوسيع متعاقبين حتى تعود المجرى الى سعتها الاصلية

(تنبيه)

فى هذه الطريقة جملة فوائد * منها ان ازوتات الفضة تبقى مصانة فى الانبوبة حتى تصير مقابلة للاجزاء المريضة * ومنها انه يمكن الانتقال الى تضايق آخر قبل ان يتم توسيع الاول فمن ذلك تصير العملية سريعة الفائدة فى خروج البول من غير تعسر

هذا والجراح (هورتلوب) يدخل فى التضايق شمعة مجوفة فى باطنها سلك ثم يخرج الشمعة ويبقى السلك فى موضعه ليهدى عليه آلة الكى الموجود فى باطنها قناة يدخل فيها السلك المذكور فتهتدى عليه

الثالثة كيفية (اموسا) هذا الجراح يستعمل آلتين * احداهما مستقيمة والثانية معوجة * فالمستقيمة مركبة من انبوبة من فضة شبيهة بانابيب الالات السابقة غير ان احد نصفى دائرة طرفها المقدم اغلظ من الاخر ومن سيخ من فضة محفور ايضا بقناة يوضع فيها الكاوى ولكن هذه القناة غير واصلة الى طرفه بل

بينهما

بينهما مسافة نصف خط وهذا الطرف يكون متصلا بجزء من دائرة عدسة غير حادة الحرف بروزها يلى قناة الكاوى ويطبق على الجهة الغليظة من الانبوبة بحيث يصير طرفها غير محتو عليه والالة مقفولة واقسام القدم مرسومة عليها وطرف السيخ الظاهر اى الذى يمسك منه مركب عليه قبضة مضلعة تثبت بواسطة لولب ضغط يجعل مقابلا للكاوى ولجزء العدسة البارز * وكيفية استعمال هذه الالة هى ان تدهن اولا بزيت اوقيروطى وهى مقفولة ثم تدخل فى مجرى البول حتى تجاوز التضايق ثم تدار العدسة الى جهة الانبوبة القليلة الغلظ لتبرز فتتعلق بالتضايق من الخلف بجذب الالة من الظاهر قليلا وحينئذ يجذب الجراح الانبوبة نحوه لينكشف الكاوى ويصير ملامسا للتضايق فيؤثر فيه وبعد تمام الكى لاتقفل الالة قفلا تاما لئلا تقرص الغشاء المخاطى بدخوله بين العدسة وطرف الانبوبة وانما تخرج بتحريكها حركات دورية * واما المعوجة فهى مركبة من الاجزاء المذكورة عينها غير انه يلزم لها سيخان كما فى آلة (لالماند) احدهما تكون قناته المحتوية على الكاوى جهة التحديب ليكوى جدار المجرى السفلى والاخر تكون قناته جهة التقعير ليكوى الجدار العلوى وهنا لاتبرز العدسة بتدويرها وانما تدفع الى الامام بقدر نصف خط

(تنبيه)

الكى يزيل الانسجة المرخية ويصلح حيوية مابقى فلذلك كان واسطة جيدة فى ازالة التضايق بسرعة * ولكن لاجل تمام الشفاء ينبغى ان يتبع بالتوسيع ثم ان الكيفيات المذكورة كلها فى الكى غايتها كى اجزاء المجرى المتيبسة المتضايقة من الباطن الى الظاهر * وهناك كيفية اخرى لكى التضايقات الصمامية الرقيقة جدا من الامام الى الخلف احسن منها فانه اذا استعملت احدى هذه الكيفيات لابد وان يكوى جزء سليم مع المريض * وهذه الكيفية هى ان يؤخذ مجس من فضة مفتوح الطرفين ويدخل فى المجرى حتى يصل طرفه الداخل الى التضايق وتنطابق فتحته عليه ثم يؤخذ سيخ حامل لقطعة من ازوتات الفضة ويمر به من باطن المجس حتى يصل الى الحاجز ويلامسه وهذا المجس الذى فائدته صيانة مجرى

البول من تأثير الكاوى يكون مستقيما او معوجا على حسب محل التضايق فى مجرى البول

واما التضايقات الشديدة الحاصل عنها حبس البول فتلزم المبادرة فيها باستعمال احدى الطرق الاتى ذكرها * وهى الزرق القهرى والقثطرة القهرية وشق المجرى وبزل المثانة

فاما الزرق القهرى فكيفيته تنسب الى الجراح (اموسا) وهى مؤسسة على ان التضايق لا يبلغ درجة انسداد المجرى بالكلية وانما يكون حبس البول حاصلا عن انسداد قناة التضايق بسدادة من مادة مخاطية افرزت فى نفس التضايق وحيث ان هذه السدادة اعرض من الخلف عن الامام فلا يقدر البول على طردها امامه * واما الزرق فيسهل به دفعها الى الباطن من الامام الى الخلف فى جزء المجرى السليم الواسع * وهذه الكيفية هى ان يجلس المريض على سريره مرتكزا الرجلين على كرسيين ويقف الجراح امامه ويدخل فى المجرى مجسا رفيعا من الكاتشولك مفتوح الطرفين كانبوبة حتى يصل الى التضايق ثم يأخذ زراقة من الكاتشولك مملوءة من الماء الفاتر ويدخل انبوبتها الضيقة الفوهة فى ذلك المجس وبعد ان يضغط بسبابة ووسطى يده اليسرى مجرى البول بقوة على المجس يضغط على الزراقة ليخرج منها الماء الموجود فى باطنها مدفوعا بقوة ويدخل فى المجس حتى يصل الى فوهة التضايق فيدفع السدادة الى الخلف لكونه لا يمكنه التقهقر بسبب ضغط اليد اليسرى جدران المجرى على المجس وحينئذ يؤمر المريض بدفع بوله بقوة فيخرج قطرة قطرة بل اذا كان فيه قدرة زائدة على دفع بوله فانه يخرج على صورة سلسول رفيع فيرتاح به * ثم اذا لم يكف الزرق مرة كما فى الشيوخ يكرر مرتين بل وازيد اذا لزم الامر لذلك * وبالجملة فبعد تكرار الزرق جملة مرار واتساع التضايق حتى يصير قابلا لادخال شمعة رقيقة يلزم ادخالها فيه واستمرارها حتى يعود المجرى الى حالته الطبيعية

(تنبيه)

اذا لم يقدر الجراح على دفع السائل الموجود فى الزارقة بيده لزم وضعها بين

ركبتيه

ركبتيه وضغطهما بهما * وهذا الزرق وان كان قهريا فلا ينبغي دفع السائل بقوة شديدة لئلا تتمزق جدران مجرى البول

واما القثطرة القهرية فكيفيتها تنسب الى الجراح (بوييه) ويستعمل فيها مجس من فضة او بيلاتين اى ذهب ابيض مخروطى الشكل متوسط الغلظ قليل الاعوجاج مصحوب بسيخ يملأ تجويفه حكما * ووجه العمل به هو ان يلقى المريض على ظهره على حرف فراشه الايسر ويأخذ الجراح المجس مدهونا زيتا او قيروطيا ويدخله بلطف فى مجرى البول حتى يصل الى التضايق ويمتنع به عن السير وحينئذ يدخل الجراح اصبعه السبابة مدهونة قيروطيا فى المستقيم ادخالا غائرا ويدفع المجس ممسوكا بين ابهام اليد اليمنى والجهة الكعبرية اى الوحشية لسبابتها المنثنية نصف انثناء * ولاجل عدم انزلاق الاصابع على المجس وفقدان شئ من القوة المستعملة لدفعه ينبغي وضع خرقة جافة بينها وبينه ثم يدفعه على حسب اتجاه مجرى البول حتى يصل الى المثانة من غير ان يميله الى احدى الجهات ويلزم ان تكون قوة الدفع معادلة لشدة مقاومة المانع * وفائدة وضع الاصبع السبابة فى المستقيم كونه دليلا للمجس فيعلم به سيره على حسب طريق المجرى او ميله عنها والجهة التى يرد اليها فيما اذا مال * ويعلم وصول المجس الى المثانة بغور دخوله وباتجاهه وبسهولة خفض طرفه الظاهر وتنكيسه وتحريكه حركات جانبية وحينئذ يخرج السيخ فيخرج البول ثم يثبت المجس فى مجرى البول ثلاثة ايام او اربعة على حسب عسر ادخاله وقت العملية * لكن لا ينبغي ان يغور طرفه كثيرا بعد مجاوزته عنق المثانة لئلا يخدش جدرانها عند تقاربها منه بانقباضها * هذا وفى بعض الاحيان قد يتعسر وصول المجس المذكور الى المثانة فى مرة واحدة بسبب ممانعة التضايق له او لعدم امكان مجاوزته له الا ببعض خطوط ففى هذه الحالة يخرج المجس وتوضع مكانه شمعة من الكاتشول وتستعمل الوسائط التى بها يحصل سكون التهيج الحاصل من معالجة تنفيذه اول مرة ثم يعاد الفعل حتى يصل الى المثانة وليحترز من احداث سبل كاذبة ولاجل ذلك ينبغي تذكار ما يعرف به مجرى البول معرفة تامة

والتمرن التام على القثطرة * ثم بعد تمام دخول المجس فى المجرى يصير محصورا فيها بحيث يعسر تحريكه على حسب طوله اعنى يعسر جذبه الى الظاهر ودفعه الى الباطن ولكن بعد يومين او ثلاثة ايام او اربعة يسهل جذبه ودفعه على التوالى فحينئذ يخرج بالكلية ويوضع مجس اغلظ منه من الكاتشول فى المجرى بدلا عنه ولاجل عدم تعسر ادخاله ينبغى وضعه حالا بعد اخراج المعدنى وقبل انقباض جدران المجرى وتضايقها من ذلك ثانيا

(تنبيه)

لا ينبغى ابقاء المجس المعدنى فى المجرى مدة طويلة لئلا يحدث غنغرينا فى محاذاة ارتفاق العانة من ضغطه عليه * وبالجملة فلا تنبغى العجلة فى اخراجه قبل توسيعه القناة ولا الابطا فى ذلك بعد حصول المقصود اذ من المعلوم ان الافراط والتفريط مضران فى كل الامور

واما الشق فلا يفعل الا اذا كان التضايق بعيدا عن البروستتا الى الامام بحيث توجد مسافة من المجرى بين هذه الغدة ومحل التضايق تفعل فيها فتحة صناعية يخرج منها البول ولكن يشترط للقدوم على هذه العملية ان يكون مجرى البول منتفخا بالبول من وراء التضايق ليتيسر وجودها فلا يضل عنها كما وقع ذلك لبعض مشاهير الجراحين وحينئذ يكون بروز الورم وتموجه ووجود السائل دليلا اكيدا على الوصول الى المجرى وفى هذه الاحوال تقدم هذه العملية على بزل المثانة * واما اذا لم يكن هناك ورم فتعسر العملية جدا لاسيما اذا كان المريض سمينا وكان محل فعلها وراء البصلة وكان التضايق شديدا بحيث لم يتيسر ادخال ميل فى المجرى يهتدى به عليه وكيفية العملية فيما اذا كان هناك انتفاخ وراء محل التضايق هى ان يشق الجراح جدار المجرى السفلى طولا قبالة الورم شقا طويلا حتى يصل به الى تجويفها ويخرج البول ثم يجتهد فى توسيع التضايق بادخال الآلات من الامام الى الخلف وبالعكس وبعد اتساع المجرى ورجوعه الى حالته الطبيعية تضم حافتا الشق كما سيأتى * واما اذا لم يوجد انتفاخ او كان المريض سمينا لا يحس به فعلت العملية بهذه الكيفية وهى ان يدخل الجراح

قثاطير قنوية فى المجرى ويدفعها حتى تصل الى مقدم التضايق ثم يشق جدار المجرى السفلى طولا شقا طويلا حتى يقع على الالة الهادية فيجذبها يسيرا الى الخارج من فتحة الاحليل لتبعد عن التضايق ثم يبحث عن فوهة التضايق اثناء مايدفع المريض بوله ومتى وجدها ادخل فيها محرافا قنويا اوميلا ليهتدى به على تطويل الشق الى ماوراء التضايق ثم يضع مجسا فى المجرى وضعا مستمرا ليبول منه المريض ويضم حافتى الشق عليه حتى يلتحما ببعضهما فيخرج واما البزل فيفعل بغرز مبزلة طويلة فى المثانة لاستفراغ مافيها من البول الممنوع من الجروح بسبب انسداد مجرى البول *وله اربع كيفيات الاولى وتنسب الى الجراح (لافيه) يكون البزل فيها من قناة مجرى البول وذلك ان الجراح المذكور راى له بمريض يسمى استرولد وكان مصابا باسر البول وهذا الداء كان متسببا عن ورم فى عنق المثانة فحاول الجراح المذكور القثطرة بالقثاطير المعتادة فوجدها غير ممكنة فاخذ قثاطير معوجة قليلا ومفتوحة الطرفين ومحتوية على ميل من فضة مثنه بسهم مثلث يمكن ان يجاوز فتحة القثاطير باربعة خطوط وادخلها فى قناة مجرى البول والسهم مخفى فيها حتى وصل الى المانع ثم ادخل اصبعه السبابة فى المستقيم ادخالا غائرا ليهدى بها القثاطير نحو المثانة ثم دفع الميل بقوة فنفذ فى المانع ودفع ايضا القثاطير معه على حسب اتجاه عنق المثانة فوصلت الى تجويفها ثم اخرج الميل وابقى القثاطير فى القناة المذكورة مدة خمسة عشر يوما ثم استعوضها بقثاطير اخرى اكبر منها حجما حتى حدث مجرى صناعى صار يمر منه البول

الثانية تكون من العجان وتفعل بمبزلة مستقيمة طولها من سبعة قراريط الى ثمانية وذلك بان يضجع المريض مثنى الساقين والفخذين كما فى عملية القطع المثانى العجانى ثم يضغط مساعد على المثانة برفق باحدى يديه موضوعة فى القسم اعلى العانة ويرفع الكيس الى اعلا باليد الثانية ويقف الجراح بين فخذى المريض ويضع سبابة يده اليسرى على جانب العضرط بين مجرى البول وفرع الحجبة امام الاست بثلاثة خطوط اواربعة ليتمدد العجان ويهتدى سن المبزلة

او يضع اصبعه المذكور فى المستقيم ليبعده عن المحل الذى يفعل فيه البزل بقدر الامكان ثم يمسك المبزلة بيده اليمنى ويضع سنها على وسط خط فرضى يبتدء من الحدبة الحجبية وينتهى فى العضرط امام حافة الاست بخطين ثم يغرز المبزلة غرزا منحرفا بحيث يجتمع سنها بمحور البدن بعيدا عن محل مدخلها بقيراطين او ثلاثة على حسب سن الشخص وغلظ العجان *ويستدل على وصول طرفها الى المثانة ودخوله فيها بخروج بعض قطرات بولية تسرى على ماسورة المبزلة وبزوال المقاومة ايضا وحينئذ يخرج السهم ويستفرغ البول وبعد تمام خروجه تسد الماسورة وتبقى فى محلها مثبتة بالاشرطة التى تحفظ بالرباط الذى صورته هكذا +

(تنبيه)

الاجزاء التى تنفذ فيها المبزلة فى هذه الحالة هى الجلد ونسيج خلوى شحمى غزير والعضلة الرافعة للاست وقعر المثانة قريبا من عنقها *

الثالثة يكون البزل فيها من المستقيم وتنسب الى (فوران) وهى مؤسسة على ماعرف من المشاهدة التشريحية من انه يتكون من احتباس البول فى قعر المثانة ورم يكون بارزا جدا فى المستقيم وهذا البروز يضغط على المعا المذكور فيمنع خروج الغائط ايضا *وهى ان يضجع المريض كما فى كيفية البزل من العجان ويدخل الجراح سبابة يده اليسرى فى المستقيم بقدر الامكان مدهونا بزيت حتى يجاوز البروستتا ويحس بالورم المتكون عن المثانة فى المستقيم بدون شك وحينئذ يمسك بيده اليمنى مبزلة مقوسة طولها خمسة قراريط والسهم مختف فى انبوبتها بالكلية ويدخلها فى المستقيم مهدية على طول الاصبع المذكورة بحيث يستند تحديبها عليه ومتى صار طرف الماسورة مجاوزا لطرف الاصبع وملامسا للجدار المقدم من المستقيم يدفع قبضة المبزلة ليبرز سنها من الماسورة ويدخل السهم والماسورة فى المثانة فى آن واحد بقدر قيراط اعلى البروستتا وبين الحوصلتين المنويتين ثم يخرج الاصبع المذكورة ثم السهم فيسيل البول من الماسورة * ومتى افرغت المثانة من البول ثبتت الماسورة باشرطة من خيوط تنفذ فى فتحات

طرفها الغليظ وترتبط من الامام والخلف فى رباط مجعول حول البدن وتضبط ايضا فى موضعها بواسطة رفائد تثبت برباط مزدوج صورته هكذا +

ويمكن ايضا ان تسد الماسورة بقطعة من خشب الفلين مثلا لكن من حيث ان المريض ملزوم بالمكث فى فراشه يلزم ان تبقى الماسورة مفتوحة ومستطرقة الى مبولة تجعل تحت الاليتين ومتى عن للمريض التغوط ازيل الرباط ورفعت الماسورة شيأ فشيأ الى اعلا محفوظة فى محلها اثناء خروج المواد الثفلية * وبعد ان يسلك مجرى البول الطبيعى تخرج الماسورة والفتحة التى احدثتها الانابيب بدون التحام مدة طويلة

الرابعة يكون البزل فيها من اعلى العانة وذلك فيما اذا انتفخت المثانة من البول فانها تعلو عن العانة وتدفع البريتون امامها وتنطبق بسطحها المقدم على العضلات المستقيمة والمستعرضة البطنية بدون حائل * وهذه الكيفية تستعمل فيها مبزلة الراهب (كوم) التى هى نحو اربعة قراريط طولا ومركبة على قبضة مضلعة ومقوسة بقدر جزء من دائرة قطرها سبعة قراريط * وكيفية العمل بها ان يضجع المريض على جنبه الايمن فى فراشه مرفوع الرأس والصدر يسيرا مثنى الفخذين قليلا ويقف الجراح فى هذه الجهة ويمد الجلد بابهام وسبابة يده اليسرى ثم يمسك المبزلة المذكورة بيده اليمنى جاعلا تقعيرها مما يلى العانة ويغرزها غرزا عموديا بالنسبة لسمت البدن وسط الخط الابيض من الاسفل اعلى ارتفاق العانة بنحو قيراط ونصف حتى يصل الى المثانة ومتى نفذت الى تجويفها يخرج السهم ويفرغ البول ثم يسد الماسورة بسدادة وينبتها حول الجسم بشريطين يربطان فى طرفها الظاهر وتبقى هكذا حتى يرجع البول الى مجراه الطبيعى ويصير سالكا او يمكن ادخال قثاطير فى المجرى حينئذ لكن تفتح هذه الماسورة كل ساعة زمانية ليسيل البول منها بتمييل المريض على جنبه وبعد مضى ستة ايام او ثمانية يتغشى المجرى الصناعى بغشاء مخاطى عارضى وحينئذ يمكن اخراج الماسورة بدون ان يخشى من انسكاب البول

(المبحث الخامس فى نواصير مجرى البول اى النواصير العجانية البولية)

اعلم انه ازالة هذه النواصير تكون باربع طرق

الاولى الطريقة الاعتيادية وغايتها وضع مجس فى المجرى والمثانة معا ليمر منه البول من غير ان يخرج من فتحة الناصور حتى ينسد هذا الناصور بالكلية وكيفية ذلك الوضع هى عين التى ذكرت فى تضايق المجرى * لكن الجراح (اموسا) يفضل استعمال المجس المستقيم على المعوج لسهولة توجهه الى المثانة ودخوله فيها بدون ان يحيد عن اتجاه المجرى ويدخل فى الناصور من الباطن الى الظاهر فبعد وضع المجس واستمرار خروج البول منه وانقطاعه من فتحة الناصور تلتئم حوافى هذه الفتحة ببعضها وتتحلل التيبسات الموجودة حولها * وينبغى جعل المجس مفتوحا ليسهل خروج البول منه على الدوام فلا يمدد عنق المثانة باجتماعه فيها فيمر فيما بين جدران المجرى والمجس ويخرج من الناصور فيهيجه ويمنع انسداده

الثانية طريقة (دوكامب) هذا الجراح يزعم ان وضع المجس فى المثانة وضعا مستمرا يكون سببا فى تهيج جرح الناصور وعدم برئه لانه حينئذ يكون بمنزلة جسم غريب وقال ان تأثيره كتأثير حصة فى قرحتها ولذلك لم يشتغل ابتدأ الا بازالة اسباب الناصور كالتضايق مثلا لان المجرى متى رجع الى سعته الطبيعية سهل انسداد الناصور من ذاته ثم يدخل مجسا فى المثانة حينما يريد المريض التبول ليمر منه البول وبعد ذلك يخرج * والجراح (لالماند) ذهب الى ماذهب اليه (دوكامب) اذا لم يتأذ المريض من تكرار دخول المجس

الثالثة طريقة الخياطة * وكيفيتها هى ان تحال فتحة الناصور الظاهرة الى شق مستطيل بازالة الاجزاء المتيبسة المكونة لحروفها * وينبغى ان يكون مايزال من الجلد فقط وان يحترز من اصابة جدران المجرى ماامكن ثم يوضع مجس من الكاتشول فى المجرى وضعا مستمرا ثم تضم حافتا الشق ببعضهما بالخياطة اللفية وينبغى ان لاتبعد الابر والدبابيس عن بعضها زيادة عن مسافة ثلاثة خطوط اواربعة لكن قال الجراح (مالجين) ان عدم نجاح الخياطة فى ازالة الناصور فى كثير من الاحوال من استمرار المجس فى المجرى وتهييجه لها

فاذا ذهب الى ان يخرج المجس حالا بعد تمام الخياطة ثم كلما اراد المريض التبول يوضع مجس متوسط الغلظ وينبغى ان يتبع به جدار المجرى العلوى لئلا يدخل فى الناصور ويمزق الخياطة

الرابعة طريقة رم المجرى وتستعمل اذا كان مفقودا منه جزء كبير * ولها جملة كيفيات * منها كيفية الجراح (ديافانباخ) النمساوى وهى ان يشق الجلد شقين على جانبى فتحة الناصور موازيين لها ليتيسر تقريب حافتيها بعد ادمائهما بدون انسداد وتمزق ثم يخاطان معا

ومنها كيفية الجراح (اسلى كوبر) التى فعلها فى رم فتحة فى مجرى البول كانت حاصلة عن غنغرينا وموجودة عند اصل القضيب امام الكيس وكان كبرها قدر نصف قيراط وكان يخرج منها جميع البول * وهى انه سلخ جزأ من جلد الصفن فى جميع جهاته ماعدا جهته العليا التى بقى متصلا بها ببقية الصفن بعد ان ادمى حوافى الفتحة الناصورية بالمشرط ثم ادخل مجسا فى المجرى وقلب هذا الجزء حتى صار سطحه المدمم مطبوقا على فتحة الناصور ثم ثبته فى موضعه باربع غرز خياطة متفرقة ووضع فوقها عصائب اللازوق لتعينها على الضم ثم علق الكيس بعلاقة وبعد شهر ونصف تم الشفاء

