شورای
سلامی

کتابخانهٔ مجلس شورای اسلامی
مؤسسهٔ ۱۳۰۲
اسم کتاب العلاج بعد العملیات
مؤلف لوکوورسته ممری ترجمهٔ دکتر محمد عبدالمجید
موضوع تالیف
۱/۵۴
شمارهٔ دفتر ۴۰۲۲

کتابخانه مجلس شورای اسلامی
مؤسسه ۱۳۰۲
اسم کتاب العلاج بعد العملیات
مؤلف لوکوورتسه ممرن ترجمه دکتر محمد مجید
موضوع تالیف
۸/۵۴
شمارهٔ دفتر ۴۰۲۲

کتابخانه مجلس شورای اسلامی
۷
۷۲۹

كتابخانه مجلس شورای ملی
تهران ۱۳۰۲

العلاج بعد العمليات

تأليف

ب .لو كهارت ممرى

P. Lockhart Mummery

تعريب

الدكتور محمد عبد الحميد

طبيب مستشفى قليوب

ثمن النسخة عشرون قرشا صاغا

(وتطلب من المؤلف بقليوب)

حقوق الطبع محفوظة

سنة ١٣٢٩هـ — ١٩١١م

مطبعة التقدم بشارع محمد على بمصر

(مؤلفات المعرب)

(١) الحمل خارج الرحم

(٢) العملية القيصرية

(٣) التشخيص الجراحي

اهداء الكتاب

الى

سعادة المحسن الكبير محمد باشا الشواربي

مؤسس مستشفى قليوب

اعترافاً

بميله الطبيعى للبر بالانسانية

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ مقدمة المعرب ﴾

اطلعت على هذا الكتاب وأنا « طبيب امتياز » بمستشفى قصر العيني وكان لي وقتئذ خير مساعد في عملي وعقدت النية على نقله الى اللغة العربية متى استطعت الى ذلك سبيلا . ولقد مضت مدة طويلة تمكنت فى خلالها من الاطلاع على بعض المطولات فى هذا الموضوع وعلمت ان هذا الكتاب كبير الفائدة على صغر حجمه ولذا عولت على تعريبه بعد الاستئذان من مؤلفه وناشريه وأرجو ان ينال من الرواج والانتشار بعض ماناله صنوه في اللغة ألانكليزية

قليوب في ١٥ سبتمبر سنة ١٩١١

الدكتور

محمد عبد الحميد

مقدمة الطبعة الثالثة

لقد حدثت جملة تحسينات فى الجراحة العملية منذ ظهور الطبعة الاخيرة لهذا الكتاب وأوضح ما تكون هذه التحسينات فى العلاج بعد العمليات .

قد كان هذا الكتاب عند صدوره اول ما ظهر في نوعه وكان رواجه السريع دليلا على شدة الحاجة اليه . وبعد صدوره توجهت العناية لهذا الموضوع بدليل كثرة ما كتب فيه .

وقد رأيت من الضرورى احداث جملة تغييرات واضافات فى هذه الطبعة — تطويل فى فصول ، اضافة مقالة فى علاج احوال الالتهاب البريتونى العمومى وتنقيح فصول عمليات اعضاء الجهاز البولى التناسلي والمستقيم ، وأضافة مقالة فى علاج التعفن بالفاكسين وتنقيح موضوع الصدمة تنقيحاً يتفق والزمن ، وزيادة صور جديدة

وأطلت فى العلاج بعد عمليات البطن لأن العلاج فى هذه الاحوال اكثر اهمية من غيره

(ثم شكر المؤلف المستر هربرت النجهام وبعض اصدقائه الذين ساعدوه)

P. Lockhart Mummery

10, Cavendish Place, W.

September, 1903

مقدمة الطبعة الاولى

العلاج بعد العمليات موضوع مهم ولشد ماادهشنى عدم الكتابة فيه . وكل ما كتب فى هذا الموضوع هو نتف صغيرة متقطعة فى كتب الجراحة الكبيرة لا تصلح للمراجعة .

حاولت في هذا الكتاب لم شتات الموضوع وجعلته بطريقة عملية مفيدة تسهل على الذين يعالجون الاحوال الجراحية معرفة المضاعفات التى يتوقع حصولها وطريقة معالجتها عند حدوثها

ويختلف العلاج بعد العمليات باختلاف الجراحين واقتصرت هنا على ذكر الطرق العملية المفيدة وتحاشيت ذكر الطرق الاخرى ومقارنة بعضها ببعض لعدم الفائدة

وقد ذكرت فى الكلام على الصدمة فسيولوجية الحالة حتي يتمكن المطالع من فهم طريقة علاج هذه المضاعفة المهمة

(ثم شكر المؤلف من ساعده بابداء الملحوظات أو بمراجعة بعض الموضوعات أو بتقديم الصور)

10, Cavendish Place, W.

May 4, 1909.

(محتويات الكتاب)

صفحة

١ الفصل الاول — تمهيد

٢٩ الفصل الثانى — علاج الجروح

٥٢ الفصل الثالث — النزف بعد العمليات

٨٠ الفصل الرابع — الصدمة والتهور

١٠٨ الفصل الخامس — المضاعفات بعد التخدير

١٢٠ الفصل السادس — تخثر الدم فى الاوعية

١٣٤ الفصل السابع — الطفح الذى يعقب العمليات والتسمم بالعقار

١٥٠ الفصل الثامن — العمليات على الفم والانف والبلعوم

١٦٣ الفصل التاسع — العمليات على الرأس

١٧٤ الفصل العاشر — العمليات على العنق

١٨٧ الفصل الحادى عشر — العمليات على الصدر

١٩٨ الفصل الثانى عشر — العمليات على البطن

صفحة

٢٢٩ الفصل الثالث عشر — العمليات على البطن (تابع ما قبله)

٢٥٣ الفصل الرابع عشر — العمليات على الجهاز البولى التناسلي

٢٦٧ الفصل الخامس عشر — العمليات على المستقيم وقطع القولون ٢

٢٧٩ الفصل السادس عشر — العمليات على المفاصل

٢٩٢ الفصل السابع عشر — عمليات البتر وعمليات اخرى

٣١١ ذيل

(ل)

(اصلاح خطأ)

صفحة	سطر	خطأ	صواب
٢٧٥	٦	بركلورور	تحت كلورور

العلاج بعد العمليات

(الفصل الاول)

(تمهيد)

علاج المريض بعد العملية من أفيد الأشياء فى دراسة فن الجراحه ومن أهمها . وملاحظة المرضي بعد العملية وشدة الاعتناء بحالهم تعود بخير عظيم. تنجح العملية تبعاً للطريقة التى عملت بها وتبعاً لمهارة الجراح الذي عملها كما أن كثيراً من هذا النجاح يتوقف على الاعتناء والملاحظة الواجبتين بعد اتمام العملية. العملية هى المظاهرة الكبيرة ذات التأثير العظيم فى العلاج ولذلك يزعم بعضهم انها كل شيء وان العلاج بعد العملية أمر ثانوى لا يحتاج لكثير من العناء. هذا زعم فاسد لما انه ليس هو الواقع . كثير من العمليات يتبع نجاحها طريقة العلاج

بعد العملية وكثير من العمليات التى كان الامل فى نجاحها قليلا أو معدوماً تحسنت لحسن العلاج بعد العملية

كثيراً ما يقال «درهم وقاية خير من قنطار علاج» وهذا صحيح في الطب بفروعه وأصح ما يكون فى هذه الحالة. تأتى النتائج الحسنه من التنطس في التوقي من المضاعفات والتحوط لها قبل حصولها منعاً لهالما ان ذلك خير من انتظارها ومعالجتها بعد حدوثها. طريقنا في العلاج هو وضع المريض فى أفضل المواضع التى تكفل له الشفاء فى أسرع وقت ويكون ذلك بالاحتراس من المخالطات والمضاعفات التي يتوقع الطبيب حدوثها ويتوقاها. قد يحوز الجراح ثقة عظيمة اذا كان العليل فى اردأ حالات المرض ونقه بسبب حسن العلاج وماهذا الجراح بأحسن من الذى يتوقي المضاعفات حتى تحل بعليله وتجعله في اردأ الحالات. يحسن منع الاشياء الصناعية بقدر الامكان ولا يحسن منع المريض عن رغباته الطبيعية الا اذا كان هناك سبب قوى لذلك. الطبيعة هى خير مرشد للمريض فى طلباته وهو عادة لا يتوق الى ما يضر به. ولا بد ان يكون لنا سبب في كل طريقة نتبعها

فى العلاج ويجب ان تتلاشي القوانين لعدم اتفاق الاحوال حتى بعد عمليتين متساويتين تماماً ولذا لا يحسن ان نتخذ الطريقة نفسها التى استعملت فى احداهما للاخرى. اذا حدثت المضاعفات بعد العملية فعلى الجراح ان يسرع فى علاجها ومتى كان المريض سائراً في طريق النقاهة فلا تحسن المداخلة. العلاج بعد العملية هو درس العليل بالتفصيل وأفضل شيء لذلك دقة الملاحظة واستعمال الذوق. يقول الطبيب الشهير سيدنهام (Sydenham) «يجب ان نعلق أهمية كبيرة لرغبات وشعور المريض ما لم تتجاوز الحد فذلك خير من الطرق الكاذبة التقريبية فى صناعة الطب» (١)

﴿ أهمية وضع العليل بعد العمليات ﴾

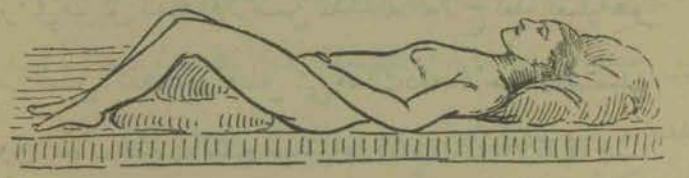
يقول بعضهم بضرورة نوم المريض على ظهره بعد كل عملية جسيمة. نعم قال بعضهم ذلك ووافقهم البعض الآخر حتى صارت عادة وليس هذا صحيحاً لان الاستلقاء على الظهر ليس

---

(١) يرمى بذلك المؤلف الى الحكمة المأثورة عن إفراط وهى اعطاء المريض بعض ما يشتهيه اتقع من أخذه بكل مالا يشتهيه

(المعرب)

بالوضع الجميل لراحة المريض لانه وضع غير طبيعى لما ان القليل يعتاد النوم على ظهره ومتى ما اضطر الانسان للنوم على غير الطريقة المعتادة لا يكون مرتاحاً . طالما سمع الطبيب من العليل الذى لاتستوجب عمليته



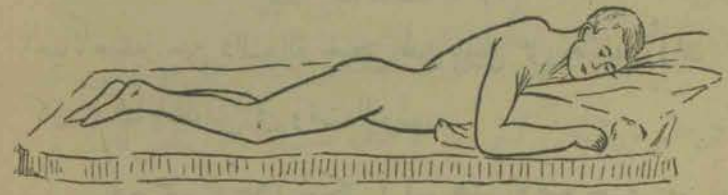
(١) الاستلقاء على الظهر

النوم على الظهر كأحوال الكسور مثلا وهو يقول ان نومه على ظهره يؤلمه أكثر من الاصابة نفسها وانه لو رخص له بالنوم على جانبه لارتاح كثيراً . وليس النوم على الظهر من الوجهة التشريحية جيداً لما ان الجلد الذى على العجز واسفل القطن لا يقاوم الضغط المستمر . العجز سطحي جداً ولا تفصله عن الجلد في أكثر الناس الا طبقة رقيقة من المواد الدهنية والعضل ومثل هذا يقال عن كل النتوات العظمية فى الظهر .

زاوية شوكة عظم اللوح هي تحت الجلد مباشرة وكذا أشواك الفقرات الظهرية فانها تحت الجلد مباشرة وهذا الاخير معرض للضغط لوضع الاشواك . ويوجد موانع أخرى لهذا الوضع فان النساء اللاتى يبقين كثيراً في هذا الوضع يتعرضن لنزله مثانيه من بقاء قليل من البول فى المثانة لانه يتعسر على كثير منهن اخلاء المثانه تماماً وهن على ظهرهن . هذه المسألة يجب الاهتمام بها لانها سبب مهم لاحداث النزلة المثانيه عند النساء بعد العمليات ويمكن ملافاة هذه المضاعفة بربط قسطرة احياناً وخير من ذلك الترخيص لهن بالميل على جانبهن أوان كان ممكناً بالجلوس فى وقت البول

النوم على الوجه (شكل ٢) ـ هذا الوضع خير من الاول وأكثر لياقه اذا أراد الانسان تصريف جرح فى الوجه المقدم للجسم كما فى بعض أحوال الخراجات في الزائدة الدودية والبسواس أو اذا نشأ من الوضع الاول قروح فراشية أو كاد الوضع الاول يحدث شيئاً من هذ النوع . ينام المريض فى هذا الوضع على الوجه بوسادة تحت صدره

وأخرى تحت جانب رأسه . وهو وضع يتعوده المرضي بسرعة ويجدونه أوفق من الوضع الاول لان مقدم الجسم يحمل الضغط بخلاف الظهر . ولم تشاهد قروح فراشيه في هذه الناحية (وربما كان الجلد في أزاء مفاصل الركبة هو المعرض للقروح الفراشية) . ويقل امتلاء البطن بالغازات خصوصاً اذا كان غذاء المريض سائلا بخلاف الوضع الاول الذى يحدث فيه الامتلاء . والنزلة المثانيه التى ذكرناها لا تحدث هنا لاستطاعة المثانه تفريغ البول الموجود فيها بسهولة



(٢) النوم على الوجه

وقد أثبت المستر النجهام Mr. Allingham فائدة هذا الوضع فى أحوال اصابات الاوعية الفخذية الرئيسية وتعلق سلامة العضو فى مثل هذه الظروف على سرعة انتشار الدورة الحانبية ومن المهم اذاً منع الضغط عن الاوعية الجانبية

التى تكثر فى جهة الانيه وظهر الفخذ ولا يكون الوضع الاول مناسباً لهذه الاحوال بخلاف الوضع الثانى . ويذكر المستر النجهام Mr. Allingham حالة اضطر فيها لقطع قطعة من كل من الوعائين الرئيسيين فى الفخذ فى عملية استئصال ورم فى عظم الفخذ واستحسن هذا الوضع وأتى بنتيجة جيدة لحصول الدورة الدموية الجانبية مع سلامة العضو

(٣) وضع نصف الاضطجاع

وضع نصف الاضطجاع (شكل ٣) فى هذا الوضع يسند المريض بمسند ووسادات حتى يكون جالساً نصف جلوس ومنعاً لتزحلقه توضع وساده تحت فخذيه كما هو موضح فى الشكل . ويلزم الاحتراس من شدة الضغط على العجز خوفاً من حصول قرحه

فراشية فى هذا الوضع ويحتاط لذلك بثنى الركبتين على الوسادة وينبه على المريض حتى يجعل ثقله على السطح السفلي من الفخذين. ولابدان تكون الوسادة يابسة وكبيرة الحجم وتثبت لرأس السرير بقطع من المشمع. ويمكن الاستغناء عن هذه الوسادة بلف ملاءة أو (بطانيه) على عصا المكنسة وربط طرفى العصا فى رأس السرير

ويناسب هذا الوضع المرضي الشيوخ. ولذا يلزم وضعهم فى هذا الموضع بقدر الامكان ولا يناسبهم الاستلقاء على الظهر لحدوث النزلة الشعبية أو الاحتقان الرئوى اذا طالت مدة اضطجاعهم لاسيما اذا نشأ من العملية اعاقه فى حركة الصدر أو الحجاب الحاجز كما في أحوال استئصال الثدى أو العمليات على المعدة

يناسب هذا الوضع أيضاً الاحوال التى يعمل فيها عمليات على الصدر أو المعدة كما سنبينه فى موضعه. وكذا يفضل هذا الوضع عن الوضع الاول اذا كانت الدورة الدموية ضعيفة ونشأ ضعفها من نقص فى اتحاد الدم مع الاوكسجين فى الرئتين وذلك لعدم اعاقة الحركات الصدرية فى هذا الوضع

الوضع الرابع (شكل ٤) - هو الوضع الجانبي وهو الوضع الذي يتعوده أكثر الناس فى نومهم ويكون المريض فيه أشد ارتياحاً من غيره ولذا يصرح لهم دائماً بهذا الوضع متى سمحت الحالة. ينام المريض فى هذا الوضع على جانبه ويثني ركبته السفلى وأما العليا فتكون أقل انثناء ويكون الجذع منثنياً انثناء قليلا، ويزداد ارتياح المرضي اذا وضعت وساده لسند الظهر

(٤) الوضع الجانبي

وضع المريض بعد عمليات شق البطن - كانت العادة ولا تزال فى أحوال شق البطن ان يأمر الطبيب المريض بالنوم على ظهره لزعمه بفائدة هذا الوضع خصوصاً في الايام الاولى بعد العملية وليس هذا الوضع ضرورياً بعد هذه العمليات ولا يستحسن الا فى أحوال مخصوصة. الراحة والنوم هما أهم

شيء في هذه الاحوال واذا استطعت تنويم العليل فى الاربع والعشرين ساعة الاولى بعد العملية تكون قد أحسنت الى المريض كثيراً ولما انه لا يحسن اعطاء مركبات الافيون فلا يبقى الا أن تنشد راحة المريض الذى يميل طبعاً بعد شق البطن للنوم على جانبه . ويلزم التصريح للمرضي بالنوم على الجانب الذى اعتادوا النوم عليه وبذلك يغشاهم النعاس مباشرة ولا داعى للخوف على الجرح لان نوم المريض على جانبه مع اثناء الطرف السفلي ادعى لاسترخاء العضلتين المستقيمتين وبذلك ينجو المريض من الألم الذى قد يوجد فى هذه الاحوال ولا ريب ان هذا الالم ينشأ من انقباض العضلات البطنيه تبعاً للشق . وارخاء هذه العضلات بثني الجذع يكفى غالباً لازالة الالم . واذا كان الشق البطني على جانب ولم يخيط بعد انتهاء العملية كما يحدث في أحوال شق القولون وفى خراج الزائدة الدودية لا يحسن الترخيص للعليل بالنوم على جانب الجرح خشية سقوط الامعاء منه ، ولا بأس من النوم على الجانب الآخر

وأما بعد شق البطن فى الاطفال فمن المهم جداً أن لا يستعمل الطبيب الشدة في غير موضعها . لا يمكن ان يبقى الطفل على ظهره الا اذا كان مريضاً جداً أو شددت المراقبة عليه أو استعملت بعض الآلات لهذا الغرض ، والتضييق عليهم يزيد فى الطين بلة ويزيدهم هياجاً ويمنعهم النوم وأما اذا سمح لهم بالنوم على راحتهم فلا بأس ويكونون فى حالتهم هذه في راحة تامة وهدوء عظيم . ويحسن تثبيت الغيار على الجرح بالمشمع حتى لا يكون تحركهم سبباً فى ازالة الغيار وهذا العمل في الوقت نفسه مفيد لخياطة الجرح

واذا كان من اللازم حفظ الطفل على ظهره يحسن وضع جهاز شد على ساقيه مع تعليق الساقين كما هي الحال فى معالجة كسور الفخذ على طريقة بريانت وهذه الطريقة أفضل من غيرها كثيراً لامكان تنظيف الطفل بسهولة

يجب ان يقلل الضغط على الطفل بعد العملية وكلما كان الطفل صغيراً كانت هذه القاعدة أكثر لزوماً

وأخيراً يلزم ان يفهم بمناسبة وضع المريض بعد العملية

ان الوضع الذى يكون فيه المريض أشد ارتياحا يكون ادعى لهدو العليل وبالتالى أفضل من غيره

﴿ الارق بعد العمليات ﴾

ينشأ الارق من أسباب كثيرة ومعالجته تكون تبعاً لاسبابه فاذا كان سببه الالم يعالج بالمورفين وأهم سبب هو عدم راحة المريض ويلزم حينئذ ان تنشد راحته بقدر الامكان فمثلا اذا شكي المريض من ضغط الرباط يجب تخفيفه واذا كان قلقاً فى وضعه يجب ان يغير للوضع الذى يتعوده في نومه واذا كان ظمآن يقدم له قليل من الماء أو اللبن أو شراب الليمون . وفى أغلب الاحيان يمكن ان يعطى المريض ٢٠ جم من الكنياك أو الوسكى فى قليل من الماء الساخن فان ذلك يجعله ينام ليلته نوماً هادئاً أو يعطى الجرعة الآتية :

سائل طرطرات المورفين:	٢٥ نقطة
ماء نعناع لغاية	٢٥ جراما

واذا لم يستحسن اعطاء المورفين يستبدل به الكلورال أو أي صنف من أصناف الادوية الحديثة للارق ومن تلك

الادوية التريونال أحسنها فى جرعة قدرها عشرون قمحه ويحسن تأثيره اذا وضع فى قليل من الوسكي والماء الساخن. البار الدهيد دواء مخدر ولكن لا يستعمل كثيراً للرائحة الكريهة التى يولدها في نفس العليل ويلزم أن يضاف اليه قليل من الشراب مع ماء النعناع

بار الدهيد	٦ جرام
صبغة النارنج	٨ جرام
ماء النعناع الفلفلي	٤٦ جرام

ويحسن الامتناع عن استعمال المخدرات بقدر الامكان حتى لا يتعود المريض استعمالها

﴿ الألم بعد العمليات ﴾

يحدث غالباشيء من الالم بعد العمليات والاسباب كثيرة منها الخياطة اذا كانت مربوطة ربطاً محكماً أو حشو الجرح حشوا كثيرا (بالشاش) أو وجود المطهرات القوية ملامسة لاطراف الاعصاب الخ

اذا كانت الانسجة فى موضع العملية سليمة وكان

العليل سليما لا يوجد الم بعد العملية فيمتنع الالم بعد العمليات في الانسجة السليمة اذا عملت الجروح بنظافة تامة

ومن الاسف تصطحب أغلب العمليات بألم بعدها يستدعى مداخلتنا لمنعه أو تلطيفه بقدر الامكان وطالما كان منع الالم أو تلطيفه عند العليل سببا لشهرة الجراح وحصوله على ثقة المريض.

واذا توصل الانسان أن يعمل العمليات دون أن تتبعها الآلام الاعتياديه فيومئذ تهرع المرضى لعمل العمليات بدون خوف مطلقا. ينشأ الالم من تنبيه في النسيج العصبي وخصوصا أطراف الاعصاب وينقطع هذا التنبيه فى نهاية القطع وكل ألم بعد ذلك هو أما من حركة في الجرح أو من التوتر وأحيانا يكون من تنبيه الانسجه العصبيه بالمطهرات. يحتاط للحركة في الجرح باستعمال الجبايرة اللازمة ويستثنى من ذلك الجروح المجاورة للصدر حيث تكون الحركه اضطرارية. وينشأ التوتر من أسباب مختلفة

(١) من الاربطة

(٢) من الجبايرة

(٣) من الخياطة

(٤) واغلب مايكون من احتقان حافات الجرح وتورم اجزائه ويكثر فى الالتهابات الحادة كما في تكون الخراج الحاد. فالتوتر الداخلي يؤثر فى أطراف الاعصاب ويحدث الالم الذي يتراوح شدة وخفة تبعا لتمدد الجزء المصاب وعدد الاعصاب الموجودة فيه فالآلم يكون شديدا في الالتهاب الحاد في جلد الانف من دمل صغير وكذا فى الاصبع من وجود داحس ويحصل غالبا شيء من الالتهاب الموضعي بعد الاصابات المختلفه والاحتقان الموجود فى الالتهاب هو الذي يحدث الالم

ومنعا للالم بعد العمليات يلزم تخفيف الاحتقان وأسهل طريقه لذلك هو رفع العضو المصاب فالالم الذى ينشأ بعد عمليات البتر يزول أو يخف متى رفع طرف العضو على وسادة، أو فك الرباط الضاغط على الاوردة والمسبب لامتلاء دموى في الجرح. ولا ننسي هذه الاشياء البسيطة لاننا اذا تذكرناها

نعمل كثيراً فى تخفيف الالم . ومن أسباب الالم أيضا انقباض العضلات وتشنجها فى الجزء المجاور للجرح انقباضا وتشنجا يمنع المريض من النوم . فاذا كانت العضلات متشنجه في طرف من الاطراف يزول ألم انقباضها بثني المفصل أو بتغيير وضع الطرف حتى تسترخي العضلات المتشنجه وأكثر مايكون التشنج فى العضلات المتوترة لا المسترخيه . وقد يفيد تدليك العضلات تدليكا خفيفا ويمنع التشنج

ولا يخفى ماللسخونه من تخفيف الالم سواء كانت فى شكل (لبخ) أو كمادات ويمكن الالتجاء اليها أحيانا ولكن لايمكننا مع الاسف استعمال السخونه بهذه الطريقه لتغطية الجروح بالغيارات بعد العمليات . ويمكن استعمال البرودة بوضع اكياس الثلج ويسهل ذلك في المفاصل وطالما استعمل كيس الثلج على مفصل الركبة لتخفيف الالم ويجب الالتفات الى طريقة وضع كيس الثلج لانه اذا كان ثقيلا ووضع على الجروح يحدث المابثقله ويزداد الالم الموجود وأفضل طريقة لوضع الكيس تعليقه على الجزء

وهناك عمليات مخصوصة يكون الالم بعدها شديدا جداً ويستحسن لتخفيفه عمل حقنه مورفين تحت الجلد قبل أن يستيقظ العليل من المخدر فعمليات البواسير بطريقة الربط احدى هذه العمليات التى تستدعى حقنة المورفين ويمكن الاستغناء عن الحقنة بوضع اقماع المورفين فى الشرج بعد العملية مباشرة وكذلك العمليات على العظام كاستئصال المفاصل فانها تكون مصحوبة بألم شديد يخف قليلا باستعمال الجبايرة لتثبيت الاطراف مع رفعها على وسادة ولكنه غالبا لا يزول الا باستعمال حقنة من المورفين وأما العمليات على المعدة أو الامعاء فيلزم اعطاء المريض بطريق الفم قليلا من المورفين أو اللودانوم

ولا يلزم اعطاء الادوية بعدم اكتراث لتخفيف الالم وانما يلجأ اليها عند فشل الوسائل الاخرى ؛ أو تستعمل الادوية معها . الافيون في شكل من اشكاله ، وخصوصا الاصل الفعال فيه ، وهو المورفين ، هو أحسن دواء لهذا الغرض ، ولكن ثم ادوية أخرى ذات قيمة . الفيناستين فى جرعة من

١٥ قمحة لعشرين يخفف عادة الألم وهو من الادوية التى لا يخشي منها التريونال والاسبرين و ٤٠ قمحة من الكلورالميد اذا وضعت على ظهر اللسان تكفى لاحداث النعاس وتهدية المريض . ولكن في كل الآلام الشديدة يستعمل المورفين من ١/٤ الى ١/٢ قمحة حقنا تحت الجلد ، مالم توجد دلالة تحظر استعماله وتختلف الكمية التى تعطى للمريض باختلاف الشخص وشدة الألم ، فاحياناً تكفى الكمية الصغيرة مقام الكمية الكبيرة . الالم في عمليات الجهاز التناسلى والبولى يخفف باستعمال المورفين فى اقناع كل قمع يحتوى على ١/٢ قمحة وهذه الطريقة أفيد من استعماله بالحقن تحت الجلد ويجب عادة عدم استعمال المورفين أياماً كثيرة خشية من حصول عادة المورفين واسبوع هو الزمن الممكن استعمال المورفين فيه بدون انقطاع وبدون تخفيض الكمية المستعملة . الالم بعد العمليات يبطل بعد اربع وعشرين ساعة او ست وثلاثين بالاكثر واذا احتاج الحال لاستعمال المورفين بعد يومين أو ثلاثة لتخفيف الالم فأحسن طريقة لذلك هي تخفيض كميته أو

حقن ماء خالص معقم بدلا عنه والتأثير الادبى فى هذه الحالة يجعله بنفس تأثير المورفين ولا ينحصر هذا فى الاشخاص العصبيين فقط فأقوي الرجال عقلا يرتاحون بعد حقنة من الماء المعقم فى وقت حقنة المورفين اذا توهموا انها مورفين نتائج الاستمرار على المورفين وخيمة وعادية ولذا يجب ان نتوقاها انى متأكد ان أحسن طريقة للغاية الحميدة بعد العمليات على مثل هؤلاء المرضي هي الاعتقاد ان حالتهم الطبيعية هي فى وجودهم تحت تأثير الدوآء ويجب معاملتهم على حسب ذلك

﴿ الظماء ﴾

الظماء شكوى عموميه بعد العملية . هذا الظماء يكون جزئياً من فقدان كمية من السوائل من الجسم . يعترى العليل غالباً عرق شديد أثناء العملية أو بعدها مباشرة . كذلك الغدد اللعابية تفرز بكثرة وقد يحصل نزيف أثناء العملية من الجرح حتى ان كمية السائل المفقودة من الدورة الدموية بعد العملية تكون شديدة وقد برهن بالتجارب ان بعد العمليات على البريتون يحصل فقد كمية عظيمة من السائل كما يتضح بازدياد الثقل النوعى

للدم بعدها وكذلك بعد العمليات الشديدة من أي نوع فقد لوحظ انقطاع افراز المخاط من الغشاء المخاطى لمدة . ونشأ من ذلك حصول جفاف فى الغشاء المخاطى في الفم حتى ان العليل يشعر بالعطش .

ولا يفيد التصريح للمريض بمص الماء الساخن

فليس هذا العمل صحيحا في النظرية ولا فى التجربة . الجسم فى حاجة لسائل ولا شيء يعود من منعه عنه . فما لم يكن هناك دلالة شديدة لمنع استعمال الماء يصرح للمريض بأشفاء غليله من الماء أو أى سائل آخر فقط يلزم ان تحدد الكمية التي تؤخذ دفعة واحدة حتى لاتزيد عن ٢٥٠ جم

يعترض بعضهم على استعمال الماء بعد العملية بسبب مايحدثه من القيء وفى الحقيقة هذا لايحصل وان حصل فانك تغسل المعدة بالسائل وطالما ارتاح المريض من ذلك لاسيما ان احتساء الماء يكون سببا أيضا في القيء دون ان يشفى غليل العليل او تغسل المعدة

الشاى الساخن يستعمل كثيرا ولا بأس به

الظماء هو طلب الجسم الطبيعي للسائل الذى يمكن اعطاؤه اما بالفم أو بالمستقيم حسب ماتسمح الظروف .

ومن الصعب ان نرى لذلك ضررا سوى القيء فانها لاتحتاج لهضم ولاتزيد حركة الامعاء الدوديه

اذا كان الظماء شديدا أو هناك سبب لعدم التصريح للمريض بالشرب بأية كمية كانت يلجأ لاستعمال الحقن الشرجي بالماء الساخن والعادة المتبعة فى وضع كمية كبيرة من محلول ملح الطعام فى التجويف البريتونى قبل اتمام العملية فى عمليات البطن هي احسن طريقة لمنع الظماء الذى يتبع هذه العمليات

﴿ التدخين وعادة الادوية ﴾

يسأل المريض عادة : متى يرخص لى بالتدخين بعد العملية وأغلبهم يصبون الى التصريح بالتدخين واستعمال قصبة التدخين (*Pipe*) ومالم تكن دلالة ظاهرة كما فى عمليات الحلق والبلعوم يحسن التصريح لهم بالتدخين متى نشأت الرغبة فيهم لذلك وطالما ارتاح المريض بالتصريح له بالتدخين .

ليس من العقل ابطال التدخين بالكلية اذا كان المريض متعود

التدخين لما يحدث من الانقطاع الفجائى من الارق وعسر الهضم عدا مايسببه من القلق والتعاسة .

هذه هى الحال فى سائر العقاقير فاذا كان المريض تعود ان يشرب يوميا كثيرا من الكحول لايستحسن منعه بل يصرح له بكمية متوسطة

وفى حالة جنون المورفين ليس من الصواب ابطال المورفين ولا تقليل كميته بل يجب أن يعطى المريض الكمية التى كان يستعملها فى نفس الوقت الذى تعود أن يتناوله فيه . هؤلاء المرضى ليسوا ممن يحسن عمل العمليات لهم ولكن قد تكون العملية ضرورية وحينذاك تزداد خطارة العملية اذا منعوا من عادتهم .

يجب أن نتذكر دائما عند مقابلة مريض بهذا الشكل من المدمنين سواء كان ذلك فى التدخين أو فى الكحول أو فى المورفين ان حالته الطبيعية تكون حين تأثره بتأثير العقار واذا منعته فجأة من الاستمرار على عادته فكانك تنقله الى حالة أخرى

﴿ تطبل البطن ﴾

تطبل البطن مضاعفة رديئة لانها تقلق المريض وأفضل شيء لتطبل البطن :

روح نوشادر عطرى	٤٫٠٠ جرام
بى كربونات صودا	كمية قليلة

في كأس من الماء

فهذه الجرعه تحدث تخفيفا سريعا لهذه المضاعفة . ويمكن تناول قطعة من السكر بعد وضع نقط قليلة من روح النعناع عليها او استعمال اقراص النعناع . وأفضل من ذلك اطلاق الامعاء بمسهل أو عمل حقنه شرجيه بزيت تربنتينا

﴿ القروح الفراشية ﴾

تنشأ هذه المضاعفة المتعبة أحيانا رغم كل احتياط . وهي مع ذلك مضاعفة ممكن توقيها ولا يجب ان تحدث متى كان التمريض باعتناء . وقد سبق الكلام على العلاقة بين وضع العليل بعد العملية وبين القروح الفراشية

تلوث الفرش من عدم الاعتناء بعد تبويل المريض او

استعمال القسطرة ، وتجمع الملابس او غطاء الفرش هما من الاسباب المتكررة لاحداث القروح الفراشية ويمكن تلاشيها

وأعظم سبب للقروح هو بقاء الجلد المعرض للضغط في حالة رطبة ويلزم تجفيفه بقدر الامكان

وبعد حصول القرحة يجب أن يزال الضغط عن الجزء اما بتغيير وضع المريض أو باستعمال الوسادات الهوائية او المائية وتجفف القرحة نفسها ويمنع عنها المطهرات القوية . ويمكن استعمال مسحوق البوريك أو مسحوق (*Fuller*) وانما يلاحظ عدم بقاء هذه المساحيق بهيئة قشور على القرحة واذا حصل تقرح شديد يغير الموضع وتستعمل الغيارات للقرحة بكل اعتناء ، والغيارات الجافة أفضل بكثير من الرطبه مالم يكن الغرض انفصال الخشكريشة فتستعمل الوصفة الآتية:

مرهم بيلسانى اخضر	٢ اجزاء
مرهم راتنج الألمى	١٦ اجزاء
بلسم كوباى	٣ اجزاء

ويحترس من ملامسة هذا الغيار للجلد السليم في

حافات القرحة .

مس القرحة احيانا ببلسم فراير يعجل ظاهره النقاهة . واذا كان ثم انحلال في الانسجة يعمل ترقيع بطريقة تيرش (*Thiersch*) للتعجيل بالشفاء ومنع الندب . تنظف القرحة جيدا وتكشط الازرار اللحمية كلها ويوضع الترقيع على النسيج الليفي الباقى ولا يرفع الغيار الا بعد اسبوع . والترقيع بطريقة تبرش اذا اتقن عمله يأتى بنتيجة حسنة ويعجل الشفاء .

ارداً القروح الفراشية هى ما كانت في احوال التسمم الصديدى واحوال الاصابات فى النخاع الشوكي ، ففى اكثر هذه الاحوال تتولد القرحه رغما عن كل اعتناء

يكون انفصال الخشكريشة ببطء فى الاحوال الرديئة ويستحسن ان يعجل بفصلها احياناً بقطع النسيج الليفي الصلب بمقراض ويحترس من قطع النسيج السليم .

وافضل مطهر في مثل هذه الاحوال هو ماء الاكسچين مسا او رشا على الجرح . وقد يستعمل السانيتاس (*Sanitas*) على اللنت وهو غيار لا بأس به

﴿ الجنون بعد العملية ﴾

هذه الحالة من المضاعفات النادرة وليس لها علاقة بالعملية. وتظهر الاعراض غالبا فى دور النقاهة. وينسب حدوث الجنون بعد العماية لاشتغال العقل بالعملية وطول الفكر فيها خصوصاً اذ كان ثم استعداد لذلك

اذا كان المريض خاضعاً لنوب جنون ربما تنتابه النوبة بعد العملية وتكون العملية وقتئذ سبباً مهيئاً فقط وا كثر ماتنشأ هذه المضاعفة فى النساء.

ويقال بوجود ميل للانتحار ويكون هذا الميل شديداً فى اغلب الاحوال

يعتقد الاستاذ البوت (*Abbutt*) انها حالة نيورا سينيا لا جنون كما انه يعتقد بحصولها كثيرا ولكنه لايذكر السبب وربما يوجد عند المريضة استعداد للجنون فتعتقد بمرض وتغش طبيبها الذى يشرع فى عمل العملية التى تعد سبباً للجنون

واغلب الاحوال التى ذكرت هى احوال تسمم عفن حاد أو خراج في المخ من العملية ولم يكن فيها جنون مطلقاً

وأما احوال الجنون الحقيقيه بعد العملية فأغلبها يحدث بعد العمليات على الاعضاء التناسليه كاستئصال المبيض أو الرحم أو الثدى أو الخصيتين وبعد العمليات على الامعاء والمعدة لأن المريض يفكر فى حالته بعدها كثيرا

وقد شوهد ان العمليات على المرضى العصبي المزاج تضاعف بنوع من الانحطاط العصبي والنيوراسينيا العمومية التى تمكث زمناً طويلا

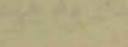
ويلزم أن يعتني بتحضير المرضى قبل اجراء العملية، ويلزم ملاحظتهم وتحسين حالتهم من الجهة العقلية ومراعاة الوسائل الصحية واعطائهم الراحة التامة الجثمانية والعقلية. وفى ذلك الوقاية الكافية

وأما فى خص الاحوال التى أعقبها حدوث مانيا فقد شوهد ان أغلبها كان مصحوباً بتعفن فى الجرح وهذا مما يجعلنا نتخيل أن السبب في الاصابة العقلية هو التسمم العفن لا تغير عقلي نشأ مباشرة من العملية ويلزم اعتبار هذه الاحوال هذيانا (*delirium*) كالذى يحدث في الحميات العفنه الحادة

وهناك نوع من الهذيان الارتعاشي يأتى بعد العمليات على المرضي المدمنين وفي مثل هـذه الاحوال يكون التغير فى أمر الغذاء الذى تستدعيه حالة العملية هو السبب لا العملية نفسها ولعمل عمليـة على المدمن على الكؤول يلزم أن يعود على الغذاء وعلى الوجود فى الحالة التى تستدعيها العملية قبل عملها ويقول بعضهم أن الكلوروفورم يسبب أحياناً جنوناً وبعضهم شاهد أحوال جنون من استعمال اليودفورم

وأما الانذار فى هـذه الاحوال فهو خطر فى أحوال المانيا الحادة التى تأتى بعـد العمليات الشديدة وان كان المنظر الجراحى جيداً وكلما أدمنت المانيا حسن الانذار بالنسبة للحياة

ويحسن الانذار فى الجنون العـادي متى ازداد المريض فى القوة والعقل



(الفصل الثانى)

(علاج الجروح)

أغلب الجروح فى هذه الايام عقيمة وتسير في مجراها دون أن تلوث وليس من الضرورى بل ولا من المستحسن أن تعمل الغيارات مراراً . ولـكن قد يطرأ التقيح أحياناً لسبب ما ومن المهم اكتشافه بأسرع ما يمكن حتى تتخذ التدابير اللازمة ولا نجد بعد انتهاء اسبوع بعـد رفع الغيار أن الجرح يفيض صديدا . وأحسن وسيلة لمعرفة التقيح هى ورقه الحرارة اذا وضعت العلامات باعتنـاء ويجب أن يكون لكل مريض بعد العملية ورقة حرارة .

يجب أن نتذكر القاعدة المطردة فى ارتفاع الحرارة أثناء الـ ٣٦ أو ٤٨ ساعة الاولى بعد كل عملية جسيمة. وبفحص مائه حالة متتابعة بعـد العمليات فى مستشفى سنت جورج

(St Goargès) وكانت الجروح فى كلها عقيمة وجد أن الحرارة ارتفعت في ٨٥ حالة من المائة فى الـ ٤٨ ساعة الاولى والجدول الآتى يبين ذلك :

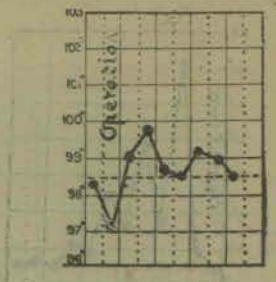
جدول للحرارة مدة الـ ٤٨ ساعة الاولى بعد العملية لمائة حالة متتابعة بقى الجرح فيها عقيما

(١) وجد ارتفاع في الحرارة الى ١٠٠ فارنهيت أو اكثر من ذلك فى ٢٧ في المائة

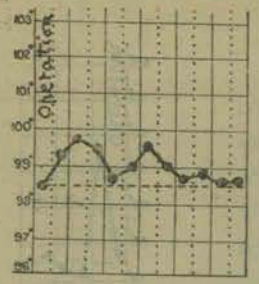
(٢) وجد ارتفاع فى الحرارة الى ٩٩ فارنهيت فى ٤٦ فى المائة

(٣) وجد ارتفاع في الحرارة أعلى من الاعتيادية وأقل من ٩٩ فارنهيت في ١٢ في المائة

(٤) بقيت الحرارة طبيعية أو انخفضت فى ١٥ فى المائة



شكل (٥) عملية فتق (عقيمة)



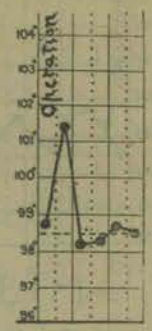
شكل (٦) بتر فى الفخذ (عقيمة)

وقد لوحظ أن في الاطفال تكون الحرارة اكثر ارتفاعاً من الشبان ويكون الارتفاع غالباً في الصباح قد ترتفع الحرارة لدرجة عظيمة في الاطفال وفي المائة حالة المذكورة فى الجدول ارتفعت حرارة أحدهم لغاية ٥ ر ١٠٤ دون أن يوجد سبب لذلك سوى العملية

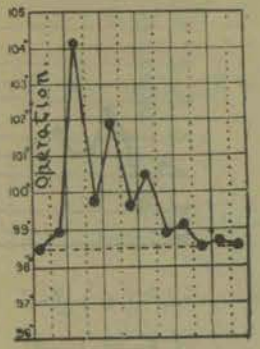
شكل (٧) استئصال الثدى (عقيمة)

وارتفاع الحرارة بعد العمليات على العظام اشد ، وكذا العملية التى تربط فيها البواسير .

وفى فحص الحالات المذكورة فى الجدول نرى ان الحرارة قد ترتفع مرة ثانية بعد المرة الاولى ارتفاعاً اقل من الاول

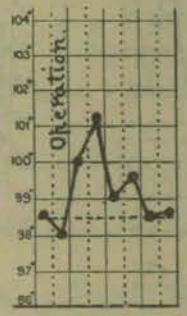


شكل (٨) عملية
للشفة الارنبية فى طفل
عمره ٥ شهور



شكل (٩) فتح بطن
لاندغام معوى
فى طفل عمره سنتان
(عقيمة)

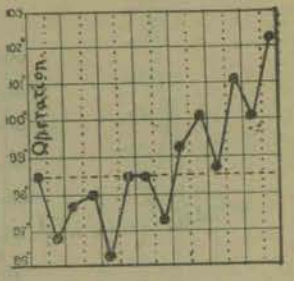
ينشأ الارتفاع الثانى غالبا من رد الفعل وهو ما يذكر في الكتب بالحمى العقيمة. يوجد انخفاض في أحرارة مباشرة بعد العملية ويعقبه ارتفاع لغايه ٩٩ — ١٠٠ وفي بعض الاحوال وخصوصاً الاطفال تكون الحرارة اعلى من ذلك وهذا هو هو المنتظر لما ان الاطفال يتأثرون اكثر من العمليات بخلاف غيرهم



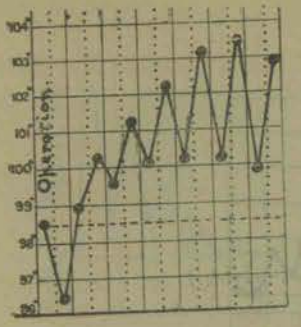
شكل (١٠) عملية بواسير (عقيمة)

كما ان المرضى الذين يعمل لهم عمليات وهم فى صحة جيدة اثناء العملية يكون تأثيرهم اكثر

ويحصل الارتفاع غالبا في الليلة الاولى بعد العملية واحيانا فى الليلة الثانية وهذا الارتفاع علامة طيبة وافضل من الانخفاض الذى يستمر بعد العمليـة ويجب ان نميز هذا الارتفاع العقيم من الارتفـاع الآخر الذى يكون نتيجة تعفن فى الجرح وذلك بانخفاض الحرارة بعدها مباشرة وبقائها طبيعية



شكل (١١) عملية على مفصل الركبة (عفنه)



شكل (١٢) عملية فتق (عفنه) (١)

وفي العمليات الجسيمه التى يعقبها صدمة كبيرة يتأخر هذا الارتفاع لحين انتهاء الصدمة

اذا حصل تعفن فى الجرح لا يعقب الارتفاع الاولى انخفاض بل يبقي ويتخذ شكل الحمى المتقطعة فيما بعد (شكل ١١) وقد يغيب الارتفاع الاولى ويحدث مكانه انخفاض فى الحرارة مدة يومين أو ثلاثة يعقبها ارتفاع لدرجة ١٠٢ أو اكثر (شكل ١٢)

فى أغلب الاحيان عندما يتعفن الجرح ترتفع الحرارة فى

(١) وجد الصديد فى الجرح فى اليوم الرابع

مساء اليوم الثانى أو الثالث وربما يتأخر الارتفاع لليوم الخامس أو السادس وعلى ذلك فالارتفاع الذى يحدث فى بحر الـ ٤٨ ساعة الاولى مالم يكن مصحوباً بعلامات موضعية أو عمومية للتعفن أو تستمر الحرارة مرتفعة لايستدعي اهتماماً لانه ارتفاع غير عفن بل بالعكس هو علامة حسنة ولكن استمرار الحرارة خصوصاً فى الابكار أو الارتفاع الذي يحصل بعد اليوم الثانى من العملية هو ارتفاع عفن يستدعى استقصاء الجرح.

