

# الراحة في اعمال الجراحة

تأليف السيد أحمد جدى بك جراح باشى

استتالية مصر وخبو حجة مدرسة

الطب نجل المرحوم السيد

محمد على بك المحكم

رئيس الاستتالية

والمدرسة

الطبية

سابقا

\*(طبعة أولى)\*

\*(لا يجوز لاحد طبوع هذا الكتاب ولا يفتد)

\*(طبع بطبعة الوطن بمروسة مصر سنة ١٧٩٧)\*

صفحة	
	*(فهرسة كتاب الجراحة الكبرى)*
١	كلام عمومي على العمليات الجراحية الكبرى
١	في تقسيم العمليات
٢	في الاحوال التي تستدعي العمليات
٢	في عمل العملية
٣	في صفات الجراح
٤	في شروط نجاح العمليات
٦	في عوارض العمليات
٨	في دخول الهواء في الاوردة وقت العملية
١٢	في تهيئة المريض للعملية
١٤	في ازالة الحساسية وقت العمليات الجراحية
١٦	في وضع المريض والمساعدين والجراح
١٦	في منع سيلان الدم اثناء العملية
١٧	في فعل العملية
١٨	القسم الاول من العمليات الجراحية
١٨	في العمليات الجراحية البسيطة
١٨	في الشق
١٩	في كيفية القبض على المشارط
٢١	في كيفية مسك المقص
	في العمليات المركبة
٢٤	في العمليات التي تفعل في انجوع الشريان وفي ربط الشرايين على العموم
٢٦	في ربط كل شريان عن حذته
٢٦	في ربط المجزوع الشرياني العضدي الراسي
٢٧	في ربط الشريان السباتي الاصلي اي الناحر الاصلي
٢٨	في ربط الشريانين الناحرين الظاهر والباطن
٢٨	في ربط الشريان الدرقي العلوي

صفحة	
٢٩	في ربط الشريان الوجهي اى الفكى الظاهر
٣٠	في ربط الشريان اللسانى
٣١	في ربط الشريان القمعدوى
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 الابطى
٣٦	في ربط الشريان العضدى
٣٧	في ربط الشريان الكبرى
٣٨	في ربط الشريان الزندى
٣٩	في ربط الشريانين الكشميين الاصليين
٤٠	في ربط الشريان الكشمى الايسى
٤٠	في ربط الشريان الكشمى الوحشى
٤١	في ربط الشريان الالى
٤٢	في ربط الشريان الشراسينى
٤٢	في ربط الشريان الفخدى
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	في العمليات التى تفعل فى الاوردة وفى معالجة الدوالى
٥٠	في نقل الدم من شخص الى آخر
٥١	في العمليات التى تفعل فى الجوع العصبى وتعلقاته
٥١	في بزل الاستسقاء الخنى

	صفحة
في معالجة الفتق الدماغي	٥١
في الاستسقاء الفقاري	٥٢
في قطع الاعصاب	٥٤
في قطع العصب السنخي السفلي	٥٥
في قطع العصب تحت الوقب	٥٦
في قطع العصب الجبهسي	٥٦
في عمليات العظام	٥٨
في استئصال العظام وقرضها	٥٨
في الآفات الموجبة لقرض العظام أو استئصالها	٥٩
في الآلات المستعملة في استئصال العظام	٥٩
في استئصال عظام الوجه	٦٠
في استئصال عظم الفك العلوي	٦٠
في استئصال عظم الفك السفلي	٦٢
في استئصال عظم الترقوة	٦٣
في استئصال عظم الكتف المسمى باللوخ	٦٤
في استئصال الاضلاع	٦٤
في قرض عظام القص	٦٤
في قرض سنان الفقرات أي نتوانها الشوكية	٦٥
في استئصال وإزالة العضد أي رأسه	٦٥
في قرض جزء من جسم العضد	٦٦
في استئصال مفصل المرفق	٦٦
في استئصال الطرف السفلي من الزند	٦٧
في استئصال البعض من جسم الزند	٦٨
في استئصال الطرف الرسغي من الكعبرة	٦٨
في استئصال الطرف العلوي من الكعبرة	٦٨
في استئصال جسم الكعبرة	٦٨



	صفحة
في استئصال المفصل الكعبرى الرسمى	٦٨
في استئصال العظم الاوّل من عظام المشط وهو المقابل للابهام	٦٩
في استئصال الثانى والثالث والرابع والخامس من العظام المشطية	٧٠
اليديّة	
في استئصال عظام الاطراف السفلى	٧١
في استئصال رأس الفخذ من المفصل المحرق في الفخذى	٧١
في استئصال جسم الفخذ	٧٢
في استئصال مفصل الركبة	٧٢
في استئصال رأس الشظية	٧٢
في استئصال جزء من جسم الشظية	٧٣
في استئصال الطرف السفلى من الشظية اى الكعب الوحشى	٧٣
في استئصال الكعب الايسى	٧٤
في استئصال العقب	٧٤
في استئصال عظام مشط القدم	٧٥
في التربنة	٧٥
في ايكاس العظام	٧٨
في العظام المتكزة اى الميتة	٧٨
في المفاصل الكاذبة	٧٩
في البتر وآلاته	٧٩
في وضع المساعدين اثناء عملية البتر	٨٠
في هيئة الجراح عند النشر	٨٠
في البتر بالطريقة الحلقية	٨٠
في البتر بالطريقة ذات الشرايح	٨١
في البتر بالطريقة البيضاوية	٨٢
في الاساوة بعد البتر	٨٢
في بقر السلاميات	٨٢

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

مجموعة	
١٠٧	في بتر المفصل القصبي الفخذي اى الركبة
١١٠	في بتر المفصل المحرق في الفخذي
١١٢	في أمراض المفاصل وما تستدعيه من العمليات
١١٢	في استسقاء المفاصل
١١٣	في التجمعات القيحية في المفاصل
١١٤	في الاجسام المتحركة التي تحدث في المفاصل
١١٥	في العمليات الجراحية التي تفعل في كل من العضلات والاورتار والصفاقات
١١٥	في قطع العرقوب
١١٦	في قطع بقية أوتار الطرفين السفليين
١١٦	في قطع أوتار الطرفين العلويين
١١٦	في قطع العضلة القصية الترقوية الخشائية
١١٧	في قطع الكتلة العضلية الهجزية القطنية
١١٧	في قطع صفاق راحة اليد
١١٧	في العمليات التي تفعل في الجلود والنسيج الخلوي
١١٨	في معالجة تشوهات الندب
١١٨	في معالجة الاظفار المنغرسه في اللحم
١١٩	في الترقيع
١٢٠	في ترقيع الانف
١٢٢	في ترقيع الاجفان
١٢٢	في ترقيع الشفة السفلى اى تعويضها
١٢٤	في فتح الخراجات
١٢٧	في فتح الخراجات الباردة
١٢٨	في شق الجرة
١٢٨	في العمليات التي تعالج بها الاورام الاتصائية
١٣٠	في معالجة الاكياس

صفحة	
١٣٢	في العمليات التي تستدعيها الاورام الصلبة
١٣٢	في السلع الدهنية
١٣٢	في العقد المتبسة
١٣٢	في الاورام السرطانية
١٣٢	في الاورام الليفية
١٣٢	القسم الثاني من الاعمال الجراحية
١٣٣	في العمليات التي تفعل في العينين
١٣٣	في عمليات الجهاز الدمى
١٣٣	في استئصال الغدة الدمعية
١٣٤	في معالجة الناصور الدمى
١٤٤	حكومة في العمليات التي تفعل لمعالجة الناصور الدمى
١٤٤	في العمليات التي تفعل في الاجفان
١٤٤	في انقلاب الاجفان الى الظاهر المسمى بالايكتروبيون
١٤٦	في انقلاب الاجفان الى الباطن المعروف بالانثروبيون
١٤٨	في اورام المحاجب المتكيسة
١٤٨	في انشقاق الجفن
١٤٨	في استرخاء الجفن العلوى
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

صفحة	
١٥١	في عملية الحول
١٥٥	في العمليات التي تفعل في خزانات العين
١٥٥	في عمارة الكتر كئا
١٥٨	في عملية المحرقة الصناعية
١٥٨	في بزل العين
١٥٩	في استئصال مقلة العين
١٥٩	في وضع الاعين الصناعية
١٦٠	في العمليات التي تفعل في الجهاز السمعي
١٦٠	في عمليات ظاهرا 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 المحيية
١٦٣	في قسطرة بوق أوستا كيوس
١٦٥	في العمليات التي تفعل في الجهاز القمى
١٦٥	في العلة والفح
١٦٨	في ضخامة الشعمة
١٦٨	في عملية توسيع الفتحة القمية
١٦٩	في سرطان الشفة
١٦٩	في أمراض الاعضاء الاعايبية
١٦٩	في نواصير النكفة
١٦٩	في نواصير قناة استون
١٧٢	في استئصال النكفة

	صيفه
في استئصال الاورام التي تحصل في القسم التنكفي	١٧٣
في العمليات التي تفعل في الغدة تحت الفك	١٧٣
في الداء الضفدي	١٧٤
في العمليات التي تفعل في اللسان	١٧٥
في قطع قيد اللسان	١٧٥
في التصاق اللسان	١٧٥
في العملية التي تقتضي اداء التفتحة	١٧٦
في قطع اللسان	١٧٧
في خياطة شق اللهاة	١٧٩
في ترقيع اللهاة	١٨١
في قطع اللوزتين	١٨٢
في العمليات التي تفعل في الجهاز الشبكي	١٨٣
في بواب الحفرة الانفية	١٨٣
في سد المنخرين	١٨٦
في ثقب الكهف الفكي	١٨٧
في العمليات التي تفعل في العنق	١٨٨
في العمليات التي تفعل في المسالك الهوائية	١٨٨
في عملية فتح الحلقوم اى القصبة الهوائية	١٨٨
في القطع المخبري الدرقي	١٩٠
في القطع المخبري القصي	١٩١
في القطع المخبري الدرقي اللامي	١٩١
في قسطرة المنخبة	١٩٢
في جروح القصبة ونواصيرها	١٩٢
في ترقيع القصبة	١٩٣
في العمليات التي تفعل في القناة الهضمية	١٩٤
في قسطرة المريء	١٩٤

	صفحة
في تضاييق المريء	١٩٥
في اخراج الاجسام الغريبة من المريء	١٩٥
في فتح المريء	١٩٦
في عملية الغوطراى ورم المحلوقوم	١٩٨
في العمليات التي تفعل في الصدر	٢٠٢
في استئصال الثدي	٢٠٢
في جروح الصدر المجاثمة	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 المخراجات حول الكليتين	٢٠٩
في أكياس المبيضين	٢٠٩
في جروح البطن المجاثمة	٢١٤
في جروح الامعاء	٢١٥
في الفتوق	٢١٦
في الفتق الاربي	٢١٧
في عملية التفريج عن الفتق المختنق	٢١٩
في شفاء الفتق الاربي بالكليّة	٢٢١
في الفتق الفخذى	٢٢٤
في ردا الفتق الوركى	٢٢٥
في عملية التفريج عن الفتق الوركى المختنق	٢٢٥
في الفتق السرى	٢٢٦
في معالجة الاست غير الطبيعى	٢٢٦

	صفحة
في العمليات التي تفعل في المستقيم	٢٢٨
في عمية ثقب الاست المنسد خلفه	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 الانثيين	٢٤٤
في عملية داء الغيل الصفني	٢٤٨
في العمليات التي تفعل في مجرى البول والمثانة	٢٥٥
في الاجسام التي تقف في مجرى البول	٢٥٩
في عملية بط المثانة	٢٦٠
في انخراج المحصاة من المثانة بالشق	٢٦١
كريمة في طرق انخراج المحصاة من المثانة وكيفية انجاسها	٢٧٦
في عملية تفتت المحصاة	٢٧٨
في العمليات التي تفعل في الجهاز التناسلي من الاناث	٢٨١
في قسطرة الاناث	٢٨١
في شق المثانة من الاناث	٢٨٢
في العمليات التي تفعل في الفرج والمهبل والرحم	٢٨٢
في الناصور المستقيمي المهبلي	٢٨٥
في التواصير المثنائية 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 بالمجتم	٣٠٠
في وضع الجفت على حسب الجيئات بالغمة	٣٠٠
في التوليد الصناعي قبل تمام التخليق	٣٠٣



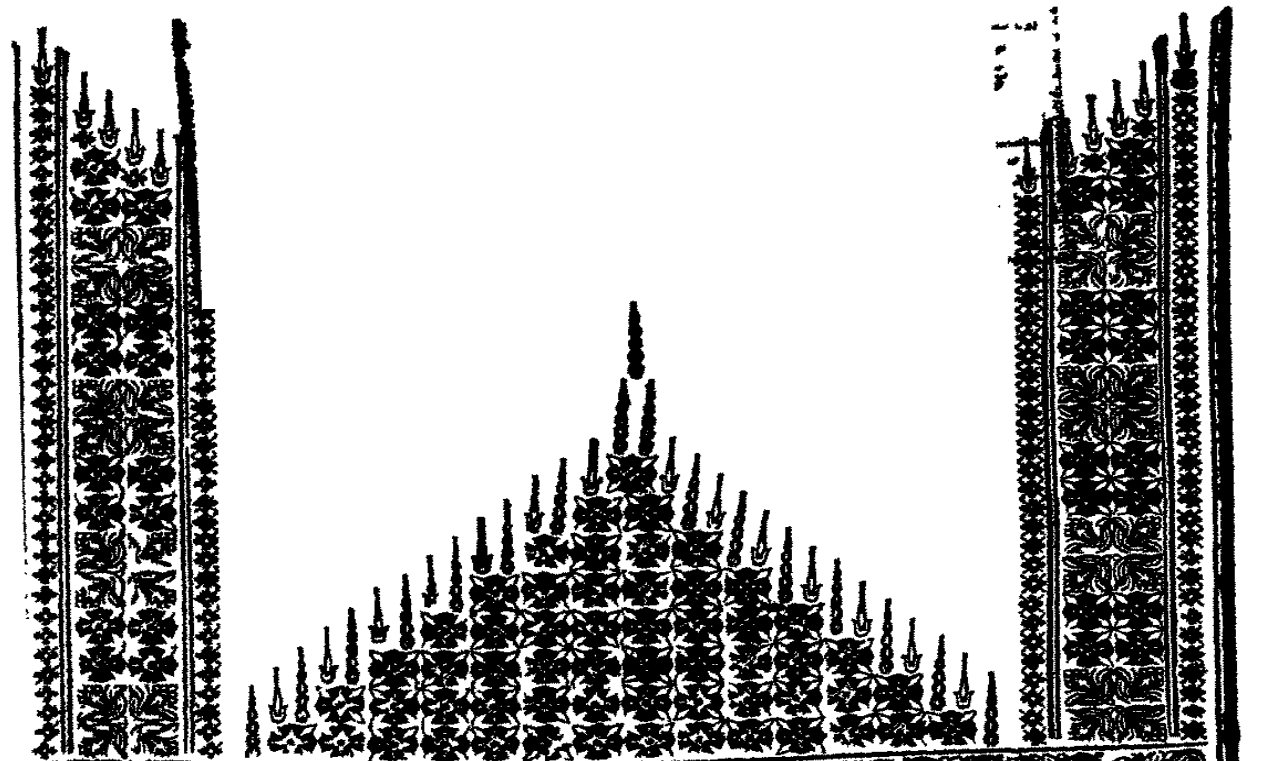
م. ف. هـ

٣٠٤ في شق ارتفاق العانة

٣٠٥ في العملية القيصرية

٣٠٧ في تقطيع الجنين

\* (تم الفهرست) \*



## بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

حمدك يا حكيم صفة لا بد انساودواه \* وشكرك يا منعم يبرى من كل علة ودا \*  
والصلاة والسلام على سيدنا محمد جابر مظالم الامور الصعاب \* وعلى آله  
وأصحابه القاطنين بيواترايمانهم من أعضاء الامجاد الاعصاب \* (أما بعد)  
فيقول المقتدر الى الطاف المعيد المبدى \* راجي فيض انعمه أجد جدى \* انه  
من المبين بغير بيان \* الثابت يدون برهان \* ان أشرف العلوم وأرقاها \*  
وأجلها وأسنها \* ما عز موضوعه \* وشرف مطبوعه \* وفضات نتيجته  
وحسنت غايته \* لاسيما ما تعلق منها بصفة الانسان \* وشفاء الابدان \* لسان  
الكائنات العضوية \* عرضة على الدوام لمصادمة الطوارئ الكونية \*  
والحركة الخيوية \* فمن تم احتياج المرء الى ما يحسم كلومه ويؤاسيها \* ويعالج  
جروحها ويذاويها \* ألا وهو فن الطب الذي تنوعت أساليبه العديدة \*  
واختلفت موضوعاته القديمة والجديدة \* فانه نافع لتداير 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 غصونا مثمره \* وتوعوا امنه أفنانا مزهره \* وما زالوا في هذا الوقت  
لهم في فنونه استكشافات عديدة \* واستقصاءات مفيدة \* كما هو مشاهد  
بالعيان لدى كل انسان \* فقد ارتقت العلوم الطيبه \* من حضيض الضميرين \*  
الى أوج التحقيق واليقين \* فان هذا العصر اختص بتزيد المعارف \* واتسعت  
دائرتها من كل ما هو وطارف \* فقدموا قيس أهلا من الصنائع والفنون  
مالا يحصى \* وليس له أمد وغاية تستقصى \* وهذا أدل دليل وأجل برهان \*  
على أنه قد طاد لها الزمان \* وكل هذا بهمة الخديوي الاعظم \* والداوري المفخم  
من هدت بجباياه فكان بكل محمدا وثناه حقيق \* عزيز مصر محمد باشا توفيق  
أعلى الله كلمته \* ونخلد دولته \* وأدام أيامه \* ورفع في الخافقين أملا له \* قري  
العين يا نباله \* بجاه النبي وآله \*

ولما كنت ممن قرع الطيب مشترك حسه \* واستضاءه خاطره \* بأنوار شمسه \*  
جذوت في ذلك حذو والدي المرحوم السيد محمد علي بك الحكيم طيب الله  
ثراه \* وجعل الجنة مأواه \* رئيس الاسبتياليه والمدرسة الطيبة السالف \* الذي  
طالما على عرجي المنسكبة \* بجزائر العرب \* وربي اللهم الغنيير من قبياه  
التلامذه \* وأطلعهم على دقائق العمليات بالهمة النافذه \* حتى صاروا بحسن  
تربيته أساتذه \* وأقر لهم بالفضيلة من أبناء أوروبا وغيرهم الجهايزه \* ولم تنزل  
تأليفه العديدة تثنى عليه بغير لسان \* وثبت له في جبهة الدهر ذكر احسنافي  
سائر الازمان \* 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 حليت صفحاته برسم الاشكال \*  
اينبوعن مطالعيه خفاء الالتباس والاشكال \* أخذت جله من أعظم المؤلفات  
المحدثه الاوروباويه \* حسب معلوماتي باللغتين الانكليزية والفرنساويه \*  
وأضفت الى ذلك ما شاهدته وأجريت به بنفسي من الاعمال الجراحية \* حين  
كنت أمارس هذه الصناعة في البلاد الاوروباويه \* والتمت فيه من الطرق  
الاشهر المستعمل \* وتركت المستحسن المتبدل \* ولما لاح بدر تمامه \* وعقب

مسك نخباه \* وانك كشفت معانيه لمعانيه \* وضاعت مواده في أفلاك  
 الجراحة كالشموس \* وارتاحت اليه النفوس \* سميته بالراحة في أعمال  
 الجراحة \* وأسألك اللهم أن يكون كتابي هذا مشكاة لمقتنيه \* ونبراسا لمطالعيه \*  
 واهدنا الى ما فيه منفعة لموم الوطن \* انك كريم وهاب المن \* وأفوض  
 امرى الى الله وما توفيقى الا بالله \*

ولما تم طبع هذا الكتاب المستطاب وأشرقت شمس فوائده في أفلاك  
 سماه الالباب \* أرخه بعضهم بقوله

من العليل بان الراحة انطبعت \* وكل سقم بها آياته ذهبت  
 والمحكمة انشروحت من كشف غامضها \* فتوجتها بتاج الفخر حيث بدت  
 لله في جيدها نظم يؤلفها \* على سماه بها الجوزاء قد طلعت  
 كأنها روضة والزهر ميمتم \* تاقى الفرائد في أعلامها نجت  
 قد صاغها الله والتوفيق البسها \* من نور اقباله ثوباه ابتجبت  
 نعم الخديوي الذي قالت مطالعه \* للعين قرى فان العيشة اختصبت  
 أيام اسعاده مدت موآندها \* كأنها بلغت منه للمنى قد صبت  
 كل القلوب لما أضحت مؤرخة \* دنا هناء بها والراحة انطبعت

٥٥٥ ٨ ٦٤٦ ٥٢٢  
 سنة ١٢٩٧

## \* (كلام عوامي على العمليات الجراحية الكبرى) \*

أعلم ان العمليات الجراحية عبارة عن ما يفعله الجراح من الوسائط اليدوية أو الميخانيكية لأجل إزالة تشوه عاقل أو مريض أو لأجل معالجة آفات وأمراض لا تعالج بغيرها من المعالجات البنيية أو الموضعية لعدم نفعهما فيها أو لبطء تبيتهما جدا

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

## \* (في تقسيم العمليات) \*

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

ومنها العمليات المركبة وهي المشتملة على جملة عمليات بسيطة وذلك كعملية الحصى فلهذا تشتمل على كل من ~~إسقاط الحصى والشق~~ وتوسيع الجرح واستخراج الحصى

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

ومنها العمليات غير المتوقعة فعلها وهي التي لا يعلم فيها الجراح ابتداء ما يجب أن يفعل وذلك مثل عملية الفتق المحتقق واستئصال بعض الاورام فان عملية الفتق المحتقق لا يعلم فيها الجراح ابتداء كون الامعاء سليمة أو متغفرة ولا كونها محاطة بكيس فتق أو غير محاطة به

ومنها العمليات الاضطرارية وهي التي يقصدها انقاذ المريض من آفة تضر بالجمجمة كالورم الابيض المتقيح فانه مضر بالحياة فيضطر معه الى عمليته البتر أو استئصال العظم الداخلى في تركيب المفصل وكالبيوليبوس الحلقى فانه يضطر الى ازالته فورا خشية اختناق المريض

ومنها العمليات الاختيارية وهي التي لا يضر عدم فعلها بحياء 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 المخذين من شخص لوجود الانكيلوز فيهما بحيث كانتا منثنتين الى الخلف وما نعتين له من الحركة وحصل على يده الشفاء

\* (في الاحوال التي تستدعي العمليات) \*

الاحوال التي تستدعي العمليات الجراحية هي (أولا) ازالة بعض التشوهات الخلقية مثل العلة 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 والمخسوات المثانية 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 الكثر كفاتها تستدعي عملية الاستخراج أو تحويل البلورية عن محلها الطبيعي

(سابعا) ازالة ما يتولد في الانسجة من الاورام جيدة كانت أو خبيثة (ثامنا) اسعاف المريض وانقاذه من الهلاك المحقق اذا لم تفعل الوسائط اللازمة لنجاته كما يقف الانزفة بربط الشرايين وفتح المسالك الهوائية في الامراض المنجيرية الخانقة والقسطرة وبط المثانة في احتباس البول وازالة الاختناق في الفتق المحتق واشباه ذلك

\* (في محل العملية) \*

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

الاختياري وهو أسفل حذبة القصبة بأربع أصابع وبالجملة يجب في عمليات البتر ابعادها عن الجذع مما يمكن وفي فتح الاورام المحتوية على سائل أن تكون الفخمة في الجزء الاكثر تحذارا لاجل سهولة ترح المواد منها وزمن العملية ينقسم أيضا لي اختياري والى اضطراري فالاضطراري هو الذي يجب أن تفعل العملية فيه فورا انقاذا للشخص من المملاك كن حصل له احتساق من الشجبا أي اعتراض جسم غريب في حلقه وكالنزيف الذي يخشى عليه الهلاك من عذارة النزف والاختياري هو الذي 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 يلتمح فيه الجرح أسرع من التحامه في الاقليم البارد وأيضا من الاقاليم ما يتسلطن فيه بعض الامراض كالطاعون والاسكربوط والحيمات المنغطة التي تتسلطن في البلاد الرطبة الاجامية فهذه الاقاليم يحذر من فعل العمليات فيها واختلاف الفصول له تأثير في نتائج العمليات الجراحية أيضا فاربيع في الاوربا أجود لها من غيره والاجود لها في مصر الخريف وأواخر الشتاء

\* (في صفات الجراح) \*

اعلم انه يجب على الجراح أن يكون حسن الصنعة حاذقا قطينا سريع اليد خفيفها في العمل ما هرافيه وان يتمسك في العمليات بالقوانين الجراحية وان يكون ذا دراية تامة بتشخيص الامراض الجراحية وبمعرفة حدودها وان يكون عالما علما بما يفن الامراض الباطنة اذ قد يكون المرض الجراحي مسببا عن مرض باطني كما انه قد يطرأ على المريض ذلك بعد العملية ويجب عليه بعد كل عملية جراحية أن يتعهد المريض وان يخنار له ما يوافق من الاغذية والادوية مسارعة الى شفاائه وان يجتنب ما يضعفه وما يؤخر شفااه أو يعوقه

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

ان منهم من يعتنى بمرضه اعتناء تاما قبل العملية وبعدها ويتعهد بنفسه  
وهم من لا يعتنى به هذا الاعتناء أو يكمل بعد العملية الى جراح اقل منه  
دراية 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 ارتباط بصحة الشخص العامة وقت العملية  
لا يعدم جسامه العملية ولا بهارة الجراح اذ لا يندرهلاك المريض بعد عملية  
صغيرة جدا لتضاعفها بمرض آخر او لضعف بنيته وقت العملية كما يشاهد ذلك  
بعد استئصال بعض الاورام الصغيرة المتكيسة وبعد عملية الفتق أو المحصاة  
أو ربط شريان مع اجراء العملية بغاية الاتقان فالموت 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 اذا العادة  
ان الدورة تكون فيهم بطيئة ويسبب ذلك لا تتحم جراحه الا ببطء وتكون  
مستعدة للعنقرينة

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 وبيضاء الدورة وضيق النفس وبالقيوس الشبخوني  
ومع ذلك قد يضطر الجراح الى فعل العملية مطلقا لتقاذو المريض من الالام  
فان امراض الرئة الدرنية الشديدة قل ان نجح معها العمليات الجراحية لكن  
قد يضطر الى فعل عملية جراحية وان كان المريض مسلويا  
والامراض الاكثر من النجاح العمات الجراحية من غيرها هي ثلاث  
امراض الكلى المحوية بالبول الزلالي وبالبول السكري ونحوه وصا  
اذا كانت العملية في اعضاء التناسل لان التهاب الموضعي الذي يحصل  
عقب العملية يمكن ان يستحيل الى التهاب منتشر وياخذ شكلا غفريا  
ويجب على الجراح تأخير العمليات الجراحية الاختيارية متى كان الجوفاسدا  
ويعرف ذلك بكثرة المصابين بداء واحد في أى فصل من السنة وكذا مع  
وجود وباء جرى أو امنصاص صديدي وياتي

\* (في الشروط الصحية بعد العملية) \*

هذه الشروط مهمة جدا وهي تتعلق بغذاء المريض ووضعه في مكان تحلى  
عن تراكم المرضى الذين تنه من عفوثة تضرب الجرح بان تختاط بالهواء فتفسده  
وتجعله غير موافق للصحة

فاما غذاء المريض بعد العملية فيكون على حسب قوته وعوائده وسنه  
واهمية العملية

فان كانت صحته نامة وبنيته سليمة والعملية يسيرة كبر اصبع مثلا  
أو استئصال ورم صغير فللجراح ان يسمح لمريضه بنصف غذائه المعتاد  
بعض ايام وانما يمنع من تناول الاشياء الحارة

وان كانت متوسطة لا يسمح له بالاطعمة الصلبة بل يعطى له الامراق  
والسوائل المغذية مدة قليلة من الايام ثم متى زالت الاعراض الالتهابية  
ووجد فيه لياقة للاغذية الصلبة السريعة الانهضام سمح له بها

وان كانت جسيمة جدا وكانت صحة المريض جيدة امره بالامراق النشوية  
والمزورات المركزة البسيطة الى ان يحصل التقم حينئذ يأمر له مع ذلك  
ببعض الاغذية الصلبة كالاسماك واللحوم الخفيفة ثم يج له ما كان يتناول

اولا من الاطعمة المعتادة له

ان 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 بالفواعد العامة بل يأمره بالادوية والاعذية لمنبهة عقب العملية

وبالجملية 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 تاطى المنبهات

وان كان في مريض المريض جرحي تنتشر منه ابخرة مرضية تضر بسير العملية كالمصابين بامتصاص الصديد أو بالحجرة أو التهاب الاوردة أو العفونة المارستانية ويجب على الجراح ان ينحيه عنهم ويجعله في مكان حال منهم لئلا يسرى اليه شئ من امراضهم ويلزم منع خدمتهم الممرضين لهم ان يدنوا من مريض من فعلت له عملية جراحية ان تيسر ذلك ويلزم ان لا تستعمل له ادوات اسواتهم فان فجاج 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 الميكانيكية المعدة لتجديد الهواء ويلزم ان يكون فراش كل منهم بعيدا عن فراش الآخر وان يمنع تراكم المرضى في العنابر فان ذلك من جملة الاسباب المعسدة للهواء بواسطة كل من التنفس ومن التصاعدات الحيوانية العفنة من الجروح المتقيحة

\* (في عوارض العمليات) \*

هذه العوارض هي نفاد الروح العصبي والنزف والغنغريته والتيتنوس والالتهابات الحادة الباطنة وامتصاص الصديد والالتهاب المنتشر والحجرة الالتهابية ودخول الهواء في الاوردة

\* (في نفاد الروح العصبي) \*

لهذا العارض جملة اسباب وذلك انه يتسبب عن ثقل العملية 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 أي المزيلة للعساسة

\* (في النزف الجرحي) \*

النزف الجرحي الذي يمكن ان يهلك المريض هو الذي يحدث عنه انحاء شديدة ومن المعلوم ان المرضى الذين يغزرونهم نزف الدم يكون شفاؤهم بطيئا ومجريا في الغالب بامراض تعرض لهم فلا يتدر حينئذ موتهم بعد جمعتين أو ثلاث والنزف الذي يحصل بعد دمى بعض ساعات أو بعد دمى يوم أو يومين من العملية يتسبب عن عدم ربط الاوعية الدموية وربطاجيدا أو عن كون بعض هذه الاوعية انما تمتنع نزفه وقت العملية لمحصل التأثير العصبي ثمنا 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 ويصير المريض عرضة للامتصاص الصديدي والالتهاب المنتشر

\* (في الالتهابات الحادة) \*

فعل العمليات الجراحية مع وجود التهاب لم يخطر ببال من ذلك كالالتهابات الحادة لكل من المفاصل والاوردة وكالحجرة فلا تفعل عملية جراحية مع شيء منها الا عند الاضطرار لحفظ حياة المريض وانتاذه بهما من الهلاك وخطر العمليات التي تفعل مع وجود التهاب حاد هو امتصاص الصديدي فان الدم يتعمل بمواد فيحياة 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 العتق المختنق بسبب انضغاط الامعاء

\* (في التيتنوس) \*

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

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

\* (في الالتهابات 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 بالحنق 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 التربة أية 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 تصبه أمراضاً خطيرة أيضاً 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 تقيية يجب ان يعرفها الجراح ليحذرها وأول من شاهد دخول الهواء في الاوردة الجراح (بوشين) الفرنسي سنة ١٨١٨ مسيحية في اثناء استئصال ورم عظيم الحجم كان شاغلاً للكتف الايمن فدخل الهواء في الوريد الوداجي الانسي اثناء العمل ومات المريض بعد ربع ساعة من العملية

وقد فعلت تجارب عديدة في الحيوانات بفصد مشاهدة نتيجة هذا العارض فاتضح 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 (زلالوا) 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)  
الانسكابري فانه حثن في الوداج من كلاب متعددة مقدار ثلاثة قراريط  
مكعبة من الهواء ولم يتسبب عن ذلك هلاك شئ منها فلم يحصل لها الا مجرد  
التأذي وقد اوضح هذا الجراح ان الموت في هذه الحالة مشروط بغورية  
دخول الهواء في حثن مقدار منه ولو قليلا دفعة فانه يحصل عنه الموت بخلاف  
ما اذا كان الحثن ببطء ولومع كون مقدار الهواء كثيرا لان الدم في هذه الحالة  
يذيب الهواء ويخرجه

ثم ان دخول الهواء في الاوردة يوجبها ازير ينبه الجراح على هذا العارض  
ويختلف هذا الازير باختلاف سعة الوريد ومجلسه ويمتزج الهواء بالدم  
فتكون عن ذلك فقاعات صغيرة تشاهد على فوهة المجرح 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  
فعله 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 منتظما وقوة وان التجاوب الرئوية  
وان كانت ممتلئة لم يزد قدها 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 الانغماء والاختلاجات  
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 المجرح  
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 سريعا مع الضعف ثم الموت أما فجأة أو بعد زمن يسير ثم ان دخول الهواء في الاوعية الرئوية وان نجامة المريض يكون سببا مهيئالا لتهاب رئوي أو شعبي شديد يهلك منه المريض كما حصل ذلك على يد كل من الجراحين (رو) و (ملجين) ودخول الهواء في الاوردة يحصل دائما عقب كل حركة شهيق بخلاف حركات الزفير فان الاولى يحصل بها في تجويف الصدر وخصوصا 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 ضغطا جيدا يقلل حركات التنفس فقد شاهد الجراح (ايريكسنس) في كلب امتناع دخول الهواء في الوريد عند ضغط صدره ضغطا شديدا ودخوله في الوريد فجأة عند عدم هذا الضغط فلذا كان من الواجب على الجراح اذا اراد فعل عملية حول العنق أو في قبة الصدر ان يضغط الصدر ضغطا شديدا حتى يقل تنفس المريض جدا ويديم ذلك الضغط حتى تنتهي العملية وتوضع ادوات الاساوة اللازمة

(في المعالجة الشفائية) استعمل الجراحون طرقا عديدة في معالجة دخول الهواء في الاوردة الا انها لم يكثر نجاحها لثقل هذا العارض والذي يظهر ان شفاء المريض في بعض الاحيان منشأؤه عدم دخول المقدار اللازم من الهواء لملاكه لا استعمال هذه الوسائط العلاجية لكن مع ذلك ينبغي ان تذكر هذه الطرق فنقول هي مص الهواء من اذينة القلب اليمنى وضغط الصدر فقد اوصى كل من الجراحين الفرنسيين (اموسا) و (بلاندين) بان يدخل في الوريد المصاب وانبوية حقنة أو قساطير انثى أو انبوية مرنة ان كانت سعة فتحته كافية لذلك والافتحت 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 (بزدي) يكفي ضغط  
الصدر ضغطا شديدا و اوصى الجراح (وارين) بقصد الشريان الصدغي  
او الفتح القصي او استعمال الادوية المنبهة على حسب حالة المريض  
واما المعالجة انى اوصى بها الجراح (ايريكنس) فهي ان يجعل وروو الدم  
الى الدماغ كافيًا في منع الانحاء وان تفعل الطرق اللازمة في استدامة فعل  
القلب الى ان تزول الانسدادات من الاوعية الشعرية الرئوية  
ولتبته 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 بالقم وحده فيزداد الخطر على المريض  
واما ضغط الصدر فانما يتفجع قبل اصابة الوريد ومتى دخل فيه الهواء فان  
الضغط واوشديدا جدا لا يخرج من القلب بل قد يحصل عن هذا الضغط  
خطر لانه يزيد في ضعف الحركات التنفسية الذي تحصل 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 يتفجع في تفريغ القوم الايمن من القلب كما اوضح  
ذلك كل من الجراح (جون ويد) الانجليزي والجراح (كورماك)  
واما القطع القصي فلان فائدة فيه لان تعطل التنفس ايسر ناشئا من انقصبة  
بل من تعطل فعل القلب  
واذ قد اوضحنا ان هذه الوسائط غير جيدة فينبغي لسان 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 او يربطه ان امكن وبالجمله 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 تتحول كمية الدم المعدة للدورة الى الدماغ فقد اوضح الطيب (مرسيه) ان الموت عقب دخول الهواء في الاوردة مسبب كالاغناء الشديد عن عدم وروده مقدار كاف من الدم الشرياني الى كل من الدماغ والمراكز العصبية فان لم يكن ضغط الاورطا البطني وجب على الجراح ضغط الشريانيين الفخذيين حالة كون المريض راقدًا منخفضة الرأس ليسهل توارد الدم من الاسفل الى الاعلى

ثم يجب فعل التنفس الصناعي بالمنفاح المعد لذلك أو بالغم ايستديم فعمل القلب فيزول 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 الغلي بالايدي وانشاق روح النوشادر للمريض مدة فعل التنفس الصناعي وبالاختصار يجب على الجراح متى اضطر الى فعل عمية 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 والمحل المريض برباط

\* (في تهية المريض للعملية) \*

متى تحققت الجراح لزوم عمية وجب عليه ان يخبر المريض بذلك وان يوضح له الاسباب المحاملة على فعلها وان يشجعه ويبشره بالشفاء وان يذكر له أوريه ان يسر من فعل له مثل هذه العملية فصل له الشفاء ويخبر قراياته أيضاً بلزوم العملية ليرضى جميعهم بفعلها فلو فرض 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 يسغ له فعلها



## الابرضى المريض

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

ومن هذه العمليات ما لا تنبغي المبادرة بفعله بل يبدأ قبله بتعديل بنية المريض فان كانت معتدلة قلل غذاؤه في اليوم الذي يعقبه يوم العملية وقصد فصدا عاما أو وضعيا ان كان مزاجه دمويا

واما ان كانت بينه ضعيفة فتجب تقويتها قبل يوم العملية أيضا بالاغذية المقوية ويعطى للعصبين مضادات التشنج أو المسكات ولين به امساك المسهلات المحمية فان كان الجراح متوقعا حصول احتقان مخي بعد العملية أمر للمريض بالايترن القديمة 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 فهي ان يتنظف الجزء المريض تنظيفا جيدا بالغسل ويحلق ما يكون عليه من الشعر

ومتى تمياً الجراح للعملية وجب عليه النظر في لوازمها وهذه اللوازم هي ان طاولة العملية تكون مثبتة تثبتا جيدا ويكون ارتفاعها بقدر الاحتياج وعاليها فراش جيد ووسائد كافية ويكون النور كافيا وان توجر هناك طسوت متعددة رما حار و رما بارد ومتى ظن ان العملية يحصل معها نزف دم كثير لزمه ان يحتفظ على طسوت مملوءة رما دا أو رما لا أو نسارة خشب ليملئ في ذلك الدم ثم يتصفح الآلات التي احضرها المساعدون ليعلم اهي كافية

جيدة للعمل مرتبة على حسب طلبها واحدة بعد الاخرى ام لا والاحسن ان تكون هذه الآلات زائدة العدد مما يحتاج اليه اثناء لتعطل اثناء العملية ثم تغطي بحومنديل لثلايفزع المريض من رؤيتها ويجب أن يكون مقدار المساعدين كافيا وان يكونوا عارفين بكيفية اجراء هذه العملية ليتأهب كل منهم لاداء وظيفته باثنتان 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 بتظنر أو غيره ويجب على الجراح أن لا ينسى وقت العملية انه مسؤول عن حياة المريض التي صارت في قبضته وأن آلايه كما قال الجراح (جرانت) الانسكايزى محاطة بالموت من كل جهة ليستحضر جميع معارفه ولا يلتفت الى شئ آخر بل يفعل ما يكون نافعاً للمريضه

\* (في ازالة الحساسية وقت العمليات الجراحية) \*

قد اشتغل من زمن قديم الجراحون وغيرهم بمايزيل الحساسية حالة العمليات وكانوا يستعملون في ذلك المخدرات لكن لما كان تأثيرها لا يستمر ويخشى منه الضرر رفضوا 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 أبخرة أو كسيد الازوت وأول من استعملها أطبا الامر يقاثم (هراس وياش) طيبب الاسنان عند قلعها لكن لما كان تأثيرها لا يستمر أيضا استبدلها تليده (مورتون) في نلع 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) الانسكايزى في سنة ١٨٤٨ خواص (الكالوروفورم) فهو أكثر مزيلات الحساسية استعمالا الا أن تم انه لا ينبغي استعمال مزيلات الحساسية في أمراض القلب وخصوصا اذا كان فيه استحالة شحمية مخافة أن تعطل فعله فيكون ذلك سببا لهلاك المريض ولا ينبغي انشقاق ابخرة (الكالوروفورم) للدمويين وللمستعدين للاحتفانات

الخفة 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 والاعغاء

أما الموت بالكوما أى السبات فيشاهد فيه ان المريض يتنفس بصوت  
ويزرق وجهه ويتشنج مع استمرار ضربات القلب الى آخر درجة والمهالك في  
هذه الحالة مسبب عن جريان دم اسود في المراكز العصبية

والموت بهذا العارض يحصل لاصحاب الصرع ولمن يكون بوله مشعابا لا ورية  
أى البوليين

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

وأما الموت بالاعغاء فيبهت فيه لون المريض بعد أن يشهق بعض شهقات  
ثم يغمى عليه ونصير ضربات نبضه غير منتظمة مدة يسيرة ثم تبطل والموت  
في هذه الحالة مسبب عن تعطل القلب

ومتى شاهد الجراح من (الكور وفورم) العوارض المخطرة لزمه أن يسادر  
(أولا) بمنع استنشاقه

(ثانيا) بامسالك اللسان أما باليد أو بمشبك أو جفت واخرجه من الفم ودفع  
المخبرة الى الاعلى لاجل ان ينفث المزمار

(ثالثا) بفتح الابواب والشبابيك ليتجدد الهواء ويمنع ازدحام المحل بالناس  
لا سيما حول المريض

(رابعا) بفك ملابس وتعرض عنقه مع صدره للهواء

(خامسا) بفعل التنفس الصناعي على الفور وكيفية ان يضع الجراح فيه في  
فم المريض وينفخ أو يضغط صدره ويتركه مرارا متتابعة

(سادسا) 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 بتبريد هذا الجزء بخلط مبرد أو بتبخيره بالاتيرالثني وهذا انما يفعله في العمليات الصغيرة أو عندما تكون ازالة الحساسية العامة متعذرة أو خطيرة ويستعمل في ذلك جهاز (ريشارسون)

\* (في وضع المريض والمساعدين والجراح) \*

يلزم ان يكون الجزء المراد فعل العملية فيه متضحاً ممتصاً كما 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 المادة غيره مؤلمة البتة ثم يلزمه ان يثبتته على هذا الوضع تثبيتاً جيداً ولومع التحقق من شجاعته فانه يندر ان يتحمل العملية بلا تحرك ثم يجعل الجراح كلاماً 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 العمليه) \*

من العمليات ما يجب فيه الاحتراس من سيلان الدم كالبترو واستئصال بعض الاورام فأن النزف في هذه الاحوال يعطل عمل الجراح ويضر حياة 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 بقفاً وقتياً حتى انتهت العملية وترك هذا الضغط عرف الشريان الذي منه النزف فربط على الفور ولا كذلك الربط قبل العملية وبالاحتصار لا ينبغي ربط الشريان قبل العملية الا متى تعذر الضغط أو لم يمكن استمراره مدة طويلة كما في استئصال الاورام الغائرة من القسم النكفي 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 بتيت)  
والملوى لثلاث تعب المساعد المنوط بالضغط وتخذ رأسابعه 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 اثنو متر أحد  
طرفيها مثبت فيه مشبك وفي الاخر حاقنة وكيفية استعمال هذا الجهاز ان  
يعصب الجراح بالرباط العضو جميعه من طرفه الى أصله تعصبا حلزونيا  
متينا لينعاق كل من المذورة المويديقوالهريانينقطة بالضغط أو تقع من الرباط  
عليه ثم متى وصل التعصيب الى أصل الطرف أحيط العضو بالقطعة المستديرة  
التي من الصمغ المرن احاطة قوية أيضا وثبتت هناك يجعل المشبك في الحاقنة  
ثم رفع الرباط المحلزونى عن الطرف وفعلت العملية بدون نزف شئ من الدم

\* (في فعل العملية) \*

يجب أن يفعل الجراح الشقوق اللازمة مع غاية الاعتناء بحيث لا يحدث  
بسببها تهتك عظيم ولا يكون لها ذنب لا من مبدئها ولا من منتهاها وان تكون  
حركة آلتها منشارية لا ضغطية وان يقطع على حسب مقاومة الانسجة تارة  
مع الاتكاء واخرى مع الحففة 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 يخيظ  
ثم يضع الاساوة

فان كان الجرح صغيرا وانقطع كل رشح دموي أمكن ضم شفتيه حالا وان كان متسعا بجروح البتر فالجراح (ايريكسن) الانسكايزي يستصوب تبعا للجراح (لستون) أن يترك مفتوحا مدة ساعتين أو ثلاثة مع وضع رفادة مبدلة بين شفتيه وبعد مضي هذه المدة ترفع الرفادة وينظف من التجمدات الدموية بخفة ويضم بالخياطة وتوضع عليه أشربة طويلة من اللازوق ثم تفعل الاساوة المعتادة ويجب أن يوضع الجزء الذي فعلت فيه العملية بكيفية بها يكون أحد طرفي الجرح منحدر اليسهل خروج السوائل منه ولا ينبغي تغيير أول اساوه الا بعد ثلاثة أيام عندما يحصل الالتهاب التغيبي

ومتى حصل التفج في الجرح وكان الفج غزيرا وجب 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 اللحمية الالتفات الكلي الى سير الجرح فان أغلب التشوّهات التي تحصل بعد الالتئام ناشئة عن عدم الاعتناء بالجرح مدة تكون الاضرار اللحمية

فهذا ما يتعلق بالعمليات الجراحية على طريق الاجال ولنتبع ذلك بالكلام عليها على طريق التفصيل فتتول

### \* (القسم الاول من العمليات الجراحية) \*

سنذكر في هذا القسم العمليات التي نعمل في كل من المجموع الشرياني والعظمي والعضلي والمجلى

### \* (في العمليات الجراحية البسيطة) \*

ودسبق لنا تقسيم العمليات الجراحية الى بسيطة ومركبة فن البسيطة الشق والضم والاستخراج والتديد والردو والمخف وغيرها وأما المركبة فهي المشتملة على جملة عمليات بسيطة كما تقدم ولنبدأ بالكلام على العمليات البسيطة فنقول

### \* (في الشق) \*

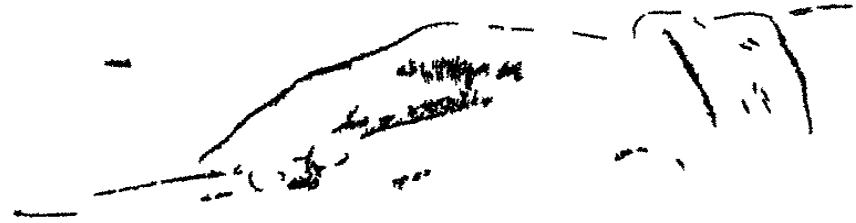
هو تقرييق انصال طولها أكثر من عرضه يعمل بالآلة فاطعه وأكثر ما يسعمل

قبة من الآلات المشارط وسكاكين البتر والمقصات  
وتنقسم المشارط باعتبار شكلها إلى جله أقسام فمنها المستقيم والمحاد الطرف  
ومنها المحذب والمقعر كذلك ومنها ذوا الزر ومنها ما كان أو محذباً أو مقعراً ومنها  
ذو الغناة الذي يستعمل في عملية الناصور الذهبي  
وتنقسم المقصات بهذا الاعتبار أيضاً إلى حاد الطرف وإلى غير حاد وإلى  
مستقيم وأزور ومنحن  
وتنقسم سكاكين البتر إلى ذى المحد الواحد وذى المحدين

\* (في كيفية القبض على المشارط) \*

نمسك المشارط في عملية الشق بكيفيات متعددة متفرعة عن كيفيتين رئيسيتين  
احدهما كون يد المشرط داخل راحة الجراح والآخرى كونها خارجها  
فكلاهما اثنتين الكيفيتين اقساماً خمسة فرعية بحسب وضع حد المشرط  
وكيفية أمسأكه بالأصابع  
فالأولى (شكل ١) أن يمسك كما تمسك سكين المائدة فيجعل حده مما يلي

(شكل ١)



الاسفل ويوضع من عند اتصال المقبض بالنصل بين الإبهام والوسطى  
من يدا الجراح وتجعل السبابة على ظهر النصل وتثبت المقبض في الراحة بالبنصر  
والمخنصر  
والثانية (شكل ٢) كالأولى إلا أن حد النصل فيها يكون إلى الأعلى

(شكل ٢)

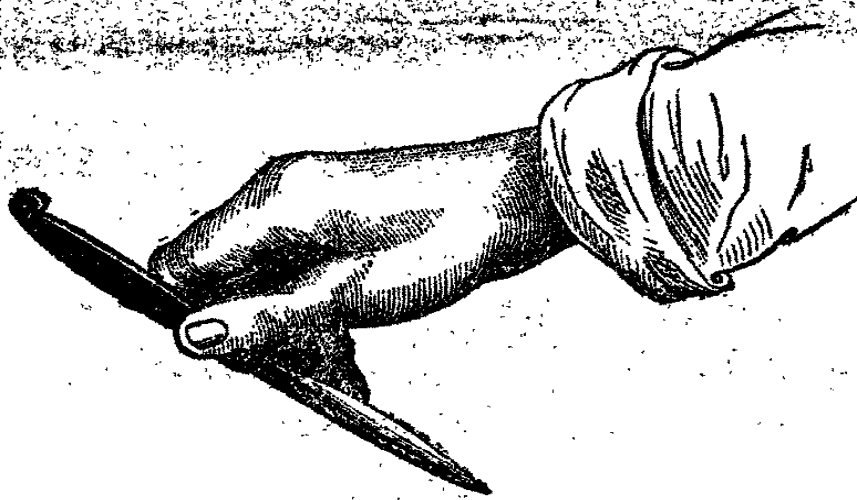


(٣٠)

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



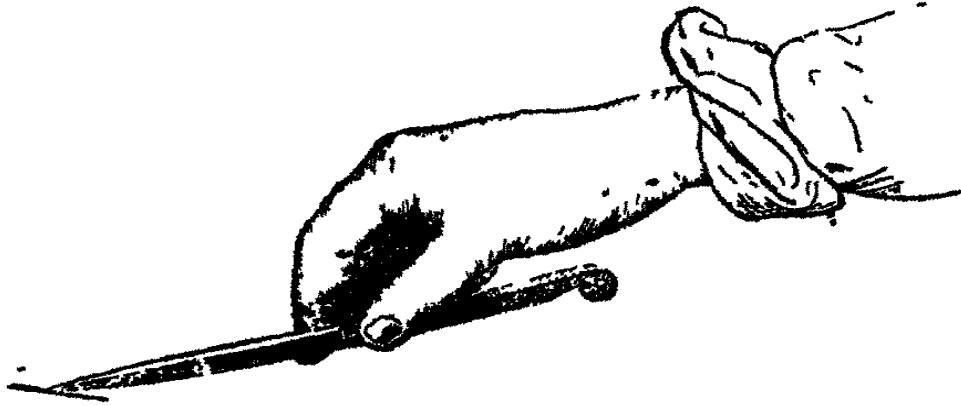
والراحة ويتم ذلك بوضع كل من الابهام والسبابة عند اتصال النصل  
بالمقبض ووضع الوسطى على صفح النصل بعيدة عن سنه بمسافة تختلف  
باختلاف الغرض وجعل البنصر والمخنصر واسطة ارتكاز  
الرابعة أن يمسك كقلم الكتابة أيضا الا أن حده يجعل مما يلي الاعلى  
(شكل ٤)



ومتجه الى ظهر الكف ويمكن أيضا مسك المشرط 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 صفح النصل والبنصر  
والمخنصر على الجانب الوحشي من المقبض

(شكل ٥)





\* (في كيفية أمسك المقص) \*

ليس لامسلكه الاطريقة واحدة وهي أن تدخل الابهام في احدى حلقتيه  
والبنصر في الثانية ويثبت فرعاه ببقية الاصابع

\* (في الشقوق البسيطة) \*

هذه الشقوق هي التي تعمل في زمن واحد ويصعب اتجاهها ابدأ وخالها  
مستقيم ويتدر فيها الملالي 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 a هيئة  
صليبية T أو بيضاوية o أو هلالية أو مربعة >

واعلم ان الشق يعمل أما من الظاهر الى الباطن أو بالعكس  
وان الاول يفعل بواسطة كل من المشرط المستقيم والمشرط المنحذب الا ان  
الاصوب في السطحى والمستدير من الشقوق استعمال المنحذب

وأما الثاني أعني الشق من الباطن الى الظاهر فيستدعي استعمال مشرط  
مستقيم حاد الطرف أو ذى زرثمان كانت هناك فتحة من قبل فلا بد مع ذلك

من استعمال مجس قنوى

## \* (في البط أى البزل) \*

البط غرز آلة حادة مستديرة أو مفرطحة أو مثانة في جزء رخو والآلات التي تستعمل فيه هي الآلات البازلة والمشارط والمباضح والابرونحوها والبط يفعل من الظاهر إلى الباطن وبالعكس والغرض منه أما بتسد أشق لان أغلب الشقوق يتسدى فيها الجراح بغرز آلة في العضو الذي يراد شقه وأما استمراغ غازات أو سوائل وأما استقصاء كما في الأورام التي تلتبس طبائعاها على الجراح فإنه في هذه الحالة يفعل البط ليعرف ذلك فيعالج كالأورام بما يوافقته

## \* (في النزع والتزريق) \*

النزع هو اقتلاع الأجزاء وفصلها عما تكون ملتصقة به أو منغرسه فيه باجتذابها بعد أسا كها بقوة والتزريق نزع جزئى يفعل إما بالحقن أو بالجس القنوى أو بالمروق أو بالأصابع

## (في الربط)

الربط هو لف الخيط على أصل ورم أو عضو وشده به شدا ونيفا لينقطع أو يموت فينفضل ويسقط ويختلف الخيط فيكون من التيل أو من الحرير وقد يكون معدنيا وهى كان الجزء الذي يراد ربطه مغطى بالجلد لئلا يمتد شق هذا الجلد أو لا بالمشروط ليكون الربط متيناً مع عدم تألم المريض وسرعة العمل وقد يستبدل شق الجلد بالمشروط بنغمس الخيط قبل العملية في محلول كاو وعندما تصنعون فاعدة الورم اعرض من قته يلزم ان تعرس فيها ابراً ودبايس ليسهل ربطه بهذه الوسطة فان كان الورم عظيم الحجم لا يمكن ربطه بخيط واحد نفذت فيه ابرة فيها خيطان وربط كل من نصفه على حدته

## \* (في طرق شدا الخبط) \*

متى كان الورم في جزء غائر ضيق خفي كما في بعض التجاويف استعمل لشدا الخبط آلات مخصوصة تعرف بالآلات الشادة للعقد وهى 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 تفريغ كل من حافتي الجرح الى الآخر اما بواسطة خيوط أو بواسطة دبايس أو ابر وانواعها كثيرة

فمنها الخياطة اللقية التي تفعل بدبايس مستقيمة غير سريعة الاعوجاج وكيفية ان تقرب كل من حافتي الجرح الى الاخرى ثم ينفذ فيها الدبوس مسكاً بالابهام والسبابة أو بجفت مخصوص ثم يوضع الجراح الخيط تحت طرفي الدبوس ويوكل بامساك طرفي الخيط مساعداً ويشدهما شداً خفيفاً لئلا تتقارب الحافتان ثم ينفذ فيها ما دبوساً آخر وهكذا على حسب طول الجرح ثم يأخذ طرفي الخيط من المساعدين فيصاليهما امام الدبوس الاول ثم يمر بهما تحت طرفي الدبوس الثاني بحيث يشكون من تضائهما صورةً مماثلية بالرقم الافرنكي ولا يزال كذلك حتى ينتهي

ومنها الخياطة المرودة وهي التي تفعل بابراما مستقيمة واما نخية بان ينفذ في الابرة خيط مزدوج بحيث يكون شبه عروة ثم تنفذ في الانسجة ويوضع بين الجلد والخيط ريشة أو قطعة ملفوفة من الدباخلون ثم يبعد طرفي الخيط اللذان على الجانب الآخر ويعقدان أيضاً على ريشة أو على قطعة ملفوفة من الدباخلون

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

ويلزم في هذه الخيوط ان لا يلامس شئ من الدم على سطح الجرح بل نعقد على جانبه

## \* ( في المضام الدقيقة ) \*

هي آلات تضم بها الجروح اخترعها الجراح (فيدال دو كاسيس) ليست  
الاجفوتاً صغيرة من النحاس أو الفضة تنفتح بضغط أو ساطها وتنطبق بزوال  
هذا الضغط وكيفية استعمالها ان تقرب كل من حافتى الجرح الى الأخرى  
ثم تمسكهما بالمضم

## \* ( في الرد ) \*

الرد إعادة العضو الزائغ الى موضعه الذى زاغ عنه كإعادة الامعاء الى تجويف  
البطن بعد خروجها منه فى الفتوق وإعادة طرف العظم المفلوج الى مكانه  
الأصلى وإدخال المعى المستقيم بعد دخوله وجهه ونحو ذلك

## \* ( في الاستخراج ) \*

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

## \* ( في الزرق والمحقن ) \*

الزرق عملية يقصد بها إدخال سوائل مختلفة التركيب فى التجاويف الجسمية  
طبيعية أو عارضية والآلات المعدة له هي المحقن المعروفة وأما السوائل التى  
تزرق فهي الماء الفاتر والمغليبات المرخية والقابضة والمحلولات المزيلة  
للغفونة والمهيجة والسكاوية وغير ذلك

## \* ( في العمليات المركبة ) \*

\* ( في العمليات التى تفعل فى المجموع الشرياني ) \*

\* ( فى ربط الشرايين على العموم ) \*

يقصد بربط الشرايين إما قطع تزف الدم منها أو معالجة الانورزما ويشترط  
مع ربطها ان ينسكب فى الجزء الشرياني الذى يراد ان سداده مقدار من اللينقا  
ويتجمد فيه ويحصل ذلك بتخزين كل من الطبقة الباطنة والوسطى من الشريان  
فيجمده هذا المقدار ينسد الشريان ولا يعود تزف 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 الوريد 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 يخشى 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 ربط 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) يعصل فيه ويجرد عن غمده (والثالث) يحاط فيه بالمخييط (شكل ٦)

## \* (في كشف الشريان) \*

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

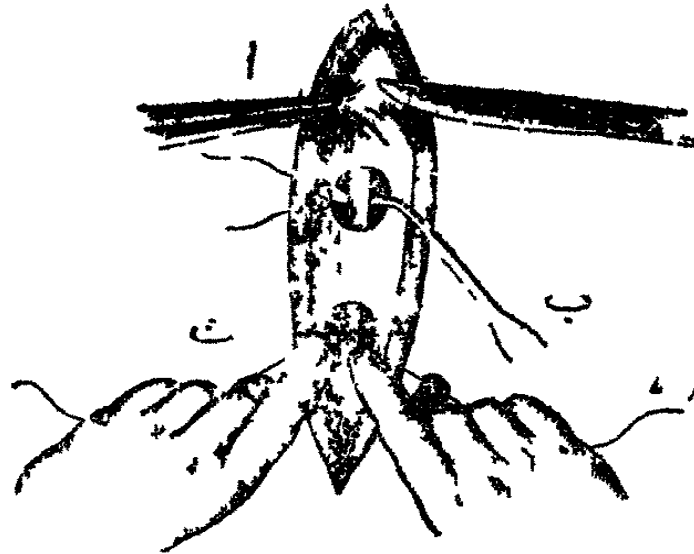
اوذا تراشق مع النسيج المخاوى الذى تحته فى آن واحد ثم امسك الصفاق  
بجفت واحد فيه ثقباً بالمشرب ثم ازلق منه تحت الصفاق بحساقنويا وشقه  
على قدر شفى الجلد

\* (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 الغمد بجفت فيحدث فيها ثقب ثم يفصل الشريان من هذا  
الثقب عن الاوردة والاعصاب التى تحببه بواسطة مجس قنوى ويلزم  
ان لا يعرى من الشريان اكثر من سنتيمتر اثنى عشر حيويته بتزق أوعيته

\* (فى وضع الخيط حول الشريان) \*

تمسك احدى حافات الغمد بعد تعرية الشريان بجفت ويزلق تحتها مسبرقيه



(شكل ٦)

خيط تم يعقد طرفا هذا الخيط

\* (فى ربط كل شريان على حدته) \*

\* (فى ربط المجذع الشريانى فى العضدى الرأسى) \*

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

الطرف العلوي من القص بقيراط وقد تحس نبضاته في النقرة اعلى القص  
ثم ان هذا الشريان يكثر انضاحه امام العنق بامالة الرأس الى الخلف ولربطه  
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 ومنتهايا بالقرب  
من الحافة الوحشية من العضلة القصية المحلية 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  
المخنجرية قطعاه مستعرضا فيتوصل الى الشريان العضدي الرأسي بلا خطر  
ويلزم في تعرية هذا الشريان الاحتراس التام فانه مجاور لكل من العصب  
الرئوي المعدي ومن الجذع الوريدي العضدي الرأسي ويلزم أيضا في هذه  
العملية الاحتراس من اصابة البليورا

\* (في ربط الشريان السباتي الاصلى أى الناحر الاصلى) \*

هذا الشريان ينشأ من الاورطا في الجهة اليسرى من الجسم وينشأ في الجهة  
اليمنى من الجذع الشرياني العضدي الرأسي وينتهي - هذا - الحافة العليا  
من الغضروف الدرقي فينثذ يكون الشريان السباتي الاصلى الايمن اقصر  
من الايسر بمقدار طول الجذع العضدي الرأسي  
ثم ان الجانب الانسى من هذا الشريان يوجد عليه المخنجرة والقصبة الرئوية  
والجانب الوحشى يوجد عليه الوريد الوداجى الانسى و بينهما من الخلف  
العصب الرئوي المعدي ومن الاعلى يكون الشريان خلف الحافة المقدمية من  
العضلة القصية الترقوية الخشائية ومن الاسفل يكون بين الخصلة القصية  
والخصلة الترقوية من نفس هذه العضلة (شكل ص ٣٠)

\* (كيفية الربط) \*

ربط هذا الشريان ثلاث كيفية لانه يربط أما على العضلة الكتفية  
اللامية أو أسفلها أو في المسافة التي بين خصلة العضلة القصية الترقوية

## الخشاوية

فأما ربطه اعلى العضلة القصية الكتفية اللامية فكيفيته ان يستلق المريض مرفوع الصدر قليلا ودود العنق ماثل الرأس الى الجهة السليمة ثم يشق الجراح حذاء الحافة المقدمة من العضلة القصية الترقوية الخشاوية شقاطوله 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 الخشاويتين بالآخرى ثم يثني رأس المريض الى الامام لتسترخي العضلة القصية الخشاوية فتجذب الى الوحشية بواسطة كلايب ذات ازرار فبذلك ينكشف الصفاق المغطى للشريان والوريد فيشق على الجس الفنوى مع غاية الاحتراس ثم ينحى كل من الوريد الوداجى الباطن والعصب الرئوى المعدى ويفذ تحت الشريان ابرة (كوبر) حاملة لمخيط الربط

وأما ربطه اسفل العضلة الكتفية اللامية وذلك عند الاضطرار فكيفيته ان يشق حذاء الحافة المقدمة من العضلة القصية الترقوية الخشاوية شق طولى ويشق شق آخر مستعرض قريبا من الحافة العليا من الترقوة بحيث يتكون من اتصالها شكل لامي هكذا (L) ثم تسخ هذه الشريجة وتقطع المحصلة القصية من العضلة القصية الخشاوية قطعاً مستعرضاً وترفع العضلة القصية الترقوية بجفت وتقطع قطعاً مستعرضاً أيضاً فهذه الكيفية ينكشف الشريان ويسهل تعريته وربطه وهذه الطريقة هي طريقة كل من (موط) و (جريف)

وأما ربطه فى المسافة التى بين نخلى العضلة القصية الترقوية الخشاوية فكيفيتها ان يشق حذاء هذه المسافة شق ثم تبعد كل من هاتين الخصلتين عن الاخرى بواسطة كلايبين لهما ازرار فيتوصل الى الشريان من بينهما وهذه هي طريقة (سديلو)

\* (فى ربط الشريانين الناحرين الظاهر والباطن) \*

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



في المججمة واما الظاهر فيتفرع منه الشريان الدرقي العلوي والشريان  
اللساني وغيرهما  
والوريد الوداجي الباطن يوجد في الجهة الوحشية منهما والعصب اللساني  
العظيم يصاب اتجاههما في الجزء العلوي من العنق واما العصب الرئوي  
المعدى فهو ضوع خلفهما

**\* (كيفية العمل) \***

حتى لزم ربط الشريانيين الناحرين الظاهر والباطن أو أحدهما فعمل شق  
مخاذا لوسط الغضروف الدرقي عتد من اعلاه على طول الحافة المقدمة من  
العضلة القصية الخشائية ثم شق كل من النسيج المخاوي تحت الجلد والعضلة  
الجلدية والصفاق العنقي السطحي وابتعدت العقدة الليتقاوية ان لم تكن  
عظيمة الحجم فان كانت عظيمة استاصلت ثم ثقب الصفاق الغائر وشق على  
محس قنوي بقدر طول المخرج فهذه الكيفية يتوصل الى هذين الشريانيين  
فيفصلان عن الوريد الوداجي الباطن بسهولة لاسيما والعصب العظيم تحت  
اللسان يفصلهما عنه وقد ذكرنا ان الناحر الباطن يتميز عن الظاهر بكون  
الباطن لا يتفرع قبل دخوله في الرأس

**\* (في ربط الشريان الدرقي العلوي) \***

يتصدر ربط هذا الشريان اما سهولة استئصال الغدة الدرقية واما تضخيمها  
وكيفية ربطه ان يشق حذاء الحافة الانسية من العضلة القصية الخشائية  
شق طولة ٦ سنتيمتر ويكون مستطيلا موازيا وسطه للقرن الكبير من  
الغضروف الدرقي شاملا للجلد والعضلة الجلدية ثم تبعد العضلة القصية  
الخشائية عن المنجيرة فيشاهد كل من الشريان الناحر الاصل والوريد الوداجي  
اعلى العضلة الكتبية الالامية ويشاهد بينهما وبين النصف المقابل من الغدة  
الدرقية من الجهة المفعول فيها الشق الشريان الدرقي العلوي يحاطا بفروع  
صغيرة فيربط

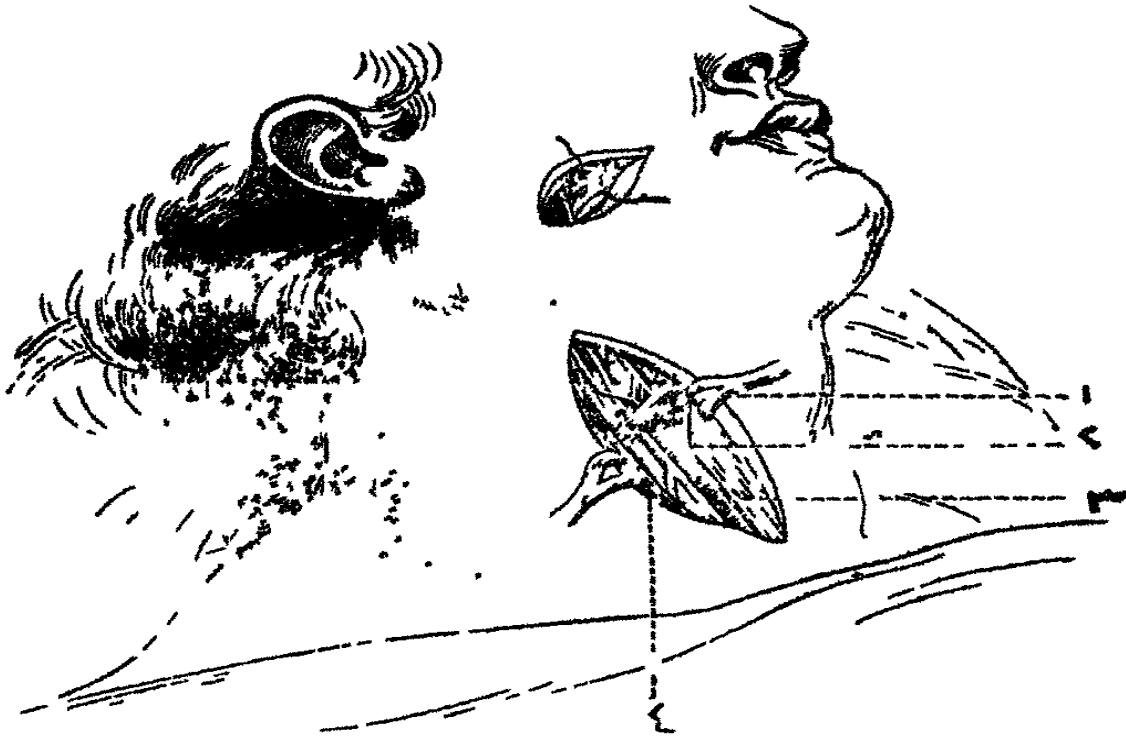
**\* (في ربط الشريان الوجهي أي العكبي الظاهر) \***

هذا الشريان يتشأ من الشريان الناحر الظاهر حذاء العظم الالامي ثم يتجه

ياضراف الى الصامع أى زاوية القم وهو مرتكز على عظام الفك السفلى امام  
العضلة المضغية واسفل العضلة الجبلدية كثيرا التعرج محاط بطبقة سمكية  
من نسيج خلوى شحمى (شكل ٧)

\* (كيفية العمل) \*

كيفية ربط هذا الشريان ان يشق على الحافة المقدمة من العضلة المضغية  
شق طوله (٣) سنتيمتر يكون منحرفا من الاعلى الى الاسفل ومن الانسية  
الى الوحشية ويقطع فيه الجلد والنسيج الخلوى تحت الجلد والعضلة الجبلدية  
وقد يحتاج الى قطع فريعات من العصب الوجهى ثم تبعد طاقتا الجرح قبشاهد  
هذا الشريان على السحماق من الوحشية بالقرب من الوريد الوجهى فيعمل  
عنه ويربط (شكل ٧)

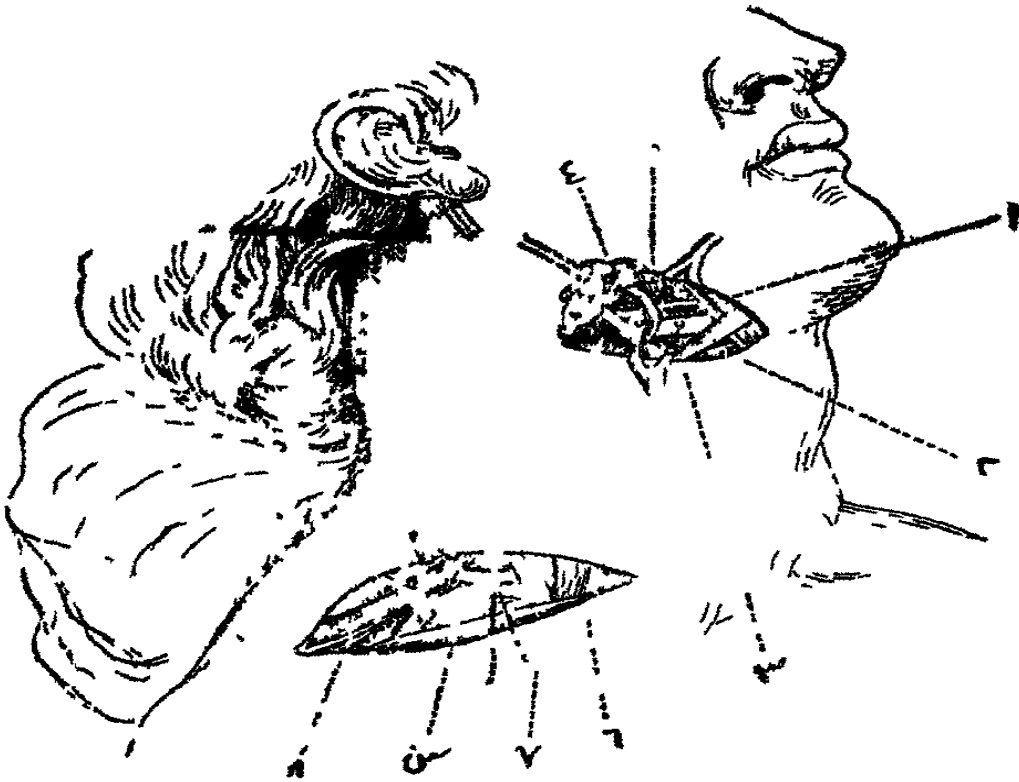


\* (فى ربط الشريان اللسانى) \*

هذا الشريان ينشأ من الشريان الناحر الظاهر بين الشريان الدرقي العلوى  
والشريان الوجهى ثم يتجه الى الاعلى والامام ليتصل الى السطح السفلى من  
الاسان 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  
 ممدود الرأس ثم يشق حذاء القرن الصغير من العظم اللامي شق فيه تصدب الى  
 الاسفل توجه الى الخلف طوله (٤) سنتيمتر وبعد شق كل من النسيج المخاوي  
 والعضلة الجلدية تظهر الغدة تحت اللسان فترفع بجفت ويفصل عندها من  
 صفاق العضلة ذات البطنين فينكشف الثلث 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 الثلث شاهدان قاعه  
 مكون من العضلة اللامية اللسانية فتسك هذه العضلة بجفت وتقطع فيظهر  
 تحتها الشريان اللساني ويلزم في هذه العملية التحفظ من اصابة الوريد الوجهي

(شكل ٨)



\* (في ربط الشريان القمعدوي) \*

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

سنتيمتر شق طوله ( ٤ ) سنتيمتر يتجه به بانحراف الى الاعلى وانحلف وبعد شق الجلد يشق الصفاق العلوى من العضلة القصية الخشائية وجميع سمك العضلة الطحالية ثم يضع الجراح اصبعه على النتوء الخشائى فيمس اسفل هذا النتوء بقليل في الجزء الخلفى من ميزاب العضلة ذات البطنين اعلى العضلة المنحرفة الصغيرة بقليل بهذا الشريان فيفصله عن ما حوله مع الاحتراس العظيم من اصابة الوريدين المصاحبين له

\* ( في ربط الشريان الصدغى ) \*

او نورزما هذا الشريان قد تكون مسببة عن مجرد جرحه فيكفى في علاجه غالباً ضغطه فقط لكونه مرتكزاً على سطح صلب فان لم يهد ذلك ربط  
\* ( كيفية العمل ) \*

كيفية ربط هذا الشريان ان يشق وسط المسافة التي بين المفصل الصدغى اللعى وبين صماخ الاذن شق طوله ( ٧ ) سنتيمتر موازياً لاتجاه الشريان هذا ويجب ان يستحضر عند ربط هذا الشريان ان الوريد الصدغى والعصب الاذنى الصدغى مصاحبان له فيترزمن ربطهما معه والعادة ان الوريد يكون خلف الشريان

\* ( في ربط الشريان تحت الترقوة ) \*

الشريان تحت الترقوة ينشأ في الجهة اليمنى من الجذع الشريانى العضدى الراسى وفي الجهة اليسرى من قوس الاورطا ويمتد الى حد الترقوة ومن هنا يعلم انه يتكون على شكل قوس تقعيره الى الاسفل وينقسم قسمين احدهما في الجهة الانسية من العضلات الاجمعية والاخر في الجهة الوحشية منها تحت الجلد والنسيج الخاوى والعضلة الجدارية والصفاق الممتد من العضلة القصية الخشائية الى العضلة المربعة المعينية اسفل الصفاق الغائرا محيط بالعضلة الكتفية الالامية 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 الالامية والعضلة الاجمعية المقدمة

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

والفروع الجذبية التي تتفرع من الشريان تحت الترقوة هي الشريان  
الفقاري والشريان الدرقي السفلي والثديي الباطن والشريان بين الاضلاع  
العلوي والشريان السكتي العلوي والسكتي 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 المريض  
ثم يخفض كتفه ثم يشق أولا الجلد الموازي لعظم الترقوة الى اسفل منه بستتيمتر  
واحد شقا ممتدا من المحافة الوحشية من العضلة القصية الخشوية الى حافة  
العضلة المربعة المعينية ثم يشق كل من النسيج الخلوي والعضلة الجذبية  
مع الاحتراس التام من اصابة الوريد الوداجي الظاهر ثم يشق الصفاق الممتد  
من العضلة المربعة المعينية الى العضلة القصية الخلية على مجس قنوي  
ويفصل الصفاق الغائر بطرف المجس ثم تراق 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 ينعذ تحته من اعلاه الى اسفله ومن خلفه الى امامه ابرمة عوجة  
فيما خيط (شكل ٨ صحيفة ٣١)

وهذه هي طريقة ( لسفرانك ) التي هي اكثر استعمالا

واماربطه تحت الترقوة بين العضلات الاخعية فكيفيته ان يشق ازاء المحافة  
العليا من الترقوة شق ابتداءه امام العضلة المربعة المعينية بستتيمتر يمتد الى  
المحافة المقدمة من العضلة القصية الخشوية ثم تقطع المحصلة الوحشية من  
هذه العضلة مع العضلة الاخعية المقدمة ويعزل الشريان ويربط بان ينعذ  
الخيط من اعلاه الى اسفله وذلك خشية اصابة المحصلة العصبية العضدية

واماربطه تحت الترقوة في الجهة الانسية من العضلات الاخعية وان كان

لا يستصوب في الاحياء وانما يستصوب في الاموات لغرض التحرين فجملة  
ثلثة الوحشى فانه يكون هناك سطحيا بقدر الكفاية غير مجاور للبليورا ولا  
متفرع فروعا عظيمة الحجم تحتى اصابتها

\* (في ربط الشريان الفقارى) \*

كيفية ربط هذا الشريان ان يشق في المسافة التي بين الخصلة القصية  
والخصلة الترقوية من العضلة القصية الخشاوية كل من الجلد والنسيج المخلوى  
ثم يدخل الجراح اصبعه في هذا الشق ويبحث عن المحدية المقدمة من التواء  
المستعرض من الفقره السادسة العنقية فانه يجد في اسفله هذا الشريان  
قبل دخوله في الثقب الفقارى من التواء المذكور مجاورا من الانسية للعضلة  
الطويلة العنقية ومن اوحشية للعضلة الانجمية المقدمة محاطا ببعض فروع  
العصب السنياقوى اى 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 المحدية المقدمة من الفقره  
السادسة العنقية بقايل ومتجها بانحراف نحو الجسم الدرقي خلف الوريد  
الوداجى الباطن والشريان السأحر الاصلى فيجرد من الانسية من هذا  
الشريان ويربط مع الاحتراس من اصابة العصب المنعطف والفرع النازل  
من العصب العظيم تحت اللسان

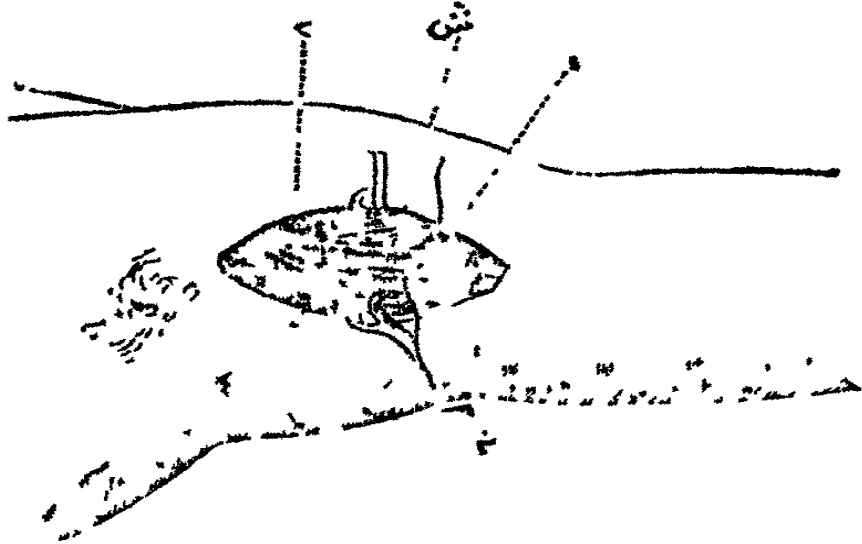
\* (في ربط الشريان الابطى) \*

هذا الشريان هو الجزء الشرياني الذي بين الشريان تحت الترقوة وبين  
الشريان العضدى فهو يعتمد من الترقوة الى حذاء الحافة السفلى من وتر  
العضلة العظيمة الصدرية

\* (كيفية العمل) \*

يربط هذا الشريان اما في تقرة الابطى أو اسفل الترقوة  
اما كيفية ربطه في تقرة الابطى (شكل ٩) فهي ان يستلقى المريض على ظهره

(شكل ٩)



مباعد اذراعه عن بقية جسمه مثنى الساعد ثانياً قليلاً ثم يشق الجراح حذاء  
 المحافة الانسية من العضلة الغرايية العضدية شقاطوله (٧) أو (٨) سنتيمتر  
 يتدأ به على الوابله أى رأس العضد ويتجه به الى الذراع على حسب اتجاه  
 المحافة الانسية من العضلة ذات الرأسين فان لم تحس العضلة الغرايية  
 العضدية قسم الجراح نقرة الابط ثلاثة اقسام وفعل الشق في موضع اتصال  
 الثلث المقدم بالثلث المتوسط في الجلد فقط خوفاً من اصابة الوريد الباسليقي  
 ثم بعد ذلك يشق النسيج الخلوى ثم الصفاق على المجلس القنوى فتشاهد من  
 الامام الى الخلف العضلة الغرايية العضدية والعصب المتوسط والعصب  
 الجلدى الانسى ويشاهد هذا الشريان بين العصبين المذكورين غائراً  
 ومعرفه هذه الاجزاء الاهتدائية سهلة وذلك ان العصب المتوسط قريب جدا  
 من العضلة الغرايية العضدية والعصب الجلدى الانسى الذى يعرف بدقته  
 موجود في الجهة الانسية منه

واما كيفية ربطه اسفل الترقوة فهى ان يستاقى المريض على ظهره مرفوع  
 الكتف يسيراً بان يدفع ذراعه المساعد من اسفل الى اعلى ثم يشق الجراح  
 شقاطوله (٨) سنتيمتر يتدأ به بعيداً عن الطرف الانسى أى القصى من  
 الترقوة بنحو (٣) سنتيمتر قريباً من المحافة السفلى من هذا العظم وينتهى به  
 حذاء المحافة المقدمه من العضلة الدالية يكون على شكل قوس تحديده

الى الاسفل ويمكن في هذه العملية شق كل من الجلد والنسيج المخاوى  
والصفاق العلوى من العضلة العظيمة الصدرية دفعة واحدة بلاخطر ثم تشق  
نفس هذه العضلة مع الاحتراس ثم صفاقها الغائر على المجلس القنوى فينثد  
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 مغظيا بجميع هذا الشريان فيخرج هذا  
الوريد عن ما يجاوره مع غاية الاحتراس وينكس بكلا طرفه الطرف  
فيشاهد الشريان الابطى فائرا اسفل المحصلة العصبية العضدية فينفذ تحت  
خيوط من الاسفل الى الاعلى خشية اصابة الوريد  
ثم ان هذه الكيفية خطيرة لا مكان ان يصاب فيها الوريد الابطى فيصير  
المريض بذلك عرضة لدخول الهواء فى الاوردة ولانها تكون قريبة من اصل  
الفرع الجانبية فالصواب حينئذ ربطه فى ثقرة الابطى فان كان المقضى لربطه  
فى الجزء العلوى تعين ربط الشريان تحت الترقوة

### \* (فى ربط الشريان العضدى) \*

هذا الشريان عتمد من ثقرة الابطى الى ثنية المرفق وفيها ينقسم الى فرعين  
هما الشريان الكعبرى والشريان الزندى وفى اول مسيره يكون خلف  
العضلة الفرايبية العضدية ثم يصير انسيها وانسى العضلة ذات الرأسين فوق  
العضلة العضدية المقسمة وتدرك ضرباته لكونه ليس بينه وبين الجلد  
الا الصفاق العضدى

والعصب المتوسط يكون فى الجزء العلوى من هذا الشريان وحشيه وفى وسط  
الذراع يصابه من الامام وفى الجزء السفلى منه يكون انسيه  
\* (كيفية العمل) \*

هذا الشريان يربط اما فى الجزء العلوى من العضد أو فى الجزء المتوسط منه  
أوفى ثنية المرفق (شكل ١٠)

اما ربطه فى جزئى العضد المتوسط والعلوى فكيفيته ان يشق انسى المحافة  
الانسية من العضلة ذات الرأسين شق طوله (٦) أو (٧) ستمتر فى الجلد





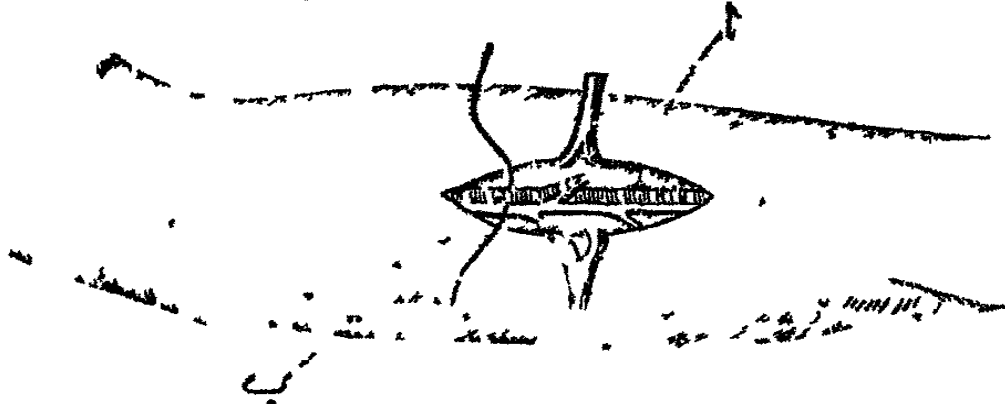
والنسيج المخاوي ثم يشق الصفاق العضدي بعد تثقيبه على مجس قنوى فيشاهد  
أولا العصب المتوسط فيبعد فيشاهد هذا الشريان تحته ويلزم لاجل سهولة  
تعريفه لتنفيذ الخيط من تحته ثنى الساعد على الذراع ليتباعد ما بين العضلة  
ذات الرأسين وبين العصب المتوسط فيتوصل اليه من بينهما  
وأما ربطه في ثنية المرفق فكيفيته ان يشق أولا الجلد من وسط ثنية المرفق  
الى الحافة الانسية من العضلة ذات الرأسين شقاطوله (٦) ستمتر ثم ينحى  
الوريد الباسليقي الى الانسية خوفا من ان يصاب ويثقب الصفاق الذراعى  
الموشع بالصفيحة الوترية من العضلة ذات الرأسين ثم يشق على مجس قنوى  
شقامسا وياشق الجلد فيشاهد هذا الشريان وحشى العصب المتوسط ويجب  
ان تنفذ الابرة التى فيها الخيط من الانسية الى الوحشية فراراً من اصابة  
سها للعصب

\* (فى ربط الشريان الكعبرى) \*

هذا الشريان يربط من ثلاثة مواضع وهى الجزء العلوى من الساعد والجزء  
السفلى منه وقلت الابهام  
أما ربطه فى الجزء العلوى من الساعد فكيفيته ان يتوهم خط عمود من وسط  
ثنية الذراع الى ما بين وتر العضلة الكبيرة الراحية و بين العضلة الباطحة  
الطويلة والكبيرة الكابة ثم يشق الجلد والنسيج المخاوي على موازات هذا  
المخط اسفل المرفق بثلاث اصابع شقاطوله (٧) ستمتر حذاء المسافة  
المخاوية الليفية التى بين العضلة الباطحة الطويلة وبين العضلة الكبيرة الكابة  
ثم يشق الصفاق الساعدى على مجس قنوى ثم الصفاق العاصل بين عضلات  
الطبقة السطحية وبين عضلات الطبقة الغائرة فيشاهد هذا الشريان بين

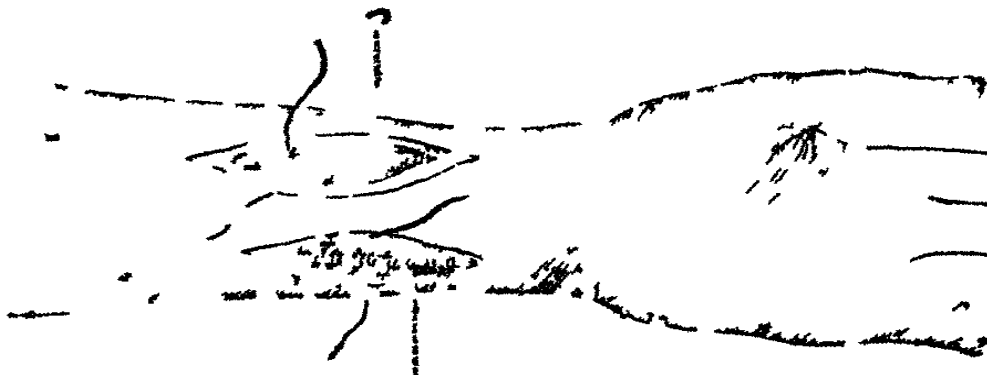
الوريدين المصاحبين له فيستل من بينهما مع الاعتناء والاحتراس ثم يتخذ المحيط من الوحشية الى الانسية خوفا من اصابة العصب الكعبرى

(شكل ١١)



أما ربطه في الجزء السفلى من الساعد (شكل ١٢) فكيفيته ان يشق اعلى النسع أى مصل الكف مع الساعد بعرض اصبع شق طوله (٥) سنتيمتر ويمتد به الى الاعلى حسب سير الشريان لكن بشرط ألا يشق أولا الا بالجلد وحده ثم يشق النسيج المخاوى فان هذا الجزء يكون الشريان فيه تحت الصفاق فلوشقا دفعة واحدة لم تثر من اصابته

