

61324

Singapore
Hawndi

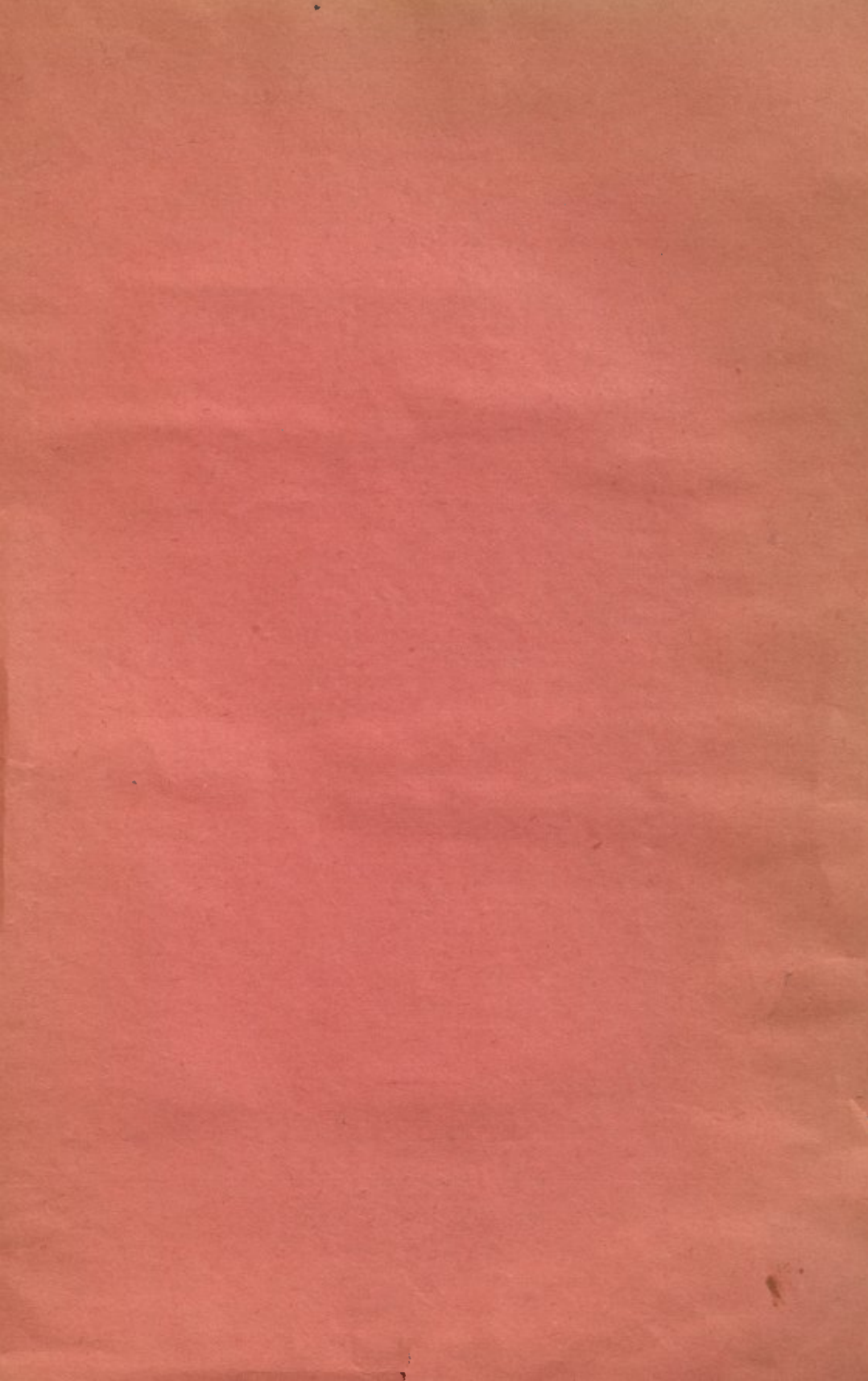
H.
O. A. (B.)

from

p. 133 - 160

Date Due





* (فهرسة كتاب الجراحة الكبرى) *

كلام عمومي على العمليات الجراحية الكبرى	١
في تقسيم العمليات	١
في الاحوال التي تستدعي العمليات	٢
في محل العملية	٢
في صفات الجراح	٣
في شروط نجاح العمليات	٤
في عوارض العمليات	٦
في دخول الهواء في الاوردة وقت العملية	٨
في تهيئة المريض للعملية	١٢
في ازالة الحساسية وقت العمليات الجراحية	١٤
في وضع المريض والمساعدين والجراح	١٦
في منع سيلان الدم اثناء العملية	١٦
في فعل العملية	١٧
القسم الاول من العمليات الجراحية	١٨
في العمليات الجراحية البسيطة	١٨
في الشق	١٨
في كيفية القبض على المشارط	١٩
في كيفية مسك المقص	٢١
في العمليات المركبة	٢٤
في العمليات التي تفعل في المجموع الشرياني وفي ربط الشرايين على العموم	٢٤
في ربط كل شريان على حده	٢٦
في ربط الجزع الشرياني العضدي الرأسي	٢٦
في ربط الشريان السباتي الاصلي اى الناجر الاصلي	٢٧
في ربط الشريانين الناحرين الظاهر والباطن	٢٨
في ربط الشريان الدرقي العلوي	٢٩

551

- ٢٩ في ربط الشريان الوجهي اى الفكى الظاهر
 ٣٠ في ربط الشريان اللساني
 ٣١ في ربط الشريان القمى
 ٣٢ في ربط الشريان الصدغى
 ٣٢ في ربط الشريان تحت الترقوة
 ٣٤ في ربط الشريان الفقارى
 ٣٤ في ربط الشريان الدرقي السفلى
 ٣٤ في ربط الشريان الابطنى
 ٣٦ في ربط الشريان العضدى
 ٣٧ في ربط الشريان الكعبرى
 ٣٨ في ربط الشريان الزندى
 ٣٩ في ربط الشريانين الكشحيين الاصليين
 ٤٠ في ربط الشريان الكشحي الانسى
 ٤٠ في ربط الشريان الكشحي الوحشى
 ٤١ في ربط الشريان الالى
 ٤٢ في ربط الشريان الشراسيى
 ٤٢ في ربط الشريان الفخذى
 ٤٣ في ربط الشريان المابضى
 ٤٤ في ربط الشريان القصبى الخلقى
 ٤٥ في ربط الشريان القصبى المقدم
 ٤٦ في ربط الشريان الشظى
 ٤٧ في ربط الشريان القدى
 ٤٨ فى العمليات التى تفعل فى الاوردة وفى معالجة الدوالى
 ٥٠ فى نقل الدم من شخص الى آخر
 ٥١ فى العمليات التى تفعل فى المجموع العصبى وتعلقاته
 ٥١ فى بزل الاستسقاء الخنى

٥٢	في معالجة الفتحى الدماغى	٥٢
٥٣	في الاستسقاء الفقارى	٥٣
٥٥	في قطع الاعصاب	٥٥
٥٦	في قطع العصب السنى السفلى	٥٦
٥٧	في قطع العصب تحت الوقب	٥٧
٥٧	في قطع العصب الجبهى	٥٧
٥٨	في عمليات العظام	٥٨
٥٨	في استئصال العظام وقرضها	٥٨
٥٩	في الآفات الموجبة لقرض العظام أو استئصالها	٥٩
٥٩	في الآلات المستعملة في استئصال العظام	٥٩
٦٠	في استئصال عظام الوجه	٦٠
٦٠	في استئصال عظم الفك العلوى	٦٠
٦٢	في استئصال عظم الفك السفلى	٦٢
٦٣	في استئصال عظم الترقوة	٦٣
٦٣	في استئصال عظم الكتف المهمى باللوح	٦٣
٦٤	في استئصال الاضلاع	٦٤
٦٤	في قرض عظام القص	٦٤
٦٥	في قرض سنان الفقرات اى نتواتها الشوكية	٦٥
٦٥	في استئصال وابله العضد اى رأسه	٦٥
٦٦	في قرض جزء من جسم العضد	٦٦
٦٦	في استئصال مفصل المرفق	٦٦
٦٧	في استئصال الطرف السفلى من الزند	٦٧
٦٨	في استئصال البعض من جسم الزند	٦٨
٦٨	في استئصال الطرف الرسمى من الكعبرة	٦٨
٦٨	في استئصال الطرف العلوى من الكعبرة	٦٨
٦٨	في استئصال جسم الكعبرة	٦٨

- ٦٨ في استئصال المفصل الكعبرى الرسمى
- ٦٩ في استئصال العظم الاول من عظام المشط وهو المقابل للابهام
- ٧٠ في استئصال الثانى والثالث والرابع والخامس من العظام المشطية
اليديّة
- ٧١ في استئصال عظام الاطراف السفلى
- ٧١ في استئصال رأس الفخذ من المفصل المحرقى الفخذى
- ٧٢ في استئصال جسم الفخذ
- ٧٢ في استئصال مفصل الزكبة
- ٧٢ في استئصال رأس الشظية
- ٧٣ في استئصال جزء من جسم الشظية
- ٧٣ في استئصال الطرف السفلى من الشظية اى الكعب الوحشى
- ٧٤ في استئصال الكعب الانسى
- ٧٤ في استئصال العقب
- ٧٥ في استئصال عظام مشط القدم
- ٧٥ في الترتبة
- ٧٨ في ايكاس العظام
- ٧٨ في العظام المتكثرة اى الميتة
- ٧٩ في المفصل السكاذبة
- ٧٩ في البتر وآلاته
- ٨٠ في وضع المساعدين اثناء عملية البتر
- ٨٠ في هيئة الجراح عند النشر
- ٨٠ في البتر بالطريقة الحلقية
- ٨١ في البتر بالطريقة ذات الشرايح
- ٨٢ في البتر بالطريقة الميضاوية
- ٨٢ في الاساوة بعد البتر
- ٨٢ في بتر السلاميات

في بتر عظام مشط اليد	٨٣
في بتر الساعد	٨٣
في بتر العضد	٨٤
في بتر الاطراف العليا من المفاصل	٨٦
في بتر السلاميتين الاخيرتين من مفصل الراحية ومفصل البرجوة	٨٦
في بتر الاصابع من المفصل المشطى السلاحي	٨٧
في بتر جميع الاصابع من المفصل المشطى السلاحي دفعة واحدة	٨٧
في بتر العظم المشطى الاول	٨٨
في بتر العظم المشطى الخامس	٨٩
في بتر العنق المسمى بالمعصم	٨٩
في بتر مفصل المرفق	٩١
في بتر المفصل الكتفي العضدي	٩٢
في بتر الاطراف السفلى من جسم العظم	٩٥
في بتر الساق	٩٥
في بتر الفخذ	٩٧
في بتر الاطراف السفلى من المفاصل	٩٩
في بتر السلاحي الاولى من اصابع القدم	٩٩
في بتر الاصابع الخمس القدمية معا	٩٩
في بتر الابهام القدي من المفصل المشطى السلاحي	١٠٠
في بتر العظم الاول من مشط القدم وهو المقابل للابهام	١٠٠
في بتر العظم الخامس من عظام مشط القدم	١٠١
في بتر المفصل القدي الرسغي المشطى بطريقتي لسفران	١٠١
في عملية شوباراي بتر المفصل الذي بين صفي الرسغ وهو المفصل القنزعي	١٠٣
الزورقي العقبى النردي	
في بتر المفصل القصبى الرسغي	١٠٥

- ١٠٧ في بتر المفصل القصي الفخذى اى الركبة
 ١١٠ في بتر المفصل المحرق فى الفخذى
 ١١٢ فى أمراض المفاصل وما تستدعيه من العمليات
 ١١٢ فى استسقاء المفاصل
 ١١٣ فى التجمعات القيحية فى المفاصل
 ١١٤ فى الاجسام المتحركة التى تحدث فى المفاصل
 ١١٥ فى العمليات الجراحية التى تفعل فى كل من العضلات والاورتار
 والصفقات
 ١١٥ فى قطع العرقوب
 ١١٦ فى قطع بقية أوتار الطرفين السفليين
 ١١٦ فى قطع أوتار الطرفين العلويين
 ١١٦ فى قطع العضلة القصية الترقوية الخشائية
 ١١٧ فى قطع الكتلة العضلية المحززية القطنية
 ١١٧ فى قطع صفاق راحة اليد
 ١١٧ فى العمليات التى تفعل فى الجمد والنسيج الخلقى
 ١١٨ فى معالجة شوهات الندب
 ١١٨ فى معالجة الاظفار المنغرسه فى اللحم
 ١١٩ فى الترقيع
 ١٢٠ فى ترقيع الانف
 ١٢٢ فى ترقيع الاجفان
 ١٢٢ فى ترقيع الشفة السفلى اى تعويضها
 ١٢٤ فى فتح المخراجات
 ١٢٧ فى فتح المخراجات الباردة
 ١٢٨ فى شق الجرة
 ١٢٨ فى العمليات التى تعالج بها الاورام الانتصائية
 ١٣٠ فى معالجة الاكياس

صفحة	الموضوع
١٣٢	في العمليات التي تستدعيها الاورام الصلبة
١٣٢	في السماع الدهنية
١٣٢	في العقدة المتبسة
١٣٢	في الاورام السرطانية
١٣٢	في الاورام اللبغية
١٣٣	القسم الثاني من الاعمال الجراحية
١٣٣	في العمليات التي تفعل في العينين
١٣٣	في عمليات الجهاز الدمعي
١٣٣	في استئصال الغدة الدمعية
١٣٤	في معالجة الناصور الدمعي
١٤٤	حكومة في العمليات التي تفعل لمعالجة الناصور الدمعي
١٤٤	في العمليات التي تفعل في الاجفان
١٤٤	في انقلاب الاجفان الى الظاهر المسمى بالايكروبيون
١٤٦	في انقلاب الاجفان الى الباطن المعروف بالانثروبيون
١٤٨	في أورام المحاجب المتكيسة
١٤٨	في انشقاق الجفن
١٤٨	في استرخاء الجفن العلوي
١٤٨	في الاورام الجفنيه المتكيسة
١٤٩	في سرطان الاجفان
١٤٩	في عملية الشعرة
١٥٠	في العمليات التي تفعل في الاجزاء الكائنة بين مقلة العين و جدار الوقب
١٥٠	في ورم اللعينة الدمعية
١٥٠	في قرص المتحمة
١٥٠	في الظفرة
١٥٠	في استخراج الاجسام الغريبة من القرنية

- ١٥١ في عملية الحول
- ١٥٥ في العمليات التي تفعل في خزانات العين
- ١٥٥ في عملية الكتركا
- ١٥٨ في عملية الحدقة الصناعية
- ١٥٨ في بزل العين
- ١٥٩ في استئصال مقلة العين
- ١٥٩ في وضع الاعين الصناعية
- ١٦٠ في العمليات التي تفعل في الجهاز السمي
- ١٦٠ في عمليات ظاهر الاذن
- ١٦٠ في أورام شحمة الاذن
- ١٦٠ في ضيق وانسداد القناة السمعية
- ١٦١ في استخراج الاجسام الغريبة من القناة السمعية
- ١٦١ في بوليب الصماخ اى القناة السمعية
- ١٦٢ في العمليات التي تفعل في وسط الاذن
- ١٦٢ في خرق غشاء الطبلة
- ١٦٢ في ثقب الخلايا الحمية
- ١٦٣ في قسطرة بوق أوستاكيوس
- ١٦٥ في العمليات التي تفعل في الجهاز الفمي
- ١٦٥ في العلة والفمخ
- ١٦٨ في ضخامة الشفة
- ١٦٨ في عملية توسيع الفتحة الفمية
- ١٦٩ في سرطان الشفة
- ١٦٩ في أمراض الاعضاء الاعابية
- ١٦٩ في نواصير النكفة
- ١٦٩ في نواصير قناة استمون
- ١٧٢ في استئصال النكفة

- ١٧٣ في استئصال الاورام التي تحصل في القسم المنكفي
 ١٧٣ في العمليات التي تفعل في الغدة تحت الغلغ
 ١٧٤ في الداء الضفدعي
 ١٧٥ في العمليات التي تفعل في اللسان
 ١٧٥ في قطع قيد اللسان
 ١٧٥ في التصاق اللسان
 ١٧٦ في العملية التي تقتضيها اداء التفتحة
 ١٧٧ في قطع اللسان
 ١٧٩ في خياطة شق اللهاة
 ١٨١ في ترقيع اللهاة
 ١٨٢ في قطع اللوزتين
 ١٨٣ في العمليات التي تفعل في الجهاز الشبكي
 ١٨٣ في بواب المحفر الانفية
 ١٨٦ في سد المنخرين
 ١٨٧ في ثقب الكهف الفكي
 ١٨٨ في العمليات التي تفعل في العنق
 ١٨٨ في العمليات التي تفعل في المسالك الهوائية
 ١٨٨ في عملية فتح الحلقوم اى القصبة الهوائية
 ١٩٠ في القطع المنجبرى الدرقي
 ١٩١ في القطع المنجبرى القصبي
 ١٩١ في القطع المنجبرى الدرقي اللامي
 ١٩٢ في قسطرة المنجبرة
 ١٩٣ في جروح القصبة وخواصيرها
 ١٩٣ في ترقيع القصبة
 ١٩٤ في العمليات التي تفعل في القناة الهضمية
 ١٩٤ في قسطرة المرئ

	صفحة
في تضاييق المريء	١٩٥
في انخراج الاجسام الغريبة من المريء	١٩٥
في فتح المريء	١٩٦
في عملية الغوطراى ورم الحلقوم	١٩٨
في العمليات التي تفعل في الصدر	٢٠٢
في استئصال الثدي	٢٠٢
في جروح الصدر الجائرة	٢٠٤
في عملية بط الصدر	٢٠٤
في عملية استقصاء التيمور	٢٠٥
في العمليات التي تفعل في البطن	٢٠٦
في العمليات التي يستدعيها الاستسقاء الزقي	٢٠٦
في خراجات الكبد	٢٠٨
في أكياس الكبد	٢٠٩
في الخراجات حول الكليتين	٢٠٩
في أكياس المبيضين	٢٠٩
في جروح البطن الجائرة	٢١٤
في جروح الامعاء	٢١٥
في الفتوق	٢١٦
في الفتق الاربي	٢١٧
في عملية التفريغ عن الفتق المختنق	٢١٩
في شفاء الفتق الاربي بالكلمة	٢٢١
في الفتق الفخذي	٢٢٤
في رد الفتق الوركي	٢٢٥
في عملية التفريغ عن الفتق الوركي المختنق	٢٢٥
في الفتق السرى	٢٢٦
في معالجة الاست غير الطبيعي	٢٢٦

في العمليات التي تفعل في المستقيم	٢٢٨
في عملية ثقب الاست المنسد خلقة	٢٣٧
في العمليات التي تفعل في أعضاء التناسل والبول من الرجال	٢٣٨
في العمليات التي تفعل في القضيب	٢٣٨
في العمليات التي تفعل في الصفن وفي الاثنين	٢٤٤
في عملية داء الغيل الصفتي	٢٤٨
في العمليات التي تفعل في مجرى البول والمثانة	٢٥٥
في الاجسام التي تقف في مجرى البول	٢٥٩
في عملية بط المثانة	٢٦٠
في اخراج الحصى من المثانة بالشق	٢٦١
حكمة في طرق اخراج الحصى من المثانة وكيفية انجازها	٢٧٦
في عملية تفتت الحصى	٢٧٨
في العمليات التي تفعل في الجهاز التناسلي من الاناث	٢٨١
في قسرة الاناث	٢٨١
في شق المثانة من الاناث	٢٨٢
في العمليات التي تفعل في الفرج والمهبل والرحم	٢٨٢
في الناصور المستقيمي المهبلي	٢٨٥
في النواصير المثانية المهبلية	٢٨٥
في سرطان عنق الرحم	٢٨٩
في استئصال الرحم	٢٩١
في عمليات الولادة	٢٩١
في التحويل	٢٩١
في شروط عملية التحويل	٢٩٩
في التوليد بالجفت	٣٠٠
في وضع الجفت على حسب الجيئات بالقمة	٣٠٠
في التوليد الصناعي قبل تمام التخليق	٣٠٣

صفحة

٣٠٤ في شق ارتفاق العانة

٣٠٥ في العملية القيصرية

٣٠٧ في تقطيع الجنين

* (تم الغهرست) *

الراحة في اعمال الجراحه

تأليف السيد أحمد حمدي بك جراح باشي

استتالية مصر وخوجه بمدرسة

الطب نجبل المرحوم السيد

محمد علي بك الحكيم

رئيس الاستتالية

والمدرسة

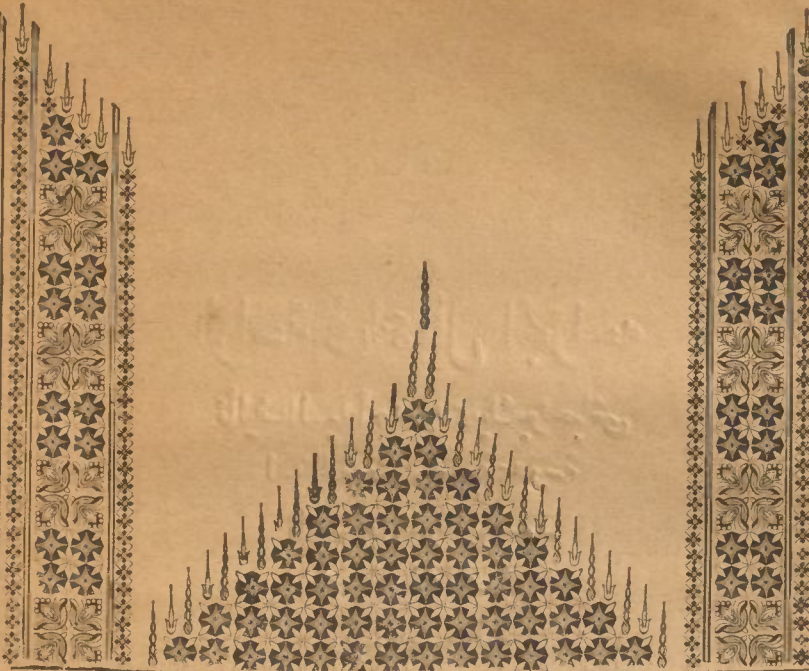
الطبية

مبايقا

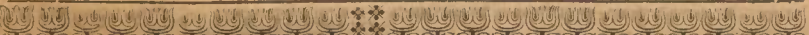
* (طبعة أولى) *

* (لا يجوز لاحد طبوع هذا الكتاب ولا تقليد رسوماته بدون اذن مؤلفه) *

* (طبع بمطبعة الوطن بمصر سنة ١٢٩٧) *



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



حمدك يا حكيم صحة لابدا نساود واه * وشكرك يا منعم يبرئ من كل علة وداه *
والصلاة والسلام على سيدنا محمد جابر عظام الامور الصواب * وعلى آله
وأصحابه القاطعين ببواتر ايمانهم من أعضاء الاتحاد الاعصاب * (أما بعد)
فيقول المفتقر الى الطاف المعيد المبدى * راجي فيض انعامه أجد جدى * انه
من المبين بغير بيان * الثابت بدون برهان * ان أشرف العلوم وأرقاها *
وأجلها وأسناها * ما عزم موضوعه * وشرف مطبوعه * وفضات نتيجته *
وحسنت غايته * لاسيما ما تعلق منها بصحة الانسان * وشفاء الابدان * لسان
الكائنات العنصرية * عرضة على الدوام لمصادمة الطوارئ الكونية *
والحركة الحيوية * فن ثم احتاج المرء الى ما يحسم كلومه ويؤاسيها * ويعالج
جروحها ويذاويها * ألا وهو فن الطب الذي تتوعت أساليبه العديده *
واختلفت موضوعاته القديمة والجديده * فانه نافع لتدابير المنافع العمومية *

جامع لسائر تحاضير نظام الجمعية * مهتم به في سائر الاقطار * وكافة المدن
والامصار * وقد بلغت منه بحمد الله أبناء العرب * غاية المرام وكمال الارب *
فانهم فرعو امنه غصوناً ثمرة * وتوعوا منه أفناناً مزهره * وما زالوا في هذا الوقت
لهم في فنونه استكشافات عديدة * واستحسانات مفيدة * كما هو مشاهد
بالعيان لدى كل انسان * فقد ارتقت العلوم الطبيه * من حضيض التخمين *
الى أوج التحقيق واليقين * فان هذا العصر اختص بمزيد المعارف * واتسعت
دائرتها من كل ماهر وعارف * فقصدت بس أهلها من الصنائع والغنون
مالا يحصى * وليس له أمد وغاية تسمى * وهذا أدل دليل وأجل برهان *
على أنه قد عاد لها الزمان * وكل هذا مهمة الخديوي الاعظم * والداوري المنفخ
من سمات نجايه فكان بكل محمودة وثناء حقيق * عزيز مصر محمد باشا توفيق
أعلى الله كلمته * ووخلد دولته * وأدام أيامه * ورفع في الخافقين أعلامه * قرير
العين بانجاله * بجاه النبي وآله *

ولما كنت ممن قرع الطب مشترك حسه * واستضاء خاطره * بانوار شمس *
حدوت في ذلك حذو والدي المرحوم السيد محمد علي بك الحكيم طيب الله
نراه * وجعل الجنة مأواه * رئيس الاسبتياميه والمدرسة الطبيه السالف * الذي
طالم ساحل دروس الحكمة بجواهر المعارف * وربى الجهم الغفير من نجباء
التلامذه * وأطلعهم على دقائق العمليات بالهمة النافذه * حتى صاروا بحسن
تربيته أساتذته * وأقر لهم بالفضيلة من أبناء أوروبا وغيرهم الجهابذه * ولم تزل
تأليفه العديدة تثني عليه بغير لسان * وتثبت له في جبهة الدهر ذكر احسناني
سائر الأزمان * فلما رأيت أن كتابه الذي ألفه في الاعمال الجراحية قد نفذ *
وان وطني لفي حاجة الى نظيره ولا بد * عنيت بتأليف كتاب في هذا الموضوع
لم أسبق بمثاله * ولم ينسج ناسج على منواله * فاني حللت صفحاته برسم الاشكال *
لينبوع مطالعيه خفاء الالتماس والاشكال * أخذت جله من أعظم المؤلفات
الحديثة الأوروبية * حسب معلوماتي باللتين الانكليزية والفرنساوية *
وأضفت الى ذلك ما شاهدته وأبصرته بنفسي من الاعمال الجراحية * حين
كنت أمارس هذه الصناعة في البلاد الأوروبية * والتمت فيه من الطرق
الاشهر المستعمل * وتركت المستحسن المبتذل * ولما لاح بدر تمامه * وعقب

مسك ختامه * وانك شفت معانيه لمعانيه * وضاعت مواده في أفلاك
الجراحة كالموس * وارتاحت اليه النفوس * سميت بالراحة في أعمال
الجراحة * وأسألك اللهم أن يكون كتابي هذا مشكاة لمقتنيه * ونبراسا لمطالعيه *
واهدينا الى ما فيه منفعة لعموم الوطن * انك كريم وهاب المن * وأفوض
أمرى الى الله وما توفيقى الا بالله *

ولما تم طبع هذا الكتاب المستطاب وأشرفت شمس فوائده في أفلاك
سماوات الالباب * أرخه بعضهم بقوله

هن العليل بان الراحة انطبعت * وكل سقم بها آياته ذهبت
والحكمة انشرفت من كشف غامضها * فتوجهت بتاج الفخر حيث بدت
لله في جيدها نظم يؤلفها * على سماها الجوزاء قد طلعت
كأنها روضة والزهر رمتهم * تاتي القرائد في أعلامها نهجت
قد صاغها الله والتوفيق البها * من نور اقباله ثوباه اتهجت
نعم الخديوى الذى قالت مطالعه * للعين قرى فان العيشة اختصبت
أيام اسعاده مدت موآندها * كأنها بلغت منه المنى فدعت
كل القلوب لما أضحى مؤرخة * دنا هناء بها والراحة انطبعت

٥٢٢ ٦٤٦ ٨ ٥٦ ٥٥

سنة ١٢٩٧

* (كلام عمومي على العمليات الجراحية الكبرى) *

أعلم ان العمليات الجراحية عبارة عن ما يفعله الجراح من الوسائط اليدوية أو الميخانيكية لاجل ازالة تشوه خلقي أو عارضى أو لاجل معالجة آفات وامراض لا تعالج بغيرها من المعالجات البنائية أو الموضعية لعدم نفعهما فيها أو لبطء نتيجتهما جدا

وقد عرف امام الجراحين (بويمه) العمليات الجراحية بأنها الاعمال القانونية التي يفعلها الجراح في الجسم الحيواني بيده فقط أو مع الاستعانة ببعض الآلات اللائقة طلبا للشفاء بعض الامراض أو لتطيقفه أو لتداركه أو لازالة تشوه من هذا الجسم

* (في تقسيم العمليات) *

تنقسم هذه العمليات الى عدة أقسام فمنها العمليات البسيطة وهي التي تفعل في آن واحد كالشق والضم والاستخراج والبط ونحوها

ومنها العمليات المركبة وهي المشتملة على جملة عمليات بسيطة وذلك كعملية الحصة فانها تشتمل على كل من ادخال القساطير والشق وتوسيع الجرح واستخراج الحصة

ومنها العمليات المرتبة وهي التي ازمناها تتتابع دائما بانتظام وترتيب كعملية البتر وربط الشرايين وثقب الجمجمة ونحو ذلك

ومنها العمليات غير المتوقعة فعملها وهي التي لا يعلم فيها الجراح ابتداء ما يجب أن يفعل وذلك مثل عملية الفتق المحتنق واستئصال بعض الاورام فان عملية الفتق المحتنق لا يعلم فيها الجراح ابتداء كون الامعاء سليمة أو ممتلئة مغزرة ولا كونها محاطة بكيس فتقى أو غير محاطة به

ومنها العمليات الاضطرارية وهي التي يقصد بها انقاذ المريض من آفة تضر بالصحة كالورم الابيض المتقيح فانه مضر بالحياة فيضطر معه الي عمليّة البتر أو استئصال العظم الداخلى في تركيب المفصل وكالبلولبيوس الحلقى فانه يضطر الى ازالته فورا خشية اختناق المريض

ومنها العمليات الاختيارية وهي التي لا يضر عدم فعلها بحياة المريض وإنما يقصد بها ازالة تشوه وذلك مثل بتر الاصبع الزائدة والطرف المصاب بالانكيلوز وكثيرا ما تفعل هذه العمليات فقد فعل الشهر (فلبو) عملية بتر الفخذين من شخص لوجود الانكيلوز فيهما بحيث كانتا منتبختين الى الخلف ومانعتين له من الحركة وحصل على يده الشفاء

* (في الاحوال التي تستدعي العمليات) *

الاحوال التي تستدعي العمليات الجراحية هي
(أولا) ازالة بعض التشوهات الخلقية مثل العالمة وحنف القدم والاصبع الزائدة

(ثانيا) معالجة التشوهات العارضية مثل النواصير وتعويض ما يفقد من الاجزاء وتعديل الاطراف المعوجة عن لين العظام
(ثالثا) استخراج الاجسام الغريبة من الجسم كالرصاص والحصى المائية ونحوهما

(رابعا) اصلاح ما افسده بعض الآفات

(خامسا) ازالة بعض الاجزاء التي حصل فيها فساد عظيم بعارض من العوارض فقدت قواها الحيوية والتي في بقائها متصلة بالجسم خطر عظيم على الصحة العامة بسبب ما بها من المرض كهرس الاطراف وغنغرينة الاصابع
(سادسا) ازالة بعض انسجة مريضة تعطل فعلها الحيوي كما في السكر كما فانها تستدعي عملية الاستخراج أو تحويل البلورية عن محلها الطبيعي

(سابعا) ازالة ما يتولد في الانسجة من الاورام حميدة كانت أو خبيثة
(ثامنا) اسعاف المريض وانقاذه من الهلاك المحقق اذ لم تفعل الوسائط اللازمة لنجاته كإيقاف النزفة بربط الشرايين وفتح المسالك الهوائية في الامراض الخنجرية الخانقة والقسطرة وبط المثانة في احتباس البول وازالة الاختناق في الغتق المحتنق واشباه ذلك

* (في محل العملية) *

محل العملية ينقسم الى اختياري والى اضطراري فيقال بتر الساق من محل

الاختبارى وهو أسفل حديدية القصبة بأربع أصابع وبالجملة يجب في عمليات البتر ابعادها عن الجذع ما يمكن وفي فتح الاورام المحتوية على سائل أن تكون الفتحة في الجزء الاكثر اخدارا لاجل سهولة خروج المواد منها

وزمن العملية ينقسم أيضا الى اختياري والى اضطرارى فالاضطرارى هو الذى يجب أن تفعل العملية فيه فورا انقذا للشخص من الهلاك كن حصل له اختناق من الشجيا أى اعتراض جسم غريب فى حلقه وكالتزيف الذى يخشى عليه الهلاك من غزارة النزف

والاختياري هو الذى يمكن الجراح أن يؤخر العملية اليه بلا ضرر للمريض وهذا التأخير أما لصغر المريض أو لعدم اعتدال الزمن أو لاجل الانتقال عن الاقليم فان الاقليم المعتدل يلتحم فيه الجرح أسرع من التحامه فى الاقليم البارد وأيضا من الاقاليم ما يتسلطن فيه بعض الامراض كالطاعون والاسكربوط والحبيبات المتقطعة التى تتسلطن فى البلاد الرطبة الاجامية فهذه الاقاليم يحذر من فعل العمليات فيها

واختلاف الفصول له تأثير فى نتائج العمليات الجراحية أيضا فالربيع فى الاوربا أجود لهما من غيره والاجود لهما فى مصر الخريف وأواخر الشتاء

* (فى صفات الجراح) *

اعلم انه يجب على الجراح أن يكون حسن الصنعة حاذقا قاطنا سريعا اليد خفيفها فى العمل ما هرا فيه وان يتمسك فى العمليات بالقوانين الجراحية وان يكون ذا دراية تامة بتشخيص الامراض الجراحية وبمعرفة حدودها وان يكون عالما علماتاما بفن الامراض الباطنة اذ قد يكون المرض الجراحى مسببا عن مرض باطنى كما انه قد يطرأ على المريض ذلك بعد العملية ويجب عليه بعد كل عملية جراحية أن يتعهد المريض وان يختار له ما يوافقه من الاغذية والادوية مسارعة الى شفائه وان يجتنب ما يضعفه وما يؤخر شفاهه أو يعوقه

ونتايج العمليات تختلف جدا باختلاف الجراحين وان كانوا جميعا مهرة حذقا وكانت هذه العمليات جارية على حسب القوانين الجراحية ومنشأ ذلك

ان منهم من يعتنى برضه اعتناء تاما قبل العملية وبعدها ويتعهد بنفسه
ومنهم من لا يعتنى به هذا الاعتناء أو يكفه بعد العملية الى جراح اقل منه
درابة واعتناء

* (في شروط نجاح العمليات) *

الشروط التي تعين على نجاح العمليات الجراحية ثلاثة
(أحدها) صحة المريض وقت العملية
(ثانيها) الاحوال الصحية التي يكون فيها المريض بعد اجراء العملية
(ثالثها) العوارض التي تطرأ اثناء العملية

* (في صحة المريض اثناء العملية) *

نجاح العمليات الجراحية اكثر ارتباطا بصحة الشخص العامة وقت العملية
لا بعدم جسامه العملية ولا بمهارة الجراح اذ لا يندر هلاك المريض بعد عملية
صغيرة جدا لتضاعفها بمرض آخر او لضعف بنيتة وقت العملية كما يشاهد ذلك
بعد استئصال بعض الاورام الصغيرة المتكيسة وبعد عملية الفتق أو المحصاة
أو ربط شريان مع اجراء العملية بغاية الاتقان فلموت في هذه الاحوال
ينسب الى حالة مرضية في الدم أو في نفس العضو الذي فعلت العملية فيه
وكذا لا يندر حصول الشفاء بعد عملية جسيمة ولو من جراح قليل المهارة وينسب
ذلك الى جودة صحة المريض العامة وقت العملية

ثم ان الاشخاص المشوشة افكارهم المزعين اقل تحملا للعمليات الجراحية
من الذين قلوبهم قوية وعقولهم ثابتة والعصبيات من النساء واللاتي يعرض
لهن اعتقال الرحم واللاتي دورة الدم فيهن ضعيفة لا يتحملن العمليات
الجراحية الجسيمة أيضا

والسمان جدا من الناس تكون العمليات الجراحية فيهم غير جيدة اذ العادة
ان الدورة تكون فيهم بطيئة وبسبب ذلك لا تتحمل جراحهم الا بطء وتكون
مستعدة للغنغرينة

ويجب على الجراح ان يبحث قبل كل عملية جراحية عن حالة الاعضاء الرئيسية
كالقلب فانه يمكن ان يكون في حالة استحالة شحمية ويعرف ذلك بضعف

فعله وعدم انتظام ضرباته وببطء الدورة وضيق النفس وبالقوس الشينونخى
ومع ذلك قد يضطر الجراح الى فعل العملية طلقا نقادا للمريض من الهلاك
فان امراض الزرثة الدرنية الشديدة قل ان تتجح معها العمليات الجراحية لكن
قد يضطر الى فعل عملية جراحية وان كان المريض مسلوفا
والامراض الاكثر منع النجاح العمليات الجراحية من غيرا هي بلاشك
امراض الكلى المحبوبة بالبول الزلالي وبالبول السكرى وخصوصا
اذا كانت العملية في اعضاء التناسل لان الالتهاب الموضعي الذي يحصل
عقب العملية يمكن ان يستحيل الى التهاب منتشر ويأخذ شكلا غمغريا
ويجب على الجراح تأخير العمليات الجراحية الاختيارية متى كان الجو فاسدا
ويعرف ذلك بكثرة المصابين بدهاء واحد في أى فصل من السنة وكذا مع
وجود وباء جري أو امتصاص صديدي وبآتي

* (في الشروط الصحية بعد العملية) *

هذه الشروط مهمة جدا وهي تتعلق بغذاء المريض ووضعه في مكان خلى
عن تراكم المرضى الذين تنتشر منهم عفونة تضر بالجرح بان تحتلط بالهواء فتفسده
وتجعلها غير موافق للحكة
فاما غذاء المريض بعد العملية فيكون على حسب قوته وعوائده وسنه
واهمية العملية
فان كانت صحته تامة وبنيته سليمة والعملية يسيرة كبترا اصبع مثلا
أواستئصال ورم صغير فللجراح ان يسمح لمريضه بنصف غذائه المعتاد
بعض ايام وانما يمنع من تناول الاشياء الحارة
وان كانت متوسطة لا يسمح له بالطعمة الصلبة بل يعطى له الامراق
والسوائل المغذية مدة قليلة من الايام ثم متى زالت الاعراض الالتهابية
ووجد فيه لياقة للاغذية الصلبة السريعة الانضمام سمح له بها
وان كانت جسيمة جدا وكانت صحة المريض جيدة امره بالامراق النشوية
والمزورات المركزة البسيطة الى ان يحصل التقج فينثذ بأمر له مع ذلك
ببعض الاغذية الصلبة كالاسماك واللحوم الخفيفة ثم يحل له ما كان يتناوله

اولا من الاطعمة المعتادة له

فان كان المريض ضعيفا منهوك الجسم من غزارة القيح أو بسبب مرض متقدم على العملية أو هرا مضعيف البنية أو كان متعودا على شئ من المشروبات المنبهة فيلزم الجراح ان لا يتمسك بالتقواعد العامة بل يأمره بالادوية والاعذية المنبهة عقب العملية

وبالجملة يجب على الجراح ان يستدل على ما يوافق مريضه من حالة نبضه ومن عوائده السابقة ومن قوة دورة الدم وتنبغي ملاحظة اعطاء الادوية والاعذية المنبهة فان ذلك من اهم الامور لاسيما بالنسبة لمن هو متعود على تناول المنبهات

وان كان في موضع المريض جرحي تنتشر منهم ابخرة مرضية تضر بسير العملية كالمصابين بامتصاص الصديد أو بالحجرة أو التهاب الاوردة أو العفونة المارستانية وجب على الجراح ان ينحيه عنهم ويجعله في مكان حال منهم لئلا يسرى اليه شئ من امراضهم ويلزم منع خدمتهم الممرضين لهم ان يدنو من مريض من فعلت له عملية جراحية ان تبسر ذلك ويلزم ان لا تستعمل له ادوات اسواتهم فان نجاح العمليات الجراحية مشروط بجميع ما ذكرناه

ويلزم في الاماكن المعدة للجرحي ان تكون متسعة متجددة الهواء دائما ليلا ونهارا اما بواسطة الشبايك أو بواسطة الآلات الميخانيكية المعدة لتجديد الهواء ويلزم ان يكون فراش كل منهم بعيدا عن فراش الآخر وان يمنع تراكم المرضى في العنابر فان ذلك من جملة الاسباب المفسدة للهواء بواسطة كل من التنفس ومن التصاعدات الحيوانية العفنة من الجروح المتقيحة

* (في عوارض العمليات) *

هذه العوارض هي نفاذ الروح العصبي والنفز والغنغرينية والقيتنوس والالتهابات الحادة الباطنة وامتصاص الصديد والالتهاب المنتشر والحجرة الالتهابية ودخول الهواء في الاوردة

* (في نفاذ الروح العصبي) *

لهذا العارض جملة اسباب وذلك انه يتسبب عن ثقل العمالية كبت طرفين

في آن واحد وعن جرح المراكز العصبية كما في استئصال الاورام العظيمة الحجم التي تكون في الوجه متصلة بقاعدة الجمجمة وعن شدة الفزع الا انه قل جدا من حين عرفت الجواهر المرقدة أى الزيلة للحساسية

* (في النزف الجرحي) *

النزف الجرحي الذي يمكن ان يهلك المريض هو الذي يحدث عنه انغماء شديد ومن المعلوم ان المرضى الذين يغزرونهم نزف الدم يكونون شفاؤهم بطيئا ومحبوبا في الغالب بامراض تعرض لهم فلا يندر حينئذ موتهم بعد جمعتين أو ثلاث والنزف الذي يحصل بعد مضي بعض ساعات أو بعد مضي يوم أو يومين من العملية يتسبب عن عدم ربط الاوعية الدموية ربطا جيدا أو عن كون بعض هذه الاوعية انما امتنع نزفه وقت العملية لمحصل التأثير العصبي ثم لما حصل رد الفعل العام في الجسم عرض له النزف ويجب وقت العملية الاحتراس من النزف فان العملية نفسها مضعفة للمريض وكل نزف دم غزير يزيد في ذلك وبصير المريض عرضة للامتصاص الصديدي وللالتهاب المنتشر

* (في الالتهابات الحادة) *

فعل العمليات الجراحية مع وجود التهاب حاد خطر جدا وذلك كالالتهابات الحادة لكل من المفاصل والاوردة وكالحجرة فلا تفعل عملية جراحية مع شئ منها الا عند الاضطرار لحفظ حياة المريض واتخاذها من الهلاك وخطر العمليات التي تفعل مع وجود التهاب حاد هو امتصاص الصديد فان الدم يحمل بمواد قيحية عفنة ناشئة عن الالتهاب الذي يعقب العملية

* (في الغنغرينة) *

ليست الغنغرينة من الاسباب العادية لموت المريض عقب عملية جراحية وتحصل احيانا عقب عملية البتر في القطعة وعقب عملية القمع المحقق بسبب انضغاط الامعاء

* (في التيمنوس) *

من النادر في البلاد الباردة الموت عن التيمنوس واما البلاد الحارة فيعقبه

فيها الموت غالباً متى كان عاماً لجميع الجسم وربما كان حصوله عقب الجروح الصغيرة أكثر منه عقب الجروح الكبيرة

* (في التهابات الحادة الباطنة) *

يمكن ان تحدث هذه الالتهابات موت المريض بعد العملية بيومين وقد تكون هي السبب في فعل العملية ومع ذلك لا تزول كما في عملية فتح القصبة للاطفال المصابين بالحنثاق الغشائي فانها تفعل لاجل نفوذ الهواء وسهولة زوال ما يكون موجوداً من الالتهاب ومع هذا قد يمتد ولا يزول فيكون سبباً في هلاك المريض وقد يحصل الالتهاب الباطن عقب العملية وذلك كالتهاب البريتون عقب عملية الفتق المحتق والتهاب العنكبوتية عقب عملية التريزة أي ثقب الجمجمة

* (في امتصاص الصديد) *

أعظم أسباب موت المرضى عقب العمليات الجراحية هو امتصاص الصديد لاسيما في المدن الكبيرة وسببه عدم وجود الشروط الصحية قبل العملية وبعدها والغالب ان تصحبه أمراض اخرى خطيرة أيضا وهي الحجرة والتهاب الاوردة والاعوية الشعرية

* (في دخول الهواء في الاوردة وقت العملية) *

دخول الهواء في الاوردة وقت العملية نادر الا انه تحصل عنه عوارض ثقيلة يجب أن يعرفها الجراح ليحذرها وأول من شاهد دخول الهواء في الاوردة الجراح (بوشين) الفرنسي سنة ١٨١٨ مسيحية في اثناء استئصال ورم عظيم الحجم كان شاغلاً لـ اكتشاف الايمن فدخل الهواء في الوريد الوداجي الانسي اثناء العمل ومات المريض بعد ربع ساعة من العملية

وقد فعلت تجارب عديدة في الحيوانات بقصد مشاهدة نتيجة هذا العارض فاتفق بها ان دخول الهواء فجأة في الاوردة قاتل للحيوان وان الموت في هذه الحالة يتعلق بكميته وبكيفية دخوله كما ثبت ذلك بتجارب كل من (مرجاني) و (زلوا) و (بيشات) و (نستين) حتى ادعى (بيشات) ان دخول

فقاعة واحدة من الهواء في الوريد يتسبب عنه موت الحيوان لكن الذي
تحقق ان هذه الدعوى غير مطردة كما تشهد له تجارب الجراح (ايريكسنس)
الانجليزى فانه حقن في الوداج من كلاب متعددة مقدارا ثلاثة قراريط
مكعبة من الهواء ولم يتسبب عن ذلك هلاك شئ منها فلم يحصل لها الا مجرد
التأذى وقد اوضح هذا الجراح ان الموت في هذه الحالة مشروط بفورية
دخول الهواء حتى حقن مقدار منه ولو قليلا دفعة فانه يحصل عنه الموت بخلاف
ما اذا كان الحقن ببطء ولومع كون مقدار الهواء كثيرا لان الدم في هذه الحالة
يذيب الهواء ويخرجه

ثم ان دخول الهواء في الاوردة يحبه ازير ينبه الجراح على هذا العارض
ويختلف هذا الازير باختلاف سعة الوريد ومجسه ويمتدح الهواء بالدم
فتكون عن ذلك فقاعات صغيرة تشاهد على فوهة الجرح ويعقب كل
حركة شهيقية دخول كمية اخرى من الهواء يستدل عليها بالازير المتقدم ومتى
استمر دخول الهواء في الاوردة ضعفت الدورة شيئا فشيئا مع بقاء القلب على
فعاله الطبيعي بل يزيد ثم يسقط الحيوان على جنبه مصوتا ويحصل له تشنج
وتندفع منه المواد الثقلية والبولية بلا ارادة ثم يموت فان فتح تجويف صدره
حالا شوهد ان فعل القلب مازال باقيا بانتظام وقوة وان التجايف الرئوية
وان كانت مملئة لم يزد تمددها عن الحالة الطبيعية

ومنشاء الهلاك في هذه الحالة ان يتكون عن اختلاط الهواء بالدم كتلة فقاعية
يتعذر خروجها من الاوعية الرئوية فيتسبب عن ذلك عدم ورود المقدار
الكافي من الدم الى الدماغ والى المراكز العصبية فيحصل الانعاش والاختلاط
للحيوان

ويتبع دخول الهواء في الاوردة وقت العمليات الجراحية اعراض بعضها
موضعي وبعضها عام
فالوضعي هو كل من الازير ومن الفقاعات الهوائية التي توجد حول الجرح
الوريدي

وأما العام فهو الضعف الشديد عقب دخول الهواء في الوريد وضيق الصدر
وصراخ المصاب وقوله اني مقبل على الموت وضعف النبض جدا بحيث يكاد

لا يحس وكون فعل القلب سريعاً مع الضعف ثم الموت أما حياة أو بعد زمن يسير ثم ان دخول الهواء في الاوعية الرئوية وان نجامة المريض يكون سبباً مهيئاً لانتهاج رئوى أو شعبي شديد يهلك منه المريض كما حصل ذلك على يد كل من الجراحين (رو) و (ملجين) ودخول الهواء في الاوردة يحصل دائماً عقب كل حركة شهيق بخلاف حركات الزفير فان الاولى يحصل بها في تجويف الصدر وخصوصاً في التامور فراغ فيندفع اليه الهواء من الخارج وقد سمي القسمان اللذان يحصل فيهما هذا العارض بسببه بالقسمين الخطرين وهما قاعدة العنق والابط

ثم ان معالجة دخول الهواء في الاوردة تنقسم الى تحفظية والى شفائية (في المعالجة التحفظية) هذه المعالجة هي ضغط صدر المريض ضغطاً جيداً يقلل حركات التنفس فقد شاهد الجراح (ايريكسن) في كلب امتناع دخول الهواء في الوريد عند ضغط صدره ضغطاً شديداً ودخوله في الوريد حياة عند عدم هذا الضغط فلذا كان من الواجب على الجراح اذا اراد فعل عملية حول العنق أو في قبة الصدر ان يضغط الصدر ضغطاً شديداً حتى يقل تنفس المريض جداً ويديم ذلك الضغط حتى تنتهي العملية وتوضع ادوات الاساوة اللازمة

(في المعالجة الشفائية) استعمل الجراحون طرقاً عديدة في معالجة دخول الهواء في الاوردة الا انهم لم يكثر نجاحها لثقل هذا العارض والذي يظهر ان شفاء المريض في بعض الاحيان منشاؤه عدم دخول المقدار اللازم من الهواء لانه لا استعمال هذه الوسائط العلاجية لكن مع ذلك ينبغي ان تذكر هذه الطرق فنقول هي مص الهواء من اذية القلب اليمنى وضغط الصدر فقد اوصى كل من الجراحين الفرنسيين (اموسا) و (بلاندين) بان يدخل في الوريد المصاب وانبوبة حقنة أو قساطير اناني أو انبوبة مرنة ان كانت سعة فمخه كافية لذلك والافتمت في الوداجي الايمن فتحة تدخل منها ما ذكر ثم يمس الجراح الى ان يفرغ القلب من الدم والهواء الممتزجين ويلزم مع هذا ضغط الصدر ليخرج الهواء من القلب

ولم يوص كل من (ماجندي) و (روشو) الا بالمص وقال (جردى) يكفي ضغط
 الصدر ضغطا شديدا و اوصى الجراح (وارين) بقصد الشريان الصدغي
 او الفتح القصي أو استعمال الادوية المنبهة على حسب حالة المريض
 واما المعالجة التي اوصى بها الجراح (ايريكسنس) فهي ان يجعل ورود الدم
 الى الدماغ كافيا في منع الانغماء وان تفعل الطرق اللازمة في استدامة فعل
 القلب الى ان تزول الانسدادات من الاوعية الشعرية الرئوية
 ولنبه هنا على ما في الطرق التي ذكرناها من الجودة وعدمها فنقول
 اما المص فهو طريقة جيدة جدا اذا امكن الجراح به اخراج ما في القلب من
 الدم وان يمنع بذلك انسداد الاوعية الرئوية الشعرية الا انه مع الصعوبة
 التي يكابدها في معرفة الوريد المصاب تحصل له صعوبة اخرى اعظم منها وهي
 ادخال الانبوبة في فتحة الوريد لاجل المص فانه يمكن عند تباعد شفتي الجرح
 بدخول طرف الانبوبة ان يدخل من الهواء مقدار آخر ويمكن ذلك ايضا مع
 المص بانغم واحد فيزداد الخطر على المريض
 واما ضغط الصدر فانه ينفع قبل اصابة الوريد ومتى دخل فيه الهواء فان
 الضغط ولو شديدا جدا لا يخرج من القلب بل قد يحصل عن هذا الضغط
 خطر لانه يزيد في ضعف الحركات التنفسية الذي قد يحصل في هذه الحالة
 فيمنع صلاح الدم الموجود في الرئتين بالهواء
 وفصد الشريان الصدغي طريقة رديئة جدا اذ به تنقص كمية الدم الذي
 في المجموع الشرياني

واما فتح الوريد الوداجي فقد ينفع في تفريغ القوم الايمن من القلب كما أوضح
 ذلك كل من الجراح (جون ريد) الانجليزي والجراح (كورماك)
 واما القطع القصي فلا فائدة فيه لان تعطل التنفس ليس ناشئا من القصة
 بل من تعطل فعل القلب

واذ قد اوضحنا ان هذه الوسائط غير جيدة فيذبني لساننا نذكر الاشياء التي
 يجب على الجراح فعلها في معالجة هذا العارض فنقول اول ما يجب عليه
 الاحتراس من دخول كمية اخرى من الهواء في الوريد المصاب بأن يضغطه
 باصبعه أو يربطه ان امكن وبالمجملة يلزم دائما التحفظ من دخول مقدار

زائد من الهواء في باطن الوريد فقد شوهد ان ذلك هو السبب في الموت وبعد ذلك يجب على الجراح ان يفعل الطرق اللازمة في ورود دم كاف الى كل من الدماغ ومن المراكز العصبية لئلا يبطل فعلهما ووجود الطرق في ذلك هو ضغط ~~كل~~ من الاورطا ومن الشرايين الابضية لتتحول كمية الدم المعدة للدورة الى الدماغ فقد أوضح الطبيب (مرسيه) ان الموت عقب دخول الهواء في الاوردة مسبب كالانغماء الشديد عن عدم ورود مقدار كاف من الدم الشرياني الى كل من الدماغ والمراكز العصبية

فان لم يكن ضغط الاورطا البطني وجب على الجراح ضغط الشريانين الفخذيين حالة كون المريض راقدًا منخفض الرأس ليسهل توارد الدم من الاسفل الى الاعلى

ثم يجب فعل التنفس الصناعي بالمنفاح المعد لذلك أو بالغم يستديم فعل القلب في زول انسداد الاوعية الشعرية الرئوية وقبل فعل التنفس الصناعي يجب ازالة جميع ما يضغط صدر المريض من الملابس وغيرها لئلا يعوق حركات التنفس عن تمامها ومن الموصى به في هذه الحالة أيضا ذلك القسم القلبي بالايدي وانشاق روح النوشادر للمريض مدة فعل التنفس الصناعي

وبالاختصار يجب على الجراح متى اضطر الى فعل عملية جراحية في الابط أو في الكتف أو في العنق ان يبحث بالدقة في الانسجة ليحتمل اجتنابا كلياً الاوردة العظيمة الحجم ومتى علم انه لا بد من اصابتها حال العملية فصلها من الانسجة المحيطة بها وشدها قبل العملية بين القلب والحل المريض برباط

* (في تهية المريض للعملية) *

متى تحقق الجراح لزوم عملية وجب عليه ان يخبر المريض بذلك وان يوضح له الاسباب الحاملة على فعلها وان يشجعه ويدبره بالشفاء وان يذكر له أويريه ان تيسر من فعل له مثل هذه العملية فحصل له الشفاء ويخبر قراباته أيضا بلزوم العملية ليرضى جميعهم بفعلها فالوفرض ان المريض امتنع من العملية فعلى الجراح حينئذ ان يرجح بين فعل العملية وعدم فعلها فان كان المقصود منها مجرد ازالة تشوه لا يضر بقاؤه بالحياة فلم يسع له فعلها

الابرضى المريض

واما ان كانت ضرورية بان علم أن في عدم فعلها هلاك المريض كما اذا كان هناك نزف غزير ناشئ عن اصابة شريان أو فتق محتمق لا يمكن رده بدون عملية جراحية فعليه ان يفعل العملية ولو فع عدم الرضا من المريض ان كان في المستشفى والافيلزمه اخبار اقارب المريض بتحت العملية لئلا يعود عليه لومهم ومن العمليات الجراحية ما يجب على كل طبيب ان يتقن معرفته غاية الاتقان وذلك مثل ربط الشرايين وفتح القصبه والقسطرة ونحو ذلك اذ قد تدعو الضرورة اليها في زمان أو ممكن لا يوجد فيه جراح فلولم يعرفها الطبيب هلك المريض

ومن هذه العمليات ما لا ينبغي المبادرة بفعله بل يبدأ قبله بتعديل بنية المريض فان كانت معتدلة قلل غذاؤه في اليوم الذي يعقبه يوم العملية وفسد فصداعا ما أو موضعا ان كان مزاجه دمويا

واما ان كانت بنية ضعيفة فتجب تقويتها قبل يوم العملية أيضا بالاغذية المقوية ويعطى للعصين مضادات التشنج أو المسكنات ولمن به امساك المسهلات المحيية فان كان الجراح متوقفا حصول احتقان مخي بعد العملية أمر للمريض بالابزن القذمية البسيطة أو المحتوية على ملح الطعام أو على الخردل أو على الرماد

فهذه هي التهيئة العامة التي يجب تقديمها على كل عملية جراحية غير لازم فعلها في الحال

واما التهيئة الموضعية فهى ان يتظف الجزء المريض تنظيفا جيدا بالغسل ويحلق ما يكون عليه من الشعر

ومتى تمياً الجراح للعملية وجب عليه النظر في لوازمها وهذه اللوازم هي ان ظاولة العملية تكون مثبتة تثبيتا جيدا ويكون ارتفاعها بقدر الاحتياج وعامها فراش جيد ووسائد كافية ويكون النور كافيا وان توجد هناك طسوت متعددة وماء حار وماء بارد ومتى ظن ان العملية يحصل معها نزف دم كثير لزمه ان يحتفظ على طست مملوء رمادا أو رملا أو نشارة خشب ليلقى فيه ذلك الدم ثم يتصفح الآلات التي احضرها المساعدون ليعلم انى كافية

جيدة للعمل مرتبة على حسب طلبها واحدة بعد الاخرى ام لا والا حسن ان تكون هذه الالات زائدة العدد عما يحتاج اليه اتقاء لتعطل اثناء العملية ثم تعطل بنحو مبدل لثلايفزع المريض من رؤيتها ويجب أن يكون مقدار المساعدين كافيا وان يكونوا عارفين بكيفية اجراء هذه العملية ليتأهب كل منهم لاداء وظيفته باتقان ومع السكوت التام وان لا يلتفت واحد منهم الى وظيفة الاخر ولا ينتقل من مكانه لينظر الى ما يفعله الجراح وان يكونوا ملتفتين الى أوامر الجراح عارفين لما يريد منهم وان كان بالاشارة بنظر أو غيره ويجب على الجراح أن لا ينسى وقت العملية انه مسؤول عن حياة المريض التي صارت في قبضته وأن آتاته كآمال الجراح (جراث) الانكليزي محاطة بالموت من كل جهة ليستحضر جميع معارفه ولا يلتفت الى شيء آخر بل يفعل ما يكون نافعا للمريض

* (في ازالة الحساسية وقت العمليات الجراحية) *

قد اشتغل من زمن قديم الجراحون وغيرهم بما يزيل الحساسية حالة العمليات وكانوا يستعملون في ذلك المخدرات لكن لما كان تأثيرها لا يستمر ويخشى منه الضرر ففوضوا استعمالها من أول هذا القرن ورأوا أن ازالة الحساسية بانساق الابخرة المسكرة أخف ضررا من المخدرات التي تصل الى الباطن وأول ما استعمل في ذلك من الابخرة المسكرة ابخرة أكسيد الازوت وأول من استعملها أطبا الامر يقاوم (هراس وياش) طبيب الاسنان عند قلعها لكن لما كان تأثيرها لا يستمر أيضا استبدلها بليده (مورتون) في قلع الاسنان سنة ١٨٤٦ مسيحية بابخرة الاثير ولما شاهد ما لابخرة الاثير في ذلك من الثمرة استعملها في بقية العمليات فكانت سببا للنجح العظيم وتبعه في ذلك سائر الجراحين الى أن استكشف الجراح (سمسون) الانكليزي في سنة ١٨٤٨ خواص (الكوروفورم) فهو أكثر مزيلات الحساسية استعمالا الا أن ثم انه لا ينبغي استعمال مزيلات الحساسية في أمراض القلب وخصوصا اذا كان فيها استئصال شحمية مخافة أن تعطل فعله فيكون ذلك سببا لهلاك المريض ولا ينبغي انشقاق ابخرة (الكوروفورم) للدمويين وللمستعدين للاحتقانات

الحية ولا لمن بهم أمراض كلوية
ولا ينبغي أيضا انشاقها للشيوخ المعتادين على المشروبات الروحية لانها تحدث
لهم مضار ولا في حالة الامتلاء

وقد يحصل الموت عقب استنشاق هذه الابخرة بواحدة من ثلاثة وهي السبات
والاسفكسيا أى تعطل التنفس والاعضاء

أما الموت بالكوما أى السبات فيشاهد فيه ان المريض يتنفس بصوت
ويزرق وجهه ويتشنج مع استمرار ضربات القلب الى آخر درجة والهلاك في
هذه الحالة مسبب عن جريان دم اسود في المراكز العصبية
والموت بهذا العارض يحصل لاصحاب الصرع ولمن يكون بوله مشبعاً بالاورية
أى البوليين

وأما الموت بالاسفكسيا فأكثر حصوله من عدم خلط المساعد (الكور وفورم)
بمقدار كاف من الهواء النقي لان ذلك مسبب للهلاك بواسطة الاختناق
واعراض الاسفكسيا هي احتقان الوجه وزرقته وانفتاح الوداجين وعسر
التنفس جدا وبطلان ضربات القلب

وأما الموت بالاعضاء فيميت فيه لون المريض بعد أن يشفق بعض شهقات
ثم يعنى عليه وتبصر ضربات نبضه غير منتظمة مدة يسيرة ثم تبطل والموت
في هذه الحالة مسبب عن تعطل القلب

ومتى شاهد الجراح من (الكور وفورم) العوارض الخطرة لزمه أن يبادر
(أولاً) بمنع استنشاقه

(ثانياً) بامسك اللسان أما باليد أو بمشبك أو جفت واخرجه من الفم ودفع
الحنجرة الى الاعلى لاجل ان ينفخ المزمار
(ثالثاً) بفتح الابواب والشبابيك ليتجدد الهواء ويمنع ازدحام المحل بالناس
لا سيما حول المريض

(رابعاً) بفك ملابسه وتعرض عنقه مع صدره للهواء
(خامساً) بفعل التنفس الصناعي على الفور وكيفية أن يضع الجراح فمه في
فم المريض وينفخ أو يضغط صدره ويتركه مراراً متتابعة
(سادساً) بكهربة كل من القلب والحجاب الحاجز كهربة جيدة

(سابعاً) بذلك الاطراف ورش الماء البارد على وجه المريض

* (في ازالة الاحساس الموضعية) *

تمكن ازالة حاسية جزء من الجسم أما بتبريده هذا الجزء بخلط مبرد أو بتبخيره بالاتبرالتيق وهذا إنما يفعل في العمليات الصغيرة أو عندما تكون ازالة الحاسية العامة متعذرة أو خطيرة ويستعمل في ذلك جهاز (ريشارسون)

* (في وضع المريض والمساعدين والجراح) *

يلزم ان يكون الجزء المراد فعل العملية فيه متضحاً متمكناً منه الجراح وان يكون وضع المريض على حسب هذا الجزء فيكون اما قائماً أو قاعداً أو راقداً ويلزم متى جعله الجراح على الوضع اللائق به ان يشجعه بقوله ان هذه العملية قصيرة المدة غير مؤلمة البتة ثم يلزمه ان يثبتته على هذا الوضع تشيئاً جيداً ولومع التحقق من شجاعته فانه يندران يتحمل العملية بلا تحرك ثم يجعل الجراح كلا من مساعديه على الوضع اللائق بوظيفته ويجعل نفسه على الوضع اللائق بفعل العملية من قيام أو ارتكاز على ركبتيه أو جلوس

* (في منع سيلان الدم اثناء العملية) *

من العمليات ما يجب فيه الاحتراس من سيلان الدم كالبر واستئصال بعض الاورام فأن النزف في هذه الاحوال يعطل عمل الجراح ويضر بحياة المريض ويتم هذا الاحتراس اما بضغط الشريان الاصلى من الجزء المريض قبل العملية أو بربطه والضغط اصوب فان ربط الشريان عملية مستقلة وقد لا تخلو عن صعوبة وضغطه لا يوقف الدم الا يقافا وقتياً حتى انتهت العملية وترك هذا الضغط عرف الشريان الذي منه النزف فربط على الفور ولا كذلك الربط قبل العملية وبالاختصار لا ينبغي ربط الشريان قبل العملية الا متى تعذر الضغط أو لم يمكن استقراره مدة طويلة كما في استئصال الاورام الغائرة من القسم النخاعي أو من القسم تحت الفك السفلى فهذه الحالة فيها يربط الشريان السابق الاصلى

ثم انه كلما كانت الشرايين سطحية مرتكزة على جسم صلب كان ضغطها سهلا
وكما كانت غائرة كان ذلك صعبا ومع هذا من الشرايين الغائرة ما يمكن ضغطه
بأن كان مرتكزا على سطح صلب وكانت الاجزاء التي بينه وبين هذا السطح
قليلة المقاومة

ومن هنا يعلم انه يمكن ضغط الاورط و منع سير الدم فيه من النخاف الذين جدر
بطونهم مسترخية

ويفعل هذا الضغط بالاصابع أو بالآلات مخصوصة لكن متى علم ان زمن
العملية طويل فالاصوب استعمال الآلات الضاغطة كالكبس (جان لوى بيتيت)
والملوى لثلاثي تعب المساعد المنوط بالضغط وتخذ رء أصابعه فلا يتمكن من
منع سير الدم

وقد اخترع الآن جهاز بسيط مانع من سيلان الدم اثناء العمليات الجراحية
التي تفعل في الاطراف خاصة وهو عبارة عن رباط من منسوج مرن طوله من
أربعة الى خمسة أمتار وعن قطعة مستديرة من الصمغ المرن طوله نحو متر أحد
طرفيها مثبت فيه مشبك وفي الاخر حلقة وكيفية استعمال هذا الجهاز ان
يعصب الجراح بالرباط العضو جميعه من طرفه الى أصله تعصبا حلزونيا
متينا لينعاق كل من الدورة الوريدية والشريانية عنه بالضغط الواقع من الرباط
عليه ثم متى وصل التعصيب الى أصل الطرف احيط العضو بالقطعة المستديرة
التي من الصمغ المرن احاطة قوية أيضا وثبتت هناك يجعل المشبك في الحلقة
ثم رفع الرباط الحلزوني عن الطرف وفعلت العملية بدون نزع شيء من الدم

* (في فعل العملية) *

يجب أن يفعل الجراح الشقوق اللازمة مع غاية الاعتناء بحيث لا يحدث
بسببها تمك عظيم ولا يكون لها ذنب لامن مبدئها ولا من منتهاها وان تكون
حركة آلتها منشارية لا ضغطية وان يقطع على حسب مقاومة الانسجة تارة
مع الاتكاء واخرى مع الخفة وان يأمر بعض المساعدين متى اصاب شريان
بالضغط على فوهة ذلك الشريان بأصبعه ومتى تمت العملية منع الضغط
عن الشريان ثم ربطه وهكذا واحدا بعد الاخر عند اصابة عدد منها ثم يخط
ثم يضع الاساوة

فان كان الجرح صغيرا وانقطع كل رشح دموى أمكن ضم شفتيه حالا وان كان متسعا بجروح البتر فالجراح (ايريكنس) الانكازي يستصوب تبعا للجراح (لستون) أن يترك مقتوحا مدة ساعتين أو ثلاثة مع وضع رفادة مبتلة بين شفتيه وبعد مضي هذه المدة ترفع الرفادة وينظف من التجمدات الدموية بخفة ويضم بالخياطة وتوضع عليه أشرطة طويلة من اللازوق ثم تفعل الاساوة المعتادة ويجب أن يوضع الجزء الذي فعلت فيه العملية بكمية بها يكون أحد طرفي الجرح منحدر اليسل نحو ج السوائل منه ولا ينبغي تغيير أول اساوة الا بعد ثلاثة أيام عندما يحصل التهاب التقحي ومتى حصل التقح في الجرح وكان الفج غزير او جب تكرار الغيار في كل اربع وعشرين ساعة مرتين أو ثلاثا لان الاهمال في ذلك قد يعوق الالتئام بسبب ما يتراكم في الجرح من المواد ويجب عند تكون الاضرار للحمية الالتفات السكلى الى سير الجرح فان أغلب التشوّهات التي تحصل بعد الالتئام ناشئة عن عدم الاعتناء بالجرح مدة تكون الاضرار للحمية فهذا ما يتعلق بالعمليات الجراحية على طريق الاجمال ولنتبع ذلك بالكلام عليها على طريق التفصيل فنقول

* (القسم الاول من العمليات الجراحية) *

سنذكر في هذا القسم العمليات التي تفعل في كل من المجموع الشرياني والنظمي والعضلي والمجلى

* (في العمليات الجراحية البسيطة) *

قد سبق لنا تقسيم العمليات الجراحية الى بسيطة ومركبة فن البسيطة الشق والضم والاستخراج والتمديد والردو المحقن وغيرها وأما المركبة فهي المشتملة على جملة عمليات بسيطة كما تقدم ولنبدأ بالكلام على العمليات البسيطة فنقول

* (في الشق) *

هو تفريق اتصال طوله أكثر من عرضه يفعل بالآلة قاطعة وأكثر ما يستعمل

فيه من الآلات المشارط وسكاكين البتر والمقصات
وتتقسم المشارط باعتبار شكلها الى جملة أقسام فيها المستقيم والحاد الطرف
ومنها المنحذب والمقعر كذلك ومنها ذوا زمر مستقيما كان أو محدباً أو مقعراً ومنها
ذو القنطرة الذي يستعمل في عملية الناصور الدمعي
وتتقسم المقصات بهذا الاعتبار أيضاً الى حاد الطرف والى غير حاده والى
مستقيم وأزور ومنحن
وتتقسم سكاكين البتر الى ذى الحمد الواحد وذى الحمدين

* (في كيفية القبض على المشارط) *

تمسك المشارط في عملية الشق بكيفيات متعددة متفرعة عن كيهيتين رئيسيتين
احدهما كون يد المشرط داخل راحة الجراح والاخرى كونها خارجها
فكهما وهاتين الكيفيتين اقساماً خمسة فرعية بحسب وضع حد المشرط
وكيفية أمسأكه بالاصابع
فالاولى (شكل ١) أن يمسك كما تمسك سكاكين المائدة فيجعل حده مماسيلى

(شكل ١)



الاسفل ويوضع من عند اتصال المقبض بالنصل بين الابهام والوسطى
من يد الجراح وتجعل السبابة على ظهر النصل وتثبت المقبض في الراحة بالبنصر
والخنصر

والثانية (شكل ٢) كالاولى الا ان حد النصل فيها يكون الى الاعلى

(شكل ٢)



وتكون السبابة مرتكزة على السطح الوحشي من النصل
والثالثة (شكل ٣) أن يمسك كقلم الكتابة بأن يجعل حده مما يلي الاسفل
(شكل ٣)



والراحة ويتم ذلك بوضع كل من الابهام والسبابة عند اتصال النصل
بالمقبض ووضع الوسطى على صفيح النصل بعيدة عن سنه بمسافة تختلف
باختلاف الغرض وجعل البنصر والخنصر واسطة ارتكاز
الرابعة أن يمسك كقلم الكتابة أيضا إلا أن حده يجعل مما يلي الاعلى
(شكل ٤)



ومتجهها الى ظهر الكف ويمكن أيضا مسك المشروط كقلم الكتابة مع جعل
سنه الى الخلف وحده الى الاعلى كما في شكل ٤
الخامسة (شكل ٥) أن يمسك كما يمسك قوس الرباب بأن يجعل كل من
الابهام والوسطى على جانبي مفصله والسبابة على صفيح النصل والبنصر
والخنصر على الجانب الوحشي من المقبض



* (في كيفية أمسك المقص) *

ليس لامسلكه الا طريقة واحدة وهي أن تدخل الابهام في احدى حلقتيه
والبنصر في الثانية ويثبت فرعا ببقية الاصابع

* (في الشقوق البسيطة) *

هذه الشقوق هي التي تفعل في زمن واحد ويجعل اتجاهها واحدا وغالبها
مستقيم ويندر فيها الهلالى والمستدير

* (في الشقوق المركبة) *

الشق المركب هو الناتج عن شقين بسيطين فأكثر ويكون أما على هيئة
زاوية قائمة مزدوجة L أو على هيئة رقم سبعة v أو ثمانية أو على ٨ هيئة
صليبية T أو بيضاوية o أو هلالية أو مربعة >
واعلم ان الشق يفعل أما من الظاهر الى الباطن أو بالعكس
وان الاول يفعل بواسطة كل من المشروط المستقيم والمشروط المنحذب الا ان
الاصوب في السطحى والمستدير من الشقوق استعمال المنحذب
وأما الثانى أعني الشق من الباطن الى الظاهر فيستدعى استعمال مشروط
مستقيم حاد الطريف أو ذى زردثمان كانت هناك فتحة من قبل فلا بد مع ذلك
من استعمال مجس قنوى

* (في البط أي البزل) *

البط غرز آلة حادة مستديرة أو مفرطة أو مثلية في جزء رخو والآلات التي تستعمل فيه هي الآلات البازلة والمشارط والمباضع والابرونحوها والبط يفعل من الظاهر إلى الباطن وبالعكس والغرض منه أما التمدد أشق لأن أغلب الشقوق يتبدى فيها الجراح بغير آلة في العضو الذي يراد شقه وأما استخراج غازات أو سوائل وأما استقصاء كمافي الأورام التي تلتبس طبائعها على الجراح فإنه في هذه الحالة يفعل البط ليعرف ذلك فيعالج كلامها بما يوافقها

* (في النزع والتمزيق) *

النزع هو اقتلاع الأجزاء وفصلها عما تكون ملتصقة به أو مغرسة فيه باحتذابها بعد ماسا كها بقوة والتمزيق نزع جزئي يفعل إما بالجفت أو بالمجس القنوي أو بالموق أو بالأصابع

(في الربط)

الربط هو لف خيط على أصل ورم أو عضو وشده به شدا وثيقا لينقطع أو يمتد فينقل ويسقط ويختلف الخيط فيكون من القطن أو من الحرير وقد يكون معدنيا ومتى كان الجزء الذي يراد ربطه مغطى بالجلد لم يشق هذا الجلد أو بالشرط ليكون الربط متينامع عدم تألم المريض وسرعة العمل وقد يستبدل شق الجلد بالشرط بغمس الخيط قبل العملية في محلول كاو وعند ما تكون قاعدة الورم اعرض من قته يلزم ان تغرس فيها إبر أو باييس ليسهل ربطه بهذه الوساطة فان كان الورم عظيم الحجم لا يمكن ربطه بخيط واحد نفذت فيه ابرة فيها خيطان وربط كل من نصفيه على حدته

* (في طرق شد الخيط) *

متى كان الورم في جزء غائر ضيق خفي كافي بعض التجاويف استعمل لشد الخيط آلات مخصوصة تعرف بالآلات الشادة لا تعقد وهي آلة (دسولت) وآلة

(لوريت) وآلة (جريف) وآلة (مايور)

* (في القرض) *

القرض قطع بعض الاورام الصغيرة أو الاعضاء أو الزائدة بالمقص وهذه العملية تفعل في الثاء ليل المتولدة حول كل من الاست ومن اعضاء التناسل وعلى سطح الجلد والمقص الذي يستعمل فيها هو المنحنى الى صفحة

* (في الخياطة) *

الخياطة تقرب كل من حافتي الجرح الى الآخر اما بواسطة خيوط أو بواسطة دبائيس أو ابر وانواعها كثيرة
فمنها الخياطة اللقيمة التي تفعل بدبائيس مستقيمة غير سريعة الاعوجاج وكيفية ان تقرب كل من حافتي الجرح الى الاخرى ثم تنفذ فيهما الدبوس ممسكا بالابهام والسبابة أو بجفت مخصوص ثم يضع الجراح الخيط تحت طرفي الدبوس ويوكل بامساك طرفي الخيط مساعدا ويشدهما شدا خفيفا لئلا تغارب الحافتان ثم تنفذ فيهما دبوسا آخر وهكذا على حسب طول الجرح ثم يأخذ طرفي الخيط من المساعدين فيصاليهما امام الدبوس الاول ثم يمر بهما تحت طرفي الدبوس الثاني بحيث يتكون من تصاليهما صورة ثمانية بالرقم الا فرسكي ولا يزال كذلك حتى ينتهي

ومنها الخياطة المرودة وهي التي تفعل بابراما مستقيمة واما منحنية بان ينفذ في الابرة خيط مزدوج بحيث يكون شبه عروة ثم تنفذ في الانسجة ويوضع بين الجلد والخيط ريشة أو قطعة ملفوفة من الدياخلون ثم يمد طرفا الخيط اللذان على الجانب الآخر ويعددا أيضا على ريشة أو على قطعة ملفوفة من الدياخلون

وهذه الطريقة يلزم فيها تنفيذ الخيوط اللازمة جميعها في الجرح قبل عقدتها ومنها الخياطة المتقطعة وهي ان ينفذ في حافتي الجرح خيوط متفرقة ويعقد كل منها على حدة

ويلزم في هذه الخياطات ان لا يلامس شيء من الدمق على سطح الجرح بل تعقد على جانبه

* (في المضام الدقيقة) *

هي آلات تضم بها الجروح اخترعها الجراح (فيدال دو كاسيدس) ليست
الاجفوتنا صغيرة من النحاس أو الفضة تمتنع بضغط أوساطها وتنطبق بزوال
هذا الضغط وكيفية استعمالها ان تقرب كل من حافتي الجرح الى الأخرى
ثم تمسكهما معا بالمضم

* (في الرد) *

الرد اعادة العضو الزائغ الى موضعه الذي زاغ عنه كعادة الامعاء الى تجويف
البطن بعد دخر وجهامنه في الفتوق واعادة طرف العظم المخلوع الى مكانه
الأصلي وادخال المعى المستقيم بعد دخر وجهه ونحو ذلك

* (في الاستخراج) *

الاستخراج تنقية بواطن الاعضاء من المواد الغريبة التي توجد فيها سواء كانت
خارجية أو متولدة في الجسم والآلات المعدة له هي جفوت مختلفة الشكل

* (في الزرق والمحقن) *

الزرق عمالية يقصد بها ادخال سوائل مختلفة التركيب في التجاويف الجسمية
طبيعية أو عارضية والآلات المعدة له هي المحقن المعروفة واما السوائل التي
ترزق فهي الماء العاتر والمغليات المرخية والقابضة والمحلولات المزيلة
للعفونة والمهيجة والكاوية وغير ذلك

* (في العمليات المركبة) *

* (في العمليات التي تفعل في المجموع الشرياني) *

* (في ربط الشرايين على العموم) *

يقصد بربط الشرايين اما قطع نرف الدم منها أو معالجة الانورزما ويشترط
مع ربطها ان ينسكب في الجزء الشرياني الذي يراد انسداداه مقدار من اللينفا
ويتجمد فيه ويحصل ذلك بتمزيق كل من الطبقة الباطنة والوسطى من الشريان
فبجمده هذا المقدار ينسد الشريان ولا يعود نرف الدم منه بعد سقوط الرباط

* (في طرق ربط الشرايين) *

لربط الشرايين ثلاث طرق (الاولى) الطريقة القديمة (الثانية) طريقة
(انيل) الثالثة طريقة (براسدور)

اما الطريقة القديمة فهي ان يربط الشريان اعلى الانورزما وقد يربط اعلى
الورم واسفله ومتى شق الكيس ونظف من الدم الذي فيه وضعت الاساوة
المعتادة كما في جرح بسيط وقد هجرت هذه الطريقة

واما طريقة (انيل) التي اخترعها سنة ١٧١٠ مسيحية في معالجة انورزما كانت
في الشريان العضدي فكيفيتها ان يربط الشريان اعلى الكيس الانورزمي
بدون فتح هذا الكيس وقد نوع هذه الطريقة الجراح الانكليزي (هنتير)
بايداله الربط اعلى الكيس مباشرة بالربط اعلاه بمسافة وهذا هو الاصوب
فانه لا يتخشى حينئذ من فتح الكيس حصول التهاب بعد الربط واول عمليه
فعلها (هنتير) كانت سنة ١٧٨٥ مسيحية في معالجة ورم انورزمي
كان في المابض

واما طريقة (براسدور) فهي ان يربط الشريان بين الكيس والطرف
في الاحوال التي لا يمكن فيها ربطه بين القلب والكيس الانورزمي كما في انورزما
الشرايين التي حول اصل العنق فهذه الطريقة يتجمد الدم في الكيس
لكنها مشروطة بان لا يكون هناك شرايين جانبية يمكن معها استمرار الدورة

* (في كيفية ربط الشرايين) *

تربط في ثلاثة ازمنة (الزمن الاول) يكشف فيه الشريان (والثاني) يفصل
فيه ويجرد عن غده (والثالث) يحاط فيه بالخيط (شكل ٦)

* (في كشف الشريان) *

كشف الشريان متوقف على معرفة وضعه ويعرف وضعه بمعرفة مجاوراته
التشريحية وبتقلص العضلات التي على مسيره وبرسم خطوط وهمية على اتجاهه
يهتدى بها الجراح مع البحث عن نبضاته ومتى عرف اتجاهه وضع اصابع
يده اليمنى على مسيره ووتر الجاد ثمان كان سطحيا فلا يتشق الا الجلد وحده

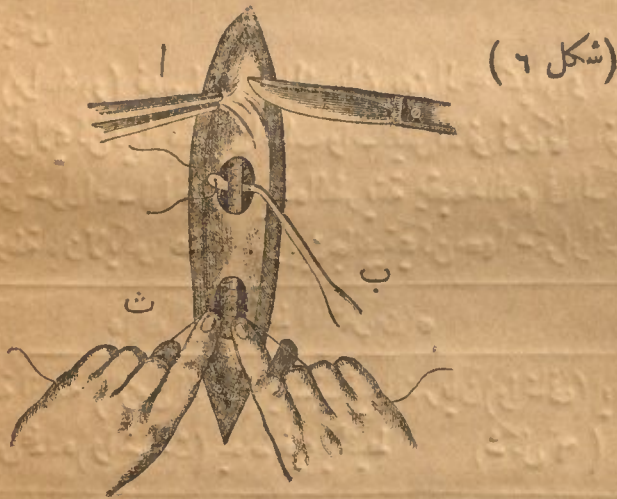
او غائر اشقه مع النسيج الخلوى الذى تحته فى آن واحد ثم امسك الصفاق
بجفت واحد فيه تقباً بالمشرط ثم ازلق منه تحت الصفاق مجساق قنويا وشقه
على قدرشق الجلد

* (فى فصل الشريان وتعريته) *

فصل الشريان وتعريته من المهمات جدا فانه يلزم قبل ربط الشريان فتح
غده وفصله عن الاوردة التى تصاحبه وذلك بان تمسك وريقة الصفاق
المتكون منها الغدة بجفت فيحدث فيها ثقب ثم يفصل الشريان من هذا
الثقب عن الاوردة والاعصاب التى تعجبه بواسطة مجس قنوى ويلزم
ان لا يعرى من الشريان اكثر من سنتيمتر اثلاثا تنقص حيويته بتمزق او عيته

* (فى وضع الخيط حول الشريان) *

تمسك احدى حافات الغدة بعد تعرية الشريان بجفت ويزلق تحتها مسبر فيه



خيط ثم يعقد طرفا هذا الخيط

* (فى ربط كل شريان على حدته) *

* (فى ربط الجذع الشريانى العضدى الراسى) *

هذا الشريان ناشئ من قوس الاورطا و متجه الى اعتدال خط وهمى ممتد من
المفصل القصى الترقوى الايمن نازلا نحو الخط المتوسط من البدن اسفل

الطرف العلوى من القص بقيراط وقد تحس نبضاته في النقرة اعلى القص
ثم ان هذا الشريان يكثر اتضاحه امام العنق بامالة الرأس الى الخلف ولبطه
طرق عديدة تقتصر منها هنا على الطريقة التي استعمالها كل من (موط)
و (جريف) لانها التي يمكن بها عدم اصابة ما يجاوره من الاعضاء المهمة
وهذه الطريقة هي ان يستلقي المريض على ظهره ويمال رأسه الى الخلف مع
اتجاه وجهه الى اليسار قليلا ثم يفعل الجراح جرحا مركبا يكون احد فرعيه موازيا
للحافة العليا من الترقوة اليمنى مبتدأ بالقرب من الخط المتوسط ومنتهيا بالقرب
من الحافة الوحشية من العضلة القصية المحيطة والفرع الاخر يكون عموديا
تقريبا ومحاذيا للحافة الانسية من هذه العضلة فهذه الواسطة يمكن فصل
خصلة العضلة القصية الخشائية التي ترتبط في القص وقطع العضلة القصية
المنخرية قطعا مستعرضا فيتوصل الى الشريان العضدى الرأسى بلا خطر
ويلزم في تعرية هذا الشريان الاحتراس التام فانه مجاور لكل من العصب
الرئوى المعدى ومن الجذع الوريدى العضدى الرأسى ويلزم ايضا في هذه
العملية الاحتراس من اصابة البليورا

* (في ربط الشريان السباتى الاصلى أى الناحر الاصلى) *

هذا الشريان ينشأ عن الاورطا في الجهة اليسرى من الجسم وينشأ في الجهة
اليمنى من الجذع الشريانى العضدى الرأسى وينتهى عند الحافة العليا
من الغضروف الدرقي فيتمتذ يكون الشريان السباتى الاصلى الايمن اقصر
من الايسر بمقدار طول الجذع العضدى الرأسى
ثم ان الجانب الانسى من هذا الشريان يوجد عليه المنخرية والقصبة الرئوية
والجانب الوحشى يوجد عليه الوريد الوداجى الانسى وينتهي ما من الخلف
العصب الرئوى المعدى ومن الاعلى يكون الشريان خلف الحافة المقدمة من
العضلة القصية الترقوية الخشائية ومن الاسفل يكون بين الخصلة القصية
والخصلة الترقوية من نفس هذه العضلة (شكل ص صحيفة ٣٠)

* (كيفية الربط) *

لربط هذا الشريان ثلاث كيفية لانه يربط أما اعلى العضلة الكتفية
اللامية أو اسفلها أو في المسافة التي بين خصلتى العضلة القصية الترقوية

الحشاوية

فأما ربطه أعلى العضلة القصية الكتفية اللامية فكيفيته ان يستلقي المريض
مرفوع الصدر قليلا ومدود العنق مائل الرأس الى الجهة السليمة ثم يشق الجراح
حذاء الحافة المقدمية من العضلة القصية الترقوية الحشاوية سقاطوله ٨ سنتيمتر
يشق فيه كلا من الجلد والنسيج الخلقى والعضلة الجلدية دفعة واحدة
ثم يشق الصفاق الذي يوصل كلا من الحافتين المقدمتين من العضلتين
القصيتين الحشاويتين بالاخرى ثم ينثى رأس المريض الى الامام لتسترخي
العضلة القصية الحشاوية فتجذب الى الوحشية بواسطة كلايبي ذات ازرار
في ذلك ينكشف الصفاق المغطى للشريان والوريد فيشق على الجس القنوي
مع غاية الاحتراس ثم ينحى كل من الوريدانوداجي الباطن والعصب الرثوي
المعدى وينفذ تحت الشريان ابرة (كوبر) حاملة لخيط الربط

وأما ربطه اسفل العضلة الكتفية اللامية وذلك عند الاضطرار فكيفيته
ان يشق حذاء الحافة المقدمية من العضلة القصية الترقوية الحشاوية شق
طولي ويشق شق آخر مستعرض قريباً من الحافة العليا من الترقوة بحيث
يتكون من اتصالهما شكل لامى هكذا (L) ثم تسلخ هذه الشريحة وتقطع
الحصلة القصية من العضلة القصية الحشاوية قطعاً مستعرضاً وترفع العضلة
القصية الترقوية بيجفت وتقطع قطعاً مستعرضاً أيضاً فهذه الكيفية ينكشف
الشريان ويسهل تعريضه وربطه وهذه الطريقة هي طريقة كل من (موط)
و(جريف)

وأما ربطه في المسافة التي بين خصلتي العضلة القصية الترقوية الحشاوية
فكيفيةها ان يشق حذاء هذه المسافة شق ثم تبعد كل من هاتين الحصلتين
عن الاخرى بواسطة كلايبيين هما ازرار فيتوصل الى الشريان من بينهما وهذه
هي طريقة (سديلو)

* (في ربط الشريانين الناحرين الظاهر والباطن) *

هذان الشريانان منشأوهما تفرع الشريان الناحر الاصلى حذاء الغضروف
الدرقي ويميز الباطن منهما عن الظاهر بان الباطن لا يتفرع قبل دخوله

في الجمجمة واما الظاهر فيتمفرع منه الشريان الدرقي العلوي والشريان
اللساني وغيرهما

والوريد الوداجي الباطن يوجد في الجهة الوحشية منه. وما والعصب اللساني
العظيم يصاب باتجاههما في الجزء العلوي من العنق واما العصب الرئوي
المعدى فموضوع خلفهما

* كيفية العمل *

مقي لزم ربط الشريانين الناحرين الظاهر والباطن أو أحدهما فعمل شق
مخاذ لوسط الغضروف الدرقي ممتد من اعلاه على طول الحافة المقدمية من
العضلة القصبية الخشائية ثم شق كل من النسيج المخلوي تحت الجلد والعضلة
الجلدية والصفاق العنقي السطحي وابتعدت العقدة اللينفاوية ان لم تكن
عظيمة الحجم فان كانت عظيمة استاصلت ثم ثقب الصفاق الغائر وشق على
محس قنوي بقدر طول المجرح فهذه الكيفية تتوصل الى هذين الشريانين
فيفصلان عن الوريد الوداجي الباطن بسهولة لاسيما والعصب العظيم تحت
اللسان يفصلهما عنه وقد ذكرنا ان الناحر الباطن يتميز عن الظاهر بكون
الباطن لا يتمفرع قبل دخوله في الرأس

* (في ربط الشريان الدرقي العلوي) *

يتصدر ببط هذا الشريان اما سهولة استئصال الغدة الدرقية واما تحضيرها
وكيفية ربطه ان يشق حذاء الحافة الانسية من العضلة القصبية الخشائية
شق طولية ٦ سنتيمتر ويكون مستطيلا موازيا لوسطه للقرن الكبير من
الغضروف الدرقي شاملا للجلد والعضلة الجلدية ثم تبعد العضلة القصبية
الخشائية عن المنجخرة فيشاهد كل من الشريان الناحر الاصلي والوريد الوداجي
اعلى العضلة الكتفية الالامية ويشاهد بينهما وبين النصف المقابل من الغدة
الدرقية من الجهة المفعول فيها الشق الشريان الدرقي العلوي محاطا بقرع
صغيرة فيربط

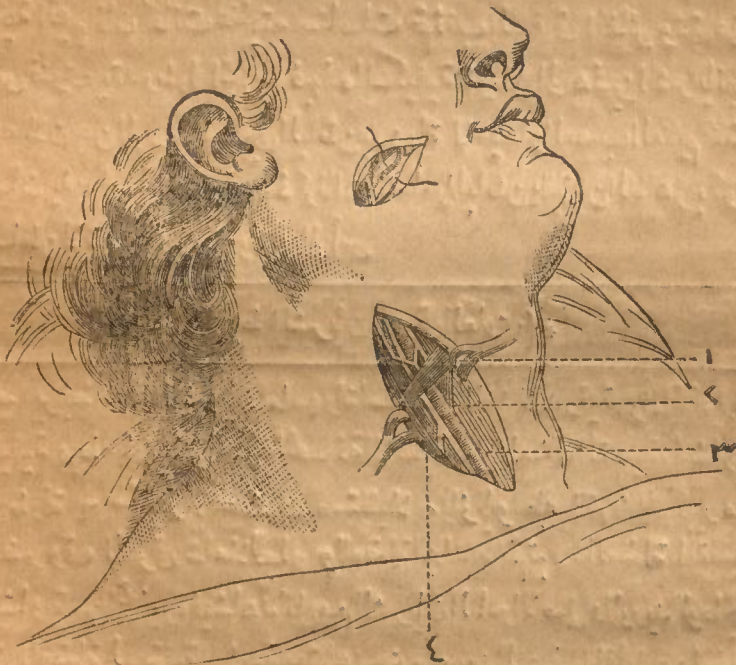
* (في ربط الشريان الوجهي أي الفكّي الظاهر) *

هذا الشريان ينشأ من الشريان الناحر الظاهر حذاء العظم الاكبر ثم يتجه

بانحراف الى الصامع أى زاوية الفم وهو مرتكز على عظم الفك السفلى امام
العضلة المضغية واسفل العضلة الجبلية كثيرا التعرج محاط بطبقة سميكة
من نسيج خلوى شحمى (شكل ٧)

* (كيفية العمل) *

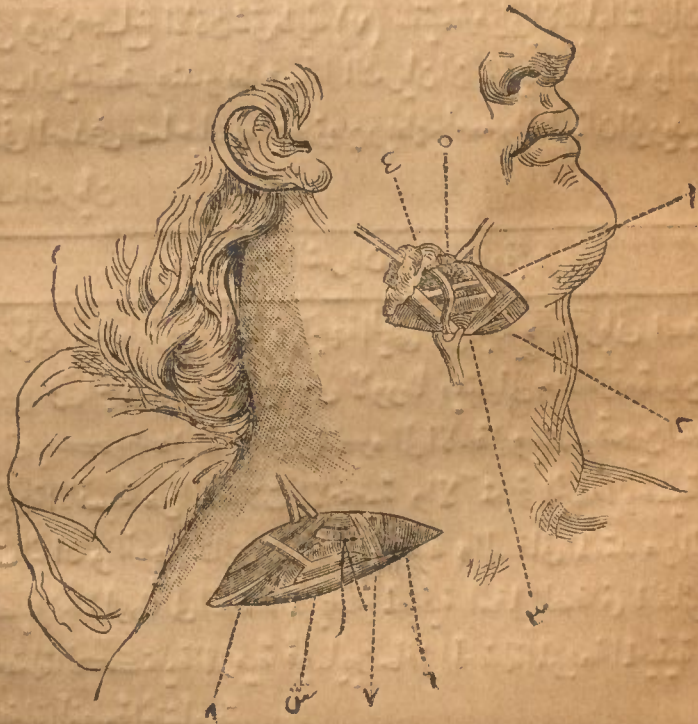
كيفية ربط هذا الشريان ان يشق على الحافة المقدمية من العضلة المضغية
شق طوله (٣) سنتيمتر يكون منحرفا من الاعلى الى الاسفل ومن الانسية
الى الوحشية و يقطع فيه الجلد والنسيج الخلوى تحت الجلد والعضلة الجبلية
وقد يحتاج الى قطع فريعات من العصب الوجهى ثم بعد حافتنا المجرح فيشاهد
هذا الشريان على السمحاق من الوحشية بالقرب من الوريد الوجهى فينزل
عنه ويربط (شكل ٧)



* (فى ربط الشريان اللسانى) *

هذا الشريان ينشأ من الشريان الناحر الظاهر بين الشريان الدرقي العلوى
والشريان الوجهى ثم يتجه الى الاعلى والامام ليتصل الى السطح السفلى من
اللسان وبالقرب من اصله يكون غائرا تحت العضلة ذات البطنين والعضلة

الابرية اللامية والعصب العظيم تحت اللسان (شكل ٨)
 (كيفية العمل) كيفية ربط هذا الشريان ان يستلقي المريض على ظهره
 ومدود الرأس ثم يشق حذاء القرن الصغير من العظم اللامي شق فيه تحديب الى
 الاسفل متجه الى الخلف طوله (٤) سنتيمتر فيبعد شق كل من النسيج الخليوي
 والعضلة الجلدية تظهر الغدة تحت اللسان وترفع بجفت ويفصل عمدها من
 صفاق العضلة ذات البطنين فينكشف المثلث اعلى العظم اللامي المكون من
 الامام ومن الاسفل ومن الخلف من العضلة ذات البطنين ومن الاعلى من
 العصب العظيم تحت اللسان في انكشف للجراح هذا المثلث شاهدان قاعه
 مكون من العضلة اللامية اللسانية فيمسك هذه العضلة بجفت وتقطع فيظهر
 تحتها الشريان اللساني ويلزم في هذه العملية التحفظ من اصابة الوريد الوجيهي
 (شكل ٨)



* (في ربط الشريان القمعدوي) *

كيفية ربط هذا الشريان ان يشق خلف واسفل التواء الخشاوي باثني عشر

ستيمتر شق طولهُ (٤) ستيمتر يتجه به بانحراف الى الاعلى والخلف وبعد شق الجلد يشق الصفاق العلوى من العضلة القصية الخشائية وجميع سمك العضلة الطحالية ثم يضع الجراح اصبعه على التواء الخشاي فيحس اسفل هذا التواء بقليل في الجزء الخلفي من ميزاب العضلة ذات البطنين اعلى العضلة المنخرقة الصغيرة بقليل بهذا الشريان فيفصله عن ماحوله مع الاحتراس العظيم من اصابة الوريدين المصاحبين له

* (في ربط الشريان الصدغي) *

او فور زماه - هذا الشريان قد تكون مسدبة عن مجرد جرحه فيكفي في علاجه غالباً ضغطه فقط لكونه من نكز اعلى سطح صلب فان لم ينفذ ذلك ربط * (كيفية العمل) *

كيفية ربط هذا الشريان ان يشق وسط المسافة التي بين المفصل الصدغي اللحي وبين سماخ الاذن شق طولهُ (٧) ستيمتر مواز بالاتجاه الشريان هذا ويجب ان يستحضر عند ربط هذا الشريان ان الوريد الصدغي والعصب الاذني الصدغي مصاحبان له فيحترز من ربطهما معه والعادة ان الوريد يكون خلف الشريان

* (في ربط الشريان تحت الترقوة) *

الشريان تحت الترقوة ينشأ في الجهة اليمنى من الجذع الشرياني العضدي الراسي وفي الجهة اليسرى من قوس الاورطا ويمتد الى حد الترقوة ومن هنا يعلم انه يكون على شكل قوس تقعره الى الاسفل ويتقسم قسمين احدهما في الجهة الانسية من العضلات الانجمية والاخر في الجهة الوحشية منها تحت الجلد والنسيج المخولى والعضلة الجدارية والصفاق الممتد من العضلة القصية الخشائية الى العضلة المربعة المعينية اسفل الصفاق الغائر المحيط بالعضلة الكتفية اللامية فيما بين حافتي العضلة المربعة المعينية وبين العضلة القصية الخشائية

ثم ان هذا الشريان منفصل عن العضلة تحت الترقوة بالوريد تحتها في مثلث مكون من عظم الترقوة ومن العضلة الكتفية اللامية والعضلة الانجمية المقدمة

والوريد الوداجي الظاهر يصاب اتجاهه ويدخل في الوريد تحت الترقوة
 حذاء وسطها

والفروع الجانبية التي تنفرع من الشريان تحت الترقوة هي الشريان
 الفقاري والشريان الدرقي السفلي والثدي الباطن والشريان بين الاضلاع
 العلوي والشريان الكتفي العلوي والكتفي الخلفي والعنق الغائر

* (كيفية العمل) *

يربط هذا الشريان امامي الجهة الوحشية من العضلات الاخعية اوفى الجهة
 الانسية منها وفي الجزء المغطى بالعضلة الاخعية المقدمة

اماربطه في الجهة الوحشية من هذه العضلات فكيفيته ان يرقد المبيض
 ثم يخفض كتفه ثم يشق أولا الجلد الموازي لعظم الترقوة الى اسفل منه بستمتر
 واحد شقا متدا من الحافة الوحشية من العضلة القصية الخشاوية الى حافة
 العضلة المربعة المعينية ثم يشق كل من النسيج الخلوي والعضلة الجارديية
 مع الاحتراس التام من اصابة الوريد الوداجي الظاهر ثم يشق الصفاق الممتد
 من العضلة المربعة المعينية الى العضلة القصية الخشوية على مجس قنوي
 ويفصل الصفاق الغائر بطرف المجس ثم تزلق الاصبع على حافة العضلة
 الاخعية المقدمة من الاعلى الى الاسفل حتى يصل الى النتوء الذي في الضلع
 الاول الذي تندغم فيه هذه العضلة فيمزق الجراح الصفاق المغطى للشريان
 بدون ان يرفع اصبعه عن النتوء بواسطة مجس قنوي ثم يجرد الشريان عن غمده
 ويربطه بان ينفذ تحته من اعلاه الى اسفله ومن خلفه الى امامه ابرة معوجة
 فيها خيط (شكل ٨ صحيفة ٣١)

وهذه هي طريقة (سفرانك) التي هي اكثر استعمالا

واماربطه تحت الترقوة بين العضلات الاخعية فكيفيته ان يشق ازاء الحافة
 العليا من الترقوة شق ابتداءه امام العضلة المربعة المعينية بستمتر يمتد الى
 الحافة المقدمة من العضلة القصية الخشاوية ثم تقطع الخصلة الوحشية من
 هذه العضلة مع العضلة الاخعية المقدمة ويعزل الشريان ويربط بان ينفذ

الخيط من اعلاه الى اسفله وذلك خشية اصابة الخصلة العصبية العضدية
 واماربطه تحت الترقوة في الجهة الانسية من العضلات الاخعية وان كان

لا يستصوب في الاحياء وانما يستصوب في الاموات لغرض التمزين فجملة
ثلثة الوحشى فانه يكون هناك سطحيا بقدر المكناية غير مجاور للبلوراولا
متفرع فروعاً عظيمة الحجم تخشى اصابتها

* (في ربط الشريان الفقارى) *

كيفية ربط هذا الشريان ان يشق في المسافة التي بين المصلحة القصية
والمصلحة الترقوية من العضلة القصية الخشوية كل من الجلد والنسيج الخلقى
ثم يدخل الجراح اصبعه في هذا الشق ويبحث عن الحذبة المقدمة من النتوء
المستعرض من الفقرة السادسة العنقية فانه يجد في اسفله هذا الشريان
قبل دخوله في الثقب الفقارى من النتوء المذكور مجاوراً من الانسية للعضلة
الطويلة العنقية ومن الوحشية للعضلة الاجمية المقدمة محاطاً ببعض فروع
العصب السباتوى أى المشترك

* (في ربط الشريان الدرقي السفلى) *

كيفية ربط هذا الشريان ان يشق شق عمودى كما يفعل في ربط الشريان
الفقارى الا ان هذا الشريان يكون اعلى الحذبة المقدمة من الفقرة
السادسة العنقية بقليل ومتجهاً بانحراف نحو الجسم الدرقي خلف الوريد
الوداجى الباطن والشريان الناحر الاصلى فيجرد من الانسية من هذا
الشريان ويربط مع الاحتراس من اصابة العصب المنعطف والفرع النازل
من العصب العظيم تحت اللسان

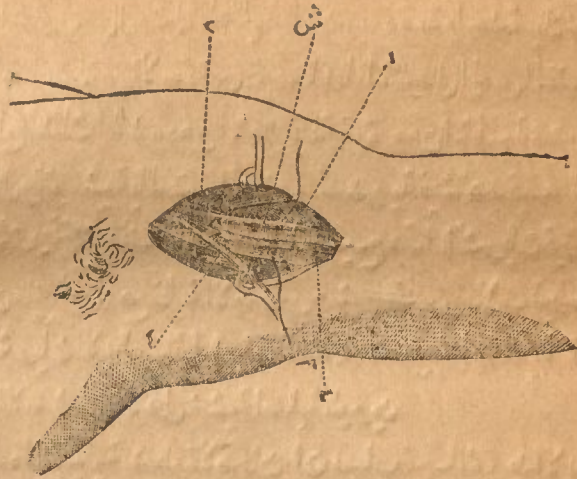
* (في ربط الشريان الابطى) *

هذا الشريان هو الجزء الشريانى الذى بين الشريان تحت الترقوة وبين
الشريان العضدى فهو ممتد من الترقوة الى حذاء الحافة السفلى من وتر
العضلة العظيمة الصدرية

* (كيفية العمل) *

يربط هذا الشريان اما في نقرة الابط أو اسفل الترقوة
اما كيفية ربطه في نقرة الابط (شكل ٩) فهى ان يستلقى المريض على ظهره

(شكل ٩)



مباعد اذراعه عن بقية جسمه منى الساعد ثنيا خفيفا ثم يشق الجراح حذاء
 المحافة الانسية من العضلة الغرايبة العضدية شقاطوله (٧) أو (٨) سنتيمتر
 يتدأ به على الوايلة أى رأس العضد ويتجه به الى الذراع على حسب اتجاه
 المحافة الانسية من العضلة ذات الرأسين فان لم تحس العضلة الغرايبة
 العضدية قسم الجراح نقرة الابط ثلاثة اقسام وفعل الشق في موضع اتصال
 الثلث المقدم بالثلث المتوسط في الجلد فقط خوفا من اصابة الوريد الباسمقي
 ثم بعد ذلك يشق النسيج الخلوى ثم الصفاق على الجس القنوى فتشاهد من
 الامام الى الخلف العضلة الغرايبة العضدية والعصب المتوسط والعصب
 الجدى الانسى ويشاهد هذا الثريان بين العصبين المذكورين غائرا
 ومعرفة هذه الاجزاء الاهتدائية سهلة وذلك ان العصب المتوسط قريب جدا
 من العضلة الغرايبة العضدية والعصب الجدى الانسى الذى يعرف بدقته
 موجود في الجهة الانسية منه

واما كيفية ربطه اسفل الترقوة فهى ان يستاق المريض على ظهره مرفوع
 الكتف يسيرا بان يدفع ذراعه المساعد من اسفل الى اعلى ثم يشق الجراح
 شقاطوله (٨) سنتيمتر يتدأ به بعيدا عن الطرف الانسى أى القصى من
 الترقوة بنحو (٣) سنتيمتر قريبا من المحافة السفلى من هذا العظم وينتهى به
 حذاء المحافة المقدمة من العضلة الدالية يكون على شكل قوس تحديه

الى الاسفل ويمكن في هذه العملية شق كل من الجلود والنسيج الخلقى
والصفاق العلوى من العضلة العظيمة الصدرية دفعة واحدة بلا خطر ثم تشق
نفس هذه العضلة مع الاحتراس ثم صفاقها الغائر على الجبس القنوى في ثمة
يظهر للجراح المثلث المحدود من الاعلى بالترقوة ومن الانسية بجدران الصدر
ومن الاسفل والوحشية بالعضلة الصغيرة الصدرية فيشاهد فيه الوريد تحت
الترقوة الذى ينتفخ اثناء الزفير مغطيا جميع هذا الشريان فيخرج هذا
الوريد عن ما يجاوره مع غاية الاحتراس ويتكس بكلاب غير حاد الطرف
فيشاهد الشريان الابطى غائرا اسفل الخصلة العصبية العضدية فينفذ تحته
خيوط من الاسفل الى الاعلى خشية اصابة الوريد