ومن الاسف هناك أحوال لا يوجد فيها سوى الارتفاع الاولى الذى تكلمنا عنه ومع ذلك نجد الجرح متعفناً بعد فحصه بأيام بعد العملية. هذه هي الاحوال التى توجد فيها جلط دموية فى الجروح وأثرت فيها ميكروبات غير مرضية مثل السلسلة العنقودية للصديد البيضاء أو الليمونية

(Staphylococcus pyogenes albus or Citreus)

أو عصى الجلد *(Bacillus epidermidis)*

وفى هذه الاحوال لا يوجد فى الجرح التهاب كثير بل يوجد تجويف فيه صديد كان ممتلئاً بالجلط الدموية وهذا

التقيح لا يصطحب عادة بارتفاع فى الحرارة ولا بألم وقد يشتكي العليل بقلق في موضع الجرح ومن حسن الحظ هذه الاحوال ليست شديدة الوطأة والجروح بعد استفراغ مافيها من الصديد تلتحم بسرعه مالم يحل بها شيء من الميكروبات الاخرى من الاهمال. الألم اذا كان فى موضع الجرح يكون عادة علامة على الالتهاب والتعفن والجرح مالم يكن فى محل مخصوص يكون غير مؤلم بعد مضي أربع وعشرين ساعة

﴿ الجروح العقيمة ﴾

(١) اذا كانت الغيارات لم تتلوث بالدم

يحسن عدم رفع الغيار مالم يأت زمن فك الخياطة الموجودة بالجرح ومالم يحل الرباط أو يتلوث بالدم والزمن الذى يجب فك الخيط فيه يختلف باختلاف الاحوال

يرفع الخيط فى اليوم السادس أو السابع بعد العملية اذا كان الجرح متوسطا وأما فى الجروح التى على الوجه أو العنق فيلزم رفع الخيط قبل ذلك لسرعة الالتحام ومنعاً لاحداث الندب ، يلزم رفع الخيط في اليوم الثانى أو الثالث . واذا

كانت الجروح كبيرة أو كانت حافاتها متوترة يلزم ترك الخيط زمناً يتراوح بين ١٠ أيام واسبوعين كذلك يحسن أن يبقى الخيط زمناً أطول اذا كانت حافات الجرح ليست متغذية غذاء تاماً كما هي الحال فى استئصال الدوالي من الساق

أعتاد بعض الجراحين تجديد الغيار على الجروح في اليوم الثانى أو الثالث بعد العملية. هذا ليس ضرورياً ولا مستحسناً فى أغلب الاحوال .

يحصل عادة شيء من الارتشاح الدموى من الجرح مباشرة بعد العملية . هذا الارتشاح الدموى يخترق الغيارات ويتجمده يلصق الغيارات بالجرح والجلد المجاور له ويفيد كثيرة لتثبيت الجرح وأما اذا وصل الدم الى سطح الغيار الخارجى معرضاً للهواء فيلزم تبديله لما أنه يكون طريقاً لتوصيل الميكروبات الى داخل الجرح

ويلزم لذلك مقراض وجفت سبق تعقيمهما بالغلي فى أناء مملوء بمحلول الفنيك . يقطع الرباط بمقراض آخر ويرفع مع القطن حتى يصير الجرح مغطى فقط بالشاش ويؤتى بفوطة

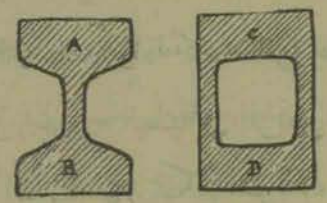
دافئة معقمة إما بالغلي وإما بغمسها فى محلول كربوليك وتوضع حول الجرح ويستعمل لذلك فوطة مثقوبة في وسطها لبروز الجرح من الثقب. ثم يغسل الجراح يديه بالطريقة الاعتيادية بالماء والصابون ووضعهما بعد ذلك مدة دقيقتين أوثلاث فى محلول مطهر ويستحسن محلول كحولى من ثانى يودور الزيبق (١ في ١٠٠٠) ثم يرفع الشاش من الجرح واذا كانت ملتصقة يحسن تبليلها بمحلول قبل رفعها . وبعد رفع الشاش يغطى الجرح بقطعة من الشاش وينظف الجزء المجاور للجرح . واذا طهر التحام الجرح ترفع الخياطة

﴿ رفع الخياطة ﴾

يفعل ذلك بمقراض ذى طرفين كالين جيد القطع خصوصاً فى طرفه وتقطع الغرز كلها قبل رفعها . يستعمل المقراض مسطحاً، يوضع أحد مصراعيه تحت الغرزة ويقطع بالمصراع الآخر بجوار الجلد مباشرة ويستعمل الجفت للتثبيت . وبعد قطع كل الغرز ترفع بشد طرفها بالجفت . واذا لم تقطع الغرز بجانب الجلد يبقى ذراع للغرزة يحدث ألماً حين استخراجها

بمرورها فى الجروح لاسيما اذا كانت الخياطة معمولة بغرز من وتر الديدان لعدم لينه . واذا سلك الجراح هذا الطريق فى اخراج الغرز فانها لا تحدث ألماً عند العليل . ولذلك أهمية كبيرة اذا كان عصبياً واذا كانت الغرز غائرة فى الجلد كما يحدث أحياناً فى الجروح البطنية فى المريض السمين الجسم ، تشد أطراف الغرزة حتى يتمكن الجراح من رؤية العقدة فيوضع المقراض على مسطحه ويقطع الغرزة تحت العقدة ويشد طرفها حتى يخرج . ويحسن في مثل هذه الاحوال أن يبقي الجراح بعض الغرز ليرفعها بعد أيام واذا ظهر التحام الجرح بعد فك الخياطة مع جفافه يوضع عليه قطعة من الشاش فى الشكل المطلوب ثم تمس بكلوديوم ثم يوضع على ذلك رفادة من القطن ويربط ويمكن أن يستغنى عن الرباط اذا كان الجرح صغيرا . وأما اذا اتضح عدم التحام الجُرح بوجود انفراج فى حافاته فيحسن عمل الغيار بالطريقة الاعتيادية بعد ذر قليل من مسحوق حمض البوريك أو مسحوق الدرماتول . واذا كان ثم انفراج شديد يحسن تقريب حافات الجرح بالمشمع.

ولوضع المشمع يجب أن يكون الجزء الذى يعبر الجرح ضيقاً ويقطع كما هو موضح فى الشكل



شكل (١٣)

(٢) اذا تلوثت الغيارات بالدم

اذا اخترق الدم الغيارات وظهر على الرباط يلزم تجديد الغيار حالا . ويفعل ذلك بنفس الاعتناء الذى عمل اثناء رفع الخيط بل هنا يجب أن يكون الاعتناء اكثر. حتى اذا ظهرت نقطة صغيرة على الرباط يلزم تجديد الغيار لأن الدم الذى ظهر يمكن ان يوصل المكروبات الى الجرح

(٣) اذا وجدت انبوبة للتصريف في الجرح أوكان الجرح محشواً بقطعة من الشاش .

يحسن عادة أن ترفع الانبوبة بعد ٢٤ أو ٤٨ ساعة وانما

يترتب ذلك على السبب الذى من اجله وضعت الانبوبة . ليس من المستحسن أن تترك الانبوبة في جرح عقيم اكثر مما يلزم لما يحصل من التشوه في حافات الجرح على الاثر مع تأخير الالتئام ويندر وجود الحاجه التى تستدعي ابقاء الانبوبة لزمن اطول من ٤٨ ساعة .

وطريقة حسنه أن توضع غرزة في مكان الانبوبة ولا تعقد الا عند رفعها ومنعاً لهروب الغرزة يمكن ان يعقد طرفاها ثم يقص الطرف المعقود وقت ربطها بعد رفع الانبوبة

يجب أن يكون هناك اعتناء شديدفي مثل هذه الاحوال لما أن الجرح مفتوح الى عمقه ويكون الشفاء في الوقت المناسب للعدوى . فينظف حوالى الجرح باعتناء اكثر بالمحاليل المطهرة ويكون ذلك من الجرح الى ماحواليه لا مبتدئا من حوالى الجرح ومتجها اليه . ويلزم ان لا توضع الاسفنجة التى استعملت لتنظيف الجلد في الجرح ويكمل الغيار كما سبق ولا يوضع الكلوديوم أو أي مسحوق من المساحيق المطهرة لانها غالباً ليست عقيمة. في عمليات كثيرة لاسيما عمليات شق

البطن لالتهاب بريتوني موضعي وعمليات خراج أو نكروز في العظم يكون هناك تجويف محشو بالشاش الذي يترك طرفه بارزاً من الجرح حتى يقوم بالتصريف وحينما يوجد تجويف كبير في البطن يغير عليه بهذه الطريقة يصير من الصعب اخراج الشاش المستعمل في حشو الجرح بدون ألم وأفضل طريقة لذلك ان تترك الشاش مدة خمسة أو ستة ايام حتى يرتخي الشاش من نفسه ويسهل اخراجه وأثناء اخراجه يحسن بله من وقت لآخر بمحلول مناسب ولسهولة اخراجه اذا كان مبلولا يشد من طرف ثم من الطرف الآخر ويلزم الطبيب ان يتذرع بالصبر خشية احداث ألم للمريض

في احوال النكروز الحاد في العظام اذا وجد تجويف محشو بالشاش فليس من الصواب الانتظار حتى يرتخي الشاش من نفسه بل يجب ان يرفع الشاش في زمن لا يتجاوز ٢٤ أو ٤٨ ساعه ولما أن ذلك مؤلم يحسن تخدير المريض قليلا . وأفضل طريقة هي تخديره بواسطة اوكسيد النتروجين حتى يتمكن الجراح من اخراج الشاش وحشو الجرح مرة ثانية اذا

احتاج الامر لذلك .

(٤) اذا تعفن الجرح

اذا شك الطبيب في حصول تعفن في الجرح من ارتفاع الحرارة أو من حالة المريض أو بأية دلالة اخرى يلزم استبدال الغيار بنفس الطريقة التي اتبعت في الغيار على الجرح العقيم

وقد يغفل ذلك بعضهم مع عدم اتخاذ الاحتياطات العقيمة لما ان الجرح عفن وذلك خطأ فاحش لأن التعفن يحدث بواسطة مكروبات مختلفة تختلف قوة وشدة . واذا عمل الغيار بعدم اكتراث فقد يدخل صنف آخر من المكروبات ويجد وسطاً صالحاً للنمو فيكون ضغثا على ابالة وعند انكشاف الجرح ورؤيته ملتهباً ومتعفناً ترفع بعض الغرز لتصريف الصديد ومنع التوتر في الانسجة . وهذه نقطة مهمة لأن الجرح اذا توتر بالصديد فقد يجد منفذاً في الاوعية الدموية واللمفاوية أو يتخلل طبقات الانسجة بسهولة

ويجب ان يصرف كل الصديد الموجود في الجرح ويجفف الاخير باسفنج

واختلفت الآراء في استعمال الذروق في الجرح بالمطهرات في الحالة الحادة ويمنع بعضهم ذلك لما ان المطهرات القوية تزيد في تهييج الانسجة الملتهبة ويحتمل انها تضيع الحاجز اللفاوى الذى تكون بين الصديد والاوعية اللمفاوية وبذلك يسهل على الميكروبات التي كانت موضعيه في الجرح ان تدخل في الدورة العمومية بينما ان هذه المطهرات لا تستطيع ازالة الميكروبات كلها الموجودة في الانسجة الجرحيـة وبالتالى لا توقف الحركة التعفنية ونحن انما نلتجئ الى الانسجة لايقاف تلك الحركة وعليـه لا يلزمنا أن نزيد في هياجها وليس ثم معارضـة في استعمال محلول ملح الطعام أو أى محلول مطهر خفيف لغسل الجرح وازالة المواد الصديدية التى تكون فيه

ولا شك ان محلول ملح الطعام الذى سبق تعقيمه هو أفضل المحاليل ولا بأس من استعمال محلول فنيك خفيف أو محلول خفيف من ثانى يودور الزيبق

وأما في أحوال التعفن الشـديد اذا ظهرت الانسجة بحالة لا تستطيع المقاومة واذا توفرت علامات الـدوى العمومية

مثل كبر العدد اللمفاوية المجاورة والتهاب الاوعية اللمفاوية أو وجدت اعراض عفنة عمومية شديدة فوقتئذ يحاول الانسان جهده فى اهـلاك كل الميكروبات الموجودة بأمل ايقاف الامتصاص العفن وذلك بفتح الجرح فتحاً عظيما وتطهيره بمطهر قوى مثل الفنيك النقى أو محلول ثانى يودور الزيبق القوى ($\frac{1}{1000}$) في الكؤول . ومن الاسف كل المطهرات الموجودة تجمد الزلال وباستعمالها تكون طبقة رقيقة من الزلال المتجمد على سطح الانسجة وبذا يكون تأثير المطهر محدوداً على سطح الجرح. وهذه الطريقه لا يصح استعمالها اذا كان سطح الجرح كبيراً خصوصاً في الاطفال أو المتقدمين في السن لاحتمال حدوث علامات التسمم بالمطهر المستعمل. توضع انابيب التصريف في كل ردوب أو جيوب الجرح الذى يحفظ مفتوحاً بحشوه بالشاش وتستعمل الكمادات الساخنة للالتهاب الموجود حوله وكمادات محلول حمض البوريك لا تفيد مطلقاً لعـدم حفظها الحرارة زمناً طويلا ولضعف قوتها التطهيرية وسهولة انماء اكثر الميكروبات العفنة الاعتيادية ويفضل عمل الكمادات

بمحلول حمض الفنيك (٢٪) لانه فضلا عن قوته التطهيرية يخدر الموضع تخديراً موضعياً ويخفف الالم

الشاش من احسن الرفادات الماصة ومن المهم جدا استعمال رفادة تشرب بسرعة كل افراز الجرح ومن سوء الحظ غلو ثمن الشاش المشبع بالمطهرات ولكن من الممكن استعمال الشاش الابيض البسيط المعقم .

ولعمل الكمادات يستعمل مايسمى باللنت لانه يحفظ السخونه زمناً طويلا ويلزم وضع الكمادات وهي حارة وتغييرها متى بردت لدرجة حرارة الجسم وهى تحفظ سخونتها مدة تتراوح بين عشرين وثلاثين دقيقة ولكن يمكن ابقاء سخونتها زمناً اطول بجعل الكمادة سميكة ووضع كمية من القطن فوقها بعد وضع الورق الزيتى .

ولأجل ان تؤدى الكمادة وظيفتها يلزم ان تكون ساخنة وفيها خاصة تشرب كل الافراز من الجرح . والمزية الاخيرة مهمة جداً لما ان الافراز فى الجرح الملتهب التهاباً حاداً يحتوى على ميكروبات كثيرة وزيادة على ذلك مواد

سمية متجمعة من الميكروبات وهذه المواد السمية تؤثر في الانسجة فتشلها أو تهلكها وبالتالى تمنعها من مقاومة الميكروبات

ومتى زال الالتهاب أو كاد تبطل الكمادات ويستعمل الغيار الاعتيادى ويحسن وضع شاش مبلول بمحلول لانه اكثر امتصاصاً من الشاش الجاف

واذا كانت كمية الافراز كثيرة يجب ان يغير على الجرح مرتين فى اليوم الى أن تقل منعا لتجمع الصديد في تجويفه ويمكن تقريب حافتى الجرح بالمشمع كما سبق توضيحه . وعند زوال الالتهاب بالكلية يعمل الغيار العادى .

اذا كان الجرح العفن فى طرف من الاطراف يفضل عمل حمام موضعي له متى أمكن ذلك . ويلزم حفظ حرارة المياه فى الحمام بدرجة ثابتة كما يلزم عمل الترتيب لجريان الماء لحفظ الماء نقياً. أغلب الحمامات موجود فى قاعها صنبور — حنفيات — يمكن وضع انبوبة من المطاط فيها وارسالها فى جردل تحت السرير . وتوصل انبوبة أخرى لحنفية أخرى

يأتى منها للتعويض .

﴿ المعالجة العموميـة في أحوال التعفن ﴾

يجب اعطاء المريض الذي تظهر عليـه علامات التعفن مسهلا لاطلاق الامعاء، ٥ قمحات من الزئبق الحلو يتلوه جرعة من الملح الانكليزى أو سيدلتز من أحسن الاشياء لمثل هذه الاحوال لما انها تقصر مدة التعفن وتخفض الحرارة . اعطاء المسهل مباشرة يوقف استهلاك الجرح واذا لم يفعل ذلك فانها تخفف الاعراض وكيف يفعل ذلك المسهل لم يعرف تماما ولـكن لم ينكر أحد فائدته . قدأخذ المسهل الآن مكان الفصد الذى كان عاديا في كل الالتهابات منذ مائة عام ولا شك انه يؤثر بنفس طريقه المسهل وهو التحويل . وأحسن تفسير لفائدة المسهل فى علاج التعفن انه يزيل كميـة عظيمة من السوائل الموجودة فى الدم وبالتالى يجعل كل الانسجة أكثر جفافا وأقل ارتشاحا وان الجرح اذا كانت انسجته ، غير مرتشحة يقاوم التعفن بقوة أشد مما اذا كانت انسجته مرتشحة .

وأما من خصوص العقاقير فلا فائدة ترجى منها سوى

انه يحسن استعمال الملينات ويقول بعضهم بفائدة الـكينين خصوصا في أحوال التعفن العمومية وحتى يظهر تأثيره يجب أن يكون بكمية عظيمة من ٥ — ١٠ قمحات ثلاث مرات فى اليوم

(٥) اذا ظهرت علامات التسمم العفن .

من حسن الحظ هذه الاحوال قليلة ونادرة الآن . وما زالت تصادف الجراح أحيـانا واذا ظهرت يلزم الاسراع بالعلاج وأهم النقط هي مايأتى :

(١) تطهير الجرح تطهيرا تاما بقدر الامكان ومنع التوتر وعمل اللازم لتصريف الصديد

(٢) تقوية المريض بالغذا الجيد .

(٣) اطلاق الامعاء دائما

(٤) الـكؤول فى شكل كنياك أو وسكي بكمية عظيمة (من ١٥٠ الى ٢٠٠ جم) فى اليوم

(٥) استعمال الـكيناوحدها أو مع الحديد أحيانا يكون له تأثير حسن

﴿ علاج التعفن بالمصل والفاكسين ﴾

لم يقر الرأى على علاج أحوال التعفن الشديد بالمصل ضد الاستربتوكوك والمصل ضد الاستفيلوكوك اوبالفاكسين المحضر من صديد الجرح لأن هـذا العلاج وان كان جميلا نظرياً الا انه أحياناً لا ينفع عملياً وغالباً لا يأتى بالنتيجه التى تنتظر منـه والنجاح الذى نصادفه في استعمال هـذه الطرق الجديدة لا يسوغ لنا استعمالها بدلا عن الطرق القديمـة الاكيدة وانما يدعونا للجمع بين الطريقين . ويلزم قبل استعمال أى مصل أن نفحص الصديد فحصا بكتريولوجياً لنتحقق من طبيعة المكروب أو المكروبات الموجودة ونستعمل المصل المناسب

واذا أفاد استعمال المصـل فهو يخفض الحرارة غالباً — تهبط الحرارة درجات بعـد استعمال الحقنة بقليل من الزمن ولا بد أن يكون المصل حديثاً جداً ولا يفيد المصل اذا مكث اكثر من اسبوعين

وموضع الحقن هو القطن أو جدر البطن . ويحقن المصل

نبطء ويحقن فى المرة نحو ١٠ سنتى متر أو اكثر — ولا أهمية لكمية الجرعـة بالدقة . ولا بد من تكرار الحقنة بعـد أربع وعشرين ساعة اذا أتت بفائدة . ويلزم أن يكون المصل محضراً فى معمل معتمد كمعمل لستر (*Lister*)

واذا خامرنا شك فى طبيعة المكروب الموجود فى العدوى يحسن استعمال المصل المتعدد (*Polyvalent Serum*) . ولا ينتظر فائدة من حقنـة واحدة بل يلزم تكرارها حتى تأتى بنتيجة .

ولمعالجـة المريض بالفاكسين لا بد من التحقق من العلامة الابسونيـة (*Opsonic Index*) ثم يستعمل الفاكسين المحضر من زرع نقى للمكروب الموجود في صديد الجرح والغرض من ذلك زيادة مقاومة الجسم الطبيعية للعدوى والعلاج بهذه الطريقة صعب ولا يمكن عمله الا بكتريولوجى ماهر :

﴿ الفصل الثالث ﴾

(النزيف بعد العمليات)

من اصعب الاشياء حدوث النزيف بعد العمليات وذلك لجملة أسباب . فلا شيء يزعج العليل ويكون سبباً لفقد ثقته بطبيبه كحصول النزيف بعد العملية وان كانت كميته قليلة جداً لان الدم له ازعاج كبير على كل الناس والنزيف الذى يحدث بعد العملية فجأة وبدون انتظار يروع العليل كثيراً ولو كان قليلا وهو فى الحقيقة مضاعفة شديدة للجراح نفسه لانها تصادفه فى وقت ملاحظته مريضه وأحوال النزيف تختلف اختلافاً شديداً فيمكن أيقاف النزيف في بعض الاحوال بسهولة كثيرة ويصعب ايقاف النزيف فى البعض الآخر ولا تكون غالباً الآلات اللازمة موجودة والمساعدة الضرورية متيسرة .

وفى كلامنا على النزيف سنقسمه الى قسمين نزيف رجعي ونزيف ثانوي وأما معالجة النزيف الاولى فليست من

اختصاصنا .

النزيف الرجعي هو النزيف الذى يحدث من عدم ضبط الوسائل التى استعملت لايقافه . ويحدث في مدة ٢٤ ساعة من وقت العملية .

والنزيف الثانوى هو الذى يحدث بعد الزمن المذكور ويمكن حدوثه لمدة ثلاثة اسابيع بعد العملية

﴿ النزيف الرجعى ﴾

ينشأ من جملة أسباب . ربما اوقف الطبيب كل نزيف ساعة العملية قبل خياطه الجرح ولكن نظراً لضعف الدورة الدموية وانخفاض توتر الدم فى انتهاء العملية من صدمة أو اسباب اخرى يمتنع النزيف من الاوعية الصغيرة المقطوعة اثناء العمل وعند استيقاظ المريض من التخدير ومرور الصدمة يزداد توتر الدم وتحسن الدورة الدموية فتنزف تلك الاوعية . وقد يجوز امتناع النزيف من وعاء لانسداده بجلطة دموية ويمنع النزيف ما زال المريض ساكناً ولكن عند هياج المريض بعد العملية تنفصل الجلطة التى كانت كافية لايقاف النزيف فينزف الوعاء

هذان السببان مهمان وهما السبب فى اكثر الانزفة الرجعية التى تحدث من ٤ الى ٥ ساعات بعد العملية . وسبب آخر هو القطع الجزئى للوعاء الصغير الذى سبب نزيفاً قليلا يفوت الجراح أو يظن انه يمتنع بضغط الرباط. اذا قطع وعاء مهما كان صغيرا قطعاً جزئيا فانكماش الطبقات العضلية تسبب انفتاح القطع ويبقى النزيف مستمراً فى كل وعاء قطع بهذه الطريقة واذا نزف وعاء بهذا الشكل فى تجويف محدود يجوز ازدياد الضغط داخل الجرح لدرجة هائلة وعند ما يحصل النزيف بهذا الشكل داخل الجرح يتجمع الدم تجمعاً كبيرا وينفصل الجلد انفصالا عظيما ولصغر الوعاء النازف يكون النزيف تدريجياً فلا يعطى علامة ظاهرة لوجوده الا بعد بضع ساعات بعد العملية .

ومن الاسباب الاخرى ارتخاء عقدة الربطة التى ربط بها لوعاء أو انسلالها وانفلاتها وعدم حفظها الطرف الدائرى من الشريان وفى هذه الحالة يحصل النزيف عند تكون الدورة الجانبية .

المعالجة : هي فتح الجرح مباشرة ان امكن وربط الوعاء النازف . ويكفي الضغط فى بعض الاحوال ولكن لا يمكن الارتكان عليه أحيانا

يعطى المريض المخدر لاستحالة معرفة الحكم على العمل اللازم وليتمكن الطبيب من اتخاذ الاجراءآت اللازمة بتروو وتأن ولا يمكنه عملها اذا كان المريض مستيقظا وبذلك تمنع العدوى من الجرح .

واذا وقف النزيف قبل وصول الطبيب أو وقف بعد تخدير المريض لا يكون هذا مانعاً للجراح من متابعة عمله متى كان النزيف الذى حصل عظيما وذلك منعا لاحتمال حدوثه وخطر رجوعه اكثر من خطر فتح الجرح وزيادة على ذلك وجود التجمع الدموى فى الجرح يعيق التئامه ولذا يحسن تنظيف الجرح من التجمعات الدموية بفتح الجرح ثانيا

اذا كان النزيف وريديا وليس شريانيا يلجاء للضغط ورفع العضور على وسادة ولا بد من فحص المريض لاحتمال وجود ضغط من الرباط أو من جبائر مستعملة فوق الجرح

لأن ذلك هو السبب المهم لرجوع النزيف الوريدى واللازم
فى هذه الاحوال هو تخفيف الضغط

﴿ النزيف الرجعي من الجرح نتيجة حالة عمومية فى المريض ﴾

معالجة النزيف الرجعي بفتح الجرح وربط الوعآء وهى
الطريقة التي ذكرت وان كانت أفضل الوسائل الا انه لا يمكن
استعمالها فى كل الاحوال . قد يحدث ارتشاح عمومى في
الجرح ويستمر هذا الارتشاح الدموى بدون انقطاع وقد
يمتنع ثم يعود بعد بضع ساعات أو بضعة أيام . النزيف قد
لا يكون شديدا وانما قد تكون الكمية المفقودة عظيمة فتؤثر
فى المريض وتنذر بالخطر .

الاحوال التى بهذا الشكل لا تحدث الا بعد أيام . والسبب
عادة هو عمومى وينسب الى تغيير فى الدم يمنع تجمده ولهذه
اللحظه لم تعرف طبيعة هذه التغيرات الدموية وقد نسبها بعضهم ،
ولا بأس برأيه ، الى غياب أو قلة الاملاح الجيرية فى الدم
والاحوال العمومية التى نصادف فيها هذا النزيف هي الهيموفليا
واليرقان والليكوسيميا وهناك أحوال لا يصح وضعها تحت

هذه الاقسام حيث يحصل فيها النزيف بنفس الشكل المذكور
ومن المحتمل وجود أحوال أخرى لم نقف عليها يوجد فيها
مثل هذه التغيرات الدموية

وأفضل طريقة للمعالجة هي تناول كلورور الكلسيوم
بكمية عظيمة . هذا الدواء من أفضل العقاقير لايقاف النزيف
ولكن من سوء الحظ لا يتمكن الجراح الا نادرا من معرفة هذه
الاحوال قبل وقوع النزيف . اذا أعطى كلورور الكلسيوم
بكميات كبيرة وقت حصول النزيف مباشرة يرى تأثيره في
ايقاف النزيف في زمن قصير ولما أن تأثيره هو بتصليح حالة
عمومية في الجسم فلا يمكن أن ننتظر النتيجة حالا

يعطى فى جرعة تتراوح بين ١٥ و ٢٠ قمحة أو أكثر
ثلاث مرات فى اليوم أما بالفم وأما بالمستقيم

اعطاء هذا الدوآء بكمية كبيرة خطر نظريا ولكن عمليا
لم يشاهد خطر من استعماله . قد شوهد تجمد الدم فى الاوعية
في الحيوانات التى اعطيت كميه عظيمة من هذا الدوآء ويخشى
الانسان حصول ثرمبوس (تجمد دموى) من الافراط

في استعماله .

استعمال الادرينالين موضعيا قد يفيد فى هذه الاحوال

﴿ الهيموفليا ﴾

هذه هي أحوال خطرة جدا ورغما عن كل مايعمل تكون النتيجه غير حسنة .

يلزم استعمال قابض روسبيني أو خلاصة المحفظة فوق الكلية موضعيا وتساعد بالضغط . ويمكن اعطاء هذا الدوآء من الداخل ايضا في الوقت نفسه. قابض روسبيني يعطي بكمية ١٠ نقط في ٢٥ جم من الماء كل ساعه وخلاصة المحفظه فوق الكلية تعطي في اقراص من ٥ الى ١٠ قمحات (يستحسن سحق الاقراص واذابتها فى قليل من الماء) واستعمال كلورور الكلسيوم قد يفيد ويلزم تجربته عند الفشل فى استعمال الادوية المذكورة

وقد استعمل بعضهم محلول الجلاتين (٥ فى المائه) كقابض موضعي بنتيجة حسنة

وقد يفيد لبنات الكلسيوم (*Calcium Lactate*) فى

جرعة من ١٠ الى ٢٠ قمحة من الداخل ولابد من الاسراع في استعماله بعد تشخيص الهيموفيليا مباشرة وتكرير الجرعة لانه لايؤثر بسرعة

ولقد وجد ويل (*Weil*) حديثا أن المصل الانسانى أو الحيوانى الحديث اذا اضيف منه ثلاث نقط الى ثلاث سنتى مترات من دم الشخص المصاب بالهيموفيليا يحدث تجمدا في الدم بدرجة عظيمة في الاحوال الوراثيه وتجمدا مطلقا في الاحوال العارضية من المرض . ويكفي في الشبان مقدار من المصل يتراوح من ١٠ سنتى متر الى ٢٠ سنتى متر حقنا فى الوريد ومقدار من ٢٠ الى ٣٠ سنتي متر حقنا تحت الجلد . ويكفى نصف المقدار المذكور في الاطفال . وأفضل مصل بعد مصل الانسان هو مصل الخيل أو الارنب . واذا لم يمكن الحصول على ذلك ينصح ويل (*Weil*) باستعمال المصل المضاد للدفتيريا الممكن الحصول عليه بسهولة

﴿ اليرقان ﴾

اذا كان المريض مصابا باليرقان وقت العملية كما هو

الحال في عمليات الانسداد فى مجارى الصفرآء فهو معرض للنزيف بهذا الشكل

يحصل النزيف من كل اجزاء الجرح حتى من ثقوب الغرز ولا يجدى الضغط نفعا . القوابض مفيده ويحسن استعمالها . قابض روسبينى أو خلاصة المحفظه فوق كلية . وتستعمل بغمس قطع من الشاش أو اللنت فيها ثم يحشي الجرح بها ويضغط عليه بعدئذ

وقد استعمل مايو روبصن (*Mayo Robson*) حديثا كاورور الكلسيوم بكمية عظيمة في هذه الاحوال وينصح باعطاء العقار بكمية تبلغ ٦٠ قمحه فى المستقيم ثلاث مرات في اليوم حتى تزول كل اثار النزيف من الجرح

﴿ الليكوسيما ﴾

هذا مرض آخر يحدث فيه النزيف بالشكل المذكور والمعالجة بنفس الطرق المذكورة

﴿ النزيف الثانوى ﴾

النزيف الثانوى هو النزيف الذي يحدث بعد اليوم

الاول من وقت العملية ويمكن حدوثه خلال الثلاثة الاسابيع بعد العملية .

الاسباب — الفشل في التحام وعاء من الاوعية فى الجرح أو تقرح يصل الى أحد الاوعية وغالباً يحدث من التهاب وعائى عفن ولا يحدث الا فى الجروح العفنة . ومن الاسباب المهمة اصابة في جدر الوعاء كالاثيروما المتقدمة فى جدر الوعاء وربما سببت نزيفاً فى المتقدمين في السن .

المعالجة — هى مثل المعالجة فى النزيف الرجعى . أعني فتح الجرح مباشرة وربط الوعاء بكل سرعة ويلزم عمل ذلك متى ظهرت علامات النزيف . قد يكون النزيف الاول بسيطاً ثم يزداد في الشدة فمن المهم اجراء الاسعافات مباشرة قبل ان يستفحل الامر . يضغط على الوعاء من الجزء المركزى اذا كان ذلك ممكناً ثم يجتهد الجراح فى ربط الوعاء واذا كان الجرح متقنغراً فمن الصعب اتمام عملية الربط ويلتجأ فى مثل هذه الاحوال الى الضغط الابرى وذلك بتمرير الابرة مروراً غائراً تحت الرباط ثم تربط العقدة ويمكن تمرير ابرة

الشفة الارنبية تحت الوعاء ثم يضغط على الوعاء بلف الخيط على شكل 8 الافرنجية في طرفي الابرة .

كما انه يمكن وضع الجفت وتركه في الجرح . وعلى فرض فشل هذه الوسائل كلها يلزم كي الوعاء ويعترض بعضهم على هذا العمل لاحتمال حدوث النزيف مرة ثانية عند انفصال الخشكريشة الناشئة من الكي

﴿ النزيف الداخلي ﴾

يعرف حدوث النزيف الداخلي بظهور اعراض الاغماء والصدمة التي لا يمكن نسبتها لشيء آخر مع ظهور علامات دالة على وجود سائل في تجويف البطن أو الصدر . ومن المهم ملاحظة انه قد يجوز ان ترتفع الحرارة مع النزيف الداخلي وتنسب هذه الحرارة لامتصاص بعض اجزاء الدم . يلزم مراعاة هذه المسألة بعدم التباس الامر ونسبة الحرارة للتعفن حتى يفوت الوقت على النزيف . المعالجة هي الشروع حالا في فتح الجرح والبحث على النقطة النازفة واجراء اللازم . هذا العمل في حالة النزيف في تجويف البطن أمر يستدعي

الاهتمام كالعملية الاولى بل ربما كان الاهتمام اكثر ومعالجة النزيف الباطني قد تكون من الصعب أو تستحيل لعدم الاستعداد للعملية أو ربما لا تسمح حالة العليل بفتح البطن ثانياً وعندئذ يحفظ المريض في سكون تام ويمنع عنه الحركة بالكلية ويوضع الثلج على نقطة النزيف بالتقريب ويعمل للمريض حقنه من المورفين لتخفيض توتر الدم ابقاء المريض في حالة السكون ويجب الاحتراس من استعمال المنبهات لانها تزيد التوتر وبالتالي النزيف

﴿ معالجة النزيف بعد عمليات مخصوصة ﴾

﴿ النزيف بعد عمليات استئصال اللوزتين أو ﴾

﴿ الورم الغددي الحلقي (*Adenoids* ﴾

اسباب النزيف في هذه العملية هي

(١) هيموفليا

(٢) مرض في القلب أو صلابة في الشرايين (عند الشبان)

(٣) شذوذ في مجرى السباتي الباطني

(٤) استعمال الكوكاين في التحضير

(٥) بقايا اورام فطرية فى الحلق ، يبطل النزيف باستئصالها

(٦) نصادف احيانا نزيفاً شديداً فى النساء اذا عملت العملية أبان زمن الحيض

﴿ النزيف بعد استئصال اللوزتين ﴾

ينبه على المريض بالجلوس والتنفس مع فتح الفم فتحاً جيداً لاسيما فى تيار من الهواء البارد أمام نافذة مفتوحة مثلا . فالجلوس يمنع امتلاء الاوعية والبرودة تسبب الانكماش . يعطى المريض مياها مثلوجة للشرب وتعمل كمادات باردة على العنق . هذا هو كل اللازم في النزيف البسيط وأما النزيف الشديد فغير اعتيادى

واذا كان النزيف شديدا ولا يسكن بهذه الوسائل البسيطة تجرب الوسائل الاتيه :

تؤخذ اسفنجة من اللنت أو الشاش وتغمس فى زيت التربنتينا أو أى قابض أخر (ويستثني من ذلك بركلورور الحديد) وتلف على طرف جفت اعتيادى أو جفت اللسان

وتوضع على السطح النازف ويستعمل الضغط فى الوقت عينه من الخارج . ويحفظ الضغط بضع دقائق حتى يسكت النزيف واذا لم يحصل الجراح على قابض تغمس الاسفنجة في ماء ساخن (كل سخونة تحت ١٠٠ درجة فارنهيت تزيد النزيف لا تسكنه)

وأما اذا كان الشريان يتدفق بالدم أو لم تجد الوسائل نفعاً فيفتح الفم فتحاً جيداً بمبعد ويحاول الجراح في الضوء الكافى القبض على الشريان النازف بجفت وعندئذ أما يترك الجفت بضع دقائق أو يلف

﴿ النزيف في التجويف الانفي الحلقي بعد استئصال ﴾
(الاورام الغددية)

وان كان النزيف في الاول شديدا الا أنه يسكن حالا . واذا لم يسكن النزيف يدخل الجراح اسفنجة ويضغط بها على السطح البلعومى الخلفي باصبعه . ويمكن غمس الاسفنجة فى روح التربنتينا أوأى قابض قبل استعمالها . وتحفظ الاسفنجة في موضعها أما بالاصبع وأما بالجفت . وبعضهم يلف

قطعة من اللنت حول طرف آلة جوتستين (*Goltstein*) التي تكون موجودة وتضغط على السطح النازف . واذا لم يحكم النزيف بهذه الوسائل وكان ناشئا من اصابة السباتى الباطني الحائد عن مجراه الطبيعي أو أى وعاء أخر يلزم ربط السباتى المشترك وهذه طريقة غير أكيدة لان النزيف اذا كان ناشئا من السباتى الباطني فمن الصعب ايقاف النزيف حتى تربط هذا الوعاء لتعشق الاوعية على الجانبين ولا يلتجأ لربط الوعاء الا اذا تأكدنا من سكون النزيف بالضغط عليه من العنق

﴿ النزيف من الانف بعد عمليات ﴾

﴿ استئصال الاورام البوليبوسيه أو احد العظام المبرومة ﴾

قد يكفى حقن الانف بماء مثلوج أو ساخن أو حشو الانف بقطعة من اللنت أو الشاش المغموسة في التربنتينا أو أى قابض أخر بضع دقائق

وينصح المستر شيلد (*Shield*) باستعمال الطريقة الآتية في النزيف الشديد : تؤخذ قطعة من الاسفنج التركى الرخو وتغمس في زيت التربنتينا أو أي قابض أخر ثم تمرر من

الداخل وراء سقف الحلق الرخو وتمسك بجفت وتستخرج من الانف من الامام واثناء استخراجها يضغط على جدر الانف ، فذلك يوقف الدم من وراء الانف واما اذا كان النزيف من الامام فترسل قطعة من اللنت مغموسة بالقابض فى الناحية النازفة مع ضغط الاسفنجة الثانية من الداخل لمنع قطعه اللنت من الدخول الى الوراء وعند ما يقف تستخرج الاسفنجة والجفت بكل لطف مع ابقاء السدادة في محلها ويمكن اجراء الطرق الاخرى المستعملة في ايقاف الرعاف أو استعمال التامبون الموضح في الشكل (١٤) مع نفخه. ويلزم رفع السدادة المستعملة بعد مضي اربع وعشرين ساعة

﴿ النزيف بعد خلع الاضراس ﴾

شكل (١٤)

لا يستدعى هنا النزيف عناية الا نادراً وعادة ينشاء من حالة عمومية كالهيموفيليا أو غيرها من الحالات العمومية . يلزم حشو سنخ الضرس من قاعه بقطعة من القطن بعد غمسها في قابض مناسب ثم يوضع فوق هذه السدادة قطعة من اللنت حتى تمنع تقابل الاسنان فاذا أحكم الفك برباط ضاغط ضغطت قطعة اللنت على السدادة وحفظ الضغط

وهناك طريقة جميلة وهى وضع غرزة فى كل ناحية من اللثة ثم ربط الغرزتين معا حتى يسد سداً محكما . هذه الطريقة جيدة خصوصاً عند عدم وجود اضراس على جانبى الضرس المخلوع . وأشد الحالات صعوبة ما كان النزيف ناشئا من جرح فى الشريان الحلقي الوحشي . الاصابة

في هذا الشريان تأتى من انزلاق الجفت أو من استعمال الرافع لجفت الضرس الأعلى استعمالا رديئا . يجرب الجراح الضغط ثم يلجأ لربطه ان لم ينفع الضغط وما أصعب هذه العملية واخيبها لوجود الوعاء في حفرة الحنك الصلب ويمكن ايقاف النزيف بارسال سدادة من الخشب فى القناة الحنكية الخلفية . ومكان القناة المذكورة يكون على بعد ربع قيراط من الداخل من الضرس العلوى الاخير . فيعمل شق في هذا المكان في الغشاء المخاطي وتوضع السدادة ويلزم نزع السدادة بعد اربع وعشرين ساعة

﴿ النزيف بعد عملية استئصال اللسان ﴾

لا يحدث هذا النزيف طالما كان الجرح عقيما . واذا نزف تنذر الحالة بالخطر . اذا عمم الاستئصال كل اللسان يحسن ترك فتلة من الحرير في الجذمور أو العص وتحفظ الفتلة خارج الفم بقطعة من المشمع وفي حالة النزيف يشد الجذمور ويبحث عن النقطة النازفة وتربط واذا لم يحترس لذلك بترك الفتلة المذكورة يجذب الجذمور بجفت (فولسلم) جذباقويا للخارج

لعرض النقطه النازفة ويلزم الاحتراس على جفتين أو اكثر لوقت الحاجة

اذا حصل نزيف ثانوى فانه يكون بين الاسبوع الاول ولغاية اليوم العاشر

﴿ النزيف من الشريان بين الاضلاع فى احوال التجمع ﴾

(الصديدى الصدرى)

يوسع الجرح ويبحث عن الشريان النازف ويربط بعد امساكه بالجفت. وبعضهم يدخل قطعة من اللنت فى الجرح ويملأ التجويف الموجودة فى وسطه قطعة اللنت بالقطن ويشد طرف قطعة اللنت ويحكم على النزيف

﴿ النزيف من الشريان القيدى بعد عملية الختان ﴾

يمسك الشريان بجفت ويربط واذا كان ذلك صعباً تمرر غرزة تحت الوعاء وتربط عليه أو يمرر دبوس ويلف على طرفيه فتلة من الحرير على شكل ٨ .

وقد يكفي لف القضيب بقطعة من اللنت المغموسة في محلول خلات الرصاص

﴿ النزيف من العجان عقب الشق ﴾

يجب ربط كل الاوعية التى يراها الجراح اثناء العملية وقد توضع انبوبة ملفوف عليها تنور . ويحشي الجرح حول الانبوبة بالشاش وتربط فتلتان فى طرف الانبوبة وكاتاهما تربط في نطاق حول خصر المريض . واذا لم يكن ثم حاجة لتصريف البول من المثانة يحشي الجرح بالشاش بالطريقة الاعتيادية ويستعمل الضغط بالرباط العجانى (رباط شكل T)

وهذا الرباط مناسب للضغط وهو يستعمل هكذا :

تلف قطعة من رباط عرض ٤ قراريط على الخصر ويقطع طرفه والرباط يمرر تحت اللفة التي على الخصر من الوراء ويرسل الى العجان . ثم يمرر تحت اللفة التى على الخصر من الامام وبالعكس ثم يربط طرفا الرباط فى وسط العجان وبهذه الطريقة يمكن استعمال أى ضغط

﴿ النزيف بعد العمليات على المثانة ﴾

يحصل هذا النزيف نادراً ولا يكون الا في احوال

العمليات على البروستات أو الاورام الحمية في المثانة وقد تعقب عمليات استخراج الحصاة المثانية اذا لم تكن عملية قانونية . وقد ينشأ أيضاً هذا النزيف من استخراج البول بسرعة من المثانة المكتظة بالبول فى الطاعنين في السن والصعوبة هنا هي امتلاء المثانة بخلطة دموية وما لم تتخلص المثانة من هذه الخلط لا يتأتى عمل شيء . تدخل قسطرة كبيرة (اكبر قسطرة يمكن أدخالها) وتحقن المثانة بماء دافيء وتكون كمية الماء التى تحقن في أول مرة قليلة ثم تزاد شيأ فشيأ في المرات التالية لانحلال الجلطة وخروجها مع الماء الراجع من المثانة ويستمر على هذا العمل حتى تزول كل الجلط من داخل المثانة ويعرف ذلك بخروج الماء الراجع خالياً من قطع الجلط . ثم تحقن المثانة بمحلول قابض مثل محلول هازلين أو محلول روسيني أو التربنتينا أو خلاصة المحفظة فوق الكلية ويحترس من استعمال القوابض التى تكون كاوية كبركلورور الحديد لانها تسبب نزلة مثانية

وان كان ثم طريق للمثانة كشق فوق العانة أو شق

في العجان يسهل استخراج الجلط منه وفي هذه الاحوال ان لم تكف الوسائل المذكورة لايقاف النزيف تمرر انابيب صغيرة فى كل من فوهة الحالبين وتحشي المثانة بشاش يترك طرفه خارج الجرح

وفي احوال النزيف من البروستات أو المثلث عند عنق المثانة يمكن ايقاف النزيف مؤقتا بادخال اصبع في المستقيم يضغط البروستات على ظهر الارتفاق العانى أو بالضغط باليدين يد فوق المثانه والاصبع فى المستقيم

﴿ النزيف من المستقيم ﴾

لا يحصل النزيف الا نادراً من المستقيم لتحسن طرق العمليات فى هذا العضو ولكن احيانا يعقب عمليات البواسير الخ

والنزيف هنا مضاعفة تعبة وليس ذلك لصعوبة ايقافه فقط بل لاحتمال حصول النزيف وتجمعه في المستقيم بدون ان تظهر علامة لذلك . يحصل النزيف عادة بعد أول تبرز بعد العملية وينسب لانفصال العقدة قبل أوانها . وقد يحدث

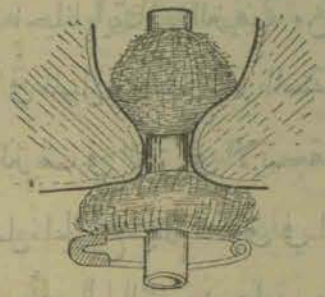
احيانا فى الاحوال التى لم يستعمل الربط فيها وقد رأى بعضهم النزيف من المستقيم بعد ثلاثة اسابيع من وقت العملية وبعد إسبوع من انفصال العقد المربوط بها وكان النزيف شديداً استدعي عمل حشو في المستقيم ولا يخرج كل الدم من المستقيم بل قد يتجمع في المستقيم والانثناء السيني

وللمعالجة يعطى المريض مخدرا وتمدد العاصرة وتستخرج كل الجلط بالاصبع ثم يعمل حقن بماء ساخن ثم يبحث عن موضع النزيف ويربط . ولتسهيل ذلك يمسك جدر المستقيم فوق النقطة النازفة بجفت وتجذب الى تحت ليتمكن الجراح من ربط النقطة النازفة بسهولة

ويصعب غالباً العثور على النقطة النازفة لتعدد ثنايا الغشاء المخاطي ونزول النزيف من سطح لا من نقطة . واذا لم يعثر الجراح على النقطة النازفة يستعمل الحشو بالطريقة الآتية:

تؤخذ قطعة معقمة من انبوبة تصريف يبلغ طولها ثلاثة قراريط ونصف وسمكها نصف قيراط ويلف حول نصف هذه الانبوبة شاش جاف حتى يزيد قطرها ثلاث مرات

ثم يغمس سطح الشاش بفازلين معقم وتوضع الانبوبة فى المستقيم بحيث يكون الطرف العريض أعلى. ثم يشد الطرف الخارج من الشرج لجذب الجزء المتمدد نحو السطح النازف ، ثم يوضع دبوس في الانبوبة اسفل الشرج بنحو نصف قيراط ثم تلف قطعة من الشاش المغمور بالفازلين المعقم حول جزء الانبوبة بين الشرج والدبوس وبهذه الطريقة يمكن استعمال كمية عظيمة من الضغط على السطح النازف لأن الشاش الملفوف حول الانبوبة بين الشرج والدبوس يجذب الانبوبة الى اسفل ويحفظها في مكانها (انظر شكل ١٥)



(شكل ١٥)

وهناك طريقة أخرى لحشو المستقيم وتفيد جداً في

الاحوال التى لا يمكن استعمال التخدير فيها وهي استئصال اصبع من القفاز ثم بعد غمسه بالفازلين ولبسه فى الاصبع يدخل في المستقيم ثم يخرج الجراح اصبعه ويحشي داخل أصبع القفاز بالشاش ويثبت الشاش بوضع دبوس

ولا يلزم ترك السدادة في المستقيم اكثر من ٤٨ ساعة وبعد رفع السدادة توضع انبوبة تصريف في المستقيم حتى تنبهنا بحصول أى نزيف اذا حدث. فى أحوال النزيف الثانوي عند ما يكون نتيجة انفصال الخشكريشات يحاول أولا الجراح ربط النقط النازفة فان لم ينجح يستعمل الحشو

ويمكن أحياناً ايقاف النزيف من المستقيم فى النساء بادخال اصبع في المهبل وحفظ جدر المستقيم على العجز

﴿ النزيف في الشق فى الانسجة الملتهبة ﴾

قد يعمل الجراح جملة شقوق في الجزء الملتهب لتقليل التوتر كما في أحوال الغلغمونى وليس من النادر ان يعقب هذه الشقوق نزيف كثير . اطراف الاوعية التى قطعت لا تنكمش بل تبقى مفتوحة ويستمر النزيف منها ولا بأس

بهذا النزيف لانه يخف الاحتقان ولكن ان استمر طويلا فلابد ان تستعمل له الوسائل لايقافه ومن العبث محاولة ربط النقط النازفة لانحلال الانسجة وتمزقها فيلتجأ الى الكمادات الساخنة والضغط بالرباط ورفع العضو المصاب وطالما كان ذلك كافياً واذا لم يسكت النزيف تحشى الجروح بشاش ويضغط عليها بالغيار

عند حصول نزيف شديد من اصابة وعاء كبير فى مجلس متغنغر وعدم امكان ربط الوعاء لتمزقه فأفضل طريقة هي تمرير ابرة في الانسجة تحته ثم تلف قطعة من الحرير على الابرة على شكل 8 تكون ضاغطة على الوعاء . هذه هي الطريقة المستعملة أيضاً فى اصابة الاوعية فى الانسجة المتقرحة

﴿ النزيف من العص بعد عمليات البتر ﴾

يقف النزيف عادة اذا استعمل الضغط ورفع العضو وان لم يسكت بهذه الوسيلة يفتح الجرح ويبحث عن النقطة النازفة وتربط

النزيف الثانوى بعد البتر أصبح من حسن الحظ نادراً

بعد ان كان كثير الوقوع وكان بعضهم يربط الوعاء فوق البتر وأما الرأى السائد فهو البتر فى مجلس أعلى من الاول

﴿ المعالجة العمومية ﴾

الاسعافات الوقتية : تشتمل الاسعافات الوقتية على معالجة الصدمة التى سنذكرها فى الفصل الآتى .