(شكل ١٢)



وأما ربطه في قلت الابهام فغير صواب لانه عرضة لاصابة الوريد القيفالى الابهامى واعمق عمدا وتار العضلات الباسطة لهذه الاصبع

\* (في ربط الشريان الزندى) \*

هذا الشريان يجب باحرف 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 الحافة

الوحشية من العضلة الزندية المقدمة ويكون في الجزء السفلي من الساعد سطحيا والعصب الرندي يكون انسي هذا الشريان الذي يكون محبوسا في مسيره بوريدتين احدهما في الجهة الانسية والاخرى 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 محورا فيخفى من تطع الالياف العصلية التي علوه واما يربط في جزئه المستقيم

وكيفية ربطه في ثلثه المتوسط ان يشق كل من الجلد والنسيج المحلوى شقا يكون طوله من (٨) الى (٩) سنتيمتر ثم يبحث الجراح عن الخط الضارب الى الصغرة الفاصل للعضلة الزندية المقدمة من العضلة القابضة العظيمة ثم يشق الصفاق ويباعد ما بين هاتين العضلتين فيشاهد العصب الرندي والشريان الرندي وشبه فيجرده وينفذ تحتها الرباط من الانسية الى لوحشية واما كيفية ربطه في جزئه السفلى (شكل ١٢) فهي ان يشق كل من الجلد والنسيج المحلوى شقا طوله (٦) أو (٧) سنتيمتر ثم يشق الصفاق الساعدي وحشي وتر العضلة الزندية المقدمة على محس قنوى ثم يربح هذا الوتر الى الجهة الانسية ويشق أيضا على محس قنوى الصفاق الفاصل بين عضلات الطبقة السطحية وعضلات الطبقة الغائرة فيشاهد تحته الشريان فيجرده ويربط

\* (في ربط الشريان الكتشييين الاصليين) \*

هما المرعان اللذان ينتهي بهما الاورطا امام الحافة السفلى من العقرة الرابعة القطنية وينتهيان امام نشر الارتفاق العجزى الحرقفي وينقسمان الى كتشى انسى وكتشى وحشى

\* (كيفية العمل) \*

هي ان يشق اعلى الجهة الوحشية من العتحة الاربية بحو (٢) سنتيمتر شق يتجه به من الاسفل الى الاعلى ومن الانسية الى الوحشية يكون طويلا هلايبا

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

\* (في ربط الشريان الكشحي الانسى) \*

هذا الشريان متفرع عن الشريان الكشحي الاصلى وهو يتجه من الاعلى  
الى الاسفل ويدخل فى التجويف المحقوى ثم يتفرع جلة فروع ويجاوره من  
الانسية الوريد الكشحي الانسى ومن الوحشية بعض غدد لينفاوية ومن  
الامام المحالب

\* (كيفية العمل) \*

هى ان يشق اعلى وسط رباط (بويارت) بنحو (٢) سنتيمتر شق يمتد به الى انسى  
الشوكة المحرقية المقدمة العليا وفوقها بقليل ويكون هذا الشق مغوسا قليلا  
وتحديه الى الوحشية ثم تشق جميع الاجزاء التى تتكون منها جدران البطن  
على الترتيب واحدا فواحدا ويباعد ما بين حافتي الجرح ليتمكن من دفع  
الامعاء مع البريتون الى المخط المتوسط فينفذ الرباط تحت الشريان ويلزم  
اتقاء اصابة الوريد اوربطه مع الشريان

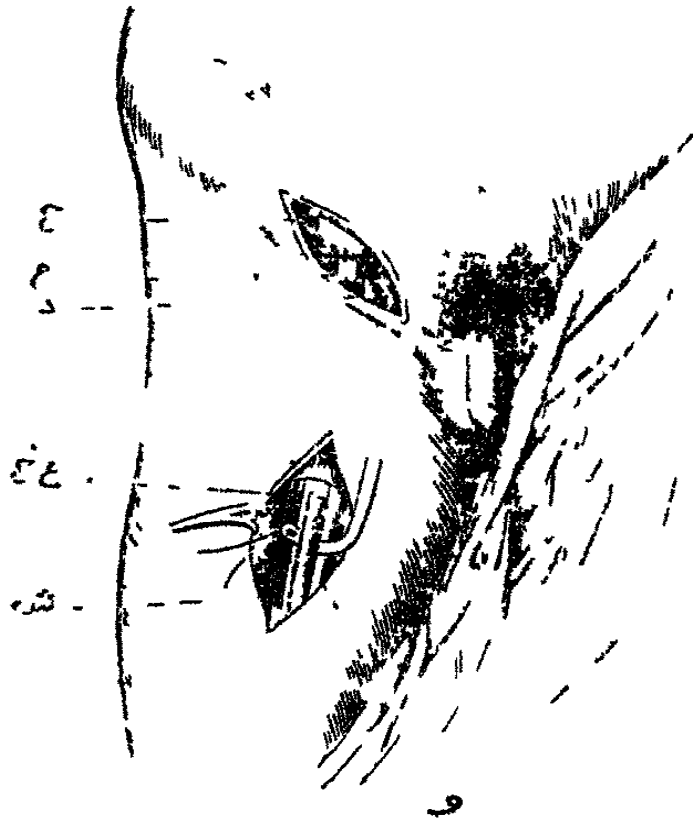
\* (في ربط الشريان الكشحي الوحشى) \*

هذا الشريان يمتد من الارتفاق المحرقى العجزى وينتهى وحشى وسط رباط  
(بويارت) بسبعة مليمتر ويجاوره من الانسية الوريد المصاحب له فى سيره ومن  
الوحشية المحافة الانسية من العضلة القطنية المقدمة ومن الامام تفصله عن  
البريتون طبقة من نسيج خلوى متخلخل هى له بمنزلة غمد رقيق جدا

\* (كيفية العمل) \*

هى ان يشق ازاها رباط (بويارت) شق يمتد من وسطه الى اعلى من الشوكة  
المحرقية المقدمة العليا بخمسة عشر مليمتر يكون محديا الى الاسفل قليلا  
ثم يشق كل من النسيج الخلوى والعضلة العظيمة المنحرفة والعضلة المنحرفة  
والمستعرضة ومتى ظهر الصفاق المستعرض لزم رفعه وشقه على المجلس القنوى  
بعد ثقبه ثم يدفع البريتون نحو محور البدن فيشاهد الشريان فى قاع الشق  
فيربط بان ينفذ المخط محولا فى ابرة (كوبر) من الانسية الى الوحشية لثلا

رصاب الوريد وثلاثا يكون سن الايرة متجها الى الامعاء وهذه الطريقة منسوبة  
الى الجراح (رو) (شكل ١٣)



(شكل ١٣)

\* (في ربط الشريان الالي) \*

هذا الشريان يخرج من الحوض محاذيا للجزء العلوى من الشرم الوركى وهو  
مغطى بجميع جرم العضلة الالية العظيمة وجزؤه السفلى مجاور للحافة العليا  
من العضلة الهرمية

\* (كيفية العمل) \*

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

(تنبيه) هذه العملية خطيرة جدا لما يقطع فيها من الفروع الشريانية فان كان الغرض منها مداواة أو تورزما القسم الالهي فالاصوب ربط الشريان المحرق في الانسي فانه مصدر الشريان الالهي

\* (في ربط الشريان الشراسيقي) \*

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

\* (كيفية العمل) \*

كيفية ربط هذا الشريان ان يشق فوق القوس الفخذي بستيمتر ازاء هذا القوس شق مستوعب لجميع سمك الجدار البطني طوله (٥) سنتيمتر فيشاهد هذا الشريان فيربط لكن بما انه يكون بين فصلتي الصفاق المستعرض يلزم الاحتراس الكلي من اصابة الفصلة التي وراؤه الحاجزة بينه وبين البريتون

\* (في ربط الشريان الفخذي) \*

هذا الشريان يبتدىئ حذاء رباط (بويار) وينتهي عند مروره في القناة الليقية من العضلة العظيمة المقربة وموضعه في الجزء العلوي من الفخذ المجهة الانسية من العضلة التربعية أي الخياطة وفي الجزء المتوسط منه تكون هذه العضلة مغطيه له ويكون في الجزء السفلي منه أعنى نحو الحلقة الاليمة من العضلة العظيمة المقربة وحشى العضلة الخياطة ثم ان هذا الشريان يكون في الجزء العلوي من الفخذ وسط مثلث يسمى مثلث (اسكربا) محدود من الوحشية بالعضلة التربعية ومن الانسية بالعضلة المعربة المتوسطة ومن الاعلى برباط (بويار) وتتفرع منه عدة فروع جانبية اهمها الشريان الفخذي الغائر الذي ينشأ أسفل رباط بويار ستة سنتيمتر والجزء السفلي 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 الليقية من العضلة المقربة العظيمة الفخذية  
أما ربطه في مثلت اسكريا فكيفيته ان تنشق الساق على الفخذ والفخذ على  
المقو ثم يشق الجراح المجلد انما ذى الشريان شقا طوله (٨) سنتيمتر تحت رباط  
(بوبار) بعرض (٥) أصابع ثم يشق النسيج المخلوي باحتراس خشية اصابة  
الوريد الصافن الانسى ومتى ظهر الصفاق الغربالى شق على الجمس القنوى  
فيشاهد الشريان مصاحب الوريد فبستل منه ويربط مع الاحتراس من ربط  
العصب الصافن الانسى معه

وأما رطه في الجزء المتوسط من الفخذ فكيفيته أن يشق على مسير الشريان شق  
طوله نحو (٩) سنتيمتر يوصل الى العضلة التربعية ثم ترأح 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 ترأح هذه العضلة فيشاهد الصفاق الذي يغطى الوجه المقدم من أوتار  
العضلتين المقربتين الثانية والثالثة بعد ان تندغم فيه الياف الجزء الانسى  
من العضلة الفخذية ويشاهد تحته الشريان فيربط (شكل ١٣ صحيفة ٤١)  
وأما ربطه حذاء الحلقة الليقية من العضلة العظيمة المقربة فكيفيته أن يشق  
شق طوله من (٨) الى (٩) سنتيمترا يصل طرفه السفلى الى الربع السفلى من  
الفخذ البتة يكون على اتجاه خط موهوم ابتداءه وسط رباط (بوبار) وانتهاه  
الجزء الخلقى من النتوء الرضفى الانسى من عظم الفخذ ثم ترأح العضلة التربعية  
الى الانسية بعد ان يشق غمدها ثم يدخل الجراح أصبع يده اليسرى فى المرح  
ويضعه على وتر العضلة العظيمة المقربة فيحس بانخفاض فيزاق فيه الجمس  
القنوى ويشق الصفاق فيجد الشريان مع وريده التابع ومع العصب  
الصابن الانسى فيعزله عنهما وينفذ الخيط من الانسية الى الوحشية لئلا  
يصاب الوريد

\* (فى ربط الشريان الأماضى) \*

هذا الشريان متمد من حلقة العضلة العظيمة المقربة الى المحاة العليا من  
العضلة النعلية تابع لاتجاه خط وهمى يوصل الزاوية العليا من الشكل المعينى

المتكون من العضلات التي تحد نقرة المأبض وجزؤه العلوي مجاور من الامام للعظام الفخذى ومن الخلف للصفاق وللعندالين معاوية وللمقدار عظيم من الشحم والعضلة العشائية النصف مجاورة له من الانسية ويجاوره من الوحشية العضلة ذات الرأسين وأما جزؤه السفلى فتركز على العضلة المأبضية ومجاور للعضلتين التؤميتين من الوحشية ومن الانسية  
واعلم ان العصب المأبضى يكون في الجهة الوحشية وان الشريان يكون في الجهة الانسية ويذمهما الوريد

\* (في كيفية العمل) \*

كيفية ربط هذا الشريان ان يسطح المريض على بطنه عمود الساق ثم يشق الجراح أولا الجلد فقط شقا عموديا طوله من (٨) الى (١٠) سنتيمتر ووسط المسافة المأبضية وانما فلما ان الجلد يشق أولا وحده خوفا من اصابة الوريد الصافن الوحشى ثم يشق الصفاق على المجلس القنوى ويمزق النسيج المخلوى الشحمى ومتى وصل الجراح الى الحزمة المكونة من العصب والوعية المأبضية امر مساعده أن يثنى ساق المريض على فخذه وزخج كلا من الوريد والعصب عن الشريان وربطه بأن يتخذ الخيط تحته من الوحشية الى الانسية

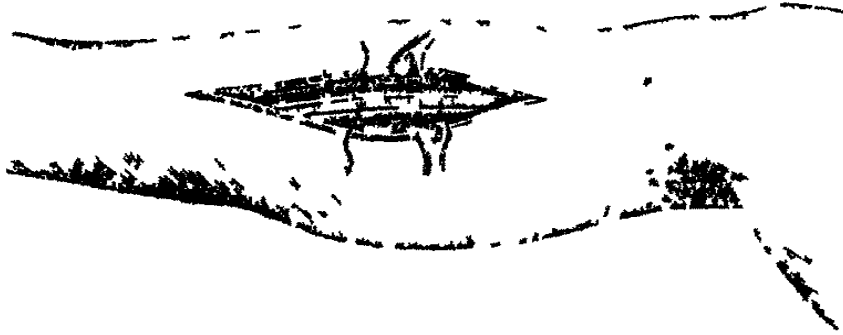
\* (في ربط الشريان القصى المخلقى) \*

هذا الشريان يمتد من انتهاء الشريان المأبضى الى المسافة التي بين الكعب الانسى وبين موضع اندغام العرقوب ومحايله بين الطبقة السطحية والطبقة الغائرة من عضلات الساق ويصبه في سيره وريدان والعصب القصى المخلقى يكون في الربع العلوى من الساق انسى هذا الشريان وفي الثلاثة الارباع السعلية يكون وحشيه وهذا الشريان يكون بعيدا عن المحرف الانسى من القصبة بعرض أصبع

\* (كيفية العمل) \*

يربط هذا الشريان اما على طول الساق أو قريبا من الكعب الانسى أما ربطه على طول الساق (شكل ١٤) فكيفيته ان يستلقى المريض على ظهره وتثنى ساقيه مراكوزة على جانبها الوحشى ثم يشق الجراح أولا الجلد





وحده ازاء المحافة الانسية من القصبة بعيدا عنها بمقدار عرض أصبع وذلك  
 لاجل التعرزم من اصابة الوريد الصافن الذي هو تحت هذا الجلد ثم يشق  
 النسيج المخاوى والصفاق ويخرج المحافة 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 فيشقها  
 على المجلس القنوى 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 شقا طوله من (٦) سنتيمتر الى (٨) في المسافة التي بين العرقوب والمحافة  
 الانسية من القصبة ابتداءً وانه حذاء الكعب الانسى ممتدا الى الاعلى ثم يشق  
 الصفاق الممتد من المحافة الانسية من الكعب الانسى الى العرقوب ثم يشق  
 الصفيحة الظاهرة من الصفاق الغائر شقا يكون الى العرقوب أقرب لئلا  
 ينفتح غمد العضلات القابضة والعضلة القصبية الخلفية فيسرى فيها القيح  
 على المجلس القنوى 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 تندغم فيه

العضلة القصية المقدمة ومنته وسط المسافة التي بين الكعبين وثلاثة ارباعه العليا فوق الرباط بين العظمين وأما ربه السفلى فهو امام الجزء المقدم من القصبة ولهذا الشريان وريدان تابعان له في مسيره ونصفه العلوى شاغل للمسافة الخالية التي بين العضلة المقدمة القصية وبين العضلة المشتركة الباسطة للأصابع ونصفه السفلى شاغل للمسافة التي بين العضلة القصية المقدمة وبين العضلة الباسطة الخاصة بالابهام

\* (كيفية العمل) \*

هذا الشريان يربط اما في ثلثه المتوسط أو في ثلثه السفلى اما ربطه في ثلثه المتوسط فكيفيته أن توضع تحت المأبض وسادة وتثنى القدم على الساق لتسترخي العضلات التي بينها الشريان ثم يشق الجراح أولا الجلد والنسيج الخلاوي دفعة شقا طوله (٨) سنتيمتر على حسب مسير الشريان ثم يشق الصفاق شقا صائبا يسهل تباعد حافتي الجرح فتتكشف له المسافة الخالية التي يكون هذا الشريان أسفلها فيضع فيها أصبعه ليوسعها وبأمر المساعد بأن يبعد ما بين العضلة القصية المقدمة وبين العضلة المشتركة الباسطة للأصابع بواسطة كلاب كالة ثم يجرد الشريان وينفذ تحته 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 الخلقى الرسخي لئلا تضعف متانة أربطة المفصل القدي ويسهل وصول الجراح الى المسافة الخالية بوضع أصبعه على ظنبوب القصبة واتجاهه بها الى وحتى العضلة القصية المقدمة وهناك يحده هذا الشريان تحلف العضلة الباسطة للابهام تليها قليلا فيجرده ثم يثنى القدم على الساق لتسترخي هذه العضلة وعند ذلك يحسكه ويربطه

\* (في رباط الشريان الشظي) \*

كيفية ربط هذا الشريان أن يشق الجدار والنسيج الخلاوي ازاء عظم الشظية وبمسداعه بمقدار عرض أصبع شقا طوله من (٨) الى (١٠) سنتيمتر

ثم تزحف 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 يتخذ تحتها الخط من الانسية الى الوحشية \* (تنبه) \* هذا الشريان لكونه غائرا ومغطى في الجزء المتوسط من الساق بالعضلات لا يمكن ربطه الا في النصف العلوى منه

\* (في ربط الشريان العدى) \*

هذا الشريان تابع في جميع بطوله لخط وهو ممتد من وسط المسافة التي بين الكعبين وممتد في الجزء الخلفى 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 يهبط في مسيره ويريداه اللذان احدهما في الجهة الانسية والاخرى في الجهة الوحشية وامامه العصب القصي المقدم

(شكل ١٥)



\* (كيفية العمل) \*

كيفية ربط هذا الشريان أن يشق أولا الجلسد والنسيج الخلاوى شقا طوليه (ه) ستتمتر على مسير الشريان يبدأ به أسفل الرباط الخلقى الرسمى ثم يشق الصفاق على المجلس القنوى مع التحرز من اصابة اعصاب العضى الجلسدى

ثم يبحث الجراح عن الحافة الانسية من العضلة القدمية ويشق على المجلس القنوي الصفاق الغائر الذي يمتد من الحافة الانسية من هذه العضلة الى غمد العضلة الباسطة للابهام وهناك يجد الشريان فيعزله عزلا جيدا عن وريده وعن العصب القصي المقدم ويلتزم في هذه العملية عدم المبالغة في بسط القدم لئلا يصير تبعا بجانب الانسي من العضلة القدمية عسرا

\* (في العمليات التي تفعل في الاوردة) \*

\* (في معالجة الدوالي) \*

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

اما تسهيل سريان الدم في الاوعية المتعددة فله كفيات 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 الاصابيح فان الدم اذا تراكم منه كمية عظيمة في الوريد المتعدد صارت قابلة للتجمد فيدفعه الى وريد آخر صحيح يمتنع هذا التجمد

ومنها بط 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 جميع طول الوريد

واما منع سريان الدم في الوريد الدوالي فله عدة كفيات ايضا منها الضغط وكيفيته 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 تثبتها بشريطين من اللازوق ويوضع على الجرح قليل من النسالة المدهونة بالمرهم البسيط وهذه الكيفية منسوبة للجراح (ديلبش)

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

\* (في العمليات التي تفعل في المجموع العصبي وتعلماته) \*  
\* (في بزل الاستسقاء الخفي) \*

هذه العملية نجاحها غير مطرد مع انها تفعل كثيرا فتدفع لها الجراح (كونكيست) لتسعة عشر برى منهم عشرة ومات تسعة ولم يتفق الجراحون على محل معين للبزل فقد اختار (كونكيست) فصله على حسب اتجاه التدوير الجبهي وسط المسافة التي بين تنوع عرف الديك وبين اليافوخ المقدم واختار (روسيل) فعله في احد جانبي هذا اليافوخ واستعمل هذان الجراحان في هذه العملية ميزلا رفيما وكان (روسيل) يفرس منه نحو (١٣) ملليمتر واما (كونكيست) فكان يفرس 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 احدى عشر يوما استخرج (٣٠) جراما ثم بعد (٢٠) يوما استخرج (٤٥) جراما وادعى ان رأس الطفل نقص من دائرته (١٠) سنتيمتر

واما (كونكيست) فاستخرج في دفعة واحدة (٣٧٥) جراما ولم يذ كر ان رأس الطفل نقص من دائرته وقد فعل هذه العملية الجراح (ملجين) لطفلة عمرها (٨) اشهر وفعل البزل في الجهة الجانبية من التدوير الجبهي الجداري لقربه من بطينات الدماغ ولقلة العروق هنالك بميزل معتاد غرزمته نحو (٤) سنتيمتر فاستخرج في دفعة واحدة من السقي (٨٧٥) جراما ولم يحدث عن ذلك اذى عارض ثم بعد (٤) ايام استخرج منها (٦٢٥) جراما ولم يحدث عن ذلك اذى عارض أيضا وكان يريد تكرير البزل نائسا لانه عاقه عن ذلك انه طراء على المريضة عوارض دماغية فانت وقدر هذا الجراح الشهر انه مع استخراجه هذا المقدار العظيم لم يشاهد في دائرة الرأس تناقصا كما ادعاء (روسيل) وعلى كل حال هذه العملية خطيرة جدا فالصواب اجتنابها والعدول عنها الى فعل الوسائط الملطفة بان تقوى بنية المريض باعطائه دهن كبدا محوت أو نحوهم ومدرات البول والمسهلات مع ضغط الرأس ضغطا قانونيا مستمرا

## \* (في معالجة الفتق الدماغى) \*

الفتق الدماغى عبارة عن ان يخرج من الجمجمة جزء من الدماغ أو من الرخ  
 اما فقط أو مع كون ذلك الجزء محميا بقليل من السقى وهذا هو الغالب  
 وهو اما خاق أو عارضى ويكون على هيئة ورم مستدير محدودين يدافع الجس  
 ذليل الالم أو مجرد عنه لا يتغير معه لون الجلد فيه ضربات تقترن بضربات النبض  
 يزداد حجمه بالصراخ وبالجهودات قابل للانضغاط والدخول فى الجمجمة  
 محاط اصله بدائرة عظمية ويضغطه يحصل للريض نعاس وفقد للاحاساس  
 وسالى وقد يتعذر رده وقد لا يكون فيه ضربات ومثى كان خلقيا كان دائما  
 حذاء التداريز واليوافج (شكل ١٦)  
 وقد جربت فى معالجته عدة طرق جراحية

(شكل ١٦)



منها الاستئصال بالشق أو بالرباط لكنه لم يقد شيئا بل عقبه فى جميع الاحوال  
 الموت  
 ومنها تفريغ الورم من السائل باليزل أو بالشق ولم تنجح هذه الطريقة  
 أيضا الا فى النادر  
 ومنها رد السقى بضغط الورم من فوق الجلد بدون شق أو بعد شقه وتفريغه  
 من السقى وهذه الطريقة لم تنجح أيضا الا مرة واحدة  
 (تنبيه) بما ان جميع ما ذكرناه من الطرق خطر ولم يجدي شئ منها الا فى نفع  
 الصواب عدم فعل شئ منها ما لم يزد حجم الورم واما ان ازداد وحصلت عنه  
 عوارض ثقيلة فيبزل أو يشق ثم يضغط ضغطا قانونيا ويوضع عليه قطعة  
 من صمغ البركا حذاء فتحة الشق منعالتا تثير الصدمات الخارجية فيه

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

وأما كيفية الجراح (سانسون) فهي أن يضغط الوريد المتمدد بواسطة جفت  
مخصوص شبيه 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 تحتها مسبرا يرى 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) وكيفيتها ان يغرز فيه ابرة من الامام الى  
الخلف ثم تنفذ من الخلف الى الامام وتثبت في هذا الموضع بان يلف عليها خيط  
كما في الخياطة اللفية فبذلك تضيق سعته ويسهل التصاق الغشاء الباطن منه  
وكان الطبيب (فريك) ينفذ في الوريد خيطا ويتركه كالخزام مدة يومين  
فتسكون جلطة دموية تسده وذكر انه استعمل ذلك لخمون ثلاثين مع غاية النجاح  
(ومنها) القطع وكيفيته ان يقطع الجراح جميع الاوردة الدوائية بالمسرت  
امان الظاهر الى الباطن بأن يقطع الجلد فالاجزاء الرخوة الى ان يصل الى  
الوريد الدوالي فيقطعه وامان الباطن الى الظاهر بأن ينفذ تحت الوريد  
مسرت مستقيم حاد الطرف فيقطع مع ما فوقه دفعة واحدة ثم يوضع على الجرح  
قليل من النسالة فتسكون القرح 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 يتوحي الجراح الجزء الذي تكون فيه الاوردة  
اكثر اتفاحا واجتماعا ويلزم ان تكون الشقوق من (١١) الى (٢٢)  
ستيمتر ثم يستخرج الدم المتجمد بالضغط ثم تملأ الجروح بالنسالة فبالتهج  
تنسد الاوردة

(ومنها) استئصال الجزء المتمدد من الوريد أى سله بأن يكشف ثم ينفذ  
تحتة بحس قنوي ويقطع بالقرب من الزاوية السفلى من الجرح ثم يمسك الطرف  
العلوى منه بجفت فيجذب قليلا ثم يقرض بالامعص بالقرب من زاوية الجرح

العليا لتصير بعد القطع اطراف الوريد مغطاة وغير معرضة للهواء متى حصل  
الانكماش وكان القدماء من الاطباء ير بطون الوريد قبل قطعه  
(ومنها) الكي اما بالنار كما كان يفعلها قدماء الاطباء اما بالبوتاسا  
واما بجينة (فيينا)

\* (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 المخطرة  
وكانوا قديما ينقلون دم غير الادمي من الحيوانات الى الادمي واما الان  
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 يند كرمها الا طريقة (بلونديل) لكونها  
المستعملة وكيفية ان يكشف الجراح وريدا من الاوردة التي تقصد  
في الذراع ثم ينفذ تحتها مسبرا طرفه غير حاد فيرقعه به ثم يفتح فيه فتحة تسع  
انبوبة حقة زرق معتادة فهذا ما يفعل بالمريض ثم يأني بالشخص الذي يراد  
الاخذ من دمه فيغصده على ما هو العادة ويتلقى دمه في كوب مخروطي الشكل  
وحال انسكاب الدم بملأ منه الجراح المحقنة مع التحرز ان يكون فيها هواء  
ثم يدخل انبوتها في فتحة وريد المريض ويرزق بغاية الرفق والاحتراس  
ثم اعلم ان كمية الدم الذي يرزق 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 يسخن الاناء  
بعض التسخين ومثله المحقنة

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



الكموذات الباردة حتى يزول ذلك فتوضع عليه طبقة من الكولوديوم  
ويكرر ذلك الى ان يأخذ في التناقص فان بقي على حجمه الاصلى كرر البزل  
وزرق السائل اليبودى الى أن يزول بالكلية ويداوم على وضع الكولوديوم  
اشهرا

\* (في قطع الاعصاب) \*

قد استعمل الجراحون من أعوام قريبة قطع الاعصاب لازالة الآلام العصبية  
المستعصية على الادوية التي تستعمل من الظاهر أو من الباطن وان كانت  
هذه العملية قليلة النجح لان هذه الآلام كثيرا تعود بعدها أو يعقبها في الجزء  
الذي حصل فيه القطع آفة ربما تكون أثقل من الاولى  
ومن المعلوم ان الآلم العصبي متى كان ناشئا عن آفة خارجية وكان في الجزء  
الطرفي من العصب فقطع الفرع الناقل للحساسية الى المركز الذي هو موضع  
الشعور يزيله ولو ازالة وقتية غير ان ذلك ليس على الاطلاق اذ الغالب كون  
الآلم العصبي ناشئا عن احتقان أو عية الرأس وبالنسبة للنساء موافقا لدور  
المحيض أو كونه مرتبطا بانقطاع سيلان اسورى أو نحو ذلك  
وأعلم ان أغلب الاحوال يكون فيه السبب المحدث للآلم العصبي مجهولا  
فيظن ان الموضع المتألم هو نفس منشاء السبب وليس كذلك اذ قد علم من  
الفسولوجيا ان العصب الزندي اذا صدم في المرفق لم يحس بألم الا في الكف  
وخصوصا في المختصر منها وفس 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 طاج 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  
بعملية قطع الاعصاب ومع هذا نشرح هنا كيفية هذا العمل الاعلمية  
قطع العصب الوجهى لانه قد استفيد من الفسيولوجيا انه عصب حركة فقط  
لكن ربما يقطع مع الفرع منه أفرع من الزوج الخامس فيقطعها يحصل تأثير

## في الألم العصبي

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

وجميع الميسولوجيين مع (برار) يتككرون حصول الألم العصبي في العصب الوجهي لما أسلفنا من أنه عصب حركة فقط وليس من أعصاب الخمس

\* (في تطع العصب السني السفلي) \*

هذا العصب يقطع قبل دخوله في القناة السنية كما أنه يتقضم بعد خروجه من ثقب الذقني وهذا هو الأكل أكثر استعماله والأسهل وكيفية أن يشق الجراح ثقب الغشاء المخاطي المنعطف من الشفة على الأذن حذاء أرب وحذاء ما بينه وبين الدررس الأول ويوصل هذا الشق إلى الثقب الذقني الذي تنفرع منه فروع العصب السني فتقطع بالمتص أو بالمشرط

وأما قطع العصب السني السفلي قبل دخوله في القناة السنية وهو طريقة (وارين) فكيفيته أن يشق الجراح شفايفنديه من الثرم المثلث إلى الحافة السفلى من عظم الفك السفلي حتى انكشفت الغدة السكية فصلت وقطع الجراح بعض من ألياف العضلة المضغية حتى يصل إلى العظم فيصع عليه المتشار الأسطواناني المعروف بالتربان أسفل الثرم المثلث بغير عشرين إلى خمسة وعشرين ملية ووسط المسافة التي بين الحافة المقدمة والحافة الخلفية من العظم فيعدان يزيل صفيحتي العظم الأولى بالألة الراقعة والثانية بالحقن ينكشف كل من العصب والشريان والوريد حذاء مدخلها من القناة السنية فيرفع العصب بالمجس ويقرض منه نحو (١٢) ملية ثم جزء من أصل الفرع العصبي ويربط الشريان أن تقطع سهل

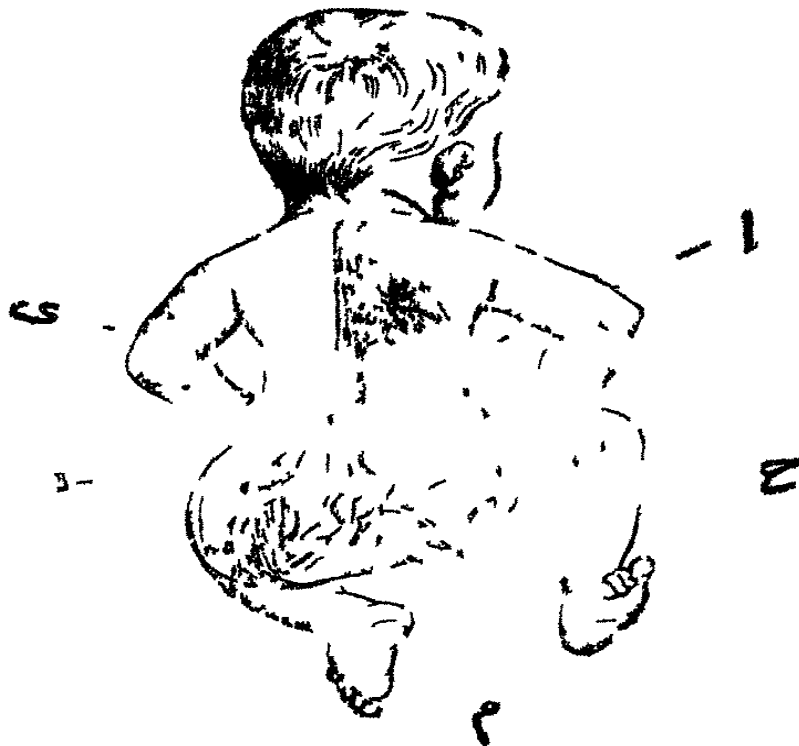
وأما لشريان الوجهي المستعرض فكان الجراح (وارين) يربطه من أول الأمر فن أراد من الجراحين إجراء هذه العملية فعليه أن يتبع مخترعها في ذلك اعني أن يربط الشريان الوجهي المستعرض ابتداء

ولما أجرى الجراح (وارين) هذه العمالية ضم الجرح فالنجم بالقصد الأول وثني المريض في اليوم التاسع منها

## \* (في الاستسقاء الفقاري) \*

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

(شكل ١٧)



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

أو سقيحتين يثبتان بخيط كما في الخياطة اللغية وقد يستعمل في هذه الاورام الرباط أيضاً لكن لا حاجة الى شرح كلفيته فانها معلومة  
وأما بالقطع وكلفيته ان ينفذ الجراح في عنق الورم عدة دبايس بعد ان يطبق بعض المساعدين جدران الورم بعضها على بعض لثلاث اعد فتخرج الدبايس ثم يمسك الجراح الورم بيده اليسرى فيقطعه بالشرط ويدبر على الدبايس خيطاً مزدوجاً كما في الخياطة الكتبية ولا تنزع هذه الدبايس الا بعد ستة أيام الى عشرة

ويمكن قطع الورم من أول الامر ثم تنفيذ الدبايس بعد ذلك الا ان المختار اجراء العملية على ما أسلفنا ذكره منعاً لتأثير الهواء في العنكبوتية ويمكن الاستغناء بالخياطة المرودية عن الخياطة الكتبية

وأما الاورام الكبيرة الفواعد فتعالج بالضغط مباشرة من الخلف الى الامام بعد ان يخرج قليل من السقي الذي فيها أو بدون ذلك وقد استعمل الجراح الانكليزي (استلي كوبر) الضغط بهذه الطريقة ففتح وهي انه اتخذ قالباً من الجبس على شكل الورم ووضعه به ثم صار يلائم تجويف هذا القالب شيئاً فشيئاً الى ان انتهى بان وضع على الورم رباطاً شديداً يحزم العنق السرى

ويعالج أيضاً بالشق الا انه خطر في عقبه في أغلب الاحوال الموت ويعالج بالزروقات اليودية أيضاً وكيفية ذلك أن يغرس الجراح في الورم بانحراف ميزلار فيعسا فيخرج منه من السقي بقدر ما يريد زرعه فيه والسائل الذي يزرع هو هذا

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

ويقوى المحلول كلما كروالبزل والزرق بحيث يصل تدريجاً الى ان يذيب في المقدار المذكور من الماء المقطر (٢٠) سنتي جرام من اليود و (٣٠) من يودورالبوتاسيوم ويلزم عدم اخراج سائل الزرق بل يمنع خروجه بضغط فتحة البزل ضغطاً لطيفاً

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

أوالى شقين معترضين على طرفيه وكلما كان الباقي من الضربيع أكثر كانت العملية اعظم ثمرة فقد شوهدت في عمليات بقي فيها الضربيع أن العظم أو الجزء العظمى المستأصل تولد بدله عظم آخر مكانه فيه متانة كافية لتأدية فعل ذلك العضو وهذه العمليات التي يبق فيها الضربيع تسمى باستئصال العظام من داخل الضربيع ثم ان قرص العظام واستئصالها مما يقار بهض ومناشير مختلفة باختلاف موضع العملية

ويلزم قبل الشروع في نشر العظم وقاية اللحم وتبعيد حافتي الجرح احدهما عن الاخرى لئلا يصاب شيئا منهما المنشار ومتى انتهت عملية القرص نزم ان يجعل الطرف على هيئة بها يتيسر العمل به بعد الشفاء ان لم يكن بد من بئس المصل ويتم ذلك في الاطراف السفلى بجعلها مبسوطة وفي الاطراف العليا بجعلها مثنية

والجرح يضم اما ضمها كليا أو جزئيا على حسب الاحوال ويلزم الاجتهاد في مدافعة الالتهاب المتوقع حصوله بعد هذه العمليات بأن يوضع على مواضعها نحو المثانات الممارسة بالجليد ولا ترفع الا اذا تألم المريض ببردتها أو عرض له انتفاض

### \* (في الآفات الموجبة لقرص العظام أو استئصالها) \*

هذه الآفات كثيرة جدا فمنها الامراض الاولية وهي التسوس وسرطان العظم وشوكة الريج والكساح ودرن العظام والنكروزاى موت العظم واللين الشحمي والالتهابات العظمية المزمنة ولين العظام وضمخاتها وغير ذلك ومنها الآفات العارضية وهي الكسور المضاعفة ونفوذ جزء من العظم الى خارج الجلد وتعري العظم وبروزه من الجذمة أى موضع القطع والمفاصل الكاذبة وعدم استواء الدشبت وانغراس جسم غريب في العظم ونحو ذلك

### \* (في الآلات المستعملة في استئصال العظام) \*

هذه الآلات عديدة مختلفة باختلاف الاحوال فمنها المنشار السلسلي ومنها منشار (هين) الرحوى الذى نوعه (شاربير) و (طمسون) ومنها المقاريض واجودها مقراض (استون) الانكليزى المستعمل في قرص

العظام الصغيرة ومنها بحس (بلندين) ومنها الصفائح الواقية للأجزاء  
الرخوة وتكون من الورق المقوى المتين أو من الخشب أو من معدن ومنها  
المطرقة ومنها الأزامير المختلفة الشكل

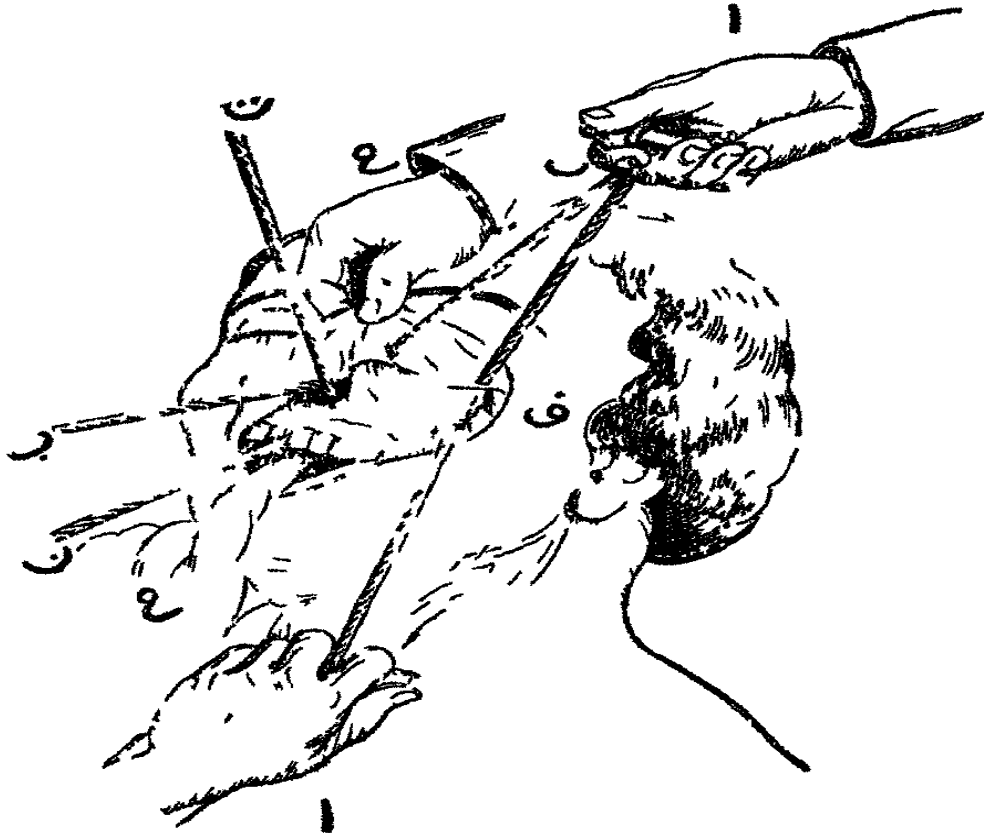
\* (في استئصال عظام الوجه) \*

\* (في استئصال عظم الفك العلوى) \*

أعلم ان عظم الفك العلوى متصل بواسطة نتوء الساعد بالعظم الأني وله  
انصال بكل من العظم الجبهى والعظم الظمى والعظم المصعامة والوتدى بنفس  
هذه الوساطة ومتصل بواسطة النتوء الوجنى بالعظم الوجنى ومتصل من جانبه  
الانى المتكون منه نصف سقف القم بالجزء المقابل له من قرنته ومتصل من  
الخلف بالعظم الحنكى اتصالاً تاماً

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

(شكل ١٨)



(تنبیه) قطع العصب السنی بعد خروجه من الثقب الذقنی كما اسلفناه هو الطريقة المتبعة لانامتی نظرنا الى خطر وصعوبة عملية (وارین) التي هي قطع هذا العصب قبل دخوله في القناة السنية والى انه لا يمكن نشر العظم العكی السهلی بالتریان الا بعد عزل النكعة وقطع بعض الياف العضلة المضغية مع بعض أفرع من العصب الوجهی وبذلك تنشل جله من عضلات الوجه علمنا انه لا ينبغي للجراح أن يقطع العصب السنی السفلی قبل مدخله في القناة السنية ومع هذا قطعهم من هذا المحل هو الذي يسكن الآلام 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 وكيهيتها ان يأمر الجراح مساعدا برفع الشعلة العليا فيشق هو والغشاء المخاطی في الميراب الفاصل بينها وبين العك ثم يفصل جميع الاجزاء الرخوة المغطية للنفرة البابية حتى يحاذی بهذا الشق الثقب تحت الوقب فيقطع فريعات العصب تحت الوقب على العظم ثم يحسك أطرافها بالجبفت فيقرض منها قدر نصف سنتيمتر

\* (في قطع العصب الجبهی) \*

(تشریح جراحي) يوجد وحشی أصل الانف بنحو (٢٥) مليمترا عنی انسی متصل الثلث الانسی بالثلثین الوحشيين من القوس الجباجی يبسير شرم عظمی أو ثقب يمر فيه الفرع الوحشی من العصب الجبهی عند خروجه من الوقب وأما الفرع الانسی ففي وسط المحط الضام لهذه النقطة باصل الانف واعلم ان العصب الجبهی يكون في هذا القسم مغطى بالجلد وبطبقة غير سمیكة من نسج خلوی وبيعض الياف العضلة المطبقة للجفن والغالب أن لا يكون الشريان التابع لسير العصب عظيما فلا تخشى اصابته

\* (كيفية العمل) \*

متى ارید قطع هذا العصب أمر الجراح مساعدا ان يخفض الجفن العلوی

من المريض ثم يقف هو امام أو خاف المريض فيرفع ياحدى يديه الحاجب ويشق بالانحرى شقا بعيدا عن اصل الانف يستيتر يعتمد به مقدار (٣) سنتيمتر نابعا للقوس الحاجبي وحرف القوس الحاجبي ويلزم ان يوصل هذا الشق الى العظم ليقطع كلا من الفرع الانسى والفرع الوحشى من هذا العصب وان يقرض جزءا من طرفه الانهائى لثلاثتتم الاجزاء التى تعطع واعلم انه يمكن استبدال الشق اسفل الحاجب بالشق اعلاه ويمكن تطع هذا العصب من تحت الجلد لكن يفعل البط على الخط المتوسط لا وحشيه انفى هذا الجزء يكون تحذب الحاجب ما نعال الجراح من ادخال المقطاع بلا شذمة لشقتى الجرح

\* (فى عمليات العظام) \*

\* (فى استئصال العظام وفرضها) \*

يقصد باستئصال العظام أو فرضها فصل الفاسدمتها عن الصحيح وابقاء الصحيح استبقاء للطرف واعلم انه متى اضطر الى قرض طرف مفصلى من أى عظم فان المخطر بقول كلما استؤصل جزء عظيم من السطح المفصلى المغطى بالغشاء الرالى لان التهاب هذا الغشاء فى مثل هذه العمالية 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 بتر هذه الاطراف ويجب متى كانت عمالية القرض لشاب ان يجتهد فى ابقاء رؤس العظام ويلزم فى هذه العمليات ان تكون الشقوق من الجانب المقابل لمرور الاوعية والاعصاب المهمة وان تكون فى المواضع التى يكون فيها الجلد اقرب الى العظم المراد استئصاله

ويجب ان يبذل الجراح اجتهاده فى حفظ العضلات والاوتار والاعوية والاعصاب ثم ان الغالب فى عمالية القرض ان يكتفى بشق بسيط طويل لكن قد يضطر فى بعض الاحوال الى شق اخره مترص على احد طرفى الشق الاول



عموديان احدهما انسي يقطع الشفة السفلى من الوسط والانحرو حتى يتدأ به  
من القوس العذارى أى الزوجى ويمتد به خلف فرع الفك حتى ينصل بانسى  
الانى في هذه الكيفية تتكون شريحة مربعة فتسلخ وترفع الى الاعلى والانسية  
ثم ينسر تجزء المتوسط من هذا الفك ويخلق ما فى وجهه الخلقى من الاجزاء  
الرحوة ومي وصل الجراح الى المفصل ثم خلف النتوء القرني وتحت القوس  
الزوجى مشرطاً ذر فقطع به وتر نعضله اصدغية وفى اثناء ذلك ينكس الفك  
ليبرز النتوء اللقمى من حفرة المعصية فيسطع العضلة الجناحية والاربطة  
المفصالية وهو جاذب العظم اليه جذباً قويا لتباعد الاوعية عن فروع الفك  
وفرارها من اعصاب الشريان العكى الانسى

\* (فى استئصال عظم الترقوة) \*

هذا العظم استئصاله عسر وخطر جدا المجاورته أوعية هامة وكيفية ذلك عند  
الاقتضاء ان يشق الجراح ازاءه شعاعا يمتد من طرفه الانسى الى طرفه الوحشى  
فان كان حجم الترقوة صار عظيما فلا فة التى فيها شق أيضا شقين صغيرين  
يقعان وقوعا عموديا على هذا الشق المستعرض ثم أمسك حافتى الجرح بيغث  
وفصل العضلة الفصية الترقوية الخشافية والعضلة المربعة المعينية  
والعضلة العظيمة الصدرية والعضلة الدالية عن العظم ثم يفصل سفاق  
العضلة تحت الترقوة بواسطة يد المشرط وينفذ تحت الترقوة بحس (بلاندين)  
ويذشرها من الوسط ثم يمسك طرفى العظم ويجذبهما بقوة الى الاعلى ويقطع  
الاندغامات العضلية التى فى السطح السفلى من العظم ومتى وصل الى المفصلين  
قطع أربطتهما من الاسفل الى الاعلى بلاخطر

\* (فى استئصال عظم الكتف المدعى باللوح) \*

هذا العظم استئصاله نادر جدا لما يغطيه من الكتل العضلية وما يحيط به  
من الاوعية العديدة ومع هذا من جراحى الانكيز من اسناصل أغاب  
ما يكون منه تحت الشوكة لورم غضروفى عظيم الحجم كان شاعلا لهذا الجزء  
الا ان المريض لم يعيش 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 وتصبحها قليلة الخطر

## \* (كيفية العمل) \*

كيفية استئصال الاضلاع أن يضحج المريض على جنبه الصحيح ثم يشق الجراح على اتجاه الضلع المريضة شقا على قدر الجزء المراد قرضه ثم يفصل الاجزاء الرخوة المغطية للعظم ثم البليورا المجاللة لسطحه الخلفي أما بواسطة محس قنوي أو بيد المشروط ثم ينفذ تحت الضلع رفادة أو قطعة من الورق المقوى لتكون وقاية للغشاء الصدري المستبطن ثم يتشر العظم بالمدشار العرفي أو يقرضه بمقرض (لستون) ثم يرفع القطعة بكلاب كال الطرف ويجذبها الى الامام ويفصل منها الاجزاء الرخوة مع غاية الاحتراس خشية اصابة الشريان بين الاضلاع أو البليورا

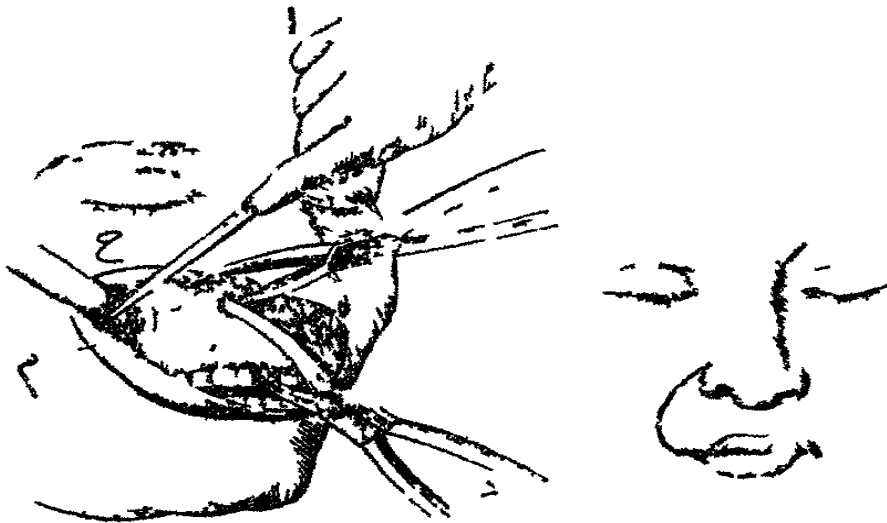
(تقييمه) اذا كان جزء البليورا المقابل للضلع مريضا لزم قرضه بالمقص المنحني وضعه فورا لئلا يدخل الهواء في تجويف الصدر فيختنق المريض ثم يضم الجراح الجرح بالنسالة المدهونة بالمرهم البسيط

## \* (في قرص عظام القص) \*

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

## \* (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 يبتدئ به من الصامخ أى ملتقى الشفتين (شكل ١٨) وينتهي به حذاء وسط العظم الوجنى ثم يسلخ 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 منشارا لسلسليا وينشر النتوء الصاعد وبعد تبعيد العين مع غاية الاحتراس على الجانب السفلى من الوقب ينفذ فى الشق الاسفنى الفكى منشارا لسلسليا وينشر أيضا النتوء الوجنى فيصير المتصل من العظم الفكى بالجسم جزؤه الافقى فقط فيفصل منه من الامام الى الخلف اما منشار سلسلى أرى بقراض (لستون) وقبل استئصال العظم يجب شق الغشا الليقى المخاطى المعطى لسقف الحنك بالشرط ومتى كانت الالهة سليمة وجب على الجراح ان يفصلها عن الزنك العلوى بواسطة شق مستعرض ثم يسك الجزء الفكى المراد استئصاله بجفت عظمى متين ويحركه من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام فينكسر النتوء الجناحى ويشهل فصل هذا العظم (شكل ١٩) وهذه هى طريقة معملنا الشهر (ويلىو) التى هى اكثر اتباطا



(شكل ١٩)

\* (في استئصال عظم الفك السفلي) \*

هذا العظم جزؤه المتوسط معطى بالجلد وبالعضلة المثلثة الشفوية أى المخافضة  
للصاعغ الشعوى وبالعضلة المربعة الشفوية أى المخافضة للشفة السفلى  
وبالعضلة العنقمية

وأما جزؤه الحادى 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 اللقمى فترتبط فيه الجناحية الوحشية أى الظاهرة  
والشريان الفكى يمر خلف عنق النتوء اللقمى من الفك السفلى  
والشريان الوجهى يقاطع اقتراب العظم

\* (كيفية العمل) \*

\* (في استئصال الجزء المتوسط منه) \*

متى كان مايراد استئصاله من هذا الجزء غير عظيم الحجم كفى ان يشق شق  
يبدأ به من وسط الشفة السفلى ويمتد به الى قرب العظم اللامى  
فان كان الجادبه عاهة لم يجعل الشق عموديا بل على شكل السبعة بالرغم  
الهندى (٧) ويمتد به الى قرب العظم اللامى

وأما اذا كان سليما وكان الجزء العظمى المراد استئصاله عظيما فيشق شق  
مستعرض ازاء المخافة السفلى من الفك وشق آخر مستعرض يقع على الشق  
الاول وقوعا عموديا ثم تسليخ الشريحتين المثلتين الحاصلتين عن هذين الشقين  
ويستصل هذا الجزء العظمى بأن يدخل المنشار السلسلى وراء الوجه الخلفى  
من عظم الفك السفلى من الاعلى الى الاسفل ومن الباطن الى الظاهر وينشر  
العظم ثم تفصل منه العضلات والغشاء المخاطى

\* (في استئصال نصف الفك السفلى) \*

كيفية استئصال هذا النصف من الفك أن يشق ازاء المخافة السفلى منه شق  
منحن يبتدأ به من ارتفاق الذقن ويمتد الى زاوية الفك ثم شقان آخران

## قرض الاضلاع

\* (في قرض سناسن الفقرات أى تتواتها) \*  
\* (الشوكية) \*

\* (كيفية العمل) \*

كيفية قرض هذه السناسن أن يشق الجراح في الجزء المتوسط من العمود الفقري امام النتوء المراد قرضه شقا طويلا ثم يقرض هذا النتوء بمقراض (لستون)

ثم انه لا يتبغى قرض صفائح الفقرات الا في الجروح النارية المحبوبة بكسر تفتى في الفقرات أو بجسم غريب كالرصاص فان هذه الاحوال هي التي يلزم فيها فعل هذه العملية واستخراج هذه الاجسام لئلا تهلك المريض بصغتها للنجاع

\* (في استئصال وابله العضد اى رأسه) \*

\* (كيفية العمل) \*

كيفية استئصال رأس العضد أى الجزء العلوى منه ان يجلس المريض على كرسي و يثبت عليه تثبيتا جيدا ثم يقبض الجراح على العضلة الدالية بيده اليسرى ويجذبها اليه ثم ينفذ بينها 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 انكباب تام أو في اليسرى لواه الى الوحشية كذلك ثم يقطع كلا من العضلة فوق الشوكة والعضلة تحت الشوكة والعضلة المستديرة الصغيرة وترالأس الطويل من العضلة ذات الرأسين والعضلة تحت اللوح عندما تتوتر بالحركة انحرافية التي يفعلها الجراح بالعضد وقت العمل

ويلزم في سهولة قطع هذه الاجزاء الرخوة أن يكون حد السكين واقعا باستقامة مقاطعا لاليافها فبعد ذلك ينزع رأس العضد من تجويفه المعصلى ويجعل بينه وبين الاجزاء الرخوة قطعة من الورق المقوى أو صفيحة معدنية أو قطعة خشب مفرطة وقاية للحجم من المنشار ومن سقوط النشارة عليه ثم ينشر بالمنشار المعتاد

وهذه الطريقة هي طريقة (دوبويترون) وهي مع كونها سهلة ينشأ عنها جرح متسع تصاب فيه أوعية كثيرة ويكون فيها موضع النشر عرضة للتكزز والتقيح غزيرا ربما انهمك المريض وتعطل عنها رفع الذراع لما ينقطع فيها من العضلات الرافعة ولذا فضلها طريقة (روبير) وهي ان يشق الجراح بين التواء الاخرى والتواء الغرابي شقا طويلا يبتدئ به تحت الترقوة بسنتيمتر 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 اللقية وتجعل الذراع مع الساعد في علاقة (تنبيه) متى كانت الحفرة العناية فاسدة أيضا لزم استئصالها بالازميل والمطرقة

\* (في فرض جزء من جسم العضد) \*

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

وأما الكسور البسيطة التي لم تجبر بعد اجراء الوسائط المعتادة فيلزم الجراح فيها أن يشق في مقابلة الكسر في الجزء الوحشي من الطرف شقا وذلك لان الأوعية والاعصاب في الجزء الانسي ثم يقطع النسيج الليفي الذي بين جزئي العظم المكسور ويجذبهما 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 مسيحية وطريقة (شاسينيكا) فالاولى أعنى طريقة (مورو) هي ان يشق الجراح على جانبي المفصل المرفقي شقين يبتدئ بهما فوق تنوى العضد الوحشي والانسي ستة سنتيمتر ويمتد بهما على جانبي هذا

المفصل ثم يوصلهما بشق آخر مستعرض فوق النتوء المرفقي ثم يقطع وتر العضلة ذات الرأس الثلاثة ويسلخ الهدب من الأسفل إلى الأعلى فيتكشف السطح الخلفي من العظام العضدى فيعرض شرط حاد على وجهه المقدم لينفصل من الأجزاء الرخوة ويضع صفيحة رقيقة بينه وبين هذه الأجزاء ثم ينشر الجزء المراد استئصاله ثم يقلبه إلى الخلف وتفصل منه العضلة العضدية المقدمة والأطراف الوترية التي تندغم فيها العضلات في هذا الجزء ثم يستخرجه إلا أن محل ذلك إذا كان المريض هو الجزء السفلي من العضد فقط وأما إذا كان الطرف الأعلى من الزند والكعبرة مريضين أيضا فيلزم أن يمد الشقين الجانبيين المذكورين إلى أسفل فيتكون عن ذلك هدب مربع آخر يسلخ من أعلى إلى أسفل ثم يقطع طرفاهذين العظمين

وأما الثانية أعنى طريقة (شاستياك) فهي أن يشق في الجزء الوحشي الخلفي من المرفق شق مستقيم مع الاحتراس من إصابة كل من العصب الكعبرى والعصب الزندي ثم يفصل الطرف العلوى من الكعبرة فينشر بمنشار سلسلى ويستخرج فورا ثم يستخرج أيضا الطرف السفلى من العضد فوق الأسطح المفصالية قليلا أو كثيرا على حسب امتداد الآفة وينشر ثم يجذب إلى ظاهر الجرح وتفصل عنه الأجزاء الرخوة المندخمة فيه وكذا العصب الزندي مع غاية الاحتراس ثم يقطع الاتصال الذى بينه وبين النتوء المرفقي ويستخرج ثم يقرض أيضا النتوء المرفقي وبعد العملية تربط الشرايين النازفة ويضم الجرح بالخياطة ويثنى الطرف ويعلق بعلاقة ويجهت في أبعاد كل من طرفى العظمين عن الآخر ليتكون منهما مفصل صناعى به تستمر حركات الساعد

\* (في استئصال الطرف السفلى من الزند) \*

كيفية هذه العملية أن يشق الجراح على الحافة الأسيية من العظم شقا مستطيلا بقدر طول الجزء المريض ثم يشق غمد العضلة الزندية الخلفية ويوجهها إلى الخلف ثم يغرس فى الرباط بين العظمين مجس (بلاندين) يضعه أسفل الزند ثم ينشر العظم ثم يمسك الشظية السفلى بجفت متين ويفصلها من الأجزاء الرخوة إلى محل اندغام الرباط المفصلى ثم ينشر قاعدة النتوء الكرسوى أو يقرضها بقرض (لستون) وهذا هو الأصوب لأن فيه حفظا

للرباط والمفصل والاساوة هي عين الاساوة المعتادة

\* (في استئصال البعض من جسم الزند) \*

كيفية استئصال بعض جسم الزنده هي أن يشق على طول الزند شق على قدر  
الجزء المريض ثم تفصل الاجزاء الرخوة من ذلك الجزء مع غاية احتراص وبعد  
ذلك ينشر الجزء المريض من العظم من أعلى المرض ومن أسفله على مجس  
(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 طولي ثم تدفع  
حافتا الجرح واحدة الى الامام والاخرى الى الخلف ثم تنشر الكعبرة وتجذب  
الى الخارج وتترزع عنها الاجزاء الرخوة ويقطع اتصالها بعظم الرسغ

\* (في استئصال الطرف العلوي من الكعبرة) \*

كيفية استئصال هذا الطرف أن يشق على حسب طول الجزء المريض من  
الكعبرة شق ثم ينفذ تحته مجس (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 الاحتراص  
من اصابة العضلات والاورتار لثلاث تعطل حركات الساعد ويتم هذا الاحتراص  
بتخية هذه الاعضاء بواسطة كلاب كالة الاطراف

\* (في استئصال المفصل الكعبري الرسغي) \*

لاستئصال المفصل الكعبري الرسغي طرق عديدة منها طريقة (مورو)



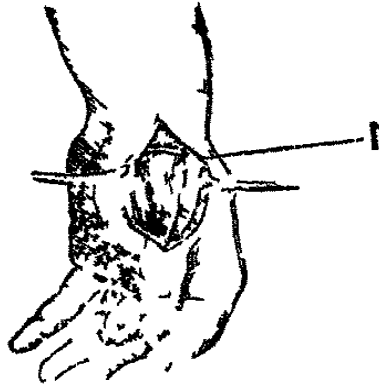
وكيفيتها أن يشق في الجزء السفلي من الساعد شقان جانبيين أحدهما إزاء  
 المخافة الانسية من الزند وثانيهما إزاء المخافة الوحشية من الكعبرة يتصاليان  
 من الجهة المخافية من مفصل المعصم بشق آخر مستعرض لا يتجاوز طوله (٢)  
 سنتيمتر ونصفا وبعد ذلك يستأصل الطرف الأسفل من الزند كما يبناء آتقا ومن  
 بعد نشر الكعبرة من أعلى إلى المفصل تفصل من أعلى إلى أسفل عن العضلة  
 المربعة السكابة والعضلة الطويلة القالبة اللتين يندخمان فيها وعن غيرها  
 من العضلات التي تمر عليها

ومنها طريقة (دوبليد) وهي عبارة عن الشقين المستطيلين فقط  
 ومنها طريقة (ولپو) وهي أن يوصل بين الشقين الجانبيين بشق مستعرض  
 في أعلاهما فينتج عن ذلك هذب مربع فيسلخ من الأعلى إلى الأسفل فتتكشف  
 أوتار العضلات الباسطة فتخرج لثلاث تقطع أثناء نشر العظم  
 ومنها طريقة (بوني) وهي أن تنوع الطرق المتقدمة بأن يقطع الجراح حال  
 العملية جميع العضلات التي ليست قابضة ولا باسطة للأصابع لقوات  
 وظيفتها بالاستئصال ثم يرضم الجرح بعد العملية من الجهة الوحشية فقط ويوضع  
 على الجهة الانسية قليل من النسالة المدهونة بالمرهم البسيط تسهيلات الخروج  
 المواد منه ثم يوضع الطرف على جيرة من الخشب تثبت على طرفها المقابل  
 للمفصل شبه سطح مائل من خشب الفلين بشرط ككون اليد مثنية ثنيا  
 يسرا مع عدم تثبيت الأصابع في الجيرة فتترك بلا ربط ليتمكن المريض من  
 تحريكها مدة المعالجة مع ككون مفصل المعصم مثبتا تثبيتا جيدا

\* (في استئصال العظم الأول من عظام) \*

\* (المشط وهو المقابل للابهام) \*

كيفية استئصال هذا العظم ان يشق الجراح في المخافة الوحشية من  
 اليد شقا مستطिला يتدنى به وسط المسافة التي بين النتوء الكوعى من  
 الكعبرة وبين الطرف العلوى من هذا العظم ويمده إلى المفصل المشطى  
 السلامى ثم يباعد ما 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 الأجزاء الرخوة بالمشرب ويمسكه بالابهام والسبابة من يده اليسرى ويقطع وتر العضلة المبعدة للابهام من محل اندغامه على رأس عظم المشرب ثم يدخل المشرب في المفصل وينصل الطرف العلوي من العظم ويحلق الأجزاء الرخوة المندمجة على سطحه الممدم جميعها من الاحتراس من إصابة وتر العضلة العابضة الخاصة بالابهام

ومتى وصل الجراح إلى الطرف الأسفل من عظم المشرب أزال اتصاله بالسلاحي من الوحشية إلى الأنسية بعد ثني الإبهام مع الاحتراس هنا أيضا من إصابة أوتار العضلات الباسطة

(تنبيه) متى كان المصاب طرفا واحدا لم يحتاج إلى استئصال جميع العظم بل ينشر من أعلى أو أسفل المرض ثم يستأصل الجزء المريض وبعد العملية تضم حافتا الجرح كما هي العادة أما بواسطة الخياطة أو بالمشابك فلواتفق أثناء العملية إصابة الشريان الكبير أو إصابة فروع من فروعته 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 فكيفيته ان يشق على طول العظم شق بسيط وتنزع عنه الأجزاء الرخوة ثم يستخرج فان كان المريض احد طرفيه فقط قرص من وسطه بواسطة مقراض (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 بالشفوق 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 والحديبة الوركية فلم يتبق جهة يمكن منها الوصول الى رأس الفخذ الا بالجهة 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 يضجع المريض على جنبه السليم ثم يبحث الجراح عن المدور الكبير حتى يعثر عليه فيشق حوله شقا هلاليا لتحديده الى الاعلى ثم يساغ هذه الشريحة وينكسها الى الاسفل ثم يقطع الاندغامات العضلية جميعها ويفصل العظم بهذه الكيفية ثم يأمر احد المساعدين بتحريك الطرف حركة رحوية ليتحقق من وضع رأس الفخذ باصبعه ثم يشق الحفظة 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 بالمقراض أو بالمنقار والمطرقة ومتى تمت العملية ضم الجرح الضم المعتاد وجعل الطرف مدة المعالجة مدودا مدا لا ثقالا يقصر

(تنبيه) هذه العملية يمكن فيها أيضا شرا العظم اسفل المرض اولا ثم جذبها

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

\* (في استئصال جسم الفخذ) \*

هذه العملية فعلت في بعض الاحيان لاجل عثم نشأ عن انجيار بعض الكسور  
واعلم ان هذه العملية خطيرة جدا بسبب وجود الاوعية 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 يثقب العظم من اعلى الافة واسفلها ثم يعالج هذه الحالة  
بمعالجة الكسور المضاعفة بجرح

\* (في استئصال مفصل اركبة) \*

كيفية هذه العملية مثل كيفية استئصال مفصل المرفق وذلك ان يشق شقان  
جانبيين عموديان يتصلان من وسطهما بشق آخر مستعرض محاذ للداغصة  
فينتأ من ذلك هديان فيسلمان ويرفع العلوي منهما الى الاعلى ويزنح السفلي  
الى الاسفل بحيث يتكشف المفصل ثم تستخرج الداغصة ويخلع عظم الفخذ  
الى الامام وينشر من اعلى الجزء المريض ثم يفصل السطح المفصلي القصي  
وينشر أيضا

وهذه العملية يمكن اجراؤها بفعل شقين هلالين احدهما فوق الداغصة  
والآخر تحتها يتصلان من الانسية ومن الوحشية  
وكذا يمكن اجراؤها 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 السفلي حاذرت تركز عليه القدم و يسند بجيرتين جانبيتين  
ويهتم اثناء المعالجة باحداث التصاق في الطرف مع كونه ممدودا

\* (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 يسلخ الهدبان وينفذ تحت هذا العظم بحس (بلاندين) ثم ينشر وتمسك القطعة العليا منه بجفت وتفصل من الرباط بين العظمين ثم يقطع كل من الرباط الوحشى من المفصل الفخذى القصى والرباط الوحشى من المفصل القصى الشظي وتستأصل القطعة المؤوفة

(تنبيه) لابد في هذه العملية من قطع العصب الوركى المابضى الوحشى ولذا تنشل عضلات الجزء المقدم من الساق وأيضا اتصال الغشاء الزلالى من المفصل القصى الشظي بالغشاء الزلالى من المفصل القصى الفخذى يصير طاقبة هذه العملية خطيرة ولاجل الفرار من هذا المخطر يرد المريض بعد العملية على الجهة المريضة لتخرج المواد الصديدية بسهولة ويصير الالتهاب السابى واسطة فى انسداد فتحة الاستطراق بين الغشائين

\* (فى 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 (بوييه) و (كروكسال) وغيرهم وقد تفعل هذه العملية فى الاحوال التى يكون جسم العظم فيها متمكزا أو متسوسا وهى كبقية العمليات فيشق الجراح شقا محاذيا للأفة متجاوزا لها من الاعلى ومن الاسفل ثم ينفذ المنشار السلسلى تحت العظم وينشر من فوق المرض ومن تحته ثم يستخرج القطعة المريضة

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

\* (فى استئصال الطرف السفلى من الشظية أى الكعب الوحشى) \*

كيفية استئصال الطرف السفلى من الشظية ان يشق على الحافة الوحشية من الكعب شق عمودى يمتد من الاعلى بقدر الجزء المريض وينتهى من الاسفل فى آخر الكعب ثم يشق فى هذا الجزء شق آخر مستعرض يبتدأ به حذاء العضلة الشظية المقدمه فيكون حينئذ طولها نحو من (٣) سنتيمتر ثم يسلخ هذا الهدب وتقرض الشظية بمقراض (لستون) أو تنشر ثم تجذب القطعة السفلى الى الخارج ويقطع الرباطان الشظيان القصديان المقدم

والمخلف الضامان للقصة بالشظية وكذا الرباط الشظي القنزي المغمدم  
وارباط الشظي القنزي المخلف وارباط الشظي العقبي وهذه الطريقة هي  
طريقة (مورق)

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

\* (في استئصال الكعب الانسي) \*

كيفية هذه العملية ان يشق شق كالذي ذكرناه في استئصال الكعب  
الوحشي ثم ان كانت الآفة كثيرة الامتداد الى الاعلى بان كانت فوق الموضع  
الذي يتلامس فيه عظام 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 ينتفع المريض بذلك الطرف وأيضا يندر كون  
القنزي سليما متى كان المقتضى للعملية ~~نكرو~~ روزا أو تسوسا 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 لاونا ر يضطر الى قطعها ولاهيمته في المثى  
فان كان المرض لم يشغل الاجزاء يسيرا من العقب امكن فرض هذا الجزء  
بلا توقع لضرر ولا تعطل لحركات القدم

وقد فعل الجراح (وايو) هذه العملية مرار ولندكر كيفية اجرائه لها  
فيقرل هي ان يكشف العظم بفعل شق هلالى تحديبه 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 قوسي تحديده الى الاسفل و بعد ان ينكشف  
العظم يقرض من امام المرض ومن خلفه وتستخرج القطعة المؤوفة  
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 كما ذكرنا ثم ينشر من فوق الافة ثم يمسك  
الطرف المقدم منه بكفتين ويقطع اتصاله بالسلامي ثم يستخرج

\* (في استئصال الطرف الرسخي من عظام مشط القدم) \*

تعمل الشقوق على ما اوضحناه وينشر العظم ويستخرج الجزء الخلفي منه

\* (في استئصال عظام مشط القدم جميعها) \*

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

\* (في التربة) \*

التربة عبارة عن عملية من عمليات قرص العظام نفعل بالآلة مخصوصة تسمى  
بالتربان وهذا التريان 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 بتاج التريان ومن مثقاب ومحك وملواة ومركز العجلة العمودية فيه

قبضة صغيرة يمكن تحريك تلك الجحلة بها ومتى تحركت الجحلة العمودية تحركت كل من الجحلة الأفقية والساق التي من الفولاذ حركة رحوية وتاج التريان عبارة عن دائرة صغيرة معدنية ذات اسنان كاسنان المذار تتجه تلك الاسنان اتجاها معا كالاتجاه المحركة الرحوية التي تعمل 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 الهك فهي ازالة الضرب عن العظم

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

هذا ولا ينبغي ان تفعل التريئة حذراً الجيوب الجانبية ولا الجيب العلوى المستطيل ويعرف اتجاه الجيوب الجانبية بأنه اذا مد خط افقي من نتؤ حلى الى اخر كانت على حسب اتجاه ذلك الخط ويعرف اتجاه الجيب العلوى المستطيل بان يمد خط وهمي من اصل الانف الى وسط العظم القمى ودوى فيكون هذا الجيب على حسب اتجاه هذا الخط

ويلزم ان يحترز من فعل عملية التريئة بالقرب من الزاوية الخلفية السفلى من الجدارين لوجود الشريان السحائي المتوسط هنالك لئلا يصاب حال العمل والبقى الاقسام لعملية التريئة هو المحديات الجبهية والمجدارية \* (كيفية العمل) \* هي ان يرقد المريض ويوضع رأسه على لوح مغطى بعلاوة



وثبته تثبيتا جيدا على هذا الموضع المساعدون ثم يشق الجراح شقا صليبيا  
 أو على هيئة لام مزدوجة يستوعب به جميع سمك فروة الرأس ثم يكشف الجزء  
 الذي يريد فعل التربة فيه ثم يشق أيضا السمحاق ويفصله بالمخف والمشرط  
 ليعرى العظم عنه فان لم يكف المشرط في ذلك حكه بالمحك الذي ذكرناه  
 ثم امر مساعدا بتبعيد شفتي الجرح احداهما عن الاخرى فوضع على العظم  
 التاج مركبا فيه المثقاب ثم قبض بيده اليسرى على مقبض التريان وحرك  
 بيده اليمنى القبضة الصغيرة التي في محور الجملة العمودية حركة رحوية ليتحرك  
 بذلك التاج والمثقاب حركة رحوية ايضا الا انه لا بد في ان تكون الحركة  
 في الابتداء خفيفة لئلا يتزلق المثقاب عن سطح العظم ثم متى تحقق من دخول  
 المثقاب في العظم زاد في حركة التريان الى ان تصير سريعة جدا  
 ومتى احدث التاج في العظم ميزا مستديرا فلاحسن اخراج المثقاب حينئذ  
 لئلا يصيب اغشية الدماغ

ومتى وصل الجراح الى النسيج الاسفنجي الكبير الاوعية ويعرف وصوله اليه  
 بظهور الدم في قاع الجرح وجب عليه الاحتراس التام بان يرفع التريان  
 زمنا فزمننا ويبحث عن القرص العظمي هل تحرك ام لا ثم متى تحقق الجراح  
 من وصول اسنان التاج الى الصفيحة الباطنة رفع التريان بالسكينة فادخل  
 في الثقب الذي احدثه المثقاب الملواة بدون ادنى ضغط على القرص العظمي  
 ثم جذب هذا القرص اليه كما يفعل في فتح زجاجة بالملواة ثم متى وجد حافات  
 الفتحة مشرذمة لزمه ان يحكها بالسكين الذي ذكرناه انفا لتساوى 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 اتناء التربة ان يتظف اسنان التريان بالفرشة زمنا فزمننا  
 حتى يزيل النشارة

ثم ان كان القصد من عملية التربة هو رفع قطعة من العظم انخسفت ادخل  
 الجراح من فتحة يحدتها بالتريان آلة رافعة ليرفعها من الداخل على تلك  
 الآلة واما ان كان القصد من هذه العملية هو استخراج مواد فيجية ضاغطة

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

(تنبيه) عملية التربة سواء كانت في الجمجمة أو في الجيب الفكي أو في القص  
 أو في غيرها من العظام واحدة فلذ لم نحتاج الى شرحها بخصوص هذه الاقسام

\* (في الكياس العظام) \*

متى كانت الكياس مصلية كفي في اجزا الباطن البسيط ثم زرق صبغة  
 اليود فيها  
 فان كانت ديدانية أو محتوية على مواد اثيرومية أي 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 كثره بالمنقار والمطرقة أو بالمشربط  
 لكن محل القرص بالمشربط اذا كانت الجدر رقيقة أو بمقرض (لستون)  
 أو بمقص من المفاص المعتادة يكون متينا

\* (في العظام المتكرزة أي الميتة) \*

متى انفصل الجزء الميت من العظم وتحرك وحب استخراجه 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  
 الاستخراجه بالمجفت عند ظهورها في القناة الناصورية بخلاف ما اذا كان  
 التكرز في عظم طويل لان الجزء الميت في هذه الحالة يكون في تجويف من  
 عظم جديد فيفتقر الجراح في استخراجه الى ان يشق الاجزاء الرخوة شقا  
 صليبيا ويحدث في العظم الجديد بالزبان فتحتين أو أكثر ثم يزيل شبه القنطرة  
 الذي يكون بين هذه الفتحات ويستخرج الجزء المتكرز

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

وبعد العملية تفعل الا ساوة المعتادة أو يحاط الطرف بلبحة كبيرة من بزر الكتان  
الى ان يظهر النسيج ثم يلزم المريض بعدم تحريكه الطرف الى ان يكتسب  
العظم الصلابة الكافية في تأديته وتطبيقه

\* (في المعامل 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 حذاء المفصل  
الكاذب شق ويكشف العظم ثم يقطع النسيج اللين الذي بين الشظايا ثم  
تجذب هذه الشظايا الى الخارج وتنتشر

(الطريقة الثالثة) المخزم وكيفية ان يدخل بين الشظايا ابرة تخزم فيها محيط  
متين ويشده هذا المحيط كل يوم لينقطع النسيج اللين المخلوي ويحدث فيه  
التهاب فيتكون الدشبث العظمي  
(الطريقة الرابعة) الغرس الابرى بأن يغرس في النسيج الذي بين الشظايا  
ابروفيعة 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 خطره على حياة المريض  
وللبتر طرق مختلفة فمنها الطريقة ذات الشريحة الواحدة والطريقة ذات  
الشريحتين والطريقة الحلقية والطريقة البيضية  
ثم ان البتر اما ان يفعل في جسم العظم أو من المعامل

\* (في آلات البتر) \*

آلاته هي السكاكين المسماة بسكاكين البتر ونسكون اما ذات حد واحد  
أو ذات حدين والمناشير والمشارط والمجقوت المختلفة الشكل التي تستعمل  
في ربط الشرايين أو في ليها والرفائند المشقوقة والنخيوط المتينة لاجل ربط

الشرايين ولاجل الخياطة ورفا ئد غير مشقوقة ونسالة وار بطة وسيور من  
الدياخلون ودبابيس وماء حار وماء بارد وطسوت ومكبس (يالويتيت)  
اوملواة الضغط ومحاويرمجة 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 ويوك كل مساعد ثالث بضغط  
الشريان ويوكل مساعدون آخرون بتثبيت المريض أى منعه من التحرك  
ويوكل بمناولة الالات للجراح 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 معاوتهم ان يكونوا ذوى حنكة  
ودراية ليجذب الموكل منهم بالامساك من اسفل موقع النشر الطرف اليه على  
حسب اتجاه محور العظم ويثبت الموكل بالامساك من اعلى موقع النشر ويمنع  
حركة المفصل ولانه متى تحامل أحدهما على الجزء الموكل بامساكه من الطرف  
ضاق 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 متحاذى القدمين ثم يقبض بيده اليسرى الجزء  
الذى يقابلها من الطرف فيحدد موضع النشر بنظر ايهامها ثم يتناول بيده اليمنى  
المنشار فيضعه على العظم بانحدار فيحركه حركات ذهاب واياب يتدنى بها بيضاء  
ثم يسرع بها تدريجيا حتى ياتي النشر على اغلب العظم فيعود الى النشر بيضاء  
لثلاثين كسر ما بقى من العظم بلا نشر دفعة

\* (في البتر بالطريقة الحلقية) \*

متى كان الجزء المحتاج الى العملية ذاعظمين كالساعد والساق فعلى الجراح

ان يقف في الجهة الانسية من الطرف ليتمكن من نشر العظمين نشر الاثقا  
 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 محاذاة الجلد المقلوب بان يوقع حد  
 السكين عليها وقوعا عموديا الى ان يصل الى العظام ثم يقطع ما بين العظام  
 من الاجزاء العضلية بواسطة السكين ذي الحدين

وكيفية شق الجلد والعضلات شقا حلقيا سواء كان الجزء المراد بتره ذاعظم  
 واحدا وعظمين ان يمسك الجراح السكين بكل كفه ثم يخفض بان يثني  
 مابهضيه مقدما اليمين من رجليه الى الامام ومؤنرا اليسرى الى الخلف ما تلا  
 يجذعه الى ورائه على هيئة المواكز بالرمح ثم يدخل يده بالسكين من تحت  
 الجزء المراد قطعه فيدور بها حول الطرف بدون قطع الى اقصى ما يمكنه  
 الوصول اليه اعني انه يباليغ في كب يده فهناك يبدأ القطع راجعا عوده  
 على بدئه مارا بالسكين حول الطرف حتى يصل بالقطع الى حيث ابتدأ به  
 فكلما مر بالسكين اتقلت به من الانسكاب الى الانبطاح فان تعسر 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 (بروتيجوزن) و (الانسون) وهي ان يشق  
 الجلد شقا حلقيا ثم يسلخ ويرفع ثم يقطع الجراح العضلات قطعاً عموديا حتى  
 يصل الى العظم فيشره وطريقة (دسولت) وهي ان يشق الجلد والنسيج  
 المخاوي 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 شريحة واحدة) \*

كيفية ذلك ان يمسك الجراح الاجزاء الرخوة المراد فعل الشريحة فيها ثم  
 ينفذ يدها 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 ينشر 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 بلوا) فلا يفعل الشريحة بتنفيذ السكين بين العظم والاجزاء الرخوة بل يان ينفذه في جزء يسير من العضلات ثم يقطع ما بقى من الاجزاء الرخوة قطعاً حلقياً

\* (في البتر بالطريقة البيضاء) \*

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

\* (في الاساوة بعد البتر) \*

يلزم عقب العملية تطهير الجرح من المجلط الدموية وغسل الاجزاء التي تلوثت بالدم حال العملية بماء فاتر ثم ضم خيوط ربط الاوعية بعضها الى بعض ولغها بقطعة من الدباخلون تلتصق بالجلد بالقرب من احدى زوايا الجرح وبعد ذلك يضم الجرح بالخيطة اللقية او غيرها ان اريد القيامه بالقصد الاول او تجعل حافظاء متباعدتين ويوضع بينهما نسالة مدهونة بالمرهم ان كان المراد القيامه بالقصد الثاني ثم توضع عليه رقادة مثقبة مدهونة بالقر وطي ويحاط برباط حافظ وبعد ذلك يوضع الطرف على وسادة لينة بكيفية بها يسهل خروج المواد الصديديّة متى حصل التقيح

\* (في بتر الطرف الاعلى من جسم العظم) \*

\* (في بتر السلاميات) \*

يمكن بتر هذه السلاميات من جسم العظم الا ان الاصوب ازالتهما بالسكاية لسكن لا بأس بان نذكر كيفية بترها فنقول كيفية ذلك ان تشق الاجزاء الرخوة

شقا حلقيا الى العظم ثم شقين جانبيين ينتج عنهما هسديان احدهما على ظهر  
الاصبع والثاني راحي وتنتشر السلاحي بمنشار دقيق ثم يضم الجرح

\* (في بتر عظام مشط اليد) \*

كيفية بتر أحد عظام المشط أن يشق شق ييضاوي قته تجاوز قليلا الجزء الذي  
يراد نشر العظم منه وتقابل الثنية الاصبعية الراحية ثم يزلق المشط بين  
العضلات بين العظام فتفصل به عن عظم المشط ثم ينفذ تحت العظم ويستخرج  
من قاعدة الشق ثم يقرض بمقرض (لستون) أو ينشر ثم يضم الجرح وتعلق  
اليد منعاً لحصول الالتهاب ويحتمد في منع تخزن الصديد أما بالضغط الخفيف  
أو بفتحة 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 مخروم على الشكل فلا يمكن  
انكماش جلده الى الاعلى لتخن الطرف فيه ولا تستصوب في جزئه السفلي  
أيضا الطريقة ذات الشريحتين لكثرة الأوتار التي ليس لوجودها في العصب  
وان لم تحت فائدة

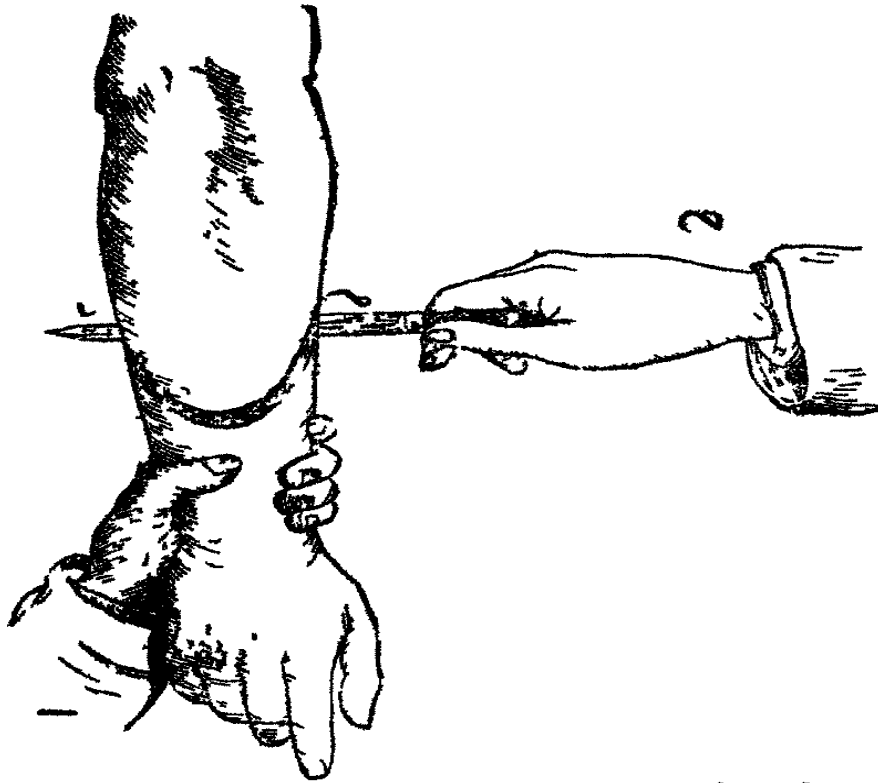
\* (في بتر الساعد بالطريقة الحلقية) \*

كيفية ذلك أن يجلس المريض أو يرقد على طرف السرير ويقف الجراح في  
المجهة الانسية من الطرف المراد بتره ضابطا الجزء السفلي من الساعد بيده  
اليسرى ان كانت العملية في الطرف الايمن والعساوي ان كانت في الايسر  
ويجعل وضع الطرف حال العملية بين الكعب والبطح ويأمر أحد مساعديه  
بضغط الشريان العضدي وأخر بضغط ذراع المريض وأخر بضغط يده ثم يشق  
شقا حلقيا يقطع به الجلد دفعة واحدة ثم يسلخه بقدر الحاجة ويقلبه ثم يقطع  
العضلات من جزء نذيته حتى يبلغ العظامين فينفذ بينهما سكيناً رقيقاً النصل  
ثم ينفذ بينهما رفادة ثلاثية الاطراف وقاية لهذه الاجزاء ثم ينشر العظامين  
مبتدأ بالنشر جهة الزند 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)



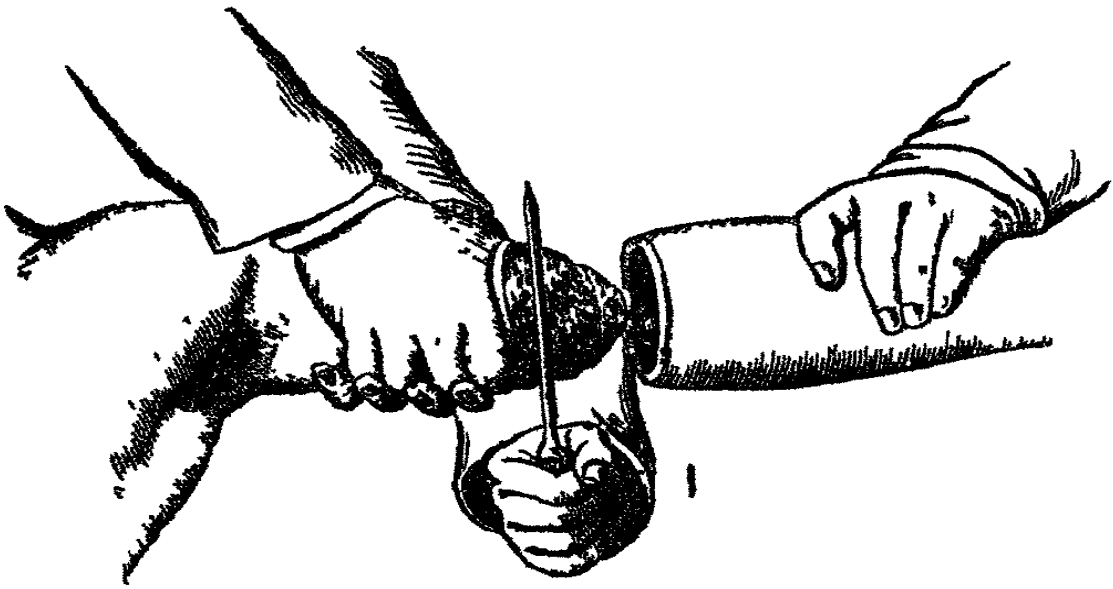
هدبا خلفيا بأن يمسكه وينفذ نضته سكيناً ذا حدين ويساغ الشريحة من  
الاعلى الى الاسفل (شكل ٢١) ثم هديا مقدا ويقلبهما الى الاعلى ثم يقطع  
العضلات حداء ثنية المدين قطعاً حلقياً ويفصل العظام من الاجزاء الرخوة  
التي بينهما ويفشرها كما سبق  
ويمكن أن تفعل الشريحتان بأن يشق أولاً الجلد شقاً حلقياً ثم يشق على جانبي  
الساعد شتان موديان يتصلان بالشق الحلقى على زاوية قائمة فينتج عن ذلك  
شريحتان مربعتان فتسلخان وترفعان وتتم العملية بما أسلفناه

\* (في بتر العضد) \*

بتر العضد أما بالطريقة الحلقية أو بالطريقة ذات الشريحتين مع كون الجراح  
في جهة الطرف الوحشية



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



(شكل ٢٢)

ثم يأمر أحد مساعديه بأن يشده إلى الأعلى ثم يقطع في الجزء المنكماش منه  
الأنجمة لأجل زيادة الانكماش

ومتى صار طول موضع الانكماش نحو (٣) أو (٤) سنتيمتر قطع العضلات  
قطعاً حلقياً إلى العظم وجذبها أسد مساعديه إلى الأعلى فتكون عندها مخروطية  
قته إلى الأسفل (شكل ٢٢) فيقطعه من وسطه إلى العظم ثم يبعد الأجزاء  
الرخوة عن مسير المنشار بواسطة رفادة أحد طرفيها مشقوق نصفين وينشر العظم  
ويمكن أيضاً أن يقطع الجراح بعد انكماش الجلد العضلات السطحية ثم يبعد  
انكماشها يقطع العضلات الغائرة