ثم ان هذه الكيفية خطيرة لا يمكن ان يصاب فيها الوريد الابطى فيصير
المريض بذلك عرضة لدخول الهواء في الاوردة ولا نها تكون قريبة من اصل
الفرع الجذبية فالصواب حينئذ ربطه في نقرة الابط فان كان مقتضى لربطه
في الجزء العلوى تعين ربط الشريان تحت الترقوة

* (في ربط الشريان العضدى) *

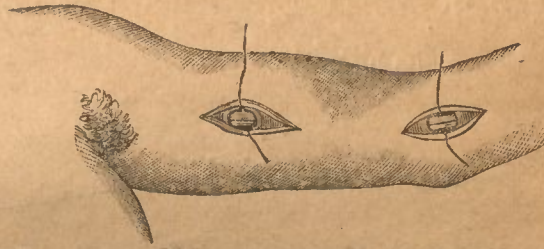
هذا الشريان متمدن نقرة الابط الى ثنية المرفق وفيها ينقسم الى فرعين
هما الشريان الكعبرى والشريان الزندى وفي اول مسيره يكون خلف
العضلة الغرابية العضدية ثم يصير انسيها وانسى العضلة ذات الرأسين فوق
العضلة العضدية المقدمة وتدرك ضرباته لانه ليس بينه وبين الجلود
الا الصفاق العضدى

والعصب المتوسط يكون في الجزء العلوى من هذا الشريان وحشية وفي وسط
الذراع يصابه من الامام وفي الجزء السفلى منه يكون انسيه

* (كيفية العمل) *

هذا الشريان يربط امامى الجزء العلوى من العضد وفى الجزء المتوسط منه
أوفى ثنية المرفق (شكل ١٠)

اماربطه في جزئى العضد المتوسط والعلوى فكيفيته ان يشق انسى الحافة
الانسية من العضلة ذات الرأسين شق طوله (٦) أو (٧) ستمتري في الجلود



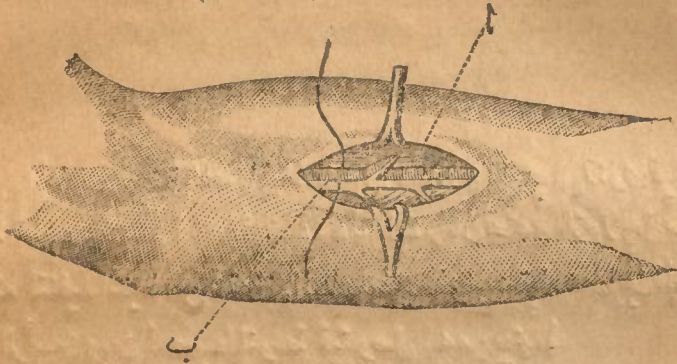
والنسيج الخلوي ثم يشق الصفاق العضدي بعد تثقبه على مجس قنوى فيشاهد
 أولا العصب المتوسط فيبعد فيشاهد هذا الشريان تحته ويلزم لاجل سهولة
 تعريته لتنفيذ الخيط من تحته ثنى الساعد على الذراع ليتباعد ما بين العضلة
 ذات الرأسين وبين العصب المتوسط فيتوصل اليه من بينهما
 واما ربطه في ثنية المرفق فكيفيته ان يشق أولا الجلد من وسط ثنية المرفق
 الى الحافة الانسية من العضلة ذات الرأسين شقاطوله (٦) ستميمه ثم ينحى
 الوريد الباسليقي الى الانسية خوفا من ان يصاب ويثقب الصفاق الذراعي
 الموشع بالصفيحة الوترية من العضلة ذات الرأسين ثم يشق على مجس قنوى
 شقامسا ويالشق الجلد فيشاهد هذا الشريان وحنى العصب المتوسط ويجب
 ان تنفذ الابرة التي فيها الخيط من الانسية الى الوحشية فرار من اصابة
 سنه للعصب

* (في ربط الشريان الكعبري) *

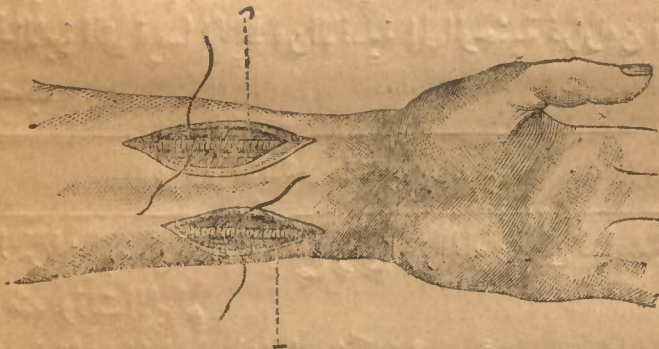
هذا الشريان يربط من ثلاثة مواضع وهي الجزء العلوى من الساعد والجزء
 السفلى منه وقت الابهام
 اما ربطه في الجزء العلوى من الساعد فكيفيته ان يتموهم خط متمد من وسط
 ثنية الذراع الى ما بين وتر العضلة الكبيرة الراحية و بين العضلة الباطحة
 الطويلة والكبيرة الكابة ثم يشق الجلد والنسيج الخلوي على موازات هذا
 الخط اسفل المرفق بثلاث اصابع شقاطوله (٧) ستميمه ثم ذاء المسافة
 الخلوية الليفية التي بين العضلة الباطحة الطويلة وبين العضلة الكبيرة الكابة
 ثم يشق الصفاق الساعدي على مجس قنوى ثم الصفاق الفاصل بين عضلات
 الطبقة السطحية وبين عضلات الطبقة الغائرة فيشاهد هذا الشريان بين

الوريدين المصاحبين له فيستل من بينهما مع الاعتماء والاحتراس ثم ينقذ
الحيط من الوحشية الى الانسية خوفا من اصابة العصب الكعبرى

(شكل ١١)



اماربطه في الجزء السفلى من الساعد (شكل ١٢) فكيفيته ان يشق اعلى النسيج
أى متصل الكف مع الساعد بعرض اصبع شق طوله (٥) سنتيمتر
ويتمديه الى الاعلى حسب سير الشريان لكن بشرط ألا يشق أولا الا بالجلد
وحده ثم يشق النسيج الخلوى فان هذا الجزء يكون الشريان فيه تحت الصفاق
فلوشقا دفعة واحدة لم ترهن اصابته (شكل ١٢)



واماربطه في قلت الابهام فغير صواب لانه عرضة لاصابة الوريد القمى الى
الابهامى ولفتح غدا وتار العضلات الباسطة لهذه الاصبع

* (في ربط الشريان الزندى) *

هذا الشريان يتجه بانحراف من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية
مارا اسفل العضلات التى تندغم في الحديدة الانسية من العضد ولا يصير
عموديا الا في الثلث العلوى من الساعد وفي هذا الموضع يكون اسفل المحافة

الوحشية من العضلة الزندية المقدمة ويكون في الجزء السفلي من الساعد سطحيا والعصب الزندي يكون انسي هذا الشريان الذي يكون مصحوبا في مسيره بوردين احدهما في الجهة الانسية والاخر في الجهة الوحشية وينتهي هذا الشريان بعد ان يجاوز العظم البسلي

* (كيفية العمل) *

لا يربط هذا الشريان في ثلثه العلوى لانه يكون في هذا الموضع غائرا واتجاهه يكون هناك منحرفا فيحشى من قطع الاليف العضلية التي تعلوه وانما يربط في جزئه المستقيم

وكيفية ربطه في ثلثه المتوسط ان يشق كل من المجلد والنسيج الخلوى شقا يكون طوله من (٨) الى (٩) سنتيمتر ثم يبحث الجراح عن الخط الضارب الى الصفرة العاصم للعضلة الزندية المقدمة من العضلة القابضة العظيمة ثم يشق الصفاق ويباعد ما بين هاتين العضلتين فيشاهد العصب الزندي والشريان الزندي وحشيه فيجرده وينفذ تحته الرباط من الانسية الى الوحشية واما كيفية ربطه في جزئه السفلي (شكل ١٢) فهي ان يشق كل من المجلد والنسيج الخلوى شقا طوله (٦) أو (٧) سنتيمتر ثم يشق الصفاق الساعدي وحشى وتر العضلة الزندية المقدمة على مجس قنوى ثم يراح هذا الوتر الى الجهة الانسية ويشق أيضا على مجس قنوى الصفاق الفاصل بين عضلات الطبقة السطحية وعضلات الطبقة الغائرة فيشاهد تحته الشريان فيجرده ويربط

* (في ربط الشريانين الكشحيين الاصليين) *

هما الفرعان اللذان ينتهي بهما الاورطا امام الحافة السفلى من الفقرة الرابعة القطنية وينتهيان امام نشر الارتفاق العجزي الحرقفي وينقسمان الى كشحي انسي وكشحي وحشى

* (كيفية العمل) *

هي ان يشق اعلى الجهة الوحشية من الفتحة الاربعة بنحو (٢) سنتيمتر شق يتجه به من الاسفل الى الاعلى ومن الانسية الى الوحشية يكون طويلا هلاليا

تخديه الى الوحشية والاسفل ممتدا الى اعلى الشوكة المحرقية المقدمة العليا
وانسها وهذه هي طريقة (موط) وهي احسن الطرق

* (في ربط الشريان الكشحي الانسي) *

هذا الشريان متفرع عن الشريان الكشحي الاصلي وهو يتجه من الاعلى
الى الاسفل ويدخل في التجويف المحقوى ثم يتفرع جلة فزوع ويجاوره من
الانسية الوريد الكشحي الانسي ومن الوحشية بعض غدد لينفاوية ومن
الامام الحالب

* (كيفية العمل) *

هي ان يشق اعلى وسط رباط (بوبات) بنحو (٢) سنتيمتر شق يمتد به الى انسي
الشوكة المحرقية المقدمة العليا وفتحتها بتقليل ويكون هذا الشق مقوسا قليلا
وتخديه الى الوحشية ثم تشق جميع الاجزاء التي تتكون منها جدران البطن
على الترتيب واحدا فواحدا ويباعد ما بين حافتي المجرح لئلا يمكن من دفع
الامعاء مع البريتون الى الخط المتوسط فينفذ الرباط تحت الشريان ويلزم
اتقاء اصابة الوريد اوربطه مع الشريان

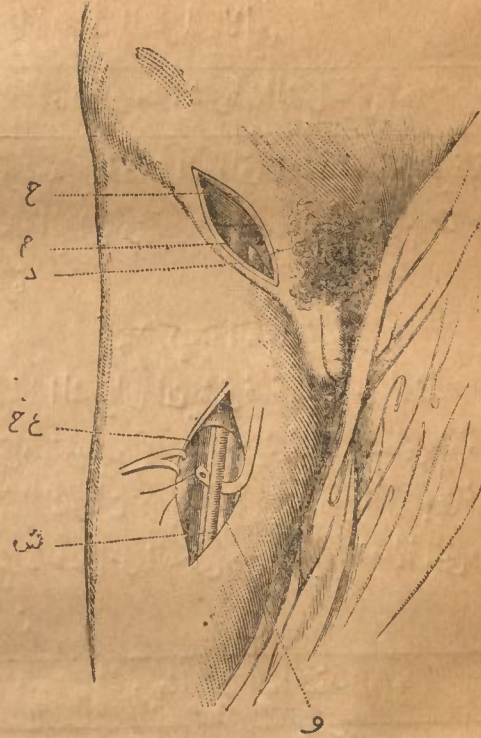
* (في ربط الشريان الكشحي الوحشي) *

هذا الشريان يمتد من الارتفاق المحرق في العجزى وينتهي وحشي وسط رباط
(بوبات) بسبعة مليمتر ويجاوره من الانسية الوريد المصاحب له في سيره ومن
الوحشية الحافة الانسية من العضلة القطنية المقدمة ومن الامام تفصله عن
البريتون طبقة من نسج خلوي متخلخل هي له بمنزلة غمد رقيق جدا

* (كيفية العمل) *

هي ان يشق ازاره رباط (بوبات) شق يمتد من وسطه الى اعلى من الشوكة
المحرقية المقدمة العليا بنحو عشرة مليمتر يكون محديا الى الاسفل قليلا
ثم يشق كل من النسج الخلوي والعضلة العظيمة المنخرقة والعضلة المنخرقة
والمستعرضة ومتى ظهر الصفاق المستعرض لزم رفعه وشقه على المجلس القنوي
بعد ثقبه ثم يدفع البريتون نحو محور البدن فيشاهد الشريان في قاع الشق
فيربط بان ينفذ الخيط مجولا في ابرة (كوبر) من الانسية الى الوحشية لثلا

يصاب الوريد ولثلا يكون سن الابرة متجهها الى الامعاء وهذه الطريقة منسوبة
الى الجراح (رو) (شكل ١٣)



(شكل ١٣)

* (في ربط الشريان الالي) *

هذا الشريان يخرج من الحوض محاذيا للجزء العلوي من الشرم الوركى وهو
مغطى بجميع جرم العضلة الاليمية العظيمة وجزؤه السفلى مجاور للحافة العليا
من العضلة المهرمية

* (كيفية العمل) *

هى ان يسطح المريض على بطنه ممدود الفخذ ثم يشق الجراح الجلد شقا عظيما
يبتدىئ به وحشى الشوكة المحرقية الخلفية بثلاثة سنتيمتر متجهها الى الحافة العليا
من المدور الكبير ثم يشق العضلة العظيمة الاليمية ويباعد ما بين حافى الجرح
ويضع اصبعه نحو الجزء العلوى من الشرم الوركى وهناك يحس بضربات
الشريان فيجرده لكن مع الاحتراس التام لان الاوردة التى تحببه
عظيمة الحجم

(تنبیه) هذه العملية خطيرة جدا لما يقطع فيها من الأفرع الشريانية فان كان الغرض منها مداواة أورزما القسم الألي فالاصوب ربط الشريان الحرقفي الانسى فانه مصدر الشريان الألي

* (في ربط الشريان الشرايينى) *

هذا الشريان موضعه بين فصاتي الصفاق المستعرض فهو حينئذ بين البريتون والجدار المقدم من البطن ومتجه على حسب خط موهوم ممتد من وسط رباط (بوبار) الى السرة

* (كيفية العمل) *

كيفية ربط هذا الشريان ان يشق فوق القوس الفخذي بستيمتر ازاء هذا القوس شق مستوعب لجميع سمك الجدار البطنى طوله (٥) سنتيمتر فيشاهد هذا الشريان فيربط لكن بمسانه يكون بين فصاتي الصفاق المستعرض يلزم الاحتراس السكلى من اصابة الفصلة التى وراؤه الحاجزة بينه وبين البريتون

* (في ربط الشريان الفخذى) *

هذا الشريان يبتدىئ حذاء رباط (بوبار) وينتهى عند مروره فى القناة الليفية من العضلة العظيمة المقربة وموضعه فى الجزء العلوى من الفخذ الجبهة الانسية من العضلة التربعية أى الخياطة وفى الجزء المتوسط منه تكون هذه العضلة مغطية له ويكون فى الجزء السفلى منه أعنى نحو الحلقة الليفية من العضلة العظيمة المقربة وحشى العضلة الخياطة

ثم ان هذا الشريان يكون فى الجزء العلوى من الفخذ وسط مثلث يسمى بمثلث (اسكربا) محدود من الوحشية بالعضلة التربعية ومن الانسية بالعضلة المقربة المتوسطة ومن الاعلى برباط (بوبار) وتفرع منه عسدة فروع جانبية اهمها الشريان الفخذى الغائر الذى ينشأ أسفل رباط بوبار بستة سنتيمتر والجزء السفلى من هذا الشريان يصدر منه الشريان الموصل العظيم

* (كيفية العمل) *

يربط هذا الشريان أمام مثلث اسكربا أو من الجزء المتوسط من الفخذ أو من

الجزء الذي حذاء الحلقة الليفية من العضلة المقربة العظيمة الفخذية
 أماربطه في مثلت اسكريا فكييفيته ان تثني الساق على الفخذ والفخذ على
 المحقو ثم يشق الجراح المجلد انخاذي للشريان شقاطوله (٨) سنتيمتر تحت رباط
 (بوبار) بعرض (٥) أصابع ثم يشق النسيج الخلووي باحتراس خشية اصابة
 الوريد الصافن الانسي ومثي ظهر الصفاق الغربالي شق على المجلس القنوي
 فيشاهد الشريان مصاحب الوريد فيستل منه ويربط مع الاحتراس من رباط
 العصب الصافن الانسي معه

وأماربطه في الجزء المتوسط من الفخذ فكييفيته أن يشق على مسير الشريان شق
 طوله نحو (٩) سنتيمتر يوصل الى العضلة التربعية ثم تراح هذه العضلة أما الى
 الوحشية كما فعل ذلك (لسفرانك) أو الى الانسية كما فعله (رو) وذلك على
 حسب كون الشق قريبا من قمة المثلث أو من حلقة العضلة العظيمة المقربة
 ثم تراخ هذه العضلة فيشاهد الصفاق الذي يغطي الوجه المقدم من أوتار
 العضلتين المقربتين الثمانية والثالثة بعد ان تندغم فيه الياف الجزء الانسي
 من العضلة الفخذية ويشاهد تحته الشريان فيربط (شكل ١٣ صحيفة ٤١)
 وأماربطه حذاء الحلقة الليفية من العضلة العظيمة المقربة فكييفيته أن يشق
 شق طوله من (٨) الى (٩) سنتيمتر لا يصل طرفه السفلي الى الربع السفلي من
 الفخذ البتة يكون على اتجاه خط موهوم ابتداءه وسط رباط (بوبار) وانتهاءه
 الجزء الخلفي من التواء الرضفي الانسي من عظم الفخذ ثم تراح العضلة التربعية
 الى الانسية بعد ان يشق غمدها ثم يدخل الجراح أصبع يده اليسرى في الجرح
 ويضعه على وتر العضلة العظيمة المقربة فيحس بانخفاض فيزلق فيه المجلس
 القنوي ويشق الصفاق فيجد الشريان مع وريده التابع ومع العصب
 الصافن الانسي فيعزله عنهما وينفذ الخيط من الانسية الى الوحشية لئلا
 يصاب الوريد

* (في رباط الشريان الأبطى) *

هذا الشريان ممتد من حلقة العضلة العظيمة المقربة الى الحافة العليا من
 العضلة النعلية تابع لاتجاه خط وهمي يوصل الزاوية العليا من الشكل المعيني

المتكون من العضلات التي تحدققرة المأبض وجزؤه العلوي مجاور من الامام
 للعظم الفخذي ومن الخلف للصفاق وللعقد اللينفاوية وللمقدار عظيم من الشحم
 والعضلة الغشائية النصف مجاورة له من الانسية ويجاوره من الوحشية
 العضلة ذات الرأسين وأما جزؤه السفلي فتركز على العضلة المأبضية ومجاور
 للعضلتين التوئمتين من الوحشية ومن الانسية
 واعلم ان العصب المأبضى يكون في الجهة الوحشية وان الشريان يكون في
 الجهة الانسية ويدينهما الوريد

* (في كيفية العمل) *

كيفية ربط هذا الشريان ان يقطع المريض على بطنه ممدود الساق ثم يشق
 الجراح أولا الجلد فقط شقا عموديا طوله من (٨) الى (١٠) سنتيمتر وسط
 المسافة المأبضية وانما قلنا ان الجلد يشق أولا وحده خوفا من اصابة الوريد
 الصافن الوحشي ثم يشق الصفاق على المحس القنوي ويمزق التسيج الخلوي
 الشحمي ومتى وصل الجراح الى الحزمة المكونة من العصب والاوعية
 المأبضية امر مساعده ان يثنى ساق المريض على فخذه وزخج كلا من الوريد
 والعصب عن الشريان وربطه بأن تنفذ الحيط تحته من الوحشية الى الانسية

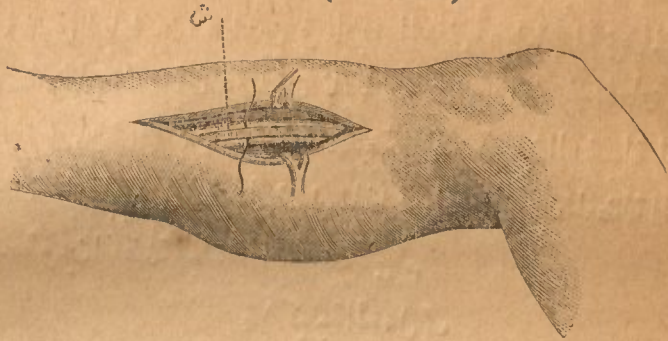
* (في ربط الشريان القصي الخلفي) *

هذا الشريان يمتد من انتهاء الشريان المأبضى الى المسافة التي بين الكعب
 الانسي وبين موضع اندغام العرقوب ومحملة بين الطبقة السطحية والطبقة
 الغائرة من عضلات الساق ويحبه في سيره وريدان والعصب القصي الخلفي
 يكون في الربع العلوي من الساق انسي هذا الشريان وفي الثلاثة الارباع
 السفلية يكون وحشيه وهذا الشريان يكون بعيدا عن الحرف الانسي من
 القصبه بعرض أصبع

* (كيفية العمل) *

يربط هذا الشريان اما على طول الساق أو قربها من الكعب الانسي
 أما ربطه على طول الساق (شكل ١٤) فكيفية ان يستلقي المريض على
 ظهره وتثنى ساقه مراكوزة على جانبها الوحشي ثم يشق الجراح أولا الجلد

(شكل ١٤)



وحده ازاء الحافة الانسية من القصبة بعيدا عنها بمقدار عرض اصبع وذلك
 لاجل التحرر من اصابة الوريد الصافن الذي هو تحت هذا الجلد ثم يشق
 النسيج الخلقى والصفاق ويرزح الحافة الانسية من العضلة التوأمية
 الانسية الى الوحشية ويقطع الياف العضلة النعلية على حسب اتجاه طول
 الجرح فيصل حينئذ الى الصفاق المتوسط فيقطعه مع الاحتراس ثم الى
 الصفاق الرقيق الفاصل للعضلة السمكية عن عضلات الطبقة الغائرة فيسقه
 على المجلس القنوي فيشاهد الشريان القصي الخلقى بين الوريدين التابعين
 له انسى العصب القصي الخلقى

وأما كيفية ربطه في الجزء السفلى من الساق بالقرب من الكعب الانسى
 فهي أن تثنى الساق على الفخذ مرتكزة على سطحها الوحشى ثم يشق الجراح
 الجلد شقاطوله من (٦) سنتيمتر الى (٨) في المسافة التي بين العرقوب والحافة
 الانسية من القصبة ابتداءه حذاء الكعب الانسى ممتدا الى الاعلى ثم يشق
 الصفاق الممتد من الحافة الانسية من الكعب الانسى الى العرقوب ثم يشق
 الصفيحة الظاهرة من الصفاق الغائر شقا (يكون الى العرقوب أقرب لئلا
 ينفتح غمد العضلات القابضة والعضلة القصصية الخلفية فيسرى فيها القيح)
 على المجلس القنوي فيجد الشريان مع الوريدين التابعين له والعصب القصي
 الخلقى بين صفيحتي هذا الصفاق فيجرده ويربطه

* (في ربط الشريان القصي المقدم) *

سير هذا الشريان على خط موهوم ممتد من التواء القصي الذي تنادغم فيه

العضلة القصصية المقدمة ومنته وسط المسافة التي بين الكعبين وثلاثة ارباعه العليا فوق الرباط بين العظمين وأما ربعه السفلى فهو امام الجزء المقدم من القصبة ولهذا الشريان ويريدان تابعا له في مسيره ونصفه العلوي شاغل للمسافة الخلووية التي بين العضلة المقدمة القصصية وبين العضلة المشتركة الباسطة للاصابع ونصفه السفلى شاغل للمسافة التي بين العضلة القصصية المقدمة وبين العضلة الباسطة الخاصة بالابهام

* (كيفية العمل) *

هذا الشريان يربط امامي ثلثه المتوسط اوفى ثلثه السفلى اماربطه في ثلثه المتوسط فكيفيته أن توضع تحت المأبض وسادة وتثنى القدم على الساق لتسترخي العضلات التي بينها الشريان ثم يشق الجراح أولا الجلود والنسيج الخلووي دفعة شقا طوله (٨) سنتيمتر على حسب مسير الشريان ثم يشق الصفاق شقا صليبيا اليسهل تباعد حافتي الجرح فتمت كشفه للمسافة الخلووية التي يكون هذا الشريان أسفلها فيضع فيها أصبعه ليمسحها وأمر المساعد بأن يبعد ما بين العضلة القصصية المقدمة وبين العضلة المشتركة الباسطة للاصابع بواسطة كلاليب كالة ثم يجرد الشريان وينفذ تحت الخيط من الوحشية الى الانسية

وأما كيفية ربطه في ثلثه السفلى فهي ان يشق الجراح شقا على حسب مسير الشريان طوله (٦) سنتيمتر ومن المهم عدم وصوله بالشق الى الرباط الحلقى الرسغي لئلا تضعف متانة أربطة المفصل القديمي ويسهل وصول الجراح الى المسافة الخلووية بوضع أصبعه على ظنبوب القصبة واتجاهه بها الى وحشي العضلة القصصية المقدمة وهناك يجرد هذا الشريان خلف العضلة الباسطة للابهام انسيها قليلا فيجرده ثم يثنى القدم على الساق لتسترخي هذه العضلة وعند ذلك يمسكه ويربطه

* (في ربط الشريان الشظي) *

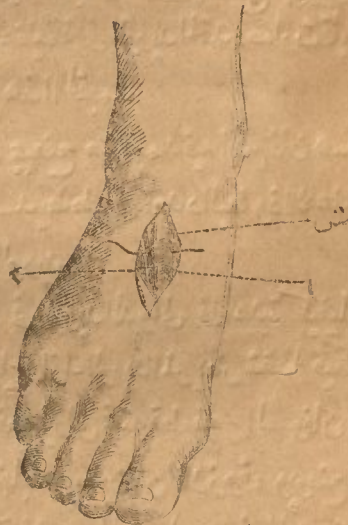
كيفية ربط هذا الشريان أن يشق الجلود والنسيج الخلووي ازا عظم الشظية ويبدأ عنه بمقدار عرض أصبع شقا طوله من (٨) الى (١٠) سنتيمتر

ثم تخرج الحافة الوحشية من العضلة التؤمية الوحشية وتشق العضلة النعلية
على حسب طول الجرح ثم يأمر الجراح المساعدين أن يبعدوا ما بين حافتي الجرح
ويستل الشريان فيربطه بعد أن ينفذ تحته الخيط من الانسية الى الوحشية
* (تنبيه) * هذا الشريان لكونه غائرا ومغطى في الجزء المتوسط من الساق
بالعضلات لا يمكن ربطه الا في النصف العلوي منه

* (في ربط الشريان القدي) *

هذا الشريان تابع في جميع طول له لخط موهوم يمتد من وسط المسافة التي
بين الكعبين ومنته في الجزء الخلفي من المسافة الاولى التي بين عظمي المشط
الاول والثاني (شكل ١٥) وموضعه تحت الحافة الانسية من العضلة
القدمية المسماة بالعضلة القصيرة الباسطة للاصابع وحشى غمد وتر العضلة
الباسطة للاصابع وهذا الشريان يحجب في مسيره ويريداه اللذان احدهما
في الجهة الانسية والاخر في الجهة الوحشية وامامه العصب القضي المقدم

(شكل ١٥)



* (كيفية العمل) *

كيفية ربط هذا الشريان أن يشق أولا الجلد والنسيج الخليوي شقا طوليه
(ه) سنتيمتر على مسير الشريان يبتدأ به أسفل الرباط الخلق الرسني ثم يشق
الصفاق على الجس القنوي مع التحرز من اصابة العصب العضلي الجلدي

ثم يبحث الجراح عن الحافة الانسية من العضلة القديمة ويشق على المجلس القنوي الصفاق الغائر الذي يمتد من الحافة الانسية من هذه العضلة الى عمق العضلة الباسطة للابهام وهناك يجرد الشريان فيعزله عزلا جيدا عن وريده وعن العصب القضي المقدم ويلزم في هذه العملية عدم المبالغة في بسط القدم لئلا يصير تبعا لجانب الانسي من العضلة القديمة عمرا

* (في العمليات التي تفعل في الاوردة) *

* (في معالجة الدوالي) *

تعالج الدوالي بطريقتين رئيسيتين احدهما يقصد بها تسهيل سريان الدم في الاوردة المتمددة والآخرى يقصد بها منع سريانه فيها بفعل الوسائط اللازمة لانسدادهما

اما تسهيل سريان الدم في الاوعية المتمددة فله كيفيات متعددة منها الضغط على تلك الاوعية برباط حلقى او بواسطة أجهزة مخصوصة من نحو الصمغ المرين ومنها دفع الدم من الوريد المريض الى وريد صحيح بواسطة الاصابع فان الدم اذا تراكم منه كمية عظيمة في الوريد المتمدد صارت قابلة للتجمد فدفعه الى وريد آخر صحيح يمتنع هذا التجمد

ومنها ببط هذا الوريد بموضع متى تجمد فيه الدم فان هذا البط يسهل خروج الجلط الدموية منه وقد يضطر الى تعدد البط وذلك عندما يكون التمدد مستوعبا لجميع طول الوريد

وأما منع سريان الدم في الوريد الدوالي فله عدة كيفيات أيضا منها الضغط وكيفية أن يشق الجراح ازاء الوريد المريض شقا فيكشف منه نحو قيراط ثم يفصله عما يجاوره ويرفعه ليزلق تحته قطعة من الصوفان عرضها نصف قيراط وطولها قيراطان ثم يثبتها بشريطين من اللازوق ويوضع على الجرح قليل من التسالة المسدودة بالمرهم البسيط وهذه الكيفية منسوبة للجراح (ديلبس)

وأما كيفية الجراح (دافا) فهي أن يرفع الجراح الوريد المريض مع ما يعطيه من الجلد ثم يغرس في الجلد من أسفل الوريد دبوسا يلف عليه خيطا متينا

كما يفعل ذلك في الخياطة اللغية فهذه الكيفية ينضغط الوريد بين الدبوس
ولغات الخيط

وأما كيفية الجراح (سانسون) فهي أن يضغط الوريد المتمد بواسطة جفت
مخصوص شبيهه بجفت الجراح (بريشيه) المستعمل في القيلة الدوائية
ومنهار بيط الوريد وكيفية ذلك الربط أن يكشف الوريد المريض ثم يعزل
بالكافية عما يجاوره من الاعضاء ثم ينفذ تحته مسبار يري حامل خيطا فيحاط
بهذا الخيط الوريد ويعقد عليه ثم يقطع ذلك الوريد من أعلى الرباط واعلم انه
قد يحصل عن ذلك التهاب الوريد وتقيحه وهذا العرض خطر

(ومنها) خياطة الوريد كما فعله (دافا) وكيفية ان يغرز فيه ابرة من الامام الى
الخلف ثم تتقدم الخلف الى الامام وتثبت في هذا الموضع بان يلف عليها خيط
كما في الخياطة اللغية فبذلك تضيق سعته ويسهل التصاق الغشاء الباطن منه
وكان الطبيب (فريك) ينفذ في الوريد خيطا ويتركه كالخزام مدة يومين
فتكون جلطة دموية تسده وذكرا انه استعمل ذلك نحو ثلاثين مع غاية النجاح
(ومنها) القطع وكيفية ان يقطع الجراح جميع الاوردة الدوائية بالمشرب
امام الظاهر الى الباطن بأن يقطع الجلد فالاجزاء الرخوة الى ان يصل الى
الوريد الدوالي فيقطعه وامام الباطن الى الظاهر بأن ينفذ تحت الوريد
مشرب مستقيم حاد الطرف فيقطع مع ما فوقه دفعة واحدة ثم يوضع على الجرح
قليل من النسالة فتكون القبح ينسد الوريد وهذه الطريقة هي المعتادة
في القطع

واما كيفية (ريشران) فهي ان يشق شق على حسب طول العضو ويكون
تابع السير الاوردة ويلزم ان يتوخى الجراح الجزء الذي تكون فيه الاوردة
اكثر اتفانها واجتماعا ويلزم ان تكون الشقوق من (١١) الى (٢٢)
ستيمتر ثم يستخرج الدم المتجمد بالضغظ ثم تملأ الجروح بالنسالة فبالتمقيح
تسد الاوردة

(ومنها) استئصال الجزء المتمد من الوريد أى سله بأن يكشف ثم ينفذ
تحتة بحس قنوى ويقطع بالقرب من الزاوية السفلى من الجرح ثم يسلك الطرف
العلوى منه بجفت فيجذب قليلا ثم يقرض بالمقص بالقرب من زاوية الجرح

العليا لتصير بعد القطع اطراف الوريد مغطاة وغير معرضة للهواء حتى حصل
الانسكاش وكان القدماء من الاطباء يربطون الوريد قبل قطعه
(ومنها) الكي اما بالنار كما كان يفعله قدماء الاطباء اما بالبوتاسا
واما بعجينة (فميننا)

* (في نقل الدم من شخص الى آخر) *

قد كانت هذه العملية مرغوبة جدا في القرن السابع عشر من التاريخ
المسيحي ثم هجرت ثم رغب فيها في عصرنا هذا في بعض انواع الانزفة الخطرة
وكافوا قديما ينقلون دم غير الادمي من الحيوانات الى الادمي واما الآن
فلا ينقلون الى الادمي الا دم ادمي وان كان الطبيب (بلونديل) قرر انه
يمكن نقل دم غير الادمي اليه بدون ان يتسبب عن ذلك ضرر
ولهذه العملية طرق مختلفة لئلا يذكر منها الا طريقة (بلونديل) لكونها
المستعملة وكيفيتها ان يكشف الجراح وريدا من الاوردة التي تقصد
في الذراع ثم يفتحها مسرا طرفه غير حاد فيرفعه به ثم يفتح فيه فتحة تسع
انبوبة حقة تزرق معتادة فهذا ما يفعل بالمريض ثم يأتي بالشمس الذي يراد
الاخذ من دمه فيغصده على ما هو العادة ويتلقى دمه في كوب مخروطي الشكل
و حال انسكاب الدم يلائمه الجراح الحقة مع التحرز من ان يكون فيها هواء
ثم يدخل انبوتها في فتحة وريد المريض ويزرق بغاية الرفق والاحتراس
ثم اعلم ان كمية الدم الذي يزرق تختلف باختلاف المرضى فمنهم من يكفيهم
(١٢٠) جراما ومنهم من يحتاج الى (٢٤٠) جراما ومنهم من يحتاج الى
(٤٠٠) جرام

ثم انهم اوصوا بان يتلقى الدم في اناء يكون موضوعا في حوض فيه ماء فاتر ليبقى
على عدم تجمده الا ان ذلك ليس ضروريا جدا فانه يكفي ان يستخن الاناء
بعض التسخين ومثله الحقة

واعلم انه يلزم في هذه العملية التحرز من خطرين احدهما دخول الهواء
والاخر تجمد الدم اما بسبب زيادة التسخين او بسبب البرودة

* (في العمليات التي تفعل في المجموع العصبي وتعلقاته) *
* (في بزل الاستسقاء المخي) *

هذه العملية نجحها غير مطرد مع انها تفعل كثيرا فقد فعلها الجراح (كونيكست) لتسعة عشر برى منهم عشرة ومات تسعة ولم يتفق الجراحون على محل معين للبزل فقد اختار (كونيكست) فعله على حسب اتجاه التدريز الجبهسي وسط المسافة التي بين تقوع عرف الديك وبين اليافوخ المقدم واختار (روسيل) فعله في احد جانبي هذا اليافوخ واستعمل هذان الجراحان في هذه العملية ميزلا رفيعا وكان (روسيل) يغرس منه نحو (١٣) ملليمتر واما (كونيكست) فكان يغرس منه نحو (٥) سنتيمتر ولم يتفقوا أيضا على مقدار السائل الذي يستخرج فان (روسيل) استخرج من طفله عمره ثمانية اشهر (٩٠) جراما أولا ثم بعد شهر استخرج منه (١٤٠) جراما ثم بعد احد عشر يوما استخرج (٣٠) جراما ثم بعد (٢٠) يوما استخرج (٤٥) جراما وادعى ان رأس الطفل نقص من دائرته (١٠) سنتيمتر

واما (كونيكست) فاستخرج في دفعة واحدة (٣٧٥) جراما ولم يذكر ان رأس الطفل نقص من دائرته وقد فعل هذه العملية الجراح (ملجين) لطفلة عمرها (٨) اشهر وفعل البزل في الجهة الجانبية من التدريز الجبهسي الجداري لقربه من بطينات الدماغ ولقلة العروق هنالك بميزل معتاد غرز منه نحو (٤) سنتيمتر فاستخرج في دفعة واحدة من السقي (٨٧٥) جراما ولم يحدث عن ذلك ادنى عارض ثم بعد (٤) ايام استخرج منها (٦٢٥) جراما ولم يحدث عن ذلك ادنى عارض أيضا وكان يريد تكرير البزل ثالثا لانه عاقه عن ذلك انه طراء على المريضة عوارض دماغية فماتت وقد ذكر هذا الجراح الشهير انه مع استخراج هذا المقدار العظيم لم يشاهد في دائرة الرأس تناقصا كما ادعاه (روسيل) وعلى كل حال هذه العملية خطيرة جدا فالصواب اجتنابها والعدول عنها الى فعل الوسائط الماطفة بان تقوى بنية المريض باعطائه دهن كبد الحوت أو نحوه ومدرات البول والمسهلات مع ضغط الرأس ضغطا قويا مستمرا

* (في معالجة الفتق الدماغي) *

الفتق الدماغي عبارة عن ان يخرج من الجمجمة جزء من الدماغ أو من الرخ
 اما فقط أو مع كون ذلك الجزء محموبا بتقليل من السقي وهذا هو الغالب
 وهو ما خلقي أو عارضى ويكون على هيئة ورم مستدير محدودين يدافع الجس
 قليل الألم أو مجرد عنه لا يتغير معه لون الجلد فيه ضربات تقترن بضربات النبض
 يزداد حجمه بالصراخ وبالمجهودات قابل للانضغاط والدخول في الجمجمة
 محاط اصله بدائرة عظمية ويضعفه يحصل للمريض نعاس وفقد للاحساس
 وشلل وقد يتعذر رده وقد لا يكون فيه ضربات ومتى كان خلقيا كان دائما
 حذاء التداريز واليوافنج (شكل ١٦)
 وقد جربت في معالجته عدة طرق جراحية

(شكل ١٦)

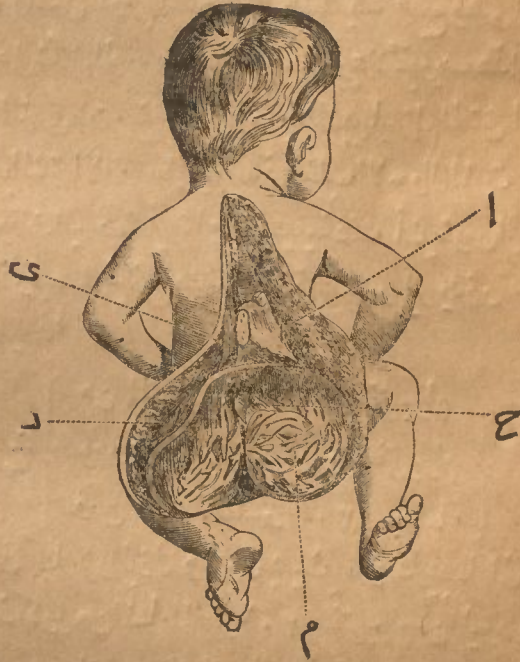


منها الاستئصال بالشق أو بالرباط لكنه لم يقد شيئا بل عقبه في جميع الاحوال
 الموت
 ومنها تقر يبع الورم من السائل بالبرز أو بالشق ولم تنجح هذه الطريقة
 أيضا الا في النادر
 ومنها رد الفتق بضغط الورم من فوق الجلد بدون شق أو بعد شقه وتقر يبعه
 من السقي وهذه الطريقة لم تنجح أيضا الا مرة واحدة
 (تنبيه) بما ان جميع ما ذكرناه من الطرق خطر ولم يجدي شي منها اذني نفع
 الصواب عدم فعل شي منها ما لم يزد حجم الورم واما ان ازداد وحصلت عنه
 عوارض ثقيلة فينبز أو يشق ثم يضغط ضغطا قويا ويوضع عليه قطعة
 من صمغ البركاذاه فتحة الشق منعالتاثير الصدمات الخارجية فيه

* (في الاستسقاء الفقاري) *

هو خروج اغشية النخاع الشوكي من فتحة في العمود الفقاري ناشئة عن عدم تمام التئام بعض الاجزاء العظمية التي يتكون منها هذا العمود بسبب تعطل نموها ولا يكون هذا المرض الا خلقيا والورم المتكون عن خروج هذه الاغشية يحتوي دائما على سقي أى سائل مصلى والغالب ان يوجد فيه النخاع بنفسه أو بعض فروع عصبية عظيمة والغالب كون محله في جزء من القسم القطني أو القسم العجزي (شكل ١٧) ويكون اما ذا عنق أو ذا قاعدة كبيرة فلذا تختلف معالجته فما كان منه ذا عنق فعالمجته أما بالضغط وكيفية أن يضغط الجراح الورم حتى يدخل جميع السائل في التجويف العنكبوتي فيضع على عنقه كبسة صغيرة تثبت برباط يدار على وسط المريض ويوضع على بقية الورم رقادة درجية تثبت برباط أيضا يحدث الالتصاق في جدران الورم

(شكل ١٧)



واعلم ان هذا الضغط كلما كان اكثر منع السقي من العود الى تجويف الورم كان اكثر جودة وهناك كيفية أخرى للضغط وهي ان يضغط عنق الورم بين اثنتين

أوصفتين يشتان بخيط كافي الخياطة اللينة وقد يستعمل في هذه الاورام
الربط أيضا لكن لا حاجة الى شرح كيفية فانها معلومة
وأما بالقطع وكيفية ان ينفذ الجراح في عنق الورم عدة دبابيس بعد ان
يطبق بعض المساعدين جدران الورم بعضها على بعض لثلاثا تباعد فتخرج
الدبابيس ثم يمسك الجراح الورم بيده اليسرى فيقطعه بالشرط ويدير على
الدبابيس خيطا مزدوجا كافي الخياطة الكتبية ولا تنزع هذه الدبابيس
الا بعد ستة أيام الى عشرة

ويمكن قطع الورم من أول الامر ثم تنفيذ الدبابيس بعد ذلك الا ان المختار اجراء
العملية على ما أسلفنا ذكره منعالتا تبراهوا في العنكبوتية ويمكن الاستغناء
بالخياطة المرودية عن الخياطة الكتبية

وأما الاورام الكبيرة القواعد فتعالج بالضغط مباشرة من الخلف الى الامام
بعد ان يخرج قليل من السقي الذي فيها أوبدون ذلك وقد استعمل الجراح
الانسكازي (استلي كوبر) الضغط بهذه الطريقة فنجح وهي انه اتخذ قالبا
من الجبس على شكل الورم وضغطه به ثم صار يلائم تجويف هذا القالب شيئا
فشيئا الى ان انتهى بان وضع على الورم رباطا شديدا يحزم الفتق السرى
وتعالج أيضا بالشق الا انه خطر في عقبه في أغلب الاحوال الموت
وتعالج بالزروق اليدوية أيضا وكيفية ذلك أن يغرس الجراح في الورم
بانحراف مبرلا رقيقا فيخرج منه من السقي بقدر ما يريد زرقة فيه والسائل
الذي يزرق هو هذا

{ من اليود المعدني ٣ سنتي جرام
ومن يودور البوتاسيوم ٦ سنتي جرام
ومن الماء المقطر ٣٠ جراما }

ويغوى المحلول كلما كرر البنزل والزرق بحيث يصل تدريجا الى ان يذيب في
المقدار المذكور من الماء المقطر (٢٠) سنتي جرام من اليود و (٣٠) من
يودور البوتاسيوم ويلزم عدم اخراج سائل الزرق بل يمنع خروجه بضغط فتحة
البنزل ضغطا لطيفا

ثم يرقد الطفل على بطنه فان كان في الورم حرارة وتوتر وضعت عليه

الكمودات الباردة حتى يزول ذلك فتوضع عليه طبقة من الكولوديوم
ويكرر ذلك الى ان يأخذ في التناقص فان بقي على جمه الاصلى كرر النزول
وزرق السائل اليودى الى أن يزول بالكلية ويداوم على وضع الكولوديوم
اشهرا

* (في قطع الاعصاب) *

قد استعمل الجراحون من أعوام قديمة قطع الاعصاب لازالة الآلام العصبية
المستعصية على الاذوية التي تستعمل من الظاهر أو من الباطن وان كانت
هذه العملية قليلة النج لان هذه الآلام كثيرا تعود بعدها أو يعقبها في الجزء
الذى حصل فيه القطع آفة ربما تكون أثقل من الاولى
ومن المعلوم ان الألم العصبي متى كان ناشئا عن آفة خارجية وكان في الجزء
الطرفى من العصب فقطع الفرع الناقل للحساسية الى المركز الذى هو موضع
الشعور يزيله ولو زالت وقتية غير ان ذلك ليس على الاطلاق اذ الغالب كون
الألم العصبي ناشئا عن احتقان أو عية الرأس وبالنسبة للنساء موافقا لدور
الحيض أو كونه مرتبنا بانقطاع سيلان باسورى أو نحو ذلك
وأعلم ان أغلب الاحوال يكون فيه السبب المحدد للألم العصبي مجهولا
فيظن ان الموضع المتألم هو نفس منشاء السبب وليس كذلك اذ قد علم من
الفسولوجيا ان العصب الزندى اذا صدم في المرفق لم يحس بألم الا في الكف
وخصوصا في المختصر منها وقدس على ذلك بقية الاعصاب الا انها ليست معرضة
جميعها للتأثيرات الخارجية مثله

ثم اعلم ان قطع الفرع العصبي وان زال به كثير من الآلام العصبية لا يعد
صوابا وكثيرا ما رأينا من الجراحين من كوى بالنار في معالجة عرق النساء
جزأ من أذن المصاب ومن عالج الآلام العصبية الوجهية بشق صغير خلف
أذن المصاب والمجب من زعم هؤلاء الجراحين انهم من الفسيولوجيين وما
يحصل بهذا الكى أو بهذا الشق انما هو تعويض المباح وهذا هو عين ما يحصل
بعمالية قطع الاعصاب ومع هذا نشرح هنا كيفية هذا العمل الاعلمية
قطع العصب الوجهى لانه قد استفيد من الفسيولوجيا انه عصب حر كة فقط
لكن ربما يقطع مع الفرع منه أفرع من الزوج الخامس فبقطعها يحصل تأثير

في الألم العصبي

ومثي قطع العصب الوجهي بالقرب من مخرجه من الجمجمة سبب ذلك بلا شك
شلل الوجه ولم يزل الألم

وجميع الفسيولوجيين مع (برار) ينكرون حصول الألام العصبية في
العصب الوجهي لما أسلفنا من أنه عصب حركة فقط وليس من أعصاب الحس

* (في قطع العصب السني السفلي) *

هذا العصب يقطع قبل دخوله في القناة السنية كما أنه يقطع بعد خروجه
من الثقب الذقني وهذا هو الأكثر استعمالا والأسهل وكيفية أن يشق
الجراح ثنية الغشاء المخاطي المنعطف من الشفة على اللثة حذاء اللسان أو حذاء
ما بينه وبين الضرس الأول ويوصل هذا الشق إلى الثقب الذقني الذي تتفرع
منه فروع العصب السني فتقطع بالمقص أو بالمشرط

وأما قطع العصب السني السفلي قبل دخوله في القناة السنية وهو طريقة
(وارين) فكيفية أن يشق الجراح شقاً عميقاً من الشرم المثلث إلى الحافة
السفلى من عظم الفك السفلي حتى انكشف الغدة النكفية فصارت وقطع
الجراح بعضاً من الياف العضلة المضغية حتى يصل إلى العظم فيضع عليه
المنشار الأسطواني المعروف بالتربان أسفل الشرم المثلث بقدر عشرين
إلى خمسة وعشرين مليمتر وسط المسافة التي بين الحافة المقدمية والحافة
الخلفية من العظم فبعد أن يزيل صفيحتي العظم الأولى بالألة الرافعة والثانية
بالجفت ينكشف كل من العصب والشريان والوريد حذاء مدخلها من القناة
السنية فيرفع العصب بالمجس ويقرض منه نحو (١٢) مليمتر جزء من أصل
الفرع العصبي وربط الشريان أن انقطع سهل

وأما الشريان الوجهي المستعرض فكان الجراح (وارين) يربطه من أول
الامر فمن أراد من الجراحين إجراء هذه العملية فعليه أن يتبع مخترعها
في ذلك اعني أن يربط الشريان الوجهي المستعرض ابتداءً

ولما أجرى الجراح (وارين) هذه العملية ضم الجرح فالتحم بالقصد الأول
وشفي المريض في اليوم التاسع منها

(تنبیه) قطع العصب السني بعد مخزجه من الثقب الذقني كما اسلفناه هو الطريقة المتبعة لانامتي نظرننا الى خطر وصعوبة عملية (وارين) التي هي قطع هذا العصب قبل دخوله في القناة السنية واني انه لا يمكن نشر العظم الفكي السفلي بالتربان الا بعد عزل النكفة وقطع بعض الياف العضلة المضغية مع بعض أفرع من العصب الوجهي وبذلك تنشل جملة من عضلات الوجه علما انه لا ينبغي للجراح أن يقطع العصب السني السفلي قبل مدخله في القناة السنية ومع هذا قطعه من هذا المحل هو الذي يسكن الالام العصبية الناتجة عن تسوس بعض الاسنان لانه يمروره في القناة السنية يوزع على الاسنان فريعات عصبية هذا والاصوب في هذه الاحوال قلع السن المتسوسة

* (في قطع العصب تحت الوقب) *

لقطع هذا العصب طرق عديدة اقتصرنا على شرح احداها التي هي أسهل وأكثر استعمالا وكيفية ان يأمر الجراح مساعدا برفع الشفة العليا فيشق هو الغشاء المخاطي في الميزاب الفاصل بينها وبين الفك ثم يفصل جميع الاجزاء الرخوة المغطية للفقرة النابية حتى يجازي بهذا الشق الثقب تحت الوقب فيقطع فريعات العصب تحت الوقب على العظم ثم يسك أطرافها بالجفت فيمقرض منها قدر نصف سنتيمتر

* (في قطع العصب الجبهسي) *

(تشریح جراحی) يوجد وحشى أصل الانف بنحو (٢٥) ملليمتر أعنى انسى متصل الثلث الانسي بالثلثين الوحشيين من القوس المحاجي ييسر شرم عظمي أو ثقب يمر فيه الفرع الوحشى من المعصب الجبهسي عند دخوله من الوقب وأما الفرع الانسى ففي وسط الخط الضام لهذه النقطة باصل الانف وأعلم ان العصب الجبهسي يكون في هذا القسم مغطى بالجلد وبطبقة غير سميكه من نسيج خلوى وبعض الياف العضلة المطبقة للجفن والغالب أن لا يكون الثريان التابع لسير العصب عظيما فلا تخشى اصابته

* (كيفية العمل) *

متى اريد قطع هذا العصب أمر الجراح مساعدا ان يخفض الجفن العلوى

من المريض ثم يقف هو امام أو خلف المريض فيرفع باحدى يديه الحاجب
ويشق بالآخرى شقا بعيدا عن اصل الانف بسنتيمتر ويمتدبه مقدار (٣)
سنتيمتر تابعا للقوس المحاجبي وحرف القوس المحاجبي ويلزم ان يوصل هذا
الشق الى العظم ليقطع كلا من الفرع الانسي والفرع الوحشي من هذا العصب
وان يقرض جزءا من طرفه الاقتراب لثلاثتئم الاجزاء التي تقطع
واعلم انه يمكن استبدال الشق اسفل الحاجب بالشق اعلاه ويمكن قطع هذا
العصب من تحت الجلد لكن يفعل البط على الخط المتوسط لواحشيه
اذق هذا الجزء يكون تحديب الحاجب مانعا للجراح من ادخال المقطاع
بلاشزيمة لسفتي الجرح

* (في عمليات العظام) *

* (في استئصال العظام وقرضها) *

يقصد باستئصال العظام أو قرضها فصل الفاسد منها عن الصحيح وابقاء
الصحيح استمعاء للطرف
واعلم انه متى اضطر الى قرض طرف مفصلي من أي عظم فان الخطر يقل
كلما استؤصل جزء عظيم من السطح المفصلي المعطى بالغشاء الزلاي لان التهاب
هذا الغشاء في مثل هذه العملية متى كان واسعا كان خطرا جدا
وليس لقرض عظام الاطراف السفلى فائدة الا عند التحقق من ان الطرف
يصير له بعد العملية قوة على تأدية وظائفه
واما عظام الاطراف العليا فقرضها خير من بتره هذه الاطراف ويجب متى
كانت عملية القرض لشاب ان يجتهد في ابقاء رؤس العظام ويلزم في هذه
العمليات ان تكون الشقوق من الجانب المقابل لمرور الاوعية والاعصاب
المهمة وان تكون في المواضع التي يكون فيها الجلد اقرب الى العظم المراد
استئصاله

ويجب ان يبذل الجراح اجتهاده في حفظ العضلات والوتار والاعوية
والاعصاب ثم ان الغالب في عملية القرض ان يكتب في شق بسيط طولي لكن
قد يضطر في بعض الاحوال الى شق اخر معترض على احد طرفي الشق الاول

أولى شقين معترضين على طرفيه وكلما كان الباقي من الضرب أكثر كانت العملية أعظم ثمرة فقد شوهدت في عمليات بقي فيها الضرب أن العظم أو الجزء العظمى المتأصل تولد بدله عظم آخر مكانه فيه متانة كافية لتأدية فعل ذلك العضو وهذه العمليات التي بقي فيها الضرب تسمى باستئصال العظام من داخل الضرب ثم إن قرص العظام واستئصالها مما يقار به ومناسير مختلفة باختلاف موضع العملية

ويلزم قبل الشروع في نشر العظم وقاية اللحم وتبعية حافتي الجرح أحدهما عن الأخرى لئلا يصاب شيئا منهما المنشار ومتى انتهت عملية القرص لزم أن يجعل الطرف على هيئة بها يتيسر العمل به بعد الشفاء إن لم يكن بدمن يدس المفصل ويتم ذلك في الأطراف السفلى يجعلها مبسوطة وفي الأطراف العليا يجعلها مثنية

والجرح يضم أيا ما ضما كلياً أو جزئياً على حسب الأحوال ويلزم الاجتهاد في مدافعة الالتهاب المتوقع حصوله بعد هذه العمليات بأن يوضع على مواضعها نحو المسافات المملوءة بالجليد ولا ترفع إلا إذا تألم المريض ببردتها أو عرض له انتفاض

* (في الآفات الموجبة لقرص العظام أو استئصالها) *

هذه الآفات كثيرة جداً فمنها الأمراض الأولية وهي التسوس وسرطان العظم وشوكة الريح والكساح ودرن العظام والنكروز أي موت العظم واللين الشحمي والالتهابات العظمية المزمنة ولين العظام وضخماتها وغير ذلك ومنها الآفات العرضية وهي الكسور المضاعفة ونفوذ جزء من العظم إلى خارج الجلد وتعري العظم وبروزه من الجذمة أي موضع القطع والمفاصل الكاذبة وعدم استواء الدشبث وانغراس جسم غريب في العظم ونحو ذلك

* (في الآفات المستعملة في استئصال العظام) *

هذه الآفات عديدة مختلفة باختلاف الأحوال فمنها المنشار السلسلي ومنها منشار (هين) الرحوى الذي نوعه (شاربير) و (ظمسون) ومنها المقاريض وأجودها مقراض (لستون) الانكليزي المستعمل في قرص

العظام الصغيرة ومنها مجس (باندين) ومنها الصفايح الواقية للاجزاء
الرخوة وتكون من الورق المقوى المتين أو من الخشب أو من معدن ومنها
المطرقة ومنها الازامير المختلفة الشكل

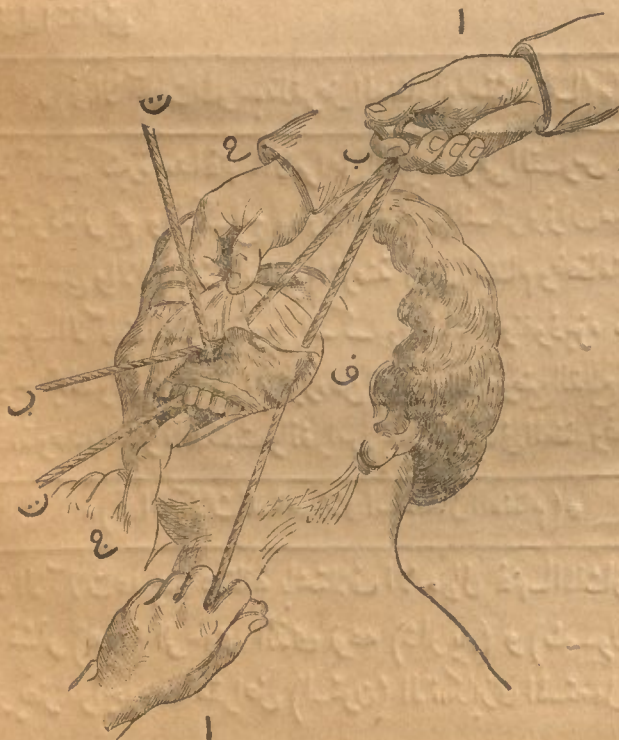
* (في استئصال عظام الوجه) *

* (في استئصال عظم الفك العلوى) *

أعلم ان عظم الفك العلوى متصل بواسطة نتوء الصاعد بالعظم الانفي وله
اتصال بكل من العظم الجبهى والعظم الظفرى والعظم المصفاة والوتدى بنفس
هذه الوساطة ومتصل بواسطة النتوء الوجنى بالعظم الوجنى ومتصل من جانبه
الانسى المتكسكون منه نصف سقف الفم بالجزء المقابل له من قرينه ومتصل من
الخلف بالعظم الخنكى اتصالاتا

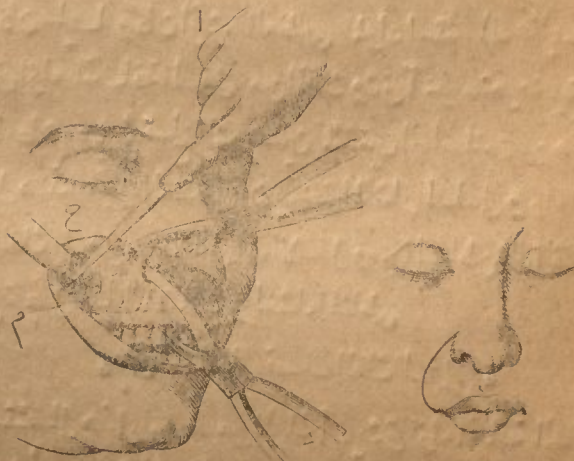
والعصب تحت الوقب فى الميزاب تحت الوقب المتجه من الخلف الى الامام
فى الجدار العلوى من الكهف الفكى وأما الشريان الفكى الباطن فيمر
فى الشق الجناحى الفكى

(شكل ١٨)



* (كيفية العمل)

كيفية استئصال هذا العظم ان يجلس المريض على كرسى مسندا رأسه على صدر مساعد يكون خلفه ثم يشق الجراح شقا محديا الى الاسفل والخلف يتدئ به من الصامع أى ملتقى الشفتين (شكل ١٨) وينتهي به حذاء وسط العظم الوجنى ثم يسلم هذا الهدب ويرفعه ويقطع العصب تحت الوقب ثم يفصل المنخر من النتوء الصاعد ويثقب الجدار الانسى من جدارى الوقب بواسطة مبدل ثم ينفذ فى هذا الثقب منشار اسلسليا وينشر النتوء الصاعد وبعد تبعيد العين مع غاية الاحتراس على الجانب السفلى من الوقب ينفذ فى الشق الاسفنى الفكى منشار اسلسليا وينشر أيضا النتوء الوجنى فيصير المتصل من العظم الفكى بالجسم جزؤه الافقى فقط فيفصل منه من الامام الى الخلف اما بمنشار اسلسلى أو بمقراض (لستون) وقبل استئصال العظم يجب شق الغشاء الليفى المخاطى المعطى لسقف الخنك بالمرط ومتى كانت اللهاة سليمة وجب على الجراح ان يفصلها عن الفك العلوى بواسطة شق مستعرض ثم يمسك الجزء الفكى المراد استئصاله بجفت عظمى متين ويحركه من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام فينكسر النتوء الجناحى ويسهل فصل هذا العظم (شكل ١٩) وهذه هي طريقة معلمنا الشهير (ويلبو) التى هي اكثر اتبعا



(شكل ١٩)

* (في استئصال عظم الفك السفلي) *

هذا العظم جزؤه المتوسط معطى بالجلد وبالعضلة المثلثة الشفوية أى الخافضة
للصامخ الشفوي وبالعضلة المربعة الشفوية أى الخافضة للشفة السفلى
وبالعضلة العنقية

وأما جزؤه المحاذى لزاوية الفك فترتبط فيه العضلة المضغية
وأما النتوء القرني فترتبط فيه العضلة الصدغية

وأما السطح الباطن من فرعه هذا الفك فترتبط فيه الجناحية الانسية
أى الباطنة

وأما عنق النتوء اللقمي فترتبط فيه الجناحية الوحشية أى الظاهرة
والشريان الفكي يمر خلف عنق النتوء اللقمي من الفك السفلي
والشريان الوجهى يقاطع اتجاه العظم

* (كيفية العمل) *

* (في استئصال الجزء المتوسط منه) *

متى كان ما يراد استئصاله من هذا الجزء غير عظيم الحجم كفى ان يشق شق
يبتدأ به من وسط الشفة السفلى ويمتد به الى قرب العظم اللامى

فان كان الجارديه عاهة لم يجعل الشق عموديا بل على شكل السبعة بالرقم
الهندي (٧) ويمتد به الى قرب العظم اللامى

واما اذ كان سليما وكان الجزء العظمى المراد استئصاله عظيما فيشق شق
مستعرض ازاء الحافة السفلى من الفك وشق آخر مستعرض يقع على الشق
الاول وقوعا عموديا ثم تسليخ الشريحتين المثلثتين الحاصلتين عن هذين الشقين
ويستئصل هذا الجزء العظمى بأن يدخل المنشار السلسلى وراء الوجه الخلقى
من عظم الفك السفلى من الاعلى الى الاسفل ومن الباطن الى الظاهر وينشر
العظم ثم تفصل منه العضلات والغشاء المخاطي

* (في استئصال نصف الفك السفلي) *

كيفية استئصال هذا النصف من الفك أن يشق ازاء الحافة السفلى منه شق
منحن يبتدأ به من ارتفاع الذقن ممتدا الى زاوية الفك ثم شقان آخران

عموديان احدهما انسى يقطع الشفة السفلى من الوسط والاخر وحشى يمتدأبه
من القوس العذارى أى الزوجى ويمتدبه خلف فرع الفك حتى يتصل بالشق
الافقى فهذه الكيفية تتكون شريحة مربعة فتسلخ وترفع الى الاعلى والانسية
ثم ينشر الجزء المتوسط من هذا الفك ويخلق ما في وجهه الخلفى من الاجزاء
الرخوة ومتى وصل الجراح الى المفصل نفذ خلف النتوء القرني وتحت القوس
الزوجى مشرطاً اذازر فقطع به وتر العضلة الصدغية وفي اثناء ذلك ينكس الفك
ليبرز النتوء اللقمة من حفرته المفصالية فيقطع العضلة الجناحية والاربطة
المفصالية وهو جاذب العظم اليه جذبا قويا لتباعد الاوعية عن فروع الفك
وفرارها من اصابة الشريان الفكي الانسى

* (في استئصال عظم الترقوة) *

هذا العظم استئصاله عسر وخطر جدا المجاورة اوعية مهمة وكيفية ذلك عند
الاقتضاء ان يشق الجراح ازاءه شقا يمتد من طرفه الانسى الى طرفه الوحشى
فان كان حجم الترقوة صار عظيما للآفة التى فيها شق أيضا شقين صغيرين
يقعان وقوعا عموديا على هذا الشق المستعرض ثم أمسك حافى الجرح بجفت
وفصل العضلة القصية الترقوية الخشائية والعضلة المربعة المعينية
والعضلة العظمية الصدرية والعضلة الدالية عن العظم ثم يفصل صفاق
العضلة تحت الترقوة بواسطة يد المشرط وينفذ تحت الترقوة بحس (بلاندين)
وينشرها من الوسط ثم يمسك طرفى العظم ويجذبهما بقوة الى الاعلى ويقطع
الاندغامات العضلية التى فى السطح السفلى من العظم ومتى وصل الى المفصلين
قطع اربطتهما من الاسفل الى الاعلى بلاخطر

* (في استئصال عظم الكتف المسمى بالالوح) *

هذا العظم استئصاله نادر جدا لما يعطيه من الكتل العضلية وما يحيط به
من الاوعية العديدة ومع هذا من جراحي الانكلايز من استأصل أغلب
ما يكون منه تحت الشوكة لورم غضروفى عظيم الحجم كان شاغلا له هذا الجزء
الا ان المريض لم يعش بعد ذلك غير بعض أيام

* (في استئصال الاضلاع) *

يصعب استئصال الاضلاع مع كون البليورا سليمة وعلى وضعها الطبيعي فانها متى كانت كذلك كانت ملتصقة بالعظام فيخشى انفتاح التجويف الصدري اثناء العمل بخلاف ما اذا كان مرض الضلع قديما فتكون بينهما وبين البليورا طبقة من اللينفا البلاستيكية فان هذه الطبقة تسهل هذه العملية كثيرا وتصيرها قليلة الخطر

* (كيفية العمل) *

كيفية استئصال الاضلاع أن يضمج المريض على جنبه الجرح ثم يشق الجراح على اتجاه الضلع المريضة شقا على قدر الجزء المراد قرضه ثم يفصل الاجزاء الزخوة المغطية للعظم ثم البليورا المجاللة لسطحه الخافي أما بواسطة مجس قنوى أو بيد المشرط ثم ينفذ تحت الضلع رفادة أو قطعة من الورق المقوى لتكون وقاية للغشاء الصدري المستبطن ثم ينشر العظم بالمتشار العرفي أو يقرضه بمقراض (لستون) ثم يرفع القطعة بكلاب كال الطرف ويجذبها الى الامام ويفصل منها الاجزاء الزخوة مع غاية الاحتراس خشية اصابة الشريان بين الاضلاع أو البليورا

(تنبه) اذا كان جزء البليورا المقابل للضلع مريضاً لم يقرضه بالمقص المنحنى وضمه فوراً لتلايدخل الهواء في تجويف الصدر فيختمق المريض ثم يضمه الجراح الجرح بالنسالة المدهونة بالمرهم البسيط

* (في قرص عظام القص) *

متى فسد جزء من العظم القصى لزم قرضه وكيفية ذلك أن يشق الجراح حذاء هذا الجزء شقا صليبيا أو يضيأ المنكسف أو شقا مستطيلا يتصل كل من طرفيه بشق معترض ثم يشق بالتربان ثقبين في أعلى الجزء المريض وثقبين في أسفله ويقرض الجزء الذي بين هذه الثقوب بمقراض (لستون) أو بالازميل والمطرقة ثم يغطي الجرح برفادة مدهونة فوقها نسالة ثم يشد عليه رباطا ومتى تم التئامه وضع على مكانه قطعة من الجاليد المطبوع أو من قرن أو صفيحة معدنية وقاية لهذا الموضع من الصدران يتأثر بالاصطدام وكذا يفعل بعد

* (في قرص سناسن الفقرات أى تنواتها) *
* (الشوكية) *

* (كيفية العمل) *

كيفية قرص هـ - هذه السناسن أن يشق الجراح في الجزء المتوسط من العمود الفقري امام التواء المراد قرصه شق طويلا ثم يقرض هذا التواء بقرص (لستون)

ثم انه لا ينبغي قرص صفائح الفقرات الا في الجروح النارية المحبوبة بكسر تقتي في الفقرات أو بجسم غريب كالرصاص فان هذه الاحوال هي التي يلزم فيها فعل هـ - هذه العملية واستخراج هـ - هذه الاجسام لتلاصق المريض بضغطها للنجاع

* (في استئصال وابله العضد اى رأسه) *

* (كيفية العمل) *

كيفية استئصال رأس العضد أى الجزء العلوى منه ان يجلس المريض على كرسى ويثبت عليه تبتينا جيدا ثم يقبض الجراح على العضلة الدالية بيده اليسرى ويجذبها اليه ثم ينفذ يدها وبين رأس هذا العظم سكين ذات حدين يفصل بها شريحة من جميع العضلة الدالية فيرفعها فاذا كانت العملية في الذراع اليمنى لوى عضده الى الانسية بقوة على هيئة انصباب تام اوفى اليسرى لواه الى الوحشية كذلك ثم يقطع كلا من العضلة فوق الشوكية والعضلة تحت الشوكية والعضلة المستديرة الصغيرة ووتر الرأس الطويل من العضلة ذات الرأسين والعضلة تحت اللوح عندما تتوتر بالمحركة الرجوية التي يفعلها الجراح بالعضد وقت العمل

ويلزم في سهولة قطع هذه الاجزاء الرجوة أن يكون حد السكين واقعا باستقامة مقاطعا لا ينافها فبعد ذلك ينزع رأس العضد من تجويغه المفصلى ويجعل بينه وبين الاجزاء الرجوة قطعة من الورق المقوى أو صفيحة معدنية أو قطعة خشب مفرطحة وقاية للحم من المنشار ومن سقوط النشارة عليه ثم ينشر بالمنشار المعتاد

وهذه الطريقة هي طريقة (دوبوترون) وهي مع كونها سهلة ينشأ عنها جرح واسع تصاب فيه أوعية كثيرة ويسكون فيها موضع النثر عرضة للتسكز والتقيح غزيرا ربما انك المريض وتعطل عنها رفع الذراع لما يقطع فيها من العضلات الرافعة ولذا فضلتها طريقة (روبير) وهي ان يشق الجراح بين التواء الاخرى والتواء الغرابي شقاً طويلاً يبتدئ به تحت الترقوة يستتير واحد وينزل به الى الاسفل على حسب طول الجزء المراد استئصاله ثم يبعد ما بين حافتي الجرح لينكشف رأس العضد فتفتح الحريطة المفصالية ويقطع كل من العضلة تحت اللوح والعضلة أعلى الشوكة والعضلة تحت الشوكة والعضلة المستديرة الصغيرة ووتر الرأس الطويل من العضلة ذات الرأسين ثم يخلع رأس العظم من التجويف العنابي وينشر كما أسلفنا ثم تضم حافتا الجرح بالخيطة اللينة وتجعل الذراع مع الساعد في علاقة

(تنبيه) متى كانت الحفرة العنابية قاسية أيضاً لم استئصالها بالازميل والمطرقة

* (في قرص جزء من جسم العضد) *

قد يضطر الى قرص جزء من عظم العضد عقب بعض الكسور الثقيلة المحبوبة بجرح فلا ينبغي في هذه الحالة احدث جرح آخر بل يوسع الجرح الاصلى عند الاقتضاء

وأما الكسور البسيطة التي لم تنجب بعد اجراء الوسائط المعتادة فيلزم الجراح فيها أن يشق في مقابلة الكسر في الجزء الوحشي من الطرف شقاً وذلك لان الأوعية والاعصاب في الجزء الانسي ثم يقطع النسيج الليفي الذي بين جزئي العظم المكسور ويحبذ بهما الى الظاهر وينشر طرفيهما ثم يعالج هذه الحالة بالوسائط التي تعالج بها الكسور المحبوبة بالجروح

* (في استئصال مفصل المرفق) *

أعظم الطرق في استئصال هذا المفصل هي طريقة (مورو) وكان أول فعله لها في سنة ١٧٨٢ مسجحة وطريقة (شاسميتياك) فالاولى أعنى طريقة (مورو) هي ان يشق الجراح على جانبي المفصل المرفقي شقين يبتدئ بهما فوق تموي العضد الوحشي والانسي بسمة ستتير ويمتد بهما على جانبي هذا

المفصل ثم يوصلهما بشق آخر مستعرض فوق النتوء المرفقي ثم يقطع وتر العضلة ذات الرأس الثلاثة ويسالخ الهدب من الأسفل الى الاعلى فيتكشف السطح الخلفي من العظم العضدي فيمر بمسرت حاد على وجهه المقدم لينفصل من الاجزاء الرخوة ويضع صفيحة رقيقة بينه وبين هذه الاجزاء ثم ينشر الجزء المراد استئصاله ثم يقلبه الى الخلف وتفصل منه العضلة العضدية المقدمة والاطراف الوتيرية التي تندغم فيها العضلات في هذا الجزء ثم يستخرجه الا ان محل ذلك اذا كان المريض هو الجزء السفلي من العضد فقط وأما اذا كان الطرف الاعلى من الزند والكعبرة مريضين أيضا فيلزم أن يمد الشقين الجانبيين المذكورين الى أسفل فيتكون عن ذلك هدب مربع آخر يسالخ من أعلى الى أسفل ثم يقطع طرفاهذين العظمين

وأما الثانية أعنى طريقة (شاستياك) فهي ان يشق في الجزء الوحشي الخلفي من المرفق شق مستقيم مع الاحتراس من اصابة كل من العصب الكعبري والعصب الزندي ثم يفصل الطرف العلوي من الكعبرة فينشر بمنشار ساسلي ويستخرج فورا ثم يستخرج أيضا الطرف السفلي من العضد فوق الاسطح المفصالية قليلا أو كثيرا على حسب امتداد الآفة وينشر ثم يجذب الى ظاهر الجرح وتفصل عنه الاجزاء الرخوة المندعمة فيه وكذا العصب الزندي مع غاية الاحتراس ثم يقطع الاتصال الذي بينه وبين النتوء المرفقي ويستخرج ثم يقرض أيضا النتوء المرفقي وبعد العملية تربط الشرايين النازفة ويضم الجرح بالخياطة ويثني الطرف ويعلق بعلاقة ويجهت في ابعاد كل من طرفي العظمين عن الآخر ليتمكن منهما مفصل صناعيه تستمر حركات الساعد

(في استئصال الطرف السفلي من الزند)

كيفية هذه العملية أن يشق الجراح على الحافة الانسية من العظم شقا مستطيلا بقدر طول الجزء المريض ثم يشق عمدا العضلة الزندية الخلفية ويوجهها الى الخلف ثم يقرس في الرباط بين العظمين محس (بلاندين) يضعه أسفل الزند ثم ينشر العظم ثم يمسك الشظية السفلى بجفت ممتين ويفصلها من الاجزاء الرخوة الى محل اندغام الرباط المفصلي ثم ينشر قاع صدق النتوء الكرسوعي أو يقرضها بقرص (لستون) وهذا هو الاصول لان فيه حفظا

الرباط والمفصل والاساوة هي عين الاساوة المعتادة

* (في استئصال البعض من جسم الزند) *

كيفية استئصال بعض جسم الزند هي أن يشق على طول الزند شق على قدر
الجزء المريض ثم تفصل الاجزاء الرخوة من ذلك الجزء مع غاية احتراستين وبعد
ذلك ينشر الجزء المريض من العظم من أعلى المرض ومن أسفله على محس
(بلاندين)

(تنبيه) اذا كان الجزء الزندي المراد استئصاله شاغلا لا غالب طول الزند لم
يستصوب فعل شق واحد على قدر طول ذلك الجزء وانما الصواب حينئذ
فعل شقين أو ثلاثة على طول الزند واستئصال ذلك العظم منها قطعة فقطعة

* (في استئصال الطرف الرسغي من الكعبرة) *

كيفية هذه العملية أن يشق في الجهة الوحشية من الكعبرة شق طويلى ثم تدفع
حافتا المجرح واحدة الى الامام والاخرى الى الخلف ثم تنشر الكعبرة وتجذب
الى الخارج وتترزع عنها الاجزاء الرخوة ويقطع اتصالها بالعظم الرسغ

* (في استئصال الطرف العلوى من الكعبرة) *

كيفية استئصال هذا الطرف أن يشق على حسب طول الجزء المريض من
الكعبرة شق ثم ينفذ تحته محس (بلاندين) أو صفيحة من الورق المقوى
أو من الخشب وينشر العظم من تحت الجزء المريض ثم تمسك الشظية العليا
بجفت وتفصل عنها الاجزاء الرخوة وتقطع اتصالاتها

* (في استئصال جسم الكعبرة) *

هذه العملية سهلة جدا وكيفيةها أن يشق على حسب طول الجزء المريض من
العظم شق لينكشف فينشر من تحت المرض ومن فوقه لكن يلزم الاحتراستين
من اصابة العضلات والاورتار لثلاثة تعطل حركات الساعد ويتم هذا الاحتراستين
بتخية هذه الاعضاء بواسطة كلاليب كالة الاطراف

* (في استئصال المفصل الكعبرى الرسغي) *

لاستئصال المفصل الكعبرى الرسغي طرق عديدة منها طريقة (مورو)

وكيفيتها أن يشق في الجزء السفلي من الساعد شقان جانبيين أحدهما ازاء
 الحافة الانسية من الزند وثانيهما ازاء الحافة الوحشية من الكعبرة يتصالبان
 من الجهة الخلفية من مفصل المعصم بشق اخر مستعرض لا يتجاوز طوله (٢)
 سنتيمتر ونصفا وبعد ذلك يستأصل الطرف الاسفل من الزند كما يبناه آتفا ومن
 بعد نشر الكعبرة من أعلى الى المفصل تفصل من أعلى الى أسفل عن العضلة
 المربعة الكافية والعضلة الطويلة القابلة للتين يندغمان فيها وعن غيرها
 من العضلات التي تمر عليها

ومن اطريقة (دوبليد) وهى عبارة عن الشقين المستطيلين فقط
 ومن اطريقة (ولپو) وهى أن يوصل بين الشقين الجانبيين بشق مستعرض
 فى اعلاهما فينتج عن ذلك هذب مربع فيسلخ من الاعلى الى الاسفل فتمتكشف
 اوتار العضلات الباسطة فتخرج لثلاثة تقطع اثناء نشر العظم
 ومن اطريقة (بوفى) وهى ان تنوع الطرق المتقدمة بأن يقطع الجراح حال
 العملية جميع العضلات التى ليست قابضة ولا باسطة للاصابع لفوات
 وظيفتها بالاستئصال ثم يضم الجرح بعد العملية من الجهة الوحشية فقط ويوضع
 على الجهة الانسية قليل من النسالة المدهونة بالمرهم البسيط تسهلا لخروج
 المواد منه ثم يوضع الطرف على جبيرة من الخشب يثبت على طرفها المقابل
 للمفصل شبه سطح مائل من خشب الفلين بشرط ككون اليد مثبتة تينا
 يسرا مع عدم تثبيت الاصابع فى الجبيرة فتترك بلا ربط ليتمكن المريض من
 تحريكها مدة المعالجة مع ككون مفصل المعصم مثبتا تثبتا جيدا

* (فى استئصال العظم الاول من عظام) *

* (المشط وهو المقابل للابهام) *

كيفية استئصال هذا العظم ان يشق الجراح فى الحافة الوحشية من
 اليد شقا مستطيلا يمتدى به وسط المسافة التى بين النتوء الكوعى من
 الكعبرة وبين الطرف العلوى من هذا العظم ويعدده الى المفصل المشطى
 السلامى ثم ياعدما بين حافتي الجرح مع الاحتراس من اصابة غمد كل من
 العضلتين الباسطتين للابهام الطويلة والقصيرة ثم يجرد العظم عن كل



(شكل ٢٠)

ما يغطيه من الاجزاء الرخوة بالمشرب ويمسكه بالابهام والسبابة من يده اليسرى
ويقطع وتر العضلة المبعدة للإبهام من محل اندغامه على رأس عظم المشط ثم
يدخل المشرب في المفصل ويفصل الطرف العلوي من العظم ويحلق الاجزاء
الرخوة المندغمة على سطحه المقدم جميعها مع الاحتراس من اصابة وتر العضلة
القابضة الخاصة بالابهام

ومتى وصل الجراح الى الطرف الاسفل من عظم المشط ازال اتصاله بالسلاحي
من الوحشية الى الانسية بعد ثني الابهام مع الاحتراس هنا ايضا من اصابة
أوتار العضلات الباسطة

(تنبيه) متى كان المصاب طرفا واحدا لم يحتاج الى استئصال جميع العظم
بل ينشر من اعلى أو اسفل المرض ثم يستأصل الجرح المريض
وبعد العملية تضم طافتا الجرح كما هي العادة اما بواسطة الخياطة أو بالمشابك
فلواتق اثناء العملية اصابة الشريان الكعبرى أو اصابة فربع من فربعاته
لزم ربط طرفيه

* (في استئصال الثاني والثالث والرابع) *

* (والخامس من العظام المشطية اليدوية) *

استئصال هذه العظام خطرا لا تصال مفاصلها بمفاصل عظام الرسغ ومع ذلك
فكيفية ان يشق على طول العظم شق بسيط وتنزع عنه الاجزاء الرخوة ثم
يستخرج فان كان المريض احد طرفيه فقط قرص من وسطه بواسطة مقرض
(لستون) واستخرج الجزء المريض

(تنبيه) اعلم ان استئصال الطرف السلامي من كل من العظم الثاني والثالث والرابع والخامس من المشط اقل خطرا من استئصال الطرف الرسغي

* (في استئصال عظام الاطراف السفلى) *
* (في استئصال رأس الفخذ من المفصل المحرق في الفخذى) *

لا يتوصل الى رأس الفخذ الا بالشقوق الغائرة لعظم ما يحيط بالمفصل من السكتل العضلية ولا يمكن الشق في الجهة المقدمة لعظم الاوعية والاعصاب هناك ولا في الجهة الانسية لانه يكون اسفل رأس الفخذ ولا في الجهة الخلفية بسبب مرور العصب الوركي بين المدور الكبير والمحدبة الوركية فلم تبقى جهة يمكن منها الوصول الى رأس الفخذ الا الجهة الوحشية الا ان من الجراحين من وصل الى المفصل من الجهة الخلفية

* (كيفية العمل) *

يستأصل رأس الفخذ اما من عنق الفخذ او من تحت المدورين وكيفية ذلك ان يضحج المريض على جنبه السليم ثم يبحث الجراح عن المدور الكبير حتى يعثر عليه فيشق حوله شفاها ليا يتحديه الى الاعلى ثم يساخن هذه الشريحة وينكسها الى الاسفل ثم يقطع الاندغامات العضلية جميعها ويفصل العظم بهذه الكيفية ثم يأمر احد الساعدين بتحريك الطرف حركة رحوية ليتحقق من وضع رأس الفخذ باصبعه ثم يشق المنخفضة من الجهة الخلفية العليا بالقرب من التجويف المحق ثم يقرب الطرف الى الانسية مع تحريكه حركة رحوية ومتى برز رأس الفخذ وتمزق الرباط بين المفصل نفذت تحت العظم منشارا سلسليا فقرض الجزء المريض

(تنبيه) متى ظهر للجراح بعد استئصال رأس الفخذ ان العظام الداخلة في تركيب المفصل المحرق في الفخذى فسدت بامتداد المرض اليها لزمه قرصها بالمقرض أو بالمنقار والمطرقه ومتى تمت العملية ضم الجرح الضم المعتاد وجعل الطرف مدة المعالجة مدودا مدا انقلا لا يقصر

(تنبيه) هذه العملية يمكن فيها أيضا نشر العظم اسفل المرض واولا ثم تجديبه

الى الظاهر بحيث قوى ثم قلبه الى الاعلى وازالة اتصال رأس الفخذ بالتجويف
الحقن بواسطة المشرط

* (في استئصال جسم الفخذ) *

هذه العملية فعلت في بعض الاحيان لاجل عثم نشأ عن انجبار بعض المكسور
واعلم ان هذه العملية خطيرة جدا بسبب وجود الالوعية والاعصاب التي
اصابتها خطيرة جدا فاذا اضطر الجراح الى فعلها لزمه ان يجعل الشقوق
اللازمة لاستخراج العظم المؤوف في الجزء الذي تكون العظام فيه اقرب
الى سطح الطرف ثم ينشئ من العظم من اعلى الافة واسفلها ثم يعالج هذه الحالة
بمعالجة المكسور المضاعفة بجرح

* (في استئصال مفصل الركبة) *

كيفية هذه العملية مثل كيفية استئصال مفصل المرفق وذلك ان يشق شقان
جانبيان عموديان يتصلان من وسطهما بشق آخر مستعرض محاذ للداغصة
فينشأ من ذلك هديان فيسليخان ويرفع العلوي منهما الى الاعلى ويزخح السفلى
الى الاسفل بحيث ينكشف المفصل ثم تستخرج الداغصة ويخلع عظم الفخذ
الى الامام وينشر من اعلى الجزء المريض ثم يفصل السطح المفصل الى القسبي
وينشر أيضا
وهذه العملية يمكن اجرائها بفعل شقين هلاليين احدهما فوق الداغصة
والاخر تحتها يتصلان من الانسية ومن الوحشية
وكذا يمكن اجرائها بان يشق امام الركبة شق صليبي وباقي العملية
كما قدمناه

وبعد اتمام العملية يضم الجرح بغرزتين أو ثلاث ثم يوضع الطرف على جبيرة
خلفية في طرفها السفلى خارج تركيز عليه القدم ويستند بجيرتين جانبيتين
ويتم اثناء المعالجة باحداث التصاق في الطرف مع كونه محدودا

* (في استئصال رأس الشظية) *

كيفية استئصال رأس الشظية ان يشق شقان احدهما عمودي يمتد في طول

الحافة الوحشية من عظمها والاخر يقابل قمة الشظية ثم يسلمح الهدبان وينفذ تحت هذا العظم مجس (بلاندين) ثم ينشر وتمسك القطعة العليا منه بحيث وتفصل من الرباط بين العظمين ثم يقطع كل من الرباط الوحشي من المفصل الفخذي القصبي والرباط الوحشي من المفصل القصبي الشظي وتستأصل القطعة المؤرودة

(تنبيه) لا بد في هذه العملية من قطع العصب الوركي المأبض الوحشي ولذا تنتشل عضلات الجزء المقدم من الساق وأيضا اتصال الغشاء الزلالي من المفصل القصبي الشظي بالغشاء الزلالي من المفصل القصبي الفخذي يصير عاقبة هذه العملية خطيرة ولاجل الفرار من هذا الخطر يرقد المريض بعد العملية على الجهة المريضة لتخرج المواد الصديدية بسهولة وبصيرالالتهاب التابعي واسطة في انسداد فتحة الاستطراق بين العشائين

* (في استئصال جزء من جسم الشظية) *

يمكن استئصال جزء من جسم الشظية ولا يعوق ذلك حركات الساق كثيرا كما ثبت ذلك بتجارب كل من (دسولت) و (بويه) و (كروكسال) وغيرهم وقد تفعل هذه العملية في الاحوال التي يكون جسم العظم فيها متمركزا أو متسوسا وهي كبقية العمليات فيشق الجراح شفا محاذيا للآفة متجاوزا لها من الاعلى ومن الاسفل ثم ينفذ المنشار السلسلي تحت العظم وينشر من فوق المرض ومن تحته ثم يستخرج القطعة المريضة

(تنبيه) استئصال جسم الشظية يتسبب عنه اتجاه القدم الى الوحشية

* (في استئصال الطرف السفلي من الشظية أي الكعب الوحشي) *

كيفية استئصال الطرف السفلي من الشظية ان يشق على الحافة الوحشية من الكعب شق عمودي يمتد من الاعلى بقدر الجزء المريض وينتهي من الاسفل في آخر الكعب ثم يشق في هذا الجزء شق آخر مستعرض يبتدأ به حذاء العضلة الشظية المقدمه فيكون حينئذ طوله نحو ما من (٣) سنتيمتر ثم يسلمح هذا الهدب وتقرض الشظية بمقراض (لستون) أو تنشر ثم تجذب القطعة السفلى الى الخارج ويقطع الرباطان الشظيان القصبيان المقدم

والخلفي الضامان للقصبة بالشظية وكذا الرباط الشظي القنزعي المقدم
والرباط الشظي القنزعي الخلفي والرباط الشظي العقبى وهذه الطريقة هي
طريقة (مورو)

واما طريقة الجراح (شاسينيكا) فهي ان يشق مجاوز من الاعلى لحد
المرض ومن الاسفل رأس الكعب الوحشى ثم ينفذ المنشار السلسلى تحت
العظم فوق الجزء المريض ويسير وينشر ثم يجذب الجزء السفلى من العظم
الى الخارج بواسطة جفت وتقطع اتصالاته
وبعد اتمام العملية يضم الجرح بواسطة الخياطة وتثبت الساق على القدم

* (في استئصال الكعب الانسى) *

كيفية هذه العملية ان يشق كالذى ذكرناه في استئصال الكعب
الوحشى ثم ان كانت الآفة كثيرة الامتداد الى الاعلى بان كانت فوق الموضع
الذى يتلامس فيه عظاما الساق استؤصل العظم بالمنشار وان كانت في نفس
هذا الموضع استخرج الجزء المريض بالمنقار والمطرقة لتعذر تنفيذ المنشار
بين العظمين

(تنبيه) استئصال الكعبين خطر جدا لما يلزم عليه من فتح مفصل مهم
ولانه يندر بعد العملية ان يشفى المريض بذلك الطرف وأيضا يندر كون
القنزعي سليما متى كان المقتضى للعملية نكروزا أو توسلا فيضطر الى
استئصاله وبذلك يزداد خطر العملية

* (في استئصال العقب) *

هذه العملية احدى العمليات التي لا يرخص في فعلها الا عند الاضطرار
اليه جدا لان هذا العظم مجاور لاوتار يضطر الى قطعها ولاهيمته في المشى
فان كان المرض لم يشغل الاجزاء يسيرا من العقب امكن قرص هذا الجزء
بلا توقع لضرر ولا تعطل لحركات القدم

وقد فعل الجراح (ولپو) هذه العملية مرار ولقد بكر كيفية اجرائها
فنقول هي ان يكشف العظم بفعل شق هلالى تحديه الى الاعلى أو الاسفل
او الامام او الخلف وذلك على حسب موضع الآفة ثم يستأصل الجزء المريض

بواسطة المنشار السلسلي أو المنشار المعتاد وبعد اتمام العملية يضم الجرح
كالعادة

* (في استئصال عظام مشط القدم) *

كيفية استئصال جسم العظم الاول وجسم العظم الخامس من العظام
المشطية القديمة ان يشق شق قوسى تحديه الى الاسفل وبعده ان ينكشف
العظم يقرض من امام المرض ومن خلفه وتستخرج القطعة المثروفة
واما كيفية استئصال كل من العظم الثاني والثالث والرابع من العظام
المشطية القديمة فهي ان يبذل الشق المقوس بشق مستقيم على حسب
طول العظم

* (في استئصال الطرف السلامي أى المقدم من) *

* (عظام مشط القدم) *

كيفية ذلك ان يكشف العظم كاذ كرنا ثم ينشر من فوق الآفة ثم يمسك
الطرف المقدم منه بكلمتين ويقطع اتصاله بالسلامي ثم يستخرج

* (في استئصال الطرف الرسغي من عظام مشط القدم) *

تفعل الشقوق على ما اوضحناه وينشر العظم ويستخرج الجزء الخافي منه

* (في استئصال عظام مشط القدم جميعها) *

بعد فعل الشقوق اللازمة ينشر العظم المراد استئصاله من الوسط ثم يستخرج
الجزء المقدم والجزء الخافي كل منهما على حدة

* (في التربة) *

التربة عبارة عن عملية من عمليات قرض العظام تفعل بالآلة مخصوصة تسمى
بالتربان وهذا الترابان يتركب من قبضة من الخشب فيها عجلتان من النحاس
ذوات اسنان احدهما عمودية تتداخل اسنانها في اسنان العجلة الافقية
المركبة على مركزها ساق مستطيلة من الفولاذ يركب على تلك الساق قطعة
تسمى بتساج الترابان ومن مثقاب ومحك وملوأة ومركز العجلة العمودية فيه

قبضة صغيرة يمكن تحريك تلك العجالة بها ومتى تحركت العجالة العمودية تحركت كل من العجالة الأفقية والساق التي من الفولا ذر حركة رحوية

وتاج التريان عبارة عن دائرة صغيرة معدنية ذات اسنان كاسنان المذشار تتجه تلك الاسنان اتجاها معاكسا لاتجاه الحركة الرحوية التي تفعل بواسطة التريان بمعنى ان حركة التريان اذا كانت من اليسار الى اليمين كان اتجاه الاسنان من اليمين الى اليسار والعكس بالعكس

وأما المثقاب فيوضع عادة في وسط التاج مجاوزا لاسنانه قليلا ويمكن تركيب المثقاب وحده على التريان وفائدة هذا المثقاب هي أن يثقب العظم فيسهل رفع القطعة العظمية التي فصلها التاج كما ان فائدة الملواة أن تدخل في الثقب التي فعل به برفق فيرفع بها القرص العظمي وأما فائدة المحك فهي ازالة الضريع عن العظم

وفضلا عن هذه الآلات تستعمل في هذه العملية آلات اخرى وهي آلة رافعة تشبه الملوقة وفرشة صغيرة تنظف بها اسنان التاج وسكين متين ذو ذر مانع من اصابة الام الجافية يستعمل هذا السكين في حث حافات الفحمة العظمية ولتسويتها ثم ان الغالب ان التريان لا يستعمل الا في الجمجمة ليرفع به العظم المنخفض عن تكسرها ولاخراج الصديد المتجمع تحت الام الجافية وقد تستعمل التريفة في كل من القص والعمود الفقري أيضا وكيفية العمل في هذه الاحوال المختلفة واحدة

هذا ولا ينبغي ان تفعل التريفة حذراً الجيوب الجانبية ولا الجيب العلوي المستطيل ويعرف اتجاه الجيوب الجانبية بانه اذا مد خط افقي من نتوء حلى الى اخر كانت على حسب اتجاه ذلك الخط ويعرف اتجاه الجيب العلوي المستطيل بان يدخل وهمي من اصل الانف الى وسط العظم القمحي ودوي فيكون هذا الجيب على حسب اتجاه هذا الخط

ويلزم ان يحترز من فعل عملية التريفة بالقرب من الزاوية الخلفية السفلى من الجدارين لوجود الشريان السحائي المتوسط هناك لتلاصق حال العمل والبقى الاقسام لعملية التريفة هو المحديات الجبهية والجدارية * (كيفية العمل) * هي ان يرقد المريض ويوضع رأسه على لوح معطى بملاءة

وثبتته تهيئة جيدة على هذا الموضع المساعدون ثم يشق الجراح شقا صليبيا
 أو على هيئة لام مزدوجة يستوعب به جميع شوك فروة الرأس ثم يكشف الجزء
 الذي يريد فعل التربة فيه ثم يشق أيضا السحماق ويفصله بالجفت والمشرط
 ليعرى العظم عنه فان لم يكف المشرط في ذلك حكه بالمحك الذي ذكرناه
 ثم امر مساعدا بتبعيد شقي الجرح احداهما عن الاخرى فوضع على العظم
 التاج مراكبا فيه المثقاب ثم قبض بيده اليسرى على مقبض التربان وحرك
 بيده اليمنى القبضة الصغيرة التي في محور الجملة العمودية حركة رجوية ليتحرك
 بذلك التاج والمثقاب حركة رجوية ايضا الا انه لا بد في ان تكون الحركة
 في الابداء خفيفة لتلاينزلق المثقاب عن سطح العظم ثم متى تحقق من دخول
 المثقاب في العظم زاد في حركة التربان الى ان تصير سرعة جدا

ومتى احدث التاج في العظم ميزا باستدبرا فالاحسن اخراج المثقاب حينئذ
 لتلا يصيب اغشية الدماغ

ومتى وصل الجراح الى النسيج الاسفنجي الكثير الاوعية ويعرف وصوله اليه
 بنظهور الدم في قاع الجرح وجب عليه الاحتراس التام بان يرفع التربان
 زما فزما ويبحث عن القرص العظمي هل تحرك ام لا ثم متى تحقق الجراح
 من وصول اسنان التاج الى الصفيحة الباطنة رفع التربان بالسكينة فادخل
 في الثقب الذي احده المثقاب الملوأ بدون ادنى ضغط على القرص العظمي
 ثم جذب هذا القرص اليه كما يفعل في فتح زجاجة بالملوأة ثم متى وجد حافات
 الفتحة مشر ذمة لزمه ان يحكها بالسكين الذي ذكرناه انفالتساوى مع
 الاجتهاد في الاحتراز عن سقوط شئ من الاجزاء العظمية على الام الجافية
 ومتى سقط في الفتحة شئ من نشارة العظم لزم استخراجها بالنفخ القوي بواسطة
 الفم أو بنحو زغب ريشة ناعمة

ويلزم الجراح أيضا انشاء التربة ان يتطف اسنان التربان بالفرشة زما فزما
 حتى يزيل النشارة

ثم ان كان القصد من عملية التربة هو رفع قطعة من العظم انخسفت ادخل
 الجراح من فتحة يحدها بالتربان آلة رافعة فرفعها من الداخل على تلك
 الآلة واما ان كان القصد من هذه العملية هو استخراج مواد فيحمة ضاغطة

على الدماغ أو دم منسكب كذلك فيلزم ان يشق الجراح الام الحافية شقا صليبيا
 (في الاساوة بعد عملية التربة) كان الاطباء قبل الاآن يضعون
 في الفتحة العظمية قرصا من القماش مثبت فيه خيط بشرط ان يكون هذا
 القرص نازلا في هذه الفتحة منزلة السداة وأما الاآن فاقصر واعلى ضم شفتي
 الجرح بعد ان يوضع بينهما فتيل من النسالة الرفيع وذلك ليسهل سيلان المواد
 أو وضع شئ من النسالة المدهونة بالقيروطى عليه كما يفعل في تضديد
 المخراجات المعتادة

(تنبیه) عملية التربة سواء كانت في الجمجمة أو في الجيب الفكى أو في القص
 أو في غيرها من العظام واحدة فلذا لم نتج الى شرحها بخصوص هذه الاقسام

* (في الكياس العظام) *

متى كانت الكياس مصلية كفي في علاجها البط البسيط ثم زرق صبغة
 اليود فيها

فان كانت ديدانية أو محتوية على مواد اثر رومية أى عصيدية كما يشاهد
 عادة في الكياس التي تحدث في عظم الفك لم تنفع فيها هذه المعالجة بل يضطر
 الى قرص جزء من جدران الكيس بعد كشفه بالمنقار والمطربة أو بالمشرط
 لكن محل القرص بالمشرط اذا كانت الجدر رقيقة أو بمقراض (لستون)
 أو بمقص من المقاص المعتادة يكون متينا

* (في العظام المتكثرة أى الميتة) *

متى انفصل الجزء الميت من العظم وتحرك وجب استخراجها فان هذه الحالة
 تصير بمنزلة جسم غريب والغالب اذا كان الميت من العظم هو الصفيحة
 السطحية من عظم مستعرض خروج تلك الصفيحة بلا واسطة فليس على الجراح
 الاستخراجها بالجفت عند ظهورها في القناة الناصورية بخلاف ما اذا كان
 المتكثر في عظم طويل لان الجزء الميت في هذه الحالة يكون في تجويف من
 عظم جديد فيقتصر الجراح في استخراجها الى ان يشق الاجزاء الرخوة شقا
 صليبيا ويحدث في العظم الجديد بالترابان فتحتين أو أكثر ثم يزيل شبه القنطرة
 الذي يكون بين هذه الفتحات ويستخرج الجزء المتكثر

(تنبيه) يجب ان لا يفعل الجراح هذه العملية الا اذا تحقق انفصال
الجزء الميت

وبعد العملية تفعل الاساوة المعتادة أو يحاط الطرف بلبحة كبيرة من بزر الكتان
الى ان يظهر التسقيج ثم يلزم المريض بعدم تحريكه الطرف الى ان يكتسب
العظم الصلابة الكافية في تأديته وظيفته

* (في المفاصل الكاذبة) *

تعالج المفاصل الكاذبة بجملة طرق

(الطريقة الاولى) ان تحك الشظايا بعضها ببعض وهذه الطريقة قليلة النجح
(الطريقة الثانية) ان تحلق العظام وكيفية ذلك ان يشق جذاذ المفصل
الكاذب شق ويكشف العظم ثم يقطع النسيج اللينى الذى بين الشظايا ثم
تجذب هذه الشظايا الى الخارج وتثمر

(الطريقة الثالثة) الحزم وكيفية ان يدخل بين الشظايا ابرة تخزم فيها خيط
متين ويشده هذا الخيط كل يوم لينقطع النسيج اللينى الخلوى ويحدث فيه
التهاب فيتمكون الدشبث العظمى

(الطريقة الرابعة) الغرس الابرى بأن يغرس فى النسيج الذى بين المشظايا
ابرة رفيعة حادة فيحصل فيه عن ذلك التهاب أيضا

* (في البتر) *

البتر هو قطع كل الطرف أو بعضه بسبب مرض أو آفة كل منهما يمنع من اتمام

وظائفه ويصير بقاءه متصلا بالجسم خطرا على حياة المريض

والبتر طرق مختلفة فمنها الطريقة ذات الشريحة الواحدة والطريقة ذات

الشريحتين والطريقة الحلقية والطريقة البيضية

ثم ان البتر اما ان يفعل فى جسم العظم أو من المفاصل

* (في آلات البتر) *

آلاته هي السكاكين المسماة بسكاكين البتر وتكون اما ذات حد واحد

أو ذات حدين والمناشير والمشارط والجفوت المختلفة الشكل التى تستعمل

فى ربط الشرايين أو فى ليماسا والرفائيد المشقوقة والخيوط المتينة لاجل ربط

الشرابين ولاجل الحياطة ورفا تدغير مشقوقه ونسالة وار بطة وسبور من
الدياخلون ودبايس وماء حار وماء بارد ووطسوت ومكبس (بالويتيت)
او ملوأة الضغط ومحاور برحمة معدة للزوم وغير ذلك

* (في وضع المساعدين اثناء عملية البتر) *

بعد اعداد الالات البتر وادوات الاساوة ووضعها على طاولة يقبض مساعد
الطرف من تحت موقع البتر وآخر من فوقه ويوكل مساعد ثالث بضغط
الشریان ويوكل مساعدون آخرون بتثبيت المريض أى منعه من التحرك
ويوكل بمناولة الالات الجراح مساعد غير هؤلاء
وكيفية المناولة ان يمسك الالة بحيث يبقى مقبضها عاريا واذا ناول سكينه
فليمسكه من متصل المقبض بالنصل بحيث يكون حده الى جهة يده ويكون
سنه الى الاسفل واذا ناول منشارا فليمسكه من قوسه ليسهل على الجراح تناوله
من المقبض ويشترط في المساعدين لاجل جودة معاومتهم ان يكونوا ذوى حنكة
ودراية ليجذب الموكل منهم بالامساك من اسفل موقع النشر الطرف اليه على
حسب اتجاه محور العظم وبثبته الموكل بالامساك من اعلى موقع النشر ويمنع
حركة المفصل ولانه متى تحامل أحدهما على الجزء الموكل بالامساك من الطرف
صاق مجرى المنشار فتعسرت حركته فلو تحامل عليه الجراح والحالة هذه
فسدا وانكسر

* (في هيئة الجراح عند النشر) *

يجب ان يقف الجراح عند النشر متجه الجانب الوحشى من ساقه اليسرى
الى جهة الطرف المراد نشره متحاذا القدمين ثم يقبض بيده اليسرى الجزء
الذى يقابلها من الطرف فيحدد موضع النشر بنظر ابرامها ثم يتناول بيده اليمنى
المنشار فيضعه على العظم بانحدار فيحركه حركات ذهاب واياب مبتدئ بها ببطء
ثم يسرع بها تدريجا حتى باقى النشر على اغلب العظم فيعود الى النشر ببطء
لثلاثة كسر ما بقى من العظم بلا نشر دفعة

* (في البتر بالطريقة الحلقية) *

متى كان الجزء المحتاج الى العملية ذاعظمين كالساعد والساق فعلى الجراح

ان يعطف في الجهة الانسية من الطرف ليتمكن من نشر العظمين نشر الاثما
 ثم يشق الجلد شقا حلقيا و يسلخه من اسفل الى اعلى ثم يقلبه الى العليا كما
 يقلب كم الثوب بشرط ان يكون الجزء الذي يسلخ ويقلب مناسباً لمن المريض
 ولضخامة عضلاته ثم يقطع العضلات على محاذة الجلد المقلوب بان يوقع حد
 السكين عليها وقوعا عموديا الى ان يصل الى العظام ثم يقطع ما بين العظام
 من الاجزاء العضلية بواسطة السكين ذى الحدين

وكيفية شق الجلد والعضلات شقا حلقيا سواء كان الجزء المراد بتره ذاعظم
 واحدا وعظمين ان يمسك الجراح السكين بكل كفه ثم ينخفض بان يثني
 مابه بضيه مقدما اليمين من رجليه الى الامام ووثقها اليسرى الى الخلف ماثلا
 بجذعه الى ورائه على هيئة المواكز بازمح ثم يدخل يده بالسكين من تحت
 الجزء المراد قطعه فيدور بها حول الطرف بدون قطع الى اقصى ما يمكنه
 الوصول اليه اعنى انه يبالغ في كب يده فهناك يبدأ القطع راجعا عوده
 على بدئه مارا بالسكين حول الطرف حتى يصل بالقطع الى حيث ابتدأ به
 فكما مر بالسكين اتقلت به من الانسكاب الى الانبطاح فان تعمس عليه
 اتمام الشق في دورة واحدة فعليه في دفعتين يجعله ظهر السكين الى الاعلى
 وحده الى الاسفل ثم يجذبه اليه فان كان الجزء المراد بتره ذاعظم واحدا
 كالعضد والفخذ كانت العملية اسهل وطرقها عديدة لكن انما شرح
 اكثرها استعمالا وهما طريقة (بروننجوزن) و (الانسون) وهي ان يشق
 الجلد شقا حلقيا ثم يسلخ ويرفع ثم يقطع الجراح العضلات قطعاً عموديا حتى
 يصل الى العظم فينشره وطريقة (دسولت) وهي ان يشق الجلد والنسيج
 الخلقى والصفاق معا شقا حلقيا ثم يجذبها المساعد الى الاعلى ويقطع الجراح
 الطبقة العضلية السطحية ومتى انقبضت قطع الطبقات الغائرة ثم نشر العظم