يجب أن يعطى المنبهات اللازمة اذا تأكدنا من ايقاف كل النقط النازفة . سائل الاستركنين يعمل حقناً تحت الجلد من ٥ الى ١٠ نقط ويمكن اعطاء الكنياك أو الوسكي ويفضل اعطاؤه حقناً فى المستقيم من ١٥ الى ٣٠ جم مع التكرير . ولا بأس من تناوله بالفم مالم يكن هناك خطر من تنبيه القيء ويمكن اعطاؤه حقناً تحت الجلد من ١٠ الى ٢٠ نقطة

المعالجة الثانوية : يعقب النزيف الشديد انيميا تستمر مدة طويلة وفى الاطفال والشبان تزول هذه الانيميا بسرعة ويستعمل الحديد بشكل من اشكاله المتعددة حتى زوال الانيميا ويفيد النبيذ فى هذه الاحوال ويعطى من ٧٥ الى ١٥

جم فى اليوم مالم يكن هناك دلالة على عدم استعماله . وينبه على المرضي المصابين بالانيميا بعدم المشي مباشرة ومزاولة اعمالهم ويلزم أن يكون رجوعهم الى اشغالهم تدريجياً خوفاً من حصول تخثر واذا عمل التدليك على الاطراف السفلى قبل يومين من قيامهم من الفراش فهو يحول كثيراً دون حصول هذه المضاعفة .

(الفصل الرابع)

(الصدمة والنهور)

الصدمة هي هبوط في المراكز المحركة للاوعية وأما النهور فهو نتيجة منع هذه المراكز أو فقدان السائل الدوري من الجسم.

الصدمة حالة مهمة وربما قيل عنها بحق انها الخطر الوحيد في العمليات الكبيرة

الخطران اللذان يخشى منهما في العمليات الكبيرة هما التعفن والصدمة وشكراً لطرق التعقيم فانها قد اخرجت الخطر الاول من المرسح بفضل الوقاية منه ولا يزال الخطر الثاني يتهددنا في العمليات ونحن الآن نحاول اخراجه أيضاً كالتعفن . قد خطونا في نيل هذه الغاية بضع خطوات بتحسين طرق التخدير وبطرق العمليات وبالاعتناء بتحضير العليل للعملية وبحقن السوائل في الاوردة وغير ذلك . وانا وان كنا قد سرنا هذه الخطوات الا أن المسافة اللازم قطعها

بعيدة حتى نصل الى الدرجة التي نطمئن فيها من خطر الصدمة لاسيما بعد العمليات التي تكون على البطن ومحتوياتها

وقبل ان نبدأ بمعالجة الصدمة من الواجب فهم فسيولوجيا هذه الحالة حتى نعرف الاسباب الباعثة على وجودها ولا اظنه خروجاً عن حدود الكتاب ان أذكر الحقائق المهمة في فسيولوجيا الصدمة

﴿ فسيولوجيا الصدمة ﴾

لقد اجريت حديثاً تجارب عملية كثيرة في هذا الموضوع وان كان لا يمكننا ان نقول ان فسيولوجية هذا الموضوع أصبحت واضحة الآن اسبابها صارت ظاهرة يصح لنا الاستناد عليها في اتخاذ الطرق العلاجية . فالسبب الرئيسي في هذه الحالة هو هبوط توتر الدم وتعليل هذا الهبوط هو الذي يحتاج الى شرح

من التجارب التي عملت أهمها التي اجراها كريل على الحيوانات ويمكن تقسيم تجاربه الى ثلاثة اقسام

(١) تولد الصدمة من اصابة في طرق الاعصاب الواردة المهمة.

أثبت ان اصابة الحبل المنوى أو الخصية تسبب صدمة مصحوبة بهبوط عظيم فى توتر الدم وبينما كان التوتر العمومى في هبوط كان توتر الدم في الدورة البابية فى ارتفاع . ومن ذلك يتضح ان الهبوط في التوتر العمومى للدم كان سبب تمدد الاوعية في المساحة الحشوية وهروب الدم من الدورة العمومية الى اوعية هذا الجزء

على ان الهبوط في التوتر لم يكن ناشئاً من القلب أثبته باعادة التجارب باخراج تأثير الجهاز المنمى للقلب بحقن اتروبين أو بقطع أولى في العصب المعدي الرئوى

(٢) تولد الصدمة من تعرض أو اصابة احشاء البطن .

اذا فتحنا بطن حيوان وعرضنا الامعاء تعريضاً تاماً يحدث هبوط فى التوتر العمومى وتمدد فى الاوعية الحشوية ولا تأتى هـذه النتيجة الا تدريجياً وتعجل النتيجة ويزداد التأثير باصابة فى الامعاء أو بتداخل يدى وزيادة عن ذلك اذا امسكنا الشرايين المغذية المساحة الحشوية بالجفوت قبل فتح البطن فلا يسبب التعرض أو المداخلة اليدية هبوطاً فى توتر

الدم وبالتالي تمنع الصدمة ولو كان العرض طويلا والمداخلة عظيمة .

فيتضح من هذا . ان من أهم الاسباب المولدة للصدمة هي حالة الاوعية الحشوية ومن الغريب ان الثرب يختلف عن بقية البريتون من هذه الوجهة . وجد كريل ان التغيرات التى تحدث في أوعية الثرب بعد عرض أو مداخلة يديه هى مضادة للتغيرات التى تحدث فى بقية التجويف البريتونى . ويظهر من ذلك ان وظيفتها هى حماية بقية التجويف البريتونى

ولقد وجد فى هذه التجارب ان اخر عامل فى الضعف الدوري نتيجة الصدمة هو القلب (ويستثني من ذلك التخدير بالكلوروفورم)

ولقد اثبت كريل ان سرعة الحركة فى القلب في احوال الصدمة الشديدة ليست تابعة لابتداء ضعف القلب وسكوته ولكنها تابعة لقلة الدم الواصل الى القلب . فاذا حقنا محلول ملح الطعام فى الاوردة نرى فى هذا الوقت ان القلب يبتدئ فى ابطاء حركته والتحرك بقوة . ويتضح من استعمال

الاسفيجموجراف فى الوقت نفسه ارتفاع طويل وسريع ثم سقوط فى تموج النبض ولا يحفظ التموج نظراً للمقاومة في الجهة الشريانية من الدورة وتكون قوة المركز المحرك للاوعية يزداد توتر الدم فى الجهة الشريانية من الدورة ويعود تموج النبض للحالة الطبيعية بينما ان ضربات القلب فى الوقت نفسه تكون اسرع وأقل قوة حتى يتوازن القلب لحالة الدورة التى هى اكثر من الحالة الطبيعية وحتى يبقى القلب والنبض اخيرا طبيعيين فى القوة والحركة

(٣) العلاقة بين مكان العملية والصدمة المتولدة من العملية

يظهر ان العمليات على احشاء البطن والعمليات على اعضاء الذكر التناسلية تولد صدمة شديدة. وفي البطن تكون شدة الصدمة المتولدة تابعة لبعد المسافة من مكان العملية الى الحوض . الصدمة تكون اقوى بعد العمليات القريبة من المعدة والفتحه البوابية للمعدة والاثني عشرى. فى الاطراف تكون شدة الصدمة تابعة لكمية الاعصاب المغذية للجزء

أي للمساحة الجلدية والعضلية المصابة والعدد النسبي للاطراف العصبية فيهما . فقد وجد ان الهرس على حافر الكلب يحدث صدمة أشد من التى تتبع بتر الطرف فى الجزء العلوي. وشاهد كريل فى الحيوانات التى انتزع فيها مساحة كبيرة من الجلد تولد الصدمة بسرعة مناسبة للمساحة المتعرية وشدتها كانت موافقة لزمن العرض

ومن التجارب الحديثة التى اجراها الدكتور سيمس (*Symes*) معي ما يبرهن ان اصابة البريتون الجدارى أو المداخلة مع البريتون المذكور أو المساريق تحدث الصدمة بينما ان نفس الاصابة أو المداخلة لا تحدثها اذا كانت في البريتون الحشوى

على ان تحول الدم الى المساحة الحشوية يكون بامتلاء الاوردة الحشوية يتضح من اننا اذا فتحنا بطن حيوان وتولدت الصدمة من تعرض الامعاء وامسكنا الاورطى أو المحور المعوي (*Coeliac Axis*) بجفت فان ذلك لا يولد ارتفاعا فى التوتر الدموى العمومى مثل الضغط على الامعاء نفسها

وعلى ذلك تكون سلسلة الحوادث فى حالة الصدمة الجراحية من أى سبب كما يأتى :

هبوط فى التوتر الدموى أو ميل الى ذلك الهبوط وهذا يعوض بمكانكية المحرك للاوعية (١) فيرتفع التوتر أو يبقى. ولكن هذا التعويض يصبح غير كاف بعد قليل من نفسه وعلي ذلك تستدعى الطبيعة مساعدة القلب بواسطه مركز الاسراع القلب (*Cardio Accelerator*) ولزمن ما بزيادة حركة القلب يحفظ التوتر

ولكن مع استمرار الانحطاط في مركز محرك الاوعية سيأتى الوقت ، رغما عن زيادة حركة القلب ، الذى يفقد فيه امكان بقاء التوتر في مستواه وعلى ذلك يحصل الهبوط الدموى وبحدوث هذا الهبوط فى التوتر الدموى تضعف الدورة الدموية قليلا وبالتالى تكون الدورة فى المراكز المختلفة في المخ ضعيفة وزيادة على ذلك يكون الدم غير متأكسد تماما

(١) فى احوال الصدمة التى يكون فيها السبب الاولى هو انحطاط المركز المحرك للاوعية هذا التعويض يكون مفقوداً

لعدم حفظ التوتر في الرئتين

ومن بين المراكز التي تشعر بهذا التغير المركز المحرك للاوعية ويزداد انحطاطه اكثر ويتبع ذلك هبوط اكثر في التوتر الدموى . ويضعف المركز المحرك للاوعية بتجمع الدم فى الاوردة الكبيرة وهذا يؤثر فى الكمية التي تدخل القلب وبما ان كمية الدم الداخلة للقلب متناسبة مع الكمية الخارجة منه والكميه الداخلة قلت بسبب بقاء الدم فى الاوردة الكبيرة الخارجه منه تبعا لذلك وعليه يزداد الانخفاض فى التوتر الدموى ولقد اتضح من التجارب ان الكمية الخارجه من القلب لا تتبع التوتر فى الاورطي ولكن التوتر فى الاجوف العلوى

وعلى ذلك تزداد سرعة القلب ليحاول التعويض عن قلة الدم الداخلة فيه ويتبع ذلك انحطاط العضل القلبي من الانخفاض في الكمية والصفة للدم الذى يغذيه وبذلك يموت المريض

الصدمة الجراحية هى نتيجة انحطاط في المركز المحرك

للاوعية وأما سائر المراكز الاخرى مثل المانع القلبي (*Cardio Inhibitory*) ومركز التنفس فتتأثر ثانويا

ولا شك يحصل تأثير في المراكز الاخرى غير المركز المحرك للاوعية في أول درجات الصدمة ولنا من ذلك مثال في عدم انتظام النبض الذى يشاهد احيانا خصوصاً عند ما يكون سبب الصدمة هو تنبه عصبي كاصابة في الخصية وأيضاً بمشاهدة التنفس المسمي شين استوكس (*Cheyne Stokes*)

ولكن الشك قليل فى ان السبب الرئيسي والمهم هو انحطاط التوتر الدموى

منع القلب يحصل نتيجة اصابة فى الاطراف العصبية المهمة ولكن الحالة التى تتبعها هي تهور لاصدمة فان كريل قد اثبت حصول الصدمة فى الكلاب بعد قطع فروع العقدة النجمية بنفس السرعة التي تحصل بها قبل قطعها موضحاً بذلك ان الجهاز المنعي للقلب (*Cardio Inhibitory*) لاأهمية له فى احداث الصدمة .

ولقد قدم اخيراً كريل (*Crile*) دليلا جديدا على ان

انحطاط المركز المحرك للاوعية هو سبب الصدمة . وذلك لانه قال اذا كان انحطاط هذا المركز هو السبب الوحيد فى احداث الصدمة وخدرنا المركز بالكوكايين فى حيوان سليم فلا بد ان يحدث هبوط في التوتر الدموى يشبه ذلك الهبوط الذى يحصل فى الصدمة وفي جملة تجارب قد توصل الى ان تخدير المركز يولد انحطاطا في التوتر الدموى مثل الذي يحصل من الصدمة

فى الطبعة الثانية (الانكليزيه) لهذا الكتاب كنا قد ذكرنا ان الثقل النوعي للدم يزداد من الصدمة ولكن التجارب الحديثة لم تثبت صحة هذا الرأى . قد اجرى الدكتور سيمس معي في السنه الماضية جملة تجارب في هذا الموضوع واتضح لنا ان الصدمة يصحبها هبوط فى الثقل النوعي للدم . وهذا الهبوط في الثقل النوعي يعقب تدريجيا هبوط التوتر الدموى . يهبط الثقل مع الهبوط في التوتر ويعلو مع ارتفاع التوتر .

في أحدى تجاربنا هبط الثقل النوعي للدم من ١٠٥٥

الى ١٠٣٥ مع هبوط التوتر الدموي من ٢٠٠ الى ٧٠ ملليمتر من الزئبق

وهذا الهبوط في الثقل النوعي فى الدم يدل على ارتشاح سائل الانسجة الى المجري الدموى ، ورد الفعل لهبوط التوتر الدموى هو زيادة مقدار الدم . وظاهر ان هذه الزيادة تنشأ لتعويض التوتر المفقود ومن المعقول ان يكون رد الفعل هذا وقائيا ويتضح لنا من ذلك ان حقن سائل في الاوردة هو العلاج اللازم لهذه الحالة

وتلخيصاً لما سبق تقول :

(١) السبب الرئيسي فى حصول الصدمة هو انحطاط وضعف المراكز المحركة للاوعيه وينشأ من ذلك تجمع الدم فى المساحة الحشوية وهبوط عام في التوتر الدموى

(٢) هبوط التوتر الدموى العام الذي يحدث فى الصدمة يصحب بهبوط في الثقل النوعي للدم

(٣) القلب يتأثر تأثراً ثانوياً بسقوط التوتر الدموى الوريدي وتداخل ذلك فى كمية الدم الداخلة فى القلب

التهور هو تابع لانحطاط فى التوتر الدموي ولكن هذا الانحطاط يكون مختلفاً . قد يكون شللا فجائياً فى المراكز المحركة للاوعيـة ناشئاً من منبـه فجائى للاعصاب الواردة أو سقوط هائل فى سوائل الدورة . وعلى ذلك تسمى الحالة الناشئة من النزف الشـديد تهوراً لا صدمة لأن المركز المحرك للاوعية يكون سليما

ولكن عند ما يبقي التهور التابع للنزيف الشديد زمناً طويلا يتحول الى حالة صدمة لانحطاط المراكز المحركة للاوعية من المجهود لحفظ التوتر الدموى فى مستواه الطبيعي

﴿ معالجة الصدمة ﴾

تحتاج الى اعتناء كثير وحكم جيدومن السهل أن تعمل كثيراً ولكن لزيادة الصدمةوبالعكس. انها حالة لاسعافات وقتية شديدة .

سنتكلم على طرق المعالجة بالتطويل للايضاح وان كان أغلبها يستعمل في وقت واحد . لا يهم السبب اذا كان من اصابة شديدة أو عملية طويلة ، أو نزف شديد ، وأفضل الاحوال

التى ينجع فيها العلاج هي الحالات التى تكون مسببة بنزف شديد وأردأ الاحوال هي الحالات التى تكون نشأت على أثر عملية طويلة مصحوبة باصابة فى أعضاء مهمة

﴿ التدفئة ﴾

يلزم تدفئة العليل وذلك يكون بتغطية المريض غطاء طبياً ووضع قوارير مملوءة بمياه دافئة ولكن يلزم الاعتناء في ذلك خوفاً من الافراط فى التدفئه مع احداث عرق شديد لأن ذلك يزيد الصدمة . وان كان ضرورياً حفظ الحرارة الجسمانية الا أن كثرة الحرارة تمدد الاوعية السطحية وذلك يستوجب فقدان دم كثير من الدورة

﴿ الوضع ﴾

وضع المريض من الاشياء المهمة فى معالجة الصدمة وأحسن وضع للمريض هو رفع السرير من جهة الاقدام حتى تعلو البطن عن الصدر وهذا يمنع تجمع الدم في البطن والاطراف السفلى ويساعد الدم على الهروب من الاوردة

الكبيرة الى القلب . يرفع السرير من هذه الجهة بمقدار قدم أو اكثر وترفع المارق من تحت رأس المريض

ربط البطن بسرعة ربطاً جيداً يرفع التوتر الدموي ويمكن أن يجرب ما لم يكن ثمّ مانع من استعماله ويلزم ان تلاحظ حركات الصدر بعد ربط البطن خشية من حصول اعاقة فيها

كذلك ربط الاطراف يفيد فى رفع التوتر الدموي وهى طريقة مناسبة لمعالجة الصدمة فى بعض الأحوال ويكون ذلك بربط كل الاطراف برباط من المطاط ويلزم ان يكون الربط باعتناء ويجب أن لا يبقى طويلا خشية من قطع تغذية الاطراف .

﴿ المنبهات ﴾

قيمة المنبهات فى أحوال الصدمة فيها غلو . وكثير من أحوال الصدمة تشتد باستعمال المنبهات . لا بد ان نتذكر أن فى حالات الصدمة يكون الانحطاط فى المراكز العصبية وان المنبهات في مثل هذه الاحوال تزيد الانحطاط . وثانياً

اذا نبهنا القلب بينما يكون التوتر الدموى منخفضاً لدرجة ان الكمية الواردة الى القلب من الاوردة الكبيرة تكون قليلة فان القلب يضعف نفسه بشدة الضرب مع عدم استطاعته رفع التوتر الدموي أو تحسين الدورة . فتنبيه القلب متى لم يكن عنده الدم الكافى لاخراجه لا يكون له من التأثير سوى الاسراع بوقوفه. نعم من الصحيح ان حقنة الاستركنين تحسن النبض قليلا ولكنه انما يفعل ذلك بتنبيه المراكز العصبية المنحطة ويعقب هذا التنبيه زيادة فى الانحطاط فى هذه المراكز متى ذهب مفعول الاستركنين . وزيادة على ذلك قد ثبت بالتجارب وشوهد على المرضى ان المنبهات التى تعطي للمريض اثناء الصدمة لا تفرز غالباً ولكنها تبقى فى الجسم ومتى انقطعت الصدمة يحصل تأثير كل المنبهات دفعة واحدة وربما أتت بنتيجة سيئة

وطالما كانت هذه الحالة باستعمال الاستركنين وعلى ذلك لا بد أن تستعمل المنبهات باحتراس فى أحوال الصدمة

وقد برهن أخيراً بجملة تجارب على الحيوانات ان استعمال

الاستركنين بمقادير متكررة للحيوانات السليمة يسبب عندها تنبهاً شديداً في المراكز المحركة للاوعية يعقبه انحطاط فيها فى كل درجات الصدمة واستعماله فى الحيوانات كان سبباً في تشديد وطأة الصدمة بمجرد مرور التأثير الاولى. ويظهر ان هذه التجارب متفقة مع المشاهدات الاكلينيكية. وقد يفيد الاستركنين فى التهور لأن المراكز المحركة للاوعية ليست منحطة ولكن فى أحوال التهور الناشىء من النزف الشديد لا يأتى الاستركين بفائدة الحقن بمحلول ملح الطعام الذي يعالج السبب مباشرة

وماقيل عن الاستركنين يقال عن سائر المنبهات ويحسن في معالجة الصدمة الامتناع عن استعمال المنبهات

فى معالجة التهور يعطي الاستركنين تحت الجلد بمقدار $\frac{1}{30}$ قمحة كل ساعة. الديجتالين منبه مفيد ويمكن اعطاؤه مع الاستركنين الاستركنين بمقدار $\frac{1}{30}$ من القمحة والديجتالين بمقدار $\frac{1}{200}$ من القمحة كل ساعة وتكرر ثلاث أو اربع مرات

ويوصي الدكتور كلي باستعمال حقنة مغذية تحتوي على ٤٠

قحة من كربونات النوشادر بعد العمليات التي يعقبها صدمة ويقول بفائدة هذه الحقنة

﴿ خلاصة المحفظة فوق الكلية ﴾

وقد وجد بالتجارب على الحيوانات أن خلاصة المحفظة فوق الكلية أو مستخرج الخلاصة الادرينالين يرفع التوتر الدموي في كل درجات الصدمة وان كان في هذا الوقت عدد المشاهدات الاكلينيكية قليلة فلاشك انها ستصبح في المستقبل من أحسن الطرق لمعالجة اردأ حالات الصدمة

الادرينالين يؤثر مباشرة في جدر الاوعية ويرفع التوتر الدموي بدون تداخل المراكز المحركة للاوعية وعلى ذلك يرفع التوتر الدموي عند انحطاط المراكز انحطاطاً شديداً بتكوين المقاومة النهائية. تأسد الادرينالين بسرعة في الانسجة ولذلك تأثيره لا يبقى طويلا ويلزم استعماله باستمرار ويحسن خلطه بمحلول ملح الطعام بنسبة $\frac{1}{2000}$ أو $\frac{1}{5000}$ وحقن المحلول في الاوردة كالعادة ويلزم ان يكون الحقن بطيئاً على حسب

الظروف ويمتحن النبض من وقت لآخر ويكون دليلا على استمرار الحقن من عدمه

﴿ الحقن في الاوردة وحقن محلول ملح الطعام ﴾

الحقن في الاوردة من أفيد الوسائل كما ذكرنا فان التجارب أثبتت ان حقن الماء في الاوردة يولد ارتفاعاً في التوتر الدموي واذا كان الحقن قليلا يرتفع التوتر ولكنه لا يبقى طويلا بل ينحط ثانياً. واذا استمر الحقن يمكن الحصول على درجة يبقى فيها التوتر محفوظاً الا في الاحوال الرديئة. ومهما يكن مقدار السائل الذي يحقن فان التوتر لا يزيد عن حالته الطبيعية نظراً لهروب السوائل من الاوعية الى الانسجة ويعترض بعضهم على حقن كمية كبيرة لانهم يقولون انه يخفف الثقل النوعي للدم لدرجة تضطرب فيها الدورة وليس هذا صحيحا كما ذكرنا سابقاً. وقد انتهى كريل من ابحاثه الى النتائج الآتية:

(١) اذا كانت المقاومة النهائية مفقودة يعني اذا كانت الصدمة ناشئة من انحطاط كلي في المركز المحرك للاوعية

فان الحقن ولو كان بكمية عظيمة لايرفع التوتر الا وقتا والموت مؤكد

(٢) اذا زادت الصدمة بتجمع الدم فى المساحة الحشوية كما فى حالة الصدمة بعد عمليات البطن فالحقن له تأثير لوجود المقاومة النهائية

(٣) اذا كانت الصدمة نتيجة نزف والمركز المحرك للاوعية سليم فان الحقن مفيد

فى معالجة الصدمة يلزم حقن المريض مباشرة ولا يسبق الى الذهن أن حقن ٥٠٠ جم أو اكثر مرة واحدة من محلول الطعام يكفي لتحسين دائم فى الدورة فيلزم اذاً إما تكرار الحقن مرات كثيرة حتى يحفظ التوتر الدموى جيداً وتقوى الدورة وإما الاستمرار للوصول الى هذا الغرض . ويمكن حقن كميات عظيمة بدون خوف وبأمان ويلاحظ ان الحقن يكون سيره بطيئاً ويلزم أن يكون السائل دافئاً فى درجة حرارة الجسم وغالباً يظهر تحسين واضح فى النبض والحالة العمومية بابتداء الحقن ولا يكون هذا التحسين دلالة على

كتابخانه مجلس شورای ملی تاسیس ۱۳۰۲

انقطاع الحقن بل يلزم أن يستمر الى أن تستوعب الدورة من كيلو الى كيلو ونصف ثم يلاحظ المريض مدة فيما اذا كان التوتر محفوظاً أو لا واذا ظهر انخفاض بعد ١٥ أو ٢٠ دقيقة من توقيف الحقن يلزم اعادته

﴿ طريقة الحقن فى الاوردة ﴾

أحسن جهاز لهذا الغرض هو قدمان من انبوب المطاط يربط فى أحد طرفيه قمع من الزجاج ويربط فى الطرف الآخر (الكانيولا) ويلزم ان تكون قناة الآلة البازلة (الكانيولا) مدببة في طرف منها وان يكون فيها انحناء قليل وتربط الكانيولا فى طرف الانبوبة قبل الابتداء في العمل . ويمكن استبدال الكانيولا بابرة محقنة الاستقصاء وتفضل عن الكانيولا لامكان ادخالها مباشرة فى الوريد بدون عمل قطع أولى فى الجلد ويمكن استعمالها فى أوردة صغيرة يتعذر دخول الكانيولا الزجاجية فيها والامر الآخر مهم لصغر المتوسط الباسليق فى بعض الاشخاص لدرجة لا يستطيع الجراح ادخال الكانيولا فيه .

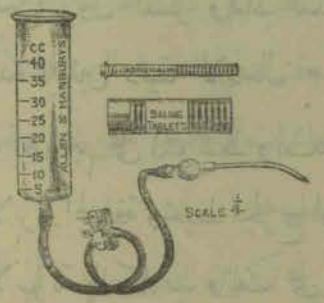
والطريقة كما يأتى : يعمل رباط ضاغط في الذراع حتى تظهر الاوردة بوضوح وتبحث عن أى وريد كبير ولا يوجد عادة اكبر من المتوسط الباسليقي ويعمل شق فوقه مباشرة ويفصل الوريد ثم يمرر من تحته ابرة أيوريزما محملة بفتلة من الحرير أو الكاتجت ثم تقطع الفتلة الى قطعتين ثم تربط الفتلة السفلى لسد الجزء السفلي من الوريد وتمسك الاخرى حتى يثبت بها الوريد . ثم يعمل شق مستطيل فى الوريد بطرف المشرط وترسل الابرة المجوفة فيه ثم تربط الفتلة العليا على الطرف بما فيه الوريد . وقبل وضع الابرة المجوفة لا بد أن يكون القمع والانبوبة والكانيولا كل ذلك مملوءا بالسائل حتى لا يدخل الهواء في الوريد . واذا استعملنا الابرة المجوفة من محقنة الاستقصاء بدلا عن الكانيولا الزجاجية فما علينا الا أن نطعن بها الجلد ونصل بها الى الوريد فى جهة القلب

وأفضل محلول للحقن في الوريد هو المحلول الفسيولوجى الآتى . —

كلورور الصوديوم	٠ر٩٠

كلورات البوتاسا	٠ر٠٣
كلورور الكلسيوم	٠ر٠١
ماء	١٠٠ر٠٠

ويحضر الحواجات ولكم وشركاؤه *Messrs B. Wellcome & Co.* اقراصاً (*Soloids*) تكون المحلول الفسيولوجى باذابتها في الماء وتسمى هذه الاقراص (*Soloid Sal. Comp*)



جهاز الولف لحقن محلول الملح والادرينالين فى الاوردة

شكل (١٦)

وأحسن محلول للحقن اذا لم يوجد المذكور هو محلول ملح الطعام الذي يعمل باضافة ملعقة شاى من الملح العادى أو كلورور الصوديوم لبنت من الماء « أى ٥٠٠ جم » ويلزم غلي المحلول لتعقيمه ثم يبرد لدرجة ١١٠ فارنهيت . ويمكن تقدير الحرارة

بالتقريب في الاحوال الاضطرارية بوضع الجراح أصبعه في المحلول وامكانه وضعه في المحلول براحته وفي الاحوال الاضطرارية جداً حيث لا يكون الطبيب في سعة من الوقت يمكن استعمال المياه الجارية من الصنبور باضافة شيء من الماء المغلي في غلاية حتى يجعله في درجة الحرارة المناسبة . واثناء الحقن لا بد أن يكون السير بطيئاً واذا شوهد عسر في التنفس يجب توقيف العمل حتى يزول العسر ويعاد العمل ويلزم الطبيب أن يستغرق مدة ثلاثين دقيقة لادخال ٣ بينت *Pints* من الماء أي ١٥٠٠ جم على المتوسط وبعد ادخال الكمية اللازمة ترفع الابرة المجوفة ويخيط الجرح او تبقى في الجرح ويضغط على الانبوبة بالكلاب وتلف على الذراع لاحتمال اعادة العمل الذي يسهل بحل الانبوبة من الذراع ووضع القمع في طرفها ورفع الكلاب وربما يتوهم البعض تجمد الدم في طرف الابرة في الوريد وباعادة الحقن تمشي الجلطة الدموية في الوريد . ولكن ليس هذا هو الواقع متى كان الوريد والكانيولا مملوئين بالماء

ويمكن اضافة شيء من الكنياك أو الوسكي الي المحلول اذا أردنا واضافة كمية مناسبة من الادرينالين أو الهيميسين (*Hemesine*) تزيد في فائدة الحقن

ويحسن ان نذكر حصول قشعريرات أحياناً بعد الحقن ولو كان الحقن ماء صافياً وتأتي القشعريرات بمعدل ٢٠ دقيقة بعد الحقن ولا تصطحب بارتفاع في الحرارة وتنتهي بدون ضرر

ماهو السبب في ذلك لا يعلم ولكنه لا يحصل من دخول مادة عفنة في الدورة الدموية لأنه لا يحصل شيء بخلاف الارتعاشات وتحصل حتى اذا حضرنا المحلول باعتناء زائد وكان العمل عقيما

واكثر ما تكون القشعريرات في الرجال لا في النساء وقد يعقب الحقن عسر في التنفس وهو ينشأ من ادخال المحلول بسرعة في الدورة وتخفيف الدم الفجائي في الرئتين ولا يحصل اذا كان السير بطيئاً لاختلاط السائل بالدم قبل مروره في الرئتين واذا حصل عسر التنفس أثناء العمل يوقف حتى يزول ويعاد العمل ببطء

وقد يلتجأ الى حقن محلول ملح الطعام في المستقيم ولكن النتيجة ليست حسنة فى الاحوال الرديئة حيث تكون الدورة خفيفة جداً لا يمتص السائل بسرعه لعدم وجود دورة كافية لادخاله في الاوعية . ولكنها طريقة مفيدة عند ما تكون درجة الصدمة بسيطة ونريد عدم زيادتها .

السائل المستعمل للحقن يلزم أن يكون بدرجة ١١٠ فارنهيت . ويرسل فى الامعاء بكمية كافية بقدر الامكان ويترتب ذلك على الاعتناء في حقنه . اذا كان الحقن بطيئا بينما تكون الاليتان مرتفعتين على وسادة يمكن ادخال ١٠٠٠ جم بالراحة ويلزم لذلك ٢٠ دقيقة تقريباً . وافضل آلة للحقن هي قسطرة من المطاط نمرة ٨ باصق فى طرفها قمع من الزجاج ويدخل الطرف الاخير داخل المستقيم دخولا عظيما ويصب السائل ببطء فى القمع . ويكرر الحقن على حسب الظروف والدلالة الوحيدة هى نبض المريض ويحسن اعادة الحقن كل نصف ساعة حتى تزول علامات الصدمة

ويستحسن اضافة شيء من الكنياك الى المحلول المستعمل.

بنسبة ٢٥ جم على كل ٥٠٠ جم من المحلول

وهناك طريقة أخرى لمعالجة الصدمة وهي حقن محلول ملح الطعام تحت الجلد وعادة يعمل فى النسيج الخلوي عند الثديين فى الصدر وليس لهذه الطريقة مزية زيادة عن الحقن في الوريد أو في المستقيم بل بالعكس لها مضار كثيرة . لانه لا يمكن ادخال كميه كافية وما لم تكن الدورة جيدة فانه لا يمتص ولا يدخل في الدورة ويسبب آلاماً وأحياناً يتقيح ويكون خراجات

﴿ التنفس الصناعي ﴾

للتنفس الصناعي تأثير حسن فى المرضي المصابين بالصدمة وتأثيره بادخاله دماً فى الصدر لتغذية القلب وبزيادة تأكسد الدم. يمكن الالتجاء اليه فى الاحوال الشديدة جداً مع استعمال الاوكسجين .

﴿ تخفيف الآلام ﴾

لا تتأكد لغاية الآن فيما اذا كان الألم الذى يعقب

العمليات يزيد الصدمة أو لا واذا كان الألم شديدا فمن المحتمل انه يزيد الصدمة ويلزم استعمال المورفين ومن الاسف المورفين يزيد الصدمة وعلى ذلك يلزم ان تكون الكمية صغيرة ولهذا السبب بعينه يلزم استعماله مع الاتروبين

ويمكن حقن ½ قمحه مع ١/١٠٠ من الاتروبين تحت الجلد وعند استمرار المريض فى الصدمة زمناً طويلا يلزم الالتجاء الى التغذية بطريقة ما لحصول تغير كبير في الانسجة وربما كان المريض باقياً بدون غذاء قبل العملية زمناً طويلا. ولذلك يعطى قليلا من الاغذية التي يمكن هضمها بسهولة حتى تتمثل وتساعد على حفظ حيوية الجسم. تستعمل الحقن المغذية من الزلال واللبن مع مسحوق البيتون كل ساعة أوساعتين واذا استطاع المريض الاكل يعطى الاغذية المناسبة بالفم

وفي الختام يلزم أن نتذكر ان الصدمة الشديدة التى تعقب العمليات والاصابات الكثيرة هي آلية حيث يكون العيب فى الدورة وعلى ذلك هى حالة ممكن اسعافها في أغلب الاوقات لأن العيوب الآلية فى الدورة يمكن التغلب عليها

ومن بين الاسباب لحفظ الصدمة هو انحطاط المراكز والنخاع الشوكي والنخاع المستطيل وانا وان كنا لا نستطيع التغلب على ذلك مباشرة الا أن شفاءها مسألة زمن اذا كنا خلال هذا الزمن ننجح فى حفظ الدورة. وعلى ذلك يجب أن نوجه عنايتنا لحفظ الدورة فعالة بقدر الامكان حتى يمر زمن انحطاط المراكز

ولا يسبقن الى الذهن امكان حدوث ذلك بسرعة فى الاحوال الرديئة بل يحتاج الامر الى مواظبة ومثابرة. وأصعب الاحوال اذا ما كانت الصدمة مصحوبة بتعفن أو تسمم عفن ويلتبس الامر فى هذه الاحوال ويصعب التمييز بينها ولا يؤثر فى مثل هذه المرضي العلاج وان أثر فيهم فلا يلبث الا زمناً قصيراً وتعود النكسة

والوقاية من الصدمة خير من علاجها ولقد وجدت أن حقنة ½ أو ¼ قمحه من المورفين قبل ابتداء العملية تمنع الصدمة حتى فى العمليات الكبيرة جدا وتؤثر بقطع المنبهات الواردة وحفظ المركز المحرك للاوعية اثناء العملية

(الفصل الخامس)

(مضاعفات التخدير)

نظراً لتقدم طرق التخدير فى هذا العصر اصبحت هذه المضاعفات قليلة الاهمية اذ لا تصادفنا هذه المضاعفات بعد العمليات الا نادرا وهى أكثر ازعاجا في المرضى المتقدمين فى السن أو ضعاف البنية. وهي أقل ما تكون اذا كان تحضير المريض قبل العملية تاماً. ولكن فى الاحوال الاضطرارية قد لا يسمح الوقت أو الحالة بتحضير المريض تحضيراً تاماً للتخدير وفي هذا الاحوال ترى المضاعفات بكثرة. واغلبها تنتهي بقلق المريض وازعاجه ولا تزيد في الخطر عن ذلك ولكنها أحياناً إما وحدها وإما مصطحبة بمضاعفة أخرى للعملية قد تنذر بخطر شديد. وتترتب هذه المضاعفات على نوع المخدر الذى استعمل وطريقة استعماله وربما كان الايثير اكثر مضاعفات من الكلوروفورم ولكن لفوائده الاخرى

قد يعادل الايثير الكلوروفوم ويفضله فى أغلب الاحوال ويكون التهيء لهذه المضاعفات وشدتها تابعا لطول زمن التخدير.

﴿ القيء ﴾

يمكن أن يقال ان القيء لدرجة ما عادى بعد الايثير والمواد القيئية هي مخاطية وينتهي القيء قبل استيقاظ المريض وقد يشتد أحياناً ويستمر بضع ساعات أو بضعة أيام وفى هذه الحالة ينزعج المريض ويتكدر وربما أصبحت حالته خطرة باتهاك قواه وحرمانه من تمثيل المواد المغذية

القيء اكثر حدوثاً اذا نقل المريض بحركة كبيرة بدون اكتراث بعد التخدير ويلزم اتخاذ الاحتياطات اللازمة لنقله الى فراشه لمنع الاهتزازات وحفظة مسطحاً في الفرش والسبب في القيء هو وجود الايثير فى المعدة فقد وجد هيس من نيويورك (*Hess of New York*) الذى بحث كثيراً فى هذا الموضوع ان الايثير ينفرز بالغشاء المخاطي فى المعدة ونظراً لخلوها اثناء العملية يبقى فيها مختلطاً بالمخاط بنسبة قوية

ولا شك من وصول شيء من الايثير مع اللعاب الى المعدة أيضاً . فهو يعتقد ان القيء الشديد الذى يعقب الايثير يكون مسبباً بنزلة معدية من وجود الايتير فى المعدة ويلزم لذلك تخفيف محتويات المعدة وينصح باعطاء المريض جرعة من الماء قبل التخدير حتى يخفف الايثير الذى يوجد فى المعدة بأى طريقة كانت .

ولا يزالون مختلفين فى سبب القيء فبعضهم يقول انه من أسباب موضعية وبعضهم يقول انه من أصل عصبي مركزى ولكن من المؤكد ان السبب ليس موضعياً فقط لحصوله بعد التخدير من المستقيم وكذا قد تحدث أحوال قيء رديئة بعد الكلوروفورم ولا شك فى وصول الايتير الى المعدة لأن جرعة من الماء بعد التخدير حفظت أم لم تحفظ تساعد إما بتخفيف الايتير في المعدة وإما بغسلها

ولو أن القيء اكثر حصولا بعد الايتير الا أن ارداً الاحوال تأتى بعد الكلوروفورم . وجود الدم في المعدة (المبلوع اثناء التخدير) هو السبب للهم للقيء وفي الاطفال

القيء بعد الايتير أقل من الشبان هذا رغماً عن حصول القيء فى الاطفال من أسباب بسيطة ويظهر أن المتقدمين فى السن أقل تعرضاً لحصول هذه المضاعفة

وضع المريض بعد التخدير مهم لمنع القيء ويلزم ان ينام على الجانب الايمن اذا كان ممكناً حتى يسهل هروب أى سائل من المعدة الى الاثنى عشرى . وفى الاحوال المستعصية سند المريض في وضع نصف الجلوس قد يفيد اذا كان القيء عبارة عن تجس أو تقهقر السوائل المبلوعة ويمكنه من ابقاء التغذية ويمكن الاشارة الى نقطة مهمة بخصوص وضع المريض بعد التخدير — ذلك انه بعد وضع المريض علي الفراش بعد وقبل ان يستيقظ لا بد ان يبقي الرأس علي جانب لانه اذا كان نائماً على ظهره وكان رأسه في الوسط وعرض له القيء يجوز دخول المواد القيئية الى المسالك الهوائية ومنع التنفس . وقد يحصل ذلك بوجود ممرضة بجانب المريض وقد شوهدت جملة وفيات من هذا السبب

وعند ما يلزم منع القيء بعد انتهاء العملية لضرورة طبيعة

العملية أو كان في المريض استعداد لكثرة القيء بعد التخدير يستحسن غسل المعدة بماء دافيء قبل أرسال المريض الى الفرش فان هذه الطريقه فعاله فى منع القيء منعا كليا

واذا فاق المريض من التخدير ولم ينقطع القيء يعطي كأسا من الماء الساخن تبلغ سعتها ٢٥٠ جم وقد يهيء ذلك المريض للقيء ولكنه يفيد فى غسل المعدة وتخلصها من الاثير الموجود فيها ويمكن اعطاء المريض ١٥ الى ٢٠ قمحة من بيكربونات البوتاسا فى ٢٥٠ جم من الماء الساخن أو ٣ نقط من صبغة اليود فى ٢٥٠ جم من الماء البارد. وهناك طريقة آخرى لاستعمال اليود وهي اعطاء نقطة فى درهم من الماء البارد كل ساعتين

ويحسن تجربة القهوة الساخنه أو الشمبانيا. من الادوية الكثيرة التى تحظى بشهرة منع القيء بعد التخدير حامض الهيدروسيانيك فى جرعة صغيرة متكررة وكذلك المورفين ويستعمل أما حقنا تحت الجلد أو تناولا بالفم. ويقول الدكتور هويت (*Dr. Hewitt*) عند ما يكون القيء عصبيا يحسن

استعمال ٢٠ قمحه من برومور البوتاسيوم مذابة في ٦٠ جم من الماء وتعمل حقنه شرجية واحيانا يفيد لمنع القيء وضع ١٠ قمحات على ظهر اللسان من برومور البوتاسيوم وقد يفيد استعمال (*Counter - Irritants*) علي موضع المعدة كلبخ بزر الكتان والحراريق أو وضع ورقة خردل مدة ١٥ دقيقه

وقد يفيد احيانا روح النعناع القوي فيعطي المريض من ٥ الى ١٠ نقط على قطعة من السكر ثم تمص هذه القطعة مصاً خفيفاً أو يمكن اعطا هذه المقدار فى قليل من الماء وأما فى الاحوال المستعصية الشديدة فيلجأ الى الغسيل المعدى حتى يرجع الماء صافياً لان بالغسيل يزال أى شيء مهيج في المعدة ويقول بعضهم بفائدة استنشاق الاكسجين فى الاحوال الشديدة

ويشتكي المرضى الذين حصل عندهم قياء(١) (قيء شديد) من الم في اسفل الصدر خصوصاً أثناء التنفس لمدة يوم أو اثنين وهذا ناشيء من انقباض العضلات أثناء القيء. ويكون هذا الالم سبباً فى اضطراب المريض وقد يلتبس فيه الطبيب

(١) راجع ما نشرته فى المقتطف تحت عنوان « اللغة العربية والطب »

ويظنه التهابا بلوراويا ويخف باستعمال مروخ الصابون مع التدليك الخفيف

﴿ مضاعفات الرئة ﴾

مضاعفات الرئة بعد التخدير هي اكثر حصولا مما يظن . وأغلبها ينشأ بعد التخدير بالايثير ويندر حصولها بعد الكلوروفورم . وأهم المضاعفات هي النزلة الشعبية الحادة التى قد تصل الى الرئة فتسبب التهاباً شعبياً رئوياً . وأما الالتهاب الرئوي الفصي فأندر بكثير من الالتهاب الرئوي الفصيصي.

يطلق الكتاب على الالتهاب الرئوي اسم التهاب رئوي ايثيرى ولكن يفضل استعمال اسم الالتهاب الرئوى بعد العملية ، لأن الايثير ليس السبب الوحيد فى احداث كل الالتهابات الرئوية بعد العملية اذ يعقب التخدير بعد الكلوروفورم ايضاً ولا شك فى ان بعض الالتهابات الرئوية الايثيرية ينشأ من انسداد فى الاوعية الرئوية (*Infarction*) واسناداً لذلك نجد هذا الالتهاب اكثر فى عمليات البطن والحوض وسنتكلم على ذلك بالتطويل فى الفصل الآتى .