(تنبيه)

هذه الكيفية التى هى مؤسسة على قواعد طريقة الرم الهندية تؤخذ فيها الرفعة من المحل الاقرب من الناصور لكن على حسب الاحوال فتؤخذ اما من جلد الذكر او الصفن او الاربية او باطن الورك

ومنها كيفية الجراح (الليوت) وهى انه سلخ رقعة صغيرة مربعة قريبا من الناصور ثم بعد ان ازال حوافى هذه الفتحة وصيرها مربعة ايضا طبق عليها الرقعة المذكورة واخاطها بحيث صارت الخياطة غير مقابلة للممر البولى وهذه الكيفية نجحت مع الجراح المذكور نجاحا عظيما

(تنبيه)

لاجل نجاح العملية باحدى الطرق السابقة ينبغى الابتداء بازالة الاسباب

المحدثة للنواصير البولية والحاصل عنها استمرارها * مثلا اذا كانت حادثة على تضايق فى مجرى البول وسع كما ذكرنا آنفا او عن جسم غريب وقف فى المجرى اخرج * وبالجملة فتسلك طريق البول الطبيعية قبل ان يشتغل بازالة الطريق الناصورية ثم اذا كان هنالك خراجات لزم شقها سريعا ليمنع سعى البول فى الاعضاء وتلفه لها وتعالج الجروح بالاشياء الملينة المرخية وتنظف هى وما حولها وجميع بدن المريض نظافة تامة وكذا فراشه ويعطى المأكل المقوية والمشارب الملطفة للبول وجميع ما يصلح حال الجروح ويكون سببا فى برئها * واذا رأى الجراح ان هذه الجروح واسعة فلا ينبغى ان ييأس من برء المريض فمن المشاهد ان جلد الصفن من جهة الورك الانسية والاربية يصير مجذوبا بالندبة فيقلل عرض الجروح المذكورة بحيث تصير الندبة صغيرة جدا بعد البرء بالنسبة للسعة التى كانت عليها الجروح

(المبحث السادس فى اخراج الحصوات الواقفة فى مجرى البول)

اعلم ان هذه الحصوات اما ان تقف فى جزء المجرى البروستتا * واما ان تقف فى جزئها العضلى واما ان تقف فى الجزء الاسفنجى * ولكل منها احوال تخصها اما الحصوات التى تقف فى الجزء البروستتا فانها تارة تسد القناة بالكلية وتارة يبقى بينها وبين بعض جدران المجرى خلو يتيسر ايصال مجس منه الى المثانة وكيفية اخراج تلك الحصوات فى الحالة الاولى هى ان تدخل القناطير فى المجرى وتدفع فيه حتى تصل الى الحصاة فيشق الجزء العضلى عليها ومتى وصل الشق الى قرب الحصاة يدخل الجراح اصبعا او اصبعين من يده اليسرى فى المستقيم ليدفع بهما الحصاة من الخلف الى الامام فتبرز وحينئذ يوسع الشق عليها نفسها وينبغى فى هذا الشق قطع جميع ما يعيق خروجها ثم بعد ذلك يجتهد فى اخراجها بملعقة او جفت * واما كيفية اخراجها فى الحالة الثانية فهى ان يوضع المريض كما فى عملية اخراج الحصاة من المثانة بشق العجان ثم يشق الجلد كما فى شق العجان بالشق الجنبى ويشق جزء المجرى العضلى والبروستتا على قناة القناطير ويمد هذا الشق بقدر الحاجة ثم يضع الجراح اصبعه فى قعر الجرح فاذا وجده كافيا

لخروج الحصاة وضع السبابة والوسطى من يده اليسرى فى المعا المستقيم ليدفع بهما الحصاة فتبرز ثم يخرجها كما ذكرنا انفا واذا تعسر عليه ذلك بيد واحدة وكل مساعدا عوضا عنه فى وضع اصبعه فى المستقيم لتصير يداه خالصتين فيتمم بهما العملية

واما الحصوات التى تقف فى الجزء العضلى فكيفية اخراجها هى ان يوضع المريض كما ذكرانفا ثم يضع الجراح اصبعه السبابة اليسرى فى المستقيم ليدفع بها الحصاة نحو العجان ويبسط المساعد المتوكل برفع الكيس مع الخصيتين الجلد المراد شقه ثم يشق الجراح هذا الجلد اما على قثاطير ادخلت فى المجرى من قبل واما على بروز الحصاة نفسها * وينبغى ان يكون هذا الشق كبيرا كافيا لخروج الحصاة وان لا يبقى شئ مما يعيق الاخراج بدون قطع * ثم يشرع فى الاخراج بان تدفع الحصاة الى الخارج بالاصبع الموجودة فى المستقيم وتجذب بملعقة او جفت (بوليب) او جفت حصاة صغير

واما الحصوات الواقفة فى جزء المجرى الاسفنجى فلاخراجها اربع كيفيات الاولى توسيع المجرى وهو يحصل بجملة اشياء * منها الاستحمامات المرخية العامة والموضعية وزرق الزيت * ومنها نفخ الهواء فى المجرى ومصه من الاحليل بعد ذلك كما كان يفعل ذلك قدماء المصريين من القبط * ومنها وضع مجس غليظ او اوتار الامعا او الاسفنج فى المجرى وابقاؤه فيها حتى تنتفخ من الرطوبة ثم تخرج الحصاة شيأ فشيأ اثناء ما يدفع المريض بوله ليطردها امامه * وهذه الكيفية وان كانت جيدة لكنها لا تفيد الا فى الحصوات الصغيرة الملسة السهلة الخروج

الكيفية الثانية الاخراج بالالات * اعلم انه اذا تعسر اخراج الحصاة بالكيفية الاولى لزم ادخال بعض الآلات فى المجرى حتى تصل الى الحصاة فتمسك بها وتخرج وهذه الالات هى جفت الغيار على الجروح او جفت (اموسا) اما الاول فمعروف فلا حاجة لشرح تركيبه * واما الثانى فهو مركب من انبوبة طرفها المقدم متشعب اربع شعب ومن قضيب صغير معدنى يمر فى الانبوبة وينتهى بزر مستدير ومتى اغلقت هذه الآلة يصير طرفها متكونا من الزر واذا جذب

القضيب الى الخارج من طرفه الثانى يدخل الزر فى باطن الانبوبة ويبعد الاربع شعب عن بعضها من الباطن الى الظاهر بقدر ما يتسع مجرى البول فاذا جذب زيادة عن ذلك وقع الزر فى نقرة موجودة فى باطن الانبوبة عند اصل الشعب التى تتقارب من بعضها بمرونتها * وكيفية استعمال هذه الآلة هى ان تدخل فى مجرى البول مغلوقة حتى تصل الى الحصاة فيجذب القضيب الى الظاهر اثناء ما تدخل الانبوبة بلطف لتحيط شعبها بالحصاة ثم تدفع هذه الحصاة بينها من الخلف الى الامام بالاصبع موضوعة تحت الذكر فتى قبضت الالة على الحصاة قبضا جيدا جذب القضيب ليقع زره فى النقرة فيزيد ضغط الشعب على الحصاة وحينئذ تخرج الالة بالحصاة وهى مدفوعة من الخلف الى الامام بالاصبع موضوعا على الجلد

وقد اخترع الجراح (لورواد بيتيول) الة اخرى شبه كلاب ومركبة من قطعتين احداهما طويلة مستقيمة * والاخرى معترضة على الاولى طولها خطان وهاتان القطعتان متصلتان ببعضهما اتصالا ميخانيكيا بحيث يمكن وقت ادخال الالة جعلهما على خط مستقيم ثم متى دخلت فى المجرى وصارت خلف الحصاة امكن جعل القطعة الصغيرة معترضة كما كانت اولا وحينئذ يمكن جذب الحصاة بها الى الخارج

الثالثة تفتيت الحصاة وهى فى المجرى بالة مخصوصة حتى تصير قطعا صغيرة يسهل خروجها امام البول * وهذه الكيفية سنذكرها عند الكلام على عملية تفتيت الحصاة فى المثانة ان شاء الله تعالى

الرابعة شق المجرى وهى ان يعرف اولا موضع الحصاة فيه ثم يوكل مساعد بمسك القضيب وجذب جلده نحو الحشفة لئلا يصير شق الجلد محاذيا لشق المجرى بعد اخراج الحصاة ثم يثبت الجراح الحصاة بين ابهام وسبابة يده اليسرى ويأخذ بيده اليمنى مشرطا فيشق به الجلد قبالة الحصاة شقا يجاوزها من الامام والخلف ثم يشق جدار المجرى بسنه على الحصاة واذا رأى الشق صغيرا وسعه على المجس القنوى ان امكن ادخاله بين جدار المجرى والحصاة * ثم بعد تمام

الشق بيد الذكر على البطن ويضغط على جانبي المجرى لتبرز الحصاة فقد تخرج من ذاتها بذلك حينئذ وفى بعض الاحيان يضطر لاخراجها بالملعقة او طرف الملوق او الجفت ذى الحلقات وبعد خروج الحصاة يوضع مجس فى المثانة وضعا مستمرا ليلتئم عليه الجرح * والاحسن ان لا يوضع المجس المذكور الا فى اوقات التبول فقط

واما اذا كانت الحصاة واقفة فى الجزء المحاذى للصفن من مجرى البول فينبغى الاجتهاد فى اخراجها بواسطة غير الشق خوفا من انسكاب البول فى النسيج الخلوى للصفن فاذا لم تجد نفعا واضطر الى الشق لزم جعل شق الجلد مقابلا لشق ما تحته ليسهل خروج البول منه باستقامة فيما اذا لم يخرج من المجس الموضوع فى المثانة

(المبحث السابع فى رد مجرى البول الى حالته الاصلية بعد اتساعه)

قد شاهد بعض الجراحين مجرى البول متسعا اتساعا عظيما عقب اسر البول فقرض جزأ من جداره السفلى ثم خاط الجرح فالتحم ورجعت للمجرى وظائفه الطبيعية

(المبحث الثامن فى عملية اخراج الحصاة من المثانة)

اعلم ان غاية هذه العملية الوصول الى المثانة والدخول فيها بشق لتستخرج منها الحصاة المحصورة فيها * ثم انها تفعل بكيفيات كثيرة منوطة بثلاث طرق رئيسة وهى القطع المثانى العجانى والقطع المثانى المستقيمى والقطع المثانى اعلى العانة ولنذكرها لك فى ثلاثة مطالب على هذا الترتيب فنقول

(المطلب الاول فى اخراج الحصاة بطريقة القطع المثانى العجانى)

تشريح جراحى * اعلم ان العجان على هيئة مثلث محاط من الجوانب بالقوس العانى ومن الخلف بخط يمتد من احدى الحجبتين الى الاخرى والعضرط قاسم له الى مثلثين ثانويين جانبيين والوصول الى المثانة يكون من احدهما لا سيما الوحشى وقد يكون منهما معا وكلاهما على صورة قناة ممتدة من الجلد الى المثانة وممتلئة باجزاء لا يهتم بها ويمكن التحرز عنها على فرض انها مهمة * وهى اولا

على الخط المتوسط اى العضر ط الجلد والصفاق العجانى السطحى والعضلة البصلية الاجوفية والعضلة العاصرة للاست والجزء الاسفنجى من قناة مجرى البول وكذا جزؤها البصلى وجزؤها العضلى والصفاق العجانى المتوسط والبرستتا اى الغدة امام المثانة وعنق المثانة والمستقيم فى طوله كله * وثانيا فى الجانب الوحشى من كل مثلث منها الجلد وطبقة من نسيج خلوى شحمى وفى سمكها شريان وعصب العجان السطحيين والعضلة الدافقة للمنى واصل الجسم الاجوف والفروع الصاعدة للحجبة والنازلة للعانة والشريان والعصب الاستحيائيين الباطنيين والصفاق العجانى المتوسط والعضلة الرافعة للاست والصفاق الغائر اى الحوضى وضفيرة وريدية والاجزاء الجانبية من جسم المثانة * وثالثا فى جانبه الخلفى الجلد والعضلة العاصرة الوحشية والشريان الباسورى السفلى والمستقيم يوجد اعلى ذلك فى الجهة الانسية * وفى الجهة الوحشية نسيج شحمى يعرفيه عروق شريانية ووريدية مختلفة الغلظ * ورابعا فى سعتهما معا ثلاث طبقات * فالاولى متكونة من الجلد ومن نسيج خلوى شحمى كثير الغلظ اوقليله على حسب السمن العام والموضعى وفى هذا النسيج فريعات منحرفة من شريان وعصب العجان السطحيين * والثانية متكونة من العضلة المستعرضة * والثالثة من الصفاق العجانى المتوسط والعضلة الرافعة للاست والصفاق الغائر وبعض فريعات عصبية متجهة نحو البرستتا وضفيرة وريدية * وخامسا المثانة وهى موضوعة فى قمة المثلث المتكون من الاشياء المذكورة بل هى مكونة لها ايضا اذا علمت ذلك تعلم ان الذى يظهر من المثانة اسفل ارتفاق العانة * اولا على الخط المتوسط من الخلف الى الامام الجزء السفلى من الجدار المقدم وهو سطح مثلث موضوع فوق الصفاق الحوضى والاربطة البروستاتية * والبروستتا وفيها مجرى البول والمستقيم * وثانيا الجانب الوحشى من هذا السطح المثلث مرتكزا فوق الفرع الصاعد للعانة والمثانة تنكشف بقلة او كثرة حذاء اتجاه هذا الجانب فيمكن شقها حينئذ بسهولة * وثالثا الجانب الخلفى وهو متكون من البرستتا ومن الاجزاء الجانبية للمثانة ومرتكز على المستقيم لكنه منفصل عنه بطبقة من نسيج

خلوى متوسطة الغلظ وكثيرة السعة عرضا فقد يضل فيها من الآلة عند قطع المثانة او اطراف الجفوت نفسها * ثم اعلم ان هذا الهرم مختلف الابعاد الثلاثة لانه اذا قيس من انسى الحجبتين تكون المسافة من قيراطين الى ثلاثة قراريط ونصف او من الجلد الى الفوهة الباطنة المثانية تكون من قيراط وبعض خطوط الى اربعة قراريط كما جرب ذلك فى نحو عشرين شخصا بالمقياس الحوضى * واما عمقه الاعتيادى فهو نحو من قيراطين وربع وهذه المعارف التى يهتدى بها وان كانت مهمة لكن هنالك ما هو اهم معرفة منها * وهو انه ينبغى للجراح ان يعرف ان عملية اخراج الحصاة بالطرق العجانية تشتمل على ثلاثة اشياء عسرة جدا * الاول الاحتراز من اصابة العروق * والثانى الاحتراز من اصابة المستقيم والثالث احداث فتحة يسهل اخراج الحصاة منها * فالدم الذى يسيل بالعملية يكون اما من الجزء البصلى واما من الشرايين والاوردة * فاما الجزء البصلى فانه ينتهى من الخلف بعيدا عن فوهة الاست بثمانية خطوط او عشرة وقد تكون هذه المسافة ستة خطوط فاقل لا سيما فى الشيوخ وفيهم ايضا تكون عن الاوردة ضفيرة حول البرستتا والغالب ان تكون ذات حجم عظيم * واما الشرايين التى يخشى من اصابتها فهى ثلاثة * الشريان الاستحيائى المصاحب للقوس العانى بل هو ملتصق به وهو وان خشى عليه الا انه بالعظام وبالرباط الهلالى الشكل لا تمكن اصابته وجرحه الا اذا وصل الشق الى السطح الباطن من ذلك القوس والشريان السطحى * والغالب ان هذا الشريان يتبع الحافة الانسية من العضلة الوركية الاجوفية * والشريان المستعرض اى البصلى وهو يتجه عرضا نحو طرف الجزء البصلى لقناة مجرى البول حتى يصل اليه * وينتج من ذلك انه اذا ابتدأ بالشق من خلف الجزء البصلى واتجه به الى الخلف والوحشية بانحراف يوثق بعدم اصابة هذه الشرايين ويطمئن الجراح عليها اذا لم يكن هنالك تغير واختلاف فى الوضع الطبيعى * واما المستقيم فانه مجاور لعدة اشياء ولا حاجة لذكر مجاوراته هنا لان محل ذكرها فى فصل القطع المستقيمى المثانى والذى نذكره هنا ان المستقيم يتسع زمن الشيخوخة من جزئه المحاذى للبروستتا فيتكون من

هذا الاتساع بروزان مقدمان على جوانب تلك الغدة فتفور بينهما * فلاجل التحرز من اصابة المستقيم فى هذا المحل يلزم استفراغه من المواد الثفلية ثم يدخل فيه اصبع يبعده عن السلاح حين فعل الشق ويلزم ايضا عدم مجاوزة حدود البروستتا نفسها بالشق * واما الاشياء التى يمكن ان تمنع من خروج الحصاة فهى العظام والصفاقات العجانية والبروستتا وبين الجراح (سين) بالمشاهدة ان العظام لا تمنع خروج الحصاة الا اذا كانت اقطارها عظيمة لانه شاهد ان الجزء العلوى من البروستتا فى حوض اعتيادى محاذ لانقراح فى العظمين يعدل واحدا وعشرين خطا والجزء المتوسط منها محاذ لانقراح يعدل قيراطين وثلاثة خطوط اى ربع قيراط فعلى ذلك لا يحصل من العظام ممانعة فى اخراج الحصاة الا اذا كانت كبيرة جدا وقد بين هذا الجراح ايضا انه لا يحصل من الصفاقات العجانية بعد فعل الشق الاعتيادى منع لمرور الحصاة البتة * والتعسر فى اخراجها لا يحصل الا من البروستتا نفسها ومن ذلك يلزم ان يبين لك اقطار هذه الغدة ليعرف مقدار الشق اللازم فعله فيها حتى تخرج الحصاة بسهولة فنقول

اعلم ان البروستتا لا تزال صغيرة جدا من الولادة الى خمس عشرة سنة ولا تشارك البدن فى النمو هذه المدة ومن ذلك لا يكاد يفرق فى الحجم بين برستتا طفل سنه اربع سنين وآخر سنه ثنتا عشرة سنة لكن الجراح (بيل) رأى من المشاهدات التى شاهدها فى اكثر من اربعين شخصا ان اقطار هذه الغدة فى اطفال عمرهم من سنتين الى اربع سنين هكذا

قطرها المستعرض من	٥	خطوط و $\frac{1}{2}$	الى ٦
ونصف قطرها الخلفى المنحرف من	٢		الى ٢ و $\frac{1}{4}$
ونصف قطرها الخلفى المستقيم	١	فقط	
ونصف قطرها المستقيم المقدم	$\frac{1}{2}$		

وفى اطفال عمرهم من خمس سنين الى عشرة هكذا

قطرها المستعرض من	٦		الى ٧ $\frac{1}{2}$

ونصف قطرها الخلفى المنحرف من	٢	و ½	الى	٣	
ونصف قطرها الخلفى المستقيم من	٢		الى	٢	و ½

وفى اطفال سنهم من عشر سنين الى ثنتى عشرة سنة هكذا

قطرها المستعرض من	٧	خطوط	الى	٨	و ½
نصف قطرها الخلفى المنحرف من	٢	و ¾	الى	٣	و ½
نصف قطرها الخلفى المستقيم من	٢		الى	٢	و ½
نصف قطرها المقدم من	١		الى	١	و ½

وفى اطفال من ثنتى عشرة سنة الى خمس عشرة هكذا

قطرها المستعرض من	٨	و ½	الى	١٠	
نصف قطرها الخلفى المنحرف	٣	و ½			
نصف قطرها الخلفى المستقيم من	٢		الى	٢	و ½
نصف قطرها المقدم المستقيم	١	و ½			

وفى الكهول على ما قاله الجراح (سين) يكون علوها من الوسط ثلاثة عشر خطا وعرضها تسعة عشر * واما انصاف اقطارها بالقياس من مجرى البول الى دائرتها فهى من سبعة خطوط الى ثمانية بالابتداء من مجرى البول الى جزئها السفلى المتوسط وتسعة خطوط من المجرى الى الوحشية باستقامة وعشرة خطوط الى احد عشر من مجرى البول الى الجزء السفلى الوحشى

ثم ان الجزء البروستتا من قناة مجرى البول يقبل فى تجويفه كرة قطرها اربعة خطوط ودائرتها اثنا عشر خطا * فاذا اضيف على تلك السعة الثابتة ضعف الشق الذى يفعل فيه ويمكن تبعيد حوافيه عن بعضها امكن ان نحكم على دائرة الفتحة المتحصلة من العملية حكما صحيحا * مثلا شق الغدة عرضا من جهة واحدة لا تكون سعته الا ثمانية او تسعة خطوط وباضافة هذه السعة على سعة مجرى البول تتحصل فتحة تكون دائرتها ثلاثين خطا * ويمكن ان ينفذ منها كرة قطرها من تسعة خطوط الى عشرة * واما الشق المنحرف الى اسفل فيمكن ان يكون طوله من عشرة خطوط الى احد عشر خطا وباضافته الى قناة مجرى

البول تحصل فتحة دائرتها تبلغ اربعة وثلاثين خطا وحينئذ يمكن ان تخرج منها حصاة قطرها من احد عشر خطا الى اثنى عشر * واما اذا شقت الغدة من الجهتين شقين معترضين فيكون طول كل منهما من ثمانية خطوط الى تسعة ويتكون منهما فتحة دائرتها مقدار اربعة قراريط ويسهل ان تخرج منها كرة قطرها ستة عشر خطا * او شقين منحرفين انحرافا تاما تكون عنهما شريحة مثلثة متساوية الجانبين طول قاعدتها ثمانية عشر خطا واذا خفضت الى الامام انكشفت فتحة مثلثة دائرتها متكونة من القاعدة التى طولها ثمانية عشر خطا كما تقدم وطول كل من جانبيها عشرة خطوط وسعة النصف العلوى من مجرى البول ستة خطوط ومجموع ذلك كله ثلاثة قراريط وثمانية خطوط * فاذن تكون هذه الفتحة اقل سعة من الفتحة المتحصلة من الشقين المعترضين * والشق الذى يتحصل منه فتحة اوسع من ذلك كله هو المركب من شقين احدهما يكون منحرفا الى الجهة اليسرى وطوله من عشرة خطوط الى احد عشر * والثانى يكون معترضا الى الجهة اليمنى وطوله من ثمانية خطوط الى تسعة فبذلك مع اتساع مجرى البول يسهل تحصيل فتحة دائرتها اثنان وخمسون خطا هى المفضلة عند الجراح (سين) نعم اذا اريد تحصيل فتحة اوسع من ذلك يفعل شق ثالث فى الجهة المقدمة بالفرع الثالث من آلة (ويدال) او يفعل الشق الرباعى المنسوب لهذا الجراح فانه ينتج منه النتيجة المرادة