* (في البتر بالطريقة ذات الشرايح) *

* (في البتر بفعل الشريحة واحدة) *

كيفية ذلك ان يمسك الجراح الاجزاء الزخوة المراد فعل الشريحة فيها ثم
 يتخذ بينها وبين عظم الطرف سكين البتر ويعمل الشريحة من الاعلى
 الى الاسفل ثم من غور الطرف الى سطحه ثم ترفع هذه الشريحة ويوصل

طرفا قاعدتها بواسطة شق نصف حلق ثم يذمر العظم

* (في البتر بفعل شريحتين) *

كيفية ذلك ان تفعل شريحة شبيهة بالشريحة التي ذكرناها الا انه يستبدل الشق نصف الدائرة بشريحة شبيهة بالاولى وهذه الطريقة هي طريقة (ويرمال)

واما الجراح (سيد اللوا) فلا يفعل الشريحة بتنفيذ السكين بين العظم والاجزاء الرخوة بل بان ينفذه في جرحه يسير من العضلات ثم يقطع ما بقي من الاجزاء الرخوة قطعاً حلقياً

* (في البتر بالطريقة البيضاوية) *

هذه الطريقة يكون شكل الجرح فيها بيضاويا وسنتمكلم على كيفيةها عند الكلام على انواع البتر

* (في الاساوة بعد البتر) *

يلزم عقب العملية تنظيف الجرح من الجلط الدموية وغسل الاجزاء التي تلوثت بالدم حال العملية بماء فاتر ثم ضم خيوط رباط الاوعية بعضها الى بعض ولفها بقطعة من الدياخلون تلتصق بالجلد بالقرب من احدى زوايا الجرح وبعد ذلك يضم الجرح بالخيطة اللقيمة أو غيرها ان اريد التحامه بالقصد الاول أو تجعل حافته متباعدتين ويوضع بينهما نسالة مدهونة بالمرهم ان كان المراد التحامه بالقصد الثاني ثم توضع عليه رفادة مثقبة مدهونة بالقيروطى ويحاط برباط حافظ وبعد ذلك يوضع الطرف على وسادة لينة بكيفية بها يسهل خروج المواد الصديقية متى حصل التقيح

* (في بتر الطرف الاعلى من جسم العظم) *

* (في بتر السلاميات) *

يمكن بتر هذه السلاميات من جسم العظم الا ان الاصوب ازالتها بالكامة لكن لا بأس بأن نذكر كيفية بترها فنقول كيفية ذلك أن تشق الاجزاء الرخوة

شقاً حلقياً الى العظم ثم شقين جانبيين ينبج عنهما سداً واحداً على ظهر
الاصبع والثاني راحي وتنتشر السلاحي بمنشار دقيق ثم يضم المجرح

* (في بتر عظام مشط اليد) *

كيفية بتر أحد عظام المشط أن يشق شقاً يضاوي قته تجاوز قليلاً الجزء الذي
يراد نشر العظم منه وتقابل التنية الاصبعية الراحية ثم يزلق المشط بين
العضلات بين العظام فتفصل به عن عظم المشط ثم ينفذ تحت العظم ويستخرج
من قاعدة الشق ثم يقرض بمقراض (لستون) أو ينشر ثم يضم المجرح وتعلق
اليد منعاً لموصول الالتهاب ويجتهد في منع تخزين الصديد أما بالضغط الخفيف
أو بفتحها مقابلة

* (في بتر الساعد) *

يمكن بتر الساعد من أي جزء الا انه لا يمكن اجراء جميع الطرق في كل جزء منه
فان الطريقة الحلقية لا تستصوب في جزئه السفلي لانه مخروطي الشكل فلا يمكن
انكاش جلده الى الاعلى لتخن الطرف فيه ولا تستصوب في جزئه السفلي
أيضاً الطريقة ذات الشريحتين لكثرة الاوتار التي ليس لوجودها في العص
وان لم تمت فائدة

* (في بتر الساعد بالطريقة الحلقية) *

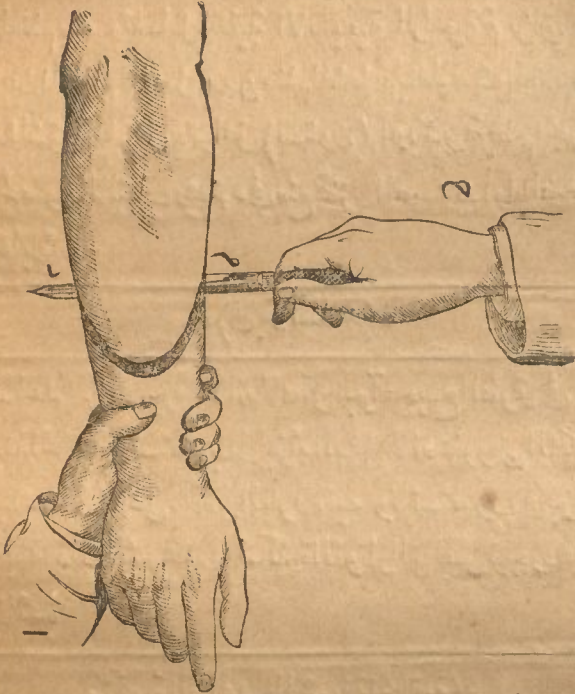
كيفية ذلك أن يجلس المريض أو يرقد على طرف السرير ويقف المجرح في
الجهة الانسية من الطرف المراد بتره ضابطاً الجزء السفلي من الساعد بيده
اليسرى ان كانت العملية في الطرف الايمن والعكس لو ان كانت في الايسر
ويجعل وضع الطرف حال العملية بين السكب والبطح ويأمر أحدهم ساعديه
بضغط الشريان العضدي وآخر يضبط ذراع المريض وآخر يضبط يده ثم يشق
شقاً حلقياً يقطع به الجلد دفعة واحدة ثم يسلخه بقدر الحاجة ويقلبه ثم يقطع
العضلات من جزء تنيته حتى يبالغ العظمين فينفذ بينهما سكيناً رقيقاً النصل
ثم ينفذ بينهما رفادة ثلاثية الاطراف وقاية له هذه الاجزاء ثم ينشر العظمين
مبتدأً بالشرجة الزندي ثم يربط كلا من الشريان الزندي والشريان الكعبري

والشريان بين العظمين ثم يربط الجرح كالعادة

* (في بتر الساعد بالطريقة ذات الشريحتين) *

كيفية ذلك أن يجعل الطرف على حالة انكباب ثم يساغ الجراح من الجلد فقط

(شكل ٢١)



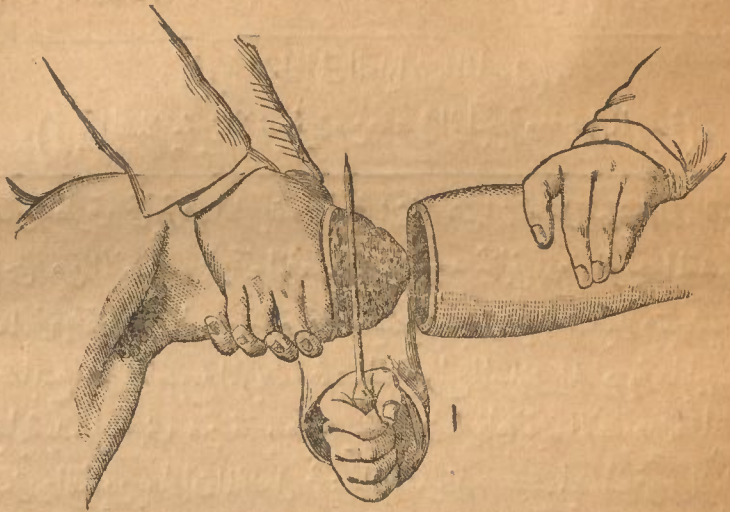
هدباً خلفياً بأن يمسكه ويتفقد تحته سكيناً ذا حدين ويساغ الشريحة من
الاعلى الى الاسفل (شكل ٢١) ثم هدباً مقدماً ويقابلها الى الاعلى ثم يقطع
العضلات حذاء نسيمة المديين قطعاً حلقياً ويفصل العظام من الاجزاء الزخوة
التي بينهما وينشرها كما سبق

ويمكن أن تفعل الشريحتان بأن يشق أولاً الجلد شقاً حلقياً ثم يشق على جانبي
الساعد شتان عموديان يتصلان بالشق الحلقي على زاوية قائمة فينتج عن ذلك
شريحتان مربعتان فتسلخان وترفعان وتتم العملية بما أسلفناه

* (في بتر العضد) *

بتر العضد أما بالطريقة الحلقيية أو بالطريقة ذات الشريحتين مع كونه الجراح
في جهة الطرف الوحشية

فأما كيفية بتره بالطريقة الخلقية فهي أن يشق الجراح الجلد شقاً دائرياً



(شكل ٢٢)

ثم يأمر أحد مساعديه بأن يشده إلى الأعلى ثم يقطع في الجزء المنكسر منه
الاجمة لاجل زيادة الانكماش
ومتى صار طول موضع الانكماش نحو (٣) أو (٤) سنتيمتر قطع العضلات
قطعا حلقيا إلى العظم وجذبها أحد مساعديه إلى الأعلى فتكون عنها مخروطي
قته إلى الأسفل (شكل ٢٢) فيقطعه من وسطه إلى العظم ثم بعد الأجزاء
الرخوة عن مسير المنشار بواسطة رفادة أحد طرفيها مشقوق نصفين وينشر العظم
ويمكن أيضا أن يقطع الجراح بعد انكماش الجلد العضلات السطحية ثم بعد
انكماشها يقطع العضلات الغائرة

ومتى تمت العمالية ربطت الاوعية ونظف الجرح ثم يضم أما بالخياطة اللينة
أو بسيور من اللازوق وتوضع عليه رفائد مغموسة في روح الكافور
وأما كيفية بتره بالطريقة ذات الشريحتين فهي أن تجعل الشريحة المقدمة
أطول من الشريحة الخلفية إذ عضلات جزئه المقدم أكثر انكماشاً من عضلات
جزئه الخلفي فلا يمكن جعل طول الشريحتين واحداً

ويمكن أيضاً بتره بفعل شريحتين وحشية وانسية بان ينفذ السكين تحت الجلد
والعضلات السطحية وتعمل شريحة وحشية قصيرة ثم ينفذ السكين في الزاوية

العليا من الجرح وتعمل شريحة انسية شبيهة بالاولى مع الاحتراس من اصابة الشريان العضدى ثم يرفع احد المساعدين هاتين الشريحتين وينشر العظم

* (في بتر الاطراف العليا من المفاصل) *

* (في بتر السلاميتين الاخيرتين من مفصل الراحية ومفصل البرجة) *

احسن الطرق في بترهما طريقة (لسفران) وهي ان تعمل شريحة الى الوجه الراجي من الاصابع ثم يفتح المفصل من الوجه الخلفي أو من الوجه المقدم أما بتره بفتح من الوجه الخلفي فكيفيته ان تجعل اليد منكبة وتبعد بقية الاصابع عن الاصبع المريضة ثم يمسك الجراح السلامي المراد بترها باصبع وسبابه يده اليسرى من تقعرها بحيث يكون طرفاه تين الاصبعين مقابلين للشترين اللذين يعلمان المفصل ثم يمسك مشرطا كما يمسك قوس الرباب فيقطع به كلا من الجلد والوتر الباسط ثم يقطع اربطة المفصل الجانبية ويفتحه ويخلع السلامي الى الخلف ثم ينفذ تحتها المشرط ويفعل الشريحة من جهة الراحة

واما بتره بفتح من الجهة الراحية (شكل ٢٣) فكيفيته ان تجعل اليد منقبلة ويمسك الجراح المشرط كما يمسك قلم الكتابة فينفذه في ثنية المفصل من الامام ويعمل شريحة من الاعلى الى الاسفل ثم يعاها ويفتح المفصل من الامام

(شكل ٢٣)



ويمكن بعد عمل الشريحة ان توصل قاعدتها بشق مستعرض على ظهر

الاصبع ثم يفتح المفصل من الخلف ويتر

* (في بتر الاصابع من المفصل المشطى السلامى) *

لبتر الاصابع من هذا المفصل طرق عديدة بتعدد الاحوال لكن لا تكلم
الاعلى الطريقة ذات الشريحتين الجانبيتين المنسوبة للجراح (لسفران)
والطريقة ذات الشريحة الواحدة الجانبية المنسوبة للجراح (شاسنيك) فنقول
أما طريقة (لسفران) في بتر الاصابع من المفصل المشطى السلامى فهى
ان يمسك الجراح الاصبع المريضة بابهام وسبابة يده اليسرى ويحرك
مفصلها المشطى السلامى ليتحقق من وضعه ثم يثنى السلامى الاولى ثنى خفيفا
ويشق الجلد بشرط حاد مستقيم مسك كما يمسك سكين المائدة شقا موازيا
للسلامى الى حذاء زاوية الاصبع ثم ينكس يدا المشروط ويشق الجلد من جانب
الاصبع ثم من سطحها الراحى ثم من الجانب الاخر حتى يصل بالشق الى الجزء
الذى ابتدأ به ثم يسلخ الجلد ويفتح المفصل مع كونه جاذبا للاصبع اليه
او يميلها الى احد الجانبين

واما طريقة (شاسنيك) في بتر الاصابع من هذا المفصل فهى ذات
الشريحة الواحدة الجانبية التى تفعل اذا كان المرض لم يشغل من الاصبع
الاجانب واحدا وكيفية ان يفتح المفصل من جهة الجزء المريض ثم ينفذ
المشرط تحت رأس السلامى ويمر به ملاصقا لسطح العظام من الجهة الصحيحة
ويعمل هدب كاف في تغطية الاسطح

* (في بتر جميع الاصابع من المفصل المشطى السلامى دفعة واحدة) *

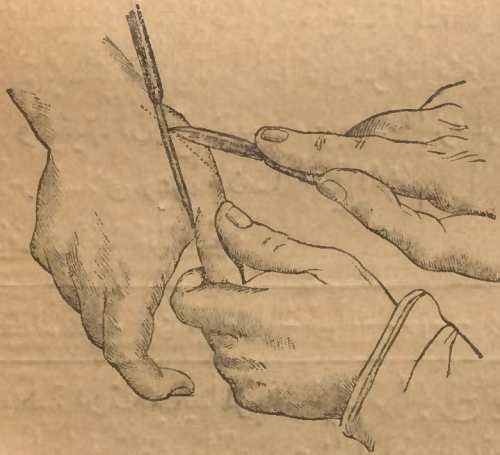
كيفية هذه العملية ان تكب يدا المريض ثم يمسكها بالجراح بيده اليسرى
بحيث تكون ابهامها فوق ظهور الاصابع المراد قطعها وبقية اصابعها
معرضة تحت بطنها ثم يثنى الاصابع المريضة يسيرا ويامر مساعدا ان يجذب
جلد ظهر اليد الى الاعلى ثم يشق بشرط طويل ضيق النصل ازاء عظام المشط
شقا محذبا الى الاسفل يبتدئ به مقابل الحافة الانسية من الطرف المقدم
من العظم الخامس من عظام المشط وينتهى به مقابل الحافة الوحشية

من الطرف المقدم من ثانی عظام المشط أيضا ثم يسلمخ هذا الهدب ويأمر
 مساعدا ان يجذب الجلد الى الاعلى عند ما يقطع وسائط التصاقه بماتحته
 ثم يفتح المفاصل فينفذ المشط تحت رؤس السلاميات ثم ينهي العملية بان
 يقطع الجلد حذاء الغضن الذي بين الاصابع والراحة
 ويمكن قبل فتح المفاصل أن يوصل طرفنا الهدب بشق راحي ليسهل قطع الاوتار
 القابضة حذاء المفاصل الاشجعية أى المشطية السلامية ويصير قطع الجلد
 الراحي كثيرا انتظام

ومتى تمت العملية ضم الجرح ليتم بالقصد الاول وتوضع اليد وضعا أفقيا
 (تنبيه) من الجراحين لاسيما (دوبوترين) من أوصى بقرض رأس عظام المشط
 بعد العملية لئلا تبقى بارزة

* (في بتر العظم المشطى الاول) *

كيفية بتر هذا العظم أن يشق الجراح شقا طويلا يبتدىء به على اتصال
 (شكل ٢٤)



العظم المربع المنحرف ما رابه الى انسى السلامي الاول من الابهام محاذيا
 للزاوية بين الاصابع (شكل ٢٤) ثم يقلب اليد ويمر بالشق حول
 الابهام وينتهي به في الثلث السفلى من الشق الاول ثم يفصل عن العظم
 العضلات المندمجة فيه ثم يسلمخ من الجلد بقدر الكفاية ويفتح المفصل الرسغي

المشطى من ظهر اليد ثم يجذب المشط الى الخارج ويقوم العملية بقطع بقية



(شكل ٢٥)

الاجزاء الرخوة واستخراج العظم كله أو جزئه العلوى فقط وهو مذمى
الطريقة المسماة بالبيضية

(تنبيه) يمكن بتر هذا العظم بواسطة هذب مقدم يفعل في بروز (تنار) وكيفية
ذلك أن ينفذ في الكتلة العضلية المكون منها هذا البروز مشرط حتى يصير
قريبا جدا من العظم ويوصل الهذب الى وحشى العظم المشطى فيتم كشف
المفصل وعند ذلك يفتح ويستخرج منه رأس العظم ثم يدخل المشرط تحته
ليقطع منه الاجزاء الرخوة (شكل ٢٥)

* (في بتر العظم المشطى الخامس) *

كيفية بتر هذا العظم أن توضع اليد منكبية انكببا قليلا ويشق الجراح فوق
المفصل الرسغى المشطى باثني عشر مليمتر شقا يتجه به نحو الحافة الانسية من
السلامى الاولى من الخنصر ثم يعم قاعدة الاصبع بالشق وينهى به في الثلث
السفلى من عظم المشط ثم يفصل العظم من جهتيه عن الاجزاء الرخوة ويقطع
الاربطة المفصالية ويفتح المفصل على ما أسلفناه

* (في بتر النعس المسمى بالمعصم) *

هذه العملية تفعل بكل من الطريقة الحلقية والطريقة ذات الشريحتين

أما فعلها بالطريقة الحلقية فكيفيته أن توضع اليد المريضة بين الانكباب
والانبطاح ثم يشق الجراح حذاء الطرف الرسغي من عظمى المشط الاول
والخامس شقا حلقيا ثم يسالغ الجلد ويرفعه ويقطع الاوتار والاربطة الظهرية
ثم يدخل السكين في المفصل ويخرجه أى السكين من السطح الراجي بعد قطع
الاورتار القابضة

وأما فعلها بالطريقة ذات الشريحتين فكيفيته أن يجذب أحد المساعدين جلد



(شكل ٢٦)

الساعد الى الاعلى ويمسك الجراح اليد المريضة فيجعلها منكببة ثم يتحقق
من النتوين الكوعى والكروعى ثم يشق على السطح الظهرى شقا هلاليا
تقعيره الى الاسفل وطرفاه متجاوزان لاسفل النتوين المذكورين بيسير ومثى
شق الجلد والنسيج الخلقى وانكشف له المفصل بواسطة انكماش ما يعالوه
من الاجزاء الى الاعلى والى الاسفل شق شقا آخر شديها بالشق الاول يقطع
فيه الاوتار الباسطة والرباط الكعبرى الرسغى الخلقى ثم يقطع الاربطة
الجانبية ويفتح المفصل وينفذ السكين امام عظام الرسغ ويعمل هدبا راجيا
يكون طوله نحو (٢) سنتيمتر (شكل ٢٦)

(تنبيه) يلزم عدم ابقاء العظم البسلى في الهدب ويتم ذلك بتوجيه حد
السكين عند فعل الهدب الى الاجزاء الرخوة

* (في بتر مفصل المرفق) *

هذه العملية تفعل بكل من الطريقة الحلقية والطريقة ذات الشريحة
المقدمة والطريقة ذات الشريحة الوحشية وكذا بالطريقة البيضية لكن
نقتصر هنا على الطريقة الحلقية والطريقة ذات الشريحة المقدمة لانهما
أكثر استعمالا فنقول

أما بتره بالطريقة الحلقية فكيفيته أن يجعل الجراح نفسه على وضع لائق
ثم يقبض بيده اليسرى الجزء المراد بتره فيشق تحت الحذبة الانسية من العضد
بقدر عرض ثلاث أصابع شفا حلقيا ويسلخ الجلد ويقلبه الى الاعلى ثم يقاب
الساعد فيقطع جميع ما يعطى المفصل من الامام ومن الوحشية من الاجزاء
الرخوة ويدخل السكين بين الحذبة الوحشية العضدية وبين رأس الكعبرة
بعد ان يقطع الرباط الوحشى من رباطى المفصل ثم يتجاوز النتوء القرني من
الزند فيقطع الرباط الانسى ثم يشد الساعد على حسب سمته فيقطع العضلات
والارباط الممتدة للنتوء المرفقى في تحويه

(تنبيه) ينبغي أن يكون قطع العضلة ذات الرؤس الثلاثة الى النتوء المرفقى
أعنى أن يكون حد السكين متجاها اليه دائما لئلا يثقب الجلد

أما بتره بالطريقة ذات الشريحة المقدمة فكيفيته ان يقلب الساعد مثنيا الى
الذراع قليلا ثم يقبض الجراح جلد الجزء المقدم منه بيده اليسرى فيزلق بين
اللحم والعظم سكيناً واحدين فيعمل شريحة طولها نحو ثلاث أصابع أو أربع
فيانكش كل من العضلة الطويلة القالبة والعضلة الكعبرية الاولى
ينكشف الجزء الوحشى من المفصل ويلزم ان ادخال السكين في الاجزاء الرخوة
يكون في الجهة الوحشية تحت الحذبة العضدية الوحشية بأربعة سنتيمتر وفي
الجهة الانسية أسفل الحذبة العضدية الانسية بستيمتر ونصف فقط

ومتي تم عمل الشريحة على ما ذكرنا رفعها أحد المساعدين الى الاعلى ووصل
الجراح بين طرفي قاعدتها بشق مستعرض مستوعب لجميع سمك ما في الجزء
الخافي من الساعد من الاجزاء الرخوة ثم تم العملية بأسلفناه في الطريقة
الحلقية

* (في بتر المفصل الكتفي العضدي) *

لهذه العمامة طرق عديدة منها طريقة (دوبويترن) التي هي ذات الشريحة
الوحشية ومنها طريقة (لسفران) التي هي ذات الشريحة المقدمة والشريحة
الخلفية ومنها الطريقة الخلفية والطريقة البيضاء وطريقة (لاري) ولتقتصر
هنا على طريقة (دوبويترن) وطريقة (لسفران) وطريقة (لاري) فنقول
أما بتر المفصل الكتفي العضدي بطريقة (دوبويترن) أي ذات الشريحة



(شكل ٢٧)

الوحشية (شكل ٢٧) فكيفيتها أن يجلس المريض على حرف فراشه بحيث
تكون كتفه خارجة عن وسادته فيضغط أحدا المساعدين الشريان تحت
الترقوة على الضلع الاولي ثم تحمل الذراع فتجعل وضعها عموديا بالنسبة
السمت الجسم ثم يرفع الجراح العضلة الدالية بيده اليسرى وينفذ بينها وبين
رأس العضد سكيننا ذا حدين فيعمل شريحة تستوعب جميع طول العضلة
الدالية ثم ان كانت العملية في اليد اليسرى قلبت قلبا شديدا وان كانت في
اليمنى كبت فقطعت العضلة تحت اللوح قطعاً عمودياً ثم وضعت بين الانقلاب
والانكباب فشق المحفظة المفصالية ووتر الرأس الطويل من ذات الرأسين
ووتر كل من العضلة فوق الشوكة والعضلة تحت الشوكة والعضلة المبرومة

الصغيرة على التوالي بامرار السكين على رأس العضد تابعا لخط المنحنى بين
 حديته وبمحو الالة تحويله للذراع من الانكباب الى حالة التوسط بين الانكباب
 والانقلاب ثم الى الانقلاب الشديد بيده اليسرى يعرض الاجزاء التي
 يجب قطعها الى حد السكين فتى انفتح المفصل نفذ السكين بين رأس العضد
 والتجويف العنابي ثم بين العضد والحجم نقرة الابطن ثم عم العملية بأن يوصل حافتي
 الشريحة بشق انسي وبعد ذلك يربط الاوعية النازفة ويغطي الجرح
 بالشريحة ويضمه بالخياطة اللينة التريضية
 وأما بره بطريقتة لسفران ذات الشريحة المقدمة والشريحة الخلفية (شكل ٢٨)



فكيفية أن يقف الجراح خلف المصاب ويمسك بيده اليسرى الطرف المريض
 فيمعه عن الجسم بحيث ان رأس العضد يتجه الى الاسفل ثم يغرس سكيننا
 طويلا ضيق النصل امام الحافة الخلفية من نقرة الابطن كانت العملية في
 اليد اليسرى ويرلقه على طول الوجه الخلفي من العضد ويمر به أعلى رأس
 العضد بينه وبين النتوء الاخرى ويخرج بالسكين الى المسافة التي بين هـ ذا
 النتوء وبين النتوء الغرابي ثم يفعل الشريحة من الباطن الى الظاهر ويجعل
 طولها نحو (٩) سنتيمتر وبعد ذلك يرفعها ويفتح المفصل ويرلق السكين بين
 رأس العضد وبين الحفرة العنابية ثم بين العظيمة الصدرية وبين العضد
 ثم يفعل شريحة اخرى من الباطن الى الظاهر مع ضغط مساعد للشريان
 بين اصبعيه

* (تنبيه) * متى كانت العملية في الطرف الايمن وجب ان يفعلها الجراح بيده اليسرى فان لم يمكنه ذلك لزمه ان يعمل الشريحة الخلفية بان يدخل السكين من الامام الى الخلف ومن الاعلى الى الاسفل في المسافة التي بين الاخرى وبين النتوء الغرابي قريبا من الحافة الخلفية السفلى من نقرة الابط واما بره بطريقة (لاري) (شكل ٢٩) فكيفيته ان يشق الجراح شقاً على حسب



(شكل ٢٩)

سمك العضد يبتدئ به اسفل النتوء الاخرى ويتجه به اتجاها عموديا الى الاسفل نحو من (٦) سنتيمتر يصل به الى العظم وذلك بان يشق العضلة الدالية شقاً يأتي على جميع سمكها ثم يشق شقين منحرفين احدهما مقدم والاخر خلفي يبتدئ بهما اسفل من النتوء الاخرى بنحو (٣) أو (٤) سنتيمتر يتصل كل منهما بالآخر بعد ان يحيطا بالعضد في الجزء الذي ينتهي فيه كل من الحرف المقدم والحرف الخلفي من نقرة الابط على العضد ثم يسالغ حافتي الجرح ويقرب الذراع الى الجذع ليهتز رأس العضد فيقطع المحفظة المفصالية او تار العضلات المندمجة في هذا الرأس ثم يزلق السكين خلفه فيقطع الاجزاء

الرخوة عرضا واحدا للمساعدين ضاغطا للشريان بين اصبعيه

* (في بتر الاطراف السفلى من جسم العظم) *

* (في بتر الساق) *

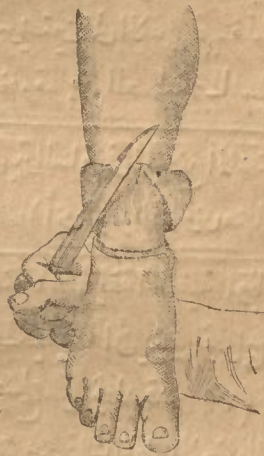
يمكن بتر الساق من كل جزء منها الا ان المستصوب عادة بترها من موضع اتصال
ثلثها المتوسط بثلاثها السفلى أو من موضع اتصال ثلثها العلوي بثلاثها المتوسط
ليتمكن ان تفعل للريض بعد شفائه قدم صناعية أو ساق كذلك
ويقف الجراح عند بتر الساق اليمنى في الجهة الوحشية وفي الجهة الانسية
عند بتر اليسرى

* (في بتر الساق اعلا الكعبين) *

* (أى من ثلثها السفلى) *

لبتر الساق من هذا الجزء ظريقتان احدهما الطريقة الخلقية وكيفيةها ان

(شكل ٣٠)



يشق الجراح في الساق اعلى الكعبين شقا خلقيا ثم في الجهة المقدمه منها شقا
عموديا على الشق الاول يكون طوله نحو ما من (٤) أو (٥) سنتيمتر (شكل ٣٠)
ثم يسلمخ الجلد من الامام فقط ويقبله وأما الجهة الخلفية فيترك فيها الجلد ملتصقا
بمساحته من الاجزاء الرخوة ثم يقطع العضلات ويأمر مساعدا ان يجذبها الى
فوق ثم يضع رفادة ثلاثية الاطراف بين العظام وينشرها ويربط الشريان

القصبي المقدم والشريان القصي الخلقى والاوعية النازفة ويضم الجرح

(شكل ٣١)



وثانيهما الطريقة ذات الشريحتين (شكل ٣١) وكيفيتها ان يقف الجراح انسى الساق ثم ينفذ سكيننا اذا حدين خلف القصبة والشظية مباشرة فيعمل شريحة خلفية طولها نحو اربعة اصابع ثم يضم طرفي قاعدتها بشق هلالى يعمله في الجزء المقدم من الساق ويجعل تحديبه الى الاسفل ثم يسلمخ هذا الهدب قليلا ويرفع الشريحتين الى الاعلى ثم ينفذ السكين بين العظمين فيقطع ما بينهما من الاجزاء الرخوة ويقوم العملية بما اسلفناه

* (في بتر الساق في الموضع الاختياري) *

* (أى الجزء العلوى منها) *

بتر الساق في هذا الموضع بالطريقة الحلقية او بالطريقة ذات الشريحتين أما الطريقة الحلقية فكيفيتها ان يشق الجراح تحت حذبة القصبة بسبعة قرار يسطقها حلقيا ثم يسلمخ من الجلد قدر (٣) قرار يسط من الاعلى و بعد ان يقلب شبه الكم الناشئ عن ذلك يقطع الاجزاء الرخوة حذاء ثنية الجلد قطعا حلقيا حتى يصل الى العظام فينفذ بين الشظية والقصبة سكيننا اذا حدين ويقطع ما بينهما من جميع الجهات ثم ياخذ رفادة مشقوقة ثلاثية الاطراف فينفذ الطرف المتوسط منها بين العظمين ويحيط بها الاجزاء الرخوة لتقيها تأثير المنشار ثم ينشر العظمين ويربط كلا من الشريان الشظي والشريانين القصبين المقدم والخلقى والافرع العضلية ويضم الجرح بالخيطة الكتبية

أوبالمشابك أوباشرطة اللازوق ويضمده كالعادة ثم يضع الطرف على وسادة بشرط ان يكون بين المثني والمبسوط
وأما الطريقة ذات الشريحتين اللتين يستصوب فعلهما من الوحشية فكيفيتها ان يقف الجراح في الجهة الانسية من الساق ثم ينفذ تحت حذبة القصبه بقراطين في الجهة الوحشية من الساق بين العظام والاجزاء الرخوة سكيناً ذا حدين فيتجه به من اعلى الى اسفل ليحصل على شريحة طولها نحو من (٥) قراريط ثم يوصل قاعدة هذه الشريحة بشق مستعرض في الجهة الانسية ويقطع ما بين العظمين من الاجزاء الرخوة وينشرهما ثم يربط الاوعية ويجذب الشريحة الوحشية الى الانسية بعد تغطية العظام ثم يضم الجرح بالخياطة المكتبية أو المرودية أوبالمقابض الدقيقة ويضمده كما هو العادة

* (في تبرا الفخذ) *

تبرا الفخذ أما من اسفلها فوق الشنوين اللقيمين بأربعة قراريط أو من اعلاها اسفل المدور الكبير الا ان الاحسن ان تكون هذه العملية في الجزء السفلي منها بقدر الامكان لان سهولة المشى مرتبطة بطول الجذمة ولذا أوصى بعض الجراحين بان يكون بترها من الجزء المتصل بالرضفتين وبترها يكون اما بالطريقة الحلقية أوبالطريقة ذات الشريحة المقدمة والشريحة الحلقية أوبالطريقة ذات الشريحة الانسية والشريحة الوحشية أوبالطريقة ذات الشريحة الواحدة
فاما بترها بالطريقة الحلقية فكيفيته ان يرقد المريض على خرف السرير مرتكز اعليه ويجذعه وبرأسه فقط ويثنى مساعده فخذ السليمة على جذعه ويثبتها على هذا الوضع بان يمسك الركبة باحدى يديه وبالاخرى اسفل الساق ويسند مساعده آخر الطرف ويضغط آخر الشريان الفخذى على الفرع الافقى من عظم العانة ويقبض آخر يديه على الفخذ ويجذب الجمد الى الاعلى ثم يقف الجراح في الجهة الوحشية من الفخذ فيقطع الجمد والنسيج الخلقى الذى تحته والصفاق قطعاً حلقياً ومتى انكملت هذه الاجزاء قطع الطبقة العضلية السطحية ثم الغائرة حذاء انكماش السطحية حتى يصل الى العظم

فينشره بعد تجريده عن الاجزاء الرخوة المندخمة فيه ثم يربط الشريان الفخذى
مع فروعه الجبائية ويضم الجرح من الامام الى الخلف أو من الانسية الى
الوحشية ثم توضع على وسادة بشرط ان لا تكون الزاوية السفلى من الجرح
متعاملة على تلك الوسادة

وأما بترها بالطريقة ذات الشريحة المقدمة والشريحة الخلفية فكيفيته
ان يجعل المريض على الوضع الذى ذكرناه فى الطريقة السابقة وكذا
المساعدون ثم يقبض الجراح على كتلة عظيمة من لحم الجزء المقدم من الفخذ
فينفذ بين العظم والاجزاء الرخوة فى الجهة الوحشية حذاء الجزء الذى يريد
نشر العظم منه سكيناً ذا حدين فيخرجه من الجهة الانسية بان يرزقه من
الاعلى الى الاسفل فيعمل شريحة مقدمة طولها نحو (٤) اصابع الى (٥)
فيأمر احد مساعديه ان يرفعها الى الاعلى ثم يرزق سكيناً آخر بين العظم ولحم
الجزء الخلفى من الفخذ فيعمل شريحة شبيهة بالاولى فيرفعها ملها ثم ينشر العظم
حذاء اصلها تين الشريحتين

* (تنبيه) * بما ان العظم هنا اقرب الى الجهة المقدمة منه الى الجهة الخلفية
يلزم لاجل ان تصير ابعاد احدى الشريحتين مساوية لابعاد الاخرى ان تقطع
الشريحة الخلفية بانحراف من الاجزاء الغائرة الى الجدار الاعلى موازاة العظم
لئلا تكون الشريحة الخلفية مغرطة الغلط

وأما بترها بالطريقة ذات الشريحة الانسية والشريحة الوحشية فكيفيتها
ان يغرس الجراح سكيناً من الامام الى الخلف بشرط ان يكون موضع خروجه
من الخلف اسفل من محل دخوله وذلك لان انقباض العضلات فى الجزء الخلفى
منها يكون عظيماً ويجب ان يبدأ الجراح بفعل الشريحة الوحشية لوجود
الشريان فى الجهة الانسية

وأما بترها بفعل شريحة واحدة فكيفيته ان يعمل الجراح هذه الشريحة
فيرفعها ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة المحاذية لقاعدتها قطعاً مستعرضاً
وبعد ذلك ينشر العظم

* (تنبيه) * يلزم ان يكون طرف الشريحة مستديراً وان يكون مقدارها
مناسباً للخن الطرف وان تفعل فى الوجه المقدم أو الخلفى أو فى احد الجوانب

على ما تقتضيه الاحوال واذا امكن فعلها في الجهة المقدمه أو الجهة الوحشية
فذلك عين الصواب

* (في بتر الاطراف السفلى من المفاصل) *

* (في بتر السلاحي الاولي من اصابع القدم) *

كيفية هذه العملية هي الكيفية التي ذكرناها في بتر سلاميات اصابع اليد
الا انه يلزم في بتر السلاحي الاولي من الابهام ان تكون الشريحتان بنسبة حجم
رأس العظم الاول من عظام المشط القدي ولذا أوصى بعض الجراحين
باستئصال رأس هذا العظم اعنى البوع لكن ليس ذلك بصواب فانه مما
يضعف قوة القدم

* (في بتر الاصابع الخمس القدمية معا) *

كيفية ذلك ان يرقد المريض على الفراش بمدود القدم المريضة بحيث تجاوز
طرف فراشه ثم يضع الجراح نفسه وضعا لائقا بمعنى انه ان كان العمل
في القدم اليسرى يجعل نفسه في الجهة الانسية من الطرف والعكس بالعكس
اعنى انه اذا كان العمل في القدم اليمنى يجعل نفسه في الجهة الوحشية من
الطرف وبعد ذلك يقبض بيده اليسرى الاصابع الخمس المريضة فيبسطها
وكيفية هذا القبض ان يجعل الاصبع الاخير من اصابع يده فوق ظهر
القدم ويحمل بابهامها مع ضربتها الاصابع التي يريد بترها من جهة بطنها
ثم يشق في اخص القدم بشرط قوى الفصل شقا محديا تحديده الى الامام عند
اصول الاصابع اعنى انه يتبع به الغضن الفاصل للاصابع من السطح
الباطن من المشط ثم يشق شقا آخر على ظهر القدم يتدنى بهما من احد جانبي
القدم ويسير بهما الى الجانب الآخر وبعد ذلك يأمر احد مساعديه ان يجذب
المجدد الى الخلف على ظهر القدم فيفتح هو المفاصل جميعها ويرلق السكين
تحت الاطراف الخلفية من السلاميات الاولي ثم يخرج منه من الشق الاخصى
ثم يربط الاوعية أو يلوئها ويقرب حافتي الجرح ويضمهما بالخيطة الكتيبة
أو بشرطة من اللازوق ثم يلزم المريض الاضجاع لئلا يسهل جعل قدمه على
جانبا الوحشى مع نثيه لساقيه على فخذه نصف ثنى

* (تنبیه) * من الضروري ان يشق الجلد من بين الاصابع كي يتحصل على شريحة كافية لتغطية رؤس العظام ولومع كونها مشرذمة فان شردزمتها لا تضر

* (في بتر الابهام القدي من المفصل) *

* (المشطى السلاحي) *

هذه العملية لا فرق بينها وبين عمليّة بتر ابهام اليد من المفصل المشطى السلاحي فلا حاجة الى التكرار وكذا تبتز بقية اصابع القدم واحدة واحدة

* (في بتر العظم الاول من مشط القدم) *

* (وهو المقابل للابهام) *

اعلم ان العظم الاول من عظام مشط القدم متصل بالعظم الاسفيني الاول وان الخط المفصلي مستعرض ومتجه بانحراف من الانسية الى الوحشية ومن الخلف الى الامام وان القطر العظم من المفصل عمودي

ولهذا المفصل رباط ظهري ورباط اخصى ورباط انسى ويوجد ايضا بين العظمين المشطيين الاول والثاني رباط آخر متين معرفته مهمة جدا لان فيه مقاومة للجراح حال العملية

* (كيفية العمل) *

يجب اولا ان يتحقق الجراح من موضع المفصل بان يزلق سبابه يده اليسرى على السطح الانسى من القدم من الامام الى الخلف ليعثر على نتوء خلفه انخفاض فهذا الانخفاض محاذ للمفصل ويلزم التحقق التام من هذا النتوء لئلا يغط الجراح فيظن ان نشر العظم الاسفيني الاول هو النتوء المشطى فيعمل العملية في مفصله من العظم الزورقي فيتحقق منه قبض الابهام بيده اليسرى فرفعها رفعا شديدا فيشق في السطح الاخصى شقا مستعرضا يأتى به على العضن الجادى الفاصل بين باطن الاصبع وباطن القدم ثم يمر به على وترة الفوات الاول فيتمجه به بانحراف حتى يصل الى ظهر العظم المشطى الاول ومنه الى مفصل العظم الاسفيني الاول من العظم المشطى فن هناك يتجه بالشق بانحراف على الجانب الانسى من القدم من الاعلى الى الاسفل ومن الخلف الى الامام حتى يصل الى حيث ابتدا فيخلص عظم المشط من الاجزاء الرخوة

* (في بتر العظم الخامس من عظام مشط القدم) *

هذه العملية هي عين عملية بتر المفصل المشطى القدي الاول الا انه لاجل التحقق من المفصل يراق الجراح اصبعه على الجهة الوحشية من القدم ليتر على تنوء بارزهوا الطرف الخلفي من العظم المشطى الخامس فيجد خلفه بمسافة يسيرة المفصل متجها بانحراف من الوحشية الى الانسية ومن الخلف الى الامام

* (في بتر المفصل القدي الرسني المشطى بطريقة لسفران) *

الاجزاء التي يهايتها الى الموضع الذي تفعل فيه هذه العملية هي من الانسية تنوء العظم الاول من عظام مشط القدم ومن الوحشية تنوء العظم الخامس من عظام هذا المشط أيضا وخلف كل من هذين التئوين مباشرة مفصل بفتح بسهل العمل جدا وكيفية ذلك ان يقبض الجراح القدم بيده اليسرى (شكل ٣٢) بحيث تكون سبابتها فوق احد هذين التئوين وأبهامها فوق الآخر فيشق شقا محديبا الى الامام يمتد به من احد ههما الى الآخر يأتي به



(شكل ٣٢)

على كل من الجلود والنسيج الخلقى والاورتار الباسطة دفعة واحدة فان لم يتيسر ذلك ادخل السكين ثانيا فقطع ما بقي منها فهذه السكينية يفتح أما المفصل

الخامس أو الاول فتفتح بقية المفصل بين السكين مع البدأة بأبعدها
 عن يد الجراح فان كان العمل في القدم اليمنى فاول ما يفتح المفصل الخامس
 ثم الرابع ثم الثالث ثم يتقطع بحد السكين ضريح الثاني من العظام المشطية
 قطعاً مستعرضاً من الامام الى الخلف الى ان يصل الى ثاني المفصلين الرسغيين
 المشطيين فيفتحه بقطع الاربطة الظهرية ثم يفتح أولهما من الخلف الى الامام
 ومن الانسية الى الوحشية

وإذا كان العمل في القدم اليسرى ابتداءً بفتح المفصل الاول ثم بالذي يليه
 وهكذا حتى ينتهي بفتح المفصل الخامس

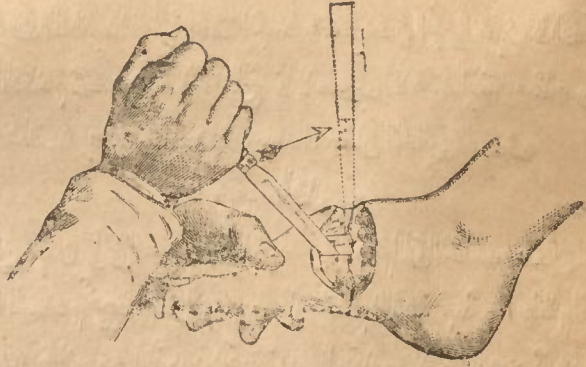
فان لم يكن الجراح ذا دراية تامة فالصواب ان يفتح المفصل الاول والمفصل
 الخامس من اول الامر للايتقي مشغول البال بالتحفظ على هاتين الأمايتين
 اذا المبتدى يشق عليه بقاء اصبعه عليه بما خشية ان يذهل عنها مما فيخطئ
 طريق المفصل

واعلم انه بعد قطع اربطة ظهر القدم تبقى العظام على اتصالها بواسطة الرباط
 الاخصى الممتد بانحراف من أول العظام الاسفينية الى الطرف الخلفي من ثاني
 وثالث عظام المشط فيقطعها الجراح بان يمسك طرف يد السكين بيده ويمد سبابته
 على ما يلي حد السكين من قبضته موجهاً حده الى المريض (شكل ٣٣) ثم
 يفرسه بين الاول والثاني من عظام المشط بحيث يجاوز سنه يسيراً رأس ثاني
 (شكل ٣٣)



هذين العظمين ويتكوّن من حده مع القدم زاوية بقدر (٤٥) درجة
 وعند ذلك يجب ان يستحضر أن النثر المندمغم فيه وتر العضلة الشظية
 الطويلة الجانبية ناتئ فيما بين هذين العظمين ليحيد عنه بالسكين من

الانسية الى الوحشية ويدفع سنه فوق وتر العضلة الشظبية الطويلة الجانبية
لاحتته لئلا ينزلق السن الى الاخص فلا يقطع الرباط المنحرف المقصود بالقطع
ثم يقبض السكين بيده اجمع كما يمسك الخنجر (شكل ٣٤) فيقبض بهذه



(شكل ٣٤)

المحركة يقطع الرباط وتتباعد الاسطحة المفصالية بسهولة فيسهل قطع الاربطة
الاخصية وقد سمي (لسفران) هذا الرباط بمفتاح المفصل الرسغي المشطى
حتى تباعدت الاسطحة المفصالية تباعدا كافيا لئلا يسكن بين العظام
وبين الاجزاء الرخوة ثم سار به الى ان يجاوز العظام السمسمية ثم قبض الجزء
المراد بتره بيده اليسرى وسار باليسكين نحو الجزء المقدم من القدم
ليفعل الشريحة

واعلم انه يجب ان تكون هذه الشريحة اطول في جهتها الانسية منها في الجهة
الوحشية وان يكون طرفها مستديرا ومتى تمت العملية ربطت الاوعية النازفة
وضم الجرح بالخياطة المتقطعة أو بالشرطة اللازوق

* (في عملية شوباراي بتر المفصل الذي بين صفي الرسغ) *

* (وهو المفصل القنزعي الزورقي العقبى التردى) *

هذا المفصل مكون من الخلف من القنزعي والعقبى ومن الامام من الزورقي
والتردى واسطحة هذه المفاصل منضم بعضها الى بعض بواسطة اربطة ظهرية
واربطة اخصية سهلة الانقطاع ويوجد فضلا عن ذلك بين العظام رباط متين
جدا يمتد من القنزعي والعقبى الى الزورقي والتردى وهو المعتبر مقتسحا

لهذا المفصل

والاجزاء التي يمتدى بها الجراح في فعل هذه العملية هي من الجهة الانسية
تتواء الزورقي وهونالث التوات التي يحس بها عند ازالاق الاصبع من الامام
الى الخلف أى من العظم المشطى الاول الى نحو الكعب الانسى وأمام
الوحشية فطرف العقب البارز تحت الجلد عند بعض الجراحين لانه لا يحس
به متى كانت القدم شديدة الانتفاخ فالاصوب الاهتدأ بتتواء خامس عظام
المشط الذى خلفه بعرض أصبع يوجد المفصل العقبى التردى

* (كيفية العمل) *

يبتدى الجراح بان يزلق احدى سبابته من الامام الى الخلف على الحافة
الانسية من القدم فيحس أولا بتتواء أول عظام المشط ثم بتتواء العظم الاسفني
ثم بتتواء الزورقي فعنده يقف ثم يتحقق بسبابته يده الاخرى من تتواء خامس
العظام المشطية فيتجه خلفه بمقدار عرض أصبع ثم يضع ابهام يده اليسرى
محل سبابته وسبابته محل سبابته اليدا اليمنى فتصير يده به هذه الكيفية أسفل
القدم فيما أخذ يديه اليمنى سكين بتر فيشق به الجلد من طرف الى آخر خلف
ابهامه وسبابته مباشرة شقافيه يسير تحذب الى الامام (شكل ٣٥) ثم يقطع



(شكل ٣٥)

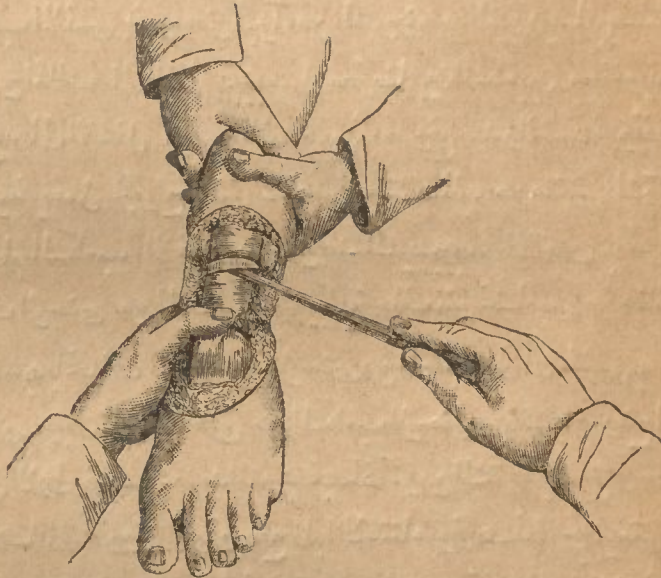
الاربطة الظهرية والرباط بين العظام الذى هو مفتاح المفصل وكذا الاربطة
الانخسية وبعد ذلك يزلق السكين بين العظام والاجزاء الرخوة كما ذكرناه
في طريقة (السفران) فيعمل شريحة أخصية كافية في تغطية الاسطح
العظمية

* (في بتر المفصل القصبي الرسي) *

الاسطحة المفصالية الداخلة في تركيب هذا المفصل هي السطح العلوي من القنزعي ثم نقرة مفصالية مستطيلة عرضا مكونة من الطرفين السفليين من القصبية والشظية تدخل فيها بكرة القنزعي فلهدا لا يتحرك حركات جانبية ولا تدخل فيه الآلات الامن الجهة المقدمة

* (كيفيل العجل) *

لبر هذا المفصل جملة من الطرق منها طريقة (ساييم) الانكليزي التي تؤخذ فيها الشريحة من جلد العقب (شكل ٣٦) وكيفيتها أن يشق الجراح (شكل ٣٦)



في الجزء المقدم من المخلخل حذاء الطرف السفلي من الكعبين شقا محديا من الامام يتسدى به في الحافة المقدمة من احد الكعبين وينتهي به في الحافة المقدمة من الكعب الاخر فيتمحصل بذلك على شريحة صغيرة تحديها الى الامام فيوصل طرفها بشق يقطع فيه جلد اخص القدم قطعاً عمودياً على اتجاه محور الكعبين ويسلخ هذه الشريحة من الامام الى الخلف ومن الاسفل الى الاعلى الى موضع اندغام العروق ثم يفتح المفصل من الامام ويتم العملية بقطع بقية الاجزاء الرخوة لكن هذه الطريقة وان تحصل بها على شريحة من جلد جميع العقب الذي اكسبه طول جملة لنقل الجسم متانة وتعود اعلى

الانضغاط فلا يتقرح بعد الشفاء بما يقع عليه من الضغط معيبة بأن الشريحة
 فيها تكون مقعرة فيجتمع في تغيرها الدم والقيم وفضلا عن ذلك ان هذا
 التعبير بصيرمانعها من التئامها التامانا بالسطح الذي تطبق عليه فلذا
 فضلها طريقة الجراح (رو) التي تعمل فيها الشريحة اخصية خالصة
 انسية أعنى من النصف الانسي الخلفي من جلد العقب
 وكيفيةها أن يشق شق يبتدأ به أقصى مؤخر السطح الوحشي من العقب أعنى
 بين المحرف الخلفي من الكعب الوحشي وبين وتر العرقوب حذاء المحرف
 العلوي من عظام العقب ويمر به من تحت الكعب صاعدا الى ظهر القدم
 امام المفصل الرسغي القصي بنحو عرض أصبع فهناك يسار به الى امام
 الكعب الانسي بنحو بعض أجزاء من الف جزء من المتر يسار به هذا الشق
 أولا من الخلف الى الامام ثم يجعل معترضا بين الكعبين مع تقويس يسير
 تحديه الى الاسفل أي نحو الاصابع ثم بعد رفع صدر القدم وتحميته الى
 الانسية يعمل الجراح الشق الاخصي مبتدئا به من منتهى الشق الاول
 أي امام الكعب الانسي يسير فن هناك يسير به في الاخص بانحراف نحو
 المحرف الوحشي من القدم حتى يبلغ خلف تتو الخامس من عظام المشط
 فيصعد به بانحراف على الوجه الوحشي من العقب الى أن ينتهي به بين وتر
 العرقوب وبين المحرف الخلفي من الكعب الوحشي وذلك هو موضع ابتدائه
 بالشق الاول فبعد تحديدا الشريحة بما ذكر من الشقوق يشرع في سلخها من
 حروفها الى نحو وتر العرقوب مع غاية الاعتناء وفي هذا السلخ يعتنى بابقاء
 الشرايين خلال ما يجب ابقاؤه في تركيب الشريحة من العضلات ثم يقبلها
 من الامام الى الخلف ويشمرها الى أعلى العقب ثم يفتح السطح المقدم من
 المفصل القصي الرسغي عرضا مبتدئا بالجهة الوحشية ثم يقطع كلام الاظناب
 الانسية والوحشية ويقم العملية بقطع وتر العرقوب من موضع نسبته بعظم
 العقب ثم ينشر الكعبين مع الاعتناء بعدم خدش السطح المفصلي من القصبية
 ثم يربط العرقوب ويضم حافات الجرح بعصائب الذي اخلون ثم يضع عليه رفادة
 غريالية مدهونة بالقيروطي ونسالة مع بقية أدوات الاساوه كما هو معهود
 في سائر جروح البتر

وأما طريقة (سويار) في بتر القدم من المفصل الرسغي القصبي التي تكون فيها الشريحة أخصية انسية (شكل ٣٧) فكيفيتها أن يشق شق يبتدأ به



حذاء العظم ازورقي مستعرضاً بقوس ويوصل الى الخط المتوسط من اخص القدم فالى موضع تثبت وتر العرقوب ففي هذا الموضع يوصل طرفاه بشق آخر مقوس تقويساً يسير ايمره من تحت الكعب الوحشي ثم تسليح الشريحة الانسية من الاسفل الى الاعلى ثم يدخل السكين في المفصل فيقطع به الطنب المقدم والوحشي مع أوتار العضلات الباسطة والشظبية الجانبية فتنزل تلك خلعت القدم بتوجيه سطحها الاخصى الى الانسية ثم يزلق السكين على موازاة الوجه الانسى من العظم القترعى والعظم العقبى فتقطع به الاطناب والعضلات والاورتار الانسية مع ادنائه من العظام لئلا يصيب الشريان الاخصى والاعصاب الاخصية التي عليها مدار حياة الشريحة فبعد ذلك تنشر الكعبان مع تجنب اصابة السطح الافقى من المفصل قليلاً لما ينبثق من القنوات العظمية فر بما كان انفتاحها سبباً لسريان القيح وتسمم البدن به

* (في بتر المفصل القصبي الفخذى أى الركبة) *

لبتر هذا المفصل ثلاث طرق احدها الطريقة الحلقية وكيفيتها أن يستلقى المريض على ظهره ممتد الساق ثم ان كان العمل في الرجل اليمنى وقف الجراح

في الجهة الوحشية منها وان كان في الرجل اليسرى ووقف في الجهة الانسية
منها وشق تحت الرضفة بثلاثة قراريط أو أربعة شقا حلقيا لا يقطع فيه
العضلات ثم يسلخه ويقبله الى الاعلى وبعد ذلك يثنى الركبة ويقطع الرباط
الرضفي ويفتح المفصل ويقطع الاجزاء الرخوة قطعاً عموديا بالنسبة لاتجاهها
ثم يربط الاوعية ويضم الجرح ضمما مستعرضا أعنى من الامام الى الخلف وهي
طريقة (ولبو)

وثانها الطريقة ذات الشرائح المنسوبة الى الجراح (هوبن) وكيفيةها أن تبسط
الساق ثم يشق الجراح في الجهة المقدمة من الركبة أسفل الرضفة شقا
مستعرضا ممتدا من أحد التوتئين الرضفيين الفخذيين الى الآخر ثم يثنى الساق
ويفتح المفصل ويقطع الاربطة والاجزاء الرخوة المفصليّة ثم ينهي العملية
بشريحة يعملها من عضلات الوجه الخلفي من الساق

ثالثها الطريقة البيضية المنسوبة الى الجراح (بودين) ذات الشريحة المقدمة
(شكل ٣٨) وكيفيةها أن يلقى المريض على ظهره يارز الساق وأسفل الفخذ



(شكل ٣٨)

من الفراش ويوكل مساعدا بحمل الفخذ وأخرها مساك الساق وثنيتها نصف
ثني ثم يقف الجراح على هيئة بها يتمكن من امسك الجزء المراد قطعه بيده
اليسرى فيمسكه بها ثم يقبض بيده اليمنى السكين فيجعل سنه على الجلد أسفل
الظنوب بعرض ثلاث أصابع فيبتدي بقطع الجلد عرضا ثم كلما قرب من السطح
الخلفي انحرف بالشق ومتى وصل به الى ما فوق المفصل بعرض أصبع ساربه
عرضا أيضا ثم ينحرف به الى أن يصل الى السطح المقدم من الساق فهناك

يسيره عرضا ليوصله بميدته لكن لا يكون هذا الجزء الاخير من العملية
 عمرا العمل يحسن عند وصول الجراح اليه أن يغير اتجاه الآلة فيجعل حدها
 الى الاسفل ثم يشرع في اتمام الشق من حيث ابتدأه فينتجه بانحراف الى
 حيث وقف به فبذلك تتوازن جهتا في الانحراف ويتحصل من الجلد على
 شريحة مقدمة فيمسكها بيده اليسرى ويقطع باليمنى عقالاتها الخلوية
 الرابطة لها بما تحتها يمكنه رفعها وتثميرها الى حذاء المفصل ويلزم احتراز من
 اصابة السكين يسرى يدي الجراح أو اصابته يدا أحد من المساعدين أن يجرحا
 يجرقوس الرباب من الوحشية الى الانسيه ومن الانسية الى الوحشية بدون أن
 يفارق ماتحت الشريحة من الاجزاء ويلزم أن تكون الشريحة مشتملة على
 نسيجها الخلوى الذى يكون بين الجلد والصفاق الساقى فانها ان لم تكن مبطنه
 به لم تكن فيها الوسائط الكافية لبقائها على حياتها ثم متى وصل الجراح
 بالسليخ الى حذاء المفصل وضع السكين مستقيما معترضا على الرباط الداغصى
 فقطعه ثم يقطع بالتوالى الطنب الوحشى ثم الانسى ثم الاطناب المتصالية ثم
 الطنب الخلقى ولا تختار ما يختاره كثير من الجراحين من ازالة الغضاريف
 الهلالية اذ ليس في ابقائها ما يذكرون من الضرر بل لابقائها مع الغلاف اللينى
 المحيط بالمفصل فائدة وهى أن يكونا بمنزلة كان لرضفتى النخذه بصير سطحهما
 مستويا يسهل انطباق الشريحة عليه ثم ان الاجود قطع عضلات الجهة
 الخلفية أسفل مما يحاذى شق الجلد لئلا ما يبقى من العضلات المنخفض بين
 الرضفتين من الخلف والاتركت العضلات بعد انكشها مسافة كبيرة
 فارغة

واعلم ان من الجراحين من نوع هذه الطريقة بكيفية اخرى وهى ان يرسم
 الجراح بالممداد خطأ اوله من العرف القصى تحت الرباط الرضفى بثلاث
 اصابع يتجه به الى الخلف بانحراف ومن الاسفل الى الاعلى نحو النقرة المابضية
 ثم من الاعلى الى الاسفل بانحراف أيضا وينتهى به تحت الخط المرسوم
 حذاء الرباط الرضفى بنحو أصبعين فقط وعلى حسب هذا الخط الذى رسمه
 يشق الجلد ثم يسليخه ثم رفعه الى حذاء المفصل ويقطع الصفاق والعضلات
 والاربطة ثم يبتدأ المفصل كما فى الطريقة الخلفية بأن يفتح من الامام الى الخلف

* (في بتر المفصل الحرقفي الفخذى) *

اعلم ان الاجزاء التي يمتدى بها الجراح في فعل هذه العملية هي المدور الكبير والشوكة الحرقفية المقدمة العليا والمخدية الوركية وانه يوجد بالقرب من هذا المفصل فروع عديدة متوزعة في العضلات المحيطة به بعضها ويريدى وبعضها شرباني فلذا كان اقوى اسباب الموت عقب هذه العملية غزارة الدم الذي يسيل حال العمالية وبعدها فلذا اضطر بعض الجراحين الى ربط الشريان الفخذى قبل البتر

* (كيفية العمل) *

لبتر هذا المفصل طرق عديدة نهاوهى اجودها طريقة (مانيك) (شكل ٣٩)



(شكل ٣٩)

ولشرحها مع الاعتناء فنقول كيفية هذه الطريقة ان يستلقي المريض على حرف السرير أو على حرف طاولة بشرط ان تكون المخدية الوركية تجاوزة لهذا الحرف ثم يضغط احد المساعدين الشريان الفخذى على الفرع الافقى من عظم العانة ويعد مساعدا آخر الفخذ السليمة ثم ان كان المرض في الرجل اليسرى وقف الجراح في الجهة الوحشية وامر مساعدا بثنى الفخذ على المحقوثنيا خفيفا ووجهه ثم قبض هو بيده اليسرى على ما في الجزء المقدم العلوى من الفخذ

من الكتل العضلية ونفذ في المسافة التي بين المدور الكبير والشوكة
 المحرقة المقدمه العلياسكين بترعلى صفحه تحرز ان اصابة الشريان في وجهه
 من الاسفل الى الاعلى ومن الوحشية الى الانسية الى ان يصل الى رأس الفخذ
 فيفتح به المحفظة المفصلية ومتى احسن برأس الفخذ خلف السكين رفع قبضته
 الى الاعلى ليتجه سنه الى الاسفل فيسير به حتى يخرج من وسط الرفع أى الثنية
 الفاصلة بين اصل الفخذ وبين الصفن ثم يزلقه على السطح المقدم من عظم
 الفخذ من الاعلى الى الاسفل فيعمل شريحة مستديرة الطرف ممتدة الى نصف
 الفخذ ثم يوكل بها مساعداً وأمره بأن يضغط فيها الشريان الفخذى ثم يقطع
 الاجزاء الرخوة عرضاً حذاء الجزء الاكثر بروزاً من رأس الفخذ ويشق المحفظة
 شقاً مستعرضاً ويقطع العضلات من الجهة الانسية ومن الجهة الوحشية
 ويفتح المفصل ويقطع الرباط المستدير ثم يرب السكين خلف رأس العظم ويقطع
 الكتل اللحمية المرتبطة بالمدور الكبير وينهى العملية بان يقطع ما بقى
 في الجهة الخلفية من الاجزاء الرخوة قطعاً مستعرضاً يتصل الى حافتي قاعدة
 الشريحة من الخلف

وأما اذا كان العمل في الرجل اليمنى فان الجراح يقف في الجهة الانسية
 ويدخل السكين من وسط الرفع أى الثنية الفاصلة بين اصل الفخذ وبين
 اعضاء التناسل الظاهرة ويخرجه من وسط المسافة التي بين المدور الكبير
 والشوكة المحرقة المقدمه العليا وقد نوج هذه الطريقة الجراح (لنوار)
 بقطعه الاجزاء الرخوة الخلفية بعد فعل الشريحة المقدمه وقبل فتح المفصل
 قطعاً حلقياً

(ومنها) طريقة (الويت) و (ديلبيش) وهى ذات الشريحة الانسية
 (ومنها) طريقة (بكلار) وهى ذات الشريحتين المقدمه والخلفية التي
 يشترط فيها ان تكون الشريحة المقدمه متجهة الى الانسية قليلاً والخلفية
 متجهة الى الوحشية كذلك

(ومنها) طريقة (اسقران) وهى ذات الشريحة الانسية والشريحة الوحشية
 (ومنها) طريقة (ابرنيتي) وهى الحلقية التي يقطع فيها كل من الجلد
 والنسيج الحلوى والعضلات اسفل المفصل ببعض قراريط

(ومنها) طريقة (كورنو) وهي البيضاء
فهذه هي الطرق المتبعة في بتر المفصل المحرق في الفخذى الا ان اكثرها استعمالا
واجودها طريقة (مانيك) وتزداد جودة بربط الشريان الفخذى قبلها تحزرا
من سيلان مقدار عظيم من الدم وبعدها العملية وربط الاوعية تضم طاقنا
المجرح بالخياطة المتقطعة ويغطي برفا ئد مبلولة بماء في درجة (١٥) فان حصل
رد فعل شديد وضعت عليه ضمادات من الماء البارد أو من الثلج ان وجد

* (في امراض المفاصل وما تستدعيه من العمليات) *

* (في استسقاء المفاصل) *

متى استعمل الجراح في مداواة الاستسقاء المفصلي جميع الوسائط الطبيعية
كالمرهم المحلل والمحراريق والاستحمامات الكبرى بتيمة والبخارية ولم تقدم
يبقى له الاستعمال العمليات الجراحية فمنها البت البسيط في الحفظة المفصالية
لاجل استفراغ السائل الذي فيها وهذا البت يفعل بالمزل المعتاد ويجب
بعد استفراغ السائل وقبل استخراج المزل ان يضغط الجراح جميع جهات
الورم لثلا يبقى فيها شئ من السائل وبعد ذلك يضع على موضع دخول الآلة
قطعة من الجبر الانكليزي ويحيط المفصل برفا ئد مغموسة في سائل محلل

(ومنها) البت من تحت الجلد وكيفية ان يثنى الجراح الجلد ثنية ثم يغرس
المزل في اصل هذه الثنية ويسيره يسيرا الى ماتحت الجلد من الاجزاء الخوة
وبعد ذلك يبط الغشاء الزلالى ومتى استفرغ جميع ما في المفصل من السائل
خرج المزل بغاية الاحتراس مع ضغطه عند اخراجه على الفتحة الباطنة
باصبعه منعاً لان يتشتر في مسير الجرح بعض نقط من السائل الذي يمكن ان
يبقى في الحفظة

وقد اوصى الجراح (الفونس جرين) بشق الجلد شقا صغيرا يدخل منه
المزل ثم يساره تحت الجلد الى الجزء الذي يراد ببط الحفظة فيه
واعلم ان التضديد في هذه الحالة مهم جدا لانه ان غطي المفصل برفا ئد
مغموسة في محلول محلل لم يلتئم الجرح بالفصد الاول لاستمرار خروج السقي
فلاجل نجاح العملية توضع رفا ئد درجوية على مسير الجرح تحت الجلد لتتقارب
جدرانها فتلتئم

(ومنها) البطم مع المحقن وهذه الطريقة مستعملة من مدة طويلة وقد استعملها كل من الجراح (وليو) والجراح (بونيه) مع النجاح والسائل الذي كان يستعمله لانه في ذلك هو صبغة اليود المخففة بقدر زنتها (٤) مرات الى (٨) من الماء واعلم انه يلزم متى استخرج سائل المحقن ان يجعل المفصل في حالة سكون تام على وسادة من نشارة الخشب أو من الخالة وان يوضع على المفصل المريض بعض رفاثد مغموسة في صبغه اليود وانه يلزم اجتهاد الجراح في دفع التهاب المفصل التهابا شديدا بان يحمي المريض جية قوية (ومنها) الشق ويفعل في احد جانبي المفصل في الجزء الاكثر بروزا وانحدارا ويجب على الجراح حال العمل ان يجذب الجلد الى اتجاه مخالف لمسير المشروط ليتمكن بهذه الكيفية انسداد فتحة المحفظة المفصلية متى استفرغ السائل وترك الجلد فيمتنع دخول الهواء في التجويف ثم يضم الجرح بأن توضع عليه نسالة مدهونة بالمرهم البسيط فان تجدد السائل ثانيا استفرغ باذخال مسير في الجرح

* (تنبيه) * اجود هذه الطرق جميعها هو البطم من تحت الجلد فان تجدد السائل ثانيا كرر البطم ثم زرق في التجويف قليل من صبغه اليود

* (في التجمعات القيحية في المفاصل) *

متى تحقق الجراح من وجود صديد في مفصل لزمه استفرغاه بالبطم من تحت الجلد على ما سلفناه ثم زرق في التجويف الماء القاتر لاجل غسل سطحه وعوده الى وظيفته ثم يوضع على المفصل رفاثد مغموسة في سائل محلل ويضعه ضغطا لا ثقا

* (تنبيه) * فتح المخرجات المفصلية يعرض المريض الى التسمم العفني لانه ربما سبب دخول الهواء في المحفظة الزلالية مع تعذر خروجه من المفصل بسهولة فلذا كان الاصول فعل البطم من تحت الجلد ومع هذا يمكن انه متى اجتمع الصديد ثانيا بعد العمليه في التجويف يتشرف في مسير الميزل فيمقح الجرح ولهذا استعمل من سنين قريية الجراح (الفونس جرين) شق المخرجات المفصلية على الفور ووضع انبوبة درنعة في التجويف بسرعة ليخرج منها الهواء

بسرعة أيضا متى دخل فبهذه الكيفية يتمتع تغير الصديد فلا يحصل
التسمم العفنى

* (في الاجسام المتحركة التي تحدث في المفاصل) *

اعلم انه تمكّن مشاهدة هذه الاجسام في كثير من المفاصل وان عددها
قد بلغ في بعض الاحيان نحو من (٦٠) واكثر ما شاهد في مفصل الركبة
وغالب ما يوجد منها اثنان او ثلاثة وقد شاهد الجراح (مرجاني) منها
في مفصل الركبة اليسرى من مجوز خمسة وعشرين جسما ويختلف حجمها
من مثل حبة الدخن الى مثل حجم اللوزة وشكلها شبيه بشكل اللوبيا وقوامها
يكون تارة غصرو وفيما في جميع الجسم وتارة يكون محيطه غصرو وفيما ذكره
عظميةا وكثيرا ما يجتمع في المفصل الذي يحدث فيه شيء من هذه الاجسام سقى
ثم ان هذه الاجسام تعالج بطريقتين

(الطريقة الاولى) تثميتها لانها لما تؤلم المريض بتحركها وانزلاقها على
الاسطح المفصالية فلذا اجتهد بعض الجراحين في تثميتها بواسطة اربطة
لا ثقة تحيط بالمفصل متخذة امان الجلد المرن الا ان هذا النوع من الاربطة
لا تظهر ثمرته الا بعد بقاءه على الموضع المريض مدة طويلة وقد وضعها الجراح
(بوييه) لمريض وتركها حولا كاملا لفصل الشفا واما من اللازوق وكيفية
استعمالها ان يوجه الجراح الجسم المتحرك الى الجهة العليا من المفصل ويأمر
احد مساعديه بتثميته في هذا الموضع مع وضعه تحته شريطا من اللازوق
ويلزم في منع تحركه وجود تثميته وضع اشرطة اخرى تتصالب مع الشريط
الاول مع امرارها من تحت هذا الجسم

(الطريقة الثانية) هي استخراج هذه الاجسام وكيفية ذلك ان يرقد المريض
على السرير وتثنى ساقيه ثم تنسط مرارا متعاقبة ليسهل انتقال الجسم المتحرك
الى الاعلى فيمسكه الجراح بابهام وسبابته يده اليسرى ويشق ما يعاونه من
الاجزاء الى ان يصل اليه فيستخرجه من هذا الشق ويلزم انقراض حافق
الجرح اثناء استخراجه فر بما سبب ذلك التهابا تقيحيا وبعد العملية يجعل
الطرف بين الانثناء والانسباط وتوضع على المفصل رقائذ مبتلة بالماء البارد

تجدد زمننا فزمننا ويؤثر المريض بلزوم فراشه مدة عشرة ايام أو خمسة عشر يوماً منعاً للالتهاب

ولما شاهد الجراح (جويران) سلامة الشقوق من تحت الجلد خطره ان يستخرج هذه الاجسام في دفعتين وكيفية ذلك ان يثبت مساعداً للجسم الغريب فيثني الجراح الجلد ثنية مستعرضة فوق محاذة الغشاء الزلالي ثم ينفذ في اسفل هذه الثنية مشرطاً طويل المنصل ضيقه صفيحاً فيشق به الغشاء الزلالي شقاً كافياً لخروج هذا الجسم الى تحت الجلد بضغطه من المساعداً ومن الجراح فيثبت هناك بالضغط على ما بين المكان الذي انتقل اليه وبين الشق المفصلي الذي خرج منه ثم يضم شق الجلد بعصابة من اللازوق ويمنع الطرف مدة من الايام من الحركة بالسكينة ثم متى تحقق الجراح من تمام التئام جرح المفصل شق ما يحاذي هذا الجسم من الجلد فاستخرجه

* (في العمليات الجراحية التي تفعل في كل من العضلات) *

* (والاوتار والصفاقات) *

* (في قطع العرقوب) *

هذه العملية تفعل اما لازالة حنق القدم أو لرد بعض كسور الساق أو لمنع اتجاه القدم الى الخلف الذي يعقب بترها بطريقة الجراح (شوبار) وكيفية ان يرقد المريض على هيئة بها يكون الطرف المريض مرتكزاً بسطحه المقدم على جسم صلب تتجاوزه القدم فيثني الجراح في الجهة الانسية من العرقوب في وسط الكعب الانسي ثنية ثم يبيطها ما يبضع أو بمشرط حاد الطرف ثم يترق من هذه الفتحة السكين المسمى بمقطع الاوتار على صفيحه فيسير به تحت الجلد خلف الوتر حتى يجاوز حافته الوحشية بشريط الحذر من اصابة جلد الجهة المقابلة عند ازالاق السكين ثم يوجهه بمقطع الاوتار الى العرقوب فيقطعه بان يجرد المقطاع عليه جراح خفيفاً بحركات ذهاب واياب مع الضغط من فوق الجلد على ظهر السكين بسبابة يده اليسرى ويستعان على سهولة قطع هذا الوتر بثني القدم على الساق ليزداد توتره ويعرف تمام العملية بسماع قرقة وتباعد ما بين طرفي الوتر فعند ذلك يخرج السكين على صفيحه كما ادخله مع الاحتراس

* (في قطع بقية اوتار الطرفين السفليين) *

هذه العملية فعلت في جميع انواع حنف القدم وكيفية مثل كيفية قطع العرقوب غير انه ينبغي هنا التنبيه الى انه متى لزم قطع وتر العضلة الساقية الخلفية أو العضلة القابضة للابهام وجب ان يكون هذا القطع في الجهة الانسية من القدم لوجود الاوعية والاعصاب في الجهة الخلفية من الكعبين وأما قطع وتر العضلة الفخذية ذات الرأس ووتر كل من العضلة الخياطية أي التربعية والمستقيمة الانسية والوترية النصف فيستعمل في معالجة دوام انثناء الساق

* (في قطع اوتار الطرفين العلويين) *

يندر استعمال قطع اوتار الطرفين العلويين لقلته نجاحه بل كثيرا ما حصل عن قطع اوتار الكف عوارض ثقيلة ولانه يعسر فعل هذه العملية اعلى الرسغ لمكان العروق والاعصاب هناك وكذا فيما فوق ذلك ما عدا الطبقة السطحية منه

ثم ان هذه الاوتار متى كانت متقلصة كانت واضحة التوتروا يسهل قطعها بدون اصابة للشريان العضدي وللعصب المتوسط لتجافي ما بينهما وبين الوتر في هذه الحالة والذي يستعمل كثيرا هو قطع وتر العضلة ذات الرأسين اذا كان فيه قصر موجب لانثناء الساعد على العضد

* (في قطع العضلة القصية الترقوية الخشائية) *

اول من فعل هذه العملية من تحت الجلد الجراح (دوبوترين) ثم اتقنها بعده وصيرها عملية جراحية منتظمة متبعة الجراح (جولجرين) الذي حقق ان التي تتكلمش عادة هي الخثرة العضلية القصية

* (كيفية العمل) *

كيفية هذه العملية ان يرقد المريض على فراشه مرفوع الرأس قليلا متجهه الى الجهة السليمة فهذه الكيفية تبرز العضلة القصية الخشائية الى الامام وتنعزل عن ما تحتها من الاجزاء ثم ينثني الجراح من الجلد اذاه اتجاه العضلة على حافتها الوحشية بعيدا عن القص بنحو (١٥) أو (٢٠) ملليمتر ثنية ويغرس

في قاعدتها مقطعا عرضيه نحو (٥) مليمتري حده قليل تغير فيزلقه صفحا على سطح العضلة حتى يجاوز حافتها الانسية من غير ان يثقب الجلد هناك ثم يوجه حد الآلة الى العضلة ويترك ما ثناه من الجلد فيقطع وترها بحركة منشارية خفيفة مع كونه ضاغطا على ظهر الآلة من فوق الجلد بيده اليسرى

* (في قطع الكتلة العضلية العجزية القطنية) *

كيفية ذلك ان يرقد المريض على بطنه ويجهد في ان يرفع رأسه والطرف العلوى من جذعه بدون اعتماد على يديه لتمتوت العضلات الظهرية فيسقط الجراح الجاد وحشى العضلات المنقبضة بثلاثة سنتيمتر ثم يدخل من هذه الفتحة قاطعا فيقطع به العضلات من الظاهر الى الباطن بحركات منشارية تساعد وتلطف بضغط الآلة بسبابة يدا الجراح اليسرى ومتى تباعد ما بين حافتي الكتلة العضلية ضغط حذاء ما بينهما - ما ضغطا خفيفا بواسطة رفائد درجية وقرب حافتي الشق الخارجى بواسطة شريط من اللازوق ليلتحم بالقصد الاول

* (في قطع صفاق راحة اليد) *

هذه العملية وان كانت سهلة يعسر فيها تمييز انكماش صفاق راحة اليد من انكماش أوتار العضلات القابضة فتنجح الجراح انكماش الصفاق الراحي فعليه ان يبالي في بسط الاصابع مبالغة تامة ليتكون عن ذلك شبه وتر فيشق في الجهة الوحشية منه شقا صغيرا بواسطة سن المشروط وينفذ منه مقطع الاوتار فيقطع الصفاق الراحي من الظاهر الى الباطن وتسمى هذه الطريقة قطع الصفاق من تحت الجلد وأما طريقة الجراح (دوبوترين) فهي انه بعد بسط الاصابع البسط التام يشق الجلد وما تحته من الاجزاء الرخوة ليزداد انبساطها ثم يضم الجرح بالنسالة المدهونة بالمرهم وتثبت اليد على كف من الخشب لتبقى الاصابع على انبساطها وأما طريقة الجراح (جوران) فهي ان يشق الجلد شقا مستطيلا ثم يشق الصفاق الراحي بعد سلخ حافتي الجرح بشقا مستعرضا ثم يضم الجرح ليلتحم بالقصد الاول

* (في العمليات التي تفعل في الجلد والنسيج الخلقى) *

هذا الباب مفعول للعمليات التي تعالج بها تشوهات الندب والتي تعالج بها

الاطفار المنغرسه في اللحم والتي تفعل بقصد تعويض ما يفقد من الاجزاء والتي
تعالج بها الجراحات والاورام

* (في معالجة تشوهات الندب) *

يحصل عن تشوهات الندب وانكماش الجلد عنها تغير في اشكال الاعضاء
موجب لبعض العمليات الجراحية فن ذلك الشق البسيط وكيافته ان تشق
القيود الحاصلة عن الندب شقوقا معترضة ليمتأني بذلك اتجاه العضو الى الجهة
التي تعذر اتجاهه اليها ثم يوضع على جبهة ملبسوط عليها شئ وثير لئلا يحصل
عن ضغطها سحج أو الام فيثبت عليها ثم يداوى الجرح بان توضع عليه نسالة
مدهونة بالقر وطى كسائر الجروح التي يقصد اندماها من غير التمام حافظتها
(ومنها) استئصال الندبة المشوهة بان تحاط بشقين تستأصل بهما ثم تقرب
كل من حافتي الجرح الى الاخرى فتتخاطا التلتحم

(ومنها) الشق والخياطة ولاجل تصوره - هذه العملية ينبغي ان يفرضها
في معالجة اصبعين المتصقت كل منها بالآخرى بسبب حرق فنقول يشق ما بين
الاصبعين المتلاصقتين الى الوتيرة ثم تحاط حافتي الجرح كل منهما على حدة فبذا
يتمتع تلاصقهما ثانيا وقد اتفق لوالدنا عليه رحمة الله ورضوانه انه اجري عملية
قيلة لحمية لرجل فعند التمام الجرح التصق قضيب الرجل بصفته وانجذب
مع الصفن الى الاسفل بواسطة قيود الندبة بحيث صار لا يحصل له تمام الانتصاب
وتعذر عليه الايلاج فسكى ذلك الى المرحوم الوالد فعرض عليه عملية شق القيود
فرضى فشق له عرضا ثم حول شكل الجرح بيديه الى الاستطالة وقرب حافتيه
فخاطهما فالتحمتا بدون قيود وعاد القضيب الى شكله الطبيعي

* (في معالجة الاظفار المنغرسه في اللحم) *

اعلم ان سبب انغراس الاظفار في اللحم هو جعل شكلها بالقص مستديرا بخلاف
ما اذا جعل مربعها فانها متى قصت باستدارة هيبت عند نموها الجلد وانغرس
فيه لان اطرافها تكون حادة فتمقرحه وتتكون عن ذلك ازرار لحمية تغطي
هذه الاطراف فن هنا سميت بالاظفار المنغرسه في اللحم
ولمعالجة هذه العاهة طرق متعددة منها تعديل الظفر ومنها تضيقه

ومنها نزع ثم ازالة الاضرار اللحمية اما بالمشروط أو بالكاويات وغاية جميع
 هذه الطرق هي منع حرف الظفر من الضغط الذي قرح لحم الاصبع
 (فالما) تعديل الظفر فبان يوضع بينه وبين الاضرار اللحمية قليل من النسالة
 أو من الاسفنج الحضر ومن الجراحين من يضع بينهم ما صفيحة يرفع بها الظفر
 ويضغط بها اللحم وهذه الطريقة تعزى لابن سينا

(وأما) تضيق الظفر فبان يحك من وسطه الى ان يتقسم قسمين متحركين فبهذه
 الكيفية يقل الضغط ويلزم إعادة هذه العملية في كل شهر مرة الى ان يتم الشفاء
 ويستعان على نجاح هذه الطريقة بان يدخل تحت الظفر شيء من النسالة وهذه
 الطريقة هي طريقة الجراح (ديونيس) وأما طريقة الجراح (فاي) فهي
 ان ينشق الجراح الظفر من الجهة المقدمة والوسط شقاً على هذا الشكل (٧)
 ثم يثقب في كل جزء منه ثقباً ينفذ فيه سلكاً معدنياً ثم يشده بقوة ويلويه
 فيقل بهذه الكيفية ضغطه على اللحم

(وأما) ازالة الاضرار اللحمية فتجعل اما بالمشروط المحذب أو بواسطة الحديد
 المحمي أو الكاويات الكيماوية كالجينة (فيينا) وعجينة كلورور الحارصين
 (وأما) نزع الظفر فيتم بان يزلق تحته من الامام احد فرعي مقبض الجفت
 ثم يمسك به امساكاً جيداً وينزع دفعة واحدة وينزع أيضاً داخل طرف ملوق
 في الجهة الخلفية منه ودفعه من الخلف الى الامام

(وأما) طريقة الجراح (دوبويتزن) فهي ان يثبت مساعداً القدام فيدخل
 الجراح تحت الظفر من الوسط احدى شعبي مقص مستقيم فيدفعها الى اصل
 الظفر أي طرفه الخلفي فيقطع دفعة واحدة ثم يقبض كلا من نصفيه على
 انفرادهما بحيث تمين فيمقلبه من الوسط الى الجهة الجانبية مع انزاعه

(وأما) الجراح (بودينس) فيقتلع الظفر بان يزلق تحته من الخلف مشروطاً على
 صفحه فيرفع به الظفر ثم يقطع الوجه السطحي من ام الظفر والجزاء الرخوة
 الفطرية دفعة

* (تنبيه) * هذه الطريقة لا يتجدد بعدها الظفر

* (في الرقيق على العموم) *

الرقيق عملية يتصد بها تعويض ما يفقد من الاجزاء الرخوة ويفعل من الجلود

مع النسيج الخالوي الذي تحته سواء جلد المريض وغيره الا ان الغالب كونه
من جلد المريض نفسه

ثمنان للترقيع ثلاث طرق مختلفات وهي الطريقة الفرنسية والطريقة
الاطليانية والطريقة الهندية

(فاما) الطريقة الفرنسية المنسوبة (لساس) و (فرانكو) فكيفيتها
ان يعرض الجوهر المفقود بتمديد ما يقرب اليه من الانسجة بان تفعل فيها
شقوق لاثقة ليسهل تمديده وسحبها على السطح المتعري فيمتغطى وهذه الطريقة
تسمى بالترقيع بالسحب

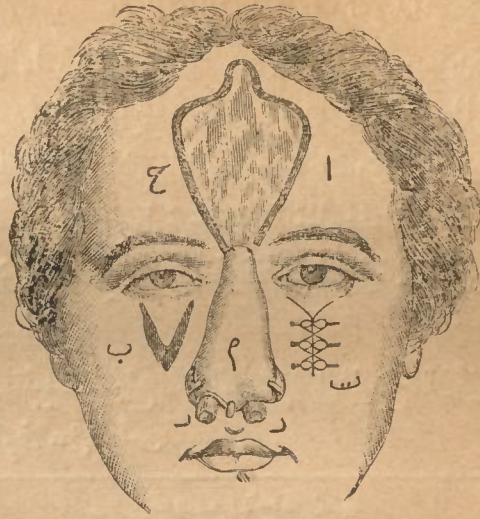
(وأما) الطريقة الطليانية فكيفيتها ان يؤخذ هذب للترقيع من جلد نفس
المريض لكن من جزء بعيد عن الآفة كأن يؤخذ من جلد العضد للترقيع
جلد الانف

(وأما) الطريقة الهندية فهي ان يؤخذ الهذب الجلدي من جلد جزء قريب
من الجزء المراد ترقيع جلده كترقيع جلد الانف باخذ هذب من جلد الجبهة
* (تنبيه) * هذه الطرق الثلاث كل منها جيد الا ان الطريقة الفرنسية
تقدم اذا كان الجزء المراد ترقيعه غير متسع وكان الجلد المجاور له عظيم
الحركة بحيث ينسحب بسهولة وتقدم الطريقة الهندية على الطريقة الطليانية
لاخذ الهذب في الطريقة الهندية من جزء قريب من الجزء المريض فلا يترتب
عليه المريض التعب الذي يترتب على أخذ جلد العضد في ترقيع جلد الانف
فانه يلزم بعده تثبيت العضد تثبيتا جيدا وعدم تحريكه نحو من (٣٠) يوما
ويتسبب عن ذلك تعب عظيم للمريض

* (في الترقيع على الخصوص) *

* (في ترقيع الانف) *

اذا حصل في الانف فقد جوهر عن الداء الزهري أو عن غيره من الآفات
امكن ترقيعه باحدى الطرق الثلاث التي تكلمنا عليها
(فاما) ترقيعه بالطريقة الهندية فكيفيته ان يرسم الجراح بالمداد أو ببنترات
الفضة في الجبهة مثلثا فاعدته الى الاعلى وبقته الى الاسفل يكون سعة الجلد
الذي يحتوى عليه كافية في الترقيع (شكل ٤) ثم يسلمه من الاعلى الى



(شكل - ٤)

الاسفل مع الاحتراس من اصابة السمحاق ومتى تم السخا ادمى حافات موضع
 الآفة وقاب الشريحة المثلثة على الانف بليه لاصاله الي اخفيفا حتى يصير
 السطح البشري الى الظاهر ثم يضم الحافات بالخياطة ومتى حصل الالتئام
 وصارت الرقعة تستمد الحيااة من موضع التئامها تقطع موضع اللى وضمه
 الى ماتته ليستوى موضعه أو يصنع من الورق أو الدياخون صورة الانف ثم
 يبطئها على الجبهة فيشق الجلد على شكل هذه الصورة ويسلخه ما عدا الجزء
 الذى يلي اصل الانف فانه يبقيه على اتصاله لتستمد منه الرقعة حياتها
 واعلم انه من الضرورى أن يكون في قاعدة الشريحة من وسطها قطعة زائدة
 من الجلد لتقوم مقام وترة الانف أى الحاجز الذى يكون بين المنخرين في الحالة
 الطبيعية ومن الضرورى أيضا وضع انبوتين صغيرتين (دد) في موضع هذين
 المنخرين لئلا ينسدا اثناء الاندمال

وأما ترقيع الانف بالطريقة الفرنسية فاعمالها يشبه عمل اذا كان المفقود منه

جزأ يسيرا

وكيفيتها أن يشق الجراح حول الجزء المفقود منه شقوقا لثقة ويدمى حافات
 موضع الآفة ويزيل التصاقها بما تحتها ليكن سطحها وضماها الى بعضها بالخياطة

المتقطعة أو الكتيبة

وأما ترقيع الانف بالطريقة الألمانية فتعب للمريض جدا لما يلزم فيها من

تثبيت الذراع مدة طويلة حتى تلتئم الشريحة ومن تعويد المريض قبل العملية مدة طويلة على اقامة وضع ذراعه على انفه لئلا يتعب من ذلك بعد فعل العملية ومتى تعود فعل الجراح في العضد شريحة مثلثة قتها الى الاعلى كل من طولها وسعتها كاف ثم تضم حافاتهما الى حافات موضع الجزء المفقود بعد ادمائها وبعد نحو (١٠ - ١٣) يوما متى حصل الالتئام فصلت قاعدته المثلث من العضد بعد عمل زائدة صغيرة متوسطة يتخذ منها الوتره الانفية وتحد الفمحتين الانفيتين أى المنخرين

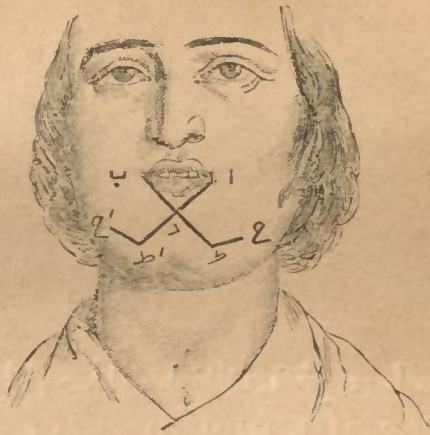
(تنبيه) يستعمل لتثبيت الذراع اثناء الالتئام على الوضع اللائق أجهزة معدة لذلك يثبت بها الطرف على الرأس

* (في ترقيع الاجفان) *

هذه العملية تفعل لمعالجة الاجفان المنقلبة الى الظاهر عن فقد جزء من جلدها وكيفيةها ان يشق الجراح شقين منحرفين يبتدىء بهما من طرفي الجفن ويمدهما حتى يجتمعا على الحد او على الجبهة على حسب كون الجفن المراد اصلاحه علويا أو سفليا ثم يسلك هذه الشريحة المثلثة من قتها الى نحو نصفها ثم يسوى الجفن بجذب الشريحة نحو العين ثم يضم الجرح الناشئ عن هذا الجذب بواسطة الخياطة الكتبية أو بواسطة المضام (شكل ٤٠ ب ت) (تنبيه) لاجل الأمن من عود الانقلاب عند الاندمال يحاط كل من شفري العين بالأتخرومتى تم الالتئام اطلق الجفنان

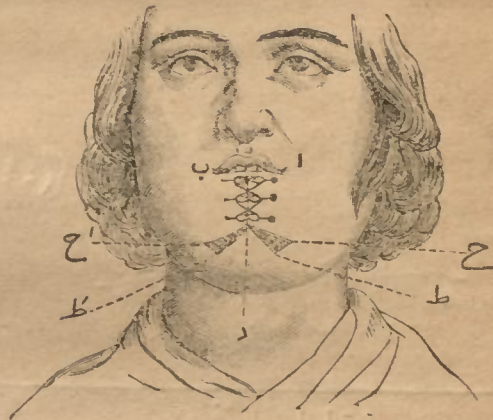
* (في ترقيع الشفة السفلى أى تعويضا عنها) *

لهذه العملية عدة طرق معروفة الا ان أكثرها نجاحا وأصوبها جلد طريفة الجراح (بوشانان) وكيفيةها أن يشق الجراح شقين يبتدىء باحدهما من احدى زاويتي الفم وبالآخر من الزاوية الأخرى (شكل ٤١ ا ب) ويسير بهما بانحراف الى ما تحت موصل الشفة بالذقن (د) فينتج عنهما باجتماعهما في هذا الجزء شكل سبعة بالرقم الهندي يحيط بجميع الجزء المتغير من الشفة فيزيله ثم يسير بالشقين المنحرفين الى حافة الفك السفلى (د ط ذ) فينتج عن ذلك شكل الكاف اليوناني فيشقى في طرف كل من هذين الشقين الاخيرين شفا



(شكل ٤١)

مستعرضا طوله نحو (٣) سنتيمتر يتجه به الى الوحشية (ط ح ظ خ) ثم يسلمح
هاتين الشريحتين ويضعهما على الخط المتوسط بحيث تتكون من طرفيهما
العلويين الشفة (شكل ٤٢)



(شكل ٤٢)

وأما طريقة (اسفرانك) فكيفيتها أن يشق الجراح شقا هلاليا تحديه الى
السفلى ثم يزيل جميع الجزء المربض من الشفة ثم يشق في وسط الجرح شقا
عموديا يصل به الى أسفل ارتفاع الذقن (شكل ٤٣) ثم يسلمح الشريحتين
النشأتين من هذين الشقين ويفصلهما عن الوجه المتقدم من عظم الفك



السفلى ويرفعهما الى حذاء صامغ الشفة ثم يضمهما معا بواسطة الخيطة
السكرتيمية (شكل ٤٤) واعلم انه يلزم اذا كان المرض الذي اقمضى العميلة
قد سرى الى قريب من صامغ الشفة توسيع الفتحة الفموية بأن تشق زاويتي
الغم ثم يفعل شق هلالى يتحدد به المرض من عند زاويتي هـ. هذا الشق
المستعرض وتضم حافته بالشريحتين الناقبتين عن الشق العمودى بواسطة
الخيطة مع ابقاء فتحة كافية للغم



(شكل ٤٤)

* (في فتح الخراجات) *

تنقسم الخراجات كما هو معروف الى فلغمونية أى حادة والى مزمنة عارضية
كانت أم لا ولابد أبا العمليات التي تعالج بها الخراجات الحادة فنقول
لفتح هذه الخراجات طرق متعددة وهى الشق والبز والحزم والكاويات
فأما الشق فيفعل تارة من الباطن الى الظاهر وتارة من الظاهر الى الباطن

فيفعل من الباطن الى الظاهر عندما يكون الخراج سطحيا بأن لم يكن مغطى
 الابطقة من الاجزاء الرخوة وغير مجاور لاءضاء مهمة
 وكيفية ذلك أن يمسك الجراح المشرط كما يمسك سكين المائدة جاعلا حده الى
 الاعلى فيغرز في الجزء السفلى من الخراج الى أن ينفذ في مجتمع القيح فيدفعه
 امامه ثم يمسك مقبضه ايرتفع سنه فيمنفذ من باطن الخراج الى ظاهره بعيدا عن
 مغززه الاول بمسافة ما فيشقى به ما بين المنفذين بحيث يده حده اليه وهذه
 الطريقة تفعل في لحمه وان حاول فيها المريض التخلص من فعل الشق بعد
 نفوذ سن المشرط ساعد على زيادة السرعة في اتمامه وقد تنفتح هذه الخراجات
 بكيفية عكس الكيفية المتقدمة وهي أن يمسك الجراح المشرط كما يمسك قلم
 الكتابة ثم يحني كفه فيصير حده الى الاعلى وسنه الى الخلف أى يميل الجراح
 فيغرز في ابعس الجزء اللين من الخراج عنه حتى ينفذ دفعه الى جهته ثم اقامه
 فسق به دفعة واحدة المقدار الذي عينه من الجلد بذنه

ويفعل الشق من الظاهر الى الباطن اذا كان الخراج مجاورا لعضو مهم
 ككثيران أو عصب أو خيف انفتاح محفظة زلاية أو دخول المشرط تجويفا
 خشويا ففي جميع هذه الاحوال يلزم أن يشق الجراح ما يغطي الخراج من
 الاجزاء الرخوة من الظاهر الى الباطن طبقة فطبقة بواسطة مشرط محدد يمسك
 كما يمسك قوس الرباب

واعلم انه قد يضطر الى تعدد الفتحات وذلك اذا كان الخراج عظيم الحجم
 أو كانت جدرانه رقيقة جدا يخشى عدم التحامها أولم يقع الشق الاول على
 الجزء الاكثر انحدارا من الخراج أو كان الخراج انفجر من عدة مواضع
 * (تنبيهات في القواعد الواجب اتباعها في فتح الخراجات) *

(الاول) متى ظن ان الخراج حاصل عن وجود جسم غريب يلزم بعد شقه البحث
 عن هـ ذا الجسم بالاصبع ليستخرج وبالبحث بالاصبع يعرف أيضا مقدار
 عمق الخراج ووجود الخبايا ان كانت فيجربى اللازم من شقها أيضا
 (الثاني) لا ينبغي قطع ما يوجد احيانا في بورة الخراج بعد شقه من العقالات
 لانها اما وعية صغيرة أو اعصاب
 (الثالث) لا ينبغي المبالغة في عصر الخراج لاجل استفراغه فان ذلك يؤلم

المريض جـ دابل الصواب أن يشق في الجزء المنحدر منه شق متسع يخرج
منه جميع المواد بسهولة

(الرابع) اذا كان الخراج فاعغمونيا وكان محصورا تحت صفاق أو خفيف
سريان مدته في أنغمة الاوتار أو على طول العروق والاعصاب أو خفيف
انفتاحه في تجويف مفصلي أو في تجويف البريتون وجب المبادرة بفتحته

(الخامس) متى كان الخراج مجردا عن جميع ماذ ذكرناه من الحذورات فالاجود
ان يترص به دور النضج ويتعين ذلك في خراجات العقدة فانها متى بودر بفتحها
قبل تمام نضجها وتخلل ما تحتوى عليه من التيبسات خلفتها قروح عمرة الشفاء
ثم يوضع على الخراج اذا كان سطحيا قليلا من النسالة جافا او مدهونا بالمرهم
البسيط فان كان غائرا وضع في الفتحة قطنيل بشرط ان لا يكون مانعا من سهولة
خروج القيح

فان بقي في موضع الخراج بعض التهاب وضعت عليه اللبخ المرخية
حتى يزول

وأما البط فيستعمل في الخراجات الصغيرة إما بواسطة الموضع أو المشرط
المستقيم المحاد الطرف بان يغرس غرسا عموديا في وسط الجزء الاين من الورم
ومن الجراحين من يفتح الخراج السطحي ببطه في مواضع متعددة وبهذه
الكيفية يستفرغ القيح مع السهولة ولا تكون اثر الالتحام واضحة

والجراح (فيدال دو كاسيس) عاجل خراجات الاربية ببطها من طرفها فكانت
اثر الالتحام بعد الشفا غير واضحة أيضا

والخراجات العظمية الاتساع يستعمل في معالجتها البط المتكرر منع الدخول
الهواء بمعنى انه بعد بطن الخراج بالمبزل واستفراغه من بعض قيحه توضع على
موضع البط قطعة من اللازوق ويترك شينثا من الزمن ثم يبط ثانيا وهكذا
الى ان ينغد القيح ويتم شفاء الخراج وذلك لانه اذا دخل الهواء في البورة احدث
فيها تعفنا

والجراح (شاسنيك) بعد ان يبط الخراجات العظمية بالمبزل يزرق في التجويف
ماء فاترا يغسله به غسلاتا بحيث لا يبقى فيه اثر للقيح ثم يضغط عليه ضغطا
قانونيا لئلا تصق جدرانها بعضها ببعض فيشفي

وأما الخزام فكيفية ان يبط الجراح المخرج في موضعين مختلفين ثم ينفذ في هاتين
 الفتحتين شريطا مدهونا بالمرهم بواسطة مسبرذى سم أو نحووه ويترك على هذه
 الحالة مدة من الايام حتى يقل افراز القيح فيخرجه وقد استبدل الجراح
 (شاسنيك) هذا الشريط بانابيب مثقبة من الصمغ المرن تعرف بانابيب
 الدرنة ومعلوم ان هذه الانابيب اجود لكونها تسهل خروج القيح لاسيما
 اذا كان حجم المخرج عظيما

وأما الكاويات فتفتحها مخرجات الجبناء ضعيفي القلوب لسدة فزعهم
 من السلاح وتستعمل أيضا عندما يكون الهواء رخيما فيخشى تعفن القيح
 وتسمم البدن به والمستعمل منها في ذلك هو البوتاسا الكاوية ومجينة فينا
 وكيفية استعمالهما ان تثقب قطعة من الداخلون ثقبًا صغيرا وتوضع على
 الورم بشرط ان يكون الثقب محاذيا للجزء الاكثر ليونا ثم توضع في هذا الثقب
 قطعة من الكاوى وتغطى بقطعة اخرى من الداخلون وتترك ساعتين أو اكثر
 ثم ترفع فيشاهد الجراح انه قد تكونت خشك ريشة فيشقها شقا صليبا ثم يتركها
 لتنفصل من نفسها ثم يضع مقدار آخر من الكاوى وهكذا حتى يصل الى
 تجويف المخرج

* (في فتح المخرجات الباردة) *

يلزم ان يجتهد حال فتح هذا النوع من المخرجات في منع دخول الهواء في مجتمع
 القيح ويتم ذلك بطريقتين
 فالطريقة الاولى طريقة (بويه) وهى ان يوتر الجراح الجلد ثورا جيدا
 ثم يغرس في المجتمع الصديدي مشرطا مستقيما حادا الطرف بالوراب ثم يخرجه
 بدون ان يوسع الشق فيسيل الصديد من هذه الفتحة ومتى خرج من الصديد
 المقدار المراد اخراجه سد الفتحة بالشرطه من اللازوق
 واعلم ان ثورا الجاد قبل البط بالشرط مهم جدا فان فتحة البورة تصير
 بواسطة بعد ارضاء الجلد واسعة فراغ الصديد منها غير موازية لفتحة الجلد فيمتنع
 بذلك دخول الهواء في التجويف ثم بعد نحو سبعة ايام يبط الجراح بطة اخرى
 وهكذا حتى ينفذ الصديد وحينئذ تلتصق جدران المجتمع ببعضها ببعض

والطريقة الثانية طريقة (جولجرين) وكيفية ان يبط الجراح الخراج
بمزل مفرطح في ا-ط في انبوبة جملته ثقب جانبيه وفي الطرف الاخر
حنفية تتركب على حنفة ذات حنفة أيضا ثم بعد اخراج السهم يغلق حنفة
المزل ويركب عليها الحنفة وحنفيتها مغلقة أيضا ثم يفتح حنفة المزل ويمص
الصديد من باطن الخراج بواسطة الحنفة وكلما امتلأت اسطوانة الحنفة
بالصديد اغلق حنفة انبوبة المزل وفتح حنفة الحنفة فبواسطة ضغط مكبس
الحنفة يبرز الصديد من الاسطوانة الى الخارج الى ان ينفذ الصديد

* (في شق الجمرة) *

بما انه يحصل عن الجمرة احتقان في الاجزاء التي تصاب بها ويحصل عن هذا
الاحتقان الالتم شديد وموت للاجزاء المحصورة تجب المسارعة الى شق محلها
ازالة للالتم واحترازا من حصول الغنغرينة بازالة الاحتقان وليكون استفراغ
العروق من الدم المحتقن فيها واسطة في تطهير الالتهاب وطريقة (دوبوترن)
في ذلك ان يشق الجراح الاجزاء المصابة بالجمرة شقا صليبا ينزل به الى ان يدرك
زوال المقاومة فهناك يكون قد تجاوز حدود الجزء المريض ثم يضم الجرح
بنسالة مغموسة في عرق الجمرة منع التعفن وتسمم بدن المريض بالمواد العفنة
ومن الجراحين من اختار ان يكون هذا الشق من تحت الجلد بان يغرس
الجراح سن المشط حتى يتجاوز سمك الجلد فيميل نصلاه ليصير افقيا فيدفعه
في النسيج الخلوي تحت الجلد حتى يتجاوز موضع المرض فيشق الورم مما يلي
الظاهر الى الباطن حتى تزول مقاومة الاجزاء المتبسة فيمقطع هذا الشق
يشق آخر مقاطعة صليبية مع التخرز من شق الجلد لثلاث تكون الشقوق معرضة
لثأثير الهواء فتتعفن

* (في العمليات التي تعالج بها الاورام الانتصافية) *

اعلم ان هذه الاورام تتولد تارة في الجلد وتارة في النسيج الخلوي الذي تحته
وتكون اما شريانية او وريدية فالاورام الانتصافية الشريانية هي التي يتكون
عنها اغلب ما يسمى عند العامة بالوجمات واما الوريدية فيكون مجلسها غالبا
تحت الجلد ويكون في بعض الاحيان حجمها عظيما جدا ويزداد عظمها عند

حصر النفس في الجهودات وعند أمالة الاعضاء المصابة بها
وهناك اورام انتصابية شريانية ووريدية معارولها المجتاطرق متعددة
(منها) الضغط ويستعمل اذا كان الورم مرتكزا على سطح صلب كالجهة
(ومنها) الكي بالمخاوير المحماة الى درجة الايضاض وهذه هي طريقة
(دوبترن) و(موفوار) وهي قليلة الاستعمال الا ان وقد استبدل الجراح
(ميديلدورف) هذه المخاوير بسلك من البلاتين ينفذها في وسط الورم
ثم يحمها بواسطة التيار الكهربائي

(ومنها) الكي بجيئة فينا

(ومنها) تلقح هذه الاورام بمادة المجدري ففداستعمل ذلك في ازالة بعض
الوجات فكان طريقة ناجحة وذلك ان البثرات التي تتكوّن عقب التلقح
تسد فتحات الاوعية المتكوّن منها الورم الا ان النجاح لا يتم بهذه الطريقة
الا بالنسبة للوجات الصغيرة السطحية

(ومنها) خزم الورم فانه يحدث فيه التهابا تقيحيا يسد فتحات الاوعية التي
تتكوّن منها

(ومنها) ربط الورم من عنقه ان كان ذاعنيق والاغرس في دبا يدس كثيرة
أوقليلة ثم ربط وذلك لئلا ينزلق خيط الربط

(ومنها) الغرس الابري بان يغرس في الورم مقدار كاف من الابراو الدبا يدس
الطويلة جدا ثم تترك من اسبوع الى جملة اسابيع فيحصل تقيح يكون سببا
لشفاء الورم

(ومنها) استئصال الورم لكن محمل ذلك اذا كان صغيرا وامكن ضم حافتي
الجرح ليتم بالقصد الاول

(ومنها) ربط الشرايين المتوزعة في الورم وقد اوصى بعض الجراحين بربط
جميع الافرع الشريانية المتوزعة في الورم وبعض آخر بربط الفرع الاصل
فقط وهو عين الصواب

(ومنها) زرق بعض قطرات من محلول فوق كلور ورالمديد الذي في درجة
(٣٠) وهذه الطريقة تنجح في الاورام الوريدية
* (تنبيه) * متى كان الورم الانتصابي ذاعنيق فالاصوب ازالته بالمقص