لقد وجد كروش وكورنر (*Crouch & Corner*) اللذان بحثا في هذا الموضوع كثيراً ان من ١٤٠٠ حالة خدرت بالايثير حصل اصابة رئويه فى ١٠ حالات فقط

ومن هذه العشرة كان منها ثلاثة احوال بالتهاب رئوى فصيصي (حالة منها توفيت) وأخرى تضاعفت بالتهاب بلوراوي وأما الباقى فكانت الاصابة فيهم نزلة شعبية حادة مختلفة الدرجة ويمكن ان نقول بعدم خبرة المخدرين فى الاحوال المذكورة واكثر ما تكون المضاعفة بعد التخدير الطويل ولا سيما اذا تعرض المريض لتغيرات جوية بعد التخدير مباشرة كأن يتصادف نقل المريض فى مماشي طويلة من غرفة العمليات للسرير. وهذه المضاعفات اكثر حدوثاً فى المستشفيات منها فى الاعمال الخصوصية . وتوقياً منها يلزم الاحتراس من التغيرات الجوية بعد التخدير واذا كان لابد من نقل المريض الى مسافة طويلة يحسن تغطية الرأس والوجه ويختلف العلاج عند حدوث الحالة على حسب الظروف .

﴿ المضاعفات الاخرى ﴾

المضاعفات الاخرى تشتمل على مضاعفات فى الكلية :

لقد شاهد بعضهم حصول زلال في البول واكثر ما يكون بعد الكلورفورم ولقد ذكروا حالتين حدث فيهما تسمم بولي بعد التخدير (١)

ولكنهم فى الحالتين المذكورتين قد وجدوا التهاباً كلوياً اثناء التشريح المرضي. ويتضح من ذلك اهمية فحص البول قبل عمل العمليات

اليرقان : شاهد بعضهم اليرقان بعد الكلورفورم

الجنون : ذكرت احوال كثيرة من هذه المضاعفة

وقد شاهدت بنفسى حالة فى اسبتالية قليوب عمل للمريض عملية فتق اربى استغرقت العملية زمناً طويلا لتعدد حصول التصاقات معوية وثربية فى كيس الفتق وبدلا من ان يصاب المريض بالتهاب بريتونى كما كنت اخشى اصيب بالتهاب كلوى حاد وظهر فى البول زلال ودم وحدث عنده اذيما عمومية ثم حصل له تسمم بولى مات على اثره فى اليوم الثالث ولم اتمكن من تشريح الجثة بعد الوفاة (المعرب)

وهى تكون في الاشخاص المتعرضين لنوب الجنون فيهيئهم التخدير للنوبة

الكوما السكرية : حدثت من اعطاء التخدير ويحتاط لذلك بالاعتناء فى غذاء المريض قبل العمل

الشلل : يذكر الدكتور بلمفلد (*Dr. Blumfeld*) ثلاثة انواع من الشلل الذى يعقب التخدير

١ الشلل من اصل طرفى وينسب ذلك للضغط على الاعصاب اثناء التخدير كشلل العضلة اللامية أو شلل العصب الزندى .

٢ الشلل من اصل مركزى . وينسب لحدوث انزفة صغيرة في المخ من الاحتقان الناشيء من التخدير .

٣ الشلل الدي لا يعرف سببه

الفواق المستعصي : قد يحدث احياناً ويصعب معالجته وجذب اللسان قد ينجح فى ايقافه .

القيء الدموى : قد يحصل ذلك احياناً ولا ندري مقدار نصيب التخدير في ذلك . وذلك لحصوله بعد العمليات المعوية .

وقد ذكرت مجلة اللانست الطبية بتاريخ ٢٢ اغسطس سنة ٩٠٢ حالة حصل فيها التقيء الدموى بعد اربعة أيام من العملية ويذكر مايوروبصن (*Mayo Robson*) جملة حالات لذلك بعضها انتهي بالموت

السعال الدموى : هذه مضاعفة نادره وتحصل احيانا في المرضي المصابين بالدرن الرئوي ويكون عندهم تجاويف كهفية وذلك من الاحتقان الرئوي بعد التخدير . وقد تحصل مع عدم وجود اصابات رئوية وكذلك يفشل الجراح في خصه عن السبب ويحصل عادة بعد الايثير

التسمم الكلوروفورمى المتأخر : حالة تعرض غالبا للاطفال فيصيبهم قيء متكرر بعد أن يظهر عليهم انهم قد استيقظوا من التخدير ويبتدىء القيء من ١٢ ـ ٣٦ ساعة بعد العملية ويستمر القيء ويظهر الاسيتون (*Acetone*) فى البول وترتفع الحرارة ويعتري المريض هذيان وهياج ثم كوما تنتهي بالموت . وقد ذكر بعضهم احوالا خفيفة من التسمم الكلوروفورمى لم تنته بالموت . وافضل علاج لذلك هو

غسل المعدة مرارا بمحلول بى كربونات الصودا ($\frac{1}{200}$) مع ترك قليل من المحلول فى المعدة (١)

﴿ الغذاء ﴾

يمنع الغذاء بعد التخدير زمنا يتراوح بين اربع وست ساعات منعاً للقيء . واول غذاء يجب أن يكون مما يسهل تمثيله ولا يشترط ان يكون سائلا . الغذاء الجاف او نصف الجاف اسهل للبقاء وافضل فى نظر المرضى . ويمكن اعطاء المريض فنجانا من الشاى وقليلا من الخبز والزبد والبيض وانما يمنع الاكثار من الغذاء .

وكلما طالت مدة التخدير كانت الحاجة اكثر لتطويل الزمن بين التخدير والغذاء ويحسن ارجاع المريض في اليوم التالى للغذا الاعتيادى مالم يكن هناك قيء او تمنع طبيعة العملية هذا الغذاء

---

(١) راجع كتاب « التشخيص الجراحى » للمعرب
(الدكتور عبد الحميد)

(الفصل السادس)

(تخثر الدم فى الاوعية)

« بعد العمليات »

من حسن الحظ ندرة هذه المضاعفة وتنشأ من سببين

(١) بعد عملية طويلة على مريض مصاب بالانيميا أو فقر الدم

(٢) نتيجة التعفن فى الجرح

ويختلف التخثر تبعاً لهذين السببين من جهة الشكل ومن الاستعداد لاختلاطه بالانفاركت (*Infarct*) .

في الحالة الاولى يكون من ركود الدم واذا حدثت انفاركت تحصل أثناء التخثر ولا يكون ميل لاحداث الانفاركت بعد .

وفي الحالة الثانية تكون الخثرة عفنة وزمن الخطر هو زمن تحلل الخثرة واذ حصل انفاركت فى هذه الحالة يحصل تقيح فى مكان الانفاركت وتكون الحالة اشبه بحالة التسمم

الصديدى ومن المهم جداً ملاحظة هذه الاشياء لضرورة بقاء المريض ساكنا أثناء الخطر . ويظهر ان الجسم يكون معرضاً للقروح الفراشية فى هذا الوقت واذا كانت الحالة عفنة تحتاج لسكون تام يطول وقته فلا بد من الوضع الوجهي ولا بد ان يكون تحويل المريض لهذا الوضع بكل اعتنا. وقد سبق الكلام ان القروح الفراشية في هذا الوضع قليلة ونادرة

يحدث التخثر من اليوم السابع الى العاشر بعد العملية وربما يحدث قبل ذلك بكثير أو يتأخر للاسبوع الثالث .وقد جمع شنك (*Shenck*) ٤٨ حالة تخثر فى الاربية بعد عمليات جراحية وذكرها في الجريدة الطبية فى نيويورك بتاريخ ٦ سبتمبر سنة ١٩٠٣ وهذا العدد من ٧١٣٠ عملية فى امراض النساء وكان التخثر فى الاطراف السفلى

وقد بين الاستاذ شنك حصول هذه المضاعفة اكثر فى عمليات الحوض منها فى العمليات الاخرى وان اصابة الاوردة الكبيرة تكون بقساوة استعمال المبعدات . وقد وجد شنك ان ربط الوريد قريباً من اتصاله بالوريد الاصلي

يسبب امتداد الجلطة الدموية المتكونه فى الفرع الى الوريد الاصلي وكانت المدة التي يحصل فيها التخثر في المجموعة المذكورة بين اليوم الثانى عشر والسادس عشر. كذلك وجد ان الانيميا والكاشكسيا اللتين يصيبان الامراض الخبيثة كانا سبباً لحصول التخثر بعد العمليات التى تعمل تخفيفاً لها

وقد بحث رايت وناب (*Wright & Knapp*) حديثاً في التخثر الذى يعقب احوال التيفويد ووجدا ان الدم في هذه الاحوال يتجمد بسرعة اكثر من الاعتيادى اثناء نهاية المرض وان هذه السرعة فى التخثر ناشئة من زيادة مقدار كلورور الكلسيوم . وهذه الزيادة في كلوروو الكلسيوم تنشأ من الغذاء المشتمل على اللبن فقط الموجود فيه هذا الملح بنسبة مئوية كبيرة. فلو صح هذا الاعتقاد ولا نخاله الا صحيحا يكون التخثر فى الدم الذى يعقب الحميات التيفويدية من الغذاء اللبني . فاذا عرفنا ذلك فقدلا يبعد ان يكون هذا هو السبب ايضاً فى حصول التخثر بعد العمليات ويقترح رايت وناب استعمال حامض الليمون (الستريك) كدواء وقائى لترسب

الاملاح الجيرية . يحصل التخثر غالبا بالم في مكانه . وبفحص الجزء تشاهد حساسية في موضع الوريد واذا كان الوريد سطحياً يشعر به باليد كأنه قلم رصاص تحت الجلد ويلزم ان يعتنى الجراح بفحص المريض لما ان الفحص العنيف قد تنزلق معه الجلطة ويكون العلاج بربط العضو ورفعه مع الراحة التامة فى السرير مدة خمسة اسابيع على الاقل وقد يضطر الانسان لزيادة هذه المدة ولا يلزم استعمال الجبائر وانما يمكن تثبيت العضو بأكياس من الرمل

وتلزم العناية التامة اثناء التمريض خصوصاً فى زمن امتداد الجلطة ويمنع المريض عن الحركة بالكلية خوفاً من انفصال قطعة من الجلطة فاذا حصلت فانها تسبب انفاركت فى الرئة . ولهذا السبب بعينه لا يعطى المريض مسهلا واذا احتاج الحال لاطلاق الامعاء يلتجأ الى الحقن الشرجية

ويمكن القول على وجه التقريب بزوال الخوف من حدوث الانفاركت في الاحوال غير العفنة بعد اسبوعين من ابتداء التخثر. وأما فى الاحوال العفنة فالزمن اطول

ويكون ستة اسابيع او اكثر . واذا كان عند المريض انيميا تلزم العنايه بغذائه واعطائه المركبات الحديدية .

واذا حصلت الانفاركت ولم يعقبها الوفاة يجلس المريض ويستنشق الاكسجين لتخفيف عسر التنفس الشديد ويعطى المنبهات في شكل استركنين او كنياك وبعد زوال عسر التنفس الذى يستغرق ٥ او ١٠ دقائق يسند المريض فى السرير بوسادات ويبقى ساكناً وتستعمل القلويات لاسيما كربونات النوشادر منعاً لامتداد الجلطة ويمكن تناول القلويات بالفم .

وأما فى حصول الانفاركت في الاحوال العفنة اذا كان موضع الجلطة يسمح فتعمل عمليـة ويربط الوريد من الجهة المركزية من الجلطة الدموية

واذا حصلت الوفاة من الانفاركت فى حضرة الطبيب فمن المفيد ان يجتهد الطبيب في عمل تنفس صناعي لان سبب الوفاة فى هذه الاحوال وقتى .

وتصطحب الانفاركت بارتفاع في الحرارة من ١٠١

الى ١٠٢ وتنخفض الحرارة عادة بعد اربع وعشرين ساعة ويمكن ان تبقي مرتفعة لمدة ايام . وأما في الاحوال العفنة فتكون الحرارة مرتفعة من طبيعتها . وقد يتبين بالفحص الصدرى وجود قطعة متصلبة في الرئة ازاء المساحة التى حصل فيها الانفاركت

﴿ حالات توضيحية للتخثر والانفاركت ﴾

(بعد العمليات)

الحالة الاولى (شكل ١٧) تخثر عقب عمليـة للزائدة الدودية — سيدة بعلامات انيميا قبلت باعراض التهاب في الزائدة الدودية . ووجد أثناء العملية (١٦ يناير) خراج كبير يحتوى على صديد كثير برائحة كريهة وعمل له التـريف اللازم — وسارت الحالة سيراً حسناً فى الايام التالية للعملية وكان يخرج افراز غزير من الجرح . وفي يوم (٢٢ يناير — سادس يوم العملية) اشتكت المريضة في الصباح من ألم في الساق اليمنى ووجد بالكشف عليها تخثر في الوريد الفخذى الايمن وأغلب اوردة سمانة الساق . وفى الساعة الثالثة بعد ظهر نفس اليوم

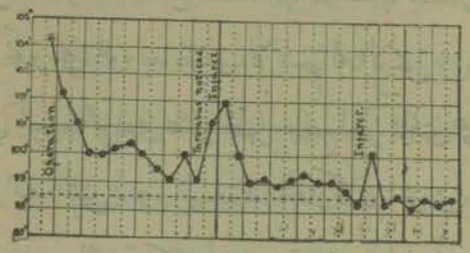
اعتري المريضة عسر فى التنفس واغماء وسياتوز (*Cyanosis*) واستمرت النوبة بضع دقائق وكانت حالتها رديئة ، ولكنها تحسنت باستنشاق الاكسجين واعطائها حقنة من الاستركنين. واضطرت للجلوس . وكان عدد التنفس ٥٠ فى الدقيقة

وفى يووم (٢٣ يناير) كانت لا تزال فى عسر من التنفس وانخفض العدد الى ٤٠ . واستمرت الحالة بدون تغيير الى اليوم السادس والعشرين . ولم يشاهد لغاية هذه اللحظة شيء فى الرئتين وتحسنت الحالة غير انه اعترتها فى مساء اليوم الثامن والعشرين نوبة عسر تنفس اخرى (انفاركت اخرى) ووجد في هذا الوقت اذيما فى الساقين وتخثر فى الوريد الفخذى الايمن والايسر وعمل لها غيار بغسول الرصاص والافيون على الساقين وأعطيت عشرين قمحة من كربونات النوشادر ثلاث مرات فى اليوم بالفم . وكان الجرح قد التأم ورفعت انابيب التصريف. وفى اليوم السادس من شهر فبراير اشتكت المريضة من ألم وبيوسة في الكتف الايمن ولوحظ تمدد في الاوردة السطحية والجهة اليمنى من الصدر وفى كل الذراع .

وكانت كل الاوردة الممكن مشاهدتها أوحسها متخثرة واتضح من ذلك تخثر في الوريد الذى لا اسم له الايمن

وفي اليوم الحادى عشر ظهر طفح اجزيماوى على الساقين والذقن واليد اليمنى . ولم توجد انفاركت اخرى وتحسنت المريضة وذهب التخثر كله فى مدة عشرة ايام أو اسبوعين وخرجت المريضة من المستشفى فى اليوم السادس من شهر مارس

وتناولت المريضة فى الاول ماء زلال ولكن سمح لها بعد ذلك بسوائل مغذية أخرى وأعطيت حبوباً حديدية ثلاث مرات فى اليوم ، وكانت تتناول ٢٥٠ جم من الجعة السوداء (*Stout*) والنبيذ (*Port Wine*) وعملت لها حقنة من المورفين تحت الجلد تخفيفاً للألم وأعطيت كمية عظيمة من القلويات — بيكربونات الصودا وكربونات النوشادر — طول المدة



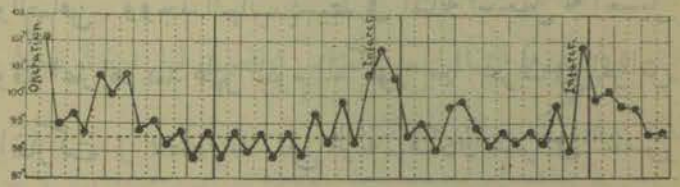
(شكل ١٧)

وكيف تؤثر القلويات في علاج هـذه الاحوال أمر مريب ، ولكنها ذات تأثير حسن .

الحالة الثانية (شكل ١٨) — تخثر عقب عملية للزائدة الدودية —

هذه الحالة فى رجـل في الخامسة والاربعـين من العمر عملت له عملية لالتهاب حاد فى الزائدة الدودية ووجد عنده خراج كبير بجانب الزائدة الدودية وعمل له التصريف اللازم . وفى اليوم الثانى عشر للعملية اعترى المريض ما يسمي بنوبة قلبية حادة مصحوبة بعسر فى التنفس شـديد (ولا بد ان يكون ذلك من انفاركت فى الرئة) . ووجـد فى الوقت

نفسه اذيما فى الساق اليمنى من تخثر في الوريد الفخذي. واعترته بعد اسبوع نوبة أخرى كالاولى فى الشكل . وسمعت بعد هـذه النوبة ألغاط فى الجزء السفلى من الجهـة اليسرى من الصدر بالنصت بالمسماع . وزال التخثر واستطاع المريض ان يذهب لتغيير الهواء بعد شهرين من العملية .



شكل (١٨)

وبملاحظة ورقتى الحرارة للمريضين المذكورين نجـد ارتفاعاً فى الحرارة مزامناً لحصول الانفاركت في الرئة

الحالة الثالثة (شكل ١٩) تخثر بعـد عملية فتق — امرأة تبلغ من العمر ٤٩ سنة عملت لهـا عملية فتق في الجهـة اليمني فى اليوم الثانى والعشرين من نوفمبر .

ووجد ارتفاع في الحرارة خفيف فى اليوم الثالث بعد العملية. وهبطت الحرارة بعد ذلك وبقيت طبيعية لليوم الثانى

والعشرين وقد ارتفعت وقتئذ وبقيت كذلك . وقد عمل غيار على الجرح فى اليوم الثانى من ديسمبر للاشتباه فى التعفن ولو أن المريضة لم تشك ألماً فيه . وقد وجد الجرح سليما وملتئما تقريباً . وقد اشتكت فى نفس اليوم من ألم في سمانة الساق اليسرى وبالفحص وجد تخثر فى الوريد الحرقفي والفخذى والصافن . ووجد التهاب بسيط فى المثانه استعمل له الغسيل وقد اعتراها بعد ظهر اليوم المذكور بينما تتحرك في الفراش انفاركت (*Infarct*) فى الرئة . فكان عسر فى التنفس شديد وفجأئى وصار النبض غير منتظم وسريع واعتراها اضطراب شديد فاستعملت المنبهات اللازمة مع استنشاق الاكسجين وتحسنت الحالة بالتدريج . وفى اليوم السادس من شهر ديسمبر حدثت انفاركت رئوية أخرى كانت على وشك اهلاكها . وفي اليوم السابع والعشرين اعترتها نوبة أخرى شديدة جداً . وفى اليوم الثامن والعشرين نوبة أخرى أقل شدة . وكانت المريضة وقتئذ متأخرة جداً وكانت تتقايأ كل شيء . وكان عندها عسر فى التنفس شديد وسيانوز وتحسن

التنفس بالتدريج في الايام التاليه

وفى اليوم الثامن من يناير تكونت قرحة فراشية كبيرة الحجم . واضطرت للنوم على وجهها واستمرت فى هذا الوضع . وكانت القرحة الفراشية عفنة جداً وحدث تغنغر عظيم فى النسيج وكان يعتريها من وقت لآخر قشعريرات وبقيت الحرارة مرتفعة

وفي اليوم الثالث من فبراير ارتفعت الحرارة ارتفاعاً هائلا وأوشكت على الهلاك

وفي اليوم الثانى عشر من الشهر المذكور اعتراها قشعريرات اكثيرة وحدث عندها سعال شديد ولم توجد علامات في الصدر

وفى اليوم الثامن والعشرين من الشهر المذكور سعلت فأخرجت صديداً في دفعتين .

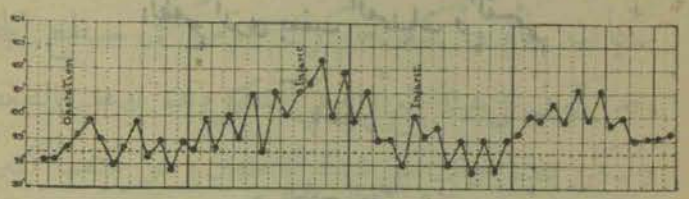
وبعد ذلك هبطت الحرارة الى الحالة الطبيعية بالتدريج وذهب السعال فى اليوم العاشر من ابريل وخرجت من المستشفى للاقامة في شاطىء بحر

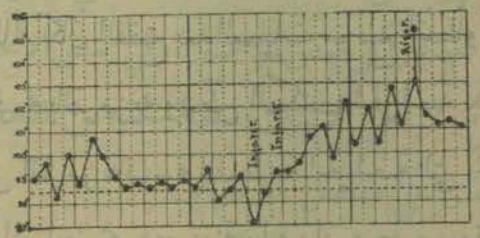
هذه حالة تخثر عفن لم يعلم منبع العدوى بالضبط ويصح ان العدوي نشأت من الجرح (الذي لم تظهر فيه علامات التعفن) أو من الالتهاب المثانى الذي كان موجوداً وهي توضح لنا كيف يكون التخثر العفن أشد خطراً من التخثر البسيط وكيف يطول خطر الانفاركت لزمن طويل .

ولا ريب في نشوء القرحة القراشية والخراج الرئوى من سدادات عفنة (*Septic emboli*) ولم تتضح علامات تدل على الخراج الرئوى مدة شهرين تقريباً منذ تكون التخثر . ويبين لنا ذلك أهمية الراحة التامة فى السرير فى أحوال التعفن زمناً طويلا . وأحوال السدادات الرئوية اشد خطراً ولا يكون ثم مايدل على مرض سوى حدوث عسر التنفس الشديد الفجائى

هذه الاحوال خطرة جداً ومحزنة لحدوث الموت فى بضع دقائق بدون تنبيه ولو كان المريض بصحة جيدة . ويوضح التشريح فى الاحوال التى يحدث فيها الموت فجائياً

وجود جلط في الشريان الرئوى الايمن وتخثر في الاوردة الفخذية والحوضية





(شكل ١٩)

(الفصل السابع)

الطفح الذى يعقب العمليات والتسمم بالعقار

« الطفح العفن »

طالما كان الطفح بعد العمليات موضع الخطأ وأغلبهم كان يلتبس فيه بالقرمزية وبعض الكتب الجراحية تذكر نوعاً من الحمى القرمزية تسميه القرمزية الجراحية التى تحدث في المرضي المصابين بجروح عفنة وانه وان وجد من وقت لآخر حالات قرمزية حقيقية بعد العمليات الا أن الفحص الدقيق يثبت ندرة هذه الحالة وأغلب الحالات المعتبرة قرمزية هى في الحقيقة طفح بسبب التعفن غالباً .

الطفح العفن يظهر فى اوان الاعراض العفنة الاخرى أى من اليوم الاول الى الرابع بعد العملية وأحياناً يظهر الطفح في وقت قصير بعد العملية لشدة العدوى . ويصحب الطفح

بارتفاع في الحرارة من ١٠٢ الى ١٠٣ وباعراض أخرى عمومية مثل انحراف في المزاج وجريان النبض وقلق الخ وأما الطفح فهو يماثل طفح الحمى القرمزية تماماً ويظهر في ظرف بضع ساعات فجأة وأكثر مايكون عمومياً على سطح الجلد وقد يكون على هيئة بقع أو حامي الشكل وهو يذهب بالضغط ولكن ذلك يترتب على شدة الاحتقان وهو يختلف كثيراً كما ان توزيعه فى الجسم يختلف أيضاً . وفي بعض الاحيان يكون محصوراً فى بعض مواضع . وفي بعض الاحيان يكون الطفح منتشراً فى الاليتين والجهة الخلفية من الفخذين أو على الجلد الذى على مفاصل الاطراف .

ويبقى هذا الطفح غالباً بضعة أيام ثم يزول وقد يمكث اسبوعاً أو اكثر . وأحياناً يتبع الطفح تقشر فى البشرة اذا كان شديداً وقد يصطحب الطفح بزلال في البول فى الاحوال الشديدة

وفي الاحوال الرديئة تظهر اعراض التسمم العفن ويحط المريض ويموت وفى أغلب الاحيان يعقب الطفح ارتفاع فى

الحرارة واعراض عمومية قليلة ثم يزول ويشفى المريض. وقد يرى الجراح بين الطرفين أحوالا مختلفة. وعادة يرى الطفح في الاطفال اكثر من الشبان ويحدث الطفح في الاطفال من تعفن قليل وأحياناً يكون العرض الوحيد للتعفن

من العادة ان يرى الجراح فى الاطفال طفحاً يشبه القرمزية بعد فتح خراج أو جرح عفن مع ارتفاع فى الحرارة لدرجة ١٠٣ وفى ظرف ٢٤ ساعة أو ٤٨ ساعة يزول كل الطفح وتنخفض الحرارة . وبخصوص حالة الجرح : لا تكون هناك علامات تعفن في الجرح اثناء ظهور الطفح ولكن قد تكون الحافات متورمة قليلا وأحياناً لا يرى شيئاً بالمرة . وبعدئذ تشاهد علامات التعفن والتغثر والتقيح

ويحتج بعضهم على تشخيص هذا الطفح بالطفح التعفنى بعدم ظهور علامات التعفن في الجرح أو بظهور علامات خفيفة فيه ولكن ليس هذا صحيحا ولا بد ان نتذكر ان ظهور الطفح التعفني بعد العملية علامة على التسمم العفن وليس تعفناً موضعياً ولا يلزم ان يكون الجرح الذى هو موضع

العدوى متعفناً او فيه علامات التعفن .

التعفن العمومى لا يحدث الا اذا كانت المقاومة الموضعية لمكروبات التعفن غير موجودة او ضعيفة وعلى ذلك وجود التقيح في الجرح هو نتيجة مقاومة موضعية ولا ينتظر الانسان ان يرى انحلالا فى انسجة الجرح كثيراً ويمكن ان نقول ان فى الاحوال التى يحصل فيها تسمم عفن عمومى في الدم بعد العملية بظهور الطفح المذكور او بوجود بعض اعراض عمومية لا يظهر فى الجرح علامات تعفن وكلما كانت العدوى العمومية شديدة وهجومها سريعاً غابت العلامات الموضعية للتعفن فى الجرح . ويوجد هناك أحوال حيث تستحيل انسجة الجرح وتقيح ثم تضعف المقاومة الموضعية لمكروبات التعفن وتظهر العدوى العمومية ثم يظهر الطفح التعفني وفي هذه الاحوال يتأخر ظهور الطفح زمناً طويلا بعد العملية

التشخيص دائما صعب ففي الاحوال التى يظهر فيها الطفح بعد أيام قليلة من تاريخ العملية يجب ان يشتبه الجراح

فى وجود التعفن ولا يلزم ان يلتبس بالحمي القرمزية وينقل المريض الى غرفة الحميات ما لم يكن هناك علامات قوية للحمي القرمزية مع وجود تاريخ للعدوى بها. واذا كان هناك شك فيما اذا كانت الحالة حمي قرمزية أو طفح تعفنى يجب فصل المريض لبضعة ايام قليلة حتى يتأكد الجراح من التشخيص.

حالة اللسان التى تشبه التوت الافرنكي وهي الحالة التى توجد في القرمزية لا تشاهد فى أحوال التعفن وان كان اللسان وسخاً

وهذه هي الاشياء التى تساعدنا على التشخيص

١ الاعراض الاولية للحمى لا توجد فان الطفح أول شيء يظهر في اغلب الاحوال

٢ توزيع الطفح — احياناً يظهر على كل الجسم دفعة واحدة وليس كما هو الحال فى القرمزية أي يظهر اولا على الوجه والعنق

٣ لا توجد اعراض حلقية الا فى الاحوال التى يكون الجرح فى الحلق

٤ الحمي تكون مرتفعة ومن النوع التعفنى بتقطع ظاهر

وتفلس البشرة بعدئذ لا يكون برهاناً على القرمزية لحدوثه أحياناً فى الاحوال التعفنية

﴿ الحمي القرمزية التى تعقب العمليات ﴾

قد شاهد بعضهم حمي قرمزية بعد العمليات وأغلب هذه الاحوال ليست في الحقيقة حمي قرمزية ولكنها أحوال تعفن التبس فيها الجراح بالحمي القرمزية اذ من الصعب جداً بل من المستحيل الفرق بين الحمي القرمزية الحقيقية التى تعقب العملية وبين الطفح التعفنى. وفي بعض الاحوال حصل عدوى لبعض الممرضين أو بعض الاشخاص المقيمين مع المرضى بالحمي القرمزية وعلى ذلك امكن التأكد من الطفح بأنه قرمزي العمليات على الانف والحلق مثل استئصال الغدد الانفية الحلقية أو استئصال اللوزتين والعمليات لشقوق الحلق هي العمليات التى يعقبها حمى قرمزية. وعدد عظيم من الحمي القرمزية اعقب عمليات الغدد الانفية الحلقية ولم يتضح تماماً منبع العدوى ففي بعض الاحيان عرف ان الغرفة أو البيت

موبوءاً بالحمى القرمزية وفي البعض الآخر اتضح ملامسة المريض لأشخاص موبوئين قبيل العملية وأحياناً يكون الجراح نفسه هو منبع العدوى

يعتقد الدكتور واشبورن فى مقالة كتبها في هذا الموضوع وذكر فيها امثلة كثيرة ان مكروب الحمي القرمزية يكون موجوداً فى الفم فى حالة خمود وان الاصابة فى مكان العملية تسمح له بالدخول والنمو وهذا الرأى يشبه رأى السير جمس باجيت الذى يقول ان العملية تضعف قوة المقاومة فى المريض وتسمح بنمو مكروب كان موجوداً في حالة خمود

وهناك رأى آخر لا يبعد وقوعه وهو دخول المكروب فى الجرح وقت العملية كما تدخل المكروبات التعفنية وهذا الرأى يفسر لنا قصر زمن التفريخ في احوال الحمى القرمزية التى تأتى بعد العملية لدخول المكروب مباشرة في الجرح الى الدم ومما يدل على صحة هذا الرأى — فى بعض الاحوال على الاقل — ظهور الطفح مباشرة بالقرب من الجرح ثم ينتشر الى سائر الجسم

ونوع الحمي القرمزية التى تعقب العمليات تختلف نوعا ما من الحمي القرمزية الاعتيادية ونوع الهجوم يتنوع شيئاً ما بالحالة التى ظهر فيها فمثلا زمن التفريخ قصير ففي ثلاث وستين حالة جمعها ادورد استرلنج كانت مدة التفريخ لظهور الطفح هى يومان فقط بعد العملية ولكن يشك في قيمة هذه المجموعة لتضمنها احوالا كثيرة من الطفح التعفنى ولكن الفحص الدقيق فى الاحوال القرمزية الحقيقية يبين لنا ان زمن التفريخ — قصير جداً — من يومين الى ثلاثة فى أغلب الاحوال وقد يكون ٢٤ ساعة فى بعضها واما اغلب الاختلافات التى شاهدها بعضهم فهى ناشئة من تضمينهم الطفح التعفنى وعلى ذلك تقل قيمتها

﴿ الطفح الناشيء من الحقن الشرجية ﴾

هذا الطفح كثير الحدوث ومن المهم معرفته لمنع الالتباس وحسبه طفحاً قرمزيا او طفحاً عفنا. قد صارت الحقنة الشرجية قبيل العملية عادة مضطردة ولذا كثر ظهور الطفح الناشيء من الحقن وقد يحسب الجراح انه طفح

عفن او طفح قرمزى مع انه فى الحقيقة ناشيء من الحقنة الشرجية قبل العملية . يظهر هذا الطفح بعد الحقن بزمن قصير عادة من ثلاث الى اربع وعشرين ساعة والوقت الاعتيادى هو بعد اثنتى عشرة ساعة ويمكث الطفح من يومين الى اربعة ثم يزول

التوزيع الطفحى يكون مختلفاً قد ينتشر في جميع الجسم وقد ينحصر في بعض اجزائه واكثر ما يكون على الاليتين والفخذين والعجز وعلى هذا الاخير يكون ظاهراً وموجوداً بكثرة وقد يظهر احياناً على الوجه وعلى الذراعين وعلى الجزء العلوى من الصدر

ويختلف نوع الطفح كثيراً وقد وصف الدكتور منرو ثلاثة انواع :

(١) الطفح القرمزى

(٢) الطفح الحصبي

(٣) الطفح الانجري

وقد يوجد أكثر من نوع في الحالة الواحدة وقد

يبتديء بنوع ما وينتهي بنوع آخر

ولا يكون فى النوعين الاولين اكلان واما فى النوع الانجري فيوجد معه اكلان شديد ولا يحصل تقلس فى البشرة الانادراً .الطفح الذي يرى عادة هو اريثما خفيفة تزول بالضغط وتكون غالباً فى بقع واضحة فى بعض البقع وضوحاً اكثر من الاخرى وتكون البقع مرتفعة احياناً ومن ذلك شبهها بالحصبة ولا تصطحب بارتفاع فى الحرارة الانادراً وروى بعضهم اصطحاب ظهور الطفح بغثيان وقيء ومن الصعب تشخيص الطفح عند ظهوره ولكن لا بد أن يشتبه الجراح بهذا الطفح اذا ظهر بعد اربع وعشرين ساعة من عمل الحقنة وكان غير مصحوب بارتفاع فى الحرارة او اعراض عمومية .

وأما سبب الطفح بعد الحقن فغير معلوم لانه لا يحدث الا بعد الحقن الكبيرة ولكن لا يرى بعد استعمال الاقماع أو الحقن الصغيرة وهو يتبع حقنة الصابون لاسيما المصنوعة من الصابون الجامد ويقل ظهور الطفح بعد الحقن المصنوعة

من الصابون الرخو وقد تسبب حقن التربنتينا هذا الطفح ويزعم بعضهم ان السبب هو امتصاص المواد الثفلية التى بالجدر المعوية نتيجة تحللها بالحقنة واكثر احتمالا من ذلك هو امتصاص مواد الحقنة نفسها

ولا يحتاج الحال لعلاج مخصوص

والحقن التالية قد يعقبها طفح آخر وقد لا يحدث هذا الطفح واذا كان هناك اكلان كما هو الحال في الانجرى يعمل حمام للجلد بغسول حامض فنيك خفيف فانه يخفف الاكلان كثيرا

﴿ الطفح الساليسيليكي ﴾

قد يحدث طفح مخصوص باستعمال القطن الساليسيليكي فى الغيارات ولا يكون هذا الطفح الا حيث يلمس هذا القطن الجلد وعلى ذلك يكون مجلسه مضاهيا المساحة الغيار وعلى ذلك يكون التشخيص سهلا وهذا الطفح يشتمل على حويصلات صغيرة صافية ملتهب الجلد عند قاعدتها ولا يكون اكلان

مع الطفح ويزول هذا الطفح مباشرة باستبدال هذا القطن بآخر مشبع بامونيات الزئبق او القطن العادى

﴿ الهربس بعد العمليات ﴾

قد شوهدت احوال كثيرة ظهر فيها الهربس مع ارتفاع فى الحرارة بعد العمليات وحتى بعد ادخال القسطرة فى المثانة وفى اغلب الاحوال يظهر الهربس بهيئة حويصلات على العنق وعلى الوجه وحول الفم وفي اكثر الاحوال يكون في الجرح تعفن

﴿ التسمم العقارى ﴾

شوهدت احوال تسمم كثيرة من الافراط في استعمال المطهرات ويلزم ان نتذكر ذلك توقيا لحصولها ويصعب تشخيصها لشبه اعراضها ببعض المضاعفات التى تحدث بعد العملية بدون ان تشتبه في التسمم واغلب احوال التسمم تعقب استعمال الغيارات المشبعة بالمطهرات القوية والتى تحفظ رطوبتها بوضع حرير زيتى او (جاكونت) عليها كما يحصل فى تحضير الجلد للعمليات

وكلما كبرت مساحة الجلد وطال زمن التغطية بهذه الطريقة اشتدت الاعراض

وقد تأتى احوال تسمم بعد حشو التجاويف بشاش مطهر أو غسل التجاويف بمحاليل مطهرة قوية خصوصاً اذا لم نزل المطهر من الجرح والاعراض التسممية اكثر حدوثا في الاطفال منها فى الشبان والمرضى المصابون بامراض فى الكلية اكثر عرضه لظهور هذه الاعراض حتى بعد استعمال كميات قليلة من المطهر من غيرهم ويوجد بعض اشخاص باستعداد لذلك .

﴿ التسمم باليودوفورم ﴾

يعقب حشو التجاويف بشاش اليودوفورم او استعمال مستحلب اليودوفورم فى معالجة المفاصل الدرنية

والاعراض المهمة في الاحوال الحادة هي ارتفاع في الحرارة (١٠٤) الى (١٠٧) ف وخلل في المجموع العصبي فى شكل هذيان او مانيا او سبات (كوما) ويكون النبض سريعاً وفى الاحوال التى تنتهى بالموت يحط المريض ويعقب الكومه

الوفاة وزيادة على ذلك تكون الحدقة منقبضة ويحصل نزيف من المستقيم وتأتى هذه الاعراض في ظرف اربع وعشرين ساعة اما في الاحوال المزمنة فيحصل عسر في الهضم وفقد في الشهية وارق ونبض سريع وارتفاع في الحرارة

وبمجرد ظهور الاعراض يلزم رفع الشاش من الجرح وغسل التجويف بمحلول بى كربونات البوتاسا فانه مضاد لليودوفورم ويمكن استعمال نفس العقار من الداخل

﴿ التسمم بحامض الفنيك ﴾

تأتى الاعراض بعد بضع ساعات من استعمال الغيار والاعراض الاولية هي كسل ونعاس وتغير في اللون ويكون هناك عسر فى التنفس لحصوله بجهد وشخير وهذه الاعراض تابعة لتأثير العقار في المجموع العصبي ثم يعقب ذلك كوما شديدة مع ارتخاء فى المجموع العضلي وحدقة العين أما ان تكون عادية وأما منقبضه ويكون لون البول زيتياً أخضر وتزداد الكثافة النوعية ويقال ان العلامة الاولية هى غياب الكبريتات من البول فالغياب الكلى للكبريتات علامة

خطره والانذار حسن فان الاعراض تزول فى ظرف يوم أو اثنين بمنع السبب

﴿ التسمم الزئبقى ﴾

الاعراض هي اللعابية مع خلل في المجموع المعدى المعوى فى شكل اسهال وقيء وكثرة اللعاب علامة مهمة وقد ينقطع افراز البول احياناً وهي علامة خطرة ويكون النبض ضعيفاً وسريعاً وتختلف الاعراض باختلاف الاحوال ولكن ليس هناك صعوبة في التشخيص اذا تذكرنا الحالة وتكون المعالجة بافراز العقار من الجسم باستعمال المسهلات الملحية وشرب كمية عظيمة من السوائل

﴿ التسمم بالاستركنين والجوز المقيء ﴾

يحدث التسمم بالاستركنين اذا استعمل الاستركنين بكمية كبيرة وتكرر استعماله فى معالجة الصدمة. الاستركنين يتجمع فى الجسم ويبتدىء في التأثير متى فاق المريض من حالة الصدمة وعلى ذلك تظهر علامات التسمم. وقد يحدث التسمم

مع عدم الافراط في استعمال الدواء اذا كان الشخص المعالج بالعقار عنده استعداد لذلك ومثل هؤلاء المرضي تظهر عليهم اعراض التسمم حتى بعد استعمال جرع صغيرة من الجوز المقيء فيحدث عندهم اسهال مزعج شديد واعراض أخرى واتذكر حالة رجل عملت له عملية بواسير وأعطى ٥ نقط من صبغة الجوز المقيء وكان هذا المقدار كافياً لاحداث اسهال شديد واعراض عمومية أخرى ونقطة من الاستركنين اعطيت لنفس المريض في دفعة أخرى احدثت نفس النتيجة ويستحيل ان يحتاط الطبيب لذلك ولكن يلزمه الاستفهام عما اذا تناول المريض الاستركنين فى شكل من اشكاله اذا طرأ على المريض بعد عملية من العمليات اعراض لا يمكن تعليلها لاسيما ان كان بين هذه الاعراض الاسهال الشديد

والعلاج هو الامتناع عن استعمال الدواء واعطاء المورفين

(الفصل الثامن)

(العمليات على الفم والانف والبلعوم)

« استئصال الغدد الانفية الحلقية »

المضاعفات لهذه العملية هي :

(١) تعفن شديد يعقبه التهاب رئوي عفن

(٢) تعفن حلقي شديد من دفتيريا وحمى قرمزية

(٣) طفح تعفني

(٤) التهاب اذنى حاد

تندر المضاعفات بعد استئصال الغدد الانفية الحلقية ولكن عند حدوثها تكون خطيرة وهذا من سوء الحظ بمكان لأن هذه العملية تعد بسيطة وتوقياً من هذه المضاعفات يستحسن عدم عمل العملية مالم يكن الحلق في حالة جيدة والمريض بعيداً عن كل ما يهيء لهذه المضاعفات قبل وبعد العملية ولذلك يحسن خلع كل ضرس عفن قبل العملية . ويوجه الجراح

التفاته الى ان المريض لم يكن معرضاً لعدوى الدفتيريا أو القرمزية أو أى مرض آخر . وبعد انتهاء العملية يستريح العليل فى السرير ٢٤ ساعه يكون معه اثناءها جملة مناديل صغيرة اعتيادية للتمخط فيها. ويحسن فى الاحوال الخصوصية التنبيه على اقارب الطفل المريض بجواز حصول قيء دموى بعد العملية خشية انزعاجهم ولا يوضع العليل فى تيار الهواء كما انه لا يجوز سد الغرفة سداً محكما .

ويعطى المريض غذاء سائلا بعد ساعتين بالتقريب بعد العملية .

ويجب استعمال رذذ بمحلول مطهر من المحاليل الآتية :

(١)	سلفات صودا	٦ر٠٠ جم
	يودور الزيبق	١٢ر٠ «
	يودور الصودا	١٢ر٠ «
	ماء مقطر لغايه	٥٠٠ر٠٠ «
(٢)	سلفات صودا	٨ر٠٠ جم
	بيكربونات صودا	٥٠ر٠ «

جلسرين فنيك ٤٠ نقطه

ماء مقطر لغاية ٥٠٠ر٠٠ جم

(٣) سلفات صودا ٤ر « «

سانيتاس (*Sanitas*) ١٢ر « «

ماء مقطر لغاية ٥٠٠ر « «

(٤) لسترين (*Listerine*) ١٢ر « «

ماء مقطر لغاية ٢٥٠ر جم

وأما اذا كان العليل كبيراً في السن فيمكنه ان يستعمل هذه المحاليل غرغرة لانها تنظف الحلق من المخاط والدم وتحفظ الحلق من العدوى . ويلزم المواظبة على استعمال الرذذ أو الغرغرة قبل وبعد كل طعام لمدة اسبوع بعد العملية ويستحسن عدم استعمال حقن اورذذ فى التجويف الانفي الحلقي لانه يسبب امراضا كثيرة في الاذن الوسطى

واذا استحسن الجراح استعمال الحقن يلزم أن لا يكون ادخال السائل بقوة ويراعي السهولة فى خروجه وينصح المستر شيلد (*Mr Sheild*) باستعمال حقنه سعة ١٥٠ جرام مع انبوبة من

المطاط بقطر صغير فى طرفها ويدخل هذا الجزء من الانبوبة في قاع الانف . وكذلك يشير نفس الجراح باستنشاق الكريوزوت واليود وحامض الفنيك بجهاز من الجهازات الاعتياديه مرتين أو ثلاث فى اليوم بعد أية عملية على الانف

ويعطي المريض مسهلا ملحيا فى اليوم التالى للعملية ويكرر عند اللزوم ويسمح له بالقيام فى اليوم الثانى اذا كانت العملية لم تضاعف بشيء وإلا فيحسن بقاؤه فى غرفة مدة يومين أو ثلاثة . ولمدة يوم أو اكثر وأحياناً لمدة اسبوع بعد العملية قد تبقى اعراض الانسداد الانفي لانتفاخ الغشاء المخاطي وفي هذه المدة يلزم تمرين الطفل على عمل تمرينات تنفسية حتى يتعود على التنفس الانفي تنفساً تاماً . ينبه على الطفل باقفال الفم والتنفس من الانف بالكلية لمدة خمس أو عشر دقائق ويعمل ذلك مرتين أو ثلاث فى اليوم ويشجع الطفل على التنفس الانفي بقدر الامكان فى كل وقت واذا صعب على المريض عمل ذلك تبعا لغباوته فيستحسن ربط قطعة من الحرير الزيتي على الفم بشريط على الرأس مدة ساعة او اكثر يومياً

حتى يلتجيء المريض للتنفس الانفي ويلزم استعمال هذه التمرينات حتى يستطيع الطفل ان يتنفس تنفساً عادياً بينما يكون الفم مقفلا وفى الاحوال التى يتعود الطفل فيها على نطق الكلمات نطقاً انفياً كما هو الحال فى الانسداد الانفي الشديد يلزم تمرينه على اصلاح النطق اصلاحا تاماً وأهمية هذه التمرينات للتنفس والكلام يجب ان تقدر حق قدرها لأن الاطفال المصابين بالغدد الانفيـة الحلقية زمناً ما يتعودون التنفس من الفم والكلام بطريقة انفيـة ولا ينتظران مجرد استئصال الغـدد يشفيهم من هذه الحالة مالم يتعودوا بالتمرينات المذكورة وزيادة على ذلك تعويد الطفل ان يتنفس تنفساً انفياً ومنعه من تنفس الفم هو في الحقيقة الضمانة الوحيدة لعدم رجوع الغدد

واذا صار التجويف الانفي الحلـقي عفناً وبخر الفم واصطحبت الحالة بارتفاع فى الحرارة يلزم عمل الزروق بدش انفى من الماء الساخن البسيط أو المضاف اليه كمية قليلة من بيكربونات الصودا مرتين أو ثلاث فى اليوم ولا يلزم ادخال السائل بقوة بل يلزم ان يدخل من جهـة ويخرج من الجهة

الاخرى وينبـه على المريض بالاستنشاق من الفم اثناء ذلك ويعطى المريض مسهلا فى الحال وكذا جرعة من الكينا والحديد

واذا ظهرت اعراض التهاب الاذن المتوسطة بعد العملية يلزم استعمال حراقة أو علق وراء الاذن المصابة أو استعمال المكمدات الساخنة على هذا الجانب من الرأس وكذلك يلزم استعمال الغسيل واذا تقيحت الاذن يلزم معالجة الحالة كحالة التهاب اذنى .