ومتى تمت العملية ربطت الأوعية ونظف الجرح ثم يضم أما بالخياطة اللقيمة  
أو بسيور من اللازوق وتوضع عليه رفادة 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 بأن يتخذ السكين تحت الجلد  
والعضلات السطحية وتفعل شريحة وحشية قصيرة ثم يتخذ السكين في الزاوية

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

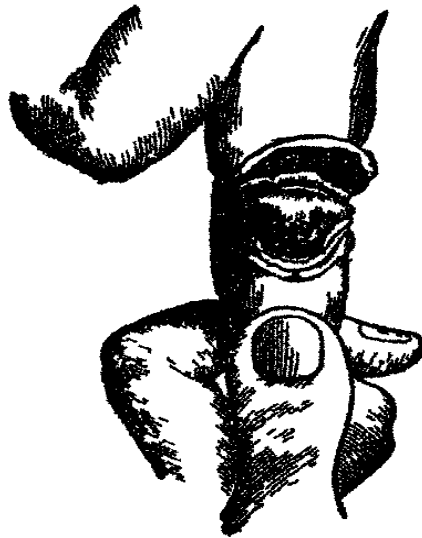
\* (في بتر الاطراف العليا من المفاصل) \*

\* (في بتر السلا متين الاخيرتين من مفصل الراحبة ومفصل البرجة) \*

احسن الطرق في بترها طريقة (لسفران) وهو ان تعمل شريحة الى الوجه الراجي من الاصابع ثم يفتح المفصل من الوجه الخلفي او من الوجه المقدم اما بتره بفتح من الوجه الخلفي فكيفيته ان تجعل اليد منكبة وتبعد بقية الاصابع عن الاصبع المريضة ثم يمسك الجراح السلاحي المراد بترها بايها م وسبابة يده اليسرى من تقعرها بحيث يكون طرفا هاتين الاصبعين مقابلين للشزين اللذين يعاوان المفصل ثم يمسك مشرطا كما يمسك قوس الرباب فيقطع به كلا من الجلد والوتر الباسط ثم يقطع اربطة المفصل المجانية ويفتحه ويخلع السلاحي الى الخلف ثم ينقذ تحتها المشرط ويفعل الشريحة من جهة الراحبة

واما بتره بفتح من الجهة الراحبة (شكل ٢٢) فكيفيته ان تجعل اليد منقلبة ويمسك الجراح المشرط كما يمسك قلم الكتابة فينقذه في ثنية المفصل من الامام ويعمل شريحة من الاعلى الى الاسفل ثم يقلبها ويفتح المفصل من الامام

(شكل ٢٢)



ويمكن بعد عمل الشريحة ان توصل قاعدتها بشق مستعرض على ظهر

الاصبع ثم يفتح المفصل من الخلف ويوتر

\* (في بتر الاصابع من المفصل المشطى السلامى) \*

لبتر الاصابع من هذا المفصل طرق عديدة بتعدد الاحوال لسكن لا تكلم  
الاعلى الطريقة ذات الشريحتين الجانبيتين المنسوبة للجراح (لسفران)  
والطريقة ذات الشريحة الواحدة الجانبية المنسوبة للجراح (شاسنيك) فنقول  
اما طريقة (لسفران) في بتر الاصابع من المفصل المشطى السلامى فهى  
ان يمسك الجراح الاصبع المريضة بابهام وسبابة يده اليسرى ويحرك  
مفصلا المشطى السلامى ليتحقق من وضعه ثم يثني السلامى الاولى تقياسا خفيفا  
ويشق الجلد بشرط حاد مستقيم عمسك كما يمسك سكين المائدة شقها موازيا  
للسلامى الى حذاء زاوية الاصبع ثم ينكس يد المشط ويشق الجلد من جانب  
الاصبع ثم من سطحها الراحى ثم من الجانب الاخر حتى يصل بالشق الى الجزء  
الذى ابتدأه ثم يسلخ الجلد ويفتح المفصل مع كونه جاذبا للاصبع اليه  
او يحيلها 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  
الاجانبى واحدا وكيفية ان يفتح المفصل من جهة الجزء المريض ثم ينفذ  
المشط تحت رأس السلامى ويمر به ملامسا لسطح العظم من الجهة الصحيحة  
ويهل هذب كاف فى تغطية الاسطحة

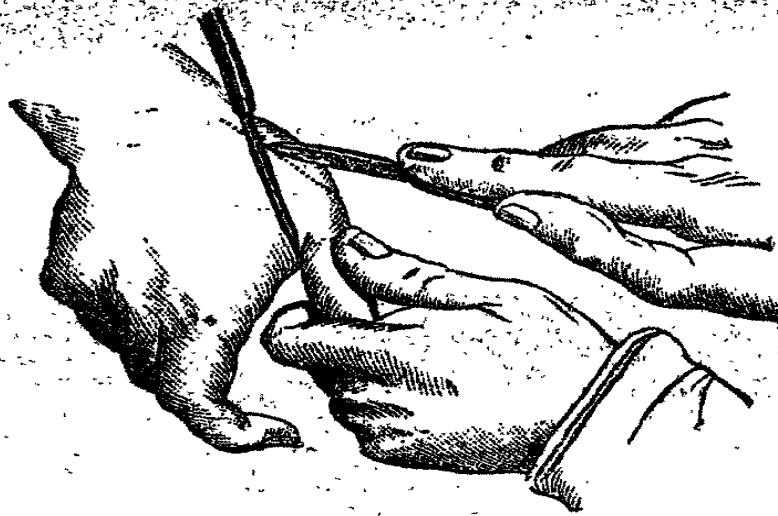
\* (في بتر جميع الاصابع من المفصل المشطى السلامى دفعة واحدة) \*

كيفية هذه العملية ان تكب يد المريض ثم يمسكها الجراح بيده اليسرى  
بحيث تكون ابهامها فوق ظهور الاصابع المراد قطعها وبقية اصابعها  
معرضة تحت بطنها ثم يثني الاصابع المريضة يسيرا ويا مر مساعدا ان يجذب  
جلد ظهر اليد الى الاعلى ثم يشق بمشط طويل ضيق النصل ازاء عظام المشط  
شقا محديا الى الاسفل ينتدى به مقابل الحافة الانسية من الطرف المقدم  
من العظم الخامس من عظام المشط وينتهى به مقابل الحافة الوحشية

من الطرف المقدم من ثافي عظام المشط أيضا ثم يسلم هذا الهدب ويأمر  
 مساعدا ان يجذب الجلد الى الاعلى عند ما يقطع وسائط التصاقه بما تحته  
 ثم يفتح المفاصل فينفذ المشط تحت رؤس السلاميات ثم ينهي العملية بان  
 يقطع الجلد حذاء الغضن الذي بين الاصابع والراحة  
 ويمكن قبل فتح المفاصل ان يوصل طرف الهدب بشق راحي ليسهل قطع الاوتار  
 القايسة حذاء المفاصل الاتصعية أى المشطية السلامية ويصير قطع الجلد  
 الراحي كثيرا لتنظام  
 ومضى تحت العملية ضم الجرح ليتم بالقصد الاول وتوضع اليد وضعا افقيا  
 (تنبه) من الجراحين لاسيما (دوبوتيرين) من أوصى بقرض رأس عظام المشط  
 بعد العملية لئلا تبقى بارزة

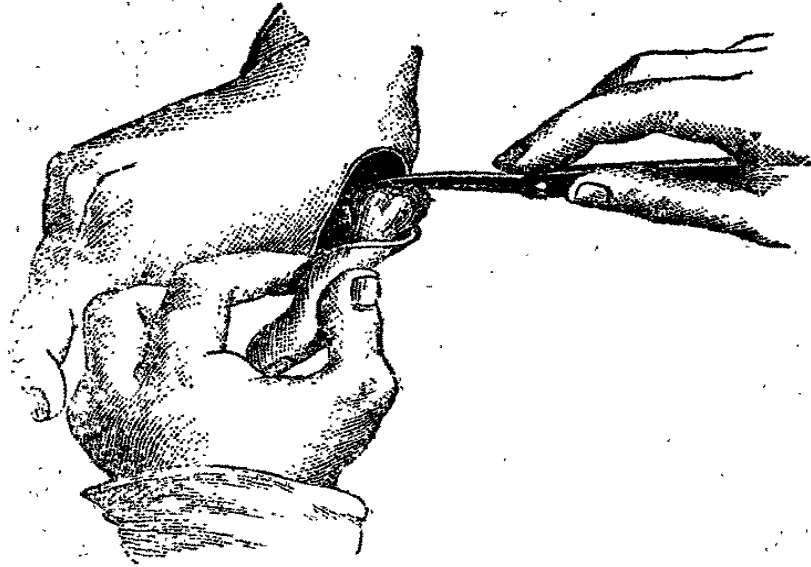
«(في بتر العظم المشطى الاول)»

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



العظم المربع المنحرف مارا به الى انسى السلامى الاولى من الابهام محاذيا  
 للزاوية بين الاصابع (شكل ٢٤) ثم يقرب اليد ويعر بالشق حول  
 الابهام وينتهي به في الثلث السفلى من الشق الاول ثم يفصل عن العظم  
 العضلات المتدعمة فيه ثم يسلم من الجلد بقدر الكفاية ويفتح المفصل الرسي

المشطى من ظهر اليد تم سحب المشط الى الخارج ويقوم العملية بقطع بقية



(شكل ٢٥)

الاجزاء الرخوة واستخراج العظم كله أو جزئه العساوى فقط وهذه هي الطريقة المسماة بالبيضية

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

\* (في بتر العظم المشطى الخامس) \*

كيفية بتر هذا العظم أن توضع اليد منكبية انكببا كليا ويشق الجراح فوق المفصل الرسمى المشطى باثنى عشر مليتر شقا يتجه به نحو الحافة الانسية من السلامى الاولى من المختصر ثم يعم قاعدة الاصبع بالشق وينتهي به فى الثلث السفلى من عظم المشط ثم يفصل العظم من جهتيه عن الاجزاء الرخوة ويقطع الاربطة المفصالية ويفتح المفصل على ما أسلفناه

\* (في بتر النعمس المعسمى بالمعصم) \*

هذه العملية تفعل بكل من الطريقة الجلقية والطريقة ذات الشريحتين

أما فعلها بالطريقة المحلقة فكيفيته أن توضع اليد المريضة بين الانسكاب والانبطاح ثم يشق الجراح حذاء الطرف الرسخي من عظمي المشط الاول والخامس شقا حلقيًا ثم يسالخ الجلد ويرفعه ويقطع الاوتار والاربطة الظهرية ثم يدخل السكين في المفصل ويخرجه أي السكين من السطح الراحي بعد قطع الاوتار 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 التتوين الكوعى والكروعى ثم يشق على السطح الظهرى شقا هلاليا تقعيره الى الاسفل وطرفاه متجاوزان لاسفل التتوين المذكورين يسير ومتى شق الجلد والنسيج المخاوى وانكشف له المفصل بواسطة انكماش ما يعلوه من الاجزاء الى الاعلى والى الاسفل شقا آخر شبيها بالشق الاول يقطع فيه الاوتار الباسطة والرباط الكعبرى الرسخي الخلفي ثم يقطع الاربطة الجانبية ويفتح المفصل وينفذ السكين امام عظام الرسغ ويعمل هديارا حيا يكون طوله نحو (٢) سنتيمتر (شكل ٢٦)  
(تنبيه) يلزم عدم ابقاء العظام اليسلى 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 تقتصر هنا على الطريقة الحلقية والطريقة ذات الشريحة المقدمة لانهما أكثر استعمالاً فنقول

أما بتره بالطريقة الحلقية فكيفينه أن يجعل الجراح نفسه على وضع لا ثق ثم يقبض بيده اليسرى الجزء المراد بتره فيشق تحت المحدة الانسية من العضد بقدر عرض ثلاث أصابع شفا حلقياً ويسلخ الجلد ويقليه الى الاعلى ثم يقاب الساعد فيقطع جميع ما يغطي المفصل من الامام ومن الوحشية من الاجزاء الرخوة ويدخل السكين بين المحدة الوحشية العضدية وبين رأس الكعبرة بعد ان يقطع الرباط الوحشى من رباطى المفصل ثم يتجاوز السوء القرني من الزند فيقطع الرباط الانسى ثم يشد الساعد على حسب سمته فيقطع العضلات والارطة المثبتة للنتوء المرفقي في تجويقه

(تنبیه) ينبغي أن يكون قطع العضلة ذات الرأس الثلاثة الى النتوء المرفقي أعنى أن يكون حد السكين متجهاً اليه دائماً الثلاث ثقب الجلد

أما بتره بالطريقة ذات الشريحة المقدمة فكيفيته ان يقاب الساعد مثنياً الى الذراع قليلاً ثم يقبض الجراح جلد الجزء المقدم منه بيده اليسرى فيزلق بين اللحم والعظم سكيناً اذا حدين فيعمل شريحة طولها نحو ثلاث أصابع أو أربع فبانكماش كل من العضلة الطويلة القسالبية والعضلة الكعبرية الاولى يتكشف الجزء الوحشى من المفصل ويلزم ان ادخال السكين في الاجزاء الرخوة يكون في الجهة الوحشية تحت المحدة العضدية الوحشية بأربعة سنتيمتر وفي الجهة الانسية أسفل المحدة العضدية الانسية بستيمتر ونصف فقط

ومتى تم عمل الشريحة على ما ذكرنا رفعها أحد الساعدين الى الاعلى ووصل الجراح بين طرفي فاعدها بشق مستعرض مستوعب لجميع سمك ما في الجزء الخافي من الساعد من الاجزاء الرخوة ثم تم العملية بما أسلفناه في الطريقة الحلقية

## \* (في بتر المصص 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) ولنقتصر هنا على طريقة (دوبويترن) وطريقة (لسفران) وطريقة (لاري) فنقول أما بتر المصص الكتفي العضدي بطريقة (دوبويترن) أي ذات الشريحة

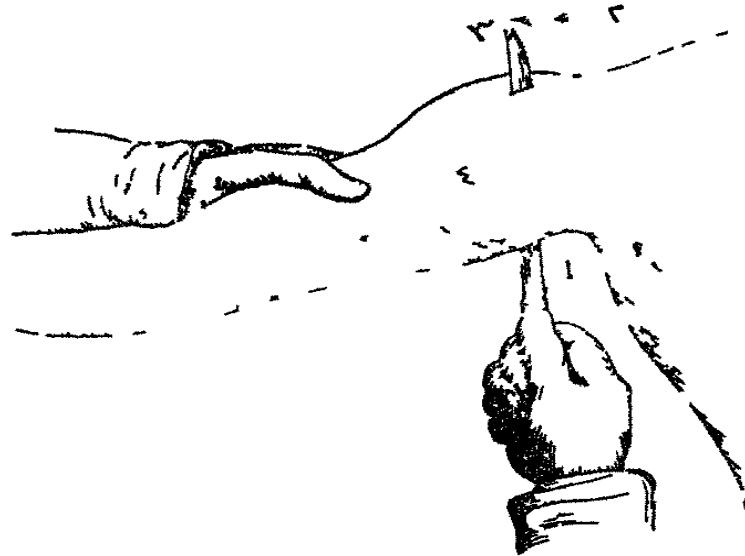


(شكل ٢٧)

الوحشية (شكل ٢٧) فكيفيتها أن يجلس المريض على حرف فراشه بحيث تكون كتفه خارجة عن وسادته فيضغط أحد المساعدين الشريان تحت الترقوة على الضلع الاولي ثم تحمل الذراع فتجعل وضعها عموديا بالنسبة السميت الجسم ثم يرفع الجراح العضلة الدالية بيده اليسرى وينفذ بينها وبين رأس العضد سكيناً ذا حدين فيعمل شريحة تستوعب جميع طول العضلة الدالية ثم ان كانت العمامة في اليد اليسرى قلبت قلباً شديداً وان كانت في اليمنى قلبت 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 بإمرار السكين على رأس العضد تا بعد الخط المنحني بين  
 حدبته وبمواالاته تحويلة للذراع من الابكاب الى حالة التوسط بين الانكباب  
 والانقلاب ثم الى الانقلاب الشديد بيده اليسرى يعرض الاجزاء التي  
 يجب قطعها الى حد السكين فتى انفتح المصهل نفذ السكين بين رأس العضد  
 والتجويف العنابي ثم بين العضد ومحم نقرة الابطن ثم تم العملية بأن يوصل حافتي  
 الشريحة بشق انسي وبعد ذلك يربط الاوعية النازفة ويغطي الجرح  
 بالشريحة ويضمه بالمخياطة اللغية الترنيدية  
 وأما بتره بطريقة لسفران ذات الشريحة المقدمة والشريحة الخلفية (شكل ٢٨



(شكل ٢٨)

فكيفيته أن يقف الجراح خلف المصاب ويمسك بيده اليسرى الطرف المريض  
 فيبعده عن الجسم بحيث ان رأس العضد يتجه الى الاسفل ثم يغرس سكيننا  
 طويلا ضيق النصل امام المحافة الخلفية من نقرة الابطن ان كانت العملية في  
 اليد اليسرى ويرزقه على طول اوجه الخلفي من العضد ويمر به أعلى رأس  
 العضد بينه وبين النتوء الاخرى ويخرج بالسكين الى المسافة التي بين هـذا  
 النتوء وبين النتوء الغرابي ثم يفعل الشريحة من الباطن الى الظاهر ويجعل  
 طولها نحو (٩) سنتمتر وبعد ذلك يرفعها ويفتح المفصل ويرزق السكين بين  
 رأس العضد وبين المحفرة 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 يدنحل السكين من الامام الى الخلف ومن الاعلى الى الاسفل في المسافة التي بين الاخرى وبين التواء العرابي قريبا من الحافة المحلوية السفلى من نقرة الابط واما بتره بطريقة (لاري) (شكل ٢٩) فكيفيته ان يشق الجراح شقا على حسب



(شكل ٢٩)

سمك العضد بتدئ به اسفل التواء الاخرى وبتجه به اتجاها عموديا الى الاسفل نحو من (٦) سنتر يصل به الى العظم وذلك بان يشق العضلة الدالية شقا ياتي على جميع سمكها ثم يشق شقين منحرفين احدهما مقدم والاخر خلفي بتدئ بهما اسفل من التواء الاخرى بنحو (٣) أو (٤) سنتر يتصل كل منهما بالآخر بعد ان يحيطا بالعضد في الجزء الذي ينتهي فيه كل من المحرف المقدم والمحرف الخلفي من نقرة الابط على العضد ثم يسلمح حافتي الجرح ويقرب الذراع الى الجذع ليبرز رأس العضد فيقطع المحفظة المفصالية واوتار العضلات المتدخلة في هذا الرأس ثم يزلق السكين خلفه فيقطع الاجزاء

الرنخوة عرضا واحدا للمساعدين ضاغطا للشریان بين اصبعيه

\* (في بتر الاطراف السفلى من جسم العظم) \*

\* (في بتر الساق) \*

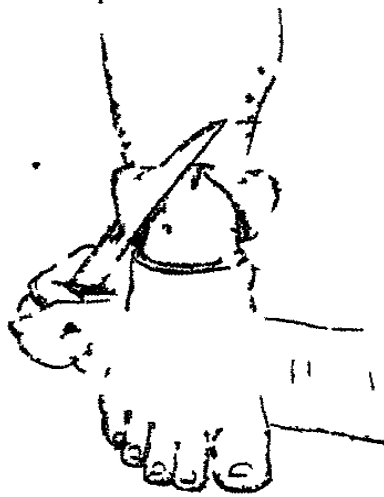
يمكن بتر الساق من كل جزء منها الا ان المستصوب طرده بترها من موضع اتصال  
ثلثها المتوسط بثلثها السفلى أو من موضع اتصال ثلثها العلوي بثلثها المتوسط  
ليمكن ان تفعل للريض بعد شفائه قدم صناعية أو ساق كذلك  
ويقف الجراح عند بتر الساق اليمنى في الجهة الوحشية وفي الجهة الانسية  
عند بتر اليسرى

\* (في بتر الساق اعلا الكعبين) \*

\* (أي من ثلثها السفلى) \*

لبتر الساق من هذا الجزء طريقتان احدهما الطريقة الخنقية وكيفية ثلثها ان

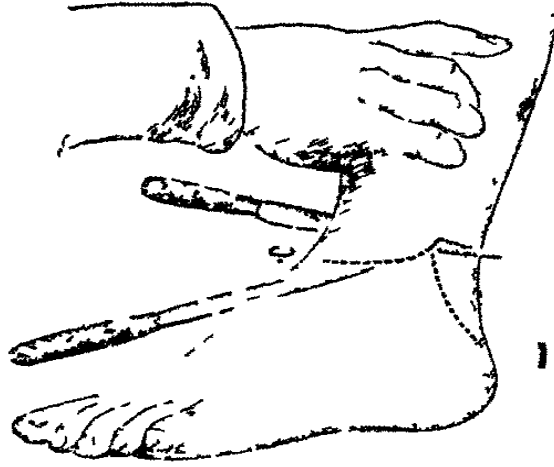
(شكل ٣٠)



يشق الجراح في الساق اعلى الكعبين شعاعا قريبا ثم في الجهة المعكوفة منها شقا  
عموديا على الشق الاول يكون طوله نحو من (٤) أو (٥) سنتيمتر (شكل ٣٠)  
ثم يساخ الجلد من الامام فقط ويقلبه وأما الجهة الخلفية فيترك فيها الجلد مانصقا  
بما تحته من الاجزاء الرنخوة ثم يقطع العضلات وبأمر مساعد ان يجذبها انى  
فوق ثم يضع رفادة ثلاثية الاطراف بين العظام ويشرها ويربط الشريان

القصي المقدم والشريان القصي المخلف والوعية النازفة ويضم الجرح

(شكل ٣١)



وثانيتها الطريقة ذات الشريحتين (شكل ٣١) وكيفيتها ان يقف الجراح انسي الساق ثم ينفذ سكيننا اذا حدت خلف القصبة والشظية مباشرة فيعمل شريحة حلقيية طولها نحو اربعة اصابع ثم يضم طرفي قاعدتها بشق هلالى يعمله في الجزء المقدم من الساق ويجعل تحديه 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) \*

تبر الساق في هذا الموضع بالطريقة الحلقيية أو بالطريقة ذات الشريحتين أما الطريقة الحلقيية فكيفيتها ان يشق الجراح تحت حذبة القصبة بسبعة قراريط شقا حلقييا ثم يسلمخ من الجلد قدر (٣) قراريط من الاعلى وبعد ان يقلب شبه الكم الناشئ عن ذلك يقطع الاجزاء الرخوة حذاء ثنية الجلد قطعا حلقييا حتى يصل الى العظام فينفذ بين الشظية والقصبة سكيننا اذا حدت ويقطع ما بينهما من جميع الجهات ثم ياخذ رفادة مشقوقة ثلاثية الاطراف فينفذ الطرف المتوسط منها بين العظمين ويحيط بها الاجزاء الرخوة لتقريبها تأثير المنشار ثم ينشر العظمين ويربط كلا من الشريان الشظي والشريانين القصيين المقدم والمخلف والافرع العضلية ويضم الجرح بالخياطة الكتبية

أوبالمشابك أوباشرطة اللازوق ويضم 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 سكيننا ذا حدين فيقبه به من اعلى الى اسفل ليتحصل على شريحة طولها نحو من (٥) قراريط ثم يوصل قاعدة هذه الشريحة بشق مستعرض في الجهة الانسية ويقطع ما بين العظام من الاجزاء الرخوة وينشرهما ثم يربط الاوعية ويجذب الشريحة الوحشية الى الانسية بعد تغطية العظام ثم يضم الجرح بالخياطة الكتيبة أو المرودية أو بالمقابض الدقيقة ويضمده كما هو العادة

\* (في بتر الفخذ) \*

تبر الفخذ أما من اسفلها فوق النتوين اللقميين 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 أو بالطريقة ذات الشريحة المقدمة والشريحة الخلفية أو بالطريقة ذات الشريحة الانسية والشريحة الوحشية أو بالطريقة ذات الشريحة الواحدة  
فاما بترها بالطريقة الحلقية فكيفيتها ان يرقد المريض على خرف السرير مرتكزا عليه ويجذعه وبرأسه فقط ويثنى مساعدا فخذ السليمة على جذعه ويثبتها على هذا الوضع بان يمسك الركبة باحدى يديه وبالاخرى اسفل الساق ويسند مساعدا آخر الطرف ويضغط آخر الشريان الفخذي على الفرع الافقي من عظم العانة ويقبض آخر يديه على الفخذ ويجذب الجلد الى الاعلى ثم يقف الجراح في الجهة الوحشية من الفخذ فيقطع الجلد والنسيج الخلقى الذي تحته والصفاق قطعا حلقيا 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 الفخذي مع فروعه الجعانية ويضم الجرح من الامام الى الخلف أو من الانسية الى الوحشية ثم توضع على وسادة بشرط ان لا تصحون الزاوية السفلى من الجرح متعاملة على تلك الوسادة

وأما بترها بالطريقة ذات الشريحة المقدمة والشريحة الخلفية فكيفيته ان يجعل المريض على الوضع الذي ذكرناه في الطريقة السابقة وكذا المساعدون تم يقبض الجراح على كتلة عظيمة من لحم الجزء المقدم من الفخذ فينغذ بين العظم والاجزاء الرخوة في الجهة الوحشية حذاء الجزء الذي يريد نشر العظم منه سكيننا ذاحدين 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 سكيننا آخر بين العظم ولحم الجزء الخلفي من الفخذ فيعمل شريحة شبيهة بالاولى فيرفعها مثلها 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 احدي الشريحتين مساوية لابعاد الاخرى ان تقطع الشريحة الخلفية بانحراف من الاجزاء الغائرة الى الجلد الاعلى موازاة العظم لثلاث تكون الشريحة الخلفية مفرطة الغلط

وأما بترها بالطريقة ذات الشريحة الانسية والشريحة الوحشية فكيفيتها ان يغرس الجراح سكيننا من الامام الى الخلف بشرط ان يكون موضع خروجه من الخلف اسفل من محل دخوله وذلك لان انقباض العضلات في الجزء الخلفي منها يكون عظيما ويجب ان يبدأ الجراح بفعل الشريحة الوحشية لوجود الشريان في 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 لثخن الطرف وان تفعل في الوجه المقدم أو الخلفي أو في احد الجوانب

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

\* (في بتر الاطراف السفلى من المفاصل) \*  
\* (في بتر السلاحي الاولى من اصابع القدم) \*

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

\* (في بتر الاصابع الخمس التدمية معا) \*

كيفية ذلك ان يرقد المريض على الفراش ومدود القدم المريضة بحيث تجاوز  
طرف فراشه ثم يضع الجراح نفسه وضعا لاثقا بمعنى انه ان كان العمل  
في القدم اليسرى جعل نفسه في الجهة الانسية من الطرف والعكس بالعكس  
اعني انه اذا كان العمل في القدم اليمنى يجعل نفسه في الجهة الوحشية من  
الطرف وبعد ذلك يقبض بيده اليسرى الاصابع الخمس المريضة فيسطها  
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 انحص القدم بشرط قوى النصل شقا محديا تحديه الى الامام عند  
اصول الاصابع اعني انه يتبع به الغضن الفاصل للاصابع من السطح  
الباطن من المشط ثم يشق شقا آخر على ظهر القدم بين يدي بهما من احد جانبي  
القدم ويسير بهما الى الجانب الاخر وبعد ذلك يأمر احد مساعديه ان يجذب  
المجاذ الى الخلف على ظهر القدم فيفتح هو المفاصل جميعها ويزلق السكين  
تحت الاطراف الخلفية من السلاميات الاولى ثم يخرجها من الشق الاخسى  
ثم يربط الاوعية أو يلوئها ويقرب حافتي الجرح ويضمهما بالخياطة الكتبية  
أو بشرطة من اللازوق ثم يلزم المريض الاصابع ليكنه جعل قدمه على  
جانبا الوحشى مع ثنيه لساقه على فخذه نصف ثني

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

\* (في بتر الابهام القدي من المفصل) \*

\* (المشطى السلامى) \*

هذه العملية لا فرق بينها وبين عمية بتر الابهام اليد من المفصل المشطى السلامى فلا حاجة الى التكرار وكذا تبتر 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 الخنط المفصلى مستعرض ومتجه بانحراف من الانسية الى الوحشية ومن الخلف الى الامام وان القطر العظيم من المفصل عمودى ولهذا المفصل رباط ظهري ورباط اخصى ورباط انسى ويوجد ايضا بين العظمين المشطيين الاول والثانى رباط آخرومتين 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 ليعتر على نتوء خلفه انخفاض فهذا الانخفاض محاذ للمفصل ويلزم التحقق التام من هذا النتوء لئلا يغطا الجراح فيظن ان نشر العظم الاسفيني الاول هو النتوء المشطى فيفعل العملية في مفصله من العظم الزورقي فحتى تحقق منه قبض الابهام بيده اليسرى فرفعها رفعا شديدا فيشق فى السطح الاخصى شقا مستعرضا يأتى به على الغضن الجلدى الفاصل بين باطن الاصبع وباطن القدم ثم يمر به على وترة الفتوات الاول فيتجه 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 فيخا ص 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 لا جل التحقق من المفصل يزلق الجراح اصبعه على الجهة الوحشية من القدم ليحتر على تنوء بارز هو 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 الرسخ المشطى بطريقة لسفران) \*

الاجزاء التي يهتدى 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 وتحلف كل من هذين التنوين مباشرة مفصل بفتحه سهل العمل جدا وكيفية ذلك ان يقبض الجراح القدم بيده اليسرى (شكل ٣٢) بحيث تكون سبابته فوق احد هذين التنوين وأبهامها فوق الاخر فيشق شقا محديبا الى الامام يمتد به من احدهما الى الاخر يأتي به



(شكل ٣٢)

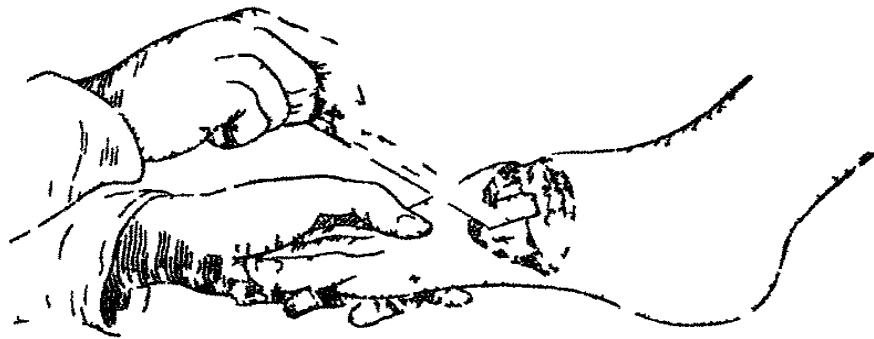
على كل من الجلد والنسيج المخلوي والاوتار الباسطة دفعة واحدة فان لم يتيسر ذلك ادخل السكين ثانيا فقطع ما بقى منها فهذه الكيفية بنفخ أما المفصل

الخامس أو الأول فتفتح بقية المفاصل بين السكين مع البدأة بأبداها  
عن يدا الجراح فان كان العمل في القدم اليمنى فاول ما يفتح المفصل الخامس  
ثم الرابع ثم الثالث ثم يتقطع بحدا السكين ضريع الثاني من العظام المشطية  
فطعاما تعرضا من الامام الى الخلف الى ان يصل الى ثاني المفصلين الرسغيين  
المسطيين فيفتحه بقطع الاربطة الظهرية ثم يفتح أولهما من الخلف الى الامام  
ومن الانسية الى الوحشية

وإذا كان العمل في القدم اليسرى ابتداء 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 لئلا يبقى مشغول اليسار بالتحقق على هاتين الامارتين  
اذ المبتدى يشق عليه بقاء اصبعه عليهما خشية ان يذهل عنهما فبخطى  
طريق المفصل

واعلم انه بعد قطع اربطة ظهر القدم تبقى العظام على اتصالها بواسطة الرباط  
الاجصى الممتد بانحراف من اول العظام الاسفينية الى الطرف الخلفي من ثاني  
وثالث عظام المشط فيقطعه الجراح بان يمسك طرف يد السكين بيده ويمد سبابته  
على ما يلي حدا السكين من قبضته وجها حده الى المريض (شكل ٢٣) ثم  
يغرسه بين الاول والثاني من عظام المشط بحيث يجاوز سنه يسيرا رأس ثاني  
(شكل ٢٣)



هذين العظمين ويتكون من حده مع القدم زاوية بقدر (٤٥) درجة  
وعند ذلك يجب ان يستحضر أن اللشر المتدغم فيه وترا العضلة الشظية  
الطويلة المجاانية نائ فيما بين هذين العظمين ليحيد عنه بالسكين من

الانسية الى الوحشية ويدفع سنه فوق وتر العضلة الشظبية الطويلة الجمانية  
لا تحته لثلا ينزلق السن الى الاخص فلا يقطع الرباط المنحرف المقصود بالقطع  
ثم يقبص السكين بيده اجع كما يمك الخنجر (شكل ٣٤) فيتيه فيهنه



(شكل ٣٤)

الحركة ينقطع ارباط وتتباعد الاسطحة المصلية بسهولة فيسهل قطع الاربطه  
الاخصية وقد سمي (لسفران) هذا الرباط بفتح المفصل الرسغي المسطى  
فتى تباعدت الاسطحة المصلية تباعدا كافيا ازلق السكين بين العظام  
وبين الاجزاء الرخوه ثم ساربه الى ان يجاوز العظام السمسمية ثم قبض الجزء  
المراد بتره بيده اليسرى وساربا لسكين نحو الجزء المقدم من المقدم  
ليعمل الشريحة

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

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

\* (وهو المفصل القنزعي الزورقي العقبى التردى) \*

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

## لهذا المفصل

والاجزاء التي يهتدى بها الجراح في فعل هذه العملية هي من الجهة الانسية تتوء الزورقي وهونالث التتوات التي يحس بها عند اراق الاصبع من الامام الى الخلف أى من العظم المشطى الاول الى نحو الكعب الانسى وأما من الوحشية فطرف العقب البارز تحت الجلد عند بعض الجراحين الا انه لا يحس به متى كانت القدم شديدة الانتفاخ فالاصوب الا هتدا بتتوء خامس عظام المشط الذى خلفه بعرض أصبع يوجد المفصل العقبى التردى

(كيفية العمل)\*

يبتدى الجراح بان يرزق احدى سبابتيه من الامام الى الخلف على الحافة الانسية من القدم فيحس أولا بتتوء اول عظام المشط ثم بتتوء العظم الاسفنى ثم بتتوء الزورقي فعنده يقف ثم يتحقق بسبابه يده الاخرى من تتوء خامس العظام المشطية فيتجه خلفه بمقدار عرض أصبع ثم يضع ابهام يده اليسرى محل سبابتها وسبابتها محل سبابه اليد اليمنى فتصير يده بهذه الكيفية أسفل القدم فيأخذ يديه اليمنى سكين بتر فيشق به الجلد من طرف الى آخر خلف ابهامه وسبابته مباشرة ثقافيه يسير تحذب الى الامام (شكل ٣٥) ثم يقطع



(شكل ٣٥)

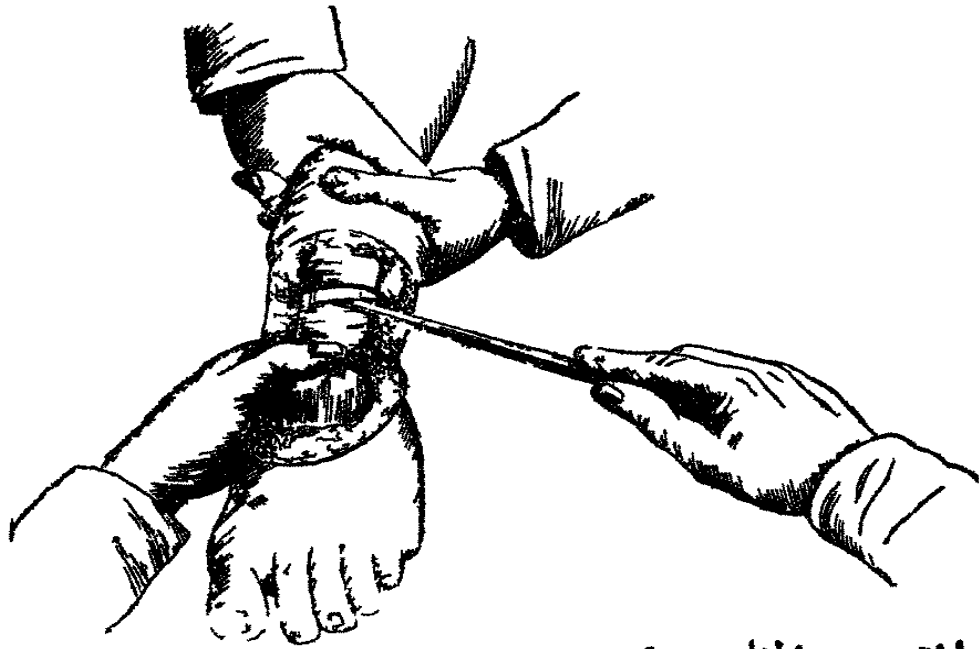
الاربطة الظهرية والرباط بين العظام الذى هو مفتاح المفصل وكذا الاربطة الاخصية وبعد ذلك يرزق السكين بين العظام والاجزاء الرخوة كما ذكرناه في طريقة (السفران) فيعمل شريحة أخصية كافية في تغطية الاسطح العظمية

## \* (في بتر المفصل القصي الرسخي) \*

الاسطح المفصالية الداخلة في تركيب هذا المفصل هي السطح العالوي من القنزعي ثم نقرة مفصالية مستطيلة عرضا مكونة من الطرفين السفليين من القصبه والشظية تدخل فيها بكرة القنزعي فلهذا لا يتحرك حركات جانبية ولا تدخل فيه الآلات الامن المجهة المقدمة

## \* ( كيفيل العمل ) \*

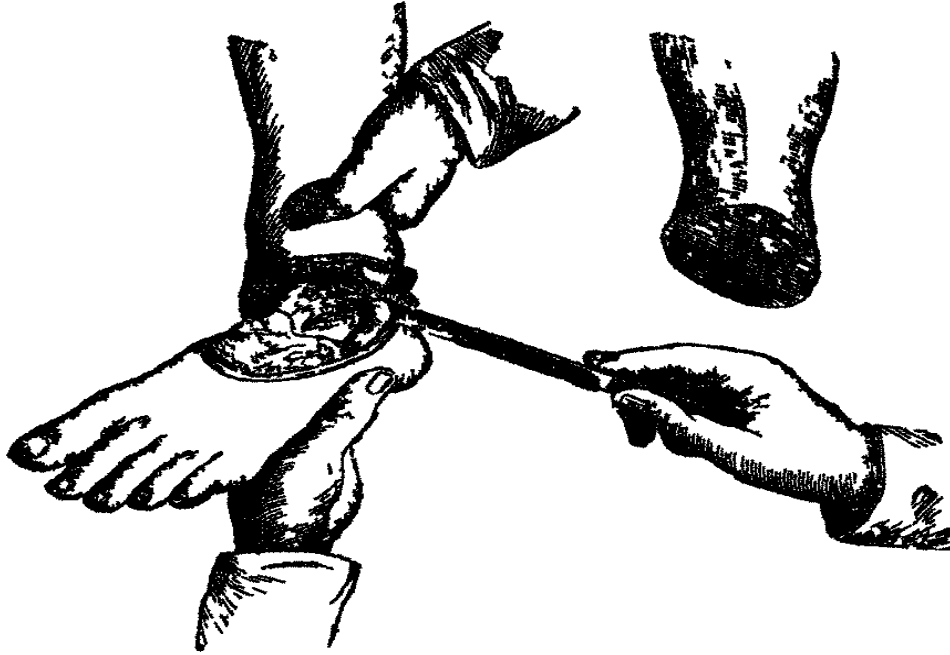
لبر هذا المفصل جملة من الطرق منها طريقة (سايم) الانسكازي التي تؤخذ فيها الشريحة من جلد العقب (شكل ٣٦) وكيفيتها أن يشق الجراح (شكل ٣٦)



في الجزء المقدم من المخلخل حذاء الطرف السفلي من الكعبين شقا محديا من الامام يتدنى به في المحافة المقدمة من أحد الكعبين وينتهي به في المحافة المقدمة من الكعب الآخر فيتحصل بذلك على شريحة صغيرة تحديبها الى الامام فيوصل طرفيها بشق يقطع فيه جلدا يخص القدم قطعاعوديا على اتجاه محور الكعبين ويسلخ هذه الشريحة من الامام الى الخلف ومن الاسفل الى الاعلى الى موضع اندغام العرقوب ثم يفتح المفصل من الامام وتتم العملية بقطع بقية الاجزاء الرخوة لكن هذه الطريقة وان تحصل بها على شريحة من جلد جميع العقب الذي اكسبه طول جملة لتقبل الجسم متانة وتعودا على

الانضغاط فلا يتقرح بعد الشفاء بما يقع عليه من الضغط معينة بأن الشريحة  
 فيها تكون مقعرة فيجتمع في تقعرها الدم والقبح وفضلا عن ذلك ان هذا  
 التقعير يصير ما نعالها من التثامها التثاماتاما بالسطح الذي تطبق عليه فلذا  
 فضلها طريقة الجراح (رو) التي تعمل فيها الشريحة اخصية خافية  
 انسية أعنى من النصف الانسى الخلفى من جلد العقب  
 وكيفيتها أن يشق شق يبدأ به أقصى مؤخر السطح الوحشى من العقب أعنى  
 بين المحرف الخلفى من الكعب الوحشى وبين وتر العرقوب حذاء المحرف  
 العلوى من عظم العقب ويمر به من تحت الكعب صاعدا الى ظهر القدم  
 امام المفصل الرسغى القصبى نحو عرض أصبع فهناك يسار به الى امام  
 الكعب الانسى بنحو بعض أجزاء من الف جزء من المتر ويسار به هذا الشق  
 أولا من الخلف الى الامام ثم يعمل معترضا بين الكعبين مع تقويس يسير  
 تحديه الى الاسفل أى نحو الاصابع ثم بعد رفع صدر القدم وتوجيهه الى  
 الانسية يعمل الجراح الشق الاخصى مبتدئا به من منتهى الشق الاول  
 أى امام الكعب الانسى يسير فن هناك يسيره في الاخص بانحراف نحو  
 المحرف الوحشى من القدم حتى يبلغ خلف تتوالخامس من عظام المشط  
 فيصعده بانحراف على الوجه الوحشى من العقب الى أن ينتهى به بين وتر  
 العرقوب وبين المحرف الخلفى من الكعب الوحشى وذلك هو موضع ابتدائه  
 بالشق الاول فبعد تحديد الشريحة بما ذكر من الشقوق يشرع فى سلخها من  
 حروفها الى نحو وتر العرقوب مع غاية الاعتناء وفى هذا السلخ يعنى بابقاء  
 الشرايين خلال ما يجب ابقاؤه فى تركيب الشريحة من العضلات ثم يقبلها  
 من الامام الى الخلف ويشعرها الى أعلى العقب ثم يفتح السطح المقدم من  
 المفصل القصبى الرسغى عرضا مبتدئا بالجهة الوحشية ثم يقطع كلامن الاطناب  
 الانسية والوحشية ويقم العملية بقطع وتر العرقوب من موضع تشبته بعظم  
 العقب ثم ينشر الكعبين مع الاعتناء بعدم خدش السطح المفصلى من القصبية  
 ثم يربط العرقوب ويضم حافات الجرح بعصائب اللد ياخولون ثم يضع عليه رفادة  
 غريالية مدهونة بالقيروطى ونسالة مع بقية أدوات الاساوة كما هو معهود  
 فى سائر جروح البتر

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



(شكل ٣٧)

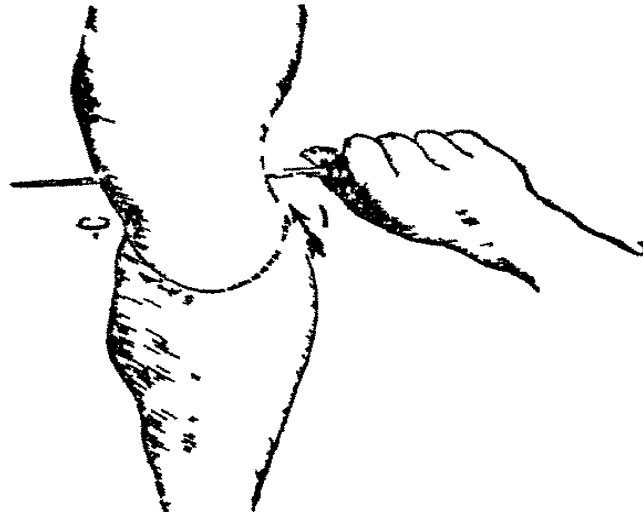
سواء العظم الزورقي مستعرضاً ثم يقوس ويوصل الى الخط المتوسط من اخص القدم فالى موضع تثبت وتر العرقوب ففي هذا الموضع يوصل طرفاه بشق آخر مقوس تقويساً يسيراً يمر به من تحت الكعب الوحشي ثم تسلخ الشريحة الانسية من الاسفل الى الاعلى ثم يدخل السكين في المفصل فيقطع به الطنب المقدم والوحشي مع أوتار العضلات الباسطة والشنطية الجمانية فتي تم ذلك خلعت القدم بتوجيه سطحها الاخصى الى الانسية ثم يرزق السكين على موازاة الوجه الانسى من العظم القنزعي والعظم العقبى فتقطع به الاطناب والعضلات والاوتار الانسية مع ادناثة من العظام لئلا يصيب الشريان الاخصى والاعصاب الاخصية التي عليها مدار حياة الشريحة فبعد ذلك تنشر الكعبان مع تجنب اصابة السطح الافقي من المفصل قليلاً لما ينفتح من القنوات العظمية فربما كان انفتاحها سبباً لسريان القيح وتسمم البدن به

\* (في بتر المفصل القصي الفخذى أى الركبة) \*

لتر هذا المفصل ثلاث طرق احداها الطريقة الحلقية وكيفيتها أن يستلق المريض على ظهره ممتد الساق ثم ان كان العمل في الرجل اليمنى وقف الجراح

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

وثانيها الطريقة ذات الشرائح المنسوبة الى الجراح (هوين) 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 المفصلة 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 وأسهل الفخذ



(شكل ٣٨)

من الفراش ويوكل مساعدا بحمل الفخذ وآخرا بمسك الساق وثنيتها نصف ثنى ثم يقف الجراح على هيئة بها يتمكن من امسك الجزء المراد قطعه بيده اليسرى فيمسكه بها ثم قبض بيده اليمنى السكين فيجعل سنه على الجلد أسفل الظنبيوب بعرض ثلاث أصابع فيبتدىء 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 بمبدئه لكن لسكون هذا الجزء الاخير من العملية  
عسر العمل يحسن عند وصول الجراح اليه أن يغير اتجاه الآلة فيجعل حدها  
الى الاسفل ثم يشرع في اتمام الشق من حيث ابتدأه فيتجه به بانحراف الى  
حيث وقفه فبذلك تتوازن جهتا في الانحراف ويحصل من الجلد على  
شريحة مقدمة فيمسكها بيده اليسرى ويقطع باليمنى عقالاتها الخلوية  
الرابعة لها بما تحتها يمكنه رفعها وتغييرها الى حذاء المفصل ويلزم احتراز من  
اصابة السكين يسرى يدي الجراح أو اصابته يداً أحد من المساعدين أن يجر كما  
يجرقوس الرباب من الوحشية الى الانسية 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  
بالسلخ الى حذاء المفصل وضع السكين مستقيماً 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 فى ابقائها ما يذكرون من الضرر بل لابقائها مع الغلاف الليفى  
المحيط بالمفصل فائدة وهى أن يكونا بمنزلة كان لرضقتى الفخذيه يصير سطحهما  
مستويا يسهل انطباق الشريحة عليه ثم ان الاجود قطع عضلات الجهة  
الخلفية أسفل مما يحاذى شق الجلد ليتم ما يبق من العضلات المنخفض بين  
الرضقتين من الخلف والاتركت العضلات بعد انكاشها مسافة كبيرة  
فارغة

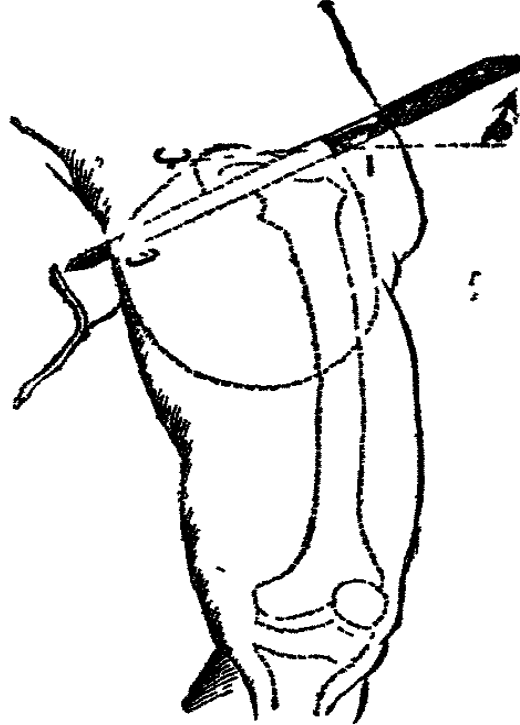
واعلم ان من الجراحين من نوع هذه الطريقة بكيفية اخرى وهى ان يرسم  
الجراح بالمسداد خطاً اوله من العرف القصى تحت الرباط الرضقتى بثلاث  
اصابع يتجه به الى الخلف بانحراف ومن الاسفل الى الاعلى نحو النقرة المأبضية  
ثم من الاعلى الى الاسفل بانحراف أيضاً وينتهى به تحت الخط المرسوم  
حذاء الرباط الرضقتى بنحو اصبعين فقط وعلى حسب هذا الخط الذى رسمه  
يشق الجلد ثم يسلخه ثم يرفعه الى حذاء المفصل ويقطع الصفاق والعضلات  
والاربطة ثم يتر المفضل كما فى الطريقة الخلقية بأن يفتح من الامام الى الخلف

## \* (في بتر المفصل المحرق في الفخذى) \*

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

## \* (كيفية العمل) \*

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



(شكل ٣٩)

ولنشرحها مع الاعتناء فنقول كيفية هذه الطريقة ان يستلقي المريض على حرف السرير أو على حرف طاولة بشرط ان تكون المحدبة الوركية مجاوزة لهذا الحرف ثم يضغط احد المساعدين الشريان الفخذى على الفرج الافقى من عظم العانة وبعده مساعد 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 الكتلة العضلية ونفذ في المسافة التي بين المدور الكبير والشوكة المحرقية المقدمة العليا سكنين بتر على صفحته تخرز من اصابة الشريان في وجهه من الاسفل الى الاعلى ومن الوحشية الى الانسية الى ان يصل الى رأس الفخذ فيفتح به المحفظة المفصليّة 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 بهما ساعداً وأمره بأن يضغط فيها الشريان الفخذي ثم يقطع الاجزاء الرخوة عرضاً هكذا الجزء الاكثر بروزاً من رأس الفخذ ويشق المحفظة شقاً مستعرضاً ويقطع العضلات من الجهة الانسية ومن الجهة الوحشية ويفتح المفصل ويقطع الرباط المستدير ثم يمر بالسكين خلف رأس العظم ويقطع الكتلة اللحمية المرتبطة بالمدور الكبير وينهي 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 المحرقية المقدمة العليا وقد نوع هذه الطريقة الجراح (لنوار) بقطعه الاجزاء الرخوة الخلفية بعد فعل الشريحة المقدمة وقبل فتح المفصل طعاماً حلقياً

(ومنها) طريقة (اللويت) و (ديلبيش) وهي ذات الشريحة الانسية (ومنها) طريقة (بكلار) وهي ذات الشريحتين المقدمة والخلفية التي يشترط فيها ان تكون الشريحة المقدمة متجهة الى الانسية قليلاً والخلفية متجهة الى الوحشية كذلك

(ومنها) طريقة (لسفران) وهي ذات الشريحة الانسية والشريحة الوحشية (ومنها) طريقة (ابرنيتي) وهي الخلفية التي يقطع فيها كل من الجلد والنسيج المخاوي والعضلات اسفل المفصل ببعض قراريط

(ومنها) طريقة (كورفو) وهي البيضية  
فهذه هي الطرق المتبعة في بتر المفصل المحرق في الفخذى الا ان اكثرها استعمالا  
واجودها طريقة (مانيك) وتزداد جودة بربط الشريان الفخذى قبلها تحمزا  
من سيلان مقدار عظيم من الدم وبعدها نهاء العملية وربط الاوعية تضم حافظا  
المجرح بالخياطة المتقطعة ويغلى برفا ئدم بلولة 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 الطبية  
كالمرهم المحلل والمحراريق والاستحمامات الكبريتية والبخارية ولم تقدم  
يبقى له الاستعمال العمليات الجراحية فمنها البط البسيط في المحفظة المفصالية  
لاجل استفراغ السائل الذي فيها وهذا البط يفعل بالميزل المعتاد ويجب  
بعد استفراغ السائل وقبل استخراج الميزل ان يضغط الجراح جميع جهات  
الورم لثلاثين يوما في السائل وبعد ذلك يضع على موضع دخول الآلة  
قطعة من الخبر الانسكيزي ويحيط المفصل برفا ئدم مغموسة في سائل محلل  
(ومنها) البط من تحت الجلد وكيفيه ان يثنى الجراح الجلد ثنية ثم يفرس  
الميزل في اصل هذه الثنية ويسيره يسيرا الى ما تحت الجلد من الاجزاء ارحوة  
وبعد ذلك يبط الغشاء الزلالى ومتى استفرغ جميع ما في المفصل من السائل  
خرج الميزل بغاية الاحتراس مع ضغطه عند اخراجه على الفحة الباطنة  
ياصبه منعا لان يتشم في مسير الجرح بعض نقط من السائل الذي يمكن ان  
يبقى في المحفظة

وقد اوصى الجراح (الفونس جرين) بشق الجلد شفا صغيرا يدخل منه  
الميزل ثم يساره تحت الجلد الى الجزء الذي يراد ببط المحفظة فيه  
واعلم ان التضديد في هذه الحالة مهم جدا لانه ان غطى المفصل برفا ئد  
مغموسة في محلول محلل لم يلتحم الجرح بالفصد الاول لاستقرار خروج السقي  
فلاجل نجاح العملية توضع رفا ئد درجة على مسير الجرح تحت الجلد لتتقارب  
جدرانها فتلتئم

(ومنها) البط مع المحقن وهذه الطريقة مستعملة من مدة طويلة وقد استعملها كل من الجراح (وليو) والجراح (بونيه) مع النجاح والسائل الذي كانا يستعملانه 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 النخالة وان يوضع على المفصل المريض بعض رفائد مغموسة في صبغه اليود وانه يلزم اجتهاد الجراح في دفع التهاب المفصل التماسك شديدا بان يحمي المريض حمية 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 المحقنة المفصلية متى استفرغ السائل وترك الجلد فيمتنع دخول الهواء في التجويف ثم يضمد الجرح بان توضع عليه نسالة مدهونة بالمرهم البسيط فان تجدد السائل ثانيا استفرغ بادخل مسير في الجرح

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

### \* (في التجمعات القيحية في المفاصل) \*

متى تحقق الجراح من وجود صديد في مفصل لزمه استغراغه بالبطن من تحت الجلد على ما سلفناه ثم يزرق في التجويف الماء الفاتر لاجل غسل سطحه وعوده الى وظيفته ثم يوضع على المفصل رفائد مغموسة في سائل محال ويضغطه ضغطا لا ثقا

\* (تنبيه) \* فتح المخراجات المفصلية يعرض المريض الى التسمم العفني لانه ربما سبب دخول الهواء في المحقنة الزلاية مع تعذر خروجه من المفصل بسهولة فلذا كان الاصول فعل البطن من تحت الجلد ومع هذا يمكن ان يمتد اجتمع الصديد ثانيا بعد العمليه في التجويف ينتشر في مسير الميزل فيقترح الجراح ولذا استعمل من سنين قريبة الجراح (الفونس جرين) شق المخراجات المفصلية على الفور ووضع انبوبة درنجة في التجويف بسرعة ليخرج منها الهواء

بسرعة أيضا متى دخل فيه هذه الكيفية يمتنع تغيرا لصديد فلا يحصل  
التسمم العفنى

\* ( في الاجسام المتحركة التي تحدث في المفاصل ) \*

اعلم انه يمكن مشاهدة هذه الاجسام في كثير من المفاصل وان عددها  
قد يبلغ في بعض الاحيان نحو امان ( ٦٠ ) واكثر ما تشاهد في مفصل الركبة  
وغالب ما يوجد منها اثنان او ثلاثة وقد شاهد الجراح ( مرجاني ) منها  
في مفصل الركبة اليسرى من عجوز خسة وعشرين جسما ويختلف حجمها  
من مثل حبة الدخن الى مثل حجم اللوزة وشكلها شبيه بشكل اللويسا وقوامها  
يكون نارية غضروفية في جميع الجسم وتارة يكون محيطه غضروفيا ومزكزه  
عظميةا وكثيرا ما يجتمع في المفصل الذي يحدث فيه شيء من هذه الاجسام سقى  
ثم ان هذه الاجسام تعالج بطريقتين

( الطريقة الاولى ) تثبيتها لانها انما تؤلم المريض بتحريكها وانزلا فها على  
الاسطح المصلية فلذا اجتهد بعض الجراحين في تثبيتها بواسطة اربطة  
لائفة تحيط بالمفصل متخذة امان الجلد المرن الا ان هذا النوع من الاربطة  
لا تظهر ثمره الا بعد بقائه على الموضع المريض مدة طويلة وقد وضعها الجراح  
( بوييه ) لمريض وتركها حولا كاملا لفصل الشما واما من اللازوق وكيفية  
استعمالها ان يوجه الجراح الجسم المتحرك الى الجهة العليا من المفصل ويامر  
احد مساعديه بتثبيته في هذا الموضع مع وضعه تحته شريطا من اللازوق  
ويلزم في منع تحركه وجودة تثبيته 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 تبسط مرارا متعاقبة ليسهل انتقال الجسم المتحرك  
الى الاعلى فيمسكه الجراح بابهام وسبابه يده اليسرى ويشق ما يعالوه من  
الاجزاء الى ان يصل اليه فيستخرجه من هذا الشق ويلزم اتقاء رض طافتى  
الجرح اثناء استخراجه فرعما سبب ذلك التهابا تقريبا وبعد العملية يجعل  
الطرف بين الاتثناء والانبساط وتوضع على المفصل رفاندمبتلة بالماء البارد

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

ولما شاهد الجراح (جويران) سلامة الشقوق من تحت الجلد خطرله ان  
يستخرج هذه الاجسام في دفعتين وكيفية ذلك ان يثبت مساعدا للجسم  
الغريب فيثني الجراح الجلد ثنية مستعرضة فوق محاذة الغشاء الزلالى ثم يهذ  
في اسل هذه الثنية مشرطا طويل النصل ضيقه صفحا فيشق به الغشاء الزلالى  
شقا كافيا لمخرج هذا الجسم الى تحت الجلد بضغطه من المساعدا ومن  
الجراح فيثبت هناك بالضغط على ما بين المسكان الذي انتقل اليه وبين الشق  
المفصلى الذي نرح منه ثم يضم شق الجلد بعصابة من اللازوق ويمنع الطرف  
مدة من الايام من الحركة بالكافية ثم متى تحقق الجراح من تمام التئام جرح  
المفصل شق ما يحاذى هذا الجسم من الجلد فاستخرجه

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

\* (والاوتار والصعاقات) \*

\* (في قطع العرقوب) \*

هذه العملية تفعل اما لزالة حنك التدم أو لرد بعض كسور الساق أو لمنع  
اتجاه القدم الى الخلف الذي يعقب بترها بطريقة الجراح (شوبار)  
وكيفيتها ان يرقد المريض على هيئة بها يكون الطرف المريض مرتكزا  
بسطحه المقدم على جسم صلب تجاوزه القدم فيثني الجراح في الجهة الانسية من  
العرقوب في وسط الكعب الانسى ثنية ثم يبطها اما بوضع أو بمشرط حاد الطرف  
ثم يزلق من هذه الفتحة السكين المسمى بمقطع الاوتار على صفحه فيسير به تحت  
الجلد خلف الوتر حتى يجاوز حافته الوحشية بشرط الحذر من اصابة جلد الجهة  
المقابلة عند ازلاق السكين ثم يوجهه بمقطع الاوتار الى العرقوب فيقطعه بان  
يجر المقطاع عليه براحفيا 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 قرقرة وبتباعد  
ما بين طرفي الوتر فعند ذلك يخرج السكين على صفحه كما ادخله مع الاحتراس

## \* ( في قطع بقية اوتار الطرفين السفليين ) \*

هذه العملية فعلت في جميع انواع حنق القدم وكيفية مثل كيفية قطع العرقوب غير انه ينبغي هنا التنبيه الى انه متى لزم قطع وتر العضلة الساقية الخلفية أو العضلة القابضة للإبهام 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 أى التربعية والمستقيمة الانسية والوترية النصف فيستعمل في معالجة دوام اثناء الساق

## \* ( في قطع اوتار الطرفين العلويين ) \*

يندر استعمال قطع اوتار الطرفين العلويين لقلّة 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 التوترو وبذا يسهل قطعها بدون اصابة للشريان العضدي ولا للعصب المتوسط لتخافي ما بينهما وبين الوتر في هذه الحالة والذي يستعمل كثيرا هو قطع وتر العضلة ذات الرأسين اذا كان فيه قصر مرجب لاثناء الساعد على العضد

## \* ( في قطع العضلة القصية الترقوية الحشوية ) \*

اول من فعل هذه العملية من تحت الجلد الجراح (دوبوترين) ثم اتقنها بعده وصيرها عملية جراحية منتظمة متبعة الجراح (جولجرين) الذي حقق ان التي تنكمش 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 الحشوية الى الامام وتتغزل عن ما تحتها من الاجزاء ثم ينثني الجراح من الجلد ازاء اتجاه العضلة على حافتها الوحشية بعيدا عن القص بنحو ( ١٥ ) أو ( ٢٠ ) ملليمتر ثنية ويغرس



في قاعدتها مقطا عارضه نحو (٥) مليتر في حده قليل تقعر فيزلقه صمغها على سطح العضلة حتى يجاوز حافتها الانسية من غير ان يثقب الجلد هناك ثم يوجه حد الآلة الى العضلة ويترك ما شاء من الجلد فيقطع وترها بحركة متشارية خفيفة مع كونه ضاغطا على ظهر الآلة من فوق الجلد بيده اليسرى

\* (في قطع الكتلة العضلية العجزية العظمية) \*

كيفية ذلك ان يرقد المريض على بطنه ويجهد في ان يرفع رأسه والطرف العلوى من جذعه بدون اعتماد على يديه لتتوتر العضلات الظهرية فيبسط 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 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 أونار العضلات القابضة فتي تحقق الجراح انكماش الصفاق الراجى فعليه ان يبالي في بسط الاصابع مبالغة تامة ليتكون عن ذلك شبه وتر فيشق في الجهة الوحشية منه شقا صغيرا بواسطة سن المشرط وينعز منه مقطع الاوتار فيقطع الصفاق الراجى من الظاهر الى الباطن وتسمى هذه الطريقة قطع الصفاق من تحت الجلد وأما طريقة الجراح (دوبوترن) 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 الراجى بعد سلخ حافتي الجرح شقا مستعرضا ثم يضم الجراح ليلتحم بالقصد الاول

\* (في العمليات التي تفعل في الجلد والنسيج الخلوى) \*

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

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

\* ( في معالجة تشوهات الندب ) \*

يحصل عن تشوهات الندب وانكماش الجلد عنها تغير في اشكال الاعضاء  
موجب لبعض العمليات الجراحية فمن ذلك الشق البسيط وكيفية ان تشق  
القيود المحاصلة عن الندب شق وقام مترضة ليمتأ في ذلك اتجاه العضو الى الجهة  
التي تعذر اتجاهه اليها ثم يوضع على حبيزة ميسوطة عليها شئ وثير لثلا يحصل  
عن منعها سجع او الام فيثبت عليها ثم يداوى الجرح بان توضع عليه نسالة  
مذهونة بالقبروطى كسائر الجروح التي يتصد اندمالها من غير التهام حافاتها  
( ومنها ) استئصال الندبة المشوهة بان تحاط بشقين تستأصل بهما ثم تقرب  
كل من حافتي الجرح الى الاخرى فتخاط التلتحم

( ومنها ) الشق والخياطة ولاجل تصوره هذه العملية ينبغي ان تقرضها  
في معالجة اصبعين التصقت كل منهما بالآخرى بسبب حرق فنقول يشق ما بين  
الاصبعين المتلاصقتين الى الوتيرة ثم تخاط حافتي الجرح كل منهما على حدة فبدا  
يتمتع تلاصقهما ثانيا وقد اتفق لوالدنا عليه رجحة الله ورضوانه انه اجري عملية  
قيلة لجمية لرجل فعند التهام الجرح التصق قضيب الرجل بصفنه وانجذب  
مع الصفن الى الاسفل بواسطة قيد الندبة بحيث صار لا يحصل له تمام الالتصاق  
وتعذر عليه الايلاج فشكى ذلك الى المرحوم الوالد فعرض عليه عملية شق القيد  
فرضى فشقه له عرضا ثم حول شكل الجرح بيديه الى الاستطالة وقرب حافتيه  
نخاطهما فالتممتا بدون قيد وعاد القضيب الى شكله الطبيعي

\* ( في معالجة الاطفار المنغرسه في اللحم ) \*

اعلم ان سبب انغراس الاطفار في اللحم هو جعل شكلها بالقص مستديرا بخلاف  
ما اذا جعل مربعافا نها متى فصت باستدارة هيجت عند نموها الجلد وانغرس  
فيه لان اطرافها تكون حادة فتقرحه وتتكون عن ذلك ازرار لجمية تغطي  
هذه الاطراف من هنا سميت بالاطفار المنغرسه في اللحم  
ولعلاج هذه العاهة طرق متعددة منها تعديل الظفر ومنها تضيقه

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

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

(وأما) ازالة الاضرار اللحمية فتعمل اما بالمشرب المحدث أو بواسطة الحديد المحمي أو الكاويات الكيماوية كعجينة (فينيا) وعجينة كلورور الخارصين (وأما) نزع الظفر فيتم بان يرزق تحته من الامام احد فرعي مقبض الجفت ثم يمسك به امساكاً جيداً وينزع دفعة واحدة وينزع أيضاً با دخول طرف ملوق في الجهة الخلفية منه ودفعه من الخلف الى الامام

(وأما) طريقة الجراح (دوبويترن) فهي ان تثبت مساعداً القدم فيدخل الجراح تحت الظفر من الوسط احدى شعبتي مقص مستقيم فيدفعها الى اصل الظفر أي طرفه الخلفي فيقطعه دفعة واحدة ثم يقبض كلاً من نصفيه على انه راود ويجفت متين فيقلبه من الوسط الى الجهة الجانبية مع انتراعه له (وأما) الجراح (بودينس) فيقتلع الظفر بان يرزق تحته من الخلف مشرطاً على صفيحة يرفع به الظفر ثم يقطع الوجه السطحى من ام الظفر والجزاء الرخوة الفطرية دفعة

\* (تنبه) \* هذه الطريقة لا يتجدد بعدها الظفر

\* (في الرقيع على العموم) \*

الرقيع عملية يتصدى بها تعويض ما يفقد من الاجزاء الرخوة ويعمل من الجواد

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

ثمان للترقيع ثلاث طرق مختلفة وهي الطريقة الفرنسية والطريقة  
الطليانية والطريقة الهندية

(فاما) الطريقة الفرنسية المنسوبة (لساس) و (فرانكو) فكيفيتها  
ان يعوض الجواهر المفقود بتמיד ما يقرب اليه من الانسجة بان تفعل فيها  
شقوق لا ثقة ليسهل تمديده وسحبه على السطح التعري فيتغطى وهذه الطريقة  
تسمى بالترقيع بالامسح

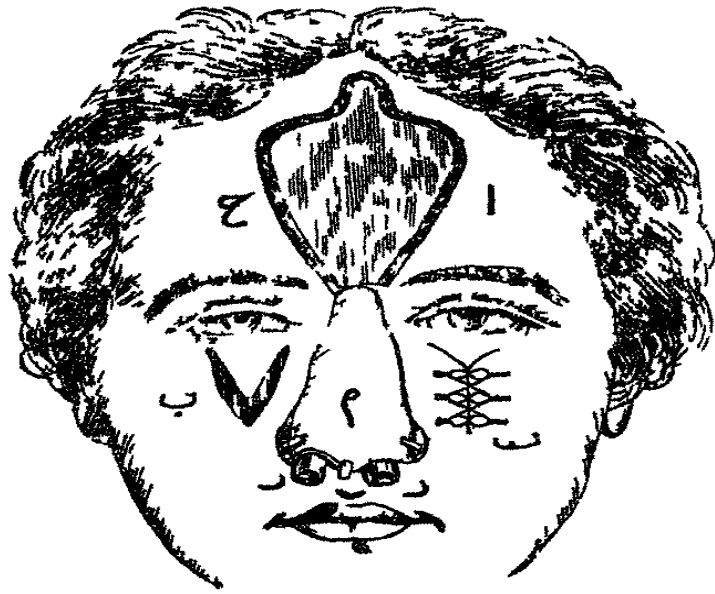
(وأما) الطريقة الطليانية فكيفيتها ان يؤخذ هذب للترقيع من جلد نفس  
المريض لكن من جزء بعيد عن الآفة كأن يؤخذ من جلد العضد لترقيع  
جلد الانف

(وأما) الطريقة الهندية فهي ان يؤخذ الهذب المجاوي من جلد جزء قريب  
من الجزء المراد ترقيع جلده كترقيع جلد الانف ياخذ 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  
عليها للمريض 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 جواهر عن الداء الزهري أو عن غيره من الآفات  
امكن ترقيعه باحدى الطرق الثلاث التي تكلمنا عليها  
(فاما) ترقيعه بالطريقة الهندية فكيفيتها ان يرسم الجراح بالمداد أو ببنترات  
الفضة في الجبهة مثلثا فاعدته الى الاعلى وفتحه الى الاسفل يكون سعة الجلد  
الذي يحتوي عليه كافية في الترقيع (شكل ٤) ثم يسلخه من الاعلى الى



(شكل - ٤)

الاسفل مع الاحتراس من اصابة السحق ومتى تم السخ ادمى طاقات موضع  
الآفة وقلب الشريحة المثنية على الانف يليه لاصلها لياخفيا حتى يصير  
السطح البشرى الى الظاهر ثم يضم المخافات بالخياطة ومتى حصل الالتحام  
وصارت الرقعة نسيجا تستمد الحياة من موضع التامها دطع موضع اللي وضعه  
الى ما تحته ليستوى موضعه أو يصنع من الورق أو الدياخلون صورة الانف ثم  
يطبقها على الجبهة فيشق الجلد على شكل هذه الصورة ويسلخه ما عدا الجزء  
الذي يلي اصل الانف فانه يبقى على اتصاله لتستمد منه الرقعة حياتها  
واعلم انه من الضروري أن يكون في قاعدة الشريحة من وسطها قطعة زائدة  
من الجلد لتقوم مقام وترة الانف أي الحماجز الذي يكون بين المنخرين في الحالة  
الطبيعية ومن الضروري أيضا وضع انبوتين صغيرتين (د د) في موضع هذين  
المنخرين لئلا ينسد اثناء الاندمال

وأما ترقيع الانف بالطريقة الفرنسية فأنما يفعل اذا كان المفقود منه  
جزأ يسيرا  
وكيفيتها أن يشق الجراح حول الجزء المفقود منه شقوقا لثقة ويدي طافات  
موضع الآفة ويزيل التصاقها بما تحتها يمكن بحبها وضعها الى بعضها بالخياطة  
المتقطعة أو الكتبية

وأما ترقيع الانف بالطريقة الطليانية فتعبر للمريض جدا لما يلزم فيها من

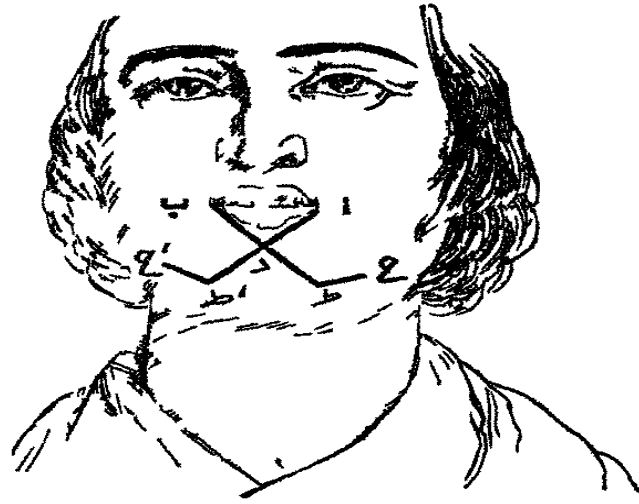
تثبيت الذراع مدة طويلة حتى نلتحم الشريحة ومن تعويد المريض قبل العملية مدة طويلة على ادامة وضع ذراعه على انفه لئلا يتعب من ذلك بعد فعل العملية ومتى تعود فعل الجراح في العضد شريحة مثلثة قتها الى الاعلى كل من طولها وسعتها كاف ثم تضم حافاتهما الى حافات موضع الجزء المفقود بعد ادمائها وبعد نحو ( ٣ - ) يوما متى حصل الالتئام فصلت فاعده المثلث من العضد بعد عمل زائدة صغيرة متوسطة يتخذ منها الوتره الانفية وتحدد الفتحين الانفيين أى المنخرين  
( تنبيه ) يستعمل لتثبيت الذراع اثناء الالتئام على الوضع اللائق أجهزة معدة لذلك تثبت بها الطرف على الرأس

\* ( في ترقيع الاجفان ) \*

هذه العملية بفعل المعالجة الاجفان المنعلبة الى الظاهر عن فقد جزء من جلدها وكيفية انها أن يشق الجراح شقين منحرفين يبتدىئ بهما من طرفي الجفن ويعدهما حتى يجتمعا على المحد او على الجهة على حسب كون الجفن المراد اصلاحه علويا أو سفليا ثم يسلخ هذه الشريحة المثلثة من قتها الى نحو نصفها ثم يسوى الجفن بجذب الشريحة نحو العين ثم يضم الجرح الناشئ عن هذا الجذب بواسطة الخياطة الكنبية أو بواسطة المضام ( شكل ٤٠ ب ت )  
( تنبيه ) لاجل الأمن من عود الانقلاب عند الاندمال يحاط كل من شعري العين بالأترو متى تم الالتئام اطلق الجفنان

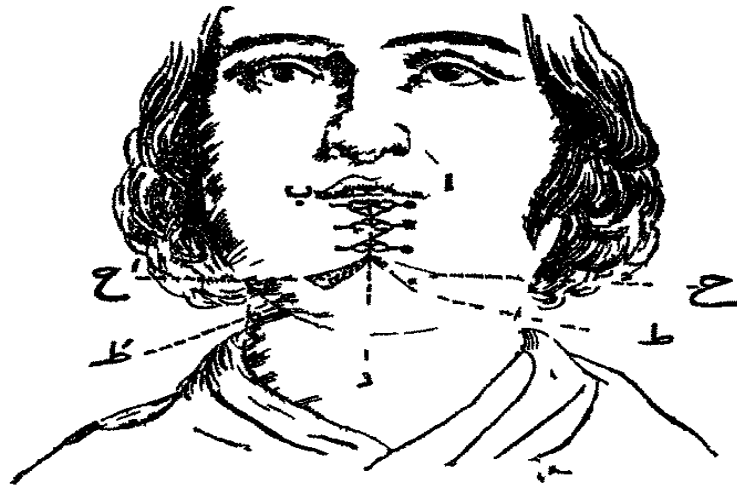
\* ( في ترقيع الشفة السعلى أى بعويضاها ) \*

لهذه العملية عدة طرق معروفة الا ان أكثرها نجاحا وأصوبها جدا طريقة الجراح ( بوشانان ) وكيفيةها أن يشق الجراح شقين يبتدىئ باحدهما من احدى زاويتي الفم وبالأترو من الزاوية الاخرى ( شكل ٤١ ا ب ) ويسير بهما بانحراف الى ما تحت موصل الشفة بالذقن ( د ) فينتج عنهما باجتماعهما في هذا الجزء شكل سبعة بالرغم الهندي يحيط بجميع الجزء المتغير من الشفة فيزيله ثم يسير بالشقين المنحرفين الى حافة الفك السعلى ( د ط د ظ ) فينتج عن ذلك شكل الكاف اليوناني فيشق في طرف كل من هذين الشقين الاخيرين شعرا



(شكل ٤١)

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

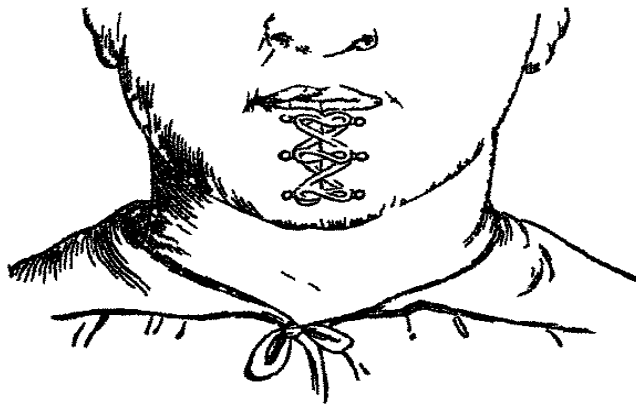


(شكل ٤٢)

وأما طريقة (لسفرانك) فكيفيتها أن يشق الجراح شقا هلاليا تحديبه الى  
السفلى ثم يزيل جميع الجزء المر بوض من الشفة ثم يشق في وسط الجرح شقا  
عموديا يصل به الى أسفل ارتفاع الذقن (شكل ٤٣) ثم يسلخ الشريحتين  
الناشئتين من هذين الشقين ويفصلهما عن الوجه المقدم من عظم الفك



السفلى ويرفعهما الى حذاء صامغ الشفة ثم يضعهما معا بواسطة الخياطة الكتيبة (شكل ٤٤) واعلم انه يلزم اذا كان المرض الذي اقتضى الحماية قد سرى الى قريب من صامغ الشفة توسيع الفتحمة الغمية بأن تشق زاويتي الفم ثم يفعل شق هلالى بتعدد به المرض من عند زاويتي هـ. هذا الشق المستعرض وتضم حافته بالشريحتين الناتجتين عن الشق العمودى بواسطة الخياطة مع ابقاء فتحة كافية للدم



(شكل ٤٤)

### \* (في فتح المخراجات) \*

تنقسم المخراجات كما هو معروف الى فلغمونية أى حادة والى مزمنة عارضية كانت أم لا ولنبداً بالعمليات التي تعالج بها المخراجات الحادة فنقول لفتح هذه المخراجات طرق متعددة وهى الشق والبظ والحزم والسكاويات فأما الشق فيفعل تارة من الباطن الى الظاهر وتارة من الظاهر الى الباطن

فيفعل



فيجعل من الباطن الى الظاهر عندما يكون الخراج سطحيا بأن لم يكن مغطى  
 الا بطبقة من الاجزاء الرخوة وغير مجاور لاعضاء مهمة  
 وكيفية ذلك أن يمسك الجراح المشروط كما يمسك سكين المائدة جاعلا حده الى  
 الاعلى فيغرز في الجزء السفلي من الخراج الى أن يتغذى في مجتمع القبح فيدفعه  
 امامه ثم يتكس مقبضه ليرتفع سنه فيتقدم من باطن الخراج الى ظاهره بعيدا عن  
 مغرزه الاول بمسافة ما فيشق به ما بين المنفذين بجذبه حده اليه وهذه  
 الطريقة تفعل في لحمه وان حاول فيها المريض التخلص من فعل الشق بعد  
 نفوذ سن المشروط ساعد على زيادة السرعة في اتمامه وقد تفتح هذه الخراجات  
 بكيفية عكس الكيفية المتقدمة وهي أن يمسك الجراح المشروط كما يمسك قلم  
 الكتابة ثم يحني كفه فيصير حده الى الاعلى وسنه الى الخلف أي مما يلي الجراح  
 فيغرز في ابعدا الجزء اللين من الخراج عنه حتى تغد دفعه الى جهته ثم اقامه  
 فشق به دفعة واحدة المقدار الذي عينه من الجلد بذهنه

ويفعل الشق من الظاهر الى الباطن اذا كان الخراج مجاورا لعضو مهم  
 كشریان أو عصب أو خيف انفتاح محفظة زلاية أو دخول المشروط تجويفا  
 حشويا ففي جميع هذه الاحوال يلزم أن يشق الجراح ما يغطي الخراج من  
 الاجزاء الرخوة من الظاهر الى الباطن طبقة طبقة بواسطة مشروط محدد يمسك  
 كما يمسك قوس الریاب

واعلم انه قد يضطر الى تعدد الفتحات وذلك اذا كان الخراج عظيم الحجم  
 أو كانت جدرانه رقيقة جدا يخشى عدم التحامها أو لم يقع الشق الاول على  
 الجزء الاكثر اتجاها 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 هذا 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 اوعية صغيرة أو اعصاب

(الثالث) لا ينبغي المبالغة في عصر الخراج لاجل استفراغه فان ذلك يؤلم

المريض جداب الصواب أن يشق في الجزء المنحدر منه شق متسع تخرج منه جميع المواد بسهولة

(الرابع) اذا كان الخراج فالغمو نيبا وكان محصورا تحت صفاق أو خفيف سريان مدته في أغمدة الاوتار أو على طول العروق والاعصاب أو خفيف انفتاحه في تجويف مفصلي أو في تجويف البريتون ويجب المبادرة بفتحه

(الخامس) متى كان الخراج مجردا عن جميع ماذ كراه من المذورات فالاجود ان يترص به دور النضج ويتعين ذلك في خراجات العقد فانها متى بودر بفتحها قبل تمام نضجها وتخال ما تحتوي عليه من التيبسات خلقتها قروح عمرة الشفاء ثم يوضع على الخراج اذا كان سطحيا قليلا من النسالة طافا او مدهونا بالمرهم البسيط فان كان غائرا وضع في الفتحة قليل 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 أما بواسطة الموضع أو المشرط المستقيم المحاد الطرف بان يغرس غرسا عموديا في وسط الجزء الايمن من الورم ومن الجراحين من يفتح الخراج السطحي ببطه في مواضع متعددة وبهذه الكيفية يستفرغ القيح مع السهولة ولا تكون اثر الالتحام واضحة والخراج (فيدال دو كاسيس) طاج خراجات الاربية ببطها من طرفها فكانت اثر التالتهام بعد الشفا غير واضحة أيضا

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

والخراج (شاسنيك) بعد ان يبط الخراجات العظيمة بالمنزل يزرق في التجويف ماء فاترا يغسله به غسلاتا بحيث لا يبقى فيه اثر للقيح ثم يضغط عليه ضغطا قانونيا التلتصق جدرانها بعضها ببعض فيشفى

وأما الخزام فكيفيته ان يبطن الجراح الخراج في موضعين مختلفين ثم يذهب في هاتين  
الفتحتين شريطا مدهونا بالمرهم بواسطة مسبرذى سم أو نحوه ويترك على هذه  
الحالة مدة من الايام حتى يقل افراز القيح فيخرجه وقد استبدل الجراح  
(شاسنيك) هذا الشريط بانايب مثقبة من الصمغ المرن تعرف بانايب  
الدرنجة ومعلوم ان هذه الانايب اجود لكونها تسهل خروج القيح لاسيما  
اذا كان حجم الخراج عظيما

وأما الكاويات فتفتح بهاخراجات الجبناء ضعيفي القلوب لشدة فزعهم  
من السلاح وتستعمل أيضا عندما يكون الهواء رخيفا فيخشى تعفن القيح  
وتسهم البدن به والمستعمل منها في ذلك هو البوتاسا الكاوية وعجينة فينا  
وكيفية استعمالهما ان تثقب قطعة من الدياتلون ثقباصغيرا وتوضع على  
الورم بشرط ان يكون الثقب محاذيا للجزء الاكثر ليئا ثم توضع في هذا الثقب  
قطعة من الكاوى وتغطى بقطعة اخرى من الدياتلون وتترك ساعتين أو اكثر  
ثم ترفع فيشاهد الجراح انه قد تكونت خشك ريشة فيشقها شقا صليبيا ثم يتركها  
لتنفصل من نفسها ثم يضع مقدار آخر من الكاوى وهكذا حتى يصل الى  
تجويف الخراج

### \* (في فتح المخراجات الباردة) \*

يلزم ان يجتهد حال فتح هذا النوع من المخراجات في منع دخول الهواء في مجتمع  
القيح ويتم ذلك بطريقتين  
فالطريقة الاولى طريقة (بويه) وهي ان يوتر الجراح الجلد توتيرا 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 بشرطة من اللازوق  
واعلم ان توتير الجلد قبل البط بالمشرط مهم جدا فان فتحة البورة تصير  
بواسطته بعد ارخاء الجلد واستفراغ الصديد منها غير موازية لفتحة الجلد فيمتنع  
بذلك دخول الهواء في التجويف ثم بعد نحو ستة ايام يبطن الجراح بطة اخرى  
وهكذا حتى يتفد الصديد وحينئذ تلتصق جدران المجتمع ببعضها ببعض

والطريقة الثانية طريقة (جولجرين) وكيفية ان يبسط الجراح المخراج  
بميزل مفرطح في احد طرفي انبويته جهة ثقوب جانبية وفي الطرف الآخر  
حنفية تتركب على حقنة ذات حنفية أيضا ثم بعد اخراج السهم يعلق حنفية  
الميزل ويركب عليها المحقنة وحنفيتها مغلقة أيضا ثم يفتح حنفية الميزل ويمس  
الصدئيد من باطن المخراج بواسطة المحقنة وكل امتلاءت اسطوانة المحقنة  
بالصدئيد اغلق حنفية انبوية الميزل وفتح حنفية المحقنة فبواسطة ضغط مكبس  
المحقنة يبرز الصدئيد من الاسطوانة الى الخارج الى ان يتهد الصدئيد

\* (في شق الجمرة) \*

بانه يحصل عن الجمرة احتقان في الاجزاء التي تصاب بها ويحصل عن هذا  
الاحتقان الالتم شديد وموت للاجزاء المحصورة تجب المسارعة الى شق محلها  
ازالة للام واحترازا من حصول الفنغرينة بازالة الاحتقان وليكون استفراغ  
العروق من الدم الممتقن فيها واسطة في تطهير الالتهاب وطريقة (دوبوترن)  
في ذلك ان يشق الجراح الاجزاء المصلية بالجمرة شقا صليبيا ينزل به الى ان يدرك  
زوال المقاومة فهناك يكون قد تجاوز حدود الجزء المريض ثم يضغط الجرح  
بنسالة مغموسة في عرق الخمر منعالتعفن وتسمم بدن المريض بالمواد العفنية  
ومن الجراحين من اختار ان يكون هذا الشق من تحت الجلد بان يغرس  
الجراح سن المشرط حتى يتجاوز سمك الجلد فيميل نصله ليصير افقيا فيدفعه  
في النسيج الخلوي تحت الجلد حتى يتجاوز موضع المرض فيشق الورم مما يلي  
الظاهر الى الباطن حتى تزول مقاومة الاجزاء المتبسة فيقطع هذا الشق  
بشق آخر مقاطعة صليبية مع التحرز من شق الجلد لثلاث تكون الشقوق معرضة  
لتأثير الهواء فتتعفن

\* (في العمليات التي تعالج بها الاورام الانتصائية) \*

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

حصر النفس في المجهودات وعند أمالة الاعضاء المصابة بها  
وهناك اورام انتصائية شريانية ووريدية معا ولها مجتمها طرق متعددة  
(منها) الضغط ويستعمل اذا كان الورم مرتكزا على سطح صلب كالجبهة  
(ومنها) الكي بالمحاوير المحماة الى درجة الايضاض وهذه هي طريقة  
(دوبترن) و(موتوار) وهي قليلة الاستعمال الا ان وقد استبدل الجراح  
(ميديلدورف) هذه المحاوير بساوك من البلاطين يتفدها في وسط الورم  
ثم يحمها بواسطة التيار الكهربي  
(ومنها) الكي بجينة فينا

(ومنها) تلقيح هذه الاورام بعبادة المجدرى فقد استعمل ذلك في ازالة بعض  
الوجات فكان طريقة ناجحة وذلك ان البثرات التي تتكون عقب التلقيح  
تسد فتحات الاوعية المتكون منها الورم الا ان النجاح لا يتم بهذه الطريقة  
الا بالنسبة للوجات الصغيرة السطحية  
(ومنها) خزم الورم فانه يحدث فيه التهابا تقييما يسد فتحات الاوعية التي  
تتكون منها

(ومنها) ربط الورم من عنقه ان كان ذا عنق والاغرس فيه دبا ييس كثيرة  
أوقليلة ثم ربط وذلك لئلا ينزل خيط الربط  
(ومنها) الغرس الابري بان يغرس في الورم مقدار كاف من الابر والديا ييس  
الطويلة جدا ثم ترك من اسبوع الى جملة اسابيع فيحصل تقيح يكون سببا  
لشفاء الورم

(ومنها) استئصال الورم لكن محمل ذلك اذا كان صغيرا وامكن ضم حافتي  
الجرح ليلتم 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 كاور ورالمديد الذي في درجة  
(٣٠) وهذه الطريقة تنجح في الاورام الوريدية  
\*(تنبيهه)\* متى كان الورم الانتصائي ذا عنق فالاصوب ازاله بالمنقص