أوربطه بخلاف ما إذا كان ذا قاعدة عريضة فان الاصوب حينئذ كيه
 اما بالنار او بجيمنة (فيينا)
 واعلم ان الاورام الاتصابية التي تتولد في المجاج وكذا الغائرة التي لا يمكن
 فيها استعمال السكاويات يستصوب ربط الشريان الاصلي من كل منها

* (في معالجة الايكاس) *

تنقسم الايكاس بالنظر الى موضعها الى اربعة اقسام خلوية وهي التي يكون
 موضعها النسيج الخلوي وزلاية وهي التي يكون موضعها في الاغشية الزلاية
 من الاوتار وديداية ودهنية ولنشرح العمليات التي يستدعيها كل نوع
 منها فنقول

* (في ايكاس النسيج الخلوي) *

هذه الايكاس تجتمع فيها مواد مصلية شفافة او كدرة لالون لها غالباً وتكون
 جدرانها رقيقة جداً ومتصلة بما حولها وهي تتولد في النسيج الخلوي تحت
 الجلد وتعالج اما بالشق أو بالمحقن
 أما معالجتها بالشق فكيفيته ان يشق الجراح الجلد المغطى للايكاس نفسه
 شقاً واسعاً حتى يستفرغ الايكاس من السائل وضع في تجويفه قليل من المسالة
 الجافة وتركه حتى يحصل التسقيج
 وأما معالجتها بالمحقن فكيفيته ان يبط الايكاس بمزل متوسط الغلظ
 كالذي يستعمل في حقن الادرة فيستفرغ من السائل ثم يزرق في تجويفه قليل
 من صبغة اليود أو من النييد الحار ليلتهب فيمتنع تكون السائل فيه ثانياً
 * (تتبعه) * يلزم قبل اخراج انبوبة المزل استخراج مازرق في التجويف من
 السائل ثم ان اجودها تين الطريقتين هو المحقن لكون الشق بعرض المريض
 الى الحجرة والى تكون تدب مشوهة

* (في ايكاس الاغشية الزلاية من الاوتار) *

هذا النوع من الايكاس يعالج اما بالضغط أو بالشق من فوق الجلد أو من
 تحته أو بالمحقن
 (فاما الضغط فكيفيته ان يوضع الطرف على هيئة بها توتر جدران الايكاس

ثم يجتهد الجراح في ان يفجر الكيس بواسطة وضع احدى ابهامه على الاخرى
وضغطه بهما ضغطا قويا حتى انفجرا انتشرت المادة الزلالية في النسيج المحلوى
ثم زالت بالامتصاص لكن يشترط في نجاح هذه العملية تسكين الطرف
تسكيننا كلما اخوفنا من تجديد السائل ثانيا متى تحرك

(وأما الشق من فوق الجلد فكيفيته ان يشق جميع طول الكيس ثم
يستفرغ من السائل وتوضع في تجويفه قليل من النسالة الجافة كما قدمناه
في معالجة الاكياس الخلوية

(وأما الشق من تحت الجلد فكيفيته ان يثنى الجراح في الجدار المجاور للكيس
ثنية ثم يغرس في هذه الثنية مشرطا مستقيما حاد الطرف فيشق به جدران
الكيس ليسيل منه الصديد على نصل المشرط

(وأما الحقن فكيفيته ان يستفرغ الكيس من السائل بواسطة المبرز ثم
يحقن في تجويفه قليل من صبغة اليود

* (تنبيه) * اجود الطرق هنا هو الضغط الذي ينفجر به الكيس وأما الشق
من فوق الجلد فيخشى منه احداث فلغمونى منتشر في الطرف ولذا كان الشق
من تحت الجلد فضلا عليه ثم ان الحقن لا يستعمل الا اذا لم ينجح كل من الضغط
والشق هذا وقد تنفجر هذه الاكياس من نفسها فتشتفى بدون واسطة جراح

* (في الاكياس الديدانية) *

قد يستعمل في معالجتها الشق الا ان الاصوب استئصال الكيس بالكلية بان
يشق الجدار ويفصل عما يحيط به برفق ثم يستخرج ويضم الجرح بالقصد الاول

* (في الاكياس الدهنية) *

هذه الاكياس تتولد في الظهر وفي الوجه ولا سيما في جلدة الرأس وكيفية
استئصالها ان يشق الجراح الجلد المحاذى للكيس شقا كافيا ثم يفصله
عما يحيط به ثم يستخرج والجراح (استلى كوير) يشق الجلد والكيس
دفعه واحدة ثم بعد استفرغ الكيس من المواد التي يكون محتويا عليها
ينترعه باصابعه أو يجفت

ثم ان من الناس من يفزع من الشق فلا يرضى به ففي مثل هؤلاء يضع الجراح

على الكيس قطعة من الداخلون مثقوبة من وسطها ويضع في هذا الثقب
قايلا من عجينة فينأف بعد مضي اربعة ايام يشق الخشكر يشق شقا صليبيا ثم يمسك
جدران الكيس بجفت فينتزعه بسهولة

* (في العمليات التي تستدعيها الاورام الصلبة) *

هذه الاورام هي السلع الذهبية والعقد المتبسة والسرطان والاورام اللينة
فقط والليفية البلاستيكية

* (في السلع الذهبية) *

هذه الاورام لا ينفع في معالجتها الا الاستئصال وكيفيته ان يشق الجلد
الحاذي للورم شقا يتجاوز حدوده بسيطا أو يضيفا أو صليبيا وذلك على حسب
حجم الورم وعلى حسب قلة تحركه وكثرتة ثم يمسك بواسطة مشبك ويفصل
عن الجلد وعن بقية الاجزاء المجاورة له بالشرط أو بالاصبع ثم يستخرج

* (في العقد المتبسة) *

ما ذكرناه في معالجة السلع يمكن اجراؤه في معالجة هذه العقد لكن يلزم
ان يكون السليخ مع غاية الاحتراس اذ الغالب كونها مجاورة لاوعية مهمة
ككافي العنق والابط والاربية

* (في الاورام السرطانية) *

يلزم في استئصال هذه الاورام الاجتهاد في عدم ابقاء اثر من الورم فان ذلك
يكون سببا لتجدد المرض تانيا وستتمكلم على الطرق المستعملة في معالجة
سرطان كل قسم

* (في الاورام اللينة) *

يمكن استئصال الورم من هذه الاورام دفعة واحدة أو استئصاله قطعة قطعة
وبالجملة ينوع الجراح كيفية عمله على حسب الحالة

* (القسم الثاني من الاعمال الجراحية) *

ما ذكرناه الى الآن من العمليات الجراحية مختص بالعمليات التي تفعل في

في المجاميع العضوية فله عقبه في هذا القسم يذكر العمليات الخاصة بكل عضو على حدته متبعين في ذلك الترتيب التوبوغرافي اعني اننا نذكر العمليات على حسب الاقسام العضوية فنقول

* (في العمليات التي تفعل في العينين) *

* (في عمليات الجهاز الدمعي) *

نذكر هنا الاعمال الجراحية التي يفعلها الجراح في الغدة الدمعية وفي القناة الدمعية

* (في استئصال الغدة الدمعية) *

قبل شرح الاعمال المخصوصة بذلك نبتدئ بذكر التثريح الجراحي فنقول اعلم ان الغدة الدمعية مكونة من جزئين جزء رئيس وهو الجزء الوقبي وجزء ثانوي وهو الجزء الجفني فأما الجزء الوقبي فهو موضوع بالعرض حذاء النقرة التي في الوجه السفلي من عظم الجبهة قريبا من النتوء الوقبي الوحشي من هذا العظم وحافته المقدمية منفصلة عن الجفن العلوي بغشاء ليفي ينشأ من القوس الوقبي ثمينة تكون منه الصفاق الغائر من العضلة الجفنية والوجه السفلي من الجزء الوقبي يجاور من الوحشية العضلة المستقيمة الوحشية الا انه يكون منفصلا عنها بالوريقة الصفاقية المحيطة بهذه العضلة وتجاوره من الانسية المقلية وهي أيضا منفصلة عنه بكتلة من نسيج شمعي

أما الجزء الجفني من الغدة الدمعية فهو في الجهة الوحشية من الجفن العلوي بين العضلة الجفنية التي تغطيه من الامام وبين غشاء ليفي يفصله عن الملتحمة الجفنية من الخلف وهذا الجزء الجفني ليس هو في الحقيقة الا استئصال دقيقة في الجزء الوقبي

* (كيفية العمل) *

تستأصل الغدة الدمعية لاصابتها بسرطان ويتم ذلك بطريقتين (أولهما الطريقة المعتادة) وكيفية أن يشق الجراح حذاء المخافة الوقبية وبازائها شقاطوله بنسبة حجم الورم مشتمل على جميع سمك الجفن يصل به الى تجويف الوقب ثم يمسك الغدة بمشبك أو بمجفت (موزو) وينزعها بعد ان

يزيل بالمشروط ارتباطاتها بالاجزاء المجاورة
 (ثانيها طريقة الاستئصال من تحت الجفن) وكيفيةها عند ما يكون الورم
 قاصرا على الغدة الدمعية ولم يصل الى الاجفان أن يوسع الجراح فتحة الاجفان
 بشق يبتدىء به من الزاوية الوحشية ويسيره قدر سنتيمتر أو اثنين الى الوحشية
 ثم يرفع الجفن العلوي ويوكل به مساعداً يمسكه بمشبك ثم يشق الملتحمة شقا
 موازيا للعنفة الوقبية ويمسك الغدة بجفت (موزو) ويجذبها نحوه ويقطع
 جميع الاجزاء المتصلة بها

واعلم انه متى وصل المرض الى الجزء الجفني من الغدة الدمعية فالواجب على
 الجراح أن يزيل جميع الجفن العلوي وسنشرح ذلك في الكلام على استئصال
 المقلة

(في كيفية التضيق بعد العملية) يجب بعد اتمام العملية أن يضع الجراح
 على الجفن العلوي رقادة مغموسة في الماء البارد تغير زمنا فزمنانا ومن الجراحين
 من يختار أن يوضع على الجرح قبل من النسالة المدهونة بالقير وطى البسيط
 ثم ان الاصوب أن يترك الجرح ليلتئم من نفسه بدون ضم لسفتيه لان الخياطة
 تغلق الجرح فيمنع خروج القيح فيجتمع في التجويف الوقي ويحصل عنه عوارض
 ثقيلة جدا واعلم انه بارتفاع الجفن العلوي تتقارب شفتا الجرح فيحصل
 الالتئام

* (في معالجة الناصور الدمعي) *

يلزم في معالجة الناصور الدمعي معرفة الآفة المرضية التي سببت الناصور ويتم
 ذلك بجملة طرق وهي قسطرة القنوات الدمعية وزرقها بمواد دوائية
 وتوسيعها وكهاواحداث قناة دمعية جديدة مع سد القناة الدمعية الاصلية

* (في قسطرة القنوات الدمعية) *

(تشرح جراحی) اعلم انه يوجد في كل من الجفنين بالقرب من الزاوية العظيمة
 من العين بروز صغير يسمى بالنتوء الدمعي في وسطه ثقب يسمى بالصفير الدمعي
 وهو فتحة القناة الدمعية المقابلة له وكل من الصفرين الدمعيين متجه الى
 الخلف نحو المقلة وكل من القناتين الدمعيتين يكون اتجاهها عموما يفتتجه

القناة العليا من الاسفل الى الاعلى والسفلى بالعكس ثم يتجهان نحو الانف
وينفتحان في الكيس الدمعي الذي ينتهي في القناة الانفية التي هي مكونة
من جزئين احدهما عظمي والاخر غضائى والجزء العظمي يتكون من الفرع
الصاعد من عظم الفك العلوى ومن ميزاب العظم الظفرى وأما الجزء
الغضائى المكمل لهذه القناة من الوحشية فيتمكون من صفيحة ليفية وأما
السطح الباطن منها فغطى بغشاء مخاطى وتمفتح فيه عند متصل الثلث العلوى
من جداره الوحشى بالثلاثين السفليين القناتان الدمعيتان وتوجد بين
الكيس الدمعي والقناة الانفية صمام صغيره لالى الشكل

* (في قسطرة القنواة الدمعية من الصفرين الدمعيين) *

ينبغي لنا لاجل سهولة شرح ذلك ان نفرض ان القصد قسطرة الصفرين
الدمعيين من العين اليسرى فنقول لاجل ذلك يجلس المريض على كرمى
ويثبت المساعدا رأسه تثبتا جيدا وهو واقف من خلفه ثم يقف الجراح امام
المريض ويمسك الطرف السائب من الجفن العلوى بأصابع يده اليسرى
ويجذبه الى الوحشية حتى تصير القناة الدمعية مستقيمة ثم يدخل في الصفر
الدمعي العلوى مسيرا فمعا جدا ويمسكه بيده اليمنى كما يمك قلم الكتابة ويدفعه
حتى يصير في الكيس الدمعي

ثم اعلم ان الاصوب ان كان القصد قسطرة القناتين الدمعيتين من العين
اليمنى أن يمك الجراح المسير بيده اليسرى مع كونه جاذبا للجفن العلوى
الى الوحشية بأصابع يده اليمنى وذلك لاجل سهولة العمل

* (في قسطرة القناة الانفية) *

(تشرح جراحى) القناة الانفية بتدئ عند الجزء الذي ينتهى فيه الكيس
الدمعي - ذاء السطح السفلى من تجويف الوقب ثم تتجه بانحراف من الاعلى
الى الاسفل ومن الانسية الى الوحشية وتنتهى في الجزء العلوى من الصماخ
السفلى وهى اسطوانية الشكل تقريبا لانه يوجد فيها تقويس خفيف جدا
تقعيره الى الوحشية والامام

وأما مجاورتها فن الانسية الصماخ المتوسط والقرين السفلى ومن الوحشية

الجيب الفكي الا انها منفصلة عنه بورقة عظيمة رقيقة جدا يمكن ان يتعقبها
الجراح غير المتمرن عند القسطرة

ثم اعلم ان القناة الانفية مكونة من الفك العلوى والعظم الظفرى والقرين
السفلى فن اجتماعها تصير قناة مغطاة بغشاء ليفى مخاطى فيه عدة ثنيات بمنزلة
صمامات احدها هذه الصمامات يكون فى الطرف السفلى من القناة وثانها فى
الجزء المتوسط والثالث عند متصل القناة الانفية بالسكيس الدمعى
ثم انه يجب التنبيه أيضا على ان الفرع الصاعد من عظم الفك العلوى يكون
فى الحفرتين الانفيتين بروزا توجد خلفه الفتحة السفلى من القناة فهذا البروز
يهتد فى القسطرة

ويختلف طول القناة الانفية على حسب الاشخاص من سنتيمتر الى اثنين وسعتها
على حسب قطرها المستعرض يكون (٤) ملليمتر وأما قطرها المقدم الخلفى
فيكون (٥) ملليمتر

وفتحها العليا تكون تقريبا خلف الجزء الانسى من المحافة الواقعة السفلى وسط
المسافة التى بين هذه المحافة وبين وتر العضلة المحيطة بالمخفية
وأما فتحها السفلى فتشاهد فى الجزء العلوى من الصماخ السفلى بعيدا عن
الجزء السفلى من جناح الانف المقابل بنحو ثلاثة سنتيمتر تقريبا وذلك على رأى
الطبيب (يرو) الفرنساوى

(كيفية العمل) تقسطر القناة الانفية بطريقتين نذكر هالك فنقول
(أولهما طريقة لا فور بست) هى أن يجلس المريض على كرسى مائل الرأس
قليلا الى الخلف ومثبت بمساعد ثم يأخذ الجراح قساطير غير مجوف مقوس
كالقساطير الذى يستعمل فى قسطرة المائة فيمسكه بيده اليمنى كما يمسك قلم
الكتابة ويضع طرفه فى الانف أسفل القرين السفلى ثم يخفض يده فهذه الحركة
الارجوحية يدخل طرف القساطير فى القناة الانفية

(ثانيها - طريقة جانسول) اخترع الجراح (جانسول) قساطير - كل احد
طرفيه كشكل القناة الانفية وفى الطرف الاخر منه صوان به يمكن تحريك
القساطير بالارادة حركة ارجوحية وينقسم هذا القساطير الى عيني ويسارى ففى
أريد العمل به اختيرت الآلة الموافقة للجهة المراد قسطرتها فلذا يلزم الجراح

ان يتدكر ان القناة الانفية محدبة قليلا الى الوحشية فيلزم ان يكون تحديق
 القساطير الى الجهة الوحشية أيضا متى كان طرفه الاثني متجه الى العليا ثم بعد
 ذلك يمسكه الجراح من نحو صوانه بابهام وسبابة ووسطى يده اليمنى موجهها
 تحديده الى العليا وطرفه الى اسفل ثم يدخل منه في فتحة الانف ودر (٤)
 سنتيمتر وازيد ثم بعد ذلك يحركه حركة رحوية خفيفة بها يتجه طرف القساطير
 الى متصل الجدار الصاهر بالجدار الحنكي من الحفرة الانفية ثم يجذبها اليه
 قليلا كأنه يريد اخراجه الى ان يوقفه البروز الناشئ عن التواء الصاعد من
 الفك العلوى فينشد يحرك الجراح الآلة حركة رحوية بها يتجه طرفها
 الى الاعلى وتحديدها الى الوحشية ويدفعها نحو الجزء العلوى من الصماح
 السفلى المشتمل على فتحة القناة الانفية فيدخلها فيه بخفض صوانها الى اسفل
 واعلم ان هذا الزمن الاخير من العملية يلزم ان يكون العمل فيه برفق
 لئلا ينكسر القرين أو ينخلع

ومتى دخل القساطير في القناة الانفية من جهة كان الصوان حينئذ قبل
 الجهة الاخرى من الخيشوم ويمكن الحس بطرفه عند ضغط الجدار اسفل
 وتر العضلة المحيطة الجفنية بالاصبع
 * (تنبيه) * يلزم في قسطرة القناة الانفية اليسرى ان يكون العمل باليد
 اليسرى وفي قسطرة اليمنى ان يكون باليمنى

* (في الزرق في القنوات الدمعية) *

يمكن فعل الزرق من اعلى الى اسفل أو من اسفل الى اعلى
 (فاما) الزرق من اعلى الى اسفل فيفعل بواسطة محقنة صغيرة تسمى بمحقنة
 انيل ذات فم رفيع جدا مستقيم أو منحني يمكن ادخاله في احد الصغرين
 الدمعيين
 والعادة ان السائل المعد لتسليك القناة الدمعية أول تنويع الغشاء المخاطي
 المغطى لها يزرق من الصفر الدمعي السفلى
 وكيفية ذلك ان يجلس المريض على كرسى مائل الرأس الى الخلف مثبتا بمساعد
 ثم يجذب الجراح الجفن السفلى الى الاسفل والوحشية ويمسك المحقنة بين

سبابة ووسطى يده اليمنى بان يدخل هذين الاصبعين في الملقطين اللتين في جانبي اسطوانة المحقنة ويدخل الابهام في حلقة المكبس ثم يدخل طرفها في الصفر الدمعي عموديا في الابدأ ثم يوجه من الوحشية الى الانسية الى ان يدخل منه قدر (٥) أو (٦) مليتر ثم يضغط بابهامه على المكبس ويزرق السائل الذي في المحقنة دفعة واحدة

وأما الزرق من اسفل الى اعلى فكيفيته ان يدخل الجراح في القناة الانفية قساطير مجوف من اسفل الى اعلى كما سبق ذكره في قسطرة القناة الانفية ويثبتها الجراح على هذا الوضع مع كون مساعد يزرق فيه سائلا فاتر بواسطة محقنة لاجل تسليك القناة ثم يثبت القساطير على هذا الوضع ويترك الى ان يتم الشفا

* (تنبيه) * من اطبا من يختار فعل الزرق من فتحة الناصور حتى زرق بعضهم من فتحة الناصور الزئبق لتسليك هذه القناة

* (في توسيع القناة الدمعة) *

توسيع القناة الدمعة بفعل أما من فتحة صناعية تفتح في الكيس الدمعي أو من المسالك الطبيعية

* (في توسيع القناة الدمعة من فتحة في الكيس الدمعي) *

حيث قدمنا فعل الفتحة في الكيس على توسيع القناة ينبغي ان تقدم أيضا شرح كيفية عمل هذه الفتحة في هذا الكيس ثم يتبع ذلك مع الاختصار بالكلام على الطرق المختلفة المتبعة في توسيع القناة ونذكر أيضا ما ترك من هذه الطرق فنقول

(في بط القناة الانفية) كيفية ذلك ان يجلس المريض على كرسى مرتكزا رأسه على صدر مساعدا وقف خلفه مثبتا باحدى يدي ذلك المساعدا بان يضعها على جهة المريض ويجذب بيده الاخرى الزاوية الوحشية من الجفنين فبذلك يبرز وتر العضلة المحيطة بالجفنية ثم ان كان العمل في الجهة اليسرى وقف الجراح امام المريض وازلق سبابة يده اليسرى على الحافة السفلى من تجويف الوقب نحو الزاوية الانسية من العين الى ان يوقفه البروز الناشئ

عن العرف العظمى المحدد لليراب الدهمي من الامام ثم جعل حافة التجويف
الوقبي بين الظفر واثلة سبابته ثم غرس في الكيس الدمعي مشرطا مستقيما
ضيق الفصل مسكاله بيده اليمنى كما يمسك قلم الكتابة بشرط ان يكون ظهر
النصل الى الانسية ويعرف دخول المشرط في القناة الانفية بزوال المقاومة
فان كان العمل في الجهة اليمنى امسك الجراح المشرط بيده اليسرى أو وقف
خلف المريض ان استعمل يده اليمنى

ثم متى أريد ادخال نحو محراف قنوى في محل المشرط امسك الجراح المشرط
بيده اليسرى فوجهه الى الخلف فهذه الكيفية يتسع الجرح فيدخل فيه
الجسم الصلب المراد ادخاله قساطير كان او ماسورة ويدفعه من اعلى الى
اسفل على صفح الفصل حتى يدخل يرفع المشرط

* (في التوسيع الوقتي) *

(طريقة جان لوى بتيت) كيفيتها ان يشق الكيس الدمعي شقا واسعا
بالمشرط كما ذكرناه ثم يستبدل المشرط بمحراف قنوى يهذى عليه مخروط صغير
من الشمع ويلزم رفع هذا المخروط في كل يوم وتنظيفه ثم وضعه في الجرح ثانيا
مادام التقيح موجودا وهذه المعالجة تتناول عدة اشهر

(طريقة لوكات) كيفيتها ان يشق الكيس الدمعي ثم يدخل في القناة من
الاعلى الى الاسفل وتراوقساطير رفيع من الصمغ المرن حامل الحيط مشدود
فيه فتيل من النسالة فيترك في الكيس ثم يغير بفتيل آخر اغلظ
(طريقة دوسولت) هي ان يوضع في القناة الانفية من اعلى الى اسفل
ماسورة من الفضة وينفذ منها الحيط المشدود فيه الفتيل

(طريقة مانيك) كيفيتها ان يفتح الكيس الدمعي من الباطن الى الظاهر بان
يدخل في القناة الانفية من اسفل الى اعلى قساطير ذرى حربة ثم متى برزت الحربة
الى الظاهر ثبت فيها حيط حامل لفتيل وسحب به من اعلى الى اسفل ويغير
الفتيل باخر اغلظ منه متى مضت عليه مدة

(طريقة اسكاريا) كيفيتها ان يشق الكيس الدمعي شقا واسعا تدخل فيه
فتايل من النسالة مدهونة بجرهم الراسب الاحمر بعض ايام ثم تستبدل هذه

الفتائل بمسار من الرصاص تدفع حتى تصل الى القناة الانفية فتبتع الدموع
 طريق هذه المسار فتصب في القناة الانفية وهذه المسار معروف بمسار
 اسكاريا لمسار رأس مفرطح مائل نحراف من اعلى الى اسفل
 ثم اعلم انه يلزم نزع هذه المسار كل يومين أو ثلاثة مرة لتنظيفها ويداوم استعمالها
 مدة اسابيع للحصول على الشفا
 هذا ولوالدنا المرحوم طريقة جيدة لمعالجة الورم الدمعي الناشئ عن انسداد
 أو تضيق القنوات الدمعية هي انه صنع شبه مسمار اسكاريا من رصاص
 لانه اطول منه ورأسه مفرطح عريض فكان يضع رأسه على الورم الدمعي
 ويوجه ساقه الى العليا نحو الجبهة ويثبته على هذا الوضع فبالضغط الواقع
 من رأس المسمار على الورم ينحبر السائل الدمعي على ان يتبع سيره الطبيعي
 شيئا فشيئا وتنتهي القناة الدمعية بان تسلك

* (في التوسيع المستديم) *

كان الجراح (دوبو يترين) يستعمل لاجل ذلك ما سوره من الفضة أو الذهب
 طولها من عشرين الى خمسة وعشرين مليمترا علاها اكثر اتساعا من اسفلها
 ذات تقوس يشبه تقوس القناة في طرفها العلوي شبه صوان فيه ميزاب حلقي
 باطنى وطرفها السفلى مبرى تركيب عند ارادة العمل بها على جفت مخصوص
 افرعته متصالبة اعنى انه ينفث متى ضغط عليه منحني على زاوية قائمة ثم يشق
 الجراح الكيس الدمعي كما ذكرناه آنفا وقبل اخراج المشرط يدخل على السطح
 المقدم من نصله الماسورة حتى تدخل في القناة ثم يخرج المشرط ثم يضغط
 على فرعى الجفت فينفك كان عن المأسورة فيزاد في غرسها حتى تغطيها شفتا
 الجرح ويعلم دخول المأسورة في القناة بخروج الهوامن فتحتهما العليا متى تنفس
 المريض مطبقا كلامنا فيه وانقه وعند ارادة اخراج المأسورة يدخل فيها
 الجفت ثانيا ويضغط فرعاها الاقويان بقوة فيتباعد فرعاها العلويان
 وقد اختار الجراح (ماجين) الفرنساوي احد معلمينا بمدرسة باريز مأسورة
 طولها ثمانية عشر مليمترا وقطرها ثلاثة مليمترا
 وأما الشهر (ويليو) احد معلمينا أيضا فيستعمل في ذلك مأسورة طرفها

السفلى كال غير مبرى

وأما طريقة (وارد) فكيفيتها ان يبط الكيس الدمعى ثم يدخل فيه سلك معدنى طوله نحو ثلاثة سنتيمتر طرفه العلوى منثنى على هيئة زاوية قائمة لثلاثا يدخل فى القناة ثم يوضع على الجرح قطعة من الجبر الان كبرى

* (فى التوسيع من القنوات الطبيعية) *

طريقة (ميجان) فى ذلك ان ينفذ فى مسبر رفيع جدا ذى سم طوله من (١٥) الى (١٨) سنتيمتر خيط ثم يدخل من الصفر الدمعى العلوى ويدفع الى ان يصل الى المحفرة الانفية المقابلة فعند ذلك يدخل تحت القرين السفلى محراف قنوى مثقوب الطرف ويجتهد فى ادخال طرف المسبر فى قناة المحراف ثم فى الثقب الموجود فيه ومتى تم ذلك اخرج المحراف فينجذب المسبر ايضا حاملا للخيط فيلف الطرف العلوى من الخيط على هيئة كرة ثم يوضع تحت قنوس المربض ويترك هذا الخيط هكذا يومين أو ثلاثة الى ان يعود الصفر الدمعى على وجوده فبعد ذلك يربط فى الطرف السفلى منه فتيل رفيع من النسالة مدهون ويجذب الى ان يصل الى القناة الانفية

وأعلم انه يلزم فى كل اسأوة ان يربط فى اسفل الفتيل خيط آخر يجذب به الى اسفل

ويمكن ان يستعمل فى جذب المسبر الى الخارج كلاب كال الطرف عوضا عن المحراف القنوى المثقوب كما يفعل ذلك كل من (جرين) و (ديجرانج)

* (فى كى القنوات الدمعية) *

يكوى الكيس الدمعى الانفى بالمحديدمحمى وبالمرهم السكاوية والعجينات السكاوية وتكوى المسالك الدمعية بطريقتين احدهما ان يوضع السكاوى من اعلى الى اسفل والاخرى ان يوضع من اسفل الى اعلى

* (فى السكى من اعلى الى اسفل أى من الكيس الدمعى) *

(الطريقة المعتادة فى ذلك) هى ان يفتح الكيس الدمعى ثم يدخل فيه محور على شكل القناة الانفية محبى الى درجة الاحمرار ثم يدفع الى ان يصل الى هذه

القناة هذا ومنع التأثير الحرارة في شفتي الجرح يستعمل ماسورة تدخل أولا
الى ان تصل الى محل التضيق

ويستعمل بدل الحديد المحي فتميل من النسالة معموس في محلول كاومن
الكاويات السائلة مثل محلول نترات الفضة

وأما طريقة (ديلاندر) في ذلك فكيفيتها ان يبتدأ بتسليك القناة الانفية
بسلك معتمد ثم يستبدل هذا السلك بالآلة مخصوصة شكلها كشكل السلك
فيها ميزان عموديان ملوؤان بنترات الفضة الذائبة على النار وتحرك هذه
الآلة حركة رجوية على محورها فتتكوى بهذه الكيفية جميع دائرة القناة
وأما طريقة (ديمار) فكيفيتها ان يشق الجراح تحت وتر العضلة المحيطة
المخفية شقاً منحرفاً قليلاً من الاعلى الى الاسفل ومن الانسية الى الوحشية به
يمكن كشف الفخمة العليا من القناة الانفية ثم ياعد ما بين شفتي الجرح بكلايين
عريضين ويوكل بهما مساعداً أو اثنين ثم يدخل في القناة محورا محي ذا كرة
لحفظ الحرارة فيه مدة

(في الكي بجيئة كاورور الخارصين) كيفيته أن تغطي قطعة رفيعة من
الخشب بطبقة من جيئة كاورور الخارصين في طول اثنين سنتيمتر ثم تدخل
في القناة كما ذكرناه في ماسورة (دوبويتين) وتترك فيها أربعة وعشرين ساعة

* (في الكي من أسفل الى أعلى أي من المحفرة الانفية) *

الجراح (جانسول) وبعده كثير من جراحين آخرين اختاروا كي القناة الانفية
بنترات الفضة بأن يوضع في حامله كاشبهية بالقساطير الذي ذكرناه في قسطرة
القناة الانفية بطريقة (لا فورست) فراجعها
(طريقة برموند) هذه الطريقة هي طريقة (ميجان) التي ذكرناها وانما الفرق
بينهما ان الحيط هنا يغمس في جيئة كاوية

* (في احدات قناة صناعية لسيلان الدموع) *

يمكن استحداث قناة صناعية لسيلان الدموع بثقب العظم الظفري أو الجيب
الفكي أو تفعل القناة الصناعية على حسب اتجاه القناة الاصلية المنسدة
(في ثقب العظم الظفري) يتم ذلك بأن يفتح الجراح أولا الكيس الدمعي ثم

يقرض الغشاء المغطى للعظم الظفري ويضع قليلا من النسالة في الجرح وبعد
يومين أو ثلاثة يثقب العظم الظفري بسهم ويضع في الثقب ماسورة صغيرة
مخروطية تستبدل بعد بعض أيام بأخرى شكلها كشكل مقياس الزمن الرملي
تترك في الثقب بعد التحام الجرح الخارج
وقد استعمل (اسكاربا) وغيره من الجراحين لثقب العظم الظفري الحديد
الحديد

وطريقة (هنتير) هي أن يشق الكيس الدمعي شقا واسعا ثم يعمد مساعدا
شقتي الجرح ثم يدخل الجراح في الصماح المتوسط صفيحة معدنية قلب الالى
الوحشية يسكها بيده اليسرى وييده اليمنى يسك آلة مثل آلة القفاص
ويضغطها على الوجه الظاهر من العظم الظفري فينتقب بهذه الكيفية
بواسطة الآلة ثقباً مستديراً

(في إزالة العظم الظفري) كل من الجراح (وارنيز) والجراح (جردي) يزيل
العظم الظفري بالكيفية بواسطة شقوق تحده فيحصل بهذه الكيفية اتصال
بين الكيس الدمعي والمحفرة الانفية

(في ثقب الكهف الفكي) كيفية ذلك أن يفتح الكيس الدمعي كما ذكرنا
في بط القناة الانفية ثم يزلق على الوجه المقدم من نصل المشروط مبدل معوج
متجه السن الى الاسفل والوحشية والى الخلف قليلا ويدخل في الكهف الفكي
ثم توضع في الثقب ماسورة كما أوصى بذلك الجراح (لوجيه) مخترع هذه
الطريقة

وقد يستعمل أيضا سد اتصال الغدة الدمعية بالطرق التي سبق ذكرها وغايتها
منع سيلان الدموع على الوجه

* (في سد القناة الدمعية بإزالة الكيس الدمعي) *

كيفية هذا السد بأن يفتح الكيس الدمعي ويملا بالنسالة ثم يوضع فيه مخلوط
من الشب والراسب الاحر ليمتأ كل ويذول أو يوضع فيه قطعة في قدر العدسة
من نترات الفضة ويكرر هذا الوضع كل أربعة أيام والكبحال (ديمار)
يستعمل في ذلك بحجينة (فينيا) وكل من (اسكوليت) و (نونفي) يستعمل
لاجل ذلك كي الكيس الدمعي بالحديد الحدي وكان (بوش) يسكوى انصغرين

الدمعيين لمنع الدموع من الوصول الى الكيس
 وأما الجراح الشهير (ويلبو) فكان يستصوب قرص الصغرين الدمعيين مع
 جزء من القنأة الدمعية بفعل شق على هيئة رقم السبعة بالهندي ثم يترك الجرح
 يلتئم من نفسه وهذه الطريقة وان كانت مضادة للفسيولوجية بالكلية
 كما يعترف بذلك مخترعها الا انها نجحت معه مرارا

* (حكومة في العمليات التي تفعل لمعالجة الناصور الدمعي) *

اعلم ان الزوفات وحدها غير كافية في معالجة الناصور الدمعي وانما تنوع
 حيوية المسالك الدمعية الملتبئة
 ولا فائدة للقسطرة من الصغرين الدمعيين لكن اذا فعلت من الحفرتين
 الانقيتين كما في طريقة (لافورست) كانت جيدة لانها حينئذ تسلك القنأة
 من المواد المخاطية المتجمدة المجمعة فيها بسبب غلظ القسايط المستعمل
 وأما الخزام فهو طريقة علاجية طويلة المدة جدا وكذا وضع المواسير
 والمجسات غير المجموفة كما في طريقة (اسكاربا) و (جان لوى بيتيت)
 وأما عملية فعل قنأة صناعية فنجحت مرارا واحسن الطرق في ذلك هي ثقب
 أو إزالة العظم الظفري

* (في العمليات التي تفعل في الاجفان) *

* (في انقلاب الاجفان الى الظاهر المسمى بالايكتروميون) *

يندران يكون انقلاب الاجفان الى الظاهر خلقيا أو أكثر مشاهدته في الجفن
 السفلى وأسبابه هي أسباب الانثروميون أي انقلاب الاجفان الى الباطن
 الا ان النتيجة مختلفة فضخامة الملتحمة والنسب الناتجة عن فقد جرهه
 في الانسجة والمحرق والمجمرة تحدث انقلاب الجفن الى الظاهر وكذا الامراض
 التي تكون حول تجويف الوقب يجذبها للاجفان نحو الحد تحدث هذا التشوه
 أيضا وكذا الاورام الجفنية
 وتختلف العمليات الجراحية التي تفعل في هذا التشوه باختلاف السبب
 الذي أحدثه

وحالة الاجزاء المريضة ترشد الجراح أيضا الى الطريقة اللائقة والى تنوعها

كثيرا أو قليلا على حسب ما يظهر له ومع هذا نذكر الطرق المتبعة في أغلب الاحوال فنقول

(الطريقة الاولى هي قرص الملتحمة وخياطة الجفن) وكيفيتها ان يقرض الجراح الجزء المنتفخ من الملتحمة مع الاجزاء الرخوة التي تحتها ما عدا الجلد بأن يشق شقا على هيئة رقم السبعة بالهندي هكذا (٧) بحيث تقابل زاوية الحافة الملتصقة من الجفن ثم يضم شفتي هذا الجرح بعضها الى بعض بواسطة غرز من الخياطة يفعلها قريبا من الحافة السائبة من الجفن والاصوب ان يثبت مساعدا للجفن مقلوبا ثم يمسك الجراح الملتحمة بجفت أو بمشبك فيقرضها بمقص منحني على صفحها قرصا موازيا للحافة الجفنية ثم يضم الجفن بغرزة من الخياطة من الباطن

(الطريقة الثانية) هي قرص جميع سمك الجفن بواسطة شق على هيئة رقم سبعة بالهندي كما تقدم وكيفيتها أن يمسك الجراح بجفت الجفن المنقلب الى الظاهر ثم يشق بمقص مستقيم أو بمشرط شقا على هيئة رقم ٧ بالهندي بحيث تقابل قته الحافة غير السائبة من الجفن وتقابل قاعدة الحافة السائبة ثم بعد إيقاف الدم بالماء البارد تضم شفتي الجرح بالخياطة المتقطعة أو بالخياطة السكتية

ثم ان السكحال (والتي) نوع هذه الطريقة بأن يشق شقا على هيئة رقم ٧ بالهندي أحد فرعيه مقابل للجفن السفلي والآخر للجفن العلوي وقته تقابل الصدغ ثم يقرض جميع الاجزاء المحدودة بهذا الشق فتتسع المسافة التي بين الجفنين بهذه الكيفية فيضم شفتي الجرح بغرزين من الخياطة ومتى التحم الجرح شفي المريض وهذه الطريقة جيدة متى كان النصف الوحشي من الجفن هو المنقلب

وللسكحال (ديمار) طريقة ايضا في معالجة انقلاب الجفن الى الظاهر وهي أن تشق الزاوية الوحشية من العين ويوصل شقها بشق الجفن السفلي ثم يقرض الجزء المقلوب من الجفن ويضم الجرح بالخياطة

(الطريقة الثالثة قرص الغضروف الضفيري) اعلم ان عقب التهابات الاجفان المزمنة قد يصير الغضروف الضفيري سميكًا ومستطيلًا فيمكن أن

يسبب حينئذ الايكترويمون فلاجل ازالة هذا التشوه يقرض من الملتحمة المتغيرة مع جزء من الغضروف الضفيري نحو خمسة أو ستة مليتر عرضا بدون اصابة الحافة السائبة من الجفن ثم يثبت الجفن على وضعه الطبيعي بواسطة أشرطة من اللازوق أو الجبرالانكليرى (حكومة) قرض الملتحمة في الايكترويمون المحاصل عن جرق لا ينجح الا قليلا بخلاف ما اذا كان سبب التشوه هو انتفاخ الملتحمة وأما قرض جميع سمك الجفن بشق على هيئة رقعة (٧) بالهندي فينجح اذا كان النسيج الندبي هو السبب في الايكترويمون وأما قرض الغضروف الضفيري فلا ينجح الا في النادر

* (في انقلاب الاجفان الى الباطن المعروف بالانترويمون) *

هذا التشوه غير نادر وقد يكون الجفن معه منقلبا انقلابا خفيفا الى الباطن أو ملتفا على نفسه وأسبابه هي المحرق والجحمة والبثرة الخبيثة واستئصال بعض الاورام الجفنية العظيمة الحجم وازمد التقيحي والخنازيري والبلينوراجي وجميع الامراض التي يتسبب عنها فقد جوهر في الانسجة واثرا الالتحام ويمكن باستطالة هذا التشوه فقد العين بسبب احتكاك الاهداب بالمقلة وقد استعمل في معالجة الانترويمون عدة طرق فمنها الضمادات القابضة وأشرطة اللازوق أو الجبرالانكليرى والضغط الا ان هذه الوسائط لا ينجح الا في الاحوال التي يكون فيها الانترويمون متسببا عن استرخاء في الجلد ومنها الكي بالحدديد المحمي أو بحمض الكبريتيك المركز ومتى أريد الكي بالحدديد المحمي لزم وقاية العين من تأثير الحرارة برفا ندمبلولة بالماء البارد ثم يمس الجزء المسترخى من الجفن بواسطة محور صغير يضاوى الشكل محمي الى درجة الاجرار فان أريد الكي بالحمض الكبريتي وضع الجراح على الجزء المسترخى بعد تحقيقه نقطة منه فان لم يحصل المقصود من مرة تكررت ذلك مرتين أو ثلاثا وأربعا

ومنها قرض الجلد وكيفية أن يقبض الجراح ثنية من جلد الجفن بجفت ويقرضها بمقص مستقيم ثم يضم شقي الجرح ببعض غرز من الخياطة المتقطعة

واعلم ان من الجراحين ومنهم (هستير) و(ادريانوس) و(ويلبو) من ينفذ
الغرز قبل قرص ثنية الجلد

والجراح (سانسون) يفضل فعل الثنية عمودية على الجفن ويقرضها ومن
الجراحين من يمت الثنية بضغطها بين صفيحتين معدنيتين وهذه الطريقة
مستعملة عند أهل الأرياف في معالجة الشعرة لكن مع استبدال الصفيحتين
المعدنيتين بقطعتين من خاب

ثم انه متى كان الغضروف الضفيري متغيرا أو منقلبا الى الباطن فمجرد قرص
الجلد لا يكفي في ازالة التشوه بل تستعمل حينئذ احدى هذه الطرق وهى
(أولاً طريقة شريجر) وهى قرص الحافة الجفنية المنقلبة الى الباطن بواسطة
مقص منحني على صفحته

(ثانياً طريقة كرامتون) وكيفيتها أن يشق الجراح في الزاوية الوحشية
وفي الزاوية الانسية من الجفن شقا عموديا بواسطة مقص مستقيم طوله من
سنة الى عشرة ملليمتر ثم يقلب الجفن الى الظاهر ويشق الغشاء المخاطي شقا
مستعرضا واصلا الى شفتى الجفن فهذه الكيفية بصير الغضروف الضفيري
محدودا بشقين عموديين وشق مستعرض فيوضع في وضعه الطبيعي ويثبت على
هذا الوضع بواسطة أشربة من الجبر الانكليزي تثبت بها أيضا الاهداب
على ظهر الجفن

(ثالثا طريقة سونديرس) وكيفيتها أن توضع بين المقلة والجفن صفيحة
من العاج أو من القرن أو من المعدن ويشق الجراح الجلد والعضلة الجفنية
شقا موازيا للحافة الهدبية ثم يفصل الغضروف الضفيري من هذا الشق
ويقرضه مع الاحتراس من اصابة الصفر الدهي

(حكومة) اعلم ان قرص الغضروف الضفيري قليل النجاح في معالجة
الانثروبون الا اذا كان سبب هذا التشوه هو الغضروف نفسه وقرص
الحافة السائبة من الجفن جيد في الحقيقة لمعالجة هذا المرض الا ان الجفن
يقصر حينئذ ويصير مشوها الشخص وعلى كل فعليك أولان تستعمل الكي
بالكاويات أو بالجديد المحي أو قرص جزء من جلد الجفن قبل أن تستعمل شيئا
من هذه الطرق التي ذكرناها لان النسيج الندبي الذي يعقب الكي يجذب

حافة الجفن الى الظاهر والقرص يقلل استرخاء الجفن فيشفى المريض

* (في اورام الحاجب المتكيسة) *

كيفية معالجه هذه الاورام ان يحلق الجراح الحاجب ثم يشق الجلد على
حسب طول الحاجب ثم يفصل الورم ويستخرجه ويضم الجرح بالقصد الاول
فهذه الكيفية تكون الندبة غير ظاهرة

* (في انشقاق الجفن) *

هذا المرض شبيه بالعلمة وكيفية علاجه ان تدمى حافتا الشق ثم تضم بالخياطة
الكتيبة

* (في استرخاء الجفن العلوى) *

هذا الاسترخاء منشأه تمدد الجلد واستئصال ورم كان بالجفن أو الاعتماد على
ادامة التغميض ومعالجته الجراحية اذ لم تنفع جميع الوسائط المنبهة والمقوية
هي ان يقرض جزء من الجفن بان يمسك الجراح ثنية من الجلد بجفت مفرطح
ثم يأمر المريض بفتح جفنيه واطباقهما على التعاقب ليتحقق من ان الثنية التي
يريد قرصها كافية في ازالته هذا التشوه فيتحقق ذلك قرصها بالمقص دفعة
واحدة وضم حافتى الجرح بغرزتين أو ثلاث

* (تنبيه) * يتميز استرخاء الجفن الناشئ عن شلل السائله الجفنية من غيره بان
تكون العين معه متجهة الى الوحشية وهذه العلامة مهمة جدا في التشخيص
ومتى تحقق انه ناشئ عن استرخائها وجب استبدال فعلها بفعل العضلة
الجبهية وذلك بان يزال من تحت الحاجب جزء من جلد الجفن بواسطة شقين
هلالين يمتد بهما الى طرفى الجفن ثم تفصل الشريحة المحاطة بهذين الشقين
او تخاط حافة الجرح الجفنية بحافته الحاجبية فتتصل حركات جلد الجبهة
بالجفن فتصير العين تنفتح بحركات جلد الجبهة

* (في الاورام الجفنية المتكيسة) *

هذه الاورام تستأصل بان يحصر الواحد منها بجفت الكيال (ديمار)
ثم يشق الجلد المغطى للكيس مع غاية الاحتراس بحيث لا ينفجر الورم ثم يمسك

يجفت ويفصل عما يجاوز مع غاية الاحتراس أيضا وذلك لتلاين ثقب الجفن
ثم يضم الجرح بقطعة من الجبر الانكازي ليلتحم بالتقصد الاول

* (في سرطان الاجفان) *

اذ لم يشغل هذا الداء الا الحافة الجفنية كفي الجراح في معالجته ان يقرض
هذه الحافة قرضا هلاليا يمتص منحن فان شغل اغلب الجفن لزمه ان يحده
بشق على هذا الشكل (٧) ثم يستأصله ويضم حافتي الجرح بالخياطة الكتبية

* (في عملية الشعرة) *

هذا المرض عبارة عن اتجاه شعرة أو شعرات من هدب العين الى المقلة واكثر
ما يشاهد في الجفن العلوي ويعالج بعد عدة طرق منها رد الشعر المنحرف الى
اتجاهه الطبيعي بواسطة تثبيتته على الجفن بسيور من اللازوق أو بواسطة كيه
يجفت مفرط محي

(ومنها) تنقه متى نبت وقد نجحت هذه الطريقة في بعض الاحيان

(ومنها) كي البصيلات بمحور رفيع بعد اقتلاع الشعر

(ومنها) ازالة جزء من جلد الجفن بحيث تنحى حافته الى الامام قليلا فيبعد الشعر
عن المقلة وكيفية ذلك ان يوضع بين المقلة والجفن صفيحة من العجاج ثم يشق
الجراح قريبا من حافة الجفن شقما مستطيلا ممتدا من احد طرفي الجفن الى
الطرف الآخر ثم شقها الى الشكل قليلا فوق الاول يتصل به من طرفيه
ثم يسلب هذه الشريحة ويربها ويضم الجرح بالخياطة المتقطعة ثم يجمع اطراف
الخياط بعضها الى بعض وينبت على الجهة ويضع على الجرح قطعة من الجبر
المصغ يرفعها بعد ثلاثة ايام فيجد الجرح ملتئما

وأعلم انه يمكن معالجة هذا المرض أيضا بقرض جزء من الجفن بواسطة الجفت
والمقص كما ذكرناه في معالجة استرخاء الجفن العلوي وهذه الطريقة اسرع من

الاولى مع اتحاد نتيجتهما

(ومنها) قطع شفر الجفن بما علية من الهدب المنحرف وغيره الا ان هذه
الطريقة مشوهة جدا فغيرها احسن منها لاسيما بالنسبة للاناث

* (في العمليات التي تفعل في الاجزاء الكائنة بين مقلة العين وجدار الوقب) *
 (في ورم اللحمة الدمعية)

هذا المرض مجاسه اللحمة الدمعية وهو ورم صغير احمر حبيبي يبرز بين المقلة
 وجدار الوقب ويكون اما ورما التهابيا او سرطانيا
 (كيفية العمل) يجلس المريض على كرسى ويثبت رأسه بمساعد ثم يمسك
 الجراح الورم بجفت (موزو) أو بمشبك ويحذبه نحوه ثم يقرضه بمقص صغير
 منحرف على صفحه أو بمشرط صغير من الوحشية الى الانسية مع الاحتراس من
 اصابة المقلة

* (في قرص الملتحمة) *

هذه العملية بسيطة جدا وكيفية ان يقرض الجراح على الملتحمة بجفت
 بعيدا عن القرنية بقليل ويقرض منها ما يجده موافقا
 واعلم ان الدم الذي يسيل بهذه العملية يقف من نفسه بعد بعض دقائق
 ويكفي في ذلك ان يؤمر المريض باطباق اجفانه
 وهذه العملية جيدة في الاحوال الالتهابية المحبوبة بنم في أوعية الملتحمة

* (في الظفرة) *

الظفرة عبارة عن ثخن في الملتحمة مثلث الشكل قته توجه الى القرنية وربما
 امتدت عليها واحسن ما تعالج به القرص وكيفية ان يمسك الجراح الجزء
 المريض بجفت ويحذبه الى الامام ثم يقرضه بمقص منحرف من القمة الى القاعدة
 ويريله
 هذا ومن متأخرى الجراحين من اوصى ان تعالج الظفرة بكيماوات عديدة
 بحلول فوق كلور والحديد الذي في درجة (٣٠) مثيلية

* (في استخراج الاجسام الغريبة من القرنية) *

هذه الاجسام هي القطع الصلبة الرقيقة التي تتطاير من الحجارة عند نحتها ومن
 الفولاذ وقت شغله وتتشبث بقرنية الصانع المنوطين بذلك
 وكيفية استخراج الجسم الغريب ان يجلس الشخص ويرفع جفنه العلوى

مساعد ثم يخفض الجراح الجفن السفلي بسبابة يده اليسرى ثم يبحث عن الجزء
الاسود الذي يدل على وجود الجسم الغريب فيضعه ضغطاً متواتراً بسن
مشرط أو مبضع أو ابرة أو غير ذلك من الآلات الحادة من اعلى الى اسفل ومن
اسفل الى اعلى حتى يزيله

وأعلم انه يمكن في هذه العملية الاستغناء عن المساعد في رفع الجفن بان يقع
الجراح نفسه العين باهتام وسبابة يده اليسرى ومن الكمالين من أوصى
في اخراج الاجسام الغريبة التي من الفولاذ بتقريب مغناطيس من الجزء
المتشبث به الجسم الغريب وهذه طريقة جيدة

* (في عملية الحول) *

لماتين ان منشأ الحول هو تقلص مستمر في بعض عضلات العين وانه يشبه
التقلصات العضلية الناشئة عنها الحنك واعوجاجات العمود الفقري علم
أيضاً انه بقطع واحدة أو أكثر من هذه العضلات يمكن شفاء هذا التشوه
ثم ان الحول على اربعة انواع رئيسة انسي ووحشي وعلوي وسفلي لكن يمكن
ان يتحد بعض هذه الانواع بنوع اخر فيمكن ان الحول الانسي يتحد بالعلوي
فتكون العين حينئذ متحولة الى الانسية والعليا ويمكن ان الحول العلوي
يتحد أيضاً بالوحشي فتكون العين متحولة الى العليا والوحشية ويمكن أيضاً
ان احدي العينين تكون مصابة بحول علوي والاخرى بحول سفلي وأما الحول
الثابت فهو الذي اذا طبقت معه العين السليمة لا يمكن رجوع الحول الى
وضعها الطبيعي ثم ان الحول يكون اما دائماً أو متقطعاً

(تشرح جراحی) العضلات المعدة لتحريك المقلة ست اربع مستقيمة واثنان
منحرفتان تعرف احدهما بالعضلة المنحرفة العظيمة للعين أي العليا
وتعرف الاخرى بالعضلة المنحرفة الصغيرة للعين أو السفلي

فاما العضلات المستقيمة والمنحرفة العظيمة فتندغم في قاع الخوqb قريباً من
الثقب الوقي وأما المنحرفة الصغيرة فتندغم في الجهة الانسية المقدمة من الجزء
الوقبي القريب من الكيس الدمعي
وأما اندغامات هذه العضلات في المقلة العينية فعرفت اهل الاهم هننا لاجل

عملية الحول

فاما العضلة المستقيمة الانسية فتندغم بعيدا عن القرنية بقدر أربعة ميليمتر
والعضلة المستقيمة الوحشية تندغم بعيدا عنها بنحو ستة ميليمتر وتندغم
المستقيمة العليا بعيدا منها بقدر (٣) الى (٦) ميليمتر وتندغم المستقيمة
السفلى بعيدا منها بقدر (٣) ميليمتر وتندغم المنخرقة العليا بعيدا منها بقدر
(٣) ميليمتر وأما المنخرقة السفلى فتندغم في الجزء الخلفي من المقلة العميقة
ثم ان هذه العضلات لها صفاق محيط بها لئلا تندغمها على الصلبة فيلتزم
عند فعل العملية ان يفصل مع وتر العضلة المراد قطعها الصفاق المندغم معه
في الصلبة والا كانت العملية غير مفيدة

(كيفية العمل) لهذه العملية طريقتان رؤستان قطع الوتر مباشرة بعد كشفه
وقطعه من تحت الملتحمة

فاما الطريقة الاولى فكيفية العمل فيها الكل من (ستر وميير) و (ديفنياخ)
ان يجهز الجراح ابتداء الآلات اللازمة وهي خافضة الاجفان ورافعتها
ومشبك حادا الطرف ومشبك كال الطرف ومقص صغير منحن على صفحه
ثم يجلس المريض على كرسى مطبقا عينه السليمة وموجه عينه المريضة الى الجهة
المعاكسة لجهة التشوه بقدر الامكان ثم ان كان الحول انسيما غرزي الملتحمة
العينية من الجهة الانسية قريبا من زاوية العين مشبكا حادا و وكل مساعدا
ماهر يجذب العين بذلك المشبك بلطف الى الوحشية ثم امسك هو الملتحمة
بجفت ذى اسنان قريبا من القرنية فتتكون بين المشبك الموكل به المساعد
والجفت ثنية مستعرضة من الملتحمة ومن الصفاق الدقيق الذي تحتها فتشق
هذه الثنية بالمقص المنحن على صفحه فيشاهد في قاع الجرح وتر العضلة مندغما
في الصلبة فينفذ تحت المشبك الكال ويهدى عليه المقص ويقطع فتى قطعت
الياف الوتر جميعها من اول الامر وهدا اعتدال العين حال الخلاف ما اذا كان
القطع غير تام فانها لا تعتدل فيلتزم حينئذ تنفيذ المشبك الكال ثانيا
تحت الوتر وتكميل قطع الالياف
وأما كيفية العمل للجراح (ويلبو) فهى ان يقبض بجفتين على الملتحمة
والصفاق والعضلة ويقطعها دفعة واحدة

وأما كيفية العمل للجراح (بودنس) فهي أن يبعد بين الجفنين برافعة وخافضة
 الاجفان ثم يغرز مشبكاً حاداً في الميزاب الملتحمة العينية الجفني اعلى القطر
 المستعرض بقليل ويجذب العين الى الجهة المعاكسة لجهة التشوه كانه يريد
 بعد ما اقتبز العضلة كوتر فينقذ تحتها مشرطاً صغيراً من تحتها على صفحها به تقطع
 بعض الياف عضلية ثم يزل تحت العضلة مشبكاً كالاولي يكمل قطعه بالمقص
 ثم يقرض جزءاً من وتر العضلة مع جزء من الملتحمة

وأما الطريقة الثانية وهي قطع العضلة من تحت الملتحمة العينية فهي
 منسوبة للجراح الفرنسي (جول جرين) ولها كيفيتان احدهما بالسلخ
 والثانية بالبط والآلات المستعملة فيها هي الآلة المعروفة بخافضة ورافعة
 الاجفان وثلاثة مشابك مزدوجة ومقص منحني على صفحها وكلاب كال
 الطرف ومثقاب صغير للمثحمة ومشرط صغير لقطع العضل ومثقاب
 الملتحمة هو آلة صغيرة على هيئة طرف المحربة نصله حاد من الجهتين ومنحن
 قليلاً على صفحها وقاطع العضل مشرط صغير مقعر نصله قاطع من جهة
 التحديق منته بساق مركب على قبضة

وكيفية العمل أن يضجع المريض على ظهره مائل الرأس قليلاً الى الخلف
 ثم يساعد مساعداً الاجفان بالآلات المعدة لذلك ثم يغرز الجراح مشبكاً في
 الملتحمة ويجذب به المقلة الى الجهة المقابلة للتشوه ثم يغرز مشبكاً اخري الغشاء
 تحت الملتحمة بعيداً عن القرنية بقدر (٦) أو (٧) مليمتراً وذلك على حسب
 اتجاه العضلة ثم بعد ذلك ينزع المشبك الاول ويأمر مساعداً بغرز المشبك
 الثالث خلف المشبك الثاني بقدر (٥) مليمتراً بواسطة هذين المشبكين
 يثنى في الملتحمة ثنية في مقدم العضلة بقدر خمسة مليمترو هذه الاجراءت
 الاولية تفعل سواء كان اجراء العملية بالسلخ أو بالبط

فأما كيفية فعلها بالسلخ فهي أن تشق الثنية دفعة واحدة بالمقص المنحني
 ثم يرفع أحد المساعدين الشريحة الناتجة عن ذلك ويعزل الجراح العضلة
 بواسطة طرف المقص ثم يزل تحتها أحد فرعيه ويقرضها قريباً من اندغامها
 الصليبي ثم تقلب الشريحة على الجرح وتقرب حافتاه بغرزة أو تترك ونفسها
 وأما فعلها بالبط فكيفية أن يغرز الجراح المثقاب الذي ذكرناه في قاعدة

الثنية بأن يجعل تحديه نحو المقلة ويخرج مع توسيع الجرح قليلا من الزاويتين ليسهل ادخال المقطاع وكيفية ادخال المقطاع أن يسكه الجراح بين الابهام والسبابة والوسطى جاعلا لجهة القاطعة من النصل نحو الوحشية ثم يدخله في شق المنحمة ويزلقه تحت العضلة ثم يحرك المقطاع حركة رحوية بها يتجه حده القاطع نحو العضلة فيقطعها بتحركه حركة منشارية مع توتره للعضلة يجذبه للشبك من الخفاف الى الامام ثم يخرج المقطاع فينثد تنتهي العملية

(تنبيه) قطع العضلات العينية المستقيمة يفعل على ما بيناه الا انه يلزم أن لا يذهل الجراح عن المسافة التي بين اندغام كل عضلة وبين حافة القرنية بأن يتذكر ما ذكرناه في التشریح الجراحي (في قطع العضلة العينية العظيمة المنحرفة) كيفية ذلك انه بعد تبعيد الاجفان كما ذكرناه يغرز الجراح مشبكا في الصلبة بين اندغامات العضلتين المستقيمتين العليا والانسية ويجذب العين الى الاسفل والوحشية قليلا ثم يغرز أحد مساعديه مشبكا آخر في المنحمة أعلى المشبك الاول بقدر خمسة أو ستة مليمتر ثم يشق كلا من الغشاء المخاطي والليفى المغطيين لاندغام العضلة العينية العظيمة المنحرفة ويجذب وتر هذه العضلة الى الخارج بواسطة كلاب كال الطرف ثم يقطع قريبا من العضلة المستقيمة العليا ما يمكن

(في قطع العضلة العينية الصغيرة المنحرفة) لهذا القطع كفتان احدهما أن يخفض الجفن السفلى عند نصفه الانسي فيغرز الجراح بين العينية المستقيمة السفلى والعضلة المستقيمة الانسية بعيدا عن القرنية بنحو (٥) أو (٦) مليمتر مشبكا حادا ثم يجذب به العين الى الاعلى والوحشية ثم يشق بالقرب جدا من حافة الجفن بالمتص أو بالمتقاب شقا طوله نحو سنتيمتر منحرفا من أعلى الى أسفل ومن الانسية الى الوحشية ثم يزلق تحت العضلة كلابا كالا فيجذبها به الى الظاهر ويقرضها بالمقص

وأما الاخرى فهي أن يخفض الجفن السفلى من عند نصفه الوحشى ثم يغرز الجراح مشبكا حادا بين العضلتين العينيتين المستقيمتين السفلى والوحشية بعيدا عن القرنية بقدر (٥) أو (٦) مليمتر فيجذب به العين الى الاعلى والوحشية فيغرز مساعده مشبكا آخر خاف الاول بنحو (٥) مليمتر فينتج

عن ذلك في الملتحمة ننية فيشقها الجراح بالمقص ثم يدخل من الجرح كلابا كال
الطرف مواز للوجه السفلى والانسي من المقللة ويجذب به العضلة فيقطعها
بالمقص

(تنبيه) الالتهاب الذي يعقب عملية الحول قد يكون خفيفا جدا مع احتمال
بسيط غالباً فيعالج بأن توضع على العين رقائذ ممتلئة بالماء البارد تغير كل ربع
ساعة خصوصاً في الايام الاولى من العملية ويمنع المريض بعد العملية من كذب
بصره وارتعابه لان ذلك مما يحدث في العين التهابا شديدا بل قد يكون سببا
لفقدائها كما شوهد ذلك في امرأة اعربت عينها بالسكابة عقب العملية حالا
(حكومة) طريقة عملية الحول من تحت الملتحمة كما يفعلها (جولجرين)
جيدة جدا ويكون المريض بها أقل عرضة للالتهاب التابعي ولا تصير اثره
الالتحام معها بارزة كما قد يحصل عقب غيرها من الطرق الا انها دقيقة صعبة
جدد الاسماعلى غير المتتمر من الجراحين وقد تكون خطيرة

* (في العمليات التي تفعل في خزانات العين) *

* (في عملية الكتركا) *

لهذه العملية طريقتان رئيستان هما التنكيس والاستخراج
فاما عملية الكتركا بالتنكيس فمقص كانوا قديما يدلكون الاجفان قبل
اجرائها بيوم بخلصة البلادنا لتمدد المحدة واما الآن فاستبدلوا ذلك بان
يقطر في العين قبل العملية ببعض ساعات بعض نقط من محلول كبريتات
الأتروبين المثيني (أى المركب من مائة جزء من الماء المقطر وجزء من
كبريتات الأتروبين)

ثم ان الآلة المعدة لهذه العملية الابر المسماة بابر الكتركا التي طرفها
مفرطح منحني قليل الارتفاع من العاج مضممة الاضلاع وكيفية العمل ان يرقد
المريض أو يجلس على كرسي مع كونه رأسه مثبتا على صدر مساعدا ويرفع هذا
المساعد المحفن العلوي بسبابته بلا ضغط على المقللة فان لم يكن المساعد متحررا
على رفع المحفن فالاصوب رفعه بواسطة الآلة الرافعة ثم تخفض الجراح بسبابته
احدى يديه المحفن السفلى ويمسك بيده الاخرى الابر كما يمسك قلم السكابة

ويرتكز بخصرها على وجنة المريض ثم يوجه سن الابرة الى مركز العين جاعلا
تحديق الآلة الى الاعلى ثم يغرسها بعيدا عن القرنية بثلاثة أو أربعة مليمترا
وهذا هو الزمن الاول من العملية وبعد غرس الابرة الى عنقها يديرها برفق
حتى يصير تحديقها الى الامام ويرى طرفها من المحدقة وهذا هو الزمن الثاني
من العملية

وأما الزمن الثالث من العملية ففيه تشق محفظة البلورية بسن الابرة شقا
صليبيا مع جعل تحديقها الى الامام وتغيرها الى الخلف ثم يضع الجراح تغيرها
على المحافة العليا من البلورية فينكسها من الاعلى الى الاسفل والخلف بتحريكه
لطرفها حركة ارجوحية صاعدا بمقبضها من الاسفل الى الاعلى ونازلا بسنها
من الاعلى الى الاسفل مع بقاء الجزء الموجود منها في جرح الصلبة ثابتا
في موضعه

وأما الزمن الرابع من العملية ففيه يخرج الجراح الابرة من العين بعد
ان يستمرضاغظ بها البلورية مدة (١٠) ثواني جاعلا تحديقها الى الامام
عند مروره بالخلف القرنية خوفا من اصابته باللاوعية وللأعصاب الهدبية
ومتى خرجت هذه الآلة من العين امر الجراح المريض باطباق جفنيه ووضع
على العين رفادة مبتلة وثبت هذه الرفادة برباط خفيف غير ضاغط للعين فأن
الضغط ربما اعاد البلورية الى محلها الاصلى اعنى مركز العين

* (تنبيه) * التنكيس الذي ذكرناه لا يستعمل الا عندما تكون الكثر كما
صلية فان كانت رخوة فالاصوب فعلى عملية التفتيت وكمية ذلك انه متى
ادخلت الابرة فتت الجراح بها جميع البلورية فتمتص جزئياتها بواسطة
اذابتها في الرطوبة المائية لان لها قوة عظيمة على اذابة البلورية حتى ان من
الاطباء من يكتب في بتمزيق الوجه المقدم من محافظتها في اذابتها وامتصاصها هذا
ومن الاطباء من يستبدل تنكيس البلورية بقلبها من الامام الى الخلف بحيث
ان سطحها المقدم يصير علويا وذلك بان يجعل الجراح تغير نصل الابرة على
الجزء العلوى منها فيضغطه من الامام الى الخلف لتميل الى الخلف فتطرق
الاشعة الضوئية الى مركز العين

وأما هامة الكثر كما بالاستخراج فبان تشق القرنية أو الصلبة لكن المستعمل

الآن هو شق القرنية فقط لأن شق الصلبة قد تحصل عنه عوارض خطيرة
فلذا رخص بالكتابة

والآلات المعدة لهذه العمالية هي السكين المسمى بسكين الكتر كما المنسوب
الى (بير) ومقاع المحفوظة وملعقة (دافيل) والعادة ان تكون هاتان
الآلتان مركبتين على نصاب واحد كل واحدة منهما على طرف من طرفيه
ويلزم لهذه العمالية أيضا مقص صغير منحني وجفوت ومشبك والآت رافعة
وخافضة للاجفان

ويلزم قبل الشروع فيها التحقق من عدم التصاق البلورية بالقرنية ويتم
ذلك بان يقطر في العين قبل العملية ببعض ساعات بعض نقط من قطرة كبريتات
الاتروبين

ثم ان هذه العملية لها ثلاث طرق وذلك لان القرنية اما ان تشق من الاعلى
أو من الاسفل أو بانحراف

فاما شقها من الاعلى فكيفيته ان تفتح العين بواسطة الآلات الرافعة
والمخافضة للاجفان ثم تثبت المقلة بحيث ذى اسنان أو بواسطة الآلة المثبتة
المسماة بالآلة (بامار) ثم يمسك الجراح السكين كما يمسك قلم الكتابة ثم يوجه
نصله ازاء القرنية فيدخله من الجهة الوحشية من القطر المستعرض من
القرنية امام القرنية جا علا حده الى الاعلى ثم يسيره الى الجهة الانسية من
قطر القرنية فبما ان السكين مثل الشكل تنقطع القرنية بزرقة نحو الانسية
منها فتمتكون عن ذلك شريحة قرنية فيبعد ذلك يجذب الجراح الجفن العلوى
ويغطي به الشريحة برهة من الزمن ثم يرفعه ويدخل الآلة المسماة بمقطع
المحفظة فيشق المحفظة شقا صائبيا وهذا هو الزمن الثاني من العملية وأما
الزمن الثالث فتحرج فيه البلورية من جرح القرنية اما بنفسها وذلك عند
ما يكون كل من شق المحفظة وشق القرنية كما في ذلك وأما مساعدة الجراح
ان كانا غير كافيين بان يضغط على الجفن ضغطا خفيفا الى ان تصير بين حافتي
الشق القرني فيخترجها بواسطة الملعقة

فان بقي في المحدة أوفى خزانات العين بعض بقايا من الكتر كما اخرجها الجراح
بواسطة الملعقة أيضا

وأما شق القرنية من الأسفل فلا يختلف عن الشق من الأعلى إلا بكون طرف
الشريحة يكون متجهاً إلى الأسفل وبأن الضغط الذي تستخرج به البورية
يكون على الجفن العلوي

وأما شق القرنية بانحراف فكيفيته ان تعمل شريحة منحرفة من أعلى إلى أسفل
ومن الوحشية إلى الأنسية وبقية العمل كما تقدم
ومتى تمت العملية تطبق العين المريضة والعين السليمة بان يلمص على كل
منهما سير من اللازوق ثم توضع على المريضة المكممات الباردة ويرقد
المريض ويمنع من تحريك رأسه بشدة إلى ان يزول التهاب الذي يحصل عادة
في اليوم الثاني إلى اليوم الرابع

* (في عملية المحذوقة الصناعية) *

كيفية هذه العملية ان يرقد المريض على فراش ويركز رأسه على وسادة
ثم يثبت مساعداً ثم يرفع الجراح الجفن العلوي ويخفض الجفن السفلي بالآلة
المعدة لذلك ثم يجعل نفسه على الوضع اللائق بفعل العيادة ويثبت مقلة المريض
بجفت ذى اسنان ثم يشق بسكين شبيهة بصله يتصل بالمضع ممسكاً كما تمسك
قلم الكتابة في الجهة الأنسية أو الوحشية العليا أو السفلى من القرنية على
حسب الخزعة الذي يراد فعل العملية فيه شقاطوله من (٥) ملمتر إلى (٦)
ثم يدخل من الشق جفتاً صغيراً مقعراً تحديده إلى الخلف فيمسك به جزءاً من
القرنية ويحذبه إلى الظاهر ويقرضه بمقص صغير منحن ثم يطبق العين
كأفي عملية الكتر كما ويضع عليها فائدته بمقلة ماء باردة منعا للتهاب

* (في بزل العين) *

تبزل العين إذا كانت مصابة بالاستسقاء أو كان في الخزانة الخلفية منها خراج
وكيفية ذلك ان يجلس المريض ويثبت رأسه مساعداً كما ذكرناه في عملية
الكتر كما ثم يبعد الجراح ما بين جفنيه بواسطة سبابية واهتمام يده اليسرى
ويغرز شريطاً مستقيماً حاداً الطرف في وسط العين ثم يترك السائل يتبع
النصل فيخرج عليه ثم يخرج المشريط ويلزم في هذا العمل الاحتراس من
وقوع ادنى ضغط على المقلة

* (تنبيه) * يلزم ان يكون بزل العين بالقرب من دائرة القرنية وان كان في القرنية أو في الصلبة جزء فيه لين أو تغير شديد يلزم ان يكون البزل من هذا الجزء ليخرج السائل المنسكب في خزانات العين واعلم انه لا يلزم المبادرة بالبزل متى كان مقدار الصديد قليلا لانه قد يعتص من نفسه أو بما حوله لا يبقه

* (في استئصال مقلة العين) *

الطريقة المعتادة في ذلك كيفية ان تثبت المقلة بمشبك ثم يشق الجراح الزاوية الوحشية من العين بالمشرط شقا يسيرا ويسلخ الجفنين بفصاه لسطحها الباطن من المقلة ثم يقامها الى الخارج ويوكل بهما مساعد اليمين لثبتهما في هذا الوضع بحيث يمسك بيده اليمنى مشرطا مستقيما كما يمسك قلم الكتابة ويعرضه في الزاوية الوقبية الاتسمية على طول العظم الوتدي الى قرب الثقب البصرى ويخلق به جميع نصف الدائرة السفلى من تجويف الوقب ليفصل جميع الاجزاء الرخوة ويفعل كذلك في نصف الدائرة الاعلى أيضا فيعد ذلك لا تكون العين متشبثة بالابالعضلات وبالعصب البصرى فتقطع هذه الاجزاء بالمشرط أو بالمقص واعلم انه متى كانت الغدة الدمعية مصابة أيضا بالمرض الذي استوجب استئصال المقلة لزم ان تستئصل أيضا ومع ذلك ان لم تنزل فانها تنحمر من نفسها بعد العملية

واذا كان الاجفان مصابة بالمرض أيضا فيلزم قرض الجزء المريض بتحديد بشق هلالى

(في الاساوة بعد العملية) في أغلب الاحيان لا يضطر الى ربط الفروع الشريانية عقب هذه العملية بل يكفي بالضغط بقليل من النسالة أو الصوفان فان لم تكف هذه الوسائط بلت النسالة بقليل من محلول فوق كلورور الحديد ويوضع في تجويف الوقب كرة صغيرة مدهونة بالزيت الجديد ثم يعطى جميع القسم الوقبي برفر وف بدون أن يضغط به ضغطا شديدا

(في وضع الاعين الصناعية)

يلزم قبل وضع الاعين الصناعية أن ينتظر التحام جميع الاجزاء الباقية وتوضع أوعين ذات حجم صغير ثم تغير بأكبر شيئا فشيئا كلما عبطت الاجزاء

واعلم انه يلزم أن تكون حافات العين الصناعية ملسا غير حادة واسطحها ملسا
 أيضا وحجمها يكون بحجم العين السليمة ولونها مشابه للونها
 وكيفية وضع العين الصناعية أن يرفع الجراح الجفن العلوى ويزلق تحته
 العين ثم يخفض الجفن السفلى ويزلقها أيضا تحته
 واعلم انه لا ينبغي في ابتداء الامران تزيد مدة ابقاء العين الصناعية في التجويف
 الوقبي الاثمان ساعات أو عشرة حتى يتعود عليها المريض وترفع الاعين
 الصناعية بان يخفض الجفن السفلى بالسبابية ثم ينفذ تحت العين دپوس
 غليظ من الفضة أو من الذهب وكثير من يرفعها بنفسه باصبعه فقط عند النوم
 ويضعها في كوبة مملوثة بالماء

* (في العمليات التي تفعل في الجهاز السمعي) *

(في عمليات ظاهر الاذن)

(في اورام شحمة الاذن)

تستأصل اورام شحمة الاذن بتحديد هاشق عـ الى هيئة رقم سبعة بالهندي
 ثم تقرب شقنا الجرح بالخياطة الـكتيبة

* (في ضيق وانسداد القناة السمعية) *

اذا كان الحاصل في القناة السمعية ضيق فقط يمكن معالجته بالمجسات المسطحة
 المعدنية أو بقطع من الاسفنج المحضرنه دخل فيها وترك زمنا كافيا مناسبة
 درجة التضيق والاصوب في توسيع القناة السمعية أن يتدأ بشق الجزء
 الضيق جملة شقوق ثم وضع الاجسام الممددة فيه
 وأما اذا كانت القناة السمعية منسدة بغشاء غير طبيعي بحيث انها تصير به
 وبغشاء الطبلة تجويفا منسد الطرفين فيلزم أن يشق هذا الغشاء غير الطبيعي
 شقا صليبيا ثم تقرض الشرائع الناتجة عن هذا الشق
 وان كان انسداد القناة السمعية ناشئا عن عدم انتقاب الجزء الظاهر منها
 فيلزم أن تثقب بمزل ثم يوضع في الثقب اسطوانة صغيرة تستبدل باخرى
 أنخن منها بعد زمن قليل
 (تبيته) يلزم عند استعمال المزل في ثقب القناة السمعية الاحتراس الكلي

من الزيادة في دفعه الى الباطن لثلايثقب غشاء الطبلة

* (في استخراج الاجسام الغريبة من القناة السمعية) *

متى كان الجسم الغريب الذي حدث في القناة السمعية سائلا كالصديد مثلا
فالزروقات الملية كافية في استخراجه
فان كان ذلك الجسم متجمدا من الصملاخ أى وسخ الاذن اذيب بالزيت أو بجماء
قلوى كماء الصابون ثم نظفت الاذن بزروقات الماء الفاتر فان لم تغد هذه
الوسائط كما يحصل في بعض الاحيان لزم استعمال وسائط استخراج الاجسام
الصلبة من الاذن كأن يدخل الجراح فيها ملعقة وينفذها تحت هذا الجسم
ويجذبه الى الخارج وقد تستعمل في ذلك الجفوت بشرط فتحها على حسب
القطر العظيم من الصماخ
فان كان الجسم الذي في الاذن بعض الحشرات لزم اما تته قبل استخراجه
ان كان لم يزل حيا بأن يوضع في الاذن بعض نقط من الزيت أو من الماء المحض
ثم يجهد الجراح في اخراجه بأن يدخل في القناة السمعية مسبرا في طرفه كرة
مشبهة من القطن لتشتبك بها الحشرة

* (في بوليب الصماخ أى القناة السمعية) *

متى كان هذا البوليب ذاساق سهلت ازالته بأن تقرض هذه الساق بالمقص
واعلم ان هذا النوع من البوليب لا يعود بعد قطعه ولومع بقاء شئ منه بخلاف
بوليب الانف ويستعمل فيه أيضا النزع بان يمسك بالقرب جدا من اصله بجفت
البوليب فيلوى هذا الاصل بادارة الجفت حتى ينفصل البوليب لكن
كثيرا ما يعذر ارتفاعه بتمامه في دفعة واحدة لغزارة ما قد يسيل من الدم
ففي هذه الحالة يضطر الى تأخير اتمام العملية الى الغد وكيفية اللي ان يمسك
الجراح الجفت بيده اليسرى فيحصر به البوليب من موضع اتصال شعبيته
وبين حلقتيه فيديرها به من اليسار الى اليمين حتى تتقلب على ظهرها فيجذب
بها الجفت على التوائه ويستأنف بيده اليمنى ليا آخر وهكذا حتى ينتزع
البوليب من اصله

* (في العمليات التي تفعل في وسط الاذن) *

(في خرق عشاء الطبلية)

(تشرح جراحي) غشاء الطبلية هو غشاء يكون في انهاء القناة السمعية الظاهرة فاصلا لها عن وسط الاذن وسطحه الباطن يكون مجاور العظم المطرقة ويد هذا العظم تقسم غشاء الطبلية الى جزئين جزء مقدم وجزء خلفي فلذا اختار الجراح الانكليزي (استلي كويبر) ان ثقب غشاء الطبلية يكون في الربع المقدم وتفعل هذه العملية بخصوص انسداد بوق (أوستاكيوس)

* (كيفية العمل) * هذه العملية تفعل بالبط أو بالسكي أو بالكشط فاما البط وهو المنسوب للجراح (استلي كويبر) الانكليزي فكيفيته ان يجعل المريض على وضع بواسطة يوضع ضوء الشمس الصمياخ ثم يأخذ الجراح ميزلا صغيرا منحنيا لا يتجاوز سن سهمه طرف الانبوبة الانحوي (٢) ملليمتر فيمسكه كما يمسك قلم الكتابة مع كون سن السهم محتمليا في الانبوبة ثم يجذب صوان الاذن الى الاعلى والمخلف لتصير القناة السمعية مستقيمة على قدر الامكان فيدخل الآلة نحو الجزء السفلي المقدم من غشاء الطبلية ومتى تحقق عدم امکان ادخالها زيادة على ذلك دفع سن السهم فينغذ في الغشاء

واما السكي وهو المنسوب للجراح (ريشران) فطريقه رديئة جدا لما انه لا يمكن تحديدا الحشكرية قبل العمل

واما الكشط وهو المنسوب الى الجراح (دولو) فيفعل بواسطة ماسورة ذات طرف قاطع ينزلق فيه اساق طرفه على هيئة بريمة ينتهي بقرص صغير حاد منعطف نحو طرف الانبوبة فمدخل الآلة في القناة السمعية ثم ينفذ فيها الساق باللي فتنفذ هذه الساق في هذا الغشاء وجاوزته بنحو (٢) ملليمتر ضغط الجراح على الزنبك الذي في طرف الانبوبة فيضغط القرص على طرف الانبوبة فبذلك تنقطع قطعة من الغشاء

* (في ثقب الخلايا المحلمية) *

(كيفية العمل) هي ان يشق الجراح الجلد المغطى للنتوء المحلي شقا صليبيا ثم يضع التريبان بعيدا عن قاعدة هذا النتوء بقدر سنتيمترين وثقب به العظم

من الامام والعلما وبعد العملية تزرق في الجرح زروقات مضادة للتعفن
 أو زروقات ملينة ويوضع على الجرح قليل من النسالة وتثبت الاساوة برباط
 (تنبه) هذه العملية غايتها اخراج الصديد المجتمع في وسط الاذن وفي الخلايا
 الحليمية

* (في قسطرة بوق اوستا كيوس) *

(تشرح جراحی) بوق (أوستا كيوس) قناة ممتدة من صندوق الطبلية الى
 الجزء العلوي من البلعوم وهي معدة لتوصيل الهواء الى باطن الاذن وطولها
 يختلف من (٣٤) الى (٤٢) مايمتر واتجاهها منحرف من الخلف الى الامام
 ومن الوحشية الى الانسية ومن اعلى الى اسفل وهذا الاتجاه يبين لفاعة
 خروج السوائل المنفرزة من الغشاء المخاطي من الصندوق والبوق من الفتحة
 البلعومية

وجزء هذه القناة القريب من الطبلية عظمي واما جزئها القريب من البلعوم
 فغضروفي وشكلها عبارة عن مخروطين صغيرين متصلين ببعضهما بواسطة
 قتهما واتصالهما يكون على زاوية منحرفة فتمتد الى الاسفل ثم ان بوق
 (اوستا كيوس) يفتح في البلعوم كما ذكرناه وخلف الصماخ السفلي حذاء
 الجزء المتوسط من هذا الصماخ تقريبا وفي هذا الجزء يكون نصف دائرة البوق
 الخلفية محاطا بشبه حوية يمكن بوضع الاصبع في الفم الاحساس بها بسهولة
 وهذه الحوية تسمى بها أيضا في القسطرة

(كيفية العمل) قديما كان بوق اوستا كيوس يقسطر من الفم وقد تدركت
 الا ان هذه الطريقة بالكيفية والمتبع الآن انما هو قسطرته من الحفرتين
 الانفيتين ولهذا القسطرة عدة طرق نذكرها فنقول اما الطريقة المعتادة
 فكيفيتها ان يجلس المريض على كرسى مائل الرأس الى الخلف مرتكزا به على
 ظهر مساعد يثبت يديه تثبتا جيدا يمنعه من التحرك الى اليمين أو اليسار ثم
 يقف الجراح امام المريض ويمسك بيده اليمنى بحس (أيتار) وهو قسطر شبيه
 بقسطر النساء منفتح الطرفين فيدخله في فتحة الانف المقابلة لبوق المراد
 قسطرته فيزلقه من الامام الى الخلف مع جعل طرف القسطر الى الاسفل

والوحشية وتحديه الى حاجز الانف ثم متى وصل الجس الى حذاء اللهاة
 (ويعرف ذلك بحركات الابتلاع التي يفعلها المريض) رفع الجراح طرفه قليلا
 مع مداومة دفعه من الامام الى الخلف نحو الجدار الوحشى من الحفرة الانفية
 فيصل بذلك الى فتحة البوق فيدخله فيه ويظهر للجراح نجاح العملية
 باحساسه بضغط واقع على طرف الجس وبوقوفه وبالاحاساس الذى يحس به
 المريض فى باطن الاذن فيزرق فى صوان الجس بواسطة محقنة صغيرة السوائل
 المراد زرقها فى البوق لتسليكه

وأما طريقة (جرال) فهى ان يحرك الجراح الجس متى وصل الى محازات
 اللهاة حركة رحوية فهذه الحركة يتجه طرفه من الاسفل الى الاعلى وتعمل
 هذه الحركة الرحوية مع ادامة دفعه من الامام الى الخلف فيدخل طرفه
 فى البوق

وأما طريقة (دبلو) فهى ان يستبدل مجس (أيتار) بمجس من الصمغ المرن
 وكيفية القسطرة به هى ان يبتدأ الجراح بادخل سلك فى البوق كما ذكرنا
 ثم يهدى على هذا السلك مجسا من صمغ مرن ومتى دخل الجس فى البوق اخرج
 السلك وزرق فى البوق السوائل الدوائية أو الهواء بواسطة كرة من
 الكاوتشوك ويفضل زرق الهواء على زرق السوائل لانه يطرد المواد المخاطية
 التى تكون فى البوق أو فى صندوق الطبلية وأيضا هو من وسائط التشنج
 الجيدة فى امراض الاذن ولا يتضرر منه المريض

وأما طريقة (الفونس جرين) التى اختارها عندهما رأى ان قسطرة البوق
 بالطريقة المعتادة وبطريقة (جرال) عسرة على المبتدئين بسبب عدم وجود
 نقط اهتدائية كافية فهى انه متى حاذى الجس الجزء الغشائى من سقف الخنك
 ادخل الجراح سبابه يده اليسرى فى فم المريض فرفع بها اللهاة من الاسفل
 ووصل بها الى الحوية الخلفية من البوق وارتكز بها عليها ثم دفع الجس
 فى هذا الاتجاه بيده اليمنى ومتى احس بطرف الجس على الجدار الخلفى من
 البوق اخرج سبابته فهذه الكيفية تصير عملية قسطرة البوق سهلة جدا

* (تنبيه) * من الناس من لا يتحمل ادخال الاصبع فى حلقه وهؤلاء يبتدأ
 بتعويدهم على وجود الاجسام الغريبة فى حلقهم بان يؤمروا بادخل اصابعهم

أوتوهافي حلوتهم كل يوم مرة أو مرتين حتى يتعودوا
واعلم ان غاية قسطرة بوق (أوستا كيوس) هي تسليكه لا مكان دخول الهواء
في صندوق الطلبة وقد يقصد بهما ادخال سوائل دوائية فيه

* (في العمليات التي تفعل في الجهاز الفمي) *

* (في العلة والفخ) *

العلة هي شق خاقي في وسط الشفة العليا أوفي احد جانبيها والفخ هو وجود
ما ذكر في الشفة السفلى والعلة أكثر مشاهدة من الفخ وتقسم الى بسيطة
والى مزدوجة والى معقوبة ببروزمة دم الاسنان وبروزة من عظم الفك
العلوي أو بافتراق هذين العظمين مع انشاق اللهاة وهذا النوع هو المسمى
بالقم الذئبي لان القم يصير معه شديها بقم الذئب
فاما عملية العلة البسيطة فاختلاف الجراحون في السن اللائق باجرائها فمهم
من قال عند ما يبلغ الطفل نحو من خمس سنين ومنهم من قال متى تم له ثلاثة
اشهر او اربعة واتفقوا على وجوب فعالها عقب الوضع متى كانت مانعة له من
الرضاعة خشية هلاكه

وكيفية العمل ان يجلس المريض اذا كان كبيرا على كرسى مرتفع وان كان
طفلا على نفذي مساعد ليضبطه ويمنعه من التحرك ثم يستدرأس الطفل
الى صدر المساعد ويضع المساعد يديه على خدي الطفل ليمنعه من ضغط
الشر يانين الوجهيين امام المتشبث السفلى من العضلتين المضغيتين وجذب
جلد الخدين نحو الخط المتوسط

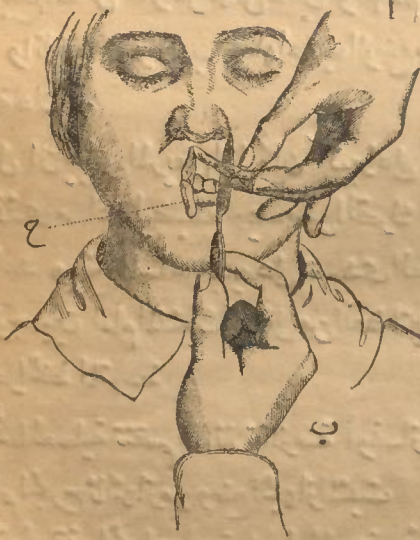
واعلم ان هذه العملية تنقسم الى ثلاثة ازمنة أو لهازمن ادماء جافتي العلة

ثانها زمن ضم الجرح ثالثها زمن وضع الجهاز المثبت

ففي الزمن الاول يقف الجراح أو يقعد امام المريض ثم يمسك الزاوية السفلى
من الحرف الايسر من الشق بصنارة أو جفت أو بين ابهام وسبابة يده
اليمنى بحيث تكون السبابة تحت الشفة ثم يدميه من الاسفل الى الاعلى
ثم يدمي الايمن كذلك ثم يغسل الجرح بالماء البارد
وفي الزمن الثاني يمسك الطرف السفلى من الجانب الايسر من الشق فيغرس

في جلده نحو الخنك دبوسا رفيعا ثم ينفذ هذا الدبوس في الجانب الايمن من الشق من الباطن الى الظاهر ثم يضع تحت هذا الدبوس خيطا ويغرس دبوسا ثانيا وثالثا ويضم الجرح بهذه الكيفية بالخياطة الكيفية وفي الزمن الثالث يوضع الجهاز بان توضع على الخدين رفائد درجية وتثبت برباط ذى كرتين يوضع وسطه في القسم المؤخر من الرأس ويصالب بين طرفيه على الخط المتوسط بان يدخل احد طرفيه في الثاني بعد شقه ثم ان هذه الدبابيس تترك ثلاثة ايام أو اربعة ولا ينبغي اخراج شيء من هذه الدبابيس الا بعد ان يطلى بالمرهم ولا يخرج الدبوس السفلى الذي يلي حرف دلشفة الا حرا

(تنبيه) متى كان قيد الشفة مانعا من ادماحافتها لزم قرصه بالمقص هذا ومن الجراحين من فضل المشروط في الادماء على المقص وكيفية ذلك ان يغرس الجراح في الزاوية العليا من العلة مشرطا مستقيما (شكل ٤٥)



ثم ينزل به الى الاسفل فهذه الكيفية يدمى احدى حافتيها فيدمى الاخرى ويضم الجرح كما تقدم وأما العلة المزروجة ففي كانت فيها القعطة الشفوية المتوسطة قصيرة رقيقة فعلى الجراح ان يقطعها ويدمى حافتي الشق كما قدمناه في عملية العلة البسيطة

وان كانت طويلة عريضة لزمه ان يدمى حافتها واحافتي الجانبين ثم يرضم كلامن
جانبيها الى ما يليه بالخياطة الكنبية وقد تكون القطعة المتوسطة عريضة
قصيرة ففي هذه الحالة يلزم ان يدمى الجراح حافتها ويجعل شكلها مثلثا قائمه
الى الاسفل ثم بعد ادماء كل من الجانب الايمن والجانب الايسر يرضم القطعة
المتوسطة اليهما فبعد الالتئام يصير شكل الندبة شديدا بحرف اليا اليوناني
هكذا (Y)

وأما العلة المضاعفة ببعض الامراض فهي التي تكون معجوبة ببروز الثنايا
المعروفة بالقواطع أو بروز العظم الفكى أو بشق في ارنبة الانف أو في احد
خنايبه أو في الخنك أى سقف الفم وعلى مقتضى ذلك تختلف كيفية العمل
فمقلع الثنايا البارزة لاسيما ان كانت من اسنان اللبن لتخلفها ثانيا غير بارزة
ثم تتم العملية بنحو ما تتم به عملية العلة البسيطة

واما بروز العظم الفكى فيزيله الضغط متى كان المريض طفلا وكيفية هذا
الضغط ان توضع على البروز رقائذ درجية ثم يوضع فوق هذه الرقائذ وسط
رباط ويوجه طرفا هذا الرباط الى العظام هناك بالصان ثم يعتقدان على
الجهة بعد شدهما شدا جيدا ويراد في هذا الشد منازع مناخى يذهب البروز
ويتساوى العظم ثم تفعل العملية على العادة وهذه هي طريقة الجراح

(دوسولت)

فان لم يزل البروز بهذا الضغط قرصة الجراح وهي طريقة الجراح (دوبوترين)
وقد بقي علينا ان ننبه على ان قرص الجزء البارز يعقبه غالباً نزف شديد فعلى
الجراح ان يستحب عند ذلك محلول فوق كاورور الحديد ليضعه على السطح
النازف حتى ينقطع النزف وبعد قرص الجزء البارز يرضم الجراح الاجزاء
الرخوة كما اذ لم يكن هناك بروز

وأما العلة المضاعفة بشق ارنبة الانف أو خنايبه فدمى فيها حافتنا الشق
وتضم احدهما الى الاخرى كما في عملية العلة البسيطة

وأما شق سقف الخنك فلا يمنع من عملية العلة بل كثيرا ما يشاهدز والى عقبها
الان من الجراحين من يضغط عند فعلها على جانبي الفك العلوى ليمتقارب
نصفاه على الخط المتوسط

* (في ضخامة الشفة) *

الضخامة العظيمة جدا في الشفة تصير منظر فم المصاب بها كمنظر فم الخنزير
 ويلزم ان تميز ضخامة الشفة عن الاورام الانتصائية التي تشاهد كثيرا
 في الشفتين لتغاير معالجتهما

(كيفية العمل) يجلس المريض على كرسي مائل الرأس قليلا الى الخلف مع
 تلميته بمساعدة على هذا الوضع ثم يمسك مساعدا اخر الشفة بالقرب من احدى
 زاويتيها فيجذبها الى الامام ويقلبها قليلا فيوترها الجراح بيده اليسرى بان
 يمسكها من زاويتيها الاخرى ويشق جميع طولها بمشرط مستقيم ويجعل الشق
 قريبا من الغشاء المخاطي حدا الزاويتين ثم يسلخ الشريحة المخاطية من اسفل
 الى اعلى ويصلها بالمقص أو بالمشرط
 (تنبيه) الجرح الذي يعقب هذه العملية يكون متساجا جدا لكنه يلتئم
 بسهولة فان كثر نزف هذا الجرح فينبغي مسه بكرات من النسالة المغموسة
 في محلول فوق كلورور الحديد

* (في عملية توسيع الفمحة الغمية) *

ضيق الفم سواء كان متسببا عن ردة اثر النجم أو خلقيا يجب توسيعه بفعل
 عملية جراحية ولذلك طرق عديدة
 منها طريقة (بويه) وكيفيةها ان يشق الجراح زاويتي الفم شقا مستعرضا
 ثم يضع بين شفتي الجرح صفيحتين من الفضة مقعرتين على هيئة ميزاب لمنع
 الالتصاق

ومنها طريقة (ديفنباخ) وكيفيةها ان يوتر الجراح الشفة باهم وسبابة
 يده اليسرى أو بمشبك مزدوج اذا كانت فمحة الضيقة جدا ثم يغرز اعلى
 زاوية الشفة بقليل بين الغشاء المخاطي وبقية نسج الشفة مشرطا مستقيما
 ومتى وصل بالمشرط الى طول كاف حول نصله نحو الجدار فشقته ثم يشق شقا آخر
 اسفل من الشق الاول بسنتيمتر ونصف ويوصل هذين الشقين من الوحشية
 بشق ثالث هلالى الشكل ثم يمسك بجفت الشريحة الناتجة عن هذه الشقوق
 فيفصلها بدون ان يجرح الغشاء المخاطي ثم بعد ذلك يشق الغشاء المخاطي شقا

مستعرضا بعد من الزاوية المستحدثة بقدر (٦) او (٨) مليمترا ثم يضم الجراح حافتي هذا الغشاء بجدار الشفتين ببعض غرز خياطة متقطعة وكما فعل في احد زاويتي الفم يفعل في الزاوية الاخرى والالتحام هنا يحصل بالقصد الاول ولا يتكبر نسيج ندبي ويمكن الاستغناء عن الخياطة المتقطعة بالمضام ومنها طريقة الجراح (سير) وكيفيةها أن يشق الجراح زاويتي الفم شقا مستعرضا كما في المضموم يضم الجلد والغشاء المخاطي بالخياطة المتقطعة (حكومية) طريقة (ديغبناخ) جيدة وتنتجتها عظيمة جدا الا انها مؤلمة وطويلة المدة ولذا تفضل عليها طريقة (سير) التي تستبدل فيها الخياطة المتقطعة بالمضام

* (في سرطان الشفة) *

متى لم يكن هذا الورم عظيم الحجم امكن ازالته بفعل شق على شكل السبعة بالرقم الهندسي ثم تضم حافتا الجرح بالخياطة الكتبية وهذه هي الطريقة المعتادة وأما طريقة الجراح (ويشران) فهي أن يستأصل الورم بشق هـ لاني ثم يضم الجرح ضمادا بسيطا من غير ضم محافتيه وهذه الطريقة لا تستعمل الا اذا لم يشغل المرض الا الجزء المخاطي من الشفة فان كان شاغلا لجزء عظيم منها وجب أن يزيله الجراح ثم يفعل عملية الترقيع كما أوضحناه في صحيفة ١٢٢

* (في امراض الاعضاء اللعابية) *

* (في نواصير المنكفة) *

هذه النواصير تعقب عادة انفتاح بعض الخراجات المتكونة في القسم المنكفي وتعالج بالكبي بترات الفضة أو الكبي بحمض الازوتيك أو حمض الكبريتيك أو الحديد المحي الى درجة الابيضاض وبالضغط وبالزروقات المهيجة كالكوئل والنيبيذ وكل سائل كما يحدث في القناة الناصورية التهابا ماصقا وبالقرص اذا كانت شفتا مفتحة الناصور متغيرة بأن تقص بالمقص ثم يضم الجرح بالخياطة الكتبية أو بأشرطة من الجبر الانكليزي

* (في نواصير قناة استون) *

هذه القناة تنج من الخلف الى الامام وتتصلب مع العضلة المضغية ثم بعد ان تجاوزها بتقليل تنحني وتغور الى الباطن وتفتتح في الغشاء المخاطي

الحنكي من الشدق - نداء الضرس الاول أو الثاني من الاضراس الكبيرة تحت منعطف هذا الغشاء على اللثة بثلاثة أو أربعة خطوط وهذه القناة اسفل عظم الوجنة بأربعة خطوط واتجاهها غير تام الافقية لانها منحرفة من الاعلى الى الاسفل ومن الخنف الى الامام وهي غليظة الجدران وتصطبب في سيرها غالباً بالشریان الوجهي المستعرض الذي هو أعلاها ببعض مليترات وتصطبب أيضاً بفروع من العصب الوجهي - فلو شق شق عمودي غائر في موضعها لم تبعد اصابتها ولا اصابة ما معها من الاعضاء

ثم ان نواصير هذه القناة تعالج بطرق اربع فالطريقة الاولى ثمرتها سدا الفتحه الناصورية ليتبع اللعاب سيره الطبيعي وينصب في الفم ويشترط في نجاحها ان تكون هذه القناة غير منسدة وفوهتها مفتوحة غير ضيقة ولها كيمييات كثيرة

(منها) الخياطة الكتيبة وكيفية ان يدمى الجراح حافتي الفتحه الناصورية ويقرب كل منهما الى الاخرى تقريبا جيداً ثم يضمهما بالخياطة الكتيبة ويضع عليهما قطعة من الخبز الانكليزي

(ومنها) الكي بالنار أو بالمحجر الجهنمي فيستعمل الكي بالنار عندما تكون الفتحه واسعة بواسطة مسبر محمي ويستعمل الكي بالمحجر الجهنمي عندما تكون ضيقة بعد ان تنظف الفتحه وما حولها تنظيفاً جيداً ثم تحفف ثم يوضع عليها المحجر الجهنمي - فتكون خشك ريشة غليظة رفع المحجر وجفت الفتحه ثم وضع عليها قليل من النسالة يثبت بالمحجر الانكليزي ويربط برباط معتاد ويمنع المريض من تناول الاشياء المنبهة لافراز اللعاب وبعد مضي (١٥) يوماً يحل الرباط ويترك المحجر حتى يسقط من نفسه مع الخشك ريشة فالخشك ريشة التي تحصل عن الكي تسد فتحه الناصور فتلجئ اللعاب أن يتجه الى الفم تابعاً مجراه الطبيعي

ومنها الضغط اما على فوهة الناصور واما على نفس القناة بين الناصور والنكفة كما فعله الجراح (ميزونوف) واما على نفس النكفة وذلك ليمتنع مرور اللعاب في القناة فلا يصل الى الناصور فتلتئم حافتاه وهذه هي طريقة الجراح (دوسولت) والغرض منها ضمور النكفة الا انه عند التأمل في وضعها التشرحي يعلم ان

ذلك لا يتم لما ان جزأ عظيماتها تمتع بالفرع الصاعد من عظم الفك السفلي
والطريقة الثانية ثمرتها توسيع القناة وتسليكها وكيفية ان يتخذ خيط في
سم مسبر رفيع شبيه بمسبر (انيل) المستعمل في الناصور الدمعي ثم يدخل هذا
المسبر في فوهة الناصور ويوجه بانحراف من الخلف الى الامام ومن الوحشية
الى الانسية وكذا من الاعلى الى الاسفل لكن كما لا يمكن دخوله في الجزء
المقدم من القناة للعباية فيدفع نحو الخنك عندما تتجذب زاوية الفم الى
الوحشية ليزول اعوجاج القناة فيخرج طرفه من فوهتها الطبيعية فيجذب منها
الخيط ويخرج طرفه من الفم ويربط فيه فتيل مركب من خيطين رفيعين
أو ثلاثة ثم يجذب هذا الفتيل بواسطة الخيط من باطن الخنك الى فوهة
الناصور حتى يخرج طرفه من هذه الفوهة مع الخيط الذي هو معلق فيه ثم
يثبت على الخد وفي كل يوم يغير الفتيل بهذه الكيفية مع تغليظه كل يوم عن
الذي قبله حتى تسلك الفتحة الطبيعية وتعلم اتساع القناة بقله خروج اللعاب
من الناصور رفع الفتيل ثم كويت حافتا الفتحة الناصورية بالحجر فتكون
عن ذلك خشك ريشة تسدها وتدام المعالجة على ما سلفناه في المعالجة بالكي
فان لم يمكن ادخال الفتيل من الفتحة الناصورية ادخلت من الفوهة الطبيعية
بان يقف الجراح امام المريض ثم يمسك زاوية الفم بابهام يده اليسرى
موضوعة في الخنك وبالسبابة والوسطى موضوعتين على الخدان كان الناصور
في الجهة اليمنى فان كان في الجهة اليسرى فالامساك يكون باليد اليمنى
ثم يمسك الشدق ويقبله الى الظاهر حتى تتجه فوهة القناة الى الامام ويزول
اعوجاجها ثم يدخل المسبر في القناة اليسرى من الامام الى الخلف حتى يخرج
طرفه من فوهة الناصور وتتم العملية بما أسلفناه

والطريقة الثالثة ثمرتها احداث فوهة صناعية للقناة النكفية ولها كفيات
كثيرة اجودها كيفية الجراح (دوجيز) وهي أن يدخل مبرل رفيع من
الناصور في قناة (استينون) ثم يعرّز بانحراف في الخد الى الباطن والخلف امام
الطرف المقدم من العضلة المضغية حتى يصل الى تجويف الخنك ويلزم الجراح
ان تكون السبابة والوسطى من يده الفارغة عند دغرز المبرل داخل فم
المريض ليوتر بهما الاجزاء الرخوة فلا يجرح اللثة ولا اللسان بالسهم اثناء ثقبه

للعشاء المخاطى ومتى نفذ الميزل في الحنك يخرج السهم من الماسورة ثم ينفذ فيها
سلكا من الرصاص حتى يصل طرفه الى الحنك فعند ذلك يمسكه ثم ينزع
الماسورة من الجرح ثم يدخل السهم في الماسورة ثانيا ويضع الميزل في قعر الناصور
فيثقب به الحذرة ثانية من الخلف الى الامام ومن الظاهر الى الباطن حتى
يصل طرفه الى تجويف الفم فينزع السهم كما مر ثم ينفذ من الماسورة خيطا
مزدوجا من الحرير أو من التيل المشمع ثم يخرج هذه الماسورة ويربط الطرف
الخارج من السلك الذي من الرصاص في طرف الخيط ثم يجذب حتى يدخل
في تجويف الحنك فهذه الكيفية يصير طرفا السلك داخل الفم فيلويان معا
على نفسهما لتلايخرجا ويقرضان بالقرب من الشدق ثم يمدى الجراح حافى
الفتحة الناصورية ويخيطهما خياطة كتيبة ويدير غذاء المريض بأن لا يرضخ
له الا في الاطعمة السائلة ويلتزمه عدم الكلام فهذه العملية يسيل اللعاب
في الفم تابعا للسلك وينقطع خروجه من الفتحة الناصورية وبعد التمام هذه
الفتحة يخرج السلك فمقبى الفتحتان كأنهما طبيعتان
هذا ومن الجراحين من يستبدل السلك بخيط من الحرير

* (في استئصال النكفة) *

هذه الغدة على شكل هرم قاعدته الى الجلد وقمة غائرة وهي بين التواء الحنجرة
والحافة المقدمة من العضلة القصية الخشائية من الخلف وفرع الفك السفلى
من الامام والقوس العذاري من العليا وزاوية الفك من أسفل وهي مغطاة
بالجلد والنسيج الخلوى محاطة بصفاق ليفى خاص وهي تغطى أو تحتوى في
باطنها على الشريان الوجهى المستعرض وعلى العصب الوجهى والشريان
الصدغى السطحى والشريان السبباني الظاهر والوريد الوداجى الانسى
والعصب العظيم تحت اللسان والرئوى المعدى والسنباتوى العظيم وهذه
الغدة لها زوائد عديدة تدخل في الاجزاء المحيطة بها ولذا كان استئصالها بتمامها
صعبا جدا ولو من الميت

(كيفية العمل) جزم أغلب الجراحين بأنه لا يمكن استئصال النكفة بتمامها
بسبب مجاورتها المهمة وما يحصل للمريض من الخطر وبالجملة متى ايدر

استئصالها لزم أن يكون الجراح عالما جيدا بجميع ما يحتوي عليه القسم
التكفي من الاجزاء ثم يشق حذاء الغدة شقا صليبا ثم يعزل جميع هذه الاعضاء
المهمة حتى يصل اليها فيستأصل ما يريد منها فان كان يريد أن يستأصلها جميعها
لزمه أن يربط أولا الشريان السبائي الاصلى ومع هذا فترك الاقدام على هذه
العملية هو الصواب

* (في استئصال الاورام التي تحصل في القسم التكفي) *

يلزم لا جمل ذلك استحضار مشروط وجفوت ربط الاوعية وجمت (موزو)
وصنابير ثم يجلس المريض على كرسي مسند رأسه الى صدر مساعد ثم يشق
الجراح من الجملد والنسيج الخلوي والطبقات الليفية ازاء القطر الكبير من
الورم ومتى وصل الى سطحه فان وجدته في كيس خلوي شق هذا الكيس
واقطع الورم باصابعه وان لم يكن في كيس كما هو الغالب فصله بسنجه مما
يجاوره الى ان يقرب من جزئه الغائر المجاور للاوعية فيربطه برباط ويقطعه
من فوق الرباط

* (في العمليات التي تفعل في الغدة تحت الفك) *

* (في نواصير الغدة تحت الفك) *

تستعمل في معالجة نواصير هذه الغدة جميع الطرق التي ذكرناها في معالجة
نواصير النكفة ومن الجراحين من أوصى باستئصال الغدة تحت الفك اذ لم
تفد هذه الطرق