الاطفال الذين يعمل لهم عمليـة استئصال الغدد الانفية الحلقية يكونون اكثر استعدادا للعدوى بالدفتريا أو الحمى القرمزية اذا تعرضوا لهما واذا اصيب الطفل بأحد هذين المرضين يكون الانذار خطراً وعلى ذلك يلزم الاهتمام بمنعهم من التعرض للعدوى وقد تحصل اصابة بالانفلونزا بعد العملية واذا حصلت يصعب التشخيص وربما سببت انزعاجا في الاول

ظهور الطفح بعـد عملية استئصال اللوزتين اكثر مما

يعتقد وفى خمس ستين حالة عملها الدكتور وانجراف وجد ان الطفح ظهر في اثنين فى المائة من الحالات التى عملت لها العمليات وفى اربع حالات من الستين يحقق ان الطفح كان حمى قرمزية وفى واحدة كان الطفح دفتريا وأما الباقى فكان طفحاً عفناً وفي عدد كثير من الحالات لم يكن مع الطفح اعراض عمومية للتعفن وهو يظهر فى اليوم الثانى أو الثالث ويمكث اربعة ايام وفي اربع حالات من الستين اعقب الطفح التهاب حاد فى الغدد اللمفاوية العنقية

في رابع أو خامس يوم بعد العملية يلزم نفخ قناة يوستكيوس (*Eustachiantube*) بواسطة كيس ويكرر هذا العمل يومياً لمدة ثلاثة أو اربعة ايام أو الى مدة اطول اذا كان هناك صمم من الغدد الانفية الحلقية وأما اذا كان الطفل كبيراً وزكياً فيعلم كيفية نفخ قناة يوستكيوس باقفال فمه وانفه وملء فمه بالهواء واذا كان هناك أي تعفن بعد العملية يلزم ارجاء كيس بولتزر وفي كل الاحوال الشديدة يلزم التنبيه على الطفل بعمل تمرينات تنفسية بتنفس عميق لمدة شهور بعد العملية

﴿ استئصال اللوزتين ﴾

المضاعفات التى تحدث بعد هذه العملية هي بعينها التى تحدث بعد عملية استئصال الغدد الانفية الحلقية الا ان التهاب الاذنى لا يحصل في هذه الحالة . وكما هي الحالة في الغدد الانفية الحلقية يلزم استعمال الرذذ فى الحلق لمدة ايام بعد العملية . ولا يمكن استعمال الغرغرة للحالة الحلقية كذلك يكون الازدراد مصحوباً بألم ولذا تكون الاغذية كلها سوائل لسهولة البلع وقد تحدث حالة تشبه حاله التهاب اللوزتين الغددي بعد العملية على السطح المقطوع منه اللوزتان ويلزم معالجة هذه الحالة بغرغرة وكلورات البوتاسا من الداخل ويكون ذلك بشكل الجرع الآتية:

كلورات البوتاسيوم ٣٠ر

ماء نعناع فلفلي لغاية ٢٥جم

تؤخذ ثلاث مرات في اليوم

او تستعمل الجرع الآتية كغرغرة في الاول ثم يبلع بعضها

كلورات البوتاسيوم	٥٠ر جم
صبغة بركلورور الحديد	٥٠ر جم
جلسرين	٠٠ر٥ جم
ماء النعناع الفلفلي لغاية	٠٠ر٢٥جم

وهناك نقطة مهمة جداً في معالجة المريض بعد عملية استئصال اللوزتين والغدد الانفية والحلقية وهي: عادة تكون المرضى في صحة رديئة وضخامة اللوزتين تنشأ من رداءة الصحة وعلى ذلك يلزم الاعتناء بصحتهم لتحسينها واذا كان من الممكن ارسالهم لتغيير الهواء يفعل ويكون ذلك بجانب البحر متي تحسنوا من العملية وذلك يكون فى بحر اسبوع او عشرة أيام

﴿ خلع الاضراس ﴾

ليس من الضرورى الالتفات للجرح الذى ينشأ من خلع الضرس الا اذا حصل نزيف صعب ايقافه ولكن عدم الاكتراث هذا قد يكون سبباً في تخليف تعفن وشوهدت احوال كثيرة بنتيجة رديئة لهذه الاحوال واخيرا التفت

الجراحون لتطهير الفم ونتيجته ووجدوا انه ممكن في احوال كثيرة وعلى ذلك يلزم حفظ الفم نظيفاً مدة يومين اوثلاثة بعد خلع الضرس وذلك باستعمال الغسيل المستمر ومن احسن التراكيب المستعملة في ذلك فينات الصودا بنسبة اربعة جرام فى خمسماية وله المزيه المزدوجة فى تنظيف الفم وتخفيف الألم ويمكن استعمال محلول من صبغة الاريكا ولكن ليس فعالا كفينات الصودا

ونحن نذكر غسولا مفيداً في كل الاحوال التعفنية فى الفم ويمكن استعماله بعد خلع الضرس

الكؤول	مائة جزء
صبغة رتانيا	أربعين جزءاً
حامض الجاويك	ثمانية اجزاء
سكارين	أربعة أجزاء
زيت النعناع الفلفلي	نصف جزء
زيت الجهان	نصف جزء

يؤخذ (٥٠) نقطة من هذا التركيب على خمسماية جرام من الماء

﴿ العمليات على اللسان ﴾

المضاعفات بعد العملية هي:

١ خشكريشة ونزيف

٢ التهاب رئوى تعفني

٣ اذيما فى المزمار

٤ غانغمونى

لابد ان يحدث في هذه العمليه شيء من التعفن ولا يمكن تلاشيه ولكن يمكن تقليله ولذا يلزم خلع أى ضرس عفن قبل العملية ويلزم غسل الفم والحلق بغسول مناسب لمدة أيام قبل العملية واحسن طريقة فعاله لحفظ الفم نظيفاً بعد العملية على اللسان هو التنبيه على المريض بالنوم على جانبه حتى لاتتسرب السوائل الى حلقه ثم استعمال غسيل للتجويف الفمى من محلول البوريك المخفف او اى محلول آخر مناسب وينصح المستر جاكبسن باستعمال محلول حامض الفنيك من $\frac{1}{10}$ الى $\frac{1}{80}$ فاذا استعملنا ذلك باعتناء فاننا نحفظ الفم نظيفا وكذا جذمور اللسان دون ان تحدث عند المريض

سعالا ولا بد ان يكون بزارق بمبسم من الزجاج ويلزم استعمال ضغط خفيف ويمكن استعمال محقنة بدلا من الزارق ويلزم اعادة هذا التنظيف مرارا في الايام الاولى بعد العمليه حتى يتمكن المريض من تنظيف الفم بنفسه والمحلول المذكور فى باب خلع الاضراس مفيد جدا لهذا الغرض وينصح المستر جاكبسن بمس جذمور اللسان كل يومين مرة بالفرمالين ويلزم تمريض المريض في الوضع الجلوسى مع سنده بوسادات فهذا الوضع يمنع احتقان الرئتين وكذلك يمنع رجوع العص الى الوراء وسد المسالك الهوائية والذى يحدث اذا عمل استئصاله من قاع الفم في الاستلقاء على الظهر

ويلزم تغذية المريض بعد العملية بانبوبة يبلغ طولها من ثلاثة الى اربعة قراريط يكون فى طرفها مبسم ويلزم ان يكون الغذاء في الايام الاولى سائلا ويستحسن اعطاء المريض فى اليوم الثانى للعملية جرعة من الزئبق الحلو او جرعة مسهل ملحي واما للتنزيف بعد العمليات على اللسان فراجع ماتقدم

﴿ العمليات علي الانف ﴾

كل ما ذكر بمناسبة الغدد الانفية الحلقية يمكن اطلاقه على العمليات على الانف وأما التنزيف بعد العمليات علي الانف وطريقه معالجته فقد سبق ذكره فى الفصل الثالث ويمكن استعمال قطعة من الشاش المشبعة باى مطهر طيار ووضعها علي الانف وهي تكفي لمنع التعفن خصوصا بعد عمليات استئصال العظام المبرومة . العطس المتكرر مضاعفة غريبة بعد العمليات علي الانف . وقد يصعب علاجها واذا استمر العطس زمنا طويلا يلزم مس التجويف الانفى بمحلول الكوكايين او محلول الكوكايين مع الادرينالين وقد يمتنع العطس باستعمال حقنة باستعمال الماء الدافىء البسيط

﴿ الفصل التاسع ﴾

(العمليات على الرأس)

« العمليات على المخ : التربنة »

المضاعفات هي :

١ الفتق المخي

٢ اذيما المخ

الفتق المخي يتسبب من التوتر فى المخ وعادة يكون نتيجة تعفن وعلى ذلك يلزم فحص الحالة جيداً لمعرفة سبب التوتر وازالته اذا كان ممكناً وغالباً نجد صديداً في داخل الفتق أو خراجا سطحياً تحته والفتق نفسه يحتوي على ازرار لحمية وقليل من المادة المخية وعلى ذلك لا يلزم الجراح ان يتردد في كشطه ومس السطح بحامض فنيك نقي ويمكن عمل ذلك بدون تخدير لفقد الحساسية فى الجزء البارز ويمكن معالجة الفتق

باستعمال الضغط على قطعة من القصدير معقمة وبعد أى عملية على المخ يلزم حفظ المريض بهدو وسكون فى غرفة مظلمة ويمنع كل ما يهيج المريض من مثل عيادة الاقرباء والاصدقاء ويلزم اطلاق الامعا باستعمال الزئبق الحلو ويمنع استعمال الكؤول بأى شكل وفى حالة التربنة لنزيف في الام الجافية لايلزم استعمال التضييق الشديد على المريض فيمكن ان يسمح له بالجلوس مباشرة بعد العملية وفى هذه الاحوال يتم شفاء المريض بالتئام الجرح .اذا حصل الالتهاب بعد هذه العمليات فانه يظهر بارتفاع فى الحرارة وباعراض التوتر داخل الجمجمة فى اليوم الثالث بعد العملية .

وبعد أية عملية على نسيج المخ ينبه على المريض بالامتناع عن الاشغال العقلية فيحرم أولا من المطالعة ثم يسمح له بالتدريج ويلزم ان يذهب المريض لتغيير الهواء ويبقى مستريحا مدة شهور

﴿ عملية الشفة الارنبية ﴾

المضاعفات هى :

(١) نزلة شعبية والتهاب رئوى

(٢) اسهال

(٣) تعفن

(٤) عسر فى التنفس واختناق

يحدث التعفن بحالة خفيفة بعد هذه العمليات خصوصا اذا تداخل الجراح في العظام بأية طريقة . يعتني الجراح بحفظ صحة المريض في هذه الظروف مع مراعاة نظافة الفم بقدر الامكان وفى الاطفال الصغيرة اذا عمل لهم عملية بشق كبير يخشي من الموت الفجائى من الاختناق بعد العملية مباشرة لأن المسالك الانفية فى الاطفال لا تكفى للتنفس لصغرها وطالما سدت من الافراز المخاطى فتصغير التجويف الفمي فجأة بالعملية قد يسبب عسراً في التنفس بعد بضع ساعات . ويذكر المستر جاكبسون ثلاثة أحوال اعقب العملية فيها

عسر في التنفس انتهى بالوفاة فيجب اعطاء الممرضة التنبيهات اللازمة لملاحظة أى عسر في التنفس وخفض الشفة السفلى من وقت لآخر لسهولة دخول الهواء أو ربط الشفة السفلى الى اسفل بقطعة من المشمع حتى يتعود الطفل التنفس الجديد واذا استعملت دبابيس الشفة الارنبية يلزم رفعها فى اليوم الثاني وأما اذا استعمل خيط من وتر الديدان أو اسلاك فضية للخياطة فيحسن رفع غرزة منها فى اليوم الثالث وترفع الاخرى بعد يوم أو اكثر وأما الغرز الصغيرة التى استعملت لتقريب حافتى الجرح فلا ترفع الا بعد اسبوع مالم يتسبب عنها خراجات صغيرة (خراج غرزى) واثناء الفحص أو رفع الغرز يلزم امساك الخدين منعاً لحدوث انفصال فى الجرح وبعد رفع الغرز أو الدبابيس تلصق قطعة من المشمع علي شكل الفراشة علي الشفة العليا والخدين بحيث تكون القطعة الضيقة علي الشفة العليا تحت الانف كما هو موضح في الشكل

(شكل — ٢٠)

﴿ الشق الحنكي ﴾

المضاعفات هي :

(١) السعال الديكي

(٢) الحميات الطفحية

(٣) اسهال

يحترس الطبيب كثيراً لتوقي هذه المضاعفات لانها ماعدا المضاعفة الثالثة تسبب فشلا فى العملية ويلزم تثبيت يدى الطفل باستعمال الجبابر أو باستعمال الاربطة الرسغية وربطها في السرير وأما اذا وجد ممرض حاذق يلاحظ المريض باعتناء فيمكن الاستغناء عن هذه الوسائل لما انها تهيج الطفل

وتجعله يصيح ولا بد ان يمنع تعاطى أى شيء من الفم مدة ثلاث أو أربع ساعات بعد العملية ولا يعطي خلال الاربع والعشرين ساعة الاولى سوي ماء الشعير وماء الزلال واللبن ويمكن الالتجاء الى الحقن الشرجية المغذية عند اللزوم ويكون غذاء الطفل فى الاسبوع الاول لبناً ومرقاً وبيضاً ثم يمكن زيادة الاغذية التى لاتحتاج الى مضغ فى الاسبوع التالى واذا كان الطفل كبيراً حتى يفهم الاوامر يلزم حقن الفم أو استعمال الرذذ بغسول مطهر خفيف مرات عديدة فى اليوم وأما اذا كان الطفل لا يسكت أثناء هذا العمل فيلزم الانقطاع ويلزم عمل مافى الامكان لمنع الطفل من الصياح أو القيء واذا كان كبيراً يستطيع الكلام يلزم التنبيه عليه بمنع الكلام واذا كان الطقس معتدلا يجوز اخراج الطفل في الهوا مدة ساعة أو اثنتين فى اليوم بعد اليوم الرابع ولا تفحص الغرز الا اذا حل ميعاد رفعها ويكون ذلك عادة بعد اسبوع أو عشرة أيام لبعض الغرز وأما ميعاد الباقي فبعد اسبوعين واذا لم يحصل تقرح أو تغنغر حول الغرز يجوز تركها لمدة أطول لان الجرح لا يلتئم تماماً الا بعد ثلاثة أسابيع

واذا نجحت العملية وانسد الثغر في الحنك فمن المهم تمرين الطفل بعد ذلك على نطق الكلمات نطقاً صحيحاً وتزداد أهمية هذه العبارة اذا سبق للطفل ان يتكلم قبل العملية وكان نطقه خطأ وتحتاج هذه المسألة لاعتناء كثير وصبر طويل ويصنع ذلك بأن يجلس المريض على كرسي امام معلمه الذى يطلب منه ان ينطق الكلمات على صحتها لا سيما تلك الكلمات التى لم يصح نطقها قبل العملية وينبه عليه بملاحظة حركات الشفة ولسان المعلم ومن الجهة الاخرى يضطر المعلم للغلو فى هذه الحركات حتى تكون واضحة . اما الكلمات الصفيرية والشفوية فيجب التمرن عليها باعتناء لعدم صحة نطقها فى هذه الحالة ويلزم أيضاً استعمال التمرينات التنفسية الانفية لتعود الطفل التنفس الانفي ويكون ذلك كما سبق ذكره

﴿ الجهازات الصناعية ﴾

لتخفيف حالة الشق فى الحنك يوضع فى الاحوال التى لا يمكن فيها العملية جهاز ساد (*Obturator*) كالاحوال التى لا تنجح العملية بعد تكرارها لسد الشق الموجود في الحنك أو

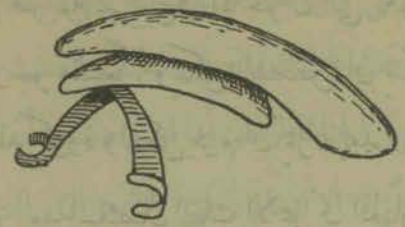
كالاحوال التى لا يؤخذ فيها نسيج يكفى لسد الشق أو كالاحوال التى تمت فيها العملية على الحنك الصلب بنجاح ولم يمكن سد الشق فى الحنك الرخو أما لعدم وجود أنسجه كافية أو لانكماش أثرة الالتحام ، ففي الاحوال المذكورة يلزم استعمال جهاز سادمناسب . وهناك قاعدتان للجهازات السادة ـ قاعدة كنجسلى (*Kingsley method*) التى يستعمل فيها حنك من الذهب أو الفالكانيت (*Vite rite*) فى مكان الحنك الصلب ويلصق بخلفه رق من المطاط الرخو يناسب الشق الموجود في الحنك الرخوو يتحرك بعضلاته وقاعدة سرسن (*Sursen Method*) التى يوضع فيها جهاز سادمن الفالكانيت عوضاً عن الحنك الرخو ويكون ثابتاً . وفى الطريقة الاخيرة يوضع الجهاز السادالثابت بين عضلات البلعوم ويمر الى الخلف مسافة ربع قيراط من الجدار الوحشى البلعومى ، وبانكماش العضلات حوله ينفصل التجويف الانفى البلعومي من التجويف الفمي أثناء البلع والتكلم . ويثبت فى مكانه بطبقة سنية تربط بشرائط فى بعض الاسنان العليا .

وتستحسن طريقة سرسن فى الاحوال التى يكون فيها الشق في الحنك الرخو متسعاً . ويمكن الشخص ان يتكلم باستعمال الجهازات المذكورة ولكن يلزم ان يمرن بعد وضع الجهازات

الجهاز بعد استئصال الفك الاعلى ـ الجهاز المستعمل في هذه الاحوال يشتمل على طبقة من الذهب أو الفالكانيت يلصق في سطحها العلوى سادمجوف (*Hollow obturator*) يناسب التجويف الناشئ من استئصال الفك وتركب الطبقة الذهبية فى الاسنان المقابلة وفي بقايا الحنك الصلب ويركب على هذه الطبقة أسنان صناعية لتكملة الاسنان المفقودة فى ناحية الاستئصال . وتصنع الجهازات السادة من الذهب أو الفالكانيت ويلزم ان تكون ناعمة جداً لعدم احداث تهيج ، وفائدتها هى منع هبوط الخد الذى يحدث غالباً في هذه الاحوال وفضلا عن ذلك فانها تساعد على الكلام بتكوين سقف الفم

وتمنع الطعام من الذهاب الى التجاويف الانفية .

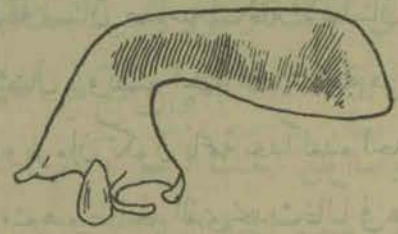
ويلزم تركيب الجهازات المذكورة مباشرة بعد التحام الجروح وقبل ان تتشوه الاجزاء بالانكماش الذى يحدث بعد العمليات



(شكل — ٢١)

﴿ ساد كنجسلى ﴾

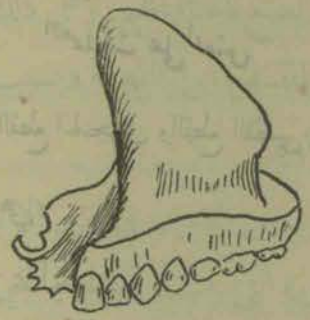
(*Kingsley Obturator*) لشق الحنك: مصنوع من المطاط



(شكل — ٢٢)

﴿ سادسرسن ﴾

(*Seursen obturator*) لشق الحنك مصنوع من الفالكانيت



(شكل — ٢٣)

ساد للتجويف الناشئ بعد استئصال الناحية اليسرى من الفك العلوى

(الفصل العاشر)

العمليات على العنق

(القطع الحنجرى والقطع القصبى)

المضاعفات هي:

(١) الامفزيما الجراحية

(٢) تقرح فى القصبة

(٣) تغنغر الجرح

الانفزيما الجراحية تنشأ أما من الخطأ في العملية وأمامن عدم وجود الانبوبه فى القصبة فاذا وجدت الانبوبة في القصبه وكان طريق الهواء سالكا لاتاتي الا مفزيما الجراحية. فاذا حدثت الانفزيما يلزم رفع الانبوبه وارجاعها باعتناء أو استبدالها باخري أكثر تناسباً للجرح

التقرح فى القصبة ينشأ من عدم تناسب الانبوبة للجرح أومن استعمال الانبوبة زمناً طويلا فتستبدل الانبوبة المعدنية

بعد استعمالها أسبوعاً بانبوبة أخرى من المطاط اذا لم يمكن الاستغناء عنها ومثال الانبوبة الثانية انبوبة مورانت بيكر. أغلب الانابيب تصنع بانحناء عظيم. وعلى ذلك يضغط الطرف السفلى على الجزء المقدم من القصبة ويسبب التقرح وتختلف أعناق المرضي كثيراً

وقد يكون من الضروري تغيير الانبوبة مراراً عديدة حتى تجد الانبوبة التى تناسب والزم ما يكون هذا الاعتناء فى انتخاب الانابيب عند الاطفال لعدم تحمل انسجتهم الضغط كما هو الحال في الشبان. تغنغر الجرح ينشأ من أصابة دفتريا أو من ضغط الانبوبة على الجرح ويلزم ارخاء الشريط وتكرار الغيار بمرهم على الجرح ويكون ذلك بشكل بنيقه على العنق واذا شوهد ان التغنغر يميل الى الانتشار يلزم مس الجرح بحامض الفنيك أو نترات الفضه

يوضع المريض بعد العملية على السرير فى غرفة يحاول تدفئتها بقدر الامكان وأغلب الجراحين يستعمل كلة (ناموسية) على السرير ويضع جهاز بخار لترطيب الجو ويشك بعضهم فى

قيمة هذا العمل لان البخار لا يأتى حول الانبوبة وعادة ينتشر لترطيب الناموسية فأحسن شيء الهواء النقي وان أمكن تحفظ حرارة الهواء حول السرير فى درجة ٦٠ف ويحفظ المريض من التيارات الهوائيه بدون استعمال الناموسية. وسواء استعملت الناموسية ام لم تستعمل يجب ان تكون حرارة الغرفة من ٦٠ الى ٦٥ وتمنع التيارات وتوضع قطع من انشاش على فم الانبوبة ويحسن استعمال بعض نقط من زيت اليوكالبتس على الشاش واذا سبب هذا الزيت سعالا يحسن ابطاله ويشجع المريض على النوم بعد العملية وغالباً بعد تخفيف عسر التنفس بالعملية يتسلط على المرضى النوم ويكثون زمناً وهم نائمون بعد العملية ولا يحسن ايقاظهم لأى سبب ما ذلك لان النوم يفيد المريض بعد تعبه وانحطاطه من عسر التنفس الذى استوجب العمليه ويلزم رفع الانبوبة الداخلية كل ساعتين أو أقل وهذا لا يستدعى ايقاظ الطفل بل ممكن عمل ذلك بدون ازعاجه وتنظف هذه الانبوبة فى محلول حامض فنيك (١/٣٠) ثم ترجع فى مكانها ويلزم مسح المخاط أو أي غشاء اودم يخرج مع السعال

مباشرة باسفنجه مغموسة فى محلول حامض الفنيك المذكور واذا انسدت الانبوبة بأى مخاط يلزم تسليكها بريشة تعقم اولا بغمسها فى محلول الفنيك القوى مدة ساعة أو أكثر ثم تزال آثار الفنيك بماء معقم ويمكن تعقيم الريشة بالغلي ويلزم تجهيز كمية من الريش فى محلول فنيك خفيف ولعمل التسليك تدخل الريشة فى الانبوبة ثم تلف قبل اخراجها حتى يتعلق بها المخاط واذا كان المخاط خشناً أو صغيراً وتعسر اخراج الافراز يلزم استعمال الرذذ فى فوهة الانبوبة بمحلول بى كربونات الصودا (١/٢٠) مدة خمس او عشر دقائق فان ذلك يحلل الافراز او الغشاء ويسهل خروجه بالسعال وعلى كل حال لا بد ان يكون التمريض باعتناء ويقلل التداخل مع المريض وحرمانه من النوم

واذا عسر التنفس فى أى وقت تجمع الغشاء او المخاط فى القصبه الهوائية او الانبوبة يؤمر المريض بالجلوس ويسند بوسادات . ويصعب تغذية المريض بعد هذه العمليات وافضل شيء لذلك ان يجلس المريض ويسند ثم يغذى بانبوبة يدخل طرفها فى حلقه ويلزم ان يكون الغذاء متكرراً بعد فترات صغيرة

واذا لم يستطع المريض ان يبلع يلجأ الى الغذاء الانفي وبعد انتهاء ٢٤ او ٣٦ ساعة تستخرج الانبوبة الخارجية لتنظيفها أو استبدالها بغيرها ولا صعوبة في ذلك انما يلزم من باب الاحتياط وجود الممدد القصبي حتى اذا وجدت صعوبة في ارجاع الانبوبة يستعمل واذا لم يكن في الانبوبة الاصلية ثقب عند الانحناء يلزم استحضار واحدة بهذا الثقب او استعمال انبوبة بصمامين واذا رفعت الانبوبة الداخلية من الانبوبة ذات الصمامين فان المريض يستطيع ان يتنفس من الفم مع عدم وجود انسداد وفي اليوم الثاني تغلق فوهة الانبوبة بسدادة من الفلين أو توضع قطعة من اللنت مبلولة مدة ربع ساعة حتى يتعود المريض التنفس الفمي (ولهذا الغرض يلزم ان يكون هناك ثقب في الانبوبة عند الانحناء) وما لم يكن سبب الانسداد مستديماً يستحسن رفع الانبوبة في اليوم الثالث أو الرابع

﴿ رفع الانبوبة ﴾

كما قلنا ترفع الانبوبة في أول زمن يمكن الاستغناء عنها ويتوفر علينا تعب كثير اذا سبق تعويد

المريض على التنفس بغلق فوهة الانبوبة من وقت لآخر ولا ترفع الانبوبة الا بوجود الممدد القصبي حتى تبعد حافات الجرح اذا ما تعسر التنفس واذا حصل تشنج أثناء رفع الانبوبة يلزم ارجاعها ثم يحاول الطبيب استخراجها بينما يكون المريض جالساً فقد ينجح أحياناً ولا يترك الجراح مريضه الا اذا تأكد بقدرة المريض على التنفس تنفساً هادئاً من الفم

واذا اضطر لاستعمال الانبوبة لزمن أطول من اسبوع يلزم استبدال الانبوبة المعدنية بأخرى من المطاط ولذلك تستحضر انبوبة مورانت بيكر (*Morant Baker*) او تعمل انبوبة من انابيب التصريف كما في الشكل (٢٤) وتراعى هذه المسألة في الاطفال خصوصاً لأن المؤلف شاهد مضاعفة غريبة من استعمال الانبوبة التي من المعدن في طفل مدة لسبوعين. هذه المضاعفة هي التقرح الذي سرى الى الشريان الذي لا اسم له وأعقب هذا التقرح نزيف استمر ثلاث دقائق أودى بحياة الطفل وأحياناً يصادف الجراح صعوبة في ادخال الانبوبة

انبوبة التضريق
انبوبة الحنجرة من لتوضيح طريقة عمل

(شكل ٢٤)

وينشأ ذلك من خوف الطفل لا من انسداد حقيقي فى الحنجرة وتعالج بالصبر والاعتناء وأحياناً يكون ذلك من انسداد حقيقي في الحنجرة من التصاقات أوأزرار لحمية فيضطر الجراح لعمل تمديد في القصبة فوق الانبوبة ولكن ذلك يكون نادراً وهناك طريقة تفيد عند ما توجد صعوبة من التنفس من الفم وهي ادخال انبوبة فى الحنجرة ثم ترفع الانبوبة التى فى القصبة وترفع الانبوبة التى في الحنجرة بعد أربع وعشرين ساعة أو ثمانى وأربعين

﴿ تمديد الحنجرة ﴾

يعطي المريض قليلا من الكلورفورم وتبعد حافات الجرح ويدخل الجراح قسطرة مرنة من الجرح ويؤخذ

طرفها من الفم بجفت وتدخل جملة قساطر باحجام مختلفة بهذه الطريقة حتى تمتد الحنجرة تمدداً كافياً او تمرر بواسطة القسطرة فتلة من الحرير يربط فى طرفها اسفنجة ثم تشد الفتلة من الفم وبمرور الاسفنجة فى الحنجرة تنظف أو تقطع الالتصاقات وكذلك يمكن استعمال انبوبة ماكون (*Macewens tube*)

﴿ الحنجرة الصناعية ﴾

الحنجرة الصناعية جهاز الغرض منه ان يتمكن العليل الذي استؤصلت حنجرته من بلع الطعام دون ان يذهب الى القصبة الهوائية وكذا تمكنه من الكلام وهناك أنواع كثيرة احسنها جهاز جوسنبور (*Gussenbauer*) وجهاز الدكتور فوليس (*Dr. Foulis*) وهذه الجهازات مضاعفة التركيب ولا يمكن وصفها هنا . وبعض المرضي يستعملها بنجاح عظيم وبعضهم يتعب من استعمالها والصعوبة الهائلة في استعمال الجهازات هي كونها معرضة للانسداد بالمخاط

﴿ القطع فى المرئ ﴾

الصعوبة الوحيدة فى هذه العمليات هى الغذاء وأفضل طريقة هي استعمال الحقن المغذية لمدة ثلاثة أو اربعة ايام ويحرم المريض من تناول أى شيء من الفم وأما اذا كان الغذاء الشرجى غير ممكن فتمرر انبوبة في المرئ من الفم أو الانف ويغذى بواسطتها وهذه الانبوبة يمكن استعمالها وقت التغذية أو حفظها طول النهار وفى نهاية الاسبوع الاول أو قبيل نهايته يسمح للمريض بتناول السوائل بكميات قليلة اذا كان الجرح آخذاً في اسباب الالتئام وهذه الجروح تكون دائماً عفنة بوصول المكروب من الجرح ويجب ان يكون التصريف سالكا من قاع الجرح

﴿ العمليات على الغدة الدرقية ﴾

المضاعفات :

(١) فقد الصوت

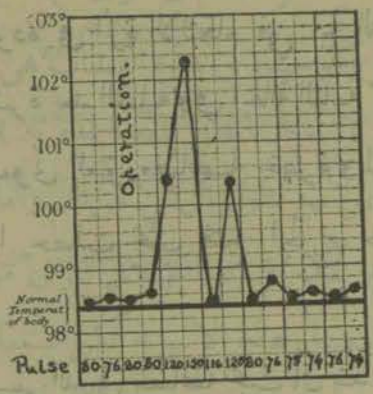
(٢) غلغمونى فى العنق

(٣) التسمم الدرقي

(١) فقد الصوت ينشأ من جرح العصب الحنجرى الراجع أو من وجوده فى أثرة الالتحام ففي الحالة الاولى تأتى المضاعفة مباشرة بعد العملية وفي الحالة الثانية تأتى آجلا

(٢) غلغمونى العنق مضاعفة خطرة ويلزم ان يتوقاها الجراح واذا حصلت يجب فتح الجرح حالا واستعمال التصريف .

(٣) التسمم الدرقي مضاعفة يجب أن يتذكرها الجراح اعراضه تشبه اعراض الجواتر الجحوظى (ولكن بدون جحوظ) وتكون هذه الاعراض حادة وتأتى بعد مضي ٢٤ أو ٤٨ ساعة . ترتفع الحرارة فجأة ارتفاعاً عظيما (١٠٣ الى ١٠٥ ف) وتبقى متقطعة ويحمر وجه المريض ويضطرب ويكون النبض سريعاً



ورقة حرارة حالة تسمم دموي

(شكل — ٢٥)

الاعراض غالباً تكون مزعجة جداً وربما التبس فيها الجراح باعراض التعفن الحاد الا ان سرعة النبض (التكي كارديا) تميزه وتمنع الخطأ في التشخيص وتنخفض الاعراض في يوم أو اثنين بدون ضرر وأما اذا احتدمت الاعراض أو اشتدت كما يصادف احياناً فيفتح الجرح ويغسل بماء معقم ويستعمل له التصريف أو يحشي بشاش ليمنع امتصاص الافراز بالانسجة وفي الاحوال الرديئة يلتجأ الى عمل حقن فى الوريد والانذار

في هذا التسمم الدرقي لا يكون خطراً الا نادراً وقد انتهي التسمم فى بعض المشاهدات بالموت

﴿ الاذيما المخاطية ﴾

كانت الاذيما المخاطية مضاعفة فى الايام الاولى حينما كان يستأصل الجراح كل الغدة أما الآن فقد قلت هذه المضاعفة باقتصار الجراحين على استئصال فص واحد وقد تصادف احيانا عند استئصال جزءاً كبيراً من الغدة أو عندما يكون الجزء المتروك عديم الوظيفة فتظهر اعراض عدم وجود افراز الغدة الدرقية وتأتى هذه الاعراض بعد بضعة أيام من العملية وتتخذ شكل تشنج عضلي وقد يكون التشنج فى الحنجرة فيسبب عسراً فى التنفس أو تشنجاً فى اليدين والقدمين مع ذبول مستمر وأفضل علاج هو جرعة كبيرة من خلاصة الغدة الدرقية التى قد يضطر المريض للمداومة عليها طول حياته

﴿ عمليات استئصال الغدد ﴾

(اللمفاوية المتضخمة)

يمنع المريض بعد العملية من تحريك رأسه بقدر الامكان واذا كان الجرح كبيراً يحسن وضع اكياس من الرمل على جانبي الرأس والعنق لهذا الغرض ولعدم تكون اثرة التحام متشوهة يلزم رفع الخيط في اليوم الثالث أو الرابع مع تقريب حافتي الجرح بقطع من المشمع . واذا استعملت انبوبة للتصريف فى الجرح يلزم رفعها بعد أربع وعشرين ساعة . ويحسن ارسال المريض لتغيير الهواء بعد التئام الجرح ببضعة شهور اذا كانت الضخامة فى الغدد اللمفاوية درنية . وتلزم المعيشة في الهواء المطلق مع الغذاء الجيد خشية من حدوث اصابات درنية شديدة الخطر

(الفصل الحادى عشر)

(العمليات على الصدر)

« بتر الثدى »

المضاعفات هي :

(١) اصابات الرئة

(٢) تقيح الجلد

(٣) التعفن

(٤) وقوف الدم الوريدى مع اذيما في الذراع

(٥) لمفادينوما

اذا لم تستعمل انبوبة للتصريف ينبه على المريض بالنوم على الجنب السليم منعاً لتجمع الدم فى النسيج فى الطرف الابطى من الجرح فى مدة الاربع والعشرين ساعة الاولى وأما اذا استعملت انبوبة للتصريف فلاحاجة لهذا الوضع

واذا اشتكت المريضة من ألم تعمل لها حقنة من المورفين (½ قمحة) والألم عادى بعد هذه العملية لاسيما اذا أخذنا مع الثدى مساحة كبيرة من الجلد .

واذا تشربت الغيارات بالدم توضع غيارات أخرى فوق الاولي وتربط عليها ويفضل عدم رفع الغيارات الاولية واستبدالها بغيرها الا اذا كان النزيف شديداً . ويحسن وضع كمية كافية من القطن بين الغيارات والاربطة فى الايام الاولى وفى اليوم التالي للعملية يجلس المريض ويسند بوسادات فى السرير منعاً لمضاعفات الرئة

تأتى المضاعفات الرئوية بعد عملية استئصال الثدى لان هذه العملية اكثر ما تعمل للسرطان وهو لا يكون الا فى الشيوخ وهم معرضون للاصابات الرئوية التى تساعد في احداثها الاعاقة في الحركات الصدرية التي تنشأ من الجرح الكبير في الصدر ذلك لأن الشخص لا يمكنه ان يتنفس تنفساً طويلا منعاً للألم ويكون التنفس بالحجاب الحاجز وقصيراً. ويساعد على الاعاقة أيضاً الضغط على الصدر بالاربطة

ويجب تذكر كل هذه الاشياء والتحوط لها خوفاً من فشل عملية ربما كانت ناجحة

وبعد العملية يربط الذراع للصدر وأما اليد فتربط برباط الى العنق. واذا استعملنا (علاقة) للذراع لا يجب ان تكون محكمة حتي ترفع الترقوة أو الكتف لان ذلك يزيد التوتر فى الغرز وربما انقطع بعضها . واذا استعملت انبوبة للتصريف ترفع في اليوم الثانى للعملية ويغير على الجرح واثناء الغيار يعتني بتنظيف الطرف الابطي من الجرح

وبعد اليوم الرابع يحرك الذراع ويبعد من وقت لآخر منعاً لحدوث التصاقات بين الجلد والانسجة الغائرة ويكون التحريك ضعيفاً فى مدة الاسبوعين الاولين ويزاد يوماً عن آخر ثم تشجع العليلة على تحريك الذراع بنفسها ولا بد من حصول اعاقة فى حركات الذراع بعد العملية للمساحة الجلدية التي استؤصلت والالتصاقات التى تكونت ولكن بالتمرين على الحركات تحسن هذه الاعاقة ويستحسن بعد التحام الجرح تحريك الجلد على الانسجة الغائرة حتي لا تلتصق اثرة التحام

وليس من الضروري ان نذكر هنا لزوم مراقبة العليلة مدة طويلة بعد العملية حتي اذا بدت اعراض رجوع الورم تكرر العملية قبل استفحال الامر .

﴿ تغنغر الجلد ﴾

اذا استأصلنا مساحة كبيرة من الجلد اثناء العملية وحدث توتر عظيم لتقريب حافتي الجرح فان ذلك يسبب تغنغر الجلد واذا كان التغنغر على وشك الحدوث يحتاط له بقطع الغرز واذا تعرى جزء كبير من سطح الجرح نتيجة التغنغر يلتجأ الى الترقيع بطريقة تيرش . (*Thiersch*)

﴿ التعفن ﴾

التعفن مضاعفة خطرة بعد هذه العملية لسعة الجرح وانفتاح الاوعية اللمفاوية وطالما اعقب التعفن امتصاص عفن يؤدي بحياة العليلة . وقد شوهد انسكاب بلوراوى فى نفس الجانب فى بعض الاحوال ينتهى بالتقيح .

﴿ العمليات للصديد في تجويف البلورا ﴾

المضاعفات هي :

(١) عدم تمدد الرئة

(٢) ناسور مستديم

(٣) صديد في التجويف الثانى

(٤) خراج في المخ

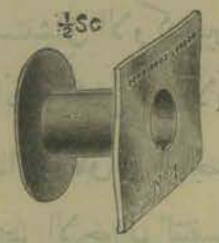
(٥) انحناء العمود الفقرى

بعد العملية يحصل عادة ولاسيما عند الاطفال اعاقة عظيمة في التنفس وترى زرقة في الشفتين وهذا دليل كاف على عدم تاكسد الدم فى الرئتين وتعالج هذه الحالة باستنشاق الاوكسجين وينبه على المريض باستنشاق الاوكسجين من انبوبة من المطاط ملتصقة باسطوانة أوكيس من الاوكسجين كلما ظهر عسر في التنفس أو بدا ازرقاق فى الوجه فان ذلك يساعد المريض حتى يعتاد المريض الاحوال التنفسية الجديدة ويعمل الغيار اللازم على الجرح مراراً اذا كان هناك افرازات من الجرح ويكون الغيار باعتناء كأننا نغير على جرح معقم لأهمية

عـدم تجديد عدوى وتلقيحه بمكروبات أخرى ويكفي عمـل الغيار مرة واحدة بعـد أيام قليلة ومن المهم حفظ الجرح الصدري مفتوحاً لتصريف الصديد ولا يتأخر الجراح عن توسيع الجرح اذا رأى بعد تصفية السائل ان الاضلاع قد تقاربت بعضها بعض ولا بأس من استئصال شيء من الاضلاع عنـد الحاجة وترفع الانبوبة يومياً وتنظف تنظيفاً كاملا ثم ترجع وذلك خوفاً من انسدادها بالاغشية القيحية

وعند انخفاض كميـة السائل يمكن استبدال الانبوبة الـكبيرة باخرى صغيرة ويستحسن استعمال انبوبة بلتن بولارد

Mr. Bilton Pollard



(شـكل ٢٦)

فانها توضع بسهولة وتحفظ نفسها فى الجرح ويبقى المريض في الفرش مـدة اسبوع او عشرة ايام واذا سمحت حالته بعـد

ذلك يرخص له بالخروج فى الهواء اذا كان الجو معتدلا ويختلف الزمن الذى تحفظ فيه الانبوبة ويمكن ان يقال بعدم رفع الانبوبة مالم تنخفض كميـة السائل الى درهم أو درهمين على شرط ان يكون صافياً وبعـد رفع الانبوبة يملأ الجرح بالشاش يومياً حتي يبتدىء الجرح بالالتحام من القاع واما فى الاطفال فزمن حفظ الانبوبة يكون اقصر لجواز رفعها بعد ثلاثة ايام واثناء عمـل الغيار على الجرح يؤمر المريض بالنوم على الجانب المصاب حتى يسهل خروج الصديد وفى الوقت نفسـه يؤمر بالسعال لانها تساعد على خروج الاغشية القيحية أو الصديد المتجمد وقد تبقى اعراض الصديد المتخزن من مثـل ارتفاع الحرارة وان كان طريق الصديد سالـكا وتنسب هـذه الاعراض لتكيس التجويف واحتوائه على كيس من الصديد لم يفتح ولا بد من فحص التجويف حتى نعثر عليه ونفتحه وأفضـل طريقة لذلك هي ادخال قسطرة فى جهـات مختلفة حتى نجـد الصديد أو ادخال الاصبع والاسترشاد به اذا سمح الجرح بدخوله

وعدم تمدد الرئة بعد هذه العملية مضاعفة خطرة لاستطرادها الى تشوه فى الصدر مع انحناء جانبي فى العمود الفقرى واستدامة ناصور لا ينفك عن الافراز ولا يخفى مافى ذلك من القلق والتعب للمريض . وأهم شيء يساعد على تمدد الرئة هو التمرين على التمرينات التنفسية المناسبة وهذه التمرينات يمكن تقسيمها الى قسمين

(١) مايعمل بينما يوجد الجرح الى التجويف البلوراوي

(٢) مايعمل بعد انسداد هذا الجرح ويقصد بالجرح فى التجويف البلوراوى ماكان يسبب هواء فى تجويف الصدر وليس يقصد به الناصور الخارجى بالالتصاقات على التجويف البلوراوى ففي القسم الاول نكون مع حالة هواء فى تجويف الصدر وبالتالى متي كان تمدد الصدر لا يسبب ضغطاً سلبيا في التجويف البلوراوى في هذه الناحية لا يمكننا ان نلتجيء الى التمرينات التنفسية الاعتيادية ويلزم ان نستفيد من الضغط الايجابى الناشيء من الرئة السليمة اثناء الزفير لتمديد الرئة الاخرى فيلزم ان يزفر المريض أو يخرج تنفسه بقوة ضد

مقاومة وأفضل طريقة لهذا العمل هو ان يؤمر المريض بالنفخ بقوة في انبوبة صغيرة من الزجاج موضوعة في الفم وأما اذا كان العليل طفلا فيعطى صفارة لا تحدث صوتاً الا اذا نفخ فيها بشدة ويمكن تنويع التمرين بارشاد المريض بعمل زفير شديد بينما يكون المزمار مقفلا ثم يسمح للهواء بالخروج بين الشفتين المقفلتين قفلا خفيفاً ويقصد من هذه التمرينات احداث ضغطاً ايجابياً فى الرئة المصابة ويتلو هذا الضغط تمددها ويجب ان تعمل هذه التمرينات ويثابر عليها بانتظام من اول يوم وتزاد بالتدريج يوماً عن آخر

واما فى القسم الثانى فغرضنا تمديد الرئة بالضغط السلبى فى التجويف البلوراوى كما هو الحال في التنفس الطبيعي ولا يمكن عمل ذلك الا اذا كان التجويف البلوراوى مسدوداً إما بالتحام الجرح وإما بالتصاق طبقتي البلورا ويمكن الابتداء فى هذه التمرينات قبل التحام الجرح لوجود الالتصاقات لدرجة ما وهذه التمرينات يمكن مراجعتها فى كتاب الدكتور كامبل (*Dr Campbell*)

الناصور المستديم ينشأ من اسباب مختلفة احدها عدم

تمدد الرئة اما اذا تمددت الرئة تماماً واستمر الافراز العفن من الجرح فيلزم الاشتباه في وجود عظم متنكرز ويبحث عنه بالفحص بالمسبر الذى يبين دائماً نكروزاً في جزء من ضلع واغلب ما يكون النكروز فى الحافة السفلى من الضلع العلوى للجرح وحينئذ نستخرج القطع المتنكرزة حتى يلتحم الجرح وقد يكون السبب عدم سلوك طريق الصديد وفي هذه الحالة نشاهد تقطعاً فى السير — فاحياناً يلتحم الجرح واحياناً ينقطع عن الالتحام ففى مثل هذه الحالة يوسع الجرح ويفتح فتحاً عظيما واذا وجد بعد توسيع الجرح تجويف كبير داخل الصدر توضع فيه انبوبة تصريف حتى يوشك على الشفاء فتستبدل بالشاش ومن الاسباب الاخرى لاستدامة الناصور اصابة البلورا بالدرن وتسوس العمود الفقرى وفى هذه الحالة يكون الصديد فى تجويف الصدر ثانويا وظهور صفائح طباشيرية في البلورا

واذا وجد صديد فى تجويف الصدر الثانى يكتفى بنزل الصديد من هذه الجهة لتسهيل الالتصاقات حتى لا تنكمش الرئة من فتحة الصدر وأما من جهة غسيل التجويف

البلوراوى بعد فتح الصدر فقد اتضح خطره مهما كانت درجة الاعتناء وقد لايحصل خطر فى بعض الاحوال ولكن يعقب البعض الآخر اعراض تهور خطره واحيانا موت فجائى ولو كان الاعتناء كثيراً فيحسن الاقتناع بالتصريف البسيط واما اذا رأى الجراح ضرورة لغسيله بان كان التجويف عفناً أولم يجد التصريف البسيط فيجب ان يفعل ذلك والمريض جالس ولا بد ان يكون الطريق لخروج السائل سالكا حتى يمنع احتمال احداث توتر فى تجويف البلورا. والمعالجة العمومية غاية في الاهمية، يسمح للمريض بتغيير الهواء ويفضل ان يكون ذلك بجانب البحر ويواظب المريض على التمرينات التنفسية لتمديد الرئة ثم التمرينات البدنية منعا لتشوه الصدر وانحناء العمود الفقرى واهم ما يكون ذلك في الاطفال لتعرضهم لهذا التشوه وذلك الانحناء بعد الحالة الصدرية واحيانا يفيد الانحناء الفقرى بعد الحالة الصدرية لعدم امكان رجوع الرئة الى حالتها الاصلية ويكون الانحناء سبباً لسد الفتحة واذا كان التشوه عظيما يعمل على التخلص منه لان الحالة تزيد بالاستمرار

(الفصل الثانى عشر)

(العمليات على البطن)

المعالجة العمومية والمضاعفات

العلاج بعد عمليات شق البطن

العلاج بعد العملية فى هذه الاحوال مهم جداً وهو أهم من غيره فى الاحوال الاخرى ويلزم الاستمرار على المعالجة بلباقة ويلزم أن تبنى المعالجة على المشاهدات لاختلاف الاحوال وعدم اتفاقها ولذا تمنع كل عادة فى المعالجة . وخطة السير فى العلاج يجب ان تتبع الحقائق الفسيولوجية وذلك بان يستحضر الطبيب صورة خيالية عن حالة تجويف البطن ويعالج على حسبها ويلزم ان يكون غرضه الاول هو التوقي من المضاعفات المتوقعة الحصول فذلك افضل من معالجتها بعدظهورها ويجب منع كثرة التداخل لاسيما الافراط

في استعمال العقاقير واذا حصلت المضاعفات تكون المعالجة سريعة لانها اذا استحكمت يصعب محاربتها

ينقل المريض بعد العملية الى السرير بكل لطف واعتناء لان الاهتزاز والارتجاج يسببان غثياناً وقياً وتستبدل الفلانلا التي على المريض باخرى نظيفة يجب تدفئتها قبل استعمالها ثم يوضع بجانب المريض على السرير صفائح او قوارير ماء ساخن وهنا يلزم التنبيه بعدم الافراط في ذلك لانه يسبب تعريقاً شديداً ويعتني ايضاً حتى لا تحرق هذه الصفائح جسم المريض لما ان المرضى الباقين في تأثير التخدير يحرقون بسرعة . وكم شوهدت حروق متسعة فى المستشفيات من ذلك

ولا بأس من استعمال حقنة مغذية دافئة بعد وضع المريض على السرير وأما اذا وجدت علامات الصدمة فتعمل له حقنة من محلول ملح الطعام الدافئ بقدر نصف لتر مضاف اليه ٥٠جم من الكونياك ويجوز اعطاؤها وحدها اومع الحقنة المغذية وينصح المستر واطسن شين باستعمال حقنة فيها ٥٠جراما

من القهوة الساخنة و ٢٥ جراما من الكونياك و ٢٥ جراما من المرق وعشر نقط من سائل الاستركنين

واذا استمر القيء زمنا ما تعمل مكمدة ساخنة على الجزء الشراسيفي ويسمح للمريض بشرب قليل من الماء الساخن مذابا فيه قليل من بى كربونات الصودا (راجع مضاعفات التخدير)

واما اذا تيبس المريض السوائل فى فمه كما يشاهد كثيراً بعد أحوال الانسداد المعوى والالتهاب البريتونى فتعالج بسند المريض حتى يكون للجاذبية تأثير ولا يلتجأ لهذه الطريقة اذا كان المريض فى صدمة واذا اشتكي المريض من ألم كثير يمكن ان يخفف بثني ركبتي المريض على وساده حتى تسترخى العضلات البطنية واما اذا كان شديداً فلا مفر من استعمال المورفين ولكن يحسن تحاشيه بقدر الامكان لما يسببه من الانتفاخ (تطبل البطن) ويستعمل المورفين ايضاً اذا كان المريض قلقا ويعطى حقنا تحت الجلد من ثمن الى ثلث قمحة على حسب الظروف وأما من جهة الوضع فيكون على حسب

راحة المريض وذلك يكون عادة على الجانب (راجع الفصل الاول) ومنعاً لحدوث تطبل البطن يوضع المبسم العاج المستعمل في المحقنة الشرجية بين عاصرتى المستقيم مرتين فى اليوم ويترك ساعة كل مرة لانه لا يؤلم المريض ابداً ويمهد الطريق لخروج الارياح ويعمل للمريض حقنة شرجية من الماء والصابون فى اليوم الثالث أو قبله اذا لم تنطلق امعاؤه قبل العملية وتكرر الحقنة بعد ساعة اذا لم تفد الاولى واذا فشلت الحقنة الثانيه تعمل له حقنة من الزيت او يعطى ٢٥ جراماً من زيت الخروع من الفم أو يعطى ٢ سنتى من الزئبق الحلو كل ساعة مدة ٨ ساعات او حتى يتبرز ويفضل بعضهم استعمال الاملاح الملحية بجرع صغيرة كل ساعتين وهذا الموضوع مهم جداً وتختلف آراء الجراحين فيه ويكننا ان نقول كلما اسرع المريض فى التبرز كان أبعد من الخطر واهمية اطلاق الامعاء بعد هذه العمليات تتضح من جدول الدكتور داروول اسميث الذى بحث فى هذا الموضوع كثيراً فى ٤٢ عملية على البطن

من ٤٢ حالة شاهد التقيء وتطبل البطن في ١٣

ورأى في ١١ ان الامعاء قد انطلقت بالمليّنات أو الحقن في اليوم الثاني أو الثالث ومن هذا العدد ظهرت مضاعفات في حالتين

وفي ٢٠ حالة انطلقت الامعاء بالمليّنات او الحقن في اليوم الرابع او الخامس ومن هذا العدد ظهرت المضاعفات في ٥ حالات

وترك ١١ حالة للطبيعة ظهرت المضاعفات في ٦ منها

الغرض هو اطلاق الامعاء واستخراج البراز بحالة طبيعية لا بشدة تحرك الامعاء وافضل شيء لذلك هو الحقن الشرجي الذي يأتي بنتيجة طيبة بدون تهييج الامعاء وأما من جهة المليّنات فالاملاح في جرع صغيرة تؤخذ على التتابع تأتي بنتيجة بدون ان تتعب العضلات المعوية ولكنها تسبب قيأ وهو ما نتحاشاه واحسن طريقة لذلك الجرعة الآتية :

سلفات المانيزيا	٤ جم	كل ساعة حتى تطلق الامعاء
سلفات الصودا	٤ر جم	
ماء نعناع لغاية	١٥٠ر جم	

وقيمة هذه الاملاح في معالجة الالتهاب البريتوني المبتدىء عظيمة جداً وطالما ثبت نفعها . وطالما استعمل ذلك المرحوم لوسن تيت بعد عمليات استئصال المبيضين .