أوربطه بخلاف ما إذا كان ذا قاعدة عريضة فإن الاصوب حينئذ كيه  
 اما بالنار أو بجمينة (فيها)  
 واعلم ان الاورام الانتصائية التي تتولد في المجاج وكذا الغائرة التي لا يمكن  
 فيها استعمال الكاويات يستصوب ربط الشريان الاصلى من كل منها

\* (في معالجة الاكياس) \*

تنقسم الاكياس بالنظر الى موضعها الى اربعة اقسام حاوية وهي التي يكون  
 موضعها النسيج المخوى وزلاية وهي التي يكون موضعها في الاغشية الزلاية  
 من الاوتار وديدانية ودهنية ولشرح العمليات التي يستدعيها كل نوع  
 منها فنقول

\* (في ايكياس النسيج المخوى) \*

هذه الاكياس تجتمع فيها مواد مصلية شفافه او كدرة لالون لها غالباً وتكون  
 جدرانها رقيقة جداً ومتصلة بما حولها وهي تتولد في النسيج المخوى تحت  
 الجلد وتعالج اما بالشق أو بالمحقن  
 أمام علاجها بالشق فكيفيته ان يشق الجراح الجلد المغطى للكيس نفسه  
 شقاً واسعاً متى استفرغ الكيس من السائل وضع في تجويفه قليل من النسالة  
 الجافة وتركه حتى يحصل التقيح  
 وأمام علاجها بالمحقن فكيفيته ان يبط الكيس بمزل متوسط الغلظ  
 كالذي يستعمل في حقن الادرة فيستفرغ من السائل ثم يزرق في تجويفه قليل  
 من صبغة اليود أو من النبيذ الحار ليلتهب فيمتنع تكون السائل فيه ثانياً  
 \* (تنبيه) \* يلزم قبل اخراج انبوبة المزل استخراج مازرق في التجويف من  
 السائل ثم ان اجودها تين الطريفة تين هو المحقن لكون الشق يعرض المريض  
 الى المحرمة والى تكون تدب مشوهة

\* (في ايكياس الاغشية الزلاية من الاوتار) \*

هذا النوع من الاكياس يعالج اما بالضغط او بالشق من فوق الجلد أو من  
 تحته أو بالمحقن  
 (فاما) الضغط فكيفيته ان يوضع الطرف على هيئة بها تتوتر جدران الكيس

ثم يجتهد الجراح في ان يفجر الكيس بواسطة وضع احدى ابهاميه على الاخرى  
وضغطه بهما ضغطا قويا حتى انفجرا انتشرت المادة الزلاية في النسيج المخلوي  
ثم زالت بالامتصاص لكن يشترط في نجاح هذه العملية تسكين الطرف  
تسكينا كليا خوفا 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 المخلوية

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

(وأما) المحقن فكيفيته ان يستفرغ الكيس من السائل بواسطة الميزل ثم  
يحقن في تجويفه قليل من صبغة اليود

\* (تنبيه) \* اجود الطرق هنا هو الضغط الذي يتفجر به الكيس وأما الشق  
من فوق الجدار فيخشى منه احداث فلعنوني منتشر في الطرف ولذا كان الشق  
من تحت الجدار مفضلا عليه ثم ان المحقن لا يستعمل الا اذا لم ينتج كل من الضغط  
والشق هذا وقد تفجر هذه الاكياس من نفسها فتشتفي بدون واسطة جراح

\* (في الاكياس الديدانية) \*

قد يستعمل في معالجتها الشق الا ان الاصوب استئصال الكيس بالكيفية 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 الهادي للكيس شقا كافيا ثم يفصله  
عما يحيط به ثم يستخرجه والجراح (استلي كوير) يشق الجلد والكيس  
دفعه واحدة ثم بعد استفراغ الكيس من المواد التي يكون محتويا عليها  
ينزعه باصابعه أو يجفت

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

على الكيس قطعة من الدياخون مثقوبة من وسطها ويضع في هذا الثقب قليلا من عجينة فينا فبعد مضي اربعة ايام يشق الخشكر يشة شقا صليبيا ثم يمسك جذران الكيس بجفت فينتزعه بسهولة

\* (في العمليات التي تستدعيها الاورام الصلبة) \*

هذه الاورام هي السلع الدهنية والعقد المتبسة والسرطان والاورام الليفية فقط والليفية البلاستيكية

\* (في السلع الدهنية) \*

هذه الاورام لا ينفع في معالجتها الا الاستئصال وكيفية ان يشق الجلد المهادى للورم شقا يتجاوز حدوده بسيطا أو بيضيا أو صليبيا وذلك على حسب حجم الورم وعلى حسب فلة تحركه وكثرتة ثم يمسك بواسطة مشبك ويفصل عن الجاد 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 كما في العنق والابط والاربية

\* (في الاورام السرطانية) \*

يلزم في استئصال هذه الاورام الاجتهاد في عدم ابغاء اثر من الورم فان ذلك يكون سببا لتجدد المرض ثانيا وسنتكلم على الطرق المستعملة في معالجة سرطان كل قسم

\* (في الاورام الليفية) \*

يمكن استئصال الورم من هذه الاورام دفعة واحدة أو استئصاله قطعة قطعة وباجملة يتوقع 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 فلتعقبه في هذا القسم بذكر العمليات الخاصة بكل عضو على حدته متبعين في ذلك الترتيب التوبوغرافي اعني اتنازك العمليات على حسب الاقسام العضوية فنقول

\* (في العمليات التي نفعل في العينين) \*

\* (في عمليات الجهاز الدمعي) \*

نذكرها الاعمال الجراحية التي يفعلها الجراح في الغدة الدمعية وفي الفناء الدمعية

\* (في استئصال الغدة الدمعية) \*

قبل شرح الاعمال المخصوصة بذلك نبتدى بذكر التشرح الجراحي فنقول اعلم ان الغدة الدمعية مكوّنه من جزئين جزء رئيس وهو الجزء الوقي وجزء ثانوي وهو الجزء الجفني فأما الجزء الوقي فهو موضوع بالعرض حذاء النقرة التي في الوجه السفلي من عظم الجبهة قريبا من النتوء الوقي الوحشي من هذا العظم وحافته المقدمة منفصلة عن الجفن العلوي بغشاء ليفي يتشأ من الفوس الوقي ثم يتكون منه الصفاق الغائر من العضلة الجفنية والوجه السفلي من الجزء الوقي يجاور من الوحشية العضلة المستقيمة الوحشية الا انه يكون منفصلا عنها بالوريقة الصفاقية المحيطة بهذه العضلة وتجاوره من الانسية المقلّة وهي ايضا 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 استطالة دقيقة في الجزء الوقي

\* (كيفية العمل) \*

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

يزيل بالمشروط ارتباطها بالاجزاء المجاورة  
 (ثانيها طريقة الاستئصال من تحت الجفن) وكيفيةها عندما يكون الورم  
 قاصرا على الغدة الدمعية ولم يصل الى الاجفان أن يوسع الجراح فتحة الاجفان  
 بشق يتدنى به من الزاوية الوحشية ويسيره قدر سنتيمتر أو اثنين الى الوحشية  
 ثم يرفع الجفن العلوى ويوكل به مساعداً يمسكه بمشبك ثم يشق بالمنحمة شقا  
 موازيا للحافة 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 العلوى وسنشرح ذلك في الكلام على استئصال  
 المقلة

(في كيفية التضخيم بعد العملية) يجب بعد انعام العملية أن يضع الجراح  
 على الجفن العلوى رفاة مغموسة في الماء البارد تغير زمانا فزمانا ومن الجراحين  
 من يختار أن يوضع على الجرح قديل من النسالة المدهونة بالقيروطى البسيط  
 ثم ان الاصوب أن يترك الجرح ليلتحم من نفسه بدون ضم لسفتيه لان الخياطة  
 تغلق الجرح فيمتنع خروج القيح فيتجمع في التجويف الوقبي ويحصل عنه عوارض  
 ثقيلة جدا وادلم انه بارتفاع الجفن العلوى تتقارب شفتا الجرح فيحصل  
 الالتحام

\* (في معالجة الناصور الدمى) \*

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

\* (في قسطرة القنوات الدمعية) \*

(تشرح جراحى) اعلم انه يوجد في كل من الجفنين بالقرب من الزاوية العظيمة  
 من العين بروز صغير يسمى بالتتوه الدمى في وسطه ثقب يسمى بالصفرة الدمى  
 وهو فتحة القناة الدمعية المقابلة له وكل من الصفيرين الدمعيين متجه الى  
 الخلف نحو المقلة وكل من القناتين الدمعيتين يكون اتجاهها عموديا فتجه

القناة العليا من الاسفل الى الاعلى والسفلى بالعكس ثم يتجهان نحو الانف وينفتحان في الكيس الدمى الذى ينتهى فى القناة الانفية التى هى مكوّنة من جزئين احدهما عظمى والاخر غضائى والجزء العظمى يتكوّن من الفرع الصاعد من عظم الفك العلوى ومن ميزاب العظم الظفرى وأما الجزء الغضائى المكمل لهذه القناة من الوحشية فيتكوّن من صفيحة ليفية وأما السطح الباطن منها فغطى بغشاء مخاطى وتنفتح فيه عند متصل الثلث العلوى من جداره الوحشى بالثلثين السفليين القناتان الدمعيتان وتوجد بين الكيس الدمى والقناة الانفية صمام صغير هلالى الشكل

\* (فى قسرة القناة الدمعية من الصفرين الدمعيين) \*

ينبغي لنا لاجل سهولة شرح ذلك ان نفرض ان القصد قسرة الصفرين الدمعيين من العين اليسرى فنقول لاجل ذلك يجلس المريض على كرسى ويثبت المساعد رأسه تثبيتاً جيداً وهو واقف من خلفه ثم يقف الجراح امام المريض ويمسك الطرف السائب من الجفن العلوى بأصابع يده اليسرى ويحذيه الى الوحشية حتى تصير القناة الدمعية مستقيمة ثم يدخل فى الصفر الدمى العلوى مسباراً فيعايداً يمسه بيده اليمنى كما يمسه قلم الكتابة ويدفعه حتى يصير فى الكيس الدمى

ثم اعلم ان الاصوب ان كان القصد قسرة القناتين الدمعيتين من العين اليمنى أن يمسه الجراح المسبر بيده اليسرى مع كونه جاذباً للجفن العلوى الى الوحشية بأصابع يده اليمنى وذلك لاجل سهولة العمل

\* (فى قسرة القناة الانفية) \*

(تشرح جراحى) القناة الانفية بتدئى عند الجزء الذى ينتهى فيه الكيس الدمى حذاء السطح السفلى من تجويق الوقب ثم تنجبه بانحراف من الاعلى الى الاسفل ومن الانسية الى الوحشية وتنتهى فى الجزء العلوى من الصماخ السفلى وهى اسطوانية الشكل تقريباً الا انه يوجد فيها نفوس خفيف جداً تقعيره الى الوحشية والامام

وأما مجاورتها فن الانسية الصماخ المتوسط والقرين السفلى ومن الوحشية

الجيب الفكي الا انها منفصلة عنه بوريقة عظمية رقيقة جدا يمكن ان يشقها  
المجراح غير المقرن 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 وثانيتها فى  
الجزء المتوسط والثالث عند متصل القناة الانفية بالكيس الدمى

ثم انه يجب التنبيه أيضا على ان الفرع الصاعد من عظم الفك العلوى يكون  
فى المحفرتين الانفيتين بروزا توجد خلفه الفتحة السفلى من القناة فهذا البروز  
يهتدافى 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 الحافة الوقبية السفلى وسط  
المسافة التى بين هذه الحافة وبين وتر العضلة المحيطة بالجفنية

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 نذكرها لك فنقول

(أولهما طريقة لا فورست) هى أن يجلس المريض على كرسى مائل الرأس  
قليلا الى الخلف ومثبت بمساعده ثم يأخذ المجراح قساطير غير مجوف مقوس  
كالقساطير الذى يستعمل فى قسطرة المثانة 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

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

ان يتذكر ان القناة الانفية محدبة قليلا الى الوحشية فيلزم ان يكون تحديق القساطير الى الجهة الوحشية ايضا متى كان طرفه الاثني متجها الى العليا ثم بعد ذلك يمسه الجراح من نحو صوانه بابهام وسبابة ووسطى يده اليمنى موجهها تحديه الى العليا وطرفه الى اسفل ثم يدحرج منه في فتحة الانف قدر (٤) سنتيمترا وازيد ثم بعد ذلك يحركه حركة رحوية خفيفة بها يتجه طرف القساطير الى متصل الجدار الطاهر بالجدار المحنكى من الحفرة الانفية ثم يجذبها اليه قليلا كأنه يريد اخراجه الى ان يوقعه البروز الناشئ عن التواء الصاعد من الفك العلوى فينتدحرك الجراح الآلة حركة رحوية بها يتجه طرفها الى الاعلى وتحديها الى الوحشية ويدفعها نحو الجزء العلوى من الصماخ 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 ينخاع

ومتى دحرج القساطير في القناة الانفية من جهة كان الصوان حينئذ يميل الجهة الاخرى من الخيشوم ويمكن المحس 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 (قاما) الزرق من اعلى الى اسفل فيفعل بواسطة محقنة صغيرة تسمى بمحقنة انيل ذات فم رفيع جدا مستقيم أو منحنى يمكن ادخاله في احد الصغرين الدمعيين

والعادة ان السائل المعد لتسليك القناة الدمعية أول تنويح الغشاء المخاطي المغطى لها يزرق من الصغر الدمعي السفلى وكيفية ذلك ان يجلس المريض على كرسي ماثل الرأس الى الخلف منبتا بمساعد ثم يجذب الجراح الجفن السفلى الى الاسفل والوحشية ويمسك المحقنة بين

سبابة ووسطى يده اليمنى بان يدخل هذين الاصبعين في الحلقتين اللتين في جانبي اسطوانة المحقنة ويدخل الابهام في حلقة المكبس ثم يدخل طرف فها في الصفر الدمعي عموديا في الايتدا ثم يوجه من الوحشية الى الانسية الى ان يدخل منه قدر (٥) أو (٦) مليمتر ثم يضغط بابهامه على المكبس ويرزق 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 يرزق فيه سائلا فاترا بواسطة محقنة لاجل تسليك القناة ثم يثبت القساطير على هذا الوضع ويترك الى ان يتم الشفا

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

\* (في توسيع القناة الدمعية) \*

توسيع القناة الدمعية بعمل أمام فتحة صناعية تفتح في الكيس الدمعي أو من المسالك الطبيعية

\* (في توسيع القناة الدمعية 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 تتبع ذلك مع الاختصار بالكلام على الطرق المختلفة المتبعة في توسيع القناة وتذكر أيضا ما ترك من هذه الطرق فنقول

(في بط القناة الانفية) كيفية ذلك ان يجلس المريض على كرسي مرتكزا رأسه على صدر مساعد واقف خلفه مثبتا باحدى يدي ذلك المساعد بان يضعها على جبهة المريض ويجذب بيده الاخرى الزاوية الوحشية من الجفنين فبذلك يبرز وتر العضلة المحيطة بالجفنية ثم ان كان العمل في الجهة اليسرى ودف 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 الذهبي من الامام ثم جعل حافة التجويف  
الوقعي بين الظفر واثمة سبابته ثم غرس في الكيس الدمعي مشرطاً مستقيماً  
ضيق الفصّل 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 بيده 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 فتدخل يرفع المشرط

\* (في التوسيع الوقعي) \*

(طريقة جان لوى بتيت) كيفيتها ان يشق الكيس الدمعي شقاً واسعاً  
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 ثانياً  
مادام التقيح موجوداً 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 لخيط مشدود  
فيه فتيل من النسالة فيترك في الكيس ثم يغير بفتيل آخر اغلظ  
(طريقة الجراح دوسولت) هي ان يوضع في القناة الانفية من اعلى الى اسفل  
ماسورة من الغضة وينفذ منها الخيط المشدود فيه الفتيل  
(طريقة مانيك) كيفيتها ان يفتح الكيس الدمعي من الباطن الى الظاهر بان  
يدخل في القناة الانفية من اسفل الى اعلى قساطير ذى حربة ثم متى برزت الحربة  
الى الظاهر ثبت فيها خيط حامل لفتيل وسحب به من اعلى الى اسفل ويغير  
الفتيل باخر اغلظ منه متى مضت عليه مدة  
(طريقة اسكاربا) كيفيتها ان يشق الكيس الدمعي شقاً واسعاً تدخل فيه  
فتايل من النسالة مدهونة بجرهم الراسب الاحمر بعض ايام ثم تستبدل هذه

الفتائل بمسار من الرصاص تدفع حتى تصل الى القناة الانفية فتتبع الدموع طريق هذه المسار فتصب في القناة الانفية وهذه المسار معروف بمسار اسكاريا له رأس ممرطح مائل بانحراف 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 شبيه مسمار اسكاريا من رصاص الا انه اطول منه ورأسه مفرطح عريض فكان يضع رأسه على الورم الدمعي ويوجه ساقه الى العليا نحو الجبهة ويثبتته على هذا الوضع فبالضغط الواقع من رأس المسمار على الورم ينحبر السائل الدمعي على ان يتبع سيره الطبيعي شياً فشيأً وتنتهي القناة الدمعية بان تسلك

\* (في التوسيع المستديم) \*

كان الجراح (دوبويتيرين) يستعمل لاجل ذلك ماسورة من الفضة أو الذهب طولها من عشرين الى خمسة وعشرين مليمتراً علاها أكثر اتساعاً من اسفلها ذات تقوس يشبه تقوس القناة في طرفها العلوي شبه صوان فيه ميزاب حلقى باطنى وطرفها السفلى مبرى تركيب عند ارادة العمل بها على جفت مخصوص أفرعته متصالبة اعنى انه ينفثع متى ضغط عليه منحني على زاوية قائمة ثم يشق الجراح الكيس الدمعي كما ذكرناه آنفاً وقبل اخراج المشروط يدخل على السطح المقدم من تصله الماسورة حتى تدخل في القناة ثم يخرج المشروط ثم يضغط على فرعى الجفت فينفك عن الماسورة فيزاد في غرسها حتى تغطيها شفتا الجرح ويعلم دخول الماسورة في القناة بخروج الهواء من فحتها العليا متى تنفس المريض مطبقاً كلام من فيه وانفه وعند ارادة اخراج الماسورة يدخل فيها الجفت ثانياً ويضغط فرعاه الا فقيان بقوة فيتباعد فرعاه العلويان وقد اختار الجراح (ماجين) الفرنساوى احد معلمينا بدرجة باريز ماسورة طولها ثمانية عشر مليمتراً وقطرها ثلاثة مليمتراً وأما الشهير (ويليو) احد معلمنا أيضاً فيستعمل في ذلك ماسورة طرفها



السفلى كال غير مبرى  
وأما طريقة (وارد) فكيفيتها ان يبط الكيس الدمى ثم يدخل فيه سلك  
معدنى طوله نحو ثلاثة سنتيمتر طرفه العلوى منثنى على هيئة زاوية قائمة لثلاثا  
يدخل فى القناة ثم يوضع على المجرح قطعة من الجبرالانكايزى

\* (فى التوسيع من القنوات الطبيعية) \*

طريقة (ميجان) فى ذلك ان ينقذ فى مسبر رفيع جدا ذى سم طوله من (١٥)  
الى (١٨) سنتيمتر خيط ثم يدخل من الصفر الدمى العلوى ويدفع الى ان  
يصل الى المحفرة الانفية المقابلة فعند ذلك يدخل تحت القرين السفلى محراف  
قنوى مثقوب الطرف ويجهتد فى ادخال طرف المسبر فى قناة المخراف ثم فى  
الثقب الموجود فيه ومتى تم ذلك اخرج المخراف فينجذب المسبر اياضا حاملا للخيط  
فيلف الطرف العلوى من الخيط على هيئة كوة ثم يوضع تحت قنوسوة المريض  
ويترك هذا الخيط هكذا يومين أو ثلاثة الى ان يتعود الصفر الدمى على  
وجوده فبعد ذلك يربط فى الطرف السفلى منه فتيل رفيع من التسالة مدهون  
ويجذب الى ان يصل الى القناة الانفية  
وأعلم انه يلزم فى كل اساوة ان يربط فى اسفل الفتيل خيط آخر يجذب به  
الى اسفل

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

\* (فى كى القنوات الدمعية) \*

يكوى الكيس الدمى الانفى بالحديد المحمى وبالمرام الكاوية والبهينات  
الكاوية وتكوى المسالك الدمعية بطريقتين احدهما ان يوضع الكاوى  
من اعلى الى اسفل والاخرى ان يوضع من اسفل الى اعلى

\* (فى الكى من اعلى الى اسفل أى من الكيس الدمى) \*

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

القناة هذا ومنعالتأثير الحرارة في شفتي الجرح يستعمل ماسورة تدخل أولا الى ان تصل الى محل التضايق ويستعمل بدل الحديد المحي فتيل من النسالة مغموس في محلول كاومن الكاويات السائلة مثل محلول نترات الفضة وأما طريقة (ديلاند) في ذلك فكيفيةيتها ان يبتدأ بتسليك القناة الانفية بسلك معتاد ثم يستبدل هذا السلك بالآلة مخصوصة شكلها كشكل السلك فيها ميزان عموديان ملوؤان بنترات الفضة الذائب على النار وتحرك هذه الآلة حركة رجوية على محورها فتتكوي بهذه الكيفية جميع دائرة القناة وأما طريقة (ديمار) فكيفيةيتها ان يشق الجراح تحت وتر العضلة المحيطة بالمنخية شقا منحرفا قليلا من الاعلى الى الاسفل ومن الانسية الى الوحشية به يمكن كشف الفتحة العليا من القناة الانفية ثم ياعد ما بين شفتي الجرح بكلايين عريضين ويوكل بهما ساعدا أو اثنين ثم يدخل في القناة محورا محي ذاكرة لحفظ الحرارة في مدة

(في الكي بجينة كلورور الخارصين) كيفيةته أن تغطي قطعة رقيقة من الخشب بطبقة من عجينة كلورور الخارصين في طول اثنين سنتيمتر ثم تدخل في القناة كما ذكرناه في ماسورة (دوبويتيرين) 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 كاوشية بالقساطير الذي ذكرناه في قسطرة القناة الانفية بطريقة (لافور يست) فراجعها (طريقة برموند) هذه الطريقة هي طريقة (ميجان) التي ذكرناها وانما الفرق بينهما ان الخيط هنا يغمس في عجينة كاوية

\* (في احدثات قناة صناعية لسيلان الدموع) \*

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

يقرض الغشاء المعطى 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 التئام الجرح الخارج وقد استعمل (اسكاريا) وغيره من الجراحين لثقب العظم الظفري الحديد المحمي

وطريقة (هنتير) هي أن يشق الكيس الدمعي شفا واسعا ثم يعدم ساعد شفتي الجرح ثم يدخل الجراح في الصماخ المتوسط صفحة محدبة قليلا إلى الوحشية بمسكها بيده اليسرى وييده اليمنى بمسك آلة مثل آلة العفاس ويضغط بها على الوجه الظاهر من العظم الظفري فينتقب بهذه الكيفية بواسطة الآلة تقبامستديرا

(في إزالة العظم الظفري) كل من الجراح (وارنير) والجراح (جردي) يزيد العظم الظفري بالكافية بواسطة شقوق تحده فيحصل بهذه الكيفية اتصال بين الكيس الدمعي والمحبرة الانعمية

(في ثقب الكهف الفكي) كيفية ذلك أن يفتح الكيس الدمعي كما ذكرنا في بط القناه الانعمية ثم يزلق على الوجه المقدم من نصل المشروط بمزل معوح متجه السن إلى الأسفل والوحشية وإلى الخلف قليلا ويدخل في الكهف الفكي ثم توضع في الثقب ماسورة كما أوصى بذلك الجراح (لوجيه) مخترع هذه الطريقة

وقد يستعمل أيضا استئصال الغدة الدمعية بالطرق التي سبق ذكرها وغازاته منع سيلان الدموع على الوجه

\* (في سد القناه الدمعية بإزالة الكيس الدمعي) \*

كيفية هذا السد بأن يفتح الكيس الدمعي ويملا بالنسالة ثم يوضع فيه مخلوط من السب والراسب الاجرليتا كل ويزول أو يوضع فيه قطعه في قدر العدسة من ترات الفضة ويكرر هذا الوضع كل أربعة أيام والكسال (ديمار) يستعمل في ذلك بحجينة (فينسا) وكل من (اسكولتيت) و (تنوني) يستعمل لاجل ذلك كي الكيس الدمعي بالحديد المحمي وكان (بوش) يكوي الأنصفرين

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

\* (حكومة في العمليات التي تفعل لمعالجة الناصو الدمعي) \*

اعلم ان الزوفات وحدها غير كافية في معالجة الناصو الدمعي وانما تنوع  
 حيوية المسالك الدمعية الملتهبة

ولافائدة للقسطرة من الصقرين الدمعيين لكن اذا فعلت من الحفرتين  
 الانفيتين كما في طريقة (لا فورست) كانت جيدة لانها حينئذ تسلك القناة  
 من المواد المخاطية المتجمدة المجمعة فيها بسبب غلظ القساطير المستعمل  
 وأما الخزام فهو طريقة علاجية طويلة المدد جدا وكذا وضع المواشير  
 والمجسات غير المجوفة كما في طريقة (اسكاريا) و (جان لوى بيتيت)  
 وأما عملية فعل قناة صناعية فنجحت مرارا واحسن الطرق في ذلك هي ثقب  
 أو إزالة العظم الظفري

\* (في العمليات التي تفعل في الاجهان) \*

\* (في انقلاب الاجهان الى الظاهر المسمى بالايكترويون) \*

يندران يكون انقلاب الاجهان الى الظاهر خلقيا أو كثر مشاهدته في الجفن  
 السفلي وأسبابه هي أسباب الاترويون اي انقلاب الاجهان الى الباطن  
 الا ان النتيجة مختلفة فضخامة المتحمة والنسب الناتجة عن فقد جوهر  
 في الانهجة والمحرق والجمرة تحدث انقلاب الجفن الى الظاهر وكذا الامراض  
 التي تكون حول تجويف الوقب يجذبها للاجهان نحو الخد 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 وحياطة الجفن) وكيفيةها ان يقرض الجراح الجزء المنتفخ من الملتحمة مع الاجزاء الرخوة التي تحتها ما عدا المجلد بأن يشق شقا على هيئة رقم السبعة بالهندي هكذا (٧) بحيث تقابل زاويته المحافة الملتصقة من الجفن ثم يضم شققي هذا الجرح بعضهما الى بعض بواسطة غرزة من الخياطة يفعلها قريبا من المحافة السائبة من الجفن والاصوب ان يثبت مساعد الجفن مقلوبا ثم يمسك الجراح الملتحمة بجفت أو بمشبك فيقرضها بمقص منحني على صفحته قرضا موازيا للمحافة 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 وكيفيةها أن يمسك الجراح بجفت الجفن المنقلب الى الظاهر ثم يشق بمقص مستقيم أو بمشرط شقا على هيئة رقم ٧ بالهندي بحيث تقابل قته المحافة غير السائبة من الجفن وتقابل قاعدته المحافة السائبة ثم بعد إيقاف الدم بالماء البارد تضم شق الجرح بالخياطة المتقطعة أو بالخياطة السكتية

ثم ان الكمال (والتيير) 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 شققي الجرح بغرزتين من الخياطة ومتى التحم الجرح شفي المريض وهذه الطريقة جيدة متى كان النصف الوحشي من الجفن هو المنقلب

والكمال (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 يبصر الغضروف الضفيري سميكاً ومستطيلاً فيمكن أن

يسبب حيث شد الايكترويون 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 الجبرالانكليزي (حكومة) قرض الملتحمة في الايكترويون الحاصل عن حرق لا ينجح الا قليلا بخلاف ما اذا كان سبب التشوه هو اتفاح الملتحمة وأما قرض جميع سمك الجفن بشق على هيئة رقم (٧) بالهندي فينجح اذا كان النسيج الندبي هو السبب في الايكترويون وأما قرض الغضروف الضفيري فلا ينجح الا في النادر

\* (في انقلاب الاجفان الى الباطن المعروف بالانترويون) \*

هذا التشوه غير نادر وقد يكون الجفن معه منقلبا انقلابا خفيفا الى الباطن أو ملتفا على نفسه وأسبابه هي المحرق والجمرة والبثرة المخيثة واستئصال بعض الاورام الجفنية العظيمة الحجم والرمم القلبي والخنازيري والبلينوراجي وجميع الامراض التي يتسبب عنها فقد جوهر في الانسجة واثرا الالتحام ويمكن باستطالة هذا التشوه فقد العين بسبب احتكاك الاهداب بالقلة وقد استعمل في معالجة الانترويون عدة طرق منها الضمادات القابضة وأشرطة اللازوق أو الجبرالانكليزي والضغط الا ان هذه الوسائط لا ينجح الا في الاحوال التي يكون فيها الانترويون متسببا عن استرخاء في الجلد ومنها الكي بالمحدد المحي أو بمحوض الكبريتيك المركز ومتى أريد الكي بالمحدد المحي لزم وماية العين من تأثير الحرارة برفا ثم تبلولة بالماء البارد ثم يمس الجزء المسترخى من الجفن بواسطة محور صغير يضاوى الشكل محي الى درجة الاحرار فان أريد الكي بالمحوض الكبريتي و صنع الجراح على الجزء المسترخى بعد تحقيقه نقطة منه فان لم يحصل المقصود من مرة لكرر ذلك مرتين أو ثلاثا أو أربعاً

ومنها قرض الجلد وكيفية ان يقبض الجراح نذية من جلد الجفن بجفت ويقرضها بمقص مستقيم ثم يضم شفتي الجرح ببعض غرز من الخياطة المتقطعة

واعلم ان من الجراحين ومنهم (هستير) و (ادريانوس) و (ويلبو) من يتفقد  
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 غاب

ثم انه متى كان الغضروف الضغري متغيرا أو منقلبا إلى الباطن فمجرد قرص  
الجلد لا يكفي في إزالة التشوه بل تستعمل حينئذ إحدى هذه الطرق وهي  
(أولاً طريقة شريجر) وهي قرص الحافة الجفنية المنقلبة إلى الباطن بواسطة  
مقص منحني على صفحته

(ثانياً طريقة كرامتون) وكيفيتها أن يشق الجراح في الزاوية الوحشية  
وفي الزاوية الأنسية من الجفن شقا عموديا بواسطة مقص مستقيم طوله من  
ستة إلى عشرة ملليمتر ثم يقرب الجفن إلى الظاهر ويشق الغشاء المخاطي شقا  
مستعرضا واصلا إلى شق الجفن فهذه الكيفية يصير الغضروف الضغري  
محدودا بشقين عموديين وشق مستعرض فيوضع في وضعه الطبيعي ويثبت على  
هذا الوضع بواسطة أشربة من الجبرالانكازي تثبت بها أيضا الأهداب  
على ظهر الجفن

(ثالثاً 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 الضغري من هذا الشق  
ويقرضه مع الاحتراس من إصابة الصفر الدمعي

(حكومة) اعلم ان قرص الغضروف الضغري قليل النجاح في معالجة  
الانثروبليون 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 أولا ان تستعمل السكي  
بالكاويات أو بالمحدي المحي أو قرص جزء من جلد الجفن قبل أن تستعمل شيئا  
من هذه الطرق التي ذكرناها لان النسيج الندبي الذي يعقب السكي يجذب

حافة الجفن الى الظاهر والقرص يقلل استرخاء الجفن فيشفى المريض

\* (في اورام الحاجب المتكيسة) \*

كيفية معالجة هذه الاورام ان يخلق 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 حافة الشق ثم تضم بالخياطة الكتيبة

\* (في استرخاء الجفن العلوى) \*

هذا الاسترخاء منشأه تمدد الجلد واستئصال ورم كان بالجفن أو الاعتقاد على ادامة التغميض ومعالجته الجراحية اذا 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 ليحقق من ان الثنية التي يريد قرصها كافية في ازالة هذا التشوه حتى يتحقق ذلك قرصها بالمفص دفعة واحدة وضم حافتى الجرح بغرزتين أو ثلاث

\* (تنبيه) \* يتميز استرخاء الجفن الناتج عن شلل الشائبة 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 يتمديهما الى طرفى الجفن ثم تفصل الشريحة المحاطة بهذين الشقين او تحاط 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 الكمال (ديمار) ثم يشق الجلد المغطى للكيس مع غاية الاحتراس بحيث لا ينفجر الورم ثم يمسك



يجفت ويفصل عما يجاوزه مع غاية الاحتراس أيضا وذلك لئلا ينتقب الجفن  
ثم يضم الجرح بقطعة من الجبرالانكازي ليلتحم بالقصد الاول

\* (في سرطان الاجفان) \*

اذالم يشغل هذا الداء الا الحافة الجفنية كفي الجراح في معالجته ان يقرض  
هذه الحافة قرضا هلاليا يقص منحنا 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 هذب العين الى المقلة واكثر  
ما يشاهد في الجفن العلوي ويعالج بعد دقطرقي منها رد الشعر المنحرف الى  
اتجاهه الطبيعي بواسطة تثبيته على الجفن بسيور من اللازوق أو بواسطة كيه  
يجفت مفرط محي

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

(ومنها) كي البصيلات بمحور رفيع بعد اقتلاع الشعر

(ومنها) ازالة جزء من جلد الجفن بحيث توجه حافته الى الامام قليلا فيبعد الشعر  
عن المقلة وكيفية ذلك ان يوضع بين المقلة والجفن صفيحة من العلاج ثم يشق  
الجراح قريبا من حافة الجفن شقا مستطيلا ممتدا من احد طرفي الجفن الى  
الطرف الاخر ثم شقا هلاليا الشكل قليلا فوق الاول يتصل به من طرفيه  
ثم يسلخ هذه الشريحة ويزيلها ويضم الجرح بالخياطة المتقطعة ثم يجمع اطراف  
الخيوط بعضها الى بعض ويثبتها 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 عليه 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 اللعينة الدمعية)

هذا المرض مجلسه اللعينة الدمعية وهو ورم صغيرا جرحيبي يبرز بين المقلة وجدار الوقب ويكون اما ورما التهابيا او سرطانيا  
(كيفية العمل) يجلس المريض على كرسي ويثبت رأسه مساعد ثم يمسك الجراح الورم بجفت (موزو) او بمشك ويجذبه نحوه ثم يقرضه بمقص صغير متحن على صفحه او بشرط صغير من الوحشية الى الانسية مع الاحتراس من اصابة المقلة

\* (في قرص المتحمة) \*

هذه العملية بسيطة جدا وكيفيةها ان يقبض الجراح على المتحمة 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 بنمو في اوعية المتحمة

\* (في الظفرة) \*

الظفرة عبارة عن ثخن في المتحمة مثلث الشكل قته تتجه الى القرنية وربما امتدت عليها واحسن ما تعالج به القرص وكيفيةه ان يمسك الجراح الجزء المريض بجفت ويجذبه الى الامام ثم يقصه بمقص متحن من القمة الى القاعدة ويزيله  
هذا ومن متأخرى الجراحين من اوصى ان تعالج الظفرة بكيها مرات عديدة بمحلول فوق كلورور الحديد الذي في درجة (٣٠) مثينية

\* (في استخراج الاجسام الغريبة من القرنية) \*

هذه الاجسام هي القطع الصلبة الرقيقة التي تتطاير من مجارة عند فتحها ومن الفولاذ وقت شغله وتتسبب بقرنية الصناع المنوطين بذلك وكيفية استخراج الجسم الغريب ان يجلس الشخص ويرفع جفنه العلوى

مساعد ثم يخفض الجراح الجفن السفلى بسبابة يده اليسرى ثم يبحث عن الجزء  
الاسود الذي يدل على وجود الجسم الغريب فيضغطة ضغطة متواترا بسن  
مشرط أو مبضع أو ابرة أو غير ذلك من الالات الحادة من اعلى الى اسفل ومن  
اسفل الى اعلى حتى يزيله

وأعلم انه يمكن في هذه العملية الاستغناء عن المساعد في رفع الجفن بان يفتح  
الجراح نفسه العين بابهام وسبابة يده اليسرى ومن الكمالين من أوصى  
في اخراج الاجسام الغريبة التي من الفولاذية 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 الخنف واعوجاجات العمود الفقري علم  
أيضا 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 آخر فيمكن ان الحول الانسي يتحد بالعلوي  
فتكون العين حينئذ متحولة الى الانسية والعليا ويمكن ان الحول العلوي  
يتحد أيضا بالوحشي فتكون العين متحولة الى العليا والوحشية ويمكن أيضا  
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 دائما أو متقطعا

(تشرح جراحى) العضلات المعدة لتحريك المقلة ست اربع مستقيمة واثان  
منحرفتان تعرف احدهما بالعضلة المنحرفة العظيمة للعين أى العليا  
وتعرف الاخرى بالعضلة المنحرفة الصغيرة للعين أو السفلى

فاما العضلات المستقيمة والمنحرفة العظيمة فتندغم في قاع الوقب قريبا من  
الثقب الوقبي وأما المنحرفة الصغيرة فتندغم في الجهة الانسية المقدمة من الجزء  
الوقبي القريب من الكيس الدمعي

وأما اندغامت هذه العضلات في المقلة العينية فعرفت اهل الالاهم هنا 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 المنحرفة العليا بعيدا منها بقدر  
(٣) ميليمتر وأما المنحرفة السفلى فتندغم في الجزء الخلفي من المقلة العينية  
ثم ان هذه العضلات لها صفاق محيط بها تمدد غامها على الصلبة فيلزم  
عند فعل العمالية ان يفصل مع وتر العضلة المراد قطعها الصفاق المندغم معه  
في الصلبة والا كانت العمالية غير مفيدة

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

فاما الطريقة الاولى فكيفية العمل فيها الكل من (ستر وميير) و (ديقنباخ)  
ان يجهز الجراح ابتداء الآلات اللازمة وهي خافضة الاجفان ورافعتها  
ومشبك حادا الطرف ومشبك كال الطرف ومقص صغير منحني على صفحه  
ثم يجلس المريض على كرسي مطبقا عينه السليمة وموجها عينه المريضة الى الجهة  
المعاكسة للجهة التشوه بقدر الامكان ثم ان كان الحول انسيا غرز في 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 المنحني على صفحه فيشاهد في قاع الجرح وتر العضلة مندغا  
في الصلبة فينفذ تحت المشبك الكال ويهدى عليه المقص ويقطع فتى قطعت  
الياف الوتر جميعها من اول الامر شوهد اعتدال العين حال اختلاف ما اذا كان  
القطع غير تام فانها لا تعتدل فيلزم حينئذ تنفيذ المشبك الكال ثانيا  
تحت الوتر وتكمل قطع الالياف  
وأما كيفية العمل للجراح (ويلبو) فهي 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 العيني الجفني اعلى القطر  
المستعرض بقليل ويحذب العين الى الجهة المعاكسة لجهة التشوه كأنه يريد  
بعد ما اقتبز العضلة كوتر فينفذ تحتها مشرباً صغيراً من جنبا على صفحته به تتقطع  
بعض الياف عضلية ثم يزلق تحت العضلة مشبكاً كالاول ويكمل 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 كفتان احدها ما بالسليخ  
والثانية بالبط والآلات المستعملة فيها هي الآلة المعروفة بخافضة ورافعة  
الاجفان وثلاثة مشابك مزدوجة ومقص منحنى على صفحته وكلاب كال  
الطرف ومثقاب صغير لتقب الملتحمة ومشرب صغير لقطع العضل ومثقاب  
الملتحمة هو آلة صغيرة على هيئة طرف المحربة نصله حاد من الجهتين ومنحن  
قليلاً على صفحته وقاطع العضل مشرب 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 يباعد مساعداً الاجفان بالآلات المعدة لذلك ثم يغرز الجراح مشبكاً في  
الملتحمة ويجذب به المقلة الى الجهة المقابلة للتشوه ثم يغرز مشبكاً في الغشاء  
تحت الملتحمة بعيداً عن القرنية بقدر (٦) أو (٧) ملليمتر وذلك على حسب  
اتجاه العضلة ثم يبعد ذلك ينزع المشبك الاول ويأمر مساعداً بغرز المشبك  
الثالث خلف المشبك الثاني بقدر (٥) ملليمتر ثم بواسطة هذين المشبكين  
يثنى في الملتحمة ثنية في مقدم العضلة بقدر خمسة ملليمتر وهذه الاجراءت  
الاولية تفعل سواء كان اجراء العملية بالسليخ أو بالبط

فأما كيفية فعلها بالسليخ فهي أن تشق الثنية دفعة واحدة بالمقص المنحني  
ثم يرفع أحد المساعدين الشريحة الناتجة عن ذلك ويعزل الجراح العضلة  
بواسطة طرف المقص ثم يزلق تحتها أحد فرعيه ويقرضها قريباً من اندغامها  
الصليبي ثم تقاب الشريحة على الجرح وتقرب حافته بغرزة أو ترك ونفسها  
وأما فعلها بالبط فكيفيته 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 يمسه الجراح بين الابهام والسبابة والوسطى جاعلا الجهة القاطعة من النصل نحو الوحشية ثم يدخله في شق الملتحمة ويرزقه تحت العضلة ثم يحرك المقطاع حركة رحوية بها يتجه حده القاطع نحو العضلة فيقطعها بتحركه حركة منشارية مع توتره للعضلة يجذبه للشبك من الخاف الى الامام ثم يخرج المقطاع فينثذنتهى 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 يتدكر ما ذكرناه في التشریح الجراحی

(في قطع العضلة العينية العظيمة المنحرفة) كيفية ذلك انه بعد تبديد 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 الملتحمة أعلى المشبك الاول بقدر خمسة أو ستة مليمتر ثم يشق كلا من الغشاء المخاطي واللبني المغطين 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 كيفيتان احدهما أن يخفض الجفن السفلي عند نصفه الانسي فيغرز الجراح بين العينية المستقيمة السفلى والعضلة المستقيمة الانسية بعيداعن القرنية بنحو (٥) أو (٦) مليمتر مشبكا حادا ثم يجذب به العين الى الاعلى والوحشية ثم يشق بالقرب جدا من حافة الجفن بالمقص أو بالمشقاب شقا طوله نحو سنتيمتر منحرفا من اعلى الى اسفل ومن الانسية الى الوحشية ثم يرزق تحت العضلة كلايا كالا فيجذبها به الى الظاهر ويقرضها بالمقص

وأما الاخرى فهي أن يخفض الجفن السفلي من عند نصفه الوحشي ثم يغرز الجراح مشبكا حادا بين العضلتين العينيتين المستقيمتين السفلى والوحشية بعيداعن 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 ثنية فيشقها الجراح بالمقص ثم يدخل من الجرح كلابا كال  
الطرف موازيا للوجه السفلى والانسي من المقلبة ويجذب به العضلة فيقطعها  
بالمقص

(تنبيه) الالتهاب الذي يعقب عملية الحول قد يكون خفيفا جدا مع احتقان  
بسيط فالعلاج بان توضع على العين رقائذ ممتلئة بالماء البارد تغير كل ربع  
ساعة خصوصا 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  
لفقدانها كما شوهد ذلك في امرأة اعيت عينها بالكتابة عقب العملية حالا  
(حكومة) طريقة عملية الحول من تحت الملتحمة كما يفعلها (جولجرين)  
جيدة جدا ويكون المريض بها اقل عرضة للالتهاب التابعي ولا تصير اثره  
الالتحام معها بارزة كما قد يحصل عقب غيرها من الطرق الا انها دقيقة صعبة  
جدد الاسماع على غير المتمرن 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 فقد كانوا قديما يداكون الاجفان قبل  
اجرائها بيوم بخلصة البلادنا لتمدد المحدة واما الان فاستبدلوا ذلك بان  
يقطر في العين قبل العملية ببعض ساعات بعض نقط من محلول كبريتات  
الأتروبين المثني (أى المركب من مائة جزء من الماء المقطر وجزء من  
كبريتات الأتروبين)

ثم ان الآلة المعدة لهذه العملية الابرة المسماة بابرة الكتركا التي طرفها  
مفرطح منحني قليلا ولها يد من العاج مضممة الاضلاع وكيفية العمل ان يرقد  
المريض أو يجلس على كرسي مع كون رأسه مثبتا على صدر مساعد ويرفع هذا  
المساعد الجفن العلوي بسبابته بلا ضغط على المقلبة فان لم يكن المساعد متمرنا  
على رفع الجفن فالاصوب رفعه بواسطة الآلة الرافعة ثم خفض الجراح بسبابته  
احدى يديه الجفن السفلى ويمسك بيده الاخرى الابرة كما يمك قلم الكتابة

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 ملليمتر 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 وتعتبرها الى الخلف ثم يضع الجراح تقعرها على المحافة العليا من البلورية فينكسها من الاعلى الى الاسفل والخلف بتحريره لطرفها حركة أرجوحية صاعدة عقبضها 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 يستمرضاغطا بها البلورية مدة (١٠) ثواني جاعلا تحديقها الى الامام عند مرورها بالخلف القرنية خوفا من اصابتها للاوعية والاعصاب الهدية ومتى خرجت هذه الآلة من العين امر الجراح للمريض باطباق جفنيه ووضع على العين رفادة مبتلة وثبت هذه الرفادة برباط خفيف غيرضاغط للعين فان الضغط ربما اعاد البلورية الى محلها الاصلى اعنى مركز العين

\* (تنبيه) \* التنكيس الذي ذكرناه لا يستعمل الا عندما تكون الكتركا صلبة فان كانت رخوة فالاصوب فعلى عملية التفتيت وكيفية 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 اطباء من يكتبون بتزيق الوجه المقدم من محفظتها في اذابتها وامتصاصها هذا ومن اطباء من يستبدل تنكيس البلورية بقلبها من الامام الى الخلف بحيث ان سطحها المقدم يصير علويا وذلك بان يجعل الجراح تقعره يوصل الابرة على الجزء العلوى منها فيضغطه من الامام الى الخلف لتميل الى الخلف فتطرق الاشعة الضوئية الى مركز العين

وأما عملية الكتركا بالاستخراج فبان تشق القرنية أو الصلبة لكن المستعمل



الآن هو شق القرنية فقط لأن شق الصلبة قد تحصل عنه عوارض خطيرة  
فلذا رفض بالكلية

والآلات المعدة لهذه العمالية هي السكين المعنى بسكين الكتر كما المنسوب  
الى (بير) ومقاع المحفظة وملعقة (دافيل) والعادة أن تكون هانان  
الآلتان مركبتين على نصاب واحد كل واحدة منهما على طرف من طرفيه  
ويلزم لهذه العملية أيضا مقص صغير منحن وجفوت ومشبك والآت رافعة  
وخافضة للاجفان

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

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  
والخافضة للاجفان ثم تثبت المقلعة بجفت 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 حاصلا حده الى الاعلى ثم يسيره الى الجهة الانسية من  
قطر القرنية فبما ان السكين مثل الشكل تنقطع القرنية بزرقة نحو الانسية  
منها فتكون عن ذلك شريحة قرنية فبعد ذلك يجذب الجراح الجفن العلوى  
ويغطي به الشريحة برهة من الزمن ثم يرفعه ويدخل الآلة المسماة بمقطع  
المحفظة فيشق المحفظة شقا صليبيا وهذا هو الزمن الثاني من العملية وأما  
الزمن الثالث فتخرج فيه البلورية من جرح القرنية اما بنفسها وذلك عند  
ما يكون كل من شق المحفظة وشق القرنية كافيا لذلك وأما بمساعدة الجراح  
ان كانا غير كافيين بان يضغط على الجفن ضغطا خفيفا الى ان تصير بين حافتي  
الشق القرني فيخرجها بواسطة الملاعقة

فان بقي في المحدة أوفى خزانات العين بعض بقايا من الكتر كما انحرها الجراح  
بواسطة الملاعقة 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 البلورية 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 يلمس على كل منهما سير من اللازوق ثم توضع على المريضة كمادات الباردة ويرقد المريض ويمنع من تحريك رأسه بشدة إلى ان يزول الالتهاب الذي يحصل عادة في اليوم الثاني إلى اليوم الرابع

\* (في عملية المحذقة الصناعية) \*

كيفية هذه العملية ان يرقد المريض على فراش ويركز رأسه على وسادة ثم يثبتته مساعد ثم يرفع الجراح الجفن العلوي ويخفض الجفن السفلي بالآلة المعدة لذلك ثم يجعل نفسه على الوضع اللائق بفعل العناية ويثبت مقلة المريض بحيث ذى اسنان ثم يشق بسكين شبيه نصله بنصل الموضع ممسك كما ممسك قلم الكتابة في الجهة الانسية أو الوحشية العليا أو السفلى من القرنية على حسب الخزء الذي يراد فعل العملية فيه شقاطوله من (٥) مليمتراً إلى (٦) ثم يدخل من الشق جفتاً صغيراً مقعراً تحديه إلى الخلف فيمسك به جزءاً من القرنية ويحديه إلى الظاهر ويقرضه بمقص صغير متحن ثم يطبق العين كما في عملية الكتر كما ويضع عليها فائد مبتلة بآء بارد منعاً للالتهاب

\* (في بزل العين) \*

تنزل العين اذا كانت مصابة بالاستسقاء أو كان في الخزانة الخلفية منها خراج وكيفية ذلك ان يجلس المريض ويثبت رأسه مساعد كما ذكرناه في عملية الكتر كما تم بيأعد الجراح ما بين جفنيه بواسطة سبابة وابهام يده اليسرى ويغرز مشرطاً مستقيماً حاداً الطرف في وسط العين ثم يترك السائل يتبع النصل فيخرج عليه ثم يخرج المشرط ويلزم في هذا العمل الاحتراس من وقوع ادنى ضغط على المقلة

(تنبيه)

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

\* (في استئصال مقلة العين) \*

الطريقة المعتادة في ذلك كيفية ان تثبت المقلة بمشيك ثم يشق الجراح الزاوية الوحشية من العين بالمشرط شقا يسيرا ويسلخ الجفنين بقصاصة لسطحها الباطن من المقلة ثم يقامها الى الخارج ويوكل بهما مساعدان لثبتهما في هذا الوضع يجفت ثم يمسك بيده اليمنى مشرطا مستقيما كما يمسك قلم الكتابة ويغرز في الزاوية الوقبية الاتسية على طول العظم الوتدي الى قرب الثقب البصرى ويحلق به جميع نصف الدائرة السفلى من تجويف الوقب ليفصل جميع الاجزاء الرخوة ويعمل كذلك في نصف الدائرة الاعلى أيضا فيعد ذلك لا تكون العين متشبثة الا بالعضلات وبالعصب البصرى فتقطع هذه الاجزاء بالمشرط أو بالمقص واعلم انه متى كانت الغدة الدمعية مصابة أيضا بالمرض الذي استوجب استئصال المقلة يلزم ان تستئصل أيضا ومع ذلك ان لم تنزل فانها تضمر من نفسها بعد العملية

واذا كانت الاجفان مصابة بالمرض أيضا فيلزم قرص 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 كرات صغيرة مدهونة بالزيت الجديد ثم يغطى جميع القسم الوقبى برفوف يدون أن يضغط به ضغطا شديدا

(في وضع الاعين الصناعية)

يلزم قبل وضع الاعين الصناعية أن ينتظر التهام جميع الاجزاء الباقية وتوضع أول اعين ذات حجم صغير ثم تغير بأ كبر شيئا فشيئا كلما هبطت الاجزاء

واعلم انه يلزم أن تكون حافات العين الصناعية ملسا غير حادة واسطحها ملسة  
 أيضا وحجمها يكون بحجم العين السليمة ولونها مشابها للونها  
 وكيفية وضع العين الصناعية أن يرفع الجراح الجفن العلوى ويرلق تحتها  
 العين ثم يخفض الجفن السهلى ويرلقها أيضا تحتها  
 واعلم انه لا ينبغي في ابتداء الامر أن تزيد مدة بناء العين الصناعية في التجويف  
 الوقى الاثمان ساعات أو عشرة حتى يتعود عليها المريض وترفع العين  
 الصناعية بان يخفض الجفن السفلى بالسبابه ثم ينفذ تحت العين ديوس  
 غليظ من الفضة أو من الذهب وكثير من يرفعها لنفسه باصبعه فقط عند النوم  
 ويضعها في كوبة مملوثة بالماء

\* (في العمليات التي تفعل في الجهاز السمعى) \*

(في عمليات ظاهر الاذن)

(في اورام شحمة الاذن)

تستأصل اورام شحمة الاذن بتحديد ما يشق على هيئة رقم سبعة بالهندي  
 ثم تقرب شفتا الجرح بالخياطة الكتبية

\* (في ضيق وانسداد القناة السمعية) \*

اذا كان الحاصل في القناة السمعية ضيق فقط يمكن معالجته بالمحسات المسطحة  
 المعدنية أو بقطع من الاسفنج المحضر تدخل فيها وتترك زمنا كافيا مناسبة  
 درجة التضيق والاصوب في توسيع القناة السمعية أن يتبدأ بشق الجزء  
 الضيق جلة شقوق ثم وضع الاجسام الممددة فيه

وأما اذا كانت القناة السمعية منسدة بغشاء غير طبيعي بحيث انها تصير به  
 وبغشاء الطبله تجويفا منسدا الطرفين فيلزم أن يشق هذا الغشاء غير الطبيعي  
 شفا صليبيا ثم تقرض الشرائح الناتجة عن هذا الشق

وان كان انسداد القناة السمعية ناشئا عن عدم انثقاب الجزء الظاهر منها  
 فيلزم أن تثقب بميزل ثم يوضع في الثقب اسطوانة صغيرة تستبدل باخرى  
 أفخن منها بعد زمن قليل

(تنبيه) يلزم عند استعمال الميزل في ثقب القناة السمعية الاحتراس الكلى

من الزيادة في دفعه الى الباطن لثلاث ثقب 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 الغاترفان لم تقده هذه  
الوسائط كما يحصل في بعض الاحيان لزم استعمال وسائط استخراج الاجسام  
الصلبة من الاذن كأن يدخل الجراح فيها ملعقة وينغذها تحت هذا الجسم  
ويجذبه الى الخارج وقد تستعمل في ذلك الجفوت بشرط فتحها على حسب  
القطر العظيم من الصملاخ

فان كان الجسم الذي في الاذن بعض الحشرات لزم امامته قبل استخراجه  
ان كان لم يزل حيا بأن يوضع في الاذن بعض نقط من الزيت أو من الماء الحمض  
ثم يجتهد الجراح في اخراجه بأن يدخل في القناة السمعية مسبرا في طرفه كرة  
مبثبة من القطن لتشتبك بها الحشرة

\* (في بوليب الصملاخ 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 ولو مع بقاء شئ منه بخلاف  
بوليب الانف ويستعمل فيه أيضا النزع بان يمسك بالقرب جدا من اصله بجفت  
البوليب فيلوى هذا الاصل بادارة الجفت حتى يتفصل البوليب لكن  
كثيرا ما يتعذر انتزاعه بتمامه في دفعة واحدة لغزارة ما قد يسيل من الدم  
ففي هذه الحالة يضطر الى تأخير اتمام العملية الى الغد وكيفية التي ان يمسك  
الجراح الجفت بيده اليسرى فيحصر به البوليب من موضع اتصال شعبيته  
وبين حلقتيه فيديرها به من اليسار الى اليمين حتى تنقلب على ظهرها فيحبس  
بها الجفت على التوائه ويستأنف بيده اليمنى لسا آخر وهو كذا حتى يتزع  
البوليب من اصله

\* (في العمليات التي تعمل في وسط الاذن) \*  
 (في خرق غشاء الطبلة)

(تشرح جراحى) غشاء الطبلة هو غشاء يكون في انتها القناة السمعية الظاهره  
 فاصلا للماعن وسط الاذن وسطحه الباطن يكون مجاور العظم المطرقة ويد  
 هذا العظم تقسم غشاء الطبلة الى جزئين جزء مقدم وجزء خلفى فلذا اختار الجراح  
 الانكليزى (استلى كوير) ان ثقب غشاء الطبلة يكون في الربع المقدم  
 وتعمل هذه العملية بخصوص انسداد بوق (أوستاكيوس)  
 \* (كيفية العمل) \* هذه العملية تفعل بالبطن أو بالسكين أو بالكشط  
 فاما البطن وهو المنسوب للجراح (استلى كوير) الانكليزى فكيفيته ان  
 يجعل المريض على وضع بواسطة يوضع ضوء الشمس الصمغ ثم يأخذ الجراح  
 ميزلا صغيرا منحنيا لا يتجاوز سن سهمه طرف الانبوبة الا بنحو (٢) ملليمتر فيمسكه  
 كما مسك قلم الكتابة مع كون سن السهم محتفيا في الانبوبة ثم يجذب صوان  
 الاذن الى الاعلى والخلف لتصير القناة السمعية مستقيمة على قدر الامكان  
 فيدخل الآلة فتحو الجزء السفلى المقدم من غشاء الطبلة ومتى تحقق عدم  
 امكان ادخالها زيادة على ذلك دفع سن السهم فينفذ في الغشاء  
 واما السكين وهو المنسوب للجراح (ريشران) فطريقة رديئة جدا لما انه  
 لا يمكن تحديد المخشكة قبل العمل  
 واما الكشط وهو المنسوب الى الجراح (دولو) فيفعل بواسطة ما سورة ذات  
 طرف قاطع ينزلق فيها ساق طرفه على هيئة بريمة ينتهى بقصر صغير حاد  
 منعطف نحو طرف الانبوبة فتدخل الآلة في القناة السمعية ثم ينفذ فيها  
 الساق بالى فتى نفذت هذه الساق في هذا الغشاء وجاوزته بنحو (٢) ملليمتر  
 ضغط الجراح على الزنبك الذى في طرف الانبوبة فيضغط القرص على طرف  
 الانبوبة فبذلك تنقطع قطعة من الغشاء

\* (في ثقب الخلايا المحلية) \*

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

من الامام والعليا وبعد العملية تزرق في المجرح زروقات مضادة للتعفن  
 أوزروقات ملينة ويوضع على المجرح قليل من النسالة وتثبت الاساوة برباط  
 (تنبيه) هذه العملية غايتها انجراح الصديد المجتمع في وسط الاذن وفي الخلايا  
 المحمية

\*(في قسطرة بوق اوستا كيوس)\*

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

وجزء هذه القناة القريب من الطيلة عظمى واما جزؤها الغريب من البلعوم  
 فغضروفى وشكلها عبارة عن مخروطين صغيرين متصلين ببعضهما بواسطة  
 قتهما واتصالهما يكون على زاوية منحرفة ففتحتها الى الاسفل ثم ان بوق  
 (اوستا كيوس) يفتح في البلعوم كما ذكرناه وخلف الصماخ السفلى 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 يهتدى بها ايضا في القسطرة

(كيفية العمل) قديما كان بوق اوستا كيوس يقسطر من الفم وقد تركت  
 الاآن هذه الطريقة بالكالية والمتبع الاآن ان غشاها وقسطرتها من الحفرتين  
 الانفتحتين ولهذا القسطرة عدة طرق نذكرها فنقول اما الطريقة المعتادة  
 فكيفيتها ان يجلس المريض على كرسي مائل الرأس الى الخلف مرتكزا به على  
 ظهر مساعد يثبت يديه تثبيتا جيدا يمنعه من التحرك الى اليمين أو اليسار ثم  
 ينف الجراح امام المريض ويمسك بيده اليمنى بحس (أيتار) وهو قساطير شبيه  
 بقساطير النساء منفتح الطرفين فيدخله في فتحة الانف المقابلة للبوق المراد  
 قسطرته فيزلقه من الامام الى الخلف مع جعل طرف القساطير الى الاسفل

والوحشية وتهديبه الى حاجز الانف ثم متى وصل الجرس 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 المحفرة الانفية  
فيصل بذلك الى فتحة البوق فيدخله فيه ويظهر للجراح نجاح العملية  
باحساسه بضغط واقع على طرف الجرس وبوقوفه وبالاحاساس الذى يحس به  
المريض فى باطن الاذن فيزرق فى صوان الجرس بواسطة محقنة صغيرة السوائل  
المراد زرقها فى البوق لتسليكه

وأما طريقة (جرال) فهي ان يحرك الجراح الجرس متى وصل الى محازات  
اللهاة حركة رحوية فهذه الحركة تتجه طرفه من الاسفل الى الاعلى وتفعل  
هذه الحركة الرحوية مع ادامة دفعه من الامام الى الخلف فيدخل طرفه  
فى البوق

وأما طريقة (ديلو) فهي ان يستبدل جرس (أيتار) بجرس من الصمغ المرين  
وكيفية القسطرة به هي ان يبدأ الجراح بادخال سلك فى البوق كما ذكرنا  
ثم يهدى على هذا السلك مجسام من صمغ مرين ومتى دخل الجرس فى البوق اخرج  
السلك وزرق فى البوق السوائل الدوائية أو الهواء بواسطة كرة من  
الكاوتشوك ويفضل زرق الهواء على زرق السوائل لانه يطرده المواد المخاطية  
التي تكون فى البوق أو فى صندوق الطبلية وأيضا هو من وسائط التشخيص  
الجيدة فى امراض الاذن ولا يتضرر منه المريض

وأما طريقة (العونس جرين) التي اختارها عند ما رأى ان قسطرة البوق  
بالطريقة المعتادة وبطريقة (جرال) عسرة على المبتدئين بسبب عدم وجود  
نقط اهتدائية كافية فهي انه متى حاذى الجرس الجزء الغشائى من سقف المنك  
ادخل الجراح سبابة يده اليسرى فى فم المريض فرفع بها اللهاة من الاسفل  
ووصل بها الى الحوية المخلمية من البوق وارتكز بها عليها ثم دفع الجرس  
فى هذا الاتجاه بيده اليمنى ومتى احس بطرف الجرس على الجدار الخلفى من  
البوق اخرج سبابه فهذه الكيفية تصير عملية قسطرة البوق سهلة جدا

\* (تنبيه) \* من الناس من لا تحمل ادخال الاصبع فى حلقة وهو لا يبدأ  
بنعوبدهم على وجود الاجسام الغريبة فى حلوقهم بان يؤمروا بادخال اصابعهم



أو نحوها في حلوقهم كل يوم مرة أو مرتين حتى يتعودوا  
واعلم ان غاية قسرة بوق (أوستا كيوس) هي تسليكه لا مكان دخول الهواء  
في صندوق الطبله وقد يقصدها ادخال سواثل دوائية فيه

\* (في العمليات التي تعمل في الجهاز المعوي) \*  
\* (في العلة والعلم) \*

العله هي شق خلقي في وسط الشفة العليا وفي احد جانبيها والفلح هو وجود  
ما ذكر في الشفة السفلى والعله اكثر مشاهدة من الفلح وتنقسم الى بسيطة  
والى مزدوجة والى معكوبة بيزوم قدم الاسنان ويزوم جزء من عظمي الفك  
العلوي أو بافتراق هذين العظمين مع انشقاق الهامة وهذا النوع هو المعوي  
بالغم الذئبي لان الغم يصير معه شديبا بغم الذئب  
فاما عملية العلة البسيطة فاختلاف الجراحون في السن اللائق باجرائها فمنهم  
من قال عندما يبلغ الطفل نحو من خمس سنين ومنهم من قال متى تم له ثلاثة  
اشهر او اربعة واتفقوا على وجوب فعلها عقب الوضع متى كانت مانعة له من  
الرضاعة خشية هلاكه

وكيفية العمل ان يجلس المريض اذا كان كبيرا على كرسي مرتفع وان كان  
طفلا على نفذي مساعد ليضبطه ويمتعه من التحرك ثم يسند رأس الطفل  
الى صدر المساعد ويضع المساعد يديه على خدي الطفل ليمنعه من ضغط  
الشريانين الوجهيين امام المتشبث السفلي من العضلتين المصغيتين وجذب  
جلد الخدين نحو الخط المتوسط

واعلم ان هذه العملية تنقسم الى ثلاثة ازمنة اولها زمن ادماء حافتي العلة  
ثانيها 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  
اليسرى بحيث تكون السبابة تحت الشفة ثم يديه من الاسهل الى الاعلى  
ثم يديه الايمن كذلك ثم يغسل الجرح بالماء البارد  
وفي الزمن الثاني يمسك الطرف السفلي من الجانب الايسر من الشق فيغرس

في جلده نحو المحنك دبوسا رفيعا ثم ينقذه هذا الدبوس في الجانب الايمن من الشق من الباطن الى الطاهر ثم يضع تحت هذا الدبوس خيطا ويغرس دبوسا ثانيا وثالثا ويضم الجرح بهذه الكيفية بالخياطة الكتبية وفي الزمن الثالث يوضع الجهاز بان توضع على الخدين رفائد درجية وثبتت 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 شئ من هذه الدبابيس الا بعد ان يطلى بالمرهم ولا يخرج الدبوس السفلى الذي يلي حرف الشفة الا اخرها

(تنبيه) منى كان قيد الشفة مانعاً من ادماح فتيها لزم فرضه بالمقص هذا ومن الجراحين من فضل المشرط في الادماء على المقص وكيفية ذلك ان يغرس الجراح في الزاوية العليا من العلة مشرطاً مستقيماً (شكل ٤٥)



ثم ينزل به الى الاسفل فهذه الكيفية يدي احدى حافظها فيدي الاخرى ويضم الجرح كما تقدم وأما العلة المزروجة ففي كانت فيها القعدة الشفوية المتوسطة قصيرة رقيقة فعلى الجراح ان يقطعها ويدي حافظي الشق كما قدمناه في عملية العلة البسيطة

وان كانت طويلة عريضة لزمه ان يدمى حافتها وحافتي المجانبين ثم يضم كلاما  
جانبيها الى ما يليه بالخياطة البكنية وقد تكون القطعة المتوسطة عريضة  
قصيرة ففي هذه الحالة يلزم ان يدمى الجراح حافتها ويجعل شكلها مثلثا قائمه  
الى الاسفل ثم بعد اتمام كل من الجانب الايمن والجانب الايسر يضم القطعة  
المتوسطة اليهما فبعد الالتئام يصير شكل الندبة شبيها بحرف اليا اليوناني  
هكذا (٧)

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

واما بروز العظم الفكى فيزيله الضغط متى كان المريض طعلا وكيفية هذا  
الضغط ان توضع على البروز رفائد درجية ثم يوضع فوق هذه الرفائد وسط  
رباط ويوجه طرفا هذا الرباط الى القعاف هناك يصابان ثم يعقدان على  
الجهة بعد شدهما شدا جيدا ويزاد في هذا الشد ما فز منا حتى يذهب البروز  
ويتساوى العظم ثم تفعل العملية على العادة وهذه هي طريقة الجراح

(دوسولت)

فان لم يزل البروز بهذا الضغط قرصه 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 كلورور الحديد ليضعه على السطح  
السايف حتى يقطع النزف وبعد قرص الجزء البارز يضم الجراح الاجزاء  
الرخوة كما اذا لم يكن هناك بروز

وأما العلة المضاعفة بشق ارنبة الانف أو خنايبته فتمدى فيها حافتا الشق  
وتضم احدهما الى الاخرى كما في عملية العلة البسيطة  
وأما شق سقف الحنك فلا يمنع من عملية العلة بل كثيرا ما يشاهد زواله عقبها  
الا ان من الجراحين من يضغط عند فعلها على جانبي الفك العلوى ليتتارب  
نصفاه على الخط المتوسط

## \* (في ضخامة الشفة) \*

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

(كيفية العمل) يجلس المريض على كرسي مائل الرأس قليلا الى الخلف مع  
ثنيته بمساءد على هذا الوضع ثم يمسك مساعدا من الشفة بالقرب من احدى  
زاويتيها فيجذبها الى الامام ويقبها قليلا فيوترها الجراح بيده اليسرى بان  
يمسكها من زاويتيها الاخرى ويشق جميع طولها بشرط مستقيم ويجعل الشق  
قريبا من الغشاء المخاطي حداً الزاويتين ثم يسلك الشريحة المخاطية من اسفل  
الى اعلى ودهاها بالمقص او بالمشرط

(تنبيه) الجرح الذي يعقب هذه العملية يكون متسعا جدا لكنه يلتحم  
بسهولة فان كثر نزف هذا الجرح فينبغي مسه بكرات من النسالة المغموسة  
في محلول فوق كلورور الحديد

## \* (في عملية توسيع الفم الفمية) \*

ضيق الفم سواء كان متسببا عن رداءة اثر التمام أو خلقيا يجب توسيعه بفعل  
عملية جراحية ولذلك طرق عديدة

منها طريقة (بويه) وكيفية ان يشق الجراح زاويتي الفم شقا مستعرضا  
ثم يضع بين شفتي الجرح صفيحتين من الفضة مقعرتين على هيئة ميزاب لمنع  
الاتصاق

ومنها طريقة (ديفناخ) وكيفية ان يوتر الجراح الشفة يابهام وسبابة  
يده اليسرى أو بمشبك مزدوج اذا كانت فحة الفم ضيقة جدا ثم يغرز اعلى  
زاوية الشفة بقليل بين الغشاء المخاطي وبقية نسيج الشفة مشرطا مستقيما  
ومتى وصل بالمشرط الى طول كاف حول نصله نحو الجلد فشقه ثم يشق شقا آخر  
اسفل من الشق الاول بستين متر ونصف ويوصل هذين الشقين من الوحشية  
بشق ثالث هلالى الشكل ثم يمسك بجفت الشريحة الناتجة عن هذه الشقوق  
في فصلها بدون ان يجرح الغشاء المخاطي ثم بعد ذلك يشق الغشاء المخاطي شق

مستعرضا بعد من الزاوية المستحدثة بقدر (٦) او (٨) مليمتر ثم يضم الجراح حافتي هذا الغشاء بجاد الشفتين ببعض غرز خياطة متقطعة وكما فعل في احد زاويتي الفم يفعل في الزاوية الاخرى والالتحام هنا يحصل بالقصد الاول ولا يتكور نسج ندبي ويمكن الاستغناء عن الخياطة المتقطعة بالمضام ومنها طريقة الجراح (سير) وكيفية تها أن يشق الجراح زاويتي الفم شقا مستعرضا كافيًا ثم يضم المجلد والغشاء المخاطي بالخياطة المتقطعة (حكومة) طريقة (ديفنباخ) جيدة وتحتاج عظمة 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 بالرغم الهندسي ثم تضم حافتا الجرح بالخياطة الكتيبة وهذه هي الطريقة المعتادة وأما طريقة الجراح (ويشران) فهي أن يستأصل الورم بشق هلالى ثم يضم الجرح ضمادا بسيطا من غير ضم مخافتيه 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 أوضحنا في صحيفة ١٢٢

\* (في امراض الاعضاء اللعابية) \*

\* (في نواصير الكفة) \*

هذه النواصير تعقب عادة انفتاح بعض المخراجات المتكونة في القسم التكتفي وتعالج بالكى بنترات الفضة أو الكى بحمض الازوتيك أو حمض الكبريتيك أو الحديد المحي الى درجة الابيضاض وبالضغط وبالزروقات المهيجة كالسكرول والنبيذ وكل سائل كما يحدث في القناة الناصورية التهايا ملصقا وبالقرص اذا كانت شفتا فتحة الناصور متغيرة بأن تقص بالمقص ثم يضم الجرح بالخياطة الكتيبة أو بأشرطة من الجبرالانسكليرى

\* (في نواصير قناة استون) \*

هذه القناة تقع من الخلف الى الامام وتتصلب مع العضلة المضغية ثم بعد ان تجاوزها بقليل تنحني وتغور الى الباطن وتنفتح في الغشاء المخاطي

المخني من الشدق حذاء 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 الخلف الى الامام وهي غليظة الجدران وتصطبب في سيرها غالباً بالثريان الوجهي المستعرض الذي هو اعلاها ببعض مليترات وتصطبب أيضاً بفروع من العصب الوجهي فلو شق شق عمودي غاثر في موضعه لم تبعد اصابتها ولا اصابة ما معها من الاعضاء

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

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

(ومنها) الكي بالنار او بالمحجر الجهنمي فيستعمل الكي بالنار عندما تكون الفتحة واسعة بواسطة مسبرمجي ويستعمل الكي بالمحجر الجهنمي عندما تكون ضيقة بعد ان تنظف الفتحة وما حولها تنظيفا جيدا ثم تجفف ثم يوضع عليها المحجر الجهنمي فتنى تكونت خشك ريشة غليظة رفع الحجر وجففت الفتحة ثم وضع عليها قليل من النسالة يثبت بالمحجر الانكليزي ويربط برباط معتاد ويمنع المريض من تناول الاشياء المنبهة لافراز اللعاب وبعد مضي (١٥) يوما يحل الرباط ويترك المحجر حتى يسقط من نفسه مع الخشك ريشة فالخشك ريشة التي تحصل عن الكي تسد فتحة الناصور فتلجئ اللعاب أن يتجه الى الفم تابعا مجراه الطبيعي

ومنها الضغط اما على فوهة الناصور واما على نفس القناة بين الناصور والتكفة كما فعله الجراح (ميزونوف) واما على نفس التكفة وذلك ليمتنع مرور اللعاب في القناة فلا يصل الى الناصور فتلتئم حافته وهذه هي طريقة الجراح (دوسولت) والغرض منها سد الناصور والتكفة الا انه عند التأمل في وضعها التشريحي يعلم ان

ذلك لا يتم لما ان جزأ عظيما منها تمتع بالفرع الصاعد من عظم الفك السفلي والطريقة الثانية ثمرتها توسيع القناة وتسليكها وكيفية ان يتخذ خيط في سم مسير 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 قابلا ليمكن دخوله في الجزء المقدم من القناة اللعابية فيدفع نحو الخنك عندما تنجذب 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 وعتى علم اتساع القناة بقله خروج اللعاب من الناصور رفع الفتيل ثم كويت حافظا الفتحة الناصورية بالمحرف 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 بأن 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 سلفناه

والطريقة الثالثة ثمرتها احداث فوهة صناعية للقناة النكفية ولها كفيات كثيرة اجودها كيفية الجراح (دوجيز) وهي أن يدخل ميزل رفيع من الناصور في قناة (استينون) ثم يغرز 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 غرز الميزل داخل فم المريض ليوتر بهما الاجزاء الرخوة فلا يخرج اللثة ولا اللسان بالسهم اثناء ثقبه

للغشاء المخاطي ومتى نفذ الميزل في الحنك يخرج السهم من الماسورة ثم ينعقد 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 الماسورة  
 فيثقب به المخدم مرة ثانية من الخلف الى الامام ومن الظاهر الى الباطن حتى  
 يصل طرفه الى تجويف الفم فينزع السهم كما مر ثم ينعقد من الماسورة خيطا  
 مزدوجا من الحرير أو من النيل المشمع ثم يخرج هذه الماسورة ويربط الطرف  
 الخارج من السلك الذي من الرصاص في طرف الخيط ثم يجذب به حتى يدخل  
 في تجويف الحنك فهذه الكيفية يصير طرف السلك داخل الفم فيلويان معا  
 على نفسه ما لثلاثي خرجا ويقرضان بالقرب من الشدق ثم يدعى الجراح حافتي  
 الفتححة الناصورية ويخيطهما خياطة كتيبة ويدبر غذاء المريض بأن لا يرخص  
 له الاقلى الاطعمة السائلة ويلزمه عدم الكلام فهذه العملية يسيل اللعاب  
 في الفم تابع السلك وينقطع خروجه من الفتححة الناصورية وبعد التثام هذه  
 الفتححة يخرج السلك فتبقى الفتححتان كأنهما طبيعيتان  
 هذا ومن الجراحين من يستبدل السلك بخيط من الحرير

\* (في استئصال النكفة) \*

هذه الغدة على شكل هرم قاعدته الى المجد وقتها فائرة وهي بين النتوء المحلى  
 والحافة المقدمة من العضلة القصية المخشافية من الخلف وفرع الفك السفلى  
 من الامام والقوس العذاري من العليا وزاوية الفك من أسفل وهي مغطاة  
 بالجلد والنسيج المخاوي محاطة بصفاق ليفي خاص وهي تغطي أو تحتوى في  
 باطنها على الشريان الوجهي المستعرض وعلى العصب الوجهي والشريان  
 الصدغى السطحي والشريان السباتي الظاهر والوريد الوداجي الانمى  
 والعصب العظيم تحت اللسان والرئوى المعدى والسنباتوى العظيم وهذه  
 الغدة لها زوائد عديدة تدخل في الاجزاء المحيطة بها ولذا كان استئصالها يتقاربا  
 صعبا جدا ولوم الميت

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



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

\* (في استئصال الاورام التي تحصل في القسم النكفي) \*

يسلزم لاجل ذلك استحضار مشارط وجفوت لربط الاوعية وجمعت (موزو) وصنابير ثم يجلس المريض على كرسي مسند رأسه الى صدره مساعد ثم يشق الجراح من الجلد والنسيج المخاوي والطبقات الليفية ازاء القطر الكبير من الورم ومتى وصل الى سطحه فان وجدته في كيس علوي شق هذا الكيس واقتلع الورم باصابعه وان لم يكن في كيس كما هو الغالب فصله بسنجه مما يجاوره الى ان يقرب من جزئه الغائر المجاور للاوعية فيربطه برياط 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 تغد هذه الطرق

\* (في استئصال الغدة تحت الفك) \*

(تشرح جراحى) هذه الغدة موضوعة في القسم فوق العظم اللامي وهي مغطاة بجسم عظم الفك السفلى وتجاورها من العليا والخلف العضلة الكتفية اللامية ومن السفلى العضلة ذات البطنين وهي منفصلة عن الجلد بالنسيج المخاوي وبالعضلة الجملدية والصفاق ويوجد الشريان الوجهى على السطح الوحشى منها قريبا من حافتها الخلفية واحيانا يكون هذا الشريان موجودا في

شبه ميزاب وأما الشريان اللساني فهو أسفلهما منفصلا 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 ويزر  
في الفم ووربما عظم حجمه فلا تجويف الفم ويزر تحت حافة الفك السفلي في الجزء  
المقدم العلوي من العنق

وسببه انسداد قنوات (وارتون) وتعددها بما يجتمع فيها من اللعاب الذي  
تفرزه الغدة تحت اللسان وقد يشاهد تحت اللسان أيضا ورم شبيه بهذا الداء  
وهو استسقاء الكيس المصلي الموجود تحت اللسان المنسوب للطبيب  
(فليثمان) وانما سمي هذا الورم بذلك لانه يكون على شكل الضفدعة ويصير  
صوت المريض شبيها بصوتها

ولشرح الطرق التي يعالج بها بالاختصار

ففي البط بمنزل رفيع أو بشرط واستفراغ ما في الورم وهذه الطريقة نادرة  
النجاح لان الورم يتجدد بعدها غالبا  
ومنها شق الورم شقا يستغرق طوله واستفراغ ما فيه ثم كي السطح الباطن منه  
بالجراجهنمي

ومنها كي الورم بالحديد المحي بأن يتغذ الجراح المحور من ثقب في صفيحة  
معدنية ثم يكوي به الورم وفائدة هذه الصفيحة هي منع مجاوزة تأثير الحرارة  
الى ما يجاوره من الاجزاء الرخوة

ومنها شق الورم وقرض جدرانه أو امساكه ببغفت (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 يجذبه جذبا خفيفا

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

\* (في العمليات التي تفعل 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 لثلاثهك الطفل وكيفية ذلك ان يجلس الطفل في حجر مرضعته منحدر 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 فيمس الجزء النازف بالجرر أو توضع عليه كرة صغيرة مغموسة في محلول فوق كلورور الحديد

\* (في التصاق اللسان) \*

هذا الالتصاق يكون تارة خلقيًا وتارة عارضيا ويكون اما شبه اربطة خيطية الشكل أو ملتصقا في سعة عظيمة بالجدار السفلي من الخنك أو بالثة أو بالشدق فان كان شديدا اربطة خيطية فيزال بقطع هذه الاربطة واما اذا كان عاما ومتشيا فيفصل اللسان بان يجلس المريض منحدر الرأس الى الخلف على وسادة أو على ساعد مرضعته أو ساعد مساعد ويقف الجراح خلفه عن يمينه فينحى الجزء الخالص من اللسان بسبابته أو بمجلق ثم يقطع بمشرط مستقيم وسائط الالتصاق شيئا فشيئا ويجب اثناء هذا القطع ان يبعد الجراح جد المشروط عن جسم اللسان ما يمكن فرارا من اصابة العروق تحت اللسان

وان يزيل الالتصاق في مرات لا دفعة واحدة ليتنفس المريض ثم بعد انتهاء  
العملية يتظف الفم بالفراغ القايضة منعاً لسيلان الدم ويحتهد في منع  
حصول الالتصاق ثانياً بواسطة المضامض المرخية اللطيفة وبكثرة تحريك  
اللسان وبإمرار أصبعه زمناً قزماً بين الجزئين المنفصلين ليندمل كل منهما  
على حدته

\* (في العملية التي يقتضيهاداء التثتة) \*

هذا الداء يعالج بقطع العضلتين الذقنيتين اللسانيتين ولهذه العملية  
طريقتان طريقة (بودنس) وطريقة (بونيه)  
فأما طريقة (بودنس) فكيفيتها ان يجلس المريض على كرسي مثبت رأسه  
بمساعدة ثم يبعد الجراح بين زاويتي الفم ويوتر العضلتين الذقنيتين اللسانيتين  
بواسطة مشبك يغرزه غرزاً غائراً في الخط المتوسط قريباً من الوجه الخلفي من  
عظم الفك السفلي ثم يمسك بيده اليمنى مقصاً منحنيماً على جنبه فيدخله بعد  
فتحه الى قريب من التثوين 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) فكيفيتها 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 قرب التثوين الذقنيتين ثم يمسك بيده اليمنى مقطعاً  
عضلات حاداً رفيعاً يغرزه من وسط القسم تحت الذقن في الجلد والعضلة  
الجلدية وفي العضلتين ذاتي البطنين والعضلتين الكتفيتين اللاميتين ثم  
يخرجه ويدخل محله مقطعاً عضلات ذازر حتى يصل به تحت الغشاء المخاطي  
الفموي ويعرف وصوله اليه بالاحساس به بالأصبع 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

(تنبیه) قد شاهد الجراح (بونه) عقب هذه العملية انسكاب دموي عظيم  
 بحيث يمكن ان يعوق الباع والتنمس ويؤمن حصول العارض بوضع رفائد  
 درجية أو مخدنة صغيرة حذاء اللتين الذقنين وتثبيتها بالعصابة المقلعية  
 فبالضغط يمتنع حصول هذا العارض

\* (في قطع اللسان) \*

قد يضطر الى قطع بعض اللسان أو كله وذلك عندما يكون مصابا بالسرطان  
 ولهذا العملية طريقتان أولاها ما قطعه بالسلاح ولها كفتان أحدهما  
 كيفية الجراح (لوى) وتستعمل عندما يكون السرطان لم يشغل الا طرف  
 اللسان فيجلس المريض على كرسى ويسند رأسه الى صدر مساعد يكون تحله  
 ثم يضع الجراح بين فكليه قطعتين من خشب العلين لثلاثين قاربا اثناء العمل  
 ويأمره بان يخرج لسانه فيمسكه اما بيده ملفقة بخرقة وأما بجفت (موزو)  
 ثم يفصل منه الجزء المريض بان يقطع اللسان عرضا قطعاً متجاوزاً لحدود  
 السرطان

الكيفية الثانية من كفتي القطع بالسلاح ونسب الى الجراح (بونه)  
 هي ان يجلس المريض كما سبق ثم تثبت الجراح لسانه بصنارة يغرزها في الجزء  
 المريض ويوكل بهامساعداً ثم يمسك هو لسان المريض بين ايهام وسبابه يده  
 اليسرى ثم يشقه من حدود السرطان بمقص مستقيم شقاً منخرقاً يتجه 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 الهندي هكذا (٧) ثم ينظف الجرح ويضمه بالخياطة المتقطعة  
 واعلم ان هذه العملية يمكن فيها استعمال المشرب بدلاً من المقص وقد  
 استصوب ذلك الجراح الفرنسي (الفونس جرين) وكيفية ذلك انه بعد  
 جذب لسان المريض الى الخارج بالصنارة يضع تحته الجراح قطعة رقيقة  
 مغرطة من خشب الفلين ويثبت عليها بان يغرر في الجزء المراد اباتته منه  
 دبايس رقيقة ثم يحيط المرض بشق على شكل السبعة بالرقم الهندي يفعله  
 بمشرط مستقيم خارجاً عن موضع غرز الدبايس وبعد ذلك يضم الجرح كما في

كيفية (بويه) 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 كفيات أيضا منها كيفية الجراح (مايور) وتعمل عندما يكون المرض في نصف اللسان فقط فيجلس المريض بالكيفية التي ذكرناها انفا ويثبت لسانه بصنارة ثم يشقه الجراح طولا نصفين بمشرط مستقيم يغرسه ثم ينفذ بين هذين النصفين خيطا متينا فيربط به النصف المريض خلف ما يحاذى المرض ويشده هذا الخيط بالآلة المعروفة بشادة العقدة المتسوية لهذا الجراح أي (مايور) وهي انسب في هذه الاحوال من غيرها لكونها شبيهة بالسبحة قابلة للانعطاف وتتوافق مع حركات اللسان فلا تتعب المريض

وأما اذا كان السرطان مستوعبا لجميع اللسان فيربط بان يغرز في وسطه من الاسفل الى الاعلى بعيدا عن حدود الداء ابرة مقوسة في سمها خيط مزدوج ويربط كل نصف على حدته 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 تنكشف العضلات الذقنية اللامية فيبعد بعضها عن بعض ثم يأمر المريض بان يخرج لسانه فيمسكه بجفت ويجذبه الى الخارج بقوة ثم يغرز ابرة كبيرة مقوسة ذات يد وسمها في سنها في اصل اللسان على الخط المتوسط من العنق ويدفعها من الاسفل الى الاعلى حتى تخرج من ظاهر اللسان فتى ظهرت نفذت في سمها خيطا مزدوجا ثم يخرجها من حيث ادخلها مع الحذر من خروج الخيط معها فهذه الكيفية بصير الرباط ذات طرفين في العم وطرفين خارجه فيدخلها مرة اخرى من جرح العنق بدون ان يتغذها من اللسان وانما يتغذها بين الفك السفلي وحافة اللسان ويتغذ فيها طرفي الخيط الباقيين في العم ويخرجهما من جرح العنق فهذه الكيفية يكون كل من نصفي اللسان محاطا برباط على حدته فيشد بواسطة شادة العقدة وفي كل يوم يزداد في هذا الشد حتى يتفصل الجزء المريض

ومنها كيفية الجراح (ميرولت) ولا تخالف ما قبلها الا يكون الخيط المزدوج  
 يتقدم من سم الابرة قبل ادخالها في جرح العنق  
 ثم ان استئصال بعض اللسان أو كله بطريقة الربط اقل جودة منه بطريقة  
 الشق لانه يعقب الربط غالباً عنقرينة في الفم شئ من المريض الا انها  
 لا تكون معطوبة بالنزف الذي يعقب الشق ولذا أوصى بعض الجراحين بربط  
 الشريانين اللسانيين قبل الشروع في استئصال اللسان بالشق  
 وقد استعمل الجراح (شاستياك) آتاه المعروفة في استئصال اللسان  
 وقطعه بها في مسافة ساعة أو ساعتين  
 وقد اوصى الجراح (سيدالو) بأنه متى أريد استئصال اللسان من قاعدته  
 تشق الشفة السمل من وسطها وينشر العظم الفكى السفلى من اعلى الى اسفل  
 فيما يحاذى ارتفاق الذقن لان هذه الكيفية بها يسهل تبديد ما بين فرعى  
 العظم فتصير العملية سهلة جداً مثل عملية بسيطة في النسيج الخلوى  
 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 الذى لا يحجب به فقد جوهر منها ولا انشقاق  
 في المحنك أى سقف الفم وهذا النوع يمكن تقارب حافته اثناء الازدراد  
 بفعل العضلات  
 (ثانيها) شقها المحبوب بانشقاق المحنك شقا غير كامل  
 (ثالثها) شقها المحبوب بشق المحنك كله فربما شوهد امتداد هذا الشق  
 الى الامام نحو الوجه فتكون عنه علة بسيطة أو مزدوجة ويلزمنا قبل شرح  
 العملية التى 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 اثناء فعالها وعلى  
 عدم الاكثار من الصراخ ومن الكلام بعد فعالها وتقليل الازدراد بعض

ايام لزم ان يكون مميّزا ومع ذلك فكل من الجراح الانكليزي (فيرجوسون) والجراح الفرنسي (سيدلاو) ادعى امكان فعلها للصغار جدا من الاطفال  
\* (كيفية العمل) \*

اول من احرى هذه العملية بانتظام ونجاح الجراح الهنساوي (رو) في سنة ١٨٢٥ اشاب حكيم اسمه (استيفانسون) ثم ان عدة من الجراحين نوعوها لكن بدون كبير فائدة واجود هذه التنويحات تنويح الجراح (فيرجوسون) لا بظاله فعمل العضلات بقطعها فانه تحقق ان اغلب عدم نجاح هذه العملية ناشئ عن فعل العضلات وتغصها بالاسميما تغص العضلة الرافعة للهامة والعضلة اللهاية البلعومية فانه يمزق الخياطة ثم ان هذه العملية عبارة عن اربعة اشياء قطع عضلات الهامة وادماء حافتي الشق ووضع الخيوط ثم اخراجها بعد ايام