* (في استئصال الغدة تحت الفك) *

(تشرح جراحی) هذه الغدة موضوعة في القسم فوق العظم اللامي وهي
مغطاة بجم عظم الفك السفلي وتجاورها من العليا والخلف العضلة الكتفية
اللامية ومن السفلى العضلة ذات البطنين وهي منفصلة عن الجملد بالنسيج
الخلوي وبالعضلة الجملدية والصفاق ويوجد الشريان الوجهي على السطح
الوحي منها قريبا من حافتها الخلفية وحيانا يكون هذا الشريان موجودا في

شبه ميزاب وأما الشريان اللساني فهو أسفلها من فصلا عنها بالعضلة اللامية
اللسانية

ويكفي في استئصال هذه الغدة ان يشق ازاء العظم اللامي شق تحديده الى
الاسفل وعلى اتجاه العضلة ذات البطنين

* (في الداء الضفدعي) *

هذا الداء عبارة عن ورم يتولد تحت اللسان فيرفعه ويمنعه من الكلام ويبرز
في الفم وورميا عظم حجمه فلا تجويف الفم ويبرز تحت حافة الفك السفلي في الجزء
المقدم العلوي من العنق

وسببه انسداد قنوات (وارتون) وتمدد هاسما يجمع فيها من اللعاب الذي
تقرزه الغدة تحت اللسان وقد يشاهد تحت اللسان أيضا ورم شبيه بهذا الداء
وهو استسقاء الكيس المصلي الموجود تحت اللسان المنسوب للطبيب
(فليثمان) ونامسعى هذا الورم بذلك لانه يكون على شكل الضفدعة ويصير
صوت المريض شبيها بصوتها

ولشرح الطرق التي يعالج بها بالاختصار

فنها البط بمزل رفيع أو بمشرط واستفراغ ما في الورم وهذه الطريقة نادرة
النجاح لان الورم يتجدد بعدها غالبا

ومن شاق الورم شقا يستغرق طوله واستفراغ ما فيه ثم كي السطح الباطن منه
بالمحراجهنمي

ومنها كي الورم بالمحديد المحمي بأن ينفذ المحراج المحور من ثقب في صفيحة
معدنية ثم يكوى به الورم وفائدة هذه الصفيحة هي منع مجاوزة تأثير الحرارة
الى ما يحاوره من الاجزاء الرخوة

ومنها شق الورم وقرض جدرانه أو امساكه بجمت (موزو) وقرض الجزء
البارز منه دفعة واحدة

ومنها الاستئصال لكن بشرط أن يكون هذا الورم في كيس وليس مرتبطا
بقنوات (وارتون) اذ يمكن حينئذ استئصاله بعد شق الغشاء المخاطي له
وفصله من الاجزاء التي تحته بجذبه جذبا خفيفا

ومنها الخزم وكيفية ان ينفذ الجراح في الورم ابرة في سها خيط ثم يجمع طرفي الخيط معا ويعقد هما ويترك على هذه الحالة نحو (٥) اسابيع ليترحل الورم ومنها بط الورم بمنزل رفيع وزرق قليل من صبغة اليود فيه ومنها استعمال زر (دوبوترن) وكيفية ذلك ان يجلس الجراح المريض على كرسي ثم يرفع لسانه ويشق شتما طوله نحو سنتيمتر يستفرغ عنه ما في الورم ثم بعد ذلك يمسك احد حافتي الشق بجفت ويدخل في الفتحة زر (دوبوترن) وهو زره ثقب من وسطه ليسهل خروج المادة منه متى تكونت في باطن الكيس

* (في العمليات التي تبذل في اللسان) *

(في قطع قيد اللسان)

اعلم انه قد يستطيل قيد اللسان من بعض الاطفال الى طرفه فيمنع الطفل من الرضاعة فهذه الحالة يجب فيها المبادرة بقطع قيد اللسان لتلايهك الطفل وكيفية ذلك ان يجلس الطفل في حجر مرضعته من غير الرأس قليلا الى الخلف ثم يزلق الجراح الطرف المستعرض من الجس القنوي تحت اللسان بحيث يدخل القيد في شق هذا الطرف ثم يدفع اللسان بالجس الى الاعلى والخلف ليتوتر هذا القيد فيقطع بمقص منحني على صفحته فاذا حصل سيلان بعض دم عقب هذا القطع فيمسك الجزء النازف بالبحر أو توضع عليه كرة صغيرة معموسة في محلول فوق كلورور الحديد

* (في التصاق اللسان) *

هذا الالتصاق يكون تارة خلقيا وتارة عارضا ويكون اما شبه اربطة خيطة الشكل او ملتصقا في سعة عظيمة بالمجداز السفلي من الحنك أو باللثة أو بالشدق فان كان شديبا اربطة خيطة فيزال بقطع هذه الاربطة واما اذا كان عاما ومثيبا فيفصل اللسان بان يجلس المريض منحدرا لرأس الى الخلف على وسادة أو على ساعد مرضعته أو ساعد مساعد ويقف الجراح خلفه عن يمينه فينحى الجزء الخالص من اللسان بسبابته أو بملاق ثم يقطع بمشرط مستقيم وسائط الالتصاق شيئا فشيئا ويجب اثناء هذا القطع ان يبعد الجراح جد المشرط عن جسم اللسان ما يمكن فرارا من اصابة العروق تحت اللسان

وان يزيل الالتصاق في مرات لا دفعة واحدة ليتنفس المريض ثم بعد انهاء
العملية ينظف الفم بالغراغر القابضة منعاً لسيلان الدم ويجهد في منع
حصول الالتصاق ثانية بواسطة المضامض المرخية اللطيفة وبكثرة تحريك
اللسان وبإمرار اصبعه زمناً فزماً بين الجزئين المنفصلين ليندمل كل منهما
على حدته

* (في العملية التي يقتضيهاداء التمتة) *

هذا الداء يعالج بقطع العضلتين الذقنيتين اللسانيتين ولهذا العملية
طريقتان طريقة (بودنس) وطريقة (بونيه)
فأما طريقة (بودنس) فكيف يتم ان يجلس المريض على كرسى مثبتاً رأسه
بمساعده ثم يبعد الجراح بين زاويتي الفم ويوتر العضلتين الذقنيتين اللسانيتين
بواسطة مشبك يعرضه غرزاً في الخط المتوسط قريباً من الوجه الخلفي من
عظم الفك السفلي ثم يمسك يده اليمنى مقصاً مخنياً على جنبه فيدخله بعد
فتحه الى قريب من النتوين الذقنيتين فيقطع به في دفعة واحدة العضلتين
الذقنيتين اللسانيتين ثم توضع في الجرح كرة من النسالة أو قطعة من الاسفنج
أو الصوفان لا يقف الدم ولا تنحى هذه السداة الا بعد يومين أو ثلاثة
وأما طريقة (بونيه) فكيف يتم ان يجلس المريض كما ذكر مائل الرأس
الى الخلف ثم يزلق الجراح سبابه يده اليسرى على الوجه الخلفي من عظم الفك
السفلي ويصل به الى قريب النتوين الذقنيتين ثم يمسك يده اليمنى مقطعاً
عضلات حاداً رفيعاً يعرضه من وسط القسم تحت الذقن في الجلد والعضلة
الجلدية وفي العضلتين ذاتي البطنين والعضلتين الكتفيتين اللاميتين ثم
يخرجه ويدخل محله مقطعاً عضلات دازر حتى يصل به تحت الغشاء المخاطي
القمي ويعرف وصوله اليه بالاحساس به بالاصبع السبابه من الفم فعند
ذلك يسير الجراح بالمقطع الى اليمنى ثم الى اليسرى فتقطع العضلتين
الذقنيتين اللسانيتين بهذه الكيفية ويعرف تمام قطعها بحصول فرقة
خفيفة وبزوال المقاومة فيخرج حينئذ المقطع ويوضع على الجرح الخارجي
قطعة من الجبر الانكازي

(تنبيه) قد شاهد الجراح (بونه) عقب هذه العملية انسكاب دموي عظيم
 بحيث يمكن ان يعوق الباع والتنفس ويؤمن حصول العارض بوضع رفائد
 درجية أو مكددة صغيرة حذاء التتوين الذقنين وتثبيتها بالعصابة المقلاعية
 فبالضغط يمنع حصول هذا العارض

* (في قطع اللسان) *

قد يضطر الى قطع بعض اللسان أو كله وذلك عندما يكون مصابا بالسرطان
 وهذه العملية طريقتان أو لاهما قطعها بالسلاح ولها كيفيةتان احدهما
 كيفية الجراح (لوى) وتستعمل عندما يكون السرطان لم يشغل الا طرف
 اللسان فيجلس المريض على كرسى ويسند رأسه الى صدر مساعد ويكون خلفه
 ثم يضع الجراح بين فكيه قطعتين من خشب الغلين لثلاثين تقريبا اثناء العمل
 ويأمره بان يخرج لسانه فيمسكه اما بيده ملففة بخرقة وأما بجفت (موزو)
 ثم يفصل منه الجزء المريض بان يقطع اللسان عرضا قطعاً متجاوزاً الحدود
 السرطان

الكيفية الثانية من كيفية القطع بالسلاح وتنسب الى الجراح (بونه)
 هي ان يجلس المريض كما سبق ثم تثبت الجراح لسانه بصنارة يعرضها في الجزء
 المريض ويوكل بهام مساعداً ثم يمسك هو لسان المريض بين ابهام وسبابه يده
 اليسرى ثم يشقه من حدود السرطان بمقص مستقيم شقاً منحرفاً يتجه به من
 حرف اللسان الى وسطه ثم يمسك الجزء المريض بيده اليسرى ويشق شقاً آخر
 يجتمع مع الاول بعيداً عن حدود السرطان بحيث يحصل من اجتماعهما شكل
 السبعة بالرقم الهندى هكذا (٧) ثم ينظف الجرح ويضمه بالخياطة المتقطعة
 واعلم ان هذه العملية يمكن فيها استعمال المشرب بدلا من المقص وقد
 استصوب ذلك الجراح الفرنسي (الفونس جرين) وكيفية ذلك انه بعد
 جذب لسان المريض الى الخارج بالصنارة يضع تحته الجراح قطعة رقيقة
 مفرطحة من خشب الغلين ويثبتها عليهما بان يعرض في الجزء المراد اباتته منه
 دبا بيس رقيقة ثم يحيط المرض بشق عملى شكل السبعة بالرقم الهندى بفعله
 بمشرط مستقيم خارجاً عن موضع غرز الدبا بيس وبعد ذلك يضم الجرح كفاي

كيفية (بوييه) والعادة ان يتم الالتئام بعد ثمانية ايام كما شاهدته هذا الجراح

وأما الطريقة الثانية وهي التي يستأصل فيها اللسان بربطه وشده من اصله بخيط متين فلها عدة كيفيات أيضا منها كيفية الجراح (مايور) وتعمل عندما يكون المرض في نصف اللسان فقط فيجاس المريض بالكيفية التي ذكرناها انفا ويشد لسانه بصنارة ثم يشقه الجراح طولا نصفين بشرط مستقيم يعرضه ثم يفتذبين هـ ذين النصفين خيطا متينا فيربط به النصف المريض خلف ما يحاذي المرض ويشده هذا الخيط بالآلة المعروفة بشادة العقدة المتسوية لهذا الجراح أي (مايور) وهي انصب في هذه الاحوال من غيرها لكونها شبيهة بالسبحة قابلة للانعطاف وتوافق مع حركات اللسان فلا تتعب المريض

وأما اذا كان السرطان مستوعبا لجميع اللسان فيربط بان يعرض في وسطه من الاسفل الى الاعلى بعيدا عن حدود الداء البرصية مقوسة في سمها خيط مزدوج ويربط كل نصف على حدة فلا يشق اللسان أولا وهذه هي كيفية الجراح (مينجولت)

ومنها كيفية الجراح (جول كلوكيت) وهي ان يشق الجراح في الجزء المتوسط من القسم فوق العظم اللامي شقا صغيرا به تتكشف العضلات الذقنية اللامية فيبعد بعضها عن بعض ثم يأمر المريض بان يخرج لسانه فيمسكه بجفت ويجذبه الى الخارج بقوة ثم يعرض ابرة كبيرة مقوسة ذات يدو سمها في سنها في اصل اللسان على المحط المتوسط من العنق ويدفعها من الاسفل الى الاعلى حتى تخرج من ظاهر اللسان فتى ظهرت نفذ في سمها خيطا مزدوجا ثم يخرجها من حيث ادخلها مع الحذر من خروج الخيط معها فهذه الكيفية يصير الرباط ذا طرفين في الفم وطرفين خارجه فيدخلها مرة اخرى من جرح العنق بدون ان ينفذها من اللسان وانما ينفذها بين الفك السفلي وحافة اللسان وينفذ فيها طرفي الخيط الباقيين في الفم ويخرجهما من جرح العنق فهذه الكيفية يكون كل من نصف اللسان محاطا برباط على حدة فيشد بواسطة شادة العقدة وفي كل يوم يزداد في هذا الشد حتى ينفصل الجزء المريض

ومنها كيفية الجراح (ميرولت) ولا تخالف ما قبلها الا يكون الخيط المزدوج
 ينفذ من سم الابرة قبل ادخاله في جرح العنق
 ثم ان استئصال بعض اللسان أو كله بطريقة الربط اقل جودة منه بطريقة
 الشق لانه يعقب الربط غالباً غنغرينة في الفم يشتمز منها المريض الا انها
 لا تكون محبوبة بالنزف الذي يصحب الشق ولذا أوصى بعض الجراحين بربط
 الشريانين اللسانيين قبل الشروع في استئصال اللسان بالشق
 وقد استعمل الجراح (شاسنيك) آتته المعروفة في استئصال اللسان
 وقطعه بها في مسافة ساعة أو ساعتين
 وقد اوصى الجراح (سيدالو) بأنه متى أريد استئصال اللسان من قاع دته
 تشق الشفة السفلى من وسطها وينشر العظم الفك السفلي من اعلى الى اسفل
 فيما يحاذى ارتفاق الذقن لان هذه الكيفية يسهل تبعيدها بين فرعي
 العظم فتصير العملية سهلة جداً مثل عملية بسيطة في النسيج الخلوي
 تحت الجلد

* (في خياطة شق اللهاة) *

اعلم ان كثير من الاطفال يولد مشقوق اللهاة فتعسر عليه الرضاعة ويكون
 ناقص النطق اخن ولهذا الشق انواع ثلاثة
 (احدها) شق اللهاة البسيط وهو الذي لا يحبه فقد جوه رحنها ولا تشقاق
 في الحنك أى سقف الفم وهذا النوع يمكن تقارب حافته أثناء الازرداد
 بفعل العضلات
 (ثانيها) شقها المحبوب بانشقاق الحنك شقا غير كامل
 (ثالثها) شقها المحبوب بشق الحنك كله فربما شوهد امتداد هذا الشق
 الى الامام نحو الوجه فتكون عنه عملة بسيطة أو مزدوجة ويلزمنا قبل شرح
 العملية التي يستدعيها هذا التشوه البداءة بتعيين السن المناسب لفعالها
 فنقول لما كان نجاح هذه العملية يتوقف على ان المريض يكون حال العملية
 في حالة سكون وكذا حال ادخال الآلات اللازمة في فمه أثناء فعالها وعلى
 عدم الاكثار من الصراخ ومن الكلام بعد فعالها وتقليل الازرداد بعض

ايام نزم ان يكون ميمز او مع ذلك فكل من الجراح الانكليزي (فيرجوسون)
 والجراح الفرنسي (سيدلاو) ادعى امكان فعلها للصغار جدا من الاطفال
 * (كيفية العمل) *

اول من أجرى هذه العملية بانتظام ونجاح الجراح الفرنسي (رو)
 في سنة ١٨٢٥ لساب حكيم اسمه (استيفانسون) ثم ان عدة من الجراحين
 نوعوها لكن بدون كبير فائدة واجود هذه التنويرات تنوير الجراح
 (فيرجوسون) لابطاله فعل العضلات بقطعها فانه تحقق ان اغلب عدم
 نجاح هذه العملية ناشئ عن فعل العضلات وتقلصها لاسيما تقلص العضلة
 الرافعة للهاة والعضلة اللهاية البلعومية فانه يمزق الحياطة
 ثم ان هذه العملية عبارة عن أربعة أشياء قطع عضلات اللهاة وادماء
 حافتي الشق ووضع الخيوط ثم اخراجها بعد ايام

ومتى شرع الجراح فيها اجلس المريض على كرسي مثبتا رأسه تثبيتا جيدا
 بواسطة مساعد يقف خلفه وخفض لسانه بيد ملعقة أو بمولوق أو بخافضة
 اللسان وهذا هو الاوفق ووكل بذلك مساعدا آخر ثم يأخذ في قطع العضلات
 بان يوجه سكينه صغيرا منحنيا الى خلف اللهاة فيشق على جانبيها من اعلى
 الى اسفل شقاغايرا يقطع فيه كلامن العضلة الرافعة للهاة والشادة لها
 والهاية البلعومية ويعرف الجراح تمام قطع العضلات بعدم تقلص اللهاة
 فعند ذلك يدمي حافتي الشق بان يمسك الطرف السفلي من احدهما بجفت
 ذى اسنان دقيقة فيدميها بمقص (أوزو) أو بمشرط ذي حدين ويلزم
 ان يكون هذا الادماء عاما لجميع سمك اللهاة وان يكون بقدر طول الشق
 ثم يفعل ذلك في الجهة الاخرى ثم يأمر المريض بالعضضة ليزول ما بغمه من
 الدم ومتى انقطع نرف الدم شرع الجراح في وضع الخيوط بان يأخذ ابرة محمولة
 على حامله الابر المعتادة في سمها خيط متين فيتمعه في قطع الشق من الخلف
 الى الامام في واحدة بعد الاخرى ثم يعقد الخيط بيده وهكذا على حسب طول
 الشق فتعمل غرزتان أو ثلاث أو اربع ثم يرد المريض في فراشه ويأمره بان

يبدل جهده في منع تحرك اللهاة ولا يحرص له في غير الاطعمة السائلة المغذية
 قبل مضي بعض من الايام ويأمره بان يتألف في الازدراء الى الغاية ويمنعه
 من الاطعمة الصلبة قبل تمام الشفاء ويأمره أيضا بان يجتهد في عدم السعال
 والبصاق وابتلاع الريق الى ثمانية ايام أو عشرة وبعده ذلك ينزل الجراح
 الغرزة العليا وأما السفلى فلا تزال الا بعد ذلك بيومين أو ثلاثة وبالمجملة
 متى لم يتسبب عن وجود الغرزة تعب ولا تهيج فالأوفق ان يتركها الجراح بعض
 ايام ولا يزيلها الا بعد تمام الالتحام والا كان ذلك سببا في عدم نجاح
 العملية

وكيفية ازالة تلك الغرزان يجلس الجراح المريض على كرسى ويأمره بان يفتح
 فيه ثم يمسك العقدة العليا بجفت بدون ضغط على اللسان ويقص الغرزة
 فان وجد ان بين الغرز فتحات صغيرة لم تلجم فعليه ان يسهاها مساحفينا بالمحجر
 الجهنمي

(تنبيه) استصوب بعض الجراحين في هذه العملية ان ينفذ خيط الخياطة
 قبل ادماء حافتي الشق لما يسيل عنه ذلك من الدم الا انه متى كان الجراح
 ماهرا حاذقا فسواء تنفذ الخيط قبل الادماء وبعده

* (في ترقيع اللهاة) *

طريقة (بونفيس) في ذلك هي ان يسلخ الجراح من سقف الحنك شريحة يكون
 ذنبيها قريبا من الجزء المراد تعويضه ثم يقرب هذه الشريحة من الامام
 الى الخلف بان يلوى ذنبيها ثم يضم حافتيها بشفتي ثقب اللهاة بعد ادمائهما
 وهذه الطريقة مع كون الظاهر انها بسيطة جدا هي في الحقيقة صعبة
 وقليلة النجاح

وأما طريقة الجراح (رو) فكيفيها ان يمسك الجراح الغشاء الليفي الخاطي
 من سقف الحنك بالقرب من تفرق الانصال ويفصله من العظام بسلخه سلخا
 كافيا ليتمكن من تقريب شفتي تفرق الانصال ببعضهما من بعض ثم يسلخ
 الغشاء الخاطي الليفي من الجهة الاخرى من تفرق الانصال وتدعى شفتيه
 ويضعهما بالخياطة

وقد كان الجراح (رو) يستعمل في سلخ الغشاء المخاطي اللين في سكاكين
 منحنية على صفيحها تختلف بكونها يسرى أو يعني اعني ان حافتها القاطعة
 تكون اما جهة اليسار أو جهة اليمين
 وأما طريقة (بيزو) و (لانجنيك) فلها زمان الاول هو الزمن الذي يدمي
 الجراح فيه حافتي تفرق الاتصال بان يفصل من جميع طولها بشرط قوى
 النصل شريط عرضه من واحد الى اثنين ملليمتر ثم يقرض طرفي هذا الشريط
 بالمقص ولاجل ان يمكن تطبيق حافتي تفرق الاتصال تطبيقا جيدا تدمي
 حافته بانحراف من اسفل الى اعلى ومن الانسية الى الوحشية ويتم ذلك
 بان يجعل نصل المشروط منحرفا وقت الادماة وفي الزمن الثاني من العملية
 يشق الجراح شقوقا مستطيلة على خط ممتد من المسافة التي بين الناب
 والضرس الاول الى قرب النتوء الجناحي ثم يمسك الحافة التي ادماها بجفت
 فيزلق بين الضربع والعظام مشرطا قوى النصل فيفصل به الاجزاء التي بين
 الشق الجانبي وتفرق الاتصال فتصير اشراج غير متعلقة بسقف الخنك الامن
 اطرافها وتصير سهلة التحرك فيمتأق حينئذ ضمها الى الخط المتوسط بالخياطة
 والاصوب استعمال سلوك ربيعة من الفضة في ضم شفتي تفرق الاتصال

* (في قطع اللوزتين) *

اعلم انه بتكرار التهاب اللوزتين يزداد حجمهما وربما ازداد شيئا فشيئا بدون
 حصول التهاب ولا ألم ومتى حصل هذا الازدياد عسر الازدراد والتنفس
 والسمع والكلام واحتقنت أغشية الأنف والعينين وتزايد افرازها وسمع
 من المريض حالة نوم شخير قوى وعرض له في بعض الاحيان نوب اختناق
 وصار صوت غليظا حتى تحقق الجراح ذلك فعليه ان يبادر بفعل العملية
 اما بالمشروط أو بالآلة المخصوصة المسماة بقطع اللوزتين
 فاما فعلها بالمشروط فكيفيته ان يجلس المريض على كرسى ويسند رأسه
 الى صدر مساعد يكون خلفه ثم يفتح فمه ويخفض لسانه بلعقة أو بخافضة
 اللسان ثم يمسك الجراح اللوزة المراد قطعها بجفت (موزو) فيقطعها من
 اسفلها الى اعلاها بشرط طويل ذي زرلانه اذا كان قطعها بالعكس من هذه

الكيفية اعنى من اعلاها الى اسفلها خيف ان يجرح المشرط اللسان
 وأما فعلها بمقطع اللوزتين الذى هو عبارة عن آلة مركبة من حلقتين
 قاطعتين من الداخل احدهما تتزلق على الاخرى ومن شبه صنارة معدة
 لتثديت اللوزة فبان تدخل اللوزة فى الحلقة ثم يشد الجراح يد الآلة فتزلق
 الحلقة المتحركة على الثابتة فنقطع اللوزة

* (فى العمليات التى تفعل فى الجهاز الشمى) *

(فى بوليب الحفرة الانفية)

هذه العملية لها عدة طرق وهى النزع والقطع والربط والسكى
 فاما النزع المشتمل غالباً فى فعل بواسطة جفت شبيهة بجفت الغيار الا انه
 اطول منه ومثقوب المعض من الوسط وفيه اسنان صغيرة بان يجلس المريض
 على كرسى ويثنى رأسه الى الخلف قليلا لتتضح الحفرتان الانفيتان اتصاحا كلياً
 ثم يقف الجراح امامه ويدخل الجفت فى انفه ويجهتد فى ان يمسكه بالبوليب
 بالقرب جدا من محل اندغامه متى امسكه امساكاً جيداً الواه حتى يفصل
 ثم أخرجه

هذا وربما كان البوليب عظيم الحجم جدا فلا يتمكن الجفت من امساكه
 بل يدفعه الى الخلف فيجب لاجل امساكه ونفوذ الجفت بينه وبين جدران
 الانف ان يدخل الجراح احدى سبابتى يديه فى البلعوم ويدفع بها الورم من
 الخلف الى الامام ليتمكن من الجفت فهذه الكيفية يمكن امساكه ونزعه
 ومتى كان تثبت البوليب بالقرب من الفمحة الخلفية من احد المنخرين لزم
 استعمال جفت معوج يدخل من الفم والبلعوم على سبابة الجراح حتى يصل
 الى الورم فيمسكه امساكاً جيداً

وأما القطع فكيفيته انه متى امسك الجراح الورم بالجفت كما ذكر يجذبه
 الى الامام حتى يظهر ساقه فيقطعه بالمقص أو بالمشرط بالقرب جدا من الغشاء
 المخاطى الذى هو نابت فيه

وأما الربط فيفعل بواسطة خيط يخرج طرفاه من فوهة احد المنخرين وله عدة
 طرق يختلف بعضها عن بعض قليلا منها طريقة (دوسولت) وهى ان يدخل

الجراح بعد جعله المريض على الوضع الذي اسلفناه في المنخر المقابل للجهة التي فيها البوليب مجساً من الصمغ المرن فيدفعه الى جهة الجدار الخلفي من البلعوم حتى وصل هذا الجس الى حذاء اقصى فم المريض ادخل الجراح فيه جفت غيرا فامسك به طرف الجس وجذبه الى الامام وجعل في فمته طرفي خيط ليصير جزؤه المتوسط عروة ثم يخرجه مع طرفي الخيط من فوهة المنخر فيفصله منها ثم يجتهد في ادخال البوليب في العروة ويستعان على عثور العروة بالبوليب بان يهديها الجراح على سبابة احدى يديه الى الفتحة الخلفية من المنخر ومتى تحقق من حصول البوليب في العروة لم يبق عليه الا العدة طرفي الخيط وشدهما بواسطة شاة العقد فان لم تعثر العروة بالبوليب وتجاوزته الى الامام وجب استئناف العمل مرة اخرى وقد اوصى الطبيب (دوسولت) لاجل درأ هذا التكرار بان يعلق في وسط العروة خيط ويخرج طرفه من الفم لتجذب العروة به الى الخلف متى لم يحصل فيها البوليب ومنها طريقة كل من (لوريت) و (براسدور) التي يستعمل فيها خيط معدني

ومنها طريقة (دبوا) وهي ان ينفذ خيط متين طوله بقدر الحاجة في قطعة من الصمغ المرن طوله على قدر طول المرض من (٢) خطوط الى قيراط فايزد ثم يمسك هذا الخيط حتى تصير قطعة الصمغ في وسطه فيجمع طرفاه فتتكون منه عروة تبقى بواسطة قطعة الصمغ السهلة المرور عليه مفتوحة ثم يربط في احد طرفي قطعة الجس خيط ملون ويضم الى الطرف الذي يليه من العروة ثم يعقد فيها خيط اخر لتجذب به الى الخلف نحو الخلق متى لم يحصل فيها اصل البوليب ومتى تم تجهيز هذه الادوات على هذا الوجه ادخل في الفتحة الظاهرة من المنخر المصاب مجس (بلوك) أو مجس من الصمغ المرن فاخرج من الخلق في الفم ونه طرفا العروة والخيط الملون المعقود على قطعة الجس في ثقب الزر الذي في طرف ذلك الجس وجذب من الانف لتجذب معه الخيط فتخرج اطرافها من الفتحة الظاهرة من المنخر وتصل العروة الى الخلق فتحل عن الجس فعند ذلك يدخل الجراح كلا من سبابة ووسطى يده اليسرى معاني خلق المريض ويرفعهما الى الاعلى اتصلا الى الفتحة الخلفية من المنخر

فتلامسا البوليب ثم لا يزال يجتهد حتى يهدى بهما العروة الى اصل الورم حتى
تحيط به احاطة كلية ومتى يتقن ذلك امر مساعدا ان يجذب في دفعة واحدة
كلا من طرفي العروة والخيط المملون المشدود على قطعة الجبس فان وجدت
مقاومة علم ان البوليب حصل في العروة وان انجذبت بدون مقاومة علم
انها انحطت فيجذبها بواسطة الخيط المشدود فيها الخارج من الغم الى الخلف
ويستأنف العمل ولا يخرج اصبعه من حلق المريض مادامت حالته لا تقتضى
ذلك الا بعد حصول اصل البوليب في العروة ومتى حصل فيها بكلية اخراج
المجراح قطعة الجبس يجذبه للخيط المملون المشدود فيها تابعة لطرفه النافذ فيها
ثم يجمع طرفي العروة فينفذهما في شادة العقد ويشدها الورم شد الاثنا
ثم يثبتها في المنخر ويشد في الطرف الظاهر منها طرف الخيط الذي في الغم وبعد
كل يومين أو ثلاثة يزداد في الشد في اليوم الثامن أو العاشر يتقطع الورم
من اصله فيستخرج مع شادة العقد من المنخر يجذبهما الى الامام
ومنهما طريقة (هاتين) الذي اخترع لذلك آلة متقنة بها تستقر العروة منفحة
وتهدى الى اصل البوليب وهي مركبة من صفيحة من الفولاذ على صورة
زاوية قائمة طولها ثمانية قراريط وعرضها ثيراط احد طرفيها معوج ومن
صفيحتين من الفولاذ أيضا على سطحها الحدب يتباعدا ويتقاربان بأرادة
المجراح طرف كل منهما العلوي معوج أيضا بحيث تتكون بتقاربهما
الى الصفيحة الاولى قناة تنفتح بدفعهما الى الامام ومجاورتها للصفيحة الاولى
وكيفية العمل بها ان يوضع الخيط في القناة بعد تنفيذ طرفي العروة في المنخر
من الخلف الى الامام كما ذكرنا ثم تدخل هي في الحلق مجعولا تعبيرها الى الاعلى
ليخفف تحديقها اللسان ثم تدفع حتى تصل الى اعلى البلعوم فتدفع الساق
المتصلة بالصفيحتين ليتجاوز طرفاهما الصفيحة الكبيرة فيسهل خروج العروة
من القناة فيشد مساعدا طرفي الخيط من القناة فيحيط باصل البوليب ان كان
متصلا بقبوة المنخر فان كان متصلا بجانبه فلا يختار وضع العروة حوله بهذه
الآلة

ومنهما طريقة (ريكو) الذي اعاد لذلك آلة مركبة من ثلاثة قضبان من

الفول اذا حاد طرفي كل منهما معوج تضمها مسورة ويمكن تبعيدها عن بعضها وتقريبها بأرادة الجراح طرف كل منها منته برأس مثقوب ثقبها متصلا بشق مستوعب جميع سمكه من جهة طرفه وينفتح يجذب المحيط النفاذ في الثقب وكيفية استعمالها ان تنفذ عروة الخيط في ثقب القضبان بعد ادخالها في المنخر في الحلق ثم منه في الفم ثم توصل الآلة الى اعلى البلعوم فهناك يباعد ما بين القضبان لتنفرج العروة فيجذب طرفيها مساعدا لتخلص من ثقب القضبان بمرورها في الشروم التي في اطراف القضبان ومتصلة بالثقب كما ذكرنا فيحاط اصل البوليب بالعروة كما في كيفية (هاتين) وتعد عليه ثم تشد بشادة العقد المعروفة

واما السكي فيستعمل في الحفر الانفية كما يستعمل في بنية الجسم لكن يلزم الاجتهاد في ان يكون محدودا أي قاصرا على الجزء المريض فقط ولذا كان الاصول استعمال السكاويات السريعة التأثير وقد يستعمل القطع والسكي معا أو النزع والسكي معا كما فعله الجراح (نيلا تون)

وقد يستعمل السكي الجلواني أيضا في ازالة البوليب الاثني البلعومي كما فعل ذلك (ميديلدورف) وكيفية ذلك ان يشد على اصله عروة من سلك بلاتين بطريقة (دوست) التي اسلفناها ثم يوصل طرفا السلك الخارجين من المنخر بموصل الآلة الكهربية فتستخدم العروة فقطع الورم

* (في سد المنخرين) *

متى حصل نزف انفي غزير جدا وتعذر قطعه بالوسائل المعتادة كوضع الثلج على الجبهة أو استنشاق الماء البارد أو اسعاط المريض بمحلول قابض كحلول فوق كلورورالحميد يلزم المبادرة بسد المنخرين من الامام والخلف منع الملاك المريض وكيفية ذلك ان يجلس المريض على كرسي كما في عملية بوليب الانف ثم يدخل الجراح في فتحة الانف التي يسيل الدم منها بمسح (بلوك) فتى وصل طرفه الى الفتحة الخلفية من المنخر دفع الجراح الزنبل الذي فيه فيخرج من الفم فيدخل في ثقبه اللذين ينتهي بهما طرفي خيط متين جدا في وسطه كرة من النسالة حجمها كاف في سد الفتحة الخلفية سدا محكما ثم يخرج هذا المسح

من الانف مع طرفي الخيط فيسدان بقوة حتى تتمكن السكرة في القحمة المخلفية
 تمكنا قويا ثم بعد ما بين طرفي الخيط ويضع بينهما مائة دار من كرات النسالة
 كافية في قطع النزف وبعده طرفي الخيط على هذه الكرات فعند ذلك يتجمد
 الدم فيقف النزف حيث لا يجده مسلكا والعادة ان يربط في السكرة التي
 نحو الانف خيط آخر يخرج من الفم ويثبت على الخد لئلا يتوصل به الى اخراجها
 عند الاستغناء عن السد الا بتقطع سيلان الدم

* (في ثقب الكهف الفكى) *

اعلم ان هذا الكهف عبارة عن تجويف محدود بالصفائح العظمية المتكون
 منها الفك العلوى ويختلف كل من نخن جدره وصلابتها اذ هي حذاء النتوء
 الوجنى سميكه جدا متينة وفي الوجه الانسى من العظم وجزء من وجهه المقدم
 الذى هو اسفل النتوء رقيقة جدا هشة ثم ان اسنحة الاضراس ليست معزولة
 عن هذا التجويف الا بصفيحة رقيقة بحيث ان جدر الاسنان تثقبها احيانا

* (كيفية العمل) *

هذه العملية محلل اضطرارى ومحل اختياري

اما فعلها في المحل الاضطرارى فعند ما يكون في جزء من العظم ناصور واما
 فعلها في المحل الاختياري فكيفيته ان يثقب الجراح الكهف من
 احد اسناخ الاسنان لكن حيث كان من الضروري قلع احدى الاسنان
 القريبة يلزم تفقد هاليلقح منها ما كان فاسدا فان لم يكن فيها فاسد قلع الضرس
 الثالث لان سنخه هو الاقرب الى الكهف ثم يرفع الشفة العليا باصبعه قريبا
 من الصامغ أى ملتقى الشفتين مما يلي اللشوق ثم يغرس آلة بازالة متينة بعد
 ان يمسكها كما يمسك سكين المائدة من اسفل الى اعلى ومن الوحشية قليلا
 الى الانسية الى ان تزول المقاومة فيعرف انها دخلت في التجويف فيخرج
 السهم ويترك السائل يسيل من الانبوبة وقد يستعمل في هذه العملية سهم
 قوى غليظ بلانبوبة وعلى كل حال متى استفرغ جميع السائل يزرق اولاً
 في التجويف شئ من الزروقات المرخية ثم من القوابض فان تمدد الكهف
 الفكى الى الجدار الانسى فتشاء في الانف وجب ثقبه من باطن المنخر ويكفى

في ذلك منزل اعتيادي لرقه هذا الجدار وقلة مقاومته الطبيعية

* (في العمليات التي تفعل في العنق) *

لا تتكلم هنا الاعلى العمليات التي تفعل في المسالك الهوائية أو في المريء
أو في الغدة الدرقيه فانه قد تقدم الكلام على العمليات التي تفعل في الغدة
الذكفية والغدة تحت الفك في الكلام على عمليات الفم

* (في العمليات التي تفعل في المسالك الهوائية) *

(في عملية فتح القصبه الهوائية)

اعلم ان عملية فتح القصبه الهوائية عبارة عن فتحة يحدتها الجراح فيها بان
يقطع واحده او اكثر من حلقاتها قطعاً مستعرضاً وذلك عندما يكون فيها شئ
من الاجسام الغريبه أو من الامراض الخناقة كالكروب المعروف بالخناق
ثم ان القصبه هي الجزء الذي يمتد من الحافه السفلى من الخنجرة وينتهي
في تجويف الصدر بفرعين يسميان بالشعب وهي مكونه من عدة حلقات
غضروفية غير تامه من الخلف ليست متلامسه لكانها متصله ببعضها بغشاء
مرن يتكون منه الجزء الناقص منها من الخلف

والجسم الدرقي يكون مغطياً للحلقة الاولى منها ولثانيتها غالباً من الامام
وتكون القصبه مغطاة من الاسفل بالعضلة القصبه اللامية وبالعضلتين
القصبيتين الدرقيتين اليمنى واليسرى وتوجد بين هذه العضلات وبين القصبه
الشبكة الوريدية الدرقيه والشريان الدرقي المنسوب (لنوبوير) ثم ان جانبي
القصبه يكونان مغطين في اغلب طولها بخصوص الجسم الدرقي وعلى جانبيها
أيضاً يسير الشريان الناحر المعرف بالسباتي الاصلى والعصب الرثوي المعدي
وعن يمين القصبه بالقرب من الصدر يوجد جذع الشريان الذراعى الراسى
مجاوراً واحدودها الى الامام

* (كيفية العمل) *

يلزم ان يتبدأ قبل العمليه بتجهيز آلاتها وهي مشروط مستقيم حاد ومشرط
ذوزر وجفت شمريخ وجفت موسع وانبوبة مزدوجة من الفضة وصنارة حادة

الطرف واخرى غير حادته واسفنج صغير مثبت على قطع رفيعة من شارب
 القيطس ومقص وخبوط ربط واشرطة من الداخلون وجفت ذوحلقات
 طويل منحن لاجل استخراج الاجسام الغريبة قتي تجهزت هذه الآلات شرع
 الجراح في العملية فيرقد المريض على طاولة في مكان منير جدا ثم يضع تحت
 كتفيه وسادة ليصير رأسه منحذرا الى الخلف وعنقه بارزا الى الامام لكن
 يلزم ان لا يبالغ في دفع الرأس الى الخلف لئلا يحصل للمريض من ذلك اختناق
 ثم يثبت القصبة باهرام وسادة يده اليسرى ويشق على الحظ المتوسط شقا
 مستطيلا من الاسفل الى الاعلى يتهدى به من الغضروف الحاقى ويتجه
 الى اسفل نحو اعلى الحافة العليا من القص بقدر عرض اصبع واحدة يأتي
 في هذا الشق على كل من الجاد والنسيج الخلوي والعضلة الجملدية دفعة
 واحدة ثم يبحث عن الحظ الابيض ويجذب العضلتين القصيتين الدرقيتين
 الى الامام ويباعد بينهما فتمتسك شفاه عدة افرع ورديدة متوزعة في النسيج
 الخلوي تحت العضلات فان وجد هذه الاوعية على هيئة شبكة ولم يمكنه عزل
 بعضها عن بعض لزم ان يقطعها كما فعله (تروسو) ويتبقي لنا ان ننبه على
 انه يوجد بين هذه الاوعية في اغلب الاحيان مسافات تابعة لاتجاه القصبة
 وبذلك يمكن الاحتراس من قطعها وذلك مهم جدا لاسيما في الكهول فان
 هذه الحالة تكون الاوعية فيها نامية نمو اتماما وقطعها مما يزيد في خطر
 العملية قتي انكشفت له القصبة جذبها بالصنارة فغرز بين حافتين منها
 مشرطا حاد الطرف فقطع على موازاة الشق من الاعلى الى الاسفل حلقة
 أو أكثر على حسب الحاجة واعلم ان القطع القصي متى كان لاجل استخراج
 جسم غريب لزم ان يستوعب خمس حلقات أو ستا بخلاف ما اذا كان لمرض
 التهابي خاقي فانه يكفي حينئذ قطع اربع حلقات فقط لتدخل الأنبوبة
 وينفذ منها المقدار الكافي من الهواء وبعد ان تقطع تبعد كل من حافتي
 الشق عن الاخرى بواسطة جفت موسع وتدخل الأنبوبة من بين فرعيه ثم
 تثبت حول العنق تثبيتا جيدا خوفا من خروجها عند سعال المريض اذا عرض
 له سعال تشنجي وبعد ذلك تنظف القصبة من الاغشية الكاذبة ومن الدم
 بقطع من الاسفنج صغيرة مثبتة على شارب القيطس ومن الجراحين من أوصى

بالتقطير من هذا المركب

{ من الماء المقطر - ثلاثين جراما }
{ ومن نترات الفضة - ثلاثين سنتي جرام }

على الغشاء المخاطي القضي لاجل تنويع حيويته واوصى أيضا بتغطية فتحة الانبوبة بقطعة من الشاش الرفيع ليصرف في الهواء الذي يدخل من فتحة الانبوبة في المسالك التنفسية بعض حرارة ويصفو

ثم انه يلزم عند وضع الانبوبة الاحتراس الكلي فقد اتفق مرارا لبعض الجراحين ادخالها بين القصبه والعضلات القصبية الدرقيه

* (تنبيه) * اختار الجراح (الفونس جرين) فعل هذا الشق من اسفل الى اعلى خشية ان يكون الجراح غير متمرن فينزلق منه المشروط وقت العمل فيصيب الجذع الذراعي الراسي

* (في القطع المنجبرى الدرقي) *

هذه العملية لا تفعل الا لاجل استخراج الاجسام الغريبة وكيفيتها أن يلتصق الجراح الغضروف الدرقي الذي هو سطحي أي تحت الجلد بما شرة فيشق على خط متوسط الجلد الذي يعلوه شق يمتد به من العظم اللامي الى الغضروف الخافي فبذلك يتكشف له الغشاء الحلقى الدرقي فيخضع بظفر سبائه الشريان الحلقى الدرقي ثم يغرز في هذا الغشاء فوق ظفر سبائه مشرطا ليحدث فيه فتحة عظيمة ثم يدخل مشرطا ذازرا وشعبة مقص متين غير حاد الطرف فيشق الغضروف الدرقي بالاحوف من اصابة أو عية مهمة الا انه يلزم أن يكون الشق على الخط المدين فرار من اصابة الاوتار الصوتية والعضلات الدرقيه الطرحه هالمية التي تشبث في الزاوية الداخلة من الغضروف الدرقي ويلزم أيضا ان لا يبالغ في غور الشق ولا في امتداده الى الاعلى لان طرف لسان المزمار يتشبث في الجهة الخلفية من ميزاب الحافة العليا من هذا الغضروف ومتى شق الغضروف امسك الجراح الجسم الغريب بجمفت فاخرجه ان لم يطرده النفس فيخرجه كما هو الغالب ثم يضم الجرح بواسطة اشربة من اللازوق

* (في القلع الحنجري القصبي) *

كيفية هذه العملية ان كلا من الجراح والمريض يكون على الوضع الذي ذكرناه في عملية القلع القصبي ثم يشق الجراح الجلد من الحافة السفلى من الغضروف الدرقي الى تحويقراط ونصف على القصبة فتى انكشف له الغشاء الحلقى الدرقي بحيث عن الشريان فتحاه بظفر سبابة يده اليسرى الى الاعلى ثم غرز المشرط تحته فادخله في الانبوبة الهوائية فقطع الغضروف الحلقى من الاعلى الى الاسفل مع ثنتين أو ثلاث أو أربع من الحلقات القصبية الاولى

* (في القلع الحنجري الدرقي اللامي) *

هذه العملية عبارة عن شق الغشاء الممتد من العظم اللامي الى الغضروف الدرقي وهذا القسم مكون من الجلد ثم النسيج الحلوى تحته ثم العضلة الجملدية المتصلة بقربيتها من الجانب الاخر على الخط المتوسط بصفاق في جزئه المتوسط وعلى جوانبه يشاهد كل من العضلة الدرقية الالامية والقصبة الالامية والكتفية الالامية واما الشريان الحنجري العلوى فمع الحافة العليا من الغضروف الدرقي

* (كيفية العمل) *

هي أن يشق الجراح في الخط المتوسط شقا طوله نحو (٦) سنتيمتر ثم يفرج بين حافتي الجرح فيشق الغشاء الدرقي اللامي شقا مستعرضا ثم يغرس المشرط في اصل اسان المزمار أى طابق الحنجرة فيشق من أعلى الى أسفل شقا عموديا يتمكن به من ادخال المجفت واستخراج الجسم الغريب الذي اوجب فعل العملية وهذه هي طريقة الشهير (ويلبو)

* (تنبيه) * اعلم انه متى كان الغرض وضع انبوبة في المسالك التنفسية لاجل منع الاختناق الذي يحصل عن الامراض الالتهابية الحناقية مثل الكروب فالواجب على الجراح اختيار القلع القصبي وكذا عند ارادة استخراج كل جسم غريب جاوز الحنجرة اولها وزها وكان المصاب طفلا لان حناجر الاطفال تكون صغيرة جدا والشق القصبي فضلا عن كونه سهلا لا تخشى معه اصابة فرع شرياني غليظ والضفيرة الوريدية الدرقية قليلة النمو في الاطفال فعلى فرض

اصابة بعض اوردة منها لا يترتب على ذلك خطر لانها لدقتها اقلية النزف وفي الكهول تكون عظيمة النمو غليظة فلا يصعب على من له ادنى مهارة من الجراحين التحفظ عليها وأما الكهول فالاصوب في استخراج الاجسام الغريبة التي لم تخازحناجرهم فعل الشق المنجبرى وبالاختصار يختار الشق القصي بالنسبة للاطفال والشق المنجبرى متى كانت المنجبرة ناشأها جسم غريب ومع هذا قد يفعل في هذه الحالة الشق القصي ليتمكن الجراح من دفع هذا الجسم من الاسفل الى الاعلى ليستخرجه من الحلق ويجب على الجراح ان لا يقدم على شق القصبه أو المنجبرة لاجل استخراج جسم غريب الا بعد التحقق من وقوفه في المنجبرة والافقه - دي يلبس وقوف الاجسام الغريبة في المرئ بوقوفها في المنجبرة كما يتسبب كل من ضيق مجرى النفس

* (في قسطرة المنجبرة) *

اعلم ان قسطرة المنجبرة يقصد بها ادخال الهواء بالنفخ في الرئتين من الاطفال المولدين حديثا ومن المصابين بالاختناق أى الاسفكسيا لعدم توارد الهواء الى اعضاء التنفس كما انها تفعل لسكى المسالك الهوائية أسفل الاوتار الصوتية العليان المنجبرة

وتفعل أمان الانف وأمان الفم أما فعلها من الانف فبطريقة الجراح (دسوات) وهي أن يدخل في أحد المنخرين قساطير من الصمغ المرن ذو حجم عظيم فيوصل الى المنجبرة كما يفعل في قسطرة المرئ الا ان طرف القساطير لا يوجه هنا الى العمود الفقراوى بل الى الامام ليدخل في الفمحة العليان المنجبرة ويلزم هنا التنبيه على ان الاصوب في قسطرة المنجبرة ادخال القساطير من الفم وذلك بان يستعمل قساطير (شوسيه) الذي هو عبارة عن انبوية من الفضة طولها نحو من (٣٠) سنتيمتر في طرفها المعدل للدخول في المنجبرة بعض تقوس ويحازها هذا التقوس شبه حوية فيها جملة ثقب معدة لتمتدب قطعة من الغاريقون أو من أى جسم آخر لسد فمحة المنجبرة وكيفية ادخال هذه الالة في المنجبرة أن يبتدى الجراح بتنظيف الحلق من المواد المخاطية ثم يزلق القساطير على قاعدة اللسان في وصل الى حذاء الفمحة العليان المنجبرة

اجتهد في ادخال طرف الآلة اسفل لسان الزمار ثم توجيه الطرف الخارج
من الانبوبة الى الاعلى ليدخل الطرف المنجبرى فيه يدفعه الى ان يحس
بالمقاومة التي تسبب عن ضغط القطعة التي من الغاريقون للاربطه
الطرحه اليه اللسانية المزمارية

ثم ان قسطرة المنجبرة تكون في الاطفال القريبين العهد بالولادة اسهل لعدم
وجود الاسنان في افواههم ومتى ادخل الجس في المنجبرة فان كان الغرض
ايصال الهواء الى الرئتين وضع الجراح فيه على طرفه فامتص المواد المخاطية
السادة لمجارى نفس المريض ثم نفخ فيها الهواء مدة من خمس دقائق الى عشر
وان كان الغرض كي المنجبرة والقصبه وضع مجس مجردا عن الحوية
والغاريقون فنفت فيه مسجوقا كايوا أو زرق سائلا كايوا ومن الاطباء
من ادخل في مجرى النفس حنقا مستطيلا فاستخرج به الاغشية الكاذبة
السادة له

* (في جروح القصبه ونواصيها) *

القصبه تنفتح في الغالب بالموسى أو بنحوها من الآلات القاطعة عند ما يريد
الشخص قتل نفسه بفتح الاوعية العظيمة العنقية لكن لما كان الام يمنع غالباً
من اتمام المقصود كان الذي يحصل مجرد جرح القصبه وانفتحها فاذا دعى
جراح للمعالجة ذلك لزمه أن يحترس من ضم الجرح بالخياطة التي هي أول الوسائط
خطورا على باله عندما يشاهد ذلك فقد ثبت بالتجارب ان ضم جروح القصبه
بعقبه عوارض ثقيلة وكذا لا ينبغي له أن يضمه بأشرطة اللازوق أو نحوها بل
الذي يجب فعله هو امالة الرأس على القوس لتمتقار حافتا الجرح فيلتحم
بالقصد الثاني بدون حصول نواصي في أغلب الاحوال كما شاهد ذلك الجراح
الفرنساوى (الفونس جرين) مرارا في استتاليمية (سان لويس) بباريز فان بقي
بعد التمام الجرح فتحة ناصورية لزم الاجتهاد في معالجتها بواسطة عملية
الترقيع وهاتين نشرحهما فنقول

* (في ترقيع القصبه) *

(طريقة ويليو) هي أن يفعل الجراح في مقدم العنق شريحة عرضها من نحو

سنتيمتر ونصف ذات طول كاف ليتمكن انهابليها على نفسها تغطي الفتحة
 الناصورية التي في القصبة ثم تسليخ هذه الشريحة وتلوى على نفسها ويجعل
 سطحها البشري الى الباطن ووسطها الدامي الى الظاهر وتضم بعد ادماجها في
 الناصور اليهما بغرزتين من الخياطة الكتبية
 أما طريقة (دوبويتين) فكيفيتها أن يبتدأ بأدماجها في الناصور ثم تمسك
 بجفت ويسليخ الجسد المتصل بها سليخا كافيا لتغطية تفرق الاتصال وتغما
 بالخياطة الكتبية
 (حكومة) طريقة (دوبويتين) لا تنجح الا اذا كان تفرق الاتصال قليلا ولذا
 تفضل عليها طريقة الجراح (ويابو) لا يمكن شفاء النواصير المتسعة التي تحصل
 في القصبة بها

* (في العمليات التي تعمل في القناة الهضمية) *

* (في قسطرة المريء) *

اعلم ان المريء يبتدى محاذيا للعرف السفلى من الضروف الخلقى ثم يتجه الى
 الاسفل اتجاهها عموديا وينتهي في المعدة وان الجزء العلوى منه يكون بين
 العمود الفقارى والقصبة الا ان الجهة اليسرى منه تتجاوزها قليلا وفي
 الصدر يكون موضعه المحاب المنصف الخلفى امام الاورطى النازل الفاصل
 بينه وبين العمودى الفقارى
 ويقسطر المريء بكيفيتين لانه اما ان يقسطر من الانف أو من الفم
 أما قسطرته من الانف وتنسب الى المعلم (دوسولت) فكيفيتها أن يجلس
 المريض على كرسي منحدر الرأس الى الخلف قليلا ويستند الى مساعد ثم تمسك
 الجراح بحس المريء الذى هو في طول نحو (٨٠) سنتيمتر وفي غلط المختصر كما
 تمسك بقلم الكتابة فيدخله في أحد المنخرين ويدفعه الى العمود الفقارى
 ليمده ما يمكن عن الفتحة العليا من الحنجرة وقد يستعان على ذلك بكل
 من اصبع الجراح وبصره بأن يأمر المريض أن يفتح فمه فتحا كلياً ان لم يكن
 محتل العقل

وأما قسطرته من الفم فبان يفتح الجراح فم المريض فقفا كلياً ثم يخفض
 بسياحة يسراه لسانه ويهدى الجس عليها حتى يصل طرفه الى الجدار الخلفى

من البعلوم ومتى جاوز الجس الغضروف الحلقى فأن كان فيه سفودا خرج ثم
دفع الجس نحو المعدة

* (تنبيه) * قسطرة المرئ تفعل اذا كان فيه ضيق أو ورم يمنع المريض من
التغذى أو اريد تفريغ المعدة كما في بعض أحوال التسمم

ومتى اريد ابقاء الجس في المرئ مدة طويلة وجب اتصاله من الغم الى ظاهر
أحد المنخرين كما نبه عليه (بويه) وكيفية ذلك أن يتفذل الجراح في أحد
المنخرين مجس (بلوك) ثم يدفع الزنبك في الحنك ويربط فيه خيطا متيناً ثم
يحبذه من المنخر فينجذب معه الخيط الى الخارج فيصير أحد طرفيه في الخارج
والاخر في الغم ثم يدخل الجس المرئي من الغم لكن بشرط أن يكون في طرفه
ثقب يدخل فيه الطرف الاخر من الخيط ثم يجذب الخيط من طرفه الخارج
من الانف فيتبعه الجس فيخرج طرفه من الانف فيثبت أمانى قلنسوة المريض
أوفى خيط متين يعقد على أسه

* (في تضايق المرئ) *

تضايق المرئ شبيه بتضايق مجرى البول فلذا يعالج كل منهما بالوسائط
العلاجية التي يعالج بها الاخر
فمنها الكي بالجزء الجهنمي وكيفية أن تغمس في محلوله كرة صغيرة من
النسالة فيكوى بها الجزء الضيق
ومنها الشق بالان شديدة بقواطع مجرى البول لكن يجب أن يكون هذا
الشق غائرا
ومنها توسيعه تدريجاً بواسطة مجسات مخصوصة يراد في حجمها تدريجاً حتى
يتم الغرض

* (في اخراج الاجسام الغريبة من المرئ) *

متى وقف في المرئ جسم غريب عوجج أما بدفعه الى المعدة وأما باستخراجه من
الغم فكيفية دفعه الى المعدة أن يحتسى من عرض له ذلك كمية وافرة من الماء
أو يزدرد كمية كبيرة من الثريد أو الاجاص المتروغ الحجم أو اللبن أو يدفع

بواسطة مجس منته باتفاح معدني أو بكرة صغيرة من الخرقه مثبتة فيه أو من
الاسفنج وقد اوصى الجراح (انبراوازاباربه) أن يدفع الجسم الغريب الى المعدة
يساق من السكرات بدهون بالزيت

ومن الاطباء من يفعل في دفع الاجسام الغريبة الى المعدة ما يفعله العوام
من لكم ظهر المغصوم بجمع اليد لينحدر ما وقف في المريء الى المعدة وهي
طريقة لا بأس بها سهلة تتيسر لكل أحد وقد استعمل الجراح (لوروادا تونى)
في استخراج صنارة من المريء كانت دخلت فيه فنشبت باحد جوانبه طريقة
بديعة وهي انه ادخل الحبل المعلق فيه الصنارة في رصاصة نغمها وترك تلك
الرصاصة تتحدر على الحبل حتى وصلت الصنارة فادخل طرف ذلك الحبل
في قصبه ودفع تلك القصبه حتى انتهى طرفها الى الرصاصة فعند ذلك دفع
هذه القصبه جاذبا الحبل المعلق فيه الصنارة فنشبت الصنارة بالرصاصة
فاستخرجها فان كان الجسم الواقف في المريء اذواثا ونشبت هذه الزواثا
بجدران المريء عند تقلصه من حصول هذا الجسم فيه استعملت طريقة
الطبيب (فوفتان) وكيفية أن يركب على طرف مجس مجزوى مشاتين ثم
يدفع في المريء الى ان يتجاوز طرفه السفلى ذلك الجسم فتتملا العليمان
المثانتين ماء وتعصر باليد فيجري الماء منها في قناة المجس الى المثانة السفلى
فيملأها فتتمدد فتباعد بين جوانب المريء وبين ذلك الجسم فيتمخلص منها
ويصير مجولا على المثانة فيجذب المجس الى الظاهر فيستخرجه معه

وأما استخراجها من الغم فلا جود أن يكون باستمارة المريض الا انه قد
الايحصل قئ او لا تجدى هذه الطريقة وحينئذ يضطر الى استعمال بعض
آلات مخصوصة وهي اما الجفوت المعتادة أو جفوت مخصوصة شبيهة بجفوت
البوليب الا انها اطول منها ولا ينفخ منها الا طرفها الثلاثة تأخذ مسافة عظيمة
وهذه الآلات يمسك بها الجسم الغريب من أعلاه وهناك آلات تنفذ الى
تحتة فيجذب بها من أسفل الى أعلا كالكلاب المعدني ذى الشعبة الواحدة
والكلاب المنتهى بزواالة بودان الشبيهة بالمنظلة ونحوها

* (في فتح المريء) *

متم لم تعد الوسائط التي ذكرناها في اخراج الجسم الغريب من المريء ولا في دفعه

الى المعدة وجب على الجراح فتحه ليتمكن من اخراج هذا الجسم والاهلك
المصاب
وينبغي ان تقدم امام كيفية العملية ذكر شيء من التشریح الجراحي للقسم
الجانبى من العنق فنقول اعلم ان ما يجب الاعتناء به عرفته هنا والمسافة
التي بين الحنط المتوسط والعضلة القصية الترقوية الخشائية من الجهة اليسرى
ويوجد في هذه المسافة من الظاهر الى الباطن الجلد ثم النسيج الخلوى ثم
العضلة الجذبية ثم الصفاق العنقى السطحى ثم الحفاة المقدمة من العضلة
القصية الترقوية الخشائية التي تحتها الوريد الوداجى المقدم الذى يشاهد
بجوارها فى النصف السفلى من العنق وفى الاغور من ذلك يشاهد الوريد
الوداجى الباطن والشريان السباتى الاصلى وبينهما العصب الرئوى المعدى
ثم ان الفص الايسر من الغدة الدرقية ينزل بين القصبه والعضلة القصية
الخشائية اسفل الغضروف الحاقى والعضلة الكتفية اللامية مصالبة لاوعية
وعضلات هذا القسم وبعد ذلك يوجد المريء بين القصبه والعمود الفقارى
مائلًا يسيرا الى اليسار

* كيفية العمل فى فتح المريء *

يستاقى المريض لاجل فعل هذه العملية على ظهره مرتفع الرأس قليلا منحرفه
الى اليمين ثم يقف الجراح على يساره ويشق اعلى الطرف العلوى من القص
شقًا عميقا الى الاعلى موازيا للحفاة المقدمة من العضلة القصية الترقوية
الخشائية وينتهي به حذاء العظم اللامى يقتصر فيه أولا على الجلد والنسيج
الخلوى ثم يشق بعدهما العضلة الجذبية والصفاق المغلف لكل من العضلة
القصية اللامية والعضلة القصية الدرقية ثم يامر مساعدا ان يزخرح الحفاة
المقدمة من العضلة القصية الترقوية الخشائية ثم يغور بالشق مقاربا من
القصبه لثلاث اصابع الشريان السباتى الاصلى ويامر مساعدا آخر ان ياخذ
كل ما ظهر من الدم اثناء العملية باسفنجة صغيرة فان ذلك من اهم الامور فيها
فتى انك كشفت القصبه للجراح احس متى وضع اصبعه بينها وبين العمود
الفقارى بذلك الجسم الغريب الذى فى المريء وهو البعثة على العملية
فيوثق من محله ويشق المريء شقا مستطيلا بمقدار ما يخرج هذا الجسم فقط

ثم يستخرج به بجفت أو بواسطة اصابعه ويقرب حافتي الجرح بلاخياطه ثم يضمده
برفادة غريالية ونسالة

* (تنبيه) * بما ان من الاغذية ما ينبغي ان يمتنع من الجرح دائما كالاشربة يلزم
ان يتخذ الجراح بعد العملية في المريء بحسب ما يدخله من احد المنخرين بشرط
ان يكون طرفه السفلي مجاوزا للجرح لتتأق بهذه الطريقة تغذية المريض
بواسطة السوائل المغذية ثم متى ظهر على سطح الجرح لينفا التكون اخرج
هذا الجس لان وجوده لينفا في الجرح يمنع تخلل السوائل وسريتها الى تجويف
الصدر على طول العضلات والاعضاء التي تمتد من العنق اليه وذلك يتم عادة
في اليوم الرابع أو الخامس من العملية

وتغذية المريض بواسطة هذا الجس وان كانت جيدة جدا بالنسبة لمن
لا يحتمل الامتناع من الاغذية أربعة ايام الى ستة فالاجود منها الصبر
عن الاغذية بهذه المدة من يتحمله ثم اعلم ان من الجراحين من يفضل على
الاهتمام بالتشريح الجراحي لهذا القسم أو يبروز الجسم الغريب ادخال ساق
معدني طويل منته طرفه السفلي بتفرطح خفيف على هيئة العدسة ومركب من
حلتين كحامتي الجفت وهذا الساق يزلق في ماسورة بالقرب من طرفها السفلي
فتحة جانبية واسعة فعند اعادة العمل بهذه الآلة تدخل في المريء الى اسفل
الجسم الغريب ثم يجذب الجراح برفق الساق المعدني المنتهي بالجفت فعند
وصوله الى حذاء فتحة الماسورة يثبت احد فرعيه من هذه الفتحة بسبب
مرونته فيدفع امامه طبقات انسجة جانب العنق ويكون هناك بروزا
يهدى به الجراح لفعل العملية وهذه الآلة اخترعها الجراح (فكا)

* (في عملية الغوطراى ورم الحلقوم) *

الغوطر هو ضخامة الغدة الدرقية ضخامة كلية أو جزئية
(التشريح الجراحي) اعلم ان الغدة الدرقية عبارة عن فصين جانبيين ينضمان
من الوسط بواسطة جزء ضيق يسمى بالقدم غطى بالعضلتين القصيتين اللاميتين
وبالقصيتين الدرقتين وموضعه امام الحلقتين الاوليين من القصبة منطبقا
عليهما وأما الفصان الجانبيان فقعران من الانسية ومغطيان لجانبى

الغضروف المحلق والقصبية وليسير من منتهى البلعوم ومبدأ المريء
والقصبية الدرقية والقصبية اللامية نغطيان هذين الغصين من الامام
والشریان السباتى الاصلى والوريد الوداجى الأتى والعصب الرئوى
المعدى والعظيم السنباوى وحشى هذين الغصين ومتى ازداد حجم الغدة
الدرقية تغطى هذان الوعان وهذان العصبان بالغصين الدرقيين

ومنسوج هذه الغدة كثيرا العروق جدا والشریان الدرقي العلوى يتفرع من
الشریان السباتى الظاهر بالقرب من تفرع الشريان الاصلى وهذا الشريان
يكون فى الابتداء سطحيا ثم يغور تحت كل من العضلة الكعقبة اللامية
والقصبية اللامية والقصبية الدرقية ومتى وصل الى قرب الغدة الدرقية تفرع
ثلاثة افرع احدها يكون بين الغدة الدرقية وبين القصبية والثانى يتشبك
بالفرع الآتى من الجهة الأخرى وأما الشريان الدرقي السفلى فيتفرع من
الشریان تحت الترقوة جذاء النتوء المستعرض من الفقرة العنقية السادسة
ثم يتجه بعدان يتفرع عدة تعرجات الى القرن السفلى من الفص الجسائى من
الغدة الدرقية والفريعات المتفرعة من هذين الشريانين تشبك بعضها
فى منسوج الغدة الدرقية العليا بالسفلى والى اليسرى وكل شريان له
وريدان فلذا كانت هذه الغدة وعائية جدا وكانت العمليات التى تفعل
فيها خطيرة جدا أيضا ومع ذلك نشرح لك العمليات التى يمكن فعلها
فى معالجة الخوطف فنقول

اعلم ان هذا الداء يعالج اما بالاستئصال أو بالكي أو الربط فاما الاستئصال
فلا يفعل الا عند ما يكون عظيم الحجم جدا وكيفية ان يشق الجراح كلا من
الجلد والنسيج الخلووى والعضلة المجلدية والعضلتين القصبتين اللاميتين
والقصبتين الدرقيتين شقا صليبيا يتجاوز باطرافه حدود الورم ثم يسلك
الشرائح الاربعة التى تنشأ عنه ويامر مساعدا ان يمسك الغدة الدرقية
اما بصنارة أو بصفت (موزو) فيجذبها ليسهل السلك وعلى الجراح متى
اصيب بعض الاوعية العظيمة ان يبادر بربطه والا هلك المريض قبل انقضاء
العملية
ومن الجراحين من أوصى بربط الشرايين الدرقية قبل الشروع فى هذه

العملية خوفا ان يهلك المريض من النزف الذي يتسبب عنها فن اراد من الجراحين العمل بوصيته فعليه ان لا يفعل لذلك الربط شقوا متعددة وانما يبحث عن هذه الشرايين في حدود الغدة الدرقية فيربطها بعد سلخ الشرايين ومن المهم جدا كون الجراح عارفا بما يجاوره هذه الغدة من الشريانين السباتيين الاصليين والاوردة الوداجية الانسية والعصب الرئوي المعدي والعظيم السباتوي وبان هذه الاعضاء تكون مغطاة بالغدة متى زاد حجمها عن الحالة الطبيعية

وعلى الجراح ايضا ان لا يضغط القصبة ولا الحنجرة فان ذلك ربما ادى الى اختناق المريض

وأما الكي فقد هجر زمن اطول بلا الا ان الجراح (بونيه) جدد استعماله ثانيا والغرض منه ازالة الكاس الغدة الدرقية وجدها تكون اما ليفية فقط اوليفية غضروفية اوليفية غضروفية عظمية وقد تكون محتوية على دم او على مادة دهنية او عسليية او عصيدية

وكيفيته ان يكوى جزء من الجدار المقدم من الكيس بشئ من الكاويات او يفسد جميع الكيس بواسطة المخزوم الكاوي او جداره المقدم كله او يزال جميع الكيس مع جزء من الغدة

وقد ينمو الغوطر فيمتد ما بين القصبة والقص ويحصل عن ذلك عسر عظيم في التنفس لتضايق القصبة من انضغاطها بهذا الورم وهذه الحالة هي الحقيقية بمزيد الاعتناء بالمعالجة بالعمليات لما اوضحناه من شدة خطورها

وقد اختار الجراح (بونيه) ان يرفع الورم الى الاعلى ثم يزال جزء منه بالكي ليقل حجمه وايضا للكي فائدة اخرى وهي تثبيت ما يبقى من الورم بعد الكي بعيدا عن تجويف الصدر ويتم ذلك بواسطة صنارة ذات مقبض يوجد فيها بعيدا عن سنهاباثنين ستميمتر ونصف اتفاح مانع من زيادة نفوذها عن المقدار المحدد وفي متصل مقبضها يشبه كبة غلظها ستميمتر معدة لان تكون متكأ لما عند امالة مقبضها الى صدر المريض بحركة ارجوحية متى نفذ سنهابا في الورم وكيفية العمل بهذه الآلة هي ان يرفع الجراح الورم بيده اليسرى فيعزز فيه سن هذه الصنارة من الاسفل الى الاعلى ومن الامام الى الخلف

حتى يغيب منه المقدار المعين فعند ذلك يعيل المقبض نازلا به الى الصدر حتى تلامس الآلة الكبة فهذه الحركة يرتفع الورم الى الاعلى والامام فهناك يثبت مقبضها على الصدر بعصائب من البرغموسة من الكلوديوم أى اللازوق فلا يبقى الازالة غالب الورم بالكاوى فيكوى الجلد يكاوى (فينا) ثم يوضع على الخشكر يشة زيادة على ذلك يحجمنه من كلور ووزنك فتترك عليها مدة ثمان واربعين ساعة حتى مضت هذه المدة شقت الخشكر يشة ووضع فيها من الحجمنة المذكورة طبقة اخرى وتركت مدة كالسابقة فبعد مضي هذه الاربعة الايام يلتصق الورم فيصير ثابتا ويستغنى عن الرفع بالصنارة

واما الربط فله عدة طرق أيضا منها طريقة (موزو) وهى ان ينفذ في قاعدة الورم خيط متين مزدوج ثم يربط كل من نصفيه على حدة ومنها طريقة (ميور) وهى ان يكشف الورم ثم يجذب الجراح فصيه اما يجفت او صنارة مع تمزيقه التصاقاته باصبعه او اظافره ثم يحيط قاعدته ان كان ذا عنق فيحيط متين يزيد كل يوم شدا بواسطة شادة العقد السججية فان لم يكن كذلك فقد اوصى (ميور) ان يسلخ ويعزل عما يحاوره ثم ينفذ في قاعدته خيط مزدوج فيربط كل من نصفيه على حدة بالقرب جدا من متصلهما بالقييد كافي طريقة (مورو) ثم يزيد الجراح كل يوم شده بواسطة شادة العقد السججية الشكل

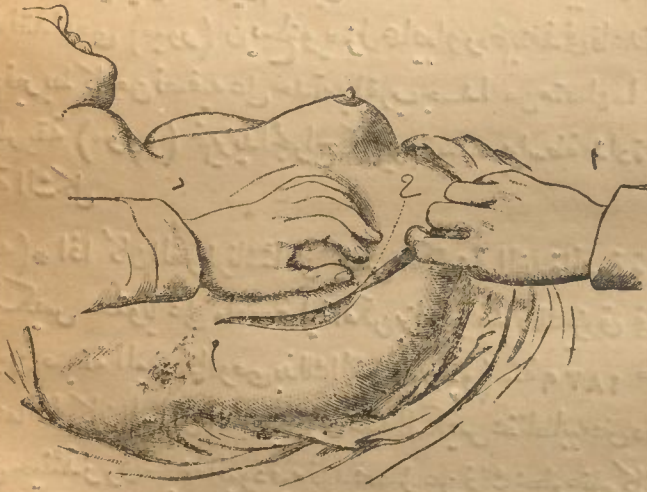
* (تنبيه) * اذا كان الغوطينا شاعن كدس متكون في الغدة الدرقية وكان هذا الكدس محتويا على مادة مصلية امكن برله وبعد ذلك يزرق في باطنه مقدار من صبغة اليود كما اوصى بذلك الشهر (ولپو) سنة ١٨٣٩ مسججية بخلاف ما اذا كان السائل الذى يحتوى عليه الكدس محتلا بلبعض دم فانه لا ينبغي حينئذ نزرق صبغة اليود فيه فقد يحصل عن ذلك خطر عظيم كما شاهدته هذا الجراح فى مريض هلك بعد ساعتين من هذا الزرق

وقد يعالج الغوطين بالخزيم وهذه المعالجة هى المستحسنه والاقبل عطرا بالنسبة للغوطين الناشئ عن ضخامة فى منسوج الغدة الدرقية فيلزم الجراح ان يخالف المريض ان طلب الاستئصال لان خطره اكثر من نجاحه بل لو حكم بان نجاحه

نادرجدا كان ذلك صوابا

* (في العمليات التي تفعل في الصدر)
(في استئصال الثدي)

(تشرح جراحی) اعلم ان الغدة الثديية مركزة على العضلة الصدرية العظيمة وهذه العضلة مغلقة بصفاق تنفصل عنه هذه الغدة بنسيج خلوي غير صفيق والسطح الظاهر من هذه الغدة منضم الى الجلد بواسطة استطلاات من جودرها ملتصقة بالادمة التصاقا يزداد متانة كلما تقاربت من الحلمة واوعيتها الليفناوية متجهة نحو عقد الابط ولذا يشاهد في جميع الامراض العضوية التي تعرض للثدي ان هذه العقد تحتمن هذا وشرايين الثدي تنفرع من الشريان الثديي الباطن ومن الشرايين بين الاضلاع (كيفية العمل) متى لزم استئصال الثدي فعلى الجراح ان يرقد المريضة على سري ويوجه وجهها الى الجهة السليمة (شكل ٤٦)



ثم يبعد مساعدا ذراعها عن صدرها ثم يقف الجراح بين هذا الطرف وبين جذع المريضة ويتقبض على الثدي ويسراه ويدفعه الى الحظ المتوسط ليتوتر بذلك جلد الجهة الوحشية منه ثم يمسك مشرطاً فيه يسير تحذب كما يمسك سكين المائدة فيوجه سنه نحو عقير الابط على حسب طول القطر العظيم من الغدة

التديية ويشق شقاً شاكله نصفه لالى (م ح) تحديه الى الوحشية
 يمتد بانحراف من تغير الابط جهة القسم الشراسيفي بحيث لو مد من احد
 طرفيه الى الطرف الاخر خط مر ذلك الخط من الحلة ثم يشق في الجهة الاخرى
 شقاً مثله بشرط ان طرفيه لا يتجاوزان طرفي الشق الاول ثم يسلم جلد التدي
 ويوكل مساعداً بما ساكه ثم يقبض هو على التدي بيده اليسرى وذلك اصوب
 من امساكه بصنارة فيبعده عن العضلة العظيمة ليمتسع الشق فينهى العملية
 بان يشق النسيج الضام للغدة مع صفاق العضلة الصدرية

ثم اعلم انه متى ازداد حجم الغدة التديية بأى مرض من الامراض العضوية التي
 تعرض لها فان غاظت عروقها يجب تنبيه المساعدين على مسخ الدم اولاً
 فالواكل كالمسال بواسطة اسفنجية ولذا أيضاً يجب فعل الشق السفلى قبل
 العلوى لانه ان فعل الشق العلوى اولاً يمنع سيلان الدم الجراح من رؤية
 ما يجب شقه

ومعلوم ان استئصال التدي يفعل عادة اذا كان فيه سرطان وفي هذه الحالة
 يجب على الجراح دائماً ان لا يفعل الشقوق الابعيدا جداً عن محل التغير
 وان يستوعب المرض والاعاد ثانياً

ثم بعد اتمام العملية يربط الشرايين النازفة ويغسل الجرح ويضم حافتيه
 بالخياطة الكتبية فان لم يمكن ضم حافتيه بالخياطة وجب تقريب كل منهما
 ما يمكن بواسطة اشربة طويلة من اللازوق

* (تنبيه) * متى تحقق الجراح ان العقد الليمفاوية الابطية مصابة أيضاً لزمه
 ان يطيل الشقوق الى اعلى النقرة الابطية فيستأصل هذه العقد أيضاً لکن
 يجب ان يعلم ان استئصالها اصعب جداً من استئصال التدي لجواررتها
 للاوعية والاعصاب المارة في الذراع ويلزمه أيضاً الاجتهاد في تقليل
 استعمال المشرط فيخرج العقد المريرة بان يضغط على جوانبها فتنبثق
 ومتى رأى ان عقدة انفصلت من جميع جهاتها الا انها لم تنزل متعلقة بالاجزاء
 الرخوة بواسطة سويق من نسيج خلوى لزمه ان لا يقطع هذا السويق الا بعد
 ان يربطه اذ قد يكون محتوي على بعض أوعية

* (في جروح الصدر المجانفة) *

يلزم ضم جروح الصدر المجانفة منعاً لتأثير الهواء في البليورا الثلاثي لها ومنعاً
للضغط الجوي الذي يعوق تمدد الرئة
ومتى كان الجرح الصدري المجانف غير مصحوب بنزف فعلى الجراح ان يضعه
ويضع عليه الاساوة البسيطة
واما اذا انجرح احد الشرايين بين الاضلاع فيلزم فعل عملية مخصوصة
لا يقف النزف وهذه العملية عدة طرق
منها طريقة (دوسولت) وكيفية ان تؤخذ قطعة من رقيق البرفيدفوع
وسطها في تجويف الصدر مع ابقاء اطرافها خارج الجرح فيتمكون من ذلك
شبه كيس فيحسانسالة حتى يتمكورتته الذي في باطن الصدر فيجذب يسيرا
الى الظاهر حتى ينعاق بين الاضلاع فيضغط الشريان ثم تربط طرفي الرفاة
على قطعة من الخشب أو على كسرة محشورة ببطا قويا خارج الصدر
ومن هنا طريقة (جيرار) وكيفية ان يدخل الجراح في الجرح ابرة معوجة
حاملة تخيط مزدوج مربوط فيه كرة من النسالة يغرزها اعلى الجرح في المسافة
بين الاضلاع ثم يعقد طرفي الخيط في الخارج فينضغط الشريان على الوجه
الباطن من الضلع بواسطة الكرة فيوقف النزف
(حكومة) طريقة (دوسولت) بسيطة وجيدة جدا الا انه يمكن الاستغناء عنها
وعن غيرها الا انه متى كان الجرح الخارجي مغلقا مثلث الرئة بالهوا وانطبقت
على الوجه الباطن من الاضلاع فينضغط الشريان الجروح ويقف النزف

* (في عملية بط الصدر) *

هذه العملية الغرض منها تفرغ البليورا من السوائل التي تجتمع فيها عقب
بعض الامراض وهذه السوائل تكون ا مادمية أو قيحية أو سقميا وتشغل
اما جميع تجويف الصدر او جزأ منه فقط وقدم كث استعمال الشق بالمشرب
في تفرغ الصدر من هنا من اطويلا وأما الآن فقد استصوب البط بالمبزل
والحمل الذي تفعل فيه هذه العملية هو الثلث المتوسط من المسافة الخامسة
أو السادسة بين الاضلاع وكيفية ذلك ان يرقد المريض على الجهة السليمة

مرتفع الرأس والمجزء العلوى من الصدر ارتفاعا كبيرا ثم يضع الجراح طرف
 سبابة يسراه على الموضع المراد فيه البط فيغرس فيه الميزل دفعة واحدة
 ومتى وصل الميزل الى تجويف البليورا ويعرف ذلك بسهولة حركة طرف الآلة
 الى جميع الجهات اخرج بيده اليمنى السهم من الانبوبة وثبتها بسبابة وابهام
 يده اليسرى فعند ذلك يخرج السائل وكلما كثر خروجه شوهذا زدياد
 السهولة في تنفس المريض ويلزم ان تنبه على انه متى خرج معظم السائل
 حصل للمريض نوبة سعال متواصل تمكث بعض ثواني وذلك قد يكون ناشئا
 على غلبة من ملامسة طرف الانبوبة للرئة فينبغي ان لا يخاف منه الجراح بل
 يفرح به اذ هو اماراة على تمام العملية فيخرج الانبوبة من الصدر ويغطي الوخز
 بقطعة من الجبر المصغ ثم يحيط الصدر بلقافة بدينة تضغطه ضغطا خفيفا
 * (تنبيهه) * خطر هذه العملية هو دخول الهواء في الصدر ولذا اوصى بعض
 الجراحين فيها بان تركيب انبوبة من الكاوتشوك على ماسورة الميزل وتغمس
 هذه الانبوبة في قليل من الماء الفاتر وبعضهم بان يمس السائل من الصدر
 بواسطة آلات مخصوصة من جملتها ممص (دولافو)

واعلم انه متى كان السائل مصليا عديم الرائحة امكن بعد تقريخ الصدر من
 نخور بعه اخراج الانبوبة من الصدر وسد الجرح ثم تكرير العمامة بعد مضي
 اسبوع واما اذا كان هذا السائل ذات طبيعة تضر بالرئة بان كان قيحا فيجب
 على الجراح ان يخرج منه مقدار اعظيما جدا ثم يزرق في الصدر ماء فاتر معتويا
 على قليل من صبغة اليود حتى يخرج الماء المزروق عديم الرائحة وبعد مضي
 قليل من الايام يكرر البط فان اراد بقاء الفتحة فعليه ان يضع فيها انبوبة
 درنعة او قليلا من النسالة

ومتى كان في الصدر دم متعقد او صديد تخين يحتوي على ندف صغيرة
 فالاصوب الشق بالمشروط اذ لا يمكن خروج هذه المواد من انبوبة الميزل لعدم
 كفاية فتحته في ذلك

* (في عملية استئصال التيمور) *

بزل التيمور خطر جدا ولذا كان الاصوب فيه الشق بالمشروط وهذه العملية
 لها عدة طرق اجودها وابسطها طريقة (دوسولت) وهي ان يشق الجراح

بين السادس والسابع من اضلاع الجهة اليسرى - ذاء طرف القلب
شقايايى يعم على الجلد والنسيج الخلوى والعضلات بين الاضلاع بحيث يكون
الشريان الثديي الظاهر في الجهة الانسية لهذا الشق بعيد اعنه ثم يدخل
سبابته في الجرح ليحس بوضع السائل فيشقه شقا صغيرا مقدارا يستجتر واحد
فانه كاف في خروج السائل

* (في العمليات التي تفعل في البطن) *

* (في العمليات التي يستدعيها الاستسقاء الزقي) *

هذا النوع من الاستسقاء يعالج بالنزل وبالخزم
تشریح جراحي بما ان السائل المنسكب في تجويف البريتون يدفع الكتلة
المعوية الى الخلف والاعلى يلزم ان يكون النزل في النصف المقدم السفلي
من البطن ليكن يلزم أيضا الاحتراس من اصابة المثانة والغولون والكبد
واعلم ان هذه العملية مظنة لاصابة الشريان البطني تحت الجلد والشريان
الشراسيفي فيجب أن يكون الجراح عالما بكل من اتجاههما وسيرهما وذلك
انهما يعتمدان من وسط رباط (بويار) وينتهيان فوق السرة باربعة سنتيمتر
واعلم ان الشريان البطني تحت الجلد موضعه بين الجلد وصفاق العضلة
العظيمة المنخرقة وأما الشريان الشراسيفي فوضعه ما بين البريتون والصفاق
المغطى لوجه الخلفي من العضلة المستعرضة

* (كيفية العمل) *

اعلم ان جراحي الانسكليزيزلون البطن من الخط الابيض اما حذاء السرة أو
اسفل منها واما جراحو افرا نسا فالعادة أن يفعلوه وسط ما بين الشوكة المحرقمية
المقدمة العليا من الجهة اليسرى وبين السرة فانه لا يخشى في هذا الجزء من
البدن اصابة شيء من الاوعية ولا من الاحشاء وعلى كل يجب على الجراح أن
يعرف قبل الاقدام على فعل العملية بواسطة القرع الجزء المحاذي للسائل
المنسكب والجزء المحاذي لموضع الامعاء التي تكون في هذه الحالة مندفعة
الى الاعلى

وعند الشروع في هذه العملية يضحج المريض على المحافة اليسرى من فراشه

مرتفع كل من الرأس والصدر ارتفاعا كلما بواسطة وسائد ثم يضغط احد
 مساعدي الجراح خصم المريض الايمن ليندفع السائل الى الامام ثم يقف
 الجراح في الجهة اليسرى من المريض ويقبض بيده اليمنى مقبض الميزل ويحدد
 بسبابتها المقدار الذي يريد ادخاله من السهم وهو (٢) سنتيمتر ونصف فيغرسه
 دفعة واحدة في جدران البطن حتى يفقد المقاومة ويجدان طرف الميزل
 خالص من جميع الجهات فيخرج السهم مع تثبيته للانبوبة باهمام وسبابه يده
 اليسرى فتخرج السهم اخذ السائل في الخروج فيستعان على سهولة خروجه
 بضغط القسم الخصري من الخلف الى الامام ومتى انقطع خروجه اخرجت
 الانبوبة بيد الجراح اليمنى مع ممانعته بيده اليسرى للجلد من الانجذاب عند
 خروجه ثم يضع على موضع الوخزة قطعة من الجبر المصمغ أو من الشمع ويضغط
 بطن المريض بملاءة أو بلفافة يدنية

واعلم انه اذا اصاب الشريان البطني تحت الجلد طال العملية فيضغطه في
 ثنية من الجلد يمكن ايقاف النزف وبهذه الكيفية يوقف نزف الشريان
 الشراسيفي عندما تكون جدران البطن مسترخية فان لم يفد ذلك ادخل
 الجراح في الوخزة قطعة من الشمع الاسكنه دراني أو طرف قساطير من المصمغ

المرن

وأمام معالجة هذا النوع من الاستسقاء بالمخزوم كما فعله (دوبيريس) فكيفيتها
 أن يجعل المريض على الوضع الذي شرحناه في كيفية معالجته بالميزل ثم يغرس
 الجراح ميزلا في الخط الابيض تحت السرة بمقدار اربعة قراريط فيستفرغ
 البطن من السائل على ما سلفناه ومتى انتهى خروجه جعل المريض على الوضع
 الافقي ثم يزلق الماسورة موازية للسطح الباطن من الجدار البطني بعيدا عن محل
 دخول الآلة بنحو (٨) أو (٩) سنتيمتر ثم يدخل السهم في الانبوبة ثانيا
 ويخرج طرف الآلة من الباطن الى الظاهر فيصير بهذه الكيفية طرفا
 الانبوبة خارج البطن فيدخل فيها سلكا من الرصاص فيخرجها ثم يجمع طرف
 السلك فيلويهما معا

* (تنبيه) * اعلم ان الغرض من بزل البطن هو ازالة تضيق النفس الناشئ
 عن الانسكاب وليست هذه العملية صعبة ولا خطيرة بل هي اصوب من المخزوم

واعلم ان الاستسقاء الزقي اذالم يكن ناشئا عن مرض في القلب أوفى الاوعية
العظيمة فالجراح (الفونس جرين) يستعمل في معالجته احيانا الزرق بصبغة
اليود

واذا اريد أن يفعل البزل والمريض جالس على كرسي فن الضرورى ان يحاط
بطنه بملامة منثية يصاب بين طرفيهما من الخلف ويمسكها مساعدا ليضغط بها
بطن المريض شيئا فشيئا حتى يخرج السائل لثلاثين غمسي عليه بواسطة ورود الدم
الى الاوردة من القلب دفعة واحدة بما انه يكون قبل العملية مضغوطا بالسائل
ضغطا شديدا وبالعملية يزول هذا الضغط

* (في خراجات الكبد) *

اعلم ان الكبد مغطى بالبريتون الاحاقتة الخلفية فاذا كان البريتون المحشوى
المغطى للسطح العلوى من الكبد لم يلتصق بالبريتون الجدارى المقابل له لم
يمكن فتح شئ من هذه الخراجات الامع انسكاب الصديد في تجويف البطن
ولذا يوصون دائما بالتماس هذا الالتصاق قبل فعل الشق ثم اعلم ان هذه
العملية لها طريقتان

اولاهما طريقة (ريكاميه) وهى ان يضع الجراح بعد تحققه من وجود
الخراج على الجلد الذى يعلوه قطعة من البوتسا الكاوية وبعد قليل من
الايام يشق الحشكر يشة التى تجت عن هذا الكاوى ويضع في موضع الشق
قطعة اخرى من البوتسا وهكذا حتى يتبين له ان البريتون الجدارى التصق
بالبريتون المحشوى فعند ذلك يغرس وسط الورم مشرطا مستقيما حادا الطرف
فيشق به الخراج شقا واسعا وقد اوصى هذا الجراح ان تغسل بمجموع الخراج
كل يوم بان يرزق فيه ماء فاتر ويترك يسيرا من الزمن بعد سد فتحة الخراج
بقطعة من الاسفنج أو يسير من النسالة

وأما الطريقة الثانية فهى طريقة الجراح (بجين) وكيفية ان يشق الجراح
الجلد وما تحته من الاجزاء حتى يصل الى البريتون ثم يضع في الجرح قليلا من
النسالة فلا يفتح الخراج الا بعد حصول الالتصاق الذى يحصل في هذه
الطريقة عادة بعد اليوم الثالث من العملية

* (في ايكاس الكبد) *

اذا كانت هذه الايكاس محتوية على ديدان فاستخراجها يكون باحدى
الطريقتين اللتين تقدمتا في خراجات الكبد واما اذا كانت انما تحتوي على
سائل مصلى فالاجود في معالجتها هو البزل بالمزل ثم زرق صبغة اليود
في تجاوبها الا ان الاصوب في ذلك هو الجرى على طريقة (ريكاميه) أيضا
الصعوبة تشخيص الكيس في بعض الاحيان فقد يكون الورم ناشئ عن
خراج وفي هذه الحالة اذا فعل البزل بغير هذه الطريقة ينسكب الصديد
في تجويف البريتون فيحصل عنه التهاب بريتوني يقتل المريض

* (في الخراجات حول الكليتين) *

متى تحقق الجراح وجود الخراج فله علاجه أما بالشق وأما بالكاويات
فكيفية الشق ان يحدد الجراح باطراف اصابع يده اليسرى المحافة
الوحشية من الكتلة العضلية القطنية العجزية فيشق وحشى هذه المحافة
لثلاثين الشق في ثنية الصفاق المغلف لكل من العضلة الطويلة الظهرية
والعضلة العجزية القطنية والعضلة المستعرضة الشوكية ويلزم ان يكون
طول هذا الشق من (٨) الى (١٠) سنتيمتر وان يكون غوره على نسبة ثخن
الطبقة الشحمية ومتى شاهد الانبعاث الذي في الجهة الوحشية من الكتلة
العجزية القطنية شق الصفاق شقا بقدر طول الشق الاول الذي فوقه فعند
ذلك يخرج القيح دفعة واحدة ويعلم الجراح ان العملية قد تمت واول من
فعل هذه الطريقة هو الطبيب الشهير (تروسو).

وأما الكاويات كالبوتاسا الكاوية وعجينة فينارفع اماكن استعمالها
أيضا في فتح الخراجات حول الكليتين يكون الشق بالطريقة التي ذكرناها
اصوب واسرع

* (في ايكاس المبيضين) *

اعلم ان المبيض يمكن ان تتكون فيه ايكاس مصلية تصير عظيمة الحجم جدا
وتكون اما ذات تجويف واحد او عدة تجاوب غير مفض بعضها الى بعض

فيلزم الجراح ان يكون عارفا بهذه الصفات وبأن الكيس المبيض قد يكون ملتصقا اما بالبريتون المغطى للبيضين واما بالبريتون المغطى للجدار البطني وقد يكون منفصلا من جميع الجهات ثم ان شكل الكيس يختلف أيضا فيكون اما كرويا واما كثريرا وقد تكون قاعدته ملتصقة بالرباط العريض وذلك عند زواله أو ببقية المبيض اذا لم يكن زال بالكليمة واعلم ان الكيس متى صار حجم جدرانه عظيما تولدت فيه أوعية جديدة تنفضى الى الاوعية المبيضية

ومعالجة الكيس المبيض طرق متعددة وهي البط فقط أو البط مع الزرق أو الشق أو الخزم أو وضع انبوبة ثابتة في الكيس أو القرص أو الاستئصال فاما البط فقط فيفعل بالكيفية التي تفعل في الاستسقاء الزرق وهذه الطريقة قد تنجح احيانا

وأما البط مع الزرق بصيغة اليود فلذلك استسقاء المبيض شديدا بالقيولة المائية يمكن اذا كان بسيطا علاجها

وأما الشق فكيفيته ان ترقد المريضة مستلقية على ظهرها ويوضع تحت قطنها وسائد لتوتر الجدار المقدم من الكيس وينطبق بالكليمة خلف الجدار المقدم من البطن ثم يقف الجراح في الجهة المريضة فيبحث عن الجزء الاكثر اتحدا رافيشق فيه شقا طوله نحو (٨) سنتيمتر ازاء حافة العضلة المستقيمة في الجهة الوحشية منها أو في الخط الابيض فتي كان الكيس بسيطا سال جميع ما فيه من السائل واما اذا كان مركبا من جملة خلايا غريبة فضية الى بعضها فيلزم ان يشق جميع جدران هذه الخلايا حتى يسيل جميع السائل ثم يوضع في الجرح شريط منسول الجانين مدهون بالمرهم أو قليل من النسالة أو انبوبة لينة لتلايلتحم فهذه الكيفية يسيل السائل كلما تكون وبعدها من تختلف مدته يتقيح السطح الباطن من الكيس فتلتصق جدره

ومن الجراحين من ينفذ في احد جدران الكيس عقب تفريغه من السائل خيطا فيجذب به قريبا من الجرح الخارجي خوفا من انسكاب الصديد في التجويف البطني

وأما معالجة هذه الاكياس بالخزم فبالكيفية التي اسلفناها في معالجة

الاستسقاء الزقي بطريقه (دويريس)

وأما معالجتها بالقرض فكيفيته ان يشق الجراح في جدران البطن شقاً كبيراً ويعد حافى الجرح بعضها عن بعض بواسطة صنابير يوكل بها مساعدين ثم يمسك الورم فيقرضه واغلبه وينبت بواسطة خيط بقيته بالقرب من الجرح الخارجي وقد أوصى بعض الجراحين بقرض كل ما يظهر من بقية الكيس الى الخارج بالتقح الذي يحصل

وأما الاستئصال فيمفعّل اذا كان الكيس ذا خلايا متعددة وكان سيره سريعاً بحيث يخشى منه هلاك المريضة لتعطيله لوظائف الحياة المهمة ثم انه لا ينبغي فعل هذه العملية الا بشروط (منها) ان يكون الجراح متحققاً من طبيعة المرض أي انه استسقاء مبيض حقيقي (ومنها) كونه المرض لا يزال أخذاً في الازدياد فيخشى منه هلاك المريضة (ومنها) ان يترآء للجراح ان حجم الورم لا يتقص بالانزال والضغط القانوني بعده مع تعاطي يودور الحديد من الباطن (ومنها) ان يكون المرض ليس ناشئاً عن سرطان وعلامة السرطان ان يكون الورم ثابتاً ونموه سريعاً جداً وفيه الآم ناخسة مع شدة نهوكة في البنية (ومنها) ان تكون صحة المريضة جيدة بحيث تقوى على هذه العملية العظيمة (ومنها) ان يتحقق الجراح عدم وجود التصاق لاني البريتون البطني ولا الحشوي وطريق معرفته ذلك ان يأمر المريضة بالانقلاب من جنب الى آخر ليتحقق تحرك الورم أو عدم تحركه ويعرف أيضاً بأن يرقد المريضة ويأمرها بالقيام بدون اعتماد على يديها فأن العضلات المستقيمة البطنية والمحالة هذه ان كان الورم منفصلاً تقلصت تقلصاً شديداً وشوهت بارزة تحت الجلد وان كان ملتصقاً انجذبت الى الخلف ويعرف تحرك الورم بالنفخ أيضاً حتى ظهر للجراح امكان فعل العملية شرع فيها

واعلم ان نجاح هذه العملية متوقف على عدة شروط مهمة جداً فلنذكرها لك مفصلة قبل الشروع في بيان كيفيتها فنقول يجب على الجراح الذي يريد فعلها ان يتدبى بتقوية بنية المريضة بالمركبات الحديدية ثم يعطى لها قبل العملية بيومين مسهلاً خفيفاً أما من دهن الخروع أو من الزاوند وفي اليوم المعين للعملية يحقنها أولاً بالماء الفاتر لئلا تفرغ المعى الغليظ ويجب عليه أيضاً

ان لا يفعلها الا بعد مضي زمن الطمث بمدة اقلها اسبوع بحيث يكون التنبه المبيض قد زال بالكافية والا كانت خطيرة جدا واذا كانت المريضة في مستشفى وجب انفرادها بالكافية بمكان غير مكان بقية المرضى بأن تجعل في اودة مخصوصة بها ذات هواء كاف ويجب أيضا ان يخصص بخدمتها ممرضة عارفة معرفة تامة بقسرة الاناث ومع هذا فالاصوب اجراء هذه العملية في بيت المريضة وان كانت المريضة من أهل الري فليحسن من الجراح نقلها الى المدينة اذ من المعلوم ان الارياف اجود لصحة المرضى لبقاء هوائها فليتحتم الجروح فيها بسرعة ويجب على الجراح ومساعديه اجتناب مواضع التشميع والمرضى المصابين بامراض وبائية عفنية قبل العملية اياما ولا يسمح بحضورها الا لقليل من الناس مضي عليهم ايام مع اجتناب ما ذكر أيضا ويجب ان يكون فراش المريضة نظيفا جدا والاصوب ان تكون ملائمة وبقية ادواته جديدة لم يتقدم لها استعمال وكذا يجب ان يكون الاسفنج الذي يراد استعماله جديدا أيضا نظيفا نظيفا جدا خاليا من الصابون ومن المحصى وان اقتضى الحال استعمال فينيلة لزم ان تكون جديدة وان تغسل قبل ذلك وكذا يلزم ان تكون الاالات الجراحية التي يراد استعمالها نظيفة جدا ماضية وان تكون ايدي الجراح والمساعدين في غاية النظافة خالية عن اثار الصابون دفيئة فانها ان كانت باردة وامسك بها البريتون احدثت خطرا وقد اوصى الجراح (بيلى) الانكايى بان تغسل الايدي قبل العملية بمركب سماه المصلى الصناعى وهو هذا

{ من الماء النقي - ٨ ارطال
 ومن بياض البيض - ٦ دراهم
 ومن ملح الطعام - ٤ دراهم }

وأما حرارة الموضع الذى تفعل فيه العملية فيلزم ان تكون في درجة (٦٥) من مقياس الحرارة الانكايى وذلك (١٨) وثلاث من المقياس المثبتى ولا سيبل الى الزيادة فانها ان زادت عن هذه الدرجة اضعفت المريضة ويلزم ان يكون هواء هذا الموضع كافيا وأما الموضع الذى ينبغي ان تكون عليه المريضة حال العملية فالاحسن ان

تكون مضطجعة ويجب ان تنشق عند ذلك بالمخضرم أى الكاور وفورم متعا
لتأثير صراخها وحركاتها في الجراح فان ذلك يحمله على العجلة بانهاه العملية
ومعلوم ان العجلة في جميع العمليات الجراحية رديئة جدا لاسيما في استئصال
المبيض اذ قد يتسبب عنها القتل فالواجب في هذه العملية ان يفعل كل شئ
برفق وتيقظ حتى زال الاحساس شرع الجراح في فعل العملية بعد ان يفرغ
المثانة بالقسطرة ويدثر رجل المريضه دفعا لبرد هما ويوقف كل مساعد على
وظيفته ويضعهم الوضع اللائق ويتمقدالاته ويرتبها بنفسه على حسب طلبها
وكيفية العمل أن يشق في الخط الابيض بين السرة والعانة شقا طوله من (٤)
الى (٦) قرار يبط ومتى وصل الى البريتون جذب به اليه قليلا وفعل فيه عزو ثم
شقه على محس قنوى على حسب طول الجرح فعند ذلك ينكشف الكيس
المبيضى وربما سال سقى كان مترا كما هناك ثم يتحقق من كون الورم منعزلا أو غير
منعزل ويتم ذلك بادخال اصبعه بين الكيس والبريتون وليحذر من ادخالها
بين البريتون والصفاق المستعرض كما وقع من بعض الجراحين فان وجد
هناك التصاقا وجب أن يدخل يده فربله مع غاية الاحتراس من تمزق شئ
من الاوعية وحصول نزف فان حصل ذلك وجب عليه الاسراع بربط الاوعية
النازفة وبعد ازالة الالتصاق التي هي من الضروريات جدا في هذه العملية
يبط الكيس المبيض بمنزل كبير معد لذلك في الجزء الاكثر بروزا فيسبل
السائل من الماسورة ويسهل خروجه بامالة المريضة الى جنبها قليلا ويضغط
بطنهما ضغطا قانونيا ومتى لم يبق من السائل الا ربعه امسك الجراح الكيس
بصنارة أو بجفت (موزو) وجذبه الى الامام مع غاية الاحتراس لئلا ينسكب
السائل في الجرح وكلما خرج شئ من السقى جذب الكيس الى الامام حتى ينقطع
السيلان فعند ذلك ترقد المريضة بسرعة على ظهرها كما كانت ويوضع على
الجرح قطعة من الفانيلامغموسة في الماء الفاتر بعد ان يضم كلامن حافتيه
الى الاخرى أحد المساعدين دفعا لتأثير الهواء في الاعضاء الباطنة مع ابقاء
الكيس خارج الجرح ثم يربط الجراح أصله رباطا جيدا أو يضغطه بجفت
مخصوص ضغط شديد اذ في قطعه دون محل الربط أو الضغط بقيراطين أو ثلاثة
ثم يضم الجرح بواسطة الخياطة الكتبية أو الخياطة بالسلك المعدنية وبعد

ذلك اما ان يقتصر على ضم جرح جدار البطن أو يضم مع ذلك حافتي شق البريتون ويلزم لاجل متانة الخياطة ان تكون الغرز بعيدة عن حافتي الجرح بقيراط ونصف ويلزم ان تكون كل منها بعيدة عن الاخرى بثلاثة ارباع قيراط وان يكون اصل الورم خارجا من اسفل الجرح وان تكون الغرزة التي تليه من فوق قريبة منه ما يمكن والاصوب ان تكون الغرزة السفلى نافذة فيه لتزيد في تثبته ثم تجعل تحت الدبايس قطع من الفانيليا ومتى أريد استعمال الجفنت في امسك اصل الورم لزما لفته في فانيليا أيضا وبعد العملية يغطى الجرح بالقطن المندوف ويربط برباط عريض سميك متخذ من الفانيليا كذلك ثم ترقد المريضة في فراش دفيء ويعطى لها العوق متخذ من زبدة الكاكو مع قمحتين من الافيون

* (تنبيه) * يلزم بعد استئصال ورم احد المبيضين ان يبحث الجراح عن حالة المبيض الآخر وان يجعل غذاء المريضة في الايام الثلاثة التي تعقب العملية من اللبن مع قليل من الاراوروت ثم من الاغذية التي جميعها بارد ويلزم ابطال فعل عضلات البطن وفي زمن التماس الجرح يلزم قسرة المريضة في اليوم امرار الثلاثة وتوثر المثانة

واعلم ان الموت الذي يتسبب عن هذه العملية يحصل عادة عن التهاب البريتون الذي يعقبها حينانا

* (في جروح البطن المجائفة) *

هذه الجروح اما ان تصيب جدران البطن فقط أو مع جدران الامعاء فلذا تنقسم الى قسمين احدهما جروح البطن المجائفة البسيطة والثاني الجروح المجائفة المضاعفة

* (في جروح البطن المجائفة البسيطة) *

اذا كان الجرح لم يشغل الا جدران البطن وجب على الجراح الاسراع بضم حافتيه بالخياطة الكتبية مع الاجتهاد في منع حصول الاعراض الالتهابية واعلم انه يلزم قبل الخياطة الابتداء برد ما خرج من الامعاء فان لم يتأت ذلك لضيق الجرح لزم توسيعه مع غاية الاحتراس بان يدخل بين إحدى حافتيه

وبين الامعاء مشرط ذو زراما مستقيم وأمانحن ومن الجراحين من يهدى هذا المشرط على الجس القنوى الا ان ذلك لا يكسب العملية بساطة ولا سهولة ومنهم من أوصى بعدم توسيع الجرح وان تفرغ الامعاء من الغازات بان تمقب بنحو سبرة

ثم ان رد الامعاء من الجرح ليس صعبا جدا الا انه يجب على الجراح ان يسكن روح المريض ليقل الانقباض العضلي وان يضعه الوضع اللائق بأن يثنى فخذه على حقويه تديا خفيفا ورأسه على صدره ثم يتعامل على الحوية المعوية التي خرجت اخيرا فهذه الكيفية يمكنه متى كان ماهرا ادخال جميع الامعاء بدون صعوبة

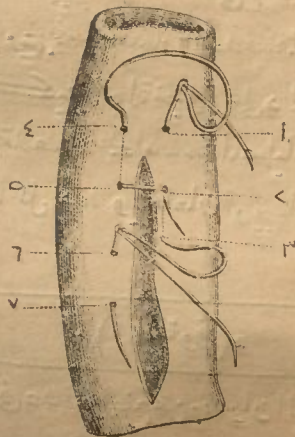
فان كان الذي خرج من الجرح هو التراب ادخل كالامعاء لكن يجب ان لا يلف بعضه على بعض

*** (في جروح الامعاء) ***

هذا القسم اما ان يشغل الجرح منه طول الامعاء أو عرضها فلذا ينقسم قسمين أحدهما الجروح المعوية المستطيلة والثاني الجروح المعوية المستعرضة

*** (في خياطة الجروح المعوية المستطيلة) ***

هذه العملية لها طرق عديدة لا يمكن ان ذكر منها هنا الا طريقة (جلى) فانها الاكثر استعمالا (شكل ٤٧) وكيفيتها ان يؤخذ خيط طوله لائق بالجرح



(شكل ٤٧)

المعوى الذى تراد خياطته فيجعل أحد طرفيه في سم ابرة ويجعل الطرف الآخر في سم ابرة اخرى ثم تغرس احدى الابرتين من الظاهر الى الباطن بعيدا عن الحافة العليا من الجرح بنحو نصف سنتيمتر ثم تخرج من الباطن الى الظاهر تحت محمل ادخالها ببعض مليمترات بشرط موازاة المحيط لحافة الجرح ثم يفعل ذلك بالابرة الاخرى في الحافة السفلى منه وبعد ذلك تنفذ الابرة الاولى من موضع خروج الابرة الثانية وتخرج اسفل منه ببعض مليمترات ثم تنفذ الابرة الثانية من موضع خروج الابرة الاولى فتخرج اسفل منه ببعض مليمترات أيضا وهكذا حتى ينضم الجرح فيشده المحيط فتنقلب حافتا الجرح الى الباطن فهذه الكيفية يتلامس الغشاء المصلى من هاتين الحافتين فتلتصمان

* (في خياطة الجروح المعوية المستعرضة) *

لخياطة هـ - هذا القسم من الجروح عدة طرق أيضا الا اننا نقتصر منها على طريقة (لانبير) فانها اجودها وكيفية ان يجهز الجراح خيوطا على عدد الغرز التي يريد فعلها ويجعل كل خيط في سم ابرة معوجة ويدفعها حتى تصل الى الغشاء المخاطي بدون ان تنفذ منه ثم يميلها ويدفع سنها الى جهة الجرح على السطح الظاهر من هـ هذا الغشاء حتى صار سنها قريبا من حافة الجرح غرسها ثانيا من الباطن الى الظاهر وبعد ذلك يغرسها بنفسها في الجهة الاخرى من الجرح بعيدا عن حافته بيسير ويدفعها حتى تصل الى الغشاء المخاطي فيميلها الى جهة الجرح ويدفعها بين الغشاء المخاطي والاعشمية الظاهرة من الامعاء حتى تبعد عن حافة الجرح بنحو سنتيمتر واحد فينفذها من الباطن الى الظاهر وبعد ان تنفذ هذه الكيفية جلة خيوط على دائرة الامعاء تشدا طرفها لم يقرب طرفا الجرح فيتلامس سطحاهما المصليان بانقلاب حرفا الجرح الى الباطن ثم يعقد طرفا كل خيط ويقطعان قريبا من العقدة ثم ترد الامعاء الى تجويف البطن