ولقد اثبت اخيرا الدكتور ما كلم *McCullum* ان اغلب المليّنات الملحية تؤثر احسن اذا اعطيت حقناً تحت الجلد لاسيما في الاحوال التي يحدث القيء فيها اذا اعطيت من الفم .

زيت الخروع من أحسن الاشياء التي تستعمل في هذه الاحوال واذا امكن استعماله فانه يفضل عن سائر الاشياء فيعطى ٢٥ جم من زيت الخروع في صباح اليوم الثالث ويفضل الزئبق الحلو بجرع صغيرة تعطي على التتابع لاسيما اذا وجد التهاب بريتوني او اشتبه في وجوده ولما انه لا يؤثر الا بحالته المهيجة لجدر الامعاء يلزم الاحتراس في اعطائه وعلى كل حال استعمال المليّنات بعد عمليات فتح البطن تحتاج لتبصر وتدبر ومعرفة بفسيولوجية الامعاء وكيفية تأثير المليّنات . وهنا يلزم ان نبدي كلمة احتراس وهي عدم الافراط في

استعمال المهيجات مثل الزئبق الحلو فى الشيوخ وضعاف البنية لما انها تحدث اسهالا عنيداً لا ينجع فيه دواء وقد ينتهي بالموت

وبعد اطلاق الامعاء يحسن اعطاء المريض مليناً خفيفاً منعاً للامساك وأفضل شيء لذلك ملعقة شاى من سائل الكاسكارا أو مسحوق السوس

واذا استمر الحال جيداً لا يعمل الغيار على الجرح حتي اليوم العاشر اذ ترفع اغلب الغرز

ومن المستحسن اذا كانت خياطة الجرح بطبقة واحدة من الغرز أن نترك غرزتين أو ثلاث من الغرز الغائرة يعني من الغرز التى تمر فى سمك جدار البطن مدة يوم او اكثر حتى نتأكد من عدم وجود تكيس فى السطح البريتونى الذي يعقبه فتق بطني وعند ما يكون فى الجرح عدد كثير من الغرز ترفع الغرز السطحية في نهاية الاسبوع الاول وترفع الغرز الغائرة فى نهاية الاسبوع الثانى وبعد رفع كل الغرز يشد الجرح بقطع من المشمع حتى لا يؤثر في الجرح الجديد شيء من المجهود ويلف على المشمع رباط من الفلانلا

ولا يقوم المريض من الفراش الا بعد نهاية الاسبوع الثالث ويرجأ القيام لمدة اطول اذا كانوا شيوخا أو كانت بطونهم مسترخية ولا يرخص لهم بالقيام الا فى نهاية الاسبوع الخامس ثم يجلس المريض على اريكة ولا يسمح له بالمشي الا بعد اسبوع وينبه عليهم بعدم اجهاد أنفسهم برفع اثقال عظيمة وخلافه لمدة لا تقل عن الشهرين ويلزم استعمال حزام بطني قبل القيام من السرير يستمر على استعماله ستة شهور واما في حالة النساء فيمكن استعمال حزام مخصوص يسند الجزء السفلى من البطن

﴿ الغذاء ﴾

امر الغذاء مهم جداً فى علاج الاحوال البطنية ولا بد من الاسترشاد بطبيعة الحالة الى انتخاب وتحديد الغذاء المناسب فاذا كانت العملية على جزء من الجهاز الهضمي يكون الغرض فى انتخاب الغذاء عدم تناول كل ما يحتاج الى هضم او يستلزم الحركة الدودية فى هذا الجزأ من الامعاء فمثلا فى العمليات على المعدة يجب ان تتحاشى الاغذية التى تهضم عادة

بهذا العضو وفي العمليات على الامعاء الدقاق لا بد ان يلجأ الى الغذاء الذى يمكن هضمه كله بواسطة المعدة ولا بد ان نحترس فى اعطاء الاغذية ونمنع كل غذاء يسبب اثناء الهضم غازات منعاً لانتفاخ الامعاء

ولا بد ان نراعي ان الجهاز الهضمي فى هذه الاحوال ليس عادياً وان الهضم ليس كاملا وان الغذاء يكون معرضاً للتخمر .اللبن وهو الغذاء الاكثر استعمالا في هذه الاحوال لسوء الحظ لا يمكن هضمه تماماً لانه يكون معرضاً للتخمر مع احداث غازات وربما كان من اردأ ما يستعمل فى الغذاء وان قلل هضمه بمسحوق البيتون قبل استعماله شيئاً من ضرره لا كل الضرر لانه معرض للتخمر فى المعدة والامعاء وزيادة على ذلك فان البيتون المستعمل لهضمه كلو . ومن اسلم وأفضل الاشياء هو ماء الزلال ويعمل هذا الماء بضرب بياض ثلاث أو اربع بيضات في خمسماية جرام من الماء مع اضافة شيء من الليمون والسكر أو شيء من المواد المطيبة تحسيناً لطعمه وهو سهل فى الهضم وليس كاوياً ولا يسبب غازات

اثناء هضمه ويعطى كيلو من هذا الماء فى خلال الاربع والعشرين ساعة وهو كل مايلزم المريض تناوله فى الثلاثة الايام الاولى ويستعمل بمقدار خمسين جراما كل ساعتين متى كان المريض مستيقظاً ويمكن اضافة شيء من اللبن المهضوم بمسحوق البيتون الى ماء الزلال اذا اردنا وليس في ذلك مزية ويفضل عدم استعمال اللبن حي تنطلق الامعاء ومن ضمن الاشياء المستعملة كثيراً مثل ماء الزلال البلاسمون . البلاسمون هو زلال نقي مجهز من كاسينوجين اللبن وهو مسحوق ابيض ناعم يذوب بسهولة وعاطل من الطعم والرائحة ويمكن اضافته الى أى صنف من الغذاء ولما انه يحتوى على كمية مئوية كبيرة من الزلال فهو أحسن غذاء ومع ذلك فهو ارخص انواع الزلال لانه يستحضر من زبد اللبن اثناء تحضير الزبد وهو سهل فى الهضم وخالص من المواد الكيماوية وفي الاحوال البطنية يفضل استعماله مشروباً أو فى شكل هلام

بلاسمون	٣ ملاعق بن
ماء دافيء	٣٠٠ جرام

يضاف الى البلاسمون قليل من الماء ثم يحرك على شكل سائل غروى ثم تضاف اليه الكمية الباقية من الماء ويغلي الكل مدة دقيقتين ويستعمل من ذلك ٥٠ جراما كل ساعتين مخلوطاً عليه قليل من الماء مع اضافة المواد المطيبة على حسب الذوق وللتنويع يمكن استعمال البلاسمون على شكل هلام ثم عند استعمال الغذاء العادى يحسن تناول شيء من البلاسمون كل يوم وكمية البلاسمون التى يمكن تعاطيها فى اليوم تختلف تبعاً للظروف ولكن بوجه التقريب يجب ان تتراوح بين ٣ و٦ ملاعق بن

وغذاء آخر لاغلب هذه الاحوال على حسب ما اشار اليه المستر جيل فورد فى الجريدة الطبية الانجليزية بتاريخ ١٦ نوفمبر سنة ١٩٠١ هو سكر العنب ولنقتبس كلامه في ذلك :

« من رأيي ان من احسن انواع الغذاء هو سكر العنب وهو بنفسه مجشيء (محدث للغثيان) ولكن باضافة شيء من المواد المطيبة مثل الزبيب يحسن في الطعم ولطالما وجدت المرضي تفضله عن سائر المواد الغذائية السائلة ويستمرون عليه مدة

امتعاضهم من اللبن والمرق ويعمل باضافة ماء ساخن لنصف حجم الماء من الزبيب المفروم وينقع مدة ساعتين ثم يرشح والمواد المرشحة يمكن استعمالها بالماء أو بدون الماء ساخناً أو بارداً كما يبدو للمريض وان كان هذا السائل يحتوي على مواد أخرى سوى سكر العنب فهى موجودة بكميات قليلة لا بأس من اغفالها

تستعمل أولا بجرع صغيرة وتزاد بالتدريج وهي ذات قيمة واذا تذكر الانسان أهمية السكر فى المواد الغذائية يدهش من عدم استعماله فى أصناف الغذاء للمريض وأكثر ماتكون الدهشة من سكر العنب لانه لا يحتاج الى هضم واذا اضفنا ماء الزلال والبلاسمون الى سكر العنب يكون لنا من الخلط غذاء جميل لهذه الاحوال في الايام الاولى بعد العملية لانها تحتوى على نسبة عظيمة من الاشياء المغذية فى شكل سهل الهضم وفى حجم صغير وتترك كمية قليلة من الفضلات فهي تحتوى على المواد النتروجينية والنشائية الاولى في شكل سهل الهضم والثانية في شكل لا يحتاج الى هضم مطلقاً

وأما المرق الذى لا يزال استعماله محبوباً بين المرضي فلا قيمة له سوى انه منبه وكم من المنبهات أفضل منه ولقد عمل تحليل كيماوى لهذا المرق فى احد المستشفيات الكبيرة واتضح من التحليل ان المرق يحتوى على كمية كبيرة من الزلال فأحسن صنف من المرق يحتوى على ٣٫٥ في المئة من المواد المغذية وعلى هذا يكون المرق وسائر خلاصات اللحم غير مفيدة فى الغذاء ولقد كتب احد الاطباء الظرفاء حديثاً فقال : « واذا قارنا بين الدماء التى صارت جارية من الحروب التى اقامها طمع نابليون وبين الملايين من الاشخاص الذين سقطوا في قبورهم بسبب الثقة العمياء في المرق واعتقادهم انه ذو قيمة غذائية لا يذكر الاول بجانب الاخير »

واذا اضطر الى استعمال المنبهات يستحسن استعمال الكونياك او الوسكي احدهما اوكليهما بجرعة صغيرة في جرع الغذاء وقد تكون الشمبانيا ذات قيمة ولكن يحسن عدم استعمال المشروبات الغازية لما تسببه من الانتفاخ

ولا يعطي المريض شيئاً من الفم سوى الماء مباشرة

بعد العملية فى الخمس ساعات الاولى واذا شعر المريض بظمأ يستحسن اضافة قليل من عصير الليمون أومن ماء النعناع الفلفلي الى الماء الذى يعطي بمقدار فنجان الشاى فقط ولا فائدة بالترخيص له بحسو الماء لما ان ذلك يعرض للقيء كتناول الماء بكميات كبيرة وهذا الاخير له الافضلية لغسله المعدة اذا خرج فى القيء . من الصحيح ان الظمأ هو دعوة الجسم الفسيولوجية للماء وعلى ذلك يجب ان يطفأ ولكن الكميات الكبيرة من الماء غير مستحسنة لانها تحدث القيء بانتفاخ المعدة وأما اعطاء الماء بمقدار ملاعق بن صغيرة فلا هو معقول ولا هو يطفيء الظمأ وفنجان من الشاى بكمية قليلة من السكر بدون لبن له فائدة عظمى لاسيما اذا سكت وبطل القيء ولا بد أن يكون خفيفاً ويشرب مباشرة وما لم يكن هناك دلالة تمنع من تناول الاغذية بالفم يرخص للمريض بتناول ماء الزلال أو خلافه مما يناسب مباشرة بعد انقطاع القيء ويكون هذا غالباً بعد مرور ست ساعات

ولا بد ان يقتصر الغذاء في الايام الاولى على السوائل

حتى تنطلق الامعاء وبعد ذلك في الاحوال التى لا تتضاعف والاحوال التي ليست فيها اصابات معوية يمكن استعمال البيض المغلي قليلا والكسترد (حلو أفرنكى مصنوع من البيض واللبن) والمواد الهلامية والمجهزات اللبنية مثل الكومس (شراب مسكر من لبن الفرس) وبعد انتهاء عشرة أيام وقد يجوز قبل ذلك يمكن استعمال الغذاء الجامد على شرط ان يكون سهل الهضم ويوكل ببطء لاستعداد المرضى للاصابة بنوب عسر هضم من أسباب خفيفة ويمنع ما يترك فضلات كثيرة فى الامعاء مثل الباسكاويت وخلافه وأما الزمن الذي يصرح فيه للمريض بتناول الغذاء الاعتيادي فيختلف ولا بد ان يكون لكل حالة زمن على حسب الظروف وشهية المريض دائما ابدا تكون المرشد لصنف وكمية الغذاء واذا كان هناك ميل لانتفاخ البطن يجب الاستمرار على الاغذية السائلة حتي ينقطع وفى أغلب الاحيان فى أحوال شق البطن يلتجأ الى الغذاء الشرجى وفي مثل هذه الاحوال لا يمكن الاستغناء عن تناول ماء الزلال من الفم

﴿ مضاعفات شق البطن ﴾
(المضاعفات العمومية)

هى :

(١) الصدمة
(٢) قيء
(٣) تطبل البطن
(٤) التهاب بريتونى
(٥) تقيح غرزى
(٥) ناصور ثفلي
(٧) التهاب الغدة النكفية
(٨) أثرة التحام ضعيفة
(٩) احتباس معوى
(١٠) التصاقات
(١١) فتق بطنى
(١٢) تمدد المعدة الحاد

﴿ الصدمة ﴾

قد تكلمنا على هذه الحالة فى فصل خاص ولا نعود اليها الآن.

﴿ القيء ﴾

قد سبق الكلام على ذلك أيضاً ويحسن ان نقول هنا انه فى الاحوال الرديئة التى لا تنقطع بالوسائل الاعتيادية لابد ان يلجأ الجراح الى غسيل المعدة بالماء (الدافئ) ويكرر هذا العمل كل ثلاث ساعات . وقد يفيد سند المريض في وضع نصف جلوس ولا بد ان يكون غرضنا معالجة السبب لا قطع القيء

﴿ تطبل البطن ﴾

هذه اشد المضاعفات خطراً بعد عمليات شق البطن ومهما كان سببها الفسيولوجى وسواء كانت نتيجة شلل فى العضلات المعوية أم نتيجة سبب آخر فاننا نشاهد المضاعفة كثيراً وهي مضاعفة اذا تمكنت فمن الصعب معالجتها . وهي تظهر فى مدة تتراوح من ٢٤ الى ٤٨ ساعة بعد العملية بانتفاخ البطن مع قلق وعدم راحة ورائحة كريهة فى الفم

وفى الاحوال التى تنتهي بالموت يزداد الانتفاخ ويصاحبه امساك تام ويموت المريض إما من امتصاص عفن من الامعاء

وإما فى احوال أخرى من التهاب بريتونى وقليل من الانتفاخ عادي بعد العملية لاسيما في الاحوال العفنة مثل العمليات على الزائدة الدودية . ومن الضرورى توقي هذه المضاعفة قبل حصولها بالوسائل المناسبة كادخال انبوبة فى المستقيم وتركها كما سبق ذكره ويعتقد المستر النجهام بضرورة انقباض العضلات البطنية لطرد الارياح وهذا مما يحاشاه المريض منعاً للألم الذى نشأ من الجرح وعلى ذلك تجمع الارياح فى الامعاء وبوضع الانبوبة فى المستقيم يكون الطريق سالكا للخروج ولا حاجة للمساعدة وعند ظهور الانتفاخ يهتم الجراح بالاسعافات وتكون بشكل حقنة شرجية ويستحسن فى مثل هذه الاحوال حقنة التربنتينا كما يأتى :

زيت تربنتينا	٢٥ جم
ماء صابون لغاية	٤٠٠ جم
أو	
معجون السذاب	١٠ جم
مغلي البابونج لغاية	٤٠٠ جم

وبعد عمل الحقنة توضع الأنبوبة في المستقيم بين العضلة العاصرة وتترك مدة ساعة لتسمح للارياح بالخروج. ويفضل ترك الانبوبة فى المستقيم ساعة كل ست ساعات فى حالة وجود الانتفاخ. واذا لم تجد هذه الوسائل تعمل حقنة كبيرة من الزيوت مثل الحقنة الآتية :

زيت خروع ٥٠ جم

زيت زيتون ١٠٠ جم

أو تستعمل زيت الخروع أو الزئبق الحلو أو الاملاح المسهلة بجرع صغيرة حتى يتبرز المريض. واستعمال الاستركنين حقناً تحت الجلد بمقادير صغيرة يفيد فى هذه الاحوال وكذلك استعمال الكهرباء لمقاومة شلل الامعاء

لكنا نجد ان الانتفاخ يزول عادة بهذه الوسائل اذا كان ظهوره (بدريا) ولم يهمل علاجه وفى الاحوال الرديئة تستعمل حقن قوية من الجلسرين أو الجلسرين وسلفات المانيريا وقد تأتى هذه الحقن بنجاح

جلسرين ٣٠ أو ٤٥

سلفات مانيريا ١٥ جم

ماء ١٥٠ جم

واذا فشلت كل هذه الوسائل لا يبقى الا فتح البطن ثانيا وشق الامعاء

(الالتهاب البريتونى)

ينظر حين حصول هذه المضاعفة فى فتح البطن ثانياً أو يحاول الجراح اطلاق الامعاء

والزئبق الحلو فى كميات صغيرة أفضل شيء

(التقيح الغرزى)

طالما يصادف الجراح هذه المضاعفة التى تنشأ احياناً من توتر الغرزة الشديد والتى تعالج بقطعها ولا ترفع بعد قطعها منعاً لعدوى الجزء الغائر من الجرح . واذا عملت الخياطة على طبقات فتقيح الغرز الغائرة صعب ويعزو بعضهم ذلك لعدم تعقيم الخيط المستعمل تعقيما تاماً ويرد عليهم بجواز حصول ذلك بعد أشهر من التحام الجرح التحاماً جيداً بالقصد الاول وعند ما تصادف هذه المضاعفة لا بد من فتح الجرح ورفع كل الغرز

وكل ناصور يبقى ويتأخر عن الالتحام لابد من فحصه لاحتمال وجود جسم غريب كقطعة من الخيط أو انبوبة التصريف لما ان ذلك من اكثر اسباب مثل هذه النواصير

(الناصور الثفلي)

تشاهد هذه الحالة عادة بعد العمليات على الزائدة الدودية وتنسب لفتحة فى الجزء الباقي من الزائدة أو لفتحة في الاعور وأول ما يعمل هو التأكد من سهولة خروج الصديد وعدم تكيسه فى الداخل ولهذا الغرض توضع انبوبة تصريف فى الجرح ويجتهد فى تنظيفه وتشفى أغلب النواصير بذاتها دون ان تحتاج الى مداخلة فى زمن لا يتجاوز ٦ اسابيع . وأما اذا عصي الجرح عن الالتئام ومال الى عمل تجويف فلابد من توسيعه وقطعه وتصريفه مع تنظيم الغذاء وملازمة المريض للفراش ولا بأس من الالتجاء الى الوضع الذى يمنع خروج المواد المعوية من الناصور واذا تعاصى الجرح رغماً عن كل هذه الوسائل عن الالتئام فلا بد من وجود انسداد يمنع مرور المواد الثفلية من الامعاء فوق الناصور الى الامعاء تحته ولا

يكون هذا الا بالفحص وعمل عملية لازالة الانسداد أوفصل الامعاء أعلي الجرح من الاخرى اسفله

ولما ان أغلب هذه النواصير تلتئم بنفسها فيحسن ان ينتظر الجراح ولا يسأم حتى انتهاء الشهر السادس ما لم يكن هناك انسداد ظاهر فى طريق المواد الثفلية

ومثل النواصير المتخلفة بعد عمليات الزائدة الدودية غيرها بعد عمليات أخرى الا أن السبب هنا هو تكون حوية وتعالج بالازالة

(التهاب الغدة النكفية)

هذه المضاعفة الغريبة قد تعقب أية عملية ولكنها كثيراً تشاهد بعد عمليات شق البطن والعمليات على الاحشاء الحوضية وهي اكثر حصولا فى النساء وبعد العمليات على الاحشاء الحوضية ونشاهدها فى العمليات على المعدة لنحو قرحة معدية وقد جمع المستر استفين باجيت مائة حاله وكانت هذه هي الاسباب : اصابة أو مرض فى الجهاز الهضمي واصابة أو مرض في الجهاز البولي أو جدر البطن أو البريتون

أو النسيج الخلوى الحوضي أو صدمة فى الخصية أو استعمال فرزجة والطمث والحمل . فى ٩٣ من المائة شوهدت منفردة بدون وجود مضاعفات أخرى معها ويختلف زمن ابتداءها بعد العملية فتظهر غالباً من اسبوع الى عشرة أيام بعد العملية وأحياناً تصطحب مع التهاب الغدد تحت الفك وتبتدئ بانتفاخ فى الغدد مع سائر علامات الالتهاب وهي تشابه الحالة المعروفة باسم (*Mumps*) وكثيراً مايوجد ألم وارتفاع فى الحرارة وتكون الحرارة من مائة الى مائة وواحد ف الا فى الاحوال العفنة ومن ذلك يتضح وجود خراج وعادة ينخفض الالتهاب فى ظرف يوم وقد تتقيح ويظهر التقيح بمشاهدة ورقة الحرارة ويتسرب الصديد الى فوهة الاذن الظاهرة أو الى البلعوم وسبب الحالة غير معلوم على ان هناك علاقة بين الغدة النكفية وأعضاء التناسل أمر مؤكد ولكن كيف يترتب ذلك شيء لانعلمه وأحسن علاج لالتهاب الغدة النكفية هو مكمدات خلات الرصاص الساخنة وتناول مسهل من المسهلات واذا تقيح الالتهاب يفتح الخراج ويحترس من اصابة فروع العصب الوجهى

(أثرة الالتحام)

يشاهد تمدد أثرة الالتحام وتكوّن نقطة ضعيفة تحت جدر البطن اذا كان الجرح فى المساحة التى تحت السرة واكثر مايكون بعد العمليات التي يستعمل فيها انابيب التصريف لتجويف عفن لاسيما بعد عمليات للالتهاب البريتونى الدرنى أو الاصابة الدرنية فى الزائدة الدودية وتعالج باستعمال المشمع على جانبي الأثرة لضم جانبيها والتنبيه على المريض بلبس حزام بطني مناسب ولا يكون هناك حشو فى الحزام لاستعمال ضغط على الأثرة لما ان الضغط يسبب ضموراً فى الانسجة ويزيد في الضعف ويحسن في الاطفال الامر بملازمة الفراش زمناً ما حتى تتقوى أثرة الالتحام ثم يلبسون حزاماً مدة ستة شهور

(الاحتباس المعوي)

هي مضاعفة يجوز حصولها بعد أية عملية بطنية ولكنها تكون فى الاغلب بعد العمليات على الاعضاء الحوضية كما انها تعقب العمليات على الزائدة الدودية وتبتدئ الاعراض

بآلام مغصية في البطن وانتفاخ وقيء وامساك ومن الصعب معالجته وربما يسير المريض في طريق النجاح فى الايام الاولى بعد العملية ويجوز حصول التبرز في اليوم الثالث بواسطة حقنة شرجية ثم ترى بعد ذلك انقلاباً فى الحالة بظهور الامساك والآلام والصعوبة في اطلاق الامعاء وتزداد هذه الصعوبة حتى في طرف زمن قصير تتحول الى انسداد مطلق وتضح بعض العلامات الاعتيادية للانسداد المعوى وتشاهد هذه المضاعفة فى اليوم الخامس أو السادس وتنتشر الاعراض ببطء ولكن الحالة هى انسداد معوى حاد

وباثولوجيا الانسداد هى التصاق جزء من الامعاء فى جزء من سطح العملية مع التوائها ويحصل ضيق خفيف فى اتساع الامعاء أولا ولكن بانتفاخ الامعاء يزداد الانسداد حتى يصير انسداداً كلياً

وعند ظهور الاعراض واشتباه الجراح فيها لابد أن يلتجئ مباشرة للاسعافات فيحاول أولا ان يمدد الالتصاقات باحداث الحركة الدودية في الامعاء فيعطى المريض املاحا

بجرع كبيرة من الفم وتستعمل له الحقن الشرجية بزيت الترنتينا ويقول المستر واطسون شين بفائدة الوضع في علاج هذه الحالة وينصح بوضع المريض بطريقة ما حتى تشد الامعاء الملتصقة ويلزم لذلك وضع ترند لنبرج وان لم تفد هذه الوسائل فلابد من فتح البطن وتمزيق الالتصاقات اذا سمحت حالة المريض .

(الالتصاقات)

واذا كانت الالتصاقات يتسبب عنها دائما انسداد معوى الا انها تبقى مزعجة للمريض لاسيما ماوجد بعد العمليات على الاحوال الالتهابية فبعد دور النقاهة يشعر المريض بآلام مبهمة فى البطن تزداد بالمشي والحركة ويصعب اطلاق الامعاء ويضطر المريض الى استعمال الملينات دائما وعند التبرز يشعر المريض بآلام مغصية واحياناً يشعر بنفس الآلام فى الجزء السفلى من البطن عند امتلاء المثانة وقد تزداد هذه الاعراض وينبقي المريض هكذا زمناً طويلا وهذه الاعراض ناشئة من

التصاقات الامعاء بعضها ببعض أو التصاق الامعاء باعضاء أخرى

وقد تشفى هذه الاعراض بالتدليك أو التمرينات البدنية المناسبة

وأما فى الاحوال المزمنة فمن الضرورى فتح البطن وقطع الالتصاقات

(الفتق البطنى)

كتب بعضهم كثيراً على هذا الموضوع وما زالت الكتابات كثيرة وأصبح واضحاً ان كثرة الفتق البطنى تكون بعد عمليات فتح البطن وما اكثر ما كتب توضيحاً لطرق اقفال البطن منعاً لحدوث هذه المضاعفة فمثلا تفصل كل طبقة عضلية بمفردها اثناء فتح البطن وتخيط كل طبقة بمفردها اثناء قفل الجرح واستعمال الاسلاك الفضية فى الخياطة ولكل طريقة

وقد تفشل كل طريقة لمنع فتق البطن وأنا اظن ان افضل طريقة لمنع الفتق هي خياطة الجرح باعتناء والحصول على الالتحام بالقصد الاول وبعدم الاستعجال فى رفع الغرز

فهذه الطريقة اهم من الطرق المتبعة المتضاعفة فى فتح البطن وقفله . واذا حدث الفتق البطني يلبس له حزام بطني مدة من الزمن وان لم يفد الحزام تعمل له عملية

(تمدد المعدة الحادة)

تحدث هذه المضاعفة الرديئة بعد اية عملية في التجويف البريتونى . وقد تأتى دفعة واحدة أو بعد بضعة ايام . القيء عادى ولكنه لا يشاهد دائما . والانتفاخ شديد جداً وينحط المريض بسرعة .

وفي اغلب الاحوال يموت العليل فى بحر يومين أو ثلاثة ، وقد شوهدت احوال تم فيها الشفاء . ولم يشاهد عادة انسداد فى التشريح بعد الوفاة وقد وجد بعضهم فتقاً بطنياً فى حالتين .

وافضل علاج هو غسيل المعدة ثلاث مرات في اليوم حتى يزول الانتفاخ وعمل حقن من محلول ملح الطعام تحت الجلد. ولا تستدعى الحالة عمل عملية وان كان بعضهم قد اجري عملية معدية معوية (*Gastro-enterostomy*) بنجاح فى حالة او اثنتين.

﴿ الاجسام الغريبة المتروكة داخل البطن ﴾

نسيان أي جسم غريب فى البطن بعد العملية حادثة رديئة ويجب ان لا تحدث ولكن لما كان الانسان معرضاً للنسيان فقد تحدث هذه المضاعفة احياناً ولا يمكن توقيها الا بالترتيب والنظام فى العمل .

والاجسام الغريبة التي تركت في البطن مختلفة وهي الجفوت والمقص والاسفنج وقطع من انابيب التصريف . وقد عرفت احول تكيس فيها الاسفنج في البطن ومكث زمناً طويلا بدون احداث اعراض واحيانا يحسب الاسفنج المتكيس خطأ اوراماً . بيد ان التكيس لا يحدث في كل الاحوال وطالما نشأت اعراض شديدة من نسيان الاجسام الغريبة فى البطن فقد يمتد التقرح الى الامعاء او احدالاحشاء وينتهى بالهلاك او قد يتكون خراج تحت الجلد يؤول الى ناصور واصل الى مكان الجسم الغريب . وهناك احوال برز الجسم الغريب فيها من الناصور مع الافراز . واشدالاجسام

الغريبة خطراً هى الآلات الجراحية لانها تحدث مضاعفات شديدة .

وافضل شيء لمنع هذه الحوادث هو اتخاذ طريقة عملية تمنع الوقوع فى هذه الغلطة

ولا يكفى عد الاسفنج وذلك لان الجراح قد يضطر الى قطع الشاش أو الاسفنج الى قطعتين للف عص أو ايقاف نزيف . وعلى ذلك يجوز نسيان احدى القطع بينما يكون عدد الاسفنج كاملا لزيادة العدد اثناء العملية بالقطع

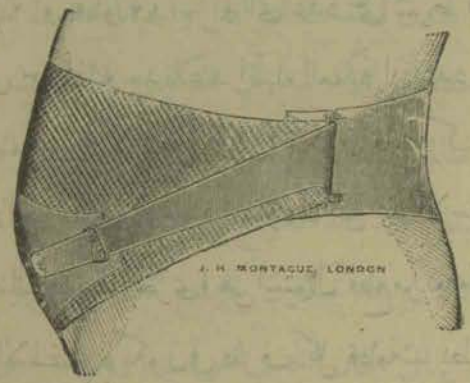
وأفضل طريقة هي ان يكون عدد الاسفنج المستعمل هو ٣ أو ٦ أو ٩ أو ١٢ — أو اى عدد على شرط ان يقبل القسمة على ٣ واذا وجدنا عند انتهاء العملية ان عدد الاسفنج يقبل القسمة على ٣ لا يمكن ان نكون قد تركنا شيئاً في البطن . والجراح هو وحده المسؤول عن عد الاسفنج

وهناك طريقة أخرى وهي استعمال قطع مربعة من الشاش بدلا من الاسفنج ويكون فى طرف كل قطعة شريط يمسك في جفت عند استعمال القطعة ويترك الجفت خارج الجرح .

ولا بد ان تكون الجفوت المستعملة (بالدست) ولا بد من عدها قبل العملية وبعدها والجراح نفسه هو المسؤول

﴿ الحزام البطني بعد عمليات البطن ﴾

هناك انواع مختلفة لحزام البطن ولا بأس من استعمال أى شكل وانما يلزم ان يكون الحزام محكماً على البطن وان يسند الجزء السفلى من البطن أعلى حافة الحوض . ولا يفيد الحزام الذى يشد البطن بدون ان يسنده بل قد يأتى بضرر وفي شكل (٢٧) يشاهد حزام جيد للبطن



شكل (٢٧)

(الفصل الثالث عشر)

(العمليات على البطن)

« تابع ما قبله »

﴿ احوال الالتهاب البريتونى الحاد ﴾

الطريقة الحديثة لمعالجة هذه الاحوال هي معالجة سبب العدوى بكل سرعة وبتصريف التجويف البريتونى فى المواضع التى يتجمع فيها الصديد ويحسن الالتفات الى العلاج بعد العمليات في هذه الاحوال فيلزم ان يمرض المريض في وضع فولر (*Fowler*) أي فى وضع نصف الجلوس ففي هذا الوضع يتسرب الصديد والافراز المصلى الى الحوض حيث يمكن خروج الصديد والمصل وحيث يكونان بعيدين عن الجزء العلوى من البطن وهو الاشد خطراً . ويلزم ابقاء المريض في هذا الوضع طول المدة ولا يصرح له بالاستلقاء الا اذا تحسن الالتهاب البريتونى

والنقطة المهمة الاخرى هي عمل حقن شرجية بمحلول

ملح الطعام بكميات كبيرة . وأفضل طريقة لذلك هو عمل ترتيب لاستمرار الحقن الشرجي ويفعل ذلك بالزارق الاعتيادى (ordinary irrigator) بمبسم مهبلي يوضع في المستقيم ويجب ان لا يعلو سطح السائل فى الزارق اكثر من ٦ قراريط عن مستوى الشرج حتى يدخل السائل في المستقيم ببطء . ويلزم ان يملأ بمحلول دافيء من ملح الطعام. والكمية التى يلزم حقنها فى الاربع والعشرين ساعة تتراوح بين ٥ و ١٠ كيلو من المحلول ويحسن تكرارها اذا دعت الحالة وهذه طريقة جيدة لمعالجة الالتهاب البريتونى الحاد لانها تغسل السموم الموجودة فى الدم والانسجة وتساعد على افرازها

ويلزم عمل الغيار مراراً وتقصير انابيب التصريف ثم رفعها أخيراً عند انخفاض كمية الافراز أو انقطاعه

وقد اتضح عدم فائدة تصريف التجويف البريتونى اكثر من ٢٤ أو ٤٨ ساعة وليس هناك فائدة في ترك انابيب التصريف اكثر من يومين أو ثلاثة

ويمنع الغذاء بالكلية أو يعطى المريض قليلا جداً منه

في اليومين الاولين ويمكن اضافة سوائل مغذية الى سائل الحقنة الشرجية من وقت لآخر

ويحسن اطلاق الامعاء فى اقرب وقت بجرعة من زيت الخروع أو الزئبق الحلو ويحافظ على اطلاقها فى زمن النقاهة منعاً لتكوّن الالتصاقات

(العمليات على المعدة)

المضاعفات الخصوصية هي :

(١) التهاب رئوى

(٢) القيء التبجسى

(٣) القيء الدموى

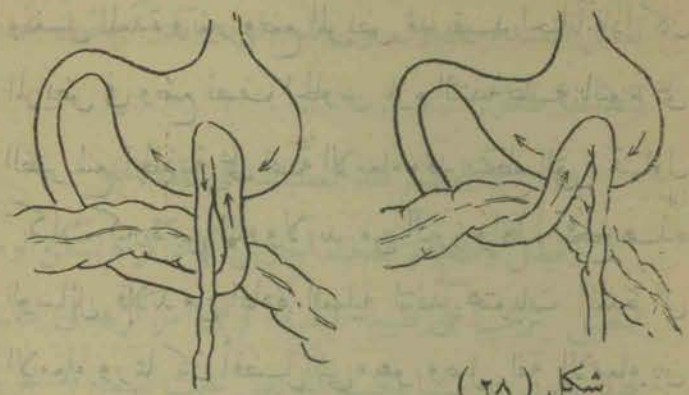
(الالتهاب الرئوى)

من اكثر اسباب الموت بعد العمليات على المعدة لاسيما ما عمل منها لمعالجة ضيق فى الفتحة البوابية هو الالتهاب الرئوى والسبب في ذلك هو كبر السن وضعف المرضى والاعاقة فى حركات التنفس من العضلات البطنية العليا والحجاب الحاجز وعلى ذلك يكون التنفس ضعيفاً فخوف

المريض من الألم الذي يوجد مع التنفس العميق وكذلك يتحاشي المريض السعال ويتجمع المخاط فى اجزاء الرئة المتدلية ويعقب ذلك التهاب رئوى رسوبى أو ركودى وأفضل شيء لمنع ذلك هو تمريض العليل في الوضع الجلوسي مع انثناء الركبتين على وسادة ويسند الرأس والظهر بوسادات

(القيء التبجسي)

يعقب هذا القيء العمليات المعوية المعدية ويأتى فى اليوم الثاني أو الثالث مع عدم وجود علامات التهاب بريتوني وهو ينشأ من تكوّن التواء معيب فى الامعاء وبدلا من ذهاب المحتويات المعدية الى الجزء الطرفي من الامعاء تمر فى الجزء المركزى او الجزء الاثنى عشرى ومن هنا الى المعدة ويشتبه فى هذا القيء اذا كان في القيء شيء من المواد الصفراوية وقد عزا بعضهم ذلك الى وجود المواد الصفراوية فى المعدة وليس هذا المذهب بصحيح لان القيء ناشيء من انسداد الفتحة الاتصالية الجديدة انسدادا عارضيا او دائميا والقيء إما خفيف يحدث بضع مرات ثم ينقطع بالكلية وإما خطر ينتهي بالهلاك وعند ظهور هذا القيء يقطع الغذاء من الفم

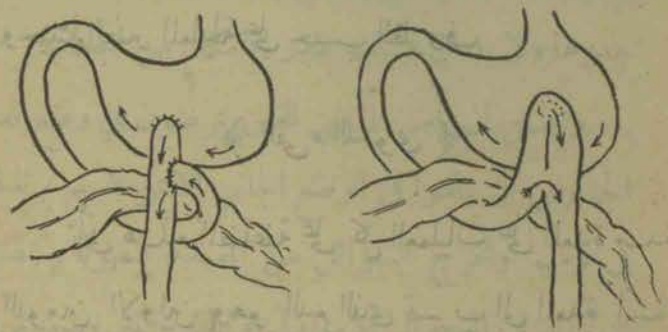


شكل (٢٨)

تكون التواء معيب بعد عملية معدية معوية فى الجدار المقدم من المعدة من خطأ فى العملية وحدوث الحركة الدودية فى جهات مضادة فى المعدة والامعاء

شكل (٢٩)

تكون التواء معيب بعد عملية معدية معوية فى الجدار المقدم من المعدة من تكون حوية بجذب الامعاء



شكل (٣٠)

طريقة تصليح الالتواء المعيب بوصل اللفة الدائرية والمركزية من الامعاء — أفضل طريقة ان استدعت الحالة العملية

شكل (٣١)

طريقة أخرى — عملية حرف ل

وتغسل المعدة وتغير وضع المريض قد يفيد احياناً فاذا كان المريض في وضع نصف الجلوس يلزم التنبيه عليه بالنوم على الظهر لمنع الجاذبية على لفة الامعاء وقد ينقطع القيء بتناول كميات كبيرة من الماء ولا بد من التبرز واذا لم تنجح هذه الوسائل فلابد من اعادة العملية لتنفذ محتويات المعدة الى الامعاء وربما كان أفضل شيء هو وصل لفة الامعاء بين فوهة الفتحة البوابية والمعدة الى الجزء الطرفى من الامعاء اسفل وأما اذا كان القيء التبجسي تابعاً لعمليات أخرى فذلك يكون لالتهاب الغشاء المخاطى للمعدة أولالتهاب بريتوني وحينئذ تصير المعالجة على حسب الظروف

﴿ القيء الدموي ﴾

تأتى هذه المضاعفة على كل العمليات على المعدة مدة اليومين الاولين وهو الدم الذى تسرب الى المعدة اثناء العملية ولا بأس منه وأما اذا كان الدم لامعاً ويظن انه ارتشاح من الجرح الذى فى المعدة فيعالج بشرب المياه الساخنة أو

تغسل المعدة بمحلول بوريك دافيء ونادراً يعقب هذه المضاعفة خطر

﴿ الوضع بعد العمليات على المعدة ﴾

أفضل وضع هو نصف الجلوس كما ذكر ولكن الوضع الحقيق يترتب على طبيعة الحالة وعلى مركزها فى المعدة فقد يكون غرضنا وضع المريض بحيث يسمح له بخروج السوائل بسهولة من المعدة الى الامعاء ولما ان الفتحة البوابية على الجانب الايمن فالوضع الجانبي الايمن يفضل عن غيره لأن المعدة تضعف قوتها فى طرد محتوياتها بعد العمليات على جدرها ولا بد ان نستفيد بقدر الامكان من الجاذبية

ويحسن ان نأمر المرضى الذين يمرضون في وضع نصف الجلوس ان يناموا فى الوضع الجانبي الايمن لانهم يرتاحون فى نومهم وتخرج السوائل من المعدة بسهولة وتتصرف السوائل من المعدة الى الامعاء اثناء الليل وتغير وضع المريض من آن لآخر يمنع حصول القروح الفراشية التي يتعرض لها الطاعنون فى السن وضعاف البنية

وأما فى حالة القروح المعدية التي عولجت بالوسائل الجراحية فلابد ان يبقي المريض فى الوضع الذى يمنع الجرح من ملامسة محتويات المعدة سواء كان ذلك غذاء أو مخاطاً

ولضرورة منع القيء بعد هذه العملية منعاً لتمزق الغرز الموجودة فى المعدة يلزم منع الغذاء من الفم فى الايام الاولى ويستعمل الغذاء الشرجى وطالما تشتكي المرضى من الظمأ ولاطفائه تعمل الحقن الدافئة من الماء وقد يفيد مص الليمون واذا كان المريض كبيراً فى السن أو ضعيفاً من الحالة المرضية التى استدعت العملية لا يكتفي الجراح بالغذاء الشرجى حتى فى اليومين الاولين بل يلزم اعطاؤه شيئاً من السوائل مثل ماء الزلال كل ساعتين أو ثلاث بعد انقطاع نتائج التخدير ولا بد ان يواظب المريض على الاغذية السائلة اسبوعا كاملا

وما انسب الغذاء السكرى الذى سبق ذكره وحده أو مضافاً الى ماء الزلال ويلتئم الجرح فى المعدة من اسبوع الى عشرة أيام وينصح المستر بركر متى شعر المريض بعد العملية على المعدة بثقل وانتفاخ فى مكان المعدة ان تدخل انبوبة

لاستفراغ السوائل الموجودة وهو يعتقد ان ذلك يشفي المريض من الألم وعدم الراحة ويجوز عمل ذلك فى اليوم الاول بعد العملية واعادته عند اللزوم

﴿ العمليات على مثانة المرارة والقنوات الصفراوية ﴾

المضاعفات الخصوصية هي :

(١) نزيف

(٢) ناصور صفراوى

(٣) التهاب شعبي رئوى والتهاب بلوراوى

(٤) تمدد حاد فى المعدة

(٥) قيء

﴿ النزيف ﴾

أغلب هذه العمليات تعمل على مرضى مصابين باليرقان حيث تقل قابلية تجمد الدم وتتغير كما هو الحال في المرضى المصابين بالهيموفليا ويحصل ارتشاح من كل سطح الجرح قد ينتهي بالهلاك اذا لم يباشر بعلاجه وقد لا يأتى هذا الارتشاح الدموى الا بعد يومين أو ثلاثة ولقد بيّن المستر مايو روبصن

فائدة استعمال كلورور الكلسيوم بمقادير كبيرة وينصح أيضاً باستعمال خلاصة المحفظة فوق الكلية والضغط الوضعي

﴿ الناصور الصفراوي ﴾

هى مضاعفة متعبة تتبع أحياناً العمليات على الحويصلة المرارية وهذه النواصير تلتحم من نفسها بعد شهر أو اثنين واذا لم تلتحم يكون ذلك ناشئاً من انسداد القناة العمومية للصفراء امامن انحشار حصاة أوورم خبيث فى رأس البنكرياس وأما نتيجة التصاقات وقد تحتاج الى عملية

اذا لم تظهر المواد الصفراويه فى البراز فعلى الغالب يكون سبب الناصور انسدادا فى المسالك الصفراويه وتحتاج الحالة لعملية أخري واما اذا وجدت المواد الصفراويه فى البراز فيحسن الانتظار زمنا ما لان الناصور عادة يلتحم من نفسه

﴿ الالتهاب الشعبى الرئوي والالتهاب البلوراوى ﴾

هذه المضاعفات تنشأ من أعاقة حركات الحجاب الحاجز من العملية ويلزم التحوط لها بتمريض العليل فى وضع نصف الجلوس أو نصف الاضطجاع

﴿ تمدد المعده الحاد ﴾

يقال أن هذه الحالة تعقب عملية شق القنوات الصفراويه فى بعض الاحيان وتعالج بالغسيل المعدى والغذاء الشرجي

﴿ القيء ﴾

يستمر القيء بعد هذه العملية عند حشو الجرح بشاش كثير وينقطع القيء بعد رفع هذا الشاش

﴿ العمليات على الزائده الدوديه ﴾

المضاعفات هي :

(١) التهاب بريتونى
(٢) تطبل البطن
(٣) ناصور ثفلى
(٤) سائل صديدى فى تجويف البلورا
(٥) تخثر الدم
(٦) أصابة الرئه بالانفاركت
(٧) تكيس الصديد
(٨) التصاقات

معالجة الجرح تكون كمعالجة الخراجات في أى جهة ولكن من المهم عدم اخراج أنبوبة التصريف قبل التحام أنسجة الجرح الغائرة لما أن الفتحة الجلديه قد تضيق وتسمح للصديد أن يتكيس فى جيوب واحيانا بعد أسبوع أو أطول عند ما يكون المريض قد أخذ فى اسباب النشفا ترتفع الحرارة ويتألم المريض في مكان الجرح وفي الحقيقه تشاهد الاعراض الاصلية وينشأ ذلك من تكون خراج جديد فى الاجزاء الغائرة من تجويف الجرح وبعبارة أخري يتكيس الصديد ويحبس عن سائر الجرح ولا بد أن يمدد الجرح باعتناء ويفحص بالاصبع أو بالمسبر حتى نعثر على الصديد ونسمح له بالخروج وما أشد الاعتناء اللازم فى هذه الحالة لمنع خطر فتح التجويف البريتونى العمومي واحداث التهاب بريتونى

واذا حسونا الجرح بشاش يلزم رفعه بعد ٣٦ ساعه أو ٤٨ ومنعا للالم المعتاد يخدر المريض واذا رأينا صعوبة فى اخراج الشاش يترك مدة فانه يرتخي فى مدة يوم ويسهل اخراجه ورأى بعضهم أحوالا كثيرة أعقب رفع الشاش التهاب

بريتونى عمومى وعلى ذلك استعمال القوة في اخراج الشاش فى اليوم الثانى أو الثالث خطر وبعد رفع الشاش اما أن يحشى الجرح ثانياً أو يوضع فيه أنبوبة تصريف وتوضع أنبوبة في المستقيم بعد العملية احتراسا من التطبل لكثرة حصوله فى هذه الاحوال وتترك الانبوبة فى المستقيم ساعة في كل ست ساعات من زمن العملية ويحسن اطلاق الامعاء بعد كل العمليات على الزائدة الدودية باسرع ما يمكن فتعمل للمريض حقنة فى اليوم التالي واذا لم تنجح يتناول المريض جرعة من الزيت الخروع أو الاملاح الاعتياديه

واذا رأينا تجويفاً كبيراً عفناً بعد العملية يلزم غسله مرة أو مرتين فى اليوم ولا بد من الاعتناء فى عمل الغسيل ولا بد من اخراجه منعاً لتجمعه حتى لا ينضغط في التجويف البريتونى مع احداث التهاب بريتونى ولا فائدة من استعمال المحاليل المطهرة لغسيل التجويف وافضل محلول هو محلول ملح الطعام وأما اذا ظهر تعفن شديد فى التجويف فيستبدل بمحلول الملح بروكسيد الهدروجين فانه يفيد جداً لتنظيف الجرح ويستعمل

هذا المحلول بقوة خمسة احجام ومن المحاليل الاخرى المستعملة ماء الكلورين ومحلول ليزوفورم بنسبة خفيفة وبحث بعضهم فى نتيجة العملية فى ماية حالة متتابعة في احد مستشفيات لندره للتحقق من نسبة المضاعفات بعد العملية

فكانت الوفيات بنسبة ٨ فى المايه ثلاثة منها حصل الوفاة فيها بسبب التطبل والالتهاب البريتونى واثنتان حصل الوفاة فيهما بسبب التعفن واثنتان من نزلة شعبية وواحدة من اصابة الرئة بالانفاركت

وأما المضاعفات بما فيها التقيح الغرزى فبلغ عددها ٤٨ في المايه.