(تنبيه)

لا ينبغى فى جميع هذه الشقوق ان تجاوز دائرة الغدة * وقد تقدم ان لطريقة الشق العجانى عدة كيفيات ولنذكر لك منها ثلاثة فنقول * الاولى المتوسطة اى العضرطية * والثانية الجانبية المنحرفة الفريدة * والثالثة الجانبية المزدوجة اى المستعرضة

لكن قبل شرح هذه الكيفيات نذكر لك بعض القواعد العامة التى تخص وضع المريض وقت العملية واخراج الحصاة ومعالجة العوارض التى تعقب العملية فنقول

(الفريدة الاولى فى وضع المريض)

اعلم انه ان كان المريض المراد فعل العملية له بالاسبيتالة فالامر ظاهر فى وجود ماهو مهيء فيها لذلك من الاسرة وغيرها * واما اذا كان ببيته فيلزم ان تجهز له طاولة صلبة متينة او ما يشبهها كصندوق مرتفع نحو ثلاثة اقدام وطوله من اربعة اقدام الى خمسة ثم يفرش عليه وطاء ويثبت معه بحبال ولا ينبغى ان يجاوز حرفه من الجهة التى تلى العملية * واما من الجهة الثانية فيثنى على نفسه الى اسفل ويوضع فوق المنثنى منه وسادة فاكثر ان احتيج الامر اليها ليكون رأس المريض مرتفعا * ثم يجعل فوق الوطاء ملاءة منثنية عدة ثنيات ويرخى طرفها الامامى بحيث لا يكون بعيدا عن الارض الا مقدار قدم ثم يوضع اناء مملوء رملا او رمادا تحت هذا الطرف يتلقى فيه الدم والبول ثم يحلق العجان ان كان به شعر ويضجع المريض على الطاولة بحيث يكون صلبه موضوعا وضعا افقيا ورأسه مرتفعا قليلا والحوض مساويا لحرف الطاولة بل يلزم ان يكون العجان بارزا قليلا الى الامام والفخذان منثنيتين بحيث يتكون منهما زاوية قائمة على الحوض والساق منثنية على الفخذ بحيث يكون بطنه ملامسا للجهة الخلفية من الفخذ والذراعان ممدودتين على جانبى البدن واليدان مقربتين الى القدمين كلتاهما الى القدم الذى يليها لتمسكه فتكون الاربع اصابع الاخيرة موضوعة تحت الاخمص والابهام على ظهر القدم * ويلزم ان يحفظ هذا الوضع بمساعدين حتى يأخذ الجراح رباطا ويثنيه الى طرفين متساويين حتى تحصل من ذلك عروة فى وسطه فتدخل فيها يد المريض بعد جعلها فى الجهة الوحشية للقبضة ثم تشد ويمر باحد طرفى الرباط على الابهام وظهر القدم من الوحشية الى الانسية ثم يرجع به من الانسية الى الوحشية من فوق وتراكيبه اى العرقوب ثم من الوحشية الى الانسية فوق بوع القدم ويكرر ذلك حتى لا يبقى من طرف الرباط اكثر من ثمانية قراريط او عشرة ثم يفعل بالطرف الثانى هكذا لكن يمر به الى جهة مخالفة لجهة لفات الاول ثم يعقد ما بقى من هذين الطرفين معا عقدة وشنيطة ومن ذلك يتكون

شكل صورته هكذا (8) فاحدى حلقتيه تحيط بالقدم واليد والثانية تحيط بالجزء السفلى من الساق وبالقبضة وبذلك تتثبت هذه الاجزاء معا تثبيتا جيدا وينبغى ان يكون ربط اليدين مع القدمين فى آن واحد بحيث اذا كان الجراح مشتغلا بربط اليد والقدم اليمنيين يكون مساعد مشتغلا بربط اليسريين * واقل مايلزم من المساعدين لعملية اخراج الحصاة خمسة اثنان يثبتان الفخذين والساقين بوضع الساعد المقابل لرأس المريض على الجهة الانسية للركبة وعلى الجزء العلوى المقدم من الساق ووضع اليد الثانية على بوع القدم من الامام لا تحت الاخمص كى لا يرتكز عليها المريض فى حركاته الاضطرارية * وثالث يوكل بمسك القثاطير ويقف فى الجهة اليسرى للمريض قريبا من المساعد الممسك للفخذ والساق * وينبغى ان يكون هذا المساعد اعلمهم ورابع يكون خلف رأس المريض ويضع يديه على منكبيه ليمنعه من التأخر وخامس يقف عن يمين الجراح ليناوله مايحتاجه من الآلات ويأخذ منه ماتم العمل به منها لكن قبل هذا كله ينبغى ان يتيقن الجراح وجود الحصاة والا لزمه ان يؤخر العملية حتى لا يكون عنده ريب فى وجودها

(الفريدة الثانية فى اخراج الحصاة)

اعلم انه يلزم بعد تمام الشق واخراج الآلات ان يدخل الجراح سبابته اليسرى فى الجرح ليعرف سعته ويوسعه ببطئ ان دعت ضرورة لذلك وهذه الاصبع تكفى ايضا لمعرفة وضع الحصاة وشكلها وحجمها فى الشبان والنحفاء ولاهداء الجفوت عليها بخلاف مفرطى السمن جدا والاشخاص الذين تكون فيهم الغدة عظيمة الحجم فلا تكون كافية للوصول الى باطن المثانة فالاحسن حينئذ ان يستعمل الريزج بان يوضع اولا الاصبع المذكور فى زاوية الجرح السفلى ثم يوضع تقعير الريزج باليد اليمنى على الحافة الكعبرية لهذا الاصبع ويدفع برفق موجها قليلا بانحراف من اسفل الى اعلى ومتى وصل الى المثانة يخرج الاصبع ويقلب الريزج بحيث يصير تقعيره الى اعلى وتحديبه الى اسفل ثم يدخل الجفت بان تمسك حلقتاه بابهام اليد اليمنى والثلاث اصابع الاخيرة منها واما السبابة

فانها

فانها تمد على شعبتيه هذا اذ كان غير متصالب والا فلا ينبغى الضغط عليهما لئلا تتباعد الملعقتان فيزلقا على الريزج مع الاحتراس من ان يجعل سطح الملعقتين المحدب جهة حافتى الجرح ويعرف وصول الجفت الى المثانة بالغور الذى وصل اليه وبعدم المقاومة ايضا ومتى تحقق دخوله وكان الريزج واسطة فى ذلك برمت شعبتاه معا الى اليسار نصف برمة وبذلك يصير علويا بالنسبة للجفت ويسهل خروجه * وبالجملة يلزم التوقى وحفظ الجزء الخلفى من الجرح بان يرتكز بالآلات على جداره المقدم لكونه متكونا من الجدار العلوى لقناة مجرى البول التى لم تصب بالشق ثم يحرك الجفت برفق فى المثانة مطبوقا ليعرف موضع الحصاة

(تنبيه)

العادة ان يكون الحصى موجودا فى الجزء الخلفى من قعر المثانة لاسيما اذا كان الموجود فيها واحدة فقط فعلى الجراح ان يعرف ذلك حق المعرفة وهنالك تكون الحصاة الوحيدة بيضية الشكل غالبا ومبططة فى سطحين من اسطحتها وموضوعة عرضا وملامسة لقعر المثانة بسطحها الاكثر عرضا فيرشد الجفت اليها على حسب هذه الادلة ثم يمسك قرعاه معا باليدين كل واحد منهما بيد فاذا عرضت الحصاة لطرفى مقبض الجفت فتح يسيرا ودفع قليلا الى الامام لتدخل بين شعبتيه * واما اذا قابلت حافتهما العليا فانها تسقط بينهما بثقلها كلما تباعدا عن بعضهما * واما اذا جاءت تحت حافتهما السفلى فيبعدان ويداران نصف تدويرة بحيث تصير ملعقة احداهما اسفل الحصاة وملعقة الاخرى فوقها واما اذا كانت الحصاة صغيرة جدا والمثانة متسعة كذلك فانها تزيغ من الجفت وحينئذ يلزم امرار ملعقتيه على قعر المثانة وتبعيدهما وتطبيقهما على التوالى حتى تدخل الحصاة بينهما لكن اذا كان فى قعر المثانة نقرة عميقة وكانت الحصاة ساكنة فيها لزم استعمال جفت منحن بوجه تقعيره الى اسفل فتمسك به الحصاة ثم اذا مسكت يدار التقعير الى اعلى ثم يخرج الجفت تابعا طريقا مقوسة مقابلة لقوس عظام العانة فاذا كانت الحصاة عظيمة وتعرضت باحدى اقطارها العظيمة ولم يمكن تغيير هذا

الوضع الردئ بالجفت لزم اخراجه وادخال الاصبع السبابة فى المثانة وتغيير وضع الحصاة به بتوجيه احد طرفيها نحو عنق المثانة *لكن هذا يكون فى غير الكهول غالبا اما فيهم فلا يمكن فى اكثر الاحوال وصول الاصبع الى المثانة بسبب غور الجرح فيهم *وقد تكون المثانة متيبسة منقبضة على نفسها بحيث لا يمكن العمل بالجفت وتحريكه مع الامن *وحينئذ يلزم دفعه مطبوقا الى الامام بقدر الامكان وفتحه تدريجا لتبعد جدران المثانة بذلك فيمكن تحريك الجفت حينئذ ومسك الجزء الذى تعرض من الحصاة ثم تخليصها من تجويف المثانة وجذبها نحو عنقها بعد تدوير الآلة نصف دورة من جهة اليمين الى اليسار وبالعكس وحينئذ تبعد ملعقتا الجفت وتدفع الى الامام فتمسك الحصاة بهما بقوة كما ينبغى فاذا لم تزل الحصاة معترضة للجفت بقطرها العظيم لزم ان يوضع الجفت ماسكا لها وضعا تكون به احدى شعبتيه مقابلة لقعر المثانة والثانية متجهة الى اعلى ثم يمسك باليد اليسرى ويدخل الزرين الملعقتين باليد اليمنى والجفت مفتوح قليلا ثم تدفع الحصاة الى الخلف من احد طرفيها ليتغير وضعها فتصير متجهة من الامام الى الخلف بعد ان كانت معترضة *ويعرف ذلك بتناقص تباعد الشعبتين من الخارج ثم يبرم الجفت ليتحقق عدم امساكه المثانة مع الحصاة ثم يشرع فى اخراجها *وبالاختصار فالحصاة ان كانت صغيرة لا يستدعى اخراجها قواعد بل يمسك الجفت كمقص اذ لا يلزم للاخراج حينئذ الا قوة خفيفة واما اذا كانت كبيرة فيشترط ان يوجه سطح الملعقتين نحو حافتى الجرح وان يمسك الجفت امساكا تكون به شعبتاه بين السبابة والوسطى والحلقتان مقبوضتين باليد اليمنى ان لم يكونا متباعدتين والا فباليسرى قريبا من محل اتصال الشعبتين ببعضهما ما امكن بحيث تصير الاصابع الاربعة الاخيرة تحت الآلة والابهام فوقها ومتى كانت الحصاة صلبة جدا كما يعرف بشدة مقاومتها لملعقتى الجفت لزم القبض عليها بشدة كى لا تنفلت منه *واما اذا احس بدخول اسنان الملعقتين فيها بسهولة فانه يلزم الرفق فى الضغط عليها كى لا تنكسر اذا لم يضطر لذلك بكبرها والا فالاجود فى هذه الحالة ان يجعل قطعا كبارا قليلة العدد لا صغيرة كثيرة

لانها

لانها تستدعى اعمالا كثيرة فى اخراجها حينئذ * هذا ويكفى فى اخراج الحصاة الصغيرة جذبها نحو الجراح باستقامة * واما اذا كانت كبيرة فيلزم اقتران ذلك الجذب برفع شعبتى الجفت وخفضهما على التوالى لتخلص الاجزاء العليا والسفلى للملعقتين وفى هذه الحركات يلزم الاتكاء على الجزء السفلى من الجرح اكثر من غيره لتبعد الالة عن زاوية عظام العانة زيادة اذ فى هذا المحل يكون المسلك ضيقا والمقاومة شديدة فيتعسر اخراج الحصاة بذلك ويلزم فى اثناء رفع شعبتى الجفت ان تدخل سبابة اليد اليسرى فى الجزء السفلى من الجرح لتعين على تخليص اطراف الجفت والحصاة * ومتى جاوزت الحصاة البروستتا لا يكون هنالك مانع لاخراجها اذا لم يكن شق الجلد صغيرا جدا وفى هذه الحالة يوسع من الاسفل بمشرط اعتيادى * وينبغى ان تكون هذه الافعال كلها بتأن مع غاية الاحتراس

(تنبيه)

الملعقة تستعمل فى حالتين * الاولى اذا انفلتت الحصاة من الجفت وبقيت وسط الجرح * الثانية اذا كسرت واريد اخراج القطع الصغيرة من المثانة * واذا كان فى المثانة اجزاء متفتتة من الحصاة وصارت دقيقة جدا ذرق فيها سائل لتسبح فيه تلك الاجزاء وتخرج معه او تجتمع فى قعر المثانة وترسب بحيث يسهل اخذها بالملعقة فيما بعد * واما اذا كانت الحصاة عظيمة الجرم جدا بحيث لا يمكن اخراجها من الشق الذى يفعل له فى البروستتا استعمل لاخراجها كيفيات كثيرة * منها كيفية (بوييه) وهى انه اذا لم يكن فعل الاشق بسيط كما فى طريقة الشق الجانبى او العضرطى لا يخرج الجفت المسلوك به الحصاة بل يبقى فى المثانة ويسلم الى مساعد يتوكل بامساكه ثم يأخذ الجراح المشرط المثانى الفريد المخفى ويجعل لولب انفتاحه فى نمرة (٥) ثم يدخله فى المثانة مهتديا على سبابة اليد اليسرى ومتى وصل الى تجويفها وجه حده على حسب اتجاه الشق الاول ثم يفتحه ويشق به اغلب البروستتا وهو جاذب له الى الخارج من غير ان يجاوزها حيث ان عدم انشقاق النسيج الخلوى المجاور لها لا يمنع من خروج الحصاة * وبعض الجراحين يوسع الشق بالة (دبويترن) او (ويدال)

فمتى خرجت الحصاة يدخل الاصبع اوالزر فى المثانة ليعرف هل هنالك حصاة اخرى اولا * ويستدل على ان هنالك حصاة اخرى لكون الحصاة التى اخرجت ذات اسطحة منبجحة لكن عدم وجود الانبعاج لا يحمل الجراح على اهمال ذلك البحث * اذا علمت ذلك فينبغى البحث الجيد واخراج الحصى كله قبل وضع المريض فى فراشه لكن هذا اذا لم يخش من نفاد قوى المريض بذلك اما من طول مدة العملية واما من شدة الالم واما من نزيف يعتريه والا اخر اتمام العملية حتى ترد اليه قواه * واعلم ان الحالة المتعبة جدا هى كون الحصاة متكيسة (وقد اوصى الجراح (ليتر) فى مثل هذه الحالة بامساك الورم المتكون عن الحصاة بالجفت والضغط به عليها برفق فان ثنيات الغشاء المخاطى المغطى للحصاة من الباطن ترق بذلك وتتمزق فتسقط الحصاة فى تجويف المثانة ويسهل اخراجها بالطريقة المعتادة بعد * وهذه الطريقة قد نجحت مع (بوييه) لكن متى امكن الوصول بالاصبع الى الورم فى هذه الحالة يشق الورم كما اوصى بذلك هذا الجراح بمشرط مقعر حاد السن فقط ومحصور فى غمد كالمشرط المثانى * والاحسن فى ذلك المشرط ذو الزر والنصل الضيق المستطيل القاطع من طرفه فقط ان يهدى على الاصبع السبابة فى ادخاله * ثم اذا كان الكيس المحتوى على الحصاة فى الجزء الخلفى من المثانة وامكن الوصول اليه بالاصبع امكن امساكه بجفت (بوليبوس) وحين يشد ويجذب يدفع من الباطن الى الظاهر بواسطة الاصبع السبابة اليمنى التى تدخل فى المستقيم

(عوارض تابعية)

اعلم ان اعظم العوارض التى تستدعى اسعافات الطب العملى هو النزيف واقطعه طريقتان

الاولى الربط وكيفية (بوييه) فى ذلك هى ان تحضر اولا ابرة الجراح (ديشان) المعدة للربط ثم يضجع المريض على حرف سريره عرضا ويثبت مساعدو ركبه وساقيه وينظف الجرح وتخرج منه الجلط الدموية المالئة له بل وتحقن المثانة مرة او عدة مرار ان اضطر الى ذلك وتدخل السبابة اليسرى فى الجرح ويجعل

طرفها

طرفها على المحل الذى يظهر منه سيلان الدم * والغالب ان يكون فى الجزء السفلى من الحافة الوحشية للجرح فاذا انقطع النزيف بذلك علم ان الشريان المفتوح موجود فى ذلك المحل وحينئذ تبقى الاصبع وتغرز ابرة منظوم فى سمها خيط مشمع مفرطح حذاء الحافة الزندية من هذا الاصبع الهادى لها ثم توجه من الباطن الى الظاهر بتحريك اليد حركة استدارية تصير بها مبطوحة بعد ان كانت مكبوبة فبهذه الكيفية تمر الابرة قريبا من الجبة ما امكن وتنفذ بابتها قريبا من الحافة الكعبرية للاصبع الموجودة فى الجرح فمتى ظهر من هذه الابرة جزء كاف لمشاهدة الخيط الموجود فى سمها يمسك هذا الخيط بكلاب غير حاد الطرف او بجفت ربط العروق ويخرج من الابرة والجرح ثم تخرج الابرة من حيث دخلت وبعد ذلك يشد الجراح طرفى الخيط نحوه اثناء ما يضغط على ما بينهما بسبابة يده اليسرى فاذا انقطع النزف علم ان الشريان احيط بالخيط فيعقد طرفيه

الطريقة الثانية الحشو وهو يفعل بجملة كيفيات احسنها كيفية (دوبويترن) وهى ان تؤخذ انبوبة من فضة وتثبت رفادة حولها قريبا من طرفها الباطن وتدخل فى المثانة من الجرح ثم تملأ الرفادة نسالة او غاريقون ويوضع من ذلك ايضا فى الجهة السائل منها الدم مقدار زائد ليكون الضغط شديدا هناك يمنع سيلان الدم وبعد ان يوضع المقدار الكافى من النسالة يثبت فى موضعه بشد الخيط الموجود فى الجزة الموجودة فى طرف الرفادة الظاهر

(المطلب الثانى فى الشق المثانى العضرطى)

اعلم انه يلزم لهذا الشق على طريقة (وكا) مشرط ذو زر لسانى فى طرفه وهذا اللسان يكون طوله نحوا من خطين ليسهل انزلاقه فى قناة القثاطير * ثم ينجع المريض ويمسك المشرط بالكيفية الاعتيادية ويفعل فى العجان شق يمتد من اصل الصفن الى الحافة المقدمة للاست ثم يشق على حسب طول شق الجلد واتجاهه النسيج الخلوى الذى تحته والصفاق العجانى السطحى واصل الجزء الاسفنجى وبصلة مجرى البول والالياف المقدمة من العضلة العاصرة الظاهرة للاست ثم يوضع ظفر السبابة اليسرى فى الجرح لتهدى عليه السكينة الى نحو

قناة القثاطير ومتى وصلت الى تلك القناة ودخلت فيها يمسك الجراح طرف القثاطير العريض المفرطح بيده اليسرى ويرفعها تحت ارتفاق العانة ويزلق السكين بيده اليمنى على القناة المذكورة حتى تجاوز عنق المثانة مقدار اربعة خطوط اوخمسة على موازاة الخط المتوسط ومتى وصل نصلها الى المثانة لزم خفضها وتبعيدها عن القثاطير ماعدا عقبها فانه يكون مستندا على قناة القثاطير ثم جذبها الى الخارج على حسب هذا الاتجاه الجديد كى تشق اجزاء عنق المثانة والبروستتا والجزء الغشائى لمجرى البول الذى لم يقطع حين دخول الآلة وتوسع الفتحة المفعولة لنفوذ الحصاة ثم توضع الاصبع السبابة اليسرى فى الجرح ليقاس بها اقطاره فان كان صغيرا تهدى السكين على هذه الاصبع ويوسع بقدر الاحتياج

(تنبيه)

لا يحصل بهذه الطريقة الا فتحة صغيرة فى البروستتا ويمكن ضم طريقة (دوبويترن) اليها بان يزلق فى المثانة القاطع المثانى المخفى للراهب (كوم) بعد فعل الشق الظاهر ثم يلفت حده الى الامام باستقامة ويخرج وباخراجه مفتوح السلاح يشق الجزء المقدم من عنق المثانة والبروستتا وجزأ من مجرى البول شقا عموديا

(المطلب الثالث فى الشق المثانى الجانبى)

اعلم انه يلزم لهذا الشق على طريقة الراهب (كوم) اولا قثاطير ذات قناة وينبغى ان تكون اغلظ ما يمكن على حسب سن المريض * وثانيا مشارط مستقيمة ومحدبة * وثالثا القاطع المثانى المخفى للراهب المذكور * ورابعا جفوت مستقيمة مختلفة كبرا واخرى منحنية * وخامسا ريزج اعتيادى وملعقة وزر * وسادسا زارقة طول انبوبتها ستة قراريط ومنتهية بطرف زيتونى الشكل مثقب ثقوبا كثقوب المصفاة * وسابعا ماسورة من فضة اوصمغ لدن موشحة بخرقة من كتان اونحوه تستعمل اذا حصل نزف * وثامنا اناء يوضع فيه الزيت لدهن الآلات وآخر يوضع فيه ماء حار * وتاسعا جهازا عتيادى ينفع للمعالجة * وعاشرا