* (في الفتوق) *

يمكن حصول الفتوق في عدة مواضع من جدران البطن لكن لندرة اغلبها لا نذكر هنا الا ما يستدعيه كل من الفتق الاربي والفتق الفخذي والفتق

* (في الفتق الاربي) *

(تشرح جراحی) أعلم ان القناة الاربية منحرفة من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام ومن الوحشية الى الانسية وهي اكثر انحرافا عن رباط (بوارت) وبعيدة عنه بخوسنتيمتر واحد فيما يقرب من فتحها البريتونية أى الباطنة وأما فتحها الظاهرة فهى موجودة فى استطالة هذا الرباط وطول هذه القناة (٤) سنتيمتر ومنها ينفذ الجبل المنوى بالنسبة للرجال والرباط المستدير بالنسبة للنساء ويعتبر لها جدار مقدم مكون من صفاق العضلة العظيمة المنحرفة وجدار سفلى مكون من انعطاف أى انثناء هذا الصفاق وجدار خلفى مكون من الصفاق المستعرض وليس لها جدار علوى وانما تعوضه الحافة السفلى من كل العضلة الصغيرة المنحرفة والعضلة المستعرضة ثم ان الفتحة الظاهرة أى الجبلية المسماة بالحلقة الاربية تقرب من ان تكون مثلثة الشكل وهى حاصلة من انقسام صفاق العضلة العظيمة المنحرفة البطنية الى سيرين متينين يسميان بقائمتى الحلقة الاربية احدهما يتشبث فى الشوكة والثانى فى ارتفاق العانة

وقطر هذه القناة الاكبر منحرف من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية وأما الفتحة الباطنة فحاصلة من استطالة الصفاق المستعرض المنقلب على نفسه فانه ينتج هذا الانقلاب بروز باطن وأما الانبعاث الحاصل فيسمى بالنقرة المحرقية الوحشية وهى التى يحصل فيها الفتق الاربي المنحرف ثم ان موضع الشريان الشراسيفى الذى ينشأ من الشريان المحرقى الظاهر فى الجهة الانسية من الفتحة الباطنة من القناة الاربية وفى الجهة الانسية من هذا الشريان توجد نقرة تسمى بالنقرة الاربية الانسية يتكون فيها الفتق الاربي المستقيم وهذه النقرة الاخيرة محدودة من الوحشية بالشريان الشراسيفى كما اسلفناه ومن الانسية بالشريان السرى المسدود وفى الجهة الانسية من هذا الشريان توجد نقرة اخرى سماها الجراح (ولبو) بالنقرة المتسانية العانية وهى اقرب الى الخط المتوسط منها الى الحلقة الاربية الظاهرة

والفتق الذي يحصل في هذه النقرة يسمى بالفتق المنحرف الانسي أو اعلى العانة وأعلم انه يستعان على رد الفتق بالمرقدات كالانبر والحضرم أى الكاور وفورم لكن لا يعاين الرذائعا لتنبه الذي يحصل عادة في ابتداء التأثير بهذه المرقدات بل ينتظر حصول السبات الذي تكون العضلات معه مسترخية استرخاء تاما فلا يكون هناك عائق من الرذ

* (في رد الفتق الاوبى) *

كيفية ان يردد المر بوض على فراش منضم الفخذين الى الجذع مرتفع العجز لتكون الفتحة التي تخرج الفتق منها هي الجزء العلوى من سطح منحدر أكثر اجزائه انحدارا الصدر ثم لاجل ان تسترخى عضلات جدر البطن استرخاء تاما يلزم ان يكون رأس المريض منتبها على قصه بان يوضع تحته أى الرأس وسادة وبعد تثبيت المريض على هذا الوضع بواسطة مساعدين كافيين يقف الجراح في الجهة اليمنى من الفراش ويرفع الفتق من اسفله بيده اليمنى ويضع أصابع يده اليسرى على اصل الصفن ليهدى الامعاء الى الفتحة الاربية ويمسحها بها من الخارج متى ارتدت ثم يدفع براحة يده اليمنى الورم الفتقى من اسفله الى اعلى ويجهد بيده اليسرى في ادخال الامعاء بضغطها وضغطها خفيفا لينقص حجمها فتتخذ من الحلقة الاربية

وهذه هي الطريقة المعتادة في رد الفتق الاربى فان تعذر رد الامعاء جولة اممكن ان يرد اولاً الجزء المعوى القريب من الحلقة بان يقتصر الجراح في الضغط على هذا الجزء

واعلم ان الورم الفتقى متى كان ناشئا عن الامعاء سمع له عند رجوعه قرقرة خاصة تسمع بها اصابع الجراح أيضا وتكون علامة على ارتداده بالكلية وأما اذا كان ناشئا عن التراب فقط فيرتد شيئا فشيئا بدون ان يسمع له ادنى قرقرة وانما يعرف ارتداده بتناقص الورم تدريجيا

ثم ان المدة التي يتم الرد فيها تختلف جدا فقد مكث الجراح (اموسا) في رد فتق عدة ساعات لكن متى تجاوزت بعض دقائق كان ذلك خطرا والرد القسرى اشد خطرا من الرد المستطيل فانه مظنة لالتهاب الامعاء

وغنفر يذمها وتمزقها

* (في الوسائط المساعدة على رد الفتق) *

(في الالبز الحارة) هذه الوساطة تنقص الالم وتسكن الالتهاب فيسهل بذلك
الرد ويفعل والمريض في الماء أو عقب خروجه منه قبل ان يمضى عليه
بعض دقائق

(في الفصد) يمكن قبل ان يمضى على الفتق المحتنق مدة طويلة استعمال الفصد
لتنقيص الحركة النزلية الاحتقانية ولائنه ان حصل عنه اعماء كان ذلك
مساعداً على الرد فان المجموع العضلي يكون حالة الانغما مسترخياً استرخاء
تاماً فلا تدفع الامعاء الى جهة الحلقة التي تحتنقها
(في المسهلات) من المبالغ في مدحه هنا المسهلات بطريقة المحقن
ومن الموصى به ابضادك الورم الفتقي بخلاصة البلاونا ثم وضع المبردات
عليه

وللمخدرات نفع عظيم في رد الفتق لكن يجب ان لا يفعل الرد الا بعد التدبير
التام لانه العضلات في هذه الحالة تكون مسترخية استرخاء تاماً
* (تنبيه) * يجب في رد الفتوق ان لا تستعمل المسهلات من القم لكونها
يحدث عنها قيء اجيانياً فيتعب المريض ويزيد في الاحتقان الالتهابي هذا
ومن المستعمل في رد الفتق المحقن بماء التبغ المعروف بالدخان

* (في عملية التفريج عن الفتق المحتنق) *

يندر حصول الاختناق في الحلقة الظاهرة وانما الغالب حصوله - حذاء
الحلقة الباطنة أما من هذه الفتحة نفسها أو من عنق الكيس الفتقي فيها
وقد تبيننا آنفاً على ان الشريان الشراسيفي يكون في الفتق المنحرف المارفي
جميع طول القناة الاربية في الجهة الانسية من هذا الفتق وان الجبل المنوي
يكون تحتيه وأما الفتق المستقيم فيكون فيه هذا الشريان في الجهة الوحشية
منه فلا يمكن حينئذ توسيع الحلقة من الاسفل لوجود الجبل المنوي هناك
ولان الانسية اذا كان الفتق منحرفاً ولا من الوحشية اذا كان مستقيماً خوفاً
من أصابة الشريان المذكور فلذا أوصى جميع الجراحين بشق الحلقة الاربية

من الاعلى وأوصى بعضهم بان يرد الفتق بدون شق للكيس الفتقى الا ان هذا ليس بصواب فقد يكون الاختناق ناشئا عن عنق الكيس فلا تنفع العملية مع هذه الكيفية ويبقى الاختناق حاصلا وبعد ان يكون خارجا يصير باطنيا فهلك المريض

* (كيفية العمل) *

يرقد المريض على فراشه وتحاق عاتته ثم يقف الجراح في الجهة المريضة فيشق بمشرط محدب قليلا ممسكا كفوس الرباب في الورم شقا يمتد به من قاع الصفن الى قرب الفتحة الاربعة الباطنة لالي اعلى الفتحة الظاهرة باثنين أو واحد سنتيمتر فقط فان هذا يصير العمل صعبا جدا ويكون هذا الشق شاملا للجلد والنسيج الخلقى ويمكن الجراح المتمرن ان يستمر على الشق بهذه الكيفية من الظاهر الى الباطن حتى يصل الى الكيس الفتقى فان لم يكن الجراح متمرنا امسك الانسيجة بجفت فصنع بالمشرط فيها فتحة ثم نزلق منها مجساقا قويا فيشق عليه الانسيجة من اعلى ومن اسفل على قدر شق الجلد حتى يصل الى الكيس

واعلم ان الكيس الفتقى قد يشبهه على الجراح بحوية من الامعاء بسبب ما فيه من الملاسة لكن متى عرف ان هذا الكيس لا بد ان يكون جزء منه ملتصقا خصوصا اذا كان الفتقى قديما وان الامعاء لا يكون شكلها حاويا لصايبا الا اذا كان البارز جزء من سطح المعى ارتفع هذا الاشتباه وأيضا هذا الكيس يكون محتويا على مقدار عظيم من المصلى ويعرف ذلك بضغطة بالاصبع

ومتى وصل الجراح الى الكيس الفتقى شقه شقا كسطيا كما شق ما يغطيه من الطبقات والاصوب استعمال المقص في هذا الشق لكن مع الحذر من اصابة الامعاء وبعد شقه للكيس شقا كافيا من الاعلى ومن الاسفل بحيث بسبابة يسراه عن مجل الاختناق ويهدى عليها مشرطا مستقيما أو مقعرا اذا زر يدخله على صفحه بين الفتحة الاربعة واصبعه حتى يدخل من المشرط قدر (٣) أو (٤) سنتيمتر وجهه حده الى الجزء المراد شقه فشقه جازبا المشرط الى الجراح

هذا والجراح (اسكاريا) اوصى بان يشق جـ- اة مواضع من الحلقة فزارا من جعل الشق غائرا جدا في موضع واحد فتصاب الاوعية المجاورة لعنق الفتق وبعد ذلك تجذب الامعاء الى الخارج ليتحقق الجراح من كونها سليمة ولم تتقرح بالاختناق ثم يمدفعها من الاسفل الى الاعلى ويدخلها تدريجا بان يمدأبا داخل ماخرج منها انخرا ثم ينظف الجرح بغسله بالماء ثم يضمده برقادة غربالية عليها نسالة ويمنع المريض من ان يفعل مجهودات لثلاثتدفع الامعاء الى خارج البطن ثانيا

ولاجل سهولة خروج السائل المصلي الذي ينسكب في تجويف البطن بعد مضي بعض ساعات من الاختناق يلزم الجراح ان لا يضم حافتي الجرح من الاسفل فهذه الكيفية يكون الشفاء اسرع حصولا منه عند تضييد الجرح تضييدا بشيئا فقط اعني بدون خياطة فلذا كان ضم الجرح بالقصد الاول هو الا صوب والاكثر استعمالا الا ان

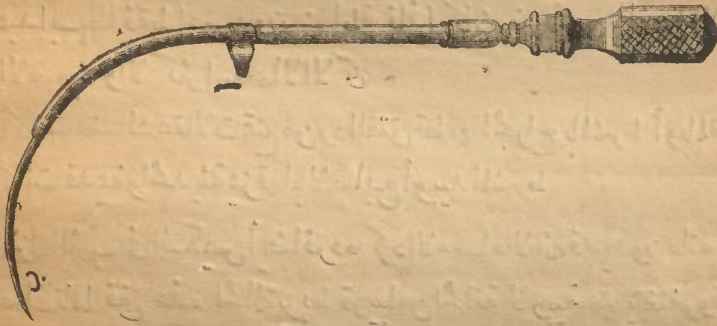
فان كانت هناك عقالات تمنع من رد الفتق قطعها الجراح بالمشرب أو بالمقص ان كانت قديمة والمحدثة يمزقها بالاصابع أو بيد المشرب فان نزل الثرب في الكيس أيضا فرده كرد الامعاء الا انه قد يكون ملتصقا التصاقا تاما ففي هذه الحالة يربط قريبا من الحلقة الاربعة حتى يتغفر وقد استصوب الان قطعه بالقرب من الحلقة وربط كل من الاوعية النازفة على حدته

ومتى وجد الجراح الامعاء متغفرة لزمه ان يشق فيها شقا واسعا لتخرج منها المواد الثقيلة

* (في شفاء الفتق الاربي بالكلمة) *

من المعتاد معالجة الفتق بالحزام المعدل منه من النزول لكن لما كانت ثمرة هذا الحزام لا تحصل الامع وجوده فقط احتيج الى معالجته معالجة شفاوية وقد ذكره وذلك عند طرق منها طريقة (جردي) هي ان يعطى للمريض قبل العملية بيوم مسهل لثلاثتدفع منه مجهودات تبرز بعد العملية ثم يوضع في وضع عملية الحفاة ويقف الجراح بين فخذيه فيرد الفتق ثم يوكل مساعدا

بابقائه مردودا بضغطة للفتحة الاربعة الباطنة ثم يدخل الجراح سبابة يسمراه
 في القنائة الاربعة فبهذه الكيفية يتدفع جلد الجزء العلوى من الصفن في
 القنائة الاربعة امام الاصبع والجراح (جردي) أوصى بأن تزلق الاصبع
 امام الكيس الفتقى بشرط أن يكون الذى امامها هو جلد الصفن مع كل من
 الصفاق المستعرض والعضلة المستعرضة والعضلة الصغيرة المنخرقة وصفاق
 العضلة العظيمة المنخرقة وجلد الجدار البطنى المقدم وان يكون الذى خلفها
 هو الجزء الخلقى من الصفن المرفوع والكيس الفتقى والمجمل المنوى
 والشريان الشراسيفى ثم يزلق الجراح ابرة ذات غمد (شكل ٤٨) معوجة في
 طرفها تقبان يمر فيها خيط مزدوج تكون عروته في مقابلة المسافة التى بين
 (شكل ٤٨)



هذين الثقبين وطرفاه في جهة تقعرها وهي في غمدها على الوجه المقدم من
 اصبعه بشرط ان يكون تحديها الى السطح الراحي من هذه الاصبع مع
 اول الغمد المكون من جلد الصفن حتى يصل الى اخره فيخرج الابرة من
 الغمد بان يدفع الحلقة التى عليه فتخرج وتنفذ في جدار البطن المقدم
 ويجعل تحديها الى الخلف لا يتخشى اصابته للبريتون حال نفوذها حتى يبرز طرفها
 الى الخارج اخرج الطرف العلوى من الخيط من سمها العلوى ووكل بحفظه
 مساعدا ثم ترد الابرة الى الغمد وتخرج الالة جميعها الا طرف الخيط الموكل
 بحفظه المساعدا ثم يخرج الطرف السفلى من الخيط فيدخل في سم الابرة يجعل
 العروة مقابلة للثقب ثم يدخل الجراح اصبعه في القنائة الاربعة فيغرز غرزة
 اخرى كالاولى بعيدة عنها بستتيمتر واحد فهذه الكيفية متى شد طرف الخيط
 الى الاعلى تكونت منه عروة بها يبقى جلد الصفن على اندفاعه الى الداخل

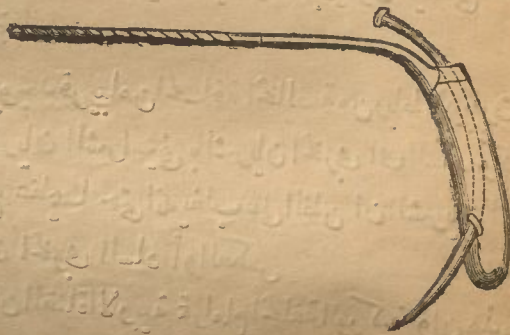
بدون توسط سبابه الجراح فبعد ذلك يقسم كلا من طرفي الخيط قسمين ويضع
بين كل قسم قطعة ملفوفة من الدياخلون أو قطعة من جبن من الصمغ المرين
ويغمد عليها كما في الخياطة المرودية

وكان الجراح (جردي) عند اختراعه لهذه الطريقة يستعمل ستة خيوط
فينفذها كما شرحناه ثم كتم في بخيط واحد لكنه بدل ان تكون العروة التي
في نبتة الصفن ضاغطة للجلد مباشرة نفذها في حبة سحجة ليخفف الضغط
ثم بعد اليوم الثالث أو الرابع تقطع الخيوط فان الصفن يصير حينئذ ملتصقا
بجدار القناة الاربية التصاقا كافيا فيكفي التضميد بخرقة مدهونة بالمرهم
البسيط عليها قليل من النسالة

ويلزم ان يبقى المريض في فراشه عشرين يوما أو ثلاثين لاجل ان تنجح العملية
ومنى خرج من الفراش فيوضع على وسطه حزام فتق الى ان لا يحصل عن
المجهودات المعوية ادنى بروز في القسم الاربى

(طريقة المجزاح فاليت) هي ان يرقد المريض في فراشه فيرد الجراح الفتق ثم
يدخل سبابه يسراه في القناة الاربية من أسفل الى الاعلى ليدفع بها الجلد الى
الباطن كما في طريقة (جردي) ثم يدخل في موضع هذه الاصبع آلة مخصوصة
اسطوانية الشكل تسمى بالضماد محتوية (شكل ٤٩) على الابرة فيدفعها الى
الاعلى على قدر الامكان ثم يثبتها في حزام المريض ومتى تحقق ثبوتها في القناة

(شكل ٤٩)



الاربية دفع الابرة التي في باطنها حتى تنفذ من الجلد المنفذ الى الباطن ومن
جدار البطن فهذه الكيفية يصير الجلد المنفذ من الصفن مثبتا جيدا

فيخط على مسافة من جلد البطن طولها (٤) أو (٥) سنتيمتر في عرض (٢) أو (٣) مليمتر خطا من عجينة (فيينا) بحيث ان سن الابرة يكون عند متصل الثلاثة الارباع الانسية من الخشكر يشة باربع الوحشى منها ثم متى اثر هذا الكاوى في البشرة فافسدها وضع على الخشكر يشة قطعة على قدر سعتها من الدياتلون مع كلورور الزنك مع تنفيذ الابرة من هذه اللصقة التي تثبت بعصابتين ومتى أتى على هذه اللصقة اربع وعشرون ساعة رفعها الجراح فشق الخشكر يشة باحتراس ثم وضع في الشق قطعة من الدياتلون عليها كلورور زنك أيضا ويكرر هذه الكيفية ثلاث مرات أو أربعا أو خسا حتى ينكشف له المعمد الجلدي في قاع الجرح فينفذت تكون العملية قد تمت ولم يبق الا ان يضع الجرح تضميدا بسيطا بالنسالة مع القيروط وأعلم ان هذه العملية يكون فيها البريتون المتكون منه الكيس الفتق منطبقا بعضه على بعض بالآلة فلذا يتأثر بالكاوى

* (في الفتق الفخذي) *

(تشرح جراحي) الحلقة الفخذية فتحة محدودة من الانسية برباط (جيمبرنا) ومن الوحشية بالوريد الفخذي ومن الامام برباط (فالوب) ومن الخلف بالنشر العائى المحرقى وهذه الحلقة مغطاة بحاجز متقب عدة ثقب يسمي بالحاجز الوركي يوجد في وسطه غالبا عقدة لينفاوية وأما البريتون فيغطي السطح البطني من هذا الحاجز

وأعلم انه يوجد قريبا من الحافة الخالصة من رباط (بوبات) فرع شرياني يوصل الشريان الشراسيفي بالشريان الخربى اى الساد وكثيرا ما يكون حجم هذا الفرع عظيما حتى انه يغلب على الظن ان الشريان الشراسيفي ينشأ من الشريان الخربى الساد أو العكس

وأعلم أيضا ان القناة الاربية تترامم الحلقة الوركية وان هذه القناة يمر فيها الحبل المنوى وعروقه والقناة المنوية والشريان الشراسيفي ينشأ من الشريان الفخذي ممتدا الى الانسية والاعلى فعلى ذلك تكون الحلقة الوركية محاطة

من جميع جهاتها بعروق ثم ان الفتق الوركي يحصل عادة من هذه الحلقة وينزل نحو الجزء الذي فيه ينصب الوريد الصافن الانسي في الوريد الفخذي فيكون حينئذ مغطى بالجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد والصفاق السطحي والصفاق الغربالي والنسيج الخلوي اللينى الذي يكون بين هذ الصفاق وبين الكيس الفتقى ثم هذا الكيس ثم انه يوجد في النسيج الخلوي تحت الجلد الشريان الحيمائي الوحشى العلوى الذى يمر عبر صفاً أمام الفتق

* (في رد الفتق الوركى) *

يفعل الرد في هذا الفتق بالكيفية التى ذكرناها في رد الفتق الاربى بشرط ان يكون الضغط أولاً من الامام الى الخلف ثم من الانسية الى الوحشية ثم الى الاعلى باستقامة

* (في عملية التفريج عن الفتق الوركى المحتنق) *

كيفية هذه العملية ان تشق الانسجة شقاً موازياً لثنية الاربية أو مقاطعها فى وصل الجراح الى الكيس الفتقى شقه أيضاً ثم ان كان الاحتناق حاصلًا عن الجوانب المتمزقة من الصفاق الغربالى لم يكن فى التفريج خطراً الاصابة بالمعى ان كان الجراح غير متمرن وأما اذا كان ناشئاً عن الفتحة الفخذية فيساعد أحد المساعدين الاجزاء البارزة من الامعاء ثم يزلق الجراح الاغلة الاولى من سبابية يسراه بين الفتحة الفخذية الخائفة وبين الامعاء المحتنقة بحيث ان بطن السطح الراحى من الاصبع يكون الى الجهة التى يفعل فيها التفريج ثم يزلق مشرطاً زار مستقيماً أو منحنيًا بين ظفروه وبين الحلقة الفخذية فيدخل منه مقدار سنتيمتر ثم يخرج شاقبه وأعلم ان الجراحين مختلفون فى كيفية هذا الشق فمنهم من يشق الى الاعلى والوحشية ومنهم من يشق الى الاعلى والانسية ومنهم من يشق الى الاعلى باستقامة لكن الغالب فى وقتنا هذا هو الشق الى الانسية على رباط (جيمبرنا) ويلزم ان لا يزيد الشق عن (٦) ملليمترًا لا يصيب بعض الاوعية المحيطة بالحلقة الوركية فان لم يكف هذا الشق فعلت شقوق اخرى فى جهات مختلفة حتى يرتد الفتق وهذا التفريج الذى سماه الجراح (فيدال) بالتفريج المتعدد هو الاصح اذ هو اقل خطراً

لكن لا ينبغي ان يفعله الجراح الا بعد جزمه بان شق اطوله (٥) مليمترا و (٦)
لا يكفي في رد الفتق

واذا كان الاختناق ناشئا عن عنق كيس الفتق فيمكن التفريج عنه من العليا
والانسية بلا خوف من اصابة شيء من الاوعية المحيطة بالحلقة الوركية لكن
الاختناق عن عنق كيس الفتق نادر جدا فان طال مدة الاختناق بحيث
ظن انه غنغرا الامعاء فن الحزم فتح الكيس الفتقي فان وجدت الامعاء
متغفرة وجب شقها وابقاؤها بالارد

* (في الفتق السري) *

هذا الفتق رده غير صعب ويحصل التفريج عنه اذا اختنق بشق جدران
البطن شقا صليبيا أو على هـ هذا الشكل (T) ثم يحفظ بحزام مخصوص يسمى
بالحزام السري

* (في معالجة الاست غير الطبيعي) *

الاست غير الطبيعي المسمى بالناسور البرازي أيضا استطراق غير طبيعي
يوجد بين الامعاء وبين خارج الجسم والعادة أن يكون سببه تغفرا وتقرح
معوي أما عن سبب خارجي أو عن تقرح معوي ناشئ عن سبب باطني وما كان
من ذلك نتيجة كيس فتقي فالعادة ان يكون حذاء عنق ذلك الكيس
أو نتيجة جرح كان في محل هـ هذا الجرح أو نتيجة تقرح باطن كانت الفتحة
في المهبل بالنسبة للنساء أو في المثانة أو بين عضلات البطن وهـ هذه الفتحة
تكون اما واسعة أو ضيقة ثم ان كلا من طرفي الامعاء يختلف وضعه عن الآخر
فان الطرف العلوي قد يستطرق بواسطة الجرح الذي يعرض في جدار البطن
الى الظاهر مع بقاء السفلي في البطن فتصير العملية غير ممكنة بهذا السبب
وفي اغلب الاحيان يكون طرف الامعاء مستطرقين الى الخارج ومتلامسين
على صورة البندقية المزدوجة فيتمكون عن ذلك حاجز يبرز في تجويف المعى
ويمنع من خروج المواد الثفلية بخروجاتها وربما زال هـ هذا الحاجز دفعة كما
شاهده (اسكاريا) ونسب ذلك الى انقباض المساريقا وهذا الحاجز هو المسمى
بالعرف

وما يشاهد أيضا في الاست غير الطبيعي ان طرفي الامعاء ينقبضان الى الباطن
من جذب المساريق لهما ومن حركة تقاص الامعاء فتتكون عن ذلك قناة
غشائية بين الجلد والمعى تسمى بالقمع وهي واسطة استطراق بين طرفي الامعاء
وقد تكون سببا لالتصام خروج المواد البرازية بالطرف السفلى من المعى وشفاء
الاست غير الطبيعي من نفسه لاسيما اذا كان العرف قليل البروز ومنجذبا
الى الخلف بقوة

* كيفية العمل *

يعالج الاست غير الطبيعي بعدة طرق منها طريقة (دوبوتيرين) وهي
ان يرقد المريض على ظهره مرتفع الرأس مثنى الفخذين قليلا فيدخل الجراح
سبابه يده اليسرى في الجزء السفلى من المعى ويترلق أحد فرعي الآلة المسماة
بمقطع المعى على الوجه الراحي من هذه الاصبع ثم يدخل الفرع الآخر
بالكيفية عينها وبعد ذلك يصابهما ثم يقرب كلا من فرعي هذه الآلة
الى الآخر بواسطة اللولب الذي فيها فبذلك تقف الدورة في الجزء العرفي
المختصر بين هذين الفرعين وبعد ذلك يزيد في الضغط كل يوم بلبه اللولب
مدة خمسة ايام ويسند المقطع في الجزء العلوى من الفخذين يضع تحته وسادة
ويثبته برباط يلفه لفا خفيفا على الآلة والفخذ والعادة ان الجزء المنضغط
بالآلة يموت في اليوم الثاني عشر

* (تنبيه) * مقطع الامعاء المنسوب الى الجراح (دوبوتيرين) عبارة عن
شبه جفت ذى فرعين يسمى احدهما بالفرع الذكور والاخر بالفرع الانثى
لان فيه ميزا بايدخل فيه الفرع الذكر وفي كل من هذين الفرعين بروزات
وانخفاضات لثلاث تترلق منه الامعاء عند ضغطها به وهذا الفرعان متصلان
ببعضهما بواسطة مسمار بحيث انه يمكن فصل احدهما من الاخر بسهولة
وفي الطرف المنزل منزلة مقبض لهذه الآلة لولب يمكن بواسطة تقريب وتباعد
كل من فرعيها عن الاخر

ومنها طريقة (ليكا) وهي ان يخاط الجرح الخارجى ان لم يوجد عرف
او كان ازيل بواسطة مقطع (دوبوتيرين)

* (تنبيه) أعلم ان الجرح مادام بعد فقد العرف مفتوحا غير آخذ في الالتحام بسبب انقلاب الغشاء المخاطي المعوي الى الخارج فالخياطة البسيطة لا تفيد شيئا فيلزم قرص حافتي الناصور قبل الشروع في الخياطة لكن ينبغي ان ننبه هنا على انه لا يحسن تجميل الخياطة الا مع تحقق الجراح من ان المواد البرازية تمر بغاية السهولة وبكلفتها من الجزء العلوي من المعي الى الجزء السفلي منه ومتى امكن شفاء الجرح بواسطة كي حافتيه بنترات الفضة أو الحديد المحمي فالاولى عدم الخياطة

* (في العمليات التي تفعل في المستقيم) *

* (تشرح جراحی) * يبتدىء المستقيم في الجهة اليسرى من الفقرة القطنية نازلا الى امام العجز والعصعص وينتهي بالشرح أمام العصعص بقدر (٣) سنتيمتر والعادة ان يكون شكله اسطوانيا الا في الجزء السفلي منه فانه يكون منتفحا قليلا أو كمبرا على حسب ما فيه من المواد الثقلية وعلى حسب مدة مكثها فيه

والعادة ان يكون الجزء الخلفي منه عاريا عن البريتون وقد يكون مغطى به الا ان ذلك نادر جدا وأما الجزء المقدم منه فنلتناه العلويان مغطيان بالبريتون والثالث السفلي منه يكون في الرجال مقابلا لقاع المثانة وللحويصلات المنوية والبروستاتا وفي النساء مقابلا للمهبل ومنفصلا عنه بطبقة رقيقة جدا تسمى بالحاجز المستقيمي المهبلي

والجراح (سفرانك) يرا ان ثنية البريتون تكون اعلى الشرح بقدر (١٠) سنتيمتر ونصف وأما الجراح (بلاندين) فيرا ان المسافة التي تفصل هذين الجزئين (٨) سنتيمتر في الرجال و(٤) في النساء

وكل من الغشاء المخاطي المستقيمي والغشاء المحلوي اللين الذي تحته يكون ثخيناً والغشاء المحلوي اللين غير ملتصق بالغشاء المخاطي التصاقا تاما فلذلك ينقلب المستقيم في بعض الاحيان

وأما غشاء العضلي فهو مكون من الياض سطحية مستطيلة ومن الياض باطنية حلقية وعضلته العاصرة مكوّنة من هذه الياض الباطنة الحلقية وقد

شاهد كل من الجراحين (ويابو) و (نيلاتون) وجود عضلة عاصرة أعلى فتحة
 الشرج بقدر (١٠) أو (١٢) سنتيمتر
 وأما شرايين المستقيم فهي الباسوري العلوى الناشئ من الشريان المساريقي
 السفلى والباسورى المتوسط الناشئ من الشريان الشراسيفى والباسورى
 السفلى الذى هو فرع من الشريان الحياثى الباطنى
 وأما اوردة المستقيم فهي عديدة يتكون منها بين الغشاء المخاطى والعضلة
 العاصرة الباطنة حزمة وريدية تسمى بالحزمة الوريدية الباسورية وهذه
 الاوردة تتفهم بالفروع الوريدية المصاحبة للشرايين الباسورية
 وأما اعصاب المستقيم فأتية من العصب السنباتوى العظيم ومن الاعصاب
 العجزية

* (فى قطع المستقيم) *

هذه العملية تفعل اذا كان هناك ورم سرطانى وكيفية ان يكب المريض
 على فراشه متجاوز بمقعده حرف السرير مثنى الساقين والفخذين ويثبت على
 هذا الوضع ثقبين جيدا ثم يشق الجراح شقين هلالين يحيطان بكل من الاست
 والورم ثم يسلخ هذا الجزء المعوى الى أن يتجاوز حدود الورم ان لم يكن ممتدا
 الى الاعلى كثيرا فان كان ممتدا الى الاعلى كثيرا خفيف أن يفتح بواسطة قطعه
 البريتون ثم يخفف بواسطة جفوت ومشابك المستقيم الى الاسفل ليتمكن من
 استئصال جميع الجزء المريض بالمقص أو بالشرط
 ثم يربط الاوعية النازفة ويضمد الجرح بأن يضع عليه رفادة غربية مدهونة
 بالمرهم مغطاة بالنسالة الجافة ويثبت ذلك برباط آخر
 واعلم ان الجراح (لسفرانك) أوصى بان يربط كل ما انقطع من العروق حال
 العملية اولافاولا وان الجراح (ويابو) أوصى بأن يوضع فى الجزء الباقى من
 المستقيم فتيل مع المداومة على ذلك بعض اسابيع لئلا يضيق هذا الجزء
 وأما طريقة الجراح (ريكاميه) التى هي عبارة عن قطع المستقيم بالشد عليه
 كما ذكرناه آنفا ثم تؤخذ ابرة معوجة كبيرة فيجعل فى سمها خيط مزدوج ويدخل
 من الاست فتنفذ فى سمك المستقيم ثم تخرج من المجلد الجاور لفتحة الاست
 ثم يجعل فى سمها خيط مفرد مع الطرف النافذ من الاست فينفذها الجراح

كما ثم يعقد طرفي الخيط الذي استعمل مرتين ثم يأخذ الطرف الاثني من الخيط الذي لم يستعمل الا مرة واحدة فيضمه الى الخيط الاخر ويدخله في المستقيم مع تبعيده قليلا عن الموضع الذي نفذ منه أولا وهكذا حتى يحيط جميع المستقيم ثم يعقد اطراف الخيوط ويشدها شدا محكما كما فهم هذه الكيفية تحتق جدر المستقيم بدون أن تنسد فتحته

* (في معالجة شقاق المقعدة) *

يعالج هذا الداء بطرق عديدة منها طريقة الجراح (بويه) التي هي عبارة عن قطع العضلة الشرجية وكيفية أن يضجع المريض على جنبه مرسل الفخذ السفلى ومثنى العليا فيضع الجراح سبابة يده اليسرى في است المريض حتى يصل الى اعلى العضلة الشرجية فعند ذاك يزلق بين هذه الاصبع وبين الغشاء المخاطي مشرطا اذازر على صفحه ثم يقيم فيقطع به كلامن هذا الغشاء والعضلة الشرجية في جميع طولها ويقطع من الجلد القريب من الاست طول واحد أو اثنين سنتيمتر

ويلزم عندما يكون المريض مصابا باورام باسورية ان يكون الشق بين ورمين منها ولا يشترط في نجاح العملية كون الشق واقعا على نفس الشقاق ثم ان الغالب انقطاع الدم من نفسه بسهولة فان حصل نزف قطع بأن يدخل في المستقيم والجرح فتيل تخين من النسالة والا كفي تضديد الجرح تضديد ا بسيمطا أن يوضع عليه سبب مطلي بالمرهم ومنها طريقة الجراح (بلاندين) التي هي عبارة عن قطع العضلة الشرجية من تحت الجلد

وكيفية ان يبط الجلد بالقرب من فتحة الاست بسنتيمتر ونصف فيدخل من هذا البط مقطاع الاوتار فيزلقه الجراح على صفحه تحت الغشاء المخاطي حتى يوصله اعلى العضلة الشرجية فيقيمه فيقطعها مستعيما على ذلك بادخال سبابة يده اليسرى في المستقيم وضعه بها ظهر الالة حتى انقطعت سمح لها فرقة وزالت المقاومة

وقبل فعل هذه العملية للحمى يلزم التمرن عليها في الميت فانها وان كانت ظاهرة

بسيطة سهلة فادخل المقطاع تحت الغشاء المخاطي صعب جدا لوجود النسيج
 الخلوي المتكاثف بين الجمد والحافة السفلى من العضلة العاصرة
 وبعده هذه العملية يدخل في المستقيم فتبل تخين حتى تنضغط جدره فيمتنع
 التزف فان القصد من خصوص هذه الطريقة انما هو منع حصوله
 ومنها طريقة الجراح (ريكاميه) المسماة بطريقة التمديد القسري والدفعي
 وكيفيةها ان يدخل الجراح سبابتي يديه في است المريض جاء - لاطهر يهما
 متلامسين ثم يباعد بينهما بقوة دفعة واحدة فيتمزق الوتر الحاصل عن انقباض
 العضلة العاصرة الشرجية دفعة واحدة كذلك
 ومن الجراحين من يستغنى عن ادخال السبابتين في الاست بادخاله فيها
 منظارا ذافلقات دفعة (حكيم) اجود هذه الطرق واقلا سائر وبعالمريض هو
 التمديد الدفعي فان هذه الطريقة كثيرة النجاح

* (في عملية نواصير المقعدة) *

يلزمنا قبل شرح طرق هذه العملية ان ننبه على انها لا تفعل لمن به سلال ثم ان
 النواصير العوراء الظاهرة قد تستفي بالوضعيات المرخية ولزوقات ايودية
 أو القابضة مع الاستعانة بالضغط وقد تعالج بتصويرها كاملة ثم فعل العملية
 فيها على ما سنذكره وأما النواصير العوراء الباطنة فيلزم تصويرها كاملة من
 أول الامر

وتعالج النواصير الكاملة بعدة طرق منها الطريقة المعتادة وكيفيةها ان
 يعطى للمريض مسهل قبل العملية بيوم لاجل استقراغ المعى الغليظ ثم يضع
 على الجنب الذي فيه الناصور من بسط الرجل السفلى مثنى الرجل العليا ثم
 يوكل مساعد بتثبيت الحوض والتخذين وآخر بتبعيد ما بين الاليتين ويدخل
 الجراح في القناة الناصورية مجساقنويا من الفضة يوصله الى المستقيم ثم يطلى
 سبابة يده اليسرى بالزيت أو بالمرهم فيدخلها في المستقيم فيخرج طرف
 الجرس ويرلق المشرط في قناته أي الجرس فيقطع جميع الاجزاء التي بين طرفيه
 ومنها طريقة (دسولت) وهي ان يدخل في المستقيم ريزج حتى يصل الى أعلى
 الفتحة الباطنة الناصورية فيوكل به مساعد ثم يدخل في القناة الناصورية

محس قنوى ويدفع برفق حتى يرتكز طرفه على تقعر الريزج فيهدى الجراح
مشرطاً مستقيماً على قناة هذا المحس فينفذه في الغشاء المخاطي حذاء الفتحه
الناصورية الباطنة فيقطع به جميع ما بين القناة الناصورية وبين الاست
من الاجزاء

ويلزم اخراج الريزج ملامساً للمحس ليتحقق الجراح ان الشق كامل
ثم يضم الجرح بأن يوضع في الاست فتيل من النسالة ويجعل جزء منه بين حافتي
الجرح واعلم انه ينبغي ان يتجاوز بالتفيل الطرف العلوى من الشق
ويلزم قبل التضخيم البحث عن ان الناصور غير متعدد الفتحات الباطنة فان
عثر على شئ من هذه الفتحات لزم شقه

واعلم ان الريزج انما يستعمل اذا كانت الفتحه الباطنة بعيدة لا يمكن الوصول
اليها بالاصبع فلا يتمكن من اخراج طرف المحس الى الظاهر
ومنها طريقة المحقن وكيفيتها ان يسد الجراح الفتحه الناصورية الباطنة
بسبابة يده اليسرى ويرزق في القناة من الفتحه الظاهرة قليلاً من صبغة
اليود

فان كان للقناة الناصورية جلة فتحات الى الظاهر لزم سد جميعها بأصابع
مساعدين الافتحة يفعل منها الزرق

وأما اذا كانت هذه الفتحات الى الباطن فسد جميعها بالأصابع متعذر
وحينئذ يضطر الى واسطة اخرى تمنع من دخول صبغة اليود في المستقيم
فتدخل فيه منانة من الكاوتشوك وتوصل الى حذاء الفتحات الناصورية
الباطنة ثم تلاءم بالهواء فتسد هذه الفتحات

ويلزم ابقاء مادة الزرق في القناة الناصورية نحو ثلاث دقائق
ومنها طريقة القرص وانما تفعل اذا كانت القناة الناصورية جاسية وكيفيتها
ان يمسك الغشاء اللينى المخاطى المغطى لها من الداخل بحفت ذى اسنان شبيهة
باسنان الفسار ثم تقرض بالمشرط ثم يدخل في المستقيم فتيل كما يفعل في عملية
شق الناصور

* (في معالجة التآليل الزهرية) *

يعالج هذا النوع من التآليل بالكشط أو بالكى وهاتان العمليتان

بسيطة ان جدا فلا حاجة الى الاطالة بشرحهما وانما تذكر لك انه من سنين
قريبة استعملوا في كى هذه التراكيل حمض الكروميك كما شاهدت ذلك كثيرا
مدة دراستي باسبتالية (بوجون) من باريز في عيادة الجراح (جرجاني)

* (في بواليب المستقيم) *

هذه الاورام تتولد على الغشاء المخاطي المستقيمي وتكون عادة قريبة من
الاست لكنها تخرج من فتحة عقب ما يفعله المريض من مجهودات التبرز
وتعالج بكل من الربط والاستئصال والسكي لكن المستصوب في مثل هذه
الاحوال هو الاستئصال لكونه اسرع ولا يحصل عنه نزف ولعدم عود هذه
الاورام بعده

وأما النزغ فلا يحمدي في معالجة بواليب المستقيم لما في الغشاء المخاطي من هذا
الجزء المعوي من كثرة القابلية للاتصال عن ماتحته

* (في معالجة الاورام الباسورية) *

هذه الاورام ان لم تتجاوز حلقة العضلة الشرجية كان من النادر ان تستدعي
عملية جراحية وان تجاوزتها ويغير عنها حينئذ بالظاهرة استدعت ذلك فتعالج
حينئذ بعدة طرق منها ارجاع الكتلة الباسورية الى الباطن لثلاث تحتق
بالعضلة الشرجية فتحصل عن ذلك الام شديدة جدا ثم يضع الجراح رفاة
وسطها مدهون بالمرهم على الاست بشرط ان يكون الجزء المدهون بالمرهم
مقابلا للكتلة الباسورية ثم يدفعا باصبعه في المستقيم حتى تدخل جميعها
ومنها الاجهزة والاربطة التي تستعمل لابقاء هذه الاورام داخلية في باطن
الاست فانه يشاهد في بعض المرضى تكرر خروجها بأدنى مجهود ودخولها بأدنى
دفع فينتهي أمرها بأن تبقى بارزة ويرشح من سطحها مواد فتصير بذلك عاهرة منقرة
ومنها استئصال هذه الاورام وكيفية ذلك ان يضع المريض على جنبه
على حرف سريريه بشرط ان يكون استه الى الجراح منبسط الفخذ السفلي منى
العليا ثم يسك الجراح هذه الاورام بجفت (موزو) أو بصانير فيقرضها
واحد بعد واحد بالشرط المستقيم أو بالمقص المنحنى الى صفحه مبتدئا بقطع
الاورام السفلى لثلاث يغطي الدم ما تأخر قطعه منها وقد أوصى الجراح (بويه)

ان ينفذ قبل القطع في كل ورم خيط لئلا يدخل في المستقيم بسبب التقلص
الذي يحصل دائماً عند القطع وقد أوصى الجراح (دوبونيرين) بأن تقطع
الاورام الباسورية بعيدة قليلاً عن محال اتصالها بالغشاء المخاطي توقيهاً من
التزف ومن ضيق الجزء السفلي من المستقيم بالاتحام

وبعد استئصال هذه الاورام يدخل في المستقيم فتميل من النسالة تخين مدهون
بالمرهم البسيط ويدفع الى ان يتجاوز محالها ثم يوضع على الاست سبائغ من
النسالة المدهونة فوقها رافاً تدويثبت جميع ذلك برباط الشرج

ولاجل منع التزف الذي يعقب العملية يسد المستقيم وكيفية ذلك ان يدخل
فيه الجراح بواسطة حامله القليل كرة من النسالة مدهونة بالمرهم ومربوطة من
وسطها بخيط متين ويوكل بطرفي هذا الخيط مساعداً ثم يدخل فيه كرات
اخرى من النسالة حتى يعلم انه حصلت الكفاية وان التزف انقطع بواسطة
انضغاط الاوعية الباسورية فيثبت جميع هذه الكرات بأن يعقد عليها

طرفي الخيط من الخارج ثم يوضع على الشرج سبائغ ورفائذ ويثبت جميع ذلك
بواسطة الرباط الشرجي ويشترط في الحشوة التي يحشى بها المستقيم ان تكون
مائلة له ملاءً كلياً ومتجاوزة من الاعلى حدود مقاطع البواسير فيدون ذلك

لا يؤمن التزف ولا يفتر بعدم انتشار الدم الى الظاهر فقد يسيل الى تجويف
المستقيم فيجتمع هناك ويعرف ذلك بعلامات التزف وهي امتناع اللون
وصغر النبض والعرق البارد والانعفاء فتى ظهر من هذه العلامات شئ لازم

ان يبادر الجراح الى اجادة الحشوة أو حسم التزف بالكي بالنار ولا بد من
استمرار هذا السداد اربعة ايام أو خمسة فان ظهر للجراح ان المريض لا يتحمل
هذا الضغط هذه المدة غمس بعض هذه الكرات في محلول فوق كلورور

الحديد الذي في درجة (٣٠)

ومنها الكي بالنار أو بالجواهر الكيماوية وهذا اجود واجود هذه الجواهر
هو عجيبة (فيينا) أو عجيبة كلورور الزنك أو كوى (فلهوس) المركب
من جزءين من البوتاسا وجزء من الكلس تذاب في بودقة وتفرغ على شكل

قضبان صغيرة ويوضع الكوى على هذه الاورام بواسطة الآت مخصوصة
كجفت (اموسا) الذي هو عبارة عن جفت معتاد الا ان فرعيه مصنوعان

بكيفية بها يمكن وضع الكاوى على الورم المراد كيه بدون ان ينتشر على
الاجزاء المجاورة

وكيفية استعمال هذه الالة ان يمسك بها الورم ويضغط بقرعها الضغط
للزوم ثم يوضع الكاوى في التقعر الذى في الفرعين ويترك مدة (١٠)
دقائق أو (١٥) أو أكثر على حسب الحاجة فهذه الكيفية تزول حيوية
الورم فتكون عنه خشك ريشة ثم تسقط

وتعالج هذه الاورام بالربط أيضا لكن لا يحتاج الى شرح كيفية هتال كونها
معلومة

والجراح (شاشنيك) آلة اعددها لقطع البواسير بعد هرس اصولها هرسا
خطيا حلقيا تعرف بالمهراس الخطى
* (تنبيه) * ينبغي قبل عملية البواسير يوم استعمال المريض لمسهل خفيف

* (في استخراج الاجسام الغريبة الواقعة في المستقيم) *

الاجسام الغريبة التي تدخل المستقيم وتقف فيه تختلف طبعا وشكلا فلا سبيل
الى تعيين ما يقتضيه استخراجها من الاعمال في جميع الاحوال وغاية ما نتوكل
انه متى خيف في استخراج الجسم الغريب من تزيقه لجوانب المستقيم تعين
ان يستخرج بحف ولاة صغير ليحيط به فيدفع تأثيره عن جدران المستقيم
ومتى لم يخش ذلك كفي في استخراجها جفت اعتمادي الا انه قد يضطر الى توسيع
فتحة الدبر بان تشق العضلة الشرجية ومثلها فتحة الدبر شقا بقدر الحاجة

* (في عملية بروز المستقيم) *

أعلم ان بروز المستقيم عبارة عن انفصال الغشاء المخاطي وبروزه الى الخارج
بروزا عظيما أو سيرا يتجدد بعد درده باطالة المريض للوقوف وبفعاله بعض
مجهودات عند التبرز أو غيره
ومتى لم يكف في معالجة بروز المستقيم رده اضطر الى عملية جراحية أما بطريقة
(دوبويترين) التي هي عبارة عن كشط نثبات الشرج من جهاته الاربع
أو يستعمل السكي بعض عضون جهاته الاربع أيضا
أما كشط نثبات الشرج الذي هو طريقة (دوبويترين) فكيفية ان يعطى

للمريض حقنة مسهلة لتتفرغ الامعاء مما هو مجتمع فيها من المواد البرازية ثم
 يسك الجراح ثنية من ثنيات الجلد المتشععات الى فتحة الدبر بواسطة جفت
 ذى اسنان فأرية فيقرضها بالمقص المنحني ويفعل ذلك في ثلاثة محال اخرى
 مختلفة أو أكثر على حسب حجم الورم
 وأما الكي فكيفيته ان يكوى الغشاء المخاطي من نفس الورم أو بعض محال من
 الجلد المتشععة ثنياته الى فتحة الدبر
 هذا وليحذر من استئصال الورم فانه عملية خطيرة جدا
 * (تنبيه) * يلزم غسل الورم الناشئ عن بروز المستقيم بالماء الفاتر قبل رده

* (في عملية تضاييق المستقيم) *

هذا التضاييق قد يكون في الاست فقط وقد يكون أعلى منه وهذه الحالة
 تشاهد غالباً في حلقة العضلة المبرجية العليا ويعالج هذا العارض بعدة
 طرق

منها التوسيع اما تدريجياً وأما دفعة اما التوسيع التدريجي فيحصل بادخال
 قتييل من النسالة مدهون بالمرهم في المستقيم وفي كل يوم يزاد في حجم هذا القتييل
 عن الذي قبله ويلزم دفعه الى ان يجاوز محل التضاييق
 وأعلم ان لهذا التمديد آلات مخصوصة منها آلة (برمون) التي هي عبارة
 عن انبوبين طول كل منهما نحو (٦) قراريط متداخلتين أحدهما وهي
 الباطنة ملساء منتهية بشبه زرم سدودة الطرف العلوي

والثانية مفتوحة الطرفين مقدار تجوية هاستة خطوط في ظاهرها عدة خزوز
 مثبت على أحدها غلاف من البرزق تدخل هاتان الماسورتان في المستقيم
 متداخلتين أحدهما في الاخرى ثم يدخل في هذا الغلاف مقدار من النسالة
 بواسطة جفت طويل وتدفع الى ان تتكون منها حوية حلقة حذاء طرف
 الماسورتين ويلزم ان يكون الغلاف أكثر امتلاء في الجهة الأكثر احتياجاً
 الى التوسيع ثم يثبت جميع ذلك تثبيته جيداً

وأما التوسيع دفعة فكيفيته ان يدخل الجراح سبابتي يديه في المستقيم بشرط
 ان تكونا متلامستين يظهرهما ثم ياعد يدهما دفعة فيتمدد الجزء الضيق

ومحل ذلك ان امكن الوصول الى محل التضايق بواسطة السبابتين فان لم تصلا
استعمل بدلهما منظار وفتح فرعا ه دفعة
وعند ما يريد المريض التغوط تخرج الماسورة الباطنة بدون تحريك للظاهرة
ومتى قضى حاجته اعيدت الماسورة الباطنة الى موضعها وشبك النتوء الذي
في طرفها في الشرم المعد لذلك في الماسورة الظاهرة
ومن الطرق في علاج تضايق المستقيم الشق و كيميته ان يدخل فيه الجراح
سبابه بيده اليسرى فيهدى على سطحها الراجي مشرطا ذازرالى ان يصل
الى المحل الضيق فيشقه به ثم يضع في المستقيم قتيلا غاظه بنسبة سعة المستقيم
الطبيعي وقديتم هذا الشق بواسطة مشرط مخفي النصل القاطع منه طرفه
فقط وذلك ليكون الشق قاصرا على الجزء الضيق

* (في عملية ثقب الاست المنسد خلقة) *

(تشرح جراحی) يشهدا حيانا في بعض الاطفال ان المستقيم يكون منسدا
ومنتهيا بشبه قعر كيس بعي - دا كثيرا أو قليلا عن محل الاست المعتاد
ويكون هذا الانتهاء حيانا حذاء الزاوية الهجزية الفقارية وقد يكون
الاست موجودا الا انه منفصل عن المستقيم بغشاء رقيق جدا
وأعلم انه يمكن عند ما يكون بروز المستقيم في الجزء العلوى ان تكون
العضلة الشرجية التي وجودها ضرورى في منع المواد الثقلية من الخروج
بلا ارادة معدومة
ومن الاطباء من شاهد وجودها في بعض من كان من الاطفال مصابا بهذا
التشوه مع وجود ناصوره متانى مهبل

* (كيفية العمل) *

متى كان الاست منسدا بالمجد فقط أو بحاجز رقيق كان التوج والبروز وزرقة
اللون حذاء هذا البروز علامات كافيات على ان هذا المحل هو محل فتحة فيعزز
فيه الجراح سن مشرط مستقيم الى ان يصل الى الامعاء فيشق الحاجز الساد
شقا صليبيا من الباطن الى الظاهر امام هذا المشرط عينه أو بمشرط ذى زرثم
يسك كل من شرايح الجرح بالجفت فيقطعها ثم يجعل في المستقيم قتيلا غليظا

لثلاث تضايق الاست أو ينسد ثانيا

فان لم يكن هذا الانسداد بالجلد فقط ولا بحاجز رقيق قريب من الاست فلم يوجد بروز يعرف به انتهاء الامعاء فالاصوب ثقبه بالمبزل الاستقصائي ثم توسيع الجرح بالمشروط

وقد اخترع لذلك الجراح (جرسان) مبزلا في ماسورته ميزاب يمكن هداية المشروط عليه ثم الشق على حسب مسير الاكلة الاستقصائية

واما اذا كان شبه قعر الكيس المنتهي به المستقيم بعيدا جدا عن موضع الاست الاعتيادي فكيفية العمل حينئذ هي ان يضع احد المساعدين الطفل على فخذه ويثني فخذه على حوضه ثم يشق الجراح في العنق أى الخط المتوسط من العجان شقاً يمتدئ به امام العنق بانثني سنتيمتر ونصف ويتجه به الى الخلف قريبا من هذا العنق ثم يشق ما تحت الجلد من الاجزاء الاخرى التي هي النسيج الخلوي تحت الجلد والعضلة المشرجية ان وجدت والصفاق الاستي العجاني والعضلة الاستية الرافعة ثم يسلك هذه الاجزاء الرخوة بأن يوجه السلك نحو العجز لثلاث اصابع المئات التي تكون في هذه الحالة مائة للحوض وبعد دخول المشروط في المستقيم توسع الفتحة بشق صليبي ويحتمد في جذب الامعاء الى اسفل وتثبت طافات شقها في طافات الجرح الخارجي كما اوصى بذلك الجراح (ديفنباخ) ثم توضع في الاست فتيل غليظ لثلاث ينسد ثانيا أو يضيّق فان تعذر فتح المستقيم من محل الاست المعتاد وامكن من العجان تعين فتحة من العجان لثلاث اصابع هذه الفتحة اذا عاش الطفل عاهة منفرة كما في طريقة (المير)

* (في العمليات التي تفعل في اعضاء التناسل والبول من الرجال) *

* (في العمليات التي تفعل في القضيب) *

اعلم ان قيد القضيب منى كان ممتدا الى فوهة حصل عنه الم شديد عند ابراز الحشفة وعند الانعاط فيكون الجماع عمرا ففي هذه الحالة ينبغي قطع هذا

القيد

وكيفية ذلك ان يستلقي المريض ثم يقف الجراح عن يمينه ويبرز الحشفة

فيمسكها بإبهام وسبابة يده اليسرى فيمدداً واحداً مساعديه القيد بان يجذبه
الى الاسفل والخلف قليلاً ثم يعزز الجراح في هذه الثانية مشرطاً ربيعاً من اليمين
الى اليسار ويجعل ظهر المشرط مما يلي الخلف نحو أصل القضيب ثم يحركه من
الخلف الى الامام فيقطع ما هو امام طرفه المتقدم من القيد والنخل الذي غرز
فيه ويلزم ان يكون المشرط حال القطع ملامساً للحشفة لئلا يبقى منه شيء
فان لم يكن الجراح اضبط استعمل في توتير قيد القضيب بحساقنوباً بأن يدخل
هذا القيد في شرمه كما في عملية قطع قيد اللسان ويمكن ايضاً قطع هذا القيد
بالمقص لكن يلزم حصول القطع دفعة واحدة

* (في عمارة التفريج عن الحشفة المحتبسة لضيق فوهة القلفة) *

لعلاج هذا الداء ثلاث طرق وهي الشق والقرص والختان
فاما الشق فيفعل على ظهر القضيب اوفى جزئه السفلى فكيفية الشق على ظهره
ان يستلقي المريض ثم يقف الجراح عن يمينه فيدخل بين القلفة والسطح
العلوي من الحشفة مشرطاً مستقيماً سنه موازى في كرة صغيرة من الشمع
يدخله على صفحته ولاجل سهولة ادخال ذلك المشرط يمسك الجراح جزءاً من
القلفة بإبهام وسبابة يده اليسرى ويأمر مساعداً ان يمسك جزءاً آخر من الجهة
الاخري حتى وصل المشرط الى الجزء الذي يوجد بين الحشفة والقلفة وجه حده
الى الاعلى وتعد طرفه في القلفة فتشقها دفعة واحدة وبما ان انكماش الجلد
يكون دائماً أكثر من انكماش الغشاء المخاطي يجب عليه ان يطيل شق هذا
الغشاء بالمقص حتى يحاذي انكماش الجلد
وهن الجراحين من يهدى في هذه العملية المشرط على مجس قنوى الا ان
الجراح متى كان مقررنا لم يحتج الى ذلك
وكيفية الشق في الجزء السفلى من القضيب وهي منسوبة الى الجراح
(كلوكيت) ان يدخل المشرط الى قرب القيد فتشق به القلفة كما بيناه فان
وجد الجراح القيد قصيراً شقه بالمقص
واما القطع فكيفية انه بعد شق الجزء العلوي من القلفة يمسك الجراح حافتي
الجرح فيشدهما شداً كافياً ثم يقرص منهما بمقص أو مشرط قطعة مثلثة ثم

يضم الغشاء المخاطي مع الجلد بواسطة مشابك كافية تترك مدة اثني عشرة ساعة
وأما الختان فلا حاجة الى ذكر طريقه لكونها معروفة سهلة واسهلها الطريقة المستعملة في الديار المصرية

* (في عملية التفريج عن الحشفة المختنقة بالقلقة المتقلصة) *

اختلفت الحشفة بالقلقة يحصل عن انقباضها خلف تاج الحشفة ويعالج بأحدى عمليتين هما الرد واطلاق الاختناق فاما الرد فهو سهل جدا ان لم يعض على الاختناق أربع وعشرون ساعة فان مضت هذه المدة حصل عقب الالتهاب التصاقات بين القلقة وما تحتها من الاجزاء تصيره متمسرا جدا بل قد تصيره متمعدرا وأعلم انه لا يحصل عن هذا الاختناق غنغرينة الحشفة وانما الذي يحصل تشقق الحلقة المخانقة وانفصالها عن الجلد الذي لم يشاركها في الغنغرينة وعند ذلك يصير الرد غير صواب لكونه يزيد في اتساع الجرح الناشئ عن انفصال الاجزاء الميتة

وكيفية هذا الرد ان يضجع المريض على المحرف الايمن من فراشه ويقف الجراح في هذه الجهة فيقبض على القضيب من وراء حافة القلقة الناشئ عنها الاختناق بسبابة وابهام يده اليسرى ويجذب الجلد الى الامام حتى يستر الحشفة مع ضغطه اثناء ذلك لها باصابع يده اليمنى فان كان جلد جاسيا لزم دهنه بقليل زيت افرهم لتزلق عليه القلقة بسهولة وهذه هي الطريقة المعتادة في التفريج عن الاختناق الحديث (شكل ٥٠)



وأما إذا كان الاختناق قديما وعلم الجراح ان الجلد الذي حول الحوية الخائفة
 مائلا للتقرح فالجراح (الفونس جرين) يستبدل جذب القلفة بجذب الجلد
 الذي خلف الاختناق مباشرة من غير ضغط ولا اجتهاد في جذب ما خلف القلفة
 مباشرة من الجلد الى الحشفة فبذلك يندفع الجلد المريض من الخلف الى الامام
 على الحشفة بدون تمزق بخلاف ما اذا وقع الجذب عليه مباشرة (شكل ٥١)
 وأما طلاق الاختناق فيتعين عنده تعذر رد القلفة بسبب الالتهاب



(شكل ٥١)

وما يحصل عنه من الالم الشديد وكيفيته ان يستلقى المريض على ظهره فيزلق
 الجراح تحت الحوية الخائفة مشرطا مستقيما حاد الطرف ويخرج طرفه من
 الباطن الى الظاهر خلفها فيقطع جميع سمكه دفعة واحدة ويفعل ذلك
 في موضع آخر أو موضعين ثم يجتهد في رد الحشفة

* (في اخراج الحصى الذي يوجد بين الحشفة والقلفة) *

مضى كانت سعة فوهة القلفة كافية لان يدخل فيها جفت أو معلقة صغيرة
 فستخرج به الحصى كانت العملية سهلة جدا ولو كانت تلك الحصى كبيرة
 لا يمكن تكبيرها بجفت أو بأحدى الآلات المعدة لتفتيت الحصى وأما
 اذا كانت فوهتها ضيقة جدا فيلزم توسيعها بأحدى الوسائط المذكورة
 في حصر الحشفة الا ان الشق يكون هنا بأرادة الجراح فله فعله من الظاهر
 الى الباطن لأن الحصى تكون مستندا ووقاية للحشفة من الخدش

* (في اختناق القضيب بالاجسام الغريبة) *

كثيرا ما يشاهد أن بعض الأشخاص يشد على قضيبه نحو شعرة أو يدخله

في حلقة معدنية واكثر ما يدركون ذلك في ابتداء الشباب حيث توجد الغلظة
ويستد السبق فيختنق ويحصل فيه اتساع عظيم يعسر معه في بعض الاحيان
كشف هذا الجسم لاستناره مما يكون امامه وخلفه من الجلد المنتفخ فيلزم
في هذه الحالة المبادرة بتنقيص الورم بالبرز والتشريط لينكشف هذا الجسم
فتعلم حقيقةه فان كان من مادة سهلة القطع كفي في قطعه المشرط أو المقصر
وأما اذا كان نحو حلقة معدنية فيضطر في قطعه الى المبرد والمشار أو الى كاشتين
صغيرتين يثبتان في موضعين من الحلقة متقابلين فتضغط بهما الحلقة لتتكسر
لكن يلزم عند البرد أن يجتهد في صون جلد القضيب عن تأثير المبرد بان ينفذ
بينه وبين الحلقة بحس قنوى وبالجملة ينبغي ان تكون العملية على مقتضى
الاحوال ويلزم في اطلاق القضيب من الاختناق الرفق وخفة اليد في العمل
ما يمكن اذ بدون ذلك قد تحصل الغنغرينة

* (في عملية بتر القضيب) *

كيفية هذه العملية ان يستلقي المريض على ظهره مثنى الفخذين على الحوض
كفي عملية الحصة ثم يجذب احد المساعدين جلد القضيب الى جهة العانة
جذبا خفيفا جدا فيمسك الجراح القضيب من الجزء المريض ويقطعه مرة
واحدة بعيدا عن الآفة بسنتمتر

وأعلم ان الجسمين الجوفين ينكمشان عقب هذا البتران كما شاهدنا في جذب
الجلد المغطى للجرح عنه حتى ينكشف لتربط الاوعية النازفة ثم يوضع في قناة
مجري البول بحس فيثبت فيها ثم يضم الجرح تضميدا بسيطا فان تضايقت
فوهة هذا المجرى بعد الاندمال لم توسعها بأن يوضع فيها على التعاقب
مراديزاد في غاظها تدريجا كما يستعمل للمسوحين ثم أعلم ان من الجراحين
من اختار أن يوضع في القناة قبل اجراء هذه العملية بحس من الصمغ المرين
فيبتر مع القضيب دفعا للصعوبة التي يكابدها الجراح في ادخاله بعدها الا انه
متى كان الجراح متقنا للتشريح الجراحي فادخله بعدها اصوب لثلاث نغلت
القطعة التي تبقى منه فتدخل في المثانة فتخرج الى عملية اخرى

* (في عملية التصاق القلفة بالمحشفة) *

أعلم انه متى كان التصاق القلفة بالمحشفة جزئيا أى قليلا كفى فصل كل منهما عن الاخرى بمشرط أومقص ثم وضع شريط من القماش بينهما ما منع العود التصاقهما وحرصا على اندمال كل منهما على حدتها لئلا يمان ان كان الالتصاق لم يصل الى موضع انعطاف الغشاء المخاطي وأمان كان كليا بحيث يمنع من الؤء فلا تنفيذ فيه هذه الطريقة بل يعود قهرا عن الجراح فيتعين غيرها كطريقة الجراح (ديفباخ) وهي ان تقطع الحلقة المقدمية من القلفة ان كانت مجاوزة للمحشفة قطعا طويلا فان كانت هذه الحلقة ملتصقة بها أيضا لزم ان يبدأ بفصل هذا الالتصاق فصلا حلقيا في سعة كافية لئلا يمكن من سحب القلفة الى امام المحشفة فيقطع منها ما جاوز المحشفة كما في الحالة السابقة لكن لا يقطع من القلفة السليمة الا اليسير لتبقى جلدتها وافية وأما ان كانت مريضة فلا يصان منها عن القطع الا ما كان سليما ثم يجذب جلد القضيب الى الخلف مع الوريقة الظاهرة من القلفة التي تتبعه فيشق النسيج الخلوي المشام لها بالوريقة الباطنة الى ما وراء بروز المحشفة بأربعة خطوط أى ثلث قيراط بحيث يحصل من ذلك شبه عمود داخل بكتيته من سطحه الباطن ثم يشرع في قطع الجزء الذي يبقى من القلفة ملتصقا بالمحشفة بان يشقه على طول سطحه الظهري ويسلخ شرائحها بحجت أومقص وأعلم ان البطانة قد تكون جاسية بحيث يبلغ سمكها سمك قطعة رقيقة من الورق المقوى في كشف المحشفة بالكافية تبي الظهارة الى الباطن بحيث ان سطحها الدامي يقابل بعضه بعضا في جميع سعته وتكون حافتها الخالصة ملاصقة للنسيج الخلوي من القضيب من خلف بروز المحشفة فتصير المحشفة مغطاة بالسطح البشري الذي يستعمل التصاقها به ثم تحفظ هذه الاجزاء على هذا الوضع بأن يلف عليها اخطبة ثخينة من القطن المدهون بالغيروطى حوالى القلفة الجديدة والقضيب ثم توضع عليهما السمكمدات الباردة الى اليوم الثالث أو الرابع فيجدد الجهاز ويحرق بين المحشفة والقلفة الجديدة بعد كل ساعة ماء ابيض لئلا يحصل في السطح الباطن منها سمج

وأعلم ان الالتصاق يتم من اليوم الثاني عشر الى اليوم الخامس عشر لكن

ينبغي استدامة المحقن بعد ذلك الى ان تتغطى الحشفة بقشرة بشرية ولما اجزى الجراح (ديغناخ) هذه العملية شاهد في بعض من اجرائه بعد مضي مدة من الزمن استطالة القلفة الجديدة ومسابتها للقلفة الخلقية مشابهة تامه بحيث زالت من وريقتها الباطنة الهيئة الجلدية وشابهت الغشاء المخاطي فاجرت ووجد منها الافراز ومعلوم ان هذه الطريقة انما يحتاج اليها بالنسبة لمن لا يرى الختان من الامم فان وجد الجراح قلفة من يريد ختانه ملتصقة بحشفته اجتهد اولاً في فصلهما بان يدخل يدهما نحو مسبر فيديره نحو الى الحشفة ويفسخ القلفة عن الحشفة بدفعها الى الخلف بقوة لتتخلص منها الحشفة بالكلية وهذا بالنسبة للاطفال لان الالتصاق يكون فيهم غير متين فان كان الختون كبيراً والالتصاق متمنياً بدأ بفعل الختان ثم فصل بطانة القلفة الملتصقة بالحشفة بان يشقها على طول كل من ظهر الحشفة وبطنها ثم يسليخ الشتر بحيثين فيقطعهما لسكن يلزم قبل اجراء هذه العملية اخبار اولى اباء الختون بها والانسبوه الى البطء في العمل

* (في العمليات التي تفعل في الصفن وفي الانثيين) *

(في القيلة المائية)

القيلة المائية عبارة عن مادة مائية تتجمع اما في النسيج الخلاوي تحت الجلد فتسمى بالقيلة المائية الرشحية وبأوزيما الصفن وأما في الطبقة الغمدية فتسمى بالقيلة المائية الغمدية وهي انواع فتمتد المستطرفة بالبريتون عند عدم اتسداد قناة الاستطراق بينه وبين هذه الطبقة وتسمى بالقيلة المائية الخلقية وهي في هذه الحالة عبارة عن ورم اسطواني يمتد الى العلياس تحت الحلقية البطنية بالضغط عليه يندفع السائل نحو البطن ويعود الى التجويف الغمدى متى ارتفع هذا الضغط وهذه الحالة تكون احياناً مصحوبة بعمق خاقي أو متكيس وقد يكون كل من التوج والشفافية غير واضح لثخن الطبقة الغمدية كما ان هذه الطبقة قد تكون ملتصقة بالخصية أو بالبرج أو بالحبل المنوى فيتغير بذلك شكل الورم وأعلم ان شكل الصفن يكون في القيلة المائية الغمدية على العموم أكثرياً

وهذا الشكل هو الذي يشاهد بخصوصه في الاطفال وأما شكله في غيرهم
فيختلف كثيرا بسبب انسداد قناة البريتون أو عدمه والاتصاقات التي قد
تحصل بين الطبقة الغمدية الخضية والطبقة الغمدية الصفنية ومتى كان
الجزء السفلي من الغشاء المصلي أى الطبقة الغمدية ملتصقا كان تجمع السائل
في الجزء العلوى

* (في القيلة المائية الغمدية) *

هذا الداء يعالج أما بالنزل ثم الزرق وأما بالشق وأما بالقرص وأما بالخزم
وأما بالكي وأما بقرص الابرا الكهربي
فأما النزل ثم الزرق فكيفيته ان يستلقى المريض على طرف فراشه فيبحث
الجراح عن موضع الخضية والغالب ان تكون في الجزء الخلفى السفلى من
الورم وقد تشاهد في جزئه المقدم أما خلقه أو لسبب آخر مجهول وأيا كان
يعرف مجلسها باللس وبالبحث باليد وبالشفافية في بعض اجزاء الورم حتى تحققة
الجراح قبض بيده اليسرى على الجزء العلوى من الورم قبضا جيدا بحيث انه
يتوتر (شكل ٥٢) ثم ياخذ بيده اليمنى ميز لاسهمه متحرك في الانبوبة حركة
(شكل ٥٢)



تأمه مدهونا بالزيت ويضع سبابته بعيدا عن طرف الماسورة بقرط الأربعة
مع تثبيت الطرف الكبير منها بأبهام هذه اليد وفائدة وضع سبابته على
الانبوبة هو تحديد المقدار الذي يدخل من الآلة لتقاء لاصابة الخضية
ثم يبط الورم في جزئه السفلى مع الاحتراس من اصابة الاوردة لئلا تنزف بعد
العملية ومتى احسن بزوال المقاومة ثبت الانبوبة باصبعي يده اليسرى
ثم اخرج منها السهم ليخرج السائل لكن تلزم الزيادة في ادخال الانبوبة

في التجويف بعد اخراج السهم ولاجل استيفاء اخراج جميع السائل يضغط
 الصفن من جميع جهانه برفق مع الحذر من خروج الانبوبة اثناء ذلك من
 تجويف الطبقة الغمدية الى النسيج المحلوي لئلا تدخل مادة المحقن فيه
 فتتغمره ومتى تحقق الجراح خروج جميع السائل زرق في تجويف هذه
 الطبقة قليلا من صبغة اليود ثم ان كان للأسورة حنفية اغلقها والاسدها
 باصبعه وترك هذا السائل في تجويف هذه الطبقة ثلاث دقائق الى خمس
 مع رجه للصفن لاجل وصول الصبغة الى جميع جدرانها ثم يريق السائل
 من الانبوبة ويخرجها ويضع على موضع الوخزة قطعة من الديايلون أو الجبر
 المصمغ ويبقى الصفن في كيس حتى حصل الالتهاب أمر المريض بأن يضع
 عليه النج الملمنة فان كان الالتهاب شديدا وضع عليه العلق
 * (تنبيه) * يمكن الاستغناء عن زرق مقدار عظيم من الصبغة ثم اراقته بزرق
 خمسة أوستة جرامات منها أو من الكؤل وتركها في الطبقة الغمدية ويحصل
 نجاح العملية كما لو فعلت الطريقة الاولى

وأما الشق فكيفيته ان يجعل المريض على الوضع الذي اسلفناه في البط مع
 الزرق ثم يشق الجراح الصفن في الجزء المقدم منه بمشرط محذب شقام مستطيلا
 ويشق بعده جميع الاجزاء طبقة طبقة حتى يصل الى التجويف الغمدى
 فيمد الشق الى الجزء الاكثرا نحذرا منه ولاجل ذلك يستعمل المشرط
 ذا الزر تحفظا من اصابة الحصى وأوعية الجبل النوى ثم يجعل في الجرح
 قليلا من النسالة لتتكون الاضرار اللحمية ويجعل الصفن في نحو حفاظ
 او كيس

أوأما القرص فكيفيته ان يقطع الجراح جزءا يضيما مشتملا على جميع طبقات
 الصفن او يشق أولا الصفن شقام مستطيلا يصل به الى السطح الظاهر من
 الطبقة الغمدية في فصلها بالسرخ متقن عن طبقات الحصى ومتى فصل بالسرخ
 ثلاثة ارباعها قرصها بالمقص أو بالمشرط

وأما الخزم فأول من فعله الجراح (بوت) الذي عرف ان سبب شفاء القيلة
 المائية هو التهاب السطح المصلى من الطبقة الغمدية اذ بواسطته تلتصق جدرانها
 وكيفية الخزم ان ينفذ في جميع طبقات الصفن شريط مدهون بالمرهم ليحدث

التهاب في الطبقة الغمدية

وأما السكى فكيفيته ان يضع الجراح في الجزء المقدم من الصفن قطعة صغيرة من البوتاسا الكاوية ويكرر ذلك ان اقتضاه الحال حتى يصل الى تجويف الطبقة الغمدية

* (تنبه) * اجود الطرق في شفاء القيحة المائية هو البطم مع الزرق وهو اكثرها استعمالا في زمننا هذا واجود الزوقات هو صبغة اليود

* (في القيحة المائية الخلقية) *

هذا النوع من القيحة المائية عبارة عن مادة مصلية تجتمع في الطبقة الغمدية المستطرفة الى البريتون والفرق بينها وبين القيحة المائية المعتادة هو أن في هذه تدخل المائية بسهولة في تجويف البطن عند الضغط على الورم ويتناقص حجم الورم باستلقاء المريض ويزداد بوقوفه وهي تحصل في الطبقة الغمدية اما ابتداء وأما بعد ان تأتي اليها من البريتون وتعالج بطريقتين احدهما طريقة (فيجيري) وهي ان يستلقي المريض على ظهره على وضعه تسترخى عضلات البطن فيضغط الجراح الورم ليدخل السائل المتكون منه القيحة في تجويف البطن ثم يحزم المريض بحزام فتق ليضغط الفتحة الاربية فيسدها ويمنع المادة المصلية من النزول ثانية فتلتصق جدران الطبقة الغمدية حذاء الضغط

والثانية طريقة (دسولت) وهي ان يتدأ بزل الورم لاجل استقرار ما فيه من السائل فيضغط احد مساعدي الجراح الفتحة الاربية ضغطا جيدا يمنع به نفوذ مادة الزرق في البطن ثم يزرق هو في الطبقة الغمدية قليلا من صبغة اليود وبعد ان يتركها في التجويف الزمن اللائق يستفرغها ثم يرفع الضغط الا أن الاصوب ان توضع على الفتحة الاربية وسادة صغيرة أو رقاندر درجة احتراسا من نزول فتق أو نفوذ جزء من مادة الزرق التي تبقى في التجويف الغمدى الى البريتون فيحصل عن ذلك التهاب بريتوني

* (في عملية قيحة الحبل المنوى أى القيحة المتكيسة) *

يشاهد هذا الداء في الاطفال وفي الشبان كثيرا والغالب ان يكون محاسه

وسط الجبل المنوى في جزء من القناة التي تكون واسطة استطراق بين
التجويف الغمدى وبين البريتون ثم يسد كل من اعلاها واسفها ولا يبقى
منها الا الجزء الذي يجتمع فيه السائل المصلى واصوب ما تعالج به هذه القبلة
هو الشق وأما البزل فتخشى منه أصابة الاوعية المتكون منها الجبل المنوى
وسعى الالتهاب الذي يحصل عادة عن مادة الزرق الى البريتون بسبب قربه
وكيفية الشق هنا ان يشق الجراح الجلد وما تحته من الانسجة طبقة طبقة
مع الاحتراس التام من اصابة الجبل المنوى وعند ما يصل الى الطبقة
الغمدية يشقها ويقرض من الجزء المقدم منها شيئا يسيرا ثم يحشو الجرح
بالنسالة فبواسطة التقيج وتكون الازرار اللحمية تلتصق بالجدر بعضها
ببعض فيمتنع الارتشاح

* (تنبيه) * متى كانت القبلة مصحوبة بفتق سهل الرذ فيرده الجراح أولا
في تجويف البطن ثم يأمر مساعدا بالضغط على الفتحة الاربية الظاهرة لئلا
يعود ثانيا ثم يفعل البزل والزرق كالعادة وبعد انهاء العملية يضع للمريض
حزام فتقى تلتصق جدران الطبقة الغمدية بعضها ببعض والاصوب متى كان
الفتقى سهل الخروج ان يستديم المريض وضع هذا الحزام
فان لم يمكن رد الفتقى قبل العملية لالتصاقه لزم ان يشق الجراح الورم بالكيفية
التي ذكرناها فيزيل التصاقاته ان لم تكن شديدة المتانة ثم يرد الامعاء وبعد
ذلك يحشو الجرح بالنسالة لتهيب جدران التجويف الغمدى
فان كانت هذه الالتصاقات شديدة المتانة كتفى بشق الورم واستفراغه
من السائل ثم جعل الصفن في علاقه

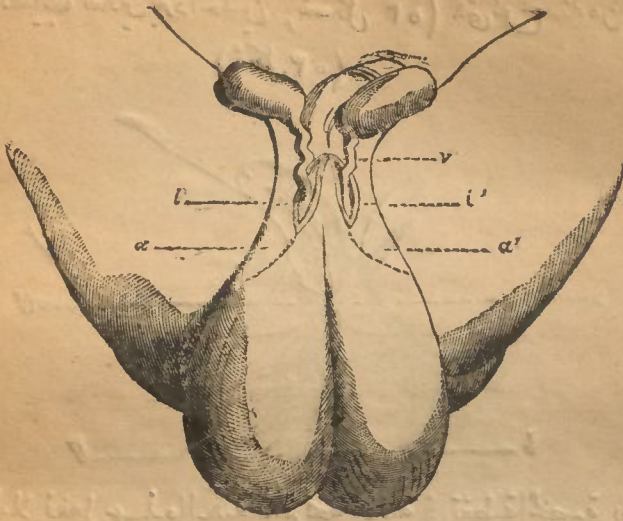
* (في عملية داء الفيل الصغرى) *

كيفية هذه العملية ان يرقد المريض على طاولة كما في عملية الحصاة ثم ان كان
حجم الورم عظيما جدا وضع تحته كرسي ليكون له مجالا والا كتفى في ذلك
بمساعدة وبعد ذلك يبحث الجراح عن حالة كل من الخصبين والقضيب فتقى
وجدا الخصبين غير ملتصقين بالورم دفعهما الى العليا نحو الحلقمتين الاربيتين
وكل مساعدا بحفظهما في هذا الموضع حال العملية ثم اخرج القضيب من

شبه الغمد الذي يوجد فيه ووكل بحفظه مساعدا آخر ثم يغرز في الورم عند
 اصل القضيب سكين بترذا حدين (شكل ٥٣) فيخرج سنه من الخفاف
 (شكل ٥٣)



نزل به قليلا ففعل بهذه الكيفية شريحة كافية في تغطية الخصية بعد ذلك
 ثم فعل في الجهة المقابلة عند اصل القضيب أيضا شريحة أخرى لا تتصل
 بالاولى فتكون هاتان الشريحتان صفنا جديدا للخصيين وينبغي ان تكون
 الشريحتان من الجلد السليم والاعاد الورم ثانيا بعد ابادة الورم يبحث الجراح
 في الجرح بحما جيد حتى رآ جزأ تخمينا ازاله اما بالمقص أو المشرط ثم يربط
 الاوعية جميعها صغيرها وكبيرها ثم يغسل الجرح غسلا جيدا بالماء الهاتر ثم
 يضع الخصيين في الصفن الجديد ثم يضم الجرح أما بالخسطة المتقطعة أو
 الكتبية مع تركه في الجزء السفلي فتحة كافية لادخال قليل لتخرج منها المواد
 وأما ان وجد الخصيين ملتصقين بالورم فيلزمه ان يشق حذاء كل من
 الحملين المنويين شقا غائرا (شكل ٥٤) يبتدئ به تحت القوس الفخذي
 بقيراطين أو ثلاثة حتى انكشف له هذان الحملان اللذان يعرفان بزرقه
 لون أو ردتها عزلهما عن ما يحيط بهما من الاجزاء من الاعلى الى الاسفل أما
 باصابعه أو بيد المشرط أو ان كان الالتصاق شديدا يجده ومتى وصل به هذه
 الكيفية الى الخصيين عزلهما أيضا أما بالمشرط أو بالمقص لكن مع زيادة
 الاحتراس من اصابتهم ثم يلفهما في خرقة ناعمة ويرفعهما على العناية ويوكل
 مساعدا بحفظهما في هذا القسم حال العملية ثم بعد جذب الجراح للقضيب
 من غمده الى الخارج يشرع في فعل الشرائح



(نتيجة) متى كانت احدى الطبقات الغمدية في ماسائل ويجب على الجراح استفرغها منه بالبط بالشرط ثم قرص جزء صغيرا أو كبيرا من هذه الطبقة على حسب التغير

ثم اعلم انه متى كان في الطبقة الغمدية هائل لم تكن الخصية في الجزء السفلي فلا يكون الحبل المنوي كثيرا الاستطالة فلذا كان من الواجب وانما ان يبحث الجراح قبل فعل هذه العملية عن الخصيتين فأن وجدتهما متصقتين فعمل الشقوق حذاهما وعزلهما مع الحبلين المنويين من الاسفل الى الاعلى والا اجري العملية كما ذكرناه

فان كانت احدى الخصيتين مصابة بتغير ما كالا سكير أو الدرر لزم ازالتهما بعد ان يربط الحبل المنوي وربط احمدا

وان كان جميع جلد الصفن والقضيب فاحدا وجب ازالته واتخاذ غلاف آخر للقضيب من جلد العانة وشفن جلد من جلد الجهة الانسية من الفخذين

ثم اعلم أيضا ان الورم القيلي يمكن اصطحابه بفتق اربي فيجب قبل العملية رده الى البطن وضغط الفتاة الاربية لتلايخروج حال اجرائها وبدد أن يشق الجراح حذاء الحبل المنوي المقابل للفتق شقا يفتح الكيس الفتق وبقرض

جداره المقدم الى قريب من الحلقة ويقرب جاقته احداها من الاخرى
 ويضعهما بواسطة بعض غرز خياطة غير مشدودة والاصوب ان يربط الكيس
 القمقي بالقرب من الفتحة الاربية
 وقد احرقت عملية داء الفيل المحبوب بالقمقق الاربي بالكيفية التي شرحتها
 فصل الشفاء

وينبغي لنا ان ننبه على ان من الواجب ان يوضع للربض عقب العملية حزام
 قمتي أو تضغط الفتحة الاربية برفا ئد درجية ضغطا جيدا والحزام هو الاجود
 واذا رآ الجراح انه لا يمكن اخراج القضيب من غمده الذي تكون عن انقلاب
 جلد الصفن المريض الى الداخل لزمه ان يخلصه من هذا الجلد بأن يشق شقا
 مستعرضا محاذيا لطرف المحشفة يوصله من الجانبين بالشقين اللذين فعلهما
 لكشف الجبلين المنويين لكن يجب عند فعل هذا الشق التحرز من
 اصابة المحشفة فان خشى حصول هذا الخطر شق هذا الغمد من فوهته الى
 قرب المحشفة بمقص متين ثم صال بين الطرف العلوي من هذا الشق وبين
 الشق المستعرض

* (في عملية سرطان الخصي ودرئها) *

قد تستعمل الخصية الى حالة درئية أو سرطانية
 واكثر ما تعالج بالخصاء وله طرق عديدة منها الطريقة المعتادة
 وكيفية ان يستاقى المريض على ظهره متمباعد الفخذين ومثنيهما مثبتتين
 بواسطة مساعدين وبعد حلق شعر العانة والصفن يوكل الجراح مساعدا
 بحفظ القضيب وتغطيته ويقف هو في الجهة المقابلة للخصية المريضة ثم يمسك
 الورم من سطحه الخافي بيده اليسرى وياخذ بيده اليمنى مشرطا محذبا يشق به
 في الجزء المقدم شقا يمتد من الحلقة الاربية الى الجزء السفلي من الصفن
 أو بالعكس ومثي شق الجلد والطبقة العضلية الظاهرة والطبقة الليفية
 الظاهرة والعضلة المعلقة والطبقة الليفية الباطنة فان الجبل المنوي ينكشف
 فيعزله عما يحيط به عزلا جيدا ويربطه كله برباطا جيدا ويقطعه من تحت الجبل
 المربوط ثم يعزل الخصية عن ما يحيط بها من الاجزاء ويستأصل من هذه
 الاجزاء ما كان شحميا ثم لا يعود المرض ثانيا

هذا ومن الجراحين من يفعل الشق في الجهة الخلفية اخفاء للندبة
ثم يتظف الجرح وتربط الاوعية النازفة ويضم الجرح بالخياطة أو المضام
الدقيقة لكن يلزم ان تترك في الجزء السفلي فتحة لتسيل منها المواد المصلية
التي ترشح من الجرح

ثم ان الجراح (رو) يقطع الحبل المنوي شيئا فشيئا وكلما قطع شيئا منه فترقب
رابطه قبل ان يقطع شيئا آخر وهكذا حتى يأتي عليه كله
وعند ما يكون السرطان ممتدا الى جلد الصغف تستعمل طريقة الجراح
(لافاي) أي ذات الشريحة

وكيفيتها ان يزيل الجراح الجزء المتغير من الجلد بواسطة شقين هلالين
يحيطان به يتصلان ببعض من الاعلى ومن الاسفل ثم ينهى العملية بما ذكرناه
في الطريقة المعتادة

(مسئلة فقهية) لو خصى رجل فانتزوجه بعد خصائه بعشرة شهور بمولود
فهل يكون ذلك المولود لمحقابه

والجواب حيث ان مدة الحمل قد تزيد على تسعة شهور فالمولود لمحق به شرعا
واعلم ان المني المنفرز قبل الخصاء قد يتخزن في الحويصلين المنويتين فيمكن
فيهما بعده ففي جامع هذا الخصى اندفع ذلك المني في الرحم فحملت منه المرأة
فبكون الولد منه

ثم اعلم ان الخصاء قد لا يمنع من الانعاض أي انتشار الذكر ومع هذا تكرر
الحمل بعده موقع في المنظمة

* (في القيلة الدوائية) *

(تشریح جراحی) أعلم ان الحبل المنوي مكون من عدة أوعية يلزم ان يعرف
الجراح مجاورات بعضها لبعض ليمتكن من علاج هذه القيلة بعملية جراحية
فاما الاوردة فقد يختلف عددها من خمسة الى ستة وتكون محيطة بالشريان
المنوي فلا بد عن ربطها أو وضعها بواسطة جفت ان يكون هذا الشريان
معها وأما القناة الناقلة للمني فهي خلف الاوعية المنوية وتعرف بقوامها
وبانزلاقها تحت الاصبغ

وأعلم أيضا ان الشريان المنوي يتصل بالشريانين الخيائين الظاهرين ولهذا
قد تجد الدوزة مع انشداد هذا الشريان بل مع فقده

(كيفية العمل) تعالج القيلة الدوالية بعدة طرق منها طريقة (بريشيه)
وكيفيتها ان يعزل الجراح القناة الناقلة للمني بسماية يده اليسرى وابهامها
فيوكل بها مساعدا ثم يقبض الكملة الدوالية بجفت (بريشيه) ثم يجمع
فرعيه بواسطة اللولب حتى تقف الدورة الوريدية في الجبل المنوي وكل يوم
يزيد في هذا الضغط حتى تتغير الاجزاء المضغوطة ويجب ان يلزم المريض
فراشه الى ان يأخذ الجرح الناشئ من قطع الجلد في الالتحام وان يرفع اثناء
هذه المدة خصياه على نحو وسادة توضع تحتها ما بين فخديه ويثبت الجفت
باربطة تثبت في حزام يحيط بحوض المريض وأعلم انه لا يتم الالتحام الا بعد
نحو شهر أو شهر ونصف

هذا وقد نوع الجراح (روبير) طريقة (بريشيه) بضغط الاوردة المنوية
وما يغطيها من جلد الصفن بالجفت ثم ضغط ما فوق هذا الجفت أو ماتحته من
الاوردة ومن جلد الصفن بجفت آخر بشرط ان يتقارب طرفا هذين الجفتين
فيكونا على شكل الدال ثم شقي الجرح متى سقط الجزء الميت ليلتحما بالقصد
الثاني

وأما طريقة الجراح (شاسنيك) فكيفيتها ان يجذب الجراح الكملة
الوريدية مع ما فوقها من الجلد فيجعلها في عروة آتمة المسماة بالمهراس
الخطي ويضغطها بها حتى ينقطعها

وأما طريقة الجراح (فيدال دو كاسيس) فهي ان ينفذ خلف الاوردة الدوالية
ابرة مستقيمة فيها سلك من الفضة وينفذ امامها ابرة اخرى مثلها فيها سلك من
الفضة أيضا ثم يجمع طرفا السلكين فيلويهما معا التلتف هذه الاوردة على
السلك فتضغط منها عدة محال ثم يوضع على جلد الصفن بين طرفي السلكين
رباط ملفوف ويجمع طرفا السلكين فيلويهما معا أيضا فيزيد انضغاط الاوردة
وفي كل يوم يزداد في اللي ليزداد الانضغاط فينتهي الامر بأن تنقطع الاوردة
وجلد الصفن

وأما طريقة (ريكور) فهي ان يبدأ الجراح بعزل الاوردة الدوالية عن القناة

الناقلة للني كما تقدم في طريقة بريسيه ثم ينفذ في الصنف خلف هذه الاوردة
 ابرة في سمها طرفا خيط بحيث يصير هذا الخيط شبه عروة ثم ابرة اخرى غير حادة
 امامها لئلا يترك ان يدخل الثانية من الفتحة التي خرجت منها الاولى
 وان تخرج من الفتحة التي دخلت منها الثلاثة تكون العروتان في جهة واحدة
 ثم يدخل طرف الخيط الذي في الجهة اليمنى في العروة التي في الجهة اليسرى
 والذي في الجهة اليسرى في العروة التي في الجهة اليمنى ثم يشد طرفي الخيطين
 حتى تنضغط الاوردة وفي كل يوم يزيد في هذا الشد بواسطة شادة العقد الى ان
 تنقطع الاوردة فتخرج الخيوط

(حكومة) هذه الطريقة جيدة لعدم تأثيرها في جلد الصنف لئلا يقل نجاحا
 من طريقتي (بريسييه) و (فيدال) لعدم انضغاط الاوردة والدواليه بها في عدة
 مواضع

هذا وقد اخترع الجراح الانجليزي (لي) للعلاج القليلة الدواليه طريقة جيدة
 وهي ان تعزل القناة الناقلة للني ثم ينفذ في الصنف وخلف الاوردة دبوس ثم
 يوضع تحت هذا الدبوس خيط متين فيدلف عليه كفي الخياطة الكتيمة فتضغط
 هذه الاوردة ثم ينفذ دبوسا آخر تحت الدبوس الاول أو فوقه خلف هذه
 الاوردة أيضا ويفعل به ما فعله بالاول فتصير هذه الاوردة منضغطة في نقطتين
 مختلفتين فيدخل بينهما السكين المعروف بمقاطع الاوتار فيقطعها من تحت
 الجلد وهذه الطريقة في غاية السهولة والجودة فأن المريض يمكنه ان يدع
 فراشه بمضى يوم منها أو يومين لئلا يلزم بعدها ان يوضع الصنف في كيس

* (في القيلة الدموية) *

القيلة الدموية عبارة عن دم ينسكب في الطبقة الغمدية وتحصل أما عن رض
 الصنف وأما عن عملية جراحية فعلت فيها كما قد يشاهد ذلك عقب عملية القيلة
 المائية لاصابة بعض الاوردة المتوزعة على السطح الظاهر أو الباطن منها
 بسن الآلة عند البط أو لاصابة بعض اوردة جسم الخصية عند ذلك أيضا
 وقد يشاهد حصولها من تمزق عروق الصنف أو الخصية ثم ان معالجة هذه
 القيلة تختلف باختلاف الاحوال ففي كان الدم المنسكب لم ينزل سائل الامع
 كونه غير قابل للامتصاص ولم تسكن هنالك اعراض التهابية لزم ان يستخرجه

الجراح بالبطفان عاد الانسكاب اغاد البط ثم بعد استخراج جميع الدم يزرق في الطبقة الغمدية ماء فاترا ويرجسه فيها ليغسلها به ويكررها هذا الغسل وبعد ذلك يزرق صبغة اليود كما في القليلة المائية البسيطة ومن الجراحين من يختار أن يشق في الورم شقين أحدهما في الوجه المقدم منه والثاني في الجهة السفلى فيستفرغ التجويف من الجلط الدموية المتراكمة فيه ثم يزرق فيه مرارا ماء فاترا ثم يغمز من احد الشقين في الآخر شريطا من القماش ليكون بمنزلة خزام

فان ظهرت للجراح الاعراض الالتهابية الدالة على التقيح لزمه ان يشق الطبقة الغمدية شقعا متساويا ينزل به الى الجزء السفلي من الصفن محترزا من اصابة الخصية لئلا يتخزن الصديد ثم يغسل الجرح بالماء الفاتر ويتريل ما يوجد فيه من الدم المتجمد ويحشوه بالنسالة وأما اذا كان الانسكاب الدموي قديما وصارت القليلة الدموية مزمنة وتغضرت الطبقة الغمدية فهذه الحالة يلزم فيها الشق أيضا وتنظيف التجويف من جميع الدم المتجمد وقرض جزء من الطبقة الغمدية صغيرة وكبير بعد عزلها عن بقية طبقات الصفن بواسطة الاطراف مع الحجت ثم حشوا الجرح بالنسالة ليتقيح فيلتحم

* (في العمليات التي تفعل في مجرى البول وفي المثانة) *

(في قسطرة مجرى البول)

تختلف القسطرة باختلاف ما يستعمل فيها من الآلات فقد تكون آلتها معدنية وقد تكون من الصمغ المرن أو غيره من المواد المرنة فاما كيفية القسطرة بالقسطر المعدنية فهي ان يستلقي المريض على ظهره بالقرب من حرف سريره ثم يثني الساقين والفخذين اثنا عشر فيالترتخي عضلات الجدار المقدم من البطن ثم يقف الجراح في الجهة اليسرى ويأخذ بيده اليمنى بحسامن الغضة أو من معدن غيرها مدهونا بالزيت أو بالمرهم فيمسكه من نحو طرفه العلوي ويمسك بوسطى يسرى يديه وينصرها القضيبي فيفتح بسبابتها وابهامها فتحة الحشفة ثم يدخل طرف الخمس في قناة مجرى البول فيدفعه من الاعلى الى الاسفل جاذبا اليه بيده اليسرى القضيبي (شكل ٥٥)



ويجب في هذه العملية ان يكون انزلاق الجرس على الجدار السفلى من قناة
مجرى البول لئلا يحميد عن طريقه الى طريق آخر فتى وصل طرفه الى القوس
العاني ازالقه تحته برفق بحركة اما لية يسيرة ليقترب الطرف الباطن من الجرس
من الجدار السفلى من قناة مجرى البول وأما طرفه الظاهر فيكون من حركته
الى الاسفل قوس فيدخل طرفه الباطن في تجويف المثانة ويعرف ذلك
بزوال المقاومة وبخروج البول من المثانة وتتحرك طرف القساطير
الى جميع الجهات

وأما القساطير المرنة فهو عبارة عن نسيج مطلي بدهن بزر الكتان وهو المعروف
بقساطير الصمغ المرنة

وكيفية القسطرة به ان يدخل فيه سلك مقوس كتقوس القساطير المعدنية
ثم يدخل في قناة مجرى البول فتى وصل الى المثانة اخرج منه هذا السلك
وتمكن القسطرة به بدون وضع سلك فان وجد الجراح في ادخال القساطير
عسر ازم ان يخرجها قليلا ثم يتلطف في دفعه حتى يصل المثانة
ويتعين استعمال القساطير المرنة متى كان الغرض بقاءه في المثانة بعض ايام
* (تنبيه) * يلزم في قسطرة الشيوخ ان يختار من القساطير ما كان اكثر تقوسا
وان يوضع قبلها القساطير في ماء فاتر

* (في تضايق مجرى البول) *

أعلم ان هذا التضايق اربعة انواع عرضي واختلاجي والتهابي وعضوي
فاما التضايق العرضي فهو الذي يعرض عن انضغاط مجرى البول بورم تولد

في بعض ما يجاوره من الاعضاء وأما الاختلاجي فيحصل للعصبيين الذين
 فيهم قابلية للتشنج وافراط في الجماع بسبب تقارب جدران مجرى البول دفعة
 واكثر ما يوجد في الجزء العضلي من هذا المجرى والمصاب بهذا النوع انما يبول
 بالقسطرة ويخرج منه البول تارة على صورة خيط رفيع وتارة على حسب
 سعة القناة وأما التضيق الالتهابي فيحصل عقب حصول حالة التهابية
 في الغشاء المخاطي من هذه القناة وأما التضيق العضوي فيه اما تكون
 لينفا تكوين في النسيج الاجوف من الجسم الاسفنجي وأما انقباض الالياف
 المتكون منها هذا النسيج ويمكن حصوله في جميع اجزاء الاسفنجي من قناة
 مجرى البول واغلب ما يشاهد في القسم البصلي ويجب قبل معالجة كل من
 هذه الانواع ان يتحقق الجراح وجوده ومجاسه وطوله وعدده بان يدخل
 في مجرى البول قساطير مجحوظا من الصمغ المرن نمرة (٦) مدرجا من الظاهر
 بعد ان يدهنه بالزيت فيدفعه برفق حتى يصل الى المضيق فيقف هناك
 فينظر في القساطير للدرجة التي حازت فوهة الاحليل ليعرف غوره وهذا
 كاف للجراح غالباً حتى يتحقق وجود التضيق لزمه ان يعالجه باحدى ثلاث
 التوسيع والثقب والسكي

فالتوسيع قسمان تدريجي ودفعي

وكيفية التدريجي ان يدخل في مجرى البول قساطير رفيع من الصمغ المرن
 ويدفع حتى يجاوز محل التضيق ويثبت فيه زمن اطول ولا اوقصير اعلى حسب
 احتمال المريض والغالب ان يترك مدة نصف ساعة وتكرر هذه الكيفية
 بعد كل يومين أو ثلاثة وقد يقتضى الحال تأخير هذا التكرار الى مضي ستة
 ايام أو ثمانية انتظار الزوال ما يحصل عن القسطرة التي قبله من الاعراض
 الالتهابية ويلزم في ادخال القساطير ان يكون بعناية الرفق المجرى عن العنف
 ومن القساطير ما يكون في طرفه بريمة فتى وصلت الى موضع التضيق لو بيت
 حتى تجاوزه

ومتى تحقق الجراح دخول النمرة التي اختارها بسهولة فعليه ان يدخل النمرة
 التي بعدها وهكذا حتى يزول التضيق
 وأما التوسيع الدفعي فهو منسوب الى الجراح (مايور) وهو مؤسس على

كون المجسات الغليظة لالتحيد عن طريقها حال مرورها في مجرى البول بخلاف الرفيعة ولذا اتخذت مجسات معدنية قطار رفعا (٥) ملليمتر وقطر غلظها (١٠) يدخالها واحدا فواحدا بالاكيفية المعروفة الا انه يجاوز محل التضايق فورا

وقد استعمل الجراح (بريف) لهذا التوسيع مجسا مخصوصا وهو عبارة عن قطعتين متطابقتين تكونان على شكل الجس الرفيع المعتاد في ادخاله الجري وجاوزا المضيق ابعدا عن بعضهما نحو (٦) ملليمتر أو (٨) دفعة واحدة وأما الشق فيفعل بالآلات مخصوصة شبيهة بالقساطير في جانب الواحدة منها ميزاب ينزلق فيه سلك منته بسكين صغير يدخل في هذه الآلة متى جذب هذا السلك الى الاعلى

وكيفية استعمال هذه الآلة ان تدخل في مجرى البول حتى تصل الى موضع التضايق ففيه يدفع السكين فينشق من الامام الى الخلف فان اريد شقه من الخلف الى الامام أيضا تعين على الجراح ان يوسع أو القناة بواسطة المجسات التي من الصمغ المرن ثم يدخل الآلة حتى تجاوز محل التضايق فيجذبها الى الامام قليلا حتى تصير فيه نفسه فيخرج السهم من عنده ثم يجذبها الى الامام فينقطع محل التضايق فان امكن في ذلك اخفى السهم في عنده واخرج الآلة وان لم يكن دفعها نحو المثانة ويكرر ذلك حتى يصير السهم ينفذ في جميع اجزاء التضايق بسهولة فيدخل في القناة مجسا غليظا جسد التليبا ودها الضيق فيثبت ويتركه يومين أو ثلاثة ثم يخرج فيستبدله بأخر اغاظ منه

وأما السكى فاكثر السكاوبات استعمالا في معالجة هذا التضايق هو ازوتات الفضة وكيفية علاجه ان يوضع في حاملة السكاوى المنسوبة الى الجراح (اللمان) ثم تدخل هذه الآلة في الجري حتى جاوزت التضايق ضغط الجراح الزوالذي في طرفها الظاهر فتخرج القطعة المقعرة المملوءة بالسكاوى فيجذب الآلة الى الامام لينسكوى التضايق وقد اوصى الجراح الانجليزى (ساييم) بان تعالج تضايقات قناة مجرى البول بأن تمتح وراء المضيق فتحة

وكيفية ذلك ان يوسع أو المضيق ثم يلقى المريض على فراشه عرضا بحيث تجاوز مجريته حرف فراشه فتثنى ساقيه ويؤكل بضبطه على هذا الوضع

مساعدون فيدخل الجراح في الجرى محررافا قنويا ويده فعه حتى يتجاوز المضيق
فيوكل مساعدا بتثبيته هنالك وبأخذ هو مشرطا مستقيما فيشقي به في عضرط
البحان شقاطوله (٣) ستهتر طرفه المقدم اقرب الى الصفن من طرفه الخلفي
الى الاست يأتي به على كل من الجمد والنسيج الخلوي وعضلة (ويلسون) وبصلة
الجرى والغشاء المخاطي فان تعذر على الجراح ادخال المحراف القنوي الى
ما وراء المضيق لزمه الالتجاء الى المعارف التمهيرية ليعثر على الجرى فيفتحته

* (في معالجة النواصير البولية) *

أول ما يلزم في معالجة هذه النواصير هو إزالة العائق المانع لجرى البول من
القناة الطبيعية وذلك بأحتمال الوسائط التي اسلفناها في معالجة التضيقات
ثم منع نفوذ البول من القناة الناصورية بأن يوضع في المثانة بحس مستمر لكن
يلزم ان يعرف ان البول قد يميز في بعض الأحيان بين الجس وبين جدران
القناة البولية وان الجس المستمر بما سبب التهاب كل من قناة مجرى البول
ومن المثانة ولذا كان الاضرب قسطرة المريض متى اراد البول ثم اخراج
القساطير لاستمراره وتركه مفتوحا ليسيل منه البول كلما وجد كما اوصى بذلك
بعض الجراحين والغالب شفاء النواصير البولية التي فتحتها الباطنة ضيقة
من نفسها بهذه الكيفية وأما التي فتحتها الباطنة واسعة فيضطر في معالجتها
الى استعمال احدي هذه الطرق أما فعل فتحة في البجان ليخرج البول منها
الى ان يبرأ الناصور وهذه هي طريقة والدي رحمة الله عليه وأما الخياطة
المرودية بعد ادماء حافات الناصور وأما ترقيع مجرى البول وأما شق
القنوات الناصورية جميعها على الجس القنوي وقص الحافات الجاسية ثم
وضع قتل في الجرح وأما لكي بالمحدد المحي بعد الشق كما فعله (بويه)

* (في الاجسام التي تقف في مجرى البول) *

قد يمكن مع وجود جسم غريب في مجرى البول ادخال آلة في المثانة وقد
لا يمكن بأن يكون هذا الجسم مالم يتجميع سعة القناة البولية وكل من هاتين
الحالتين المختلفتين تستدعي عملية غير التي تستدعيها الاخرى اذا الحالة الاولى
يمكن فيها اخراج الجسم الغريب من فتحة المحسفة وأما الحالة الثانية فلا بد فيها

من شق قناة مجرى البول

والذي يستعمل في اخراج هذه الاجسام من مجرى البول هو جفت (هنتير) وملعقة (لوروا) فكيفية استعمال هذا الجفت ان يدخل في قناة مجرى البول مطبقا حتى يلامس ذلك الجسم فيدفع الساق الذي فيه فينتفخ فرعاه لمرورتهما وينطبقا على الجسم فيجذب الساق الى الاعلى قليلا فينضغط هذا الجسم بين الفرعين فتخرج الآلة من القناة حاملة له

وأما ملعقة (لوروا) التي هي عبارة عن ساق معدني مستقيم منته بملعقة صغيرة فكيفية استعمالها ان تدخل في قناة مجرى البول حتى تتجاوز الجسم الغريب فتثنى على زاوية قائمة بواسطة لولب موجود في طرف ساقها وتستخرج بها هذا الجسم

فان لم يمكن اخراج الجسم الغريب من المجرى بواسطة واحدة من هاتين الآلتين لكبره لزم الشق عليه ان كان بارزا تحت الجلد بعد ان يثبت المجرى بسبابية وابهام يده اليسرى ويلزم في هذا الشق ان يكون على حسب طول قناة مجرى البول وكافي في خروج هذا الجسم بالارد لشق المجرى

* (في عملية بط المائة) *

هذه العملية تفعل من ثلاثة مواضع من العجان ومن الختلة ومن المستقيم فكيفية البط من العجان ان يستلقي المريض على فراشه مثنى الفخذين على المحوض كافي عملية الحصاة ومثبتا على هذا الوضع بواسطة مساعد من فيمضغط مساعد آخر المائة من القسم الختلي ضغطا خفيفا ليندفع البول الى الاسفل لتتدد المائة هنالك فيوقف المجرى بين فذيه ويدخل سبابية يده اليسرى في مستقيم المريض فيضغط بيطنها السطح السفلي من البروستاتا ثم يأخذ بيده اليمنى ميزلا مستقيما فيغرسه وسط خط موهوم يمتد من الحذبة الوركية اليسرى الى المعصرط العجاني امام فتحة الاست بنصف سنتيمتر وفي اتجاه منحرف من الاسفل الى الاعلى ومن الخلف الى الامام وفائدة وضع الاصبع في المستقيم هي اهداء الميزل عليها ومنع اندفاعه كثيرا الى الخلف ففي احس المجرى بزوال المقاومة وامكان تحريك الميزل الى جميع الجهات اخراج السهم من