ومتى شرع الجراح فيها اجلس المريض على كرسي مثبتا رأسه تثبتا جيدا بواسطة مساعد يقف خلفه ويخفض لسانه بيده ملعقة أو بملوق أو بخافضة اللسان وهذا هو الاوفق ووكل بذلك مساعدا آخر ثم ياخذ في قطع العضلات بان يوجه سكينه صغيرا منحنيها الى خلف الهامة فيشق على جانبيها من اعلى الى اسفل شقاغايرا يقطع فيه كلامن العضلة الرافعة للهامة والشادة لها واللهاتية البلعومية ويعرف الجراح تمام قطع العضلات بعدم تغص الهامة فعند ذلك يدي حافتي الشق بان يمسك الطرف السفلي من احدهما بجفت ذى اسنان دقيقة فيدهمها بمقص (أوزو) أو بمشرط ذى حدين ويلزم ان يكون هذا الادماء تاما لجميع سمك الهامة وان يكون بقدر طول الشق ثم يفعل ذلك في الجهة الاخرى ثم يأمر المريض بالضمضة ليزول ما بقمه من الدم ومتى انقطع نرف الدم شرع الجراح في وضع الخيوط بان ياخذ ابرة محمولة على حامله الابر المعتادة في سمها خيط متين فيتم هذه في قطعتي الشق من الخاف الى الامام في واحدة بعد الاخرى ثم يعقد الخيط بيده وهكذا على حسب طول الشق فتعمل غرزتان أو ثلاث أو اربع ثم يرقد 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 يتلطف في الازدراد 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 يزيل 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  
 فمه ثم يمسك العقدة العليا بحيث بدون ضغط على اللسان ويقص الغرزة  
 فان وجد ان بين الغرزة فتحات صغيرة لم تلتحم فعليه ان يمسها مساحيقا بالبحر  
 الجهنمي

(تنبيه) استصوب بعض الجراحين في هذه العملية ان يتخذ خيط الخياطة  
 قبل ادماء حافتي الشق لما يسيل عند ذلك من الدم الا انه متى كان الجراح  
 ماهرا حاذقا فسواء تنفيذ 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 يقاب 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) فكيفيتها ان يمسك الجراح الغشاء الليفي المخاطي  
 من سقف الحنك بالقرب من تفرق الاتصال ويفصله من العظام بسلخه سلخا  
 كافيا ليتمكن من تفريب شفتي تفرق الاتصال ببعضهما من بعض ثم يسلخ  
 الغشاء المخاطي الليفي من الجهة الاخرى من تفرق الاتصال وتدعى شفتيه  
 ويضعهما بالخياطة

وقد كان الجراح (رو) يستعمل في سلخ الغشا المخاطي اللينى سكاكين  
منحنية على صيغها تختلف بكونها يسرى أو يعنى اعنى ان حافتها القاطعة  
تكون اما جهة اليسار او جهة اليمين  
وأما طريقة (بيزو) و (لانجنيك) فلها زمنان الاول هو الزمن الذي يدمى  
الجراح فيه حافتى تفرق الاتصال بان يفصل من جميع طولها بشرط قوى  
النصل شريط عرضه من واحد الى اثنين مليمترا ثم يقرض طرفى هذا الشريط  
بالمقص ولاجل ان يمكن تطبيق حافتى تفرق الاتصال تطبيقا جيدا تدمى  
حافته بانحراف من اسفل الى اعلى ومن الانسية الى الوحشية ويتم ذلك  
بان يجعل نصل المشريط منحرفا وقت الادماء وفي الزمن الثانى من العملية  
يشق الجراح شقوا مستطيلة على خط ممتد من المسافة التى بين الناب  
والضرس الاول الى قرب التواى الجناحى ثم يمسك الحافة التى ادمها بجفت  
فيزلق بين الضرب والعظام مشرطا قوى النصل فيفصل به الاجزاء التى بين  
الشق الجانبي وتفرق الاتصال فتصير الشرايح غير متعلقة بسقف الحنك الامن  
اطرافها وتصير سهلة التحرك فيتأتى حينئذ ضمها الى الخط المتوسط بالخياطة  
والاصوب استعمال سلوك رفيعة من الفضة فى ضم شفتى تفرق الاتصال

\* (فى قطع اللوزتين) \*

اعلم انه بتكرر التهاب اللوزتين يزداد حجمهما ورجما زادا شيئا فشيئا بدون  
حصول التهاب ولا ألم ومتى حصل هذا الازدياد عسر الازدراد والتنفس  
والسمع والكلالام واحتقنت أغشية الأنف والعينين وتزايد افرازها وسمع  
من المريض حالة نومه شخير قوى وعرض له فى بعض الاحيان نوب احتناق  
وصارصوته غليظا محففتى تحقق الجراح ذلك فعليه ان يبادر بفعل العملية  
اما بالمشريط أو بالآلة المخصوصة المسماة بمقاطع اللوزتين  
فاما فعلاها بالمشريط 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 ذى زرلانه اذا كان قطعها بالعكس من هذه

الكيفية اعني من اعلاها الى اسفلها خيف ان يخرج المشروط اللسان  
وأما فعلها بمقطع اللوزتين الذي هو عبارة عن آلة مركبة من حلقتين  
قاطعتين من الداخل احدهما قترلق على الاخرى ومن شبه صنارة معدة  
لتثبيت اللوزة فبان تدخل اللوزة في الحلقة ثم يشد الجراح يد الآلة فتزلق  
الحلقة المتحركة على الثابتة فتقطع اللوزة

\* (في العمليات التي تعمل في الجهاز الشمي) \*  
(في بوليب المخفر الانفية)

هذه العملية لمساعدة طرق وهي النزع والقطع والربط والكي  
فاما النزع المستعمل غالباً فيفعل بواسطة جفت شبيه بجفت الغيار الا انه  
اطول منه ومثقوب المعض من الوسط وفيه اسنان صغيرة بان يجلس المريض  
على كرسى ويثنى رأسه الى الخلف قليلا لتضع المخفرتان الانفيتان اتصاحا كلياً  
ثم يقف الجراح امامه ويدخل الجفت في انفه ويجهتد في ان يمسك به البوليب  
بالقرب جداً من محل اندغامه حتى امسكه امسا كاجيد الواه حتى ينفصل  
ثم أخرجه

هذا وربما كان البوليب عظيم الحجم جداً فلا يتمكن الجفت من امساكه  
بل يدفعه الى الخلف فيجب لاجل امساكه وتجاوز الجفت بينه وبين جدران  
الانف ان يدخل الجراح احدى سبائتي يديه في البلعوم ويدفع بها الورم من  
الخلف الى الامام ليدخل في الجفت فهذه الكيفية يمكن امساكه ونزعه  
ومتى كان تثبت البوليب بالقرب من الفتحة الخلفية من احد المنخرين لزم  
استعمال جفت معوج يدخل من الفم والبلعوم على سبابه الجراح حتى يصل  
الى الورم فيمسكه امسا كاجيداً

وأما القطع فكيفيته انه متى امسك الجراح الورم بالجفت كما ذكر يجذبه  
الى الامام حتى يظهر ساقه فيقطعها بالمقص أو بالمشرط بالقرب جداً من الغشاء  
المخاطي الذي هو ثابت فيه

وأما الربط فيفعل بواسطة خيط يخرج طرفاه من فوهة احد المنخرين وله عدة  
طرق يختلف بعضها عن بعض قليلاً منها طريقة (دوسولت) وهي ان يدخل

الجراح بعد جعله المريض على الوضع الذي اسلفناه في المنخر المقابل للجهة التي فيها البوليب مجسا من الصمغ المرن فيدفعه الى جهة الجدار الخلفي من البلعوم حتى وصل هذا الجبس الى حذاء اقصى فم المريض ادخل الجراح فيه جفت غيارا فامسك به طرف الجبس وجذبه الى الامام وجعل في فتحيته طرفي خيط ليصير جزؤه المتوسط عروة ثم يخرج مع طرفي الخيط من فوهة المنخر فيفصله منهما 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 عقد طرفي الخيط وشده - ما بواسطة شادة العقد فان لم تعثر العروة بالبوليب وتجاوزته الى الامام وجب استئناف العمل مرة اخرى وقد اوصى الطبيب (دوسولت) لاجل دراهم 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 يتخذ خيط متين طوله بقدر الحاجة في قطعة من الصمغ المرن طولها على قدر طول المرض من (٢) خطوط الى قيراط فايزد ثم يمسح 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 الجبس خيط ملون ويضم الى الطرف الذي يليه من العروة ثم يعقد فيها خيط اخر لتجذب به الى الخلف نحو الحلق متى لم يحصل فيها اصل البوليب ومتى تم تجهيز هذه الادوات على هذا الوجه ادخل في الفتحة الظاهرة من المنخر المصاب مجس (بلوك) او مجس من الصمغ المرن فاخرج من الحلق في الفم وانه طرفا العروة والخيط الملون المعقود على قطعة الجبس في ثقب الزر الذي في طرف ذلك الجبس وجذب من الانف لتجذب معه الخيط فتخرج اطرافها من الفتحة الظاهرة من المنخر وتصل العروة الى الحلق فتقل عن الجبس فعند ذلك يدخل الجراح كلا من سبابة ووسطى يده اليسرى معاني حلق المريض ويرفعهما الى الاعلى اتصلا الى الفتحة الخلفية من المنخر

فتلامسا البوليب ثم لا يزال يجتهد حتى يهدي بهما العروة الى اصل الورم حتى  
تحيط به احاطة كلية ومتى تبين ذلك امر مساعدا ان يجذب في دفعة واحدة  
كلا من طرفي العروة والمخيط الملون المشدود على قطعة الجبس فان وجدت  
مقاومة علم ان البوليب حصل في العروة وان انجذبت بدون مقابضة علم  
انها انحطته فيجذبها بواسطة المخيط المشدود فيها الخارج من الفم الى الخلف  
ويستأنف العمل ولا يخرج اصبعه من حلق المريض ما دامت حالته لا تقتضى  
ذلك الا بعد حصول اصل البوليب في العروة ومتى حصل فيها بكليته اخرج  
الجراح قطعة الجبس بجذبه للمخيط الملون المشدود فيها تابعة لطرفه النافذ فيها  
ثم يجمع طرفي العروة فينفذهما في شادة العقد ويشدها الورم شدا لثقا  
ثم يشدها في المنخر ويشد في الطرف الظاهر منها طرف المخيط الذي في الفم وبعد  
كل يومين أو ثلاثة يزداد في الشد في اليوم الثامن أو العاشر ينقطع الورم  
من أصله فيستخرج مع شادة العقد من المنخر يجذبهما الى الامام  
ومنها طريقة (هاتين) الذي اخترع لذلك آلة متقنة بها تستمر العروة منفتحة  
وتهدى الى اصل البوليب وهي مركبة من صفيحة من الفولاذ على صورة  
زاوية قائمة طولها ثمانية قراريط وعرضها فيراط احد طرفيها معوج ومن  
صفيحتين من الفولاذ أيضا على سطحها المهدب يتباعدان ويتقاربان بأرادة  
الجراح طرف كل منهما العلوى معوج أيضا بحيث تتصكون بتقاربهما  
الى الصفيحة الاولى قناة تنفتح بدفعهما الى الامام ومجاورتها للصفيحة الاولى  
وكيفية العمل بها ان يوضع المخيط في القناة بعد تنفيذ طرفي العروة في المنخر  
من الخلف الى الامام كما ذكرنا ثم تدخل هي في الحلق مجعولا تغييرها الى الاعلى  
ليخفض تحديها للسان ثم تدفع حتى تصل الى اعلى البلعوم فتدفع الساق  
المتصلة بالصفيحتين ليتجاوز طرفاهما للصفيحة الكبيرة فيسهل خروج العروة  
من القناة فيشدها مساعدا طرفي المخيط من القناة فيحيط باصل البوليب ان كان  
متصلا بقبوة المنخر فان كان متصلا بجانبه فلا يختار وضع العروة حوله بهذه  
الآلة

ومنها طريقة (ريكو) الذي اعد لذلك آلة مركبة من ثلاثة قضبان من

الغولا إذا حُد طرفي كل منهما معوج تضحهما مسورة ويمكن تبعيدها عن بعضها وتقريبها بأرادة الجراح طرف كل منها منته برأس مثقوب ثقباً متصلاً بشق مستوعب جميع سمكه من جهة طرفه وينفتح بجذب الخيط النافذ 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 يساعد ما بين القضبان لتنفرج العروة فيجذب طرفيها مساعداً لتخلص من ثقب القضبان بمرورها في الشروم التي في اطراف القضبان ومتصلة بالثقب كما ذكرنا في حياط اصل البوليب بالعروة كما في كيفية (هاتين) وتعقد عليه ثم تشد بشادة العقد المعروفة

واما الكي فيستعمل في الحفر الانفية كما يستعمل في بقية الجسم لكن يلزم الاجتهاد في ان يكون محدوداً أي قاصراً على الجزء المريض فقط ولذا كان الاصول استعمال الكاويات السريعة التأثير وقد يستعمل القطع والكي معاً أو النزع والكي معاً كما فعله الجراح (نيلا تون) وقد يستعمل الكي الجلاوي أيضاً في ازالة البوليب الا ان في البلعوم 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 الكهربائية فتتدم العروة فتقطع الورم

\* (في سد المنخرين) \*

معي حصل نزف انفي غزير جدا وتعذر قطعه بالوسائط المعتادة كوضع الثلج على الجبهة أو استنشاق الماء البارد أو اسعاط المريض بمحلول قابض كمحلول فوق كلوروراميد يلزم المبادرة بسد المنخرين من الامام والخلف منعا لهلاك المريض وكيفية ذلك ان يجلس المريض على كرسي كما في عملية بوليب الانف ثم يدخل الجراح في فتحة الانف التي يسيل الدم منها محبس (بلوك) في وصل طرفه الى الفتحة الخلفية من المنخر دفع الجراح الزنبك 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 المحبس

من الانف مع طرفي الخيط فيشدان بقوة حتى تتمكن الكرة في الفتحة الخلفية  
تسك اقويا ثم يبعد ما بين طرفي الخيط ويضع بينهما مقدار من كرات النسالة  
كافية في قطع النزف ويعد طرفي الخيط على هذه الكرات فعند ذلك يتجمد  
الدم فيقف النزف حيث لا يجده مسلكا والعادة ان يربط في الكرة التي  
نحو الانف خيط آخر يخرج من الفم ويثبت على الخد ليتوصل به الى انراجها  
عند الاستغناء عن السد الا تقطاع سيلان الدم

\* (في ثقب الكهف الفكى) \*

اعلم ان هذا الكهف عبارة عن تجويف محدود بياض فائح العظمية المتكون  
منها الفك العلوى ويختلف كل من ثخن جدره وصلابتها اذ هي حذاء التوء  
الوجنى سميكة جدا متينة وفي الوجه الانسى من العظم وجزء من وجهه المقدم  
الذى هو اسفل التوء رقيقة جدا هشة ثم ان اسنحة الاضراس ليست معزولة  
عن هذا التجويف الا بصفيحة رقيقة بحيث ان جدر الاسنان تثقبها احيانا

\* (كيفية العمل) \*

لهذه العملية محلان محلي اضطرارى ومحل اختياري

اما فعلها في المحل الاضطرارى فعندما 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 هالي قلع 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 الشدق 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 ينسيل من الانبوبة وقد يستعمل في هذه العملية سهم  
قوى غليظ بلا انبوبة وعلى كل حال متى استفرغ جميع السائل يزرق اولا  
في التجويف شئ من الزروقات المرخية ثم من القوابض فان تمدد الكهف  
الفكى الى الجدار الانسى فتناه في الانف وجب ثقبه من باطن المنخر ويكفي

في ذلك مزل اعتيادي لرقه هذا الجدار وقلة مقاومته الطبيعية

\* (في العمليات التي تفعل في العنق) \*

لا تسكلم هنا الاعلى العمليات التي تفعل في المسالك الهوائية أوفى المرىء  
أوفى الغدة الدرقية فانه قد تقدم الكلام على العمليات التي تفعل في الغدة  
النكفية والغدة تحت الفك في الكلام على عمليات الفم

\* (في العمليات التي تفعل في المسالك الهوائية) \*

(في عملية فتح القصبة الهوائية)

اعلم ان عملية فتح القصبة الهوائية عبارة عن فتحة يحدثها الجراح فيها بان  
يقطع واحدة أو أكثر من حلقاتها قطعاً مستعرضاً وذلك عندما يكون فيها شيء  
من الاجسام الغريبة أو من الامراض الخائفة كالكروب المعروف بالخناق  
ثم ان القصبة هي الجزء الذي يمتد من الحافة السفلى من المنجبرة وينتهي  
في تجويف الصدر بفرعين يسميان بالشعب وهي مكونة من عدة حلقات  
غضروفية غير تامة من الخلف ليست متلامسة لكنها متصلة ببعضها بغشاء  
مرن يتكون منه الجزء الناقص منها من الخلف

والجسم الدرقي يكون مغطياً للحلقة الاولى منها وللتانية غالباً من الامام  
وتكون القصبة مغطاة من الاسفل بالعضلة القصصية الالامية وبالعضلتين  
القصصيتين الدرقيتين اليمنى واليسرى وتوجد بين هذه العضلات وبين القصبة  
الشبكة الوريدية الدرقية والشريان الدرقي المنسوب (لنوبووير) ثم ان جانبي  
القصبة يكونان مغطيين في اغلب طولها بفصوص الجسم الدرقي وعلى جانبيها  
أيضاً يسير الشريان الناحر المعروف بالسباتي الاصلى والعصب الرثوي المعدي  
وعن يمين القصبة بالقرب من الصدر يوجد جذع الشريان الذراعى الرأسى  
مجاوزاً حدودها الى الامام

\* (كيفية العمل) \*

يلزم ان يبدأ قبل العملية بتجهيز آلاتها وهي مشرط مستقيم حاد ومشرط  
ذوزر وجفت تشريح 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 الدياتلون وجفت ذو حلقات طويل مخن 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 منحدرًا الى الخلف وعنقه بارزا الى الامام لكن يلزم ان لا يبالغ في دفع الرأس الى الخلف لئلا يحصل للمريض من ذلك اختناق ثم تثبت القصبة بايهاام وسبابة يده اليسرى ويشق على المنحط المتوسط شقا مستطيلا من الاسفل الى الاعلى يبتدى به من الغضروف الحاقق ويتجه الى اسفل نحو اعلى الحافة العليا من القص يقدر عرض اصبع واحدة يأتي في هذا الشق على كل من المجلد والنسيج المخاوي والعضلة الجملدية دفعة واحدة ثم يبحث عن المنحط الابيض ويجذب العضلتين القصيتين الدرقيتين الى الامام ويباعد بينهما ما فتشكشكش له عدة افرع ووريدية متوزعة في النسيج المخاوي تحت العضلات فان وجد هذه الاوعية على هيئة شبكة ولم يمكنه عزل بعضها عن بعض لزم ان يقطعها كما فعله (تروسو) ويتبني لسان 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 نمواتا ما و قطعها مما يزيد في خطر العملية قتي انكشفت له القصبة جذبها بالصنارة فغررز بين حلقتين منها مشرطا حادا الطرف فقطع على موازاة الشق من الاعلى الى الاسفل حلقة او اكثر على حسب الحاجة واعلم ان القطع النصبي متى كان لاجل استخراج جسم غريب لزم ان يستوعب خمس حلقات او ستا بخلاف ما اذا كان لمرض التهابي خايق فانه يكفي حينئذ قطع اربع حلقات فقط لتدخل الانبوبة وينفذ منها المقدار الكافي من الهواء وبعد ان تقطع تبعد كل من حافتي الشق عن الاخرى بواسطة جفت موسع وتدخل الانبوبة من بين فرعيه ثم تثبت حول العنق تثبيثا 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 اوصى

بالتقطير من هذا المركب

{ من الماء المقطر - ثلاثين جراما }  
{ ومن نترات الفضة - ثلاثين سنتي جرام }

على الغشاء المخاطي القصي 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 و يصفو

ثم انه يلزم عند وضع الانبوبة الاحتراس الكلي فتعد اتفاق مرارا لبعض الجراحين ادخالها بين القصبة والعضلات القصبية الدرقيّة  
\* (تنبيه) \* اختار الجراح (الفونس جرين) فعل هذا الشق من اسفل الى اعلى خشية ان يكون الجراح غير متمرن فينزاق منه المشروط وقت العمل فيصيب المجدع الذراعى الراسى

### \* (في القطع المخجري الدرقي) \*

هذه العملية لاتعمل الا لاجل استخراج الاجسام الغريبة وكيفيةها ان يلتمس الجراح الغضروف الدرقي الذي هو سطحي أى تحت الجلد بما شرة فيشق على خط متوسط الجلد الذي يعلوه شق اعتمد به من العظم اللامى الى الغضروف المحلى فبذلك يتكشف له الغشاء الحلقى الدرقي فيخفف بظفر سبابته الشريان الحلقى الدرقي ثم يغرز في هذا الغشاء فوق ظفر سبابته مشرطا ليحدث فيه فتحة عظيمة ثم يدخل مشرطا ذرا و شعبة مقص متين غير طاد الطرف فيشق الغضروف الدرقي بلا خوف من اصابة او عية مهمة الا انه يلزم ان يكون الشق على الخط المدين فرارا من اصابة الاوتار الصوتية والعضلات الدرقيّة الطرجهالية التي تتشبث 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 بجفت فاخرجه ان لم يطرده النفس فيخرجه كما هو الغالب ثم يضم الجرح بواسطة اشربة من اللازوق

## \* (في القطع الجبجي القصبي) \*

كيفية هذه العملية ان كلا من الجراح والمريض يكون على الوضع الذي ذكرناه في عملية القطع القصبي ثم يشق الجراح الجلد من الحافة السفلى من الغضروف الدرقي الى تحويقراط ونصف على القصبة حتى انكشف له الغشاء الحلقى الدرقي بحيث عن الشريان فتحاه بظفر سبابة يده اليسرى الى الاعلى ثم غرز المشروط تحته فادخله في الانبوبة الهوائية فقطع الغضروف الحلقى من الاعلى الى الاسفل مع ثنتين أو ثلاث أو أربع من الحلقات القصبية الاولى

## \* (في القطع الجبجي الدرقي اللامي) \*

هذه العملية عبارة عن شق الغشاء الممتد من العظم اللامي الى الغضروف الدرقي وهذا القسم مكون من الجلد ثم النسيج المخوي تحته ثم العضلة الجادية المتصلة بقربنتها من الجانب الايمن على الخط المتوسط بصفاق في جزئه المتوسط وعلى جوانبه يشاهد كل من العضلة الدرقية اللامية والقصبة اللامية والكثفة اللامية واما الشريان الجبجي العلوي فعلى الحافة العليا من الغضروف الدرقي

## \* (كيفية العمل) \*

هي أن يشق الجراح في الخط المتوسط شقا طوله نحو (٦) سنتيمتر ثم يفرح بين حافتي الجرح فيشق الغشاء الدرقي اللامي شقا مستعرضا ثم يفرس المشروط في اصل لسان المزمار أي مطابق الحنجرة فيشق من أعلى الى أسفل شقا عموديا يتمكن به من ادخال الجفت واستخراج الجسم الغريب الذي أوجب فعل العملية وهذه هي طريقة الشهر (ويانو)

\* (تنبيه) \* اعلم انه متى كان الغرض وضع انبوية في المسالك التنفسية لاجل منع الاختناق الذي يحصل عن الامراض الالتهابية الخانقة مثل الكروب فالواجب على الجراح اختيار القطع القصبي وكذا عند ارادة استخراج كل جسم غريب جاوز الحنجرة أولم يجاوزها وكان المصاب طفلا لان حناجر الاطعمال تكون صغيرة جدا والشق القصبي فضلا عن كونه سهلا لا تخشى معه اصابة فرع شرياني غليظ والصغيرة الوريدية الدرقية قليلة النمو في الاطفال فعلى فرض

اصابة بعض اوردة منها لا يترتب على ذلك خطرا لانها قليلة النزف وفي الكهول تكون عظيمة النمو غليظة فلا يصعب على من له اذنى مهارة من الجراحين التحفظ عليها واما الكهول فالاصوب في استخراج الاجسام الغريبة التي لم تحازحناجرهم فعل الشق المنجبرى وبالاحتصار يختار الشق القصي بالنسبة للاطفال والشق المنجبرى متى كانت المنجبرة ناشتاها 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 القصبة او المنجبرة لاجل استخراج جسم غريب الا بعد التحقق من وقوفه في المنجبرة والافقـديا تبس وقوف الاجسام الغريبة في المرئ بوقوفها في المنجبرة كما يتسبب كل من ضيق مجرى النفس

\* (في قسطرة المنجبرة) \*

اعلم ان قسطرة المنجبرة يقصدها ادخال الهواء بالنفخ في الرئتين من الاطفال المولدين حديثا ومن المصابين بالاختناق اى الاسفكسيا لعدم توارد الهواء الى اعضاء التنفس كما انها تفعل لسكى المسالك الهوائية اسفل الاوتار الصوتية العليا من المنجبرة

وتفعل امان الانف واما من الفم امانها من الانف فبطريقة الجراح (دسوات) وهي ان يدخل في احد 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 الفتحة العليا من 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 لدخول في المنجبرة بعض تقوس ويحاز هذا التقوس شبه حوية فيها جملة ثقوب معدة لتثبيت قطعة من الغاريقون او من اى جسم آخر لسد فتحة المنجبرة وكيفية ادخال هذه الالة في المنجبرة ان يتسدى الجراح بتنظيف الحلق من المواد المخاطية ثم يزلق القساطير على قاعدة اللسان فتى وصل الى حذاء الفتحة العليا من المنجبرة

اجتهد في ادخال طرف الآلة اسفل لسان الزمار ثم توجيه الطرف الخارج من الانبوبة الى الاعلى ليدخل الطرف المخبري فيسدفه الى ان يحس بالمقاومة التي تسبب عن ضغط القطعة التي من الغاريقون للارتباطة الطرجهالية للسانية المزمارية

ثم ان قسطرة الخنجرة تكون في الاطفال القريبين العهد بالولادة اسهل لعدم وجود الاسنان في افواههم ومتى ادخل الجبس في الخنجرة فان كان الغرض اتصال الهواء الى الرئتين وضع الجراح فمه على طرفه فامتص المواد المخاطية السادة لمجاري نيس المريض ثم نفخ فيها الهواء مدة من خمس دقائق الى عشر وان كان الغرض كي الخنجرة والقصبية وضع مجسا مجردا عن الحوية والغاريقون فنفت فيه مسحوقا كاويا اوزرق ساثلا كاويا ومن الاطباء من ادخل في مجرى النفس حقا مستطيلا فاخرج به الاغشية الكاذبة السادة

\* (في جروح القصبية ونواصيرها) \*

القصبية تفتح في الغالب بالموسى او بنحوها من الآلات القاطعة عندما يريد الشخص قتل نفسه بفتح الاوعية العظيمة العنقية لكن لما كان الام يمنع غالباً من اتمام المقصود كان الذي يحصل مجرد جرح القصبية وانفتاحها فاذا دعي جراح لمعالجة ذلك لزمه ان يصترس من ضم الجرح بالخياطة التي هي اول الوسائط خطورا على باله عندما يشاهد ذلك فقد ثبت بالتجارب ان ضم جروح القصبية يعقبه عوارض ثقيلة وكذا لا ينبغي له ان يضمه باشربة اللزوق او نحوها بل الذي يجب فعله هو امالة الرأس على العنق لتتقارب حافتا الجرح فياتحم بالقصد الثاني بدون حصول نواصير في اغلب الاحوال كما شاهد ذلك الجراح المرنساوى (الفونس جرب) مرارا في استبالية (سان لويس) بباريز فان بقي بعد التمام الجرح فتحة ناصورية لزم الاجتهاد في معالجتها بواسطة عملية الترقيع وهاتين نشرحها فنقول

\* (في ترقيع القصبية) \*

(طريقة ويليو) هي ان يفعل الجراح في مقدم العنق شريحة عرضها من نحو

ستيمتر ونصف ذات طول كاف ليكن انها يليها على نفسها تغطي الفتحة  
 الناصورية التي في القصبة ثم تسليخ هذه الشريحة وتلوى على نفسها ويجعل  
 سطحها البشري الى الباطن وسطحها الدامي الى الظاهر وتضم بعدا دما حافتي  
 الناصور اليها بغرزتين من الخياطة الكتيبة  
 أما طريقة (دوبويتزين) فكيفيتها أن يبتدأ بأدما حافتي الناصور ثم تمسكها  
 بجفت ويسليخ الجلد المتصل بها سليخا كافيا لتغطية تفرق الاتصال وتضمها  
 بالخياطة الكتيبة  
 (حكومة) طريقة (دوبويتزين) لا تنجح الا اذا كان تفرق الاتصال قليلا ولذا  
 تفضل عليها طريقة الجراح (ويابو) لا مكان شفاء النواصير المتسعة التي تحصل  
 في القصبة بها

\* (في العمليات التي تعمل في القناة الهضمية) \*

\* (في فسطرة المريء) \*

اعلم ان المريء يبتدى محاذيا للعرف السفلى من الغضروف الخلقى ثم يتجه الى  
 الاسفل اتجاها عموديا وينتهي في المعدة وان الجزء العلوى منه يكون بين  
 العمود الفقاري والقصبة الا ان الجهة اليسرى منه تتجاوزها قليلا وفي  
 الصدر يكون موضعه المحاذي للمخالف المنصف الخلقى امام الاورطي النازل الفاصل  
 بينه وبين العمودى الفقاري  
 ويقسطن المريء بكيفيتين لانه اما ان يقسطن من الانف أو من الفم  
 أما قسطرته من الانف وتنسب الى المعلم (دوسولت) فكيفيتها أن يجلس  
 المريض على كرسي منحدر الرأس الى الخلف قليلا ومستندا الى مساعد ثم يمسك  
 الجراح بحس المريء الذي هو في طول نحو (٨٠) سنتيمتر وفي غلط المختصر كما  
 يمسك قلم الكتابة فيدخله في أحد المنخرين ويدفعه الى العمود الفقاري  
 ليعده ما أمكن عن الفتحة العليا من المنخيرة 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 فبأن يفتح الجراح فم المريض فتحا كلياً ثم يخفض  
 بسبابة لسراه لسانه ويهدى الجس عليها حتى يصل طرفه الى الجدار الخلقى

من الباعوم ومتى جاوز المجس الغضروف المحلقى فإن كان فيه سفودا خرج ثم  
دفع المجس نحو المعدة

\* (تنبيه) \* قسرة المرئ تفعل اذا كان فيه ضيق أو ورم يمنع المريض من  
التغذى أو اريد تفريغ المعدة كما في بعض احوال التسمم  
ومتى اريد ابقاء المجس في المرئ مدة طويلة وجب اتصاله من الغم الى ظاهر  
أحد المنخرين كما به عليه (بويه) وكيفية ذلك أن ينمذ الجراح في أحد  
المنخرين مجس (بلوك) ثم يدفع الزنبك في الحنك ويربط فيه خيطا متينا ثم  
يخذه من المنخر فينجذب معه الخيط الى الخارج فيصير أحد طرفيه في الخارج  
والآخر في الغم ثم يدخل المجس المرئي من الغم لكن بشرط أن يكون في طرفه  
ثقب يدخل فيه الطرف الآخر من الخيط ثم يجذب الخيط من طرفه الخارج  
من الانف فيتبعه المجس فيخرج طرفه من الانف فيثبت أما في قلسوة المريض  
أو في خيط متين يعقد على رأسه

\* (في تضايق المرئ) \*

تضايق المرئ شبيه بتضايق مجرى البول فلذا يعالج كل منهما بالوسائط  
العلاجية التي يعالج بها الآخر  
فمنها الكي بالجراجهنمي وكيفيته أن تغمس في محلوله كرة صغيرة من  
النسالة فيكوى بها الجزء الضيق  
ومنها الشق باللات شبيهة بقواطع مجرى البول لكن يجب أن يكون هذا  
الشق غائرا  
ومنها توسيعه تدريجا بواسطة مجسات مخصوصة يزداد في حجمها تدريجا حتى  
يتم الغرض

\* (في اخراج الاجسام الغريبة من المرئ) \*

متى وقف في المرئ جسم غريب عوج أما بدفعه الى المعدة وأما باستخراجه من  
الغم فكيفية دفعه الى المعدة ان يحتسى من عرض له ذلك كمية وافرة من الماء  
أو يزدرد كمية كبيرة من الثريد أو الاجاص المنزوع الجهم أو التين أو يدفع

بواسطة مجس منته باتتعاخ معدني أو بكرة صغيرة من المخزقة مثبتة فيه أو من  
الاسفنج وقد اوصى الجراح (انبراوازياربه) أن يدفع الجسم الغريب الى المعدة  
يساق من السكرات مدهون بالزيت  
ومن الاطباء من يفعل في دفع الاجسام الغريبة الى المعدة ما يفعله العوام  
من لكم ظهر المغصوص بجمع اليد لينحدر ما وقف في المريء الى المعدة وهي  
طريقة لا بأس بها سهلة تيسر لكل أحد وقد استعمل الجراح (لوروادا توني)  
في استخراج صنارة من المريء كانت دخلت فيه فنشبت باحد جوانبه طريقة  
بديعة وهي انه ادخل الحبل المعلق فيه الصنارة في رصاصة ثقبها وترك تلك  
الرصاصة تنحدر على الحبل حتى وصلت الصنارة فادخل طرف ذلك الحبل  
في قصبه ودفع تلك القصبه حتى انتهى طرفها الى الرصاصة فعند ذلك دفع  
هذه القصبه جازيا بالحبل المعلق فيه الصنارة فنشبت الصنارة بالرصاصة  
فاستخرجها فان كان الجسم الواقف في المريء ذا زوائد ونشبت هذه الزوائد  
بجدران المريء عند تعلقه من حصول هذا الجسم فيه استعملت طريقة  
الطبيب (فوفتان) وكيفية أن يركب على طرف مجس مجزوي مشاتين ثم  
يدفع في المريء الى ان يتجاوز طرفه السفلي ذلك الجسم فتسلا العلياس من  
المثانتين ماء وتعصر باليد فيجري الماء منها في قناة المجس الى المثانة السفلى  
فيملاها فتتدد فتباعد بين جوانب المريء وبين ذلك الجسم فيخلص منها  
ويصير مجولا على المثانة فيجذب المجس الى الظاهر فيستخرجه معه  
وأما استخراج منه من الغم فالاجود أن يكون باستقائة المريض الا انه قد  
الايحصل قئ اولا تجدي هذه الطريقة وحينئذ يضطر الى استعمال بعض  
آلات مخصوصة وهي اما المجفوت المعتادة أو مجفوت مخصوصة شبيهة بمجفوت  
البوليب الا انها اطول منها ولا ينفخ منها الا طرفها اثلاثا تأخذ مسافة عظيمة  
وهذه الآلات يملكها الجسم الغريب من أعلاه وهناك آلات تنفذ الى  
تحتة فيجذب بها من أسفل الى أعلا كالكلاب المعدني ذي الشعبة الواحدة  
والكلاب المسته بزر وآلة بودان الشبيهة بالمظلة ونحوها

\* (في فتح المريء) \*

متى لم تند 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 شي من التشريح الجراحي للقسم  
الجائبي من العنق فنقول اعلم ان ما يجب الاعتناء به معرفته هنا والمسافة  
التي بين الخط المتوسط والعضلة القصية الترقوية الخشائية من الجهة اليسرى  
ويوجد في هذه المسافة من الظاهر الى الباطن الجلد ثم النسيج الخلوي ثم  
العضلة الجلدية ثم الصفاق العنقي السطحي ثم الحافة المقدمة من العضلة  
القصية الترقوية الخشائية التي تحتها الوريد الوداجي المقدم الذي يشاهد  
بجاورها في النصف السفلي من العنق وفي الاغور من ذلك يشاهد الوريد  
الوداجي الباطن والشريان السباتي الاصلى وبينهما العصب الرئوي المعدي  
ثم ان الفص الايسر من الغدة الدرقية ينزل بين القصية والعضلة القصية  
الخشائية اسفل الغضروف الحلقى والعضلة الكتفية اللامية مصالبة لوعية  
وعضلات هذا القسم وبعد ذلك يوجد المريء بين القصية والعمود الفقاري  
مائل يسيرا الى اليسار

\* (كيفية العمل في فتح المريء) \*

يستاق المريض لاجل فعل هذه العملية على ظهره مرتفع الرأس قليلا منحرفه  
الى اليمين ثم يقف الجراح على يساره ويشق اعلى الطرف العلوي من القص  
شقا عمديا الى الاعلى موازيا للحافة المقدمة من العضلة القصية الترقوية  
الخشائية وينتهي به حذاء العظم اللامي يقتصر فيه أولا على الجلد والنسيج  
الخلوي ثم يشق بعدهما العضلة الجلدية والصفاق المغلف لكل من العضلة  
القصية اللامية والعضلة القصية الدرقية ثم يامر مساعدا ان يترشح الحافة  
المقدمة من العضلة القصية الترقوية الخشائية ثم يغور بالشق متقاربا من  
القصية لئلا يصيب الشريان السباتي الاصلى ويامر مساعدا آخر ان ياخذ  
كل ما ظهر من الدم اثناء العملية بأسفحة صغيرة فان ذلك من اهم الامور فيها  
فتي انك كشفت القصبة للجراح احس متى وضع اصبعه بينها وبين العمود  
الفقاري بذلك الجسم الغريب الذي في المريء وهو الباعث على العملية  
فيتوثق من محله ويشق المريء شقا مستطيلا بمقدار ما يخرج هذا الجسم فقط

ثم يستخرجه بجفت أو بواسطة اصابعه ويقرب حافتي الجرح بلاخياطة ثم يضمده  
برفاعة غربالية ونسالة

\* (تنبيه) \* بما ان من الاغذية ما يتغذى من الجرح دائما كالاشربة يلزم  
ان يتغذى الجراح بعد العملية في المريء بحسب ما يدخله من احد المنخرين بشرط  
ان يكون طرفه السفلي مجاوزا للجرح لتتاقى بهذه الطريقة تغذية المريض  
بواسطة السوائل المغذية ثم متى ظهر على سطح الجرح لينفا التكوين اخرج  
هذا الجبس لان وجود اللينفا في الجرح يمنع تخلل السوائل وسريانها 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 الجبس وان كانت جيدة جدا بالنسبة لمن  
لا يحتمل الامتناع من الاغذية أربعة ايام الى ستة فالاجود منها الصبر  
عن الاغذية هذه المدة لمن يتحمله ثم اعلم ان من الجراحين من يفضل على  
الاهتداء بالتشريح الجراحي لهذا القسم أو يبروز الجسم الغريب ادخال ساق  
معدني طويل منته طرفه السفلي بتفرطح خفيف على هيئة العدسة ومركب من  
حلتين كعامتي الجفت وهذا الساق يزلق في ماسورة بالقرب من طرفها السفلي  
فتحة جانبية واسعة فعند ارادة العمل بهذه الآلة تدخل في المريء الى اسفل  
الجسم الغريب ثم يجذب الجراح برفق الساق المعدني المنتهي بالجفت فعند  
وصوله الى حذاء فتحة الماسورة ينبثق احد فرعيه من هذه الفتحة بسبب  
مرونته فيدفع امامه طبقات أنسجة جانب العنق ويكون هناك بروزا  
يهتدي به الجراح لفعل العملية وهذه الآلة اخترعها الجراح (فكا)

\* (في عملية الغو طراى ورم الحلقوم) \*

الغو طره وضخامة الغدة الدرقية ضخامة كلية أو جزئية  
(التشريح الجراحي) اعلم ان الغدة الدرقية عبارة عن فصين جانبيين ينضمان  
من الوسط بواسطة جزء ضيق يسمى بالقديم غطى بالعضلتين القصيتين اللاميتين  
وبالقصيتين الدرقيتين وموضعه امام الحلقتين الاوليين من القصبة منطبقة  
عليهما وأما الفصان الجانبيان فقعران من الانسية ومغطيان لجانبي

الغضروف المحلق والقصبة وليسير من منتهي البلعوم ومبدأ المريء  
والقصبة الدرقية والقصبة اللامية تغطيان هذين العصبين من الامام  
والشريان السباتي الاصلى والوريد الوداجى الانسى والعصب الرئوى  
المعدى والعظيم السباتوى وحشى هذين العصبين ومتى ازداد حجم الغدة  
الدرقية تغطى هذان الوطان وهذا العصبان بالعصبين الدرقيين

ومنسوج هذه الغدة كثيرا العروق جدا والشريان الدرقي العلوى يتفرع من  
الشريان السباتى الظاهر بالقرب من تفرع الشريان الاصلى وهذا الشريان  
يكون فى الابتداء سطحيا ثم يغور تحت كل من العضلة الكتفية اللامية  
والقصبة اللامية والقصبة الدرقية ومتى وصل الى قرب الغدة الدرقية تفرع  
ثلاثة افرع احدها يكون بين الغدة الدرقية وبين القصبة والثانى يتشبك  
بالفريع الاخرى من الجهة الاخرى واما الشريان الدرقي السفلى فيتفرع من  
الشريان تحت الترقوة حذاء التواء المستعرض من الفقرات العنقية السادسة  
ثم يتجه بعد ان يتعرج عدة تعرجات الى القرن السفلى من الفص الجانبي من  
الغدة الدرقية والفريعات المتفرعة من هذين الشريانيين تشبك ببعضها  
فى منسوج الغدة الدرقية العليا بالسفلى والىمنى باليسرى 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 الخوطة فنقول

اعلم ان هذا الداء يعالج اما بالاستئصال أو الكى أو الربط فاما الاستئصال  
فلا يفعل الا عند ما يكون عظيم الحجم جدا وكيفيته ان يشق الجراح كلامن  
الجلد والنسيج الخلقى والعضلة الجلدية والعضلتين القصبتين اللاميتين  
والقصبتين الدرقيتين شقا صليبيا يتجاوز باطرافه حدود الورم ثم يسلك  
الشرايح الاربعة التى تنشأ عنه ويامر مساعدا ان يمسك الغدة الدرقية  
اما بصنارة أو بجفت (موزو) فيجذبها ليهل السلك وعلى الجراح متى  
اصيب بعض الاوعية العظيمة ان يبادر بربطه والاهلك 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 شقوقا متعددة وانما يبحث عن هذه الشرايين في حدود الغدة الدرقية فيربطها بعد سلخ الشرايح ومن المهم جدا ككون الجراح عارفا بما يجاوره هذه الغدة من الشريانين السباتيين الاصليين والاوردة الوداجية الانسية والعصب الرئوي المعدي والعظيم السنبا توى وبان هذه الاعضاء تكون مغطاة بالغدة متى زاد حجمها عن الحالة الطبيعية

وعلى الجراح أيضا ان لا يضغط القصبة ولا المحنجرة فان ذلك ربما ادى الى اختناق المريض

وأما الكى فقد هجر زمن اطويلا الا ان الجراح (بونية) جدد استعماله تانيا والغرض منه ازالة الكيس الغدة الدرقية وجدرها تكون اما اليهية فقط اوليفية غضروفية اوليفية غضروفية عظمية وقد تكون محتوية على دم او على مادة دهنية او عسلية او عصيدية

وكيفيته ان يكوى جزء من الجدار المقدم من الكيس بشئ من الكاويات او يفسد جميع الكيس بواسطة الخزام الكاوى 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 لتضيق القصبة من انضغاطها بهذا الورم وهذه الحالة هي الحقيقية بزيادة الاعتناء بالمعالجة بالعمليات لما اوضحناه من شدة خطرها وقد اختار الجراح (بونية) ان يرفع الورم الى الاعلى ثم يزال جزء منه بالكى ليقل حجمه وأيضا الكى فائدة اخرى وهي تثبيت ما يبق من الورم بعد الكى بعيدا عن تجويف الصدر ويتم ذلك بواسطة صنارة ذات مقبض يوجد فيها بعيدا عن سنهاباثنين ستييمتر ونصف انفتاح مانع من زيادة نفوذها عن المقدار المحدد وفي متصل مقبضها بها شبه كبة غلظها ستييمتر معدة لان تكون متكأ لما عند امالة مقبضها الى صدر المريض بحركة ارجوحية متى نفذ سنهابا في الورم وكيفية العمل بهذه الالة هي ان يرفع الجراح الورم بيده اليسرى فيغرز فيه سن هذه الصنارة من الاسفل الى الاعلى ومن الامام الى الخلف

حتى يغيب منه المقدار المعين فعند ذلك يعيل المتقبض نازلا به الى الصدر حتى تلامس الآلة الكبة فهذه الحركة يرتفع الورم الى الاعلى والامام فهناك يثبت مقبضا على الصدر بعصائب من البزمغموسة من الكلوديوم أى اللازوق فلا يبقى الازالة غالب الورم بالكاوى فيكاوى الجلد بكاوى (فينا) ثم يوضع على الخشكريشة زيادة على ذلك عجينة من كلورورالزتك فتترك عليها مدة ثمان واربعين ساعة حتى مضت هذه المدة شقت الخشكريشة ووضع فيها من العجينة 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 يتخذ في قاعدة الورم خيط متين مزدوج ثم يربط كل من نصفيه على حدته

ومنها طريقة (ميور) وهى ان يكشف الورم ثم يجذب الجراح فصيه اما يجفت او صنارة مع تخزيقه التصاقاته باصبعه او اظافره ثم يحيط قاعدته ان كان ذاعنيق بخيط متين يزيد كل يوم شدا بواسطة شادة العقد السجية فان لم يكن كذلك فقد اوصى (ميور) ان يسلخ ويعزل عما يجاوره ثم يتخذ في قاعدته خيط مزدوج فيربط كل من نصفيه على حدته بالقرب جدا من متصلهما بالقيد كافي طريقة (مورو) ثم يزيد الجراح كل يوم شده بواسطة شادة العقد السجية الشكل

\* (تنبيه) \* اذا كان الغوطر ناشئا عن كيس متكون في الغدة الدرقية وكان هذا الكيس محتويا على مادة مصلية امكن ينزله وبعد ذلك يزرق في باطنه مقدار من صبغة اليود كما اوصى بذلك الشهر (ولپو) سنة ١٨٣٩ مسيحية بخلاف ما اذا كان السائل الذى يحتوي عليه الكيس محتاطا ببعض دم فانه لا ينبغي حينئذ رق صبغة اليود فيه فقد يحصل عن ذلك خطر عظيم كما شاهدته هذا الجراح فى مريض هلك بعد ساعتين من هذا الزرق

وقد يعالج الغوطر بالخزم وهذه المعالجة هى المستحسنة والاقل خطرا بالنسبة للغوطر 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 جراحى) اعلم ان الغدة الثديية مركزة على العضلة الصدرية العظيمة وهذه العضلة مغلقة بصفاق تنفصل عنه هذه الغدة بنسيج خلوى غير ضيق والسطح الظاهر من هذه الغدة منضم الى الجلد بواسطة استطلاات من جواهرها ملتصقة بالأدمة التصاقا يزداد متانة كلما تقاربت من الحلمة واوعيتها اللينة اوية متجهة نحو عقد الأبط ولذا يشاهد في جميع الامراض العضوية التي تعرض للثدى ان هذه العقد تحتقن هذا وشرابين الثدي تتفرع من الشريان الثديى الباطن ومن الشرايين بين الاضلاع (كيفية العمل) متى لزم استئصال الثدي فعلى الجراح ان يرقد المريضة على سرير ويوجه وجهها الى الجهة السليمة (شكل ٤٦)



ثم يبعد مساعدا ذراعها عن صدرها ثم يقف الجراح بين هذا الطرف وبين جذع المريضة ويقبض على الثدي يسراه ويدفعه الى المحط المتوسط ليتوتر بذلك جلد الجهة الوحشية منه ثم يمسك مشرطافيه يسير تحذب كما يمسك سكين المائدة فيوجه سنه نحو عقير الأبط على حسب طول القطر العظيم من الغدة

التديية ويشق شقاشكه نصفه لالى ( م ح ) تحدييه الى الوحشية  
 يمتد بانحراف من تقعر الابط جهة القسم الشراسيفي بحيث لو مد من احد  
 طرفيه الى الطرف الاخر خط مر ذلك الخط من المحلة ثم يشق في الجهة الاخرى  
 شقاً مثله بشرط ان طرفيه لا يتجاوزان طرفي الشق الاول ثم يسلخ جلد الثدي  
 ويوكل مساعداً بامساكه ثم يقبض هو على الثدي بيده اليسرى وذلك اصوب  
 من امساكه بصنارة فيبعده عن العضلة العظيمة ليتسع الشق فينهي 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 منع الدم اولاً  
 فاولاً كطاسال بواسطة اسفنجية ولذا أيضاً يجب فعل الشق السفلى قبل  
 العلوى لانه ان فعل الشق العلوي اولاً يمنع سيلان الدم الجراح من رؤية  
 ما يجب شقه

ومعلوم ان استئصال الثدي يفعل عادة اذا كان فيه سرطان وفي هذه الحالة  
 يجب على الجراح دائماً ان لا يفعل الشقوق الا بعيداً جداً عن محل التغيير  
 وان يستوعب المرض والاعاد ثانياً

ثم بعد انهاء العملية يربط الشرايين الشازفة ويغسل الجرح ويضم حافتيه  
 بالخيطة الكتبية فان لم يمكن ضم حافتيه بالخيطة 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 الثدي لجوارتها  
 للأوعية والاعصاب المارة في الذراع ويلزمه أيضاً الاجتهاد في تقلييل  
 استعمال المشرب فيخرج العقد المريضة بان يضغط على جوانبها فتنبثق  
 ومتى رأى ان عقدة انفصلت من جميع جهاتها الا انها لم تنزل متعلقة بالاجزاء  
 الرخوة بواسطة سويق من نسيج حلوى لزمه ان لا يقطع هذا السويق الا بعد  
 ان يربطه اذ قد يكون محتوي على بعض أوعية

## \* (في جروح الصدر المجاثفة) \*

يلزم ضم جروح الصدر المجاثفة منعاً لتأثير الهواء في البليورا الثلاثي لها ومنعاً للضغط الجوي الذي يعوق تمدد الرئتين ومتى كان المجرح الصدري المجاثف غير مصحوب بنزف فعلي المجرح ان يضعه ويضع عليه الاساوة البسيطة

واما اذا انجرح احد الشرايين بين الاضلاع فيلزم فعل عملية مخصوصة لا يقف النزف ولهذا العملية عدة طرق

منها طريقة (دوسولت) وكيفية ان تؤخذ قطعة من رقيق الزيفيدفع وسطها في تجويف الصدر مع ابقاء اطرافها خارج المجرح فيتكون من ذلك شبه كيس فيحسانسالة حتى يتكور جزئه الذي في باطن الصدر فيجذب يسيرا الى الظاهر حتى ينعاق بين الاضلاع فيضغط الشريان ثم تربط طرفي الرقادة على قطعة من الخشب أو على كمرة محشوة ورباطا قويا خارج الصدر

ومنها طريقة (جيرار) وكيفية ان يدخل المجرح في المجرح ابرة معوجة حاملة الخيط مزدوج مربوط فيه كرة من النسالة يقرزها على المجرح 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 المجرح الخارجي مغلقا متلات الرئة بالهوا وانطبقت على الوجه الباطن من الاضلاع فينضغط الشريان المجرح ويقف النزف

## \* (في عملية بط الصدر) \*

هذه العملية الغرض منها تفريغ البليورا من السوائل التي تتجمع فيها عقب بعض الامراض وهذه السوائل تكون اما دموية او قيحية أو سقيا وتشغل اما جميع تجويف الصدر او جزأ منه فقط وقد مكث استعمال الشق بالمشرط في تفريغ الصدر منها زمن طويلا وأما الآن فقد استصوب البط بالمنزل والمحل 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 كليا ثم يضع الجراح طرف  
 سبابة يسراه على الموضع المراد فيه البط فيغرس فيه المنزل دفعة واحدة  
 ومتى وصل المنزل 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  
 سهولة 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 الوخزة  
 بقطعة من الخبر المصمغ ثم يحيط الصدر بلقافة بدنية تضغطه ضغطا خفيفا  
 \* (تنبيهه) \* خطر هذه العملية هو دخول الهواء في الصدر ولذا اوصى بعض  
 الجراحين فيها بان تتركب انبوبة من الكاوتشوك على ماسورة المنزل وتغمس  
 هذه الانبوبة في قليل من الماء الفاتر وبعضهم بان يحص السائل من الصدر  
 بواسطة آلات مخصوصة من جلنها مص (ديولافو)

واعلم انه متى كان السائل مصليا عديم الرائحة امكن بعد تقريخ الصدر من  
 تحور بعه اخراج الانبوبة من الصدر وسدا الجرح ثم تكرير العمالية بعد مضي  
 اسبوع واما اذا كان هذا السائل ذاتيعة تضر بالصحة بان كان قيحا فيجب  
 على الجراح ان يخرج منه مقدار اعظيما جدا ثم يزرق في الصدر ماء فاتر محتويا  
 على قليل من صبغة اليود حتى يخرج الماء المزروق عديم الرائحة وبعد مضي  
 قليل من الايام يكرر البط فان اراد بقاء القحمة فعليه ان يضع فيها انبوبة  
 درنعة او قليلا من النسالة

ومتى كان في الصدر دم متعقد او صديد تخين يحتوى على ندف صغيرة  
 فالاصوب الشق بالمشروط اذ لا يمكن خروج هذه المواد من انبوبة المنزل لعدم  
 كفاية فتحها في ذلك

\* (في عملية استقصاء 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 حذاء طرف القلب شقايان يعم على المجلد والنسيج المخلوي والعضلات بين الاضلاع بحيث يكون الشريان الثدي الظاهر في الجهة الانسية لهذا الشق بعيد اعنه ثم يدخل سبابته في الجرح ليحس بوضع السائل فيشقه شقا صغيرا مقدار سنتيمتر واحد فانه كاف في خروج السائل

\* (في العمليات التي تفعل في البطن) \*

\* (في العمليات التي يستدعيها الاستسقاء الزقي) \*

هذا النوع من الاستسقاء يعالج بالبزل وبالجزم  
تشرح جراحي بما ان السائل المنسكب في تجويف البريتون يدفع الكتلة المعوية الى الخلف والاعلى يلزم ان يكون البزل في النصف المقدم السفلي من البطن لكن يلزم أيضا الاحتراس من اصابة المثانة والقولون والكبد واعلم ان هذه العملية مظنة لاصابة الشريان البطني تحت المجلد والشريان الشراسيقي 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 المجلد موضعه بين المجلد وشفاق العضلة العظيمة المنحرفة وأما الشريان الشراسيقي فوضعه ما بين البريتون والشفاق المغطي للوجه الخلفي من العضلة المستعرضة

\* (كيفية العمل) \*

اعلم ان جراحي الانسكاز يزيلون البطن من المخط الابيض اما حذاء السرة أو اسفل منها واما جراحو فرانسافا لعادة أن يفعلوه وسط ما بين الشوكة المحرقية المقدمة العليا من الجهة اليسرى وبين السرة فانه لا يخشى في هذا الجزء من البدن اصابة شئ من الاوعية ولا من الاحشاء وعلى كل يجب على الجراح أن يعرف قبل الاقدام على فعل العملية بواسطة الفرع الجزء المهادي للسائل المنسكب والجزء المهادي 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 كلياً بواسطة وسائد ثم يضغط احد  
 مساعدي الجراح خصراً المريض الايمن ليندفع السائل الى الامام ثم يقف  
 الجراح في الجهة اليسرى من المريض ويقبض بيده اليمنى مقبض المنزل ويحدد  
 بسبابته المقدار الذي يريد ادخاله من السهم وهو (٢) سنتيمتر ونصف فيغرسه  
 دفعة واحدة في جدران البطن حتى يفقد المقاومة ويجدان طرف المنزل  
 خالص من جميع الجهات فيخرج السهم مع تثيينه للانبوبة بابهام وسبابه يده  
 اليسرى فتنحرف السهم أخذ السائل في الخروج فيستعان على سهولة خروجه  
 بضغط القسم المنحرف من الخلف الى الامام ومنى اقطع خروجه اخرجت  
 الانبوبة بيد الجراح اليمنى مع ممانعته بيده اليسرى للجدار من الانجذاب عند  
 خروجها ثم يضع على موضع الوخزة قطعة من المحر المصنع أو من الشمع ويضغط  
 بطن المريض بملاءة أو بلفافة يديته

واعلم انه اذا اصاب الشريان البطني تحت الجدار العملي فيضغطه في  
 ثنية من الجدار يمكن إيقاف النزف وبهذه الكيفية يوقف نزف الشريان  
 الشراسيفي عندما تكون جدران البطن مسترخية فان لم يفد ذلك ادخل  
 الجراح في الوخزة قطعة من الشمع الاسكندراني أو طرف ساطير من الصمغ  
 المر

وأما معالجة هذا النوع من الاستسقاء بالخزيم كما فعله (دويريس) فكيفيتها  
 أن يجعل المريض على الوضع الذي شرحناه في كيفية معالجته بالمنزل ثم يغرس  
 الجراح ميزلاً في الخط الابيض تحت السرة بمقدار اربعة قراريط فيستفرغ  
 البطن من السائل على ما سلطناه ومتى انتهى خروجه جعل المريض على الوضع  
 الافقي ثم يزلق الماسورة موازية للسطح الباطن من الجدار البطني بعيداً عن محل  
 دخول الآلة بنحو (٨) أو (٩) سنتيمتر ثم يدخل السهم في الانبوبة ثانياً  
 ويخرج طرف الآلة من الباطن الى الظاهر فيصير بهذه الكيفية طرفاً  
 الانبوبة خارج البطن فيدخل فيها سلكاً من الرصاص فيخرجها ثم يجمع طرف  
 السلك فيلويهما معاً

\* (تنبيه) \* اعلم ان الغرض من بزل البطن هو ازالة تضاييق النفس الناشئة  
 عن الانسكاب وليست هذه العملية صعبة ولا خطيرة بل هي اصوب من الخزيم

واعلم ان الاستسقاء الزقي اذا لم يكن ناشئا عن مرض في القلب أو في الاوعية  
العظيمة فالجراح (الفونس جرين) يستعمل في معالجته احيانا الزرق بصبغة  
اليود

وإذا اريد أن يفعل البزل والمريض جالس على كرسي من الضروري ان يحاط  
بطنه بملاء مثنية يصاب بين طرفيها من الخلف ويمسكها مساعدا ليضغط بها  
بطن المريض شيئا فشيئا حتى يخرج السائل لتلايمسي 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 الاحافته الخلفية فاذا كان البريتون المحشوي  
المغطى للسطح العلوي من الكبد يلتصق بالبريتون الجداري 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) وهي ان يضع الجراح بعد تحققه من وجود  
الخراج على الجلد الذي يعالوه قطعة من البوتسا الكاوية وبعد دليل من  
الايام يشق الخشكر يشة التي تجت عن هذا الكاوي ويضع في موضع الشق  
قطعة اخرى من البوتسا وهكذا حتى يتبين له ان البريتون الجداري التصق  
بالبريتون المحشوي فعند ذلك يغرس وسط الورم مشرطا مستقيما حادا الطرف  
فيشق به الخراج شقا واسعا وقد اوصى هذا الجراح ان تغسل مجتمع 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 فهي 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 الذي يحصل في هذه  
الطريقة عادة بعد اليوم الثالث من العملية

## \* (في ايكاس السكبد) \*

اذا كانت هذه الايكاس محتوية على ديدان فاستخراجها يكون باحدى الطريقتين اللتين تقدمتا في خراجات السكبد واما اذا كانت انما تحتوى على سائل مصلى فالاجود في معالجتها هو البزل بالميزل ثم زرق صبغة اليود في تجاوبها الا ان الاصوب في ذلك هو الجرى على طريقة (ريكاميه) ايضا لصعوبة تشخيص الكيس في بعض الاحيان فقد يكون الورم ناشئا عن خراج وفي هذه الحالة اذا فعل البزل بغير هذه الطريقة ينسكب الصديد في تجويف البريتون فيحصل عنه التهاب بريتوني يقتل المريض

## \* (في المخراجات حول السكبتين) \*

متى تحقق الجراح وجود المخراج فله علاجه اما بالشق واما بالسكاويات فكيفية الشق ان يحسد الجراح باطراف اصابع يده اليسرى المحافة الوحشية من الكتلة العضلية القطنية العجزية فيشق وحتى هذه المحافة لثلايق 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 انها العملية قد تمت واول من فعل هذه الطريقة هو الطبيب الشهير (تروسو)

واما السكاويات كالبنواسا السكاوية وبجينة فينسا فمع امكان استعمالها ايضا في فتح المخراجات حول السكبتين 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 تجاويف 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 كثرثريا وقد تكون قاعدته ملتصقة بالرباط العريض وذلك عند زواله أو ببقية المبيض اذا لم يكن زال بالكلية واعلم ان الكيس متى صار حجم جدرانه عظيما تولدت فيه أوعية جديدة تقضي الى الاوعية المبيضة

ولعلاج الكيس المبيض طرق متعددة وهي البط فقط أو البط مع الزرق أو الشق أو الخزم أو وضع انبوبة ثابتة في الكيس أو الغرض أو الاستئصال فاما البط فقط فيعمل بالكيفية التي تفعل في الاستسقاء الزرق وهذه الطريقة قد تنجح احيانا

وأما البط مع الزرق بصيغة اليود فلا يكون استسقاء المبيض شديدا بالقليلة المائية يمكن اذا كان بسيطا علاجها

وأما الشق فكيفيته ان ترقد المريضة مستلقية على ظهرها ويوضع تحت قطنها وسائد ليتوتر الجدار المقدم من الكيس وينطبق بالكلية خلف الجدار المقدم من البطن ثم يقف الجراح في الجهة المريضة فيبحث عن الجزء الأكثر اتحدا را فيشق فيه شقا طوله نحو (٨) سنتيمتر ازاء حافة العضلة المستقيمة في الجهة الوحشية منها أو في الخط الأبيض فمتى كان الكيس بسيطا سال جميع ما فيه من السائل واما اذا كان مركبا من جلة خللا يا غير مرفضية الى بعضها فيلزم ان يشق جميع جدران هذه الخلايا حتى يسيل جميع السائل ثم يوضع في الجرح شريط منسول الجانبين مدهون بالمرهم أو قليل من النسالة أو انبوبة لينت لثلايلتحم فهذه الكيفية يسيل السائل كلما تكون وبعد زمن تختلف مدته يتفج السطح الباطن من الكيس فتلتصق جدره

ومن الجراحين من ينفذ في احد جدران الكيس عقب تفرغه 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 شقا  
كبيراً ويعد حافتي الجرح بعضها عن بعض بواسطة صنابير يوكل بها مساعدين  
ثم يمسك الورم فيقرض اغلبه ويثبت بواسطة خيط بقيته بالقرب من الجرح  
الخارجي وقد أوصى بعض الجراحين بقرض كل ما يظهر من بقية الكيس  
الى الخارج بالتقحج الذي يحصل  
وأما الاستئصال فيفعل اذا كان الكيس ذائلاً بامتددة وكان سيره سريعاً  
بحيث يخشى منه هلاك المريض 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) كون المرض  
لا يزال أخذاً في الازدياد فيخشى منه هلاك المريض (ومنها) ان يترآه للجراح  
ان حجم الورم لا يتقص بالزل والضغط القاتوني بعده مع تعاطي يودورا الحديد  
من الباطن (ومنها) ان يكون المرض ليس ناشئاً عن سرطان وعلامة  
السرطان ان يكون الورم ثابتاً ونموه سريعاً جداً وفيه الآم ناختة مع شدة  
نهوكة في البنية (ومنها) ان تكون صحة المريض جيدة بحيث تقوى على  
هذه العملية العظيمة (ومنها) ان يتحقق الجراح عدم وجود التصاق  
لاقي البريتون البطني ولا الحشوي وطريق معرفته ذلك ان يأمر المريض  
بالانقلاب من جنب الى آخر ليتحقق تحرك الورم أو عدم تحركه ويعرف أيضاً  
بأن يرقد المريض ويأمرها بالقيام بدون اعتماد على يديها فان العضلات  
المستقيمة البطنية والحالة هذه ان كان الورم منفصلاً تقاصت تقلصاً شديداً  
وشوهدت بارزة تحت الجلد وان كان ملتصقاً انجذبت الى الخلف ويعرف  
تحرك الورم بالنفس أيضاً ففي 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 كيفيةها فنقول يجب على الجراح الذي يريد  
فعلها ان يتدنى بتقوية بنية المريض 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 ليتفرغ المعى الغليظ ويجب عليه أيضاً

ان لا يفعلها الا بعد هضى زمن الطهث بمدة اقلها اسبوع بحيث يكون التنبه المبيضى فدزال بالسكايه والا كانت خطرة جدا واذا كانت المريضة فى مستشفى وجب انفرادها بالسكايه بمكان غير مكان بقية المرضى بأن تجعل فى اودة مخصوصة بها ذات هواء كاف ويجب أيضا ان يخصص بخدمتها ممرضة طارفة معرفة تامة بقسطرة الالات ومع هذا فالاصوب اجراء هذه العملية فى بيت المريضة وان كانت المريضة من أهل الريف لم يحسن من الجراح نقائها الى المدينة اذ من المعلوم ان الارياف اجود لصحة المرضى لنقاء هوائها فلتحم الجروح فيها بسرعة ويجب على الجراح ومساعديه اجتناب مواضع التشريح والمرضى المصابين بامراض وبائية عفنية قبل العملية اياما ولا يسمح بحضورها الا لقليل من الناس مضى عليهم ايام مع اجتناب ما ذكر أيضا ويجب ان يكون فراش المريضة نظيفا جدا والاصوب ان تكون ملاأته وبقية ادواته جديدة لم يتقدم لها استعمال وكذا يجب ان يكون الاسفنج الذى يراد استعماله جديدا أيضا نظيفا نظيفا جدا خاليا من الصابون ومن المحصى وان اقتضى الحال استعمال فتيلة لزم ان تكون جديدة وان تغسل قبل ذلك وكذا يلزم ان تكون الالات الجراحية التى يراد استعمالها نظيفة جدا ماضية وان تكون ايدي الجراح والمساعدين فى غاية النظافة خالية عن اثار الصابون دفيئة فانها ان كانت باردة وامسك بها البريتون احدثت خطرا وقد اوصى الجراح (بيلى) الانكايزى 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 فى درجة (٦٥) من مقياس الحرارة الانكايزى وذلك (١٨) وثلث 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 ينبغى ان تكون عليه المريضة حال العملية فالاحسن ان



تكون مضطجعة ويجب ان تنشق عند ذلك بالمخضرم أى الكور وفور منعها  
لتأثير صراخها وحركاتها في الجراح فان ذلك يحمله على الجهلة بانهاء العملية  
ومعلوم ان الجهلة في جميع العميات الجراحية رديئة جدا لاسماني 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 رجلي المريضة دفعا للبرد هما ويوقف كل مساعد على  
وظيفته ويضعهم الوضع اللائق ويتفقد الالة ويرتبها بنفسه على حسب طلبها  
وكيفية العمل أن يشق في الخط الأبيض بين السرة والعمامة شقاطوله من (٤)  
الى (٦) قراريط ومتى وصل الى البريتون جذب به اليه قليلا وفعل فيه عروة ثم  
شقه على محس قنوى على حسب طول الجرح فعند ذلك ينكشف الكيس  
المبيض وربما ساقى 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 فيزيله 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  
يبيط الكيس المبيض ببزل كبير معد لذلك في الجزء الاكثر بروزا فيسيل  
السائل من الماسورة ويسهل خروجه بامالة المريضة الى جنبها قليلا ويضغط  
بطنها ضغطا قانونيا ومتى لم يبق من السائل الا ربعه امسك الجراح الكيس  
بصنارة أو بيجفت (موزو) وجذبه الى الامام مع غاية الاحتراس لثلاثين سكب  
السائل في الجرح وكما خرج شئ من السقي جذب الكيس الى الامام حتى ينقطع  
السيلان فعند ذلك ترقد المريضة بسرعة على ظهرها كما كانت ويوضع على  
الجرح قطعة من الفانيلا مغموسة في الماء العاتر بعد ان يضم كلامن حافظيه  
الى الاخرى أحد المساعدين دفعا لتأثير الهواء في الاعضاء الباطنة مع ابقاء  
الكيس خارج الجرح ثم يربط الجراح أصـ له رباطا جيدا أو يضغطه بيجفت  
مخصوص ضغطا شديدا فيقطعه دون محل الربط أو الضغط بقراطين أو ثلاثة  
ثم يضم الجرح بواسطة الخياطة الكتيبة 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 الأخرى بثلاثة ارباع قيراط وان يكون اصل الورم خارجا من اسفل الجرح وان تكون الغرزة التي تليه من فوق قريبة منه ما امكن والاصوب ان تكون الغرزة السفلى نافذة فيه لتزيد في تثبته ثم تجعل تحت الديايدس قطع من الفانيليا ومتى أريد استعمال الجفت في امسك اصل الورم لزم لفه 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 السكاو مع قحنتين 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 الأراوروت ثم من الاغذية التي جميعها بارد ويلزم ابطال فعل عضلات البطن وفي زمن التهام الجرح يلزم قسرة المريضة في اليوم احرار الثلاثة وتتراثمة

واعلم ان الموت الذي يتسبب عن هذه العملية يحصل عادة عن التهاب البريتون الذي يعقبها احيانا

### \* (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 الكتيبة 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 الاحتياط بان يدخول بين إحدى حافتيه

وبين الامعاء مشرط ذو زراما مستقيم وأمام نحن 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 تغرغ الامعاء من الغازات بان تنقب  
 بنحو سن ابرة

ثم ان رد الامعاء من الجرح ليس صعبا جدا الا انه يجب على الجراح ان يسكن  
 روح المريض ليقل الانتقباض العضلي وان يضعه الوضع اللائق بأن يثني  
 فخذه على حقويه ثديا خفيفا ورأسه على صدره ثم يتعامل على الحوية المعوية  
 التي خرجت اخيرا فهذه الكيفية يمكنه متى كان ماهرا ادخال جميع الامعاء  
 بدون صعوبة

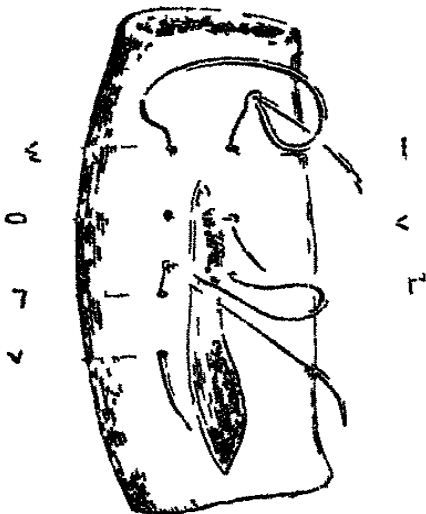
فان كان الذي خرج من الجرح هو التراب ادخل كالامعاء لكن يجب ان لا يلف  
 بعضه على بعض

\* (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 لسكاننا ذكر منها هنا الاطريقة (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 محل ادخالها ببعض مليترات بشرط موازاة الخيط 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 مليترات ثم تنفذ الابرة الثانية من موضع خروج الابرة الاولى فتخرج اسفل منه ببعض مليترات أيضا وهكذا حتى ينضم الجرح فيشده الخيط فتقلب حافة الجرح الى الباطن فهذه الكيفية يتلامس الغشاء المصلى من هاتين الحافتين فتلتصمان

\* (في خياطة الجروح المعوية المستعرضة) \*

مخياطة 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 المخاطى بدون ان تتقدم منه ثم يميلها ويدفع منها الى جهة الجرح على السطح الظاهر من هذا الغشاء حتى صار منها قريبا من حافة الجرح غرسها ثانيا من الباطن الى الظاهر وبعد ذلك يغرسها نفسها في الجهة الاخرى من الجرح بعيدا عن حافته يسير ويدفعها حتى تصل الى الغشاء المخاطى فيميلها الى جهة الجرح ويدفعها بين الغشاء المخاطى والاعشمية الظاهرة من الامعاء حتى تبعد عن حافة الجرح بنحو سنتيمتر واحد فينقذها من الباطن الى الظاهر وبعد ان تنفذ بهذه الكيفية جلة خيوط على دائرة الامعاء تشد اطرافها ليقترب 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 لتندرة اغلبها لان ذلك هنا الاما يستدعيه كل من الفتق الاربى والفتق المفخذى والفتق

السرى من الاعمال الجراحية فنقول

\* (في الفتق الاربي) \*

(تشرح جراحى) أعلم ان القناة الاربية منحرفة من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام ومن الوحشية الى الانسية وهى اكثر انحرافا عن رباط (بوارت) وبعيدة عنه بنحو سنتيمتر واحد فيما يقرب من فتحها البريتونية أى الباطنة وأما فتحها الظاهرة فهى موجودة فى استطالة هذا الرباط وطول هذه القناة (٤) سنتيمتر ومنها ينفذ الحبل المنوى بالنسبة للرجال والرباط المستدير بالنسبة للنساء ويعتبر لها جدار مقدم مكون من صفاق العضلة العظيمة المنحرفة وجدار سفلى مكون من انعطاف أى اثنا 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 الجبلدية الممماة 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 ارتفاع 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 بوزباطن وأما الانبعاث الحاصل فيسمى بالنقرة المحرقة الوحشية وهى التى يحصل فيها الفتق الاربي المنحرف ثم ان موضع الشريان الشراسيفى الذى ينشأ من الشريان المحرق فى الظاهر فى الجهة الانسية من الفتحة الباطنة من القناة الاربية وفى الجهة الانسية من هذا الشريان توجد نقرة تسمى بالنقرة الاربية الانسية بتكون 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 المتساوية العانية وهى اقرب الى الخط المتوسط منها الى الحلقة الاربية الظاهرة

والفتق الذي يحصل في هذه النقرة يسمى بالفتق المنحرف الانسى أو اعلى العانة وأعلم انه يستعان على رد الفتق بالمرقعات كالاثير والمخضرم أى الكاور وفورم لكن لا يعان الرد اثناء التنبه الذي يحصل عادة في ابتداء التأثر بهذه المرقعات بل ينتظر حصول السبات الذي تكون العضلات معه مسترخية استرخاء تاما فلا يكون هناك طاق من الرد

\* (في رد الفتق الاربى) \*

كيفية ان يرقد المريض على فراش منضم الفخذين الى الجذع مرتفع العجيزة 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 متديا 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 الامعابها الى الفتحة الاربية ويمنعها بها من الخروج متى ارتدت ثم يدفع براحة يده اليمنى الورم الفتقى من اسفل الى اعلى ويجهت يده اليسرى في ادخال الامعاء بضغطها ضعفا خفيفا لينقص حجمها فتتقدم الحلقة الاربية

وهذه هي الطريقة المعتادة في رد الفتق الاربى فان تعذر رد الامعاء جلة اممكن ان يردا ولا 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 تحس بها اصابع الجراح أيضا وتكون علامة على ارتداده بالسكابة وأما اذا كان ناشئا عن الترب 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

وغنغرينتها وتمزقها

\* (في الوسائط المساعدة على رد الفتق) \*

(في الالبزن المخارة) 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 اغماء كان ذلك مساعدا على الرد فان المجموع العضلي يكون حالة الاغماء مسترخيا استرخاء تاما فلا تدفع الامعاء الى جهة الحلقة التي تحتنقها (في المسهلات) من المبالغ في مدحه هنا المسهلات بطريقة المحقن ومن الموصى به أيضا ذلك الورم الفتقي بخلاصة البلاوتا ثم وضع المبردات عليه

والمخدرات نفع عظيم في رد الفتق لكن يجب ان لا يفعل الرد الا بعد التخدير التام لانه العضلات في هذه الحالة تكون مسترخية استرخاء تاما \* (تنبيه) \* يجب في رد الفتوق ان لا تستعمل المسهلات من الفم لكونها يحدث عنها قيءا احيانا فيتعيب المريض ويزيد في الاحتقان الالتهابي هذا ومن المستعمل في رد الفتق المحقن بماء التبغ المعروف بالدخان

\* (في عملية التمريج 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 نهنا آنفا على ان الشريان الشراسيفي يكون في الفتق المنحرف المارفي جميع طول القناة الاربية في الجهة الانسية من هذا الفتق وان الجبل المنوى يكون تحته وأما الفتق المستقيم فيكون فيه هذا الشريان في الجهة الوحشية منه فلا يمكن حينئذ توسيع الحلقة من الاسفل لوجود الجبل المنوى هناك ولا من الانسية اذا كان الفتق منحرفا ولا من الوحشية اذا كان مستقيما خوفا من اصابة 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 عتق الكيس فلا تنفع العملية مع هذه الكيفية ويبقى الاختناق طاصلا وبعد ان يكون خارجيا يصير باطنيا فهلك المريض

**\* ( كيفية العمل ) \***

يرقد المريض على فراشه وتحلق عاتقه ثم يقف الجراح في الجهة المريضة فيشق بشرط محدد قليلا ممسكا كقوس الرباب في الورم شقا يمتد به من قاع الصفن الى قرب الفتحه الاربية الباطنة لا الى اعلى الفتحه الظاهرة باثنين أو واحد سنتجر فقط فان هذا يصير العمل صعبا جدا ويكون هذا الشق شاملا للجلد والنسيج الخاوي ويمكن الجراح المتقن ان يستمر على الشق بهذه الكيفية من الظاهر الى الباطن حتى يصل الى الكيس الفتقى فان لم يكن الجراح متقنا امسك الانسجة بجفت فصنع بالمشروط فيها فتحة ثم برزق منها بحساقنوبيا فيشق عليه الانسجة من اعلى ومن اسفل على قدر شق الجلد حتى يصل الى الكيس

واعلم ان الكيس الفتقى قد يشبه 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 الفتق قد يميل وان الامعاء لا يكون شكلها حويصليا الا اذا كان البارز جزء من سطح المعى ارتفع هذا الاشتباه وأيضا هذا الكيس يكون محتويا على مقدار عظيم من المصلي 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 يبحث بسبابة يسراه عن محل الاختناق ويهدي عليها مشرطا مستقيما أو مقعرا اذا زر يدخله على صفحة بين الفتحه الاربية واصبعه فتى دخل من المشروط قدر (٣) أو (٤) سنتيمتر وجه حده الى الجزء المراد شقه فشقه جازبا المشروط الى الخارج



هذا والجراح (اسكاريا) اوصى بان تشق جولة مواضع من الحلقة فرارا من جعل الشق غائرا جدا في موضع واحد فتصاب الاوعية المجاورة لعنق الفتق وبعد ذلك تجذب الامعاء الى الخارج ليحقق الجراح من كونها سليمة ولم تتقرح بالاختناق ثم يدفعها من الاسفل الى الاعلى ويدخلها تدريجيا بان يبدأ بادخال ما خرج منها انرا ثم يتظف الجرح بغسله بالماء ثم يضمده برفادة غريالية عليها تسالة ويمنع المريض من ان يفعل مجهودات لثلاثتندفع 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 تضميم الجرح تضميما بسيطا فقط اعني بدون خياطة فلذا كان ضم الجرح بالقصد الاول هو الا صوب والاكثر استعمالا الا ان

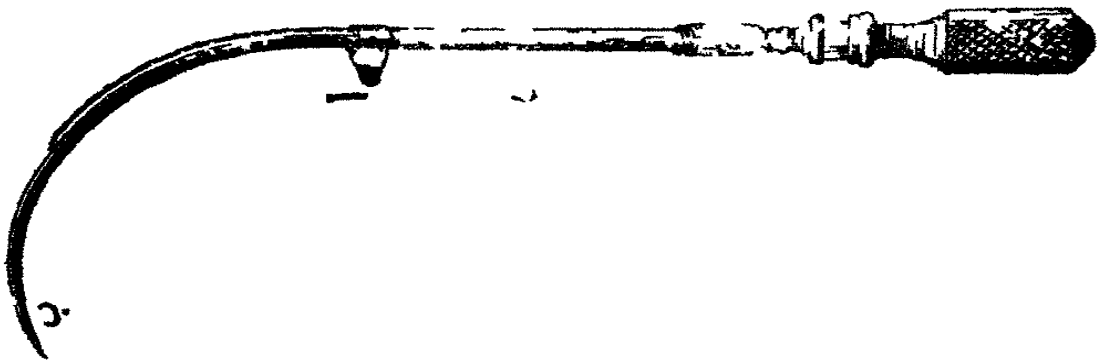
فان كانت هناك عقالات تمنع من رد الفتق قطعها الجراح بالمشروط او بالمقص ان كانت قديمة والمحدثة يمزقها بالاصابع او بيد المشروط فان نزل التراب في الكيس ايضا فرده كرد الامعاء الا انه قد يكون ملتصقا التصاقاتا ما في هذه الحالة يربط قريبا من الحلقة الاربعة حتى يتغنغرو وقد استصوب الان قطعه بالقرب من الحلقة وربط كل من الاوعية النازفة على حدته

ومتى وجد الجراح الامعاء متغنغرة لزمه ان يشق فيها شقا واسعا لتخرج منها المواد الثقيلة

\* (في شفاء الفتق الاربى 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 ذكرنا ذلك عدة طرق منها طريقة (جردي) هي ان يعطى للمريض قبل العملية بيوم مسهل لثلاثيحصل منه مجهودات تبرز بعد العملية ثم يوضع في وضع عملية الحصة ويقف الجراح بين فخذه فيرد الفتق ثم يوكل مساعدا

بالبقاء مردودا بضغطه للفتحة الاربعة الباطنة ثم يدخل الجراح سبابة يسراه  
 في القنطرة الاربعة فهذه الكيفية يتدفع جادا الجزء العلوى من الصفن في  
 القنطرة الاربعة امام الاصبع والجراح (جردي) اوصى بأن تزلق الاصبع  
 امام الكيس العتيق بشرط أن يكون الذي امامها هو جلد الصفن مع كل من  
 الصفاق المستعرض والعضلة المستعرضة والعضلة الصغيرة المنحرفة وصفاق  
 العضلة العظيمة المنحرفة وجلد الجدار البطنى المقدم وان يكون الذى تحلقها  
 هو الجزء الخلفى من الصفن المرفوع والكيس العتيق والمجبل المنوى  
 والشريان الشراسيفى ثم يزلق الجراح ابرة ذات غمد (شكل ٤٨) معوجة في  
 طرفها ثقبان يعرفهما خيط مزدوج تكون عروته في مقابلة المسافة التى بين  
 (شكل ٤٨)



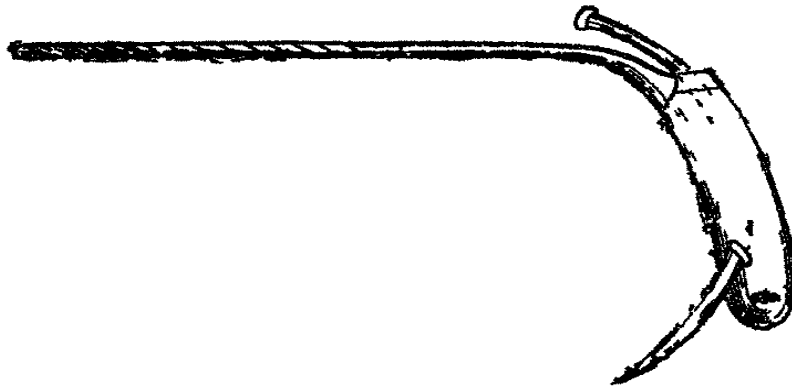
هذين الثقبين وطرفاه في جهة تقعرها وهى في غمدها على الوجه المقدم من  
 اصبعه بشرط ان يكون تحديقها الى السطح الراحى من هذه الاصبع من  
 اول الغمد المكون من جلد الصفن حتى يصل الى اخره فيخرج البرة من  
 الغمد بان يدفع الحلقة التى عليه فتخرج وتنفذ في جدار البطن المقدم  
 ويجعل تحديقها الى الخلف لا يخشى اصابها للبريتون حال نفوذها فتى برز طرفها  
 الى الخارج اخرج الطرف العلوى من الخيط من سمها العلوى ووكل بحفظه  
 مساعدا ثم ترد البرة الى الغمد وتخرج الآلة جميعها الا طرف الخيط الموكل  
 بحفظه المساعدا ثم يخرج الطرف السفلى من الخيط فيدخل في سم البرة يجعل  
 العروة مقابلة للتحديق ثم يدخل الجراح اصبعه في القنطرة الاربعة فيغرز غرزة  
 اخرى كالاولى بعيدة عنها يستتير واحد فهذه الكيفية متى شد طرف الخيط  
 الى الاعلى تكونت منه عروة بها يبقى جلد الصفن على اندفاعه الى الداخل

يدون توسط سبابة الجراح فيعد ذلك يقسم كلاً من طرفي الخيط قسمين ويضع بين كل قسم قطعة ملفوفة من الدياخلون أو قطعة من مجس من الصمغ المرين ويعقد عليها كما في الخياطة المرودية

وكان الجراح (جردي) عند اختراعه لهذه الطريقة يستعمل ستة خيوط فينفذها كما شرحناه ثم اكتفى بخيط واحد لكنه بدل ان تكون العروة التي في ثنية الصفن ضاغطة للجلد مباشرة نفذها في حبة سبحة ليخفف الضغط ثم بعد اليوم الثالث أو الرابع تقطع الخيوط فان الصفن يصير حينئذ ملتصقا بجدران القناة الاربية التصاقا كافيا يكفي التضميد بخرقة مدهونة بالمرهم البسيط عليها قليل من النسالة

ويلزم ان يبقى المريض في فراشه عشرين يوماً أو ثلاثين لاجل ان تنجح العملية ومتى خرج من الفراش فليوضع على وسطه حزام فتق الى ان لا يحصل عن الجهود المعوية ادنى بروز في القسم الاربى

(طريقه المجزاح فاليت) هي ان يرقد المريض في فراشه فيرد الجراح الفتق ثم يدخل سبابة 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 تمكنتها في القناة (شكل ٤٩)



الاربية دفع الابرة التي في باطنها حتى تنفذ من الجلد المتدفع الى الباطن ومن جدار البطن فهذه الكيفية يصير الجلد المتدفع من الصفن مثبتا جيدا

فيحفظ على مسافة من جلد البطن طولها (٤) أو (٥) سنتيمتر في عرض  
 (٢) أو (٣) مليمتر نخاع من عجينة (فينا) بحيث ان سن الابرة يكون عند  
 متصل الثلاثة الارباع الانسية من الخشكر يشة بالر بع الوحشى منها ثم متى  
 اثر هذا الكاوى في البشرة فافسدها وضع على الخشكر يشة قطعة على  
 قدر سعتها من الدياتلون مع كلور وورالزنك مع تنقيذ الابرة من هذه اللصقة  
 التي تثبت بعصابتين ومتى اتى على هذه اللصقة اربع وعشرون ساعة رفعها  
 الجراح فشق الخشكر يشة باحتراس ثم وضع في الشق قطعة من الدياتلون  
 عليها كلور وورالزنك أيضا ويكرر هذه الكيفية ثلاث مرات أو اربعا وخمسا  
 حتى يتكشف له المغمد المجلدى في قاع الجرح فينثذتكون العملية قد تمت  
 ولم يبق الا ان يضمدا الجرح تضميذا بسيطا بالنسالة مع القيروط  
 وأعلم ان هذه العملية يكون فيها البريتون المتسكون منه الكيس الفتقى  
 منطبقا بعضه على بعض بالالة فلذا يتأثر بالكاوى

### \* (في الفتق الفخذي) \*

(تشرح جراحي) الحلقة الفخذية فتحة محدودة من الانسية بريباط (جيمبرنا)  
 ومن الوحشية بالوريد الفخذي ومن الامام بريباط (فالوب) ومن الخلف بالنشر  
 العائى المحرقى  
 وهذه الحلقة مغطاة بحاجز مثقب عدة ثقوب يسمى بالحاجز الوركى يوجد  
 في وسطه غالبا عقدة لينغاوية وأما البريتون فيغطي السطح البطنى من  
 هذا الحاجز

وأعلم انه يوجد قريبا من الحافة الخالصة من رباط (بويارت) فرع شريانى  
 يوصل الشريان الشراسيقي بالشريان المخربى اى الساد وكثيرا ما يكون حجم  
 هذا الفرع عظيما حتى انه يغلب على الظن ان الشريان الشراسيقي ينشأ  
 من الشريان المخربى الساد أو العكس

وأعلم أيضا ان القناة الاربية تمر امام الحلقة الوركية وان هذه القناة يمر فيها  
 الحبل المنوى وعروقه والقناة المنوية والشريان الشراسيقي 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 المخلوي تحت الجلد والصفاق السطحي والصفاق الغريالي والنسيج المخلوي اللين الذي يكون بين هذا الصفاق وبين الكيس الفتقي ثم هذا الكيس ثم انه يوجد في النسيج المخلوي تحت الجلد الشريان الحياتي الوحشي العلوي الذي يمر معترضا أمام الفتق

\* (في رد الفتق الوركي) \*

يفعل الرد في هذا الفتق بالكيفية التي ذكرناها في رد الفتق الاربي بشرط ان يكون الضغط أولا من الامام الى الخلف ثم من الانسية الى الوحشية ثم الى الاعلى باستقامة

\* (في عملية التفريغ عن الفتق الوركي المحتنق) \*

كيفية هذه العملية ان تشق الانسجة شقا موازيا للثنية الاربية أو مقاطعها فتي وصل الجراح الى الكيس الفتقي شقه أيضا ثم ان كان الاختناق حاصلًا عن الجوانب المتزفة من الصفاق الغريالي لم يكن في التفريغ خطر الاصابة المعنى ان كان الجراح غير متمرن وأما اذا كان ناشئا عن الفتحة الغذائية فيباعد أحدهم المساعدين الاجزاء البارزة من الامعاء ثم يزلق الجراح الاغلة الاولى من سبابة يسراه بين الفتحة الغذائية الخائفة وبين الامعاء المختنقة بحيث ان بطن السطح الراحي من الاصبع يكون الى الجهة التي يفعل فيها التفريغ ثم يزلق مشرطا ذرا من شعير أو منحنيا بين ظفره وبين الحلقة الغذائية فيدخل منه مغدار سنتيمتر ثم يخرج شفاطيه وأعلم ان الجراحين مختلفون في كيفية هذا الشق فمنهم من يشق الى الاعلى والوحشية ومنهم من يشق الى الاعلى والانسية ومنهم من يشق الى الاعلى باستقامة لكن الغالب في وقتنا هذا هو الشق الى الانسية على رباط (جيمبرنا) ويلزم ان لا يزيد الشق عن (٦) ملليمتر لئلا يصيب بعض الاوعية المحيطة بالحلقة الوركية فان لم يكف هذا الشق فعلت شقوق اخرى في جهات مختلفة حتى يرتد الفتق وهذا التفريغ الذي سماه الجراح (فيدال) بالتفريغ المتعدده والاصوب اذ هو اقل خطرا

لكن لا ينبغي ان يفعله الجراح الا بعد جزمه بان شق اطوله (٥) مائتراً و (٦) لا يمكن في رد الفتق