رباطان من كتان او صوف او كتان الجوخ يكون عرض كل منهما اصبعين او ثلاثة وطوله نحو اربعة اذرع وفائدتهما ربط المريض وقت العملية ثم يجعل المريض والمساعدون على الوضع السابق * واما الجراح فيقف او يجلس او يجثو على ركبتيه بين فخذى المريض ويجعل القثاطير فى اتجاه عمودى بالنسبة لسمت جسمه ثم يميل صفحتها نحو الاربية اليمنى للمريض ويمسكها لمساعد ويتأمل فى الصفن فان كان قليل الحجم رفعه بالحافة الزندية من يده اليسرى مكبوبة كبا شديدا ومد جلد العجان عرضا بابهام وسبابة يده المذكورة لكن اذا كان الكيس عريضا من تخيار رفعه المساعد الممسك للقثاطير وشمره بيده اليسرى مع تجنبه ضغط الخصيتين وشد جلد العجان من اسفل الى اعلى ويمسك الجراح المشرط المحدب بين بيده اليمنى بالكيفية الاولى ويشق به الجلد والنسيج الخلوى الشحمى من الجهة اليسرى للعجان مبتدأ فى ذلك من اعلى العضرط امام الاست بنحو قيراط ومنتهيا به وسط خط ممتد من الاست الى قمة الحدبة الجبية فطول هذا الشق يختلف على حسب سن المريض وطول قامته * وان كان المريض سمينا ولا يكفى هذا الشق تمم بشق النسيج الخلوى الشحمى شيأ فشيأ وحينئذ يضع الجراح سبابة يده اليسرى فى قاع الجرح ليعرف به وضع القثاطير فاذا لم تكن مغطاة الا بطبقة رقيقة من الاجزاء الرخوة جعل الاصبع على وضع تكون فيه حافته الكعبرية الى الاسفل وحافته الزندية الى الاعلى وحرف القثاطير الايسر موضوعا فى المسافة التى بين الظفر والانملة بحيث يكون الظفر فى قناة القثاطير ثم يمسك المشرط كقلم الكتابة ويهديه بصفحه على الظفر حتى يدخل سنه فى قناة القثاطير بنفوذه فى قناة مجرى البول فبملامسة هاتين الالتين لبعضهما يعلم ان المشرط وصل الى قناة القثاطير وحينئذ يغير الجراح وضع اصبعه بحيث تصير انملته فوق ظهر المشرط فيضغط عليه حين يدفعه بيده اليمنى لكن مع رفع قبضته يسيرا ليزلق سنه فى قناة القثاطير ثم ينكس القبضة ليتبع به طريقا مقوسا من الامام الى الخلف حول السن الثابت من غير تحرك وبذلك يقطع جزء قناة مجرى البول المغطى للسن المذكور فيصير شق تلك

القناة من ثمانية خطوط الى عشرة طولا ولا يكون مصيبا الا جزءها الغشائى
واما البصلة فتحول الى اليمين بقدر الامكان ومع ذلك لا يمكن الاحتراز من
اصابتها فى الاشخاص السمان * ثم متى انشق من مجرى البول سعة كافية
وامكن مس القثاطير بالاصبع بدون حائل بينهما لزم ان يوضع ذلك الاصبع
كما كان اولا بحيث تكون الحافة اليسرى لقناة القثاطير فيما بين الانملة والظفر
ثم يأخذ المشرط المثانى المخفى ويمسكه من النصاب بهيئة تكون فيها الثلاثة
اصابع الاخيرة تحته والابهام فوقه والسبابة ممدودة على ساقه ويزلق لسانه
على الظفر حتى يصل الى قناة القثاطير * ويعلم وصوله لها باحتكاك الالتين
بعضهما احتكاكا معدنيا وحينئذ يمسك طرف القثاطير بيده
اليسرى من المساعد ويرفعها تحت قوس العانة عند ما يدفع طرف المشرط
المثانى من اسفل الى اعلى كى لا يتحول اللسان عن قناة القثاطير * وينبغى
ان تكون هاتان الحركتان اللتان هما من اسفل الى اعلى فى ان واحد
اذ بهما يوجد خلو بين تحديب القثاطير والجدار السفلى لمجرى البول يسهل منه
دخول المشرط المذكور فى قناة مجرى البول * ثم يجذب طرف القثاطير
نحوه قليلا وفى أثناء ذلك يدفع المشرط ويزلقه فى قناتها حتى ينتهى الى الحاجز
المنتهية به هذه القناة ثم يخلصه من القناة ويبحث عن الحصاة بطرفه ومتى تحقق
من وصوله الى المثانة بملامسته للحصاة يخرج القثاطير من المثانة ولا يبقى عليه
حينئذ الا شق البروستتا وعنق المثانة باخراج المشرط * فلاجل ذلك يقرب
ساقه من قوس العانة ويتكىء به على الفرع الايمن منها بعد ان يدخل منه
فى المثانة وهو نحو قيراط ثم يمسكه من محل اتصال النصل بالساق بابهام
وسبابة يده اليسرى كى يسنده على قبوة العانة ويبرمه على محورها برمة خفيفة
فيصير حد النصل على اتجاه الجرح الظاهر نفسه ثم يتكىء بالاصابع الاربعة
الاخيرة من يده اليمنى على نصاب النصل فيلامس القبضة ويخرج من غمده
ثم يجذبه نحوه مفتوحا متجها اتجاها افقيا تاما ويستدل بطول جزئها الذى
يخرج من الجرح وبزوال المقاومة على ان البروستتا قد انشقت ثم يتم اخراجها

منكسا قبضة يده كى لا تشق الشحوم المجاورة للمعا المستقيم شقا غائرا * والحاصل انه يلزم لتمام الصناعة فى اخراج الالة القاطعة من المثانة ان يوجه اتجاها افقيا محضا وان يوجه حد النصل على حسب اتجاه الشق الظاهر لان نصابها اذا رفع زيادة عن المطلوب يخشى من اصابة قعر المثانة بخلاف ما اذا كان منكسا جدا فان الشق يكون قليل الطول * واذا اتجه النصل الى الوحشية بكثرة اصيبت الشرايين المجانية * واذا اميل الى الاسفل او الخلف كثيرا اصيب المستقيم وهذان الامران المضران يعسر الاحتراز عنهما ولذلك اوصى الجراح (بوييه) باستعمال طريقته الاتية كى لا تصاب الشرايين ولا المستقيم * وهى ان لا تفتح الالة فى الحصاة الاعتيادية الا فى نمرة ٩ ولا تزيد عن هذه النمرة الا الى نمرة ١١ ولو بلغ حجم الحصاة ما بلغ لكن تكبر الفتحة فيما بعد اذا لزم الامر لذلك وهذا الجراح الشهير كان يتكئ بساق الالة على الجزء السفلى من عنق المثانة ليقرب من المحل الاكثر اتساعا فى قوس العانة عوضا عن ان يسند هذه الساق على القوس العانى ثم يسند الجهة المقعرة منه على الفرع الايمن من القوس المذكور بحيث يصير حد الالة متجها الى الوحشية تقريبا ثم يفتحها ويخرجها على حسب هذا الاتجاه وحين يظهر له شق البروستتا بالعلامات المذكورة يدخل النصل فى غمده ويخرج الالة مطبوقة فبهذه الكيفية يصير الشق الباطنى معترضا تقريبا ويتكون منه مع الشق الظاهر زاوية حادة جدا يسهل زوالها بضغط الاصبع عليها ولا تمنع من اخراج الحصاة اصلا فبهذه الطريقة لا ينفتح شريان يكون نزفه خطرا ولا يصاب المعا المستقيم

(المطلب الرابع)

(فى طريقة الشق المعترض على حسب كيفية الجراح (دوبويترن))*

هى ان يجهز للعملية بهذه الطريقة اولا قثاطير محفورة بقناة غير مسدودة الطرفين ومنتفخة فى محل شدة اعوجاجها مسافة نحو قيراطين ليكون تمدد مجرى البول بها اكثر ومنتهية برأس زيتونى الشكل * وثانيا مشرط ثابت النصل على القبضة حاد الحدين قريبا من السن فى مسافة بعض خطوط * وثالثا

المشرط المزدوج المخفى الذى يتباعد نصلاه ويخرجان من غمدهما بواسطة لولب فريد مشترك وهذه الالة مصنوعة بحيث ان نصليها يتباعدان على حسب اتجاه منحرف فيشقان البروستتا من الجانبين على حسب قطريها المنحرفين الى الوحشية وتباعد هذين النصلين يكون من ستة خطوط الى عشرين خطا * ورابعا جميع ما يلزم من الآلات والادوات التى ذكرناها آنفا فبعد الاستحضار على ذلك وتهيء المريض للعملية يشرع فيها على هذا الوجه وهو ان يجعل المريض فى الوضع الذى ذكرناه سابقا ويضبط بالكيفية المذكورة ايضا ثم بعد ان تدخل القثاطير فى المثانة ويوكل بامساكها مساعد نبيه وجعلها اثناء العملية فى وضع عمودى يأخذ الجراح السكين ذات الحدين بيده اليمنى ويبسط جلد العجان بيده اليسرى ويشقه بها شقا هلاليا معترضا يبتدئ به من الجهة اليمنى وسط المسافة الموجودة فيما بين فتحة الاست والحبة اليمنى ويمر به امام الاست بستة خطوط اى نصف قيراط وينتهى به فى الجهة اليسرى فيما بين الاست ايضا والحبة اليسرى فبهذه الكيفية يصير الشق هلاليا تقعيره يلى الاست وتحديبه يلى الصفن ثم يشق ما تحت الجلد على حسب شقه وهو النسيج الخلوى والصفاق العجانى الظاهر والطرف المقدم للعضلة الظاهرة العاصرة للاست وينبغى فى شق هذه الطبقات التباعد عن المعا المستقيم لئلا يجرح تحديبه المقدم * ولذلك ينبغى للجراح ان يعرف اتجاه كل منه ومن مجرى البول وان يوجه حد المشرط فى الشق على حسب اتجاه خط فرضى يبتدأ من الاست وينتهى فى سطح المثانة المقدم * ثم بعد شق هذه الاشياء ينكشف اصل الجزء الغشائى من مجرى البول فيضع طرف السبابة اليسرى فى الجرح ليحس بقناة القثاطير من جدار المجرى السفلى فيضع ظفره فى القناة ويهدى عليه سن المشرط حتى يصل اليها فيشق به الجدار المذكور مسافة ثلاثة خطوط او اربعة كما ذكرنا آنفا فى الطرق السابقة غير انه هنا يسهل شق الجدار المذكور حيث ان المشرط ذو الحدين يحرك بحركة صعود ونزول من غير ان يدفع الى اسفل على حسب قناة القثاطير وتنكس قبضته ليشق ذلك الجدار كما اذا كانت هذه الآلة ذات حد واحد لكن ينبغى فى هذا الشق

التحرز من اخراج سن المشرط من قناة القثاطير لئلا يصيب المعا المستقيم او يفصله حيث ان هذا المعا يتقارب من البروستتا ومجرى البول فى طرف المثلث المستقيمى المجرى فبعد شق هذا الجدار فى المسافة المذكورة يبقى ظفر الاصبع السبابة اليسرى موضوعا من الجزء العلوى للجراح فى قناة القثاطير ليهدى عليه المشرط المخفى المزدوج الذى كيفية ادخاله هى ان يدخل طرفه بعد وضع اللولب على نمرة الانفتاح المطلوب من النصلين وامساكه باليد اليمنى بحيث يكون الابهام تحته والسبابة والوسطى فوقه فى قناة القثاطير مهديا على ظفر الاصبع المذكورة وتحديبه متجه الى الاسفل نحو الاست فمتى وصل طرفه الى قناة القثاطير ويعلم ذلك بملامسة الالتين لبعضهما اخذ الجراح طرف القثاطير الظاهر من المساعد بيده اليسرى ورفعه الى الاعلى نحو ارتفاق العانة ودفع المشرط فى المثانة تابعا به قناة القثاطير من غير ان يحود عنها حتى يصل الى تجويف المثانة كما يعلم ذلك بخروج بعض البول من بينهما وبملامسة طرف القثاطير للحصاة ثم يخرج القثاطير من مجرى البول ويقلب المشرط بحيث يصير تقعيره الى اسفل نحو المستقيم بعد ان كان الى اعلى حال ادخاله ويبحث به عن حجم الحصاة ومكانها فى المثانة ليجعل طول الشق على حسب هذا الحجم وبعد ذلك يمسكه بابهام وسبابة اليد اليسرى عند اتصال النصل بالحامل ويقبض بيده اليمنى على الارجوحة ليقربها من القبضة فيخرج النصلان من غمدهما ثم يخرج المشرط ببطئ مفتوحا بحسب المطلوب ومخفوض القبضة تدريجا نحو الاست حتى يتم خروج النصلين وبذلك يمتنع انجراح بروز المستقيم المقدم السفلى ويبعد نصلا المشرط عن جدرانه وبعد اخراجه يدخل السبابة اليسرى فى المثانة من الجرح ليبحث بها عن طول الشقين الحاصلين من نصليه من الباطن الى الظاهر وعن حالة الاعضاء ويهدى عليه الجفت المخرج للحصاة فاذا وجد الشق المفعول فى عنق المثانة والبروستتا صغيرا وسعه من الجانبين بواسطة مشرط مستقيم ذى زر يهدى على الاصبع السبابة

(تنبيه)

من المهم ان تجعل السبابة مرتكزة على جهة الجرح الخلفية عند اهتداء الجفت عليها لئلا يضل بين المعا المستقيم والمثانة فى ادخاله كما شوهد ذلك * ثم ان ادخال الآلات المخرجة للحصاة فى هذه الطريقة واخراجها بها يكونا على حسب ماذكرناه آنفا بل هنا يكون ذلك اسهل منه فى الطرق المتقدمة * واذا لم توجد آلة (دوبويترن) امكن فعل الشق المعترض من جهة بالمشرط المخفى الفريد ومن الاخرى بمشرط ذى زر اعتيادى او بهذا المشرط فقط من الجهتين نعم تكون العملية حينئذ اقل امنا وسرعة

(المطلب الخامس فى الشق الرباعى)

لما شاهد الجراح (ويدال) خطر مجاوزة حدود البرستتا وعلم اصابة المعا المستقيم وعروق العجان حينئذ تبع طريقة غايتها شق الغدة المذكورة من غير مجاوزة حدودها مع كون الفتحة الحاصلة من هذا الشق واسعة تكفى فى خروج الحصوات الكبيرة لان كل شق وان كان طوله قد لا يزيد عن ثلاثة خطوط او اربعة فان مجموعها يحصل منه فتحة يكون طولها من قيراط الى قيراط وربع او وثلثين * وهذه الطريقة هى شق البروستتا على حسب اشعتها الاربعة الطويلة المنحرفة اعنى ان احد هذه الشقوق يكون متجها بانحراف الى الخلف واليسار * والثانى الى الخلف واليمين * والثالث الى الامام واليسار * والرابع الى الامام واليمين * وهذه الشقوق الاربعة يمكن فعلها فى مرة واحدة بمشرط مخفى ذى اربعة نصال لكن الاحسن ان يفعل الشقان الجانبيان اولا بمشرط (دوبويترن) المخفى ثم ينظر فى حالة الجرح فاذا وجد ضيقا فعل شق ثالث فى البروستتا بمشرط ذى زر مهديا على السبابة * وهذه الطريقة يمكن ايضا استعمالها بعد جميع الطرق السابقة حتى ان لجراح (ويلبو) بعد ان فتح المثانة بكيفية الراهب (كوم) وجد الفتحة غير كافية لخروج الحصاة من غير تمزيق الاجزاء فوسع الشق بهذه الكيفية وهى انه بعد ان وكل مساعدا بامساك الجفت الذى كان ادخله ومسك به الحصاة وامره برفعه يسيرا الى اليسار ادخل

اصبعه السبابة فى المثانة من الجرح وهدى عليه مشرطا شق به الشعاع البروستى اى نصف قطرها الخلفى الايمن ثم شق الشعاع المعترض اعلى هذا الشق ببعض خطوط وبذلك اتسعت الفتحة وسهل خروج الحصاة منها

(المطلب الخامس فى شق المثانة من المستقيم اى الشق المستقيمى المثانى)

هذه الطريقة مستعملة قديما بمصرنا هذه وان كانت تنسب للجراح الفرنساوى (سانسون) احد معلمى حتى ان بعض الحلاقين فى بعض قرى الريف يستعملها الآن وهى ان يدخل الجراح السبابة والوسطى فى المستقيم ليثبت بهما الحصاة ثم يدخل من بينهما موسى ذا نصل ضيق ويشق به المثانة على الحصاة فبعد الشق اما ان تسقط الحصاة بثقلها فى المستقيم على الاصبعين المذكورتين فتخرج بهما واما ان تخرج من المثانة بهاتين الاصبعين او بكلاب غير حاد الطرف ولكن لعدم معرفتهم التشريح قد يحصل منها عوارض ثقيلة كاصابة البريتون فلهذا ينبغى لنا ان نذكر لك التشريح الجراحى لمحل هذه العملية لتكون على بصيرة منه وقت العمل فنقول

(تشريح جراحى) اعلم ان المستقيم بعد مبدئه من القولون يتجه اولا بانحراف يسير من اليسار الى اليمين ومن الاعلى الى الاسفل ثم من الخلف الى الامام تحت المثانة حتى يصل الى البروستاتا ثم من البرستاتا الى الاست الى الاسفل والخلف فبهذه الصورة نجعله كانه مركب من ثلاثة اجزاء * الاول يمتد من التعريج السينى الى المحل الذى يكون فيه غير مغطى بالبريتون وهذا الجزء اكثر من نصف المعا المستقيم نفسه وهو متعرج خالص من الالتصاقات بما حوله وغير مهم المعرفة بالنسبة لهذه العملية * والثانى وهو المتوسط موجود بين اعوجاجى المعا وطوله ثلاثة قراريط ومتجه من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام ومقوس على حسب هذا الاتجاه وهو مجاور من الخلف لجزء العجز السفلى وللعصعص وللعضلتين الحجبيتين العصعصيتين ومن الاسفل لقعر المثانة المنفصلة عنه من الوحشية والاسفل بالحوصلتين المنويتين وبالقناتين الناقلتين للمنى واسفل من ذلك بالبروستاتا ومن الجانبين لنسيج

خلوى كثير وهذا الجزء لايكون مغطى بالبريتون الااذا كانت المثانة منقبضة جدا فانه يصير مغطى به من اعلى وطبقته العضلية غليظة ومشتملة على ألياف مستطيلة اكثر من غيره وهو محاط من كل جانب بنسيج خلوى رخو كثير الامن تحت البروستتا فانه مندمج متين * وبرخاوة هذا النسيج يكتسب هذا الجزء حجما عظيما لكن يسهل صغره بانقباضه بعد ان يخرج منه ما كان فيه *

والثالث موجود فيما بين البروستتا والاست وطوله قيراط ونصف وينزل بانحراف الى الخلف واعلاه محاط من كل جهة بنسيج خلوى كثير ماعدا جهته المقدمة المقابلة للبروستتا واسفله بالعضلات العاصرة وتركيبه يختلف عن تركيب الجزءين الآخرين حيث ان الالياف العضلية المستطيلة معدومة منه وليس مشتملا الاعلى الالياف الحلقية التى تزداد غلظا كلما نزل المعا وينشأ منها زائدتان احداهما طويلة تتصل بالجزء البصلى من مجرى البول والثانية تتشبث بالعصعص

ثم ان قعر المثانة ينقسم من الظاهر بالحوصلتين المنويتين الى ثلاثة اقسام متوسط وجانبين فالجانبيان يجاوران نسيجا خلويا شحميا كثيرا يفصلهما عن العضلتين الرافعتين للاست * والمتوسط مثلث الجوانب قاعدته تلى الاعلى وملامسة للبريتون وهذا القسم ملامس للجزء المتوسط من المعا المستقيم بدون واسطة يتبع اعوجاجه حكما الى البروستتا وهنالك ينفصل منه ويصعد يسيرا الى الاعلى ليتصل بمجرى البول وطول هذا القسم من الامام الى الخلف من قيراط الى قيراط وربع او قيراط ونصف وعرضه غالبا قيراطان

هذا وقد تقدم الكلام على اتجاه مجرى البول فى الكلام على القثطرة فلا نعيده وينبغى ان تعلم ان هذا المجرى عند خروجه من البروستتا يتباعد عن المعا المستقيم بحيث يتكون بينهما زاوية منفرجة تلى العجان * واعلم ان فيما بين المجرى من الامام والمعا المستقيم من الخلف والجلد والعضلة العاصرة من اسفل مسافة مثلثة قاعدتها تلى العضرط وقمتها تلى البروستتا ومملوءة بنسيج خلوى شحمى وبالجملة فجزء المستقيم المتوسط ليس منفصلا عن جدار المثانة السفلى الا بنسيج

خلوى رخو وبعض اوردة متصلة ببعضها كالشبكة اوالضفيرة * واسفل من ذلك توجد البروستتا بينهما مارافيها القناتان الدافقتان للمنى * واما جزؤه السفلى فهو مجاور للعضلة العاصرة من الامام وللمسافة المثلثة المذكورة وامام ذلك كله الجزء البصلى من مجرى البول والجزء الخلفى من الجسمين المجوفين وينتج من ذلك انه لا يوجد عرق غليظ فى محل هذه العملية يخشى من اصابته واعلم ان لهذه العملية كيفيتين احداهما تشق فيها المثانة من اعلى البروستتا ولكنها مهجورة الان * واما الثانية وقد عول عليها كثير من الجراحين فهى ان توضع القناطير فى المثانة بعد ان يوضع المريض كما فى الشقوق العجانية المذكورة ويوكل مساعد بامساكها وجعلها عمودية الاتجاه بحيث تكون قناتها على الخط المتوسط حكما ثم يدخل الجراح سبابة يده اليسرى فى المستقيم وسطحها الراحى متجه الى الامام ثم يزلق على بطنها نصل مشرط اعتيادى مستقيم الى ان تجاوز ذبابته حرف فتحة الاست الى الباطن بقدر ثمانية خطوط اى ثلثى قيراط ثم بعد ان يديره حده الى الاعلى اعنى جهة العانة ينكس قبضته لتنفذ ذبابته فى جدار المعا المقدم الموجود فى نهاية المسافة المذكورة وتصل الى قناة القناطير ثم يشق العضلة العاصرة للاست وجزء المستقيم السفلى وجميع الاجزاء الموجودة فى المثلث المستقيمى المجرى حتى يصل الى الجزء البصلى من مجرى البول بجذب المشرط نحو البصلة بقوة ورفع قبضته تدريجا فبذلك الشق يتيسر امس جزء البروستتا السفلى اى طرفها وامامه يوجد كل من الجزء الغشائى من مجرى البول والقناطير فيضع الجراح طرف السبابة فى الجرح ليبحث به عن قناة القناطير ومتى وجدها يضع عليها هذا الاصبع كما فى الطرق السابقة بحيث يلى حرفها الزندى ارتفاق العانة والظفر الحجبة اليسرى ثم يمسك بيده اليمنى المشرط كقلم الكتابة ويهديه على الاصبع المذكورة حتى يصل سنه الى قناة القناطير وحينئذ يرفع القناطير نحو ارتفاق العانة باليد اليسرى كما ذكرنا آنفا ويدفع المشرط تابعا قناتها نحو المثانة حتى يدخل فيها ويعلم ذلك بخروج البول * وحين يجاوز عنق المثانة يرفع قبضته الى اعلى لينخفض نصله فيشق عنق المثانة من اعلى

الى اسفل وهو مخرج له وكذا الجزء البروستتى من مجرى البول والبروستتا نفسها الى قرب المستقيم من غير ان يجاوز حدودها ويصيب المعا المستقيم ثانيا فبهذه الكيفية يصير الجرح شبيها بقناة منحرفة من اعلى الى اسفل اومن الامام الى الخلف يسيرا وفيها لم يشق الا الجزء السفلى من المعا المستقيم بحيث يندفع الغشاء المخاطى عند البراز نحو الجرح ويغطيه ولا يحصل عقبها ناصور الا نادرا

(تنبيه)