الماسورة فسأل منها البول ثم اذا تعذر وضع قساطير في المجرى ثبتت
الماسورة في العجان الى الزوال احتمالان المجرى المسبب عن انضغاط مافي
الحوض من الاوعية بسبب امتلاء المثانة بالبول

* (في البطل الخثلي) *

كيفية هذه العملية ان يستلقي المريض على فراشه ما دار جليه ثم يقف الجراح
في الجهة اليمنى فيوتر جلد القسم الخثلي بيده اليسرى ثم يغرز في الخط الابيض
فوق ارتفاق العانة باثنين سنتيمتر من الاعلى الى الاسفل ومن الامام
الى الخلف في دفعة واحدة مبرلا مستقيما أو منحنيما ثم يخرج السهم ويثبت
الماسورة أو يخرج كلا منهما على ما تقتضيه حالة مجرى البول من سهولة
ادخال الجس منها وعدمه

* (في بطا المثانة من المستقيم) *

كيفية ذلك ان يوضع المريض كوضعه عند بطلها من العجان فيدخل الجراح
سبابه يسراه في المستقيم حتى يجاوز الحافة الخلفية من البروستاتا في احس
بالبروز الناشئ عن امتلاء المثانة بالبول ازلق على اصبعه مبرلا معوجا بان
يجعل تحديه الى الخلف وطرف السهم في الانبوبة لتلايخرج المستقيم عند
دخوله في وصل به خلف البروستاتا دفع سن الاكلة حتى يخرج من الانبوبة
فيغرز في المثانة

(حكومة) بطا المثانة من المستقيم خطر وربما حصل عنه ناصور مستقيمي
مثاني وكذا بطلها من العجان فانه مظنة لاصابته واصابة الحويصلات المنوية
والبريتون بخلاف بطلها من القسم الخثلي فانه الاجود والاصوب لقله خطره
فهو الذي يجب الاستمرار على فعله اذ لا تخافه نواصير بوليه ولا تصاب معه
اعضاء مهمة وبالجملة بطا المثانة صار الاآن نادرا فلا يستعمل الا في احتباس
البول الذي لا يمكن معه ادخال القساطير في مجرى البول

* (في اخراج الحصى من المثانة بالسق) *

(في السق العجاني)

(تشرح جراحي) أعلم ان العجان مثلث الشكل محدود من جانبيه بالافرع

الصاعدة الى المحدة الوركية والنازلة من العانة ومن الخلف بخط مستعرض
 موهوم يضم المحبتين معاوقة هذا المثلث تقابل الارتفاق العاني وينقسم
 من الامام الى الخلف ببرز خطي من الجلد يسمى بالعضرط
 والاعضاء التي يجب على الجراح معرفتها هي من الخلف الى الامام وفي الخط
 المتوسط عنق المثانة والبروستة والمجزء الغشائي والجسم البصلي ومن الجانبين
 المسافة التي بين الافرع الصاعدة من المحبة مع ما ذكرناه من الاعضاء
 وأعلم ان موضع البروستة هو الخط المتوسط وهي محيطة بعنق المثانة وبالمجزء
 الجاور له من القناة البولية فلذا يسمى هذا الجزء بالبروستة ويختلف حجمها
 باختلاف السن فيكون بالنسبة للأطفال دقيقا وبالنسبة للشيخوخة عظيما جدا
 وسطحها السفلي مقابل المستقيم ولا تنفصل منه الا بواسطة نسيج خلوي صفيق
 خال عن الشحم وأما سطحها العلوي فهو مغطى بصفاق يحتاط بالصفاق
 الحقوي العلوي وأما قاعدتها فهي محيطة بعنق المثانة وقتها مقابلة لبداية
 الجزء الغشائي من مجرى البول

ثم أن البروستة غطاء من جميع جهاتها بصفاق يمنع الدم الذي يسيل من
 جروحها ان يتشرف في البطن
 وأعلم ان الغدة البروستية وأن كانت عظيمة الكثافة جدا تنزق بسهولة
 متى جرحت

وأمام الجزء البروستي من قناة مجرى البول يكون الجزء الغشائي مغطى بالجسم
 البصلي ويختلف طول هذا الجزء الغشائي من (١٠) الى (١٨) مليمتر والجسم
 البصلي امام الاست بعيدا عنه بخمسة عشر أو عشرين مليمتر فقط ومعرفة ذلك
 من المهم لئلا يصاب حال العملية وهو مغطى بالعضلة البصلية الاجوفية
 والعضلتان الوركيتان الاجوفيتان سائرتان على طول الفرع النازل من
 المحدة الوركية والفرع النازل من العانة ومنهما يتكون الجانبان الوحشيان من
 المثلث العجاني ويتفرع من الشريان الاستحيائي الانسي فرع مستعرض يتجه
 نحو هذا الجسم يعرف بالشريان البصلي ويتفرع منه أيضا الشريان العجاني
 السطحي الذي يتبع مسير الحافة الانسية من العضلة الوركية الاجوفية
 وأما المسافة التي بين قناة مجرى البول وبين العضلة الوركية الاجوفية فهي

مشغولة بنسج خلوي

ثم انه ينبغي لنا قبل ان نشرح لك كيفية اخراج الحصىة من الجحان التنبية على انه يشترط لذلك ثلاثة شروط مهمة جدا اولها الاحتراز من اصابة العروق ثانياها الاحتراز من اصابة المستقيم ثالثها احداث فتحة يسهل اخراج الحصىة منها فان ما يسيل من الدم بسبب العملية انما هو من الجسم البصلي أو من الشرايين والاوردة فلذا يوصون دائما بان يبتدأ الشق خلف الجسم البصلي ويتجه به الى الخلف والوحشية بانحراف تحرزا من اصابة هذه الاعضاء

هذا و متى تحقق الجراح وجود حصىة في المثانة لزمه ان يعطى للمريض قبل العملية بيوم مسهلا وفي صبيحة يومها حقنة ملينة أيضا ليستفرغ المستقيم من المواد الثقلية التي يكون معها متددا أو معرضا لاصابة الآلة ثم يلقى على ظهره فوق طاولة مرتفعة بحيث يكون وضع قطنه اذقيما ورأسه مرتفعا قليلا وعجاناه مجاوزا لحرف الطاولة قليلا وبارزا الى الامام ونخذه من ثنيتين على حوضه وساقاه على فخذه وذراعا مبدسوطتين في جانبي جذعه ويدها تنالان قدميه بحيث تكون ارجلها ماماهما على ظهر قدميه وبقية اصابعهما تحت اخصيه ثم يثبت على هذا الوضع بواسطة مساعدين فقط بعد اعطائه مرقد الخضرم أحي الكلوور وفورم أو شده يوثاق والاجود ان يكون هذا التثبيت برباط صليبي

فانه اسهل

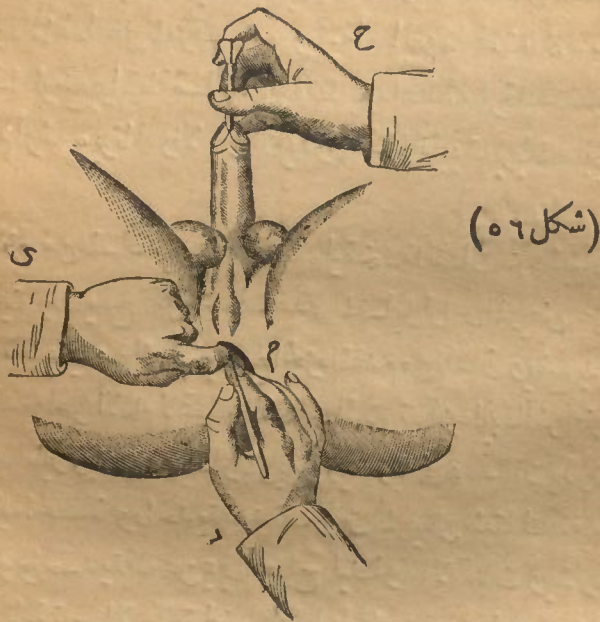
وأعلم ان عدد ما يلزم من المساعدين في هذه العملية خمسة اثنان منهم يثبتان النخذين والساقين بأن يضع كل منهما ساعده المقابل لرأس المريض على احدى الجهتين الانسيبتين من الركبتين مع الجزء المقدم من الساق ويضع يده الاخرى على بوع قدمه من الامام لا تحت الاخص لتلاير تركز عليها المريض وواحد يمسك القسايط ويقف عن يسار المريض ويشترط في هذا ان يكون جيدا المعرفة بعملية الحصىة وواحد يقف خلف رأس المريض مثبتا لكتفيه لينتفع من التأخر وواحد يقف عن يمين الجراح ليناوله الآلات ويشترط ان يكون هذا عارفا بترتيب الآلات ليناوله اياها واحدة بعد واحدة عند حاجته الى ذلك

ثم ان لعملية الحصىة بالشق الجحاني ثلاث كيفية مختلفة تحتلفات الشق الجحاني

الجانبى الوحيد والمجانبي المزدوج والشق العَضْرَطِي

* (في الشق الجعاني الجانبي الوحيد) *

يلزم لهذه العملية من الآلات قساطيراي بحس قنوى وسكين الراهب
 (كوم) وشرط مستقيم وموصل وجفوت مختلفة الاشكال والاحجام وانبوية
 (دوبويتيرين) لاجل السدان حصل بعد العملية نرف ثم يوضع المريض
 الوضع الذي ذكرناه فيدخل الجراح في المثانة بحساقنويا ويوكل به المساعد
 الذي ذكرناه ويأمره بأن يرفع الصفن أيضا ثم يقف هو بين فخذي المريض
 فيوتر يده اليسرى جلد البجان الذي يلزم ان يكون شعره مخلوقا ثم يشق
 بالمشط المستقيم شقا (م) يبتدىء به في الخط المتوسط امام الاست بخمسة
 عشر الى ثمانية عشر مليمتر ويمتد به الى وسط خط موهوم ممتد من الاست
 الى المحدة الوركية فيعدهشق الجلد وما تحته من النسيج الخلوى يدخل طرف
 سماية يده اليسرى في الجزء العلوى من المجرح (شكل ٥٦) ليهتدى عليها



في الشق حتى يحس بالقساطير فيقبها بحيث نصير حافتها الوحشية الى الاسفل
 واطننا الى اليمين فيدخل ظفره في قناة الجبس ليهتدى عليه المشربط بأن يفرسه

في القناة عرسا عموديا على الجبس ثم يرفع قبضته قليلا ليتجه سنه الى الاسفل
 ثم يخفضها فهذه الكيفية ينشق الجزء الغشائي من مجرى البول فيدع المنشرط
 مع ابقاء اصبعه في محلها ثم يأخذ مسكين الراهب (كوم) بيده اليمنى
 جاعلا تحديبه الى الاسفل فيزلق طرفه في قناة الجبس ومتى تحقق تلامس
 السكين والجبس بدون ان يكون بينهما شئ من الاجزاء امسك طرف الجبس
 القنوي بيده اليسرى فرفعه تحت قوس العانة مع دفعه الطرف الباطن
 من مسكين الراهب (كوم) من الاسفل الى الاعلى لئلا يتحول عن قناة الجبس
 فهذه الكيفية تدخل الآلة في تجويف المثانة فتى لامست الحصاة اخرج
 الجبس من قناة مجرى البول ثم لوى الآلة برفق حتى يصير النصل مواجها
 للجرح الظاهر فعند ذلك يضغط باصابعه يد السكين فيخرج من النصل
 المقدار المعين قبل العملية فتى حصل ذلك اخرج الآلة على هذا الوضع
 بدون ان يغيره فينقطع عنق المثانة والبروستة ناقطعا يختلف من (٢٥) الى
 (٣٠) ملليمتر ويستدل على ذلك بخروج البول من الجرح فعند ذلك يدخل
 الجراح سبابة يده اليسرى في تجويف المثانة فيهدى عليها الموصل ويهدى
 على غير الموصل بعد ان ينزل به الى الاسفل الجفت فتى صار الجفت في المثانة
 اخرج الموصل وأخذ يفتح الجفت ويطبقه الى ان يمسك به الحصاة فيخرجها
 لكن مع جعله الجفت بكيفية يكون بها السطح الظاهر من ملعقة ملامسا
 لحافتي الجرح وكيفية اخراجها ان يحرك الجفت الى الاعلى والى الاسفل
 تحريكا متتابعا مع جذبها الى الخارج لكن بما ان الغالب كون الحصاة
 منخفضة في قعر المثانة عن مدخل الجفت قد لا يكفي في امساكها بمجرد فتح
 الجفت ثم اطباقة فيلزم التحامل باحدى ملاعقيه على الجدار السفلى من المثانة
 لينخفض فتسقط الحصاة في مقعر الملعقة فان لم يمسك الحصاة بهذه
 الكيفية لزم ان يمسك الجراح حلقى الجفت كلا يده ثم يديره نصف دورة
 بحيث ان احدى ملاعقيه تكتمسحها فتعزفها فتح تدرب الجراح ومهارته
 يظفر بامساك الحصاة واخراجها باحدى هذه الطرق
 ومتى تمت العملية ضمت احدى فخذي المريض الى الاخرى برباط وتوضع على
 الجرح رفاً ثم غسست في ماء بارد تغير زمننا فزمننا وتوضع تحته ملاهة كلما تلون منها

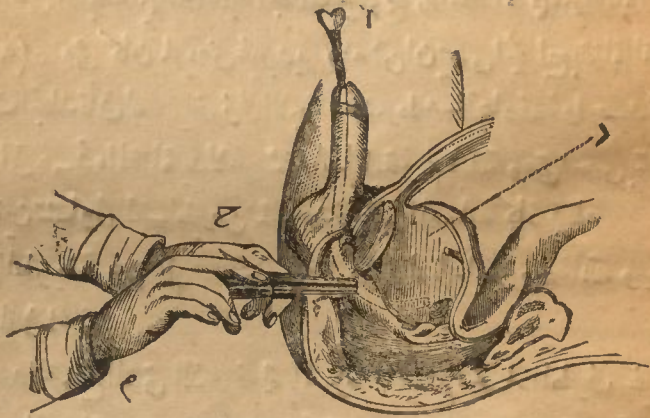
* (في عملية الحصة بالشق الجانبي المزوج) *

هذه الطريقة منسوبة الى الجراح (دوبو يترين) وكيفية ان يستلقي المريض على ظهره فيثبت على الوضع الذي ذكرناه في الشق المثاني الجانبي ثم يدخل الجراح في مجرى البول قساطير قنوبيا الى ان يصير في المثانة فيوصل كل به مساعدا حاذقا ليجعل وضعها اثناء العملية عموديا بالنسبة لهت البدن ثم يوتره وجلد العجان بيده اليسرى ويأخذ شرطامستقيما طرفه ذو حدين فيشق شتاهلا لياتحديه الى الامام بين وسطه وبين فتحة الاست نحو خمسة عشر مليمتر ينتهي كل من طرفيه وسط المسافة التي بين الاست وبين الحديدة الوزكية فتشق الجلد والنسيج الخولى الذى تحته والصفاق الجانبي الظاهر والطرف المقدم من العضلة الشرجية الظاهرة على حسب طول الجرح الظاهر ووصل الى القساطير بحيث يساوية يسراه عن قناته فجعل حافظها اليمنى بين الظفر والامثلة الاولى من هـ هذه الاصبع وترك المشط المتقدم وأخذ بيده اليمنى المشط المزوج المقرب المنسوب الى الجراح (دوبو يترين) المسمى بالمقطع المثاني المزوج المصنوع بكيفية بها يمكن تباعد نصليه وخروجهما من غدهما بواسطة لولب مخصوص وهـ هذا التباعد يكون بانحراف فتشق البروستتان الجانبتين على حسب انحراف قطريها فيجعل تحديه الى الاسفل ويرزقه من الخلف الى الامام تابعا لقناة القساطير بلا حيد عنها وفي اثناء ذلك يأخذ القساطير من المساعدي بيده اليسرى فيرفع طرفه الباطن الى الاعلى نحو ارتفاع العانة ويدفع المشط في المثانة فتى وصل الى تجويفها ويعرف ذلك بخروج بعض البول من الجرح اخرج القساطير منها وجعل تحديب المقطاع الى الامام مستندا الى ارتفاع العانة ثم ضغط اللولب الذى في قبضته فيتباعد التصلان فيخرجه من الجرح مقتطعا عموديا على سطح العجان فتشق البروستتا كما ذكرنا فيدخل اصبعه في الجرح حتى يتصل الى المثانة فيهدى عليها الموصل ثم يخرجهما فيهدى على الموصل الجفت الماعد لانخراج الحصة ثم يخرج الموصل كذلك ويجتهد في امساك الحصة

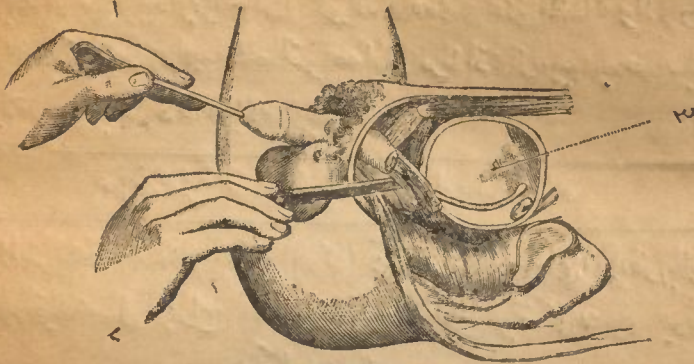
بالجفت بواسطة فتحه ثم اطباقه فيخرجها كما ذكرناه
 * (تنبيه) * متى وجد الجراح ان الشق الذي فعله في عنق المثانة والبروستاتا
 صغيرا غير كاف لاخراج الحصى وسعه اما بشرط ذى زريديه على سبابه
 واما بنفس سبابه وهذا هو الاصول

* (في عملية الشق المثاني الجفاني العسرطي) *

هذه الطريقة تنسب الى الجراح (وكا) وكيفية ان يستلقي المريض بالوضع
 المعهود فيدخل الجراح في المثانة قساطير قنويا (شكل ٥٧) يوكل به
 (شكل ٥٧)



مساعد كما سبق ثم يشق في الخط المتوسط من الجفان شقا يبتدىء به خلف
 الجسم البصلي ويمتد به نحو (٣) أو (٤) سنتيمتر مع الاحتراس من اصابة
 المعى المستقيم ثم يبحث بسبابة يده اليسرى عن قناة القساطير في الجزء الغشائي
 من مجرى البول خلف الجسم البصلي ليعثر بها فيدخل فيه عليها مشرطا
 مستقيما ذائرا ثم يأخذ من المساعد طرف القساطير فيخفضه بين فخذي
 المريض ليرتفع الطرف الذي في المثانة تحت ارتفاع العانة فينزلق المشرط
 في القناة فيدخل في المثانة حتى يتجاوز عنقها (شكل ٥٨) لكن يلزم
 الاحتراس من ان يعيد المنشرط اثناء هذه الحركة عن قناة القساطير ومتى
 وصل الى المثانة ويعرف ذلك بخروج بعض البول شق عنقها من الباطن
 الى الظاهر جازبا للمشرط الى الخارج ثم يدخل في الجرح سبابة يده اليسرى
 ففي احسن بدخوله تجويف المثانة اخراج القساطير من مجرى البول وهدى



الموصل على اصبعه ليمدى عليه المجفت فيخرج به الحصى كما شرحناه آنفا
 * (تنبيه) متى كان المريض غير يدين وامكن ان يحس الجراح بقناة القساطير
 من تحت الجلد تأتي له ان يغرز في الاجزاء مشرطاً مستقيماً دفعة واحدة حتى
 يصل الى هذه القناة بدلا عن شقه لها طبقة ثم طبقة ومتى احس بتلاصق
 الاثنين تناول القساطير من المساعد فانتهى العملية كما ذكرناه
 وهذه الطريقة هي التي كان يختارها والدنا عليه رجاء الله ورضوانه
 لاسيما للاطفال

فان وجد الجراح الشق الذي فعله بالمشرط المستقيم المحاد الطرف غير كاف
 في اخراج الحصى وسعه بمشرط ذي زرك في طريقة الجراح (وكا) هذا والوالد
 رحمه الله ينهي عن المبالغة في شق عنق المثانة والبروستتا لسرعة تمزق
 البروستتا وان كانت كثيفة ويختار توسيع هذا الشق بالاصبع فانه يكفي
 غالباً فان كانت الحصى عظيمة الحجم يتعذر خروجهما من الشق لزم اما
 تكسيها بالمجفت أو فعل التفقيت الجفاني الذي نبه عليه منذ زمن قريب
 الجراح (دولبو) احد معلمي مدرسة الطب بباريز والذي اختاره انه متى
 كانت الحصى عظيمة الحجم جدا وبعد ذلك يادخل آلة التفقيت في المثانة
 وقياس هذه الحصى بها ان تكسرها هذه الآلة قطعا ثم تفتح في الجفان فتحة
 صغيرة لتستخرج هذه القطع منها فقد استعملت هذه الطريقة مرارا
 بالاسبتمالية الكبرى بقصر العيني وحصل على يديها نفع عظيم والتحم
 الجرح بغاية السرعة واستغثت بها عن الشق اعلى العانة

وأعلم انه يجب على الجراح اذا انجرح المستقيم ان يشق الجزء الذي امام فتحة
الاستخسية ان يتسبب عن ذلك ناصور مثاني معوى
ثم ان العارض الذي يعقب عملية المحصاة بالشق هو النزف ويحصل ايغافه
باستعمال السد بطريقة الجراح (دوبويتيرن) وكيفية ان تدخل في الجرح
الانبوية المسماة باسمه وهي انبوية مفتوحة الطرفين في طرفها الذي يدخل
في المثانة بوزدائري تثبت حوله رفاة بحيث يتكون عن ذلك شبه كيس
مفتوح من الاسفل منسد من الاعلى فتى وصلت هذه الانبوية الى المثانة
ملئت المسافة التي بينها وبين الرفاة بكرات صغيرة من النسالة وثبتت على
هذا الوضع بواسطة اشربة تنفذ في حلقتي طرفها الظاهر فهذه الكيفية
ينضغط سطح الجرح بدون ان يطرأ مانع لخروج البول من المثانة ثم بعد
تحقق الجراح من انقطاع النزف بيوم أو يومين يخرج الانبوية
وكيفية ذلك ان يخرج اول الكرات واحدة ثم واحدة بواسطة جفت الاساوة
ثم يجذب الانبوية بغاية الرفق لئلا يعود النزف

* (في عملية شق المثانة من اعلى العانة) *

(تشرح جراحي) أعلم ان البريتون المغشى للجدار المقدم من البطن موضوع
على كل من سطح العضلات الباطنة والصفاق الباطن ملتصق بهما وانه كلما
كان انزل كان التصاقه اقل متانة وانه متى قرب من العانة انعطف
الى الخلف واتجه الى السطح الخلفي من المثانة فغشاه وبقي متباعد عن سطحها
المقدم بنياطها المعلق لها المسمى بالاوراق بضم الهمزة وان بين موضع انعطافه
وبين الحرف العلوي من العانة مسافة خالية تختلف سعتها على حسب امتلاء
المثانة وفرادها وان المثانة لا تنفصل عن الخط الابيض الا بالنسيج الشحمي
فلوشق في الجدار المقدم من البطن على الخط المتوسط شق الى المثانة فلا
يكون في طريقه الا الجلد والصفاق الظاهر وصفاق العضلتين المستقيمتين
المقدم ثم النسيج الشحمي وخلفه المثانة اذا علمت ذلك علمت انه لا يوجد
في هذا الطريق عضومهم تخشى اصابته لا شريان ولاوريد ولا غير ذلك
ولهذه العملية عدة طرق لكن يلزم قبل كل منها استفراغ الامعاء من المواد

النفلية بان يعطى للمريض قبلها يوم مسهل لطيف ويمنع بعد ذلك من
الاعذية الا الاغذية القليلة الثفل كالامراق ونحوها حتى تفعل له ولنذكر
لك بعض هذه الطرق فنقول

منها طريقة الجراح (اموسا) ويلزم قبل الشروع فيها كغيرها من سائر
الطرق اعداد ما يلزم اثناءها وبعددها من الآلات والادوات وهي سرير
أوطاولة ممتدة طويلة قليلة العلو والعرض يسهل الدوران حولها اثناء العملية
ويكون هذا السرير أو الطاولة في مكان متسع ثم يحس ذلولب وحنفية
ثم زارقة متقنة الصنعة غاظ انبوبتها وفق تجويف طرف المجلس فاندتها
ان يزرق بها في المشانة بعض السوائل ثم مشرطان احدها معريض نصله
محدث والاخر ذوزر ثم اسفنج ثم جفوت لى العروق وربطها ثم جفوت اخراج
الحصاة ثم آلات احتراسية زيادة على ما ذكرنا ربما يحتاج اليها أيضا وهي
بجس ذوخربة وكلاب معلق وجفوت معوجة لخراج الحصاة وملاعق نقرها
ذوات حواجز مرتفعة وادوات المعالجة والتصميد وهي انبوبة من الصمغ المرن
غليظة جدا أو معوجة اعوجاجا عظيما تدخل من الجرح في المشانة وتثبت
بواسطة شريط يوصل برباط يشد اما على وسط المريض أو على كيس الخصيين
وفائدة هذه الانبوبة هي خروج البول منها ويمكن الاستغناء عنها بشريط
من القماش يدخل احد طرفيه في المشانة ويترك الاخر خارج الجرح ليصعد
عليه البول فينصب خارج المشانة وخارج الجرح بدون ان يسقط فيه ثم
عصائب من جيد اللازوق ليضم بها الجرح ضمما جيدا ثم ساند صغيرة
مغطاة بالخبر المصمغ توضع على جانبي الجرح لتضغطهما فيبقيا متقاربين ثم
نسالة ناعمة رفيعة جيدة وتبروطى ثم فائد مسطيلة واخرى كبيرة ثم لفافة
بدن ودبا ينس ثم قفص وبعد تهيئة هذه الادوات والبحث عن كونها لا تقة
أو غير لا تقة بشرع الجراح في العملية لكن يشترط ان يكون قد تقرر عليها
هو ومساعدوه من قبل في جث الاموات

وكيفيتها ان يلقى المريض على ظهره بعد حلق عاتته ويكون هذا اللقاء على
طاولة ميسوط عليها وطاء وملاءة مرفوع الحوصلة عن سائر جسمه بواسطة
وسادة توضع تحت اليه مثنى الساقين والفتخذين نصف اثناء كافي عملية

المتفرج عن الفتق لتسترخي عضلات بطنه مثبت اليدين والرجلين على ذلك
 الوضع بمساعدتين قويتين ثم يقف عن يساره الجراح فيدخل الجبس ذا الحنفية
 في احليله فيبحث عن الحصاة ثانياً ليكون على يقين من وجودها قبل
 الشروع في العملية ثم يزرق في المثانة من هذا الجبس نصف رطل أو رطلا
 من الماء الفاتر ثم يخرج هذا الجبس ويوكل مساعداً حاذقاً بأن يسد فتحة
 الاحليل باصبعه ايمنع خروج هذا الماء منها مع عدم ضغطه الذي كضغط
 شديداً ثم يتحول الجراح الى يمين المريض فيبحث عن حرف الارتفاق العاني
 العلوى فيشق بالمشروط الحذب الجلد والشحم الذي تحته الى الخط الابيض
 من الاعلى الى الاسفل في مسافة عرضها ثلاث اصابع اعلى ارتفاق العانة
 وفوقه يسير فانزف من العروق التي تحت الجلد دم في هذا الشق لزمه لها
 قبل فعل شئ آخر ثم يضع سبابته في قعر الجرح ليمسح بها عن الخط الابيض
 حتى احس به شق منه من الاسفل مقدار قيراط حتى يصل بالشق الى الصفاق
 الغائر فيفتحه بان يدير حذ المشروط الى الاعلى ثم يغرز فيه سنه برفق اعلى
 العانة مباشرة ومن الامام الى الخلف الى ان تزول مقاومته فيكون ذلك
 دليلاً على نفوذ الآلة منه فيوسعه الى الاعلى يسيراً ثم يضع سبابته في الفتحة
 فان وجد انها محصورة كالمختنقة وسع الفتحة قليلاً يميناً ويساراً ومن الاسفل
 مع التحرز من اصابة عظام العانة حتى تصير الاصبع غير محصوره حتى سهل
 دخولها في تلك الفتحة دفعها فيها فغتر بقمة المثانة فعند ذلك يوجه
 الاصبع باستقامة الى الاسفل بين ارتفاق العانة وبين المثانة بلا حيد
 فيبحث بها عن كرة المثانة مع توجيه ظفرها الى الامام أي جهة عظام العانة
 وبطنها الى الخلف نحو المثانة ولاجل زيادة التحقق من المثانة يدخل سبابته
 يده اليمنى في المي المستقيم فيرفع بها قعرها لتمدفع نحو سبابته يده اليسرى
 وهي في الجرح فبان دفاعها نحوها ومصادمها لها يرتفع الشك في انها المثانة
 ويزداد ذلك تأكداً بادراك توجهها فعند ذلك يأخذ في شقها بان يسير بالمشروط
 على صفحها بين هذه الاصبع وبين العظام حتى يصل به الى الجزء الذي يريد
 غرز فيه من المثانة فيثني هذه الاصبع يسيراً الى الخلف والاعلى ويغرز فيها
 بلا تلاكوء من الاعلى الى الاسفل ومن الامام الى الخلف حتى كان متصل

المشروط عزبضا كفت المفتحة المحاصلة عنه في دخول الاصبع فيها وأما اذا كان ضيقا فيلزم توسيعها بحده قبل اخراجه وبالاختصار يلزم عند اخراج المشروط ادخال السبابة اليسرى المذكورة في الفتحة بحركة ادارية بالاتكاء ولا تراخ اثلا يخرج ما في المثانة من السائل فتهدب وتسترخي فبعد ذلك يبحث بطرف هذه الاصبع عن حالة المثانة وحجمها وشكلها وكيفية وضعها ثم يثنى الاصبع فيجعلها على صورة كلاب ليحذب بها المثانة الى الاعلى لتوسع الفتحة بالتزويق فقط فعند ذلك يخرج الماء بغزارة فيدخل الجففت المخرج للحصاة ليخرجها به مع كون الاصبع في المثانة ليهدي عليها الجففت الى ان يعثر بالحصاة فيمسكها بين شبعتيه فيخرجها ثم بعد اخراجها يبحث به عن وجود حصاة غيرها

ومن اطريقة الجراح (بودين) التي لا يتقدمها زرق سائل في المثانة وانما كيفية ان يأخذ الجراح المشروط بعد وضعه المريض في الوضع المذكور في الكيفية السابقة وتحديده ابتداء الشق من ارتفاع العانة ونهايته فوفه فيشق به الجمد والنسيج الخلوي الذي تحته ثم يبحث باصبعه في قعر الجرح عن الخط الابيض فتي وجده تركه بلا شق وشق على جانبه الصفاق المغطي للعضلة المستقيمة البطنية شقا كالاول في طوله واتجاهه ثم يفصل الخط المذكور عن العضلة العانية القصية المستقيمة البطنية بتزيقه للنسيج الخلوي الضام لهما اما قبض المشروط او بالاصبع فبذلك يتوصل الى تجويف الحوصلة بدون توسط آلة قاطعة بخشى معها ان يخرج البريتون فعند ذلك يدخل سبابة يسراه خلف ارتفاع العانة ثم يدفع هذه الاصبع حتى تصل الى عنق المثانة فيجعلها على صورة كلاب ويرفع بها نحو السرة متعاملا بها على السطح المقدم من المثانة ليندفع البريتون الى الاعلى وتقدم المثانة فيأخذ المشروط بيده اليمنى ويهديه على ظفر سبابة يده اليسرى فيغرز في المثانة من الاعلى الى الاسفل بلا خوف من اصابة البريتون ومتى حدثت في المثانة فتحة ادخل اصبعه فيها من خلف المشروط ليمسكها به من الزاوية العليا من الجرح ممتدا بالشق الى الاسفل حتى يقرب من عنق المثانة في دفعة واحدة وينهى العملية باخراج الحصاة كما في طريقة الجراح (اموسا) بان يدخل الجففت من الفتحة

وبعد ان يلمس الحصة يفتحها فيمسكها به أو يهدى الحفت على الاصبع المثبت
 للحصة حتى وصل به اليها فتحه فامسكها به بسهولة ومتى تحقق من امساكها
 جيدا جذبها الى الخارج متحرزا من تكسرها بشدة الضغط عليها حتى تم
 اخراجها شرع في اساوطة الجرح أى معالجته بان يدخل الانبوبة المفرغة من
 الجرح في المثانة مهتديا على اصبعه ويعلم وصول الانبوبة الى تجويف المثانة
 بسهولة دخولها وغورها وتحرك الطرف الباطن منها الى جميع الجهات
 ومتى كان المريض غير سمين اممكن جنس طرفها بالاصبع من المستقيم
 فبعد دخول هذه الانبوبة يتظف الجرح وما حوله ويحذف ثم تضم حافته من
 اعلى الانبوبة ضمما جيدا لتلتحم كل منها بالآخرى من غير تعيق وتثبت خيوط
 الانبوبة بعصائب من اللازوق ثم يوضع على جانبي الجرح رفادتان من الجبر
 تشد عليهما عصابة من اللازوق وعلى وسطه اقراص من النسالة مدهونة
 بالغير ويطى ويوضع على جانبيه أيضا رفائد درجية تغطي برفادة طويلة عريضة
 ثم يثبت جميع ذلك بلفافيدن واذا سقط شئ من الدم في تجويف المثانة
 امكن اخراجه بان يزرق فيه من مجرى البول ماء فاتر وهذا الزرق جيد
 النفع وفعله قبل وضع الانبوبة هو الاجود ويصح بعده ومن الجراحين من
 لا يدع فعله لما شاهد فيه من الفوائد ثم بعد ذلك يحمل المريض الى فراشه
 برفق ويجعل فيه كأنه جالس وصفته رفوع برفادة ويوضع بين فخديه كيس
 من الجبر المشمع محتوعلى قطعة من الاسفنج ليمتلق فيه البول وتغطي رجلاه
 بالفنايل التي هي ثياب افرنجية من الصوف أو بنحوها ثم يوضع على بطنه
 قفص صونيا لادوات الاساوطة ويلزم الاكثر من تغيير قطعة الاسفنج والكيس
 المذكورين تقريبا لثنتين هذا السائل وان يعاق في طرف الانبوبة كيس من
 الجبر المشمع أو مثانة لتلقى البول الذي يتقطر منها ومن المهم ان تكون
 حرارة المكان الذي يعد للمريض في درجة (١٢) الى (١٤) من مقياس
 (ريامور) الطبيعي ثم يوكل بملازمته مساعد حاذق يحفظه ولا يرخص له
 في الايام الاول الا في شرب ماء النخيل وماء بزر الكان واذا انسدت الانبوبة
 بدم أو بمادة مخاطية سلكها ولا يفصد المريض اذا حصلت له حتى التهاية
 الا اذا كانت شديدة جدا واذا تكوّن في امعائه غازات اخرجت منها

بواسطة انبوبة غايطة توضع في مستقيم وفي ثالث يوم للعملية يرنخص له في امراق الفراريج ويشرع في زيادة غذائه تدريجيا ولا تغير ادوات الاساوة الظاهرة ككفافة البدن والرفائد والنسالة الا في ثاني أو ثالث يوم للعملية عند ما تبطل واذا عرض له بعض اعتقال في الطبيعة لم يجز اعطاؤه شئ من المسهلات ولو مكث هذا الاعتقال عشرة ايام لأن سكون الاعضاء المجاورة للمثانة شرط في سرعة التحام جرحها وفي اليوم الرابع أو السادس من العملية تغير ادوات الاساوة الظاهرة مرارا على حسب الحاجة واما بقية الادوات فترفع بالنسبة للكحول في سابع أو ثامن يوم للعملية وبالنسبة للاطفال في السادس أو السابع ومثلها الانبوبة ومن المرضى من لا يطبق بقاها الانبوبة في مثانته هذه المدة فمثل هذا يخرج من مثانته في اليوم الرابع اذ في هذه المدة يكون قد تم تكوّن طريق البول وانسدت خلايا النسيج الخلوي باللينفا فلا يتحاف انتشاره في النسيج الخلوي وكذا يتم في هذه المدة التحام ثلاثة ارباع الجرح وتخلفها ندبة خفية فلا يبقى بعد اخراج الانبوبة بالجذب مع الادارة الاتقبة منحرف هو الفتحة الظاهرة من القناة الناصورية التي تتكون حول الانبوبة فتكون لها محلا ومن الضروري ان تسند الندبة بعصائب من اللازوق مع بعض رفائد ومع لفاقة بدن وبعد كل ذلك يمكن المريض من الاغذية وينزع الجبس من المثانة ليسرع التحامها الذي يتم اما في اليوم الخامس عشر وأما بعده الى الثلاثين

* (تنبيه) * في الايام الاول من العملية يخرج البول كله من جرح البطن قطرة فقطرة ويبل جميع ادوات الاساوة فيضطر الى تغييرها مرارا في اليوم لكن بعد مضي مدة يسيرة يتحول بعضه الى مجراه الاصل فيخرج منه ثم يلتصق النسيج الخلوي الذي بين المثانة وعضلات البطن فيعاطف فيمنع البول من الدخول فيه ويتكون في موضع الانبوبة منه قناة تمتد من المثانة الى الجرح الظاهر وكلما تضايقت هذه القناة ازداد تحول البول الى مجراه الطبيعي ثم ينتهي الامر بان تسد هذه القناة بالكليمة

ثم ان انفتاح البريتون لاصابته بالمشروط من جملة عوارض هذه العملية فيلزم لشدة خطرها هذا العارض الاجتهاد في التحرز منه ومن عوارضها أيضا

انسكاب البول حول المثانة وتكون خراجات بولية بها ينعدم من المحوطة
 أى المحوض نسيجها الخلوى وهذا العارض الثقيل سببه اتساع المسافة التي
 تمزقت من النسيج الخلوى المحيط بالمثانة فيلزم ان لا يفصل الاجزاء يسير منها
 وان لا يمزق من النسيج الخلوى الا القليل ما يمكن واذا عارض التهاب عوج
 بالمرخيات وبالفصد الموضعي وبمطلق مضاد للالتهاب فان تجمع صديد او بول
 لزمت المبادرة بالشق عليه واستخراجه درأ لما يتسبب عنه من التلف وقد
 اختار بعض الجراحين فرارا من هذا العارض الخطر ان يشق جدار البطن
 من اعلى العانة على الخط المتوسط الى المثانة ثم يدخل فيها من مجرى
 البول قساطير ليقرب الجدار المقدم منها الى السطح الباطن من الخط الابيض
 حتى يلامسه فيلتصق به فبعد ثلاثة ايام أو اربعة يمكن فتح المثانة بدون
 مخافة من انسكاب البول لعدم وجود مسافة بين جرح المثانة وبين جدار
 البطن وقد اختار الجراح (فيدال) ان يشق جدار البطن الى المثانة ثم يترك
 تقيم العملية الى اليوم الثالث أو الرابع بعد الشق لان النسيج الخلوى المحيط
 بالمثانة يكون حينئذ قد اتهدت جدران خلاياه فلا تقبل البول لعدم
 تجويف فيها

ومن الجراحين من يختار خياطة جرح المثانة ليمتنع خروج البول منه

* (تنبيه) * بعض الجراحين كالطبيب (بلاس) يستبدل في الاهتداء الى
 المثانة استعمال زرق الماء الفاتر بالمجس ذى المحربة وكيفية استعماله ان يدخل
 في المثانة كما يدخل المجس الاعتيادى وحرته محتفظة فيه ثم يزلق تغيره خلف
 ارتفاق العانة ويوصل طرفه الى اعلى المضيق العلوى اذاه الخط الابيض
 ثم يوكل مساعدا بحفظه على هذا الوضع حتى يشق الجراح الجلد والصفقات
 الى المثانة باحدى الكيفيات السالفة ففى انكشفت له المثانة تناول المجس
 من المساعدا فثبته الى الخارج قليلا ليدفع الطرف الباطن منه من الاسفل
 الى الاعلى متقاربا ما يمكن من السطح الخلقى من العانة لئلا يصيب منه ثنية
 من البريتون امام الجزء المثاني المراد تنويعه بطرف هذا المجس وسببته في قعر
 الجرح لتحمس بالمثانة وليحكم بذلك على درجة بروز الآلة ورفعها لجدار المثانة
 ومتى وضع طرف المجس في الموضع اللائق به وكل به المساعدا ثانيا مع قبضه

على جانبي هذا الطرف باصبعيه وامره ان يدفع الحزبة حتى ينفذ منها في المثانة
 قيراط أو ما يزيد عن القيراط ثم يأخذ مشرطا أمامه قعرها أو اعتبارا ديا فيمسكه
 كما يمسك قلم الكتابة ويضع سنه في قنطرة الحزبة ويدخله في المثانة مهتديا عليها
 فيشقه به المثانة من الاعلى الى الاسفل حتى يقرب من عنقها فعند ذلك يأمر
 المساعد بأن يجذب الحزبة لتدخل في باطن الجس ويدخل هو سبابه يده
 اليسرى في تجويف المثانة ويأمر المساعد باخراج الجس من مجرى البول
 فيتم العملية كما اسلفناه

* (حكومة في طرق اخراج الحصاة من المثانة وكيفيةاتها) *

اعلم ان للشق اعلى العانة ويقال له الشق الختلى مزايوا وعميوبا أما مزاياه فهي
 انه لا يعقبه نزف وانه سهل خروج الحصوات الكبيرة منه ولذا يستعمل في
 الحصوات الكبيرة التي يعسر خروجها من أحد شقوق الجحان وان عنق
 المثانة لا يشق معه فلا يكون المريض عرضة لحصر البول ولا لسلسه وانه
 لا يعقبه غالبا ناصور بولي وأما عميوبه فهي امكان اصابة البريتون والتهايه عن
 تلك الاصابة فان ذلك ربما ادى الى الهلاك وانه لا ارتفاعه عن قعر المثانة
 لا يخرج منه البول الا بعسر وانه ربما يعقبه انسكاب البول في النسيج الخلوي
 من المحوصلة فيلتهب ويتعغر وكثيرا ما يسكون ذلك سببا في هلاك المريض
 فاذا علمت ذلك علمت ان مزاياه هذا الشق وعميوبه متعادلان فلا يستعمل الا
 اذا كانت الحصاة كبيرة جدا بان كان قطرها نحو قيراطين ولما كان خطر هذه
 العملية مستويا في جميع الناس على اختلاف اسنانهم وكانت شقوق الجحان
 سهلة الشفاء في الشبان والاطفال اختار جهور الاطباء الطريقة الجمانية عالم
 تكن الحصاة كبيرة جدا وفضل كيفيةاتها ما شرحناه والكيفية المنخرقة
 هي الاكثر استعمالا عند جهور جراحی فرنسا وبقية الاوربا لكن مع كون
 غيرها من الطرق الجمانية يشاركها فيما لها من المزايا تختص بعيوب منها
 النزف الذي يحصل من قطع شرايين الجحان السطحي والمستعرض
 والشرايين الباسورية والمثانية وكل من هذه النزفة قد يندبهم منبعه فلا
 يمكن ربطه ولا يه ولا يه فيضطر الى ايقافه بالحش والذى لا يظيقه المريض
 مع تهيجه للجرح والمثانة

ومنها انسكاب البول في بعض الاحيان في النسيج الخلوي من الحوض وهذا
العارض الذي يكون هنا اقل خطرا منه في الشق الخثلي انما يحصل عند
ما يجاوز الشق العجاني حدود البروستتا

ومنها صغره الذي لا يتيسر معه خروج المحصوات الكبيرة من هذا الشق
فيضطر الى الشق الخثلي أو تكسير المحصاة في المثانة بالمكسرة أو المفتة

ومنها سهولة انجراف المستقيم معه وهذا العارض قد يتسبب عنه ناصور
مثاني معوى الاذاشق من المستقيم الجزء الذي يكون امام موضع انفتاحه

ومنها حصول سلس البول أو النواصير العجانية من تمزق عنق المثانة عند
اخراج بعض المحصوات الكبيرة من هذا الشق وقد علم بالتجربة في فرنسا

ان نسبة من يموت بهذه الطريقة الى من يبرأ بها من الاطفال والشبان هي نسبة
واحد الى خمسة أى الخمس

وأما من المتقدمين في السن فهي نسبة واحد الى ثلاثة اعنى الثلث ولعدم
استعمال هذه الطريقة في مصر الى وقتنا هذا لا يمكننا الحكم على نسبة من

يموت بها الى من يبرأ بها في قطرنا هذا

وأما طريقة الشق المتوسط العسري فزيتها انها لا يحصل عنها نزف ومن
عيوبها تعرض المعى المستقيم معها للجرح والتمزق والانفصال وذلك بوصول

الآلة اليه عند شق الاجزاء الغائرة ومنها ان الجرح الذي يحصل عنها يكون
ممتدا على حسب طول العسري وتكون زاوية الخلفية قريبة من مقدم

الاست فيكون في العجان محاذيا للجزء اضيق من الجزء الذي يحاذيه الشق
الذي يتجه بانحراف الى الخلف والوحشية بين الاست والمخدبة الوركية فلا

يكون كافيا لخروج المحصوات الكبيرة التي تخرج من الشق المنحرف مع
قابلية الجملد للتمدد وتتحرك الجدار المقدم من المعى المستقيم فنتم لا تستعمل

في اخراج المحصوات التي يزيد قطرها عن قيراط

وأما طريقة الشق المستعرض فنمزايها امكان اخراج المحصوات الكبيرة
لكون الشق فيها يفعل في عرض جزء من العجان والبروستتا

ومنها التمكن من فعل فتحة واسعة في عنق المثانة والبروستتا بدون ان يجاوز
حدود هذه الغدة لاتجاه الشق فيها الى الجانبين بخلاف طريقة الشق المنحرف

فانه لا يتجه فيها الا الى جانب ومتى كانت سعة الفتحة ثمانية عشر خطاً أى قيراطاً ونصفاً لم يكن الشق يعيد اعدا عن الخط المتوسط الا بقدر تسعة خطوط من كل جانب فلا يصل الى دائرة البروستا والعروق الغليظة لما ان سعتها المنخرقة اطول من ذلك

ومنها ان القناتين الناقمتين للثني لا يخشى عليهما فيهما من الاصابة ومنها ان المستقيم يكون معها محفوظاً من التمزق ومن الانفصال عند اخراج المحسوات الكبيرة لكونه مصاناً بالحافة السفلى من الشق وبأن احدى ملعقتي الجفت تكون جهته وأما عيوبها فهي التي لا بد منها في كل طريقة من طرق شق عنق المثانة والبروستا عند خروج الحصاة

* (في عمليّة نقيت الحصاة) *

الغرض من هذه العملية هو اخراج الحصاة من مجرى البول معه بواسطة تجزئتها اجزاء صغيرة وهي معروفة من زمن قديم جداً وكل من (ابقراط) و (ابن القاسم) و (فرنيسكو) و (جى دوشولياك) و (هلمدانوس) و (هالير) مع عدة من جراحين واطباء آخرين كانوا يعرفونها لكن الذى اتقنها هو الجراح (سيفال) الفرنساوى احد المعلمين بفرنسا ثم الجراح (هورتلو) الفرنساوى الذى اخترع لما جود آلة قوه هذه الالة عبارة عن ساق من الفولاذ شبيهة في الشكل بحبس مثاني معتماد طرفها المثاني معوج اعوجاجاً سعة ربع دائرة شعاعها من قيراط الى قيراط ونصف وهي مكونة من جزئين يسمى احدهما بالفرع الذكر لكونه يدخل في قناة محفورة في الفرع الاخر المسمى بالفرع الانثى فتي كان هذان الفرعان منطبقين معا تكون منهما قساطير مستدير وينتهي الطرف العلوى من الفرع الانثى بانفتاح مربع في جانبه خشونات

وأما الفرع الذكر الذى يتحرك في قناة الفرع الانثى فطرفه العلوى اطول من الطرف العلوى من الفرع الانثى وينتهي بوزمستدير يقرع عليه حال العملية بالمطرقة لتتكسر الحصاة وأما الطرفان السفليان الباطنان فيوجد فيهما اسنان تتعشق مع بعضها ويوجد في الطرف السفلى من الفرع الانثى ثقب معدن مخروط الاجزاء الدقيقة من الحصاة وقد استبدل الجراح (شارب) المطرقة

المطرقة بمفتاح ذي اسنان يدخل في ثقب موجود في الطرف العلوي من الفرع
الانثى يتعشق باسنان توجد في الفرع الذكرفبأدارة هذا المفتاح يمكن تبعيد
الفرعين عن بعضهما وتقريبهما

ثم ان كيفية العمل هي ان يعود المريض تدريجاً على وجود الاجسام الغريبة
في مجرى بوله بان يدخل الجراح فيه كل يوم مجساً ويتركه عشر دقائق والغالب
انه يكتفي في ذلك بمائتي ايام وفائدة ذلك ايضا توسيع القناة البولية

فان كان المريض قويا على وجود هذه الاجسام في مجرى بوله وكانت القناة
البولية متسعة اتساعا كافيا يمكن اجراء العملية من اول الامر فيعطى في الليلة
التي يليها يوم العملية مسهلا خفيفا ثم في يوم العملية يزرق في مثانته ماء فاترا و
طبخ مادة المعالجة لتمدد فلا تمسك الالة غشاها المخاطي ثم تدخل فيها الالة
بعد ان توضع في ماء فاتر وتدهن بالكيفية التي تفعل في القسطرة الا انه يلزم
هنا ان يكون حوضه مرتعفا بواسطة وضع وسادة صلبة تحت عجزه مرتكزة
قدما على كرسيين ما نلأ رأسه على صدره قائلا بعد ادخال الالة في المثانة
يبحث بها الجراح عن الحصاة في احس بها فتح الالة بان يجذب الفرع الذكرا الى
الخارج فتصير بين الفرعين مسافة فيجهد في ان يجعل الحصاة في هذه المسافة
ليمسكها وتختلف كيفية هذا الامساك فيكون اما بارتكاز تحديد الفرع الانثى
على قاع المثانة لتصير الحصاة في المسافة التي بين الفرعين (شكل ٥٩) وأما
بامالة الالة الى اليمنى أو اليسرى وعلى كل متى صارت الحصاة بين الفرعين
دفع الفرع الذكرا الى الفرع الانثى فأمسك الحصاة جيدا ويلزم قبل شروعه
في الطرق على الالة أو في ادارة المفتاح ان يتحقق عدم امساكها بشئ من
جدار المثانة مع الحصاة ويحصل ذلك بادارته للالة الى اليمنى والى اليسار
وجذبها قليلا الى الظاهر ثم دفعها الى الباطن حتى حصل عنده هذا التحقق
جعل تحديد الالة الى الاسفل وتغيرها الى الاعلى فكسر الحصاة بادارة
المفتاح فان وجد في الحصاة نوع مقاومة استعان على تكسيرها بان يقرع على
الزبر بالمطرقة قرعاً متتابعاً حتى ومتى تكسرت امسك كل قطعة منها ففتتها على
حدها لكن يلزم بعد تقطيع كل قطعة التحقق من تجرد كل من شعبي الالة
عن القصات الذي يبقى متشبهاً بها ويعلم ذلك بانطباقهما انطباقاً تاماً ومتى لم يتم

(شكل ٥٩)



ذلك لزمه ان يكرر فتح الآلة واطباؤها وحقنها في السائل لتتخلص من هذا
 الفسحات ويلزم ان لا تزيد مدة هذه العملية عن عشر دقائق بل تخرج الآلة
 قبل مجاوزة هذه المدة بأن يضم الفرعان بعضهم الى بعض كما ادخلت خشية
 التهاب مجرى البول والمثانة ثم بعد العملية يأمر الجراح للمريض بحمام فاتر
 وبالغذية الخفيفة وبالسكون ثم يكررها هذه العملية بعد يومين أو يزيد على
 حسب احتمال المريض واحساسه وهكذا حتى تنقبت الحصى فتصير قطعاً
 صغيرة يمكن خروجها من قناة مجرى البول فإن كان فعل المثانة بطيئاً لزم
 اما استعمال الزروقات فيها وأما استعمال الآلة الكاسحة فإن وقعت في
 الجرى قطعه من الحصى استخرجت كما تستخرج حصواته أوردت الى المثانة
 فنقت فيها هذا وكثيراً ما رأينا الوالد رحمه الله ينقت الحصى في مجلس واحد
 معاً لذلك بأن تهيج الآلة للمثانة بتفتيت الحصى في مجلس واحد اخف من
 تهيجها ببقاء القطع فيها و معاودة الآلة لها المرة بعد المرة
 * (تنبيه) * متى حصل للمريض من العملية تعب والم في عنق المثانة أو تجوفها

واستمر ذلك لزم الجراح ان يحقن في تجويفها مادة مغروية كغلي بزر الكتان مع بعض نقط من المجدود المعروف باللودنوم أو من صبغة الافيون وان يستعمل له الكمودات المليئة على القسم العائى والليج المرخية على الجمان ولا يعاود التفتيت الا بعد زوال ما ذكر

وأعلم ان هذه العملية لا تستعمل الا لكهول والشيوخ فلا تستعمل للاطفال لعسر خروج القطع منهم ولا تستعمل الا اذا كانت قناة مجرى البول واسعة والحصاة صغيرة أو كبيرة لكنها هشة سهلة التكمس ومتى كانت المثانة ممتلئة التهابا مزمنا أو الحصاة عظيمة الحجم صعبة التكمس وراحساس اعضاء البول شديدا أو كان بالكليتين مرض مازم العدول عن التفتيت الى الشق لانه الا صوب

* (في العمليات التي تفعل في الجهاز التناسلى من الاناث) *

(في قسطرة الاناث)

كيفية ذلك ان تستلقى المريضة على ظهرها متباعدة الفخذين ثم يبعد الجراح الشفرين الصغيرين بالابهام والوسطى من يده اليسرى بعد وضعهما ببسطة اعلى الفرج ثم يمسك بيده اليمنى قساطير الاناث كما يمسك قلم الكتابة جاعلا تقعره الى العليا فيدخله في قناة مجرى البول

وأعلم ان غالب النساء لا يرضين بكشف فروجهن فيلزم الجراح ان يعرف كيفية ادخال القساطير من تحت الغطاء ويبد واحدة فقط وهى ان يمسكها بالكيفية التي ذكرناها فيجعل تحديده محاذيا للسطح الراحي من سبابته مع كون طرفها متجاوزا لطرف الالة ثم يدخلها بين الشفرين هاديا عليها القساطير فيبحث به عن الزائدة التي تغطى فتحة مجرى البول بالقرب من فتحة المهبل فتى عندها قعره هذه الاصبع عن طرف الالة مقدار (٥) مليمترا ثم ازلق تحتها مباشرة القساطير فادخله في القناة ويستعمل من يديه ما يليق بوضع المريضة

وأعلم انه لا حاجة الى ما وصى به بعض الجراحين من الاستدلال أولا بلمس البظر

* (في توسيع قناة مجرى البول من الاناث) *

أعلم ان قناة مجرى البول من الاناث لقصرها يتأق توسيعها بأن يوضع فيها قطعة من جذر الجنطيانا فبانتفاخ هذا الجذر بالرطوبة التي يتشربها من غشاؤها المخاطي تتسع بنسبة هذا الانتفاخ فلذا يمكن استخراج الجسم الغريب الذي في حجم طرف الاصبع من مسانة أى انثى

* (في شق المثانة من الاناث) *

لهذه العملية عدة طرق لكن لما كان الغرض من هذا الكتاب انما هو شرح الطرق الجيدة الغالب استعمالها اقتصرنا فيه على طريقة واحدة وهي ان يدخل في قناة مجرى البول قساطير قنوى أو محس قنوى طويلة فتجعل قناته الى الاعلى ثم يزلق فيها الجراح مشرطاً مستقيماً طويلاً ضيق النصل فيشق به عنق المثانة والجدار المقدم من قناة مجرى البول الى قريب من الرباط اسفل العانة فيمكن استخراج المحصوات التي قطرها لا يزيد عن (٢٥) مليتر من هذا الشق وهذه الطريقة هي طريقة الجراح (كولو) ثم ان الجراح (فلوران) نوعها بأن ادخل في المثانة من قناة مجرى البول المشرط المزدوج الخفي ثم فتحه فاجزجه فشق بنصليه عنق المثانة والقناة البولية من اليمين ومن اليسار شقاه لاليا لكن الا صوب هو الشق الى الاعلى كما فعله الجراح (كولو) فان طريقة (فلوران) يمكن ان يتسبب عنها سريان البول وتخلله للنسيج الخلقى

وأعلم ان التفتيت للنساء سهل جدا فلا يحتجبن غالباً الى شق الجرى وعنق المثانة

وأما اذا كانت الحصاة عظيمة الحجم جدا وصلبة بحيث لا يمكن تكسيرها بالآلة المقتنة فيفعل الشق المثاني من اعلى العانة بطريقة (فيدال) كما يفعل ذلك للرجال

* (في العمليات التي تفعل في الفرج والمهبل والرحم) *

(في اكياس الشفرين العظيمين)

أعلم انه يوجد بين العضلة الشرجية وبين الجسم البصلي من المهبل خريطة

مصلية تمكن استحالتها الى كيس بتجمع المادة المصلية فيها فلا تشفى
 الابعملية جراحية أما المحقن وأما القرص
 فاما المحقن فكيفية ان يستفرغ ما في الكيس من السائل بمنزل صغير
 ثم يزرق فيه مقدار من صبغة اليود كاف في توتر جدره ثانيا ويترك فيه
 دقيقتين أو ثلاثا ثم يستفرغ وتخرج انبوبة المنزل ثم توضع على مكان الكيس
 من الشفرين العظيمين رفائد ممتلئة بسائل محال
 وأما القرص فكيفية ان يشق بين الشفر العظم والشفر الصغير شق طولي
 يتجاوز به طرفي الورم ثم تسالغ حافتا الشق حتى يفصل اغلب الورم فيمقرض
 بالمشط أو المقص ويلزم عدم الايغال في فصل الورم خوفا من اصابة السطح
 الظاهر من البصلة

* (في اكياس الغدد المهبلية الفرجية) *

اكياس هذه الغدداكثر حصولا من الاكياس التي قبلها ومعالمجتها واحدة
 وأما سائر الاورام التي تتولد في الشفرين العظيمين كالاكياس الدهنية
 والاورام الليفية فتعالج بما تعالج به في سائر البدن

* (في عملية حشو المهبل) *

كيفية حشو المهبل هي كيفية حشو المستقيم بل حشو المهبل اسهل لتيسر
 اتصال الحشوات الى قاعه بواسطة المنظار فلا حاجة الى تكرار الشرح هنا

* (في انسداد المهبل) *

هذا الداء ينشأ أمان كون غشاء البكارة ساد الفتحة هذا العضو بالكلية
 وأمان وجود طبقة سميكة من الاجزاء الرخوة وأمان التصاق جدره
 بعضها ببعض

فالقسم الاول يكفي فيه شق هذا الغشاء شقا صليبيا ثم قرص زوايا الشق
 وأعلم ان المريضة لا تشعر بهذا العيب الا اذا ابتدأت تخمض لأن الدم
 في هذا الوقت يجتمع على هذا الغشاء وفي هذه الحالة يجب على الجراح
 قبل الشروع في العملية ان يخبر المريضة لاثالة الشبهة عن المريضة واثبات

بكارتها قبل العملية

وأما القسم الثاني وهو انسداد المهبل بطبقة رخوة كانسداد الاست
في الاطفال فيلزم فيه ان يبحث الجراح عن موضع فتحة الطبيعية فيبطه
ثم يشقه شقاصليبا ثم يقرض زوايا الجرح ثم يضع فيه قميلا من المسالة لكن
يلزم في هذا الشق الاحتراس من اصابة مجرى البول والمستقيم
وأما القسم الثالث وهو الانسداد المهبل الناشئ عن التصاق الجدر بعضها
ببعض فلا يمكن ازالته الا بواسطة السلخ مع غاية الرفق والاحتراس ويلزم
في هذا السلخ دائما ان يكون في الزاوية التي تكون بين جداري المهبل
المقدم والخلفي وان يوصل الى عنق الرحم

* (في الاستقصاء الرحي) *

الاستقصاء الرحي يمكن بكل من الاصبع والمنظار فالذي بالاصبع لافرق
فيه بين ان تكون المريضة جاشية على ركبتيها او واقفة او مستقيمة الا انه حالة
استلقائها اسهل وكيفية ذلك انه بعد استلقائها وتنفذها على حوضها
يدهن الجراح سبابه يده اليمنى بالزيت او المرهم ثم يضع بطنها احذاء فتحة است
المريضة وينزلقها من الخلف الى الامام فيدخلها بين الشفرين العظيمن ثم بين
الشفرين الصغيرين ثم في فتحة المهبل ويلزم لاجل سهولة وصولها الى عنق
الرحم بسط الابهام وتني كل من الوسطى والبنصر والمخضر قليلا الى راحة
اليدين ووضعها على الجحان على اتجاه غضن الالية

وأعلم ان الجراح يمكنه بواسطة المس بالاصبع معرفة كل من حجم شفتي فتحة
عنق الرحم وقوامها وانتظامها وبعدهما بينهما وكون هذا العنق فيه ورم
او لادررحة ثم وهذا الورم وحركته وثقله أن كان وبالجم من المهبل يستعان
أيضا على تشخيص امراض كل من المثانة والمستقيم لكن لا يتم الغرض منه
الامع جس البطن من الظاهر

وكيفية ذلك ان يدخل الجراح سبابه احدى يديه في المهبل فيبحث بها عن
اتجاه الرحم ثم يضع اليد الاخرى على البطن ليعرف بها حدود الرحم
والمبيضين والنياطين العريضين ويبحث بها عن سائر اعضائه بواسطة الغمز

على جالده وعضله

وأما الاستقصاء بالمنظار فيفعل اما بالمنظار الاسطوانى اوزى الفرعين اوزى
 الفروع الثلاثة اوزى الفروع الاربعة وكيفيته ان تستلقى المريضة على ظهرها
 معتمدة بجحيرتها على متكئتين بارزة المقعدة قليلا عن الفراش مثنية الفخذين
 على الجوض مرتكزة القدمين على كرسيين ثم يقف الجراح امام العجان
 فيمسك بين الشفرين العظيمن ثم بين الشفرين الصغيرين بسبابة وابهام يده
 اليسرى من الاعلى ثم يمسك المنظار بيده اليمنى كما يمسك قلم الكتابة بعد وضعه
 فى الماء الفاتر ثم دهنه بالزيت فيدخله فى فتحة المهبل ثم يدفعه ابتداء بتأن
 من الاعلى الى الاسفل يسيرامع غاية الرفق ثم يدفعه اذ قوامع غاية الرفق أيضا
 حتى يصل الى قاع المهبل فعند ذلك يفتحه فيبحث به عن حالة عنق الرحم فان
 لم يدخل عنق الرحم فى المنظار من اول وهلة فهقره الجراح يسيرا ثم رده فوجهه
 الى الجهات المختلفة على التعاقب حتى يصادف العنق فيدخله فيه

* (فى تمزق العجان) *

العادة حصول تمزق العجان حالة الوضع خصوصا بالنسبة لمن لم تتقدم لها ولادة
 ويعالج بالخياطة المرودية فان صارت حاقنا الجرح بسبب الخياطة مشدودة
 جدا امكن استرخاء الاجزاء بفعل شقين جانبيين

* (فى الناصور المستقيمى المهبلية) *

متى كانت فتحة هذا الناصور ضيقة امكن علاجه بالكي المتكرر زمنا فرمنا
 وأما اذا كانت كبيرة فلا بد فى علاجه بالخياطة وكيفيتها ان يضم الجراح
 حاقى الناصور بعد ادماؤها ببعض غرز من الخياطة المتقطعة ولا ينزل هذه
 الغرز الا بعد خمسة ايام اوسمة

* (فى النواصير المثنائية المهبلية) *

هذه النواصير عبارة عن استطراقات من المثنائية الى المهبل ولا تحصل عادة
 الا عقب الولادة العسرة وتعالج بعدة طرق
 فان كانت فتحة الناصور المثنائي المهبلية ضيقة عولج بالكي بترات الفضة

أوبكاوى (فيلوس) وهو هذا

خ { من البوتاسا الكاوية ١٢٠ جراما }
 ح { ومن مسحوق الجير غير المطفا ٤٠ جراما }

يضاف مسحوق الجير غير المطفا الى البوتاسا الكاوية بعد اذ ابتها بالحرارة شيئا
 فشيئا ويمزجان ثم يصب الخليط في قوالب من الرصاص قطر الواحد منها
 نحو سنتيمتر

وان كانت فتحة الناصور المتساوي البولي واسعة عوج بالحنياطة المتقطعة ولهذا
 لطريقة زمانان الزمن الاول زمن ادماء حافتي الناصور والزمن الثاني زمن
 فعل غرز الحياطة

وكيفية هذه العملية ان تركز المريضة على ركبتها ورفقيها لاجل سهولة
 العمل ثم يبعد ما بين جدران المهبل وتجذب الفتحة الناصورية الى الاسفل
 ما يمكن اما بواسطة صنارة أو بواسطة جفت (موزو) فيدمى الجراح حافتي
 الناصور ادماء جيدا بالمشربط أو بالمقص المنحنى على صفحته بعد ان يمسكهما
 بجفت ذى اسنان فار ويلزم استيعاب حافتي الناصور بالادماء فانه ان بقي
 شئ منها ولو يسيرا بالادماء لم يتم الالتحام ثم يوتى بحاملة الابر فينفذ الغرز
 المعدنية في شفتى الجرح بعيدا عن حافتيه بنحو ثلث قيراط ثم يولى طرفى السلك
 معا بلاشد ثم يضع في المثانة قساطير ليخرج منها البول بمجرد ووده اليها
 فلا يترك فيها ويجب ان تبقى المريضة مضطجعة ويلزم ان لا يبحث الجراح
 عن حالة الجرح ولا عن الغرز ولا يعطى للمريضة مسهلا قبل اليوم السادس
 أو السابع

* (في انقلاب المهبل) *

انقلاب المهبل يتسبب عادة عن سقوط الرحم أو عن فتق المثانة أو فتق المستقيم
 في المهبل ومع ذلك فقد يشاهد احيانا بدون هذه الاسباب فتري جدره
 مسترخية ومتعيرة كثيرا أو قليلا بارزة خارج الفرج
 والعالجة هذه الافة طرق متعددة (منها) كشط جزء من الغشاء المخاطي
 وكيفية ان يتدئ الجراح برد الجزء البارز من المهبل بان يغطي سطح الحوية

المتكوّنة برفادة مدهونة بالزيت أو بالمرهم ويضعطه باصابعه من الدائرة الى المركز ثم يقرض بعض ثنيات الغشاء المخاطي داخل الفتحة الفرجية نحو (٢) أو (٣) سنتيمتر وتترك هذه الجروح الصغيرة تلتحم من نفسها وهذه هي طريقة الجراح (ديغنهاخ)

(ومنها) طريقة (مارشال) وهي أن يكشط الجراح شريحة بيضاوية أو مربعة من الغشاء المخاطي المهبل الجانبي ثم بعد غسل الجرح بالماء تضم حافتهما بالخياطة المرودية

(ومنها) الكي بالكاويات الكيماوية أو بالماور وغايته انه بالتعام الجروح الناشئة عن ذلك يحصل انكماش في الغشاء المخاطي فيمتنع من البروز الى الخارج

(ومنها) وضع الغرازج وهي الطريقة المستحسنة لانها تمتنع بروز المهبل والا حسن أن يمتلا المهبل امتلا تاما ثم ان للفرازج جملة اشكال فيها الاسطوانى والحلقى والكروى والبيضى وأي كان يلزم في معالجة بروز المهبل ان يبقى الفرج موضوعا مدة طويلة فلا يخرج الا في كل شهر مرة وتؤمر المريضة بالزروقات المهبلية من الفتحة التي في الفيرج لاجل النظافة

* (في سقوط الرحم) *

لهذا المرض ثلاث درجات مختلفة وهي الاسترخاء البسيط والانخفاض في المهبل والسقوط الكامل

أما الاسترخاء البسيط فكثير المحصول ومن النادر جدا ان يندب الجراح أو الطبيب لاجل ذلك بل قد لا تشعر به المريضة

وأما الانخفاض فهو نزول الرحم في المهبل والسقوط الكامل هو الذي يصل فيه الرحم الى فتحة الفرج بل قد يجاوزها احيانا بأن ينقلب المهبل انقلابا تاما وتتبعه المشانة أيضا ومتى امتلات بالبول تكون في الفرج ورم يزول باستفراغها بالقسطرة وأما المستقيم فلا يتحول

وكيفية رد الورم المتكوّن عن سقوط الرحم ان يغطى برفادة رقيقة مدهونة بالقيروطى البسيط ثم يدفَع على حسب محور المهبل بعد اضطجاع المريضة

على ظهرها متباعدة الفخذين مثنيتيها

ثم أعلم ان ابقاء الورم مردودا له طريقتان وهما وضع الفرازج أو فعل عملية
بجراحة مخصوصة

أما الفرازج فقد ذكرنا ان لها اشكالا مختلفة قننا الكرى والبيضى
والخروطى وتتخذ اما من الصمغ المر أو من الذهب أو الفضة أو العاج بعد
تصيره رخوا بطريقة (دارسيه) ويجعل لها تقباني وسطها أو شرم من الامام
والخلف والفرازج الكرية كثيرة الاستعمال في بلاد الانكايز
وأما شفاء سقوط الرحم بفعل عملية مخصوصة فله ثلاث كيميات
(الاولى) السكى بالكاويات الكيماوية أو بالمخاوير بأن يوضع في المهبل منظار
ثم يكوى الجراح المهبل من الجهتين من ابتداء عنق الرحم الى فتحة الفرج فبعد
سقوط المخكريشات والتحام الجروح يحصل في المهبل ضيق به يمنع
سقوط الرحم

(الثانية) فرض بعض نذيات من نذيات المهبل على حسب طوله وهذه انما
تنتج في منع سقوط الرحم احيانا

(الثالثة) هي ان يدمى الجراح الثلثين الخلفيين من الشفرين العظيمين بأن
يكشط طبقة رقيقة من الغشاء المخاطي المغطى لسطحهما الباطن ثم يضعهما
بالمخاطة فهذه الكيفية تضيق فتحة الفرج ويمنع سقوط الرحم مع امكان
الجماع الا انه اذا حصل الحمل فقد يضطر عند الولادة الى شق الفتحة وتوسيعها
(حكومة) أعلم ان الاصوب في سقوط الرحم غير الكامل استعمال الفرازج
وأما اذا كان كاملا فالاصوب تضيق فتحة الفرج بمخاطة الشفرين العظيمين
لانها سريعة الفعل واقل الماسن الكشط والسكى وتماثجا جيدة

* (في بوليب الرحم) *

الاورام البوليبية الرجية تكون اما مخاطية وأما ليفية وتتولد في تجويف
الرحم وقد تتولد بالقرب من عنقه ويندر تولدها في نفس العنق والعادة
انها لا تعود بعد العملية وبهذا تتميز عن بواليب المناخر وتعالج اما بالقطع
أو باللي أو بالترزع أو بالربط

فاما كيفية القطع فهى ان تستلقي المريضة على ظهرها كما فى عملية الحصاة
ثم يدخل الجراح فى قبلها منظارا ليمسك عنق الرحم بجفت (موزو) فيجذبه
الى الاسفل ولاجل سهولة ذلك يأمر مساعدا بضغط القسم الخثلى ثم يخرج
المنظار فينخفض عنق الرحم الى حد الفتحة المهبلية فيصير الورم بين شفرى
الفرج فيمسكه باصابعه أو بجفت فيقرض ذنبه بالمقص المنحنى بالقرب جدا
من أشبته بالرحم

وأما كيفية اللي فهى ان يمسك الجراح بعد ادخاله المنظار فى المهبل الورم
بجفت فيلوى ذنبه مرارا ثم يترعه

وأما كيفية الربط فهى ان كان البوليموس بارزا من الفرج ان توضع المريضة
الوضع الذى ذكرناه فى الاستئصال ثم يجذب عنق الرحم الى الخارج فيحاط
ذنب البوليب برباط متين وان كان البوليب غليظا نفذ فى وسطه خيط
مزدوج وربط كل من نصفيه على حدته

وأما اذا كان الورم البوليبى داخل المهبل فيحاط بخيط متين ثم يشده هذا الرباط
بشادة العقد

* (فى حشو المهبل) *

كيفية حشو المهبل هى كيفية حشو المستقيم بل حشو المهبل اسهل لتيسر
ايصال الحشوات الى قاعه بواسطة المنظار فلا حاجة الى تكرار الشرح هنا

* (فى سرطان عنق الرحم) *

يعالج سرطان عنق الرحم اما بالاستئصال وأما بالكي فاما الاستئصال
فكيفية ان تلقى المريضة على ظهرها ثم يجعل فى مهبلها منظارا ثم يمسك عنق
الرحم بجفت (موزو) ثم يخرج المنظار ويجذب عنق الرحم بالجفت مع الرفق
جذبا مستقرا الى خارج المهبل ثم يبعد المساعد كلالا من الشفرين الكبيرين
والشفرين الصغيرين فيقطع الجراح جميع الجزء المريض مع شئ من الاجزاء
السليمة ويمكن فى هذه العملية استعمال مقص متين منحن على صفحة الا ان
الاصوب فيها هو استعمال آلة المعلم (شاسينياك) لأن الخطر فى هذه العملية
انما يتسبب عن قطع الاوعية الرجية وترك فتحاتها متسعة فيحصل منها نزف

يهلك المريضة وبالألة المذكورة تنضغط هذه الاوعية بضغط السلسلة
فتنسد فيمنع هذا النزف ويرجي لها الشفاء
وأما الكي فبالكاويات الكيماوية مثل عجينة (فيينا) والبوتاسا الكاوية
وكاوي فيلوس وحجر جهنم ونترات الزئبق أو بالحديد المحمي ويلزم عند كي عنق
الرحم استعمال منظار امان العاج أو من الخشب أو القصدير أو الزجاج يكون
قطعة واحدة مجوفة

وكيفية استعمال الكاويات الكيماوية ان تغمس في الكاوي اذا كان
سائلا فرشته من النسالة فيمس بها الجزء المریض ثم يملأ المنظار بالماء لاجل
ان يضعف الزائد من الكاوي بحيث اذا سال شيء منه في المهبل لا يكونه ويلزم
قبل استعمال عجينة (فيينا) ان يوضع شيء من النسالة أو القطن في الجزء المهبلي
الذي يلي عنق الرحم لئلا يسقط منها شيء في المهبل فتتكون عنه خشكريشة أو
بالمحاور وكيفية ان يوضع المنظار في المهبل ثم يكوى عنق الرحم كما غائر المحور
يحمى الى درجة الايبضاض الى ان يكاد المحور ينطفئ واذ لم تكف مرة من هذا
الكي كرر مرة اخرى أو مرتين أو ثلاثا ثم يملأ المنظار على الفور بالماء البارد
ليبرد الجرح وتلطف الحرارة التي قد تنتشر الى ما يجاور الجزء المكوى من
الاجزاء ويلزم قبل الكي بالحديد المحمي تنظيف عنق الرحم من المادة المخاطية
التي تكون فيه والعادة ان الخشكريشة التي تنشأ عن هذا الكي تنفصل من
اليوم السادس الى اليوم العاشر وحينئذ يكرر الكي مرة ثانية أو ثالثة أو اكثر
الى ان يزول جميع الجزء السرطاني وهذا بخلاف الكي الذي يقصده ازالة
أورام فطرية مجردة عن أوصاف السرطان فإنه ينتظر تمام التحامه فقد
يستغنى عن تكريره

وقد استعمل الجراح (سيمسون) الانجيزي في استئصال عنق الرحم
جفتا فرعا متصلان ببعضهما مثل جفت الولادة يدخلان فرعا بعد الآخر
على سبابة الجراح فيجذب بهما عنق الرحم الى الخارج ثم يجري العملية وهذه
الطريقة تختار عند تعذر استعمال المنظار لعظم حجم الورم

* (في استئصال الرحم) *

أعلم ان الرحم لا يستأصل الا اذا كان مصابا بالسرطان ومع ذلك قد يعود المرض ثانيا فالاصوب ان تترك المريضة لتموت بمرضها فان العملية لا تقيد البتة لان جميع عمليات استئصال الرحم اعقبها الموت واذا كان الامر على ما ذكرنا فلا داعي الى شرحها

* (في عمليات الولادة) *

(في التحويل)

التحويل عبارة عن عملية بها يوجه رأس الجنين أو رجلاه الى المضيق العلوي من المحوض ليسهل خروجه فهو اذا قسمنا رأسي وقدمي ولكل من هذين القسمين طريقتان احدها مامن الظاهر فقط أعني بدون ادخال شيء في الرحم وهي أن تجعل الماخض على الوضع اللائق ويغمز بطنها غمزات بها تتغير الكيفية الآتية بها الجنين ونفع هذه الطريقة مشروط بعملها قبيل اشتداد الطلق أو أثناءه وقبل تمزق السلا والثانية من الباطن وهي أن يدخل الجراح يده في الرحم فيحول بها الجنين الى احدى الهيئتين اللتين بهما تتم الولادة ونفع هذه الطريقة مشروط بعملها أثناء الطلق وبعد تمزق السلا فاما التحويل من الظاهر فيشترط فيه قابلية الجنين للحرك مع ما أسلفناه من أنه انما يعمل قبيل الطلق أو أثناءه وقبل تمزق السلا بأن يكون باقيا على امتلائه بالماء ورمبا يتيسر بعد تمزق السلا للكن بشرط أن يكون قبل استتمام تفرغه من المياه لانه بتام تفرغه منها ينطبق الرحم على الجنين بدون حائل فلا يتقادر للتحويل اثباته بالتخلص الرحمي

وكثير من الاطباء أوصى بالبحث عن هيئة الجنين في الرحم قبل زمن الوضع بثلاثة أشهر وبأنه متى وجد على الهيئة التي نعرض معها الولادة حول الى الهيئة التي ينبغي أن يكون عليها التيسر وبأنه متى أخذ الحامل المخاض أعيد هذا البحث فإن وجد الجنين على غير الهيئة المطلوبة حول اليها ثانيا ثم ان من الواجب قبل الشروع في التحويل التحقق من أن الجنين على غير الهيئة التي يتيسر معها الوضع ويتم ذلك بالبحس من المهبل وبعزم البطن وبالتسمع

الى ضربات قلب الجنين خشية أن يعلط الطبيب فيحول الجنين عن المهمة
المختارة الى غيرها

وكيفية التحويل من الظاهر هي أن يحرك الجنين بالتعامل على ما يكون
نا تمامه كراسه وبيده والمهمة تتعاملا قانونيا اليه تدي رأسه أو رجلاه الى فتحة
المضيق العلوي مثال ذلك ما اذا أتى الجنين الى فتحة المضيق العلوي بمنكبته
الايسر في الوضع الثاني بأن كان رأسه في النقرة المحرقة اليمني وبجبرته
في الجانب الايسر من المحصر اذ لا يكون حال الايمان على هـ هذه المهمة تام
الافقية بل يكون منحرفا فسيبيل التحويل في هذه الحالة هي أن يضع الجراح
يده على رأس الجنين فيتعامل على ذلك الرأس موجهاله الى المضيق العلوي
دافعا بيده الاخرى بجبرته من الاسفل الى الاعلى نحو قاع الرحم فيكون
موجهها كلامن طرفي القطر الطويل من هـ هذا الجنين بالضغط الى الجهة
المعاكسة للجهة التي وجه اليها الاخر وهـ هذا هو الغرض من عملية التحويل
ثم متى صار الجنين على المهمة المختارة لزم تثبيته عليها أما بضغطه باليد برة
وأما بتحزيم الام حزاما لثالثا ليعود الى هـ هذه الاولي

وأعلم ان هـ هذا التحويل قد يعسر على الجراح وذلك اذا كان مقدم الجنين
الى الامام فأن يدا الجراح لا تعترف في هذه الحالة الاعلى ذراعيه ورجليه المتجهة
الى الامام وهي سريعة الانقياد الى التعرّبك ولا يتحرك بدنه بتحركهما مع أن
تحركه هو الغرض لاسيما مع اتساع الرحم وكونه متينا اذا مقاومة فأن ذلك
يكون مانعا من وصول أعمال يدا الجراح الى بدن الجنين فلا يكون لها كبير
فائدة في تحويله

وأما اذا كان مؤخر الجنين الى الامام والرحم رخوا منقادا للضغط فالتحويل
يكون حينئذ سهلا لوصول يدا الجراح الى بدنه وتمكنه من تحريكه
ومن اطباء من يختار في تحويل الجنين الابتداء برفعه ليعد عن المحوض ويتم
ذلك بجعل حرف كف الجراح بين عانة الماسخض وبين الجزء الذي أقبل به
الجنين من جسده

واذا فعل التحويل بعد تمزق الاغشية وجب أن يتبع بتثبيت الجنين باليد
الى أن يوجد في الرحم تقلص يمنع تحوله عن المهمة المختارة التي حول اليها

واجود هيئات الحامل عند التحويل هي أن تستلقي على ظهرها مرتفعة الجبهة بواسطة وضع وسادة تحته

ومن اطباء من يختار التحويل في جميع الهيئات المغايرة لا تيمان الجنين برأسه الى فتحة المضيق العلوى فعلى رأيه يحول الجنين الاثني بجذبه لياتي برأسه ولا شك في أن هذه المهمة هي الاجود والارغب لكن بما أن حركة التحويل قد تكون مدتها طويلة وأنه لا يتم غالباً الا مع مهارة المولد وموافقة الاحوال يجب الاقتصار على توجيهه أقرب طرفي قطر الجنين من المضيق العلوى اليه

وقد نهينا على أن التحويل من الظاهر لا يفعل بعد تمزق الاغشية وكذا لا يفعل في جميع الاحوال المستدعية للسرعة في التوليد كما لا تزفة والاختلاجات وبروز السرهم. ولا يفعل التحويل لذات توأمين الا بعد وضع أحدهما

وأما التحويل من الباطن فلا يفعل الا مع اجتماع شرطين أحدهما كون فوهة الرحم متسعة أو يمكن توسيعها المتدخل منها يد الطيب والثاني أن لا يكون الجزء الذي أتى به الجنين قد خرج من فوهة الرحم وهناك شرط ثالث به تسهل العملية وهو سلامة الاغشية من التمزق وبقاؤها ممتلئة بالمياه

فتحق الطيب وجود هذه الشروط أخبر سرا أولياء الماخض والمحاضرين بالذي يريد فعله وبما قد يعرض للجنين من الاخطار وأما الماخض نفسها فيلطف لها ما يريد فعله كأن يقول لها اني اريد أن اغير المهمة التي عليها الجنين لشدة الجحاحة الى ذلك فقط فلا يدكر لها أنه يريد يدخل يده في تجويف الرحم لاجل ذلك فإن كانت شديدة الفزع أو التالم أعطاها مرقداً ليكون قد دفع بذلك عنها كلام من الخوف والاثم وما يتسبب عنهما أثناء زمن النفاس وتخلص من الريث أى البلاء الذي يتسبب عن مدافعتها وتردها

وكيفية العمل أن توضع الماخض الوضع اللائق بالتحويل بأن توضع عرضاً على سرير متباعدة الساقين مرتفعة الجزء العلوى أعنى الجذع والرأس قليلاً

بأن يوضع خلفهما وسايد ويوكل المولد مساعدين بتثبيت الطرفين السفليين
بأن يمسك أحدهما باحدى يديه عقب رجل وييده الاخرى ركبتهما والثاني
الرجل الاخرى كذلك ثم يخرج من يكون مع الماسخض ممن لا يكون لبقائهم
فائدة الا التشويش على المولد أثناء العمل ثم يكشف الماسخض ويشمر عن
ساعده الى اعلى مرفقه ثم يضع نفسه وضعا ثابتا به يسهل تحركه ثم يدهن ظهر
يده وساعدهما بالزيت ليسهل عليه ادخالهما في الرحم ولا يدهن باطن يده لئلا
تتراق عن الجنين أثناء استخراج ولدته واليد والساعد بالزيت فائدة اخرى
وهي منع العدوى بالداء الزهري أن كانت الماسخض مصابة به فإنه كثيرا
ما شوهد حصول العدوى للمولد أثناء عملية التحويل لمن هي مصابة بهذا الداء
وعلى المولد المبادرة بعملية التحويل متى تيقن لزومها وكذا سائر عمليات
التوليد فإن التأخير والتردد فيها يمكن أن يتسبب عنهما هلاك الماسخض
ومع هذا يجب انتظار تمدد عنق الرحم الا في الاحوال الخطرة كما اذا كان
هناك نزف أو اختلاجات فلا ينتظر تمدد العنق بالكيفية منعها هلاك الماسخض
بل يبادر بفعل العملية متى ابتدأ العنق في التمدد مع كونه قابلا له بحيث
يمكن ادخال المولديده فيه ويلزم المولد أن كان متحتما نزع خاتمه لئلا تتألم
منه الماسخض

* (في تفضيل احدى اليدين على الاخرى) *
(اثناء العملية)

أولامتي كان النزول بالرأس فتختار اليد المقابلة لرأس الجنين بشرط أن تكون
بين اليمين واليسار فان كانت القمحة مودعة الى اليسار فضلت اليد اليسرى
وان كانت الى اليمين فضلت اليمى
وان كان الجنى بالمؤخر فان كان الى اليسار فالعمل يكون باليد اليسرى وان كان
الى اليمين فالعمل يكون باليمى
ثانيا اذا كان الجنى بالجذع وكان بالكتف اليسرى فالعمل يكون باليد
اليسرى وان كان بالكتف اليمى فالعمل باليد اليمى
* (تنبيه) * يلزم المولد أن يدخل جميع كفه بل وساعده أيضا في تجويف

الرحم ليصل الى قاعه فبذلك يسهل العمل لانه حينئذ ان لم يعثر على قدمي
الجنين من اول الامر عثر من اجزائه على ما يساعده على عنوره عليهم

(كيفية التحويل) *

للتحويل من الباطن ثلاثة ازمنة (اولها) زمن ادخال المولديه في الرحم
(ثانيها) زمن ادارة الجنين (ثالثها) زمن اخراجه ولكل من هذه الازمنة
قواعد يجب علينا ذكرها فنقول

يلزم في الزمن الاول الذي هو زمن ادخال يد المولد في الرحم أن تجعل
اليدين المختارة لذلك بعددهن بما دسمة كما ذكرناه على هيئة مخروط ثم تدخل
في الفرج برفق مع التعامل بها قليلا وفعول حركات رحوية خفيفة فبذلك يسهل
دخولها ولو كانت الماخص بكراتم متى أحس المولد بوصول يده الى فتحة عنق
الرحم وجب عليه أن يستديده الاخرى قاع الرحم من الخارج اثنان يزوغ عن
يده التي هي داخل الفرج فبذلك تقرب قدما الجنين المراد القبض عليه - ما
لاجل فعل التحويل

* (تنبيه) * وضع يد المولد على قاع الرحم من الخارج أثناء الزمن الاول من
عملية التحويل بل أثناء الزمن الثاني مما يجب عليه دائما

ومتى وصلت يده الى حذاء عنق الرحم لزمه أن يباليغ في جعلها على هيئة مخروط
وفي أن يدخلها برفق في فتحة العنق ويدفعها الى تجويف الرحم فان حصل
في اثناء ذلك تغلص انتظرا نقضائه ثم بحث عن قدمي الجنين أو ركبتيه

فان كان هناك نزف خطرا أو اختلاجات يخشى منها على الماخص أو على
الجنين المهلاك لم ينتظر زوال التغلص ومتى عثر المولد على القدمين قبض
عليهما معا قبضا جيدا باصابعه فان لم يمكن امساكهما معا كتفي بقبضه على
احدهما أو على احدى الركبتين

وأما الزمن الثاني فهو زمن ادارة الجنين وكيفية ذلك أن المولد بعد قبضه على
القدمين أو على احدهما أو على احدى الركبتين يلزمه أن يبسط ما قبض
عليه برفق فيجذبه الى فتحة الرحم فبذلك يدور الجنين ويتجه رأسه الى قاع
الرحم وطرفه السفلي الى الاسفل نحو الفتحة الرجمية

ولامانع من ادارة الجنين أثناء استراحة الرحم أعني بين طلقتين الا في الاحوال
 التي توجب السرعة منعاً لهلاك الام أو الجنين
 ومتى أمسك المولود أحد طرفي الجنين جذبته الى الاسفل بحيث تصير عجزته
 محاذية لفرج امه ثم يضع سبابه يده الاخرى في ثنية أربنته من الطرف الاخر
 فيستعين بذلك على ادارته ليصير ظهره الى الامام قليلاً والحذر كل الحذر من
 بسط الطرف الاخر الباقي على انثنائه على مقدم الجنين لائن خطر الجهودات
 التي تفعل لاجل بسطه أكبر من خطر انثنائه على مقدم جسم الجنين بل لبقائه
 منثنياً قائداً

أولاهما أنه يصير الطرف السفلي من الجنين غليظاً فتتسع فتحة عنق الرحم
 لمرور الرأس منها بسهولة
 والثانية أنه يبقى الجبل السرى من الضغط فانه يكون في هذه الحالة على
 جانب الطرف المنثنى فلا يضغط بين عنق الرحم وبين رأس الجنين وصدوره
 عند مرورهما من العنق

وأما الزمن الثالث فهو زمن اخراج الجنين فتي خرج قدما الجنين أو احدهما
 من الفرج لزم المولد أن يلفهما بخرقة ناعمة جافة كنديل ثم يمسكهما بجميع
 كفيه لا باطراف أصابعه فقط ويجذبهما اليه برفق تابعاً في جذبته لجذع الجنين
 محموراً المضيق العلوي بمعنى أنه يجعل أكثر الجذب الى الاسفل حتى تجاوز عجزته
 فتحة الفرج فتي حصل ذلك لف العجيزة مع الفخذين والركبتين والساقين
 كما سبق في القدمين ثم تم اخراج الجنين وينبغي التنبيه على أنه يلزم المولد أنه
 كلما خرج جزء من الجنين نقل يديه الى ذلك الجزء فامسكه منه الى أن يصل الى
 حوض الجنين فيقبض عليه من الخاصرتين ويجب أن لا يقبض منه على
 ما هو أعلى من ذلك فإنه ان قبض على بطنه لم يأمن على بعض أحشائه الخطر
 ولا سيما الكبد فإنه يكون في الاجنة عظيم الحجم دائماً

ويلزم في هذا الزمن الثالث جذب الجنين والرحم في حالة الانقباض بخلاف
 الزمنين اللذين قبله فقد نهينا على أنه لا ينبغي فيهما اجراء فعل من الافعال
 وأما هذا الزمن الثالث فانقباض الرحم فيه يساعد المولد كثيراً ويسهل عليه
 العمل ويبقى كلا من الرأس والطرفين العلويين منثنياً على الصدر ولذا

ومن المولدين من يوصى عندما تكون الماخض ضيقة وتطول مدة الولادة
 باعطاء الجويدارمتى خرجت قدما الجنين من الفرج وأمسكت امساكا جيدا
 فان ذلك يسهل اخراجه

واعلم انه يجب في جودة العمل أن يجعل ظهرا الجنين كما ازداد نحو وجهه مقابلا
 لا حدى الحفرتين الحقيقية فان لم يتيسر ذلك لزم المولد أن يقبض على ساقيه
 فيحركه برفق حركة رحوية

ومتى تجاوزت بحجرة الجنين الفرج لزم المولد التحقق من حالة الحمل السرى
 وذلك بأن يزلق سبابه الى محل اندغامه في البطن فان وجده مشدودا أمسكه
 بالابهام والسبابه وجذبه من جزئه المتصل بالمشيمة وأخرج منه عروة ليسترخى
 فان لم يتيسر ذلك وبقي مشدودا بحيث يخشى تمزقه أو منعه الجنين من الخروج
 لزم قطعه بالمقص وقبض أحده المساعدين على طرفه السرى وأنهى المولد
 التوليد بسرعة فان كان الحمل السرى بين الفخذين اجتهد في احراره خلف
 الطرف الخلفى حتى يلامس العجان فان لم يمكنه ذلك قطعه كما ذكرنا وأنهى
 التوليد بسرعة

واعلم أيضا أنه قد يتفق أن الطرفين العلويين ينسطان ويرتفعان على جانب
 الرأس مع أن جذب الجنين كان برفق فيلزم في هذه الحالة جذبهما الى اسفل
 ليتمكن خروج الرأس من التجويف ويتم ذلك بالبداة برد الطرف الخلفى لانه
 الاسهل بأن يزلق المولد سبابه ووسطى يده التي تقابل راحتهما ظهرا الجنين
 مباشرة على السطح الوحشى الخلفى من ذلك الطرف حتى يتجاوز بهما المفصل
 العضدى الزدى واضعا ابهامه الى الاسفل على السطح الانسى باسطة كفه
 ليكون بمنزلة الجبائر اتقاء لانكسار ذراع الجنين ثم يرفع يده الاخرى جذعه
 بعد لفه في قطعة من البر ثم يثنى بسبابه يده ووسطاها الطرف بأن يجذبه أولا
 أمام الوجه ثم أمام الصدر ثم يسطه على جانب الجذع ثم يفعل بذراع الجنين
 الذى الى الامام ما فعله بالذراع الذى الى الخلف لكن بشرط أن يكون ذلك
 بيده التي لم تستعمل في الطرف الخلفى وأن يخفض جذع الجنين الى العجان

واعلم أن رفع الجذع أثناء تنكيس الذراع الخلفية وخفضه أثناء تنكيس الذراع
 المقدمة حركتان مهمتان جدا يسهل العمل كثيرا وبالاختصار متى كان

ظهور الجنين الى اليسار فالائق استعمال يدا المولدا اليمنى في تنكيس ذارعه
الخلفية ويده اليسرى في تنكيس ذارعه المقدمة ومتى كان ظهره الى اليمين
فاللائق استعمال يدا المولدا اليسرى في تنكيس ذارعه الخلفية ويده اليمنى
في تنكيس ذارعه المقدمة

هذا وقد تكون الذراع المقدمة منبسطة خلف قفا الجنين وهذه الحالة
يكون فيها العمل عسيرا لانه لا يمكن انزال الذراع حينئذ الى ما بين الظهر
والعجيزة من الجنين كما يفعله بين القص وتغير العجز وأيضا متى انبسطت
الذراع عبرورها أمام الرأس لم يمكن تنكيسها من الخلف بدون اتخلاع مفصل
الكتف فيلزم في هذه الحالة العمل بقول المولدة الماهرة الشهيرة بباريز
(لاشاپيل) من اجراء عملية التوليد بدون التفات الى انبساط الذراع ولو أدى
ذلك الى انكسار ذراع الجنين فليس فيه كبير خطر مع أنه لو فعل المولد
بجهودات لاجل تنكيس الذراع ينكسر أيضا في كل من الحالتين يخشى
الانكسر فاذا اوفق عدم التطويل في التوليد وترك الذراع على حالها خلف
القفا واتمام التوليد فان حصل في الذراع انكسار عوج بوضع قطعة من
الورق المقوى عليها ثم يثبتها برباط غمس في الكسترين أوفى النشاء فيتصلب
الانكسر عادة في مدة ثمانية أيام أو عشرة وبما أن هذا العارض خفيفا جدا
لا تخبر به الماخص

ومتى كان الموجود في التجويف هو الرأس فقط متجها لتجاه جيدا بان كانت
القمة محدوة الى الامام رفع جذع الجنين نحو بطن امه وامرت بالزجر فيخرج
أولا الوجه ثم الجبهة ثم قمة الرأس على الحافة المقدمة من الجنان
واذا خرجت إحدى يدي الجنين الى المهبل فلا ينبغي المبادرة الى ردها
في تجويف الرحم لانه غير ممكن وانما يدار على معصمها رباط وفائدة هذا
الرباط هي حفظ اليد على وضع لائق ومنع الذراع من الصعود والانبساط على
جانب الرأس فبعد ذلك يجتهد المولد في فعل التجويل فعندما تنجذب القدمان
أو أحدهما الى المهبل يصعد الذراع من نفسه الى تجويف الرحم فيأمر المساعد
القابض على الرباط المشدود على المعصم بتوجيهه توتيرا لانما أثناء صعود الذراع
الى التجويف الرحمي فهذه الكيفية تبقى الذراع ملامسة للجذع دائما

ثم ان خروج اليد الى المهبل دليل على الجئي باحد المنكبين
 واذا كانت الذراع جميعها خارجة من الفرج ولا يحصل ذلك الا ان انقبض
 الرحم بعد خروجها منه على نفسه وخلال من السلافا لتحويل في هذه الحالة
 متعذرا جدا ولم يبق للمولود الا ان يعطى الماخض (- ١) سنجرام من الطرير
 المقي أو (٨) الى (- ١٠) من خلاصة الا فيون دفعة واحدة فان لم يقد ذلك لزم
 فعل عملية تقطيع الجنين منعا للملاك الماخض بفعل التحويل في هذه الحالة
 ومتى ظن المولود وجود توأمين لزمه ان لا يقبض في التحويل على ركبتيين أو قدمين
 معا لئلا يقبض على ركلة أو قدم من كل جنين فلا يمكنه اتمام التوليد فيلزمه
 حينئذ ان لا يقبض الا على ركلة أو قدم فقط ولو كان الخارج من الفرج
 طرفين ثم يجذب الجنين من الجزء الذي قبض عليه وبعد ذلك يخرج الجنين
 الثاني ان لم يخرج من نفسه

* (في شروط عملية التحويل) *

اعلم ان عملية التحويل لا تفعل الا اضطرارا لا اختيارا ويلزم المولود دائما
 ان يختار عليها التوليد بالمجفت متى أمكن فانه أقل خطر منه على كل من
 الام والجنين

ويكون التحويل ضروريا في الجئي بالمجذع على اختلاف كيميائه لكن يجب
 قبله الاجتهاد في تعديل الجنين من الظاهر متى أمكن فان لم يقد ذلك فعلى
 أي التحويل

والاحوال التي تكون المشيمة فيها مندعمة في عنق الرحم ولا يمكن امسك
 الرأس بالمجفت يضطر فيها الى فعل عملية التحويل لتمام التوليد

ويفعل التحويل أيضا في الاحوال التي يأتي فيها المولود برأسه مع كون الوضع
 معكوبا وعوارض ثقيلة خطيرة كالنزف والاختلاجات العصبية فان دخول
 اليد في الرحم وفعل التحويل يكون حينئذ أسرع من التوليد بالمجفت الذي
 يستدعي ادخال فرعيه وتصابهما زيادة في الزمن والله سبحانه وتعالى أعلم
 وأفعاله جلت قدرته أحكم وهو الملباه والمعتم ومتى أراد أمرا تم

* (في التوليد بالجفت) *

جفت الولادة عبارة عن جفت طويل له شبه ملعقةتين واسعتين لا تنطبقان على بعضهما انطباقا كلياً متى كان مغلقاً وهو مكوّن من فرعين فرع ذكري فيه زرد يدخل في ميزاب الفرع الآخر المسمى بالفرع الانثى متى اريد تركيبهما على بعضهما ويد الفرعين مقوسة قليلاً الى الوحشية وهاتان الملعقتان منقوبتان ثقبا واسعا لئلا يمكن من ادخال جزء من المجدرتين المجدرتين فيه عند التوليد

* (في القواعد العمومية لوضع الجفت) *

لا ينبغي استعمال الجفت في التوليد الا في رأس الجنين منثنياً كان الرأس أو ممتداً اعني عند الجئي بالقمة أو بالوجه أو عند خروج الجذع ولينبق الا الرأس فقط

ويلزم ان يجتهد المولد في وضع الملعقتين على جداري الرأس وان يبتدئ بادخال الفرع الخلفي أولاً كما هو العادة ويمسك الفرع الذي ذكر دائماً باليد اليسرى ويضعه دائماً في الجهة اليسرى من الحقو ويمسك الفرع الانثى دائماً باليد اليمنى ويضعه دائماً في الجهة اليمنى من الحقو ويلزم قبل ادخال كل من الفرعين ادخال يد المولد ليهدي عليها فرع الجفت

* (في وضع الجفت على حسب الميئات بالقمة) *

وضع الجفت يختلف قليلاً عندما يكون الرأس واقفاً في المضيق السفلي أوفى المضيق العلوي من تجويف الحقو

* (في كيفية التوليد في الوضع القمعدوي المقدم) *

في هذه الحالة تكون القمعدوة موضوعة على حسب سمت جسم الأم خلف ارتفاع العانة أو تحتها وكل من المجدارين يكون موازياً للنفرة السادة الباطنة التي تقابله

وكيفية وضع الجفت في هذه الحالة لاجل التوليد هي ان يبتدأ بدهن ملعقةتي الجفت بالزيت أو بالقيروطن ثم ترقد الماساخص على الفراش الذي هي لذلك وتجعل مقعدتها متجاوزة لمخافة الفراش قليلاً ثم يزلق الجراح اصابع يمينه

الثلاث بين الشفر الايسر ورأس الجنين ويمسك بيده اليسرى الفرع الذي ذكر
من الجفت كما يمسك قلم الكتابة ويزلق تحديق الملاعقة على السطح الراحي
من اصابعه الى ان تبقى المجدبة المجدارية اليمنى من الرأس مقابلة لتقعير
ملاعقة الجفت

واعلم انه ينبغي في ابتداء العمل أن تكون قبضة الجفت متجهة بانحراف امام
الفتح الذي وكلما زاد دخوله في المهبل خفضت تدريجاً حتى تكون بين الفخذين
في وكل بهما مساعداً لثباتها في هذا الوضع

ثم بعد ذلك يمسك المولود الفرع الاثني من الجفت ويزلقه على السطح الراحي
من اصابع يده اليسرى ويدخله في المهبل كما فعل ذلك بالفرع الذي ذكر ثم يقرب
الفرعين من بعضهما ويدخل برمة الفرع الذي في ثقب الفرع الاثني وذلك
يحصل بدون مشقة متى كان الفرعان متوازيين توازياتاً كما يمسك المولود
بأحدى يديه طرفي الفرعين باستواء ويقبض باليد الاخرى على محل اتصاليهما
ويفعل حركات جذب الى الاسفل والامام على حسب قطر المضيق السفلي
ثم متى تخلص القمعدوى من تحت ارتفاع العانة يجعل الحركات الى الامام
مباشرة ويقم التوليد بهذه الكيفية والاصوب متى تخلص القمعدوى
من تحت ارتفاع العانة ان يتم التوليد بيده ويترك الجفت

* (في كيفية التوليد بالجفت والرأس في المضيق السفلي) *

* (والوضع القمعدوى خلفي) *

كيفية التوليد بالجفت في هذه الحالة هو انه بعد وضع الجفت كما ذكرناه
يجعل المولود حركات الجذب الى الامام والى الاعلى قليلاً لتخرج القمعدوة
من الفرج أولاً

(في كيفية التوليد بالجفت في الوضع القمعدوى المحرق في اليسارى المقدم)

هذا الوضع يكون فيه احد جانبي الرأس متجهاً بانحراف الى الامام واليمنى
والاخر الى الخلف واليسار في حينئذ يلزم وضع الفرع الذي ذكر من الجفت في
الجهة الخلفية واليسرى والفرع الاثني في الجهة المقدمية واليمنى ثم بعد ذلك
يصال المولود بين الفرعين ويحرك بهما الرأس حركة رحوية بها تأتي القمعدوة

تحت ارتفاع العانة فيصير الوضع حينئذ قعدوياً مقدماً بتمت التوليد كما ذكر

* (في كيفية التوليد بالجفت في الوضع القعدوي المحرقفي اليميني الخلفي) *

لا تختلف هذه الكيفية عن التي قبلها الا يكون الحركات الرجوية التي يفعلها المولد في الرأس تجعل التمددوة مرتكزة على العجز والذقن خلف ارتفاع العانة

* (في كيفية التوليد في الوضع القعدوي المحرقفي اليميني المقدم) *

كيفية ذلك ان يدخل المولد فرعي الجفت كما في الوضع القعدوي المحرقفي اليساري المقدم ثم يفعل حركة رجوية بالرأس من اليمين الى اليسار بها نصير لتمددوة تحت ارتفاع العانة

* (في كيفية التوليد بالجفت في الوضع القعدوي المحرقفي اليساري الخلفي) *

كيفية ان يدخل فرعا الجفت كما في الوضع القعدوي المحرقفي اليميني الخلفي ثم يفعل الجراح بالرأس حركة نصف دائرية بها توجه التمددوة الى الخلف وتجه الذقن خلف ارتفاع العانة

* (في كيفية التوليد بالجفت في الوضع القعدوي المحرقفي اليساري) *

* (المستعرض) *

كيفية التوليد في هذا الوضع هي ان يدخل المولد الفرع الذكري من الجفت في قاع المهبل كما سبق ذكره في الوضع القعدوي المقدم ثم يوجهه نحو الارتفاع العجز المحرقفي اليساري ويدفعه في تقعر العجز ثم يدخل الفرع الانثوي ويوجهه خلف ارتفاع العانة ويصالبه مع الفرع الذكري ثم بعد ذلك يفعل بالرأس حركات رجوية حتى تصل التمددوة خلف العانة والوجهة امام العجز

* (في طرق التوليد بالجفت والرأس واقفة من المضيق العلوي) *

* (في كيفية التوليد في الوضع القعدوي المحرقفي اليميني المستعرض) *

تختلف هذه الطريقة عن التوليد في الوضع القعدوي المحرقفي اليساري

المستعرض بكون المولد يتبدئ أولا بادخال الفرع الاثني ثم يدخل الفرع
الذكر

واعلم انه متى كان الرأس واقفا في المضيق العلوي من المحق ويلزم ان تدخل
يد المولدا كالمهبل ليرلق عليها الجفت ويعزل باطراف اصابعه رأس
الجنين عن عنق الرحم اذ يدون هذا الاحتراس يمكن القبض على عنق الرحم
بالجفت

ومتى ادخل المولد فرعى الجفت وقبض بهما على الرأس وجب عليه فعيل
حركات جذب في الرأس الى الاسفل وقبلا الى الخلف اعنى على حسب قطر
المضيق العلوي فبذلك ينزل الرأس في المضيق السفلي