و اذا كان الاختناق ناشئاً عن عتق كيس الفتق فيمكن التفريغ عنه من العليا والانسبة بلا خوف من اصابة شئ من الاوعية المحيطة بالمحلقة الوركية لكن الاختناق عن عتق كيس الفتق نادر جداً فان طالت مدة الاختناق بحيث ظن انه غنغرة الامعاء فمن المحزم فتح الكيس الفتقي فان وجدت الامعاء متغنغرة وجب شقها وابقاؤها بالبارد

\* (في الفتق السري) \*

هذا الفتق رده غير صعب ويحصل التفريغ عنه اذا اختنق بشق جدران البطن شقاً صليبياً أو على هذا الشكل (I) 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 ان يكون سببه تغنغراً 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 عتق ذلك الكيس أو نتيجة جرح كان في محل هذا الجرح أو نتيجة تقرح باطن كانت الفحة في المهبل بالنسبة للنساء أو في المثانة أو بين عضلات البطن وهذه الفحة تكون اما واسعة أو ضيقة ثم ان كلامنا من طرفي الامعاء يختلف وضعه عن الآخر فان الطرف العلوي قد يستطرق بواسطة الجرح الذي يعرض في جدار البطن الى الظاهر مع بقاء السهلي في البطن فتصير العملية غير ممكنة بهذا السبب وفي اغلب الاحيان يكون طرف الامعاء مستطرقين الى الخارج ومتلامسين على صورة البندقية المزدوجة فيتسكون عن ذلك حاجز يبرز في تجويف المعى ويمتنع من خروج المواد التملية خروجاتاً ورجماً زال هذا الحاجز دفعة كما شاهدته (اسكاريا) ونسب ذلك الى انقباض المساريقا وهذا الحاجز هو المسمى بالعرف

وعايشاهد أيضا في الاست غير الطبيعي ان طرفي الامعاء يتقبضان الى الباطن من جذب المساريقالمما ومن حركة تقاص الامعاء فتتكون عن ذلك قناة غشائية بين المجلد والمي تسمى بالقمع وهي واسطة استطراق بين طرفي الامعاء وقد تكون سببا للاثم خروج المواد البرازية بالطرف السفلي من المي 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 سبابة يده اليسرى في الجزء السفلي من المي ويرلق أحد فرعي الآلة المسماة بمقطع المي على الوجه الراجي من هذه الاصبع ثم يدخل الفرع الآخر بالكيفية عينها وبعد ذلك يصالهما ثم يقرب كلا من فرعي هذه الآلة الى الآخر بواسطة اللولب الذي فيها فبذلك تقف الدورة في الجزء العرفي المنحصر بين هذين الفرعين وبعد ذلك يزيد في الضغط كل يوم بلبه اللولب مدة خمسة ايام ويسند المقطاع في الجزء العلوي 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 الذكرو والآخر بالفرع الانثى لان فيه ميزا بايدخل فيه الفرع الذكرو وفي كل من هذين الفرعين بروزات وانخفاضات لثلاث تزلق منه الامعاء عند ضغطها به وهذا ان الفرعان متصلان ببعضهما بواسطة مسمار بحيث انه يمكن فصل احدهما من الآخر بسهولة وفي الطرف المنزل منزلة مقبض لهذه الآلة لولب يمكن بواسطته تقريب وتباعد كل من فرعيها عن الآخر

ومنها طريقة (ليكا) وهي ان يخاط المجرح الخارجي ان لم يوجد - يعرف أو 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 نذبه هنا على انه لا يحسن تجهيل الخياطة الا مع تحقق الجراح من ان المواد البرازية تقر بغاية السهولة وبكليتها من الجزء العلوي من المعى 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) \*

\* (تشریح جراحی) \* يتبدى المستقيم في الجهة اليسرى من الفقرة القطنية نازلا الى امام العجز والعصعص وينتهي بالشرج أمام العصعص بقدر (٣) سنتيمتر والعادة ان يكون شكله اسطوانيا الا في الجزء السفلي منه فانه يكون منتفخا قليلا أو كثيرا على حسب ما فيه من المواد الثقيلة 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 فثلاثاه العلويان مغطيان بالبريتون والثالث السفلي منه يكون في الرجال مقابلا لقاع المثانة وللحويصلات المنوية والبروستاتا وفي النساء مقابلا للمهبل ومنه صلا عنه بطبقة رقيقة جدا تسمى بالحاجز المستقيمي المهبل

والجراح (لسفرانك) يرا ان ثنية البريتون تكون اعلى الشرج 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 المخلوي اللين الذي تحته يكون تخينا والغشاء المخلوي اللين غير ملتصق بالغشاء المخاطي التصاقا تاما فلذلك ينقلب المستقيم في بعض الاحيان

وأما غشاء العضلي فكون من الياف سطحية مستطيلة ومن الياف باطنة حلقية وعضلته العاصرة مكونة من هذه الالياف 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 الحياتى الباطنى  
وأما اوردة المستقيم فهى عديدة يتكون منها بين الغشاء المخاطى والعضلة العاصرة الباطنة خزمة وريدية تسمى بالحزمة الوريدية الباسورية وهذه الاوردة تنقسم بالفروع الوريدية المصاحبة للشرايين الباسورية  
وأما اعصاب المستقيم فأتية من العصب السباتوى العظيم ومن الاعصاب العجزية

\* (فى قطع المستقيم) \*

هذه العملية تفعل اذا كان هناك ورم سرطانى وكيفيتها ان يكب المريض على فراشه متجاوز بمقعده حرف السرير مثنى الساقين والفخذين ويثبت على هذا الوضع تثبتا 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 يخفض بواسطة جفوت ومشابك المستقيم الى الاسفل ليتمكن من استئصال جميع الجزء المريض بالمقص أو بالمشرط  
ثم يربط الاوعية النازفة ويضم الجرح بأن يضع عليه رقادة غريالية مدهونة بالمرهم مغطاة بالنسالة الجافة ويثبت ذلك برباط آخر  
واعلم ان الجراح (لسفرانك) أوصى بان يربط كل ما انقطع من العروق حال العملية اولافا ولا وان الجراح (وايو) أوصى بان يوضع فى الجزء الباقى من المستقيم فتيل مع المداومة على ذلك بعض اسابيع لثلا يضيق هذا الجزء  
وأما طريقة الجراح (ريكاميه) التى هى عبارة عن قطع المستقيم بالشد عليه كما ذكرناه آنفا ثم تؤخذ ابرة معوجة كبيرة فيجعل فى سمها خيط مزدوج وتدخل من الاست فتنفذ فى سمك المستقيم ثم تخرج من الجلد المجاور لفتحة الاست ثم يجعل فى سمها خيط مفرد مع الطرف النافذ من الاست فينفذها الجراح

كما مر 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 فهذه الكيفية تحتق جدر المستقيم بدون أن تنسد فتحة

\* (في معالجة شقاق المقعدة) \*

يعالج هذا الداء بطرق عديدة منها طريقة الجراح (بويه) التي هي عبارة عن قطع العضلة الشرجية وكيفيةها أن يوضع المريض على جنبه مرسل الفخذ السفلى ومثنى العليا فيضع الجراح سبابه يده اليسرى في است المريض حتى يصل الى اعلى العضلة الشرجية فعند ذلك يزلق بين هذه الاصبع وبين الغشاء المخاطي مشرطا اذ زر على صفحة ثم يقيم فيقطع به كلا من 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 نسه بسهولة فان حصل نزف قطع بأن يدخل في المستقيم والمجرح فتيل ثخين من النسالة والا كفي تضميم المجرح تضميما بسيطا أن يوضع عليه سببخ مطلى بالمرهم

ومنها طريقة الجراح (بلاندين) التي هي عبارة عن قطع العضلة الشرجية من تحت الجلد

وكيفيةها ان يبط الجلد بالقرب من فتحة الاست بسنتيمتر ونصف فيدخل من هذا البط مقطع الاوتار فيرلقه الجراح على صفحة تحت الغشاء المخاطي حتى يوصله اعلى العضلة الشرجية فيفيقه فيقطعها مستعينا على ذلك بادخال سبابه يده اليسرى في المستقيم وضغطه بها ظهر الالة حتى انقطعت سمع لها فرقة وزالت المقاومة

وقبل فعل هذه العملية للحي يلزم التمرن عليها في الميت فانها وان كانت ظاهرة

بسيطة سهلة فادخال المقطاع تحت الغشاء المخاطي صعب جدا لوجود النسيج  
 المخاوي المتكاثف بين الجدار والحافة السفلى من العضلة العاصرة  
 وبعده هذه العملية يدخل في المستقيم فتيل تخين حتى تنضغط جدره فيمتنع  
 النزف فان القصد من خصوص هذه الطريقة انما هو منع حصوله  
 ومنها طريقة الجراح (ريكاميه) المسماة بطريقة التمديد القسري والدفعي  
 وكيفيتها ان يدخل الجراح سبابتي يديه في است المريض جاء لظاهرهما  
 متلامسين ثم يباعد بينهما بقوة دفعة واحدة فيتمزق الوتر الحاصل عن انقباض  
 العضلة العاصرة المرجية دفعة واحدة كذلك  
 ومن الجراحين من يستغنى عن ادخال السبابتين في الاست بادخاله فيها  
 منتظارا ذافلقات دفعة (حكم) اجود هذه الطرق واقلا تروى بالمريض 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 تشتق بالوضعيات المرخية و لروقات اليهودية  
 أو القابضة مع الاستعانة بالضغط وقد تعالج بتصيرها كاملة ثم فعل العملية  
 فيها على ما سئد كره وأما النواصير العوراء الباطنة فيلزم تصيرها كاملة من  
 أول الامر

وتعالج النواصير الكاملة بعد تطرق منها لطريقة المعتادة وكيفيتها ان  
 يعطى للمريض مسهل قبل العملية بيوم لاجل استفراغ المعى الغليظ ثم يوضع  
 على الجانب الذي فيه الناصور منبسط الرجل السفلى منى الرجل العليا ثم  
 يوكل مساعد بتثبيت الحوض والتخذين وآخر بتباعد ما بين الاليتين ويدخل  
 الجراح في القناة الناصورية بحساقنويا من الفضة يوصله الى المستقيم ثم يطلى  
 سبابة يده اليسرى بالزيت أو بالمرهم فيدخلها في المستقيم فيخرج طرفه  
 الجس ويلقى المشرط في قناته أى الجس 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 الفتحة الناصورية

بجس قنوى ويدفع برفق حتى يرتكز طرفه على تقعر الريزج فيهدى الجراح  
مشرطاً مستقيماً على قناة هذا الجبس فينفذه في الغشاء المخاطي حذاء الفتحة  
الناصورية الباطنة فيقطع به جميع ما بين القناة الناصورية وبين الاست  
من الاجزاء

ويلزم اخراج الريزج ملامساً للجبس ليحقق الجراح ان الشق كامل  
ثم يضمده الجرح بأن يوضع في الاست قتييل من النسالة ويجعل جزء منه بين حافتي  
الجرح واعلم انه ينبغي ان يتجاوز بالقتيل الطرف العلوى من الشق  
ويلزم قبل التضميد البحث عن ان الناصور غير متعدد الفتحات الباطنة فان  
عثر على شئ من هذه الفتحات لزم شقه

واعلم ان الريزج انما يستعمل اذا كانت الفتحة الباطنة بعيدة لا يمكن الوصول  
اليها بالاصبع فلا يتمكّن من اخراج طرف الجبس الى الظاهر  
ومنها طريقة المحقن وكيفيتها ان يسد الجراح الفتحة الناصورية الباطنة  
بسبابة يده اليسرى ويرزق في القناة من الفتحة الظاهرة قليلاً من صبغة  
اليود

فان كان للقناة الناصورية جلة فتحات الى الظاهر لزم سد جميعها بأصابع  
مساعدتين الافتحة يفعل منها الزرق

وأما اذا كانت هذه الفتحات الى الباطن فسد جميعها بالاصابع متعذر  
وحيثئذ 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 الليفي المخاطي المغطى لها من الداخل بجفت ذى اسنان شبيهة  
باسنان الفار ثم تقرض بالمشرط ثم يدخول في المستقيم قتييل كما يفعل في عملية  
شق الناصور

\* (في معالجة الثآليل الزهرية) \*

يعالج هذا النوع من الثآليل بالكشط أو بالكى وهاتان العمليتان

بسيطتان جدا فلا حاجة الى الاطالة بشرحهما وانما تذكر لك انه من سنتين قريبة استعملوا في كى هذه التالكيل جص 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 فتحته عقب ما يفعله المريض من مجهودات التبرز وتعالج بكل من الربط والاستئصال والكي لكن المستصوب في مثل هذه الاحوال هو الاستئصال لكونه اسرع ولا يحصل عنه نزف ولا عدم عود هذه الاورام بعده

وأما النزح فلا يخدم في معالجة بواليب المستقيم لما في الغشاء المخاطي من هذا الجزء المعوي من كثرة القابلية للاتصال عن ما فتحته

\* (في معالجة الاورام الباسورية) \*

هذه الاورام ان لم تجاوز حلقة العضلة الشرجية كان من النادر ان تستدعي عملية جراحية وان تجاوزتها ويعبر عنها حينئذ بالظاهرة استدعت ذلك فتعالج حينئذ بعدة طرق منها ارجاع الكتلة الباسورية الى الباطن لثلاث تخنق بالعضلة الشرجية فتحصل عن ذلك الام شديدة جدا ثم يضع الجراح رفادة وسطها مدهون بالمرهم على الاست بشرط ان يكون الجزء المدهون بالمرهم مقابلا للكتلة الباسورية ثم يدفعها باصبعه في المستقيم حتى تدخل جميعها ومنها الاجهزة والاربطة التي تستعمل لا يبقاء هذه الاورام داخلية في باطن الاست فانه يشاهد في بعض المرضى تكرر خروجها بأدنى مجهود ودخولها بأدنى دفع فينتهي أمرها بان تبقى بارزة ويرشح من سطحها مواد فتصير بذلك طاهرة منفرة ومنها استئصال هذه الاورام وكيفية ذلك ان يضع المريض على جنبه على حرف سريريه بشرط ان يكون استه الى الجراح منبسط الفخذ السفلي مثنى العليا ثم يمسك الجراح هذه الاورام بجفت (موزو) أو بصنابير قيقرضها واحد ا بعد واحد بالمشرب المستقيم أو بالمقص المنحني الى صفحه مبتدئا يقطع الاورام السفلى لثلا يغطي الدم ما تأخر قطعه منها وقد أوصى الجراح (بوييه)

أن يتخذ قبل القطع في كل ورم خيط لئلا يدخل في المستقيم بسبب التقاص  
الذي يحصل دائما عند القطع وقد أوصى الجراح (دوبوتيرين) بأن تقطع  
الأورام الباسورية بعيدة قليلا عن محال اتصالها بالغشاء المخاطي توقيها من  
النزف ومن ضيق الجزء السفلي من المستقيم بالالتحام

وبعد استئصال هذه الأورام يدخل في المستقيم قتيلا من النسالة تخين مدهون  
بالمرهم البسيط ويدفع إلى أن يتجاوز محلها ثم يوضع على الاستسباتخ من  
النسالة المدهونة فوقها رفاثد ويثبت جميع ذلك برباط الشرج

ولاجل منع النزف الذي يعقب العملية بسد المستقيم وكيفية ذلك أن يدخل  
فيه الجراح بواسطة حامله القليل كرة من النسالة مدهونة بالمرهم ومربوطة من  
وسطها بخيط متين ويوكل بطرفي هذا الخيط مساعدا ثم يدخل فيه كرات  
أخرى من النسالة حتى يعلم أنه حصلت الكفاية وأن النزف انقطع بواسطة  
انضغاط الأوعية الباسورية فيثبت جميع هذه الكرات بأن يعقد عليها  
طرفي الخيط من الخارج ثم يوضع على الشرج سباتخ ورفاثة ويثبت جميع ذلك  
بواسطة الرباط الشرجي ويشترط في المحشوة التي يحشى بها المستقيم أن تكون  
مائلة ملاملا كليا ومتجاوزة من الأعلى حدود مقاطع البواسير فبدون ذلك  
لا يؤمن النزف ولا يفتقر بعدم انتشار الدم إلى الظاهر فقد يسيل إلى تجويف  
المستقيم فيجتمع هناك ويعرف ذلك بعلامات النزف وهي امتناع اللون  
وصغر النبض والعرق البارد والاعجماع في ظهر من هذه العلامات شيء لازم  
أن يبادر الجراح إلى اجادة المحشوة أو حسم النزف بالكي بالنار ولا بد من  
استقرار هذا السد أربعة أيام أو خمسة فان ظهر للجراح أن المريض لا يتحمل  
هذا الضغط هذه المدة خمس بعض هذه الكرات في محلول فوق كلورور  
الحديد الذي في درجة ( ٣٠ )

ومنها الكي بالنار أو بالجواهر الكيماوية وهذا اجود واجود هذه الجواهر  
هو عجينة ( فينا ) أو عجينة كلورور الزنك أو كاوي ( فلهوس ) المركب  
من جزئين من البوتاسا وجزء من الكلس تذاب في بودقة وتفرغ على شكل  
قضبان صغيرة ويوضع الكاوي على هذه الأورام بواسطة الآت مخصوصة  
كجفت ( أموسا ) 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 يحسك بها الورم ويضغط بفرعها الضغط  
اللازم 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 كقيته هنا لكونها  
معلومة

والجراح (شاسنيك) آلة اعددها لقطع اليواسير بعد هرس لصولها هرسا  
خطيا حلقيا تعرف بالمهراس المخطى  
\* (تنبيه) \* ينبغي قبل عملية اليواسير يوم استعمال المريض مسهل خفيف

### \* (في استخراج الاجسام الغريبة الواقعة في المستقيم) \*

الاجسام الغريبة التي تدخل المستقيم وتقف فيه تحتام طبعا وشكلا فلا سيبل  
الى تعيين ما يقتضيه استخراجها من الاعمال في جميع الاحوال وضاية ما تقول  
انه متى خيف في استخراج الجسم الغريب من تمزيقه لجوانب المستقيم تعين  
ان يستخرج بجمفة ولادة صغير ليحيط به فيدفع تأثيره عن جدران المستقيم  
ومتى لم يخش ذلك كفى في استخراجها جفت اعتيادى الا انه قد يضطر الى توسيع  
فتحة الدبر بان تشق العضلة الشرجية ومنها فتحة الدبر شقا بقدر الحاجة

### \* (في عناية بروز المستقيم) \*

أعلم ان بروز المستقيم عبارة عن انفصال الغشاء المخاطى و بروزه الى الخارج  
بروزا عظيما أو يسيرا يتجدد به عدوده باطالة المريض للوقوف وفعله بعض  
مجهودات عند التبرز أو غيره

ومتى لم يكف في معالجة بروز المستقيم رده اضطر الى عملية جراحية أما بطريقة  
(دوبويتزين) التي هي عبارة عن كشط ثنيات الشرج من جهاته الاربع  
أو يستعمل السكي بعض عضون جهاته الاربع أيضا

أما كشط ثنيات الشرج الذي هو طريقة (دوبويتزين) فكقيته أن يعطى

للريض حقنة مسهلة لتتفرغ الامعاء مما هو مجتمع فيها من المواد البرازية ثم  
يمسك الجراح ثنية من ثنيات الجلد المتشععات الى فتحة الدبر بواسطة جفت  
ذى اسنان فأرية فيقرصها بالمقص المنحني ويفعل ذلك في ثلاثة محال اخرى  
مختلعة أو اكثر على حسب حجم الورم  
وأما السكى 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 تضايق المستقيم) \*

هذا التضايق قد يكون في الاست فقط وقد يكون أعلى منه وهذه الحالة  
تشاهد غالباً في حلقة العضلة الشرجية العليا ويعالج هذا العارض بعدة  
طرق

منها التوسيع اما تدريجياً واما دفعة اما التوسيع التدريجي فيحصل بادخال  
قتيل من النسالة مدهون بالمرهم في المستقيم وفي كل يوم يزداد في حجم هذا القليل  
عن الذي قبله ويلزم دفعه الى ان يجاوز محل التضايق  
وأعلم ان لهذا التمديد آلات مخصوصة منها آلة (برمون) التي هي عبارة  
عن انبوبتين طول كل منهما نحو (٦) قرار يربط متداخلتين أحدهما وهي  
الباطنة ملساء منتهية بشبه زرم سدودة الطرف العلوى

والثانية مفتوحة الطرفين مقدار تجوية نهاسية خطوط في ظاهرها عدة حروز  
مثبت على أحدها غلاف من البرفتد دخلها تان الماسورتان في المستقيم  
متداخلتين أحدهما في الاخرى ثم يدخل في هذا الغلاف مقدار من النسالة  
بواسطة جفت طويل وتدفع الى ان تتكون منها حوية حلقيه حذاء طرف  
الماسورتين ويلزم ان يكون الغلاف اكثر امتلاء في الجهة الاكثر احتياجاً  
الى التوسيع ثم يثبت جميع ذلك تثبيتاً جيداً

وأما التوسيع دفعة فكيفيته ان يدخل الجراح سبابتي يديه في المستقيم بشرط  
ان تكونا متلامستين بظهرهما ثم يباعديتهما مادفعة فيتمدد الجزء الضيق



ومحل ذلك ان امكن الوصول الى محل التضايق بواسطة السبابتين فان لم تصلا  
استعمل بدلها منظار وفتح فرعاه دفعة  
وعندما يريد المريض التغوط تخرج الماسورة الباطنة بدون تحريك للظاهرة  
ومتى قضى حاجته اعيدت الماسورة الباطنة الى موضعها وشبك التواء الذى  
فى طرفها فى الشرم المعد لذلك فى الماسورة الظاهرة  
ومن الطرق فى علاج تضايق المستقيم الشق وكيفية ان يدخل فيه الجراح  
سبابة يده اليسرى فيهدى على سطحها الراعى مشرطا ذازرالى ان يصل  
الى المحل الضيق فيشقه به ثم يضع فى المستقيم فتيل اغلظه بنسبة سعة المستقيم  
الطبيعى وقديتم هذا الشق بواسطة مشرط مخفى النصل القاطع منه طرفه  
فقط وذلك ليكون الشق قاصرا على الجزء الضيق

\* (فى عملية ثقب الاست المنسد حلقة) \*

(تشرح جراحى) يشاهد احيانا فى بعض الاطعمال ان المستقيم يكون منسدا  
ومنتهيا بشبه قعر كيس يعيد كثيرا أو قليلا عن محل الاست المعتاد  
ويكون هذا الانتهاء احيانا حذاء الزاوية الهجزية الفقارية وقد يكون  
الاست موجودا الا انه منفصل عن المستقيم بغشاء رقيق جدا  
وأعلم انه يمكن عند ما يكون بروز المستقيم فى الجزء العلوى ان تكون  
العضلة الشرجية التى وجودها ضرورى فى منع المواد الثقلية من الخروج  
بلا ارادة معدومة

ومن الاطباء من شاهد وجودها فى بعض من كان من الاطعمال مصابا بهذا  
التشوه مع وجود ناصور مشانى مهبل

\* (كيفية العمل) \*

متى كان الاست منسدا بالمجد فقط أو بحاجز رقيق كان القوج والبروز وزرقة  
اللون حذاء هذا البروز علامات كافيات على ان هذا المحل هو محل فتحة فيغرز  
فيه الجراح سن مشرط مستقيم الى ان يصل الى الامعاء فيشق الحاجر الساد  
شقا صليبيا من الباطن الى الظاهر امام هذا المشرط عينه أو بمشرط ذى زر ثم  
يسك كل من شرايح الجرح بالمجفت فيقطعها ثم يجعل فى المستقيم فتيل غليظ

لثلاثياتق الاست أو ينسد ثانيا  
فان لم يكن هذا الانسداد بالجلد فقط ولا بجازر رقيق قريب من الاست  
فلم يوجد بروز يعرف به انتهاء الامعاء فالاصوب ثقبه بالمبزل الاستقصائي  
ثم توسيع الجرح بالمشرط

وقد اخترع لذلك الجراح (جرسان) مبزلا في ماسورته ميزاب تمكن هداية  
المشرط عليه ثم الشق على حسب مسير الأمثلة 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 العنصرط أى الخط  
المتوسط من العجان شقا يتدنى به امام العصعص باثنين سنتيمتر ونصف ويتجه  
به الى الحلف قريبا من هذا العظم ثم يشق ما تحت الجلد من الاجزاء الاخر التي  
هي الذويج المخلوي تحت الجلد والعضلة الشرجية ان وجدت والصفاق  
الاستي العجاني والعضلة الاستية الرافعة ثم يسلم هذه الاجزاء الرخوة بأن  
يوجه السليخ نحو العجز لثلاثي صيب المثانة التي تكون في هذه الحالة مائلة للحوض  
وبعد دخول المشرط في المستقيم توسع الفمحة بشق صليبي ويجهت في جذب  
الامعاء الى اسفل وتثبت حافات شقها في حافات الجرح الخارجي كما وصي بذلك  
الجراح (ديفنباح) ثم توضع في الاست فتيل غليظ لثلاثي ينسد ثانيا أو يضيق  
فان تعذر فتح المستقيم من محل الاست المعتاد وامكن من العجان تعين فتحة  
من العجان لثلاثي صير هذه الفمحة اذا شال الطفل عاهة منفرة كما في طريقة  
(ايتري)

\* (في العمليات التي تعمل في اعضاء التناسل والبول من الرجال) \*

\* (في العمليات التي تعمل في القضيب) \*

اعلم ان قيد القضيب متى كان ممتدا الى فوهة حصل عنه الم شديد عند ابراز  
الحشفة وعند الانعاط فيكون الجماع عسرا ففي هذه الحالة ينبغي قطع هذا  
القيد

وكيفية ذلك ان يستلقي المريض ثم يقف الجراح عن يمينه ويبرز الحشفة

فيمسكها بابهام وسبابة يده اليسرى فيمددا احد مساعديه القيد بان يجذبه الى الاسفل والمخلف قليلا ثم يغرز الجراح في هذه الثنية مشرطاً رقيقاً من اليمين الى اليسار ويجعل ظهر المشرط مما يلي المخلف نحو اصل القضيب ثم يجبره من المخلف الى الامام فيقطع ما هو امام طرفه المقدم من القيد وانخل الذي غرز فيه ويلزم ان يكون المشرط حال القطع مسلاماً للمخشفة لئلا يبق منه شيء فان لم يكن الجراح اضبط استعمل في توتير قيد القضيب بحساقنوا بأن يدخل هذا القيد في شرمه كما في عملية قطع قيد اللسان ويمكن ايضا قطع هذا القيد بالمقص لكن يلزم حصول القطع دفعة واحدة

\* (في عملية التفريق عن الحشفة المحتبسة لضيق فوهة القلفة) \*

لعلاج هذا الداء ثلاث طرق وهي الشق والقرض والمختان فاما الشق فيفعل على ظهر القضيب أو في جزئه السفلى فكيفية الشق على ظهره ان يستلقي المريض ثم يقف الجراح عن يمينه فيدخل بين القلفة والسطح العلوي من الحشفة مشرطاً مستقيماً منه موازياً في كرة صغيرة من الشمع يدخله على صفحه ولاجل سهولة ادخال ذلك المشرط يمسك الجراح جزءاً من القلفة بابهام وسبابة يده اليسرى ويأخر مساعداً ان يمسك جزءاً آخر من الجهة الاخرى حتى وصل المشرط الى الجزء الذي يوجد بين الحشفة والقلفة وجه حده الى الاعلى ونفذ طرفه في القلفة فتشق دفعة واحدة وبما ان انكماش الجلد يكون دائماً أكثر من انكماش الغشاء المخاطي يجب عاينه ان يطيل شق هذا الغشاء بالمقص حتى يحاذي انكماش الجلد

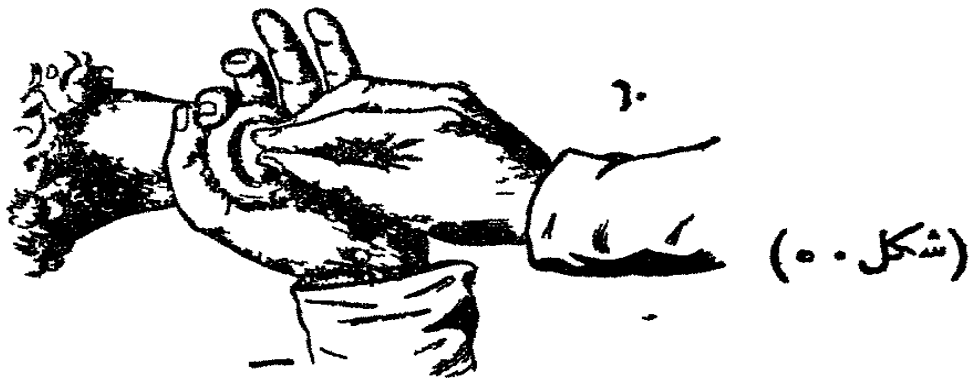
وهن الجراحين من يهدى في هذه العملية المشرط على مجس قنوى الا ان الجراح متى كان متمرناً لم يحتج الى ذلك وكيفية الشق في الجزء السفلى من القضيب وهي منسوبة الى الجراح (كلوكيت) ان يدخل المشرط الى قرب القيد فتشق به القلفة كما بيناه فان وجد الجراح القيد قصيراً شقه بالمقص

واما القطع فكيفيته انه بعد شق الجزء العلوي من القلفة يمسك الجراح حافتي الجرح فيشد هما شداً كافياً ثم يفرض منهما بمقص أو مشرط قطعة مثلثة ثم

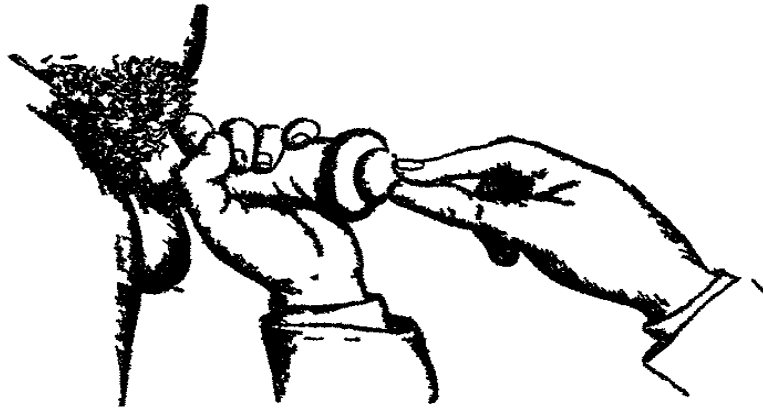
يضم الغشاء المخاطي مع الجلد بواسطة مشابك كافية تترك مددة اثني عشرة ساعة  
وأما المختان فلا حاجة الى ذكر طرقة لكونها معروفة سهلة واسهلها الطريقة  
المستعملة في الديار المصرية

\* (في عملية التفريج عن الحشمة المختنقة بالقلفة المتقلصة) \*

اختناق الحشمة بالقلفة يحصل عن انقباضها خلف تاج الحشمة 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 القلفة وما تحتها  
من الاجزاء تصيره متعسرا جدا بل قد تصيره متعذرا  
وأعلم انه لا يحصل عن هذا الاختناق غنغريته الحشمة وانما الذي يحصل  
تسقق 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 يضع المريض على المحرف الايمن من فراشه ويقف  
الجراح في هذه الجهة فيقبض على الغضيب من وراء حافة القلفة الناشئ عنها  
الاختناق بسبابة وابهام يده اليسرى ويجذب الجلد الى الامام حتى يستر  
الحشمة مع ضغطه اثناء ذلك لها باصابع يده اليمنى فان كان جلدها جاسيا لزم  
دهنه بقليل زيت أو مرهم لتزلق عليه القلعة بسهولة وهذه هي الطريقة  
المعتادة في التفريج عن الاختناق الحديث (شكل ٥٠)



وأما إذا كان الاختناق قديما وعلم الجراح ان المجلد الذى حول الحوية الخائفة  
 ماثلا للتقرح فالجراح (الفونس جرين) يستبدل جذب القلفة بجذب المجلد  
 الذى خلف الاختناق مباشرة من غير ضغط والاجتهاد فى جذب ما خلف القلفة  
 مباشرة من المجلد الى المحشفة فبذلك يندفع المجلد المريض من الخلف الى الامام  
 على المحشفة بدون تمزق بخلاف ما اذا وقع الجذب عليه مباشرة (شكل ٥١)  
 وأما طلاق الاختناق فيتم بين عند تعذر رد القلفة بسبب الالتهاب



(شكل ٥١)

وما يحصل عنه من الالم الشديد وكيفية ان يستلقى المريض على ظهره فيزلق  
 الجراح تحت الحوية الخائفة مشرطا مستقيما حادا الطرف ويخرج طرفه من  
 الباطن الى الظاهر خلفها فيقطع جميع سمكه اذ دفعة واحدة ويفعل ذلك  
 فى موضع آخر او موضعين ثم يجتهد فى رد المحشفة

\* (فى استخراج الحصى الذى يوجد بين المحشفة والقلفة) \*

متى كانت سعة فوهة القلفة كافية لان يدخل فيها جفت او ملعقة صغيرة  
 فتستخرج به الحصى كانت العملية سهلة جدا ولو كانت تلك الحصى كبيرة  
 لا مكان تكبيرها بجفت او باحدى الالات المعدة لتفتيت الحصى وأما  
 اذا كانت فوهتها ضيقة جدا فيلزم توسيعها بأحدى الوسائط المذكورة  
 فى حصر المحشفة الا ان الشق يكون هنا بأرادة الجراح فله فعلة من الظاهر  
 الى الباطن لأن الحصى تكون مستندا ووقاية للمحشفة من الحدش

\* (فى اختناق القضيب بالاجسام الغريبة) \*

كثيرا ما يشاهد أن بعض الاشخاص يشد على قضيبه نحو شعرة أو يدخله

في حلقة معدنية واكثر ما يكون ذلك في ابتداء الشباب حيث توجد الغلظة ويشتد الشبق 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 بالبزل والتشريط لينكشف هذا الجسم فتعلم حقيقةه فان كان من مادة سهلة القطع كفي في قطعه المشريط أو المقصر وأما اذا كان نحو حلقة معدنية فيضطر في قطعه الى المبرد والمنشار أو الى كائنتين 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 يتفقد بينه وبين الحلقة مجس قنوى وبالجملة ينبغي ان تكون العملية على مقتضى الاحوال ويلزم في اطلاق القضيب من الاحتناق الرفق وخفة اليد في العمل ما يمكن اذ بدون ذلك قد تحصل الغنغرية

\* (في عملية بتر القضيب) \*

كيفية هذه العملية ان يستلقي المريض على ظهره مثني الفخذين على الخوض كما في عملية الحصىة ثم يجذب احد المساعدين جلد القضيب الى جهة العانة جذبا خفيفا جدا فيمسك الجراح القضيب من الجزء المريض ويقطعه مرة واحدة بعيدا عن الآفة بسننتر وأعلم ان الجسمين الجوفين يتكمشان عقب هذا البتران كما شاهدنا في جذب الجلد المغطى للجرح عنه حتى ينكشف لتربط الاوعية النازفة ثم يوضع في قناة مجرى البول مجس فيثبت فيها ثم يخذل الجرح تضميذا بسيطا فان تضايقت فوهة هذا المجرى بعد الاندمال لزم توسيعها بأن يوضع فيها على التعاقب مراديزاد في غلظها تدريجا كما يستعمل للمسوحين ثم أعلم ان من الجراحين من اختار أن يوضع في القناة قبل اجراء هذه العملية مجس من الصمغ المرن فيسترمع القضيب دفعا للصعوبة التي يكابدها الجراح في ادخاله بعدها الا انه متى كان الجراح متقنا للتشريح الجراحي فادخله بعدها اصوب لثلاث تنعلت القطعة التي تبقى منه فتدخل في المثانة فتحوج الى عملية اخرى

## \* (في عملية التصاق القلفة بالمحشفة) \*

أعلم انه متى كان التصاق القلفة بالمحشفة جزئيا أى قليلا كفى فصل كل منهما عن الاخرى بشرط أو مقص ثم وضع شريط من القماش بينهما مانعا لعود التصاقهما وحرصا على اندمال كل منهما على حدتها لا سيما ان كان الالتصاق لم يصل الى موضع انعطاف الغشاء المخاطي وأما ان كان كليا بحيث يمنع من الوطاء فلا تفيد فيه هذه الطريقة بل يعود قهرا عن الجراح فيتعين غيرها كطريقة الجراح (ديقنباخ) وهي ان ترفع الحلقة المقدمة من القلفة ان كانت مجاوزة للمحشفة قطعاً طويلاً فان كانت هذه الحلقة ملتصقة بها أيضا لزم ان يبدأ بفصل هذا الالتصاق فصلا حلقيا في سعة كافية ليتمكن 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 وافرّة 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 المخاوي المشام لها بالوريقة الباطنة الى ما وراء بروز المحشفة بأربعة خطوط أى ثلث فيراط بحيث يتحصل من ذلك شبه غمد خالص بكليته من سطحه الباطن ثم يشرع في قطع الجزء الذي يبقى من القلفة ملتصقا بالمحشفة بان يشقه على طول سطحه الظهري ويسلخ شرائحه بجفت أو مقص وأعلم ان البطانة قد تكون جاسية بحيث يباغ ~~سماكها~~ سماك قطعة رقيقة من الورق المقوى في كشف المحشفة بالكليّة ثنى الظهارة الى الباطن بحيث ان سطحها الدامي يقابل بعضه بعضا في جميع سعته وتكون حافتها المخالصة ملاصقة للنسيج المخاوي من القضيب من خاها بروز المحشفة فتصير المحشفة مغطاة بالسطح البشري الذي يستحيل التصاقها به ثم تحفظ هذه الاجزاء على هذا الوضع بأن يلف عليها اخبطة تخينة من القطن المدهون بالغيروطى حوالى القلفة الجديدة والقضيب ثم توضع عليهما الكمادات الباردة الى اليوم الثالث أو الرابع فيجدد الجهاز ويحقن بين المحشفة والقلفة الجديدة بعد كل ساعة ماء ابيض لتلاصق في السطح الباطن منها سيج

وأعلم ان الالتحام يتم من اليوم الثاني عشر الى اليوم الخامس عشر لكن

ينبغي استدامة المحقن بعد ذلك الى ان تغطي الحشفة بقشرة بشرية ولما جرى الجراح (ديفتياخ) هذه العملية شاهد في بعض من اجراها له بعد مضي مدة من الزمن استطالة القلفة الجديدة ومشايتها للقلفة الخلقية مشابهة تامة 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 المختان من الامم فان وجد الجراح قلفة من يريد ختانه ملتصقة بحشفته اجتهد اولاً في فصلهما بان يدخل بينهما نحو مسبر فيديره حوالى الحشفة ويفسخ القلفة عن الحشفة يدفعها الى الخلف بقوة لتتخلص منها الحشفة بالكليّة وهذا بالنسبة للاطفال لان الالتصاق يكون فيهم غير متين فان كان المختون كثيراً والالتصاق متيناً بدأ بفعل المختان ثم فصل بطانة القلفة الملتصقة بالحشفة بان يشقها على طول كل من ظهر الحشفة ويطنّها ثم يسلخ الشريحتين فيقطعهما لكن يلزم قبل اجراء هذه العملية اخبار اولياء المختون 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 الخاوي تحت الجلد فتسمى بالقيلة المائية الرشحية وبأوزيما الصفن واما في الطبقة الغمدية فتسمى بالقيلة المائية الغمدية وهي انواع فمنها المستطرفة بالبريتون عند عدم انسداد قناة الاستطراق بينه وبين هذه الطبقة وتسمى بالقيلة المائية الخلقية وهي في هذه الحالة عبارة عن ورم اسطواني ممتد الى العليا تحت الحلقة البطنية بالضغط عليه يتدفع السائل نحو البطن ويعود الى التجويف الغمدى متى ارتفع هذا الضغط وهذه الحالة تكون احيانا محبوبة بفتق خلقي أو متكيس وقد يكون كل من التمجج والشفاقيه غير واضح لثخن الطبقة الغمدية كما ان هذه الطبقة قد تكون ملتصقة بالخصية أو بالبرنج أو بالمجبل المتوى فيتغير بذلك شكل الورم وأءلم ان شكل الصفن يكون في القيلة المائية الغمدية على العموم كثيراً

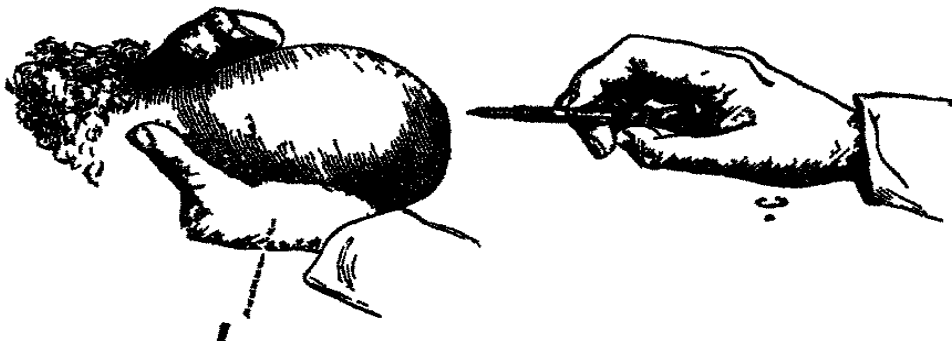


وهذا الشكل هو الذي يشاهد بخصوصه في الاطفال وأما شكله في غيرهم فيختلف كثيرا بسبب انسداد قناة البريتون أو عدمه والالتصاقات التي قد تحصل بين الطبقة الغمدية الخصبية والطبقة الغمدية الصفنية ومتى كان الجزء السفلي من الغشاء المصلي أى الطبقة الغمدية ملتصقا كان تجمع السائل في الجزء العلوى

\* (في القيلة المائية الغمدية) \*

هذا الداء يعالج أما بالنزل ثم الزرق وأما بالشق وأما بالقرض وأما بالخزم وأما بالكي وأما بغرز الأبر الكهربية فاما النزل ثم الزرق فكيفيته ان يستلقي المريض على طرف فراشه فيبحث الجراح عن موضع الخصبية والغالب ان تكون في الجزء الخلفى السفلى من الورم وقد تشاهد في جزئه المقدم أما خلقة أول سبب آخر مجهول وأيا كان يعرف يجلسها باللس وبالبحث باليد وبالشفافية في بعض اجزاء الورم فتى تحققه الجراح قبض بيده اليسرى على الجزء العلوى من الورم قبضا جيدا بحيث انه يتوتر (شكل ٥٢) ثم ياخذ بيده اليمنى ميزلا سهمه متحرك في الانبوبة حركة

(شكل ٥٢)



تامة مدهونا بالزيت ويضع سبابته بعيدا عن طرف الماسورة بقيراط الأربعة مع تثبيت الطرف الكبير منها بأبهام هذه اليد وقائدة وضع سبابته على الانبوبة هو تحديد المقدار الذي يدخل من الآلة أتقاء لأصابة الخصبية ثم يبط الورم في جزئه السفلى مع الاحتراس من اصابة الاوردة لثلاثترب بعد العملية ومتى احس 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 الحاملي لئلا تدخل مادة الحقن فيه  
 فتغثغه ومتى تحقق الجراح خروج جميع السائل زرق في تجويف هذه  
 الطبقة فليلا 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 الدباخلون أو الخبز  
 المصنع ويعاق الصفن في كيس فتي حصل الالتهاب أمر المريض بان يضع  
 عليه اللب الملبنة 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 الاقدم منه بمشرط محذب شقما مستطيلا  
 ويشق بعده جميع الاجزاء طبقة فطبقة حتى يصل الى التجويف الغمدى  
 فيمد الشق الى الجزء الاكثرا نحدا رامنه ولاجل ذلك يستعمل المشرط  
 ذا الزر تحفظا من اصابة الخصية وأوعية الحبل المنوى ثم يجعل في الجرح  
 فليلا من الذسالة لتتكون الازرار اللحمية ويجعل الصفن في نحو حفاظ  
 او كيس

أو أما القرص فكيفيته ان يقطع الجراح جزأ يبيضا مشتملا على جميع طبقات  
 الصفن او يشق أولا الصفن شقما مستطيلا يصل به الى السطح الظاهر من  
 الطبقة الغمدية فيفصلها بسلخ متقن عن طبقات الخصية ومتى فصل بالسليخ  
 ثلاثة ارباعها قرصها بالمتص أو بالمشرط

وأما الخزم فأول من فعله الجراح (بوت) الذي عرف ان سبب شفاء القبلة  
 المائية هو التهاب السطح المصلى من الطبقة الغمدية اذ بواسطته تلتصق جدرها  
 وكيفية الخزم ان يتغذ 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 اقتضاء الحال حتى يصل الى تجويف الطبقة الغمدية

\* (تنبيه) \* اجود الطرق في شفاء القيلة المائية هو البط مع الزرق وهو اكثرها استعمالا في زمننا هذا واجود الزروقات هو صبغة اليود

## \* (في القيلة المائية الخلقية) \*

هذا النوع من القيلة المائية عبارة عن مادة مصلية تجتمع في الطبقة الغمدية المستطرفة الى البريتون والفرق بينها وبين القيلة 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 واما بعد ان تأتي اليها من البريتون وتعالج بطريقتين احدها مطريفة (فيجري) وهي ان يستلقي المريض على ظهره على وضع به تسترخى عضلات البطن فيضغط الجراح الورم ليدخل السائل المتكونة منه القيلة في تجويف البطن ثم يحزم المريض بحزام فتق ليضغط الفتحة الاربية فيسدها ويمنع المادة المصلية من النزول ثانيا فتلتصق جدران الطبقة الغمدية حذاء الضغط

والثانية طريقة (دسولات) وهي ان يبدأ بيزل الورم لاجل اسنفراغ 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 الاصبوب ان توضع على الفتحة الاربية وسادة صغيرة أو رفاة تدريجية احتراسا من نزول فتق أو نفوذ جزء من مادة الزرق التي تبقى في التجويف الغمدى الى البريتون فيحصل عن ذلك التهاب بريتوني

## \* (في عملية فيلة الحبل المنوى أي القيلة المتكيسة) \*

يشاهد هذا الداء في الاطفال وفي الشبان كثيرا والغالب ان يكون مجالسه

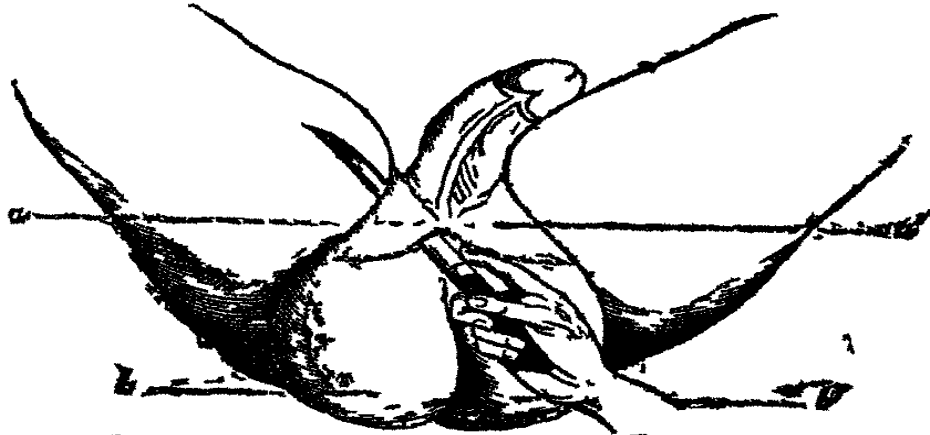
وسط الجبل المنوى في جزء من القناة التي تكون واسطة استطراق بين التجويف الغمدى وبين البريتون ثم ينسد كل من اعلاها واسفها ولا يبقى منها الا الجزء الذى يجتمع فيه السائل المصلى واصوب ما تعالج به هذه القبلة هو الشق وأما البزل فتحشى منه أصابة الاوعية المتكون منها الجبل المنوى وسعى الالتهاب الذى يحصل عادة عن مادة الزرق الى البريتون بسبب قربه وكيفية الشق هنا ان يشق الجراح الجلد وما تحته من الانسجة طبقة طبقة مع الاحتراس التام من أصابة الجبل المنوى وعندما يصل الى الطبقة الغمدية يشغها ويقرض من الجزء المقدم منها شيئاً يسيراً ثم يحشو الجرح بالنسالة فيواسطة التعج وتكون الاضرار الالحمية تلتصق بالجدر بعضها ببعض فيمتنع الارتشاح

\* (تنبيه) \* متى كانت القبلة مصحوبة بفتق سهل الرد فيرده الجراح أولاً في تجويف البطن ثم يأمر مساعداً بالضغط على العتجة الاربية الظاهرة لئلا يعود ثانياً ثم يفعل البزل والزرق كالعادة وبعد انتهاء العملية يضع للمريض حزام فتق لتلتصق جدران الطبقة الغمدية بعضها ببعض والاصوب متى كان الفتق سهل الخروج ان يستديم المريض وضع هذا الحزام فان لم يمكن رد الفتق 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 لتلتهب جدران التجويف الغمدى فان كانت هذه الالتصاقات شديدة المتانة اكتفى بشق الورم واستفراغه من السائل ثم جعل الصفن في علاقه

\* (في عملية داء العيل الصفنى) \*

كيفية هذه العملية ان يرقد المريض على طاولة كما في عملية الحصاه ثم ان كان حجم الورم عظيماً جداً وضع تحته كرسي ليكون له مجلواً والا اكتفى في ذلك بمساعد وبعد ذلك يبحث الجراح عن حالة كل من الخصيين والقضيب فتى وجد الخصيين غير ملتصقتين بالورم دفعهما الى العليا نحو الخلفتين الاربيتين ووكل مساعداً بحفظهما في هذا الموضع حال العملية ثم اخرج القضيب من

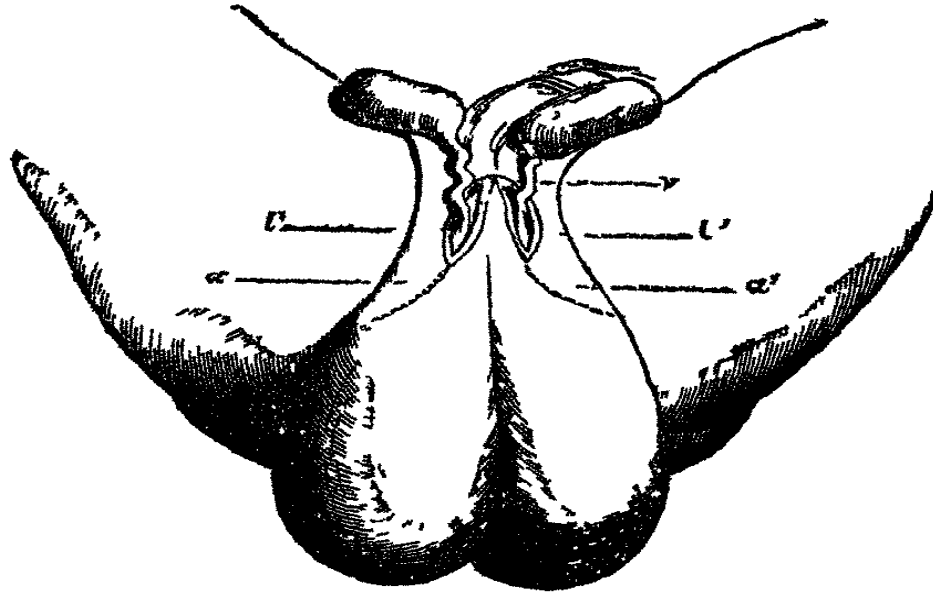
شبه الغمد الذي يوجد فيه ووكل بحفظه مساعدا آخر ثم يغرز في الورم عند  
اصل القضيب سكين بترذا حدين (شكل ٥٣) فتخرج سنه من الخلف  
(شكل ٥٣)



نزل به قليلا ففعل بهذه الكيفية شريحة كافية في تغطية النخسية بعد ذلك  
ثم فعل في الجهة المقابلة عند اصل القضيب أيضا شريحة أخرى لاتصل  
بالاولى فتكون هاتان الشريحتان صقنا جديدا للنخسين وينبغي ان تكون  
الشريحتان من الجلد السليم والاعاد الورم ثانيا وبعدها ابانة الورم بحيث الجراح  
في الجرح يحتاج جديدا فتى راجرا نخسنا ازاله اما بالمعص أو بالمشروط ثم يربط  
الوعية جميعها صغيرها وكبيرها ثم يغسل الجرح غسلا جيدا بالماء الهاتر ثم  
يضع النخسين في الصفن الجديدي ثم يضم الجرح أما بالخياطة المتقطعة أو  
الكتبية مع تركه في الجزء السفلي فتحة كافية لادخال فتيل لتخرج منها المواد  
وأما ان وجد النخسين ملتصقين بالورم فيلزمه ان يشق حذاء كل من  
المجولين المنويين شفاغا ترا (شكل ٥٤) يبتدىء به تحت القوس المتخذى  
يقراطين أو ثلاثة فتى انكشف له هذان المجعلان اللذان يعرفان بزرقه  
لون أو ردتها عزلهما عن ما يحيط بهما من الاجزاء من الاعلى الى الاسفل أما  
باصابعه أو بيد المشروط أو ان كان الالتصاق شديدا بجده ومتى وصل بهذه  
الكيفية الى النخسين عزلهما أيضا أما بالمشروط أو بالمعص لكن مع زيادة  
الاحتراس من اصابتها ثم يلفهما في خرقة ناعمة ويرفعهما على العانة ويوكل  
مساعدا بحفظهما في هذا القسم حال العملية ثم بعد جذب الجراح للقضيب  
من غده الى الخارج يشرع في فعل الشرائع

(٢٥٠)

(شكل ٥٤)



(تنبيه) متى كانت احدى الطبقات الغمدية فم سائل وجب على الجراح استفرغها منه بالبط بالشرط ثم قرص من جزء صغيراً وكبيراً من هذه الطبقة على حسب التغير

ثم اعلم انه متى كان في الطبقة الغمدية سائل لم تكن الخصية في الجزء السفلي فلا يكون الحمل المنوي كثيراً الاستطالة فاذا كان من الواجب دائماً ان يبحث الجراح قبل فعل هذه العملية عن الخصيتين وأن وجدهما ملتصقتين فعل الشقوق حذاءهما وعزلهما مع الحملين المنويين من الاسفل الى الاعلى والا اجري العملية كما ذكرناه

فان كانت احدى الخصيتين مصابة بتغير ما كالاسكر أو الادرن لزم ازالتهما بعد ان يربط الحمل المنوي ربطاً جيداً

وان كان جميع جلد الصفن والقضيب فاسداً وجب ازالته واتخاذ غلاف آخر للقضيب من جلد العانة وصفن جديد من جلد الجهة الانسية من الفخذين

ثم اعلم أيضاً ان الورم الفيلى يمكن اصطحابه بفتق اربي فيجب قبل العملية رده الى البطن وضغط القناة الاربوية لتلايخروج حال اجرائها وبعد أن يشق الجراح حذاء الحمل المنوي المقابل للفتق شقاً يفتح الكيس الفتقى ويقرص

جداره المقدم الى قريب من الحلقة ويقرب حافنيه احدهما من الاخرى  
ويضمهما بواسطة بعض غرز خياطة غير مشدودة والاصوب ان يربط الكيس  
الفتقى بالقرب من الفتحة الاربية  
وقد احرث عملية داء الفيل المحبوب بالفتقى الاربي بالكيفية التي شرحتها  
فصل الشفاء

وينبغي لنا ان ننبه على ان من الواجب ان يوضع للمريض عقب العملية حزام  
فتقى أو تضغط الفتحة الاربية برفا ئد درجية ضغطا جيدا والحزام هو الوجود  
واذا رآ الجراح انه لا يمكن اخراج القضيب من عمده الذي تكون عن انقلاب  
جلد الصفن المريض الى الداخل لزمه ان يخلصه من هذا الجلد بأن يشق شقا  
مستعرضا محاذيا لطرف الحشفة يوصله من الجانبين بالشقين اللذين فعلهما  
لكشف الجبلين المتويين لكن يجب عند فعل هذا الشق التحرز من  
اصابة الحشفة فان عشى حصول هذا المخطر شق هذا الغمد من فوهته الى  
قرب الحشفة بمقص متين ثم صالب بين الطرف العلوى من هذا الشق وبين  
الشق المستعرض

\* (في عملية سرطان الخصى ودرئها) \*

قد تسهيل الخصية الى حالة درنية أو سرطانية  
واكثر ما تعالج بالخصاء وله طرق عديدة منها الطريقة المعتادة  
وكيفيتها ان يستلقى المريض على ظهره متباعد الفخذين ومثنيهما مثبتتين  
بواسطة مساعدين وبعد حلق شعر العانة والصفن يوكل الجراح مساعدا  
بمحافظة القضيب وتغطيته ويقف هو في الجهة المقابلة للخصية المريضة ثم يمسك  
الورم من سطحه الخلقى بيده اليسرى ويأخذ بيده اليمنى مشرطا محذيا يشق به  
في الجزء المقدم شقا يعتمد من الحلقة الاربية الى الجرح السفلى من الصفن  
أو بالعكس ومتى شق الجلد والطبقة العضلية الظاهرة والطبقة الليافية  
الظاهرة والعضلة المعلقة والطبقة الليافية الباطنة فان الجبل المتوى ينكشف  
فيعزله عما يحيط به عزلا جيدا ويربطه كله رباطا جيدا ويقطعه من تحت المحل  
المربوط ثم يعزل الخصية عن ما يحيط بها من الاجزاء ويستأصل من هذه  
الاجزاء ما كان تحميها التلايعود المرض ثانيا

هذا ومن الجراحين من يفعل الشق في الجهة الخامية انحاء للندبة  
ثم يتظف الجرح وتربط الاوعية النازفة ويضم الجرح بالخيساطة 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 شيئاً فشيئاً وكلما قطع شيئاً منه فنزف  
ربطه قبل ان يقطع شيئاً آخر وهكذا حتى يأتي عليه كله  
وعند ما يكون السرطان ممتداً الى جلد الصفن 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 ينهي العملية بما ذكرناه  
في الطريقة المعتادة

(مسئلة فقهية) لو خصى رجل فانت زوجته بعد خصائه بعشرة شهور بمولود  
فهل يكون ذلك المولود لمحقابه

والجواب حيث ان مدة الحمل قد تزيد على تسعة شهور فالمولود لمحقق به شرعا  
واعلم ان المتني المنفرز قبل الخصاص قد يتخزن في الحويصلين المنويتين فيمكث  
فيهما بعده فتي جامع هذا المخصى اندفع ذلك المتني في الرحم فحملت منه المرأة  
فبكون الولد منه

ثم اعلم ان الخصاص قد لا يمنع من الانعاط أي انتشار الذكر ومع هذا تكرر  
الحمل بعده موقعا في المتظة

### \* (في الغيلة الدوائية) \*

(تشرح جراحی) أعلم ان الحبل المنوي مكون من عدة أوعية يلزم ان يعرف  
الجراح مجاورات بعضها لبعض ليتمكن من علاج هذه الغيلة بعملية جراحية  
فاما الاوردة فقد يختلف عددها من خمسة الى ستة وتكون محيطة بالشريان  
المنوي فلا بد عن ربطها أو ضغطها بواسطة جفت ان يكون هذا الشريان  
معها وأما القناة الناقلة للمني فهي خلف الاوعية المنوية وتعرف بقوامها  
وبانزلاقها تحت الاصبع



وأعلم أيضا ان الشريان المنوي يتصل بالشريانين الخيائين الظاهرين ولهذا  
قد تجد الدوزة مع انسداد هذا الشريان بل مع فقد  
(كيفية العمل) تعالج القبلة الدوائية بعدة طرق منها طريقة (بريشيه)  
وكيفيتها ان يعزل الجراح القناة الناقلة للتي بسبابة يده اليسرى وابهامها  
فيوكل بها مساعدا ثم يقبض الكتلة الدوائية بجفت (بريشيه) ثم يجمع  
فرعيه بواسطة اللواب 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 تحت ما بين فخذه وثبتت الجفت  
باربطة تثبت في حزام يحيط بحوض المريض وأعلم انه لا يتم الالتحام الا بعد  
شهر أو شهر ونصف

هذا وقد نوع الجراح (روير) 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 شفى الجرح متى سقط الجزء الميت ليلتحمما بالقصد  
الثاني

وأما طريقة الجراح (شاسنيك) فكيفيتها ان يجذب الجراح الكتلة  
الوريدية مع ما فوقها من الجلد فيجعلها في عروة آلتها المسماة بالمهراس  
المخيطي ويضغطها بها حتى ينقطعما

وأما طريقة الجراح (فيدال دو كاسيس) فهي ان يتخذ خلف الاوردة الدوائية  
ابرة مستقيمة فيها سلك من الفضة ويتخذ امامها ابرة اخرى مثلها فيها سلك من  
الفضة أيضا ثم يجمع طرفا السلكين فيلويهما مع التالف هذه الاوردة على  
السلوك فتضغط منها عدة محال ثم يوضع على جلد الصفن بين طرفي السلكين  
رباط ملفوف ويجمع طرفا السلكين فيلويهما 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 الدوائية عن القناة

الناقلة للني كما تقدم في طريقة بريشه ثم يمد في الصفن خاف هذه الاوردة  
ابرة في سمها طرفا خيط بحيث يصير هذا الخيط شبه عروة ثم ابرة اخرى غير حادة  
امامها لئلا يلمس ان تدخل الثانية من الفتحة التي خرجت منها الاولى  
وان تخرج من الفتحة التي دخلت منها الاخرى لان كون العرونان 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 الصفن لكنها اقل نجاحا  
من طريقة تي (بريشيه) و (فيدال) لعدم انضغاط الاوردة والدوائية بها في عدة  
مواضع

هذا وقد اخترع الجراح الانجليزي (لي) لمعالجة القيلة الدوائية طريقة جيدة  
وهي ان تعزل القناة الناقلة للني ثم يمد في الصفن وخلف الاوردة دبوس ثم  
يوضع تحت هذا الدبوس خيط متين فيام عليه كما في الخياطة الكتيبة متضغط  
هذه الاوردة ثم يمد دبوسا آخر تحت الدبوس الاول او فوقه خلف هذه  
الاوردة ايضا ويفعل به ما فعله بالاول فتصير هذه الاوردة منصغطة في نقطتين  
مختلفتين فيدخل بينهما السكين المعروف بقطع الاوتار فيقطعها من تحت  
المجدد وهذه الطريقة في غاية السهولة والجودة فان المريض يمكنه ان يدع  
فراشه بمضي يوم من اويومين لكن يلزم بعدها ان يوضع الصفن في كيس

### \* (في القيلة الدموية) \*

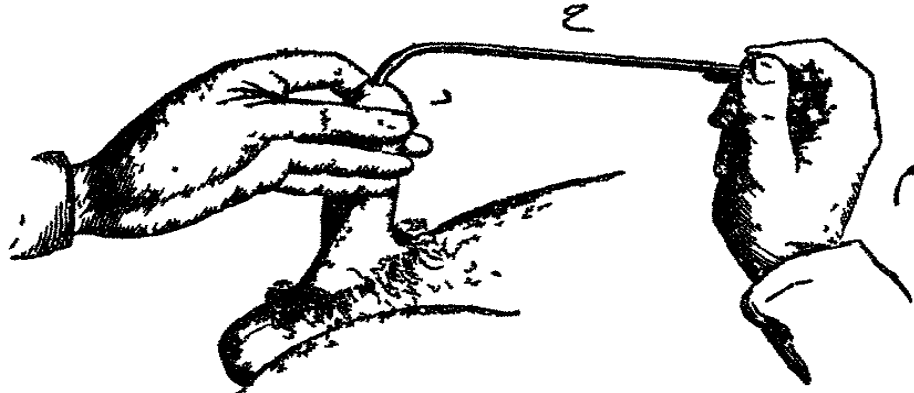
القيلة الدموية عبارة عن دم يندكب في الطبقة الغمدية وتحصل اما عن رض  
الصفن واما عن عملية جراحية فعلت فيها كما قد شاهد ذلك عقب عملية القيلة  
المائية لاصابة بعض الاوردة المتوزعة على السطح الظاهر والباطن منها  
بسبب الآلة عند البط أو لاصابة بعض اوردة جسم الخنصية عند ذلك أيضا  
وقد شوهد حصولها من تمزق عروق الصفن أو الخنصية ثم ان معالجة هذه  
القيلة تختلف باختلاف الاحوال فحي كان الدم المنسكب لم يزل ساثلاما  
كونه غير قابل للامتصاص ولم تكن هناك اعراض التهاية لزم ان يستخرجه

الجراح بالبطن فأن عاد الانسكاب اعاد البطن بعد استخراج جميع الدم يزرق في الطبقة الغمدية ماء فاترا ويرجسه فيها ليغسلها به ويكرره هذا الغسل وبعد ذلك يزرق صبغة اليود كما في الميله 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 يعمد من احد الشقين في الآخر شريطا من القماش يكون بمنزلة خزام فان ظهرت للجراح الاعراض الالتهابية الدالة على التقبج لزمه ان يشق الطبقة الغمدية شقا متساويا ينزله الى الجزء السفلى من الصفن محترزا من اصابة المحصية لثلاي تخزن الصديد ثم يغسل الجرح بالماء الفاتر ويزيل ما يوجد فيه من الدم المتجمد ويحشوه بالنسالة وأما اذا كان الانسكاب الدموي قديما وصارت القيلة الدموية مزمنة وتغضرت الطبقة الغمدية فهذه الحالة يلزم فيها الشق أيضا وتنظيف التجويف من جميع الدم المتجمد وقرص جزء من الطبقة الغمدية صغيرا وكبير بعد عزلها عن بقية طبقات الصفن بواسطة الاطراف مع الجمع ثم حشوا الجرح بالنسالة ليتقبج 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 بالقسطير المعدنية فهي ان يستلقي المريض على ظهره بالقرب من حرف سريريه مثنى الساقين والفخذين انثناء خفيفا لترتخي عضلات الجدار المقدم من البطن ثم يقف الجراح في الجهة اليسرى ويأخذ بيده اليمنى مجسامن الفضة أو من معدن غير هامد هونا بالزيت أو بالمرهم فيمسكه من نحو طرفه الغليظ ويمسك بوسطى يسرى يديه وينصرها القضيبي فيفتح بسايتها وابهامها فتحة المحشفة ثم يدخل طرف المجس 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 يجهد عن طريقه الى طريق آخر حتى وصل طرفه الى القوس العسافي ازالقه تحته برفق بحركة امالة 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 ويخرج البول من المثانة وتتحرك طرف القساطير الى جميع الجهات

وأما القساطير المرنة فهو عبارة عن نسيج مطلي بدهن بزرا الكان وهو المعروف بقساطير الصمغ المرنة

وكيفية القسطرة به ان يدخل فيه سلك مقوس كتقوس القساطير المعدني ثم يدخل في قناة مجرى البول حتى وصل الى المثانة اخرج منه هذا السلك وتمكن القسطرة به بدون وضع سلك فان وجد الجراح في ادخال القساطير عسر الزم 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 تضايقي مجرى البول) \*

أعلم ان هذا التضايقي اربعة انواع عرضي واختلاجي والتهابي وعضوي فاما التضايقي 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 التضايق الالتهابي فيحصل عقب حصول حالة التهابية في الغشاء المخاطي من هذه القناة وأما التضايق العضوي فسيبه اما تكون لينفا تكون في النسيج الاجوف من الجسم الاسفنجي وأما انقباض الالياف المتكون منها هذا النسيج ويمكن حصوله في جميع الجزء الاسفنجي من قناة مجرى البول واغلب ما يشاهد في القسم البصلي ويجب قبل معالجة كل من هذه الانواع ان يتحقق الجراح وجوده ومجلسه وطوله وعدده بان يدخل في مجرى البول قساطير مجوفة من الصمغ المرن عمرة (٦) مدرجا من الظاهر بعد ان يدهنه بالزيت فيدفعه برفق حتى يصل الى المضيق فيقف هناك فينتظر في القساطير الدرجة التي حازت فوهة الاحليل ليعرف غوره وهذا كاف للجراح غالباً فتي تتحقق وجود التضايق لزمه ان يعالجه باحدى ثلاث التوسيع والشق والسكي

فالتوسيع قسمان تدريجي ودفعي

وكيفية التدريجي ان يدخل في مجرى البول قساطير رفيعة من الصمغ المرن ويدفع حتى يجاوز محل التضايق ويثبت فيه زمنا طويلاً أو قصيراً على 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 أيام أو ثمانية انتظاراً لزال ما يحصل عن القسطرة التي قبله من الاعراض الالتهابية ويلزم في ادخال القساطير ان يكون بغاية الرفق المجرد عن العنف ومن القساطير ما يكون في طرفه بريمة فتي وصلت الى موضع التضايق لو يت حتى تجاوزه

ومتى تتحقق الجراح دخول النمرة التي اختارها بسهولة فعليه ان يدخل النمرة التي بعدها وهكذا حتى يزول التضايق

وأما التوسيع الدفعي فهو منسوب الى الجراح (مايور) وهو مؤسس على

كون المجسات الغليظة لا تحيد عن طريقها حال مرورها في مجرى البول بخلاف الرفيعة ولذا اتخذت مجسات معدنية قطار رفعا (٥) مليمترا و قطر غلظها ( ١٠ ) يدخاها واحدا فواحد بالاكيفية المعروفة الا انه يجاوز محل التضايق فورا

وقد استعمل الجراح (بريف) لهذا التوسيع مجسا مخصوصا وهو عبارة عن قطعتين متطابقتين تكونان على شكل الجرس الرفيع المعتاد فتدخلى داخل المجرى وجاوزا المضيق ابعدا عن بعضهما نحو (٦) مليمترا أو (٨) دفعة واحدة وأما الشق فيفعل بالآلات مخصوصة شبيهة بالقساطير في جانب الواحد 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 أولا 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 غمده ثم يجذبها الى الامام فينقطع محل التضايق فان اكتفى بذلك اخفى السهم في غمده واخرج الآلة وان لم يسكتف دفعها نحو المثانة ويكرر ذلك حتى يصير السهم يتفقد في جميع اجزاء التضايق بسهولة فيدخل في القناة مجسا غليظا جادا للتلايعاودها الضيق فيثبتته ويتركه يومين أو ثلاثة ثم يخرجها فيستبدله بأخر اغلظ منه

وأما الكي فاكثرا لكاويات استعمالا في معالجة هذا التضايق هو اوزونات الفضة وكيفية علاجه به ان يوضع في حاملة الكاوي المنسوبة الى الجراح (اللمان) ثم تدخل هذه الآلة في المجرى فتدخلى جاوزت التضايق ضغط الجراح الزل الذي في طرفها الظاهر فتخرج القطعة المقعرة المملوغة بالكاوي فيجذب الآلة الى الامام لينكوي التضايق وقد اوصى الجراح الانجليزي (سايم) بان تعالج تضايقات قناة مجرى البول بأن تفتح وراء المضيق فتحة

وكيفية ذلك ان يوسع أولا المضيق ثم يلقى المريض على فراشه عرضا بحيث تجاوز مجريته حرف فراشه فتثنى ساقيه ونفخاها ويوكل بضبطه على هذا الوضع

مساعدون فيدخل الجراح في الجرى محرّافاً قنويا ويده حتى يتجاوز المضيق فيوكل مساعداً بتثبيتته هنالك ويأخذ هو مشرطاً مستقيماً فيشق به في عضرط الجحان شقاطوله<sup>(٣)</sup> ستنجتر طرفه المقدم اقرب الى الصفن من طرفه الخلفي الى الاست يأتى به على كل من الجمد والتسيج الخلوى وعضلة (ويلسون) وبصلة الجرى والغشاء المخاطى فان تعذر على الجراح ادخال المحراف القنوى الى ما وراء المضيق لزمه الالتجاء الى المعارف التشريحية ليعثر على الجرى فيفتحها

\* (في معالجة النواصير البولية) \*

أول ما يلزم في معالجة هذه النواصير هو ازالة العائق المانع مجريان البول من القناة الطبيعية وذلك باستعمال الوسائط التي اسلفناها في معالجة التضائقات ثم منع نفوذ البول من القناة الناصورية بأن يوضع في المثانة مجس مستمر لكن يلزم ان يعرف ان البول قد يميز في بعض الأحيان بين المجس وبين جدران القناة البولية وان المجس المستمر بما سبب التهاب كل من قناة مجرى البول ومن المثانة ولذا كان الاصوب قسرة المريض متى اراد البول ثم اخراج القساطير لاستمراره وتركه مفتوحاً ليسيل منه البول كلما وجد كما اوصى بذلك بعض الجراحين والغالب شفاء النواصير البولية التي فتحها الباطنة ضيقة من نفسها بهذه الكيفية وأما التي فتحتها الباطنة واسعة فيضطرف في معالجتها الى استعمال احدى هذه الطرق أما فعل فتحة في الجحان ليخرج البول منها الى ان يبرأ الناصور وهذه هي طريقة والدى رحمة الله عليه وأما الخياطة المرودية بعد ادماء حافات الناصور وأما ترقيع مجرى البول وأما شق القنوات الناصورية جميعها على المجس القنوى وقص الحافات الجاسية ثم وضع فتيل في الجرح وأما السكى بالمحديد 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 مائلاً لجميع سعة القناة البولية وكل من هاتين المحالتين المختلفتين تستدعي عملية غير التي تستدعيها الاخرى اذ الحالة الاولى يمكن فيها اخراج الجسم الغريب من فتحة المحشفة 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  
مطبقة حتى يلامس ذلك الجسم فيدفع الساق الذي فيه فينتفخ فرطاه 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 ويستخرج بها هذا  
الجسم

فان لم يمكن اخراج الجسم الغريب من المجرى بواحدة من هاتين الآلتين  
لكبره لزم الشق عليه ان كان بارزا تحت الجلد بعد ان يثبت الجراح بسبابة  
وابهام يده اليسرى ويلزم في هذا الشق ان يكون على حسب طول قناة مجرى  
البول وكافي في خروج هذا الجسم بلا رد لشفتي الجرح

### \* (في عملية بط المثانة) \*

هذه العملية تفعل من ثلاثة مواضع من الجحان ومن المثانة ومن المستقيم  
فكيفية البط من الجحان ان يستلقي المريض على فراشه مثنى الفخذين على  
المحوض كما في عملية المحصاة ومثباتا على هذا الوضع بواسطة مساعدين فيضغط  
مساعدا آخر المثانة من القسم الختلي ضغطا خفيفا ليندفع البول الى الاسفل  
لتتمدد المثانة هنالك فيقف الجراح بين فخذه ويدخل بسبابة يده اليسرى  
في مستقيم المريض فيضغط ببطنها السطح السفلي من البروستاتا ثم يأخذ بيده  
اليمنى مبزلا مستقيما فيغرسه وسط خط موهوم ممتد من المحدة الوركية اليسرى  
الى العنصرط الجحاني امام فتحة الاست بنصف سنتيمتر وفي اتجاه منحرف من  
الاسفل الى الاعلى ومن الخلف الى الامام وفائدة وضع الاصبع في المستقيم  
هي اهتداء الميزل عليها ومنع اندفاعه كثيرا الى الخلف فتى احس الجراح  
بزوال المقاومة وامكان تحريك الميزل الى جميع الجهات انخرح السهم من



الماسورة فسال منها البول ثم اذا تعذر وضع قساطير في المجرى ثبتت  
الماسورة في الجحان الى زوال احتقان المجرى المسبب عن انضغاط ما في  
الحوض من الاوعية بسبب امتلاء المثانة بالبول

\* (في البط المختلى) \*

كيفية هذه العملية ان يستلقي المريض على فراشه ما دارجليه ثم يقف الجراح  
في الجهة اليمنى فيوتر جلد القسم المختلى بيده اليسرى ثم يغرز في الخط الابيض  
فوق ارتفاق العانة باثنين سنتيمتر من الاعلى الى الاسفل ومن الامام  
الى الخلف في دفعة واحدة ميزلا مستقيما أو منحنيا ثم يخرج السهم ويثبت  
الماسورة أو يخرج كلا منهما على ما تقتضيه حالة مجرى البول من سهولة  
ادخال المجس منها وعدمه

\* (في بط المثانة من المستقيم) \*

كيفية ذلك ان يوضع المريض كوضعه عند بطها من الجحان فيدخل الجراح  
سبابة يسراه في المستقيم حتى يجاوز الحافة الخلفية من البروستاتا فتاحس  
بالبروز الناشئ عن امتلاء المثانة بالبول ازلق على اصبعه ميزلا معوجا بان  
يجعل تحديه الى الخلف وطرف السهم في الانبوبة لتلايخرج المستقيم عند  
دخوله فتى وصل به خلف البروستاتا دفع سن الآلة حتى يخرج من الانبوبة  
فيغرز في المثانة

(حكومة) بط المثانة من المستقيم خطر وربما حصل عنه ناصور مستقيمي  
مشافي وكذا بطها من الجحان فانه مظنة لاصابته واصابة الحويصلات المنوية  
والبريتون بخلاف بطها من القسم المختلى فانه الاجود والاصوب لقلّة خطره  
فهو الذي يجب الاستمرار على فعله اذ لا تخافه نواصير بوليه ولا تصاب معه  
اعضاء مهمة وبالجملة بط المثانة صار الآن نادرا فلا يستعمل الا في احتباس  
البول الذي لا يمكن معه ادخال القساطير في مجرى البول

\* (في انراج الحصاة من المثانة بالشق) \*

(في الشق الجحاني)

(تشرح جراحي) أعلم ان الجحان مثلث الشكل محدود من جانبيه بالافرع

الصاعدة الى المحدية الوركية والنازلة من العانة ومن الخلف بخط مستعرض  
 موهوم يضم المحبتين معاوقة هذا المثلث تقابل الارتفاع العاني وينقسم  
 من الامام الى الخلف بوزن خطى من الجلد يسمى بالعضرط  
 والاعضاء التي يجب على الجراح معرفتها هي من الخلف الى الامام وفي الخط  
 المتوسط عنق المثانة والبروستاتا والجزء الغشائي والجسم البصلي ومن الجانبين  
 المسافة التي بين الافرع الصاعدة من المحبة مع ما ذكرناه من الاعضاء  
 وأعلم ان موضع البروستاتا والخط المتوسط وهي محيطة بعنق المثانة وبالجزء  
 الجاورله من القناة البولية فلذا يسمى هذا الجزء بالبروستتي ويختلف حجمها  
 باختلاف السن فيكون بالنسبة للاطفال دقيقا وبالنسبة للشيخوخ عظيم جدا  
 وسطحها السفلي مقابل للمستقيم ولا تنفصل منه الا بواسطة نسيج علوى صفيق  
 خال عن الشحم وأما سطحها العلوى فهو مغطى بصفاق يحتلط بالصفاق  
 المحقوى العلوى وأما قاعدتها فمحيطة بعنق المثانة وقتها مقابلة لمبدأ  
 الجزء الغشائي من مجرى البول

ثم أن البروستاتا مغطاة من جميع جهاتها بصفاق يمنع الدم الذي يسيل من  
 جروحها ان ينتشر في البطن  
 وأعلم ان الغدة البروستتية وأن كانت عظيمة الكثافة جدا تمزق بسهولة  
 متى جرحت

وأمام الجزء البروستتي 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 لثلا يصاب حال العملية وهو مغطى بالعضلة البصلية الاجوفية  
 والعضلتان الوركيتان الاجوفيتان سائرتان على طول الفرع النازل من  
 المحدية الوركية والفرع النازل من العانة ومنهما يتكون الجانبان الوحشيان من  
 المثلث الجفاني ويتفرع من الشريان الاستحيائي الانسي فرع مستعرض يتجه  
 نحو هذا الجسم يعرف بالشريان البصلي ويتفرع منه أيضا الشريان الجفاني  
 السطحي الذي يتبع مسير الحافة الانسية من العضلة الوركية الاجوفية  
 وأما المسافة التي بين قناة مجرى البول وبين العضلة الوركية الاجوفية فهي

مشغولة بنسج خلوى

ثم انه ينبغي لنا قبل ان نشرح لك كيفية اخراج الحصاة من الجحان التنبيه على انه يشترط لذلك ثلاثة شروط مهمة جدا اولها الاحتراز من اصابة العروق ثانيها الاحتراز من اصابة المستقيم ثالثها احداث فتحة يسهل اخراج الحصاة منها فان ما يسيل من الدم بسبب العملية انما هو من الجسم البصلي أو من الشرايين والاوردة فلذا يوصون دائما بان يتبدأ الشق خلف الجسم البصلي ويتجه به الى الخلف والوحشية بانحراف تحرزا من اصابة هذه الاعضاء

هذا رمتي تحقق الجراح وجود حصاة في المثانة لزمه ان يعطى للمريض قبل العملية بيوم مسهلا وفي صبيحة يومها حقنة ملينة أيضا ليستفرغ المستقيم من المواد التقلية التي يكون معها مقمدا أو معرضا لاصابة الآلة ثم يلقى على ظهره فوق طاولة مرتفعة بحيث يكون وضع قطنه افقيا ورأسه مرتفعا قليلا وعجانه مجاوزا لمحرف الطاولة قليلا وبارزا الى الامام ونخذه منثنيتين على حوضه وساقاه على فخذه وذراعا مبدسوطتين في جانبي جذعه ويدها تنالان قدميه بحيث تكون ابهاماهما على ظهر قدميه وبقية اصابعهما تحت اخصيه ثم يثبت على هذا الوضع بواسطة مساعدين فقط بعد اعطائه مرقد الخضم أى الكلوروفورم أو شده يوثاق والاجود ان يكون هذا التثبيت برباط صليبي فانه اسهل

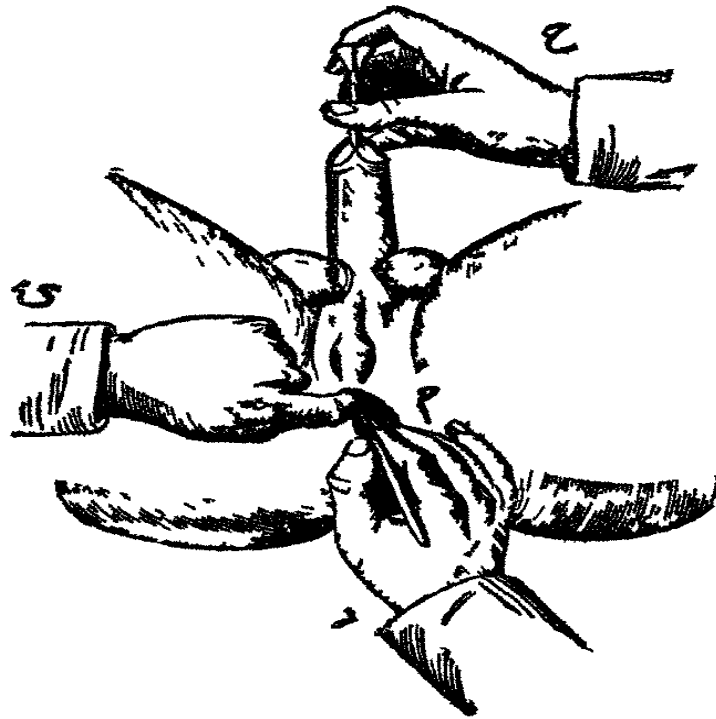
وأعلم ان عددا يلزم من المساعدين في هذه العملية خمسة اثنان منهم يثبتان الفخذين والساقين بأن يضع كل منهما ساعده المقلابل لرأس المريض على احدى الجهتين الانسيبتين من الركبتين مع الجزء المقدم من الساق ويضع يده الاخرى على بوع قدمها من الامام لا تحت الاخص لتلاير تكز عليها المريض وواحد يمسك القساطير ويقف عن يسار المريض ويشترط في هذا ان يكون جيد المعرفة بعملية الحصاة وواحد يقف خلف رأس المريض منقبعا لكتفيه ليمنعه من التأخر وواحد يقف عن يمين الجراح ليناولة الآلات ويشترط ان يكون هذا طرفا بترتيب الآلات ليناولة اياها واحدة بعد واحدة عند حاجته الى ذلك

ثم ان لعملية الحصاة بالشق الجحاني ثلاث كيفيات مختلفات الشق الجحاني

## الجانبى الوحيد والجانبى المزدوج والشق العنصرى

\* (فى الشق الجفانى الجانبى الوحيد) \*

يلزم لهذه العملية من الآلات قساطير اى محس قنوى وسحكين الراهب  
 (كوم) ومشرط مستقيم وموصل وجفون مختلفة الاشكال والاحجام وانبوية  
 (دوبويتيرين) لاجل السدان حصل بعد العملية نرف ثم يوضع المريض  
 الوضع الذى ذكرناه فيدعمل الجراح فى المثانة بحساقنويا ويوكل به المساعد  
 الذى ذكرناه ويأمره بأن يرفع الصمن أيضا ثم يقف هو بين فخدى المريض  
 فيوتر ييده اليمرى جلد الجفان الذى يلزم ان يكون شعره محلوفا ثم يشق  
 بالمشرط المستقيم شقا (م) يبتدى به فى الخط المتوسط امام الاست بخمسة  
 عشر الى ثمانية عشر ملجتر ويمتد به الى وسط خط موهوم متمدن الاست  
 الى المحدية الوركية فيعدشق الجلد وما تحته من النسيج الخاوى يدخل طرف  
 سبابه يده اليمرى فى الجزء العلوى من الجرح (شكل ٥٦) ليهتدى عليها



فى الشق حتى يحس بالقساطير فيقبها بحيث تصبح اقربها الوحشية الى الاسفل  
 وبطنها الى اليمنى فيدعمل خلفه فى قناة المحس ليهتدى عليه المشرط بأن يغرسه

في القناة غرسا عموديا على المجلس ثم يرفع قبضته قليلا ليتجه سنه الى الاسفل  
 ثم يخفضها فهذه الكيفية ينشق الجزء الغشائي من مجرى البول فيدع المشرط  
 مع ابقاء اصبعه في محلها ثم يأخذ سكين الراهب (كوم) بيده اليمنى  
 جاعلا تحديه الى الاسفل فيزلق طرفه في قناة المجلس ومتى تحقق تلامس  
 السكين والمجلس بدون ان يكون بينهما شئ من الاجزاء امسك طرف المجلس  
 القنوي بيده اليسرى فرفعه تحت قوس العانة مع دفعه الطرف الباطن  
 من سكين الراهب (كوم) من الاسفل الى الاعلى لتلايقه عن قناة المجلس  
 فهذه الكيفية تدخل الآلة في تجويف المثانة حتى لامست الحصة اخرج  
 المجلس 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 حتى حصل ذلك اخرج الآلة على هذا الوضع  
 بدون ان يغيره فيقطع عنق المثانة والبروستة ناقطعا مختلف من (٢٥) الى  
 (٣٠) مليتر ويستدل على ذلك بخروج البول من الجرح فعند ذلك يدخل  
 الجراح سبابة يده اليسرى في تجويف المثانة فيهدى عليها الموصل ويهدى  
 على عبر الموصل بعد ان ينزل به الى الاسفل الجفت حتى صار الجفت في المثانة  
 اخرج الموصل وأخذ يفتح الجفت ويطبقه الى ان يمسك به الحصة فيخرجها  
 لكن مع جعله الجفت بكيفية يكون بها السطح الظاهر من ملعقتيه ملامسا  
 لحافتي الجرح وكيفية اخراجها ان يترك الجفت الى الاعلى والى الاسفل  
 تحريكا متتابعا مع جذبه الى الخارج لكن بما ان الغالب كون الحصة  
 منخفضة في قعر المثانة عن مدخل الجفت قد لا يكفي في امساكها مجرد فتح  
 الجفت ثم اطباقه فيلزم التحامل باحدى ملعقتيه على الجدار السفلى من المثانة  
 لينخفض فتسقط الحصة في قعر الماعقة فان لم يتيسر امساك الحصة بهذه  
 الكيفية لزم ان يمسك الجراح حلقى الجفت كلاييد ثم يديره نصف دورة  
 بحيث ان احدى ملعقتيه تكتملها فتغترفها فمع تدرب الجراح ومهارته  
 يظهر امساك الحصة واخراجها باحدى هذه الطرق  
 ومتى تمت العملية ضمت احدى نخذي المريض الى الاخرى برياط وتوضع على  
 الجرح رفا ئد غمست في ماء بارد تغير زمننا فزمننا وتوضع تحته ملاءة كلما تلوث منها

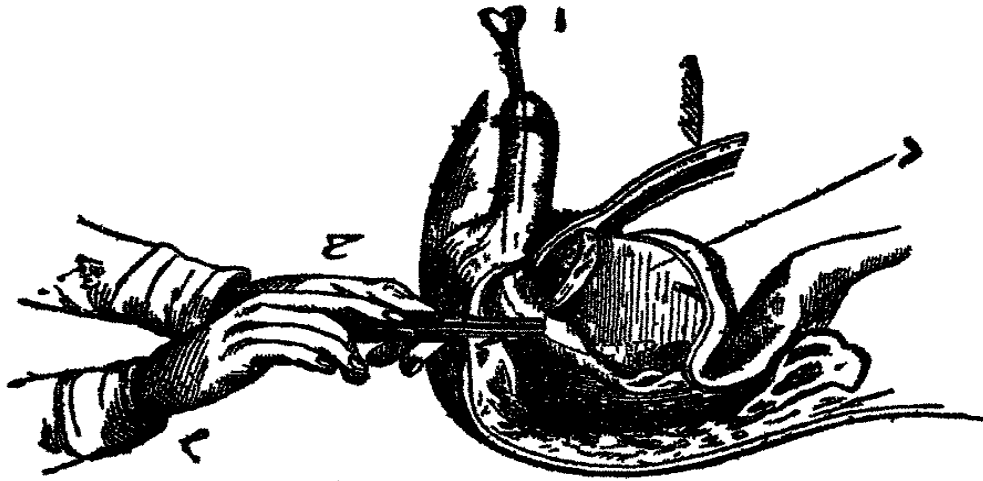
\*(فى عمليّة الحصىة بالشق الجانبي المزروج)\*