من المهم ان يجعل الشق على الخط المتوسط حكما كى لا تصاب احدى القنوات الدافقة للمنى وفى اثناء اخراج الحصاة تجعل ملعقتا الجفت جهة حافتى الجرح كى لا يخدشا بالحصاة وهى خارجة اعنى تجعل احداهما متجهة الى اليمين والثانية الى اليسار ثم بعد الفراغ من العملية باى كيفية من الكيفيات المذكورة يحل المريض من وثاقه وينقل الى فراشه ويوضع فيه وضعا يصير به ملقيا على ظهره مثنى الفخذين على الحوصلة والساقين على الفخذين بواسطة نحو وسادة توضع تحت المابضين ثم يمنع من تبعيد فخذيه عن بعضهما بواسطة رباط صليبى يوضع اعلى الركبتين ولا يوضع شئ على الجرح حينئذ وانما يرفع الصفن بواسطة رفادة مستطيلة تثبت اطرافها فى رباط يلف حول البدن وذلك لمنع بله بالبول وانضغاطه عند تقارب الفخذين ثم توضع على البطن قطعة صوف مثنية مغموسة فى مغلى الخطمى او الخبازى او بزر الكتان مع رؤس الخشخاش لمنع العوارض الالتهابية التى تحصل بعد العملية * وينبغى قبل نقل المريض من فراشه وهو على طاولة العملية غسل المثانة غسلا جيدا بزرق ماء فاتر فيها بزارقة كبيرة * وكيفية ذلك هى ان تدخل الاصبع السبابة فى الجرح وتهدى عليها انبوبة الزارقة

(المطلب السادس فى طريقة الشق اعلى العانة)

تشريح جراحى) اعلم ان البريتون المغشى لجدار البطن المقدم موضوع على سطح العضلات الباطنة وعلى الصفاق الباطن وملتصق بهما وكلما نزل كان التصاقه قليل المتانة ومتى وصل الى قرب العانة ينعكس الى الخلف ويتجه نحو السطح الخلفى من المثانة فيغشيه ويبقى متباعدا عن سطحها المقدم بالاوراق بضم

الهمزة

الهمزة الثانية ممدودة وهو الرباط المعلق للمثانة فيما بين اثناء البريتون عند انعكاسه وحرف العانة العلوى تصير مسافة خالية تختلف سعتها على حسب كون المثانة ممتلئة او فارغة ولا تكون المثانة منفصلة عن الخط الابيض الا بالنسيج الشحمى بحيث اذا فعل شق فى جدار البطن المقدم على الخط المتوسط لا يصاب فيه سوى الجلد والصفاق الظاهر والصفاق المقدم للعضلتين المستقيمتين وبعد ذلك يوصل هذا الشق الى النسيج الشحمى الموجود فى المسافة المذكورة وتوجد المثانة خلفه وعلى موجب ذلك لا يوجد فى هذا الطريق عضو مهم يخشى من اصابته كشريان او وريد او غير ذلك

ولهذه الطريقة جملة كيفيات * ولكن ينبغى قبل العمل بها ان تفرغ امعاء المريض مما فيها من الثفل بان يعطى له مسهل لطيف قبل العملية بيوم ولا يعطى له بعد ذلك الا الاغذية القليلة الثفل كالامراق وما شابهها حتى تفعل العملية له ولنذكر لك بعض كيفياتها فنقول

الاولى كيفية الجراح (اموسا) اعلم انه ينبغى قبل الشروع فى هذه العملية بهذه الكيفية كغيرها ان يستحضر على الآلات والادوات اللازمة لها اثناءها وبعدها وهى اولا سرير او طاولة صلبة طويلة قليلة العلو والعرض بحيث يسهل الدوران حولها وقت العملية وهذه الطاولة تكون فى مكان واسع وثانيا محجس فيه لولب حنفية وثالثا زارقة جيدة الصنع انبوبتها توافق فى الغلظ تجويف طرف المجس وفائدتها زرق سائل فى المثانة بها ورابعا مشرطان احدهما نصله عريض محدب الحد والاخر ذو زر وخامسا اسفنج وسادسا جفوت لى العروق وربطها وسابعا جفوت اخراج الحصاة * وثامنا آلات احتراسية زائدة عما ذكر تنفع عند الاحتياج اليها فيما اذا لم تكف الآلات المذكورة * وهى محجس ذو حربة * وكلاب معلق * وجفوت معوجة لاخراج الحصاة * وملاعق نقرها ذوات حاجز مرتفع * واما ادوات المعالجة والتضميد فهى اولا انبوبة من صمغ لدن غليظة جدا او معوجة اعوجاجا عظيما تدخل فى المثانة من الجرح وتثبت بواسطة شريط يوصل برباط يلف حول البدن او كيس الخصيتين وفائدتها خروج البول منها

ويمكن استعواضها بشريط من قماش يدخل احد طرفيه فى المثانة والاخر يبقى خارج الجرح ليصعد البول عليه وينصب خارج المثانة والجرح من غير ان يسقط فيه * وثانيا عصائب من اللازوق الجيد لضم الجرح ضما جيدا * وثالثا وسائد صغيرة مغطاة بجبر مصمغ توضع على جانبى الجرح لتضغط عليهما فيبقيا متقاربين ورابعا نسالة ناعمة رفيعة جيدة وقيروطى * وخامسا رفائد مستطيلة واخرى كبيرة * وسادسا لفافة بدن ودبابيس * وسابعا قفص ثم بعد تجهيز هذه الادوات والبحث عنها هل هى لائقة يشرع فى هذه العملية بهذه الكيفية لكن يكون بعد تمرنه عليها مع مساعديه على جثة ميتة بان يلقى المريض على ظهره بعد حلق شعر العانة على الطاولة المبسوط عليها وطاء وملاءة مرفوع الحوصلة عن باقى بدنه بواسطة وسادة توضع تحت الاليتين مثنى الساقين والفخذين نصف انثناء كما فى عملية التفريج عن الفتق لتسترخى عضلات البطن مثبت الرجلين واليدين فى ذلك الوضع بمساعدين قويين ثم يقف الجراح عن يسار المريض ويدخل المجس ذا الحنفية ويبحث به عن الحصاة ثانيا ليتحقق من وجودها قبل الشروع فى العملية ثم يزرق فى المثانة من هذا المجس مقدار نصف رطل او رطل من الماء الفاتر ثم يخرج هذا المجس ويأمر مساعد انبيها بسد فتحة الاحليل باصبعه ليمنع خروج هذا الماء محترزا من ضغط الذكر الا ضغطا خفيفا ثم بعد ذلك ينتقل الجراح عن يمين المريض ويبحث عن حرف الارتفاق العانى العلوى ويشق بالمشرط المحدب الجلد والشحم الذى تحته الى الخط الابيض من اعلى الى اسفل فى مسافة عرض ثلاثة اصابع اعلى ارتفاق العانة ويسيرا امامه واذا نزف دم فى هذا الشق من العروق الموجودة تحت الجلد لزم ليها قبل فعل شئ آخر ثم يضع الاصبع السبابة فى قعر الجرح ليبحث بها عن الخط الابيض ومتى احس به يشقه من الاسفل فى مسافة قيراط حتى يصل بالشق الى الصفاق الغائر الذى يفتح مع ذلك بان يدير حد المشرط الى اعلى ثم يغرز سنه فيه برفق اعلى العانة بدون فاصل ومن الامام الى الخلف فمتى زالت المقاومة علم نفوذ الالة منه فيوسع الى اعلى يسيرا ثم يضع الاصبع السبابة فى الفتحة فاذا صارت فيها محصورة كانها مخنوقة وسعت

قليلا

قليلا يمينا ويسارا وكذا من الاسفل مع التحرز عن اصابة عظام العانة حتى تصير الاصبع غير محصورة فيها فمتى دخل الاصبع بسهولة فى تلك الفتحة يدفع فيها فيعثر بقمة المثانة وحينئذ يوجه باستقامة الى اسفل فيما بين ارتفاق العانة والمثانة بدون ان يعدل و يبحث به عن كرة المثانة بدون ان يغوره فيها كثيرا وظفره متجه الى الامام اى جهة عظام العانة وبطنه الى الخلف اى جهة المثانة * ولاجل زيادة التحقق من المثانة يدخل سبابته اليمنى فى المعا المستقيم ويرفع بها قعر المثانة ليدفعها نحو السبابة اليسرى الموضوعة فى الجرح فمن اندفاعها نحوها ومصادمتها لها لا يشك من كونها هى المثانة ويتم التأكد فى ذلك بالتموج فمتى تحقق من المثانة شرع فى شقها بان يصير بالمشرط وهو على صفحه فيما بين الاصبع المذكورة والعظام حتى يصل الى المحل المراد غرزه فيه من المثانة ثم يحنى الاصبع يسيرا الى الخلف والاعلى ويغرز المشرط بدون توقف فى المثانة من اعلى الى اسفل ومن الامام الى الخلف فاذا كان نصل المشرط عريضا كفت الفتحة الحاصلة عنه لدخول الاصبع فيها * واما اذا كان ضيقا لزم توسيعها بحده قبل اخراجه * وعلى كل حال فعند اخراج المشرط يلزم ادخال السبابة اليسرى المذكورة فى الفتحة بحركة برم وبدون توقف وابطاء لئلا يخرج السائل الموجود فى المثانة فتهبط وتسترخى * ثم يبحث بطرف هذه الاصبع عن حالة المثانة وحجم الحصاة وشكلها وكيفية وضعها ثم يحنى الاصبع ويجعلها على صورة كلاب ليجذب بها المثانة الى اعلى فتوسع الفتحة بالتمزيق فقط وحينئذ يخرج الماء بغزارة فيشرع فى ادخال الجفت المخرج للحصاة واخراجها به والاصبع فى المثانة كى يهدى عليها الجفت حتى يعثر بالحصاة فتوضع بين مقبضيه ويبحث به عن وجود حصاة اخرى بعد اخراج الاولى

الثانية كيفية الجراح (بودين) هذا الجراح لا يزرق سائلا فى المثانة قبل العملية بل يأخذ المشرط بعد وضع المريض كما ذكرنا فى الكيفية السابقة وتعين ابتداء الشق من ارتفاق العانة ونهايته اعلى منه ويشق به الجلد والنسيج الخلوى الذى تحته ثم يبحث بالاصبع فى قعر الجرح عن الخط الابيض ومتى وجده لا يشقه وانما

يشق على جانبه الصفاق المغطى للعضلة المستقيمة البطنية شقا شبيها بالشق الاول
فى الطول والاتجاه ثم يفصل الخط المذكور عن العضلة العانية القصية
اى المستقيمة البطنية بتمزيق النسيج الخلوى الضام لهما ببعضهما بقبضة المشرط
اوالاصبع فبهذه الكيفية يصل الى تجويف الحوصلة اى الحوض من غيران
يستعمل آلة قاطعة ويتعرض لجرح البريتون وحينئذ يدخل السبابة اليسرى
خلف ارتفاق العانة ويدفعها حتى تصل الى عنق المثانة فيجعلها على صورة كلاب
ويصعد بها نحو السرة حاكيا السطح المقدم من المثانة ليندفع البريتون الى اعلى
وتمتد المثانة فيأخذ بيده اليمنى المشرط ويهديه على ظفر الاصبع المذكورة
ويغرزه فى المثانة من اعلى الى اسفل من غيران يخشى انجراح البريتون ثم بعد
حصول فتحة فى المثانة يدخل فيها الاصبع من وراء ظهر المشرط ليمسك بها ذلك
العضو من زاوية الجرح العليا اثناء مايطول الشق الى اسفل حتى يصل الى قرب
عنق المثانة فى مرة واحدة ثم يتم العملية باخراج الحصاة كما فى كيفية الجراح
(اموسا) بان يدخل الجفت من الفتحة المذكورة وبعد ان يلمس به الحصاة
يفتحه ويمسكها به اويهدى الجفت على الاصبع المثبت للحصاة ومتى وصل اليها
يفتح فتمسك به بسهولة ثم بعد ان يتحقق من مسكها مسكا جيدا يجذبها به الى
الخارج مع التحرز من شدة الضغط عليها لئلا تنكسر وبعد تمام الاخراج يشرع
فى اساوة الجرح اى معالجته * وكيفيتها هى ان تدخل الانبوبة المفرغة فى المثانة
من الجرح مهتدية على الاصبع ويعلم وصولها الى تجويف هذا العضو بسهولة
دخولها وغورها وتحريك طرفها الباطن الى جهات مختلفة واذا لم يكن المريض
سمينا امكن جس طرفها بالاصبع من المستقيم فبعد دخول هذه الانبوبة ينظف
الجرح وماحوله وينشف ثم تضم حافتاه من اعلى الانبوبة ضما جيدا ليلتحما
ببعضهما بدون تقيح وتثبت خيوط الانبوبة بعصائب من اللازوق ثم توضع
رفادتان من الحبر على جانبى الجرح وتجعل عصائب اللازوق فوقهما ويجعل
فى الوسط اقراص نسالة مدهونة قيروطيا وعلى الجانبين رفائد درجية تغطى
برفادة طويلة عريضة ثم يثبت جميع ذلك بلفافة بدن * هذا واذا سقط بعض الدم

فى تجويف المثانة امكن اخراجه منه بزرق ماء فاترفيه من مجرى البول وهذا الزرق نافع جدا ويصح ان يفعل قبل وضع الانبوبة وهو الاحسن اوبعده وبعض الجراحين لايهمل استعماله لماشاهد من الفوائد منه ثم بعد ذلك ينقل المريض بلطف الى فراشه ويجعل فيه كأنه جالس مرفوع الصفن برفادة ويوضع كيس من الحبر المشمع فيه اسفنج بين وركيه لتلقى البول فيه وتغطى رجلاه بالفلانيل اى منسوج الصوف الافرنجى اونحوه ثم يوضع قفص على بطنه ليصون ادوات الاساوة * وينبغى تغيير الاسفنجة والكيس المذكورين كثيرا لتنقيص شدة رائحة هذا السائل وان يعلق كيس من الحبر المشمع اومثانة حيوان فى طرف الانبوبة لتلقى البول الخارج منها قطرة قطرة * ومن المهم ان تكون حرارة المكان الذى يوضع فيه المريض من ١٢ درجة الى ١٤ من مقياس الحرارة (لرامور) الطبيعى ثم يجعل عند المريض مساعد نبيه يحرسه ولايعطى له فى الايام الاول الامشروب النجيل وبزر الكتان وتسلك الانبوبة اذا انسدت بدم اوبمادة مخاطية وقفت فى تجويفها * واذا حصل له حمى التهابية لايفصد الا اذا كانت شديدة جدا واذا تكونت غازات فى امعائه وضع فى المستقيم انبوبة غليظة لتخرج منها تلك الغازات * وفى ثالث يوم العملية يجوز اعطاؤه ماء الدجاج الصغير ويزاد فى مأكله تدريجا ولاتغير ادوات الاساوة الظاهرة كلفافة البدن والرفائد والنسالة الا فى اليوم الثانى اوالثالث اذا ابلت بالبول واذا حصل له بعض امساك فلا ينبغى ان يخشى منه ولايعطى شيأ من المسهلات ولو مكث الامساك ثمانية ايام اوعشرة لان سكون الاعضاء المجاورة للمثانة ضرورى لسرعة التحام جرحها * ثم تغير ادوات الاساوة الظاهرة مرارا فى اليوم الرابع اوالسادس على حسب الضرورة * واما باقى الادوات فترفع فى اليوم السابع اوالثامن فى الكهول وفى اليوم السادس اوالسابع فى الاطفال وكذا الانبوبة وقد يوجد من المرضى من لايتحمل مكث الانبوبة فى مثانته هذه المدة وحينئذ لايضر اخراجها فى اليوم الرابع اذ فى هذا الزمن يتم تكون طريق للبول فلا يخشى من انتشاره فى النسيج الخلوى

ويتم ايضا التحام ثلاثة ارباع الجرح العلوية بحيث يخلفه فيها ندبة خطية فبعد اخراج الانبوبة بالجذب مع البرم لا يبقى الا ثقب منحرف هو الفتحة الظاهرة للقناة الناصورية التى تكونت حول الانبوبة وكانت محلا لها ومن الضرورى ان تسند الندبة بعصائب اللازوق وببعض رفائد ولفافة بدن ثم بعد ذلك كله يعطى المريض الاغذية زيادة ولا يبقى المجس فى المثانة ليسرع حصول الالتحام الذى يتم فى اليوم الخامس عشر او فيما بعده الى الثلاثين

(تنبيه)

فى الايام الاول يسيل البول كله من جرح البطن قطرة قطرة ويبل جميع ادوات الاساوة فيضطر لتغييرها مرارا ولكن بعد مدة يسيرة يخرج بعض البول من المجرى الاصلى ثم يلتهب النسيج الخلوى الموجود بين المثانة وعضلات البطن فيغلظ ويصير غير قابل لدخول البول فيه ويتكون فيه فى محل الانبوبة قناة تمتد من المثانة الى الجرح الظاهر وكلما ضاقت هذه القناة زاد خروج البول من مجراه وفى آخر الامر تنسد بالكلية

ثم ان من جملة عوارض هذه العملية انفتاح البريتون من اصابته بالمشرط ومن حيث ان هذا الانفتاح خطر يجب غاية الاجتهاد فى التحرز من حصوله * ومنها انسكاب البول حول المثانة وتكون خراجات بولية تفقد النسيج الخلوى للعوصلة اى الحوض وهذا العارض الثقيل يحصل من سعة المسافة التى مزق فيها النسيج الخلوى المحيط بالمثانة فلاجل منع حصوله ينبغى ان لا يفصل ذلك العضو الا فى مسافة صغيرة وان لا يمزق من النسيج الخلوى الا ما قل بقدر الامكان لكن اذا وقع الالتهاب عولج بالمرخيات والفصد الموضعى وبما يكون مضادا للالتهاب مطلقا * واذا اجتمع صديد او بول لزمت المبادرة الى الشق عليه واخراجه منعا للتلف الذى يحصل عنه * وللخوف من هذا العارض الخطر ذهب بعض الاطباء الى ان يشق جدار البطن اعلى العانة على الخط المتوسط الى المثانة ثم تدخل فى المثانة من مجرى البول قناطير لتقرب جدارها المقدم للسطح الباطن من الخط الابيض حتى يلامسه ويلتصق به وبعد ثلاثة ايام

او اربعه

اواربعة يمكن فتح المثانة من غيران يخشى انسكاب البول حيث انه لاتوجد مسافة بين جرح المثانة وجرح جدار البطن * والجراح (ويدال) رأى ان يشق جدار البطن الى المثانة ثم يترك تتميم العملية الى اليوم الثالث اوالرابع لان النسيج الخلوى المحيط بالمثانة يكون حينئذ ملتهبا وجدران خلاياه متقاربة فلا تقبل البول لعدم تجويفها وبعضهم ذهب الى خياطة جرح المثانة لعدم خروج البول منه

(تنبيه)

بعض الاطباء كالجراح (بلماس) يستعمل للاهتداء على المثانة المجس ذا الحربة بدلا عن زرق الماء الفاتر * وكيفية استعماله هى ان يدخل فى المثانة من مجرى البول كمجس اعتيادى والحربة مختفية فيه ثم يزلق تقعيره خلف ارتفاق العانة ويوصل طرفه الى اعلى المضيق العلوى قبالة الخط الابيض وحينئذ يوكل بامساكه مساعد ليجعله فى هذا الوضع اثناء مايشق الجراح الجلد والصفاقات الى المثانة باحدى الكيفيات المذكورة آنفا فمتى انكشفت المثانة اخذ المجس من المساعد وجذبه الى الخارج قليلا ليدفع طرفه الباطن من اسفل الى اعلى حاكا بلطف خلف العانة بحيث ان البريتون لايحدث ثنية امام جزء المثانة المراد تكوين تثقيبه بطرف المجس المذكور * وفى اثناء هذه الحركة تكون السبابة اليسرى موجودة فى قعر الجرح لتحس بها وليحكم بذلك ايضا عن درجة بروز الالة ورفعها لجدار المثانة فمتى وضع الجراح طرف المجس فى الموضع اللائق يوكل به المساعد ثانيا وهو يقبض على جانبى هذا الطرف باصبعيه ويأمر المساعد بدفع الحربة حتى ينفذ منها من المثانة مقدار قيراط او اكثر ثم يأخذ مشرطا مقعرا اواعتياديا ويمسكه كقلم الكتابة فيضع سنه فى قناة الحربة ويدخله فى المثانة مهتديا عليها ليشقها به من اعلى الى اسفل الى قرب عنقها وبعد ذلك يأمر المساعد بجذب الحربة لتدخل فى باطن المجس ويدخل سبابته اليسرى فى تجويف المثانة ويأمر المساعد باخراج المجس من مجرى البول وتتمم العملية كما ذكرنا آنفا

حكومة فى طرق اخراج الحصاة من المثانة وكيفياتها

اعلم ان فوائد الشق اعلى العانة ويقال له الشق الخثلى ايضا هى انه لا يتبعه نزيف وان الحصوات الكبيرة يسهل خروجها منه فلذا لا يستعمل الا فيما اذا كانت الحصاة كبيرة لا يتيسر خروجها من احد شقوق العجان وان فيه لا يشق عنق المثانة فلا يصير المريض معرضا لحصول اسر البول او سلسه وانه لا يعقبه غالبا ناصور بولى * واما عيوبه فهى امكان اصابة البريتون فاذا التهب هذا الغشاء من ذلك ربما جر الى الهلاك وان جرحه لكونه مرتفعا عن قعر المثانة لا يخرج منه البول الا بعسر وانه يعقبه فى بعض الاحيان انسكاب البول فى النسيج الخلوى للحوصلة فيلتهب هذا النسيج ويتغنغر وكثيرا ما يموت المريض من ذلك اذا علمت ذلك تعلم ان فوائد هذا الشق وعيوبه متعادلان واذن لا ينبغى استعماله الا اذا كانت الحصاة كبيرة جدا كما ذكرنا بان كان قطرها نحو قيراطين ولما كان خطر هذه العملية مستويا فى كل الناس مهما كان سنهم وان الشقوق من العجان تبرأ بسهولة فى الشبان والاطفال استحسن جمهور الاطباء الطريقة العجانية ما لم تكن الحصاة كبيرة جدا * واما كيفيات هذه الطريقة فاذكرناه منها هو المفضل * والكيفية المنحرفة هى المستعملة كثيرا عند جمهور جراحى فرانسا وغيرها من البلاد الاروبية ولكن لها مع فوائدها المشتركة فيها هى وغيرها من الكيفيات العجانية عيوب * منها وقوع النزيف الذى يحصل من انقطاع شريانى العجان المستعرض والسطحى والشرايين الباسورية والمثانية وهذه الانزفة قد لا يتيسر معرفة منبعها فلا يمكن ان يستعمل فيها الربط واللى والكى وانما توقف بالضغط بالحشو الذى ضرره عدم تحمل المريض له وتهييجه للجرح والمثانة ومنها انسكاب البول فى النسيج الخلوى للحوض فى بعض الاحيان وهذا العارض الذى هو اقل خطرا مما فى الشق الخثلى يحصل فيما اذا جاوز الشق العجانى المذكور حدود البروستتا * ومنها صغره فلا يتيسر اخراج الحصوات الكبيرة منه ويضطر لاستعمال الشق الخثلى او لتكسير الحصاة فى المثانة بالمكسرة او المفتتة * ومنها سهولة انجراح المستقيم به فاذا وقع ذلك العارض فقد يعقبه ناصور مثانى معوى ما لم يشق جزء المستقيم الموجود امام محل انفتاحه * ومنها حصول سلس البول