* (تنبيه) * هذه هي القواعد العمومية للتوليد بالجفت على حسب الجيئات
بالرأس الا انه يلزم أن لا يظن ان في وضع الجفت على الرأس يكون دائما مركز
تقعر الملاعق مقابلا للحدبتين الجداريتين لان بعض الاحوال قد لا يكون
الامر فيه كذلك واذا اجتهد في ذلك المولد ربما تسبب عن اجتهاده بطء في العمل
يمت الجنين فيلزم حينئذ السرعة في وضع الجفت حسب القواعد التي
ذكرناها فان وجد المولد ان الجفت غير ممسك للرأس امساكا منتظما بمعنى
أن ملعقتيه مركزهما غير مواز للحدبتين الجداريتين لم يضر ذلك بالتوليد
بشرط أن يمكن تصالب الفرعين معا بسهولة وأن تكون هاتين الملعقتين
عند خروجهما من المحق موازيتين لفرعى العانة الناقلين

* (في التوليد الصناعي قبل تمام التخليق) *

لهذه العملية طرق عديدة وهي توسيع عنق الرحم وحشو المهبل وبنزل البيضة
وفصل اغشية الجنين عن الرحم والزرق الرحي
اما كيفية توسيع عنق الرحم فهي ان يستفرغ اولا كل من المستقيم والمثانة
ثم ترقد المراد توليدها على حرف مريرها مثبتة الفخذين مثبتة بمساعدتين
ثم يقف الجراح امام عجانها فيدخل سبابه يسراه في المهبل فيضغط ببطنها
السفلى الخلفية من فتحة عنق الرحم ويهدى عليها قطعه اسفنجة اسطوانية من
الاسفنجة المضطروبا (هـ) سنتمتروقطرها سنتمتر واحد فيدخلها في عنق الرحم

بواسطة جفت طويل

ويمكن ادخال قطعة الاسفنج في عنق الرحم بواسطة المنظار وهو اسهل وأعلم انه لا بد من أن يكون طرف قطعة الاسفنج منفذا فيه خيط ليتأني اخراجها من فتحة عنق الرحم بالمجذب متى تم الغرض ويتوصل الى بقائنها في عنق الرحم بسد المهبل بالنسالة أو بالصفحة من الاسفنج المعتاد كبيرة فيعد (١٢) ساعة متى تحقق الجراح حصول الاتساع اخرج الاسطوانة التي من الاسفنج وعضها بشانية اغلظ منها ثم بالنسالة كذلك وهكذا تدريجيا حتى تحصل الانقباضات الرجعية الدالة على ابتداء الطلق

وأما حشو المهبل فكيفيته هي كيفية حشو والمستقيم

وأما بزل البيضة فكيفيته ان تدخل في عنق الرحم آلة بازلة أو مطلق جسم حاد الطرف أو مجس ذو حربة فتمتقب به الاغشية ليسيل منها السقي
وأما فصل الاغشية فكيفيتها ان يدخل بين البيضة وجدران الرحم مجس معدني الا ان ذلك يخشى منه النزف الخطر

وأما الزرق الرحمي فكيفيته ان تملأ حقنة طول فها من (٢٠) الى (٢٢) سنتيمتر وقطر طرفه من (٣) الى (٥) مليمتر مقوس كقساطير النساء بستين أو ثمانين جراما من ماء القطران ثم يدخل الجراح كلاما من سبابة ووسطى يده اليسرى الى أن يصل بهما الى الشفة الخلفية من فتحة عنق الرحم ثم يهدى عليهما فم الحقنة فيدخله بين البيضة والجدار المقدم من الرحم فيزرق فيه ما في الحقنة من السائل برفق فان لم يحصل في الرحم انقباضات بعد (٦) ساعات من هذه العملية كررت حتى تحصل

(تنبيه) انضح الآن ان مجرد الزرق في المهبل كاف في الاجهاض

* (في شق ارتفاق العانة) *

اذا كان تجويف الحوض غـير كاف لمرور رأس الجنين فيمكن توسيعه بفصل العظمين المحرقين كل منهما عن الآخر وذلك بأن يشق الغضروف الذي يضمهما من الخط المتوسط وتسمى هذه العملية بشق ارتفاق العانة وكيفيةها ان تستفرغ المثانة من البول ويحلق شعر العانة ثم يشق الجراح بمشرطتين

ما بين الشوكتين العائنتين من الاجزاء الرخوة بأن يبتدئ بالشق اعلى ارتفاع العانة ويمتد به الى قرب البظر ومتى وصل الى الرباط اللينى الغضروفى الضام لعظمى العانة قطعه شديداً فشيئاً من الخلف الى الامام أو من الاعلى الى الاسفل بشرط نصله متين كما ذكرنا ونلزم زيادة التيقظ فى قطع هذا الرباط خوفاً من اصابة المثانة أو قناة مجرى البول ثم يقطع الارتباطة تحت العانة فتنفتح انفصال هذين العظمين تركت الولادة للطبيعة ان كانت ذات الحمل قوتها كافية والانقباضات الرجعية قوية والاحتياج الى توليدها بالجفت وهذه الطريقة هى المعتادة فى قطع ارتفاع العانة

وهناك طريقة اخرى وهى طريقة (أيمير) وكيفيةها ان يشق الجراح شقاً صغيراً بين البظر والارتقاء العائنى فيدخل منه مشرطاً زرقاً فيدفعه اسفل القوس العائنى وخلفه فيوجه حده الى الامام فيشق الغضروف العائنى من الاسفل الى الاعلى ومن الخلف الى الامام ومتى تحقق من انه قرب من الجدار خفف يده لتلايشق جدار ارتفاع العانة

* (فى العملية القيصيرة) *

هذه العملية غايةا فى استخراج الجنين بشق جدار البطن والرحم عندما يكون الحوض ضيقاً لا يتأتى مرور الجنين منه وعندما تموت الحامل وحينئذ لا يمكن ان يموت فى بطنها ولا تفعل الا اذا كان قطر الحوض خمسة سنتيمتر فقط الا لا يمكن حينئذ فعل عملية تقطيع الجنين لانها لا تفعل الا اذا كان هذا القطر من (٥٤) الى (٦٠) ملليمتر

ويمكن الوصول الى الرحم بشق الخط الابيض شقاً عمودياً أو بشق جدار البطن شقاً مستعرضاً أو بفعل شق جانبي

فما شق الخط الابيض (شكل ٦٠) فكيفية ان يثبت المساعدون المساعض تثبيتاً جيداً على فراش ضيق مرتفع ثم يضغط مساعد جانبي بطنها بيديه حتى يجعل الرحم فى الخط المتوسط فيثبت فيه ويدفع مساعداً اخر الامعاء الى الاعلى بضغطه قاع الرحم من الامام الى الخلف ثم يقف الجراح فى الجهة اليسرى من الفراش فيشق فى الخط الابيض شقاً طوله نحو (١٥) سنتيمتر يبتدئ به فوق



العانة بنحو (٣) سنتمتر ويمده الى قرب السرة يستوعب فيه الجمد والنسيج
 الخلوي والمخط الابيض ثم يشق الالياف الصفراوية التي تتصالب في المخط
 المتوسط مع غاية الاحتراس لكيونها مجاورة للامعاء فتوصل الى الوريدقة
 الجدارية من البريتون فتقع فيها فتحة صغيرة بأن يرفعها بواسطة جفت ثم يقطع
 الشدة المتكونة عن ذلك الرفع بالمشرط فيدخل في هـ هذه الفتحة سبابه يده
 اليسرى فيزاق على بطنها مشرطاً اذا زرف فيتم به شق البريتون من الاعلى ومن
 الاسفل على حسب الشق الظاهر ثم يشق نسيج الرحم طبقة طبقة على حسب
 اتجاه المخط الابيض وفي الجزء العلوي من جداره المقدم فتوصل الى اكنة
 الجنين بط فيها بطة صغيرة فادخل منها مشرطاً اذا زرف شق به هذه الاكنة شقاً
 طوله نحو (١٥) سنتمتر ثم يأمر مساعداً بالقبض على حافتي هـ هذا الشق
 وجذبهما نحو الجرح الظاهر ليتمكن انسكاب السقي المشيمية في تجويف البريتون
 ثم يخرج الجنين من هذه الفتحة من جهة رأسه أو من جهة رجليه (شكل ٦١)
 ومتى خرج انقبض الرحم من نفسه وطرده المشيمية نحو الجرح فيخرجها منه الجراح
 بالمجذب مع اللف كما يخرج في الولادة الطبيعية ثم ينظف الرحم من الدم وغيره
 من السوائل التي توجد فيه بواسطة اسفنجية ويضم حافتي الجرح الظاهر
 بالمحايط المرودية لكي لا يلبس ابقاء فتحة صغيرة بالقرب من العانة كافية
 في اخراج المواد التي يمكن ان ترشح خلف جدار البطن



وأما جرح الرحم فيلتئم من نفسه بسرعة لانقباض جدره عندما يزول قوته
بالجنين واغشيته

وأما كيفية العملية القيصيرية بالشق المستعرض فهي ان يشق الجراح جدار
البطن والرحم من الجهة التي يكون فيها الرحم كثير البروز بأن يبتدىء بالشق
حذاء الخافة الوحشية من العضلة المستقيمة البطنية فوق العانة بنحو (١٠)
سنتيمتر ثم يمتد بهذا الشق افقياً نحو العمود الفقاري حتى يصير طوله من (١٢)
الى (١٥) سنتيمتر فيتم العملية بما اسلفناه

وأما الشق الجانبي فالعرق بينه وبين الشق من الخط الابيض انه يستبدل الشق
من الخط المتوسط بالشق وحشى العضلة المستقيمة باربعة أو خمسة سنتيمتر
واعلم انه يلزم بعده هذه العملية وضع الكمودات الباردة على البطن منعاً
لحصول التهاب بريوني وتغذية المريضة بالاغذية الخفيفة السهلة الانهضام

* (في تقطيع الجنين) *

الغرض من هذه العملية هو تجزئة الجنين اجزاء متعددة ليخرج من الرحم اذا
عجز الجراح عن غيرها من الخيل

وتختلف كيفيةها باختلاف ما يتوارد من اجزاء الجنين فتارة تقطع الرأس
وحينئذ تسمى بالتقطع الجمجمي وتارة يكون الجرز هو الذي يقطع واحياناً

المحوض وذلك على حسب المتوارد من هذه الاجزاء كما تقدم والالات التي
تستعمل في قطع الجمجمة هي مقراض (سميلي) وهو من نوع المقص المعتاد
الان شقيه قاطعان من الوحشية وحادا الطرف صلبان جدا بحيث يمكن
غرزها ما في عظام رأس الجنين والجفت المفتت وهو شبيه بجفت الولادة الا
ان شقيه غير مثقوبين وبالقرب من طرفه الذي يسلك منه لولاب بليه يتقارب
الشقان فيمضغطان الرأس فيهرسانه

وكيفية العمل ان يدخل الجراح يده اليسرى في مهبل المريضة فيزلق اصبعيه
السبابة والوسطى في الرحم ثم يضع في طرف مقص (سميلي) كرة صغيرة من الشمع
فيهديه بيده اليمنى وهو مطبق فوق هاتين الاصبعين حتى يجاوز عنق الرحم
فحينئذ تحقق ان طرفه مرتكز على عظام من عظام جمجمه الجنين غرزها في ذلك
العظم بادارته حتى يدخل الحلمان الحادان في تجويف الجمجمة فعند ذلك
يفتحه فيشقان الجمجمة ثم يوجهه الى جهة اخرى مصالمة للاولى فيفتحه ليشق
بالحليين شقا آخر مقاطعا للاول ثم يستخرج جزءا من الدماغ فيصغر حجم الرأس
فيتمت اتي خروج الجنين

وان خرج الطرفان السفليان ولم يبق في المحوض الا الرأس فثقبه يمكن أيضا
بالكيفية التي ذكرنا ها فان عسر ذلك على الجراح ابانه من الجذع ثم ثقبه
كما ذكرنا

فان كان وضع جسم الجنين مستعرضا وتوارد بجذعه وتعذر قلبه لعدم انتظام
المحوض فيلزم ان يدخل الجراح يده اليسرى في الرحم ويجعل سبابة على عنق
الجنين ثم يهدى على بطنها مقصا متينا فيقطع به عنق الجنين في مرات
حتى يفصل

وأما كيفية العمل بالجفت المفتت فهي ان يدخل كما يدخل جفت الولادة
ثم يضغط به الرأس حتى يتفتت فيصغر حجمه فيسهل خروجه من المحوض
وهذا آخر ما اردنا شرحه من الاعمال الجراحية والمجد لله على اكمله على هذه
الكيفية السنية وافضل صلوات صلواته وتسليمه على من ختم به النبوة والسالة
وعلى آله واصحابه الذين محوا بانوار علومهم ظلمات الجهالة ثم

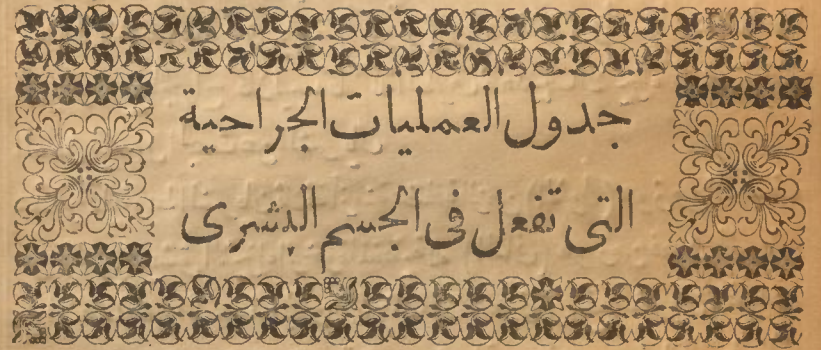
في فقهنا في الجراحات الجراحية

في فقهنا في الجراحات الجراحية

(في فقهنا في الجراحات الجراحية)

(في فقهنا في الجراحات الجراحية)

في فقهنا في الجراحات الجراحية


جدول العمليات الجراحية
التي تفعل في الجسم البشري

في فقهنا في الجراحات الجراحية

(في فقهنا في الجراحات الجراحية)

في فقهنا في الجراحات الجراحية

جدول العمليات الجراحية التي

تفعل في الجسم البشري

(في ربط الشرايين)

(في القواعد العمومية لربط الشرايين)

الآلات اللازمة لربط الشرايين هي مشرط محذب ومشرط مستقيم ومخرف
قنوى كال الطرف وجفوت فان كان الشريان المراد ربطه غيرا كالشريان
المخرف في الوحشي والشريان الشظي تستعمل حينئذ لرفعه والتمكن من
ربطه آلة مخصوصة تسمى بابرة (كوبر) و (ديشان) وأعلم أنه يجب أيضا
أن يكون مع الجراح كلاب كآلة الطرف تبعتها الأجزاء الرخوة وقت
العمل فيسهل البحث عن الشريان

هذا لعملية ربط الشريان ثلاثة أزمنة مختلفة الزمن (الاول) هو زمن الكشف
عن الشريان بشق الأجزاء الرخوة المغطية له (الثاني) هو زمن فصل الشريان
مع الاعتناء عن الاعضاء المجاورة له (الثالث) هو زمن رفع الشريان بالمخرف
القنوى وتنفيذ خيط الربط من تحته بواسطة مسبرذي سم حامل للخيط يزلق
في قناة المخرف أو رفعه بابرة (كوبر) أو (ديشان) حاملة في سمها الخيط
ولنشرح كل من هذه الأزمنة على حدة فنقول

* (الزمن الاول من عملية ربط الشرايين) *

قد ذكرنا أن هذا الزمن هو زمن كشف الشريان وهو يتقسم أيضا باعتبار
الأجزاء التي يشقها الجراح ليتوصل الى الوعاء الى عدة أزمنة فبمبدأ بشق الجلد
والنسيج الخلوي تحته والصفاق المغلف والطبقات العضلية والصفاقات
الغائرة أحيانا وذلك مع التزام العمل بهذه القواعد

وهي (أولا) أنه كلما كان الشريان غائرا لزم أن يكون شق الجلد أطول
والعكس بالعكس فيكفي لكشف الشريان الكعبري في الجزء السفلي من
الساعد أن يكون طول الشق من ٣ سنتيمتر الى ٤ وأما كشف الشريان

القصبي الخلقى في الجزء العلوى من الساق فيلزم فيه أن يكون طول الشق من
٨ الى ١٠ سنتيمتر ويفعل الشق بالمشروط المحدث

(ثانيا) يلزم في شق الصفاق المغلف للطرف بأن يدخل تحته محراف قنوى
يهدى عليه مشروط مستقيم وبشق من الباطن الى الظاهر هذا اذا كان
الشريان المراد ربطه سطحيا وأما اذا كان غائرا فيمكن الاستغناء عن تنفيذ
المحرف القنوى تحته وفي هذه الحالة يشق من الظاهر الى الباطن

(الزمن الثانى من عملية ربط الشرايين)

هذا الزمن عبارة عن مدة عزل الشريان عنما يجاوره من الاعضاء وكيفية ذلك
ان يمسك الجراح النسيج الخلقى المحيط بالشريان بحفت ثم يبعد طرف محراف
الشريان عن الحفت ويعزله بالكليّة عن الاجزاء المجاورة

(الزمن الثالث من عملية ربط الشرايين)

هذا الزمن عبارة عن مدة رفع الشريان لتنفيذ ذخيطة الربط تحته وكيفية
ذلك ان يزلق المحراف أو الابرة تحته من الانسيمة الى الوحشية أو من الوحشية
الى الانسيمة على حسب هذه القواعد

(اولا) اذا كان للشريان وريد واحد وعصب واحد مصاحبين له في سيره فالذى
ينبغي أن يزلق المحراف القنوى تحت الشريان من جهة الوريد الى نحو العصب
فهذه الكيفية لا يخشى من اصابة الوريد

(ثانيا) اذا كان للشريان وريدان مصاحبين له في سيره وعصب واحد فيزلق
المحراف من جهة العصب الى نحو الوريد

(ثالثا) أعلم أن لججاورات الشريان دخلا عظيما في ازلاق المحراف تحت
الشريان فمثلا في ربط الشريان تحت الترقوة يجب على الجراح ازلاق المحراف
أو الابرة الحاملة للخيط من الانسيمة الى الوحشية بسبب أن هذا القسم تكون
فيه البليوراقي المجهة الانسيمة من الشريان

وهذه هي القواعد العمومية لربط الشرايين على وجه الاختصار ولنبتدى
الآن في ذكر ربط كل شريان على حدة فنقول

اسماء الشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	المجاورات الرئيسة للشريان	سير الشريان واتجاهه
الشريان الكعبري	يربط في الثلث السفلي من الساعد	ويكون الشريان في هذا الجزء بين وتر العضلة الباطحة الطويلة ووتر العضلة الكبيرة الراحية ومصاحبا له في سيره وريداه ولا يوجد بمجاورته عصب	واتجاهه يكون على حسب خط وهي تمتد من وسط ثنية المرفق الى التواء الابرى الكعبري
	ويربط أيضا عند متصل التمث العلوي من الساعد بالتثلث المتوسط	ويكون الشريان في هذا الجزء بين العضلة الباطحة الطويلة والعضلة الكعبرية المقدمة محو بابوريدين وفي الجهة الوحشية منه فرع انتهائي سطحي من العصب الكعبري واووريد الكعبري السطحي يوجد في مسير الشريان منفصلا عنه بالصفاق الساعدي	اتجاه الشريان في هذا الجزء كما سبق
الشريان الزندى	يربط في ثلاث محلات في الثلث السفلي من الساعد	ويكون بين وتر العضلة الزندية المقدمة ووتر العضلة القابضة السطحية للاصابع وبصاحبه في السير وريدان والعصب	واتجاه هذا الشريان يكون على حسب خط تمتد من ثنية المرفق الى العظم البدلي

ملحوظات	كيمية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المتخلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
	يزلق المحراف القنوي من الانسية الى الوحشية أو من الوحشية الى الانسية على حدسوا	(أولا) الجلد (ثانيا) الطبقة الخلوية تحت الجلد (ثالثا) الصفاق الساعدي	والشق يكون على حسب الاتجاه الذي ذكرناه في الحجامة السابقة
	يزلق المحراف أو الابرة من الوحشية الى الانسية	الطبقات التي يجب شقها هي المذكورة أعلاه أيضا الا انه يلزم الاحتراس من اصابة الوريد الكعبري السطحي أو ربطه بدلا عن الشريان	والشق يكون أيضا على حسب اتجاه الشريان
	يزلق المحراف تحت الشريان من الانسية الى الوحشية	(أولا) الجلد (ثانيا) الطبقة الخلوية تحت الجلد (ثالثا) الصفاق	واتجاه الشق يكون على حسب خط ممتد من النتوء الانسي المرفقي الى العظم البدلي

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	أسماء الشرايين
والا اتجاه كما سبق ذكره أيضا	الزندي يكون في الجهة الانسية ويكون في هذا الجزء بين العضلة الزندية المقدمة والعضلة السطحية القابضة للأصابع ومجاوراته مع الاوردة والعصب في هذا التسم هي التي ذكرناها أعلاه	وفي الثلث المتوسط	
والا اتجاه كما سبق ذكره	ويوجد الشريان في هذا الجزء بين العضلة القابضة السطحية والقابضة الغائرة حذاء الخط الفاصل للعضلة الزندية المقدمة عن العضلة السطحية القابضة للأصابع ومجاوراته مع	وعند اتصال الثلث العلوي مع الثلث المتوسط من الساعد	

الملاحظات	كيمية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
	كما سبق أيضا	والطبقات التي تشق هي التي ذكرناها أعلاه لكن يجب على الجراح البحث عن الخط الضارب للصفرة الفاصل للعضلة الزندية المقدمة عن العضلة القابضة السطحية للأصابع ثم يشق الصفاق	والشق على حسب ما ذكرنا
اعلم انه يعثر على الشريان بالاهتداء بالانخفاض العضلي الذي يحس به عند ازلاق الاصبع من الحافة الانسية من الزند في	كما سبق أيضا	والاجزاء التي تشق هي الجلد والصفاق والخط الضارب للصفرة الفاصل ما بين العضلة الزندية المقدمة والعضلة القابضة السطحية للأصابع	والشق كما سبق أيضا

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
	الاوردة والعصب هي التي ذكرناها		
<p>واتجاه هذا الشريان على حسب خط وهمي يمتد من متصل الثلث المقدم مع الثلث المتوسط من نقرة الابط الى وسط ثنية المرفق</p>	<p>ويوجد في الجهة الانسية من وتر العضلة ذات الرأسين ولا يكون منفصلا عن الجداد الا بالصفاق الذراعي وبالنسيج الخلوي تحت الجلد الذي تمر فيه الاوردة السطحية لثنية المرفق وله هذا الشريان وريدان مصاحبان له في سيره وأما العصب المتوسط فيكون النسبه</p>	<p>يربط في محالين في ثنية المرفق</p>	<p>الشريان العضدي</p>

ملحوظات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>احس الجراح بهدا الانخفاض فليشقه ويتمتد أيضا بالعصب الزندي لاجل الوصول الى هذا الشريان</p>			
	<p>ويرزق المخراف او الابرة من الانسية الى الوحشية</p>	<p>والطبقات العضوية التي يشقها الجراح هي (أولا) الجمد (ثانيا) الطبقة المخلوية تحت الجمد (ثالثا) الصفاق العضدي</p>	<p>ويجعل الشق على حسب خط متجه بالمخراف من أعلى الى اسفل ومن الانسية الى الوحشية موازيا لاتجاه الوريد الاسليقي المتوسط</p>

اسماء الشرايين	الاقسام التي يفعل فيها الربط	المجاورات الرئيسة للشريان	سير الشريان واتجاهه
	وفي الجزء المتوسط من الذراع	في هذا الجزء قد يكون الشريان أيضا في الجهة الانسية من وتر العضلة ذات الرأسين وأما مجاوراته للأعصاب فتختلف فيكون العصب المتوسط امامه والعصب الزندى خلفه والوريد الباسيليقي لا يكون منفصلا عنه الا بالصفاق الذراعي	والا اتجاه كما ذكر
الشريان الابطى	يربط هذا الشريان اسفل الترقوة	ويوجد في مسافة مئالة محدودة من الاعلى بالترقوة ومن الانسية بالضفيرة القريبة من العضلة العظيمة الصدرية ومن الوحشية بالعضلة الصغيرة الصدرية وهو مغطى بالعضلة العظيمة الصدرية والمجدد	وسير هذا الشريان يكون على حسب خط وهي ممتد من الجزء المتوسط من الترقوة الى اتصال الثلث المقدم بالثلث المتوسط من نقرة الابط

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
	يزلق المحراف من من الانسية الى الوحشية أو من الوحشية الى الانسية على حدسوا	والاجزا التي تشق هي (اولا) الجلد (ثانيا) الطبقة الخلوية تحت الجلد (ثالثا) الصفاق العضدي الا انه يلزم الاحتراس من اصابة الوريد الباسيليقي والتباسه بالشريان وربطه	والشق يفعل على طول المحافة الانسية من العضلة ذات الرأسين
لا ينبغي ان يكون الشق ممتدا كثيرا الى الوحشية بحيث يجاوز الميزاب المتكون من العضلة العظمية الصدرية والعضلة	وينفذ المحراف القنوي تحت الشريان من الانسية الى الوحشية	والاجزا التي يشقها المجراح في هذه العملية هي الجلد والصفاق والعضلة العظمية الصدرية	والشق الذي يفعله الجراح لكشف هذا الشريان يكون موازيا لعظم الترقوة وأسفل منه بنحو سنتيمتر

اسماء الشرايين	الاقسام التي يفعل فيها الربط	المجاورات الرئيسية للشريان	سير الشريان واتجاهه
وسيرة كما ذكرناه أعلاه	<p>والوريد الابطي يكون في الجهة الانسية واعصاب الضفيرة العصبية الذراعية توجد في الجهة الوحشية منه</p> <p>يكون الشريان في هذا الجزء خلف العضلة العظيمة الصدرية موازيا لمحقتها السفلى على طول المحافة الانسية من العضلة الغرايية العضدية وبين العصب المتوسط والعصب الزندي من الامام والعصب الكعبري من الخلف</p> <p>والوريد الابطي يكون في الجهة الانسية منه</p>	وفي نقرة الابط	

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>الدالية لثلا يصيب الوريد القبلي</p>			
<p>اعلم أن هذا الشريان يكون بين الافرع العصية الانتهائية من الضفيرة العصية ولذا انه يعسر العثور عليه ولاجل سهولة العمل يجب على الجراح بعد ان يكشف الكنته العصية</p>	<p>وينفذ المحراف القنوي من الانسية الى الوحشية ومن الخلف الى الامام</p>	<p>والاجز التي تشق هي الجلد واللمبة الخلوية تحت الجلد والصفاق الابطي</p>	<p>والشق يكون موازيا للحافة السفلى من العضلة العظيمة الصدرية وخلفها</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
وهو يصالب اتجاه الترقوة	ومن الاسفل يكون بجاورا للسطح العلوى من الضلع الاول وللبليورا ويمر وحشى نتوا الضلع الاول ويكمن مغطى بالصفاق الدماغى وبالجلد واما الوريد تحت الترقوة فيكون فى الجهة الانسية من الشريان والاضفيرة العصوية الصدرية تكون فى الجهة الوحشية منه	هذا الشريان يربط فى الجهة الوحشية من العضلات الانجية	الشريان تحت الترقوة

لملاحظات	كيفية تلاق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تسق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>الوعائية ان يبحث على العصب الا كثر غلظا اعنى على العصب المتوسط ومتى وجده يسهل العثور على الشريان لانه يكون خلقه مباشرة</p>			
<p>أعلم انه يعسر تمييز الشريان عن افرع الضغفيرة العصبية الصدرية ومع ذلك فيميز (أولا) بوضعه التشريحي أى كونه في الجهة الوحشية من نوء الضلع الاول مباشرة (ثانيا) متى وضع عليه</p>	<p>وينفذ خيط الربط اسفل الشريان من الانسية الى الوحشية ومن اسفل الى اعلى لثلا يصاب الوريد أو يفتح تجديف اليلورا</p>	<p>والاجزا التي تسق في هذه العملية هي الجلد والعضلة الجلمدية مع الاحتراس من اصابة الوريد الوداجي الظاهر ثم يشق الصفاق الدماغي</p>	<p>يكون الشق موازيا للترقوة اعلاها باستتيمتر واحد ويمتد امن المحافة الوحشية من العضلة القصية الحلمية الى المحافة المقدمة من العضلة المعينية واذا كانت المسافة التي بين العضلة القصية والعضلة المربعة</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
<p>واتجاه هذا الشريان يكون موازيا للمسافة التي بين صغيرتي العضلة القصية الحلمية</p>	<p>ويكون موضوعا وضعا غائرا امام العمود الفقري في الميزاب الذي بين العضلة الطويلة العنقية والعضلة الاجعمية المتقدمة</p>	<p>هذا الشريان يربط اسفل التواء المستعرض من الفقرة السادسة العنقية بنحو اثنين او ثلاثة سنتيمتر</p>	<p>الشريان الفقري</p>

المحفوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>الاصبع يحس باحساس خاص وهو أن يضغط الاصبع عليه يحس بانزلاق الجدار المقدم من الشريان على الجدار الخلفي وهذا الاحساس لا يحصل اذا كان الاصبع ضاغطا على فرع عصبى لانه حينئذ يتخرج العصب بكامله بدون حدوث هذا الاحساس</p>			<p>المعينية غير كافية لكشف الشريان لا بأس بقطع بعض من الياف العضلة المربعة المعينية</p>
<p>الاحساس اعلم انه يتم هذا بالحدبة أى النتوء الناحرى لفعل الشق وكشف الشريان</p>	<p>وينفذ خيط الربط من الوحشية الى الانسية</p>	<p>والاجزاء التي تشق في هذه العملية هي (أولا) الجلد (ثانيا) العضلة الجلدية (ثالثا) العضلة القصية الخلفية</p>	<p>والشق يكون على حسب خط ممتد من الحدبة المقدم من النتوء المستعرض من الفقرة السادسة المسمى</p>

اسماء الشرايين	الاقسام التي يفعل فيها الربط للشريان	المجاورات الرئيسة لسير الشريان واتجاهه
	<p>خلف الشريان الدرقي السفلي وفي الجهة الانسية منه وخلف الاوعية الناحية وأما الوريد الفقري فيكون في الجهة الوحشية من الشريان وأمامه</p>	
<p>الشريان الذي الباطن</p>	<p>وهو يكون بين البليورا والسطح الخلفي من العضلة الباطنة بين الاضلاع</p>	<p>يربط هذا الشريان في الجزء المقدم من المسافة الثالثة والرابعة بين الاضلاع</p>
<p>في الشريان السباتي الاصلي أي الناحر الاصلي</p>	<p>وهو على طول الحافة المقدمة من العضلة القضية الحلمية امام التتوا المستعرض من الفقرة السادسة الغنقية مغطى بالصفاق العنقي</p>	<p>يربط هذا الشريان في الجزء المتوسط من العنق</p>

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
		<p>الانه يجب على الجراح ان يخرج الاوعية الناحزية الى الانسية لثلاث نصاب</p> <p>(رابعا) المسافة التي بين العضلة الطويلة العنقية والعضلة الاخعية المقدمة</p>	<p>بالتواء الناحري الى نحو ثلاثة سنتيمتر وحشى الطرف الانسي من عظم الترقوة</p>
<p>يلزم الاحتراس في هذه العملية من اصابة البليورا عند رفع الشريان بالمحراف القنوي لربطه</p>	<p>ويرلق المحراف من الوحشية الى الانسية</p>	<p>ويشق في هذه العملية (اولا) الجلد (ثانيا) العضلة العظيمة الصدرية (ثالثا) العضلة الباطنة بين الاضلاع</p>	<p>ويلزم ان يكون الشق الذي يفعل منحرفا من أعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية في الجزء المقدم من المسافة بين الاضلاع</p>
<p>اعلم انه يهتدى في كشف هذا الشريان بالمحذية الناحرية</p>	<p>ويرلق المحراف تحت الشريان من الوحشية الى الانسية</p>	<p>واما الاجزأ التي يشقها الجراح في هذه العملية هي (اولا) الجلد (ثانيا) الطبقة الخلفية تحت الجلد</p>	<p>والشق الذي يفعل لاجل كشف الشريان وربطه يكون على حسب اتجاهه</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسية للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
	<p>والمجدد ويصاحبه الوريد الوداجي الظاهر وأما الوريد الوداجي الباطن فيوجد في الجهة الوحشية منه والعصب الربيوي المعدي يكون خلف هذين الوعائين وفي الجهة المقدمية من الشريان يوجد القوس القفصية من الفرع النازل الانسبي من الضفيرة العصوية العنقية والفرع النازل من العصب تحت اللسان</p>		
<p>واتجاهه يكون موازيا للقرن الكبير من العظم اللامي</p>	<p>ويوجد بين العضلة اللامية للسانية والعضلة القابضة المتوسطة للبعوم وأعلم ان العصب العظيم تحت اللسان</p>	<p>يربط هذا الشريان أعلى القرن العظيم من العظم اللامي</p>	<p>الشريان اللساني</p>

المحولات	كيفية زلق المحرف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تتق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
الموجودة في النتوء المستعرض من الغقرة السادسة العنقية واعلم انه يقبض الاهتمام في عزل العصب الرئوي المعدى وعدم ربطه مع الشريان		مع الاحتراس السكلي من اصابه الوريد الوداجي الظاهر (ثالثا) الصفاق العنقي (رابعا) المسافة التي بين العضلة الحلمية القصية والعضلة القصية الدرقية (خامسا) غمد الاوعية	
اعلم انه عند شق العضلة اللامية اللسانية بحب الدقة والاحتراس التام لان الشريان	ويراق الحزاف القنوي من أعلى الى اسفل	والاجزاء التي يشقها الجراح للوصول اليه هي الجلد والعضلة الجبلدية والصفاق الدماغي وغمد الغدة تحت الفك وترفع وترزح	والشق الذي يفعل يلزم أن يكون موازيا للقرق العظيم الملاحي وأعلى منه بقليل

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
	<p>يكون منفصلا عن الشريان بالعضلة اللامية اللسانية ويوجد لهذا الشريان وزيد مصاحب له في سيره</p>		
<p>واتجاهه يكون موازيا للحافة المقدمة من العضلة المضغمية</p>	<p>ويوجد امام الحافة المقدمة من العضلة المضغمية وهو مغطى بالياض العضلة المجلدية والوريد المصاحب له يكون في الجهة الوحشية منه</p>	<p>يربط هذا الشريان في الجزء المقدم من العضلة المضغمية</p>	<p>الشريان الوجهي أى العكسي الظاهر</p>

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تسقى في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>يكون ملاصاً لسطحها الغاير فربما أصيب بالمشرد ولذا أوصوا بشق هذه العضلة شيئاً فشيئاً لادفعة واحدة</p>		<p>تم يشق الصفاق المشترك من وتر العضلة ذات البطنين والعضلة الأبرية اللامية وينتهي بشق العضلة اللامية للسانية</p>	
<p>أعلم أن اللياف العضلة الجارية من نامي العضلات جداً وقد تكون نامية أيضاً فيظن الجراح أنه وصل إلى العضلة المضغية</p>	<p>وزلق المحراف من الوحشية إلى الانسيمة</p>	<p>وأما الأجزاء التي تشق فهي الجلد والعضلة الجارية</p>	<p>والشق الذي يفعل يلزم أن يصال المحافة المقدمة من العضلة المضغية على حسب خط وهي ممتد من زاوية الفك السفلى المقابلة لمحل فعل العملية إلى زاوية الشفة من الجهة الأخرى</p>

اسماء الشرايين	الاقسام التي يفعل فيها الربط	المجاورات الرئيسة للشريان	سائر الشريان واتجاهه
الشريان الصدغي	يربط هذا الشريان أعلى التوس العزاري في الجزء المقدم من صوان الاذن	ولا يكون في هذا الجزء مغطى الا بالجلد ويكون مصحوبا في الجهة الوحشية بوريد واحد	واتجاهه يكون موازيا للعنق المقدمة من صوان الاذن
الشريان القمي دوي	هذا الشريان يربط خلف النتوء الحلمي وأسفله	ويوجد بين الحنافة السفلى من العضلة ذات البطنين	واتجاه هذا الشريان يكون من اسفل الى أعلى ومن الامام

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تسقى في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>فيمبث عن الشريان فلا يجده لكونه لم يزل مغطى بالعضلة الجليدية اذا علمت ذلك علمت أيضاً به بشق الياف العضلة الجليدية يتكشف الشريان</p>	<p>ويرزق المحراف من لوحشية الى الانسية</p>	<p>والاجزاء التي تسقى هي الجلد والطبقة الخلفية تحت الجلد</p>	<p>والشقي يكون مواز بالصوان الاذن وأعلى القوس العذاري</p>
<p>ويرزق المحراف القنوي تحت الشريان من</p>	<p>والانسيجة التي تسقى هي الجلد والصفاق العلوي من العضلة</p>	<p>ويرزق المحراف القنوي تحت الشريان من</p>	<p>ويجعل الشق خلف التواء الحلي واسفله بقدر</p>

سير الشريان واتجاهه	الجوارات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	أسماء الشرايين
الى الخلف ومن الوحشية الى الانسية	والمخافة العليا من العضلة الرأسية الصغيرة المنحرفة وهو مغطى بالعضلة الطحالية والعضلة القصية الحلامية		
واتجاه هذا الشريان يكون على حسب خط وهمي ممتد من وسط المسافة بين الكعبين الى الطرف الخلفي من المسافة التي بين العظم الاول والثاني من أصابع القدم	ويكون بين وتر العضلة الباسطة الخاصة للابهام والمخافة الانسية من العضلة القدمية وله وريد ان مصاحبان له وبصاحبه أيضا الفرع العصبي الانسي الغائر لظهر القدم وهو أحد الافرع الانتهائية من العصب القصي المقدم	يربط هذا الشريان في ظهر القدم	الشريان القدمي
واتجاهه يكون على حسب خط ممتد من النتوء المندمجة فيه	ففي الثلث السفلي يكون بين العضلة القصية المقدمة	يربط هذا الشريان في الثلث السفلي	الشريان القصي المقدم

المحوظات	كيمية زلقى المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
	من أسفل الى أعلى	العصبة الحليمية والعضلة الطولية	واحد ستة مرتبها به بانحراف الى الأعلى والخلف
كثيرا ما ينشأ الشريان القدي من الشريان الشظي في هذه الاحوال بعسر كشفه باتباع القواعد التي ذكرناها	والمخراف يزلق أمام الانسية الى الوحشية أو من الوحشية الى الانسية على حد سواء	والانسجة التي يجب شقها هي الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد مع الحذر من قطع شيء من الأفرع العصبية المنتهية من العصب العضلي الجلدى ثم يشق صفاق ظهر القدم	والشق يكون على حسب الاتجاه الذي ذكرناه
	ويزلق المخراف من الانسية الى الوحشية أو بالعكس	ويشق في هذه العملية الجلد والنسيج الخلوي والصفاق	والشق يفعل على حسب اتجاه الشريان

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
العضلة القصبية المقدمة الى المسافة بين الكعبين	والعضلة الباسطة المخاصة بالابهام ويكون مصحوبا بوريدين ويكون العصب القصي المقدم امامه	من الساق وفي متصل الثلث العلوي بالثلث المتوسط	
واتجاهه كما ذكرناه أيضا	وفي متصل الثلث العلوي بالثلث المتوسط يكون الشريان بين العضلة القصبية المقدمة والعضلة الباسطة المشتركة للاصابع ومجاوراته مع الاوردة والعصب هي ما ذكرناه		
		يربط هذا الشريان في ثلاثة محال	الشريان القصي الخلفي

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في رباط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>واعلم ان سبب تعمير هذه العملية مرتبطة بالعمود على المسافة المخلوية التي ذكرناها ولذا يوصى بالبحث عنها قبل شق الصفاق الساقى</p>	<p>ويرلق المحراف كما ذكر أعلاه</p>	<p>الساقى والمسافة المخلوية التي بين العضلة القصية المقدمة والعضلة الباسطة الخاصة بالابهام</p>	<p>والشق يفعل كما سبق التنبيه عليه</p>
		<p>والاجزاء التي تشق هي الجلد والنسيج المخلوي والصفاق الساقى والمسافة المخلوية التي بين العضلة القصية المقدمة والعضلة الباسطة المشتركة للأصابع</p>	

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
واتجاهه يكون موازيا لسمت الساق	وهو موضوع على الطبقة الغائرة من العضلات الخلفية من الساق منفصلا عن الجلد بالصفاق الساق وبالطبقة الخلوية تحت الجلد التي يعرفها الوريد الصابغ الانسي ويصاحب هذا الشريان وريدان والعصب القضي الخائفي في الجهة الوحشية منه	خالف الكعب الانسي	
واتجاهه واحد ايضا	مجاورات الشريان في هذا القسم هي التي ذكرناها اعلاه	وفي الثلث السفلي من الساق	

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطببات المختلفة التي تساق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>يلزم في هذه العملية ان تكون الساق منثنية نصف انثناء على التقخذ ومرتكزة على سطحها الوحي ثم انه يلزم أيضا شق الصفاق الساق باحتراس بان تفعل أولا في الصفاق عروة ثم ينفذ منها محراف قنوي قمته ثم يشق</p>	<p>ويرزق المحراف من الانسيمة الى الوحشية ومن الخلف الى الامام</p>	<p>والاجزا التي تشق هي الجلد والنسيج الجلوي تحت الجلد مع التحرز من اصابة الوريد الصافن الانسي ثم يشق المصفاق الساق</p>	<p>والشق الذي يفعل يكون موازيا للكعب الانسي في وسط المسافة التي بينه وبين العروق والشق الذي يفعل يكون على حسب خط وهمي</p>
	<p>ويرزق المحراف كما سبق الكلام عليه</p>	<p>والاجزا التي تشق هي التي ذكرناها</p>	<p>والشق الذي يفعل يكون على حسب خط وهمي</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
واتجاهه في هذا الجزء هو الاتجاه الذي ذكرناه	فيكون الشريان في هذا الجزء بين الطبقة العضلية الغائرة والطبقة العضلية السطحية ومنعزلا عن الجلد بالصفاق والعضلة التؤمية الانسية والعضلة النعلية وأما مجاوراته للاوردة والعصب فهي كما سبق ذكره	وعند متصل الثلث العلوي بالثلث المتوسط من الساق	

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>بعد شق الجلد والصفاق ترشح العضلة الثومية الانسية الى الوحشية وتقطع اندغامات العضلة النعلمية ع-ع القصبية لترفع هذه العضلة فيتم وصل الى الشريان</p>	<p>ويزلق المحراف كما ذكر</p>	<p>والاجزاء التي تشق هي الجلد والنسيج المخليوي تحت الجلد والصفاق الساق والعضلة الثومية الانسية والعضلة النعلمية</p>	<p>موازيا للحافة الانسية من القصبية وبعيدا عنها بنحو اثنين سنتيمتر</p> <p>والشق يكون موازيا للحافة الانسية من القصبية بعيدا عنها بنحو ثلاثة سنتيمتر</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
واتجاهه يكون موازيا للسطح الخلفي من عظم الشفية	وهو يوجد في غمد العضلة القابضة الخاصة بالابهام وبصاحبه وريدان بدون وجود عصب	يربط هذا الشريان في الجزء المتوسط من الساق	الشريان الشفطي

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المحملة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
ويلزم الاحتراس من اصابة الوريد الصافن الانسي			
ويلزم بعد شق الجلد والنسيج المخوي ان تخرج العضلة الثومية الوحشية الى الانسية ثم تقطع اندغامات العضلة النعابية على الشظية ثم اندغامات العضلة القابضة الخاصة	ويرلق المحراف القنوي تحت الشريان من الانسية الى الوحشية أو بالعكس	والاجزا التي تشق هي الجلد والنسيج المخوي والعضلة الثومية الوحشية والعضلة النعابية والعضلة القابضة الخاصة للابهام	والشق يكون حينئذ موازيا للسطح الخلفي من الشظية محاذيا له ويلزم عدم فعل الشق على السطح الوحشي من الشظية لئلا يتقبح غمد العضلات الشظيية الجانبية

اسماء الشرايين	الاقسام التي يفعل فيها الربط	المجاورات الرئيسية للشريان	سير الشريان واتجاهه
الشريان المأبضي	يربط هـ - ذ الشريان في الجزء المتوسط من الفقرة المأبضية	ويكون وسط مسافة معينية الشكل جانباها العلويان مكونان من العضلة الفخذية ذات الرأسين ومن العضلة نصف الغشائية وجانباها السفليان مكونان من العضلة الثومية الانسية	اتجاه هذا الشريان يكون على حسب خط مدود من السطح الانسي من الفخذ عند متصل الثلث المتوسط بالثلث السفلي الى الجهة الوحشية من مفصل الركبة نحو الجزء المتوسط منه

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>للابهام على الشظية أيضاً ثم يبحث المجراح على الشريان اسفل العضلة القباضة المخاصة بالابهام بعد رفعها</p>			
<p>يلزم التنبيه على عدم أخذ الوريد بدل الشريان ولا جل ذلك يلزم ملاحظة وضع كل واحد من هــ هـ الوعائين</p>	<p>ثم يزلق المحراف من الوحشية الى الانسية</p>	<p>ويشق في هذه العملية (اولا) الجلد (ثانيا) النسيج الخلوي تحت الجلد مع الاحتراس من اصابة الوريد الصافن الوحشي (ثالثا) الصفاق (رابعا) النسيج الخلوي الشحمي القسم المأبيض</p>	<p>ويفعل الشق لكشف الشريان منحرفا قليلا من أعلى الى اسفل ومن الانسية الى الوحشية</p>

اسماء الشرايين	الاقسام التي يفعل فيها الربط	سيرا الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسية للشريان
	<p>والعضلة المؤتمية الوحشية وفي هذا القسم يكون الشريان مغطى بالصفاق وبالمجد ويكون الوريد الصافن الوحشي سابجا في الطبقة الخلووية تحت المجد وأما الوريد المأبض فيكون خلف الشريان والعصب الوركي المأبض الوحشي والعصب الوركي المأبض الانسي يكونان في الجهة الوحشية من الشريان</p>	<p>الشريان الفخذي</p>	<p>يربط هـ-ذا الشريان في ثلاثة محلات (اولا) حذأرباط فاللوب ففي هـ-ذا القسم يكون الشريان تحت الصفاق وسط</p>
<p>اتجاهه يكون على حسب خط ممدود من وسط رباط فاللوب</p>			

ملحوظات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
	ويرزق المخراف من الانسية الى الوحشية	ويشق (اولا) الجلد والنسيج المخلوي	والشق يكون على حسب سير الشريان واتجاهه

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
الى الوجه الانسى من الفخذ عند متصل الثلث المتوسط بالثلث السفلى	المسافة الفاصلة بين الشوكة العانية والشوكة المحرقفية العليا المقدمة ويكون الوريد الفخذى فى الجهة الانسية من الشريان والعصب فى الجهة الوحشية		
	بمجاورات الشريان فى هذا القسم هى التى ذكرناها الا ان الوريد الصافق الانسى يكون سابجا فى الطبقة الخلوية تحت الجلد	(ثانيا) فى قبة مثلث اسكربا	
	فى هذا الجزء يكون الشريان فى القناة الليفية من العضلة العظمية المقربة وتصلب الشريان العضلة الحجابطية ويكون الوريد الفخذى فى الجهة الانسية الى الخلف	(ثالثا) فى قناة العضلة المقربة الوركية العظمية	

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
		<p>(ثانيا) الصفاق الفخذي (ثالثا) غمد الاوعية الوركية</p>	
<p>ويهتمدى بالعضلة الخياطية خصوصا في ربط الشريان في هذا القسم</p>	<p>شرحه</p>	<p>شرحه الا انه يلزم الاحتراس من اصابة الوريد الصافن الانسي</p>	
<p>قد يعبر احيانا الدخول من أول الامر في القننة الليفية من العضلة العظيمة</p>	<p>شرحه</p>	<p>ويشق هنا (اولا) الجلد والنسيج الخلوي مع التحرز من اصابة الوريد الصافن الانسي (ثانيا) الصفاق الفخذي (ثالثا) الجدار المقدم</p>	<p>اتجاه الشق يكون كما ذكر الان نصفه يفعل في الثالث المتوسط و النصف الاخر في الثالث السفلي من الفخذ</p>

اسماء الشرايين	الاقسام التي يفعل فيها الربط	المجاورات الرئيسة للشريان	سير الشريان واتجاهه
		<p>قليلًا وفي هذه القناة الليفية يوجد أيضا العصب الصابغ الانسي وعصب الضفيرة العظيمة الانسية من العضلة ذات الثلاثة رؤس</p>	
الشريان الحرقفي الوحشي	يربط هذا الشريان أعلى رباط فلولوب	في الجهة الوحشية منه توجد العضلة البسواسيه وفي الجهة الانسية الوريد الحرقفي الوحشي وفي الامام	اتجاه هذا الشريان يكون منحرفا من أعلى الى اسفل ومن الانسية الى الوحشية

ملحوظات	كيفية زلق المخزاف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>المقربة ويدخل في الياف الضفيرة العظيمة الانسيمية من العضلة ذات الثلاثة رؤس ويمتنع هذا الغلط بالاهتداء بالبروز الذي يحصل من وتر العضلة العظيمة المقربة متى وجه الفخذ الى الوحشية</p>		<p>من قناة العضلة العظيمة المقربة في الياف الضفيرة العظيمة الانسيمية من العضلة ذات الثلاثة رؤس ويمتنع هذا الغلط بالاهتداء بالبروز الذي يحصل من وتر العضلة العظيمة المقربة متى وجه الفخذ الى الوحشية</p>	
<p>يلزم غاية الاحتراس من فتح البريتون ولذا يوصون بشق</p>	<p>يزلق المخزاف من الانسيمية الى الوحشية</p>	<p>(١) الجلد (٢) صفاق العضلة العظيمة المنخرقة (٣) العضلة الصغيرة المنخرقة والعضلة المستعرضة</p>	<p>والشق يكون على حسب اتجاه الشريان ويبدأ به قريبا من الشوكة المخرقة المقدمة</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
	<p>يكون البريتون والامعاء والمجدار المقدم من البطن وأما العصب الاربي الانسى فيكون في المجهة الوحشية من الشريان</p>		
<p>اتجاهه يكون منحرفا من أسفل الى اعلا ومن الوحشية الى الانسية</p>	<p>وهو مغطى من الخلف بالبريتون ومن الامام بالصفاق المستعرض والعضلة الصغيرة المنخرقة وصفاق العضلة العظيمة المنخرقة والمجندو يصاحبه في سيره وريدان</p>	<p>يربط هذا الشريان أعلى رباط فلوب</p>	<p>الشريان الشرايين</p>

ملحوظات	كيمية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تثقي في رباط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
الطبقات المختلفة المسكونة للجدار المقدم من البطن بغاية الاحتراس ومنى وصل الجراح الى الصفاق المستعرض فعل فيه عروة ثم شقه على المحراف القنوي		(٤) الصفاق المستعرض (٥) وتزال التصاقات البريتون ويخرج الى الانسية مع الامعاء	العليا بقدر ثلاثة أواربعة سنتيمتر ثم يتجه به نحو رباط فالوب
يحترس من اصابة البريتون	يزلق المحراف من الانسية الى الوحشية أو العكس بالعكس	(١) الجلد (٢) التسيج المخاوي تحتة الا انه يحترس من قطع الشريان البطني تحت الجلد (٣) صفاق العضلة العظيمة المنحرفة (٤) العضلة الصغيرة المنحرفة	والشق يكون أعلى رباط فالوب وموازيا له على حسب خط ممتد من الشوكة العانية الى الشوكة المحرفية المقدمة العليا وأعلم ان الشريان

اسماء الشرايين	الاقسام التي يفعل فيها الربط	المجاورات الرئيسة للشريان	سير الشريان واتجاهه
الشريان الالوي	يربط هذا الشريان في الالية	وهو يكون اسفل الشرم العظيم الوركي مباشرة بين الحخافة الخلفية السفلى من العضلة المتوسطة الالوية والحخافة العليا من العضلة الهرمية ويصاحبه وريدان والعصب الالوي العلوي	واتجاهه يكون على حسب خط ممتد من الشوكة الحرقفية الخلفية العليا الى المدور العظيم

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
		مع الاحتراس من اصابة الجبل المنوى في الذكور (٥) الصفاق المسموعرض	يكون عند متصل الثلث الانسي بالثلث المتوسط من هذا الخط
أعلم ان الشريان الالوي متفرع الى جملة فروع بعد خروجه من الحقو اعني اسفل الشرم العظيم الوركي مباشرة فلذا يتعمر ربط المجزع الشرياني الاصلي	يزلق المحراف من الانسية الى الوحشية أو بالعكس بدون ضرر	ويشق في هذه العملية (١) الجبل (٢) العضلة العظمية الالية (٣) المسافة الخلفية التي بين العضلة المتوسطة الالية والعضلة الهرمية	والشق يكون على حسب اتجاه الشريان

في بتر الاطراف

* (في القواعد العمومية للبتر) *

بتر الاطراف عملية غايتها ازالة جزء من طرف أو طرف بكليته
 واذ فعل البتر في هذا المفاصل سمي بتر المفاصل وأما اذا كان من جسم العظم
 فيسمى بالبتر في متصل العظم أو بالبتر فقط
 وأعلم أنه يجب في كل عملية بتر على الجراح ان يحفظ ما يكفي من الاجزاء الرخوة
 لتغطية الاسطح العظمية بعد البتر ويتم ذلك باحد ثلاث طرق نذكرها لك
 فنقول

* (الطريقة الاولى وهي الطريقة الحقيقية) *

هذه الطريقة غايتها فعل شبه كم مكون من الاجزاء الرخوة ذي طول كاف لتغطية
 الاسطح العظمية

وكيفية فعل هذا الكم أن تقطع الاجزاء الرخوة قطعاً حلقياً اعني ان القطع
 يكون عمودياً على سمت الطرف ويقطع أولاً الجلد ثم بعد ان يكش الجلد
 أو جذبه الى الاعلى من المساعد أو الجراح نفسه أو بعد سلخ قليل منه وقبله
 الى الاعلى تقطع العضلات السطحية حداً الجزء الذي انكش فيه الجلد ثم
 تقطع العضلات الغائرة الملتصقة بالعظم حداً الجزء الذي انكش فيه
 العضلات السطحية فبقطع الاجزاء الرخوة في ثلاثة ازممنة مختلفة كما ذكرناه
 ينتج بعد اتمام البتر جرح مخروطي الشكل قاعدته مقابلة لسق الجلد وقته
 مقابلة للعظم والاجزاء الرخوة المحيطة بالعظم تكون اكثر تخناً كما قربت منه
 ثم بعد قطع الاجزاء الرخوة ينشر العظم اذا كان البتر في متصل العظم أو تزال
 وسائط ارتباطه بعظم آخر اذا كان البتر حداً المفاصل

وأعلم أنه يجب في نشر العظم وقاية الاجزاء الرخوة من تاثير المنشار بان تغطي
 برفاة مشقوقة شقاً أو شقين على حسب كون الطرف محتوي على عظم واحد
 او عظمين ثم يقف الجراح في الجهة الوحشية من الطرف اذا كان البتر
 في الذراع أو في الفخذ وفي الجهة الانسية اذا كان القصد بتر الساق أو المساعد
 ويضع ابهام يده اليسرى من ثنيا قليلاً على العظم المراد نشره حتى يكون هذا

الاصبع نقطة ارتكاز للمنشار ويقبض على العظم بالاصابع الاربع الاخر
فيكون بنصل المنشار طريقا ومتى دخل من النصل في العظم قدر بعض ميليمتر
أسرع في حركة الذهاب والاياب التي يفعلها بالمنشار ويجب ان ينشر بالنصل
من أوله الى اخره ومتى قرب نشر العظم جعل حركة النشر بطيئة لئلا يتقاس
العظم

واعلم انه لا ينبغي للمساعد المسند للطرف السفلى من العضوان يرفعه رفعا
شديدا وقت النشر لئلا ينضغط المنشار فيعسر تحركه ولا ينبغي له أيضا
ان يوجهه بقوة الى الاسفل لئلا يكسر العظم قبل تمام نشره
ويلزم في نشر عظم أو أكثر من المفصل قطع الاربطة الدائرية والاربطة بين
العظام اذا وجدت وتقطع هذه الاربطة بطرف السكين ويلزم لاجل سهولة
ذلك أن يضع الجراح الطرف وضعه به تتوتره هذه الاربطة تتوتر شديدا وقت
العمل واذا كان المفصل محاطا بحفظه ليفية تقطع هذه الحفظة بجميع
نصل السكين

* (الطريقة الثمانية وهي الطريقة البيضية) *

هذه الطريقة تستعمل بالخصوص في البتر من المفاصل وكيفية ان يشق
الجراح حذاء المفصل شقا بيضا ومثلثا قته مما يلي دائرة المفصل عادة وقاعدته
مما يلي جزء من دائرة الطرف بعيدة كثيرا أو قليلا من محل الابتداء وأضلاع
المثلث عبارة عن خطوط منحرفة كثيرا أو قليلا بالنسبة لسمت الطرف وتختلف
الطريقة البيضية عن الطريقة الحلقية بأن الطريقة الحلقية يكون فيها قطع
الاجزاء عموديا على سمت الطرف وأما الطريقة البيضية فيكون فيها القطع
بالتخرف على سمت الطرف ويلزم الجراح في هذه الطريقة أن لا يشق أولا
الاجلد أما فقط أومع العضلات التي تحته بدون ان يقطع الاوعية الرئيسية
لطرف لانه لا ينبغي قطعها الا بعد فتح المفصل اعني عند تمام العملية
وأعلم ان بعض عمليات البتر من المفصل يكفي فيه لكشف المفصل شق الجلد فقط
وذلك كبتر الاصابع وأما اذا كان المفصل مغطى بطبقة سميكه من الاجزاء
الرخوة كما في مفصل الكف ومفصل العظم الاول من عظام المشط فيبعد شق
الجلد تسليخ قليلا شقنا الجرح ثم تقطع الاربطة المفصالية كما ذكرناه في الطريقة

* (الطريقة الثالثة وهي الطريقة ذات الشرايح) *

(أى الهدبية)

هذه الطريقة تتبع بالخصوص في البتر من جسم العظم وغايتها فعل شريحة واحدة أو أكثر من الأجزاء الرخوة ذات طول كاف لتغطية الجرح بعد بتر الطرف وهذه الشرايح طريقتان

(أولا) أن تفعل الشريحة من الباطن إلى الظاهر أعني أنه يبدأ في فعلها بقطع الأجزاء الرخوة الغائرة ثم تقطع الأجزاء السطحية وكيفية ذلك أن يقبض الجراح بيده اليسرى على كتلة من الأجزاء الرخوة فيجذبها نحوه ثم ينفذ فيها سكيناً ذات حدين ومتى نفذت في الجهة المقابلة لمحل الدخول سار بها كثيراً أو قليلاً على حسب طول الشريحة المراد فعلها ثم قطع بعد ذلك الجلد من الباطن إلى الظاهر فهذه الكيفية تفعل الشريحة

(ثانياً) تفعل الشريحة أيضاً من الظاهر إلى الباطن أعني أنه يبدأ بقطع الأجزاء السطحية أولاً ثم الغائرة وكيفية ذلك أن يبدأ الجراح بشق الجلد أو لا شقاً مقوساً كثيراً أو قليلاً ثم بعد ذلك كاش الجلد يقطع العضلات السطحية ثم الغائرة إلى أن يصل إلى العظم

وتسمى هذه الطريقة الثالثة باسماء مختلفة على حسب الشريحة وعددها فتسمى بذات الشريحة الواحدة أو ذات الشريحتين أو بذات الشريحة المقدمة إذا كانت الشريحة فعلت في الأجزاء الرخوة المقدمة من الطرف وبذات الشريحة الوحشية أو الانسية إذا كان فعلها في الجهة الوحشية أو الانسية من الطرف وبذات الشريحتين الجائنتين وبغير ذلك

اعلم في أراد الجراح فعل عملية البتر بالطريقة ذات الشريحة الواحدة ووجب عليه بعد فعل هذه الشريحة أن يوصل زاوية شق نصف دائري في الجهة المقابلة للشريحة يستوعب جزءاً من الأجزاء الرخوة أو جميعها ثم يقطع في زمن ثالث جميع ما تبقى من العضلات حول العظم فإن كان البتر بالطريقة ذات الشريحتين رفعهما بعد فعلهما مساعداً وقطع الجراح جميع الأجزاء الرخوة المحيطة بالعظم حذراً فأعدتهما

* (في الآلات اللازمة في عمليات البتر) *

الآلات اللازمة لفعل البتر هي سكاكين تعرف بسكاكين البتر وهذه
السكاكين يختلف طولها وشكلها فمنها القصير ومنها الطويل ومنها ما هو ذو حد
واحد ومنها ما هو ذو حدين ومشارط مستقيمة ومعوجة ومنها شير مختلفة الطول
ومقراض أى مقص عظام والمهوى أى العصابة المرنة وجفوت لربط
الشرايين وخيوط ومشبك ورفادة مشقوقة شقاوا حد أو شقين لوقاية الأجزاء
الرخوة وقت الثمر وغير ذلك على حسب نوع عملية البتر
واعلم ان لكل عملية بتر طرقا مختلفة وازمنة متوالية كما سنذكر ذلك في الجدول
الآتى

جدول عمليات البتر

التي تفعل في الجسم البشري

* (في عمليات البتر التي تفعل في الأطراف العليا) *

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع	تشریح جزائی مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
وهي أن يشق الجراح شقاً هلالياً تحدبه الى الامام امام الطرف السفلي مباشرة من السلاما المتصلة بالسلاما المراد بترها يقطع فيه الجأد ووتر العضلة الباسطة	اما الطريقة ذات الشريحة الراحمة فلها كيفيتان الاولى أن تفعل فيها الشريحة عند انتهاء العملية	مفاصل السلاميات من المفاصل المخنجة ليمية أى الرزبة ولها رباطان جانبيان ورباط راحي	من المفصل	في بتر سلاميات اصابع اليد
وهي أن يمسك الجراح المشرط بيده اليسرى ويغرزها على صفحة امام الثنية الراحمة في الاجزاء الرخوة ويخرج به من الجهة المقابلة لمحل الدخول	والثانية تفعل فيها الشريحة في ابتداء العملية			

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
يلزم في هذه الطريقة أن تمسك السلام المراد بترها في نصف انثنائين ابهام وسبابة يد الجراح اليسرى ومجعولا ظهرها الى الاعلى	ثم يوجه نصل المشرط نحو رباط اليد فيقطع الشريحة	ثم يزلق المشرط على صفحته اسفل السطح الراجي من السلامي لفعل شريحة ذات طول كافي	يقطع في هذا الزمن الاربطة الجانبية والرباط الراجي بان يدخل المشرط في المفصل
ويستعمل في هذه العملية مشرط مستقيم حاد الطرف وضيق النصل ويلزم في هذه الطريقة ان تكون السلامي المراد بترها في حالة انبساط والسطح الراجي الى اعلى	فيقطع الاربطة الجانبية والوتر الباسط وجانظهر السلامي	ثم يأمر مساعد ايرفع الشريحة ويفتح هو المفصل من السطح الراجي	ثم يسير بالمشرط نحوه الى ان يرى أن الشريحة كافية

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
فهى أن يشق الجراح الجلد شقا حلقيا امام المفصل نحو ثمانية ميليمتر	وأما الطريقة الحلقية			
وهى أن يشق الجراح شقا حلقيا فى الجلد بعيدا عن محل الشر بنحو سنة ميليمتر	أما بالطريقة الحلقية		من جسم السلامى	
وتفعل الشريحة كإذ كراه فى الكيفية الثمانية من بتر المفصل السلامى أعنى أن الشريحة تفعل فى ابتداء العملية	وأما بالطريقة ذات الشريحة الراحية			

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
ويلزم ان تكون السلامي في حالة انبساط والوجه الراحي الى أسفل	ثم يفتح المفصل ويقطع الرباط الراحي	ثم يقطع وتر العضلة الباسطة والاربطة الجانبيهة	ثم يامر مساعد بجذب الجسد جذباً شديداً أو يسلمه
	وتنشر السلامي بمشارص غير	ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة المحيطة بالسلامي في حذاء انكماش الجسد	ثم يسلم الجسد ويجذبه الى أعلى
	وتنشر السلامي	ثم تقطع جميع الاجزاء الرخوة المحيطة بالسلامي قطعا حلقيا حذاء محل النشر	ثم يرفع مساعد المرمجة وتوصل زاويتيها بشق نصف حلق على ظهر السلامي

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكمياتها	تشرح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
يشق فيه الجراح شقا بيضا في قاعدة الاصبع المراد بترها قمة متابلة للبروز الحاصل عن الطرف السفلي من المشط على ظهر الكف وقاعدته تتبع الميزاب المحاذي للجزء الذي ينفصل فيه الاصبع من الوجه الراحي من الكف وجانب الشريحة البيضية يلزم ان تكون بالقرب ما يمكن من قاعدة الاصبع المراد بترها	ولهذه العملية ثلاثة طرق الاولى وهي الطريقة البيضية	مفاصل الاصابع من نوع المفاصل اللقمية ولها رباطان جانبيان ورباط راحي ومحل المفصل يكون اسفل البروز الموجود على ظهر اليد مباشرة أعلى الجزء الذي تنفصل فيه الاصابع من الكف بقدر ثلاثة سنتيمتر	تبت الاصابع من المفاصل المشطية السلامية	في بتر اصابع اليد

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>أعلم ان الجراح يمسك الاصبع المراد بترها بيده اليسرى بان يضع ابهامها على ظهر ذلك الاصبع وبقيمة اصابعها تكون في الوجهه الراجي ويلازم ان تكون الاصبع منتبئة واليد منبطحة</p>	<p>ثم يقطع الرباط الراجي بعد فتح المفصل</p>	<p>ثم يقطع الاربطة المجانبيه بان يبعده ويقربه بقوة حتى تموتر الاربطة توترا كافيا فيسهل قطعها</p>	<p>ثم تسليخ شفتا الجرح ويقطع الوتر الباسط</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشرح جراحی مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>يبتدى الجراح بالشق على ظهر المفصل حداً بروز عظم المشط المقابل له ثم يتجه به بانحراف نحو الثنية الجليدية بين الاصابع ويسير به الى السطح الراجح ثم ينتهي به حيث ابتداً فهذه الكيفية تحصل شريحة من الظاهر الى الباطن قاعدتها مقابلة للمفصل وقتها للثنية الجليدية بين الاصابع</p>	<p>الثانية الطريقة ذات الشرحين</p>			
<p>وهي ان يشق الجراح شقاً حلقياً هذا</p>	<p>الثالثة الطريقة الحلقية</p>			

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
	<p>ثم يسير بالمشرب على جانب الاصبع بان يزلقه عليه على صفحة وحده القاطع الى الامام فيقطع شريحة ثانية من الباطن الى الظاهر طولها مثل طول الشريحة الاولى</p> <p>ثم تربط المحيطة بالمفصل</p>	<p>ثم يفتح المفصل من جهة الى اخرى بعد قطع الرباط الراجي والرباط الظهري الذي هو وتر العضلة الباسطة والرباط الجانبي الثاني</p> <p>ثم تقطع جميع الاجزاء الرخوة الى العظم</p>	<p>ثم يقطع الرباط الجانبي المقابل لشريحة</p> <p>ثم يجذب مساعد الجلد الى الخلف</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
الثنية الراحية من الاصبع المراد بترها				
يبتدأ بشق يشق في ظهر الكف حذاء الجزء الذى تفصل فيه الاصابع من الكف	بالطريقة ذات الشريحة الراحية		تفعل هذه العملية من المفاصل المشطية السلامية	في بتر الاربعة اصابع الاخيرة من اليد معا
يشق فيه الجراح شقا على ظهر اليد يبتدى به أعلى متصل العظم المربع المنحرف بالمشطى الاول بتقليم ويسيره بانحراف نحو	تفعل هذه العملية بالطريقة البيضية	المفصل الرسغى المشطى الاول مفصل تعالي مشترك ووسايط الانضمام محافظة ليقية واعلم أنه يوجد حذاء الجزء الذى تفصل فيه الابهام	تفعل هذه العملية من عند متصل العظم المربع المنحرف بالمشط الاول	في استئصال عظم المشط الاول مع الابهام

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>يلزم في هذه العملية استعمال مشرط ذى نصل طويل أو سكين بترصغيرة ويمكن فعل هذه العملية أيضا بالطريقة الخلقية باتباع القواعد التي ذكرناها في تراصبع واحد</p>		<p>ثم تقم جميع المفصلات بالمشرط وتعمل من جهة السطح الراجح شريحة كافية لتغطية رؤوس العظام</p>	<p>جذبا قويا ويقطع الجراح الالجممة اللبغية ان احتيج الى ذلك ثم تقطع بسن المشرط الاربطة الظهرية من المفصلات المشطية السلامية</p>
		<p>ثم يقطع اربطة المفصل بان يبعد عظم المشط الى الوحشية ليفتح المفصل من الاجزاء الرخوة الا نسبية بسهولة</p>	<p>ثم تسلخ شفتاهذا الشق البيضاوى بان يحلق العظم بالمشرط حتى يعزل عظم المشط بالكامة عن الاجزاء الرخوة المحيطية به</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكمياتها	تشریح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
وسط الثنية المجاذية التي بين الابهام والسبابة ثم نحو السطح الراحي بان يتبع الميزاب العلوى الذي ذكرناه وينتهي الشق من حيث ابدأ على ظهر اليد		من راحة اليد ميزابان العلوى منهما اكثر وضوحا من السفلى		
وكيفيتها ان يبدأ بالشق في ظهر اليد أعلى متصل العظم الكلابي بالمش على الخامس بقليل ثم ينزل به على خط مستطيل الى ان يصل الى الطرف العلوى من	تفعل العملية بالطريقة البيضية	العظم المشطى الخامس متصل من أعلى مع العظم الكلابي من جهة ومن جهة اخرى بالجزء الجانبي العلوى من العظم المشطى الرابع وواسطة	تفعل هذه العملية من عند متصل العظم الكلابي بالمش على الخامس	في استئصال عظم المشط الخامس مع الخنصر

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشریح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
الاصبع المختصر ثم يتجه به بين البنصر والمختصر نحو السطح الراجي وينتهي حيث ابتدأ به		انضمام المشطى الخامس والعظم الكلافي محافظة ليفية واما انضمام المشط الخامس مع الرابع فبواسطة رباط بينهما		
وكيفيةها ان يشق الجراح شقا حلقيا في حذاء اصل بروز (تينار) وكيفية اليد ثم يجذب مساعدا الجسد الى اعلا	ولهذه العملية طريقتان الاولى الحلقية	المفصل الكعبرى الرسغى مفصل لحمى وسياط الانضمام هي اربطة مقدمة عسديدة واربطة جانبية واربطة خلفية	تبتر اليد من المفصل الكعبرى الرسغى	في بتر النعس وهو المعصم

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>قديم يمكن احيانا الغلاط بفعل العملية من عند متصل عظام الصف الاول من الرسغ بعظام الصف الثاني بدل فعلها من المفصل الكبرى الرسغي الأن هذا الخطاء لا يقع متى تذكر الجراح أن المفصل الكبرى الرسغي يكون أعلى خط وهي ضام للكوع</p>	<p>ثم يفتح المفصل بعد قطع الارتبطة الظهرية اولا ثم بقية الارتبطة</p>	<p>ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل</p>	<p>ثم يسليخ الجناح الى حد المفصل</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشرح مجراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
كيفيةها ان يشق شق هلالي محاذيا للكوع والكرسوع على ظهر النعس تحديده الى اسفل	الثانية الطريقة ذات الشريحة الراحية			
وكيفيةها ان يكون الساعد في وضع بين الانكباب والانبطاح ثم يشق الجلد شقا حلقيبا ويسلخ ويقلب الى الاعلى	وتفعل هذه العملية بعطريقتين الاولى الطريقة الحلقية	اعلم ان الساعد يحاط بطبقتان عضلية اكثر سمك في الوجه الراحي من ظهره وفي الجزء السفلى منه تعوض العضلات أوتار تصير قطع الاجزاء الرخوة	من جسم العظمين	في بتر الساعد

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
والجكروسوع بنحو ثلاثة مليمتر			
واعلم انه لا ينبغي ابقاء العظم البسلي في الهذب ويتم ذلك بتوجيه حد السكين عند فعل الشريحة الى الاجزاء الرخوة	وتفعل شريحة راحية كافية لتغطية الاسطح المفصالية	ثم يفتح المفصل ويرلق السكين فحورا حة اليد على صفحه	ثم بعد انكاش الجلد تقطع الاربطه الظهرية للمفصل الكعبرى الرسغى ثم الاربطه الجانبية
	ثم ينشر العظامان بان يتدنى في النشر بالزند ثم ينشر العظامان معا	ثم تقطع العضلات بين العظمين بتنفيذ سكين ذى حدين بينهما	ثم تقطع جميع الاجمة الليفية الضامة للجلد بالصفاق ثم تقطع جميع الاجزاء الرخوة الى العظم حداً نسبة للجلد

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشرح بجراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>وكيفيةاتها ان يقبض الجراح بيده اليسرى على كتلة عضلية من الوجه الراحي من الساعد ثم يغرس في الاجزاء الرخوة من قاعدة هذه الكتلة سكين بترذا حدين ويقطع به هدبا راحيًا من الباطن الى الظاهر</p>	<p>الثانية الطريقة الهدبية</p>	<p>أصعب منه في غيره هذا الجزء واعلم ان جلد الساعد لا ينكمش الابصعوبة ولذا يلزم سلخه</p>		

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>وقد يمكن فعل هذه العملية أيضا بدلين بان يفعل المجرح هدبا راحيا ثم هدبا ظهريا من الباطن الى الظاهر وتتم العملية كما سبق</p>	<p>ثم ينفذ العظامان كإذ كرناه</p>	<p>ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة الساقية حول العظمين قطعا حقيقيا وينفذ السكين بين العظمين ليقطع العضلات بينهما كما سبق</p>	<p>ثم توصل زاويتي العذب بشق هلالى من الخفاف</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةها	تشرح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
وكيفيةها ان يشق الجلد شقا حلقيا اسفل المفصل بنحو ثلاثة قدرات يطم يجذب الجلد الى الاعلى جذبا قويا	وهذه العملية طريقتان الاولى الحلقية	اعلم ان الطرف السفلى من العضد يتصل بالزند والكعبرة ووسايط الانضمام هى اربطة مقدمة وجانبية وخلفية والمفصل يكون في الجهة الوحشية	تعمل هذه العملية من المفصل العضدى الزندى	فى بتر المرفق
وكيفيةها ان يغرز الجراح سكيناً في الجزء الرخوة اسفل التتوه الانسى العضدى ثلاثة سنتيمتر	الثانية الطريقة ذات الشريحة المقدمة	اسفل من التقو الوحشى العضوى بنحو سنتيمتر ونصف وفي الجهة الانسية اسفل التقو الانسى بنحو ثلاثة سنتيمتر		

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
	<p>ثم يوجه الساعد بقوة الى الخلف لاجل ان تتباعد الاسطحة المفصليّة ثم يقطع وتر العضلة ذات الثلاثة رؤوس من اندغامها على المتواء المرفقي</p>	<p>ثم يسن السكين تقطع الاربطة الجانبيّة والمقدمة</p>	<p>ثم تقطع جميع الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل قطعا حلقيا أيضا</p>
<p>اعلم انه يجب الاحتراس من ثقب جلد الوجه الخلفي عند قطع وتر العضلة ذات الثلاثة رؤوس ولذا يوصون دائما بتوجيه حد السكين نحو التواء المرفقي</p>	<p>ويقطع الاربطة المقدمة والجانبيّة ووتر العضلة ذات الثلاثة رؤوس كما سبق ذكره</p>	<p>ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة التي لم يتم قطعها قطعا حلقيا</p>	<p>ثم يوصل زاويتي قاعدة الشريحة بشق هلالى على الوجه الخلفى من الساعد</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
ويخرج به اسفل الفتوة الوحشى بنحو سنتيمتر ونصف ثم يقطع به شريحة ذات طول كاف				
وكيفية ان يشق الجلد الى الصفاق شقا حلقيما وتقطع الالفة الليفية الضامة للجلد بالصفاق	ولهذه العملية طريقتان الاولى الطريقة الحلقية	جلد العضد ينكمش بسهولة الى الاعلى متى شق وأما العضلات فلا تنكمش الا قليلا لان اغليها مندغم فى العظم	من جسم العظم	فى بتر العضد
كيفية ان تفعل الشريحة من الباطن الى	الثانية الطريقة ذات الشريحة			

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>وقطع الوتر شيئاً فشيئاً منعاً لهذا العارض</p>	<p>وينشر</p>	<p>ثم تقطع الالياف العضلية المرتبطة بالعظم</p>	<p>ثم بعد انكماش الجلد تقطع العضلات السطحية ثم العضلات الغائرة حذراً انكماش الجلد</p>
<p>اعلم انه يمكن اجراء هذه العملية بفعل شريحة وحشية</p>	<p>وينشر</p>	<p>ثم تقطع الاجزاء الرخوة قطعاً حلقياً الى العظم</p>	<p>ثم توصل زاوية قاعدة الشريحة بشق</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكميياتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
الى الظاهر بغرز السكينه فى الاجزاء الرخوة من الوجه المقدم من العضد				
وكيفيتها ان يرفع الذراع على زاوية قائمة على المجدع لتنضح العضلة العظيمة الظهرية والعظيمة المبرومة ثم يغرز امام هذه العضلات سكين ذا حدين وتخرج فى الجهة الوحشية من النتوء الغرابى مباشرة	وتفعل هذه العملية بالطريقة ذات الشمسيتين وهى طريقة (السرفران)	المفصل السكتى العضدى من المفاصل لاينارثروزية أى السلسلة اعنى انه يمكن تحريكه فى جميع الجهات ووسايط الانضمام هى محافظة ليفيه موشحة بحزمة ليفية تنشأ من النتوء الغرابى تنتهى فى المحافظة ويندغم فى رأس العضد العضلات فوق	تفعل هذه العملية من المفصل السكتى العضدى	فى بتر الكتف

المحفوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
وشريحة انسيه ثم بعد ذلك تتم العملية كما ذكر			هـ- لالى من الخلف
اعلم انه اذا كان العمل على الذراع اليسرى فيقف الجراح خلف المريض ويفعل العملية باليد اليمنى واذا كان العمل في الذراع اليمنى فيمكن ان يقف الجراح خلف المريض أيضا ويفعل العملية بيده اليسرى اذا كان مقررنا على استعمالها فان لم يكن مقررنا على استعمالها لزمه ان يفعل الشريحة الاولى اعنى الخليفة العليا بأن يدخل السكين وحشى التواء الغرابي ويخرجه امام العضلة العظيمة	ثم يفتح المفصل ويزلق السكين على الوجه الانسى من العضد فيفعل شريحة ثانية مقدمة وسفلى	ثم يرفع الشريحة مساعد فيكشف المفصل فتقطع المحفظة المفصالية بتحريك العضد حركة رجوية حتى تتوتر قطعها فيسهل	ثم يفعل بها شريحة خلفية وعليا

الزمن الاول من العمليه	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشرح مجراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>كيفيةها ان يفعل الجراح شقا يضايقه في مقابلة النتوء الاخرى وقاعدته في مقابلة الابط وجانبه نازلا بانحراف من النتوء الاخرى نحو الجزء المقدم والجزء الخلفي من الابط وفي هذا الشق يشق الجراح الجدار والاجزاء الرخوة</p>	<p>وبالطريقة البيضية</p>	<p>الشوكة وتحت الشوكة وتحت اللوح وفي الجهة الانسيمة من الرأس تكون الاوعية والاعصاب الابوية</p>		

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
الظهيرية والعضلة العظيمة المبرومة			
اعلم ان قطع الاجزاء الرخوة المحتوية على الاوعية الابطية عند انتهاء العملية انما هو من مخافة النزف الغزير	ثم يدخل السكين في المفصل ويلتقي على الوجه الانسي من العضد وتقطع الاجزاء الرخوة التي لم تكن قطعت في الزمن الاول من العملية أعنى الاجزاء المحتوية على الاوعية الابطية	ويقطعها بالسكين كما ذكرناه في الطريقة ذات الشريحتين	ثم يسليخ شغتها المجرح وتكشف المحفظة المفصالية

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةها	تشریح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
التي تحته بخلاف الابط فانه لا يشق فيه الا الجلد فقط منعا لاصابة الاوعية الابطية				
وكيفيةها أن يشق الجراح شقا حلقيا في الجلد فقط أسفل النتوء الاجرمي بقدر عرض أربعة اصابع ثم يأمر مساءدا بجذب الجلد الى أعلى	وبالطريقة الحلقية			في بتر الكف (تابع ما قبله)

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
	<p>ثم يدخل السكين في المفصل ويرزقه على الوجه الانسي من العضد ويقطع ما يتبقى من الاجزاء الرخوة - هذا ما سبق قطعه</p>	<p>ثم يفتح المحفظة المفصالية ويخلع رأس العضد من تجويفها</p>	<p>ثم يقطع المجراج العضلة الدالية ووتر العضلة ذات الرأسين بانحراف</p>

في عمليات البتر

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
هذا الزمن هو الذي يشق فيه الجراح على ظهر القدم شقا هلاليا تحديده الى الامام حذاء أصل الاصابع فيكون طرفا هذا الشق مقا بلين للفصل المشطى السلامى الاول وللفصل المشطى السلامى الخامس	وتفعل هذه العملية بالطريقة ذا الشريحة الاخصية	وهذه المفاصل لعمية ووسائط انضمامها هي رباط سفلى ورباطان جانبيان وزيادة على ذلك يوجد فى المفصل المشطى السلامى القدمى من الابهام عظمان سمسميان يعوقان احيانا فعل السكين	تفعل هذه العملية من المفاصل المشطية السلامية	فى بتر الخمس اصابع القدمية معا
وكيفيةاتها يشق الجراح شقا على ظهر القدم خلف	تفعل هذه العملية بالطريقة البيضية	عظم المشط الاول من القدم يتصل بالعظم الاسفنى	تفعل هذه العملية عند اتصال عظم المشط الاول	فى استئصال عظم المشط القدمى الاول

التي تفعل في الاطراف السفلى

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
وفي هذه العملية يلزم الجراح أن يضع يده اليسرى على أخمص القدم ويقبض عليه بقوة فيصير ابهام يده وخنصرها في مقابلة المفصل المشطى السلامي الاول والمفصل المشطى السلامي الخامس	ثم يزلق السكين على صفحه في اخمص القدم و يقطع به شريحة أخصية كافية	ثم تقطع الاربطة الجمانية من المفصل الاول والخامس المشطى السلامي ثم يثنى الابهام بقوة لتنتفخ المفاصل فيدخل السكين بينها فيتمكن من قطع الاربطة الاخصية	ثم يوكل الجراح مساعدا يجذب الجمد الى الخاف جدا قويا ويقطع جميع أربطة ظهر القدم بسن السكين
اعلم أنه يلزم في هذه العملية عدم ابقاء العظام السمسمية وان استئصال العظم	ثم يخضع العظم ويزلق المشط تحته ويفصله من عند اتصاله بسلامي الابهام	ثم يقطع الرباط الظهري والرباط الانسي والرباط بين العظمين	ثم يسلم شفتي هذا الشق بأن يخلق العظم بالسكين حتى يفصله عن

اسماء الاعضاء	محل البتر	تشریح جراحي مختصر	الطرق التي تتبع وکيفياتها	الزمن الاول من العملية
	مع العظم الاسفيني	الاول من الخلف ووسائط		المفصل الاسفيني
	العظيم اى الاول	انضمام هذا المفصل هي		المشطي بتقليل يمتد به الى
		رباط أنجسى ورباط أنسى ورباط ظهري ومن الوحشية يتصل بطرف عظم المشط الثاني ويوجد لهذا المفصل رباط بين العظمين		ما بين الابهام والاصبع الثانية من القدم ويحيط به الابهام ويتهى به حيث ابتداء
في بتر المشط القدمي باجعه	تفعل هذه العملية من المفصل القدمي الرسني المشطي	اعلم ان عظام المشط القدي تعد من الانسية الى الوحشية فيقال المشطي الاول والثاني والثالث والرابع والخامس	وتفعل هذه العملية بالطريقة ذات الشريجة الاخصوية المعروفة بطريقة لسفران	وكيفيتها أن يقبض الجراح على أنجس القدم براحة يده اليسرى بأن يضع ابهامها وسبابتها حذاء نتوء العظم المشطي الخامس

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>المشطى الخامس وبقية عظام المشط القدمي يمكن فعلها بالطريقة التي ذكرناها وكذا إذا أريد استئصال عظمين مشطيين قدميين معا يمكن اتباع هذه الطريقة أيضا</p>			<p>عن الاجزاء الرخوة فصلا جيذا</p>
<p>اعلم أن النقط الاهتدائية في بتر المفصل القدي الرسخي المشطى هي من الوحشية نتوء العظم المشطى الخامس ومن الانسية نتوء العظم المشطى الاول ومن حيث ان نتوء العظم</p>	<p>تم يجذب المشط جذبا قويا الى اسفل لتمتداع الاسطح المفصلية فتقطع بقية الارتباط بين العظام ويكمل قطع الارتباط الظهرية والجمانية التي لم يكن تم قطعها في الزمن الثاني من</p>	<p>تم يقطع الرباط بين العظمين الضام للمشط الثاني بالعظم الاسفيني الاول بأن يضع السكين بانحراف سنه الى اسفل والجهة المقاطعة</p>	<p>ثم الارتباط الظهرية من المفاصل القدمية الرسغية المشطية بأن يتبع بالسكين الخط المفصلي مع تذكره أن المفصل</p>

الزمن الاول من العمليه	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
والاول ثم يشق شقا هلاليا تحدديه الى الامام على ظهر القدم وطرفاه مقابلان للتوتونين المشطين الاول والخامس ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة الى العظم		وهذه العظام تتصل من الخفاف بعظام الصف الثاني من الرسغ القدمي فالعظم المشطي الرابع والخامس يتصلان بالعظم السردي والثلاثة الاول بالثلاثة عظام الاسفينية وزيادة على ذلك العظم المشطي الثاني يتصل من المجانب بالعظم الثاني والثالث الاسفيني		

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
المشطى الاول لا يعتبر به الانسان بسهولة احيانا فاعلى المجراح أن يفعل الشق امام نتوء العظم الزورقي بمخضبة ستيتير	العملية ثم تقمح المفصل ويرلق السكين تحت انحس القدم ويقطع به شريحة ذات طول كاف	من النصل الى الامام في المسافة الاولى بين العظام ثم يحرك قبضة السكين حركة ربع دائرة الى الامام فينقطع الرباط بين العظمين بهذه الكيفية	الاسفني المشطى الثاني موجود في شبه نقرة وليس على خط واحد مع المفاصل الاخر بل الى الخلف قليلا

الزمن الاول عن العملية	لطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
		فيصير كانه في شبهه نقرة محدودة من الخلاف بالغظم الاسفيني الثانى ومن الانسية بالاسفيني الاول ومن الوحشية بالاسفيني الثالث ووسائط الانضمام هي اربطة ظهرية عديدة واربطة انحصية قليلة الاهمية واربطة بين العظام قوية جدا ممتدة بين عظام الرسغ والاربعة عظام المسطية الاولى		
وكيفياتها ان يقبض الجراح على القدم	وتعمل هذه العمامة بالطريقة	المفصل الذى بين صفي الرسغ محدود من	تفعل هذه العملية عند اتصال صفي	في بتر المفصل الذى بين صفي الرسغ وهو

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
والنقط الاهتدائية لمفصل صفي الرسع هي من الانسية	وتفتح مغاصل صفي الرسع ويرتلق السكين تحت اخص القدم	ثم يوجه القدم بقوة الى اسفل لتبدأ عسد	ثم يقطع الرباط القنزعي الزورقي

الزمن الاول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
واضعا اليهام يده وسبابتها على نتوء العظم الزورقي وعلى الفتوة المقدم من عظم العقب ثم يشق في ظهر القدم شقا هلاليما تحديده الى الامام واطرافه هــذاه النقطتين الاهتدائيتين المتبين ذكرناهما الموضوعة عليهما اليهام وسبابته يد المجراح	ذات الشريحة الاخصوية وتسمى بعملية شوبار	الخفاف بعظم العقب والقنزعى ومن الامام والانسية بالزورقي ومن الامام والوحشية بالنزدي ووسائط الانضمام هى فضلاعن الاربطة المحيطة بالمفاصل اربطة بين العظام تسمى الاربطة العقبية النزديية الانسية والاربطة العقبية الزورقية العليا	الرسغ معا	المفصل القنزعى الزورقي العقبى التردى (عملية شوبار)
وكيفيتها ان يشق المجراح شقا هلاليما	وتفعل هذه العملية بالطريقة ذات	اعلم ان عظم العقب يتصل بالعظم القنزعى	تفعل هذه العملية عند متصل العظم	فى بتر المفصل تحت القنزعى

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكييفياتها	تشرح جراحی مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
تحديده الى الامام على ظهر القدم امام المفصل القنزعي الزورقي يبتدى به في الجزء الخلفي الوحشى من العقب ويسير به اسفل الكعب الوحشى ثم يمتد به عرضا في اخص القدم على حسب خط وهى ممتد من امام مفصل صفي الرسغ الى الوجه الوحشى من العقب أعنى أمام المفصل العقبى التردى	الشريحية الاخصوية وهى طريقة الجراح (فانق)	بعض اربطة غير مهمة ويرباط قوى بينهما والاوعية القصدية الخلفية تكون في الجهة الانسية من المفصل والعظم القنزعي يتصل من الامام بالعظم الزورقي	القنزعي بعظم العقب	

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
	<p>العظميين أى الرباط العقبي القنزعى والاربطة الاخرى</p>	<p>المفصل العقبي القنزعى فيه قطع العرقوب حذاء مندغمه في العقب</p>	<p>الجزء الملتصق بالوجه الوحشى من عظم العقب ثم يفصل الجزء الملتصق بالوجه السفلى من الانسية بان يحلق سطح العظم لئلا يصيب الشرايين الاخصصية ويلزم الاحتراس عند سلخ الشريحة في الوجه الخلفى من العقب لئلا ينشقب جدار العقب ويلزم في هذا السلخ ان يستعمل مشرط قوى النصل</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
وكيفيتها أن يشق الجراح شقا مشابها لما يفعله في بتر المفصل القنزعي العقبى الذى سبق الكلام عليه الآن الشق يكون أكثر قربا من المفصل القصبى الرسغى	ويفعل بتر المفصل القصبى الرسغى بالطريقة ذات الشريحة الاخصية	هذا المفصل من المفاصل البكرية ووسائط الانضمام هى اربطة جانبية وحشية ورباط جانبي أنسى	تفعل هذه العملية من المفصل القصبى الرسغى	في بتر المفصل القصبى الرسغى
وكيفيتها أن يجذب الجلد الى الاعلى ثم يشق الجراح شقا حلقيا أسفل الحذبة المقدمة من القصبة بسته قرار يبط ثم يسلمح الجلد ويقلبه الى الاعلى كما يقلب الكف	ولهذه العملية طريقتان أولها الطريقة الحلقية	انكش جلد الساق عمر بسبب التصاقه بالصفاق وانكش عضلات القسم المقدم الوحشى اقل من انكش عضلات القسم الخافى	تبتر الساق في المحل الاختيارى اعنى اسفل الحذبة المقدمة من القصبة بثلاثة قرار يبط	في بتر الساق

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
	<p>ثم يقرض السكعين بمقص العظام أو ينشرهما بالنشار</p>	<p>ويرفع الشريحة مساعدو يقطع الجراح الاربطة المحيطة بالمفصل</p>	<p>ثم يسلمخ الشريحة كما ذكرناه</p>
<p>واعلم انه بعد النشر يكون ظنبوب القصبية بارزاً تحت الانسجة فيمكن أن يحدث غنغري ينتها أو تقرحها فيلزم ازالة هذا البروز ينشره بانحراف من أعلى الى أسفل ومن الامام الى الخلف</p>	<p>ثم يدخل رفاة مستوقفة بين العظمين لتقوي الاجزاء الرخوة وقت النشر وينشر العظمين بان يبتدى بنشر القصبية ثم ينتهي بنشر الشطية</p>	<p>ثم يدخل سكين ذو حدين بين العظمين فيقطع به جميع العضلات التي بين العظمين</p>	<p>ثم يقطع جميع العضلات الى العظم حذاء منقلب الجلد</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>وكتبت في كتابها ان يقبض الجراح بيده اليسرى على كتفه من الاجزاء الرخوة المغطية لعظم الشنطية فيغرز فيها سكينها ذات حدين وحشى ظنبوب القصبية بقبراطين فتى خرج منه</p>	<p>ثانيتها الطريقة ذات الشرية الوحشية</p>	<p>واعلم ان المسافة بين العظمين ضيقة جدا في الجزء السفلى من المساق فلا يدخل فيها السكين الا بصعوبة</p>		<p>تابع بتر الساق</p>

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>اعلم انه يمكن فصل الشرية في الجهة المخلفة من الساق بدل فعلها في الجهة الوحشية</p>	<p>ثم ينشر العظمين كما سبق ذكره</p>	<p>ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة الى العظم قطعاً حلقياً وينفذ السكين بين العظمين ليقطع به العضلات بين العظمين</p>	<p>ثم يأمر الجراح مساعد برفع الشرية ثم يشق شقاً هلالياً في الجهة الانسية من الساق ضاماً زاويتي قاعدة الشريجة</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشریح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
في الجزء الخافي من الساق قطع به شريحة طولها اربعة قراريط				
وكيفيتها ان يشق الجراح الجسد الى جزء الصفاق شقا حلقيا ثم يشق شقا عموديا على الشق الحلقى طوله اربعة سنتيمتر في الجهة الانسية من القصبه قريبا من ظنبوب القصبه	وتفعل بطريقة الجراح (لوفوار) وهي طريقة حلقية منوعة		وأعلى الكعبين أعلى في الثلاث السفلى من الساق	
وكيفيتها ان يشق الجراح الجسد شقا حلقيا اسفل	وتفعل هذه العملية بثلاثة طرق اولها الطريقة الحلقية	مفصل الركبة من المفاصل الجراحية أى الرزية	يفعل بتر الركبة من المفصل الغضوى	في بتر الركبة

الزمن الاول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح جراحى مختصر	عمل البتر	اسماء الاعضاء
الرضفة باربعة قرار يـط		ووسائط انضمام عظم الفخذ والرضفة بالقصبة هي الوتر الرضفى والاربطة المجانبيه والاربطة الخلفية والرباطان المتصالبان	التصبي	
وكيفيتها ان تثنى الساق على هيئة زاوية مفرطة ويدخل الجراح السيكين فى المفصل من اول الامراسفة الرضفة	ثانيتها الشرىحة الخلفية	واعلم ان جلد الركبة ينكش كثيرا بعده شقه خصوصا فى الجهة الخلفية من المفصل		
وكيفيتها ان يشق الجراح فى	ثالثها الطريقة البيضية			

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
		<p>المفصل أسفل قمة الرضفة مباشرة</p> <p>ثم يزلق السكين على الوجه الخارجي من الساق ويقطع به من الباطن إلى الظاهر شريحة خافية</p> <p>ثم يفتح المفصل ويقطع الاربطة</p>	<p>ثم يقطع في هذا الجزء الاجزاء الرخوة</p> <p>ويفتح من الامام الى الخلف بقطعه للاربطة المفصالية</p> <p>ثم يوصل قاعدة هذه الشريحة</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>الجزء العلوى المعتمد من الساق شقا هلايما قاعدته مقابلها للنتوات اللقمية من القصبية وقته تكون اسفل اندغام الرباط الرضفى بنحو عشرة سنتيمتر تسلخ هذه الشريحة وترفع الى الاعلى</p>				<p>تابع بتر الركنة</p>
<p>وكيفياتها ان يشق الجلد شقا حافيا فقطع مع الاجمة الليفية الضامة للجناد بالصفاق بسن السكين ثم يجذب مساعد الجلد جذبا قويا الى الاعلى</p>	<p>ولهذه العملية ثلاث طرق أولها الطريقة المحاذية</p>	<p>اعلم ان جلد الفخذ ينكسر بسرعة وأن الطرف محاط بطبقات عضلية سميكه خصوصا فى كل من الجهه الخلفية والجهه</p>	<p>ببتر الفخذ من جسم عظم الفخذ</p>	<p>فى بتر الفخذ</p>

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
		<p>من الامام الى الخلف - هذا الرباط الرضفي</p>	<p>بشق هلال في الجزء الخافي من الركبة</p>
<p>اعلم ان الجراح يقف في بئر الفخذ دائما في الجهة الوحشية من الطرف</p>	<p>ثم ينشر العظم بعد وقاية الاجزاء الرخوة برفادة مشقوقة</p>	<p>ثم العضلات الغائرة - هذا انكماش العضلات السطحية</p>	<p>ثم تقطع العضلات السطحية - هذا انكماش الجلد</p>

الزمن الاول من العمالية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تتميز بجراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
وكيفياتها ان يقبض الجراح على كتلة من الاجزاء الرخوة في الجزء المقدم من الفخذ وينفذ في قاعدتها سكيناً ذا حدين يقطع به شريحة كافية من الداخل الى الخارج	ثانيتها الطريقة ذات الشريحة المقدمة	الانسية		
وكيفياتها ان يقطع الجراح من الداخل الى الخارج شريحة وحشية مستوعبة للاجزاء الرخوة التي في النصف الوحشي من دائرة الفخذ	ثالثتها الطريقة ذات الشريحتين الجانبيتين			

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
		<p>ثم ينشر العظم</p>	<p>ثم ترفع هذه الشريحة الى اعلى وتقطع العضلات التي في الجهة الخلفية من الفخذ مع العضلات الباقية في الجهة المقابلة قطعاً حلقياً الى العظم</p>
		<p>ثم يقلب هاتان الشريحتان الى الاعلى وتقطع بقية الاجزاء الرخوة الى العظم قطعاً حلقياً في هذا قاعاً للشريحتين</p>	<p>ثم يفعل شريحة اخرى انسية في الجهة الانسية من الفخذ</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح مجراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
وكيفيتها ان يشق الجراح جلد الفخذين حلقيا اسفل الشوكة الحرقفة المقدمة العليا بثمانية قراريط ثم يجذب الجاد بقوة الى أعلى	وهذه العملية ثلاث طرق أولها الطريقة الحلقية	المنصل الحرقفي المنخذي بفصل سلس مغرق اعنى اينتروزى ووسائط الانضمام هي محافظة ليفية سميكة متينة جدا ومن الداخل يوجد الرباط المبروم ويوجد أيضا حول هذا المفصل عضلات سميكة مندمجة في المدور العظيم	يفعل هذا البتر من عند متصل رمانة الفخذ بنقرة عظم الحرقفة	في بتر المفصل الحرقفي المنخذي
وكيفيتها ان يغرز الجراح سكين بترذا حدين طويلا أسفل الشوكة الحرقفة العليا	ثانيها الطريقة ذات الشريحة المقدمة			

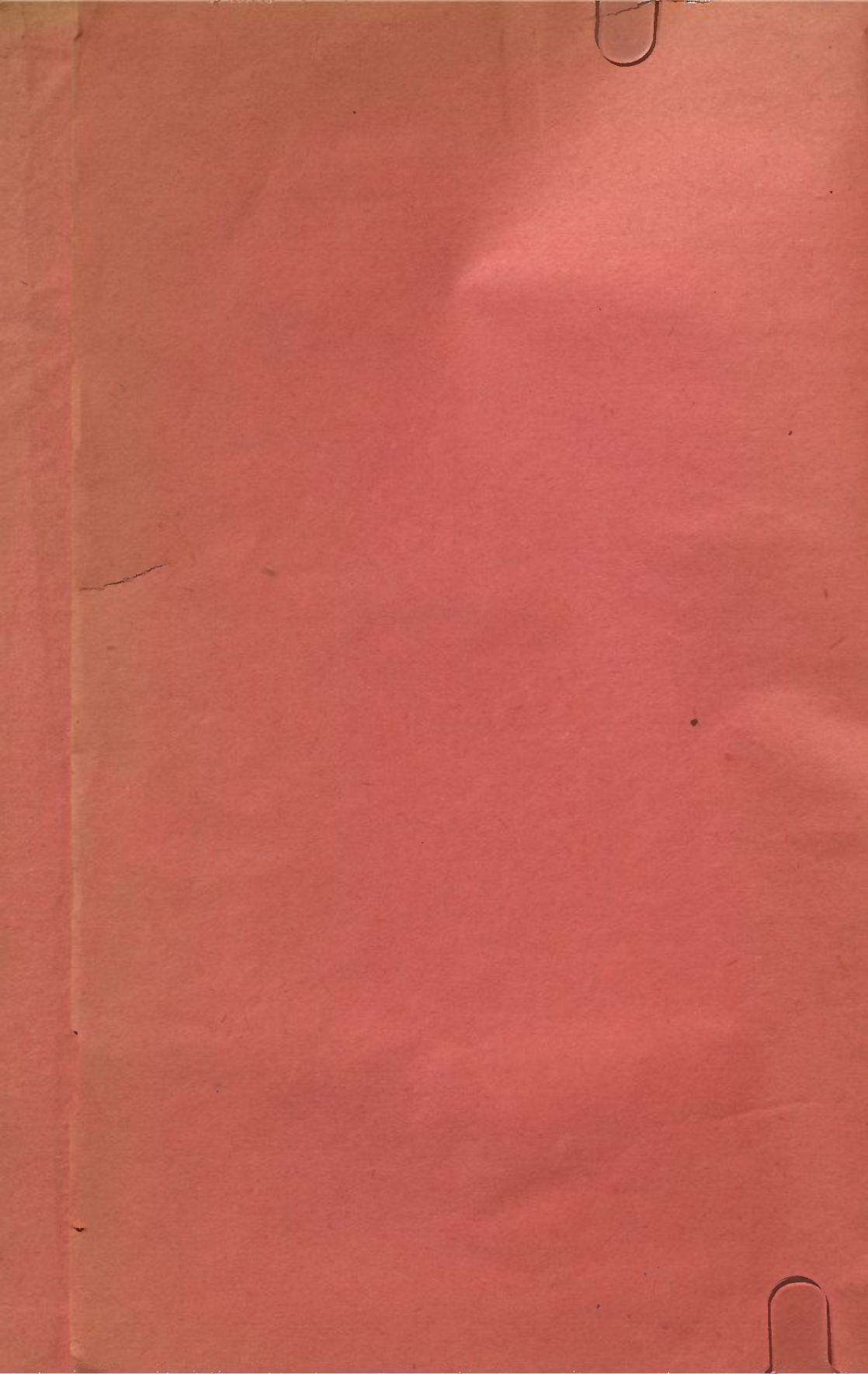
ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
اعلم انه متى فعلت هذه العملية على المحي يجب على الجراح ربط الشريان الفخذي قبل اجراء الزمن الثاني من العملية منعا لحصول النزيف الغدير الذي ربما يهلك المريض	ثم يكمل قطع المحفظة المفصالية من الخلف	ثم تشق المحفظة المفصالية بسن السكين ويخضع الفخذي الى الانسيبة لقطع الرباط المبروم	ثم تقطع جميع العضلات الى العظم في حذاء الجزء الذي انقبض فيه الجلد
اعلم ان الاوعية القخزدية تكون موجودة في الشريحة المقدمة فيلزم قبل الشروع في الزمن الثاني من العملية	ويعرب بالسكين خلف عظم الفخذ ملامسا لسطحه الخافي ويقطع جلد الجزء الخافي من الالية	ثم يخضع الفخذي ويقطع الرباط المبروم ويكمل قطع المحفظة من الخلف ويقطع جميع	ثم تسلخ هذه الشريحة من أسفل الى أعلا لتتكشف المحفظة المفصالية

الزمن الاول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء لاعضاء
<p>المقدمة فيمخرجه على الجزء المقدم من المفصل ويخرج منه في الجهة الوحشية من الحادية الوركية ويقطع شريحة مقدمة ذات طول كاف</p>				
<p>وكيفياتها ان يغرز السكين أعلى المدور الكبير بنحو وثلاثة سنتيمتر فيشق به شق منحرف من الاعلى الى الاسفل ومن الخلف الى الامام على طول الوجه المقدم من المدور الكبير</p>	<p>ثالثها الطريقة البيضاوية</p>			

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
ان تربط		الاندغامت العضائية الموجودة في المدور العظيم	فدشق جزئها المقدم بسن السكين
	تم تخار رأس الفخذ الى الوحشية ويمر بالسكين على الوجه الانسي من عظم الفخذ فتقطع الاجزاء الرخوة الموجودة في الوجه الانسي من الفخذ من الباطن الى الظاهر في حذاء الطرف السفلي من الشقين الذين ذكرناهما في الزمن الاول والثاني	فيصير الشق على شكل رقم ثمانية بالمندى فتسلخ تفتناه لينكشف المفصل فتقطع المحظة والرباط المبروم	تم به على شق آخرية بدأ به من اين ابتداء في الشق الاول ومنحرف من اهلى الى اسفل ومن الامام الى الخلف على طول الوجه الوحشى من المدور الكبير

* (بيان الخطأ والصواب) *

صواب	خطأ	سطر	صحيفة
الابيض	الايص	٢٧	٦
تجاربه	تجارب	٢	٩
شهيقية	شهيقية	١٢	٩
أنبوبة	وأنبوبة	٢٣	١٠
انشاق	انشقاق	٢٧	١٤
الزائدة	أوالزائدة	٣	٢٣
الصفاق	الصيفاق	١	٢٦
المخافة	المخافة	٢	٦٩
بيناه	بيناه	٤	٦٩
العملية	العملية	١١	٧٢
وكيفية	وكيفية	٧	٨١
يجذبها	يجذبها	٢١	٨١
طوليا	طويليا	١٢	٨٨
يجاوره	يجاوره	١	١٤٩
بزلقه	بزرقه	١٨	١٥٧
زاويتها	زاويتها	٧	١٦٨
أريد	ايدر	٢٦	١٧٢
من المنخر	في المنخر	٥	١٨٦
الاستغناء	لاستغناء	٦	١٨٧
لانتقطاع	الانتقطاع	٦	١٨٧
لا	الا	٢٠	١٩٦
اذا	اذ	١٩	٢٣٨
وأما	أوأما	٢١	٢٤٦
القرض	القرض	٢	٢٨٣



Presented to
THE MEDICAL LIBRARY OF MCGILL UNIVERSITY

by

Dr. C. A. Wood-

617.4

A286



THE
MEDICAL
LIBRARY
MCGILL UNIVERSITY
MONTREAL

ACC. NO. **61324** DATE 1947