فى ٤ منها تضاعفت بسائل صديدى فى تجويف البلورا في الجهة اليمنى وفى حالة واحدة حدث التهاب بلوراوى حاد وأصيبت الرئة بالانفاركت فى ٥ حالات. في حالة منها ظهرت الاصابة فى اليوم الاول وفي اثنتين في اليوم التاسع وفى واحدة فى اليوم العاشر وفى أخرى فى اليوم الثانى عشر وفي ثلاث من الخمس حصل التخثر في الاطراف السفلى وأما تكيس الصديد

ورجوع بعض الاعراض الاصلية والاحتياج الى فتح الجرح مرة ثانية فحصل فى ١٥ حالة

وظهر الناصور الثفلي في ٩ حالات وشوهد التطبل فى سبع

وهذه المضاعفات تظهر بنسبة عالية لانها من احصائية الاسبتاليات حيث لا توجد الا الاحوال الخطرة

وقد يصعب اطلاق الامعاء فى الاسابيع الاولى بعد العملية نظرا لتكون التصاقات بين ثنايا الامعاء ويكثر الالتصاق اذا استطرق الخراج الى الحوض ولا بأس من التغلب عليه باستعمال الاملاح وفى أغلب الاحيان لا تبقى

فى فتح الخراج أو فى حالة وجود التهابات شديدة حول الزائدة الدودية يغلب حصول التصاقات بالقرب من الجرح وبمرور الوقت تنكمش الالتصاقات وتحدث عند المريض ألماً وتعباً وفي الاحوال المذكورة ظهرت هذه الاعراض في ١٨ حالة وابتدأت الاعراض من سنة الى سنتين بعد العملية

وأما سائر المضاعفات الاخرى فقد سبق الكلام عليها

في الفصل الماضي

وقد يعقب العملية فتق بطني ومن الغريب اصطحابه بألم شديد وهو يحتاج لعملية أخرى

(عمليات الفتق)

المضاعفات الخصوصية هي :

(١) التهاب الخصية والحبل المنوي

(٢) احتباس البول

(٣) انفصال الغرز الغائرة

(٤) القيء المستمر

(٥) رجوع الفتق

حفظا للغيار يلزم في الذكور وضع قطعة من الجاكونت علي الغيار وأما في الاطفال فيصعب حفظ الغيار حينا ويستحسن وضع شاش بالكلوديوم علي الجرح مباشرة ثم وضع الغيار فوق ذلك حتي يمكن استبداله من آن لآخر

وأحسن طريقة في تمريض الاطفال هي تعليق الساقين كما يعمل في معالجة كسر عظم الفخذ بطريقة بريانت وليست

مزية هذه الطريقة في حفظ الطفل نظيفا فقط بل في أثناء تغذيه وحفظ فتحات الأربيه ومنع أي توتر فيها أثناء التحام الجرح من صياح وخلافه

والزمن اللازم لبقاء المريض في الفراش يختلف من ثلاثة أسابيع الي شهر وتكفي عادة ثلاثة أسابيع وعندما يسمح للمريض بالقيام يلزم وضع غيار على مكان العملية ورباط بشكل ٨ على القناة الأربيه ويستعمل ذلك مدة أسبوع ثم يستغنى عن كل شيء بعد ذلك واستعمال حزام الفتق بعد الشفاء التام لاضرورة له بل طالما نشاء عنه ضرر كثير من الضغط المستمر لان ذلك يضعف أثرة الالتحام والانسجة المجاورة ويهيء لرجوع الفتق ولكن اذا عملت العملية لفرض امكان لبس الحزام يعني اذا كان من طبيعة الحالة الشفاء التام غير ممكن وعملت العملية لتحسين الحالة الموضعية حتى يستطيع المريض أن يلبس الحزام فهذا أمر آخر وهنا يلزم استعمال حزام خفيف ويلزم التنبيه على المريض بعد العملية بعدم رفع أثقال باهظة أو عمل أي مجهود لأن ذلك يهيء لرجوع الفتق

﴿ التهاب الخصية والحبل المنوي ﴾

قد يرى الجراح كثيراً بعد بضعة أيام انتفاخاً وغضاضة في البربخ والخصية في نفس الناحية التي عمل فيها العملية وينشأ ذلك من تعدى الجراح على أوردة الحبل أثناء العمل واختناق الحبل من سد فتحة الأربية سداً محكماً وربما شوهد انتفاخ شديد ولكن لا خوف منه فانه ينخفض بعد ذلك واذا اشتكي المريض من ألم وتعب ترفع الخصية وتستعمل الكمادات المتبخرة لتخفيف الالم وقد يمكث هذا الانتفاخ مع كبر الخصية مدة اسبوع أو اثنين ولكنه يزول دائما أبداً

﴿ احتباس البول ﴾

يشاهد ذلك كثيراً في اليوم الاول بعد العملية وارخاء الرباط ربما كان كل مايلزم وان لم يتبول المريض من ذلك تستعمل القسطرة مع كل الاحتياطات اللازمة لمنع العدوى

﴿ انفصال الغرز الغائرة ﴾

قد سبق الكلام على ذلك في الفصل الماضي وهي مضاعفة رديئة لانها تضيع مفعول العملية

﴿ القيء المستمر ﴾

اذا أخرجنا القيء الناشيء من التخدير ومن الالتهاب البريتوني ومن التطبل فاننا نشاهد احياناً قيئا بعد العمليات على الفتق الكبير التي يستأصل فيها جزء من الثرب بعد ربطه ويأتي هذا القيء بعد اسبوع أو عشرة أيام ويصطحب بغضاضة في البطن وبعض اعراض قد تظن انها اعراض التهاب بريتوني والحالة ناشئة من جذمور الثرب أو تكون التصاقات بينه وبين الامعاء والحالة ليست كثيرة الوقوع واذا وقعت فانها تمر دون ان تحتاج الى معالجة فقط ينبه على المريض بالرجوع الى الاغذية السائلة اذا سبق له الترخيص بالغذاء الاعتيادي ويتم الشفاء بالتبرز وأما الألم فيستعمل له الكمادات الساخنة أو الحقن بالمورفين

﴿ رجوع الفتق ﴾

مسألة رجوع الفتق بالكد تدخل في موضوع الكتاب وأصبحت قليلة الوقوع بعد تحسين طرق العمليات ولكن نشاهدها من آن لآخر بعد احسن العمليات وبعد مرضى

المستشفيات اذ يكون أغلبهم معرضاً لحمل الاثقال مع الاثناء وهم لا يستطيعون الانقطاع عن العمل زمناً طويلا حتى تكون النتيجة جيدة في هؤلاء المرضى ليس من الغريب ان نرى رجوع الفتق ولكنه قليل.

﴿ العلاج بعد عملية استئصال الرحم ﴾

يختلف العلاج هنا عن سائر العلاج بعد العمليات البطنية الاخرى.

طالما يحتبس البول بعد العمليات على الرحم أو الحوض ولا بد من الاحتراس لاستفراغ البول بالقسطرة والاعتناء بالتعقيم منعاً لالتهاب المثانة ويلزم استعمال القسطرة كل خمس أو ست ساعات لأن امتلاء المثانة يحدث قلقاً للمريض وينبه على المريضة بالبول وهي نائمة على الجانب لأن كثيراً من النساء لا يستطعن التبويل وهن نائمات على الظهر وعلى ذلك طالما يبقى شيء من البول في المثانة حتى بعد استعمال القسطرة

وأما المهبل فلا بد ان يكون عقيما ونظيفاً ولذلك يلزم عمل دش بمحلول مطهر ثم وضع قطعة من شاش سيانور

الزئبق أو الدرماتول مع ذر شيء من المساحيق المطهرة على اعضاء التناسل الظاهرة

﴿ العمليات على الكلية ﴾

المضاعفات الخصوصية هي :

(١) تسمم بولي
(٢) آلام شديدة
(٣) قيء
(٤) ارتفاع في الحرارة
(٥) سدة رئوية
(٦) بول دموى
(٧) مغص كلوي

العلاج فى هذه الاحوال هو مثله فى عمليات فتح البطن. اذا وضعت انبوبة فى الجرح يعمل الغيار مراراً لحفظ المريض نظيفاً واذا ظهر نوع من الالتهاب جزيما في الجلد حول الجرح من التهيج بالافرازيدهن بمرهم أو فازلين وبعد استئصال الكلية لابد ان نعمل كل مافى جهدنا لتقليل عمل الكلية الاخرى

فلا بد ان يكون الغذاء بسيطاً ويمنع المريض من استعمال المواد النتروجينيه لما انها تكثر عمل الكلية لافراز البولينا وكذا يمنع استعمال المورفين والافيون منا باتاً لما انه يقلل الافراز البولى ويلتفت الى الجلد والامعاء لمساعدة عمل الكلية الباقية ولا بد ان تدون كمية البول يومياً حتى نقف على أية قلة ونعالجها

﴿ التسمم البولى ﴾

اذا نقصت كمية البول فان المريض يكون مهددا بالتسمم البولى وتعالج الحالة كانها تسمم بولى يعنى ينبه الجلد باستعمال الحمامات الهوائية الساخنه والبيلوكاربين وتطلق الامعاء مع استعمال اللبخ الساخنه والحجامات فى قسم الكلية

﴿ الالم ﴾

قد يحدث ألم شديد أحيانا ويكون وخزى الشكل من موضع الكليه نازلا الى الأربيه والفخذ ويقول السير وليم بنت انه اذا حصل ذلك الالم بحالة صعبة بعد خياطة الكلية فلا بد من اصابة عصب فى الخياطة فقد شاهدها مرة وكان

الالم شديدا وينصح بفتح الجرح وقطع الغرزة

وقد يعقب العملية مغص كلوى لا سيما عمليات شق الكلية وينسب لمرور جلط دمويه في الحالب ويعالج بالمكمدات الساخنة ولا يعطي المورفين مالم تتحقق من حالة الكلية الاخرى فاذا كانت الكلية الاخرى سليمة ولم تنخفض كمية البول من يوم العملية يمكن استعمال المورفين بدون خطر

﴿ القيء المستمر ﴾

يحدث بعد العمليات على الكلية ولا سيما عمليات خياطتها مصحوبا بارتفاع فى الحرارة وينشأ من نفس السبب فيستمر المريض علي القيء بضعة أيام ولا خطر في ذلك ويحسن أن نتذكر هذه المسألة حتى لا يضطرب الجراح وينسبها لالتهاب بريتونى

﴿ ارتفاع الحراره ﴾

ارتفاع الحراره كثير الوقوع بعد المداخلة مع الكلية وبعد خياطة الكلية قد تستمر الحرارة أسبوعا أو أكثر وتختلف من ١٠٠ الى ١٠٣ ف وسبب الحرارة هو المداخلة

مع الاعصاب السمباثويه ولا خوف من هذه الحالة لانها غير مصحوبة بالالتهاب فهي ترتفع مباشرة بعد العملية وتبقى كذلك

وأما اذا كانت طبيعية أو اقل من الطبيعية فى الايام الاولى بعد العملية ثم ارتفعت فلا تنسب لهذا السبب بل لا بد من الاشتباه فى التعفن وفحص الجرح وفتحه عند اللزوم وقد يشعر المريض أثناء ارتفاع الحرارة بتعب وانزعاج

﴿ السدة الرئويه ﴾

هذه من حسن الحظ مضاعفة نادره وللعلاج راجع الفصل السادس

﴿ البول الدموى ﴾

يصادف الجراح هذه الحالة فى أحوال اختبار الكلية وينسب لارتشاح دموى من سطحها وعادة يقف من نفسه فى اليوم الثالث واذا كان شديدا يوضع كيس من الثلج على مكان الكلية مع استعمال كلورور الكاسيوم من الفم أو المستقيم بجرع كبيرة ولا يستعمل فى هذه الحالة الارجوت أو الادرينالين من الداخل لما أنهما يرفعان التوتر الدموى بدون أن يحدثا

ضيقا فى الاوعيه الكلوية وعلى ذلك يزداد النزيف بعد استعمالهما

﴿ المغص الكلوى ﴾

يحدث هذا المغص بعد شق الكلية وينسب الى

(١) مرور جلط دموية في الحالب

(٢) أو مرور قطعة من الحصاة المنفصلة من الحصاة الاصلية أثناء استخراجها من الحوض الكلوى أو مرور حصاة صغيرة لم يلتفت اليها الجراح أثناء العملية وأفضل علاج لذلك هو المورفين لتخفيف الالم والكمادات الساخنة على البطن والجانب وفى الوقت نفسه تناول كمية عظيمة من السوائل لغسل الجلطة أو الحصاة من الحالب

(الفصل الرابع عشر)

(العمليات على الجهاز البولى التناسلى)

من أهم ما يستدعي الالتفات في العلاج بعد العمليات على الجهاز البولي التناسلي هو المحافظة على جفاف المريض لان الغيارات تتشرب البول واذا حفظت طويلا على الجرح لاسيما فى الشيوخ فأنها تعرض الجلد للالتهاب ومنعاً لذلك يعمل الغيار مراراً وتوضع قطع من الماكنتوش حول الانابيب لمنع البول من تلويث الغيارات ويستحسن ذر مسحوق النشاء أو حامض البوريك على الجلد حول الجرح

وأفضل طريقة لتخفيف الألم في هذه العمليات هو استعمال اقماع المورفين والبلادونا ويستحسن عدم استعمال الافيون اذاحدثت العملية فى الكلية ويراعي اطلاق الامعاء دائما باستعمال المسهلات من وقت لآخر ومن أهم الاشياء التى تضمن النجاح فى هذه العمليات هي منع حموضة البول ولهذا الغرض يستعمل عقاراً يفرز بالبول ويكون مطهراً ومن هذه

العقاقير اشياء كثيرة فقد يفيد حامض البوريك أو السالول في جرع مقدارها عشر قمحات تستعمل ثلاث مرات فى اليوم أو يوروتروبين في جرع من خمس الى عشر قمحات في قليل من الماء ثلاث مرات في اليوم واذا لم تنجح هذه الادوية فى تطهير البول ووجد التهاب مثانى فليلتجأ الى غسيل المثانة مرتين في اليوم بمطهر خفيف لحامض البوريك أو الهزلين

واستعمال المطهرات القوية غير مستحسن لأنها تحدث الما كثيراً ولا تخفف الحالة المثانية بل ربما تزيدها واذا لم تحسن الحالة المثانية بالوسائل المذكورة فلا بأس من استعمال محلول بروتارجول او ارجيرول بنسبة ½ — ١ فى المائة فانها تفيد كثيرا وفى غسيل المثانة تدخل كمية من ٥٠ الى ٧٥ جراما من السائل دفعة واحدة ثم تخرج هذه الكمية ويكرر العمل حتى يرجع السائل نظيفاً وحرارة السائل عند الحقن هي ١٠٠ ف

وأحسن جهاز لغسيل المثانة هي قسطرة من المطاط المرن يكون في طرفها قمع من الزجاج

واذا كان البول قلوياً يستعمل بنزوات النشادر مع حامض البوريك في جرع مقدارها عشر قحات ثلاث مرات في اليوم أو تناول اليوروتروبين وأما اذا كان البول شديد الحموضة فيستعمل بى كربونات الصودا فى جرع مقدارها من ١٠ الى ٢٠ قحة بمفرده أو باضافته الى احد الادوية المذكورة حتى يتعادل تأثير البول

(حمى القسطرة)

هذه الحمى تعقب أية عملية على مجرى البول أو ادخال اية آلة وهي تسمى بحمى القسطرة وهي تأتى فى الست والثلاثين ساعة الاولى وقد تعقب احيانا رفع قسطرة كانت مربوطة ولا بد من الحذر فهي تتبع عادة اول تبويل بعد العملية فيرتعش المريض وتحصل له نوبة قشعريرة يتبع بدور سخونة وعرق شديد وقد تنتهى هذه الحالة بدون خطر مالم يعقبها عدم افراز بولي ولا نرى ذلك الانادراً ولا يكون ذلك الا فى الامراض الكلوية واستعمال مسحوق دوفر قبل العملية يمنع هذه الاعراض واذا ربطت قسطرة كبيرة فيتناول هذا

المسحوق ليلا يسهل رفع القسطرة صباحاً واحسن من ذلك هو رفع القسطرة بينما يكون المريض جالساً في حمام ساخن وينصح المستر فراير باستعمال جرعة مركبة من خمس قحات من الكينين و١٥ نقطة من سائل الافيون المسكن بعد الاستيقاظ من التخدير والاستمرار على تناول ١٠ قحات من الكينين يومياً مدة يومين أو ثلاثة

وقد تكون الحالة شديدة فى هذه الحمي فتتاوب الحمى والقشعريرة أو تبقى الحرارة مرتفعة وتنحط حالة المريض ويضعف نبضه وتشاهد هذه الحالة فى الشيوخ والمصابين بالتهاب مثانى قبل العملية أو بنقطة عفنة في مكان العملية أو قريباً منها وسببها فى الغالب عفن ولا بد من المعالجة تبعاً لذلك والخطر الشديد هو انقطاع افراز البول وظهور التسمم البولي واذا حدث ذلك تقتصر المعالجة على اطلاق الامعاء والتعريق والامتناع عن استعمال الافيون

وافضل شيء فى الحقيقة هو توقي هذه الحالة والتحوط لها قبل حصولها وما اقل حدوثها مع الاعتناء اللازم ولسوء

الحظ قد يكون الجهاز البولي التناسلي كله عفناً في بعض الاحوال كما نرى فى الشيوخ المصابين بامراض فى البروستاتا واهملوا فى علاجهم فهنا نشاهد هذه المضاعفة كثيراً

﴿ الغذاء ﴾

الغرض الاول هو منع حموضة البول ويكون ذلك بمنع الاغذية النتروجينية واستعمال المواد النشائية ويحسن الاقتصار على السوائل فى الايام الاولى لما فى ذلك من المزية بمساعدة غسل الجهاز البولي التناسلي واما فى الشيوخ فلا بد من المواد المغذية واستعمال المنبهات المناسبة

﴿ الشق فوق العانه ﴾

المضاعفات هي :

١ التهاب فى المثانة شديد

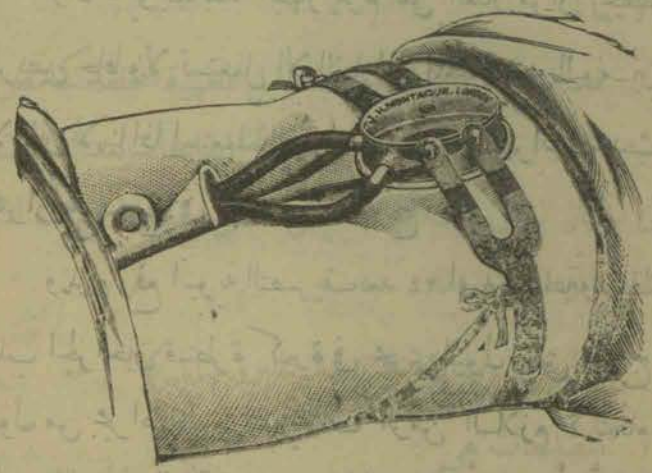
٢ غلغمونى حوضي

٣ عدم افراز البول

٤ التهاب فى البريخ

يعمل الغيار على الجرح فى الاربع والعشرين ساعة الاولى

بغيارات تقبل الامتصاص ويكرر الغيار متى تشرب بالبول. ومن المهم أن تفعل الاحتياطات اللازمة فى التعقيم ولا نغفلها بسبب ان الجرح لا يلتحم بالقصد الاول وعلى الجراح ان يعمل الغيارات بنفسه وبعد اليوم الاول أو اليوم الاول والثانى يلجأ الى جهاز من الجهازات التى تصرف البول وتمنع تجمعه وهناك جملة أنواع لهذه الجهازات افضلها جهاز المستر هاملتون ارفنج *(Mr. Hamilton Irving)*



شكل (٣٢)

وهذا الجهاز يشتمل على اناء من السيلولويد (Celluloid Cup) يوضع على الجرح ويثبت باربطة وتخرج من هذا الاناء ماسورتان تتصلان بمبولة توضع بين فخذى المريض. وللاناء غطاء متحرك يسمح لنا برؤية المثانة لعمل الغسيل بدون رفع الجهاز. وهذا الجهاز يمكننا من غسل المثانة بكل سهولة ولا تحتاج لعمل غيارات على الجرح اذا استعمل هذا الجهاز وكل ما يلزم هو حفظه نظيفا.

واذا لم يوجد هذا الجهاز يلزم عمل الغيار مرارا لحفظ المريض جافا ولا تستعمل الا الغيارات المعقمة بعد اليومين الاولين لاننا اذا استعملنا الغيارات المشبعة بالمطهرات تحدث احمرارا مع تهيج فى الجلد حول الجرح

ويلزم رفع انبوبة التصريف بعد ٢٤ او ٤٨ ساعة ويربط اغلب الجراحين قسطرة كبيرة في مجرى البول حتى يخرج البول من مجراه الطبيعي. ويختلف الزمن اللازم لالتحام الجرح الذى فى العانة من ١٢ يوما الى ثلاثة أسابيع أو أربعة أو أكثر. ويلزم ان يلازم المريض الفراش ولا يسمح له

بالوقوف الا بعد أسبوع من التحام الجرح خوفا من انفتاحه ثانيا وينبه عليه بعدم حبس البول طويلا منعا لامتلاء المثانة.

واذا وجد التهاب مثانى شديد وكان البول رديئا يعمل غسيل فى المثانة مرارا ويعطى المريض البوروتروبين من الفم

قد سبق ذكر عدم افراز البول تحت حمي القسطرة. والدلالات في المعالجة هي تخفيف الاحتقان في الكليتين باستعمال العلق واطلاق الامعاء وتشجيع افراز البولينا بالجلد والامعاء.

قد تفيد الحمامات الساخنة بالمحاليل المطهرة المخففة كحامض البوريك وبركلورور الزئبق فى معالجة المضاعفات بعد العمليات على الجهاز البولى ولكن لا يحسن عمل هذه الحمامات اذا كانت المرضي شيوخا

﴿ عمليات استئصال البروستاتا ﴾

المضاعفات هي :

(١) النزيف

(٢) التهاب البربخ

(٣) تسلسل البول

(٤) التسمم البولى

فى الاستئصال بالشق فوق العانة يعامل الجرح كما سبق

واعتاد بعض الجراحين اعطاء المرضي اليوروتروبين قبل وبعد العمليه ولا بأس به لما انه يظهر الجهاز البولى لدرجة ما

تسلسل البول مضاعفة رديئة وتنشأ من اصابة شديدة في عنق المثانه واهلاك العاصرة المثانية

واما فى العملية بالشق العجانى فترفع الأنبوبة بعد اسبوع ويلتئم الجرح في ظرف ثلاثة اسابيع .

ويظهر لنا ان عوارض هذه العملية هي:

(١) العنة من اهلاك وتخشكر القنوات المنويه وليس هذا بالامر المهم في الشيوخ ولكنه أمر مهم جداً عند المرضي صغار السن

(٢) ونتيجة اخرى لهذه العملية وان لم يسمع بها كثيراً هي ضيق عنق المثانة .

﴿ التفتيت ﴾

المضاعفات هى بعينها التي تشاهد في احوال الشق فوق العانة ولكنا هنا نرى الحمى البوليه والتهاب البربخ اكثر من هناك . ويحسن ان يلازم المريض الفراش بضعة ايام قبل وبعد العملية ويؤمر ان ينام على الجنب عند البول .

وقد تفيد الكمادات الساخنة على البطن واستعمال المورفين او الافيون عند وجود الألم . ويحسن ان يجلس في حمام ساخن مدة عشرين دقيقة عند كل تبويل

﴿ شق مجرى البول الداخلي ﴾

المضاعفات هي :

(١) النزيف

(٢) الحمى البولية

(٣) التهاب البربخ

اذا حدث النزيف فافضل طريقة لايقاف النزيف هي ربط قسطرة داخل المجري فاذا لم تجد فى ايقاف النزيف يعمل رباط ضاغط على العجان مع وجود القسطرة فى المجرى . وأغلب الجراحين

يربط قسطره كبيرة فى المجرى بعد العملية وهذه القسطرة يلزم رفعها ريثما يكون المريض جالساً في حمام ساخن ثم يلزم المواظبة على ادخال قسطرة من المعدن كل يومين فى المدة الاولى ثم يمرن المريض بعد ذلك على ادخالها لنفسه كل اسبوع ويستمر على ذلك بضعة شهور . ويمتنع البعض الآخر عن استعمال القسطرة حتى يتم التئام الجرح ويحتاج ذلك لعشرة أيام ثم يستعمل ممددات مجرى البول (نمرة ١٣ و ١٥) ويمرن المريض على استعمالها بعد ذلك بضعة شهور

﴿ الختان ﴾

من الصعب حفظ الغيار فى هذه الحالة نظيفا لانه دائماً يتلوث بالبول وأفضل شيء هو استعمال الشاش بالكلوديوم اذا كان الجرح يلتئم بالقصد الاول لصعوبة استبداله بآخر من الالم الذى يحدث ويكون الختان أيضاً مؤلماً اذا حصل عند المريض انتصاب وأحسن طريقة لذلك هي لف القضيب بشاش من سيانور الزئبق في مكان الجرح ثم وضع قطعة اخرى من الشاش أكبر منها فوق الاولى

وأما فى المستشفيات فافضل شيء للغيار هو قطعة من اللنت مغموسة في محلول خلات الرصاص ٢/١ تلف على القضيب وتحفظ على البطن بقطعة من المشمع وتعطي الأم شيئاً من المحلول وينبه عليها بحفظ قطعة اللنت دائماً أبدا مبلولة ويجوز استبدال محلول خلات الرصاص بمحلول حامض الفنيك ويلازم المريض الفراش في اليومين الاولين ولعمل الغيار يجلس المريض فى حمام ساخن ويعاد هذا الحمام كل يوم عند الغيار حتي يلتئم الجرح واذا ظهر انتفاخ واذيما بعد العملية يعمل الحمام مرتين فى اليوم ويستعمل غسول خلات الرصاص وبعد العمليات على الشبان يستحسن اعطاؤهم جرعة من برومور البوتاسيوم ليلا في الليالى الاولى ويبقى المريض في الفراش فى الايام الاولى ثم اذا استطاع المشي يوضع على القضيب غيار لمنع الاحتكاك فاذا كانت الخياطة بخيط من الكاتجت تبقى حتى تزول من نفسها وأما اذا كانت بخيط آخر فترفع على حسب الحالة

﴿ القيلة المائيه ﴾

لابد من رفع انبوبة التصريف بعد أربع وعشرين ساعة وتغطية الجرح بكلوديوم

ولابد من وضع رباط ضاغط على الخصية بعد العملية منعاً لتجمع الدم في الخصية ثم يحتاط برفع الصفن على العانة لمنع الاذيما والالم ولخفاف الغيار وأحسن طريقة لذلك هي وضع وسادة بين الفخذين تسند الخصية أو عمل ذلك برباط رافع ويجوز رفع بعض الغرز فى اليوم الرابع وأما الباقي فيرفع في اليوم السابع والثامن ثم يؤمر المريض بلبس كيس للخصية

﴿ الدوالى ﴾

المعالجة هى كما سبق ذكره فى علاج الخصية ولا يفحص الجرح الا فى اليوم السادس حيث ترفع الخياطة ويرخص للمريض بالمشي بعد عشرة أيام وينبه على المريض بلبس كيس للخصية

(الفصل الخامس عشر)

(العمليات على المستقيم وقطع الفولونه)

« العمليات على النواصير »

المضاعفات هي :

(١) تكون نواصير جديدة

(٢) التحام معيب

(٣) زيادة الغضاضة فى الجرح

(٤) ازرار قطرية

(٥) عدم التحام الجرح

يعمل غيار في اليوم الثانى للعملية ويغسل الجزء بمحلول فنيك

ويستعمل لغيار الجرح قطع رقيقة من الشاش المعقم وتوضع برفق بواسطة مسبر طويل . ولا يلزم حشو الجرح ، فهذه غلطة كثيرة الوقوع فى غيار الناصور . وكل ما يلزم هو

قطع رقيقة من القطن بين حافتي الجرح منعا لالتحام الاجزاء السطحية من الجرح قبل الاوان وأما حشو الجرح بشدة فيعوق الالتحام وقد يمنعه

ويلزم عمل الغيار مرتين على الجرح فى اليوم وبعد كل تبرز . وأفضل طريقة هي وضع المريض فى حمام دافيء مرتين في اليوم مدة ربع ساعة فينزل الغيار بنفسه ويمكن رفعه بدون اتلاف الازرار اللحمية الجديدة . ويلزم غسل الجرح بمحقنة بعد الحمام بمحلول فنيك ثم عمل الغيار . ويمكن اضافة مطهر للحمام اذا أردنا ويلزم عدم اطلاق الامعاء مدة ثلاثة أيام أو أربعة بعد العملية وبعد ذلك يعطي المريض مسهلا .

ولا بد أن يكون الغذاء خفيفا فى زمن الامساك ثم يسمح للمريض بالغذاء الاعتيادى . ولا بد من استعمال الملينات لانتظام التبرز في مدة التحام الجرح ويكون ذلك بتناول بعض الاملاح فى الصباح او أى ملين آخر وبعد التبرز لابد من تنظيف الجرح والجزء المجاور للجرح بمحلول مطهر كمحلول الفنيك او السانيتاس وعند ابتداء الالتحام وظهور الازرار

اللحمية يحترس من اتلافها أثناء الغيار . وأفضل غيار فى هذا الوقت هو قطعة من القطن المبلول بزيت معقم . فالزيت يحفظ الازرار الجديدة الرقيقة أثناء رفع الغيار واذا اتضح ان الجرح قد ظهر عليه علامات الوقوف وامتنع عن الالتحام كما هي الحال احيانا ، يلزم عمل غيار منبه بمثل الاكتيول النقى او بلسم فرايز ولكن يلاحظ عدم تكرار هذا الغيار مرارا واذا اوشك الجرح على الالتحام افضل عدم الغيار واضع قطعة من القطن على الجرح فقط . ولا يسمح للمريض بالجلوس او المشى الا اذا تم الالتحام . وكم يحدث ان الطبيب يسمح بالمشي قليلا عند ابتداء الالتحام فيفسد الجرح ويمتنع من الالتحام ويلزم الاحتراس من تكون نواصير جديدة ويشتبه فيها اذا اشتكي المريض بعد العملية من ألم حديث في مجاورة الجرح . وكذا يشتبه فيها اذا زادت كمية الافراز ويمكن العثور على مكان الناصور الجديد بملاحظة ظهور نقط صديديه بالضغط على الجرح . والتحام الجرح في جزئه السطحي فقط مع تكون شبه قنطرة هو التحام معيب يلزم نزعه بمسبر . واحيانا تشاهد غضاضه شديدة في بعض

اجزاء الجرح وتنسب لتعرى اطراف الاعصاب وهذه الغضاضة تحدث صعوبة فى الغيار وقلقا للمريض ولا بد من فحص الجرح جيدا بطرف المسبر حتى تتضح بقعة الغضاضة ووقتئذ تمس بحجر نترات الفضة لاتلاف طرف العصب المتعرى . ولابد من كي الازرار الفطرية بنترات الفضة

واسباب عدم التئام الجرح هى .

(١) عدم عمل العملية تماما

(٢) عدم التصريف التام

(٣) حشو الجرح بشده

(٤) الالتحام المعيب

(٥) سبب مزاجي

﴿ العمليات على البواسير ﴾

(١) التزيف

(٢) التقرح

(٣) الضيق

(٤) احتباس البول

(٥) تكون بواسير ظاهرة

(٦) ناصور أو تشقق

الالم بعد هذه العملية شديد جداً وتزداد شدته اذا لم تمدد العاصرة أثناء العملية جيداً ومنعاً لهذا الالم يضع الجراحون قمعاً من المورفين (نصف قمحة) في المستقيم قبل نقل المريض الى السرير أو تعمل حقنة من المورفين تحت الجلد بعد نقله الى السرير وقد تفيد الكمادات الساخنة على العجز واستعمال صفايح ماء ساخنة ولا بد ان يكون الغذاء خفيفاً حتى لا تترك فضلات كثيرة ولا يحسن شرب اللبن لما انه يكون كتلا من البراز جامدة فى المستقيم عند البعض ويحدث انتفاخاً عند البعض الاخر وترفع السدادة من الشاش الموضوعة فى المستقيم فى اليوم التالى ويدهن الشرج بالمرهم وتدهن قطعة من الشاش بنفس المرهم وتوضع داخل المستقيم منعاً لملامسة حافات الجروح ويلزم منع المريض من التبرز الى اليوم الرابع حيث يعطي مسهلا وأفضل المسهلات جرعة من الزيت

الخروع واذا رفضها المريض يعطى الحبة الآتية :

حبوب الزئبق قمحتان

حبوب الحنظل والبنج خمس قمحات

وبعد خمس ساعات أو قبل ميعاد التبرز تعمل له حقنة شرجية وقد تكفى الحقنة الاعتيادية من الماء والصابون أو تعمل له حقنة شرجية من زيت الزيتون (١٥٠ جراما) ويختار بعضهم تخدير الشرج بمسه بمحلول الكوكايين أو اليوكايين قبل عمل الحقنة بخمس دقائق والحقنة الشرجية تمنع الالم وتسهل التبرز فاذا لم يتبرز يفحص المستقيم بالاصبع لاحتمال وجود كتل برازية وبعد التبرز يعمل (دش) بمحلول الفنيك $\frac{1}{2000}$ واذا اشتكى المريض من ألم تعمل له الكمادات الساخنة على العجان ثم يداوم المريض على تناول الملينات حتى يلتئم الجرح وأسلم للمريض ان يتبرز وهو نائم على ظهره في الايام الاولى وأما اذا كانت عملية البواسير بالربط فلا بأس من القعود أثناء التبرز وبعد التبرز يرجع المريض الى الغذاء الاعتيادى ولكن يبتعد عن كل مايسبب امسا كا ولمعالجة النزيف بعد هذه العملية راجع

الفصل على النزيف ومن المهم ان نتذكر عدم وجود علامات ظاهرة دالة على النزيف لان الدم لا يخرج من الشرج الا اذا وضعنا انبوبة فيه وعلى ذلك اذا شحب لون المريض وحصل له انحطاط بعد العملية فعلى الجراح أن يسرع بفحص المستقيم بادخال أصبعه حتى يتحقق وجود النزيف أو عدمه واذا ربطت البواسير فان العقد تنفصل من اليوم الخامس الى العاشر ولا يسمح للمريض بالقيام حتى تنفصل كل الاربطة وبعد التحام الجرح لا بد من تمديد الشرج يوميا خوفا من حدوث ضيق فى الفتحة لا سيما بعد ربط بواسير كثيرة

والتقرح الذى يحدث بعد عملية البواسير من المضاعفات الرديئة . ويلزم معالجته بتكرار الغسيل بمحاليل مطهرة خفيفة وتحسين حالة المريض العمومية بالغذاء الجيد والمقويات ويمكن توقي التقرح بالاعتناء بالتعقيم قبل العملية وبعدها.

ولا يحدث الضيق اذا عملت العملية تماما واذا ظهر حدوث الضيق فى فتحة الشرج يلزم ادخال مجسات مرنة

يومياً وتمرين المريض على ادخال المجسات لنفسه حتى يزول الضيق . وافضل المجسات لهذا الغرض هي مجسات التجهام (Allingham) . ونتيجة الضيق رديئة جداً ولذا يعمل كل الجهد فى منع هذه المضاعفة . والضيق لا يحدث الا من رداءة العملية أو حدوث تقرح شديد

وأما بعد عملية وايت هد فان العلاج لا يختلف عما ذكر ويلزم ادخال الاصبع للتحقق من الحالة الموجودة فى الشرج ولا ترفع الغرز لانها تنفصل بنفسها

واذا تمزق الغشاء المخاطي وانكمش كما يحدث احياناً لا يلزم ترك الجرح ليلتحم بالازرار خوفا من حدوث ضيق شديد بل يحسن اعطاء المريض مخدراً وجذب الغشاء المخاطي الى اسفل وخياطته مع حافة الجلد بغرز جديدة .

واحياناً يظهر باسور خارجي او اكثر فى حافة الشرج بعد عملية البواسير وينشأ ذلك من الاذيما فى حافة الجلد من ارتباك الدورة فى هذا الموضع بالعملية وليست البواسير الجديدة مهمة لانها تزول بتكون الدورة . ويمكن استعمال

المرهم الآتى لتخفيف الألم وتحسين الحالة اذا نشأت البواسير المذكورة . وقد يفيد احياناً استعمال الكمادات بغسول خلات الرصاص . واما اذا كانت البواسير كبيرة فيحسن قطعها بالمقراض بالتخدير الموضعي .

وهذا هو تركيب المرهم :

بركلورور الزئبق	٠ر٢٥
مسحوق الافيون	٠ر٢٠
خلاصة البلادونا	٠ر٢٠
مرهم بيلسانى	٥ر٠٠

﴿ الاحتباس البولى ﴾

يشاهد الاحتباس كثيراً بعد عملية البواسير لا سيما اذا اذا وجد باسور في الجهة المقدمة من الشرج ويلزم تشجيع المريض للبول ويرخص له بالركوع فى الفرش لهذا الغرض واذا لم يستطع لا يبقي الا اخراج البول بالقسطرة وقد يستمر الاحتباس أياماً أو أسبوعاً

(العمليات على شقوق الشرج وخلافه)

العلاج بعد هذه العمليات لا يختلف عن غيره وبعد استئصال المستقيم يعالج المريض بنفس العلاج ولكن التئام الجرح قد يبطىء كثيراً عن العمليات الاخري ووضع المريض فى حمام ساخن مفيد جداً لحفظ هذه الجروح نظيفه

﴿ قطع القولون ﴾

بعد هذه العملية توضع وسادة صغيرة تحت الرأس وأخرى تحت الركبتين واذا تألم المريض من هذا الوضع يجوز الترخيص له بالنوم على الجانب على شرط ان لا ينام على الجانب الذى عملت فيه العملية ويمنع الغذاء حتى انطلاق الامعاء وتسند الشيوخ في وضع نصف الجلوس لان هذا الوضع يمنع حدوث الاصابات الصدرية واذا كان المريض مرتاحاً فلا حاجة للغيار في اليوم الثانى. وفي اليوم الثالث يعمل الغيار وتفتح الامعاء فتحة مستعرضة يبلغ طولها قيراطا بالمقراض ثم يحسن بعد ذلك اطلاق الامعا بتناول ١٥ جراما من زيت الخروع وفي اليوم العاشر تقطع الامعاء قطعاً كاملا فى الجهة

المستعرضة ثم بعد ذلك توضع الغيارات على الجرح وتربط ربطاً ضاغطاً حتى تدخل الامعاء مع الجلد وقد تنزف الامعاء أثناء القطع ويكون النزيف من نقط كثيرة ولا يحاول الجراح امساك هذه الاوعية لانه لا ينجح في ذلك وطالما ازداد النزف بذلك وأفضل شيء لذلك هو الرباط الضاغط وأما اذا رأى وعاء كبيرا ينج بالدم فيحسن امساكه بالجفت وربطه أو ترك الجفت واذا عمل القطع عمودياً على خط الامعاء فلا خوف من النزيف واذا لم يستطع الجراح ان يميز الامعاء أثناء القطع لتغطيتها بغشاوة من اللفف يعمل الشق بالمشرط فى وسط الجرح حتى تخرج الارياح فتعرف الامعا ثم يوسع الجرح بالمقراض على حسب الحالة وقطع الامعاء لا يحتاج الى تخدير لانه لا يحدث الما وبعد قطع الامعاء تنظف بالمسهلات المناسبة وبعد عمل التنظيف اللازم لا يحسن الاستمرار على المسهلات لانها تحدث اسهالا يقرح الجلد حول الجرح

واذا وجد براز فى الجزء السفلي من القولون الذى لا عمل له الآن يمكن غسله بالمحقنة من الجرح أو بالحقن

الشرجي وفى بحر اسبوعين يمكن المريض استعمال الحزام للقطع القولونى لان الجرح يلتحم فى بحر هذه المدة واحسن حزام ما كان له اناء من السيلولويد (Celluloid cup) يوضع فوق فتحة الامعاء ويثبت بحزام . وهذا النوع أفضل من النوع الآخر الذى يوجد فيه سدادة توضع داخل فتحة الامعاء ويضطرد هذا الكلام فى الشق الاربى والشق القطنى.

(حزام القطع القولونى)

احزمة القطع القولونى نوعان — نوع يكون له سدادة توضع داخل فتحة الامعاء ونوع يوجد له فنجان يوضع على الجرح . والاخير افضل من الاول . وعيب النوع الاول هو وجود السدادة فى الامعاء لان ذلك يولد عند المريض احساس التبرز من الفتحة المعوية ويمنع نشوء قوة عاصرية في الفتحة الصناعية . وليس هذا العيب موجوداً فى الصنف الأخير .