اونواصير عجانية من تمزق عنق المثانة حين اخراج الحصاة الكبيرة من هذا الشق وعلم من تجربة هذه الكيفية فى فرانسا ان نسبة من يموت عقبها الى من يبرأ منها كنسبة واحد الى خمسة اعنى الخمس فى الاطفال والشبان * واما فى المتقدمين فى السن فالنسبة تكون كنسبة واحد الى ثلاثة اعنى الثلث وحيث انا لم نستعمل هذه العملية الى الآن فى مصرنا هذه فلا يمكن ان نحكم على النسبة بين من يموت منها ومن يبرأ بهذه الديار * واما طريقة الشق المتوسط اى العضرطى ففائدتها عدم حصول نزيف فيها * ومن عيوبها تعرض المعا المستقيم فيها للجرح والتمزق والانفصال اذا وصلت اليه الآلة عند شق الاجزاء الغائرة * ومنها ايضا ان الجرح الحاصل عنها يكون ممتدا على حسب طول العضرط وتكون زاويته الخلفية قريبة من مقدم الاست فيكون محاذيا فى العجان لمحل اضيق من الذى يتجه بانحراف الى الخلف والوحشية بين الاست والحجبة فمن ذلك لا يكون كافيا لخروج الحصوات الكبيرة التى تخرج من الشق المنحرف مع قابلية الجلد للتمدد وتحرك الجدار المقدم من المعا المستقيم * ومن ثم لا تستعمل فى اخراج الحصوات التى قطرها يزيد عن قيراط * واما طريقة الشق المستعرض فمن فوائدها اولا امكان اخراج الحصوات الكبيرة من حيث ان الشق فيها يفعل فى اعرض محل من العجان * وثانيا امكان فعل فتحة واسعة فى عنق المثانة والبروستتا من غير ان تجاوز حدود هذه الغدة لكون الشق متجها فيها الى الجانبين بخلاف ما اذا كان متجها الى جانب واحد كما فى طريقة الشق المنحرف لان سعة الفتحة اذا كانت ثمانية عشر خطا اى قيراطا ونصفا كان الشق غير بعيد عن الخط المتوسط من كل جانب الا بقدر تسعة خطوط فلا يصل الى دائرة البروستتا والعروق الغليظة لما تقدم من ان اشعتها المنحرفة اطول من ذلك (انظر التشريح الجراحى المذكور اول المبحث) وثالثا ان القناتين الناقلتين للمنى لا يصابان فيها * ورابعا ان المستقيم لا يتمزق ولا ينفصل عند اخراج الحصوات الكبيرة حيث انه محمى ومصان بحافة شق عنق المثانة السفلى وان احدى ملعقتى الجفت تكون جهته واما عيوبها فهى التى لا بد من وجودها فى كل طريقة من طرق شق عنق

المثانة وخدش البروستاعند خروج الحصاة * واما طريقة الشق المستقيمي المثانى
فوائدها هى اولا ان الشق فيها لايصيب الا اجزاء غشائية رقيقة قابلة للتمدد
وثانيا انه يكون باستقامة الى المثانة فى محاذاة الجزء الاكثر عرضا من محل
تباعد عظام الحوصلة * وثالثا انه لايخشى فيها من حصول النزيف ولا خدش
الاجزاء ولا انسكاب البول لكونه يسيل الى الخارج فورا حيث ان هذا الشق
يفعل فى المحل المنحدر من هذا العضو * ورابعا انه يمكن بها اخراج الحصوات
الكبيرة التى لايمكن اخراجها بالطرق العجانية الثلاث * وخامسا انه يمكن
استعمالها فى الشيوخ لقلة خطرها بالنسبة لبقية الطرق * ومن عيوب هذه
الطريقة تكون النواصير المثانية المستقيمية فى بعض الاحيان بها

(المبحث التاسع فى تفتيت الحصاة)

تفتيت الحصاة هى ان تدخل من المجرى البولى فى المثانة آلة وتكسر بها الحصاة
قطعا صغيرة قابلة لان تخرج من هذا المجرى ولهذه العملية آلات كثيرة جدا ولكن
احسنها آلة (هورتلوب) فنقتصر على شرحها وشرح العمل بها حيث اننا
التزمنا ان لانذكر فى كتابنا هذا الا ما هو مفيد نافع لكن لانختصر شرحها لاجل
الايضاح وعدم الالتباس حيث ان هذه العمليات فى بدن الانسان فينبغى
ان تفهم جيدا فنقول هذه الآلة من فولاذ وهى شبيهة فى الشكل بمجس مثانى
اعتيادى وطرفها الباطن معوج على زاوية سعتها ربع دائرة يكون طول شعاعها
اى نصف قطرها من قيراط الى قيراط ونصف وطول هذه الآلة نحو اربعة عشر
قيراطا وغلظها اربعة خطوط ونصف وهى منقسمة الى جزءين احدهما ويقال له
الفرع الذكر يدخل فى قناة الاخر ويثبت فيه بشبه حلقتين * والثانى
ويقال له الفرع الانثى لكونه محفورا بقناة فى اغلب طوله الى طرفه الباطن
يكون فيها الفرع الذكر حرفاه المعوجان ذوا اسنان حادة لتنفذ فى الحصاة
فلا تنفلت منها وفى تحديب هذا الفرع ثقب يخرج منه فتات الحصاة الدقيقة
والطرف الظاهر من هذا الفرع منته بانتفاخ مربع فى جانبيه خشونات *
ثم ان الفرع الذكر يكون قابلا للتحرك فى قناة الاول الداخل هو فيها

وهو معوج ايضا و جزؤه المعوج فيه بروزات ايضا تتعشق باسنان الفرع الانثى والطرف الظاهر من هذا الفرع طويل عن طرف الفرع الانثى ببعض قراريط وينتهى برأس مستدير يقرع عليه بالمطرقة وقت العملية وبعض الجراحين جعل فى هذا الطرف حلزونا وركب عليه لولب ضغط شبيها بدولاب البئر ليدفع به طرف الفرع الذكر نحو طرف الانثى ليكسر اما يوجد بينهما من الحصاة بحيث يتيسر ضغط الحصاة بهذا الصنع والقرع عليها * وهذا مما يسرع فى تمام العملية ونجاحها وينبغى ان تكون المطرقة المذكورة من فولاذ متوسطة لا ثقته * ثم ان كيفية التفتيت بها هى ان يوسع مجرى البول شيأ فشيأ كى يتعود على وجود الاجسام الغريبة فيه قبل الشروع فى هذه العملية بان يدخل فيه كل يوم مجس من صمغ مرن ويترك فيه مدة عشر دقائق او اثنتى عشرة دقيقة ثم يستبدل بمجس آخر اغلظ مما قبله جما تدريجا * مثلا يبتدأ بادخال مجس يكون غلظه خطين الى ان يدخل مجس يكون غلظه اربعة خطوط * وفى الغالب تكفى ثمانية ايام فى تحصيل التوسيع المطلوب

فبعد تهيء المريض للعملية بما ذكر وتجهيز ما يلزم لها من الآلات والادوات يلقى على ظهره قريبا من احد جانبى فراشه مرفوع الحوض بواسطة وسادة صلبة توضع تحت عجزه مرتكز القدمين على كرسيين مائل الرأس على الصدر قليلا * وفائدة رفع الحوض جعل جدار المثانة الخلفى سفليا لتسقط فيه الحصاة فيتيسر مسكها * ثم بعد وضع المريض بهذه الكيفية يدخل مجس فى المثانة من مجرى البول وتركب عليه زارقة واسعة التجويف ليزرق بها فى المثانة قدر ستة آواق او ثمانية من مغلى غروى كمغلى بزر الكتان او الخطمى او ماء فاتر * وينبغى ان يمسك الجراح عن الزرق متى صار القسم الخلفى مرتفعا وصار المريض محتاجا للتبول ثم يخرج المجس * وفائدة زرق ما ذكر فى المثانة تبعيد جدرانها عن بعضها فيسهل تحرك الآلة فيها ولا يخشى من مصادمتها او قبض فرعى الآلة عليها عند تقريبهما من بعضهما فبعد الزرق واخراج المجس فورا تدخل الآلة المفتتة كمجس اعتيادى معوج بعد دهنها بالقيروطى فى تجويف المثانة وبعد دخولها فيه

وعثورها بالحصاة تفتح بان يجذب الفرع المتحرك الى الظاهر ليبعد عن الفرع الثابت وتكون بينهما مسافة بقدر حجم الحصاة ثم يفتش بها عليها وهى على هذه الحالة لتمسك * وكيفية مسكها تختلف على حسب الاحوال فتارة يكون بارتكاز تحديب الفرع الثابت من الآلة على قعر المثانة لتقع الحصاة فى المسافة الموجودة بين الفرعين الحاصلة من تباعدهما وتارة يكون بتميل الجفت الى اليمين او اليسار وتارة بقلب هذه الآلة بحيث ان طرفى فرعيها يكونان متجهين نحو المعا المستقيم وذلك فيما اذا كانت الغدة اى البروستتا منتفخة امام المثانة وقعر المثانة غائرا فمتى صارت الحصاة بين الفرعين يدفع الفرع الذكر اى المتحرك نحو الثابت اى الانثى لتمسك بهما امساكا جيدا ويتحقق الجراح من عدم امساك شئ من جدران المثانة مع الحصاة بتدوير الآلة يمينا ويسارا او جذبها قليلا الى الظاهر لانها اذا امسكت شيأ من ذلك تعسرت ادارتها وجذبها وحصل للمريض الم فبعد امساك الحصاة والتحقق من ذلك تجعل الآلة فى وضعها الاصلى اعنى ان تحديبها يكون الى الاسفل وتقعيرها الى الاعلى ثم اذا استنسب الجراح استعمال القرع لتكسير الحصاة ادخل الانتفاخ المربع للفرع الثابت فى الحاملة التى تثبت فى الوضع اللائق وامساك رأس الحاملة بيده اليسرى وقرع بالمطرقة على رأس الفرع المتحرك بيده اليمنى * وينبغى ان يكون ذلك القرع بضربات خفيفة فجئية متكررة لتخلخل جزيئات الحصاة اولا ثم تنكسر فبعد انكسارها تفصل الآلة من الحاملة لتمسك بها قطعة من قطع الحصاة ثم تكسر ايضا كما ذكر * واما اذا استصوب الضغط على الحصاة لتكسيرها فيما اذا كانت صغيرة غير صلبة جدا فيكون بهذه الكيفية وهى ان يقرب الدولاب اى لولب الضغط نحو اصل الفرع المتحرك وبعد امساك الحصاة يداوم على تقريبه بتدويره الى ان تنكسر * وفى الغالب يكفى ذلك الضغط فى انكسارها بسهولة لكن اذا تعسر ذلك لصلابتها قرع على طرف الفرع الذكر بالمطرقة حتى تنكسر ثم تتمم تفتيتها بالضغط * وينبغى ان لا تستمر الآلة فى المثانة ازيد من عشر دقائق بل تخرج منها حينئذ بان يرخى لولب الضغط ويقرب فرعا الآلة من

بعضهما التنقفل * واذا بقى بعض قطع بينهما وكانت كبيرة لا يمكن خروجها بينهما بدون الم لزم الاجتهاد فى اخراجها من بينهما او تفتيتها ثم تخرج كجس اعتيادى ولا ينبغى اطالة مدة العملية زيادة عما ذكرنا لاسيما فى الاشخاص الكثيرى الاحساس والتهيج لئلا يلتهب مجرى البول والمثانة * ثم بعد تمام العملية واخراج الآلة يؤمر المريض بالاستحمام بالماء الفاتر والمكث فى فراشه بعض ساعات وتعاطى المآكل الخفيفة اللطيفة * واذا حصل من العملية الم وتعب واستمر ذلك فى عنق المثانة او فى تجويفها بعد اخراج الآلة حقن المريض ربع حقنة من مادة غروية مضاف عليها ست قطرات او عشر من اللودانوم واستعملت الكمودات الملينة على القسم اعلى العانة من البطن واللبخ الملينة المرخية ايضا على العجان فمن ذلك تحصل ثمرة عظيمة وبالجملة فتستعمل جميع الاحتراسات الصحية الموصى باستعمالها بعد العمليات الكبيرة فبعد خمسة ايام او ستة يرتاح المريض ويسكن الم المجرى والمثانة وترجع اعضاء البدن كلها الى حالتها الطبيعية وحينئذ تفعل العملية مرة ثانية وثالثة وهكذا حتى تتفتت الحصاة وتصير قطعا صغيرة جدا يمكن خروجها مع البول من المجرى

(تنبيه)

قد يحصل من عملية التفتيت بعض عوارض ينبغى ان نذكرها لك هنا وكيفية معالجتها ليحصل فى هذه العملية النجاح دائما فنقول

من هذه العوارض التى قد تحصل اثناء العملية الامساك فتوجب عنها تهيج عنق المثانة او جدرانها فيتسبب عنه اضطراب عصبى شديد فى البدن وارق وعسر تبول شديد مع زحير مثانى وهذا التهيج يعقب كل نوبة عمل * ويزال بواسطة الاستحمامات والمسكنات وتطويل فترات العمل

ومنها كمون القوى فيشاهد فى بعض الاحيان برودة سطح جسم المريض وصغر نبضه وضعف القوى وهذه الحالة تزال بواسطة الدلك الجاف والوضعيات الحارة على الجلد والمشروبات العطرية والنبيذ الجيد اذ بهذه الاشياء يتوارد الدم نحو ظاهر البدن ويزول الكمون المذكور * ومنها حصول ادوار حمى شبيهة بالحمى

المنقطعة اليومية * وهذا العارض يزال باعطاء المريض المشروبات الحارة زمن البرودة والمرخية فى دور الحرارة والعرق * وقد شوهد حصول هذا العارض كثيرا من القثطرة ايضا * ومنها انتفاخ الخصيتين او احداهما فعلى الجراح ان لا يرجع الى التفتيت الا بعد زوال هذا الانتفاخ بما يليق به

ومنها التهاب الجهاز البولى فاذا كانت الاعراض الحاصلة عن هذا الالتهاب شديدة يلزم ازالتها بضادات الالتهاب العامة والموضعية * وبالجملة فجميع ما يحصل من هذه الاعراض ولو فى الاعضاء البعيدة ينبغى الاجتهاد فى ازالته قبل الرجوع الى العمل

واعلم ان عملية تفتيت الحصاة لا تستعمل الا اذا كان مجرى البول واسعا يسهل دخول الآلات منه والمثانة سليمة والحصاة صغيرة او كبيرة لكن تكون سهلة الانكسار والتفتيت * واما اذا كانت البروستاتا منتفخة والمثانة مصابة بالنزلة المثانية المزمنة او كان حجم الحصاة كبيرا جدا او كانت غير سهلة الكسر او كانت حساسية اعضاء البول شديدة جدا او كان المريض صغير السن فلا تستعمل ويفضل عليها الشق لاخراج الحصاة حينئذ

*(الباب الحادى عشر فى العمليات التى تفعل فى النساء خاصة *)

(الفصل الاول فى استئصال الثدى المصاب بالسرطان)

اعلم ان داء السرطان كثيرا ما يصيب ثدى النساء الاوروبيات بخلاف النساء المصريات فان اصابة ثديهن به قليلة جدا والحمد لله * وعلى كل حال فعمليته تختلف على حسب كون ورمه صغيرا متحركا تحت الجلد او كبيرا ملتصقا به او شاغلا لجميع الغدة او مصحوبا بتغير فى العضلات او الاضلاع او الغدد الابطية * ولاجل حسن العملية ينبغى ان تعلم ان الغدة الثديية موضوعة فوق العضلة الصدرية الكبيرة واتجاه قطرها الكبير موافق لاتجاه الالياف السفلى من العضلة المذكورة حتى ان السرطان يكون ممتدا على حسب هذا الاتجاه بسعيه الى الغدد الابطية فلذلك ينبغى ان يجعل اتجاه شق الجلد على حسب ذلك * فاذا كان الورم صغيرا متحركا محدودا تفعل العملية بهذه الكيفية

وهى ان تجلس المريضة على كرسى ويثبت رأسها على صدر مساعد واقف خلفها ويلف بدنها بملاءة بحيث يكون ذراع الجهة المريضة خالصا والثدى مكشوفا وظاهرا ظهورا تاما ثم يمسك الجراح الورم بين سبابة وابهام اليد اليسرى ويدفعه بهما الى الامام ليبرز ويتوتر ثم يفعل فى الجلد شقا بسيطا متجها على حسب اتجاه قطر الورم الاكبر ثم يدفع الورم بين حافتى الجرح من الخلف الى الامام بضغط لطيف على جانبيه اثناء ما يكشف سطحه بالمشرط ثم يمسكه مساعد ويجذبه الى الظاهر بصنارة او جفت (موزو) ويتمم الجراح فصله بقطع اتصالاته الخلوية بالمشرط او الاصبع فبعد تمام الاستئصال يقرب حافتى الجرح ويضمهما بعضهما ويؤسى الجرح بما يناسب

واما اذا كان السرطان شاغلا لجزء كبير من الثدى وكان الجلد متغيرا او متقرحا وملتصقا بسطح الورم لزم فعل العملية بهذه الكيفية * وهى ان تلقى المريضة على ظهرها فى طرف فراشها مرتفعة الرأس والصدر قليلا ثم يحاط ما هو مريض من الجلد بشقين هلاليين يبتدأ بالاسفل منهما وبعد ان تسلخ حافتا الجرح من الورم يمسك ويرفع بالصنارة او الجفت ويتمم انفصاله كما ذكر آنفا

واما اذا كان الثدى كله متسرطنا فتفعل العملية بهذه الكيفية * وهى ان تلقى المريضة على ظهرها فى فراشها او على طاولة مرفوعة الرأس والصدر متباعدة الذراع عن البدن لينبسط ويتوتر الجلد والعضلة الكبيرة الصدرية ثم يحاط الورم بشقين هلاليين بان يمدد جلد جزء الورم السفلى ويفعل فيه شق هلالى تقعيره يلى الاعلى واتجاهه من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية وبعد ان يتمم هذا الشق السفلى ينتقل الى فعل العلوى بحيث يصيران محيطين بالجلد المتغير بل بالزائد عما يلزم لستر الجرح فبعد احاطة الورم بهذين الشقين المكونين لشكل بيضى يشرع فى سلخه وفصله عما حوله * ولكن ينبغى ان يفصل من اعلى الى اسفل ومن الانسية الى الوحشية لئلا يضل المشرط تحت حرف العضلة الكبيرة الصدرية * ويشترط فى ذلك السلخ ان يوجه حد المشرط نحو الاجزاء السليمة التى يلزم ان يؤخذ منها مع الورم طبقة رقيقة ليؤمن من بقاء بعض اجزاء

السرطان ومن رجوعه ثانيا * فاذا كان السرطان ممتدا الى العضلة الكبيرة الصدرية اوالى الاضلاع لزم ازالة ماهو مريض من تلك العضلة وحت سطح جزء الضلع المصاب اواستئصاله * ثم اذا نزف الدم من العروق امر الجراح المساعدين بالضغط على فوهاتها بالاصابع حتى يتم السلخ واستئصال الورم فيربطها اويلويها ثم يبحث بالنظر والاصبع فى الجرح عن السرطان فلربما يكون جزء منه باقيا فيستأصله بالمشرط اوالمقص * وبالجملة فلا ينبغى ان يترك شيأ يكون مشكوكا فى طبيعته * واذا كانت الغدد الابطية مصابة ايضا بالسرطان بسعيه اليها لزم استئصالها لانها وان كانت ترجع فى بعض الاحيان الى حجمها وحالتها الطبيعيين بعد استئصال الورم لكن الغالب انها لم تزل آخذة فى ازدياد الحجم فتكون سببا لعود السرطان * وكيفية استئصال الغدد المذكورة هى ان تكشف باطالة زاوية شق الثدى الوحشية اليها اذا كانت قريبة منه * واما اذا كانت بعيدة فتكشف بشق صليبى خاص بها * ومن حيث ان هذه الغدد تكون غالبا موضوعة فوق العضلة المسننة الكبيرة ينبغى لتبعيدها عن الشريان والاعصاب العضدية رفع الذراع وتبعيدها يسيرا عن البدن اذ بهذه الكيفية يكون السلخ اللازم لفصلها غير خطر * لكن اذا وجد ان اصل اورام هذه الغدد محتو على عروق لزم ربط هذا الاصل بعيدا عن الاجزاء المريضة وقطعه من امام محل الربط بالمشرط اوالمقص * وبالجملة فبعد تمام استئصال سرطان الثدى والغدد الابطية يشرع فى اساوة الجرح بان تقرب حافتاه بعصائب اللازوق ويوضع فوقه اقراص من نبسالة ورفائد تثبت بالربط اللائق بالمحل

(الفصل الثانى فى عمليات اكياس المبيضين)

اعلم ان المبيض قد يستحيل الى كيس ويفقد جميع صفاته الطبيعية ويكتسب حجما عظيما جدا حتى يملأ تجويف البطن كله بحيث لايعرف الجراح اى المبيضين مصابا بالاستسقاء عند فعل العملية وفى هذه الحالة يصل الى الكيس من الخط الابيض * ثم ان طبيعة هذا الكيس قد تختلف فتارة يكون ليفيا وحيد التجويف غليظ الجدران مملوأ مادة مصلية اوسائلا آخر وتارة يكون كثير

التجاويف بحيث يكون كل منها غير متصل بالآخر وفى بعض الاحيان يكون ممتلئا سائلا مختلف الطبيعة وقد يلتصق باعضاء البطن * والغالب ان لا يكون ملتصقا بها بل يكون مثبتا فى محله باصله المتكون عن البوق والرباط العريض واحيانا يكون متصلا بالرحم * وفى هذا الاصل يمر الشريان المبيضى الذى صار غليظا مصحوبا ببعض فروع شريانية صارت بالورم غليظة الحجم بحيث لا يمكن قطع هذا الاصل الا بعد ربطه خوفا من حصول النزيف * ومن المهم ان يعلم ان كان الثرب الكبير ساترا للورم من الامام اولا فان كان ساترا له كذلك لزم دفعه الى اعلى كى لا يصاب * ثم ان لازالة هذا الورم اربع طرق البزل والشق والقرض والاستئصال ولنشرح لك كلا منها على حدته فنقول