هذه الطريقة منسوبة الى الجراح (دوبويتيرين) وكيفيتها ان يستلقى المريض على ظهره فيثبت على الوضع الذي ذكرناه فى الشق المتساى الجانبي ثم يدخل الجراح فى مجرى البول قساطير قنويا الى ان يصير فى المثانة فيوصل كل به مساعدا حاذقا ليجهل وضعها اثناء العملية عموديا بالنسبة لسمت البدن ثم يوتره وجلد الجحان بيده اليسرى ويأخذ شمرطا مستقيما طرفه ذو حدين فيشق شتاه لايأقديه الى الامام بين وسطه وبين فتحة الاست نحو خمسة عشر ملية ينتهى كل من طرفيه وسط المسافة التى بين الاست وبين المحدية الوركية حتى شق الجلد والنسيج المخاوى الذى تحته والصفاق الجحاني الظاهر والطرف المقدم من العضلة الشرجية الظاهرة على حسب طول الجرح الظاهر ووصل الى القساطير بحيث يسبابة يسراه عن قناته فيجعل حافتها اليمنى بين الفغر والاعلة الاولى من هذه الاصبع وترك المشرط المتقدم وأخذ بيده اليمنى المشرط المزروج المقيب المنسوب الى الجراح (دوبويتيرين) المسعى بالمقطع المتساى المزروج المصنوع بكيفية بها يمكن تباعد نصليه ونزوجهما من غدهما بواسطة لولب مخصوص وهذا التباعد يكون بانحراف فتشق البروستتا من الجانبيين على حسب انحراف قطريها فيجعل قنديه الى الاسفل ويزلقه من الخلف الى الامام تا بعلقناة القساطير بلا حيد عنها وفى اثناء ذلك يأخذ القساطير من المساعدي بيده اليسرى فيرفع طرفه الباطن الى الاهلى نحو ارتفاق العانة ويدفع المشرط فى المثانة حتى وصل الى تحويةها ويعرف ذلك بخروج بعض البول من الجرح اخراج القساطير منها وجعل قنديه المقطاع الى الامام مستندا الى ارتفاق العانة ثم ضغط اللولب الذى فى قبضته فيتباعد النصلان فيخرجه من الجرح مفتوحا عموديا على سطح الجحان فتشق البروستتا كما ذكرنا فيدخل اصبعه فى الجرح حتى تصل الى المثانة فيهدى عليها الموصل ثم يخرجهما فيهدى على الموصل الجفت المعد لانخراج الحصىة ثم يخرج الموصل كذلك ويجهتدى امساك الحصىة

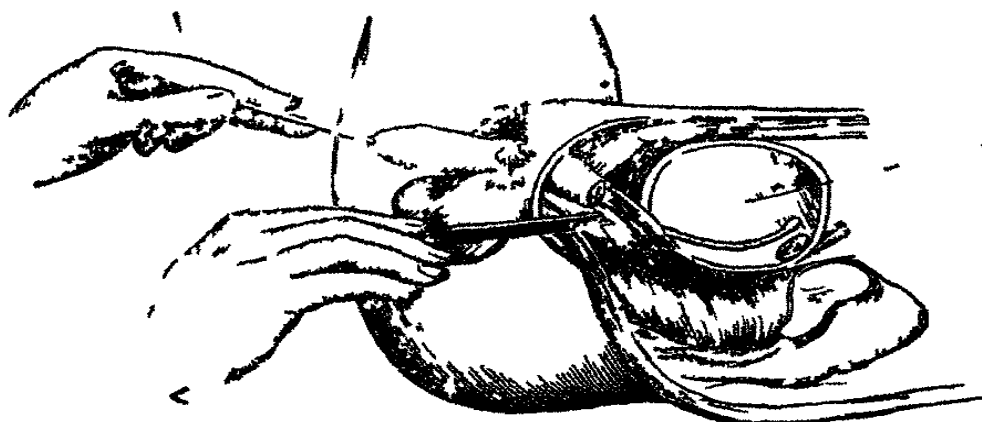
بالجفت بواسطة فتحه ثم اطباقه فيخرجها كما ذكرناه  
 \* (تنبيه) \* متى وجد الجراح ان الشق الذي فعله في عنق المثانة والبروستاتا  
 صغيرا غير كاف لاخراج الحصى وسعه اما بشرط ذي زريهديه على سبابته  
 واما بنفس سبابته وهذا هو الاصوب

\* (في عملية الشق المثاني البجاني العسرطي) \*

هذه الطريقة تنسب الى الجراح (وكا) وكيغيتها ان يستلقي المريض بالوضع  
 المعهود فيدخل الجراح في المثانة قساطيرقنويا (شكل ٥٧) يوكل به  
 (شكل ٥٧)



مساعدا كما سبق ثم يثقب في الخط المتوسط من البجان شفايتديته خلف  
 الجسم البصلي ويمتديه نحو (٢) أو (٤) سنتيمتر مع الاحتراس من اصابة  
 المعى المستقيم ثم يبحث بسبابته يده اليسرى عن قناة القساطير في الجزء الغشائي  
 من مجرى البول خلف الجسم البصلي ليعثر بها فيدخل فيه عليها مشرطا  
 مستقيما ذارر ثم يأخذ من المساعد طرف القساطير فيخفضه بين نفذى  
 المريض ليرتفع الطرف الذى في المثانة تحت ارتفاع العانة فينزلق المشرط  
 في القناة فيدخل في المثانة حتى يتجاوز عنقها (شكل ٥٨) لكن يلزم  
 الاحتراس من ان يصيد المشرط اثناء هذه الحركة عن قناة القساطير ومتى  
 وصل الى المثانة ويعرف ذلك بخروج بعض البول شق عنقها من الباطن  
 الى الظاهر جاذبا للمشرط الى الخارج ثم يدخل في الجرح سبابته يده اليسرى  
 ففى احس بدخوله تجويف المثانة اخراج القساطير من مجرى البول وهدى



الموصل على اصبعه ليهدي عليه المجفت فيخرج به المحصاة كما شرحناه آتفا  
 \* (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 لمطبعة ثم طبقة ومتى احس بتلامس  
 الاكنتين تتناول القساطير من المساعد وانهي العملية كما ذكرناه  
 وهذه الطريقة هي التي كان يختارها والدنا عليه رحمة الله ورضوانه  
 لاسيما الاطعمال

فان وحدا الجراح الشق الذي فعله بالمشروط المستقيم المحاد الطرف غير كاف  
 في اخراج المحصاة وسعه بمشرط ذي زركاني بطريقة 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 المحصاة عظيمة الحجم يتعدن خروجها من الشق لازم اما  
 تكسيرها بالمجفت او فعل التفتيت الجفاني الذي نبه عليه منذ زمن قريب  
 الجراح (دولبو) احد معلمي مدرسة الطب بباريز والذي اختاره انه متى  
 كانت المحصاة عظيمة الحجم جدا ويعلم ذلك بادخال الة التفتيت في المثانة  
 وقياس هذه المحصاة بها ان تكسر بهذه الة قطعاً ثم تفتح في الجفان فتحة  
 صغيرة لتستخرج هذه القطع منها فقد استعملت هذه الطريقة مرارا  
 بالاسبالية الكبرى بقصر العيني وحصل على يدي بها نفع عظيم والتعم  
 الجرح بغاية السرعة واستغنيت بها عن الشق اعلى العانة



وأعلم انه يجب على الجراح اذا انجرح المستقيم ان يشق الجزء الذي امام فتحة  
الاستحشية ان يتسبب عن ذلك ناصور مثنى معوى  
ثم ان العارض الذي يعقب عملية المحصاة بالشق هو النزف ويحصل اي قسافه  
باستعمال السد بطريقة الجراح (دوبويتين) وكيفية ان تدخل في الجرح  
الانبوية المسماة باسمه وهي انبوية مفتوحة الطرفين في طرفها الذي يدخل  
في المثانة بوزن ثري تثبت حوله رفادة بحيث يتكون عن ذلك شبه كيس  
مفتوح من الاسفل منسد من الاعلى حتى وصلت هذه الانبوية الى المثانة  
ملئت المسافة التي بينها وبين الرفادة بكرات صغيرة من النسالة وثبتت على  
هذا الوضع بواسطة اشربة تنفذ في حلقتي طرفها الظاهر فهذه الكيفية  
يتضغط 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 عمية شق المثانة من اعلى العانة) \*

(تشرح جراحى) 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 الخلفى من المثانة فغشاء وبقى متباعد عن سطحها  
المقدم بنياطها المعلق لها المسمى بالاوراق بضم الهمزة وان بين موضع انعطافه  
وبين الحرف العلوى من العانة مسافة خالية تختلف سمعتها على حسب امتلاء  
المثانة وفراغها وان المثانة لا تنفصل عن الخط الابيض الا بالنسيج الشحمى  
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 الشحمى وخلفه المثانة اذا علمت ذلك علمت انه لا يوجد  
في هذا الطريق عضومهم تخشى اصابته لاشريان ولاوريد ولاغير ذلك  
ولهذه العملية عدة طرق لكن يلزم قبل كل منها استفراغ الامعاء من المواد

الثقلية بان يعطى للمريض قبلها يوم مسهل لطيف ويمنع بعد ذلك من الاغذية الا الاغذية القليلة الثقل 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 وبعدها من الآلات والادوات وهي سرير أو طاولة متينة طويلة قليلة العلو والعرض سهل الدوران حولها اثناء العملية ويكون هذا السرير أو الطاولة في مكان متسع ثم يحس ذلولب وحنفية ثم زارفة متقنة الصنعة غاظ انبويتها وفق تجويف طرف المنجس فائدتها ان يزرق بها في المتانة بعض السوائل ثم مشرطان احدهما عريض نصله محذب والاخر ذوزر ثم اسفنج ثم جفوت لى العروق وربطها ثم جفوت انجراح الحصاة ثم آلات احتراسية زيادة على ما ذكرنا ربما يحتاج اليها أيضا وهي محس ذو خربة وكلاب معلق وجفوت معوجة لانجراح الحصاة وملاعق نقرها ذوات حواجز مرتفعة وادوات المعالجة والتضيد وهي انبوية من الصمغ المرن غليظة جدا أو معوجة اعرجا عظيميا تدخول من الجرح في المتانة وتثبت بواسطة شريط يوصل برباط يشد اما على وسط المريض او على كيس الخصيين وفائدة هذه الانبوية هي خروج البول منها ويمكن الاستغناء عنها بشريط من القماش يدخل احد طرفيه في المتانة ويترك الاخر خارج الجرح ليصعد عليه البول فينصب خارج المتانة وخارج الجرح بدون ان يسقط فيه ثم عصائب من جيد اللازوق ليضم بها الجرح ضمما جيدا ثم وسائد صغيرة مغطاة بالمخبر المصنع توضع على جانبي الجرح لتضغطهما فيسقى متقاربين ثم نسالة ناعمة رقيقة جيدة وقبروطى ثم فائده مستطيلة وانعري كبيرة ثم لفافة بدن ودبايس ثم قفص وبعدها تهيئة هذه الادوات والبحث عن كونها لا تفتة أو غير لا تفتة يشرع الجراح في العملية لكن يشترط ان يكون قد تمرن عليها هو ومساعدوه من قبل في جثث الاموات

وكيفيتها ان يلقى المريض على ظهره بعد حلق عاتته ويكون هذا الالتقاء على طاولة ميسوط عليها وطاء وملاة مرفوع الحوصلة عن سائر جسمه بواسطة وسادة توضع تحت اليه منى الساقين والفخذين نصف اثناء كما في عملية

التفريج عن الفتق لتسترخي عضلات بطنه مثبتت اليدين والرجلين على ذلك  
الوضع بمساعدتين قويتين ثم يقف عن يساره الجراح فيدخل الجبس ذا المنقبة  
في احليله فيبحث عن الحصاة ثانيا ليككون على يقين من وجودها قبل  
الشروع في العملية ثم يزرق في المثانة من هذا الجبس نصف رطل أو رطلا  
من الماء العاتر ثم يخرج هذا الجبس ويوكل مساعدا حاذقا بأن يسد فتحة  
الاحليل باصبعه ليمنع خروج هذا الماء منها مع عدم ضغطه الذي كضغطه  
شديدا ثم يتحول الجراح الى يمين المريض فيبحث عن حرف الارتفاق العاني  
العلوي فيشق بالمشرط المحذب الجلد والشمع الذي تحته الى الخط الابيض  
من الاعلى الى الاسفل في مسافة عرضها ثلاث اصابع اعلى ارتفاق العانة  
وفوقه يبشرفان نزف من العروق التي تحت الجلد دم في هذا الشق لزمه لهما  
قبل فعل شيء آخر ثم يضع سبابته في قعر الجرح ليجت بها عن الخط الابيض  
فتي احس به شق منه من الاسفل مقدار قيراط حتى يصل بالشق الى الصفاق  
العائر فيفتحه بان يدير حدا المشرط الى الاعلى ثم يغرز فيه سنه برفق اعلى  
العانة مباشرة ومن الامام الى الخلف الى ان تزول مقاومته فيكون ذلك  
دليلا على نفوذ الالة منه فيوسعه الى الاعلى يسيرا ثم يضع سبابته في الفتحة  
فان وجد انها محصورة كالمختنقة وسع الفتحة قليلا يمينا ويسارا ومن الاسفل  
مع التحرز من اصابة عظام العانة حتى تصير الاصبع غير محصورة حتى سهل  
دخولها في تلك الفتحة فدفعها فيها فتر بقممة المثانة فعند ذلك يوجه  
الاصبع باستقامة الى الاسفل بين ارتفاق العانة وبين المثانة بلا حيد  
فيبحث بها عن كوة 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 المهي المستقيم فيرفع بها قعرها لتندفع نحو سبابته يده اليسرى  
وهي في الجرح فبان دفاعها نحوها ومصادمها ما يرتفع الشك في انها المثانة  
ويزداد ذلك تاكدا بايدراك توجهها فعند ذلك يأخذ في شقها بان يسير بالمشرط  
على صفحها بين هذه الاصبع وبين العظام حتى يصل به الى الجزء الذي يريد  
غرز فيه من المثانة فيثني هذه الاصبع يسيرا الى الخلف والاعلى ويغرز فيها  
بلا تسكوه من الاعلى الى الاسفل ومن الامام الى الخلف حتى كان يصل

المشروط عزيزا كفت الفتحة المحاصلة عنه في دخول الاصبع فيها وأما إذا كان ضيقا فيلزم توسيعها بجده قبل اخراجه وبالاختصار يلزم عند اخراج المشروط ادخال السبابة اليسرى المذكورة في الفتحة بحركة ادارية بلا تلاكوه ولا تراخ ثم لا يخرج ما في المثانة من السائل فتهدى 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 بالتمزيق فقط فعند ذلك يخرج الماء بغزارة فيدخل الجفت المخرج للحصاة ليخرجها به مع كون الاصبع في المثانة ليهدى عليها الجفت الى ان يعثر بالحصاة فيمسكها بين شعبيه فيخرجها ثم بعد اخراجها يبحث به عن وجود حصاة غيرها

ومن هنا طريقة الجراح (بودين) التي لا يتقدمها زرق سائل في المثانة وانما كيفية ان يأخذ الجراح المشروط بعد وضعه المريض الوضعية المذكورة في الكيفية السابقة وتحديده ابتداء الشق من ارفاق العانة ونهايته فوقه فيشق به الجداد والنسيج الخلوي الذي تحته ثم يبحث باصبعه في قعر المجرح عن الخط الابيض فتى وجده تركه بلا شق وشق على جانبه الصفاق المغطى للعضلة المستقيمة البطنية شقا كالأول في طوله وانجاهه ثم يفصل الخط المذكور عن العضلة العانية القصية المستقيمة البطنية بتمزيقه للنسيج الخلوي الضام لهما اما قبض المشروط او بالاصبع فبذلك يتوصل الى تجويف الحوصلة بدون توسط آلة قاطعة يخشى معها ان ينجرح البريتون فعند ذلك يدخل سبابة يسراه خلف ارتفاق العانة ثم يدفع هذه الاصبع حتى تصل الى عنق المثانة فيجعلها على صورة كلاب ويرتفع بها نحو السرة متعاملا بها على السطح المقدم من المثانة لي دفع البريتون الى الاعلى وتقدم المثانة فيأخذ المشروط بيده اليمنى ويهدى على ظفر سبابة يده اليسرى فيغرزها 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 المجرح ممتدا بالشق الى الاسفل حتى يقرب من عنق المثانة في دفعة واحدة وينتهي العملية باخراج الحصاة كما في طريقة الجراح (اموسا) بان يدخل الجفت من الفتحة

وبعد ان يلمس المحصاة يفتحه فيمسكها به أو يهدى الجففت على الاصبع المثبت  
للحصاة فتى وصل به اليها ففتحها فامسكها به بسهولة ومتى تحقق من امساكها  
جيدا جذبها الى الخارج متحرزا من تكسرها بشدة الضغط عليها فتى تم  
اخراجها شرع في اساوؤة الجرح أى معالجته بان يدنخل الانبوبة المفرغة من  
الجرح فى 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 امسكن جس طرفها بالاصبع من المستقيم  
فبعد دخول هذه الانبوبة يتطف الجرح وما حوله ويجفف ثم تضم حافتاه من  
اعلى الانبوبة ضمما جيدا لتلتحم كل منهما بالانحرى من غير تقيج وتثبت خيوط  
الانبوبة بعصائب من اللازوق ثم يوضع على جانبي الجرح رفادتان من الخبر  
تشد عليهما عصابة من اللازوق وعلى وسطه اقراص من النسالة مدهونة  
بالقير ويطى ويوضع على جانبيه أيضا رفائد درجية تغطى برفاذة طويلة عريضة  
ثم تثبت جميع ذلك بلقافة بدن واذا سقط شئ من الدم فى 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 مرفوع برفاذة ويوضع بين فخذه كيس  
من الخبر المشمع محتوع على قطعة من الاسفنج ليتلقى فيه البول وتغطى رجلاه  
بالعنايل التى هى ثياب افرنجية من الصوف أو بنحوها ثم يوضع على بطنه  
دفص صونا لادوات الاساوؤة ويلزم الاكثار من تغيير قطعة الاسفنج والكيس  
المذكورين قليلا لتتن هذا السائل وان يعاق فى طرف الانبوبة كيس من  
الخبر المشمع أو مثانة لتلقى البول الذى يتقطر منها ومن المهم ان تكون  
حرارة المكان الذى يعد للمريض فى درجة (١٢) الى (١٤) من مقياس  
(ريامور) الطبيعى ثم يوكل بملازمته مساعد حاذق يحفظه ولا يرنخص له  
فى الايام الاول الا فى شرب ماء النجيل وماء بزر الكتان واذا انسدت الانبوبة  
بدم أو بمادة مخاطية سلكها ولا يفصد المريض اذا حصلت له حى النهاية  
الا اذا كانت شديدة جدا واذا تكونت فى امعائه غازات اخرجت منها

بواسطة انبوبة غليظة توضع في مستقيمه وفي ثالث يوم للعملية يرخص له في اوراق الفراريج ويشرع في زيادة غذائه تدريجيا ولا تغير ادوات الاساوة الظاهرة كلفافة 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 لا ن 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 بقاء الانبوبة في مثانته هذه المدة فمثل هذا تخرج من مثانته في اليوم الرابع اذ في هذه المدة يكون قد تم تكون طريق البول وانسدت خلايا النسيج المخوي باللينفا فلا يخاف انتشاره في النسيج المخوي وكذا يتم في هذه المدة التحام ثلاثة ارباع الجرح وتختلفه اندية خيطية فلا يبقى بعد اخراج الانبوبة بالمجذب مع الادارة الا ثقب 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 لفافة بدن وبعد كل ذلك يمكن المريض من الاغذية وينزع الجبس من المثانة ليسرع التحامها الذي يتم اما في اليوم الخامس عشر واما بعده الى الثلاثين

\* (تنبيه) \* في الايام الاول من العملية يخرج البول كله من جرح البطن قطرة قطرة ويبل جميع ادوات الاساوة فيضطر الى تغييرها مرارا في اليوم لكن بعد مضي مدة يسيرة يتحول بعضه الى مجراه الاصل فيخرج منه ثم ياتهب النسيج المخوي الذي بين المثانة وعضلات البطن فيغلظ 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 بالسكبية

ثم ان انفتاح البريتون لاصابته بالمشروط من جهة عوارض هذه العملية فيلزم لشدة خطره 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 بشير منها  
 وان لا يمزق من النسيج الخلوى الا القليل ما يمكن واذا عارض التهاب عويج  
 بالمرئيات وبالقصدموضى 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 الخطران يشق جدار البطن  
 من اعلى العانة على الخط المتوسط الى المثانة ثم يدخل فيها من مجرى  
 البول قساطير ليقترب 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  
 تميم العملية الى اليوم الثالث أو الرابع بعد الشق لان النسيج الخلوى المحيط  
 بالمثانة يكون حينئذ قد التهاب فتقاربت جدران خلاياه فلا تقبل البول لعدم  
 تجوف 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 وحرفته مختلفة فيه ثم يزلق تغيره خلف  
 ارنقاق العانة ويوصل طرفه الى اعلى المضيق العلوى ازاء الخط الابيض  
 ثم يوكل مساعدا بمحفظه على هذا الوضع حتى يشق الجراح الجلد والصغافات  
 الى المثانة باحدى الكيفيات السالفة فتى انكشفت له المثانة تناول المجس  
 من المساعدا فحذبه الى الخارج قليلا ليدفع الطرف الباطن منه من الاسفل  
 الى الاعلى متقاربا ما يمكن من السطح الخلفى من العانة لئلا يصيب سنه ثنية  
 من البريتون امام الجزء المثانى المراد تنووه بطرف هذا المجس وسببته في قعر  
 الجرح لتحمس بالمثانة وليحكم بذلك على درجة بروز الآلة ورفعها الجدار المثانة  
 ومتى وضع طرف المجس في الموضع اللائق به وكل به المساعدا ثانيا مع قبضه

على جانبي هذا الطرف باصبعيه وامره ان يدفع المحربة حتى يتقدمتها في المثانة  
قيراط أو ما يزيد عن القيراط ثم يأخذ مشرطا أمامقعرا أو اعتياديا فيمسكه  
كإيمسك قلم الكتابة ويضع سنه في قناة المحربة ويدخله في المثانة مهتديا عليها  
فيشقيه المثانة من الاعلى الى الاسفل حتى يفرب من عنقها فعند ذلك يأمر  
المساعد بأن يجذب المحربة لتدخل في باطن المجس ويدخل هو سبابة يده  
اليسرى في تجويف المثانة ويأمر المساعد بإخراج المجس من مجرى البول  
فيتم العملية كما أسلفناه

\* (حكومة في طرق اخراج المحصاة من المثانة وكيفيةاتها) \*

اعلم ان للشق اعلى العانة ويقال له الشق المثلثي مزايا وعيوبها أما مزاياه فهي  
انه لا يعقبه نزف وانه سهل خروج المحصوات الكبيرة منه ولذا يستعمل في  
المحصوات الكبيرة التي يعسر خروجها من أحد شقوق البجان وان عنق  
المثانة لا يشق معه فلا يكون المريض عرضة لمحصر البول ولا لسلسه وانه  
لا يعقبه غالباً فأصوبولى وأما عيوبه فهي امكان اصابة البريتون والتهابه عن  
تلك الاصابة فان ذلك ربما ادى الى الهلاك وانه لا يرتفعه عن قعر المثانة  
لا يخرج منه البول الا بعسر وانه ربما يعقبه انسكاب البول في النسيج المخلوى  
من المحصلة فيلتهب ويتغفر وكثيرا ما يكون ذلك سببا في هلاك المريض  
فاذا علمت ذلك علمت ان مزايا هذا الشق وعيوبه متعادلان فلا يستعمل الا  
اذا كانت المحصاة كبيرة جدا بأن كان قطرهما نحو قيراطين ولما كان خطر هذه  
العملية مستويا في جميع الناس على اختلاف اسنانهم وكانت شقوق البجان  
سهلة الشفاء في الشبان والاطفال اختار جهورا اطباء الطريقة الجمانية مالم  
تكن المحصاة كبيرة جدا وفضل كيفيةاتها ما شرحناه والكيفية المنحرفة  
هي الاكثر استعمالا عند جهور جراحي فرنسا وبقية الاوربا لكونها مع كون  
غيرها من الطرق الجمانية يشاركونها فيما لها من المزايا تختص بعيوب منها  
النزف الذي يحصل من قطع شرياني البجان السطحي والمستعرض  
والشرايين الباسورية والمثانية وكل من هذه الانزفة قد يدينهم منبعه فلا  
يمكن ربطه ولا يه ولا يه فيضطر الى ايقافه بالحشو الذي لا يطيقه المريض  
مع تهيج الجرح والمثانة



ومنها انسكاب البول في بعض الاحيان في النسيج الخلوي من الحوض وهذا العارض الذي يكون هنا اقل خطرا منه في الشق المثلثي انما يحصل عند ما يجاوز الشق الجحاني حدود البروستاتا ومنها صغره الذي لا يتسرمعه خروج المحصوات الكبيرة من هذا الشق فيضطر الى الشق المثلثي أو تكسير المحصاة في المثانة بالمكسرة أو المقتة ومنها سهولة انجراح المستقيم معه وهذا العارض قد يتسبب عنه ناسور مثاني معوى الا اذا شق من المستقيم الجزء الذي يكون امام موضع انفتاحه ومنها حصول سلس البول أو النواصب بالجحانية 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 يبرأها من الاطفال والشبان هي نسبة واحد الى خمسة أي الخمس وأما من المتقدمين في السن فهي نسبة واحد الى ثلاثة اعني الثلث ولعدم استعمال هذه الطريقة في مصر الى وقتنا هذا لا يمكننا الحكم على نسبة من يموت بها الى من يبرأها في قطرنا هذا وأما طريقة الشق المتوسط العضري 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 ممتد اعلى حسب طول العضري وتكون زاويته المخلفية قريبة من مقدم الاست فيكون في الجحان محاذيا بجزء اضيق من الجزء الذي يحاذيه الشق الذي يتجه بانحراف الى الخلف والوحشية بين الاست والمحدبة الوركية فلا يسكون كافيا لخروج المحصوات الكبيرة التي تخرج من الشق المنحرف مع قابلية الجلد للتمدد وتحرك الجدار المقدم من المعى المستقيم فنتم لانه يستعمل في اخراج المحصوات التي يزيد قطرها عن قيراط وأما طريقة الشق المستعرض فنمزاياها مكان اخراج المحصوات الكبيرة لتكون الشق فيها يفعل في اعرض جزء من الجحان والبروستاتا ومنها التمكن من فعل فتحة واسعة في عنق المثانة والبروستاتا بدون ان يجاوز حدود هذه الغدة لاتجاه الشق فيها الى الجحانيين بخلاف طريقة الشق المنحرف

فانه لا يتجه فيها الا الى جانب ومتى كانت سعة الفتحة ثمانية عشر خطا أى قيراطا ونصفا لم يكن الشق بعيدا عن المخطط المتوسط الا بقدر تسعة خطوط من كل جانب فلا يصل الى دائرة البروستتا والعروق الغليظة لما ان سعتها المنحرفة اطول من ذلك

ومنها ان القناتين الناقتين للثني لا يخشى عليهما فإمنا من الاصابة ومنها ان المستقيم يكون معها محفوظا من التمزق ومن الانفصال عند اخراج المحصوات الكبيرة لكونه مصانبا لحافة السفلى من الشق وبأن احدى ملعقتي المجفت تكون جهته وأما عيوبها فهي التي لا بد منها في كل طريقة من طرق شق عنق المثانة والبروستتا عند خروج الحصاة

\* (في عمية تقطيت الحصاة) \*

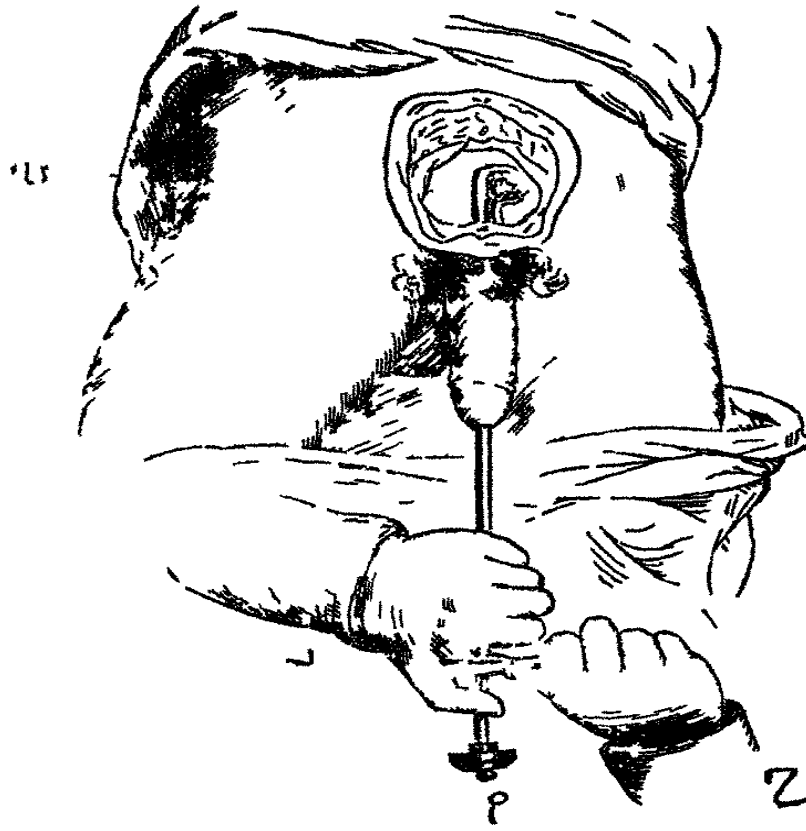
الغرض من هذه العملية هو اخراج الحصاة من مجرى البول معه بواسطة تجزئتها اجزاء صغيرة وهي معروفة من زمن قديم جدا وكل من (ابقراط) و (ابن القاسم) و (فرنيسكو) و (جى دوشولياك) و (هلدانوس) و (هالير) مع عدة من جراحين واطباء آخرين كانوا يعرفونها لكن الذى اتقنها هو الجراح (سيفال) الفرنساوى احدى المعلمين بفرنسا ثم الجراح (هورتلو) الهولنداوى الذى اخترع لها جودآلة وهى هذه الآلة عبارة عن ساق من الفولاذ شبيهة في الشكل بحبس مناني معتاد طرفها المثاني معوج اعوجا بسعته ربع دائرة شعاعها من قيراط الى قيراط ونصف وهي مكونة من جزئين يسمى احدهما بالفرع الذكرا لكونه يدخل في قناة محفورة في الفرع الاخر المسمى بالفرع الانثى ففى كان هذان الفرعان منطبقين معا تكون منهما قساطير مستدير وينتهى الطرف العلوى من الفرع الانثى بانتفاخ مربع في جانبه نحشونات

وأما الفرع الذكرا الذى يتحرك في قناة الفرع الانثى فطرفه العلوى اطول من الطرف العلوى من الفرع الانثى وينتهى ببروز مستدير 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 مع مدخروج الاجزاء الدقيقة من الحصاة وقد استبدل الجراح (شارير)

المطرقة بفتح ذى اسنان يدخل في ثقب موجود في الطرف العلوى من الفرع  
الائى يتعشق باسنان توجد في الفرع المذكور فبادارة 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 يكتفى في ذلك بثمانية 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 ما عابية لتتمدد فلا تمسك الالة غشاها المخاطى ثم تدخل فيها الالة  
بعد ان توضع في ماء فاتر وتدهن بالكيفية التي تفعل في القسطرة الا انه يلزم  
هنا ان يكون حوضه مرتفعا بواسطة وضع وسادة صلبة تحت عجزه مرتكزة  
قدماه على كرسيين مائلين رأسه على صدره قليلا بعد ادخال الالة في المثانة  
يبحث بها الجراح عن المحصاة فتى احس بها فتح الالة بان يجذب الفرع الذكرا الى  
الخارج فتصير بين الفرعين مسافة فيجتهد في ان يجعل المحصاة في هذه المسافة  
ليمسكها وتختلف كيفية هذا الامساك فيكون اما بارتكاز تحديب الفرع الايى  
على قاع المثانة لتصير المحصاة في المسافة التي بين الفرعين (شكل ٩٥) واما  
بامالة الالة الى اليمنى او اليسرى وعلى كل متى صارت المحصاة بين الفرعين  
دفع الفرع الذكرا الى الفرع الايى فأمسك المحصاة جيدا ويلزم قبل شروعه  
في الطرق على الالة اوفى ادارة المفتاح ان يتحقق عدم امساكه ائى من  
جدران المثانة مع المحصاة ويحصل ذلك بادارته للالة الى اليمنى والى اليسار  
وجذبها قليلا الى الظاهر ثم دفعها الى الباطن فتى حصل عنده هذا التحقق  
جعل تحديب الالة الى الاسفل وتغيرها الى الاعلى فكسر المحصاة بادارة  
المفتاح فان وجد في المحصاة نوع مقاومة استعان على تكسيرها بان يقرع على  
الزيبا المطرقة قرعاً متتابعاً صمومتى تكسرت امسك كل قطعة منها ففتتها على  
حدثها لكن يلزم بعد تفيت كل قطعة التحقق من تجرد كل من شعبتى الالة  
عن الفتات الذى يبقى متشبثا بهما ويعلم ذلك بانطبا قهما انطبا فاتاما ومتى لم يتم



(شكل ٥٩)

ذلك لزمه ان يكرر فتح الآلة واطبقها وحققها في السائل لتتخلص من هذا  
الفتات ويلزم ان لا تزيد مدة هذه العملية عن عشر دقائق بل تخرج الآلة  
قبل مجاوزة هذه المدة بأن يضم الفرغان ببعضهما الى بعض كما دخلت خشية  
التهاب مجرى البول والمثانة ثم بعد العملية يأمر الجراح للمريض بحمام فاتر  
وبالاغذية الخفيفة وبالسكون ثم يكررها هذه العملية بعد يومين أو يزيد على  
حسب احتمال المريض واحسائه وهكذا حتى تتفتت الحصاة فتصير قطعاً  
صغيرة يمكن خروجها من قناة مجرى البول فان كان فعل المثانة بطيئاً لزم  
اما استعمال الزروقات فيها وأما استعمال الآلة الكاسحة فان وقعت في  
المجرى قطعاً من الحصاة استخرجت كما تستخرج حصواته أوردت الى المثانة  
فتفتت فيها هذا وكثيراً ما رأينا الوالد رحمه الله يفتت الحصاة في مجلس واحد  
معللاً ذلك بأن تهيج الآلة للمثانة بتهتيت الحصاة في مجلس واحد اخف من  
تهيجها ببقاء القطع فيها ومعاودة الآلة لها المرة بعد المرة  
\* (تنبيه) \* متى حصل للمريض من العملية تعب والم في عنق المثانة أو تجويفها

واستمر ذلك لزم الجراح ان يحقن في تجويفها مادة غروية كغلى بزر الكتان مع بعض نغط من الحمود المعروف باللودنوم أو من صبغة الافيون وان يستعمل له الكموذات الملبنة على القسم العائى واللج المرخية على البجان ولا يعاود التفيت 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 والمحصة صغيرة أو كبيرة لكنها هشة سهلة التكسر ومتى كانت المثانة ملتهبة التهاباً مناعاً والمحصة عظيمة الحجم صعبة التكسر واحساس اعضاء البول شديداً أو كان بالكليتين مرض ما لزم العدول عن التفيت الى الشق لانه الا صوب

\*(في العمليات التي تفعل في الجهاز التناسلى من الاناث)\*

(في قسطرة الاناث)

كيفية ذلك ان تسلقى المريضة على ظهرها متباعدة الفخذين ثم يبعد الجراح الشفرين الصغيرين بالابهام والوسطى من يده اليسرى بعد وضعها مبسوطة اعلى الفرج ثم يمسك بيده اليمنى قساطير الاناث كما يمسك قلم الكتابة باعلا تقعيه 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 وهي ان يمسكه بالكيفية التي ذكرناها فيجعل تحديبه محاذيا للسطح الراجى من سبابته مع كون طرفها متجاوزا لطرف الالة ثم يدخلها بين الشفرين هاديا عليها القساطير فيبحث به عن الزائدة التي تغطي فتحة مجرى البول بالتقرب من فتحة المهبل حتى عثر بها فحرق هذه الاصبع عن طرف الالة مقدار (٥) ملليمتر ثم ازلق فتحها 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 النظر

## \* (في توسيع قناة مجرى البول من الاناث) \*

أعلم ان قناة مجرى البول من الاناث لقصرها يتأى توسيعها بأن يوضع فيها قطعة من جذر الجنطيانا فبانتفاخ هذا الجذر بالرطوبة التي يتنمرها من غشاها المخاطي تتسع بنسبة هذا الانتفاخ فلذا يمكن اخراج الجسم الغريب الذي في حجم طرف الاصبع من مثانة 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 يدخّل في قناة مجرى البول قساطير قنوى أو محبس قنوى طويل فتجعل قناته الى الاعلى ثم يزلق فيها الجراح مشرطا مستقيما طويلا ضيق النصل فيشق به عنق المثانة والجدار المقدم من ثناء مجرى البول الى قريب من الرباط اسفل العانة فيمكن استخراج المحصوات التي قطرها لا يزيد عن (٢٥) مليمترا من هذا الشق وهذه الطريقة هي طريقه الجراح (كولو) ثم ان الجراح (فلوران) نوعها بأن ادخل في المثانة من قناة مجرى البول المشرط المزدوج المنحفي ثم فتمحه فاجرجه فشق بنصليه عنق المثانة والقناة البولية من اليمين ومن اليسار شقا هلاليا لكن الاصوب هو الشق الى الاعلى كما فعله الجراح (كولو) فان طريقة (فلوران) يمكن ان يتسبب عنها سريان البول وتخلله للنسيج الخلوى

وأعلم ان التفتيت للنساء سهل جدا فلا يحتاجن غالباً الى شق مجرى وعنق المثانة

وأما اذا كانت الحصة عظيمة الحجم جدا وصلبة بحيث لا يمكن تكسيرها بالالة المفتتة فيفعل الشق المثانى 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 البصلى من المهبل خريطة

مصلية تمكن استحالتها الى كيس يتجمع المادة المصلية فيها فلا تشق  
 الا بعملية جراحية أما المحقن وأما القرص  
 فاما المحقن فكيفيته ان يستفرغ ما في الكيس من السائل بمنزل ثم  
 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 رفائده مبتلة بسائل محال  
 وأما القرص فكيفيته ان يشق بين السفر العظيم والشفر الصغير شق طولي  
 يتجاوز به طرف في الورم ثم تسلخ حافتا الشق حتى يتفصل اغلب الورم فيقرص  
 بالشرط أو المقص ويلزم عدم الايغال في فصل الورم خوفا من اصابة السطح  
 الظاهر من البصلة

\* (في أكياس الغدد المهبلية الفرجية) \*

أكياس هذه الغدد أكثر حصولا من الأكياس التي قبلها ومعالجتها واحدة  
 وأما سائر الأورام التي تتولد في الشفرين العظيمين كالكياس الدهنية  
 والأورام الليفية فتعالج بما تعالج به في سائر البدن

\* (في عملية حشو المهبل) \*

كيفية حشو المهبل هي كيفية حشو المستقيم بل حشو المهبل اسهل لتيسر  
 ايصال الحشوات الى قاعه بواسطة المنظار فلا حاجة الى تكرار الشرح هنا

، (في انسداد المهبل) \*

هذا الداء ينشأ أمامن كرن غشاء البكارة سادا لفتح هذا العضو بالكلية  
 وأمامن وجود طبقة سميكة من الاجزاء الرخوة وأمامن 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 تحيض لأن الدم  
 في هذا الوقت يجتمع على هذا الغشاء وفي هذه الحالة يجب على الجراح  
 قبل الشروع في العملية ان يخبر الشريفة لاثارة الشبهة عن المريضة واثبات

بكارتها قبل العملية

وأما القسم الثاني وهو انسداد المهبل بطبقة رخوة كان سدادة الاست  
في الاطفال فيلزم فيه ان يبحث الجراح عن موضع فتحة الطبيعية فيبطه  
ثم يشقه شفاصليبيا ثم يقرض زوايا الجرح ثم يضع فيه فتيلامن النسالة لكن  
يلزم في هذا الشق الاحتراس من اصابة مجرى البول والمستند  
وأما القسم الثالث وهو الانسداد المهبل الناشئ عن التصاق الجدر بعضها  
ببعض فلا تمكن ازالته الا بواسطة السلخ مع غايه الرفق والاحتراس ويلزم  
في هذا السلخ دائما ان يكون في الزاوية التي تكون بين جدارى المهبل  
المقدم والمخلفى وان يوصل الى عنق الرحم

\* (في الاستقصاء الرحمي) \*

الاستقصاء الرحمي يمكن بكل من الاصبع والمنظار فالذى بالاصبع لا فرق  
فيه بين ان تكون المريضة طاشية على ركبتيها او واقفة او مستلقية الا انه حالة  
استلقائها اسهل وكيفية ذلك انه بعد استلقائها وتي فخذها على حوضها  
يدهن الجراح سبابة يده اليمنى بالزيت او المرهم ثم يضع بطنها احذاء فتحة است  
المريضة ويرلقها من المخاف الى الامام فيدخلها بين الشفرين العظيمن ثم بين  
الشفرين الصغيرين ثم في فتحة المهبل ويلزم لاجل سهولة وصولها الى عنق  
الرحم بسط الابهام وتي كل من الوسطى والبنصر والمختصر قليلا الى راحة  
اليدا ووضعها على العجان على اتجاها غضن الالية

وأعلم ان الجراح يمكنه بواسطة اللس بالاصبع معرفة كل من حجم شفتى فتحة  
عنق الرحم وقوامهما واتظامهما وبعدهما بينهما وكون هذا العنق فيه ورم  
اولا ودرجة نمو هذا الورم وحركته وثقله ان كان وبالبحس من المهبل يستعان  
ايضا على تشخيص امراض كل من المثانة والمستقيم لكن لا يتم الغرض منه  
الامع جس البطن من الظاهر

وكيفية ذلك ان يدخل الجراح سبابة احدى يديه في المهبل فيبحث بها عن  
اتجاها الرحم ثم يضع اليد الاخرى على البطن ليعرف بها حدود الرحم  
والمبيضين والنياطين العريضين ويبحث بها عن ساثر اعضائه بواسطة الغمز



على جلده وعضله

وأما الاستقصاء بالمنظار فيفعل إما بالمنظار الاسطوانى او ذى الفرعين او ذى الفروع الثلاثة او ذى الفروع الاربعة و كفيته ان تستلقى المريضة على ظهرها معتمدة بجيرتها على متكى متين بارزة المقعدة قليلا عن الفراش منثنية الفخذين على الجوض مرتكزة القدمين على كرسيين ثم يقف الجراح امام الجحان فيباعد 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 بتأان من الاعلى الى الاسفل يسيرامع غاية الرفق ثم يدفعه افقيامع 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 الجحان) \*

العادة حصول تمزق الجحان 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 المهبلى) \*

متى كانت فتحة هذا الناصور ضيقة امكن علاجه بالكي المتكرر زمنا فزمتنا وأما اذا كانت كبيرة فلا بد فى علاجه بالخياطة وكفيته ان يضم الجراح حافتي الناصور بعد ادماثهما ببعض غرز من الخياطة المتقطعة ولا يزال هذه الغرز الا بعد خمسة ايام أو ستة

\* (فى النواصير المثنائية المهبلية) \*

هذه النواصير عبارة عن استطراقات من المثانة الى المهبل ولا تحصل عادة الا عقب الولادة العسرة وتعالج بعدة طرق فان كانت فتحة الناصور المثانى المهبلى ضيقة عولج بالكي بتترات الغضة

أوبكاوى (فيلوس) وهو هذا

خ | من البوتاسا الكاوية ١٢٠ جراما ج  
| ومن مسحوق الجير غير المطفأ ٤ جراما

يضاف مسحوق الجير غير المطفأ الى البوتاسا الكاوية بعد اذ ابتمت الحرارة شيئا فشيئا ويمزجان ثم يصب الخليط في قوالب من الرصاص قطر الواحد منها نحو سنتيمتر

وان كانت فتحة الناصور المثاني البولى واسعة عوجج بالخياطة المتقطعة ولهذا لطريقة زمنان الزمن الاول زمن ادماء حافى الناصور والزمن الثانى زمن فعل غرز الخياطة

وكيفية هذه العملية ان تركز المريضة على ركبتيها ومرفقيها لاجل سهولة العمل ثم يباعدا بين جدران المهبل وتجذب الفتحة الناصورية الى الاسفل ما يمكن اما بواسطة صنارة او بواسطة جفت (موزو) فيدمى الجراح حافى الناصور ادما جيدا بالمشرط او بالمقص المنحنى على صفحته بعد ان يمسكهما بجفت ذى اسنان فار ويلزم استيعاب حافى الناصور بالادماء فانه ان بقى شئ منها ولو سيرا بلا دماء لم يتم الالتحام ثم يوقى بحاملة الابر فينفذ الغرز المعدنية في شفتى الجرح بعيداعن حافتيه بنحو ثلث قيراط ثم يولى طرفى السلك معا بلا شد ثم يضع فى المثانة قساطير ليخرج منها البول بمجرد ووده اليها فلا يتراكم فيها ويجب ان تبقى المريضة مضطجعة ويلزم ان لا يبحث الجراح عن حالة الجرح ولا عن الغرز ولا يعطى للمريضة سهلا قبل اليوم السادس او السابع

\* (فى انقلاب المهبل) \*

انقلاب المهبل يتسبب عادة عن سقوط الرحم أو عن فتق المثانة أو فتق المستقيم فى المهبل ومع ذلك فقد يشاهد احيانا بدون هذه الاسباب فتري جدره مسترخية ومتغيرة كثيرا أو قليلا بارزة خارج الفرج واهمالجة هذه الآفة طرق متعددة (منها) كشط جزء من الغشاء المخاطى وكيفية ان يبتدى الجراح برد الجزء البارز من المهبل بان يغطى سطح الحوية

المتكوّنة برفادة مدهونة بالزيت أو بالمرهم ويصغطه باصابعه من الدائرة الى المركز ثم يفرض بعض ثنيات الغشاء المخاطي داخل الفتحّة الفرجية نحو (٢) أو (٣) سنتيمتر وتترك هذه الجروح الصغيرة تلتحم من نفسها وهذه هي طريقة الجراح (ديغبناخ)

(ومنها) طريقة (مارشال) وهي أن يكشط الجراح شريحة بيضاوية أو مربعة من الغشاء المخاطي المهبل الجانبي ثم بعد غسل الجرح بالماء تضم حافته بالمخيطة المرودية

(ومنها) الكي بالكاويات الكيماوية أو بالمحاور وغايته انه بالتحام الجروح الناشئة عن ذلك يحصل انكماش في الغشاء المخاطي فيمتنع من البروز الى الخارج

(ونها) وضع الفرازج وهي الطريقة المستحسنة لانها تمتنع بروز المهبل والاحسن أن يمتلأ المهبل امتلاء تاما ثم ان للفرازج جملة اشكال فمنها الاسطوانى والمخلقى والكروى والبيضى وأيا كان يلزم في معالجة بروز المهبل ان يبقى الفرج موضوعا مدة طويلة فلا يخرج الا في كل شهر مرة وتؤمر المريضة بالزروفات المهبالية من الفتحّة الى الفيرزج لاجل النظافة

### \* (في سقوط الرحم) \*

لهذا المرض ثلاث درجات مختلفة وهي الاسترخاء البسيط والانخفاض في المهبل والسقوط الكامل

أما لاسترخاء 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 العرج بل قد يجاوزها أحيانا بأن يتقلب المهبل انقلابا تاما وتتبعه المثانة أيضا ومتى امتلأت بالبول تمكّن في الفرج ورم يزول باستفراغها بالقسطرة وأما المستقيم فلا يتحول

وكيفية رد الورم التكوّن عن سقوط الرحم ان يغطى برفادة رقيقة مدهونة بالقيروطى البسيط ثم يدفع على حسب محور المهبل بعد اضطجاع المريضة

على ظهرها متباعدة الفخذين منئيتيها  
ثم أعلم ان ابقاء الورم مردودا له طريقتان وهما وضع الفرازج أو فعل عملية  
جاحية مخصوصة

الاولى ان يزرع في فخذ ذكرنا ان لها اشكالا مختلفة قنبا الكرى والبيضى  
وخرطى وتتخذ امام الصمغ المرن أو من الذهب أو الفضة أو العاج بعد  
سير درخوا بطريقة (دارسيه) ويجعل لها ثقباقى وسطها أو شرم من الامام  
والخلف والفرازج الكرية كثيرة الاستعمال في بلاد الانكاز  
وأما سقاء سقوط الرحم بفعل عملية مخصوصة فله ثلاث كيفيات  
(الاولى) الكى بالكاويات الكيماوية أو بالمهاور بأن يوضع فى المهبل منظار  
ثم يكوى الجراح المهبل من الجهتين من ابتداء عنق الرحم الى فتحة الفرج فبعد  
سقوط المخسك يشات والتحام الجروح يحصل فى المهبل ضيق به يمتنع  
سقوط الرحم

(الثانية) فرض بعض ثنيات من ثنيات المهبل على حسب طوله وهذه انما  
تنتج فى منع سقوط الرحم احيانا

(الثالثة) هى ان يدمى الجراح الثلثين الخلفيين من الشفرين العظيمين بأن  
يكشط طبقة رقيقة من الغشاء المخاطى المغطى لسطحهما الباطن ثم يضمهما  
بالمخياطة فهذه الكيفية تضيق فتحة الفرج ويمتنع سقوط الرحم مع امكان  
الجماع الا انه اذا حصل الحمل فقد يضطر عند الولادة الى شق الفتحة وتوسيعها  
(حكومة) أعلم ان الاصوب فى سقوط الرحم غير الكامل استعمال الفرازج  
وأما اذا كان كاملا فالاصوب تضيق فتحة الفرج بمخياطة الشفرين العظيمين  
لانها سريعة الفعل وافل المامن الكشط والكى وتنتائجها جيدة

\* (فى بوليب الرحم) \*

الاورام البويبية الرجمية تكون اما مخاطية وأما ليعية وتولد فى تجويف  
الرحم وقد تتولد بالعرب من عنقه ويندر تولدها فى نفس العنق والعادة  
انها لا تعود بعد العملية وبهذا تتميز عن بوليب المناخر وتبلىج اما بالقطع  
أو باللى أو بالزرع أو بالربط

فاما كيفية القطع فهي ان تستلقي المريضة على ظهرها كما في عملية الحصاة  
ثم يدخل الجراح في قبلها منظارا ليمسك عنق الرحم بحيث (موزو) فيجذبه  
الى الاسفل ولاجل سهولة ذلك يأمر مساعدا بضغط القسم الختلى ثم يخرج  
المنظار فينخفض عنق الرحم الى حد الفتحة المهبلية فيصير الورم بين شفري  
الفرج فيمسكه باصابعه أو يجفت فيقرض ذنبيه بالمقص المنحنى بالقرب جدا  
من تشبته بالرحم

وأما كيفية اللي فهي ان يمسك الجراح بعد ادخاله المنظار في المهبل الورم  
يجفت فيلوي ذنبيه مرارا ثم ينترعه

وأما كيفية الربط فهي ان كان البوليبوس بارزا من الفرج ان توضع المريضة  
الوضع الذي ذكرناه في الاستئصال ثم يجذب عنق الرحم الى الخارج فيحاط  
ذنيب البوليب برباط متين وان كان البوليب غليظا فمد في وسطه خيط  
مزدوج وربط كل من نصفيه على حدته

وأما اذا كان الورم البوليبي داخل المهبل فيحاط بخيط متين ثم يشدهذا الرباط  
بشادة العقد

### \* (في حشو المهبل) \*

كيفية حشو المهبل هي كيفية حشو المستقيم بل حشو المهبل اسهل لتيمر  
ايصال الحشوات الى قاعه بواسطة المنظار فلاحظ الى تكرار الشرح هنا

### \* (في سرطان عنق الرحم) \*

يعالج سرطان عنق الرحم اما بالاستئصال وأما بالكي فاما الاستئصال  
فكيفية ان تلقى المريضة على ظهرها ثم يجعل في مهبلها منظار ثم يمسك عنق  
الرحم بحيث (موزو) ثم يخرج المنظار ويجذب عنق الرحم بالجبفت مع الرفق  
جذبا مستورا الى خارج المهبل ثم يبعد المساعد كلامن الشفرين الكبيرين  
والشفرين الصغيرين فيقطع الجراح جميع الجزء المريض مع شئ من الأجزاء  
السليمة ويمكن في هذه العملية استعمال مقص متين منحن على صفحته الا ان  
الاصوب فيها هو استعمال آلة المعلم (شاسينيكا) لأن الخطر في هذه العملية  
انما يتسبب عن قطع الاوعية الرجعية وترك فتحاتها متسعة فيحصل منها نزف

يهلك المريضة وبالإضافة المذكورة تنضغط هذه الأوعية بضغط السلسلة  
فتتسد فيمتنع هذا النزف ويرجى لها الشفاء  
وأما الكي فبالكاويات الكيماوية مثل عجينة (فيينا) والبوتاسا الكاوية  
وكاوى فيلوس وجرجهم ونترات الزئبق أو بالمحدد المحمى ويلزم عند كي عنق  
الرحم استعمال منظارا من العاج أو من الخشب أو القصدير أو الزجاج يكون  
قطعة واحدة مجوفة

وكيفية استعمال الكاويات الكيماوية ان تغمس في الكاوى اذا كان  
سائلا فرشته من النسالة فيمس بها الجزء المريض ثم يعلأ المنظار بالماء لاجل  
ان يضعف الزائد من الكاوى بحيث اذا سال شئ منه في المهبل لا يكونه ويلزم  
قبل استعمال عجينة (فيينا) ان يوضع شئ من النسالة أو القطن في الجزء المهبلي  
الذى يلي عنق الرحم لئلا يسقط منها شئ في المهبل فتتكون عنه خشك ريشة أو  
بالمهاور وكيفيته ان يوضع المنظار في المهبل ثم يكوى عنق الرحم كما غاثر المحور  
محمى الى درجة الايضاض الى ان يكاد المحور ينطفئ واذا لم تكف مرة من هذا  
الكي كرر مرة اخرى أو مرتين أو ثلاثا ثم يعلأ المنظار على الفور بالماء البارد  
ليبرد الجرح وتلطف الحرارة التى قد تنتشر الى ما يجاور الجزء المكوى من  
الاجزاء ويلزم قبل الكي بالمحدد المحمى تطهير عنق الرحم من المادة المخاطية  
التى تكون فيه والعادة ان الخشك ريشة التى تنشأ عن هذا الكي تنفصل من  
اليوم السادس الى اليوم العاشر وحينئذ يكرر الكي مرة ثانية أو ثالثة أو أكثر  
الى ان يزول جميع الجزء السرطاني وهذا بخلاف الكي الذى يقصده ازالة  
أورام قطرية مجردة عن أوصاف السرطان فإنه يتظر تمام القمامة فقد  
يستغنى عن تكريره

وقد استعمل الجراح (سيمسون) الانجائزى في استئصال عنق الرحم  
بحقن فرطاه متصلان ببعضهما مثل جفت الولادة يدخلان فرعا بعد الآخر  
على سبابة الجراح فيجذب بهما عنق الرحم الى الخارج ثم يجرى 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 تفيد 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 الحوض ليسهل خروجه فهو اذا قسمان رأسي وقدمي ولكل من هاتين القسمين طريقتان احدهما من الظاهر فقط أعني بدون ادخال شيء في الرحم وهي أن تجعل الماخص على الوضع اللائق وبعمر بطنها غمزات بها تتغير الكيفية الآتية بها الجنين وتقع هذه الطريقة مشروط بفعلها فيبيل اشتداد الطلق أو أثناءه وقبل تمزق السلا والثانية من الباطن وهي أن يدخل الجراح يده في الرحم فيحول بها الجنين الى احدي الهيئتين اللتين بهما تتم الولادة وتقع هذه الطريقة مشروط بفعلها أثناء الطلق وبعد تمزق السلا فاما التحويل من الظاهر فيشترط فيه قابلية الجنين للتحرك مع ما أسلفناه من أنه انما يفعل قبيل الطلق أو أثناءه وقبل تمزق السلا بأن يكون باقيا على امتلائه بالماء ورجما يتيسر بعد تمزق السلا لئلا يكون بشرط أن يكون قبل استتمام تفرغه من المياه لانه يتم تفرغه من حين ينطبق الرحم على الجنين بدون حائل فلا ينقاد للتحويل لثباته بالتقلص الرحمي

وكثير من الاطباء أوصى بالبحث عن هيئة الجنين في الرحم قبل زمن الوضع بثلاثة أشهر وبأنه متى وجد على الهيئة التي تعبر معها الولادة حول الى الهيئة التي ينبغي أن يكون عليها التيسر وبأنه متى أخذ الحامل المخاض أعيد هذا البحث فان 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 بالتمسك من المهبل وبعمر البطن وبالتسمع

الى ضربات قلب المجنين خشية أن يغلط الطبيب فيحول المجنين عن الهيئة المختارة الى غيرها  
وكيفية التحويل من الظاهر هي أن يحرك المجنين بالتعامل على ما يكون  
ناتمامه كراسه وبدنه واليتيه تماملا قاتونيا ليهتدي رأسه أو رجلاه الى فتحة  
المضيق العلوى مثال ذلك ما اذا أقي المجنين الى فتحة المضيق العلوى بمنكبه  
الايسر في الوضع الثاني بأن كان رأسه في النقرة المحرقفية اليمنى وعجزته  
في الجانب الايسر من المخصر اذ لا يكون حال الاتيان على هذه الهيئة تام  
الافقية بل يكون منحرفا فسبيل التحويل في هذه الحالة هي أن يضع الجراح  
يده على رأس المجنين فيتحامل على ذلك الرأس موجهاله الى المضيق العلوى  
دافعا بيده الاخرى عجزته من الاسفل الى الاءلى نحو قاع الرحم فيكون  
موجهها كلا من طرفي القطر الطويل من هذا المجنين بالضغط الى الجهة  
المعاكسة للجهة التي وجه اليها الآخر وهذا هو الغرض من عملية التحويل  
ثم متى صار المجنين على الهيئة المختارة لزم تثبيته عليها أما بضغطه باليد برهة  
وأما تخزيم الام حزاما لثقالا لثلاثا ليعود الى هيئته الاولى  
وأعلم ان هذا التحويل قد يعسر على الجراح وذلك اذا كان مقدم المجنين  
الى الامام فان يدا الجراح لا تعثر في هذه الحالة الا على ذراعيه ورجليه المتجهة  
الى الامام وهي سريعة الانقياد الى التحريك ولا يتحرك بدنه بتحريكها مع أن  
تحركه هو الغرض لاسيما مع اتساع الرحم وكونه متينا اذا ما قاومة فان ذلك  
يكون مانعا من وصول أعمال يدا الجراح الى بدن المجنين فلا يكون لها كبير  
فائدة في تحويله

وأما اذا كان مؤخر المجنين الى الامام والرحم رخوا منقادا للضغط فالتحويل  
يكون حينئذ سهلا لوصول يدا الجراح الى بدنه وتمكنه من تحريكه  
ومن اطباء من يختار في تحويل المجنين الابتداء برفعه ليعده عن المحوض ويتم  
ذلك بجعل حرف كف الجراح بين عانة المساحض وبين الجزء الذي أقبل به  
المجنين من جسده

واذا فعل التحويل بعد تمزق الاغشية وجب أن يتبع بتثبيت المجنين باليد  
الى أن يوجد في الرحم تقلص يمنع تحوله عن الهيئة المختارة التي حول اليها



واجود هيئات الحمامل عند التحويل هي أن تستلقي على ظهرها مرتفعة الجبهة بواسطة وضع وسادة تحتها

ومن الاطباء من يختار التحويل في جميع الهيئات المغايرة لا تبيان المجنين برأسه الى فتحة المضيق العلوى فعلى رأيه يصول المجنين الا في بجهيزته ليأتى برأسه ولا شك في أن هذه الهيئة هي الاجود والارغب لكن بما أن حركة التحويل قد تكون مدتها طويلة وأنه لا يتم غالبا الامع مهارة المولد وموافقة الاحوال يجب الاقتصار على توجيهه أقرب طرفي قطرا المجنين من المضيق العلوى اليه

وقد نهننا 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 المر هذا ولا يفعل التحويل لذات توأمين الا بعد وضع أحدهما

وأما التحويل من الباطن فلا يفعل الامع اجتماع شرطين أحدهما كون فوهة الرحم متسعة أو يمكن توسيعها لتمدخل منها يد الطيب والثاني أن لا يكون الجزء الذي أتى به المجنين قد خرج من فوهة الرحم وهناك شرط ثالث به تسهل العملية وهو سلامة الاغشية من التمزق وبماؤها يملكه بالمياه

فتحقق الطيب وجود هذه الشروط أخبر سرا اولياء الماخض والمحاضرين بالذى يريد يفعله وبما قد يعرض للمجنين من الاخطار وأما الماخض نفسها فيلطف لها ما يريد فعله كأن يقول لها انى اريد أن اغير الهيئة التي عليها المجنين لشدة الجحاحة الى ذلك فقط فلا يذكرها أنه يريد يدخل يده في تجويف الرحم لاجل ذلك فإن كانت شديدة الفزع أو التسالم أعطاها مرقد ليكون قد دفع بذلك عنها كلام من الخوف والالم وما يتسبب منهما أثناء زمن النفاس وتخلص من الريث أى البلاء الذى يتسبب عن مدافعتها وتردها

وكيفية العمل أن توضع الماخض الوضع اللائق بالتحويل بأن توضع عرضا على سرير متباعدة الساقين مرتفعة الجزء العلوى أعنى الجذع والرأس قليلا

بأن يوضع خلفهما وسائد ويوكل المولد مساعدين بتثبيت الطرفين السفليين  
بأن يمسك أحدهما بإحدى يديه عقب رجل وييده الأخرى ركبتهما والثاني  
الرجل الأخرى كذلك ثم يخرج من يكون مع المساحض من لا يكون لبقائهم  
فائدة الاالتشويش على المولد أثناء العمل ثم يكشف المساحض ويشعر عن  
ساعده الى أعلى مرفقه ثم يضع نفسه وضعا ثابتا به يسهل تحركه ثم يدهن ظهر  
يده وساعدهما بالزيت ليسهل عليه ادخالهما في الرحم ولا يدهن باطن يده لثلاثا  
تتراقى عن الجنين أثناء استخراجها ولدهن اليد والساعده بالزيت فائدة أخرى  
وهي منع العدوى بالداء الزهري أن كانت المساحض مصابة به فإنه كثيرا  
ما شهد حصول العدوى للمولد أثناء عملية التحويل لمن هي مصابة بهذا الداء  
وعلى المولد المبادرة بعملية التحويل متى يتيقن لزومها وكذا سائر عمليات  
التوليد فإن التأخير والتردد فيها يمكن أن يتسبب عنهما هلاك المساحض  
ومع هذا يجب انتظار تمدد عنق الرحم الا في الاحوال المحظرة كما اذا كان  
هناك نزف أو اختلاجات فلا ينتظر تمدد العنق بالسكينة منع الهلاك المساحض  
بل يبادر بفعل العملية متى ابتدأ العنق في التمدد مع كونه قابلا له بحيث  
يمكن ادخال المولد يده فيه ويلزم المولد أن كان محتثما نزع خاتمه لثلاث تنائم  
منه المساحض

\* (في تفضيل إحدى اليدين على الأخرى) \*  
(أثناء العملية)

أولاً متى كان النزول بالرأس فتختار اليد المقابلة لرأس الجنين بشرط أن تكون  
بين الكعب والبطح فإن كانت القمعدوة الى اليسار فضلت اليد اليسرى  
وإن كانت الى اليمين فضلت اليمنى  
وان كان المجبى بالمؤخر فإن كان الى اليسار فالعمل يكون باليد اليسرى وان كان  
الى اليمين فالعمل يكون باليمنى  
ثانياً اذا كان المجبى بالمجذع وكان بالكنتف اليسرى فالعمل يكون باليد  
اليسرى وان كان بالكنتف اليمنى فالعمل باليد اليمنى  
\* (تنبيه) \* يلزم المولد أن يدخل جميع كفه بل وساعده أيضا في تجويف

الرحم ليصل الى قاعه فبذلك يسهل العمل لانه حينئذ ان لم يتر على قدمي  
الجنين من اول الامر عز من اجزائه على ما يساعده على عبوره عليهما

\* (كيفية التحويل) \*

للتحويل من الباطن ثلاثة أزمنة (أولها) زمن ادخال المولديده 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 بعددهتها بمادة دسمة كما ذكرناه على هيئة مخروط ثم تدخل  
في الفرج برفق مع التعامل بها قليلا وفعل حركات رحوية خفيفة فبذلك يسهل  
دخولها ولو كانت الماخض بكر اثم متى أحس المولد بوصول يده الى فتحة عنق  
الرحم وجب عليه أن يستديده الاخرى قاع الرحم من الخارج لئلا يزوغ عن  
يده التي هي داخل الفرج فبذلك تقرب قدام الجنين المراد القبض عليهما  
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 تقلص انتظر انقضاؤه ثم بحث عن قدمي الجنين أو ركبتيه  
فان كان هناك تزف خطرا أو اختلاجات يخشى منها على الماخض أو على  
الجنين الملاك لم ينتظر زوال التقلص ومتى عثر المولد على القدمين قبض  
عليهما معا قبضا جيدا باصابعه فان لم يكن امساكهما معا كفى بقبضه على  
احديهما أو على احدى الركتين

وأما الزمن الثاني فهو زمن ادارة الجنين وكيفية ذلك أن المولد بعد قبضه على  
القدمين أو على احديهما أو على احدى الركتين 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 أعنى بين طلقتين الا في الاحوال  
التي توجب السرعة منعا للملاك الام أو الجنين  
ومتى أمسك المولود أحد طرفي الجنين جذبه الى الاسفل بحيث تصير عجزته  
محاذية لفرج امه ثم يضع سبابه يده الاخرى في ثنية أرييته من الطرف الاخر  
فيستعين بذلك على ادارته ليصير ظهره الى الامام قليلا والمخدر كل المخدر من  
بسط الطرف الاخر الباقي على اثنتائه على مقدم الجنين لانه خطر المجهودات  
التي تعمل لاجل بسطه أكبر من خطر اثنتائه على مقدم جسم الجنين بل لبقائه  
منتنيا فائدتان

أولاهما أنه يصير الطرف السفلي من الجنين غليظا فتتسع فتحة عنق الرحم  
لمرور الرأس منها بسهولة  
والثانية أنه يبقى الحبل السرى من الضغط فانه يكون في هذه الحالة على  
جانب الطرف المنتهي فلا يضغط بين عنق الرحم وبين رأس الجنين وصدرة  
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 جذبه بمجذع الجنين  
محور المضيق العلوي بمعنى أنه يجعل أكثر الجذب الى الاسفل حتى تجاوز عجزته  
فتحة الفرج حتى 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 المخطر  
ولا سيما الكبد فإنه يكون في الاجنة عظيم الحجم دائماً

ويلزم في هذا الزمن الثالث جذب الجنين والرحم في حالة الاتقباض بخلاف  
الزمنين اللذين قبله فقد نبهنا على أنه لا ينبغي فيهما اجراء فعل من الافعال  
وأما هذا الزمن الثالث فانقباض الرحم فيه يساعد المولد كثيراً ويسهل عليه  
العمل ويبقى كلام من الرأس والطرفين العلويين منتنيا على الصدر ولذا

ومن المولدين من يوصى عندما تكون الماخض ضيقة وتطول مدة الولادة  
بإعطاء الجويدار متى خرجت قدما الجنين من الفرج وأمسكت أمسا كاجيدا  
فإن ذلك سهل إخراجه

واعلم أنه يجب في جودة العمل أن يجعل ظهر الجنين كلما ازداد تروجه مقابلا  
لأحدى الحفرتين الحقيقيتين فإن لم يتيسر ذلك لزم المولد أن يقبض على ساقه  
فيحركه برفق حركة رحوية

ومتى تجاوزت بحيزة الجنين الفرج لزم المولد التحقق من حالة المحبل السرى  
وذلك بأن يزلق سبابه إلى محل اندغامه في البطن فإن وجدته مشدودا أمسكه  
بالإبهام والسبابة ويجذبه من جزئه المتصل بالمشيمة وأخرج منه عروة ليستريح  
فإن لم يتيسر ذلك وبقي مشدودا بحيث يخشى تمزقه أو منعه الجنين من الخروج  
لزم قطعه بالمقص وقبض أحد المساعدين على طرفه السرى وأنهى المولد  
التوليد بسرعة فإن كان المحبل السرى بين الفخذين اجتهد في إمراره خلف  
الطرف الخلفي حتى يلامس العجان فإن لم يمكنه ذلك قطعه كما ذكرنا وأنهى  
التوليد بسرعة

واعلم أيضا أنه قد يتفق أن الطرفين العلويين ينسبطان ويرتفعان على جانب  
الرأس مع أن جذب الجنين كان برفق فيلزم في هذه الحالة جذبهما إلى أسفل  
ليمكن خروج الرأس من التجويف ويتم ذلك بالبداة برد الطرف الخلفي لأنه  
الأسهل بأن يزلق المولد سبابه ووسطى يده التي تقابل راحته ظهر الجنين  
مباشرة على السطح الوحشي الخلفي من ذلك الطرف حتى يتجاوز بهما المفصل  
العضدي الزندي واضع الإبهام إلى الأسفل على السطح الأنسي بإسطة كفه  
ليكون بمنزلة الجبائر اتقاء لانكسار ذراع الجنين ثم يرفع بيده الأخرى جذعه  
بعد لفه في قطعة من البر ثم يثنى بسبابه يده ووسطها الطرف بأن يجذبه أولا  
أمام الوجه ثم أمام الصدر ثم يبسطه على جانب الجذع ثم يفعل بذراع الجنين  
الذي إلى الامام ما فعله بالذراع الذي إلى الخلف لكن بشرط أن يكون ذلك  
بيده التي لم تستعمل في الطرف الخلفي وأن يخفض جذع الجنين إلى العجان  
واعلم أن رفع الجذع أثناء تنكيس الذراع الخلفية وتخفيضه أثناء تنكيس الذراع  
المقدمة حركتان مهمتان جدا بهما يسهل العمل كثيرا وبالاختصار متى كان

ظهر الجنين الى اليسار فالأليق استعمال يدا المولدا اليمنى فى تنكيس ذارعه الخلفية ويده اليسرى فى تنكيس ذراعه المقدمة ومتى كان ظهره الى اليمين فالأليق استعمال يدا المولدا اليسرى فى تنكيس ذراعه الخلفية ويده اليمنى فى تنكيس ذراعه المقدمة

هذا وقد تكون الذراع المقدمة منبسطة خلف ففا الجنين وهذه الحالة يكون فيها العمل عسيرا لانه لا يمكن انزال الذراع حينئذ الى ما بين الظهر والجزيرة من الجنين كما يفعله بين الفص وتغير العجز وأيضا متى انبسطت الذراع بمروها أمام الرأس لم يمكن تنكيسها من الخلف بدون انخلاع مفصل الكتف فيلزم فى هذه الحالة العمل بقول المولدة الماهرة الشهيرة بياريز (لاشابل) من اجراء عملية التوليد بدون التفتات الى انبساط الذراع ولو أدى ذلك الى انكسار ذراع الجنين فلايس فيه كبير خطر مع أنه لو فعل المولد مجهودات لاجل تنكيس الذراع ينكسر أيضا فى كل من الحالتين يحشى الكسر فاذا الاوفق عدم التطويل فى التوليد وترك الذراع على حالها خلف القما واتمام التوليد فان حصل فى الذراع انكسار عوج بوضع قطعة من الورق المقوى عليها تم ثبتهما برباط غمس فى الدكسترين أو فى النشاء فيتصلب الكسر عادة فى مده ثمانية أيام أو عشرة ويمأ أن هذا العارض نغفيا جدا لا تخبره الماخص

ومتى كان الموجود فى التجويف هو الرأس فقط متبها النجاها جيدا بان كانت الفمعدوة الى الامام رفع جذع الجنين نحو بطن امه وامرت بالزحير فيخرج أولا الوجه ثم الجبهة ثم قمة الرأس على المخافة المقدمة من الجمان واذا خرجت احدى يدي الجنين الى المهبل فلا ينبغي المبادرة الى ردها فى تجويف الرحم لانه غير ممكن وانما يدار على معصمها رباط وفائدة هذا الرباط هى حفظ اليد على وضع لاثق ومنع الذراع من الصعود والانبساط على جانب الرأس فبعد ذلك يجتهد المولد فى فعل التحويل فعندما تنجذب القدمان أو احدهما الى المهبل يصعد الذراع من نفسه الى تجويف الرحم فبأمر المساعد القابض على الرباط المشدود على المعصم بتوجيه توتيرا لاثقا أثناء صعود الذراع الى التجويف الرحمى فهذه الكيفية تبفى الذراع ملامسة للجذع دائما

ثم ان خروج اليد الى المهبل دليل على الجئي باحد المتكبين  
واذا كانت الذراع جميعها خارجة من الفرج ولا يحصل ذلك الا ان يقبض  
الرحم بعد خروجها منه على نفسه وخال من السلافا لتحويل في هذه الحالة  
متعدرا جدا ولم يبق للمولدا الا ان يعطى الماخض ( - ١ ) - سنجرام من الطرطير  
المقنى أو ( ٨ ) الى ( ١ - ) من خلاصة الافيون دفعة واحدة فان لم يفد ذلك لزم  
فعل عملية تقطيع الجنين منعا لهلاك الماخض بفعل التحويل في هذه الحالة  
ومتى ظن المولد وجود توأمين لزمه ان لا يقبض في التحويل على ركبتين أو قدمين  
مع الا يقبض على ركبة أو قدم من كل جنين فلا يمكنه اتمام التوليد فيلزمه  
حينئذ ان لا يقبض الا على ركبة أو قدم فقط وكون الخارج من الفرج  
طرفين ثم يجذب الجنين من الجزء الذى قبض عليه وبعد ذلك يخرج الجنين  
الثانى ان لم يخرج من نفسه

\* ( فى شروط عملية التحويل ) \*

اعلم ان عملية التحويل لا تفعل الا اضطرارا لا اختيارا ويلزم المولد دائما  
ان يختار عليها التوليد بالمجفت متى أمكن فانه اقل خطر منه على كل من  
الام والجنين  
ويكون التحويل ضروريا فى الجئي بالمجذع على اختلاف كفياته لكن يجب  
قبله الاجتهاد فى تعديل الجنين من الظاهر متى أمكن فان لم يفد ذلك ففعل  
أى التحويل

والاحوال التى تكون المشيمة فيها مندغمة فى عنق الرحم ولا يمكن امسالك  
الرأس بالمجفت يضطرب فيها الى فعل عملية التحويل لتمام التوليد  
ويقول التحويل أيضا فى الاحوال التى يأتى فيها المولد برأسه مع كون الوضع  
مصحوبا بعوارض ثقيلة خطيرة كالنزف والاختلاجات العصبية فان دخول  
اليدي فى الرحم وفعل التحويل يكون حينئذ أسرع من التوليد بالمجفت الذى  
يستدعى ادخال فرعيه وتصال بهما زيادة فى الزمن والله سبحانه وتعالى أعلم  
وأفعاله جلت قدرته أحكم وهو الملباه والمعتم ومضى أراد أمرا تم

## \* (في التوليد بالجفت) \*

جفت الولادة عبارة عن جهة طويلة له شبه معلقةين واسعتين لا تنطبقان على بعضهما انطباقا كلياً متى كان مغلقاً وهو مكون من فرعين فرع ذكوريه زري يدخل في ميزاب الفرع الاخر المسمى بالفرع الانثى متى اريد تركيبهما على بعضهما ويد الفرعين مقوسة قليلاً الى الوحشية وهاتان المعلقتان منقوبتان ثقبا واسعا ليتمكن من ادخال جزء من المحدثين الجداريتين فيه عند التوليد

## \* (في القواعد العمومية لوضع الجفت) \*

لا ينبغي استعمال الجفت في التوليد الا في رأس الجنين منتنياً كان الرأس أو ممتداً اعنى عند الجثي بالقمة أو بالوجه أو عند خروج الجنين ولم يبق الا الرأس فقط

ويلزم ان يجتهد المولد في وضع المعلقين على جداري الرأس وان يتدنى بادخال الفرع الخلفي أولاً كما هو العادة ويمسك الفرع الذي ذكر دائماً باليد اليسرى ويضعه دائماً في الجهة اليسرى من المحقو ويمسك الفرع الانثى دائماً باليد اليمنى ويضعه دائماً في الجهة اليمنى من المحقو ويلزم قبل ادخال كل من الفرعين ادخال يد المولد ليهدى عليها فرع الجفت

## \* (في وضع الجفت على حسب الميئات بالقمة) \*

وضع الجفت يختلف قليلاً عندما يكون الرأس واقفاً في المضيق السفلي أوقى المضيق العلوي من تجويف المحقو

## \* (في كيفية التوليد في الوضع القمعدوي المقدم) \*

في هذه الحالة تكون القمعدوية موضوعة على حسب سمت جسم الام خلف ارتفاع العانة أو تحتها وكل من الجدارين يكون موازياً للنفرة السادة الباطنة التي تغايله

وكيفية وضع الجفت في هذه الحالة لاجل التوليد هي ان يتبدأ بدهن ماعفتي الجفت بالزيت أو بالقبروطي ثم ترقد الماخض على الفراش الذي هي لذلك وتجعل مقعدتها متجاوزة لمحافة الفراش قليلاً ثم يزلق الجراح اصابع يمينه



الثلاث بين الشفر الايسر ورأس المجنين ويمسك بيده اليسرى الفرع المذكور من الجفت كما يمسك قلم الكتابة ويرزق تحديق الملاعقة على السطح الراجي من اصابعه الى ان تبقى المحدية الجدارية اليمنى من الرأس مقابلة لتقعير ملاعقة الجفت

واعلم انه ينبغي في ابتداء العمل أن تكون قبضة الجفت متجهة بانحراف امام الفخذ اليمنى وكما زاد دخوله في المهبل خفضت تدريجا حتى تكون بين الفخذين فيوكل بهما ساعدا يثبتها في هذا الوضع

ثم بعد ذلك يمسك المولدا لفرع الانثى من الجفت ويرزقه على السطح الراجي 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 الانثى وذلك يحصل بدون مشقة متى كان الفرعان متوازيين توازياتهما ثم يمسك المولد باحدى يديه طرفي الفرعين باستواء ويقبض باليد الاخرى على محل اتصالهما ويفعل حركات جذب الى الاسفل والامام على حسب قطر المضيق السفلي ثم متى تخلص القمعدوى من تحت ارتفاق العانة يجعل الحركات الى الامام مباشرة ويتم التوليد بهذه السكيفية والاصوب متى تخلص القمعدوى من تحت ارتفاق العانة ان يتم التوليد بيده ويترك الجفت

\* (في كيفية التوليد بالجفت والرأس في المضيق السفلي) \*

\* (والوضع قمعدوى خلفي) \*

كيفية التوليد بالجفت في هذه الحالة هو انه بعد وضع الجفت كما ذكرناه يجعل المولد حركات الجذب الى الامام والى الاعلى قليلا لتخرج القمعدوة من الفرج أولا

(في كيفية التوليد بالجفت في الوضع القمعدوى المحرق في اليسارى المقدم)

هذا الوضع يكون فيه احد جانبي الرأس متجها بانحراف الى الامام واليمنى والآخر الى الخلف واليسار فينشئ يلزم وضع الفرع الذي ذكر من الجفت في الجهة الخلفية واليسرى والفرع الانثى في الجهة المقدمة واليمنى ثم بعد ذلك يصاب المولدين الفرعين ويحرك بهما الرأس حركة رحوية بها تأتي القمعدوة

تحت ارتفاع العانة فيصير الوضع حينئذ قمعاً ويامقداً فيتم التوليد كما ذكر

\* ( في كيفية التوليد بالجفت في الوضع القمعدوى المحرق في اليمنى الخلفى ) \*

لا تختلف هذه الكيفية عن التي قبلها الا يكون الحركات الرجوية التي  
يفعلها المولد في الرأس تجعل القمعدوة مرتكزة على العجز والذقن خلف  
ارتفاع العانة

\* ( في كيفية التوليد في الوضع القمعدوى المحرق في اليمنى المقدم ) \*

كيفية ذلك ان يدخل المولد فرعى الجفت كما في الوضع القمعدوى المحرق في  
اليسارى المقدم ثم يفعل حركة رجوية بالرأس من اليمين الى اليسار بها تصير  
القمعدوة تحت ارتفاع العانة

\* ( في كيفية التوليد بالجفت في الوضع القمعدوى المحرق في اليسارى الخلفى ) \*

كيفية ان يدخل فرعا الجفت كما في الوضع القمعدوى المحرق في اليمنى  
الخلفى ثم يفعل الجراح بالرأس حركة نصف دائرية بها توجه القمعدوة الى  
الخلف وتجه الذقن خلف ارتفاع العانة

\* ( في كيفية التوليد بالجفت في الوضع القمعدوى المحرق في اليسارى ) \*

\* ( المستعرض ) \*

كيفية التوليد في هذا الوضع هي ان يدخل المولد الفرع الذكرك من الجفت  
في قاع المهبل كما سبق ذكره في الوضع القمعدوى المقدم ثم يوجهه نحو  
الارتفاع العجز المحرق في اليسارى ويدفعه في تغير العجز ثم يدخل الفرع  
الانثى ويوجهه خلف ارتفاع العانة ويصالبه مع الفرع الذكرك ثم بعد ذلك  
يفعل بالرأس حركات رجوية حتى تصل القمعدوة خلف العانة والوجهة امام  
العجز

\* ( في طرق التوليد بالجفت والرأس واقعة من المضيق العلوى ) \*

\* ( في كيفية التوليد في الوضع القمعدوى المحرق في اليمنى المستعرض ) \*

تختلف هذه الطريقة عن التوليد في الوضع القمعدوى المحرق في اليسارى

المستعرض بكون المولد يتسدى أولا بادخال الفرع الانثى ثم يدنخل الفرع  
الذكر

واعلم انه متى كان الرأس واقفا في المضيق العلوى من المحق ويلزم ان تدنخل  
يد المولدا كما لها في المهبل ليزلق عليها الجفت ويعزل باطراف اصابعه رأس  
الجنين عن عنق الرحم اذ بدون هذا الاحتراس يمكن القبض على عنق الرحم  
بالجفت

ومتى ادنخل المولد فرعى الجفت وقبص بهما على الرأس وجب عليه فعل  
حركات جذب في الرأس الى الاسفل وقايل الى الخلف اعنى على حسب قطر  
المضيق العلوى فبذلك ينزل الرأس في المضيق السفلى

\* (تنبيه) \* هذه هي القواعد العمومية للتوليد بالجفت على حسب الجيئات  
بالرأس الا انه يلزم أن لا ينظن ان في وضع الجفت على الرأس يكون دائما مركز  
تغير الملاعق مقابلا للحدبتين الجداريتين لان بعض الاحوال قد لا يكون  
الامر فيه كذلك واذا اجتهد في ذلك المولد ربما يسبب عن اجتهاده بطة في العمل  
يمت الجنين فيلزم حينئذ السرعة في وضع الجفت حسب القواعد التي  
ذكرناها فان وجد المولد ان الجفت غير ممسك للرأس امسا كما منتظما اعنى  
ان ملعقتيه مركزهما غير مواز للحدبتين الجداريتين لم يضر ذلك بالتوليد  
بشرط أن يمكن تصالب الفرعين معا بسهولة وأن تكون هاتين الملاعقتين  
عند خروجهما من المحق وموازيتين لفرعى العانة النازلين

\* (في التوليد الصناعي قبل تمام الخلق) \*

لهذه العملية طرق عديدة وهي توسيع عنق الرحم وحشو المهبل وبزل البيضة  
وفصل اغشية الجنين عن الرحم والزرق الرحمي

اما كيفية توسيع عنق الرحم فهي ان يستفرغ اولا كل من المستقيم والمثانة  
ثم ترقد المراد توليدها على حرف سريرها مثبتة بالمغذين مثبتة بمساعدتين  
ثم يقف الجراح امام عجانها فيدخل سبابه يسراه في المهبل فيضغط ببطنها  
الشفة الخلفية من فتحة عنق الرحم ويهدى عليها فطعه اسفنج اسطوانية من  
الاسفنج المحضرونها (هـ) سنتمترو قطر هاسنتمتر 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 منقاد فيه خيط ليتأقن اخرجها من فتحة عنق الرحم بالمجذب متى تم الغرض ويتوصل الى بقائها في عنق الرحم بسد المهبل بالنسالة أو بامسحجة من الاسفنج المعتاد كبيرة فيعد ( ١٢ ) ساعة متى تحق الجراح حصول الاتساع اخرج الاسطوانة التي من الاسفنج وعوضها بشانية اغلظ منها ثم بثالثة كذلك وهكذا تدريجيا حتى تحصل الانقباضات الرجية الدالة على ابتداء الطلق

وأما حشو المهبل فكيفيته هي كيفية حشو المستقيم

وأما بزل البيضة فكيفيته ان تدخل في عنق الرحم آلة بازالة أو مطلق جسم حاد الطرف أو مجس ذو حربة فتشقب 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 الرجي 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 كلا من سبابة ووسطى يده اليسرى الى أن يصل بهما الى الشفة الخلفية من فتحة عنق الرحم ثم يهدى عليهما فم الحقنة فيدخله بين البيضة والمجدار 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 ) اتضح الآن ان مجرد الزرق في المهبل كاف في الاجهاض

\* ( في شق ارتفاق العانة ) \*

اذا كان تجويف الحوض غير كاف لمرور رأس الجنين فيمكن توسيعه بفصل العظام المحرقمين كل منهما عن الآخر وذلك بأن يشق الغضروف الذي يضمهما من المخط المتوسط وتسمى هذه العملية بشق ارتفاق العانة وكيفيتها ان تستفرغ المثانة من البول ويحلق شعر العانة ثم يشق الجراح بمشرطتين

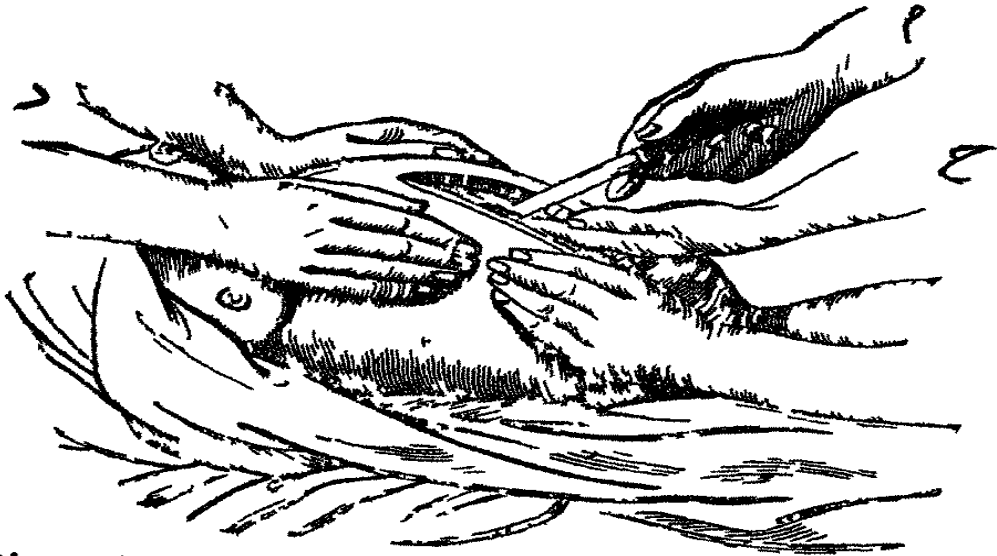
ما بين الشوكتين العائيتين من الاجزاء الرخوة بأن يتدنى بالشق اعلى ارتفاق العانة ويمتد به الى قرب البظر ومتى وصل الى الرباط اللينى الغضروفى الضام لعظمى العانة قطعه شيئاً فشيئاً من الخفاف الى الامام أو من الاعلى الى الاسفل بشرط نصله متين كما ذكرنا وتلزم زيادة التيقظ فى قطع هذا الرباط خوفاً من اصابة المثانة أو فناء مجرى البول ثم يقطع الارتباطة تحت العانة حتى تم انفصال هذين العظمين تركت الولادة للطبيعة ان كانت ذات الحمل قوتها كافية والانتقباضات الرجعية قوية والاحتياج الى توليدها بالجفت وهذه الطريقة هي المعتادة فى قطع ارتفاق العانة وهناك طريقة اخرى وهي طريقة (أيمبير) وكيفيةها ان يشق الجراح شقاً صغيراً بين البظر والارته ساق العائى فيدخل منه مشرطاً ذارزاً فيدفعه اسفل القوس العائى وخلفه فيوجه حده الى الامام فيشق الغضروف العائى من الاسفل الى الاعلى ومن الخفاف الى الامام ومتى تحقق من انه قرب من الجلد نحف يده لثلا يشق جدار ارتفاق العانة

\* (فى العملية القيصرية) \*

هذه العملية غايتها ان تخرج الجنين بشق جدار البطن والرحم عندما يكون الحوض ضيقاً لا يتأتى مرور الجنين منه وعندما تموت الحامل وحينئذها حتى كى لا يموت فى بطنها ولا تفعل الا اذا كان قطر الحوض خمسة سنتيمتر فقط اذ 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 وبشق جدار البطن شقاً مستعرضاً أو بفعل شق جانبي

فاما شق الخط الابيض (شكل ٦٠) فكيفيته ان يثبت المساعدون الماخض 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 يتدنى به فوق