(الفصل السادس عشر)

(العمليات على المفاصل)

يلزم ان نقول كلمة على هذه العمليات لانها هى احرى العمليات بالاعتناء والتعقيم لتعرضها للتعفن اكثر من غيرها اذا لم تعمل الاحتياطات الشديدة وكذلك يلزم اعتناء شديد اثناء الغيارات بعد العملية منعاً لوصول المكروب ولحداث التعفن . من المهم بعد العملية ان يقوم المفصل بوظيفته — يعنى يجب ان يتحرك المفصل تحركا خالصاً وبدون الم وفى حالة السعاق يقوى على احتمال ثقل الجسم الا فى الاحوال النادرة حيث تكون العملية جسيمة ويكون الغرض منها الحصول على انكيلوز فى المفصل كما هو الحال فى استئصال الركبة للدرن

بعد فتح تجويف المفصل او تداخل مع الغشاء المفصلى الزلالى يتعرض المفصل لالتصاقات كثيرة اذا حصلت تضعف المفصل وتحدث الما فى المريض ولو ان هذه الالتصاقات

يمكن التخلص منها الا ان الجراحة الجيدة تعمل على التوقي
منها ولا بد ان يكون غرضنا منع هذه الالتصاقات من
التكون فى المفاصل بتحريكها تحريكا خفيفاً من ابتدا العملية.
بعد خياطة الرضفة فى احوال كسرها واستئصال جزء من
الغضروف المنفصل او الغضروف الهلالى لابد ان يبدأ الجراح
فى تحريك المفصل من اليوم الثانى ولذلك يلزم رفع الغيارات
والاربطة الخارجية ثم يضع المساعد يده تحت الركبة مثلا
ويرفعها باعتناء من الجبيرة الخلفية بينما يضغط بيده الاخرى
على الغيارات الباقية والجرح حتى لا يحدث توتر بجانبه
ويحرك المفصل تحريكا خفيفاً مرتين او ثلاث فى اول مرة
فترفع الركبة بلطف ويسمح لها بالرجوع الى وضعها الاصلى
بثقلها وفي الوقت نفسه يلزم تحريك الرضفة من مكان لآخر
منعاً لتكون التصاقات بين الرضفة والوجه المقدم من عظم الفخذ

ويكرر هذا العمل يومياً مدة ثلاثة ايام ثم يؤمر المريض
ان يحرك المفصل بنفسه ولا يفعل الجراح شيئاً سوى تثبيت
الغيارات ويحرك المفصل فى هذا الوقت على زاوية اكبر من

الاولى ويمكن الاستغناء عن الجبيرة فى نهاية الاسبوع الاول.
وفى اليوم العاشر ترفع الغرز لان الجرح يتم التئامه ويوضع على
الجرح شاش بكاوديوم لضم حافتى الجرح ومنع أثرة
الالتحام من التمدد اثناء الحركات المفصلية ولا بد ان يحرك
المريض مفصله بعد ان يلتحم الجرح بقدر الامكان ويمكن عمل
الطريقة الآتية فى حالة الركبة: يجلس المريض على طرف السرير
مرخياً رجله وواضعاً قدمه على كرسى بارتفاع مناسب ثم يرفع
قدمه من الكرسي بمد الركبه ويرجع القدم على الكرسي
بثنى الركبة ويعمل هذا العمل مدة عشرين دقيقة مرتين فى
اليوم ويستعمل التدليك للعضلات التي تحرك المفصل لانه
مفيد لانماء العضلات وحفظ قوتها والتخلص من الالتصاقات
الموجودة وتحرك أثرة الالتحام من جانب لآخر على الانسجة
الغائرة يومياً لمنع التصاقها بالعظم واذا لم تواظب على ذلك
تلتصق الأثرة بالعظم وتحدث الما فى المستقبل وبعد استئصال
الغضروف الهلالى من مفصل الركبه تميل أثرة الالتحام الى
الالتصاق بطرف القصبة الانسى واذا حدث ذلك فانه يحدث

الماً وضعفاً في المفصل وبعد عملية استئصال الغضروف او خياطة الرضفة المكسورة لا يتردد المريض في المشي مباشرة بعد التحام الجرح وليس من المستحسن استعمال اى جهاز لمفصل الركبة بعد الاستغناء عن الجبيرة لان الجهازات تعيق الحركة المفصلية وتضعف العضلات التي تحرك المفصل وعلى هذه العضلات تترتب سلامة المفصل

﴿ استئصال مفصل المرفق ﴾

غرضنا من استئصال هذا المفصل هو الحصول على مفصل كاذب وعلى ذلك يلزم الابتداء بالحركات المفصلية وافضل طريقة لذلك ان يثبت الذراع في جبيرة وحشية من المعدن بمفصل في ازاء المرفق ويكون في المفصل لولب حتى يمكن ثنيها وبسطها على اى زاوية ويارخا اللولب تتحرك الجبيرة مع الذراع وكل يوم يرخي اللولب ويحرك المفصل بدون رفع الجبيره ولكن لا بد من رفع الجبيره من وقت لآخر حتى يمكن عمل حركات البسط والكف وفي عمل هاتين الحركتين يحرك الرسغ بمعرفة الجراح يلزم تثبيت عظم الزند حتى

يتأكد من حصول الحركتين بالضبط ويلزم ان تكون الحركات خفيفة في الاول ويبتدأ فيها بعد اسبوع من العملية وعند التحام الجرح تزاد الحركات حتى تصير طبيعية فى كل جهة وأما اليد فلا يلزم ادخالها في الجبيرة من الاول حتي لا تعاق حركات الرسغ ومفاصل الاصابع

وبعد ذلك بمدة عندما يكون الجرح قوياً يستغنى عن الجبيرة ويمرن المريض على استعمال العضو بدونها ولا بأس من استعمال (علاقه) لليد فى الاشهر الاولى بعد العملية لحفظها من العوارض التي ربما يصاب بها المريض ثم بعد ذلك يستعمل التدليك والتمرينات البدنية للحصول على قوة العضو الاصلية.

ولا يتأتى ذلك الا بعد أشهر عديدة

وفي العادة يمكن المريض ان يستعمل العضو فى نهاية الشهر الرابع فى اغلب الافراد ويلاحظ تعويد المريض ان يرفع يده وراء رأسه لصعوبة ذلك فى الاول ولا شك ان المريض سيتألم من عدم امكانه ارسال يده وراء عنقه في المستقبل لوضع زرار بنيقته (ياقته)

﴿ استئصال مفصل الكتف ﴾

بعد استئصاله لا بد من الابتداء في عمل حركات سريعة وتعمل بنفس الطريقة التي عملت بها حركات مفصل المرفق ومن المهم ان تأكد من حصول الحركات بين عظمي الذارع واللوح لا بين اللوح والجذع فلا بد من تثبيت عظم اللوح بالقبض على الزاوية بالاصابع ثم يحرك الذراع أما بواسطة الجراح أو بواسطة المريض نفسه فاذا لم نفعل ذلك تحصل الحركات ولا سيما حركة التبعيد بين عظم اللوح والجذع لا فى مفصل الكتف ويترتب النجاح فى عمليات المفاصل على الاعتناء بحركات المفصل في العلاج بعد العملية فيلزم التزود بالصبر والعناية لا سيما فى حالة الاطفال الذين يقدمون النسبة الكبيرة من المرضي وقد يصحب هذه الحركات كمية من الالم ولا بأس من استعمال التخدير اذا كان الالم شديداً

﴿ استئصال مفصل الركبة ﴾

غرضنا في هذه العملية هو الحصول على انكيلوز عظمى والجبيرة المناسبة التي لا تسمح للعظام بالخروج عن موضعها ولهذ

الغرض تستعمل جبيرة هاو (*Howe*) وأى جبيرة اخرى مناسبة يمكن استعمالها ويشتكي المرضي الذين عمل لهم عمليات على المفاصل أو العظام من ألم شديد قد يضطر الجراح الى استعمال المورفين لتخفيفه أو بعض نقط من اللودانوم حيث لا يحسن استعمال المورفين كما فى الاطفال وقد يفيد رفع العضو أو تعليقه فى تخفيف الالم ولا يستبدل الغيار الا بعد اسبوعين ويستحسن تخدير المريض في الغيار الاول حتي يتمكن الجراح من فحص الجرح فحصاً دقيقاً واذا شاهد أى شيء مرضي يمكن معالجته في الوقت نفسه وبعد نهاية شهرين من العملية تستعمل جبيرة من الجلد مناسبة لها عمود من المعدن وراء الركبة ويمكن المريض ان يمشي بها وقد يستطيع المريض المشي بعد ثلاثة شهور ولا يمنعه ذلك من الاستغناء عن الجبيرة مدة سنة في الشبان أو سنتين في الاطفال وتميل الركبة الى الانثنا فى الاطفال نظراً لنمو العظم نموا غير متعادل وقد يتحسن هذا الانثناء بتطويل زمن الجبيرة وقد تلزم عملية اخرى لتصليح التشوه

﴿ استئصال مفصل الفخذ ﴾

يلزم مراعاة نقطتين مهمتين في استئصال مفصل الفخذ وهما

(١) منع الدوران الخارجي في الجزء السفلي

(٢) منع انثناء مفصل الفخذ وتعالج الحالة بنفس الطريقه التي يعالج بها الكسر في عنق عظم الفخذ

يستحسن عمل جهاز شاد للعضو المصاب ويلزم ارسال مشمع الشد الى مافوق الركبة ويحسن في الاطفال تثبيت قطع المشمع المستطيلة على جانبي العضو وربط هذه القطع باربطة اعتيادية ثم تثبت بقطع مشمع دائرية فى موضعين أو ثلاثة. وأطراف قطع المشمع الجانبية لا بد ان تطوى على نفسها وتثبت بمشمع آخر حتي لا ترتخي وهذا أقل قلقاً للطفل من استعمال المشمع في طول العضو وتوضع جبيرة ليستون على الجانب من الابط الى العقب لمنع الانثناء في مفصل الفخذ وفي الاطفال يستحسن استعمال جبيرة فلبس اوجبيرة توماس ويثبت الجذع بلفه بملاية وتثبت الملاية باكياس من الرمل علي الجذع وهذه الاكياس تلف في الملاية علي كل جانب ولمنع الدوران الخارجي

للعضو لا بد ان يثبت فى الجبيرة الطويلة جزء مستعرض فوق العقب والاحسن من ذلك هو تثبيت قطعة مسطحة من الخشب تثبيتاً عمودياً وراء الركبة باربطة من الجبس وفى بعض الاحوال يمكن حفظ العضو من الدوران بوضع اكياس من الرمل على جانبي الفخذ

ويلزم تثبيت العضو بعد الاستئصال بحيث يكون مبعداً قليلا ليتغلب المريض على قصر العضو الذى لا بد منه من انخفاض الحوض من الجانب الذى فيه الاصابة ومن الممكن الحصول على مفصل كاذب متحرك بعد استئصال الفخذ بتحريك المفصل مرتين او ثلاث في الاسبوع بعد التحام الجرح وبعد شهر ونصف يلزم استعمال جبيرة توماس الفخذية اذا لم تستعمل من الاول وبها يتمكن المريض من المشي وينبه على المريض بعدم الارتكاز على العضو حتى مع وجود الجبيرة واذا كان الطفل كبيراً يرخص له بالمشي على عكاكيز وفى الاطفال الصغار يلزم استعمال جبيره توماس الفخذية المزدوجة بحزام على الحوض وبعد وضع جبيرة توماس يخرج المريض بضع

ساعات كل يوم ويرى بعض الجراحين استعمال جيار من الجبس او من الجلد تلف حول الحوض من اعلا وتنزل الى ما تحت الركبة ولكن الجيار الاخرى افضل وفقط عند فشل جبيرة توماس فى الوضع الجيد تستبدل بها أخرى من الجلد

والتدليك المنتظم للعضلات مفيد لمنع ضمورها وحفظ تغذيتها بعد استئصال الفخذ على شرط ان تسمح حالة المريض بعمل التدليك فتدلك كل العضلات بانتظام مرتين او ثلاث في الاسبوع فى مدة العلاج واذا اردنا الحصول على مفصل كاذب فلا بد من الجمع بين التدليك والحركات المفصلية

وعلاج قطع العظام لازالة تشوهات هو مثل العلاج فى حالة الكسر فى هذا العظم فى نفس الموضع مع الاعتناء بملاحظة الحركات المفصلية فى المفاصل القريبة من العظم

﴿ التدليك ﴾

التدليك من أفضل الوسائل لارجاع العضلات الى حالتها الاصلية ولا يستعمل التدليك بدلا عن التمرينات الشخصية لانماء العضلات أو تحسين الدورة العمومية ولكنه وسيلة جيده لنقل المريض من حالة الخمول التام الى حالة النشاط العادي دون ان يكون الانتقال فجائياً وهو يبدل التمرينات اذا لزمته الراحة ففى احوال العمليات التى تستلزم الاستلقاء زمناً طويلا لا بد من التدليك العمومى لانه يسهل الامتصاص والافرازو به يحفظ الجلد وظيفته وهو يمكن المريض من النوم الهادىء وفضلا عن هذا كله فانه يقصر زمن النقاهة

التدليك لا بد ان يكون بلطف في الاول ثم يزاد الوقت وتزاد القوة بالتدريج على حسب تعود المريض ولا بد ان يتبع التدليك حركات مفصلية يفعلها المريض بنفسه أو تعمل له بواسطة و١٠ دقائق هو الوقت المناسب في الاول ويمكن تطويل هذا الزمن الى نصف ساعة أو ساعة بالتدريج ولا بد ان يقوم بالتدليك مدلك ماهر أو الممرض أو أحد أقارب

المريض الاذكياء

وهذه هي أنواع التدليك (*Massage*)

١ افلوراج او المسح (*Effleurage*) ويشتمل على لطم الجلد والعضلات الغائرة باليد في اتجاه الجذع أعنى فى اتجاه الدورة الوريدية

ولا بدان يكون في الاول خفيفا وتزداد قوته بالتدريج فتقبض يد المدلك على عضلات المريض بقوة متدرجة

٢ بتر يساج او العجين (*Petrissage*) ويشتمل على كبس أو عصر العضلات بين الابهام والاصابع وطرف الكف والغرض من ذلك هو زيادة مجرى الدم واللمف من العضلات نحو القلب

٣ الاحتكاك (*Friction*) ويعمل ذلك بمسح الجلد بقوة في اتجاه القلب بقبضة اليد المقفلة او أطراف الاصابع

٤ تابوتمنت (*Tapotement*) ويشتمل ذلك على لطمات سريعة بطرف اليدين « الحافة الزندية » عمودية على السطح والغرض من هذا النوع هو تنبيه العضلات واحداث انقبضات موضعية

وهو من اقوى انواع التدليك ولا يستعمل بينما تكون الانسجة مصابه او المريض ضعيفا

﴿ التمرينات ﴾

فائدة التمرينات بعد العمليات لا سيما ما كان منها على المفاصل عظيمة جدا وافضل شيء لذلك عند ماتتداخل فى مفصل او عضلة هو اغراء المفصل او العضلة على الحركة لا اجبارها فاذا استطاع مريض مصاب فى احد المفاصل ان يبسط المفصل المصاب لزاوية ما يجتهد المريض في تكبير هذه الزاوية ولمساعدة المريض على ذلك يؤتى بحبل فى بكرة ويربط فى طرف الحبل ثقل وفى الطرف الآخر قبضة ثم يستعمل المريض هذا الجهاز بطريقة يساعد فيها الثقل على الحركة لا على اعاقتها فاذا كان المفصل المصاب الركبة مثلا يربط طرف الحبل الموجود على البكرة في العقب حيث يساعد الثقل على ثني المفصل

﴿ الفصل السابع عشر ﴾

(عمليات البتر وعمليات اخرى)

« عمليات البتر »

المضاعفات هي :

(١) الصدمة

(٢) النزيف

(٣) الالم

(٤) الندبة الملتصقة

(٥) الجذمور او العص المخروطي

(٦) الناصور المستديم

بعد العملية لا بد ان يرفع العضو او يثبت باكياس من الرمل لاحتمال حدوث تشنج عضلي ونزع الغيارات وهذا التشنج يمكن تخفيفه لدرجة ما باستعمال اوانى من المطاط مملوءة

من الماء الساخن حول الاربطة من الخارج واستعمال المسكنات والمخدرات كالافيون والمورفين ويلزم استبدال الغيار فى اليوم الثانى لكثرة الارتشاح في الاربع والعشرين ساعة الاولى وترفع انبوبة التصريف بسرعة بعد انخفاض كمية الارتشاح واذا شوهد نزول افراز بني اللون وهو افراز يأتى من العظم في المرضي الذين يكونون ضعاف البنية يلزم حفظ الانبوبة زمناً اطول وبعد التحام الجرح ورفع الغرز يلزم وضع شيء على شريحتى البتر منعاً لتمدد أثرة الالتحام وتسهيلا لصلابة طرف العص واحوج ما يكون ذلك اذا كان فى الشريحة جزء كبير من العضل كما فى بتر الساق بطريقة فرابوف (*Faraboeuf*) والبتر بطريقة تيل (*Teal*) واغلب طرق البتر علي الفخذ

تضم حافتا الجرح باستعمال قطع عريضة من المشمع بعد جذب انسجة العص على طرف العظم ويؤتى بكيس من التيل ويوضع على طرف البتر وتشد اطرافه بشريط يلف على الحصر واذا لم يكن هذا الكيس حاضراً يلف برباط

(شكل — ٣٣) طريقة وضع المشمع على العص

﴿ الالم ﴾

الالم بعد البتر ينشأ من النيور الجيا تبعاً لانكماش الانره على اطراف الاعصاب وهذه الالام النيورالجية تمكث شهورا عديدة بعد البتر ثم تزول وتزعج المريض فى مبدأ الامر ولكن تزول بعد ذلك وأحسن شيء لذلك هو المكمدات الساخنة على موضع العصب الرئيسى فمثلا توضع المكمدة على موضع العصب العجزى او على الجزء العلوى من ظهر الفخذ وفى الذراع على الترقوة واللوح

﴿ أثرة الالتحام الملتصقة ﴾

هي مضاعفة متعبة ويجب ان يحتاط لها بتحريك أثرة الالتحام على الانسجة الغائرة بعد التئام الجرح مباشرة ويمكن

المريض ان يفعل ذلك لنفسه واما اذا التصقت أثرة الالتحام فيحدث ألم وغضاضة في طرف الجذمور وقد تنتهي بتقرح أثرة الالتحام ويمكن معالجتها بتدليك أثرة الالتحام حتى يتمزق الالتصاق بينها وبين العظم واذا لم ننجح في ذلك بقطع الالتصاق بقاطع الاوتار ويحترس من رجوع الالتصاق

﴿ الجذمور المخروطى ﴾

ينشأ عادة من خطأ في عمل العملية وذلك اكثر حدوثا فى الاطفال ولو عملت العملية جيدا وهذا ينشأ من نمو العظم على الجذمور ويمكن منعه بالتدليك ويكون التدليك نحو الطرف لانحو الجسم او يربط الجذمور كما سبق ذكره

﴿ التاصور المستديم ﴾

ينشأ عادة من غرزة او ربطة تبقي كجسم غريب اومن تنكرز طرف العظم ولا بد من فحص الحالة ومعالجة السبب

وبعد التحام الجرح الذى يتم فى شهر تقريبا بعد العملية يعمل للمريض طرف صناعي وفي الساق « ماعدا البتر بطريقة سايم واستيفن اسميث » لايستطيع المريض ان يرتكز على جذمور

البتر ولا هو من المستحسن ان يفعل المريض ذلك — يؤخذ الثقل علي الحوض من اعلي النقرة (*Socket*) وطرف الجذمور لابد ان يبعد عن طرف النقرة ويلزم ان يكون خالصا واما الملامسه فتكون من الجانبين واما في أحوال البتر تحت الركبة فيؤخذ الثقل علي جانبي راس عظم القصبة واطراف عظم الفخذ

وليس هنالك ضرر من احكام الطرف الصناعى بسرعة بعد العملية. ويعترض بعضهم علي ذلك بحصول ضمور فى العضو يستلزم طرفاً صناعيا جديداً وليس هذا بصحيح فان هذا الضمور يحصل مهما تأخرنا في قياس العضو لضمور جزء عظيم من المواد الدهنية بعد استعمال العضو الصناعي ومن المهم من جهة أخرى اذا أراد المريض ان يستعمل العضو الصناعى بنجاح ان يبتدىء في استعماله قبل ضمور العضلات التى تحركه وتكون الالتصاقات وللحصول على نتائج طيبه بعد استعمال العضو الصناعي يلزم تمرين العضلات على وظائفها الجديدة واذا حصل فيها بعض صخور يصعب تمرينها على

الوظائف الجديدة وتكون النتيجة من ذلك ان المرضي يفشلون ويبقون غير قادرين على المشي ولا سيما فى الشيوخ

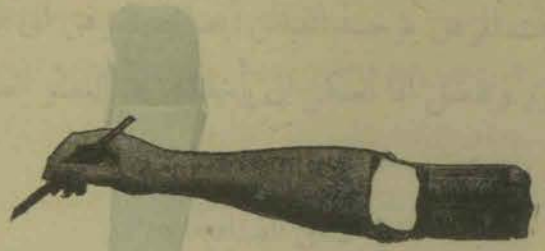
ولا بد من الزمن الطويل لتعود المريض على استعمال العضو الصناعي خصوصاً فى الاطراف السفلى لحمل ثقل الجسم كله وذلك يستدعي تمرمراكز موازنة جديدة في المخ والنخاع الشوكي ولضرورة التغيرات التي تنشأ على وظيفة العضلات ولتحمل بعض الاجزاء ضغطاً لم تعوده من قبل ولا بد من اعتناء وصبروكم من الضروري عدم زيادة الطين بلة بالانتظار الى ما بعد ضمور العضلات وادا ضمر الجذمور ضموراً كثيراً يمكن معالجة ذلك بسهولة بحشو ثقب العضو الصناعي بمواد مناسبة وليس الاحكام أمراً ضروريا فى الساق الصناعية وأما في الذراع فيمكن احكام العضو الصناعي ولا بد من الاستغناء عن كل الاربطة واذا اضطر الى الغيار يعمل من الكاوديوم ويوضع فى طرف الجذمور قليل من القطن منعاً للتقرح

﴿ الاعضاء الصناعية ﴾

(اليد الصناعية والذراع الصناعيه)

لايمكن استعمال يدصناعية الا اذا كان البترفى موازاة الرسغ أو أعلى المفصل المذكور ، ومع ذلك فان اصبعا أو اصبعين او بقايا الاصابع خير من أفضل يد صناعية

واذا كان البتر فى منتصف الساعديعمل العضو الصناعى بظرف من الخشب يصل الي المرفق يدخل فيه الجذمور كما فى الشكل وللظرف رباط من الجلد العريض ويلف حول اسفل الذراع وهذا يتصل بالظرف الخشبي بمفاصل وقبضة اليد الصناعية تأتى بواسطة حبل متصل بحزام حول الكتف الثانية واية حركة بسيطة من الكتف تفتح اليد وبارخاء الشد تنقفل اليد بواسطة نابض (زنبرك) وبعد تعود المريض تصبح اليد ذات قيمة



شكل — (٣٤)

وللبتر فوق المرفق لا بد ان يصل الظرف الى أعلى الكتف ويثبت باربطة حول الجذع كما فى الشكل ويتحرك بحبل كما في العضو المذكور سابقاً وله زيادة عن ذلك حبل آخر وراء الكتف لاحداث الحركات المرفقية وأغلب الاحتكاك يكون على جانبي الجذمور لا على طرفه ولذ يفضل البتر الدائرى بالطريقة الدائرية فى هذه الاحوال وأهم شيء فى الاعضاء الصناعية هي الخفة والبساطة وحسن الاحكام

شكل — (٣٥)

﴿ القياس للذراع الصناعية ﴾

الجذموراو العص — الطول من أعلى الكتف للطرف والطول من تحت الابط للطرف ومحور الذراع كل قراطين

الذراع السليمة - الطول من أعلى الكتف لقاعدة الاصابع (الذراع تكون مبسوطة) والطول من تحت الابط الى المرفق ومن المرفق الى الرسغ والمحور كل قيراطين واذا كان

البتر تحت المرفق يؤخذ القياس أيضاً من المرفق الى طرف الجذمور ويفضل اذا أمكن ان يأخذ صانع العضو الصناعى القياس بنفسه .

﴿ الساق الصناعية ﴾

من المستحيل عمل جهاز صناعي لاى بتر في القدم قبل البتر بطريقة سايم فمثلا البتر بطريقة شوبارت وطريقة لسفرانك ليس لهما أعضاء صناعية جيدة وسبب ذلك اختلال الموازنة فى القدم الطبيعية فلا يمكن لجهاز صناعى ان يقوم مقام القدم كما ان طرف البتر المخروطى لا يمكن ان يثبت معه جهاز صناعي وأفضل شيء لذلك هي جزمة يوضع فيها قطعة من القلين لسد فراغ الجزمة الذى ينشأ من الجزء المبتور من القدم وأما بعد عملية سايم فيمكن عمل قدم صناعية كما فى الشكل وقصر العضو بعد العملية يبلغ قيراطين ونصف وهذا المقدار يسمح بعمل مفصل عقب صناعي مركب على طرف البتر ويكون للجهاز نصف ظرف يلتصق بسمانة الساق لمنع القدم من السقوط الى الامام ويثبت هذا الظرف على القصبة

ويصير الثقل فى طرف الجذمور وأما بعد عملية بيروجوف فلا تصلح القدم الصناعية لان القصر يكون عبارة عن قيراط أو أو قيراط ونصف وهذا المقدار لا يسمح بعمل مفصل تحت طرف الجذمور ولذا يوضع المفصل في الخارج ويسبب تشوهاً باتساع العقب

شكل — (٣٦)

وللبتر تحت الركبة يعمل ظرف لاحكام الجذمور فيه ويكون الثقل على جانبي الجذمور وعلي رأس القصبة ويبقى طرف الجذمور خالياً من الثقل أو يثبت العضو فى مكانه

بظرف قصير من الجلد وحول الجزء السفلي من الفخذ وهذا الظرف الجلدى يتصل للظرف الخشبي بمفاصل جانبيه وهذا النوع من الساق الصناعية ينفع جيداً اذا لم يكن الجذمور تحت الركبة قصيراً لانه اذا كان قصيراً يكون معرضاً للانثناء ويستحيل لبس العضو الصناعي وكذلك الجذمور القصير لا يتمكن من الساق الصناعية ولا يستطيع المريض حكم العضو الصناعى وموضع الانتخاب هو أردا محل لبتر الساق اذا أراد المريض لبس عضو صناعي

وبعد العمليات لبتر الساق عند مفصل الركبة يمكن ركز الثقل علي طرف الجذمور ويثبت العضو الصناعي فى ظرف من الجلد يربط حول الفخذ ومن سوء الحظ طالما يتقرح طرف الجذمور ويصبح متعباً لما ان الارتكاز لا بد ان يكون على طرفه وأحكام العضو هو أفضل وسيلة لمنع ذلك ولا نعمل أشياء جانبية في الظرف

ولعمليات البتر فوق الركبة يكون الثقل على الحوض وفى الحقيقة يمكن ان يقال ان المريض جالس على الظرف ولا

بد اذاً من أحكام العضو جيداً كما في الشكل ويمتنع الثقل من طرف الجذمور ولا يصل طرفه الى قاع الظرف ويثبت العضو في مكانه برباط كتفي أو بحزام حول الحضر ولهذا الحزام حبل فى بكره وأحد طرفى الحبل ملتصق بظهر الظرف برباط لدن والظرف الآخر مرتبط امام الظرف والحزام حول الحصر هو أفضل طريقة لتثبيت العضو

شكل (٣٧)

وفى عمل عضو للطرف السفلي لا بد ان يراعي فى العضو الصناعي القوة للثقل الذى يحمله (لانه في الحقيقة يحمل ثقل الجسم) ولكن اذا كانت الاجزاء المتحركة لاسيما القدم ثقيلة فان العضو لا يتحرك بسهولة ويصير كبندول الساعة والاجزاء الثابتة من العضو الصناعى يمكن ان تكون ثقيلة جداً بدون ضرر بخلاف الاجزاء المتحركة فانها تجعل المشى فظيعاً

شكل (٣٨)

وفى الاعضاء الصناعية الجيدة يلصق جلد الغنم على سطح الخشب لما انه يمنع الخشب من التشقق ويجعل العضو خفيفاً مع اتقان الصناعة

وأهم الاشياء التى يجب مراعاتها هو ان يكون الضغط متوزعاً على سطح متسع ولا ينحصر فى نقطة أو نقطتين ولا يكون الضغط على طرف العص الا فى عملية سايم وعملية البتر فى مفصل الركبة

﴿ القياس للساق الصناعية ﴾

الطول من العجان الى الارض (بينما يكون المريض واقفاً)الطول من الحافة السفلى للرضفه اطرف العص وفى الجهة السليمة من الحافة السفلى للرضفه الى الارض واذا كانت العملية فوق الركبة يؤخذ طول المسافة من العجان الى طرف الجذمور وفي الجهة السليمة من العجان الى الحافه السفلى للرضفة ويؤخذ محور الطرف عند القاعدة فى الناحيتين وفى كل قيراطين ثم بجلوس المريض وانثناء الركبة السليمة انثناء عمودياً يؤخذ طول المسافة من ظهر الركبة الى الارض ومن أعلى

الركبة الى الارض ويحسن ان يأخذ الصانع القياس بنفسه واذا لم يمكن ففيما ذكر الكفاية كما انه يلزم ارسال صورة العص مأخوذة من العضو على الورق وارسال حجم الجزمة أو ارسال جزمة قديمة

﴿ العلاج بعد عمليات مخصوصة ﴾

(الدوالى)

المضاعفات هي :

(١) انفراج الجرح بعد رفع الغرز

(٢) تقنغر قطع من حافات الجلد

(٣) اذيما الساق

وبعد العملية لا بد من رفع العضو أما بوضع وسادة تحت الجبيرة وأما بتعليق العضو ولا يعمل الغيار الا بعد اسبوعين ولكن يحسن فحصه من وقت لآخر حتى نتأكد من عدم انزلاقه ومن عدم خنق العضو فوق العملية وبعد رفع الغرز تضم حافتا الجرح بقطع من المشمع ويذر على الجرح نفسه مسحوق حامض البوريك وتربط الساق من القدم الى

أعلى بأربطة من الفلانلا وعادة لا يسمح للمريض بالمشي الا بعد ثلاثة أسابيع لا بطاء التحام الجروح على الاوردة وفى أغلب الاحوال حيث تكون حالة الاوردة بطيئة قبل العملية يلزم التنبيه على المريض بلبس جوراب من الجلد المرن وليس من الضرورى ان تصل الجوراب الى أعلى الركبة وأفضل من الجوراب رباط مرن

تنفرج حافات الجلد بعد رفع خياطة الجرح ولذا يجب مراعاة ضم حافات الجرح ضماد قيقاويثبت باستعمال المشمع

واحيانا تكون حافات الجرح رقيقة وتعذيتها قليلة فتتقنغر وهذا مما يبطيء الالتحام ويستدعي بقاء المريض على ظهره فى الفرش زمنا أطول

ويحدث فى الساق اذيما وهي عادية على العمليات بعد الاوردة لاسيما بعد الترخيص لهم بالقيام وربط الساق من القدم الى الركبة هو كل مايلزم

﴿عملية شق الفقرات﴾

المضاعفات هي:

(١) الامراض الصدرية

(٢) تطبل البطن

(٣) اسهال

(٤) القروح الفراشيه

لما كانت هذه العمليه تعمل على الاغلب على المشلولين فلابد من العنايه التامة بالعلاج والتمريض واذا كانت العضلات بين الاضلاع مشلولة ولا يعمل التنفس الا بالحجاب الحاجز تكثر المضاعفات الصدرية نحو النزلة الشعبية الرطبة ومما يكون ضغثا على اباله هو عدم استطاعة المريض السعال فيعسر التنفس لتجمع المواد المخاطيه فى الرئتين وهنا يلزم تجفيف الافراز واستعمال العقاقير مثل البلادونا والمورفين ويدار المريض على جانب لاخلا رئة من الرئتين وهنا تمنع ايضا المنفثات واذا كان الشلل باصابة فى اعلا النخاع الشوكي فان الحاله تتعقد بانتفاخ البطن وافضل علاج لذلك هو وضع انبوبة فى المستقيم واستعمال

الحقن الشرجيه واذا فشلت هذه الوسائل فلابد من الضغط على البطن بينما تكون الانبوبة فى المستقيم والضغط اما بواسطة اليد واما بلف (بشكير) على البطن وجذب أطرافه على خط مستقيم حتى ينضغط البطن وعلى اية حاله لا يعمل الضغط الا اثناء الزفير خوفا من اعاقة التنفس وبعد هذه العملية قليلا يشفى الشلل بعد مدة طويله ولا بد من استعمال التدليك والكهرباء حفظا لتغذية العضلات

ودائما يكون المريض معرضا للقروح الفراشيه والنزلة المثانية ويلزم الاعتناء كثيرا لمنع حدوثهما والا فالأمل قليل

(ذيل)

﴿ الغذاء الشرجي ﴾

يعمل اما باقماع شرجية او بحقن . الاقماع الشرجيه أصبحت مشهورة لسهولة استعمالها ولكن نظرا لقلة المواد الموجودة فيها لا بدمن استعمال عدد عظيم منها حتى تقوم بالغذاء بدلا من الفم والجمع بين الطرفين أفضل وعند استعمال الاقماع تتناول اقماع اللحم واللبن كل ساعتين . يدهن القمع بقليل من الفازلين ثم نضعه داخل المستقيم ولا بدمن عمل حقنة شرجية بالماء والصابون يوميا لنظافة المستقيم

واما اذا استعملنا الحقن الشرجية فلا بدمن تنظيف المستقيم اولا بحقنة كبيرة من الماء الدافيء قبل عمل الحقن المغذية بنصف ساعة ولهذا الغرض ينام المريض على جانبه الايسر على طرف السرير وتعلي الاليتان بوسادة وتدخل فى المستقيم قسطرة من الصمغ المرن (نمرة ١٠ و ١٢) بعد دهنها بقليل من الفازلين او الجلسرين لسهولة ادخالها ويلصق بالطرف الآخر قمع من

الزجاج وتوضع فيه الحقنة المغذيه ولا بد أن يكون سير الحقنة بطيئاً حتى لا ترجع من المستقيم وبعد عمل الحقنة يلزم المريض ان يبقي ساكنا مدة ساعة وكمية الحقنة تختلف من ١٥٠ الى ٢٠٠ جرام من السائل واذا لم يستطع المريض حفظ الحقنة يضاف اليها قليل من الكلارت او البرجنديا أو عشر نقط من صبغة الافيون ولا بد من هضم الحقن المغذيه قبل استعمالها اما بسائل بنجر البنكرياسي او أية ماده من المواد البيتونيه. وقد اتضح أن زلال البيض يصير قابلا للامتصاص باضافة قليل من ملح الطعام كانه مضاف اليه شيء من المواد البيتونيه وللملح مزيه عدم كونه كاويا كسائر السوائل البيتونيه ويجب ان تكون الحقن الشرجية بحرارة الجسم وتختلف المواد الغذائيه من جهة امتصاصها بالمستقيم . اللبن مستعمل بكثرة مع أن المستقيم لا يمتص جيدا المواد البيتونيه التي فيه. وزلال اللبن يمتص بسهولة اذا اضفنا اليه كمية من ملح الطعام وأحسن المواد امتصاصا هو عصير اللحم . واما السكر فانه يمتص جيدا ولكن قلما يستعمل لانه يهيج الغشاء المخاطي ولا يحفظه المستقيم

واذا استعمل فلا بد أن يكون في محاليل مخففة وأما النشاء فيمتص بسهولة وليس فيه مانع كالسكر واما المواد الدهنيه فانها تمتص ببطء ولا تستعمل في الغذاء الشرجي

الحقن الآتية تمتص بسهولة وتنصح باستعمالها

(١) بياض ثلاث بياضات

لبن ١٠٠ جرام

نشاء ٢٥ جرام

ملح ١٥ جرام

(٢) مصل ثور ١٥٠ جرام

لبن ٥٠ جرام

نشاء ١٥٠ جرام

(٣) سكر العنب ٥٠ جرام

لبن ٢٥٠

تستعمل احدى هذه الحقن كل ٦ ساعات وينصح المستر اوالد (*Ewald*) باستعمال الحقنة المغذية الآتية . ملعقتان شربة من الدقيق الابيض في ١٥٠ جرام من اللبن ويضاف

الى ذلك بيضة او بيضتان وقليل من ملح الطعام والكل يضرب في ٥٠ جرام من محلول سكر العنب ١٥ فى المائة ويمكن اضافة قليل من الكلارت (*Clavel*) واذا كان المريض لا يستطيع تناول السوائل من الفم يعمل له حقنتان كبيرتان من الماء الدافئ للتعويض عن مياه الشرب

﴿ الغذاء الانفى ﴾

يستعمل هذا الغذاء عند الاطفال اذا كان الغذاء الاضطراري ضروريا وكذا بعد العمليات على الفم حيث لا يحسن التصريح للمرضى بالمضغ أو البلع وقد يكون هذا النوع من الغذاء ضروريا احيانا بعد القطع الحنجرى او العمليات على الحنجرة لمنع الطعام من الدخول في المسالك الهوائية. يوضع الطفل على ظهره ويقبض المساعد على رأسه وتستعمل انبوبة رخوة مناسبة وتدخل فى قاع الانف حتى تصل الى الجدار الحلقي الخلفي ثم يضغط عليها بثبات حتى تصل الى المعدة ويوصل بطرف الانبوبة قمع من الزجاج يوضع فيه السائل ولا بد

ان يكون دخول السائل بطيئا والكمية هى عينها كالتى يتناولها المريض من الفم

﴿ الغذاء تحت الجلد ﴾

هذا النوع من الغذاء ليس كثير الاستعمال ولكنه قد يفيد أحيانا ويمكن استعماله مع الغذاء الشرجي اذا كان المريض يحط بسرعة من قلة الغذاء وحيث لا يستطيع المريض البلع واصبح المستقيم متهيجا لا يحفظ الحقن ويكون استعماله لبضعة أيام حتى يشفي المستقيم من التهيج ولقد عاش كثير من المرضى اياما كثيرة دون ان يفقدوا شيأ فى الوزن بهذا النوع من الغذاء ولا بد ان يكون الغذاء بحيث يمكن تعقيمه وبحيث لا يحتاج الى هضم فيمكن استعمال ١٠ جرام من محلول سكر العنب ولكن قد يحدث تهيجا فى الجلد فى موضع الحقنة واحسن من ذلك زيت الزيتون المعقم ٣٠ الى ٤٠ جراما من زيت الزيتون المعقم يمكن حقنها في النسيج الخلوى تحت الجلد فى الاربية بمحقنة من الزجاج مقسمة ولا يحسن حقن هذه الكمية فى موضع واحد بكل سرعة بل يجب ان يحقن

٣٠ جراما في موضعين او ثلاثة بكل بطء وتعمل الحقنة مرة واحدة في اليوم وهي لاتحدث تهيجا موضعيا في الجلد

﴿ الاغذية ﴾

(اللحم)

اللحم المسلوق هو غذاء مفيد بعد العمليات التي تضعف قوة الهضم للسهولة التي يهضم بها اللحم المسلوق وكمية الفضلات القليلة التي تخلف بعد الهضم تزيد في قيمتها في الاصابات في الجهاز الهضمي وافضل طريقة لذلك هو حك الالياف من النسيج الضام بظهر السكين ويمكن خلط المحصول بقليل من المرق وتطيب بالمواد المطيبة المناسبة ولا تخير المريض عند ذلك لانهم غالبا يكرهون ذلك ولا بد من التأكد من كون اللحم جديدا واما خلاصة اللحم كالمرق فلا قيمة لها في الغذاء وهي من المنبهات الضعيفة وطالما أحدثت اسهالا ولاستعمال خلاصة اللحم المجهزة لابد أن تتناول مركزه بمقدار ٢٥ جراما او اكثر في اليوم

﴿ اللبن ﴾

يترك اللبن فضلات اكثر من غيره من السوائل المغذية وهو معرض للتخمير واحداث كمية كبيرة من الغازات في الجهاز الهضمي — حالة لا يحسن حصولها بعد العمليات على البطن . من كل السوائل المغذية اللبن اكثرها انتشارا ولا يعلم السبب في ذلك ولا بد ان نتذكر ان اللبن لا يبقى سائلا بعد بلعه بل يتحول في ربع ساعة من وصوله الي المعدة الى جلطة جلدية ربما قاومت كثير التأثير الهضمي للمعدة وهو يبقى زمنا طويلا في المعدة في حالة نصف صلابة وعلى ذلك لا يستعمل في العمليات على المعدة وهناك طرق كثيرة لمنع تجمد اللبن أو لجعله أقل كثافة ومقاومة عن طبيعته. وتخفيفه بالماء يجعل الجلطة أقل مقاومة وأسهل هضما وأفضل من ذلك تخفيفه بماء الجير بنسبة واحد من ماء الجير الى ٢ من اللبن فان ذلك يقلل كثافة الجلطة وكذا اضافة الصودا وتر او خلطه بالغاز بواسطة اسبار كلت فان ذلك يصيره اسهل هضما. اللبن المغلي وان كان لا يتجمد بنفس السهولة خارج المعدة التي يتجمد بها اللبن غير

المغلي الا انه يتجمد بنفس السهولة في المعدة وأمامن خصوص امتصاص اللبن بالامعاء فقد اتضح ان اللبن اذا شرب خالصا بنفسه يكون أقل امتصاصا من سائر الاغذية الحيوانية ويظهر ان الاطفال تقوى على امتصاص اللبن احسن من الشبان

ولو ان اللبن فيه كمية وافرة من المواد النتروجينية والدهنية الا انه لا يحتوي على الكمية اللازمة من المواد النشائية وعلى ذلك يحسن تناوله مع شيء آخر كالعيش مثلا او السكر لتعلية نسبة المواد النشائية ولكنه مع ذلك غذاء نافع بعد عمليات كثيرة وينهضم بدون صرف كمية كبيرة من القوة ولو كان يترك فضلات كثيرة الا انه لا يزيد الحركة الدودية فى الامعاء وكثرة المواد الفوسفاتية في اللبن تزيد في اهميته فى الاحوال التي يكون فيها تكون عظام كما هو الحال بعد عمليات الاستئصال

﴿الكوميس Kouniss﴾

هو مجهز من اللبن بفائدة عظيمة فى أحوال الذبول وهو أسهل هضما وامتصاصا من اللبن الاعتيادى وبذلك يسمح

بكمية عظيمة من التغذية للمرضى المصابين بضيق فى الجهاز الهضمى ولا يستطيعون تمثيل كمية كبيرة من التغذية في أشكال أخرى وهو مجهز من لبن الافراس بالتخمر ويحتوي على ٢ فى المائة من الكحول ومن ضمن منافعه ان يحتوى على الكاسين بحالة لا تقبل التجمد فى المعدة ومهضومة تقريبا والكمية الكؤولية الموجودة فيه مع حامض الكربونيك تساعد على هضمه فى الامعاء

﴿الكفير Kephir﴾

هو مجهز آخر مثل الكوميس من لبن البقر وبنفس مزايا الكوميس وسهل الحصول عليه

﴿البيض﴾

تمتص الامعاء البيض بسهولة وهو لا يترك فضلات كثيرة وأسهل هضما من اللبن ٥٠٠ جرام من اللبن تبقى ثلاث ساعات ونصف فى المعدة واما البيضتان المسلوقتان سلقا خفيفا فتبقيان ساعة و٤٥ دقيقة فى المعدة والقيمة الغذائية لبيضة واحدة تعادل ٢٥٠ جرام من اللبن ويوجد في ٢٠ بيضة

كل المواد النتروجينية اللازمة لشخص سليم فى ٢٤ ساعة

ولتحضير زلال البيض يضرب بياض ٤ بيضات فى ٢٥٠ جرام ماء حتى يمتزج الكل مزجا جيدا ويضاف الى ذلك قليل من الليمون والسكر حتى يحسن طعمه أو قليل من الملح بدلا من السكر والليمون

البلاسمون الذى يعادل زلال البيض ويفضل عنه برخصه يحضر هكذا

يضاف الى ٣ ملاعق كبيرة من الماء الدافئ ٣ ملاعق من البلاسمون ويحرك ثم يضاف الى ذلك بالتدريج ٢٥٠ جرام من الماء الدافي ويوضع الجميع على النار حتي يغلى مع التحريك جيدا أثناء ذلك ثم يبقي وهو فى الغليان مدة دقيقتين ويمكن اضافة ذلك الى اللبن او أى مشروب واذا برد يتحول البلاسمون الى مادة هلامية وان حركت تتحول الى قشطه سميكة وهذه القشطه او المادة يمكن اضافتها للغذاء أو باضافتها الى الماء يمكن شربها وكل مجهزات الكاسين مثل البلاسمون والبروتين والنتروز أقل صلاحية من زلال البيض لما انها تجمد فى المعدة مثل

اللبن واذا اختبر البلاسمون وهو أفضل المستحضرات الكاسينية بالمعدة او (رينت) فانه لا يتجمد ويتحول الى جلطة سميكة كاللبن ولكنه يصير جلطة تنسحق بسهولة واذا أضيف اليه شيء من ماء الجير فانه لا يتجمد بالكلية والبلاسمون وسائر المستحضرات الكاسينية لا تنفع في الغذاء الشرجى لانها لا تمتص وآح البيض افضل منها

﴿ الجلاتين ﴾

المواد الهلامية التى تصنع من الجلاتين هى غذاء جيد سهل الهضم . اربع اوقيات من الهلام الجيد تعادل اوقية وربع من المواد الصلبة التي يكون نصفها من الجلاتين والآخر من السكر والجلاتين مزية وهى سهولة هضمه في المعدة فقد رأى افلمان ان هضمه يتم فى ساعة ولا ننسى ان الجلاتين لا يقوم مكان المواد النتروجينية ولكنه زيادة مفيده فهو فى الحقيقة ينفع لاقتصاد المواد النتروجينية

﴿ السكر ﴾

من افضل مزايا السكر سهولة امتصاصه فسكر العنب

كتبخانه مجلس شورای ملی

يدخل فى الدم بدون أى هضم ويكون مفيداً في الاحوال التى ضعفت فيها القوة الهاضمة ولقد اتضحت فائدة السكر في تغذية العضلات ولذلك يحسن تناوله فى الاحوال المصحوبة بذبول فى العضلات ومن الغريب ان قيمة السكر الغذائية غير معروفة تماماً. فسهولة امتصاصه ودرجته الغذائية ودرجته فى القوة كل ذلك يساعد على جعل السكر من افضل المواد الغذائية فى ادوار النقاهة

ولسوء الحظ تميل انواع السكر الى التخمر اذا مكثت طويلا في الجهاز الهضمي واذا استعمل السكر مركزاً فانه يهيج الاغشية المخاطية ولذا يفضل استعماله بكميات مخففة واذا كانت المرضى لا تميل الى طعم السكر الحلو يستبدل سكر اللبن بسكر العنب لان سكر اللبن عاطل من الحلاوة