اما طريقة البزل فتستعمل اذا كان الورم كبيرا جدا مسببا لضيق النفس وهى عين التى تستعمل فى بزل استسقاء البطن الزقى بان تحاط البطن اولا بعصابة عريضة فى احد طرفيها ابازيم او ما يشابهها وفى الطرف الاخر اشرطة ثم تشد هذه العصابة على البطن اعلى محل البزل ويبزل الورم من المحل الاكثر بروزا وكلما سالت المادة تشد العصابة المذكورة كى لا يحصل انعماء للمريضة لعدم ضغط اعضاء البطن وعروقها دفعة واحدة * وبعض الاطباء لا يفرغ الورم فى نوبة واحدة وانما يمسك عن اخراج السائل بعد خروج ثلثيه ويخرج الماسورة ثم بعد مضى اربعة ايام او خمسة يكرر البزل ليخرج ما بقى من السائل لكن يشترط لاستعمال البزل ان تكون المادة محصورة فى كيس واحد ليتم خروجها بخلاف ما اذا كانت فى عدة اكياس فان انفتاح احدها لا يحصل منه استفراغ الثانى * هذا وان كانت ثمرة البزل تخفيف ضيق النفس وتلطيف الضجر الحاصلين للمريضة بدون ان يمنع ذلك عود تجمع المادة المصلية ثانيا فقد شوهد تمام الشفاء منه وعدم عود الورم واعلم ان بعض الاطباء الآن لا يقتصر على بزل الورم فقط بل يزرق فى تجويفه بعض السوائل المهيجة لتلتصق جدرانه ببعضها لكن ينبغى فى هذه الحالة جعل انبوبة او مجس من فضة او كانشولة فى فتحة البزل ليخرج منها ما يجتمع فى تجويف الورم من الصديد او المصلى وبعض اطباء الانكليز اخرج المبطة بعد ان غرز المبزلة

وابقى الانبوبة وادخل منها فى تجويف الورم مجسا من فضة طرفه الباطن مدور ومثقب ثقوبا كثيرة وصار يسده ويفتحه صباحا ومساء لاستفراغ ما اجتمع من المواد واستمر على ذلك عشرين يوما واخرج المجس وآسى الفتحة بما ناسبها حتى تم الشفاء

(تنبيه)

بعد البزل وخروج السائل المجتمع فى تجويف الورم قد تنقبض جدرانه وتبعد عن جدران البطن وتصير فتحتاهما غير متقابلتين فتنصب مادة ورم المبيض فى تجويف البريتون وربما حصل من ذلك ضرر عظيم فلذلك ذهب بعض الجراحين الى احداث التصاقات بين الجزء المغشى لباطن جدران البطن من البريتون وجزئه المغشى لظاهر الكيس قبل البزل * ولذلك جملة كيفيات ترد عليك عند الكلام على طريقة الشق ان شاء الله تعالى ولنذكر لك منها هنا كيفية الطبيب (تروسو) الفرنساوى فقط فنقول * هى ان تغرز جملة دبابيس او ابر على التوالى فى المحل الذى يراد البزل منه وتدفع حتى تصل الى الورم وتنفذ فيه وفائدة ذلك حصول الالتهاب الالتصاقى فتبقى هذه الابر او الدبابيس فى مغرزها ثنتى عشرة ساعة او اربعة وعشرين ساعة حتى يحصل الالتصاق ثم يشرع فى عملية البزل وهذا الالتصاق يتم غالبا فى ظرف خمسة عشر يوما ويعلم بالنقرة التى تحصل قبالة محل غرز الابر عند التنفس او جذب البطن الى الخلف

وبعض الاطباء لما رأى ان السائل لا يخرج كله من الكيس بالبزل البطنى لكون محل البزل مرتفعا عن قعر الورم ذهب الى بزله من جزء المهبل العلوى لكونه مقابلا للمحل الاكثر ميلا من هذا الورم فالقى المريضة على ظهرها مثنية الساقين والفخذين على الحوصلة اى الحوض ثم ادخل اصبعه السبابة فى المهبل فوجد بروزا فى الجهة اليسرى من عنق الرحم واحس فيه بتموج سائل ظاهر فامر مساعدا بالضغط على بطنها ليندفع السائل الى اسفل ويزيد البروز المذكور واخذ مبزلة طويلة معوجة شبيهة بالتى تستعمل فى بزل المثانة من المستقيم وهداها على سبابته حتى وصلت الى البروز المذكور فغرزها فيه على يسار عنق

الرحم

الرحم وخلفه يسيرا حتى احس بزوال المقاومة الدال على وصول طرف الآلة
فى تجويف الكيس فاخرج المبطة وابقى الماسورة فصار يخرج منها السائل
المجتمع فيه وكان مخضر اللون وفى قوام الشراب * ولما تم خروجه لم ينزعها بل
ابقاها فى مغرزها ليخرج منها ما يجتمع من السائل فى تجويف الكيس وصار
يعالج العوارض الالتهابية بالوسائط اللائقة ويساعد انقباض الكيس بضغط
البطن ضغطا تدريجيا متناسقا ويسلك الماسورة كلما انسدت وامتنع خروج
السائل منها بواسطة مسبر يمر به فيها وبزرق سائل ملين فيها وكان يحترز من اخراج
الماسورة قبل حصول المقصود لان ادخالها ثانيا فى الفتحة عسر جدا بل متعذر
واما الجراح (ريكامير) فانه يستعمل كيفية اخرى فى البزل المهبلى وهى انه يبزل
الورم من البطن كما ذكرنا آنفا بمبزلة طويلة ويخرج من السائل ثلاثة اخماسه
ثم يوجه طرف الماسورة نحو المهبل ويدفعه حتى يصل الى النقرة الموجودة بين
المستقيم والرحم المغشاة بالبريتون فيدفع سبابة ووسطى يده اليمنى فى المهبل
ليبحث بهما عن طرف الماسورة ويتحقق ايضا هل هنالك عضو مهم بينهما وبينه
وحينئذ يأمر مساعدا بادخال المبطة فى الماسورة ودفعها مرة واحدة لتنفذ
من جدار المهبل الخلفى بين الاصبعين المذكورتين ثم يدخل مجسا من صمغ لدن
فى الفتحة المهبلية ليستمر خروج السائل منه

(تنبيه)

البزل يفعل من محلين اما من البطن واما من المهبل ولكن لا يستعمل من المهبل
الا اذا تحقق كون الكيس ذا تجويف واحد وانه بارز فى المهبل * وبالجملة
فلا يستعمل البزل مطلقا اى سواء كان من البطن او المهبل الا اذا كان الكيس
كبيرا جدا مسببا لضيق النفس للمريضة كما ذكرنا آنفا
واما طريقة الشق فتفعل اذا كان الكيس محتويا على جملة تجاويف كما يعلم ذلك
من كثرة تحدباته او كان السائل المنحصر فيه كثيف القوام يعسر خروجه من قناة
الماسورة * ولهذه الطريقة جملة كيفيات * الاولى كيفية الجراح (لودران)
وهى ان يشق جدار البطن المقدم حذاء الجزء الاكثر ميلا من الورم وعلى الخط

الابيض اووحشى العضلة المستقيمة البطنية على حسب وضع الورم شقا طوله قدر عرض اربع اصابع اوخمس ومتى وصل الى الكيس يشق ايضا على اتجاه شق الجلد وبعد خروج السائل ينقص طول الجرح قدر النصف ويدخل منه فى تجويف الكيس شريط من قماش منسول الحرفين ليبقى به مفتوحا فيسهل خروج السائل المصلى اوالصديدى منه * واذا لزم الامر لزرق شئ منظف يزرق منه فى باطن الكيس * والجراح المذكور استعمل هذه الكيفية جملة مرار فحصل النجاح فى اغلبها والموت عقب بعضها * وعلى كل حال فالذى يحصل بعد العملية هو ان باطن الكيس يلتهب ويقيح ويخرج من الجرح اجزاء من جدران الكيس منفصلة منه ومطرودة مع القيح وبعد مضى مدة من الزمن يتناقص القيح وينقبض تجويف الكيس على نفسه ولكنه لايزول بالكلية وانما يبقى منه شئ كلما افرز مادة تخرج من الفتحة الناصورية التى تعقب الشق فى اغلب الاحوال وهذا الجراح لم يشاهد زوال التجويف كله الامرة واحدة * وبعض جراحى الدنيا الجديدة اى الاميريكا اراد استئصال ذلك الورم فشق جدار البطن المقدم من السرة الى العانة فلما انكشف رآه ملتصقا بما حوله فامسك عن عملية الاستئصال وشقه واستفرغ ما فى تجويفه ثم وضع بين حافتى الجرح شريطا من قماش فسال منه صديد مدة بعض ايام ثم انقطع وتم الشفاء بعد مضى زمن قليل * وبعد العملية بسنة حملت المرأة التى فعلت لها وولدت بسهولة بدون عارض ولم تزل بعد ذلك فى صحة جيدة

(تنبيه)

هذه العملية قد يتسبب عنها جملة عوارض كالتهاب الكيس التهابا شديدا والتهاب البريتون والنزيف * فالنزيف يحصل من اصابة الشرايين الموجودة فى جدران البطن اوجدران الكيس ثم انه يوقف بربطها اذا تيسرت رؤيتها والا فبالضغط عليها * واما الالتهاب فيحدث بدخول الهواء فى تجويف البريتون اوبانسكاب ما يحتوى عليه الكيس فلدرء ذلك ذهب متأخروا الجراحين الى احداث التصاق بين ظاهر الورم وجدار البطن المقدم ليصل

الى تجويف

الى تجويف الكيس بدون ان يفتح تجويف البريتون ولذلك تستعمل طريقة الجراح (بيجين) المستعملة فى خراجات الكبد * واما طريقة الاستئصال فهى خطرة جدا ولذا لم نذكرها هنا

(الفصل الثالث فى عمليات الولادة)

اعلم ان الحوض اذا كان ضيقا لا يخرج منه المولود يفعل لخروجه اربع عمليات الاولى عملية التوليد الصناعى فى الشهر السابع او الثامن من العلوق * الثانية عملية شق ارتفاق العانة * الثالثة قطع العانة لكن من حيث ان هذه العملية صعبة جدا وخطرة لا نذكر شرحها اذ لا طائل تحته * الرابعة العملية القيصرية ولنذكر هذه العمليات الثلاث فى ثلاثة مباحث على هذا الترتيب فنقول

(المبحث الاول فى التوليد الصناعى قبل اوان تمام الحمل)

لهذه العملية كيفيتان * الاولى تكون بتوسيع عنق الرحم بان تؤخذ سدادة من اسفنج طولها قيراط وغلظها قدر غلظ الريشة وتعلق من وسطها فى وسط خيط ويوضع احد طرفيها فى ماسورة بازلة توصل الطرف الآخر الى عنق الرحم ثم تدخل سبابة اليد اليسرى فى المهبل وتهدى الماسورة الحاملة للسدادة على سطحها الراحى حتى يدخل طرف السدادة فى فوهة عنق الرحم ثم يتكأ على الماسورة وتدار على نفسها برفق حتى يدخل طرف السدادة فى الرحم ويلامس اغشية الجنين وتعلم هذه الملامسة بمصادمة هذه الاغشية وبعدم تألم الحامل اثناء هذه المصادمة وحينئذ يمسك عن دفع السدادة لان ما دخل منها صار كافيا ثم بعد ذلك تدفع السدادة خارج الماسورة بواسطة مسبر وتخرج الماسورة ثم يعقد طرفا الخيط على احد الوركين فيجعل السدادة فى عنق الرحم تحصل آلام الطلق ثم تسكن فيعلم من ذلك ان السدادة أنتجت نتيجتها بتمامها وانه يلزم استبدالها باغلظ منها * والثانية بثالثة اغلظ من الثانية تدريجا وهكذا حتى تحصل الانقباضات الرحمية الدالة على ابتداء الطلق * الكيفية الثانية تكون ببزل اغشية الجنين بمبزلة مقوسة او مقص ذى حربة يدخل من فوهة عنق الرحم وتثقب به الاغشية فتسيل المياه منها ثم بعد مضى اربع وعشرين ساعة اوست

وثلاثين وهو الغالب يبتدئ الطلق

(حكومة)

نتيجة البزل وان كانت اسرع من نتيجة كيفية توسيع عنق الرحم بالاسفنج لكن كيفية التوسيع أأمن لكل من الجنين وامه

(المبحث الثانى فى شق ارتفاق العانة)

لهذه العملية كيفيتان * الاولى هى ان تلقى المريضة على ظهرها على الحرف الايمن من فراشها بعد حلق شعر العانة ويقف الجراح على يمينها ويأخذ مشرطا محدبا ويشق به على الخط المتوسط شقا مستطيلا طوله ثلاثة قراريط يبتدئ به من اعلى ارتفاق العانة بقليل وينزل به حتى يصل الى البظر او الى ما بين اصل الشفرين الصغير والكبير من جانب ويقتصر على ذلك او يفصل احد أصلى البظر من فرع العانة الذى يليه لمنع التمزق الذى ربما يحصل فيما بعد اذا لم يفعل ذلك * وبالجملة فبعد شق الجلد يشق ما بقى من الاجزاء الرخوة حتى يصل الى العظم فيبحث عن الرباط الليفى الغضروفى الضام لعظمى العانة ليقطع شيأ فشيأ من الامام الى الخلف او من اعلى الى اسفل بمشرط صلب ذى زر * وينبغى الانتباه الزائد فى آخر قطع هذا الرباط كى لا تصاب المثانة او مجرى البول بالمشرط * ولاجل التأكد من ذلك تفرغ المثانة من البول قبل العملية ويدخل قثاطير فى مجرى البول اثنائها لتنكس به وتبعد عن المشرط * ثم اذا لم يكف فى الاتساع المطلوب قطع الرباط الليفى الغضروفى يقطع الرباط المثلث الموضوع فوق ارتفاق العانة بتميل المشرط الى اليمين او اليسار واتباع الفرع النازل لعظم العانة به فبانقطاع هذا الرباط تتباعد العظام ثم بعد الولادة يضم الجرح سريعا ويحاط الحوض الى الحوصلة بلفافة بدن متينة وتؤمر المريضة بالسكون والراحة التامة مدة ثلاثة اشهر حتى يلتئم رباط الارتفاق وتعود صلابة الحوصلة * الثالثة وتنسب الى الجراح (ايبر) هى ان يفصل البظر من القوس العانى ويوصل الشق الى خلف الارتفاق ثم يدخل مشرط صلب ذو زر محدب الحد فى هذا الشق متجه الحد الى اعلى ويقطع به الارتفاق من اسفل الى اعلى ومن الخلف الى الامام لكن

لاجل

لاجل انالة درجة الاتساع الكافية ينبغى قطع احد أصلى البظر فبعد العملية حالا تتباعد العظام بقدر ستة خطوط الى اثنى عشر أعنى من نصف قيراط الى قيراط وتمكن زيادة هذا التباعد بتوجيه الفخذين الى الاعلى والوحشية يسيرا

(المبحث الثالث فى العملية القيصرية)

العملية القيصرية هى ان تشق جدران البطن والرحم لاخراج الجنين فيما اذا كان الحوض ضيقا لا يتيسر مرور الجنين منه او ماتت الحاملة وكان الجنين حيا واريد اخراجه منها كى لا يموت فى بطنها * وانما سميت هذه العملية بالقيصرية لانها فعلت لقيصر ملك الروم الشهير لان ولادته كانت عسرة جدا فاضطر الى شق بطن امه واخراجه منه فنسبت اليه وتسمى عند العرب بعملية البقراى الشق ثم ان كان القصد اخراج الجنين حيا من بطن امه ميتة فليشق بطنها فورا شقا واسعا ويحترز فيه عن اصابة الجنين بالمشرط وان كان المراد فعلها فى المرأة حية فعلت بطريقتين * الاولى يتوصل فيها الى الرحم بعد شق البريتون ولها ثلاث كيفيات تختلف على حسب اختلاف محل شق جدران البطن ولنذكر لك ما يجهز لها اولا من الآلات وغيرها والوضع الذى تكون عليه المرأة وقت العملية فنقول يلزم ان يستحضر لها على مشرطين احدهما محدب الحد والثانى مستقيم ومنته برز وعلى كلاب غير حاد الطرف وعلى جفوت ربط وخيوط مشمعة ومقص وابر واسفنج وماء فاتر وآخر بارد ولفافة بدن توضع تحت المريضة قبل العمل ورفائد ونسالة وسيور مشمعة للشد على الجرح الحاصل من العملية * واما المريضة فتوضع على سرير صلب مبسوط عليه ملاءة ويجعل تحت قطنها وسادة ليزيد بروز البطن واما الكيفيات الثلاث * فالاولى منها وتسمى بالشق الجانبى المنحرف هى ان يشق البطن بانحراف فيما بين العضلة المستقيمة البطنية اليسرى وخط يمتد باستقامة من الشوكة الحرقفية المقدمة العليا الى غضروف ضلع الخلف الثالث بمشرط محدب بعد بسط الجلد بابهام اليد اليسرى وباقى اصابعها او ثنيه عرضا ويلزم ان يكون الشق ممتدا من اعلى العانة بنحو قيراط الى محاذاة السرة وتابعا للاتجاه المذكور وهو عين اتجاه أليات العضلة المنحرفة الكبيرة البطنية بحيث يصير

طوله نحو خمسة قراريط ويقطع فيه على التوالى الجلد والصفاق والعضلات حتى يصل الى البريتون فيشق فى مقابله وسط الجرح وتدخل السبابة فى البطن من ذلك الشق ويهدى عليها مشرط ذو زر يوسع به شق البريتون والعضلات على جميع طول شق الجلد كله واتجاهه فبهذه الكيفية ينكشف الرحم وحينئذ تثنى ساقا المريضة ويرفع رأسها وتزال الوسادة من تحت قطنها لتسترخى جدران البطن ثم يبحث عن الرحم فاذا كان مائلا على جانبه لزم عدله ووضعه وضعا مستقيما ثم يأمر الجراح المساعدين بتثبيته بايديهم موضوعة براحتها حول الجرح ويشق جداره طبقة فطبقة بدون ان يشق اغشية الجنين ثم يوسع هذا الشق بقدر شق البطن بمشرط ذى زر يهدى على السبابة اليسرى * والغالب انه اذا بلغ طول هذا الشق ستة قراريط كفى فى خروج الجنين منه غير انه يلزم ان يكون اكثره جهة قعر الرحم لا جهة عنقه وبعد تمام شق الرحم يدخل فى زاويته العليا كلاب غير حاد الطرف او سبابة مساعد ليمنع بها من التحرك والزيغان ثم تفتح اغشية الجنين مع الاحتراز عن اصابته ويخرج من هذه الفتحة اما برأسه واما برجليه وبعد خروجه تخرج المشيمة وما يتعلق بها من الجرح ايضا

(تنبيه)

اذا قطع بعض العروق اثناء شق البطن لزم ربطه حالا واما نزف الرحم فيزول من انقباضه على نفسه * فاذا كان هذا الانقباض بطيئا لزم الاسراع بالدلك على البطن او تنبيه باطن الرحم بمجرد المس عليه فبذلك ينقبض سريعا

واما الكيفية الثانية فتكون بشق الخط الابيض بان يفعل شق على طول الخط المذكور يبتدأ به من السرة وينتهى به قرب العانة واذا لزم الامر لتوسيعه طول الى الاعلى على جانب السرة الايمن كى لا تصاب ندبتها * وبالاختصار فقواعد العملية فى هذه الكيفية هى التى ذكرت فى الكيفية السابقة

واما الكيفية الثالثة وتنسب للطبيب (لويرجا) فتكون بشق مستعرض يبتدأ به من الحرف الوحشى للعضلة المستقيمة وينتهى به عند القطن بحيث يصير طوله

نحو

نحو خمسة قراريط لكن يلزم ان يفعل هذا الشق فى جهة البطن البارز فيها الرحم كثيرا ويكون ارتفاع محله على حسب ارتفاع الرحم ثم تتمم العملية على حسب ماذكر آنفا من القواعد

الطريقة الثانية يتوصل بها الى عنق الرحم بدون فتح البريتون لان بعض الاطباء ينسب الى فتحه عوارض عملية البقر ولها ثلاث كيفيات

الكيفية الاولى وتنسب الى الجراح الاميريكى (فيزيك) هى ان تلقى المريضة على حرف فراشها ويفعل شق معترض اعلى العانة بدون واسطة تقطع فيه ارتباطات العضلتين المستقيمتين والهرميتين ثم تدخل الاصابع من هذا الجرح لتفصل البريتون عن المثانة بدفعه الى اعلى برفق فينكشف بذلك الجزء السفلى من سطح الرحم المقدم فيشق ويخرج منه الجنين

الكيفية الثانية وتنسب للطبيب (ريتجين) هى ان تقطع العضلات البطنية العريضة قريبا من محل اندغامها فى العرف الحرقفى ثم يفصل البريتون الى المضيق العلوى وهنالك يفتح عنق الرحم

الكيفية الثالثة وتنسب للطبيب المولد (بودلوك الصغير) هى ان يشق الجلد شقا يبتدأ به قريبا من شوكة العانة ويتبع به موازاة رباط (پوپار) الى ان يجاوز الشوكة الحرقفية المقدمة العليا من الجهة التى يكون ميل الرحم اليها اقل ثم يفتح جدار البطن بدون اصابة الشريان الشراسيفى ويدفع جزء البريتون المغشى للحفرة الحرقفية نحو تقعير الحوض * ثم يكشف طرف المهبل العلوى فيشق ويجذب عنق الرحم الى الظاهر حتى يقابل جرح البطن

(حكومة)

احسن كيفيات الطريقة الاولى كيفية شق الخط الابيض اى الشق المستطيل واحسن كيفيات الطريقة الثانية كيفية (فيزيك) وعلى كل حال فمتى فعلت الكيفية التى يختارها الطبيب وجرح الجنين والمشيمة يعالج الجرح كجروح البطن النافذة وهى ان توضع المريضة الوضع اللائق لاسترخاء البطن بعد زرق الزروقات من المهبل لاخراج الدم المتجمد وتضم حافتا الجرح

بالخياطة والعصائب اللزجة وتستعمل مضادات الالتهاب العامة والموضعية لمنع حصول التهاب الرحم والبريتون

(الفصل الرابع فى العمليات التى تفعل فى اعضاء البول للمرأة)

(المبحث الاول فى القنطرة)

لهذه العملية كيفيتان * الاولى وتفعل والمرأة مكشوفة العورة هى ان تلقى المرأة على ظهرها ويرفع عجزها بوضع شئ تحته وتبعد فخذاها مثنيتين قليلا وتكشف عورتها ثم يقف الجراح نفسه على يمينها ويضع راحة يده اليسرى على ركبتها ويبعد الشفرين الصغيرين بالابهام والسبابة ثم يأخذ بيده اليمنى المجس المعد للقنطرة ويمسكه كقلم الكتابة ويدخل طرفه فى فوهة مجرى البول الموجودة بين الجزء العلوى من دائرة الفرج واصل الدهليز جاعلا تقعيره الى الاعلى ثم ينكسه يسيرا ليمر تحت ارتفاق العانة ثم يرفعه ويدفعه على حسب اتجاه المجرى حتى يصل الى تجويف المثانة