العانة بنحو (٣) سنتر ويمده الى قرب السرة يستوعب فيه الجلد والنسيج  
 المخلوي والمخاط الابيض ثم يشق الالياف الصفاقية التي تتصلب في المخاط  
 المتوسط مع غاية الاحتراس لكيكونها مجاورة للامعاء حتى وصل الى الوريقة  
 الجدارية من البريتون فتح فيها فتحة صغيرة بأن يرفعها بواسطة جفت ثم يقطع  
 الشية المتكونة عن ذلك الرفع بالمشرط فيدخل في هذه الفتحة سبابة يده  
 اليسرى فيزاق على بطنها مشرطاً اذا زرفيتهم به شق البريتون من الاعلى ومن  
 الاسفل على حسب الشق الظاهر ثم يشق نسيج الرحم طبقة فطبقة على حسب  
 اتجاه المخاط الابيض وفي الجزء العلوي من جداره المقدم حتى وصل الى اكنة  
 الجنين بط فيها بطة صغيرة فادخل منها مشرطاً اذا زرفشق به هذه الاكنة شقا  
 طوله نحو (١٥) سنتر ثم يأمر مساعداً بالفيض على حافتي هذا الشق  
 وجذبهما نحو الجرح الظاهر ليتمنع 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 المشيمة نحو الجرح فيخرجها منه الجراح  
 بالمجذب مع اللف كما تخرج في الولادة الطبيعية ثم يتظف الرحم من الدم وغيره  
 من السوائل التي توجد فيه بواسطة اسفجة ويضم حافتي الجرح الظاهر  
 بالمخيطة المرودية لكن يلزم ابقاء فتحة صغيرة بالقرب من العانة كافية  
 في اخراج المواد التي يمكن ان ترشح خلف جدار البطن



وأما جرح الرحم فياثر من نفسه بسرعة لا تقباض جدره عند ما يزول قوته  
بالمجنين واغشيته

وأما كيفية العملية القيصرية بالشق المستعرض فهي ان يشق الجراح جدار  
البطن والرحم من الجهة التي يكون فيها الرحم كثيرا البروز بأن يتدنى بالشق  
حذاء الحافة الوحشية من العضلة المستقيمة البطنية فوق العانة بنحو (١٠)  
سنتيمتر يمتد بهذا الشق أفقيا نحو العمود الفقاري حتى يصير طوله من (١٢)  
الى (١٥) سنتيمتر فيتم العملية بما اسلفناه

وأما الشق الجانبي فالعرق بينه وبين الشق من الخط الأبيض 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 بري توفى وتغذية المريضة بالاغذية الخفيفة السهلة الانهضام

\* (في تقطيع المجنين) \*

الغرض من هذه العملية هو تجزئة المجنين اجزاء متعددة ليخرج من الرحم اذا  
عجز الجراح عن غيرها من الحيل  
وتختلف كيفيةها باختلاف ما يتوارد من اجزاء المجنين فتارة تقطع الرأس  
وحينئذ تسمى بالتقطع الجمجمي وتارة يكون الجزع هو الذى يقطع واحيانا

المحوض وذلك على حسب المتوارد من هذه الاجزاء كما تقدم والآلات التي  
تستعمل في قطع الجمجمة هي مقراض (سميلي) وهو من نوع المقص المعتاد  
الآن شقيه قاطعان من الوحشية وحادا الطرف صلبان جدا بحيث يمكن  
غرزهما في عظام رأس الجنين والمجفت المفتت وهو شبيه بجفت الولادة الا  
ان شقيه غير مثقوبين وبالقرب من طرفه الذي يسلك منه لواب يلبس به بنشاب  
الشقان فيضغطان الرأس فيهرسانه

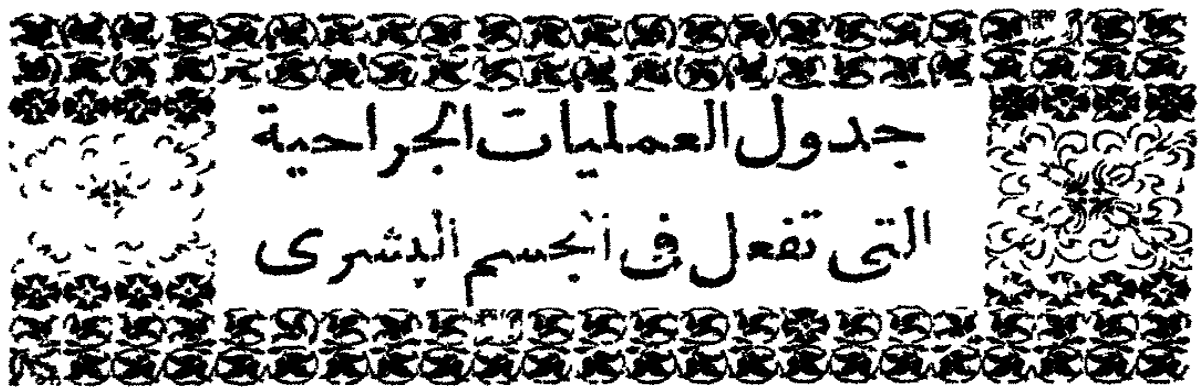
وكيفية العمل ان يدخل الجراح يده اليسرى في مهبل المريضة فيزلق اصبعه  
السبابة والوسطى في الرحم ثم يضع في طرف مقص (سميلي) كرة صغيرة من الشمع  
في يديه بيده اليمنى وهو مطبق فوق هاتين الاصبعين حتى يجاوز عنق الرحم  
حتى تحقق ان طرفه مرتكزا على عظام من عظام جمجمه الجنين غرزه في ذلك  
العظم بادارته حتى يدخل الحلمان الحادان في تجويف الجمجمة فعند ذلك  
يفتحه فيشقان الجمجمة ثم يوجهه الى جهة اخرى مصالبة للاولى فيفتحه ليشق  
بالحلين شقا آخر مقاطعا للاول ثم يستخرج جزء من الدماغ فيصغر حجم الرأس  
فيتأتى خروج الجنين

وان تخرج الطرفان السفليان ولم يبق في المحوض الا الرأس فثقبه ممكن 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 سبابه على عنق  
الجنين ثم يهدى على بطنها مقصا متينا فيقطع به عنق الجنين في مرات  
حتى يتفصل

وأما كيفية العمل بالمجفت 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 والحمد لله على اكماله على هذه  
الكيفية السنوية وافضل صلوات صلاته وتسليمه على من ختم به النبوة والرسالة  
وعلى آله واصحابه الذين محوا باقوار علومهم ظلمات الجهالة ثم





جدول العمليات الجراحية  
التي تفعل في الجسم البشري

# جدول العمليات الجراحية التي

## تفعل في الجسم البشري

(في ربط الشرايين)

(في القواعد العمومية لربط الشرايين)

الآلات اللازمة لربط الشرايين هي مشرط محذب ومشرط مسنن ومخرف وقنوى كال الطرف وجهوت فان كان الشريان المراد ربطه غائرا كالشريان المحرق في الوحشي والشريان الشظي تستعمل حينئذ زفعه والتي يمكن من ربطه آلة مخصوصة تسمى بابرة (كوبر) و(ديشان) وأعلم أنه يجب أيضا أن يكون مع الجراح كلاب كآلة الطرف تبعديها الأجزاء الزحوة وقت العمل فيسهل البحث عن الشريان

هذا ولعملية ربط الشريان ثلاثة أزمنة مختلفة الزمن (الاول) هو زمن الكشف عن الشريان بشق الاجزاء 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 يزل في قناة المخرف أو رفعه بابرة (كوبر) أو (ديشان) حاملة في سمها الخيط ولشرح كل من هذه الازمنة على حدته فنقول

\* (الزمن الاول من عملية ربط الشرايين) \*

قد ذكرنا أن هذا الزمن هو زمن كشف الشريان وهو ينقسم أيضا باعتبار الاجزاء التي يشقها الجراح ليتوصل الى الوطاء الى عدة أزمنة فيبتدأ بشق الجدار والنسيج المحلوي تحته والصفاق المغلف والطبقات العضلية والصفاقات العائرة، احيانا وذلك مع التزام العمل بهذه القواعد

وهي (أولا) أنه كلما كان الشريان غائرا لم أن يكون شق الجلسد أطول والعكس بالعكس فيكفي لكشف الشريان الكعبري في الجزء السفلي من الساعد أن يكون طول الشق من ٣ سنتيمتر الى ٤ وأما كشف الشريان

الفصبي الخلقى في الجزء العلوي من الساق فيلزم فيه أن يكون طول الشق من ٨ الى ١٠ سنتيمتر ويعمل الشق بالمشرط المحدث

(ثانيا) يلزم في شق الصفاق المغلف للطرف بأن يدخل تحتته محراف قنوى يهدي عليه مشرط مستقيم ويشق من الباطن الى الظاهر هنا اذا كان الشريان المراد ربطه سطحيا وأما اذا كان غائرا فيمكن الاستغناء عن تنفيذ المحراف القنوى تحته وفي هذه الحالة يشق من الظاهر الى الباطن

(الزمن الثاني من عملية ربط الشرايين)

هذا الزمن عبارة عن مده عزل الشريان عما يجاوره من الاعضاء وكيفية ذلك ان عسك الجراح النسيج المحلوي المحيط بالشريان يجفت ثم يبعد بطرف محراف الشريان عن الجفت ويعزله بالكليفة عن الاجزاء المجاورة

(الزمن الثالث من عملية ربط الشرايين)

هذا الزمن عبارة عن مده رفع الشريان لتفسيده نخيطة اربط تحته وكيفية ذلك ان يزلق المحراف أو الابرة تحتته من الانسية الى الوحشية أو من الوحشية الى الانسية على حسب هذه القواعد

(اولا) اذا كان للشريان وريد واحد وعصب واحد مصاحبين له في سيره فالذي ينبغي أن يزلق المحراف القنوى تحت الشريان من جهة الوريد الى نحو العصب فهذه الكيفية لا يخشى من اصابة الوريد

(ثانيا) اذا كان للشريان وريدين مصاحبين له في سيره وعصب واحد فيزلق المحراف من جهة العصب الى نحو الوريد

(ثالثا) أعلم أن لجسورات الشريان دغلا عسيما في ازلاق المحراف تحت الشريان فغلا في ربط الشريان تحت الترقوة يجب على الجراح ازلاق المحراف أو الابرة الحاملة للنخيطة من الانسية الى الوحشية بسبب أن هذا الاسم تكون فيه البياور في الجهة الانسية من الشريان

وهذه هي القواعد العمومية لربط الشرايين على وجه الاختصار وانبتدى الآن في ذكر ربط كل شريان على حدة فنقول

اسماء الشرايين	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 وريدها ولا يوجد بجوارته عصب	واتجاهه يكون على حساب خط وهمي يمتد من وسط ثنية المرفق الى التنوء الابرى الكعبري
الشريان الزندي	ويربط أيضا عند متصل الثلث العلوي من الساعد بالثلث المتوسط	ويكون الشريان في هذا الجزء بين العضلة الباطحة الطويلة والعضلة الكعبرية المقدمة مصحوبا بوريدين وفي الجهة الوحشية منه فرع انتهائي سطحي من العصب الكعبري والوريد الكعبري السطحي يوجد في مسر الشريان منفصلا عنه بالصفاق الساعدي	اتجاه الشريان في هذا الجزء كما سبق
الشريان الزندي	يربط في ثلاث محلات في الثلث السفلي من الساعد	ويكون بين وتر العضلة الزندية المقدمة ووتر العضلة الفايضة السطحية للاصابع ويصاحبه في السير وريدان والعصب	واتجاه هذا الشريان يكون على حساب خط يمتد من ثنية المرفق الى العظم البسلي

ملحوظات	كيفية زلق المخراف تحت الثريان	الطبقات المختلفة التي تشي في ربط الثريان	اتجاه الشئ اللازم لكشف الثريان
	يزلق المخراف العنوي من الانسية الى الوحشية أو من الوحشية الى الانسية على حد سواء	(أولا) الجلد (ثانيا) الطبقة الخلووية تحت الجلد (ثالثا) الصفاق الساعدي	والشق يكون على حسب الاتجاه الذي ذكرناه في الخانة السابقة
	يزلق المخراف أو الابرة من الوحشية الى الانسية	الطبقات التي يجب شقها هي المذكورة أعلاه أيضا لأنه يلزم الاحتراس من إصابة الوريد الكعبري السطحي أو ربطه بدلا عن الثريان	والشق يكون أيضا على حسب اتجاه الثريان
	يزلق المخراف تحت الثريان من الانسية الى الوحشية	(أولا) الجلد (ثانيا) الطبقة الخلووية تحت الجلد (ثالثا) الصفاق	واتجاه الشق يكون على حسب خط ممتد من التواء الانسي المرفقي الى العظم البسلي

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	أسماء الشرايين
	الزندى يكون في الجهة الانسية		
والاقتناء كما سبق ذكره أيضا	ويكون في هذا الجزء بين العضلة الزندية المقدمة والعضلة السطحية القابضة للأصابع ومجاوراته مع الاوردة والعصب في هذا القسم هي التي ذكرناها أعلاه	وفي الثلث المتوسط	
والاقتناء كما سبق ذكره	ويوجد الشريان في هذا الجزء بين العضلة القابضة السطحية والقابضة الغائرة حذاء الخط العاصم للعضلة الزندية المقدمة عن العضلة السطحية القابضة للأصابع ومجاوراته مع	وعند اتصال الثلث العلوى مع الثلث المتوسط من الساعد	

ملحوظات	كيفية زلاق المخراف 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 للصغرة 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 للصغرة الفاصل ما بين العضلة الزندية المقدمة والعضلة القابضة السطحية للأصابع	والشق كما سبق أيضا

(٨)

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
	الاوردة والعصب هي التي ذكرناها		
واتجاه هذا الشريان على حسب خط وهمي يمتد من متصل الثالث المقدم مع الثلث المتوسط من نقطة الابط الى وسط ثنية المرفق	ويوجد في الجهة الانسية من وتر العضلة ذات الرأسين ولا يكون منفصلاً عن الجأدا الا بالصفاق الذراعي وبالنسيج المخاوي تحت الجلد الذي ترفيه الاوردة السطحية لثنية المرفق ولهذا الشريان وريدان مصاحبان له في سيره وأما العصب المتوسط فيكون انسيه	يربط في محلين في ثنية المرفق	الشريان العضدي



المحوتات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>احس الجراح بهذا الانخفاض فالشقة ويهدأ أيضا بالعصب الزندي لاجل الوصول الى هذا الشريان</p>			
	<p>وزنق المخراف او الابرة من الانسية الى الوحشية</p>	<p>والطبقات العضوية التي يشقها الجراح هي (أولا) الجلد (ثانيا) الطبقة المخلوية تحت الجلد (ثالثا) الصفاق العضدي</p>	<p>ويجعل الشق على حسب خط متجه بانحراف من أعلى الى اسفل ومن الانسية الى الوحشية موازيا لاتجاه الوريد الباسليق المتوسط</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
والاتجاه كما ذكر	في هذا الجزء قد يكون الشريان أيضا في الجهة الانسية من وتر العضلة ذات الرأسين وأما مجاوراته للاعصاب فتختلف فيكون العصب المتوسط امامه والعصب الزندي خلفه والوريد الباسيليقي لا يكون منفصلا عنه الا بالصفاق الذراعي	وفي الجزء المتوسط من الذراع	
وسير هذا الشريان يكون على حسب خط وهي ممتد من الجزء المتوسط من الترقوة الى اتصال الثلث المقدم بالثلث المتوسط من نقرة الابط	ويوجد في مسافة مثلاثة محدودة من الاعلى بالترقوة ومن الانسية بالضغرة القصية من العضلة العظيمة الصدرية ومن الوحشية بالعضلة الصغيرة الصدرية وهو مغطى بالعضلة العظيمة الصدرية والجناد	يربط هذا الشريان اسفل الترقوة	الشريان الابطى

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	والاجزأ التي تشق هي (اولا) الجلد (ثانيا) الطبقة الخلفية تحت الجلد (ثالثا) الصفاق العضدي الا انه يلزم الاحتراس من اصابة الوريد الباسيليقي او التباسه 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	ويتغذ المحراف القنوي تحت الشريان من الانسية الى الوحشية	والاجزأ التي يشقها الجراح في هذه العملية هي الجلد والصفاق والعضلة العظمية الصدرية	والشق الذي يفعله الجراح لكشف هذا الشريان يكون موازيا لعظم الترقوة وأسفل منه بنحو سنتيمتر

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
	<p>والوريد الابطى 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 لحاقتها السفلى على طول الحافة الانسية من العضلة الغرابية العضدية وبين العصب المتوسط والعصب الزندي من الامام والعصب الكعبرى من الخلف</p> <p>والوريد الابطى يكون في الجهة الانسية منه</p>	<p>وفي نقرة الابط</p>	
وسيرة كما ذكرناه اعلاه			

مجموعات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>الدالية لثلا يصيب الوريد القيفالى</p>			
<p>اعلم أن هذا الشريان يكون بين الأفرع العصية الانتهاية من الضفيرة العصدية ولذا أنه يعسر العثور عليه ولا جل سهولة العمل يجب على الجراح بعد أن يكشف الكتلة العصدية</p>	<p>ويتمذ المحراف القموى من الانسية الى الوحشية ومن المخاف الى الامام</p>	<p>والاجزا التي تشق هى الجلد والطبقة المخلوية تحت الجلد والصفاق الابطى</p>	<p>والشق يكون موازيا للجافة السفلى من العضلة العظيمة الصدرية وتحافها</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يغفل فيها الربط	اسماء الشرايين
وهو يصلب اتجاه الترقوة	ومن الاسفل يكون مجاورا للسطح العلوي من الضلع الاول وللبليورا ويمر وحيث تتوالضلع الاول ويكون مغطى بالصفاق الدماغى وبالمجلد واما الوريد ف تحت الترقوة فيكون في الجهة الانسية من الشريان والصفيرة العصية الصدرية تكون في الجهة الوحشية منه	هذا الشريان يربط في الجهة الوحشية من العضلات الانجمية	الشريان تحت الترقوة

ملحوظات	كيفية قرأى الحرف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تسقى في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>الوطائية ان يبحث على العصب الاكثر غلظا اعنى على العصب المتوسط ومتى وجدته يسهل العثور على الشريان لانه يكون خلقه مباشرة</p> <p>أعلم انه يعسر تمييز الشريان عن افرع الضغيرة العصية الصدرية ومع ذلك فيميز (أولا) بوضعه التشريحي أى كونه فى الجهة الوحشية من تنوء الضلع الاول مباشرة (ثانيا) متى وضع عليه</p>	<p>وينفذ خيط الربط اسفل الشريان من الانسية الى الوحشية ومن اسفل الى اعلى لئلا يصاب الوريد أويفتح تجديف البيورا</p>	<p>والاجزأ التي تشق فى هذه العملية هى الجلد والعضلة الجلدية مع الاحتراس من اصابة الوريد اوداجى الظاهر ثم يشق الصفاق الدماغى</p>	<p>يكون الشق موازيا للترقوة اعلاها باستيمتر واحد ويمتد من الحافة الوحشية من العضلة القصية المحلمية الى الحافة المقدمة من العضلة المعينية وإذا كانت المسافة التي بين العضلة القصية والعضلة المربعة</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
واتجاه هذا الشريان يكون موازيا للسافة التي بين صغيرتي العضلة القصية الحلمية	ويكون موضوعا وضعا غائرا امام العمود الفقري في الميزاب الذي بين العضلة الطويلة العنقية والعضلة الاخعية المتقدمة	هذا الشريان يربط اسفل التواء المستعرض من الفقرة السادسة العنقية بنحو اثنين او ثلاثة سنتيمتر	الشريان الفقري



ملحوظات	كيفية زلق المهراف 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 عصبي لانه حينئذ يتخرج العصب بكابيته بدون حدوث هذا الاحساس اعلم انه يهتدأ بالمحذبة أى التواء الأخرى لفعل الشق وكشف الشريان</p>	<p>ويتخذ خيط الربط من الوحشية الى الانسية</p>	<p>والاجزاء التي تشق في هذه العملية هي (أولا) الجلد (ثانيا) العضلة الجلدية (ثالثا) العضلة القصية المحمية</p>	<p>المعينة غير كافية لكشف الشريان لا بأس بقطع بعض من الياف العضلة المربعة المعينية والشق يكون على حسب خط ممتد من المحذبة المقدمية من التواء المستعرض من الفقرة السادسة المسمى</p>

اسماء الشرايين	الاقسام التي تعمل فيها الربط	المجاورات الرئيسة للشريان	سبب الشريان واتجاهه
الشريان التدبي الباطن	يربط هذا الشريان في الجزء المقدم من المسافة الثالثة والرابعة بين الاضلاع	تحالف الشريان الدرقى السفلى وفي الجهة الانسية منه وتحالف الاوعية الناحية وأما الوريد العقري فيكون في الجهة الوحشية من الشريان وأمامه وهو يكون بين البليورا والسطح المخفى من العضلة الباطنة بين الاضلاع	واتجاهه يكون موازيا لمحافة العص
في الشريان السباتي الاصلي أي الناحر الاصلي	يربط هذا الشريان في الجزء المتوسط من العنق	وهو على طول المحافة المقدمة من العضلة القصبية الحلمية امام التتو المستعرض من الغفرة السادسة العنقية مغطى بالصفاق العنقي	واتجاهه يكون موازيا للمحافة المقدمة من العضلة القصبية الحلمية

ملحوظات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في رطا الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
		<p>الا انه يجب على الجراح أن يزرخ الاوعيه الناحرية الى الانسية لثلا تصاب (رابعا) المسافة التي بين العضلة الطويلة العنقية والعضلة الاخمية المقدمة</p>	<p>بالمتوه الباعرى الى نحو ثلاثة سنتيمتر وحشى الطرف الانسى من عظم الترقوة</p>
<p>يلزم الاحتراس في هذه العملية من اصابة البليورا عند رفع الشريان بالمخراف القنوى لربطه</p>	<p>ويزلق المخراف 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 بالمحدية الناحرية</p>	<p>ويزلق المخراف تحت الشريان من الوحشية الى الانسية</p>	<p>واما الاجزا التي يشقها الجراح في هذه العملية هي (اولا) الجلد (ثانيا) الطبقة الخلووية 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>واتجاهه يكون موازيا للقرن الكبير من العظم اللامي</p>	<p>والمجد ويصاليه الوريد الوداجي الظاهر وأما الوريد الوداجي الباطن فيوجد في الجهة الوحشية منه والعصب الريثوي المعدي يكون خلف هذين الوعائين وفي الجهة المقدمية من الشريان يوجد القوس التغممي من الفرع النازل الانسي من الضفيرة العصبية العنقية والفرع النازل من العصب تحت اللسان</p> <p>ويوجد بين العضلة اللامية للسانية والعضلة القابضة المتوسطة للمعوم وأعلم ان العصب العظيم تحت اللسان</p>	<p>يربط هذا الشريان أعلى القرن العظيم من العظم اللامي</p>	<p>الشريان اللساني</p>

ملحوظات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تتق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>الموجودة في النتوء المستعرض من الفقرة السادسة العصبية واعلم انه يتبني الاهتمام في عزل الدصب الرئوي المعدى وعدم ربطه مع الشريان</p>		<p>مع الاحتراس الكلي من اصابه الوريد الوداجي الظاهر (ثالثا) الصفاق العنقي (رابعا) المسافة التي بين العضلة المحلمية القصية والعضلة القصية الدرقية (خامسا) غمد الاووعية</p>	
<p>اعلم انه عند شق العضلة اللامية اللسانية صحب الدقة والاحتراس التام لان الشريان</p>	<p>ويزلق المخراف الغنوي من أعلى الى اسفل</p>	<p>والاجزا التي يشقها المجراح للوصول اليه هي الجمد والعضلة الجملدية والصفاق الدماغي وغمد الغدة تحت الفك فتزفع وتخرج</p>	<p>والشق الذي يفعل يلزم أن يكون موازيا للقرق العظيم اللامى وأعلى منه بقليل</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء السرايين
	<p>يكون مضمصلا عن الشريان بالعضلة اللامية اللسانية ويوجد لهذا الشريان وريد مصاحب له في سيره</p>		
<p>واتجاهه يكون موازيا للحافة المقدمة من العضلة المضغية</p>	<p>ويوجد امام الحافة المقدمة من العضلة المضغية وهو مغطى بالياف العضلة المجلدية والوريد المصاحب له يكون في الجهة الوحشية منه</p>	<p>يربط هذا الشريان في الجزء المقدم من العضلة المضغية</p>	<p>الشريان الوجهي أى الفكى الظاهر</p>

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي نشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>يكون ملامسا لسطحها العاير قريبا اصيب بالمشرب ولذا أوصوا بشق هذه العضلة شيئا فشيئا لادفاعة واحدة</p>		<p>يميشق الصفاق المشترك من وتر العضلة ذات البطنين والعضلة الابرية اللامية وينتهي بشق العضلة اللامية اللسانية</p>	
<p>أعلم أن اليأس العضلة الجبلدية من نامي العصلات جدا قد تكون نامية ايضا فيطن الجراح أنه وصل الى العضلة المضغية</p>	<p>وبرلق المحراف من الوحشية الى الانسية</p>	<p>وأما الاجزاء التي تشق فهي الجلد والعضلة الجبلدية</p>	<p>والشق الذي يفعل يلزم ان يصاب المحافة المقدمة من العضلة المضغية على حسب خط وهمي ممتد من زاوية الهك السفلى المقابلة لمحل فعل العملية الى زاوية الشفة من الجهة الاخرى</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يقع فيها الربط	اسماء الشرايين
<p>واتجاهه يكون موازيا للعنق المقدم من صوان الاذن</p>	<p>ولا يكون في هذا الجزء مغطى الا بالجلد ويكون محبوسا في الجهة الوحشية بوريد واحد</p>	<p>يربط هذا الشريان اعلى القوس العزاري في الجزء المقدم من صوان الاذن</p>	<p>الشريان الصدغي</p>
<p>واتجاه هذا الشريان يكون من اسفل الى اعلى ومن الامام</p>	<p>ويوجد بين الحافة السفلى من العضلة ذات البطنين</p>	<p>هذا الشريان يربط خلف التواء الحلمي واسفله</p>	<p>الشريان القمعدوي</p>



ملحوظات	كيفية زلق المرفاق تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>فيبحث عن الشريان فلا يجده لكونه لم يزل مغطى بالعضلة الجليدية اذا علمت ذلك علمت أيضاً انه يشق الياف العضلة الجليدية ينكشف الشريان</p>	<p>ويزلق المرفاق من لوحشية الى الانسية</p>	<p>والاجزاء التي تشق هي الجلد والطبقة المخاوية تحت الجلد</p>	<p>والشق يكون موازياً للصوان الاذن وأعلى القوس العذاري</p>
<p>ويزلق المرفاق القنوي تحت الشريان من</p>	<p>والانسيجة التي تشق هي الجلد والصفاق العلوي من العضلة</p>	<p>ويفعل الشق خلف النتوء المحلى واسفله بقدر</p>	<p>ويفعل الشق خلف النتوء المحلى واسفله بقدر</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات 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 الحامية		
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 للأبهام والمخافة الانسية من العضلة القدمية وله وريد ان مصاحبان له ويصاحبه أيضا الفرع العصبي الانسي الغائر لظهر القدم وهو أحد الافرع الانتهائية من العصب القصي المقدم	يربط هذا الشريان في ظهر القدم	الشريان القدي
واتجاهه يكون على حسب خط ممتد من التواء المنذغمة فيه	ففي الثلث السفلي يكون بين العضلة القصية المقدمية	يربط هذا الشريان في الثلث السفلي	الشريان القصي المقدم

لمحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
	من أسفل الى أعلى	القصة الحليمية والعضلة الطبعالية	واحد ستة مرتبها به بانحراف الى الأعلى والمحاف
كثيرا ما ينشأ الشريان القدمي من الشريان الشظي في هذه الاحوال يعسر كشفه باتباع القواعد التي ذكرها	والمحراف يزلق أمام الانسية الى الوحشية أو من الوحشية الى الانسية على حد سواء	والانسيجة التي يجب شقها هي الجلد والنسيج المخاوي تحت الجلد مع المحذر من قطع شيء من الافرع العصبية الانتهائية من العصب العضلي المجدي ثم يشق صفاق ظهر القدم	والشق يكون على حسب الاتجاه الذي ذكرناه
	ويزلق المحراف من الانسية الى الوحشية أوبالعكس	ويشق في هذه العملية الجلد والنسيج المخاوي والصفاق	والشق ينعمل على حسب اتجاه الشريان

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
العضلة القصصية المقدمة الى المسافة بين الكعبين	والعضلة الباسطة الخاصة بالابهام ويكون محسوبا بوريدين ويكون العصب القصبي المقدم امامه	من الساق وفي متصل الثلث العلوي بالثلث المتوسط	
واتجاهه كما ذكرناه أيضا	وفي متصل الثلث العلوي بالثلث المتوسط يكون الشريان بين العضلة القصصية المقدمة والعضلة الباسطة المشتركة للأصابع ومجاوراته مع الاوردة والعصب هي ما ذكرناه		
		يربط هذا الشريان في ثلاثة مجال	الشريان القصبي الخلفي

ملحوظات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>واعلم ان سبب تعمير هذه العملية مرتبسط بالعضور على المسافة الخلووية التي ذكرناها ولذا يوصى بالبحث عنها قبل شق الصفاق الساقى</p>	<p>ويزلق المخراف كما ذكر أعلاه</p>	<p>الساقى والمسافة الخلووية التي بين العضلة القصية المقدمة والعضلة الباسطة الخاصة بالابهام</p> <p>والاجزا التي تشق هي المجلد والنسيج الخلووى والصفاق الساقى والمسافة الخلووية التي بين العضلة القصية المقدمة والعضلة الباسطة المشتركة للاصابع</p>	<p>والشق يفعل كما سبق التنبيه عليه</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يقع فيها الربط	اسماء الشرايين
واتجاهه يكون موازيا لسمت الساق	وهو موضوع على الطبقة الغائرة من العضلات الخلفية من الساق منفصلا عن الجلد بالصفاق الساقى وبالطبقة المخلوية تحت الجلد التي يمر فيها الوريد الصافى الانسى ويصاحب هذا الشريان وريدان والعصب القصبى الخافى في الجهة الوحشية منه	تحلف الكعب الانسى	
واتجاهه واحد ايضا	مجاورات الشريان في هذا القسم هي التي ذكرناها اعلاه	وفي الثلث السفلى من الساق	

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطببات المختلفة التي تساق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
يلزم في هذه العملية ان يكون الساق منتفخة نصف اثناء على الفخذ ومرتكزة على سطحها الوحشى ثم انه يلزم أيضاً شق الصفاق الساق بحتراس بان تفعل أولاً في الصفاق عروة ثم ينفذ منها مخرف قنوى تحته ثم يشق	ويرزق المحراف من الأنسية الى الوحشية ومن الخلف الى الامام	والاجزا التي تشق هي الجلد والنسيج الملاوى تحت الجلد مع التحرز من اصابة الوريد الصافن الانسي ثم يشق الصفاق الساقى	والشق الذى يفعل يكون موازيًا للـكعب الانسي في وسط المسافة التي بينه وبين العرقوب
	ويرزق المحراف كما سبق الكلام عليه	والاجزا التي تشق هي التي ذكرناها	والشق الذى يفعل يكون على حسب خط وهمي

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 مصل النلت العلوي بالنلت المتوسط من الساق	



ملموظات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>بعد شق المجسد والصفاق تخرج العضلة الثومية الانسية الى الوحشية وتقطع اندغامات العضلة النعلية على القصة ترفع هذه العضلة فيتوصل الى الشريان</p>	<p>ويرزق المخراف كما ذكر</p>	<p>والاجزا التي تشق هي المجسد والنسيج الخلوي تحت الجلد والصفاق الساق والعضلة الثومية الانسية والعضلة النعلية</p>	<p>موازيًا للعنفة الانسية من القصة وبعيدا عنها بنحو اثنين سنتيمتر</p> <p>والشق يكون موازيًا للعنفة الانسية من القصة بعيدا عنها بنحو ثلاثة سنتيمتر</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة لشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
واتجاهه يكون موازيا للسطح المخلفي من عظم الشفية	وهو يوجد في عمق العضلة القابضة المخاصة بالابهام ويصاحبه وريدان بدون وجود عصب	يربط هذا الشريان في الجزء المتوسط من الساق	الشريان الشفوي

ملحوظات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
ويلزم الاحتراس من اصابة الوريد الصافن الانسي			
ويلزم بعد شق المجلد والنسيج المخلوي ان ترزح العضلة الثومية الوحشية الى الانسية ثم تقطع اندغامت العضلة النعابية على الشظية ثم اندغامت العضلة القابضة الخاصة	ويرزق المخراف القنوي تحت الشريان من الانسية الى الوحشية أو بالعكس	والاجزا التي تشق هي المجلد والنسيج المخلوي والعضلة الثومية الوحشية والعضلة النعابية والعضلة القابضة الخاصة للابهام	والشق يكون حيثئذ موازيا للسطح المخالي من الشظية مماذ ياله ويلزم عدم فعل الشق على السطح الوحشي من الشظية لثلاية تقع غمد العضلات الشظية الجايية

اسماء الشرايين	الاقسام التي يفعل فيها الربط	المجاورات الرئيسية للشريان	سير الشريان واتجاهه
<p>الشريان المأبضى</p> <p>يربط هذا الشريان في الجزء المتوسط من الذقرة المأبضية</p>	<p>يكون وسط مسافة معينة الشكل جانباها العلويان مكونان من العضلة الفخذية ذات الرأسين ومن العضلة نصف الغشائية وجانباها السفليان مكونان من العضلة التومية الانسية</p>	<p>اتجاه هذا الشريان يكون على حسب خط مدود من السطح الانسي من الفخذ عند متصل الثلث المتوسط بالثلث السفلى الى الجهة الوحشية من مفصل الركبة نحو الجزء المتوسط منه</p>	

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>للايهام على الشنطية أيضا تم يبحث الجراح على الشريان اسفل العضلة القباضة المخاضة بالايهام بعد رفعها</p>			
<p>يلزم التنبيه على عدم أخذ الوريد بدل الشريان ولا جل ذلك يلزم ملاحظة وضع كل واحد من هــــدين الوعائين</p>	<p>ثم يزلق المحراف من الوحشية الى الانسية</p>	<p>ويشق في هذه العملية (اولا) الجلد (ثانيا) النسيج المخلوي تحت الجلد مع الاحتراس من أصابة الوريد الصافن الوحشي (ثالثا) الصفاق (رابعا) النسيج المخلوي الشحمي لقسم المأبض</p>	<p>ويفعل الشق لكشف الشريان منحرفا قليلا من أعلى الى اسفل ومن الانسية الى الوحشية</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
	والعضلة الثؤمبية الوحشية وفي هذا القسم يكون الشريان مغطى بالصفاق وبالمجاد ويكون الوريد الصافن الوحشى ساجما في الطبقة المخاوية تحت المجاد وأما الوريد المابضى فيكون خلف الشريان والعصب الوركى المابضى الوحشى والعصب الوركى المابضى الانسى يكونان في الجهة الوحشية من الشريان	يربط هـ - هذا الشريان في ثلاثة محللات	الشريان الفخذى
اتجاهه يكون على حسب خط مدود من وسط رباط فللوب	في هـ - هذا القسم يكون الشريان تحت الصفاق وسط	(اولا) - هذا رباط فللوب	

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) المجلد 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 المحرقية العليا المعدمة ويكون الوريد الفخذي في الجهة الانسية من الشريان والعصب في الجهة الوحشية		
	مجاورات الشريان في هذا القسم هي التي ذكرناها الا ان الوريد الصافى الانسى يكون سابجا في الطبقة المخلوية تحت الجلد	(ثانيا) في قبة مثلث اسكربا	
	في هذا الجزء يكون الشريان في القناة الليفية من العضلة العظمية المفربة وتصلب الشريان العضلة الخياطية ويكون الوريد الفخذي في الجهة الانسية الى الخلف	(ثالثا) في قناة العضلة المقربة الوركية العظمية	



المحفوظات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
ويبتدى بالعضلة النخيطية خصوصا في ربط الشريان في هذا القسم	شرحه	(ثانيا) انصفاق الفخذي (ثالثا) غمد الاوعية الوريدية	
قد يعسر احيانا الدخول من اول الامر في القناة الليمفية من العضلة العظيمة	شرحه	شرحه الا انه يلزم الاحتراس من اصابة الوريد الصافن الانسي	اتجاه الشق يكون كما ذكر الان نصفه يفعل في الثلث المتوسط والنصف الاخر في الثلث اسفلى من الفخذ
		ويشق هنا (اولا) الجدار والنسيج المحوى مع التحرز من اصابة الوريد الصافن الانسي (ثانيا) الصفاق الفخذي (ثالثا) الجدار المقدم	

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يصل فيها الربط	اسماء الشرايين
	<p>قليلًا وفي هذه القناة الليفية يوجد أيضًا العصب الصابغ الأني وعصب الضفيرة العظيمة الأني من العضلة ذات الثلاثة رؤس</p>		
<p>اتجاه هذا الشريان يكون منحرفًا من أعلى إلى أسفل ومن الأني إلى الوحشية</p>	<p>في الجهة الوحشية منه توجد العضلة البسواسية وفي الجهة الأني الوريد الجرفقي الوحشي وفي الأمام</p>	<p>يربط هذا الشريان أعلى رباط فالوب</p>	<p>الشريان المحرفي الوحشي</p>

الملاحظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>المقربة ويدخل في الباف الصغيرة العظيمة الانسية من العضلة ذات الثلاثة رؤس ويمتنع هذا الغلط بالاهتداء بالبروز الذي يحصل من وتر العضلة العظيمة المغروبة متى وجه الفخذ الى الوحشية</p>		<p>من قناة العضلة العظيمة المقربة</p>	
<p>يلزم غاية الاحتراس من فتح البريتون ولذا يوصون بشق</p>	<p>يزلق المحراف من الانسية الى الوحشية</p>	<p>(١) الجلد (٢) صفاق العضلة العظيمة المنحرفة (٣) العضلة الصغيرة المنحرفة والعضلة المستعرضة</p>	<p>والشق يكون على حسب اتجاه الشريان ويتدأ به قريبا من الشوكة المحرقية المقدمة</p>

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي تتصل فيها الربط	اسماء الشرايين
	<p>يكون البريتون والامعاء والمجدار المقدم من البطن وأما العصب الاوربي الانسى فيكون في الجهة 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 المنحرفة وصفاق العضلة العظيمة المنحرفة والمجلدو يصاحبه في سيره ووريدان</p>	<p>يربط هذا الشريان أعلى رباط فاللوب</p>	<p>الشريان الشراسيفي</p>

ملحوظات	كيفية زلق المحراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تنشق في رباط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
الطبقات المختلفة المكونة للجدار المقدم من البطن بغاية الاحتراس ومتى وصل الجراح الى الصفاق المستعرض فعل فيه عروة ثم شقه على المحراف النخوي		(٤) الصفاق المستعرض (٥) وتزالي التصاقات البريتون ويزخجح الى الانسية مع الامعاء	العليا بقدر ثلاثة أو أربعة سنتيمتر ثم يتجه به نحو رباط فللوب
يحترس من إصابة الشريان	يزلق المحراف من الأمام الى الخلف أو العكس بالعكس	(١) الجلد (٢) الشح الجلاوي تحته الا انه يحترس من قطع الشريان البطني تحت الجلد (٣) صفاق العضلة العظيمة المنحرفة (٤) العضلة الصغيرة المنحرفة	والشق يكون أعلى رباط فللوب وموازياً له على حسب خط ممتد من الشوكة العانية الى الشوكة المحرقة المقدمة العليا وأعلم ان الشريان

سير الشريان واتجاهه	المجاورات الرئيسة للشريان	الاقسام التي يفعل فيها الربط	اسماء الشرايين
<p>واتجاهه يكون على حسب خط متمد من الشوكة المحرفية الخلفية العليا الى المدور العظيم</p>	<p>وهو يكون اسفل الشرم العظيم الوركي مباشرة بين الحافة الخلفية الاسفلى من العضلة المتوسطة الالية والحافة العليا من العضلة الهرمية ويصاحبه وريدان والعصب الالي العالى</p>	<p>يربط هذ الشريان في الالية</p>	<p>الشريان الالي</p>

ملحوظات	كيفية زلق المخراف تحت الشريان	الطبقات المختلفة التي تشق في ربط الشريان	اتجاه الشق اللازم لكشف الشريان
<p>أعلم ان الشريان الالوي منفرد الى جـالة فروع بعد خروجه من الحقو اعنى اسفل الترم العظيم الوركى مباشرة فلذا يتعسر ربط الجـزع الشريانى الاصلى</p>	<p>يزلق المخراف من الانسية الى الوحشية أو بالعكس بدون ضرر</p>	<p>مع الاحتراس من اصابة الجـبل المنوى فى الذكور (٥) الصفاق المستعرض</p> <p>ويشق فى هذه العملية (١) الجـاد (٢) العضلة العظمية الالية (٣) المسافة الخلووية التى بين العضلة المتوسطة الالية والعضلة الهرمية</p>	<p>يكون عند متصل الثلث الانسى بالثلث المتوسط من هذا الخط</p> <p>والشق يدون على حسب اتجاه الشريان</p>

## في بتر الاطراف

\* (في القواعد العمومية للبتر) \*

بتر الاطراف عملية غايتها ازالة جزء من طرف أو طرف بكليته  
وإذا فعل البتر في هذا المفاصل سمي بتر المفاصل وأما إذا كان من جسم العظم  
فيسمى بالبتر في متصل العظم أو بالبتر فقط  
واعلم 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 الحلقية) \*

هذه الطريقة غايتها فعل شبه كم ذكرنا من الاجزاء الرخوة ذى طول كاف لتغطية  
الاسطح العظمية

وكيفية فعل هذا السكم أن تقطع الاجزاء الرخوة قطعاً حلقياً اعني ان القطع  
يكون عمودياً على سمت الطرف ويقطع أولاً الجلد ثم بعد ذلك انكماش الجلد  
أو جذب به الى الاعلى من المساعد أو الجراح نفسه أو بعد ذلك قليل منه وقبضه  
الى الاعلى تقطع العضلات السطحية هذا الجزء الذي انكماش فيه الجلد ثم  
تقطع العضلات الغائرة الملتصقة بالعظم - ذاء الجزء الذي انكماش فيه  
العضلات السطحية فيقطع الاجزاء الرخوة في ثلاثه ازمنة مختلفة كما ذكرناه  
ينتج بعد اتمام البتر جرح مخروطي الشكل قاعه مدته مقابلة لشق الجلد ووقته  
مقابلة للعظم والاجزاء الرخوة المحيطة بالعظم تكون اكثر ثخناً كلما قربت منه  
ثم بعد قطع الاجزاء الرخوة ينثر العظم اذا كان البتر في متصل العظم أو تزال  
وسائط ارتباطه بعظم آخر اذا كان البتر هذا المفاصل

وأدله أنه يجب في نشر العظم وقاية الاجزاء الرخوة من تاثير المنسار بان تغطى  
برودة مستقوقة شغاً وشغين 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 قليلا على العظم المراد نشره حتى يكون هذا



الاصبع نقطة ارتكاز للنشار ويقبض على العظم بالاصابع الاربع الاخر  
فيكون ينصل المنشار طريقا ومتى دخل من النصل في العظم قدر بعض ميليمتر  
أسرع في حركة الذهاب والاياب التي يفعلها بالمنشار ويجب ان ينشر بالنصل  
من اوله الى اخره ومتى قرب نشر العظم جعل حركة النشر بطيئة لثلاثي تقلس  
العظم

واعلم انه لا ينبغي للساعد المسند للطرف السفلي من العضوان يرفعه رفعا  
شديدا وقت النشر لثلاثي ينضغط المنشار فيعسر تحركه ولا ينبغي له أيضا  
ان يوجهه بقوة الى الاسفل لثلاثي ينكسر العظم قبل تمام نشره  
او يلزم في بتر 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 وضعا به تتوتر هذه الاربطة تتوتر شديدا وقت  
العمل واذا كان المفصل محاطا بحمظة ليفية تقطع هذه الحمظة بجميع  
نصل السكين

**\* (الطريقة الثانية وهي الطريقة البيضية) \***

هذه الطريقة تستعمل بالخصوص في البتر من المفاصل وكيفيتها ان يشق  
الجراح حذاء المفصل شقا بيضيا أو مثلثا قته مما يلي دائرة المفصل عادة وقاعدته  
مما يلي جزءا 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 المثلثية بأن الطريقة المثلثية يكون فيها قطع  
الاجزاء عموديا على سمت الطرف وأما الطريقة البيضية فيكون فيها القطع  
بانحراف على سمت الطرف ويلزم الجراح في هذه الطريقة أن لا يشق أولا  
الاجزاء عموديا فقط أو مع العضلات التي تحته بدون ان يقطع الاوعية الرئيسية  
للطرف لانه لا ينبغي قطعها الا بعد فتح المفصل اعنى عند اتمام العملية

وأعلم ان بعض عمليات البتر من المفصل يكفي فيه لكشف المفصل شق الجلود 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 تسليخا قليلا شعنا الجرح ثم تقطع الاربطة المفصلية 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 ولهذا الشرايح طريقتان

(أولاً) أن تفعل الشريحة من الباطن إلى الظاهر أي أنه يتمدأ 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 سارها كثيراً أو قليلاً على حسب طول الشريحة المراد فعلها ثم تقطع بعد ذلك الجلد من الباطن إلى الظاهر فهذه الكيفية تفعل الشريحة

(ثانياً) تفعل الشريحة أيضاً من الظاهر إلى الباطن أي أنه يتمدأ بقطع الأجزاء السطحية أولاً ثم الغائرة وكيفية ذلك أن يتدأ الجراح بشق الجلد أولاً شقاً مقوساً كثيراً أو قليلاً ثم بعد ذلك يكشف الجلد بقطع 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 المجاميتين وبغير ذلك

اعلم في أراد الجراح فعل عملية البتر بالطريقة ذات الشريحة الواحدة وجب عليه بعد فعل هذه الشريحة أن يوصل زاويتها بشق نصف دائري في الجهة المقابلة للشريحة يستوعب جزءاً من الأجزاء الرخوة أو جميعها ثم يقطع في رمن ثالث جميع ما تبقى من العضلات حول العظم فإن كان البتر بالطريقة ذات الشريحتين رفعهما بعد فعلهما مساعداً و قطع الجراح جميع الأجزاء الرخوة المحيطة بالعظم حد أقاعدهما

\* (في الآلات اللازمة في عمليات البتر) \*

الآلات اللازمة لعمل 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 وعظام والمساوى أى العصابة المرنة وجفوت لربط الشرايين وخبوط ومشبك ورفادة مشقوقه شقا واحداً وشقين لوقاية الأجزاء الرخوة وقت النشر وغير ذلك على حسب نوع عملية البتر  
واعلم أن لكل عملية بتر طرقاً مختلفة وازمنة متوالية كما سنذكر ذلك في الجدول الآتى

## جدول عمليات البتر

التي تفعل في الجسم البشرى

\* (في عمليات البتر التي تفعل في الأطراف العليا) \*

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع	تشریح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
وهي أن يشق الجراح شقاً هلالياً تحديه الى الامام امام الطرف السفلي مباشرة من السلاما المتصلة بالسلاما المراد بترها يقطع فيه المجسد ووتر العضلة الباسطة	اما الطريقة ذات الشريحة الراحية فلها كيفيتان الاولى أن تفعل فيها الشريحة عند انتهاء العملية	مفاصل السلاميات من المفاصل المجتمعية أي الرزبية ولها رباطان جانبيان ورباط راحي	من المفصل	في بتر سلاميات اصابع اليد
وهي أن يمسك الجراح المنشط بيده اليسرى ويقرزه على صفحه امام الثنية الراحية في الاجزاء الرخوة ويخرج به من الجهة المقابلة لهل الدخول	والثانية تفعل فيها الشريحة في ابتدا العملية			

المحولات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
يلزم في هذه الطريقة أن تحسك السلام المراد بترها في نصف اثنا عشر وسبابة يد الجراح اليسرى ومجهولا ظهرها الى الاعلى	ثم توجه نصل المشروط نحو رباط اليد فيقطع الشريحة	ثم يزلق المشروط على سطحه اسفل السطح الراجي من السلامي لفعل شريحة ذات طول كافي	يقطع في هذا الزمن الاربطة الجبانية والرباط الراجي بان يدخل المشروط في المفصل
ويستعمل في هذه العملية مشروط مستقيم حاد الطرف وضيق النصل ويلزم في هذه الطريقة ان تكون السلامي المراد بترها في حالة انبساط والسطح الراجي الى اعلى	فيقطع الاربطة الجبانية والوتر الباسط وجلد ظهر السلامي	ثم يأمر مساعد ايرفع الشريحة ويتقح هو المفصل من السطح الراجي	ثم يسير بالمشروط نحو الراجي ان يرى أن الشريحة كافية

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع	تشریح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
فهى أن يشق الجراح الجلد شقا حلقيا امام المفصل نحو ثمانية ليمتر.	وأما الطريقة الحلقية			
دهى نى فى الجراح شقا حلقيا فى الجلد بعيدا عن محل النشر نحو ستة اجتر	أما بالطريقة الحلقية		من جسم السلامى	
وتفعل الشريحة كما ذكرناه فى الكيفية الثانية من ترالمفصل 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 المعص لي وبقطع الرباط الراحي	ثم يقطع وتر العصاة الباسطة والاربطة المجانبيه	ثم يامر مساعد بجذب المجلد جذباً شديداً أو يسلخه
	وتنشر السلامي بمشار صغير	ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة المحيطة بالسلامي في حذاء انكماش المجلد	ثم يسلخ المجلد ويجذبه الى أعلى
	وتنشر السلامي	ثم تفتح جميع الاجزاء الرخوة المحيطة بالسلامي قطعا حلقيا حذاء محل النشر	ثم يرفع مساعد الذريجة وتوصل ذاويتها بشق نصف حالي على ظاهر السلامي

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفياتها	تشرح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>يشق فيه الجراح شقا بيضا في قاعدة الاصبع المراد بترها قامة متابلة للبروز المحاصل عن الطرف السفلي من المشط على ظهر الكف وقاعدته تتبع المرزب المهادي للجزء الذي ينفصل فيه الاصبع من الوجه الراحي من الكف وجانبا الشريجة البيضية يلزم ان تكون بالقرب ما يمكن من قاعدة الاصبع المراد بترها</p>	<p>ولهذه العملية ثلاثة طرق الاولى وهي الطريقة البيضية</p>	<p>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</p>	<p>تبر الاصابع من المفاصل المشطية السلامية</p>	<p>في بتر اصابع اليد</p>



ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>أعلم ان الجراح يمسك الاصبع المراد بترها بيده اليسرى بان يضع ابهامها على ظهر ذلك الاصبع وبقيته اصابعها تكون في الوجه الراجي ويلزم ان تكون الاصبع منتبحة واليد منبطحة</p>	<p>ثم يقطع الرباط الراجي بعد فتح المفصل</p>	<p>ثم يقطع الاربطة الجمانية بان يبعده ويقربه بقوة حتى توتر الاربطة توترا كافيا فيسهل قطعها</p>	<p>ثم تسليخ شقنا الجرح ويقطع الوتر الباسط</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>يبتدى الجراح بالشق على ظهر المفصل حذاً بروز عظم المشط المتقابل له ثم يتجه به بانحراف نحو الثنية الجليدية بين الاصابع ويسيره الى السطح الراجى ثم ينتهى به حيث ابتداً فهذه الكيفية تحصل شريحة من الظاهر الى الباطن قاعدتها مقابلة للمفصل وقتها للثنية الجليدية بين الاصابع</p>	<p>الثانية الطريقة ذات الشريحتين</p>			
<p>وهى ان يشق الجراح شقاً حلقياً حذاء</p>	<p>الثالثة الطريقة الحلقية</p>			

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
	<p>ثم يسير بالمشربط على جانب الاصبع بان يزلقه عليه على صفحته وحده القاطع الى الامام فيقطع شريحة ثانية من الباطن الى الظاهر طولها مثل طول الشريحة الاولى</p> <p>ثم الاربطة المحيطة بالمفصل</p>	<p>ثم يفتح المفصل من جهة الى اخرى بعد قطع الرباط الراجي والرباط الظهرى الذى هو وتر العصلة الباسطة والرباط الجانبي الثانى</p> <p>ثم تقطع جميع الاجزا الرخوة الى العظم</p>	<p>ثم يقطع الرباط الجانبي المقابل للشريحة</p> <p>ثم يجذب مساعدا للجلد الى الخلف</p>

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكيفياتها	تشرح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
الثنية الراحية من الاصبع المراد بترها				
يبتدأ بشق يشق في ظهر الكف حذاً المجزء الذي تنفصل فيه الاصابع من الكف	بالطريقة ذات الشريحة الراحية		تفعل هذه العملية من المفاصل المشطية السلامية	في بتر الاربعة اصابع الاخيرة من اليد معاً
يشق فيه الجراح شقاً على ظهر اليد يبتدى به أعلى متصل العظم المربع المنحرف بالمشطى الاول بتقليل ويسيره بانحراف نحو	تفعل هذه العملية بالطريقة البيضية	المفصل الرسغي المشطى الاول مفصل تعالي مشترك ووسائط الانضمام محافظة ليفية واعلم أنه يوجد حذاء الجزء الذي تنفصل فيه الابهام	تفعل هذه العملية من عند متصل العظم المربع المنحرف بالمشط الاول	في استئصال عظم المشط الاول مع الابهام

ملحوظات	الزمن الرابع		
<p>يلزم في هذه العملية استعمال مشرط ذي نصل طويل أو سكين بترصغيرة ويمكن فعل هذه العملية أيضا بالطريقة الخلقية باتباع القواعد التي ذكرناها في بتراصبع واحد</p>		<p>ثم تفتح جميع المفاصل بالمشرط وتعمل من جهة السطح الراجي شريحة كافية لتغطية رؤس العظام</p>	<p>جذبا قويا ويقطع الجراح الالجممة الليفية ان احتيج الى ذلك ثم تفتح بسن المشرط الاورطة الظهرية من المفاصل المشطية السلامية</p>
		<p>ثم يقطع اربطة المفصل بان يبعد عظم المشط الى الوحشية ليفتح المفصل من الانسية بسهولة</p>	<p>ثم تسلخ شفتها هذا الشق البيضاوي بان يحلق العظم بالمشرط حتى يعزل عظم المشط بالكليّة عن الاجزاء الرخوة المحيطة به</p>

ارمن الى س العملية	الطرق تتبع وكيفية	تشرح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
وسط الثنية المجاذبية التي بين الابهام والسبابة ثم نحو السطح الراحي بان يتبع الميزاب العلوى الذي ذكرناه وينتهي الشق من حيث ابدأ على ظهر اليد		من راحة اليدين ميزابان العلوى منهما اكثر وضوحا من السفلى		
وكيفية هان يبدأ بالشق في ظهر اليد أعلى متصل العظم الكلابي بالمشطى الخامس بقليل ثم ينزل به على خط مستطيل الى ان يصل الى الطرف العلوى من	تفعل العملية بالطريقة البيضية	العظم المشطى الخامس يتصل من أعلى مع العظم الكلابي من جهة ومن جهة اخرى بالجزء المجازي العلوى من العظم المشطى الرابع وواسطة	تفعل هذه العملية من عند متصل العظم الكلابي بالمشطى الخامس	في استئصال عظم المشط الخامس مع الخنصر

ملحوظات	الزمن الرابع	العملية	
	<p>ويفتح المفصل وتنتهي العملية بقطع المحفظة اللحمية</p>	<p>ويقطع الرباط بين العظمين بسن المشريط</p>	<p>ثم تسليخ شدة الجرح بان يحلق العظام بالمشريط</p>

الرمز أو الأصل	الاسم العلمي	تشرح جراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
الاصبع المختصر ثم يتجه به بين البنصر والمختصر نحو السطح الراحي وينتهي حيث ابتدأ به		انضمام المشطى الخامس والعظم الكلاي محفظة ليفية واما انضمام المشط الخامس مع الرابع فبواسطة رباط بينهما		
وكيفيتها ان يشق الجراح شقا حلقيا في حذاء اصل بروز (تينار) وكلية اليد ثم يجذب مساعدا الجلد الى اعلا	ولهذه العملية طريقتان الاولى الحلقية	المفصل الكعبرى الرسنى مفصل لحمى ووسايط الانضمام هي اربطة مقدمة عديدة واربطة جانبية واربطة خلفية	بتر اليد من المفصل الكعبرى الرسنى	فى بتر النعس وهو المعصم



ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>قديم - كمن احيانا الغلط بفعل العملية من عند متصل عظام الصف الاول من الرسغ بعظام الصف الثاني بدل فعلها من المفصل الكعبرى الرسمى الا أن هذا الخطاء لا يقع متى تذكر المجراح ان المفصل الكعبرى الرسمى يكون أعلى نعط وهي ضم للكوع</p>	<p>ثم يفتح المفصل بعد قطع الاربطة الظهرية اولا ثم بقية الاربطة</p>	<p>ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل</p>	<p>ثم يسليخ الجلد الى هذا المفصل</p>

الزمن، الاول من العملية	البرق تتبع كيفية	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
كيفية ان يشق شق هلالى محاذيا للكر والكر سوع على ظهر النعمس تحديبه الى اسفل	الثانية الطريقة ذات الشريحة الراحية			
وكيفية ان يكون الساعد فى وضع بين الانكباب والانبطاح ثم يشق الجلد شفا حلقيا ويسلخ ويقلب الى الاعلى	ونفعل هذه العملية بطريقتين الاولى الطريقة المحلقة	اعلم ان الساعد محاط بطبقات عضلية اكثر سمكا فى الوجه الراحي من ظهره وفى الجزء السفلى منه تعوض العضلات أوبار نصير قطع الاجزاء الرخوة	من جسم العظمين	فى بتر الساعد

ملحوظات	الزمن الرابع		
والكرسوع بنحو ثلاثة مليمتر	وتفعل شريحة راحية كافية لتغطية الاسطحة المفصلية	ثم يفتح المفصل ويرزق السكين فحوراحة اليد على صفحه	ثم بعد انكماش المجلد تفتح الاربطة الظهرية للمفصل الكرسوي الرسغي ثم الاربطة الجانبية
واعلم انه لا ينبغي ابقاء العظم البسلي في المذب ويتم ذلك بتوجيه حد السكين عند فعل الشريحة الى الاجزاء الرخوة	ثم ينشر العظامان بان يبتدى في النشر بالزند ثم ينشر العظامان معا	ثم تقطع العضلات بين العظامين بتنفيذ سكين ذي حدين يدهما	ثم تقطع جميع الاشجة الليفية الضامة للمجاد بالصفاق ثم تقطع جميع الاجزاء الرخوة الى العظم حداً ثنية المجلد

الزمن الاوّل من العملية	الطرق التي تتبع وكيفياتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>وكيفيتها ان يقبض الجراح بيده اليسرى على كتلة عضلية من الوجه الراعى من الساعد ثم يفرس في الاجزاء الرخوة من قاعدة هذه الكتلة سكين بترذا حدين ويقطع به هدبا راحيا من الباطن الى الظاهر</p>	<p>الثانية الطريقة الهدبية</p>	<p>اصعب منه في غير هذا الجزء واعلم ان جلد الساعد لا ينكش الابصعوية ولذا يلزم سلخه</p>		

ملحوظات	الزمن الرابع		التالي
<p>وقد يمكن فعل هذه العملية أيضا هدي بين بان بفعل الجراح هديا راحيا ثم هديا ظهريا من الباطن الى الظاهر وتقم العملية كما سبق</p>	<p>ثم ينشر العظامان كما ذكرناه</p>	<p>ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة الباقية حول العظمين قطعا حلقيا وينفذ السكين بين العظمين ليقطع العضلات بينهما كما سبق</p>	<p>ثم توصل زاويتا الهدب بشق هلالى من الخلف</p>

الزمن من العملية	البارق التي تدبر و كفيئتها	تشرح جراحی مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
وكيفيتها ان يشق الجلد شقا حلقيا اسفل المفصل بنحو ثلاثة قراريط ثم يحبذ الجلد الى الاعلى جذبا قويا	ولهذه العملية طريقتان الاولى الحلقية	اعلم ان الطرف السفلى من العضد يتصل بالزند والكعبرة ووسايط الانضمام هى اربطة مقدمة وجانبية وتخلفية والمفصل يكون فى الجهة الوحشية	تفعل هذه العملية من المفصل العضدى الزندى	فى بتر المرفق
وكيفيتها ان ينغرز الجراح سكيناً ذا حدين فى الاجزاء الرخوة اسفل التواء الانسى العضدى بثلاثة سنتيمتر	الثانية الطريقة ذات الشريحة المقدمة	اسفل من النقو الوحشى العضوى بنحو سنتيمتر ونصف وفى الجهة الانسية اسفل النقو الانسى بنحو ثلاثة سنتيمتر		

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<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>ثم يوجه الساعد بقوة الى الخلف لاجل ان تتباعد الاسطح المفصالية ثم يقطع وتر العضلة ذات الثلاثة رؤوس من اندقامها على التواء المرفقي</p> <p>ويقطع الاربطة المقدمية والجانبية ووتر العضلة ذات الثلاثة رؤوس كما سبق ذكره</p>	<p>ثم يسن السكين تقطع الاربطة الجانبية والمقدمة</p> <p>ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة التي لم يتم قطعها قطعا حلقيا</p>	<p>ثم تقطع جميع الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل قطعا حلقيا أيضا</p> <p>ثم يوصل زاويتي قاعدة الشريحة بشق هلالى على الوجه الخلفى من الساعد</p>

أر من الأول من العملية	طرق التي تدعى كيماتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
ويخرج به اسفل النتو الوحتى بنحو سنتيمتر ونصف ثم يقطع به شريحة ذات طول كاف				
وكيفيتها ان يشق الجلد الى الصفاق شقا حلقيا وتقطع الابعه 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 اغلبها مندغم فى العظم	من جسم العظم	فى بتر العضد
كيفية ان يقول الشريحة من الباطن الى	الناية الطريقة ذات الشريحة			



ملحوظات	الزمن الرابع	الثالث	الرابع
<p>وقطع الوتر شيئاً فشيئاً منه لهذا العارض</p>	<p>وينشر</p>	<p>ثم تقطع الاياف العضلية المرتبطة بالعظم</p>	<p>ثم بعد انكماش المجلد تقطع العضلات السطحية ثم العضلات الغائرة حذراً انكماش المجلد</p>
<p>اعلم انه يمكن اجراء هذه العملية بفعل شريحة وحشية</p>	<p>وينشر</p>	<p>ثم تفتح الاجزاء الرخوة قطعاً حلقياً الى العظم</p>	<p>ثم توصل زاوية قاعدة الشريحة بشق</p>

اسماء الاعضاء	محل البتر	تشرح جراحي مختصر	الاسرق النبي ببيع وكيفيةها	الزمن للاول من العملية
في بتر الكتف	تفعل هذه العملية من المفصل العضدي	المفصل العضدي من المفاصل لا يثار ثروزية أى السلسه اعنى انه يمكن تحريكه في جميع الجهات ووسايط الانضمام هي محفوظة ليقبه موشحة بحزمة ليفية تنشأ من النتوء الغرابي تنتهى في المهبط ويندغم في رأس العضد العضلات فوق	ونعمل هذه العملية بالطريقة ذاب الشريحتين وهي طريقة (اسرفران)	الى الظاهر بغرز السكينه في الاجزاء الرخوة من الوجه المعدم من العضد
			وكيفيتها ان يرفع الذراع على زاوية قائمة على المجدع لتضع العضلة العظيمة الظهيرية والعظيمة المبرومة ثم يغرز امام هذه العضلات سكين ذا حدين وتخرج في الجهة الوحشية من النتوء الغرابي مباشرة	

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>وشريحة انسيه ثم بعد ذلك تقم العملية كما ذكر</p>			<p>هـ - الى من الخلف</p>
<p>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 ممترا على استعمالها فان لم يكن ممترا على استعمالها لزمه ان يعمل الشريحة الاولى اعني الخليفة العليا بأن يدخل السكين وحشى التواء الغرابي ويخرجه امام العضلة العظيمة</p>	<p>ثم يفتح المفصل ويلتاق السكين على الوجه الانسي من العضد فيفعل شريحة ثانية مقدمة ويرفلى</p>	<p>ثم يرفع الشريحة مساعدا فينكشف المفصل فتقطع المحفظة المفصالية تحريك العضد حركة رجوية حتى تتوتر قطعها فيسهل</p>	<p>ثم يفعل بها شريحة خالفة وعليا</p>

الزمن الاول من العملية	ال طرق التي تتبع وكه انها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>كيفيتها ان يفعل الجراح شقا يضيافته في مقابلة النتوء الآخرى وقاعدته في مقابله الابط وجانبه نازلا بانحراف من النتوء الاخرى نحو الجزء المقدم والجزء الخلفى من الابط وفي هذا الشق يشق الجراح الجسد والاجزاء الرخوة</p>	<p>وبالطريقة البيضية</p>	<p>الشوكة وتحت الشوكة وتحت اللوح وفي الجهة الانسية من الرأس تكون الاوعية والاعصاب الابطية</p>		

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>الظهرية والعضلة العظيمة المبرومة</p>			
<p>اعلم ان قطع الاجزاء الرنخوة المحتوية على الاوعية الابطنية عند انتهاء العملية انما هو من مخافة النزف الغريب</p>	<p>ثم يدخل السكين في المفصل وينزل على الوجه الانسي من العضد وتقطع الاجزاء الرنخوة التي لم تكن قطعت في الزمن الاول من العملية اعني الاجزاء المحتوية على الاوعية الابطنية</p>	<p>ويقطعها بالسكين كما ذكرناه في الطريقة ذات الشريحتين</p>	<p>ثم يسلم شفتا المجرح وتكشف المحفظة المفصالية</p>

الزمن الموزون من العملية	الطرق التي تتبع وكيفيةاتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>التي فتحته بخلاف الابط فانه لا يشق فيه الا الجلد فقط منعا لاصابة الاوعية الابطية</p>				
<p>وكيفيةها أن يشق الجراح شقاً حلقياً في الجلد فقط أسفل النتوء الانحرى بقدر عرض أربعة اصابع ثم يامر مساعداً بجذب الجلد الى أعلى</p>	<p>وبالطريقة المحلفة</p>			<p>في بتر الكف (تابع ما قبله)</p>

ملحوظات	الزمن الرابع	العمل	الاسم
	<p>ثم يدخل السكين في المفصل ويزلقه على الوجه الانسي من العضد وبقطع ما ينبت من الاجزاء الرخوة حذاء ما سبق قطعه</p>	<p>ثم يفتح المحفظة المفصالية ويخلع رأس العضد من تجويفها</p>	<p>ثم يقطع الجراح العضلة الدالية ووتر العضلة ذات الرأسين بانهراف</p>

## في عمليات البتر

الزمن الاول من العملية	الطرق التي تتبع وكييفياتها	تشرح جراحي مختصر	عمل البتر	اسماء الاعضاء
هذا الزمن هو الذي يشق فيه الجراح على ظهر القدم شقا هلاليا تحديه الى الامام حذاء أصل الاصابع فيكون طرفا هذا الشق مقا بلين للفصل المشطى السلامي الاول وللفصل المشطى السلامي الخامس	وتفعل هذه العملية بالطريقة ذا الشريحة الاخصبة	وهذه المفاصل لعمية ووسائط انضمامها هي رباط سفلى ورباطان جانبيان وزيادة على ذلك يوجد في المفصل المشطى السلامي القدمي من الايهام عظمان سمسميان يعوقان احيانا فعل السكين	تفعل هذه العملية من المفاصل المشطية السلامية	في بتر الخمس اصابع القدمية معا
وكيفيتها ان يشق الجراح شقا على ظهر القدم حاف	تفعل هذه العملية بالطريقة البيضية	عظم المشط الاول من القدم يتصل بالعظم الاسفني	تفعل هذه العملية عند اتصال عظم المشط الاول	في استئصال عظم المشط القدمي الاول



## الذ: تفعل في الاطراف السفلى

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
وفي هذه العملية يلزم الجراح أن يضع يده اليسرى على انحص القدم ويقبض عليه بقوة فيصير ابهام يده وخنصرها في مقابلة المفصل المشطى السلامي الاول والمفصل المشطى السلامي الخامس	ثم يزلق السكين على صفحه في انحص القدم و يقطع به شريحة انحصية كافية	ثم تقطع الاربطة الجبانية من المفصل الاول والخناس المشطى السلامي ثم يثنى الابهام بقوة لتنتج المفاصل فيدخل السكين بينها فيتمكن من قطع الاربطة الانحصية	ثم يوكل الجراح مساعدا يجذب الجمد الى الخفاف جذبا قويا و يقطع جميع اربطة ظهر القدم بسن السكين
اعلم أنه يلزم في هذه العملية عدم ابقاء العظام السمسمية وان استئصال العظم	ثم يخضع العظم ويزلق المشروط تحته ويفصله من عند اتصاله بسلامي الابهام	ثم يقطع الرباط الظهرى والرباط الانسى والرباط بين العظمين	ثم يسلم شفتى هذا الشق بأن يحاق العظم بالسكين حتى يفصله عن

اسماء الاعضاء	محل البتر	تشرح جراحي مختصر	الطرق الى تتبع وكيفية	الزمن الاول من العملية
	مع العظم الاسفيني العظم اى الاول	الاول من الخلف ووسائط انضمام هذا المفصل هي رباط أنسى ورباط ظهري ومن الوحشية يتصل بطرف عظم المشط الثاني ويوجد لهذا المفصل رباط بين العظمين		المفصل الاسفيني المشطى بقليل يمتد به الى ما بين الابهام والاصبع الثانية من القدم ويحيط به الابهام وينتهي به حيث ابتداء
في بتر المشط القدي باجعه	تفعل هذه العملية من المفصل القدي الرسخي المشطى	اعلم ان عظام المشط القدي تعد من الانسية الى الوحشية فيقال المشطى الاول والثاني والثالث والرابع والخامس	وتفعل هذه العملية بالطريقة ذات الشريحة الانحسية المعروفة بطريقتي لسفران	وكيفيتها ان يقبض الجراح على أنحس القدم براحة يده اليسرى بأن يضع ابهامها وسبابتها حذاً نتوا العظم المشطى 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 أمكن اتباع هذه الطريقة أيضا</p>			<p>عن الأجزاء الرخوة فصلا جيدا</p>
<p>اعلم أن النقط الاهتدائية في بتر المفصل القدي الرسغي المشطى هي من الوحشية تتوء العظم المشطى الخامس ومن الانسية تتوء العظم المشطى الاول ومن حيث ان تتوء العظم</p>	<p>ثم يجذب المشط جذبا قويا الى اسفل لتتباعه الاسطحة المفصلية فتقطع بقية الأربطة بين العظام ويكمل قطع الأربطة الظهرية والجمانية التي لم يكن تم قطعها في الزمن الثاني من</p>	<p>ثم يقطع الرباط بين العظمين الضام للمشط الثاني بالعظم الاسغيني الاول بأن يضع السكين بانحراف سنه الى اسفل والجهة المقاطعة</p>	<p>ثم الأربطة الظهرية من المفصل القدمية الرسغية المشطية بأن يتبع بالسكين المحط المفصل مع تذكره أن المفصل</p>

الاسماء الاعضاء	محل البتر	تشریح جراحی مختصر	الطرق المنهكة وتحريمه	الاسماء الاعضاء من العمليه
والاول ثم يشق شقها لانيما تحديبه الى الامام على ظهر القدم وطرفاه مقابلان للتوتين المشطين الاول والخامس ثم يقطع جريح الاجزاء الرخوة الى العظم		وهذه العظام تتصل من الخفاف بعظام الصف الثاني من الرسغ القدمي فالعظم المشطي الرابع والخامس يتصلان بالعظم التردي والثلاثة الاول بالثلاثة عظام الاسفينية وزيادة على ذلك العظم المشطي الثاني يتصل من الجانب بالعظم الثاني والثالث الاسفيني		

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>المشطي الاول لا يعثر به الانسان بسهولة احيانا فعمل الجراح أن يفعل الشق امام تنوء العظم الزور في بخمسة سنتيمتر</p>	<p>العملية تم تقم المفصل ويرلق السكين تحت اجص القدم ويقطع به شريحة ذات طول كاف</p>	<p>من النصل الى الامام في المسافة الاولى بين العظام ثم يحرك قبضة السكين حركة ربع دائرة الى الامام فينقطع الرباط بين العظمين بهذه الكيفية</p>	<p>الاسفيني المشطي الثاني موجود في شبه نقرة وليس على سط واحد مع المفاصل الانزبل الى الخلاف قليلا</p>

اسماء الاعضاء	محل البتر	تشرح جراحي مختصر	الطرق المتبعة	أرقام الاور من العملية
		فيصير كانه في شبه نقره محدوده من الخلف بالعظم الاسفني الثاني وعن الانسية بالاسفني الاول ومن الو حشيه بالاسفني الثالث ووسائط الانضمام هي اربطة ظهرية عديدة واربطه اخصيه قليلة الاهميه واربطه بين العظام قوية جدا ممتدة بين عظام الرسغ والاربعه عظام المشطية الاولى		
في بتر المفصل الذي بين صفي الرسغ وهو	تفعل هذه العملية عند اتصال صفي	المفصل الذي بين صفي الرسغ محدود من	وتفعل هذه العملية بالطريقة	وكيفيتها أن يقبض الجراح على القدم

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
<p>والنقط الاهتدائية لاصل صفى الرسغ هى من الانسيبية</p>	<p>وتفتح مفاصل صفى الرسغ ويزلق السكين تحت اخص القدم</p>	<p>ثم يوجه القدم بقوة الى اسفل لتباعد</p>	<p>ثم يقطع الرباط الغترى الزورقى</p>

اسماء الاعضاء	محل البتر	تشرح جراحي مختصر	الطريق المتبعة وكيفيةاتها	الرمز من الآراء من العملية
المفصل القنزعي الزورقي العقبى التردي (عملية شوبار)	الربغ معا	الخفاف بعظم العقب والقرنزي ومن الامام والانسية بالزورقي ومن الامام والوحشية بالتردي ووسائط الانضمام هي فضلاءن الاربطة المحيطة بالمفاصل اربطة بين العظام تسمى الاربطة العقبية التردية الانسية والاربطة العقبية الزورقية العليا	دات الشريحة الاخصمية وتسمى بعملية شوبار	واضعا اليهام يده وسبابتها على نتوء العظم الزورقي وعلى الفتوة المقدم من عظم العقب ثم يشق في ظهر القدم شعاعا هلاليا تعديبه الى الامام واطرافه - - ذاء القطتين الاهتدائيتين اللتين ذكرناهما الموضوعه عليهما اليهام وسبابه يد الجراح
في بتر المفصل تحت القنزعي	تفعل هذه العملية عند متصل العظم	اعلم ان عظم العقب يتصل بالعظم القرني	وتفعل هذه العملية بالطريقة ذات	وكيفيةها ان يشق الجراح شقا هلاليا



ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
التنوء الزورقي ومن الوحشية التنوء العقبى فان لم يحس بالتنوء العقبى بحث عنه خلف تنوء العظم المشطى الخامس بمافة خمسة وعشرين مليجتر	فيقطع به شريحة الخصية ذات طول كاف	الاسطحة المفصالية فيقطع الاربطه بين العظام	العلوى والرباط العقبى النردى العلوى
	ثم يرفع مساعد ثم يقطع الرباط القزمى الزورقي والرباط بين	ثم يرفع مساعد ثم يرفع الشريحة فيكشف	ثم يسلم الشريحة الانخصية بان يفصل أولا

الزمن الأول لعلية	البارق الى تبع وتبعياتها	تشرح بجراحي مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>تهديه الى الامام على ظهر الغدم امام المفصل القنزعي الزورقي يبتدى به في الجزء الخلفي الوحشي من العقب ويسير به أسفل الكعب الوحشي ثم يمتد به عرضاً في أخص القدم على حسب خط وهي تمتد من امام مفصل صفي الرسغ الى الوجه الوحشي من العقب أعني أمام المفصل العقبى النردى</p>	<p>الشريضة الاخصوية وهي طريقة الجراح (فانو)</p>	<p>ببعض أربطة غير مهمة وبرباط قوى بينهما والاوعية القصدية الخلفية تكون في الجهة الانسية من المفصل والعظم القنزعي يتصل من الامام بالعظم الزورقي</p>	<p>القنزعي بعظم العقب</p>	

ملحوظات	الزمن الرابع	المر الثالث	المر
	<p>العظامين أى الرباط العقبي القنزعى والاربطة الانحرى</p>	<p>المعصل العقبي القنزعى فيقطع العرقوب حذاء مندغمه في العقب</p>	<p>الجزء الملتصق بالوجه الوحشى من عظم العقب ثم بفصل الجزء الملتصق بالوجه السفلى من الانسية بان يحاق سطح العظم لئلا يصيب الشرايين الاخصية ويلزم الاحتراس عند سلخ الشريحة فى الوجه المخفى من العقب لئلا ينتقب جلد العقب ويلزم فى هذا السلخ ان يستعمل مشرط قوى النصل</p>

اسماء الاعضاء	محل البتر	تشرح جراحى مختصر	الط : -	الذرة الجراحية العملية
في بتر المفصل القصبي الرسنى	تعمل هذه العملية من المفصل القصبي الرسنى	هذا المفصل من المفاصل البكرية ووسائط الانضمام هى اربطة جانبية وحشية ورباط جابى أنسى	ويفعل بتر المفصل القصبي الرسنى بالطريقة ذات الشريحة الاخصية	وكيفيتها أن يشق الجراح شقاً مشابهاً لما يفعله في بتر المفصل القنزعى العقبى الذى سبق الكلام عليه الآن الشق يكون أكثر قرباً من المفصل الفصبي الرسنى
في بتر الساق	تبتتر الساق في المفصل الاختياري اعنى اسفل الحديدة المقدمة من القصبية بثلاثة قراريط	انكاش جلد الساق عسر بسبب التصاقه بالصفاق وانكاش عضلات القسم المقدم الوحشى اقل من انكاش عضلات القسم الخلفى	ولهذه العملية طريقتان اولها الطريقة الحلقية	وكيفيتها أن يهدب الجلد الى الاعلى ثم يشق الجراح شقاً حلقياً اسفل الحديدة المقدمة من القصبية بسته قراريط ثم يسلخ الجلد ويقلبه الى الاعلى كما يقب الكم

ملحوظات	الزمن الرابع		
	<p>ثم يقرض السكابين بمقص العظام أو ينشرهما بالمشار</p>	<p>ويرفع الشريحة مساعدو ويقطع الجراح الأربطة المحيطة بالمفصل</p>	<p>ثم يسلم الشريحة كما ذكرناه</p>
<p>واعلم انه بعد النشر يكون ظنوب القصبية بارزات تحت الانسجة فيمكن أن يحدث غنفر ينتها أو تقرحها فيلزم ازالة هذا البروز ينشره بالتحراف من أعلى الى أسفل ومن الامام الى الخاف</p>	<p>ثم يدخل رفادة مشقوقة بين العظامين لتقوي الاجزاء الرخوة وقت النشر وينشر العظامين بان يتدلى بنشر القصبية ثم ينتهي بنشر الشظية</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 الجاد</p>

الاسماء المختلفة	الاسماء المختلفة	تشریح جراحی مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>وكيفيتها ان يقبض الجراح بيده اليسرى على كتلة من الاجزاء الرخوة المغطية لعظم الشنطية فيعرز فيها سكيننا ذات حدين وحشى ظنوب المصبية بقراطين في خرج سنه</p>	<p>ثانيتها الطريقة ذات الشريحة الوحشية</p>	<p>واعلم ان المسافة بين العظمين ضيقة جدا في الجزء السفلي من المساق فلا يدخل فيها السكين الا بصعوبة</p>		<p>تابع بتر الساق</p>

ملحوظات	الزمن الرابع	الرسائل	الرسائل
<p>اعلم انه يمكن فصل الشريحة في الجهة الخلفية من الساق بدل فعلها في الجهة الوحشية</p>	<p>ثم ينشر العظمين كما سبق ذكره</p>	<p>ثم يقطع جميع الاجزاء الرخوة الى العظم قطعا حلقيا ويتمد السكين بين العظمين ليقطع به العضلات بين العظمين</p>	<p>ثم يأمر الجراح مساعد ابرفع الشريحة ثم يشق شقا هلاليا في الجهة الانسية من الساق ضامرا ويني قاعدة الشريحة</p>

الزمن، الأهل من العمالة	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
فى الجزء الخلفى من الساق قطع به شريحة طولها اربعة قراريط				
وكيفيتها ان يشق الجراح الجلد الى خذاء	وتفعل بطريقة الجراح (لوفوار) وهى طريقة حاقية متنوعة		وأعلى الكعبين أعلى فى الثالث السفلى من الساق	
الصفاق شقا حلقيا ثم يشق شقا عموديا على الشق الحلقى طوله أربعة سنتيمتر فى الجهة الانسية من الغصبة فريبا من ظنبوب القصبية				
وكيفيتها ان يشق الجراح الجلد شقا حلقيا اسفل	وتفعل هذه العملية بثلاثة طرق أولها الطريقة الحلقية	مفصل الركبة من المفصل الجفليمية أى الرزية	يفعل بتر الركبة من المفصل الفخدى	فى بتر الركبة



ملحوظات	الزمن الرابع	من الثبات	الذات
	<p>وينتشر العظمين في الزمن الرابع</p> <p>ويفتح المفصل من الامام الى الخلف فتنقطع الاربطة المفصالية</p>	<p>ثم يقطع الاجزاء التي تحوّه الى العظم بان يتبع دائرة الشكل البيضاوي واعلم ان الجرح بعد قطع العرقوب يصير حلقيا لا بيضاويا بسبب انكماشه ثم يقطع العضلات بين العظمين</p> <p>ثم يثنى الساق على الفخذ ويدخل نصل السكين في</p>	<p>ثم يسلم شفتي الشق العنودي ويقلبهما فيصير شق الاجزاء على شكل بيضاوي قاعه ادته الى الخلف وقتنه الى الامام</p> <p>ثم يسلمه ويرفعه الى اعلى حذاء الحذاء على</p>

الزمن الكلي من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح بجراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
الرضفة باربعة قراريط		ووسائط انضمام عظم الفخذ والرضفة بالقصبة هي الوتر الرضفى والاربطة الجمانية والاربطة الخلفية والرباطان المتصالبان	القصبي	
وكيفيتها ان تثنى الساق على هيئة زاوية مفرطة ويدخل الجراح السكين في المفصل من اول الامر اسفل قبة الرضفة	ثانيتها الشرجحة الخلفية	واعلم ان جلد الركبة ينكسر كثيرا بعد شقه خصوصا في الجهة الخلفية من المفصل		
وكيفيتها ان يشق الجراح في	ثالثها الطريقة البيضية			

ملحوظات	الزمن الرابع	رسالة الثالث	نوع
		<p>المفصل أسفل قمة الرضفة مباشرة</p> <p>ثم يزلق السكين على الوجه الخلفي من الساق ويقطع به من الباطن إلى الظاهر شريحة خلفية</p> <p>ثم يفتح المفصل</p>	<p>ثم يقطع في هذا الجزء الاجزاء الرخوة</p> <p>ويقتطعه من الامام الى الخلف بقطعه للاربطة المفصليّة</p> <p>ثم يوصل قاعدة</p>

الرمز الألفي من العملية	الطرق المنبذة وكيفياتها	تشرح جراحى مختصر	محل البتر	اسماء الاعضاء
<p>الجزء العاوى المقدم من الساق شفا هلا يساقاعده مقابلة للتوات 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>وكيفية ان يشق المجادشقا حقيقا فتقطع الانجمة الليفية الضامة للجماد بالصفاق بسن السكين ثم يجذب مساعد المجاد جذبا قويا</p>	<p>ولهذه العملية ثلاث طرق أولها الطريقة الحلقية</p>	<p>اعلم ان جلد الفخذ ينكش بسرعة وأن الطرف محاط بطبقات عضلية خصوصا فى كل من الجهة الخلفية والجهة</p>	<p>بيتر الفخذ من جسم عظم الفخذ</p>	<p>فى بتر الفخذ</p>

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
		من الامام الى الخلف هذا الرباط الرضفي	بتوجه الى في الجزء الخافي من الركبة
اعلم ان الجراح يقف في بتر الفخذ دائما في الجهة الوحشية من الطرف	ثم ينشر العظم بعد وقاية الاجزاء الرخوة برفادة مشقوقة	ثم العضلات الغائرة حذاء انكماش العضلات السطحية	ثم تقطع العضلات السطحية حذاء انكماش الجلد

الزمن الاول من العملية	الدارق المتبعة وكيفياتها	تشریح جراحي 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 بشرية كافية من الداخل الى الخارج	ثانيتها الطريقة ذات الشريحة المقدمة	الانسية		
وكيفياتها ان يقطع الجراح من الداخل الى الخارج شريحة وحشية مستوعبه للاجزاء الرخوة التي في النصف الوحشي الفخذ	ثالثتها الطريقة ذات الشريحتين المجانبتين			

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
		ثم ينشر العظم	ثم ترفع هذه الشريجة الى اعلى وتقطع العضلات التي في الجهة الخلفية من الفخذ مع
			الباقية في الجهة المقدمية قطعاً حلقياً الى العظم
	ثم ينشر العظم	ثم يقلب هاتان الشريجتان الى الاعلى وتقطع بقية الاجزاء الرخوة الى العظم قطعاً حلقياً في حذاء قاعدة الشريجتين	ثم يفعل شريجة اخرى انسية في الجهة الانسية من الفخذ

الرمز الأول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشریح جراحي مختصر	عمل البتر	اسماء الاعضاء
وكيفيتها ان يشق الجراح جلد الفخذ شبا ملقيا اسفل الشوكة المخرقية المقدمة العليا بثمانية قراريط ثم يجذب الجلد بقوة الى أعلى	ولهذه العملية ثلاث طرق أولها الطريقة الحلقية	المفصل المحرقى الفخذي مفصل سلس مفراق اعنى اينترورزى ووسائط الانضمام هي محظة ليفيه سميكة متينة بجدا ومن الداخل يوجد الرباط المبروم ويوجد أيضا حول هذا المفصل عضلات سميكة مندمجة في المدور العظيم	يقول هذا البتر من عند متصل رمانة الفخذ بنقرة عظم المحرققة	في بتر المفصل المحرقى الفخذي
وكيفيتها ان يغرز الجراح سكين بترذ حين طويلا أسفل الشوكة بالعاين	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 المحقظة المفصليّة من الخلف	ثم تشق المحقظة المفصليّة بسن السكين ويخلع الفخذ الى الانسية لقطع الرباط المبروم	ثم تقطع جميع العضلات الى العظم في حذاء الجزء الذي انقبض فيه الجلد
اعلم ان الاوعية القحذية تكون موجودة في الشريجة المقدمة فيلزم قبل الشروع في الزمن الثاني من العملية	ويعرب بالسكين خفاف عظم الفخذ ملامسا لسطحه الخافق ويد قطع جلد الجزء الخلفي من الالية	ثم يخاف الفخذ ويقطع الرباط المبروم ويكمل قطع المحقظة من الخاف ويقطع جميع	ثم تسلخ هذه الشريجة من أسفل الى أعلا لتكشف المحقظة المفصليّة

الزمن الأول من العملية	الطرق المتبعة وكيفياتها	تشرح بوجاهة مختصر	محل البتر	اسماء لاعضاء
<p>المقدمة فيجزيه على الجزء المقدم من المفصل ويخرج سنه في الجهة الوحشية من المحمدية الوركية ويقطع شريحة مقدمة ذات طول كاف</p>	<p>ثانها الطريقة البيضاوية</p>			
<p>وكيفيتها ان يغرز السكين أعلى المدور الكبير بثلاثة سنتيمتر فيشق به شق منصرف من الاعلى الى الاسفل ومن الخلف الى الامام على طول الوجه المقدم من المدور الكبير</p>				

ملحوظات	الزمن الرابع	الزمن الثالث	الزمن الثاني
أن تربط	<p>تم تخضع رأس الفخذ الى الوحشية ويعمر بالسكين على الوجه الانسى من عظم الفخذ فتقطع الاجزاء الرخوة الموجودة في الوجه الانسى من الفخذ من الباطن الى الظاهر في حذاء الطرف السفلى من الشقين الذين ذكرناهما في الزمن الاول والثاني</p>	<p>الاندخامات العضائية الموجودة في المدور العظيم</p> <p>فيصير الشق على شكل رقم ثمانية بالهندي فتسلخ شفتاه لينكشف المفصل فتقطع المحقظة والرباط المبروم</p>	<p>فيشق جزئها المقدم بسن السكين</p> <p>ثم يفعل شق آخر يبتدأ به من اين ابتدا في الشق الاول ومنحرف من أعلى الى أسفل ومن الامام الى الخلف على طول الوجه الوحشى من المدور الكبير</p>

(بيان الخطأ والصواب) \*

صواب	خطأ	سطر	جانب
الايض	الايص	٢٧	١٠
تجاربه	تجارب	٢٢	١٤
شهيقية	شهيقية	١٢	٢٣
أنبوبة	وأنبوبة	٢٣	٢٦
انشاق	انشقاق	٢٧	٦٩
الزائدة	أوالزائدة	٣	٦٩
الصفاق	الصفاق	١	٧٢
المخافة	المخافة	٢	٨١
بيناه	بيناه	٤	٨٨
العملية	العلية	١١	١٤٩
وكيفية	وكيفية	٧	١٥٧
يجذبها	يجذبها	٢١	١٦٨
طوليا	طويليا	١٢	١٧٢
مجاوره	مجاوزه	١	١٨٦
برفقه	بزرقه	١٨	١٨٧
زاويتها	زاويتها	٧	١٨٧
أريد	ايدر	٢٦	١٩٦
من المنخر	في المنخر	٥	٢٣٨
الاستغناء	لا استغناء	٢	٢٤٦
لانقطاع	الانقطاع	٦	٢٨٣
لا	الا	٢٠	
اذا	اذ	١٩	
وأما	أوأما	٢١	
القرض	القرض	٢	