الكيفية الثانية وتفعل والمرأة مستورة العورة هى ان تلقى المريضة على ظهرها ويقف الجراح نفسه على يسارها ثم يدخل يده اليسرى من تحت ثيابها فيضع سبابتها على الجزء السفلى المقدم من جدار المهبل المقدم بعد ان يمر به من اعلى الى اسفل اى من البظر الى فوهته او من اسفل الى اعلى اى بعد ان يضعه على الشوكة ليستدل به على فتحة الفرج ويصل به الى حرف هذه الفتحة المقدم فيبحث به عن النتو الموجود فيه وهو الذى تكون فوهة مجرى البول اعلى منه بخط ونصف او خطين ومتى عثر به يهدى عليه المجس فيدخله بسهولة عظيمة فى الفوهة المذكورة وهذه الكيفية تستعمل اذا كان الحياء يمنع المرأة من كشف عورتها او كانت الاجزاء متورمة

هذا ويمكن قنطرة المرأة وهى جالسة مستورة العورة على حرف فراشها بان يجعل الجراح نفسه بين رجليها قاعدا او جاثيا على ركبته

(المبحث الثانى فى اخراج الحصاة من المرأة)

اعلم ان حصاة المثانة فى النساء تستخرج بالطريقة الخثلية اى من اعلى العانة

كما فى الرجال حيث ان مجاورة المثانة لجدار البطن واحدة فيهما * واما كيفية الطريقة العجانية الخاصة بالرجل فلا تناسب النساء اصلا * واعلم ان الطرق الخاصة بالمرأة هى شق الدهليز وشق مجرى البول وشق الحاجز المثانى المهبلى ولنشرحها لك فنقول

الطريقة الاولى شق الدهليز للوصول الى المثانة من بين العانة ومجرى البول اعلم ان مجرى البول اذا ضغط الى الاسفل خفض وبعد عن ارتفاق العانة بقدر خط ونصف فيزيد ارتفاع الدهليز بذلك وان الاجزاء التى تشق فى هذه الطريقة ست طبقات وهى الغشاء المخاطى والنسيج الخلوى والعضلة العاصرة للمهبل والنسيج الخلوى المندمج المرن الموجود تحت هذه العضلة وأربطة المثانة المقدمة وجدار المثانة المقدم البعيد عن الجلد بمسافة نحو قيراط * وكيفية العمل بهذه الطريقة على حسب ماذهب اليه الجراح (ليسفرانك هى ان تلقى المرأة على ظهرها وتجعل كما فى عملية اخراج الحصاة من العجان فى الرجل ويؤمر مساعد بتبعيد الشفرين الكبيرين والصغيرين ثم يدخل الجراح القثاطير فى المثانة من مجرى البول وعند وصوله الى هذا التجويف يدير تحديبه الى الاعلى ويعطيه لمساعد ليمسكه ويضغط به على مجرى البول من اعلى الى اسفل ليبعد عن ارتفاق العانة الى الاسفل ثم يبحث الجراح عن حالة وضع فرعى العانة ويعلم باصبعيه السبابة والوسطى على مبدأ الشق ومنتهاه ثم يأخذ بيده اليمنى مشرطا مستقيما ويمسكه كقلم الكتابة ويشق به شقا هلاليا تحديبه يلى الاعلى وتقعيره يلى الفرج يبتدئ به من الجهة اليمنى فيما بين فرع العانة ومجرى البول ويمر به فيما بين ارتفاق العانة ومجرى البول بعيدا عن الارتفاق بقدر خط وينتهى به فى الجهة الثانية المقابلة لمبدئه * وينبغى فى هذا الشق ان يكون سن المشرط فيه اكثر ارتفاعا من نصابه كى لا يصاب مجرى البول ثم تشق الطبقات المذكورة واحدة بعد اخرى بالاهتداء على السبابة الموضوعة فى الجرح ومتى وصل الجراح الى المثانة اما ان يغرز المشرط فيها ويشقها عرضا واما ان يدخل ابهام يده اليسرى فى المهبل ويضع سبابتها فى الجرح ليمسك

بهما الاجزاء الموجودة بينهما ويجذبها الى الامام لتتقدم المثانة يسيرا الى الظاهر فيسهل شقها ويتحقق * واما ان يشق العضو المذكور على تحديب القناطير وبالجملة فمتى فعلت الفتحة ادخل الاصبع فيها ووسعت بقدر الكفاية حتى يسهل ادخال الجفت واخراج الحصاة منها

الطريقة الثانية شق مجرى البول وكيفية ذلك على ماذهب اليه الجراح (لوران كولوت) هى ان توضع المرأة كما ذكر آنفا ويأخذ الجراح محرافا قنويا ويدخله فى مجرى البول والمثانة ويوجه قناته الى الامام نحو ارتفاق العانة ثم يمسكه ويثبته بيده اليسرى ويأخذ بيده اليمنى مشرطا مستقيما ضيق النصل ويزلقه على قناة المحراف فيشق به جدار المجرى المقدم وعنق المثانة ثم يخرج هاتين الآلتين ويدخل اصبعه فى المثانة ليبحث بها عن الحصاة ويهدى عليها الجفت ويكمل العملية

والجراح (دوبويترن) كان يستعمل المشرط المخفى للراهب كوم عوضا عن المحراف القنوى * وبعض الجراحين كان يشق المجرى من الجانبين بمشرط مخفى مزدوج

الطريقة الثالثة الشق المثانى المهبلى * اعلم ان هذه الطريقة لم يتبعها الآن الا قليل من الجراحين لما يعقبها من الناصور المثانى المهبلى الذى خطره معلوم * لكن اذا كانت الحصاة كبيرة لا يتيسر اخراجها باحدى الطريقتين السابقتين اضطر الى استعمالها ولنذكر لك شرحها لتكون على بصيرة منه فنقول * يجهز لهذه الطريقة اولا مشرط مستقيم حاد الطرف وريزج وقناطير وجفت لاخراج الحصاة ثم تلقى المريضة على ظهرها على حرف سرير او طاولة وتثنى ساقاها بشدة على فخذيها وتبعد الفخذان عن بعضهما ويمسكهما مساعدان نبيهان ثم يدخل الجراح القناطير فى المثانة ويوكل بامساكه مساعدا يجعله على اتجاه الخط المتوسط للبدن ويتكئ عليه ليبرز تحديبه فى المهبل ثم يدخل الريزج فى غور المهبل بحيث يقابل طرف القناطير على زاوية حادة ويبعد جدار المهبل الخلفى ثم يدخل الاصبع السبابة اليسرى فى المهبل ويبحث بها عن القناطير ومتى لامسته هدى المشرط على ظفرها وغرز سنه

فى جدار المهبل المثانى مقابلا لقناة القثاطير ليدخل فيها ويشق به الجدار المذكور من الامام الى الخلف او بالعكس شقا طوله نحو قيراط ومبتدأ او منتهيا فى قمة المثلث المثانى ويلزم ان يحترز فيه من اصابة مجرى البول * والغالب انه اذا فعل هذا الشق بهذه الكيفية امكن اخراج الحصاة بالسبابة فاذا تعسر ذلك اخرجت بالجفت برفق

(الفصل الخامس فى العمليات التى تفعل فى الفرج والمهبل والرحم)

(المبحث الاول فى انسداد المهبل وعدم انثقابه)

اعلم ان المهبل كجميع القنوات المنفتحة الى ظاهر الجسم قد يكون غير منثقب بالكلية من اصل الخلقة وقد يكون منسدا بغشاء البكارة اذا صار متينا فلا يكون منثقبا الا بفتحة ضيقة جدا * ومن النادر ان يعلم عدم الانثقاب والانسداد قبل البلوغ بل لا يعلمان الا من عدم امكان الجماع * ومن علاماته احتباس الطمث الذى يجتمع دمه فى الرحم او المهبل فيوسعه اعلى الانسداد ويكون شبه ورم وفى بعض الاحوال يكون المهبل معدوما بالكلية من اصل الخلقة ولا يوجد فى محله الا مادة خلوية وعائية تشغل ما بين مجرى البول والمستقيم فى مسافة يختلف ارتفاعها وقد ينسد المهبل فى بعض النساء من التصاق جدرانه ببعضها عقب الالتهابات الشديدة التى تحصل من الولادة العسرة انسدادا كاملا او غير كامل

ثم ان كيفية ازالة هذا الانسداد تختلف على حسب الاحوال الآتى ذكرها فاذا كان الانسداد حاصلا من غشاء البكارة الذى صار متينا صفيقا او من غشاء قاسم للمهبل الى قسمين ازيل بغرزتين مشرط او مبطة فى وسط الورم الحاصل من تجمع دم الطمث فتحدث فيه فتحة يخرج منها الدم ثم يشق ذلك الغشاء شقا صليبيا وتقطع الشرائح بمقص منحن على صفحه ويوضع فى المهبل فتيل غليظ لاستمرار تلك الفتحة حتى تندب حوافيها * واذا كانت جدران المهبل ملتصقة ببعضها يؤخذ مشرط محدب ملفوف عليه خرقة الى قرب سنه وتفصل به تلك الجدران بعيدا عن المثانة من الامام والمستقيم من الخلف كى لا يصابا * واذا كان

المهبل ناقصا غير واصل الى محل انفتاحه الطبيعى تتبع الطريقة الآتية وهى ان تدخل السبابة اليسرى فى المستقيم ليبحث بها عن موضع الورم المتكون من تجمع دم الطمث ثم يدخل قثاطير فى المثانة لتفرغ مما فيها من البول فتبعد عن الطريق المراد اتباعها بالالات وبواسطة هذه القثاطير تمكن معرفة غلظ الاجزاء الموجودة بينه وبين الاصبع اى بين المستقيم ومجرى البول واذا قرب من ارتفاق العانة بعد مجرى البول عن المستقيم فتكبر المسافة الموجودة بينهما فبعد ذلك يعطى الجراح القثاطير لمساعد يمسكه ويبقى اصبعه السبابة فى المستقيم فيكون له دليلا فى سير الشق ثم يشق شقا على اتجاه الشفرين اسفل فوهة المجرى بمسافة قليلة ويعبر بالمشرط على حسب اتجاه المهبل ومحور الحوض الصغير فيما بين المجرى والمثانة من الجهة المقدمة والمجرى والمستقيم من الخلفية مع التحرز الزائد عن اصابة هذه الاعضاء ولكن فى هذا الفصل اذا وجد النسيج الخلوى سهل التمزق يترك المشرط وتفصل تلك الاعضاء بالسبابة اليمنى حتى وصل الى الورم المتكون من دم الحيض بزله بالمبزلة ذات الحنفية اللولبية ليفرغ هذا السائل شيأ فشيأ فينقبض الرحم كذلك شيأ فشيأ ولا يتيسر للهواء الدخول فيه واحداث حميات رديئة تكون سببا فى موت المرأة المعمول لها هذه العملية وبعد تمام استفراغه توسع فتحة الورم وتوضع فى المهبل الجديد انبوبة غليظة جدا من الصمغ المرن حتى تندب جدران هذا العضو الجديد

(المبحث الثانى فى تمزق العجان)

اذا كان جزء العجان المقدم هو المتمزق فقط كما يحصل كثيرا من الولادة الشاقة فلا يستعمل لالتحامه غالبا سوى الراحة والسكون التام بعد ان تضجع المريضة على احد جنبيها مثنية الوركين على الحوصلة اى الحوض لتتقارب حافتا جرح التمزق ويسهل التحامهما

واما اذا كان التمزق ممتدا الى الاست ومصيبا للحاجز المهبلى المستقيمى بحيث يصير المهبل والمستقيم مختلطين فلا بد من استعمال الخياطة لضم الجرح وتبقى حتى

يتم

يتم الالتحام * هذا وقد اتت الى الجراح (دياقانباخ) امرأة ومعها تمزق كامل فى العجان لكنه قديم مندمل الحافتين كلتاهما على حدتها فخيط هذا التمزق بالكيفية الآتية وهى انه بعد ان حلق الشعر الموجود هناك الى المريضة على ظهرها كما فى عملية استخراج الحصاة وادمى حافتى الشق بالمشرط والمقص ثم ضمهما بالخياطة لكن لما رأى ان الحافتين صارتا مشدودتين وخاف ان تتمزقا بالخيوط فعل فى كل من جانبى العجان شقا هلاليا ابتدأ به من الشفر الكبير وانتهى به فى مقابلة الاست فمن تباعد حافتى كل من هذين الشقين زال شد حوافى شق العجان المضموم بالخياطة وحصل الالتحام بسهولة بدون عائق وهذه الكيفية مؤسسة على طريقة (سلس) فى ضم الجروح المتباعدة الحوافى مطلقا والجراح (رو) يستعمل الخياطة المرودية فى ضم شق العجان ويفضلها عن غيرها لمتانة الالتحام بها

(المبحث الثالث فى تمزق الحاجز المستقيمى المهبلى مع العجان)

لاجل ضم هذا الجرح يعطى للمريضة اولا بعض مسهلات لاستفراغ المواد الثفلية ثم تدمى حافتا الشق بالمقص وتضمان بالخياطة المتقطعة بحيث تكون الغرزة السفلى عند مدخل المهبل والثانية اعلاها بقيراط بين ذلك المدخل والزاوية العليا للجرح وقد استعمل الجراح (نوويل) هذه الطريقة فنجحت نجاحا عظيما وهذه الكيفية تستعمل فى النواصير المهبلية المستقيمية غير انه ينبغى ان يكمل شق الحاجز المهبلى المستقيمى الى جهة العجان وبعد ان تدمى حوافى الناصور تضم كما ذكر

(المبحث الرابع فى النواصير المهبلية المعوية)

هذه النواصير هى استطراق جزء من الامعاء غير المستقيم بالمهبل فتنزل المواد الثفلية فى المهبل وتخرج منه ولزوال هذه النواصير كيفيات * احسنها كيفية الجراح (كازاميور) وهى شبيهة بكيفية الجراح (دوبويترن) المستعملة فى ازالة الاست العارضى لانه يستعمل فيها جفتا شبيها بجفته غير انه اطول منه وفرعاه منحنيان بحيث تبقى بينهما مسافة عند تقاربهما وكل فرع له مقبض بيضى الشكل وطوله ثمانية خطوط وعرضه اربعة * وكيفية استعمال هذه الآلة

هى ان يدخل احد المقبضين فى جزء المعا العلوى من المهبل وفتحة الناصور والثانى فى المستقيم من الاست مقابلا للاول ثم تقفل الآلة وتشد شدا مناسبا فيتقارب جدار المعا العلوى من جدار المستقيم ويلامسه فبعد وضع هذه الالة بستة ايام ترفع فتوجد فتحة حاصلة فى موضع ضغطها تصير طريقا لمرور المواد الثفلية منها الى المستقيم وينقطع نزولها فى المهبل شيأ فشيأ حتى يتم انسداد الناصور

(فى الناصور المثانى المهبلى)

هو فتحة فى الحاجز المثانى المهبلى ينزل منها البول فى المهبل ويخرج من الفرج ولازالته طرق كثيرة بكيفيات * احسنها الخياطة والرم

اما عملية الخياطة فتكون فى زمنين الاول ادماء حوافى الناصور والثانى وضع غرز الخياطة * فالادماء يفعل بمقص معوج اعوجاجين على زاوية قائمة قصير النصلين غير حاد طرفيهما وهذا المقص يستعمل فيما اذا كان الناصور مستطيلا * واما اذا كان معترضا فعل الادماء بازوتات الفضة وعند سقوط الخشكريشة تفعل الخياطة * واما وضع غرز الخياطة فكيفيته فيما اذا كان الناصور مستطيلا ان تؤخذ حاملة الابر الاعتيادية وتقبض بها ابرة مقوسة منظوم فيها خيط تنفذ فى حافة الناصور اليسرى من المهبل حتى تصل الى المثانة ثم تنفذ فى الحافة اليمنى من المثانة الى المهبل ويكرر ذلك بقدر ما يراد من غرز الخياطة المتفرقة ثم يعقد كل خيط على حدته ويقطع طرفاه قريبا من العقدة * واما اذا كان الناصور مستعرضا فكيفية الخياطة فيه ان تؤخذ آلة معوجة قليلا قريبا من طرفها ومركبة من سهم فى طرفه ثقب كسم الابرة ومن انبوبة يدخل فيها السهم وينظم فى سم السهم خيط يكون فى باطن الانبوبة ثم تدخل الالة فى المثانة من مجرى البول وطرف السهم مخفى فى الانبوبة ومتى وصل طرف الانبوبة الى الحافة الخلفية يدخل الجراح يده اليسرى فى المهبل ليمد هذه الحافة فيسهل نفوذ طرف السهم فيها وحينئذ يمسك طرف الخيط ويرجع بطرف السهم فى المثانة لينفذه فى الحافة المقدمة ويكرر ذلك حتى تفعل

غرزتان

غرزتان اوثلاثة بدون ان تخرج الالة من المثانة ويغير الخيط ثم تقطع عراويه ليصير جملة خيوط يعقد كل منها على حدته

(تنبيه)

لاجل نجاح هذه الخياطة ينبغى وضع مجس فى المثانة من مجرى البول ليمر منه السائل ولا ينفذ من بين حافتى الناصور فيسهل التحامهما بذلك

واما عملية الرم وتنسب الى الجراح (جوبير) فكيفيتها هى ان يشرع فى تفصيل الرقعة المراد رم المثانة بها بعد ادماء حوافى الناصور كما فى طريقة الخياطة بان يحلق الشعر اولا ثم يمد الجراح باحدى يديه الشفر الكبير لينبسط الجلد ويأخذ المشرط بالثانية ويفعل به فى الجهة الوحشية من الشفر المذكور شقا من اعلى الى اسفل يكون طوله مناسبا لطول الشريحة المراد تحصيلها للرم ومتى وصل الى نهايته يتجه به الى الانسية على صورة نصف دائرة ليصعد به فى الجهة الانسية من الشفر المذكور حتى ينتهى به مقابلا لمبدئه فى الجهة الوحشية فتتكون من ذلك شريحة ذات طرف مستدير تناسب النواصير العريضة * واما النواصير الضيقة فترفع بشريحة تفصل بشقين متوازيين احدهما يفعل فى الجهة الوحشية والثانى فى الانسية ويجتمعان على زاوية حادة ثم تسلخ الشريحة من الوحشية الى الانسية ومن طرفها الى اصلها وينبغى ان تكون مشتملة على جملة طبقات من الاجزاء الرخوة لاستمرار الحياة فيها وعدم موتها وبعد فصل الشريحة وسلخها يشرع فى ادخالها فى الناصور بثنيها على نفسها ويغرز فى طرفها خيطا مشمعا عريضا اولا ثم يدخل فى المثانة من مجرى البول مجسا وينفذه فى المهبل من الناصور فينفذ طرفا الخيط فى ثقبى المجس ثم يجذب المجس ويخرجه من المجرى فيخرج معه طرفا الخيط فيخلصهما منه ثم يدفع الشريحة فى المهبل باحدى اليدين ويشد الخيطين بالثانية برفق حتى تصل الشريحة الى الناصور وتلامسه وحينئذ يشرع فى خياطتها بحوافى الناصور بان يعطى الخيط لمساعد يمسكه ويدخل سبابته اليسرى فى المهبل على طول الشريحة حتى تصل الى احدى زوايا الناصور

فيهدى عليها ابرة مقوسة محمولة على حاملة الابر المستعملة فى خياطة اللهاة اومسوكة باليد الثانية فقط من غير واسطة وينفذ سنها فى الشريحة وفى حافة الناصور ثم يمسك طرفها بجفت غيار ليجذبها الى الخارج بالخيط المنظوم فيها ويفعل غرزة ثانية فى الزاوية المقابلة من الجرح * ومن المهم ان تجعل كل زاوية من زوايا الناصور محصورة مع الشريحة فى عروة خيط لان نجاح العملية مناط بذلك فبعد تنفيذ الخيوط تعقد عقدة مزدوجة وتترك مرخية ظاهر الفرج بعد احاطتها بشئ لتميزبه عن غيرها * واما الخيط الخارج من مجرى البول فيثبت على احدوركى المريضة بقطعة لازوق ثم يوضع مجس واسع التجويف فى مجرى البول ويجعل مفتوحا بحيث لايسقط البول الخارج منه على الجرح اويطول بمجس آخر * وينبغى ان يدخل هذا المجس برفق وبدون ان يصادم بروز الرقعة فى المثانة وبعد دخوله يربط بخيوط من قطن تثبت فى الحزام ثم تؤمر المريضة باستمرار نومها على ظهرها وبالسكون التام واما ماتبقى من عمليات النساء كالجس ورد الرحم ووضع الفرازج وعمليات البوليبوس واستئصال الرحم فمن حيث انها مذكورة مبسوطة الشرح فى غير هذا الكتاب من كتب هذا الفن لم نذكرها هنا اعتمادا على تلك الكتب فراجعها فيها ان شئت والله الموفق للصواب واليه المرجع والمآب

ولما تم هذا الكتاب طبعا * وعم البرية نفعا * وصار منهلا عذبا لكل وارد * واشتمل على ماينبغى اقتناصه من الدانى والشارد * واتحف روضا زاهر الاشجار يانع الاثمار * وغدى به الجراح مراش الجناح * ثابت القدم فى عمليات الجراح * بعد الافراغ فى قالب التصحيح * واجالة فكرة التهذيب والتنقيح * على يد من هو بالتقصير آتى * الفقير الى مولاه سالم عوض القنياتى * بحسب الطاقة الانسانيه * وكسبها من الفيوضات الرحمانيه * امسكت عنان القلم * فبرزله بالتقريض فى ميدان القريض ماهو لبراعة المقطع علم * ليحوز هذا الكتاب فى الختام براعة المقطع * كما حاز فى الابتداء براعة المطلع * وهاهو فى رقة الشمول * متمسكا باذيال هذا الكتاب يبغى القبول

انظر كتابا قد اتى * فى رقة يسبى العقول
لاحت عليه بنفعه المرضى امارات القبول
فبدا وجند شفائه * فى حزب الاسقام يجول
بشراك يا بقلى اذ * ألفته يا ابن البتول
امجدا أبدعته * روضا تحاشى عن ذبول
ازهاره انتعشت بها * ارواحنا بعد الذهول
فغدا به نجم الردى * عن ذى البلايا فى افول
اهديته للداورى * فى سندس يبغى القبول
ملك النهى لما انتهى * وشدا بمدحته يقول
مذ تم طبعا ارخوا * حدث زها رشأ العقول

٢٣٧ ٥٠١ ١٣ ٥١٢
سنة ١٢٦٣

وكان اتمام طبعه الجميل * واكمال تهذيب رسمه الجليل * بدار الطباعة الباهره * المنشأة ببولاق مصر القاهره * فى اواخر شهر ربيع الثانى سنة ثلاث وستين بعد الالف والمأتين * من هجرة فخر الثقلين وسيد الكونين * صلوات الله عليه وعلى آله بدور التمام واصحابه والتابعين لهم والسلام